

The Islamic University–Gaza
Research and Postgraduate Affairs
Faculty of Education
Master of Community Mental Health



الجامعة الإسلامية - غزة
شئون البحث العلمي والدراسات العليا
كلية التربية
ماجستير صحة نفسية مجتمعية

فاعلية برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع

Effectiveness counselling program existing on psychological interventions to recovery for Sample of Epileptic patients.

إعداد الباحث

إياد رياض زيدان أبو دلال

إشراف

الأستاذ الدكتور

سمير رمضان قوته

قدم هذا البحث استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية
المجتمعية بكلية التربية في الجامعة الإسلامية بغزة

سبتمبر/2016- ذي الحجة/1437هـ

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

فاعلية برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع

Effectiveness counselling program existing on psychological interventions to recovery for Sample of Epileptic patients.

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

Declaration

I understand the nature of plagiarism, and I am aware of the University's policy on this.

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

Student's name:	إياد رياض أبودلال	اسم الطالب:
Signature:	إياد ابودلال	التوقيع:
Date	2014/01/12	التاريخ:



نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحث/ إياد رياض زيدان أبودلال لنيل درجة الماجستير في كلية التربية/ برنامج الصحة النفسية المجتمعية وموضوعها:

فاعلية برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع

وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم السبت ، 12 صفر ، 1438 الموافق 2016/11/12م الساعة الواحدة ظهراً بمبنى طيبة، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

.....	مشرفاً و رئيساً	أ.د. سمير رمضان قوتة
.....	مناقشاً داخلياً	د. جميل حسن الطهراوي
.....	مناقشاً خارجياً	د. محمد عبد العزيز الجريسي

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحث درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم الصحة النفسية المجتمعية.

واللجنة إذ تمنحه هذه الدرجة فإنها توصيه بتقوى الله ولزوم طاعته وأن يسخر علمه في خدمة دينه ووطنه.

والله ولي التوفيق ،،،

مكتب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. عبد الرؤوف علي المناعمة



ملخص الرسالة باللغة العربية

هدف الدراسة: التعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع.

أداة الدراسة: تم اعداد كلامن مقياس الاستشفاء والبرنامج الإرشادي من قبل الباحث وتطبيقهما على عينة الدراسة، وقد استغرق تطبيق البرنامج (8 أسابيع) بواقع (15) جلسة، (2) جلسة أسبوعيا وقد تم تطبيق القياس البعدي و التتبعي على عينة الدراسة وتم استخدام أساليب إحصائية متعددة وهي التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحراف المعياري

عينة الدراسة: اشتملت عينة الدراسة على (18) مريض صرع تم اختيارهم بطريقة قصدية وتم تقسيمها إلى مجموعتين المجموعة التجريبية (9) مرضى، والمجموعة الضابطة (9) مرضى.

منهج الدراسة: استخدم الباحث المنهج شبه التجريبي.

أهم نتائج الدراسة: 1-وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين التطبيق القبلي والبعدي لصالح البعدي 2-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين التطبيق البعدي و التتبعي لمقياس الاستشفاء.

أهم توصيات الدراسة:

زيادة البرامج على غرار هذا البرنامج والتي تساهم في مساعدة المرضى، وضرورة إعطاء دورات ومحاضرات تثقيفية لأسر هؤلاء المرضى تفيدهم في كيفية التعامل معهم، والعمل على زيادة الوعي الصحي لدى المرضى بطبيعة مرضهم وأعراضه ومضاعفاته.

Abstract

This study aims at verifying the efficiency of a counseling program that is based on psychological interventions for treatment among a sample of epilepsy patients.

Tools of the study: the researcher prepared a treatment scale and a counseling program the applied both to the sample of the study. The program was applied over (8 weeks) (15 sessions); (2) sessions per week. An iterative assessment took place one month after the post assessment. The study used multiple statistical methods such as frequencies, percentages, arithmetic means, and standard deviation.

The study sample: The study sample consisted of 18 epilepsy patients who were selected Intentional method .The sample was divided into two groups, an experimental group consisting of (9) patients, and a control group consisting of (9) patients.

The most important findings of the study:

- 1- There are statistically significant differences at the significance level (0.05) between the pre and post application in favor of treatment scale.
- 2- There are no statistically significant differences at the significance level (0.05) between the post iterative applications?

The most important recommendations of the study:

Programs such as the one of the study should be increased to contribute to the treatment of the patients. It is also necessary to conduct courses and lectures to the patients families so as to increase their awareness in regards with how to deal with patients. Hard work should be done to increase health awareness of the nature of their disease, its symptoms and complications.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ قُلْ إِنَّ صَلَاتِي وَنُسُكِي وَمَحْيَايَ وَمَمَاتِي

لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ ﴿١٦٢﴾ لَا شَرِيكَ لَهُ، وَبِذَلِكَ

أُمِرْتُ وَأَنَا أَوَّلُ الْمُسْلِمِينَ ﴿١٦٣﴾ ﴿

[الأنعام: 162-163]

الإهداء

إلى روح والدي ووالدتي

إلى زوجتي وأبنائي الأعزاء رياض وزيد

إلى كل أقاربي وزملائي وأصدقائي

إلى كل موحد لله ارتضى بالله رباً وبالإسلام ديناً وبمحمد نبياً ورسولاً وسار على درب المنهج

الرياني القويم

إلى كل فلسطيني يعيش في أي بقعة من بقاع هذا العالم الواسع

إلى كل من ضحى بماله ونفسه وعمل من أجل فلسطين

إلى أسرانا الأبطال القابعين خلف سجون الاحتلال الظالم

إلى أهلنا المرابطين والمحاصرين على ثرى هذه الأرض المباركة إلى كل هؤلاء أهدي ثمرة هذا

الجهد المتواضع سائلاً المولى عز وجل أن يتقبله وأن ينتفع به.

إنه سميع مجيب

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا وإمامنا وقائدنا وقودتنا ومعلمنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين. وبعد،

انطلاقاً من قوله تعالى: ﴿رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ﴾ [النمل: 19] وإقراراً بالفضل وتمسكاً بقول الرسول صلى الله عليه وسلم: "لا يشكر الله من لا يشكر الناس" [جامع الأصول في أحاديث الرسول 2 / 560: 1033]، فإنني أرى لزاماً علي بين يدي بحثي هذا المتواضع أن أشكر الله الكريم رب العرش العظيم الذي وفقني لإنجاز هذه الدراسة وما توفيقني إلا بالله عليه توكلت واليه مآبتي.

في البداية أتقدم بجزيل الشكر والاحترام إلى شئون البحث العلمي والدراسات العليا في الجامعة الإسلامية لإتاحتها الفرصة لي لإكمال دراستي. كما أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى أستاذي الفاضل الدكتور/ سمير قوته - حفظه الله ورعاه- لتفضله بالإشراف على هذه الرسالة، كما أتقدم بجزيل شكري للدكتور/ جميل الطهراوى ، و الدكتور/ محمد الجريسي ، اللذين تفضلا بطيب نفس ورحابة صدر بقبول المناقشة لهذا البحث، أفادنا الله من علمهما وجزاهما عني خير الجزاء . كما اتقدم بالشكر الجزيل الى الدكتور عاطف الأغا ذلك الرجل المعطاء الذي لم يتوانى ولو بلحظة عن تقديم يد العون والمساعدة وإسداء النصح والإرشاد لى في العديد من الاستشارات العلمية الخاصة بالدراسة ، و أتقدم بجزيل الشكر إلى الأستاذ/ محمد بربخ الذي تفضل بعمل التحليل الاحصائي للرسالة ، وإلى الأستاذ الفاضل منذر الشامي الذي تفضل بعمل التدقيق اللغوي للرسالة ، و أتقدم بجزيل الشكر إلى الأساتذة الذين تفضلوا بتحكيم البرنامج والمقياس، كما أبرق شكري وتقديري إلى وزارة الصحة الفلسطينية إدارة وعاملين لما بذلوه من جهد ومساعدة لي في تطبيق جلسات البرنامج ، ولا أنسى أن أتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى أسرتي العزيزة ، على ما بذلوه من جهد وتشجيع ودعاء وتهيئة الأجواء المريحة لكي أستطيع انجاز هذا العمل، كما وأتقدم بالشكر الجزيل للأقارب والأصدقاء والأحباء على تشجيعهم ودعمهم ومساعدتهم لي على إتمام هذا المشروع المتواضع وأخيراً أتقدم بخالص الشكر والعرفان إلى كل من مد لي يد العون والمساعدة وأسدى لي نصحاً أو عوناً أو توجيهاً أو إرشاداً حتى تمكنت من إنجاز بحثي على هذه الصورة

وختاماً، أسأل الله أن يجعل هذا العمل خالصاً لوجهه الكريم، وخدمة لديني ووطني.

الباحث

الاسم / إياد رياض زيدان أبو دلال

فهرس المحتويات

ب.....	إقرار.....
ت.....	نتيجة الحكم على أطروحة الماجستير.....
ث.....	ملخص الرسالة باللغة العربية.....
ج.....	Abstract.....
خ.....	الإهداء.....
د.....	شكر وتقدير.....
ذ.....	فهرس المحتويات.....
ش.....	فهرس الجداول.....
1.....	الفصل الأول.....
1.....	الإطار العام للدراسة.....
1.....	الفصل الأول الإطار العام للدراسة.....
1.....	مقدمة عن الدراسة:.....
3.....	مشكلة الدراسة:.....
3.....	أهداف الدراسة:.....
4.....	أهمية الدراسة:.....
4.....	مصطلحات الدراسة:.....
1.....	الفصل الثاني.....
1.....	الإطار النظري.....
7.....	المبحث الأول: التدخلات النفسية.....
8.....	أولاً : التدخل عن طريق الإرشاد الديني:.....
9.....	أسباب الاضطراب النفسي في رأى الدين:.....
10.....	الوقاية من الاضطرابات النفسية:.....
11.....	أعراض الاضطراب النفسي في رأى الدين:.....
11.....	استخدام الإرشاد الديني:.....
12.....	الأسس التي يقوم عليها الإرشاد والعلاج النفسي في الإسلام:.....

14.....	الفتيات المستخدمة في الإرشاد الديني:
18.....	ثانياً: التدخل عن طريق الإرشاد المعرفي السلوكي:
19.....	تعريف الإرشاد المعرفي السلوكي:
19.....	قواعد الارشاد المعرفي السلوكي:
20.....	أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي:
21.....	فنيات وخصائص الإرشاد المعرفي السلوكي:
25.....	ثالثاً: التدخل عن طريق أسلوب التنفيس الانفعالي:
25.....	تاريخ التنفيس الانفعالي:
26.....	الأهداف العامة للتنفيس الانفعالي:
26.....	إيجابيات التنفيس الانفعالي:
26.....	التنفيس الانفعالي الجماعي:
27.....	مراحل التنفيس الانفعالي:
28.....	رابعاً: التدخل عن طريق الاسترخاء:
29.....	تعريف الاسترخاء:
31.....	أنواع الاسترخاء:
33.....	المبحث الثاني: الاستشفاء
33.....	مفهوم الاستشفاء:
35.....	تعريف الاستشفاء:
38.....	عملية الاستشفاء:
38.....	المصطلحات والمفاهيم المرتبطة بالاستشفاء:
40.....	التطور التاريخي للاستشفاء:
42.....	مواضيع الاستشفاء:

- 43.....العناصر الأساسية من الخدمات الموجهة للاستشفاء.....
- 48.....مكونات عملية الاستشفاء:.....
- 48.....مراحل الاستشفاء الخمسة :
- 49.....مفاتيح العمل بالطريقة التي تركز على الاستشفاء:.....
- 51.....قطاعات الصحة النفسية الموجهة للاستشفاء في نظام تقديم خدمة الرعاية:.....
- 51.....الممارسة الموجهة نحو الاستشفاء.....
- 52.....الافتراضات السبعة لأنتوني حول الاستشفاء:.....
- 53.....أبعاد الاستشفاء:.....
- 54.....إدارة المرض والاستشفاء:.....
- 56.....المبحث الثالث: الصرع.....
- 57.....نبذة مختصرة عن الدماغ :.....
- 58.....الخلفية التاريخية لمرض الصرع:.....
- 59.....تعريف الصرع:.....
- 61.....ما الفرق بين التشنج والصرع؟.....
- 61.....نسبة انتشار الصرع:.....
- 61.....العوامل التي تؤدي إلى حدوث الصرع:.....
- 63.....أسباب الصرع:.....
- 65.....تشخيص الصرع:.....
- 69.....أنواع النوبات الصرعية:.....
- 72.....الفرق بين النوبات الصرعية والنوبات الهستيرية:.....
- 75.....أنواع علاج الصرع:.....

81	تأثير الصرع على النفس:
82	تأثير الصرع على الأسرة:
7	الفصل الثالث.....
7	الدراسات السابقة.....
102	ثانياً: دراسات وبحوث تناولت مرض الصرع.....
113	التعقيب على الدراسات والبحوث السابقة:.....
85	الفصل الرابع.....
85	الطريقة والإجراءات الإحصائية.....
118	منهجية الدراسة.....
118	أولاً: فروض الدراسة:
119	ثانياً: مجتمع الدراسة:
119	ثالثاً: عينة الدراسة:
120	رابعاً: أداة الدراسة:
120	خطوات بناء أداة الدراسة:
120	صدق وثبات أداة الدراسة:
127	البرنامج الإرشادي.....
118	الفصل الخامس.....
118	تحليل نتائج الدراسة وتفسيرها ووضع التوصيات والمقترحات.....
135	النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة وفرضياتها وتفسيرها:
136	النتائج المتعلقة بالسؤال الأول مناقشتها وتفسيرها:
141	النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث مناقشتها وتفسيرها:
168	الملاحق.....

فهرس الجداول

- شكل (1. 2): توضيح سير البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة 7
- جدول (1. 4): درجات مقياس ليكرت الثلاثي 120
- جدول (2. 4): في ضوء محك كايذر في العلوم النفسية 121
- جدول (3. 4): معامل الارتباطين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية لكل بعد 122
- جدول (4. 4): معامل الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس 123
- جدول (5. 4): نتائج معامل ألفا كرونباخ لمقاييس الأداة 124
- جدول (6. 4): طريقة التجزئة النصفية لقياس ثبات للمقياس 124
- جدول (7. 4): نتائج اختبار (t) للفروق بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء بين القياس القبلي في المجموعة الضابطة والقياس القبلي في المجموعة التجريبية 125
- جدول (1. 5): نتائج التوزيع الطبيعي للبيانات باستخدام شبيرويلك 136
- جدول (2. 5): يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب للأبعاد 137
- جدول (3. 5): نتائج اختبار (t) للفروق بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء بين القياس القبلي والقياس البعدي في المجموعة التجريبية 138
- جدول (4. 5): يوضح مستويات التأثير وفقاً لمربع إيتا (η^2)، وحجم الأثر (d) 140
- جدول (5. 5): يوضح مستويات حجم التأثير 140
- جدول (6. 5): يوضح قيمة مربع إيتا (η^2) وحجم الأثر (d) 140
- جدول (7. 5): نتائج اختبار (t) للفروق بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء بين القياس البعدي والقياس التتبعي في المجموعة التجريبية 142
- جدول (8. 5): نتائج اختبار القياسات المتكررة للمقارنة بين متوسطات تقديرات قياسات التطبيقات الثلاثة المختلفة معاً 143
- جدول (9. 5): نتائج اختبار LSD للفروق الثنائية 144

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

مقدمة عن الدراسة:

إن صحة الإنسان النفسية تتبلور من خلال عدة عوامل أهمها العامل الفسيولوجي والسيكولوجي والاجتماعي والثقافي والروحاني ولا بد من العمل مع الاضطرابات النفسية التي تصيب الإنسان بشكل سليم وفعال حتى يؤثر ذلك به إيجاباً، وبالتالي يصبح بحاجة إلى التدخلات والدعم النفسي وذلك يحدث من قبل الآخرين سواء أكانوا متخصصين في المجال النفسي أو غير متخصصين (كالأهل والأصدقاء والمجتمع) ، ويجب علي المرشد النفسي أن يراعى الفروق الفردية بين المسترشدين في الاستجابة الفاعلة الى العملية الإرشادية أثناء إجراء البرامج الإرشادية فالبعض قد يستجيب بشكل إيجابي الى التفريغ الانفعالي والبعض قد يستجيب الى الإرشاد السلوكي المعرفي والبعض قد يستجيب إلى الإرشاد الديني والبعض قد يستجيب إلى تمارين الاسترخاء وهكذا.

"وتعد التدخلات العلاجية النفسية المعرفية السلوكية فعالة على نطاق واسع غير أن العلاج النفسي الداعم يمكن أن يفيد كذلك، وتبدو أن التدخلات التي تتضمن أكثر من نوع واحد من العلاج مفيدة بصفة عامة وأكبر تأثيراً من العلاجات التي تستخدم أسلوباً واحداً فقط، وتلاحظ هذه التأثيرات على المقاييس النفسية والفسيولوجية" (بارلو، 2002م/ 1991م) .
"ومن المهم ملاحظة تلك التدخلات التي يجب أن تكون فعالة سريرياً حيثما أمكن ذلك يدل على أساس واضح، وأنها يجب أن تنتظر أيضاً في القيم والمعاني المتأصلة في إطار العلاقة العلاجية" (Bracken&Thomas, 2005 , p.2).

"ويعرف الاستشفاء بأنه العملية التي تمكن الناس من العيش والعمل والتعليم والمشاركة الكاملة والفاعلة داخل المجتمعات بالنسبة لبعض الأفراد فالاستشفاء هو القدرة على العيش بشكل مباشر داخل المجتمع والإنتاج في الحياة بالرغم من وجود العجز" (Commission on mental health ,2003,p.5).

"ويشتمل الاستشفاء على تطوير معنى وهدف جديد في حياة الفرد كما ويجب أن يكون ذلك معتمد على التنمية الشخصية الخاصة بالفرد عن طريق التركيز على بناء احترام الذات وتحديد الهوية والدور المؤثر في المجتمع " (Allott, P., Loganathan, L., & Fulford, K , p.2, 2002 , "والاستشفاء لا يعنى بالضرورة استعادة الوظائف بشكل كامل دون الدعم الذي يشتمل على الدواء بل يعنى التركيز على بناء الشخصية القوية ودعم المصادر اللازمة للتطور وآليات التكيف التي تمكن الأفراد من المشاركة الفعالة في المجتمع" , 2003, Andresen R , p.3)

ويعد الصرع أحد الأمراض العضوية العصبية التي تصيب مخ الإنسان ، ويتمثل في زيادة الشحنات الكهربائية ، مما يتطلب تفريغها عبر نوبات الصرع ، كما يعد هذا المرض من الاضطرابات العضوية الخطيرة ، لما له من تأثير واضح في حياة المريض – وذويه والمحيطين به ، وقد فسر مرض الصرع عبر عصور التاريخ تفسيرات مختلفة ومتناقضة ، فقد كان يفسر في العصور القديمة بأنه "المرض المقدس" ، لأن الذين يصابون به تحيط بهم الملائكة من كل جانب ، وفسر بعد ذلك بأنه مرض ينتاب الشيطان فيه الإنسان ، وحالة التشنج وما يرافقها من أعراض مرضية تميزها إنما هي مظهر من مظاهر الصراع بين الملائكة والشياطين المحيطين المرافقين للمريض ، لذلك فإن مريض الصرع على وفق هذا التصور شخص تسكن بداخله الشياطين والأرواح الشريرة (بدوي، 2013م، ص 178)

ويحدث الصرع نتيجة خلل في الجهاز العصبي حيث يتميز الصرع بنوبات متكررة من اضطرابات وظيفة الجهاز العصبي، وغالبا ما تكون على شكل فقد للوعي أو اختلاله مع تشنجات في العضلات أو إحساس بتميل في أجزاء معينة من الجسم، كما قد تتميز النوبات باضطرابات بعض وظائف الأعضاء الداخلية، ومنها تقلص المعدة وسرعة نبض القلب وتصاحبها تغيرات في الموجات الكهربائية للمخ يمكن ملاحظتها عن طريق تخطيط المخ الكهربائي (المطيري، 2008م، ص 52)

"ويعد الصرع موضوعا مهما بالنسبة للأخصائيين النفسيين الإكلينيكين بعامه، والعصبيين منهم خاصة نظرا لزيادة الاضطرابات العقلية، والمعرفية، والوجدانية، والسلوكية التي تصاحبه في 30% من المرضى المصابين به"

(Golden ,1983,Perrire&Congett,1994).

"كما أنه يعد مجالاً متعدد الأبعاد يتيح لهم أن يتعلموا كثيراً منه في مجال التخصص"
(Dodrill&Mathew,1992) "فالصرع ترتبط به العديد من مظاهر الاضطراب التي تكاد تشمل الشخصية كلها، سواء على المستوى الشخصي، أو على مستوى التفاعلات الاجتماعية، وما ينطوي عليها من مشكلات الإعاقة النفسية أو البدنية، التي يمكن أن تؤدي إلى العديد من مشاكل التوافق النفسي والاجتماعي" (عبد القوي، 2000م، ص 141)

ويرى الباحث أن مرض الصرع من الأمراض العضوية الجديرة بالعناية والاهتمام نظراً لكثرة ما يحتويه من مشاكل ومضاعفات سواء كانت على الصعيد النفسي أو الصحي أو الاجتماعي أو الاقتصادي، وأيضاً لقلة البحث حول موضوع مرض الصرع وإبداء الاهتمام للمرضى خاصة في مجتمعاتنا، وهنا يتم التساؤل إلى أي درجة تؤثر التدخلات النفسية القائمة على الاستشفاء لدى مرضى الصرع؟ وهل ستؤثر التدخلات النفسية بشكل إيجابي على المرضى؟ وكيف يمكن القيام بتلك التدخلات؟ وما هي تلك التدخلات؟ وجاءت هذه الدراسة؛ لتجيب على تلك التساؤلات لأن الباحث سوف يتناولها بدراسته.

مشكلة الدراسة:

تتمثل مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس التالي:

ما فاعلية برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع؟
ويتفرع من السؤال الرئيس السابق الأسئلة الفرعية التالية:

- 1- ما مستوى الاستشفاء لدى أفراد العينة في المجتمع الأصلي؟
- 2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الاستشفاء بين القياس القبلي والبعدي في المجموعة التجريبية؟
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاستشفاء لدى أفراد المجموعة التجريبية بين القياس البعدي والتتبعي؟
- 4- هل يوجد أثر دال إحصائياً للبرنامج الإرشادي لدى أفراد المجموعة التجريبية على درجة الاستشفاء؟

أهداف الدراسة:

- 1- الكشف عن مستوى الاستشفاء لدى أفراد العينة في المجتمع الأصلي.
- 2- بناء وتصميم برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع.

- 3- التعرف إلى مدى فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع.
- 4- التعرف على متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على المقياس البعدي للبرنامج.
- 5- تسليط الضوء على متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس الاستشفاء قبل وبعد تطبيق البرنامج.
- 6- التعرف على مدى استمرار تأثير البرنامج على مستوى الاستشفاء لدى أفراد عينة الدراسة.

أهمية الدراسة:

- 1- افتقار المكتبات العربية لموضوع الدراسة.
- 2- قد تفيد المتخصصين والباحثين في مجالات العلوم الإنسانية والنفسية.
- 3- قد تفيد في تطوير الأداء المهني لدى العاملين في المجال النفسي.
- 4- لفت انتباه المدراء والمشرفين والعاملين في المجال النفسي لمثل تلك التدخلات.
- 5- التقدم بسبل تفعيل وتطبيق لتلك التدخلات النفسية في منظومة الصحة النفسية لدى المرضى.
- 6- وضع توصيات للباحثين لإبداء اهتمامهم وعمل أبحاث حول الدراسة.
- 7- قد تفيد في وضع استراتيجيات وخطط علاجية نفسية داخل المستشفيات والمراكز النفسية للتعامل مع المرضى.

مصطلحات الدراسة:

تعريف البرنامج الإرشادي:

"مجموعة من الإجراءات المنظمة المخطط لها في ضوء أسس علمية وتربوية تستند إلى مبادئ وفتيات معينة تهدف إلى تقديم المساعدة المتكاملة للفرد حتى يستطيع حل المشكلات التي يقابلها في حياته أو التوافق معها". (زهران، 1998م، ص 10)

التعريف الإجرائي: وهو عبارة عن مجموعة من الجلسات والتدريبات التي سوف يقدمها الباحث بطريقة علمية منظمة لدى عينة الدراسة من مرضى الصرع والتي بدورها قد تساهم في مساعدة المرضى على إحداث التغيير الإيجابي على المستوى الشخصي وبالتالي يستطيع من خلاله

المرضى التعرف على مشكلاتهم والقدرة على حل تلك المشكلات، وعلى التعامل مع المواقف الحياتية المختلفة والتكيف معها.

تعريف التدخلات النفسية:

تعريف التدخلات النفسية ومداهها:

"هي التي تشمل التدخلات السلوكية، العلاج السلوكي المعرفي، العلاج النفسي الدينامي والتحليل النفسي". (Johnson, Gordon, Gelsthorpe , and Bainham 2004, p.401)

التدخلات النفسية تشمل:

"إعادة التأهيل المعرفي، إدارة السلوك، تقديم المشورة النفسية العصبية، العلاج النفسي والتدخلات الأسرية المتخصصة". (Liewellyn & Murphy, 2014,p.216)

التعريف الإجرائي للباحث:

(هي تلك الاستراتيجيات والوسائل والأساليب والطرق النفسية التي سيقوم الباحث بتطبيقها على عينة من مرضى الصرع وتتمثل بالآتي: التفريغ الانفعالي، الإرشاد السلوكي المعرفي، الإرشاد الديني، الاسترخاء).

تعريف الاستشفاء:

"الاستشفاء هو عملية مستمرة من النمو والاكتشاف، والتغيير والحاجة إلى مواجهة تحدي الإعاقة وإنشاء شعور جديد وإحساس بالقيمة والهدف والطموح داخل وخارج حدود العجز والعيش والعمل والحب في المجتمع مما يؤدي ذلك إلى مساهمة كبيرة للشخص داخل المجتمع" (Degan, 1988) "يمكن للشخص المصاب بالاضطراب العقلي التعافي والاستشفاء على الرغم من أن المرض لا يشفى فهو وسيلة ليعيش حياة جيدة، من خلال حدوث التكيف والأمل والمساهمة في المجتمع بالرغم من المشكلات والقيود الناتجة عن الإصابة بالمرض.

من المهم تلبية الاحتياجات الروحانية والثقافية الفردية لأن كل منهما يكون لها الدور في قرارات العلاج والاستشفاء". (Dirksen, Margaret M, Linda , and Lewis) (2013,p.470)

التعريف الإجرائي:

هو عملية إحداث التغيير والتكيف الإيجابي من نواحي متعددة سواء كانت نفسية أم اجتماعية أم صحية أم روحانية لدى عينة الدراسة من مرضى الصرع تجاه مرضهم وذلك من خلال تطبيق الباحث للبرنامج الإرشادي المعد لذلك.

تعريف المريض:

"وهو مشتق باللاتيني من الفعل (يعاني).
وقد جرت العادة على استخدامها لوصف أولئك الذين يتلقون الرعاية"
(Suzanne and Brenda,2003,p.5) .

تعريف الصرع:

"اضطراب دماغي يتصف بقيام المريض ببعض السلوكيات التشنجية والاهتزازية مع اضطراب في شعور الفرد ووعيه، وفي الجانب الحسي والحركي والنفسي" (الزاد،1990م، ص 25).
ويتبنى الباحث الحالي تعريف (الزاد، 1990م) وذلك لأنه يشمل التعريف العلمي الكامل لمرض الصرع، حيث إنه اشتمل على التغيرات التي تحدث لدى مريض الصرع وطبيعة ذلك المرض بصورة مختصرة وسهلة.

حدود الدراسة:

الحد الموضوعي: تم تطبيق برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع.

الحد المكاني: طبقت الدراسة على مرضى الصرع بمحافظة غزة.

الحد الزمني: تم إجراء الدراسة في الفصل الأول من العام 2016م.

الحد البشري: اقتصرت الدراسة على عينة من مرضى الصرع من فئة الذكور في بعض مراكز الرعاية الأولية بغزة والبالغ عددهم (18) مريضاً، أعمارهم ما بين (15 - 60 عاماً).

الفصل الثاني

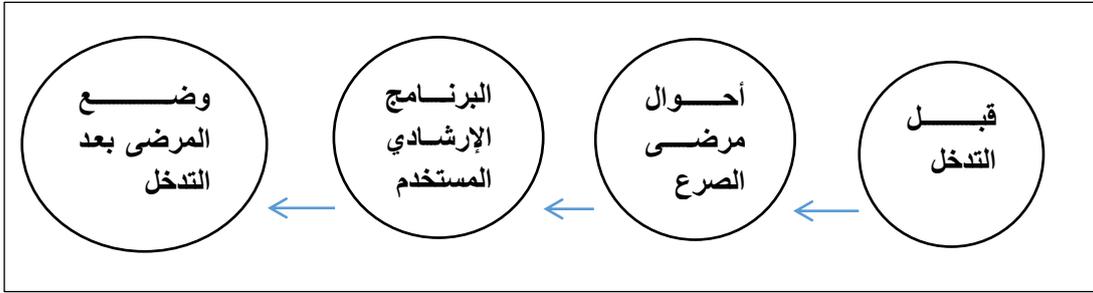
الإطار النظري

المبحث الأول: التدخلات النفسية

تمهيد:

هذه الدراسة تشتمل على محاولة معرفة فاعلية برنامج إرشادي في التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع وبالتالي فإن البرنامج الإرشادي يمثل متغير مستقل في حين أن النتيجة النهائية وهي تحسن الحالة لدى هؤلاء المرضى هي المتغير التابع.

شكل (1. 2): توضيح سير البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة



لقد تنوعت المدارس النفسية في نظرياتها المفسرة للسلوك الإنساني والطبيعة الإنسانية، وكذلك في تدخلاتها الإرشادية مع السلوكيات المضطربة، فتناول أحدهما الماضي وما به من صراعات كظاهرة التحليل النفسي، وركزت في تدخلاتها على حل تلك الصراعات، وتناولت نظرية أخرى الحاضر وما يشكله من سلوك متعلم وتعديله بصورة تعليمية كالنظرية السلوكية، وتناولت نظرية أخرى الجانب المعرفي الإنفعالي وتأثيره في تعديل وتشكيل السلوك كالنظرية المعرفية، وغيرها من النظريات المعروفة في المجال النفسي.

وإنه برغم الاختلافات بين تلك النظريات سواء في تفسيرها للسلوك الإنساني أو في تدخلاتها الإرشادية، إلا أن لكل منها سلبيات وإيجابيات، وقد قدمت كل منها مجموعة من الفنيات والتدخلات النفسية التي أثرت مكتبة كل مرشد ومعالج نفسي وساعدته في التعامل مع السلوكيات المضطربة.

وقد قام الباحث بالتوجه إلى هذه المكتبة النفسية وانتقاء ما فيها من فنيات وتدخلات ملائمة لموضوع البحث دون التقيد بنظرية محددة، وذلك حتى تكون المنهجية الانتقائية أكثر شمولاً ودقة في التعامل مع مرضى الصرع، فقد تم اختيار مجموعة من التدخلات النفسية التي شملت الإرشاد الديني والنظرية التحليلية والنظرية السلوكية المعرفية.

كما يرى الباحث بأن السلوك الإنساني مختلف في الاستجابة للإرشاد والعلاج النفسي فالبعض قد يتأثر بالإرشاد الديني والبعض قد يتأثر بالإرشاد السلوكي المعرفي. وهكذا فقد لا يفيد استخدام فنية واحدة في العملية الإرشادية وذلك يرجع إلى الاختلاف في طبيعة الشخصية الإنسانية.

وترجع هذه المنهجية الانتقائية للعالم ثورن 1945م الذي حاول أن يربط بين النظريات واختيار أفضل ما فيها، مما يمكن اعتماده بحيث ينتهي هذا الجهد إلى معالجة تقوم على إطار مرن يتناسب مع الحالات المختلفة، لأن المنهجية الانتقائية تقوم على أساس الاختلاف بين الأفراد والنظر لكل شخص في تفرد من حيث تكوينه وسلوكه، ومن ثم وضع خطة علاجية مناسبة له، فالمنهج الانتقائي يستفيد من المبادئ المستقاة من مختلف المدارس من أجل اتصال الحقائق وتكاملها. (أبو أسعد وعريبات ، 2009م ، ص 427)

والتدخلات النفسية تشمل الطرق الإرشادية التي سيستخدمها الباحث في التعامل مع حالات الصرع والتي تم تحديدها من خلال: الإرشاد الديني، الإرشاد السلوكي المعرفي، التفريغ الانفعالي، الاسترخاء.

أولاً: التدخل عن طريق الإرشاد الديني:

إن الدين يلعب دوراً هاماً في ديناميات السلوك الفردي والاجتماعي لأن العقيدة الدينية تعتبر أساساً رئيساً للسلوك الإنساني، فالدين له نظرة شاملة متكاملة في الطبيعة الإنسانية، وأسباب الاضطرابات النفسية تعود لارتكاب الذنوب وعدم الالتزام في الأوامر والنواهي الدينية.

كأن يشعر الفرد بالذنب والخوف والقلق، "وإن علاج هذه الاضطرابات يعتمد على قوة الإيمان والالتزام بالسلوك الديني، وإن التوبة والاستغفار طريق واسع للتخلص من القلق ويلعب الإرشاد الديني دوراً كبيراً في توفير الخدمات النفسية لكثير من الأفراد الذين يحضرون جلسات الإرشاد التي تعقد في المساجد ودور العبادة". (الداهري، 1999م، ص 27)

تعريف الإرشاد الديني: لقد قام العلماء والباحثون بوضع عدة تعريفات للإرشاد الديني منها:

1- عرفه (زهرا، 1998م) أنه "طريقة توجيه وإرشاد وعلاج وتربية وتعليم تقوم على معرفة الفرد لنفسه ولربه ولدينه ولقيمه ومبادئه الدينية والأخلاقية".

2- وعرفه (خضر، 2000 م، ص 220) بأنه "محاولة مساعدة الفرد لاستخدام المعطيات الدينية للوصول الى حالة من التوافق تسمح له بالقدرة على تجاوز معاناته إلى الحد الذي تساعده على النجاح في الحياة".

3- وعرفه (الأميري، 2004 م، ص 363) أنه "مجموعة من الأساليب والمعارف والخدمات يقدمها أخصائيو الإرشاد معتمدين على القرآن والسنة؛ بهدف تحقيق الصحة النفسية".

4- وعرفه (الحبيب، 2005 م، ص 12) أنه "طريقة من الطرق الإرشادية التي تستخدم فنيات الدين وقيمه ومفاهيمه في إصلاح عيوب النفس وإرجاعها الى فطرتها السليمة التي فطرها الله عليها".

أسباب الاضطراب النفسي في رأى الدين:

الذنب: هو مخالفة القوانين الإلهية واتباع هوى النفس الأمارة بالسوء. وتعتبر الذنوب والخطايا واقتراف الآثام وارتكاب المعاصي للقلب كالسوم إن لم تهلكه أضعفته، وهي لا تصدر إلا عن قلب ضعيف الايمان فعلا.

فقال تعالى: ﴿إِنَّ الذِّبْنَ يَكْسِبُونَ الْإِثْمَ سَيَجْزُونَ بِمَا كَانُوا يَقْتَرُونَ﴾ (الأنعام : 120).

الضلال: إن الضلال عن سبيل الله والكفر والإلحاد والبعد عن الدين ومعصية الله ورسوله، وعدم ممارسة العبادات وتشويش المفاهيم الدينية، يؤدي الى اضطراب السلوك، ومن الضلال اتباع الشيطان الذى يزين لهم أعمالهم مما يؤدي الى انحراف السلوك، قال تعالى: ﴿إِنَّ

الشَّيْطَانَ لَكُفْرٌ عَدُوٌّ فَاتَّخِذُوهُ عَدُوًّا إِنَّمَا يَدْعُوا حِزْبَهُ لِيَكُونُوا مِنْ أَصْحَابِ السَّعِيرِ﴾ (فاطر: 6)

ومن الضلال الإعراض عن ذكر الله مما يؤدي الى الشقاء ، وقال تعالى: ﴿وَمَنْ أَعْرَضَ عَن ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا﴾ (طه : 124).

الصراع: أخطرها لدى الإنسان هو الصراع بين قوى الخير وقوى الشر فيه، وبين الحلال والحرام، فالصراع قد ينشأ بين النفس اللوامة وبين النفس الأمارة بالسوء، فيتأثر اطمئنان النفس المطمئنة ويحولها ذلك إلى نفس مضطربة وكما هو معروف أن الصراع إذا استحكم صرع الإنسان وأدى الى القلق الذي يؤرقه ويخيفه وكما يقابل الفرد من صراعات نتيجة للفرق بين القيم المتعلمة والقيم الفعلية والفرق بين المثل التي يتبناها الفرد وبين الواقع الفعلي.

ضعف الضمير: يقول البعض إن الأمراض النفسية ومظاهر سوء التوافق النفسي هي أمراض الضمير، أو هي حيلة هروبية من تأنيب الضمير، ويضاف الى ضعف الضمير الضعف الأخلاقي والذي يترتب عليه الانحراف السلوكي.

أسباب أخرى: هناك أسباب أخرى كثيرة منها الأنانية، وإيثار الحياة الدنيا والتكالب عليها، واتباع الغرائز والشهوات، والتبرج والإغراء، والغيرة والحقد وحسد الناس على ما أتاهم الله من فضله، والشك والارتياب. (المشاقبة ، 2008 م ، ص 181)

الوقاية من الاضطرابات النفسية:

لقد اهتم علم الصحة النفسية اهتماما كبيرا بالوقاية من الاضطراب النفسي، أو ما يطلق عليه البعض (التحصين النفسي)؛ ولكي تتحقق الصحة النفسية يجب تقديم اهتماما كبيرا ببناء شخصية الفرد كما حددها الدين الإسلامي، حيث أن الإسلام اهتم اهتماما بالغا بنشأة الفرد وتربيته وتعديل سلوكه وتصحيح عقيدته وتحقيق إنسانيته، وتتكون شخصية المسلم من خطين رئيسين يندمجان مع بعضهما ليوجها معا سلوكه، وهما: العقيدة والشريعة، يقول تعالى: ﴿ بَلَى مَنْ أَسْلَمَ وَجْهَهُ لِلَّهِ وَهُوَ مُحْسِنٌ فَلَهُ أَجْرُهُ عِنْدَ رَبِّهِ وَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ ﴾ [البقرة : 212].

ومن أهم معالم الوقاية من الاضطراب والمرض النفسي:

الإيمان بالله تعالى: إن عماد الحياة الروحية ومنبع طمأنينة النفس ومصدر سعادتها، هو الإيمان بالله تعالى، ولكن بشرط أن تظهر آثار هذا الإيمان في سلوك الإنسان وعمله الصالح، قال تعالى: ﴿ إِنَّ الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ أُولَٰئِكَ هُمْ خَيْرُ الْبَرِيَّةِ ﴾ [البينة : 7].

تقوى الله: التقوى تنير البصيرة وتجعل الإنسان قادرا على التفريق بين الحق والباطل، قال تعالى: ﴿ يَأَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِن تَتَّقُوا اللَّهَ يَجْعَلْ لَكُمْ فُرْقَانًا ﴾ [الأنفال : 29].

حب الله: حب الله هو الإيمان الحق الذي تبدو آثاره في سلوك الإنسان، ومن أحب الله وأحب رسوله وجد حلاوة الإيمان، يقول تعالى: ﴿ قُلْ إِنْ كُنْتُمْ تُحِبُّونَ اللَّهَ فَاتَّبِعُونِي يُحْبِبْكُمُ اللَّهُ وَيَغْفِرْ لَكُمْ ذُنُوبَكُمْ وَاللَّهُ غَفُورٌ رَحِيمٌ ﴾ [آل عمران : 31].

خشية الله: خشية الله والخوف من عقابه تؤدي الى طاعته والبعد عن الشر والشهوات وتريح الضمير وتؤدي بالإنسان الى السلوك السليم وتجعله صالحا في الجماعة الإنسانية، يقول تعالى: ﴿ وَمَنْ يُطِيعِ اللَّهَ وَرَسُولَهُ وَيَخْشِ اللَّهَ وَيَتَّقْهُ فَأُولَٰئِكَ هُمُ الْفَائِزُونَ ﴾ [النور : 52].

الشكر لله: أن تعترف بفضل الله وإحسانه وتثنى عليه وتحمده وتظهر آثار نعم الله على لسانك ثناءً واعترافاً. (أبو أسعد ، 2011م ، ص 164)

أعراض الاضطراب النفسي في رأى الدين:

تعتبر أعراض الاضطراب النفسي في رأى الدين استجابة غير سوية لضمير الفرد بسبب ما تعرض له من اهمال، أو نتيجة لقيامه بسلوك يتضمن نوعاً من التحدي السافر لتعاليم الدين.

ومن الأعراض الرئيسة للاضطراب النفسي في رأى الدين ما يلي:

الانحراف: ويشمل الانحرافات السلوكية، والانحرافات الاجتماعية المختلفة مثل الكذب والسرقة والعدوان والتمرد والإدمان وغير ذلك من أشكال السلوك المنحرف.

الشعور بالإثم: ويكون الشعور بالإثم والخطيئة والذنب نتيجة لما ارتكبه الفرد من أعمال وسوس إليها الشيطان وكان يود ألا يرتكبها، ويعتبر عنصراً أساسياً في تكوين العصاب، وهذا مما يتقل كاهل الإنسان ويجعله يتوقع العقاب، وكما هو معروف أن محور الصراع هو الخطيئة، والشعور بالإثم، مما يهدد الذات ويسبب حالة عدم الاتزان النفسي وسوء التوافق الاجتماعي.

الخوف: ويقصد به الخوف المرضى الدائم المتكرر الذي لا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه، والذي يمتلك الإنسان المخطئ ويحكمه، ويصاحبه سلوك عصابي قهري.

القلق: وهو آفة العصر الذي أصبح يطلق عليه " عصر القلق " وهو خوف غامض غير محدد مصحوب بالتوتر والضيق والتهيب وتوقع الخطر، وعدم الاستقرار العام، مما يعوق الفرد عن الإنتاج ويجعل سلوكه مضطرباً.

الاكتئاب: وهو حالة يشعر فيها الفرد بالكآبة والكدر والغم والحزن الشديد وانكسار النفس والتشاؤم دون سبب أو لسبب تافه، فيفقد لذة الحياة ويرى أنها خالية من الأمن والسلام، لا معنى لها ولا هدف له فيها، فتنبط عزيمته ويفقد اهتمامه بعمله وشؤونه، وقد يكره الحياة.

(المشاقبة، 2008م، ص 182)

استخدام الإرشاد الديني:

"يستخدم الإرشاد النفسي الديني بصفة خاصة في الحالات التي يتضح أن أسبابها وأعراضها تتعلق بالسلوك الديني للمريض، ويفيد أيضاً في حالات القلق والوسواس، والهستيريا، وتوهم المرض، والاضطرابات الانفعالية، ومشكلات الزواج، والإدمان، والمشكلات الجنسية" (المشاقبة، 2008 م، ص 184) .

الأسس التي يقوم عليها الإرشاد والعلاج النفسي في الإسلام:

قابلية السلوك للتعديل: فالإنسان هو مفطور على الإسلام وعلى الخير حيث يكتسب عددا من السلوكيات في حياته ومن السلوكيات ما يخالف المنهج الإسلامي ولكن الإسلام يقر في وضوح أن السلوك قابل للتغيير فالخالق سبحانه وتعالى زود الإنسان بالحواس وبالعقل؛ ليستقبل ثم ليدرك ويحلل ويفكر ويميز ويتحكم في جوارحه.

الجوانب العقلية جزء هام في تعديل السلوك: إن محور الهداية والانضباط للإنسان يقع في قدراته العقلية التي تميز بها عن سائر المخلوقات، ولكن هذه القدرات العقلية لا تكفي وحدها ولكن لا بد من تفاعلها مع المشاعر الإنسانية المرتبطة بفطرة الإنسان فلا بد من التنشئة السليمة.

تصرفات الإنسان تقوم على أساس من الوعي والشعور بها: فالأصل في تصرفات الإنسان أنها تحت سيطرة عقله الواعي والناصح ولهذا ارتبط التكليف بالعقل والبلوغ وفي ضوء المنهج الإسلامي فإن الشخص غير الواعي لا يسأل عما يعمل حيث قال صلى الله عليه وسلم (رفع القلم عن ثلاث النائم حتى يستيقظ، والمجنون حتى يفيق، والصبي حتى يبلغ)

[التنوير شرح الجامع الصغير 16/262: 4446].

إن المسؤولية فردية وجماعية: فالشخص البالغ العاقل يحاسب عن عمله وحده سواء أكان خيرا أم شرا ولكن أيضا هناك مسؤولية جماعية فالمؤمنون يتواصلون فيما بينهم بالحق والأمر بالمعروف والمسلم مسئول عن وقاية نفسه وأهله.

يقر الإسلام مبدأ الفروق الفردية: فالأفراد متباينون في الخلق وفي الرزق وفي السلوك ولكل فرد طاقة يرتبط بها. ﴿لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا﴾ [البقرة: 386].

﴿لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا مَاءً آتِنَاهَا﴾ [الطلاق: 7] ، ﴿إِنَّ سَعْيَكُمْ لَشَتَّى﴾ [الليل: 4]

الإرشاد والعلاج يكون بدافع من الشخص نفسه: فالإنسان مطالب في الإسلام أن يحاسب نفسه ويزكيها وأن يأمرها بالخير وينهاها عن الشر وأن يقودها إلى الهداية فقال تعالى ﴿إِنَّ اللَّهَ لَا يَغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ﴾ [الرعد: 11].

مبدأ الإرشاد والعلاج علم ثم عمل: ولأن الإنسان قد كرمه الله بالعقل فإنه يحتاج أن يعلم الصواب من الخطأ ثم يعمل بما علم به. ﴿ فَأَعْلَمَ أَنَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ وَأَسْتَغْفِرُ لِدُنْيَاكَ ﴾ [محمد:19].

مبدأ اختيارية القرار وحرية التصرف: فالإنسان المسلم يتحمل مسؤولية ما يصل إليه من قرار، أن يقرر أموره الخاصة ﴿ لَسْتَ عَلَيْهِمْ بِمُصَيِّرٍ ﴾ [الغاشية : 22]. ﴿ وَأَبْلَوْا الَّذِينَ حَتَّىٰ إِذَا بَلَغُوا النِّكَاحَ فَإِنْ ءَأَسْتُم مِّنْهُمْ رُّشْدًا فَادْفَعُوا إِلَيْهِمْ أَمْوَالَهُمْ ﴾ [النساء: 6]. ﴿ لَا إِكْرَاهَ فِي الدِّينِ قَدْ تَبَيَّنَ الرُّشْدُ مِنَ الْغَيِّ ﴾ [البقرة : 256].

