

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد خيذر - بسكرة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

- قسم العلوم الاجتماعية -



بناء برنامج للتكفل النفسي العلاجي للمتعايش مع فيروس نقص
المناعة المكتسبة (SIDA)

دراسة ميدانية بمستشفى الدكتور ضربان-عنابة

أطروحة نهاية الدراسة ليل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس.

تخصص: علم النفس المرضي الاجتماعي

إعداد:

بن سماعيل رحيمة

لجنة المناقشة:

بلوم محمد	أستاذ	رئيسا	جامعة بسكرة
جابر نصر الدين	أستاذ	مشرفا	جامعة بسكرة
جباللي نور الدين	أستاذ	مناقشا	جامعة باتنة
مدوان يوسف	أستاذ	مناقشا	جامعة باتنة
فتيحة بن زروال	أستاذ محاضرا	مناقشا	جامعة أم البواقي
بوسنة عبد الوافي زهير	أستاذ محاضرا	مناقشا	جامعة بسكرة

السنة الجامعية: 2015/2014

شكر وتقدير

الحمد والشكر لله سبحانه وتعالى أولاً و آخراً والذي بفضلته تم هذا العمل.

شكري وتقديري الكبيرين للمشرف على هذا العمل الأستاذ الدكتور: " جابر نصر الدين " على إشرافه وتوجيهه القيمين ودعمه المعرفي والمعنوي المشجع والمحفز أثناء الإعداد للأطروحة. شكر خاص إلى أعضاء لجنة المناقشة كل باسمه، على قبولهم مناقشة هذا العمل.

كما أشكر كل من ساعدني ووقف إلى جانبي خاصة: الأخصائية النفسانية العاملة بمستشفى "الدكتور ضريان" -الجسر الأبيض سابقاً- كل أطباء وممرضات مطلة الأمراض المعدية بالمستشفى. أرجو من الله أن يكون هذا العمل خطوة فعالة، ومرجعاً مهماً ومفيداً لبحوث أخرى في نفس الميدان -ميدان علم النفس المرضي الاجتماعي- أو ميادين مغايرة. كما أرجو من الله تعالى أن يرفع كل طالب علم إلى المرتبة التي يخدم بها ربه ثم دينه ثم وطنه.

ملخص الدراسة

سعت الباحثة في هذه الدراسة المعنونة بـ: "بناء برنامج للتكفل النفسي العلاجي للمتعايش مع فيروس نقص المناعة المكتسب (SIDA)" إلى محاولة بناء برنامج يقوم محتواه أساساً على جملة من النظريات التي قامت عليها بعض الأساليب العلاجية والمثبتة لفعاليتها في ميدان العلاج والتكفل النفسي المتعلق بالاضطرابات النفسية الأخرى. والتي منها: العلاج المعرفي، العلاج الجماعي، الاسترخاء، العلاج الواقعي، العلاج بالترفيه، العلاج الديني، غير أن الباحثة هنا قد اعتمدت على بعض التقنيات التي جاءت بها هذه الأساليب العلاجية والتي رأته بأنها قد تخدم موضوع الدراسة بمتغيراته المتمثلة في: التوافق، التفاؤل، والاتزان النفسي عملاً على تحسين مستوى هذه السمات عند فئة المتعايشين مع فيروس السيدا، كما حاولت الباحثة التأكد من فعالية هذا البرنامج. من ذلك صيغت مشكلة الدراسة كالتالي:

- هل يمكن بناء برنامج للتكفل النفسي العلاجي، خاص بالمتعايش مع فيروس نقص المناعة المكتسبة، يعتمد في الأساس على بعض الأساليب العلاجية: كالعلاج المعرفي، والعلاج الجماعي، العلاج بالاسترخاء النفسي، العلاج الواقعي، العلاج بالترفيه، العلاج الديني، هدفه الرئيسي إعادة التوافق، والاستقرار النفسي للمصاب مع بعثه على التفاؤل؟
- وهل يمكن إثبات فعالية هذا البرنامج في الواقع داخل المؤسسة الإستشفائية؟

وانطلاقاً من ذلك صيغت فرضيات الدراسة على النحو التالي:

- يمكن بناء برنامج للتكفل النفسي العلاجي خاص بالمتعايش مع فيروس نقص المناعة المكتسبة، يعتمد في محاوره الأساسية، على بعض العلاجات النفسية منها: العلاج المعرفي، العلاج الجماعي، والعلاج بالاسترخاء. العلاج الواقعي، العلاج بالترفيه، العلاج الديني. هدفه الرئيسي إعادة التوافق، والاستقرار النفسي للمصاب، مع بعثه على التفاؤل.
- إن لهذا البرنامج فعالية في إعادة التوافق، وتحقيق الاستقرار النفسي لدى المتعايش مع فيروس السيدا، وبعثه على التفاؤل داخل المؤسسة الإستشفائية.

في حين تم تجزئة هذه الفرضية إلى الفرضيات الجزئية التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعات الثلاثة، على مقياس التوافق قبل، وبعد تطبيق البرنامج.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعات الثلاثة، على مقياس التفاؤل والتشاؤم قبل، وبعد تطبيق البرنامج.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعات الثلاثة، على مقياس الاتزان الانفعالي قبل، وبعد تطبيق البرنامج.

قمنا بالتحقق منها من خلال تطبيق ثلاث مقاييس خاصة بمتغيرات الدراسة وهي: مقياس التوافق ل: "زينب شقير"، مقياس التفاؤل والتشاؤم ل: "شاير وكارفر Scheier et Carver". ومقياس الاتزان الانفعالي ل: "عادل محمد محمود العدل". وبعد حساب الخصائص السيكومترية لهته المقاييس بالرجوع إلى برنامج (SPSS.17)، والتأكد من صدقها وثباتها تم اعتمادها في الدراسة، وتطبيقها على عينة اختيرت بطريقة عمدية، إذ تكونت من الأشخاص ذوي المصل الإيجابي (الحاملين للفيروس)، والأشخاص المرضى بالسيدا (ظهرت عليهم أعراض المرض). حيث بلغ عددهم (30) شخصا، من مجتمع أصلي بلغ (44) متعايشا مع الفيروس يقصدون مصلحة الأمراض المعدية التابعة لمستشفى "الدكتور ضريان- الجسر الأبيض سابقا"، بولاية عنابة لتلقي العلاج. أعمارهم تتراوح ما بين (30 إلى 55) سنة. وقسم مجتمع الدراسة لثلاث مجموعات. وقد تم تبني المنهج التجريبي باعتماد طريقة المجموعة الواحدة، لكونه المنهج المناسب لدراسة الموضوع. وجاءت النتائج كما يلي:

تم في الجزء الأول من الدراسة تصميم البرنامج التكفلي العلاجي، وتحديد محتواه. باختيار أساليب علاجية شاع توظيفها في العلاج النفسي، إذ رأت الباحثة إمكانية إعطائها لنتائج ايجابية، وإحداث تغيير ايجابي على متغيرات الدراسة (التوافق، التفاؤل، والاتزان الانفعالي) لتدعيمها للجانب النفسي لدى الشخص المتعايش مع فيروس السيدا، خاصة لما يتلقى التكفل اللازم من المحيط. وأشارت ملخصات الجلسات المقترحة، إلى تجاوب عينة الدراسة مع محتوى البرنامج، واستيعابها لمضامينه، ومن ذلك أمكن الحكم على أن هذا البرنامج، أصبح يشكل بناءا يمكن الاعتماد عليه في التكفل بهته الفئة داخل المستشفى.

تم في الجزء الثاني من الدراسة تقييم مدى فعالية هذا البرنامج، انطلاقا من إستراتيجية التقييم الثنائي، أي التقدير على مرحلتين. التقدير الأول (القياس القبلي) أجري قبل تنفيذ البرنامج المصمم، التقدير الثاني (القياس البعدي) بعد انتهاء فترة تنفيذ محتوى البرنامج، وتم الاستعانة بالمقاييس المستخدمة في الدراسة للحصول على هذه التقديرات.

وأشارت نتائج الفرضية الثانية بعد تقسيمها إلى فرضيات جزئية، وبعد استخدام "اختبار ت" لدراسة الفروق بين المتوسطات إلى:

1/ وجود فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات المجموعة الأولى، على مقياس التوافق قبل وبعد تطبيق البرنامج. في حين لم تتحقق الفرضية مع المجموعتين الثانية والثالثة، إذ تشير نتائجهما إلى عدم وجود هته الفروق في متوسطات درجات أعضاء المجموعتين.

إذن فلبرنامج المصمم لهته الفئة فعالية في تحسين سمة التوافق قبل، وبعد تطبيقه، ظهر ذلك من خلال تحسن درجات سمة التوافق عند عناصر المجموعات الثلاثة، كذلك من خلال الفروق بين متوسطات درجات المجموعة الأولى، رغم أنّ عناصر المجموعات الثلاثة متوافقة منذ البداية.

2/ وجود فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات المجموعة الثالثة، على مقياس التفاؤل والتشاؤم قبل، وبعد تطبيق البرنامج، في الوقت الذي لم تتحقق فيه هذه الفرضية مع المجموعتين الأولى والثانية.

إنّ التحسّن الحاصل في درجات المتعايشين مع فيروس السيدا على هذا المقياس، دل على أنّ سمة التفاؤل تحسنت لديهم بعد خضوعهم لمحتوى البرنامج، كما أنّ تسجيلهم لدرجات مرتفعة نسبيا على هذا المقياس أكدّ تفاؤلهم خاصة مع المجموعتين الأولى والثانية.

3/ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات المجموعة الأولى والثانية والثالثة، على مقياس الاتزان الانفعالي قبل، وبعد تطبيق البرنامج. فهته الفرضية غير محققة مع المجموعات الثلاثة.

رغم ذلك فقد سجل أعضاء المجموعات تحسنا على مستوى درجات هته السمة، بعد إدخال العنصر التجريبي، لأنّ هناك زيادة معتبرة عرفتها هذه السمة لديهم، بعد تطبيق البرنامج. إذن فهم متزنين انفعاليا قبل تطبيق البرنامج، وزاد اتزانهم بوضوح، بعد تطبيق البرنامج وهذا ما دلت عليه درجاتهم المتحسنة على هته السمة.

يمكن القول أنّه تم تحقق الفرضية الثانية التي تنص على أنّه: "لهذا البرنامج فعالية في إعادة التوافق، وتحقيق الاستقرار النفسي، لدى المتعايش مع فيروس السيدا، وبعثه على التفاؤل داخل المؤسسة الإستشفائية". لأنّ المجموعات الثلاثة متوافقة، ومتفائلة، ومنتزنة انفعاليا سواء قبل تطبيق البرنامج التكفلي العلاجي. وهذا بفضل الدور الذي لعبه الفريق الطبي، والنفسي المسؤول عن التكفل بهته الشريحة بعد صدمة إصابتهم بالفيروس مباشرة، أو بعد تطبيق محتوى البرنامج التكفلي العلاجي المصمم خصيصا للتعامل مع هته السمات ومحاولة تحسينها.

The summary of the study

The researcher sought, in this study entitled: « constructing a program to ensure the Psychological therapy to cope with HIV (SIDA) infectin », to make a program based ,mainly in its content, on a number of theories upon which some effective therapeutic methods were proved and provided in the field of Psychological treatment that is related to other mental disorders, among which there are: cognitive therapy, group therapy, relaxation therapy, reality therapy, entertainment therapy therapeutic recreation), religious therapy.

However, she has relied on some techniques that were used in the therapeutic methods' circumstances and may serve the subject of the study with its variables that are:

conformity (compatibility), optimism, psychological equilibrium. in order to improve the

level of these features among the category of members coping with AIDS virus.

The researcher, also, tried to emphasize the effectiveness of this program from which the Subject problematic was formulated as follows:

- Can we construct a program to prove a special psychological therapy for persons living and coping with AIDS (HIV). a program that depends basically on some therapeutic methods, like: the cognitive, the group, relaxation, reality, entertainment, religious therapies. and that aimed mainly to restore conformity, and the psychological stability for the patient ,encouraging him / her to be optimistic ?
- Is it possible to prove this program effectiveness in reality and inside hospitals?

According to all that, many hypotheses for the study were made as the following:

- We can construct a psychological therapy program for the persons effected and Coping with HIV (SIDA), relies in its basic themes on some psychological therapies as: the cognitive therapy, the group therapy, relaxation, reality therapy, entertainment , and religious therapies. In which the main goal is to reform conformity , and the psychological stability of the patient , urging him /her to feel optimistic .
- This program ensures its effectiveness in re-constructing conformity, and the psychological equilibrium for the effected

members who cope with HIV, Increasing their optimism even inside hospitals.

While the fragmentation of this hypothesis has shown the following partial hypotheses:

_ there are statistically significant differences between the scores of the three groups on the conformity scale before and after the program application.

_ there are statistically significant differences between the scores of the three groups on the scale of Optimism and Pessimism before and after the application of the program.

_ there are statistically significant differences between the scores of the three groups on the Paroxysmal equilibrium scale before and after the application of the program.

The program was verified through the application of three standards that concern the variables of the study, which are: conformity scale to (ZINAB SHAGIR), optimism and pessimism scale to (SCHEIER and CARVER); and Paroxysmal equilibrium scale to (ADEL MOHAMAD MAHMOUD EL- ADEL). And after accounting the psychometric characteristics of these measurements by reference to (SPSS.17) program, and ensuring its sincerity and persistence, they have been adopted in the study; and applied on a selected sample chosen in a deliberate manner; as it consisted of persons with positive serum (HIV-positive), and AIDS patients (who showed symptoms of the disease). They were numbered (30) members of a genuine population that reached (44) persons Coping with the virus, and visiting the department of the infectious diseases hospital « DOCTOR DHARBAN- EL DJISER AL ABIYAD previously » in the city of 'ANNABA-ALGERIA' for treatment .their ages were between (30 to 55 years old) .the study population was divided into 03 groups; under the adoption of the experimental method ;using the (one group) way for it is the appropriate approach to the subject of the study. The results were the following:

In the first part of the study, the the rapeutic undertaken program was designed ,and its content was determined through the selection of some therapeutic methods that are commonly employed in Psychotherapy because the researcher Saw its possibility to realize positive results and make a positive change on the study variables (conformity, optimism, paroxysmal equilibrium) in order to strengthen the psychological side of the person coping with the AIDS virus, Especially when he / she receives care from his / her surrounding .the summaries of the meetings indicated that the sample of the study was responded with the content of the program, and its tenors were realizes.

Therefore, it was possibly judged that this program has become a reliable structure in carrying about this category inside hospitals.

In the second part, the study evaluated the effectiveness of the program, proceeding the Duo-evaluation strategy that means appreciation in two phases.

the first estimate (pre-evaluation) that was conducted before the implementation of the designed program .the second estimate (post-evaluation) after the implementation period of the program content .with the help of the standards used in the study to obtain these estimates.

The results of the second hypothesis, after its fragmentation into partial hypotheses, and after the application of (T test) to study the differences between averages indicated that:

1 / the presence of statistically significant differences between the mean scores of the first group on conformity scale before and after the application of the program.

While the hypothesis was not materialized with the second and the third groups for their findings shew the absence of these differences in the mean scores of the two groups members.

So, the program designed for this category gets the effectiveness to improve conformity feature before and after its application .that was demonstrated through the improvement of conformity feature grades among the elements of the three groups; as well as; through the differences between the mean scores of the first group, despite the fact that the elements of the three groups are compatible from the outset.

2/ the existence of statistically significant differences between the mean scores of the third group on the scale of optimism and pessimism before and after the application of the program, at a time when it did not materialize this hypothesis with the first and the second groups.

The improvement made in the grades of members coping with the AIDS virus on this scale indicated that the trait of optimism has improved after their submission to the content of the program .also, their registration to relatively High degrees on this scale emphasized optimism, especially with groups one and two.

3/ lack of statistically significant differences between the mean scores of the first, the second and the third group on the scale of paroxysmal equilibrium before and after the application of the program. So, this hypothesis is Unrealized with the three groups.

Nevertheless, members of the groups recorded an improvement of the level of degrees in this feature after the introduction of the experimental element as it knew a significant increase among them after the application of the program.

So, they are emotionally balanced before implementing the program, and their balance increased clearly after its application. And this was what has been indicated by their improving grades on this attribute.

It can be said that the second hypothesis has been successfully achieved, which states that: « this program acquires effectiveness in rebuilding conformity, and Achieving psychological stability among people coping with the AIDS virus, and encouraging them to be optimistic inside hospitals ». because the three groups are compatible, optimistic, and emotionally balanced, both before applying the therapeutic undertaken program, this is thanks to the role played by the medical and the psychological team that is responsible for this category after the shock of a direct infection with the virus. Or after the application of the therapeutic undertaken program content specifically designed to deal with these features and try to improve them.

فهرس المحتويات

	شكر و تقدير
	ملخص الدراسة
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول و الأشكال
أ	مقدمة.....
التواضع الأدبي	
الفصل الأول: طرح إشكالية الدراسة	
7	1/ تحديد إشكالية الدراسة.....
9	2/ أهمية وأهداف الدراسة.....
10	3/ حدود الدراسة.....
10	4/ تحديد المصطلحات.....
11	5/ الدراسات المشابهة.....
16	6/ فرضيات الدراسة.....
الفصل الثاني: البرنامج التكنفلي العلاجي النفسي	
19	تمهيد.....
19	أولاً: التكنفل النفسي Psychological; Sponsoring
19	1/ تعريف التكنفل السيكولوجي.....
20	2/ التكنفل النفسي ومفاهيم مشابهة.....
21	3/ أهمية التكنفل السيكولوجي.....
21	4/ أهداف التكنفل السيكولوجي.....
22	5/ الأسس العامة للتكنفل السيكولوجي.....
23	6/ أنواع التكنفل السيكولوجي.....
25	7/ أساليب وفنيات التكنفل السيكولوجي.....
28	8/ علاقة التكنفل السيكولوجي بالعلاج النفسي.....
28	ثانياً: العلاج النفسي Psychothérapie
29	1/ تعريف العلاج النفسي.....
30	2/ الصحة النفسية والعلاج النفسي.....
31	3/ مبادئ العلاج النفسي.....

31	.....4/ خصائص العلاج النفسي.
32	.....5/ أهداف وغايات العلاج النفسي.
35	.....6/ شروط عملية العلاج النفسي.
36	.....7/ مراحل العلاج النفسي.
36	.....8/ المعالج والعلاج النفسي.
39	.....9/ تصنيف طرق وأنواع العلاج النفسي.
40	.....10/ الموقف العلاجي.
41	.....11/ العملية العلاجية.
46	.....12/ الاختبارات والمقاييس في العلاج النفسي.
47	.....13/ المساعدة الإنسانية العامة.
47	.....14/ علاقة العلاج بالأمل، والحديث الإيجابي مع النفس.
49	..... ثالثاً: البرنامج المقترح في الدراسة The Suggested Study Program
49	.....1/ تعريف البرنامج.
50	.....2/ أسباب تصميم البرنامج.
50	.....3/ أهمية البرنامج.
51	.....4/ هدف البرنامج.
52	.....5/ تقويم البرنامج.
52	.....6/ تطبيق البرنامج في الدراسة الحالية.
53	.....7/ تصميم البرنامج التكفلي العلاجي الخاص بالمتعاض مع السيدا.
139	.....8/ التمارين والواجبات والنشاطات التي يعتمد عليها البرنامج داخل الجامعة بالمؤسسة الاستشفائية من خلال جدول الملاحظة.
139	..... خلاصة الفصل.
الفصل الثالث: التوافق-التناول-الاتزان الانفعالي عند المتعاض مع السيدا	
143	..... تمهيد.
143	..... أولاً: السيدا sida.
143	.....1/ تعريف مرض السيدا.
144	.....2/ الجهاز المناعي.
146	.....3/ وظيفة الجهاز المناعي.
147	.....4/ تأثير فيروس السيدا على خلايا الجهاز المناعي.

147	...../5 أسباب المرض وطرق العدوى.
148	...../6 تشخيص الإصابة بفيروس HIV.
153	...../7 المراحل النفسية للمصاب بمرض السيدا.
156	...../8 المشاكل النفسية والاجتماعية التي يعاني منها مريض السيدا.
159	...../9 الأمراض المعدية الانتهازية الشائعة ذات الصلة بالسيدا.
160	...../10 الوقاية من الإصابة بفيروس VIH.
163	...../11 علاج مرض السيدا.
168	...../12 مساعدة مريض السيدا.
169	.....ثانياً: التوافق Adjustment
169	...../1 مفهوم التوافق النفسي.
172	...../2 التوافق النفسي ومفاهيم مشابهة.
174	...../3 علم النفس ودراسة التوافق.
175	...../4 أبعاد التوافق.
176	...../5 مجالات التوافق النفسي.
178	...../6 أهمية دراسة التوافق (الصحة النفسية).
181	...../7 معايير التوافق النفسي.
182	...../8 آلية عمل التوافق.
183	...../9 أساليب التوافق المباشرة وغير مباشرة.
187	...../10 بعض مؤشرات التوافق و الالاتوافق.
190	...../11 خصائص الشخص التوافقي.
192	...../12 نظريات التوافق.
193	...../13 العوامل النفسية لسوء التكيف.
195	...../14 استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى الأسوياء.
196	...../15 قياس التوافق النفسي.
197	.....ثالثاً: التفاؤل والتشاؤم Optimism and Pessimism
197	...../1 مفهوم التفاؤل.
199	...../2 بعض المفاهيم المتصلة بالتفاؤل.
202	...../3 مفهوم التشاؤم.
202	...../4 نظرة الإسلام للتفاؤل.

203	5/ الأصول التاريخية للتفاوض والتفاوض.....
204	6/ أهمية دراسة التفاوض والتفاوض.....
205	7/ أنواع التفاوض
206	8/ فوائد التفاوض.....
207	9/ خصائص المتفاوضين.....
208	10/ النظريات المفسرة للتفاوض والتفاوض.....
212	11/ العوامل المؤثرة في التفاوض والتفاوض.....
213	12/ التفاوض والتفاوض كعاملين لتحقيق صحة الفرد.....
215	13/ التفاوض وعلاقته بالصحة النفسية والجسدية.....
217	14/ قياس التفاوض.....
219	رابعاً: الاتزان الانفعالي والاستجابة الانفعالية Emotional Equilibrium And Emotional Response
220	1/ التأثير والانفعالات.....
220	2/ تعريف الانفعال.....
221	3/ التغيرات المصاحبة للانفعال.....
222	4/ أثر الانفعالات في الاتزان النفسي.....
223	5/ تعريف الثبات الانفعالي.....
225	6/ طبيعة الاتزان الانفعالي.....
226	7/ الاتزان الانفعالي والصحة النفسية.....
227	8/ الاتزان الانفعالي والتوافق النفسي.....
228	9/ الأسس النفسية للاتزان الانفعالي والتوافق الاجتماعي والصحة النفسية.....
228	10/ سمات وخصائص المتوازن انفعاليا.....
230	11/ العلاقة بين الاتزان الانفعالي والاستجابة الانفعالية.....
230	12/ الاستجابة الانفعالية حسب "ألبرت ألبس".....
231	13/ ماهية الاستجابة الانفعالية.....
233	14/ مصادر حدوث الاستجابة الانفعالية.....
233	15/ أنواع وأبعاد الاستجابة الانفعالية.....
234	16/ مستويات الاستجابة الانفعالية وحالاتها.....
236	17/ عناصر الحالة الانفعالية ومظاهرها.....

236	.....18/ الاستجابة والاستثارة.....
238	.....19/ متغيرات الاستثارة الانفعالية.....
239	.....خلاصة الفصل.....
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية والتطبيقية للدراسة ونتائجها	
243	.....تمهيد.....
243	أولاً: الإجراءات المنهجية للدراسة Methodological Procedures Of The Study
243	.....1/ المنهج المعتمد في الدراسة.....
245	.....2/ التصميم التجريبي المعتمد في الدراسة.....
247	.....3/ مجتمع الدراسة.....
247	.....4/ عينة الدراسة وكيفية اختيارها.....
248	.....5/ الدراسة الاستطلاعية.....
249	.....6/ أدوات الدراسة.....
255	.....7/ الدراسة الأساسية.....
284	.....8/ الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.....
285	ثانياً: عرض، ومناقشة، وتفسير نتائج الدراسة The Presentation, Discussion And Interpretation Of The Study Results.
285	.....1/ عرض النتائج.....
317	.....2/ مناقشة وتفسير النتائج.....
340	.....3/ استنتاج عام.....
342	.....خلاصة الفصل.....
343	.....خاتمة.....
346	.....المراجع.....
	الملاحق

فهرس الجداول والأشكال

الرقم	مخوان الجدول	صفحة الجدول
01	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة	248
02	يوضح المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وقيمة "ت" للدلالة على الصدق التمييزي للمقاييس الثلاثة.	253
03	يوضح معاملات الصدق الذاتي، بعد حساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات، بطريقة التجزئة النصفية.	254
04	يوضح معاملات الصدق الذاتي، بعد حساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات، بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق	254
05	يوضح معاملات الثبات بطريقة التطبيق، وإعادة التطبيق لمقاييس الدراسة.	255
06	يوضح معاملات الثبات، بطريقة التجزئة النصفية لمقاييس الدراسة	255
07	دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاثة، على مقياس التوافق النفسي لدى المتعايشين مع فيروس السيدا.	314
08	دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاثة، على مقياس التفاؤل والتشاؤم لدى المتعايشين مع فيروس السيدا	315
09	دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاثة، على مقياس الاتزان الانفعالي لدى المتعايشين مع فيروس السيدا	317
10	عرض الأفكار اللاعقلانية الموجودة عند أعضاء المجموعات الثلاثة.	322

الرقم	مخوان الشكل	صفحة الشكل
01	يوضح المناطق المستهدفة من التوتر، والتي يجب التركيز عليها أثناء الاسترخاء	99
02	يوضح اختبار "اليزا"، للكشف عن فيروس VIH	152
03	يوضح دورة الحياة النفسية للتوافق	183

مقدمة

يعرف انتشار مرض "السيدا" بين مختلف الأوساط الاجتماعية في العالم، ارتفاعا مرعبا، كما أن حصده لأرواح البشر في ظل عدم التمكّن من الحصول على العلاج النهائي، والناجع للشفاء منه، بات أمرا لا يناقش، لكونه مرض فيروسي، معدي بطرق معينة، يسببه فيروس يهاجم مباشرة خلايا جهاز المناعة للعضوية، والتي تدعى "CD4"، وهي تلعب دورا أساسيا، وفعالا في وقاية الجسم من الأمراض المختلفة، ويؤدي الخلل الوظيفي الذي قد يحصل على مستواها إلى تشكل خلايا سرطانية، ويتخذ الفيروس من هذه الخلية المصابة مكانا للنمو، والتكاثر فيها حتى يدمرها، ثم يتم انتقاله إلى مجموعات أخرى من الخلايا فيعمل كذلك على تدميرها، ويستمر هكذا إلى أن يدمر معظم ذلك النوع من الخلايا، ويجرد الجسم من الوسيلة، أو الجهاز الدفاعي المعتمد عليه في الدفاع عن الجسم ضد الأمراض، والجراثيم، والميكروبات، وعادة ما تقتضي فترة طويل بين دخول فيروس نقص المناعة المكتسبة إلى الجسم، وفقدان الجسم لمناعته، فقد تمر سنوات معتبرة يكون المصاب خلالها حاملا للفيروس، ولا تظهر عليه أعراض المرض الواضحة، حيث أنه يصعب تحديد مكان نشأة السيدا، والآلية التي حدث فيها التحول إلى فيروس غير منضبط، وممرض، فقد تتحول الجراثيم أحيانا من كونها غير ضارة، وغير نشطة إلى نشطة، ومميتة.

وموازاة مع التدهور التدريجي للحالة الجسدية للمصاب بهذا المرض، تعرف الحالة النفسية لنفس المريض تدهورا كذلك، خاصة وأن المراحل الأولى من الإصابة تواجه بعدم التقبل عند هذا الأخير، نتاجا للتغير الحاصل بسبب المرض، والذي لا يؤثر على جسمه فحسب، بل ويتعدى تأثيره إلى حياة المصاب في كل جوانبها، وخاصة النفسية...فتتراكم الإحباطات، وتنحط المعنويات، ويضعف الأمل في مواصلة الحياة بشكل طبيعي، فيتعرض المريض هنا إلى كل أشكال الخبرات السلبية، لذا فهو قد يلجأ بالضرورة إلى تغيير سلوكاته بصورة لاشعورية تماشيا مع الوضع الجديد الذي فرضه عليه المرض، أو هربا من مواجهة الواقع الذي يعيشه تحت ضغوطات المرض من ناحية، وضغوطات المجتمع من ناحية أخرى.

ضف لذلك فالمتعاش مع هذا المرض، بعد مرور فترة زمنية من تواجد الفيروس في جسمه، يصبح عرضة للإصابة بالأمراض الانتهازية، وبعض الأورام الخبيثة، والمهددة بانهايار

جسمه في أي وقت، بالإضافة إلى أنواع الأدوية، والعقاقير المجبر على أخذها بصورة مستمرة، كحل أول وأخير للبقاء على قيد الحياة، كل ذلك يؤرق المصاب، ويشعره بالقلق، والخوف الدائمين، من فكرة الموت، ونظرة المجتمع لطبيعة مرضه، المهددان له، هذا إضافة إلى المضاعفات الناتجة عن المرض، وكذا عن العقار الذي قد يؤدي إلى عرقلة المريض عن ممارسة نشاطاته اليومية، خاصة منها تلك التي تعود القيام بها، والمألوفة لديه قبل المعاناة مع المرض.

كل هذه العوامل التي يعيشها المصاب بالسيدا، تؤثر بدورها على حالته النفسية، فهي مجتمعة تؤدي إلى إحداث عامل سوء التوافق النفسي، وأيضا عدم الاستقرار النفسي في شخصيته، فينقص فهم الفرد لذاته، ويحرم من إشباع حاجاته، وتنقص قدرته على تحقيق مطالبه، ويزيد شعوره بالإحباط، وتهديد الذات حين يفشل في حل مشكلاته، ومواجهتها، أو يعجز عن تقبلها. " (سري، 2000، ص. 35) هذا ما قد يجعل مريض السيدا عرضة للوقوع في الأمراض، والاضطرابات الشائعة نفسيا، والتي قد تكون نتيجة مزيج من الاضطرابات الفسيولوجية، والنفسية في الوقت ذاته، فتبرز مظاهرها في الحزن، وسوء التوافق مع الذات، ومع الآخرين، وفقدان الأمل، والتقاؤل بالأحداث المبهجة في الحياة، وعدم التمتع بالتوازن النفسي المطلوب، والانسحاب من المجتمع، وعدم الاستمتاع بمباهج الحياة، وغيرها من المظاهر التي قد تصل في الحالات الشديدة إلى التفكير في الانتحار، ووضع حد للألم النفسي، والجسدي.

من هذا المنطلق وجب التكفل بهذه الشريحة، ليس فقط من الناحية الطبية بل حتى من الناحية النفسية بكافة أبعادها، مما يضمن للمريض أن يحيا في مجتمع إنساني، هذا التكفل يضمن تكيفا سليما في جميع المجالات النفسية، والاجتماعية، والبيولوجية، حتى يجعله يتحصل على الإدماج الاجتماعي، كذلك الاستقلالية النفسية، والاجتماعية التي يبحث عنها، بمعنى آخر تكيفا، وتأقلا مع المجتمع، وهذه الوظيفة لا تقتصر على متدخل واحد، بل تشمل جميع الأطراف المعنيين، انطلاقا من الأخصائي النفسي، والاجتماعي وصولا إلى الأسرة، الأصدقاء، وكذلك البيئة المحيطة، لتكون هذه العملية مبنية على قواعد متينة وواضحة لتصل، وتحقق الغاية، والنتيجة المرجوة في عيش المصاب بمرض السيدا متمتعا بحقوقه، وبحياته.

ومن ذلك فهدف الدراسة الرئيسي هو بناء برنامج للتكفل، والعلاج النفسي خاص بهته الشريحة من المرضى، يطبق معهم داخل المستشفى، يعمل بما تضمنه في محتواه من أساليب، وتقنيات علاجية، على التعامل مع ثلاث سمات رئيسية في شخصية هذا الفرد، والمتمثلة في:

التوافق، التفاؤل، والاتزان الانفعالي، والتي تشكل في الوقت ذاته متغيرات الدراسة الحالية. كما وتهدف كذلك إلى تحديد فعالية هذا البرنامج في تحسين هته السمات عند المتعايش مع فيروس نقص المناعة المكتسبة، من خلال دراسة الفروق، والتحسين في الدرجات المتحصل عليها، على المقاييس المستخدمة في الدراسة قبل، وبعد تطبيق هذا البرنامج.

ونظرا للأهمية التي تكتسيها الدراسة الحالية، المعتمدة على المنهج التجريبي، يمكن تلخيص محتواها كالتالي:

ضم التراث الأدبي للدراسة عناصر رئيسية: كالإشكالية، تحديد أهمية، وأهداف، وحدود الدراسة، وكذا تحديد المصطلحات، وجملة الدراسات المشابهة التي تم التوصل إليها في هذا الموضوع، مع صياغة فرضياتها. وتشكل هذه العناصر الفصل الأول المعنون بـ: طرح إشكالية الدراسة.

كما تحتوي الدراسة على فصول هي:

الفصل الثاني: المعنون بـ: "البرنامج التكفلي العلاجي". إذ يشتمل هذا الفصل على ثلاث أقسام رئيسية، القسم الأول منه خصص لشرح مفهوم التكفل، بأغلب ما يتضمنه هذا المفهوم من جوانب شارحة لمحتواه. أما القسم الثاني ف جاء ليشرح ثاني مفهوم يشتمل عليه هذا الفصل، وهو العلاج النفسي، وما يتعلق به من أمور أخرى، وجب التطرق إليها من أجل فهمه بشكل مناسب. في حين يتحدث القسم الثالث عن البرنامج التكفلي العلاجي المقترح بناؤه في هته الدراسة، والمصمم خصيصا لفئة المتعايشين مع فيروس السيدا، من حيث محتواه، هدفه، المدة التي سيشغلها، وأهم الأساليب، والتقنيات العلاجية المعتمد عليها في بنائه، مع الأسس النظرية المستقاة منها.

أما الفصل الثالث: المعنون بـ: "التوافق، التفاؤل، الاتزان الانفعالي لدى المتعايش مع السيدا"، فينتوي على أربعة أقسام مهمة جدًا، حيث نتطرق في هذا الفصل إلى شرح المتغيرات الثلاثة الأساسية -التوافق، التفاؤل، الاتزان الانفعالي- المشكلة لموضوع الدراسة، والتي يتم تعريضها لقياس قبلي، وبعدي، بعد إدخال العنصر التجريبي المتمثل في البرنامج المقترح بناؤه. وحاولنا هنا الإلمام بكل ما يشرح، ويسهل فهم هته السمات، من ذكر: تعاريف، وخصائص، ومعايير، ونظريات مفسرة لها... وغيرها من العناصر التي جاءت لتخدم هذا الفصل. هذا بعد التعرّيج على مفهوم داء نقص المناعة المكتسبة، وضرورة شرح هذا الأخير، نظرا لكون عينة الدراسة تعاني من هذا المرض، وتعيش أزمانه الجسدية، والنفسية.

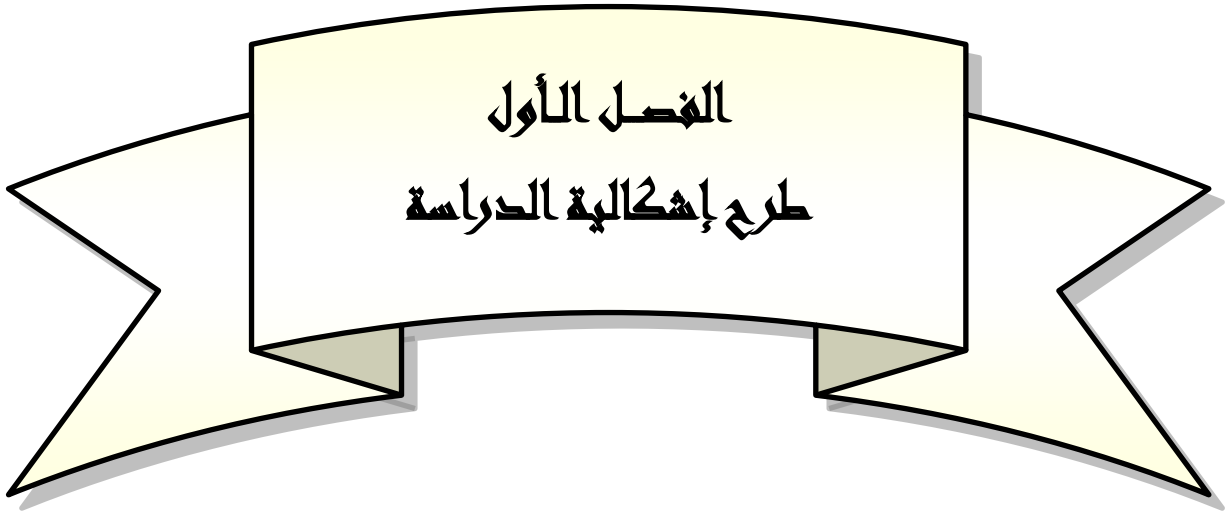
كما تجدر الإشارة إلى أن كل فصل من هذه الفصول قد أرفق بتمهيد، وخلاصة فصل.
أما الجانب التطبيقي فيحتوي على الفصل الرابع: المعنون بـ: "الإجراءات المنهجية والتطبيقية للدراسة ونتائجها"، والمتضمن قسمين أساسيين هما:
القسم الأول: يتمثل في: "الإجراءات المنهجية للدراسة"، من خلال تحديد: المنهج الذي تم اعتماده، وهو المنهج التجريبي، مع ذكر التصميم التجريبي ذي المجموعة الواحدة المعتمد عليه، أيضا عينة الدراسة، وكيفية اختيارها من المجتمع الذي تنتمي إليه، والمشكلة من أشخاص متعايشين مع السيدا، قسّموا حسب تناولهم على المستشفى لتلقي العلاج، إلى ثلاث مجموعات مقصودة. كما قمنا بالدراسة الاستطلاعية، والتي كان هدفها الأساسي، تطبيق المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة، على مجتمع طلبة السنة الثانية جذع مشترك تكوين توجيهي LMD شعبة علم النفس، لحساب الخصائص السيكومترية للمقاييس الثلاثة: مقياس التوافق، مقياس التفاؤل والتشاؤم، مقياس الاتزان الانفعالي، وكذا الأساليب الإحصائية المستعملة في التحقق من فرضيات الدراسة.

القسم الثاني: عنون بـ: "عرض ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة"، والتي تمّ التوصل إليها من الدراسة الحالية، في ضوء ما أمكن التحصل عليه من دراسات مشابهة، وما جمع من تراث نظري، فيما يتعلق بالموضوع المدروس. في الأخير تمّ إرفاق كل هذا بملخص للدراسة باللغتين العربية، والإنجليزية. إضافة إلى قائمة المراجع، والملاحق.



التقنيات

الأديبي



- 1/ تحديد إشكالية الدراسة.
- 2/ أهمية وأهداف الدراسة.
- 3/ حدود الدراسة.
- 4/ تحديد المصطلحات.
- 5/ الدراسات المشابهة.
- 6/ فرضيات الدراسة.

1/ تحديد إشكالية الدراسة:

لم يتمكن الطب بعد ما يقارب ثلاثين سنة من اكتشاف داء فقدان المناعة المكتسبة، من السيطرة الكاملة على الفيروس المسبب للمرض، وبالرغم من التطور الحاصل في آليات التكفل الطبي، والنفسي بالمتعاشين مع هذا الفيروس، لا تزال الأرقام المسجلة في تزايد مخيف. كما أن إعادة إدماج هؤلاء المصابين في المجتمعات العربية خاصة، تصطدم بالعديد من العراقيل، والذهنيات المحبطة لعملية التكفل الشامل.

كما أنه بات من المعروف في وقتنا الحالي أن مرض نقص المناعة المكتسب، أو ما يدعى بالسيدا، يعتبر واحد من الأمراض الخطيرة، واسعة الانتشار في العالم لاسيما في الجزائر، حيث أشارت أرقام معهد باستور (2013) إلى أن أعلى نسبة سجلت لحالات السيدا، حسب طرق العدوى منذ سنة (1985) إلى غاية سنة (2013)، كانت تمثل (1395) حالة إصابة، و إلى وجود (5958) حالة إيجابية المصل. كما كشف نفس المعهد واقعا مخيفا، وهو نقشي المرض وسط الشباب الذين تتراوح أعمارهم ما بين (20 و 40) سنة. وقد صنفت الجزائر حسب دراسة أجرتها الأمم المتحدة في هته السنة ضمن الدول التي تزايد بها عدد الإصابات في الآونة الأخيرة.

إننا الآن نشهد تزايدا مذهلا، في حصد المرض لأرواح الكثيرين داخل المجتمعات، والتي لم يتمكن الطب بما يملكه من تطور في أرقاها، إلى إيجاد حل فاصل، أو علاج ناجع، أو رادع لهذا الفيروس، فالعلاج الموجود ما هو إلا لقاءات تعطل عمله مدة زمنية معينة. وفي ظل ما نشهده من مواجهة فعلية من طرف الدول تجاه المسببات الحقيقية لهذا المرض، نجد أنه يصعب على الجميع الجزم بوضع حد لها، وبالتالي القضاء النهائي عليه، لذا ولحين تحقق ذلك وكأني مريض، يتمتع الشخص المصاب بالسيدا، سواء الحامل للفيروس، أو المريض بحقوق يجب أن تمنح له، لكن أهمها -وحسب ما لنا من اطلاع- بكونه غير متوفر بشكل واقعي، ألا وهو التكفل النفسي الفعلي بهذه الفئة، هذا الأخير الذي لم يخصص له ما يكفي من الجهود، كونه أهم ما يحتاج إليه المريض خلال الفترة المتبقية من حياته، في محاولة لإعادة التوازن النفسي المفقود عقب إصابته بالمرض، مع إحداث نوع من التقبل للواقع الجديد، الذي هو بصدد مواجهته، فهو واقع الإصابة بفيروس نقص المناعة، الذي يقلل من أمل الشفاء، كما أن

جزءا كبيرا من حياة الفرد تشغله الحياة النفسية، وهو الجانب الذي يجب دعمه لمواصلة الحياة، وتقبل أزماتها، وتجاوزها. فكما أن هناك مناعة جسدية في جسم المريض هاجمها الفيروس، وجعلها تعيش حالة مزرية، قد يتمتع نفس المريض بجانب نفسي مدعم، يقاوم من خلاله لأجل عدم الانتهاء، واستمرار الحياة، غير أنه لن يستطيع القيام بذلك بمفرده، لولا الدعم المقدم له من المحيط. ضف لما تشهده المؤسسات الإستشفائية، والمراكز العلاجية من نقص في إطار التكفل النفسي بالمريض من هذا النوع، نلحظ في مقابل ذلك نقص في البرامج المخصصة للتكفل النفسي، والعلاجي بنفس المرضى خاصة داخل هذه المؤسسات، بالرغم من الاهتمام الكبير الموجه إلى ضرورة التركيز على عملية مكافحة تفشي هذا المرض داخل المجتمع، على اعتبار أن كل ما يتم المرور عليه في عملية التكفل النفسي بالمصاب، هو التعامل مع صدمة الإصابة، ووقع الخبر على المصاب، وتحضيره لتقبل العلاج الدوائي، مع تقديم النصائح اللازمة لعدم انتشار العدوى. بعد ذلك يترك هذا الأخير وهو يعاني آلاما نفسية تحرمه طعم الحياة، لعل أهمها الإحساس بعدم التوافق، عدم الاتزان النفسي، الوقوع في التشاؤم، والذي قد يكون الممهّد للتفكير في وضع حد للحياة. لذا كان لزاما إلقاء الضوء على أهمية التفكير في المساهمة الفعلية في بناء برنامج للتكفل النفسي العلاجي بالمتعاشين مع الفيروس المسبب لمرض السيدا، بحيث يشمل هذا البرنامج الجوانب المدعمة لإحياء التناول، وإعادة التوافق، والاستقرار النفسي لدى المصاب، يرتكز البرنامج المصمم لأجل هذه الشريحة من المرضى في مضمونه العام على بعض الأساليب، والتقنيات العلاجية النفسية المثبتة لفعاليتها في مواجهة الاضطرابات النفسية على اختلافها، وشاع استخدامها، واللجوء إليها في الكثير من المواقف.

ومن هنا جاءت مشكلة دراستنا الحالية لتتمحور في السؤال التالي:

- هل يمكن بناء برنامج للتكفل النفسي العلاجي، خاص بالمتعاشين مع فيروس نقص المناعة المكتسبة، يعتمد في الأساس على بعض الأساليب العلاجية: كالعلاج المعرفي، والعلاج الجماعي، العلاج بالاسترخاء النفسي، العلاج الواقعي، العلاج بالترفيه، العلاج الديني، هدفه الرئيسي إعادة التوافق، والاستقرار النفسي للمصاب مع بعثه على التناول؟
- وهل يمكن إثبات فعالية هذا البرنامج في الواقع داخل المؤسسة الإستشفائية؟

2/ أهمية وأهداف الدراسة:

صحيح أنّ المصاب بالسيدا قد أيقن بعد الإصابة بالمرض بأنّ حالته الجسمية أصبحت مزرية في وجود الفيروس في جسمه، وأنه أقبل على فكرة أنّ هذا المرض قد وضع حداً لحياته، غير أنّ الاستسلام لمثل هته الأفكار في حد ذاته، يزيد من تدهور الحالة الصحية للمريض، ويجعل العلاج وسبل التعايش مع المرض من الأمور الأصعب في حياته. فالفيروس لا يهاجم الجهاز المناعي الجسدي فحسب، بل يعمل بما له من عوامل مؤثرة على مهاجمة التوافق، والاتزان النفسي لدى نفس الشخص، فيوقع المصاب في الإحساس بالعجز الكامل للمواجهة، ومواصلة الحياة بشكلها الطبيعي، بالتالي التفكير المستمر بالموت، بل ويزيد عن ذلك فيما قد يفكر فيه المريض من أفكار سلبية كالانتحار، نتيجة خذلان جسده له، أو حتى المحيط. لذلك فإنّ هذا المريض باختلاف طبيعة مرضه عن المرضى الآخرين، والذين يعانون من أمراض مختلفة عن السيدا، بحاجة إلى مساندة نفسية فعالة، تدعمه لإتمام حياته بشكل طبيعي تعايشاً مع المرض. لذا كان لزاماً أن نولي هذا الموضوع أهمية بالغة، فنحاول بناء برنامج للتكفل النفسي العلاجي، ندعم من خلال محتواه التوافق، والاستقرار النفسي، والتقاؤل لدى المتعايش مع الفيروس الفترة المتبقية من حياته، لأنها قد تمتد إلى شهور، أو حتى لسنوات. حيث يقوم البرنامج على جملة من العلاجات النفسية المطبقة في علم النفس، تعمل بدورها على مساعدته، وإعادة بناء، ودعم الجانب النفسي في وجود المرض، وتؤهله بذلك لتقبله، والتعايش معه.

كما أنّ أهمية الدراسة تكمن في أنّ بناء مثل هذه البرامج يوفر لكل من المريض، والأخصائي النفسي دعماً في عملية التفاعل المتبادلة بينهما، سواء داخل المستشفى، أو خارجها مع المحيط. في حين أنّ الافتقار لمثلها يفرض علينا الاهتمام بها، والبحث فيها.

أما عن الهدفين الرئيسيين الساعي تحقيقهما في هته الدراسة، فيتمثلان في:

- محاولة تقديم المساعدة للفريق الطبي، وخاصة الأخصائي النفسي الساهر على التكفل النفسي بالمتعايش مع فيروس السيدا، وذلك من خلال العمل على بناء برنامج أساسه التكفل النفسي العلاجي بالمريض، يعتمد عليه داخل المستشفى، حيث يقوم هذا الأخير في محتواه على بعض أساليب، وفنيات العلاج النفسي، والتي أثبتت فعاليتها في مجالات أخرى منها:

العلاج الجماعي، والعلاج المعرفي، والعلاج بالواقع، والعلاج بالاسترخاء، والعلاج الترفيهي، وكذا العلاج الديني.

- تحديد مدى فعالية هذا البرنامج المقترح، في دعم الجانب النفسي لدى المتعايش مع فيروس نقص المناعة، للعودة به إلى حالة التوافق، والاستقرار، أو التوازن النفسي، أو الانفعالي، وكذا بعثه على التفاؤل.

3/ حدود الدراسة:

3-1/ الحدود البشرية: اختيرت عينة الدراسة بطريقة مقصودة، بحيث تكونت من الأشخاص الحاملين للمصل الإيجابي (الحاملين للفيروس)، والأشخاص المرضى بالسيدا (الذين ظهرت عليهم الأعراض). والذين بلغ عددهم (30) شخصا متعايشا مع الفيروس، يخضعون للعلاج داخل المستشفى. أعمارهم تتراوح ما بين (30 إلى 55) سنة، من مجتمع أصلي بلغ (44) مريضا. وقد تم تقسيم مجتمع الدراسة إلى ثلاث مجموعات.

3-2/ الحدود المكانية: يتمثل مكان الدراسة في مصلحة الأمراض المعدية التابعة لمستشفى "الدكتور ضربان - الجسر الأبيض سابقا"، المتواجد بولاية عنابة.

3-3/ الحدود الزمنية: كانت الانطلاقة في إعداد الدراسة في جانبها النظري، والتطبيقي منذ سنة 2009 إلى غاية إتمامها. أما عن القيام بالتريص الميداني لتغطية الجانب التطبيقي فكان من تاريخ: 2012/01/29، إلى غاية تاريخ: 2012/06/03. وذلك بالعمل الموحد بين الباحثة، ومساعدة الأخصائية النفسانية المتواجد بالمستشفى.

4/ تحديد المصطلحات:

4-1/ برنامج التكفل النفسي العلاجي: خطة نفسية علاجية ممنهجة، للتكفل النفسي بالشخص المتعايش مع فيروس نقص المناعة المكتسبة، تعتمد في محتوى محاورها الأساسية على بعض التقنيات، والأساليب العلاجية النفسية كالعلاج المعرفي، العلاج الجماعي، والاسترخاء النفسي. العلاج بالواقع، العلاج بالترفيه عن النفس، والعلاج الديني. وهذا ضمن اقتراح برنامج يتم تصميمه، وبناءه في هته الدراسة من قبل الباحثة. يسعى إلى تحقيق هدف رئيسي، متمثل في دعم سمات معينة في شخصية المريض، متعلقة بإعادة المريض لحالة التوافق، والاتزان

الانفعالي، وإحياء روح التفاؤل لديه. وتجب الإشارة إلى أنه سيتم شرح المحاور الأساسية التي تضمنها هذا البرنامج في الفصول اللاحقة.

4-2/ السيدا: مرض فيروسي (يسببه فيروس يدعى VIH). فتاك، ومعدّي، لا علاج ولا لقاح له. يصيب جهاز المناعة عند الإنسان، ويؤدي إلى انهيار قدرات الجسم في الدفاع ضد الميكروبات، والجراثيم، ويتركه عرضة لعدة أمراض انتهازية كالالتهابات التنفسية، والأمراض الجلدية، والأورام... الخ.

5/ الدراسات المشابهة:

5-1/ دراسات حول التفاؤل، وعلاقته بالصحة الجسدية، والنفسية:

أشار الأنصاري (2007) أن دراسات التفاؤل Optimism، والتشاؤم Pessimism تستحوذ على اهتمام بالغ من قبل الباحثين، نظرا لارتباط السمتين بالصحة النفسية، والجسدية للفرد، إذ أكدت مختلف النظريات، المشار إليها من قبل "بترسون Peterson" عام (2000)، على ارتباط التفاؤل بالسعادة، والصحة، والمثابرة، والإنجاز، والنظرة الإيجابية للحياة. كما يرتبط ارتباطا إيجابيا جوهريا بإدراك السيطرة على الضغوط، ومواجهتها، حل المشكلات بنجاح، البحث عن الدعم الاجتماعي، النظرة الإيجابية للمواقف الضاغطة، ضبط النفس، تقدير الذات، وسرعة الشفاء من المرض، والانبساط، والتوافق، والصحة الجسمية، والسلوك الصحي، وسرعة العودة إلى ممارسة أنشطة الحياة الطبيعية، بعد إجراء العملية الجراحية، وصحة الجسم عامة.

من ناحية أخرى كشفت دراسات هذا الأخير وفي نفس السنة، أن التشاؤم يرتبط ارتباطا إيجابيا جوهريا باليأس، الفشل، المرض، والنظرة السلبية للحياة، الانتحار، الشعور بالوحدة، هبوط الروح المعنوية، الانسحاب الاجتماعي، الفشل في حل المشكلات، النظرة السلبية لصدمات الحياة، الأعراض الجسمية.

كما يوضح الأنصاري في نفس السنة أن دراسات كل من "سجيرستون، تايلور، كيمني و فيهي Segerstrom, Taylor, Kemeny et Fahey" عام (1998)، تشير بأن التشاؤم يتسبب في مشكلات صحية كثيرة منها: ارتفاع ضغط الدم، مرض الشريان التاجي، والسرطان. في حين ينبئ التشاؤم بانخفاض مستوى الصحة، والعمر المتوقع، وبطء الشفاء بعد إجراء جراحة. بل وأكدت بعض الدراسات على أن كفاءة جهاز المناعة تزداد لدى المتفائلين

أكثر مما هي عليه عند المتشائمين، وأكّدت على أنّ التفاؤل يمكن أن يؤدي دور عامل وقائي، ينشط لما يواجه الفرد صعوبات وأزمات الحياة، مثل تلك الناجمة عن المرض.

ويذهب الحميري (2004) إلى أنّ كلا من "ريكر و ونج" عام (1984) تناولوا دراسة بعنوان: "التفاؤل الشخصي، وعلاقته بالصحة النفسية، والجسمية" لدى مجموعة من كبار السن المقيمين بالمستشفى. وأسفرت نتائجها على تأكيد الارتباط الإيجابي بين التفاؤل، والصحة النفسية، والجسمية.

في حين تناول "شاير، وكارفر" نفس الموضوع السابق. وأشارت نتائج دراستهما إلى وجود علاقة سلبية دالة بين التفاؤل، والأعراض المرضية. وأبرزت نتائجها أنّ المتفائلين يغلب عليهم اعتدال معدل ضغط الدم، في الوقت الذي يغلب اضطرابه لدى المتشائمين.

"تايلور وآخرون" عام (1992) تناولوا علاقة التفاؤل بطريقة التغلب على الضغوط، والتوافق، والسلوك الصحي. وأظهرت الدراسة أنّ التفاؤل مصدر مهم للتغلب على الأمراض النفسية، والجسمية، إذ أنه يساعد المرضى على التحكم النفسي في الانفعالات عند الإصابة بالأمراض.

ووفقا لدراسة "شاير وآخرون Scheier and others" عام (1999) والتي أشار إليها السيد (2009). فقد قام الباحثون بدراسة على عينة من مرضى الشريان التاجي المعادين إلى المستشفى، بعد فشل التدخل الجراحي في توسيع هذا الشريان. وكان هدفها معرفة تأثير البرامج العلاجية على الحالة النفسية لدى هؤلاء المرضى. بلغ حجم عينة الدراسة (309) مريضا، متوسط أعمارهم (62.8) سنة، وقد أجريت عليهم بشكل تتبعي، دامت ستة أشهر، لرصد تطوّر شخصياتهم. استخدم الباحثون اختبار "شاير وكارفر" للتفاؤل والتشاؤم، وتمّ تحديد المتفائلين منهم، والمتشائمين، كما قاموا بإعداد برنامج تأهيلي نفسي، طبي شمل التدريب على الاسترخاء، وتدخلات أخرى معرفية، وسلوكية. وخلصت نتائج الدراسة إلى أنّ الأكثر تفاؤلا، أكثر استجابة للبرامج التأهيلية، مقارنة بالمرضى الذين هم أكثر تشاؤما.

وعن دراسة "لورا وآخرون Laura and others" عام (2001). أشار السيد (2009) أنّ هدفها كان معرفة تأثير التشاؤم، والتفاؤل على مريض الشريان التاجي. إذ شملت عينة الدراسة (1306) ذكرا مريضا بهذا المرض، وتراوحت أعمارهم ما بين (40-90) سنة.

استخدم الباحثون مقياس للتفاؤل، والتشاؤم مقتبس من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه المعدل (منسوتا). وافترضوا أن هناك علاقة ايجابية بين التفاؤل، والصحة الجسدية لدى مرضى الشريان التاجي، في مقابل وجود علاقة سلبية بين متغير التشاؤم، والصحة الجسدية لدى نفس المرضى. في النهاية توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطيه بين التشاؤم، والشعور بالضعف، والوهن الجسدي لدى هؤلاء المرضى، ضف إلى ذلك أن الذكور المتشائمين أكثر عرضة للإصابة بمرض الشريان التاجي، عن أولئك المتفائلين.

وفي دراسة حول التفاؤل وارتباطه بمتغيرات نفسية أخرى أشار فرج (2007) إلى دراسة "الأنصاري" (1998). التي استخلص من خلالها: أن التفاؤل يرتبط ايجابيا بكل من: إدراك السيطرة على الضغوط، ومواجهتها، استخدام المواجهة الفعالة، وإعادة التفسير الإيجابي للمواقف، حل المشكلات بنجاح، البحث عن الدعم الاجتماعي، والنظرة الإيجابية للمواقف الضاغطة، والتحصيل الدراسي، والأداء الوظيفي، وضبط النفس، وتقدير الذات، وسرعة الشفاء من المرض، والانبساط، والتوافق، والصحة الجسمية، والسلوك الصحي، وسرعة العودة إلى ممارسة الأنشطة الطبيعية في الحياة بعد إجراء عملية جراحية، وصحة الجسم عامة، وغيرها. في حين يرتبط التشاؤم ارتباطا ايجابيا باليأس، الانتحار، القلق، الشعور بالحزن، والقنوط، والفشل في حل المشكلات، والنظرة السلبية لصدمات الحياة.

5-2/ دراسات حول التوافق، والاتزان الانفعالي، ومفهوم الذات عند مرضى السيدا:

دراسة "أحمد، نائلة عثمان علي" سنة (2009)، بعنوان: "التوافق الاجتماعي والاتزان الانفعالي لمصابي مرض عوز المناعة الطبيعية المكتسب (الإيدز) بولاية الخرطوم". والهادفة إلى معرفة التوافق الاجتماعي، والاتزان الانفعالي لدى مرضى السيدا، وذلك حسب متغير: العمر، مدة الإصابة، والمستوى التعليمي، ومعرفة الفروق بين الجنسين، والحالة الاجتماعية. واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي المسحي. بلغ حجم العينة (150) مصابا من الجنسين. واستعملت استمارة البيانات الأساسية من إعدادها، ومقياس التوافق الاجتماعي "لهيوم.م.بل" (1934)، المعدل من قبل "إبراهيم عبد الرحيم" سنة (1999) ومقياس الاتزان الانفعالي، إعداد "شادية عثمان أحمد" سنة (2004). وتوصلت النتائج إلى أنه:

- تتسم كل من سمتي التوافق الاجتماعي، والاتزان الانفعالي لدى المصابين بالايذز بالاجيابة (مرتفع).
 - توجد علاقة ارتباط طردية دالة إحصائيا بين التوافق الاجتماعي للمصابين، ومتغير العمر.
 - لا توجد علاقة ارتباط دالة إحصائيا بين الاتزان الانفعالي لدى المصابين بالايذز، ومتغير العمر.
 - توجد علاقة ارتباط دالة إحصائيا بين التوافق الاجتماعي للمصابين بالايذز، ومتغير مدة الإصابة. وتوجد علاقة ارتباط عكسية دالة إحصائيا بين الاتزان الانفعالي للمصابين بالايذز، ومتغير مدة الإصابة.
 - لا توجد علاقة ارتباط دالة إحصائيا بين التوافق الاجتماعي للمصابين بالايذز، ومتغير المستوى التعليمي. وتوجد علاقة ارتباط عكسية دالة إحصائيا بين الاتزان الانفعالي للمصابين بالايذز، ومتغير المستوى التعليمي.
 - لا توجد فروق دالة إحصائيا في كل من: التوافق الاجتماعي، والاتزان الانفعالي للمصابين مع متغير النوع (ذكور - إناث).
 - لا توجد فروق دالة إحصائيا في كل من: التوافق الاجتماعي، والاتزان الانفعالي للمصابين مع متغير الحالة الاجتماعية.
- وعن تطبيق برامج الصحة النفسية أشارت زهران (2004) إلى دراسة "جوزيف ستوكس وويل دامون Stokes and Damon" سنة (1995)، على رجال يعانون أمراضا جنسية، وكذا فيروس نقص المناعة المكتسب أو السيدا. ضمت العينة (536) رجلا، أعمارهم تتراوح ما بين (18-30) سنة. وقد تم إتمام الدراسة المتابعة بعد ذلك على (220) من أفراد العينة الأولى. هدف الدراسة كان تطبيق برنامج الصحة النفسية عن مفهوم الذات، ونظرة المجتمع، واختلاط الهوية، ومرض نقص المناعة. وأظهرت النتائج أن الكثير من المشكلات التي يخبرها هؤلاء، ترجع إلى نقص تسامح المجتمع بخصوص السلوك الجنسي الشاذ، وأنهم يعانون من مشاعر الاغتراب، والتهميش، والعزل لكونهم مرفوضين، ومعزولين داخل نفس المجتمع.
- 5-3/ دراسات حول التوافق والمعتقدات اللاعقلانية:

دراسة "فيندروفوست Vandervoost" سنة (1993)، انصب اهتمامها حول نظم الاعتقاد، وأساليب المواجهة كوسائط في العلاقة القائمة بين العدوان والمرض. تكونت عينة الدراسة من (183) من خريجي الجامعة. وأكدت النتائج على أن الأفراد المتمسكين بالمعتقدات اللاعقلانية، كانت أساليب المواجهة الخاصة بهم أقل تكيفا. كما عانوا كثيرا من المرض. وشددت الدراسة خاصة على العدوان الذي يعتبر عامل سلوكي معرفي. العقاد (2001)

والحقيقة أنه لم يقع تحت يد الباحثة، إلا القليل من الدراسات التي تعرضت لدراسة البرامج وتطبيقها مع بعض الأمراض المزمنة، غير أنها لا تتعلق بمتغيرات الدراسة الأساسية، وتحسينها عند فئة مرضى السيدا - وهذا في حدود معرفة الباحثة - ومسحها للدراسات السابقة، والمشابهة. ثم إن الباحثة لم تجد أي دراسة سابقة أو دراسة محلية تتعرض لبرامج التكفل والعلاج النفسي الخاصة بالمتعاشين مع فيروس نقص المناعة المكتسبة، داخل المؤسسات الإستشفائية - في حدود معرفتها - من هنا تأتي أهمية الدراسة الحالية، في إسهام من جانب الباحثة في إجراء هذه الدراسة من خلال إطار ثقافي معين هو البيئة الجزائرية.

5-4/ تعقيب على الدراسات:

من خلال النظر لهته الدراسات نجد أن:

- الدراسات السابقة في هذا الموضوع، والتي تعالج نفس المتغيرات الثلاثة (التوافق، التفاؤل، الاتزان الانفعالي) في برنامج تكفلي علاجي، مخصص لفئة المتعاشين مع السيدا منعدمة. إذ يلاحظ أنه لا توجد دراسات سابقة بوجه عام تناولت متغيرات الدراسة الحالية مجتمعة.
- مازال هذا الجانب من الأمراض المزمنة، والخطيرة يحتاج إلى مزيد من الدراسات التي تكشف عن علاقة برامج التكفل والعلاج النفسي بتحسين بعض المتغيرات النفسية الإيجابية، من أجل عملية التقبل لدى المصاب، والتعايش مع المرض، وتعتبر هذه الدراسة الحالية محاولة على هذا الطريق.
- اقتصرت معظم الدراسات على دراسة العلاقة بين سمي التفاؤل والتشاؤم، والحالة النفسية، والجسدية، وأظهرت أن هناك ارتباط إيجابي بينها، وبين التفاؤل، كما أنه يعتبر مصدر مهم للتغلب على الأمراض النفسية، والجسمية، وارتباطه ببعض المتغيرات الأخرى منها: التوافق،

- التغلب على الضغوط، والسلوك الصحي. في الوقت نفسه يتسبب التشاؤم بإحداث اضطرابات صحية كثير.
- أكدت نتائج بعض الدراسات على أن الأفراد المتمسكين بالمعتقدات اللاعقلانية، أو اللامنطقية، كانوا يمتلكون أساليب مواجهة أقل تكيفا. كما عانوا كثيرا من المرض.
- عالجت بعض الدراسات العلاقة بين متغيري "التوافق النفسي، واللاتزان الانفعالي"، وهما متغيرين أساسيين في الدراسة الحالية، مع نفس عينة الدراسة أي المصابين بالايذز. وتوصلت إلى تميز سمي التوافق الاجتماعي، واللاتزان الانفعالي لدى المصابين بالايذز بالاجيابة، لكونهما مرتفعتان عند هته الشريحة.
- كما أشارت بعض الدراسات إلى الارتباط الإيجابي الموجود بين متغيري الدراسة الحالية: التفاؤل، والتوافق، وسرعة الشفاء من المرض، والصحة الجسمية، وإتباع السلوك الصحي المناسب.
- بعض الدراسات جاءت لمعرفة تأثير البرامج العلاجية على الحالة النفسية لدى بعض المصابين بالأمراض المزمنة. لرصد تطور شخصية هؤلاء المرضى، وتحديد المتفائلين، والمتشائمين، وإعداد برنامج تأهيلي نفسي، وطبي اشتمل على بعض تقنيات العلاج المستخدمة في برنامج الدراسة الحالية متمثلة في: التدريب على الاسترخاء، وتدخلات معرفية، وسلوكية. كما أن المرضى المتفائلين أكثر استجابة للبرامج التأهيلية، مقارنة بالمتشائمين.
- هدفت بعض الدراسات إلى تطبيق برنامج الصحة النفسية عن مفهوم الذات، ونظرة المجتمع، ومرض نقص المناعة، وبعض المتغيرات الأخرى لدى المصابين بمرض نقص المناعة المكتسبة. وبينت نتائجها أن الكثير من المشكلات التي يعيشها هؤلاء المرضى، ترجع إلى نقص التسامح من قبل المجتمع بخصوص السلوك الجنسي المتسبب في الإصابة بالمرض.
- يتضح أنه لا يوجد اتفاق بين نتائج بعض الدراسات المشابهة في هذا المجال، ويمكن أن يعود ذلك لاختلاف العينات، والأدوات، والمجتمعات التي أجريت فيها الدراسة، وهو ما دعى إلى ضرورة إجراء الدراسة الحالية.

- لا توجد إلا دراسة عربية وحيدة تناولت تأثير مرض الشريان التاجي على بعض المتغيرات النفسية، في حين أن معظم الدراسات كانت أجنبية. ولعل البحث الحالي يعالج نواحي النقص، والقصور التي ذكرت في هذه التعقيبات، خصوصا وأنها تجرى في البيئة الجزائرية، وعلى عينات من المجتمع الجزائري.

6/ فرضيات الدراسة:

للإحاطة بمشكلة الدراسة، والإجابة عليها يمكن صياغة الفرضيات التالية:

1/ يمكن بناء برنامج للتكفل النفسي العلاجي خاص بالمتعاشين مع فيروس نقص المناعة المكتسبة، يعتمد في محاوره الأساسية، على بعض العلاجات النفسية منها: العلاج المعرفي، العلاج الجماعي، والعلاج بالاسترخاء. العلاج الواقعي، العلاج بالترفيه، العلاج الديني. هدفه الرئيسي إعادة التوافق، والاستقرار النفسي للمصاب، مع بعثه على التفاؤل.

2/ إن لهذا البرنامج فعالية في إعادة التوافق، وتحقيق الاستقرار النفسي لدى المتعاشين مع فيروس السيدا، وبعثه على التفاؤل داخل المؤسسة الإستشفائية.

وقد قمنا بتجزئة هته الفرضية إلى الفرضيات الجزئية التالية:

1-2/ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعات الثلاثة، على مقياس التوافق قبل، وبعد تطبيق البرنامج.

2-2/ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعات الثلاثة، على مقياس التفاؤل والتشاؤم قبل، وبعد تطبيق البرنامج.

2-3/ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعات الثلاثة، على مقياس الاتزان الانفعالي قبل، وبعد تطبيق البرنامج.

الفصل الثاني البرنامج التكفلي العلاجي النفسي

تمهيد.

أولاً: التكفل النفسي، Psychological; Sponsoring /10 الموقف العلاجي.

11 / العملية العلاجية.

12 / الاختبارات والمقاييس في العلاج النفسي.

13 / المساعدة الإنسانية العامة.

14 / علاقة العلاج بالأمل، والحديث الإيجابي مع النفس.

ثالثاً: البرنامج المقترح في الدراسة

The Suggested Study Program

1 / تعريف البرنامج.

2 / أسباب تصميم البرنامج.

3 / أهمية البرنامج.

4 / هدف البرنامج.

5 / تقويم البرنامج

6 / تطبيق البرنامج في الدراسة الحالية.

7 / تصميم البرنامج التكفلي العلاجي الخاص

بالمتمتعين مع السيدا.

8 / التمارين والواجبات والنشاطات التي يعتمد

عليها البرنامج داخل الجامعة بالمؤسسة الاستشفائية

من خلال جدول الملاحظة.

خلاصة الفصل.

1 / تعريف التكفل السيكلولوجي.

2 / التكفل النفسي ومفاهيم مشابهة .

3 / أهمية التكفل السيكلولوجي.

4 / أهداف التكفل السيكلولوجي.

5 / الأسس العامة للتكفل السيكلولوجي.

6 / أنواع التكفل السيكلولوجي.

7 / أساليب وفنيات التكفل السيكلولوجي.

8 / علاقة التكفل السيكلولوجي بالعلاج النفسي.

ثانياً: العلاج النفسي Psychotherapy.

1 / تعريف العلاج النفسي.

2 / الصحة النفسية والعلاج النفسي.

3 / مبادئ العلاج النفسي.

4 / خصائص العلاج النفسي.

5 / أهداف وغاية العلاج النفسي.

6 / شروط عملية العلاج النفسي.

7 / مراحل العلاج النفسي.

8 / المعالج والعلاج النفسي.

9 / تصنيف طرق وأنواع العلاج النفسي.

تمهيد:

إن مرضى السيدا في مجتمعنا يعانون من الحرمان في شتى المجالات، فهم يحضون بنظرة خاصة من طرف المجتمع، يغلب عليها طابع الخشية منهم والاحتقار، لهذا فإن هذه الفئة من المرضى، خصّصت لهم مؤسسات استشفائية، من شأنها السهر على رعايتهم، والتكفل بهم طبيا، ونفسيا، واجتماعيا، لإعادة الأمل والتقبل الذاتي لأنفسهم، وتوافقهم مع ذواتهم، ومع الآخرين، وفي هذا الفصل سوف نتطرق إلى مفهوم التكفل النفسي، وكذا العلاج النفسي، والأهداف التي يسعى إليها، من خلال تطبيق تقنيات، وأساليب علاجية نفسية، تضمنها برنامج مقترح للعمل مع هته الفئة من المرضى، من طرف الباحثة، والمعالج النفسي المسؤول عنها داخل المستشفى، إضافة إلى بعض العناصر الهامة الأخرى، التي ستأتي في الفصل، والشارحة لمحتواه.

أولا: التكفل النفسي **Psychological; Sponsoring**:

1/ تعريف التكفل السيكولوجي:

1-1/ لغة: "اشتق التكفل في اللغة العربية من كلمة كَفَلَ، ويقال كفلا وكفالة، أي أخذ على عاتقه (على مسؤوليته). وتعهد بشيء أو بشخص وألزمه." (المنجد في اللغة العربية المعاصرة، 2000، ص. 1240)

1-2/ "هو مجموع الخدمات النفسية، التي تقدّم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته، وفقا لإمكاناته، وقدراته الجسمية، وميوله بأسلوب يشبع حاجاته، ويحقق تصوره لذاته، ويتضمن ميادين متعددة أصرية، شخصية، ومهنية. وعادة يهدف إلى الحاضر، والمستقبل مستقيما من الماضي وخبراته." (جودت، سعيد، 1999، ص. 14)

وحسب كامل (1999) يمكن أن يعتبر للتكفل وظيفة ذات طابع تعديلي، إذ يسعى إلى تعديل السلوك وفقا للمعايير، كما أنه عملية لفهم إمكانيات، واستعدادات الفرد، واستخدامها في حل مشكلاته، ووضع خطط لحياته المستقبلية، من خلال فهمه للواقع والحاضر، ومساعدته في تحقيق ذاته، وكذا قدر كبير من السعادة، والكفاية، وصولا بذلك إلى تحقيق درجة من التوافق الشخصي والاجتماعي.

1-3/ **التعريف الإجرائي للتكفل النفسي:** يعد التكفل النفسي في هذه الدراسة، الرعاية الممنوحة للمتعايش مع فيروس نقص المناعة المكتسبة، والذي سيتم بالاعتماد على جملة من الأساليب العلاجية، المطبقة من طرف الباحثة، والأخصائي النفسي المتواجد داخل المؤسسة الإستشفائية. وهذه العلاجات سيتم التطرق إلى فنياتها، وكل ما يتعلق بها من تراث نظري، أثناء تناولنا لإجراءات البرنامج التكفلي المقترح.

2/ التكفل النفسي ومفاهيم مشابهة:

بالإضافة إلى مصطلح التكفل، نجد بعض المصطلحات التي تتداخل مع هذا الأخير كالتأهيل، والرعاية.

2-1/ **"التأهيل:** يعرف في معجم العلوم الاجتماعية (1975)، مجموع العمليات، والأساليب التي يقصد بها تقويم إعادة الأشخاص المنحرفين في الحياة السوية، كما يقصد به محاولة تربية الشواذ." (غانم، 2005، ص. 191)

كما يعرف حسب "أنطون ستور" أنه في تخفيف الهموم الشخصية، بواسطة الكلام، والعلاقة الشخصية المهنية." (تركي، 1982، ص. 102)

كما يشير **غانم (2005)** أنه يقصد **بالتأهيل** كذلك عملية مساعدة الأفراد للوصول إلى

الحالة التي تسمح نفسيا وبدنيا، واجتماعيا لهم إلى النهوض بما تستلزمه المواقف الحياتية.

2-2/ **"الرعاية:** هي الخدمة التي تقدم بجهود مشتركة، يمتلك القائمون بها القدرة، والمعرفة، والمهارة التي تؤهلهم لمساعدة المرضى من الأفراد، أو المتحسين منهم على معاودة نشاطاتهم الحياتية المعتادة، بعد استعادتهم لعافيتهم التي كانوا عليها قبل المرض، أو لمساعدتهم على الموت بسلام، كما هو الحال في حالات الموت الدماغية، الذي يكون نتيجة تلوث أنسجة المخ بالفيروسات "Encephalitis". (أبو الخير، 1999، ص. 27)

كما لخص **كارثر بايتون Carter Bayton** الرعاية، وعبر عنها كالتالي: «عليك أن

تنفذ إلى القلب، قبل أن تنفذ إلى العقل». (عدس، 1999، ص. 27)

هي بعض المصطلحات المتداخلة في مفهومها، مع المفهوم المستعمل في الدراسة وهو

التكفل، لذا وجب التمييز بينها، للتحديد بأكثر دقة، ووصولنا إلى فهم المصطلح الأساسي في الدراسة.

3/ أهمية التكفل السيكولوجي:

يشير (العيسوي 1997 أ) أن التكفل النفسي:

- ضرورة إنسانية، وأخلاقية، ودينية، واجتماعية وتتمثل معالم هذه الأخيرة في صيانة الأسرة، وحمايتها، وتدعيمها، والمحافظة على العلاقات الاجتماعية الايجابية بين الأشخاص، كما يعمل التكفل النفسي على حماية المرضى وأولادهم من خطر التشرد والضياع.
 - له دواعي سياسية، تكتسيها ضرورة حفاظ المجتمع على الفكر المجتمعي المطلوب، مع تربية أبنائه على القيم، والمبادئ، والأفكار، والنظريات التي تناسبه، وتحفظ له تماسكه ووحدته، بالتالي تحميه من عوامل التفكك الاجتماعي، والنفسي.
 - يجعلنا نقاوم ظروف العصر المتسمة بالقلق، والتوتر، والصراع، واحتدام شدة المنافسة. والوقوف أمام تزايد معدلات الفقر والغلاء، والبطالة، والجريمة بأنماطها المختلفة، خاصة جرائم الأقارب، والاعتصاب، والسطو، وكذا فهم العلاقة الوطيدة بين الإدمان، والجريمة. كما أن التكفل النفسي يمكننا من الوقاية من الانحرافات الناتجة عن ازدياد مشاكل الأسرة وتفاقمها، وضعف سلطانها، ورقابتها، وقدرتها في توجيه أبنائها.
 - يوضح لنا أهمية العقل في ضبط سلوك الفرد وترشيده، وتصويبه، وتوجيهه.
- وهكذا نرى بأن لهته العملية، أهمية بالغة في صلاح الفرد، وبالتالي صلاح المجتمع. نظرا لكونها تهتم بالدرجة الأولى، بالنواة المكونة للمجتمع، لذا وجب التركيز على كيفية تطويرها، والرقى بها، للاستفادة منها إلى أقصى الحدود.

4/ أهداف التكفل السيكولوجي:

- 4-1/ فهم نمط تفكير المريض: يرى أبو عطية (1997) أن المعالج يتعرف عليه من خلال ملاحظات المريض الأولية لمشكلته، والموضحة لمدى إدراكه، وفهمه لها، أو عن طريق التناقضات، والتغيرات المترددة في كلام المتعالج. أيضا عند تغيير موضوع الجلسات العلاجية، خاصة عند محاولته الربط بين ما جاء في الجلسات السابقة، وما يريد المريض التعبير عنه، أو عند إخفائه أمور يستطيع أن يتوصل إليها، من المتابعة الدقيقة أو زلات اللسان عند المتعالج.
- 4-2/ تجديد العلاقات الاجتماعية: يشير أسعد (2000) إلى أن المتقاعدين، أو المصابين بأمراض مزمنة، أكثر عرضة لتصويب علاقاتهم الاجتماعية. إذ يقطعون صلتهم بالذين كانت

تربطهم بهم صلات الود، والصداقة، والتعاون، والتنافس، فيجدون أنفسهم مفتقرين للعلاقات الاجتماعية، لذا فأغلبهم يحسون بالوحشة، والعزلة قصداً، ولهذا أثر رديء في نفوسهم.

4-3/ التخفيف من الشعور بالذنب: يرى عباس (2002) أنه ينبغي على الأخصائي تركيز اهتمامه حول مشاعر المريض، ومصادر همومه، والشيء الذي يثيرها، وإلى أي حد يعاني من الشعور بالذنب، وهل يكون هذا الشعور في نفسه عائقاً في التحرك لإقامة علاقة ايجابية، فعليه مع الواقع. أم يمكن التغلب عليه بوعي وتبصر؟. يمكنه صياغة أسئلة مناسبة للكشف عن الجوانب المقلقة، والمسببة للشعور بالألم، في حياة المريض، وخبراته الماضية، وسلوكه، والعادات الجنسية، والعلاقات مع الجنس الآخر، وتقدير الذات، وتحمل المسؤولية.

4-4/ توكيد الذات: يشير ترول (2007) أنه قد تم تطوير عدد من البرامج التدريبية على توكيد الذات، مخصصة للأفراد الساعين إلى التغلب على سلبيتهم الهدامة، كما استخدم التدريب على توكيد المعالجة للمشكلات الجنسية، الاكتئاب، والخلافات الزوجية.

4-5/ تحقيق التوافق النفسي لدى المريض: يذهب سري (2000) إلى أن الفرد عندما يفشل في إشباع حاجاته، مع نقص فهمه لذاته، وقدرته على تحقيق مطالبه، وشعوره بالإحباط، والتوتر، وتهديد الذات، وحين يفشل في حل مشكلاته أو مواجهتها. يجب على الأخصائي النفسي هنا، العمل على تحقيق توافق الفرد، بمساعدته على فهم ذاته، وحل مشكلاته، وتقبله للحالة التي يعاني منها.

إذا تمكن المعالج النفسي من الوصول إلى تحقيق جملة الأهداف هته، فإنه يكون بذلك قد قام بعملية التكفل النفسي بالمريض، والوصول إلى وضع خط تحت مشاكله، المسببة للاضطراب عنده، وبمعرفة أسباب المشكلة، يستطيع أن يصل بالمريض إلى اقتراح حلول مناسبة، تقف أمام تطور الاضطراب وتأصله في شخصية الفرد.

5/ الأسس العامة للتكفل السيكولوجي:

يعدّها كل من جودت وسعيد (1999) في:

5-1/ ثبات السلوك الإنساني نسبياً: يحدث هذا السلوك نتيجة تفاعل الفرد مع بيئته. وهي استجابات يقوم بها الأفراد، على مثيرات صادرة من البيئة، إذ تغلب على هذا السلوك صفة

التعلم، والاكتئاب، ويوصف بالثبات النسبي، وإمكانية التنبؤ به، خاصة إذا توفرت الظروف، والمثيرات، والعوامل السانحة بحدوثه.

5-2/ مرونة السلوك الإنساني: هو ليس جامداً، لذا يجب قبوله للتعديل، بالرغم من ثباته النسبي، وإمكانية تغييره، بالاعتماد على برامج تعديل السلوك الإنساني.

5-3/ اجتماعية السلوك الإنساني: بما أن الفرد يلعب أدواراً اجتماعية مختلفة، فهو أب، أخ، زوج... يؤثر في الجماعة التي يعيش فيها، وهي بدورها تؤثر فيه، لذا على المعالج أن يأخذ بعين الاعتبار شخصية هذا الفرد، ومعايير واتجاهات الجماعة، والقيم السائدة في مجتمعه، عند محاولته تغيير سلوك الفرد غير المرغوب.

5-4/ استعدادات الفرد للتوجيه: بأن تكون لديه رغبة التوجيه، والتكفل، والاستعداد لتقبله للتخلص من المشكلات التي يعاني منها، وإشباع حاجاته.

5-5/ حرية الاختيار: فالإنسان صانع لمصيره، ومستقبله، والمعالج يجب أن يساعده في فهم ذاته، ميوله، وقدراته، ليتمكن من حل مشكلاته، والتحكم فيها وضبطها، دون فرض من الغير، واتخاذ القرارات بدلا عنه.

5-6/ التقبل: على المعالج تقبل المتعالج، بغض النظر على اتجاهاته سواء أكان يقرها أم لا، وعليه فهم مشكلاته، مع عدم وصفه بالبليد، أو المنحرف، أو بأية صفة، فإذا تقبله تقبلاً غير مشروط، ساعد ذلك على خلق جو من الثقة والاحترام، وهذا يعينه على حل مشكلات المريض. هذه الأسس العامة للتكفل النفسي، يجب أن تتأصل في سلوك كل من المعالج والمتعالج، بغية سير العملية التكفلية بشكل جيد، ومن أجل نجاحها، وإعطاء نتائج إيجابية، تتعلق بالأساس بتعديل سلوك المتعالج وتفكيره، كي يتوافق مع نفسه ومع بيئته.

6/ أنواع التكفل السيكولوجي:

يذكرها عبد الحليم (2007) في الأنواع التالية:

6-1/ التكفل الصحي: يمثله:

- الحفاظ على وضع صحي مستقر للمرضى المقيمين بالمستشفى، لعدم تأزم حالاتهم.
- المتابعة الطبية اليومية، والعامة الخاصة بالمريض.
- توزيع الأدوية على المرضى حسب الخطة العلاجية الطبية.

- تقديم الإسعافات الأولية في حالة الجروح، كذا التطهير، والتضميد، والأدوية اللازمة، وتجهيز المريض في حالة التدخلات السريعة، والخطيرة.
 - نقل المريض في مواعيد محددة للعيادات الخاصة (تحاليل، أشعة...)، فحوصات خاصة قلبية، طب العظام... الخ. مع إجراء التحاليل المطلوبة لكل مريض في وقتها.
 - متابعة الطبيب، وعلمه بالتغيرات الطارئة على حالة المريض.
- 6-2/ التكفل الاجتماعي:** تمثل الرعاية الاجتماعية للأشخاص، جملة أنشطة تهدف إلى توفير الحماية، والوقاية لهم، والحد من مشكلاتهم الاجتماعية التي تقودهم للشعور باليأس والاكتئاب. وتشمل مهام الأخصائي الاجتماعي ما يلي:
- إجراء تحقيقات اجتماعية حول المرضى المقيمين بالمراكز، والمؤسسات الإستشفائية.
 - حماية حقوق المرضى في المؤسسات، والمراكز الإستشفائية مع المصالح الخارجية العمومية، والإدارية.
 - ربط الصلة بين الأفراد في حالة المرض، أو الإصابة، والمرافق العمومية.
 - محاولة إدماج المرضى المقيمين في المراكز اجتماعيا في الوسط الأسري، والمحيط.
 - مرافقة المرضى في الوسط الخارجي لكسب الاستقلالية، وتحقيق التكيف الاجتماعي.
 - برمجة النشاطات، والرحلات الترفيهية مع الوسط الاجتماعي.
 - متابعة الوثائق الإدارية المتعلقة بالأشخاص، والمرضى المقيمين في المؤسسات، والمراكز الإستشفائية مع المصالح العمومية.
- 6-3/ التكفل النفسي:** يمثله التخفيف من حدة المشاكل، والأزمات النفسية. إذ يعمل الأخصائي النفسي على:
- محاولة إعادة ثقة الأشخاص في ذواتهم، وبأنهم لا يزالون يملكون القدرة على مواصلة الحياة، كما أن المجتمع بحاجة إليهم.
 - خلق جو أسري داخل المراكز، والمؤسسات الإستشفائية بين المقيمين بها، يساعدهم على استعادة التوافق، والتكيف النفسي، والاجتماعي.
 - محاولة القيام بتشخيص فعلي للحالة، وأزماتها النفسية، بتطبيق أدوات يستعين بها الأخصائي النفسي في إطار التكفل النفسي، كالملاحظة، المقابلة، الاختبارات النفسية.

ما نلاحظه هنا، هو تنوع مجالات التكفل التي قد يحض بها الشخص، الذي يعاني مشكلات، وأزمات نفسية مختلفة، فهذا الأخير لن يستطيع الخلاص بمفرده منها، إلا إذا كان يتمتع بصلاية نفسية، ضف إلى ذلك الدعم المقدم من طرف الأخصائي النفسي، للوقوف ضد تشكل أي اضطراب نفسي، أو العمل على التخلص منه إن حدث.

7/ أساليب وفنيات التكفل السيكولوجي:

يشير إليها غانم (2005) في الأساليب التالية:

1-7/ تفسير وتحليل المواقف: يتضمن التفسير مساعدة المريض على فهم سلوكه الحاضر، لكونه نتاجا للماضي، والعلاقات والمواقف الحالية. هذه الأداة يستعين بها المعالج ليطلق العنان للمادة الشعورية، فيجعلها معروضة في العقل الواعي للمريض، وسبب إطلاق اسم "تفسير" عليه هو أنه لا يمكن الوصول إلى التفكير اللاشعوري، ما لم يكن هناك سفير، أو واسطة فعالة تربط بين الشعور، واللاشعور، وكي يكون الإنسان مترجما جيدا، عليه أن يكون على دراية، وألفة بالعمليات الفكرية الشعورية الخاصة به، وعلى معرفة مباشرة وعميقة، بالطريقة الذاتية والمنفردة التي يتصور بها نفسه، ومحيطه. وهي عملية أشبه بقيام الآخرين بضبط الاتصال، بين المختلفين في التقاليد الفلسفية، والثقافية. ولما يكون السفير - المعالج النفسي المتكفل بتفسير سلوكات المريض - دار بعادات، وتقاليد البلد الآخر، يفشل في توصيل الرسالة الهامة. وعادة ما نجد المعالج يقدم تفسيرات، إما متقدمة عن موعدها، أو أعمق بكثير، مثل هذه التفسيرات قد لا ترفض للوهلة الأولى من جانب المريض فقط، بل قد تؤدي إلى فشل الخطة العلاجية بأكملها.

ويرى الخواجا (2002) في:

2-7/ تفسير الأحلام: وسيلة هامة للكشف عن المواد اللاشعورية، لأنه يعطي للفرد نظرة عن بعض المشكلات اليومية التي لم تحل بعد. والمعروف عن وسائل الرقابة الشعورية الذاتية، ضعفها خلال النوم، في حين تظهر الكثير من المشاعر على السطح. ويرى "فرويد" بأن الأحلام سبيل إلى عالم اللاشعور، بواسطتها نعبر عن الرغبات، والحاجات، والمخاوف اللاشعورية. ولكل شخص منا دوافع غير مقبولة، يترجمها بالاعتماد على أقنعة، ورموز بدلا من التغيير المباشر، فالأحلام وسيلة فعالة، وواقعية للتعبير عن المواد الغير مقبولة. ويذكر

"فرويد" ملخص عمل المرشد على الحلم بالشكل التالي: "يخبر المسترشد حلمه للمرشد، ويشجعه المرشد على التداعي الحر لأية عناصر من الحلم، كما يسترجع الحالم المشاعر التي أثارها الحلم لديه، أو بالتدرج. وعن طريق التداعي الحر يستطيع المسترشد كشف المعاني الحقيقية للحلم، ويقوم المرشد في العمل بالكشف عن الارتباطات، أو دلائل الحلم مع المسترشد. إن تفسير معاني الحلم، وأجزائه يساعد على التعرف على المادة النفسية المؤثرة البعيدة عن الشعور، كما يساعد في الوصول إلى تبصر جديد للصراعات، والصعوبات الحالية». (الخوaja، 2002، ص. 76)

أما سعيد (1999) فقد اعتبر قبل الخوaja أن من أساليب التكفل نجد:

7-3/ التداعي الحر: فيه يترك المعالج الحرية للمريض، للتعبير عن أفكاره، وقول كل شيء يخطر بباله ومنها أحلامه، بعناصرها، بعد أن يسمح له بالاستلقاء على كرسي خاص بذلك، وبعد إزالة جميع المشتتات من غرفة العلاج. ودور المعالج هنا، هو دور المراقب لما يترجمه المريض من أفكار، وتداعيات، محاولاً بذلك اكتشاف المكبوتات لديه. والغاية من التداعي الحر، هو نقل المعالج لما في أعماق المريض إلى السطح، وعندما يطول صمت المريض، يتدخل المعالج بالإشارة إلى كلمة تكون قد وردت على لسان المريض، متزامنة مع انفعال لديه، للوصول إلى أعماق محتويات اللاشعور. ولما يصل المعالج إلى تحليل الظاهرة، يكون قد وضع يده على أسباب المشكلة، ويجب أن لا يصرح المعالج بالأسباب قبل مرحلة التحويل.

ويركز عشوي (1988) على فنية هامة للتكفل النفسي تتمثل في:

7-4/ الاسترخاء: وهو وسيلة تستخدم للمقاومة، والتخفيف من معاناة حالات التوتر، الانفعال، الغضب، والقلق... إضافة لكونه أداة تقيس الحالة الفسيولوجية، إذ يكون الفرد مرتاحاً، جالساً أو مستلقياً، مغمض العينين، وغير معرض لتأثيرات حسية: صوت، ضوء، حس، أو غير قائم بعمليات فكرية مزعجة، أو تتطلب التركيز.

وحسب الحجار (1990) عموماً يتم تعلم تقنية الاسترخاء، وتجرى التدريبات عليها في

بداية المعالجة، وأحياناً يعاد التدريب أثناء التعليم على التغذية الرجعية البيولوجية، أو في الجلسات العلاجية خلال مراحلها المتأخرة. ويمكن استخلاص المبادئ العامة لهذه التقنية في:

- الكلمات: على المعالج أن يولي اهتماما خاصا إلى استخدام الكلمات، والتعبير (أترك عضلاتك مسترخية...) عند تدريب المتعالج.
 - الوقت: يعرض المعالج تعلم الاسترخاء ببطء، وإيقاع في بداية التدريب، وعليه أن لا يسرع في عرض الكلمات الإيحائية الاسترخائية.
 - ضرورة مراعاة الفروق الفردية في فهم هذه التقنية، وتفسير الخبرة، وأهدافها، وفوائدها.
 - ترك، وتجنب التنظيمات، والصور، والتفكير السلبي.
 - إدراك المعالج لعلامة التوتر، والاسترخاء (السعال، السكوت، التنفس الغير منظم...).
 - إعادة مناقشة ما يحصل خلال الجلسة، وذلك عن طريق التغذية الراجعة.
 - تنبيه المعالج للمتعالج بضرورة بقاءه يقضا أثناء الاسترخاء.
 - على المتعالج معرفة أن ما يتدرب عليه من أجل نفسه، وليس بغرض العلاج، وهذا لتطوير ذاته.
 - الوقت والمكان، ممارسة الاسترخاء على مقعد مريح أفضل من السرير، مع المحافظة على كون المريض واع خلال ذلك.
- وسيتم في هذا الفصل، التحدث عن عملية الاسترخاء، وكل ما يتعلق بها من معلومات، نظرا لكون هذا الأسلوب يأخذ جانبا بالغا من الأهمية، لاعتباره واحد من الأساليب التي يعتمد عليها محتوى البرنامج المقترح في الدراسة الحالية.
- 7-5/ العلاج الاسنادي: يعتبره كمال (1994) مجموعة طرق، وأساليب يقوم بها المعالج ليجعل المريض يتخطى المشاكل، والصراعات النفسية الآنية، والمتعلقة بمواقف وحوادث حياتية معينة، ومنها: أسلوب التطمين، والإيحاء، النصح، التفكير، الإقناع، والتحفيز... والتي يلعب فيها المعالج دورا نشطا، محاولة منه لتعديل سلوك المريض، وانفعالاته، وقد تكون لهذه الطرق الإسنادية فائدة كبيرة في المواقف الآنية، والتي تتخللها صراعات واضحة، أو قريبة من الوعي.**
- كما أنه يصعب على المعالج التمسك بتقنية علاجية محددة، في علاقته بمرضاه، لكون شخصياتهم، وحاجاتهم، وظروف حياتهم، وحالاتهم المرضية مختلفة، مما يلزمه استخدام الطريقة التوجيهية الملائمة، والمدة الكافية لكل مريض. ويمكن أن يستفيد كل مريض من هذا

العلاج. غير أنه يكون ذو فائدة أكبر، مع المرضى ذوي الحالات المتأخرة، والمحتاجين إلى أن يحصلوا على مساندة الغير كمرضى السيدا.

8/ علاقة التكفل السيكولوجي بالعلاج النفسي:

يقارن التكفل السيكولوجي أحيانا بالعلاج النفسي. وقد يتجه التكفل السيكولوجي نحوه، كما أنهما قد يتشابهان بدرجة كبيرة، لكونهما يستخدمان دراسة الحالة، ووسائل التقييم، وفتيات المقابلة العلاجية، وقد يتفقان في كونهما يقدمان خطة علاجية، تختلف عن الخدمة العلاجية التي يقدمها الأطباء النفسانيون، والتي تتطلب العلاج بالحقن، والعقاقير، والصدمات الكهربائية، ويشترك المرشد والمعالج النفسي مع الطبيب النفسي في عملية التشخيص. أبو عطية (1997) غير أننا في هته الدراسة حاولنا الجمع بين هذين المصطلحين، لأجل الاستفادة من مفهومهما، وكذا بعض الطرق، والتقنيات التي يعتمدان عليها في مساعدة الأشخاص، لاسيما الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة المكتسبة، والذين هم بحاجة ماسة للعلاقة الرابطة بين التكفل النفسي، والعلاج النفسي، المختلفان عن تقديم خدمة علاجية. حيث تم الاعتماد عليهما في تصميم البرنامج الخاص بالدراسة.

ثانيا/ العلاج النفسي Psychotherapy:

ذو نشأة قديمة، يعتمد على التفاعل، والمشاركة بين المريض والمعالج، ونحن جميعا نمارسه في حياتنا اليومية بشكل بسيط، تلقائي، فأني منا قد يسهم في مساعدة زميله في حل مشكلة ما، أو يهدئ من روعه، فهو بذلك يمارس العلاج النفسي، الهادف بالأساس إلى مساعدة الفرد على استعادة توازنه النفسي، وتحقيق الصحة النفسية، بإزالة القلق، وتصحيح فكرة المريض عن نفسه، وحالته.

ويرى الشربيني (د. ت) أن العلاج النفسي يتم بصورة جلسات، تصل مدة الجلسة الواحدة قرابة الساعة، وهي لا تشمل توجيه النصح، والمواعظ من المعالج للمريض فقط، كما يتوقعها البعض، بل إن قاعدتها الرئيسية هي الإصغاء لكلام المريض، بعد تخليصه من القلق، والتوتر. إنه الاستماع، والإنصات لتعابيريه باهتمام، مما يشعره بوجود من يهتم بحالته. ومن القواعد الهامة في هذا العلاج، توزيع وقت الجلسات، فتخصص (70%) للاستماع لكلام المريض، (20%)

للحوار معه، (10%) لتوجيه نصائح، وإرشادات له. والمتوقع شعور المريض بالارتياح والإشباع، وهذا يتضمن المعالج كذلك.

1/ تعريف العلاج النفسي:

"هو صورة من صور مناقشة مشكلات، ذات طبيعة انفعالية. يقوم فيها المعالج بتكوين علاقة مع المريض، يسعى فيها إلى إزالة، أو تعديل أعراض معينة، وتغيير سلوك ظاهري، وهدفه تعزيز، وتقوية، وإبراز الجوانب الايجابية في شخصيته النامية، وتطويرها." (سرى، 2000، ص. 84)

هو "عملية إحداث تغييرات نفسية في المريض، بواسطة وسائل نفسية، والعنصر المعالج هو علاقة المعالج (الطبيب النفسي، أو الأخصائي النفسي) بالمريض، ويحاول المعالج تخفيف الأضرار النفسية، أو تشجيع نمو شخصيته وتطويرها." (أبو النصر، 2005، ص. 222)

أما في معناه العام فيشير إلى "نوع من العلاج تستخدم فيه طريقة نفسية واحدة، أو أكثر لعلاج مشكلات، أو اضطرابات، أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض، تؤثر في سلوكه. بحيث يقوم المعالج -والمؤهل علمياً، وعملياً، وفنياً- بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة، أو تعديلها، أو تعطيل أثرها." (ملحم، 2001، ص. 38)

ويذهب سري إلى اعتبار العلاج النفسي مجموعة جهود فنية، يؤديها المعالج النفسي لمساعدة الفرد على حل مشكلاته، التي تحول بينه وبين توافقه النفسي. كما يرى بأن طرق، وأبعاد هذا العلاج تتعدد بتعدد مدارسه، ونظرياته، غير أنها جميعاً تتكامل، وتسعى إلى تحقيق أهداف العلاج النفسي.

وحسب الجسماني (1998) يشير العلاج النفسي في أوسع معانيه، إلى كونه نظام علمي، يستدل منه على العلاقات الإنسانية القائمة بين الطبيب والمريض. ويتكوّن من إجراءات معقدة، ومختلفة.

أما أبو الخير (2001) فيراه بأنه أسلوب متخصص لإرشاد ومساعدة، وعلاج الأفراد الذين يعانون من متاعب انفعالية، وعلاقات إنسانية مضطربة، وسلوك مدمر للذات، وسوء التوافق مع البيئة، باستخدام وسائل، وأساليب نفسية تساعد الفرد على حل مشكلاته. وتنمي

شخصيته، ليكمل نموه النفسي السليم متوافقاً مع ذاته، ومع الغير. وهته الوسائل العلاجية، تعتمد في تأثيرها على العلاقة الانفعالية بين المريض، والطبيب.

وعليه فالعلاج النفسي هو علاج اضطرابات الشخصية، أو سوء التكيف، أو الأمراض العقلية، وذلك باستخدام الوسائل السيكولوجية. وتوجد العديد من التخصصات في عمليات العلاج نفسها، فالمشاكل البسيطة، يمكن أن تعالج بالمساعدة من غير اللجوء إلى متخصصين كالوالدين، أو المعلمين، أو حتى جماعة الأصدقاء.

ويكون مكان عمل المعالجين النفسانيين هو المؤسسات الاجتماعية كالمستشفيات، والعيادات، ومراكز رعاية الأسرة والطفل، والسجون، والإصلاحات، والمراكز الاجتماعية، والمدارس، والجامعات، والمصانع الكبرى، حيث تعالج المشاكل التربوية، والمهنية، أو المشاكل الشخصية، والنفسية وحتى الصحية. العيسوي (2005)

1-1/ التعريف الإجرائي للعلاج النفسي: المختصون في العلاج النفسي جميعهم، يتفقون على أنه مجموع التقنيات الغير دوائية، المستخدمة لمساعدة المريض، من أجل حل مشكلة، أو تجاوز أزمة نفسية، أو اضطراب ما.

2/ الصحة النفسية والعلاج النفسي:

يعتبر ملحم (2001) الصحة النفسية حالة دائمة نسبياً، تميز الفرد بالتوافق، والسعادة مع نفسه، والآخرين، إذ يكون قادراً على تحقيق ذاته، واستغلال قدراته إلى أقصى حد ممكن، مع قدرته على مواجهة مطالب الحياة.

في حين يرى في العلاج النفسي، نوع من العلاج لمشكلات، أو اضطرابات، أو أمراض، تحمل صبغة انفعالية، تؤثر في سلوك المريض. ويتم العلاج بطرق نفسية معينة، فيعمل المعالج على إزالة الأعراض المرضية، أو تعديلها، أو قد يعطل أثرها، مع مساعدة المريض من خلال استغلال إمكاناته، وتنمية شخصيته، على أن يكون أكثر نضجاً فيستطيع حل مشكلاته، وتحقيق توافقه مع نفسه، وبيئته.

إن استخدام فنيات، وتقنيات، وأساليب العلاج النفسي تمكن الأفراد الذين يعانون من بعض المشكلات، والاضطرابات خاصة النفسية، الناجمة عن أزمات الحياة، وضغوطها من

التصدي لها ومواجهتها، بالتالي استعادة التوافق، والتوازن النفسي الذي يتمتع به أي شخص سوي، في ضل التمتع بالصحة النفسية.

3/ مبادئ العلاج النفسي:

يذكرها ملحم (2001) في المبادئ التالية:

3-1/ الثبات النسبي للسلوك الإنساني وإمكانية التنبؤ به: فالسلوك نشاط حيوي، هادف جسميا، أو عقليا، أو اجتماعيا، أو انفعاليا... ويكتسب صفة الثبات النسبي التي تمكن من التنبؤ به، فبعد أن يدرس المعالج أوضاع مرضاه، ويفهم أسلوب حياتهم، ومشكلاتهم، ويحيط بمعايير النمو في شخصياتهم، يسعى إلى تعديل سلوكياتهم.

3-2/ مرونة السلوك الإنساني: رغم ثباته النسبي، فهو يتسم بالمرونة، قابل للتعديل والتغيير. والمرونة لا تقتصر على ما يظهر من سلوك فقط، بل تتعدى بذلك لتلمس التنظيم الأساسي للشخصية، ومفهوم الذات، وهذا يؤثر في سلوك الفرد.

3-3/ السلوك الإنساني فردي-جماعي: مهما بدا فرديا، أو اجتماعيا. فالفرد لما يكون بمفرده يبدو عليه تأثير الجماعة، والعكس فسلوكه داخل الجماعة، تبدو فيه آثار شخصيته. وهذا ينطبق على أولئك الذين يتأثر سلوكهم بسمات شخصياتهم، وبالمعايير، والاتجاهات، والأدوار الاجتماعية.

4/ خصائص العلاج النفسي:

يحددها Sillamy (2003) من خلال تسليط الضوء على الهدف الأساسي للعلاج النفسي، والذي يتمثل في تقديم المساعدة لمن يعاني من اضطراب، أو توتر، أو صراعات نفسية، أو اجتماعية، أو جسدية، على اختلاف طبيعتها المعنوية، والمادية. ويعتبر الأخصائي النفسي العيادي Clinical psychologist، هو الشخص الأقدر على تقديم هته المساعدة، فهو ملحق طبي، أخذ تكوينا في أساليب العلاج النفسي، واستخدامها في العلاج النفسي الحديث. وتتجلى خصائص هذا العلاج، في كونها تعنى باضطرابات الشخصية، بأساليب متنوعة، ومرنة، تسمح للمعالج بتغيير تقنيات العلاج، وتكيفها حسب الحاجة، مطلعا على كل جديد في ميدان الإبداع

العلاجي، وإعداد البرامج العلاجية، ومساعدة المريض على الرجوع لحالة الاتزان، والتوافق النفسي.

بتطور علم النفس، والبحث في أساليب، وفنيات، وتقنيات العلاج النفسي، زادت الحاجة إلى الأخصائيين النفسيين، الذين قدموا يد العون لمن يعاني من اضطرابات في السلوك، وكذا المعاناة النفسية. حيث ساهموا في تجديد تقنيات العلاج النفسي، وابتكار المزيد منها، واعتمدوا على العلوم الأخرى كالبيولوجيا، والوراثة، والدراسات النفسية الاجتماعية.

إذن فالعلاج النفسي حاجة اجتماعية تلقائية، وهذه أهم خاصية له، إذ أن كل منا يمارسه، سواء بشكل مباشر، أو غير مباشر. فالشخص الذي يساعد الآخر على حل مشكلة ما بتوجيهه، أو إرشاده إلى كيفية التعامل معها، يكون قد مارس هذه العملية. إلا أن محاولات المساعدة هنا تبقى في إطار التفاعل الاجتماعي بين الأفراد، وإن نجح العديد منها، تبقى الاضطرابات النفسية، والعصبية تحتاج إلى أخصائي، ومعالج نفسي فعال، يساعد بطرق علمية، على تجاوز الأزمات النفسية.

ومن خصائص العلاج النفسي أيضا كون ميدانه أصبح جد واسعا، إذ يمس الاضطرابات المزاجية، والأعصاب، والاضطرابات السيكوسوماتية، وحتى الذهانية. كما نلاحظ أن كل التقنيات، والأساليب العلاجية التي يشملها العلاج النفسي، تعتمد كلها على التواصل بين المعالج، والمفحوص. صف إلى ذلك قابلية استخدام العلاج النفسي بأشكاله، سواء على مستوى فردي، أو جماعي، وذلك حسب الحاجة إليه.

5/ أهداف وغاية العلاج النفسي:

للعلاج النفسي أهداف عديدة، يمكن إجمالها في النقاط التالية:

- تحقيق الذات وبناء مفهوم ايجابي لها: العلاج النفسي يسعى إلى تنمية مفهوم الذات الإيجابي لدى الفرد، بالتطابق بين الذات الواقعي (المفهوم المدرك لهذه الذات، كما يعبر عنه الشخص)، والمفهوم المثالي للذات (المفهوم المدرك لها، كما يعبر عنه الشخص).
بالتالي تحقيق ذات الفرد، فينظر إلى نفسه برضا.
- تحقيق الفرد للتوافق مع ذاته وبيئته: ويتضمن تحقيقه:

- التوافق الشخصي: بإشباع الحاجات الأولية، والتوافق مع مرحلة النمو الحالية، والرضا عن الذات.
- التوافق الاجتماعي: يتطلب الامتثال لقيم، وأخلاقيات المجتمع، وإتباع معايير، وتقبل الضبط الاجتماعي، والعمل للشعور بالسعادة مع الآخرين. وهذا التوافق يشترط تمتع الفرد بالتوافق الأسري.
- تحقيق الصحة النفسية: وسعادة الفرد، وهو الهدف الشامل، والعام للعلاج النفسي. فالصحة النفسية تعد حالة دائمة نسبيا، يتمتع فيها الفرد بالتوافق النفسي، محققا لذاته، مستغلا لقدراته، مواجهها لمطالب الحياة، سلوكه عادي، وشخصيته سوية متكاملة.
- صناعة القرارات: يرى بعض الباحثين أن تمكين الفرد من اتخاذ قرارات هامة في حياته، هو هدف العلاج النفسي.
- إزالة العوامل المسببة للمرض النفسي.
- العمل على حل المشكلات، ومواجهتها، والسيطرة عليها. مع علاج أعراض المرض النفسي، وإتمام الشفاء، والحيلولة دون حدوث نكسة.
- تعديل السلوك اللاسوي، واستبداله بالسلوك السوي الناضج، مع تعديل الدوافع الكامنة وراءه.
- التخلص من نواحي الضعف، وتعزيز وتدعيم نواحي القوة، والتعريف على القدرات وتنميتها.
- تحقيق تقبل الذات، وتقبل الآخرين، وإقامة علاقات اجتماعية سليمة.
- زيادة قوة الذات، وتدعيم بناء الشخصية، وتحقيق تكاملها. وزيادة القدرة على حل الصراع النفسي، والتغلب على الإحباط، والتوتر، والقلق.
- تقبل وتحمل المسؤولية الشخصية بالنسبة لتقديم العلاج نحو تحقيق أهدافه.
- تعلم أساليب أكثر فعالية، لمواجهة البيئة بمطالبها المتعددة بصورة واقعية. ملحم (2001) في حين يعتبر الشاذلي (2001):
- تمكين الفرد المتعب، والمضطرب نفسيا من التعبير عن نفسه، وعما يجول بخاطره.
- اكتشاف مشاعر الفرد السلبية، واتجاهاته الغير مرغوبة نحو الأفراد، المواقف، والأشياء، واستبدالها بمشاعر، واتجاهات ايجابية.
- استبصار الفرد بمشكلاته، وإيجاد الحلول لها، يجعلها أقل تأثيرا عليه.

- توعية الفرد بقدراته، بالتالي تدعيم ثقته في نفسه.
 - تزويد الفرد بالدعم النفسي، وشعوره بالطمأنينة، والأمن، يقوي إرادته في مواجهة مشكلاته.
- هي الأهداف التي يسعى وراءها العلاج النفسي.
- وتوجه أساليب العلاج -على اختلافها- المريض ليتمتع بالتكيف الملائم، ومهما اختلفت المدارس التي ينتمي إليها المعالجون النفسيون، فإن الهدف الأساسي للعلاج النفسي هو تحقيق الصحة النفسية، والتوافق النفسي للفرد، ومساعدته ليحقق السعادة مع نفسه، والآخرين.
- ويرى الزيود (1998) بأن العلاج النفسي تكمن أهدافه في:
- مساعدة العميل على إدراك، وتعديل نماذج سلوكه، لدرجة تصل فيها الأهداف إلى رغبة العميل. مع العلم أن المعالج لا يستطيع إحداث تغييرات تتجاوز تلك التي يريدها العميل نفسه.
 - مساعدة العميل ليحقق علاقة اجتماعية، وانفعالية جيدة مع الآخرين.
- ويشير الزيود إلى أن "هورني" وضعت مجموعة من الأهداف للعلاج النفسي هي:
- أ/ المسؤولية: حكم العميل بنفسه على قدراته، ليصنع القرارات، ويقبل بالنتائج.
- ب/ الاعتماد الداخلي: وهو إدراك قيمة الأشياء، واستعمالها في تصرفاته وسلوكه اليومي.
- ج/ الشعور القوي: ويتضمن الإدراك، القبول، التعبير الملائم، والاستجابة الفعالة لأي إنسان، أو موقف كالكرهية، والخوف، والحب، والابتهاج.
- د/ الإخلاص: وصول العميل إلى وضع ثقته بالآخرين بدرجة كبيرة، وخاصة الصداقة.
- في حين يعدد كل من "إبراهيم عبد الكار" و "رضوة إبراهيم" أسباب اللجوء إلى العلاج النفسي حسب العبيدي (2009) كالتالي:
- تقوية دافعية التغير الايجابي عند المريض.
 - تيسير التعبير عن المشاعر وذلك بإطلاق الانفعالات.
 - إطلاق إمكانيات النمو، وتطور الشخصية.
 - تعديل أساليب التفكير الخاطئ، وتغيير العادات المرضية.
 - زيادة المعرفة بالذات.
 - التدريب على المهارات الاجتماعية، وتحسين العلاقات بالغير.

يمكن القول أن أهداف العلاج النفسي كثيرة، ومتنوعة، وتتعلق أغلبها بجوانب خاصة في الشخصية، تتضمن كيفية تعديل سماتها، والاستفادة بشكل ايجابي منها، للخروج من المشكلات، أو تفادي تطورها إلى اضطرابات يصعب التعامل معها مستقبلا.

أما عن غاية العلاج النفسي، فتتمثل في:

- إعادة قدرة العميل على استخدام قدراته العقلية العليا، التي تعتبر وسيلة مهمة لحل المشكلات العاطفية.
- أن يسمح للعميل بأن يتكلم بكل طلاقة، ودون حدود.
- الغاية المهمة هو إعادة ثقة العميل بنفسه، وانطفاء مخاوفه، مما يجعله قادرا على التمييز، وحل مشاكله.

6/ شروط عملية العلاج النفسي:

يشترط الزيود (1998) في هته العملية:

- أن يكون المعالج النفسي مؤهلا، وخبيرا في مجال العلاجات.
- أن يراعي أن ليس كل الحالات تتطلب العلاج بطريقة التحليل النفسي.
- حصول العميل على بعض المعلومات، عن طريقة علاجه يعتبر حق كالوقت، وعمليات التحويل*، والجلسات، وفتيات العلاج.
- تتطلب عملية العلاج من العميل، حالة الاسترخاء التام، بالنوم على السرير الخاص بالعملية العلاجية، أو الجلوس على كرسي مريح. وضرورة جلوس المعالج خلف سرير العلاج.
- الانتباه، واليقظة، والاهتمام من قبل المعالج لكل ما يقوله ويفعله العميل.
- استعمال المعالج لبعض التقنيات العلاجية، كالتفسير. لمساعدة العميل على الاستبصار، ومعرفة أسباب اضطراباته، وعلاقتها بسلوكه الحالي.

*التحويل **Conversion**: يتحول الإحباط إلى أعراض خطيرة، تظهر في الجسم، يعني ذلك تحويل الصراعات الانفعالية، أو الدوافع المكبوتة، والتعبير خارجيا من خلال العمليات الحسية، والحركية، أو العمليات الفسيولوجية. وتعد وسيلة للتهرب من الصراع، والمواقف المؤذية، كما تلطف وتخفف الألم النفسي. (الرحو، 2005، ص. 397)

7/ مراحل العلاج النفسي:

يذكرها الزيود (1998) في المراحل التالية:

1-7/ المرحلة الأولى: اعتبرها "فرويد" بأنها تبدأ بمقابلة العميل عدة مقابلات، لتحديد مشكلته، وإمكانية حلها. أما الجزء الثاني لهذه المرحلة، فيركّز فيه المعالج على التعرف إلى معاناة العميل، من خلال الصراعات اللاشعورية عنده. ويكون فهم أفكار العميل، وملاحظتها، وتسجيلها منذ الجلسة الأولى، للعودة إليها لاحقاً.

2-7/ المرحلة الثانية: فيها يتطور التحويل حسب أساسيات التحليل النفسي. هنا يستفيد المعالج من شعور العميل تجاهه، وكذا معرفة كيف أصبح هذا الأخير يدرك، ويفسر، ويستجيب للحاضر، وهل هذه الاستجابة سابقة؟ كي يحدّد سلوكه الحاضر. وعلى المعالج إدراك مدى إمكانية التحويل اتجاه العميل.

3-7/ المرحلة الثالثة: تعتبر مرحلة العمل، فيها يتم تعميق الفهم، والمعرفة عن العميل، وكلّما كانت هناك عملية تحليل لأفكاره، وأقواله المتعلقة بمعاناته، كان هناك فهم أكبر له، مما يزيد من حجم العمل، وعدم التمرّك على جانب واحد قد لا يمثل أساس معاناته.

4-7/ المرحلة الأخيرة: هي إقرار التحويل، يقصد بها اعتقاد المعالج، والعميل بأن معاناته، وصراعات قد تم فهمها، وبالتالي حصرها. والمراحل الأربعة تبدأ بتحديد وقت العلاج. يركّز المعالج في هذه المراحل على أن يكون العميل صريحاً، وجدياً، وواضحاً. ويفصح عما يجول بخاطره، ليتمكن من عملية التشخيص بشكل صحيح.

وكل مرحلة في عملية العلاج النفسي، ما هي إلا تحضير للأساليب العلاجية التي سوف يستخدمها المعالج مع العميل، من خلال فهم، ومعرفة إدراك المعالج لما يعانيه العميل من مشكلات، وصراعات، وضغوط نفسية.

8/ المعالج والعلاج النفسي:

تؤمن عملية التنفيس *Catharsis* (في العلاج غير الموجه) حسب عباس (2002)، سياق التفاعل العلاجي داخل الفرد، فيسمح له بتحقيق ذاته، وتعزيز شخصيته، وهو هدف العلاج النفسي.

وليقوم المعالج بدوره، عليه تهيأت جو من التفهم، والتقبل للعميل ليساعده على تجاوز القلق الناتج عن الصراعات التي يعيشها، وإدراكه للمواقف.

تتطلب الوضعية العلاجية صدق المعالج فيما يعني، وما يعي، لما يقوله للعميل. والعمل على أكثر من مجرد تقبله له، ومن ذلك يعاني ما يعانيه، فيتعاطف معه، في الوقت ذاته يظهر له الاعتبار الإيجابي غير المشروط.

يقوم المعالج بدوره اعتمادا على التحويل، ولا يشمل التقصي باستعمال السيطرة، بل بعكس السطح إلى العميل، بإعادة صياغة عبارات العميل، غير مشحونة بكراهية هذه المرة.

يقف المعالج بثبات ضد العلاج الهادف مباشرة إلى توجيه العميل، والشامل لأي ممارسة تنزع إلى التركيز على المعالج، لخبرته ودرايته بما يجول داخل العميل، وإيمانه بقدرة الفرد على توجيه ذاته. فلا يتناول الموقف باستخدام لغة غامضة، ومصطلحات فنية، ويبتعد عن الاختبار التشخيصي، لاعتقاده بأن هذه الطرق تتحرف بالعلاج عن سيطرة العميل، فنقل ثقته بقدراته.

يتطلب الموقف العيادي من المعالج النفسي، الالتزام بركائز أساسية متمثلة في تقبل المريض، مع إحاطته بالرعاية والأمن، ودفعه للتعبير عن انفعالاته، وحياته، وصراعاته.

والمعالج النفسي، أخصائي يؤدي العملية العلاجية. يعد في أقسام علم النفس بالجامعة، يتخصص في الصحة، والعلاج النفسي، وعلم النفس المرضي في دراسته العليا حتى الدكتوراه، ويتلقى قدرا كبيرا من المعلومات الطبية، والدوائية ذات الصلة بالاضطرابات السلوكية، والتي تعتبر ضرورية في عملية العلاج النفسي. أبو الخير (2001)

هذا الأخصائي يعمل بالاعتماد على جملة من الأساليب، والفنيات التي تناولها في مجاله الدراسي، حول العلاجات المتنوعة، وعملية العلاج النفسي، كي يقوم بتطبيقها، أو تنفيذ أسسها، ومبادئها في التعامل مع مشكلات، واضطرابات الأشخاص، وإجراء عملية المساعدة النفسية من خلالها.

8-1/ صفات المعالج النفسي:

من الصفات التي يجب أن يتحلى بها المعالج حسب الزيود (1998):

- لديه القدرة، والمعرفة الواسعة بالحوادث المحققة للسلوك، كقوى اللاوعي، وأنماط الاستجابات، والتي قد لا ينتبه لها المريض.

- تتوفر لديه جملة من المهارات المكتسبة بالتدريب، والخبرة العملية، منها مهارة التعامل.
- الإدراك، والوعي بال نماذج الفعالة للتنظيم الشخصي الداخلي، وإلا فسيسيء الفهم.
- الاتصاف بالمشاعر الإنسانية، والتسامح، والحرية، والإخلاص، وتوفر دافع مساعدة الآخرين، واليقظة، والانتباه لسلوكيات العميل.

في حين يرى "سوليفان" أن المعالج عليه الاتصاف بخبرات كافية عن السلوك الإنساني، والقدرة على تشخيص الأمراض النفسية، ودراية بالعلاقات الشخصية بين الأفراد، وبدقة الملاحظة، والانتباه الجيد، وتحديد مواقف القلق، وقدرته على شرح، وتفسير الأفكار، والموضوعية في تقييم الاتجاهات، والاستجابات، والنظر للمريض بأنه يحتاج للمساعدة، وتجنب النظرة الدونية، أو العدائية له، مع إقامة علاقة جيدة معه. **جودت وسعيد (1999)**

ويذكر **ملحم (2001)** بأن اتحاد علماء النفس الأمريكيين أشار إلى بعض الصفات التي وجب على المتخصصين في العلاج النفسي التميز بها، وهي:

- قدرة عقلية متميزة. وقدرة على الحكم، والتقدير، والإبداع، ووفرة المصادر العقلية العميقة.
- فضول، وهدس، وتبصر قوي، ورغبة صادقة وقوية في التعلم، مع روح دعاية جيدة.
- الابتعاد عن تقدير دخل المرضى في العملية العلاجية، بالمقابل الاهتمام بالجانب الإنساني.
- حساسية مناسبة لتحديد نوع الدوافع الكامنة وراء أعمال الآخرين.
- التسامح، والبعد عن التكبر، والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية دافئة مع الغير، وتحمل المسؤولية، والشعور العميق بالقيم الأخلاقية.
- ضبط النفس، وثبات الشخصية، ومواقفها.
- اتساع ثقافي، واهتمام عميق بعلم النفس عامة، والجوانب العلاجية خاصة.

8-2/ مهام ودور المعالج النفسي:

هي مهام يراها **ستور (1992)** تتمثل في:

- بناء قاعدة صادقة وأمنة من الاهتمام الشخصي بالمريض، يركز عليها في تقدمه.
- الوصول إلى معرفة حميمة بالمريض، تمكن المعالج من تفهيمه معنى أعراضه المرضية، فالمطلب الأساسي للتغيير هو قدرة المريض على أن ينظر لذاته كما هي.
- التمكن من التفاعل مع المريض، كما يوفر له فرص تحسين علاقاته الشخصية.

وبلخص أبو الخير (2001) دور المعالج النفسي في:

- تشخيص، وعلاج الأمراض، والاضطرابات النفسية، والجناس.
- علاج المشكلات النفسية الحادة ذات الطابع الانفعالي المرضي المستمر.
- الاشتراك مع الطبيب النفسي في تشخيص، وعلاج الأمراض النفسية، والبدنية، ومع فريق العلاج النفسي في المجالات الإرشادية، والإنمائية، والوقائية بميدان الصحة النفسية.
- إن يهتم الأخصائي النفسي بالتشخيص، وتحديد نوع الاضطراب، ولا يقف عند هذا، بل يطبق تقنيات علاجية مع المفحوص، تحول دون استمرار الصراع، والشعور بالقلق، وعدم التوافق، وبالتالي العمل على محاولة إزالة الاضطرابات النفسية، وتنشيط آليات الدفاع، ومساعدة المفحوص على الاستبصار، وإعادة التكيّف، وانخفاض التوتر، والشعور بالمعنى الواقعي للحياة.
- ويصل المعالج إلى تحقيق أحسن النتائج، مع المرضى، الراغبين في الشفاء، ومن غير ذلك، تبقى جميع الإجراءات التي يستخدمها هذا المعالج غير مجدية.
- نستنتج من خلال ما سبق أنّ كل اتجاه من اتجاهات علم النفس، باختلاف مدارس وعلمائه، والمعالجين فيه، يركّز في عملية العلاج النفسي على استراتيجيات تتوافق والمبدأ العام الذي تقوم عليه كل مدرسة. فمنها من يرى بأنه يجب التركيز على فهم العلاقة التفاعلية الديناميكية بين أفكار العميل ومشاعره، وأخرى تعتمد فكرة التركيز على عمق المريض ومشاعره، في حين هناك منها من تهتم بمعالجة السلوك في حد ذاته.

9/ تصنيف طرق وأنواع العلاج النفسي:

"أشار زهران إلى العديد من طرق العلاج النفسي، نوجزها في:

- العلاج الفردي، والعلاج الجماعي.
- علاج الأسباب، وعلاج الأعراض.
- علاج التدعيم، وعلاج إعادة البناء.
- العلاج المطول، والعلاج المختصر.
- العلاج العميق، والعلاج السطحي.
- العلاج الموجه، والعلاج غير الموجه.
- العلاج السلوكي، والعلاج المعرفي.

• العلاج المرن، والعلاج الملتمزم.

في حين يمكن تصنيف أنواع العلاج النفسي على النحو التالي:

• الأساليب العلاجية القديمة: التنويم المغناطيسي، العلاج الروحي، والديني.

• الأساليب العلاجية الحديثة: التحليل النفسي، العلاج السلوكي، العلاج السلوكي المعرفي، العلاج العقلاني الانفعالي، العلاج المركز حول العميل، العلاج بالمعنى، العلاج الجشطلتي، العلاج الجماعي، العلاج بالسيكودراما.

• الأساليب العلاجية المساعدة: العلاج البيئي (الاجتماعي)، الأسري، العلاج بالفن، العلاج

بالقدوة، العلاج باللعب، العلاج بالعمل، العلاج الترفيهي. (شقير، 2002، ص. 179)

وسيتم في هذا المجال، شرح أهم هته الطرق، والأنواع، والتي سوف يتم الاعتماد عليها في البرنامج المصمم، والمقترح في الدراسة، وسيكون ذلك بشيء من التفصيل. علما أنه تم التنوع بينها فمنها: العلاج الديني (من الأساليب العلاجية القديمة)، العلاج السلوكي المعرفي، باختيار نظرية العلاج العقلاني الانفعالي لـ "ألبيرت اليس"، والعلاج الجماعي (من الأساليب العلاجية الحديثة)، العلاج الترفيهي (من الأساليب العلاجية المساعدة)، إلى جانب العلاج بالاسترخاء، والعلاج بالواقع.

10/ الموقف العلاجي:

يرى الزيود (1998) أنه على الرغم من استبدال الأفكار الإنسانية في مفهوم العلاج لأول مرة من قبل العالم الفرنسي "بنيل Pinel"، إذ نظر للمرضى بكونهم ما زالوا بشرا يستجيبون للعطف، والتقدير، والفهم. و"مسمار Mesmer" الذي أوضح الآثار العلاجية للتنويم المغناطيسي، إلا أن حركة العلاج النفسي لم تبدأ إلا في أواخر القرن التاسع عشر، ويعتبر "سيجmond فرويد" أول من وضع منهجا محددا للعلاج النفسي.