تختلف طرق الإرشاد والعلاج باختلاف الموقف وحالة الفرد: فلا تستخدم طريقة واحدة وإنما يتوقف ذلك على الشخص وسنه وإدراكه وعلى الموقف الذي يحدث فيه الانحراف ومدى الضرر الذي يحدث.

التدرج من الأساليب البسيطة والمرغوبة إلى الأساليب الصعبة: فلا يستخدم التوبيخ قبل النصح ولا الضرب قبل التوبيخ فالعقاب يأتي تدريجياً فقال تعالى ﴿ وَاللَّيْلِ تُخَافُونَ دُشُورَهُمْ فِعْظُوهُمْ وَاهْجُرُوهُمْ فِي الْمَضَاجِعِ وَأَصْرِيوهُمْ فَإِنْ أَطَعْتَكُمْ فَلَا تَبْغُوا عَلَيْهِمْ سَبِيلًا إِنَّ اللَّهَ كَانَ عَلِيمًا كَبِيرًا ﴾ [النساء: 34]. فهنا يوجد تدرج بثلاث أساليب مختلفة منها الأسلوب العقلي والأسلوب المتصل بالمشاعر والأسلوب المتصل بالبدن.

القائم بالعلاج والإرشاد ينبغي أن يتخلق بخلق الإسلام: فالمرشد عليه أن يكون عارفاً بالمنهج الإسلامي، متمسماً بالحكمة واستخدام الموعظة، رقيقاً في القول والفعل، مبشراً لا منفراً، عمله يطابق قوله، يعطى القدوة الحسنة لمن يسترشدون به.

إن الإسلام قد اهتم بالعديد من الجوانب في العلاج: فنجد في الإسلام الجوانب البيولوجية، وجوانب التفكير، وجوانب التعليم، ومخاطبة المشاعر.

المنهج الإسلامي ينير للمرشد طريقه سواء كان عمله في الجانب الإنمائي أم الوقائي أم العلاجي: ففي الجانب الإنمائي نجد أسس التربية الإسلامية واضحة في أجل صورها فقال تعالى ﴿ يَأْتِيهَا الَّذِينَ ءَأْمَنُوا أَوْفُوا بِالْعُقُودِ ﴾ [المائدة: 1].

﴿ إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَىٰ أَهْلِهَا وَإِذَا حَكَمْتُمْ بَيْنَ النَّاسِ أَنْ تَحْكُمُوا بِالْعَدْلِ إِنَّ اللَّهَ نِعِمَّا يَعِظُكُمْ بِهِ إِنَّ اللَّهَ كَانَ سَمِيعًا بَصِيرًا ﴾ [النساء : 58].

أما في الجانب الوقائي قال تعالى ﴿ قُلِ لِلْمُؤْمِنِينَ يَعْضُوا مِنْ أَنْصُرِهِمْ وَيَحْفَظُوا فُرُوجَهُمْ ﴾ [النور : 30] ، قال تعالى ﴿ وَقُلِ لِلْمُؤْمِنَاتِ يَعْضُنَ مِنْ أَنْصُرِهِنَّ وَيَحْفَظْنَ فُرُوجَهُنَّ ﴾ [النور : 31] ، وقال تعالى : ﴿ وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا ﴾ [النساء : 29]. أما في الجانب العلاجي قال تعالى ﴿ وَإِنْ خِفْتُمْ شِقَاقَ بَيْنِهِمَا فَأَبْعَثُوا حَكَمًا مِّنْ أَهْلِهِ وَحَكَمًا مِّنْ أَهْلِهَا إِنْ يُرِيدَا إِصْلَاحًا يُوَفِّقِ اللَّهُ بَيْنَهُمَا إِنَّ اللَّهَ كَانَ عَلِيمًا حَكِيمًا ﴾ [النساء : 35].

وقال تعالى ﴿ وَإِنْ طَافَيْنَا مِنْ الْمُؤْمِنِينَ أَفْتَلَوْا فَأَصْلِحُوا بَيْنَهُمَا فَإِنْ بَغَت إِحْدَاهُمَا عَلَى الْأُخْرَىٰ فَقَاتِلُوا الَّتِي تَبَغَىٰ حَتَّىٰ تَفِيءَ إِلَىٰ أَمْرِ اللَّهِ فَإِنَّ فَاءَ مَا صُلِحُوا بَيْنَهُمَا بِالْعَدْلِ وَأَقْسَطُوهَا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُقْسِطِينَ ﴾ [الحجرات : 9] (الشناوي ، 1999 م ، ص 231) .

الفنيات المستخدمة في الإرشاد الديني:

1- فنية الاستبصار:

وهي عبارة عن إدراك العلاقات بين الأشياء وبين المثيرات والأسباب والنتائج المختلفة والكمليات والجزئيات الأمر الذي يساعد الفرد على الوصول الى الأهداف التي يريدها وهو بالتالي عملية ذاتية يقوم بها الفرد عندما يقف أمام مثير معين (أبو أسعد وعربيات، 2009م، ص 412).

وبالتالي يستطيع المريض أن يفهم مشكلاته النفسية والأسباب المؤدية إليها وأن يفهم نفسه وطبيعته الإنسانية وأن يميز بين الخير والشر وأن يتقبل المفاهيم الجديدة وأن يكون بمثابة مراقب لنفسه فيقول تعالى: ﴿ بَلِ الْإِنْسَانُ عَلَىٰ نَفْسِهِ بَصِيرَةٌ ﴾ [القيامة: 14] .

2- فنية التعلم:

وهو يتضمن اكتساب الفرد لمهارات وقيم واتجاهات جديدة ومن خلال ذلك يتم تقبل الذات و الآخرين وبالتالي يستطيع الفرد أن يتحمل المسؤولية اتجاه النفس والآخرين وتصبح لديه القدرة على تكوين علاقات اجتماعية مبنية على الثقة المتبادلة والقدرة على التضحية وخدمة الآخرين واتخاذ أهداف واقعية في الحياة والقدرة على الصمود والعمل والإنتاج في الحياة وبالتالي

تتكون النفس اللوامة التي تتعلق بالضمير (الأنا الأعلى) حيث تشكل الرقابة على النفس وذلك بالبعد عن المعاصي فتحدث الاستقامة لدى الفرد ومن هنا تحدث الطمأنينة النفسية للفرد وهي ما تعرف بالنفس المطمئنة قال تعالى: ﴿يَأْتِيهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ ﴿٢٧﴾ أَرْجِعِي إِلَىٰ رَبِّكِ رَاضِيَةً مَّرْضِيَةً ﴿٢٨﴾ فَأَدْخِلِي فِي عِبَادِي ﴿٢٩﴾ وَأَدْخِلِي جَنَّتِي ﴿٣٠﴾﴾ [البلد : 27-30]

3- فنية الدعاء:

وهي تتضمن الاستعانة بالخالق عز وجل والتضرع والالتجاء إليه في كشف الضر عند الشدائد فقال تعالى ﴿وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ فَلْيَسْتَجِيبُوا لِي وَلْيُؤْمِنُوا بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ ﴿١٨٦﴾﴾ [البقرة: 186] ، وقال صلى الله عليه وسلم: (إذا سألت فاسأل الله وإذا استعنت فاستعن بالله) [شرح الأربعين نوية في الأحاديث الصحيحة النبوية 75/1] . وهنا عندما يطلب الإنسان العون من الخالق وهو القوى القادر بالتالي يشعر بالطمأنينة والسكينة ويزول عنه الخوف ويتخلص من الهم والتوتر والضيق ويجب على الإنسان ألا يترك الدعاء بل يستمر به سواء بالسراء أو في الضراء.

4- فنية الاستغفار:

الإنسان غير معصوم من الخطأ فإذا أخطأ اتجاه نفسه وشعر بظلم النفس وتأنيب الضمير، لا يقنط من رحمة الله بل يذكره ويستغفره، واثقا في قوله تعالى: ﴿فَقُلْتُ اسْتَغْفِرُوا رَبَّكُمْ إِنَّهُ كَانَ غَفَّارًا ﴿١٠﴾﴾ [نوح:10].

وقال تعالى: ﴿وَمَنْ يَعْمَلْ سُوءًا أَوْ يَظْلِمْ نَفْسَهُ ثُمَّ يَسْتَغْفِرِ اللَّهَ يَجِدِ اللَّهَ غَفُورًا رَحِيمًا ﴿١١٠﴾﴾ [النساء: 110] . (زهران، 2005م، ص 355).

5- فنية الملاحظة:

تعتبر من الطرق المهمة في الحصول على المعلومات والبيانات عن موقف أو ظاهرة نفسية أو تربوية فالملاحظة تزود الأفراد بسجل دقيق لعدد من الاحتكاكات الاجتماعية أو النفسية أو التربوية أو السلوكية، وقد تكون الملاحظة عفوية أو منتظمة، وحتى تكون الملاحظة هادفة وفاعلة لا بد من عدة شروط هي: العمل على تحديد موضوع الملاحظة، وتوزيع مدة الملاحظة على عدد الفترات بالتساوي، وضرورة إخضاع الأشخاص الذين يقومون بعملية الملاحظة إلى فترة من التدريب، وتسجيل نتائج الملاحظة، وتتم في مكان مناسب ليتم الملاحظة خلاله بشكل جيد.

وأشار القرآن لأهمية الملاحظة والمشاهدة في حياة النبي صلى الله عليه وسلم كنموذج أولى في حياة الناس لما لها أثر في النفس الإنسانية كالسلوك، والمعاملة ويتضح ذلك من القرآن الكريم في قوله تعالى ﴿ لَقَدْ كَانَ لَكُمْ فِي رَسُولِ اللَّهِ أُسْوَةٌ حَسَنَةٌ لِّمَن كَانَ يَرْجُوا اللَّهَ وَالْيَوْمَ الْآخِرَ وَذَكَرَ اللَّهَ كَثِيرًا ﴾ [الأحزاب: 21].

6- فنية التنفيس الانفعالي:

ويتضح ذلك في قول النبي صلى الله عليه وسلم حينما فقد ولده إبراهيم (إن العين لتدمع وإن القلب ليحزن... قالوا: أتبكي يا رسول الله وقد نهيتنا عن البكاء؟ قال: هذه رحمة جعلها الله في قلوب المؤمنين). [شرح صحيح البخارى 8/10] . (المزيني، 2006م، ص 64).

7- فنية الحديث مع النفس:

من خلال ما سبق نرى أن الإرشاد الإسلامي يتسع لكل طريقة يفكر بها الباحث المسلم ولكن فقط عندما نطبقها كمرشدين مسلمين ينبغي أن نستخدمها في إطار المنهج الإسلامي القائم على وجود عقيدة صحيحة والقيام بواجب العبادة وشروط المعاملة، وإن لم نطبق هذه الطرق في هذا الإطار فإن النتيجة ستكون كما يحدث في الغرب: ظاهرا فيه الشفاء، وباطنا فيه انحراف جديد سرعان ما يظهر مرة أخرى.

8- فنية الموعدة:

للموعدة الأثر البالغ في النفوس لذا لم يهمل النبي صلى الله عليه وسلم هذا الأمر بل كان حريصا على استخدامها في حياته في تعليم أصحابه وإرشادهم بها إلى الطريق السليم والمستقيم ويتضح ذلك جليا في قصة النبي مع الشاب الذي جاء للنبي صلى الله عليه وسلم يستأذنه في الزنا.

9- فنية التعزيز:

والتعزيز هو أي فعل يؤدي الى زيادة في حدوث سلوك معين أو تكرار حدوثه والتعزيز يأخذ أشكالا متعددة ومتنوعة مع الموقف النفسي أو التربوي، مثل المدح والثواب وقد يكون التعزيز إيجابيا أو سلبيا ويقصد بالتعزيز الإيجابي أي فعل أو حادثة يرتبط بتقديمها للفرد زيادة السلوك المرغوب فيه ، أما التعزيز السلبي فيتمثل في توقف أو منع حدث غير سار أو منفر عند ظهور السلوك المرغوب فيه ، ويتضح ذلك من خلال الثواب والمدح في تنمية التعزيز الداخلي بطلب الأجر من الله مثال ذلك قول النبي صلى الله عليه وسلم: (من قتل قتيلا فله سلبه) [مرويات غزوة حنين وحصار الطائف 657/2] ، (من أحيا أرضا ميتة فهي له) [الوجيز

في إيضاح قواعد الفقه الكلية [374/1]، ﴿الَّذِينَ يُنْفِقُونَ فِي السَّرَّاءِ وَالضَّرَّاءِ وَالْكُظَيْمِ وَالضَّيْفِ وَالْعَافِينَ عَنِ النَّاسِ وَاللَّهُ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ﴾ [آل عمران: 134]. (إبراهيم ، والدخيل ، وإبراهيم 1990 م، ص 72).

10- فنية التدرج في تعديل السلوك:

ونلاحظ أن الآيات القرآنية أشارت بصورة واضحة على هذه الفنية الإرشادية في أكثر من موقع في القرآن الكريم ونضرب على ذلك، مثال: كيفية تحريم الربا، وتحريم الخمر، مر ضمن مراحل منهجية قرآنية في معالجته على عدة مراحل مختلفة. (المزيني، 2006 م، ص 59).

ويرى الباحث أن الإرشاد الديني هو من أهم أنواع الإرشاد النفسي وذلك لأنه ينمي ويقوى الجانب الإيماني والروحاني لدى المرضى وهذه الجوانب تكون الأقرب للنفس الإنسانية من أى جوانب أخرى فبالتالي يبعث الأمل والطمأنينة والسكينة في النفس الإنسانية والذي بدوره يساهم في رفع المناعة النفسية لدى المرضى مما يؤثر ذلك إيجاباً في شخصية وسلوكيات وانفعالات المرضى من خلال إحداث ما يسمى بالتكيف والانسجام مع أحداث الحياة المختلفة والصعبة كما ويقف ذلك حائلاً أمام حدوث الاضطرابات النفسية المختلفة فبالتالي يستطيع المرضى مواجهة كافة أنواع التحديات الحياتية الصعبة بكل يسر وسهولة وهدوء ، ذلك يساهم في تحقيق الحياة الطيبة والأمنة لدى المرضى التي يكون ملؤها الأمل والطمأنينة والسعادة و المحبة والتفاعل والاندماج الاجتماعي و هذا هو قمة الاستشفاء وأن الاستشفاء لا يمكن أن يتحقق أبداً إلا بالطاعة والتقرب إلى الخالق عز وجل والابتعاد عن طرق المعاصي المتنوعة و المختلفة التي بدورها تفقد المرضى السيطرة الجيدة والصحيحة على سلوكياتهم و انفعالاتهم وبذلك يصبح المرضى فريسة سهلة للوقوع في وحل الاضطرابات النفسية والجسدية المختلفة ، فبالتالي يساهم الإرشاد الديني بصورة إيجابية وفاعلة في تعديل السلوك المضطرب وتصحيح الأفكار الخاطئة وتوجيه النفس الإنسانية نحو طريق الصواب و الخير الذي بدوره يقوم بتحقيق جانب الوقاية والحماية لدى النفس الإنسانية من كل شر وسوء مما يؤدي إلى حدوث الاتزان الانفعالي والنفسي لدى المرضى كما و يفيد الإرشاد الديني في منع المرضى من الإصابة بالاعترا ب النفس .

ثانياً: التدخل عن طريق الإرشاد المعرفي السلوكي:

الإرشاد المعرفي السلوكي أسلوب إرشادي يتميز بتأكيده على الأنشطة المعرفية مثل المعتقدات والتوقعات والعبارات الذاتية وحل المشكلات، كما يعمل على دمج الفنيات المستخدمة في الإرشاد السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك والجوانب المعرفية للمسترشد الذي يطلب خلالها المساعدة، بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه ، يتحدث (المنكوش، 2011م، ص 35) أن الإرشاد المعرفي السلوكي يعد أحد التيارات الإرشادية الحديثة التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية، ويهدف هذا الأسلوب من الإرشاد إلى إقناع المسترشد بأن معتقداته غير منطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف، ويهدف بذلك إلى تعديل إدراكات المسترشد المشوهة ويعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملائمة للتفكير، من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لديه.

ويوضح سهيل (2013م، ص103) بأن الإرشاد السلوكي المعرفي " هو منهج علاجي يعتمد على الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي بفنيتاهما المتعددة، ويركز على التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد : معرفياً ، وانفعالياً ، وسلوكياً ، وذلك من خلال التأثير في عمليات التفكير المشوهة لدى العميل وتعليمه طرقاً أكثر ملائمة للتفكير المنطقي المقبول للصحة النفسية".

وتعتبر نظرية الارشاد المعرفي السلوكي نتاج تداخل ثلاث مدارس هي الارشاد السلوكي، العلاج المعرفي، علم النفس الاجتماعي المعرفي، وترتكز على إطار نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا bandura حيث يري أن عملية التعليم تتم من خلال إدراك الناس لمواقف حياتهم ومن خلال تصرفاتهم التي تنتج عن الأحوال البيئية التي تؤثر على سلوكهم بطريقة تبادلية، والسلوكيات التي يتم التركيز عليها تعرف بالسلوكيات المستهدفة وتبدأ بوقائع السلوك التي تسبق المشكلة والأحداث التي تليها تسمى النتائج ويكون استخدام النتائج الإيجابية لتغيير السلوكيات المرضية من خلال أهمية نظرية التعلم الاجتماعي والخبرات التي تنتج عن السلوك يمكن أن تعمل على تحديد ما يفكر فيه الفرد وما يمكن أن يفعله والذي بدوره يؤثر على السلوك التالي وفي نظرية التعلم الاجتماعي يمكن من خلال الأفكار والمشاعر توضيح السلوك

(Lesser& Cooper, 2001, p.151).

وبصورة أوضح الارشاد المعرفي السلوكي عبارة عن مظلة تنطوي على العديد من أنواع العلاج التي تتشابه في جوهرها وتختلف في مدى تأكيدها على أنواع معينة من الفنيات .وعلى الرغم من أنه من الممكن رصد أكثر من عشرين نوعا من هذه الأنواع إلا أن أشهرها ما يأتي:

- 1- التصورات الشخصية لكيلى Kelly .
- 2- العلاج العقلاني الانفعالي لإليس Ellis .
- 3- العلاج المعرفي لبيك Beck .
- 4- أسلوب حل المشكلات عند جولد فريد وجولد فريد Goldfred & Goldfred .
- 5- تعديل السلوك المعرفي عند ميكنباوم Meichenbaum . (المحارب ، 2000 ، ص2)

في هذا الصدد؛ يذكر عمر (2003م، ص 47) "أن الإنسان وحده هو المسئول عن خلق الاضطرابات الانفعالية السلبية والاستجابات السلوكية التخبطية بسبب اعتقاداته الخاطئة غير العقلانية المسببة للمشاعر السلبية، وأن تغيير هذه الاعتقادات الخاطئة يعد قلب العملية الإرشادية في العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني".

تعريف الإرشاد المعرفي السلوكي:

"هو منهج إرشادي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عملية التفكير لدى العميل" (السيد، 2009م، ص 712) .

قواعد الارشاد المعرفي السلوكي :

العلاقة بين المعالج والعميل لها أهميتها في العلاج المعرفي السلوكي كباقي أنواع العلاج، فهي تقدم الوسط الملائم للتقدم للعلاجي، حيث يؤكد معظم المعالجين المعرفيين السلوكيين على أهمية علاقة المعالج بالمريض، وعلى دورها في العملية العلاجية . ويؤكد أغلب المعالجين المعرفيين السلوكيين على بعض المتطلبات منها:

- 1- دور نشط بين المعالج والعميل في سبيل تحقيق هدف واحد، فالعلاج المعرفي هو خبرة تعلم يلعب فيها المعالج دوراً نشطاً في مساعدة عملية على الكشف عن التحريفات الإدراكية.

2- أن يُبلغ المعالج (العميل) بأن لديه معلومات هامة يجب عليه طرحها في الجلسات؛ للتوصل إلى أفضل الطرق للتغلب على ما يعانيه من مشكلات، ف لدى المعالج الفنيات والأسلوب العلاجي الملائم، ولدى العميل المعلومات عن خبراته الفريدة، وهو الشخص الوحيد الذي يستطيع شرح أفكاره، ومشاعره، وهذه الخبرات تحدد الكيفية التي تستخدم بها القواعد العلاجية التي ينوي المعالج تطبيقها.

3- السماح للعميل بإبداء الرأي والتعليق على ما يجري وطرح أسئلته لكي يكون بإمكانه معرفة أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تساعد في التوصل لاتخاذ القرارات واختيار البدائل المؤدية لتحسن حالته

(السيلان ، 2003 م ، ص 20).

أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي:

يشير مليكة (1990م، ص 192) إلى أنه لا تختلف أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي مع أهداف الإرشاد النفسي بشكل عام وهي تشمل:

1- الإقلال من المعاناة الذاتية للفرد والأفعال اللائقومية، والإقلال من الإضرابات العصابية وحل المشكلات.

2- مساعدة المسترشد وإكسابه الاستبصار.

3- تعليم المسترشد تعديل اتجاهاته ومعتقداته، وتبني التفكير العقلاني والأفكار المنطقية حتى بعد انتهاء العلاج.

تتنوع الفنيات المستخدمة في الإرشاد المعرفي السلوكي وتصنف في ثلاثة أنواع كالتالي:

1- فنيات خبرية إنفعالية Experiential-emotive techniques: وهي الفنيات التي تتعرض لمشاعر المريض وأحاسيسه وردود أفعاله تجاه المواقف والمثيرات المختلفة والخبرات المنشطة، خاصة فيما يتعلق منها بمشكلاته.

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

3- فنيات سلوكية Behavioral techniques: وهي الفنيات التي تساعد على التخلص من المرض من السلوك غير المرغوب أو تعديله، وتغييره إلى سلوك مرغوب مع تدعيمه (زهرا، 2004م، ص 83).

فنيات وخصائص الإرشاد المعرفي السلوكي:

1-التعليم النفسى Psycho Education:

"حيث أن الجلسات الأولى تكون مخصصة للتعليم النفسى حيث يزود المرشد العميل بمعلومات حول تركيبية الجلسات والمبادئ الإرشادية للتدخل السلوكى المعرفى" (michle , 2008, p.87)

2-المراقبة الذاتية:

يقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفى السلوكي، قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة، أو نماذج معدة مسبقا من المعالج وفقا لطبيعة مشكلة المريض.

ويحرص المعالج على البدء في استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن، من خلال عملية التقييم لكي يتمكن من التعرف إلى مشكلة المريض بشكل يسمح له بإعادة صياغة مشكلة المريض والاستمرار في استخدامها لمتابعة العملية العلاجية، وبالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض، وتقدم أدلة تحد من ميل المريض إلى تذكر فشله بدلا من تذكر نجاحاته (المحارب، 2000م ، ص 118) .

ويطلب المعالج من المريض تعبئة هذه الاستمارة بتسجيل وقت ومصدر المواقف التي تسبب القلق والخوف، والأعراض الجسدية والأفكار التي تصاحبه.

3-فنية المتصل المعرفى:

وفى هذه الفنية يطلب من المريض أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الآخرين، وعلى سبيل المثال، يطلب من المريض الذي لديه اعتقاد " أنا شخص عديم الفائدة " أن يعرف المقصود بعديم الفائدة، ثم يطلب منه أن يشير أين سيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة.

وهي فنية مفيدة لاستبدال الأفكار التلقائية وكذلك الاعتقادات الأساسية، وتفيد في التعامل مع التفكير الثنائي (كل شيء أو لا شيء) (المحارب، 2000م، ص 217)

4- إعادة البنية المعرفية:

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

5- فنية صرف الانتباه:

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

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

6- ملء الفراغات:

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

7- تعليم المسترشد أن يكون معالجا لنفسه (التعليم الذاتي):

أحد الأسباب التي تجعل الإرشاد المعرفي السلوكي فعالا وجيدا ومحددا للهدف من تلك العملية الإرشادية هو غزارة المهارات التي يتعلمها المسترشد وتعتبر المشاركة الفعالة للمسترشد

داخل الجلسات أو فيما يتعلق بالمهام خارجا عاملا حاسما في كفاءته على أن يصبح معالجا لنفسه.

8- الواجب المنزلي:

يلعب الواجب المنزلي دورا هاما في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص في زيادة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي ، إذ أنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختم بها المعالج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية ، وتساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج و المريض ، وذلك يؤثر في طريقة أداء المريض في كل الخطوات ، وتأخذ الواجبات المنزلية عدة أشكال فيطلب المعالج من المريض تسجيل الأفكار الآلية ، والاتجاهات المختلفة وظيفيا ، أو إجراء تجربة سلوكية أو معرفية لها أهداف محددة ومتعلقة بمشكلاته ، بالإضافة إلى كيفية إجرائها والاهتمام بمراجعتها في بداية كل جلسة (معوض ، 1996م ، ص ص 117-118) .

9- تقليل الحساسية التدريجية:

"ويقصد به التخلص التدريجي من ارتباط السلوك المضطرب بشيء أو حادث معين، ويتم ذلك بتحديد وتعريض المسترشد بتكرار متدرج لهذه المثيرات، وهو في حالة استرخاء حتى لا تنتج الاستجابة المضطربة ثم يتم التعرض للمثيرات المتدرجة في الشدة حتى يتم الوصول إلى عدم استثارته للاستجابة المضطربة". (أبو غالي، 2011م، ص 59).

10-التدريب على أسلوب حل المشكلات:

"فمن خلاله يتم التدريب على خطوات حل المشكلة، كتوليد البدائل التي يمكن أن تستخدم وتقييمها، والنتائج المرتبطة بها، ثم اختيار الحل المناسب وتصميم الخطة وممارستها" (السيد ، 2009م، ص 715) وهناك عدة مراحل يجب إتباعها في أثناء حل المشكلات وهي:

1-مرحلة إدراك وجود المشكلة وفيها يدرك الشخص بأن لديه مشكلة فمن المهم أن ينتبه إلى مشاعره عندما يكون متوترا أو مضطرباً.

2-خفض الإثارة: عن طريق التوقف عن التفكير التلقائي، فضبط النفس يكسر دائرة الإثارة المفرطة، وفرط الإثارة يمكن أن يستثير سلوكيات غير مرغوبة؛ لأنها تستطيع أن تقطع تسلسل حل المشكلة.

3-وضع صياغة للمشكلة: من خلال التركيز على المطلوب عمله، وليس من خلال سبب الإحباط، وتقدير حجم المعلومات المتاحة، ثم عرض المشكلة في شكل يمكن حله بشكل إيجابي.

4-التفكير بطريقة الحل البديل: يشير إلى السلوك العقلي المنتج لحلول بديلة عديدة لمشكلة واحدة من تلك المشاكل التي تم الاختيار من بينها.

5-التفكير بالعواقب: فإذا فكر الفرد في عواقب الفعل الذي سيقوم به، سواء أكان على نفسه أو على الآخرين أو الأشياء المحيطة به سيكف عن هذا الفعل.

6-مهارة التفكير العلمي: وفيها يتم تقديم إجابات عن الأسئلة، مثل لماذا؟ كيف؟ أيمن؟

7-تقييم النتائج: من خلال النظر إلى السبب والنتيجة والعلاقات بينهما، التعلم من النتائج وهل وصلت إلى اختيار جيد أم لا، تعلم الأخطاء، تجنب لوم الذات على محاولة التفكير المتغير الضعيف غير المجدي، تعلم القيمة الاستراتيجية لحل المشكلات (عمارة، 2008م، ص ص 498-499).

ويرى الباحث أن الإرشاد المعرفى السلوكى هو عبارة عن مجموعة من الإجراءات التي تؤدى إلى توجيه الفئة المستهدفة للدراسة إلى التركيز نحو الأفكار السلبية ومحاولة ضحدها ومن ثم تعديلها وذلك من خلال استبدالها بأفكار إيجابية وصحيحة وهو بمثابة تغيير الواقع السلبى للأفراد واستبداله بواقع إيجابى وبالتالي تتحقق الطمأنينة النفسية فإذا أردنا تغيير واقعنا فينبغى علينا إجراء تعديل على هذه الأفكار ، وأن الإرشاد المعرفى السلوكى يركز على التشوهات المعرفية والأخطاء الفكرية ويعمل على تعديلها وتنقيتها وإزالة جميع الشوائب والعثرات الضارة بالنفس الإنسانية ؛ لأنه تتحقق بذلك البيئة الجيدة للإصابة بالأمراض النفسية المختلفة وإزالة مثل هذه التشوهات والأفكار يؤدى إلى المساهمة في مكافحة الأمراض النفسية المختلفة والخطيرة والتي قد ينتج عنها ما لا يحمد عقباه ، كما أن الإرشاد المعرفى السلوكى ليس له علاقة بالماضى وإنما يركز على الحاضر من خلال تركيزه على ما يحدث للأفراد من مشكلات انفعالية و سلوكية و نفسية في الوقت الحاضر وهو يكون بمثابة تعليم وتوجيه للأفراد على كيفية التفكير و الشعور حتى يتم إصدار السلوكيات والانفعالات السليمة من قبل الأفراد ، كما أن التقنيات المستخدمة في الارشاد المعرفى السلوكى تتم بصورة واضحة وموجهة نحو مشكلة المريض بكل دقة و كفاءة وعناية وتعتمد على أسلوب الإقناع ويعتمد نجاح العملية الإرشادية في الإرشاد المعرفى السلوكى في الدرجة الأولى على حدوث التعاون والتفاهم المشترك بين المرشد والمسترشد .

ثالثاً: التدخل عن طريق أسلوب التنفيس الانفعالي:

تعريف التنفيس الانفعالي:

"هو عبارة عن برنامج تدخل في الأزمات، شامل متعدد الخطوات، متماسك يتسع لجميع مراحل الأزمة، وهذه الطبيعة الشمولية تعطيه المرونة ليكون قابل للتطبيق في مواضع مختلفة وبشكل واسع، بهدف التقليل من أو التحكم في الجوانب الخطيرة من الضغوطات الصادمة" (Mitchell & Everly, 1998, p.6).

تاريخ التنفيس الانفعالي:

تصف كل من (Rose & Tehrani, 2002, p.2) التنفيس الانفعالي "بأنه تدخل يقوم به مهنيون مدربون بعد وقوع الحدث بوقت قصير. يسمح فيه للضحايا بالحديث عن تجربتهم، ويتلقون معلومات عن ردود الفعل الطبيعية لمثل هذه الاحداث". وترى كل من (Rose & Tehrani, 2002, p.2) أن أول ظهور للتنفيس الانفعالي كان في خلال الحرب العالمية الأولى حيث قام كل من (Kardinar & Spiegel) في عام 1940م بتصميم هذا الأسلوب من التدخل القائم على السرعة وتحديد توقعات الضحايا باتجاه الحدث ، ثم إبان الحرب العالمية الثانية وتحديداً عام 1944م ظهر ما يعرف بأسلوب مارشال للتفريغ الانفعالي حيث قام هو وجنرال في الجيش الأمريكي بجمع الجنود العائدين من المعارك وإتاحة الفرصة لهم للحديث عما دار في المعركة وعن تجاربهم الشخصية في هذه المعركة وكان الهدف الرئيس من هذا التدخل هو جمع معلومات حول المعركة وما دار فيها ، ولكن بالرغم من ذلك كان هذا الأسلوب يتناول نقاطاً مهمة ومنها:

- 1- كان مارشال يحدد الخطوط العريضة لجلسة التفريغ والأهداف المرجوة منها قبل المباشرة فيها.
- 2- كان يبدي احتراماً للتجارب الشخصية للمشاركين.
- 3- كان التعرض للحدث يتم بطريقة بطيئة ومتابعة مما كان يمنح الفرصة لإعادة تشكيل البنية المعرفية.
- 4- كان هناك تركيز على عملية الحداد.
- 5- وكان أول من استخدم التنفيس الانفعالي مع المدنيين هو "Lindeman"، حيث قام باستخدام هذا الأسلوب مع ضحايا حريق الملهى الليلي في (Coconut Grove) وقام من خلال هذا التدخل بالتركيز على مراحل الحداد وتطوير طرق التدخل الجماعي

والفردى لمساعدة الضحايا بتجاوز هذه المرحلة (Dyregrov, 2003, p.16).

الأهداف العامة للتنفيس الانفعالي:

قام (Weisaeth,2000,p.46) بوضع عشرة أهداف عامة للتنفيس الانفعالي بغض النظر عن النموذج المتبع، وهى كالتالى:

- 1- تجهيز المجموعة المشاركة للخطوات القادمة.
- 2- تقوية وتدعيم عملية التعليم مع الحدث.
- 3- تصحيح المفاهيم الخاطئة التي قد تتكون عن الحدث وتبعات الحدث.
- 4- تحديد ومناقشة وقبول المشاعر الناتجة والاستجابات الناتجة عن التوتر.
- 5- تخفيض حدة الأعراض التي من الممكن أن تتحول لأمراض على المستوى البعيد.
- 6- تحديد الأشخاص المعرضين للخطر.
- 7- تمكين وتشجيع الأشخاص إلى اللجوء إلى المساعدة عندما يشعرون بالحاجة لذلك.
- 8- زيادة قدرة الناس على مساعدة بعضهم بعضاً.
- 9- تسهيل عملية الحداد إذا كانت موجودة.
- 10- تحسين عملية الاتصال ما بين أفراد المجموعة.

إيجابيات التنفيس الانفعالي:

أشارت الدراسات المختلفة إلى فعالية التنفيس الانفعالي في الوقاية من الإضرابات اللاحقة وإلى تحسين أوضاع الضحايا الذين عانوا من مشاعر الذنب واليأس والأفكار السلبية وأنه عمل على: فهم الأحداث الصادمة وأجاب على التساؤلات لدى الضحايا، وقاد إلى المشاركة الوجدانية في بيئة آمنة، وتعليم الضحايا أساليب للتعامل مع خبراتهم كذلك يؤدي إلى فوائد صحية لتخفيف المرض وتحسين أداء جهاز المناعة وساعد الضحايا لاستعادة الثقة بأنفسهم والعودة إلى ممارسة حياتهم الطبيعية.

التنفيس الانفعالي الجماعي:

يقوم هذا النوع من التنفيس على علاقة بين أفراد مجموعة متجانسة من المرض ذات نفسية اجتماعية حوارية تفاعلية ومعالج أو أكثر وقد يكونوا أطفالاً أو مراهقين أو راشدين أو مسنين وقد يكونوا ذكورا أو إناثا وتختلف طبيعة الإرشاد وفق الاضطرابات ومهارة الإرشاد حيث أن هذا النوع من التنفيس يوفر الوقت والجهد ويساعد على التفاعل الاجتماعي والاندماج وعلاج النفس (شاذلي،2002م، ص 134) .

مراحل التنفيس الانفعالي:

المرحلة الأولى: المقدمة:

وتتضمن ستة مراحل حيث يوضح المرشد دوره وماهية المساعدة، وأخلاقيات إجراء الجلسات، والتعريف بالقواعد الرئيسية للتفريغ والتي تتضمن السرية وعدم الإجبار لأي شخص على قول أي شيء ثم يطلب من المشاركين التعبير عن ردود الافعال وانطباعهم الخاص حول الجلسة وليس ما قد سمعوه أو رأوه من الغير.

المرحلة الثانية: الحقائق:

تتم خلال عقد الجلسة بحيث يطلب المرشد من المشاركين أن يكونوا محددين ما يريدوا أن يطرحوه والتركيز على طرح ما سمعوه من الآخرين وتتم حسب الإجراءات التي تم استخدامها فمثلا تتم مع مرضى الصرع بالصورة التالية:

ابدأ بالاستماع لمرضى الصرع في المجموعة حسب الترتيب المتبع مراعيًا العادات واختلاف الثقافة، اللقاء يبدأ بالاستماع للمشاركين من اليسار إلى اليمين، واستخدم المجموعة لمساعدة المشاركين في بناء صورة متكاملة عما حدث، وشجع المشاركين أن يقوموا بتزويد الآخرين بمعلومات غفلوا عن بعضها وتعزيز بناء العلاقات من خلال طرح أسئلة متتابعة للنقاش واحصل على أكبر قدر ممكن من الحقائق من كافة المشاركين واطرح أسئلة اخرى لتوضيح الأمور والحقائق المبهمة في نهاية المرحلة.

المرحلة الثالثة: الأفكار والتعبير:

يتم تتبع الأفكار في تسلسل زمني والتركيز على القرارات والنشاطات والاهتمام بالعناصر التي تحفز المشاركين ذهنيا وملاحظة المشاعر الواضحة على المشاركين من خلال التعبيرات عن الأفكار ومحاولة التعرف على بعض الأفكار غير المعلنة وترك المجال أمام المجموعة لاختيار قنوات الطرق التي تناسبهم للبدء بالتعبير، وأخذ الوقت الكافي لكل طريقة وإعطاء المشاركين فرصة ليعبروا عن أسوأ النواحي وأكثرها مأساوية والانتباه إلى عدم وجود أي مكاشف حسية عند بعض النساء وتقديم المساعدة الفردية للاتي تعرضن لتجربة بشعة.

المرحلة الرابعة: ردة فعل الأعراض:

يتم طرح الأسئلة حول الأفكار والانطباعات غالبا تدفع المشاركين للإجابة للتعبير عن مشاعرهم والاستفسار عن اسوأ جزء وأكثر صعوبة فيما يتعلق في الحادث وإفساح المجال

للمشاركين بالأحاديث عن مواضيع ذات أهمية لهم واتباع التسلسل الزمني (الوقت الحالي وما يليه والآن) وتغطية المواضيع المتعلقة بردود فعل المشاركين من تصرفات وكلام ومشاعر مع تقبل ردود أفعالهم دون تمحيص بأشخاصهم. (شواش، 2012م، ص 84)

المرحلة الخامسة: الإنهاء:

حيث يتم طرح سؤال هام: هل توجد أي أمور ومواضيع أخرى إضافية تودوا طرحها ويتم التركيز على تعلم المجموعة والتطلعات المستقبلية وتحديد موعد للمتابعة إن لزم الامر.

يرى الباحث أن التنفيس الإنفعالي هو عبارة عن عملية تفريغ الشحنات السلبية والضارة التي تكون مكبوتة في داخل النفس البشرية والتي من شأنها إذا بقيت داخل تلك النفس أن تسبب العديد من المشاكل النفسية والصحية لدى الإنسان ويتم ذلك بطرق متعددة ومختلفة تحتاج إلى التنفيذ والتطبيق فأى عمل أو نشاط يقوم به الشخص يشعر خلاله بالسعادة والطمأنينة والإرتياح والهدوء يعتبر تنفيس انفعالي فمثلاً المشى والتنزه والزيارات الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين و الجلوس مع الأهل والأصدقاء وممارسة بعض أنواع الرياضة وتبادل الأحاديث الطيبة والجميلة والعادات الحسنة التي تتم من قبل الشخص كالصلاة في المسجد والمداومة على أداء الفرائض والعبادات والذكر والتحلي بالأخلاق الحسنة و الفاضلة و مساعدة الآخرين و تطبيق بعض التمارين العلمية الخاصة بموضوع التنفيس الانفعالي كلها يمكن أن يعبر عنها بمصطلح التنفيس الانفعالي ، كما وأن التنفيس الانفعالي يقوم بدوره بتقليل الإفرازات الهرمونية والتي تشكل خطراً على الصحة النفسية والجسدية بشكل عام ، وهو يمثل بوصلة الأمان نحو الحصول على الصحة النفسية والجسدية السليمة .

رابعاً: التدخل عن طريق الاسترخاء:

يعتبر الاسترخاء واحد من أهم الأساليب المضادة للتوتر والقلق. وهناك عدد منها عرفته معظم الشعوب منذ وقت طويل، وتقوم أساليب الاسترخاء الحديثة على جملة من التمارين والتدريبات البسيطة، التي تهدف إلى إراحة الجسم والنفس وذلك عن طريق التنفس العميق وتمارين الجسم كله على الارتخاء وزوال الشد العضلي والحقيقة أن هناك عدة طرق وأشكال مختلفة للوصول إلى الاسترخاء العضلي والنفسى، ولكنها متشابهة في نتائجها وتأثيرها الإيجابى. (المالغ، 2003م، ص 50)

تعريف الاسترخاء:

"عملية إزالة التوتر من العضلات، ويتضمن الاسترخاء شد مجموعات مختلفة من عضلات الجسم وإرخائها، يتم التدريب عليها على شكل خطوات متتابعة، أما العلامات الفسيولوجية التي تدخل على حدوث الاسترخاء لدى الفرد فهي الانخفاض في معدل التنفس ومعدل نبضات القلب وضغط الدم". (Bailey, 1985).

يعتبر أسلوب من الأساليب العلاجية السلوكية القديمة - الحديثة، فهو ليس بالظاهرة الجديدة، فالعديد من الديانات الشرقية مارست هذا الأسلوب، استخدمت اليوغا الاسترخاء لعدة قرون، حيث أصبحت هذه الأساليب القاعدة الأساسية لطرق الاسترخاء الإكلينيكية الحديثة وقد طور هذا الأسلوب من قبل إدموند جاكسون المشار إليه في (Charles , 1988) حيث أدرك أن الفرد حتى عندما يكون مسترخياً فإن عضلاته ستبقى إلى حد ما متوترة، وإن توتر العضلة يمكن أن يعكس تأثيرات الظروف البيئية السيئة على الفرد لتؤثر فيما بعد على مختلف نواحي شخصيته ، ويجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي اليوم على فائدة التدريب على الاسترخاء في خفض القلق وتطوير الصحة النفسية ، وعليه توجد دراسات عديدة تؤكد الدور الفاعل لأسلوب الاسترخاء في السيطرة على التوتر (العلاقة بين الجسم والنفوس)، إذ أنه يضعف فرط تنبيه الجملة العصبية الإغاشية والتوتر العضلي في التكوين الشبكي، وبالتالي يعيد تصنيع هرمون التوتر (الكاتيكولامينات) إلى الحالة السوية ويجعل مستويات الكورتيزون بالدم في حدودها الطبيعية وبذلك يوقف الإنذار الذي يسببه التوتر النفسي أي يثبط الآليات الباثولوجية للتوتر النفسي.

كما أن الاسترخاء العضلي يحقق التوازن النفسي - العصبي، يجعل وظائف البدن منتظمة الوظيفة، وأنه ينقل موجات الدماغ إلى سيطرة موجات ألفا وهي موجات الاسترخاء، وينشط تصنيع مورفينات الجسم الطبيعية الاندورفينات والانكفيليات، وإن هذا الأسلوب هو البديل عن المهدئات والأدوية النفسية المثبطة للقلق والتوتر لأنه يحقق الغرض نفسه دون التأثيرات الجانبية السيئة للمهدئات وفي طليعتها الإدمان والاعتماد (Addiction)، بالإضافة إلى أن أسلوب الاسترخاء العضلي يبديل السلوك التوتري من خلال تعلم مهارات الاسترخاء واستخدامها في المواقف الموترة، وهو استراتيجية هامة في الطب النفسي السلوكي القائم على معالجة الاضطرابات السيكوسوماتية. (بنى يونس، 2005م)

ويمكن استخدام الاسترخاء في الحياة العامة في الحالات التالية:

- 1- الراحة Rest: جلسة قصيرة من الاسترخاء أثناء اليوم يمكن أن تساعد على النشاط وعادة ما تكون أكثر تأثيراً من عدة ساعات من النوم.
- 2- سرعة استعادة الشفاء بعد النشاط البدني أو العقلي Faster Recovery After Physical And Mental Activity: يقلل الاسترخاء فترة الاستشفاء بعد النشاط البدني العنيف، ويستخدم الاسترخاء بعد الاستنكار، وبعد القراءات المكثفة، وكتابة التقارير أو التركيز على المهارات حيث يساعد في العودة إلى حالة أكثر هدوءاً.
- 3- مهارات المواجهة Coping skills: الاسترخاء يعمل على سرعة العودة من المشاكل النفسية وخفض تلقائي في درجة التوتر، وهذا يتضمن انخفاضاً في القلق، والكثير من مهارات المواجهة تقوم على القدرة على الاسترخاء.
- 4- النظرة الداخلية Self-Insight: في الاسترخاء العميق نصل قريباً من مرحلة دون الوعي (اللاشعور) وذاتنا الداخلية.
- 5- تكامل الأهداف Goal Integration: أثناء الاسترخاء العميق يمكن تكامل الأهداف بواسطة الاقتراحات والتصور للمساعدة في تحقيق الأهداف المنشودة.
- 6- المساعدة في التغلب على السلوك الصحي السلبي Overcome Negative Health Behavior: يمكن استخدام الاسترخاء للمساعدة في التغلب على العادات الصحية السلبية مثل الشراهة في الأكل، والتدخين، وتناول الكحوليات.
- 7- المساعدة في إدارة المشاكل الطبية والصحية As An Adjust to Managing Health Problems: في حالة المرض فإن الطبيب هو الذي يتولى التشخيص، ومعظم الأمراض، وخاصة طويلة المدى أو المزمنة تتضمن مضموناً نفسياً، ويساعد الاسترخاء غالباً في خفض الاضطرابات النفسية المسببة لهذه الأمراض. (شمعون ، 2001م ، ص ص 165-166)

أنواع الاسترخاء:

يوجد كثير من أنواع الاسترخاء، مع ملاحظة أن هناك تداخلاً بينها، وأهمها:

الاسترخاء العميق والاسترخاء الموجز:

"حيث يعود الاسترخاء العميق إلى الإجراءات والوسائل التي تحدث تأثيراً عميقاً، والتي يمكن تحقيقها من خلال بيئة هادئة، ويعود الاسترخاء الموجز إلى التقنيات والأساليب التي تحدث تأثيراً فورياً، والتي يمكن استخدامها من قبل الفرد الذي تواجهه أحداث انفعالية عصبية". (Rosemary, 1995, p.11)

الاسترخاء المتدرج:

يُدرَّب المريض في هذا النوع على أن يسترخي تدريجياً، وأن يحدث ذلك لجسمه كله، وذلك بأن يصبح على وعى بالتوترات في المجموعات العضلية المختلفة، وأن يحقق الاسترخاء في مجموعة عضلية بعد الأخرى، حتى يصل إلى حالة الراحة والسلامة الصحية، ويشترط فيه أن تكون الغرفة هادئة وبها مكان يمكن الاستلقاء عليه، وقد درس جاكبسون التفاوت في درجة التوتر المطلوبة من أجل تخفيض الجهد الإضافي.

ويذكر جوناثان سميث أن نظرية الاسترخاء المعرفي تفترض أن التدريب على الاسترخاء له ثلاثة أهداف هي:

- 1- التقليل من الدفعات والمثيرات الفيزيولوجية للقلق أو الحد منها.
- 2- اكتساب مهارات الاسترخاء السلوكي المعرفي، مع التركيز على صرف الذهن عن مسببات القلق والضغوط.
- 3- تطوير التراكيب المعرفية والقيم والمعتقدات، للتوصل إلى فهم أعمق وأشمل للسلوك.