كما أن من خواص الموقف العلاجي، أن يكون هناك شخص يعاني اضطرابا ما، يبحث عن الشفاء، وشخص آخر متخصص هو الطبيب، يلاحظ هذا الاضطراب، وحاجة المريض للمعالجة، مع إمكانية تحسنه، أو شفائه من خلالها. وقد يتنوع هذا الموقف، فيصبح لدينا أكثر من مريض، وطبيب واحد، هنا يسمى العلاج: بالعلاج النفسي الجماعي، كما قد يتعدد الأطباء، ويسمى بالعلاج المزدوج.

تتخلل عملية العلاج النفسي علاقة احترام، وتعاطف، وتفاهم، وقبول، بين المعالج والمريض على ألا تتطور إلى علاقة حب، أو تقمص شخصية أحدهما للآخر. وينبغي أن يفهم المريض، ويقدر الجهد والطاقة المبذولتان من طرف الطبيب في سبيل شفائه، وسعادته. في الوقت الذي يمكن للمعالج فيه أن يمدّه بمعلومات عن ظروف بيئته، ويصوّب معلوماته الخاطئة، وعلى المريض أن يعتمد على جهده الذاتي للوصول إلى أساليب التكيف الشخصي، والنفسي. ويساعده المعالج إذ يكلفه القيام ببعض الواجبات المنزلية التي يؤديها بمفرده.

أما على المستوى الفيزيقي فيجب توفير جو هادئ، ومريح. ويميز المكان تهوية، وإضاءة، وحرارة مناسبة، ووجود أريكة مريحة يستعملها المريض. ويتم اللقاء بين المعالج والمريض على انفراد، مع ضرورة المحافظة على السرية التامة لأقواله.

11/ العملية العلاجية:

أساسها حل الصراعات المكبوتة، مع إزالة هذا الكبت، ومحو استجابات المريض اللاشعورية، مواجهة لأعراض الصراع، واستبدالها بأخرى مدركة، ومميزة، لأنه من الواجب إتاحة فرصة للعميل كي يعبر عن مشاعره المكبوتة، المسببة للخوف، والصراع، فيصبح قادرا على التعبير عن محتوى اتجاهاته السلبية. وعندما يشعر بأن التعبير عن مشاعره صار حرا، لا يواجه الإطفاء إلى مشاعره السلبية بالتعميم.

تتم العملية العلاجية لما يدرك الفرد، ويميز المثيرات المحدثة لسلوكه، والمكونة لاستجاباته، فيعي الأسباب المؤدية لاستجاباته الانفعالية اللاشعورية، وهنا يضطرب سلوكه مع الواقع. فالعلاج عملية متدرجة، وبطيئة تستوجب المحاولة حتى تحقيق النجاح، والذي لا يكتمل إلا بالعمل.

ذلك يعني أنّ العملية العلاجية موقف تطفأ فيه الاستجابات العصابية، وتعوض باستجابات صحيحة. فشعور الفرد باليأس، وعدم إدراكه ماذا يفعل، وكذا صعوبة الإفصاح، والتعبير عن معاناته، ومخاوفه من إشباع دوافعه، وارتبائه المعيق للتفكير بصورة ايجابية، وشعوره بالفشل في مختلف جوانب الحياة، وعدم احترامه لذاته، وثقته بها، وعدم تمكنه من حل مشكلاته الخاصة، فهو بحاجة إلى ظروف جديدة لتحقيق توافق أفضل. لذا يقدم الفرد على العلاج. الزويد (1998)

فالعلمية العلاجية إذن، مجموعة الخطوات المهنية التي يسلكها فريق العلاج النفسي في التعامل مع الحالة، بهدف استبصار الفرد بنفسه، وبمشكلاته، وتنمية قدراته، واستغلالها بما يمكنه من التوافق السوي مع ذاته، ومع العالم الخارجي.

11-1/ أسس العملية العلاجية: يراها ملحم (2001) شاملة لثلاثة مراحل رئيسية، متداخلة:

- **الدراسة:** تشمل تهيئة مكان العلاج، بناء علاقة علاجية دافئة، استكشاف اهتمامات المريض ومشكلاته، مع جمع بيانات عنه، وتحليلها. تحديد أهداف العلاج.
- **التشخيص:** يشمل تحديد أسباب المشكلة، وكيفية تفاعلها، و مدى تطورها.
- **العلاج:** يشمل وضع أساليب العلاج المناسبة للحالة، وممارستها، والمتابعة، والتقييم على أساس مدى الاقتراب من تحقيق الأهداف العلاجية.

11-2/ **البيئة العلاجية:** للمكان المختار في العملية العلاجية دور هام في نجاحها، إذ قد يتوقف على خصائصه مدى استجابة، وتعاون الحالة. فالغرفة التي سيقابل فيها العملاء، وطريقة ترتيبها، وتجهيزاتها، عوامل يجب أخذها بعين الاعتبار.

ويتفق المعالجون النفسيون، على جملة مواصفات للبيئة العلاجية، تتيح فرصة تحقيق أهداف العلاج للمعالج. وتسمح في ذات الوقت للمتعالج بتنفيذ متطلبات، منها:

- حجم الغرفة مناسب: فالغرفة الصغيرة تولد الإحساس بالضيق، والقلق. بينما الكبيرة تولد الإحساس بعدم الأمان، وعدم السرية.
- احتواء غرفة العلاج مقعدين رئيسيين: مقعد مريح للمعالج يشعر معه بالاسترخاء، وآخر للمعالج قابل للتحرك في كل الاتجاهات لأغراض عديدة، ويفضل أن تضم الغرفة مقعدين إضافيين لأهل المتعالج.

أما في دراستنا الحالية فقد تم تجهيز المكان المخصص للعلاج بما يناسب عدد أعضاء المجموعات المقترحة للعمل معها من مقاعد، وتجهيزات.

- احتواء غرفة العلاج على مكتب- على أن لا يكون ضخماً- إشعاراً بوجود علاقة مهنية تسهل كتابة الملاحظات والتقارير، بحيث يشعر المتعالج بالهوية بينه وبين المعالج. ويكون كرسي المعالج على أحد جانبي المكتب، ليقلل من الشعور بوجود عازل. واختيار الجانب يعتمد على ما إذا كان المعالج يستعمل يده اليمنى، أو اليسرى.

- توفير إضاءة هادئة غير مباشرة، شاملة لأرجاء الغرفة، مع التهوية.
- الستائر، والجدران يفضل أن تكون بألوان هادئة باعثة على الارتياح، خالية من النقوش، التي قد تمثل رموزا لها دلالات عند بعض العملاء.
- اختيار غرفة هادئة، لأنّ الضوضاء الخارجية تولّد القلق لدى العميل. إذ أنه ليس هناك شيء أكثر إعاقة للاسترسال في الحديث الصريح، من الاعتقاد بأنّ الآخرين قد يسمعون مادام هو يسمعهم.

11-3/ العلاقة العلاجية: يعتبرها ملحم (2001) حيز الزاوية في عملية العلاج، لذا يحرص

- المعالجون على أن تبدأ بداية حسنة منذ الجلسة الأولى، ويمكن القول بأنها تتميز ب:
- علاقة مهنية: وليست علاقة صداقة، فلها حدود تميزها. كما يحرص المعالج أن يوضح للمتعالج من البداية ما الذي يمكن أن يقدم الأول للآخر.
- علاقة احترام موجب متبادل، وغير مشروط: دون محاولات المعالج الحكم على المتعالج حكما تقويميا. علاقة يسودها الاعتدال والثقة، والاهتمام.
- علاقة تفاعل واتصال معالج- المتعالج: فالتفاعل وسيلة يمكنها تقوية، أو إضعاف العلاقة العلاجية. ويأخذ التفاعل والاتصال أشكالا: كالاتصال اللفظي، والإشارات، والتلميحات... تضم العملية العلاجية أيضا العلاقة بين أطرافها، حيث يعتبر الزيود (1998):

11-4/ العلاقة بين المعالج والعميل: حيادية، رسمية، علاقة طيب بمرضى، خالية من التعاطف، مبدؤها التقبل. ويرى "فرويد" أنّ على المعالج الاتصاف بالمهارة في الصمت، والإصغاء، والملاحظة، والدقة، والفهم، والإدراك. والإسراع في إتمام إجراء عملية العلاج بمراحلها. وعدم استدخال مشاعره خلالها، وأن يكون مدركا للمعلومات التي يحصل عليها من اللاشعور، عندما يستبطن العميل خبراته المؤلمة المكبوتة. وأن يكون المعالج مرآة تعكس انفعالات العميل، ومشاعره، واتجاهاته، ودوافعه. وبهذه الإجراءات يتصف المعالج بالحياد.

- الاعتبار الإيجابي، والانسجام في العلاقة العلاجية: يتجنب المعالج أي سلوك متضمن إصدار أحكام، أو تقديم تفسيرات، كما عليه تقبل العميل بتفهم، وثقة في إمكانياته لفهم ذاته، وللتغير الإيجابي. وكلما زاد اعتماد المعالج بصدق على العميل لاستكشاف ذاته، زادت ثقة العميل بذاته، وقدرته على إحداث التغيير.

ويعتقد عباس (2002) أن الاعتبار الإيجابي، والفهم الدقيق يهيئان مناخا في العلاقة العلاجية، يستطيع فيه العميل تدريجيا أن يسبح في وعيه، وفي سلوكه بأجزاء من خبراته الداخلية، الغير منسجمة مع مفهومه عن ذاته، هته الأجزاء يكون العميل قد بنا حولها دفاعات قوية. وبعد تعبيره اللفظي عن هذه المشاعر، يتلقى تأكيدا لفهم صحيح من شخص آخر، بالتالي تقبلًا إيجابيا لذاته الجديدة.

أما الانسجام في هته العلاقة لفهم العميل، فيعيش المعالج بخياله خبرة العميل المعبر عنها، فيضع استجاباته بنفس موقف عميله. وفهم المعالج له لا يكون أمرا ذهنيا فحسب، بل فهما للكائن، إلى حد يمكنه أن يعيش مشاعر العميل خلال هته الخبرة. والانسجام في ذات المعالج، هو إحساسه بخبراته الداخلية، والتعبير عنها في تفاعله من خلال العلاقة العلاجية.

ويثق المعالج في استجاباته أثناء الموقف، ويعبر عن مشاعره، والمعتقد بأنها تحمل دلالات في العلاقة العلاجية، ويسهم صدقه في العلاقة في إمداد العميل بقاعدة من الواقع، يثق فيها.

11-5 / "الحياد في العملية العلاجية: موقف ضمن نسق علائقي، يميزه عدم التدخل في دينامية المريض، وتوجيهاته. ويجب التمييز بين:

• **الحياد المطلق:** أي عدم التدخل، وعدم التأثير-وهذا غير ممكن- وبالتالي لا معنى له في نسق علائقي.

• **الحياد الإيجابي:** أي عدم التدخل مع التأثير، خصوصا كمرآة عاكسة تؤدي إلى التوعية. إنه يمكن المريض من إدراك إشكالاته، أو فهمها، بالتالي السيطرة عليها. إن المريض حين يشعر وكأنه اكتشف علته، يستطيع أن ينتقل من وضع التعبئة، إلى وضع القادر على تسيير أموره. ويجب أن يشعر أنه من توصل إلى اكتشاف علته، وهذا يمكن أن يتم بالموقف الحيادي." (عباس، 2002، ص. ص. 40-223)

وقد أشار الزيود (1998) إلى ضرورة:

11-6 / مشاركة العميل في العملية العلاجية: فهي عمل مشترك بين المعالج والعميل، الذي يملك حافزا للوصول إلى هدف. لذا حاولت "هورني" افتراض ثلاث مهام تواجه المريض:

1. الصراحة والصدق مع نفسه قدر الإمكان.
2. الوعي للقوى، والدوافع اللاشعورية، وتأثيرها على حياته (تحديد استجاباته غير المناسبة).

3. تطوير قدراته كي يغير اتجاهاته الهدامة لعلاقاته مع نفسه، ومع الآخرين.

11-7/ قواعد القيام بالعلاج: يحددها الزيود (1998) في:

- الجو العاطفي: على المعالج مناقشة النظرية التي يتبناها، وأسلوب العلاج مع العميل، ويأخذ اتجاهاته بعين الاعتبار، وعليه التحلي بالموضوعية، والتعاطف.
- اطمئنان العميل إلى أن ردود الأفعال المتعلمة من الممكن أن تركها، وهذا سيتم في المقابلات، ثم في المواقف اليومية.
- في بداية العلاج يتم تصحيح الاعتقاد الخاطئ عن الأعراض.
- إثارة السلوك التأكيدي مبكراً، إلا إذا كان هناك ردود فعل عصبية شديدة.

11-8/ الجلسة العلاجية:

خلالها يتم مراعاة أمور أساسية أشار إليها ملحم (2001) في النقاط التالية:

- الجو النفسي: أهم خصائص الجلسات العلاجية، المتوفرة فيها جو علاجي سليم تتضمن:
 - الثقة المتبادلة: من الضروري أن يؤمن المتعالج على أسراره، وعلى نفسه، وهذا يساعده على الاسترخاء.
 - الاستعداد للمساعدة: يجب أن يتضح للمتعالج تماماً، رغبة المعالج الخالصة في المساعدة، وتوفير الوقت، والجهد الكافيين لتحقيق ذلك.
 - التقبل غير المشروط: تقبل المعالج للمتعالج بما هو عليه، ودون التأثير بأحكام سابقة. على أن تكون الجلسة تلقائية، يتم التعبير أثناءها عن المشاعر بحرية، وصراحة، وأمانة، دون تزييف، أو تصنع.
 - حسن الإصغاء: ودقة الملاحظة، وتركيز الانتباه لكل قول، أو فعل، عوامل مساعدة على إدراك المعالج لزوايا مشكلة المتعالج. وتدخله في وظيفة التفريغ الانفعالي.
 - المسؤولية المشتركة: على طرفي العملية العلاجية فهم الدور الموكل لكل واحد منهما، لنجاحها.
 - التسامح: يستلزم التقبل غير المشروط. فللمتعالج حق في احترام شخصيته كإنسان، وتقدير مصيره، وتحديد أهدافه. وهي أمور توجب التسامح، والتعامل الحسن معه.

- **تحديد الأهداف:** الهدف الرئيسي للعملية العلاجية، هدف علاجي، وعلى أطرافها تحديد أهداف هذه العملية بحيث تتضمن:
 - "الأهداف العامة:
 - تحقيق الذات- فهم الذات- تحقيق إمكانيات، وقدرات، واستعدادات العميل.
 - تحويل نظرة العميل من خارج نفسه، إلى داخلها، مع استبصار أكثر.
 - تحويل كلام العميل من العموميات إلى الخصوصيات، ومن كبت المشاعر إلى إخراجها.
 - تحقيق التوافق النفسي، وتحسين السلوك.
 - تحقيق السعادة، والصحة النفسية.
 - **الأهداف المبدئية:** بعض أهداف العملية العلاجية تتحدد مبدئياً، وهذه العملية دينامية، تتغير أثناءها، أو من خلالها بعض الأهداف، أو تتعدل، أو يقدم أحدهما على الآخر.
 - **الأهداف الخاصة:** تتحدد بالإجابة على السؤال التالي: لماذا جاء العميل، وماذا يريد؟ وأهم الأهداف الخاصة للعميل، هي حل مشكلته، من خلال علاقة علاجية ناجحة، وعليهما- المعالج والعميل- أن يعرفا بدقة ووضوح طبيعة هذا الهدف الخاص، والمباشر، وكيفية تحقيقه، ومسؤولية كل منهما. وعلى المعالج بذل الجهد لمساعدة العميل لحل مشكلته." (ملحم، 2001، ص. ص. 358-360)
- هي أهداف قد يشترك كل من المعالج والمتعالج في تحديدها قبل بداية العملية العلاجية، والوصول الى تحقيقها من خلال إقامة علاقة علاجية ناجحة بينهما، يعني نجاح هته العملية.

12/ الاختبارات والمقاييس في العلاج النفسي:

يشير ملحم (2001) إلى أن المعالجين النفسيين يستخدمون مختلف الاختبارات النفسية، المقننة، وهي تؤدي أغراض متعددة في مجال قياس الشخصية، واكتشاف قدرات الفرد، واستعداداته، والوظائف النفسية المختلفة، وهذا يعين المعالجين، والعاملين في مجال العلاج النفسي، على تبني طرق معينة، في بناء مقاييس، وأساليب، وفنيات جديدة تخدم أغراض العملية العلاجية، وتطورها. فالاختبارات النفسية، وسائل هامة للتشخيص، والعلاج النفسي، وهي أيضا وسائل تتبعية، لاكتشاف مدى تقدم العمل العلاجي. فتصميم المقاييس، وتفسير

نتائج تطبيقها، من المهام الضرورية للعاملين في العلاج النفسي... لكونها منطلقاً، وحكما على جدوى التشخيص، وصحته.

ونظرا لما للعلاج النفسي من أهمية في مجال الصحة النفسية، فمن الممكن أن يكون لبرامجه المختلفة، والمعتمدة على التنسيق بين مجموعة من الأساليب العلاجية هدف أساسي، يتضمن العودة بالفرد إلى حالة التوازن الانفعالي، من خلال عملية التكفل، القائمة على بعض العلاجات، التي ينظر إليها بأنها فاعلة.

13/ المساعدة الإنسانية العامة:

مهمة المعالج في نظر الزيود (1998) لا تقتصر على تغيير الاستجابات الفطرية للعميل فحسب، بل يقدم اهتماما خاصا لشخصيته، ومشاعره، وأحاسيسه. ويعمل على:

- إعطاء العميل اهتماما فريدا، ليعي سلوكه تجاه الناس، قساوتهم، وأنانيتهم، وظلمهم، وعدوانيتهم... ويدرك الظروف المحيطة به.

- محاولة تقديم شرح وافي للعميل، عن معنى المساعدة الإنسانية العامة، فيرشده المعالج لما يمكن للصديق أن يقدم للغير، من دعم عاطفي، وتشجيع، وبذلك يزيل الشكوك، والمخاوف.

- مساعدة العميل على فهم، وتقبل ذاته، فمن المهم للمعالج والعميل، الاندماج كشخصين واقعيين، لكونه يولد الثقة، والمشاركة، والفهم، مما يساعد العميل على تبني سلوكيات مسؤولة بشكل سريع. والمعالج الواقعي يتعامل مع العلاقات التحويلية، لأنها تحدث اللامسؤولية لدى العميل، بمساعدته على عيش اندماجه الفاشل مرة أخرى، وهنا تقبل العميل كشخص ذو قيمة، وإمكانيات، هي أول خطوة في تعليمه تقبل نفسه.

مما سبق، نستنتج أن فن التواصل، والإصغاء، والحوار، والتفاعل مع المفحوص، هو أساس العلاج النفسي، مهما اختلفت المدارس، والتقنيات المستخدمة، فإن أساس العلاج النفسي لا يخرج عن إطار اللغة، وتقنيات التواصل، في جميع اتجاهاته.

14/ علاقة العلاج بالأمل، والحديث الإيجابي مع النفس:

يطرح إبراهيم (1994) بعض الأسئلة لتوضيح هذه العلاقة منها: أثناء العملية العلاجية

نفسها، هل يحدث التغيير خارج إرادة المريض؟ وهل يمكن أن يشفى، ويضع لنفسه خططا،

وأساليب جديدة في التفاعل، والتوافق، دون التوقع الذهني للشفاء، والأمل الإيجابي، في نجاح الأسلوب العلاجي المستخدم؟ طبعاً لا. فالشخص المتعرض لتجربة فاشلة في مجال ما من حياته، قد يصاب بالحزن، والاكتئاب، إذا ما توقع بأنه لن يجد بديلاً لخسارته، واستجاباته المكتتبة ستختلف عن استجابات شخص يتبنى توقعات أساسها الأمل، أن يكون هناك بديل ناجح لخسارته، لذلك قد ينجح العلاج مع شخص، دون آخر.

وللحديث الداخلي أثره في بعث الأمل، وقبول العلاج، ونجاحه. حيث يمكن أن يستثير الفرد انفعالاته في اتجاهات مختلفة كالحزن، أو السرور، وذلك حسب ما يخاطب به نفسه أثناء قيامه بعمل، أو مواجهته لموقف، أو تفاعله مع الغير. وقد أمكن لمجرب أن يؤثر في الحالات المزاجية للشخص، عندما غير محتوى عبارات طلب من الفرد ترديدها، أثناء اندماجه في نشاط ما، فلما تكون العبارات بمحتوى صار، أو منشط مثل: (إنني سعيد، وفخور بنفسي)، تظهر آثار انفعالية مختلفة عما لو كان المحتوى محزن مثل: (حياتي مليئة بالمتاعب).

ويرى رياض (2005) بأن الحزن المتزايد، يجعل الفرد متشائماً، مشغول البال، فتتعدى حياته بجوانبها، وتصبح في ذاتها قبيحة.

كما يمكن لحالة الحزن هذه، ترك آثار جسمية سيئة، فيترجم الحزن عن نفسه بالتشاؤم. وقد يجلب الأمراض العصبية، والصرع، والتوترات الحادة... غير أن الحياة تحتاج إلى دفعة أمل تيسر صعبها، وتحل مشكلاتها، وتجعلها جديرة بالعيش، ومن ثم وجب ضبط الانفعالات، وجعلها معقولة، تعايش الإنسان، وتجعله في حالة انسجام، واتزان، وذلك كله يفتقر إلى ضبط النفس عند المثيرات المحزنة، أو المفرحة.

1-14/ الحوار مع النفس: أو الحديث معها. من الأشياء الهامة جداً في نظر الشربيني، فقد تهيمن فكرة على عقل الشخص، فتسبب له القلق، في الوقت نفسه قد يتخلص الشخص من القلق، إذا استطاع تعديل أفكاره، أو تغييرها.

هذا الأسلوب في علم النفس هو تبني لمحتوى أفكار، وعبارات ذات طابع تكيفي، يعني أن القلق يمكن أن يستحوذ على الفرد، إذا راودته فكرة أنه ليس محبوباً عند الآخرين، أو أنه غير راض عن نفسه، وليس سعيداً، هي عبارات حين يفكر فيها، ويكررها مع نفسه، قد تثير القلق، والاضطراب بداخله، ويحدث ذلك سواء كانت هذه الحقيقة، أم أشياء وهمية.

نستطيع دفع التوتر، والتخلص من القلق، إذا بدأ الفرد فعليا في فرض سيطرته على الفكرة غير المرغوبة، بالاستعانة بإشارة قاطعة: (توقف عن هذا)، يتجه بها نحو ذاته، بعدها يتبنى محتوى ايجابي للتفكير، يساعده على الارتياح، والرضا، فمثلا عند الرد عن العبارة المسببة للقلق، حول شعور الناس نحو الفرد، أمكن الاقتناع بأن ليس عليه إرضائهم جميعا، وليس من الضروري أن يكون محبوبا دائما، هذا غير مهم لأنه ينتهج أسلوبا متوازنا في علاقته بمن حوله قدر المستطاع. كما أن فكرة السعادة، والرضا، والتفاؤل يمكن أن نشيعها في أنفسنا، إذا تذكرنا بأن مصادر السعادة متعددة.

مثل هذه الأساليب "الحوار الداخلي الإيجابي"، لا تلاءم المرضى فحسب، بل يحتاج كل منا استخدامها عند الضرورة. فالعبارات، والأحاديث، والحوارات الداخلية لها أهميتها في ضبط الانفعالات، وتوجيه الشخصية.

عملية العلاج مهما اختلفت اتجاهاتها، وتقنياتها، فإنها تتضمن خلق موقف علاجي، وترك الفرصة لإظهار الطاقات الانفعالية، وإطلاقها، والاستبصار بالمواد الغير مكتشفة في لاشعور الفرد، واتخاذ خطوات ايجابية للتغير الانفعالي، واستبدال العادات القديمة، بأنماط ايجابية من الاستجابات، تدعم تطور الشخصية.

ثالثا: البرنامج المقترح في الدراسة The Suggested Study Program:

سيتم في هذا الجزء من الفصل المبرمج في الدراسة، التحدث عن إجراءات البرنامج المقترح، والمصمم خصيصا لفئة المتعايشين مع فيروس السيدا. مع ذكر أهم الأساليب، والتقنيات العلاجية، التي اعتمد عليها محتوى هذا البرنامج.

1/ تعريف البرنامج:

"يعرف البرنامج Program على أنه: سير العمل الواجب القيام به، لتحقيق أهداف مقصودة، كما يوفر الأسس الملموسة لإنجاز الأعمال، وتحدد نواحي النشاط الواجب القيام به من خلال مدة معينة. وهو أيضا مشروع يهدف إلى تنمية مهارات، أو يتضمن سلسلة من القرارات، ترتبط بهدف عام، أو مخرج نهائي." (النجار، 2003، ص. 74)

إن البرنامج الذي تحتوي الدراسة، هو مشروع له أسس، وإجراءات، ومحتوى معتمد على بعض الأساليب العلاجية، يهدف بالأساس إلى التعامل مع سمات معينة في شخصية المتعايش مع فيروس السيدا، وذلك في إطار التكفل به.

2/ أسباب تصميم البرنامج:

يعتبر السبب الرئيسي وراء تصميم هذا البرنامج، هو الغياب الواضح للاهتمام بعملية التكفل النفسي الفعلية بهذه الفئة من المرضى، خاصة داخل المستشفيات. فهذه العملية في منظور الفريق الطبي النفسي هي مجرد جعل المريض يتخطى مراحل صدمة الإصابة بهذا الفيروس، لإبعاد ذهن المصاب عن التفكير في وضع حد لحياته، أو اللجوء إلى الانتقام، بالتالي العمل على نشر عدوى الفيروس بين الآخرين، ومعظم النصائح المقدمة هي مجرد توجيهات خاصة بكيفية تلقي العلاج الطبي، وكيفية وقاية الجسد من الوقوع ضحية الأمراض الانتهازية، وكيفية وقاية الآخرين من انتقال الفيروس. ضف إلى ذلك يعتبر الكثير منا أن تصميم مثل هذه البرامج، والعمل عليها قد يكون مضيعة للوقت، والجهد وغيرها، لأن هته الفئة -حسب طبيعة المرض- محكوم عليها بالموت المحتم، غير أننا ننظر إلى الواقع بمنظور إنساني، كون هؤلاء الأشخاص ممن يتعايشون مع فيروس السيدا، قد يعيشون مدة زمنية أطول إذا ما لقوا الدعم، وسبل رفع المعنويات، والتفائل، والأمل.

3/ أهمية البرنامج:

بعد تطبيق الاختبارات الخاصة بالتوافق، التفائل والتشاؤم، واختبار الاتزان الانفعالي، على عينة الدراسة اتضح للباحثة ارتفاع نسبي ملحوظ في درجات أغلبية أفراد العينة على هذه المقاييس دون البعض منهم وذلك راجع إلى ازمان المرض عند هؤلاء، مما دعاها إلى التساؤل عن كيفية تحسين، وتنمية، أو الاحتفاظ بالارتفاع النسبي لمستوى هذه المتغيرات الهامة، في تحقيق الصحة النفسية خاصة في وجود المرض. واسترشادا بما أثبتته بعض الدراسات حول أهمية العلاج، والتكفل النفسي، وأثره في تحقيق التوافق، والتفائل، والاتزان الانفعالي، لدى المرضى ممن يعانون أمراضا مزمنة، وأخرى خطيرة لا تقل خطورة عن السيدا. في نفس السياق يوضح فرج (2007) وجود بعض الدراسات كدراسة "Segerstrom, Taylor, Fahey"

عام (1998) التي أكدت على أن كفاءة جهاز المناعة، تزداد لدى المتقائلين، أكثر مما هي عليه لدى المتشائمين. وأكدت على أن التقاؤل يمكن أن يقوم بدور مهم، كعامل وقائي، ينشط عندما يواجه الفرد صعوبات الحياة كتلك الناتجة عن المرض. لذا وجب الاهتمام بتلك الدراسات التي تثبت أن التوافق، والتقاؤل، والاتزان الانفعالي، يمكن تحسينها عن طريق برنامج علاجي، أو تكفلي مخطط ومدروس. ومن خلال الإطلاع على بعض المعلومات الواقعية، عن البرامج المعدة في المستشفيات، للتكفل بالمرضى باختلاف نوع المرض، اتضح للباحثة أنه لا يوجد برنامج صريح، ذو تقنيات، أو أساليب علاجية ذات أساس نظري معمق، يعتمد عليها في التكفل بالمرضى داخل المشفى، خاصة مرضى السيدا. لذا برزت أهمية بناء برنامج يتم الاعتماد عليه في تحسين درجة التوافق، والتقاؤل، وإعادة الاتزان النفسي، لهذه الفئة من المرضى. من ذلك أمكن إعداد برنامج علاجي تكفلي جديد، أساسه الاعتماد على بعض التقنيات العلاجية، التي سيتم التطرق لها لاحقاً. وقبل التطرق إلى تقديم البرنامج، أوضحت الباحثة هدف البرنامج، وخطة العمل، والزمن المحدد له، مع التحدث عن الجلسات، والأنشطة التي يقوم عليها هذا البرنامج لاحقاً.

4/ هدف البرنامج:

يهدف البرنامج بشكل رئيسي، إلى الرجوع بالمريض إلى التوافق، والاتزان النفسي، مع بعثه على التقاؤل، وتقبل المرض رغم خطورته، ورغم عدم تقبل المجتمع له، مع العمل كذلك على تخليصه من الأفكار السوداء، واللاعقلانية الراسخة في ذهنه، والتي تؤثر بشكل كبير على تمتعه بالصحة النفسية المناسبة لمواصلة حياته، بالتالي الوقوع فريسة الاضطرابات النفسية المختلفة، والتي تعمل بدورها على تدهور الحالة الجسدية، وعدم جدوى العلاج.

سيتم السعي إلى تحقيق هذا الهدف، عن طريق التكفل بهؤلاء المرضى نفسياً، محاذاة مع التكفل الطبي المقدم لهم. فمن خلال هذا البرنامج نتاح لهم فرصة التعبير عن مشاعرهم، والتخلص من الأفكار السلبية، وتقبل الواقع في وجود مرض مزمن، وخطير، وغير مقبول اجتماعياً. ويمكن تحقيق هدف البرنامج من خلال:

- الحرص على إعداد مكان مناسب داخل المستشفى، والأدوات قبل إجراء الجلسات، حتى يتحقق القيام بالأنشطة، وممارستها بسهولة.

- العمل الجماعي، والتكافل، والتعاون لتقبل الواقع.
 - التفاعل الإيجابي مع هته الفئة، والثقة في توافقهم، وقدرتهم على التعامل مع الآخرين.
- ولقد تمت صياغة الهدف الرئيسي، والخاص بالبرنامج في صورة مواقف مهارية، تضم إجراءات عملية تطبيقية، مستقاة من جانب نظري مختار بعناية، بحيث يقوم المعالج جنباً إلى جنب مع المرضى، الموجه إليهم هذا البرنامج بشكل تفاعلي، وتكاملي لتحقيق هدف البرنامج، وقد تم ذلك في ضوء تحليل محتوى نتائج الدراسات المشابهة، والإطلاع على الرصيد النظري في الكتب، والمجلات العلمية، والجلسات الاستطلاعية مع أفراد العينة.

5/ تقييم البرنامج:

"هو جملة عمليات، وإجراءات هادفة إلى الحصول على معلومات، وبيانات تمكن من الحكم على ملاءمة، أو كفاية، أو مردود برنامج معين، من خلال المعلومات المحصل عليها، والتي تسمح باتخاذ قرارات تصحيحية..." (الفراي، 1994، ص. 128)

6/ تطبيق البرنامج في الدراسة الحالية:

بعد اعتمادنا على التصميم التجريبي المقترح، بطريقة المجموعة الواحدة في اختيار عينة الدراسة، تم تطبيق المقاييس المعتمدة في هذا البحث، والتي هي: مقياس التوافق النفسي لـ "زينب شقير"، مقياس التفاؤل والتشاؤم لـ "شاير وكارفر Scheier and Carver". ومقياس الاتزان الانفعالي لـ "عادل محمد محمود العدل". وهذا لإحداث قياس قبلي على المجموعة، قبل إدخال المتغير التجريبي (البرنامج المقترح). وقد كانت الباحثة قد أعدت برنامجاً خاصاً بالتكفل والعلاج النفسي، المتعلق بفئة المتعاشين مع فيروس HIV، يهتم بتحسين هذه المتغيرات الثلاثة، ثم قامت بتطبيقه على المجموعة. أي أنّ الباحثة طبقت البرنامج داخل المستشفى، وذلك بعد تحصلها على درجات مرتبطة بالمقاييس المعتمد عليها، قبل تنفيذ البرنامج، وقد استغرق تطبيقه: مدة شهر. وفيما يلي سيتم التحدث عن هذا البرنامج، وما يتعلق به.

7/ تصميم البرنامج التكفلي العلاجي الخاص بالمتعاش مع السيدا:

7-1/ تخطيط برنامج: "هو إعداد، وتصميم مكونات، وعمليات برنامج، لأجل تحقيق مقاصد، وأهداف تعليمية، أو تكوينية (أهداف، مضامين، أنشطة، وسائل، تقويم)..."(الفراي، 1994، ص. 269)

أما عن تخطيط برنامج الدراسة، فتشمل هذه العملية تحديد المحتوى المحقق للأهداف الأساسية للدراسة، مع وضع الأساليب العلاجية المتبعة، والفنيات العلاجية المستخدمة في الجلسات العلاجية، إضافة إلى تحديد المدى الزمني للبرنامج، وعدد الجلسات، ومدة كل منها، وعدد الأفراد الخاضعين للعملية، ومكان إجراء البرنامج. ثم تقييم البرنامج في ضوء ما تحقق من أهداف موضوعية. وكذا مدى إصابة البرنامج في تحقيقه للهدف الرئيسي المصمم لأجله.

وتتضح خطوات تصميم البرنامج فيما يلي:

7-1-1/ مدة البرنامج: بناء على طبيعة أهداف البرنامج، وظروف أفراد العينة المقصودة للعملية العلاجية، فقد تم تحديد مدى زمني للبرنامج، عبارة عن (شهر واحد)، بواقع اثنين إلى ثلاث جلسات في الأسبوع الواحد، ومدة الجلسة (ساعة ونصف)، وهي مدة كافية في رأي الباحثة لجعل أفراد العينة يتجاوزون مع البرنامج، بأساليبه العلاجية المتنوعة، ويندمجون مع الجماعة، وبالتالي تحقيق التوافق، والاتزان الانفعالي، وجلب التفاؤل عند المريض.

7-1-2/ فترة تطبيق البرنامج: أما عن فترة تطبيق البرنامج، فسيتم إجراؤه خلال فترة تواجد المرضى -عناصر العينة- بالمستشفى، وبعد إجراء القياس القبلي المتعلق بأدوات الدراسة، وبحكم تواجد هذه العناصر لفترة لا تزيد عن شهر مكوثا في المستشفى، لتلقي العلاج اللازم ثم المغادرة. وقد رأت الباحثة أنه من الضروري أن تكون فترة تطبيق هذا البرنامج، في غضون شهر لتسهيل الانتقال بعينة الدراسة، ثم يتم بعد ذلك إجراء القياس البعدي.

7-2/ الأسس النظرية، والتقنيات العلاجية المعتمد عليها في بناء البرنامج:

أولاً: العلاج الجماعي Group Therapy:

يدعوه عباس (2002) العلاج النفسي بالمحادثة ويعتبره أفضل الطرق العلاجية، لما يتيح للفرد من فرص التعبير عن مشاعره، ومشاكله، وصراعاته بحرية تامة.

يبحث الإنسان عن استقلالته كفرد، وفي الوقت ذاته، كشخص قادر على الاندماج، والتفاعل بايجابية مع الآخرين، فالجماعة مجال حيوي، لما توفره من إمكانية اكتشاف تطلعات، ومشاكلهم الآخرين. إذن العلاج الجماعي يسمح للفرد الدخول إلى العالم المحيط، فيتفاعل مع الغير بحرية، مع المحافظة على استقلالته.

يعاين الفرد اضطرابه كجزء من ظاهرة اجتماعية، خلال موقف اجتماعي، يكون فيه المعالج جزءاً أساسياً. وبانخراط المريض ضمن الجماعة، يستطيع إدراك شمولية صعوباته، فيسهل عليه احتمالها، ويساعده على تجاوز المقاومة. وتقوم الجلسات الجماعية على اعتبار المريض ملاحظ، ومشارك في نفس الوقت. فالإجراء الجماعي يشجعه على الاتكالية، ويحول سلوكه إلى الأعضاء المشاركين.

فالعلاج الجماعي، يعطي الفرد فرصة تحديد العناصر الداعمة لصعوباته، خاصة لما تتبدى له في صعوبات المشاركين معه. يستطيع العلاج الجماعي في جانب منه تحطيم مقاومة الفرد الدفاعية، وهذا ما نتوقع أن يحدثه.

كما يتوقع أيضاً من العلاج الجماعي، تغيير التوازن النفسي الداخلي لكل المشاركين فيه، إذ تقيم العلاقات المتبادلة، والتفريغ، والتبصر، واختبار الواقع، والتسامي توازناً جيداً في بنية الشخصية، فتقوى الأنا، وتحسن صورة الذات.

1/ عجالة تاريخية عن العلاج الجماعي:

أشارت نحوي (2010) أن أول من استخدم العلاج الجماعي بأسلوبه العلمي، هو العالم "مورينو J.L Moreno" عام (1932)، وسبقه في ذلك "برات" عام (1905)، الذي جمع في عيادته عدداً من المرضى، الذين يقوم بعلاجهم من الدرن الرئوي، حاضريهم، وناقشهم، كما أصغى لتعليقاتهم. وقد لمس في ذلك تفاؤلاً لهم، وارتفاع معنوياتهم. يعد "مورينو" مؤسس العلاج الجماعي، وقد كان ذلك بين سنتي (1910-1914)، وزاد صيته بعد الحرب العالمية الثانية، حيث كان مرضاه من المنبوذين، والأطفال، وضحايا الحرب. واستخدم أسلوبه "أدلر" وكانت له اتجاهات اشتراكية، لمعالجة المشاكل الجماهيرية.

2/ تعريف العلاج الجماعي:

"هو عبارة عن مناقشة، أو مناقشة جماعية أخرى لها قيمة علاجية، يشترك فيها أكثر من مريض في وقت واحد.

ويعرفه "جيمس دويفر" بأنه أسلوب من العلاج الجماعي، أو التجمعي لمجموعة من الأفراد، كما يحدث في السبيودراما والسيكودراما.

أما "إنجلس" فعرفه عن طريق وصف طبيعة الجماعة نفسها بأنه: "أي جماعة يتوحد الفرد وإياها، أو يقارن الفرد نفسه بها، ويتقصد الجماعة لدرجة أنه يتبنى معاييرها، واتجاهاتها، وأنماط سلوكها، كما لو كانت معاييرها هو فتصبح هذه الجماعة هي جماعته المرجعية، حيث يرى نفسه منتما إليها. وليس من الضروري أن تكون هذه العضوية، عضوية حقيقية، حيث يمكن أن يوجد لشخص واحد أكثر من جماعة".

العلاج الجماعي، هو الذي يتم فيه علاج مجموعة من الحالات المتشابهة معا، في جلسة مشتركة، بحضور معالج، أو أكثر، حيث يعتبر أحد الأساليب العملية الناجحة. خلاله يتفاعل كل فرد في المجموعة، مع الآخرين من حوله، ومع المعالج في نفس الوقت. وقد تطور ذلك إلى فكرة المجتمع العلاجي، الذي يوجد داخله مجموعة من الناس يعيشون معا، ويمارسون حياتهم في أنشطة علاجية طول الوقت تحت الإشراف." (الشربيني، د. ت، ص. 141)

تكوين الجماعة، هو انتماء الفرد إلى فردين آخرين، أو أكثر، فيتبنى مبادئها، واتجاهاتها، وأفكارها، ويعمل وفق خط سيرها فيمثل لها. أما العلاج الجماعي فهو واحد من الأساليب العلاجية، التي يلجأ إليها المعالج، عندما يكون بصدد معالجة مشاكل متشابهة، عند عدد من الأفراد، إذ يساعده في ذلك التفاعل الحاصل داخل هذه المجموعة.

3/ مزايا، وعيوب العلاج الجماعي:

يعتبر العيسوي (2005) بأن الأمان اللذان يقفان عائقا في تحقيق الفرد للصحة النفسية، هما: الصراع الزائد، مع شعور المريض بالعجز، والتوتر، والحصار. وكذا انزاله عن زملائه، مع مشاعر الوحدة، والنبذ. لذلك فالمعالج النفسي يسعى لجعل المريض يكسر صراعاته، ويساعده للحصول على علاقات شخصية مرضية، وناجحة.

عند تحديد أهداف العلاج، نستطيع التنبؤ بأن هناك بعض المزايا للعلاج الجماعي، إذ يسمح للفرد في وجود الآخرين بالتعبير عن صراعاته، في جو من الاحترام، والتعاضد، والمساعدة، والانتماء، باشتراكهم الجمعي لحل المشكلات.

ومنذ تبين لعلماء النفس، والطب العقلي أنّ العلاج الجماعي طريقة عملية علاجية، صار من الضرورة اعتباره كأى منهج آخر... وحسب شقير (2002) لهذا المنهج الكثير من المزايا، أهمها:

- اقتصادي في الوقت، والجهد، والتكلفة.
- يمكن استخدامه في الأندية الاجتماعية العلاجية، في صورة أنشطة ترفيهية، لتحطيم العزلة، وتشجيع المريض على الاندماج الاجتماعي.
- يتيح فرصة العلاج لأكثر عدد ممكن من المحتاجين إليه، حيث يسمح لطبيب نفسي واحد، علاج عدد من المرضى، يبلغ خمسة، أو عشرة أضعاف المرضى الذين يخضعون للعلاج الفردي، فيصبحون أفضل حالا من خلال ما يتعلمونه عن أنفسهم حتى وان لم يتم شفاءهم.

أبو الخير (2001)

- يساعد على التنفيس الانفعالي، ويقلل من مشاعر القلق، والشعور بالذنب.
- يقوي عاطفة اعتبار الذات، والثقة بالنفس لدى المريض، ويضعف تركزه حول ذاته.
- يكفل تصحيح سلوك المريض، ومفهومه عن ذاته، والآخرين.
- يدفع المريض لاكتشاف أساليب جديدة لحل صراعاته، ومشكلاته، وإشباع حاجاته، فتنقل مخاوفه، ويعدل اتجاهاته، وينمي أنماط سلوكية اجتماعية جديدة.
- يؤكد للمريض أنه ليس الوحيد الذي يعاني من مشكلة، أو اضطراب نفسي، مما يقلل شعوره بالألم، والعزلة.

- يعد منهج يساعد الطفل الإنسحابي كي يتعلم أن الآخرين أصدقاء.
- توفر الجماعة للفرد خبرات الاتصال، والتفاعل مع الآخرين. لكن من المؤكد وجود بعض الأشخاص الذين يستجيبون أفضل للعلاج الجماعي، بدلا من العلاج الفردي، بل إنه من الممكن المزج بين العلاجين معا. العيسوي (2005)
- يساعد على خفض عدد المعالجين.

- يسمح بتنمية العلاقات الاجتماعية، وحل الصراعات والمشكلات في موقف جماعي.
- يتيح للمرضى اكتشاف جوانب، وأبعاد جديدة لمشكلاتهم.
- يمثل أفضل طريقة لعلاج المرضى الغير متجاوبين في العلاج النفسي المرضي الفردي.

الشاذلي (2001)

- يسهل تكوين علاقة وطيدة، وتفاعل بين أفراد الجماعة. العناني (2000)
أما عن عيوب هذا العلاج، فتتمثل في:
- طريقة معقدة، وصعبة، ويحتاج إلى تدريب خاص.
- لا يحدث تغييرات جذرية في المحددات الأساسية لشخصية المريض.
- قد يشعر بعض المرضى بالخجل عند كشف شخصياتهم أمام الجماعة.
- يخلف ردود فعل سيئة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من الصراعات. الشاذلي (2001)
لذلك يجدر بنا تجنب تحقق هذه العيوب، أثناء تطبيق أسلوب العلاج الجماعي في الدراسة الحالية، وذلك باختيار فئة متجانسة من الأفراد لا يعانون من الخجل، ولا الصراعات المتأزمة، مع تشجيع عينة الدراسة على تبني هذا الأسلوب في العلاج.

4/ أهمية العلاج الجماعي:

يشير العيسوي (2005) إلى أنّ العلاج الجماعي يمثل أهم المناهج العلاجية المعاصرة، المستنيرة للحقيقة الاجتماعية. وقد أثبت هذا الأسلوب العلاجي أهميته، في تعريف المريض بأن الآخرين قد يعانون من مشاكل شبيهة بمشاكله، كما يعلمه كيف يصبح عضواً في جماعة، يتوحد معها، ويجد التعضيد، والمساعدة لحل مشاكله من خلالها، وينمي أساليب جديدة في توطيد علاقاته، وإقامة علاقات شخصية، والتخلص من مشاعر العزلة.

يتناول الطبيب خلال العلاج الجماعي، وفي وقت واحد، عدداً معتبراً من المرضى، حيث يفيد تفاعل المريض مع الجماعة في شفائه، من خلال علاقته بالآخرين، وبالمعالج. فيتخلص من مشاعر العزلة بمشاركته في العلاج، ويلقى التعضيد، والمساعدة المتبادلتين في التغلب على المشاكل. فالعلاقة الجماعية تمد كل عضو بفرص، ومواقف في الحقيقة الاجتماعية. وفي بعض الحالات قد يعاني المريض نقص في الكفاءة، أو الاستبصار، أو الفهم

لمشاكله، لذلك فهو يحتاج إلى نوع من الاستبصار المعرفي، يساعده في إعادة بناء اتجاهاته، وتنمية الكفاءات التي يحتاجها.

استخدام العلاج الجماعي مع الأفراد يضمن لهم التفاعل، والاحتكاك بالغير، كما يمكن كل عضو داخل الجماعة، من التيقن بأنه ليس الوحيد الذي يعاني من المشكلة، بل هناك من يشاركه نفس الآلام، ويعيش نفس الشعور المكدر. فالحوار، والمناقشة داخل الجماعة، يسمح بتدعيم شبكة العلاقات الاجتماعية، كما يسمح -من خلال سماع الفرد لآراء المشاركين في الجماعة باقتراح الحلول، التي يرونها مناسبة- بتنمية هذا الأخير، لأساليب مواجهة، واتخاذ قرار، وتبني طريقة منهجية في التعامل مع المشاكل، والأزمات الحياتية.

5/ حالات، وشروط استخدام العلاج الجماعي:

5-1/ حالات استخدامه: يرى الشاذلي (2001) بأنه يستخدم على نطاق واسع في مستشفيات الأمراض النفسية، والعصبية. وأهم حالات استخدامه:

- علاج الأطفال، والمراهقين، والراشدين.
- يقدم النصح للوالدين، للابتعاد عن الأساليب الخاطئة، والخطرة في تربية أطفالهم.
- يستخدم في علاج الأسرة بأكملها حينما تتفاقم مشاكلها.
- يستخدم في علاج معظم الحالات الإنحرافية، وجناح الأحداث، الإدمان، وأمراض الكلام، علاج المشكلات المهنية، خاصة تحقيق التوافق بين الشخص، ومهنته.
- علاج حالات الانطواء، والانعزال، والاكتئاب، والخجل.
- لا يستحسن استخدامه مع الهذاء، الهوس الشديد، الجنسية المثلية، الضعف العقلي الشديد.

5-2/ شروط استخدامه:

- أن تشمل الجلسة (3-15) مريضا، ويفضل أن تكون (7-10) مريضا.
- تجانس أفراد الجماعة العلاجية في النواحي العقلية، والأعراض المرضية.
- يعتمد المعالج عن طريق الشرح، والمحاضرة، والحوار، والمناقشة.
- لا يتم اختيار جماعة المرضى عشوائيا، بل يحتاج ذلك لدقة، ومهارة، وخبرة بالأنماط الشخصية.
- أن تتراوح مدة الجلسة ما بين (1.5-2) ساعة.

- ضرورة إجراء مقابلة شخصية مع كل مريض على حدة لفحص، وتشخيص حالته جيدا.
- ضرورة التأكد أن المريض مستعد للعلاج، ومتقبل لنظامه. " (شقيير، 2002، ص. 245)

6/ أنواع العلاج الجماعي:

له أنواع متعددة، ولكل منها فائدته الخاصة بالنسبة للمريض. أبسطها يتكون من المحاضرات، والخطب الحماسية المزودة له بالمعلومات، والمشجعة خاصة إذا خصصت فترة للمناقشة، تستبدل من خلالها الآراء. من هذه الأنواع:

6-1/ العلاج المساند: يتم تشجيع المرضى لبعضهم البعض، فيتقاسمون الخبرة بتوجيه من المعالج. ويستمتعون بشعور الانتماء المشبع، خاصة مع الذين عاشوا عزلة طويلة، لأنهم لا يجدون من يتحدثون معه عن أعراض مرضهم. وفي العلاج المسموح يتعلم الفرد طريقة التعبير عن أفكاره، وأحاسيسه بحرية، فيصبح لا يخشاها، أو يتصارع معها، ويخف حمل التوترات المكبوتة عليه.

6-2/ العلاج الجماعي التحليلي: أول علاج طور بانجلترا. إذ ترتبط الوقائع الحادثة للجماعة هنا بحالة المجموعة ككل، في أي لحظة محددة، فيتعلم الفرد كيف يؤثر الآخرون في سلوكه.

• مراحل العلاج الجماعي التحليلي:

- **مرحلة التعارف:** يتعلم كل مريض كيف يكون رد فعل واستجابة الغير لسلوكه.
- **مرحلة الإحساس الجماعي:** لما يبدأ المرضى في التغلب على مخاوفهم من بعضهم البعض، ويعني كل منهم شيئا للآخر، تعطي لقاءاتهم الجماعية إحساسا بالانتماء، فيرضون بالكشف عن مصاعب توافقهم عامة، ويتعلمون كيفية تعديل سلوكهم ليحصلوا على نتائج أفضل، ويشعروا بعدها بالرضا نحو أنفسهم، ونحو الغير.
- **مرحلة القوة:** هي المحركة للفرد. فعندما يعي المرضى أسباب سلوكهم، نحو بقية أعضاء المجموعة، ويحسون بأنهم أناس حقيقيون، عليهم الاشتراك في حل مشاكلهم.

6-3/ العلاج الجماعي بالتحليل النفسي: يستخدم مبادئ، وأساليب التحليل النفسي كالتداعي الحر، وتفسير الأحلام، وتحليل المقاومة المعترضة للتحسن. فتدرس الصور، والانفعالات اللاشعورية المؤثرة في إعادة تنظيم الدوافع العاطفية للفرد. أبو الخير (2001)

6-4/ العلاج عن طريق اللعب، أو علاج الإطلاق، أو التحرير للانفعالات.

6-5/ العلاج الجماعي التعليمي: يتضمن محاضرات، ومناقشات رسمية يلقيها المعالج النفسي، أو الطبيب العقلي في موقف ما. غير أن هذا المنهج قليل التأثير، والاستخدام إلا مع جماعات خاصة من المرضى.

6-6/ العلاج الجماعي بالمقابلة: يتضمن مناقشات يشترك فيها كل أعضاء الجماعة. وخلال هذا العلاج يمكن للطبيب استخدام مهارات مستخدمة في العلاج الفردي، كالانعكاس، أو التفسير، ومعالجة التحويل، أو العلاج غير التوجيهي، أو التوجيهي. كما أن غالبية المحللين ينتقون منها توفيقاً مناسباً. وقد يكون العلاج قصيراً، أو طويلاً، عميقاً، أو سطحياً. ويتراوح متوسط دوام المقابلة من (5-12) شهراً.

ويقيم العيسوي (2005) نظرة العلماء إلى أسلوب العلاج الجماعي، إذ كانوا يعتبرون أنه يفتقر إلى الأساس العلمي، فهو منهج سطحي عديم الفائدة، ومحاولات الإفادة منه تقابل بالكثير من المقاومة، من العاملين في المستشفيات، والعيادات النفسية. أيضاً يعتقد أنه أقل كفاءة، وفاعلية عن العلاج الفردي. ونسي النقاد أن ما يلائم مريضاً، قد لا يلائم مريضاً آخر. كما كان يعتقد أن اختلاط المريض مع المرضى، قد يعرقل، ويتصارع مع قيام علاقة مكثفة مع المعالج، أو يعوق عملية التحويل نحوه. فوجود الآخرين قد يقمع التعبير الحر، أو يجعل المريض يترجم أعراض غيره من المرضى.

ويذكر عباس (2002) من الأنواع الأخرى في العلاج الجماعي:

6-7/ السيكودراما- التمثيل النفسي: أسلوب ابتكره "مورينو **Moreno**" انطلاقاً من مشاهدته للعب الأطفال (كالعرائس، والنماذج المصغرة).

بعض أساليب اللعب مع الأطفال، يفترض خلالها استخدام دمي تكشف عن اتجاهاتهم العائلية، وعن المخاوف، والعدوان، والصراع. وهنا يعمل الفاحص على تسجيل المواد المختارة من الطفل، وطريقة تناوله لها، كما يسجل تعبيراته اللفظية، والانفعالية، إذن يوجد ارتباط وثيق بين السيكودراما، وعلاج الأطفال، حيث يعبر الطفل بشكل لا واع، عن مشاكله من خلال الدور الذي يلعبه، في حين يلعب الراشد دوره عن وعي لصراعاته ضمن إطار السيكودراما.

في أسلوب السيكودراما يتم الحديث بداية مع المريض، بواسطة المقابلة العيادية حول المشاكل التي يعانيها، ثم يقوم بلعب دور أو تمثيل مشهد معين مع شخص آخر أمام الجماعة.

السيكودراما من أهم أساليب العلاج الجماعي، يقوم على نشاط المرضى، سمته الأساسية، حرية الفعل للممثلين، والتدريب على التلقائية، والذي يقابل التداعي الحر في التحليل النفسي. يهدف إلى تحقيق التنفيس الانفعالي، والتوافق الاجتماعي، وإدراك نمط الاستجابات الشاذة لدى المريض، وإدراك الواقع، والتعلم من الخبرة.

أما عن موضوع المسرحية، فتشير العناني (2000) بأنه يتضمن مواقف متعلقة بماضي المريض، وحاضره ومستقبله، ومشكلاته الأسرية، أو المهنية. قد يقوم المرضى، أو المعالج، بتأليف، وإخراج المسرحية، أما المشاهدون فيمثلهم زملاء المرضى، وأفراد هيئة العلاج، وبعض الزوار. يفسر المعالج ديناميات المسرحية، ويستفيد منها في إظهار الصراع الداخلي، والتنفيس عن القلق، وتبصير المريض بمشكلته، مما يساعده على تعديل سلوكه.

ومن التطبيقات المهمة للعلاج بالتمثيل، نجد "السوسيودراما"، وهي المسرحية التي تعالج المشكلات الاجتماعية بصفة عامة لعدد من الأفراد.

6-8/ المحاضرات، والمناقشات: يفضل أن يكون موضوعها مشكلة عند أحد أفراد الجماعة، دون ذكر اسمه. وهي تتضمن موضوعات متعددة، كعلاقة النفس بالجسم، الشعور واللاشعور، التكيف الاجتماعي، أي موضوعات متعلقة بالصحة النفسية.

6-9/ الأسلوب المختلط: يجمع بين طريقة السيكودراما، والمحاضرة، والمناقشة، فيساعد المعالج في الإفادة من مميزات الأسلوبين.

6-10/ النادي العلاجي: ينشئ بعض المعالجين أندية علاجية خاصة، تتيح فرصة للعلاج الجماعي المعتمد على نشاط المرضى العملي، والترويحي، والاجتماعي. وتبدأ الجلسات العلاجية غالبا بنشاط رياضي كلعب الكرة، أو فني كالموسيقى، والغناء. يتميز النادي بالأمن، والأمان، والسماح بالتفريغ الانفعالي، وتنمية الميول، والتوافق الاجتماعي.

وعلى العموم يمكن التمييز بين نوعين من العلاج الجماعي حسب العيسوي (2005):

- **العلاج الجماعي على المستوى الصغير:** يركز حول ديناميات الفرد، وإحداث تغييرات في شخصيته، ليتكيف مع بيئته. فالفرد هو من نهتم بمعالجته، وتغييره، وتترك البيئة الاجتماعية بمعاييرها خارج، وداخل المستشفى ثابتة إلى حد ما.

- العلاج الجماعي على المستوى الكبير: يركّز على ديناميات المجال الاجتماعي، وتغييره. من أهم أهدافه:
 - تغيير المركز، أو المستشفى، من مكان للعزل إلى مركز للعلاج.
 - تغيير الجو الاجتماعي في المستشفى، أو العيادة كما هو في علاج البيئة.
 - تحليل، وتعديل البناء الاجتماعي، والوظائف الاجتماعية للمرضى، كنادي المرضى، واتحاداتهم وغيرها.
 - معالجة العلاقات الشخصية في المستشفى، كالعلاقة بين المريض وآخر، والعاملين فيما بينهم، وبين العاملين، والمرضى. ومعالجة المشكلات الإدارية.
 - معالج مشاكل المرضى خارج المستشفى، مشاكل العلاقات العامة، وتنمية البرامج التربوية، والترفيهية، والمهنية، ولخريجي المستشفيات داخل مجتمعهم، مع إنشاء عيادة متركزة حول المجتمع المحلي.
 - تغيير اتجاهات الناس حول المرضى العقلين، ورعايتهم، وأساليب الوقاية، وتحقيق التعاون بين المنزل، والمستشفى بحيث يمكن لبعض المرضى العمل في المجتمع، والإقامة في المستشفى، أو في البيت، وزيارة العيادة النهارية.
 - إزالة التوتر الاجتماعي نتيجة الاختلافات في السلالة، أو الدين، أو الجنس، أو المستوى الاقتصادي.
- وتجدر الإشارة إلى أنّ هذا النوع من العلاج، يسعى للعمل على استيعاب المجتمع للمرضى، بدلا من عزلهم.

7/ الخطوات التي تمر عليها الجماعة العلاجية:

يحددها "Bach" على النحو التالي:

- 1-7/ مرحلة الدفاع والمقاومة: يعبر المرضى هنا عن الصراعات المسببة لمشكلاتهم الانفعالية. ودور المعالج ينحصر في التشجيع على التعبير الحر عن انفعالاتهم، ومشاعرهم.
- 2-7/ مرحلة الائتمان: على الأسرار. وفيها تناقش الأحلام، والخيالات، والخبرات الماضية. ويقوم المعالج بالتعزيد، والتوضيح، والكشف عن مصادر الانفعالات اللاشعورية. هنا ينبغي أن تتكوّن علاقات إنسانية بين أعضاء الجماعة.

7-3/ المرحلة التكاملية التوقعية: تتسع التفسيرات، ويزداد شمولها، ويقدم كل عضو ملخصا شاملا. وتتكون هذه الجلسات، من الجلسات السبع الأخيرة، من بين (24) جلسة. هنا يعي المريض صراعاته، ويكتسب وجهات نظر جديدة عن نفسه، وعن الآخرين. العيسوي (2005)

8/ العوامل الخارجية للعلاج الجماعي:

تتحقق الظروف المناسبة للعلاج الجماعي، نتيجة عوامل خارجية منها: مكان الجلسات، وعدد أفراد الجماعة، وكيفية النقائهم، والمدة التي تقتضيها الجلسة. لذا فعلى المعالج المعتمد على هذا الأسلوب، تحقيق أقصى استفادة من هذه الظروف. ومن الممكن في حالة العلاج الخاص، ترتيب الجماعات بشكل أفضل، يسمح بالحصول على نتائج جيدة مع المريض. والعلاج المثالي للمجموعة العلاجية يضم ما بين ستة إلى ثماني مرضى، يتم فحصهم بنديا قبل الانضمام للمجموعة، حيث تجرى لهم مقابلات شخصية مع المعالج، حتى يكتشف خلفياتهم، وما يحتاجون من علاج.

يجد المريض خلال المقابلة فرصة للتعرف إلى الطبيب، وما سيقدمه له، وتتقابل معظم المجموعات مرة كل أسبوع، مع النظر ما إذا كان هناك حاجة لترتيب لقاءات أخرى. ويفضل بعض الأطباء مصاحبة أخصائي نفسي آخر، أو ممرض، أو أخصائي نفسي اجتماعي للعمل معا. أبو الخير (2001)

9/ طريقة العلاج الجماعي:

يلخصها الشاذلي (2001) في:

- يجتمع المعالج مع عدد من المرضى يتراوح ما بين (5-15) مريضا، يجلس معهم بشكل جماعي، وبهذه الطريقة يحاول القضاء على عزلتهم، ويخلق معهم جوا من التفاعل، ويسمح لكل منهم بعرض، ومناقشة مشاكله أمام الآخرين، ويتحاور الكل لاقتراح طرق مناسبة لحلها.

- قد يتم العلاج الجماعي بواسطة الأندية الاجتماعية العلاجية، وفيها يجتمع المرضى، وينتخبون من بينهم رئيسا، وأعضاء، فيسود جو من المشاركة، والتفاعل الحقيقيين مع التحاور، والمنافسة في حل مشاكل أعضاء النادي، ويسهم ذلك في تحطيم العزلة لديهم، وتحقيق الاختلاط، والمشاركة الاجتماعية المساعدة في علاجهم.

- استخدام التداعي الحر الجماعي، بأن يجلس المعالج وسط مرضاه، ويترك لكل منهم حرية التحدث، فمن خلال أحاديثهم يستطيع الكشف عن صراعاتهم، واضطراباتهم. وهذه الطريقة أقرب إلى الواقع من الجلسات الفردية.

- يستعين بطريقة التمثيل النفسي المسرحي، وهو أسلوب قائم على نشاط المريض، ويطلق عليه أحيانا العلاج بالمسرحيات النفسية. وهي عبارة عن تصوير مسرحي، وتعبير لفظي حر في موقف جماعي. يعطي فيه المعالج لكل مريض دورا في هذه المسرحية، كما يؤديه فعلا في الحياة، أو إعطائه دور معاكس مثل دور شخص مسالم إذا كان المريض عدوانيا. وهذا النوع من طرق العلاج الجماعي له عدة فوائد، منها:

- الكشف عن جوانب شخصية المريض، ودوافعه، وصراعاته.
- تدريب المريض على مواجهة مواقف واقعية يخافها.
- ينمي الثقة في النفس، كما ينمي القدرة على التعبير، والابتكار.
- يحرر المريض من التوتر، والقلق. وينمي البصيرة.

10/ عدد الجماعات المقرر تكوينها في البرنامج:

يجب تقسيم أفراد عينة الدراسة، وهم المتعايشون مع السيدا، إلى جماعات يكون فيها عدد الأفراد ما بين: (08 إلى 10) أعضاء في كل جلسة، طبعا مع مراعاة التقسيم حسب الجنس.

وعموما هناك محكين يعتمد عليهما لتكوين أعضاء الجماعة العلاجية هما:

- رغبة المريض الواضحة، والصريحة في أن يصبح عضوا في جماعة، وأن يسعى، ويعمل من أجل أن يتحسن، ويعود إلى حالة التوافق، والالتزان النفسي مع رفع درجة التفاوض رغم وجود المرض.
- يجب اختيار المرضى بحيث يتجنب المعالج، أن تكون الجماعة متجانسة جدا، أو غير متجانسة جدا.

ثانيا: العلاج المعرفي Cognitive Therapy:

1/ عجالة تاريخية عن العلاج المعرفي:

ظهر العلاج المعرفي سنة (1970)، بعد تطوّر العديد من المناهج. وهو علاج لا يتوجه إلى سلوك الفرد، بل إلى تفكيره المؤدي لسلوك معين. من رواده "ألبرت إيليس Albert Ellis"، الذي كانت أعماله حول العلاج العقلاني الانفعالي

Plante (2005). Rational –Emotive therapy

كذلك أعمال "إيرون بيك Aaron Beck" (1976)، والمستخدم للعلاج المعرفي في علاج الاكتئاب. وأعمال "ميشن بوم Meichenbaum" (1977) و "باندورا Bandura" (1969-1982) أدمجا الاتجاه المعرفي، مع الاتجاه السلوكي، والهادف إلى علاج طريقة التفكير، وتغيير المشاعر، بطريقة علاجية، تقوم على الحوار، وتعديل فكرة لامنطقية. ويرى "ألبرت إيليس" (1958) أن العلاج المعرفي عبارة عن مدرسة حكمة راقية، تهدف إلى تقبل الفرد لذاته. Sillamy (2003)

2/ تعريف العلاج المعرفي:

"علاج يعتمد فيه على تصحيح الأفكار الخاطئة عند المريض، بأسلوب المريض الذي اعتاد بواسطته حل مشاكله، إذ يعتمد المعالج على العمليات العقلية للمريض، كالتخيل والتذكر، والانتباه، الدوافع، والانفعالات، والسلوك." (الحجار، 1990، ص. 32)

"ويعرفه بيك Beck" بأنه طريقة مركبة، بنائية، ومحددة الوقت، توجيهية، وفعالة. يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية منها: (القلق، الاكتئاب، الغضب، العدوان، مشكلات الألم...). ويستند العلاج المعرفي إلى أساس منطقي نظري، مؤداه أن سلوك، ووجدان الفرد يكونان محددتين بشكل كبير، بالطريقة التي تبنى بها العالم معارف مختلفة." (العقاد، 2001، ص. 33)

ويعتبر فايد (2008) العلاج المعرفي مجال منظم لحل المشكلة، يساعد فيه المعالج المرضى على ملاحظة وجود أفكار سلبية تسبق القلق، والاكتئاب، وأن تلك الأفكار، والمعتقدات هي بمثابة فروض، يتم اختبارها أكثر من قبولها بشكل قاطع. وبذلك فإن المعالج، والعمل

يلعبان دور الفاحص، وينميان طرقا لاختبار المعتقدات كتصريح العميل: >> لا أستطيع إطلاقا عمل أي شيء صحيح<<.

هكذا نجد أن أحد الأهداف الرئيسية للعلاج المعرفي، هو تغيير نماذج تفكير المريض المكتتب المشوهة، وانهزامية الذات، والأفكار التلقائية، في اتجاه ايجابي، وواقعي. وهذا يجعل المعالج، يتحدى فروض المريض، ويوجهه إلى ضرورة تبني افتراضات أكثر ايجابية عن نفسه، وعن المستقبل، ويمكن أن يتضمن هذا تدريبيا على إعادة العزو*، الذي يبرز فيه المعالج العوامل المتنوعة، وليس عدم قيمة المرض المساهم في الخبرات السلبية للمريض.

3/ أسس ومبادئ العلاج المعرفي:

- 1- المشكلات النفسية نتاج قوى حتمية، أو اكتساب خاطئ أثناء التنشئة، وكذا وجود أخطاء في التفكير، تؤدي إلى عدم إدراك الواقع إدراكا صحيحا.
- 2- لا يوجد تنشئة، أو معتقد، أو فكر صحيح بدرجة مطلقة، إذ تشوبها عراقيل تعوق وصولنا للحقيقة.
- 3- أخطاء التفكير ناتجة عن خبرات خاطئة.
- 4- يكون سلوك الأفراد، واستجاباتهم، تبعا للمواقف، مع مراعاة الفروق الفردية.
- 5- للوصول لعلاج مشكلة الفرد، المتعلقة بمضمونه الخاطئ للواقع، نتبع نفس أسلوب علاج الفرد لمشاكله اليومية.
- 6- فكر الإنسان مرن، قابل للتشكيل وإعادة البناء، فيصبح أكثر واقعية، وقدرة على إلغاء تفكيره المألوف. نحوي (2010)

إذن بإتباع هذه المبادئ، و الأسس، نتمكن من خلال العلاج المعرفي من التوصل إلى تحديد أفكار الفرد خاصة اللامنطقية منها، و المسببة لمعظم الاضطرابات، و المشاكل النفسية المؤزمة للحياة، و العمل على تغييرها، و إدراك مضمونها إدراكا صحيحا من قبله. بالتالي الرجوع به إلى التفكير المنطقي البناء للشخصية بمكوناتها، و جوانبها المختلفة.

* "العزو: من إعزاز suggestion. يعني الإيحاء. عملية عقلية تنتهي بتقبل الفرد لفكرة ما. " (جابري، 2006، ص. 179)

4/ مزايا العلاج المعرفي:

تشير إليها نحو (2010) في:

- يعالج الاضطرابات السلوكية، وأنماط سوء التكيف، وكذا العادات السيئة.
- واضح في علاج بعض الاضطرابات، والأمراض السيكوسوماتية، إذ يساعد المريض على التكيف، وبدء حياة جديدة.
- يفحص هذا العلاج المشكل بشكل دقيق، ويكشف عن الظروف المحيطة بالفرد معتمدا على تحليل عملية النمو، والتعرف على إمكانيات، ومحددات المفحوص، أي نقاط القوة، والضعف، مع تحليل العلاقات الاجتماعية.
- يستند العلاج المعرفي السلوكي على تحليل الحوافز، ومدى التحكم الذاتي، كما حددها "لازاروس Lazarus" في: السلوك/ الانفعال/ الإحساس/ التصور/ المعرفة/ العلاقات الشخصية/ الأدوية المتناولة/ توقعات المفحوص/ موقف المعالج.
- طريقة العلاج في النموذج المعرفي مستمدة من مبادئ التعلم، والإشراف الكلاسيكي، وما في ذلك من التعزيز الإيجابي، والسلبي، المادي، والاجتماعي، وأيضا التغذية المرشدة.

5/ طرق مواجهة الأزمات النفسية:

من بين تلك الطرق نجد ما أشارت إليه الرحو (2005):

- 5-1/ الطرق العقلانية السليمة: لحل الأزمة، والتغلب على الإحباط، والصراع، على الفرد أن يجعل منها موضوعا لتفكيره التأملي الهادئ الموضوعي، كما لو كان يواجه أي نوع من أنواع المشاكل الأخرى، فيلزم الهدوء، وينظر للمشكلة من عدة زوايا، نظرة موضوعية شاملة بكل جرأة، وصراحة، ويقوم بتحليل عناصرها السارة، والمحزنة، ويزن كل عنصر دون اندفاع. ويتجنب خداع نفسه في التقليل من خطورتها، أو التغاضي عن عيوبه، ونواحي ضعفه، أو يضخم من حجم قدراته، وإمكاناته. ويحرص على كونه أمينا وواقعا في تفكيره. لأن تفكيره قد يدفعه لمضاعفة جهوده، أو إلى تحصيل معلومات، أو كسب مهارات جديدة، كما قد يحمله على طلب النصح، أو التعاون مع الغير، أو على التعويض عن نواحي النقص بصورة واقعية مباشرة... لكن الصعوبة الكبيرة المواجهة لهذه الطريقة، هي أن أغلب ممن يتأثرون بهته العيوب لا يوقنون السبب الحقيقي وراء متاعبهم، ويجدون حرجا في الكلام عنها.

6/ العلاج المعرفي حسب بعض علماء النفس:

6-1/ العلاج المعرفي حسب "أرون بيك Aaron Beck": يتألف العلاج المعرفي بمعناه الواسع، من كل المداخل المساهمة في تخفيف الكرب النفسي، بتصحيح المفاهيم الذهنية، والإشارات الذاتية الخاطئة. وتركيزنا على التفكير لا يعني إلغاء أهمية الاستجابات الانفعالية، والتي تمثل المصدر المباشر للكرب عامة، إنما يعني أننا نقارب انفعالات الشخص، باعتماد معرفته، أو طريقة تفكيره. وتصحيح الاعتقادات الخاطئة، يمكن إطفاء، أو تغيير الاستجابات الانفعالية سواء الزائدة، أو الغير مناسبة.

لمساعدة المريض على تقييم نفسه، وعالمه بأكثر واقعية، هناك وسائل عديدة منها:

- **المدخل العقلائي (intellectual):** يتضمن كشف المفاهيم الخاطئة، واختبار صحتها، واستبدالها بأخرى أكثر موائمة. وغالبا ما تلج الحاجة إلى تغيير واسع في الاتجاهات*، وذلك لما يتفطن المريض إلى أن القواعد الموجهة لفكره، وسلوكه قد أضلته، وساهمت في هزيمته.
 - **المدخل الخبروي (experiential):** يتضمن تعريض المريض لخبرات شدتها تدفعه إلى تغيير مفاهيمه. ومثل هذا التغيير يدعى "بالخبرة الانفعالية المصححة"، فأحيانا تتحقق الفعالية العلاجية بدفع المريض إلى اقتحام مواقف، تعود على تجنبها بسبب مفاهيمه الخاطئة.
 - **المدخل السلوكي (behavioral):** يحث المريض على تبني أنماط معينة من السلوك من شأنها تغيير نظرتة عن نفسه، وعن الواقع. بيك (2000)
- وهنا يرى إبراهيم (1994) أنه إضافة للعلاج المعرفي فإن العلاج السلوكي يسلم بأن الكثير من الاستجابات الوجدانية، والسلوكية، والاضطرابات تعتمد إلى حد بعيد على تأصل معتقدات فكرية خاطئة، يكونها الفرد عن نفسه، وعن بيئته.

* "الاتجاه: ويعرفه "ألبرت Allport" بأنه "حالة من الاستعداد، أو التأهب العصبي النفسي، تنظم من خلاله خبرة الشخص وتكون ذات تأثير توجيهي، أو دينامي على استجابة الفرد لجميع الموضوعات، والمواقف التي تستثير هذه الاستجابة". (المليجي، 1982، ص. 168). ويعرفه "فلورنس وزملاؤه Florence": "ما هو إلا موجه الهدف. إذ أنه يحدّد ما هو مفضل، ومتوقع، ومرغوب. كما يحدّد ما يجب الابتعاد عنه، وبذلك توجه اتجاهات الفرد إلى الموقف الذي يجد فيه ذاته." (دويدار، 1999، ص.

ويعتبر العقاد (2001) نموذج "بيك" أكثر النماذج المعرفية أصالة وتأثيراً، حيث يرى "بيك" أن الاضطراب الانفعالي نتاج اضطراب تفكير، واعتقاد الفرد، وكيفية تفسيره للأحداث، وهي عوامل مهمة في الاضطراب الوجداني. كما يقرّر بأن منهجه نسق علاجي قائم على أسس نظرية في السيكيوباتولوجيا*، وأسس، وأساليب علاجية، ومعارف مستمدة من البحوث الإمبيريقية**. ويرتبط التراث النظري بعلم النفس المعرفي، ونظرية تشغيل المعلومات، وعلم النفس الاجتماعي. ويتسم العلاج المعرفي بأنه نشاط محدّد البنين، والتوقيت، يستخدم بنجاح في علاج بعض الاضطرابات النفسية مثل: (القلق، الاكتئاب، الغضب، المخاوف المرضية، الاضطرابات السيكيوسوماتية... الخ). يقوم على أساس نظري عقلاني، هو أن الطريقة التي يحدّد بها الأفراد بنية خبراتهم، تحدّد شعورهم، وسلوكهم، فإذا فسروا موقفاً بأنه خاطئ، يشعرون بالقلق، ويريدون الهروب. وتستمد معارفهم من الأحداث اللفظية، أو المصورة في مجرى الشعور من الاعتقادات، والاتجاهات، والافتراضات. وقد استخدم مصطلح (العلاج المعرفي) بسبب معرفة أن الاضطرابات السيكيولوجية تتبع غالباً من أخطاء في عادات التفكير المحرفة.

استخدم "بيك" إستراتيجيات معرفية سلوكية في العلاج، تمثلها العتبات المعرفية، الهادفة إلى رسم، واختبار إساءة التأويلات النوعية، والافتراضات المختلة وظيفياً للمريض، وتتألف هذه الطريقة من تعلم خبرات عالية تصمم لتعليم المريض:

- ❖ مراقبة تفكيره (معارفه) التلقائية، والسلبية.
 - ❖ إعادة تعريف العلاقات الإرتباطية بين المعرفة، والوجدان، والسلوك.
 - ❖ فحص الدليل المؤيد، أو المناقض لتفكيره الاتوماتيكي المحرف.
 - ❖ حل تأويلات واقعية بدلا من معارف محرفة.
 - ❖ تعلم كيفية تحديد، وتغيير معتقداته المختلة وظيفياً، التي تجعله يحرف خبراته.
- وبشير فايد (2008) إلى أن الأخطاء تحدّد في المنطق بواسطة "بيك" كما يلي:

1- استدلال تعسفي: الوصول لاستنتاج لا يدعم حقيقة بالدليل.

* "السيكيوباتولوجية Psychopathology: علم النفس المرضي."

** "إمبريقية Empiric: تجريبي مبني على الملاحظة والاختبار، لا على العلم والعقل." (إدريس، 2005، ص. 454)

2- التجريد الانتقائي: التأكيد على ناحية صغيرة واحدة من موقف، مع تجاهل النواحي الأخرى.

3- الشخصانية: تحمل المسؤولية لأحداث سلبية لا تكون في الواقع غلطة الفرد.

4- التعظيم، والتصغير: تعظيم أحداث سلبية صغرى، وتصغير أحداث إيجابية كبرى.

5- المبالغة في التعميم: عمل استنتاجات عامة عن قيمة الفرد على أساس من دليل محدود جداً.

وابتكر "بيك" علاجاً للاكتئاب أحادي القطبية، يساعد العملاء على تبيين، وتغيير عملياتهم المعرفية المختلة وظيفياً، ومن ثم تحسين مزاجهم، وسلوكياتهم، والعلاج يتطلب عادة من اثني عشرة جلسة، إلى عشرين جلسة.

6-1-1/ إجراءات العلاج المعرفي حسب "أرون بيك Aaron Beck": من علماء المدرسة المعرفية، الذين زودوها بتقنيات خاصة استخدموها مع المرضى. وهو من أهم مؤسسي العلاج المعرفي، يعتقد أن المريض، يستحدث رأياً عن نفسه، وعن ما يحيط به ماضياً، ومستقبلاً، مع علمه أن مقدماته خاطئة وذات نزعة خيالية مشوهة. ويرى "بيك" أن الأفكار التلقائية، الناتجة عن التشوه المعرفي واضحة في:

1. تفسير الأحداث، من وجهة نظر ذاتية.

2. التفكير المتطرف، بين فكرتين متباعدتين، أي تفكير مستقطب.

3. المبالغة في تعميم الفكرة.

4. تضخيم الحدث، وإعطائه أهمية أكبر مما هو عليه.

5. العجز المعرفي، وعدم القدرة على إدراك الأمور، على حقيقتها

من وجهة نظر "بيك" يصحح نمط التفكير عند المريض، بالتعامل مع مشاكله، والمساهمة في تخفيف حدتها.

6-1-2/ أسس العلاج المعرفي عند "بيك Beck":

تذكرها نحوي (2010) في:

1. توطيد المصادقية مع المريض باعتماد المشاركة العلاجية.

2. اختزال المشكلة، ومعرفة كيفية التعامل معها، والمواجهة له من مدخل عقلائي، وآخر تجريبي سلوكي.

3. رصد العمليات الفكرية اللاسوية، بملء الفراغات المعرفية، وإيجاد أسلوب للتفريق بين الأفكار التلقائية الإيجابية، والسلبية، مما يجعل المريض أمام اختبار واقعي دقيق. ومنها الوصول إلى استنتاجات منطقية واضحة، تغير القواعد المعتمدة في تفكيره المرضي.

6-2/ العلاج المعرفي حسب "فكتور رايمي Victor Raimy": يرى أن فنيات العلاج تقوم على فرض المفهوم الخاطئ، وأن الاضطرابات النفسية، نتيجة معتقدات، وقناعات خاطئة في إطار غير موضوعي، وقاسي اتجاه الذات. مما يدفع لسلوك لا منطقي، نتاج انهيار وانهزام الذات. هدفه من العلاج المعرفي هو تصحيح، أو تعديل تصورات، وأفكار المريض الخاطئة، وصولاً إلى زوال اللاتوافق. ويستخدم المعالجون طريقة وفنيات "رايمي" الأربع، وهي:

1. محاولة البحث عن المفاهيم، والتصورات الخاطئة، المسيرة للسلوك الغير مرغوب، وتغييرها بالفحص، وتشجيع المريض بالحديث عن نفسه، وعن مفاهيمه الشخصية.

2. محاولة تفسير، وتوضيح المفاهيم الخاطئة التي يتبناها المريض.

3. تشجيع المريض على إثبات أفكاره الجديدة، ببرهنة ذاتية، على زيف، وتشوه أفكاره القديمة، ومفاهيمه حول ذاته، وعلاقته بالآخرين.

4. إعطاء المريض خبرة مغايرة إزاء أفكاره، وتصورات الخاطئة، كالملاحظة. فعليه مراجعة الأفكار، والإدراك المعرفي، والاستبصار بالأخطاء، والأفكار المزيفة، والمشوهة. نحوي

(2010)

قدم لنا "بيك" نظرتة عن العلاج المعرفي، في كون أنه يتم بطريقة تصحيح المفاهيم الذهنية السلبية، كما أن تركيزنا على التفكير لا يعني إلغاء أهمية الاستجابة الانفعالية، التي تعتبر المصدر المباشر للألم النفسي، واقتراح وسائل متنوعة تعمل على مساعدة المريض ليقم ذاته، ومحيطه تقييماً واقعياً. وعمد "بيك" إلى الاعتماد على بعض الإستراتيجيات المعرفية السلوكية في ترسيخ مبادئ العلاج لديه لبعض الأمراض، والاضطرابات النفسية أهمها الاكتئاب.

في حين يرى "رايمي" أن التفكير الخاطئ يكون نابعا من المعتقدات، والقناعات الخاطئة

الغير موضوعية، وهدف العلاج بالنسبة له، هو تعديل هذه الأفكار للوصول إلى التوافق.

6-3/ العلاج المعرفي حسب "ألبرت اليس Albert Ellis":

6-3-1/ نظرية العلاج العقلي الانفعالي (العاطفي) لـ "ألبرت اليس Albert Ellis" (1962-1977): يشير جودت وسعيد (1999) إلى أن "اليس" اهتم في بداية عمله بالإرشاد الخاص بالحياة الزوجية، معتقداً أن مشكلاتها سببها عدم توفر المعلومات، والمعرفة، وتنبه بعدها إلى أن مشكلات مرضاه، ليست بسبب نقص المعرفة لديهم فحسب، بل يعانون اضطرابات عاطفية أيضاً.

ثم لجأ إلى التحليل النفسي، وأورد أن (50%) من مجموع مرضاه يشفون تماماً، أما العصائبيون فـ: (70%) منهم كان شفاؤهم تاماً، غير أنه لم يقتنع بالاستعانة بهذا الاتجاه العلاجي. فتحوّل إلى الفرويدية الحديثة، وصار أكثر نشاطاً وإيجابية في تناول الحالات المرضية. وانطلاقاً من هذا المنهج العلاجي تخلص (63%) من مجموع المرضى الكلي من اضطراباتهم، أما العصائبيون فمنهم (70%) كان شفاؤهم تاماً. وقد حقق هذه النتائج في وقت قصير، وعدد أقل من المقابلات، لكنه لم يكن مقتنعاً بالنتائج.

ثم اهتم "ألبرت" بنظرية التعلم الشرطية، وحاول استخدامها مع الحالات التي عالجها للانغماس في أنشطة مناسبة، ولم يقتنع بهذا الأسلوب العلاجي كذلك. فاتجه سنة (1954)، إلى الأسلوب العقلي العاطفي، وكان مقتنعاً أن السلوك اللامنطقي العصابي المتعلم، يستمر في الظهور حتى إذا لم يتم تعزيزه، ولأن الأفراد يستمرون في دعم أنفسهم بإقناعها، ومقاومتهم للعلاج. لهذا علم مرضاه كيفية تغيير تفكيرهم، ليتفق مع الأسلوب العقلاني في حل المشكلات، وشعر بأن ما يقارب (90%) من المعالجين بهذا الأسلوب أظهروا تحسناً خلال عشرين جلسة.

ويشير الحجار (1990) إلى تعاون "ألبرت و هاربر" عام (1962) على وضع نظرية علاجية نفسية، هي اليوم رائدة في العلاج النفسي، إنها نظرية العلاج العقلاني الانفعالي، أو التدريب السلوكي العقلاني. تسمى أيضاً نظرية (ABC).

- فالرمز (A) هو الخبرة، أو الحادثة الداخلية، أو الخارجية المنشطة للعمليات التفكيرية (B).
- و (B) هو المعتقد، أو جهاز المعتقد، أو التأويل للخبرة (A).
- و (C) هو رد الفعل الانفعالي، والاستجابة السلوكية الناجمة عن (B).

- إن (A) أي المنبه الذي أثار العمليات التفكيرية لا يحدث (C)، أي الانفعال، أو السلوك، ولا علاقة لـ (A) بالسلوك (C).
- فالذي يخلق الانفعال، والسلوك هو (B) أي جهاز المعتقد، وتعد (B) العامل المعرفي الوسيط في إحداث الانفعال، والاستجابة السلوكية.
- ويعتبر رواد المدرسة المعرفية، أن الاضطراب النفسي يولده جهاز المعتقد (B)، ولا يستبدل الاضطراب الانفعالي ما لم يعاد تنظيم، وعقلنة التفكير الخاطئ المحدث للاضطراب الانفعالي.
- المدرسة المعرفية لا تهمل عوامل البيولوجيا، والوراثة، والاكْتساب الاجتماعي في الاضطراب النفسي، لكنها تضع في المقام الأول في العلاج النفسي عملية تبديل البنية المعرفية.
- تعطي هذه النظرية لِنوعية التفكير المسبب للاضطراب وزنا كبيرا، إذ تجد أن المطالب التي يفرضها الفرد على ذاته باستخدام الصيغ: يجب، يتعين، لابد...الخ، هي المسببة للإحباط، والتعامل السلبي مع المشكلات.
- كما أن صيغ المبالغة. "أمر مخيف، شيء مريع، لا استطيع التحمل"، أيضا تحمل التفكير الكارثي، والذي يضطر الفرد للتعامل مع الموقف بشكل سلبي فيقع فريسة للقلق، والاكْتتاب.
- ويعد العلاج المعرفي الانفعالي السلوكي من الروافد الهامة للعديد من الأساليب العلاجية المعرفية، التي ظهرت بعد (1950)، حيث أعلن "اليس" عن نظريته في العلاج المعرفي الانفعالي السلوكي مثل: "بيرن Burne" تحليل العبر/ تفاعلي، و"فرانك Frank"، "كيلي kelly" ونظرية البناءات الشخصية، "فليبس Phillips" والإرشاد عن طريق التدخل، "روتر Rotter" والإرشاد عن طريق التعلم الاجتماعي، "وولب woolpe" والعلاج بالكف المتبادل وغيرهم. وتؤكد هته الأساليب العلاجية على أهمية التغييرات المعرفية في العلاج النفسي.
- ويذكر عبد الله (2008) أن "اليس" عام (1994) قد توسع بأسلوبه العلاجي ليتناول عصاب ما بعد الصدمة، ورأى اتفاقا مع الاتجاهات الأخرى من العلاج المعرفي السلوكي. فضحايًا هذا العصاب كالمعرضين للاغتصاب أو لحوادث تحطم السيارات...يساهمون بدرجة كبيرة في تعرضهم لاضطراب شديد، بحملهم لاعتقادات، وأفكار لا عقلانية*، أو مختلة وظيفيا، ولتخفيف أحزانهم، يفضل علاجهم بأسلوب إعادة البناء المعرفي.

* "لاعقلانية: غير منطقي، مخالف للمنطق." (إدريس، 2005، ص. 635)

كما زاد توسعه بأسلوبه لتشمل تطبيقاته الإكلينيكية بعض الاضطرابات المعرفية كالتى تتتاب الانتباه، الذاكرة، عمليات التفكير، اضطراب العلاقات الاجتماعية، اضطراب الشخصية، بالتحديد اضطراب الحد الفاصل (العصاب، والذهان)، أو الشخصية الحدية، المختلطة بين أعراض العصاب والذهان، ويصعب على المعالج تمييز الاضطراب.

وأشار قريشي (2009) أن "ليس" بعد أن وضع هذا النموذج حاول تطويره حتى أصبح نموذجا جديدا يسمى (ABCDEF)، وتمثل الحروف الثلاثة الجديدة، الأسلوب الإرشادي العلاجي الذي انتهجه "ليس" مع عملائه.

الحرف (D) **Disputation**: يتضمن مفهوم المجادلة، والاحتجاج على المعتقدات اللاعقلانية، والأفكار الخاطئة، مما يجعل العميل يتحدى نفسه، وأفكاره، ومعتقداته، ويجادلها، ويحتج على عدم منطقيتها فيغيرها. بمعنى آخر يفحص المرشد ويهاجم الأفكار اللاعقلانية المتسببة في الاضطراب النفسي لدى الفرد، ويعديلها.

أما الحرف (E) **New final effect**: يتضمن التأثير النهائي الجديد، المحقق من قبل الفرد نتيجة تغيير أفكاره، واعتقاداته اللاعقلانية، إلى أفكار، واعتقادات عقلانية. أي أن يقوم المرشد باستبدال الأفكار المهاجمة بأفكار عقلانية، بتعديل نسق التفكير، وتبني الفرد لفلسفة جديدة.

الحرف (F) **Feelings**: يتضمن مشاعر الفرد الجديدة، بعد وصوله إلى حالة الارتياح العام، والاستقرار النفسي. وهي الخطوة الأخيرة التي من خلالها تتغير انفعالات الفرد السلبية، إلى انفعالات موجبة، وهو الهدف الرئيسي للعلاج العقلاني الانفعالي.

ويشير عبد الله (2008) إلى وجود بحوث ودراسات أكدت نتائجها على فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض بعض الاضطرابات النفسية، والمشكلات السلوكية بالنسبة لعينات من ذوي الاحتياجات الخاصة في البيئة العربية تتضمن المخاوف، والعزلة، والعدوانية.

في حين يحدّد كل من جودت وسعيد (1999):

6-3-2 / أهداف العلاج العقلي الانفعالي: الذي صمّم أصلا لمعالجة الاضطرابات المعتدلة، ويمكن بواسطته مساعدة الأفراد قليلي الخبرة، والذين يعانون من القلق، والعدوان. يستخدم مع المجموعات الكبيرة، من (50-100) عضوا أو أكثر، ومع المجموعات الصغيرة من (3-10) أعضاء. لتحقيق الأهداف التالية:

- مساعدة الأعضاء على فهم مشكلاتهم السلوكية، والعاطفية، والتغلب عليها.
- مساعد الأعضاء على فهم مشكلات الغير، وتعليمهم كيف يساعدونهم في التغلب عليها.
- تعليمهم أساليب تقلل من تصرفاتهم اللاعقلانية، ومن اضطراباتهم إلى حد أدنى.
- يشارك الأعضاء بتقديم الاقتراحات، والافتراضات، والتعليقات حول حل المشكلات.
- تحقيق التغذية الراجعة. فالأعضاء يبديون برؤية أنفسهم، كما يراهم الآخرون، فيلاحظوا سلوكياتهم بشكل أوضح، ويكتسبون مهارات اجتماعية خلال الجلسات.
- يعتبر العلاج الجماعي في هذه النظرية أفضل اقتصاديا من العلاج الفردي، من ناحية تشجيع المشاركين على الانخراط فيه.

وتذهب شقير (2002) إلى أن "اليس" قد حدد هدف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

في التالي:

- مساعدة المريض للتعرف على أفكاره اللامنطقية، والمؤثرة عليه سلبا.
- تشجيعه على الاعتراض عليها، ومحاولة التخلص منها.
- تشجيعه على تعديل اعتقاداته غير الواقعية، والخادعة للذات، واكتسابه أساليب تفكير أكثر عقلانية، وإيجابية من خلال الحوار الفلسفي، والطرق الإقناعية، لتخفيف حدة قلقه، ولوم ذاته، وإكسابه القدرة على الحكم على الأشياء حكما صائبا.
- كما أوضح كل من "اليس" و "برنارد" أهم معايير الصحة النفسية للفرد، وهي بمثابة أهداف خاصة بالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:
- الاهتمام بالذات- التوجيه الذاتي.
- تحمل الإحباط بشكل واضح- المرنة.
- التمسك بالأهداف الخلاقة- التفكير العلمي.
- توقع حدوث تغيرات مفاجئة في الحياة، وتقبلها.
- تقبل الذات- تقبل المخاطرة، مع السعي نحو تحقيق الذات.
- عدم المثالية.
- المسؤولية الذاتية عن الاضطرابات الانفعالية بعيدا عن الظروف الخارجية.

وعموما يرى **ضيف الله (2011)** بأنَّ الهدف الكلي لهذا العلاج هو تقليل نزعة هزيمة النفس عند العمل، والوصول إلى فلسفة حياتية أكثر واقعية، وهناك هدفان أساسيان هما:

- تقليل قلق العمل (أي لوم نفسه)، وعدوانيته (لوم العمل للآخرين).
- تعليم العمل طريقة مراقبة نفسه، وملاحظتها، وتقديرها، والتأكيد لنفسه أن تحسن حالته سوف يستمر.

لهذا فالهدف الرئيسي من مشورة المرشد النفسي هو تعليم العمل كيف يتحرى، ويناقش أفكاره اللاعقلانية.

ويشير **ملحم (2001)** إلى ضرورة معرفة:

6-3-3/ المفاهيم الأساسية في العلاج العقلاني الانفعالي: القائم على تصورات، وافتراضات

متعلقة بطبيعة الإنسان، وتعاسته، وما يعانیه من اضطرابات انفعالية. من بين هذه الفروض:

- الإنسان حيوان عاقل متفرد في نوعه، يصبح ذا فاعلية شاعر بالسعادة، والكفاءة، حين يفكر، ويسلك بشكل عقلائي.
- السلوك العصابي، والاضطراب الانفعالي، هما نتيجة للتفكير غير المنطقي، والانفعالي، ليسا منفصلين، فالانفعال منحاز ذاتي-عقلاني، مصاحب للتفكير.
- التفكير اللاعقلاني ينشأ من التعلّم المبكر اللامنطقي. فالشخص مستعد بيولوجيا لهذا التعلّم، كما أنه قد يكتسبه من الوالدين، أو ثقافة مجتمعه.
- الإنسان حيوان متكلم، والتفكير يتم عادة عند استخدام الرموز الكلامية، وبما أن التفكير يصاحب الانفعال، والاضطراب الانفعالي، فإن التفكير اللاعقلاني يستمر بالضرورة باستمرار الاضطراب الانفعالي.
- استمرار الاضطراب الانفعالي نتيجة لحديث الذات، لا تقرر الأحداث الخارجية فحسب، بل تقرر أيضا ادراكات، واتجاهات الفرد نحو هذه الأحداث، التي تتجمع على صورة جمل يتم استخدامها، أو تمثيلها.
- يجب مهاجمة الأفكار، والانفعالات السلبية أو المثبطة للذات بإعادة تنظيم الإدراك، والتفكير ليصبح الفرد منطقيا.

ويتمّ **جودت وسعيد (1999)** هذه الفروض في:

- الأفراد يتأثرون بالأفكار، والعواطف السلبية للآخرين بدرجة كبيرة، ويعتقد المعالج هنا بأنه لا يمكن لوم أي فرد على أي سلوك له، لكنه مسؤول عنه.
- الأحداث الخارجية ليست المسؤولة عن اضطراباتنا النفسية، لكن طريقة تفكيرنا تجاهها هي المسؤولة عن الاضطراب.
- يقدر الأفراد أعمالهم، وسلوكياتهم جيدة، أو سيئة، ويقدرون أنفسهم كأشخاص جيدين، أو سيئين من خلال انجازاتهم. وتقدير ذواتهم يؤثر على مشاعرهم، وتصرفاتهم، وتقدير الذات مصدر رئيسي في اضطراباتهم الانفعالية. لذا على المعالج إعلام المسترشدين كيف يفصلون تقييم سلوكياتهم عن تقييم ذواتهم، وكيف يتقبلون أنفسهم بالرغم من عيوبهم.

6-3-4/ نمو الشخصية في النظرية العقلانية الانفعالية: الفرد العادي ينمو في صورة رغبات شخصية، وأماني، وتفضيلات تجعله يختلف عن غيره. ولكل منا سمات، وتفضيلات، تتراوح تبعا للوراثية، والخبرات الاجتماعية من البسيط، والكثيف. ومع ذلك فإنّ البشر يتشابهون في الجوانب البيولوجية العامة كالأكل، والتنفس...لذا صاغ "إليس" جملة من المفاهيم الأساسية لنظريته، تسهم في التعرف على وجهة نظره في الشخصية، ومنها:

-**الاستعدادات البيولوجية:** يعتقد "إليس" بوجود أساس بيولوجي لسلوك الإنسان، على عكس معظم الطرق العلاجية الأخرى. ويجزم أن الإنسان يملك ميولا غريزية (طبيعية) تجاه العادات، والمتعة، والحركة، والمزاح، والسلبية المقترنة بالتفكير الإيجابي، ولاسيما فيما يتعلق بالآخرين، زيادة على ذلك فهو يرى أن الإنسان يولد بميول قوية على اعتبار أمور حياته تسير نحو الأفضل، وهو جاهز للوم نفسه، والآخرين، والعالم، عندما لا يحقق ما يريد. وممن دعموا إلى هذا الأمر "أبراهام ماسلو ووكارل روجرز"، أشارا إلى أنّ الإنسان يولد وهو يتمتع بميول قوية لتطويع نفسه، وتحقيق ذاته.

كما ترى النظرية، أنّ النضج الانفعالي هو ائزان دقيق، بين اهتمام الفرد بالعلاقات مع الغير، ومبالغته فيه، فالفرد سوف ينزع إلى أن يخذل مصلحته إذا كان هذا الاهتمام كبيرا جدا، أو العكس، ويسلك بصورة اجتماعية معادية، ولكن إذا تقبل حقيقة أنه مرغوب فيه، وليس ضروريا تكوين علاقة طيبة مع الآخرين، فإنه ينزع إلى أن يكون صحيحا انفعاليا.

- تأثير المجتمع (التأثير الحضاري): فطريا يميل البشر إلى الخضوع للتأثير، خاصة في طفولتهم، يأتي هذا التأثير من أهلهم، وأقرانهم المباشرين، وكذلك البيئة الحضارية المعاشة، وعلى الرغم من وجود اختلافات شاسعة بين الأفراد في الخضوع للتأثير، فهم يضيفون اضطراباتهم الانفعالية، وعدم المنطقية بالخضوع لتعاليم الأسرة، والمجتمع، وتقاليدهما.
- أهمية البصيرة: يذكر "إليس" أنّ بصيرة العميل بنفسه، المكتسبة بواسطة التحليل النفسي قد تكون غير صحيحة، ومضلة، لأنها تقوده للاستنتاج بأنّ الحوادث هي المسببة للاضطرابات، والانفعالات. ضيف الله (2011)
- وعليه فالنظرية تعتقد أنّ الحوادث ليست هي السبب الحقيقي لانفعالاتهم، وإنما نظرتهم لها، وأفكارهم عنها.

6-3-5/ مميزات العلاج العقلاني الانفعالي: حسب شقير (2002)

- أكثر النظريات المعرفية أهمية في وصف الاضطرابات الانفعالية.
- يتيح للمعالج تعليم العميل المناقشة، أو كيفية الاعتراض على الافتراضات المتخاذة عن نفسه، والآخرين.
- هذا النوع من العلاج مبني على نموذج تعليمي إقناعي، يعلم العميل كيف أنه يتسبب بإزعاج نفسه بأفكاره اللاعقلانية، ومن ثم يسعى إلى كشف هذه المعتقدات، والأفكار لده، فيناقشها، ويتحداها، كما يعلمه كيف يستبدلها، أو يتخلص منها.
- لا يسعى إلى إزالة الأعراض فقط، بل إلى إحداث تغيير عميق ودائم للفرد.
- التأكيد على التقبل الذاتي الغير مشروط للفرد.
- التأكيد على أنّ تحمل الإحباط ولو كان منخفضا، يسبب الاضطراب الانفعالي.
- التأكيد على نجاح هذا العلاج في التعامل مع الاضطرابات النفسية، كالقلق، والاكتئاب.

6-3-6/ الأفكار غير العقلانية حسب "إليس": يرى أن استجاباتنا العاطفية المشحونة، تتبع حادث الولادة، والحلقة الفارغة التي ندور فيها. نحوي (2010)

- وقد عرفها بأنها: تلك الأفكار السالبة، والخاطئة، وغير المنطقية، وغير الواقعية، والمتسمة بعدم الموضوعية، والذاتية وتتأثر بالأهواء الشخصية، والمبنية على توقعات،

وتعميمات خاطئة، وعلى مزيج من الضن والاحتمالية، والتهويل، والمبالغة، والتي لا تتفق مع إمكانيات الفرد الواقعية." (عبد الغفار، 2007، ص. 646)

وأوضح "ليس" إحدى عشرة فكرة، أو قيمة لاعقلانية، أو خرافية، ولا معنى لها. ورغم ذلك فهي شائعة لدى المجتمعات. وتؤدي بالضرورة إلى انتشار العصاب. ملحم (2001) وهي:

1. يجب أن يكون الإنسان محبوبا دائما.
2. يجب أن يكون شخصا أكثر كفاءة، وإنجازا.
3. وصف الناس بالوضاعة، والحقارة.
4. من الكوارث، سير الأمور على غير ما يريده الإنسان، وما تسببه من إحباط. فالتعرض للإحباط يعتبر أمرا عاديا. نحوي (2010) لكن من غير المنطقي، وغير العادي أن يقابل بالحنن الشديد، والدائم لأسباب عديدة منها:
 - "لا يوجد سبب لاختلاف الأشياء عما هي عليه في الواقع.
 - الشعور بالهم، والحنن لن يغير كثيرا من الموقف الحالي، بل يزيده سوءا.
 - إذا كان من المستحيل فعل شيء إزاء الموقف، فالشيء الوحيد المعقول هو أن نتقبله.
 - الإحباط لا يؤدي إلى الاضطراب الانفعالي، إلا إذا صور الإنسان الموقف بصورة تجعل الحصول على الرغبات ضرورة لتحقيق السعادة، والرضا.
5. الظروف الخارجية هي سبب تعاسة الإنسان.
6. الانشغال المبالغ فيه بالأمور الخطيرة.
7. ضرورة تقادي المسؤوليات، والصعوبات الشخصية.
8. ضرورة استناد الفرد لآخرين بهدف المساعدة.
9. الخبرات الماضية متصلة، ومحددة للسلوك الحاضر.
10. أن يحزن الفرد على مصير الآخرين، ومشاكلهم.
11. يجب أن يكون هناك حل صحيح، وكامل لجميع مشكلات الحياة. وهو فرض غير معقول للأسباب التالية:

- لا وجود لحل كامل صحيح، ووحيد لأي مشكلة.

- المخاطر المتخيلة بسبب الفشل في التوصل إلى الحل الصحيح تعتبر غير واقعية. ولكن الإصرار على وجود مثل هذا الحل قد يؤدي إلى القلق، أو الخوف.
- الإصرار على الكمال قد يؤدي إلى حلول أضعف مما يمكن أن تكون. والعاقل هو من يحاول أن يجد حلولاً كثيرة، ومنتوعة للمشكلة الواحدة، ثم يختار أحسنها، وأكثرها قابلية للتنفيذ مدركاً أنه لا يوجد حل كامل بصورة مطلقة. " (ملحم، 2001، ص. ص. 429-431)

وتذكر شقير (2002) إسهام " إبراهيم عبد الستار" في إضافة أساليب أخرى للتفكير الخاطئ، تحدث القلق، والاضطراب الانفعالي هي: المبالغة، التعميم، التوقعات السلبية السيئة، الميل إلى إدانة الآخرين، أخطاء التحكم والاستنتاج.

وتذهب عبد الغفار (2007) إلى أن المعالج النفسي "واين فروجيت Wayne Froggatt" قد نشر مقالا عام (1997) أشار فيه إلى زيادة تحوّل ممارسي العلاج العقلاني، من التعبير عن المعتقدات اللاعقلانية، إلى استخدام تعبير الأفكار المحبطة للذات. وحدّد لها أربعة شروط لا بد من توافرها لوصف معتقد باللاعقلانية:

1. المعتقد يكون مشوها للواقع، يسيء تفسير الأحداث، أو يتضمن أساليب غير منطقية لتقييم المرء لنفسه، وللمحيط.
2. يحول المعتقد بين المرء، وتحقيق الأهداف.
3. يثير انفعالات متطرفة ملحة تسبب الأذى لصاحبها، وتشل حركته.
4. يؤدي إلى إقدام المرء على سلوكيات تلحق الضرر به، وبالآخرين.

وتعرّف عبد الغفار الأفكار السلبية على أنها: "تلك التعبيرات، والتصورات السلبية حول الذات التي تطرأ على تفكير الفرد بشكل متكرر، وتلقائي". (عبد الغفار، 2007، ص. ص. 646-647)

على هذا فإنّ العلاج يكون بالاستناد إلى العلاج العقلاني الانفعالي، للتقليل من القلق، وقهر الذات، ومساعدة المريض على التحليل المنطقي للأفكار معتمداً حسب نحوي (2010) على التقنيات التالية:

1- أساليب معرفية: إعادة النظر في الأفكار، وتقديم المعلومات، والشرح، لتخلي المريض عن أفكاره الخاطئة.

2- أساليب تعميمية.

3- أساليب انفعالية إظهارية: تستند على الوعظ العاطفي، والنمذجة*، وهي أربعة:

سياق الانتباه/ سياق التخزين/ سياق الإنتاج الحركي/ سياق التحفيز.

وفي سياق هذا العلاج يشير فايد (2008) إلى:

6-3-7 / مراحل العلاج حسب "اليس": علاجه مصمم بالتحديد للأخطاء المعرفية المتعلقة

بالاكتئاب. إذ يبدأ المجال بتقدير شامل للأعراض، متبوعاً بأربعة مراحل للعلاج:

* **مرحلة زيادة النشاطات، والمزاج المرتفع:** يحدّد العلاج بتشجيع العميل على أن يصبح أكثر نشاطاً وثقة، ويستخدم المعالج مجال يشبه السلوكي، يقضي فيه مع العميل وقتاً أثناء كل جلسة، ينجزون قائمة تضم نشاطات الأسبوع القادم، ومن الممكن أن تقتصر القائمة المبدئية على بعض النشاطات البسيطة، كزيارة صديق وتناول الغداء مع الأسرة، وتدرجياً تصير المخصصات أكثر تحدياً، لكنها في متناول العميل، ومن أسبوع لآخر يصبح أكثر نشاطاً، مما يتوقع تحسن مزاجه.

* **مرحلة فحص وإبطال الأفكار التلقائية:** يعلم المعالج المعرفي العميل بخصوص أفكاره التلقائية السلبية المسيطرة، كتخصيص واجب منزلي، على العميل أن يتبين فيه ويسجل الأفكار كما تحدث. ثم تستعرض هذه الأفكار في جلسة العلاج، ويأخذ العميل في الاعتبار الأفكار الواقعية، ولكن المعالج يشك في صدقها. وبمرور الجلسات، ينغمس كل من المعالج والعميل في شكل من التعاونية، يختبران فيها الحقيقة الموضوعية وراء الأفكار، والتي غالباً ما يستنتج بأن لا أساس لها.

* **مرحلة تحديد التفكير المشوه، والتحييزات السلبية:** حينما يبدأ العميل في تبين أخطاء تفكيره التلقائي، يبين له المعالج هنا كيف أنّ عمليات تفكيره اللامنطقية قد تساهم في هته الأفكار.

*"النمذجة: أسلوب قائم على تقليد كل سلوك يراه الطفل مناسباً، أو غريباً، أو مرتبطاً بسلوك الكبار سواء كان سلبياً، أم إيجابياً. أو لما نقدم للطفل سلوكيات جيدة، ومرغوبة ونطلب منه تقليدها، إما مباشرة، أو تمثيلاً." (نحوي، 2010، ص. 40)

وبينما يستعرض العميل أفكاره التلقائية، وأخطائه في التفكير، يساعده المعالج على توضيح أن كل تفسيراته للأحداث تقريبا يتخللها تحيز سلبي. وقد تستخدم تقنيات وأساليب متنوعة تساعد العميل على تحديد، وتغيير أسلوبه المتحيز في التفسير.

*مرحلة تغيير الاتجاهات الأولية: هي نهاية العلاج، حيث يساعد المعالج العميل على تغيير اتجاهاتهم الأولية، والاعتقادات المركزية التي هيأتها للاكتئاب بالدرجة الأولى.

وخلال المراحل الثلاثة الأولى من العلاج، يكون أغلب العملاء قد بدؤوا برؤية سوء فاعلية اتجاهاتهم، وعمدوا على تغييرها من أنفسهم. وبتشجيعهم على اختبار اتجاهاتهم، يتمكن المعالجون من القيام بمراجعة إضافة.

وقد ابتكر المعالجون النفسانيون مفاهيم، وآراء مختلفة عن قيمة العوامل الذهنية، والفكرية في الاضطراب النفسي منها:

- عند "أدلر Adler" تشير إلى أسلوب الحياة الذي يتبناه العصابي، أو الذهاني.
- عند "ألبرت اليس Ellis" يستخدم مفهوم الدفع المتعقل.

تذهب عبد الصاحب (2011) إلى أن "اليس Ellis" أكد في نظريته، بأن أفكار الفرد تولد الاضطرابات النفسية، وهي لا تنشأ عن خبرات، وحوادث يمر بها الناس، وإنما تسببها اعتقاداتهم عنها، وقد تكون هذه الاعتقادات لا عقلانية، بالتالي تدفعهم إلى أن يكونوا مضطربين، مكتئبين، غير فعالين، غير سعداء، وبالمقابل فإذا حرروا أنفسهم منها، يصعب وقوعهم فريسة للاضطرابات العاطفية، أو أنها على الأقل لا تدوم.

كما تؤمن هذه النظرية بأن التفكير يسبق الانفعال، وهناك علاقة تفاعل متبادل بينهما وبين السلوك. وكذا اتصال متبادل بين هذه الوحدات، لاعتبارها غير منفصلة، تؤثر في بعضها البعض، وأي تغيير في واحدة منها، يحدث تغيير متزامن في الأخرتين.

إن جوهر نظرية العلاج العقلاني الانفعالي يتلخص في أن: "ألم الكائن البشري يصدر عن مصدرين: داخلي، وخارجي. الأول هو الألم الذي يقع على أجسادنا من جوع، أو مرض أي الألم الفيزيائي. أما الألم من النوع الثاني، فهو الذي يتأتى من التفكير الخاطئ اللاعقلاني. إذ أن تأويلات، وتفسيرات الفرد هي المسببة لرد الفعل السلوكي الانفعالي." (عبد الصاحب، 2011،

إن وراء كل انفعال ايجابي (كالرضا عن النفس، وتوقع الطيب، والسرور...)، أو سلبي (كالإكتئاب، والقلق...) بناء معرفي، ومعتقد، وطريقة تفكير تسبق ظهوره، فإذا كانت طريقة التفكير منطقية عقلانية، يصبح كلا من الانفعال، والسلوك ايجابيا، وهادئا، ودافعا للنشاط، والبناء، أما إذا كانت طريقة التفكير غير منطقية، غير مقبولة، فإن الاضطراب سيسيطر على كل من السلوك، والانفعال بدرجة مرتفعة.

6-3-8/ خطوات العلاج التي يتبعها المرشد حسب نظرية "اليس":

يحددها جودت وسعيد (1999) في:

- 1- جعل العميل يعي أفكاره اللامنطقية، وتفكيره الداخلي، أي إقناعه بأن تفكيره غير منطقي. والتوضيح له أن سبب اضطرابه هو جملة العبارات الموجهة لنفسه. وكذا كشف التفكير الداخلي الهادم للذات في ماضي، وحاضر العميل.
- 2- استبدال تفكيره الداخلي اللامنطقي، وتعليمه تحدي، ومهاجمة، وإعادة، واستبدال كلماته الداخلية مرة أخرى، ليصبح هذا التفكير أكثر منطقية. والنظرية العقلية العاطفية تؤمن بأن العميل بحاجة للمساعدة لتغيير أفكاره.
- 3- مناقشة الأفكار اللامنطقية للمتعالج، وفلسفته في الحياة، غير أن المناقشة لا تقتصر على أفكار خاطئة محددة يتبناها العميل، بل يتجاوزها إلى الأفكار اللامنطقية العامة.
- 4- مهاجمة المعالج العقلاني العاطفي الأفكار اللامنطقية المحددة، والعامة عند العميل بطريقتين رئيسيتين هما:

- 1- يتصرف المعالج كموجه دعاية بشكل معاكس، وصريح، ويناقض، ويرفض مباشرة العواطف السلبية، والمعتقدات اللامنطقية المغروسة في ذهن المتعالج.
- 2- يشجع المعالج ويقنع، وأحيانا يصر على اشتراك المتعالج في بعض النشاطات. الشيء الذي يخدم تغيير اتجاهات المتعالج، بالتالي التغيير في سلوكه.

6-3-9/ أساليب العلاج: في عملية العلاج العقلاني، يعلم المعالج المتعالج كيفية التفكير

بمنطقية بحوادث الحياة، وبالتالي تغيير سلوكه وعواطفه. ومن أهم الأساليب المستخدمة:

- **التنفيذ، الإقناع، التعليم:** ينفذ المعالج الأفكار اللاعقلانية للعميل، ويساعده على جعلها عقلانية، ويشرح بالأمثلة، كيف تسبب هذه الأفكار الاضطرابات الانفعالية، ويحاول إقناعه

- بمهاجمتها، كما يزود العميل بالمعلومات المساعدة على فهم هذه الاضطرابات، وإجراءات التقليل منها. ويعلم المعالج العميل استخدام التحليل المنطقي للأفكار، والتقليل من الافتراضات الخاطئة المبنية حولها.
- **الواجبات، أو المهمات البيتية:** يهتم بها المعالج، لأنها تساعد المتعالجين على التفكير، والشعور، والسلك بطريقة أكثر عقلانية. وتقدم هذه الواجبات من قبل القائد إضافة إلى أعضاء المجموعة، ومن الممكن تنفيذها داخل، أو خارج المجموعة.
- **التقليد، ولعب الدور:** يناسب الوضع الجماعي العديد من أساليب السلوك، والمعرفة، كالتدريب على القيام بالسلوك، وتوكيد الذات. وقد يتردد بعض الأعضاء نتيجة خوفهم من الرفض، في الإفصاح عن أنفسهم أمام المجموعة. وهي توفر لهم فرص المجازفة في الكشف عن ذواتهم، وترقب النتائج. ويعتقد "اليس" في لعب الدور المستلزم إعادة البناء المعرفي للمواقف المكتشفة بالخبرة، أكثر فعالية من لعب الدور الذي لا يتضمن التحليل، وإعادة البناء المعرفي، والتعلم الحاصل بالمحاكاة، مشابه للذي يتم من خلال لعب الدور. ويقول "اليس" "إن العلاج الفعال يتضمن دائما التقليد، فمثلا إذا أتيحت فرصة لعضو في المجموعة أن يحدد، ويغير أساليب التفكير، والمشاعر، والسلوك التي تسبب انهزام الذات، يستطيع أن يشكل نموذجا للمشاركين الآخرين." (جودت، سعيد، 1999، ص. ص. 144-146)
- **الضبط الإجرائي للتفكير الوجداني:** يشير "اليس" إلى ضرورة تعلم المتعالجين كيفية التخلي عن اعتقاداتهم اللاعقلانية، وتغيير سلوكياتهم غير المرغوبة، وتعزيزهم عند انجاز مهامهم الصعبة، ويظهر المعالجون بهته الطريقة للمتعالجين، كيف يطبقون أسلوب الإشراف الإجرائي، في انجاز الأمور الصعبة، أو التي يخافونها.
- **التدريب على استخدام المهارات:** كمهارات ضبط النفس، والأخرى التي يرغبونها، ويتقنون فيها. والافتراض هنا هو أنه باكتسابهم للمهارات المفتقرين لها، سيشعرون بالثقة بأنفسهم، ويكتسبون بالخبرة تغييرات هامة بطرق تفكيرهم، وشعورهم، وسلوكياتهم. ويقول "اليس" "تظهر التغييرات ليس بسبب زيادة مهاراتهم فحسب، بل أيضا خلال إدراكهم لقدراتهم، ولتقديرهم لذاتهم حول كفاءتهم المكتسبة حديثا." (جودت، سعيد، 1999، ص. ص. 146)

• **التغذية الراجعة:** جزء أساسي في العلاج الجماعي، إذ تمكن المجموعة الأعضاء من الحصول عليها، آخذين في الاعتبار انجازاتهم غير الفعالة، وتفكيرهم اللاعقلاني، والسلوكيات، والعبارات، والأفكار المخزية للذات. عندما يستخدم الأعضاء التغذية الراجعة يكتسبون سلوكيات جديدة، تكون قائمة على افتراضات جديدة تحقق الارتياح. تستخدم في العلاج العقلاني العاطفي أساليب تعليمية مساعدة مثل: الفيديو، الأفلام... والتي تعد جزءا مهما من الجلسات.

7/ إجراءات العلاج العقلاني الانفعالي في البرنامج:

1/ **الخطوة الأولى:** تثبت للمريض أن أفكاره غير منطقية، وتساعده لكي يفهم لماذا أفكاره غير منطقية؟

2/ **الخطوة الثانية:** توضيح العلاقة بين أفكار المريض المنطقية، وبين ما يشعر به من تعاسة واضطراب، ونطلع العميل على كيفية احتفاظه بالاضطراب طالما أنه مستمر في التفكير بصورة منطقية. ويشير "ليس" هنا أن معظم طرق العلاج النفسي تفعل نفس الشيء مع المرضى، لكن بطريقة لا مباشرة.

ثم نتوقف عند هذه الخطوة. أما وجهة النظر العقلانية الانفعالية، فهي تضيف خطوة على ما تفعله الطرق الأخرى في العلاج. بأن تطلع المفحوص على كيفية احتفاظه بالاضطراب طالما أنه مستمر في التفكير بصورة منطقية.

3/ **الخطوة الثالثة:** جعل المريض يغير تفكيره، ويترك الأفكار غير المنطقية. فالعلاج العقلي الانفعالي يجعلنا ندرك أن التفكير غير المنطقي يعتبر طبعاً من طباع العميل الثابتة، التي لا يمكنه التخلص منها، أو تغييرها معتمداً على نفسه، خلافاً لما تقوم به أساليب العلاج النفسي الأخرى، التي تترك المريض دون تدخل منها.

4/ **الخطوة الرابعة:** الانتقال من التعامل مع المريض، مع مجموعة معينة من الأفكار غير المنطقية، إلى التعامل مع الأفكار العامة، وفلسفته في الحياة، إعداداً له لعدم وقوعه مرة ثانية في الأفكار الخاطئة.

يقوم المعالج حسب ملحم (2001) بـ:

- إبراز أفكار، وأحاديث النفس اللامنطقية، وجعلها في مستوى انتباه، ووعي المريض بها، وتبيان كيف تسبب، وتثبت الاضطراب لديه.
 - توضيح العلاقة اللامنطقية بين هذه الأحاديث الذاتية لدى المريض.
 - تعليم المريض كيفية إعادة النظر في تفكيره، وكيف يتحدى، ويناقض هذه الأحاديث، ويكررها بشكل أكثر منطقية، ليتم استدخال أفكار منطقية جديدة تحل محل القديمة.
 - ويستخدم المعالج العقلاني الانفعالي في العلاج: العقل، المنطق، التعليم، الإيحاء، الجدل، الإقناع، تلقين المبادئ، إبطال بعض الأفكار. متبعا إستراتيجية محددة، تتمثل في:
 - لعب المعالج لدور الداعية الصريح، المناقض، والمنكر للاعتقادات الخاطئة، والخرافات المتأصلة في نفس المريض.
 - لعب دور المشجع، المقنع، المصبر أحيانا على قيام العميل بممارسة بعض الأنشطة، والأعمال التي يخافها، بسبب بنائها على اعتقادات، وأفكار خرافية.
- 7-1/ طرق العلاج:** في الأسلوب العقلاني الانفعالي-من بينها- والتي أشار إليها الزبيد (1998):
- 7-1-1/ التساهل، أو التسامح Lenience:** يعطي فرصة جيدة للعميل للتحدث في جو من الانتباه، والتقبل، والفهم من قبل المعالج. ضف لذلك محاولة المعالج مساعدة العميل في ترجمة مشاعره، وآلامه في تعابير لفظية مناسبة، تساعد على تصنيفها، وتمييزها، والتخلص منها، وعندما لا يعاتب العميل في كلامه فإن استجابة الخوف تتطفي، ويتبع الانطفاء التعميم، وتجلب استجابات شبيهة لها مرتبطة بها، وتدرجيا تزول مخاوف العميل، وتتعدم، ويتعلم بأن هناك من يمكن التحدث إليه بحرية، وقد يكون هذا الشخص الأول في حياته.
- 7-1-2/ تعزيز كلام العميل enhance the patient's talk:** لما يتحدث عن نفسه، ويذكر خبراته المؤلمة، فهو موقف جديد في حياته، لذا يجب تعزيزه ليستمر في عرض خبراته، ومشاعره، وإذا لم يخضع العميل إلى هذا التعزيز فربما يصمت. وتوجد عدة أساليب يتعزز بواسطتها حديث العميل، منها:
- عدم مقاطعته بالأسئلة أثناء حديثه.
 - الاستماع بانتباه، واهتمام لكل ما يقوله.

- عدم مناقشة، أو تقييم أقواله، أو نقده.
- استعمال المعالج لذكائه في فهم ما قاله العميل في الجلسات السابقة.

7-1-3/ التعلم بالاستبصار Insight Learning:

- "تعريف الاستبصار: التبصر في معاجم اللغة يعني التأمل، والتعرف، ويقال تبصر الشيء، وتبصر في رأيه: تبين ما يأتيه من خير، أو شر. والبصيرة هي قوة الإدراك، والفتنة. إذ لا بد للإنسان أن يتأمل، ويتعرف على أفكاره، وتصوراته، وما ينتج عنها من انفعالات، كما يتضمن استبصار النفس أيضا التعرف على عادات الفرد، وسلوكياته، وربطها بالأفكار، والانفعالات المصاحبة لها." (عنوة، 2008، ص. 397)
- أما التعلم بالاستبصار، فيعني عند **جودت وسعيد (1999)** إعادة تنظيم الفرد لخبراته، لتكتسي معنا جديدا، وكلما كان إدراكه واضحا، كان استبصاره بالمواقف فعالا، ويمكنه من حل مشكلاته، لكونه يعيد تجربة ادراكاته الماضية، والآنية في حلها. ويركز الجشطات على الوجود الحالي، واعتبار الماضي مواقف غير مكتملة، أو لا منتهية، وعلى خلق الوعي المتواصل لدى الفرد لإتمام الأمور غير المكتملة، وإدراك الخبرات المؤلمة فيخضعها للدراسة العقلانية للتبصر بها، كون الفرد يميل لاقتراح نماذج، ومعان للأحداث. ويمكن إجمال أهداف الاستبصار في:
 - تطوير مستوى وعي الفرد لذاته، وللآخرين.
 - تسهيل النمو الشخصي، وتحقيق الذات.
 - إحداث مشاركة في تفاعلات جوهرية، وذات معنى مع الآخرين.
 - تعزيز الانفتاح على الخبرة، والممارسة.
- **فوائد الاستبصار: تحددها عنوة (2008) في:**
 - جمع معلومات عن الأفكار، والتصورات الانهزامية السلبية المسببة لعدة اضطرابات نفسية، ومعرفتها، وتحديد موضوعها.
 - الربط بين وجود هته الأفكار في الذهن، والانفعالات التي تثيرها، ونوعية، وشدة هذه الانفعالات.
 - صياغة الأعراض، والتشخيص الأولي مما يتم جمعه من معلومات أثناء الاستبصار، وهذا يزيد من الوعي بالمشكلة، وطريقة علاجها.

- إعاقة مباشرة للانفعالات، والسلوكات السلبية، أثناء ملاحظتها، إذ ينخفض نشاط الذهن، أو يتوقف عند ملاحظته.
- استبصار النفس بالملاحظة، هو عمليا محاسبتها، وإدراك أخطائها، وتصحيحها. فمعرفة، وتسجيل الأفكار، والأفعال السلبية، يجعلها دائما في حيز الوعي، وهو مجاهدة النفس بنظام، لتطهيرها من الأخطاء، والهفوات.

● أسلوب الاستبصار النفسي بالملاحظة (المراقبة الذاتية):

- يزداد شيوع، واستخدام هذه التقنية يوميا، في كل مراحل التقدير المعرفي، قبل، وأثناء، وبعد العلاج. تستعمل لقياس الوقائع الظاهرة، والكامنة. وهي تقنية تشخيصية، علاجية.
- تقوم على ملاحظة العميل لنفسه، وملاحظة مظاهر معينة من سلوكه، وتسجيل هذه الملاحظات بدقة.
- فائدتها الأساسية هي السماح بمراقبة مشكلة العميل يوميا، خارج وقت الفحص النفسي، تكمل التشخيص، وتعطي صورة دقيقة لمسار المرض، ومدى تكرار مظاهره، وشدته، ومدته، وتكشف الظروف المؤدية له، والنتائج المترتبة عنه.
- وباعتبار المراقبة الذاتية تستلزم القدرة على التحكم في التغيرات السلوكية الحاصلة للشخص، فمن المحتمل أن يحدث هذا التحكم تغيرات آلية في البيئة المحيطة، مما يخلق تدعيما للاتجاه المرغوب، فيصل العميل إلى الشروط الرئيسية المشكلة للسلوكات، والشخصية، وتزيد المراقبة الذاتية في السلوك المرغوب، وتقضي على الغير مرغوب، في فترة لا تتجاوز (08) أشهر في الحالات المعقدة، وأسابيع قليلة في حالات أخرى.
- توضح المراقبة غموض المرض، كما يعيشه العميل، وتزود المعالج بمعلومات تخص نشاط المرض، وهي أيضا عملية ضبط ذاتي، فيتكون عند العميل وعي دقيق بمشكلاته، وفهم صحيح لها، هذا يسمح له بتجاوز بعضها، وهو خطوة أساسية نحو الشفاء.
- دور المعالج هنا مهم جدا، حيث يعمل دائما على تعزيز وعي العميل بمشكلاته، ويساعده في تحليل المعطيات بدقة، وعليه يرى "سبيجلر **Speigler**" أن المراقبة الذاتية أحيانا قد تكون الطريقة الوحيدة في العلاج. ومن قبله تقول الآية الكريمة في سورة الذاريات: <حوفي أنفسكم أفلا تبصرون>> (سورة الذاريات-الآية: 21). واستبصار

الفرد بنفسه هو أساس معرفة الإنسان لحقيقة نفسه، أفكاره، وسلوكاته، أسباب مرضه، وانحرافه... عنوة (2008)

ويرى إبراهيم (1994) أن الاستبصار قد لا يحدث تغييرا مباشرا في السلوك، والقول بذلك ما هو إلا افتراض يصح أحيانا، ويخطئ أحيانا أخرى، لذا كان لزاما مساعدة الشخص على توظيف أفكاره المنطقية الجديدة في وقتها، بتكليفه بواجبات منزلية يمارس خلالها، وفي مواقف حية، أفكاره المنطقية عمدا. لهذا قد يوحى المعالج للعميل ليتأمل حديثه لنفسه في موقف معين. والممارسة العلاجية تبين أن محاولة خلق مواقف حية، وإرغام أنفسنا على عيشها باتجاهات عقلية مختلفة يساعد على تغير الفكر، والسلوك، والوجدان.

"أسئلة مهمة: بماذا تفكر الآن؟ ماذا يدور في داخلك، وأنت تتكلم الآن؟ كيف تشعر بالقلق في داخلك الآن؟ كيف تشعر بالانسحاب في هذه اللحظات؟ كيف تستطيع أن تتجنب مشاعر الأشياء؟ عندما يجيب العميل عن هذه الأسئلة تزيد من وعيه فيتعلم كيف يسلك في الحاضر، وكيف يتحمل المسؤولية." (إبراهيم، 1994، ص. 317)

7-1-4/ تعديل أخطاء التفكير وتشجيع العقلانية: لا يمكن عزل التوترات النفسية، والقلق عن طريقة تفكير الشخص، وما يحمله من آراء، ومعتقدات عن نفسه، والمواقف التي يتفاعل معها. لذلك نجد "اليس Ellis" و "بيك Beck" يشيران إلى كون القلق العصابي نتيجة ضمنية لطريقة تفكير الفرد في نفسه، وفي الخارج، خاصة عندما يتميز تفكير الشخص بالمبالغة، وتوقع الخطر، والانهياء، والكوارث. وللعلاج يتجه المعالج إلى تشجيع الفرد على التفكير بواقعية في نفسه، والموقف. ويقترح "مايكنباوم Meichenbaum" أن أنجح وسائل التغلب على التفكير الانهزامي في حالات القلق، هو تنبيه الفرد إلى الأفكار المترددة بينه، وبين نفسه في المواقف المهددة. وأن القلق الذي ينتابنا، نتيجة مباشرة لما نخاطب به أنفسنا، وما نقنعها به من أخطار. لذا اقترح منهاجا لتعديل محتوى حديث الشخص لنفسه في المواقف المهددة له، وفق ثلاث قواعد رئيسية:

- أقنع نفسك بأنّ الخوف الذي يملكك عند التفكير في الأشياء السيئة التي قد تحدث، أسوأ بكثير من الأشياء التي ستحدث فعلا. قل لنفسك بأنك ستحول الموقف بتفكيرك، وتهويلاتك إلى أسوأ مما هو عليه فعلا.

- أضع نفسك بشتى الوسائل، أن الموقف المثير لمخاوفك الآن سينتهي حتما.
 - قل لنفسك بأنه من الصعب التخلص نهائيا من كل المشاعر المكدره، والتوترات المرتبطة بالقلق، ولا بد من قبول بعض التوتر مؤقتا. إبراهيم (1994)
- بالرغم من الاختلافات الظاهرة في هذه المفاهيم، إلا أن طائفة من الباحثين، والمعالجين تتفق على أن الاضطرابات النفسية، أو العقلية لا يمكن عزلها عن الطريقة التي يفكر بها المريض عن نفسه، وعن العالم، أو اتجاهاته نحو نفسه، ونحو الآخرين. والعلاج النفسي يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية قبل توقع أي تغيير في شخصية المريض.
- نجاح العلاج النفسي متعلق بنجاح الشخص في التغيير الإيجابي، المصحوب بتحسين طريقة تفكيره، والتغيير فيها.
- تبين دراسات علماء النفس الحديثة منها، أن تأثير كل أساليب العلاج تقريبا، وحتى اللجوء للعقاقير تعتمد في نجاحها بشكل كبير على جوانب معرفية، كتوقع مكاسب علاجية، والمعلومات المجمعة عند العمل عن مواقف الخوف، والقلق، وضبط الانتباه، واتجاهه نحو المعالج، والعلاج النفسي. ومنذ عام (1965) عمل الباحثون على تكثيف العمل في ميدان العلاج النفسي، والذي أكدت نتائجه على أن المرض النفسي يصاحبه اضطراب في طرق التفكير، والتغيير في تلك الطرق يستلزم تغيير في التوافق، والسلوك.
- هناك بعض المدارس تعتبر أن الاضطراب وليد آرائنا عنها، وترى أنه علينا تقبل، أو طرح ما لا يمكن تعديله. فقد لا يتقبل الفرد أغلب حقائق حياته التي لا أمل له في إصلاحها، أو تغييرها، لكنه سرعان ما يصير تعيسا، ومضطربا بتقبله للحقائق الحتمية، وقد يهدر طاقته يفكر في مشكلة لا تعدل، ويضخم توتره النفسي الانفعالي، فيتضاعف شقاؤه، مما يجلب له الإجهاد النفسي، والشك في قدراته، وبدأ التفكير في البيئة كمصدر للمتاعب، والتهديد، والتوترات.
- وعرض "برتراند راسل" (1930) في كتابه عن الطريق إلى السعادة، مساهمة بعض الأفكار في حركة تعديل التفكير الحديث، إذ يذكر أن الفرد قد يشعر بالراحة، والهدوء إذا حاول تخيل أسوأ النتائج عند شعوره بالخوف، وتركيز تفكيره في إقناع نفسه أن ليس في هذا نهايته.

ويرى "راسل" أن أنجح طرق مواجهة الخوف، هي التفكير فيه بعقلانية، وبتركيز شديد حتى نألفه، لأن الألفة بالموضوع المخيف تستأصل الشعور به. ويعتبر التفكير في أمور الحياة بطريقة منطقية، متعلقة يحقق حياة وجدانية هادئة غير مضطربة.

وهناك دراسات تبين أن القلق، والتوتر النفسي يرتبطان بخصائص ذات طابع معرفي:

- 1- التطرف في الحكم. فالأشياء إما بيضاء، أو سوداء، كون الشخص القلق يفسر المواقف باتجاه واحد، وهذا يجلب له التعاسة، لتوجيه اهتمامه لجزء محدد من تفسير الوقائع من دون الاستعانة بتفسيرات أخرى، تجنبه الاستجابات العصابية.
- 2- التصلب سمة العصبيين، أي مواجهة المواقف المتنوعة بطريقة واحدة من التفكير.
- 3- هم يتبنون معتقدات عن النفس، والحياة ليس لها دليل منطقي، وهذا يقف بينهم، وبين الحكم المستقل، واستخدام المنطق بدلا من الانفعالات. إبراهيم (1994)

ثالثا: العلاج بالاسترخاء Relaxation Therapy:

1/ عجالة تاريخية عن العلاج بالاسترخاء:

تعتبر نحوي (2010) العلاج السلوكي اختصاص انبثقت منه العديد من أساليب العلاج النفسي. بدأ في الخمسينات، وزاد استعماله مؤخرا. تعددت أساليبه، وظهرت أهميته، وفعاليتها في علاج الاضطرابات النفسية، والسلوكية المستعصية، كالفكر المتسلط، الرهاب، القلق. له أساليب عدة، لكن المتميز منها، والأكثر انتشارا وفعالية، هو "الاسترخاء"، إذ يعتبر مدخلا لأي أسلوب علاجي آخر. فالإنسان يحاول دائما التخلص من معاناته، بأية وسيلة، تبدد توتره، وتمنحه الراحة، وسعيه المتواصل لتحقيق هذا الهدف، مكنه من التوصل إلى أهم تقنية علاجية سلوكية (الاسترخاء)، الذي سجل نجاحا باهرا في العلاج النفسي.

وقد وضع "جاكسون E. Jacobson" طريقة للاسترخاء التدريجي الواعي، بإرخاء العضلات. أما "شولتز Schultz" فابتكر طريقة للاسترخاء بالتركيز الذاتي، أو التنويم الذاتي Autohypnose. كما كانت تقنية "أجوريا جيرا Ajuriaguerra" تعرف ب: إعادة التأهيل للنشاط النفسي The rehabilitation of psychological activity. وهناك عدة تقنيات للاسترخاء مستخدمة موازاة مع تقنيات العلاج السلوكي.

يتحقق الأداء الفعلي بمشاركة الذهن والجسم. والاسترخاء يساعد على الاستبصار بالمشكلات، وتحديد الأولويات، فالعقل المنشغل يدير المشكلة عدة مرات، ومن زوايا عدة، وتظهر له مستعصية، فالتفكير الإبداعي تحدث معالمه عندما يقتنع الفرد بنفسه، ويكون مسترخياً بدنياً. وهذا ما حدث لـ: "أنشتاين"، فقد كان مسترخياً على كومة من العشب، لما تخيل أنه في الفضاء، يركّز على شعاع الضوء، واكتشف حلقة البنزين عندما كان مستلقياً يتخيل. إذن فالاسترخاء ظرف مواتي للإبداع.

2/ مفهوم الاسترخاء:

2-1/ لغة:

• في معجم المعاني الجامع: الفعل استرخى، بـ يسترخي، استرخ، استرخاءً، فهو مسترخٍ، والمفعول مسترخًى به. استرخى على أريكته: تمَدَّدَ، انبسطَ، استلقى. استرخت يده: فقدت حركتها وقوتها. استرخى الحبل: صار رخوًا. استرخى به الأمر: وقع في رخاءٍ بعد شدة. استرخت به حاله: حسنت وسهلت بعد الشدة والضيق. استرخاء: اسم مصدر استرخى، كان في لحظة استرخاءٍ، في لحظة تمَدُّدٍ واستلقاءٍ.

• في المعجم الوسيط: رَخِيَ الشيء بالشيء: خلطه به. ورخِيَ العيش: رَخا.

• في معجم اللغة العربية المعاصر: رَخَا، يَرخُو، ارخُ، رَخَاءً ورخاوةً، فهو رَخِيٌّ. رَخا العيش اتسع وكان هنيئًا. رَخِيُّ البال: هادئ النفس في نعمة وخصب وسعة حال.

• في معجم الرائد: استرخى، استرخاء: استرخى الشيء: صار رخوا. أو انبسط واتسع. واسترخت الحال: صارت في رخاء بعد الضيق. واسترخى: استلقى مرخيا عضلاته.

2-2/ اصطلاحاً: "الاسترخاء حالة هدوء، تنشأ في الفرد بعد إزالة التوتر، بعد تجربة انفعالية شديدة، أو جهد جسدي شاق، وقد يكون الاسترخاء غير إرادي (عند الذهاب إلى النوم)، إذ تتحوّل كهرباء الدماغ من ألفا (في حالة الاستيقاظ) إلى دلتا (في حالة النوم). أو إرادي لما يتخذ المرء وضعا مريحاً، ويتصور حالات باعثة على الهدوء، أو يرخي العضلات المشاركة في أنواع النشاط المختلفة. (عثمان، 2001، ص. 147)

كما يرى عثمان (2001) أن استرخاء أي عضلة هو انعدام تام للانقباضات، فتبدو

ساكنة مرتخية، وعندما تكون كذلك لا تحمل الأعصاب الواردة إليها، والآتية منها أي رسالة

حركية، أو حسية، فتكون ساكنة كلياً، وينعدم نشاطها الكهربائي، وتتضح الحاجة إلى استرخاء كبير، ويطلق على ذلك "الاسترخاء المتدرج، أو المتزايد".

لهذا فالاسترخاء يعرف- بالمعنى العلمي- "توقف كامل لكل الانقباضات، والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر." (إبراهيم، 1994، ص. 154) وهو بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهري، أو النوم، لأنَّ الشخص قد ينام لساعات طويلة، لكنَّه لا يكف عن إظهار علامات الاضطراب العضوي، والحركي: كعدم الاستقرار الحركي، والذهن المشحونة، والصراعات.

2-3/ التعريف الإجرائي للاسترخاء: يمكن تلخيص مفهوم الاسترخاء إجرائياً، بأنه العمل على الراحة الواعية مع الإحساس بالجهد المبذول، واستسلام الجسد، والعقل استسلاماً تاماً للراحة.

3/ مبادئ الاسترخاء:

يشير إليها الزراد (2005) في:

- ❖ عدم لجوء المعالج لتدريبات الاسترخاء والمريض: تعب، نعسان، أو بعد الاستيقاظ من النوم.
- ❖ تشجيع المريض على ممارسة الاسترخاء في المنزل، والعمل، والسيارة... لتتكون لديه عادة القيام به.
- ❖ على المعالج إعطاء أهمية، وانتباه للعبارات، والتعليمات، وإعطاء تصور عام للمريض حول طبيعة اضطرابه النفسي، وفاعلية الاسترخاء في ذلك.
- ❖ استبعاد المعالج للتعبيرات السلبية، واستخدام تعبيرات مثل: أنت مسترخ، وتشعر بثقل...
- ❖ انتباه المعالج إلى علامات التوتر لدى المريض كالسعال، التلوي، التنفس الغير منتظم، التشنج العضلي...
- ❖ في بداية التعلّم يكون التدريب بطيء، وبإيقاع، مع عدم السرعة في استخدام الكلمات الإيحائية، وترخيم الصوت.
- ❖ ملاحظة الفرق بين التعلّم ببطء، والتعلّم بسرعة على الاسترخاء.
- ❖ تعميق الإحساس بعملية الاسترخاء من خلال تركيز الانتباه، والأفكار عليها، من ذلك يمكن تخيل لحظات حياتية، يشعر فيها المريض بالهدوء، والاستقرار.
- ❖ التوصية بالحفاظ على كون كل عضلات الجسم مسترخية، مع إغماض العينين.

❖ يسمح للمريض في الجلسات الأولى، بفتح عينيه أحيانا، عند الخوف، أو الشك، أو إذا كان المريض من الجنس الآخر، فقد يتصور الإغراء، أو التهديد الجنسي. أيضا بعض المرضى ينتابهم الخوف من فقدان الإحساس بأطرافهم، والحس بالانجراف إذ لا يملكون السيطرة على أنفسهم، كفقد السيطرة على المثانة.

هذه بعض المبادئ الضرورية التي تخص المعالج، ومنها ما يخص المتعالج كذلك:

❖ حصول المريض على التغذية الراجعة في نهاية كل جلسة علاجية، فيتكلم عن مشاعره، وردود أفعاله، وحسبها يمكن تبديل المعالج لطريقة العلاج، وعليه معرفة ما إذا كانت هناك عضلة لم تسترخ بعمق في جسم المريض، ولفت نظره إلى أن هدف الاسترخاء هو استخدامه لمواجهة التوترات، بالسيطرة على عضلات الجسم، والانفعالات.

❖ تنبيه المريض إلى ضرورة بقاءه واعيا أثناء الاسترخاء، خاصة عند ترخيم المعالج لصوته ليوحي بالهدوء، والاسترخاء، وإتاحة فرصة له لفهم التعليمات. بعض حالات النوم أثناء الاسترخاء قد تشكل وسيلة للهروب منه، أو أن الاسترخاء جلب النوم للمريض، هنا يلزم توضيح الفرق بين النوم، والاسترخاء، مع عدم التدريب على الاسترخاء في المنزل إذا كان المريض متعبا، أو يريد النوم.

❖ على المريض فهم أن ما يقوم بالتدرب عليه هو لنفسه، وكل تدريب على الاسترخاء من شأنه اغناء الذات بقدر أكبر من عمقه.

❖ يمكن للمعالج تغيير طريقته، والانتقال إلى الاسترخاء المتصاعد (تتاوب إرخاء العضل، وتقلصه)، أو تطبيق أساليب الاسترخاء بالتخيّل، أو توليد الأفكار الإيحائية، وذلك حسب الأسلوب الذي يراه المعالج.

إذا التزم المتعالج بهته المبادئ، فمن المؤكد بأنه سيتمكن من تطبيق تقنية الاسترخاء بشكل أفضل، مع التدريب عليها باستمرار، والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن، بحيث يجعلها أسلوبا للراحة النفسية، والجسدية في حياته.

4/ فسيولوجية الاسترخاء:

يشير السيد (2009) إلى كون التدريب على الاسترخاء يستند إلى فكرة وجود تفاعل متبادل بين الجسم، والنفس، وأن التوتر يجلب توترات عضلية، وإجهاد أجهزة الجسم، فألام الجسم تبرز تغييرات انفعالية صريحة، وتحقيق نوع من الاسترخاء يحسن الحالة النفسية.

ويرى جودت وسعيد (1999) أن الاسترخاء يستخدم إما كأسلوب علاجي مستقل، أو مصاحب للعلاج بطريقة الكف بالنقيض، عندما نحتاج لخلق استجابة تعارض القلق، والتوتر في المواقف المهددة.

ويميز الاسترخاء ظاهرة فسيولوجية معروفة، فالقلق، والانفعالات الحادة، عادة ما تعبر عن وجود توترات عضوية، وعضلية، ولهذا فالفرد يستجيب بزيادة في أنشطة العضلات في مثل هذه الحالات، فتتوتر العضلات الخارجية، وتنشأ حركات لإرادية كالرجفة، والابتسامة غير الملائمة، وتدوير منطقة العين. كما تتوتر الأحشاء، فتتسارع دقات القلب، ويتعطل نشاط بعض الغدد كالغدد اللعابية فيجف الريق، ويسوء الهضم بسبب تقلصات المعدة، التي يحدثها الخوف.

ويطلب من العميل أثناء الاسترخاء تخيل المواقف، أو المثيرات المسببة للقلق، أو الخوف، تدريجياً بدءاً بأقلها إثارة، إلى أكثرها إثارة. وقد بين "ولبي" أن تخيل المثيرات الباعثة على مثل هذه الانفعالات، لا يقل فاعلية عن مواجهتها مباشرة، ويبعث التخيل على تقليل الحساسية التدريجي، وفي مراحل العلاج الأخيرة، يواجه المتعالج المثيرات، والأحداث بالواقع، وهذا ما يطلق عليه المواجهة العلاجية المباشرة.

والواقع الفسيولوجي للفرد متكامل، يضم الوظائف الجسمية، والعقلية، والعاطفية، والسلوكية، لذا يصعب الإحاطة بالواقع الكلي لأي فرد بمجرد معرفة جزء من تكوينه، النفسي، أو الجسدي، وطبيعة هذا الواقع هو تغييره أحياناً، بتجدد حافز التغيير من محيط الفرد، وفي أي جزء من كيانه، وللتغيير الحادث أثر واضح.

ما يحدث في حالات الاسترخاء يقابل مع الحالة الفسيولوجية، ويكون الفرد أثناءها جالساً، أو مستلقياً، أو مغمض العينين، وغير معرض لآثار حسية: صوت، ضوء. وغير منجز لعمليات فكرية تتطلب التركيز، أو مزعجة. وفي مثل هذه الحالة من الراحة، يكون الفرد حالة

معتدلة من الفعل الفسيولوجي، تشمل حركة القلب أو التنفس، أو إفراز الهرمونات، أو الانقباض العضلي، أو موجات الدماغ.

ويرى كمال (1994) أن أكثر الأبحاث المعاصرة، تلك المتعلقة بالهرمونات العصبية، وما يصيبها من تغيير لقيام الفرد بجهد جسدي، وعقلي. أهمها: هرمونات الدوبامين (الكت كو لامين)، وتشمل هرموني (الأدرينالين والنورادريالين). ودرست هذه الهرمونات في حالات مقارنة، ومتضادة، كحالات (التوقع، الاسترخاء، الكسل، الجهد العضلي، قلة النشاط الجسدي، الجهد الحسي، حالات الاستثارة الحسية، التجريد الحسي، انعدام الثقة بالنفس، السيطرة على الموقف) وغيرها من الحالات المتضادة. وخلصت نتائجها إلى وجود فوارق في مقادير الهرمونات في الحالات المتضادة، فهرمون (الأدرينالين) يفوق أثناء التوقع ثلاثة أضعاف مستوى إفرازه أثناء الاسترخاء. أما هرمون (النورادريالين) فيرتفع قليلا أثناء التوقع، ولكن أقل بكثير مما يحدث في هرمون (الأدرينالين).

يعني أن عملية الاسترخاء تتم انطلاقا من تحريض العميل على التحكم العضلي في جسده، قصد توصيل فكرة قدرته على التحكم حتى في انفعالاته، وباقي الاضطرابات النفسية الأخرى، مما يساعده على مواجهة واقع المرض.

5/ فوائد الاسترخاء:

تبيّن بحوث علم النفس الفسيولوجي حسب إبراهيم (1994) أن أغلب الأشخاص يستجيبون للاضطرابات الانفعالية بزيادة في الأنشطة العضلية. بعض هذه التغيرات تتركز في الجبهة. في سنة (1958) تبيّن أن إثارة الانفعالات توتر عضلات الرقبة، والذراعين، والركبتين، والعضلات الباسطة. كما تتوتر عضلات الأحشاء كالمعدة، والقفص الصدري، ويتعرض الفرد لمنبهات انفعالية حادة تزداد الحركات اللاإرادية في اليدين والذراع.

وتحدد شدة الاضطرابات الانفعالية بزيادة شدة التوتر العضلي، خاصة لما يواجه الفرد مشكلات تخص توافقه. كما أن التوتر العضلي الشديد يضعف قدرة الفرد على التوافق، والإنتاج، والكفاءة العقلية. إذ تنهار مقاومة الأشخاص، وقدراتهم العقلية، والجسمية في حالات التوتر، والقلق، لعجزهم عن توظيف عضلاتهم توظيفا مفيدا.

ولما كان الاضطراب الانفعالي يثير التوتر العضلي، فإثارة هذا الأخير يستفز الشخص للانفعال السريع بما يلاءم هذه التوترات. فعلامات الغضب على وجه الفرد تجعله ذو استجابة سريعة للمواقف الاجتماعية للغضب. كذلك الحال بالنسبة لأي انفعال آخر سلبي، أو إيجابي، بمعنى أن إرخاء التوترات العضلية، وإيقاف انقباضاتها يقلل من الانفعالات المصاحبة لها. الاسترخاء يساعد على خفض نسبة التوتر وحدته. ووجد الباحثون أن تمارينه تساعد على خفض ضغط الدم، وخفض احتمال الإصابة بأمراض القلب، وتحسن النوم، وتقوم بخفض مستوى الصداع النصفي، كما يخفف من حدة الصداع التوترية، ويقلل من اضطرابات الأمعاء وبخاصة القولون العصبي، والتدريب عليه يقلل الشعور بآلام الجسم، كما وجدوا أنه يؤثر بشكل إيجابي بتقليل جميع الاضطرابات النفسية.

وتوجد ثلاثة عوامل هامة، تحدد مدى الاستفادة من تمارين الاسترخاء يترتب التركيز عليها، وهي كما ذكرها العالم "بيتل":

- 5-1/ **الدافعية:** تتولد لدى الفرد قوة داخلية للحصول على الاسترخاء، وتعلم وسائله، وفنياته، وإذا توفرت هذه الدافعية، فمؤكد بأن الفرد سيحصل على درجة عالية من الاسترخاء.
- 5-2/ **الفهم:** على الفرد فهم فلسفة هذه التمارين، والأسباب التي دفعته لأدائها، وفائدتها.
- 5-3/ **الالتزام:** التزام الفرد في الاستمرار بممارسة تمارين الاسترخاء بشكل منظم، مع تحديد فترة زمنية يومية للقيام بها. **الخير (2010)**

كما يستخدم العلاج بالاسترخاء والتطمين، مع كثير من الأعراض البدنية المرافقة للقلق، كالصراع المصاحب للتوتر العضلي، وأمراض القلب مع استعمال الأدوية، وتجنب الانفعالات، وهذا ينطبق على الأمراض السيكوسوماتية، ومنشؤها الأصلي القلق والانفعال. **الشرييني (د. ت)** وعموما يمكن إبراز أهم فوائد الاسترخاء حسب إبراهيم (1994) في النقاط التالية:

- من الممكن أن تؤدي أساليب الاسترخاء إلى نتائج في علاج الاضطرابات الفصامية.
- ينخفض القلق باستخدام الاسترخاء العضلي، والعقاقير المهدئة لتوترات العضلات.
- يعد الاسترخاء من أساليب الضبط الذاتي في حالات القلق الفعلي.
- غالبا ما يستخدم الاسترخاء لتغيير الاعتقادات الخاطئة، التي قد تشكل الأسباب الرئيسية في إثارة الاضطرابات الانفعالية، بذلك يمكن للفرد إدراك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية.

• يسمح التدريب على الاسترخاء باسترجاع الثقة بالنفس، لكونه يزيد من القدرة على ضبط الذات، والتحكم في التغيرات الجسمية، فيغيّر بذلك مفاهيم المرضى عن ذواتهم. إنّه أهم الفوائد التي يمكن الحصول عليها من التدريب، والتطبيق المباشر لتقنية وتمارين الاسترخاء على اختلافها، غير أنّ الفائدة الرئيسية من وراء هته العملية المهمة في حياة الفرد النفسية، هي محاربة الوقوع في الاضطرابات النفسية، بالبحث عن كيفية المحافظة على حالة الاستقرار النفسي، والتوافق والتي يتم بواسطتهما التمتع بالصحة النفسية.

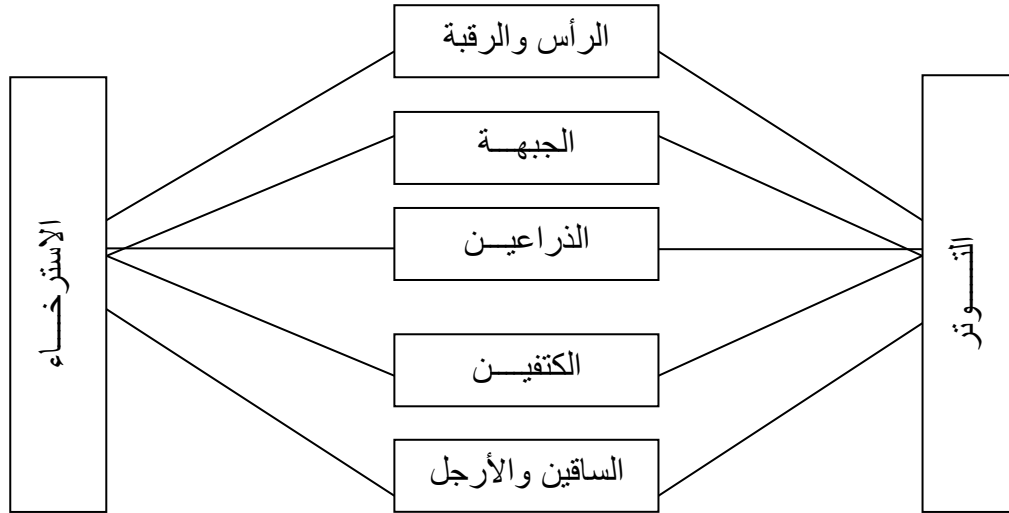
6/ مجالات استخدام العلاج بالاسترخاء:

تعتبر نحوي (2010) أنّ معظم العلاجات السلوكية تعتمد على التدريب على الاسترخاء، فهو يستخدم مع المرضى، والأسوياء معا. لاعتباره مرتبط بالتوتر، فمجالات استخدامه في الحياة متعددة.

ثمة عوامل مختلفة تجلب التوتر، وتعطل، أو تؤجل الاسترخاء الطبيعي، وهو في ذاته طاقة سالبة مكبوتة، لا بد من إظهارها، فبدل الاستخدام الخاطئ للطاقة الحيوية، المتضمنة أسباب، ومظاهر التوتر، بممارسة الاسترخاء تظهر الطاقة الإيجابية، وتخفّضه. وينشأ التوتر الجسمي عن التوتر الذهني، لاستجابة الجسم لأوامر الدماغ، فإذا كانت سالبة، فالاستجابة الجسمية تكون توتر يتطلب استرخاء ذهني.

والتوتر كالصدأ، يتطلب إزالته بسرعة، وباستمرار، لأنّ المشكلة الحقيقية التي يعاني منها أغلبية المرضى نفسياً، أو جسدياً، هي عدم الصيانة النفسية، والتي تتأجل إلى وقت حدوث الاضطراب، كالعادات السيئة في: العمل، الجلوس، النوم، عدم التنظيم، الأفكار الحصرية، والتحميل الزائد على الأعصاب، والعضلات، الأرق... الخ. فالاسترخاء إذا ضرورة معاصرة.

وتشير نحوي هنا إلى أنّه يمكن التركيز على المناطق التالية، سواء أثناء التدريب على الاسترخاء، أو في التأكد من مدى نجاحه، باعتبار هذه المناطق بؤر للتوتر، وذلك حسب المخطط التالي:



شكل رقم (01): يوضح المناطق المستهدفة من التوتر، والتي يجب التركيز عليها أثناء الاسترخاء. (نحوي، 2010، ص. 73)

أسلوب الاسترخاء ضرورة علاجية سلوكية، يتم الاعتماد عليها رغبة في مواجهة التوترات، والضغط اليومية، والحياتية التي من الممكن التعرض لها. وهي تقنية تستهدف كامل مناطق الجسم، كما يستخدمها كافة الأشخاص من المضطربين، وحتى الأسوياء.

7/ أنماط وأنواع الاسترخاء:

ترى نحوي (2010) عبر عن الاستجابات الاسترخائية، ومحاربة التوتر منذ القديم من خلال الطقوس الفردية، أو الجماعية التي مارسها الإنسان. وأغلب هذه الاستجابات تتطلب التركيز النفسي الداخلي، والذي يعزل الفرد عن المؤثرات الخارجية. وهدف ذلك الدمج المتوازن بين الروح، والجسد. وفي جميع هذه الحالات من التوازن، يترجم سر الاسترخاء فيما يحققه من انفراج نفسي. ولعل أنواع الاسترخاء، تضمن للفرد حالة تغير تمس وعيه، ويصبح بعدها قادراً على انجاز أعماله بحيوية، وطاقة متجددة. وأهم هذه الأنواع:

- الاسترخاء التخيلي: يقوم على تخيل مشهد يبعث على الهدوء، والسكينة.
- الاسترخاء التأملي.
- الاسترخاء بتمارين التنفس.
- الاسترخاء بالتدليك.
- الاسترخاء بسماع القرآن: "ألا بذكر الله تطمئن القلوب". صدق الله العظيم.

- **استرخاء الجسم بتمارين "جاكوبسون"**: أسلوبه يبنى على مدى أهمية هرموني الأدرينالين، والنور أدرينالين. إذ درست هذه الهرمونات في حالة مقارنة، ومتضادة، كحالات الكسل، والجهد العضلي، وقلة النشاط الجسمي، والإثارة الحسية. وبينت هذه الدراسات وجود فروق في مقادير الهرمونات، مثلا: إفراز الأدرينالين، يبلغ ثلاث أضعاف في حالة التوتر، مقارنة بحالات الاسترخاء. ويمكن ملاحظة الفرق بين الاسترخاء، والتوتر، من خلال جهاز رصد حركة النبض السمعي، وجهاز رصد حركة تخطيط الدماغ EEG.
- **الاسترخاء التأملي**: معظم حالات التأمل يصاحبها حالة من الاسترخاء. والتي يمكن وصفها بأنها شبيهة بحالة الراحة الفسيولوجية للجسم. إذ تعم الجسم راحة عميقة، مع هبوط في فعالية الجهاز العاطفي، وانخفاض مستوى الانفعالات الحسية، والعاطفية، والتوتر العضلي، وتغيرات فسيولوجية عامة في الجسم، بما فيها الدورة الدموية، والتنفس، والجهاز الهرموني، والحركة الدماغية.
- **الاسترخاء بالتأمل التجاوبي**: يستند إلى اليوغا، وهو أن يجلس الفرد مستلقيا على ظهره، وعيناه مغمضتان، وأثناء ذلك يركّز على ترديد صامت لكلمة.
- **تمارين المفعول الارتجاعي البيولوجي Bio feedback**: مبنية على أساس تجريبي:
 - يجلس الفرد في غرفة مظلمة، ويتم تسجيل حركاته الدماغية، وعندما يدق الجرس، يطلب منه أن يبين ما إذا كانت حركته الدماغية " α غاما" (الحركة الدماغية المسيطرة أثناء راحته الفسيولوجية)، ويخبر إذا كان تقديره صحيحا، أو خاطئا، وتدرجيا يصبح قادرا على الربط بين شعوره الداخلي، والحركة الكهربائية لدماغه. وأخيرا يصير قادرا على زيادة، أو تقليل انبعاث حركة (α) الدماغية، والاسترخاء لوحده.
 - يحدث القلق توترا عضليا، وتتم عملية الاسترخاء في عدة جلسات، يؤدي الفرد في كل جلسة تمارين الاسترخاء لجملة من العضلات، بتسلسل منتظم. إذ تبدأ التمارين بإرخاء عضلات الذراعين. وفي الجلسة الثانية إرخاء عضلات الرأس، والوجه، والجبين، ثم الرقبة، والفم، والأنف على التوالي، ومنه إلى الأطراف السفلى. ويكرّر العميل هذه التمارين في البيت، وينخفض مستوى القلق لديه بالممارسة، وهي تزيد من تقبله، وتعلمه لأساليب علاجية جديدة.

• الاسترخاء العضلي عن طريق التطبع الصوتي: يستخدم هذا الأسلوب جهازا صوتيا (مترونوم Mternom)، وهو ينبض ستون نبضة صوتية في الدقيقة. وتمارين الاسترخاء تجرى بالتوافق مع نبض الجهاز، و يؤدي هذا التوافق إلى إقامة حالة التطبع الشرطي، يمكن القيام بهذا الأسلوب التقني للاسترخاء في البيت، أو العمل. كما يمكن تسجيل نبض الجهاز على جهاز كاسيت أو قرص مرن لنفس الغرض.

"جهاز المترنوم - نبضات صوتية + تمارين الاسترخاء"



حدوث تطبع إشرطي = نبضات صوتية فقط - حدوث استرخاء. " (نحوي، 2010، ص. ص. 74-76)

ما نلاحظه هنا أن أساليب الاسترخاء متنوعة، ومختلفة، لكن أغلبها يعمل على تعليم الفرد كيفية التحكم في التوتر، من خلال التحكم في التوتر العضلي، الذي من الممكن أن يمس عضلات جسمه، فيمنعه من التمتع بالراحة، والصحة النفسية، ومواجهة الأزمات، كما يرهقه، ويشل تفكيره السليم، مما يكون لديه أفكارا لا منطقية قد توصله إلى الاضطراب.

8/ وسائل وتقنيات تحقيق الاسترخاء:

يعتبر العيسوي (2005) التدريب على الاسترخاء العميق أمر هام في العلاج، وهو سهل عند البعض، وصعب عند البعض الآخر. وغالبا ما يبدأ هذا التدريب بعد إجراء أول مقابلة بقليل، ويستمر عند جمع حقائق المشاكل، وتقسّم الجلسة فيخصص جزء للاسترخاء، وجزء لجمع المعلومات، حسب رغبة المعالج، وحالة المريض، فهناك اختلاف بين المرضى في سرعة الوصول إلى الاسترخاء العميق، وقدرتهم على التصريح بمشاكلهم. لكن أغلبهم يسهل عليهم الاسترخاء نسبيا، بعد ست جلسات تقريبا، بانجاز تمرينات يومية، والتي يسبقها شرح لدوره العلاجي في أصعب لحظات حياة المريض، ويتحقق الإحساس بالاسترخاء التام بعد فترة. وأساس شرح أثر الاسترخاء في محاربة القلق، شعور المريض بالنتيجة التي تعقبه، وهدف التدريب تمكينه من التمييز بين حالة التوتر العضلي، وحالة الاسترخاء، في النهاية يتحكم إراديا في الجهاز المسؤول عن التوتر، والاسترخاء. كما أن بيئته المحيطة ينبغي أن تساعد على

الاسترخاء، فيجب تحضير حجرة هادئة، خالية من عوامل مشتتة، أو معرقلّة، يحتمل أن تشغل المريض، أو تسبّب الاضطراب، وتجهز بمقعد مريح، يساعد على الاسترخاء.

8-1/ وسائل الاسترخاء: ترى حلاوة (2014) من وسائله المعروفة، والمستخدمّة في تحقيقه:

8-1-1/ "التأمل": من بين أكثر وسائل الاسترخاء أهمية، فهو لا يساعد على إراحة العضلات من الناحية البدنية فحسب، بل له فوائد كبيرة على الناحية النفسية، والتقليل من التوتر والإجهاد. أما فيما يتعلق بخطواته فهي:

- الجلوس في مكان هادئ مع غلق العينين.
- إرخاء عضلات الجسم.
- التنفس طبيعياً من الأنف.
- شحن الطاقة الداخلية في كل مرة تخرج فيها زفير.
- التخلص من الأفكار السلبية، والتركيز، والتأمل بتخيل صورة جميلة.
- البقاء على هذا الوضع الساكن لمدة (10-20) دقيقة تقريبا.
- عند الانتهاء، ابق مسترخياً مغلق العينين لبضع دقائق، ثم أفتحهما، ثم النهوض تدريجياً.
- ممارسة التأمل مرة في الصباح، ومرة قبل النوم.

8-1-2/ التنفس العميق: بما أنّ التأمل يزيد سرعة التنفس، لذلك فالتنفس بعمق من الوسائل الجيدة لمواجهة الآثار السلبية للضغط، وتخفيف حدته، ويتم ذلك بإجراء تمرين بسيط: بأخذ شهيق بطيء عن طريق الأنف مع مد عضلات البطن، وإخراج الزفير عن طريق الفم مع شد عضلات البطن لإخراج كل الهواء من الرئتين. ويستمر الفرد بإجراء هذا التمرين حتى يشعر بأن معدل تنفسه رجع إلى المعدل الطبيعي، كما يشعر بهدوء نفس كبير.

وبضيف العيسوي (2005) أنّه يمكن التحكم في عضلات الصدر بالتنفس العميق، وهدف ذلك، مساعدة المريض على تحديد موضع التوتر، والإحساس، والتمييز بين إحساس التوتر، وإحساس الاسترخاء في منطقة الصدر، فالشهيق الكامل يشعُرنا بالتوتر، والزفير يشعُرنا بالاسترخاء، والتنفس العميق بصورة عامة يزيل حالة التوتر.

كما وتعتقد حلاوة (2014) أنّ:

8-1-3/ إرخاء العضلات: هو أحد الطرق الفعالة لعلاج الضغوط، وأعراضها كالصداع النصفي، والعصبي، ارتفاع ضغط الدم، القلق، والأرق. وهدفه هو إرخاء العضلات، بالتالي تخليصها من الإجهاد الذي تتعرض له بسبب الاضطرابات النفسية.

8-1-4/ الإطالة: الإصابة بالضغوط النفسية قد تؤثر على العضلات، وتشعر بالألم في بعض أعضاء الجسم خاصة الكتفين، والرقبة. وللتخلص من هذه الآلام على الفرد ممارسة أنشطة الإطالة. برفع الكتفين لأعلى بجانب الرأس لثوان، ثم خفضهما للأسفل حتى يتم استرخاءهما، ويتم تكرار هذا التمرين من مرتين إلى ثلاث.

8-1-5/ الأنشطة الرياضية: أفضلها ممارسة الأنشطة المعتمدة على الطاقة الهوائية، إذ تساعد على التعامل مع الضغوط بسلاسة، كما تحدث تغييرات نفسية بالجسم، وتحرر العقل من الأفكار السلبية المسيطرة، غير أنه يجب المداومة عليها، وممارستها بانتظام ثلاث مرات أسبوعياً على الأقل، ولمدة (20) دقيقة.

8-1-6/ الرياضيات الروحية: كاليوجا، الكونغ فو، والكراتيه... وإن تبدو عنيفة، إلا أنها بالدرجة الأولى رياضات روحانية، لأنَّ بها تركيز، وتأمل. وحركاتها تنبعث عن النفس إذا كان الفرد يعاني من الضغط، كما تبعد الإصابة بالأمراض المزمنة.

8-2/ تقنيات الاسترخاء:

يمثل الاسترخاء الذاتي، والعضلي المتصاعد أسلوبين مناسبين لفك التوترات العصبية، والنفسية، والتخفيف من الانتكاسات المميزة للإرهاق، ويعد تعلم الاسترخاء دائماً، أول خطوة هامة للحماية من اضطرابات الإرهاق.

قام "هيربيرت بينسون" بوصف ردة فعل الاسترخاء، والمثار شعورياً ضد النشاط المرتفع، الظاهر للجهاز العصبي الإعاشي عند الإرهاق، فتبطل هذه الطريقة نبضات القلب، وإيقاع التنفس، والاستقلابات الجسدية، وخفض ضغط الدم. وتعتبر طريقة بسيطة، وغير معقدة لإثارة ردة الفعل، ويسهل تعلمها، غير أنه لا ينصح بها لكل الأشخاص دون رقابة متخصص:

- اجلس مسترخياً في محيط هادئ، بوضعية مريحة، وعيون مغلقة.
- أرخ كل عضلاتك شعورياً، بدءاً من أقدامك إلى جبينك.
- تتنفس طبيعياً، دون إجهاد الأنف، وكرر عند الزفير كلمة، أو مجموعة كلمات، أو دعاء.

- ركز على إيقاع تنفسك، والتكرار المنتظم. وعند ظهور أي صور مشتتة للتركيز، اتخذ وضعية سليمة، مررها، وعد للتكرار. استمر بين (10-20) دقيقة.
- ويرى رضوان (2002) أن الاسترخاء العضلي التصاعدي -المطور من قبل "إدموند ياكوبسون"- يشكل واحدة من تقنيات الاسترخاء التي يتم تعليمها في برامج إدارة الإرهاق. إذ لاحظ "ياكوبسون" أن القلق، وحالات مشابهة تترافق غالبا مع ردة فعل مضادة لعضلات الهيكل العظمي، وهذا التوتر العضلي لم يدركه المريض من قبل. هنا يتم توتير مجموعة مختلفة من العضلات، بعدها يتم إرخاؤها لإخضاع هذه العمليات إلى سيطرة الشعور. وهذا التمرين يمكن الفرد من الكشف مبكرا عن الإرهاق، والتأثير عليه بالاسترخاء.
- تتفاوت من حيث الطول، تدريبات الاسترخاء العضلي، فبعضها قد يستغرق في بدايته نصف ساعة، والبعض الآخر عشر، أو خمس دقائق تبعا لخبرة الفرد، ونجاحه في ممارستها.
- وسواء تم ممارسة الاسترخاء بحضور المعالج، وتوجيهه، أو بتوجيه ذاتي، تعتبر الخطوات التي حددها إبراهيم (1994) ذات فائدة كبيرة:
- في بداية التدريب استلق في وضع مريح...وتأكد من هدوء المكان، وخلوه من المشتتات.
- مكان الاستلقاء يجب أن يكون مريحا، خال من الأجزاء المنفرة، أو الضاغطة على بعض أجزاء الجسم.
- يمكن اتخاذ وضعية الجلوس في وضع مريح أثناء التدريب، وربما الوقوف في حالات.
- بداية درّب عضوا واحدا من جسمك على الاسترخاء، يفضل أن يكون الذراع، في خطوات:
 - "أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة.
 - لاحظ أن عضلات اليد، ومقدمة الذراع اليسرى تنقبض، وتتوتر، وتشد.
 - افتح راحة يدك اليسرى بعد ثواني معدودة وأرخها، وضعها في مكان مريح على مسند الأريكة، لاحظ أن العضلات أخذت تسترخي، وتثقل.
 - كرر هذا التمرين عدة مرات حتى تدرك الفرق بين التوتر، والشد العضلي في الحالة الأولى، والاسترخاء الذي ينجم بعد ذلك عندما تفرد يدك اليسرى، وإلى أن تتأكد من أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلي، وأنه بإمكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى." (إبراهيم، 1994، ص. ص. 168-170)

- كَرَّر التمرين (الشد، والإرخاء) مع باقي العضلات.
 - بعد اكتساب قدرة التحكم في التوتر العضلي، والاسترخاء في جميع أعضاء الجسم، ستمكن لاحقا من استغراق وقت أقل في ذلك.
 - اكتسابك للقدرة على الاسترخاء تمكنك لاحقا من التحكم في الاسترخاء العضلي في مناطق خاصة من الجسم فقط.
 - من المهم الاستعانة بالإيحاء، والتركيز الفكري للوصول إلى أعماق إحساس بالاسترخاء العضلي في وقت قصير.
 - لا يجب اليأس عند العجز في الوصول إلى الاسترخاء العميق، فالتكرار يمكنك من ضبط الجسم، بإبقائه مسترخيا مع الوقت. إبراهيم (1994)
- أما العلاج بسلب الحساسية، فيمكن اختيار أي استجابة مضادة للحصر، واستخدامها، ذلك يتوقف على سهولة التطبيق، والظروف. إن الاسترخاء في المواقف الحقيقية للحياة أمر صعب، مقارنة بالمواقف الخيالية فهو إجراء مثالي. لذا يستعان بالاسترخاء كأساس في العلاج السلوكي. ويعتبر "جاكوبش" (1938) أول من أقر بأهمية الاسترخاء كإجراء مضاد للحصر، واعتبر الخبرة الانفعالية للفرد نتيجة لتقلص، أو انقباض العضلات المرافقة لحالته الانفعالية، واقترح أن يكون الاسترخاء مضاد للانفعال. أي توجد علاقة قوية بين شدة التوتر العضلي، وإدراك الفرد للحالة الانفعالية. فبانخفاض التوتر العضلي لن يشعر الفرد بالإثارة الانفعالية. والإثارة الذاتية المرافقة لحالة الاسترخاء القوية، عكس الإثارة التي يخبرها الفرد أثناء القلق. كما كشفت بحوث "وولب وكلارك" (1963) أن مقاومة الجلد، والتنفيس تظهر فيها اتجاهات مخالفة لتلك الموجودة في الحصر، وهما يستخدمان كمؤشرين له، حيث تتغير مقاومة الجلد، وحالة التنفيس، لما ينتاب الفرد استرخاء عضلي. العيسوي (2005)
- وسيتيم في الدراسة الحالية، تبني أحد التمارين المقترحة لإحداث الاسترخاء العضلي عند الشخص المتعاش مع فيروس نقص المناعة المكتسبة، وذلك من أجل تدريب هته الفئة على مثل هذه التمارين، المدرجة ضمن البرنامج، وصولا إلى تحقيق هدفه، والتعامل مع المتغيرات المدروسة، والتي تتمثل في التوافق، التفاؤل، والالتزان الانفعالي.

9/ أساليب التدريب على الاسترخاء:

يشير الزراد (2005) إلى:

9-1/ أسلوب "جاكسون Djakibson": هو "الاسترخاء التصاعدي

Progressive Relaxation أسلوب مطول يحتاج لجهد، ووقت. يتم بتدريب عضلات الجسم، بدءاً بالأذرع، فالرأس، ثم تليه مناطق الجسم حتى القدمين، وعموماً لا يوجد نظام ثابت في مناطق البدء بالاسترخاء، لكن "جاكسون Djakibson" يفضل البدء بالأذرع، فيطلب من المريض الاسترخاء على كرسيه، ثم يغلق قبضة يده اليمنى، ويشد عليها حتى يشعر بفاعلية شديدة، وبعد خمس ثوانٍ يسترخي، ويفتح قبضته، ويرخيها مع الساعد، والأصابع، والمعصم، هنا يلحظ المريض الفرق بين حالة التقلص، والشد، وبين حالة الاسترخاء، والراحة، ويكرر التمرين لمرات، وبالطريقة ذاتها ينتقل المعالج إلى اليد اليسرى، وباقي العضلات مع الشد، والإرخاء، والاهتمام بعضلات الشفاه، واللسان، والفكين، والأنف، وفروة الرأس، والجبهة، وحول العينين. فالعينان يثبتهما المريض إلى الأعلى، ثم إلى الأسفل، إلى اليسار، ثم إلى اليمين بشدة، ثم يرخيها. كذا الاهتمام بعضلة الجبين، والرقبة، والكتفين، عضلات الصدر، اعتماداً على عملية التنفس، وعضلات المعدة، يلي ذلك ثني عضلة الركبة، وعضلات الردفين ثم أصابع القدم، وبطة الساق. هذا التمرين الاسترخائي مضاد للقلق الخفيف.

أما الزيود (1998) فيشير إلى:

9-2/ أسلوب "جوزف ولبي Walbi" لتقليل الحساسية التدريجي: استخدم لتقليل الحساسية، وكف جميع أشكال القلق خاصة في المواقف الأكثر إثارة، وانفعالية كالمخاوف المرضية. وتمت الاستفادة من هذا المبدأ في تقليل حساسية المريض تدريجياً، فهذا الأسلوب يضعف القلق العصابي تدريجياً، ويشمل على:

9-2-1/ الاسترخاء العضلي العميق: يستغرق من (6-7) جلسات، مع التدريب اليومي، ويكون باسترخاء كل أجزاء الجسم، ويستخدم للفوائد التالية:

- تقليل التوتر الذي يقل مع القلق.
- زيادة التوترات العضلية تضعف القدرة على التوافق، والنشاط، والبناء والإنتاجية.
- الاسترخاء العضلي يظهر تأثيراً عكسياً على ضربات القلب، والتنفس المصاحب للقلق.

عند "ولبي" تعليمات الاسترخاء تبدأ بالذراعين، ثم الرأس، فالوجه، والرقبة، والكتفين، ثم الظهر، والصدر، وأخيرا الأطراف.

وقد قسم عضلات الجسم الإرادية إلى ست مجموعات:

❖ "مجموعة عضلات الوجه.

❖ مجموعة العضلات الموجودة في الظهر، وحول العمود الفقري طوليا.

❖ مجموعة عضلات الكتف.

❖ مجموعة عضلات الذراعين.

❖ مجموعة عضلات البطن، والقفص الصدري.

❖ مجموعة عضلات الساقين، والأصابع." (الزاد، 2005، ص. ص. 128-130)

ثم قسم كل مجموعة إلى مجموعات فرعية، فيفرق مثلا بين عضلة الساق، وعضلة الفخذ

وهذا لإنجاح العلاج.

9-2-2/ هرم القلق: هو إعداد قائمة المثيرات، والمخاوف المنتجة للقلق، ثم ترتيبها تنازليا، من أعلاها شدة، إلى أقلها في استثارة القلق عند الفرد.

• **مواجهة القلق بمواجهة الموقف:** التخلص من القلق يكون بعدم تجنب المواقف، والأفكار المثيرة له كي نعتاد عليها. فمن انجح تيارات العلاج النفسي، تلك التي تخطط للتعرض، ومواجهة القلق. فمصادر القلق لدينا، ومخاوفنا تختفي ما إن نواجهها، ولضمان فعالية هذه الطريقة هناك بعض التوجيهات:

- من الضروري التعرض لمواقف القلق. سواء بتخيّل هذه المواقف، أو عيشها فعليا. لكن

المناسب هو تعرضنا بطريقة التخيل، ثم يتم الانتقال للمواقف الفعلية المثيرة للقلق.

- كلما كان التعرض للمواقف الانفعالية مبكرا، ولفترات طويلة، كلما كان تأثيره أنجح، فالأفضل مواجهة الخطر منذ البداية، والاستمرار في مواجهته حتى تلاشيه.

- القلق الحاصل خلال العلاج في المواقف التدريجية، أو مواقف التفجير الانفعالي لا يؤدي عادة إلى نتائج، أو مضاعفات. إبراهيم (1994)

يكلف العميل بوضع هرم القلق كواجب بيتي، ويطلب منه المعالج كتابة المواقف التي تثير

قلقه على بطاقات. ويعتمد ذلك على الخطوات التالية:

- "إعداد مجموعة بطاقات تسجل عليها بعض المواقف المثيرة لقلق المريض، وعرضها عليه.
- جعل العميل يعطي درجة تتراوح بين (0-100) درجة لكل بطاقة، بحيث تشير (100) إلى موقف يثير أقصى درجات القلق، و(0) تعني أن الموقف لا يثير مشاعر الخوف، أو القلق.
- جعل العميل يرتب البطاقات بشكل تصاعدي، من أقلها إثارة إلى أكثرها، وأشد عنده.
- محاولة التأكد أن الفروق بين الفقرات بسيطة، لا تزيد عن (5) درجات.
- إعطاء أرقام متسلسلة للبطاقات." (جودت، سعيد، 1999، ص. 95)

لذا تم الاعتماد في هذه الدراسة على بناء هرم قلق خاص بالمريض، يتضمن أهم المواقف المقلقة، والتي لها علاقة وثيقة بالحياة النفسية الخاصة به مع وجود المرض.

3-9/ أسلوب "مارتن وبيرج Martin, G, Pearj": اقترح أسلوب الاسترخاء العضلي، بخطواته التالية:

- 1- "تعليمات للمريض مثل: استمع جيدا لما سأقدمه لك من تعليمات. إنها ستزيد من قدرتك على الاسترخاء. والآن أغمض عينيك، وتنفس بعمق ثلاث مرات لمدة عشر ثواني.
- 2- أغلق يدك اليسرى بقوة ثم افتحها، وأسترخ لمدة خمس ثوان.
- 3- أغلق راحة يدك اليمنى بكل قوة ممكنة ثم افتح يدك اليمنى، لاحظ الفرق بين حالة التوتر، وحالة الاسترخاء.
- 4- أغلق راحة يدك بإحكام، وأثن ذراعك بقوة، حتى تتوتر العضلة ذات الرأسين في أعلى ذراعك، دع ذراعك كما هي خمس ثواني، وبعدها استرخ كاملا، لاحظ الدفء الذي ينتشر في ذراعك، ويدك، وأصابعك.
- 5- أغلق راحة يدك بإحكام كل من اليمنى، واليسرى بكل قوة ممكنة، وأثن ذراعك بقوة، دع ذراعك على وضعها هذا ثم أسترخي.
- 6- الآن تنتقل إلى الجبين، والأعين، أغمض عينيك بقوة، لاحظ في مقدمة رأسك، وعينيك، الآن استرخ، ولاحظ ما تشعر به من استرخاء.
- 7- تنتقل إلى الفكين، أطبقهما بقوة، أرفع ذقنك بقوة إلى الأعلى كي تتوتر عضلات رقبتك، دع نفسك كما أنت، الآن أضغط إلى الأسفل بقوة أغلق شفطيك بقوة. الآن استرخ.

8- أغمض عينيك بقوة، وأطبق فكيك، وأرفع ذقنك إلى أعلى بقوة، ثم استرخ كاملاً وأستمتع بالاسترخاء.

9- ادفع بكتفك بقوة إلى الأمام، إلى أن تشعر بتوتر شديد في عضلات الجزء الأعلى من الظهر، أضغط بقوة، أبق كما أنت. الآن استرخ.

10- مرة أخرى أرفع كتفك إلى الأمام بقوة، وشد عضلات بطنك، أشعر بالتوتر في الجزء العلوي من جسمك. استرخ الآن.

11- تنفس بعمق، واستمتع بزوال التوتر، فكر بالاسترخاء العام.

12- لننتقل إلى قدميك، اضغط على كعبيك معاً إلى الأسفل بقوة، وأرفع رجلك إلى أقصى درجة ممكنة، أبق كما أنت ثم استرخي، وذلك بعد خمس ثوان. والآن تنفس كالمعتاد،

واستمتع بالاسترخاء العام في جسمك." (الزراد، 2005، ص. ص. 130-135)

ويضيف الزراد (2005):

9-4/ أسلوب "الريكي Reiki": طريقة يابانية تعني روح الطاقة، تعتمد على أن كل إنسان يخزن طاقة، وحوله طاقة كونية لا يدركها. وداخل هذه الطريقة طرق فرعية للتأمل، منها: طريقة تأمل النقاط الست، والتي هي موارد للطاقة. وهي كالتالي: التاج (أعلى الرأس)، الجبهة، منطقة الغدة الدرقية، منطقة غدة القلب، أوسط الذراع الأيسر، والأيمن.

9-5/ أسلوب "فوللر Fuller": يعرف بالاسترخاء النفسي المتراقي. وهو مزيج من الأساليب السابقة الذكر من الاسترخاء. ويتم بخطوات:

- **الخطوة الأولى:** يكتفي بالاسترخاء العام مع التخيل، لكن إذا وجد بأنه غير كاف مع مرور الوقت، مع عدم قدرة المتعالج على التمييز بين الاسترخاء، والتوتر، فهو بحاجة إلى استرخاء أعمق، حينها ينتقل المعالج إلى تدريبه على أسلوب استرخاء التناوب بين الاسترخاء، والتوتر، أو الاسترخاء المطول مع التخيل.
- **الخطوة الثانية:** اختيار كلمة منبهة، أو مثيرة للاسترخاء ك: استرخ، أو اهدأ، أو أسكن...)
- **الخطوة الثالثة:** إقران الكلمة المنبهة المختارة مع كل لحظة استرخاء مثلاً: عندما تنجز استرخاء قصيراً تصبح هذه الكلمة مقترنة دوماً مع الاسترخاء العميق.

• **الخطوة الرابعة:** عند الحاجة إلى الاسترخاء الذهني، يتم الزفير ببطء، وتخيل الكلمة المنبهاة في الوقت الذي يشعر فيه الفرد بأن الاسترخاء يعم جهازه العضلي، فالاسترخاء العقلي يسهل إزالة التوتر البدني، عندما يصعب انجاز كامل مراحل الاسترخاء النظامي، ولما يكون التدريب كافيا، تصبح الكلمة المنبهاة بمثابة إشارة كلامية منبهاة لاستثارة الاستجابة الاسترخائية الإشرافية.

إنها بعض الأساليب الشائعة في التدريب على الاسترخاء. فهي مجموعة من التمارين يتم تعلّمها، وكل واحد منها يتطلب تدريبا نوعيا خاصا به، من حيث الحركات، والمناطق المقصودة بالإرخاء، وكذا الخطوات المتبعة لإنجاح هذا التمرين، والتمكّن من إعادة تطبيقه دون مساعدة الأخصائي النفسي، أو المعالج النفسي. هي أساليب موجهة بتمارينها مباشرة إلى عضلات الجسم المختلفة، فمنها ما هو متعلق بالوجه، ومنها ما هو خاص بعضلات الذراعين، والساقين وهكذا. وهدفها الأساسي هو إحداث الإرخاء، وإزالة توتر العضلات في مختلف مناطق الجسد. واعتمدنا في بناء هذا البرنامج على أسلوب الاسترخاء، وذلك باستخدام تقنية من تقنياته، وهي تقليل الحساسية التدريجي. وبما أننا انتقينا في هته الدراسة أسلوب العلاج الجماعي، فإننا بالمقابل سنختار أسلوب تقليل الحساسية الجماعي، حيث استخدم "ولبي" هذا الأسلوب مع المجموعات التي تعاني من نفس المخاوف التي يتوقع بعد تدريبهم على الاسترخاء أن تقل حساسية القلق لديهم. ومميزات هذا الأسلوب في نظر الزويد (1998) هي:

- اختصار الوقت.

- إتاحة الفرصة للخجولين بعرض أنفسهم أمام الغير للتخفيف من القلق في ظل مجموعة.

10/ الاسترخاء والاستجابة الانفعالية:

يرى إبراهيم (1994) أنّ معظم البحوث النفسية تميل للتحدث عن اضطرابات عقلية عامة في الجسم، مصاحبة للاستثارة الانفعالية، لكن توجد دراسات تحاول تتبع الاستثارة الانفعالية على أنواع محددة من التوتر العضلي. يمكن أن نسمي هذا النوع من البحوث عن التوتر (نوعية التوترات). فهناك من الأفراد ممن تترجم استجاباتهم للقلق، والانفعال بشكل توترات عضلية خاصة، ونوعية، لا تعم الجسم كله. وهناك جماعات تدعم الاستجابة بتوتر

عضو معين، ولا تدعم الاستجابة بأعضاء أخرى، ويرجع ذلك أيضا لعوامل شخصية، وأنماط خاصة من التكيف الفردي.

تحديد نوعية التوترات قد يضيف نتائج عميقة لفعالية العلاج النفسي، ويسهم في إعداد خطة الاسترخاء بطريقة خاصة، ومن الممكن أن تكون مختصرة.

إن التمكن من تحديد نوع التوتر الحاصل في جسم الفرد، وهل هو نتيجة قلق، أو انفعال يمكننا من الإطلاع على طبيعة الاستجابة الانفعالية، التي تدعم بدورها الطريقة التي سنسلك بها في خطة العلاج، ونحدد من خلال ذلك طريقة الاسترخاء الأنسب لوضعية الفرد.

11/ برنامج الاسترخاء العام:

يكون على النحو التالي:

- "الذراع الأيمن: يمارس إرخاؤه نحو ساعة، أو أكثر يوميا لمدة ستة أيام.
- الذراع الأيسر: استمر في إرخاء الذراع الأيسر نحو ساعة، أو أكثر لمدة ستة أيام.
- الساق اليمنى: استمر في إرخاء كلا الذراعين، وفي نفس الوقت مارس إرخاء الساق اليمنى نحو ساعة، أو أكثر لمدة تسعة أيام.
- الساق اليسرى: استمر في إرخاء الذراعين، والساق اليمنى، وفي نفس الوقت إرخاء الساق اليسرى لمدة تسعة أيام.
- اجلس منتصبا، وعيناك مفتوحتان، أرخ عينيك إلى أقصى حد ممكن حتى تشعر بهما يحرقان ثم أغمضهما، كرر ذلك نحو ساعة ليوم واحد.
- مارس التمرين على الاسترخاء أثناء القراءة نحو ساعة يوميا لمدة يومين، أو أكثر.
- مارس التمرين على الاسترخاء أثناء الكتابة نحو ساعة يوميا لمدة يومين، أو أكثر.
- مارس التمرين على الاسترخاء أثناء المحادثة نحو ساعة يوميا، أو أكثر، ويصلح ذلك في خفض القلق الاجتماعي". (عثمان، 2001، ص. ص. 147-148)

رابعا: العلاج بالواقعية Reality Therapy:

1/ عجالة تاريخية عن العلاج بالواقعية:

يشير منسي (2004) إلى أن العلاج بالواقع عرف انتشارا سريعا بين المرشدين، في منتصف الستينات، واستخدم في الإرشاد الفردي، والجماعي في المؤسسات، والمدارس. إذ يعتبر اتجاهها جديدا في الإرشاد، والعلاج النفسي، وهو يعتمد على الإدراك، والتفكير، ويربط بين الاضطراب العقلي، والسلوك اللامسؤول. ويقول "وليام جلاسر" صاحب النظرية: "إننا نعتقد أن كل فرد له قوة للصحة والنمو، وأنَّ الناس في الأساس يريدون أن يكونوا مسرورين، وأن يحققوا هوية النجاح، وأن يظهروا سلوكا مسؤولا، ولأن يكون لديهم كذلك علاقات شخصية ذات معنى." (منسي، منسي، 2004، ص. 216) كما يعتبر السلوك اللامسؤول، سلوك انهزامي يستدعي إيذاء الذات، وإيذاء الآخرين. وتركز نظريته على اعتبار الإنسان كائن عقلائي، ومسؤول شخصيا عن تصرفاته. ولما عمل "جلاسر" في التعليم كمرشد، طبق مفاهيمه الأساسية للعلاج بالواقع على وسائل التعليم، والتعلم.

قدم العلاج الواقعي من طرف "ويليام جلاسر William Glasser" الذي اتجه نحوه عام (1961). وقد كانت اتجاهاته في البدء نحو العلاج النفسي الإكلينيكي، والطب النفسي. بعدها عمل على تحديد المفاهيم الأولية للعلاج الواقعي. وفي عام (1970) بحث "جلاسر" عن نظرية لشرح هته المفاهيم، وتبنى نظرية التحكم للعالم "ويليام بويرز William Powers" واستفاد منها في مجال الإرشاد، لاعتقاده بقوة القدرة على التحكم كمفهوم أساسي فيها. وقد أمضى "جلاسر" عشرون عاما في توضيح، وشرح العلاج الواقعي بإسهاب. وفي بداية عام (1996) تمكن من تحديد صورة واضحة عن موضوع بحثه في النظرية، وقدم تعديلات تتعلق بأسلوبه العلاجي، واقتنع من خلالها بعدم فعالية نظرية التحكم في شرح العلاج الواقعي. واكتشف في النهاية أن نظرية الاختيار Choice Theory تعكس مفاهيم العلاج الواقعي، على اعتبارهما (نظرية الاختيار، والعلاج الواقعي) شيء واحد. ثم نظر "جلاسر" للعلاج الواقعي على أنه محور يشمل نظرية الاختيار، والتي تعتبر قلبه وجوهره.

استخدم "جلاسر" العلاج الواقعي بشكل ناجح في جل مجالات الطب النفسي، باستثناء مجال الطفولة، وبهذا الخصوص اقترح استخدامه مع الوالدين ليكون أكثر فاعلية، ونجاح. كما اعتمد على هته التقنية العلاجية في مجال التعليم بشكل عام، موضحا أن التعليم الجيد هو

أساس تحقيق الحياة السعيدة. وبفضل النجاحات التي حققها "جلاس" عرف هذا العلاج انتشارا كبيرا في الاستعمال في الكثير من دول العالم. القلايده (2011)

2/ تعريف العلاج بالواقعية:

"هو مواجهة حياة بين المريض، وخوفه المرضي، وهو مقيد من قبل المعالج، بحيث لا يتعرض للأذى الحقيقي، ويرغم المعالج المريض على مواجهة المواقف المخيفة مباشرة، وحرمانه من فرص تجنبها، وهذا الإجراء ينفذ في حالة الأفعال القهرية كالتلوث، فإذا كان الفرد يخاف منه مثلا، يطلب المعالج من المريض أن يلوث يديه في المادة التي يحاول تجنبها، ليذكر بأن ذلك لا يترتب عليه نتائج مخيفة. وبعد تكرار الموقف المخيف لمرات يزول خوف المريض، ويصبح قادرا على تحدي الموقف لوحده." (جودت، سعيد، 1999، ص. 104)

هو عملية يقدم من خلالها المرشد النفسي المساعدة للمسترشد، ليتمكن هذا الأخير من مواجهة الواقع ايجابيا، والتكيف معه، مع إشباع حاجاته في إطار هذا الواقع، تبعا لمفاهيم المسؤولية، الواقعية، الصواب. الرشيدى (2008)

تعتبر المواجهة الحقيقية لمعظم المشكلات الحياتية، هي الطريقة الأنسب، والأفضل للتمكن من حل تلك المشكلات نهائيا، لأن الخوف من مواجهتها واقعا، أو تأجيل هته المواجهة قد يعيق تحقيق التوافق النفسي، بالتالي قد يسقط الفرد في احباطات متكررة تقوده إلى فقدان الثقة بالنفس، وبالأخرين، مما قد يجعله عرضة لتدهور حالته النفسية، وحصول الاضطراب النفسي، وحتى الجسدي. لذا جاء العلاج بالواقع كخطوة ضرورية نستطيع الاستفادة منه في التعامل مع الشخص المتعايش مع السيدا، وجعله يتقبل واقعه، ويعيش معه.

3/ النظرة للإنسان حسب نظرية العلاج بالواقعية:

يرتكز التعليم السائد حسب "جلاس" على الذاكرة، وكذا المعرفة بالحقائق، في الوقت نفسه يقلل المرشدون من الاستعانة بأساليب حل المشاكل، والتفكير الناقد، ذلك يرجع لثقة "جلاس" الكبيرة في قدرة الطلاب على تحديد ملائمة خبرتهم التعليمية، والمساعدة في اقتراح، واتخاذ قرارات جديدة. ويرى في المعلم عمله على تسهيل العملية التعليمية، إذ يعتبر أن كل فرد قادر على إدارة، وتوجيه حياته، وباعتماد الأشخاص على قراراتهم بشكل أكبر من اعتمادهم

على مواقفهم يمكنهم من أن يحيوا حياة مسؤولة، وناجحة. ويشير "جلاس" إلى النظرة الإيجابية للناس، ويعتقد بأن كل فرد لديه قوة للصحة، والنمو، والناس يبحثون عن السرور، وتحقيق هوية نجاح، والتخلي بالسلوك المسؤول، وتكوين علاقات شخصية لها معنى. موسوعة الإرشاد النفسي والتربوي العربية (2009)

إذن يعتبر مؤسس هذه النظرية أن الإنسان باستطاعته توجيه حياته بالشكل المناسب، والبناء، خاصة إذا اعتمد على ما يصدر عنه من قرارات، بدلا من اعتماده على ما يقع فيه من مواقف حياتية متنوعة، إذ أن هذا الفرد يبحث دائما عن تحقيق الصحة، والسرور، والنجاح، وان يكون علاقات اجتماعية، وشخصية تكون مفيدة له، ولغيره.

4/ المفاهيم الأساسية للنظرية:

تدعى هذه النظرية بـ (R3)، ومفاهيمها الأساسية تتمثل في:

4-1/ الواقع Reality: هو الخبرات الواقعية الشعورية الحاضرة، بعيدا عن الخيال، الأحلام، أو المثالية. والشخص السوي هو من يتقبل واقعه، مهما اختلفت الظروف، كما أن اضطراب السلوك يسببه إنكار هذا الواقع. ويعتبر تدعيم واقع العميل من أهداف نظرية "جلاس".

4-2/ المسؤولية Responsibility: مسؤولية الفرد في إشباع حاجاته كالحاجة إلى: الأمن، الحب، الاحترام، تقدير الذات... والسوي مسؤول عن إشباع حاجاته، وعن سلوكه، ونتائجه، والسلوك اللامسؤول، مع نقص القدرة على إشباع الحاجات الأساسية ينتج اضطراب السلوك.

4-3/ الصواب والخطأ Right & Wrong: أي قدرة الفرد على فعل الصواب، وتجنب الخطأ، اعتمادا على الدين، والقوانين، وأعراف المجتمع. وهو سلوك معياري، إذا احترمه الفرد حقق له حياة اجتماعية ناجحة.

وباجتماع العناصر الثلاثة السالفة، سميت هذه النظرية بـ (R3) وهي:

Reality+Responsibility+Right

4-4/ السلوك Behavior: يشير "جلاس" إلى ضرورة التركيز على السلوك، في مقابل العواطف، لأنه هو ما يمكن تغييره، إذ يعتقد العلاج الواقعي بأن العملاء، أو المسترشدین يسهل عليهم ضبط سلوكياتهم، أكثر من ضبط مشاعرهم.

4-5/ الاضطرابات Disorders: تظهر عند الفرد -حسب "جلاسر"- عند فشله في تحقيق حاجاته في جزء منها، أو كلها، فيشكل له ذلك مشاكل، ومعاناة يمكن أن يخفيها، أو يظهرها. ودور الإرشاد هنا هو الكشف عن مشكلات المسترشد، ومساعدته على حلها.

وقد حدّد "جلاسر" أسباب اضطراب السلوك في:

- نقص، أو فشل الفرد في إشباع حاجاته.
- سيطرة المعايير الأخلاقية للمريض بدرجة غير واقعية.
- فشل الفرد في لعب دوره الاجتماعي.
- ضعف، أو انعدام المسؤولية لدى الفرد (اللامبالاة).
- إنكار الواقع، أو فقدان الاتصال به. موسوعة الإرشاد النفسي والتربوي العربية (2009)
- إنها المفاهيم المعتمد عليها في إرساء أسس نظرية العلاج بالواقع التي جاء بها "جلاسر".

5/ الأفكار الفلسفية التي يقوم عليها العلاج الواقعي:

يشير إليها القلايدة (2011) في النظرية الأساسية التي جاء بها هذا العلاج:

5-1/ نظرية الاختيار: تنفي ولادة الإنسان كصفحة بيضاء، وترى بأنه مولود بخمس موروثات، والتي تمثل حاجات أساسية لكل إنسان، تتحكم بحياته اليومية، بصورة غير واضحة، وهي: الحاجة للبقاء، الحب، الانتماء، القوة، والتمك، الحرية، والاستقلالية، وأخيرا الحاجة للمرح. فكل إنسان لديه هذه الحاجات، لكن قواها تختلف من فرد لآخر. ولذلك فإنّ عدم الشعور بالرضا، سببه عدم إشباع هذه الحاجات.

يتم تعليم العميل نظرية الاختيار من قبل الممارس المهني، انطلاقا من كونه قد لا يعي حاجاته، مثلما يعي تعب النفسي، وهي ستمكنه من تحديد الحاجة غير المشبعة، فيعمل على إشباعها. وإذا نجح العميل في فهمها، وتطبيقها سيشعر بالرضا، وتحل مشكلته.

تؤكد هذه النظرية على أنّ جميع سلوكياتنا من الولادة، إلى الوفاة هي سلوكيات مختارة، تدفعها قوى داخلية، وكل سلوك يمثل أفضل محاولة لإشباع حاجة، أو أكثر. والسلوك الموجه له هدف لأنه يعمل على سد الفجوة بين ما نؤمله، والواقع. وعموما فسلوكياتنا بشكل عام نتاج أربعة أجزاء مترابطة هي: الشعور، التفكير، وظائف الأعضاء، الحركات. والتي ترافق أعمالنا، وشعورنا، وتفكيرنا. ونستطيع تمثيل السلوك المختار بالسيارة، محركها هو حاجة الإنسان

الأساسية، والمقود يمكّننا من اختيار الاتجاه المرغوب، أما كل من: الشعور، التفكير، وظائف الأعضاء، الحركات فهي العجلات. التفكير، والعمل، مختاران لذا فهما العجلتان الأماميتان، في حين الشعور، ووظائف الأعضاء تمثل العجلتان الخلفيتان اللتان تتبعانهما، ولا نستطيع اختيارها مباشرة. ومثل ذلك: إن اخترت ضرب رأسك في الحائط، فسيؤلمك، ولو اخترت الجري في الحر، فستعرق. في الحالتين كان اختيار التفكير ثم العمل، يسبقان اختيار ألم الرأس (الشعور)، وتعرق البدن (وظائف الأعضاء).

5-2/ المسؤولية: البشر مسؤولون عن انفعالاتهم، وأوجاعهم، وعند اختيارهم الشقاء فهم يعدونه الأفضل بالنسبة لهم، والمعالج عند بدئه في تعليم العميل نظرية الاختيار يعترضه قائلاً: "أنا أتألم، لا تقل لي بأنني اخترت هذا الوضع". وعلى المعالج الإجابة بأن الاختيار غير مباشر، وهنا قد لا يقتنع المفحوص قائلاً: "ولماذا نختار الألم، والمعاناة؟"، أجب "جلاس" في ثلاث تبريرات، على السؤال التالي: لماذا يختار الناس الألم، والمعاناة؟

- يتولد غضب الفرد لما يدخل في علاقات غير مشبعة، أو محبطة، وبسببه قد يسيء للآخرين قولاً، أو فعلاً، فيكتتب لذلك، وربما تظهر عليه أعراض مرضية أخرى كبديل لردع الغضب.
- الكآبة عند الفرد وسيلة شائعة لطلب المساعدة، بلا توسل، فنحن نساعد عند تألمه دون أن يطلب المساعدة منا.

- الكآبة، وبعض الأعراض المرضية، تجعل الفرد يتجنب القيام بالشيء الذي يخافه، فمثلاً: يكتتب الشخص إذا فصل من عمله، وقد يقال له: "ابحث عن وظيفة أخرى بسرعة، فانظارك الطويل سيصعب عليك إيجاد عمل آخر". هذا صحيح، ولكن خوفه من تكرار التجربة، أو النبذ، أو الرفض عند عدم حصوله على وظيفة جديدة، يجعله يختار الكآبة قائلاً: "سأبحث عن وظيفة بديلة، ولكن لأنني مكتتب سأوجل البحث".

يختار الشخص أعماله، إذا فهو مسؤول عن اختياراته، حتى في العلاقات الاجتماعية، وهو ليس مجبراً على لوم، أو عقاب نفسه. كما أن المعالج مدرك لكون المفحوصين مسؤولين عن خياراتهم، رغم رفضهم القاطع لفكرة اختيارهم للسلوك المرفوض، أو العناد، لذا على المعالج أن يكون واعياً كي لا يدخل في نقاش ساخن مع العميل عن الموضوع، ويركز في هذه المواقف على نقطة: هنا، والآن، أي ما على المفحوص اختياره، كالتقرب للأشخاص المحتاج لهم.

5-3/ منطقة الخواص: نظرية الاختيار تعتقد بوجود جزء صغير في المخ، مسؤول عن الإشباع، يسمى (منطقة الخواص)، يمكن أن تحوي صور أشخاص نعرفهم، أو نأمل في معرفتهم. وتضم أشياء نرغب في امتلاكها. وآراء، ومعتقدات دينية، وسياسية، ومواضيع ممتعة بالنسبة لنا. تتمركز المنطقة حول الحاجات، وإشباعها، إلا أنها متعلقة بالخواص أكثر. فمثلا لا تشمل إلا على من نرغب في الاتصال بهم، لذا فالمعالج الناجح يؤثر على منطقة خواص المفحوص، بتعليمه طريق صحيحة للتقرب من الناس الراغب في التعامل معهم، والتقرب منهم.

5-4/ التحكم في العلاقات: يركز العلاج الواقعي على العلاقات غير المشبعة، أو الناقصة المسببة لمشكلة الكآبة. وتحديد، وفهم المشكلة، لا يتطلب من المعالج جهدا، أو مهارات محددة. فالمفحوص في موقف مماثل، يلوم الجانب الآخر في العلاقة، الجالبة للشقاء الذي يعاني منه. والعلاج هنا يركز على طريقة التحكم في مثل تلك العلاقة، التي يفترض أن يتفهمها المعالج قبل المفحوص، لأن المفحوص في مثل هذه المواقف يشعر بالضعف، واليأس، ويبرر ذلك بأنه نصيبه، وقدره في الحياة، ويعمل المعالج على التوضيح بأن ذلك صحيح، لكن هل من المستحيل أن يكون نصيبه، وقدره تغيير مجرى حياته بنفسه نحو الأفضل؟. تدمر المفحوص قد يشعره بالارتياح، كتنفيس وجداني، ولكن ذلك يكون قصير التأثير، لكون التذمر غير فعال مع السلوكيات التي يركز عليها العلاج الواقعي. كما ينبه المفحوص لكون التذمر لا يجلب السعادة، ولو كان كذلك لسعد المتذمرون دائما، وعليه ألا يستمع إلى تدمر، ولوم، ونقد المفحوصين لأنها ليست لها أي فاعلية نحو السلوك، وهي تسبب القهر، لذا لا بد من التخلي عنها.

5-5/ رفض التحويل، أو الإسقاط: يرفض العلاج الواقعي بشدة مبدأ الإسقاط، أو الإحالة. ورفضهما مسألة أساسية، وعلى المعالج، والمفحوص الاتفاق بوضوح على أن المسؤولية تقع على المفحوص. والتي قد يتهرب منها، فيكون المعالج أكثر، وضوحا، وصدقا معه، ويوضح له أن ذلك من مصلحته، لأن تجنب الإسقاط يعني إدراك المسؤولية الشخصية من السلوك. وهذا العلاج يعتمد كثيرا على الواقعية، الممثلة للحقيقة بغض النظر عن شكلها، أو سلبيتها.

5-6/ التأكيد على الحاضر: "جلاس" (2000) يرى أن أغلب المفحوصين يعانون من مشكلات الماضي، وهم بحاجة إلى معالج، وقد يدركون الأمر، ويمتلكون القدرة على استعادة

الماضي، ومناقشته معه. ومن أسباب مناقشة المفحوصين للماضي، اعتقادهم بأن ذلك يشكل رغبة المعالج. والحقيقة أن نتاج الماضي له بعدين:

- لا يمكن تغيير نتاج الماضي.

- لا بد من معرفة، وفهم نتاج الماضي.

في هذا العلاج يبتعد المفحوص عن الوضع المشكلة، الذي تمثله العلاقات الآتية غير المشبعة، أو ناقصة الإشباع، لما تكون لديه مشكلات تعود لسن الطفولة، يشير هذا لوجود إساءة في معاملته كطفل، كما ينظر إلى ذلك في العلاج الواقعي بأنه من غير الضروري الخلاف حول من يكون المخطئ، لأن حدث الماضي لا يمكن مسحه، أو تبديله، حتى وإن بقيت أحداثه تؤذينا، وبذلك يفترض ألا يصبح المفحوص ضحية للماضي، ما لم يختار أن يكون كذلك. لذا فبحث الماضي، ومناقشته إضاعة للجهد، والوقت. وما نحتاجه في العلاج الواقعي، هو العمل على تغيير الحاضر إلى الأحسن، بتغيير سلوكيات المفحوص، وتقريبه ممن يحتاج إليهم.

كما أنه على المعالج ألا يرفض التحدث عن الماضي مطلقاً، لكن عليه تكريس وقت كاف، يمكنه من التوضيح، والتأكيد للمفحوص بأن احباطات الماضي لا يرفض مناقشتها لسبب الرفض فقط، بل لكونه لن يستطيع تغيير الماضي، لذا يجب التحدث عن المشكلة الحالية.

5-7/ تجنب التركيز على الأعراض المرضية: يدعو هذا العلاج إلى تجنب صرف وقت طويل في مناقشة الأفكار المتعلقة بالأعراض المرضية التي اختارها المفحوص، لأنها ليست مهمة. وعلى المعالج تكريس زمن قليل في التركيز على الآلام، والأعراض المرضية، فلا فائدة من مناقشتها ما لم تتحسن علاقات المفحوص، المسبب الواقعي للآلام، والأعراض المرضية.

ويرى "جلاس" انطلاقاً من خبرته في هذا العلاج، بأن المفحوص لا يمل الحديث عن آلامه (يتذمر)، مادام المعالج يستمع إليه، لذا فمواصلة الحديث عنها، كالاتمرار في الحديث عن الماضي، وهذا من شأنه إعاقة العملية العلاجية، أو إطالتها.

فملخص نظرية الاختيار هنا، هو أن جميع سلوكياتنا، وتصرفاتنا هي من محض اختيارنا، المدفوع من الذات، وهي في مجملها تعتبر دائماً أفضل محاولة يقوم بها الفرد لإشباع حاجاته المختلفة. فالسلوك الذي نقوم بتحديدده يكون له هدف دائماً، لأنه يعمل على تكوين رابط

بين ما نطمح إليه مستقبلاً، والواقع الذي نعيشه. وسلوكياتنا عامة هي نتاج لترابط عناصر أهمها: الشعور، التفكير، وظائف الأعضاء، الحركات. والتي تم التطرق لها سابقاً.

6/ تطبيقات نظرية العلاج بالواقعية:

تتلخص أهم إجراءات عملية الإرشاد بالواقع كما جاءت في موسوعة الإرشاد النفسي والتربوي العربية (2009) فيما يلي:

- إقامة علاقة إرشادية: أساسها المشاركة، الاندماج، الاهتمام، مصادقة العميل وكسب ثقته، يتطلب ذلك المودة، الدفء، التقبل، الصبر، في جو من الفكاهة، وإحياء الأمل لديه، وتشجيعه للتعبير عن حاجاته غير المشبعة.
- دراسة السلوك الحاضر: بالتركيز على سلوك العميل الحالي، خاصة غير الواقعي، مع التطلع للمستقبل لوضع خطط أفضل.
- تقييم السلوك الحاضر: يواجه العميل الواقع، ويقيم سلوكه الحالي، ومدى مسابرة للواقع، وللمعايير الاجتماعية، وإشباعه للحاجات، ويساعده المعالج في إصدار أحكام واقعية.
- التخطيط للسلوك الواقعي المسؤول الصحيح: وضع خطة محددة، واضحة، منطقية، قابلة للتنفيذ، تحدد احتمالات، وبدائل السلوك الواقعي، المسؤول، الصائب، المشبع للحاجات.
- التعاقد للالتزام بالخطة: يتعاقد الطرفين على الالتزام بخطة العلاج، المؤكدة للالتزام العميل بتحمل المسؤولية، لاستبدال سلوكه بآخر صائب، وإشباع حاجاته في الواقع.
- تقييم جدية الالتزام: يتم تقييم جدية الالتزام بالخطة، وكذا النتائج السلوكية لتنفيذه، وعلى العميل ألا يقدم الأعذار التي تعفيه من مسؤولية تنفيذ الاحترام، وعلى المرشد عدم تقبلها.
- تعليم وتعلم السلوك الملتزم: يتضمن إتاحة الخبرات، وتقديم المعلومات. ويتم تعزيز، وتدعيم السلوك الملتزم، وتصحيح الذات عند ارتكاب الأخطاء.
- المثابرة حتى يتحقق الهدف: يجب عدم الاستسلام من الطرفين، حتى يتحقق الهدف، وتجرب المحاولات عدة مرات حتى وإن فشلت الخطة.

7/ خصائص المعالج القائم بالعلاج الواقعي:

يشير إليها القلايدة (2011) في:

- الهدوء، والرزانة، في مقابل النشاط، والحيوية.
- التعاطف، مع إعطاء اعتبار، واهتمام، واحترام للعميل، وتقدير حاجاته.
- الصراحة، والوضوح.
- امتلاك حد معقول من المنطقية، والواقعية.
- أما عن المهارات الأساسية للمعالج بهذا العلاج، فنتمثل في:
- مهارة التقبل الغير مشروط للمفحوصين.
- مهارة الإصغاء للمفحوصين، وفهم حاجاتهم.
- مهارة إدارة الحديث، وفتح مجال النقاش الثري المتعلق بالموضوع.
- مهارة المواجهة عند كشف واقع سلوكيات المفحوص، ونتائجها السلبية.
- مهارة التفكير، والتبرير المنطقي، والواقعي.

8/ عيش التجربة الواقعية:

- يرى الزيود (1998) بأنه على المعالج الواقعي الفعال أن يعيش، ويجيد الإستراتيجيات، والأساليب المسهلة للعميل لتعلم، واكتساب السلوكيات المسؤولة، ومنها:
- أن يكون ايجابيا: المعالج الواقعي يتحدث، ويركز على، ويقوي السلوك، والتخطيط الإيجابي، والبناء، وعليه إدراك شعور العميل بخيبة الأمل، أو العجز، أو التعاسة. لكن عليه تشجيعه على تفسير النموذج السلبي، والتركيز على ما هو ايجابي، ومحفز، وبناء.
 - في الوقت الذي يشير فيه "جلاسر" إلى ضرورة تشجيع العميل للتغلب على ضعفه، وعجزه، والمشاكل النفسية، والجسمية التي يعاني منها بتنمية الإدمان الإيجابي
 - Positive Addiction. ويرى في التأمل أكثر الأنشطة المساعدة في الإدمان الإيجابي. وحتى تتم الاستفادة من هذا الأخير، يجب على العميل ممارسته لمدة ساعة يوميا، حتى يصل إلى الإدمان، ولتطبيقه على العميل ممارسة روتين يومي يشمل المعايير المشار إليها في الملحق رقم (09) غير أنه علينا الاعتماد على:
 - "يجب أن يكون النشاط غير تنافسي، ويمضي ساعة لأدائه.
 - يجب أن يكون العميل قادرا على أدائه بحد أدنى من الجهد العقلي.

- يجب أن يكون العميل مؤمناً بأن النشاط له قيمة جسمية، وعقلية، وروحية.
- أن يقدم النشاط تحسناً شخصياً للعميل، وذلك حسب تقييم العميل الذاتي.
- يفضل أن يتم الأداء من قبل العميل منفرداً دون الاعتماد على الآخرين.
- يجب أن يكون النشاط من النوع الذي يمارسه العميل دون انتقاد ذاتي، وحتى يكون العميل مدمناً عليه الشعور بتقبل الذات أثناء القيام بذلك، فالإدمان الإيجابي إستراتيجية شخصية." (الزيود، 1998، ص. ص. 370-371)

9/ الأهداف العلاجية:

- يعتمد علم النفس على أنواع مختلفة من العلاجات، تسعى إلى تحقيق جملة من الأهداف تجاه العميل، والعلاج الواقعي واحد منها، يسعى هو الآخر إلى تحقيق عدة أهداف علاجية أثناء التعامل مع المفحوصين، يستعرضها القرني (2014) في:
- تعليم المفحوص طرق تمكنه من إعادة السيطرة على أفكاره، ومشاعره، وسلوكه بطريقة فعالة. يشمل ذلك تشجيعه لاكتساب مهارة صياغة أساليب فعالة لإشباع احتياجاته.
 - يهتم العلاج هنا بالجانب الشعوري للمفحوص، ورفع مستوى وعيه. لأنه كلما كان أكثر وعياً، بأنماط سلوكه غير الفعال المستخدم في السيطرة على عالمه، كلما كان أكثر تقبلاً لتعلم طرق بديلة لسلوكات جديدة.
 - يسعى هذا العلاج لجعل المفحوص قادراً على تقييم رغباته، واحتياجاته واقعيًا، مع تقييم مدى ملائمة سلوكاته لتنفيذها.
 - يعلم هذا العلاج المفحوص مبدأ المسؤولية الذاتي، لكونه الوحيد الذي يقرر أفعاله التي ينفذها، ويحدد التغيير المرغوب الوصول إليه.
 - يساعد هذا العلاج المفحوص على وضع خطة علاجية، تتضمن أهدافاً مرغوبة بالنسبة له. فتكون الخطة العلاجية أكثر واقعية للتطبيق.
 - مساعدة المفحوص لإيجاد طرق للاتصال، أو إعادة الاتصال بالآخرين الطامح في الاتصال بهم. مع تحقيق اتصال جيد بينه وبين المعالج، الذي هو الطريق الوحيد للتأثير، وإنجاز أهداف العلاج الواقعي.
 - تعليم المفحوص نظرية الاختيار.

- التركيز على الحاضر أكثر من الماضي.
 - اشتراك المعالج والمفحوص في تقييم علاقات هذا الأخير، لتحديد ما يلزم لرفع كفاءة علاقاته، أو الوصول لتكوين علاقات جديدة فعالة. **القلادة (2011)**
- ويمكن أن نصوغ الهدف الأساسي للعلاج الواقعي، في كونه يعمل على الرجوع بالمفحوص إلى الواقع الذي قد يحاول الابتعاد عنه، وعيشه بما يحمله من أحداث، دون التركيز على الماضي، مشركا إياه -المفحوص- في وضع الخطة العلاجية، وتكليفه بمسؤولية تقوية التفاعل بينه، وبين محيطه.

10/ استراتيجيات العلاج الواقعي:

ترتبط في الأساس بمبادئ العلاج والمساعدة، وتتمثل في:

10-1/ الاندماج: في البداية كيف يتمكن المعالج من تحقيقه، أو تسهيله مع العميل؟. وللاتصال الفعال معه، على المعالج تبني اتجاه ايجابي نحوه، ونحو الإرشاد عامة، وأن يمتلك المعالج دافعية للفهم، والمشاركة، والاهتمام، والاتصال، شريطة أن تكون حقيقية نابعة من داخله، ويتمتع بمشاعر الأمن، ناضج، ومسؤول، وغير مهدد، ويهتم بمساعدة الغير دون فرض سلطته عليهم، أو محاولة السيطرة. وعليه امتلاك هوية ناجحة، وهي لا تعتمد نجاح العميل، وإنما تنبع من المعالج ذاته.

يجب أن يكون الاندماج الشخصي الحقيقي غير مشروط، وعلى المعالج أن يتمكن من إيصاله بالكلمات، والصوت، والإيماءات، وأوضاع الجسم، وتعبيرات الوجه، واندماج المعالج والعميل تبدأ المساعدة قبل المعالجة، وبنعدام الاندماج تنعدم العلاقة العلاجية. **الزيود (1998)**

10-2/ هنا والآن: كاستراتيجية للمساعدة، التركيز على ضبط انتباه العميل على السلوك الآني، لكن يصعب ذلك في بداية العلاج، ويملك كثير من العملاء اعتقادا خاطئا، مفاده أن السماح لهم بمناقشة خبراتهم الفاشلة، وأخطائهم، والأحداث المساهمة في تعاستهم الحالية تحقق المساعدة. فهذا العلاج يؤكد بأن التركيز على ماضي العميل لا يساعده على كسب الهوية الناجحة، وإذا أراد مناقشة أحداث الماضي، فعليه مناقشة السعيدة منها لا الفاشلة.

10-3/ العيش مع الخبرة الواقعية: يلجأ المعالجون هنا إلى استراتيجيات تسهل تعليم العميل سلوكيات مسؤولة، مع العمل على إشباع حاجاتهم الشخصية، والمهنية بطرق أكثر مسؤولية. الخواجا (2002)

10-4/ كن ايجابيا: يتحدث المعالج الواقعي، ويركز، ويعزز السلوك، والتخطيط البناء، والايجابي، فيدعم السلوكيات المناسبة عند العميل. وقد يعتقد العميل بأن المعالج يريد الاستماع إلى مشاكله، وتعاسته، وفشله، وخيبة أمله. كما أن المنافسة المحيطة السلبية تقود إلى مزيد من الإحباط، والاكنتاب، ولا تحسن تفكير، وسلوك العميل. إن الإستراتيجية الجيدة تتقبل حقيقة الإحساس بالتعاسة، والكآبة، والعجز عند العميل، وتساعده أيضاً على التخلص من هذه المشاعر السلبية، وتركز على ما هو بناء، وايجابي في حاضره، فالعميل لا يكسب الهوية الناجحة بتركيزه على أحداث الماضي السلبية.

10-5/ التجاوب مع تعاسة العميل: على المعالج الإدراك بأن هدف العلاج الواقعي هو المسؤولية، وتعاسة العميل نتيجة، وليست سببا للسلوك غير المسؤول. وأكد "جلاس" (1965) بضرورة تعليم العملاء بأن السعادة أمر داخلي، والفرد وحده يستطيع إيجادها، لكونها ترافق السلوك المسؤول.

10-6/ استخدام الدعابة: يدعم "جلاس" ويدعو لاستخدامها في العلاج الواقعي، مع التأكيد على الاعتدال في ذلك خلال الجلسات، إذ أن لها أثرا على خلق علاقة علاجية جيدة بين المعالج، والعميل. لكن ذلك لا يعني أن تتحول الجلسة إلى ضحك طوال الوقت، وأن لا يعتمد المعالج فيها إطلاق النكات أحيانا. من ناحية أخرى على المعالج عدم التعامل جديا مع العميل، لأن هذا يجعل عملية العلاج جامدة، وسلبية، لذا على المعالج النظر للجانب المضيء من الحياة فيشجع التفاؤل، والتفكير الايجابي. والدعابة جزء من الحياة، وجزء من المعالج لذا عليه أخذها بعين الاعتبار.

10-7/ مواجهة العميل: يؤمن العلاج الواقعي بمواجهة العميل كطريقة علاجية، لكونه يؤكد على المسؤولية، ولأن المواجهة إستراتيجية ضرورية، وفعالة لتحقيق مبادئه. وهدف المواجهة هنا يجب أن يكون المساعدة، لا القصاص، والتأديب. وهي تتطلب مهارة المعالج، وأساسها مواجهة العميل بعدم تحليه بالمسؤولية. Gorey (1977)

إن مواجهة العميل تبدو صعبة أحيانا على المعالج، غير أنها ضرورية لدفعها بالعمل نحو السلوك المسؤول، عندما تستخدم هذه الإستراتيجية بشكل مناسب مع التأكيد على دورها في مساعدته، ويجب انتقاء تعابير لفظية مناسبة لها. فالمواجهة إستراتيجية مقصودة، تتناسب مبدأ التركيز على السلوك الحالي، وتركز على السلوكات لا على المشاعر.

10-8/ التعامل مع التفكير الشعوري: يتعامل هذا العلاج مع وعي العميل، ويتجنب الاندماج، أو التفاعل مع الأفكار اللاشعورية الظاهرة بالخيال، وأحلام اليقظة وغيرها، والمتمثلة بالصراعات اللاشعورية. ويؤكد "جلاس" بأن العميل سيلقى مزيداً من الأعذار لتجنب مواجهة الواقع، وتكون سلوكاته غير مسؤولة، عند تركيز المعالج على اللاشعور، أما بالتركيز على الشعور فإنه يتمكن من جعل العميل يدرك أن سلوكه الحالي، لا يشبع حاجاته، وعلى المعالج إدراك أن البحث في تاريخ العميل لإيجاد تفسيرات لسلوكه الحالي لا يفيد بالنسبة لإشباع حاجاته. حتى أسلوب التعامل مع اللاشعور يخدع الذات للابتعاد عن المسؤولية، وعدم مواجهة الواقع. لذا فالعلاج الواقعي أساسه الحوار العقلاني العلمي مع العميل.

10-9/ مساعدة المسترشدين على فهم، وتقبل نواتهم: الاندماج ضروري بين المعالج، والعميل ليصبحا واقعيين. وهو يمثل الثقة المتبادلة، والفهم، مع تشجيع العميل على تبني سلوكات مسؤولة بشكل سريع. الخواجا (2002)

10-10/ التخطيط للسلوك المسؤول: يضع المعالج خططا، ويحاول الالتزام بها، وهذا يؤدي إلى تغيير السلوك للأفضل، فيشعر العميل بالكفاءة، ويعزز الهوية الناجحة (هدف العلاج). وخطأ كبير أن يقترح المعالج الخطة لوحده، إذ يصعب على العميل تقبلها، وتنفيذها، والالتزام بها ما لم يشترك بها. وفي حالة عدم تقبلها، على المعالج تحديد ما الذي يرغب العميل انجازه حقا، ويحفزه على وضع خطة واقعية تخصه، ويطورها، ومن المهم كتابتها لتكون بمثابة عقد يدفع العميل لبذل الجهد لإنجاحها، لذا يجب استخدام الخطة لمفاهيم واقعية، وتركيزها على الأهداف المناسبة للعميل.

11/ الهوية الناجحة والاعتماد الايجابي:

يشير القرني (2004) إلى أن هذا المفهوم يوضح أن الفرد قادر على العطاء، وقادر على الأخذ، يملك قدرة على الشعور بأهميته لدى الغير، كما يملك شعورا بإمكانية تغيير واقعه

المعاش، ويستطيع إشباع حاجاته بالطريقة التي يختارها، وليس على حساب الآخرين. يعطي هذا المفهوم الذي قدمه العلاج الواقعي، قوة نفسية تدفع الفرد، وتمكنه من التعود الايجابي على إشباع حاجاته، وتحقيق أهدافه.

كما أعطى "جلاسير" أهمية بالغة للقدرات الذاتية، ورغبة الفرد في امتلاك هوية ناجحة، تحقق له التوازن بين نظرتة لذاته، والبيئة المحيطة. وهو يرى أنه كلما نجح الفرد في تحقيق هويته الناجحة، كلما اعتمد عليها ايجابيا في تحقيق أهدافه، وإشباع حاجاته.

وتجدر الإشارة هنا أنه إذا تمكن المتعايش مع فيروس نقص المناعة المكتسبة من أن يكون هوية ناجحة، رغم وجود المرض، فمن المؤكد أنه سيستطيع تحقيق أهدافه المسطرة، سواء قبل الإصابة، أو التي أعاد تنظيمها بعد إصابته بمرض السيدا، وكذا إشباع حاجاته المختلفة، وهذا ينجر عنه تغيير الواقع المعاش، والذي يميزه وجود المرض في حياة هذا الشخص.

12/ تقييم العلاج الواقعي:

يشير القرني (2004) إلى أن مؤسس العلاج الواقعي "جلاسير Glasser"، كان قد أعطى أسلوبا علاجيا يهتم كثيرا بالقدرات الذاتية للعميل. ففي نظره العميل هو الأقدر على فهم ما يرغب في التعبير عنه، وتحقيقه. وعلى اكتشاف أنماط السلوك لتحقيق التغيير اللازم. إذ حاول منح أسلوب علاجي تفاؤلي، أساسه الإيمان بأن العميل وحده قادر على وضع، وتنفيذ خطط علاجية للتغيير، لما لديه من طاقات، وقدرات يمكنه استثمارها لأقصى حد. غير أن نظرتة التفاؤلية هته لا تأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية بين العملاء فيما يخص القدرات، والإمكانيات. فالعملاء يختلفون في قدراتهم، وهذا ما يجعلهم يختلفون في مستوى إدراكهم، وإنجازهم. من ذلك يمكن الحكم بأنه من السهل على العميل أن يدرك بأنه ضحية ظروف نفسية، واجتماعية معاشة، لكن يصعب عليه تغيير واقعه.

يعطي هذا العلاج للأخصائي النفسي دورا ثانويا أثناء العملية العلاجية، فدوره كمعلم يقدم مساعدة للعميل على الاختيار بين البدائل، لا يمنحه الحرية المطلقة لتولي العملية العلاجية. من النقد الموجه للعلاج الواقعي، غموض دور الأخصائي عند تنفيذه. فمن جهة يقف مترددا في منح العميل القرار حول ما هو واقعي، وغير واقعي، وما هو صائب، أو خاطئ، وما

هو السلوك المسؤول. ومن جهة أخرى يؤكد على أهمية حرته في التعبير عن الواقع، ويجب الحذر من أن هذا الأخصائي قد يعكس اتجاهاته، ومشاعره الشخصية ليؤثر على العميل. إذن فلنظرية العلاج بالواقع "لوليام جلاسر" حسب موسوعة الإرشاد النفسي والتربوي العربية (2009) نقاط قوة، وضعف، وفي البداية سنذكر جوانب القوة المميزة لها:

12-1/ جوانب القوة:

1. سهولة التطبيق، مرنة تلائم المرشد، والمسترشد معا.
2. الإرشاد فيها متركز حول المسترشد، ودور المرشد هو المساعدة.
3. لا تهتم بماضي العميل، لأن الماضي لا يمكن تغييره في ضوئها، وهي هنا تختلف مع نظرية التحليل النفسي، التي تبحث في هذا الماضي.
4. جادة في إجراءات تطبيقها، وتعيد ثقة العميل بنفسه، لحل مشكلاته.
5. صالحة كجانب وقائي، وعلاجي على حد سواء.
6. تعتمد أساسا على المعرفة، والحقيقة في الإرشاد.
7. قد تستخدم في جلسات عديدة، ومع مجموعة أفراد، أي في الإرشاد الجمعي.
8. قد تستخدم مع جماعات صغيرة، أو كبيرة.
9. قد تستخدم في حل المشاكل التعليمية بدءا من الروضة، مروراً إلى المدارس الثانوية.
10. قد تستخدم من قبل الآباء، والمعلمين في وقت قصير، وبفاعلية.
11. فعالة في معالجة الأفراد المصنفين ممن يصعب التعامل معهم: كالجانحين، والمنحرفين، والفصامين، والمكتئبين، والمدمنين على المخدرات، والصراعات الزوجية، والذهان.

12-2/ جوانب الضعف:

1. صعوبة استخدامها مع بعض حالات التخلف العقلي، وحالات الاجترارية الذاتية مع الأطفال، والأمراض الذهانية، والاضطرابات المتعلقة بالجوانب المعرفية.
2. تركّز على السلوك، أكثر من الأحاسيس. إذ تعتبره الأهم في الاهتمام وفي التغيير، وهو تركيز يتعارض مع رؤى نظريات نفسية أخرى.
3. عدم وجود أساليب محددة لتغيير السلوك يعتمدها المرشد، عدى مساعدة المسترشد للالتزام بخطة التغيير.

4. تعارض فكرتها بين دور المسؤولية، ودور الاندماج في تكوين هوية النجاح، أو هوية الفشل، فهي ترى أن الاندماج شرط مبدئي للوفاء بالحاجات، وفي الوقت ذاته تقر بقدرة الفرد على الوفاء بحاجاته بمسؤولية، ودون شروط مسبقة.
5. ترى النظرية أن النقد يمكن أن يوجه من المسترشد للمرشد، مع إمكانية طرح المرشد لمشكلاته على المسترشد، يتعارض ذلك ومبادئ معظم النظريات، من خلق حدود مهنية بينهما، في إطار علاقة مهنية.
6. لم يحدّد "جلاس" معيار ما أشار إلى صحته، وتركه للمعايير الأخلاقية الخاصة بالمرشد، ولاستبصارات المسترشد بمعايير المجتمع، وبهذا يمكن تضمينها لجوانب ذاتية للمرشد قد لا تكون صحيحة دائماً.
7. يقرّر "جلاس" أن إمكانيات طريقته في العلاج واسعة المدى، ومع حالات عدة، بينما نجد أن الاستخدام الحقيقي للعلاج بالواقع لا يتعدى إطار المدارس، والمؤسسات الإصلاحية، والتعليمية بصفة خاصة.
8. ترك المسترشد يحكم على السلوك بمفرده، قد يأخذ وقتاً طويلاً، كما قد لا يحدث إطلاقاً إذا كان يعاني من مشكلات معرفية.
- والمعروف أنه لكل النظريات في علم النفس، جوانب للقوة، وأخرى للضعف، إلا أنه وبالرغم من النقد السلبي الموجه لها، فقد أثبتت فعالية استخدامها، وتضمنها لفتيات، وأساليب تساعد على حل المشاكل، ومواجهة الأزمات، والواقع أنه لولا التقنيات العلاجية التي جاءت بها هته النظريات، لما تمكن المعالجون النفسيون من الوقوف أمام الاضطرابات النفسية، التي من الممكن أن تهدم شخصية الفرد، بتأثيرها عليه، وعلى المجتمع.
- يشير الزيود (1998) إلى كون العلاج الواقعي يشبه في بعض جوانبه طرق الاستشارات الأخرى، القائمة على فرضية أن الإنسان هو المسؤول عن مصيره، وحياته تماماً كالعلاج الوجودي، وكذا من حيث التركيز على الحاضر، وإن كان يختلف عنه في الإجراءات. كما يتشابه مع العلاج العقلاني الانفعالي، في التأكيد على جملة الحاجات الأساسية.

خامسا: العلاج بالترفيه Therapeutic Recreation:

يذهب الشاذلي (2001) إلى أن المعالج قد يلجأ في علاج الفرد بإحاطته بوسائل الترفيه، وذلك في سبيل القضاء على وقت الفراغ، والملل، الذي قد يعيشه الشخص المكتئب، والقلق. كما تقضي طريقة الترفيه هته على عزلته، وابتعاده عن المجتمع، بإعادة إدماجه، واختلاطه مع الغير بممارسة وسائل الترفيه المختلفة. كما تعمل هذه الوسائل، بانشغال الفرد فيها، على توقيف التفكير في مواقف الصراع، والإحباط لديه، فيخفف بذلك توتره، وقلقه. ويقدم المعالج في هذه الطريقة أنشطة ترفيه متنوعة للفرد من: موسيقى غنائية، ومشاهدة أفلام هادفة، وترفيهية... هذه الأنشطة برمتها تساعد المريض على التيقن من أن الجوانب المشرقة، والجميلة في حياته تستحق المكافحة للخلاص من الاضطرابات التي تلازمه، والتي تحول بينه وبين توافقه الحسن مع بيئته. وعلى المعالج ملاحظة، وتحديد وسيلة الترفيه التي يرغب فيها المريض، من خلال ملاحظته له، والتركيز على هذه الوسيلة.

1/ تعريف العلاج بالترفيه:

"هو مجموعة من الأنشطة، والبرامج الترفيهية، يعدها مختصون، تعتمد على استخدام وسائل متنوعة كالحوانات، الموسيقى، الألعاب، الرياضة، الفنون المختلفة، بما في ذلك التمثيل، والدراما، والرسم، والتلوين، في معالجة النواحي الجسمية، والنفسية، والعاطفية، والاجتماعية، والإدراكية عند الأفراد المعاقين، أو المصابين بأمراض مزمنة." (عكاشة، 1999، ص. 41)

إن الترفيه عن النفس من الأساليب المعتمد عليها حاليا بشكل مكثف، في إخراج المفحوص من دائرة الملل، والاكتئاب. ولمحاربة تفاقم نتائج بعض الأمراض، والاضطرابات النفسية، قد يعمد المعالج إلى الاعتماد بشكل أساسي على مختلف أنواع الترفيه، والتسلية، التي يرى بأنها تساعد ولو بالقليل على الرجوع بحالة التوافق لدى المريض. فقد يجد المريض في هذه الوسيلة ملاذا للتخفيف من حدة الألم النفسي الذي يشعر به، ويعيشه فيجد نفسه من خلال هذا النشاط الترفيهي، يبتعد شيئا فشيئا عن الاهتمام بما يعانیه، وبالتالي إعادة بناء حياته.

2/ أهمية العلاج بالترفيه:

أهميته تتمثل حسب في تقديم مرحلة جديدة من البرامج العلاجية المتكاملة، والشاملة، والتي توصف في ظاهرها بالترفيه، غير أنّ مضمونها هو العلاج، بحيث تتناسب واحتياجات، ومصالح، وقدرات المريض خاصة، وهي تعمل مع غيرها من الطرق العلاجية الأخرى على تحقيق هدف واحد وهو تحسين الأداء الوظيفي، والبدني، والمعرفي، والعاطفي، والاجتماعي والنفسي لتحقيق حيوية الحياة، ومتعتها، واستقرارها. الشريف (2013)

3/ أهداف العلاج بالترفيه:

يعتبر عكاشة (1999) أنّ هذا العلاج يهدف بالأساس إلى شغل وقت فراغ المعاق، أو المريض، بالتالي الحد، ومحاربة الإحساس بالعجز، أو عدم الثقة بالنفس، والاكنتاب، والمشاعر السلبية الأخرى، والمآثرة سلبا على تطوّر قدرات هذا الفرد المعاق، أو تعيق عملية شفاء، وتحسن المصاب بمرض مزمن.

وفي هذا الاتجاه، تعد "ماري بوتر" -مختصة بالخدمة الاجتماعية بالدنمارك- من أوائل مصممي برامج ترفيهية متكاملة للأفراد المصابين بأمراض مزمنة، أو إعاقات مختلفة.

4/ أنواع العلاج بالترفيه:

- الجلسات الاجتماعية.
- الألعاب الرياضية.
- الفنون اليدوية، والرسم.
- الرحلات الخارجية. (عكاشة، 1999، ص. 67)

5/ المعالج بالترفيه:

يستعين المعالج بالترفيه بكم كبير من الوسائل، والتقنيات، والأساليب لتحسين النواحي العاطفية، والجسدية، والاجتماعية عند الفرد المصاب، ويستغل وقت فراغ الفرد المعاق، أو المصاب بأمراض مزمنة بملئه بنشاطات ترفيهية، توجهه أساسا لتأهيل، أو علاج، أو تطوير الأداء في مجال معين، قصد تحسين وظائف الحياة، والتخفيف، أو الحد من تأثير المرض، أو الإعاقة على الشخص المصاب.

وهناك اختلاف بين المعالج بالترفيه، والمعالج الطبيعي، أو الوظيفي في أمور كثيرة منها: أن المعالج عن طريق الترفيه يساعد المريض على التأقلم في حالة فقدانه لقدرات معينة، على اعتبارها أساسية في نشاطات رياضية، أو اجتماعية، أو فنية... كما يعمد إلى تطوير اهتمامات الشخص المصاب إلى نشاط آخر، يتناسب مع قدراته، ويساعده على الاندماج الاجتماعي، أو تحسين صحته. **عكاشة (1999)**

إذن قبل اختيار نوع النشاط الترفيهي، الذي سيتم تطبيقه مع المريض، يجب على المعالج أن يحدّد، ويتأكد من إمكانيات، وقدرات هذا الشخص، حتى يتم اختيار النشاط الترفيهي الأنسب، وحتى يتمكن الشخص المريض من القيام به، والتمتع بأدائه، فيقضي بذلك على وقت الفراغ الكفيل بملاً الذهن، وتشويشه بالأفكار اللاعقلانية التي تعمل على عرقلة الوضع المعاش أكثر مما هو عليه في وجود المرض.

6/ وسائل المعالج بالترفيه:

وسائله تتنوع، وتختلف من مختص لآخر، ومن مؤسسة لأخرى، وتتضمن كما هائلا من الفعاليات، والأنشطة الرياضية، والحفلات، والرحلات، والمسابقات، والبرامج الترفيهية المصممة خصيصا لتناسب مع كل حالة على حدة، أو حالات متجانسة، كما قد تستخدم الحيوانات للترفيه في بعض الأحيان. **عكاشة (1999)**

7/ الترفيه والتنفيس الانفعالي:

يشير العيسوي (1997 ب) إلى:

1-7/ **التنفيس الانفعالي بواسطة الترفيه:** تتم معالجة المريض هنا اعتمادا على وسائل ترفيه مختلفة، لمواجهة الملل، أو الضجر الذي ينتابه، والتخلص منه. كما تعمل هذه الوسائل، على الحد من التفكير المستمر في مواقف الصراع، التي تشغل باله، وبالتالي تخفّف توتره. ويقوم المعالج باقتراح، وتقديم هذه الأنشطة الترفيهية المختلفة للمريض من موسيقى، وغناء، ومشاهدة الأفلام، والتركيز عليها، واستغلالها في العلاج النفسي.

2-7/ **التنفيس الانفعالي الجماعي "دينامية الجماعة":** هذا النوع من التنفيس يقوم على علاقة بين أعضاء مجموعة متجانسة من المرضى ذات نفسية اجتماعية، حوارية تفاعلية برعاية

معالج، أو أكثر. وتتكوّن هته المجموعة من مرضى، أو مضطربين، أو شواذ، أو جانحين، كما يمكن أن يكونوا في أي مرحلة عمرية. هم من الجنسين: ذكور، أو إناث، أفراد، أو عائلات، وتكون هذه الجماعة صغيرة، أو متوسطة، أو كبيرة، وقد تكون متجانسة، أو غير متجانسة، لحدة مشاكلهم، وكثافتها. وتختلف طبيعة العلاج وفقا لطبيعة الاضطراب، ومهارة المعالج، ونضج الجماعة، ودافعيتها، وذلك بواسطة التفاعل البسيط، أو المتوسط، أو العميق، ومستويات تدعيم الأفراد فيما بينهم. لتحقيق أهداف الجلسات العلاجية، للتخلص من شكاوى أعضاء الجماعة وتعديل اتجاهاتهم، وسلوكاتهم، وزيادة استبصارهم، ونموهم، واتجاههم تجاه التغيير الإيجابي، بعد حل الصراعات، وإحداث التوافق. وهذا الأسلوب من التفريغ الانفعالي، يوفر الوقت، ويسهل التفاعل الاجتماعي، والاندماج في المجتمع.

من ذلك نجد بأنّ الترفيه بوسائله المتنوعة سواء الموجه للفرد بصورة فردية، أو جماعية، عامل مهم في تعزيز عملية التنفيس الانفعالي، فهو يحرض الفرد على القيام بها، بشكل غير مباشر، وفعال، وبقلل من مواقف، ووقت الوقوع في الملل، والضجر، في حين يزيد من مواقف التفاعل، والاندماج، والشعور بالانتماء.

8/ العلاج الجماعي بالعمل والترفيه:

يقر العيسوي (2005) بأنّ معظم المستشفيات العقلية حاليا تستخدم العلاج بالعمل والترفيه كجزء من نشاطها العلاجي. لذا يمكن تكليف ذوي الشعور بالذنب، أو المكتئبين بأعمال يدوية سهلة، أو خدمة ما. بذلك يمكن وصف عمل ما كجزء من برنامج علاج مريض معين. كما أنّ المناسبات الاجتماعية بما توفره من فرص الرقص، والشاي، والإنتاج المسرحي، والسينمائي...تسمح للمريض بمقابلة الآخرين، وتخليصه من الشعور بالعزلة، والبعد عن العالم الخارجي، وتنمية قدراته اللازمة للعلاقات الشخصية، والتطبع الاجتماعي. أيضا إشراك المرضى في الأنشطة الرياضية، إذ توجد مستشفيات تشمل برنامج للنشاط الرياضي، يتضمن ألعاب مختلفة ككرة السلة، وغيرها من الألعاب الجماعية، ويشترك كل مريض في البرنامج المرغوب، وهنا يتوفر العلاج الطبيعي، ويتدرب المريض على العمل مع الجماعة، ويتعلم تقبل الهزيمة، وكيفية مواجهة مواقف المنافسة، والتي لا بد له من أن يعيشها خارج المستشفى.

كما يمكن ربط العلاج الجماعي بأنشطة أخرى، تربية، أو مهنية، أو فنية، أو ترويحية، أو ثقافية، منها: إصدار مجلة للمستشفى، تنظيم مسرحية، الاشتراك في مباريات رياضية، إعداد حفلة، والاحتفال بالمناسبات الوطنية، مشاهدة الأفلام... بهدف تغيير اتجاهات المرضى... كما يستخدم الرسم، والتصوير في العلاج الفردي، والجماعي. وقد يعد المرضى معرضاً فنياً، أو تعمل الجماعة على تزيين الغرف، مع الإنتاج الفني، كما يمكن أن يختار المعالج عدداً من الأعمال الفنية، ويعرضها على المرضى، ويأخذ بأرائهم، وأفكارهم، ومشاعرهم نحوها. فيكون العلاج الجماعي هنا لفظياً، أو عملياً.

بعض أساليب الترفيه، والتسلية، والتعود عليها كمناشط يومية في حياة الفرد تعتبر كنوع من العلاج الطبيعي، تمكنه من مزاوله نشاطات حياته بشكل عادي، وتغيير اتجاهاته، وأفكاره السلبية عن الحياة، وعدم الإحساس بالاختلاف عن الغير، أو العزلة عنهم، خاصة إذا كان هذا النشاط مختاراً من قبل الشخص، ويتم بصورة جماعية. وتقبل الفرد للمنافسة، والهزيمة يجعله مستعداً لتقبل واقع ضرورة مواجهة أزمات الحياة.

9/ فوائد العلاج بالترفيه:

يقسمها الشريف (2013) من نواحي عدة فهي:

9-1/ من الناحية النفسية، والاجتماعية:

- تعزيز ثقة المريض بنفسه، وبقدراته.
- التعبير عن المشاعر بواسطة بعض أنواع الترفيه.
- الخروج من جو الصدمة النفسية بعد الإصابة، والتأقلم مع الإعاقة، أو المرض.
- التخفيف من القلق، والحصر النفسي، والانسحاب الاجتماعي، والتقليل من حدة الاكتئاب، والبارزة جميعها على الفرد المتعرض للإصابة حديثاً.
- رفع مستوى الاستقلالية لدى المعاقين، وتطوير الاعتماد على الذات، والتقليل من الإحساس بالحاجة إلى الغير، مع إثراء الحياة، والإحساس بالجانب المشرق منها.
- التعلّم من خلال الترفيه، والممارسة كيفية إدارة الضغوط، والإجهاد الناتج عن المشاكل.

9-2/ من الناحية الطبية، والجسدية:

- زيادة مرونة المفاصل، والعضلات، والمدى الحركي، عند ممارسة الأنشطة الرياضية المدروسة، والمعدة خاصة للمعاقين، أو المرضى.
 - التخفيف من الألم، والتقليل من استخدام الأدوية، وخدمات التمريض.
 - التقليل من الاضطرابات، أو الصعوبات الثانوية المصاحبة للإعاقة الحركية، أو المرض كالتهابات المجاري البولية.
 - تحسين عام في وظائف، وأعضاء الجسم كتحسين وظيفة التنفس، والدورة الدموية.
 - تقوية العضلات، وتطوير المهارات الحركية، وتحسين التوازن الكلي لدى المصابين.
- لكن الفائدة الكبيرة وراء برمجة أنشطة ترفيهية للمصابين ببعض الأمراض المختلفة، تكمن في شغل وقت الفراغ بأمر تعود على هذا المريض بالراحة النفسية، وتعلمه كيفية الابتعاد عن التفكير السلبي، الذي يجلبه الفراغ، والملل، والضجر، كما تفتح أمامه مجالاً للتنفيس الانفعالي، سواء في وجود الآخرين معه، أو أثناء تواجده بمفرده. داخل مراكز العلاج، والمستشفيات، أو حتى في البيت.

سادساً: العلاج الديني Religious Therapy:

1/ عجالة تاريخية عن العلاج الديني:

كانت مدرسة "سقراط" أول من أصدرت رسائل طبية، أشارت فيها إلى أن مرض الصرع هو من عند الله. ثم ذكر "أفلاطون" في كتاب "الجمهورية أثر الأحلام"، والروحانيات في علاج مرضى العقول، العلاقة بين الجسد، وشفاء النفس. بعده اعتبر القدامى أن الإله بيده الموت، والحياة، والصحة، والمرض، وهذا الأخير ناتج عن اقتناف الآثام، وعلى المريض الاعتراف بذنوبه أمام الإله. بعدها جاء الإسلام، وهاجم هذه الخرافات، والعادات الخاطئة، وقضى عليها واهتم بالعلاج الديني استناداً على تعاليم، ومبادئ القرآن الكريم، والسنة النبوية. شقير (2002)

ويرى الشاذلي (2001) بأن الفرد يحتاج للكثير من الحاجات النفسية، ليحس بالطمأنينة، والأمن، ويأمن من العقاب في الدنيا، والآخرة. مثل هذه الحاجات لا تتأتى إلا في المجتمعات التي تعطي الدين قيمة سامية، وعالية، ونرى أفرادها يسعون للتقرب إلى الله، والتوافق مع أوامره، ونواهيه، والتمسك بالفضائل الحميدة، والابتعاد عن المحرمات، وإتباع المعايير، والقيم الدينية. وفي حالات الانحرافات السلوكية، والعقائدية -والتي تشمل كل ما له

علاقة بالعبقيدة الإيمانية- والتي قد توقعه في الخطأ مع نفسه، وانتهاك حقوق الآخرين، أو حق من حقوق الله سبحانه وتعالى. وعند ارتكاب الفرد لمثل هذه الأخطاء ينتابه الشعور بالذنب، والصراع النفسي، فيفقد

الشعور بالطمأنينة، ويجلب ذلك القلق، والاضطرابات، وقد يخلف فقدان الاتزان النفسي، وسوء التوافق الاجتماعي، والأسري الذي يصل في شدته إلى الخوف من عذاب الله، وفقدان الأمل في رحمته.

2/ تعريف العلاج النفسي الديني:

يرى "زهران" أنه: "نوع من الإرشاد، أو أسلوب توجيه، وإرشاد، وعلاج وتربية، وتعليم، يقوم على معرفة المريض لنفسه، ولربه، والقيم، والمبادئ الروحية، والخلقية، بهدف تحرير الفرد من المشاعر التي تهدد طمأنينته، وأمنه النفسي، ومساعدته على تقبل ذاته، وتحقيق إشباع الحاجة إلى الأمن، والسلام النفسي. وهو أسلوب يعتمد على الإيمان بالله، والتمسك بالقيم الدينية، والخلقية من أجل تدعيم المفاهيم الدينية الصحيحة، وتمييزها، والتسليم بأمور الدين، بهدف تحقيق النمو النفسي، والديني السوي، وتحقيق التوافق، والصحة النفسية." (شقير، 2002، ص. 186)

إذن فتمسك الفرد بالقيم، والمعايير الدينية ينمي مفاهيمه واتجاهاته الدينية، ويجعله يتمتع بطمأنينة، وبصحة نفسية. وبحكم مشكلات الحياة المتكررة التي قد يقع فيها الفرد، يعتبر العلاج الديني أفضل الأساليب في عملية الإرشاد، والتوجيه لتحملها بالرضا بها، أو تخطيها بالصبر.

3/ خطوات العلاج الديني:

يرى الشاذلي (2001) أنه للتخلص من الشعور بالذنب، وفقدان الاتزان النفسي، يعتمد على العلاج الديني الذي يتم بدوره وفقاً للخطوات التالية:

- محاولة المعالج تخليص المريض من الخطايا المرتكبة، وإحساسه بالذنب حيالها، وفتح باب المغفرة من الله، وحمته أمامه.
- تبصيره بواجباته المفروضة دينياً، وتشجيعه باستمرار على تأدية الفرائض.
- تشجيعه على الامتثال لأوامر الله، والاعتراف بأخطائه، والابتعاد عن النواهي. إذ يمثل الاعتراف بالخطيئة أول الطريق الصحيح للعلاج الديني.

أما عن خطوات هذا العلاج، والتي أشار إليها " زهران " فتتمثل في:

- الاعتراف بالذنب.

- التوبة.

- الاستبصار بالذات.

- التعلّم، واكتساب اتجاهات، وقيم جديدة.

- الدعاء، وذكر الله. " (شقيير، 2002، ص. ص. 187-188)

كما أشار إلى أنّ مثل هذا النوع من العلاج يستخدم خاصة في الحالات التي يتضح أنّ أسباب، وأعراض اضطرابها متعلقة بالسلوك الديني للمريض، ويفيد في حالات القلق، الوسواس، الهستيريا، توهم المرض، الخوف، الاضطرابات الانفعالية، مشكلات الزواج، الإدمان... شقيير (2002)

4/ أسس وخصائص العلاج النفسي الديني:

إنّ العلاج الديني يعتمد على أسس أهمها حسب الشاذلي (2001):

- معرفة الخالق، ومعرفة الذات.

- الصدق مع الخالق، ومع الذات.

- الإيمان بالقضاء، والقدر، والقبول به.

- تقبل الذات.

أما خصائص هذا العلاج فهي حسب العيسوي (1997 أ):

- علاج إيماني: فهو يعتمد على ترسيخ دعائم الإيمان في الذات. وهذا له قيمة علاجية،

ووقائية، عظيمة تجعل الفرد يشعر بالأمن، والاطمئنان، والاستقرار، والهدوء، والسكينة، والزهد

في الدنيا، وشهواتها، والقناعة، والرضا بقضاء الله، وقدره.

- علاج خلقي: في منهجه، فيحترم كرامة الإنسان، ويصونها، ويعتمد في الوقاية، والشفاء على

بث المبادئ الخلقية، والفضائل الحميدة في نفس الفرد.

- علاج امتثالي: يدعو الفرد للامتثال للقيم، والمبادئ، والمثل العليا، وأعراف المجتمع، ومن ثم

يحقق تكيفا مع مجتمعه.

- علاج تعضيدي: إذ يقدم المساعدة، والتأييد، والتشجيع للمريض ليرضى عن نفسه، ويثق بها، ويتحرر من مشاعر النقص، والدونية.
 - علاج إقناعي: أساسه إقناع المريض بالحلول المنطقية، وهو بذلك يؤثر على العقل وفي إرادة المريض، وشعوره.
 - علاج سلوكي: يستهدف تعديل السلوك، ونجاة الفرد من الأمراض بعون الله تعالى تكون بذلك، مع القيام بالفرائض، وتحاشي المعاصي.
 - علاج شمولي: فهو يتناول شخصية الفرد بكل جوانبها، بل ويتناول حياته من قبل ولادته، إلى نهايتها.
 - علاج واقعي: لا يعتمد على الأمور الفلسفية، أو الخيالية، أو الوهمية.
- إذن فهذا العلاج يعتبر في أساسه علاج شمولي، متكامل يمس العقل، والجسم، والروح فيهدبها، ويعدل سلوكها، ويتجه بالفرد إلى الامتثال إلى الله تعالى، وفهم ذاته، والتوافق معها، ومع المجتمع.