وتشير الأدلة إلى أن الشخص الذي يفكر في أنه سوف يتجاهل جميع الاضطرابات، سوف يسهل عليه أن يصمم على التركيز في صرف ذهنه عن المواقف السلبية المضطربة، وبدلاً من ذلك فإنه سوف يفكر في الأمور الإيجابية. (Smith, 1993, p.236)

ويرى الباحث أن تمرين الاسترخاء هو من التمارين الهامة التي قد تساعد مرضى الصرع في خفض مستوى القلق والتوتر لديهم، وأنه قد يفيد المرضى من الناحية العضوية أيضاً حيث إنه من المعلوم أثناء حدوث النوبات قد تتأثر عضلات الجسم بشكل سلبي لدى

المرضى وذلك من خلال حدوث ظاهرة ما تسمى بالشد العضلي والأوجاع المتكررة في العضلات عند المرضى وذلك يرجع إلى زيادة الشحنات الكهربائية وبالتالي قد يساهم تمرين الاسترخاء في علاج مثل هذه الظاهرة ، فبالإضافة إلى المداومة على تطبيق مثل هذا التمرين يصبح له فائدتان نفسية وصحية كما ويعتبر تمرين الاسترخاء من التمارين التعليمية التي قد تفيد في تعليم الجهاز العصبي حيث عندما يقوم المريض بتطبيق تمرين الاسترخاء بشكل يومي فإن الجهاز العصبي يبعث بإشارة إلى عضلات الجسم بالاسترخاء في حالة تعرض المريض للقلق والتوتر وحدوث الشد لعضلات الجسم نتيجة هذا القلق والتوتر ؛ ولذلك لا بد من المداومة على تطبيق تمرين الاسترخاء مصحوباً بتمرين التنفس العميق .

المبحث الثاني: الاستشفاء

إن الاستشفاء مطلب هام وعنصر أساسي في حياة الإنسان يسعى إليه الجميع ، وهو يشكل المواجهة والتحدى والتصدى بصورة فاعلة وإيجابية لجميع الإضطرابات التي تواجه الإنسان في حياته سواء أكانت جسدية أم نفسية ، كما ويمثل عملية الاستقرار والإتزان النفسى والصحى لدى الأفراد ، ويشكل الاستشفاء بوصلة الأمان التي توجه الإنسان نحو حياة أفضل يسودها الأمان والاستقرار سواء على الصعيد الجسدى أم النفسى وذلك من خلال التحكم والسيطرة على الاضطرابات التي تواجه الانسان في حياته ، وهو يساهم في بناء الشخصية القوية التي تساهم في بناء وتطوير المجتمع وتجعل منه مجتمعا قويا ، وهو يقف حائلا أمام كل العقبات التي تواجه الإنسان في حياته ، وهو يحافظ على الوجود الإنسانى من الضياع ويحميه من الآثار الكارثية المترتبة على حدوث الإضطرابات سواء أكانت عضوية أم نفسية ، وقد ينطوي على أي مرض تغييرات كبيرة في المستوى الشخصى الوظيفى ، "فالناس الذين يعانون من حالة مرضية خطيرة هم الأكثر عرضة لمشاكل استئناف الحياة الطبيعية والأنشطة المعتادة، و ينبغي أن يكون الهدف من الرعاية الصحية هو تعزيز المستوى الأمثل لحدوث العافية والاستشفاء من المرض عندما يكون ذلك ممكنا من أي وقت" (Sundeen , 2009 ,p.199) وقد يساهم كل من الأفراد والمجتمعات والدول بشكل إيجابى في عملية الاستشفاء ويتطلب ذلك جهدا متواصلا من الجميع وذلك من خلال وجود الاستعداد الشخصى لدى الأفراد لتحقيقه، ودعم المجتمع للأفراد أثناء عملية الاستشفاء، وتوفير الرعاية الصحية والنفسية اللازمة من قبل الدول وذلك من خلال توفير الطواقم الطبية والنفسية المتخصصة. والاستشفاء يشتمل على استبانة سيقوم الباحث بتصميمها وتطبيقها على عينة من مرضى الصرع وذلك حتى يتم التعرف على فاعلية البرنامج الإرشادي.

مفهوم الاستشفاء:

مفهوم الاستشفاء، يعد شائعا جدا في مجال الأمراض الجسدية والعجز (Wright,1993) ولا يتلقى حتى الآن الكثير من الاهتمام في كلا من الممارسة والبحث مع الناس الذين لديهم مرض نفسى شديد ومستمر. (Spaniol , 1991,p.1) مفهوم الشفاء من المرض الجسدي والعجز لا يعني أن المعاناة قد اختفت، وأن جميع الأعراض اختفت، وأن الجانب الوظيفي تم استعادته بالكامل. (Harrison, 1984) على سبيل المثال، الشخص المصاب بالشلل النصفي يمكن استشفاه على الرغم من أن الحبل الشوكي له غير فعال، وبالمثل فإن أي شخص مصاب

بمرض نفسي يمكن استشفائه حتى على الرغم من أن المرض لا يشفى، وقد ظهر مفهوم الاستشفاء في مجال الصحة النفسية، وغالبا ما يتم مناقشته في كتابات المرضى. (Anonymous, 1989; Deegan, 1988; Houghton, 1982; Leete, 1989; McDermott, 1990; Unzicker, 1989).

الاستشفاء من المرض النفسي يتضمن أكثر بكثير من الاستشفاء من المرض نفسه. فالأشخاص الذين يعانون من مرض نفسي قد يحدث الاستشفاء من وصمة العار التي أدرجت في الوجود الذاتي لديهم، فمن الآثار علاجية المنشأ لإعدادات العلاج؛ من عدم وجود فرص لتقرير المصير؛ ومن الآثار الجانبية السلبية البطالة، وعدم تحقيق الأحلام، والاستشفاء يكون غالبا معقداً وعملياً استهلاكاً للوقت، والاستشفاء هو ما يقوم به الناس من ذوي الإعاقة. العلاج، وإدارة الذات، وإعادة التأهيل هي تتم من خلال قيام المساعدين بالعمل من أجل تسهيل عملية الاستشفاء.

ومن المثير للاهتمام، فإن تجربة الاستشفاء ليست تجربة غريبة على خدمات الأشخاص ، فالاستشفاء يتجاوز المرض ومجال الإعاقة بحد ذاتها ، والاستشفاء هو تجربة إنسانية موحدة حقا ؛ لأن كل الناس (بما فيهم المساعدين) يكون لديهم تجربة كارثية في الحياة (كموت أحد أفراد أسرته، والطلاق، وتهديد المرض البدني الشديد، والإعاقة)، كما ويجب مواجهة تحدي الاستشفاء ، فالاستشفاء الناجح من وقوع الكارثة لا يغير من حقيقة أن التجربة قد حدثت، وأن الآثار لا تزال موجودة، وأن الحياة لديه قد تغيرت إلى الأبد ، والاستشفاء الناجح يعني أن الشخص قد تغير، وأن معنى تلك الحقائق قد تغيرت وأنه لم يعد محور التركيز الرئيس في حياة الشخص فالشخص ينتقل إلى الأنشطة والاهتمامات الأخرى (Anthony, 1993,p.527).

ويرتبط الاندماج الاجتماعي أيضا إلى مفهوم الاستشفاء التي اكتسب اهتماما متزايدا في مجال الصحة النفسية على مدى العقود الأخيرة، على الرغم من وجود إجماع محدود على كيفية تصور ذلك، وقد حددت لجنة الصحة النفسية تعريف الاستشفاء بأنه 'العيش بوجود أو غياب الأمراض النفسية والمصطلح يستخدم في عدة طرق في القطاع الصحي النفسي، تشمل طريقة وصف الرحلة الشخصية للفرد لوصف تقييم خدمات الصحة النفسية، والباحثون، على وجه الخصوص، حرصوا على تحديد الاستشفاء من أجل قياس فعالية خدمات منحي الاستشفاء.

(Mental health Commission , 2009, p.8)

تقديم نهج واحد ربما قد يكون مفيد في تحديد مواقع الاندماج الاجتماعي داخل الإطار الأوسع للاستشفاء. حيث يشتمل إطار الاستشفاء على المجالات ذات الصلة:

- 1- الاستشفاء الإكلينيكي والحصول على الرعاية الصحية
- 2- الاستشفاء الشخصي: رحلة شخصية لاستعادة التمكين والهوية والغرض
- 3- الاستشفاء الاجتماعي: لاستعادة الشبكات الاجتماعية، والحد من وصمة العار، واستعادة الأنشطة الترفيهية وزيادة الاندماج الاجتماعي في المجتمع الأوسع.
- 4- الاستشفاء الاقتصادي: الحد من الفقر وتحسين مستوى المعيشة (السكن ودعم الدخل المالي)
- 5- الاستشفاء الوظيفي: لاستعادة الوظيفة في أدوار القيم الاجتماعية (عامل، طالب، الرعاية، الأبوة، التنمية الذاتية، والعيش المستقل).

في سياق هذا الإطار، يتم تضمين الاندماج الاجتماعي تحت نطاق "الاستشفاء الاجتماعي"

على الرغم من أن "الاستشفاء الاقتصادي" و "الاستشفاء الوظيفي" أيضا يوجد بينهما ارتباط وثيق في القدرة على المشاركة والمطالبة بحقوق المواطنة.

ومن المهم أن نلاحظ مع ذلك، أن لا يتفق الجميع على أن مفهوم الاندماج الاجتماعي يناسب كذلك أن يكون داخل إطار الاستشفاء، ويرى البعض أن نموذج الاستشفاء مرتبط أصلا بالنموذج الطبي والتركيز على التشخيص المرضي الفردي المحدود.

(Lloyd et-al , 2008, p.p323-326)

تعريف الاستشفاء:

"التعريف الرسمي لكلمة الاستشفاء يعنى العودة الى الخلف أو استعادة الحالة الطبيعية

للذات". (Onken, Steven.,Dumont, Jeanne M., Ridgway, Priscilla ., Dornan, Douglas H and Ruth O. Ralph , 2002,p.7)

"الاستشفاء هو عملية مستمرة من النمو والاكتشاف، والتغيير والحاجة إلى مواجهة تحدي

الإعاقة وإنشاء شعور جديد واحساس بالقيمة والهدف والطموح داخل وخارج حدود العجز والعيش

والعمل والحب في المجتمع مما يؤدي ذلك إلى مساهمة كبيرة للشخص داخل المجتمع" Degan

(1988, p.55). " عملية فريدة من نوعها تحدث تغيير في عمق الشخصية الإنسانية في

المواقف والتوجهات والقيم والمشاعر والأهداف، و المهارات والأدوار . بل هو وسيلة للعيش في

حياة مرضية ملؤها المساهمة و الأمل حتى في ظل وجود التحديات الناجمة عن المرض .

ويشتمل الاستشفاء على تطوير معنى جديد وهدف للحياة بعيداً عن حدوث المضاعفات الكارثية الناجمة عن المرض النفسي" (Anthony, 1993, p.13).

"والاستشفاء يشتمل على الأمل والشجاعة والتكيف والتعامل واحترام الذات والثقة والإحساس بالمسئولية والسيطرة والإرادة الحرة وهو يشتمل على استعادة الصحة البدنية والنفسية والاقتصادية والرفاهية الشخصية" (Ralph , 2000, p. 8) .

عُرف الاستشفاء: "أنه استخدم للأشخاص الذين يعيشون في مساكن شبه مستقلة أو مستقلة، والمشاركة في العمل بأجر أو بدون أجر لا يقل عن مدة 15 ساعة في الأسبوع، والاندماج في المجتمع مدة سنتين على الأقل، وتجنب الإعادة للمستشفى لأسباب نفسية" (Sullivan, 1994).

"الاستشفاء هو إنشاء حياة مُرضية ذات معنى والشعور خلالها بوجود إحساس إيجابي بالهوية والأمل ونقيرير المصير" (Andresen, 2003, p.588) .

أشار قاموس ويسترن إلى أربع تعريف مختلفة للاستشفاء: (Davidson *et al*, 2005,p.481)

- 1- العودة إلى الحالة الطبيعية.
- 2- الفعل، النموذج، العملية، أو فترة التعافي.
- 3- حصول الشيء أو استعادة الاستشفاء.
- 4- الفعل للحصول على مواد قابلة للاستخدام من مصادر غير صالحة للاستعمال، كما هو الحال مع النفايات.

"الاستشفاء هو عملية استعادة السيطرة الفعالة والنشطة لدى حياة الفرد، وقد يشتمل هذا على الاكتشاف (وإعادة الاكتشاف) بمعنى إيجابي من النفس، والقبول والتعامل مع واقع أي ضائقة مستمرة أو العجز". (Faulkner and Layzell, 2000)

"نهج الاستشفاء يؤكد على جميع خبرات مواجهة المرض النفسي، بما في ذلك الأشد تضرراً من المرض النفسي، ويمكن تحقيق مستوى تحسين الرفاهية والشعور المتجدد للهوية والهدف والمعنى في الحياة في ظل وجود أو عدم وجود أعراض المرض".

(South Australia's Mental Health and Wellbeing Policy 2010–2015)

الاستشفاء هو عملية تفاعلية ديناميكية مستمرة تحدث بين نقاط قوة الشخص ونقاط الضعف، والموارد والبيئة ، ويشتمل ذلك على رحلة شخصية نشطة تتعلق في إدارة الذات من

الاضطراب النفسي بينما يحدث الاستصلاح، والاكتمال والحفاظ على الشعور الإيجابي اتجاه الذات، والأدوار والحياة خارج نطاق نظام الصحة النفسية، فعلى الرغم من تحدي الإعاقة النفسية، فإن الاستشفاء يشتمل على التعلم لنهج مواجهة التحديات اليومية، للتغلب على الإعاقة، والعيش في استقلالية والمساهمة في بناء المجتمع، ويدعم الاستشفاء من خلال المؤسسة التي تقوم على الأمل، والاعتقاد في ذلك، والقوة الشخصية، والاحترام، والتواصل وتقرير المصير (Onken & Ridgway 2002 , p.15).

"الاستشفاء هو رحلة الشفاء والتحول لتمكين الشخص الذي يعاني من مشاكل الصحة النفسية لاختيار العيش في حياة ذات معنى داخل المجتمع والسعي لتحقيق الإمكانيات" (US department of health and human services, 2004,p.1).

"الاستشفاء يتكون من أربع عناصر رئيسية"

1- الحفاظ على الأمل والحقائق

2- إعادة إنشاء هوية إيجابية

3- بناء حياة ذات معنى

4- تحمل المسؤولية والسيطرة"

(Andresen, Oades, and Caputi, 2003 , p.586)

العوامل التي تدعم عملية الاستشفاء:

هناك العديد من العوامل التي ترتبط بالاتجاه نحو الاستشفاء تشمل بناء العلاقات الجيدة مع الآخرين، الاستقرار الاقتصادي، والرضا الوظيفي. والبيئة الجيدة تحفز على نمو الشخصية، وتطوير القدرة على التكيف مع الإجهاد والمحن وتتيح للناس التطور من النواحي الثقافية والروحانية، كما تمثل أيضاً غاية في الأهمية وذلك من خلال الاستماع والفهم من قبل العائلات والأصدقاء والعاملين في مجال الصحة النفسية والاجتماعية فهي مفيدة جداً لدى المرضى في الوصول للاستشفاء. كما يشكل الحصول على تفسيرات للمشاكل أو الخبرات وتطوير المهارات وتلقي الدعم من أجل تحقيق الأهداف الحاسمة لتحقيق النجاح والدعم خلال فترات الأزمات أمر بالغ الأهمية. (Jacob, 2015, p.117)

عملية الاستشفاء:

- 1- توفر نظرة شمولية عن المرض النفسي والذي تركز على الشخص، وليس فقط على الأعراض.
- 2- تعتقد بإمكانية حدوث الاستشفاء من المرض النفسي الشديد.
- 3- هي رحلة وليس وجهة.
- 4- لا تعني بالضرورة الحصول على العودة إلى ما قبل المرض.
- 5- تحدث بشكل متقطع وغير منتظم، وذلك يشبه الحياة، وذلك من خلال حدوث العديد من مراحل الصعود والهبوط في الحياة .
- 6- تدعو للتعاون والالتزام من جميع الأطراف المعنية.
- 7- تتأثر تأثراً عميقاً بتوقعات الناس وتوجهاتهم.
- 8- تتطلب وجود نظام جديد للدعم من قبل الأسرة أو الأصدقاء أو المهنيين.
- 9- تتطلب وجود خدمات لبناء طرق جديدة ومبتكرة للعمل. (MHF, 2009)

المصطلحات والمفاهيم المرتبطة بالاستشفاء:

- 1- **إعادة التأهيل:** هي برنامج القطاع القانوني أو الطوعي منظم تم تصميمه بغرض تحسين المهارات البدنية والعقلية والعاطفية والاجتماعية لتمكين الأفراد من القدرة على الانتقال الإيجابي إلى المجتمع ومكان العمل.
- 2- **الاكتشاف:** وذلك من خلال القيام برحلة شخصية بالانتقال إلى مفاهيم جديدة مع نفسه والعالم، بدلا من مجرد العودة إلى الذات القديمة.
- 3- **الرد:** استعادة بعض ما فقد أو انتزاعها وذلك نظرا لاعتلال الصحة، على سبيل المثال، الحالة الاجتماعية، والتواصل، واحترام الذات.
- 4- **الرعاية الذاتية:** وذلك من خلال رعاية نفسه والاهتمام بها.
- 5- **إدارة الذات:** وذلك من خلال اتخاذ القرارات الصحية الخاصة به وتعلم إدارة المشاكل الصحية والنفسية على المدى الطويل، وذلك للعيش بشكل جيد مع الحد الأدنى من الاعتماد على الخدمات.
- 6- **الرعاية الذاتية المباشرة:** وذلك من خلال إبلاغه بوجود القدرة على ممارسة الاختيار والمسؤولية عن الرعاية المقدمة له من قبل الآخرين.

7- استراتيجيات المواجهة واستراتيجيات الحياة: وذلك من خلال العثور على ما يساعده في التعامل مع المشاكل وبناء مجموعة خاصة من الأدوات المتعلقة في التعامل مع مشاكل الصحة الجسدية أو النفسية.

8- الشفاء والعافية: وذلك من خلال إعادة اكتشاف قدرة الفرد الداخلية للشفاء الذاتي، مع أو دون مساعدة المعالج وتحقيق الرفاهية، حتى لو كانت بعض الأعراض لا تزال قائمة.

9- المرونة: وذلك من خلال وجود القدرة على البقاء على قيد الحياة والتعلم رغم وجود التحديات الحياتية المؤلمة.

10- التحول: وهو مصطلح يستخدم فيما يتعلق بالنسبة للعملية والنتائج والرؤية لدى الأفراد والخدمات التي ليست غاية في حد ذاتها بل هي حالة وسطية يتم من خلالها تحقيق هدف تسهيل عملية الاستشفاء في حياة الناس.

(Wallcraft , 2007 ,pp. 7-8)

الاستشفاء يركز على حياة الناس كلها، وليس فقط على الأعراض التي يصابوا بها :
وهناك مجموعة متنوعة من الطرق المختلفة التي يمكن أن يحصل عليها الناس للتخفيف من الأعراض المؤلمة المرتبطة بمشاكل الصحة النفسية، ويمكن أن تشمل هذه الأشياء الأدوية، والعلاج النفسي، والمساعدة الذاتية، والإدارة الذاتية، ومجموعة من المكملات العلاجية. ومع ذلك، فإنه نادر ما يكون طموح الشخص في الحياة لمجرد التخلص من الأعراض المؤلمة وتعطيلها: فالناس يتمنون هذا من أجل أن يصبحوا قادرين على القيام بالأشياء التي لا بد من القيام بها وأن يعيشوا الحياة التي تقود لذلك، حيث أن الاستشفاء يكون من خلال:

1- تمكين الناس من الحصول على المنازل، والأصدقاء، وفرص العمل، والتعليم، أو غيرها من الفرص للمساهمة في المجتمعات التي يعيشوا فيها والتي تضيء حياة كل الأفراد وهذا يعني من خلالها الحصول على الشعور بالقيمة.

2- تمكين الناس من الوصول إلى أماكن الإقامة، ومصادر الموارد والعمل والتعليم، والعلاقات، والأنشطة الاجتماعية والترفيهية.

3- ضمان سلامة الناس من الاستغلال وسوء المعاملة، على الأقل، إن لم يكن أكثر أهمية في عملية الاستشفاء مثل التقليل أو الحد من مشاكل الصحة النفسية لديهم.

(Repper & Perkins , 2003 ,pp. 87-88)

التطور التاريخي للاستشفاء:

"قبل منتصف العام 1980م، وقبل حركة التحرر من المؤسسات اقترحت لغة مشتركة بأن مستقبل الشخص المصاب بمرض نفسي خطير كان قاتماً ومحفوفاً باستمرار التدهور" (Surgeon General, 1999).

"وكان لا يوجد أي مؤشر لإمكانية إعادة التأهيل أو الاستشفاء من المرض النفسي واعتبر ذلك تقليدياً، حيث أن الهدف من العلاج هو منع الانتكاسة، وعلاج الأعراض، والحفاظ على الاستقرار، والتعامل مع الأزمات" (Anthony, 2000; Ralph & Muskie, n.d.; Turner-Crowson & Wallcraft, 2002)

فالمواقف تجاه الأفراد ذوي الاضطرابات النفسية أصبحت أكثر ملاءمة خلال السنوات الخمس والعشرين الماضية ؛ نظرا لكتابات مستهلكي خدمات الصحة النفسية عن تجاربهم في نظام الصحة النفسية والحركة الاستهلاكية الناتجة عن ذلك في العام 1980م والعام 1990م والتي تميزت بتحول في التركيز التي وقعت في المهن الصحية النفسية ، حيث ظهرت رؤية جديدة لعلاج الأمراض النفسية وأصبح من المعروف أن هناك نموذج للاستشفاء (Anthony, 1999; Surgeon General, 1993) حيث أن (Anthony , 1993, p.13) عرف الاستشفاء بأنه عملية تغيير فريدة من نوعها في عمق الشخصية للمواقف والقيم والمشاعر والأهداف، والمهارات والأدوار.

بل هو وسيلة للشعور بالرضا، والأمل، والمساهمة في الحياة حتى بالرغم من معيقات المرض ومشكلاته ويشتمل الاستشفاء على تطوير نمو ومعنى جديد في حياة الفرد بالرغم من الآثار الكارثية للاضطرابات النفسية.

الاستشفاء يوصف كعملية، وهو نهج ورؤية -أو مبدأ توجيهي

ويمكن تقسيمها إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

1- الاستشفاء هو كحدث عفوي وطبيعي على الرغم من أن الشخص قد حصل على التشخيص، حيث أنه يمكن الاستشفاء من دون علاج ، مثل ظواهر المرونة والمتانة الشخصية التي قد تكمن وراء هذا الفهم للاستشفاء.

2- الاستشفاء يكون كنتيجة للتدخلات العلاجية المتتابعة والفعالة ('الشفاء السريري') يعني أن الشخص يكون خالياً من الأعراض، ويستطيع إدارة مهام الحياة اليومية.

3- الاستشفاء هو خبرة الحدث حيث لا يزال الشخص يعاني من الأعراض والاضطراب الوظيفي، ولكن يحمل الأمل والطموح للعيش بشكل جيد وهادف على الرغم من شدة الظروف و المتطلبات الأساسية لتحقيق الاستشفاء يمكن أن تحدث - وخاصة في آخر المعاني الثلاثة المذكورة أعلاه - فهي تلك الفرص المتاحة في المجتمع، وبيئات الرعاية والمساعدة المصممة المتاحة لمساعدة شخص يعيش حياة آمنة وكريمة (Borg and Davidson, 2008). والاستشفاء يتطور ويحدث بشكل كلي في التبادل بين الشخصية الداخلية، والعلاقات الشخصية، والاجتماعية، ومعنى الرحلة التي يسعى إليها، وعادة ما يتم وصف العملية الشخصية من حيث استعادة الثقة بالنفس وضبط النفس، والتأقلم والتحرك كونه المستفيد من الخدمة هو المريض ، هنا إعادة تعريف الذات غير حاسمة، مثل تجديد فهم مشاكل الصحة النفسية بحيث تصبح مجرد جانب واحد من هوية الشخص ، فالعملية الشخصية هي أيضا تعبر عن إيقاظ الأمل للمستقبل، وتطوير الإحساس بمعنى وهدف الحياة، والقيام بالأشياء التي يريد الشخص القيام بها، وتؤكد العملية الاجتماعية على العلاقة الديناميكية بين الشخص والبيئة ، وظروف المعيشة، والرعاية الاجتماعية، والشعور بالأمن، وفرص العمل، والمشاركة المجتمعية، والأصدقاء والأسرة، ومساعدة المهنيين والخدمات الضرورية التي يمكن الوصول إليها في عمليات الاستشفاء .. في كثير من الكتابات حول الاستشفاء يتم وصف عمليات الحياة بالديناميكية والسياقية، مما يعني أنه بغض النظر عن وجهات النظر المسببة للإصابة بالاضطراب النفسي، فإنه في الحياة اليومية، والمجتمع وما يتبعه من احتياجات لازمة للمعالجة (Borg and Davidson, 2008) . "الاستشفاء لا يعتبر علاج، ولكنه يدور حول التعلم للعيش والسيطرة مع ضغوطات الحياة" (Borg and Davidson, 2008) "ترتبط العملية الروحية للعالم الأيديولوجي فالعالم يتصرف من منظور ارتفاع، وعمق الحياة البشرية و هنا يسعى الفرد للوصول الى معنى في الحياة" (Hummelvoll , 2012).

الروحانية ترتبط بدين وتقاليد معينة، فعلى الرغم من أن الثقافة والمعتقدات يمكن أن يكون لها مكانا مركزيا، فإن كل شخص لديه خبرة فريدة خاصة بالجانب الروحاني، ويشترط بذلك وجود الإيمان الديني لدى الأشخاص . الروحانية ترتبط بمنطقة تجتمع بها الخصائص الكونية العالمية - وهي في الجانب الروحاني من الخبرة الإنسانية في الحياة (Culliford, 2005). وهي تقوم على ثلاثة عناصر: الحاجة إلى وجود معنى في الحياة، والحاجة إلى الأمل والرغبة في الحياة، والحاجة إلى الثقة ووجود الاعتقاد اتجاه نفسه والآخرين واتجاه الخالق "الله"،

وعلاوة على ذلك، فإن الروحانية تشتمل على تجربة الانتماء والقبول والشعور الكلى تجاه الجوانب الروحية من عملية الاستشفاء وهي، على سبيل المثال:

• العمل على استعادة الأمل والالتزام في حياة المرء الخاصة

(Davidson, O'Connell, Tondora , Lawless , and Evans , 2005)

• المشاركة في الممارسات الروحية

(Timms, 2010)

• الاستفادة من خلال نضوج خبرات المحن الخاصة بالإنسان

(Culliford, 2005)

• الاستشفاء داخل الطبيعة

(Culliford, 2005)

وتشمل تلك جميع العناصر الثلاثة المذكورة أعلاه عمليات الاستشفاء وتكون العلاقة بينهم

ديناميكية (Hummelvoll, J. K., Karlsson, B., & Borg, M , 2015 ,pp. 3-4)

مواضيع الاستشفاء

وتشمل المواضيع الرئيسة التالية:

1. الاستشفاء هو في الأساس يدور حول مجموعة من القيم المرتبط تطبيقها في الحياة

الإنسانية من أجل السعي لتحقيق الصحة والعافية.

2. الاستشفاء يعمل على تحول التركيز من الأمراض، والأعراض إلى الصحة والقوة والعافية.

3. الأمل هو من الأهمية المركزية لتحقيق الاستشفاء.

4. الاستشفاء يشتمل على عملية التمكين لاستعادة السيطرة الفعالة على حياة الشخص.

5. إيجاد المعنى في الحياة وإدراك أهمية تقييم التجربة الشخصية.

6. الإدراك واحترام الخبرات في كلا الطرفين أثناء تقديم الخدمات النفسية بين المرضى

والمهنيين.

7. نهج الاستشفاء يعطي قيمة إيجابية للثقافة والدين والجنس من خلاله تتحقق الهوية والانتماء.

8. الاستشفاء يدعم عن طريق حل المشاكل الشخصية والاجتماعية لدى المرضى.

9. الاستشفاء لا يحدث للأفراد في وجود العزلة، ويرتبط بشكل وثيق مع الاندماج الاجتماعي

والتفاعل الاجتماعي.

10. اللغة المستخدمة والقصص والمعاني التي شيدت حول التجربة الشخصية، تكون لديها

أهمية كبيرة في حدوث عملية الاستشفاء.

11. العلاج مهم في دعم عملية الاستشفاء ويكون ذلك عن طريق التفاوض والتعاون والتي يجري تقييمها من قبل الفرد في واحدة من العديد من مجموعة الأدوات المستخدمة.

12. تطوير الخدمات القائمة على أساس الاستشفاء تؤكد على مدى جودة الصفات الشخصية لدى العاملين، والتي يسعون من خلالها لزراعة القدرة على بث الأمل والإبداع والرعاية والرحمة، والخيال، والقبول، والواقعية والمرونة.

(Deegan, 1988; Onken et al, 2002; Turner-Crowson and Wallcraft, 2002; Allott, 2005; Ralph and Corrigan, 2005; Roberts and Wolfson, 2006)

العناصر الأساسية من الخدمات الموجهة للاستشفاء.

1- الأمل:

يجب على العاملين في مجال الصحة النفسية أن ينقلوا أن توقع الاستشفاء يجب أن يثبت الاعتقاد في قوة وقدرات الأفراد، حيث تم وصف كيفية التوجه نحو الأمل من خلال مساعدة المريض أو أحد أفراد الأسرة من خلال الاعتقاد في قدرتهما على حدوث الاستشفاء، وهي تحدد هذا "الإيمان" باعتبارها المفتاح لبداية العمل لمساعدة أنفسهم . نقل الأمل يعني وجود توقعات إيجابية حول المستقبل، ويعبر عن اعتقاد في قدرة الفرد على أن يعيش حياة ثابت واستقرار، كما يشمل التركيز على نقاط القوة لدى الشخص بدلاً من نقاط الضعف.

2- الاستماع:

يجب على العاملين في مجال الصحة النفسية الاستماع إلى المرضى مع الانتباه الجيد، ويشتمل هذا الاستماع على ثلاثة جوانب:

1) الاستماع إلى فهم المريض لحالته الشخصية، فمن المهم أن نحترم فهم الفرد لتجاربه السابقة.

2) الاستماع إلى تطلعات المريض وأهدافه الحياتية.

3) الاستماع إلى معرفة المريض الخاصة حول ما يساعده على الاستشفاء والبقاء بشكل أفضل

ولا بد أن يتم الاستماع لأفراد الأسرة والأصدقاء، حيث يمكن لأفراد الأسرة توفير معلومات مفيدة للعاملين بمجال الصحة النفسية حول ما يبعث ويزيد الاضطراب النفسي للفرد، وما هي العلامات المعتادة عندما يكون الشخص قد بدأ في التدهور؟ وما الذي ساعد في استشفاء الفرد في الماضي؟

3- الشراكة:

تتم في مستوى واحد إلى واحد، والعمل مع المرضى لا بد أن يكون باستخدام

الشراكة

والشراكة هي أيضا عنصر أساسي من النهج القائم على عملية الاستشفاء، وينبغي أن يشمل تخطيط الاستشفاء على الحوار بين المرضى والمهنيين، حيث يتم حدوث تواصل له مغزى حول فهم كل مشكلة وخطوات الاستشفاء التي تؤخذ نحوها ويحتاج ذلك إلى الحوار بين المرضى والمهنيين ليكون جزءا لا يتجزأ من التعيينات السريرية ، و يجب أن تمتد هذه الشراكة أيضا إلى تخطيط ، وتقديم وقياس الخدمات، حيث إن الأشخاص لا بد أن يشاركوا في استخدام خبرات التجارب ، كما يمكن لأفراد الأسرة والأصدقاء المقربين أيضا أن يلعبوا دورا هاما في دعم الاستشفاء، وقد وجدت الأبحاث التي أجريت بواسطة لجنة الصحة النفسية أيضا أن فريق الصحة النفسية المجتمعية يجب أن يقدم الدعم لأفراد الأسرة، بما في ذلك الدعم العاطفي المستمر، الرعاية المؤقتة، والمساعدة في الحصول على أنواع أخرى من الخدمات والتثقيف في مجال الصحة النفسية.

4- الخيار: يجب أن تقدم الخيارات لدى المرضى من العلاجات، من الذي يقدم الرعاية لهم؟ متى وأين يتم توفير الدعم؟ وفي حالة عدم وجود خيارات بين أنواع بديلة من العلاج، فمن الضروري للأشخاص أن يكون لهم الحق في اتخاذ القرارات حول الرعاية الصحية النفسية الخاصة، فإن الأفراد يصبح لديهم خيار في العلاج بالمستشفى، أو في البيت عندما يكونون في محنة نفسية حادة.

5- الاندماج الاجتماعي:

خدمات الصحة النفسية لها دور هام في دعم الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية للمشاركة في مجتمعاتهم المحلية، وامتلاك العلاقات الاجتماعية والانخراط في الأنشطة الهادفة بما في ذلك التعليم والعمل وهذا يتضمن مساعدة أولئك المعرضين لخطر التشرذم لتأمين المسكن، وهذا يعني أيضا تطوير علاقات العاملين في مجال الصحة النفسية المجتمعية مع خدمات المجتمع المحلي مثل التدريب والتعليم، ودعم العمل وتوفير السكن ، وبهذه الطريقة تصبح فرق الصحة النفسية المجتمعية جسرا بين خدمات الصحة النفسية ودعم المجتمع وتقديم الخدمات والأنشطة ، فالعاملون في مجال الصحة النفسية يلعبون دوراً في دعم المرضى للمطالبة بحقوقهم ومستحقاتهم، كما أن الموظفين المحليين في الخدمات العامة والمجتمعية يجب أن يقوموا بدورهم في دعم عملية الاستشفاء لدى الأشخاص الذين يعانون من مشاكل الصحة النفسية

(Daid , 2013 ,pp. 9-12).

أسئلة هامة حول الاستشفاء:

تم إبرام أسئلة حول الاستشفاء والأنظمة الهامة في التغيير وكيفية حدوثه والجو المناسب لحدوثه والتي ينبغي إدراجها في نظام الصحة النفسية، وتشمل تلك التعليقات في هذه المجموعة، بسبب الحديث عن أهم التحديات التي يجب مواجهتها من قبل الأفراد والأنظمة مثل دراسة الاستشفاء والبرامج وأنظمة محاولة التنفيذ وتفعيل التوجه نحو الاستشفاء.

1- كيف يمكننا أن نعمق فهمنا للاستشفاء كعملية فردية؟

وما الذي يحفز ويحافظ على تلك العملية؟ وما الذي يعيق ذلك؟ وما هي

أفضل الطرق للإجابة على هذه الأسئلة؟

2- يمكن قياس الاستشفاء؟ يجب قياس الاستشفاء لي؟ ما هي مخاطر

القيام بذلك؟ وعدم القيام بذلك؟

3- كيف يمكننا نقل معرفتنا عن الاستشفاء باعتبارها عملية فردية لدينا في صنع السياسات

وأنشطة الخدمة المخطط لها؟ كيف نعمل سياسات محددة وخدمات تؤثر على الاستشفاء

الفردية؟

4- كيف سوف نعرف أننا بصدد إنشاء نظام موجه نحو الاستشفاء؟ وما هي المعايير

التي يجب من خلالها الحكم على النظام؟ ويتوجب علينا أن نقيس المكاسب الفردية؟ ما

هي مجموع النتائج؟ وما هو مستوى تغيير النظام؟ وما هي أكثر فترة زمنية؟

5- كيف يمكن أن نوازن بين الاستشفاء باعتباره عملية فردية فريدة، مع الحاجة لتوحيد

الأنظمة؟ وكيف يمكننا صياغة مفهوم معمم للاستشفاء ولا يزال احترام العملية أنها فريدة من

نوعها؟

6- لماذا يجب علينا مساءلة ومحاسبة النظام؟ وهل نحن على استعداد لمقاضاته؟

بعض المسؤولية للنظام في زيادة تقرير المصير والمسؤولية الشخصية

التي يبدو أنها السمة المميزة للاستشفاء؟

7- ما هي العوائق التي تقف في طريق تنفيذ التوجه للاستشفاء؟ وما هي

القوات التي تستطيع أن تحافظ على الوضع الراهن؟

8- ينبغي أن يكون الاستشفاء بمثابة مبدأ تأسيسي لنظام الصحة النفسية؟

هذه المشاكل تبدأ بمشاكل نظرية المعرفة - بكيفية أفضل طريقة لدراسة وقياس

الاستشفاء، لكنها تنتهي في مشاكل السياسة والقيم - ما هو النهج الاجتماعي لمساعدة الآخرين

المصابين بالمشكلات النفسية؟ الاستشفاء يبشر بتغيير حقيقي في افتراضاتنا وممارساتنا، وإحداث اختلاف في حياة الناس الذين يعيشون مع مرض نفسي شديد ومستمر، فمن الأهمية مشاركة تلك الأسئلة، وكيف نستطيع نحن ان نختار للرد عليها والتي ستشكل خدمات الصحة النفسية في العقود المقبلة. (Jacobson and Curtis, 2000, p. 339)

المكونات الأساسية العشرة للاستشفاء:

1- التوجه الذاتي

يتم تحديد مسار عملية الاستشفاء الخاصة بالمريض بطريقة مستقلة بالإضافة إلى السيطرة على مصادرها الخاصة والتحكم بها.

2- تتمركز عملية الاستشفاء حول الأفراد

حيث يوجد مسارات متعددة تستند عليها عملية الاستشفاء وذلك من خلال التركيز على نقاط القوة الفريدة لدى المرضى وذلك من خلال التعرف على الاحتياجات التي يفضلونها والخبرات، والخلفيات الثقافية.

3- الأمل

هو عملية ضرورية إيجابية تحفز على حدوث الاستشفاء في المستقبل، حيث إنه يساعد في تعزيز الأمل كل من العائلات والأصدقاء ومقدمو الخدمات، وبالتالي يتحقق بذلك الاستشفاء.

4- التمكين

حيث إنه يجب تمكين المرضى من خلال السماح لهم في المشاركة الفاعلة في جميع القرارات التي سوف تؤثر على حياتهم، وذلك من خلال تزويد المرضى وتدريبهم على عملية الاستشفاء ودعم تلك العملية.

5- الشمولية

الاستشفاء يركز على حياة الأفراد بشكل عام بما في ذلك العقل والجسد والروح والمجتمع. فالاستشفاء يركز على جميع جوانب الحياة وتشمل المسكن والشبكات الاجتماعية والعمل والتعليم والصحة النفسية والرعاية الصحية والدوائية والدعم الأسرى.

6- عملية غير خطية

الاستشفاء هو عملية لا تحدث خطوة بخطوة ولكن على أساس النمو المستمر والانتكاسات بين الحين والآخر والتعلم من التجارب والخبرات السابقة.

7- تستند على نقاط القوة

يركز الاستشفاء على تقييم وبناء قدرات متعددة لدى المرضى وذلك من خلال تفعيل المرونة والمواهب والقدرات الكامنة لدى المرضى والتي بدورها تساعدهم في عملية التأقلم مع الآخرين، وتتجه عملية الاستشفاء إلى الأمام من خلال التفاعل مع الآخرين والتي بدورها تساهم في دعم الثقة القائمة على حدوث العلاقات الجيدة مع الآخرين.

8- دعم الأقران (الأصدقاء)

الدعم المتبادل يلعب دوراً هاماً في إحداث عملية الاستشفاء وخاصة من الأقران، حيث إن تشجيع المرضى وجذب الآخرين للمشاركة في عملية الاستشفاء يؤدي إلى الإحساس بالشعور وبالانتماء للآخرين.

9- الاحترام

القضاء على التمييز بين الأفراد وما تسمى بوصمة المرض يعتبر كلٌّ منهما عاملاً حاسماً في تحقيق الاستشفاء. ويمثل كلٌّ من قبول الذات واستعادة الإيمان بالنفس لدى المرضى غاية في الأهمية وفي إحداث النشاط والحيوية لديهم.

10- المسؤولية

ينبغي أن يمتلك المرضى المسؤولية الشخصية عن الرعاية الذاتية وعن رحلة الاستشفاء الخاصة بهم، فالمرضى يقومون بتحديد استراتيجيات المواجهة (التأقلم) وعمليات الاستشفاء؛ وذلك لتعزيز تلك العملية الخاصة بهم

. (Advisory, SAMHSA, 2006)

مكونات عملية الاستشفاء:

أولا الحفاظ على الحقائق والأمل

- الاعتقاد في النفس من خلال وجود الإحساس بالتفاؤل حول المستقبل لدى الشخصية.

ثانيا. إعادة إنشاء هوية إيجابية

- إيجاد هوية جديدة حول مضمون المرض، مع الاحتفاظ بالإحساس الإيجابي اتجاه النفس.

ثالثا. بناء حياة ذات معنى

- صنع شعور جديد اتجاه المرض ، إيجاد معنى جديد في الحياة، على الرغم من وجود المرض ، والمشاركة في تلك الحياة.

رابعا. تحمل المسؤولية والسيطرة

- الشعور في السيطرة على المرض وفي السيطرة على الحياة بشكل إيجابي.

(Andresen, Oades & Caputi, 2003,p.586)

مراحل الاستشفاء الخمسة :

- 1- وقف النشاط - وهناك وقت للانسحاب يتميز بشعور عميق للخسارة واليأس.
 - 2- الوعي - وذلك بأن الإدراك يكون في كل شيء لا يعنى ذلك الإحساس بفقدان الحياة وإمكانية وجود حياة الرفاهية .
 - 3- التحضير - من خلال الحصول على نقاط القوة والضعف فيما يتعلق بعملية الاستشفاء والانطلاق للعمل على تطوير مهارات الاستشفاء.
 - 4- إعادة البناء - من خلال العمل بنشاط نحو الهوية الإيجابية، ووضع أهداف ذات معنى والسيطرة على الحياة.
 - 5- النمو - فالحياة تكون ذات معنى، ويتميز الأشخاص بالإدارة الذاتية للمرض، والإحساس الإيجابي اتجاه الذات ووجود المرونة .
- (Andresen, Caputi , and Oades, 2006,p.973)

مراحل الاستشفاء:

- (1) اكتشاف إمكانية امتلاك شعور أكثر نشاطا في النفس.
- (2) تقييم نقاط القوة والضعف وتقييم الاحتمالات من أجل إحداث التغيير للأفضل.

(3) اختيار موضع التنفيذ في بعض جوانب الذات ودمج النتائج على النحو الذي يعكس

القدرات الفعلية المختلفة.

(4) استخدام تعزيز الإحساس الذاتي وذلك لتحسين المصادر والموارد التي تعكس الآثار

الجانبية للمرض وأشياء أخرى مثل وصمة المرض

(Davidson& Strauss, 2011, p.134).

مفاتيح العمل بالطريقة التي تركز على الاستشفاء:

الأمل، واحدة من أهم عوامل الاستشفاء.

الاعتقاد في الاستشفاء مع العلم بحدوثه.

عقد وإظهار القيم والممارسات التي تعكس هذا المعتقد.

العمل من نقاط القوة لدى الناس وقدراتهم بدلاً من التركيز فقط على المشاكل والعجز.

دعم التطوير بحيث يمكن للمستخدمين زيادة أدوارهم في توجيه الرعاية الخاصة بهم و

العلاج.

إعادة المعرفة لدى الناس بوجود مواضيع مشتركة وأن الاستشفاء هو تجربة فريدة من نوعها

وبالتالي دعم الخبرات الفردية المتتابعة يجب أن تركز على الشخص وشموليته.

الإبداع والمرونة في النهج والنظر في دور المخاطرة الإيجابية.

أهمية العلاقات في الاستشفاء -وكيفية التواصل بين المهنيين وإمكانية تأثير التصرف

على الاستشفاء.

استخدام أدوات مثل التخطيط التي يركز على الشخص والمناهج والاستشفاء المستند على

خطة العمل. (Forrest & Mathieson , 2011, p. 22)

المبادئ التوجيهية من قبل إدارة خدمات الصحة النفسية (SAMHSA) في الولايات

المتحدة، وهذه تمثل عمل معترف بها في مجال مبادئ الاستشفاء:

1-الاستشفاء يظهر من الأمل.

2-الاستشفاء هو دافع شخصي.

3-يحدث الاستشفاء عبر عدة مسارات.

4-الاستشفاء يكون شامل.

- 5- الاستشفاء يدعم من قبل الزملاء والحلفاء.
- 6- الاستشفاء يدعم من خلال العلاقات والشبكات الاجتماعية.
- 7- الاستشفاء يقوم على الثقافة ويتأثر بها.
- 8- الاستشفاء يدعم من خلال معالجة الصدمات النفسية.
- 9- الاستشفاء يشمل قوة الفرد والأسرة والمجتمع والمسؤولية.
- 10- الاستشفاء يركز على الاحترام.

(McKee , 2009 , p.14)

لخص Simon Bradstreet العناصر الدولية المشتركة التالية المهمة لدى الاستشفاء:

- 1- **الأمل:** الاستشفاء لا يحدث بدون استعادة الأمل. يمكن أن يكون هناك أي تغيير دون الاعتقاد بأن هناك حياة أفضل ممكنة وقابلة للتحقيق.
- 2- **المعنى والهدف:** يجد الناس المعنى بطرق مختلفة جداً، على سبيل المثال، بعض الناس قد تجدها في الروحانية في حين أن البعض الآخر قد يجد معنى من خلال تطوير الروابط بين الأفراد أو قوى المجتمع.
- 3- **إمكانية التغيير:** نهج الاستشفاء يتطلب الاعتقاد الأساسي أن كل شخص لديه القدرة على التغيير، وهو تحدي تقليدي للتشاؤم من توقعات العاملين في مجال الصحة النفسية، والذي يتأثر الاعتقاد التاريخي في طبيعة الأزمان لبعض مشاكل الصحة النفسية. ويقترح التقرير أيضاً أن حلقات المرض المؤلمة، في حين ظهورها بشكل واضح، يمكن في الواقع أن تكون خبرة تنموية وتعليمية.
- 4- **التحكم:** وهو محور مركزي للاستشفاء لامتلاك الخبرة الشخصية لاستعادة السيطرة على حياة الشخص، فالناس الذين يستخدمون خدمات الصحة النفسية يجرمون أحياناً من مستوى كاف من المشاركة في الرعاية الخاصة والعلاج.
- 5- **المشاركة النشطة:** وعلى النقيض من كونه المتلقي السلبي للخدمات والاستشفاء حيث تهدف إلى تنشيط الأفراد الذين بإمكانيتهم تحمل المسؤولية الشخصية لرعايتهم، في كثير من الأحيان يكون التعاون مع الأصدقاء والعائلة والداعمين والمهنيين.
- 6- **نهج كلي وشامل:** الاستشفاء يشير إلى جميع عناصر الجودة في حياة الأشخاص، ويعترف أن المدى الذي يتمتع فيه الشخص بصحة جيدة ويتأثر الرفاه من خلال مجموعة واسعة من العوامل الاجتماعية والبيئية والفردية وأكثر من ذلك بكثير من إدارة الأعراض.