5/ الصحة النفسية والعلاج الديني:

يهدف القرآن الكريم إلى تمتع الأفراد بحياة سوية خالية من الأمراض، والاضطرابات، والضلال، والفرقة، والانقسام، والجنوح، والانحراف، فيدعوهم إلى الهداية، وتوحيد الله تعالى، والإيمان برسوله الكريم، وبالقيم الأخلاقية، والروحية السامية المحققة عند إتباعها للسعادة في الدنيا، والآخرة. إذ قال تعالى: << إن هذا القرآن يهدي للتي هي أقوم ويبشر المؤمنين الذين يعملون الصالحات أن لهم أجرا كبيرا >>. (سورة الإسراء - الآية: 9)

كما يحض القرآن الكريم على الموعظة، ويستهدف شفاء ما في الصدور، مما يحقق الهدى، والرحمة للمؤمنين، وذلك مصداقا لقوله: << يأيها الناس قد جاءكم موعظة من ربكم وشفاء لما في الصدور وهدى ورحمة للمؤمنين >>. (سورة يونس - الآية: 57)

ففي القرآن الكريم ما يشفي الأنفس، والقلوب المريضة، ويخلص الفرد من العادات الذميمة، كلعب الميسر، وشرب الخمر، ووأد البنات. كما أن فيه الرحمة للمؤمنين، حسب قوله: << ونزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين ولا يزيد الظالمين إلا خسارا >>. (سورة الإسراء - الآية: 82)

ويقر القرآن الكريم بمبدأ مسؤولية الإنسان عن أعماله اهداء بقوله تعالى: << من عمل صالحا فلنفسه ومن أساء فعليها وما ريك بظلام للعبيد >>. (سورة فصلت- الآية: 46) العيسوي (1997 أ)

6/ استخدامات العلاج النفسي الديني:

يرى الشاذلي (2001) أن هذا العلاج يستخدم مع:

- القلق، والوسواس، والهستيريا.
- توهم المرض، والخوف.
- الفصام البسيط.
- حالات الاضطرابات، والمشكلات الزوجية، والأسرية.
- حالات الاضطرابات الانفعالية، والمشكلات الجنسية، والإدمان.

إن فالعلاج الديني بخطواته، وأسسها يستخدم مع العديد من الاضطرابات النفسية، والتي أساسها القلق، والخوف، والشعور بالذنب، والألم النفسي، فالتمسك بالخالق، ثم الاستبصار بالذات، والاعتراف بالذنب من أهم الأمور المتعلقة بنجاح هذا الأسلوب.

7/ فنيات العلاج النفسي الديني:

يستطيع المعالج النفسي الديني استعمال بعض الفنيات الإرشادية المعرفية كالإقناع، الحوار، المناقشة، التخيل، وغيرها من الفنيات المساعدة لاكتساب العميل المهارات، والاتجاهات، والقيم، وإعادة التربية، بما يسمح بالشعور بالاطمئنان، والقضاء على المشكلات، وهو يدرس الشخصية الإنسانية، واضطراباتاها من كل النواحي العقلية، والاجتماعية، والنفسية، والروحية، والدينية، يتميز بالواقعية وتقبل تماشي الفرد مع الطبيعة الإنسانية، ومع العقل، والمنطق.

والقرآن الكريم يعالج شخصية الفرد بطريقة شمولية، إذ لا يتغاضى عن أي جانب منها، ولا يغفل عن شيء (جسم، عقل، روح، حياته المعاشة، تصورات، قيمه، معنوياته، أنشطته، وحركاته، تفاعله مع الآخرين، وكل ما يحيط به من معطيات حسية). شقير (2002)

هذه الفنيات المستعملة في العلاج الديني لا يمكن الاستغناء عنها، فالحوار، ومناقشة الجوانب

المكبوتة، والمؤدية إلى الشعور بالذنب، أو عدم الاستقرار النفسي، يساعدان على تخيل

المواقف، واقتناع الفرد بضرورة تصحيح الجوانب الخاطئة في حياته، ومعالجتها بتقبل، وبموضوعية، لتكوينه اتجاهات ايجابية حول الوضع الذي آل له. والقرآن الكريم يعمل بطريقة شاملة لكيان الفرد في هذا الأسلوب العلاجي.

8/ الاستعانة بطريقة العلاج، والتوجيه الديني:

أشارت شقير (2002) إلى أن "زهران" أوضح أن سبب حدوث المرض النفسي دينيا، هو الضلال، والبعد عن الإيمان، وعن الدين، وعدم ممارسة العبادات، والضعف الأخلاقي، والشعور بالذنب، والصراع بين الحلال، والحرام، الصواب والخطأ، الخير، والشر...

والعلاج يكون مع مثل هذه الحالات بتنظيم جلسة أسبوعيا، أو كل أسبوعين، ومدتها تكون حسب الحالة بين ثلاثة، وستة شهور لإتمام العلاج، وفي حالات قليلة قد يمتد العلاج إلى سنة.

زهران (د. ت)

وتشير "شقير" (2002) أيضا إلى أن العلاج الديني يكون فعالا، ومثمرا، عندما تعاد تربية المريض من جديد على المبادئ، والمثل العليا، والقيم الدينية، والتعاليم، واكتساب اتجاهات، وقيم جديدة كي يستقيم سلوكه، ويتحقق له الإيمان، والشعور بالطمأنينة، ويعيش في سلام، واستقرار مع نفسه، وغيره. ومن ذلك فهذا النوع من العلاج يستهدف تحرير الفرد من مشاعر الإثم، والخطيئة، المهددة لأمنه، وراحته النفسية، ومساعدته على تقبل ذاته، وهذا ما يساعده على تعديل، أو تغيير سلوكه، والتخلص من القلق، والاضطراب النفسي.

كل الأساليب السالفة الذكر لن يكون لها تأثير موجب، ولن تكون ناجحة، ما لم نحاول بكل الوسائل إحاطة هؤلاء المرضى ببيئة متفهمة تقدر ظروفهم، وتحاول تخفيف متاعبهم، سواء شمل ذلك أسر المرضى أو العمل، وبذلك تتحقق فاعلية أساليب العلاج النفسي ونخدم التكفل.

وقد أكدت جملة من الدراسات على كون العوامل الدينية، والقيمية للفرد تحد من انتشار الاضطراب الاكتئابي، وكذا من مآله إن حدث، وأن العوامل المعرفية، والمبادئ، والتعاليم الدينية للفرد تدعم عنده أساليب، وطرق مواجهة الأزمات، والأفكار اللاعقلانية السلبية المؤدية إلى اضطراب الاكتئاب. عبد الغفار (2007)

8/ التمارين والواجبات والنشاطات التي يعتمد عليها البرنامج داخل الجماعة بالمؤسسة الاستشفائية من خلال جدول الملاحظة:

تدريب المفحوص على مزاوله علاجه بنفسه.

8-1/ التمارين: تساعد المفحوص على تنمية وعيه من أجل تأدية عمله كعضوية، أو إنسان، وهذا النوع من التمارين يتجه نحو:

1- الاتصال بالبيئة المحيطة، والتي من خلالها يصبح الفرد أكثر وعياً بمشاعره الحالية، والإحساس بالقوة المعيقة، أو التي تقف في وجه التركيز، والانتباه، والتميز.

2- تطوير الوعي بالذات، وذلك بزيادة قدرته على التركيز، وشحن حواسه الجسمية، واستمرارية الخبرة الانفعالية. تعويد الفرد الإصغاء لكلامه، وتكامل الوعي.

3- توجيه الوعي لجهة معينة، عن طريق تحويل تأثيره باتجاه الاتصال، وتغيير القلق، والإثارة.

8-2/ الواجبات بالمؤسسة الإستشفائية: في نظر الزيود (1998) أن المعالج يطلب من المفحوص القيام ببعض الوظائف، إذ يوجد مفحوصين قادرين على الاستعجال في العلاج لمثل هذه الطريقة، غير أنه ليس كلهم قادرين على تنفيذ الوظائف الموكلة إليهم، كما أنهم قد يتمادون في تجنب ذلك.

ويعتبر كل من جودت وسعيد (1999) بأن لهذا الواجب أهمية تكمن في أنه يساعد

المريض ليواجه مخاوفه الحقيقية، بالتالي التخلص منها وانطفائها.

ملاحظة: يمكن متابعة المريض، والتأكد من قيامه بالتمارين، والواجبات بالمؤسسة الإستشفائية من خلال جدول الملاحظة المصمم من قبل الباحثة، مع تسجيلها للملاحظات خلال مدة تواجدها

مع المفحوصين، وبمساعدة الأخصائية النفسانية الساهرة على تقديم المساعدة لهذه الفئة، وحثه على تطبيق خطوات البرنامج المقترح. كما أن نتيجة هذا الجدول سيتم إدراجها في الفصول

اللاحقة. انظر ملحق رقم (13)

خلاصة الفصل:

إن عملية التكفل النفسي بتبني مختلف أنواع العلاج النفسي، هدفها بالأساس مساعدة الفرد على حل مشكلاته، وتقبل نفسه، والتبصر في أسباب صراعاته، ومخاوفه، والعمل على التخلص منها بشكل جيد، كما أن هذه العلاجات قد أثبتت نجاعتها في حالات عديدة.

إنّ المعالجين النفسانيين في أيامنا هذه، رغم اختلاف مدارسهم، ومذاهبهم لا يميلون إلى التقيّد التام بعلاج واحد، وإنما يميلون بدلا من ذلك إلى اختيار أكثر من علاج، وذلك حسب نوعية شخصية المفحوص، ومستوى اضطرابه النفسي. إنهم يستطيعون اختيار العلاج الذي يروونه أفضل من غيره، لتقدم سير عملية التكفل، والمعالجة، ومن غير الضروري الحكم على علاج ما بالنجاح، وعلى أسلوب آخر بالفشل خاصة حين الاعتماد على العديد منها ضمن برنامج واحد، يسعى إلى هدف رئيسي، لأن ما قد يفشل في علاج حالة ما، قد ينجح في علاج حالة أخرى، كما أننا قد نلجأ إلى أكثر من علاج بالنسبة لحالة واحدة. وهذا ما ذهبنا إليه في فصلنا هذا لندرج مفهوم التكفل النفسي، ضمن جملة العلاجات التي تمّ التطرق إليها في هذا الفصل، وما يحتويه البرنامج المصمم خصيصا لفئة المتعاشين مع فيروس نقص المناعة المكتسبة.

الفصل الثالث

التوافق - التفاؤل - الاتزان الانفعالي

لدى المتعايش مع السيدا

- تمهيد.
- أولاً: السيدا sida.
- 1/ تعريف مرض السيدا.
- 2/ الجهاز المناعي.
- 3/ وظيفة الجهاز المناعي.
- 4/ تأثير فيروس السيدا على خلايا الجهاز المناعي.
- 5/ أسباب المرض وطرق العدوى.
- 6/ تشخيص الإصابة بفيروس HIV.
- 7/ المراحل النفسية للمصاب بمرض السيدا.
- 8/ المشاكل النفسية والاجتماعية التي يعاني منها مريض السيدا.
- 9/ الأمراض المعدية الانتهازية الشائعة ذات الصلة بالسيدا.
- 10/ الوقاية من الإصابة بفيروس VIH.
- 11/ علاج مرض السيدا.
- 12/ مساعدة مريض السيدا.
- ثانياً: التوافق Adjustment.
- 1/ مفهوم التوافق النفسي.
- 2/ التوافق النفسي ومفاهيم مشابهة.
- 3/ علم النفس ودراسة التوافق.
- 4/ أبعاد التوافق.
- 5/ مجالات التوافق النفسي.
- 7/ معايير التوافق النفسي.
- 8/ آلية عمل التوافق.
- 9/ أساليب التوافق المباشرة وغير مباشرة.
- 10/ بعض مؤشرات التوافق و الاتوافق.
- 11/ خصائص الشخص التوافقي.
- 12/ نظريات التوافق.
- 13/ العوامل النفسية لسوء التكيف.
- 14/ استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى الأسوياء.
- 15/ قياس التوافق النفسي.

6/ أهمية دراسة التوافق (الصحة النفسية).

ثالثا: التفاؤل والتشاؤم Optimism and Pessimism.

- 1/ مفهوم التفاؤل .
- 2/ بعض المفاهيم المتصلة بالتفاؤل.
- 3/ مفهوم التشاؤم.
- 4/ نظرة الإسلام للتفاؤل.
- 5/ الأصول التاريخية للتفاؤل والتشاؤم.
- 6/ أهمية دراسة التفاؤل والتشاؤم.
- 7/ أنواع التفاؤل.
- 8/ فوائد التفاؤل.
- 9/ خصائص المتفائلين.
- 10/ النظريات المفسرة للتفاؤل والتشاؤم.
- 11/ العوامل المؤثرة في التفاؤل والتشاؤم.
- 12/ التفاؤل والتماسك كعاملين لتحقيق صحة الفرد.
- 13/ التفاؤل وعلاقته بالصحة النفسية والجسدية.
- 14/ قياس التفاؤل.

رابعا: الاتزان الانفعالي والاستجابة الانفعالية.

Emotional Equilibrium And Emotional Response

- 1/ التأثير والانفعالات.
- 2/ تعريف الانفعال.
- 3/ التغيرات المصاحبة للانفعال.
- 4/ أثر الانفعالات في الاتزان النفسي.
- 5/ تعريف الثبات الانفعالي.
- 6/ طبيعة الاتزان الانفعالي.
- 7/ الاتزان الانفعالي والصحة النفسية.
- 8/ الاتزان الانفعالي والتوافق النفسي.
- 9/ الأسس النفسية للاتزان الانفعالي والتوافق الاجتماعي والصحة النفسية.
- 10/ سمات وخصائص المتزن انفعاليا.
- 11/ العلاقة بين الاتزان الانفعالي والاستجابة الانفعالية.
- 12/ الاستجابة الانفعالية حسب "ألبرت أليس".

تمهيد:

يدل التوافق النفسي الجيد، والتفاؤل، والاتزان الانفعالي، على تمتع الفرد بالصحة النفسية، وتقبله لواقعه، والرضا عنه. وقد حاولنا في هذا الفصل التعرض لهذه المفاهيم الثلاثة، نظرا لكونها المتغيرات اللازم قياسها، والتعرف على درجاتها عند عينة الدراسة، والمتمثلة في أولئك المتعاشرين مع فيروس نقص المناعة المكتسبة، كما وأنها تشكل-التوافق، التفاؤل، الاتزان النفسي- محور عملية الكشف، عن مدى مناسبة، وفعالية البرنامج التكفلي العلاجي المقترح هنا. لذا عرجنا على أغلب الجوانب المهمة، والشارحة لهذه المفاهيم، من تعاريف خاصة بها، إلى أبعادها، ومجالاتها، ومؤشراتها... كما خصصنا أولا جانبا للتعرف على مرض السيدا، الذي يسببه فيروس HIV. وهو المرض الذي يعاني منه عناصر عينة الدراسة الحالية.

أولا: السيدا SIDA:

1/ تعريف مرض السيدا:

1-1/ تعريف مصطلح السيدا: "هو اختصار لتسمية المرض بالفرنسية:

"Syndrom D'Immuno- Deficience Acquis (دردار، 2000، ص. 9). أو هو

نقص المناعة المكتسبة الذي يرمز له (SIDA)

"Le Syndrom D'immuno- Deficience. Acquis". بحيث عرفته المنظمة العالمية

للصحة في تقريرها الصادر في (1985) على أنه: "مرض يتصف بمجموعة من الأعراض،

والعلامات، والدلائل، الناتجة عن نقص مكتسب في المناعة الخلوية، المرفق بإيجابية الفحوص

والتحاليل المخبرية، دون أن يكون هناك سبب آخر لاضطراب، وخلل المناعة."

"السيدا مرض فيروسي، يحدث فقدان المناعة. فتتهار وسائل الدفاع الطبيعية في الجسم.

والمسبب فيه فيروس VIH المسبب لنقص المناعة." (بولعجامة، 2010، ص. 53)

"كلمة سيدا SIDA اختصار لمرض "نقص المناعة المكتسب". من الأمراض المؤدية

لحتمية وفاة المريض. حيث تكمن خطورته في اختراق جهاز المناعة، وهذا يقلل من قدرة الجسد

على مواجهة الأمراض." (الصافي، 1998، ص. ص. 28-29)

تم توسيع تعريف الإيدز عام (1985) (بعد اكتشاف فيروس HIV)، ليشمل أنواع معينة من الإصابات الانتهازية، وسرطانات الأنسجة اللمفاوية الآوية للفيروس، أو تظهر فحوصات ايجابية لمضادات فيروس عوز المناعة البشري. (متولي، 2005، ص. 215)

أطلق على فيروس السيدا تسميات مختصرة، وهي رموز باللغتين الفرنسية، والانجليزية، لكن معناها واحد، ويشير إلى: "فيروس فقدان المناعة البشرية المكتسبة"، أو "فيروس العوز المناعي المكتسب". والتسمية الشائعة: **VIH**. أما الاختصارات فهي:

* **HTLUIII**: فيروس (حمى) الخلية التائية البشرية، الموجه للمف نمط **III**.

* **ARV**: الفيروس المتعلق بالسيدا.

* **LAV**: الفيروس المصاحب (المقترن)، لاعتلال الغدد اللمفاوية.

* **VIH**: الاسم العالمي للفيروس، ومعناه: فيروس نقص المناعة في جسم الإنسان. (بوعجاز، 1998، ص. ص. 16-17)

ويضيف بوعجاز (1998) أنه في سنة (1983) عزل الفرنسي "مانتانيه" (**VIH₂**)، بسببه تضخم العقد اللمفاوية. وفي ماي (1984) عزل الفيروس المسبب للإصابة بمرض السيدا من طرف فريق أمريكي.

1-2/ تعريف مصطلح الإيدز: "اختصار لتسمية المرض بالإنجليزية:

" **Acquire D'Immuno Deficiency Syndrom** " (دردار، 2000، ص. 9)

1-3/ التعريف الإجرائي لمرض السيدا: مرض سببه فيروسي، يؤدي إلى فقدان المناعة. إذ يعمل فيروس (**VIH**) على تدمير وسائل الدفاع الطبيعية في الجسم، ويسبب النقص المناعي، الذي يصيب عدد الخلايا اللمفاوية التائية، أو الخلايا البالعة وحيدة النواة، محدثا شلا في عملها، والمتمثل في مقاومة العناصر الممرضة، ويصبح المصاب هنا عرضة للإصابة بجميع أنواع الفيروسات، والبكتيريا، والطفيليات، وكذا بعض السرطانات.

2/ الجهاز المناعي:

المناعة مصطلح لاتيني يعني الخلو من كل شيء. هي قدرة الجسد في التعرف على الأجسام الغريبة، وإنتاج أجسام تقاومها، وتحطمها ثم تتخلص منها.

وتعني حالة فسيولوجية، حيوية، تحدثها الخلايا للمفاوية، وتعطي للجسم المقدرة على التمييز والمقاومة ضد المستضد، أو الانتجين* . مزاهرة (2000) وتراها عبد الهادي (2001) بأنها قدرة الجسم على حماية نفسه، من المواد الغريبة، ويشمل ذلك الجراثيم المعدية.

2-1/ تعريف المناعة الجسدية: "هي مقاومة الجسم، ضد الكائنات الممرضة، التي يتعرض لها الإنسان، أو نواتجها السمية، عن طريق التعرف على هذه الأجسام الغريبة، وإنتاج الأجسام المضادة لها، وتحطيمها." (عثمان، 2000، ص. 11) ويتضمن جهاز المناعة حسب البكري (2002) كلا من:

أ/ المناعة الطبيعية الموروثة (غير نوعية): مقاومة عامة ضد كل الجراثيم، وهي بمثابة خط الدفاع الأول للجسم.

ب/ المناعة المكتسبة (النوعية): موجهة ضد مرض محدد، وتعتمد على الخلايا اللمفية، المكوّنة للأجسام المضادة في الجسم، نتيجة الإصابة بالمرض. وتقسم إلى نوعين هما:

- المناعة المكتسبة إيجابياً:

• مناعة طبيعية تشمل:

✓ مناعة فاعلة: مكتسبة نتيجة الإصابة بمرض سابق، كمرض الحصبة، التيفوئيد...

✓ مناعة منفعة: تتبع انتقال منتجات التصنيع من شخص لآخر، في ظروف طبيعية، وفي انتقال الأجسام المضادة (I.g.G)، من الأم إلى الجنين، من المشيمة، وكذا نتيجة ابتلاع الأجسام المضادة (I.g.G).

مناعة صناعية تشمل:

✓ مناعة فاعلة: تكتسب باللقاح، والتطعيم، والميكروب حياً أو ميتاً، أو سموم تبطل مفعوله.

✓ مناعة منفعة: تخدمها مستحضرات مناعية مستخلصة من مصل إنسان آخر، أو مصل حيوان، كما في الترياق (Antitoxine)، أو المصل الضدي (Antiserum).

هذا فيما يخص الجهاز المناعي، والخلايا المكوّنة له، وأنواع المناعة المسؤول عنها هذا الجهاز الهام بدرجة كبيرة في جسد الإنسان. وعموماً توجد مناعة نولد بها، يزودنا بها الجانب

*"الانتجين: المولد للمضاد، أية مادة عند حقنها في الجسم، تدفعه إلى تكوين المضاد لها، من أمثلتها سموم الأفاعي..."

الوراثي، وأخرى مكتسبة إما كونها الجسم، نتيجة التعرض لإصابة سابقة، أو يتم الحصول عليها من مواد خارجية كاللقاحات، المدعمة الجانب المناعي الموروث في حالة حدوث خلل فيه.

3/ وظيفة الجهاز المناعي:

يعتبر دردار (2000) أن أساس عمل هذا الجهاز هو تعرفه على المواد الغريبة عن الجسم، وتحطيمها، إن كانت ضارة، أو مفيدة. كالتخلص من الميكروبات المسببة للأمراض. كما يعتبر العضو المنقول لإنقاذ حياة إنسان غريبا عليه، فيحاول التخلص منه. على هذا الأساس فالجهاز المناعي بأدائه لوظيفته، قد يخلف آثار مفيدة، وأحيانا غير مرغوبة.

3-1/ الدفاع الخاص: تنشط المناعة في دفاع خاص، تكونه خلايا لمفاوية* بلازمية، وخلايا مناعية أحادية النوى، وأعضاء، وأوعية لمفاوية، والنخاع العظمي (خلايا **B**)، هذه الخلايا موجودة في تركيز عال. ويطور هذا الجهاز مناعة ضد مولد المضاد *Antigene. إذن ترى عبد الهادي (2001) أن جهاز المناعة يستطيع تمييز الذات عن غيرها، وأساس المناعة عمل الخلايا للمفاوية B و T بوظائفها المختلفة.

الخلايا B: بلازمية تنتج أجسام مضادة ترتبط باللف*.*.

الخلايا للمفاوية تستطيع تمييز مولد الضد، لامتلاكها جزيئات استقبال على سطحها. **الخلايا T:** لمفاوية لا تفرز أجسام مضادة. وأيضا خلايا T معينة، تهاجم مباشرة خلايا تحمل مولدات الضد التي تميزها. وخلايا T أخرى تنظم الاستجابة للمناعة. والمستقبلات على أي خلية لمفاوية، هي متممة لشكل مولد ضد خاص. بحيث ينطبق المستقبل ومولد الضد معا.

وظيفة الخلايا المكونة للجهاز المناعي، تعتبر من أهم الوظائف لأجهزة الجسم المختلفة، فالخلل في عملها، يحدث مشاكل صحية يصعب علاجها، أو التعامل معها طبييا، ومن الممكن أن يتسبب خلل هذه الوظيفة في هذا الجهاز إلى المعاناة، ومن ثم الموت المحتم.

* "اللف: عبارة عن بلازما الدم الموجودة في الأوعية اللمفية، أو الأنسجة، أو معظم الخلايا الدموية البيضاء.

* لمفاوية: نوع من خلايا الدم البيضاء غير المحببة، تلعب دورا مهما في إنتاج الأجسام المضادة.

** مولد المضاد: أي جسم غريب، قد يكون بكتيريا، أو فيروسا، أو مادة غير بروتينية، أو مادة معدنية سامة، أو أي مادة غير عضوية مسببة للحساسية."

4/ تأثير فيروس السيدا على خلايا الجهاز المناعي:

تتأثر خلايا الجهاز المناعي بفيروس السيدا، إذ ترجع أغلب العلامات الإكلينيكية لدى المتعاشين مع هذا الفيروس لنقص المناعة، فهذا الفيروس مثبت للمناعة البشرية، فهو يصيب خلايا الجهاز المناعي ليعمل على تحطيمه. بولعجامة (2010)

يشير العلي (1989) بأنه فيروس مولع بالخلايا التائية، خاصة الخلايا المساعدة (T₄)، والتي تحمل بسطحها جزئيات بروتينية سكرية (CD₄)، ترتبط بالغلاف البروتيني السكري للفيروس، فيتوقف عمل الخلايا للمفاوية، ويثبط الفيروس المناعة. كما توجد جزئيات (CD₄) في خلايا وحيدات النوى، وخلايا البالعات الكبيرة في الجسم.

يسبب تأثير الفيروس اختلال إنتاج الخلايا التائية لأنزيمات للمفوكيناز، وكذا وظائف الخلايا وحيدات النوى، والبالعات الكبيرة، كما يؤثر على قدرتها على قتل الطفيليات داخل الخلايا الشاذة. أيضا يتناقص نشاط الخلايا القاتلة (CD₈)، ويشذ عمل الخلايا للمفاوي البائية، فينقص تركيز الغلوبولينات المناعية في المصورة الدموية، وهبوطها يزيد من سوء الإنذار.

وفيروس السيدا يهاجم مباشرة الخلايا المسؤولة عن مناعة الجسم، والتي تعتمد عليها العضوية في الدفاع عن نفسها. فتثبيط، أو إخلال الفيروس بوظيفة هته الخلايا، يجعلها شاذة، وغير مستفاد منها، وتفقد قدرتها على قتل الفيروسات، والجراثيم، التي من الممكن أن تغزو الجسم. فيصبح هذا الأخير معرضا لأمراض كثيرة، ومنتوعة.

5/ أسباب المرض وطرق العدوى:

اعتبر علماء الطب أنّ وجود نوع جديد من الفيروسات (Beto virus)، يصيب الخلايا اللمفية (سرطان الخلايا)، هو المسبب الفعلي للسيدا، وأطلق عليه (المائل للانجذاب نحو الخلايا اللمفية)، ويسمى أيضا (HTLV). فالفيروس يستهدف الجهاز المناعي، فيختل عمله، وتهدهه بذلك الكائنات الدقيقة الانتهازية.

يدخل الفيروس إلى المادة الوراثية في الخلايا المصابة، والتي قد تبقى كامنة لسنوات أحيانا، وبلا سبب محدد تنشط مسببة تكاثر الفيروس في الخلية، مما يؤدي إلى قتلها، ويتعطل جهاز المناعة، وتظهر أعراض المرض، خاصة عندما تكون الخلية المصابة خلية مساعدة.

البكري (2002)

- وعن طرق العدوى، يشير العلي (1989) بأن الفيروس ينتقل من المصاب بـ:
- العلاقات الجنسية: السبب الأكثر شيوعاً في الإصابة بالمرض، إذ يحمل المصاب الفيروس في لعابه، ومفرزاته، ومفرغاته، ودمه. وعند الشاذين جنسياً يزيد خطر العدوى.
 - الدم: بالاستعمال المتعدد للحقنة ذاتها (بين مدمني المخدرات). وأشار العالم الأمريكي "والاد" في المؤتمر العالمي الخامس لمكافحة السيدا، إلى اكتشاف (2032) إصابة، بسبب نقل دم ملوث لدى المتبرعين، والأغلبية مدمني مخدرات. بولعجامة (2010)
 - قد تنتقل العدوى من الأم للجنين، أثناء الحمل، أو الولادة، أو من المشيمة، أو بالرضاعة.
 - عند التلقيح الاصطناعي، قد يكون الزوج حامل للفيروس فينقل العدوى لزوجته.
 - إجراء حقن بستار التلقيح ضد الأمراض، أو نقل أحد مكونات الدم، من مريض إلى أصحاء بهدف تدميرهم، وهو ما يدعى "النشر الإجرامي للمرض".
 - يحتمل انتقال المرض بالسعال، لاحتواء مفرزات الفم والجهاز التنفسي على الفيروسات. العلي (1989)

في حين لا ينتقل الفيروس عن طريق:

- المصافحة، مشاركة الغير العمل، المدرسة، وسائل النقل العامة، الكلام مع المريض.
- الطعام، والشرب، خاصة الساخن منه، كما أنّ الحشرات لا تنقل العدوى.
- كما أنه تم الكشف عن وجود ممارسات أخرى لا تنقل العدوى، لكن بشروط معينة.

6/ تشخيص الإصابة بفيروس HIV:

حسب بولعجامة (2010) فإنه حتى الآن لا يوجد اختبار سريع يثبت معاناة الشخص من السيدا، أو ينبئ بظهور هذا المرض عنده مستقبلاً، والاختبار المكتشف هو ظهور أجسام مضادة ضد الفيروس المسبب له، في دم المصاب، يعني ذلك تعرض الشخص للفيروس، غير أنه لم يظهر عليه المرض، فليس هناك اختبار واحد يكشف عن المرض، لكن حقيقة صار بالإمكان الكشف عن فيروس VIH ابتداءً من اليوم (15) الخامس عشر، بعد وقوع مخاطرة. ويرى الصافي (1998) أنه رغم ذلك لا يمكن التحقق من الإصابة، مع آخر اختبار اجري بعد (03) ثلاثة أشهر من المخاطرة، وعلى المفحوص إتباع سبل الوقاية. ويعتقد العلي (1989) باعتماد التشخيص على عدة مبادئ هي:

6-1/ مبادئ تشخيص الإصابة بالفيروس:

- **القصة المرضية:** يسأل المريض كم عمره؟ هل هو متزوج؟ هل يمارس الجنس بطريقة شاذة؟ هل يمارس الجنس بشكل غير شرعي؟ هل يتعاطى المحذرات، أو الإبر الوريدية؟ هل من عاداته التبرع بالدم؟ هل خضع للجراحة؟.

- **الأعراض السريرية والفحص الطبي:** يعني وجود أعراض لحدوث الإيدز، أو مرض فيروسي آخر، يثبط المناعة ك فقدان الشهية، الإرهاق، الحرارة الزائدة، اضطرابات هضمية، إسهال، تضخم العقد اللمفاوية.

ومن هنا يجرى الفحص الطبي، للتأكد من وجود، أو عدم وجود الفيروس. عن طريق الفحص الإنزيمي (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay), (Elisa) . وتشير بولعامة (2010) أنه تحضر في هذه الطريقة أجزاء غير معدية من الفيروس، وتستعمل كدليل للفحص عن وجوده، أو عدمه في دم الشخص.

هذا يتوقف على الفرد المقبل على الفحص، فقرار إجرائه لمعرفة إمكانية حمله لمصل إيجابي Séropositif، أهم خطوة. ووجب إرفاقها دائما بنصيحة قبل تطبيق الاختبار وبعده.

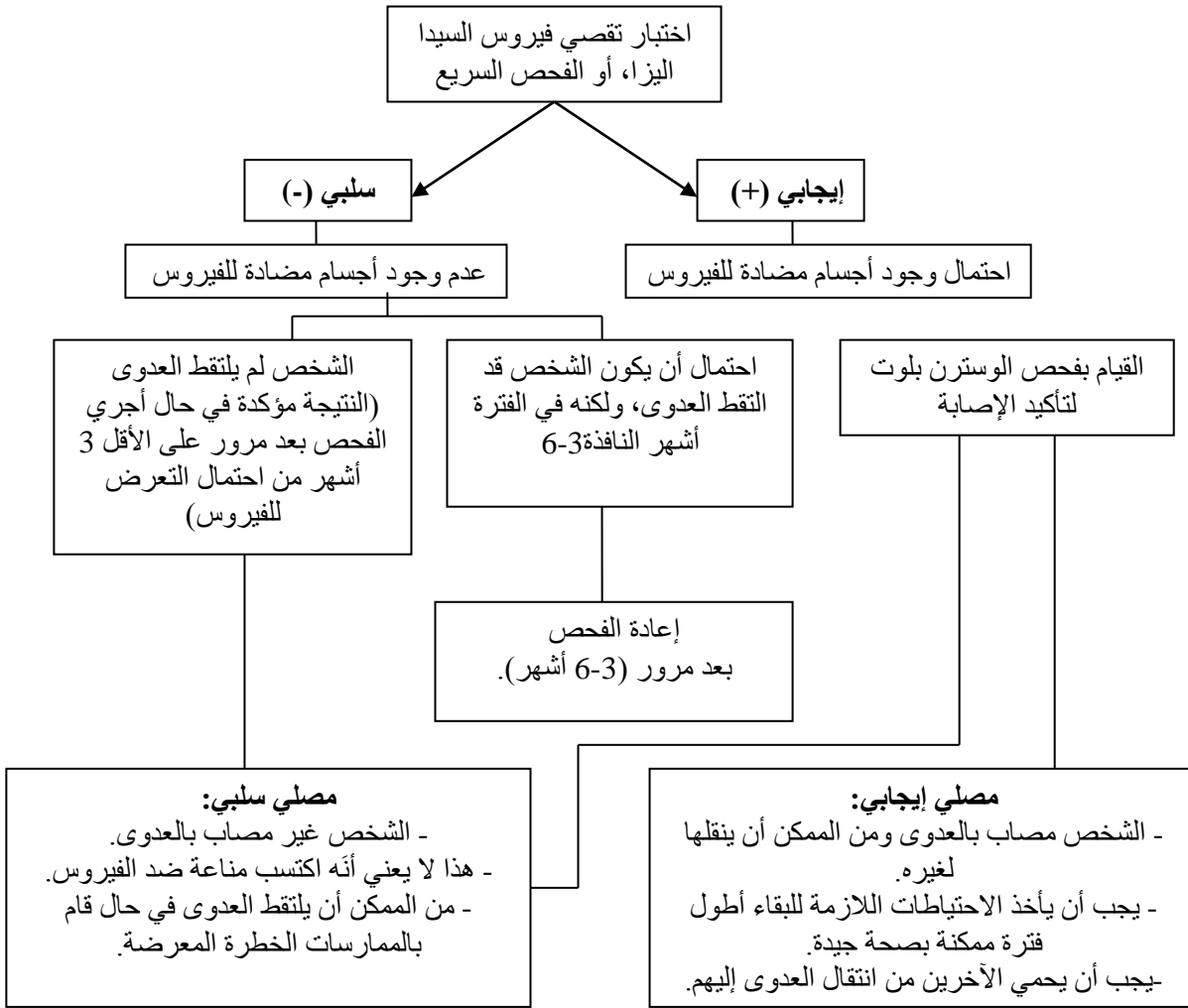
6-2/ **الهدف من النصيحة قبل الاختبار:** ترى منظمة الصحة العالمية OMS (1991) أنه يجب تزويد الأفراد بمعلومات عن جوانب الاختبار التقنية، وما يخلفه من نتيجة، إيجابية أو سلبية، على الصعيد الشخصي، الطبي، الاجتماعي، النفسي، القضائي. وقرار إجراء الاختبار هو بالأساس لمعرفة السبب. وتقبل المعني يرتكز على وعيه الكامل بالنتائج المحتملة.

يتبع تنظيم اختبارات الكشف عن فيروس السيدا، بعدم تمييز، أو شيوع النتيجة، ما أمكن، كما تكون حقوق الفرد معلومة، ومحترمة، مع تأمين السرية للنتيجة في كل حالة. وقبل الكشف يراعى التكفل النفسي - الاجتماعي حول جانبيين رئيسيين:

- سوابق الفرد، وخطر الفيروس.
- كشف عام لتحديد معلومات الفرد عن فيروس VIH أو السيدا. وطريقة مواجهته لصدمته.
- ولمعرفة إمكانية تطبيق الاختبار، يجب وضع أسئلة، منها:
- ما الشيء المعلل، أو المحفز على طلب إجراء الاختبار؟
- ما هي الأعراض الدقيقة، أو السلوكيات المقلقة للشخص؟

- ما هي معلومات الفرد عن الاختبار، وتطبيقاته؟
 - هل يعي الفرد الطريقة التي سيتصرف على أساسها أمام النتيجة المحتملة؟
 - من سيكون المتكفل به على الصعيد العاطفي، والاجتماعي؟
 - ما العواقب الممكنة جراء نتيجة إيجابية أو سلبية؟
- 3-6/ النصيحة بعد اختبار VIH:** وتتعلق بنتيجة سلبية، أو إيجابية، أو مشكوك فيها.
- 6-3-1/ النصيحة بعد نتيجة سلبية:** إن احتمال الكشف عن كون الفرد غير مصاب بالعدوى، يشعره بالارتياح، لذا يجب تسجيل النقاط التالية:
- باحتمال التعرف على الفيروس، توجد فترة مصلية (خامدة)، من خلالها لا يمكن اعتبار النتيجة السلبية صحيحة، وغالبا ما يجب أن تمر ثلاث أشهر على الأقل منذ العرض، قبل اعتبار هذه النتيجة مبطللة لحقيقة الإصابة.
 - الوسيلة الوحيدة للوقاية من التعرض مجددا للفيروس، هي تجنب السلوكات الخطيرة، كالتطبيقات الجنسية الأقل خطورة، وعدم استعمال نفس الإبر، وغيرها.
 - التوعية بمعلومات مكثفة عن وسائل محاربة الإصابة.
- 6-3-2/ النصيحة بعد نتيجة ايجابية:** يجب إعلام الحامل للمصل الإيجابي، أو المصاب بمرض مرتبط بال: VIH في أمد قصير، وجها لوجه، مع الحفاظ على السرية، وبشكل لا يترك للمعني وقتا لامتنصاص الصدمة، مع مراعاة:
- صحته في تلك اللحظة.
 - تحضيره للخبر. فرد الفعل عند من يباغته الخبر مختلف جداً، عن المحضر له، لأنه لا يفاجأ كثيرا بالنتيجة.
 - الحماية التي يتلقاها الفرد من المحيط.
- إن ارتياح الفرد في العمل، والعيش وسط الأسرة، وتميزها بالتماسك، وعيشه لحياته الجنسية، عوامل توضح الفروق في ردود الأفعال التي نلاحظها. ويتميز رد فعل الأشخاص المعزولين، والذين يعانون ظروفًا مادية صعبة، ولا يحضون سوى بتكفل ضعيف عند إعلان إصابتهم بالسوء الكبير.

- وتنتاب المعني بالاختبار قبل إجرائه، حالة قلق نفسي مع مخاوف، ومشاكل. وصمت. وربما تجاهل المرض، وهي آليات دفاعية (قوية، وفاعلة)، أمام الخوف من المرض، وما يشاع عنه. أريسكو (1990) لذا وجب تحقيق التكفل النفسي الاجتماعي للفرد، خاصة عند إعلان حملته للمصل الإيجابي، أو مرضه. منظمة الصحة العالمية OMS (1991)
- 4-6/ الفحوص المخبرية المسببة للتشخيص: يعتمد على ثلاث فحوص، لثبات التشخيص:
- 6-4-1/ تعداد أنواع الخلايا اللمفاوية: خاصة النوع (T)، فهي مسؤولة عن المناعة، ومرض الإيدز يسبب نقص المناعة. العلي (1989) غير أن تعداد الخلايا لا يثبت تماما الإصابة بالمرض فهو ليس نوعيا.
- 6-4-2/ طريقة "إيزا" في تشخيص الإيدز: وتعتمد على الفيروس بالذات، بكامله، فالبروتينات المتكون منها تمثل مستضدًا، وتكون كالتالي:
 - ✓ "توضع كريات زجاجية مجهرية من الفيروسات المعطلة.
 - ✓ تمزج مع مصل دم المصاب.
 - ✓ يترك المزيج فترة من الزمن.
 - ✓ تغسل الكريات، وتوضع في مكان خاص.
- تضاف مواد خاصة، فيلاحظ تغير لون المزيج. (وزارة الصحة الأردنية، 2004، ص. 284)
- والشكل التالي يوضح إجراءات فحص "إيزا" أو الفحص السريع للكشف عن فيروس "VIH".



شكل رقم (02): يوضح اختبار "اليزا"، للكشف عن فيروس VIH. (وزارة الصحة الأردنية،

2004، ص. 284)

6-4-3/ طريقة "اليزا" المثبتة: تشبه الطريقة السابقة، مع تطور محدث من شركة "أبوث"

الأمريكية (1986)، تهتم بمستضد (ب41-ب160)، ومستضد لب الفيروس (ب24-ب55).

6-4-4/ طريقة "وسترن- بلوث": أكثر إثباتا للمرض، وتهتم بمستضدات هي بروتينات (ب41)

للغلاف، وبروتينات (ب24) لللب.

6-4-5/ فحص التآلق المناعي الغير مباشر: وتستخدم هنا الخلايا اللمفاوية المصابة من نوع

(H₉)، والتي تحوي جزيئات الفيروس، وتكون مثبتة على صفيحة زجاجية، مع مصد دم

المصاب. العلي (1989)

ويشير الصافي (1998) إلى وجود اختبارين آخرين لتحديد الإصابة بصورة غير مباشرة، فهما يحددان قوة مقاومة البكتيريا في جهاز مناعة الشخص:

- الاختبار الأول يطلق عليه: **Enzyme-Linked** .
- الاختبار الثاني يطلق عليه **Immuno Sorbent Assay:Elisa** : يحدّد درجة المناعة، وأنزيماتها التابعة. ويستخدم في حالة:
- فحص دم المتبرع، لتأكيد خلوه من الفيروس.

- الكشف عن الذي يعتقد حمله للفيروس، عند نتيجة إيجابية، وعدم الجزم بإصابته بالسيدا، لكن ذلك يعني أنّ جسمه الحامل للفيروس يحتاج إلى شهرين أو ثلاثة، لإنتاج المادة المقاومة للبكتيريا، ثم يعاد الفحص لإثبات الإصابة.

يتميز الاختبار بالحساسية الشديدة، والدقة العالية في تحديد مناعة الجسد. وينصح المختصون بخضوع الشخص لاختبار آخر يسمى **Westerublot**، لكونه أكثر دقة في تحديد الإصابة بالسيدا.

والشائع هو أنّه كلّما تمّ التشخيص المبكر للإصابة بفيروس السيدا في الجسم، كلّما استطاع الأطباء تعطيل استفحال المرض، وظهور أعراضه على جسم المريض، والخضوع للفحص الطبي يجب أن يكون بشكل روتيني، حتى دون استشارة الطبيب. كما أنّ التحلي بالعادات الصحية، والوقائية يمنع عدوى انتشار هذا الفيروس. ولا تزال الأبحاث الطبية تتشط في هذا المجال.

7/ المراحل النفسية للمصاب بمرض السيدا:

عدم تقبل الفرد للإصابة بمرض السيدا، له تأثيراته الفظيعة عليه، وهذا يساعد على الانتشار السريع للفيروس في جسمه، وتحوله لمرض جسدي مميت. أريكسون (1990). ومصاب السيدا يعيش مراحل نفسية يذكرها يوسف (2012) في:

7-1/ **مرحلة الصدمة**: مدتها تتراوح من لحظة معرفته بالإصابة إلى عدة أيام، يتخللها ذهول تجاه الإصابة، وشدة المرض. فخير الإصابة ذاته هو صدمة قوية قد تخل بتوازن جهازه النفسي، خاصة لما يتم بشكل لا تراعى فيه مشاعر المصاب، في وقت يلزم فيه التحريك السريع لآليات دفاعه الذاتية، هذا قد يؤثر بشكل مؤقت، أو دائم على توازنه النفسي، والجسدي،

في مقابل ضعف البنيان النفسي له. فمعاناته الماضية من ظروف الحياة، ودور المحيط، وتجارب الطفولة، والصدمات وآثارها، وكل ما يهدد الأنا، يسهم في استشراس الفيروس.

7-2/ مرحلة الإنكار: يساعد المصاب بأن يتصرف في البداية وكأن شيئاً لم يحدث. كما تتميز بكونها مرحلة هستيرية، يحاول أثناءها غالباً المصاب نقل العدوى.

7-3/ مرحلة الكآبة: يشعر المصاب بالعجز، ويتعلق بالجهاز الطبي، بسبب ما يعانيه من أعراض نفسية وعصبية نتيجة اكتتابه المرتبط بفكرة أن لا علاج لمرضه، وأن موته قريب، وأخطر ما يفكر فيه هو الانتحار.

7-4/ مرحلة التمرد على الاستقلالية: بأن يقود نفسه في عملية العلاج، ولكون الاستقلالية مرتبطة بالمخاوف تجاه مرضه، يرفض هذا من الجهاز الطبي.

7-5/ مرحلة التلاؤم: يتقبل المصاب مرضه نسبياً، ويستخدم مهاراته، وإمكاناته المتبقية بصورة مثالية مع واقعه، رغم صعوبة إقناعه بالتعايش معه، لأنه يشبه التعايش مع الموت.

تختلف ردود الفعل مقابل الإصابة بمرض من هذا النوع، إذ تتراوح بين رفض قبول الواقع، واللامبالاة. الشيء الذي قد يخلف سلوكيات عدوانية أو غير مسؤولة، وقد تكون هدامة توجه للذات، أو للغير، كعدائية المريض للمجتمع، والتي تدفعه للانتقام بنقل المرض للآخرين، أريكسون (1990). وتشير داغر (2004) إلى أن هناك ما هو أخطر كإقامة المصاب لعلاقات عديدة دون وقاية. كما أن فقدان توازنه قد يصل لشل قدرته على التفكير، والتركيز، كي ينسى المرض. فلا يخطط لمستقبله اعتقاداً منه بعدم الجدوى لذلك.

نلاحظ كذلك حالة قنوط، وشلل إرادة، وانعدام الرغبة، وانحدار في النشاط، وضعف الإدراك، وهذيان أحياناً، تتناوب مع صمت تام، وسكون، وحزن عميق. يرافق ذلك أعراض جسدية مختلفة قد تكون مؤلمة جداً، ويصير الهاجس الوحيد للمصاب هو موته المحتم والقريب الذي سيضع حداً لحياته، ويفرقه عن الأحباب. كما ينتابه الشعور بالعار والخطيئة، وعقدة الذنب، وضرورة الانعزال عن الآخرين. فهو يخشى ألم المرض الحاد، والتراجع في قواه العقلية، وفقدان قدرته على العمل، ومواجهة ظروف الحياة الصعبة، يرقب جسده الذي ينهار، وصورته عن ذاته التي تتشوه. وبسبب المرض تدعم غريزة الموت التي تنتصر غالباً على غريزة الحياة.

كما يمكننا بلورة المراحل النفسية الطارئة على حالة المصاب، تدريجياً في التالي:

- مرحلة عدم الاستيعاب، وربما عدم التصديق.
- مرحلة هستيريا، وغالبا ما يتم خلالها محاولات لنقل العدوى.
- مرحلة عدائية مبالغ فيها، يحدّد أثناءها المصاب حدث الإصابة.
- مرحلة اكتئابية، غالبا ما تصحبها أفكار انتحارية، ومحاولة تنفيذها.
- مرحلة اضطرابات عقلية، وعصبية.

وتجدر الإشارة إلى أنه قد تتداخل هته المراحل في بعض الحالات. أريكسون (1990)

إنها مراحل حتمية يمر عليها الشخص المصاب بفيروس نقص المناعة، غير أن فتراتهما تختلف حسب كل فرد، وعدم وصول المصاب هنا إلى حالة التقبل، والتعايش مع المرض، قد يخلف ذلك آثارا عدائية، كارثية، من بينها الرغبة المكبوتة، والملحة في الانتقام، والتي سرعان ما قد تترجم إلى سلوك معادي، وصريح، يهدّد الفرد المصاب في حد ذاته، إذ يشكل علامة من علامات الاضطراب النفسي، الذي قد يصل به إلى وضع حد لحياته، كما يهدّد المجتمع الذي يزيد فيه عدد الحالات المصابة بهذا المرض.

وبشير التحليل النفسي لمريض الإيدز بعد دراسة "ريسكو" على الذين تعرضوا للكوارث، أن مصاب السيدا يقابل مجموعة كبيرة من الجروح النرجسية بصورة أعمق، وأكبر من منكوبي الكوارث، وهي جروح تمثلها مشاعر:

- **خيانة الجسد:** وهي ليست كخيانة عضو كالقلب أو الرئة في مرض آخر، لكنّها خيانة شاملة يشترك فيها كل أعضاء الجسد، والذي أصبح أكثر قابلية للتسبب في موت صاحبه.
- **اهتزاز الصورة الاجتماعية:** التي رسمها المصاب لنفسه أمام الآخرين. إذ تصاب نرجسيته بجروح عميقة لما يأتي الإيدز ليحطمها بالكامل.
- **خيانة العقل:** يتعرض المصاب بمطاوله المرض للتكامل العقلي، إذ يخلف المرض عوارض إنهيارية اكتئابية، مع قلق كبير من الموت، ومظاهر نفسية معقدة جدا، فيشعر المصاب بتهديد فعلي، مباشر لتكامله العقلي، ولجرح نرجسي عميق لشعوره بتخلي عقله عنه. فتتحرك دفاعات المريض رغم إنهاكها، نتيجة للجروح النرجسية لإعادة التوازن بواسطة التمرد النرجسي، لتعويض أثر هذه الجروح، وهو تمرد معقد يكون:
- على الخارج: بمحاولة نقل العدوى إلى الغير.

- على الداخل: على الذات، ويتجلى في أفكار الانتحار، وتنفيذها أحيانا.
- على العقل: محاولة الانتقام من الأنا. التحليل النفسي لمريض الإيدز (2008)

8/ المشاكل النفسية والاجتماعية التي يعاني منها مريض السيدا:

إننا لا نستبعد إصابة مرضى السيدا، بالعديد من الاضطرابات النفسية العصبية (القلق، المخاوف، اكتئاب، أفكار انتحارية...). لذا يمكن تعداد بعض المشاكل النفسية، والاجتماعية، التي من شأنها مرافقة حياة المصاب. بن سماعيل (2008)

8-1/ المشاكل النفسية: يواجه العديد من ذوي المصل الايجابي، أو مرضى السيدا، الشك، أو عدم التكيف مع الإصابة، ويرتبط هذا الشك بتوقعات الفرد في حياته، كما قد يتعلق بالأسرة، والعمل، وكذا مدة الحياة، وردة فعل المحيط، ويمكن ذكر أهم هته المشاكل في:

- **المخاوف:** يحمل المصاب الكثير من بواعث الخوف، كالخوف من الموت، والموت وحيدا. وقد يتحوّل خوفه إلى فوبيا السيدا. أريكسون (1990) وقد يتغذى هذا الخوف، بتجربة أصدقاء، أو مقربين أصيبوا بالسيدا وماتوا. كما ينبعث من جهل الفرد بالمشاكل، وكيفية مواجهتها. لكن يمكن تخفيف هذه المخاوف، والتوترات، بالسماح لها بالتعبير بصراحة.
- **الخسارة:** يحس المصاب بخسارة وجوده، وطموحاته، ورغباته، وقدراته، وعلاقاته الجنسية. وفقدان الثقة، وهذا يكرّر كثيرا عند ذوي المصل الايجابي، خاصة الخوف من المستقبل، أو رؤية أشخاص محبوبين، ومعالجين غير مشجعين، أو عيش مواقف خزي سلبية.
- **الشعور بالذنب:** يجر تشخيص الإصابة بالسيدا إلى الإحساس بالذنب غالبا، لفكرة إمكانية عدوى الغير، أو من ناحية السلوك الذي قد يكون أصل الوضعية، وإحساس المصاب بالمسؤولية تجاه حزن من يحبونه، وأسرته، وخاصة أولاده.
- **الانهيار:** يحدث لأسباب عدة، كنتيجة لإحساس المصاب بعدم القدرة. وقد يتغذى هذا الانهيار بالمعرفة المباشرة، أو غير المباشرة، من حالة الوفيات، أو خبرة أشخاص مصابين بالمرض. منظمة الصحة العالمية OMS (1991)
- **الإنكار:** ينكر البعض أحيانا خبر إصابتهم. وهو إنكار ابتدائي كطريقة بنائية، لتخفيف صدمة الخبر، لكن تشبث المصاب بالموقف الإنكاري، قد يضر بمصلحته الخاصة.

- **القلق:** تزامنا مع إصابة الفرد، ينعكس الشك إلى قلق يرافق حياته. وأسباب القلق تتعلق بالمشاكل المشار إليها سابقا، وترتكز على الجوانب التالية:
 - ❖ التشخيص الفوري للمرض، والمتابعة مستقبلا.
 - ❖ خطر إصابة الفرد بأمراض معدية أخرى.
 - ❖ خطر انتقال العدوى للغير.
 - ❖ موقف عدواني موجه من الغير: اجتماعي، مهني، أسري، جنسي...
 - ❖ هجر، عزلة كردة فعل من المصاب، مع انسحابه من كل العلاقات الاجتماعية.
 - ❖ الخوف من الموت في معاناة مع المرض. وزارة الصحة الأردنية (2004)
 - **الغضب:** يظهر غضب بعض ذوي المصل الايجابي بوضوح، وكأنهم يترجمون سوء حظهم، فيوجه إلى الذات، بلوم النفس على الإصابة، أو بتبني سلوك تدمير ذاتي (الانتحار).
 - **مزاج انتحاري:** خطر الانتحار عندهم متزايد، وقد يعتبر أسلوب للتملص من عدم الراحة، والمعاناة، إذ يخفف شعورهم بالخجل، والضيق. قد يكون الانتحار فعالا، أو غير فعال.
 - **احترام الذات:** يتدنى سريعا عند ذي المصل الإيجابي، لرفضه من طرف المحيط. ويمكن أن يصل به إلى فقد ثقته بذاته، وبهويته الاجتماعية بسرعة. ضف لذلك العواقب الفيزيائية للأمراض المرتبطة بال: VIH، التي تسبب ضعف، ووهن، وفقدان التحكم في الوظائف البدنية، وتشويه للمصاب.
 - **انشغالات روحية:** خوف المصاب من الموت، الوحدة، فقدان ضبط النفس، قد تدفع به لطرح أسئلة روحية، تجعله يبحث عن تكفل ديني، عبارات الإثم، الذنب، السماح، التوفيق، القبول، تترجم في شكل حوارات عن المشاكل الدينية والروحية. منظمة الصحة العالمية OMS (1991)
 - **الجرح النرجسي الأول والثاني:** الأول سببه خذلان جسد المريض له، وتشتك فيه كل أعضاء الجسد. أما الثاني فيولده اهتزاز صورة المصاب الاجتماعية التي رسمها لنفسه أمام الآخرين. أريكسون (1990)
- 8-1-1/ الأسباب النفسية للإصابة بالسيدا: قد يتسبب الضغط النفسي في قتل المناعة البشرية، إذ يمضي بعض العلماء أثناء مسيرتهم البحثية، حول مسببات المرض، لاكتشاف دور

المزاج في جعل البعض عرضة للأمراض الجسدية، من خلال دراسات تبحث في كيفية تأثير الضغط النفسي على نظام مناعة الفرد، وإضعاف الخلايا المقاومة للمرض، وتهيئة بيئة مناسبة له. ومن النتائج المتوصل إليها، دراسة بينت أن مقاومة أجساد الرجال الخجولين لفيروس السيدا، أضعف بكثير منها لدى الرجال الانبساطيين، لجعلهم ذلك أقل استفادة من الأدوية المضادة للفيروس. كانت هذه الدراسة الأولى التي برهنت مخبريا وجود صلة بين الانطوائية، وسير مرض السيدا لدى الفرد. الثقافة النفسية المتخصصة (2004)

8-2/ المشاكل الاجتماعية:

- ضغوطات المجتمع كالتمييز، الوصم الاجتماعي، التغيرات في علاقات المصاب، بروز احتياجات جديدة جنسيا- بكشف التشخيص من الأغلبية- تجلب له مشاكل نفس اجتماعية.
- غالبا الوصم، والتمييز المرتبطين بطبيعة المرض هما عاقبة لنساء مسنات، تكفلن بأولادهن المرضى بالسيدا، وباليتامى، ويعانين من عزلة اجتماعية، ويرفضن أي تكفل اقتصادي، أو نفس-اجتماعي. وفي بعض الدول عندما يموت شركاؤهن، أو آباؤهن جراء السيدا، يمكن أن تجردن من أراضيهن، وبيوتهن، وأموالهن.
- العناية الطبية: بتقدير المصاب بأن التكفل الطبي، أدي بدون تحفظ، أو اهتمام كاف للحفاظ على مودته، وجبت النصيحة لإقناعه بمواصلة العلاج اللازم. ففي حالة الاضطرابات العصبية، يصبح التكفل اليومي بالمريض معقدا ONUSIDA (2004) ويجب الإلحاح على تقديم النصيحة، لمنفعة العائلة، والمحبين للمريض، والمعالجين، والتي قد تساعده على التعبير عن احتياجاته الذاتية. منظمة الصحة العالمية OMS (1991)

8-2-1/ العزلة الاجتماعية بسبب السيدا: يعنقد الصافي (1998) أن المصاب يواجه التفرقة، والعزلة، للخوف الشائع عند أغلبية الناس من إمكانية العدوى بالمرض، حتى من خلال الاتصالات العادية، فيبتعد المصاب بدوره عن الاحتكاك بهم. وقد يخسر عمله، وقد يواجه بالعزلة، من شريكه، أو أصدقائه. وقد لخص "هاني Haney" عام (1988) - ممن يعانون من المرض- مشاعر الفرد عقب إصابته في: الخجل، لوم المجتمع للمصاب بالسيدا. وهذا خطأ كبير، لأنهم لا يلومونه إذا أصيب بمرض آخر. هي مشاعر سلبية، تدفع به للانزواء، ورفض العلاج. في ذات الوقت يتجه الأخصائيون النفسيون، والاجتماعيون إلى مساعدة هذه

الفئة والمحافظة على حقوقهم، تبعا لأخلاقيات المهنة، المعتبرة لمريض السيدا واحد من المحتاجين للمساعدة كأى من المرضى، بعيدا عن السلوك الخاطئ الذي ارتكبه. وعدم الاختلاط بالمريض لعدوى المرض -أي العزل، أو الحجر الصحي- مبدأ إسلامي جاء فيه قول النبي (صلى الله عليه وسلم): ((فر من المجذوم فرارك من الأسد)) رواه البخاري. كانت هذه أغلب المشاكل النفسية، والاجتماعية، التي من المحتم أن يعاني المصاب بالسيدا من البعض منها، خاصة في المراحل المبكرة من الإصابة. والمتسبب الرئيسي فيها هو المرض، وطبيعة هذا المرض بشكل خاص، وهو السيدا دون غيره من الأمراض المزمنة، أو الخطيرة الأخرى. وبوجود هته المشاكل قد يقع المريض ضحية للعديد من الاضطرابات النفسية الخطيرة، والتي يصعب عليه مواجهتها، والتغلب عليها بمفرده، من دون تقديم الدعم له، وبدون تكفل، وعلاج نفسي، وطبي، واجتماعي خارجي.

9/ الأمراض المعدية الانتهازية الشائعة ذات الصلة بالسيدا:

يشير عكاشة (1986) إلى أن الجسم لا يمكنه مقاومة أنواع عدة من الأمراض الانتهازية، لإصابة جهاز المناعة بوهن شديد، وهي بدورها تسبب وهن جسدي وعاطفي، وعلى المختص معرفة الأعراض الشائعة، والقدرة على شرح أي مرض لأي شخص. وأغلب مرضى السيدا يصابون بأنواع العدوى لهته الأمراض، أو السرطان المختلفة، ويكون سبب موتهم لأن:

- المريض لن يشفى في الوقت الحاضر.

- جهاز المناعة ضعيف لا يمكنه مقاومة العدوى، والاستجابة للعلاج.

9-1/ تناذر الكف المناعي المكتسب "السيدا": ينتج عن فيروس الكف المناعي الإنساني Immuno deficiency Virus، ورمزه: VIH. وهو تناذر مركب، ومعقد، حيث لا يمكننا جعل كل مرضى السيدا داخل مجموعة واحدة، وربط كل المتغيرات المرضية بجهاز المناعة، في مستوى واحد وبصورة متماثلة. لذا يصنّف المرضى هنا إلى ثلاث مجموعات:

- المجموعة الأولى: تشمل مرضى "غرن كابوزي Sarcome Kaposi"، وتميزه بقع بنفسجية لا تزول بالضغط، في مناطق متباعدة من الجسم خاصة مع بداية المرض.
- المجموعة الثانية: تضم مرضى "الانتانات المتربصة"، تنتجها جراثيم تدخل إلى الخلايا كالإصابة بالسل، المبيضات، الكبيسات الرئوية الكارينية، وبالفيروسات المضخمة للخلايا.

• المجموعة الثالثة: تضم مرضى يعانون "غرن كابوزي، والانتانات المتربصة" معا. تظهر لديهم تغيرات شديدة في أجهزة مناعتهم. أحمان (2006)

وأهم ما يرافق ظهور مرض السيدا من أمراض انتهازية، بالنسبة للمجموعات المذكورة:

9-2/ التهاب السحايا: يبدأ بحمى منخفضة، وصداع خفيف عادة، وقد يعقبه غثيان وقيء، وعدم وضوح الرؤية، يزيد النعاس. يحدث الوفاة غالبا، إذا لم يعالج. ورغم استعمال العلاج، فإن ربع المرضى يموتون جراء تزايد المرض.

9-3/ إصابة الجهاز العصبي المركزي (المقوسات): يسببه حيوان وحيد الخلية، يحدث التهاب بالمخ. أكثر علاماته المبكرة شيوعا: الاضطرابات العصبية: كنوبات الصرع، واضطرابات القدرة على التعرف، كما تشيع الحمى، والصداع، والتشوش. يكاد يكون مميتا دائما لأن لا علاج له.

9-4/ التهاب الرئوي: يسببه حيوان وحيد الخلية. يحدث عند المصابين بالسيدا فقط، وأعراضه هي: حمى، قشعريرة، سعال، قصر النفس، وقد يسبب فشل تنفسي يهدد الحياة.

9-5/ سرطان كابوزي: أكثر السرطانات الشائعة عند مريض السيدا. يصيب الأوعية الدموية، يظهر بشكل مناطق زرقاء، أو أرجوانية على الجلد، وقد ينتشر المرض إلى الأعضاء الداخلية عادة. عكاشة (1986)

رغم أن الإصابة بمرض السيدا تعني الموت، إلا أن سبب الوفاة عند هؤلاء المرضى، يكون عادة نتيجة الأمراض المعدية الانتهازية، وليس بسبب السيدا في حد ذاته.

10/ الوقاية من الإصابة بفيروس VIH:

للوقاية من هذا المرض يشير الدرادر (2000) إلى أنه يجب اتخاذ الإجراءات التالية:

10-1/ الاحتياطات اللازمة: والتي من بينها:

- الاكتفاء بالزوج تجنباً لنقل العدوى، فيما يتعلق بالسيدا، أو بأي مرض جنسي.
- تجنب المعاشرة الزوجية عند الشك، أو استعمال سبل الوقاية. مع تقادي العلاقات الجنسية الشاذة.
- تجنب تعاطي المخدرات، خاصة بالحقن الوريدية.
- تجنب استعمال أدوات الحلاقة، أو فرشاة الأسنان لشخص آخر.
- التمسك بالقيم الدينية، والأخلاق الفاضلة.

- اتخاذ إجراءات صارمة ضد النساء الممارسات للجنس سرّياً.
- التأكد من سلامة الأعضاء قبل زرعها.

10-2/ التعليم: تشجيع المجموعات المستعدة لنشر السيدا بينهم (اللواط، مدمني المخدرات...)، بالابتعاد عن أي سلوك ينشر المرض. وتوعيتهم بخطر الإصابة به، ويكون ذلك وسط النساء المعرضات للسيدا، أو المشتركات في إدمان المخدرات، أو لهن علاقة جنسية مع مدمن، وأيضا الشواذ جنسيا. بولعجامة (2010)

10-3/ دور وسائل الإعلام والهيئة التعليمية: نظرا لأهمية وسائل الإعلام في جمع العديد من شرائح المجتمع حولها، وجب عرض قصص تتناول الإصابة بمرض الإيدز، وما يحتمله من مخلفات سلبية إلى العامة.

- منع الأفلام الخليعة.
 - نشر الإرشادات الوقائية في المجلات، والجرائد.
 - أما دور المدرسة، فيتمثل في تكليف التلاميذ بإعداد بحوث عن الأمراض المعدية، وكيفية الوقاية منها.
 - عرض أشرطة تربوية عن السيدا، ومخاطره ولو مرة واحدة في السنة.
 - تسليط الرقابة على الشواذ، والمدمنين، مع محاولة إدماجهم في المجتمع كي لا يضيعوا.
- الدردار (2000)**

10-4/ الوقاية في العمل: يجب على يأخذ عمال المستشفى، أو المعامل احتياطاتهم الواجبة ضد هذا المرض، بتجنب احتكاكهم بدم، أو إفرازات، أو أنسجة المريض. بولعجامة (2010)

10-5/ دور الدين في الوقاية من السيدا: أهتم الإسلام بصحة الإنسان البدنية، والقلبية قبل ولادته، فأوصى باختيار الأزواج الصالحين، والابتعاد عن الانحراف والزنا.

وعموما تكون الوقاية باختيار الطريقة المناسبة لمبادئنا، وقيمنا، واعتمادها، وتضم:

- عدم ممارسة الجنس، يعد الأضمن لعدم التقاط فيروس السيدا، أو أي جرثومة تسبب مرض جنسي آخر. مع الوفاء المتبادل بين الزوجين، أو الشريكين الجنسيين الغير مصابين.
- استعمال الواقي أثناء العلاقات الجنسية العابرة، لكنه لا يوفر سوى نسبة ضئيلة من الحماية.
- فحص الدم المنقول مخبريا، والتأكد من عدم تلوثه، وخلوه من فيروس السيدا.

- تفادي مشاركة الأدوات: الثاقبة (كالحقن)، والقاطعة (كالمقص، المشروط...)، والشخصية (كفرشاة الأسنان، شفرات الحلاقة...).
- تعقيم الأدوات الطبية الجراحية، والتأكد من ذلك في كل مرة من استعمالها.
- تجنب لمس دم أو جرح أي شخص مباشرة، إلا بعد ارتداء قفازات. عند عدم توفرها، يمكن تغطية اليدين، أو الذراعين بأكياس غير ممزقة، والاستعانة بالكثير من الفوط والمناديل.
- تطبيق المعايير العالمية في قطاع الخدمات الصحية.
- تطهير الأماكن المعرضة للدم، أو أية إفرازات (المراحيض، الأرضية...) بمطهرات فعالة.
- تتصح المرأة المصابة بالسيدا، بعدم الإنجاب، والاحتباس مع زوجها مصابا أم لا. وقرار الإنجاب يرجع لهما فقط، إذ أصبح من الممكن تخفيض نسبة انتقال العدوى للجنين إلى أقل من 10%، مع الأدوية المستخدمة حديثا. كما تتصح هذه المرأة المصابة، بعدم إرضاع ولدها، لتفادي انتقال الفيروس في الحليب. وزارة الصحة الأردنية (2004)
- من هذا المنطلق تحتاج الوقاية من عدوى السيدا لمجهودات كبيرة من طرف الجميع، وعلى مختلف الأصعدة، سواء المؤسسات الخاصة، أو العامة، الدينية، التربوية، العلاجية. مع سن قوانين تمنع التمييز، والتهميش للفئات المتضررة، واحترام حقوقهم.
- وتبقى التوعية بالمرض المفتاح لكل مقاومة فعالة ضده، فالوقاية هي دائما السبيل الوحيد للنجاة، ومهما عرفنا عن هذا المرض، يبقى جهل الناس له، والخوف من الحديث عنه، والاشمئزاز من مسبباته، والهروب من ضحاياه، السبب الحقيقي في بقاء انتشاره.

(1995) Paicheler

وعلى العموم ترى مجموعة من الباحثين (2006) أنه لا يصح قتل المريض بالإيدز أو بغيره، لا لليأس من شفائه، ولا لمنع انتقال المرض، فالله قادر على كل شيء، ووسائل الوقاية متعدّدة، وقد يكون بريئاً من ارتكاب مسبب المرض، فهو يستحق العطف، والرحمة، ومداومة العلاج بالفقر الكافي، جاء في الحديث: « يا عباد الله تداووا، فإن الله لم يضع داء إلا وضع له دواء». (رواه الترمذي). وقوله (صلى الله عليه وسلم): «إن الله لم ينزل داء إلا أنزل له شفاء، علمه من علمه، وجهله من جهله». (رواه أحمد).

ويمكن الرجوع إلى رأي القرضاوي حول منع قتل المريض الميئوس من شفائه: بأنه لا يجوز للطبيب ولا لغيره - قتله. فمن جانب الطبيب من الإيجاب قتله، والتعجيل بموته، ودافعه هو الرحمة بالمريض، بإعطائه جرعة زائدة من الدواء المميت، أو مادة سامة سريعة التأثير، أو بصعقة كهربائية... فكل ذلك يعتبر قتل، وهو محرم، ومن الكبائر. ولا يعد الإيدز مرض موت شرعاً إلا باكتمال أعراضه، وعجز المريض عن ممارسة أنشطة حياته، واتصل نهائياً بالموت، وحتى ولو كان مرض موت فلا يجوز أن نجهز عليه والّا عد قتلا. والله أعلم وإذا كان تطوّر الفيروس لمرض مميت، مرتبط بعوامل بيئية، وغذائية، وعلاجية، واجتماعية، ونفسية، تبقى التوعية الخاصة بالوباء، أساس الوقاية منه، أو التعامل معه. ذلك خاصة مع ما نشهده من تعرض مرضى نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، للعزل الصحي، والتمييز الاجتماعي، بشكل أكثر حدة مما نراه مع كثير من الأمراض، حتى العقلية منها.

11/ علاج مرض السيدا:

بلور الطب الحديث عقاقير طبية، تساعد في إطالة عمر المصاب بالسيدا، والتقليل من أثر انعدام المناعة في جسمه. ونتيجة لانتشار المرض بشكل مرعب في العالم ككل، حضي المرض بدعم مالي كبير من الحكومات، والمنظمات الطبية، وكذا الأشخاص، ليصل الأطباء إلى علاج فعال، كما أنّ تاريخ البحث عن علاج فعال حديث التدوين:

فقد ظهر عام (1985) تصوّر مهم في اختبارات التشخيص للكشف عن الفيروس. وفي

سنة (1986) أستخدم أول عقار "Azido thimidine" AZT

أو "anti-retrovirus" Zidovudine . Kinloch (1995)

وحذر "C.E verttkoop" عام (1987) من العلاقات الجنسية اللامشروعة، ونصح

باقتصار العلاقة مع الزوجة فقط. الصافي (1998)

وتوصل "ريسر" عام (1988) إلى اكتشاف عقار "Retrovir"، يؤخر المضاعفات

الخطيرة للمرض، ويقلّل تطوره، لكن له آثار جانبية كالصداع، فقر الدم. ويقلّل من نسبة الكريات الدموية البيضاء.

وأعلن في "كاليفورنيا" سنة (1998) عن اكتشاف (T₂₂)، يمنع اختراق الفيروس للخلية، ويوقف

حركته، واستعمل في (180 دولة). بالإضافة إلى عقار (Dodanozone)، الاسم

التجاري له (Videx) و (Stavudine) واسمه التجاري: (Zerit) وكذلك: (Zovirax) (Viracept, Retrovir). كما شكل البروتين الذي تصنعه الجينة (U)، هدفا للباحثين، لوضع عقار مضاد للفيروس. وقد عالج "Laurence Deyton"، في المعهد القومي لأمراض الحساسية، والأمراض المعدية (41) واحدا وأربعين مريضا بالسيدا، بجرعات مختلفة من الأنتروفرون، والعقار AZT. (L'office Fédéral De La Santé Publique (1991).

كما يحتاج مصاب السيدا إلى العناية والعلاج النفسي تزامنا مع العلاج الطبي، فالمرض يستلزم قدرات كفاح كبيرة، تضم معايير إنسانية، واجتماعية. إذن فعلاج مصاب السيدا يتطلب تكفلا شاملا، طبيا، ونفسيا. بولعجامة (2010)

11-1/ العلاج الطبي: إضافة لمرض السيدا يعاني المصاب مجموعة أمراض، وانتانات انتهائية، تعمل على التدمير الجزئي أو الكلي لمناعته، لذا يجب أن يكون العلاج على محاور:

11-1-1/ إبادة فيروس السيدا: تخفف الوسائل المباشرة آثار الالتهاب الفيروسي الناتج عن فيروس السيدا، ومنها تلك المستعملة للمعالجة الكيميائية المضادة للفيروس، دواء "السورامين" (SURAMIN)، عقار أزيدوتيميدين (AZT) ويصطلح عليه ب: "زيدوفودين" (ZIDOVUDINE)، بالإضافة إلى عقار (DDI) وهو اختصار ل: "ديدوكسينوزين" (DIDOXINOZINE). واستخدام عقار (AZT) و (DDI) معا، أعطى نتائج أولية مبشرة، منذ سنة (1995) عند بدء استعماله، ويسمى بالعلاج الثنائي (Biothérapies).

ثم اكتشف عقار "لانتريبوتاز" (ANTIPROTEASE)، وقدم للمرضى مع عقار (AZT)، (DDI)، وهو ما يدعى بالعلاج الثلاثي (THRITHERAPIES). الدرادر (2000)

11-1-2/ تقوية الجهاز المناعي وإصلاحه: أي إعادة ترميمه، باتباع الطرق التالية:

- تعديل الجهاز المناعي (IMMUNO MODULATION): باستعمال العقاقير المعدلة، التي تحاول إيقاف قصور الجهاز المناعي. ومن بينها دواء "السيميتدين" (Cimetidine)، دواء "الاندوميتاسين" (Indométacine).

- العلاج الجيني (THERAPIE GENETIQUE): أعلن خبراء الوراثة بالجمعية الأمريكية عن توصلهم إلى تقنية وراثية، بإمكانها شل قدرة فيروس الإيدز على تدمير الجهاز المناعي، كما دلت نتائج البحث على أن هذه التقنية تمنع احتمال انتقال العدوى.

وقام "مورقان" من المعهد القومي للعناية الصحية بواشنطن، بتعديل فيروس ارتجالي غير ضار، يحمل بجينات تشوش عمل بعض البروتينات التي يحتاجها الفيروس للتكاثر، وبينت التجارب سنة (1996) نتائج مشجعة بعد إجرائها على الإنسان. الأخر (1999)

- المعالجة المناعية التكيفية (ADAPTIVE IMMUNO THERAPY): يقصد بها تعزيز جهاز المناعة المصاب بشكل يبني الجسم بوسائل علاجية معينة، تواجه الانهيار. وتهتم هذه الطريقة بقصور المناعة القائم على قلة عدد اللمفاويات "T"، وتعتمد على زراعة نخاع العظمي (MASSON BONE TRANSPLANTS)، وزراعة التوتة، أي زراعة خلايا سليمة تؤخذ من غدة التوتة لجسم سليم إلى مصاب بالسيدا. بولعجامة (2010)

11-1-3/ علاج الأمراض الانتهازية: يختلف علاجها حسب نوع الالتهاب المرافق لمرض السيدا، فيستخدم لعلاج الالتهابات الرئوية التي تسببها الطفيليات، عقاري "تريمو ثروبريم" (TRIME THROPRIME)، "سلفامتاكازول" (SULPHAMETHROPRIME). أما لعلاج التهابات فيروس "سيتوميغالوفيروس" (CMV)، فيستخدم عقار "كانسكلوفير" (CANCICLOVIR) بجرعة خمس مرّات يوميا، بالحقن الوريدي. في حين يستعمل لعلاج التهابات الجلد الناتجة عن فيروس "الهربس" دواء "أسيكلوفير" (ACYCLOVIR) بجرعة (200) خمس مرات يوميا. ويمكن علاج التهاب السحايا الذي يحدثه فيروس "كريبوتوكوس" (CRYPTOCOCCUS)، بعقار "فلوكنازول" (FLUCONAZOL) بجرعة (200) يوميا، أمّا داء "الدرن" فيعالج بـ: "ريفمبيسين" (RAFAMPICINE)، و "سرطان كابوزي" باستئصاله بالليزر (LASER.CO2)، والعلاج الكيميائي. الدرداء (2000)

وبشير ابراهيم (2012) إلى مصادقة هيئة الغذاء والدواء الأمريكية، على إصدار مستحضر صيدلاني جديد لعلاج مرض "HIV"، وهو يعرف باسم ستريبيلد "Stribild"، ويحتوي على مزيج مختلف من أربع مواد فعالة، منها مركبان جديان، يستخدمان لأول مرة، وهما المادة الفعالة "elvitegravir"، والمادة "cobicistat". بينما صادقت نفس الهيئة على المادتين "emtricitabine" و "tenofovir disoproxil fumarate".

صمّم هذا العقار خصيصاً بتركيبية جديدة، لاستخدامه مرة واحدة يومياً. يأخذ بشكل أقرص عن طريق الفم، لعلاج الأفراد البالغين المصابين بمرض الإيدز (النوع الأول)، والذين لم يخضعوا للعلاج قبلاً بأي أدوية تتعلق بهذا المرض، إذ أظهر العقار كفاءة عالية في علاجهم. وأشارت الهيئة الدوائية إلى أن عقار "Elvitegravir"، يعمل على تثبيط أحد الأنزيمات التي يحتاجها فيروس الإيدز للتضاعف، بينما يقوم عقار "Cobicistat" بتحسين الحركة الدوائية الخاصة بالمادة الفعالة السابقة، ويثبّت الأنزيمات التي تقوم بهضمها، أو تحليلها، وهو ما يؤدي إلى وجودها أطول فترة ممكنة بالجسم، ويعزز من تأثيرها.

11-2/ العلاج النفسي: يشير الخواجا (2002) إلى أن مصاب السيدا بحاجة إلى مساعدة نفسية فعلية، إلى جانب التدخلات التي يمكن تقديمها له، رغم أن الكفالة النفسية قد لا يكون لها أثر إيجابي، وشامل على المصاب، إلا بتوفر ظروف مناسبة، يمكن أن تحفزه على تقبل، ومواجهة مرضه، وتتمثل أساساً في تبصيره بحالته وتشجيعه، ورفع معنوياته، وقيمه الاجتماعية، ليتخلص من مشاعر النذب العاطفي، والاجتماعي، وبعث الطمأنينة النفسية بخفض توتره النفسي، ومشاعر الذنب، والقلق، والاكتئاب لديه، ذلك لا يتحقق بإخفاء حقيقته المرضية، وإنما بإعانتها على تقبلها، ليتحمل تبعاتها. دون إهمال ضرورة الشرح لمحيط المصاب (أولياء، أصدقاء... الخ)، بأهمية تفهم حالته، ودعمهم المعنوي له، وبذلك تقوى العلاقات الايجابية.

ويرى زهران (1997) بأن كل أسلوب من أساليب العلاج النفسي، يقوم على إحدى نظريات الشخصية، أو السلوك، أو العلاج، ومن مبادئ نجاح العلاج الأساسية، اختيار المعالج للطريقة المناسبة للعلاج مع كل حالة بمفردها.

كما أن المختصين النفسانيين حاولوا تطبيق التحليل النفسي على المصابين بنقص المناعة المكتسب، غير أنهم فشلوا، لأنّ مكانة المرض تمنع المصاب من التعمق في ماضيه الخاص، فنتضخّم ذاكرته فيما يتعلق بالمواقف الجديدة، وتصيبه حالة من الإدراك الانتقائي، ويلاحظ بأنه يملك رغبة في التخلص من مشاعر الذنب، وأحياناً يسمح لمكبواته بالظهور، فيسلك كالذهانيين.

أما العلاج السلوكي فالصعوبة في تطبيقه تكمن في محاولة إقناع المصاب بتقبل واقعه، والتعايش معه، لكون مدة التعايش شبيهة بالتعايش مع الوقت.

لكن بالرغم من محدودية نتائج العلاج الإدراكي إلا أنه يظل العلاج الأمثل مع هذه الفئة من المرضى، إذ يشعر المعالج المريض بأنه لا يزال يتحكم ولو بالقليل في ذاته، وفي علاقاته، وبإمكانه القيام بأعمال حسنة، وأن يتعايش مع الغير بصورة جيدة، فقط عليه أن يدرك بأنه مريض، ويتخذ هذا أساسا في تعامله مع الآخرين. التحليل النفسي لمريض الإيدز (2008) ومن العلاجات أيضا نجد، كما أشار الخوaja (2002):

11-2-1 / الإرشاد النفسي الجماعي: سمحت الخبرة، والبحوث الإكلينيكية في السنوات الماضية، بالاعتراف بأهمية هذا الإرشاد، إذ ساعد على التقليل من الحتمية، والتشاؤم النفسي الاجتماعي لدى المصابين بالسيدا، واعتبر مصدرا لمساندتهم اجتماعيا، فخفض من اكتئابهم، والإحساس بفقد الأمل، والعزلة لديهم، لكون جلسات الإرشاد سمحت بالتعبير عن الأحاسيس، وتعلم طرق العناية بالنفس الفعالة. وحاليا للجماعات الإسنادية الموجودة في الإرشاد الجماعي، أهمية بالغة في التكفل بالمصابين بالسيدا.

11-2-2 / العلاج النفسي الديني: عن فكرة الموت التي لا تفارق مريض السيدا، تصبح الأسئلة الروحية متحررة بالنسبة له، في الأمور الدينية، لذا فللعلاج النفسي الديني دور مهم في إرشاد وتوجيه المصاب، ليتخلص من الشعور بالذنب، والخطيئة المهددة لأمنه النفسي، مدعمه لتقبل ذاته، قال رسول الله (صلى الله عليه وسلم): « ما أنزل الله داء إلا أنزل له شفاء». - ويسير العلاج الديني وفقا لخطوات:

- الاعتراف: يشمل شكوى الذات، واعترافها بالذنب. طلبا للتوبة والغفران من الله، فتمحى مشاعر الخطيئة، ويخفف عذاب الضمير.
- الاستغفار: الوصول بالمصاب إلى فهم مشاكله، وأسباب شقائه.
- تعلم اكتساب اتجاهات، وقيم جديدة: بواسطتها يتم تقبل الذات والغير، والقدرة على تحمل المسؤولية، وتسطير أهداف واقعية مقبولة.
- الدعاء: هو سؤال الله واللجوء إليه في كشف الضرر.
- ذكر الله: تغذية روحية تبعد الوسواس الشيطانية عن النفس. بولعجامة (2010)

11-2-3 / العلاج السلوكي المعرفي: يشير فايد (2001) إلى أن التكفل بالفرد في هذا العلاج، يستند إلى نظريات التعلم، والنظريات المعرفية الأخرى، وأهدافه هي:

- الكشف عن الأفكار اللامنطقية (Cognition-wrong)، وفهم طريقة تغييرها، وتعويضها بأفكار واقعية، تربط بصورة مريحة (كالخيال). كذلك تقوية استراتيجيات التكيف الفعالة، والتقليل من الاستراتيجيات الضارة، والمعرفة اللامنطقية، والسلوكيات الضارة المتعلقة بها، وهذا يتم باستعمال تقنيات منها: إعادة البناء المعرفي، التخيل، التغذية الرجعية، الاسترخاء...

كان لهذا النوع من العلاج نتائج مرضية، ساعدت مصاب السيدا على تحقيق راحته النفسية، وتخفيف ألامه، وتحسين نوعية حياته، إضافة لتأثيره الايجابي على وظيفة الجهاز المناعي لحاملي الفيروس.

وقد لجأت الأبحاث الأخيرة إلى محاولة إيقاف الأنشطة، والسلوكيات الجالبة للمرض كعدم تبادل الحقن، والأدوات الخاصة بالحقاق، والتجميل، مع تجنب حمل الأمهات موجبات المصل.

L'office Fédéral De La Santé Publique (1991)

ولا زالت الأبحاث الخاصة بإيجاد دواء شاف لهذا المرض مستمرة، ونشطة من قبل الأطباء، والباحثين في كافة أنحاء العالم.

12/ مساعدة مريض السيدا:

يشير الصافي (1998) في هذا الصدد إلى أن أهم ما يستطيع الأخصائي النفسي، أو الاجتماعي تقديمه للمصاب بالسيدا، هو تنمية قدرته الذاتية، أي شعوره بالرضا عن ذاته، لمواجهة الظروف، والإحساس بالأمل... أما قسم الرعاية الصحية والخدمات الإنسانية بأمريكا فقد أكد عام (1986) على أن غالبية المصابين يعيشون حياة عادية، منتجة، فبفضل اكتشاف أدوية تقلل تسارع تطوّر الفيروس، صار من الممكن إطالة فترة مقاومتهم للمرض. وحدد "هاني" جملة من الممارسات الإيجابية، عقب إصابة الشخص بالمرض منها:

- إدراكه لحدود قدراته الذاتية.
- تحديد أهدافه الحياتية بصورة واضحة.
- التعامل مع الحياة يوما بعد يوم.
- اكتساب القدرة الذاتية، بإعادة العلاقات الاجتماعية لطبيعتها، لكون الكثير من المرضى، يشعرون بالوحدة، ويبتعدون عن معارفهم السابقة. هنا يمكن للأخصائي العمل على إبقاء الاتصال بين المصاب، وبيئته، وتخفيف شعوره بالذنب، والخوف، والاكتئاب، وفقد

- الأمل... وتمكينه من مواجهة الأحاسيس السلبية بدل كبتها، والتعبير عنها بصراحة، ومحاورة أفكار التدمير الذاتي. وقد يتكاتف فريق العلاج مع مرضى السيدا، لصد مشاعر الوحدة، والعزلة. وحدد "باكنجام و جوب Buckingham et Gorp" عام (1988)، عدة أساليب يمكن تبنيها مع المريض:
 - إمداده ببعض المساعدات، كالكتب، والمذكرات لتنشيط الذاكرة، وتنظيم الحياة، ومقاومة الضعف الحركي، وتجنب حالات التفكير السريع.
 - الدافعية، وتركيزه على المبادأة، فالكثير من المصابين يتمتعون بدافعية انجاز الأعمال، وبالقضاء على الصعوبات التي قد تواجههم يمكنهم الانجاز.
 - تدريب العاملين معه على فهم كافة الظروف، والمواقف التي قد يتعرض لها.
 - العلاج النفسي للقلق، والاكتئاب وغيره.
- الدور الأساسي الذي يلعبه الأخصائي النفسي، أو الاجتماعي، تجاه الشخص المتعايش مع فيروس السيدا، هو محاولة تخفيف آثار صدمة الإصابة بالدرجة الأولى، بعد ذلك عليه أن يصل بهذا الشخص، إلى تنمية الشعور بالرضا، تجاه ذاته المتضررة، مع العمل على إعادة ترميم شبكة علاقاته الاجتماعية، لعدم وقوع المصاب ضحية الشعور بالوحدة النفسية. والمحافظة على شبكة اتصاله بمحيطه الاجتماعي، مع التخفيف من حدة الشعور بالذنب، وفقدان الأمل من استمرار الحياة، مبتعدا به عن فكرة معاقبة الذات، واللجوء إلى الانتحار.

ثانيا: التوافق Adjustment:

1/ مفهوم التوافق النفسي:

"التكيف مفهوم مستمد أساسا من علم البيولوجيا على نحو ما، حددته نظرية "شارلس داروين" المعروفة بنظرية "النشوء والارتقاء" عام (1959). ويشير هذا المفهوم عادة إلى أن الكائن الحي يحاول أن يلاءم بين نفسه، والعالم الطبيعي الذي يعيش فيه محاولة منه للبقاء. وهذا ما أكده "لازاروس Lazarus" بقوله: أن مفهوم التكيف **Adaptation**، أو التلاؤم، انبثق من علم الأحياء، وكان حجر الزاوية في نظرية "داروين" عام (1959) للنشوء، والارتقاء." (لبوز، 2002، ص. 81)

وقد حدّد "أبرت Aubert" مفهوم التكيف عام (1860)، وأشار به إلى التغيير الحادث لحدقة العين بسبب شدة الضوء الموجه إليها. بعدها أضحى هذا المفهوم يصف سلوك الفرد كردود أفعال لمطالب عديدة، والضغط البيئية المعاشة كالمناخ، وغيره من العناصر البيئية. ففي فصل الصيف يخفف الإنسان من ملابسه ليتلاءم مع الحر، أما في الشتاء فيتدثر من ملابس ثقيلة تقيه البرد. واستعان علم النفس بالمفهوم البيولوجي للتكيف، واستخدم في المجال النفسي، والاجتماعي تحت مصطلح "التوافق"، وهو مصطلح مركب، وغامض لكونه مرتبط بالتصور النظري للطبيعة الإنسانية. الشاذلي (2001)

1-1/ لغة: "يرجع غموض مصطلح التوافق إلى الخلط بين المفاهيم، ففي الانجليزية نجد كلمات **Conformity, Adjustment, Adaptation** وفي العربية نجد كلمات التوافق، التكيف، التلاؤم، المسايرة.

أ- **Adaptation**: وترجمتها العربية "التكيف". ويفضل أن يقتصر استخدام هذا المصطلح كما قصد بذلك "دارون"، على اعتباره مصطلح بيولوجيا يعني قدرة الكائن الحي أن يعدّل من نفسه، أو يغيّر من بيئته إذا كان له أن يستمر في البقاء.

ب- **Adjustment**: والترجمة العربية لهذا المصطلح هي "التوافق".

ج- **Conformity**: بالعربية "المسايرة". (الشاذلي، 2001، ص. 76)

"التوافق، والاتفاق، والتظاهر، وفق الشيء ما لاعمه، وقد وافقه، ووفق، واتفق معه، وتوافق." (ابن منظور، 1997، ص. 196)

1-2/ اصطلاحاً: "التوافق حالة وقتية، تنزن فيها قوى المجال بما فيه الشخص ذاته، فكل مجال إنساني يتضمن عدداً من القوى المتنافرة، والمتنازعة، ويتضمن الإنسان الذي سلوكه منها خاصاً، حسب نظام هذه القوى حيث ينعكس عليه تأثير الانتحاء، فعندما يوجد إنسان في مجال جديد كالدراسة الجامعية فإنّ القوى التي تتنازعه في هذا المجال لا تستقر بسرعة، ولا توجد على استقرار، حيث سيجد أنّ الدراسة في الجامعة من طبيعة مختلفة، يزيد فيها قدر الابتكار عن الحفظ، بعكس ما كانت عليه الدراسة الثانوية. إذن المقصود بالتوافق النفسي هو عملية ديناميكية مستمرة، تتناول السلوك، والبيئة (الطبيعية، الاجتماعية) بالتغيير، والتعديل حتى يحدث التوازن بين الفرد، وبيئته." (كامل، 2004، ص. 31)

كما أن هناك توافق الفرد على المستوى البيولوجي، وهو يعادل مصطلح التكيف. ويسمى بالاستقرار المتجانس، ويعني ثبات البيئة الداخلية للفرد، وتحققه وسائل التوافق البيولوجي كالمناعة، والمناعة الطارئة، وغيرها. الحنفي (2003)

ويرى زهران (د.ت) أن بعض الدارسين يعتبرون الصحة النفسية هي عملية توافق نفسي، ومدى نجاح الأساليب المنتهجة من قبل الفرد، للوصول إلى حالة التوازن النسبي مع بيئته، هي التي تحدّد ما إذا كان التوافق سليماً، أو العكس.

ويشير "اريكسون" إلى أن التوافق يتمثل في: "قدرة الفرد على تكيف نفسه مع الظروف المتغيرة كمؤشر على نضجه. (Bernard, 1980, p. 16)

يرى "هاس Hass" أن التوافق هو: "انسجام الفرد مع المتطلبات التي يفرضها عليه دوره، فيتنازل عن بعض رغباته، وحاجاته ليكون على علاقة متناغمة مع من حوله." (Hass, 1970, p. 134)

إذن يشير مفهوم التوافق لوجود علاقات منسجمة مع البيئة، تتضمن قدرة الفرد على إشباع، وتلبية معظم حاجاته، ومطالبه البيولوجية، والاجتماعية. كما يضم كل التغيرات السلوكية اللازمة، للحصول على الإشباع في ظل العلاقة المنسجمة مع البيئة.

والتوافق ليس عملية ثابتة، تحدث في موقف، أو فترة معينة، وإنما هو عملية مستمرة، وعلى الفرد مواجهة سلسلة لا منتهية من المشاكل، والحاجات، والمواقف التي تتطلب سلوكاً مناسباً يخفض التوتر، ويعيد الاتزان، ويحتفظ بالعلاقة مع البيئة، لأن الفرد مطالب بذلك كلما أطاح بهذا الاتزان، أو هدّد هذه العلاقة أي مثير داخلي، أو خارجي، وهذا ما نقصده عندما نشير إلى كون عملية التوافق عملية دينامية وظيفية. الشاذلي (2001)

وهو ما جاء في تعريف "سري" للتوافق بأنه: "عملية دينامية مستمرة، يحاول فيها الفرد تعديل ما يمكن تعديله في سلوكه، وفي بيئته الطبيعية، والاجتماعية، وتقبل ما لا يمكن تعديله فيهما حتى يحدث حالة من التوازن، والتوفيق بينه، وبين البيئة، تتضمن إشباع معظم حاجاته الدافعية، ومقابلة أغلب متطلبات بيئته الخارجية." (معمرية، 2001، ص. 156)

1-3/ التعريف الإجرائي للتوافق: هو قدرة الفرد على إحداث التوازن بين ما له من رغبات، وحاجات نفسية، وبين البيئة المؤثرة فيه، ومواجهة المشكلات، والعمل على حلها، مما يحقق له

الشعور بالرضا، والأمان، والانتماء، وبالتالي يترجم في مدى إشباع الفرد لحاجاته النفسية، ومسايرته وفقا لإمكاناته، وأخلاقياته، ومعايير مجتمعه، من خلال التفاعل مع الغير، وتقبل نقدهم، وسهولة الاختلاط بهم.

2/ التوافق النفسي ومفاهيم مشابهة:

1-2/ التوافق والتكيف: اعتبر جابر (2000) أن لهما نفس المعنى. ورأى في التكيف: عملية قياس الفرد لنمط السلوك الملائم للبيئة، أو متغيراتها، وبالنسبة لسلوك الفرد هو التغير الحادث تبعاً لضروريات التفاعل الاجتماعي، واستجابة لحاجته في الانسجام مع مجتمعه، ومسايرة عاداته، وتقاليدته.

يعتبر الشاذلي (2001) أن هناك مفاهيم أخرى يجب الإشارة إليها:

2-2/ التوافق والمسايرة والمغايرة: العلاقة بينهما معقدة، فقد يساير الفرد مجتمعه، ولا يتمتع بالصحة النفسية، كما قد يعتبر متوافقاً رغم عدم رضاه بأوضاع مجتمعه، ورفضه لبعض جوانبه التي يراها خاطئة. ومن الممكن أن يتضمن المجتمع معايير، ومبادئ خاطئة، وتقاليد بالية، فالانساق معها ليس دليلاً على التوافق، والذي يتطلب لتحقيقه محاولة تغيير البيئة، أو عدم مسايرتها، وهو ما يدعى بالمغايرة.

2-3/ التوافق والسوية واللاسوية:

• السوية (العادية): قدرة الفرد على التوافق مع نفسه، ومع بيئته، والإحساس بالسعادة، وتحديد أهداف للحياة، والسلوك السوي هو السلوك العادي، أي المألوف، والغالب على حياة أغلب الناس، والشخص السوي يتطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادي في تفكيره، ومشاعره، ونشاطه، ويكون متوافقاً شخصياً، وانفعالياً، واجتماعياً.

• اللاسوية (الشذوذ): انحراف عن العادي، والشذوذ عن السواء. هو حالة مرضية خطيرة على الفرد، والمجتمع. والفرد اللاسوي من ينحرف سلوكه عن سلوك الفرد العادي في تفكيره، ومشاعره، ونشاطه، ويكون تعيس، وغير متوافق شخصياً، وانفعالياً، واجتماعياً.

- معايير السوية واللاسوية: حددها "طلعت منصور" (1982) في المعايير التالية:

أ- المعيار الإحصائي: يقوم مفهوم التوافق على القاعدة المعروفة بالتوزيع الإعتدالي. والسوية طبقاً لها تعني المتوسط العام لمجموعة الخصائص، والأشخاص، واللاسوي هو المنحرف

ب- عن المتوسط العام لتوزيع الأشخاص، أو السمات، أو السلوك. والمفهوم الإحصائي لا يركز على أن توافق الأشخاص يجب أن يكون مصحوبا بالرضا عنده، ويتوافق مع نفسه.

ت- **المعيار القيمي**: يستخدم مصطلح التوافق ليصف مدى اتفاق السلوك مع المعايير الأخلاقية، وقواعد السلوك السائدة في المجتمع.

ويعتبر التوافق مسايرة، أي اتفاق السلوك مع أساليب، أو معاني التصرف، أو الاتجاه السليم في المجتمع. فالمتوافق هو من يتفق سلوكه والقيم الاجتماعية، وقد ينظر للتوافق في

ضوء مبادئ أخلاقية، أو قواعد سلوكية تقرها ثقافة المجتمع. **علي وشريت (2004)**

ج- **المعيار الطبيعي**: يشتق التوافق من حقيقة الإنسان الطبيعية، أصحاب هذا الاتجاه يستنبطون مفهوم التوافق من البيولوجيا، وعلم النفس، وليس من نظرية القيم مباشرة. ويستخلص التوافق تبعا لهذا المعيار بناء على خاصيتين تميزان الإنسان:

- قدرته الفريدة على استخدام الرموز.

- طول فترة الطفولة لديه مقارنة بالحيوان.

والتوافق طبقا لهذا المفهوم هو من يحس بالمسؤولية الاجتماعية، ويتمتع بالمثل، والقدرة على

ضبط الذات. **الشاذلي (2001)**

ح- **المعيار الثقافي**: يعود الحكم على المتوافق إلى الجماعة المرجعية له، ويأخذ هذا المعيار في الاعتبار عند الحكم معايير النسبية الثقافية، فما هو سوي في جماعة قد يعتبر شاذا، أو مرضيا في جماعة أخرى. أي أن الحكم على توافق الفرد أو عدمه، لا يمكن التوصل إليه إلا بعد دراسة ثقافته، وتحليلها.

خ- **المفهوم الذاتي (الظاهري)**: هو التوافق كما يدركه الفرد ذاته، وبغض النظر عن مسايرته، فالمحك الهام هنا هو شعوره، وتقييمه لاتزانه، أو سعادته، أي أن السوية إحساس داخلي، وخبرة ذاتية. فإذا شعر بالقلق، أو التعاسة فهو يعد غير متوافق. لكن علماء النفس يقرّون أن بعض المرضى يقدمون تقديرات، وانطباعات ذاتية عن هدوئهم، وإحساسهم بالسعادة، إضافة إلى أن معظمنا غالبا ما يمر بحالات من الضيق، والقلق.

د- **المعيار الإكلينيكي**: مفهوم التوافق يتحدد هنا في ضوء المعايير العيادية لتشخيص الأغراض المرضية، فالصحة النفسية تعني غياب أعراض، ومظاهر المرض. ويراه "طلعت

منصور" مفهوما مضللا، وضيقا، فخلو الفرد من الأعراض لا يعتبر توافقا، إذ ينبغي توظيف أهدافه، وطاقاته بشكل فعال في المواقف، ويحقق ذاته، لذا فهذا المعيار لا يحدّد التوافق على نحو ايجابي، وذو معنى.

ذ- معيار النمو الأمثل: ليس الخلو من المرض فحسب، بل التمكن الكامل من الناحية الجسمية، والعقلية، والاجتماعية. ورغم أهمية هذا المفهوم في تحديد توافق الشخصية، لكنه يصعب تحديد نماذج السمات، أو الأنماط السلوكية المشكلة للنمو الأمثل، لذا يمكن اعتباره مبدءا عاما، وليس محكا يمكن تحديده، وقياسه.

ر- المفهوم النظري: يحدّد مفهوم التوافق من إطار مرجعي نظري، فالنظرية التحليلية تراه الخلو من الكبت، ومن الممكن أن يكون نقص التعليم، وليس الكبت مسؤولا عن السلوك المضاد، أو الشعور بالتعاسة، أو الضيق واليأس. الشاذلي (2001)

تختلف المعايير في تحديد سواء الفرد، وشذوذه، وكل اتجاه من الاتجاهات السالفة الذكر يشير إلى سواء بمفهومه النظري الخاص، وحسب وجهة نظر العلماء، والباحثين المنتمين إليه، وآرائهم حول مفهوم التوافق، ومعناه داخل المجتمعات.

2-4/ التوافق والصحة النفسية: هناك الكثير من المؤلفين يوحّدون بين الصحة النفسية، وحسن التوافق، ويرون أنّ دراستها تتمثل في دراسة التوافق، وحالات عدم التوافق مؤشر لاختلالها. بينما يرى باحثون آخرون أنّ السلوك التوافقي ليس هو الصحة النفسية، بل يعد أحد مظاهرها، لأنها حالة، أو مجموعة شروط، والسلوك المتوافق دليل توافرها. ويعتبر آخرون أنّ الشخصية السوية مرادف لمصطلح الصحة النفسية، والحقيقة أنّ المصطلحات متداخلة كثيرا.

3/ علم النفس ودراسة التوافق:

اعتبر "الدسوقي" عام (1974) علم النفس هو علم دراسة التوافق، توافق الإنسان أو عدمه بمتطلبات مواقف حياته، بما تملّيه عليه طبيعته التي هي بناؤه النفسي في استجابته لمواقف حياته، فالحياة مجاهدة للبقاء، وتوافق مع البيئة، والظروف، ونسبي هذا بالتوافق النفسي. وعليه ففروع علم النفس، وجوانبه تهتم بدراسة التوافق، فاستجابة الأعصاب، والإحساس بالتهبيات تمثل التوافق الحسي الحركي، والإدراك الحسي، والتعلم، والتذكر، والتفكير، والذكاء، والاستعدادات تمثل التوافق العقلي، ودراسة الدوافع، والانفعالات، والشخصية تمثل التوافق

الشخصي، ودراسة الفردية، واكتساب التوافق تمثل اجتماعية التوافق، ودراسة مراحل نمو للإنسان تمثل مرحلية التوافق، ودراسة توافق الإنسان في مجالات الحياة، تمثل مجالية التوافق، ودراسة الفرد في حالتي السوية، واللاسوية تمثل موضوع صحية التوافق. الشاذلي (2001)

4/ أبعاد التوافق:

يمكن النظر لكل مجالات الحياة التي استقى منها علم النفس موضوعاته، من زاوية التوافق، أو عدمه. فهناك التوافق الحسي الحركي، والتوافق الاجتماعي الصحي، والنفسي، لأن كل مواقف الحياة في كل المجالات الموجهة للسلوك، تتطلب التوافق، وشخصياتنا تدرك، وتستجيب للتوافق، وعدمه، لأنها حاصل خبراتنا في المواقف، وبما أن الفرد وحدة نفسية اجتماعية يمكن التماس ثلاث أبعاد للتوافق:

4-1/ البعد الشخصي (الذاتي): حسب بطرس (2008) يشمل سعادة النفس، والثقة بها، والشعور بقيمتها، وإشباع الحاجات، والسلم الداخلي، والشعور بالحرية في التخطيط للأهداف، والسعي لتحقيقها، وتوجيه السلوك، ومواجهة وحل المشكلات الشخصية، وتغيير ظروف البيئة، والتوافق لمطالب النمو في مراحلها المتتالية، وهذا يحقق الأمن النفسي.

4-2/ البعد النفسي: يقول "مورار و كلاهون" "أن الكائنات الحية تميل إلى أن تحتفظ بحالة الاتزان الداخلي، إلا أن الصراع صفة ملازمة لكل سلوك، فكل فعل مهما كان مريحا، يشمل بعض التضحيات لإحداث صورة من صور التوافق (خفض التوتر **tension reduction**). يعرف "سميث smith" التوافق السوي بأنه: اعتدال في الإشباع. إشباع عام للشخص عامة. الإشباع لدافع شديد على حساب الدوافع الأخرى، فالشخص المتوافق يستطيع أن يقابل العقبات، والصراعات بطريقة بناءة، تحقق له إشباع حاجياته، ولا تعيق قدرته على الإنتاج." (كامل، 2004، ص. ص. 34-40)

فالتوافق عند "سميث" هو توفر قدر من الرضا القائم على أساس واقعي، كما يقلل من الإحباط، والقلق، والتوتر مستقبلا.

4-3/ البعد الاجتماعي: يقول "لورانس تشافر": "إن الحياة إنما هي سلسلة من عمليات التوافق، التي يعدل الفرد فيها سلوكه في سبيل الاستجابة للموقف المركب، الذي ينتج عن حاجاته، وقدرته على إشباع هذه الحاجات، ولكي يكون الإنسان سويا ينبغي أن يكون توافقه

مرنا، وأن تكون لديه القدرة على استجابات تلائم المواقف، وتتجح في تحقيق دوافعه." (كامل، 2004، ص. 40)

ويرى "روش" أن المتوافق، هو من ينتهج أساليب ثقافية تسود المجتمع، فالمنتقل من الريف إلى المدينة، عليه مسايرة أساليب حياة المجتمع الجديد، وإلا نبذ، وعليه فهم العلاقات الاجتماعية بالمكان الجديد، "أنا وليس نحن".

كما توجد فروق فردية تخص سرعة التوافق بين الأفراد، وأخرى ثقافية، وهذا ينطبق على الأفراد المهاجرين. كامل (2004)

ويرى الشاذلي (2001) أن التوافق الاجتماعي يشمل سعادة الفرد في مجتمعه، والالتزام بأخلاقياته، والامتثال لمعاييره، وقواعده، وأساليبه الثقافية، والتفاعل الاجتماعي السليم، والعلاقات الناجحة مع الغير، وتقبل نقدهم، وسهولة الاختلاط معهم، والسلوك العادي مع الأفراد، والتغيير الاجتماعي، والمشاركة في النشاطات مما يحقق الصحة الاجتماعية.

من التعاريف السابقة نجد أن التوافق في البعد الاجتماعي، عملية ديناميكية، وفي هذا إدراك لطبيعة العلاقة الديناميكية بين الفرد، والبيئة الناتجة عن التغيير الكلي، والمتواصل من الفرد والبيئة. فعملية التوافق هي أسلوب الفرد، الذي تشترك كل من البيئة، وعملية التطبيع الاجتماعي في تكوينه. كامل (2004)

5/ مجالات التوافق النفسي:

يشير علي وشريت (2004) إلى:

5-1/ التوافق العقلي: يشمل الإدراك الحسي، التعلم، التذكر، التفكير، الذكاء، الاستعدادات. ويتحقق بقيام كل عنصر هنا بدوره كاملا، في تعاون مع بقية العناصر.

5-2/ التوافق الديني: الدين جزء من التركيب النفسي، غالبا ما يمثل مسرحا للتعبير عن صراعات داخلية عنيفة. يتحقق هذا التوافق، بالإيمان الصادق، لأن الدين باعتباره عقيدة، ومنظم للمعاملات بين الناس، له أثر عميق في اتزان الشخصية، وتكاملها. إذ يشبع حاجة الفرد للأمن، أما إذا فشل هذا الفرد في التمسك بالدين، ساء توافقه، واضطربت نفسه، وزاد قلقه.

5-3/ التوافق السياسي: يتحقق باعتناق الفرد لمبادئ المجتمع الأساسية، أو قبولها، أي بمساييرته لمعايير جماعته، وإذا خالفها وقع في ضغوط مادية، ونفسية، وقد يعاني صراعا

داخليا، يعوق إشباع حاجاته، ويجعله متوترا، وقلقا، وعليه الامتثال لمعايير الجماعة، أو تغيير مبادئه السياسية، أو التوفيق بينها، وبين السائدة بمجتمعه، أو قمع هذه المبادئ، والأفكار، أو الانتقال إلى مجتمع آخر يرحب بمبادئه، ليحضر بتوافق ذاته، ومجتمعه.

4-5/ التوافق الجنسي: الجنس دوره هام في الحياة، لتأثيره في السلوك، والصحة النفسية للفرد، ولأنَّ النشاط الجنسي يشبع الحاجات البيولوجية، والسيكولوجية، والشخصية، والاجتماعية، وإحباطه ينتج الصراع، والتوتر الحادين. وتختلف أساليب إشباع الحاجات الجنسية، ودرجة هذا الإشباع اختلافا واسعا، باختلاف ظروف الفرد، وخبرات التعلم، وعدم التوافق الجنسي دليل سوء التوافق العام له.

5-5/ التوافق التروحي: هو إمكانية التخلص المؤقت من أعباء، ومسؤوليات المهنة، أو التفكير فيه خارج مكان العمل، وقضاء الوقت بحرية، وممارسة سلوك حر، تلقائي يحقق فيه الفرد فرديته، ويمارس أثناءه هواياته. الشاذلي (2001)

5-6/ التوافق الزوجي: يعتبره بطرس (2008) هو الرضا الزوجي، الذي يمثله الاختيار المناسب للزوج، والاستعداد للحياة الزوجية، والدخول فيها، وتحمل مسؤولياتها، والقدرة على حل مشكلاتها، والاستقرار الزوجي.

5-7/ التوافق الأسري: يتضمن سعادة الأسرة، المتمثلة في استقرارها، وتماسكها، والقدرة على تحقيق مطالبها، وسلامة العلاقات بين أفرادها، لتسود المحبة، والثقة، والاحترام المتبادل. ويمتد هذا التوافق ليشمل سلامة العلاقات مع الأقارب.

5-8/ التوافق الاقتصادي: يحدث الاضطراب العميق، في أساليب توافق الفرد، عند التغيير المفاجئ في سلم القدرات الاقتصادية، ولحد الإشباع دور مهم في تحديد رضا الفرد، أو إحباطه فيغلب عليه الشعور بالحرمان، والإحباط إذا انخفض حد الإشباع، والشعور بالرضا، إذا ارتفع هذا الأخير لديه.

5-9/ التوافق المدرسي: تمثله عملية دينامية متواصلة يقوم بها الطالب، لاستيعاب المواد الدراسية، والنجاح، وتلاؤمه مع مكونات البيئة الدراسية. وهذا التوافق قدرة مركبة متوقفة على بعدين: بعد عقلي، وبعد اجتماعي. أما المكونات الأساسية لهته البيئة فهي: الأساتذة، والزملاء، وأوجه النشاط الاجتماعي، ومواد الدراسة، والوقت.

5-10/ التوافق المهني: يراه الشاذلي (2001) بأنه الرضا عن العمل، وإرضاء الغير فيه، ويمثله الاختيار المناسب للمهنة، عن قناعة شخصية، والاستعداد لها، والبدأ فيها، والصلاحية المهنية، والكفاءة والإنتاج، والإحساس بالنجاح، والعلاقة الحسنة مع الرؤساء، والزملاء، والتغلب على المشاكل، ولا يجب تصوّر هذا التوافق مجرد توافق الفرد لواجبات عمله المحدودة، لأنه يمثل توافقه لبيئة العمل كذلك.

باختلاف مجالات الحياة تختلف مجالات التوافق، فمنها ما يكون داخل الوسط الاجتماعي، أو الاقتصادي، ومنها ما يشمل المنزل، والحياة الزوجية، أو المدرسة، أو مجال العمل... فلا نجاح، ولا تغيير نحو الأفضل بدون توافق في هته المجالات.

6/ أهمية دراسة التوافق (الصحة النفسية):

مشكلات الصحة النفسية في عصرنا الحالي متعددة، ومعقدة، وتمس كل مجالات حياة الفرد، وأنشطته، وعلاقاته الاجتماعية، والمهنية، وإنتاج الجماعات، والتنظيمات الاجتماعية، وما لذلك من دلالات هامة تخص حاضر، ومستقبل المجتمع. ولهذا فالاهتمام بالصحة النفسية للفرد، وكذا المجتمع قضية رئيسية، تفرض ذاتها على المجتمع.

لم يتعرّف العلم بشكل واضح على أهمية، ومغزى مشاكل الصحة النفسية، إلا حديثاً، وقد تحدّدت أساساً بتطور علم النفس، والطب النفسي، والحقيقة أنّ تطوّر البحث في هته العلوم، جعل علماء، وباحثي قضايا، ومشكلات الصحة النفسية يكافحون لحفظ معدلات نقص فعاليات الإنسان، ويتصدون لعوامل، ومظاهر شقائه بالوقاية، والعلاج.

كما تظهر أهمية الدراسة العلمية للصحة النفسية في المجتمع المعاصر، في حمايته من ارتفاع معدلات الأمراض النفسية، والعقلية، وانحراف السلوك، والحد من انتشارها. فالإحصائيات الحديثة تحذره من خطر تزايد الاضطرابات الشخصية، وتعتبر الحاجة للصحة النفسية، وتحديد التوافق مركبة بما تشمله أهدافها، ووظائفها من جوانب متكاملة، وهي:

6-1/ الجانب الوقائي: للصحة النفسية من الناحية الوقائية أهداف، ووظائف متعددة كدراسة طبيعة الأمراض النفسية، والعقلية، بأعراضها، ومظاهرها، وعوامل حدوثها، وأسبابها، والمتغيرات المرتبطة بها. واتخاذ الإجراءات المناسبة لحفظ هته الظواهر. ويهيئ هذا الجانب للصحة النفسية الظروف الموفرة لها، وتوافق معظم الأشخاص.

6-2/ الجانب الإرشادي العلاجي: تقدم الصحة النفسية المساعدة لمن يواجه صعوبات، ومشكلات سوء التوافق، بتقديم خدمات ملائمة متوفرة في ميادين الإرشاد، والعلاج النفسي.

6-3/ الجانب الإنمائي: هو تنمية الصحة النفسية الإيجابية للفرد، بتحقيق إنسانيته. فالطبيعة الإنسانية جوهرها الخير، والسوية، والابتكار، حيث ينطوي الفرد على إمكانيات الارتقاء، والنمو.

الداهري (2008)

كما يرى علي وشريت (2004) أن أهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرد:

- أ- تساعده على حل مشكلات حياته: نعيش عصر التكنولوجيا، وأحدث وسائل الاتصال، التي أضعفت قدرة الفرد على مواجهتها، لذا لزم تكوين الدوافع لإشباعها. فعدم مواجهتها، وإشباعها يوقع الفرد في احباطات متراكمة، فذو الصحة النفسية السليمة، يبحث عن حلول بديلة تشبع دوافعه، كي لا يتعرض للانهايار، كما يسعى لتحقيق دوافعه، وإشباع رغباته.
- ب- تساعده لعيش حياة اجتماعية سليمة: يتميز صاحب الصحة النفسية السليمة بالهدوء، والاتزان الانفعالي في كل تصرفاته مع المحيطين به، من أسرته، أو عمله، أو مجتمعه، فيكتسب التفاعل، وقدرة تكوين الجماعات، والعلاقات الاجتماعية السليمة.
- ج- تساعده على التركيز، والاتزان الانفعالي: من خلال مساعدته على التعلّم الجيد، فتمنحه التركيز، والاتزان، والهدوء النفسي، والخلو من الاضطرابات النفسية، والشخصية، وهذا لا يتوافر إلا لذوي الصحة النفسية الجيدة، فيتمكن الفرد من اكتساب الخبرات.
- هـ- تساعده على الأمن، والطمأنينة، والهدوء النفسي: يكون ذو النفسية السليمة متزنا مطمئنا، لا تتحكم فيه مشاكل الحياة، ولا يعاني من القلق، والتوتر عند عدم إشباع دوافعه، ورغباته. واطمئنانه يتأتى من إيمانه بالله عز وجل، وتوكله عليه.
- و- قدرة الفرد على العمل، والإنتاج الملائم: والمعقول المناسب لذكائه، وحيويته، واستعداداته الجسمية. فكثيرا ما يدل الخمول على شخصيات هدتها الصراعات، واستنفذت طاقاتها المكبوتة، وتعتبر قدرته على إحداث إصلاحات في مجتمعه دليلا على الصحة النفسية.
- ي- التوافق الشخصي: قدرة الفرد على التوفيق بين تصارع دوافعه، وإرضائها باتزان، وهذا لا يعني خلو الصحة النفسية من الصراعات فلا بد من تواجدها، وإنما تحسم هذه الصراعات، وتتحكم فيها بصورة مرضية، مع القدرة على حل الأزمات النفسية بإيجابية بدل الهرب منها.

ويضيف جبل (2000) ما يلي:

- تحقق الصحة النفسية الجيدة أمن، وطمأنينة الفرد، لما يتمتع به من استقرار نفسي، بعيدا عن القلق، والتوتر، ولا تحكمه المخاوف، وقادر على إشباع دوافعه، وهو مؤمن بالله، وبالقضاء، والقدر.

- تمكن الصحة النفسية الفرد، من النجاح في عمله، لأنَّ المتمتع بها يسعى دائما لوضع مستوى لطموحه، يتناسب مع قدراته، وإمكانياته، واستعداداته، لذا فهو يتقن الأداء لتحقيق النجاح، وتحقيق مستوى طموحه، وتأكيد ذاته، فيتوافق مع مهنته.

- تزيد الصحة النفسية الجيدة الكفاءات الإنتاجية للفرد، لأنه في بحث مستمر لتحقيق ذاته، وذلك بالنجاح في العمل، وزيادة قدرته الإبداعية، مما يرفع قدرته الإنتاجية، لأنَّ المضطرب نفسيا ينعكس اضطرابه سلبا على قدرته الإنتاجية.

وبشير الشاذلي (2001) إلى أن دراسة التوافق بأنواعه، تساعدنا على فهم آلية تحقيق الصحة النفسية، والتمتع بها، وهذا يمكننا من الإنجاز، وتطوير قدراتنا الإبداعية.

وعموما لدراسة التوافق فوائد تطبيقية عديدة تظهر في الميادين التالية:

- **ميدان الصحة النفسية:** سوء التوافق سبب رئيسي للاضطراب النفسي بأشكاله، وهو من ضمن الأسباب المرسبة. لذا فدراسة شخصية الفرد وتوافقه، مع أسرته، ومجتمعه قبل المرض ضرورة بالنسبة للفحص النفسي، والطبي لتشخيص الحالة المرضية، وبالتالي فالمتوقع أن سيؤوا التوافق هم الأكثر عرضة للتوتر، والقلق، والاضطراب النفسي.
- **ميدان التربية:** التوافق الجيد مؤثر ايجابي، ودافع قوي للتلميذ إلى التحصيل، إذ يرغبه في المدرسة، ويساعده على إقامة علاقات جيدة مع زملائه، ومعلميه. فسيؤوى التوافق من التلاميذ هم ضحايا للتوتر النفسي، والذي يترجمونه بطرق مختلفة، كاستجابات التردد، والقلق، والعنف في اللعب، والأنانية، والتمركز حول الذات، وفقدان الثقة بالنفس، واستخدام الألفاظ النابية، وكراهية المدرسة، والهروب منها، واضطرابات سلوكية: كقضم الأظافر، والانسحابية، والشعور بالنقص... وينعكس ذلك في انخفاض التحصيل.
- **ميدان الصناعة:** يزيد الإنتاج بالتوافق الجيد للعمال، والعلاقات الإيجابية، ومشاعر الحب، والود مع الزملاء، والرؤساء، ويؤثر ذلك في كمية، ونوعية الإنتاج، بالتالي فسوء التوافق

- الحاصل نتيجة انتشار العدائية، أو الكراهية تجاه الرؤساء بسبب الشعور بالظلم، أو العجز عن إقامة علاقات طيبة مع الزملاء، أو العمل، في ظل ظروف غير مناسبة، قد يؤثر سلباً على الروح المعنوية للعمال، لذا فقد ينخفض الإنتاج، ويكثر التغيب عن العمل، والشجار، والتعرض للحوادث... وغير ذلك.

7/ معايير التوافق النفسي:

- 7-1/ **الراحة النفسية:** يراها **جبل (2000)** قدرة المتمتع بالصحة النفسية السليمة على مواجهة العقبات، وحل المشاكل بطريقة يتقبلها، ويقدرها المجتمع.
- فالاكتئاب، والقلق، الإحباط، والصراع، أو مشاعر الذنب... في مجملها مظاهر تجلب سوء التوافق، وعدم الراحة النفسية، لذا فمن سمات المتوافق، الصمود اتجاه مواقف، ومشكلات سوء تكيفه، فشعور الفرد بأنه قد حقق لنفسه الراحة النفسية، دليل على تكيفه.
- 7-2/ **الكفاية في العمل:** أهم دلائل الصحة النفسية قدرة الفرد على العمل، والإنتاج، والكفاية وفقاً لقدراته، ومهاراته. ولما تتاح له فرصة لتحقيق أهدافه الحيوية، يتحقق له الرضا، والسعادة.
- 7-3/ **مدى استمتاع الفرد بعلاقات اجتماعية:** هناك من هم أقدر من غيرهم على تكوين علاقات اجتماعية، والاحتفاظ بالصدقات، والروابط المتينة في مجموعاتهم، وهي علاقات وجدانية هامة، ومقوم أساسي للصحة النفسية.
- 7-4/ **الأعراض الجسمية:** أحيانا عندما تظهر أعراض جسمية مرضية على الفرد، يكون ذلك الدليل الوحيد على سوء التوافق، فالطب السيكوسوماتي (النفسي - الجسمي) يؤكد بأن أغلب الاضطرابات الفسيولوجية تنتج أساساً من اضطرابات الوظائف النفسية.
- 7-5/ **الشعور بالسعادة:** الشخصية السوية تعيش سعادة دائمة (شخصية خالية من الصراع).
- 7-6/ **القدرة على ضبط الذات، وتحمل المسؤولية:** الشخص السوي يتحكم في رغباته، وقادر على إشباع حاجاته، وضبط ذاته، وإدراك عواقب الأمور. **حشمت، باهي (2006)**
- إذن التوافق النفسي مرونة يشكل بها الكائن الحي اتجاهه، وسلوكه لمواجهة مواقف جديدة، إذ يكون هناك تكامل بين تعبير الكائن الحي عن طموحه، وتوقعات، ومتطلبات المجتمعات.
- ونصل في نهاية الأمر إلى أن قدرة الفرد على التوافق النفسي بأبعاده، ينمي استمتاعاً بالحياة، والعمل، والأسرة، والأصدقاء، ويشعر بالطمأنينة، والسعادة، وراحة البال، وهذا يعمل

على زيادة الكفاءة، والإنتاج، كما يساعد التوافق النفسي الفرد على أن يكون ناجحاً بعمله، أياً كان نوعه، رغم أن مستوى الأداء يتطلب مقومات صاحبه الأساسية، كصحة، وسلامة الجسم.

كما أشار كل من **علي وشريت (2004)** إلى هته المعايير في:

أ- **تقبل الفرد الواقعي لحدود إمكانياته:** من وسائل الكشف عن الصحة النفسية للفرد نسال: إلى أي حد كان إدراكه لحقيقة وجود الفروق الفردية بين الأشخاص، ومدى اتساعها؟ وكيف يرى نفسه مقارنة بالآخرين؟ وما هي مميزاته الخاصة، وحدود قدراته؟.

ب- **المرونة، والاستفادة من الخبرات السابقة:** السوي قادر على التكيف، والتعديل، والتغيير بما يتناسب والموقف ليحقق التكيف، وقد يتم التعديل نتيجة تغيير مس حاجات الفرد، أو أهدافه، أو بيئته، ويمكن تعديل سلوكه بناء على خبرات سابقة، فلا يعيد السلوك الفاشل.

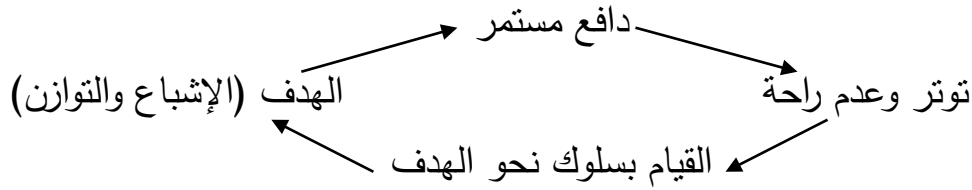
ج- **التوافق الاجتماعي:** قدرة الفرد على عقد صلات اجتماعية راضية مرضية، تتسم بالتعاون، والتسامح، والإيثار.

د- **الاتزان الانفعالي:** قدرة الفرد على التحكم في انفعالاته، والتعبير عنها تبعاً للظروف، وبصورة مناسبة للمواقف المستدعية لهذه الانفعالات، وثبات الاستجابة الانفعالية في المواقف المتشابهة، علامة الصحة النفسية، والاستقرار الانفعالي، في حين تباين الانفعالات هنا دليل على الاضطراب الانفعالي.

هـ- **القدرة على مواجهة الإحباط:** الفرد السوي قادر على الصمود في الأزمات، دون إسراف في توظيف الحيل الدفاعية (كالإزاحة والكبت، الإسقاط، العدوان...)، وهذا يستدعي كفاءة الأنا، لمواجهة العوامل المحيطة بالموقف. فدرجة تحمل الفرد للإحباط من أهم السمات الطابعية لشخصيته، والمميّزة له.

8/ آلية عمل التوافق:

تتضمن الحياة إجراء عمليات توافقية باستمرار، فالكائن الحي يجوع، مما يدفعه إلى البحث عن الطعام لإشباع هذا الدافع...وهي حالة نسبية، وتعود هذه الحاجة للظهور ثانية لما تشد، فتخلق التوتر، وعدم الاتزان للكائن، وتولد لديه الرغبة للقيام بسلوك لأجل إشباع تلك الحاجة، بالتالي خفض التوتر، وتحقيق الاتزان. وهي دورة حياة نفسية عند الجميع سعياً للتوافق باستمرار.



شكل رقم (03): يوضح دورة الحياة النفسية للتوافق. (الرحو، 2005، ص. 377)

ضمن هذه الدورة يمكن أن تعتبر عملية التوافق سهلة أحيانا بالنسبة للكائن الحي، كما أنها قد تكون في معظم الأحيان شاقة. فعند تعذر إيجاد الطعام في أماكن معتادة، يحتاج الكائن الحي إلى البحث في أماكن أخرى غير مألوفة، ويبذل جهدا للعثور على الطعام.

وعلى اعتبار ظروف الحياة المتغيرة باستمرار، يلتزم الفرد بتعديل استجاباته، أو تغيير نشاطه، كلما تغيرت ظروف بيئته، وقد يضطر إلى إحداث تغيير في بيئته، كتغيير مهنة ضعيفة الدخل. الرحو (2005)

ويرى الزيود (1998) أن الفرد الذي يشكو سوء التكيف ليس بالمريض، وإنما شكواه متعلقة بأمور تضايقه، وتضايق موقفه مع نفسه، وفي شعوره بموقف الآخرين منه.

إن الحاجة، أو الدافع يعملان على جعل الفرد منا يقوم بسلوك البحث، والتقيب عن الإشباع، وذلك لإحداثهما توترا داخليا لديه. ويدفعه العمل على إزالة هذا التوتر، إلى ضرورة البحث عن مزيلاته بشتى الوسائل، لأنه وبحدوث التوتر قد بدأ يفقد حالة التوافق، والاتزان التي لا يلبث أن يستعيدها بإشباع الحاجة، أو الدافع. كما قد يعمد الشخص إلى تغيير استجاباته، أو تعديل سلوكاته، قصد العودة إلى حالة التوافق بمختلف أشكاله، فهو ليس بمعزل عن البيئة المتغيرة باستمرار.

9/ أساليب التوافق المباشرة، والغير مباشرة:

9-1/ أساليب التوافق المباشرة: يعتبرها الشاذلي (2001) متمثلة في:

أ- العمل الجاد، ومضاعفة الجهد: قد يلجأ البعض إلى اليأس، والتوقف عن السعي لتحقيق أهدافهم، حين تحبط أعمالهم، أو تعاق بأبسط العقبات، في المقابل فإن الاستجابة السليمة هنا تتطلب العمل الجدي، ومضاعفة الجهد.

ب- تغيير الطريقة: إذا أيقن الفرد أن مضاعفة الجهود لا تحل المشكلة، يلجأ إلى تغيير طريقة الحل المتبعة من قبل.

ج- تحوير السلوك: في الكثير من الأحيان يصادف الفرد عائقا لا يمكنه التغلب عليه، أو تذليله لذلك فهو يتوقف عن سيره، ولا ينكص عن غايته، بل يبدأ البحث عن طريق آخر.

د- تنمية مهارات جديدة: كثيرا ما يحتاج الفرد المحبط إلى العمل الجدي، ومضاعفة الجهد، لأنه يحتاج إلى تنمية اتجاهات، ومهارات جديدة تساعده على التوافق.

هـ- إعادة تفسير الموقف: أحيانا يحبط الفرد نتيجة تفسيره الخاطئ للموقف، أو عن فكرة جلب الصواب عن ذاته، أو على الآخرين، أكثر من كونه ناتجا عن سوء الموقف الخارجي، أو نقص البيئة، وما يحتاجه الفرد هو فهم الموقف، وإعادة تفسيره.

و- التعاون، والمشاركة: أفضل نوع من العلاقة الاجتماعية، لأن أغلب الأنشطة الإنسانية تتطلب التعاون لانجازها بإتقان، وكلما تشاركنا الحياة بإخلاص، وصراحة ازدادت خصوبة. ولن يكون للتعاون، والمشاركة الاجتماعية قيمة في حال ساد البيئة الخضوع، أو السيطرة.

ر- تغيير الهدف: إذا فشلت الطرق السابقة في التغلب على الإحباط، فقد يلجأ الفرد إلى تغيير هدفه، واتخاذ هدف آخر يكون أكثر سهولة.

ز- تأجيل إشباع الدافع إلى حين: لكن هذه الحلول المباشرة قد لا تتييسر للفرد دائما، فيضطر لحل صراعاته، والتغلب على إحباطه باللجوء إلى أسلوب آخر غير مباشرة، وهو أسلوب الحيل اللاشعورية (الدفاعية).

9-2/ أساليب التوافق غير المباشرة:

9-2-1/ الحيل اللاشعورية: هي أنواع من السلوك، أو التصرفات، هدفها حل الأزمات النفسية، والتخلص من القلق، وتخفيف حدة التوتر، وتحقيق الراحة، مع الحفاظ على تكامل الذات، بتشويهه، وتزوير كل ما يشعر الذات بالدونية.

هي حيل لا شعورية، غير مقصودة تصدر تلقائيا عن الفرد، لا يسبقها تفكير. كما لا يدرك الفرد الدوافع الكامنة خلفها، أو الغاية منها. وهي تعد من أشكال التوافق غير المباشر، ويمكن تصنيف صور التوافق إلى مجموعات هي:

- التوافق باستخدام أساليب اعتدائية: تشمل الاعتداء، وتوجيه الأذى إلى الذات، أو إلى الغير. ومن الحيل التي تضم هذا النوع:

- **العدوان:** يحدث لخفض التوتر، نتيجة تأزم شديد، أو إعاقة بالغة، ويتجه نحو هدف غير سبب التعويق. والعدوان على الذات أكثر تعقيدا، وأقصى مظاهره الانتحار. وعندما يتخذ العدوان الخارجي صورة مرضية، قد يصل إلى الرغبة في القتل، أو القتل الفعلي.
- **الإسقاط:** حيلة لا شعورية، نبعث بها اللوم عن أنفسنا، فنتحرر من المسؤولية، وننسبها للآخرين. وهي تجعل الفرد يشعر بأن النزعات، والرغبات الغير لائقة، صفات لغيره، وبهذا يلصق بغيره ما يشعر به داخله.
- **التوافق باستخدام أساليب دفاعية:** يتجه الفرد إلى الآخرين، ويحافظ على صلته بهم، أو بالبيئة. ويدافع عن نفسه، محاولا تغطية النقص، أو القصور، أو الشعور به. **الشاذلي (2001)** من حيل هذا الأسلوب:
- **العقلانية، والتبرير:** يحاول الفرد إعطاء صفة منطقية لصراعاته، وانفعالاته ليسيطر عليها. **Mazât, Houzel (1979)** فلايجاد صفة ملائمة ترضي دوافعه، وحاجاته يقترح تفسيراً مقبولا عقليا لحالة، أو سلوك، أو فكرة، أو إحساس ما... هو حيلة نحاول بها تقديم تفسيرات مقبولة اجتماعيا لسلوكاتنا، وأفكارنا، وتصوراتنا الخاطئة عند الغير. وفي علم النفس تحليل مقبول، يقدمه المرء لنفسه، أو لغيره، لتسوية سلوكه، أو تفسير عقيدته. **أسعد (1979)**
- **التقمص:** اندماج لا شعوري في شخصية أخرى، وقد تكون شخصية جماعة حققت أهدافا فشل الفرد في تحقيقها، أو أن يتحلى الفرد ببعض صفات غيره. والتقمص هنا عكس الإسقاط. كما أنه يشبه التقليد، لكنه لا يقتصر على تقليد الآخر فقط، وإنما اندماجه التام في الشخصية الأخرى، والحب في الغالب هو أقوى دافع للتقمص، ومن أسبابه كذلك الخوف، أو الإعجاب، أو البحث عن الأمن.
- **التعويض الزائد:** يعتمد الفرد إلى إخفاء نقص، أو التغلب عليه. والتعويض غالبا تغطية للنقص، لا التماسا للقوة. أما الزائد منه، فمهاجمة النقص بعنف، بالتالي تضخم التعويض.
- **التوافق باستخدام طرق انسحابية:** يهرب الفرد من المواقف المحبطة، ويبتعد عن الناس، وهذا يريحه، ويخفض شعوره بالتوتر، والقلق. ومن هذه الحيل:

- الانسحاب: تجنب المتأزم للناس، أو المواقف، أو الأشياء المسببة للفشل، أو الجالبة للنقد، أو العقاب. وقد يكون الانسحاب ماديا، كالزوجة المضطرة للبقاء مع زوجها لأجل أطفالها. وقد يكون نفسيا، يمثله الامتثال، وانخفاض مستوى الطموح، المقترن بالتبدل، واللامبالاة.
- يعتبر علماء النفس الحيل الإنسحابية أكثر خطرا من العدوانية، لأنها صعبة الكشف، والعلاج.
- النكوص: التراجع لأساليب طفلية، أو بدائية من التفكير، أو السلوك. فحين تعترض الفرد مشكلة، أو يعجز في التغلب على إحباط، أو صراع، يلجأ إلى وسائل ساذجة، أشبعت دوافعه في مراحل نموه السابقة. من مظاهره عند الكبار: السب، الصراخ، التمارض، الغيرة، العناد، البكاء. النكوص لا يقتصر على الكبار، فطفل السادسة قد يتبول لإراديا، ويقضم أطافره لجلب انتباه الأم عن أخيه، والنكوص هنا وسيلة.
- أحلام اليقظة: ملجؤنا جميعا، فهي تشبع دوافعنا، ورغباتنا العاجزين عن تحقيقها واقعا. يترجمها الشرود الذهني، والتخيل، وتساعد على صرف الطاقة ومحو كل العقبات. تحدث في كافة مراحل العمر، لكن تكثر خلال مرحلة الطفولة، المراهقة.
- النسيان: نتيجة للكبت يعتمده الفرد للتخلص من الدوافع الغير مقبولة، والرغبات المستحيلة، والذكريات المؤلمة، فتختفي تماما عن وعيه، ويزول السلوك الذي قد يترتب عنها.
- **التوافق عن طريق الكبت:** يستبعد به الفرد الشعور بالخبرات، والأفكار، والذكريات المؤلمة، أو الخجل، أو الشعور بالذنب، ويكرهاها على التراجع إلى اللاشعور. لتعيش فيه، وتسعى جاهدة للظهور. وقد يبدو أثرها في سلوك ظاهر كفلتات اللسان، أو في صورة رمزية كأحلام النوم، أو بصورة شاذة كأعراض الأمراض النفسية، واضطرابات الشخصية، والانحرافات الخلقية، والمشكلات السلوكية. ولكبت آثار ضارة كثيرة، إذ يتواصل الصراع بين الدافع المكبوت، والقوى المسببة، والطامسة له، مما قد يسبب تعب جسماني، دائم دون سبب فسيولوجي ظاهر.
- **التوافق عن طريق المرض، والأوجاع البدنية:** قد يستعين الفرد لا شعوريا بالمرض، ليتحاشى لوم ضميره، والناس، ومواجهة المواقف العصبية، وتحمل المسؤولية. ولا يكون للمرض ما يبزره عضويا، أو فسيولوجيا، لكنه من الأساليب النفسية، ويدخل ضمن الأمراض النفسية البدنية (السيكوسوماتية). الشاذلي (2001)

إن فاعلقات المادية، أو النفسية في حياة الفرد، مصادر للأزمات النفسية، ومسببات للقلق، والصراع، والإحباط، وعلى الفرد تجاوزها بحيل محققة للتوافق، وإن فشل في هذا، أصابه القلق، والتوتر، ونعت بسوء التوافق، والتكيف.

والحيل الدفاعية وسائل لامعقولة لمعالجة القلق، لإنكارها، أو إخفائها، أو تشويهها للحقيقة، إذ لا تستهدف حل أزمة الفرد، بقدر ما تسعى لخفض القلق، والتخلص منه، أو إلهاء الفرد عنه. وهي وسيلة راحة مؤقتة، تعوق النمو النفسي، لحجرها على الطاقة النفسية، وإن نجحت، وحقت أغراضها، واصلت سيطرتها على الأنا، وأنقصت مرونته على التوافق، وإن لم تحقق أهدافها يصبح الأنا القلق، يعتمد عليها، فيقع الفرد في الانهيار النفسي.

إنها محاولات لا شعورية، يستعملها الفرد دائماً، لحماية نفسه من مهددات تكامل أناه. كما أنها أسلوب لتخفيف التوتر، والقلق، وما تسببه الإحباطات، والصراعات وليدة الإلحاح المتزايد في إشباع حاجات الفرد المتنوعة. فالحيل الدفاعية إذن، وسائل يلجأ إليها الجميع. عوض، دمنهور (1994)

9-2-2/ إسهام الآليات الدفاعية في الصحة النفسية: يرى الرحو (2005) أنه بما أن للآليات النفسية الدفاعية جانبين (سلبى/إيجابى)، فإنه بالإمكان استغلال الجانب الإيجابى للحفاظ على احترام الذات، واختزال الدوافع، وتخفيف التوتر، وتعزيز الصحة النفسية لأنها:

- تمنح الفرد الوقت اللازم لحل المشاكل، لاعتبارها حلول وقتية، تفسح المجال للتوصل إلى الحلول الجذرية.
- تتيح للفرد فرصة لعب أدوار جديدة، بالتالي معرفة الذات، أي توفر فرص أخرى للتوافق.
- استناداً على عملية التبرير، يتزود الفرد بفرص التحليل، والتنقيب، وهو الطريق إلى السلوك المعقول المستقل.

10/ بعض مؤشرات التوافق واللاتوافق:

10-1/ مؤشرات التوافق النفسي: حسب الدايري (1999) تتضمن:

10-1-1/ النظرة الواقية للحياة: يعاني بعض الأفراد عدم القدرة على تقبل الواقع، فنجدهم متشائمين، تعساء، رافضين لكل شيء... ويشير هذا إلى سوء التوافق، أو اختلال صحتهم

النفسية. في مقابل ذلك نجد آخرين يقبلون على الحياة بأفراحها، وأحزانها، واقعيين في تعاملهم، متفائلين، ويشير هذا إلى توافقهم اجتماعيا.

10-1-2/ مستوى الطموح: تكون طموحات الفرد المتوافق مشروعة، في مستوى إمكاناته عادة، ويدافع الانجاز يسعى إلى تحقيقها، مما يشير إلى توافقه. وهناك من يطمح في الوصول إلى أهداف بعيدة عن قدراته، فيلجأ إلى المضاربة، وكلها مؤشرات لسوء توافقه مع مجتمعه.

10-1-3/ الإحساس بإشباع الحاجات النفسية: أحد المؤشرات الهامة لتوافق الفرد مع نفسه، ومع الآخرين، إحساسه بأن كل حاجاته النفسية الأولية، والمكتسبة مشبعة. أي كل ما يتعلق بحاجاته البيولوجية، والفسولوجية، ويحدث العكس عند إحساسه بأنه غير مشبع، وأن حاجاته معطلة، فيدنو من سوء التوافق المسبب للعصاب.

10-1-4/ التمتع بالصحة ومظاهر النمو الطبيعي: هي صفات لصيقة بعضها، وكل صفة منها تؤثر في غيرها، وتتأثر بها.

10-1-5/ الفاعلية والتعبير عن الذات: ويتطلب تنمية استعدادات الفرد، وقدراته الذاتية إلى أقصى حد، مع اعترافه بحدودها، وبالواقع، وقدرته على حل احباطاته بأسلوب معتدل، ومفيد.

10-1-6/ التكامل الاجتماعي: يشمل التمتع بصلات طيبة مع الغير، ومبادلتهم الحب، والتعاون، والتقدير. وكذا تحقيق الانسجام بين الجماعات المنتمي إليها.

10-2/ مؤشرات سوء التوافق النفسي: الإنسان أثناء تفاعله مع بيئته، قد يفشل في تحقيق توافقه النفسي، ومن أسباب ذلك:

10-2-1/ الشذوذ الجسمي، والنفسي: وهو أن يكون الفرد ذو خاصية جسمية، أو عقلية عالية، أو متحفظة، وهو هنا يحتاج إلى اهتمام، ورعاية خاصة، فيؤثر على استجاباته للمواقف.

10-2-2/ عدم إشباع الحاجات الجسمية، والنفسية: يخل توازن الفرد، مما يدفع به إلى محاولة استعادته. فإذا نجح حقق توازنا أفضل، وإذا فشل يبقى التفكك، والتوتر. لذا يقترح الفرد حولا غير موفقة لا تخفض التوتر المؤلم، لاستعانتة بعمليات تفكيكية كالحيل الدفاعية.

10-2-3/ تعلم سلوك مغاير للجماعة: التنشئة الاجتماعية تهدف إلى تعليم الفرد معايير سلوك الجماعة، غير أنه يقوم بها أفراد يختلفون فيما بينهم في تطبيق نظمها الأولية، مما قد يؤدي لانقسامهم إلى: المدربون اجتماعيا بالتنشئة الاجتماعية على السلوك المحرف، كأحداث

المنحرفين الناشئين في أسر تشجع على الانحراف، والذين تربوا على التوافق السوي، غير أنهم انحرفوا نتيجة ظروفهم.

10-2-4/ الصراع بين أدوار الذات: تقوم كل ذات بدور معين يتوقعه منها المجتمع، وتتعلمه أثناء تنشئتها الاجتماعية، إلا أن التنشئة أحيانا قد تعلم الفرد دورا غير دوره الأساسي.

10-2-5/ عدم القدرة على الإدراك، والتمييز بين عناصر الموقف: إن ضيق مجال حياة الفرد، يصعب عليه إدراك عناصر الموقف المختلفة، وبالتالي أداء الاستجابة المناسبة له. يبدو هذا واضحا في حالات الخطر المهددة للفرد، فيتعقد الموقف ولا يستطيع إدراك عناصره بوضوح، فيتصرف عشوائيا، بغير انتظام، وبغير هدف.

10-2-6/ القلق: خوف غامض، لا يعرف سببه، وهو عامل أساسي لكل الأمراض النفسية.

كانت هذه بعض أسباب سوء التوافق والتي يختلف تأثيرها من فرد لآخر، تبعا لـ:

أ- المدة: هي الفترة التي يستمر فيها تأثير العامل.

ب- الشدة: هي مدى قوة تأثير العامل.

ج- حالة الكائن الجسمية، وقدراته، ومهاراته، واتجاهاته عند تعرضه لعوامل سوء التوافق.

د- إدراك الفرد للعامل: وهو تصوّره للعامل على أنه مثير، أو غير مثير للإحباط. وفسر

عدم التكيف حسب منهجية "أدلر" في تعريفه للعصاب، إذ وصف "انسباشر

Ansbacher نظرية "أدلر" حول العصاب فيما يلي:

- اعتقاد الفرد الخاطيء عن الذات، والعالم. لأن له أسلوب حياة، وأهداف خاطئين.
- سوف يلجأ الفرد إلى أشكال متنوعة من السلوك الشاذ، لحماية هذا الاعتقاد.
- هذه الحماية تحدث إذا واجه الفرد مواقف يشعر فيها بأنه لن ينجح بمقابلتها.
- الخطأ يتألف لأن الفرد متمركز حول ذاته، بدل أخذه في الاعتبار الجنس البشري.
- الفرد لا يدرك، ولا يعي هذه العمليات، فكل عصاب يمكن أن يفسر بمحاولة تحرير النفس من مشاعر النقص، في محاولة لكسب الشعور بالتفوق. الزيود (1998)

11/ خصائص الشخص التوافقي:

تعتبر نجاد (2004) الشخص التوافقي عامة، الشخص الذي لا تتنافر خصائصه مع بعضها، ومع عدم إمكانية تحقيقه للتوافق التام، غير أنه يصل إلى توافق مطلوب، ومستحسن، وهو المحتمل عند حدوث التوافق المنطقي بين ما يراه الفرد في نفسه، وما يراه الغير فيه.

ويذكر "لويين بيست" بعض الخصائص يعدها أنماط لسلوكيات الشخص التوافقي الناجح:

- القدرة، والرغبة لتحمل المسؤوليات، ما يلاءم عمره.
- المساهمة، والخبرات المتعلقة بنضجه، وتقدم عمره.
- الرغبة في تقبل الخبرات، والمسؤوليات، ما هو متعلق بدوره، ومكانته في الحياة.
- متلهف لحل مشكلات الحياة، وصعابها.
- يسر بقمه للعراقيل الحائلة دون نضجه، وسعادته بعد التيقن من كونها واقعية.
- قدرته على اتخاذ القرارات اللازمة، عند ظهور الصراع النفسي، والقلق، والإحباط.
- الاعتبار من خبرات الفشل، بدلا من تبريرها.
- يرضى في ظل ظروف، وخبرات حياته الحقيقية، لا في إطار أحلامه، وأوهامه.
- يوظف أفكاره للتخطيط، ووضع البرامج العملية. كما لا يعظم نجاحه.
- يميز جيدا بين الأوقات، والأساليب المناسبة للعمل، وتلك المناسبة للتسلية والترفيه.
- يستجيب في الحال للمواقف غير المقبولة، إذا تيقن بأنها ستفيده مستقبلا.
- لا يستجيب للمواقف التي ينجح فيها إزاء حرمانه من هدفه، وغايته الحقيقية.
- يظهر غضبه دون تستر، بصورة الدفاع عن حقوقه، ويتناسب نمط تعبيره مع نمط الأذى الذي لحق به ومداه.
- يفصح عن محبته بوضوح. وتحوي سلوكياته مؤشرات تلاءم مدى حبه ونمطه.
- قدرته على تحمل الآلام، والإحباط العاطفي عند عجزه عن تغيير أسباب شعوره بالضيق.
- منظم لعاداته، وأفكاره لتحقيق التكيف، ولما تقتضيه الضرورة عند مواجهة المشاكل.
- طاقاته مركزة حول هدف معين، ويتخذ قراره لتحقيقه.
- لا يجهد نفسه في تغيير حقيقة أن الحياة تسعى لا نهاية له، بل يعلم أن المرء سيدخر كل قدرته لمواجهة العراقيل الخارجية، فيما لو امتنع عن خوض في صراعات نفسية داخلية.

فسمة التوافق مع الذات، ومع المحيط الخارجي من الصعب التمتع بها، لكثرة أزمات الحياة، وتعتها، غير أن الشخص التواقي لابل وأن يبلح عن كلفة املك هته السمة، والعمل على تتميتها، وتطويرها فيما يخدم حياته النفسية، والاجتماعية، فالتوافق يدعم مواجهته للأزمات، والمشاكل التي من الممكن أن يتعرض لها مستقبلا، لذا عليه أن يشحذ كل طاقاته ليحقق التوافق المناسب.

11-1/ مظاهر الصحة النفسية لدى الأفراد (التفاولية):

- **الإيجابية:** عادة ما يتمكن الفرد المتمتع بالصحة النفسية من بذل جهد بناء في مختلف الاتجاهات، ولا يقف عاجزا أمام العقبات، بل يكون دائم الكفاح، والإقبال على الحياة.
 - **التفاولية:** الفرد المتمتع بالصحة النفسية يتصف بالتفاؤل، دون المغالاة فيه، لأن الإفراط في التفاؤل قد يدفعه إلى عدم أخذ الحيطة في مواقف حياته. وفي نفس الوقت يعتبر تشاؤم الفرد من مظاهر انخفاض الصحة النفسية، لأنه يستنزف طاقته، ويقل نشاطه، ويضعف دوافعه. إذن فالتفاؤل المعتدل للفرد أحد مظاهر الصحة النفسية. الشاذلي (2001)
 - **تقدير الذات:** يؤكد "ريتشارد سوين Ruchard Swine" أن تقدير الذات، أو القدرة على تقبلها، جانب هام من التوافق، يرتبط بتوفر صفات تعتمد الذات عليها، مع الثقة بالنفس، والإحساس بالكفاءة، والبعد عن سلوك الدفاع لتجنب القلق، وتقبل الخبرات الجديدة، واحترام الذات، والقدرة على العيش مع النفس في هدوء.
- وتجدر الإشارة إلى أن التوافق النفسي علاقة مباشرة بين المرء وذاته، يرضى فيها عن نفسه، فلا يكرهها، أو ينفّر منها، أو لا يثق فيها، وتتسم حياته النفسية بالخلو من التوترات، والصراعات المقترنة بمشاعر الذنب، والقلق، والضيق لدوافعه.
- كما ترى **عنوة (2008)** بأن التوافق النفسي يتوقف على مدى تكيف الفرد على إشباع حاجاته مؤكدا لذاته، وهي واقعا، وتبعاً لتوقعات المجتمع من الفرد تمثل قمة كل الحاجات، إلا أنه توجد عقبات تحول دون إشباع الفرد لتأكيد ذاته، فيختل بذلك توازن توافقه، والنقص الجسمي واحد من هذه العقبات، كذلك عدم فهم المرء لذاته، والصراع بين أدوار الذات...

12/ نظريات التوافق:

12-1/ **نظرية التحليل النفسي:** فسّر روادها أمثال "أدلر، فروم، يونغ" وغيرهم التوافق، وكانت أفكارهم حوله بمثابة خلاصة لما تضمنته نظرية "سيجموند فرويد S.Freud"، إذ أنه اعتقد أن التوافق لا شعوري، فالفرد لا يعي سلوكه خلاله. وفي نظره أن الأمر الدال على التوافق، قدرة الفرد على إشباع متطلباته الهو بوسائل مقبولة اجتماعيا. في حين يدل العصاب، والذهان على سوء التوافق. ومنه فإن سمات الشخصية المتوافقة، والمتمتعة بالصحة النفسية الجيدة هي: قوة الأنا، القدرة على العمل، القدرة على الحب. **عبد اللطيف (1990)**

12-2/ **النظرية السلوكية:** من روادها "واطسن Watson بندورا Bandura ويلمان Ullman" يرون أن التوافق يتم:

- حينما يستطيع الفرد تعلم عادات سوية من البيئة المشبعة لحاجاته المختلفة.
- بشكل شعوري، إذ يتعلم هذه العادات بواسطة البيئة في سنواته الأولى بالتعزيز.
- السلوك اللاتوافقي مرجعه تعلم سلوك خاطئ (التدخين، التبول اللاإرادي،...).
- بتحديد السلوك اللاتوافقي أولا، ثم إطفائه، وإحلال سلوك توافقي مكانه بالتدعيم.
- تهتم السلوكية بإزالة الأعراض المرضية بدلا من معرفة الأسباب. **حسين (2006)**

12-3/ **النظرية البيولوجية الطبيعية:** ترجع أصولها إلى جهود كل من "داروين، مندل، جالتون"، يرون أن أشكال سوء التوافق، تنتج عن أمراض تصيب أنسجة الجسم خاصة المخ، يمكن توارثها، أو اكتسابها من خلال الجروح، أو الخلل الهرموني الحاصل جراء الضغوطات المفروضة على الفرد.

12-4/ **النظرية الاجتماعية:** أكد علماءها وجود علاقة بين الثقافة، وأنماط التوافق، وأثبتوها من خلال الاختلاف الموجود في الأعراض الإكلينيكية للأمراض العقلية بين الشعوب مثل: الأمريكيين، الإيطاليين، الإيرلنديين. **جبل (2000)**

كما يرى **جبل (2000)** بأنه لا يمكن تفسير التوافق، أو سوءه اعتمادا على وجهة نظر نظرية محددة، والأمر يقتضي النظرية التكميلية للنظريات، فالفرد لا يخضع لتفاعل قوي واحد بل العديد من القوى.

فالتحليل النفسي يرى بأن إشباع متطلبات الهو بأساليب مقبولة اجتماعيا تدل على توافق الفرد، أما السلوكيون فيعتبرون أن التوافق يحدث بتعلم الفرد مجموعة من العادات السوية من البيئة، وهو عملية شعورية، أما سوء التوافق فينتأى بتعلم سلوك خاطئ، كما أن حصول سلوك التوافق يتم بتحديد السلوك اللاتوافقي أولاً، ثم إطفائه، وإحلال سلوك توافقي محله، ويتم هذا من خلال التعزيز. وتهتم هته النظرية بإزالة الأعراض المرضية. في حين ينتج سوء التوافق حسب النظرية البيولوجية، عن أمراض تتلف أنسجة المخ. النظرية الاجتماعية تفسر التوافق في كون توفر علاقة بين الثقافة، وأنماط التوافق.

13/ العوامل النفسية لسوء التكيف:

الفرد السوي يقف من المشكلات موقفا ايجابيا بناء، أي يواجه العوامل المسببة لها، ويحاول إزالتها، أو التغلب عليها طبعاً في حدود قدراته، بمواجهتها بموضوعية. أما الغير سوي فلا يمكنه تحقيق هذه الصفات في سلوكه. إذ لا يعالج جذور المشكلة، بل يعالج مظاهرها فقط، بمعنى يحاول التخفيف من حدة التوتر الناشئ عن مشكلات المجتمع باستخدامه:

- أساليب الدفاع الهجومية: كالتعويض الزائد، التبرير، الإسقاط، التقمص، النقل.
- الأساليب الإنسحابية: كالانعزالية، الانزواء، التخيل، أحلام اليقظة، النكوص.
- الأساليب الاستعطافية: كالهستيريا، الوسواس، القهر، الفوبيا، أو المخاوف المرضية.

وأساس انعدام التكيف السوي، نقشي صراع انفعالي لاشعوري، منشؤه بعض العوامل البيولوجية، والبيئية، والنفسية المحيطة به. ملحم (2001)

وبشير السيد (2009) أنه من الضروري عند تحديد العوامل النفسية المأثرة في التوافق، توضيح عدد منها، وهي تلك المتوسطة للظروف الاجتماعية للفرد، وتساعد على خلق بعض الانحرافات السلوكية المساعدة على عدم تكيف الفرد، وهذه العوامل هي:

- الإحباط: عملية تتضمن إدراك الفرد لعائق يقف دون إشباع حاجاته، أو تحقيق هدفه، أو توقع الفرد لحدوث هذا العائق مستقبلاً.
- الصراع: يمر به الفرد، إذ لا يتمكن من إرضاء دافعين معاً، وكل دافع يكون قائم لديه.
- القلق: نفسياً تحدث عند شعور الفرد بخطر يهدده، وينطوي على توتر انفعالي تصاحبه اضطرابات فسيولوجية مختلفة.

- الكبت: استبعاد الدوافع المثيرة للقلق من الشعور.
 - **المواقف الضاغطة:** هي جميع أشكال التفاعل النفسي، والسيولوجي الناشئة من التعرض لمواقف معينة تهدد سلامتهم، وسعادتهم.
- إن علم النفس الصحة يسهم في فهمنا بشكل عام للصحة، والمرض، من خلال توافق المرضى مع الأمراض الخطيرة، واعتقاد المرضى في الصحة، والتي تؤثر على سلوكهم، وعقولهم، وأحاسيسهم، وأخيرا على العوامل النفسية الاجتماعية التي يمكن أن تعزز من السلوكيات الصحية، وتمنع السلوكيات السلبية.
- وهذه المجالات يمكن الإشارة إليها فيما يلي:
- **التوافق النفسي:** قد تغير حالات الاكتئاب، والقلق الوظيفية المناعية للفرد، وإن العمليات البيولوجية الأخرى تضعف الممارسة الصحية، وتقلل من استخدام الرعاية الصحية.
 - **منع المرض:** علم النفس الصحة يعزز الصحة، والأمل، لأنهما يواجهان المرض، ولأن الكثير من الأمراض المزمنة تمنع بإتباع أساليب صحية جيدة، والتمسك بالأمل.
 - **التفاؤل:** السلوكيات المرتبطة بالاتجاه التفاؤلي، تجعل الصحة العضوية أفضل، وتعجل بالشفاء من المرض.
 - **الرابطة بين الجسم، والعقل:** يتعامل هذا الجانب مع أهمية توافق الأفراد الذين يلي معرفتهم بأن لديهم مرض ما، أو موت، أو إصابة.
 - **الدعم الاجتماعي:** يدرس علم النفس الصحة بشدة العلاقات الإيجابية بين الدعم الاجتماعي، والصحة النفسية، أو العقلية، والصحة الجسدية.
- إن علم النفس الصحة يهتم بمساعدة الآخرين حتى يمكنهم التغلب على أمراضهم. وعلماء علم نفس الصحة بإمكانهم إنقاذ حياة الشخص، كما أنهم يساعدون الناس بتعليمهم كيف يمكن رعاية أنفسهم بشكل أفضل، بغرض خفض مخاطر المرض.
- تعتبر الخصائص، أو السمات الايجابية التي يتسم بها الفرد كالأمل، والتفاؤل، والثبات الانفعالي، كلها، وغيرها تؤثر بفعالية في التكوين النفسي، والعضوي له، فالإنسان ليس روح، أو جسد فقط، وإنما هو وحدة مؤلفة منهما.

والسمات السلبية كالتشاؤم، والغضب، والقلق وغيرها، تكسوا حياة الفرد بالإمراض، كالسرطان، والشريان التاجي... مما يجعل الفرد دوما عرضة للضغوط. السيد (2009)

14/ استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى الأسوياء:

بدأ مؤخرا الاستكشاف المنظم لتأثير المواقف الضاغطة على اختيار أساليب المواجهة، وزاد الاهتمام بالعمليات المعتمدة في مواجهتها، فقد قدم "لازاروس" عام (1966) تحليلا نظريا للضغوط والتوافق. وبينت البحوث بأن مواجهة أحداث الحياة مرتبطة باحتمال تزايد الأمراض الجسمية، واليأس، إذ يعتبر التكيف لأي تغير عملية مثيرة للشفقة، وآثار الضغوط المتراكمة تزيد احتمال التعرض للمرض.

وتؤكد نماذج الضغوط، والمواجهة، أن ضغوط الحياة ترتبط بمدى واسع من الاضطرابات. في حين تمثل مصادر المواجهة عوامل تعويضية تسهم في استمرار الصحة. لأساليب المواجهة علاقة بالاضطرابات الجسمية، والنفسية، فالفرد قد يواجه مواقف مشقة بنجاح، وقد يفشل، وعندها قد يروض نفسه لتقبل الموقف، أو قد يصاب باضطراب جسدي، أو القلق، والغضب، والعجز المتعلم، فكل أشكال الاضطراب ناتجة عن المواجهة الغير ناجحة. وتبين في دراسة "بومبردير وزملاؤه **Bombardier and others**" عام (1990) وجود علاقة بين الاضطراب النفسي عند الإصابة في حادث مثلا، والميل إلى استخدام أساليب مواجهة تركز على الانفعال، وتبين أن استراتيجيات المواجهة هته ترتبط بالاضطرابات النفسية، والتوافق السيئ مع المشكلات، ومنها الأمراض.

أوضحت دراسة "كارفر وزملاؤه" أن مقاييس المواجهة مثل: التوافق الإيجابي، والتخطيط ارتبطت ايجابيا بالتفاؤل والشعور العام بإمكانية القيام بشيء نحو المواقف الضاغطة، وتقدير الذات، والصرامة، والنمط-أ-. أما أشكال المواجهة السلبية مثل: الإنكار، والتحاشي فقد ارتبطت سلبا بالنمط-أ-.

وأشارت دراسات إلى أن الأفراد المصابين بأحداث صادمة حادة، قد يظهرون التجنب، والكبت كمحاولات توافقية مؤقتة أكثر منها طرق ثابتة للمواجهة، بينما ذكر (84%) من العينة في دراسة "شارلتون وتومسون **Charlton and Thompson**" عام (1996) أنهم حاولوا الاحتفاظ بمشاعرهم لأنفسهم، ذكر (80%) من هته العينة أنهم تحدثوا إلى شخص ما، باحثين

عن التعاطف، والتفهم من الغير. وخلص الباحثان إلى وجود ارتباط ايجابي بين المواجهة المركزة على المشكلة، والمركزة على الانفعال. يوسف (2000)

تختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط بين الأشخاص، باختلاف المواقف الانفعالية عندهم. فبعض الدراسات تشير إلى أن أشكال السلوك المضطرب، قد تكون ناتجة عن المواجهة الغير ناجحة من قبل الفرد، بالتالي عليه تقبل الموقف. ومنها ما يشير إلى أن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال ترتبط بالاضطرابات النفسية، والتوافق السيئ مع المشكلات، ومنها تحدث الأمراض. في حين ترى دراسة "كارفر وزملاؤه" أن التوافق الإيجابي، والتخطيط ارتبط ايجابيا بالتفاؤل، والشعور العام بإمكانية القيام بشيء نحو المواقف الضاغطة، وتقدير الذات، والصرامة. أما "شارلتون وتومسون" أشارا في دراسة لهما على وجود ارتباط ايجابي بين المواجهة عند التركيز على المشكلة، والمواجهة عند التركيز على الانفعال.

15/ قياس التوافق النفسي:

يمكن قياسه باستخدام الأساليب الآتية:

15-1/ الملاحظة: ولها مصدرين، الدراسات الميدانية، والدراسات التجريبية:

15-1-1/ الدراسات الميدانية: تشمل ملاحظة الأفراد أثناء توافقهم والمواقف الطبيعية الطارئة.

15-1-2/ الدراسات التجريبية: تختلف عن الميدانية لأنَّ المجرَّب يصطنع المواقف، فتأتي أبسط من مثيلاتها في الحياة الطبيعية، وتكون معتدلة الشدة. لكن المنحنى التجريبي له ميزتين عن المنحنى الميداني هما:

- إمكانية إجراء قياسات دقيقة، ومضبوطة.
- إمكانية عزل العوامل السببية الهامة.

15-2/ الاختبارات والمقاييس:

- مثل قائمة "هيو بل hyoubel" للتوافق عام (1934)، وترجمتها بالعربية عام (1960) بعنوان: "اختبار التوافق للطلبة" تكونت من (160) بنداً في النسخة الأمريكية، و(140) بنداً في النسخة المصرية إعداد "محمد عثمان نجاتي".

- مقياس "الصحة النفسية" اقتباس وإعداد "محمد عماد الدين إسماعيل وسيد مرسي".

- مقياس "حدد مشكلتك بنفسك" (ثانوي) تأليف: "منى"، إعداد "مصطفى فهمي، وصاموال مغاريوس".
 - اختبار "مفهوم الذات للصغار" إعداد "محمد عماد الدين إسماعيل، محمد أحمد غالي".
 - اختبار "مفهوم الذات للكبار" إعداد "محمد عماد الدين إسماعيل".
 - اختبار "التوافق الشخصي والاجتماعي" إعداد "عطية محمود هنا".
 - اختبار "الشخصية السوية" تأليف: "متنكر، تومان" إعداد "السيد محمد غنيم، محمد عصمت المعاييرجي".
 - اختبار "مفهوم الذات الخاص، واختبار التشخيص النفسي" تأليف "حامد عبد السلام زهران".
- الشاذلي (2001)**

هناك العديد من الأساليب، والطرق، والاختبارات لقياس التوافق النفسي، وكل طريقة، أو أسلوب، أو اختبار نجده يقيس هذه السمة بدراستها من جانب معين من جهة، أو يكون موجه إلى فئة عمرية معينة من جهة أخرى. ولا يمكن حصر هذه المقاييس لتعدددها، وتعدّد وجهات النظر، والمدارس، والعلماء المهتمين بدراسة هته السمة.

ثالثا: التفاؤل والتشاؤم:

1/ مفهوم التفاؤل:

فسر معجم اللغة التفاؤل كما يلي:

1-1/ لغة: "التفاؤل من الفأل. ضد الشؤم. والجمع فؤول. وقال "الجوهري" أفأل، وقد أولع الناس بترك الهمز تخفيفا، والفأل أن يكون الرجل مثلا مريضا فيسمع يا شافي، ويا سالم، فهو يدل على البحث عما يبعث الطمأنينة. وفي السيرة النبوية أنّ النبي (صلى الله عليه وسلم) كان يحب الفأل، ويكره الشؤم. ويقال لا فأل عليك، أي لا ضرر عليك، ولا شر. وسئل النبي (صلى الله عليه وسلم) ما الفأل؟ قال: "الحكمة الصالحة فيما ترجوه من ربك بسبب قوى، أو ضعيف فأنت على خير، ويقال: رجل قيل أي كثير اللحم". (ابن منظور، 1997، ص. 513)

والمعنى الواسع للتفاؤل في لغتنا، هو توقع حدوث الخير، وهذا المعنى لا يبتعد عن التعريف الوارد في معجم "ويبستر" للتفاؤل بأنّه: "ميل إلى تبني نظرة مفعمة بالأمل، والتفكير في أن كل شيء سيؤول إلى الأفضل". (عبد الخالق، 1998، ص. 46)

1-2/ اصطلاحاً: "التفاؤل موقف للفرد نحو التنظيم الاجتماعي، أو الحياة بصورة عامة، يتشدد في أهمية النواحي الجيدة للفرد نحو التنظيم الاجتماعي بالأمل. عكسه التشاؤم، وهو موقف من المنظمات الاجتماعية، أو من الحياة عامة، يتسم بالتشدد في إبراز المخالفة، وقطع الرجاء من المنظمات الاجتماعية خاصة، ومن الحياة عامة، وعدم الإيمان بجدوى التطور الاجتماعي". (عاقل، 1985، ص. ص. 79-84)

"الموقف الذي يعبر عن النظرة التفضيلية للجانب الجيد للأشياء، ويعتقده الشخص فوق ارتقاء غالبية الجنس البشري. والمتفائل لا يكون ساذج (برئ، سليم النية) كأغلبية الناس، على العكس، هو فرد شجاع لا يتهاون في رد، أو رفض العوائق." (Sillamy, 2003, p. 188) ويقصد مرسى (2000) توقع النجاح في المستقبل القريب، والاستبشار به في المستقبل البعيد، وأعلى درجات التفاؤل توقع الشفاء من المرض، والنجاح عند الفشل، والنصر عند الهزيمة، وتفريج الكروب، ودفع المصائب، وزوال النوازل عند وقوعها. فالتفاؤل هنا عملية نفسية إرادية، تولد أفكار، ومشاعر الرضا، والتحمل، والأمل والثقة، وتطرد أفكار ومشاعر اليأس، والانهازمية، والعجز.

أما رضوان (2002) فيشير إلى أن "أبراهام" يعتبر المتفائل فرد عاش الطور الفمي على أحسن وجه، بلا أحداث، وصددمات، فظل بعدها يرى الدنيا بسيطة، أو يرى في عتمة المواقف أنه لا بد أن يقدم الشخص الطيب بديل الأم، الذي يبدد الظلام. والتفاؤلية هي إحدى أهم متغيرات الشخصية، فهي بناء نفسي حديث صاغه "كارفر وشاير"، وتمثل أهم توقعات النتيجة، أي التوقعات للعلاقات المدركة بين السلوك، ونتيجته.

ويعرف كل من "شاير وكارفر Carver and Scheier" عام (1985) التفاؤل أنه: "النظرة الإيجابية، والإقبال على الحياة، والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل، بالإضافة إلى الاعتقاد باحتمال حدوث الخير، أو الجانب الجيد من الأمور، والأشياء بدلا من حدوث الشر، والجانب السيئ". ويضيفان سنة (1987) أنه استعداد يكمن داخل الفرد للتوقع العام لحدوث الأشياء الإيجابية والحيدة". (الأنصاري، 2002، ص. ص. 252-253)

وذكر "العيتي" عام (2003) أن المتفائل يفكر بالنظر إلى النصف الممتلئ من الكأس،

فيولد داخله شعور التفاؤل، بينما المتشائم يفكر بالنظر إلى النصف الفارغ من الكأس، فيولد

داخله شعور التشاؤم، فالمتشائم يكون قلق ومتوتر لا يمكنه التفكير بإيجابية، أو التفكير إطلاقاً. السليم (2006)

عرّفه "تايجر tiger" عام (1979) بأنه: "دافع بيولوجي يحافظ على بقاء الإنسان. ويعد الأساس الذي يمكن الأفراد من وضع الأهداف، أو الالتزامات. إنه الأفعال، أو السلوكيات التي تجعل أفراد المجتمع يتغلبون على الصعوبات، والمحن التي قد تواجههم في معيشتهم". وعرّفه "ستيبيك stipek" بأنه: "التوقعات الذاتية الإيجابية عن المستقبل الشخصي للأفراد". (الأنصاري، 1998، ص. ص. 14-15)

والتفاؤل استعداد انفعالي، ومعرفي معمم، ونزعة للاعتقاد، أو للاستجابة انفعاليا تجاه الآخرين، وتجاه المواقف، وتجاه الأحداث بطريقة ايجابية وواعدة، وتوقع نتائج مستقبلية جيدة، ونافعة، والمتفائل أكثر ميلا للاعتقاد بأن الأمور الطيبة ستحدث الآن، وستكون مبهجة، وسارة، وستستمر لتسعدده.

1-3/ الاستعداد للتفاؤل: حالة التفاؤل العام، خلاله يتوقع الشخص أن المستقبل سيكون جيداً. فعلماء علم النفس الصحة يعتقدون أن هذا الاستعداد عندما يتمتع به الفرد، يسهم بشكل فعال في الشفاء من المرض بسرعة. السيد (2009)

1-4/ التعريف الإجرائي للتفاؤل: من خلال التعريفات السابقة نخلص إلى التعريف الإجرائي للتفاؤل وهو: النظرة الإيجابية للحياة، ورؤية الجانب المشرق منها، وتوقع حدوث الأشياء السارة في المستقبل.

وبالجمع بين مفهومي التفاؤل، والتشاؤم إجرائيا في الدراسة الحالية، يمكن القول أنهما استجابة يقوم بها الفرد لمدى توقعه غالبا حدوث أحداث ايجابية، أو سلبية في المستقبل، تؤثر على سلوكياته بوجه عام، تقاس تلك الاستجابة بالبنود التي تضمنتها أداة الدراسة.

2/ بعض المفاهيم المتصلة بالتفاؤل:

في مجال البحث ساهم ظهور علم النفس الإيجابي*، في إثارة الاهتمام حول فهم المجالات الأساسية في الخبرة الذاتية الإيجابية، إذ طور الباحثون نظريات حول المفاهيم

*علم النفس الإيجابي: هو اتجاه جديد في علم النفس، لا يهتم فقط بالاضطرابات النفسية، وباللاسوء، وإنما يدرس

الأشياء الإيجابية في الحياة النفسية، و السواء.

الأساسية لهذا العلم، بما فيها التفاؤل، والسعادة، والأمل، والفعالية الذاتية، كما ساهموا في وضع الفروق المفاهيمية بين هذه المصطلحات، وقد لوحظ استخدامها وخاصة التفاؤل، والأمل بصورة تبادلية في الأدبيات، باعتبار التفاؤل أمل في المستقبل، والتشاؤم هو اليأس، لذا تمّ التعرض لتلك المفاهيم.

2-1/ الشعور بالسعادة: له تعريفات كثيرة، فقد جاء في معجم علم النفس، والطب النفسي أنها حالة من المرح، والهناء، والإشباع، تنتج من إشباع الدوافع، وهي تسموا إلى الرضا النفسي، وتعتبر وجدان يصاحب تحقيق الذات.

ووفقا لما يعتقدّه واضعي نظريات العاطفة مثل "بيل أكمان paul ekman" فالسعادة عاطفة من العواطف السبعة الكبرى الشاملة: الدهشة، الخوف، الغضب، الحزن، الحقد، الاشمئزاز. بينما يعتبرها أصحاب مبدأ المتعة بأنها غاية، أو هدف، أو باعث. أو السعي وراء اللذة، وتجنب الألم. "فلازاروس" يعتبرها عاطفة تنتج من التقدّم المعقول نحو تحقيق هدف ما. ويذكر "أرجايل" عام (1993) أنّ بعض مقاييس السعادة تركز على الجانب الانفعالي، أي باعتدال المزاج، ومقاييس أخرى تهتم بالجانب المعرفي التأملي، أو التعبير عن الرضا بالحياة، فقد يصفها الناس إما على أنها شعور بالرضا، والإشباع، وطمأنينة النفس، وتحقيق الذات، أو أنها شعور بالبهجة، والاستمتاع، واللذة، ومن ذلك فالبحث في الشعور بالاستمتاع، والسعادة يقود للقول بوجود بعدين مستقلين جزئياً، يندرج كل منهما تحت جانب من هذين الجانبين. السليم (2006)

2-2/ الأمل: علينا التفرقة بينه وبين التفاؤل. فالتفاؤل يؤكد على التفكير المتعلق بالهدف. والأمل يؤكد على الإسهام المتبادل بين وسائل وطرق التفكير المتعلقة بالهدف. السيد (2009)

الأمل ضرورة في الحياة، فلا شيء كالأمل يعطي مناعة نفسية يقوى بها المريض مقابل مرضه، سواء كان اضطراباً عضوياً، أم نفسياً، كما يهب المكروب الصبر. والرضا، والمفقود العوض، والمظلوم النصر، والمحروم الرزق (وما ذلك على الله بعزيز). بالأمل تذلل الصعاب، ويدنوا البعيد، وتتهض الأمم، ولنا في رسول الله (صلى الله عليه وسلم) أسوة حسنة، إذ بقي في مكة ثلاثة عشرة عاماً، يدعو إلى الإسلام متحملاً أشد العدا، فما انطفاً في صدره الأمل بنجاح دعوته لثقتّه بنصر الله تعالى. قولي (د. ت)

وبالرغم من أن غالبية الناس يعتبرون المتفائل شخصيا يحيا بالأمل، إلا أن هذين المفهومين يحملان الكثير من التشابهات، وبعض الاختلافات. ومن النماذج النظرية المعززة للأبحاث التجريبية للأمل، المفهوم المعرفي لـ: "سنيدير" **snyder** عام (1994) إذ يعرفه بأنه: "مجموعة معرفية موجه للحصول على هدف ما، يتكون من عنصرين متبادلين:

- العنصر الأول: الفعالية (الإصرار، والعزيمة على التحقيق الناجح لأهدافه)، سواء في حاضره، أو مستقبله، وهذا يشير إلى الحافز* العقلي الذي يستخدمه لبدء التحرك نحو الهدف.

- العنصر الثاني: المسارات (خطط، وطرق تحقيق الأهداف)". (السليم، 2006، ص. 44)

يرى "أفكريل **avcrill**" وآخرون (1990) الأمل عاطفة تملك صفات خمس: يصعب السيطرة عليها/ تؤثر على طريقة التفكير/ تؤثر على طريقة السلوك/ تحفزه، وتزيد المثابرة، وتدفع الشخص للاستمرار حتى في مواجهة المحن/ خبرات عالمية شائعة بين البشر. واعتبروا الأمل حالة مؤقتة متعلق بموقف، ومهارات، وقدرات الفرد. السليم (2006)

والرجاء من الأمل هو: ثقة الجود من الله تعالى، والنظر إلى سعة رحمة، وعلامته حسن الطاعة. فالمعروف في أعمال الدنيا أن من وضع حبة في أرض طيبة قد رويت، قوى رجائه، وظنه بحصول طلبه، وعكسه من وضعها في أرض سبخة في زمن الصيف، وقال: الله قادرا على أن تثبت فيها، وهذا القول وإن كان صحيحا، لكن المتبع ما أجراه الله من عاداته في خلقه، لذا فرق بين الرجاء، والتمني، فالتمني يورث صاحبه الكسل، وبعكسه صاحب الرجاء، فكل من الرجاء، والتمني متعلق بما يؤمل من خير في المستقبل، والفرق أن احدهما يأخذ بالأسباب، والأخر لا. لذا فالرجاء محمود، والتمني معلول.

وبشابه الخوف الرجاء، بالنسبة لتعلقهما بما يقع في المستقبل، لذا فهما أشبه بجناحي الطائر، فلا يحمل المرء نفسه على الرجاء فقط فيتعطل، ولا يحمل نفسه على الخوف فقط فيقنط.

قولي (د. ت)

من خلال العرض السابق يتبين سعي الباحثين لتوضيح العلاقة بين مفاهيم تبدو مماثلة لمفهوم التفاؤل، كالسعادة، والأمل، إذ يتضح وجود تداخل مفاهيمي واضح فيما بينهما.

* "الحافز: وهو الدافع الذي يؤدي إلى بلوغ الهدف، والغاية." (جابري، 2006، ص. 127)

3/ مفهوم التشاؤم:

يعرفه الأنصاري، وعبد الخالق (2002) بأنه: "توقع سلبي للأحداث القادمة، يجعل الفرد ينتظر حدوث الأسوأ، ويتوقع الشر، والفشل، وخيبة الأمل، ويستبعد ما خلا ذلك إلى حد بعيد". والتفاؤلية عكسه". (الأنصاري، 2002، ص. ص. 252-253)

4/ نظرة الإسلام للتفاؤل:

يرى مرسى (2000) أن الإسلام يعطي للتفاؤل معنا نفسياً، وروحياً أفضل من المعنى المعطى من قانون الاحتمالات، فقد ربطه بالثقة في الله، والرضا بقضائه، فلن يصيبنا إلا ما كتبته الله لنا، فلا نستبطئ الرزق، ولا نستعجل النجاح، ولا نقلق على المستقبل. قال رسول الله (صلى الله عليه وسلم): "واعلم أن الأمة إذا اجتمعوا على أن ينفعوك بشيء لم ينفعوك إلا بشيء قد كتبه الله لك، وإن اجتمعوا على أن يضروك بشيء لم يضروك إلا بشيء قد كتبه الله عليك". (رواه الترميذي). هذا يجعلنا نتفاعل حتى في أصعب الظروف.

والتراث الإسلامي حذر من التشاؤم، ودعانا إلى التفاؤل. فعن أنس قال: قال رسول الله (صلى الله عليه وسلم): "لا عدوى ولا طيرة، ويعجبني الفأل. وقالوا: وما الفأل؟ قال: "الكلمة الطيبة". (رواه البخاري ومسلم). والطيرة تشاؤم من شيء ما. ولأبي داود "بسند صحيح عن عقبة بن عامر" قال: ذكرت الطيرة عند رسول الله (صلى الله عليه وسلم) فقال: "أحسنها الفأل، ولا ترد مسلماً، فإذا رأى أحدكم ما يكره فليقل: (اللهم لا يأتي بالحسنات إلا أنت، ولا يرفع السيئات إلا أنت، ولا حول ولا قوة إلا بك). وعن "أبي هريرة" (رضي الله عنه) أن رسول الله (صلى الله عليه وسلم) قال: "لا عدوى، ولا هامة، ولا نوء، ولا صفر". (رواه مسلم)

يتضح من هذه الأحاديث أن رسول الله (صلى الله عليه وسلم)، نهى عن الطيرة، والتطير، والتشاؤم، فهو يحب الفأل الحسن، والكلمة الطيبة.

وقد ورد ذكر الطيرة في القرآن الكريم في قوله تعالى: >> فإذا جاءتهم الحسنة قالوا لنا هذه، وإن تصبهم سيئة يطيروا بموسى ومن معه إلا إنما طائرهم عند الله ولكن أكثرهم لا يعلمون <<. (سورة الأعراف - الآية: 131) وقوله تعالى: >> قالوا طائركم معكم أنن ذكرتم بل أنتم قوم مسرفون <<. (سورة يسن - الآية: 19)

5/ الأصول التاريخية للتفاؤل والتشاؤم:

رغم قدم المصطلحين لغويا، واستخدامهما في لغة غير المختصين، إلا أن خضوعهما للدراسة العلمية النفسية العميقة، لم يتجاوز الثلاث عقود الأخيرة من القرن العشرين، ولم يمنع ذلك من ظهور المصطلحين بشكل ضمني في الكتابات النفسية الأولى، مثل ذلك لدى "وليم جيمس"، أو كما أشير له في أن التفسيرات النفسية الحديثة للتفاؤل، والتشاؤم لقيت أساسا في معالجات فلاسفة العصر الحديث، قد يشير إلى أن التطور التاريخي للفهم الفلسفي للمصطلحين من بدايته قد وجد في كتابات "ديكارت"، وكذا ارتباطهم بعلماء النفس الأوائل.

أما فيما يخص الدراسات العربية فقد كان هناك عدد لا بأس به منها، وقد تباينت، وتنوعت بالنسبة لدراسة متغيري التفاؤل، والتشاؤم وقويلا بمتغيرات أخرى معرفية، أو شخصية، وغير ذلك. ومن هذه الدراسات المتتالية لمتغيري التفاؤل والتشاؤم في علاقتها بمتغيرات أخرى نجد: (أنماط التعلم، والتفكير: "صلاح مراد، ومحمد عامر" (2001))، (قلق الموت: "أحمد عبد الخالق" (1998))، (الاضطرابات النفسية الجسمية: "عويد سلطان" (2000)) وغيرها.

كما زاد مؤخرا الاهتمام بالتفاؤل، والتشاؤم، لما تبين من كونهما يؤثران في تشكيل السلوك، والعلاقات الاجتماعية، وحتى الصحة النفسية، والجسمية للفرد، وذلك بما يمر كأنه من معتقدات، وتوقعات، ومشاعر ممتزجة أحيانا بتوقع الخير (التفاؤل)، أو بتوقع الشر (التشاؤم). السيد (2009)

وقد تحدثت السليم (2006) عن نشأة التفاؤل، والتشاؤم التي تمثل إحدى المجالات الهامة لتحديد مكانها عالميا، وجذور نشأتها الحديثة توضحها أشكال مختلفة من التفاؤل، والتشاؤم، والتي طورها الفلاسفة المعاصرون. وارتبطت نشأتها الفلسفية تاريخيا ببداية اتجاهات الفلسفة الحديثة في القرن السابع عشر. ويمكن تتبع الموقف الفلسفي المتفائل من أعمال "ديكارت"، لقناعته بأن تطبيق العقل المنهجي، أو المنطق بإمكانه كشف غموض العالم، بداية بأعماله الأولى (قواعد توجيه العقل)، حتى (عواطف الروح)، إذ أشار إلى عدم وجود روح ضعيفة، لأنه بتوجيهها جيدا، أمكن اكتساب قوة مطلقة على عواطفها. ساهم أيضا في نشأت إحساس أخلاقي بالتفاؤل والتشاؤم، بتأكيد على قدرة الأفراد على تحسين وضع العالم بجهودهم.

تلاه "بوب pope" مؤيد للتفاؤل، ومخالف لـ "ديكارت". فتفاؤله نابع من خير وترابط الكون، وضد فكرة أن البشرية ستكون أحسن حالا، ويرى أن المخلوق موكل، ومعين لوضعه الخاص به. كما اعتبر التفاؤل اتجاه فرد نحو الحياة، أو نحو أحداث معينة يميل أحيانا إلى حد مفرط للعيش، فهو فلسفة حياة، تتميز بفكرة أن (ليس في الإمكان أبدع مما كان). ووضع "لابينز leibniz" المنتمي إلى أشهر المذاهب الغربية للتفاؤل -من منظور فني- أول مصطلح للتفاؤل. إذ أطلق مصطلح التفاؤل على أقصى وأدنى حالة فريدة للعدد اللانهائي من الاحتمالات، ويعتبر أنه ليس في الإمكان أبدع مما كان، ونظر إلى التفاؤل كمذهب فلسفي. فأصحابه يرون أن الخير مسيطر، وأن العالم وجد على أفضل وجه ممكن، وإن كان هناك بعض الشر.

6/ أهمية دراسة التفاؤل والتشاؤم:

اهتم الباحثون بدراسة التفاؤل، والتشاؤم، لارتباط السمتين بالصحة النفسية، والجسدية للفرد، فقد اتضح من دراسة "الأنصاري" (1998) ارتباط التفاؤل ايجابيا بكل من: إدراك السيطرة على الضغوط ومواجهتها، واستخدام المواجهة الفعالة، وإعادة تفسير المواقف ايجابيا، حل المشكلات بنجاح، البحث عن الدعم الاجتماعي، والنظرة الإيجابية للمواقف الضاغطة، والتحصيل الدراسي، والأداء الوظيفي، وضبط النفس، وتقدير الذات، وسرعة الشفاء، والانبساط والتوافق، والصحة الجسمية، والسلوك الصحي، وسرعة العودة إلى ممارسة الحياة أنشطة بعد إجراء العملية الجراحية، وصحة الجسم عامة وغيرها. في المقابل كان ارتباط التشاؤم ايجابيا بالاكئاب، اليأس، الانتحار، القلق، والوسواس القهري، والعصابية، والشعور بالوحدة، وهبوط الروح المعنوية، وتناقص دافعية العمل، والإنجاز، والشعور بالحزن، والقنوط، والانسحاب الاجتماعي، والفشل في حل المشكلات، والنظرة السلبية لصددمات الحياة. وتشير "مايسة شكري" (1999) أن سمة التفاؤل مرتبطة ب: المواجهة الفعالة، التفسير الإيجابي للمواقف، التقبل. وسمة التشاؤم مرتبطة ب: البحث عن الدعم الانفعالي، والوسيلي، اللجوء إلى الدين، عدم الانشغال السلوكي.

وأكدت نظريات عديدة كنظرية "بترسون Peterson" (2000) على ارتباط التفاؤل بالسعادة، والصحة، والمثابرة، والإنجاز، والنظرة الإيجابية للحياة. وارتباط التشاؤم باليأس،

والفشل، والمرض، والنظرة السلبية للحياة، والغضب، والعدائية. كذا تسبب التشاؤم في مشكلات صحية كثيرة كضغط الدم، ومرض الشريان التاجي، والسرطان، وينبئ التشاؤم بانخفاض مستوى الصحة، والعمر المتوقع، وبطء الشفاء بعد الجراحة، وارتفاع معدل الوفاة. فرج (2007) إذن فالاهتمام بدراسة سمتي التفاؤل، والتشاؤم نابع من كونهما يرتبطان ارتباطاً وثيقاً بكل من اعتدال، أو تدهور الصحة النفسية، والجسدية للفرد، وهذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات التي تم الإشارة إليها في هذا العنصر، كدراسة "بدر الأنصاري" (1998)، "مايسة شكري" (1999)، "Peterson" (2000). باعتبار التفاؤل يزودنا بنظرة ايجابية، ودفعاً لمواصلة الحياة، في حين يعمل التشاؤم على العكس من ذلك.

7/ أنواع التفاؤل:

7-1/ **التفاؤل غير الواقعي:** علاقته وثيقة بمفهوم التفاؤل والتشاؤم. ويعرفه "تايلور وبراون" (1988) بأنه: "شعور الفرد بالقدرة على التفاؤل، إزاء الأحداث دون مبررات منطقية، أو وقائع، أو مظاهر تؤدي إلى هذا الشعور، مما قد يتسبب أحياناً في حدوث النتائج غير المتوقعة، فيصبح الفرد في قمة الإحباط*، مما قد يعرضه للمخاطر، والإصابة بالأمراض كالإيدز مثلاً." (الأنصاري، 1998، ص. 23) ويضيف الأنصاري إلى أن "تايلور" وزملاؤه عام (1992) يعتقدون بأن توقعات الأفراد اللاواقعية المتعلقة بأحداث المستقبل، خاصة الأمور الصحية، قد تدفعهم إلى عدم ممارسة السلوك الصحي الجيد.

يحصل هذا النوع من التفاؤل بخفض الأفراد لتقديراتهم، أو توقعاتهم الذاتية لمواجهة السيئ من الأحداث، وحدثه لا يرتبط بتقليلهم من احتمال حدوث الأسوأ من الأحداث فقط، وإنما زيادة توقع الأحداث الايجابية أيضاً.

7-2/ **التفاؤل الديناميكي:** يعتبره "مور more" (1992) أحد مبادئ الدافعية الأساسية، في نظره اتجاه عقلائي إيجابي نحو إمكانياتنا الفردية، والجماعية. فهذا التفاؤل يهيئ الظروف للنجاح، وذلك بالتركيز على القدرات، والفرص، هو يفسر الخبرات، ويؤثر على النتائج بصورة ايجابية. السليم (2006)

* "الإحباط: تعبير عن حالة انفعالية يمر بها الفرد، حين لا يتوافر له إشباع دافع ملح، ويشعره بالحاجة." (الخالدي،

7-3/ التفاؤل الغافل اللاغي: أقرب إلى اللعب، وانحدار التشاؤم، يرى فيه الفرد نتائج أعماله، وعواقب تصرفاته، والكل يعرف عاقبة اللعب، وهدر الوقت. والمتفائل الغافل غير مبال بسير الأحداث، وبذلك يغفل عن الخطر المهْدَد. وإذا لمح صدفة، يهمل تجنبه لاعتماده على الحظ، وإذا نال الهزيمة أذهلته، لأنه عاشها في أمن زائف، ولم يكن ليدرك حقيقة موقفه.

7-4/ التفاؤل الجاد القويم: نظرة صاحبه إلى نفسه، إلى الحياة، إلى الأشياء، والحوادث، والأشخاص نظرة جادة. فالهزل المستمر نتيجته هزلية، ولا يمكن صاحبه من حل تبعات الوجود، وهذا لا يعني أن الجدية اللازمة مقرونة باليأس، أو التعصب، والابتعاد عن المزح مع الناس في مواقف كثيرة. فالمتفائل الجاد يزن الأشياء بدقة، ويلحظ الضرر، كما يلحظ النفع، ويبصر الحسنة، كما يبصر السيئة، بالنسبة لتفسير الحوادث، أو الحكم على الأشخاص، أو اتخاذ القرار... يخرج دوماً بالفائدة الأفضل من المواقف التي تضعه الظروف فيها، حتى إذا رسم خط سلوكه، ثبت فيه دون تردد، أو تخاذل، وسار عليه مبتسماً. شرارة (1985)

تتعدد أنواع التفاؤل، ويختلف تعريف كل نوع منها، حسب المفهوم الذي يشير إليه. فمنها ما يشير إلى أنه قدرة الفرد على التفاؤل، إزاء الأحداث دون تفسيرات منطقية، وهذا يمثل التفاؤل الغير واقعي. أو أنه اتجاه عقلائي إيجابي، نحو إمكانيات الفرد التي يتمتع بها، وهو التفاؤل الديناميكي. في حين يعتبر الفرد التارك للأحداث تسير وهو غير مبال بها متفائل غافل، أما المتفائل الجاد فهو الذي يملك نظرة جادة للحياة في جميع جوانبها، ويزن كل شيء بثبات، ودقة.

8/ فوائد التفاؤل:

فوائده جمة لكنها تعود -جزئياً- إلى أسلوب مواجهة المشاكل لدى المتفائل، إذ أنه يساعد على الرفاهية النفسية، ويرقى بحياة الإنسان. الاستعداد للتفاؤل يمنع المرض، ويعزز فرص الشفاء، ويعين على التكيف، وتأثيره يمتد إلى الأعراض الجسدية، والمواجهة، أو التغلب على المشكلات، والحالات الانفعالية لدى المصابين بأمراض مزمنة، وحادة مثل: الروماتيد، والربو، والأورام. بل وامتد تأثيره إلى عمر الإنسان. فالدراسات الحديثة أكدت على أن المتفائلين، يعيشون عمراً أطول من المتشائمين بمقدار (12) سنة، وله تأثير على بيولوجيا الجهاز العصبي للبشر.

يرتبط التفاؤل بالسلامة الجسدية، ويرتبط التفكير التفاؤلي بالصحة الجيدة، فمعدلات الشفاء من الأمراض العضوية تكون عالية لدى المرضى المتفائلين، ويعانون أقل من الضغوط النفسية، مقارنة بالمتشائمين، عند تعرضهم لها، مما يسهم في النهاية بتحسين حالتهم الصحية، في المقابل النفسية. علي (2009)

إن فلسمة التفاؤل دور، وفائدة كبيرين، يتعلقان بالأساس في أن التحلي بهته السمة يكون لدى الفرد استعداد خاصا لمواجهة مشاكله النفسية، وحتى الجسدية منها، كما تعمل على التأثير بصورة غير مباشرة، على سرعة الشفاء بالنسبة للمرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة، بالتالي التأثير على عمر المريض، وتحسن حالته النفسية، وبالتالي الجسدية.

9/ خصائص المتفائلين:

- تميزهم مجموعة من الخصائص والتي تمكننا من التنبؤ باتجاهاتهم المستقبلية، غير أنه لا يشترط اجتماعها لدى المتفائل، وأيضا تظهر لدى الأفراد بدرجات متفاوتة، ومنها:
- الثقة بالنفس، والمخاطرة المدروسة لتحقيق الأهداف، والمرونة في اختيار أفضل الطرق لتحقيق الرغبات، وتغيير الأهداف المستحيلة، وتقسيم المهام بحيث يمكن التعامل معها.
- تجنب مواقف الفشل، وعدم الاستسلام للقلق، والضغوط.
- هم أكثر قدرة على التكيف الفعال مع المواقف الضاغطة، واتخاذ أساليب مباشرة، ومرنة لحل المشكلات، والتركيز في نمط التفكير، والإصرار على اجتيازها، ويستخدمون أساليب مواجهة فعالة تركز على المشكلة، ويلجأ المتفائل إلى التخطيط في المواقف الضاغطة، ويستفيد من خبرات الماضي، مع قدرته العالية على الضبط الداخلي، وإعادة التغيير الإيجابي للمواقف، فالانتكاسة بالإمكان معالجتها. جولمان (2000)
- التمتع بالصحة النفسية، والجسمية الجيدة. بوقفة (2006)
- هناك دراسات عدة تشير إلى اتسام المتفائل بدرجة منخفضة من القلق، والاكتئاب واليأس، والعصابية، وقلق الموت، والأعراض المرضية الجسمية، ومصدر الضبط الخارجي، وتمتعه بدرجة عالية من الانبساط، وصحة الجسم، والأداء الوظيفي، والأكاديمي الجيد، والتدين، والصحة النفسية، والشعور بالسعادة، والدافع للإنجاز. عبد الخالق (2000)

إنها أهم الخصائص المميزة للشخص المتفائل. وعلى العموم فالمتحلي بهته الخصائص يستطيع مواجهة الكثير من مشكلات، وأزمات الحياة اليومية، فيحدّد بذلك اتجاهه نحو الحياة في المستقبل. مع تقبل الواقع، وعيشه بتوافق، وصحة أكثر.

10/ النظريات المفسرة للتفاؤل والتشاؤم:

10-1/ نظرية التحليل النفسي: يعتبر "فريد Freud" التفاؤل قاعدة الحياة، ولا يمس التشاؤم حياة الفرد إلاّ عند تكوّن عقدة نفسية لديه، وهي تمثل ارتباط وجداني سلبي معقد جدا، والتماسك اتجاه موضوع ما من الموضوعات الخارجية، أو الداخلية، فيعتبر الفرد متفائلا عند عدم وقوع حادث يجعل نشوء العقد النفسية لديه ممكنا، وبحدوث العكس يتحوّل إلى شخصية متشائمة. فالفرد قد يتفائل كثيرا إزاء موضوع أو موقف، ثم يصدّم بحادثة تجعله متشائما جدا من الموضوع ذاته، أي الحالات المثيرة للتفاؤل والتشاؤم، تكون مؤقتة، سريعة الزوال. الأنصاري (1998)

واعتبر "فرويد" أنّ التفاؤل والتشاؤم منشؤهما المرحلة الفمية، وتوجد سمات، وأنماط شخصية فمية ترتبط بالمرحلة، سببها عملية (التثبيت fixation) خلالها، والراجعة إلى التدايل، أو الإفراط في الإشباع، أو إلى الإحباط، والحرمان. السيد (1998)

واستعمل خلال هذه المرحلة مصطلح "التفاؤل الفمي Oral optimism". واعتبرها مهمة في تكوين الطبع، وفي وقت ظهور الشبقية الفمية في نمو الطفل، يصبح على صلة بالأشياء، ويتعلم طريقة اتخاذ علاقات معها، هته الطريقة تبقى أساسية في تحديد العلاقة اللاحقة بالحقيقة، لذا فكل اتجاه سلبي، أو ايجابي نحو الأخذ، والتلقي له أصل فمي. يعني أنّه كلّما تحقق إشباع فمي بارز في الطفولة، كانت النتائج: طمأننة الذات، التفاؤل، والطمأنينة الممكنة طوال الحياة. عاقل (1985)

بينما "التشاؤم الفمي Oral pessimis"، تثبتت في المرحلة الفمية نتيجة فشل تحقيق الرغبات الفمية، أو الإحباط، أو تجربة الحرمان، ويترجم التثبيت في الميل لعدم العناية بالنفس، وطلب ذلك من الآخرين، وفي السلبية، أو الإيجابية السادية*، وفي عدم الإيمان إطلاقا بأن الله لطيف بالعباد، وتوقع الشر، وتعقيد الأمور، ورؤية الصعب.

*السادية: وهي التلذذ الجنسي عند إحداث القسوة، والألم بالآخرين. (جابري، 2006، ص. 173)

ويتفق "أريكسون" Erikson مع "فرويد" في أن هته المرحلة، قد تشكل الإحساس بالثقة الأساسية، أو الإحساس بعدمها عند الرضيع، وهو المصدر الذاتي للأمل، والتفاؤل، أو اليأس، والتشاؤم بقية الحياة، فلما تستجيب الأم لجوع الطفل بالتغذية، والعطف، يتعلم بعض الارتباطات بين حاجته، والعالم الخارجي، وهو شعور أولي بالثقة، أما إذا أهملت احتياجاته، يتولد لديه الشك حسب "أريكسون"، وإذا كان المعدل السيكولوجي بين (الثقة، وعدمها) كبيرا لصالح الشك، تصبح الأنا في خطر، وقد لا يتكيف الطفل مستقبلا، ويتصف بالتشاؤم، ويتحقق العكس إذا كانت درجة الثقة أقوى، فيتعلم الرؤية التفاؤلية، والأمل، وتمتع الأنا بالايجابية، وتكيفها يساعده على النمو السوي. السيد (1998)

10-2/ النظرية السلوكية: وأشار "بدوي" أن التفاؤل والتشاؤم من أعمال، أو رموز قد ينتشر بالتقليد، أو المحاكاة بين الأماكن، وقد يفسر ذلك، التشابه في بعض رموز التفاؤل والتشاؤم، وعلاقتهما التي نجدها في أماكن متباعدة، وأزمنة مختلفة.

أيضا قد يكون لرموز التفاؤل والتشاؤم أكثر من نشأة. فقد أثبتت تجارب الفعل المنعكس إمكانية تكوين استجابة للرموز، أو اكتساب التفاؤل أو التشاؤم من الرموز المرة تلو الأخرى تجريبيا، إذا توفر الدافع، والمنبه الطبيعي، والمثير الصناعي، أو الرمز، والثواب أو العقاب. ويمكن تفسير الكثير من علامات التفاؤل والتشاؤم على أساس الاقتران، أو اكتساب الفعل المنعكس الشرطي. ويمكن اعتبار عملية التفاؤل والتشاؤم من الرموز، والمنبهات الداخلية من قبيل الاستجابة المكتسبة الشرطية، ويترتب على تكرار ظهور رمز معين مرتبط بحادث سيء لفرد ما. إن هذا الفعل رمز للتشاؤم، ويترتب على تكرار ارتباط الرمز بالنتيجة السارة، أن يصبح بمجرد ظهوره -الرمز الشرطي- داعيا، أو مثيرا للتفاؤل عند فرد ما، بينما قد يرتبط نفس الرمز عند شخص آخر بحوادث مزعجة، فيصبح الرمز هنا مثيرا للتشاؤم. السليم (2006)

ويرى "سليجمان" (2006) في صراع الأبوين عامل مساعد على اكتساب الأسلوب التفسيري التشاؤمي، إذ يمكنهم التأثير بالنمذجة* على أسلوب التفسير لأطفالهم، ووصفهم للأحداث، لكونهم يتعلمون طرازهم البياني جزئيا من آبائهم.

*النمذجة: وهي طريقة في العلاج السلوكي. حيث يراقب العملاء الناس الآخرين الذين يؤدون سلوكيات مرغوبة، وبذلك يتعلمون بطريقة بديلة مهارات التعلم بدون الدخول في عملية تشكيل طويلة. (فايد، 2008، ص. 71)

والآباء ليسوا وحدهم الذين يفرضون دون دراية طرازهم البياني على الطفل، إذ يؤثر المعلم، والمربي بدرجة كبيرة عليه أيضا. فالمادة الأساسية التي يعنى بها المعلم هي النجاح، ولما ينتقد الطفل يؤثر على النظرية التي تشكلها هذه الأخيرة عن كيفية تحرك العالم من حوله، وسرعان ما ينتقد الطفل نفسه بنفس الطراز البياني الحاصل من معلمه الذي يحترمه.

وينظر علماء نفس الشخصية إلى التفاوض والتشاور، بوصفها خلفية تحيط بالحالة النفسية العامة للفرد، وتؤثر على سلوكه، وتوقعاته الحاضرة والمستقبلية، فهو أميل إلى التفاوض، أو التشاور، مع درجات بينية كثيرة بينهما. وتعتمد وجهة النظر هنا على أنهما سمتان ثابتتان نسبيا في شخصية الفرد.

10-3/ نظرية التعلم الاجتماعي: من بين آراء أصحابها كما يذكر "فييل وهال" أن شخصية الفرد تبنى من: التوقعات، الأهداف، الطموحات، فعاليات الذات، والتي تعمل بشكل تفاعلي بواسطة التعلم بالملاحظة، ويتم على ضوء مفاهيم (المنبه، والاستجابة، والتدعيم)، لذا يرتبط سلوك الفرد مؤقتا بتاريخ التدعيم، وعلى هذا قد ينجح بعض الأفراد في أداء بعض المهام في مواقف معينة، فيكونون توقعات إيجابية للنجاح مستقبلا إزاء نفس المواقف، كما قد يفشل بعضهم في أداء بعض المهام، فيكونون توقعات سلبية تجاه هذه الأمور، والمواقف، وكثيرا ما يغلب عليهم التشاور. وبهذا يختلف الأفراد في توقعاتهم للنجاح، أو الفشل إزاء الأحداث المستقبلية.

الأنصاري (1998)

واهتم "باندورا Bandura" (1997) بمفهوم الفاعلية الذاتية، بتوقعه أن الفرد قادر على أداء السلوك المحقق لنتائج مرغوبة، وميز بين توقعات الفاعلية، والنتيجة، إذ يعتبر توقع النتائج (التفاوض والتشاور)، اعتقاد بأن القيام بسلوك ما ستترتب عليه نتائج مرغوبة، فتوقع النتائج من المحددات المؤثرة في السلوك، من خلال تقويم الفرد لنتائج الأداء الناجح، واحتمالات تحقيق الهدف بواسطة هذا السلوك. فبعدم اقتناع الفرد بأن السلوك سيؤدي إلى الهدف، فإنه لن يقوم به، حتى لو كان يعتقد بقدرته على أدائه، أي حتى لو تمتع بفاعلية ذات مرتفعة خاصة بهذا السلوك.

10-4/ النظرية المعرفية: ترى السليم (2006) أن التوجه نحو التفاوض والتشاور تغير في الستينيات، والسبعينيات، إذ أشار كل من "ستانج وملتان stang & multin" إلى أن اللغة،

والذاكرة، والتفكير، تكون ايجابية بالانتقاء لدى المتفائلين، ويستخدمون نسبة أعلى من الكلمات الايجابية، في مقابل السلبية، سواء كانت الكتابة، أو الكلام، أو التذكر الحر، فهم يتذكرون الأحداث الايجابية قبل السلبية.

وحسب "سليجمان" (2006) فأساس التفاؤل هو الطريقة التي نفكر بها، ونرى بها الأسباب، فلكل منا رؤيته الخاصة، وعادته للتفكير في الأسباب، وهو ما سمي "الأسلوب التفسيري" والذي يتطور في الطفولة، ويعتبر متغير معرفي للشخصية.

كما حدّد "سليجمان" ثلاثة أبعاد أساسية، يستخدمها الفرد دائماً لكي يفسر سبب وقوع أي حدث جيد، أو سيئ له هي:

10-4-1/ الاستمرارية (أحيانا في مقابل دائما): الطفل الأكثر عرضة للاكتئاب، يؤمن بأن أسباب الأحداث السيئة التي تقع له تكون مستمرة. وبما أنّ السبب باق للأبد، يعني هذا أنّ الأحداث السيئة ستدوم. في المقابل يرى الطفل المجيد للتعامل مع الإخفاق، والتصدي للاكتئاب، أنّ أسباب الأحداث السيئة هي مجرد أسباب مؤقتة.

10-4-2/ الانتشار (التعميم في مقابل التحديد): إذا كنت تؤمن بأن سبب أي حدث، سبب محدد، فسوف تظهر آثاره، وإذا كنت تؤمن بأن السبب عام، فهذا يعني أنك ستعكس آثاره في مواقف مختلفة في حياتك.

10-4-3/ التشخيص الداخلي: في الطراز التوضيحي يوجد بعد ثالث فاق حدود الاستمرارية، والانتشار. إنه التشخيص، أي تحديد الفرد المسؤول عن الخطأ.

فعند وقوع أحداث سيئة يمكن أن يلوم الفرد نفسه (داخلي)، أو أن يلوم الآخرين، أو على الظروف (خارجي). والاعتزاز بالذات هو ما يقف وراء الشخص الملموم، والطفل الذي يميل إلى توبيخ نفسه، ولومها عند الفشل، عادة ما يعاني تدني الاعتزاز بالذات، فهو يشعر بالذنب، والخزي. أما الطفل الذي يلوم الآخرين، أو الظروف، فهو يشعر أنه بأفضل حال حيال نفسه عند مواجهة الظروف السيئة. وبشكل عام فإنّ الشخص الذي يلوم الغير يكون أقل شعورا بالذنب، والخزي، وأكثر حبا لنفسه، وأكثر غضبا.

كل نظرية من هته النظريات تفسر التفاؤل من منظور خاص، وحسب مبادئها التفسيرية،

ترى مدرسة التحليل النفسي أنّ: الفرد المتفائل هو الشخص الذي لم تتشأ لديه عقد

نفسية، وإذا ما تكونت يتحول إلى شخصية متشائمة. وأن منشأ سمتي التفاؤل والتشاؤم يكون خلال المرحلة الفمية. واستعمل "فرويد" مصطلحي "التفاؤل والتشاؤم الفمي". ويتفق معه "أريكسون" في أن المرحلة الفمية الحسية هي المرحلة التي يتشكل فيها الإحساس بالثقة الأساسية لدى الرضيع، وهو المصدر الذاتي للأمل والتفاؤل، أو اليأس والتشاؤم. أما المدرسة السلوكية فتفسره باعتباره من الرموز، والمنبهات الداخلية من قبيل الاستجابة المكتسبة الشرطية. إذ يرى "سليجمان" أن الصراع بين الأبوين عامل مساعد على اكتساب الأسلوب التفسيري التشاؤمي لدى الطفل. في حين تشير نظرية التعلم الاجتماعي إلى العلاقة بين التوقعات المستقبلية، والتفاؤل والتشاؤم. واهتم "باندورة" بمفهوم الفاعلية الذاتية، حيث أوضح أن توقع نتائج السلوك متعلق بالتفاؤل والتشاؤم. أما النظرية المعرفية فترى بأن اللغة، والتفكير، وكذا الذاكرة، تكون ايجابية بشكل انتقائي لدى المتفائل، إذ يستخدم هذا الأخير نسبة أعلى من الكلمات الايجابية مقارنة بالسلبية. ويقر "سليجمان" أن أسس التفاؤل تتضح في الطريقة التي نفكر، وننظر بها إلى الأسباب، وأطلق عليه اسم "الأسلوب التفسيري".

11/ العوامل المؤثرة في التفاؤل والتشاؤم:

يشير إليها إبراهيم (1998) في:

11-1/ الخبرات الانفعالية اليومية: تؤثر الحالة المزاجية على التفكير، ففي الحالة النفسية الجيدة يميل الفرد إلى التفكير الإيجابي، فيضع الخطط، ويتخذ القرارات. يتم هذا جزئياً لأن الذاكرة، والتي تحدد الحالة المزاجية فيها قوة الاسترجاع، تحفز الفرد على تذكر الأحداث الإيجابية أكثر، وتقيم الحدث ايجابياً، مما يحفزنا على المغامرة، أو المخاطرة. وتتحاز الذاكرة في الاتجاهات السلبية بسوء الحالة المزاجية، وهذا يقود إلى استجابة سلبية.

11-2/ الخبرات اليومية من النجاح، أو الفشل: يعزز النجاح الكفاءة، والفعالية الذاتية، ويزيد اعتقاد الفرد بالقدرة على السيطرة على حياته، وتنمية كفاءته، ويعزز الشعور بجداره الذات، وتزيد الرغبة في المخاطرة، والتحديات. وهو ما أكدته دراسات عديدة، فالإحساس بتقدير الذات والكفاءة، يرتبط ايجابياً بالتفاؤل، وسلبياً بالتشاؤم.

والعكس فالخبرات المتكررة للفشل يترتب عنها تقلص، وانحصر الجهد، وانخفاض تقدير الذات، مع تعزيز التوجهات السلبية المستقبلية. جولمان (2000)

11-3/ المعاملة الوالدية: يعتبر حجازي (2005) أن دورها هام في إبراز هذا الاتجاه مستقبلا، من خلال طريقة تقييم الوالدان للفشل، والنجاح عند الطفل، فالتلميذ الفاشل في دراسته، والمساند من والديه وأساتذته، يبعثون فيه الأمل لبذل جهد إضافي، وتتعرّز مشاعر تفاؤله، ويحول الفشل لحافز يسترجع به قدراته للنجاح لاحقا، ولما يقابل الفشل بالتوبيخ يرسخ ذلك لديه مشاعر الذنب، والقصور، والدونية، وينعكس على صورة الذات فيستسلم للفشل، والإحباط، ويتشائم من مستقبله. وهذا ما أكّده تجارب نظرية اليأس المتعلم "السليغمان"، فالتحصين بالأمل، والتفاؤل في مراحل مبكرة يمنع التشاؤم، واليأس فيما بعد. الحميري (2004)

11-4/ الدين وما يحمله من قيم: له أثره في تعزيز الميل التفاؤلي، أو التشاؤمي. وهو ما أثبتته قول "سليغمان": "إن الفردية قد تصاعدت في ثلاثين أو أربعين سنة من القرن الماضي، وقلّ الاهتمام بالعقائد الدينية، وتضامن المجتمع، والأسر الكبيرة." (بوقفة، 2006، ص. 99) ففقدان مصادر الوقاية من النكسات والفشل، تجعل الفرد يرى فشله في كل شيء. فالإحباط يصير مصدر دائم لفقدان الأمل، أما التمتع بمبدأ إيماني واسع كالإيمان بالله، والقضاء والقدر فيعين على تجاوز الإحباطات. وورد عن النبي (صلى الله عليه وسلم) أنه أحب الفأل، وبغض الطيرة (التشاؤم). يمكن تلخيص العوامل المؤثرة على سمة التفاؤل والتشاؤم في: الحالة المزاجية للفرد. النجاح، والفشل فيما يقدمه الفرد، فالأول يعرّز الكفاءة الذاتية، والثاني يحبطها. طريقة تقييم الوالدين لفشل، أو نجاح الطفل، ويعني ذلك المعاملة الوالدية. التمتع بمبدأ إيماني واسع أي الإيمان بالله، وقضائه، وقدره، لأنّ هذا يساعد على تجاوز الإحباطات، والأزمات الحياتية.

12/ التفاؤل والتماسك كعاملين لتحقيق صحة الفرد:

يشير السيد (2009) إلى أنه بصياغة منظمة الصحة العالمية عام (1948) لمفهوم الصحة بكونها حالة تكامل الإحساس الجسدي، والنفسي، والاجتماعي، وليست مجرد الخلو من المرض، والعاهة، نجد أنّ هذه الحالة قلما تتحقق، إذ أنّها لم تتحقق إطلاقا حتى في الدول المتقدمة، والتي تحوي مستويات عالية من الرعاية الصحية، والاجتماعية، إذ لا يزال الناس يمرضون جسديا، ونفسيا، واجتماعيا، وتصيبهم أشكال متنوعة من المعاناة.

أما نموذج المنشأ الصحي فيرى الصحة: "عملية مستمرة من المواجهة بين القوى الصحية والمرضية." (السيد، 2009، ص. 34) ويرى السيد أنّ "أنتونفسكي" يستدل أنه حتى

بوجود المرض، يظل الفرد مالكا لمساحات من التصرف، تمكنه من التعامل بنجاح مع المرض، وعواقبه. إذن فالمنشأ الصحي يركز على المحيط المرضي من الناحية الاجتماعية، والمستقر من نفس الناحية، للحفاظ على الصحة، فالدعم المقدم من المجتمع للفرد، وتعاقد الغير معه، يلعب إضافة إلى القوى الذاتية دورا كبيرا في الحفاظ على الصحة، وبانعدام المحيط الداعم يعجز الفرد عن التمتع بطبيعة قوية للحفاظ على صحته.

فانطلاقا من دراسات أجريت على أصحاء نفسيا، صاغ "أنتونوفسكي" مقولته حول "مشاعر التماسك **Sense of Coherence, SOC**"، وهو لغويا الارتباط، أو الترابط أو الاتساق. ويعني في علم النفس (توحيد الإحساسات المتفرقة في هيئة كلية). وتتحد حالة الصحة، أو المرض عند الفرد بشكل أساسي حسب نموذج المنشأ الصحي، من خلال متغيرة فردية نفسية، أي اتجاه الفرد نحو العالم، وحياته الخاصة من خلال عقيدته، أو نظرتة للحياة.

إن الظروف الخارجية كالكوارث، والحروب، والفقير، والجوع، والمشكلات الاجتماعية، تهدد الصحة. غير أن هناك فروقا بين الأفراد في الحالة الصحية، لذلك لما تكون الظروف الخارجية متشابهة تتعلق جودة استغلال الفرد لموارده الكامنة للحفاظ على الصحة، بمدى وضوح الاتجاه المعرفي، والانفعالي -الدافعي الذي تمثله مشاعر التماسك.

كما يعتبر الإحساس بالتماسك ميل تفاؤلي تجاه الأشياء المرهقة، وغير القابلة للضبط والثقة بتوفر إمكانيات للمواجهة. ويتضمن هذا المفهوم ما يلي:

- التوقع التفاؤلي بأن أمور الحياة ستكون منتظمة، وشفافة، قابلة للضبط، والفهم.
- الثقة بأنه سيتم السيطرة على أحداث الحياة المستقبلية، بالجهود الذاتية، أو بالدعم والمساندة الخارجية.
- القناعة الفردية بكون أحداث المستقبل هي مطالب، أو مهمات ستطرح على الفرد، وهذا الأمر يستحق أن يبذل الفرد في سبيله، ويضحي لأجله.
- قدرة تكيف عالية مع عالم تملؤه المرهقات، والتي قد يصعب تجنبها.
- فالأشخاص المتمتعين بمشاعر التماسك، ينتقون استراتيجيات مناسبة وفعالة لمواجهة مرهقات، وإحباطات معينة، وقهرها. ويشعرون أن مهماتهم تعد حافزة أكثر من كونها مرهقة. ويرتبط ارتفاع مشاعر التماسك (بالإحساس الذاتي) بالصحة الجسدية، والنفسية

الجيدة، وبارتفاع نوعية الحياة والرضا عنها، وبالدعم الاجتماعي الجيد إلى حد ما، وسلوك تجنب المخاطر، والعكس فانخفاض مشاعر التماسك يعد إنذار للاضطرابات النفسية، والجسدية، وقد تصل بالفرد للانتحار.

عموما هناك طاقة كامنة في الأفراد، لكنها تختلف فيما بينهم، ترفع من احتمال الحفاظ على الصحة. بالتالي فالمبدأ القائم على أساس تفاؤلي يحاول البحث عن العوامل التي تحافظ على الصحة سواء النفسية، أو الجسدية. ومن ضمن هته المبادئ التحلي بمشاعر التماسك.

13/ التفاؤل وعلاقته بالصحة النفسية والجسدية:

يشير عبد الخالق (1998) أن العديد من العوامل قد تؤثر على الصحة الجسمية، في الوقت الذي تؤكد فيه العديد من البحوث النفسية أن التفاؤل والميراج الايجابي، أساسيان لصحة الجسم، وأن الأمل في الشفاء جانب مهم يمكن أن يميز بين المرضى، لأنّ للتفاؤل مزايا كثيرة. وتؤكد بحوث "شاير وكارفر" (1987) تأثير هذا الأخير على صحة الجسم، وقد اتضح ارتباطه سلبيا مع الغضب، والعدائية، واللذان يتسببان في مشكلات صحية كبيرة. وركز بعض الباحثين على فحص دورهما في تطوير مرض الشريان التاجي، وارتفاع معدلات الوفاة. وظهر أن بعد التفاؤل مسؤول عن الارتباط بين مقياسي العدائية، والأعراض الجسمية.

قد تؤدي الضغوط وتضر بصحة الفرد النفسية والجسمية. وهذا ما تؤكدته دراسة "شلمان وسليجمان" (1997). فالطريقة التي يلجأ إليها بعض الأفراد في فهم أسباب أحداث الحياة الضاغطة -خاصة بتفسيراتهم التشاؤمية- قد تضعف وظائفهم النفسية، والفسولوجية، أو تؤثر على سير مرضهم بالسلب، وهو ما أوضحه "بترسون وسليجمان" عام (1987).

استنتجت دراسات كثيرة أن وجهة نظر الفرد لنفسه، وللآخرين، وللعالم، والمستقبل، تنبئ بمدى قابليته للمرض، بل يمكن أن تنبئ بطول العمر الذي قد يعيشه. وهو يعتمد على فكرة مؤداها أن الأفعال تتأثر بالاعتقادات، والعواقب، أو نتائجها المحتملة، ومن ثم يرى "شاير وكارفر" أن توقع العواقب محدد أساسي للسلوك، ويؤدي إما إلى مواصلة الكفاح، أو الاستسلام، والابتعاد. وأكدت بحوثهما العملية حول السلوك على أهمية التوقعات بوصفها محددات له، ويرتبط ذلك بالتفاؤل المشير إلى توقعات عامة جيدة، أو مفضلة.

ودرس التفاؤل كنزعة، أو تنظيم في الشخصية، قد تكون له فائدة كبيرة على الصحة الجسمية من قبل "شايبير وكارفر" عام (1987)، وبحوث دلت على ارتباط قوي بين التفاؤل، وجوانب إيجابية مختلفة متصلة بالصحة الجسمية، بدءا من تكوين الأعراض الجسمية، وتطويرها، إلى الشفاء من جراحة المجرى الجانبي للشريان التاجي. كذا أشارت النتائج إلى أن الآثار المفيدة للتفاؤل ترجع جزئيا إلى إتباع طرق تكييفية لمواجهة الضغوط.

وأثبت من طرف "ميكا كيفيماي" أن التفاؤل خافض لخطر المشاكل المرضية. ومساعد على التعافي بعد الصدمات... لأن المتفائل يرى مواقف الإحباط مؤقتة، وتزول بسرعة مع عزمته، وإرادته، أما المتشائم فيراها دائمة، فتؤثر سلبا على أدائه، وصحته. **(2005) kivin maki**

وحسب مرسى (2000) يفسر المتفائل أزماته بشكل حسن، يبعثه على الأمن، والطمأنينة، وينشط أجهزة مناعته النفسية، والجسمية. وهنا التفاؤل يكون طريق للصحة، والوقاية من الأمراض. وأوضحت دراسات عدة أن المرضى الذين أجريت لهم جراحة وكانوا متفائلين بالشفاء تحسنت حالتهم بعدها، ولم يتعرضوا لمضاعفات صحية تعرض لها المرضى المتشائمين. كما وجد "القرشي" في دراسته على الكويتيين بعد انتهاء الحرب مع العراق، أن المتفائلين بقرب انتهائهم، كانوا أقل عرضة للقلق، والاكتئاب، واضطرابات ما بعد الصدمة، من أقرانهم المتشائمين. كما كانوا أسرع من المتشائمين في الشفاء من أعراض ما بعد الصدمة بعد الاستقلال.

وترى السباعي (2006) أن علماء النفس يتفقون على ضرورة أن يعيش الفرد يومه متفائلا، ولو في أصعب الظروف، ويبتعد عن القلق، فلكل مشكلة احتمالات لحلها، وعلى الفرد تجهيز نفسه لأسوأها، ثم يحاول تحسينه بهدوء، وتعقل، وعليه ألا يفرط في التفاؤل، لكونه قد يدفعه للمغامرة، وعدم أخذ الحيطة في حياته.

أما مدن (2006) فتحدث عن الإسلام الذي ربط التفاؤل بالثقة في الله، والرضا بقضائه، فلن يصيبنا إلا ما كتبه الله لنا. فتوكلنا على الله يجعلنا متفائلين حتى في الظروف الصعبة.

وقول المسلم (وما توفيقى إلا بالله)، هو تجسيد لفكرة أن الله دائما مصدر النجاح، وسبب نيل المطالب، والحصول عليها، فهته الكلمة تعبير عن التفاؤل الحي المستمر في النفوس، والذي له دلالة تربوية فعالة في التوازن النفسي للمسلم مريضا، أو معالجا أو غيرهما، إذ يحس كل واحد

باحتامية تحقيق الهدف بعد كل نشاط يقوم به. والمؤكد أنّ التفاؤل بهذه الصيغة يباعد بين المسلم، والإحباط، لأنه ينال ثمرة جهده إما في الدنيا أو الآخرة.

ويرى الشاذلي (2001) بأن الشخص المتمتع بالصحة النفسية يتصف بالتفاؤل، من غير إفراط. لأن ذلك غير جيد.

وفي مجال تصنيف الدراسات النفسية إلى ارتباطيه، أو عاملية ذكر السيد (2009):

• التفاؤل والتشاؤم، وقلق الموت.

• التفاؤل والتشاؤم، وصحة الجسم.

• التفاؤل والتشاؤم، والصحة النفسية، والجسمية.

كما تناول الباحث دراسات كثيرة ركزت على متغيرات مرتبطة بالصحة النفسية، والعضوية. ومن

نتائجها:

- وجود علاقة ايجابية بين التفاؤل والاتزان الانفعالي، والإحساس بالثقة، وتحقيق الذات.

- وجود ارتباطات سالبة ودالة بين التفاؤل، وقلق الموت. وإيجابية بين التشاؤم، وقلق الموت.

وبكشف الاهتمام الحديث بمفهومي التفاؤل والانتباه، عن الحاجة إلى دراسات أخرى للتحقق مما

استنتجته الدراسات السابقة في علاقة التفاؤل والتشاؤم بمتغيرات نفسية وعضوية عديدة.

من ذلك نجد أنّ معظم الدراسات، والبحوث المجرات حول سمة التفاؤل والتشاؤم، تشير في

نتائجها إلى أنّ لهاتين السمتين تأثير كبير على الحالة النفسية، والجسدية لكل واحد منا. فقد يكون

الفرد مريضاً، غير أنّ تفاؤله قد يعمل على زيادة رغبته في المواجهة، ورفع معنوياته للحصول على

الشفاء، وقد يكون متشائماً فيسرّع بذلك موته بتعقيد حالته المزاجية، والنفسية، وبالمقابل تدهور حالته

الجسدية. كما أنّ ديننا الحنيف حث على التفاؤل، وترك القنوط.

14/ قياس التفاؤل:

ويشير الأنصاري (2007) إلى وجود عدد قليل من المقاييس المصممة لقياس التفاؤل

والتشاؤم بالعربية، أهمها:

14-1/ القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم: إعداد "أحمد عبد الخالق، وبدر الأنصاري" (1995).

قاما بدراسة استطلاعية على عينة من طلبة جامعة الكويت، وطلب منهم كتابة أكبر

عدد من البنود لقياس المفهومين، وبعد تنقيحها، أُعيد صياغة معظمها، ووصل عددها إلى (19) بندا لقياس التفاؤل، و(95) بندا لقياس التشاؤم.

وتضم القائمة في صورتها النهائية (15) بندا لقياس التفاؤل، ويضم مقياس التشاؤم (15) بندا. يجاب عن كل فقرة على أساس خمسة بدائل.

14-2/ مقياس التوجه نحو الحياة: إعداد "شاير وكارفر Scheier and Carver" عام (1985). يشمل (12) عبارة، يجاب عليها على أساس خمسة اختيارات، تقيس التفاؤل بعبارات مثل: (أنا متفائل دائما فيما يخص مستقبلي)... واستخرج من المقياس عاملان، اشتمل الأول على أسئلة سالبة الاتجاه، والثاني أسئلة موجبة الاتجاه.

وقد عمل "الأنصاري" عام (2002) على تعريب هذا المقياس، وأعدده للمجتمع الكويتي، وأصبح طول المقياس في صورته العربية (10) عشر بنود.

14-3/ مقياس التفاؤل غير الواقعي: تأليف "الأنصاري" (2001-2002). تضمنت هذه الأداة (12) بندا محتواها الأحداث المفجعة، و(12) بندا محتواها الأحداث السارة. ليصبح طول المقياس (24) بندا، يجاب على كل منها على أساس مقياس ثماني.

14-4/ مقياس التفاؤل والتشاؤم: إعداد "أنوار السوداني" (2005). بعد تنقيح بعض العبارات المقترحة بمساعدة عينة من المعلمين، والمعلمات بالمدارس الابتدائية بالعراق، وصل العدد النهائي للبنود إلى (44) بندا لقياس التفاؤل، والتي وضعت بشكل عبارات، يجاب عنها على أساس مقياس ثنائي (بديل تفاؤلي، ويعطى (02) درجة، وبديل تشاؤمي يعطى (01) درجة)، فتكون أعلى درجة كلية (88) تشير إلى درجة عليا من التفاؤل، وأقل درجة كلية (44) تشير إلى أعلى درجة في التشاؤم.

هي بعض المقاييس المستعملة لقياس درجة كل من سمة التفاؤل، وسمة التشاؤم، حيث تعتبر أهمها، وأكثرها استعمالا في الدراسات، والبحوث المتعلقة بالبحث في السمتين، أو في علاقتهما مع مختلف المتغيرات الأخرى.

رابعاً: الاتزان الانفعالي والاستجابة الانفعالية

:Emotional Equilibrium And Emotional Response

يرى السيد (2009) بأن المحور الأساسي لتوافق الفرد هو الجانب الانفعالي، فالتوافق الانفعالي، أو الثبات الانفعالي لا يتساوى مع غيره من المجالات، ولا ينفصل عنها، لكون انفعالية الفرد تتداخل في مجاله المهني، والأسري، وغيرها من المجالات، فقد تكون انفعاليته قريبة إلى المثالية اجتماعياً، بينما تتخفف إلى أدنى مستوى في الأسرة، سواء في صورة تسلطية، أو إذعانية، أو صورة أخرى من صور الاضطراب.

فالثبات الانفعالي يعتبر صميم العملية التوافقية، التي تصدر عنها، أو تنعكس عليها في النهاية كل أشكال التوافق، فيتمادى في مجالات التوافق. وعدم وجود التوافق يحدث نوع من الإخلال، والذي ينعكس على الثبات الانفعالي.

وينمو أو يكتسب الثبات الانفعالي من قبل الفرد، داخل بيئة أسرية هادئة، تتمتع بالتعاطف، والثقة بين أفرادها، وكذا الحال فيما يواجهه من مواقف الحياة.

والثبات انفعالياً يستطيع التخلص من تبدل الانفعال الشاسع في المزاج الوقتي، ويتميز بالقدرة على الضبط الانفعالي الجيد، يعني لا يستجيب بإفراط لمواقف الانفعال، أو المثيرة له. فالثبات الانفعالي تمثله المرونة الممكنة لصاحبها من مواجهة المواقف المألوفة، والجديدة، وقد تتعدى أحياناً لخلق الجديد، وهي تتيح له فرص التحكم في ذاته، فيتمكن من السيطرة على الموقف- تأجيل الاستجابة- قبل تنفيذها، فالثبات الانفعالي وسط فاصل بين اندفاعية الإقدام، وتزددية الإحجام، و يعني البعد عن الطرفية الانفعالية، البعد عن الجمود سواء كان بالإقدام، أو بالإحجام.

ولفهم حقيقة معنى الاتزان الانفعالي، يعتقد رياض (2008) أنه يجب فهم معنى الانفعال، لكونه رد فعل مهتاج كالحب، الخوف، الغضب... كما يعتقد بعض علماء النفس أن الطفل يولد وهو لا يعرف الانفعال أبداً، ويتعلمه كما يتعلم القراءة، والكتابة. والانفعالات نوعان: الإيجابية (الحب، الابتهاج، الأمل...) تستثار برؤية المرء لما يرضيه، والسلبية (الغضب، الخوف، اليأس...) وتستثار لما يلقي المرء ما يؤذيه، أو ينفره.

وتحدث الانفعالات تغيرات كيميائية وبدنية في الجسم، يواجه بها الخطر، إذ تأمر بعض الأجزاء من الجهاز العصبي على بعث إشارات إلى الغدد، والأعضاء، تجعل الجسم يستعد للدفاع عن نفسه، فعند الخوف تفرز الغدة الكظرية الأدرينالين، فتتسارع نبضات القلب، ويرتفع ضغط الدم. وتتدفق كميات كبيرة من السكر في الدم، فيزود الجسد بطاقة إضافية تساعد على مواجهة الأزمة. كما أن للانفعال آثارا ضارة، فلو استمرت التغيرات المصاحبة للانفعالات في الجسد طويلا (مثل حالة الخوف المتكرر)، فقد تسبب قرحة المعدة.

إذن فالانفعالات هامة في حياة الإنسان، لذا فقد أوردنا الإسلام للعديد من أشكالها. وفي هته الدراسة سنتناول جانبين هامين جدا يخصان الانفعالات، ونستطيع من خلالهما تحديد مدى تحقيق الفرد للصحة النفسية هما: الاتزان الانفعالي، والاستجابة الانفعالية.

1/ التأثير والانفعالات:

يعتبر النابلسي (1989) الانفعال طريقة خاصة يعيش وفقها الفرد شعوره الذاتي لوعيه، ونشاطاته. تأثيره مباشرة في التوازن العصبي-الهرموني، التوازن الغريزي، وكذا في الدوافع. كما يمثل الانفعال الطريقة النفسية-الфизиولوجية للخبرات الذاتية. والانفعالات تتميز بظهورها المفاجئ، ديمومتها القصيرة، حدتها، وتأثيرها على الجسد. فهي تسهم في مشاركة الجهاز العصبي-الذاتي، والغددي بشكل مرهق، وفعال. ولا بد من الاهتمام بالاضطراب الانفعالي، والذي يميزه الانتقال السريع من حالة عاطفية إلى أخرى، كالانتقال المفاجئ من الضحك إلى البكاء.

2/ تعريف الانفعال:

"جانب أساسي في الحياة النفسية، بدونه تكون الحياة كئيبة، باردة، آلية، لا حراك فيها. ولا تقتصر الانفعالات على الاستجابات الخاصة بالتغيرات الجسمية، والфизиولوجية، ولا على المشاعر، والأحاسيس، والاندفاعات الوجدانية، وإنما تمتد للفرد كوحدة كلية. فالانفعال ليس استجابة موضعية، لكنه استجابة عامة للشخص، ينسحب إلى كافة جوانب حياته: الجسمية، الوجدانية، الاجتماعية، والعقلية، والمعرفية..."

أو هو "حالة جسمية نفسية ثائرة، يضطرب لها الإنسان كله جسما، ونفسا."

أو أنه "حالة وجدانية، قوية طارئة مفاجئة. ويلاحظ أن للانفعال صلة وثيقة باللذة والألم. ولاشك أن كل إنسان عاش شتى أنواع الانفعالات كالخوف، والخجل، والغضب، والفرح، والحزن... الخ."

- الاستجابة السلوكية خلال الانفعال: "موقف عام، يقفه الكائن الحي حيال الإثارة. وتبدو الاستجابة في السلوك الظاهر الذي يرد به الكائن الحي على المواقف الخارجية." (الرحو، 2005، ص. ص. 64-65)

3/ التغيرات المصاحبة للانفعال:

يصنفها الرحو (2005) في:

3-1/ التغيرات النفسية: للانفعال دور رئيسي في الحياة النفسية، فقد يكون (سلبيا) مثبطا، ومانعا للوظائف النفسية، أو يكون (ايجابيا) منشطا، ومثيرا.

قد يحدث السلبي منه اضطراب التفكير، وتشوش الذهن، وتدني الذاكرة، فيخلو الذهن من الأفكار، أو تزدهم فيه، ويعجز الفرد عن التفكير لإيجاد الحلول السريعة الناجحة، وكثيرا ما يرتد المنفعل بسلوكه هنا إلى درجة بدائية، فيضطرب، أو يبكي، وقد يقتل. في حين يكون تأثير الانفعال الإيجابي، كالفرح، والانفعال المبدع، عامل منشط للفعالية النفسية. من نتائج التدفق السريع للخيال الفني، الاختراع، والإبداع. فمثلا: الموسيقى، والشعر، في الغالب يكون الباعث لها تلك الانفعالات المؤثرة في نفوس المبدعين.

ويعتقد علماء النفس ومنهم "هريارت" أن التصورات، والأفكار تبعث على حدوث الانفعال، فتصادم التصورات هو المولد للانفعال النفسي، وهذا يحدث الاضطراب العضوي.

3-2/ التغيرات الجسدية: تميز الاستثارة النفسية الجسدية، الحادثة لدى المنفعل الانفعال بصورة رئيسية. وتصاحب الانفعال تغيرات جسدية تكون إما:

- تغيرات خارجية: يميز كل نوع من الانفعال مظهر خارجي خاص به، أو لغة تعبر عنه، ويتميز هذه المظاهر بتميز بين الانفعالات.
- تغيرات داخلية: هنا تأثير الانفعال يكون واضح يظهر في: اضطراب التنفس/اضطراب جهاز الدوران وضغط الدم/ تغيرات إفراز الغدد الصم/ تغير النشاط الكهربائي للدماغ/ تغيرات الجهاز الودي (السمبثاوي).

3-3/ الاستجابة السلوكية: يمثلها السلوك الظاهر للمنفع، وتتوقف على استعدادة للانفعال، وتجاربه السابقة، ونوع خبرته، وتربيته، أي شخصيته. لذلك فالاستجابة تختلف من شخص لآخر، ومن وقت لآخر، فيقوى الانفعال ويظهر سريعا مع التعب، أو الضيق، أو المرض.

ويوضح الاتجاه الحديث في علم النفس، أن الانفعال موقف معين، يتخذه الإنسان من العالم الخارجي، وتندمج فيه العوامل الخارجية، والفسولوجية، والشعورية في وحدة متماسكة، لا يمكن تجزئتها. فالشيء المقاوم للانفعال هو عنفه، ووحدته، وارتباطه بالعالم الخارجي. فليس الجسد أو الفكر هو الذي يتهيح، وإنما الأنا المؤلف من الجسد، وفيه الشعور والعالم الخارجي... فالانفعال إذن موقف إنساني يؤلف كل وجود الإنسان في حالة معينة.

4/ أثر الانفعالات في الاتزان النفسي:

أهم العوامل النفسية المؤثرة في ذات الفرد، وسلوكه، ومواعمته للبيئة الخارجية، نجد الانفعالات، والتي يترتب على توجيهها الحياة النفسية، واتزانها.

ويظهر الاتزان النفسي للفرد في تآزر وظائفه النفسية، وتفتح إمكاناته. فحسن التصرف، والنجاح في المواءمة مع البيئة، وأداء عمل مفيد بعد التفكير، بلا تردد، مع الاحتراس من الغفلة، والوقوع في المآزق، والتقيّد بالنظام، والهدوء والحزم في المواقف الحرجة، كلها دلائل لحالات الاتزان النفسي، وهذا لا يتأتى للفرد، إلا إذا ارتقى بدوافعه، وتحكم في انفعالاته، ونمى عواطفه، وأصبح سيد ذاته. (الرحو، 2005)

فالانفعالات في حياتنا تحدّد كيف نسلك، وطبيعة هذا السلوك، الذي يجب أن يكون متماشيا مع البيئة التي تشغلنا. وعندما تتحد وظائفنا النفسية، فننصرف، ونحسن التصرف، وننجز، وننجح في انجازتنا، نكون بذلك قد حققنا توازننا الانفعالي، وتوافقنا النفسي.

4-1/ المحافظة على قدر مناسب من الحساسية الانفعالية: تعني محافظة الفرد على توازنه الانفعالي، بشكل مقبول، بحيث يستطيع ضبط سلوكه، وانفعالاته فلا يسمح بجموحها وسيطرتها، وأن لا تكون جامدة متبلدة. " (الرحو، 2005، ص. 353)

5/ تعريف الثبات الانفعالي:

يعرف الثبات الانفعالي بأنه: "حالة تتسم بادراك واع، ذاتي لمشاعر القلق، ويصاحبها أو يرتبط بها استثارة للجهاز العصبي الجسدي". (السيد، 2009، ص. 78)

أو هو: "القدرة على تناول الأمر باتزان، وثبات، ورزانة. فالفرد يتحكم في انفعالات الغضب، الخوف، الكراهية، الغيرة وفي دوافعه. وهي مكتسبة من عملية التنشئة، وتعتبر سمة تميز الأفراد الناجحين المتوافقين اجتماعيا، ولا يعانون من صراعات داخلية كانت أم خارجية." (عبد الله، 2006، ص. 26)

أو هو: "حالة الاستقرار النفسي. ويطلق عليه أصحاب نظرية التحليل النفسي مبدأ الثبات الانفعالي". (الخالدي، 2009، ص. 60) إذ يرون أن الفرد يملك القدرة على الاستجابة للمثيرات بأنواعها، وهذه سمة الحياة، فالفرد ينتقل إلى حالة التوتر، أي الاستثارة، أو عدم الاتزان الانفعالي لما يتعرض لمثير معين، هذا يدفعه للقيام بنشاط معين من التوتر، والحصول على الاتزان. حيث يحاول بواسطة تفريغ الطاقة المولدة عن هذه الاستثارة، المحافظة على ثبوت مستوى الطاقة، وهو مبدأ الاتزان.

وفي تفسير الاتزان الانفعالي كمظهر هام للصحة النفسية، يمكن تعريفه بأنه: "حالة نفسية تكمن وراء شعور الإنسان بالطمأنينة، والأمن النفسي، والاكتفاء الذاتي، وهذا يتحقق بما يستطيع القيام به من أوجه النشاط المختلفة، بغية تحقيق حاجاته، وأهدافه في الحياة." (الخالدي، 2009، ص. 60)

ويرى "راجح" أن اتزان الفرد الانفعالي سمة عامة، نفرق بها بين الأسوياء وغيرهم، ويتضمن هذا المفهوم في جوهره، التوافق الاجتماعي بدرجاته. الخالدي (2009)

ويشير المزيني (2001) إلى أن الاتزان الانفعالي هو الشعور بالتفاوض، والبشاشة، والاستقرار النفسي، والتحرر بشكل كبير من مشاعر الإثم والقلق، والوحدة النفسية، والتخلص من سيطرة المخاوف الشاذة، والأفكار التشاؤمية.

كما يعتقد بأنه سيطرة الفرد على انفعالاته، والتعامل مع المواقف، والأحداث الحالية، والجديدة بمرونة، مما يزيد قدرته على قيادة الغير، والمواقف.

وعند "دريفر" تعني العصابية عدم الاتزان الانفعالي، وهو عيب تميزه الإثارة الانفعالية المتطرفة، والتي يعتبرها "أيزنك" الانفعالية في حد ذاتها، وتكافئ عدم الثبات الانفعاليين أي نقيض الاستقرار والتوافق. ويرى العصابية، أو الانفعالية استجابة الفرد بصورة مبالغ فيها، تجاه المنبهات، تترجمها انفعالات بالغة القوة، في ظروف يميزها انفعال ضعيف، أو انعدامه.

وحدد "عبد الغفار" عام (1976) معنى الاتزان الانفعالي بالوسطية، بوصفه اعتدال الفرد في إشباع حاجاته البيولوجية، والنفسية، بالتالي اعتدال في تحقيق قيمه، أو تحقيق الجانب الروحي من الشخصية، والذي همشه الغير.

أما "كاميليا عبد الفتاح" فتعتبر الاتزان الانفعالي حالة يدرك من خلالها الفرد الجوانب المختلفة للمواقف التي يتعرض لها، ثم يربط بينها وبين ما يملك من دوافع، وخبرات سابقة تتعلق بالنجاح والفشل، وتساعده ليحدد طبيعة ونوع الاستجابة، المتفقة مع الموقف الحالي، فيكيف استجابته ليتوافق مع البيئة، والمساهمة بإيجابية في نشاطها، والشعور بالرضا والسعادة. الخالدي (2009)

ويعرفه "سويف" (1987) بالإشارة إلى المحور الذي تنتظم حوله انفعالات الفرد، أو تقلباته العاطفية، والممثلة لجميع جوانب نشاطه النفسي، من حيث تحقيقها لشعوره بالاستقرار النفسي، والرضا عن ذاته، أو باختلالهما، وبقدرته على التحكم في مشاعره، أو العكس. كما يعني التحكم في الذات. فإذا نظرنا إلى الاتزان الانفعالي، أو التوافق الانفعالي في مضمونه التصوري، تبين لنا أن تحكم الفرد في ذاته، والسيطرة على استجاباته، هو مرونة مواجهة المواقف المألوفة، والجديدة.

من خلال هذه التعاريف المحددة عن مفهوم الاتزان الانفعالي، يتضح أن الفرد المتزن انفعاليا، يستجيب للأزمات والمواقف التي تواجهه بمرونة، وعدم اندفاع، أو المغالاة في الاستجابة. حيث يتصف سلوكه بالتوافق مع المحيط، هذا ما يعني تمتعه بمستوى مناسب من الصحة النفسية، فيظهر من سلوكه العلاقة بين كل من الاتزان الانفعالي، والتوافق، والصحة النفسية. كما أن الاتزان الانفعالي يعتبر أحد المتغيرات المؤثرة فيما يصدر عن الأفراد من أنشطة، ولعل الكثير من انجازاتهم، وأعمالهم يعود إلى توفر قدر مناسب من الاتزان الانفعالي.

5-1/ التعريف الإجرائي للاتزان الانفعالي: ترى الباحثة أن الاتزان الانفعالي هو: حالة التروي، والمرونة الوجدانية، حيال المواقف الانفعالية المختلفة، التي تجعل الأفراد الذين يميلون إلى التمتع به أكثر سعادة، وهدوءاً، وتفاؤلاً، وثباتاً للمزاج، وثقة في النفس. أما الأفراد الذين يبتعدون عن التمتع به، فتملكهم مشاعر الدونية، وتسهل إثارتهم، ويشعرون بالانقباض، والكآبة، والتشاؤم، ومزاجهم متقلب، ورافضين للواقع وغير متقبلين له.

6/ طبيعة الاتزان الانفعالي:

اقترح "سيموندس" (1951) ست (06) محكات كدلائل على قدرة الفرد على التعامل مع الاضطرابات الداخلية، والخارجية للتوازن هي:

- "احتمال التهديد الخارجي.
- طريقة معالجة مشاعر الذنب.
- القدرة على التكيف المؤثر.
- توازن الصلابة والمرونة.
- التخطيط والضبط.
- تقدير الذات.

ويمكن تمييز ثلاث أبعاد للحياة الانفعالية:

1- التكرار الانفعالي والتغيير: بعد يمثل احتفاظ الفرد مستوى انفعالي ثابت لمدة طويلة، أو تقلبه فيه.

2- الاتساع الانفعالي: يحسب سلسلة الأشياء المثيرة المستدعية ردود انفعالية في الفرد.

3- الشدة الانفعالية: بعد يتعلق بعمق الانفعال. (سويف، 1987، ص. ص. 256-261)

ولفهم طبيعة هذا الاتزان بوضوح، توصل باحثون إلى اعتباره سمة عريضة، أو محور أساسي، تبنى عليه بعض المحاور الصغرى للشخصية، دلت عليها نتائج جانبية لبعض الدراسات التجريبية، وكذا استنتاجات عابرة استخلصها عاملون في عيادات الأمراض النفسية والعصبية. ثم اتجه التفكير عن طريق التخطيط لإجراء بحوث تركز على مشكلة الاتزان الانفعالي، وأكدت نتائجها على أنه يمثل قاعدة تقوم عليها مجموعة سمات صغرى أهمها:

القابلية للإيحاء، المثابرة، الإيقاع الشخصي، القصور الذاتي للوظائف النفسية، نسبة السرعة إلى الدقة في أداء الأعمال المختلفة.

ويعني "سويف" بأنّ الاتزان الانفعالي قاعدة عريضة وراء السمات الخمس المذكورة:

- لأنها متداخلة فيما بينها، وبالرغم من الاستقلال والتمايز بينهما، إلا أنّ بينهما أيضاً قدر من الاشتراك، يمثله مستوى الاتزان الوجداني.

- باستخلاصنا لهذه السمات العريضة، يمكننا بناء مقياس جيد لها، وتعتبر الدرجة المتحصل عليها من طرف أي شخص عن درجات السمات الفرعية الخمسة. أي أنّه يمكننا بالاستعانة بمعادلات خاصة، التنبؤ بمستوى قابلية هذا الشخص للإيحاء، وبمستوى مثابرتة.

ويمكن الاستفادة من النقطة الأولى حسب "سويف"، كونها تشرح طبيعة الحياة النفسية، أما النقطة الثانية فتحرر قوانا للعمل أكثر، حتى وإن كانت خطوات نحو تطبيق الإفادة العلمية.

كشفت هذه الدراسات عن كون الاتزان الوجداني من المحاور الرئيسية للشخصية، إذ أنّ بناءها يقوم على تصميم هرمي، في قمته عدد من المحاور والأبعاد الرئيسية أحدها هذا الاتزان، وهي المحاور الكبرى، والتي يليها عدد كبير نسبياً من الأبعاد، والسمات الصغرى، ثم تنظم كل مجموعة تحت أحد المحاور الكبرى، فالسمات الخمسة الصغرى (القابلية للإيحاء، المثابرة، الإيقاع الشخصي، القصور الذاتي للوظائف النفسية، نسبة السرعة إلى الدقة في أداء الأعمال المختلفة) تنظم تحت محور الاتزان الانفعالي. سويف (1987)

إذن يعد الاتزان الانفعالي من المحاور الكبرى الرئيسية في التصميم الهرمي للشخصية، وتتضم تحته سمات صغرى تشترك في اكتمال بنائها الهرمي، بحيث تشكل طبيعة هذا الاتزان.

7/ الاتزان الانفعالي والصحة النفسية:

يشير وجدي (2005) بأنّ للصحة النفسية مؤشرات تدل عليها، وتعتبر بدورها عن مظاهر سلوكية محدّدة، أغلبها يتوفر لدى الشخص المتمتع بدرجة عالية من الصحة النفسية. وهي مؤشرات نوعية، منها ما هو ذاتي يشعر بها صاحبها فقط، ومنها ما هو خارجي يدركه الآخرون، ومنها: الاتزان الانفعالي. فيتسم الفرد بالاتزان الانفعالي، والثبات الوجداني، واستقرار الاتجاهات، ونضج الانفعالات إلى حد بعيد. أي توفر تماثل بين نوع المنبه، وطبيعة الانفعال الناتج عنه، فإذا تضايق شعر بالقلق، والضيق، والهجم، وإذا فرح شعر بالسعادة، والنشوة.

إن الشخصية المتكاملة تتسم سلوكياتها، وتصرفاتها، ودوافعها، بالاتزان الانفعالي، فهو سمة عامة تفرق بين الأسوياء وغيرهم، ويتضمن التوافق الاجتماعي بدرجات مختلفة، بعد أن اتفق أغلب الأفراد على علاقة العصابية بالتصرفات الانفعالية للشخصية غير المتوافقة. وتتضمن الصحة النفسية قدرة الفرد على التوافق مع نفسه، وبيئته، للتمتع بحياة خالية من الاضطرابات النفسية، بما يحقق له اتزانه الانفعالي، أي أن إدراكنا لمعنى الصحة النفسية يساعدنا على التوافق. والشرط الأساسي للتوافق الاجتماعي هو الاتزان الانفعالي للفرد، فاضطراب الحياة الاجتماعية، والعلاقات الإنسانية، وسوء الصحة النفسية، مرهون بالأساس بفقد الاتزان الانفعالي، أو باضطراب الحياة الانفعالية. فالاتزان الانفعالي يمكن اعتباره سمة تميز الفرد المتفاعل بلا تطرف للمواقف الانفعالية، وانعدامه استعداد الفرد لتقديم استجابة انفعالية مضطربة، وسريعة التغير.

8/ الاتزان الانفعالي والتوافق النفسي:

ويعتقد السيد (2009) أن "القطان" (1987) تفسر الاتزان الانفعالي، بوصفه صميم العملية التوافقية، ليصدر عنها في النهاية أحد أشكال التوافق، فتظهر هنا في مجالات التوافق سوية، أو لاسوية، مما ينعكس على الاتزان الانفعالي. ويعود أصل معنى الاتزان الانفعالي، أو التوافق بالرجوع إلى معاجم علم النفس (انجلش، ولمان، أيزنك). واعتبرت أن هذا المفهوم تمثله قدرة الفرد على التحكم في استجاباته، بحيث تبتعد عن التطرف الانفعالي، كالاندفاعية في مواجهة المواقف. وترى المعاجم أن تحكم الفرد في ذاته، والسيطرة على استجاباته، مرونة تجعله يواجه المواقف المألوفة والجديدة، وقد تصل به أحيانا للإبداع. هته المرونة تستخلص من سيكولوجية التعلم، الاستبصار، والإبداع، وتعرف في الصحة النفسية بقابلية التوافق مع الجديد، وينحصر صميم الاتزان الانفعالي في هذه المرونة، كما أن الجمود يترجم عدم الاتزان الانفعالي. أما "زيور" (1978) فيرى أن من علامات الصحة النفسية والاستقرار، ثبات الاستجابة الانفعالية لأن تباين الانفعالات هنا دليل على الاضطراب الانفعالي. الخالدي (2009) ننتهي إلى نتيجة أن معظم المعاجم في علم النفس، قد اعتبرت الاتزان الانفعالي هو قدرة الفرد على أن يتحكم في استجاباته، حيث تكون بعيدة عن التطرف، والاندفاعية. فتحكم الفرد فيها يمنحه المرونة التي تمثل صميم سمة الاتزان الانفعالي.

9/ الأسس النفسية للاتزان الانفعالي والتوافق الاجتماعي والصحة النفسية:

يشير الخالدي (2009) إلى تحديد "تيندال" لهته الأسس النفسية المفسرة للعلاقة بين الاتزان

الانفعالي والتوافق الاجتماعي والصحة النفسية، ولخصها في:

- تكامل شخصية الفرد في تفاعلها مع بيئته لتحقيق أهدافه.
 - بتلقائية يتفاعل الفرد مع مطالب الحياة الاجتماعية.
 - تقبل الفرد للواقع، وتكيفه مع شروطه للوصول إلى أهدافه.
 - بتقدم العمر يزداد الفرد نضجا، بما يساعد على تحقيق العمليات التوافقية المعقدة.
 - احتفاظ الفرد بحالته الانفعالية المتزنة، خاصة في المواقف المشحونة انفعاليا.
 - بزيادة كفاءة الفرد الفردية يساهم في النشاط الجماعي.
- فاللاتزان الانفعالي مظهر من مظاهر الصحة النفسية، وعامل لفهم الشخصية السوية.

10/ سمات وخصائص المتزن انفعاليا:

يعتقد الدايري (1999) أن أهم سمة مميزة للتوافق، قدرته على معالجة الأمور بصبر، فلا تستغزه أو تستثيره الأحداث التافهة، مع هدوئه، ورزاقته، وتحكمه في انفعالاته. كما تكتسب سمة الثبات من التنشئة الاجتماعية. وقد ثبت أن الأبناء ذوي سمات القلق الانفعالية ينحدرون عن آباء عصبيين، وهذا يثبت أن بيئتهم عصبية مشحونة بالتوتر، ومولدة للقلق عند الغير.