7- **البيئة:** العوامل الخارجية مثل وصمة العار والتمييز والعمل وفرص التدريب والسكن والبعيد الاجتماعي لها تأثير قوي على عملية الاستشفاء.

8- **التفاوت وواقعية النهج:** الاستشفاء هو نادر ما يكون عملية خطية، والناس سوف تتكون لديهم فترات حيث يحدث عملية تباطأ الاستشفاء من خلال حدوث نوبة المرض.

9- **المخاطرة الإبداعية:** الخدمات ركزت على الحقيقة بشأن إدارة المخاطر ولكن الخطر هو أن يصبح الشغل الشاغل لشخص ما التغلب على تعطيل المرض وأن المشاركة النشطة في المجتمع تتطلب عنصراً من عناصر المخاطرة الإبداعية

. (Amering & schmolke , 2009,p.17)

قطاعات الصحة النفسية الموجهة للاستشفاء في نظام تقديم خدمة الرعاية:

- 1-العلاج، بما في ذلك الأدوية والعلاج النفسي وتقديم المشورة.
- 2-التدخل في الأزمات، بما في ذلك فرق الاستجابة المتقلة والطوارئ قصيرة المدى خيارات العلاج في المستشفيات قصيرة المدى.
- 3-إدارة الحالة.
- 4-إعادة التأهيل، بما في ذلك البرامج اليومية، والدعم المهني والتعليم.
- 5-فرص التنشئة للتمية الاجتماعية والروحانية.
- 6-حماية الحقوق، بما في ذلك التعليم القانوني، وتحدي وصمة العار واحترام السرية.
- 7-الدعم الأساسي، بما في ذلك السكن الآمن بأسعار معقولة، والمساعدة المالية، والانتباه إلى مهارات الحياة اليومية.
- 8-المساعدة الذاتية، بما في ذلك نماذج المستهلكين الآخرين الذين لديهم مواضيع مختلفة في رحلة الاستشفاء.

9-برامج الاستشفاء والوقاية. (Anthony , 2000,p.161)

المهمة المهنية ليست لإخبار المستهلك الطريق الصحيح للاستشفاء. وإنما هي تسهيل عملية الاستشفاء، فمهمة المستهلك تكون الاستشفاء.(Anthony, 1993,p.11)

الممارسة الموجهة نحو الاستشفاء

"والهدف من النهج الموجه نحو الاستشفاء هو تقديم خدمات الصحة النفسية وذلك لدعم الناس في بناء وصيانة (معرفة الذات و تقرير المصير) حياة ذات مغزى والرضا عن الحياة والهوية الشخصية، بغض النظر عن ما إذا كانت لا توجد أعراض مستمرة من مرض نفسى" (Shepherd, Boardman , and Slade, 2008 , p.3) . "وهكذا فإن النهج الموجه نحو

الاستشفاء يمثل نهجاً بعيداً من حركة ووجهة نظر الطب الحيوي في المقام الأول من مرض نفسي إلى اتباع نهج شامل للرفاهية كأن يبني على نقاط القوى الفردية".

ومصطلح "الممارسة الموجهة نحو الاستشفاء" يصف هذا النهج على الرعاية الصحية النفسية، والذي يشمل مبادئ تقرير المصير والرعاية الشخصية، وتؤكد الممارسة الموجهة نحو الاستشفاء على الأمل، والاندماج الاجتماعي، والمشاركة المجتمعية، وتحديد الأهداف الشخصية وإدارة الذات، وعادة الممارسة الموجهة نحو الاستشفاء تعزز التدريب أو العلاقة القائمة على الشراكة بين الناس للوصول إلى خدمات الصحة النفسية ومهنيين الصحة النفسية، حيث تعتبر الناس أصحاب الخبرة في الحياة و يكون ذلك مؤشر على خبراتهم في الحياة وتجاربهم في حين تعتبر مهنيين الصحة النفسية هم أصحاب الخبرات في خدمات العلاج المتاحة.

ولأغراض هذا الإطار، فإن مفهوم الممارسة الموجهة نحو الاستشفاء يشير إلى الرعاية الصحية النفسية المغلفة والتي تشير الى التالي:

- 1- تشجع تقرير المصير والإدارة الذاتية للصحة النفسية والرفاهية.
 - 2- يشتمل على التصميم، والشخصية والرعاية التي تقوم على القوى التي تستجيب إلى القوى الفريدة للأشخاص، للظروف والاحتياجات والتفضيلات
 - 3- يدعم الناس في تحديد أهدافهم ورغباتهم وتطلعاتهم
 - 4- يشتمل على نهج شامل يعالج مجموعة من العوامل التي تؤثر على رفاهية الناس، مثل السكن والتعليم والتوظيف، والعلاقات الأسرية والاجتماعية
 - 5- يدعم الناس في الاندماج الاجتماعي والمشاركة المجتمعية والمواطنة
- (Davidson, 2008).

الافتراضات السبعة لأنتوني حول الاستشفاء:

- 1- الاستشفاء ممكن أن يحدث دون أي تدخل مهني.
- 2- الاستشفاء هو ظاهرة نفسية فهو يحدث في وجود الناس الذين يؤمنون به وفي حالة الوقوف إلى جانب الشخص أثناء عملية الاستشفاء.
- 3- الاستشفاء يكون مستقل في النظرية الواحدة حول أسباب المرض النفسي.
- 4- يمكن أن يحدث الاستشفاء على الرغم من إعادة تكرار الأعراض.
- 5- الاستشفاء هو عملية فريدة من نوعها لدى كل فرد.

6- الاستشفاء يتطلب أن يكون لدى الشخص الخيارات وأن الإقرار هذا لواحد من تلك الخيارات وفي كثير من الأحيان الأهمية الأكثر تكون بصفة خاصة لاختيار خيار واحد بعينه.

7- التعافي من تبعات المرض النفسي هو أكثر صعوبة من التعافي من المرض نفسه. وتشمل تلك التبعات التمييز، والفقر والتفرقة ووصمة العار والتأثيرات علاجية المنشأ. , Anthony (2000,p.160)

أبعاد الاستشفاء:

1-العوامل الداخلية: العوامل التي تدخل في نطاق المستهلك، مثل الوعي الى حصيلة المرضى، والتعرف الى سبب الحاجة للتغيير، والبصيرة حول كيفية بدئه والتحديد لعملية الاستشفاء، ويشير الاستشفاء على حد سواء للظروف الداخلية إلى التوجهات والخبرات في عملية التغيير لدى الأفراد، وتشمل الظروف الداخلية الأمل، والتعافي، والتمكين، والتواصل. والرعاية الذاتية للعلاج هي امتداد للعوامل الداخلية التي تصف كيفية إدارة المستهلكين للصحة النفسية الخاصة وكيفية التعامل مع الصعوبات والعوائق التي تواجههم.

2-إدارة الرعاية الذاتية: امتداد للعوامل الداخلية التي تصف المستهلكين في كيفية إدارة الصحة النفسية الخاصة وكيفية التعامل مع الصعوبات والحوجز التي تواجههم.

3-العوامل الخارجية: وتشمل الترابط مع الآخرين؛ وأنواع الدعم المختلف التي تقدمه الأسرة والأصدقاء والمهنيين فوجود الناس الذين يعتقدون أنهم يستطيعون التكيف والاستشفاء من الأمراض النفسية، وتشمل الظروف الخارجية حقوق الإنسان وثقافة إيجابية للاستشفاء ومعرفة الخدمات الموجهة للاستشفاء.

4-التمكين: مجموعة من العوامل الداخلية والخارجية -حيث تم حدوث ترابط القوى الداخلية لتقديم المساعدة الذاتية، والدفاع والرعاية حول ما يحدث لأنفسنا وللآخرين فلا بد من عملية تمكين ومزج العوامل الداخلية والخارجية وأن تكون العوامل الداخلية قوية ومرتبطة مع الأخرى حتى يتم مساعدة النفس وإحداث عملية الدفاع وتقديم الرعاية التي تؤدي إلى سعادة النفس والآخرين. (Ralph , 2000,p.8)

كيف يمكن لذوى الخبرة قياس أبعاد الاستشفاء ؟

- 1- مقياس التمكين للمستهلك
- 2- مقياس الكفاءة الذاتية
- 3- مقياس بيك للاكتئاب ومقياس الأمل
- 4- مقياس حالة التحكم بالمرض

5- مقياس جودة الحياة

6- مقياس تقييم الاستشفاء

7- مقياس الوصمة الذاتي

8- المقابلات النوعية باستخدام معايير المصادقية، و قابلية التحول و الاعتمادية والثبات (Lieberman&Kopelowicz , 2005, p.739)

إدارة المرض والاستشفاء:

إدارة المرض والاستشفاء هو النهج القائم على منحى الاستشفاء (Bond and Campbell, 2008; Mueser, et al., 2004; Mueser, et al., 2006; Roe , Ohayon, Salyers, and Kravetz , 2009) وذلك من خلال التنقيف النفسي، والنهج السلوكي المعرفي للالتزام بالعلاج، فالوقاية من الانتكاسة، والتدريب على المهارات الاجتماعية، والتدريب على مهارات التأقلم حيث أن خمسة تدخلات تجريبية مدعومة

تم استخدامها لتطوير عشر نماذج في دعم الاستشفاء (Roe , Ohayon, Salyers, and Kravetz , 2009) and إدارة المرض والاستشفاء يمكن أن تدرس إما بشكل فردي أو جماعي . كل نموذج سواء كان بشكل فردي أو جماعي، يكون لديه غرض وأهداف، وتدخلات محددة.

تم التوصية لاقتراح عدد الجلسات وذلك لتشمل النموذج المصمم، عموما كل نموذج يمكن تغطيته في جلستين إلى أربع جلسات مع عدد قليل من النماذج والتي تحتاج إلى أكثر أو أقل اعتمادا على احتياجات الفرد.

(Mueser, et al., 2006; Substance Abuse and Mental Health Service Administration, 2006)

تستند التدخلات على التحفيز والتعليم والإستراتيجيات المعرفية السلوكية، واستراتيجيات التعليم تكون موازية في جميع أنحاء النموذج. إستراتيجيات التعليم تشمل تلخيص الموضوعات من كل قسم وعدم التوقف عن التفاعل وذلك للتأكد من عملية الفهم، بالإضافة إلى ذلك يمكن تقسيم المعلومات إلى أقسام أو "قطع" والتي يمكن من خلالها التحكم بالمريض والوقت يمكن أن يعطى أثناء أو بين اللقاءات والتي تشمل أيضا إستراتيجيات التعليم. إستراتيجيات التحفيز المشتركة تشمل حفظ أهداف الاستشفاء الشخصية للفرد في الاعتبار العقلي لديه، وربط المعلومات إلى خبرة الشخص وأهداف الاستشفاء، و في الوقت نفسه يجب احترام الفرد بوصفه خبيراً ، ومن المفيد أيضا مساعدة الافراد في تحديد الدوافع لتلقي العلاج، وتشمل الإستراتيجيات

المعرفية السلوكية مساعدة الشخص في تحديد كيف يمكن استخدام المعلومات بطريقة عملية ومفيدة، وإعادة صياغة التجارب السابقة فيما يتعلق بأغراضهم، بالإضافة إلى نموذج لعب الأدوار والممارسة المستخدمة، وتشمل الإستراتيجيات المعرفية السلوكية أيضاً الاستفادة من القوائم المدرجة في كل نشرة ، مع كل العقبات والحواجز التي تواجهها والمعلومات يكون تم تحديدها وحل مشكلتها

(Substance Abuse and Mental Health Service Administration, 2006).

ويرى الباحث أن الاستشفاء يتطلب جهداً كبيراً من قبل المريض، والأهل، والأصدقاء، والمجتمع، والمتخصصين في كافة المجالات فهو عبارة عن جهد جماعي وليس جهداً فردياً ولا بد من وجود نظام معين وبرنامج يكون متبعاً داخل وزارة الصحة يساهم بشكل إيجابي وجيد في عملية الاستشفاء، والاستشفاء يعتبر ظاهرة تكيفية إيجابية لدى المرضى مع مرضهم بالرغم من كافة التحديات والصعوبات الحياتية التي يواجهونها.

والاستشفاء يمثل الباعث للأمل والطمأنينة والاتزان الانفعالي والنفسي لدى المرضى وهو بمثابة البوصلة التي توجه المرضى نحو بر الأمان بعيداً عن وحل الاضطرابات النفسية وما ينتج عنها من مشاكل خطيرة، وهو الذي يجعل من حياة المرضى حياة آمنة ومستقرة، كما أن الاستشفاء يحافظ على عملية التفاعل والانخراط لدى المرضى داخل مجتمعاتهم بعيداً عن آفة العزلة والانطوائية.

وحتى يتحقق الاستشفاء لا بد أن يتم استهداف جميع جوانب الحياة لدى المرضى (الصحية، والنفسية، والاجتماعية، والاقتصادية، والروحية) فهو يمثل عملية شاملة ومتكاملة لجميع جوانب الحياة، فإذا تم استبعاد جانب معين فبالتالي لا يتحقق الاستشفاء عند المرضى، فالاستشفاء يكون كلاً متكاملًا.

والاستشفاء يتحقق كنتيجة فاعلة للبرامج النفسية والصحية الجيدة التي يتم تطبيقها على المرضى من قبل فريق مهني متعدد الخصائص يشترك فيه الجميع من أطباء وممرضين وأخصائيين نفسيين واجتماعيين يحدث بينهما التعاون على أكمل وجه أثناء تقديم الخدمة الصحية والنفسية والاجتماعية.

المبحث الثالث: الصرع

"الجهاز العصبى هو المسيطر على الحركة في الإنسان ، وسلامة الجسم لا بد أن توازيها سلامة هذا الجهاز الذى يرسل إشارات إلى العضلات والعظام المراد تحريكها ، وهذا يعنى أنه ليس بالضرورة سلامة الجهاز العصبى ليعنى سلامة الجسم ككل" (المطيرى ، 2008م ، ص 51) ، ويعد الصرع أحد الأمراض العضوية العصبية التي تصيب مخ الإنسان ، ويتمثل في زيادة الشحنات الكهربائية ، مما يتطلب تفريغها عبر نوبات الصرع ، كما يعد هذا المرض من الاضطرابات العضوية الخطيرة ، لما له من تأثير واضح في حياة المريض - وذويه والمحيطين به ، وقد فسر مرض الصرع عبر عصور التاريخ تفسيرات مختلفة ومتناقضة ، فقد كان يفسر في العصور القديمة بأنه "المرض المقدس" ، لأن الذين يصابون به تحيط بهم الملائكة من كل جانب، وفسر بعد ذلك بأنه مرض ينتاب الشيطان فيه الإنسان ، وحالة التشنج وما يرافقها من أعراض مرضية تميزها إنما هي مظهر من مظاهر الصراع بين الملائكة والشياطين المحيطين المرافقين للمريض، لذلك فإن مريض الصرع على وفق هذا التصور شخص تسكن بداخله الشياطين والأرواح الشريرة (بدوي، 2013م ، ص 178) .

ويعتبر الصرع من الأمراض العضوية العقلية ويحدث عندما لا ينمو المخ نمو طبيعياً ، أو تصيبه عدوى مرضية كعدوى الزهري ، أو يلحق به ضرر، أو تنمو تورمات فيه ، فتؤدى هذه الحالات إلى اضطرابات عقلية ، وأشد تلك الحالات هي التي يصاب فيها المريض بالنوبة فجأة فيذهب في الغيبوبة التامة الفجائية ، والتشنجات الجسمانية ، والسبات بعد الصدمة ، والتنبيه التدريجى ، وقد تصيب الفرد النوبة نهاراً أو ليلاً أثناء نومه ، ويسبق حالات التشنج عند المصاب شعور بإحساسات معينة في المعدة أو الدوار أو تتمل في الأقدام أو في الأيدي ، وقد تكون هناك احساسات غريبة في العين أو الرأس أو العضلات وما إلى ذلك . أما الحالات الخفيفة من هذا المرض فتبدو أعراضها في شكل نوبات قصيرة من الدوار، وفقدان الشعور، واضطراب في تعابير الوجه، وتوقف عن العمل، وقد تحدث بعض التشنجات العضلية، وقد يظهر على بعض الأطفال المصابين بالصرع سلوك المشاكسة والاعتداء والتخريب والبذاءة، حتى إذا ما انتهت هذه النوبات بدأ الطفل هادئاً وديعاً حسن السلوك (بنى جابر، وعبد العزيز، والمعايطة، 2002م ، ص 386).

نبذة مختصرة عن الدماغ :

يتكون الدماغ البشري من ثلاثة أجزاء هم: المخ (Cerebrum) والمخيخ (Cerebellum) وجذع الدماغ (Brainstem)، ويتأثر المخ في نوبات الصرع بشكل أكبر من الجزأين الآخرين.

1- **المخ:** يشير المخ إلى الجزء الأكبر من الدماغ، وهو الحاكم الأول والعامل المسيطر على طريقة السلوك والتفكير، وهو يشتمل على شطرى الدماغ اللذين يتصلان مع بعضهما البعض عند جزء القاعدة بواسطة الجسم الثقني (Callceum Corpus) متعدد الألياف، وينقسم كل شطر من هذين الشطرين إلى أربعة فصوص مسئولة عن بعض الوظائف الخاصة، وتتحكم الفصوص الأمامية في الحركات الإرادية بالإضافة إلى بعض جوانب الشخصية والعواطف. أما الفصان الجداريان الواقعان في مؤخرة الجمجمة، فعملهما يدخل في أحاسيس الجسم كالشعور واللمس مثلما هو حاصل في المهارات اليدوية كالكتابة، وترتبط الفصوص الصدغية (Temporal Lobe) بعمل الذاكرة والفهم والكلام والمشاعر الجنسية والتذوق والشم، أما الفصوص القذالية (Occipital Lobe) فهي المسئولة عن الرؤية خاصة الأشياء المرئية وكيف يتم تفسيرها، وقد تبدأ بعض أشكال الصرع التي تشتمل على نوبات جزئية من عند أي من هذه الفصوص، بما يفضي إلى نوع من اضطرابات في الإحساس.

2- **المخيخ:** وهو موجود أسفل شطرى الدماغ مباشرة؛ حيث يرتبط عمله بالتحكم الحركي، ووظيفته الأساسية هي التنسيق بين عمل العديد من العضلات للقيام بأى حركة مطلوبة من رفع شوكة صغيرة من على المنضدة وحتى القفز إلى أعلى، كما يتحمل أيضا المسئولية عن توازن الجسم، ويعمل المخيخ في حالة من عدم الإدراك؛ حيث يعالج الكثير من المعلومات التي يستقبلها من مصادر متنوعة مثل العين والأذن وكل العضلات والأجزاء المختلفة للمخ، وعادة ما يؤدي حدوث اضطراب في عمل المخيخ إلى الإصابة بمرض اختلال التآزر الحركي (Ataxia) الذي قد ينطوي على حالة من انعدام الوزن والارتعاش.

3- **جذع الدماغ:** يعتبر جذع الدماغ الجزء الأساسى الذي يستند عليه كل من المخ والمخيخ فيعمل على وصلهما بالحبل الشوكي، ويتحكم هذا الجزء في الوظائف الأساسية مثل التنفس ومعدل ضربات القلب بالإضافة إلى التنسيق بين الأنشطة الأخرى مثل حركات اللسان والعين، ودائما ما تكون الإصابة الحاصلة في هذا الجزء من المخ خطيرة للغاية. (مارشال و كروفورد، 2005م/2000م)

الخلفية التاريخية لمرض الصرع:

الصرع معروف منذ العصور القديمة وكان يطلق عليه أسماء عديدة منها داء هرقل لأن الامبراطور الروماني كان مصاباً به وكذلك أطلق عليه الداء الإلهي والداء المقدس والداء الهابط ونظراً للدهشة المفزعة التي تنتاب الشخص الذي يشاهد ما يجري للمصاب بنوبة الصرع فقد أطلقوا عليه اسم ابليساً وهي كلمة إغريقية تعني المسكة أو الصرعة ومن الأسماء التي أطلقت على الصرع أيضاً أم الصبيان النقطة القرينة التكريزة الثمرة وأطلق عليه الرومان داء الكوميشيا. والكوميشيا تعني اجتماع شعبي واسع يتم فيه مناقشة أمور الدول السياسية والاقتصادية والقانونية والاجتماعية فهو يشبه مجلس الأمة حالياً وذلك بسبب انفضاض الاجتماع وهلع الحاضرين عند حدوث نوبة صرعية لأحد الحاضرين بالاجتماع.

إن أول ذكر صريح للمرض ورد في قانون حمورابي في القرن الثامن عشر قبل الميلاد حيث نص على أن - من اشترى عبداً وثبت فيما بعد أنه مصاب بالصرع خلال شهر من شرائه فيحق له أن يعيد العبد إلى صاحبه ويسترد الثمن الذي دفعه .

وكان الصرع يتصف بالأسطورية والخرافية فيعزوه الناس لأسباب ميتافيزيقية (غيبية) والنظرة للمصاب في ذلك الوقت تجمع بين التقدير والاحترام من ناحية وبين الخشية منه من ناحية أخرى بسبب اعتقادهم أن رأس المصاب قد استوطنته روح ذات قوة خارقة وهي قد تكون روحاً رباتية أو روحاً شيطانية وهذا ما أعطى للمصاب الهيبة والخشية والقدسية وكان الاعتقاد بأن المصاب بالصرع يكون مسكوناً أو مركوباً من جن أو شيطان أو روح شريرة دخلت إلى المخ حتى أن بعض المصادر العلمية تقرر أن الثقوب الموجودة في الجمجمة وجدت ليخرج منها الشيطان، وحتى القرن التاسع عشر الميلادي ظل الناس بما فيهم الأطباء يعزونه لأسباب تتعلق بالنزوات والشهوات كالاستمناء (العادة السرية) والإفراط في ممارسة العلاقات الجنسية وتعاطي المخدرات وعلى العموم القيام بأي عمل لا أخلاقي وتعتبر نوبة الصرع نوعاً من الجنون يصفه الأطباء ضمن الأمراض العصابية وهي جزء من الأمراض العقلية وما زال الخلط بين الصرع والأمراض العقلية سائداً في الأوساط الشعبية حتى يومنا هذا. (فريجات ، 2000م) ويعد الصرع من أقدم اضطرابات الدماغ التي عرفها الإنسان، فقد ورد ذكر الصرع قبل أكثر من 2000 عام من مجيء عيسى عليه السلام، وهناك إشارات لذلك في النصوص الإغريقية والإنجيل، ولم تكن هناك دراسات جادة إلا في أواسط عام 1800، فقد كان السير تشارلز لوكوك أول من أوجد المسكنات التي ساعدت على التحكم بالنوبات عام 1857 وفي عام

1870 قام جون هقلنقر جاكسون بتحديد الطبقات الخارجية للدماغ أي قشرته الخارجية وعرفها بأنها الجزء المعني بالصرع.

وفي عام 1929 أوضح هانز برجز أن هناك إمكاناً لتسجيل نبضات الدماغ البشري الكهربائية (الشمري، 2016م).

ولابد أن نذكر أن عدداً من الأطباء القدماء بدءاً من أبو قراط ووصولاً لأعلام الطب الإسلامي كابن سينا والرازي قابلوا هذه التفسيرات غير الطبيعية للصرع بتفسيرات علمية من حيث المبدأ، أي على أنها حالات تنجم عن اضطراب دماغ الإنسان وعقله وبالتالي توجهوا في علاجهم نحو " تهدئة الدماغ وتطمين العقل " بل و " زرع الثقة في نفس المريض "! ولكن حتى هؤلاء بقوا يضعون الصرع في نفس مجموعة الأمراض العقلية المعروفة بالجنون، مثلهم في ذلك مثل بقية الأطباء في ذلك الوقت؛ لذلك بقي الجنون أحد المعاني المتداولة للصرع، ففي معجم من اللغة يعرف الصرع بأنه داء يشبه الجنون، ويقال: صُرع بمعنى جُنّ فهو صريع والصريع هو المصروع أو المجنون.(الطحان، 2001م) .

تعريف الصرع:

1- **التعريف اللغوي للصرع:** في العربية يقال صرع فلان فلانا أي طرحه أرضاً مغلوباً. ويقال انصرع أي سقط أرضاً، والصرع هو الذي يملك نفسه عند الغضب لأن حلمه يغلب غضبه فيصرعه، وفي اليونانية: جاءت كلمة الصرع من Epilepsia والتي تعني انقطاع الكلام أو التوقف.

2- **الصرع** "هو اضطراب يحدث عندما لا تعمل خلايا الدماغ بشكل سليم (March of Dimes , 1990 ، وسببه زيادة النشاط الكهربائي للخلايا العصبية في الدماغ، ويتميز بوجود النوبات الصرعية والتي تؤثر سلباً على قدرة النظام العصبى على أداء وظائفه ، ويمكن أن تسبب تأخر جسمى وعقلى" (Len , 1997 ; NCC ANI , 2003) إن كل وظائف الدماغ ، بما فيها الشعور ، والرؤية والتفكير ، والعضلات تعتمد على الإشارات الكهربائية التي تصدر من الدماغ ، والدماغ الطبيعي يولد إيقاعات كهربائية بشكل ثابت ومنظم ، أما في الصرع فإن هذه الإشارات تكون غير منظمة وغير مستقرة.

3- **الصرع** "هو سلسلة من الاضطرابات التي تصيب الجهاز العصبى المركزى في المخ" (رياض وعبد الرحيم، 2001م).

4- **الصرع** "هو اضطراب دماغى يتصف بقيام المريض ببعض السلوكيات التشنجية والاهتزازية مع اضطراب في شعور الفرد ووعيه، وفى الجانب الحسي والحركى والنفسى". (الزرد، 1999م ، ص25)

5- **الصرع** هو اختلال عصبى ناتج عن اضطراب في الإشارات الكهربائية لخلايا المخ يحدث بشكل مفاجئ وعادة ما يكون قصير الأجل، ويمكن أن يعم جميع خلايا الدماغ أو يهيم فقط منطقة معينة منه ... يتم قياس هذه النبضات العصبية غير الطبيعية عن طريق تخطيط الدماغ وهو الاختبار الذي يمكن من تسجيل نشاط المخ ومنه تشخيص المرض. (الجم، 2015م ، ص9)

6- **يعرف الصرع** بأنه اختلال عصبى داخلي ينتج عن اضطراب الإشارات الكهربائية في خلايا المخ ، والخلل القائم في العملية الكهربائية الدماغية ينشأ عن تشكل ما يعرف بالبؤرة الصرعية والتي تكون مصابة ومنها تنطلق إشارة البدء وتتعمم على كامل النشاط الكهربائى في الدماغ والعرض الأساسى الجامع لكل أشكال الصرع هو فقدان الوعي وما قد يرافقه من تشنجات مختلفة وفقا للحالة وأشهر أنواعه هو الصرع الكبير حيث تحدث تقلصات تتبعها رجفان شامل لكل عضلات الجسم وفى الدرجة الثانية يكون الصرع الصغير عند الأطفال عادة بحيث يفقد المصاب وعيه لفترة قصيرة ويسترددها بسرعة .
(سامح، 2016م ، ص11)

7- **الصرع** هو حدوث نوبتين أو أكثر وتتكون النوبات من حركات أو إحساسات لا إرادية مع أو بدون فقدان الوعي الذي يحدث نتيجة شحنات كهربائية غير طبيعية في الدماغ. هذه الشحنات هي أحيانا نتيجة قابلية جينية (استعداد خلقى وراثى) تؤثر على وظائف المرسلات العصبية والوظائف الكهربائية في الدماغ، وقد تكون أيضا نتيجة حدوث أذية في الدماغ مثل نقص الأكسجين، صدمة مع كدمة في الرأس، ورم دماغى أو غير ذلك. إن النوبات التي يعاني منها معظم مرضى داء الصرع يمكن بسهولة السيطرة عليها من خلال الأدوية وبالتالي هؤلاء المرضى يستطيعون أن يعيشوا حياة طبيعية، والأغلبية يستطيعون أن يتوقفوا عن تناول الأدوية، عادة يمكن إيقاف الدواء بعد سنتين من العلاج بدون عودة حدوث النوبات. (المىقاتى، 2006م، ص4)

8- **الصرع** هو عارض ناجم عن إطلاق مؤقت ومفرط للحركة العصبية في الدماغ، والناجمة عن أسباب من داخل الرأس أو خارجه، ويتصف الصرع بنوبات محددة والتي تميل الى

التكرار، وتتسم باضطرابات في الحركة أو الإحساس، أو السلوك، أو الوعي، أو المزاج، أو الإدراك، أو الفكر، أو أي تجمع من هذه الأعراض. (كمال، 1994م، ص11)

ما الفرق بين التشنج والصرع؟

يعد التشنج هو من العلامات الدالة على الصرع، والصرع هو ميل الدماغ لإنتاج شحنات مفاجئة من الطاقة الكهربائية تؤثر سلباً على وظائف الدماغ، وامتلاك نوبة تشنج واحدة لا يعنى بالضرورة أن الشخص يعاني من الصرع، فالحمى العالية، وجروح الرأس الحادة، وقلة الأكسجين، تعد من بعض العوامل التي يمكن أن تؤثر على الدماغ لتسبب نوبة تشنج مؤقتة، في حين أن الصرع يسبب نوبات تشنجية دائمة عادة. (البطينة وآخرون، 2006م، ص 385)

نسبة انتشار الصرع:

"تحدث النوبات الصرعية لدى نصف بالمائة من سكان أي مجتمع تقريباً" (Wolraich , 1984) "وهناك تقديرات تشير بأن (3%) من أفراد أي مجتمع سيواجهون نوبة صرع واحدة على الأقل أثناء حياتهم ، وهذه النسبة لم تحسب ما نسبته (5%) من الأطفال الذين يعانون من نوبات صرع سببها الحمى" (Simon, 2004; Eadie , 2000) ويؤثر الصرع على كل الأعمار ، وتأثيره على الذكور يفوق بنسبة قليلة تأثيره على الإناث ، واستناداً إلى بعض التقديرات فإن (14%) من مرضى الصرع هم تحت سن (15) سنة و (62%) منهم ما بين سن (16-60) عاماً ، و (24%) أعمارهم أكثر من (60) عاماً. (Simon, 2004)

العوامل التي تؤدي إلى حدوث الصرع:

ويمكن تقسيم العوامل الى مجموعتين العوامل الذاتية والعوامل المكتسبة، وهي على النحو الآتي:

1- **العوامل الذاتية:** المقصود بالعوامل الذاتية أن مرض الصرع يعود إلى أسباب متعلقة بالمرضى نفسه ولا دخل للأسباب الأخرى في ذلك فالغالبية منهم لا يوجد لديهم أي مرض بالجهاز العصبي حيث تكون الفحوصات المخبرية والحسية سليمة ويسمى بالصرع الذاتي Idiopathic Epilepsy وهي تشكل نسبة (75%) من مجموع سبب الإصابة بالصرع في هذه الحالات تكون طبيعة خلايا المخ ذات قابلية أو استعداد حركي أكبر من المعدل الطبيعي دون وجود سبب مباشر وهذا مشابه للمصابين بالحساسية والربو ، حيث تكون أجسامهم لديها قابلية للحساسية أكثر من غيرهم دون وجود أسباب مرضية واضحة ومحدودة .

- 2- **العوامل المكتسبة** : المقصود بها أن مرض الصرع هنا ناتج عن عوامل خارجية تعرض لها وهي التي تسبب تلف بعض خلايا المخ مسببة تليفها Scaring . وتصل نسبة الإصابة إلى (25%) من مجموع حالات الصرع ومن هذه العوامل :
- 1- نقص الأوكسجين وتحدث هذه الحالة تحديدا في لحظة إخراج الوليد من الأم مما يسبب الاختناق عند المواليد أثناء الولادة (عسر الولادة) أو الولادة الخدج (أي أقل من 9 شهور).
 - 2- إصابات الدماغ الناتجة بسبب الحوادث المختلفة (حوادث الطرق على سبيل المثال) .
 - 3- حدوث حالة نزف في المخ أو حدوث تجلط في الأوعية الدموية في المخ، أو بسبب عيوب خلقية في الأوعية الدموية الدماغية .
 - 4- التهابات المخ Encephalitis .
 - 5- التهابات السحايا Meningitis .
 - 6- التشوهات الخلقية في أنسجة المخ .
 - 7- أما أورام المخ Brain Tumors فنادرا ما تكون سببا لحالة الصرع.
 - 8- نوبات الصرع الناجمة عن الحمى Febrile Seizures وهي نوبات الصرع الحمية ويكون سببها الحمى الشديدة وتحدث عادة في الأعمار من ثلاثة شهور إلى خمس سنوات، ويصاب ما نسبته (3%) من جميع الأطفال ذوي العمر الأقل من خمس سنوات بنوبات الصرع الحمية.
 - 9- اضطراب عملية الأيض Metabolic Disturbance يمكن أن تؤدي إلى حدوث نوبة الصرع، ويحدث هذا الاضطراب عند وجود انخفاض حاد في مستوى الجلوكوز في الدم، وخاصة عندما يتعطل الكبد أو الكلى عن أداء وظيفته.
 - 10- النمو اللحائي البؤري الشاذ Focal Cortical Dysplasia يحدث هذا النوع من الشذوذ في مرحلة النمو الجنيني، وتتأثر فيه الخلايا العصبية ويمكن أن يسبب صرعا حادا جدا تصعب معالجته.
 - 11- الإفراط في تناول الكحول Alcohol Abuse يعد الإفراط في تناول الكحول أحد الأسباب الأكثر شيوعا لحدوث نوبات الصرع خاصة لدى المراهقين والبالغين.
 - 12- نقص السكر في الدم Hypoglycemia قد يكون سبب نوبات الصرع أحيانا بسبب التعقيدات الناجمة عن نقص السكر في الدم لدى الأطفال والبالغين.
- (البطائنة وآخرون ، 2007 م ، ص ص 389-390)

أسباب الصرع:

لا يتم تحديد سبب الإصابة بمرض الصرع عند حوالي نصف الأشخاص الذين يعانون من نوبات مرض الصرع، أما بالنسبة للنصف المتبقى، فإن مرض الصرع يمكن أن يكون نتيجة عوامل مختلفة. أسباب مرض الصرع قد تشمل أي حالة صحية يمكن أن تعطل عمل الدوائر الكهربائية الطبيعية في الدماغ تشمل أسباب الصرع ما يلي:

العوامل الوراثية: بعض أنواع الصرع، والتي يتم تصنيفها حسب نوع النوبات، تسري في عائلات معينة دون غيرها، الامر الذي يزيد من احتمال ان يكون التأثير الوراثي من إحدى أسباب الصرع.

لقد قام بعض الباحثين بالربط بين بعض أنواع الصرع وجينات معينة، على الرغم من عدد الجينات التي يمكن ربطها بمرض الصرع يقدر بحوالي 500 جين بالنسبة لمعظم الناس، الجينات لا تشكل سوى جزء بسيط من أسباب الصرع، ربما لأنها فقط تجعل الشخص أكثر عرضة وحساسية للظروف البيئية التي تسبب نوبات الصرع.

إصابات وصدمة الرأس: إن إصابات الدماغ الناتجة عن الإصابات والصدمة التي تعرض لها الرأس خلال حادث سيارة أو أي إصابة مؤلمة أخرى قد تكون من أسباب الصرع.

الاضطرابات الصحية: الاضطرابات والمشاكل الصحية مثل السكتات الدماغية أو النوبات القلبية التي تؤدي إلى تلف في خلايا الدماغ يمكن أيضا أن تكون من أسباب الصرع. السكتة الدماغية تعتبر الحالة الصحية المسؤولة عما يصل إلى نصف حالات مرض الصرع لدى الأشخاص بعمر 35 عاماً وأكثر.

الخرف: يعتبر السبب الرئيس من أسباب الصرع لدى كبار السن.

الأمراض: مثل التهاب السحايا والتهاب الدماغ الفيروسي والإيدز يمكن أن تكون من أسباب الصرع.

الإصابات قبل الولادة: قبل الولادة، يكون الجنين عرضة للإصابة بتلف في الدماغ نتيجة وجود التهابات عند الأم أو سوء في التغذية أو نقص في الأكسجين، وهذا يمكن أن يؤدي إلى الشلل الدماغي في الأطفال. ترتبط حوالي 20% من نوبات الصرع عند الأطفال بالشلل الدماغي أو التشوهات العصبية الأخرى.

اضطرابات النمو: في بعض الأحيان، يمكن أن يترافق مرض الصرع مع اضطرابات النمو الأخرى، مثل التوحد ومتلازمة داون. (أبودولة، 2012م ، ص2)

وتتحدد أسباب الصرع بالنقاط التالية:

- 1-عوامل وراثية.
- 2-التشوهات الخلقية.
- 3-نقص الأكسجين أثناء الولادة.
- 4-إصابات الرأس.
- 5-أورام المخ.
- 6-الأمراض الالتهابية.
- 7-الخلل الكيميائي بالدم.
- 8-الاضطرابات الأيضية المكتسبة.
- 9-التسمم الكحولي.
- 10-الاضطرابات التنكسية وأمراض نزع الميالين (النخاع).
- 11-نقص الفيتامينات.
- 12-الصرع الدوائي المنشأ. (رياض وعبد الرحيم، 2001م)

الفيزيولوجيا المرضية للصرع:

مجموعة متنوعة من المحفزات الكهربائية أو الكيميائية المختلفة التي يمكن أن تسبب النوبة بسهولة في أي دماغ عادي (طبيعي) ، ونوبة الصرع تعكس دائما نشاط فرط كهربائي متزامن غير عادي من الخلايا العصبية الناجمة عن عدم التوازن بين الإثارة وتثبيط في الدماغ، حيث أن الخلايا العصبية تكون مترابطة في شبكة معقدة حيث يتم ربط كل الخلايا العصبية الفردية من خلال نقاط الاشتباك العصبي مع مئات من الآخرين، كما ويتم التخلص من التيار الكهربائي الصغير من الخلايا العصبية للإفراج عن الناقلات العصبية في مستويات متشابكة لتسهيل السماح للتواصل مع بعضها البعض، وقد تبين أن أكثر من مائة من الناقلات العصبية تلعب دوراً في الإثارة العصبية، ومع ذلك، فإن إثارة الناقلات العصبية الرئيسية في الدماغ تتكون من الغلوتومات والناقل العصبي الرئيسي المثبط في الدماغ هو حمض جاما أمينو زدي (GABA) ، فالوظيفة الغير طبيعية من تلك الأشياء هذه يمكن أن تؤدي إلى حدوث النوبة، والخلايا العصبية المثارة تفعل الخلايا العصبية القادمة في حين أن الخلايا العصبية المثبطة لن تفعل ذلك، والخلايا العصبية العادية (الطبيعية) يتم التصريف خلالها بشكل متكرر على أساس

التردد المنخفض، وهذا هو النشاط الكهربائي المتكامل الناتج عن الخلايا العصبية في الطبقات السطحية من القشرة التي يتم تسجيلها بصورة طبيعية من خلال جهاز تخطيط الدماغ الكهربائي، في حالة تلف الخلايا العصبية أو إصابتها أو مشاكل زيادة كهربية الدماغ أو مشاكل التمثيل الغذائي، والتغيير في نمط التصريف قد يتطور، في حالة الصرع، يتم استبدال تصريف التردد العادي المنخفض الي رشقات نارية من التصريف عالي التردد عادة ما تليها فترات من الخمول. يتم تشغيل نوبة الصرع عند تصريف الخلايا العصبية بأكملها بشكل متزامن بطريقة غير طبيعية، و قد تبقى عملية التصريف غير طبيعية بشكل محدد أو أنها قد تنتشر إلى المناطق المجاورة، ويتم تجنيد المزيد من الخلايا العصبية كما أنها تنتشر. (Porth , 2002,pp.218-219)

تشخيص الصرع:

"يعتمد التشخيص على الوصف الدقيق للحالة الذي يقدمه المريض أو أسرته للطبيب المعالج، والكشف الطبي الكامل للدماغ، ويليه إجراء فحوصات معينة منها تخطيط الدماغ الكهربائي والصورة المقطعية أو المغناطيسية للمخ وبعض التحاليل المخبرية". (خوجة، 2012م) ويمكن أن يعبر عن نوبات الصرع تحت ظروف ضاغطة (كالحرمان من النوم، والكحول أو تعاطي المخدرات، والالتهابات، ونقص السكر في الدم والتغيرات الأيضية) حتى في الأشخاص الذين لا يعانون من الصرع. يتم عادة تشخيص الصرع بعد يومين أو أكثر من حدوث النوبات غير المبررة، والتاريخ الطبي مع المعلومات من العوامل المسببة الممكنة لحدوث النوبات والوصف التفصيلي للمظاهر السريرية لنوبات الصرع وكذلك الفحص السريري بالإضافة أيضا إلى نتائج أمراض القلب والأوعية الدموية والأمراض العصبية هي من أدوات التشخيص الأساسية عند التقييم المحتمل للإصابة بالصرع، وتسجيل EEG مهم في توفير المعلومات المؤكدة للتشخيص والمساعدة في تحديد بؤرة أو متلازمة الصرع المعمم. التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) مهم في المساعدة على كشف ظروف مرضية في تركيبية الدماغ، ومع ذلك، فإن تشخيص بعض الحالات يمكن أيضا أن يتم على أساس التاريخ الطبي وتاريخ النوبات غير المبررة على الرغم من أن نتيجة التخطيط الدماغية والتصوير بالرنين المغناطيسي قد تكون طبيعية. (Moshe & Pedley, 1997, p.802)

أنواع الصرع:

يشير عثمان (2004م، ص254) إلى أن الصرع ليس مرضا في حد ذاته بل هو مجموعة أعراض مرضية تبدو في هيئة نوبات متكررة تثيرها الخلايا العصبية بسبب أمراض

الدماغ، وهي في ذلك أشبه بالصداع فالصداع تسببه عدة عوامل والصرع كذلك ينجم عن عدة أمراض دماغية، والصرع ليس مرضاً معدياً كما يشاع بين عامة الناس، وللصرع أنواع كثيرة نذكر منها على سبيل المثال ما يلي:

1- الصرع العام مجهول السبب Idiopathic Generalized Epilepsy:

يتميز بأنه غالباً من مجموعة الاضطرابات المنقولة بالوراثة فهو اضطراب موروث، ولكن قد لا يوجد أي تاريخ عائلي للإصابة بالصرع. وهو يظهر في مرحلة الطفولة أو المراهقة، على الرغم من أنه قد لا يتم تشخيصه حتى سن البلوغ، ويتميز هذا النوع من مرض الصرع بعدم وجود تشوهات في الجهاز العصبي كما أن تركيبة الدماغ تكون طبيعية.

فالأشخاص الذين يعانون من هذا النوع من مرض الصرع يكون لديهم معدل الذكاء طبيعي، ونتائج الفحص العصبي ومسح الدماغ أيضاً تكون طبيعية. كما أن نتيجة تخطيط الدماغ الكهربائي تظهر قد تظهر بعض الإفرازات البسيطة من الشحنات الكهربائية المصاحبة لمرض الصرع، وعادة ما يتم علاج هذا النوع من خلال إعطاء العلاجات الدوائية المناسبة لذلك، وهو يظهر في نوبات الغياب الصرعي عند الأطفال. (Benbadis & Heriaud, 2003, p.7)

2- الصرع الجزئي مجهول السبب Idiopathic Partial Epilepsies:

يبدأ هذا النوع من مرض الصرع بالظهور في مرحلة الطفولة في الأطفال التي تتراوح أعمارهم ما بين 5 إلى 8 سنوات من كلا الجنسين. وهو يعرف بإسم الصرع البؤري الحميد في مرحلة الطفولة، أو صرع رولاند الحميد وهو يعتبر من أبسط وأخف أنواع الصرع.

قد يظهر في سن البلوغ، ولكن يصعب تشخيصه. وتحدث النوبات في الليل بعد نوم المصاب ويشتمل هذا النوع على نوبات الصرع العامة الثانوية (النوبات الصرعية الكبرى).

(Benbadis & Heriaud, 2003, p.7)

حيث تظهر الأعراض في شكل نوبات جزئية بسيطة مع أعراض تبدأ في الفم والحلق حيث تبدأ بصدور أصوات غريبة من الحلق، ثم يبدأ الطفل في ابتلاع اللعاب بصورة قهرية

(Compulsive Swallowing) تصاحبها حالة اختناق مع صك أوصر الأسنان

(Teeth Gnashing) مع صعوبة في حركة اللسان والقدرة على الكلام.

ويشير رسم المخ إلى وجود نتوءات فوق المنطقة الصدغية المركزية، الجدير بالذكر أنه على الرغم من أن هذه النوبات جزئية، لكنها لا تؤدي إلى إحداث تدمير عضوي للدماغ. (عثمان، 2004 م، ص 254)

3- الصرع العام العرضي Symptomatic Generalized Epilepsy:

يحدث هذا النوع من الصرع بسبب حدوث تلف على نطاق واسع من الدماغ بالإضافة إلى الإصابات التي قد تحدث أثناء الولادة وهي تمثل الأسباب الأكثر شيوعاً. (Benbadis & Heriaud, 2003, p.8)

وتتحدد الأسباب بما يلي :

أ- إصابات الدماغ (Head Trauma) .

ب- التشوهات الخلقية المرتبطة بتكوين الدماغ (Congenital malformation) .

ت- نقص أو انعدام الأكسجين أثناء عملية التوليد.

ث- الأورام المخية (Brain Tumors) التي تسببها الأمراض كالدرن الرئوي وغيره.

ج- نزيف المخ (Cerebral Hemorrhage) .

ح- السكتة الدماغية (Brain Stroke) .

خ- الآثار التي تعقب مرض التهابات السحايا (Meningitis) .

ويشكل حوالي 30% من حالات الصرع، وهي من الحالات التي يمكن إرجاعها إلى

عدة عوامل مسببة، ولهذا يطلق عليه أحيانا الصرع العضوي (Organic Epilepsy). ومن

أعراضه الرعشة العصبية والنوبات التشنجية التي تأخذ صورة سلسلة متكررة تأخذ في التقارب

الزمني لتصبح نوبة واحدة، وإذا لم تتوقف هذه السلسلة من النوبات التشنجية عن طريق

تعاطى العقاقير، فإن المريض قد يموت، ويشكل هذا النمط حوالي 5% من حالات الصرع

عادة و10% من حالات الصرع عند الأطفال، وتبدأ أعراض هذا الصرع عند الأطفال ما بين

سن 5-7 سنوات من الجنسين. وفي هذا الصرع تتعدد أنواع النوبات التي تسبب زوال النشاط

العضلي بشكل كلى مما يؤدي إلى سقوط الطفل على رأسه أو وجهه مسببا له الأذى الجسيم، وهو يعتبر من أخطر أنواع الصرع. (عثمان، 2004 م، ص 254)

وعندما يكون سبب الصرع هنا غير محدد بالتالي يشار إليه بالصرع الخفي المنشأ أو مجهول السبب.

وبالإضافة إلى وجود الصرع تظهر غالباً مشاكل عصبية أخرى عند المرضى مثل تأخر النمو، والتخلف العقلي، والشلل الدماغي.