في حين يشير الخالدي (2009) إلى تفسير "صالح" عام (1970) للاتزان الانفعالي في قوله: "أن مستوى النموذج الانفعالي يتمثل في الثبات الانفعالي، وهذا النموذج يمثل سلسلة متصلة من الكميات على بعد واحد، يوجد على أطرافه، غير المتزن انفعاليا، وهو الشخص المتردد، القلق، صاحب الميول العصابية، المرتاب والمكتئب، والمتقلب انفعاليا. أما في الطرف الآخر، فيوجد الفرد البليد انفعاليا، ضعيف الحساسية بالمواقف الاجتماعية، اللامبالي بمشاعر الآخرين. أما الوسط، فيوجد الشخص المتزن انفعاليا، إذ تتعادل دوافعه العدوانية، والإحباطية".

(الخالدي، 2009، ص. ص. 61-62)

كما يتميز الفرد الثابت انفعاليا حسب السيد (2009) بالسمات التالية:

- القدرة على التحكم في انفعالاته في المواقف المثيرة لها. والصمود، والاحتفاظ بسلامة التفكير تجاه الأزمات.

- حياته الانفعالية سهلة، قوية، لا تتقلب لأنفه الأسباب والمثيرات.
 - لا يميل للعدوان، مع قدرته على تحمل المسؤولية، والاستقرار في الأعمال المنجزة، والمثابرة عليها لأطول مدة.
 - انفعالاته كلها متوازنة في تكامل نفسي بين جوانب المواقف، ودوافعه، وخبراته.
 - قدرته على التوافق الاجتماعي، والتكيف مع البيئة، والمساهمة في نشاطها بايجابية، فيشعر بالرضا، والسعادة.
 - بسيطرته على انفعالاته، يستطيع تكوين عادات أخلاقية ثابتة، وتجميعها حول موضوعات أخلاقية معينة.
 - عقلائي في مواجهة الأمور، والتحكم في انفعالاته خاصة الغضب، الخوف، الغيرة.
 - محافظة الفرد على درجة مناسبة من الحساسية الانفعالية: أي مستوى اتزان الحياة الانفعالية لديه، كما تتجلى في استجاباته، لكون الجانب العاطفي مظهر أساسي في شخصيته، وهو يترجم المظهر السوي من الانفعال، في حساسيته الانفعالية الملائمة للظروف، والسيطرة عليها بما يتناسب ومستوى نموه العام.
 - محافظة الفرد على شخصية متكاملة: دليلها أداء وظيفي متكامل، متناسق للشخصية ككل (جسميا، عقليا، انفعاليا، واجتماعيا)، والتمتع بالصحة، ومظاهر النمو السوي.
 - توافق الفرد مع المتطلبات الاجتماعية: خاصة التكيف الاجتماعي، مع الاستمرار في الإبداع، لأنه من مظاهر الشخصية المتكاملة.
 - تكيف الفرد وشروط الواقع: والدال عليه نظرتة الموضوعية والسليمة للحياة، ومطالبها، ومشكلاتها، وعيش الحاضر والواقع بإيجابية، ومواجهة الإحباطات، والتغلب عليها.
 - تقدير الفرد للمسؤوليات الاجتماعية وتحملها: تحمل مسؤولية سلوكه الذاتي، والسيطرة على ظروف البيئة، والتوافق معها، وفهم الواقع ضمن شروطه، والاتصال المستمر به.
 - محافظة الفرد على الثبات: يمثله عدم التردد المتكرر، والثبات المناسب في الاتجاهات.
- لا يمثل الاتزان قانونا للوجود فقط، بل للسواء الإنساني كذلك، بوصفه اتزانا انفعاليا يحقق للفرد التوافق والسواء، بما يتضمنه من مرونة، واعتدال. الخطيب، الزبيدي (2001)

11/ العلاقة بين الاتزان الانفعالي والاستجابة الانفعالية:

حسب الخالدي (2009) فإن "عبد الغفار" في تفسيره لمفهوم الصحة النفسية، أشار بأن الجهاز النفسي يعمل لتحقيق الاتزان، أي تحقيق مستوى متدني من الاستثارة. واعتقد "فرويد" أن حالة الاستثارة، وعدم الاتزان، تحدث تضاييق الفرد، أما التحرر من التوتر، وتخفيض مستوى الاستثارة فهي حالة سارة.

فلا بد أن ينشط الفرد لإطفاء مصدر الاستثارة، لأنه كلما زادت استثارته، زادت معدلات عدم الاتزان، فيحس بالتوتر، والضيق، وبانخفاضها يشعر بالراحة، والاستقرار النفسي. وهذا يتعلق بنشاط الفرد كي يحقق أهدافه، وحاجاته، ويعيد اتزانه الانفعالي. يعني تحقيق مستوى صحة نفسية جيدة، فالاتزان غير ثابت مطلقاً، والنشاط يفسر الاتزان، أو عدمه.

تترجم استجابات الفرد حيال المواقف والأحداث انطلاقاً من حالة اتزانه الانفعالي، فتعبّر عن نضج الانفعالات، أي وجود تناسب بين درجة الانفعال، والمواقف المثيرة، سواء سارة أم لا. يستلزم الاتزان الانفعالي التحكم في مستوى الاستثارة الانفعالية، كما أن التحكم في هذا المستوى يعني الوصول إلى حالة النضج الانفعالي، والعكس من ذلك. فالشعور بالارتياح، وتحقيق الاستقرار النفسي مرهون بانخفاض درجات الاستثارة لدى الفرد، والسيطرة على حالة القلق، والتوتر المصاحبة لها.

12/ الاستجابة الانفعالية حسب "ألبرت أليس":

وضّح "ألليس **Ellis**" الأساس المعرفي لسلوك الفرد في معادلة بسيطة مفادها أن:

حادثة معينة ونرمز لها بـ: (أ) (وفاة قريب، فشل في امتحان...) أثارت استجابة انفعالية، نرسم لها بـ: (ت) (حزن، سرور...). فحدوث الحادثة (أ)، وبالرغم من أنه المثير للحالة الانفعالية (ت)، إلا أنه ليس السبب الرئيسي لهذه الاستجابة. لكون الاستجابة الانفعالية قد تختلف، نتيجة لطريقة الإدراك، والتفكير في هذه الحادثة، وأساليب الاعتقاد عنها. أي ما يمكن الترميز له بـ: (ب). إذن ليست (أ) الحادثة هي التي أحدثت (ت) الاستجابة الانفعالية، بل (ب) طريقة الإدراك، والتفكير في الحادثة. فهي تعتبر المسؤولة عن ظهور هذه الاستجابة.

لذا فالشعور بالاكتئاب، أو الحزن المرضي، إثر فشل شديد في تحقيق هدف معين، أو فقدان شخص عزيز (أ)، لم ينشأ إلا نتيجة لما نكونه من تصورات سوداء عن الخسارة (ب).

غير أنّ الاستجابات الانفعالية لا تكون مضطربة دائماً، فعند تخلص الفرد من الفشل، أو الخسارة، قد تكون هذه الاستجابة ايجابية، عند أخذ العبرة منهما، ويحاول طرح أشياء من شخصيته جلبتهما، ويتبنى خطة جديدة يحقق بها النجاح. وتسيطر الاستجابة الانفعالية الإيجابية، كإفعال الاكتئاب، بما سيقوله الفرد لنفسه، وبما فكر فيه، فقد يتبلور تفكيره إزاء الفشل بأنه "شيء سيء، حقيقة أن تكون الأشياء كما لا يرغب أن تكون، ولكن عليه المحاولة بكل قواه، أن يغير الأحداث المؤدية إليها، إذ تكون الأشياء في المستقبل مقبولة، ومحملة إلى حد ما".

فإذا تميزت طريقة التفكير بالعقلانية والمنطقية، كان السلوك جيداً، والافعال ايجابيا، ودافعا لنشاط بناء. وإذا كانت طريقة التفكير لا منطقية، فكل من السلوك والافعال سيضطربان كثيرا. لذا يميز المعالجون السلوكيون المعرفيون المعاصرون بين نوعين من المعتقدات:

1- إحداها منطقية، متعلقة، تصاحبها غالبا حالات وجدانية تناسب المواقف، وتنتهي بالفرد إلى النضج الانفعالي، والخبرة، والعمل البناء.

2- وأخرى لا منطقية، غير متعلقة، تصاحبها اضطرابات انفعالية مرضية (العصاب، والذهان). أما عن الوقت الذي تكون فيه الاعتقادات، وأساليب التفكير منطقية ومتعلقة، فهذا يتوقف على انسجامها مع الأهداف العامة للفرد، وقيمتها في الحياة، وتحقيق السعادة، والفاعلية، والاجتماعية، والإبداع، والإيجابية. وتعتبر لا منطقية، عندما لا تخدم توافق الفرد مع واقعه، وتحكم عليه بالسلبية، والهزيمة، والانسحاب. ومن ثمّ الشعور بالدونية، وعدم الفعالية. إبراهيم (1994)

إذن فإزاء كل افعال -إيجابي، أو سلبي- بناء معرفي، ومعتقدات سابقة لظهوره. وانسجامنا مع أهدافنا، ومعرفة قيمتها الأساسية في حياتنا تحقق لنا الاتزان، والتوافق مع واقعنا الذي نعيشه.

13/ ماهية الاستجابة الانفعالية:

يرى عدس وقطامي (2002) بأنّ "جيلفورد" افترض وجود عدد من المواقف التي تجلب لنا الانفعال، ووصفها ب:

أولاً: تتطور الانفعالات بقوة الدافعية: كلما زادت الدافعية قوة، ازدادت احتمالية كون الاستجابة انفعالية. وهنا يسيطر على الفرد الإحساس بالقوة، والتحكم في المواقف.

ثانيا: تتطور الانفعالات لما تتعرض الدوافع للإحباط: فالغضب استجابة انفعالية، تدفع لأداء أعمال غير عادية، فهي استثارة غير عادية، لكون العادية متعلمة، ولا يعترضها حاجز، وهي استجابة انفعالية بسيطة.

ثالثا: تتطور الانفعالات لما يتحقق الهدف، أو يفقد الأمل لتحقيقه: خبر صار كالنجاح في امتحان مصيري، أو خبر مؤلم ك وفاة عزيز.

إن فالاستجابة الانفعالية هي كل نشاط يثيره منبه.

أما طه (2002) فيرى أن الجهاز العصبي المركزي يشترك في الاستجابة الانفعالية. كما أن الاستجابة الجسمية الحقيقية خلال الانفعال تقابل التغيرات السائدة بين الأفراد. لكون معظم أنماط ردود الانفعال، متصلة بنظام الأوعية الدموية القلبية، ونظام المعدة، وتثير الجهاز العصبي السمبثاوي بشكل طارئ. وتوجد أنماط لها نفس التعبير خاصة بالعواطف. عموما هي خبرات توضح مشاعرنا بسرعة للآخرين، فهي لإرادية، وآلية.

تفاوت الاستجابات الانفعالية من حيث الشدة، ومن حيث نتيقتها المبهجة، أو المكدره، وما تتضمنه من ميل، أو نفور نحو بعض المنبهات.

كما تتطور الاستثارة الانفعالية الفطرية، وتتحول إلى استثارة مكتسبة، وللإشراف دور أساسي لتعلم هذه الاستجابات.

وطرح أبو سعد (2009) تساؤلات تشير للاستجابة الانفعالية وهي:

- ما هي الانفعالات التي تشعر بها الآن؟
- ما الذي يساعدك على أن تشعر بالسعادة؟
- ما الانفعالات التي تسبب لك مشكلة؟

انفعالاتنا تتحكم فيها دوافعنا، كما أن الإحباطات الموجهة لدوافعنا هته قد تدعمنا لتطورها، وأيضا تحقيقنا لأهدافنا، أو فقدان الأمل في تحقيقها يجعل انفعالاتنا تتطور. وما تم التوصل إليه هو أن غالبية أنماط ردودنا الانفعالية، لها صلة وثيقة بنظام عمل الأوعية الدموية القلبية والمعدة، وهي تثير الجهاز العصبي السمبثاوي. كما أن الإشراف يلعب دورا رئيسيا في تعلمنا للاستجابات الانفعالية.

14/ مصادر حدوث الاستجابة الانفعالية:

يعددها عدس وقطامي (2002) في:

- وجود موقف معين يفسره الفرد وفقا لخبرته الشخصية.
- الانفعالات خبرات تترجم مشاعرنا بسرعة إلى الآخرين. قدرة على حمايتنا من الأذى. وهي تختلف عن التفكير، والسيطرة العقلية، لأنها إرادية، وآلية. فعند إحساس الفرد بالخوف يستعد آليا إما للهرب، أو للدفاع عن ذاته، ويقرّر أن يبقى هادئا، ومنتزنا، عندما يجرجه شخص ما، لكن تورد خديه يبين الحالة النفسية السائدة.
- هذه الانفعالات على اختلافها أمور أساسية سريعة الحدوث.
- عندما يسمع الفرد صوتا غريبا ومفاجئا، قد يخاف، عندها يبدأ في التفكير بمنطقية فيما إذا كان هناك ما يخيف فعلا.
- وجدت الانفعالات منذ القدم عند الإنسان، وبعضها يميزه، ويميز الحيوان على حد سواء.

15/ أنواع وأبعاد الاستجابة الانفعالية:

15-1/ أنواعها: باعتبارها تمس الحياة الانفعالية لكل واحد منا، يمكن إيجاز أهمها في:

15-1-1/ الاستجابة الجسدية (سوماتية): إذا كان الفرد خائفا، يصبح مهيبا آليا للدفاع عن نفسه، أو للهرب. هي الاستجابة تتمثل في: المشي، الركض، الهرب.

15-1-2/ الاستجابة المعرفية: بها تتم المعرفة كالتفكير، والسمع، والتذكر. بعض المواقف تثير خوفا عاديا، ما قد يرفع فعالية الفرد، الذي قد يوقن أنه من الغباء الخوف من الأماكن المفتوحة، أو العالية بشكل مرضي، عندها تميل الاستثارة الانفعالية لإنقاص فاعلية الاستجابة.

15-1-3/ الاستجابة بالكف: توقّف النفس عن عاداتها المختلفة: كالتوقف عن السير، والأكل وعادات مذمومة (الاعتراف بالعيوب، وإخراجها إلى السطح). منصور، الشربيني (2001)

15-1-4/ الاستجابة الذاتية الحشوية: تتطور انفعالاتنا لما نواجه إحباطا يعوق دوافعنا، فتدفعنا للقيام بأعمال غير عادية، لكون هذه الاستثارة غير عادية مثل الحزن، الغضب...

15-1-5/ الاستجابة اللفظية: كالدرد على سؤال يوجه إليك. وتكون شديدة، ومبالغ فيها (غضب شديد، حب شديد، كراهية شديدة، غير واضحة). كما تتميز بالتنوع، والانتقال من انفعال

لآخر، من الانشراح إلى الانقباض، ومن البكاء إلى الضحك. الشمري (2013)

15-1-6/ الاستجابة الفسيولوجية: داخلية، ذاتية للموقف، تحدث تغيرات فسيولوجية، وعمليات ذهنية، كارتفاع ضغط الدم... الخ، فلو أخذنا الإجهاد كاستجابة فسيولوجية، نجد أن "سيلاي" عرفه بأنه: "استجابة فسيولوجية نتجت عن أحداث مزعجة". كما يعرفه "زومباردو" بأنه: "استجابة يقوم بها الكائن، لحادث يخل توازنه، ويرهقه، أو يتجاوز قدراته على التكيف".

أما عند "برودسكي" فهو تقييم للأحداث على أنها مهددة، ويشمل أيضا الاستجابة التي تلي هذا التهديد نفسية كانت أم جسدية. (بن زروال، 2004، ص. 459)

15-2/ أبعادها: تتضمن أبعاد الاستجابة الانفعالية عناصر هامة جدا تتمثل في:

15-2-1/ الإثارة: تدفعنا انفعالاتنا للعمل، لأنها بمثابة إشارة إلى أن شيئا مهما سيحدث. فالحيوان الخائف، المهتاج، عندما يرى عدوا يتجه نحوه، يكون مستعدا للاستجابة والدفاع عن نفسه. لذا فاحتمالات استمرار حياته تزداد. والانفعالات باختلافها، وتضادها مثل: الغضب، والفرح، تزود السلوك بالقوة وتحرك نظام الطوارئ في الجسم.

15-2-2/ التنظيم: تنظم انفعالاتنا خبراتنا، فحالاتنا الانفعالية تحدد إدراكنا لذاتنا، وللغير. فمثلا لو كان مدرسك غضبان، فمن المناسب أن تطلب منه السماح لك بتأخير موعد تسليمك لواجبك المدرسي. وقد يكون غضبه نتيجة خلاف عائلي في يوم مضى أو...

15-2-3/ توجيه السلوك والمحافظة عليه: الحيوان الهائج قد يهاجم، والإنسان الخائف قد يهرب في الحال، في حين يميل المبتهج للعمل، والنشاط. إذن للانفعالات أدوار تكيفية، وهي موجهة للسلوك.

15-2-4/ التواصل: طورت أغلب الحيوانات لنفسها أنظمة إرشادات فعالة، ومحدودة، تساعد في التعبير عن مشاعرها، فنوعية روائعها، وتعبيراتها الوجهية، دلائل على سلوكياتها المحتملة تجاه حيوانات أو مخلوقات أخرى. عدس، قطامي (2002)

16/ مستويات الاستجابة الانفعالية وحالاتها:

16-1/ مستويات الاستجابة الانفعالية: يشير "كريستيان أ. د" إلى أن الفرد ضحية الإجهاد مثلا، يستجيب بثلاث مستويات متزامنة، ومتشابكة فقد تكون:

16-1-1 / استجابة نشطة "Active Reaction": يظهر الفرد سلوكيات تجنبية، بتغيير عمله، تجنب الصراع، المناقشة، أو المسؤولية. وقد يهرب أيضا، فيغير مكان سكنه، كما قد يرد بالعدوانية فتكثر الخلافات العائلية، والصراعات المهنية.

16-1-2 / استجابة سلبية "passive Reaction": بعجز الفرد عن الاستجابة النشطة يستجيب سلبا، فيعاني من التعب، نقص الحيوية، الانطواء، صعوبة اتخاذ القرارات، اضطرابات التغذية، والنوم، الاضطرابات الجنسية، الاكتئاب، القلق في مواجهة مشكلات بسيطة، فقدان السيطرة على انفعالاته، اضطراب حياته العاطفية، وعلاقاته، ويكون الفرد قد صار محصور. وأحيانا تجتمع الأعراض معا، فيكون في ذات الوقت مكتئبا ومحسورا.

16-1-3 / استجابة سوماتية "Somatic Reaction": لما يتعب الجسد، ويحدث استنفار مفرط للجهاز الدفاعي، يصل لحدود قدراته، تظهر أعراض جسدية مرضية كالسرطان، فهو السبب الأول للوفيات الحادثة في أشهر السنة الأولى الموائية للحداد، أو أمراض الأوعية، والقلب، أو القرحة، أو ارتفاع ضغط الدم، أو أمراض جلدية، أو الربو، أو الحساسية.

وأشار كل من "ياتس Yates، وليفي Levi، وداي Dy" إلى تأثيرات الإجهاد على

الفرد. فهي سيكوسوماتية، وأخرى نفسية، وسلوكية، ومعرفية. بن زروال (2004)

هناك عدة مستويات للاستجابة الانفعالية، والتي من الممكن أن يستجيب بها الفرد خلال حالات الانفعال، سواء المبهج أو المحزن. غير أنه قد يستجيب بواحد من هته المستويات في حالة الإجهاد، فقد يصبح نشطا، أو سلبيا، أو عند إنهاك الجسم، يبدي الفرد استجابة سيكوسوماتية وهكذا، وهذا حتى يضمن لذاته التوافق معها، ومع المحيط الذي يشغل حيزا منه.

16-2 / حالات الاستجابة الانفعالية: قدم "سيلاي" نموذجا موضحا الاستجابة العضوية للإجهاد، يدعى متلازمة التكيف العام، يشمل ثلاث مراحل،:

16-2-1 / المرحلة الأولى: الإنذار، أو التحذير. تحفز فيها العضوية لتواجه الخطر، فتفرز الهرمونات، ويتسارع النبض، والتنفس، ويستعد الفرد للقتال، أو الهرب.

16-2-2 / المرحلة الثانية: تكون في حالة استمرار تعرض العضوية لعوامل الخطر، إذ تدخل في محاولة المقاومة.

16-2-3/ المرحلة الثالثة: فشل التغلب على التهديد، واستمراره. هنا العضوية تبدأ مرحلة استنفاد، واستهلاك لطاقتها، ومصادرها الفسيولوجية، وباستمرارها تصل للانهايار الجسمي، أو الانفعالي. بن زروال (2004)

إذن تتضمن حالات الاستجابة الانفعالية ثلاث مراحل رئيسية، متعلقة بحالة الإجهاد، إلا أنها تعتبر عامة، وتميز غالبية الانفعالات التي يظهرها الفرد في المواقف المختلفة.

17/ عناصر الحالة الانفعالية ومظاهرها:

17-1/ عناصر الحالة الانفعالية: يمكن تحديد ثلاث عناصر وهي:

- وجود موقف معين، يفسره الفرد تبعاً لخبراته الذاتية.
 - استجابة ذاتية للموقف، وظهور تغيرات فسيولوجية، وعمليات عقلية.
 - تغيرات جسمية تقبلها ثقافة الفرد، سواء لغوية، أو حركية. عدس، قطامي (2002)
- توقيت الاستجابة: يرى طه (2002) أنه يمكن تحديد توقيتها، بالحكم على مدى سرعة، أو بطء الاستجابات المختلفة: الحركية، العقلية، الانفعالية كسرعة (الحركة، الحديث، البديهة، والتذكر، الانفعال... الخ).

17-2/ المظاهر الانفعالية: حسب سليم (2002) فقد أثبتت الاختبارات الإحصائية النفسية، أن الاتزان الوجداني -انخفاض عتبة الانفعال، وضعف الردود الانفعالية- يتحسن حتى سن الخمسين، فالخبرات تؤكد أن انفعالنا يزيد في الخامسة والعشرين أكثر من الثلاثين، أو الخمسين، وهذا يطابق الملاحظات العامة.

واستنتج "أندرسون Anderson" أن استجابات الراشدين تكون بشكل انفعالي أقل بتقدم السن. هذا لا يعني قصور الناحية الانفعالية، بل يعني حدوث تغيرات من الناحية النوعية... غير أن الانفعالات الشديدة تقل. كما وجد "كاتل Cattell" أنه يمكن قبول وجود علاقة بين انخفاض حدة الانفعالات، والانطواء.

18/ الاستجابة والاستثارة:

فضل "كريمير Kremer، ووجود Gould، وكران Krane" عام (1992) تعريف الاستثارة بأنها: "التنشيط الفسيولوجي، والنفسي العام" فمفهوم الاستثارة يشمل التنشيط العقلي،

والتنشيط الفسيولوجي. وبذلك يمكن تعريفها بأنها: "التنشيط الفسيولوجي، والمعرفي، يمكن الاستدلال على مستواها، من خلال بعض الدلائل أو القياسات الفسيولوجية، وكذا التفسير المعرفي لشدة الاستجابة (باستخدام الاستجابات، والقوائم). والقياسات الفسيولوجية الشائعة لقياس الاستثارة هي: مقاييس ضغط الدم، والنشاط الكهربائي، باستخدام راسم المخ الكهربائي (E.E.G). والتوتر العضلي، باستخدام جهاز (E.M.G). وإفرازات الهرمونات (كالأدرينالين). والاستجابة الجلفانومترية للجلد."

كما أشار "كريمير Kremer" وآخرون عام (1994)، إلى استخدام بعض الباحثين لمفهوم الاستثارة على أنها: "الحالة الفسيولوجية التي تمثل درجة التنشيط لأعضاء الجسم، التي يسيطر عليها الجهاز العصبي الأوتونومي "الجهاز العصبي اللاإرادي". أو من حيث أنها "التنشيط الفسيولوجي" المثير للسلوك. أو من حيث أنها الشدة التي تطلق بها الطاقة الكامنة، المخزونة في أنسجة الكائن، وتظهر في النشاط، والاستجابة. وأبسط طريقة لفهم الاستثارة، هي تصورُها على خط متصل، يتراوح ما بين أقصى درجة للاسترخاء، إلى أقصى درجة للتهييج." (علاوي، 1997، ص. ص. 410-411)

إن التشابه الكبير بين مصطلحي الاستثارة والتنشيط، جعل بعض الباحثين يستخدمونها بشكل مترادف، لكن "ساندرز Sanders" عام (1983)، و"جونز Jones" عام (1990)، أوضحوا ضرورة التمييز بينهما، على اعتبار الاستثارة: استجابة لمثير ينشط العمليات الإدراكية: كإدراك المعنى الكلي، أو الدلالي، أو الاستيعاب. أما نظام التنشيط فيسيطر على استعداد الفرد للفعل، أي للاستجابة الحركية. وأشارا إلى ضرورة التوافق والتأزر بينهما لإنتاج أفضل أداء. علاوي (1997)

18-1/ دوافع الاستثارة الحسية: يحتاج الفرد للاستثارة، ويزود نفسه بها غالبا بأحلام اليقظة، الدندنة... ويشير "تشيكرز" أنه عندما يوقف الفرد أنشطة الاستثارة الذاتية، تصير الأنشطة اليومية مضجرة، مجهددة، يزداد التوتر، والاكتئاب، ويصير كآلة، في المقابل تنقص أعماله التلقائية الابتكارية. ولما يمتلك الفرد المعلومات بمعدل معين، يعمل بفاعلية، ويختل أدائه لما يتم الإفراط، أو التفريط في التوتر، والإجهاد، وبحرمانه من خبراته الحسية لفترة طويلة، أو بتعرضه لبيئة ثابتة باستمرار، كممارسة أنشطة مثل: قيادة سيارات النقل لمسافات طويلة، في الغالب

يعانون من الهلوسة، والتي تحدث الاستثارة اللازمة، ورغم و أن كل فرد يحتاج إلى شيء من الاستثارة، إلا أن هناك فروق ثابتة بين الأفراد في كمية النشاط المفضل. دافيدوف (2000) أما دراسات "تيلر" فأشارت لكون ذوي الاستثارة العالية، تميزهم قوة الدافعية، عكس من يتميز بالاستثارة المنخفضة. كما يرتفع أداء الفرد بصورة خطية، بازدياد درجة الاستثارة لديه، خاصة الأعمال التي يتقنها، والعكس، فإن شدة الاستثارة تخفض مستوى الأداء في بداية عملية التعليم، أو فيما يخص المهارات الغير متقنة بعد. ويمكن قياس مستوى الاستثارة، باستخدام مقياسها، المسمى "مقياس القلق الظاهر"، لتضمنه عبارات تشير إلى مستوى التنشيط الفسيولوجي، والمعرفي الذي يمكن أن يترجم على الفرد في مواقف عديد. علاوي (1997) من خلال كل ذلك يمكن استخلاص أن الاستثارة الانفعالية، حالة فسيولوجية تمثل درجة التنشيط لأعضاء العضوية، هذا التنشيط مثير لسلوك ما. أو هي الشدة التي تطلق بها الطاقة الكامنة، التي يحتفظ بها الفرد في أنسجته، ويسيطر عليها الجهاز العصبي اللإرادي. وتجسد في النشاط، والاستجابة، التي يتم الاستدلال عليها بالقياسات الفسيولوجية، أو التفسير المعرفي لشدها بالاستعانة ب: الاستخبارات، والقوائم. ومن دوافع الاستثارة الحسية عدم كفاية الفرد عن أنشطة الاستثارة الذاتية، وحصوله على المعلومات بمعدل معين. كما أثبت أن الأفراد ذوي الاستثارة العالية، يتصفون بدافعية قوية، وكلما انخفضت الاستثارة انخفضت الدافعية بالمقابل.

19/ متغيرات الاستثارة الانفعالية:

الاستجابة الانفعالية المزعجة كالأحباط، تعتبر وصف مزعج للفرد، وهذه الاستثارة قد تدفعه لاستجابات عديدة منها العدوان. وبالاعتماد على نوع الاستجابات المتعلمة، يستعملها الفرد خلال المواقف الضاغطة. من هذه الاستجابات المحتمل ظهورها، طلب المساعدة من الغير، أو الانسحاب، محاولة حل المشكلة، اللجوء إلى الإدمان، العدوان، استخدام ميكانيزمات دفاع أساسية. فإن مكن العدوان الفرد في الماضي من التخلص من الإحباط، فقد يزداد احتمال لجوئه إليه مستقبلاً. وهذا متوقع مع أي استجابة. والمعالجون النفسانيون يرون أن معلومات الاستثارة ترتبط بمتغيرات منها:

19-1/ مستوى الاستثارة: عادة ما نعرف حالاتنا الانفعالية، وتزداد الاستثارة الانفعالية في بعض المواقف بتزايد الأداء.

19-2/ الدافعية المدركة للاستثارة: لو أيقن الفرد أن خوفه شيء واقعي، ومن الطبيعي أن يخاف خوفا عاديا. كهذا الخوف قد يرفع فعاليته، لكنه حين يعرف أن من الغباء أن يخاف بشكل مرضي من الأماكن المفتوحة، أو العالية فإن استثارته الانفعالية تميل لإنقاص فعاليته.

19-3/ طبيعة العمل: قد تيسر الاستثارة الانفعالية الإتمام الناجح لأعمال بسيطة، وتعطل الأنشطة المعقدة. عدس، قطامي (2002)

ضم هذا الجزء من هذا الفصل جانبا نظريا، متعلقا بالمتغيرات الأساسية موضوع الدراسة، والمتمثلة في ثلاث سمات معينة وهي: سمة التوافق، الاتزان النفسي، والتفاوض. والتي سيتم قياس درجاتها خلال إجراء محتوى البرنامج المقترح، مع فئة المتعاشين مع فيروس نقص المناعة المكتسبة، أثناء الجلسات المبرمجة. وسنحاول البحث عن كيفية تعزيزها عن طريق عملية التكفل، والعلاج النفسي، بتبني جملة من الأساليب، والعلاجات النفسية، تم التطرق إليها في الجزء الخاص بالأسس النظرية للبرنامج. إذ نرى بأن مساعدة الفرد على التمتع بهته السمات بدرجة مناسبة، واجتماعها مع بعضها في شخصيته، حتى في وجود مرض مزمن، أو مرض خطير كمرض السيدا، من الممكن أن تعمل معا على دعم الجانب النفسي لدى المصاب، وتجعله قادرا على مواجهة الوضع الذي آل إليه نفسيا، وجسديا، والأزمات التي تعرض إليها، أو التي سيقف في وجهها لاحقا، والتي قد يجلبها المرض، فتحليه بسمات إيجابية كهته السمات، قد يجعله يتعاش مع الفيروس، وبالتالي يسمح له بتقبل الواقع، وعيشه بمشكلاته المختلفة، كما أن عملية دعم الجانب النفسي، وبنائه قد تساعد على تقبل المريض للعلاج، وتنشيط نشاط الفيروس، ومن ذلك التفاوض بسرعة حدوث الشفاء. ولأهمية هذه السمات مع هذه الفئة من المرضى، تم شرح خصائص المرض، وبعض الجوانب الهامة المتعلقة به في جزء سابق من نفس الفصل.

خلاصة الفصل:

تناولنا في هذا الفصل، شرحا لبعض العناصر المتعلقة بالمتغيرات الرئيسية موضوع الدراسة، من مفهوم التوافق، وما يحمله من جوانب هامة، لا بد من التعرف عليها، باعتباره السمة الفاعلة، والمحددة للصحة النفسية، التي يجب أن يتمتع بها أي فرد. كما كان إلزاما تسليط الضوء على المتغيرين الآخرين وهما: التفاوض، والاتزان الانفعالي، أو الاستقرار النفسي،

لكونهما سمتين هامتين أيضا، ومرتبطتان بالسمة الأولى-التوافق-. ولاعتمادنا على هته السمات الثلاث، في بناء برنامج الدراسة، حاولنا إحاطتهم بالشرح. وبما أن البرنامج التكفلي العلاجي المقترح هنا، والمعتمد على أساليب، وعلاجات، ونظريات، مرتبطة بهذه السمات دون غيرها، مصمم وموجه بشكل خاص، إلى فئة معينة من المجتمع، والمتمثلة في فئة الأشخاص المتعاشرين مع فيروس نقص المناعة المكتسبة، فقد استهل الفصل بالتعريخ على هذا الداء، بذكر بعض الأمور، التي يجب معرفتها، لفهم طبيعة الفيروس المسبب له، والذي سنتعامل معه وفق محتوى هذا البرنامج.





تمهيد.

أولاً: الإجراءات المنهجية للدراسة

Methodological Procedures Of The Study

1/ المنهج المعتمد في الدراسة.

2/ التصميم التجريبي المعتمد في الدراسة.

3/ مجتمع الدراسة.

4/ عينة الدراسة وكيفية اختيارها.

5/ الدراسة الاستطلاعية.

6/ أدوات الدراسة.

7/ الدراسة الأساسية.

8/ الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

ثانياً: عرض، ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة.

The Presentation, Discussion And Interpretation Of The Study

Results:

1/ عرض النتائج.

2/ مناقشة وتفسير النتائج.

3/ استنتاج عام.

خلاصة الفصل

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل عرضاً مفصلاً، لمجتمع الدراسة، والعينة المأخوذة منه، وأدوات الدراسة، وكذا طرق التحقق من صدق هذه الأدوات، وثباتها، إضافة إلى إجراءات الدراسة، ومتغيراتها المنوطة بالبحث، والمعالجة الإحصائية التي اتبعتها الباحثة، للتأكد من فرضيات الدراسة. جنباً إلى جنب سيتم في هذا الفصل، عرض أهم النتائج المتحصل عليها، مع القيام بمناقشتها، وتفسيرها في ضوء ما وظفته الباحثة من دراسات سابقة، ومشابهة، وكذا التراث النظري. وسيتم عرض ذلك كما يلي:

أولاً: الإجراءات المنهجية للدراسة **Methodological Procedures Of The Study**:

1/ المنهج المعتمد في الدراسة:

المنهج التجريبي أكثر المناهج العلمية، التي تتمثل فيها معالم الطريقة العلمية بوضوح، يبدأ بملاحظة الوقائع، وفرض الفروض، وإجراء التجارب للتحقق من صحتها، ثم يصل إلى القوانين الكاشفة عن العلاقات القائمة بين الظواهر. ويعتبر الطريقة الوحيدة التي يتمكن بواسطتها الباحث من اختبار الفروض المتعلقة بعلاقة السبب بالنتيجة.

ويعد أفضل مناهج البحث العلمي، لاعتماده على التجربة العلمية بالأساس، ويعطي فرصة لمعرفة الحقائق، وسن القوانين، عن طريق هذه التجارب، وإجرائها عملياً. ويطلق اسم التجربة العلمية، على كل تدخل يلجأ إليه الباحث، في المرحلة الأخيرة من المنهج الاستقرائي، أي لما يرغب في التحقق من صدق الفروض، بناء على ما تشير إليه الملاحظة، أو التجربة.

ويشير **عبد الحفيظ وباهي (2002)** إلى:

1-1/ طبيعة البحث التجريبي: فالباحث في الدراسة التجريبية يضع فرضاً واحداً، أو العديد من الفروض، تشرح العلاقة السببية المتوقعة بين متغيرات الدراسة، وتجرى التجربة عملياً لتؤكد، أو تنفي الفرض التجريبي. وهو يشكل، ويختار مجموعات البحث، ويحدد المتغير المستقل، ويحاول ضبط العوامل التي قد تؤثر في نتائج التجربة، ويتتبع تأثير المتغير المستقل على أفراد مجموعة التجريب في النهاية.

1-2/ ضبط العوامل المؤثرة في التجربة: توجد عوامل كثيرة، تؤثر في المتغيرات التابعة في التجربة، والتي يجب ضبطها من قبل الباحث، وهي:

1- متغيرات ترتبط بمجتمع البحث: يحدّد الباحث خصائص المفحوصين بدقة: كالذكاء، السن، الحالة الجسميّة، أو الانفعالية... والتي يحتمل تأثيرها في المتغير التابع، فهو لن يستطيع التقدير بدقة، لكافة أثر المتغير المستقل، على التابع، إلا إذا توفرت بعض الوسائل تضبط المتغيرات المرتبطة بالمجتمع.

2- متغيرات ترتبط بالإجراءات التجريبية: ينبغي الاهتمام بضبط هذه الإجراءات، للتوصل إلى نتائج صادقة. ولما لهذا الضبط من أهمية كبيرة في البحوث التجريبية، ليرجع الاختلافات بين المجموعات التجريبية، والضابطة إلى تأثير المتغير التجريبي وحده.

3- متغيرات خارجية: عديدة، قد تؤثر على المتغير التابع في التجربة، لذا على الباحث ضبط مثل هذه المتغيرات، ليصل إلى نتائج أكثر دقة، تؤكد تأثير المتغير التجريبي.

1-3/ مميزات المنهج التجريبي:

وهي حسب بوحوش والذنيبات (1995):

- يعتبر أكثر المناهج صلابة، وصرامة.
- قدرته على دعم العلاقات السببية.
- التحكم في التأثيرات المتبادلة على المتغير التابع.

ولقد تمّ الاعتماد على المنهج التجريبي، كونه المنهج الملائم لطبيعة الموضوع المراد دراسته، والتحقّق من فرضياته، هذا أيضا سعيا منا لتحقيق أهداف الدراسة، والتي تمّ تسطيرها منذ البداية. حيث يمثل البرنامج المقترح هنا، مع فئة المتعاشين مع فيروس السيدا المتغير التجريبي، الذي نسعى إلى التأكّد من تأثيره على المتغيرات المطلوب دراستها، وهي سمات: التوافق، التفاؤل، الاتزان الانفعالي.

1-4/ تقويم المنهج التجريبي: يعتبر بوحوش والذنيبات (1995) التجريب أكثر الأساليب

كفاءة في الوصول إلى معرفة موثوقة، إذا استخدم في حل المشكلات، للأسباب التالية:

- إمكانية تكرار التجربة تحت نفس الشروط العلمية، يسمح بجمع الملاحظات، والبيانات من قبل أكثر من باحث مما يساعد في التأكّد من ثبات، وصدق النتائج.

- يستخدم الباحث متغير مستقل عمداً، ليرى تأثيره على المتغير التابع، مع ضبط كل المتغيرات الأخرى، مما يسهل تقديم الأثر النسبي للمتغيرات.
- أما بالنسبة لمشكلات الأسلوب التجريبي:
- ارتكاب أخطاء عند الضبط، واختيار العينات.
- هناك متغيرات غير قابلة للمعالجة، كحقائق المفحوصين الذاتية: المكانة الاجتماعية، الدين، والمعتقدات الأيديولوجية...
- مشكلة ضبط كل العوامل الأخرى. لأنه يفترض على الباحث تثبيت سائر العوامل المشاركة في الموقف التجريبي، والمحيط به، ليحصل على نتائج تأثير المتغير المستقل، في المتغير التابع فقط، دون تدخل أي من العوامل الأخرى.
- غير أنه يصعب ضبط كل العوامل في التجريب، خصوصاً إذا كانت التجارب في الميدان: النفسي، التربوي، الاجتماعي، لتعقيد الظواهر المدروسة.
- صعوبة إيجاد مجموعات متكافئة.
- صعوبة استخدام التجريب في دراسة الظواهر الإنسانية، أين يكون للتجريب أخطاره.

2/ التصميم التجريبي المعتمد في الدراسة:

تعتمد الدراسة الحالية، على التصميم التجريبي ذي المجموعة الواحدة، وهو الذي يبحث في العلاقات السببية بين المتغيرات، لأنه يهتم بالأساس بتطبيق محتوى البرنامج التكفلي العلاجي، ويبحث عن مدى فعاليته، حيث أنه يتطلب قياس المتغيرات التابعة، بصورة متكررة، قبل إجراء البرنامج (إدخال المتغير التجريبي)، وبعده. ومثل هذا يوضح بصورة مناسبة، مسار التغير الحاصل على المتغيرات المدروسة، ومن الممكن أن يكون هذا التغير ناتج عن التدخلات التكفلية العلاجية. أي أنه يمكن أن ننسب التغيرات الملحوظة في القياس، إلى تأثير البرنامج الموضوع للدراسة، والكشف عن مدى فعاليته.

ونظراً لتماشي هذا التصميم مع أهداف الدراسة الحالية، وكذا إجراءاتها، فإنها تقوم أساساً على التقديرات المتكررة، للمتغيرات قيد الدراسة، قبل تطبيق البرنامج، وبعده، إذ أن التعرف

على فعالية هذا الأخير، يقتضي القيام بسلسلة من القياسات المتكررة، انطلاقاً من التقدير الأول، ثم تطبق محتويات البرنامج، ثم إعادة التقدير من جديد بعد التطبيق.

لذا فهو يعتبر أصلح التصميمات، لاختبار فرضية الدراسة المرتبطة بالتعرف على فعالية

البرنامج التكفلي العلاجي، المصمم من أجل فئة المتعاشين مع فيروس السيدا.

2-1/ طريقة المجموعة الواحدة: يعتبرها عبد الحفيظ وباهي (2002) أبسط التصميمات

التجريبية، تستخدم فيها مجموعة واحدة من الأفراد. ويلاحظ الباحث أداء أفراد البحث، قبل، وبعد

إدخال المتغير التجريبي، ويقاس مقدار التغير الحاصل في المتغير التابع، الذي يفترض تأثيره

نتيجة إدخال المتغير التجريبي. ويلخص هذا التصميم، في الخطوات التالية:

1- يجرى قياس قبلي على المجموعة، قبل إدخال المتغير التجريبي (المستقل).

2- يتم إدخال المتغير التجريبي على المجموعة، وفقاً للشروط التي يضعها الباحث.

3- يجرى قياس بعدي على المجموعة، بعد انتهاء التجربة، لقياس تأثير المتغير التجريبي

(المستقل)، على المتغير التابع.

4- يحسب الفرق بين القياسين (القبلي، والبعدي)، ويتم اختبار دلالاته إحصائياً.

إن في هذه التجربة الخاصة بالجماعة الواحدة، يضيف الباحث عاملاً واحداً معروفاً من

الجماعة، ثم يقاس التغير الحاصل إذا حدث تغير. بوحوش، الذنبيات (1995)

- مزاياها:

• توفر على الباحث اختيار مجموعات متكافئة.

• التكافؤ هنا، يكون كاملاً، لأن كل فرد يمثل نفسه قبل التجربة، وبعدها.

- عيوبها:

• فشلها في ضبط العديد من المتغيرات غير التجريبية، والتي قد تؤثر في المتغير التابع.

• القيام بالقياس على أفراد المجموعة الواحدة، مرتين متتاليتين، قد يزيد من حساسيتهم نحو

موضوع البحث، فيشعرون بالملل بسبب تكرار القياس. عبد الحفيظ، باهي (2002)

غير أنه يمكن تفادي هذه العيوب في الدراسة الحالية، على النحو التالي:

• المحاولة قدر المستطاع، التحكم في المتغيرات غير التجريبية (الدخيلة)، خلال تطبيق

البرنامج، وإجراء القياس بتحضير جو ملائم للعمل.

- خلال تطبيق محتوى البرنامج، تكون الفترة الفاصلة بين التطبيقين (القبلي، والبعدي)، للمقاييس المتعلقة بمتغيرات الدراسة، متباعدة نوعاً ما، لذا فإنَّ هته الفترة كفيلة بأن لا يشعر أعضاء المجموعة بالملل.

3/ مجتمع الدراسة:

تكوّن مجتمع الدراسة من أشخاص يعانون من مرض السيدا، أو ممن يطلق عليهم المتعايشون مع فيروس (VIH). والبالغ عددهم (44) شخصاً، يتابعون العلاج داخل مستشفى "الدكتور ضريان" بولاية عنابة. تتراوح أعمارهم ما بين (30 إلى 55) سنة، أي بمتوسط عمري بلغ (42.5) سنة. إذ تمّ تقسيم هذا المجتمع بأفراده إلى ثلاث مجموعات. غير أنه تمّ استثناء البعض منهم، بعد تصريحهم بعدم رغبتهم في المشاركة في هته الدراسة. واحترمت هته الرغبة.

4/ عينة الدراسة وكيفية اختيارها:

قامت الباحثة بأخذ عينة الدراسة الأساسية، من مجتمع مرضى السيدا المتواجدين بالمستشفى، حيث تمّ اختيارها بطريقة عمدية*. وعلى اعتبار أنّ حجم مجتمع الدراسة ضعيف، تمّ الاعتماد عليه ككل بتقسيمه إلى (03) مجموعات، وذلك بعد استثناء عدد معين من أفراد المجتمع، بعد رفضهم المشاركة في إثراء هته الدراسة، والبحث العلمي. وكان العدد ممثل بـ (30) شخصاً متعايشاً مع الفيروس. أما عن المجموعات الثلاثة، فالجدول التالي يوضح توزيع أفرادها كما يلي:

*"العينة العمدية: عينة يقرّر الباحث مقدماً مفرداتها، فقد تتوفر لديه معلومات، حول مجتمع ما، تتضمن ما يفيد بأن وحدات معينة من المجتمع تمثله، في صفة معينة، تمثيلاً جيداً. وقد يقوم الباحث بالاختيار." (مصباح، 2008، ص. 221)

جدول رقم (01): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة.

عينة الدراسة	حجم العينة (ن)	النسبة (%)	الجنس
المجموعة (01)	10	35.71%	ذكور
المجموعة (02)	10	35.71%	إناث
المجموعة (03)	10	35.71%	ذكور
المجموع	30 من مجموع (44) باستثناء 14 شخصا		

5/ الدراسة الاستطلاعية:

إن الدراسة الاستطلاعية شيء ضروري، ومرحلة مهمة من مراحل الدراسة الأساسية. فمن خلالها يتم حصد الصعوبات، التي من الممكن أن تصادف الباحث، أثناء دراسته الرئيسية، وبالتالي تفاديها، أو تذليلها، بحيث تظهر الدراسة الاستطلاعية النواحي التي تستوجب التغيير. لذا يتسنى للباحث القيام بالواجهة النهائية لخطوات الدراسة، حتى يطمئن لتنفيذ إجراءات الدراسة الأساسية، إذ يعد الاستطلاع، فرصة للكشف عن عوامل مساعدة للتعديل، لأن ذلك لن يتسنى للباحث بعد إجراءات التطبيق.

وقد قامت الباحثة بالدراسة الاستطلاعية، في جامعة محمد خيضر - بسكرة، بقسم العلوم الاجتماعية، حيث تم اختيار العينة الاستطلاعية، والتي قدر حجمها بـ (67) طالبا جامعا، من السنة الثانية جذع مشترك تكوين توجيهي LMD شعبة علم النفس، واستعنا بهته العينة - والممثلة بحجمها للمجتمع الأصلي - لحساب الخصائص السيكومترية، للأدوات المعتمدة في الدراسة، أي معرفة مدى صدقها، وثباتها. وتتمثل هذه الأدوات في:

- مقياس التوافق لـ "زينب شقير".
 - مقياس التفاؤل لـ "شاير وكارفر Scheier and Carver".
 - مقياس الاتزان الانفعالي لـ: "عادل محمد محمود العدل".
- غير أننا سنتطرق لنتائج هذه الدراسة الاستطلاعية، أثناء استعراض نتائج التأكد من ثبات، وصدق هذه الأدوات في الدراسة الحالية.

6/ أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة، قامت الباحثة بتصميم برنامج تكفلي علاجي، والاعتماد على محتواه، وأساليبه العلاجية، والتقنيات التي تقوم عليها بعض العلاجات النفسية، كالعلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الجماعي، والاسترخاء، المساعدة في بناء هذا البرنامج، في تحسين مستوى بعض السمات، لدى الفرد المتعايش مع السيدا، والمتمثلة في التوافق النفسي، والتفائل، والالتزان الانفعالي. إذ تمّ بناء هذا البرنامج، وتطويره، بالاعتماد على الأدب النظري، والدراسات المشابهة، ذات العلاقة بمتغيرات موضوع الدراسة.

كما اعتمدت الباحثة على مقاييس معينة، في قياس هذه السمات، ومن أجل تقييم مدى فعالية البرنامج المصمم، إذ أنه سيتم تطبيق هذه المقاييس قبل، وبعد إدخال عنصر التجريب، المتمثل في البرنامج المقترح.

عملت الباحثة على التحقق من الخصائص السيكومترية للمقاييس، بالرجوع إلى برنامج (SPSS.17)، أو الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية. وتمّ ذلك بعد التعرف على وصف هذه المقاييس، بعد وضعها من قبل مصمميها، على النحو التالي:

1-6/ وصف مقاييس الدراسة:

1-1-6/ وصف مقياس التوافق النفسي لـ "زينب شقير": قامت بإعداده "زينب شقير"، بعد إطلاعها على المفاهيم النظرية للتوافق النفسي، وأبعاده، وبعض مقاييس التوافق النفسي مثل: مقياس كاليفورنيا للشخصية، ومقياس من إعداد "وليد القفاص" وغيرها، وتوصلت شقير إلى صياغة أبعاد أساسية للتوافق النفسي في محاور: التوافق الشخصي، والانفعالي، حيث أدمجتهما معاً، لارتباطهما، والتوافق الشخصي، والأسري، والاجتماعي، ثم صاغت فقرات، تتضمن المحاور كالتالي:

وضعت (20) فقرة، لكل بعد من أبعاد المقياس، بعد الانتهاء من تقنين المقياس. فأصبح عدد فقرات المقياس الكلية (80) فقرة، مقسمة (20) فقرة لكل بعد على حدة. أ/ تقديم المقياس: يطلب من المفحوص الإجابة، على عبارات المقياس، بإعطاء تقدير صريح، ودقيق، وبلا مجاملة، على مقياس يندرج من (تنطبق، موافق، نعم)، و(محايد، متردد، أحياناً)، و(معارض، لا تنطبق، لا). وتمّ إعطاء التقديرات الثلاثة السابقة درجات، كانت كما يلي:

موافق = 02 محايد = 01 معارض = 0

لما يكون اتجاه التوافق ايجابيا، ارتفاع درجة التوافق، في حين تكون التقديرات الثلاثة في اتجاه معاكس، إذا انخفض التقدير للتوافق.

ب/ **تصحيح المقياس:** تمثل المقياس (80) فقرة، موزعة على أربعة محاور، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية له ما بين (0-160) درجة. الدرجة المرتفعة تشير لارتفاع درجة التوافق النفسي. الاختبار وضع لجميع الأعمار ابتداء من نهاية الطفولة المتأخرة، وللجنسين.

ج/ **تقنين المقياس:** بعد تحديد الأبعاد الثلاثة للمقياس، صاغت "شقيير" عباراته، بما يتلاءم والمفهوم الإجرائي لكل بعد، ثم عرض المقياس على ثمانية محكمين من أساتذة علم النفس، والصحة النفسية، لتأكيد مدى ملائمة عباراته لقياس التوافق النفسي، وللمفهوم الإجرائي لكل بعد. ووافق المحكمون على المحاور، فحذفوا فقرات، وعدلوا أخرى، وأصبح المقياس بشكله الحالي. ثم طبق على عينة مختارة، حجمها (400) طالبا، من الجنسين، على النحو التالي:

(50) طالبا، وطالبة من كلية التربية بطنطا. (50) طالبة بمدرسة طنطا الثانوية بنات.

(50) معلما، و(50) معلمة من ثماني مدارس، بالمرحلتين الابتدائية، والإعدادية.

(50) معلما، و(50) معلمة، بقطاعات مختلفة مركز إعلام طنطا، إذاعة وتلفزيون.

(50) إداريا، و(50) إدارية، بكليتي التربية والآداب، والتجارة بجامعة طنطا. وبلغ الحجم الكلي

لعينة التقنيين (400) فردا، من الجنسين، تراوحت أعمارهم ما بين (14-15) عاما.

كما وضعت المؤلفة للمقياس صفحة تعليمات الأسئلة، أي إعداد إرشادات عامة، بوضع مكان

الإجابة، وطريقتها. شقيير (د.ت) أنظر ملحق رقم (01)

6-1-2/ وصف مقياس التفاؤل لـ "شاير وكارفر Scheier and Carver": جرب المقياس

"بدر محمد الأنصاري" عام (1998)، وهو يطبق فرديا، أو جماعيا، كما يستغرق تطبيقه دقائق

فقط، ويقدم للمفحوصين بوصفه استبيان، لاستطلاع الآراء، والمشاعر. ومن المهم إخبارهم بأنه

لا يحوي إجابات صحيحة، أو خاطئة، وعلى كل شخص التعبير عن مشاعره، ورأيه بثقة. كما

ينبغي الإشارة بأنه لا يوجد زمن محدد للإجابة، وعليهم التفكير بعمق في المعنى الدقيق لكل

عبارة، مع عدم ترك أية عبارة دون إجابة. ويضم المقياس (30) بندا للتفاؤل، و(22) بندا

للتشاؤم.

أ/ التصحيح: وعن نظام تقدير الدرجات، فهو بسيط، ويستغرق زمنا قصيرا جدا، ويتم لمقياس التفاضل، منفصلا عن مقياس التشاؤم، فلكل منهما درجة كلية مستقلة. ويصحح المقياس بجمع الدوائر الموضوعه من قبل المفحوص في كل عمود، من أعمدة الاختيارات الخمسة من (1 إلى 5)، ويضرب التكرار المستخرج من كل عمود- على حدة- في الاختيار الخاص به (1 x 0، 2 x 0، 3 x 0، 4 x 0، 5 x 0) أي التكرارات x الاختيارات، ثم يجمع ناتج الخطوة الأخيرة، وهو الدرجة الكلية على مقياس التفاضل. وتنفذ الإجراءات ذاتها -بشكل مستقل- على مقياس التشاؤم. حيث أن العبارات (30) والاختيارات (05) فتكون الدرجة الدنيا تساوي (30)، والدرجة العليا تساوي (150). الأنصاري (2008) أنظر ملحق رقم (02)

تجدر الإشارة إلى أنه تم الاستعانة بالجزء الخاص بمقياس التفاضل فقط، واستعمال العبارات التفاضلية، التي جاء بها هذا المقياس، معتمدين في ذلك على ما سيتحصل عليه أفراد عينة الدراسة، من درجات متعلقة بالمقياس. كون العبارات المكون منها مقياس التشاؤم، من الممكن أن تبعث في أفراد العينة الإحساس به.

ب/ الخصائص السيكومترية للمقياس:

- **الصدق:** لحساب صدق هذا المقياس، استخدمت خمس طرق، وهي كما يلي:
 - **الاتساق الداخلي:** يتضمن صدق المحتوى، حساب الارتباط بين البند، والدرجة الكلية، دليلا على صدق البنود. لذلك حسب ارتباط كل بند في المقياس بالدرجة الكلية له، بعد استبعاد هذا البند من الدرجة الكلية، فكانت جميع المعاملات جوهرية عند (0.01)، وبذلك فالمقياس يتسم باتساق داخلي مرتفع، يعكس صدقه.
 - **الصدق التلازمي:** حسب الارتباط بين مقياسي التفاضل والتشاؤم، واختبار التوجه نحو الحياة -وضع "شاير وكارفر" عام (1985)- وتشير النتائج إلى صدق تلازمي مرتفع.
 - **الصدق التقاربي:** هو ارتباط المقياس بدرجة مرتفعة، بغيره من المتغيرات النظرية الواجب الارتباط بها. وافترض أن: اليأس، والاكتئاب، والقلق، والشعور بالذنب، والخزي، ترتبط ارتباطا دالا إحصائيا، سلبيا بالتفاضل، وإيجابيا بالتشاؤم. وتبين النتائج الصدق التقاربي للمقياس.

- **الصدق التمييزي:** عكس التقاربي. واعتمادا على ذلك، افترض أن الكذب، والذهانية، والانبساط، لا يرتبط جوهريا بالتفاؤل والتشاؤم. وتؤكد نتائج معاملات الارتباط، على الصدق التمييزي، إذ كانت جوهرية عند (0.01).

- **الصدق العاملي:** حسبت معاملات الارتباط، بين بنود مقياس التفاؤل، ومقياس التشاؤم كل على حدة، وحللت عامليا بطريقة (هوتلينج) للمكونات الأساسية. واستعمل محك (جتمان) لتحديد عدد العوامل. وقد أشارت جداول التحليل العاملي، إلى أن العوامل المستخرجة من جميع العينات، استوعبت قدرا مقبولا من التباين الكلي، فضلا عن أن جميع بنود المقياسين، تشبعت جوهريا بعامل على الأقل. وبهذا فالمقياس صادق.

• **الثبات:** استخدمت طريقة (الفارومباخ)، لبيان مدى الاتساق في الاستجابات لكل البنود. وتم حساب الاتساق الداخلي بالقسمة النصفية، وتصحيحه بمعادلة (سبيرمان/ براون). حيث وجد معامل الثبات بأنه يساوي (0.85)، مما يعكس ثبات المقياس. الأنصاري (2008)

6-1-3/ وصف مقياس الاتزان الانفعالي لـ "عادل محمد محمود العدل": والذي أعده سنة (1995). ويتألف من (1160) عبارة، لكن الباحث طوره، وأعاد صياغة بعض عباراته، ليصبح في صورته النهائية، بعد إيجاد صدق الاتساق الداخلي، مكونا من (63) عبارة.

تكون طريقة التصحيح، بإعطاء درجتين، للإجابة المتفقة ومفاتيح التصحيح، ودرجة واحدة، للإجابة التي لا تتفق ومفاتيح التصحيح: نعم (2) درجتين، لا (1) درجة. الريان (2006) أنظر ملحق رقم (03)

6-2/ الخصائص السيكومترية للمقاييس المعتمدة في الدراسة الحالية:

للتأكد من الخصائص السيكومترية، للمقاييس المعتمدة في الدراسة، من صدق، وثبات، تم حساب كل منهما، من خلال تطبيق هذه المقاييس، على عينة عشوائية منتظمة من خارج نطاق الدراسة الأساسية، مكونة من (ن= 67) طالبا، من طلبة السنة الثانية جذع مشترك تكوين توجيهي، شعبة علم النفس، من قسم العلوم الاجتماعية، بجامعة محمد خيذر بسكرة. والتي هي في ذات الوقت تمثل المجتمع الأصلي بحجمه الكلي، وقد تم حساب هذه الخصائص، بالاعتماد على نظام (SPSS.17) أي الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية.

6-2-1/ صدق مقاييس الدراسة: للتحقق من كون هته المقاييس، تقيس فعلا ما جاءت لقياسه، قمنا بالاعتماد على:

- **الصدق التمييزي:** لحساب قدرة المقاييس على التمييز، استخدمنا طريقة المقارنة الطرفية على عينة تضم (ن = 67) طالبا، فبعد ترتيب درجاتهم، على كل مقياس من المقاييس المستخدمة في الدراسة تنازليا، قسمت هته الدرجات إلى مستويين، أخذ الأول منها نسبة (27%)، كفاءة تحصلت على درجات عليا، أما الثاني فيمثل (27%)، كفاءة تحصلت على درجات دنيا. ويوضح الجدول التالي نتائج المقارنة بين المجموعتين على المقاييس الثلاثة. جدول رقم (02): يوضح المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وقيمة "ت" للدلالة على الصدق التمييزي للمقاييس الثلاثة.

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	المجموعة الدرجات الدنيا		مجموعة الدرجات العليا		المجموعة المقياس
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
دال عند 0.05	8.34	8.31	95.03	4.74	115.74	التوافق
	8.76	85.52	313.74	51.73	543.44	التفاؤل والتشاؤم
	4.61	3.30	91.81	5.15	98.96	الاتزان الانفعالي

يتضح من الجدول رقم (02) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.05)، بين المجموعة الأولى من الطلبة، ذوي الدرجات العليا، والمجموعة الثانية من الطلبة، ذوي الدرجات الدنيا، على المقاييس الثلاثة المذكورة في الجدول. حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة في كل مرة، قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$)، الأمر الذي يدل على أن المقاييس الثلاثة تتمتع بصدق تمييزي واضح.

- **الصدق الذاتي:** اعتمدنا في وصولنا لحساب هذا الصدق، على الجذر التربيعي لمعامل الثبات المحسوب، والمتعلق بدرجات الطلبة على المقاييس المستخدمة، وتم الحصول على النتائج الموضحة في الجدولين التاليين:

جدول رقم (03): يوضح معاملات الصدق الذاتي، بعد حساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات، بطريقة التجزئة النصفية.

الجذر التربيعي لمعامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية		/
الصدق الذاتي	معامل الثبات	
0.73	0.54	مقياس التوافق النفسي
0.91	0.84	مقياس التفاؤل والتشاؤم
0.87	0.76	مقياس الاتزان الانفعالي

جدول رقم (04): يوضح معاملات الصدق الذاتي، بعد حساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات، بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق.

الجذر التربيعي لمعامل الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق		/
الصدق الذاتي	معامل الثبات	
0.96	0.94	مقياس التوافق النفسي
0.99	0.99	مقياس التفاؤل والتشاؤم
0.91	0.83	مقياس الاتزان الانفعالي

نلاحظ من خلال الجدولين المتحصل عليهما، بعد حساب معاملات الصدق الذاتي، من الجذر التربيعي لمعامل الثبات، بطريقة التجزئة النصفية، ومعاملات الصدق الذاتي، بعد حساب الجذر التربيعي أيضا لمعامل الثبات، بطريقة التطبيق، وإعادة التطبيق، أن كل المعاملات مرتفعة، مما يشير ذلك إلى الصدق الذاتي للمقاييس المعتمدة في الدراسة.

6-2-2/ ثبات مقاييس الدراسة: أما لحساب الثبات، فقمنا بالاعتماد على الطرق التالية:

- حساب الثبات بطريقة التطبيق، وإعادة التطبيق (معامل الاستقرار): اعتمدنا في تقدير الثبات الخاص بالمقاييس التالية: التوافق، التفاؤل، الاتزان الانفعالي، على التطبيق، وإعادة تطبيق الاختبار (Test-Retest)، على عينة التقنين نفسها، بعد مرور فترة فاصلة بين التطبيقين قدرت بـ (15) يوما، أو أسبوعين من التطبيق الأول، وقد قمنا بحساب معامل الارتباط (بيرسون)، بين مرتي التطبيق، لكل من الدرجة الكلية لمقياس (التوافق)، والدرجة

- الكلية لمقياس (التفاؤل)، والدرجة الكلية لمقياس (الاتزان الانفعالي) على العينة الكلية. ويوضح الجدول التالي معاملات الارتباط.

جدول رقم (05): يوضح معاملات الثبات بطريقة التطبيق، وإعادة التطبيق لمقاييس الدراسة.

المقاييس	معامل الارتباط "بيرسون"	مستوى الدلالة (α)
مقياس التوافق	0.94	دال عند 0.01
مقياس التفاؤل	0.99	
مقياس الاتزان الانفعالي	0.83	

كل المعاملات المرتفعة المستخلصة، تشير لثبات المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية.

- حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية: استخدمت هنا التجزئة النصفية، وذلك باستخدام بيانات (67) طالبا، تم إيجاد معامل الارتباط، بين الدرجات الزوجية، والدرجات الفردية للمقاييس، بحساب معامل (سبيرمان- براون Sperman and Brown). وتبين معاملات الارتباط المسجلة، ثبات المقاييس حسب الجدول التالي:

جدول رقم (06): يوضح معاملات الثبات، بطريقة التجزئة النصفية لمقاييس الدراسة.

المقاييس	معامل الارتباط "سبيرمان- براون"	مستوى الدلالة (α)
مقياس التوافق	0.54	دال عند 0.01
مقياس التفاؤل	0.84	
مقياس الاتزان الانفعالي	0.76	

7/ الدراسة الأساسية:

لقد تم في الجزء الأول من الدراسة، بناء برنامج للتكفل النفسي العلاجي، متعلق بفئة مرضى السيدا، حيث نسعى من خلاله اعتماد ايقاض الجانب الإيجابي، من شخصية هذا المريض، وتعزيز بعض السمات الفاعلة، في مثل هذه الأزمات الحياتية، كالتوافق، والاتزان الانفعالي، والتفاؤل لديهم، رغبة منا من خلال محتواه، إعادة المريض رغم وجود المرض، إلى حالة التوازن النفسي، ومواصلة الحياة، مع الوصول به إلى تقبل الوضع الراهن، والابتعاد عن

الأفكار السلبية، كفكرة وضع حد للحياة، أو الدخول في الوحدة النفسية، أو الاكتئاب، أو الانسحاب من المجتمع. كما سنقوم في الدراسة نفسها، بتحديد مدى فعالية هذا البرنامج، بإجراء قياس بعدي، لبعض المتغيرات التي رأت الباحثة أنه يجب الكشف عن تغير درجتها، بعد تطبيق محتويات البرنامج على عينة المتعاشين مع السيدا، ومقارنتها بدرجات قياس قبلي، شمل نفس المتغيرات.

7-1/ القياس القبلي: في هذه المرحلة، تم إجراء التقدير الأولي، وفق إستراتيجية التصميم المعتمد على المجموعة الواحدة، حيث أنه يسمح للباحثة بجمع المعلومات المراد الوصول إليها، والمتعلقة بدرجات متغيرات الدراسة: (التوافق، التفاؤل، الاتزان الانفعالي)، إذ تم تقديم المقاييس المستخدمة، خلال الجلسة الثانية في البرنامج، وتوضيح الخطة العلاجية الخاصة به. وقد تمت الإشارة إلى تاريخ إجراء هذا القياس المزمّن خلال الجلسة الثانية، من جلسات البرنامج، وتم ذلك بصورة جماعية.

7-2/ تنفيذ البرنامج:

7-2-1/ بروتوكول البرنامج التكفلي العلاجي المقترح مع مريض السيدا:

➤ عنوانه: بناء برنامج للتكفل النفسي العلاجي بمريض نقص المناعة المكتسبة "السيدا".
 غرضه: إعادة المريض لحالة التوافق، والاتزان الانفعالي، مع بعثه على التفاؤل، وتقبل المرض، وتخليصه من الأفكار السلبية، وتقبل الواقع.

➤ طبيعته: برنامج جماعي.

➤ مصدره: معرفي، استرخائي، واقعي.

➤ الإطار النظري للبرنامج:

* نظرية العلاج العقلاني الانفعالي ل: "ألبرت اليس" (1962-1977).

* الاسترخاء حسب أسلوب "ولبي"، بتقليل الحساسية التدريجي لإضعاف القلق.

* أسلوب "ستامفل" في العلاج بالواقع، أو الإدمان الإيجابي.

➤ حجم الجلسات: 09 جلسات. (02 إلى 03 جلسات مع أعضاء المجموعة) أسبوعياً.

➤ مدة الجلسة: 45 دقيقة، إلى واحد ساعة.

- **حجم الجماعة العلاجية:** عدد المرضى من (08 إلى 10) أفراد، (مجموعة من المرضى ذكور، وأخرى من المرضى إناث)، حسب عدد المرضى المتواجدين في نفس المستشفى.
 - **طبيعة الجلسات:** مغلقة.
 - **تواتر الجلسات:** 02 جلستين إلى 03 ثلاث جلسات أسبوعياً.
 - **مدة المتابعة:** شهر واحد، أو 04 أسابيع.
 - **قيادة الجلسات:** صاحبة الدراسة، والأخصائية النفسانية المتواجدة في المستشفى.
 - **مكان إجراء البرنامج:** قاعة العلاج المتواجدة بالمستشفى، والمخصصة للعلاج النفسي.
- 7-2-2 / أهمية البرنامج إجرائياً:

- عدم وجود برنامج واضح المعالم، والتقنيات، والأساليب العلاجية، ولا حتى فترة التطبيق، يعتمد عليها مع كل صنف من أصناف المرض، لاسيما الايدز، وذلك في فترة تواجد المريض بالمستشفى، بالتالي يجب الاهتمام بفكرة بناء برامج تخص طبيعة هذا المرض.
 - المساهمة في بناء برنامج للتكفل العلاجي، يتم الاعتماد عليه لإعادة المريض إلى حالة التوافق، والتفؤل، والالتزان الانفعالي، ومقاومة المرض ما تبقى له من حياته.
- 7-2-3 / **هدف البرنامج:** إعادة المريض لحالة التوافق، والالتزان الانفعالي، وبعثه على التفؤل، وتقبل التعايش مع المرض رغم خطورته، مع تخليصه من الأفكار السلبية، المؤثرة بالدرجة الأولى، على تحقيقه للصحة النفسية، وتقبل الواقع في وجود المرض، من الممكن أن يخلق عنده الرغبة في المقاومة، بالتالي السير نحو التفؤل بالشفاء.
- 7-2-4 / **فترة البرنامج:** تعتبر فترة تواجد أعضاء العينة بالمستشفى، هي نفس الفترة التي سيتم خلالها تطبيق محتوى البرنامج المقترح، وذلك بعد القيام بالقياس القبلي لمتغيرات الدراسة. ولأن تواجد العينة في المستشفى لتلقي العلاج، لا يزيد عن شهر واحد، ثم مغادرة المشفى، رأت الباحثة لزاماً أن تكون فترة إجراء هذا البرنامج، المصمم من قبلها في نفس الشهر، لتسهيل الالتقاء بعينة الدراسة، بعدها يتم القيام بالقياس البعدي.
- كل من هدف البرنامج، وفترته التي سيجرى خلالها، تم الإشارة إليهما في الفصول النظرية السابقة.

7-2-5 / خطوات تصميم البرنامج:

➤ **مدة البرنامج:** تتراوح مدة جلسة العلاج حوالي (45) دقيقة، إلى ساعة ونصف، وتكون بواقع اثنين إلى ثلاث مرات في الأسبوع، بمعدل جلسة لأعضاء المجموعة، وذلك مراعاة للحالة الصحية للمرضى.

➤ **الأسس النظرية للبرنامج:** تم التطرق إلى هذه الأسس النظرية بالتفصيل، في الفصول السابقة، وما سيتم التطرق إليه في هذا الجزء، هو الجانب التطبيقي، المأخوذ من النظريات المعتمد عليها في بناء البرنامج، وما سيتم إجرائياً استخدامه لتطبيق محتوى البرنامج.

ومن خلال المقاربة التكاملية، وخاصة العلاج المعرفي الجماعي، نجد أن "إليس" يرى أن هناك تداخلاً بين الانفعال، والتفكير، والفرد يفكر، ويشعر، ويتصرف في ذات الوقت، ونادراً ما يحدث أحد هذه المكونات دون الآخر. وعلى ذلك قام هذا الأخير بتقديم أحد عشر فكرة لاعقلانية، والمتسببة في الاضطرابات المختلفة، والتخلص من هذه الاضطرابات، يكمن في تعديل هذا التفكير اللاعقلاني، ولذلك قدم نموذج المعروف

A B C، حيث يربط بين الحدث، أو المنشط (A)، بالنتائج الانفعالية (C)، من خلال الاعتقادات، والتفكير (B) وهكذا فإن العلاج العقلاني الانفعالي، يهدف إلى جعل المريض واعياً بمعتقداته غير العقلانية، والنتائج الانفعالية غير المناسبة لتلك المعتقدات.

ومن هذا المنطلق اخترنا:

أ/ العلاج الجماعي:

قسم أفراد العينة إلى جماعات، كان فيها عدد العناصر (10) أعضاء في كل جلسة، اعتماداً على عدد الحالات المتوفر، والجنس. مراعين في ذلك:

- الرغبة الصريحة للمتعايش مع المرض، في أن ينضم إلى الجماعة، ليصبح عضواً فيها، وأن يسعى من أجل العودة إلى حالة التوافق، والالتزان النفسي.

- اختيار المرضى، بحيث يكون لديهم الاستعداد للتعاون في تنفيذ محتوى هذا البرنامج. كما نعتمد على دينامية الجماعة، بحيث يشجع المرضى بعضهم البعض، ويتقاسمون الخبرة تحت توجيه المعالج. بهذه الطريقة يستمتعون بشعور الانتماء، المتميز بالإشباع، خاصة بالنسبة للأفراد الذين عاشوا عزلة طويلة، لأنهم لا يجدون من يتحدثون إليه، أو لأي أحد عن أعراض

مرضهم...وفي العلاج المسموح، يتعلم الفرد التعبير عن أفكاره، وأحاسيسه بحرية، فلا يعود يخشاها، أو يتصارع معها، ويخفف عن نفسه حمل التوترات المكبوتة.

تعتمد طريقة العلاج، على سلسلة من الجلسات القائمة، على التدعيم النفسي من خلال:

- الإيحاء.
- التفسير، والتشجيع: على المعالج أن يفسر للمريض طبيعة مرضه، ويعرفه بأسبابه، مع تشجيعه على التكيف، ومواجهة الواقع، والصمود أمام الإجهاد.
- المعاوضة، والتدعيم: بالاهتمام بأعراض المريض، ومشاركته دون انفعال واضح، وأنه يوجد من يستطيع فهم شكواه.
- النصيحة، والإرشاد: دون تحيز، ودون أخذ دور الواعظ الديني، أو الاجتماعي بشأن مشاكله الجنسية، والعاطفية، والزوجية، والمهنية.
- التنفيس، والتفريغ العقلي: لكل مشاكل المريض، وانفعالاته، ومخاوفه، وشعوره بالذنب، أو تأنيب الضمير، لأنَّ التعبير عن هذه الإحساسات يجعله ينظر إليها بطريقة موضوعية.
- التجاوب الانفعالي: وإقامة علاقة تقدير بين المعالج، والمريض.
- يجب على المعالج: أن لا يتسرع في إعطاء النصيحة، أو إبداء الحكم على موقف ما، لأنه مع مناقشته للمريض، سيتخذ هذا الأخير الحل الأنسب، وبالتالي قد بدأ بالاعتماد على ذاته، واتخاذ قرارات بنفسه دون تردد. هنا تتم بـ:
- مساعدة المريض، أو معاونته في أوقات الشدة، والضغط التي تسبب المشاكل.
- إتاحة فرصة التنفيس، والتفريغ الانفعالي، للشحنات الانفعالية، والصراعات، والإحاطات، والخبرات الصادمة. مع المشاركة الانفعالية من جانب المعالج، والتحصين التدريجي ضد الحساسية الانفعالية...ويتضمن التنفيس أيضا، إحياء بعض الخبرات، التي صاحبها الخوف، أو القلق، والتي لم يستطع المريض التغلب عليها، وتعليمه كيف يتغلب على مثلها.
- تقوية، وتدعيم دفاعات المريض التوافقية.
- تعليم المريض الأساليب الصحية، لمواجهة الحياة الواقعية، والتحكم في دوافعه.
- تحدي الحدود الواقعية لسلوك المريض.

- إقناع المريض، وتطمينه، وتشجيعه لمزاولة الحياة الاجتماعية، وممارسة الهوايات.
- تعريف المريض أنّ التعلّم في الحياة اليومية يحتمل المحاولة، والخطأ، كما يحتمل النجاح، والفشل دون الشعور بالذنب.
- إعادة ثقة المريض في نفسه، وتشجيعه على تحمل المسؤوليات في الأسرة، وفي المجتمع بصفة عامة، بشيء أكثر من الثقة في النفس، ومساعدته على التوافق في العمل.
- إخراج المريض من دائرة التركيز على ذاته، وعلى مرضه.
- النصح المباشر المبسط، المتداخل مع المشاركة الوجدانية.
- التوجيه، والإرشاد النفسي المباشر للمريض بخصوص مشكلاته، وتوجيه، وإرشاد الأهل، والأقارب من طرف الأخصائي النفسي، بخصوص أهمية الهدوء الانفعالي، والاستقرار العائلي، حيث يعيش المريض صحيحا نفسيا. وتشجيعهم على مساعدة المعالج في عمله، ومساعدة المريض في جهوده لتحقيق التوافق.
- الإيحاء، والإقناع غير المباشر، وخاصة بعد تحقيق علاقة علاجية سليمة، أساسها الثقة في المعالج، والاحترام المتبادل بينه، وبين المريض، بهدف إحداث الاسترخاء التدريجي.
- الاستفادة بطريقة العلاج البيئي، في ضبط البيئة، وتغيير ما يجب تغييره، إذا كان ذلك ضروريا، كوسيلة لتخفيف الضغط على المريض.
- الاستعانة بطريقة العلاج والتوجيه الديني. وهو أحد الأساليب العلاجية التي اعتمد عليها البرنامج.

ب/ العلاج العقلاني الانفعالي "ألبرت أليس Albert Ellis":

تركز النظرية على الجانب السلوكي، والعقلي. تفترض أنّ التفكير يقرّر السلوك، أي أنّ المشكلات التي يمر بها الأفراد، تعزى إلى الطريقة التي يفسّرون بها الأحداث، والمواقف. كما تفترض أنّ الناس يولدون ولديهم أفكار عقلانية، وأخرى غير عقلانية، وأنّ الأفكار الغير عقلانية هي الأكثر تأثيرا في سلوكنا.

• إجراءات العلاج العقلاني الانفعالي:

تبعاً لآراء "ألليس" فعملية العلاج النفسي، تتمثل في علاج غير المعقول بالمعقول. وهذا قائم على استخدام العمليات العقلية للفرد. فالإنسان باعتباره كائنا عاقلا، قادرا على تجنب

الاضطراب الانفعالي، والتخلص منه، ومن الشعور بالتعاسة، بتعلم التفكير العقلي المنطقي. وعليه فإنَّ عمل المعالج النفسي يكاد ينحصر في مساعدة المريض، على التخلص من الأفكار، والاتجاهات غير المعقولة، واستبدالها بأخرى معقولة، ضمن خطوات رئيسية تمَّ الإشارة إليها في الفصول السابقة، وهي كالتالي:

- **الخطوة (01):** الإثبات للمتعايش مع الفيروس بأنَّ تفكيره غير منطقي، ومساعدته على أن يفهم، لماذا هو غير منطقي في هذا التفكير؟.

- **الخطوة (02):** نوضِّح للمتعايش مع الفيروس طبيعة العلاقة بين أفكاره المنطقية، وبين شعوره بالتعاسة، وما يعانیه من اضطراب.

- **الخطوة (03):** أن نجعل المتعايش مع الفيروس يستبدل تفكيره، ويتخلى عن الأفكار غير العقلانية.

- **الخطوة (04):** أن نتعامل مع مجموعة محدَّدة من الأفكار غير المنطقية لدى المتعايش مع الفيروس، والانتقال إلى التعامل مع الأفكار الأكثر عمومية. ومع فلسفته، ونظرته إلى الحياة. تسمح هذه الخطوة بتجنب وقوع المريض ضحية للأفكار الخاطئة ثانية. معتمدين في ترسيخ الأفكار الجديدة المعدلة على:

* **التسامح، والتساهل:** لإعطاء فرصة جيِّدة للمريض للتحدُّث، مع التقبُّل، والفهم من قبل المعالج.

* **تعزيز كلام المريض:** حتى يستمر في عرض خبراته، ومشاعره. لذا وجب:

- عدم مقاطعته بالأسئلة خلال حديثه. مع الإصغاء، والاهتمام بكل ما يقوله.

- عدم مناقشة، أو نقد، أو تقييم أقواله. وتمحيص هذه الأقوال من خلال الجلسات السابقة.

* **التعلُّم بالاستبصار:** لإعادة تنظيم خبرات المريض السابقة، لتأخذ معنى جديد، بهدف:

- تطوير مستوى وعيه لذاته، وللآخرين. والعمل على تحقيق الذات.

- التفاعل مع الآخرين. وتعزيز الانفتاح على الخبرة، والممارسة. واستخدام أسئلة هي:

- بماذا تفكر الآن؟

- ماذا يدور في داخلك، وأنت تتكلم الآن؟

- كيف تشعر بالقلق بداخلك الآن؟

- كيف تشعر بالانسحاب في هذه اللحظات؟

والهدف من هذه الأسئلة، هو زيادة وعي المتعاش مع فيروس السيدا، ليتعلم كيف يعدل سلوكاته، وكيف يتحمل مسؤولية أفعاله.

كما نجعله يستبصر بمعتقداته الخاطئة، من خلال عرض قائمة تحوي (11) إحدى عشر فكرة خاطئة، أشار إليها "أليس" في نظريته، رغبة منا في تحديد محتوى الفكر اللاعقلاني لدى هذه الفئة -المتعاشين مع فيروس نقص المناعة المكتسبة-. انظر ملحق رقم (06)

ج/ أسلوب الاسترخاء:

محاولة منا إلى خلق، أو توليد استجابة معارضة للقلق، والتوتر، والانفعالات بتحريض المفحوص على التحكم العضلي في جسده. استخدمنا أسلوب "ولبي" المتمثل في:

• **تقليل الحساسية التدريجي:** يعمل هذا الأسلوب، على إضعاف القلق العصابي بشكل تدريجي. ويشمل:

- **التدريب على الاسترخاء العضلي العميق:**

* وهذا يستغرق حوالي (06) ست جلسات، مع التدريب اليومي في البيت، أو المستشفى.

* تخصيص (20) عشرون دقيقة من زمن كل جلسة، للتدريب على الاسترخاء.

* قبل بداية الاسترخاء، يعطى المريض تصوراً عاماً حول طبيعة قلقه. ونبيّن له أنّ الاسترخاء طريقة لتخفيف القلق، والتوترات النفسية المصاحبة له.

* لا يوجد ترتيب محدد للأعضاء، حين الشروع في الاسترخاء، لكن من الضروري تدريب الفرد عليه، مع بعض الأعضاء بالتدريج، حتى يتمكن من إرخاء الجسم كله، والتحكم في كل أعضائه. انظر ملحق رقم (08)

- **بناء هرم القلق:**

إعداد قائمة المثيرات، والمخاوف التي تثير القلق، وترتب تنازلياً، أي من الأكثر إلى الأقل

شدة في استثارة القلق. ويبنى الهرم من المعلومات التالية:

1- تاريخ الحالة المرضية.

2- الأعراض الأولى للمرض.

3- إعلام الطبيب المريض بضرورة إجراء الفحص.

- 4- يوم قبل إجراء الفحص.
 - 5- ليلة الفحص.
 - 6- المريض ينتظر دوره في المخبر.
 - 7- انتظار نتيجة الفحص، وتحليل الدم.
 - 8- ليلة قبل معرفة نتيجة التحليل.
 - 9- الذهاب إلى المختبر، لأخذ نتائج التحليل.
 - 10- الذهاب بنتائج التحليل للطبيب.
 - 11- انتظار تحليل الطبيب، وإعلامه بالنتيجة.
 - 12- لحظة معرفة الإصابة بالمرض (الصدمة).
 - 13- لحظة إخبار الأسرة بأنه مريض بالسيدا.
 - 14- الالتحاق بالمستشفى لتلقي العلاج.
 - 15- مخاوف مستقبلية يحدّد المريض طبيعتها.
- عملية إعداد هذا الهرم تقع على عاتق المفحوص، غير أنّ المعالج يساعده في تحديدها. بعد ذلك يتم ترتيب المواقف بالتسلسل، من أقلّها إثارة، وانتهاءً بأشدّها. قد يكلف المعالج المفحوص، بوضع هذا الهرم كواجب بيّتي، بحيث يطلب منه ترتيب المواقف، أو الأحداث المثيرة للقلق عنده، لكن وبما أنّنا في هته الدراسة قد نتعامل مع عينة من الأفراد المتعايشين مع فيروس السيدا، من ذوي المستوى التعليمي، الذي لا يسمح لهم بإعداد مثل هذه البطاقات، وكتابة المواقف عليها. كما أنّ حالتهم الصحية قد لا تسمح لهم بذلك. لذا ارتأت الباحثة أن تكون خطوات إعداد البطاقات، المتعلقة بهم القلق، كالتالي:
- إحضار بطاقات مسجل عليها بعض المواقف المثيرة للقلق عند المريض، وعرضها عليه.
 - إعطاء درجة تتراوح بين (0 إلى 100) درجة لكل بطاقة من البطاقات، حيث تشير (100) مائة إلى موقف يثير أقصى درجات القلق، وعلامة (0) صفر تعني أنّ الموقف لا يثير مشاعر القلق، أو الخوف.
 - ترتيب المفحوص للبطاقات، من أقلّها إثارة، إلى أكثرها، وأشدّها عنده.
 - محاولة التأكّد أنّ الفروق بين الفقرات بسيطة، لا تزيد عن (05) خمسة درجات.

- إعطاء أرقام متسلسلة للبطاقات. انظر ملحق رقم (12)

باعتمادنا على العلاج الجماعي، اخترنا بالمقابل أسلوب تقليل الحساسية الجماعي. واستخدمه "ولبي" مع المجموعات التي تعاني نفس المخاوف لدى المرضى. انظر ملحق رقم (04)

كما اعتمدنا على تمرين الحوار الداخلي الإيجابي. انظر ملحق رقم (05)

ملاحظة:

بعض المعالجين يستخدمون حالياً بعض العقاقير الطبية المساعدة على الاسترخاء. كما تعتبر معالجة العميل نفسه بنفسه، من الخطوات التي تطوّر عنده حساً صحياً، تمكنه من أن يتعلّم أساليب سلوكية جديدة، فيما يخص جوانب حياته المختلفة، فيساعده ذلك على تخطي معظم الأزمات الحياتية الحاضرة، والمستقبلية.

د/ العلاج بالواقع أسلوب "ستامفل":

هو مواجهة حقيقية بين المريض، وخوفه من المرض، وآثاره، ومخاطره. فعلى المتعايش مع فيروس نقص المناعة أن يعيش التجربة الواقعية، وعلى المعالج الفعال أن يجرب الإستراتيجيات المسهلة لتعلّم المفحوص السلوكيات المسؤولة، ومنها:

- أن يكون ايجابياً: تشجيع هذه الفئة من المرضى، على تكسير النموذج السلبي، والتركيز على كل شيء إيجابي، وبناء. وتشجيعهم على التغلب على ضعفهم، وعدم مقدرتهم على مواجهة المشاكل الجسمية، والنفسية، بتنمية الإدمان الإيجابي من خلال: التأمل كأكثر الأنشطة، ويجب أن يمارسوه لمدة ساعة يوميا، حتى يصلوا إلى الإدمان. انظر ملحق رقم

(09)

هـ/ العلاج بالترفيه:

استخدام وسائل ترفيهية مختلفة، بهدف القضاء على وقت الفراغ. نقوم بتقديم أنشطة الترفيه المختلفة للمريض: من أنشطة موسيقية، غنائية، بعض الأشرطة...

نقوم باختيار وسائل الترفيه، انطلاقاً مما هو متوفّر في المستشفى. وكذا اعتماداً على السؤال المباشر، حول نوع النشاط الذي يرغب فيه المريض، ويكون ذلك خلال عملية العلاج الجماعي. انظر ملحق رقم (10)

و/ العلاج الديني:

مع المتعايش مع فيروس السيدا، يمكن الاعتماد على هذا الأسلوب في العلاج، ضمن محتوى البرنامج، لأنه يعتبر بفيئاته، وأساسه من الأساليب الفعالة، في تخليص هذا المريض من الأفكار اللاعقلانية، أو السلبية المسيطرة على حياته، وجعله يفكر بطريقة ايجابية بناءة، وكذا تخليصه من الشعور بالذنب، وبعثه على الحصول على الطمأنينة، والراحة النفسية التي يبحث عنها. لذا كان من الضروري إتباع الخطوات التالية:

* محاولة تخليص المريض من إحساسه بالذنب، لما ارتكبه من خطايا. ونفتح أمامه باب المغفرة من الله، ورحمته.

* تبصير المريض بواجباته التي فرضها الدين، ودعا إلى إتباعها، وتشجيعه بصورة مستمرة على أداء هذه الواجبات، والفرائض.

* تبصير المريض بعظمة الخالق، ومعرفة الذات، والصدق مع الخالق، ومع الذات، والرضا بالقضاء، والقدر، وقبول الذات.

* تشجيع المريض على الامتثال لأوامر الله، والاعتراف بالخطأ، والابتعاد عن النواهي.

فاعترافه بالخطأ يعتبر بداية الطريق الصحيح للعلاج الديني. انظر ملحق رقم (07)

➤ الخطوات الإجرائية لجلسات الدراسة:

الجلسة الأولى: العنوان: بناء علاقة جيدة فاحص مفحوص.

1/ أهداف الجلسة: هدفها بالأساس هو تحقيق الألفة، وتوثيق التعارف بين مطبقة البرنامج،

وأعضاء المجموعة، أو المرضى، وخلق جو ملائم، وعلاقات حسنة سليمة، من خلال:

➤ الترحيب بأعضاء المجموعة.

➤ تقديم الباحثة نفسها للمرضى، مع شرح دورها الذي يركز في الأساس، على مساعدتهم على

التخلص من حالة القلق، والعودة إلى التوافق، والبحث عن التفاؤل، مع تحقيق الاتزان

الانفعالي لديهم.

➤ العمل على تهدئة المجموعة، وجعل أفرادها يشعرون بالاطمئنان، والارتياح.

➤ عمل الباحثة بالمساعدة مع الأخصائية النفسانية المسؤولة عن المصلحة، على كسب ثقة أعضاء مجموعة الدراسة، وإقامة علاقة وثيقة ضرورية، وجوهية قبل البدء في تطبيق محتويات البرنامج.

➤ إتاحة الفرصة لأعضاء المجموعة بأن يتعرفوا على بعضهم البعض، من خلال تقديم كل واحد لنفسه، بتشجيع من الباحثة على القيام بذلك، لبث جو من الود بينهم، كي لا يكون هناك خجل، أو خوف، أو قلق. مع الإشارة أنه يمكن لهم استعارة أسماء مغايرة داخل المجموعة، أو استعمال رموز، مع عدم ذكر سبب المرض، لتدعيم ثقة المريض بالمعالج، والأعضاء.

➤ الالتزام بتحقيق محكي تكوين أعضاء الجماعة العلاجية، من خلال:

- التأكد من رغبة المريض الصريحة في الانضمام إلى الجماعة، وأن يعمل، ويسعى من أجل أن يتحسن، ويعود إلى حالة التوافق، والالتزان النفسي.

- يتم اختيار الأشخاص الحاملين للمصل الإيجابي (SEROPOSITIF)، ومرضى السيدا، أو المتعايشين معه، ممن هم يتناولون على المستشفى لتلقي العلاج الطبي، والقيميين بالمشفى. كما يتم الاختيار انطلاقاً من تحديد أزمان المرض، بحيث يتم المزوجة بين ممن هم مصابون بالمرض منذ فترة طويلة نوعاً ما، وممن هم مصابون به حديثاً، حتى نقادى التجانس المطلق، أو عدمه داخل المجموعة الواحدة.

بعد الاتفاق مع أعضاء المجموعة، وتكوينها بصورة رسمية، والاتفاق على بدء العمل يتم تزويد أعضاء المجموعة ببعض المعلومات، عن طريقة، وأسلوب سير هذا العمل، والذي يكون بشكل تدريجي، ومرتب كالتالي:

أولاً: التعريف بالمقاييس الثلاثة المعتمد عليها، لقياس درجة المتغيرات الثلاثة موضوع الدراسة الحالية، أي شرح مقياس: (التوافق- التناول- الاتزان الانفعالي) لعناصر المجموعة. وبأن هته المقاييس، تحاول الكشف عن درجة هذه السمات في شخصية المريض بالسيدا. وسيتم القياس القبلي لهذه السمات لدى مجموعة الدراسة، بالاعتماد على هذه المقاييس الثلاثة.

ثانياً: شرح الأسس التي يقوم عليها البرنامج المصمم من قبل الباحثة، أو المعالج النفسي، وأهميته، وأهدافه، ومحتواه، والمدة التي سيستغرقها هذا البرنامج. مع الاتفاق على أسلوب العمل، ومواعيد الجلسات، ومكانها.

قبل انتهاء الجلسة، يتم الاتفاق مع أعضاء المجموعة على موعد الجلسة اللاحقة.

ملاحظة: يتم توزيع الواجبات العلائقية، والتمارين بالأخذ بعين الاعتبار:

- الحالة الصحية للمريض.

- سن المريض، وقدرته على القيام بالتمارين، والواجب.

- توافق التمارين، والواجبات مع ظروف، وأوقات العلاج الطبي، والنفسي.

- حرية، وإرادة كل عضو بالدرجة الأولى في القيام بالتمارين، والواجب.

2/ الواجب العلائقي: يكلف أعضاء المجموعة بالواجب الأول، والمتمثل في التفكير في السؤال

التالي: ماذا يعني لك: التوافق/ التفاوض/ الاتزان النفسي.

الجلسة الثانية: العنوان: القياس القبلي لمتغيرات الدراسة.

1/ أهداف الجلسة: تهدف هذه الجلسة إلى ما يلي:

➤ تطبيق المقاييس المستخدمة في الدراسة، للحصول على درجات القياس القبلي لمتغير:

التوافق، التفاوض، الاتزان الانفعالي.

➤ التأكيد على ضرورة قياس هذه السمات، قبل الشروع في تطبيق برنامج التكفل العلاجي.

➤ خلق استمرارية في عملية التفاعل، والألفة داخل المجموعة الواحدة.

2/ الفنيات المستخدمة:

المحاضرة بالحوار/ المناقشة الجماعية/ الواجب العلائقي.

3/ إجراءات الجلسة:

الترحيب بأعضاء المجموعة، وشكرهم على الحضور في الوقت المقترح، وعلى مواصلة

التفاعل مع المجموعة.

البدء باستعراض فكرة كل واحد من أعضاء المجموعة، حول المفاهيم المعطاة في الواجب.

(مدة دقيقتين لكل حالة).

نبدأ بمفهوم التوافق، كل حسب فكرته، وفهمه لهذا المفهوم. بعد جمع آراء كل أعضاء المجموعة، يتم عرض مقياس التوافق، وتطبيقه معهم، في مدة لا تتجاوز ربع ساعة، بعد شرح مفهومه. انظر ملحق رقم (01)

ننتقل إلى مفهوم التفاؤل، نترك أعضاء المجموعة يبدون آراءهم، كل على حدة، ثم يتم تطبيق المقياس الخاص بالتفاؤل معهم، في مدة لا تتجاوز ربع ساعة أيضاً، بعد شرح مفهومه. انظر ملحق رقم (02)

نجمع آراء أعضاء المجموعة في الخطوة الثالثة، عن مفهوم الاتزان النفسي، وبعد توضيح هذا المصطلح لدى أعضاء عينة الدراسة، نقوم بعرض المقياس، وتطبيقه معهم في وقت لا يتجاوز (15) دقيقة. انظر ملحق رقم (03)

بذلك يتم الحصول على درجات القياس القبلي، للمتغيرات الثلاثة المعتمدة في الدراسة. مع مناقشة هذه المفاهيم مع أعضاء المجموعة، وإتاحة الفرصة لهم للاستفسار عن هذه المفاهيم خلال المناقشة. انظر ملحق رقم (11)

نسأل أعضاء الجماعة: فيما إذا استفادوا من هذه الجلسة؟ وماذا استفاد كل واحد منهم من خلالها؟ بالتعبير عن ذلك في كلمتين، أو ثلاث فقط.

4/ الواجب العلائقي:

باعتبار التوافق، التفاؤل، الاتزان الانفعالي سمات تدعم التمتع بالصحة النفسية، وباعتبارها سمات ايجابية، يجب التحلي بها. طلب من أعضاء المجموعة، اقتراح كيفية تحسين هذه السمات لدى الشخص المتعايش مع فيروس السيدا خاصة. أي بنوع المرض نفسه الذي يعانون منه. وذلك بإعطاء الباحثة بعض الاقتراحات، التي يرونها فعالة بالنسبة لحالتهم.

الجلسة الثالثة: العنوان: تعلم بعض الأساليب العلاجية الفعالة مع التفكير.

1/ أهداف الجلسة: تهدف الجلسة الثالثة إلى:

- تعليم أعضاء الجماعة بعض الأساليب الضرورية، للبدء في إحداث التغيير على مستوى التفكير، وهي التسامح، والتساهل، التعلم بالاستبصار.
- توعية أعضاء المجموعة بأن هناك نوعين من الأحاديث الذاتية، الأحاديث الذاتية السلبية، وهي تعيق عملية التحسن، والأحاديث الذاتية الإيجابية، والتي ينتج عنها السلوك السوي،

وَأَنَّ هناك تطابقاً بين أحاديث الذات السلبية، والأفكار اللاعقلانية (الخاطئة)، وأحاديث الذات الإيجابية، والأفكار العقلانية (الصحيحة).

بناء هرم القلق حسب "ولبي". انظر ملحق رقم (04)

➤ شرح الفنيات المستخدمة في هذه الجلسة: التسامح، والتساهل، الاستبصار، الحديث مع النفس (السلبى / الإيجابى)، أسلوب تقليل الحساسية التدريجي حسب "ولبي".

2/ الفنيات المستخدمة:

المحاضرة/ المناقشة الجماعية/ الأحاديث الذاتية/ بطاقات هرم القلق (إعداد الباحثة)/

تمرين الحوار الداخلي الإيجابي/ الواجب العائلي.

3/ إجراءات الجلسة:

- الترحيب بأعضاء المجموعة، وتقديم الشكر لهم على الانتظام، والالتزام بمواعيد الجلسات.

- مراجعة الواجب الخاص، باقتراح كيفية تحسين سمة التوافق، التفاؤل، الاتزان النفسي لدى

المتعاشين مع فيروس السيدا، بالتحدّث مع كل عضو على حدة، وتحدث كل عضو عن رأيه

في ذلك، مع التقيّد بوقت لا يزيد عن دقيقتين لكل عضو.

- التوضيح لأعضاء الجماعة الواحدة أنّ التسامح فيما بينهم، والتساهل خلال التفاعل يعطي

فرصة جيّدة لكل واحد منهم للتحدث، مع التقبّل من قبل البقية، والفهم من قبل المعالج.

تعليم أعضاء المجموعة عملية الاستبصار، لإعادة تنظيم الخبرات، وهذا من أجل:

- تحقيق الذات.

- التفاعل مع أعضاء الجماعة.

- تدعيم الانفتاح على الخبرة، والممارسة.

انتقاء أحد أعضاء المجموعة، والذي يرغب في المشاركة الفعلية، ونطرح عليه بعض

الأسئلة كالتالي:

- بماذا تفكر الآن؟ - ماذا يدور في داخلك، وأنت تتكلم الآن؟

- كيف تشعر بالقلق في داخلك الآن؟ - كيف تشعر بالانسحاب في هذه اللحظات؟

من خلال هذه الأسئلة، وهذا التوجيه، يتوصل المفحوص إلى القيام بعملية الاستبطان للأفكار، ثم طرح هذه الأفكار إلى السطح ليخبرنا بها، وهو هنا يقوم بالاستبصار، وهي تقنية مراقبة ذاتية، أو ملاحظة ذاتية.

توعية أعضاء المجموعة بأن الحديث مع النفس ضروري، ونحن نقوم به بصفة دائمة، وعادية غير أن الحديث الإيجابي، ينطلق من اعتقاداتنا، وأفكارنا الإيجابية عن المواقف التي نعيشها، وهو يعمل على دعم الجانب النفسي، وتحقيق التوازن، والرضا، على عكس الحديث السلبي الذي ينطلق أساساً من أفكارنا السلبية، عن المواقف، والأزمات التي تواجهنا. وسنوضح ذلك أكثر، من خلال بناء هرم القلق، الخاص بكل عضو من أعضاء المجموعة.

➤ بناء هرم القلق (تقليل الحساسية التدريجي):

بما أن أعضاء مجموعة الدراسة، يعانون من نفس المخاوف، والمرتبطة أساساً بالمرض، اعتمدنا على هذا الأسلوب، وهو إعداد قائمة للمثيرات، والمخاوف المثيرة لقلق المفحوص، وترتيبها تنازلياً، أي من الأكثر شدة، إلى الأقل شدة في استثارة قلق المفحوص.

إن عملية إعداد هذا الهرم، تقع على عاتق المفحوص، لكن ومراعاة لاعتبارات عديدة منها: الحالة الصحية للمفحوص، السن، عدم استيعاب طريقة إعداد الهرم، لن تستطيع الباحثة تكليف أعضاء المجموعة، بإعداده كواجب، وارتأت أنه يجب التدخل، والمساعدة كالتالي:

- أعدت الباحثة هرماً للقلق مشكلاً من (19) تسعة عشر بطاقة، تحتوي مواقف مقلقة متعلقة بالمرض، وطبيعته، مع ترك بطاقة فارغة، يسقط عليها المفحوص خبرة مقلقة، متعلقة أيضاً بحياته بعد الإصابة بالمرض.

- تعرض الباحثة على كل عضو من أعضاء الجماعة، البطاقة تلو الأخرى. وتطلب من المفحوص إعطاء درجة للبطاقة، تتراوح من (0 إلى 100)، مع إيفهام المريض بأن درجة (0) صفر، تعني أن الموقف لا يثير مشاعر القلق لديه (موقف غير مقلق)، ودرجة (100) مائة تشير إلى أقصى درجات القلق، والخوف، وتوضح له أن الفرق بين الموقف، والآخر في الدرجة، لا يزيد عن (05) خمسة درجات.

- ترتب الباحثة البطاقات الخاصة بكل مفحوص، من أقلها إثارة، إلى أكثرها، وأشدها عند كل عضو، ثم تعطي أرقاماً متسلسلة للبطاقات.

من المنطقي أن تكشف البطاقة رقم (19) تسعة عشر هنا، عن القلق الحقيقي للمفحوص، ويتم التركيز عليها، خاصة إن كانت تحمل درجة مرتفعة، حسب تقييم المفحوص الذاتي لها.

من خلال هذه البطاقة يتم إعطاء فرصة لكل عضو من أعضاء المجموعة بتقييم نفسه، والتحدث عن مشكلته بكل حرية، بغية التعرف على معاناته، مما يساعده في تحديد مشكلته، وتعزيز ثقته بالمعالج، والبرنامج المقترح. انظر ملحق رقم (12)

من هنا تستطيع الباحثة البدء بتحديد الأفكار اللاعقلانية، الموجودة في ذهن المريض، والعمل على التعامل معها، حسب ما جاءت به أهداف البرنامج في هذه الدراسة، وكذا الأساليب المنتقاة في عملية التكفل العلاجي.

4/ تمرين الحوار الداخلي الإيجابي:

تدريب أعضاء المجموعة على التحدث مع النفس بشكل إيجابي مثلاً: إعادة كلمة: (لدي مكان في هذا العالم)، (أستطيع التغلب على الأزمات)، (الجميع عرضة لما تعرضت إليه من مرض)، (المرض ليس نهاية الحياة)، (أستطيع التعايش مع المرض)، (مررت بمواقف أصعب من المرض في حد ذاته، واجتزتها بنجاح)، (علي تقبل الواقع، والرضا بالقضاء، والقدر).

5/ واجب علائقي:

- التفكير الجدي في الموقف المقلق، وتحديد معالمه، وصياغة فكرته لعرضها في الجلسة اللاحقة.

- مواصلة التدرب على الحوار الداخلي الإيجابي.

الجلسة الرابعة: العنوان: تحديد الأفكار اللاعقلانية، ومواجهتها واقعياً.

1/ أهداف الجلسة: تهدف هذه الجلسة إلى:

- تبصير أعضاء المجموعة بأن السلوك، والمشاعر، وردود الأفعال المختلفة في حياتنا، تنطلق أساساً من تفكيرنا. فإذا انطلقنا من تفكير سليم نصل إلى سلوك سليم.
- التأكيد على أن المشاكل، والأزمات لا تحل بالهرب منها، أو التستر عليها، بل بالمواجهة الواقعية. والتعريف بأهمية الإيمان بالقضاء، والقدر، وبأن الله عز وجل يبطل عباده، ويجب الرجوع إليه.

➤ التعرف على مفهوم الاسترخاء، كتقنية علاجية مساعدة في مواجهة ضغوطات الحياة، وتقبلها كما هي، وتدريبهم على هذه التقنية.

2/ الفنيات المستخدمة:

المحاضرة / المناقشة الجماعية / تمرين الاسترخاء / الواجب العلائقي.

3/ إجراءات الجلسة:

بعد الترحيب بأعضاء المجموعة، يتم التطرق، واستعراض الواجب لكل عضو على حدة، وتوضيح الأهمية البالغة للأحاديث الذاتية، خاصة الإيجابية، في التخلص من الأفكار السلبية، واستبدالها بأفكار ايجابية.

تطلب الباحثة من أحد المرضى داخل الجماعة، التحدث عن الموقف المقلق الذي يخصه، ويحدّد معالمه، ويعبر عن فكرته، ويعرضه بكل وضوح، وصراحة. وتوضّح له أنّ ما يقال بين جدران الغرفة، التي هم فيها سيبقى داخلها. إنّ المفحوص هنا يستبصر بمشكلته لأقيا الدعم الخارجي. يتم هنا تعزيز كلام المفحوص، لكي يستمر في عرض خبراته، ومشاعره، لذا لا يقطع المفحوص بالأسئلة أثناء حديثه. الإصغاء، والاهتمام بكل ما يقوله، سواء من قبل المعالج، أو حتى من قبل أعضاء الجماعة، مع عدم مناقشته، أو نقده، أو تقييم أقواله.

بعدها يتم: تمحيص أقوال المفحوص، بإعطاء فكرة ملخصة للمشكلة، ثم تبدأ إجراءات

العلاج العقلاني:

- تثبت الباحثة للمريض أنّه غير منطقي في تفكيره، وتساعده في أن يفهم لماذا هو غير منطقي؟.

- توضّح للمريض بأنّ تفكيره غير المنطقي، هو الذي يجلب له الشعور بالتعاسة، والاضطراب، ومادام يستعمل الحوار الداخلي السلبي مع الفكرة السلبية، فلن يتخلّص من التعاسة، وعدم الرضا، والتقبّل، ومادام المريض محتفظ بالتفكير السلبي، ستبقى حياته سوداء، ويرافقه الاضطراب، والتعاسة.

- توضّح الباحثة للمريض أنّه من خلال دعمها، ودعم الطاقم الطبي، ودعم الجماعة التي ينتمي إليها حالياً، ستتم مساعدته للتخلّص من أفكاره السلبية، واللامنطقية، بشرط أن يكون هو مستعداً لذلك، لأنّ الحياة لا تتوقف على أفكاره السوداء، فهي مستمرة رغم أزماتها.

يتم هنا تطبيق تمرين الحوار الداخلي الإيجابي:

تحدث مع نفسك، واتبع الخطوات التالية:

1. أفنعهما بأنَّ الخوف، والهلع المتملك لمشاعرك عند التفكير، فيما قد يحدث من أشياء سيئة، أسوأ بكثير من الأشياء التي ستحدث فعلا. قل لنفسك بأنك ستحول الموقف إلى أسوأ مما هو عليه بالفعل بتفكيرك، وتهويلاتك.

2. أفنعه نفسك بشتى الوسائل الممكنة، أنَّ الموقف الذي يثير مخاوفك الآن سينتهي حتما.

3. قل لنفسك بأنَّ التخلُّص من كل المشاعر المكدره، والتوترات المرتبطة بالقلق تماما، أمر صعب، إذ لا بد أن تقبل بعض جوانب التوتر مؤقتا.

4. قل لنفسك: بأنني لست وحدي في هذه الأزمة، هناك من هم مثلي يدعمونني، ومن هم ليسوا مثلي، ويدعمونني أيضا.

5. هل أنا مؤمن بالقضاء، والقدر، ومتقبل لمصيري؟! انظر ملحق رقم (05)

يطلب هنا من المفحوص، أن يعبر بصوت مسموع عن كلامه الداخلي، عن طريق تقنية الاستبصار النفسي بالملاحظة الذاتية، وحتى يتعلم باقي أعضاء المجموعة تقنية الانتقال من تفكير غير عقلائي، إلى آخر عقلائي.

في الجلسة الرابعة، يتم حصد الأفكار اللامنطقية انظر ملحق رقم (06)، الخاصة بأعضاء المجموعة، أي التعامل مع مجموعة الأفكار غير المنطقية، وتحويلها إلى أفكار أكثر عمومية. وناقش نظرة المفحوص للحياة، وفلسفته فيها، ونطلب منه عدم التعصب لأفكاره اللامنطقية، لأنَّ ذلك قد لا يترك له مجالاً للتخلُّص منها، والعيش بسلام، وبأنَّ فلسفته في الحياة ليست من صنعته، بل من صنع الخالق، لذا وجب الرجوع إليه، والتمسك به.

الشرح للمفحوص أنَّ التخلُّص من الأفكار السلبية عن الحياة مع المرض، ومواصلة الحياة بشكل طبيعي، متوافق، متفائل، متوازن انفعاليا، يتطلب العمل الداخلي (المفحوص في حد ذاته)، والخارجي (المحيطين به). وبما أننا نتولى القيام بواجبنا الخارجي في مساعدته، فلا بد أن يساعد نفسه داخليا. وبأنه يجب أن يقوم -حسب "ستامفل"- بعمل مواجهة حية بينه، وبين خوفه المرضي، وعليه أن يعيش التجربة بعناصرها. كما على المعالج أن يجرب

الإستراتيجيات المسهلة للمفحوص، تعلم سلوكيات مسؤولة صحيحة في حياته عن المرض منها: أن يكون ايجابيا، وهذا ما سيتعلمه في الجلسة اللاحقة. ولكي يكون كذلك يوضح المعالج لأعضاء المجموعة، أن من بين الأساليب المستخدمة هنا، والمستعان بها في مواجهة أزمات الحياة "أسلوب الاسترخاء". كما أنه من الضروري الحفاظ على الاسترخاء، أثناء المواجهة، وأثناء الجلسات. مع الإشارة إلى أن الاسترخاء يختلف عن الراحة، مع ضرورة ممارسة التدريب عليه بشكل يومي صباحا، ومساء، حتى نحصل على النتائج المرجوة. وبأنه سيتم تخصيص مدة (20) عشرون دقيقة، من زمن كل جلسة، من الجلسات اللاحقة، لتعليمهم كيفية الاسترخاء.

تعرف الباحثة أعضاء المجموعة، بأهمية الإيمان بالقضاء، والقدر، حيث تقوم بشرح مدى أهمية الأذكار، والمعارف الدينية، في تحديد انفعالات الفرد، وسلوكه، وتحاول إقناع العميل بذلك، مع تقديم تقنية التأمل بذكر الله. انظر ملحق رقم (07)

مع عمل الباحثة على محاولة تخليص المريض من إحساسه بالذنب، لما ارتكبه من خطايا، وتفتح أمامه باب المغفرة من الله ورحمته، (مع عدم التعرض بالحديث، عن السبب الكامن وراء الإصابة بمرض السيدا).

4/ الواجب العلائقي:

الطلب من أعضاء الجماعة، التدرب على الاسترخاء، وذلك من خلال: غلق قبضة اليد بشدة، لمدة دقيقة، ثم فتحها، وإرخائها قدر الإمكان، مع إغلاق العينين، والتركيز على اليد فقط، ثم فتحها، ويسجل الإحساس المدرك. والعمل على ذلك عدة مرات. كما تطلب الباحثة منهم محاولة تخليص الذهن من كل الأفكار، والإحساس بأنه فارغ تماما، وعدم الحكم بعدم المقدرة على ذلك من المرة الأولى، أو الثانية، بل تجب المحاولة، والتكرار حتى موعد الجلسة التالية.

الجلسة الخامسة: العنوان: تعلم الاسترخاء.

1/ أهداف الجلسة: تهدف هذه الجلسة بالأساس إلى:

- تدريب أعضاء المجموعة على المرونة، والتخلي عن التصلب في التفكير، لأن ذلك يصعب عملية تقبل الواقع، وكذا عملية الاسترخاء، التي هم في حاجة إليها.
- تشجيع المفحوص على مواصلة مواجهة قلقه، وخوفه، وتعليمه كيف يكون ايجابيا.

➤ تخصيص مدة (20) عشرون دقيقة من كل جلسة، لتدريب أعضاء المجموعة على الاسترخاء.

2/ الفنيات المستخدمة:

المحاضرة/ الحوار والمناقشة/ تمرين الاسترخاء/ الترفيه بالموسيقى/ الواجب العلائقي.

3/ إجراءات الجلسة:

بعد الترحيب بأعضاء الجلسة، يتم الاستطلاع عما إذا كانت هناك أفكار مقلقة، مازالت تستحوذ على ذهن المريض الموجود داخل المجموعة. ونؤكد للمريض بأن التصلب في التفكير، لن يفيد في شيء، بل على العكس، فهو قد لا يساعد نفسه، وجسمه بذلك على الشفاء، أو حتى العيش مع التقبل، والواقع، لأنه وحسب آراء، وشواهد قد يعيش المريض بالسيدا مع المرض، فترة طويلة جدا، لكونه لم يساعد الفيروس على الاستفحال في جسمه، فكثرة الهموم، والاكنتاب، تسرع فقدان الرغبة في الحياة. ولأن الرسول (صلى الله عليه وسلم) قال: "تقاءلوا خيرا تجدوه".

تتناقش الباحثة مع أعضاء المجموعة فكرة:

- أنا مصاب بالسيدا، ولا مهرب من تقبل مصيري، هل أستطيع تغييره؟
- إن لم أتقبل الواقع، وأرضى بالقضاء، والقدر، فماذا يمكنني أن أفعل؟
- بإمكانني مواصلة حياتي كما أرغب فعلا؟
- لماذا أضع الحواجز في حياتي، ولست من خط مسارها؟

كل هته الأسئلة تساعد المريض على مواجهة، ومهاجمة الأفكار السلبية، والمقلقة. لكن ننصح أعضاء المجموعة عند الإجابة عنها، بالتحدث مع النفس أولا، بشرط أن يكون الحديث الذاتي ايجابيا، ثم الحديث بصوت مسموع للكشف عن الأفكار.

قبل بداية عملية الاسترخاء، نعطي كل عضو من أعضاء المجموعة تصورا عاما، حول طبيعة قلقه، ونبين له أن الاسترخاء أسلوب لتخفيف هذا القلق، والتوتر النفسي المصاحب له.

ثم تتم مراجعة الواجب، الذي طلبت فيه الباحثة من أعضاء المجموعة تدريب اليد على الاسترخاء العضلي، وتدريب الذهن على طرح الأفكار، ومناقشة مدى قدرة كل عضو على القيام بذلك.

تطلب من أحد أعضاء المجموعة التقدّم، وهو الشخص الذي حقّق نتيجة ايجابية في الواجب المنزلي، لأنّه تمكّن من فهم فكرة الاسترخاء، وبنجز معه تمرين الاسترخاء المدمج في البرنامج المقترح في هذه الدراسة. انظر ملحق رقم (08) نستعمل للمساعدة على الاسترخاء نغمات هادئة، تخلو من الكلمات، كنوع أيضا من الترفيه عن المريض.

ملاحظة: يتم تقسيم تمرين الاسترخاء إلى ثلاث مراحل، حتى يتمكّن كل عضو من تطبيقه كاملا، ويستوعب مراحلها، وهدفه.

يتم تعليم باقي أعضاء المجموعة، المرحلة الأولى من تمرين الاسترخاء، حسب نموذج الدراسة (إرخاء اليدين، والكتفين).

نشرح لأعضاء المجموعة أنّ الاسترخاء سيكون أكثر فعالية، إذا ما تمكّن كل واحد من أن يكون ايجابيا، وذلك يتحقّق بـ:

- تكسير النموذج السلبي، وعدم التفكير فيه، ويركّز على كل شيء ايجابي وبناء في الحياة.
- أن يتغلّب على ضعفه، وعدم مقدرته على مواجهة المشاكل الجسمية، والنفسية، بتمتية الإدمان الإيجابي، من خلال:

التأمل، الذي يمارسه لمدة ساعة يوميا، حتى يصل إلى الإدمان. انظر ملحق رقم (09) ويتم ذلك أيضا من خلال:

- يختار المفحوص نشاط ترفيهي يحبّه، ويرغب فيه، لكن يكون غير تنافسي، ويمضي ساعة يوميا لأدائه.
- على المفحوص أن يؤدي هذا النشاط بحد أدنى من الجهد الجسدي، والعقلي.
- أن يكون المفحوص مؤمنا بأنّ النشاط له قيمة جسمية، عقلية، روحية.
- أن يقيّم المفحوص ما إذا كان هذا النشاط يعطي تحسنا شخصيا له، وهذا حسب تقييمه الذاتي.
- يؤدي المفحوص هذا النشاط أمام أعضاء الجماعة أولا، ثم يقوم به منفردا.
- يختار المفحوص النشاط دون انتقاد ذاتي، وحتى يكون مدمنا، عليه أن يشعر بتقبّل الذات أثناء عمل ذلك.

في آخر الجلسة: يتم تعريف المفحوص، بالارتباط الموجود بين عملية التأمل، والكلام الداخلي الديني (الإيمان بالقضاء، والقدر، الاستعانة بالقرآن الكريم، والذكر، والأدعية الدينية)، وتحقيقه للتوافق، والتفاؤل، والالتزان النفسي، أو الانفعالي، وأنه يجب أن يعود إلى الله تعالى، فهو أرحم الراحمين.

4/ الواجب العلائقي:

تطلب الباحثة من أعضاء الجماعة ممارسة استرخاء اليدين، والكتفين، مرتين يوميا صباحا، ومساء، والتدرب على إرخاء منطقة الوجه، والرقبة، حتى موعد الجلسة القادمة. مع تطبيق تمرين التأمل.

الجلسة السادسة: العنوان: مواصلة الاسترخاء

1/ أهداف الجلسة: تهدف هذه الجلسة بالأساس إلى:

- تبصير أعضاء المجموعة بمفهوم أن لكل مشكلة حل، من خلال مناقشة الفكرة العقلانية: (لا يأس مع الحياة)، وفكرة (كل داء دواء).
- تبصير المريض بواجباته الدينية، وتشجيعه على أداء الفرائض. لأنها وسيلة للراحة النفسية، والتخلص من مشاكل النفس، وأهمها الإحساس بالذنب، وعدم تقبل الواقع، والذات، والقضاء، والقدر، مع تعلم الصبر حين الشدائد، وطمأنينة القلب بقراءة القرآن، والأذكار، والأدعية.
- تدريب أعضاء المجموعة على إرخاء عضلات الوجه، والرقبة.

2/ الفنيات المستخدمة:

المحاضرة/ الحوار، والمناقشة/ تمرين الاسترخاء/ الواجب العلائقي.

3/ إجراءات الجلسة:

بعد أن يتم الترحيب بأعضاء المجموعة، وشكرهم على مواصلة حضورهم الجلسات. تقوم الباحثة بشرح فكرة مقولة: "لا يأس مع الحياة"، وأن القنوط من رحمة الله، يعد كفرا يجب أن نبتعد عنه، ولا بد أن نعيش هذه الحياة، ونحاول تغيير جانبها المظلم، مهما كانت شدة ظلمته. لأن كل شيء بيد الخالق عز وجل، كما أنه -الخالق- وضع "كل داء دواء"، والمهم هنا هو الإيمان، والصبر. ويجب أن نبعد عن أذهاننا كل فكرة سوداء، وعن ذواتنا كل حوار

سيء، يبعث على اليأس، والاكتئاب، لأن الحياة تستمر، حتى وإن لم نستطع تغيير أي شيء، فتقبل الوضع يجعلنا نتفاعل بالحياة، ونكملها بشكل سليم متوافق.

الرجوع بأعضاء المجموعة إلى أهمية الذكر، وقراءة القرآن، والعودة إلى الله عز وجل، لأن ذلك يجعل المؤمن يطمئن. لذا يجب المحافظة على الواجبات، والفرائض الدينية: من صلاة، وصيام، وذكر ودعاء، ولأن في الدعاء شفاء فلا بد أن نتمسك به. ولأن الذكر يقربنا من الله، ويمحو الخطايا، والإحساس بالذنب، والشعور بالنقص، ويجعل الفرد منا يقنع، ويرضى بالقضاء، والقدر، ويصبر على الشدائد، ويواجهها بإيجابية.

بعد ذلك يتم ترك كل فرد من أفراد المجموعة يعبر عن رأيه في ذلك، مع تعزيز كلامه، ومحاولة التركيز على الفكرة المقلقة، واللاعقلانية الموجودة لديه، ومناقشتها.

ثم نستعرض الواجب مع كل أعضاء الجماعة، وندرس مدى قدرتهم على استيعاب كيفية الاسترخاء المتعلقة باليدين، والكتفين، ثم نحاول مع بعض التدرّب على إرخاء منطقة الوجه، والرقبة، بالاعتماد على نموذج الاسترخاء المقترح.

تحاول الباحثة استطلاع آراء أعضاء المجموعة، حول فعالية الاسترخاء معهم، وهل حقق شيئاً من الراحة بالنسبة لهم، أم لا؟، وأنه يجب مراجعة تمرين الاسترخاء بمفردهم، كلما سنحت الفرصة.

4/ الواجب العلائقي:

تطلب الباحثة من أعضاء المجموعة إقناع أنفسهم، عن طريق الحوار الداخلي الإيجابي، بأن أي شخص في هذا العالم، معرض للإصابة بأي مرض، وبأن هناك أمراض أخطر من السيدا، تؤدي بالحياة مباشرة، وبأن الأعمار بيد الله تعالى، وبأن المريض يستطيع أن يثبت وجوده رغم كل الصعاب. وبما أن المريض تحمل صدمة الإصابة بالمرض، فإنه بإذن الله، يستطيع تحمل أزمات الحياة، لأنها مؤكدة ستكون أقل تأثيراً، وبأنه يستطيع عيش حياة طبيعية، مثله مثل مريض السكري، أو ضغط الدم، أو الربو... الخ فهم أيضاً مرضى.

إعادة تمرين الاسترخاء الخاص بالوجه، والرقبة، مرتين يومياً صباحاً، ومساءً. والتدرّب على إرخاء باقي مناطق الجسم مثل: الظهر، البطن، الساقين. وقبل يوم من موعد الجلسة، يتم التدرّب على إرخاء اليدين، الكتفين، الوجه، الرقبة مرتين في اليوم صباحاً، ومساءً.

الجلسة السابعة: العنوان: الاعتماد على الاسترخاء، والتأمل.

1/ أهداف الجلسة: تهدف الجلسة السابعة إلى:

- مواصلة التدريب على تقنية الاسترخاء، للوصول إلى إرخاء كامل الجسم. وفي هذه الجلسة، يتم تدريب أعضاء المجموعة على إرخاء باقي أعضاء الجسم، وهي: عضلات الظهر، البطن، الصدر، والساقين.
- تدريب أعضاء المجموعة، على تمرين التأمل، حتى يتمكنوا من إتقانه بمفردهم، واتخاذهم كأسلوب للمواجهة الحية.
- تحديد بعض الأنشطة الترفيهية، التي يرغب أعضاء المجموعة القيام بها، خلال الجلسات اللاحقة.

2/ الفنيات المستخدمة:

الحوار، والمناقشة/ تمرين الاسترخاء/ تمرين التأمل/ الواجب العلائقي.

3/ إجراءات الجلسة:

بعد الترحيب بأعضاء الجلسة، يتم استعراض ما تم تعلمه في الواجبات لكل عضو على حدة، والتأكد من ممارستهم تدريبات الاسترخاء، التي تم الاتفاق عليها في الجلسات السابقة. وتعلم كيفية إرخاء عضلات الظهر، البطن، الصدر، والساقين، حسب النموذج.

تبصير أعضاء المجموعة بأنه من الطبيعي أن يواجه أي فرد مشكلة معينة، ولا بد من أن يتبع خطوات لمواجهة تلك المشكلة، أول هذه الخطوات أن يدرك أنه يعاني من مشكلة، وأن يكون واعي بمشاعره عند إدراكها، ويقدر حجمها. بعدها يأتي موقف التفكير التلقائي (الأوتوماتيكي)، لأن أغلب تلك الأفكار تكون سلبية، مما يؤدي إلى التشويه المعرفي لديه. ثم تأتي خطوة التفكير قبل القيام بأي سلوك، أي توضع المشكلة على شكل سؤال، يحاول الشخص الإجابة عنه، ثم يضع عدة حلول لها، بعدها يبحث، ويختار الحل الأمثل. وهذه طريقة منظمة في البحث عن حل لمشكلة ما. ولمواجهة هذه المشكلة على أرض الواقع، لا بد من تعلم التأمل فيها، والتأمل الإيجابي. لذلك نقوم بعرض تمرين التأمل، وتدريب أعضاء المجموعة عليه كما يلي:

- أنا ايجابي، وأركز على كل شيء ايجابي، وبناء.

- أستطيع أن أتغلب على ضعفي، وعدم مقدرتي على حل المشاكل الجسمية، والنفسية.
- أقدر على أداء تمرين التأمل بقدر أدنى من الجهد العقلي، ولا أتعب نفسي بالتفكير.
- أو من بأن القيام بنشاط حل المشكلة، أو أي نشاط آخر له قيمة جسمية، عقلية وروحية.
- سأقيم النشاط العقلي المبذول من طرفي في حل المشكلة تقييماً ذاتياً. هل أفادني أم لا؟
- اعتمد على نفسي في حل مشكلتي، في أي نشاط أرغب القيام به، دون انتظاري مساعدة الآخرين.

- لن أنتقد نفسي، ولا هذا النشاط، وأقوم به فحسب، وأنا متقبل لذاتي حين قيامي بهذا النشاط. ثم يتم سؤال أعضاء الجماعة، عن أهم الأنشطة الترفيهية التي يرغبون القيام بها داخل المستشفى. وكيف يقضون أوقات فراغهم داخل المستشفى، وحتى في البيت. لكي تتمكن الباحثة من إضافة نوع من الأنشطة الترفيهية المرغوب فيها، والمختارة من قبل المرضى أنفسهم، والتي يرونها مفيدة في تحقيق التوافق، والالتزان الانفعالي. يتم استطلاع الآراء الخاصة بأعضاء المجموعة، الواحد تلو الآخر، شريطة أن يكون نوع النشاط الترفيهي، ضمن إمكانيات المريض، وقدراته الجسمية، والعقلية، والصحية. والتفكير في أنشطة بإمكانها مساعدتهم أكثر داخل المشفى، وخارجها، ليتم التحضير لبعض هذه الأنشطة ضمن الجماعة. انظر ملحق رقم (10)

4/ الواجب العلائقي:

أطلب من أعضاء المجموعة التمرن على إرخاء الظهر، الصدر، البطن، الساقين مرتين في اليوم صباحاً، ومساءً. وقبل يوم من موعد الجلسة اللاحقة، يتم الجمع بين المناطق الكل، التي تم تدريبها على الاسترخاء، حتى يتم معرفة مدى استيعابهم لعملية الاسترخاء، وإرخاء الجسم ككل.

الجلسة الثامنة: العنوان: كيفية ملء وقت الفراغ.

1/ أهداف الجلسة: تهدف محتويات الجلسة إلى:

- التركيز على ما إذا كانت هناك أفكار لا عقلانية مقلقة، لا تزال تشوش ذهن أعضاء المجموعة، ومحاربتها بالحوار، والإقناع مع أعضاء المجموعة.
- تعلم تقنية الاسترخاء من قبل أعضاء المجموعة، وضرورة الالتزام بأدائها، والتدريب اليومي عليها، خاصة مع تلقي العلاج الطبي.

➤ بعد معرفة نوع الأنشطة الترفيهية، التي يرغب فيها أعضاء المجموعة، والتي من الممكن أن يقوموا بها في أوقات الفراغ، وهدفها الأساسي هو القضاء على التفكير السلبي، وملء الفراغ، يتم تنفيذها داخل الجماعة، وذلك لتعزيز التفاعل بينهم.

2/ الفنيات المستخدمة:

الحوار، والمناقشة/ تمرين الاسترخاء/ أنشطة الترفيه (حسب تحديد المرضى لها، ورغبتهم فيها)/ الواجب العلائقي.

3/ إجراءات الجلسة:

يتم الترحيب بأعضاء المجموعة، وتذكيرهم بضرورة معرفة ما إذا كانت هناك أفكار سلبية لاعتقالية، لا تزال تسيطر على أذهانهم، حتى يتم محاربتها، لأن بقاءها يعني الاستمرار في المعاناة النفسية. وكل من هم في المستشفى مسخرون لمساعدتهم، والتخفيف عنهم، ودعمهم. مع التأكيد على الحوار الداخلي الإيجابي البناء. بالتالي يتم الاستمرار في تحديد الفكرة المؤلمة، ومناقشتها، وإقناع الشخص بعدم صحتها. وبعد التخلّص من هذه الأفكار، يتم العودة إلى تمرين الاسترخاء.

يتم في هذه الجلسة، تدريب أعضاء مجموعة الدراسة على الاسترخاء الكلي، وذلك بالجمع بين: تمرين إرخاء اليدين، والكتفين، الوجه، والرقبة، الظهر، الصدر، البطن، الساقين، وإعادة التمرين مرتين على الأقل خلال الجلسة في بدايتها، ونهايتها. بحيث يستغرق التمرين الواحد (20) عشرون دقيقة. انظر ملحق رقم (08)

وتعزيزا للتفاعل بين أعضاء المجموعة خاصة، يتم القيام ببعض الأنشطة الترفيهية أثناء الجلسة، التي تمّ تحديدها من قبلهم، والموافقة على القيام بها. والتوضيح لهم بأن هناك العديد من الأنشطة الأخرى، التي يمكن الاعتماد عليها لمحاربة الملل، الروتين، والتفكير السلبي، وتزويدهم بفكرة عنها. غير أنها لا يجب أن تتعارض مع وضعهم الصحي، لأن الله لا يكلف نفسا إلاّ وسعها.

4/ الواجب العلائقي:

تطلب الباحثة من أعضاء المجموعة تبادل الزيارات بينهم داخل المستشفى، والقيام بأنشطة موحدة بينهم، أو التترّه مع بعضهم.

اختيار مكان هادئ، ومريح داخل المستشفى، والتدرّب على تمرين الاسترخاء، بتفكير إيجابي، ومتفائل لمدة ساعة يوميا.

التأمل في عظمة الخالق، والتفكير بحكمة في القضاء، والقدر. وقراءة القرآن، والذكر، والدعاء، من أجل بعثهم على التقبل، والرضا، والإيمان على فكرة: "يمكنني أن أعيش سعيدا".

الجلسة التاسعة: العنوان: القياس البعدي لمتغيرات الدراسة.

1/ أهداف الجلسة: تهدف الجلسة الختامية إلى:

➤ التأكد من تعلّم أعضاء المجموعة لتقنية الاسترخاء، كوسيلة مناسبة لحالتهم المرضية. مع تصميمهم على مواصلة الحياة بإيجابية، رغم عرقلة المرض، فهو لا شيء أمام نوع من الإعاقات الحركية مثلا، أو التخلف العقلي، أو مرض التهاب الكبد الفيروسي.

➤ إجراء القياس البعدي للمتغيرات الرئيسية موضوع الدراسة، والتي هي: التوافق، التفاؤل، الاتزان الانفعالي. للحصول على الدرجات الخاصة بهذه العينة، بعد تطبيق محتويات البرنامج المقترح، ومقارنتها بنتائج التطبيق القبلي.

➤ السؤال المباشر لأعضاء المجموعة، عن مدى استفادتهم من هذا البرنامج، والإطلاع على تقييمهم الشخصي له.

2/ الفنيات المستخدمة:

المحاضرة / الحوار والمناقشة.

3/ إجراءات الجلسة:

يتم الترحيب بأعضاء المجموعة، والسؤال المباشر لهم عن استيعابهم لتقنية الاسترخاء، وهل تمّ تعلّمها من قبل الجميع أم لا؟. وبعد التأكد من تعلمها، يتم تطبيق الاسترخاء، كتحصير نفسي لإجراء القياس البعدي لمتغيرات الدراسة.

بعدها تعرض الباحثة المقاييس على أعضاء المجموعة، ويتم تطبيقها، وبذلك يتم تحصيلها على درجات كل من: التوافق، التفاؤل، والاتزان الانفعالي، لكن بعد تطبيق إجراءات البرنامج، الذي تمت المساهمة في بنائه، لأجل هذه الشريحة من المرضى في المجتمع. انظر

ملحق رقم (11)

ثم يتم سؤال أعضاء المجموعة مباشرة، حول البرنامج بإعطاء آرائهم حول: محتوياته، زمن الجلسات، مكان الجلسات، محتوى البرنامج، الجماعة، الوسائل المستخدمة، تقنية الاسترخاء، الحوار الإيجابي، الأنشطة الترفيهية، التأمل، الواجبات، والتمارين... وكل ما يخص هذا البرنامج.

يتم تقديم الشكر لأعضاء المجموعة، على تقديمهم المساعدة للباحثة، كذا حضورهم للجلسات في الوقت المحدد، وتفاعلهم مع الجماعة، وتذكيرهم بفكرة أن الحياة تستمر رغما عنا، لكننا من يحدد مسارها، لذا يجب أن نعيشها بشكل إيجابي، ونستغل كل شيء جميل فيها، ولأننا لن نعجل بالموت إذا كتبت لنا الحياة من الله تعالى.

7-3/ القياس البعدي:

بالمحافظة على نفس الشروط الأولى لتطبيق البرنامج، وكذا شروط إجراء القياس القبلي، وخلال الجلسة التاسعة، أو النهائية المقترحة في البرنامج، تم إجراء القياس البعدي لنفس المتغيرات المراد دراستها، ولتحديد مدى التغير الحاصل فيها، بعد إتمام تنفيذ محتوى البرنامج المصمم في هذه الدراسة، والمتعلق بفئة المتعاشين مع فيروس السيدا. إذ تمكنت الباحثة من الحصول على درجات المفحوصين بعد تطبيق المقاييس، بصورة جماعية تضم أعضاء المجموعة.

7-4/ التقييم:

يتم تقييم مدى فعالية البرنامج المصمم للمتعاشين مع الفيروس في هته الدراسة، انطلاقاً من إستراتيجية التقييم الثنائي، على مرحلتين من التقدير، لدرجات بعض المتغيرات، التي يبحث محتوى البرنامج في محاولة تحسينها لدى هذه الفئة. التقدير الأول، يكون قبل التعرض لتنفيذ البرنامج التكفلي العلاجي، والثاني بعد انتهاء فترة تنفيذ محتوى البرنامج، أي بعد مرور (07) سبع جلسات، من مجموع (09) تسع جلسات، يتكون منها البرنامج، والحصول على درجات المفحوصين عليها، بما يسمى (القياس القبلي) أثناء الجلسة الثانية، أما القياس البعدي فكان خلال الجلسة التاسعة، وقد تم الحصول على هذه التقديرات، من خلال المقاييس المستخدمة في الدراسة.

كما أنه سيتم تحديد مدى فعالية البرنامج، بالاعتماد على هذه القياسات، ودراسة التحسن في درجات أعضاء المجموعات فيما يخص المتغيرات المدروسة، وكذا الفروق بينها.

5-7 / المتابعة:

بعد مضي شهر، من انتهاء تنفيذ محتوى جلسات البرنامج التكفلي العلاجي المقترح مع المتعاشين مع فيروس نقص المناعة المكتسبة، تسعى الباحثة إلى الوقوف على فعالية هذا البرنامج، المرتكز في الأساس بمحتواه، وأساليبه، وفنياته، على محاولة تحسين بعض السمات الضرورية في شخصية المريض، هذه الأخيرة تمنحه الدعم إذا ما زادت عنده، في تقبل الواقع، ومسايرة العلاج الطبي، والنفسي. وتقوية عزيمته في مواجهة المرض، وأزمات الحياة، فتستخدم نفس الإستراتيجية الخاصة بالمتابعة الأولى من حيث تنفيذ البرنامج، تطبيق القياس (القبلي، والبعدي)، التكفل، وعلاج المريض، التقييم للبرنامج.

غير أن هذه المتابعة لفعاليات البرنامج، وما جاء به، والتأكد من فعاليته في تحسين سمات: التوافق، التفاؤل، والالتزان النفسي لدى المريض، كانت أيضا مع مجموعتين ثانية، وثالثة، تعاني نفس المرض، طبق معهم البرنامج بمتابعة الأخصائية النفسانية المتواجدة بمستشفى الدكتور "ضريان" بولاية عنابة، وهي في نفس الوقت تعتبر معالجة نفسانية، بحكم خبرتها في مجال العمل بالمستشفى، والتقرب من هؤلاء المرضى. وبعد مساهمتها في تطبيق البرنامج مع المجموعة الأولى في الدراسة، جنبا إلى جنب مع الباحثة، تم تعودها على مجريات جلسات البرنامج، والتأكد من استيعابها لمحتواه بشكل جيد. وقد عملت الأخصائية على تزويد الباحثة بالنتائج المتعلقة بمجريات تنفيذ البرنامج، مع المجموعتين الثانية، والثالثة.

8 / الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

1-8 / معامل "سبيرمان-براون Brown Spearman": يرى السيد (1978) أن استخدامه يكون بهدف تصحيح طول معامل الثبات، المحسوب بطريقة التجزئة النصفية.

2-8 / معامل الارتباط التتابعي "بيرسون Correlation Coefficient": استعماله يكون بهدف معرفة ما إذا كان هناك ارتباط بين الدرجات المتحصل عليها على المقاييس الثلاثة، بين التطبيق، وإعادة التطبيق، لحساب معامل الثبات.

8-3/ اختبار "ت" "T. Test": أستخدم بهدف قياس الفروق بين المتوسطات غير المرتبطة للعينات المتساوية، وتحديد اتجاه الفرق بين درجات عينة الدراسة. تم حساب هذه المعاملات، من خلال استعمال الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS-17).

ثانياً: عرض، ومناقشة، وتفسير نتائج الدراسة

The Presentation, Discussion And Interpretation Of The Study Results:

1/ عرض النتائج:

1-1/ عرض نتائج الفرضية الأولى: تنص هذه الفرضية على أنه: "يمكن بناء برنامج للتكفل النفسي العلاجي خاص بالمتعاش مع فيروس نقص المناعة المكتسبة، يعتمد في محاوره الأساسية على بعض العلاجات النفسية منها: العلاج المعرفي، العلاج الجماعي، والعلاج بالاسترخاء. العلاج بالواقع، العلاج بالترفيه، العلاج الديني، هدفه الرئيسي إعادة التوافق، والاستقرار النفسي للمصاب، مع بعثه على التفاؤل.

تم في الجزء الأول من الدراسة، تصميم هذا البرنامج، وتحديد محتواه التكفلي العلاجي. بانتقاء بعض الأساليب، والفنيات العلاجية، الشائع استخدامها في العلاج النفسي، والتي رأت الباحثة أنها يمكن أن تعطي نتائج ايجابية، فيما يخص إحداث تغيير ايجابي على متغيرات الدراسة والتي هي: التوافق، التفاؤل، والاتزان الانفعالي، لكونها سمات تدعم بقوة تواجدها في الشخصية، الجانب النفسي عند الشخص المتعاش مع فيروس السيدا، خاصة عندما يتلقى الدعم الكافي من المحيط، لمواجهة هذا المرض بشتى الوسائل. إضافة إلى تعلمه كيفية التصدي لقلقه، ومخاوفه، والهروب من المواجهة، باعتماده على ما تم استخدامه من أساليب علاجية، بني على أساسها هذا البرنامج. وجاءت ملخصات الجلسات المقترحة هنا، لنستخلص منها مدى تجاوب عينة الدراسة، مع مفهوم التكفل بهم، والعلاج، دون غيرهم من المرضى، فمن خلال تجاوب هته الفئة مع محتوى البرنامج، واستيعابها لكل ما تضمنه، يمكن الحكم على أن هذا التصميم المقترح، أصبح يشكل بناءاً يمكن الاعتماد عليه مستقبلاً في التكفل بهته الفئة خاصة داخل المستشفيات.

1-1-1/ تقديم نموذج لمخلص الجلسات مع المجموعة رقم (01) في الدراسة:

➤ ملخص الجلسة الأولى: العنوان: بناء علاقة جيدة فاحص مفحوص.

- تاريخ الجلسة: 2012/01/29
- بداية الجلسة على الساعة: 11:00. نهاية الجلسة على الساعة: 13:30.
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.

تكونت الجماعة العلاجية رسمياً، واتفق الجميع على بدء العمل لتطبيق هذا البرنامج، وقمنا بتزويد عناصرها بالمعلومات الكافية عن أسلوب سير هذا العمل، والذي سينطلق بشكل تدريجي، ومنظم حسب توجيهات الباحثة، والمعالج النفسي.

عرّفنا بالمقاييس الثلاثة التي سنستعملها لقياس درجة المتغيرات قيد الدراسة الحالية، وشرحنا مقياس: (التوافق - التناؤل - الاتزان الانفعالي) لأعضاء المجموعة. كما وضحنا دورها المتمثل في محاولة الكشف عن درجة السمات في شخصية المتعايش مع السيدا. ومهدنا إلى أنه سيتم إجراء القياس القبلي لهذه السمات لديهم.

بعدها تناولنا بالشرح الأسس القائم عليها هذا البرنامج وبيننا -حسب وجهة نظرنا- بأنه مهم جداً في الوصول بالمتعاشين مع فيروس السيدا إلى تحقيق التوافق، فهو يوجهه إلى التحكم في انفعالاته، والحصول على الاتزان النفسي. والهدف الأساسي للبرنامج هنا الرجوع بمريض السيدا إلى وضعية التقبل، والتعايش مع الفيروس، ومتابعة متعلقات حياته بصورة طبيعية. ومحتوى البرنامج مبني على أسس، ونظريات هامة وفعالة، كما أن المدة التي سيستغرقها تطبيق إجراءات البرنامج تقدر بشهر داخل المستشفى، وأشرنا إلى ضرورة، وأهمية الالتزام بالحضور. مع الاتفاق على الطريقة التي سيكون عليها العمل، وحددنا مكان الجلسات، أو المكان الذي سنتم فيه هذه العملية، وهي قاعة خاصة بالعلاج النفسي تم تجهيزها بمستلزمات العمل التي رأينا بأنها ضرورية، ومساهمة في النجاح بالبرنامج.

- استخلصنا بعض الملاحظات خلال الجلسة الأولى منها:

- الجماعة منقبلة، ومستعدة للمساعدة، والتعاون، وتطبيق محتويات البرنامج.
- الجماعة بحاجة إلى التوعية، والتحسيس فيما يخص المرض، وكذا الشأن بالنسبة للمجتمع.

- التحدّث عن حقوق المصاب بالسيدا.
- سؤال أعضاء المجموعة عن المراحل التي يمر بها المتعايش مع السيدا، والعوامل المنشطة للفيروس.
- كيفية التعامل مع الفيروس في حالة تعاطي المخدرات، وهل الدواء يعمل بشكل عادي في حالة تعاطيها؟.
- ضرورة ترك وقت الجلسة مفتوح لعدم تقييد أعضائها بوقت محدّد، مع فسخ المجال لحريرتهم في التفاعل وهذا بطلب منهم، الأمر الذي تمّ الاعتماد عليه في باقي الجلسات.
- تمّ تحديد تواتر الجلسات يوميا، أو يوم بعد يوم، صباحية كانت، أم مسائية حسب رغبة أعضاء المجموعة في برمجتها.
- وقبل انتهاء الجلسة اتفقنا وأعضاء المجموعة على أنّ موعد الجلسة اللاحقة سيكون بعد يوم.

- الواجب العلائقي:

- كلف أعضاء المجموعة بالواجب الأوّل الخاص بالتفكير في السؤال التالي: ماذا يعني لك: التوافق، التفاؤل، الاتزان النفسي؟.
- ملخص الجلسة الثانية: العنوان: القياس القبلي لمتغيرات الدراسة.
- تاريخ الجلسة: 2012/01/31
- بداية الجلسة على الساعة: 14:30. نهاية الجلسة على الساعة: 17:00.
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.
- تمّ الترحيب بأعضاء المجموعة، وشكرناهم على الحضور في الوقت المتفق عليه، وعلى مواصلة تفاعلهم مع بعض، ومع محتويات البرنامج.
- بدأنا باستعراض فكرة كل واحد من عناصر المجموعة العلاجية، حول المفاهيم المعطاة في الواجب، وطلبنا منهم أن يكون زمن الإجابة عن السؤال لا يتجاوز دقيقتين لكل شخص.
- ناقشنا مفهوم التوافق، وأخذنا فكرة هذا المفهوم لدى كل مريض، والتي كانت تدور حول: فهم الفرد لنفسه، وللمحيطين به، والتفاعل معهم بشكل يضمن له الاستمرار في الحياة، وتقبّلها.

بعد الانتهاء من جمع آراء كل أعضاء المجموعة، عرضنا عليهم المقياس الأول، وهو مقياس: التوافق النفسي **انظر ملحق رقم (01)**. وعندما تمّ شرح محتواه، طبق معهم في مدة لا تتجاوز ربع ساعة. وحصلنا بذلك على القياس القبلي للمتغير الأول في الدراسة.

- انتقلنا إلى مفهوم التفاؤل، وتركنا أعضاء المجموعة يبدون آراءهم كل على حدة. وتمحور فهمهم لهذا المفهوم في: هو أن يكون للشخص أمل وصبر في الحياة مهما كانت الأزمات التي قد يتعرض لها لأن الحياة مليئة بالصعوبات.

بعد الإطلاع على هذا المفهوم، قامت الباحثة بشرح مضمونه لعناصر المجموعة، ثم تمّ تطبيق المقياس الخاص بالتفاؤل معهم، وهو المقياس الخاص بقياس درجة المتغير الثاني في الدراسة، في مدة لا تتجاوز ربع ساعة أيضا. **انظر ملحق رقم (02)**. وتحصلنا على درجات المفحوصين القبليّة لهذه السمة.

- في الخطوة الثالثة، جمعنا آراء أعضاء المجموعة عن مفهوم الاتزان النفسي، وكانت مجمل أفكارهم تصب في أنه: أن لا يواجه الشخص الأمور الحياتية المختلفة والصعبة منها بعصبية وغضب، وأن يحاول السيطرة على نفسه وتحقيق التوازن بداخله مهما كانت مشكلات الحياة صعبة.

وبعد أن وضحت الباحثة هذا المصطلح لدى أعضاء عينة الدراسة، قامت بعرض مقياس الاتزان الانفعالي، **انظر ملحق رقم (03)**، وطبق معهم في وقت لا يتجاوز (15) دقيقة. طبعا بعد شرح هذا المفهوم لأعضاء المجموعة، وتذكيرهم بأنه المتغير الثالث في الدراسة الحالية.

حسب هته العملية بخطواتها المنظمة، والتدرجية تمّ الحصول على درجات القياس القبلي للمتغيرات الثلاثة المعتمدة في الدراسة. **انظر ملحق رقم (11)** مع التحاور، والمناقشة فيما يتعلّق بمتغيرات الدراسة مع أعضاء المجموعة. وقد أتحنّا لهم الفرصة للاستفسار، والسؤال عن هذه المفاهيم خلال مراحل العمل.

ثم قمنا بسؤالهم عن مدى استفادتهم من الجلسة. وكانت الإجابة:

استفدنا جدّا، خاصة من الجلسة الأولى لأننا وجدنا من نحاور، وكنا بحاجة لمن يصغي إلينا. كما تعلمنا أشياء جديدة منها: (كيفية التعامل مع المرض/ معلومات حول المرض/ رفع المعنويات لأننا أحسنا بوجودنا). تكوين جماعة جيدة. تحديد المستوى الثقافي الناقص (التقييم

الذاتي). تقديم معلومات مفيدة من طرف الباحثة، والمعالج النفسي لأعضاء المجموعة. الإحساس بكون قيمة الشخص موجودة يعطيه دفعة للحياة، لأن الحياة غالية.

استخلصنا من تداولنا على عدة مصحات عدم وجود أخصائي نفسي حقيقي، مساعد لمثل هذه الحالات، خصوصا مع مثل هذا المرض الخطير. الإصغاء للآخر شيء جميل لأنه يساعد على إجراء عملية التفريغ الانفعالي، ولأننا كلنا مرضى، ومساجين للمرض. مثل هذه الجلسات تساعدنا على زيادة سعة الصدر، وبالتالي الصبر.

كانت الإجابة متعلق بمحتوى الجلسة الأولى، نظرا لكون الجلسة الثانية عبارة عن عملية قياس لدرجات متغيرات الدراسة، أكثر من كونها عملية إنصات لما يقوله المريض.

- الواجب العلائقي:

باعتبار التوافق، التفاوض، الاتزان الانفعالي سمات تدعم التمتع بالصحة النفسية، وباعتبارها سمات ايجابية يجب التحلي بها، طلبت الباحثة من أعضاء المجموعة اقتراح كيفية تحسين هذه السمات لدى الشخص المتعايش مع فيروس السيدا خاصة. أي بنوع المرض نفسه الذي يعانون منه. وذلك بإعطاء الباحثة بعض الاقتراحات التي يرونها فعالة بالنسبة لحالتهم.

تم الاتفاق على موعد الجلسة اللاحقة.

➤ ملخص الجلسة الثالثة: العنوان: تعلم بعض الأساليب العلاجية الفعالة مع التفكير.

• تاريخ الجلسة: 2012/02/05

• بداية الجلسة على الساعة: 10:30. نهاية الجلسة على الساعة: 12:08.

• عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.

الترحيب بأعضاء المجموعة، وتقديم الشكر لهم على الانتظام، والالتزام بمواعيد الجلسات. مراجعة الواجب الخاص باقتراح كيفية تحسين سمة التوافق، التفاوض، الاتزان النفسي لدى المتعايش مع فيروس السيدا، بالتحدث مع كل عضو على حدة، وتحدث كل عضو عن رأيه في ذلك، مع التقيد بوقت لا يزيد عن دقيقتين لكل عضو. ومجمل الاقتراحات تضمنت:

- الصبر، وعدم التفكير في المرض لكي لا يبقى بعيدا عن المجتمع، لأن فكرة المريض الأساسية هي نهاية الحياة. تحسين هذه السمات يستلزم الحوار لأن المرض موجود لكن المريض يحتاج إلى تغيير فكرة عدم القدرة على التعايش معه.

- تخليص الرأس من الفكرة السلبية (مرض يساوي موت). كما أنه على المريض التعامل بأخوة، وتسامح مع الآخرين مع التغاضي عن أخطائهم. حتى بوجود السيدا على المصاب أن لا يفرط في نفسه، ويهملها.

التوضيح لأعضاء الجماعة الواحدة أن التسامح فيما بينهم، والتساهل خلال التفاعل يعطي فرصة جيدة لكل واحد منهم للتحدث، مع التقبل من قبل البقية، والفهم من قبل المعالج. علمنا أعضاء المجموعة عملية الاستبصار لإعادة تنظيم خبراتهم، حيث قمنا باختيار أحد أعضاء المجموعة، والراغب في المشاركة الفعلية لتوضيح هذه العملية، وطرحنا عليه بعض الأسئلة كالتالي:

س. لماذا تفكر الآن؟

ج. (الترواح) العودة إلى المنزل.

س. ماذا يدور في داخلك، وأنت تتكلم الآن؟

ج. التفكير في عدة أشياء أخرى. (جاي خويا يزورني) حضور أخي لزيارتي.

س. كيف تشعر بالقلق في داخلك الآن؟

ج. أنا مرتاح.

س. كيف تشعر بالانسحاب في هذه اللحظات؟

ج. (مانيش حابو، لكن كي يتفرض عليك واش الدير). عدم وجود فكرة الانسحاب.

من خلال هذه الأسئلة، وهذا التوجيه يتوصل المفحوص إلى القيام بعملية الاستبصار للأفكار، ثم طرح هذه الأفكار إلى السطح ليخبرنا بها، وهو هنا يقوم بالاستبصار، وهي تقنية مراقبة، أو ملاحظة ذاتية.

ثم طرحنا على الأعضاء فكرة التسامح، وهم يرون أنه على الإنسان أن يكون متسامحا مع نفسه، والمجتمع، وعدم التسامح يسمى أنانية. أما الاستبصار فهو التخمين الداخلي السلبي، أو الإيجابي. وهذا يعلم الإنسان عدم جعل الأمور داخلية فقط، ويجب أن يحل مشاكله نفسيا، وعقليا، ويتساهل مع الناس، ومع نفسه.

توعية أعضاء المجموعة بأن الحديث مع النفس ضروري، ونحن نقوم به بصفة دائمة، وعادية غير أن الحديث الإيجابي ينطلق من اعتقاداتنا، وأفكارنا الإيجابية عن المواقف التي نعيشها، وهو يعمل على دعم الجانب النفسي، وتحقيق التوازن، والرضا. على عكس الحديث السلبي الذي ينطلق أساساً من أفكارنا السلبية عن المواقف، والأزمات التي تواجهنا. وسنوضح أكثر من خلال بناء هرم القلق الخاص بكل عضو من أعضاء المجموعة. أنظر ملحق رقم (04)

الحديث الإيجابي ينطلق من أفكارنا الإيجابية أما السلبي فيأتي من الأفكار السلبية التي قد تحطم الفرد.

- تمرين الحوار الداخلي الإيجابي:

تدريب أعضاء المجموعة على التحدث مع النفس بشكل ايجابي مثلاً: إعادة كلمة: (لدي مكان في هذا العالم)، (أستطيع التغلب على الأزمات)، (الجميع عرضت لما تعرضت إليه من مرض)، (المرض ليس نهاية الحياة)، (أستطيع التعايش مع المرض)، (مررت بمواقف أصعب من المرض في حد ذاته، واجتزتها بنجاح)، (علي تقبل الواقع، والرضا بالقضاء، والقدر).

- الواجب العلائقي:

- التفكير الجدّي في الموقف المقلق، وتحديد معالمه، وصياغة فكرته لعرضها في الجلسة اللاحقة.

- مواصلة التدرّب على الحوار الداخلي الإيجابي.

➤ ملخص الجلسة الرابعة: العنوان: تحديد الأفكار اللاعقلانية ومواجهتها واقعياً.

• تاريخ الجلسة: 2012/02/07

• بداية الجلسة على الساعة: 10:30. نهاية الجلسة على الساعة: 11:30.

• عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.

رحبنا بأعضاء المجموعة ثم استعرضنا الواجب بالحديث مع كل عضو، والإطلاع على رأيه، وتم توضيح الأهمية الكبيرة للأحاديث الذاتية خاصة الإيجابية، ودورها في تخليص المتعايش مع السيدا من الأفكار السلبية خاصة إذا تمكن من استبدالها بأفكار ايجابية.

طلبت الباحثة من أحد المرضى المكونين لعينة الدراسة التحدث عن الموقف المقلق الخاص به بكل صراحة وجدية. فتحدث هذا الأخير عنه (سبب القلق)، وحدد معالمه، وعبر عن فكرته، وعرضها بكل وضوح. وعملت الباحثة بالمساعدة مع الأخصائية النفسانية بطمأنته إلى أن ما يقال في غرفة العلاج سيبقى فيها. قام المفحوص بعملية الاستبصار بمشكلته لا قيا الدعم الخارجي، هته العملية التي تعلمها في الجلسة السابقة. مع تعزيز كلامه، فواصل عرض خبراته، وأحاسيسه. كما أنه لم يتم مقاطعة المفحوص بالأسئلة عند الاسترسال في الحديث، فقط تم توجيهه لكي لا يخرج عن الموضوع المقلق، أصغينا باهتمام إلى كل ما قاله المفحوص، ولم تتم مناقشته، أو نقده، أو تقييم أقواله.

بدأنا بتمحيص أقوال المفحوص، بإعطاء فكرة ملخصة للموقف المقلق، والمشكلة المطروحة والتي تمحورت حول: عدم مصارحة الطبيب له بمرضه. غير أنه لا يفكر بهذا الموقف كثيرا. دائما يحاول تجنبه. كما أنه يخفي مرضه عن زوجته لكونها حامل، ولا يستطيع إخبارها خوفا عليها من الصدمة.

بدأنا بإجراءات العلاج العقلاني:

- حاولنا الإثبات للمريض أنه غير منطقي في فكرته التي سيطرت على ذهنه مدة خمس أشهر - (بقيت بعدها 5 أشهر، ثم أتيت إلى المستشفى لتلقي العلاج) - وساعدناه على أن يفهم لماذا هو غير منطقي؟ من خلال: أن صدمة إخبار الزوجة ستكون أقل، كلما هيأها الطبيب لتلقي الخبر. كما أنها من المحتمل أن تكون له سندا في مرضه، على عكس ما يتوقعه تماما فهي مؤمنة بالقضاء، والقدر.
- وضحنا للمتعايش مع الفيروس بأن تفكيره غير المنطقي، هو الذي يجلب له الشعور بالتعاسة، والألم، والكدر بالتالي الوقوع في الاضطراب، وبما أنه يستعمل الحوار الداخلي السلبي، مع الفكرة السلبية المتعلقة بالموقف المقلق، فلن يتخلص من التعاسة، وعدم الرضا عن الحياة، ولن يصل إلى النقب، ومادام هو محتفظ، أو متمسك بنوعية التفكير السلبي، ستبقى حياته دائما سوداء، ولا يستطيع التحرر من الاضطراب.

- وضحنا للمريض أنه من خلال دعمنا، ودعم الفريق الطبي، والجماعة المنتمي إليها حالياً، تتم مساعدته للتخلص من أفكاره اللاعقلانية، شريطة أن يكون هو بالأساس مستعداً لتخليص نفسه منها، لأن الحياة لا تتوقف عند أفكاره السوداء، فهي مستمرة رغم أزماتها.
- طبقتنا تمرين الحوار الداخلي الإيجابي بجعل المفحوص يحدث نفسه، ويتبع الخطوات التالية:
1. أقنعها بأنَّ الخوف، والهلع المتملك لمشاعرك عند التفكير فيما قد يحدث من أشياء سيئة، أسوأ بكثير من الأشياء التي ستحدث فعلاً. قل لنفسك بأنك ستحوّل الموقف إلى أسوأ مما هو عليه بالفعل بتفكيرك، وتهويلاتك.
 2. أقنع نفسك بشتى الوسائل الممكنة أنَّ الموقف الذي يثير مخاوفك الآن سينتهي حتماً.
 3. قل لنفسك بأنَّ التخلص من كل المشاعر المكدر، والتوترات المرتبطة بالقلق تماماً أمر صعب، إذ لا بد أن تقبل بعض جوانب التوتر مؤقتاً. فالحياة لا تخلو من التوتر.
 4. قل لنفسك: بأني لست وحدي في هذه الأزمة، هناك من هم مثلي يدعمونني، ومن هم ليسوا مثلي يدعمونني أيضاً.
 5. هل أنا مؤمن بالقضاء، والقدر ومتقبل لمصيري؟ وهذا يعني الوصول إلى مرحلة تقبل الواقع. أنظر ملحق رقم (05)

اقترحنا على المفحوص التعبير بصوت مسموع عن كلامه الداخلي اعتماداً على تقنية الاستبصار النفسي، أو من خلال المراقبة الذاتية، لكي يتعلم أعضاء المجموعة تقنية الانتقال من تفكير غير عقلائي إلى آخر عقلائي. وكان تعبير المفحوص: أحاول خلق أشياء تضحكني، وتبعد عني التعاسة، لأنني كلما فكرت بالمرض تزداد حالتي سوءاً. أيضاً مفارقة الزوجة كانت مؤثرة بالنسبة له، لكنه تجاوز التأثير لأنَّ العلاج الجسدي، والنفسي ضروري مهما كانت الصفة. بعدها تمت متابعة العملية مع باقي المفحوصين.

تم حصد الأفكار اللامنطقية الخاصة بكل عضو من أعضاء المجموعة على حدة، والتعامل مع مجمل الأفكار غير المنطقية، وتحويلها إلى أفكار أكثر عمومية بمساعدة المجموعة، وتعزيز كلام العميل، والإصغاء إليه. ومناقشة نظرتة، وفلسفته في الحياة، ونصحناه بترك التعصب لأفكاره اللامنطقية، لأنَّ ذلك قد لا يترك له مجالاً للخلاص من تبعاتها، وآثارها

السلبية، وأحداث الحياة، ومشكلاتها ليست من صنع يده بل من صنع الخالق، لذا وجب الرجوع إليه، والتمسك به.

شرحنا للمفحوص أن التخلص من الأفكار السلبية عن الحياة مع المرض، أو التعايش مع الفيروس، ومتابعة حياته بشكل عادي متوافق، متوازن انفعاليا، ومتفائل يحتاج إلى عمل المفحوص في حد ذاته، وكذا المحيط. ونحن نحاول القيام بواجبنا نحوه في مساعدته، ومن ناحيته لابد أن يساعد نفسه داخليا. فحسب "ستامفل" على المريض مواجهة خوفه المرضي وعيش الحياة بأفراحها، وأزماتها. ويعلم المعالج المفحوص إستراتيجيات مسهلة لاكتساب سلوكيات مسؤولة، ومقبولة في حياته عن المرض كأن يكون ايجابيا.

وضحت الباحثة للمفحوصين أنه من بين الأساليب المستخدمة في هذا البرنامج، والمعتمد عليها في مواجهة أزمات الحياة "أسلوب الاسترخاء". لذا من الضروري الحفاظ على حالة الاسترخاء أثناء مواجهة الأفكار السلبية، وأثناء الجلسات، وحتى أثناء العلاج الدوائي، أو النفسي. وأشارت إلى أن عملية الاسترخاء تختلف عن الراحة، ويجب التدريب عليه يوميا صباحا، ومساء كي تكون له فائدة عملية. وسيتم تخصيص مدة (20) عشرون دقيقة من زمن كل جلسة، من الجلسات اللاحقة لتعليمهم كيفية الاسترخاء.

ناقشت الباحثة مع عناصر المجموعة العلاجية أهمية الإيمان بالقضاء، والقدر، وقامت بشرح مدى أهمية الأذكار، والمعارف الدينية في تحديد انفعالات الفرد، وسلوكه، وحاولت إقناع المفحوصين بذلك، مع تقديم تقنية التأمل بذكر الله. انظر ملحق رقم (07)

حاولت الباحثة بمساعدة المعالجة النفسانية المتواجدة بالمستشفى تخليص المتعايش مع فيروس السيدا من إحساسه بالذنب، لما ارتكبه من خطايا، وبأن باب المغفرة من الله مفتوح، ورحمته واسعة، وعلى اعتبار أن كل ابن آدم خطاء، وخير الخطائين التوابون، كما أن المرض زكاة للنفس. وذلك دون التعرض بالحديث مع المفحوص للسبب الكامن وراء الإصابة بالمرض، أو كيفية انتقال العدوى له.

- الواجب العلائقي:

الطلب من أعضاء الجماعة التدريب على الاسترخاء من خلال: غلق قبضة اليد بشدة لمدة دقيقة، ثم فتحها، وإرخائها قدر الإمكان، مع إغلاق العينين، والتركيز على اليد فقط، ثم

فتحها ويسجل الإحساس المدرك. والعمل على ذلك عدة مرات. كما طلبت الباحثة منهم محاولة تخليص الذهن من كل الأفكار، والإحساس بأنه فارغ تماما، وعدم الحكم بعدم المقدرة على ذلك من المرة الأولى، أو الثانية بل تجب المحاولة، والتكرار حتى موعد الجلسة التالية.

➤ ملخص الجلسة الخامسة: العنوان: تعلم الاسترخاء.

- تاريخ الجلسة: 2012/02/09
- بداية الجلسة على الساعة: 12:30. نهاية الجلسة على الساعة: 13:30.
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.

رحبنا بأعضاء الجلسة، ثم سألناهم فيما إذا كانت هناك أفكار مقلقة مازالت تسيطر على أذهانهم. وأكدنا للمفحوصين بأن التصلب في التفكير، غير مفيد في حالتهم هذه، لأن الواحد منهم لا يساعد نفسه، وجسمه بذلك على الشفاء، أو تقبل الواقع، ولأن المتعايش مع السيدا قد يعيش مع المرض فترة طويلة جدا، لكونه لم يعطي للفيروس فرصة إضعاف جسمه، لاعتبار أن كثرة الهموم، وتكرار المشاكل، والمواقف المتأزمة، والاكنتاب يزيد لديه من فقدان الرغبة في الحياة. ولأن الرسول (صلى الله عليه وسلم) قال: "تفاءلوا خيرا تجدوه".

ناقشت الباحثة بمساعدة المعالج النفسي، مع عناصر المجموعة العلاجية بعض الأفكار التي رتبته في شكل أسئلة، ونصحنا أعضاء المجموعة عند تقديم الإجابة عن هذه الأسئلة بالتحدث مع النفس، أو القيام بالمراقبة الذاتية، شريطة أن يكون الحديث الذاتي ايجابيا، بعدها يتم الحديث من قبل المفحوص بصوت يسمعه الجميع، للكشف عن طبيعة هذه الأفكار.

- أنا مصاب بالسيدا، ولا مهرب من تقبل مصيري، هل أستطيع تغييره؟

الجواب من قبل المرضى: > لا مفر منه. حاجة متعايشة معي. لكنني لا يجب أن أضعها في تفكيري. أو أشغل بها تفكيري. وأعتبر نفسي شخصا عاديا <.

- إن لم أتقبل الواقع، وأرضى بالقضاء، والقدر، فماذا يمكنني أن أفعل؟

الجواب من قبل المرضى: > ما عندي ما ندير. نتقبل الواقع وخلص. هذا حكم الله <.

- بإمكانني مواصلة حياتي كما أرغب فعلا؟

الجواب من قبل المرضى: > نعمل على مواصلتها بشكل مريح، خاصة وأنني تعودت على هذا الشيء <.

- لماذا أضع الحواجز في حياتي، ولست من خط مسارها؟
- الجواب من قبل المرضى:** > يجب أن لا أضع أي حاجز في طريقي. حتى المرض مقدر ومكتوب. ميش بيدي.<
- نحاول من خلال هذه الأسئلة تدعيم مواجهة المريض لواقع الإصابة بالمرض، ومهاجمته للأفكار السلبية، والمقلقة.
- قبل بداية عملية الاسترخاء، زدنا كل عضو بتصور عام حول طبيعة قلقه، وبيننا لهم أن الاسترخاء، وسيلة لتخفيف القلق، والتوتر النفسي.
- راجعنا الواجب المتضمن تدريب اليد على الاسترخاء العضلي، وتدريب الذهن على طرح الأفكار، وناقشنا مدى قدرة كل عضو على القيام بهذه التقنية.
- طلبت الباحثة من العضو الذي حقق نتيجة ايجابية في الواجب العلائقي، وفهم مضمون عملية الاسترخاء، أن يقوم بتمرين الاسترخاء المقترح في البرنامج -انظر ملحق رقم (08)- لم تتمكن من استعمال نغمات هادئة لتعزيز الاسترخاء، لأننا كنا نقوم بإجراء البرنامج داخل المستشفى، والتي تتطلب جوا هادئا، وهذا ما كان متوفرا بشكل كبير، لذا حاولنا قدر المستطاع المحافظة على هذا الوضع، واستغلاله في العملية.
- قسمت الباحثة تمرين الاسترخاء إلى ثلاث مراحل:
- المرحلة الأولى:** تضمنت تعليم عناصر المجموعة العلاجية إرخاء اليدين، والكتفين، وشرحنا لهم أن فعالية الاسترخاء ستكون كبيرة إذا تمكن كل واحد من أن يكون ايجابيا، وذلك يتحقق ب:
- تكسير النموذج السلبي، وعدم التفكير فيه، ويركز على كل شيء ايجابي، وبناء في الحياة.
 - أن يتغلب على ضعفه، وعدم مقدرته على مواجهة المشاكل الجسمية، والنفسية بتتمية الإدمان الإيجابي من خلال:
- التأمل الذي يمارسه لمدة ساعة يوميا حتى يصل إلى الإدمان، ويتم ذلك أيضا من خلال:
- يختار المفحوص نشاط ترفيهي يحبه، ويرغب فيه شريطة أن يكون غير تنافسي، ويمضي ساعة يوميا لأدائه.
 - على المفحوص أن يؤدي هذا النشاط بحد أدنى من الجهد الجسدي، والعقلي.
 - أن يكون المفحوص مؤمنا بأن النشاط له قيمة جسمية، عقلية، روحية.

- أن يقيم المفحوص ما إذا كان هذا النشاط يعطيه تحسنا شخصيا، وهذا حسب تقييمه الذاتي.
- يؤدي المفحوص هذا النشاط أمام أعضاء الجماعة أولا، ثم يقوم به منفردا.
- يختار المفحوص النشاط دون انتقاد ذاتي، وحتى يكون مدمنا، عليه أن يشعر بتقبل الذات أثناء عمل ذلك.

في الأخير تم تعريف المفحوص بالارتباط الوثيق، ما بين الكلام الداخلي المتعلق بالجانب الديني كالإيمان بالقضاء، والقدر، الاستعانة بالقرآن الكريم، والذكر، والأدعية، والتأمل، وتحقيق المفحوص للتوافق، والالتزان النفسي، أو الانفعالي، والتفائل، وفي كل مشكلة ينبغي الرجوع إلى الله تعالى فهو أرحم الراحمين.

- الواجب العلائقي:

طلبت الباحثة من أعضاء الجماعة ممارسة استرخاء اليدين، والكتفين مرتين يوميا، صباحا، ومساء، والتدرب على إرخاء منطقة الوجه، والرقبة حتى موعد الجلسة اللاحقة. إضافة إلى تطبيق تمرين التأمل.

➤ ملخص الجلسة السادسة: العنوان: مواصلة الاسترخاء.

- تاريخ الجلسة: 2012/02/13
- بداية الجلسة على الساعة: 14:00. نهاية الجلسة على الساعة: 15:30.
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.

رحبنا بأعضاء المجموعة، وشكرناهم على مواصلة الحضور في الجلسات. ثم قامت الباحثة بشرح مقولة: "لا يأس مع الحياة"، ووضحت لهم أن القنوط من رحمة الله يعد كفرا. فنحن نعيش الحياة، وعلينا أن نعمل على تغيير جانبها الذي نراه مظلما حسب اعتقاداتنا، لأن كل شيء بيد الله عز وجل، كما أنه جعل "كل داء دواء"، وعلينا التحلي بالإيمان، والصبر، وتقويتها فينا. ويجب أن نبتعد بتفكيرنا عن كل فكرة سوداء، وعن كل حوار داخلي، أو خارجي سيء ضار بالحالة النفسية، ويبعث على اليأس، والاكتئاب. فالحياة مستمرة، وإن لم نستطع تغيير أي شيء فيها، فتقبل الوضع المعاش يجعلنا نتفاعل بأمر الحياة، ونكملها بتوافق مع ذاتنا، والآخرين. عدنا بأعضاء المجموعة إلى التركيز على أهمية الذكر، وقراءة القرآن، والتمسك بالله عز وجل، فهذا يجعل المؤمن يطمئن. لذا وجب المحافظة على الواجبات، والفرائض الدينية من

صلاة، وصيام، وذكر، ودعاء، ولأنَّ في الدعاء شفاء فلا بد أن نتمسك به. والذكر يقربنا من الله، ويمحو الخطايا، ويذهب الإحساس بالذنب، والشعور بالنقص، ويجعل الفرد منا يقنع، ويرضى بالقضاء والقدر، ويصبر على الشدائد، ويواجهها بإيجابية، ويقنع بأحداث واقعه.

تركزت الباحثة كل محفوض يصرح عن رأيه في ذلك، بالعمل على تعزيز كلامه، والتركيز على الموقف المقلق، والفكرة اللاعقلانية المسيطرة، وتتم مناقشتها مع عناصر المجموعة.

بعدها ناقشنا الواجب مع كل أعضاء الجماعة، ودرست الباحثة مع المعالج النفسي مدى قدرتهم على استيعاب فكرة، وطريقة الاسترخاء فيما يخص اليدين، والكتفين (وجدنا أنهم استوعبوا طريقة إرخاء اليدين، والكتفين، وهم مستعدون لإتمام هته العملية)، ثم درينا العناصر على إرخاء منطقة الوجه، والرقبة، انطلاقا من نموذج الاسترخاء المعمول به في الدراسة الحالية. **أنظر**

الملحق رقم (08)

كما حاولت الباحثة استطلاع آراء أعضاء المجموعة، حول فعالية عملية الاسترخاء فيما يخصهم، وهل حقق شيئا من الراحة بالنسبة لهم، أم لا؟

وكان جوابهم: > الإنسان لما يشد عضلاته تكون إحساساته مشدودة أيضا، لكن عندما يسترخي يجده كالحلم، وحتى أعصابه تصبح هادئة <. > فادني الاسترخاء في المرحلة الأولى من المرض. كنت أمارسه بمفردي، لكن بشكل غير منظم، كنت بحاجة إلى معرفة المزيد عنه، وتطبيقه <. ونصحتهم الباحثة بالقيام بتمرين الاسترخاء بمفردهم، كلما سنحت الفرصة، لأن القيام بذلك يمكنهم من التصدي للمشاكل، والأزمات بشكل صحيح، رغم مخلفات المرض، فالجسد، والنفس يحتاجان للراحة للتصدي للفيروس.

- الواجب العلائقي:

طلبت الباحثة من أعضاء المجموعة إقناع أنفسهم عن طريق الحوار الداخلي الإيجابي، بأنَّ أي شخص في هذا العالم معرض للإصابة بأي مرض. وبأنَّ هناك أمراض أخطر من السيدا، تؤدي بالحياة مباشرة، وبأنَّ الأعمار بيد الله تعالى، فالمريض يستطيع أن يثبت وجوده رغم كل الصعاب. وبما أنَّه -المريض- تحمل صدمة الإصابة بالمرض، فإنَّه بإذن الله يستطيع تحمل أزمات الحياة، لأنها مؤكدة ستكون أقل تأثيرا. فهو قادر على أن يعيش حياة طبيعية، مثله مثل مريض السكري، أو ضغط الدم، أو الربو... الخ فهم أيضا مرضى.

كما طلبت منهم إعادة تمرين الاسترخاء الخاص بالوجه، والرقبة مرتين يوميا، صباحا، ومساء. والتدرب على إرخاء باقي مناطق الجسم: الظهر، البطن، الساقين. وقبل يوم من موعد الجلسة يتم التدرب على إرخاء اليدين، الكتفين، الوجه، الرقبة مرتين في اليوم صباحا، ومساء.

➤ ملخص الجلسة السابعة: العنوان: الاعتماد على الاسترخاء والتأمل.

- تاريخ الجلسة: 2012/02/16
- بداية الجلسة على الساعة: 11:00. نهاية الجلسة على الساعة: 12:30.
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.

كالعادة بعد الترحيب بأعضاء الجلسة، تطرقنا إلى ما تم تعلمه من خلال الواجبات السابقة مع كل عضو على حدة، وتيقنا من ممارستهم للتدريب على تقنية الاسترخاء المتفق عليها. واكتساب مهارة إرخاء عضلات الظهر، البطن، الصدر، الساقين، طبقا للنموذج المعمول به في هذه الدراسة.

عرفنا أعضاء المجموعة من خلال الاستبصار بالذات الداخلية، أن أي فرد معرض لأن يواجه أي مشكلة، وعليه إتباع خطوات واعية لمواجهتها، أولها إدراكه لمعاناته من مشكلة، والوعي بأحاسيسه، ومشاعره بعد إدراكه لها، وتقدير حجمها. بعد ذلك يفكر بشكل تلقائي في الموقف لكون معظم أفكاره تكون سلبية فيحدث التشويه المعرفي في ذهنه. يتبعها التفكير قبل الإقدام على القيام بالسلوك، هنا تصاغ المشكلة في هيئة سؤال، يحاول المفحوص الإجابة عنه، ويقترح حلول مؤقتة كثيرة، ويقوم بانتقاء أنسب حل. كما بينا للمفحوص أن هذه الطريقة منظمة في البحث عن حل لأي مشكلة، وللقدرة على مواجهة المشكلة واقعا، عليه تعلم التأمل الإيجابي فيها. وعرضنا تمرين التأمل -انظر الملحق رقم (09)- وقمنا بتدريب المفحوصين عليه. واحتوى عبارات تركز على: ضرورة العمل بإيجابية، إذ يمكن من خلال ذلك التغلب على الضعف، وعدم القدرة على حل المشاكل المختلفة. وأشرنا للمفحوص بأنه قادر على أداء تمرين التأمل بقدر أدنى من الجهد العقلي، والفكري. كما أن نشاط حل المشكلات، أو أي نشاط آخر قد ينجزه بمفرده، دون طلب المساعدة من الغير، له قيمة جسمية، وعقلية على أن يعمل أيضا دون مساعدة الغير على تقييم هذا النشاط، ومدى فائدته بالنسبة له. على أن لا يوجه النقد لنفسه، أو للنشاط المنجز من طرفه، وأن يتقبل ذاته مع هذا النشاط.

من خلال السؤال مباشرة، تفصينا آراء أعضاء الجماعة عن نوع الأنشطة الترفيهية التي يحبذونها أثناء تواجدهم بالمستشفى، وكيف يقضون أوقات فراغهم؟ فكانت إجاباتهم متنوعة بين: < تربية الطيور، مشاهدة التلفاز، قراءة الجرائد، الاستماع للمذياع، التنزه >. وهذا بهدف إضافة نوع من الأنشطة الترفيهية المرغوب فيها من قبل المتعايشين مع الفيروس، إذ يعتبرونها - الأنشطة الترفيهية - مفيدة ومساعدة لهم على تحقيق التوافق والالتزان الانفعالي، كما أنها تبعث فيهم الإحساس بالتفاؤل من خلال قضاء بعض الوقت الممتع.

استطلاعنا الآراء الخاصة المختلفة للمجموعة الواحد تلو الآخر، وكانت آراؤهم تتمحور حول: تخصيص فضاء داخل المستشفى للجلوس، والراحة خارج غرف العلاج. فالابتعاد ولو قليلا عن جو غرفة العلاج يمنح الأمل. هذه الأنشطة في أغلبها، أنواع من الأنشطة الترفيهية ضمن إمكانيات المفحوص، وقدراته الجسمية، والعقلية، والصحية. واقترحوا في هذه النقطة أنشطة رأوا بأنها تساعدهم أكثر داخل المستشفى، وخارجها من بينها: < تخصيص قاعة للترفيه، تكوين أصدقاء، الاعتناء بحديقة المستشفى، تكوين جمعية للمرضى داخل المستشفى، إنشاء مكتبة للمطالعة، وهم مستعدون لإثرائها بالكتب >. انظر الملحق رقم (10)

- الواجب العلائقي:

طلبت الباحثة من أعضاء المجموعة، التمرن على إرخاء الظهر، الصدر، البطن، الساقين، مرتين في اليوم صباحا، ومساء. وقبل يوم من موعد الجلسة اللاحقة يتم الجمع بين المناطق الكل، التي تم تدريبها على الاسترخاء، حتى يتم معرفة مدى استيعابهم لعملية الاسترخاء، وإرخاء الجسم ككل.

➤ ملخص الجلسة الثامنة: العنوان: العنوان: كيفية ملء وقت الفراغ.

- تاريخ الجلسة: 2012/02/19
- بداية الجلسة على الساعة: 11:30 . نهاية الجلسة على الساعة: 13:00.
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.

تم الترحيب بأعضاء المجموعة، وذكرناهم بضرورة الاستبصار عما إذا كانت هناك أفكار غير منطقية، لا تزال تسيطر على أذهانهم، كي يتم محاولة التخلص منها فبقاؤها يعني المواصلة في الاضطراب، والمعاناة النفسية. فالطاقم الطبي داخل المستشفى موجود من أجل

مساندتهم، والتخفيف من خوفهم، وقلقهم، وبالتالي دعمهم. وأشرنا إلى أهمية التركيز على الحوار الداخلي الإيجابي، ودوره في البناء النفسي المتزن. وواصلنا في تحديد الأفكار المؤلمة، والمقلقة، وناقشنا محتواها، وحاولنا إقناع المتعايشين مع السيدا بعدم صحتها، ودورها السلبي على الشخصية، وبالتالي صحة الفرد منهم. وبعد أن قمنا بالتخلص من معظم هته الأفكار عدنا إلى تطبيق تمرين الاسترخاء.

حيث في هذه الجلسة درّينا أعضاء مجموعة الدراسة على الاسترخاء الكلي، وذلك بالجمع بين: تمرين إرخاء اليدين، والكتفين، الوجه، والرقبة، الظهر، الصدر، البطن، الساقين، وأعدنا إجراء التمرين مرتين خلال نفس الجلسة، وكان ذلك في بدايتها، ونهايتها. واستغرق التمرين الواحد مدة (20) عشرون دقيقة.

قمنا بتنظيم بعض الأنشطة الترفيهية أثناء الجلسة من بينها تبادل الزيارات، والتي تم اقتراحها من قبل المرضى، والموافقة على القيام بها، بهدف تعزيز التفاعل بين أعضاء المجموعة خاصة. وأشرنا لهم بأنه لا تزال هناك العديد من الأنشطة الأخرى، التي يمكن الاعتماد عليها لمحاربة الملل، الروتين، والتفكير السلبي، ومنها: التنزه في حديقة المستشفى، تبادل الزيارات مع بعضهم البعض، كما أنّ هذه النشاطات لا تتعارض مع وضعهم الصحي، أو قدراتهم العقلية.

- الواجب العلائقي:

طلبت الباحثة من أعضاء المجموعة تبادل الزيارات بينهم داخل المستشفى، والقيام بأنشطة موحدة بينهم، أو التنزه مع بعضهم البعض. كذلك اختيار مكان هادئ، ومريح داخل المستشفى، والتدريب على تمرين الاسترخاء بتفكير إيجابي، ومتفائل لمدة ساعة يوميا. التأمل في عظمة الخالق، والتفكير بحكمة في القضاء، والقدر، وقراءة القرآن، والذكر، والدعاء من أجل بعثهم على التقبل، والرضا، والإيمان على فكرة: "يمكنني أن أعيش سعيداً".

➤ ملخص الجلسة التاسعة: العنوان: القياس البعدي لمتغيرات الدراسة.

- تاريخ الجلسة: 2012/02/22
- بداية الجلسة على الساعة: 11:00. نهاية الجلسة على الساعة: 12:30.
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.

رحبنا بعناصر المجموعة، وسألناهم مباشرة عن مدى استيعابهم لتقنية الاسترخاء فكان الجواب: أنه تمّ فهمها بصورة جيدة، ومن السهل تطبيقها بمفردهم. وبعد أن تأكّدنا من تعلّم كيفية تطبيقها، تمّ الاعتماد عليها لتحضير أعضاء المجموعة نفسياً، لإجراء القياس البعدي لمتغيرات الدراسة.

بعدها عرضت الباحثة المقاييس على أعضاء المجموعة، وتمّ تطبيقها، وبهذا حصلنا على درجات متغيرات الدراسة الحالية، والمتمثلة في: التوافق، التفاوض، والالتزان الانفعالي، لكن بعد إتمام تطبيق محتوى، وإجراءات البرنامج الخاص بالتكفل العلاجي بالمتعاشين مع فيروس نقص المناعة المكتسبة. انظر ملحق رقم (11)

في نهاية الجلسة قمنا بسؤال أعضاء مجموعة الدراسة مباشرة حول البرنامج، وتقديم آرائهم حول كل من: محتواه، زمن الجلسات، ومكانها، الجماعة التي تمّ تكوينها، الوسائل المستخدمة، تقنية الاسترخاء، الحوار الداخلي الإيجابي، الأنشطة الترفيهية، عملية التأمل، الواجبات، والتمارين... باختصار كل ما يخص هذا البرنامج. وكانت إجاباتهم:

- لا بأس استفدت منها، لأنني لم أكن أعرفها، تعرفت على أشياء كثيرة لن أجدّها داخل المجتمع. وجدت أفكاراً جديدة، ولن يسيطر علي الآخرون بأفكارهم، خاصة الأفكار السلبية، لأنني تعلمت التمييز بينها، وبين الإيجابية، وسأعتمد على الأفكار الإيجابية لأنّ السلبية تشوش التفكير.

- تقنية الاسترخاء تجعلني أرتب أفكاري، لأنّ العصبية توجهني إلى الوقوع في الأخطاء.

- كونت نظرية عن أشياء لم أكن أعرفها، وأصبحت قادراً على المواجهة، كما أنني تعلمت كيفية توصيل الأفكار.

- زمن الجلسات صباحاً، أو مساءً لا يغيّر شيئاً من قيمة البرنامج، فالمريض موجود في كل وقت، وهو أيضاً يراعي الظروف الخاصة بعمل الفريق المساعد داخل المستشفى.

- بالنسبة لمكان إجراء الجلسات الخاصة بالبرنامج، من الأحسن أن يكون معزولاً بموقع لوحده، بعيداً عن جو غرف المستشفى، حتى يحس المريض بتغيير المكان.

- تمنحنا الجلسات تغييراً للجو، فالإنسان يتمكن من أن يجتمع مع أشخاص، لأنّه لا يستطيع العيش بمفرده.

- بالنظر إلى الجماعة، يجب الانتباه إلى أن هناك أشخاص يحفظون السر، كما قد يكون المريض صداقة، ومعرفة مع البعض الآخر تمكنه من التعامل معهم. وآخرين لا يتمكنون من ذلك، فالمريض لا يفضل أن يكون معهم في جماعة. وهذا ما قادنا إلى استخلاص ملاحظة، تخص تطوير البرنامج المقترح، وهي إتاحة فرصة تكوين أصدقاء حسب رغبة المريض، ومعرفة بهم، واقتراحهم بأن يكونوا أعضاء في الجماعة قبل تكوينها.
- الاسترخاء شيء جميل، ومن يتعلم هذه التقنية من الأفضل أن يعمل بها. كما أن التفكير يجب أن يكون في مكان هادئ، وتجب العودة إلى الله تعالى، مع التحلي بالصبر.
- الحوار الداخلي الإيجابي له دور فعال في رمي الأفكار الغير مفيدة، ويسهل الارتياح لأنه يجعل الفرد يتنفس، وينزع الهم عن صدره، ويفكر في الشيء المريح لكون الضغط يولد الانفجار. فهو عملية تنفيس. والمريض بحاجة إلى ثقة الآخرين.
- أما عن الواجبات، والتمارين فهي سهلة حتى مع الإنسان الغير مستوعب لها، لأن الفرد يستطيع تحليل كل فكرة بمفردها، فأنا أستطيع إيجاد الحلول لأن كل شيء له حل. وهذا ضمن التفكير الإيجابي.
- في آخر الجلسة تم تقديم الشكر لأعضاء المجموعة، على تقديمهم المساعدة للباحثة، وعلى حضورهم للجلسات في الوقت المحدد، وتفاعلهم مع الجماعة، وذكرناهم بفكرة أن الحياة تستمر رغما عنا، لأننا من يحدد مسارها، لذا يجب أن نعيشها بشكل إيجابي، وعلينا استغلال كل شيء جميل فيها، ولأننا لن نعجل بالموت إذا كتبت لنا الحياة من الله تعالى.
- 1-1-2/ عرض ملخص نتائج الجلسات مع المجموعتين رقم (02) و (03) في الدراسة:**
- ملاحظة:** تفاديا لتكرار المضامين المشتركة لعرض نتائج الجلسات مع المجموعتين سنقتصر على ذكر:
- تواريخ، وأزمنة إجراء الجلسات مع المجموعتين.
- أهم ما جاء من ملاحظات، واستنتاجات زودتنا بها الأخصائية النفسانية المشرفة على العملية مع المجموعتين.
- ملخصات التمارين، والواجبات العلائقية.
-

تشكلت المجموعة رقم (02) من (10) عشر نساء موجودات بالمستشفى يتلقين العلاج، وقد وافقن على المشاركة في البرنامج الخاص بالدراسة، بعد تمكّن الأخصائية النفسانية المسؤولة عن المصلحة من إقناعهن بذلك. في حين ضمت المجموعة رقم (03) على (10) عشر رجال من مختلف الأعمار، هم أيضا وافقوا على الانضمام للمساعدة في إجراء هذه الدراسة، شرط الحفاظ على السرية التامة للمعلومات الشخصية المتعلقة بهم. وقد كان تواتر الجلسات بمعدل جلسة يوم بعد يوم. ومن ذلك جاءت النتائج كالتالي:

➤ ملخص الجلسة الأولى: العنوان: بناء علاقة جيدة فاحص مفحوص.

- تاريخ الجلسة مع المجموعة رقم (02): 2012/04/08
- بداية الجلسة على الساعة: 10:00. نهاية الجلسة على الساعة: 11:30.
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.

- تاريخ الجلسة مع المجموعة رقم (03): 2012/05/15
- بداية الجلسة على الساعة: 14:00. نهاية الجلسة على الساعة: 15:30.
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.

قامت الأخصائية النفسانية بتزويد أعضاء المجموعتين بالمعلومات اللازمة، عن كيفية سير هذا العمل، والذي سيتم تدريجيا حسب توجيهاتها، وتعليمات الباحثة. كما أنه تم التعريف بالمقاييس الثلاثة لإجراء القياس القبلي، مع شرح محتوى البرنامج، وهدفه. وطلبت من أعضاء المجموعتين الالتزام بالحضور في الأوقات المخصصة للجلسات، والالتقاء في المكان المخصص لها داخل المستشفى.

حققت الأخصائية رغبة أعضاء المجموعة رقم (01) مع المجموعتين رقم (02) و (03) في ترك وقت الجلسة مفتوح، لعدم تقييد أعضاء المجموعتين بالوقت، وفسح المجال للتفاعل فيما بينهم.

ثم ختمت الأخصائية الجلسة بتقديم الواجب العلائقي الأول للمجموعتين.

➤ ملخص الجلسة الثانية: العنوان: القياس القبلي لمتغيرات الدراسة.

- تاريخ الجلسة مع المجموعة رقم (02): 2012/04/10
- بداية الجلسة على الساعة: 11:00. نهاية الجلسة على الساعة: 13:00.

- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.
 - تاريخ الجلسة مع المجموعة رقم (03): 2012/05/17
 - بداية الجلسة على الساعة: 10:30. نهاية الجلسة على الساعة: 12:00.
 - عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.
- استعرضت الأخصائية أفكار عناصر المجموعتين حول مفاهيم الواجب، وناقشت مضامينها، ولاحظت أن أغلبية المتعاشين مع فيروس السيدا من عناصر المجموعتين (02) و (03) موقنين جيداً لمفهومي التوافق، والتناؤل في مقابل أن مفهوم الاتزان الانفعالي كان غريباً نوعاً ما، وهو من وجهة نظر الأغلبية منهم يشير إلى عدم التعصب.
- تم تقديم المقاييس الثلاثة، وعرضها على عناصر المجموعتين، وإجراء القياس القبلي لهته المتغيرات قبل البدء في تطبيق البرنامج معهم.
- أما عن مدى استفادتهم من الجلسة، فتمحورت أفكارهم حول: ترك مجال للمريض في التعبير عن آلامه، ومشاعره التي لم يجرؤ في التصريح عنها من قبل، ومع أي كان. بعض عناصر المجموعتين لم يجدوا الدعم النفسي، وحتى المادي من قبل أسرهم، والمحيطين بهم من أصدقاء، غير أن التكفل بهم داخل المستشفى، مع مجانية العلاج أعاد لهم الأمل في الحياة، والاستمرار في مقاومة المرض، فتعدد الأطراف المصغية لهم، والمتفهمة لحالاتهم، لعب دوراً في التخفيف من شعورهم بالذنب، والألم النفسي. الأمر المدعم لدافعيتهم في التصدي للفيروس.
- قدمت الأخصائية الواجب العلائقي المبرمج في آخر هذه الجلسة للمجموعتين.
- ملخص الجلسة الثالثة: العنوان: تعلم بعض الأساليب العلاجية الفعالة مع التفكير.
- تاريخ الجلسة مع المجموعة رقم (02): 2012/04/12
 - بداية الجلسة على الساعة: 10:00. نهاية الجلسة على الساعة: 12:00.
 - عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.
 - تاريخ الجلسة مع المجموعة رقم (03): 2012/05/20
 - بداية الجلسة على الساعة: 10:30. نهاية الجلسة على الساعة: 13:00.
 - عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.

تحدث كل عنصر من المجموعتين، وأبدى رأيه في اقتراح كيفية تحسين السمات الثلاثة: التوافق، التفاؤل، والالتزان النفسي عندهم خاصة، وشملت آراؤهم:

- الإيمان بالقضاء، والقدر مع ضرورة التحلي بالصبر، لأنَّ المرض موجود كحقيقة مرة. مع عدم التفكير في وضع حد للحياة.

- على المريض أن يفهم الكثير عن المرض، وكيفية العيش معه.

- إذا حصل المريض على السرية التامة من طرف الطبيب المعالج، والمحيطين به فهذا قد يخفف عنه، ولو القليل من هموم التفكير.

علم أعضاء المجموعتين عملية الاستبصار من أجل تنظيم خبراتهم، بنفس الطريقة التي تمت مع المجموعة رقم (01)، وذلك باختيار عضو من كل مجموعة، والمستعد لتجريب هذه العملية، وطرحته عليه نفس الأسئلة. ومن ذلك قام كل مفحوص منهم بإجراء المراقبة الذاتية للأفكار، وطرحها إلى السطح.

أما عن فكرة التسامح مع النفس، ومع الآخرين فالأغلبية من عناصر المجموعتين (02) و (03) يرون أن هناك أموراً كثيرة، لا يستطيع الإنسان أن يتسامح فيها، خاصة تلك التي أخطأ فيها مع نفسه (الشعور بالذنب نتيجة الإصابة بالفيروس). والاستبطان هو أكثر شيء يلجأ إليه الشخص، لكونه يحس بأنه وحده في هذا العالم فيزيد التخمين الداخلي السلبي (الوصول إلى نهاية الطريق في الحياة)، وأحياناً التخمين الإيجابي (كل شيء بيد الله).

ثم عملت الأخصائية على التوضيح لأعضاء المجموعتين أن الحديث السلبي مع الذات يزيد في فترة إحساس الفرد بأنه وحده، لكن لا يجب أن نستسلم للأفكار السلبية الهدامة لأن أفكارنا تتأثر بذلك. فالحديث الإيجابي يعزز قوة الجانب النفسي، وبذلك يحقق الفرد منا توازنه الانفعالي، ووضحت الأخصائية هذه الفكرة أكثر بالاعتماد على بناء هرم القلق الخاص بكل عضو منهم. أنظر ملحق رقم (04) و ملحق رقم (12)

درّبت الأخصائية عناصر المجموعتين على تمرين الحوار الداخلي الإيجابي. وكلفتهم بالواجب العلائقي الخاص بهته الجلسة.

➤ ملخص الجلسة الرابعة: العنوان: تحديد الأفكار اللاعقلانية ومواجهتها واقعياً.

• تاريخ الجلسة مع المجموعة رقم (02): 2012/04/15

- بداية الجلسة على الساعة: 11:00 . نهاية الجلسة على الساعة: 12:45.
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.
- تاريخ الجلسة مع المجموعة رقم (03): 2012/05/22
- بداية الجلسة على الساعة: 10:30 . نهاية الجلسة على الساعة: 13:00.
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.

أعدت الأخصائية النفسانية توضيح أهمية الأحاديث الإيجابية مع النفس، والدور الذي تلعبه في تخليص المتعاش مع فيروس السيدا من الأفكار السلبية.

كما قام بعض أعضاء المجموعتين بتوجيه من الأخصائية خلال هذه الجلسة، بالتحدث عن بعض المواقف المقلق لديهم. وجد المفحوصون من خلال هذه الجلسات الإصغاء التام لتعبيراتهم بعد تجربتهم لعملية الاستبصار بمشاكلهم، ومن دون تعليق، أو نقد، أو تقييم فيما يتعلق بأقوالهم.

تمحورت الفكرة المقلقة عند الأغلبية من عناصر المجموعة (02) حول: خوفهن من علم الأهل، والأقارب، وخاصة المقربين جدا منهم من التعرف على طبيعة مرضهن، وسببه. فبعضهن يفضلن إخفاء هذه الحقيقة لعدم تأزم الحياة أكثر.

أما عن عناصر المجموعة رقم (03) فكانت المشكلة الكبرى، والشاغلة تدور حول: عدم وجود علاج شاف لهذا المرض فالموت فيه محتم.

أجرت الأخصائية العلاج العقلاني، بإتباع نفس الخطوات المأخوذة مع المجموعة رقم (01). حيث حاولت الإثبات لعناصر المجموعتين أنهم غير منطقيين في أفكارهم، وتفكيرهم هذا هو الذي يبعثهم على التعاسة، والشعور بالألم، ومن ثم حصول الاضطراب النفسي، وهذا ما يدعمه داخليا الحوار السلبي من طرف المفحوص، والتمسك بهذا الفكر السوداوي يمنع قبول الواقع.

وضحت الأخصائية للمتعايش مع الفيروس أن مساندة، ودعم الفريق الطبي، والجماعة التي هو عضو فيها حاليا تساعده على التخلص من أفكاره اللاعقلانية، وأن يكون هو بدوره مستعدا ل طرحها من ذهنه نهائيا، فالحياة تستمر رغما عنا جميعا.

ثم طبقت الأخصائية تمرين الحوار الداخلي الإيجابي، باستبطان المفحوص لما بداخله، وذلك بالإجابة على نفس الأسئلة المقدمة في هذه الجلسة مع المجموعة رقم (01). انظر ملحق رقم (05)

واستعملت معهم تقنية التعبير بصوت مسموع، أو المراقبة الذاتية، لتعليم أعضاء المجموعة تقنية الانتقال من تفكير غير عقلاني، إلى آخر عقلاني. بعدها تمت متابعة العملية مع باقي المفحوصين.

تم حصد الأفكار اللامنطقية الخاصة بعناصر المجموعتين، وتم التعامل مع أغلب الأفكار غير المنطقية، وتغييرها إلى أخرى أكثر منطقية، طبعاً بمساعدة العناصر لبعضهم البعض، وتعزيز كلام المفحوصين. والإصغاء إليهم. ووضحت لهم أن التعصب للأفكار الغير منطقية يعجل الوقوع في اضطرابات قد لا يكون سهلاً الخروج من آثارها السلبية مستقبلاً.

شرحت لهم الأخصائية بأننا يجب أن نعيش هذه الحياة بطلوها، ومرها، ونقبل واقع حياتنا، والرضا به كما هو، لأنه ليس بأيدينا أن ندرأ عنا الأحزان، ونختار العيش مع الأفراح فقط. لذا علينا التخلص من الأفكار السلبية، خاصة تلك المتعلقة بالحياة مع المرض، أو التعايش مع الفيروس، وعلى أي منا -بغض النظر عن التأثر بموقف المرض- أن يكون إيجابياً.

تحدثت الأخصائية عن عملية الاسترخاء، التي تمكن المفحوص من الوقوف في وجه مشكلاته، وأحداثها المؤلمة، والصادمة، فهو ضروري للتخلص من الأفكار السلبية خاصة أثناء تلقي العلاج. وركزت على ضرورة التدريب عليه يومياً، كما أنه سيتم تعليمهم كيفية الاسترخاء.

حاولت الأخصائية مناقشة ضرورة الرجوع بالمفحوص إلى الإيمان بالقضاء، والقدر، وشرح دور الرجوع إلى الدين للرجوع إلى الواقع، وإحداث التقبل، وقدمت تقنية التأمل بذكر الله. انظر ملحق رقم (07) كما أن الشعور بالذنب شعور مؤلم لا نستطيع التخلص منه، إلا إذا أيقنا بأن كل ابن آدم خطاء، وخير الخطاءين التوابون، وأن الله غفور رحيم.

قدمت الأخصائية في نهاية هذه الجلسة الواجب العلائقي المبرمج خلالها.

➤ ملخص الجلسة الخامسة: العنوان: تعلم الاسترخاء.

- تاريخ الجلسة مع المجموعة رقم (02): 2012/04/17
- بداية الجلسة على الساعة: 10:00. نهاية الجلسة على الساعة: 12:30.

- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.
- تاريخ الجلسة مع المجموعة رقم (03): 2012/05/24
- بداية الجلسة على الساعة: 10:35. نهاية الجلسة على الساعة: 13:00.
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.

وضّحت الأخصائية للمتعايشين مع الفيروس من عناصر المجموعتين، أنّ سيطرة الفكرة الغير منطقية، والتصلّب في التفكير السلبي، لا يساعدهم على تقبّل الواقع في وجود المرض، فالفيروس لا يهاجم الجسم فقط، بل يهاجم النفس أيضا، ويضعفها، فتقع في أزمات الاضطراب النفسي، وخلل الاتزان الانفعالي.

استخدمت الأخصائية عملية المراقبة الذاتية، بجعل أعضاء المجموعتين يطرحون على أنفسهم بعض الأسئلة الموجهة مسبقا، على أن يكون الحديث الذاتي ايجابيا، ومسموع من قبل المحيطين، وذلك برغبة الكشف عن طبيعة هته الأفكار. طبيعة هذه الأسئلة تعزّز مواجهة المريض لواقعه الغير مرغوب فيه، بالتالي التصدي، ومحاربة الأفكار اللاعقلانية مهما كثرت، ومهما اختلفت.

وضّحت الأخصائية دور الاسترخاء كتقنية ضرورية في تخفيف حدة التوتر، والقلق.

راجعت بعدها الأخصائية النفسانية الواجب المتعلق بتدريب اليد على الاسترخاء، مع تدريب العقل على طرح الأفكار السلبية، ولاحظت مدى تمكّن كل عضو من أعضاء المجموعتين من أداء ذلك. ثم طلبت من العضو الذي رأت بأنه فهم جيّدا كيفية تطبيق عملية الاسترخاء، أن يقوم بتمرين الاسترخاء المقترح في البرنامج أمام الجميع. أنظر ملحق رقم (08)

طبقت الأخصائية تقنية الاسترخاء مع عناصر المجموعتين، حسب المراحل الثلاثة التي قسمت إليها هته التقنية من قبل الباحثة، مع ضرورة المحافظة على الإيجابية في التفكير، والسلوك. مع التأمل الذي يجب أن يمارسه كل مفحوص لمدة ساعة يوميا، ليصل إلى الإدمان. عرّف المفحوصون بضرورة تدعيم، وتقوية الجانب الديني لديهم كالإيمان بالقضاء والقدر، والصبر، وتلاوة القرآن، والأنكار، والأدعية، والتأمل في قدرة الله على تحقيق الشفاء.

طلبت الأخصائية من أعضاء المجموعتين القيام بالواجب العلائقي المتعلق بممارسة

الاسترخاء في مرحلته المقترحة في هذه الجلسة، إضافة إلى تمرين التأمل.

➤ ملخص الجلسة السادسة: العنوان: مواصلة الاسترخاء.

- تاريخ الجلسة مع المجموعة رقم (02): 2012/04/19
- بداية الجلسة على الساعة: 11:00. نهاية الجلسة على الساعة: 12:45.
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.
- تاريخ الجلسة مع المجموعة رقم (03): 2012/05/27
- بداية الجلسة على الساعة: 10:30. نهاية الجلسة على الساعة: 12:00.
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.

شرحت مقولة: "لا يأس مع الحياة" من قبل الأخصائية النفسانية. كما أكدت هذه الأخيرة لأعضاء المجموعتين، ضرورة المحافظة على الفرائض الدينية، والأدعية، والذكر، لكونها تعين على التخلص من الشعور بالذنب، والإحساس بالدونية، بالتالي الإيمان بالقدر المحتم، والرضا بالواقع المعاش، وانتظار المستقبل بشكل متزن نفسياً. أيضاً تمت مناقشة المواقف المقلقة، والأفكار اللاعقلانية عند عناصر المجموعتين.

كما ناقشت الواجب مع كل العناصر، وبحثت فيما إذا كان هؤلاء العناصر قد استوعبوا عملية الاسترخاء الخاصة باليدين، والكتفين، وحين تأكدها من ذلك قامت بتدريبيهم على إرخاء منطقة الوجه، والرقبة حسب الملحق رقم (08).

ورأت الأخصائية ما إذا كان الاسترخاء فعال، أم لا مع عناصر المجموعتين، بسؤالهم المباشر عن فائدته بالنسبة لهم. وقدمت لهم في آخر الجلسة الواجب العلائقي.

➤ ملخص الجلسة السابعة: العنوان: الاعتماد على الاسترخاء والتأمل.

- تاريخ الجلسة مع المجموعة رقم (02): 2012/04/22
- بداية الجلسة على الساعة: 10:30. نهاية الجلسة على الساعة: 12:45.
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.
- تاريخ الجلسة مع المجموعة رقم (03): 2012/05/29
- بداية الجلسة على الساعة: 10:40. نهاية الجلسة على الساعة: 13:00.
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.

تمّ التطرق لما تمّ تعلمه من خلال الواجبات السابقة، مع كل عضو من أعضاء المجموعتين، فيما يخص التدريب على تقنية الاسترخاء، لكل مناطق الجسم المعتمد عليها. نوقشت فكرة كيفية تحديد مشكلة ما، وإدراك معالمها، والبحث عن حل لها، ولمواجهة تلك المشكلة على أرض الواقع، يجب تعلّم التأمل الإيجابي فيها. وعرضت الأخصائية تمرين التأمل.

انظر الملحق رقم (09)

حدّدت الأخصائية مع أعضاء المجموعتين نوع الأنشطة الترفيهية التي يحبذونها فترة مكوثهم بالمستشفى، وكيفية قضاء أوقات فراغهم، فقاموا بالتحدّث عن بعض الأنشطة التي يقومون بها فعلا، وبعضها التي يرغبون في القيام بها خلال هذه الفترة. كما أشار الأغلبية إلى أنّ نوعية هذه النشاطات الترفيهية، يجب أن يتولى تحديدها الأخصائي النفسي، والفريق الطبي الساهر على رعايتهم، والتكفل بهم لأنهم الأقرب من الشخص المصاب، وهم على دراية أكثر منه بحالته الصحية، والنفسية.

كما هو مبرمج في آخر كل جلسة قدمت الأخصائية الواجب العلائقي الخاص بها.

➤ ملخص الجلسة الثامنة: العنوان: كيفية ملء وقت الفراغ.

- تاريخ الجلسة مع المجموعة رقم (02): 2012/04/24
- بداية الجلسة على الساعة: 10:35. نهاية الجلسة على الساعة: 11:45.
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.
- تاريخ الجلسة مع المجموعة رقم (03): 2012/05/31
- بداية الجلسة على الساعة: 10:00. نهاية الجلسة على الساعة: 12:00
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.

حاولت الأخصائية التأكّد فيما إذا كانت هناك أفكار لامنطقية عند عناصر المجموعتين، للعمل على محاولة تخليصهم منها. وأوضحت بأنّ الجميع داخل المستشفى يسعى لمساعدتهم. كما ركّزت على الدور الذي يلعبه الحوار الداخلي الإيجابي، في إعادة النفس إلى الاتزان. وواصلت محاولة إقناع المتعايشين مع فيروس السيدا بخطأ الأفكار المقلقة، والمحزنة، والدور الهدّام الذي توصل إليه صحة الفرد منهم النفسية، والجسدية على حد سواء. واستغلّت الوقت

الكاف لتعود بأعضاء المجموعتين إلى التدريب على تقنية الاسترخاء العضلي الشامل لكل المناطق المبرمج التعامل معها من الجسم.

كما قامت الأخصائية ببرمجة بعض الأنشطة الترفيهية خلال زمن الجلسة، منها التنزه مع عناصر المجموعتين في حديقة المستشفى، والتي تم الإشارة إليها من قبل المجموعتين، وتمت الموافقة عليها من أجل زيادة النشاط، والتفاعل بينهم.

قدمت الأخصائية في نهاية هذه الجلسة الواجب العلائقي المقترح.

➤ ملخص الجلسة التاسعة: العنوان: القياس البعدي لمتغيرات الدراسة.

- تاريخ الجلسة مع المجموعة رقم (02): 2012/04/26
- بداية الجلسة على الساعة: 11:30. نهاية الجلسة على الساعة: 13:10.
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.
- تاريخ الجلسة مع المجموعة رقم (03): 2012/06/03
- بداية الجلسة على الساعة: 14:00. نهاية الجلسة على الساعة: 16:00
- عدد أعضاء الجماعة: (10) أفراد.

طرحت الأخصائية سؤالاً مباشراً، حول مدى استيعاب عناصر المجموعتين لعملية الاسترخاء. وكان جواب الأغلبية: بأنه أسلوب جيد سهل الفهم، والتطبيق، ممتع، خاصة عندما قسم إلى مراحل خلال الجلسات. بعدها أجرت الأخصائية القياس البعدي لمتغيرات الدراسة.

بعد الانتهاء من تطبيق محتوى البرنامج الخاص بالتكفل العلاجي النفسي بالمتعاشين مع فيروس (HIV)، طرحت الأخصائية في نهاية الجلسة سؤالاً مباشراً على أعضاء المجموعتين يتعلق بأرائهم حول هذا البرنامج المصمم خصيصاً لهم. وكانت إجاباتهم:

- تمكنت من خلال مساعدة هذا البرنامج، من إعادة النظر في العديد من جوانب حياتي خاصة مع المرض، فكل منا واقع خاص به، وعلى المرء تقبل واقعه.
- كان ذهني مشوشاً جداً، وأفكاري متذبذبة، لكن بعد تعلمي تقنية الاسترخاء أصبحت قادراً على تنظيمها، ولو بما يضمن لي الراحة النفسية.
- تمكنت من معرفة الدور الحقيقي للعلاج، والأخصائي النفسي في المساعدة الإنسانية الحية. فمارست معه حقي في الإصغاء.

- بالنسبة للجلسات، فالمتعاشين مع السيدا يقترحون أن تكون بشكل يومي، لأن هذا الأخير يحتاج إلى من يصغي إليه، خاصة خلال تواجده في المستشفى بين جدران الغرفة، ومخاوف المرض.
- اقترح المتعاشون مع الفيروس حديقة المستشفى، لتكون مكانا لإجراء جلسات البرنامج خاصة عندما يكون الجو معتدلا، فالمريض يحتاج إلى الهواء، وتغيير الجو من حين لآخر.
- جعلتنا الجلسات نتعرف على بعضنا البعض، ونكون صداقات نحس فيها بالمساواة، فنحن كلنا نعيش نفس الحالة، نفس الظروف، ونتعاش مع نفس الفيروس، لذا لا يحس أي منا بالوحدة.
- الإنسان يتعلم حتى خلال مرضه، فعملية الاسترخاء شيء جديد فعال، يجعل الفرد منا يعيد بناء أفكاره، ويعيده إلى حالة الراحة التي فقدها.
- سنحاول أن لا نستعمل الحوار الداخلي السلبي مجددا، ونلجأ إلى الإيجابي، لأنه مريح، ويطرد الأفكار السلبية التي تعيش في ذهن المريض، كما أن الاستبطان يجعلنا نقوم بالتنفيس، والإحساس بالراحة.
- سهولة محتوى الواجبات، والتمارين يجعلها سهلة التطبيق.

1-2/ عرض نتائج الفرضية الثانية:

تتص هذه الفرضية على أن: "لهذا البرنامج فعالية في إعادة التوافق، وتحقيق الاستقرار النفسي، لدى المتعاشين مع فيروس السيدا، وبعثه على التفاؤل داخل المؤسسة الإستشفائية".

تم تقسيم هذه الفرضية إلى ثلاث فرضيات جزئية، إذ تم هذا التقسيم، على أساس ارتباط كل فرضية، بما تحصلت عليه كل مجموعة من المجموعات الثلاثة، من درجات على كل مقياس، من المقاييس الثلاثة المستخدمة في هته الدراسة.

1-2-1/ نتائج اختبار "ت" على درجات التطبيق القبلي، والبعدي للمقاييس الثلاثة المطبقة في الدراسة:

أجريت التحليلات الإحصائية لهذه الدراسة باستخدام الحاسب الآلي (حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS-17)، حيث تم استخدام ما يلي:

تحليلات إحصائية فارقة لحساب اختبار "ت" "T. TEST"، لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات عينة الدراسة على المقاييس الثلاثة المستخدمة، المتعلقة بمتغيرات الدراسة المراد التعرف على تغييرها، قبل، وبعد تطبيق البرنامج التكفلي العلاجي الذي تم بناؤه.

• عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى: تنص هذه الفرضية على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات المجموعات الثلاثة، على مقياس التوافق، قبل، وبعد تطبيق البرنامج".

للتحقق من صحة الفرضية، قمنا باستخدام اختبار "ت"، لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاثة، على مقياس التوافق النفسي. وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (07): دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاثة، على مقياس التوافق النفسي لدى المتعاشين مع فيروس السيدا.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	اختبار "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط	(ن) = 10	/
دالة عند 0.05	9	2.40	8.33	100.90	مج 1	مقياس التوافق النفسي
			13.01	108.80		
1.77		12.72	100.30	مج 2		
		14.65	103.80			
1.07		17.70	99.70	مج 3		
		19.31	101.3			
غير دالة عند 0.05						
غير دالة عند 0.05						

يتضح من الجدول (07)، أن المتوسط الحسابي لدرجات المجموعة رقم (01)، بعد تطبيق البرنامج، كان أعلى مقارنة بمتوسط درجات نفس المجموعة، قبل تطبيق نفس البرنامج. كما أن قيمة "ت" المحسوبة بلغت (2.40) مع المجموعة رقم (01)، وهي قيمة دالة إحصائية، لأنها أكبر من قيمة "ت" الجدولة التي تساوي (2.26)، عند مستوى دلالة (0.05). مما يعبر عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات المجموعة رقم (01)، على مقياس

التوافق، قبل، وبعد تطبيق البرنامج. وبالرغم من أن قيمة المتوسط الحسابي للمجموعتين رقم (02) و (03) بعد تطبيق البرنامج، كانت أكبر من قيمته عند نفس المجموعتين قبل التطبيق، إلا أن "ت" المحسوبة بلغت قيمتها (1.77) مع المجموعة رقم (02)، و (1.07) مع المجموعة رقم (03)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات المجموعتين (02) و (03)، على مقياس التوافق، قبل، وبعد تطبيق البرنامج. جاءت هذه النتيجة محققة لصحة الفرضية الجزئية الأولى، مع المجموعة رقم (01). في حين لم تتحقق مع المجموعتين (02) و (03).

• عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية: تنص هذه الفرضية على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات المجموعات الثلاثة، على مقياس التفاؤل والتشاؤم، قبل، وبعد تطبيق البرنامج".

للتحقق من صحة الفرضية، قمنا باستخدام اختبار "ت"، لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاثة، على مقياس التفاؤل والتشاؤم. وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (08): دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاثة، على مقياس التفاؤل والتشاؤم لدى المتعاشين مع فيروس السيدا.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	اختبار "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط	(ن) = 10	/
غير دالة عند 0.05	9	2.14	25.08	71.60	مج 1	مقياس التفاؤل والتشاؤم
			24.00	75.70		
1.09		24.32	75.70	مج 2		
		23.43	77.80			
دالة عند 0.05		3.54	17.07	63.30	مج 3	
			16.39	57.30		

يتضح من الجدول (08)، أن المتوسط الحسابي لدرجات المجموعة رقم (01)، والمجموعة رقم (02)، بعد تطبيق البرنامج، كان أعلى مقارنة بمتوسط درجات نفس المجموعتين، قبل تطبيق البرنامج. أما قيمة "ت" المحسوبة فبلغت (2.14) مع المجموعة رقم (01). و(1.09) مع المجموعة (02)، وهي تعتبر قيمة غير دالة إحصائياً مع كلتا المجموعتين، لأنها أقل من قيمة "ت" المجدولة المساوية لـ (2.26)، عند مستوى دلالة (0.05). هذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات المجموعتين (01) و(02)، على مقياس التفاؤل والتشاؤم، قبل، وبعد تطبيق البرنامج. ورغم الانخفاض الملاحظ في قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة رقم (03)، بعد تطبيق البرنامج، إلا أن قيمة "ت" المحسوبة بلغت (3.54) مع هذه المجموعة، وهي قيمة دالة إحصائياً، مما يدل على وجود فروق، ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة (03)، على مقياس التفاؤل والتشاؤم، قبل، وبعد تطبيق البرنامج. وجاءت هذه النتيجة محققة لصحة الفرضية الجزئية الثانية، مع المجموعة (03)، ولم تتحقق مع المجموعتين (01) و (02).

• عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة: تنص هذه الفرضية على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات المجموعات الثلاثة، على مقياس الاتزان الانفعالي، قبل، وبعد تطبيق البرنامج".

للتحقق من صحة الفرضية قمنا باستخدام اختبار "ت"، لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاثة، على مقياس الاتزان الانفعالي. وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (09): دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاثة، على مقياس الاتزان الانفعالي لدى المتعايشين مع فيروس السيدا.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	اختبار "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط	(ن) = 10	/
غير دالة عند 0.05	9	2.00	4.69	97.40	مج 1	مقياس الاتزان الانفعالي
			3.86	99.30		
1.63		5.48	96.40	مج 2		
		7.74	98.50			
1.58		4.29	97.00	مج 3		
		6.22	98.40			
غير دالة عند 0.05						

يتضح من الجدول رقم (09)، أن المتوسطات الحسابية لدرجات المجموعات رقم (01) و (02) و (03)، بعد تطبيق البرنامج، كانت أعلى مقارنة بمتوسطات درجات نفس المجموعات، قبل تطبيق البرنامج. أما عن قيمة "ت" المحسوبة فبلغت (2.00) مع المجموعة رقم (01). و (1.63) مع المجموعة رقم (02)، و (1.58) مع المجموعة رقم (03)، وهي تعتبر قيم غير دالة إحصائياً مع كل المجموعات، لكونها أقل من قيمة "ت" الجدولة التي تساوي (2.26)، عند مستوى دلالة (0.05). يشير ذلك إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات المجموعات (01) و (02) و (03)، على مقياس الاتزان الانفعالي، قبل، وبعد تطبيق البرنامج. وجاءت هذه النتيجة غير محققة لصحة الفرضية الجزئية الثالثة، مع المجموعات الثلاثة.

2/ مناقشة وتفسير النتائج:

2-1/ مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

تنص هذه الفرضية على أنه: "يمكن بناء برنامج للتكفل النفسي العلاجي خاص بالمتعايش مع فيروس نقص المناعة المكتسبة يعتمد في محاوره الأساسية على بعض العلاجات النفسية منها: العلاج المعرفي، العلاج الجماعي، والعلاج بالاسترخاء. العلاج بالواقع، العلاج

بالترفيه، العلاج الديني، هدفه الرئيسي إعادة التوافق، والاستقرار النفسي للمصاب، مع بعثه على التفاؤل".

2-1-1/ ملخص عام حول الجلسات مع المجموعات الثلاثة في الدراسة:

➤ الجلسة الأولى:

- المجموعات الثلاثة كانت متقبلة، ومستعدة للمساعدة، والاشتراك في هذه الدراسة، وتطبيق محتوى البرنامج. غير أنها طالبت بالحفاظ على السرية التامة فيما يخص بياناتهم الشخصية، سواء داخل المستشفى، أو خارجها.
- رؤية أعضاء المجموعات إلى أنّ المجتمع بحاجة ماسة إلى توعية، وتوجيه، وإطلاع واسع فيما يخص التعريف بمرض السيدا، والطرق التي ينتقل من خلالها، وعدم التركيز على كون العلاقات الجنسية الغير مشروعة هي السبب الوحيد للإصابة به.
- ضرورة تمتع الشخص المصاب بالسيدا بحقوقه كاملة، فالكل معرض للإصابة بالمرض، كما أنّ الإصابة بالمرض لا تعني حرمان الشخص من الحياة، أو عزله، أو تقييد حياته.
- الرغبة الواسعة في فهم أكثر عن المرض، ومراحله، وكيفية التعايش مع فيروس (HIV)، والعوامل، والظروف المنشطة لعمله، وكيفية التعامل معه.
- حدّد تواتر الجلسات، وكان ذلك يوماً بعد يوم، حسب رغبة أعضاء المجموعات في برمجتها. وتمّ ترك وقت المقابلة، وإجراء الجلسة مفتوح لإثراء التفاعل بين عناصر المجموعات، وإعطائهم فرصة أكبر للتنفيس الانفعالي، مع الاستيعاب الجيد لمحتوى البرنامج.

➤ الجلسة الثانية:

- تمت مناقشة المفاهيم الأساسية في الدراسة، والتي تعتبر في نفس الوقت متغيراتها الرئيسية، وتشكيل فكرة عن كل مفهوم حسب وجهة نظر المتعايشين مع السيدا:
- **فالتوافق في رأيهم:** هو فهم الفرد لنفسه، وكذا المحيطين به، والتفاعل معهم لضمان استمرار الحياة، وتقبلها.
 - **التفاؤل في رأيهم:** تمتع الشخص بالأمل، وتحليه بالصبر مهما بلغت الأزمات في شدتها، لأنّ الحياة لا تخلو من المشاكل، والصعوبات.

- من ذلك نستخلص بأن عناصر المجموعات الثلاث، موقنين لمفهومي التوافق، والتفاؤل. فأفكارهم تصب في الاتجاه الصحيح لشرح، وفهم هذين المفهومين، والتعليق عنهما.
- **الاتزان النفسي في رأيهم:** أن لا يواجه الشخص أمور الحياة، وأزماتها العديدة، والصعبة بعصبية، وغضب، مع محاولة التحكم، وضبط النفس، وتحقيق التوازن الداخلي مهما بلغت هته المشكلات في صعوبتها.
- كما كان هذا المفهوم -الاتزان الانفعالي- غريباً نوعاً ما، بالنسبة لبعض عناصر المجموعتين (02) و (03)، وهو من وجهة نظر الأغلبية يشير إلى معنى عدم التعصب.
- غير أن هذه الرؤية الغير صحيحة للمفهوم، تم تعديلها مع عناصر المجموعات.
- تمكنا بعدها من الحصول على درجات القياس القبلي للمتغيرات الثلاثة، كما أتحنا لأعضاء المجموعات فرص التساؤل، وتكوين فكرة صائبة عن هذه المفاهيم، ودورها في الدراسة. واستفاد أعضاء المجموعات من الجلسة ما يلي:
- وجود أطراف تقبل، وتشجع الحوار معهم. وفتح مجال للمريض في التعبير الصريح عن آلامه، ومكبوتاته التي يحتفظ بها لنفسه، ويعاني منها في صمت بمفرده، فهو لا يستطيع مناقشتها مع أي شخص. كما أن الإصغاء لهم، عزز عملية التفريغ الانفعالي باعتبارهم مساجين للمرض.
- تعلم الجديد عن كيفية التعامل مع المرض، مع جمع معلومات حوله.
- تكوين جماعات جيدة، متفاعلة، ومتكافلة.
- التقييم الشخصي للمستوى الثقافي الناقص عند المريض، فيما يخص اطلاعه عن المرض قبل الإصابة. فجهله بمعنى المرض، وبطرق العدوى، أدى به إلى الوقوع ضحيته.
- الحصول على معلومات مفيدة من طرف الباحثة، والأخصائية النفسانية، خاصة بالجانب النفسي، والاجتماعي.
- الاهتمام بهم، دفعهم إلى الإحساس بوجودهم، ورفع معنوياتهم، الشيء الذي أعطاهم دفعة للحياة، ولأن الحياة غالية بالنسبة لهم.
- قناعتهم بعد تداولهم على عدة مصحات، من عدم وجود أخصائي نفسي حقيقي مساعد لمثل هذه الشريحة المعانية لهذا المرض.

- هذه الجلسات ساعدتهم على التحلي بسعة الصدر، والصبر.
- الحصول على الدعم النفسي، والمادي، والتكفل بهم داخل المستشفى، من طرف الساهرين على رعايتهم، أحياء لديهم الأمل، والتفاؤل في القدرة على مقاومة الفيروس، ومواصلة الحياة، والنظر إلى الإيجابيات فيها.

➤ الجلسة الثالثة:

- يتم تحسين سمات: التوافق، التفاؤل، الاتزان النفسي لدى المتعايشين مع فيروس السيدا، حسب وجهة نظرهم من خلال:
- الصبر، مع عدم التفكير في الإصابة بالمرض، وذلك كي لا يبتعد عن المجتمع الذي هو جزء منه، خاصة وأنّ الفكرة المسيطرة على المريض هي توقف، ونهاية الحياة.
- الحوار، لأنّ المرض حقيقة موجودة يعاني منها المريض، غير أنه يحتاج إلى تغيير فكرة عدم القدرة على التعايش معه.
- محاولة تخليص الذهن من الأفكار السلبية، وخاصة فكرة الإصابة بمرض السيدا يعني الموت المحتم. كما أنّ التوافق، والاتزان يتحسنان انطلاقاً من التعامل بأخوة، وتسامح بيننا، والتغاضي عن الأخطاء خاصة عند الاعتراف بها. وعلى المصاب عدم إهمال نفسه، والتفريط فيها لمجرد إصابته بالمرض مهما كانت خطورته.
- التحلي بالصبر مع الإيمان بالقضاء، والقدر. والابتعاد عن فكرة وضع حد للحياة.
- ضرورة فهم الكثير عن المرض، وما يتعلق به، وكذا كيفية التعايش معه.
- المحافظة على السرية المطلقة لما يخص المريض، ومعلوماته الشخصية من طرف الفريق المتكفل به، وكذلك المحيطين، قد يضمن له التقليل من التفكير بشكل سلبي.
- فكرة التسامح، تعني لهم أنه على الإنسان أن يكون متسامحاً مع نفسه، ومع المجتمع، فعدم التسامح يعتبر أنانية من قبله. هذا فيما يخص المجموعة الأولى. في حين كان أغلبية العناصر من المجموعتين (02) و (03) يعدّون أمورا كثيرة، لا يمكن التسامح فيها، خاصة إذا تعلقت بالخطأ مع النفس، وهم يشيرون هنا إلى الشعور بالذنب نتيجة الإصابة بالمرض.
- بعد ذلك فهم أعضاء المجموعات بأنّ التقبّل المتبادل، وغير المشروط، والتسامح فيما بينهم، والتساهل أثناء التفاعل الجمعي يتيح فرص الحوار، والتفريغ الانفعالي.

أما الاستبطان من منظورهم، فهو تخمين داخلي قد يكون سلبياً، أو إيجابياً. وهو يعلمنا عدم جعل الأفكار، والأمور داخلية فحسب، ويعلمنا حل مشاكلنا، والتساهل مع النفس، ومع الغير. إذ يعتبر أكثر شيء يلجأ إليه الفرد، لإحساسه بالوحدة، فيزيد تخمينه الداخلي السلبي (هدام) ، وقد يكون أحياناً إيجابياً (بناء).

تم تعلم عملية الاستبطان من قبل أعضاء المجموعات. كما توصل هؤلاء إلى فهم عملية الاستبطان للأفكار، أو ما يسمى بالمراقبة الذاتية، والقيام بتجربتها، بالتالي توصيل أفكارهم إلى السطح.

قمنا بتدريب أعضاء المجموعات على التحدث مع النفس بشكل إيجابي، وكان ذلك بتكرار بعض الكلمات الإيجابية من خلال تمرين الحوار الداخلي الإيجابي. فهذا الحديث الإيجابي ينطلق من أفكارنا، ومعتقداتنا الإيجابية، أما السلبي فمصدره تلك الأفكار السلبية المحطمة.

➤ الجلسة الرابعة:

عرضنا في هذه الجلسة أهمية، ودور الحوار الداخلي الإيجابي، في تحرير المتعاش مع فيروس السيدا من أفكاره السلبية. وتم الإصغاء إلى أقوال البعض من أعضاء المجموعات، فيما يخص طرح جملة من الأفكار المقلقة، مستعينين في ذلك بعملية الاستبطان المتعلمة، دون أن توجه لهم الأسئلة، أو النقد، أو التقييم لما يقولونه.

استخلصنا بعد ذلك من هذه الأقوال أفكاراً عامة للمواقف المقلقة، وبعض المشاكل المطروحة، التي يعاني منها بعض العناصر المكونة للمجموعات. ثم قمنا بإتباع خطوات إجراء العلاج العقلاني الانفعالي حسب نظرية "ليس". في التعامل العقلاني مع هذه الأفكار السلبية. معتمدين في ذلك على تطبيق تمرين الحوار الداخلي الإيجابي، وتقنية المراقبة الذاتية مع هؤلاء الأعضاء.

في هذه الجلسة تم حصد الأفكار اللامنطقية مع أعضاء المجموعات، ومحاولة التعامل معها، واستبدالها بأفكار أكثر عمومية، معتمدين على التفاعل الموجود داخل الجماعات، مع الإصغاء لكلام كل عضو، وتعزيزه. بالحوار، والمناقشة، والنصح بعدم ترك الأفكار السلبية تسيطر على ذهنه. كما أنه من المفروض مواجهة المخاوف، وليس الهروب منها، أو تجاهلها.

جدول رقم (10): عرض الأفكار اللاعقلانية الموجودة عند أعضاء المجموعات الثلاثة.

المجموعات	الأفكار اللاعقلانية
المجموعة رقم (01)	إنَّ الناس، والعالم الذي نعيش فيه يجب أن يكون عادلاً، ونزيهاً، وهذا العالم الذي أريد، وأفضل.
	لا أستطيع أن أوافق الآخرين عندما تتعارض آراؤهم مع آرائي، لأنه يجب أن أحصل على ما أريد بسرعة، وبسهولة.
	يجب أن أعيش بانسجام، دون أن أتعرض لحالات من الألم مدى الحياة.
	هنالك حل كامل، وصحيح لكل مشكلة، وعليّ أن أجد مثل هذه الحلول.
المجموعة رقم (02)	عندما أغضب أخاف أن أصبح مجنوناً، ويصعب عليّ بعد ذلك ضبط نفسي، وهذا أمر لا أستطيع تحمله.
	هنالك حل كامل، وصحيح لكل مشكلة، وعليّ أن أجد مثل هذه الحلول.
	يجب أن أنزعج عندما أواجه بموضوع غير متأكد منه، أو أي موضوع غير متأكد من خطورته، وعليّ أن أبحث عن الحلول الممكنة.
	يجب أن أعيش بانسجام، دون أن أتعرض لحالات من الألم مدى الحياة.
المجموعة رقم (03)	عليّ أن أنزعج للمشكلات التي تواجهني، وتواجه الآخرين، وإلا فإنني إنسان سيء، ولا أتفاعل مع الآخرين بدفء.
	عندما أغضب أخاف أن أصبح مجنوناً، ويصعب عليّ بعد ذلك ضبط نفسي، وهذا أمر لا أستطيع تحمله.

يتضح من خلال الجدول رقم (10) أنّ المجموعات تراودها أفكار لا منطقية، متعلقة في معظمها بنوعية المعاملة التي يحضون بها من قبل المجتمع، مع الخوف من عدم القدرة على ضبط الانفعالات في المواقف التي تتطلب ذلك، وعدم قبول تبادل الآراء مع الغير، خاصة عندما تتعارض مع آراء الفرد الشخصية. كذلك التيقن من وجود حل لكل المشكلات، مع العيش بانسجام تام دون التعرض للألم. كما أنّ التفاعل مع الغير يقتضي الانزعاج من المشكلات التي يعيشونها. إنّ هته جملة الأفكار التي تم التعامل معها، ومحاولة استبدالها بأفكار ايجابية تساعد المتعاش مع السيدا على مواجهة المرض.

تم شرح "أسلوب الاسترخاء" ودوره في دعم الفرد لمواجهة أزمات الحياة، وضرورة التدريب عليه للاستعانة به أثناء مواجهة الأفكار السلبية، وحتى أثناء تلقي العلاج الطبي، أو النفسي. كما نوقشت أهمية الإيمان بالقضاء، والقدر، وشرح فعالية دور الأذكار، ومعارف، وتعاليم الدين في تحديد الانفعالات، والسلوك، والعمل على تحرير أعضاء المجموعات من الشعور بالذنب، بواسطة تطبيق تقنية التأمل بذكر الله.

➤ الجلسة الخامسة:

تأكد كل من الباحثة، والأخصائية النفسانية فيما إذا لا تزال بعض الأفكار المقلقة تسيطر على أذهان المتعاشين مع فيروس السيدا من أعضاء المجموعات. موضحين لهم بأن تصلب التفكير غير مفيد، ولن يدعم عملية التقبل، ومقاومة المرض. على عكس التفاؤل الذي يمنحهم الطاقة الإيجابية، حتى في المواقف الأكثر ضعفا تجاه الحالة الصحية، والنفسية التي يمرون بها. اعتمادا على المراقبة الذاتية ناقشت الباحثة بمساعدة الأخصائية، أفكارا مصاغة على شكل أسئلة، بشرط أن تقدم الإجابة اعتمادا على الحديث الداخلي الإيجابي، ثم إيصال هذا الحديث إلى السطح. للاستفادة منه. استعملت هذه الأسئلة بهدف تعزيز مقاومة المريض لواقع المرض، في تصدي فعلي للأفكار السلبية المقلقة، والمهدمة للذات.

بعد ذلك قمنا بإعطاء فكرة عامة حول طبيعة الأفكار المقلقة، وبيننا أن الوسيلة الأمثل للتصدي لها، هو التدريب على تقنية الاسترخاء.

تمت مراجعة الواجب الذي اقتضى تدريب اليد على الاسترخاء العضلي، وتدريب الذهن على التخلص من الأفكار السلبية، وتأكدنا من إمكانية كل عضو من أعضاء المجموعات على إجراء هذه التقنية.

كما تم توضيح العلاقة الوثيقة، بين الكلام الداخلي الخاص بالجانب الديني، وكل ما يدعمه من: الإيمان بالقضاء، والقدر، قراءة القرآن الكريم، والتأمل في معانيه، وترديد الأدعية، والأذكار، وتحقيق الفرد لسمات: التوافق، والاتزان، أو الاستقرار النفسي، والتفاؤل.

➤ الجلسة السادسة:

في هته الجلسة قمنا بشرح عبارة: "لا يأس مع الحياة"، فلا يجب الاستسلام، أو القنوط. كما أن الله تعالى خلق "كل داء دواء"، لذا من الواجب التحلي بالصبر، وتقوية الوازع الديني لدينا، فالطمأنينة النفسية، والقبول، والرضا بالحال يأتيان من التمسك بالله عز وجل. كما وجبت المحافظة على أداء الفرائض، والتعود على الذكر، لأنه السبيل إلى محو الخطايا، والتحرير من الشعور بالذنب.

تم إعطاء فرصة أخرى لأعضاء المجموعات في التعبير عن المواقف المقلقة، وتقديم الأفكار اللاعقلانية المسيطرة على أذهانهم، رغبة منا في تخليصهم منها، معززين بذلك كلامهم. تيقنا بعد ذلك من أنهم -أعضاء المجموعات- فهموا جيداً كيفية إرخاء اليدين، والكتفين، وهم بذلك مستعدون لإتمام التدريب على الاسترخاء. وانتقلنا معهم إلى المرحلة الثانية من هته العملية، في تدريب الوجه، والرقبة على الاسترخاء العضلي.

استطلعنا في آخر الجلسة السادسة آراء أعضاء المجموعات حول فعالية، وفائدة تقنية الاسترخاء معهم، فربطوا بين عضلاتهم المشدودة من الناحية الجسمية، ومشاعرهم، وإحساساتهم من الناحية النفسية، وشبهوا الاسترخاء بالحلم لأنه يبعث على الراحة الجسدية، والنفسية، كما أن البعض منهم كان يمارسه مع بدايات المرض، غير أنه لم يكن بإتباع خطوات منظمة، كما طلبنا منهم القيام بتكرار هذا التمرين الاسترخائي، كلما توفرت الفرصة لذلك، لأن مقاومة الفيروس تحتاج إلى مثل هذه التمارين الداعمة.

➤ الجلسة السابعة:

اكتسب أعضاء المجموعات مهارة إرخاء عضلات: اليدين، الكتفين، الظهر، البطن، الصدر، الساقين. طبقاً لتمرين الاسترخاء المبرمج. كما تيقنوا بأن عملية الاستبصار تجعلهم أكثر إدراكاً لمعالم أي مشكلة، وبالتالي تقدير حجمها، وإدراك مشاعره تجاهها. بعدها يتقدم التفكير التلقائي، وتتميز معظم الأفكار الواردة هنا بالسلبية، مما يترتب عنه التشويه المعرفي للحقائق، فيعمل الفرد على صياغتها -المشكلة- في هيئة سؤال يضع له العديد من الحلول، قبل إجراء السلوك. ومن أجل التعود على ذلك، لقنا عناصر المجموعات تمرين التأمل الإيجابي.

حدّدنا نوع الأنشطة الترفيهية المتوفرة للمرضى داخل المستشفى، وتلك التي يفضلون القيام بها أثناء تواجدهم داخل المستشفى لتلقي العلاج. فهم يرونها مساعدة لتحسين سمات التوافق، والالتزان الانفعالي، كما تبعث فيهم التفاؤل، خاصة عندما يمضون وقتاً ممتعاً. وأشاروا إلى أنّ نوع النشاط الترفيهي يجب أن يختار من قبل الفريق الطبي، والنفسي الساهر على التكفل بهم.

➤ **الجلسة الثامنة:**

واصلنا في هته الجلسة تحديد الأفكار اللامنطقية عند المتعايش مع السيدا، ووضحنا لهم أنّ المواصلة في التشبث بهذه الأفكار، وعدم التخلّص منها نهائياً، وطرحها من الذهن، ينغص الحياة عليهم، وكلّما استعملناها في تفكيرنا، كلّما زادت سيطرتها، وصعب تحرير الذهن منها. درّينا أعضاء المجموعات على الاسترخاء الكلي، وتأكّدنا من استيعابهم الجيد لتطبيق هذه التقنية في الاستغناء عن توجيهات كل من الباحثة، أو الأخصائية النفسية. سواء داخل المستشفى، أو في أيّ مكان آخر.

نظّمنا خلال الجلسة الثامنة نشاط ترفيهي تمثّل في تبادل الزيارات بين المرضى ما بين الغرف، ووجهناهم إلى ضرورة خلق نشاطات أخرى، يكونون أكثر إقبالا عليها لملاً وقت الفراغ.

➤ **الجلسة التاسعة:**

بعد الفهم الجيد لتقنية الاسترخاء المتعلّمة، تمّ تطبيقها خلال هته الجلسة، تحضيراً منا لأعضاء المجموعات لإجراء القياس البعدي للمتغيرات الدراسة. تمّ إجراء القياس البعدي للمتغيرات الثلاثة قيد الدراسة، وحصلنا على درجات المجموعات على المقاييس المستخدمة هنا، وذلك بعد إتمام تطبيق محتوى البرنامج التكفلي العلاجي الذي تمّ بناؤه، في الجزء الأول من الدراسة الحالية.

في آخر الجلسة حصّدا آراء أعضاء المجموعات حول البرنامج المطبّق معهم، فيما يتعلّق بكل جوانبه البنائية، ومحتواه، والأساليب المعتمد عليها، واستخلصنا ما يلي:

- التعرف، والتزوّد بالجديد من المعلومات من خلال هذا البرنامج.
- معرفة الدور الحقيقي، والفعال للمعالج، والأخصائي النفسي في المساعدة الإنسانية الحيّة. كما أنّ هؤلاء الأشخاص مارسوا معهم حقهم في الإصغاء، والتفريغ الانفعالي.

- استيعاب أهمية أن ن فكر بإيجابية في الحياة، مع عدم الاستماع إلى الأفكار السلبية سواء من طرف الذات، أو من طرف الآخرين. وهذا ما يدعمه الحوار الداخلي الإيجابي فهو مريح، طارد للأفكار السلبية، كما أن الاستبطان يعزز عملية التنفيس الانفعالي.
- ساعد هذا البرنامج، في تمكين الأغلبية، من إعادة النظر في العديد من زوايا حياتهم، خصوصا في وجود المرض، كما ساعدهم على الاقتناع بضرورة تقبل الواقع، وعيشه كما وجد.
- المتعايش مع السيدا يرى بأن تحديد زمن الجلسات، وبرمجتها، أمر متعلق بعمل الأخصائي، وتفرغه لهم.
- مكنت الجلسات عناصر المجموعات من التعارف، وتكوين صداقات جديدة، تبعث فيهم الإحساس بالمساواة، والمساندة، باعتبارهم يعيشون نفس الحالة، ويتعايشون مع نفس الفيروس. كما أنها سمحت لهم بتغيير جو المرض. واقترحوا بأن تكون بشكل يومي، لأن هذا الأخير، ونظرا لما يعانيه من مخاوف ناتجة عن المرض، فهو بحاجة ماسة إلى من يصغي إليه، ويفهمه.
- اقترح أن يكون مكان إجراء الجلسات معزولا عن جو غرف المستشفى، كي يشعر الفرد منهم بتغيير المكان. إذ رأى المتعايشون مع الفيروس بأن حديقة المستشفى أنسب مكان للقيام بجلسات البرنامج، فالمريض هنا بحاجة إلى الإحساس بالحرية، وتغيير جو الغرفة من وقت لآخر.
- ترك حرية اختيار عناصر الجماعة، وتكوين أصدقاء حسب رغبة المريض، ومعرفته بهم. واقترحهم بأن يكونوا أعضاء في الجماعة. فهو يختار من يثق به، ويتعامل معه بشكل جيد، ويتقبله داخل الجماعة.
- أهمية تقنية الاسترخاء في ترتيب، وتوصيل الأفكار، وتهذئة النفس. فهو أسلوب جيد، مفهوم، سهل التطبيق، ممتع، خاصة عند تقسيمه إلى مراحل، أثناء تقديمه في الجلسات. كما ضمن للبعض الراحة النفسية التي كانوا يبحثون عنها.
- إن الواجبات، والتمارين سهلة في تناول الفهم، والتطبيق للكل.

- وجبت العودة إلى الله تعالى دائما في السراء، والضراء، مع التحلي بالصبر، وتقوية الإيمان، بالمحافظة على الفرائض، والقيام بالواجبات.
- يتعلم الفرد من المواقف المختلفة، وخاصة الصعبة منها الكثير عن هته الحياة، ويفهم معنى القضاء، والقدر بشكل جيد. والمريض يبحث دائما عن الثقة في النفس، وفي الآخرين.

نتيجة جدول الملاحظة: انظر ملحق رقم (13)

من خلال ما تم التوصل إليه من ملاحظات، فيما يخص إمكانية فهم واستيعاب وتطبيق محتوى التمارين والواجبات التي جاء بها هذا البرنامج، يمكن استنتاج أن هذا البرنامج تضمن بعض التمارين والواجبات التي كانت في متناول الجميع، لسهولة تطبيقها سواء أثناء الجلسات أو خارجها. إذ أنها -التمارين والواجبات- تتناسب والقدرات العقلية، والجسمية وكذا إمكانيات كل عضو من أعضاء كل مجموعة، خاصة وأنه قد تم إرفاق كل منها بالشرح اللازم، مع إعطاء نموذج لأداء التمرين في الجلسة المقترح خلالها. كما لوحظ بأن هناك تجاوبا وانسجاما وتشجيعا في القيام بمثل هذه التمارين خاصة داخل الجماعة.

إن فالبرنامج المخصص لفئة المتعاشين مع فيروس نقص المناعة المكتسبة يتناسب في ما يتعلق بما احتواه من تمارين وواجبات مع قدرات، وإمكانات هته الفئة من المرضى في المجتمع. 2-2/ مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية: تنص هذه الفرضية على أنه: "لهذا البرنامج فعالية في إعادة التوافق، وتحقيق الاستقرار النفسي لدى المتعاشين مع فيروس السيدا، وبعثه على التفاؤل داخل المؤسسة الإستشفائية".

بعد أن قمنا بتقسيم هته الفرضية في مضمونها إلى ثلاث فرضيات جزئية، كل واحدة تخدم جزءا منها، وتحصلنا على نتائج التحليل الإحصائي، باستخدام "اختبار ت" لدراسة الفروق بين المتوسطات، المتعلقة بهته الفرضيات. سيتم فيما يلي مناقشة، وتفسير هته النتائج، معتمدين في ذلك على ما تم الإطلاع عليه من تراث نظري، وما تمكنا من الحصول عليه من دراسات مشابهة في الموضوع.

2-2-1/ مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

تشير هذه الفرضية إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات المجموعة رقم (01)، على مقياس التوافق، قبل، وبعد تطبيق البرنامج. وقد تمّ التحقق من صحة هذه الفرضية مما يبين أنّ هناك تأثير للبرنامج في تحسين سمة التوافق عند أعضاء المجموعة رقم (01). كذلك تشير كل من الدرجات التي تحصل عليها أعضاء هذه المجموعة على مقياس التوافق، قبل تطبيق البرنامج المقترح معها، وبعد تطبيقه إلى وجود تحسن في هته السمة. وهذا ما دلت عليه أيضا قيمة "ت" التي بينت وجود فروق بين متوسطات هذه الدرجات قبل، وبعد إجراء البرنامج. إذن فعالية البرنامج في تحسين سمة التوافق عند المتعايشين مع فيروس السيدا، أظهرها التحسن الحاصل في درجات المجموعة رقم (01) بعد تطبيق البرنامج التكفلي العلاجي، كما أظهرتها الفروق بين متوسطات هته الدرجات.

في حين لم تتحقق الفرضية مع المجموعتين المتبقيتين، إذ تشر النتائج المتحصل عليها مع المجموعتين (02) و (03) إلى عدم وجود هته الفروق في متوسطات الدرجات التي تحصل عليها أعضاء هاتين المجموعتين، على نفس المقياس قبل، وبعد تطبيق نفس البرنامج، بالرغم من التحسن البعدي الحاصل في الدرجات المسجلة على هذا المقياس.

وبما أنّ الدرجات المسجلة على مقياس التوافق النفسي، مع أعضاء المجموعات الثلاثة دليل على تمتعهم بالتوافق قبل، وبعد تطبيق البرنامج، فهي درجات مرتفعة بشكل طفيف. فأثر هذا البرنامج في تحسين سمة التوافق لدى هؤلاء المرضى لم يترجمه الفروق، وإنما ترجمته الدرجات المسجلة بعد تطبيق محتوى البرنامج المخصص لهم، ويظهر ذلك من خلال تسجيل بعض العناصر لزيادة في درجة هته السمة بعد التطبيق بشكل واضح.

إذن فلبرنامج المصمم لهته الفئة فعالية في تحسين سمة التوافق قبل، وبعد تطبيق محتواه، وقد تبين ذلك انطلاقا من تحسن درجات سمة التوافق عند عناصر المجموعات الثلاثة، كما تبين من خلال الفروق الموجودة بين متوسطات درجات المجموعة رقم (01)، بالرغم من كون عناصر المجموعات الثلاثة متوافقة منذ البداية، حسب الدرجات المتحصل عليها قبل تطبيق البرنامج، كون الارتفاع الملاحظ في الدرجات بعد التطبيق يعبر عن التحسن الحاصل في سمة التوافق بشكل صريح.

ربما يرجع ذلك إلى كون عناصر المجموعات الثلاثة، قد تلقوا دعماً نفسياً، وطبياً من قبل الفريق الساهر على رعايتهم، والتكفل بهم داخل المستشفى، وقد دخلوا مرحلة التعايش مع المرض، إذ أنهم كانوا يتناولون على المستشفى بشكل منتظم، كما أنّ كل واحد منهم قد خضع لجلسات نفسية مع الأخصائية النفسانية، ووصل إلى مرحلة التقبل للمرض. والتأقلم مع الوضع، وأصبح المرض واقعا متصلا بحياته، وهمه الرئيسي الخوف من عدم تقبل المحيط، والدفاع الحقيقي هنا يكون ضد الوصمة، والتمييز، والتهميش الاجتماعي، أو لجوء المتعايشين مع الفيروس إلى التنويع في آليات الدفاعية النفسي، للمحافظة على توافقهم أمام المواقف الضاغطة التي يحتمها المرض. وربما تجاهل المرض في حد ذاته، يعد بمثابة آلية دفاعية، لا تزال فعالة أمام موجات الخوف منه، وما يشاع حوله. أريكسون (1990)

كما قد يرجع توافق هته المجموعات إلى تمتعهم باحترام حقوقهم كمصابين بداء السيدا في السرية، وعدم الإفصاح بإصابتهم للآخرين، والابتعاد بآلامهم عن المواجهة، كما أنّ محتوى البرنامج فيما يتعلق بالعلاج العقلاني الانفعالي، مع استخدام تقنية الحوار الداخلي الإيجابي ساهم في تخليصهم من بعض الأفكار اللاعقلانية المسيطرة على عدم تكييفهم مع الواقع.

ويتفق ذلك مع ما توصل إليه "فيندروفوست Vandervoost" سنة (1993) إذ أشار العقاد (2001) إلى أنّه استهدف في دراسته الاهتمام بنظم الاعتقاد، وأساليب المواجهة كوسائط في العلاقة بين العدوان، والمرض. تكوّنت عينة الدراسة من (183) خريجا جامعيًا. وأكّدت النتائج على أنّ الأفراد المتمسكين بالمعتقدات اللاعقلانية، يملكون أساليب مواجهة أقل تكييفا. كما عانوا كثيرا من المرض.

فدرجة سمة التوافق هنا هي درجة مرتفعة عند مرضى السيدا، سواء قبل، أو بعد تطبيق البرنامج، خاصة وأنهم -المتعايشون مع الفيروس- قد قضوا شوطا في صراعهم مع المرض في الوقت الذي تتفق فيه أيضا نتيجة هذه الفرضية، مع دراسة "أحمد نائلة عثمان" المجرات سنة (2009) عن التوافق النفسي، وعلاقته بالاتزان الانفعالي لدى المصابين بالايديز بمدينة الخرطوم. هدفت الدراسة أساسا إلى معرفة التوافق الاجتماعي، والاتزان الانفعالي لدى هؤلاء المرضى، مع الأخذ في الاعتبار متغير: العمر، أزمان المرض، المستوى التعليمي، الفروق بين الجنسين، الحالة الاجتماعية. مستخدمة في ذلك المنهج الوصفي المسحي، ضمت العينة

(150) مصابا من الجنسين، واستعملت كأداة استمارة البيانات الأساسية التي أعدتها، ومقياس التوافق الاجتماعي "لهيو.م.بل" (1934)، الذي عدله "إبراهيم عبد الرحيم" سنة (1999). ومقياس الاتزان الانفعالي إعداد "نائلة عثمان أحمد" (2004). وتوصلت في نتائجها إلى أن: سمتي التوافق الاجتماعي، والاتزان الانفعالي لدى المصابين بالسيدا ايجابيتان، أي أنهما مرتفعتان. كما توجد علاقة ارتباط دالة إحصائيا بين التوافق الاجتماعي للمصابين بالايذر، ومتغير مدة الإصابة، أو أزمان المرض.

2-2-2/ تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تشير الفرضية إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات المجموعة رقم (03)، على مقياس التفاؤل والتشاؤم، قبل، وبعد تطبيق البرنامج. وقد تمّ التحقق من صحتها مع هته المجموعة، في الوقت الذي لم تتحقق فيه نفس الفرضية مع المجموعتين رقم (01) و (02).

وجود فروق دالة مع المجموعة رقم (03) على هذا المقياس قبل، وبعد تطبيق البرنامج المصمم، مع التحسن المشار إليه في درجاتهم على هذا المقياس، يدل على أن سمة التفاؤل لديهم، قد تحسنت بعد خضوعهم لمحتوى البرنامج، وهذا يفسر الدور الذي لعبه محتوى البرنامج بوضوح في تحسين درجة هته السمة عند المتعايشين مع فيروس نقص المناعة المكتسبة. ضف إلى ذلك تسجيلهم لدرجات مرتفعة نسبيا على هذا المقياس أكد تفاؤلهم. فمحتوى البرنامج عمل على محاولة تخليصهم من الأفكار اللامنطقية التي يعيشون معها، ومنها عدم قدرتهم على مواجهة أزمات، وضغوط الحياة، وأن ينظروا للحياة بمواقفها بتفاؤل وبإيجابية، الشيء الذي يدعم تقوية سمة التفاؤل لديهم.

تتفق نتيجة هته الفرضية مع ما عرفته دراسة التفاؤل، والتشاؤم من اهتمام الباحثين في هذا المجال، إذ يشيرون إلى ارتباط هاتين السمتين بصحة الفرد النفسية، والجسدية، وأن لسمة التفاؤل دور فعال في جعل الفرد يبتعد بسلوكه عن الإصابة بالأمراض ويحافظ على صحته العامة سواء النفسية أو الجسدية. ومن ذلك نجد فرج (2007) قد أشاروا إلى دراسة "الأنصاري" (1998) التي استخلص منها أن التفاؤل مرتبط ايجابيا مع: إدراك السيطرة على الضغوط، ومواجهتها، استخدام المواجهة الفعالة، إعادة التفسير الإيجابي للمواقف، حل المشكلات بنجاح،

البحث عن الدعم الاجتماعي، والنظرة الإيجابية للمواقف الضاغطة، والتحصيل الدراسي، والأداء الوظيفي، وضبط النفس، وتقدير الذات، وسرعة الشفاء من المرض، والانبساط، والتوافق، والصحة الجسمية، والسلوك الصحي، وسرعة العودة إلى ممارسة الأنشطة الطبيعية في الحياة بعد الخضوع لعملية جراحية، وصحة الجسم ككل... في المقابل كان التشاؤم مرتبطاً إيجابياً باليأس، الانتحار، القلق، الشعور بالحزن، والفتور، والفشل في حل المشكلات، والنظرة السلبية لصدمة الحياة.