ويشتمل هذا النوع من الصرع على متلازمة لينوكس غاستو والتي تشمل أنواع متعددة من النوبات الشائعة مثل (النوبات الصرعية الارتجاجية - الارتخائية العامة والنوبات الصرعية النشطة والنوبات الصرعية الارتجاجية العضلية والنوبات الصرعية الارتخائية ونوبات الغياب الصرعى) والتي يصعب السيطرة عليها والتحكم بها. (Benbadis & Heriaud, 2003, p.8)

4- الصرع النفس حركي Psychomotor Epilepsy:

ويطلق عليه أحيانا The Epileptic Equivalent.

وهو نوع من الصرع يهتم عالم النفس الإكلينيكي بذلك لأن النوبة فيه لا تحتوي على تشنجات عادية وإنما على نوع من السلوك الشاذ وينسب هذا السلوك الشاذ إلى خطأ " إلى عوامل سيكولوجية ووراثية "، ولا يمثل هذا النوع من الصرع إلا بنسبة ضئيلة جدا من مرضى الصرع ولكنه خطير من حيث أنه يمكن أن يؤدي إلى نوبات ذهانية، ويلاحظ على المريض أن يحيا حياة سوية عادية في معظم الأوقات ولكنه بين الحين والحين تعثره حالة من العنف والتهيج والثورة وعدم الضبط أو التحكم في نفسه وفى أثناء هذه النوبات قد يرتكب المرضى جرائم خطيرة مثل القتل، وجرائم هناك العرض والاعتصاب ، ولكن بعد زوال النوبة لا يتذكرون ما قاموا به من أفعال، ومن المحتمل أيضا أن يعانى هؤلاء المرضى من الشعور النفسى بالعداوة والعصيان والتمرد وقد يكون هذا الشعور ناتجا من حالة الصرع التي يعانون منها أسباب نفسية غير مفهومة تمام الفهم (الخطيب ، 2002م ، ص 133).

5- الصرع المعروف باسم جاكسون (Jacksonian):

ولا يفقد فيه المريض وعيه أو إدراكه وشعوره، إنما يتعرض لعدة تشنجات بسبب حالة تهيج (Irritation) تحدث في جزء معين من المخ محدثة تشنجات وتقلصات في بعض أجزاء من الجسم التي تخضع لسيطرة ذلك الجزء المتهيج من المخ. (عثمان، 2004 م، ص 254)

6- أنواع أخرى مثل الصرع المسمى بأم الصبيان (Status Epilepticus):

وأنواع أخرى مثل التشنجات الصببانية (Infantile Spasm) الذي يعرف باسم " أم الصبيان " والتي تصيب الأطفال في الفترة العمرية ما بين 5-7 شهور ولا يعرف سبب محدد لها ، والصرع الصغير (Pyknoleptic Petimal) وهي نوبات قصيرة يفقد خلالها المريض وعيه ، وتبدأ هذه النوبة في مرحلة الطفولة ولا تظهر إلا نادرا عند فئة قليلة من الناس ، وتصيب الإناث أكثر من الذكور ، هذا فضلا عن تشنجات الحمى (Febrile Convulsions) وتسببها الحمى التي تصل إلى 38م وتصيب الأطفال ما بين 6شهور وحتى العام الخامس وتكثر لدى الذكور (عثمان، 2004م، ص 257) .

أنواع النوبات الصرعية:

تصنف النوبات الصرعية إلى ثلاثة أنواع وهي النوبات الصرعية الجزئية، والنوبات الصرعية العامة، والنوبات الصرعية الغير مصنفة.

النوبات الصرعية الجزئية:

لا تشبه النوبات الصرعية العامة، حيث تبدأ النوبات الصرعية الجزئية في منطقة معينة من إحدى قسمي المخ ولا تنتشر بشكل ثنائي (Holmes, 1997:32).

النوبات الصرعية الجزئية ترتبط بوجود مشاكل الفص الصدغي وتنقسم إلى قسمين 1-النوبات الصرعية الجزئية البسيطة يتم خلالها الاحتفاظ في حالة الوعي ولا تتأثر 2-النوبات الصرعية الجزئية المركبة (المعقدة) يحدث خلالها إما ضعف في درجة الوعي أو فقدانها بشكل كامل (Kotagal et al., 1987:1178).

يصاحب كلاً من القسمين النوبات الصرعية الجزئية البسيطة والمركبة هالات حسية جسدية تشمل الهالوس البصرية أو السمعية المعقدة (Janszky et al., 2004:248).

1- النوبات الصرعية الجزئية البسيطة.

تحدث هذه النوبات بسبب نشاط غير طبيعي ومفرط من قبل مجموعة من الخلايا العصبية، تقتصر على مكان معين من الدماغ التفريغ للنشاط الكهربائي لا ينتشر، والمريض هنا لا يفقد وعيه. وغالباً تظهر على المريض من خلال نشاط غير طبيعي لإحدى أطراف المريض أو عضلاته وذلك يرجع إلى وجود خلل معين في منطقة ما في الدماغ. وقد يظهر على المريض التشوه الحسي. وهي قد تصيب في جميع الأعمار (Holmes, 1997:30).

2- النوبات الصرعية الجزئية المركبة (المعقدة).

تلك النوبات تصاحب بهلوسة حسية معقدة، وتشوه عقلي، وفقدان الوعي. وأيضاً بضعف حركي يشمل حركة المضغ، الإسهال، والتبول. كما وتتأثر درجة الوعي. وقد يزيد نشاط تلك النوبات وتصبح معقدة وبعد ذلك تتحول إلى النوبات الصرعية الثانوية العامة. ويمكن لهذه النوبات أن تستمر من حوالي من 30 إلى 3 دقائق (Holmes, 1997:31).

3- النوبات الصرعية الجزئية مع العامة الثانوية.

تحدث تلك النوبات عندما يستمر انتشار النشاط الكهربائي داخل الدماغ كنتيجة للنوبة الجزئية. هذا النوع من النوبات يشتمل على الجسم ككل (Holmes, 1997:32).

النوبات الصرعية العامة:

1- نوبات الغياب الصرعي.

وهي تأتي بالمرتبة الثانية من حيث الانتشار، وهي على خلاف النوبة الكبرى لا تسبقها الفوحة Aura وقد يظل المريض محتفظاً فيه بشيء من الوعي أو الشعور فقد يظل المريض واعياً ولكن في شيء من الغموض بمن حوله من الأشخاص ولو أنه يكون عاجزاً عن أن يفهم ما يقولون. والنوبات الصغرى قصيرة المدى فهي تستغرق فترة تتراوح بين ثانية إلى دقيقة، فقد يفقد المريض الشعور لمدة (5-30) ثانية (Ress , 1988 , p.128). يكون لون وجه المريض في نوبة الصرع الصغرى ذا لون شاحب، ويكون في حالة الذهول ويحدق بعينه وكأنها مثبتة باتجاه واحد، ولا يحدث لديه التشنج العضلي، وهو لا يفقد الشعور تماماً، على العكس في بعض الأحيان يكون واعياً لمشاعر غير طبيعية.

النوبات الصرعية الصغرى قد تكون قليلة أو متكررة وفي بعض الأحيان تحدث عدة مرات في اليوم الواحد، وعادة قد تمر هذه النوبات ويعود الفرد إلى مزاولته عمله دون أن يلاحظه أحد. تبدأ هذه النوبة عادة عند الرضع أو في فترة الطفولة وقد تختفي أو تستبدل بنوبات الصرع الأكبر عند المراهقين (Bannister , 1987 , pp .188-189).

2- النوبات الصرعية الارتجاجية العضلية.

تتميز تلك النوبات بحدوث حركات عضلية مفاجئة وسريعة. وقد تأخذ تلك الحركات أشكال مختلفة وسرعتها تتراوح ما بين المتوسطة والشديدة. وتشبه أثناء حدوثها الهزات التي تحدث نتيجة الصدمة الكهربائية وقد تحدث في أي سن ولكن عادةً ما تبدأ حول سن البلوغ. والنوبات الرمع عضلية تكون قصيرة جداً وهي تشبه الصدمة التي تحدث تقلصات في عضلات الجسم وهي قد تحدث لوحدها أو في مجموعات.

3- النوبات الصرعية الارتخائية.

وهي ترتبط بما يسمى بنوبات الهبوط. والتي تتميز بحدوث فقد سريع في قوة عضلات الجسم والأطراف وحدوث الارتخاء. كما أن المريض يسقط على الأرض بصورة مفاجئة. وهذا النوع من النوبات يمكن أن يسبب إصابات جسدية.

4- النوبات الصرعية الارتجاجية - الارتخائية العامة (النوبة الصرعية الكبرى).

وتعتبر تلك النوبات هي الأكثر عالمياً شهرة. تبدأ النوبة بحدوث صراخ من قبل المريض إذا كان واقفاً فإن المريض يسقط على الأرض ويفقد الوعي مصاحباً بحدوث شد لجسم المريض متبوعاً بعملية ارتجاج لعضلات الجسم. كما يتأثر التنفس بشكل ملحوظ فتصعب عملية التنفس يتسبب ذلك بظهور اللون الأزرق والرمادي على شفتي المريض. ويخرج اللعاب من فم المريض وفي بعض الأحيان يكون مصحوباً بالدم إذا كان قد عض المريض لسانه، وقد يفقد المريض السيطرة في التحكم في المثانة فيقوم بالتبول على نفسه. عادة ما تستمر النوبات حوالي دقيقتين. يعقب ذلك بعد الأعراض الشائعة التي تظهر على المريض مثل حدوث حالة من الإرباك والتهيج والصداع والشعور بألم حاد في الجسم أو النوم.

5- النوبات الصرعية النشطة.

يحدث أثناء تلك النوبات تصلب وشد في جذع المريض، ومفاصل اليدين (المعصمين)، وتوقف التنفس وخروج الزفير من الرئتين، والعينين تكون نصف مغلقة، في حين أنه يظهر الشد في كلاً من الجفون والفكين. كما ويسمع صوت الأنين والشخير من قبل المريض أو قد تحدث ما تسمى صرخة الصرع أثناء خروج الزفير من الرئتين.

6- النوبات الصرعية الارتجاجية.

تتميز تلك النوبات بحدوث تشنجات وتقلصات عنيفة وسريعة تنتهي بهزات غير منتظمة. وتكون مصاحبة بعدم التحكم في عضلات الإخراج فقد يقوم المريض بالتبول على نفسه. التنفس

يكون بطيء وقد تظهر رغبة في فم المريض. المريض قد يقوم بعض لسانه أو فمه من الداخل أثناء حدوث النوبة وبالتالي قد يصاحب خروج رغبة الفم ظهور الدم (allwood & Gagiano, 2000:214-217).

7- النوبات الصرعية الغير مصنفة.

تتميز تلك النوبات بعدم وجود معلومات كافية حول حدوثها (O Donohoe, 1994:9).

تصنيف نوبات الصرع:

- 1- النوبات الوهنية: وتتصف بفقد فجائي للقوى العضلية، مع سقوط فوري.
 - 2- نوبات الغيبوبة: وتكون بالغة القصر عادة ويصعب ملاحظتها، وينجم عنها فقد الوعي، وتشيع خلال الطفولة، لكنها قد تحدث أيضا لدى البالغين.
 - 3- النوبات الارتجاجية العضلية: تستمر نحو دقيقة.
 - 4- نوبات ارتعاشية: تتصف بتصلب الجسم بكامله، تتبعها ارتجاجات عضلية وتشنجات، وقد يصاب المريض بفقد الوعي أو العجز عن التحكم في المثانة.
- وتدل أنواع هذه النوبات على أن الصرع مرض يصعب كبجه ومنعه، ويعاني المريض جسمانياً، ونفسياً، واجتماعياً من النوبات. (عامر، 2000م، ص92)

الفرق بين النوبات الصرعية والنوبات الهستيرية:

النوبات الصرعية هي نوبات لا إرادية وفجائية ولا ترتبط بموقف معين ولا تحدث نتيجة لمثيرات في البيئة الخارجية للمريض.

أما النوبات الهستيرية فمن النادر أن تحدث عندما يكون المريض منفردا وحيدا ذلك لأنها عبارة عن رغبة منه في المشاركة الوجدانية، ومن ناحية أخرى فإن النوبات الصرعية يصاحبها فقدان في الشعور ، أما النوبات الهستيرية فلا توقف الشعور وإن كان الشعور يتأثر بها تأثيرا جزئيا ، ويلاحظ أن المريض الهستيري عندما تعثره النوبة يحاول جاهدا ألا يقع على الأرض بطريقة تؤذي نفسه ، أما المريض بالصرع فإنه لا يستطيع أن يحمي نفسه من الإصابات ، كذلك تمتاز النوبة الصرعية بحدة الانفعال ، كذلك لا يستطيع المريض في أثناء النوبة الصرعية أن يقبض على الأشياء أو أن يدفعها أو يجذبها ، كذلك وجد أن النوبات الصرعية تنشأ من انعدام التوافق بين مراكز المخ المختلفة ، أما النوبات الهستيرية فإنها تنشأ من وجود صراع انفعالي ولا ترجع إلى تلف في المخ ، ومن أجل ذلك فإن تشخيص حالات الصرع ممكن عن طريق قياس موجات المخ . (الخطيب، 2002م، ص 129)

أشكال النوبة التشنجية:

- 1-نوبات مفردة تتخذ صورة النوبة المعممة الصرعية التشنجية وتظهر لدى أفراد لديهم استعداد للتشنجات، ويغلب في مثل هذه الحالات أن لا تسمى نوبات صرعية بل تشنجات ولأن الفرد يتعرض لهذه التشنجات أكثر من مرة كما في حالات ارتفاع درجة الحرارة.
 - 2-نوبات متكررة تحدثها عوامل مثل الكحول والمخدرات، وحالات الإعياء الشديد.
 - 3-نوبات مستمرة خطيرة تتخذ خاصية الصرع وقد تؤدي إلى الموت.
- (الزباد، 1999م، ص 28)

عاقبة مرض الصرع:

إن عاقبة مرض الصرع في أنواع الصرع مرتبطة بالسن، فنوبات الصرع في الأطفال حديثي الولادة، وكذلك النوبات العامة الثانوية في الأطفال الصغار عاقبتها سيئة، أما في الأطفال الكبار وفي مرحلة البلوغ فنوبات الصرع العام الأولى عاقبتها حسنة وتقريبا جميع أنواع نوبات الصرع العامة التي تحدث في سن متأخرة، تكون العاقبة فيها حسنة، فيما عدا النوبات التي يكون سببها وجود مرض متقدم بالمخ.

أما العاقبة فتكون مشكوكاً فيها في نوبات الصرع الجزئي ذات الأعراض المركبة أو النوبات النفسية الحركية.

أما نوبات الصرع التي تحدث فقط أثناء النوم فعاقبتها حسنة وجيدة، أما المرضى المصابون بالصرع الخفيف فقط أو المصابون بنوبات التشنجات العامة (الصرع العام الأولى أو الصرع العام الثانوي) فسوف يصبحون خالين من النوبات وذلك في 60-75% من الحالات، أما عن أسباب الصرع فيما عدا مرض المخ المتقدم، فإنها تلعب دورا بسيطا في توقع عاقبة هذا المرض.

إن تسجيل تخطيط المخ الكهربائي قبل العلاج ليس له أي أهمية بخصوص توقع عاقبة المرض، ولكن إجراء تسجيل لتخطيط المخ الكهربائي أثناء العلاج هو أكثر ارتباطا بسير المرض؛ لذا نجد بأنه بعد مرور سنة واحدة على العلاج يمكن التنبؤ بسير النوبات في المستقبل في غالبية المرضى الكبار.

وفي غالبية الحالات إن النمو العقلي وخطر المضاعفات النفسية يتبع عاقبة هذه النوبات (أي إذا كانت العاقبة حسنة فإن النمو العقلي يكون جيدا، وكذلك خطر المضاعفات النفسية).

العاقبة الاجتماعية: كثير من الأحوال أو الظروف الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية تؤثر في العاقبة الاجتماعية، وهذه الأحوال تختلف من بلد إلى آخر، وعلى كل حال فإن المتفق عليه في كثير من الحالات على أن الحالة العقلية للمريض أكثر أهمية في تقرير القدرة العملية عن النوبات نفسها، وكما نعلم أن حدوث النوبات في بعض الوظائف أو المهن شيء لا يحتمل، كما أن ظهور نوبات الصرع الكبير قد يؤدي إلى طرد الرجل المصاب به من العمل.

ومن ناحية أخرى فإن حدوث نوبة الصرع خفيفة بطريقة عرضية قد تكون مقبولة في وظائف أو مهن كثيرة، لذا فإن المعلومات التفصيلية التي تعطى لصاحب العمل عن النوبات وعن الخطر الذي ينتج عنها ضرورية جدا، وقد وجد أن غالبية مرضى الصرع مناسبون للعمل (الهندي، 1995م، ص13).

علاج الصرع

علاج الصرع يبدأ بالتشخيص الصحيح، ومعرفة مسببات الصرع، وإعطاء العلاج المناسب، والمتابعة الدقيقة التخصصية.

ويكون هدف العلاج إيقاف النوبات التشنجية تماما، وهذا يحدث بالعلاج السليم مع 60 إلى 70% من المرضى، وفي 50% من مرضى الصرع الذين انقطعت عنهم التشنجات لمدة 3-5 سنوات يمكن إيقاف أدوية الصرع كليا، وتخفيف نوبات الصرع في فئة الصرع المستعصي الذي تبلغ نسبته نحو 20% من مرضى الصرع، وهذا النوع يحتاج إلى أكثر من نوع من الأدوية أو العلاج الجراحي بالإضافة للأدوية. (خوجة، 2012م)

إن علاج الصرع تكون بدايته الصحيحة من التشخيص الصحيح والدقيق وكذلك التقصي ومعرفة الأسباب المسببة له وبالتالي يترتب على ذلك إعطاء العلاج المناسب والتشخيص يعتمد على الوصف الدقيق للحالة الذي يقدمه المريض أو أسرته للطبيب المعالج والكشف الكامل للدماغ وعمل تخطيط الدماغ الكهربائي والصورة المقطعية أو الرنين المغناطيسي للمخ بالإضافة إلى التحاليل الطبية.

(خان، 2011م)، "ويجب أن يضع الطبيب المعالج أمامه أن الهدف الحقيقي من العلاج هو محاولة منع المزيد من النوبات إما بشكل نهائي أو الحد من وتيرتها وحدتها قدر الإمكان مع أقل الآثار الجانبية المترتبة والمحملة من استخدام العلاج". (خان، 2011م)

"وكذلك يجب على الطبيب المعالج في حالة استخدام العلاج بالعقاقير أن يبدأ بدواء واحد فقط قدر الإمكان ويجب أن يتم اختيار الدواء على نوع الصرع أي نوع النوبة المصاحبة وأيضا يعتمد على توفر الدواء في المنطقة وكلفته المادية". (Dekker, 2002, p.58)

"وإن الخيار الأول في علاج النوبات هو الأدوية المضادة للنوبات (Anticonvulsant drug) وهناك العديد من هذه الأدوية التي يمكن أن يجربها المريض عن طريق طبيبه حتى يجد ما يناسبه من حيث الدواء وكمية الجرعة". (Ettinger , and Kanner, 2001)

أنواع علاج الصرع:

1-العلاج بالعقاقير (الأدوية)

2-العلاج بالجراحة

3-العلاج باستخدام أساليب مختلفة

1-العلاج بالعقاقير (الأدوية):

علم الأدوية: هو العلم الذى يبحث في تأثير العقاقير على الإنسان وعلى الكائنات الحية (عرموش، 1992م).

العقار: "هو المستحضر المستخلص من النباتات أو الحيوانات أو مشتق منهما أو مركب من المواد الكيميائية والذي يؤثر على الإنسان أو الحيوان أو النبات سلبا أو إيجابا" (عرموش، 1992م)

"يعتبر العلاج بالعقاقير (الأدوية) هو الخيار الأهم والأساسى حيث أنه يوجد العديد من العقاقير المضادة للصرع وهذه العقاقير تستطيع التحكم في أشكال الصرع المختلفة وقد يحتاج المريض في مرحلة العلاج إلى استخدام أكثر من نوع من العقاقير للتحكم بالنوبات" (Dekker,2002,p.58).

وإن أول أدوية مضادات الصرع استخداما كان البروميد (Bromide) حيث كان يستخدم في القرن التاسع عشر.

كذلك فإن الفينوباربيتال كان أول عقار صناعى معروف يملك خاصية مضاد الصرع. والتركيب الكيميائى لمعظم أدوية مضادات الصرع التي كانت قبل عام 1965م كانت قريبة التعلق بالفينوباربيتال.

وفى الفترة ما بين 1965م – 1990م كانت تركيبات من البنزوديازيبين وهو كاربامازيبين و حمض الفالبوريك .

إن أدوية مضادات الصرع تختلف عن الأدوية الأخرى من حيث التصنيف حيث أنها لا توصف على حسب طريقة العمل وذلك لعدة أسباب:

1- إن التأثير على المستوى الجزيئي غير مفهوم بشكل كامل والمفهوم الصحيح أن بعض أدوية الصرع يكون لها أكثر من طريقة للتأثير.

2- ربما نتيجة لفهمنا المنقوص لكيفية تداخل الأدوية مع الفيزيولوجيا المرضية للمرض.

3- تعزيز الأدوية في السوق التنافسية بشكل متزايد أدى إلى القليل من توفير معلومات عن آليات العمل. (Emilio, 2005, p.31)

هناك أجيال من أدوية مضادات الصرع منها ما يعرف على أنه أدوية قديمة ومنها ما يعرف على أنه أدوية حديثة ومن الأمثلة على هذه الأنواع ما يلي:

أولاً: أدوية قديمة متداولة:

1- الكريمازين والاسم التجاري له هو (Tegretol)

2- فينتونين والاسم التجاري له (Dilantin , Epanutin)

3- الفالبوريت أو حمض الفالبوريك والاسم التجاري له (Epilim , Depakine)

4- الفينوباربيتال والاسم التجاري له (Gardinal , Luminal)

5- البريمدون والاسم التجاري له (Mysolin)

6- الإيثوسوكساميد والاسم التجاري له (Zarontin)

7- الكلونازيبام والاسم التجاري له (Rivotril)

8- الديازيبام والاسم التجاري له (Valium)

ثانياً: أدوية حديثة متداولة:

1- لاموترجين والاسم التجاري له (Lamictal)

2- غابابنتين والاسم التجاري له (Neurontin)

3- فايغابترين والاسم التجاري له (Sabril)

4- توباماميت والاسم التجاري له (Topamax)

5- ليفيتراسيتام والاسم التجاري له (Keppra)

6- بريقابابين والاسم التجاري له (Lyrica) (خان، 2011م).

2- العلاج بالجراحة:

والطريقة الأخرى هي استعمال الجراحة العصبية (Neurosurgery) وذلك عند عدم

إمكانية السيطرة على النوبات باستعمال الأدوية. إن جراحة النوبات (Seizure Surgery)

تعنى إزالة جزء أو نسيج من الدماغ بشكل بؤرة لتكون البؤرة الصرعية، وعادة ما يتم تحديد مكان البؤرة بزراعة أقطاب داخل الدماغ وتسجيل النشاط الكهربائي لفترة زمنية تشمل حدوث النوبة حتى يقرر أخصائي الجراحة العصبية مكان حدوث بداية النوبة Ettinger and (Kannar , 2001) .

"وفي حالات معينة من أمراض الصرع يمكن للتدخل الجراحي أن يلعب دوراً مهماً في علاج الصرع ومن هذه الحالات :

الصرع الناتج عن أورام دماغية ، الصرع الناتج عن بؤرة محددة وواضحة على الأشعة المغناطيسية والفحوصات الأخرى" . (خان ، 2011 م)

3-العلاج باستخدام أساليب مختلفة:

1- "العلاج بالتنبيه الكهربائي خارج الدماغ: وذلك لبعض المرضى الذين لا يستفيدون من الجرعة الدوائية وليس لهم علاج جراحي وهذا يتم بجهاز خاص لتنبيه الحائر في الرقبة" . (خان ، 2011م)

2- "العلاج بالتنبيه الكهربائي داخل الدماغ: وهذا الأمر مازال تحت التجارب العلمية". (خان ، 2011 م)

3- الحمية الغذائية: يقوم الجسم عادة بتكسير المواد النشوية (الكربوهيدرات) إلى سكر الدم ومن ثم تحويلها إلى طاقة، ولكن إذا استخدمت الدهون لإنتاج الطاقة بدلاً عن النشويات فالجسم لا يمكنه تكوين سكر الدم وبدلاً عن ذلك ينتج مادة أخرى تسمى الكيتون (Ketone) يتم من خلالها استخراج الطاقة، والدماغ جهاز حساس يستخدم سكر الدم لإنتاج الطاقة، وعليه فإنه يحتاج إلى تغيير مصدر الطاقة إلى الكيتونات، ولأسباب غير معروفة فإن هذا التغيير يجعل الدماغ أقل قابلية لإصدار الإشارات الكهربائية غير الطبيعية والتي تؤدي للصرع ، والكيتون هو نوع من الغذاء يحتوي على نسبة عالية من الدهون ونسبة منخفضة من السكريات، وهو يستخدم كعلاج للأشخاص الذين يعانون من النوبات الصرعية المتكررة وهذا النوع من العلاج يحتاج إلى نظام غذائي دقيق وصارم ومن الصعوبة الاستمرار في استخدامه لأنه يتطلب وزن وتقدير كل نوع من الطعام الذي يستخدمه الأشخاص ، كما أن هذا النوع من الغذاء غير صحي لأنه يحتوي على كميات كبيرة من الدهون وكميات قليلة من السكريات ، وذلك قد يؤدي إلى ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم وزيادة القابلية لسرعة النزف وانخفاض مستوى السكر بالدم وحدوث حصوات الكلي ، وبالرغم من أن هذا النوع

من النظام الغذائي لا يعتبر من الخطوط الأولى فى العلاج إلا إنه قد يكون مفيد جداً فى بعض الحالات التى لا تستجيب للعلاج الدوائى ، أو الحالات التى لا تتحمل الآثار الجانبية لهذه العقاقير لتطبيق هذا العلاج ، فإن الانسان يحتاج إلى نظام غذائي خاص صارم تحت إشراف طبي، ويعتمد هذا النظام على تناول كمية كبيرة من الدهون وعدم تناول البروتينات والكربوهيدرات، ومع صعوبته فقد نجح في العديد من الحالات، ولكن تطبيقه ليس بهذه السهولة، فاستشر الطبيب المعالج قبل الإقدام على استخدامه. (Eltayef , 2014)

4- إرشادات وتوصيات هامة حول رعاية مريض الصرع ووقاية المجتمع من تزايد نسبة الإصابة به:

أ-الوقاية والرعاية الصحية:

- 1- وذلك من خلال اتخاذ الأجهزة الطبية الأساليب الوقائية لحماية الأطفال من الحمى، والسيدات من حمى النفاس.
 - 2- إنشاء مراكز تحليل طبي لاكتشاف اضطرابات التمثيل الغذائي واضطرابات الغدد الصماء بشكل مبكر مما يساعد على الوقاية من الإصابة بالصرع.
 - 3- إصدار بطاقة صحية لمرضى الصرع تساعد على علاج المريض ، ومتابعة تطور حالته المرضية وتوفير أدوية علاج الصرع في الأقاليم مما يوفر عليهم مشقة البحث عنها .
- ب-الرعاية الأسرية:

- 1- أن تتقبل الأسرة مريض الصرع، وأن تمنحه الرعاية والتعاطف، وتتقدم به إلى المعالج الطبي بمجرد ظهور الأعراض، وتوفير العلاج اللازم، والتأكد من أخذ الجرعات العلاجية بانتظام في مواعيدها المحددة.
- 2- أن تتعرف الأسرة على أساليب تمريض مريض الصرع قبل وأثناء النوبة وبعدها: فالنوبة لها علاماتها الإنذارية (خاصة نوبة الصرع الأكبر)، وبملاحظتها يمكن تخفيف أثر سقوط المريض على الأرض، وأثناء النوبة ينبغي حمايته من السقوط على آلات حادة أو نار مشتعلة، وإمالة رأس المريض الى أحد الجانبين بعد انتهاء التقلصات العضلية حتى لا تتسبب الإفرازات المخاطية في اختناق المريض.
- 3- أن تتعرف الأسرة على معدل تكرار النوبة، وبمعرفة علاماتها الإنذارية يمكن تحاشي خروج المريض إلى الطريق العام.
- 4- أن تتيح الأسرة لمريضها حق مزاوله نشاطه الاجتماعي تحت إشرافها، مع عدم الاهتمام الزائد بالمريض أو تدليله - إذ أن ذلك يعوق نموه ونضجه النفسي.

5- متابعة دروس المريض لتعويض ما فاتته من دروس خلال حدوث النوبات، حتى لا يتسبب ذلك في تأخره الدراسي عن أقرانه، فبتقدمه في التعليم، وبرفع معنويته يمكن للمريض أن يشعر بالأمل والثقة في النفس.

6- مساعدة مريض الصرع على حل مشكلاته، ومساعدة الجميع على فهم احتياجاته، وتوفير وسائل الترفيه والصحة النفسية.

ج-التوعية الاجتماعية:

1- ينبغي على أجهزة توجيه الرأي العام في المجتمع بيان خطورة زواج الأقارب الذين تشيع بينهم أعراض مرض الصرع.

2- كما يجب توجيه الرأي العام في المجتمع وتعريفه بطبيعة مرض الصرع، وأن سببه ليس الأرواح الشريرة، وبأنه ليس من الأمراض المعدية.

3- تعريف الناس بكيفية التعامل مع نوبة الصرع إذا تصادف حدوثها لدى إنسان ما في الطريق العام.

د-توجيهات لمريض الصرع:

1- أن مرض الصرع ليس مرضاً ميئوساً منه، ولكن مع انتظام العلاج، فإن تكرار النوبات يقل تدريجياً.

2- تنظيم وقت مشاهدة التلفزيون وعدم قضاء أوقات طويلة أمامه.

3- أن الخوف من الفشل، أو الخوف من المجهول، أو الخوف من عدم القبول الاجتماعي هي مخاوف لا أساس لها من الصحة، وأن مريض الصرع يمكن أن يعيش حياة طبيعية مثل أقرانه العاديين، وأن من المشاهير من كانوا مصابين بالصرع ولكنهم استطاعوا بقوة الإرادة أن يتغلبوا على ضعفهم ويشقوا طريقهم إلى النجاح.

(عبد المعطى، 1994م ، ص181)

هـ-خطوات الإسعاف الأولى لنوبات الصرع:

1- التزام الهدوء، لأنك لا تستطيع إيقاف النوبة متى بدأت، بل دع النوبة تأخذ مجراها ولا تحاول إنعاش الشخص الذي يتعرض لها.

2- اترك الشخص على الأرض في وضعية يستريح بها وأرخ ملبسه.

3- حاول أن تبعد أية مواد صلبة أو حادة أو ساخنة قد تتسبب في إيذاء المصاب، وقد يكون من الضروري وضع وسادة أو أي شيء ناعم تحت رأس المصاب.

- 4- ضع الشخص المصاب على جانبه لتسهيل تدفّق اللعاب من فمه.
- 5- لا تضع أي شيء في فم الشخص.
- 6- بعد انتهاء النوبة يجب إتاحة الفرصة للشخص لتناول قسط من الراحة أو للنوم إذا لزم الأمر.
- 7- بعد انتهاء فترة الراحة يعود معظم هؤلاء الأشخاص إلى ما كانوا عليه قبل حدوث النوبة، وإذا لم يكن الشخص في بيته وكان لا يزال مترنحا وضعيفا أو مرتبكا فإن من الأفضل مرافقته إلى بيته.
- 8- في حالة إذا كان الشخص المتعرض للنوبة طفلا فإن عليك الاتصال بوالديه أو بولي أمره.
- 9- إذا استمر حدوث أو تكرار النوبات قبل أن يستعيد الشخص وعيه ، أو إذا استمرت إحدى النوبات لأكثر من خمس دقائق يجب نقل الشخص المصاب إلى أقرب مستشفى.

ولكن في حالة النوبة الجزئية -المركبة قد يحس المريض ببعض الأحاسيس الغريبة أو غير الاعتيادية بما في ذلك حركات مفاجئة ومرتجفة لأحد أجزاء الجسم مع اختلال في السمع أو الإبصار وتعب في المعدة أو إحساس مفاجئ بالخوف، ولا يتأثر الوعي في هذه الحالة، وإذا تطوّرت هذه الأعراض إلى نوع آخر من النوبات فإنه قد تعرف هذه الأعراض عندئذ بالنسمة، فلا تفيد الشخص ولكن تستطيع أن تحميه بإبعاد المواد الحادة أو الساخنة، كذلك إذا بدأ الشخص بالتجول اجلس معه وتحدث معه بهدوء أما في نوبات التغييب والمعروفة بالنوبة الصغرى كذلك النوبات الجزئية - البسيطة فلا حاجة لإسعافات أولية في مثل هذه الحالة . ولا بد للتعرض للنوبة التي تتتاب الأطفال أثناء النوم فهم يستيقظون عادة إذا تعرضوا لنوبات وهم نائمون، وبذلك فإن والد ووالدة الطفل المصاب بالصرع عادة يعلمان بحدوث نوبة الصرع أثناء نومه، وليست هناك أية مبررات للقلق سوى في حالات نادرة وهي عندما يتقيأ الطفل أو يواجه متاعب أثناء حدوث النوبة. (الثبتي، 2010م)

آثار الصرع النفسية على المصاب والمجتمع:

قد يتسبب الصرع في مشاكل اجتماعية عديدة ومتنوعة مما يجعل المصاب يتجارب معها بشكل سلبي فتزداد حدة التأثيرات السلبية مما يضاعف الموقف السلبي لديه ، فالأهل مثلاً يشجعون في تحصين وحضانة المصاب لحمايته من الآخرين مما يؤدي إلى الحد من تفاعله مع الحياة وعدم القدرة على التأقلم والتعايش مع مرضه ومجتمعه فالأهل قد يتسببون في عزل المصاب عن المجتمع وبالتالي فإن المريض يقوم بترجمة ذلك على أنه رفض وطرده من

الحياة الاجتماعية مما يؤدي إلى حدوث الانعزال والانطواء لدى المصاب عن مجتمعه وبالتالي يترتب على ذلك أعراض نفسية كالقلق والانهيار وإلى ما هو أخطر من ذلك كالانتحار. ونجد أنه إذا كان المصاب طفلاً حتماً سيكون هناك إهمال نسبي للأطفال الآخرين مما يؤدي إلى ظهور الغيرة ، أما إذا كان المصاب أباً أو أمّاً فبالإضافة إلى مشاكله الصحية ، يزيد قلقه على أهله وأولاده وسوء إدارة شؤون البيت ، أما إذا كان شاباً فإن الحياة مهددة في محاورها كلها ، وأخيراً إن الإحساس بعدم الأمان والثقة بالنفس، وانعدام اليقين والشعور بعدم الكفاءة، والقلق والغضب والحيرة وكل ذلك عادة ما يصاحب الصرع وهي أحاسيس لدى كل مصاب، لا يدري المصاب متى ينكشف ضعفه وانهياره للآخرين بسبب النوبة، عكس ذلك إنه يعي أن لا قدرة ولا سيطرة له على سلوكياته في هذه الحالة - هذه الإحساسات المؤلمة لا تغادر المصاب مهما كانت خلفيته وخاصة أنه يُقيم نفسه لا حسب قدراته وما يستطيع فعله والقيام به بل حسب ما يعتقد (كيف يراه الآخرون) في النهاية أثبتت بعض الدراسات الجديدة في علم النفس أن الأشخاص المؤمنين بالله، مهما كانت حدة المرض لديهم، فإن ردود أفعالهم تكون أقل حدة وأكثر انسجاماً مع المرض، وتقبلهم للقدر يعتبر موقفاً إيجابياً يساعدهم على التفاعل مع الحياة وليس ضدها وهذا صحيح في كل الحالات النفسية إلا في حالة فقدان العقلي (لقمش، 2013م) .

تأثير الصرع على النفس:

جسد الشخص هو جزء لا يتجزأ من-الإدراك الذاتي، أو الهوية، فوجد أن الدماغ لا يعمل كما تفعل أدمغة الآخرين فهو يعمل تغييراً في إدراك الجسم، وبالتالي فإن الإدراك الذاتي يكون بسؤال المراهق "من أنا؟" يتكرر، الذي يمكن أن يكون مؤلم للشخص البالغ، ويؤدي إلى انخفاض احترام الذات ويمكن أن تنجم عن النظرة إلى الذات باعتبارها أقل كفاءة من الآخرين، والتصنيف الذاتي للصرع ويترتب على ذلك تصور وصمة المرض.

التشخيص يمكن أن يؤدي إلى العديد من الصعوبات النفسية، فالحزن يؤدي إلى عملية التعطيل ويمر ذلك عبر مراحل من الصدمة والقلق والمساومة والإنكار الحزن والاكتئاب والغضب الداخلي والغضب الخارجي، والإقرار، وأخيراً القبول والتكيف. هذا الحزن يمكن أن يحدث إما في بداية أو في تحقيق الاختلاف، والاستعادة من الممكن في أي وقت. وهناك حالات عاطفية أخرى قد تتكرر تشمل القلق الناجم عن عدم القدرة على التنبؤ بحدوث النوبات ومشاعر نقص السيطرة والعجز، والشعور بالذنب يمكن أن يؤدي إلى الاضطراب العاطفي. والقلق يكون جنباً إلى جنب مع الشعور بالذنب ويمكن أن ينمو ليصبح

اكتئاب. انخفاض الطاقة والحيوية قد تنجم عنها أنماط اضطراب النوم، بينما الأساليب الدفاعية يمكن أن تؤدي إلى الحاجة لإخفاء الغضب. الصرع هو "مخفي" أو "غير مرئي" العجز، كما لا تظهر أعراض واضحة إلا أثناء النوبة. في كثير من الأحيان لا يوجد لديه سبب واضح، مما يؤدي إلى الخوف من المجهول، ونتيجة لذلك فمن السهل أن ينكر، مما أدى إلى ضعف الاستجابة مع العلاج ورفض تغيير نمط الحياة؛ مما يجعل الأمر أكثر صعوبة بالنسبة للآخرين الذين يرغبون في التفاعل، والإخفاء يجعل من الصعب العثور على أشخاص آخرين يعانون من الصرع هم بحاجة إلى الدعم، وقد يؤدي الإخفاء إلى اتهامات من التوهم المرضى وسوء السلوك وكذلك التصور الذاتي الخاطئ. (Falvo, 2005,p.14).

تأثير الصرع على الأسرة:

تشخيص الصرع في أطفال العائلة يؤدي إلى حدوث التوتر لدى الآباء، مما يؤدي إلى ارتفاع معدل الطلاق. تركيز الوالدين على الطفل المصاب بالصرع يمكن أن يؤدي إلى تدهور العلاقات بين الطفل المصاب بالصرع والأشقاء والصعوبات النفسية بين الأشقاء، ويمكن لهذا التركيز أيضا أن يؤثر على تماسك الأسرة والعلاقات بين الأسرة ومجتمعها، ويمكن للصرع أن يؤدي إلى الارتفاع في نمو الفقر بين الآباء أنفسهم (Devinsky , 2001, p.180).

تأثير الصرع على التعليم:

تم العثور على معدلات أعلى في الأشخاص الذين يعانون من الصرع من صعوبات التعلم ومشاكل في الذاكرة، التي غالبا ما تسبب أمراض مصاحبة مثل تلف الدماغ، ويحدث نقص الانتباه أثناء النوبات، وخصوصا خلال غياب النوبات في أطفال المدارس. الأدوية المضادة للصرع تؤدي إلى بعض الآثار الجانبية كالنعاس وقصر فترة الانتباه الذي يمكن أن يؤثر على التحصيل العلمي، وظهور عادة العلاج المتعدد (Devinsky, 2001,p.212).

تأثير الصرع على العمل:

البطالة تكون في أعلى معدلها بين الأشخاص الذين يعانون من الصرع، حيث تصل النسبة إلى 50% في الدول المتقدمة، إذا لم يتم التحكم في النوبات بشكل كلى وتصل إلى 100% في البلدان النامية. يمكن أن يكون السبب في ذلك ناتج لديهم عن وصمة العار ونقص في المعلومات، والاعتقاد بأن هناك ماكينات ينبغي تجنبها من قبل الأشخاص الذين يعانون من الصرع، كعدم القدرة على القيادة، أو مشاكل التحصيل الدراسي، وبالتالي الكشف على ذلك هو

قرار صعب، فنتائج البطالة عادة تؤدي إلى، انخفاض احترام الذات، وقلة الرفاهية وانخفاض نوعية الحياة (Bisho and Hermann, 2000,p.117) .

تأثير الصرع على العلاقات الاجتماعية:

العزلة الاجتماعية وضعف التكيف الاجتماعي يمكن أن ينجم عن وصمة العار المتصورة أو الإفراط في الاعتمادية الناجمة عن الحماية الأبوية المفرطة لدى المصابين بالصرع في كثير من الأحيان أيضا يخشى عملية الإحراج من قبل حدوث النوبة، مما تسبب له في عدم الرغبة في الدخول في عملية التفاعل الاجتماعي، مع انخفاض مستوى احترام الذات والأداء الدراسي، ويمكن لهذه الأشياء أن تؤدي إلى انكماش شبكة الدعم، من خلال عدد أقل من الأصدقاء، واحتمال أقل من الزواج واحتمال أكبر من السلوك المعادي للمجتمع . (Buchanan, 2002, p.115)

تأثير الصرع على العلاقات الجنسية:

يتطلب علاقات مرضية مع الجنس الآخر واحترام الذات، حيث أن تدني احترام الذات في مرضى الصرع يمكن أن يؤدي إلى الفشل في إقامة علاقات جنسية جيدة، وتلف الدماغ / أو الأدوية المضادة للصرع قد تؤدي أيضا إلى تقليل وانعدام المتعة والتلذذ، وقد تؤدي إصابة الرأس إلى انخفاض الرغبة الجنسية وحدث الانتصاب، كذلك قد يؤدي الخلل في الوظيفة الجنسية إلى حدوث الاكتئاب والمشاكل الزوجية أو كره الذات. (Cole & Cole, 1999, p.249)

تأثير الصرع على النساء:

الصرع يسبب مشاكل فريدة من نوعها بالنسبة للمرأة، وتكرار حدوث النوبة وحدتها يمكن أن يتفاقم بسبب حدوث التغيرات الهرمونية للدورة الشهرية لدى النساء. النساء المصابات بالصرع غالبا ما يواجهن قلق ومخاوف تتعلق بالأطفال، والشكوك حول النوبات التي قد تنجم عن الولادة، وقدرتهم على رعاية أطفالهم، وتتضاعف إمكانية توريث عيوب الصرع والولادة المرتبط بالمخاوف حول الآثار الجانبية للأدوية المضادة للصرع وقدرة الأم أن تكون قدوة جيدة خلال تربية الطفل. (Gummit, 1997, p.177).

تأثير الصرع على نوعية الحياة:

على الرغم من أن مصطلح "نوعية الحياة" قد استخدم فقط في العقد الماضي لتحديد النتيجة الصحية الهامة في الصرع، فمنذ فترة طويلة تم الاهتمام بشكل كبير في القضايا النفسية والاجتماعية. حيث تم اقتراح جودة الحياة لدى الفرد الذي يعاني من الصرع من خلال عدة محددات مثل الوضع المالي، والعلاقات، والسكن، والترفيه، القيادة أو تعزيز الصحة التي تشمل

على آثار الصرع على الأنشطة اليومية أو القدرات الوظيفية، أو إدراك السيطرة وأعراض الاكتئاب (Baker, G. A., Smith, D. F., Dewey, M., Jacoby, A., and Chadwick, D. W, 1993)

ونوعية الحياة تعنى "ارتفاع درجة الأشخاص المعرفية والعاطفية والاجتماعية والروحية في تجربة الحياة الايجابية"، كما أن نوعية الحياة لدى الناس الذين يعانون من الصرع يمكن الحد خلالها من ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض الجسدية، والنوبات المتعلقة بالحوادث، والآثار الجانبية للأدوية المضادة للصرع، كأعراض الانسحاب الاجتماعي، وزيادة العزلة الاجتماعية، ومشاكل العلاقات الجنسية، وانخفاض معدلات الزواج، ونوعية الحياة للأشخاص الذين يعانون من الصرع ربما أيضا تساهم في خفض معدلات الإصابة بالاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب، وانخفاض تقدير الذات، وزيادة العجز، والدفاعية العدوانية، ومشاكل التحصيل العلمي وارتفاع معدلات البطالة. (Jacoby and Baker, 2000, p.4)

من خلال العرض السابق لمتغيرات الدراسة الأساسية التي تناولها الباحث في الدراسة يتبين للباحث مدى أهمية هذه الدراسة، وخاصة أنها تناولت شريحة مهمة من شرائح المجتمع من مرضى الصرع بمحافظة غزة في محاولة للربط بين تلك المتغيرات ومدى تأثير ذلك على طبيعة مرض الصرع بشكل عام، وانعكاس ذلك على مرضى محافظة غزة بشكل خاص في محاولة للتعرف إلى مدى فاعلية البرنامج الإرشادي التدريبي المستخدم في الدراسة وذلك من خلال تحسين مستوى الاستشفاء وإحداث التكيف النفسي والاجتماعي لدى المرضى.

ويرى الباحث أنه بالرغم من طبيعة مرض الصرع وتغيراته إلا أن ردود أفعال المرضى واستجاباتهم للمرض تختلف من فرد إلى آخر وتباين درجة الاستشفاء لدى المرضى والتي تبدأ من مرحلة تشخيص المرض و العلاج ، وبين الدخول في المرض وتقلباته، وبين مضاعفات المرض ، ومن الضروري أن ندرك أن هناك عوامل عديدة تؤثر في مستوى الاستشفاء لدى المريض وتعايشه مع المرض والتي تسهم في خلق طبيعة الاستشفاء للمريض، ومن تلك العوامل ما هو نابع من ذات المريض وتوافقته مع مرضه بشكل شخصي، ومنها ما هو نابع من مرض الصرع وطبيعته والذي يستلزم التكيف معه، وهناك عوامل أخرى أساسها المجتمع مثل المعايير الاجتماعية والمعتقدات السائدة حول مرض الصرع ومدى تأثير تلك المعايير على مستوى الاستشفاء عند المريض.

كما أن الباحث كان يلاحظ من خلال عمله كحكيم في وزارة الصحة الفلسطينية أنه يبدو دائما على مرضى الصرع تعابير الخوف و التوتر و القلق وعدم الاهتمام الشخصي واللامبالاة مما قد يخلق ذلك العديد من الاضطرابات النفسية التي تسبب لهم عدم التكيف و عدم الاستقرار على كافة الأصعدة وأن هؤلاء المرضى لا يتلقون أي دعم أو تدخل نفسي يذكر مما جعل الباحث يأخذ على عاتقه مساعدة هؤلاء المرضى من خلال إعداد برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية ؛ وذلك لتحسين مستوى الاستشفاء وإحداث التكيف الجيد لديهم من خلال بث روح الأمل والطمأنينة مع مرضهم ، بالإضافة إلى العلاج الدوائي فيرى الباحث أنه لا يكفي العلاج الدوائي فقط لوحده لمثل هؤلاء المرضى فالجانب الصحي والجانب النفسي يكمل كل منهما الآخر ويجب عدم إهمال أحدهما ؛ لأن ذلك يؤدي إلى قصور في تقديم الخدمات

الصحية السليمة لدى المرضى حيث أننى آمل أن يستفيد أكبر عدد من المرضى من هذا البرنامج في جميع المراكز النفسية والصحية التي تعنى بذلك .

كما أنه يجب أن يتكاتف الجميع في مساعدة مثل هؤلاء المرضى في عملية الاستشفاء وأن يقف كلُّ نحو مسؤولياته سواء أكان على الصعيد الأسرى أو المجتمعي أو الصحي فهؤلاء المرضى بحاجة إلى مساعدتنا جميعاً كلُّ في موقعه فيجب محاربة ما تسمى وصمة المرض وأن يتم السماح لمثل هؤلاء المرضى في الانخراط والمساهمة في بناء وتنمية المجتمع والتفاعل مع الآخرين.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

بعد الإطلاع الواسع من قبل الباحث على الأدب التربوي ، والتراث العلمي ، وقيام الباحث بتجميع أكبر عدد من البحوث والدراسات سواء العربية أو الأجنبية ، قام الباحث بانتقاء بعض البحوث والدراسات السابقة في جميع المجالات التي تخدم وتدعم الدراسة الحالية ، لذلك سوف يعرض الباحث هنا أهم البحوث والدراسات التي تناولت البرامج الإرشادية والتدخلات النفسية ، والبحوث والدراسات التي تناولت مرض الصرع ، و يرى الباحث أهمية الدراسات السابقة كونها تشكل ضرورة للاطلاع على خبرات وتجارب الباحثين الآخرين في موضوع الدراسة الحالية كذلك للوقوف عند آخر ما توصل إليه الباحثون في هذا المجال لإعطاء دفعة جديدة للبحث والدراسة والعمل على إكمال ما ابتدأه الآخرون ، ثم ستعتبر تلك الدراسات بمثابة خطوة تدعيمية وتفسيرية لما تصل إليه الدراسة الحالية من نتائج .

وسيصنفها الباحث في محورين:

أولاً: دراسات وبحوث تناولت برامج وتدخلات نفسية لدى مرضى الصرع.

ثانياً: دراسات وبحوث تناولت مرض الصرع.

تعقيب عام على الدراسات والبحوث السابقة.

أولاً: دراسات وبحوث تناولت برامج وتدخلات نفسية.

1- دراسة: (Hosseini et – al , 2016) :

عنوان الدراسة: تأثير المقابلات التحفيزية على نوعية الحياة لدى المرضى الذين يعانون من الصرع.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم تأثير المقابلات التحفيزية على نوعية الحياة لدى المرضى الذين يعانون من الصرع.

عينة الدراسة وأدواتها: اشتملت عينة الدراسة على 56 من مرضى الصرع تم اختيارهم بطريقة عشوائية ومن ثم تم توزيعهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة تم تطبيق المقابلات التحفيزية خلال 5 جلسات للمجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة اقتصر التدخل فقط على خدمات الرعاية الصحية، كما وتم تطبيق استبيان نوعية الحياة لمرضى الصرع (QOLIE-89)، وتطبيق اختبار قبلي وبعدي لكلا المجموعتين، وتم تقييم كلا المجموعتين قبل وبعد إجراء التدخل بشهرين.

نتائج الدراسة: أظهر تحليل البيانات أن متوسط درجات استبيان نوعية الحياة QOLIE-89 كانت 8.55 ± 38.94 و 7.99 ± 70.90 في المجموعة التجريبية قبل وبعد التدخل، مع، ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على استبيان نوعية الحياة كانت 12.27 ± 44.59 و 7.16 ± 36.52 . حيث أظهرت النتائج في المجموعة التجريبية زيادة كبيرة في نوعية حياتهم، في حين أظهرت النتائج في المجموعة الضابطة انخفاض في نوعية حياتهم مما يدل على أن نهج المقابلات التحفيزية يمكن استخدامها كطريقة تدخل فعال لتحسين نوعية حياة المرضى.

2- دراسة: (yoo & Kim , 2015):

عنوان الدراسة: برنامج التطوير والتقييم لتمكين الكفاءة الذاتية لدى الأطفال المصابين بالصرع. أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التحقق من آثار برنامج تمكين الكفاءة الذاتية على الكفاءة الذاتية والإدارة الذاتية، وموقف الطفل تجاه مرضه.

عينة الدراسة وأدواتها: تكونت العينة من 21 طفلاً مصاباً بمرض الصرع من مستشفى واحد قسمت أفراد العينة إلى مجموعتين 1-مجموعة تجريبية (11) طفل 2-مجموعة ضابطة (10) أطفال، أعمارهم ما بين 10-15 سنة، تم استخدام برنامج (EASE) empowering Aself-Efficacy حيث تم تطبيقه على المجموعة التجريبية لمدة ثلاث أسابيع، في الأسبوع

الأول تم عقد اجتماع مع أفراد العينة لمدة 570 دقيقة في يوم واحد، وفي الأسبوعين التاليين أجريت الاستشارات الهاتفية بمعدل مرتين أسبوعياً وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج Spss. نتائج الدراسة: وجود اختلاف دال إحصائياً في التقييم القبلي والبعدي بين نتائج المرضى في الإدارة الذاتية لدى أفراد المجموعة التجريبية، والاختلافات بين المجموعتين الضابطة والتجريبية غير دالة إحصائياً في الكفاءة الذاتية وموقف الطفل تجاه المرض.

3- دراسة: (Seethalakshmi et-al ,2015) :

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تعليمي في الإدارة الذاتية لدى مرضى الصرع.
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة الى التعرف على مدى فاعلية برنامج تعليمي في الإدارة الذاتية لدى مرضى الصرع.

عينة الدراسة وأدواتها : 336 مريض صرع مقسمين إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية (169) والمجموعة الضابطة (167) على التوالي، العمر ما بين 12-60 سنة من كلا الجنسين القادرين على الفهم والرد على الأسئلة باللغة الإنجليزية كما وتم استبعاد من الدراسة المرضى الذين يعانون من ضعف الإدراك والتهاب الدماغ أو أورام الدماغ والنساء الحوامل ، وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة على أساس معايير الانتقاء والإقصاء وإجراء اختبار قبلي خاص بالإدارة الذاتية على المرضى في اليوم الأول ، وتلقت المجموعة التجريبية البرنامج التعليمي لإدارة الذات (ESMS) الذي تم تطويره بواسطة Dilori et- (al,2004) و كتيب معلومات خاص بالصرع ، بينما المجموعة الضابطة تلقت الرعاية الروتينية فقط خلال شهر ونصف ، بعد ذلك أجرى الاختبار البعدي لكلا المجموعتين في نهاية الشهر الثالث وقد أجرى التعزيز الثاني في الأربعة أشهر والنصف ، أعقب ذلك اختبار بعدي ثاني في نهاية الشهر السادس لكلا المجموعتين .

نتائج الدراسة: أشارت النتائج الى ارتفاع في درجة الإدارة الذاتية لدى المجموعة التجريبية من 2,97 ، 3,39 إلى 3,79 مقارنة بالمجموعة الضابطة ، كما ولوحظ وجود فروق بسيطة في الاختبار القبلي بمعدل 3,42 في الشهر الثالث إلى 3,46 في نهاية الشهر السادس ، أيضا كان نوع الصرع له تأثير على الإدارة الذاتية .

4- دراسة: (Jackson et-al , 2015):

عنوان الدراسة: التدخلات النفسية والعصبية لدى المصابين بمرض الصرع التي تم تشخيصهم حديثاً.

أهداف الدراسة: تحديد وتقييم فاعلية التدخلات النفسية والعصبية لدى البالغين المصابين بالصرع والتي تم تشخيصهم حديثاً.

عينة الدراسة وأدواتها: اشتملت عينة الدراسة على 90 مريض صرع من فئة البالغين، الفئة العمرية 13-19 عام ، التي تم تشخيصهم حديثاً باضطراب الصرع حيث تم المقارنة بين العلاج بالرعاية المعتادة والتي يتمثل أفرادها بالمجموعة الضابطة مقابل مجموعة التدخل والتي تمثل المجموعة التجريبية والتي تلقت العلاج السلوكي المعرفي بالإضافة الى الرعاية المعتادة ، تم استبعاد المرضى الذين يعانون من مرض الصرع بالإضافة الى اضطرابات نفسية أخرى أو عصبية وتم استبعاد الدراسات التي تشمل الأطفال وتم البحث في قواعد البيانات لحالات الصرع من خلال الفحص السريري، لمنظمة الصحة العالمية، ضمن معيار اختياري محدد، وتم تخمين العينة من خلال التجارب العشوائية المحكمة والتجارب العشوائية شبه المحكمة والدراسات المستقبلية قبل وبعد الدراسة، كما تم استخدام الإجراء المنهجي القياسي مع الأخذ بعين الاعتبار عدم التحيز.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن التدخلات النفسية للعلاج السلوكي المعرفي كان أكثر فاعلية من الرعاية اليومية المعتادة في تقليل ظهور أعراض الاكتئاب بين المرضى كما أكدت نتائج الدراسة بالفاعلية الإيجابية جراء تدخل الطواقم المهنية من الممرضين في تحسين وزيادة المعرفة لدى عينة الدراسة تجاه مرض الصرع.

5- دراسة: (Sadat & Tangestani , 2015):

عنوان الدراسة: فاعلية التدريب الذهني على الصحة النفسية لدى المرضى الذين يعانون من مرض صرع الفص الصدغي.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية التدريب الذهني على الصحة النفسية لمرضى الصرع من النساء في طهران.

عينة الدراسة وأدواتها : 40 مريض صرع من فئة الإناث، ذوات مستوى تعليمي عالٍ، وكان المرض تحت السيطرة، تم استبعاد حالات التخلف العقلي والاضطرابات النفسية من عينة الدراسة، وتم اختيارهم من مستشفى الصرع بطهران بطريقة عشوائية، في المجموعة الضابطة والتجريبية، تم تطبيق 8 جلسات للبرنامج على أفراد المجموعة التجريبية مدة الجلسة كانت ساعة ونصف ، تم استخدام مقياس Questionnaire ScL-90-R حيث يتكون من 90 سؤالاً وأداة تقييم الذات للأعراض النفسية في اضطراب الجسدية والتوهم والأفعال القهرية والحساسية

تجاه الأشخاص والاكنتاب والقلق والعدوان وقلق الرهاب وتقييم الأفكار والقياس مطور من قبل (BenKish, 1994) وتم التأكد من صدق وثبات المقياس.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج وجود فروق في درجات الاختبار القبلي والبعدي بين المجموعة التجريبية والضابطة في مستوى الصحة النفسية لدى النساء اللواتي يعانين من مرض الصرع والجسدية والحساسية تجاه الأشخاص والقلق والعدوان والذهانية حيث كانت ذات دلالة على حدوث الانخفاض في الاختبار البعدي ($p < 0,01$).

أظهر التدخل الذهني فروق في درجات المجموعة الضابطة في الاختبار القبلي والبعدي. كما كان هناك انخفاض ملحوظ في درجة كل من الجسدية والحساسية تجاه الأشخاص والقلق والعدوان والذهانية في نتيجة الاختبار البعدي ($p < 0,01$). كما وأظهرت النتائج أن البرنامج التدريبي قادر على زيادة مستوى الصحة النفسية لدى المرضى في الاختبار البعدي ووجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين ($p < 0,01$).

6- دراسة: (Caller et-al , 2015):

عنوان الدراسة: تصميم وجدوى تدخل الذاكرة مع التركيز على الإدارة الذاتية في حالة الخلل المعرفي لدى مرضى الصرع. أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم جدوى تدخل الإدارة الذاتية التي تستهدف الخلل المعرفي لتحسين نوعية الحياة والحد من الإعاقة المتعلقة بالذاكرة في البالغين الذين يعانون من الصرع.

عينة الدراسة وأدواتها: تكونت عينة الدراسة من 16 مريض صرع يعانون من التدهور المعرفي تم تطبيق 8 جلسات لديهم.

وتضمن التدخل 1-التعليم على الوظائف المعرفية في الصرع 2-التدريب على الوعي الذاتي 3-استراتيجيات تعويضية 4-تطبيق هذه الاستراتيجيات يوماً بعد يوم باستخدام العلاج بأسلوب حل المشكلات بالإضافة إلى تعديل السلوك، كما تم تدريب الذاكرة من خلال الاستفادة من تطبيق البرنامج في مجموعة فرعية من المرضى.

نتائج الدراسة: تشير نتائج الدراسة إلى وجود مستوى عالٍ من الرضا وحدوث تحسين شخصي في الوظائف الإدراكية في الحياة يوماً بعد يوم.

7- دراسة: (Wijnen et al , 2014):

عنوان الدراسة: فعالية التدخل متعدد المكونات من حيث التكلفة (MCI) لدى مرضى الصرع من فئة البالغين: دراسة عشوائية محكمة لدى بروتوكول هولندي.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية التدخل المتعدد المكونات (MCI) (من حيث التكلفة) في تحسين الكفاءة الذاتية لدى المصابين بالصرع مقارنة بمجموعة الرعاية المعتادة.

عينة الدراسة وأدواتها: اشتملت عينة الدراسة على 100 مريض صرع تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مركز الصرع Kempenhaeghe ، تم إجراء تجربة عشوائية وتقسيم العينة إلى مجموعتين (مجموعة تجريبية) و (مجموعة ضابطة) وتلقت المجموعة التجريبية برنامج متعدد المكونات اشتمل على إدارة الذات وبرنامج التعليم وذلك من خلال ستة اجتماعات خاصة في التدخل الصحي وتم المتابعة لمدة 12 شهر، وسيتم متابعة المرضى في المجموعة الضابطة لمدة 6 اشهر وبعد ذلك سوف يشاركون في برنامج MCI.

والدراسة تألفت من ثلاثة أجزاء: 1) دراسة الفعالية السريرية 2) دراسة الفعالية من حيث التكلفة 3) تقييم العملية. فإن النتيجة الرئيسية هي الكفاءة الذاتية. إجراء وتقييم النتائج قائم على أساس استخدام استبيانات بعد 3، 6، 9 و12 شهرا.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة وجود تحسن في تنمية مهارات إدارة الذات والوعي عن المرض لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج (MCI)، وأن عدم الالتزام بتناول العقاقير الخاصة بمرض الصرع هو من أهم الأسباب في عدم تحكم المرضى بمرضهم، وعلاوة على ذلك تم التأكيد على أن أي زيادة في نوعية الحياة لدى المرضى الذين يعانون من الصرع يمكن التوصل إليه عن طريق تقديم الإرشادات والعلاجات التي تهدف إلى زيادة معدل الكفاءة الذاتية لديهم، وبالتالي يتم تحفيز الإدارة الذاتية.

8- دراسة: (بدوي، 2013):

عنوان الدراسة: فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لتحسين التنظيم الذاتي ونوعية الحياة لدى عينة من مرضى الصرع.

أهداف الدراسة: الهدف من الدراسة إعداد برنامج معرفي سلوكي معتمدا على نظريات العلاج المعرفي عند بيك وأليس واختبار مدى فاعليته في تحسين التنظيم الذاتي ونوعية الحياة لدى عينة من مرضى الصرع

عينة الدراسة وأدواتها: 20 مريضا يعانون من مرض الصرع وُزِع أفراد العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، كل مجموعة تكونت من (10) مرضى تم تقديم البرنامج للمجموعة التجريبية

فقط، واستغرق تطبيق البرنامج اثني عشر أسبوع بواقع جلسة واحدة أسبوعياً ومدة الجلسة الواحدة ساعة تقريباً.

نتائج الدراسة: وأشارت النتائج الإحصائية إلى فاعلية البرنامج في تحسين التنظيم الذاتي ونوعية الحياة لدى المجموعة التجريبية واستمرار التحسن في إدارة المرض بعد انتهاء تطبيق البرنامج وبفترة المتابعة.

9- دراسة: (نور الدين وفتحى، 2013):

عنوان الدراسة: دور التحفيز السمعي باستخدام الموسيقى في تخفيض الاكتئاب لدى مرضى الصرع.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية سماع الموسيقى الهادئة في تخفيض الاكتئاب لدى مرضى الصرع.

عينة الدراسة وأدواتها : تكونت عينة الدراسة من 4 مرضى صرع تم اختيارهم بالطريقة العمدية مع تناول المنهج الإكلينيكي باستعمال تقنية دراسة الحالة في المستشفى الجامعي للأمراض النفسية والعقلية دريد حسين (القبّة) الجزائر العاصمة تم استخدام برنامج علاجي صوتي من خلال سماع المرضى لمقاطع موسيقى هادئة على شكل جلسات صوتية علاجية وتم استخدام الأدوات التالية في الدراسة :

1- مقياس بيك للاكتئاب

2- الميزانية النفسية العصبية (Bilan Neuropsychologique)

3 - معدل الموصل العصبي السيروتونين في الدم .

نتائج الدراسة : أظهرت نتائج الدراسة أن لبرنامج العلاجي الصوتي بسماع الموسيقى فعالية إيجابية في تخفيض الاكتئاب لدى المصاب بمرض الصرع .

10- دراسة:(Tiamkao et al , 2013):

عنوان الدراسة: تفعيل احترام الذات لدى المصابين بالصرع من قبل المجموعة الداعمة. أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم تأثير المجموعة الداعمة على احترام الذات لدى المرضى المصابين بالصرع.

عينة الدراسة وأدواتها: تكونت عينة الدراسة من 120 مريض صرع وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة موزعة أفراد العينة بالتساوي (60) فرداً لكل مجموعة.

تم جمع البيانات من خلال مقياس روزينبرغ لاحترام الذات (Rosenberg self-esteem) قبل وبعد تطبيق البرنامج.

نتائج الدراسة: لوحظ قبل إجراء التجربة أنه كان مستوى احترام الذات في المجموعة الضابطة أعلى من المجموعة التجريبية، بعد التجربة لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة حيث كانت نتيجة المجموعة الضابطة أقل من المجموعة التجريبية بينما كانت نتيجة المجموعة التجريبية أعلى قبل إجراء التجربة، حيث أن المجموعة الداعمة حسنت من مستوى تقدير الذات لدى من مرضى الصرع.

11- دراسة: (Meléndez et-al , 2012):

عنوان الدراسة: العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الاكتئاب في المرضى الذين يعانون من صرع الفص الصدغي: دراسة تجريبية.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب لدى مرضى صرع الفص الصدغي.

عينة الدراسة وأدواتها: تكونت عينة الدراسة من 23 مريضاً يعانون من صرع الفص الصدغي من غير المنومين بالمستشفى والذين يعانون من اضطراب الاكتئاب المشخص وفقاً لمعايير الدليل الأمريكي الرابع.

تم تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي بواقع 16 جلسة، وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب ومقياس نوعية الحياة.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج بوجود أثر إيجابي كبير على شدة الاكتئاب التي استمرت حتى نهاية العلاج وقد لوحظ حدوث تحسن كبير في نوعية الحياة وبالتالي فإن العلاج المعرفي السلوكي مفيد في علاج الاكتئاب وتحسين نوعية الحياة لدى مرضى صرع الفص الصدغي.

12- دراسة: (أحمد والمهدى، 2011):

عنوان الدراسة: التوافق الاجتماعي لمرضى الصرع ببعض مستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة لمعرفة التوافق الاجتماعي لدى مرضى الصرع ببعض مستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم.

عينة الدراسة وأدواتها: 100 مريض صرع من الذكور والإناث من مستشفى الخرطوم التعليمي ومستشفى طه بعشر بالخرطوم بحري للأمراض النفسية ومستشفى التجاني الماحي بأم درمان

من مرضى الصرع تم اختيارهم بطريقة عشوائية تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى تجريبية (ن=58) والثانية المجموعة الضابطة (63) واستعان الباحثان بمقياس التوافق الاجتماعي المقنن من هيوم بيل والذي أعده عام 1983م بعد التأكد من صدقه وثباته.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى أن التوافق الاجتماعي لمرضى الصرع يتميز بالانخفاض ولا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين التوافق الاجتماعي والمستوى التعليمي لدى مرضى الصرع، ولا توجد فروق بين الذكور والإناث من مرضى الصرع في التوافق الاجتماعي وكذلك لا توجد فروق من التوافق الاجتماعي لدى مرضى الصرع تبعا للحالة الاجتماعية للمصاب.

13- دراسة: (على، 2011):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج معرفي سلوكي في رفع درجة الذات لدى مرضى الصرع من الأطفال.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في رفع درجة تقدير الذات لدى عينة من الأطفال المصابين بالصرع، كما تهدف إلى توعية الآباء والأمهات بأهمية هذا المفهوم لدى الطفل وذلك من خلال البرنامج الإرشادي الخاص بالوالدين، وأيضا إلى زيادة الرصيد النظري من البرامج العلاجية والسلوكية المقدمة إلى هذه الفئة.

عينة الدراسة وأدواتها: أ-10 من الأطفال المصابين بمرض الصرع والمترددون على العيادة الخارجية بمستشفى عين شمس التخصصي (5) من الذكور و (5) من الإناث مع وجود بعض الشروط مثل: 1-العمر من 13:15 سنة 2-ألا يعانون من أي أمراض مزمنة أخرى 3-معدل الذكاء لديهم لا يقل عن 90 درجة 4-أن يتابع الطفل مع طبيب متخصص ويأخذ الأدوية المضادة للصرع بانتظام في فترة لا تقل عن عامين.

ب-عينة الوالدين حيث أنها تكونت من آباء وأمهات هؤلاء الأطفال مع مراعاة الشروط الآتية: 1-استمرار الحياة الزوجية بين الأب والأم 2-أن يعيش الطفل داخل الأسرة بشكل دائم 3-التقارب في المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي 4-التقارب في المستوى التعليمي. تم استخدام استمارة البيانات الأولية، استمارة تاريخ الحالة، البرنامج المعرفي السلوكي المقدم للأطفال والبرنامج المعرفي السلوكي المقدم للوالدين والتي قامت الباحثة بإعدادهم.

تم استخدام مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي واختبار وكسلر للذكاء ومقياس تقدير الذات للأطفال.

نتائج الدراسة:1-توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال على مقياس تقدير الذات للقياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج.

1- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال على مقياس تقدير الذات للقياسين البعدي والتتبعي لتطبيق إجراءات البرنامج.

2- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات عينة الدراسة من الذكور والإناث على مقياس تقدير الذات في القياس بعد تطبيق إجراءات البرنامج.

3- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات عينة الدراسة من الذكور والإناث على مقياس تقدير الذات في القياس التتبعي لتطبيق إجراءات البرنامج.

14-دراسة: (Frizella et-al , 2011):

عنوان الدراسة: التدخل التعليمي الشخصي لدى المراهقين من مرضى الصرع وتأثيره على اكتساب المعرفة والوظيفة النفسية الاجتماعية.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تحديد تأثير ما إذا كان التدخل التعليمي وحده يستطيع أن يحسن الوظائف النفسية الاجتماعية لدى المراهقين، وفحص ما إذا كان التدخل التعليمي يستطيع أن يزيد فهم المرضى وإعطائهم معلومات عامة حول مرضهم وأيضاً إذا كان يستطيع تحسين احترام الذات والفاعلية الذاتية للتحكم في المرض والتوجه بشكل إيجابي نحوه.

عينة الدراسة وأدواتها: 30 مريض صرع من فئة المراهقين، (25) من الإناث و (5) من الذكور، متوسط أعمارهم 16 سنة، 15 منهم يعانون من اضطراب الصرع ذات الأعراض الجزئية و15 يعانون من اضطراب الصرع المعمم مجهول السبب.

في الجلسة الأولى تم تثقيف المرضى عن مرض الصرع بشكل طبي، وفي الجلسة الثانية تم مناقشة تأثير الصرع على نمط الحياة، قبل وبعد إجراء التدخل وتم قياس درجة المعرفة واحترام الذات والفاعلية الذاتية في التحكم بالمرض والتوجه نحو المرض وذلك باستخدام مقاييس محكمة.

نتائج الدراسة: أدى التدخل الى حدوث تحسن ملحوظ في كل من التعرف على الذات، والحصول على المعرفة العامة عن الصرع، والتوجه نحو المرض، والفاعلية الذاتية للتحكم بالمرض وتم الإشارة إلى أن الجلسات كانت ممتعة وقيمة وأن المعرفة الطبية كانت مفيدة لدى المرضى وأيضاً كان هناك تأثير إيجابي على النتائج النفسية الاجتماعية بعد حدوث التدخل التعليمي.

15-دراسة : (Wershler et al , 2011) :

عنوان الدراسة: العلاج المعرفي السلوكي الجمعي لدى مرضى الصرع الذين يعانون من اضطراب القلق والاكتئاب.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجمعي في علاج اضطراب الاكتئاب والقلق لدى عينة من مرضى الصرع.

عينة الدراسة وأدواتها: اشتملت عينة الدراسة على 18 شخص من مرضى الصرع، تم تحويلهم من قبل أطباء الأعصاب لمعالجة مرض الاكتئاب والقلق.

تم تطبيق العلاج المعرفي السلوكي الجمعي على عينة الدراسة لمدة 10 أسابيع.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة وجود تحسن في درجة الاكتئاب، والقلق، والأفكار التلقائية السلبية، ومعرفة العلاج المعرفي والمهارات، وكان العلاج الجمعي مقبولاً نوعاً ما لدى المرضى حيث أن معدلات الحضور كانت جيدة والتسرب حصل في حالة واحدة فقط ويوضح هذا المشروع أن العلاج المعرفي السلوكي الجمعي هو تدخل ممكن ومقبول، لدى مرضى الصرع الذين يعانون من اضطراب القلق والاكتئاب وأنه يساهم في العملية العلاجية بشكل فعال.

16-دراسة: (Radford et al , 2011):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج جمعي قائم على أساس تدريب الذاكرة لدى عينة من مرضى الصرع.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج جمعي قائم على أساس تدريب الذاكرة لدى مرضى الصرع.

عينة الدراسة وأدواتها: اشتملت العينة على 31 مريض صرع.

تم تصميم دورة لمدة 6 أسابيع اشتملت التنقيف النفسي التعليمي واستراتيجيات الدورة والتي تم تقييمها من خلال ما تسمى قائمة الانتظار كروس a waitlist crossover design ، مع إجراء ثلاث تقييمات خلال 12 أسبوعاً ، كما وتم استخدام اختبار رى للتعلم السمعي اللفظي (Rey Auditory Verbal Learning Test) ، وتعيين الذاكرة .

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة العثور على مكاسب كبيرة في اختبارات رى للتعلم السمعي اللفظي وكان من المرجح أن تتحسن الذاكرة في المشاركين الأصغر سناً والأقل تعليماً والأقل عرضة للاكتئاب كما تم العثور على عدد من الأدوية ترافقت مع النتيجة كما وفرت الدراسة دليلاً على أن التدخل القصير نسبياً يمكن أن يحسن وظائف الذاكرة في المرضى الذين يعانون من الصرع.

17-دراسة: (Wagner et-al , 2010) :

عنوان الدراسة: دراسة تجريبية للتدخل المعرفي السلوكي المتكامل والإدارة الذاتية للشباب الذين يعانون من الصرع ومقدمي الرعاية.
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى إجراء اختبارات تجريبية تدخل على أسس الدعم التجريبي لتقنيات العلاج السلوكي المعرفي ومحتوى نظرية قيادة الإدارة الذاتية.
عينة الدراسة وأدواتها: تكونت العينة من 9 شباب تتراوح أعمارهم ما بين 10-15 عام وآبائهم.
تم تطبيق برنامج يركز على تعزيز مهارات التأقلم، الكفاءة الذاتية، والإدارة الذاتية لتعزيز الصمود في الشباب الذين يعانون من الصرع والقائمين على رعايتهم وإجراء اختبار قبلي واختبار بعدى.

نتائج الدراسة: كشفت النتائج عن عدم وجود تحسن كبير لدى الآباء في معدل مهارات التأقلم مع أطفالهم بعد تطبيق البرنامج، وعلاوة على ذلك، بالمقارنة مع ما قبل التقييم أظهر معدل تقييم الأطفال تحسينات كبيرة في الكفاءة الذاتية لإدارة النوبات، كذلك معرفة الأطفال عن الصرع أيضا تحسنت بشكل ملحوظ بعد تطبيق البرنامج، كما سجل بوجود أفكار انتحارية خفيفة لدى طفلين قبل تطبيق البرنامج، كما تم الإشارة إلى فاعلية البرنامج المستخدم لدى الشباب الذين يعانون من الصرع وآبائهم.

18 -دراسة : (Fledderus et al , 2010) :

عنوان الدراسة: تعزيز الصحة النفسية باعتبارها هدف جديد في الرعاية بالصحة النفسية بشكل عام: دراسة عشوائية لتعزيز المرونة النفسية.
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم ما إذا كان التدخل على أساس القبول والالتزام بالعلاج (ACT) والذهن ناجحة في تعزيز الصحة النفسية الإيجابية من خلال تعزيز المرونة النفسية.
عينة الدراسة وأدواتها: اشتملت عينة الدراسة على 93 من فئة البالغين الذين يعانون من الضغوط النفسية الخفيفة والمتوسطة.

تم تقسيم العينة بشكل عشوائي إلى مجموعة التدخل (المجموعة التجريبية) (ن = 49) والمجموعة الضابطة (ن = 44). أكمل المشاركون التدابير قبل وبعد التدخل وكذلك بعد 3 أشهر في متابعة تقييم الصحة العقلية من حيث العاطفة والجانب النفسي، والرفاه الاجتماعي من خلال (النموذج القصير للصحة النفسية المتواصلة)، فضلا عن المرونة النفسية (أي، قبول الخبرات الحالية وعلى أساس قيمة السلوك والقبول والعمل استبيان-II).

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج تحليل الانحدار وجود مقارنة مع المشاركين في المجموعة الضابطة حيث كانت النتائج العاطفية والنفسية بعد التدخل لدى المشاركين في مجموعة التدخل ACT والذهن أكبر وأيضاً كان مستوى المرونة النفسية أعلى أثناء المتابعة، كما وأظهر تحليل (Mediational) وجود تعزيز للمرونة النفسية أثناء التدخل والذي أظهر بدوره ما تسمى بالصحة النفسية الإيجابية.

فالتدخل فعال في تحسين الصحة النفسية الإيجابية من خلال تحفيز مهارات القبول والقيمة المستندة على العمل.

19-دراسة: (Cheung et-al , 2009) :

عنوان الدراسة: تدخل العقل والجسم لتحسين الأداء الوظيفي لدى مرضى الصرع المزمن: تقرير دراسة حالة.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير تدخل العقل والجسم DMBI على الحالة التي تعاني من ضعف معرفي حاد.

عينة الدراسة وأدواتها: اشتملت الدراسة على مريض صرع واحد من فئة الذكور، العمر 22عام، يعاني من ضعف معرفي حاد.

تم استخدام برنامج DMBI الذي تم تطويره حديثاً والخاص في نمط الحياة والقائم على الاستشفاء وتم ذلك خلال أربعة أشهر من العلاج حيث تم اتباع نظام غذائي نباتي، وتطبيق علاج بالأعشاب، وممارسة تمرين التنفس العميق.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج تحسن كبير في اللغة والذاكرة والانتباه والسلوك والسيطرة على المشاعر والوظائف الاجتماعية ونوعية الحياة، بالإضافة إلى أن البرنامج DMBI كان فعالاً بشكل إيجابي في الأنشطة الكهربية للدماغ مع حدوث تحسن الجانب المعرفي للمريض.

20 -دراسة: (Jantzen et al , 2009):

عنوان الدراسة: برنامج تدريبي (FLIP&FLAP) للأطفال والمراهقين الذين يعانون من الصرع، وأولياء أمورهم.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية ومحتويات وتطوير برنامج (FLIP&FLAP) لدى الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الصرع، وأولياء أمورهم من الآباء والأمهات.

عينة الدراسة وأدواتها: اشتملت عينة الدراسة على 21 طفلاً ما بين 8 - 11 عاماً، و44 من فئة المراهقين ما بين 12 - 16 عاماً، و72 من أولياء أمورهم من الآباء والأمهات (المجموعة التجريبية)، و31 طفلاً، و39 مراهقاً، و72 من أولياء الأمور من الآباء والأمهات (المجموعة الضابطة) تم اختيارها من عشرة مراكز صرع في ألمانيا.

تم تطبيق برنامج تدريبي يقوم على أساس النمو بشكل مناسب للسن لدى الأطفال ما بين 6 و16 عاماً الذين يأخذون أدوية مضادة للصرع تم خلاله تقسيم العينة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة وإجراء اختبار قبلي وبعدي وقد تم استخدام استبانات موحدة وتطبيقها على الفور على عينة الدراسة قبل تطبيق البرنامج التدريبي و6 أشهر بعده، وقد تم التدريب للمجموعة التجريبية في خلال يومين ونصف. يتم من خلاله تجميع الأطفال والآباء والأمهات كلا على حدة بصورة منفصلة، وتم التركيز بشكل رئيس على:

1- نقل المعرفة عن الصرع بالطريقة المناسبة للفئة العمرية.

2- تدريس استراتيجيات المواجهة الفردية.

3- تشجيع استقلالية الطفل.

نتائج الدراسة : أظهرت نتائج الدراسة وجود تحسن كبير في جانب المعرفة عن مرض الصرع ، مع وجود تأثير بشكل متوسط إلى كبير وذلك من خلال (تحليل المتغير أحادي التباين مع القياسات المتكررة، $d = 0.6-1.4$) ، وأفادت نتائج أولياء أمور في المجموعة التجريبية بوجود تحسن في مهارات الإدارة الذاتية ($d = 0.7$) ، ومهارات الاتصال ($d = 0.8$) مع أطفالهم وفي تقليل المخاوف المتعلقة بمرض الصرع ($d = 0.5$) ، كما أظهرت نتائج المجموعة التجريبية لدى الأطفال والمراهقين بوجود تحسن في نوعية الحياة لديهم HRQOL خاصة في جانب البعد الاجتماعي ($d = 0.3$).

21-دراسة:(المطيري، 2008):

عنوان الدراسة: تأثير برنامج للإرشاد النفسي على بعض الوظائف النفسية والسيولوجية لدى عينة من المعاقين عقليا والمصابين بالصرع.

أهداف الدراسة: التعرف على تأثير برنامج الإرشاد النفسي المطبق على المجموعة التجريبية على المتغيرات النفسية (الانتباه - الإدراك الحس حركي) وعلى المتغيرات الفسيولوجية (النبض - الضغط - السعة الحيوية - سكر اللبن بالدم).

عينة الدراسة وأدواتها : تم اختيار 10 من مرضى الصرع ومعاقين عقليا بالإضافة إلى (10) آباء (10) أمهات من كل منطقة بالطريقة العمدية تم استخدام المنهج التجريبي واستخدم اختبار

شبكة تركيز الانتباه لدورثي هارس Harris واختبار دايتون لقياس الإدراك الحس حركي والقياسات الفسيولوجية (قياس النبض - قياس الضغط - السعة الحيوية باستخدام جهاز اسبيروميتر إلكتروني لقياس السعة الحيوية - السكر اللين في الدم) وتم وضع برنامج إرشاد نفسى يبلغ مداه الزمنى (12) أسبوعاً بمعدل جلستين في الأسبوع بإجمالي (24) جلسة مدة كل جلسة (45) دقيقة.

نتائج الدراسة: -تراوحت نسبة التحسن بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في القياسات النفسية (الانتباه- الإدراك الحس حركي) ما بين (1,694: 4,26)، في القياسات الفسيولوجية (النبض- الضغط - السعة الحيوية - سكر اللين بالدم) ما بين (8,07%: 40,57%) مما يعكس الفروق الجوهرية بين القياسين.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعديين للمجموعتين الضابطة والتجريبية في القياسات النفسية (الانتباه- الإدراك الحس حركي) وفى القياسات الفسيولوجية (النبض- الضغط - السعة الحيوية - سكر اللين بالدم) لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية. تراوحت نسبة التحسن بين القياسين البعديين للمجموعتين الضابطة والتجريبية في القياسات النفسية (الانتباه - الإدراك الحس حركي) ما بين (55,6%: 73,46%) وتراوحت في القياسات الفسيولوجية (النبض - الضغط - السعة الحيوية - سكر اللين بالدم) ما بين (7,95%: 34,85%) مما يعكس الفروق بين القياسين.

22-دراسة: (Pramuka et-al , 2007) :

عنوان الدراسة: برنامج نفسي اجتماعي في إدارة الذات لدى مرضى الصرع البالغين دراسة تجريبية عشوائية.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التطوير والتجريب القائم نظريا على تدخل الإدارة الذاتية لدى مرضى الصرع من فئة البالغين.

عينة الدراسة وأدواتها: تكونت عينة الدراسة من 61 مريض صرع من فئة البالغين.

تم تطبيق برنامج تجريبى في إدارة الذات على مدار 6 أسابيع يهدف إلى تحسين الكفاءة الذاتية ونوعية الحياة لدى مرضى الصرع البالغين، تم استخدام مقياس نوعية الحياة (QOLIE-89)

ومقياس واشنطن النفسى الاجتماعى للنوبات (WPSI) ومقياس نطاق السيطرة (LOC)

ومقياس الكفاءة الذاتية لمرض الصرع (ESES) وتم فحص وجود الاختلافات باستخدام تحليل التباين.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج وجود تحسن كبير في نتيجة مقياس جودة الحياة QOLIE-89 ولكن لم يكن هناك اختلافات كبيرة في نوعية الحياة عموماً، وقد لوحظ وجود ارتباطات قوية وكبيرة بين نتائج المقاييس فعلى الرغم من أن تدخل البرنامج له تأثير يذكر على تحسين نوعية الحياة عموماً، لاحظنا بأن الاتجاهات الواعدة في مقارنات مجموعة التدخل ربطت بين الكفاءة الذاتية والعوامل النفسية والاجتماعية الأخرى مع نوعية الحياة.

23-دراسة: (Martinović et-al , 2006) :

عنوان الدراسة: منع الاكتئاب لدى المراهقين من مرضى الصرع.
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى إمكانية منع حدوث مرض الاكتئاب بين المراهقين المصابين بمرض الصرع.

عينة الدراسة وادواتها: اشتملت عينة الدراسة على 104 مريض صرع تم اختيارهم بصورة عشوائية من فئة المراهقين التي تم تشخيصهم حديثاً، متوسط أعمارهم 17.4 سنة، 60% من فئة الإناث.

تم تقسيم العينة إلى مجموعتين بشكل متساو المجموعة الأولى هي مجموعة التدخل (المجموعة التجريبية) حيث تم التدخل السلوكي المعرفي بالإضافة إلى الرعاية المعتادة بينما المجموعة الثانية (الضابطة) تم استخدام الرعاية المعتادة فقط وتم تطبيق اختبار بيك للاكتئاب (BDI) واختبار هاميلتون للاكتئاب (HAMD) ومقياس جودة الحياة لدى مرضى الصرع (QOLIE-31) ومقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب (CES-D) حيث أنها طبقت خلال 9 أشهر من المتابعة .

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج وجود تشابه في درجات اختبار بيك وهاميلتون للاكتئاب، وتم تشخيص الإكتئاب أثناء المتابعة في ثلاثة من مرضى مجموعة الرعاية المعتادة، كما حدث تحسن بشكل ملحوظ لدى مرضى الإكتئاب في المجموعة التجريبية مقارنة مع مجموعة الرعاية المعتادة ($P < 0.05$) ، كما ارتبطت مجموعة الدرجات في مقياس جودة الحياة بشكل كبير مع كل من تحسن المزاج و عدم حدوث النوبات .

24-دراسة: (Olley et-al , 2001) :

عنوان الدراسة: العلاج النفسى و التعليمى بين مرضى الصرع البالغين في نيجيريا.
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية البرنامج النفسى والتعليمى لدى عينة الدراسة.

عينة الدراسة وأدواتها: تكونت عينة الدراسة من 30 مريضاً من غير المنومين بالمستشفى من فئة البالغين، وذلك وفقاً لنوع النوبات، حيث تم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة تكونت كل مجموعة من 15 مريضاً.

تم استخدام جدول المعرفة حول المرض knowledge about illness schedule ومقياس بيك للاكتئاب the Becks depression inventory و المؤشر التجريبي Crown-Crisp experiential index

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين على المقاييس الرئيسية الثلاثة، كما وحدث انخفاضاً كبيراً في مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية وزيادة كبيرة في المعرفة حول مرض الصرع وانخفاض في جميع مقاييس الاضطرابات العصبية باستثناء المقياس الفرعي للهستيريا.

25-دراسة: (McCusker & Hicks , 1999) :

عنوان الدراسة: الإدارة النفسية للنوبات المستعصية لدى مراهق يعاني من صعوبات التعلم. أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تعليم كيفية إدارة النوبات لدى فتى يبلغ من العمر 14 عاماً يعاني من الصرع المستعصي وصعوبات التعلم. عينة الدراسة وأدواتها: اشتملت عينة الدراسة على فتى مراهق عمره 14 عاماً يعاني من مرض الصرع المستعصي وصعوبات التعلم.

تم استخدام الأسلوب المعرفي السلوكي لتغيير مستويات وعمليات الإثارة بطرق مختلفة في مختلف حالات الخطر، وتم استخدام تصميم أساسي متعدد للسيطرة على آثار التدخلات غير المحددة للنوبات غير المستهدفة.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج انخفاض كبير في عدد النوبات من خلال انخفاض عدد حدة النوم وجفل الاستجابة للنوبات من خلال ومن قبل تلك الأساليب، كما وتمت المحافظة على المكاسب خلال شهرين من المتابعة.

ثانياً: دراسات وبحوث تناولت مرض الصرع.

1- دراسة: (Elliott & Richardson , 2014) :

عنوان الدراسة: النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي ونوعية الحياة في الأشخاص الذين يعانون من الصرع الحاد.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على أهمية النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي في تحسين نوعية الحياة لدى عينة من مرضى الصرع الحاد.

عينة الدراسة وأدواتها: اشتملت عينة الدراسة على 1720 مريض صرع، تم اختيارهم من خلال المسح الصحي المجتمعي الكندي (CCHS)، من العام 2003 و2005م، وقد تم تحليل البيانات باستخدام معامل الارتباط، لأنه يسمح لفحص المساهمة النسبية لمجموعة المتغيرات المستقلة (المجالات البيولوجية والنفسية والاجتماعية) ومجموعة المتغير التابع (نوعية الحياة) من الفائدة، على النحو المحدد في التصنيف الذاتي للحالة الصحية والحالة الصحية العقلية الذاتية، والرضا عن الحياة.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة بوجود أدلة قوية على أن النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي يختلف بشكل كبير مع نموذج نوعية الحياة بمعدل ($R^2 = 55.0$) . مقارنة مع النموذج البيولوجي الطبي وحده ($R^2 = 24.8$). عندما كانت تسيطر المجالات الفردية للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي فإن المجال النفسي كان بمعدل ($R^2 = 24.6$)، والمجال الاجتماعي كان بمعدل ($R^2 = 18.5$) والمجالات لا تزال أوضح بقدر بشكل كبير في درجة التباين في نوعية الحياة مقارنة مع النموذج البيولوجي الطبي وحده ($R^2 = 14.3$) وتشير النتائج إلى أهمية المجالات النفسية والاجتماعية والبيولوجية في عملية التدخل في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى الصرع.

2- دراسة: (Bruckner et-al , 2014) :

عنوان الدراسة: فاعلية التدخل النفسي عبر الإنترنت لدى مرضى الصرع الذين يعانون من الاكتئاب.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية التدخل النفسي عبر الإنترنت في تحسين مستوى الاكتئاب بين أفراد العينة.

عينة الدراسة وأدواتها : 80 مريض صرع يعانون من الاكتئاب النفسي، تم اختيار المرضى بطريقة عشوائية للتدخل النفسي عن طريق الإنترنت وبعد 9 أسابيع تم استدعاء المشاركين لاستكمال وإعادة التقييم للتدخل النفسي عبر الإنترنت ، تم استخدام مقياس بيك للاكتئاب

(BDI-I) و PESOS questionnaire لتقييم مستوى الاكتئاب لدى الافراد، واستبيان جودة الحياة (WHO QOL-BREF) بالإضافة الى (QOLIE-31).
نتائج الدراسة: تم ملاحظة حدوث انخفاض لأعراض الاكتئاب على مقياس بيك وكذلك حدوث تحسن لنوعية الحياة على مقياس جودة الحياة.

3- دراسة:(Ghaith , 2013):

عنوان الدراسة: مستوى القلق والوصمة بين مرضى الصرع في قطاع غزة.
أهداف الدراسة: تحديد مستوى القلق ومستوى الوصمة لدى مرضى الصرع والتحقق من العلاقة بين القلق والوصمة بين مرضى الصرع.
عينة الدراسة وأدواتها: تكونت من 150 مريض صرع من مراكز الصحة النفسية المجتمعية الحكومية في قطاع غزة وبلغ عدد الذين شاركوا في الدراسة 142 مريضاً بمعدل استجابة 95%، 67 منهم من الذكور (47.2%) و75 من الإناث (52.8%)، وتم استبعاد المرضى الذين يعانون من الأمراض النفسية أو الجسدية من الدراسة. تم تطبيق استمارة بيانات الخصائص الاجتماعية والديمغرافية والمتغيرات ذات الصلة بالصرع وتم استخدام نسخة معربة من مقياس تايلور للقلق، ومقياس الوصمة وتم جمع البيانات وتحليلها باستخدام برنامج spss.
نتائج الدراسة: كشفت النتائج أن القلق يقع عند مستوى 68.1% وأن جميع أفراد العينة يعانون من مستويات مختلفة من القلق، وتبين أنه يوجد علاقة طردية داله إحصائياً عند مستوى (0,001) بين القلق والوصمة لدى أفراد العينة من مرضى الصرع وتبين أن مستوى الوصمة لدى أفراد العينة 66.0%.

4- دراسة:(Ferguson et-al , 2013):

عنوان الدراسة: العلاقة بين الرعاية النفسية الاجتماعية واتجاهات مرضى الصرع من المراهقين نحو مرضهم.
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم العلاقة بين الرعاية النفسية الاجتماعية واتجاهات مرضى الصرع من المراهقين.
عينة الدراسة وأدواتها: 74 مريض صرع المعمم من فئة المراهقين والذين عولجوا في عيادة الأعصاب التابعة لجامعة تبريز للعلوم الطبية في عام 2010.
تم جمع البيانات من خلال -الخصائص الديمغرافية للمرضى-مقياس الرعاية الاجتماعية النفسية -مقياس الاتجاه نحو المرض.

نتائج الدراسة: يوجد علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين الرعاية الاجتماعية النفسية واتجاهات المراهقين من مرضى الصرع نحو مرضهم حيث يوجد ارتباط بين الرعاية الاجتماعية النفسية والاتجاهات نحو المرض.