كذلك ما أشار إليه الحميري (2004) عن دراسة "ريكر و ونج" سنة (1984) تحت عنوان: "التفاؤل الشخصي، وعلاقته بالصحة النفسية، والجسمية، لدى مجموعة من كبار السن المقيمين بالمستشفى. والمؤكدة للارتباط الإيجابي الحاصل بين التفاؤل، والصحة النفسية والجسمية.

وقد تناول نفس الموضوع "شايير وكارفر" في دراسة استخلصا من خلالها وجود علاقة سلبية دالة بين التفاؤل، والأعراض المرضية. كما بينا أيضاً تميز المتفائلين باعتدال معدل ضغط الدم، والذي يغلب اضطرابه بالنسبة للمتشائمين.

ولما للتفاؤل، والتحلي به من ارتباط فعلي، وواضح في التأثير الإيجابي على صحة الفرد، ودعمها القوي نحو التحسن في حالات الإصابة بالأمراض، أشار السيد (2009) لدراسة "لورا وآخرون Laura et al" سنة (2001)، والتي هدفت بالأساس إلى معرفة تأثير التشاؤم والتفاؤل على مرضى الشريان التاجي. ضمت عينة الدراسة (1306) ذكراً، أعمارهم ما بين (40-90) سنة، واستخدم مقياس للتفاؤل والتشاؤم مقتبس من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه المعدل (منسوتا). وافترض أن هناك علاقة إيجابية بين التفاؤل، والصحة الجسدية، ووجود علاقة سلبية بين التشاؤم، والصحة الجسدية عند هذه الفئة من المرضى. وأشارت النتائج المتحصل عليها إلى: وجود ارتباط بين التشاؤم، والشعور بالضعف، والوهن الجسدي لدى هؤلاء المرضى، ضف لذلك أن الذكور المتشائمين هم أكثر عرضة من المتفائلين للإصابة بمرض الشريان التاجي.

فالاستعداد للتفاؤل يمنع المرض، ويعزز فرص الشفاء، بتأثيره على الأعراض الجسمية، وعلى الحالات الانفعالية للمصابين ببعض الأمراض المزمنة، والحادة كالربو، والأورام. وامتد

تأثيره ليصل حتى إلى عمر المصاب، بتأثيره على بيولوجيا جهازه العصبي، إذ أكدت بعض الدراسات الحديثة على عيش المتفائلين مدة عمرية أطول، من المتشائمين بمقدار (12) سنة. وقد عمل محتوى البرنامج على محاولة التعامل مع الجانب المعرفي، وتفكير المصاب مباشرة، من خلال العلاج المعرفي، واستخدام نظرية "اليس" للعلاج العقلاني الانفعالي، بالتالي بعث المصاب على استعمال التفكير العقلاني التفاؤلي، لما لهذا الأخير من ارتباط بالصحة الجيدة، ومعدلات الشفاء خاصة من الأمراض العضوية، والتي تكون أعلى لدى المرضى المتفائلين، فهم يعانون بشكل أقل من الضغوط النفسية، عند مقارنتهم بالمرضى المتشائمين، ويسهم ذلك بتحقيق نتيجة تحسن حالتهم الصحية، والنفسية.

وبما أنّ التشاؤم يتسبب في مشكلات صحية كثيرة من بينها: ضغط الدم، ومرض الشريان التاجي، والسرطان، وينبئ بانخفاض مستوى الصحة، والعمر المتوقع، وارتفاع معدل الوفاة، وبطء الشفاء... فرج (2007) يلجأ المصاب -بعد اطلاعه على ذلك من قبل الفريق المتكفل به- إلى التفاؤل كأسلوب لمواجهة المرض، والعيش أطول مدة ممكنة في تعايش مع الفيروس. ضف إلى ذلك أنّ للحديث الداخلي مع النفس -والمستخدم كتقنية في هذا البرنامج- أثره الفاعل في بعث الأمل، والتفاؤل، وقبول العلاج، وتوقع نجاحه. حيث يمكن للشخص استثارت نفسه انفعاليا في اتجاهات متنوعة كالحزن، السرور، القلق، حسب ما يواجهه من موقف، أو ما يتفاعل معه من أحداث وأشخاص. إبراهيم (1994)

كما أنّ عدم وجود هته الفروق بالنسبة للمجموعتين (01) و (02) على هذا المقياس لا يعني بالضرورة غياب سمة التفاؤل لديهم، فدرجاتهم قبل، تطبيق البرنامج كانت مرتفعة نوعا ما، وتشير إلى تفاؤلهم رغم وجود المرض، لكن الارتفاع البسيط الذي عرفته درجاتهم على المقياس، بعد تطبيق البرنامج يبيّن أن لا عامل آخر تدخل في تحسين هته الدرجة، غير العنصر التجريبي المتمثل في (البرنامج). نجد أنه بالرغم من أنّ الفروق لم تحقق صحة الفرضية الجزئية الثانية، إلا أنّ التحسن في الدرجات المتحصل عليها بعد تطبيق البرنامج، وبعد مقارنتها بالأخرى المسجلة قبل تطبيق نفس البرنامج، تحقق صحة هته الفرضية.

ربما يرجع تحلي المرضى بالتفاؤل قبل خضوعهم لمحتوى البرنامج، إلى طبيعة المساندة الطبية، والنفسية التي تلقوها منذ إعلامهم بالإصابة بهذا المرض، وبعد تجاوزهم لصدمة خبر الإصابة، ومرور فترة زمنية معتبرة من أزمان المرض، أصبح من الضروري تقبل الواقع في ضل المرض، والعيش مع أمل إيجاد علاج له هو العامل الباعث على التفاؤل. فحسب قول (د. ت) فالأمل ضرورة في الحياة، إذ يعطي مناعة نفسية يتحصن بها العليل مقابل مرضه، سواء أكان اضطراباً عضوياً، أو نفسياً. والحياة بحاجة إلى دفعة أمل تيسر الصعب، وتحل المشكلات، وتجعلها جديرة بالعيش، لذا وجب التحكم في الانفعالات بأنواعها، وضبطها، وجعلها معقولة تعايش الفرد بسلام، وتحقق له حالة الانسجام، والاتزان العام. رياض (2008)

إن من العلاجات التي اعتمد عليها البرنامج، وأثبتت نجاعتها، وفعاليتها، في التصدي لأزمات الحياة، وتوجيهها بشكل يحقق الصحة النفسية للفرد، نجد العلاج الجماعي، والذي عمل على تحقيق هدف رئيسي، متمثل في تقوية شعور أعضاء الجماعة بالتماسك الفعلي فيما بينهم، وحتى بينهم، وبين المحيط، ومن ذلك جاء نموذج المنشأ الصحي الذي يعتبر الصحة عملية مواجهة بين القوى الصحية، والمرضية. ويرى السيد (2009) أن "أنتونفسكي" اعتقد أنه حتى بوجود المرض، يبقى الفرد محتفظاً بمساحات من التصرف، تمكنه من التعامل معه، ومع آثاره بنجاح. فالمنشأ الصحي يولي اهتماماً بالمحيط المرضي من الناحية الاجتماعية، لدعم الصحة، فدعم المجتمع المقدم للفرد، وإحساس هذا الأخير بتعاقد الآخرين معه، ومع وجود قوى ذاتية نابعة من الفرد نفسه لمواجهة المرض، كل ذلك له دور رئيسي، وكبير في الحفاظ على الصحة، وتوجيهها نحو الأحسن، وهذا ما قد يفتقر له الفرد في حالة عدم وجود الدعم الخارجي من المحيط. ذلك لكون الإحساس بالتماسك يعتبر نوع من الميل التفاؤلي تجاه الأشياء المرهقة، وغير القابلة للضبط، وهو كذلك نوع من الثقة بتوفر قدرات، وإمكانات ذاتية للمواجهة.

فالمتمتعون بمشاعر التماسك، يختارون استراتيجيات فاعلة، مناسبة، يواجهون بها إحباطاتهم. ويشعرون أن ما كلفوا به من مهمات، هو شيء محفز أكثر من اعتباره متعب. وتتعلق زيادة مشاعر التماسك بإحساس الفرد بالصحة الجسدية، والنفسية الجيدة، وارتفاع نوعية الحياة، والرضا عنها، وكذا بالمساندة الاجتماعية الجيدة، في حين انخفاض تلك المشاعر هو بمثابة إنذار لمعاناة الفرد من الاضطرابات النفسية، والجسدية، وقد تقوده للانتحار.

كما يدفع التفاؤل إلى الإحساس بالتوافق، وامتلاك قدرة التغلب على الضغوط التي من الممكن التعرض لها خلال مسار الحياة، وانتهاج السلوك الصحي المناسب، خصوصا في معاناة الفرد من مرض معين تطول، أو تتعدم مدة الشفاء منه، ففي دراسة "تايلور وآخرون" عام (1992)، في اهتمامهم بعلاقة التفاؤل بأسلوب التغلب على الضغوط، والتوافق، والسلوك الصحي. اعتبروا بأن التفاؤل من المصادر الهامة، والضرورية للوقوف أمام الأمراض النفسية، وكذا الجسمية، لكونه يساعد المرضى على التحكم النفسي في انفعالاتهم، عند تعرضهم للإصابة بالأمراض. السيد (2009)

2-2-3/ مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

تشير الفرضية الجزئية الثالثة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات المجموعات (01) و (02) و (03)، على مقياس الاتزان الانفعالي، قبل، وبعد تطبيق البرنامج. وجاءت هذه النتيجة غير محققة لصحة هذه الفرضية مع المجموعات الثلاثة.

بالرغم من كون هته الفروق تتعدم، ولم تشر إلى إحداث العنصر التجريبي، والتمثل في البرنامج التكفلي العلاجي، لتغيير في سمة الاتزان الانفعالي، عند أعضاء المجموعات الثلاثة، إلا أن هؤلاء الأعضاء سجلوا تحسنا على مستوى درجات هته السمة، بعد إدخال العنصر التجريبي، إذ أن هناك زيادة معتبرة شهدتها سمة الاتزان الانفعالي لدى مجموعات المتعاشين مع السيدا، بعد تطبيق البرنامج الذي تم بناؤه في الدراسة الحالية. فهؤلاء المرضى متزنين انفعاليا قبل تطبيق البرنامج، وزاد اتزانهم بشكل واضح، بعد تطبيق البرنامج الشيء الذي أشارت إليه الدرجات المتحسنة على هته السمة. قد يرجع ذلك إلى أن هؤلاء الأشخاص قد بدؤوا يستجيبون لأزمات، ومواقف الحياة، وأحداثها التي يتعرضون لها بشكل من المرونة، وعدم الاندفاع، أو المغالاة. إذ يتصف سلوكهم بالتوافق خاصة مع الفريق القائم بالتكفل بهم، والمحيط الذي هم جزء منه داخل المستشفى، ويصاحب سلوكياتهم المتوافقة استقرار نفسي متعلق بهذا التوافق، فتظهر أعمالهم على قدر مناسب من الاتزان الانفعالي.

إذ تفسر "القطان" عام (1987) معنى سمة الاتزان الانفعالي- حسب ما أشار إليه الخالدي (2009)- بوصفه لب العملية التوافقية، ويصدر عن هذا الاستقرار النفسي في الأخير شكل من أشكال التوافق. وترجع مفهومي السمتين -الاتزان الانفعالي، أو التوافق- إلى ما ذكر في

معاجم (انجلش، ولمان، أيزنك) في علم النفس. وخلصت إلى اعتبارها أن الاتزان الانفعالي، هو قدرة الفرد على التحكم في الاستجابات الصادرة عنه، فتبتعد بذلك عن التطرف الانفعالي، كالاندفاعية في مواجهة المواقف.

كما يتفق الارتفاع المشار إليه في سمة الاتزان الانفعالي، لدى مجموعات المتعاشين مع فيروس السيدا، مع ما تحصلت عليه " أحمد نائلة عثمان" في دراستها سنة (2009) عن التوافق النفسي، وعلاقته بالاتزان الانفعالي لدى المصابين بمرض السيدا بالخرطوم -والتي تم التحدث عنها سابقا- من نتائج موضحة بأن: سمى التوافق الاجتماعي، والاتزان الانفعالي لدى المصابين بالسيدا تتسمان بالاجابية (مرتفعتان). كما أن مرور فترة زمنية معتبرة على الإصابة بالمرض، والتعاش مع الفيروس، قد تكون كفيلة بتقبل وضع المرض والرجوع إلى شيئا فشيئا إلى حالة الاتزان النفسي، وهذا على عكس ما أشارت إليه نتيجة دراسة "نائلة عثمان أحمد" في جزء منها، إذ أنها أثبتت وجود علاقة ارتباط عكسية دالة إحصائيا بين الاتزان الانفعالي للمصابين بالايديز، ومتغير مدة الإصابة.

نلاحظ هنا أن عناصر المجموعات في هته الدراسة، تعيش حالة تقبل للإصابة بمرض السيدا، نظرا لكونها تعدت مرحلة الإعلام، أو خبر حمل الفيروس-الصدمة- والذي قوبل بوجود فريق طبي، ونفسي قام بتحضير المريض نفسيا لتلقي الخبر، كما شرح له بشكل مفصل عن الوضع الصحي، والنفسي الذي يعيشه مع المرض، فهم ولقيامهم بدورهم بشكل مناسب، عملوا على المحافظة على الاتزان النفسي للمصاب خاصة أثناء الصدمة، وعلى تهيئته للتعايش مع هذا الفيروس. في الوقت الذي يعتبر فيه تقبل حمل فيروس VIH، والإصابة بمرض السيدا، أمر صعب جدا، كما أن عدم التقبل، له تأثيرات خطيرة على الشخص، إذ يسهم في الانتشار السريع للفيروس في جسم الإنسان، وتحوله لمرض قاتل. فالإعلام بالإصابة يحدث صدمة قوية لدى الشخص، والتي من شأنها أن تخل بتوازن الجهاز النفسي عنده. أريكسون (1990) وتشير داغر (2004) إلى أن ذلك يحصل خاصة لما يقدم الخبر بشكل غير مناسب، ولا تراعى فيه أحاسيس المصاب، ولا يعطى فرصة كافية للتوظيف السريع لآلياته الدفاعية النفسية، قد يؤثر ذلك مؤقتا، أو بصورة دائمة على توازنه النفسي، والجسدي أيضا، خاصة إذا ترافق مع هشاشة البنيان النفسي المتأصل للمصاب. فالمعاناة من أحداث الحياة، والدور الذي تلعبه

البيئة، والصدمات المؤثرة، وكل ما يهدّد دعائم نرجسية الفرد، والتي تعتمد عليها الأنا، يسهم في تهيج الفيروس وبالتالي معاناة المصاب.

كما قد يرجع ائزان هته المجموعات انفعاليا لكونها متفائلة، وتبحث في محيطها عن الدعم لذلك. ولأنّ الاتزان الانفعالي في من وجهة نظر "المزيني" هو: "الإحساس بالتفاؤل، والبشاشة، والاستقرار النفسي، والتحرّر إلى حد كبير من الشعور بالإثم، أو الذنب، والقلق، والوحدة النفسية، والبعد عن سيطرة المخاوف، والأفكار التشاؤمية." (المزيني، 2001، ص. 69)

أيضا يتوقع أن يكون للعلاج الجماعي المستعمل خلال البرنامج دور في التحسّن الحاصل، والمسجل في درجات أعضاء المجموعات على سمة الاتزان الانفعالي، من خلال عملية التفاعل، والاتصال، والحوار والمناقشة بينهم، ولأنّهم بحاجة شديدة إلى من يصغي إليهم، وإلى القيام بعملية التفريغ الانفعالي. فالعلاج الجماعي في رأي عباس (2002) من شأنه أن يحدث تغييرا في التوازن النفسي الداخلي لكل المشاركين فيه، إذ تقيم العلاقات المتبادلة، والتفريغ الانفعالي، والتبصر بالمشكلات، واختبار الواقع، والتسامي توازنا جيدا في شخصية الفرد، وتتقوى الأنا، وتتحمّن صورة الذات.

إذن من خلال ما تمّ التوصل إليه، من نتائج متعلقة بالفرضيات الجزئية الثلاث، مع المجموعات قيد الدراسة. نستطيع القول أنه تمّ تحقق الفرضية الثانية التي تنص على أنه: "لهذا البرنامج فعالية في إعادة التوافق، وتحقيق الاستقرار النفسي، لدى المتعاشين مع فيروس السيدا، وبعثه على التفاؤل داخل المؤسسة الإستشفائية". كون المجموعات الثلاثة متوافقة، ومتفائلة، ومنتزنة انفعاليا سواء قبل تطبيق البرنامج التكفلي العلاجي، نتيجة للدور الذي لعبه الفريق الطبي، والنفسي المسؤول عن هته الشريحة من المرضى بعد صدمة الإصابة بالمرض مباشرة، أو بعد تطبيق هذا البرنامج نتيجة لمحتواه المصمم خصيصا لتحسين هته السمات الثلاثة، وهذا ما أشارت إليه الفروق المسجلة تارة في بعض الحالات، وكذا التحسّن الحاصل في درجات متغيرات الدراسة المدروسة عند هؤلاء المرضى.

يحتاج مرضى السيدا إلى مساعدة نفسية واقعية، ضف لذلك التدخلات الممكن تقديمها لهم، فالكفالة النفسية، لن يكون لها أثر إيجابي يعود على المريض، إلا إذا دعمتها الظروف المحيطة المناسبة، إذ أنه بالإمكان أن تجعله يتقبّل، ويواجه مرضه، ويكمن ذلك أساسا في

تبصير المريض بحالته الصحية، والنفسية، وتشجيعه، ورفع معنوياته، وقيمه الاجتماعية، للتحرر من مشاعر النبذ العاطفي، والاجتماعي، التي يشعر بها، وكذا بعثه على الراحة النفسية، من خلال خفض توتره النفسي، ومشاعر الذنب، والقلق لديه، وهذا لا يتحقق حسب **الخوaja (2002)** بإخفاء حقيقة حالته المرضية عنه، بل بإعانتته على تقبل وضعه، للوصول إلى القبول، وتحمل المخلفات. مع عدم إهمال ضرورة إفهام محيط المتعايش مع الفيروس (الأسرة، الأصدقاء...) أهمية دعمهم له، بتفهمهم لحالته، وهذا ما يحتاج إليه هذا الأخير للتصدي للمرض.

أما عن فكرة التسامح، والتساهل التي جاء بها برنامج الدراسة في محتواه مع الشخص المصاب بالفيروس، فقد أشار إليها عناصر مجموعات الدراسة في العديد من الجلسات، نظرا لكون عدم التسامح من طرف المجتمع يجعلهم يعيشون في دوامة الشعور بالذنب، وعدم القدرة على مواصلة الحياة، فهم يأملون في مواصلة ما تبقى من حياتهم في العيش بسلام، وهذا ما يحققه التسامح أكثر من غيره من العوامل الأخرى. اتفق هذا مع ما جاء في دراسة "جوزيف ستوكس وويل دامون Stokes and Damon" سنة (1995)، على رجال يعانون من بعض الأمراض الجنسية، وفيروس نقص المناعة المكتسبة. إذ كان حجم العينة (536) رجلا، أعمارهم تتراوح ما بين (18-30) سنة. ثم تم إتمام مجريات الدراسة التتبعية على (220) من عناصر العينة الأولى. هدف الدراسة الأساسي هو تطبيق برنامج الصحة النفسية عن مفهوم الذات لدى هذه العينة، ونظرة المجتمع، واختلاط الهوية، ومرض السيدا. وبينت النتائج أن العديد من المشاكل التي يعاني منها المرضى هنا، ترجع أساسا إلى نقص تسامح المجتمع فيما يتعلق بالسلوك الجنسي غير المشروع، فهم يعانون مشاعر الاغتراب، والتهميش، والعزل لأنهم مرفوضين، ومعزولين داخل مجتمعهم. **زهران (2004)** فمثل هذه البرامج تكون لديهم إحساسا بتقبل ولو البعض من عناصر هذا المجتمع لهم، فالمساندة التي يحظون بها خاصة داخل المستشفيات، تجعلهم يقررون مواجهة المرض، والتصدي له، ومحاورة تفشيته بين أفراد المجتمع. كما أننا في هذا البرنامج اعتمدنا أساليب، وفتيات علاجية بعيدة عن العلاج بالتحليل النفسي، نظرا لكون المختصين النفسيين، قد حاولوا تطبيق فنياته على مرضى السيدا، لكنهم فشلوا في تحقيق نتيجة إيجابية معهم، ذلك لأن مكانة المرض تمنع المريض من التعمق في

الماضي الشخصي، وتصيبه بحالة الإدراك الانتقائي، كما أن هذا الأخير يبحث بشكل متواصل عن التحرر من مشاعر الذنب، لذا قد يتصرف تماما كالدّهاني، ولا يسيطر على الكبت الذي يعاني منه. العيسوي (1994)

ومن بين الأساليب التي اعتمدنا عليها في بناء برنامج الدراسة، تقنية العلاج الجماعي، فالمتعاشيش مع السيدا بحاجة إلى من يصغي إليه، وفي نفس الوقت يعاني من نفس المشكلة التي يعاني منها هو، ويعيش معاناة نفس المرض، وحتى يعلم أنه ليس المريض الوحيد في هذا العالم بهذا المرض بالذات، حيث يعتبر اللجوء إلى العلاج النفسي الجماعي من الأساليب الفاعلة في إحداث التغيير في نفسية المرضى، إذ سمحت البحوث، والدراسات خلال السنوات الأخيرة، بالاعتراف بأهميته في الدعم النفسي، وإحياء مشاعر التماسك لدى عناصر الجماعة العلاجية، فقد قلل من الحتمية، والتشاؤم لدى المصابين بالسيدا، واعتبر مصدرا للسند الاجتماعي بالنسبة لهم، كما عمل كذلك على خفض مستوى اكتئابهم، وشعورهم باليأس، والإحساس بالوحدة، حيث أن الجلسات التي تجرى بشكل جماعي، ينظر إليها كفضاء للتعبير عن الأحاسيس، وتعلمهم فنيات فعالة للعناية بالنفس، أما في وقتنا الحالي فتعتبر الجماعات الإسنادية المكونة في الإرشاد الجماعي، ذات أهمية كبيرة في التكفل بالمصابين بالسيدا. الخوaja (2002) أيضا يحظى كل فرد في العلاج الجماعي، بفرصة رؤيته للعناصر المقومة لصعوباته، ومشاكله، خاصة لما تترد إليه، أو تتوضّح له في صعوبات المشاركين معه في الجماعة. وفي هذا الجانب من العلاج الجماعي يرى عباس (2002) أنه يتم تحطيم مقاومة الفرد الدفاعية، إذ تشجعه خبرة الآخرين على أن يواجه مشكلته بكل شفافية، وموضوعية، ويتحدث عنها بكل صراحة، مما يحقق له الراحة النفسية.

إضافة لذلك فقد عمل البرنامج على تحسين سمة التفاؤل لدى المتعاشيشين مع فيروس VIH، بتدريبهم على تقنيات من شأنها أن تبعث فيهم الأمل للعيش، حيث يعتمد عليه -التفاؤل- في تقوية كفاءة الجهاز الدفاعي للإنسان، لمقاومة نشاط الفيروس، وكذلك الأمراض الانتهازية، التي من الممكن أن تؤدي بحياة المصاب. وهذا ما أشار إليه فرج (2007) فيما دلت عليه دراسة "سجيرستون، تايلور، كيمني و فيهي Segerstrom, Taylor, Fahey" عام (1998)، على ارتفاع كفاءة جهاز المناعة لدى المتفائل، أكثر مما هي عليه لدى

المتشائم، وأكدت على كون التفاؤل قد يلعب دور عامل وقائي، ينشط بمواجهة الفرد لأزمات الحياة، كالناتجة عن المرض مثلا.

وفي مثل هذه المواقف الصعبة من الحياة، يتغير اتجاهها من حالة الصحة، إلى حالة المرض، نجد أن أغلب المرضى لاسيما مرضى السيدا، يبحثون عن الراحة، والاستقرار، والأمن النفسي، والطمأنينة، والتي لن يستطيعوا توفيرها لأنفسهم دون توجيه الدعم الخارجي لهم، فهم دائمي البحث عن من يساعدهم، وعن مثل هته البرامج خاصة ما إذا كان هدفها الرئيسي التكفل بهم، ومساعدتهم على تخطي الصعاب، وتفهم حالاتهم، والتعاطف معهم، ومساندتهم اجتماعيا، وتشمل في مضمونها أساليب، وطرق من شأنها أن تدعم الحالة النفسية للمريض، وباختلافها سلوكية، معرفية، جماعية نجد في نفس الاتجاه دراسة "شاير وآخرون

Scheier and others عام (1999) التتبعية، على عينة من مرضى الشريان التاجي الذين أعيدوا إلى المستشفى، بعد فشل الجراحة. كان هدفها الإطلاع على تأثير البرامج العلاجية على الحالة النفسية لهذه الفئة من المرضى. كان حجم عينة الدراسة (309) مريضا، بلغ متوسط أعمارهم (62.8) سنة، وقد استمرت الدراسة ستة أشهر، لمتابعة التطور في شخصياتهم. استخدم هنا اختبار "شاير وكارفر" للتفاؤل والتشاؤم، وعمل الباحثون على تحديد المتفائلين، والمتشائمين من هؤلاء المرضى، وقاموا أيضا بإعداد برنامج تأهيلي نفسي، وطبي اشتمل على التدريب على الاسترخاء، وتدخلات معرفية، وسلوكية.

في الأخير توصلت الدراسة في نتائجها إلى أن المرضى الأكثر تفاؤلا، هم أكثر استجابة للبرامج التأهيلية، مقارنة بالمتشائمين منهم. السيد (2009)

إن اعتراف المتعاش مع السيدا بالذنب. وطلبه من الله الغفران، يمحو مشاعر الوقوع في الخطيئة، ويخفف من عذاب الضمير، ويعلمه اكتساب اتجاهات، وقيم جديدة، تمكنه من تقبل ذاته، والآخرين، وتحمل المسؤولية، وتسطير أهداف واقعية. كما أن التمسك بالله، ويذكره الدائم، يبعد عن المريض الوسوس، والأفكار اللامنطقية، وبالأساس فكرة الموت المفاجئ المسيطرة على عقل مريض السيدا، لهذا فإن العلاج النفسي الديني هنا، ومع هذا الحدث الواقعي، والصادم، يلعب دورا هاما في إرشاد، وتوجيه المريض، للتحرر من مشاعر الذنب المهدد لأمنه

النفسي. كما أنَّ التقبُّل، والرضا بالقضاء، والقدْر مع الاستسلام لمشِيئة الله تعالى، وعدم القدرة على تغيير مجريات الحياة، تزيد مع الوقت.

أيضاً عمل محتوى البرنامج من خلال نظرية العلاج العقلاني الانفعالي، وكذا هرم الفلج، على حصد جملة الأفكار المقلقة، واللامنطقية عند الأشخاص المتعايشين مع الفيروس، وحاول استبدالها بأخرى أكثر منطقية، وإيجابية تدعم الجانب المعرفي بما يبني الجهاز النفسي الدفاعي عند هذا الشخص.

إنَّ محتوى هذا البرنامج قد حاول تقوية الاستراتيجيات التوافقية الفعّالة، والتقليل من الاستراتيجيات الضارة، والغير فعّالة، فاستخدم بعض الأساليب، والتقنيات التي من الممكن الاستعانة بها في مواجهة صعوبة التكيف، وعدم الاستقرار الانفعالي، وغياب الأمل في استمرار الحياة بعد غزو المرض لجسم المصاب، والتي من بينها العلاج المعرفي الذي قدّم نتائج مرضية، تسهم في تحقيق الرّاحة النفسية عند المصابين بالسّيدا، وتحسين نوعية حياتهم، والتقليل من الأهم، هذا بالإضافة إلى تأثيره الإيجابي على وظيفة الجهاز المناعي لدى حاملي الفيروس.

L'office Fédérale De La Santé Publique (1991)

كما دعم الاسترخاء مع التدريب على هته التقنية، تحقيق الهدوء النفسي، والإحساس بتجدد المشاعر تجاه الحياة، والرغبة في مواصلة العيش فيها بما تحمله من أحداث، لأننا لسنا من نتحكم في ظروفها، والمهم هو كيف نواجه هته الظروف، والأزمات، ونتغلب على المشاكل، والإحباطات. إذ أصبح المتعايش مع فيروس السيدا، ممن ينتمون إلى مجموعات الدراسة مدركين للدور الذي يقوم به الفريق الطبي، والنفسي المتكفل بهم، وفهم معنى عملية التكفل، كما أصبحوا مدربين على تقنيات، وأساليب علاجية فعّالة يمكن اعتمادهم عليها في التعايش مع المرض، وتطبيقها بكل سهولة سواء أثناء تلقيهم للعلاج داخل المستشفى، أو أثناء تواجدهم خارجها.

3/ استنتاج عام:

1- أثر البرنامج في كل فرد على حدة، وهذا التأثير واضح من خلال الدرجات المتحسنة في مقياسي التوافق، والاتزان الانفعالي، بالرغم من أن الفروق بين متوسطات هته الدرجات لم تشير إلى هذا التحسن، خاصة وأن المجموعات متوافقة، ومنتزعة منذ البداية، وهذا راجع

لكونها خضعت قبل تطبيق هذا البرنامج إلى جلسات نفسية من طرف الأخصائية النفسانية، لتدعيم الجانب النفسي، وتقبل الإصابة، وتجنب السلوكات الخاطئة الناقلة للعدوى، أو عقاب الذات باللجوء إلى الانتحار.

2- معظم أعضاء المجموعات التي رحبت ووافقت على المشاركة في البرنامج المقترح، والمعد خصيصاً لهم كانوا من المرضى المتداولين على العلاج بالمستشفى، منذ مدة زمنية معتبرة، أي أنّ معاناتهم مع المرض قد عرفت أزماناً لا بأس به، بالتالي فمعظمهم قد كون واختار لنفسه ميكانيزمات دفاعية نفسية، تتوافق وحالته الصحية، والنفسية، وتأقلم مع الوضع، وتقبل الواقع، ورضي بالقضاء، والقدر. (وصلوا إلى مرحلة التقبل).

3- تجاوب المتعايش مع الفيروس مع محتويات البرنامج، وأساليبه، وتقنياته، وفهمهم لها دليل على سهولة محتواه، والأساليب المكونة له، بالتالي أي شخص منهم مهما كان مستواه التعليمي، أو الثقافي، أو مهما كان سنه تتناسب معه محتويات هذا البرنامج.

4- ارتفاع درجات المتعايشين مع الفيروس في المقاييس بعد التطبيق، مقارنة بها قبل التطبيق برهن على تجاوبهم مع البرنامج بكل ما جاء به، وفهمهم لمجرباته. فالتقنيات المستخدمة مناسبة.

5- من الممكن أن تظهر فعالية هذا البرنامج بشكل أكثر وضوحاً، إذا ما طبق مع من هم حاملين للمصل الإيجابي، وممن هم مازالوا تحت تأثير صدمة الإصابة بالمرض.

6- التكفل الطبي، والنفسي المقدم لهته الفئة في المستشفى، والابتعاد عن المحيط فترة من الزمن لتفادي الوصمة الاجتماعية كان له دور في تقبل هته الفئة للتعايش مع الفيروس، رغم عدم وجود برنامج تكفلي علاجي خاص بهم، إلا أنهم يبحثون فقط عن من يصغي إليهم، ويملاً وقت فراغهم. كما أنّ سرية ما هم فيه من مرض، حافظ إلى حد ما على توافقهم، واتزانهم، فمعرفة طبيعة المرض مقتصرة على المريض، والفريق الطبي في المشفى فقط.

7- تيقن المريض بأنه ليس الوحيد الذي يعاني من المرض، ورؤيته لأعضاء المجموعات المتواجدة معه والتي تعاني نفس مشكلاته، كما أنّ تطور الطب في ميدان البحث عن علاج، وما توصل إليه في السنوات الأخيرة من لقاحات جديدة، وتوعية حيال هذا المرض

- أعطاه دعماً لمواصلة الحياة بتوافق، وائتزان، فأول سؤال يطرحه المريض هنا هو هل أكتشف علاجاً لحالتنا؟ وهذا دليل على وجود الأمل.
- 8- شيوخ انتشار أمراض أخطر من السيدا، من حيث كونها مميتة، ومعديّة، وعلم المريض بها شجعه على تحدي المرض.
- 9- طريقة العدوى بالفيروس لها دورها في إحداث التوافق، والائتزان، فالمهم أن المريض يوصل للآخرين فكرة أن عدواه لم تكن عن طريق الجنس، وحتى هؤلاء راو بأن الاعتراف أحدث عندهم حالة التوافق النفسي، بالتالي لم يخشوا الطريقة التي انتقل بها الفيروس.
- 10- وعي المجتمع بضرورة مساعدة هذا المصاب زادت في السنوات الأخيرة، وعلم المصاب بذلك شجعه على مواجهة المرض (المساندة الاجتماعية).
- 11- حسب وجهة نظر الباحثة فالبرنامج يحتاج إلى مدة أطول، بحيث تكون كافية لمتابعة التحسّن الحاصل في السمات، فهي يجب أن تكون أكثر من شهر لتظهر فعاليته بشكل واضح. لكن غياب أعضاء المجموعات عن تواجدهم بالمستشفى لفترة أخرى، خارج فترة تلقي العلاج قد تمنع تحقّق ذلك.

خلاصة الفصل:

ضم هذا الفصل في جزئه الأول أهم الإجراءات المنهجية المعتمد عليها في هذه الدراسة من منهج مختار يتناسب وطبيعة الموضوع، إلى كيفية اختيار العينة، إضافة إلى إجراء دراسة استطلاعية تم من خلالها التأكد من الخصائص السيكومترية للأدوات المستعملة في التحقق من فرضيات الدراسة. مع ذكر الأساليب الإحصائية المستخدمة المعالجة للنتائج المتوصل إليها. كما ذكر في هذا الجزء بروتوكول البرنامج التكفي العلاجي المصمم لفئة المتعاشين مع فيروس السيدا، من خطوات معمول بها في تصميمه إلى محتواه، وأهم النظريات والأساليب العلاجية التي جاء بها. في حين ضم الجزء الثاني من نفس الفصل عرض النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق محتوى البرنامج، مع مناقشة وتفسير هذه النتائج انطلاقاً مما تم التحصل عليه من دراسات مشابهة وتراث نظري. وانتهى الفصل باستنتاج عام شمل أهم النقاط المستخلصة.

خاتمة

بات من المعروف في عصرنا المتقدّم، انتشار الأمراض، وتعدّدها، بل وأصبحت تعرف سرعة كبيرة في الانتشار، نظرا لكثرة العوامل المساعدة في ذلك. ولعل داء السيدا واحد منها، وهو يعرف تفشيا واسعا، في جميع دول العالم لا سيما الدول العربية، وذلك بالرغم من الجهود الجبارة التي تبذل في سبيل التصدي له، والحد من إحصائياته المرتفعة كل يوم، نظرا لعدم التمكن من السيطرة على مسبباته داخل المجتمعات، كالاتجاهات السلوكية، وظروف المعيشة المزرية، وعدم توخي الحيطة، والحذر، وعدم الوعي بسبل العدوى، وكيفية الوقاية منها... كل ذلك له يد في مواصلة ظهوره، وكثرة حالاته، وتوسعه الرهيب، وحصاده لأرواح البشر. والعيش تحت ظروف المرض، وآثاره السلبية، المهّد بالانهيار المفاجئ. والإحساس بألم فقدان كل شيء خاص (عمل، منزل، تقدير الذات...)، وعام (أصدقاء، علاقات اجتماعية...) نتيجة الإصابة، يجلب العديد من المآسي، والأحزان والأفكار اللامنطقية، المؤذية للذات، وللآخرين، خاصة عندما يعجز المصاب عن إيجاد الدعم الخارجي من المحيط، الذي ينتمي إليه، لتخفيف ألمه النفسي. لذا فهذا المصاب يحتاج بصورة ملحة إلى التمتع بحقوقه كإنسان، فهناك العديد ممن ينتمون إلى هته الشريحة تعاني المرض، دون أن يكون لها يد في الإصابة به. من هنا وجب التكفل الفعلي بهم، وذلك لما لعملية التكفل بالمتعاشين مع فيروس السيدا، من أهمية في تسريع عملية الشفاء، وان كان هذا الأخير لن يتم إلا بمشيئة الخالق. غير أن تزويده بالدافع الفعلي لمواجهة صدمة المرض، ومقاومة أعراضه، وآثاره، وآلامه النفسية، والجسدية، وتقديم الدعم، والمساندة من المحيطين به بالدرجة الأولى، والخدمات الصحية، وما يقدمه الفريق الطبي، والنفسي من تكفل، وعلاج داخل المراكز، والمؤسسات الإستشفائية، مع عدم توجيه نظرات اللوم، والتمييز، والوصم للمصاب عوامل لها وقعها الحساس، في تحسين توافق هذا الشخص مع نفسه، ومع مجتمعه، وتحقيق استقراره النفسي، وتقوية الأمل، والتفاؤل في العيش بشكل طبيعي حتى في وجود المرض، وسط مجتمع منقّب، فيشذ المصاب قواه في مواجهة الفيروس، الذي يعتبر العدو الحقيقي له.

وأخير يتبين لنا أنه لا بد من الاهتمام بعملية التكفل، والعلاج النفسي التي يبحث عنها المتعايش مع فيروس السيدا، لتقوية سمات التوافق، والالتزان النفسي، والتفاؤل لديه، إضافة إلى تقوية سمات ايجابية أخرى، متوفرة في شخصيته، تدعمه ضد المرض، وحتى يتمكن من مسايرة مواقف، وأحداث الحياة المليئة بالمشاكل، والأزمات، والصعاب، والضغوط، والتوترات الحياتية، والأمراض الانتهازية كان من الضروري التفكير الفعلي، والجاد في تصميم برامج من هذا النوع خاصة بهته الفئة من المرضى، تدعم سمات ايجابية أخرى في شخصياتهم. يعتمدون عليها في مواصلة الحياة بايجابية. والتركيز على أن لا تكون هته العملية عشوائية غير محددة المعالم، والأساليب، والتقنيات التكفلية، والعلاجية.



المصادر

1. القرآن الكريم.

2. الأحاديث النبوية الشريفة. (مسلم- البخاري- الترمذي- أحمد)

الكتب باللغة العربية:

1. أبو الخير، عبد الكريم قاسم. (1999). *أساسيات التمريض في الأمراض النفسية والعقلية* (ط. 1). الأردن: دار وائل للنشر.
2. أبو الخير، عبد الكريم قاسم. (2001). *أساسيات التمريض في الأمراض النفسية والعقلية* (ط. 1). الأردن: دار وائل للنشر.
3. أبو سعد، أحمد عبد اللطيف. (2009). *دليل المقاييس والاختبارات النفسية والتربوية* (ط. 1). الأردن: ديونو للطباعة والنشر والتوزيع.
4. أبو عيطة، سهام درويش. (1997). *مبادئ الإرشاد النفسي* (ط. 1). الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
5. أبو النصر، مدحت. (2005). *الإعاقة الجسمية المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية*. مصر: مجموعة النيل العربية.
6. إبراهيم، إسلام. (2012، 20 أكتوبر). *علاج مرض الايدز*. تم استرجاعها في تاريخ 19 أوت، 2014 من <http://www.youm7.com/News.asp?NewsID=768353>
7. إبراهيم، عبد الستار. (1994). *العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث "أساليب وميادين تطبيقه"*. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
8. ابن منظور. (1997). *لسان العرب* (ط. 1، ص ص. 196- 513). لبنان.
9. أحمان، لبنى. (2006). *"الكف المناعي المكتسب وعلاقته بكل من المعتقدات اللاعقلانية وأسلوب الاستقلال- الاعتماد على المجال الإدراكي"*. رسالة ماجستير. جامعة الحاج لخضر. باتنة.
10. أحمد، نائلة عثمان علي. (2009). *التوافق الاجتماعي والالتزان الانفعالي لمصابي مرض عوز المناعة الطبيعية المكتسب (الإيدز) بولاية الخرطوم*. تم استرجاعها في تاريخ 15 أكتوبر، 2011 من <http://etd.uofk.edu/uofkettallview.php?id=6670>
11. إدريس، سهيل. (2005). *المنهل* (ط. 34، ص. 635). بيروت: دار الآداب.

12. أريسكو. (1990). "الإيدز". (نبيل حسين أغا، مترجم). *مجلة الثقافة النفسية*. مجلد 1 (3).
122.
13. *الاسترخاء في معجم المعاني الجامع*. تم استرجاعها في تاريخ 08 أوت، 2014 من <http://www.almaany.com/home.php?language=arabic&category>
14. أسعد، رزوق. (1979). *في موسوعة علم النفس* (ط. 2). بيروت: المؤسسة العربية للدراسة والنشر.
15. أسعد، ميخائيل. (2000). *رعاية الشيخوخة*. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
16. الأغبر، محمد ناجح. (1999). *الأمراض المناعية، الدار العربية للعلوم* (ط. 1). لبنان.
17. الأنصاري، بدر محمد. (1998). *التفاؤل والتشاؤم - المفهوم والقياس والمتعلقات* - (ط. 1). الكويت: لجنة التأليف والتعريب للنشر.
18. الأنصاري، بدر محمد. (2002). *المرجع في مقاييس الشخصية*. الكويت: دار الكتاب الحديث.
19. الأنصاري، محمد بدر. (2007). *القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم: نتائج من ثماني عشرة دولة عربية، مجلة دراسات نفسية*، (3)، 520-522.
20. الأنصاري، بدر محمد. (2008). *المرجع في مقاييس الشخصية على المجتمع الكويتي*. الكويت: دار الكتاب الحديث.
21. بطرس، حافظ بطرس. (2008). *التكيف والصحة النفسية للطفل* (ط. 1). الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
22. البكري، أمل. (2002). *الصحة والسلامة العامة*. الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
23. بن سمايل، رحيمة. (2008). *الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالعدوانية لدى المصابين بداء نقص المناعة المكتسبة (السيدا)*. رسالة ماجستير. جامعة محمد خيذر. بسكرة.
24. بوحوش، عمار، الذنبيات، محمد محمود. (1995). *مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث* (ط. 2). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
25. بوعجاز، بكار. (1998). *لجنة محاربة السيدا/لنحارب السيدا معا*. الجزائر: مطبعة الرهان الرياضي الجزائري.

26. بوقفة، جمعي. (2006). *العلاقة بين أنماط التفكير والتفاؤل والتشاؤم*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الحاج لخضر. باتنة.
27. بولعامة، زهية. (2010). *قلق الموت وعلاقته بتناول الدواء لدى مرضى السيدا*. رسالة ماجستير. الجزائر.
28. بيك، أ. (2000). *العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية* (ط. 1) (عادل مصطفى، مترجم). بيروت: دار النهضة العربية.
29. التحليل النفسي لمريض الإيدز، (المرض، الأعراض، التحليل النفسي، الوقاية). (2008، 22 فيفري). تم استرجاعها في تاريخ 25 أوت، 2014 من <http://www.almosafr.com/forum/t9841.html>
30. تركي، رابح. (1982). *المعوقين في الجزائر وواجب المجتمع والدولة نحوهم*. الجزائر: الشركة الوطنية للنشر والتوزيع.
31. ترول، ت. (2007). *علم النفس الاكلينيكي* (ط. 1) (فوزي شاعر طعيمة، مترجم). الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
32. الثقافة النفسية المتخصصة. (2004، أبريل). *الضغط النفسي قاتل المناعة البشرية*. تم استرجاعها في تاريخ 25 أوت، 2014 من <http://www.arabpsynet.com/Journals/icp/ICP58.HTM>
33. جابر، نصر الدين. (2000). *الرفض الأبوي والتكيف النفسي للمراهق*. رسالة ماجستير. جامعة منتوري. قسنطينة.
34. جابري، لمياء. (2006). *معجم مصطلحات علم النفس* (ص ص. 127-179). الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
35. جبل، فوزي محمد. (2000). *الصحة النفسية وسيكولوجيا الشخصية*. مصر: المكتبة الجامعية.
36. الجسماني، عبد العلي. (1998). *الأمراض النفسية تاريخها - أنواعها - أعراضها - علاجها* (ط. 1). بيروت: الدار العربية للعلوم.
37. جودت، عزت عبد الهادي، سعيد، حسني العزة. (1999). *نظريات الإرشاد والعلاج النفسي* (ط. 1). عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.

38. جولمان، د. (2000). الذكاء العاطفي. (إيلي الجبالي، مترجمة). الكويت: سلسلة عالم المعرفة، (262)، 132.
39. الحجار، محمد حمدي. (1990). فن العلاج في الطب النفسي السلوكي (ط. 1). بيروت: دار العلم للملايين.
40. حجازي، مصطفى. (2005). الصحة النفسية منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة. المغرب: المركز الثقافي العربي.
41. حسين، عبد المنعم عبد الله. (2006). مقدمة في الصحة (ط. 1). مصر: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
42. حشمت، حسين أحمد، باهي، مصطفى حسين. (2006). التوافق النفسي والتوازن الوظيفي (ط. 1). مصر: دار العالمية للنشر والتوزيع.
43. حلاوة، فداء. (2014، 01 جانفي). وسائل استرخاء بسيطة تعيد نظرتك الإيجابية إلى الحياة. تم استرجاعها في تاريخ 12 فيفري، 2014 من <http://baladnaonline.net/ar/NewsDetails.aspx?pageid=117613>
44. الحميري، عبده. (2004). التفاؤل والتشاؤم لدى جامعة نمار. تم استرجاعها في تاريخ 10 أفريل، 2010 من [E.mail :dafa1963@yahoo.com](mailto:dafa1963@yahoo.com)
45. الحنفي، عبد المنعم. (2003). في موسوعة الطب النفسي. مصر.
46. الخالدي، أديب محمد. (2009). الصحة النفسية (ط. 3). الأردن: دار وائل للنشر.
47. الخالدي، عطا الله فؤاد، العلمي، دلال سعد الدين. (2009). الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق (ط. 1). عمان: دار صفاء.
48. الخطيب، هشام، الزبادي، أحمد محمد. (2001). الصحة النفسية للطفل (ط. 1). الأردن: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
49. الخوaja، عبد الفتاح محمد سعيد. (2002). الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق (ط. 1). الأردن: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
50. الخير، طلحة. (2010، 17 جانفي). فن الاسترخاء. تم استرجاعها في تاريخ 17 جانفي، 2010 من <http://vb.m3m7.com/13633>
51. داغر، فيوليت، مناع، هيثم. (2004). الممنوع والمستور في مواجهة مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز). تم استرجاعها في تاريخ 19 أوت، 2014 من

52. دافيدوف، ل. (2000). *الشخصية الدافعية والانفعالية* (ط. 1) (الطوب سيد، عمر محمد، مترجم). مصر: الدار الدولية للاستثمارات.
53. الداهري، صالح حسن. (1999). *الشخصية والصحة النفسية* (ط. 1). الأردن: دار الكندي للنشر والتوزيع.
54. الداهري، صالح حسن. (2008). *أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والنفسية*، (ط. 1). عمان: دار صفاء للنشر.
55. دردار، فتحي. (2000). *السيدا بين الواقع وآفاق العلاج* (ط. 1). مطبعة الجزائر.
56. دويدار، عبد الفتاح. (1999). *منهاج البحث في علم النفس* (ط. 2). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
57. الرحو، جنان سعيد. (2005). *أساسيات في علم النفس* (ط. 1). بيروت: الدار العربية للعلوم.
58. الرشيدى، بشير. (2008). *الإرشاد النفسي وفق نظرية العلاج الواقعي*. الكويت: العالمية للنشر والتوزيع.
59. رضوان، سامر جميل. (2002). *الصحة النفسية* (ط. 1). الأردن: دار الميسرة.
60. رياض، سعد. (2008). *موسوعة علم النفس والعلاج النفسي* (ط. 1). القاهرة: دار ابن الجوزي.
61. الريان، محمود إسماعيل محمد. (2006). *الاتزان الانفعالي وعلاقته بكل من السرعة الإدراكية والتفكير الإبتكاري لدى طلبة الصف الحادي عشر بمحافظة غزة*. رسالة ماجستير، جامعة الأزهر . فلسطين.
62. الزراد، فيصل محمد خير. (2005). *العلاج النفسي السلوكي*. سوريا: دار العلم للملايين.
63. زهران، حامد عبد السلام. (1997). *التوجيه والإرشاد النفسي* (ط. 2). مصر: عالم الكتب.
64. زهران، حامد عبد السلام. (د. ت). *الصحة النفسية والعلاج النفسي* (ط. 2). القاهرة: عالم الكتب.

65. زهران، سناء حامد. (2004). إرشاد الصحة النفسية لتصحيح مشاعر ومعتقدات الاغتراب (ط. 1). القاهرة: عالم الكتب.
66. الزيود، نادر فهمي. (1998). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي (ط. 1). الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
67. السباعي، مريم عبد القادر. (2006). التفاوض والتشاورم. السعودية: خوارزم العلمية.
68. ستور، أ. (1992). فن العلاج النفسي (ط. 2) (لطي فطيم، مترجم). بيروت: دار الطليعة للطباعة والنشر.
69. سرى، محمد إجلال. (2000). علم النفس العلاجي (ط. 2). القاهرة: عالم الكتب.
70. سعيد، حسني العزة. (1999). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. عمان: مكتبة دار النشر والتوزيع.
71. سليجمان. (2006). الطفل المتفائل (ط. 1). الرياض: مكتبة جرير.
72. سليم، مريم. (2002). علم النفس النمو (ط. 1). بيروت: دار النهضة العربية.
73. السليم، هيلة عبد الله. (2006). التفاوض والتشاورم وعلاقتها بالعوامل الخمسة الكبرى. المملكة العربية السعودية: جامعة الملك سعود.
74. سويف، مصطفى. (1987). علم النفس الحديث معالمه ونماذج من دراساته (ط. 1). مصر: دار وهدان للطباعة والنشر.
75. السيد، عبد الحليم محمود. (2009). الأسس النفسية لتنمية الشخصية الإيجابية للمسلم المعاصر (ط. 1). القاهرة.
76. السيد، عبد الرحمان محمد. (1998). نظريات الشخصية. القاهرة: دار قباء.
77. السيد، فؤاد البهي. (1978). علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري. مصر: دار الفكر العربي.
78. السيد، فهمي علي. (2009). علم نفس الصحة "الخصائص النفسية الإيجابية والسلبية للمرضى والأسوياء". الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة للنشر.
79. الشاذلي، عبد الحميد محمد. (2001). الصحة النفسية وسيكولوجيا الشخصية (ط. 2). الإسكندرية: المكتبة الجامعية.

80. شرارة، عبد اللطيف. (1985). في الموسوعة النفسية تغلب على التشاؤم سلطان الإرادة (ط. 3). بيروت: دار إحياء العلوم.
81. الشريبي، لطفي عبد العزيز. (د. ت). كيف تتغلب على القلق - المشكلة... والحل. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
82. الشريف، محمد. (2013). العلاج بالترفيه. تم استرجاعها في تاريخ 01 ديسمبر، 2013 من <http://www.alshrref.ws/aloy.p13>
83. شقير، زينب محمود. (2002). علم النفس العيادي والمرضي للأطفال والراشدين (ط. 1). الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
84. شقير، زينب محمود. (د. ت). مقياس التوافق النفسي (ط. 1). مصر: مكتبة النهضة المصرية.
85. الشمري، علي كاظم. (2013 ، 07 فيفري). علم النفس. تم استرجاعها في تاريخ 25 أوت، 2014 من <https://fr-fr.facebook.com/psychologiei/posts/407979109296755>
86. الصافي، محمد البدوي. (1998). السلوك الإنساني والبيئة الاجتماعية (ط. 1). دولة الإمارات العربية المتحدة: دار القلم للنشر والتوزيع.
87. ضيف الله، مهدي. (2011، 19 جوان). نظريات التوجيه والإرشاد والعلاج النفسي. تم استرجاعها في تاريخ 25 ديسمبر، 2011 من <http://www.ershad-j.com/vb/archive/index.php/t-1890.html>
88. طه، محمد لطفي. (2002). الأسس النفسية لانتقاء الرياضيين. القاهرة: الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية.
89. عاقل، فاخر. (1985). معجم علم النفس (ط. 4، ص ص. 79-84). بيروت: دار العلم للملايين.
90. عباس، فيصل. (2002). العيادة النفسية - مدارس التحليل النفسي - الممارسة النفسانية (ط. 1). بيروت: دار المنهل اللبناني، مكتبة رأس النبع.
91. عبد الحفيظ، إخلاص محمد، باهي، مصطفى حسين. (2002). طرق البحث العلمي والتحليل الإحصائي في المجالات التربوية والنفسية والرياضية (ط. 2). مصر: مركز الكتاب للنشر.

92. عبد الحليم، جلال. (2007، 07 ماي). نموذج عن التكفل المؤسساتي بالأشخاص المسنين في الجزائر. تم استرجاعها في تاريخ 08 ديسمبر، 2012 من <http://www.khass.com/vb/showthread.php?t=16722>
93. عبد الخالق، أحمد محمد. (1998). التفاؤل وصحة الجسم - دراسة عاملية. مجلة العلوم الاجتماعية، (2)، 46.
94. عبد الخالق، أحمد محمد. (2000). التفاؤل والتشاؤم - عرض لدراسات عربية. - مجلة علم النفس، 56 (27)، 19.
95. عبد الصاحب، منتهى مشطر. (2011). الشعور بالذنب وعلاقته بالاكتئاب (ط. 1). الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
96. عبد الغفار، غادة محمد. (2007). الأفكار اللاعقلانية المنبئة باضطراب الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة دراسات عربية في علم النفس، (4)، 646.
97. عبد اللطيف، مدحت عبد الحميد. (1990). الصحة النفسية والتوافق الدراسي. بيروت: دار النهضة العربية.
98. عبد الله، مجدي أحمد محمد. (2006). علم النفس المرضي "دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب". جامعتي الإسكندرية وبيروت العربية: دار الجامعة العربية.
99. عبد الله، هشام إبراهيم. (2008). العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي - أسس و تطبيقات (ط. 1). القاهرة: دار الكتاب الحديث.
100. عبد الهادي، عايدة. (2001). فيزيولوجيا جسم الإنسان (ط. 1). الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
101. العبيدي، محمد جاسم. (2009). مشكلات الصحة النفسية وأمراضها وعلاجها (ط. 1). الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
102. عثمان، جمال محمد. (2000). أساسيات علم المناعة والأمصال (ط. 1). عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
103. عثمان، فاروق السيد. (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية (ط. 1). القاهرة: دار الفكر العربي.
104. عدس، عبد الرحمان، قطامي، يوسف. (2002). علم النفس العام (ط. 1). الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر.

105. عدس، محمد عبد الرحيم. (1999). مع المعلم في صفه (ط. 1). الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
106. عشوي، مصطفى. (1988). مدخل إلى علم النفس. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
107. العقاد، عصام عبد اللطيف. (2001). سيكولوجيا العدوانية وترويضها "منحنى علاجي معرفي جديد". القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
108. عكاشة، أحمد. (1986). علم النفس الفيزيولوجي (ط. 8). القاهرة: دار المعارف.
109. عكاشة، أحمد. (1999). سيكولوجيا اللعب. مصر.
110. علاوي، محمد حسن. (1997). مدخل في علم النفس الرياضي (ط. 1). مصر: مركز الكتاب للنشر.
111. علي، صبرة محمد، شريت، أشرف محمد عبد الغني. (2004). الصحة النفسية والتوافق النفسي (ط. 1). مصر: دار المعرفة الجامعية.
112. العلي، محي الدين طالو. (1989). الايدز والأمراض الجنسية. الجزائر: دار الهدى.
113. العناني، حنان عبد الحميد. (2000). الصحة النفسية (ط. 1). الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
114. عنوة، عزيزة. (2008). مدى فعالية العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم الأنكار والأدعية على الاكتئاب الإستجابي لدى طالبات الجامعة. الجزائر: دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع.
115. عوض، عباس محمود، دمنهور، رشاد صالح. (1994). علم النفس الاجتماعي نظريات وتطبيقات. مصر: دار المعرفة الجامعية.
116. العيسوي، عبد الرحمان محمد. (1997 أ). الإسلام والعلاج النفسي الحديث. بيروت: دار النهضة العربية.
117. العيسوي، عبد الرحمان محمد. (1997 ب). العلاج النفسي. لبنان: دار الراتب الجامعية.
118. العيسوي، عبد الرحمان محمد. (1994). علم النفس العام (ط. 1). مصر: دار المعرفة الجامعية.

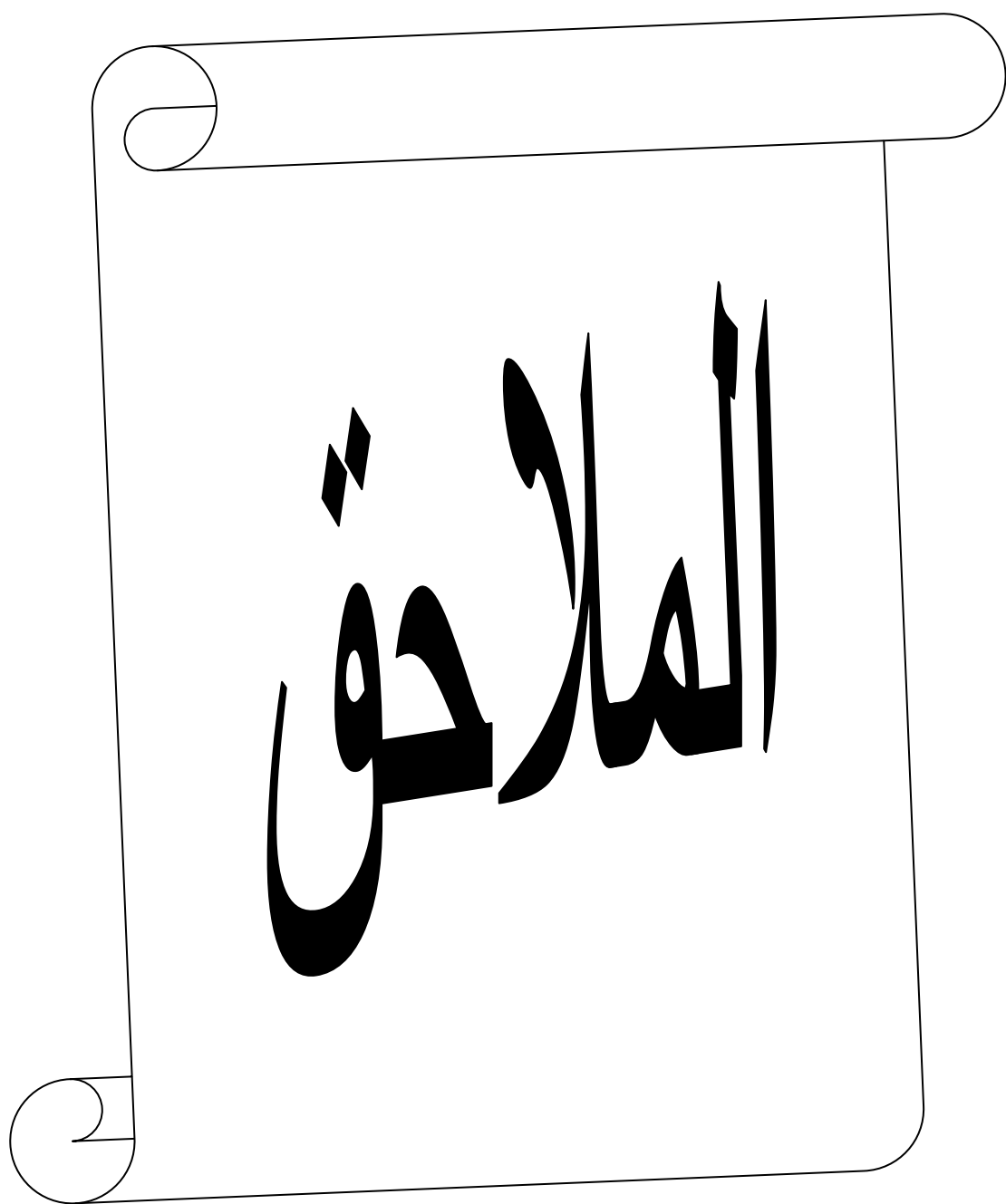
119. العيسوي، عبد الرحمان محمد. (2005). *العلاج النفسي*. مصر: دار المعرفة الجامعية.
120. غانم، محمد حسن. (2005). *العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين*. مصر: مكتبة أزاريطة.
121. فايد، حسين. (2001). *العدوان والاكنتاب* (ط. 1). الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.
122. فايد، حسين. (2008). *العلاج النفسي - أصوله أخلاقياته تطبيقاته* - (ط. 1). القاهرة: مؤسسة طيبة.
123. فتيحة، بن زروال. (2004، 09-10 مارس). *العنف كمظهر من مظاهر الإجهاد*. قدم إلى المؤتمر الدولي الأول حول العنف والمجتمع لكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة محمد خيضر بسكرة. الجزائر.
124. الفرابي، عبد اللطيف. (1994). *سلسلة علوم التربية معجم علوم التربية مصطلحات البيداغوجيا والديداكتيك* (ط. 1، ص ص. 128-269). دار الخطابي للطباعة والنشر.
125. فرج، صفوت. (2007). *دراسات نفسية، مجلة رابطة الأخصائيين النفسيين المصريين المصرية (رانم)، (3)، 521-522*.
126. القرني، محمد. (2014، 12 مارس). *العلاج الواقعي*. تم استرجاعها في تاريخ 17مارس، 2014 من http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_art&ArtCat=3&id=951
127. قرشي، فيصل. (2009، 31 أوت). *العلاج العقلاني - الانفعالي*. تم استرجاعها في تاريخ 19 أكتوبر، 2011 من <http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=612>
128. القلايده، فيض. (2011، 08 أكتوبر). *الجنور التاريخية للعلاج الواقعي*. تم استرجاعها في تاريخ 21 فيفري، 2013 من <http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=12267>
129. قولي، أسامة إسماعيل. (د. ت). *العلاج النفسي بين الطب والإيمان*. لبنان: دار الكتب العلمية.
130. كامل، سهير أحمد. (1999). *الصحة النفسية والتوافق*. مصر: مركز الإسكندرية.

131. كامل، سهير أحمد. (2004). *الصحة النفسية والتوافق*. لبنان: دار الهادي.
132. كمال، علي. (1994). *العلاج النفسي قديما وحديثا* (ط. 1). الأردن: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
133. لبوز، عبد الله. (2002). *التنشئة الأسرية وعلاقتها بالتوافق الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الثانوية*. رسالة ماجستير منشورة، جامعة ورقلة. الجزائر.
134. متولي، أحمد مصطفى. (2005). *في الموسوعة الشاملة في الطب البديل* (ط. 1، ص. 215). مصر: دار ابن الجوزي.
135. مجموعة من الباحثين. (2006، 18 مارس). *السيدا*. تم استرجاعها في تاريخ 19 أوت، 2014 من www.onislam.net/arabic/ask-the-scholar/8419/8290/53300-2004-08-01-17-37-04.html
136. مدن، يوسف. (2006). *العلاج النفسي وتعديل السلوك الإنساني بطريقة الأضداد* (ط. 1). لبنان: دار الهادي.
137. مرسي، كمال إبراهيم. (2000). *السعادة وتنمية الصحة النفسية* (ط. 1). مصر: دار النشر للجامعات.
138. مزاهرة، أيمن سليمان. (2000). *مبادئ صحة الطفل وتغذيته* (ط. 1). جامعة البلقان التطبيقية: دار الخليج للنشر.
139. المزيني، أسامة. (2001). *القيم الدينية وعلاقتها بالاتزان الانفعالي ومستوياته لدى طلبة الجامعة الإسلامية*. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الإسلامية بغزة. فلسطين.
140. مصباح، عامر. (2008). *منهجية البحث في العلوم السياسية والإعلام*. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
141. معمري، بشير. (2001). *مدخل علم النفس*. الجزائر: جامعة باتنة.
142. معهد باستور. (2013، 28 نوفمبر). *أكثر من 8000 آلاف حالة مسجلة لمرض السيدا في الجزائر*. تم استرجاعها في تاريخ 12 ديسمبر، 2013 من <http://www.ech-chaab.net/ar>
143. ملحم، سامي محمد. (2001). *الإرشاد والعلاج النفسي "الأسس النظرية والتطبيقية"* (ط. 1). الأردن: دار الميسرة للنشر والتوزيع.

144. المليجي، حلمي. (1982). *علم النفس المعاصر* (ط. 4). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
145. المنجد في اللغة العربية المعاصرة. (2000). (ص. 1240). بيروت: دار الشروق.
146. منسي، حسن. (2004). *التوجيه والإرشاد النفسي ونظرياته*. عمان: دار الكندي والتوزيع.
147. منسي، حسن، منسي، إيمان. (2004). *التوجيه والإرشاد النفسي ونظرياته*. الأردن: دار الكندي للنشر والتوزيع.
148. منصور، عبد الحميد سيد أحمد، الشربيني، زكريا أحمد. (2001). *السلوك الإنساني بين الجبرية والإرادة* (ط. 1). القاهرة: دار الفكر العربي للنشر.
149. موسوعة الإرشاد النفسي والتربوي العربية. (2009، 13 ديسمبر). *العلاج بالواقع في الإرشاد النفسي*. تم استرجاعها في تاريخ 21 فيفري، 2013 من <http://www.almualem.net>
150. النابلسي، محمد أحمد. (1989). *أصول ومبادئ الفحص النفسي* (ط. 1).
151. نجاد، ش. (2004). *التوافق واللاتوافق لدى الأطفال الناشئين وطرق مواجهة السلوكيات الشاذة* (ط. 1) (يكانة زهراء، مترجمة). بيروت: دار الهادي.
152. النجار، زينب. (2003). *معجم المصطلحات التربوية والنفسية عربي انجليزي- انجليزي عربي* (ط. 1، ص. 74). القاهرة: دار المصرية اللبنانية.
153. نحوي، عائشة. (2009-2010). *العلاج النفسي عن طريق البرمجة العصبية اللغوية مساهمة في تطبيق العلاج بالبرمجة اللغوية العصبية ميدانيا*. أطروحة دكتوراه، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة، الجزائر..
154. وجدي، حامد. (2005). *الاتزان الانفعالي والصحة النفسية. مجمع أمل للصحة النفسية*، (45)، 01.
155. وزارة الصحة الأردنية. (2004). *دليل الشباب التثقيفي*. المملكة الأردنية الهاشمية.
156. يوسف، جمعة سيد. (2000). *دراسات في علم النفس الإكلينيكي*. مصر: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
157. يوسف، محمد يوسف. (2012، 11 جانفي). *مرض الايدز*. تم استرجاعها في تاريخ 09 أوت، 2014 من

References:

1. Bernard ,P. (1980). *understand Psychology and Book dimensions of adjustment*. New York: Mc. Grow Hillce.
2. Hass, K. (1970). *understanding*.
3. .Gory, G. (1977). *theory and prachice of counseling and psycho therapy publishing co. montorey*.
4. kivin maki, M. (2005). *optimism and pessimism as predictors of change in health after death or anset of sever illness in family health psychology*.
5. Kinloch, S. (1995, Mars). *science et société SIDA : traiter le plus tôt possible. La Recherche*, (N°274, p 17). France.
6. L'office fédéral De La Santé Publique. (1991). *SIDA INFO*. Suisse.
7. Mazât, PH , Houzel, D. (1979). *Psychiatrie de l'enfant et de L'adolescent* (T. 12°). France: édition Maloine, SA editeur paris.
8. OMS.SIDA. (1991). *Guide pour le conseil dans l'infection a'VIH et le SIDA* (SERIE. N°8). Organisation Mondiale de la santé'. Genève: Imprimé en Suisse.
9. ONU.SIDA. (2004). *rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA* (4^{ème} rapport mondial). Genève : Version Originale Anglaise
10. Plante, T. G. (2005). *Contenporary clinical psychology*. Second Edition.
11. ..Petit la Rousse éllustré. (1986). Alger : entre prise national du livre.
12. Paicheler, G. (1995). *le savoir profane de SIDA. La Recherche*, (N°281, p p. 27-28). France.
13. Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de Psychologie* (p. 188), Paris : edition La Rousse.



مقياس التوافق النفسي

إعداد: أ.د. : زينب محمد شقير « رئيس قسم الصحة النفسية ... طنطا ».

التعليمات:

أخي العزيز أختي العزيزة

هل تود أن تعرف شيئاً أكثر عن شخصيتك؟

إليك بعض المواقف التي تقابلك في حياتك العامة لذا نرجو التعرف على كل موقف بدقة وتحديد درجة انطباق كل منها على حالتك:

- تنطبق تماما
- تنطبق أحيانا
- لا تنطبق

حاول أن تحدد الإجابة التي تتفق مع طريقتك المعتادة في التصرف والشعور الصادر منك اتجاه كل موقف فإذا أجبت بأمانة ودقة على جميع المواقف فسيكون من الممكن أن تعرف نفسك معرفة جيدة. أجب بوضع علامة (X) تحت الاختيار المناسب. لا تترك موقف بدون الإجابة عليه، لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة. معلوماتك سرية للغاية.

شكرا لتعاونك.

لا تنطبق / لا	متردد / أحيانا	تنطبق / نعم	العبارة
			* المحور الأول :
			1. هل لديك ثقة في نفسك بدرجة كافية ؟
			2. هل أنت متفائل بصفة عامة ؟
			3. هل لديك الرغبة في الحديث عن نفسك وعن انجازاتك أمام الآخرين ؟
			4. هل أنت قادر على مواجهة مشكلاتك بقوة وشجاعة ؟
			هل تشعر بأنك شخص له فائدة ونفع في الحياة ؟
			6. هل تتطلع لمستقبل مشرق ؟
			7. هل تشعر بالراحة النفسية والرضا في حياتك ؟
			8. هل أنت سعيد وبشوش في حياتك ؟
			9. هل تشعر أنك شخص محظوظ في الدنيا ؟
			10. هل تشعر بالاتزان الانفعالي والهدوء أمام الناس ؟
			11. هل تحب الآخرين وتتعاون معهم ؟
			12. هل أنت قريب من الله بالعبادة والذكر دائما ؟
			13. هل أنت ناجح ومتوافق مع الحياة ؟
			14. هل تشعر بالأمن والطمأنينة وأنت في حالة طيبة ؟
			15. هل تشعر باليأس وتهبط همتك بسهولة ؟
			16. هل تشعر باستياء وضيق من الدنيا عموما ؟
			17. هل تشعر بالقلق من وقت لآخر ؟
			18. هل تعتبر نفسك عصبي المزاج إلى حد ما ؟
			19. هل تميل لان تتجنب المواقف المؤلمة بالهرب منها ؟
			20. هل تشعر بنوبات صراع (أو غثيان) من وقت لآخر ؟
			* المحور الثاني :
			21. هل حياتك مملوءة بالنشاط والحيوية معظم الوقت ؟

			22. هل لديك قدرات ومواهب متميزة ؟
			23. هل تتمتع بصحة جيدة وتشعر أنك قوي البنية ؟
			24. هل أنت راض عن مظهرك الخارجي (طول القامة، حجم الجسم) ؟
			25. هل تساعدك صحتك على مزاوله الأعمال بنجاح ؟
			26. هل تهتم بصحتك جيدا وتتجنب الإصابة بالمرض ؟
			27. هل تعطي نفسك قدرا من الاسترخاء والراحة للمحافظة على صحتك في حالة جيدة ؟
			28. هل تعطي نفسك قدرا كافيا من النوم (أو تمارس رياضة) للمحافظة على صحتك ؟
			29. هل تعاني من بعض العادات مثل (قضم الأظافر، أو الغمز بالعين) ؟
			30. هل تشعر بصداع وألم في رأسك من وقت لآخر ؟
			31. هل تشعر أحيانا بحالات برودة أو سخونة ؟
			32. هل تعاني من مشاكل واضطرابات الأكل (سوء الهضم، فقدان الشهية، شره عصبي) ؟
			33. هل يدق قلبك بسرعة عند قيامك بأي عمل ؟
			34. هل تشعر بالإجهاد وضعف الهمه من وقت لآخر ؟
			35. هل تتصبب عرقا (أو ترتعش يداك) عندما تقوم بعمل ؟
			36. هل تشعر أحيانا أنك قلق وأعصابك غير موزونة ؟
			37. هل يعوقك وجع ظهرك أو يدك عن مزاوله العمل ؟
			38. هل تشعر أحيانا بصعوبة في النطق والكلام ؟
			39. هل تعاني من إمساك (أو إسهال) كثيرا ؟
			40. هل تشعر بالنسيان (أو عدم القدرة على التركيز) من وقت لآخر ؟
			* المحور الثالث :
			41. هل أنت متعاون مع أسرته ؟
			42. هل تشعر بالسعادة في حياتك وأنت مع أسرته ؟

			43. هل أنت محبوب من أفراد أسرتك ؟
			44. هل تشعر بأن لك دور فعال وهام في أسرتك ؟
			45. هل تحترم أسرتك رأيك وممكن أن تأخذ به ؟
			46. هل تفضل أن تقضي معظم وقتك مع أسرتك ؟
			47. هل تأخذ حقا في الحب والعطف والحنان والأمن من أسرتك ؟
			48. هل التفاهم هو أسلوب التعامل بين أسرتك ؟
			49. هل تحرص على مشاركة أسرتك أفراحها وأحزانها ؟
			50. هل تشعر أن علاقتك مع أفراد أسرتك وثيقة وصادقة ؟
			51. هل تفخر أمام الآخرين أنك تنتمي لهذه الأسرة ؟
			52. هل أنت راض عن ظروف الأسرة الاقتصادية (والثقافية) ؟
			53. هل تشجعك أسرتك على إظهار ما لديك من قدرات أو مواهب ؟
			54. هل أفراد أسرتك تقف بجوارك وتخاف عليك عندما تتعرض لمشكلة ؟
			55. هل تشجعك أسرتك على تبادل الزيارات مع الأصدقاء والجيران ؟
			56. هل تشعرك أسرتك أنك عبء ثقيل عليها ؟
			57. هل تتمنى أحيانا أن تكون لك أسرة غير أسرتك ؟
			58. هل تعاني من كثير من المشاكل داخل أسرتك ؟
			59. هل تشعر بالقلق أو الخوف وأنت داخل أسرتك ؟
			60. هل تشعر بأن أسرتك تعاملك على أنك طفل صغير ؟
			* المحور الرابع:
			61. هل تحرص على المشاركة الايجابية الاجتماعية والترولوجية مع الآخرين ؟
			62. هل تستمتع بمعرفة الآخرين والجلوس معهم ؟
			63. هل تشعر بالمسؤولية تجاه تنمية المجتمع مثل كل مواطن ؟
			64. هل تحترم رأي زملائك وتعمل به إذا كان رأيا صائبا ؟
			66. هل تشعر بتقدير الآخرين لأعمالك وإنجازاتك ؟
			67. هل تعتذر لزميلك إذا تأخرت عن الموعد المحدد ؟
			68. هل تشعر بالولاء والانتماء لأصدقائك ؟

			69. هل تشعر بالسعادة لأشياء قد يفرح بها الآخرون كثيرا ؟
			70. هل تربطك علاقات طيبة مع الزملاء وتحرص على إرضائهم ؟
			71. هل تسعدك المشاركة في الحفلات والمناسبات الاجتماعية ؟
			72. هل تحرص على حقوق الآخرين بقدر حرصك على حقوقك ؟
			73. هل تحاول الوفاء بوعدك مع الآخرين، لأن وعد الحر دين عليه ؟
			74. هل تجد متعة كبيرة في تبادل الزيارات مع الأصدقاء والجيران ؟
			75. هل تفكر كثيرا قبل أن تقدم على عمل قد يضر بمصالح الآخرين (أو ترفضه) ؟
			76. هل تفتقد الثقة والاحترام المتبادل مع الآخرين ؟
			77. هل يصعب عليك الدخول في منافسات مع الآخرين حتى لو كانوا في مثل سنك ؟
			78. هل تخجل من مواجهة الكثير من الناس (أو ترتبك أثناء الحديث أمامهم) ؟
			79. هل تتخلى عن إسداء النصح لزميلك خوفا من أن يغضب منك ؟
			80. هل تشعر بعدم قدرتك على مساعدة الآخرين ولو في بعض الأمور البسيطة ؟

مقياس الشعور بالتفاؤل والتشاؤم

إعداد: بدر محمد الأنصاري (2002)

أرجو التكرم بالإجابة على فقرات المقياس التالي بكل عناية حول مدى الشعور بالتفاؤل وذلك بوضع

إشارة (X) حول الإجابة الأقرب لك علما انه لا يوجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة.

مقياس التفاؤل

كثيرا جدا	كثيرا	متوسط	قليلًا	لا	العبارات
					1- انظر إلى الحياة على أنها تافهة.
					2- أتقبل الحياة ببشاشة مهما تكن الأحوال.
					3- اشعر بان الفرصة موجودة من اجل تقدمي.
					4- سوف أشغل منصبا مرموقا في الأعوام القادمة.
					5- أسعد لحظات حياتي سوف تكون في المستقبل.
					6- غالبا ما أتوقع شيئا ايجابيا في المستقبل مع الإحساس بأنني أستحقه.
					7- لدي ثقة كبيرة في نجاحي.
					8- أهتم بالمستقبل وأشعر بالجدية نحوه.
					9- تبدو لي الحياة جميلة.
					10- أشعر أن الغد سيكون يوما مشرقا.
					11- أتوقع أن تتحسن الأحوال مستقبلا.
					12- الماضي جميل والحاضر أجمل والمستقبل أفضل.
					13- أنظر إلى المستقبل على أنه سيكون سعيدا.
					14- حياتي بها بعض المشاكل ولكنني أتغلب عليها.
					15- أتوقع نتائج جيدة.
					16- سوف تتحقق أحلامي في حياتي.
					17- لا مكان لليأس في حياتي.
					18- أنا مقبل على الحياة بحب وتفاؤل.
					19- يخبئ لي الزمن مفاجآت سارة.
					20- ستكون حياتي أكثر سعادة.
					21- لا يأس مع الحياة ولا حياة مع اليأس.
					22- أرى أن الفرج سيكون قريبا.
					23- أتوقع الأفضل.
					24- الزواج استقرار وسعادة.
					25- أرى الجانب المشرق المضيء من الأمور.
					26- أفكر في الأمور البهيجة المفرحة.
					27- لا أستسلم للحزن.
					28- إن الآمال أو الأحلام التي لم تتحقق اليوم ستتحقق غدا.

					29- أفكر في المستقبل بكل تفاؤل.
					30- أتوقع أن يكون الغد أفضل من اليوم.

مقياس التشاؤم

كثيرا جدا	كثيرا	متوسط	قليلًا	لا	العبارات
					1- تتملكني نظرة تشاؤمية لحياتي.
					2- أتوقع السيئ دائما.
					3- أشعر أن حياتي سوف تنتهي بفاجعة كبيرة.
					4- أشعر أن هناك أشياء كثيرة تعد نذيرا للشؤم.
					5- تبدو لي الحياة كئيبة ومملة.
					6- أشعر بأن المحبة بين البشر أصبحت معدومة.
					7- تدلني الخبرة على أن الدنيا سوداء كالليل المظلم.
					8- حظي قليل في هذه الدنيا.
					9- أتمنى الموت ليخلصني من عذاب هذه الحياة الدنيا.
					10- أشعر أنني أتعس مخلوق.
					11- سيكون مستقبلي مظلما.
					12- يلازمني سوء الحظ.
					13- مكتوب علي الشقاء وسوء الطالع.
					14- يقف القدر ضدي.
					15- أشعر أن الماضي محزن والحاضر تعيس والمستقبل أكثر تعاسة.
					16- لا تستحق هذه الحياة أن نقبل عليها.
					17- أنا يائس من هذه الحياة.
					18- لا أمل في حل المشكلات التي تواجهني.
					19- كثرة الهموم تجعلني أشعر بأنني أموت في اليوم مائة مرة.
					20- أترقب حدوث أسوأ الأحداث.
					21- أرى أن الحياة قصيرة والموت قريب.
					22- لا أحب الحياة.
					23- يخيفني ما يمكن أن يحدث لي في المستقبل من سوء حظ.
					24- أشعر أن الموت أفضل من الحياة.
					25- أتوقع أن أعيش حياة تعيسة في المستقبل.
					26- لدي شعور غالب بأنني سأفارق الأحبة قريبا.
					27- تخيفني الأحداث السارة لأنه سيعقبها أحداث مؤلمة.
					28- يبدو لي أن المنحوس منحوس مهما حاول.
					29- أشعر كأن المصائب خلقت من أجلي.
					30- أتوقع أن يشمل الدمار كل الدول.

مقياس الاتزان الانفعالي

إعداد: أسامة المزيني (2001) تعديل: محمود إسماعيل محمد ريان (2006)

الرقم	العبارة	نعم	لا
01	أستطيع أن أسيطر على انفعالاتي أمام الآخرين.		
02	أشعر بالهدوء الداخلي والاطمئنان معظم الوقت.		
03	أشعر أن بداخلي كثيرا من الصراعات.		
04	أعتقد أنني غير سعيد الحظ.		
05	أثور بسهولة ولأسباب تافهة.		
06	نادرا ما أكون فخورا بما حققت من انجازات.		
07	أشعر بالخجل عند التحدث أمام الآخرين.		
08	لا أجد صعوبة في التعبير عما أشعر به.		
09	أتردد كثيرا عند اتخاذ قرار ما.		
10	أتماسك عندما أتعرض لصدمات انفعالية.		
11	غرفتي في المنزل منظمة إلى حد كبير.		
12	أعتقد أنني محبوب جدا من زملائي.		
13	أشعر كثيرا بتأنيب الضمير.		
14	يمكنني أن أتغاضى بسهولة عن أخطاء الآخرين.		
15	أشعر كثيرا بالخوف والرهبة عند التعرض لمواقف جديدة.		
16	أقوم برد الإساءة مهما كانت العواقب.		
17	أعتقد أن المساعدة في أعمال المنزل تقلل كثيرا من قدر الشخص.		

18	أميل إلى التحدي شرط أن تكون المخاطرة محسوبة.
19	كثيرا ما أشعر أن زملائي يسخرون مني.
20	معظم الناس يمتدحونني.
21	أعتقد أن الاعتراف بالخطأ أمر عسير بالنسبة لي.
22	أتضايق من كثرة المناقشة والجدل.
23	أجد صعوبة في التعرف على أصدقاء جدد.
24	أفضل الحياة دون قيود.
25	لا أغير رأيي بسهولة.
26	من الصعب علي أن أغير من عاداتي.
27	أفضل في التركيز في قضية واحدة وتجميع الأفكار حولها.
28	أشعر بالالاكتئاب كثيرا عند استيقاظي في الصباح.
29	أنظر إلى نفسي كثيرا على أنني فاشل.
30	أنا راض تماما عن حياتي وعن نفسي.
31	تتناوبني كثيرا حالات من الفطور واللامبالاة.
32	عندما أنفعل وأثر أعاني من التأناة والتلعثم.
33	أشعر أن كل يوم جديد يحمل لي مصائب جديدة.
34	أرغب كثيرا في أن أكون إنسان آخر.
35	أخاف من الأشياء الوهمية.
36	أعاني كثيرا من الصداع.
37	أومن أن يتعلم الإنسان من أخطائه.

38	يمكنني التحدث في حشد كثير من الناس بسهولة.
39	أنا متفائل جدا بالمستقبل.
40	أتناول كثيرا من العقاقير المهدئة والمنومة.
41	عندي دائما رغبة في أن أبدأ بالشجار.
42	أفقد الثقة بسهولة في أي شخص.
43	لا بد من الحذر قبل الإقدام على أي مخاطرة.
44	أعاني كثيرا من الأرق.
45	أنام عددا كثيرا من الساعات يوميا.
46	أشك كثيرا في الأفعال التي أقوم بها.
47	أشعر أنني ناجح في جميع أفعالي.
48	غالبا أسير وفق خطة.
49	أنا غير قادر على انجاز ما أطمح إليه.
50	أجد راحة في الجلوس منفردا.
51	أحزن بشدة عندما أواجه موقف محزن.
52	أنا إنسان غير عصبي.
53	أتعامل مع أي موقف كان بسهولة ويسر.
54	أنا عصبي جدا في المواقف التي تستحق ذلك.
55	أنا الذي يبدأ غالبا بمصالحة من يخاصمني.
56	أرى أنني أستطيع التكيف مع المشكلات الحياتية.
57	أستخدم عند حديثي كلمات مرنة.

		أقضي كثيرا من اللحظات في سعادة.	58
		أعتقد أن كل يوم جديد يحمل لي مفاجأة سعيدة.	59
		ما بقي من عمري سوف يكون أكثر سعادة.	60
		أستطيع التغلب على المصائب مهما كانت.	61
		لو لم يكن الانتحار حراما لفكرت فيه جديا.	62
		عادة ما أظل حائرا بين مميزات فكرة وعيوبها.	63

بطاقات هرم القلق

البطاقة رقم (01):

**الإصابة بأمراض مختلفة قبل الإصابة
بالسيذا.**

البطاقة رقم (02):

ظهور الأعراض الأولى لمرض السيدا
دون التشخيص للمرض.

البطاقة رقم (03):

الذهاب للطبيب وإعلام المريض

بضرورة إجراء فحوص طبية.

البطاقة رقم (04):
يوم قبل إجراء الفحص والخوف من
طبيعة المرض.

البطاقة رقم (05):

ليلة الفحص وعيش واقع الإصابة
بمرض خطير.

البطاقة رقم (06):

انتظار المريض لدوره في المخبر لأخذ
نتيجة الفحص.

البطاقة رقم (07):
انتظار نتيجة الفحص وتحليل الدم.

البطاقة رقم (08):

ليلة قبل معرفة نتيجة التحليل

(اضطرابات النوم/ الخوف/ القلق/

الوساوس المرضية).

البطاقة رقم (09):
الذهاب بنتيجة التحليل إلى الطبيب.

البطاقة رقم (10):
انتظار تحليل الطبيب وإعلامه
بالنتيجة.

البطاقة رقم (11):
لحظة معرفة الإصابة بالمرض
(الصدمة).

البطاقة رقم (12):
لحظة إخبار الأسرة بأنه مصاب
بالسيڊا.

البطاقة رقم (13):

الالتحاق بالمستشفى لتلقي العلاج.

البطاقة رقم (14):

الخوف من معرفة المجتمع بمرضه.

البطاقة رقم (15):

الخوف من معرفة المجتمع بطبيعة

المرض (السيدا).

البطاقة رقم (16):

الخوف من معرفة الأصدقاء بأنه

مصاب بالسيدا.

البطاقة رقم (17):
المعاملة داخل المستشفى لكونه
مصاب بالسيدا.

**البطاقة رقم (18):
التهميش داخل الأسرة أو المستشفى.**

البطاقة رقم (19):

بطاقة فارغة يسقط عليها العميل مخاوفه.

العلاج العقلاني.

➤ الاسترخاء الإيحائي (تمرين الحوار الداخلي الإيجابي):

تحدث مع نفسك لمدة نصف ساعة (30 دقيقة) يوميا.

- 1- أقنعها بأن الخوف والهلع الذي يملك مشاعرك عند التفكير فيما قد يحدث من أشياء سيئة أسوأ بكثير من الأشياء التي ستحدث فعلا. قل لنفسك بأنك ستحول الموقف إلى أسوأ مما هو عليه بالفعل بتفكيرك وتهويلاتك.
 - 2- أقنع نفسك بشتى الوسائل الممكنة أن الموقف الذي يثير مخاوفك الآن سينتهي حتما.
 - 3- قل لنفسك بأن التخلص من كل المشاعر المكدره والتوترات المرتبطة بالقلق تماما أمر صعب، إذ لا بد أن نقبل بعض جوانب التوتر مؤقتا.
-

الأفكار الخاطئة حسب "أليس"

- الفكرة (01):** أعتقد أنه يجب أن أكون محبوبا، ومقبولا من قبل الأشخاص الهامين في حياتي.
- الفكرة (02):** يجب أن أنجح، وأنافس الآخرين لأنَّ الأداء الضعيف يضعني في صف الفاشلين.
- الفكرة (03):** إنَّني أحتاج إلى آخر أقوى مني، وأستطيع الاعتماد عليه في حل مشكلاتي اليومية حيث إنَّني لا أتمكن من التعامل معها بمفردتي.
- الفكرة (04):** إنَّ الماضي هو سبب مشكلاتي الحالية، ولذا فإنَّ من الصعوبة بمكان أن أتغير، ولذا فأنا عاجز عن عمل أي شيء حيالها. وهمي، أو سطحي.
- الفكرة (05):** إنَّ مشاعري هي نتيجة الأحداث التي أواجهها، وكذلك تتسبب من الناس الآخرين، ولكي أكون سعيدا لا بد أن أسيطر على هذه الانفعالات، أو أغيرها واضعا حدا للمشكلات التي أواجهها. لا أحاول دائما الابتعاد بأفكاري عن الوقوع في القلق.
- الفكرة (06):** إنَّ الناس يجب أن لا يعملوا أعمالا خاطئة، ومن يعمل ذلك فهو سيء، وفساد، ويستحق اللوم، والإدانة.
- الفكرة (07):** إنَّ الناس، والعالم الذي نعيش فيه يجب أن يكون عادلا، ونزيها، وهذا العالم الذي أريد، وأفضل.
- الفكرة (08):** لا أستطيع أن أوافق الآخرين عندما تتعارض آراؤهم مع آرائي، لأنَّه يجب أن أحصل على ما أريد بسرعة، وبسهولة.
- الفكرة (09):** من السهل علي تجنب المشكلات بدلا من مواجهتها لأنَّني لا أستطيع ذلك، ولا ينبغي علي فعل ذلك.
- الفكرة (10):** يجب أن أعيش بانسجام دون أن أتعرض لحالات من الألم مدى الحياة.
- الفكرة (11):** هنالك حل كامل وصحيح لكل مشكلة، وعلي أن أجد مثل هذه الحلول.
- الفكرة (12):** يجب أن أنزعج عندما أواجه بموضوع غير متأكد منه أو أي موضوع غير متأكد من خطورته، وعلي أن أبحث عن الحلول الممكنة.
- الفكرة (13):** علي أن أنزعج للمشكلات التي تواجهني وتواجه الآخرين وإلا فإنَّني إنسان سيء ولا أتفاعل مع الآخرين بدفء.

الفكرة (14): عندما أغضب أخاف أن أصبح مجنوناً ويصعب علي بعد ذلك ضبط نفسي، وهذا أمر لا أستطيع تحمله.

العلاج الديني

- * محاولة تحرير المريض من الشعور بالذنب للخطايا التي ارتكبها، وفتح أمامه باب الرحمة والمغفرة من الله تعالى.
 - * تبصير المريض بواجباته الدينية، ودعوته إلى إتباعها، وتشجيعه باستمرار على أدائها.
 - *حث المريض على الامتثال لأوامر الله، والاعتراف بالخطأ، والابتعاد عن النواهي. واعترافه بالخطأ هو الطريق الصحيح للعلاج الديني.
 - * تبصير المريض بقدرة وعظمة الخالق، ومعرفة الذات، والصدق مع الخالق، ومع الذات وقبولها، والرضا بالقضاء، والقدر.
-
-

العلاج بالاسترخاء.

➤ تمرين الاسترخاء (تقليل الحساسية التدريجي):

1/ التدريب على الاسترخاء العضلي بطريقة منظمة:

نموذج التدريب العضلي هذا مأخوذ من مصادر متعددة لأنه يجمع بين مزايا كثيرة من ناحية وله فاعلية من ناحية أخرى.

1-1/ التدريب على إرخاء اليدين والكتفين:

استلقي على أريكة أو كرسي وفي وضع مريح لجسمك كله بقدر استطاعتك، أغمض عينيك، وأصغ إلي. سأنبهك الآن إلى بعض الإحساسات أو التوترات في جسمك وسأبين لك بعدها أنه باستطاعتك أن تقلل منها وأن تتحكم فيها..جميل. إن جسمك الآن لا يزال في وضعه المريح ولا تزال عيناك مغمضتين في استرخاء لطيف (لحظة صمت). وجه انتباهك إلى ذراعك اليسرى أولاً..كل انتباهك الآن وتركيزك على ذراعك اليسرى بشكل خاص. أغلق راحة يدك اليسرى- أغلقها بإحكام وبقوة (لحظة صمت) لاحظ أن عضلات يدك الآن وعضلات مقدمة الذراع اليسرى تتقبض وتتوتر، وتشد انتبه لهذا التوتر والشد. لاحظته. والآن دع هذا. افتح يدك اليسرى وأرخها وضعها على مكان مريح على مسند الركبة ولاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وما هي عليه الآن من استرخاء (عشر ثواني صمت). والآن مرة أخرى كرر ذلك: أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة ولاحظ التوتر والشد من جديد. لاحظته ثم من جديد دع هذا كله. افتح يدك اليسرى ودعها في وضعها المريح ولاحظ ما كانت عليه من توتر وما هي عليه الآن من استرخاء. (عشر ثواني صمت).

لنتجه الآن ليديك اليمنى. أغلق بإحكام راحة اليد اليمنى ولاحظ التوتر في اليد اليمنى والذراع (خمس ثواني صمت). والآن استرخ، استمر في وضعك المريح وأرخ يدك اليمنى. لاحظ الفرق فيما كانت عليه من توتر وما هي عليه الآن في وضعها المريح. استمتع بهذا الانتقال وحاول أن تحس به (عشر ثواني). (إبراهيم، 1994، ص. ص. 171-172)

كرر هذا من جديد أغلق راحة يدك اليمنى بإحكام وقوة. لاحظ ما هي عليه من شد وتوتر. أرخها ودعها في وضع مريح فاردا أصابعك باسترخاء. لاحظ أيضا أن هناك تنميلا ولينا قد بدأ ينتشر في ذراعيك اليمنى واليسرى. كلا ذراعيك الآن قد بدأ يسترخيان... ويسترخيان.

والآن دعنا نتجه إلى راحة اليد. اثن راحتيك كليهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد. أدرس هذا التوتر، ولاحظه. والآن استرخ وعد بمعصميك إلى وضعهما المريح، ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء (عشر ثواني) كرر هذا مرة أخرى. اثن معصمك إلى الخلف واشعر بالشد في مقدمة الذراع وخلف راحة اليد. ثم استرخ وأرخ معصميك. عد بهما إلى وضعهما المريح. دع نفسك على سجيتهما. واشعر باسترخاء أكثر فأكثر.

والآن أطبق بإحكام كفيك، واثهما في المقدمة في اتجاه الذراعين الى أن تشعر بتوتر عضلات أعلى الذراعين في ذلك الجزء الممتد من الرسغ حتى الكوع. حاول أن تدرس التوتر وأن تحسه. والآن استرخ. أسقط ذراعيك بجانبك ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما هي عليه الآن من الاسترخاء النسبي الذي تحسه الآن (عشر ثواني صمت) كرر هذا مرة أخرى. اقبض كفك بإحكام واثهما في اتجاه الكتفين محاولا أن تلمسهما بقبضتك. توقف وأسقط ذراعيك واسترخ. أشعر بالتناقض بين التوتر والاسترخاء. دع تلك العضلات على سجيتهما أكثر فأكثر (عشر ثواني).

والآن دعنا نتحول إلى منطقة أخرى أي الكتفين. ارفع كتفك كما لو كنت تريد لمس أذنك بكتفك. لاحظ التوتر الذي يظهر في الكتفين وفي عضلات الرقبة أدرس هذا التوتر ولاحظه. توقف استرخ عائدا بكتفك إلى وضع مريح. دع عضلاتك على سجيتهما أكثر فأكثر. لاحظ من جديد الفرق والتعارض بين التوتر والاسترخاء كرر ذلك مرة أخرى. ارفع كلا الكتفين كأنك تريد أن تلمس بهما الأذنين. لاحظ التوتر في الكتفين والرقبة. أدرس هذا التوتر في تلك العضلات. والآن استرخ أرخ عضلات كتفك، وعد بهما إلى وضع مريح. أدرس التعارض بين التوتر والاسترخاء من جديد (عشر ثواني). (إبراهيم ، 1994 ، ص. ص. 172-173)

1-2/ التدريب على إرخاء الوجه والرقبة:

تستطيع أيضا أن تتعلم كيف ترخي مختلف عضلات وجهك الآن عليك أن تغمض أو تجعد جبهتك وحاجبيك إلى أن تشعر بأن عضلات الجبهة قد اشتدت وأن جلدها قد (تكرمش). والآن استرخ، وعد بعضلات الجبهة إلى وضعها المسترخي. أرخها أكثر فأكثر (عشر ثواني). كرر هذا من جديد على جبهتك. ولاحظ التوتر في منطقة الجبهة، وأعلى العينين. والآن أرخ الجبهة، واسترخ بعضلاتها. ولاحظ من جديد التعارض بين التوتر والاسترخاء في الجبهة (عشر ثواني).

والآن أغلق عينيك بإحكام، أغلقهما بإحكام وقوة حتى تشعر بالتوتر قد أخذ يشمل كل المنطقة المحيطة والعضلات التي تحكم حركات العينين (خمس ثواني). والآن أرخ تلك العضلات ولاحظ التعارض بين التوتر السابق والاسترخاء (عشر ثواني). كرر هذا من جديد. أغلق عينيك بإحكام وقوة. والتوتر يشملهما. استمر (خمس ثوان). والآن استرخ.. ودع عضلات عينيك على سجيبتها في وضعها المريح المغمض (عشر ثواني).

والآن أطبق فكيك وأسنانك بأحكام كما لو كنت تعض على شيء. لاحظ التوتر في الفكين (خمس ثوان). والآن دع فكك واسترخ ودع شفتيك منفرجتين قليلا، لاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء في منطقة الفكين (عشر ثواني). مرة أخرى أطبق الفكين. لاحظ ما فيها من توتر (خمس ثوان). والآن دع ذلك واترك نفسك على سجيبتها، مسترخيا أكثر فأكثر (عشر ثواني) والآن اتجه إلى شفتيك، ضمها، واضغط بكل منهما على الآخر بإحكام. جميل. اضغط كل منهما على الآخر بكل ثقلك، ولاحظ التوتر الذي بدأ ينتشر حول الفم والآن استرخ وأرخ عضلات شفتيك ودع ذقنك في وضع مريح. مرة أخرى اضغط شفتيك وادرس التوتر المحيط بالفم. استمر (خمس ثوان). لاحظ كيف أن مختلف تلك العضلات قد بدأت تتراخي بعد هذا الشد والاسترخاء المتوالي. الآن كل يديك، وجهك، وذراعيك، وكتفيك، ومختلف عضلاتك جميعها مسترخية في وضع هادئ.

والآن لنتجه إلى الرقبة. اضغط برأسك إلى الخلف على المساحة التي تستند عليها. اضغطها إلى أن تشعر بتوتر في خلف الرقبة والجزء الأعلى من الظهر بالذات. استمر. أدرس ذلك والآن دع ذلك. (إبراهيم ، 1994 ، ص. ص. 173-175)

وعد برأسك إلى وضع مريح، وحاول أن تتمتع بالفرق بين التوتر والاسترخاء العميق الذي أنت عليه الآن. استمر الآن فيما أنت فيه، أكثر فأكثر، وأعمق فأعمق بقدر ما تستطيع. كرر هذا من جديد. شد برأسك إلى الخلف. ولاحظ التوتر المستنثار. استمر في ذلك لحظة (خمس ثوان). والآن دع تلك وانتقل إلى استرخاء عميق.. عميق (عشر ثواني).

والآن مد رأسك إلى الأمام، كما لو كنت ستدفع بذقنك إلى صدرك. لاحظ التوتر الذي يحدث الآن في الرقبة. والآن استرخ. دع كل هذا واسترخ على سجيبتك (عشر ثواني). كرر ذلك. ادفن ذقنك في صدرك. استمر في ذلك قليلا (خمس ثوان). والآن استرخ أكثر فأكثر (عشر ثواني).

1-3/ التدريب على إرخاء عضلات الظهر، الصدر، البطن والساقين:

والآن إلى عضلات الجزء الأعلى من الظهر. قوس ظهرك. قوسه كما لو كان صدرك سيلتصق بالبطن. لاحظ التوتر في الظهر، خاصة في الجزء الأعلى. استرخ الآن. وعد بجسمك إلى وضعه الطبيعي فاردا ظهرك في وضع مريح سواء أكنت على كرسي أم أريكة، ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في الظهر والاسترخاء الحالي (عشر ثواني). مرة أخرى قوس الظهر. لاحظ التوتر المستنثار. استمر قليلا (خمس ثوان) والآن عد بعضلات ظهرك إلى وضعها المسترخي، تاركا كل شيء على سجيته (عشر ثواني). والآن خذ نفسا عميقا. شهيقا عميقا، لاحظ الآن أن التوتر قد بدأ ينتشر في الصدر وفي أسفل البطن. والآن استرخ وكن على السجية. وتنفس الهواء. واستمر في تنفسك العادي. ولاحظ من جديد التعارض بين ما عليه الآن صدرك وبطنك من استرخاء وما كانا عليه من توتر (عشر ثواني). أعد ذلك من جديد. خذ شهيقا عميقا، واكتمه، ولاحظ التوتر، والعضلات التي تشدد. والآن ازفر وتنفس بطريقة عادية ومريحة، تاركا عضلات الصدر والبطن في استرخاء أكثر فأكثر كلما تنفست (عشر ثواني).

والآن اقبض عضلات البطن. شدها إلى الداخل. حافظ على هذا الوضع قليلا. والآن استرخ، ودع تلك العضلات تتراخي. استرخ ودع نفسك على سجيبتها (عشر ثواني). أعد هذا من جديد شد عضلات بطنك بإحكام إلى أن تشعر بتوترها. لاحظ هذا التوتر وادرسه (خمس ثوان). والآن استرخ ودع كل شيء يتراخي في عمق أكثر فأكثر. توقف عن أي شد، وتخلص من أي توتر في أي عضل (إبراهيم ، 1994، ص. ص. 175-176)

ولاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء الحالي (عشر ثواني).

والآن افرد ساقيك وأبعدهما بقدر ما تستطيع. أفردهما حتى تلاحظ التوتر المستثار في منطقة الفخذ (خمس ثوان). والآن استرخ ودع ساقيك يسترخيان ولاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين وما هما عليه الآن من وضع مريح، واسترخاء محسوس (عشر ثواني). أعد هذا من جديد. ألصق ركبتيك، وأبعد رجلك بقدر ما تستطيع حتى تحس بتوتر شديد في الفخذين (خمس ثوان). والآن استرخ. أرخ عضلات جسدك دع كل الأعضاء على سجيتها وتخلص من كل الشد الذي حدث في الفخذين (عشر ثواني).

والآن إلى بطن الساق. حاول أن تشد عضلاتها بأن تثني قدميك إلى الأمام باتجاه الوجه انتبه أنك عندما تثني قدميك في اتجاه الوجه ستشعر بالشد والتوتر، والانقباضات في بطن الساق وفي القصبه على السواء. والآن استرخ بالقدمين وأعدّها إلى وضعها السابق، ولاحظ من جديد الفرق بين الشد والاسترخاء. (عشر ثواني). والآن هذه المرة: اثن قدميك للخلف في اتجاه رسغ القدم، محاولاً أن تجعل أصابع القدمين ممتدة في اتجاه الرأس ولاحظ الشد في قصبه الساقين وبطنها استمر قليلاً. والآن عد إلى سجيتهك مسترخياً بكل عضلاتك إلى وضعها السابق. ساعد نفسك على الاسترخاء أعمق وأعمق من قبل (عشر ثواني).

والآن إن كل المناطق الرئيسية في جسمك مسترخية تقريبا وأنت تلاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء. وتلاحظ أنك إن تشد عضلات أعضائك وأن توترها وبنفس القدر تستطيع أن تسترخي بجسمك كله. إنك تسترخي، وإذا لم تكن بعض أعضائك مسترخية فحاول أن ترخيها. وارجع معي من أسفل إلى أعلى كل عضلات أعضائك إذا لم تكن مسترخية فأرخها حالاً- عضلات القدم وبطن الساق والرسغ جميعها مسترخية (خمس ثوان) أرخ عضلات الفخذين، والركبة وبطن الساق، القصبه (خمس ثوان). العجز والردفين (خمس ثوان) البطن وأسفل الوسط (خمس ثوان) أعلى الظهر، والصدر، والكتفين (خمس ثوان) راحة اليد والأصابع والذراعين (خمس ثوان) الرقبة (خمس ثوان)..جبهتك مسترخية (خمس ثوان)..كل عضلاتك مسترخية ومستلقية في وضع مريح. والآن استمر في الوضع المريح وسأعد من واحد إلى عشرة. وفي كل مرة حاول أن تسترخي أعمق فأعمق. 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10. جميل إنك قد أخذت قسطاً وافياً من الاسترخاء الآن وسأعد تنازلياً من خمسة إلى واحد وعندما أصل إلى واحد (إبراهيم، 1994، ص. ص. 177-178)

ستفتح عينيك وتستيقظ في نشاط هادئ 5-4-3-2-1 عيناك مفتوحتان، وأنت الآن في يقظة
وفي كامل نشاطك دون قيود. (إبراهيم، 1994، ص. 178)

العلاج الواقعي. تمرين التأمل والإيحاء الإيجابي:

- لمدة ساعة يوميا حتى يصل إلى الإدمان.
 - أنا إيجابي وأركز على كل شيء إيجابي وبناء.
 - أستطيع التغلب على ضعفي وعدم مقدرتي على حل المشاكل الجسمية والنفسية.
 - أقدر على أداء تمرين التأمل بحد أدنى من الجهد العقلي.
 - أوؤمن بأن النشاط له قيمة جسمية، وعقلية، وروحية.
 - سأقيم نشاطي بعد عدة جلسات تقييما ذاتيا.
 - اعتمد على نفسي في القيام بالنشاط دون الاعتماد على الآخرين.
 - لن أنتقد نفسي ولا هذا النشاط وأقوم به فحسب. وأنا متقبل لذاتي أثناء قيامي بهذا النشاط.
-

العلاج بالترفيه: الأنشطة الترفيهية المتوفرة داخل المستشفى

النوع	الوقت المخصص	المكان الخاص	الجهة المسؤولة
الجرائد	خارج وقت العلاج الطبي.	غرفة المريض، أو	المتعايش مع فيروس نقص المناعة المكتسبة.
المذياع	خارج وقت العلاج الطبي.	حديقة المستشفى.	
التنزه	خارج وقت العلاج الطبي. وفي الفترة الصباحية.		

الأنشطة الترفيهية التي يحبها المتعايش مع السيدا

النوع	الوقت المخصص	المكان الخاص	الجهة المسؤولة
- توفير جهاز تلفاز.	صباحا، ومساء.	تخصيص قاعة	إدارة المستشفى.
- تربية الطيور.	الفترة الصباحية.	حديقة المستشفى	المريض
- تخصيص مكان للراحة بعيدا عن غرف العلاج.	صباحا، ومساء.	تخصيص قاعة	إدارة المستشفى.
- تخصيص قاعة للترفيه.	صباحا، ومساء.	تخصيص قاعة	إدارة المستشفى.
- تكوين أصدقاء.	/	/	المريض
- الاعتناء بحديقة المستشفى.	في الفترة الصباحية	حديقة المستشفى	المريض
- تكوين جمعية للمرضى داخل المستشفى.	/	تخصيص قاعة	إدارة المستشفى، والأخصائي النفسي.
- إنشاء مكتبة.	صباحا، ومساء.	تخصيص قاعة	إدارة المستشفى.
- تكوين نادي بالمستشفى	صباحا، ومساء	تخصيص قاعة	إدارة المستشفى، والأخصائي النفسي.

درجات المجموعة رقم (01): على اختبار التوافق النفسي.

بعد تطبيق البرنامج

قبل تطبيق البرنامج

درجات التوافق	ن 1
118	01
96	02
95	03
128	04
107	05
95	06
98	07
128	08
108	09
115	10

درجات التوافق	ن 1
116	01
98	02
95	03
104	04
101	05
89	06
91	07
99	08
108	09
108	10

درجات المجموعة رقم (01): على اختبار التفاؤل والتشاؤم

بعد تطبيق البرنامج

قبل تطبيق البرنامج

درجات التفاؤل	ن 1
48	01
86	02
80	03
50	04
80	05
98	06
52	07
95	08
52	09
116	10

درجات التفاؤل	ن 1
41	01
85	02
61	03
48	04
72	05
94	06
52	07
96	08
51	09
116	10

درجات المجموعة رقم (01): على اختبار الاتزان الانفعالي.

بعد تطبيق البرنامج

قبل تطبيق البرنامج

درجات الاتزان الانفعالي	ن 1
98	01
100	02
105	03
99	04
100	05
105	06
92	07
100	08
98	09
96	10

درجات الاتزان الانفعالي	ن 1
96	01
97	02
101	03
92	04
103	05
105	06
90	07
95	08
99	09
96	10

درجات المجموعة رقم (02): على اختبار التوافق النفسي.

بعد تطبيق البرنامج

قبل تطبيق البرنامج

درجات التوافق	ن ²
114	01
111	02
115	03
96	04
128	05
98	06
101	07
73	08
101	09
101	10

درجات التوافق	ن ²
119	01
109	02
108	03
92	04
110	05
95	06
95	07
73	08
103	09
99	10

درجات المجموعة رقم (02): على اختبار التفاؤل والتشاؤم

بعد تطبيق البرنامج

قبل تطبيق البرنامج

درجات التفاؤل	ن ²
110	01
84	02
80	03
50	04
110	05
81	06
36	07
82	08
83	09
62	10

درجات التفاؤل	ن ²
110	01
84	02
61	03
47	04
110	05
81	06
36	07
81	08
84	09
63	10

درجات المجموعة رقم (02): على اختبار الاتزان الانفعالي.

بعد تطبيق البرنامج

قبل تطبيق البرنامج

درجات الاتزان الانفعالي	ن ²
102	01
90	02
101	03
109	04
89	05
103	06
86	07
99	08
99	09
107	10

درجات الاتزان الانفعالي	ن ²
98	01
93	02
101	03
100	04
92	05
103	06
86	07
92	08
97	09
102	10

درجات المجموعة رقم (03): على اختبار التوافق النفسي.

بعد تطبيق البرنامج

قبل تطبيق البرنامج

درجات التوافق	ن ³
98	01
120	02
88	03
110	04
140	05
89	06
104	07
106	08
73	09
85	10

درجات التوافق	ن ³
97	01
117	02
85	03
103	04
131	05
95	06
109	07
106	08
69	09
85	10

درجات المجموعة رقم (03): على اختبار التفاؤل والتشاؤم
قبل تطبيق البرنامج بعد تطبيق البرنامج

درجات التفاؤل	ن ³
84	01
60	02
71	03
60	04
44	05
40	06
30	07
49	08
69	09
66	10

درجات التفاؤل	ن ³
87	01
75	02
76	03
60	04
46	05
49	06
33	07
60	08
81	09
66	10

درجات المجموعة رقم (03): على اختبار الاتزان الانفعالي.

بعد تطبيق البرنامج

قبل تطبيق البرنامج

درجات الاتزان الانفعالي	ن ³
107	01
98	02
100	03
99	04
105	05
99	06
85	07
92	08
101	09
98	10

درجات الاتزان الانفعالي	ن ³
100	01
95	02
99	03
96	04
104	05
97	06
89	07
92	08
100	09
98	10

ملحق رقم (12) : درجات أعضاء المجموعات على هرم القلق.

معالم البطاقة رقم (19)	إعطاء أرقام متسلسلة للبطاقات ذات الدرجات المرتفعة	ترتيب البطاقات عند كل عمل	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	ن ₁₀ = 10
الخوف من علم زوجته			100	0	100	80	80	0	0	0	30	0	0	0	0	0	80	80	80	0	01
لم يقلقني المرض لتعاملي معه بأسلوب عادي، والمساعدة جعلتني أتخطى المراحل الأولى، وتركت الأمر سرا ، وأحتفظ به لنفسي، والأفكار المقلقة أحاول التخلص منها.			100	0	100	80	100	0	50	80	100	100	80	80	60	0	100	0	100	100	100
المهم أن يبقى هذا المرض بيبي، وبين الطبيب.			30	20	100	100	100	0	30	50	30	30	0	0	0	80	30	80	100	0	03
الذي يهيم هو المعاملة			80	30	100	80	30	20	60	50	50	30	0	0	0	30	0	0	0	0	04
هناك أمراض أكثر خطورة			20	0	50	50	30	0	20	50	30	20	0	0	0	0	0	0	0	0	05
الخوف من الله، وليس من المرض			100	0	100	100	100	50	100	100	100	80	30	0	0	80	30	50	50	50	06
الذي يعرف بمرضك بيتعد عنك			100	0	100	80	80	30	80	80	30	30	20	0	0	80	50	50	0	0	07
المهم بيتعد المرض عن أولادي			50	0	70	50	30	70	80	100	80	50	50	50	80	100	100	80	100	100	08
المدة التي مرة علي صعبة جدا			80	20	60	50	50	80	80	100	100	100	50	50	60	100	100	50	100	100	09
حتى مريض السيدا لديه حقوق في هذا المجتمع			50	0	50	30	20	0	30	50	50	30	30	0	50	30	50	0	0	0	10

ملحق رقم (12) : درجات أعضاء المجموعات على هرم القلق.

معالم البطاقة رقم (19)	إعطاء أرقام متسلسلة للبطاقات ذات الدرجات المرتفعة	ترتيب البطاقات عند كل عمل	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	ن ₂ = 10
نظرة الكل تتغير .			80	0	0	80	20	0	50	70	50	50	30	50	30	30	0	0	0	0	01
أخاف على أسرتي.			20	20	50	80	30	50	80	100	90	80	80	80	100	100	30	0	0	100	02
المعاملة داخل الأسرة تتغير .			0	20	80	100	30	50	90	100	80	80	50	30	0	30	0	0	0	0	03
المجتمع لما يعرف بمرضك كارثة.			0	0	50	100	30	30	100	100	80	100	100	90	80	80	30	80	0	100	04
المرض صعب.			0	0	50	100	0	30	100	100	100	100	80	50	80	80	0	80	0	0	05
ما تقدر تغير ولا شيء.			0	0	80	100	0	30	100	80	50	30	0	50	50	30	0	0	0	0	06
قادر ربي سبحانه يشفي.			0	0	30	90	0	50	100	80	30	30	0	50	30	0	0	0	0	0	07
المؤمن مصاب.			20	0	30	50	0	50	50	30	30	20	0	50	30	0	30	50	0	0	08
أي واحد ممكن أن يمرض.			30	0	20	50	0	30	30	0	0	20	0	0	0	0	30	0	0	0	09
هذا مكتوب من الله.			80	0	30	30	0	0	50	20	0	30	0	30	0	0	0	0	0	0	10

ملحق رقم (12) : درجات أعضاء المجموعات على هرم القلق.

معالم البطاقة رقم (19)	إعطاء أرقام متسلسلة للبطاقات ذات الدرجات المرتفعة	ترتيب البطاقات عند كل عمل	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	10 = ₃ ن
الإصابة بهذا المرض خطيرة.			50	30	80	50	80	0	50	100	100	80	80	80	100	100	80	100	100	100	01
كنت خائف من المرض.			80	20	80	80	80	0	80	100	80	80	80	90	100	100	80	80	0	100	02
الاهتمام بالمريض واجب.			80	30	60	80	50	0	70	80	50	30	0	30	0	30	0	0	0	0	03
لازم تتقبل الوضع الجديد.			50	30	0	70	30	0	50	30	30	30	0	30	30	0	0	0	0	0	04
الموت حق.			50	50	0	50	50	0	30	20	30	30	0	30	20	0	0	0	0	0	05
تحس نفسك مختلف عن المجتمع لما تمرض.			100	50	0	100	50	50	80	100	80	80	30	80	50	30	30	0	0	0	06
لم ألقى التهميش داخل المستشفى، لكن في الخارج. (طأطأة الرأس).			100	0	0	100	50	50	100	80	30	50	50	80	50	30	50	0	0	0	07
أصعب شيء في حياتي يوم مرضت.			100	0	80	100	50	0	80	80	100	100	100	100	80	100	100	80	0	50	08
الحياة مستمرة.			80	0	50	80	60	0	80	80	80	80	80	100	80	80	30	0	0	0	09
لما أعامل بشكل غير لائق أبتعد عن ذلك الشخص.			100	0	0	30	20	0	80	50	50	30	30	50	30	0	0	0	0	0	10

ملحق رقم (12) : درجات أعضاء المجموعات على هرم القلق.

جدول المجموعة 01

ترتيب البطاقات حسب كل عميل:

100	90	80	70	60	50	30	20	0	/
16-18		-2-3-4-14-15				10			1
1-2-4-9-10-14-16-18		7-8-11-15		6	12				2
2-14-15-16		5-3			11	4-9-10-12-18	17		3
16		15-18		12	10-11	5-9-14-17	13		4
					11-15-16	10-14	9-12-18		5
10-11-12-14-15-16-18		5-9			1-2-3-13	4-8			6
16-18		-11-12-14-15 5			3-4	9-10-13	8		7
1-2-4-5-11		3-6-10-12	13-16		7-8-9-15-18	14			8
1-2-4-5-9-10-11		12-13-18		6-16	3-7-8-14-15		17		9
					-10-11-16-18 3-4-6	5-8-9-12-15	14		10

ملحق رقم (12) : درجات أعضاء المجموعات على هرم القلق.

جدول المجموعة 02

ترتيب البطاقات حسب كل عميل:

100	90	80	70	60	50	30	20	0	/
		15-18	11		7-9-10-12	5-6-8			1
1-5-6-11	10	7-8-9-12-15			13-16	4-14	17-18		2
11-15	12	9-10-16			8-13	5-7-14	17		3
1-8-9-11-12-15	7	3-5-6-10			16	4-13-14			4
9-10-11-12-15		3-5-6-8			7-16	13			5
12-15		11-16			6-7-10	5-9-13			6
12	15	11			7-13	6-9-10-16			7
					3-7-12-13-15	4-6-10-11-16	9-18		8
					15	4-6-12-13-18	9-16		9
		18			12	7-9-15-16	11		10

ملحق رقم (12) : درجات أعضاء المجموعات على هرم القلق.

جدول المجموعة 03

ترتيب البطاقات حسب كل عميل:

100	90	80	70	60	50	30	20	0	د ع
11-10-6-5-3-2-1		16-14-9-8-7-4			18-15-12	17			1
11-6-5-1	7	18-16-15-14-12- 10-9-8-4-3					17		2
		18-15-11	12	16	14-10	17-9-7-5			3
			15		18-12	17-14-11-10-9- 7-6			4
					18-17-15-14	12-10-9-7	11-6		5
18-15-11		12-10-9-7			17-14-13-6	8-5-4			6
18-15-12		11-7			14-13-9-8-6-4	10-5			7
18-15-10-9-8-7-5-4		16-12-11-6-3			14-1				8
7		18-15-12-11-10-9- 8-6-5		14	16	4			9
18		12			11-10-7-6	15-9-8-5	14		10

المخاوف الأساسية نتيجة لأكثر تكرار	أكثر تكرار في البطاقات	ترتكز مخاوف المجموعة في:	البطاقات حسب أكبر	البطاقات	المجموعات
<ul style="list-style-type: none"> - الخوف من معرفة الأصدقاء بأنه مصاب بالسيدا. - التهميش داخل الأسرة، أو المستشفى. - ظهور الأعراض الأولى لمرض السيدا، دون التشخيص للمرض. - لحظة معرفة الإصابة بالمرض (الصدمة). - لحظة إخبار الأسرة بأنه مصاب بالسيدا. - الخوف من معرفة المجتمع بمرضه. - الخوف من معرفة المجتمع بطبيعة المرض (السيدا). - الخوف من معرفة الأصدقاء بأنه مصاب بالسيدا. - التهميش داخل الأسرة، أو المستشفى. 	<p>-16</p> <p>2-18</p>	<ul style="list-style-type: none"> - الإصابة بأمراض مختلفة، قبل الإصابة بالسيدا. - ظهور الأعراض الأولى لمرض السيدا، دون التشخيص للمرض. - يوم قبل إجراء الفحص، والخوف من طبيعة المرض. - ليلة الفحص، وعيش واقع الإصابة بمرض خطير. - الذهاب بنتيجة التحليل إلى الطبيب. - انتظار تحليل الطبيب، وإعلامه بالنتيجة. - لحظة معرفة الإصابة بالمرض (الصدمة). - لحظة إخبار الأسرة بأنه مصاب بالسيدا. - الخوف من معرفة المجتمع بمرضه. - الخوف من معرفة المجتمع بطبيعة المرض (السيدا). - الخوف من معرفة الأصدقاء بأنه مصاب بالسيدا. - التهميش داخل الأسرة، أو المستشفى. 	<p>-18-16</p> <p>-14-2</p> <p>-10-11</p> <p>-1-4</p> <p>-9-15</p> <p>12-5</p>	<p>-2-1</p> <p>-5-4</p> <p>-9</p> <p>-10</p> <p>-11</p> <p>-12</p> <p>-14</p> <p>-15</p> <p>-16</p> <p>18</p>	<p>مج (01)</p>

<p>- لحظة معرفة الإصابة بالمرض (الصدمة). - لحظة إخبار الأسرة بأنه مصاب بالسيدا. - الخوف من معرفة المجتمع بطبيعة المرض (السيدا).</p>	<p>-11 -12 15</p>	<p>- الإصابة بأمراض مختلفة قبل الإصابة بالسيدا. - ليلة الفحص، وعيش واقع الإصابة بمرض خطير. - انتظار المريض لدوره في المخبر لأخذ نتيجة الفحص. - ليلة قبل معرفة نتيجة التحليل (اضطرابات النوم/ الخوف/ القلق/ الوسواس المرضية). - الذهاب بنتيجة التحليل إلى الطبيب. - انتظار تحليل الطبيب، وإعلامه بالنتيجة. - لحظة معرفة الإصابة بالمرض (الصدمة). - لحظة إخبار الأسرة بأنه مصاب بالسيدا. - الخوف من معرفة المجتمع بطبيعة المرض (السيدا).</p>	<p>-12-11 -1-15 -6-5-9 10-8</p>	<p>-5-1 -8-6 -9 -10 -11 -12 15</p>	<p>مج (02)</p>
---	-----------------------------	--	--	--	----------------

<p>- التهميش داخل الأسرة، أو المستشفى.</p> <p>- الخوف من معرفة المجتمع بطبيعة المرض (السيدا).</p> <p>- لحظة معرفة الإصابة بالمرض (الصدمة).</p>	<p>-18</p> <p>-15</p> <p>11</p>	<p>- الإصابة بأمراض مختلفة قبل الإصابة بالسيدا.</p> <p>- ظهور الأعراض الأولى لمرض السيدا دون التشخيص للمرض.</p> <p>- الذهاب للطبيب، وإعلام المريض بضرورة إجراء فحوص طبية.</p> <p>- يوم قبل إجراء الفحص، والخوف من طبيعة المرض.</p> <p>- ليلة الفحص وعيش واقع الإصابة بمرض خطير.</p> <p>- انتظار المريض لدوره في المخبر لأخذ نتيجة الفحص.</p> <p>- انتظار نتيجة الفحص، وتحليل الدم.</p> <p>- ليلة قبل معرفة نتيجة التحليل (اضطرابات النوم/ الخوف/ القلق/ الوسواس المرضية).</p> <p>- الذهاب بنتيجة التحليل إلى الطبيب.</p> <p>- انتظار تحليل الطبيب، وإعلامه بالنتيجة.</p> <p>- لحظة معرفة الإصابة بالمرض (الصدمة).</p> <p>- لحظة إخبار الأسرة بأنه مصاب بالسيدا.</p> <p>- الخوف من معرفة المجتمع بطبيعة المرض (السيدا).</p> <p>- التهميش داخل الأسرة أو المستشفى.</p>	<p>-15-18</p> <p>-5-11</p> <p>-7-10</p> <p>-1-6</p> <p>-9-12</p> <p>-3-4-8</p> <p>2</p>	<p>-2-1</p> <p>-4-3</p> <p>-6-5</p> <p>-8-7</p> <p>-9</p> <p>-10</p> <p>-11</p> <p>-12</p> <p>-15</p> <p>18</p>	<p>١٩</p>
--	---------------------------------	--	---	---	-----------

جدول الملاحظات

ملاحظات عامة	ملاحظة الباحثة	ملاحظة الأخصائية النفسية	نوع التمرين أو الواجب
التعرف على سمات جديدة في الشخصية يمكن من خلال تقويتها دعم عملية التصدي للمرض.	التعاون من قبل الشخص المتعايش مع المرض لمفهم متغيرات الدراسة.	الحرص على القيام بعملية التفكير الجدي للإجابة على السؤال وهذا ما لوحظ أثناء الجلسات.	الواجب العلائقي الأول والثاني
رغبة أعضاء المجموعة في زيادة عدد الجلسات. باقتراح إجراء أكثر من جلسة في اليوم.	تيقن المتعايش مع الفيروس أن للحوار مع النفس أثره في الحكم على الأمور من جهة، واتخاذ القرارات من جهة أخرى.	استيعاب الفرد أن هناك نوعين من الحوار الداخلي، السلبي المحطم للذات، والإيجابي الداعم للمقاومة والمواجهة ضد المرض.	تمرين: الحوار الداخلي الإيجابي.
اتخاذ تقنية الاسترخاء كوسيلة لجلب الراحة أثناء، وخارج أوقات العلاج الطبي، والتحدث عنها بشكل متواصل.	إتقان أعضاء المجموعة لتقنية الاسترخاء خلال الجلسات وفهمهم لها جيدا. والتمتع عند الإحساس بالاسترخاء.	تمرن أعضاء المجموعات خارج زمن الجلسات على إرخاء العضلات المقصودة بالاسترخاء حتى أثناء تلقي العلاج الطبي.	تمرين الاسترخاء
للعلاج الديني فعاليته في التخفيف من الحزن، والابتعاد عن القنوط، وتوقع حصول الأفضل وذلك بالعودة إلى الله تعالى	التركيز على التخلص من الشعور بالذنب بترديد جملة: "إن الله غفور رحيم". مع الإيمان بالقضاء والقدر.	البعض من أعضاء المجموعات أصبح يقوم بأداء الفرائض الدينية كالصلاة، والذكر في غرف المستشفى.	تمرين التأمل
للترفيه دور أساسي في العودة إلى الحياة بشيء من التفاؤل، رغم المعاناة مع المرض.	التحدث بكل حماس ورغبة شديدين عن فكرة الترفيه عن النفس داخل المستشفى.	تكوين صداقات بين أعضاء المجموعة الواحدة، وزيارة بعضهم في الغرف.	الواجب العلائقي الثامن