5- دراسة: (Schulz et al , 2013):

عنوان الدراسة: الإرشاد والعمل الاجتماعي لدى الأشخاص الذين يعانون من الصرع: دراسة وصفية على الطلب والقضايا في هيسن، ألمانيا.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تحديد الاحتياجات والقضايا الهامة من قبل الجهات المسؤولة والمعنية في الاستفادة من خدمات إرشاد مرضى الصرع ما بين عامي 2008 و 2012 في ولاية هيسن الألمانية ، وإلى تقليل الآثار الجسدية والنفسية والاجتماعية للأشخاص الذين يعانون من الصرع (PWEs).

عينة الدراسة وأدواتها: اشتملت عينة الدراسة على 492 (272 ذكور، بمعدل 55.3%) PWES والتي تم تقديم خدمات الإرشاد لديهم على مدار العام. وتم التركيز بشكل رئيس على فئة الأطفال والمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 20 سنة بمعدل (22.4%)، وسن العمل ما بين 20 و 65 سنة بمعدل (73.6%).

تم جمع البيانات الاجتماعية والديموغرافية، والوضع الوظيفي، وقضايا الإرشاد، والخصائص حيث جمعت في البداية وفي زيارات المتابعة.

تم تحديد أربع قضايا رئيسة لمرضى الصرع (1) تشخيص الصرع، (2) العمل، (3) المسائل المتعلقة بالأسرة، و(4) الوسائل الاجتماعية أو الطبية المرتبطة مع السلطات العامة والجهات المسؤولة.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة بوجود طلب مستمر لتقديم الإرشادات لدى مرضى الصرع مع واحد على الأقل من أصل عشرين بنسبة (5.8%) وهم في حاجة إلى تلقي الإرشادات على مدار العام، وينبغي أن تكون الإرشادات الخاصة بالصرع متاحة لجميع الصفحات على المستوى الوطني ويمكن أن تكون مفيدة في منع البطالة طويلة الأمد والتقاعد المبكر مع الحفاظ على جودة الرعاية المقدمة لمرضى الصرع.

6- دراسة : (Fonseca et-al , 2013)

عنوان الدراسة: التكيف الديني والروحاني لدى مرضى الصرع: والعلاقة مع الجوانب الاجتماعية والديموغرافية والسريرية ونوعية الحياة.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم ما إذا كان مرضى الصرع يستخدموا التكيف السلبي والإيجابي والعلاقات بين نوع التكيف والجوانب الاجتماعية والديمغرافية والسريرية لدى مرضى الصرع ومقياس نوعية الحياة.

عينة الدراسة وأدواتها: اشتملت عينة الدراسة على 110 مريض صرع، متوسط أعمارهم 45.9. تم استخدام التقييم السريري - العصبى، ومقياس نوعية الحياة لدى مرضى الصرع (QOLIE-31)، ومقياس التكيف الدينى والروحانى (SRCOPE) Scale.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج زيادة استخدام التكيف الإيجابي (0.7 ± 3.0) من التكيف السلبي (0.7 ± 2.3)، وكان استخدام العامل إيجابي أكبر في نوعية صرع الفص الصدغي (MTLE) مما كان عليه في أنواع الصرع الأخرى، ونسبة التكيف السلبي / الإيجابي كان مرتبطاً مع انخفاض درجات مقياس QOLIE-31 ($P = 0.036$ ؛ -0.222)، كما ظهر استخدام التكيف الدينى والروحانى خاصة في حالات صرع الفص الصدغى، والتكيف السلبي ارتبط بانخفاض نوعية الحياة.

7- دراسة: (Abu Sheer , 2012):

عنوان الدراسة: الاكتئاب بين مرضى الصرع في مراكز الصحة النفسية المجتمعية الحكومية في قطاع غزة.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى فهم ظاهرة الاكتئاب بين مرضى الصرع من حيث مدى انتشارها وعلاقتها بالمتغيرات الأخرى.

عينة الدراسة وأدواتها : شملت الدراسة 150 مريض من مرضى الصرع الذين يترددون على مراكز الصحة النفسية المجتمعية الحكومية في قطاع غزة وبلغ عدد المرضى الذين شاركوا في الدراسة 138 مريضاً بمعدل 92%، كان عدد الذكور بينهم 81 بنسبة 58.7% وعدد الإناث 57 بنسبة 41.3%، تم استثناء المرضى الذين يعانون من أمراض جسمانية أو إصابات نفسية تم استخدام الطريقة العشوائية المنتظمة في اختيار العينة وتم تعبئة الاستبيانات للمرضى بشكل سري والتي تضمنت معلومات شخصية وديمغرافية وأيضاً أسئلة متعلقة بالمرض وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب بين المرضى .

نتائج الدراسة: أظهرت الدراسة أن معدل انتشار الاكتئاب بين مرضى الصرع حوالي 63% مقسمة على النحو التالي: 38.4% يعانون من أعراض اكتئاب بسيطة، 24.6% يعانون من أعراض اكتئاب متوسطة، لا توجد أعراض اكتئاب شديدة كما أوضحت الدراسة أن كل من: (الإناث، والمرضى الذين يعانون من عدم السيطرة على المرض، والعاطلين عن العمل،

والمرضى الذين لديهم مستوى التعليم المتدني والمرضى الذين لديهم مستوى الدخل المتدني) هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب.

8- دراسة: (Rafique & Masood , 2012):

عنوان الدراسة: الوظائف العصبية النفسية في مرضى الصرع.
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم الوظائف النفسية العصبية لدى مرضى الصرع.
عينة الدراسة وأدواتها: 60 مريض صرع من مستشفيات مختلفة من مدينة لاهور.
تم استخدام مقياس Neuro behavioral functioning Inventory (NFI).

نتائج الدراسة:

- 1- يوجد اختلاف في الوظائف النفسية العصبية لدى عينة الدراسة من الذكور والإناث المصابين بمرض الصرع على الشكاوى الجسدية فقط.
- 2- يوجد ارتفاع في الشكاوى الجسدية عند الإناث أكثر من الذكور.
- 3- يوجد اختلاف كبير في الوظائف النفسية العصبية بين المرضى التي تم تشخيصهم مع أنواع مختلفة من مرض الصرع.

9- دراسة: (Sahar , 2012):

عنوان الدراسة: دراسة إكلينيكية في تقييم الضغط النفسي لدى مرضى الصرع.
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع.
عينة الدراسة وأدواتها : اشتملت الدراسة على 50 من مرضى الصرع والتي مضى على تشخيصهم أكثر من عام ، (31) من فئة الذكور (19) من الإناث ، الفئة العمرية للمشاركين 18-45 عاماً ، وتم استبعاد المرضى الذين يعانون من المشاكل البدنية أو العقلية الخطيرة ، 72% من أفراد العينة من غير المتزوجين و28% من المتزوجين ، 42% من أفراد العينة عاطلين عن العمل و38% من أفراد العينة يعملون ، 38% من أفراد العينة يعانون من نوبات خفيفة من الصرع و26% من أفراد العينة يعانون من نوبات متوسطة من الصرع و36% من أفراد العينة يعانون من نوبات شديدة من الصرع ، تم استخدام ورقة البيانات الديمغرافية والتي تشتمل على معلومات المرضى الديمغرافية والمتغيرات المتعلقة بمرضى الصرع والمشملة على الأدوية الحالية وعدد النوبات خلال الستة شهور الماضية كما تم استخدام استبيان الصحة العامة (GHQ-28) المصمم من خلال جولدبرج وهيلر في عام 1979م والذي يستخدم كأداة

في تحديد واكتشاف الضغط النفسي وهو يحتوي على أربعة أبعاد في تقييم الضغط النفسي:1- أعراض جسدية 2- القلق 3- الخلل الاجتماعي 4- الاكتئاب .
نتائج الدراسة: كشفت الدراسة وجود ارتفاع في مستوى الضغط النفسي بين أفراد عينة الدراسة بنسبة 70% ، كما لوحظ ارتفاع بشكل كبير في مستوى الضغط النفسي لدى المرضى الذي لا يوجد لديهم خبرة في تحكيمهم بمرضهم بنسبة 100% مقارنة مع أولئك الذين يوجد لديهم خبرة تحكم بمرضهم والذي بلغت نسبة الضغط النفسي لديهم 42% ، كما أظهرت النتائج أن العوامل الديمغرافية والإكلينيكية السلبية تساهم في رفع مستوى الضغط النفسي ويتضح ذلك من خلال إظهار النتائج أن 13 من أصل 19 من النساء يعانون من الضغط النفسي بنسبة 74% يرجع ذلك إلى عدم حصولهم على الوظائف والأعمال بالإضافة إلى عدد كبير منهن لم تكن متزوجات.

10- دراسة: (الملاك، 2010):

عنوان الدراسة: الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع في الأردن.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى الصرع في الأردن وذلك في ضوء متغيرات (الجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، وتاريخ تشخيص الإصابة بالمرض).

عينة الدراسة وأدواتها: تكونت الدراسة من 166 مريض صرع (90 ذكور، 76 إناث) تم اختيارهم بالطريقة المتيسرة، من المراجعين للعيادات الخارجية لمستشفى الأميرة بسمة التعليمي تم استخدام مقياس الضغوط النفسية الذي أعدته الباحثة، والذي تكون في صورته النهائية من (24) فقرة موزعة في أربعة مجالات هي (الضغوط الاجتماعية، والضغوط الفسيولوجية، والضغوط المعرفية، والضغوط الانفعالية).

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن أبرز الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع كانت في المجال الانفعالي بدرجة كبيرة، تلاه الفسيولوجي، والمعرفي، والاجتماعي على التوالي وبدرجة متوسطة، وكانت النتائج على مستوى الأداة ككل بتقدير متوسط.

وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($a = 0.05$) تعزى لأثر الجنس على الأداة ككل وعلى جميع المجالات باستثناء المجال الاجتماعي ، وجاءت الفروق لصالح الإناث، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($a = 0.05$) تعزى لأثر العمر في جميع المجالات وللأداة ككل.

كما كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة

($a = 0.05$) تعزى لأثر المستوى التعليمي في المجال الاجتماعي ، والمجال الفسيولوجي ، والمجال المعرفي ، وعلى الأداة ككل ، وباستخدام اختبار شافيه للمقارنات البعدية أظهرت أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية ($a = 0.05$) بين متوسطات فئة (أمي) ، وفئة (ثانوى فأقل) في المجال الفسيولوجي ولصالح فئة (أمي) ، كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($a = 0.05$) بين متوسطات فئة (ثانوى فأقل) ، وفئة (أعلى من ثانوى) ، وجاءت الفروق لصالح أعلى من ثانوى في المجال الاجتماعي والفسيولوجي والمعرفي والأداة ككل . كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($a = 0.05$) تعزى لأثر تاريخ الإصابة بالمرض في جميع المجالات بإستثناء المجال الاجتماعي ، وجاءت الفروق لصالح فئة 5 سنوات فأقل مقارنة بفئة 15 سنة فأكثر في المجال الاجتماعي والأداة ككل .

11- دراسة: (Davidoff , 2010):

عنوان الدراسة: تأثير الصرع الشديد على التطور وإمكانية الاستشفاء بعد النجاح المبكر لإجراء عمليات جراحية لدى مرضى الصرع.
أهداف الدراسة: دراسة أثر النوبات الخطيرة على التنمية المعرفية خلال الفترة القصوى لحدوثها.
عينة الدراسة وأدواتها: 11 طفل مريض صرع كان قد أجرى لهم عمليات جراحية قبل ست سنوات.

تم استخدام جهاز EEG لعملية التقييم، والمتغيرات ذات الصلة الجراحية. نتائج الدراسة: كشفت المتابعة قصيرة المدى وجود مكاسب معرفية سريعة وحدوث وقف لنشاط الصرع المكثف، كما حدثت نوبات كارثية لاثنين، وانحدار مستمر في حدوث النوبات أثناء النوم في اثنين، كما لم يحدث عملية تغيير أو بطء في عملية التقدم في ستة أطفال ، ثم تم ملاحظة استقرار في المستويات المعرفية في معظم الأطفال وبطء التقدم حتى المستوى الفاصل في اثنين من المكاسب الأولية، وقد لوحظ وقف نشاط الصرع بعد مرحلة مبكرة من إجراء العملية الجراحية يمكن أن يتبعه مكاسب معرفية كبيرة، ولكن ليس في جميع الأطفال في المدى القصير.

12- دراسة: (Thapar et-al , 2009) :

عنوان الدراسة: الإجهاد، والقلق، والاكتئاب، والصرع: التحقيق في العلاقة بين العوامل النفسية والنوبات.
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى دراسة العلاقة بين العوامل النفسية (القلق، والإجهاد، والاكتئاب) والنوبات.

عينة الدراسة وأدواتها: اشتملت عينة الدراسة على 558 مريض صرع. تم جمع البيانات حول القلق والاكتئاب والإجهاد وتكرار حدوث النوبات من خلال استبيانات تم التحقق من صحتها كما وتم اختبار تأثير العوامل النفسية على حدوث النوبات وتكرارها كما وتم استخدام المعادلة الهيكلية للتغيير. نتائج الدراسة: الاكتئاب يتوسط العلاقة بين التوتر والقلق والتغيير في تكرار معدل النوبات كما وتسلب النتائج الضوء على أهمية إدارة الاكتئاب بالإضافة إلى إدارة النوبات في تقييم وعلاج الصرع في المرضى البالغين.

13- دراسة: (Christopher J. , 2009):

عنوان الدراسة: آثار الإجهاد على وظائف الذاكرة في المرضى الذين يعانون من الصرع الفص الصدغي. أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى استكشاف آثار الضغط النفسي على أداء الذاكرة في المرضى الذين يعانون من صرع الفص الصدغي (TLE). عينة الدراسة وأدواتها: اشتملت عينة الدراسة على 124 مريض صرع الفص الصدغي . تم التقييم من خلال 1 -مقياس مينيسوتا متعدد المراحل MMPI - 2 ، 7 لقياس الاضطراب العاطفي . 2 - تكرار حدوث النوبات.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج وجود مستويات مرتفعة من الاضطراب العاطفي على مقياس MMPI مع ضعف كبير في الذاكرة، وخاصة فيما يتعلق بالذاكرة اللفظية . تقرير تكرار حدوث النوبات لم يصاحبه ضعف الذاكرة بشكل لفظي أو غير لفظي، كما أنه لم يكن يتعلق مؤشر MMPI بالاضطراب العاطفي، والنتائج لها آثار على فهم دور الإجهاد في أداء ذاكرة المرضى الذين يعانون من صرع الفص الصدغي وتشير النتائج المحتملة من التدخلات في الحد من التوتر وتعزيز وظيفة الذاكرة في هذه الفئة من المرضى.

14- دراسة: (Robinson et-al , 2008) :

عنوان الدراسة: التنبؤات النفسية والاجتماعية لإدارة نمط الحياة لدى البالغين من مرضى الصرع. أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى وصف نموذج للعلاقات التنبؤية بين المتغيرات النفسية والاجتماعية وإدارة أنماط الحياة، واختبار النموذج بين المصابين بالصرع.

عينة الدراسة وأدواتها: تم تجنيد المشاركين من مرافق معالجة الصرع في بوسطن، ماساتشوستس، وأتلانتا، الولايات المتحدة الأمريكية، وكان نصف المشاركين من فئة الإناث، 81% من فئة البيض، وكان متوسط العمر 43.1 عاماً.

استندت متغيرات النموذج وتم اختيارها بناءً على النظرية المعرفية الاجتماعية ونتائج الدراسات السابقة التي اشتملت على المسببات النفسية والاجتماعية لإدارة الذات لدى الأشخاص الذين يعانون من ظروف صحية جسدية مزمنة. المتغيرات اشتملت على نموذج فعالية الذات، والنتيجة المتوقعة، وأعراض الاكتئاب، والدعم الاجتماعي.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة بوجود تنبأ من خلال نظرية الإدراك الاجتماعي بوجود علاقة بين الكفاءة الذاتية وإدارة نمط الحياة، وأكدت على وجود 23% من تنوعها، كما ترتبط أعراض الاكتئاب بكل من الكفاءة الذاتية والدعم الاجتماعي. الدعم الاجتماعي كان مرتبطاً بالكفاءة الذاتية، وتشير هذه النتائج إلى أن إدارة نمط الحياة تؤثر بعدد من العلاقات بين المتغيرات النفسية والاجتماعية، وخاصة من خلال الكفاءة الذاتية.

15- دراسة: (Montgomery et al , 2007):

عنوان الدراسة: قلق الموت لدى مرضى الصرع.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم مستوى قلق الموت لدى مرضى الصرع الذين حضروا إلى العيادة الخارجية لقسم الأعصاب في مجمع السلمانية الطبي بمملكة البحرين. عينة الدراسة وأدواتها: اشتملت عينة الدراسة على 92 مريضاً (48) من الذكور (44) من الإناث.

تم استخدام مقياس قلق الموت لدى عينة الدراسة.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع متوسط في نسبة مقياس قلق الموت بالإضافة إلى وجود مستوى مرتفع على مقياس قلق الموت بين عينة الدراسة بنسبة 29,09%، وبين مدة المرض والمستوى التعليمي وهو مؤشر كبير على ارتفاع مستوى نسبة قلق الموت بين المرضى وكذلك من العوامل التي أدت إلى ارتفاع مستوى درجة قلق الموت هي فئة الإناث المريضات بالصرع، الصرع المعمم، المدة الزمنية القصيرة للإصابة بالمرض، وتدنى مستوى التعليم.

16- دراسة: (Giovagnoli et-al , 2006):

عنوان الدراسة: المساهمة الروحانية في نوعية الحياة لدى مرضى الصرع البؤري.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الأخذ بعين الاعتبار الدور الروحاني المحتمل في تحسين نوعية الحياة.

عينة الدراسة وأدواتها: 32 مريضاً يعانون من مرض الصرع البؤري. تم استخدام مقياس جودة الحياة المعد من قبل منظمة الصحة العالمية، (World Health Organization QOL ، WHOQOL 100) ، ومقياس الروحانية المعد من قبل منظمة الصحة العالمية ويشتمل على (الروحانيات والتدين، والمعتقدات الشخصية)، ومقاييس كل من الاكتئاب، والقلق، والكفاءة المعرفية، وكذلك التجارب العصبية. نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى مساهمة الروحانيات بشكل كبير في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى الصرع، وتشجيع الدراسات المستقبلية، وهذا يمكن أن يؤثر على تصور وتقييم نوعية الحياة في هؤلاء المرضى.

17-دراسة : (Ismail et-al , 2005)

عنوان الدراسة: المعتقدات الدينية حول أسباب وعلاج الصرع. أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الكشف عن تأثيرات المعتقدات الروحية والدينية على تفسير سبب الصرع، واختيار العلاج في الناس من أصول جنوب آسيا الذين يعانون من الصرع. عينة الدراسة وأدواتها: 10 مسلمين و6 من السيخية و4 من الهندوس يعانون من مرض الصرع. 16 شخص من مقدمي الرعاية التي تم اختيارهم (أفراد الأسرة والأصدقاء)، و10 من المهنيين الصحيين (الأطباء المتخصصين، أطباء الأعصاب وممرضين متخصصين وأخصائيين اجتماعيين، وأطباء مجتمع)، واثنين من مجموعات التركيز مع عدد من 16 شخصاً من جنوب آسيا لا يعانون من الصرع. تم استخدام مقابلات فردية شبه منظمة مع المرضى ومقدمي الرعاية والمهنيين الصحيين، ومجموعات التركيز من الناس من الأقليات العرقية لبعض المجتمعات. نتائج الدراسة:

أظهرت النتائج أن أكثر من نصف المستجيبين عزوا مرضهم إلى المصير وإرادة الله، أو عقاباً على خطايا حياة الماضي، وبعض المرضى من ذوي الخبرة كانوا يعتقدون بأن الصرع هو عبارة عن مرض معدي. تم العثور على شبكة قوية من المعالجين التقليديين، وتوفير نظام مواز للرعاية الصحية في المملكة المتحدة وفي شبه القارة الهندية، كما وتحول الناس إلى العلاجات الدينية الروحية بعد اليأس من العلاج الدوائي، في كثير من الأحيان تحت تأثير أسرهم بعد وجود فشل اتجاه الطب الغربي. كان ينظر إلى مثل هذه العلاجات باعتبارها مكملية وليس كبديل للدواء الغربي، كما وأعرب الأفراد الأصغر سناً على وجه الخصوص الكثير من الشك حول فعالية هذه العلاجات التقليدية في جنوب آسيا.

18-دراسة: (Whitman et-al , 1990) :

عنوان الدراسة: الاسترخاء التدريجي للحد من حدوث النوبات.
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على أهمية الاسترخاء التدريجي في خفض معدل حدوث النوبات.

عينة الدراسة وأدواتها: 12 شخصاً يعانون من مرض الصرع.
تم استخدام برنامج الاسترخاء التدريجي (PRT)، وتم مقارنة تكرار حدوث النوبات خلال 8 أسابيع بمعدل 3 فترات من المتابعة.
نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن متوسط تكرار حدوث النوبات انخفضت بمعدل 21% بعد أول فترة من المتابعة 19,5-15,5 (ع = 0.07)، ومعدل 54% بعد فترة المتابعة الثالثة 19,5-9,0 (ع = 0.02)، كما وتم الإجابة على أسئلة الدراسة بالإيجاب.

التعقيب على الدراسات والبحوث السابقة:

.. وسيتناول الباحث التعقيب على البحوث والدراسات السابقة من حيث:

- * من حيث الموضوع.
- * من حيث الأهداف.
- * من حيث العينة.
- * من حيث الأدوات.
- * من حيث أساليب المعالجة والمنهج المستخدم.
- * من حيث النتائج.

.. وفيما يلي التعقيب من حيث الموضوع:

لقد جاء في المحور الأول والثاني أن الموضوعات للدراسات والبحوث تختلف باختلاف الهدف من الدراسة، فبعضها كان بمثابة إعداد برامج مثل دراسة

(Seethalakshmi et-al , 2015 ، yoo & Kim , 2015 ، Hosseini et – al , 2016) ، Caller et-al , 2015 ، Sadat & Tangestani , 2015 ، Jackson et-al , 2015 ، Tiamkao et al , ، 2013 ، نور الدين وفتحي ، 2013 ، بدوي، Wijnen et al , 2014 ، Frizella ، 2011 ، على ، 2011 ، أحمد والمهدى، Meléndez et-al , 2012 ، 2013 ، Wagner et-al , ، Radford et al , 2011 ، Wershler et al , 2011 ، et-al , 2011 ، Jantzen et al , 2009 ، Cheung et-al , 2009 ، Fledderus et al , 2010 ، 2010 ، المطيري، 2008 ، Pramuka et-al , 2007 ، 2008 ، Martinović et-al , 2006 ، Olley ، 2001 ، et-al ، 1999 ، McCusker & Hicks) .

وبعضها كان بمثابة دراسات وبحوث عن الصرع مثل دراسة (Elliott & Richardson ، 2014 ، Ferguson et-al , 2013 ، Ghaith ، 2013 ، Bruckner et-al , 2014 ، Masood ، ، Abu Sheer , 2012 ، Fonseca et-al , 2013 ، Schulz et al , 2013 ، Thapar ، Davidoff , 2010 ، 2010 ، الملاك ، Sahar , 2012 ، Rafique & 2012 ، Robinson et-al , 2008 ، Christopher J. , 2009 ، et-al , 2009 ، ، Ismail et-al , 2005 ، Giovagnoli et-al , 2006 ، Montgomery et al , 2007 ، Whitman et- al 1990) .

وبالنظر من الباحث الحالي فإن كثيرا من تلك الدراسات جاءت فيها الموضوعات بهدف إعداد برنامج إما تدريبي أو علاجي أو إرشادي أو وقائي مثل دراسة (المطيري، 2008 ، Wagner

، Meléndez et-al , 2012 ، 2011، على ، Wershler et al , 2011 ، et-al , 2010 ، بدوي، 2013) .

حيث ركز الباحثون على البرنامج كهدف لتعديل أو تغيير أو إرشاد، وقد ظهر ذلك بوضوح في تلك الدراسات، وقد استفاد الباحث الحالي منها في إعداد برنامجه مع عينته على مرضى الصرع بغزة.

* من حيث الأهداف:

لقد كانت بعض الدراسات واضحة الهدف، وباحثوها أظهروا الهدف بوضوح في دراستهم، فمن المعلوم أنه يوجد قيمة للدراسة عندما يكون الهدف واضح .. وظهر هذا في دراسة (، et al Wershler 2011 ، على ، 2011 ، نور الدين وفتحى ، 2013 ، بدوي، 2013) حيث ذكروا هدف دراستهم .

أما دراسة (Fonseca et- , 2013 ، Pramuka et-al , 2007 ، Jantzen et al , 2009 ، al ، Davidoff , 2010 ، Robinson et-al , 2008 ، Ismail et-al , 2005) لم يظهر في دراستهم أهداف واضحة .

.. ومن المعلوم أن الهدف إذا كان واضحاً في الدراسة فإنه يريح الباحث وتظهر النتائج بدقة والإجراءات تكون محددة.

* من حيث العينة:

نحن نعلم أن تحديد العينة من حيث تمثيلها للمجتمع يعتبر رصيذا للدراسة وللباحث وللعلم أيضاً، فكل الدراسات السابقة كانت محددة العينة ما عدا دراسة (Robinson et-al , 2008)، وغالبا أعمار أفراد العينة للدراسات السابقة كانت من 10 - 60 سنة لذا فإن الباحث الحالي استفاد من أن عينة دراسته كانت مقارنة نوعا ما لتلك الأعمار.

ومن حيث عدد العينة فإن معظم الدراسات كانت أفراد عينتها مختلفة عن الأخرى فمنها من كان عدد أفراد عينتها كبيراً مثل دراسة (Schulz et al ، Elliott & Richardson , 2014 ، ، 2013 ، ، Thapar et-al , 2009، Seethalakshmi et-al , 2015) ومنها من كان عدد أفراد عينتها صغيراً مثل دراسة (نور الدين وفتحى ، 2013 ، على ، 2011 ، ، Wagner et-al , 2010 ، McCusker & Hicks , 1999 ، Cheung et-al , 2009) ، وبتراوح عدد أفراد العينة للدراسات السابقة ما بين 1 - 1720 فرداً وعلى ذلك فإن الباحث الحالي استفاد في اختياره لعدد أفراد عينة دراسته من تلك الدراسات السابقة .

* من حيث الأدوات:

جاءت الأدوات في المحورين الخاصين بالدراسات السابقة إما على هيئة برامج كالدراسات الآتية: (بدوي، 2013 ، على ، 2011 ، Meléndez et-al ، 2012) ، وإما جاءت على هيئة أدوات سيكومترية (قياسية) كالدراسات الآتية : (Fonseca et-al ، 2013 ، الملاك ، 2010 ، Christopher J. ، 2009 ، Montgomery et al ، 2007 ، Giovagnoli et- ، 2006) تم خلالها استخدام بعض المقاييس مثل مقياس جودة الحياة (QOLIE-31) و مقياس التكيف الديني الروحاني (SRCOPE) Scale ومقياس الضغوط النفسية و مقياس مينيسوتا متعدد المراحل MMPI - 2 ، 7 لقياس الاضطراب العاطفي و مقياس قلق الموت ومقياس القلق ومقياس الاكتئاب ، وهذا الذي بدوره أفاد الباحث الحالي في إعداد مقياس الاستشفاء الخاص بدراسته.

* من حيث أساليب المعالجة والمنهج المستخدم:

لقد استخدمت الدراسات والبحوث السابقة المنهج شبه التجريبي والمنهج الوصفي وهذا الذي أفاد الباحث الحالي باختيار منهج دراسته حيث أن المنهج المستخدم من قبل الباحث هو المنهج شبه التجريبي ويرجع سبب اختيار الباحث لهذا المنهج هو عدم وجود ضبط فيزيقي وإحصائي كامل فلا يوجد ضبط للفئة العمرية، أو الوقت، أو الظروف المعيشية للمرضى، أو الوضع الاجتماعي للمرضى، أو النوع، أو IQ، أو الجو العام للجلسات بشكل دقيق.

* من حيث النتائج:

تعددت نتائج الدراسات السابقة وتباينت باختلاف طبيعة الدراسات ونوعية المنهج المستخدم ونوعية الموضوعات التي تمت دراستها وباختلاف طبيعة المجتمع والعينة التي تناولتها تلك الدراسات، ومما لفت انتباه الباحث الحالي بأن النتائج التي تناولتها الدراسات السابقة التي عنيبت بتطبيق البرنامج الإرشادي المتعلق بمرض الصرع قد أثبتت فاعليتها ونجاحها في تحقيق أهدافها من الدراسة ، ويتضح ذلك من خلال تلك النتائج ، وهذا ما يؤكد على أهمية البرنامج الإرشادي المستخدم من قبل الباحث الحالي في إمكانية إحداث تغيير في العديد من المتغيرات ولا سيما متغيري الدراسة (التدخلات النفسية) و (الاستشفاء) وبالتالي سيحاول الباحث الحالي الخروج بنتائج متعددة من خلال استخدامه للبرنامج الإرشادي كما دلت معظم نتائج الدراسات السابقة على أن الاكتئاب والقلق والضغوط النفسية وانخفاض مستوى نوعية الحياة وانخفاض مستوى الصحة النفسية وانخفاض مستوى الإدارة الذاتية وانخفاض الوعي

والمعرفة عن المرض و انخفاض مستوى التوافق الاجتماعي وانخفاض مستوى الجانب الروحاني كانت من أكثر المتغيرات النفسية المؤثرة في حياة المريض حيث تشير نتائج دراسة (Abu Sheer , 2012) إلى وجود الاكتئاب بين عينة الدراسة من مرضى الصرع ، كما توصلت نتائج بعض الدراسات التالية (Jackson et-al , 2015 ، نور الدين وفتحى ، 2013 ، Meléndez et-al , 2012) إلى حدوث انخفاض في مستوى الاكتئاب بين مرضى الصرع. وتشير نتائج دراسة (Ghaith , 2013) إلى وجود مستويات مختلفة من القلق بين عينة الدراسة وإلى وجود علاقة طردية بين القلق والوصمة لدى أفراد العينة ، كما تشير نتائج دراسة (Montgomery et al , 2007) بوجود ارتفاع في نسبة قلق الموت لدى عينة الدراسة ، كما توصلت نتيجة دراسة (Wershler et al , 2011) إلى حدوث تحسن في مستوى القلق لدى عينة الدراسة .

وتشير نتائج دراسة (Sahar , 2012 ، الملاك ، 2010) بوجود ارتفاع في مستوى الضغوط النفسية لدى أفراد العينة .

كما توصلت بعض نتائج الدراسات التالية (Hosseini et – al , 2016 ، بدوي، 2013 ، Meléndez et-al , 2012 ، Elliott & Richardson , 2014) إلى حدوث تحسن في نوعية الحياة لدى عينة الدراسة .

كما أشارت نتائج بعض الدراسات التالية (Seethalakshmi et-al , 2015 ، Caller et-al , 2015 ، Wagner et-al , 2010) إلى حدوث ارتفاع في درجة الإدارة الذاتية لدى عينة الدراسة .

وتشير نتائج بعض الدراسات التالية (Wijnen et al , 2014 ، Frizella et-al , 2011 ، Wagner et-al , 2010 ، Olley et-al , 2001) إلى وجود تحسن في جانب الوعي والمعرفة عن مرض الصرع .

وتشير نتائج دراسة (أحمد والمهدى، 2011) إلى وجود انخفاض في مستوى التوافق الاجتماعي لدى مرضى الصرع.

وتشير كل من نتائج الدراسات التالية (Fonseca et-al , 2013 ، Giovagnoli et-al , 2006) إلى أن الروحانيات واستخدام التكيف الديني يساهم بشكل كبير في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى الصرع .

تشير نتائج دراسة (Sadat & Tangestani , 2015) إلى وجود تحسن في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى الصرع.

أكدت نتائج دراسة (Whitman et-al , 1990) إلى حدوث انخفاض في حدوث النوبات بمعدل 21% بعد أول فترة من المتابعة ، ومعدل 54% بعد فترة المتابعة بعد استخدام برنامج الاسترخاء التدريجي لدى مرضى الصرع .

ولهذه الأسباب السابقة وجد الباحث أن الدراسة الراهنة ترتبط بالدراسات السابقة في كونها محاولة متواضعة للتعرف على المتغيرات النفسية المرتبطة بمرض الصرع حتى يتم التمكن من الوصول إلى الحفاظ على الحالة الصحية والنفسية للمريض من التدهور السريع عن طريق التخفيف من حدة آثار تلك المتغيرات على حالة المريض الانفعالية والمعرفية والسلوكية.

ويرى الباحث بأن المرضى بأمراض مزمنة يكون لديهم شعور بعدم الرضا عن النفس وعن الحياة مع وجود ضعف في العلاقات الاجتماعية للمريض إلى جانب النظرة التشاؤمية للمستقبل والحزن والقلق وعدم تقدير الذات.

ومن هنا يشير الباحث إلى أن هذا يتطلب عدة بحوث ودراسات لإمكانية وضع خطط وبرامج حتى لا تصبح الطرق قاصرة على النواحي الطبية فقط .

النقاط التي ميزت دراسة الباحث الحالية عن الدراسات السابقة:

* لقد تميزت دراسة الباحث عن الدراسات السابقة أنها جاءت بعد حروب متكررة على قطاع غزة

* أنها جاءت من عينة جديدة لأول مرة تستخدم فيها متغيرات التدخلات النفسية والاستشفاء.

* أنها جاءت مختلفة عن الدراسات والبحوث السابقة حيث كانت الأعمار شبه مطولة نالت من فئة الشباب والمراهقين وكبار السن؛ وذلك لأن الحروب تركت مجالاً للتأثير السلبي على جميع فئات المجتمع الفلسطيني فلم يبق لا شاب ولا فتاة ولا كبير ولا صغير إلا تأثر جراء تلك الحروب.

الفصل الرابع

الطريقة والإجراءات الإحصائية

منهجية الدراسة

تمهيد: ضمت الفصول السابقة بين طياتها كل المباحث الأساسية فيما يتعلق بخلفية الدراسة والاطار النظرى والذى من شأنها أن تساهم في بناء قاعدة علمية نظرية قوية وممتينة فى ميدان مرض الصرع وما قد يفيد في هذا الشأن ، وتبعها فصل الدراسات السابقة وهو يمثل عرض مبسط لما أمكن الباحث التوصل إليه من جهود الباحثين الآخرين حول موضوعات الدراسة المختلفة ، وانطلق الباحث بعد ذلك تبعا لخطوات تسلسلية مرتبة تدريجيا من الجانب النظرى إلى الجانب العملى الذى تم فيه فصل الطريقة والإجراءات ، فضم شرحا لمجتمع وعينة الدراسة ، والمنهج المستخدم فيها والحديث عن أدوات تطبيقها ، وصولا إلى عرض النتائج التي أسفرت عن تفريغ البيانات (spss) لتلك الدراسة ومناقشتها ، بحيث تم استخدام البرنامج الاحصائى وإجراء المعالجات الإحصائية المناسبة وبالتالي إعطاء صورة عامة لتلك البرنامج .

أولاً: فروض الدراسة:

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء

بين القياس القبلي والقياس البعدي في المجموعة التجريبية.

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء

بين القياس البعدي والقياس التتبعي في المجموعة التجريبية.

تم استخدام المنهج شبه التجريبي من أجل تحقيق أهداف الدراسة والمنهج شبه التجريبي "هو عبارة عن تغيير عمدي ومضبوط للشروط المحددة لحدث ما، مع ملاحظة التغيرات الواقعة في ذات الحدث وتفسيرها" (ملحم، 2000م، ص ص 359-360) والسبب في استخدام المنهج شبه التجريبي هو عدم وجود ضبط فيزيقي وإحصائى كامل فلا يوجد ضبط للفئة العمرية، أو الوقت، أو الظروف المعيشية للمرضى، أو الوضع الإجتماعى للمرضى، أو النوع، أو IQ، أو الجو العام للجلسات بشكل دقيق.

وقد تم استخدام مصدرين رئيسيين من مصادر المعلومات:

1- **المصادر الثانوية:** تم الرجوع إلى مصادر البيانات الثانوية لمعالجة الإطار النظرى للبحث، والتي تتمثل في الكتب، والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة، والدوريات، والمقالات، والتقارير، والأبحاث، والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، والبحث، والمطالعة في مواقع الإنترنت المختلفة.

2- المصادر الأولية: لمعالجة الجوانب التحليلية لموضوع البحث، تم جمع البيانات الأولية من خلال الاستبانة كأداة رئيسة للبحث، صممت خصيصاً لهذا الغرض، وقد تم تفرغ وتحليل البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي "SPSS".

ثانياً: مجتمع الدراسة:

مجتمع الدراسة يعرف بأنه جميع مفردات الظاهرة التي يدرسها الباحث، وبذلك فإن مجتمع الدراسة هو جميع الأفراد الذين يكونون موضوع مشكلة الدراسة، وبناءً على مشكلة الدراسة وأهدافها فإن المجتمع المستهدف يتكون من جميع مرضى الصرع والبالغ عددهم وفقاً للدوائر الرسمية في المؤسسات الحكومية الصحية والخاصة إلى (850) مريض.

ثالثاً: عينة الدراسة:

1- عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكوّنت عينة الدراسة الاستطلاعية من (30) فرد ، تم اختيارهم بطريقة قصدية بغرض تقنين أدوات الدراسة، والتحقق من صلاحيتها للتطبيق على العينة الأصلية ، من خلال اختبار الاتساق الداخلي والصدق البنائي وثبات الاستبانة. وقد تم استبعادهم من عينة الدراسة ليتم التطبيق عليها، حيث كانت نتائجها متوافقة مع اختبارات الصدق والثبات.

2- عينة الدراسة الأصلية:

تكونت عينة الدراسة الفعلية التي تم تطبيق الدراسة عليها إلى (18) مريض تم اختيارهم بطريقة قصدية وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين وهي مجموعة ضابطة و يبلغ عددها (9) مريض و مجموعة تجريبية و يبلغ عددها (9) مريض حيث تم اختيار المجموعة التجريبية في ضوء تلك المعايير مثل ارتفاع معدل حدوث النوبات لدى مرضى العينة حيث كان معيار معدل حدوث النوبات لديهم على الأقل من 3-5 مرات يوميا ، ثم قيام الباحث بإجراء المقابلة لهم باعتبارهم افراد المجموعة التجريبية وأنهم بحاجة ماسة إلى تطبيق البرنامج الإرشادي نظرا لوجود المشكلات المتعددة من وجهة نظر المرضى سواء على الصعيد النفسى أو الطبي أو الإجتماعى الناتجة عن الإصابة بمرض الصرع.

رابعاً: أداة الدراسة:

تم اعداد استبانة (الاستشفاء) من قبل الباحث .

مكونات أداة الدراسة :

تتكون الأداة من 68 فقرة موزعة على بعدين أساسيين هما:

1- البعد الأول : الأمل والطمأنينة ويتكون من 23 فقرة .

2- البعد الثاني : الكفاءة الذاتية ويتكون من 45 فقرة.

تم استخدام التدرج (1-3) لقياس استجابات المبحوثين ل فقرات الاستبانة حسب جدول رقم (1) :

جدول (1. 4): درجات مقياس ليكرت الثلاثي

الاستجابة	نادرا	احيانا	غالبا
المقياس	1	2	3

اختار الباحث التدرج (1-3) للاستجابة (ليكرت الثلاثي)، وكلما اقتربت الاجابة من 3 دل على الموافقة العالية على ما ورد في الفقرة المعنية وكل تدرج له وزن نسبي 33.3%.

خطوات بناء أداة الدراسة:

- 1- الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، والاستفادة منها في بناء الاستبانة، وصياغة فقراتها.
- 2- تحديد الابعاد الرئيسية التي شملتها الاستبانة.
- 3- تحديد الفقرات التي تقع تحت كل بعد.
- 4- تم عرض أداة الدراسة على المشرف، والأخذ بمقترحاته وتعديلاته الأولية.
- 5- تم عرض أداة الدراسة على (5) محكمين من الأكاديميين في كليات التربية، والمختصين في الجامعة الإسلامية، وجامعة الأزهر، والملحق رقم (1) يبين الاستبانة في صورتها الأولية حيث تكونت من (60) فقرة والملحق رقم(2) يبين أسماء المحكمين.
- 6- في ضوء آراء المحكمين تم تعديل بعض الفقرات من حيث الحذف، أو الإضافة والتعديل، لتستقر فقرات الأداة في صورتها النهائية على (68) فقرة، انظر ملحق (3).

صدق وثبات أداة الدراسة:

أولاً: صدق الأداة:

يقصد بصدق مقياس: "التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه"، كما يقصد بالصدق: "شمول الاستقصاء لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح

فقراتها، ومفرداتها من ناحية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها" (عبيدات، 2001م ، ص44).

وقد تم التأكد من صدق المقياس بطريقتين:

1-الصدق من وجهة نظرالمحكمين "الصدق الظاهري"

تم عرض أدوات الدراسة على (5) محكمين من الأكاديميين والمتخصصين في كلية التربية، وأقسام علم النفس في الجامعات الفلسطينية، وتم تعديل بعض الفقرات في المقياس تبعاً لآرائهم.

جدول (2. 4): في ضوء محك كايذر في العلوم النفسية

الفقرة	نسبة الإتيافاق						
(1)	%60	(18)	%80	(35)	%80	(52)	%100
(2)	%80	(19)	%80	(36)	%60	(53)	%100
(3)	%100	(20)	%100	(37)	%60	(54)	%60
(4)	%100	(21)	%100	(38)	%60	(55)	%60
(5)	%80	(22)	%100	(39)	%100	(56)	%60
(6)	%100	(23)	%100	(40)	%100	(57)	%80
(7)	%100	(24)	%100	(41)	%80	(58)	%80
(8)	%80	(25)	%60	(42)	%100	(59)	%100
(9)	%60	(26)	%80	(43)	%80	(60)	%80
(10)	%80	(27)	%100	(44)	%80	(61)	%80
(11)	%80	(28)	%100	(45)	%60	(62)	%100
(12)	%80	(29)	%100	(46)	%80	(63)	%100
(13)	%80	(30)	%100	(47)	%80	(64)	%100
(14)	%100	(31)	%80	(48)	%80	(65)	%100
(15)	%100	(32)	%80	(49)	%80	(66)	%80
(16)	%100	(33)	%80	(50)	%100	(67)	%60
(17)	%80	(34)	%100	(51)	%100	(68)	%60

2-صدق الاتساق الداخلي"Internal Validity"

اعتمد الباحثة العينة الاستطلاعية في احتساب صدق الاتساق الداخلي والبالغ عددهم (30) ، ويقصد بصدق الاتساق الداخلي: "مدى اتساق كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة للبعد الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، وقد تم حساب الاتساق الداخلي للبعد ،وذلك من خلال حساب

معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد، والدرجة الكلية للبعد نفسه كما هو في الجدول التالي رقم (3).

جدول (3. 4): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية لكل بعد

القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	#	القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	#	القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	#
*0.000	0.556	-47	الكفاءة الذاتية			الأمل والطمأنينة		
*0.000	0.655	-48	*0.014	0.444	-24	*0.000	0.624	-1
*0.000	0.771	-49	*0.003	0.529	-25	*0.000	0.865	-2
*0.000	0.729	-50	*0.020	0.423	-26	*0.000	0.697	-3
*0.002	0.538	-51	*0.029	0.399	-27	*0.048	0.364	-4
*0.003	0.517	-52	*0.002	0.554	-28	*0.000	0.597	-5
*0.000	0.579	-53	*0.000	0.661	-29	*0.000	0.711	-6
*0.000	0.673	-54	*0.000	0.725	-30	*0.000	0.695	-7
*0.000	0.688	-55	*0.035	0.413	-31	*0.000	0.741	-8
*0.003	0.526	-56	*0.000	0.629	-32	*0.001	0.564	-9
*0.000	0.800	-57	*0.009	0.468	-33	*0.000	0.643	-10
*0.002	0.532	-58	*0.000	0.626	-34	*0.000	0.601	-11
*0.000	0.651	-59	*0.001	0.587	-35	*0.002	0.548	-12
*0.000	0.698	-60	*0.000	0.615	-36	*0.000	0.653	-13
*0.000	0.686	-61	*0.001	0.580	-37	*0.000	0.741	-14
*0.000	0.631	-62	*0.000	0.618	-38	*0.002	0.538	-15
*0.000	0.800	-63	*0.000	0.664	-39	*0.000	0.666	-16
*0.000	0.711	-64	*0.000	0.714	-40	*0.000	0.640	-17
*0.000	0.509	-65	*0.000	0.802	-41	*0.000	0.609	-18
*0.000	0.689	-66	*0.000	0.676	-42	*0.000	0.608	-19
*0.000	0.714	-67	*0.000	0.699	-43	*0.000	0.721	-20
*0.003	0.521	-68	*0.000	0.714	-44	*0.000	0.641	-21
			*0.000	0.745	-45	*0.000	0.611	-22
			*0.000	0.779	-46	*0.000	0.756	-23

1- الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

يوضح جدول (3) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية لكل بعد، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) وبذلك يعتبر الأبعاد صادقة لما وضعت لقياسه.

الصدق البنائي : " Structure Validity "

يعتبر الصدق البنائي أحد مقاييس صدق الأداة الذي يقيس مدى تحقق الأهداف التي تريد الأداة الوصول إليها، ويبين مدى ارتباط كل بعد من أبعاد الدراسة بالدرجة الكلية لفقرات المقياس، وللتحقق من الصدق البنائي تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد الاستبانة والدرجة الكلية للمقياس كما في جدول (3).

جدول (4. 4): معامل الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس

#	البعد	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (sig)
-1	الأمل والطمأنينة	0.824	*0.000
-2	الكفاءة الذاتية	0.801	*0.000
	الدرجة الكلية للمقياس	0.812	*0.000

2- الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

يتضح من جدول (4) أن جميع معاملات الارتباط في جميع أبعاد المقياس دالة إحصائياً، وبدرجة قوية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) وبذلك تعتبر جميع أبعاد المقياس تقيس ما وضعت لقياسه.

ثبات الاستبانة : " Reliability "

"ويقصد به الحصول على نفس النتائج عند تكرار القياس باستخدام الأداة نفسها في الظروف" (الأغا، والأستاذ، 2003 م، ص 123).

وقد تم التحقق من ثبات أداة الدراسة من خلال طريقتين وذلك كما يلي:

أ-معامل ألفا كرونباخ:(Cronbach's Alpha Coefficient)

تقوم هذه الطريقة على أساس احتساب معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية لفقراته، والتعرف على معدلات الثبات، والجدول رقم (4) يبين نتائج الثبات وفقاً لطريقة معاملات ألفا كرونباخ لمقاييس الدراسة:

جدول (4.5): نتائج معامل ألفا كرونباخ لمقاييس الأداة

#	البعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
-1	الأمل والطمأنينة	23	0.871
-2	الكفاءة الذاتية	45	0.798
	الدرجة الكلية للمقياس	68	0.889

ويتبين لنا من النتائج الموضحة في جدول (5) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ للدرجة الكلية للمقياس تساوي (0.889) وهذا يدل على أنه قيمة مرتفعة مما يدل على أن الثبات مرتفع ودال إحصائياً.

ب- طريقة التجزئة النصفية: (Split Half Method)

حيث تم تجزئة فقرات الاختبار إلى جزأين (الأسئلة ذات الأرقام الفردية، والأسئلة ذات الأرقام الزوجية)، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية، ودرجات الأسئلة الزوجية، وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان براون = معامل الارتباط المعدل وفقاً للمعادلة التالية : $R = \frac{2R}{1+R}$ ، حيث R معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات

الأسئلة الزوجية، وتم الحصول على النتائج الموضحة في جدول (5)

جدول (4.6): طريقة التجزئة النصفية لقياس ثبات للمقياس

#	البعد	معامل الارتباط	معامل الارتباط المعدل
-1	الأمل والطمأنينة	0.849	0.918
-2	الكفاءة الذاتية	0.542	0.703
	الدرجة الكلية للمقياس	68	0.940

من خلال الجدول رقم (6) يتبين لنا أن قيمة معامل الارتباط المعدل (سبيرمان براون) (Spearman Brown) مرتفع ودال إحصائياً، بذلك يكون المقياس في صورته النهائية كما هي في الملحق (2) قابل للتوزيع، ويكون الباحث قد تأكدت من صدق وثبات مقاييس الدراسة، مما يجعله على ثقة تامة بصحة الأداة المستخدمة، وصلاحيها لتحليل النتائج، والإجابة عن أسئلة الدراسة، واختبار فرضياتها.

ضبط تأثير المجموعات قبل بدء التطبيق:

"حرصاً من الباحث على سلامة النتائج، وتجنباً للأثار التي قد تنجم عن بعض المتغيرات الدخيلة على التطبيق، فقد تأكد الباحث من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة" (أبو علام، 1998م)، وفي ضوء هاتين المجموعتين قام الباحث بالتحقق من ضبط المتغيرات كما يلي:

تكافؤ المجموعات المجموعتين

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار t لعينتين مستقلتين " Independent Samples t test " للمقارنة بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء بين القياس القبلي في المجموعة الضابطة والقياس القبلي في المجموعة التجريبية، فكانت النتائج كما يوضحها الجدول (6).

جدول (7. 4): نتائج اختبار (t) للفروق بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء بين القياس القبلي في المجموعة الضابطة والقياس القبلي في المجموعة التجريبية

مقياس الاستشفاء	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t) المحسوبة	القيمة الاحتمالية (sig)	الدالة الإحصائية
الأمل والطمأنينة	التجريبية	9	1.985	0.336	0.340	0.738	غير دالة إحصائياً
	الضابطة	9	1.933	0.314			
الكفاءة الذاتية	التجريبية	9	1.829	0.305	0.018	0.986	غير دالة إحصائياً
	الضابطة	9	1.827	0.277			
الدرجة الكلية للمقياس	التجريبية	9	1.882	0.288	0.094	0.926	غير دالة إحصائياً
	الضابطة	9	1.869	0.272			

1- قيمة (t) الجدولية عند درجة حرية 16 وعند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) تساوي ± 2.119 .

2- قيمة (t) الجدولية عند درجة حرية 16 وعند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي ± 2.920 .

تبين من الجدول (7) الآتي:

بالنسبة للدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء: تبين أن قيمة (t) المحسوبة لدرجة الكلية تساوي **0.094** وهي أقل من قيمة (t) الجدولية التي تساوي **2.119** عند درجة حرية 16 ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يدل على عدم وجود فروق ذات إحصائية بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء بين القياس القبلي في المجموعة الضابطة والقياس القبلي في المجموعة التجريبية

المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تم تفرغ وتحليل الاستبانة من خلال برنامج التحليل الإحصائي "Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)".

تم استخدام الأدوات الإحصائية الآتية:

- 1- النسب المئوية، والتكرارات، والوزن النسبي: يستخدم هذا الأمر بشكل أساسي لأغراض معرفة تكرار فئات متغير ما، ويتم الاستفادة منها في وصف عينة الدراسة المبحوثة .
- 2- اختبار ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) واختبار التجزئة النصفية؛ لمعرفة ثبات فقرات المقياس.
- 3- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient)؛ لقياس درجة الارتباط، ويقوم هذا الاختبار على دراسة العلاقة بين متغيرين، وقد تم استخدامه لحساب الاتساق الداخلي، والصدق البنائي للمقياس ، والعلاقة بين المتغيرات.
- 4- اختبار T في حالة عينة واحدة (T-Test) لمعرفة ما إذا كان متوسط درجة الاستجابة قد وصل إلى الدرجة المتوسطة وهو (3)، أم زاد أو قل عن ذلك، ولقد تم استخدامه للتأكد من دلالة المتوسط لكل فقرة من فقرات المقياس.
- 5- اختبار T في حالة عينتين (Independent Samples T-Test) لمعرفة ما إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعتين من البيانات المستقلة.
- 6- اختبار T في حالة عينتين (Paired Samples T-Test) لمعرفة ما إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعتين من البيانات المرتبطة.
- 7- معامل مربع إيتا لمعرفة حجم التأثير
- 8- اختبار القياسات المتكررة (Repeated Measures) لمعرفة ما إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين عدة مجموعات مرتبطة من البيانات المرتبطة

خطوات الدراسة:

- 1- قام الباحث بعرض الأدبيات المتعلقة بمقياس التخلات النفسية.
- 2- قام الباحث بتطوير أدوات القياس .
- 3- قام الباحث بالتحقق من صدق و ثبات المقياس .
- 4- توزيع أدوات القياس على العينة الفعلية .
- 5- تحليل البيانات و تفسيرها ، و الخروج بالنتائج و التوصيات .

البرنامج الإرشادي

فاعلية برنامج ارشادي قائم على التدخلات النفسية للإستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع. هوية البرنامج : يركز البرنامج على مجموعة تدخلات نفسية والتي بدورها قد تساعد في رفع مستوى الإستشفاء وتخفيف القلق والتوتر لدى عينة الدراسة وذلك من خلال تطبيق عدة جلسات على عينة الدراسة يتم تزويدهم من خلالها ببعض المهارات والفنيات التي تساعد في ذلك . الأسس التي يقوم عليها البرنامج :

- 1- الإرشاد الديني : حيث يتم خلاله تقوية الوازع الديني لدى المرضى مما يساعدهم ذلك في التغلب على الأحداث التي تواجههم .
- 2- التفريغ الانفعالي : حيث يتم إخراج المشاعر السلبية المكبوتة والمدفونة داخل المرضى الذين يجدون صعوبة في الحديث عنها ، ويتم إخراجها من قبل الباحث بطريقة مهنية علمية مدروسة وفي ظل وجود بيئة آمنة يشعر خلالها المريض بالراحة عند التعبير عن تلك المشاعر .
- 3- الاسترخاء : حيث يتم تعليم المرضى آلية تطبيق هذا التمرين بالطريقة العلمية الصحيحة ويتم توضيح فوائد تلك التمرين سواء على الناحية الصحية أو النفسية .
- 4- الإرشاد السلوكي المعرفي : حيث يتم تبصير المرضى بالأفكار اللاعقلانية من قبل الباحث وتوضيح الأضرار الناجمة عنها وكيفية دحض وتعديل لتلك الأفكار وذلك من خلال التحليل المنطقي .
- 5- التعليم والتوجيه.

أهمية البرنامج:

- 6- تظهر أهمية البرنامج في الكشف عن مستوى الإستشفاء لدى عينة الدراسة من مرضى الصرع ، لأن ذلك قد يساهم في تحسين الصحة النفسية لديهم .
- 7- البرنامج يتناول فئة عمرية مختلفة من مرضى الصرع .
- 8- قد يفيد البرنامج العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية ، وأصحاب القرار والمسؤولين في مجال تقديم الرعاية المناسبة لتلك الفئة من المرضى .
- 9- قد يفيد البرنامج في إثراء خبرة العاملين في المجال الصحي و النفسي حول التدخلات الهامة و المناسبة لدى المرضى.
- 10- قد يساهم البرنامج في مساعدة الباحثين والمختصين في تلك المجال .

البرنامج الإرشادي المقترح :

تم تصميم البرنامج من خلال مراجعة الأدب النظري وذلك من خلال مجموعة متنوعة من التدخلات النفسية تم انتقاءها من قبل الباحث ، ومن خلال مراجعة مجموعة من البرامج الإرشادية والدراسات ، تم تصميم بناء برنامج في التدخلات النفسية مكون من (15) جلسة مدة كل جلسة (60-90 دقيقة) حيث قام الباحث بتطبيق البرنامج على عينة الدراسة من مرضى الصرع وذلك من خلال تزويدهم ببعض المعلومات والفنيات المناسبة و تدريبهم على ذلك و التي بدورها قد تؤدي إلى رفع مستوى الإستشفاء و خفض التوتر والقلق النفسى مع إعطاء الواجبات المنزلية المناسبة لذلك .

الهدف العام للبرنامج :

يتمثل الهدف العام للبرنامج الحالي في التعرف على مدى فاعلية برنامج ارشادى قائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع .

الأهداف الخاصة للبرنامج :

- 1- تعزيز الثقة بالنفس لدى مرضى الصرع .
- 2- إعادة بناء الشخصية السوية لدى مرضى الصرع.
- 3- تحسين النظرة المستقبلية لدى مرضى الصرع .
- 4- تمكين المرضى من تصحيح الأفكار الخاطئة واللاعقلانية لديهم .
- 5- تعزيز الحالة الإجتماعية والنفسية الإيجابية لدى مرضى الصرع .
- 6- تعزيز وتقوية الوازع الدينى والإيمانى لدى مرضى الصرع .
- 7- تعليم المرضى كيفية التعامل مع الضغوطات الحياتية المختلفة.
- 8- تنمية القدرة على الاندماج في المواقف الاجتماعية المختلفة .

الفنيات والأساليب المستخدمة فى البرنامج :

- 1- المحاضرة .
- 2- المناقشة والحوار .
- 3- الإسترخاء العضلى.
- 4- العصف الذهنى .
- 5- الإصغاء .
- 6- القصص .
- 7- الواجبات المنزلية .

8- التعزيز الإيجابي .

الأدوات المستخدمة في البرنامج :

1- بوستر 2- جهاز كمبيوتر + lcd 3- أقلام 4- أوراق 5- بطاقات 6- دفاتر.

الجلسات:

رقم الجلسة	العنوان	المدة الزمنية	الأساليب والفنيات	المحتوى
الأولى	التعارف وبناء العلاقة الإرشادية	45 دقيقة	المحاضرة، المناقشة والحوار، الواجب المنزلي	تعريف الباحث بنفسه وبالبرنامج وتعريف المرضى بأنفسهم والتحدث من قبل المرضى عن توقعاتهم اتجاه البرنامج وشرح وتوضيح القوانين والقواعد التي تحكم الجلسة من قبل الباحث وفي النهاية يتم عمل تقييم للجلسة.
الثانية	التفريغ الانفعالي	90 دقيقة	المناقشة والحوار العصف الذهني الواجب المنزلي التعزيز الإيجابي.	ترحيب بالمرضى ومراجعة الواجب المنزلي إعطاء الفرصة للمرضى بالتعبير والتفيس عما بداخلهم ومن ثم مناقشة هذه التعبيرات من قبل الباحث وفي النهاية يتم إعطاء واجبه منزلي للمرضى ويتم عمل تقييم للجلسة.
الثالثة	تمرين الاسترخاء	90 دقيقة	المحاضرة، المناقشة والحوار، التعزيز الإيجابي، الواجب المنزلي .	علم تغذية راجعة من قبل المرشد حول الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيتي بعد ذلك يشرح تمرين الاسترخاء نظرياً ومن ثم يتم تطبيقه عملياً على المسترشدين وفي النهاية يجرى عملية تقييم للجلسة.
الرابعة	مناقشة وتعديل الأفكار اللاعقلانية	90 دقيقة	المناقشة والحوار العصف الذهني التعزيز الإيجابي، الواجبات المنزلية، القصص.	تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي ثم يطلب الباحث منهم تحديد الأفكار السلبية ويقوم بعمل تنفيذ لتلك الأفكار اللاعقلانية لديهم مع إعادة تعديل لتلك الأفكار ويعرض لهم بعض الأفكار اللاعقلانية ويقوم بتحذيرهم عن الابتعاد عنها وفي النهاية يعمل المرشد عملية التقييم للجلسة وإعطاءهم واجب بيتي.
الخامسة	مهارة الحديث عن النفس	90 دقيقة	المناقشة والحوار، العصف الذهني، الواجبات المنزلية الإصغاء.	عمل تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ويطلب الباحث من المرضى بالتعبير عن المشاعر السلبية التي يريدون التخلص منها ومن ثم ينتقل إلى تمرين يساعدهم خلاله على تعزيز الثقة بالنفس وبت روح التفاؤل وفي النهاية يقوم بعملية تقييم للجلسة وإعطاء واجب بيتي.

تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومراجعة الواجب البيتي ويتم عمل لهم محاضرة حول الموضوع ثم يقوم بطرح بعض الأسئلة التي تفيد في ذلك الموضوع ثم يقوم بعملية تقييم للجلسة وإعطاءهم واجب بيبي.	الحوار والمناقشة، العصف الذهني المحاضرة، التعزيز الإيجابي، القصص.	90 دقيقة	تنمية القيم الإيجابية للذات لدى المرضى	السادسة
تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومراجعة الواجب البيتي ويقوم الباحث بعمل محاضرة حول الموضوع ومن ثم ينتقل الى طرح بعض الأسئلة الهامة حول ذلك ويقوم بفتح باب النقاش والحوار ثم يقوم بعمل تقييم للجلسة وإعطاء واجب بيبي.	المحاضرة، العصف الذهني، المناقشة والحوار، التعزيز الإيجابي.	90 دقيقة	التوافق النفسي	السابعة
تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومراجعة الواجب البيتي وتوضيح تعريف أهمية وأهداف ومظاهر الثقة بالنفس من خلال المحاضرة وعرض بعض القصص حتى يتم الاقتداء بها في النهاية يقوم بعملية تقييم للجلسة وإعطاء واجب بيبي.	المحاضرة، المناقشة والحوار، العصف الذهني التعزيز الإيجابي.	90 دقيقة	الثقة بالنفس	الثامنة
تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيتي ويتم عمل محاضرة وندوة دينية من خلال شيخ ضيف يتم الاستعانة به يتحدث عن أهمية الصبر على الشدائد والابتلاءات من خلال سرد لبعض الأحاديث والآيات القرآنية وقصص الأنبياء والصالحين ثم يتم فتح باب النقاش ومن ثم يتم عمل تقييم للجلسة وإعطاء واجب بيبي.	المحاضرة، المناقشة والحوار، القصص، التعزيز الإيجابي.	90 دقيقة	إرشاد ديني	التاسعة
تغذية راجعة حول الجلسة السابعة ومناقشة الواجب البيتي يطلب الباحث من المرضى بتحديد للمشكلات التي تواجههم ثم يطلب من كل فرد تحديد أكثر وأهم مشكلة يريد حلها ومن ثم يتم نقاش كل فرد حول حل المشكلة ويساعد الباحث المرضى في ذلك ثم يعمل تقييم للجلسة ويعطي واجب بيبي.	المحاضرة، المناقشة والحوار العصف الذهني، التعزيز الإيجابي.	90 دقيقة	التدريب على مهارة حل المشكلات	العاشر
تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيتي يقوم الباحث بالحديث حول الموضوع، ويقوم الباحث بتوجيه بعض الأسئلة الهامة حول ذلك ثم يتم فتح باب النقاش، ثم يطلب الباحث من المرضى أن يقوموا بسرد الأهداف التي يسعون الى تحقيقها في المستقبل والمخاوف والتهديدات التي قد تعيق الوصول الى الأهداف والحلول	المحاضرة، المناقشة والحوار، العصف الذهني .	90 دقيقة	تعزيز التوجهات الإيجابية نحو المستقبل لدى المرضى	الحادية عشر

من وجهة نظرهم ثم يتم فتح باب النقاش وفي النهاية عمل تقييم للجلسة وواجب بيئي.				
تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيئي. يقوم الباحث بعمل محاضرة حول الموضوع ويفتح باب النقاش ويقوم بعرض القصص التي تدعم ذلك، ثم يعمل تقييم للجلسة ويطلب واجب بيئي.	المحاضرة، المناقشة والحوار، القصص، العصف الذهني ، التعزيز الإيجابي .	90 دقيقة	تتمية مفهوم الذات	الثانية عشر
تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيئي ثم يقوم الباحث بعمل محاضرة حول الموضوع ويفتح باب النقاش ثم يقوم بعرض قصة حول الموضوع طالبا من المرضى التعليق عليها ثم يعمل تقييم للجلسة وإعطاء واجب بيئي.	المحاضرة، المناقشة والحوار، التعزيز الإيجابي .	90 دقيقة	مهارة الاتصال والتواصل	الثالثة عشر
تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيئي. يقوم الباحث بعرض بعض المواقف الحياتية الهامة ومن ثم يفتح باب النقاش مع المرضى من خلال كيفية التصرف في مثل تلك المواقف عند التعرض لها ثم يقوم بعملية تقييم للجلسة وإعطاءهم واجب بيئي.	المناقشة والحوار، العصف الذهني، التعزيز الإيجابي، الواجب بيئي .	90 دقيقة	مهارة كيفية التعامل مع المواقف الحياتية	الرابعة عشر
تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيئي ثم يقوم بعرض موجز مختصر عن الجلسات ويقف عند أهم النقاط ويناقش معهم أهم الصعوبات التي واجهتهم أثناء الجلسات وأهم إيجابيات البرنامج ويقدم لهم الشكر والتقدير حول الالتزام والحضور ويقوم بتوجيه بعض الأسئلة الهامة حول البرنامج وتطبيق الاختبار البعدي لمقياس الاستشفاء ومن ثم يقوم بالتقييم والانتهاء.	المناقشة والحوار، التعزيز الإيجابي، العصف الذهني	90 دقيقة	الإنهاء والتقييم	الخامسة عشر

مرّ البرنامج المقترح بعدة خطوات:

1- التمهيد للبرنامج:

قام الباحث بالاطلاع على عدة كتب في علم النفس والإرشاد النفسي، والاطلاع أيضاً على عدد من البرامج والدراسات التي اهتمت بمرضى الصرع وبيعض المتغيرات المرتبطة به مثل دراسة ، (نور الدين وفتحى ، 2013م) ، (Meléndez ، Tiamkao et al , 2013) ، et-al ، (على ، 2011م) وغيرها من الدراسات.

2- خطوات بناء البرنامج الأولى

قام الباحث بإعداد البرنامج المقترح ملحق رقم(4)، والذي يهدف لتحسين مستوى الإستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع ، ويتكون البرنامج من 15 جلسة زمن كل جلسة يتراوح بين 60-90 دقيقة، ووجه الباحث خطابًا للمحكمين ملحق رقم(5) وصمم الباحث استمارة تحكيم ملحق رقم(6).

3- تحكيم البرنامج

تم عرض البرنامج المقترح على مجموعة من المحكمين ملحق رقم(7) في مجال الصحة النفسية وعلم النفس والإرشاد النفسي، وذلك للحكم على البرنامج وإبداء الرأي.

4- البرنامج في صورته النهائية

بعد تحكيم البرنامج تم الأخذ بأراء المحكمين وتم تعديل البرنامج وأصبح عدد جلسات البرنامج 15 جلسة، وزمن كل جلسة يتراوح بين (60-90 دقيقة) وأصبح البرنامج في صورته النهائية. ملحق رقم(8).

أساليب تقويم البرنامج:

التقويم القبلي والبعدي والتتبعي، وذلك بتطبيق مقياس الاستشفاء قبل وبعد البرنامج وملاحظة مدى تغيير درجات الاستشفاء على المقياس عن التطبيق القبلي.

الفصل الخامس

تحليل نتائج الدراسة وتفسيرها ووضع
التوصيات والمقترحات

الفصل الخامس

تحليل نتائج الدراسة وتفسيرها ووضع التوصيات والمقترحات

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع، حيث قام الباحث بإعداد وبناء برنامج خاص وتجهيز أداة لجمع البيانات لذلك.

وقد تم تحكيم هدف البرنامج الإرشادي القائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع من وجهة نظر معلمين ومشرفين تربويين وأساتذة جامعيين في أقسام علم النفس والصحة النفسية والاحصاء، وقد تم تطبيق أدوات الدراسة على ثلاث مراحل وهي التطبيق القبلي للبرنامج، ثم التطبيق البعدي، ثم التطبيق التتبعي.

ولقد قام الباحث بجمع البيانات وتحليلها تحليلًا إحصائيًا، باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) للحصول على النتائج بحسب أسئلة الدراسة وفرضياتها، والتي يمكن توضيحها ومناقشتها كما يلي:

النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة وفرضياتها وتفسيرها : اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات.

قام الباحث بفحص توزيع البيانات من أجل التحقق من طبيعتها هل تتبع التوزيع الطبيعي فيتم استخدام الاختبارات البارامترية أم لا تتبع التوزيع الطبيعي فيستخدم معها الاختبارات اللابارامترية رغم ان حجم العينة صغير لا يتجاوز في نظرية النهاية المركزية 30 مفردات والنتائج حسب الجدول التالي (1) وقد تم استخدام أحد الطرق الرسمية وهي اختبار شبيرو وبلك لأن حجم العينة اقل من 50 مفردة فكانت النتائج كما يوضحها الجدول (1).

جدول (5.1): نتائج التوزيع الطبيعي للبيانات باستخدام شبيرويك

التطبيق التتبعي		التطبيق البعدي		التطبيق القبلي		مقياس الاستشفاء
القيمة الاحتمالية (sig)	الإحصائية	القيمة الاحتمالية (sig)	الإحصائية	القيمة الاحتمالية (sig)	الإحصائية	
0.577	0.940	0.957	0.979	0.205	0.891	الأمل والطمأنينة
0.237	0.897	0.460	0.928	0.434	0.925	الكفاءة الذاتية
0.857	0.966	0.708	0.952	0.102	0.863	الدرجة الكلية

وتبين من الجدول أن القيمة الاحتمالية (sig) لكل بعد من الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء في التطبيقات الثلاثة القبلي والبعدي والتتبعية أكبر من مستوى الدلالة 0.05 مما يشير على أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي رغم صغر حجم العينة التي تقل عن 30 مما يشير أن انه لا بد من استخدام الاختبارات البارامترية في الإجراءات الإحصائية.

أولاً : النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة:

1- النتائج المتعلقة بالسؤال الرئيسي وتفسيرها:

وينص السؤال الرئيسي على ما يلي: "ما فاعلية برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع؟".

وللإجابة على هذا السؤال قام الباحث بالإجابة على الأسئلة الفرعية الآتية:

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول مناقشتها وتفسيرها:

وينص السؤال الأول من أسئلة الدراسة على : ما مستوى الاستشفاء لدى أفراد عينة مرض الصرع في المجتمع الأصلي ؟

وهذا يدل على وجود الأمل والطمأنينة رغم الإصابة بمرض الصرع وأن مرض الصرع لا يفقد الأمل والطمأنينة وأيضاً لا يفقد الكفاءة الذاتية لكن القيمة هنا ليست بالحد المطلوب فلو كان معدل الكفاءة الذاتية عالي سوف يؤثر ذلك إيجاباً على مرض الصرع والعكس صحيح.

جدول (2. 5): يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب للأبعاد

الترتيب	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الدرجة المتوسطة	مقياس الاستشفاء
1	64.33	0.314	1.93	2	الأمل والطمأنينة
2	60.67	0.277	1.82	2	الكفاءة الذاتية
	62.00	0.272	1.86	2	الدرجة الكلية للمقياس

تبين من الجدول (2) الآتي:

المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للمقياس تساوي 1.86 والانحراف المعياري يساوي 0.272 والوزن النسبي يساوي 62.00% وهذا يدل على أن مستوى المقياس لدى أفراد عينة الدراسة جاء بدرجة متوسطة.

والمتوسط الحسابي لمستوى الأمل والطمأنينة يساوي 1.93 والانحراف المعياري يساوي 0.314 والوزن النسبي يساوي 64.33% وهذا يدل على أن مستوى الأمل والطمأنينة لدى أفراد عينة الدراسة جاء بدرجة متوسطة.

والمتوسط الحسابي لمستوى الكفاءة الذاتية يساوي 1.82 والانحراف المعياري يساوي 0.277 والوزن النسبي يساوي 60.67% وهذا يدل على أن مستوى الكفاءة الذاتية لدى أفراد عينة الدراسة جاء بدرجة متوسطة.

أظهرت النتائج هنا أن الأمل والطمأنينة حظي على الترتيب الأول بمعنى أن الكفاءة الذاتية لا تتأثر إلا بالأمل والطمأنينة وإذا كان هناك أمل وطمأنينة كان هناك استشفاء والعكس صحيح فالأمل والطمأنينة هي تمثل حجر الأساس في رفع مستوى الاستشفاء وهو البعد الأهم لموضوع الاستشفاء.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني مناقشتها وتفسيرها:

وينص السؤال الثاني من أسئلة الدراسة على: هل توجد فروق دالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء بين القياس القبلي والقياس البعدي في المجموعة التجريبية؟

وللإجابة عن السؤال تم صياغة الفرض الصفري التالي:

لا توجد فروق دالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء بين القياس القبلي والقياس البعدي في المجموعة التجريبية.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار t لعينتين مرتبطتين " Paired Samples t test " للمقارنة بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء بين القياس القبلي والقياس البعدي في المجموعة التجريبية فكانت النتائج كما يوضحها الجدول (3).

جدول (3. 5): نتائج اختبار (t) للفروق بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء بين القياس القبلي والقياس البعدي في المجموعة التجريبية

الدالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (sig)	قيمة (t) المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	التطبيق	مقياس الاستشفاء
دالة إحصائية	0.002	4.410	0.336	1.985	9	قبلي	الأمل والطمأنينة
			0.248	2.497	9	بعدي	
دالة إحصائية	0.001	4.785	0.305	1.829	9	قبلي	الكفاءة الذاتية
			0.382	2.274	9	بعدي	
دالة إحصائية	0.001	5.500	0.288	1.882	9	قبلي	الدرجة الكلية للمقياس
			0.303	2.349	9	بعدي	

2- قيمة (t) الجدولية عند درجة حرية 8 وعند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) تساوي ± 2.306 .

3- قيمة (t) الجدولية عند درجة حرية 8 وعند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي ± 3.355 .

تبين من الجدول (3) الآتي:

بالنسبة للدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء: تبين أن قيمة (t) المحسوبة لدرجة الكلية تساوي **5.500** وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية التي تساوي **2.306** عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يدل على وجود فروق ذات إحصائية بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء بين القياس القبلي والقياس البعدي في المجموعة التجريبية ولصالح التطبيق البعدي في المجموعة التجريبية

بالنسبة لبعء الأمل والطمأنينة: تبين أن قيمة (t) المحسوبة للبعء تساوي **4.410** وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية التي تساوي **2.306** عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يدل على وجود فروق ذات إحصائية بين متوسط تقديرات بعء الأمل والطمأنينة بين القياس القبلي والقياس البعدي في المجموعة التجريبية ولصالح التطبيق البعدي في المجموعة التجريبية.

بالنسبة لبعء الكفاءة الذاتية: تبين أن قيمة (t) المحسوبة للبعء تساوي **4.785** وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية التي تساوي **2.306** عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما

يدلل على وجود فروق ذات إحصائية بين متوسط تقديرات بعد الكفاءة الذاتية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المجموعة التجريبية ولصالح التطبيق البعدي في المجموعة التجريبية. ويرى الباحث أن الأمل والطمأنينة عندما يزيد فبالتالي يرتفع معدل الاستشفاء ويتحسن كذلك كلما زاد مستوى الكفاءة الذاتية كلما أدى ذلك إلى تحسن مستوى الاستشفاء وهنا جاءت الكفاءة الذاتية من خلال تحمل المسؤولية ، الخبرة ، الشعور بالتوازن النفسي وكذلك الشعور بالرضا عن العمل وعن الحياة فكل تلك الأشياء تؤدي إلى زيادة الكفاءة الذاتية الخاصة بتعامل الشخص مع نفسه في ذاته وفي ضميره وفي علاقاته مع ربه وفي علاقاته مع الآخرين وهذا إن دل فإنما يدل على أن الشخص يصوغ نفسه بنفسه ويعتمد على ذاته في بناء شخصيته ليصبح قوى القدرات وقوى الفعل والإرادة وبالتالي يصبح ذلك عنصراً مهماً في تحسين مستوى الاستشفاء .

ويعزو الباحث استمرار تأثر مرضى الصرع إلى قوة البرنامج والذي استخدم فيه العديد من التدخلات النفسية والذي يبقى له تأثير بشكل أكبر لدى المرضى من جوانب متعددة كالجانب النفسي والاجتماعي والأسرى... إلخ، وهذا يعزز من أهمية الحاجة للبرنامج لتطبيقه بشكل عام على مرضى الصرع في محافظة غزة؛ والذين هم بحاجة ماسة إلى تلك البرامج الإرشادية بجانب العلاج الدوائي حتى تكون الخدمة المقدمة شاملة ومتكاملة وبالتالي يتحقق الاستشفاء ، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة وبرشler وآخرون (Wershler et al , 2011) ، ودراسة جاكسون وآخرون (Jackson et-al , 2015) ، ودراسة (بدوي، 2013م) ، ودراسة (نور الدين وفتحى، 2013م) حيث أثبتت نتائج تلك الدراسات فاعليتها وجدواها لتطبيق برامج إرشادية متنوعة لدى مرضى الصرع وظهور تحسن ملحوظ على نتائج المقاييس المستخدمة بعد إنتهاء تطبيق البرامج وأيضاً ظهور تحسن على أفراد عينة الدراسة من مرضى الصرع مما يدل على استمرارية تأثر أفراد العينة التجريبية بالبرامج الإرشادية، وهذا يعزز حاجتهم لتلك البرامج وخاصة مرضى الصرع الذين يحتاجون للبرامج الإرشادية الضرورية لتحسين مستوى الاستشفاء لديهم . وذلك من خلال الأسس والأدوات والأساليب التي تم استخدامها في هذه البرامج كذلك خبرات الباحثين في تطبيق هذه البرامج.

"وفيما يتعلق بحجم الأثر الناتج عن البرنامج الإرشادي القائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع، قام الباحث بحساب مربع إيتا (η^2) ، وحجم الأثر (d) من خلال القوانين التالية" (عفانة ، 2000م ، ص42)

جدول (4. 5): يوضح مستويات التأثير وفقاً لمربع إيتا (η^2)، وحجم الأثر (d)

مربع إيتا (η^2)	حجم الأثر (d)
$\eta^2 = \frac{t^2}{t^2 + df}$	$d = \frac{2\sqrt{\eta^2}}{\sqrt{1-\eta^2}}$

والجدول التالي يوضح مستويات التأثير وفقاً لمربع إيتا (η^2)، وحجم الأثر (d)

جدول (5. 5): يوضح مستويات حجم التأثير

درجة التأثير	صغير	متوسط	كبير	كبير جداً
حجم الأثر (d)	0.2	0.5	0.8	1.0
لمربع إيتا (η^2)	0.01	0.06	0.14	0.20

جدول (6. 5): يوضح قيمة مربع إيتا (η^2) وحجم الأثر (d)

مقياس الاستشفاء	قيمة (t) المحسوبة	مربع إيتا (η^2)	حجم الأثر (d)	درجة التأثير
الأمل الطمأنينة	4.410	19.448	0.708	كبير جداً
الكفاءة الذاتية	4.785	22.896	0.741	كبير جداً
الدرجة الكلية للمقياس	5.500	30.250	0.790	كبير جداً

يتضح من الجدول (6) أن قيم معامل مربع إيتا (η^2) وحجم الأثر (d) للدرجة الكلية للمقياس كبيرة مما يدل ذلك على أن حجم الأثر الناتج عن البرنامج الإرشادي القائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع، كان كبيراً وترجع هذه النتيجة إلى عدة أسباب منها:

انتظام أفراد المجموعة التجريبية في جلسات البرنامج، كذلك إلى الفنيات المستخدمة في البرنامج ذات معنى ومغزى في حياة هؤلاء المرضى، مما جعلهم أكثر مرونة وفهماً وحرصاً ووعياً للاستفادة الكاملة من فنيات البرنامج المستخدمة في إطار مواقف ونماذج حياتية واقعية معاشه، مما أسهم في زيادة مستوى الاستشفاء لديهم، وإحداث توافق نفسى اجتماعي لدى المرضى، وأثناء تطبيق الجلسات لوحظ بعض التغيرات عليهم، منها كانوا أكثر تفاعلاً وكانوا

ينتظرون الجلسات وكانوا يلتزمون بكل ما يطلب منهم وكانوا يتمتعون بالإنصات والإسماع ولمس الباحث منهم أثناء الجلسات بأنهم يريدون أن يغيروا بأنفسهم إلى الأفضل ويستفيدوا من تلك الجلسات من خلال طرحهم للأسئلة بهذا الخصوص، ولذلك تم لمس هذا الأثر واقعياً بعد تطبيق المقياس البعدي ، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات كل من دراسة (Jackson et-al , 2015) ودراسة (بدوي، 2013م) ودراسة (Wershler et al , 2011) ودراسة (المطيري، 2008م) حيث أثبتت هذه الدراسات فاعليتها وجدواها لتطبيق برامج إرشادية متنوعة لدى مرضى الصرع وذلك من خلال الأسس والأدوات والأساليب التي تم استخدامها في هذه البرامج كذلك خبرات الباحثين في تطبيق هذه البرامج.

ويرى الباحث أن البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة أثر إيجابياً على تحسين مستوى الاستشفاء لدى مرضى الصرع (أفراد العينة التجريبية) بشكل أكبر من أفراد العينة الضابطة، وهذا من شأنه أن يعزز حاجة مرضى الصرع للبرامج الإرشادية التي تساعدهم على تحسين مستوى الاستشفاء لديهم.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث مناقشتها وتفسيرها:

وينص السؤال الثالث من أسئلة الدراسة على: هل توجد فروق دالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء بين القياس البعدي والقياس التتبعي في المجموعة التجريبية؟ وللإجابة عن السؤال تم صياغة الفرض الصفري التالي:

لا توجد فروق دالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء بين القياس البعدي والقياس التتبعي في المجموعة التجريبية.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار t لعينتين مرتبطتين " Paired Samples t test " للمقارنة بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء بين القياس البعدي والقياس التتبعي في المجموعة التجريبية فكانت النتائج كما يوضحها الجدول (7).

جدول (5.7): نتائج اختبار (t) للفروق بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء بين القياس البعدي والقياس التتبعي في المجموعة التجريبية

مقياس الاستشفاء	التطبيق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t) المحسوبة	القيمة الاحتمالية (sig)	الدلالة الإحصائية
الأمل والطمأنينة	بعدي	9	2.497	0.248	1.205	0.263	غير دالة إحصائياً
	تتبعي	9	2.546	0.271			
الكفاءة الذاتية	بعدي	9	2.274	0.305	2.088	0.070	غير دالة إحصائياً
	تتبعي	9	2.404	0.284			
الدرجة الكلية للمقياس	بعدي	9	2.349	0.303	2.151	0.062	غير دالة إحصائياً
	تتبعي	9	2.452	0.267			

4- قيمة (t) الجدولية عند درجة حرية 8 وعند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) تساوي $2.306 \pm$.

5- قيمة (t) الجدولية عند درجة حرية 8 وعند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي $3.355 \pm$.

تبين من الجدول (7) الآتي:

بالنسبة للدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء: تبين أن قيمة (t) المحسوبة لدرجة الكلية تساوي 2.151 وهي أقل من قيمة (t) الجدولية التي تساوي 2.306 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء بين القياس البعدي والقياس التتبعي في المجموعة التجريبية.

بالنسبة لبعد الأمل والطمأنينة: تبين أن قيمة (t) المحسوبة للبعد تساوي 1.205 وهي أقل من قيمة (t) الجدولية التي تساوي 2.306 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يدل على عدم وجود فروق ذات إحصائية بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء بين القياس البعدي والقياس التتبعي في المجموعة التجريبية.

بالنسبة لبعد الكفاءة الذاتية: تبين أن قيمة (t) المحسوبة للبعد تساوي 2.088 وهي أقل من قيمة (t) الجدولية التي تساوي 2.306 عند درجة حرية 8 ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يدل على عدم وجود فروق ذات إحصائية بين متوسط تقديرات مقياس الاستشفاء بين القياس البعدي والقياس التتبعي في المجموعة التجريبية.

وهذا يعني عدم وجود اختلاف في نتائج المقياس البعدي والمقياس التتبعي للاستشفاء بمعنى أن البرنامج ظل متصلاً ولم يفقد القيمة التأثيرية بمعنى آخر أن الوقت والزمن لتطبيق المقياس التتبعي على عينة الدراسة بعد مرور الوقت من إنتهاء البرنامج ذلك لم يؤثر سلباً على نتيجة

المقياس وعلى جودة البرنامج وأن البرنامج الإرشادي المستخدم ساهم بالتغيير إلى الأفضل ورفع من مستوى الإستشفاء لدى عينة الدراسة من مرضى الصرع .

اختبار تحليل القياسات المتكررة للتطبيقات الثلاثة.

تم استخدام القياسات المتكررة " Repeated measures " للتعرف على الفروق في قياسات التطبيقات الثلاثة المختلفة معاً ويعتبر من أفضل القياسات الإحصائية المعدة للتعرف في الفروق في القياسات القبلية والبعديّة والتتبعية لنفس أفراد عينة مجموعة الخاضعة للتطبيق فكانت النتائج كما يوضحها الجدول (8).

جدول (8 . 5): نتائج اختبار القياسات المتكررة للمقارنة بين متوسطات تقديرات قياسات التطبيقات الثلاثة المختلفة معاً

درجة التأثير	حجم الأثر	القيمة الاحتمالية (sig)	قيمة (f) المحسوبة	قيمة Wilks Lambda	مقياس الاستشفاء
كبيرة جداً	0.748	0.008	10.363	0.252	الأمل والطمأنينة
كبيرة جداً	0.831	0.002	17.238	0.169	الكفاءة الذاتية
كبيرة جداً	0.832	0.002	17.307	0.168	الدرجة الكلية للمقياس

6- قيمة (f) الجدولية عند درجة حرية (2, 7) وعند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) تساوي 4.737

7- قيمة (f) الجدولية عند درجة حرية (2, 7) وعند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي 9.546

بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس: تبين من الجدول (8) أن قيمة (f) المحسوبة والتي تساوي 17.307 وهي أكبر من قيمة (f) الجدولية التي تساوي 4.737 عند درجة حرية (2, 7) ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يدل على وجود فروق ذات إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة في التطبيقات الثلاثة.

بالنسبة لبعد الأمل والطمأنينة: تبين من الجدول (8) أن قيمة (f) المحسوبة والتي تساوي 10.363 وهي أكبر من قيمة (f) الجدولية التي تساوي 4.737 عند درجة حرية (2, 7) ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يدل على وجود فروق ذات إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة في التطبيقات الثلاثة. . .

بالنسبة لمهارة الكفاءة الذاتية: تبين من الجدول (8) أن قيمة (f) المحسوبة والتي تساوي 17.307 وهي أكبر من قيمة (f) الجدولية التي تساوي 4.737 عند درجة حرية (2, 7)

ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يدل على وجود فروق ذات إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة في التطبيقات الثلاثة.

وللتعرف على الفروق لصالح أي التطبيقات الثلاثة تم استخدام اختبار LSD للفروق الثنائية والمقارنة المتعددة والنتائج حسب الجدول التالي(9).

جدول (9. 5): نتائج اختبار LSD للفروق الثنائية

المهارات	التطبيق	قبلي	بعدي
الأمل والطمأنينة	قبلي		
	بعدي	-0.512*	
	تتبعي	-0.561*	-0.049
الكفاءة الذاتية	قبلي		
	بعدي	-0.444*	
	تتبعي	-0.575*	0.131
الدرجة الكلية للمقياس	قبلي		
	بعدي	-0.467*	
	تتبعي	-0.571*	0.103

* الفروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05

بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس: يتبين من الجدول (9) وجود فروق ذات إحصائية بين متوسط تقديرات أفراد عينة الدراسة في التطبيق القبلي والبعدي ولصالح التطبيق البعدي، كما وتبين أن هناك وجود فروق بين متوسط تقديرات أفراد عينة الدراسة في التطبيق القبلي والتتبعي ولصالح التطبيق التتبعي، كما وتبين أن هناك عدم وجود فروق بين متوسط تقديرات أفراد عينة الدراسة في التطبيق البعدي والتتبعي .

بالنسبة لبعد الأمل والطمأنينة : يتبين من الجدول (9) وجود فروق ذات إحصائية بين متوسط تقديرات أفراد عينة الدراسة في التطبيق القبلي والبعدي ولصالح التطبيق البعدي، كما وتبين أن هناك وجود فروق بين متوسط تقديرات أفراد عينة الدراسة في التطبيق القبلي والتتبعي ولصالح التطبيق التتبعي، كما وتبين أن هناك عدم وجود فروق بين متوسط تقديرات أفراد عينة الدراسة في التطبيق البعدي والتتبعي.

بالنسبة لبعد الكفاءة الذاتية: يتبين من الجدول (9) وجود فروق ذات إحصائية بين متوسط تقديرات أفراد عينة الدراسة في التطبيق القبلي والبعدي ولصالح التطبيق البعدي، كما وتبين أن

هناك وجود فروق بين متوسط تقديرات أفراد عينة الدراسة في التطبيق القبلي والتبعي ولصالح التطبيق التبعي ، كما وتبين أن هناك عدم وجود فروق بين متوسط تقديرات أفراد عينة الدراسة في التطبيق البعدي والتبعي.

ويرى الباحث أن المجموعة الضابطة لم تتلق أي برنامج إرشادي ، وبالتالي لم يحدث التغيير والتحسين على مستوى الاستشفاء لديهم خلال فترة تطبيق البرنامج الإرشادي ، خاصة وأن المراكز الصحية في وزارة الصحة وخارجها لا تقدم أي برامج إرشادية لتحسين مستوى الاستشفاء لدى مرضى الصرع بشكل عام، وبالتالي يصعب تحقيق الاستشفاء عند المرضى بشكل مناسب مع أعراض ومضاعفات مرض الصرع ما يؤدي إلى ضعف مستوى الاستشفاء بكافة النواحي لدى المرضى، وهذا يظهر مدى الحاجة الماسة لتقديم برامج إرشادية؛ والتي تهدف إلى تحسين مستوى الاستشفاء لدى المرضى والذي بدوره ينعكس إيجابياً على حدوث تحسن في أداء المريض والتعايش والتكيف مع المرض وبالتالي حدوث الاستقرار الصحي والنفسي والاجتماعي والروحاني لدى مرضى الصرع. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة حسيني وآخرون (2016 ، Hosseini et - al) ، ودراسة سادات & تجستن Sadat & (2015 , Tangestani) ، ودراسة (المطيري، 2008) حيث أظهرت النتائج عدم حوث التأثير الإيجابي والتغيير للأفضل لدى أفراد المجموعة الضابطة والتي لم يطبق عليها البرامج الإرشادية؛ ما يؤكد دور البرامج الإرشادية في تحسين مستوى الاستشفاء وخاصة لدى مرضى الصرع الذين يحتاجون إلى تلك البرامج بشكل أكبر .

كما تناول العديد من الباحثين موضوع مرض الصرع كمرض مزمن ومنتشر وهدفت تلك الدراسات في معظمها إلى التقصي عن الآثار البيولوجية والنفسية والاجتماعية المترتبة عليه، وهناك الكثير من الجهود في هذا السياق، وسعت تلك الدراسات إلى كيفية التعايش مع مرض الصرع ، وفي هذه الدراسة تم اختيار عينة من مرضى الصرع بمحافظة غزة ممن تبين لديهم ظهور مشكلات متعددة سواء على الصعيد النفسي والصحي والاجتماعي ولتحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها استخدم الباحث المنهج شبه التجريبي من خلال تطبيق برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية تم تصميمه من قبل الباحث بالإضافة إلى استخدام بعض المعالجات الإحصائية المناسبة لطبيعة هذه الفروض ، وقام الباحث بتصميم أداة الاستشفاء ، والبرنامج الإرشادي . وبالتالي توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها ما يلي:

- 1- يعاني مرضى الصرع بمحافظة غزة من انخفاض نسبي في مستوى الاستشفاء.
- 2- أظهرت نتائج البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة تحسناً واضحاً في تحسين مستوى الاستشفاء لدى عينة الدراسة من مرضى الصرع.
- 3- كما أظهرت نتائج الدراسة بقاء وجود أثر إيجابي للبرنامج الإرشادي المستخدم إلى فترة القياس التتبعي الذي تم تطبيقه على العينة التجريبية.

تعقيب عام على النتائج

تؤكد النتائج وجود فروقات في متوسطات التطبيق القبلي مقارنة مع التطبيق البعدي، حيث كانت تلك الفروقات دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05، وإن هذا الفرق ناتج عن الأثر الجيد لتطبيق البرنامج، ويرجع ذلك الأثر إلى عدة أسباب، منها تفاعل أفراد العينة من مرضى الصرع من حيث إنصاتهم واستماعهم الجيد والالتزام بمواعيد الجلسات وتنفيذ كل ما يطلب منهم، كذلك قيام الباحث من خلال الجلسات بعرض نماذج واقعية من الحياة لتقريب المفاهيم لديهم وهذا ما أحدث تجاوزاً من قبلهم، أيضاً لمسوا الاحترام من قبل الباحث وذلك ساعدهم بشكل إيجابي وفعال في تحسين مستوى الاستشفاء ، وقد لوحظ أنهم عند انتهاء الجلسة كانوا يحرصون على الموعد القادم وعند انتهاء الجلسات كانوا يتأثرون بفراق الباحث لهم، وكانوا يتمنوا تكرار مثل هذه الجلسات كذلك لمسوا من خلال تنفيذ الجلسات بأن لديهم قدرات وإمكانيات كامنة بداخلهم يستطيعوا من خلالها التغيير للأفضل ، حيث كان من خلال الحديث معهم أثناء الجلسات وإجراء الأنشطة بأن هناك فرصة للتغيير من قبلهم، وهذا انعكس بشكل إيجابي في رفع مستوى الصحة النفسية لديهم، وذلك زاد من حماسهم وحبهم وتفاعلهم لجلسات البرنامج ، ولمس الباحث منهم حب التفاعل والحوار والنقاش وحرصهم على الفهم والتطبيق لأنشطة البرنامج وفتياته التي كانت سائدة لدى معظم أفراد عينة الدراسة أثناء تطبيق الجلسات ، ولوحظ أيضاً حدوث تغير للأفكار اللاعقلانية وغير المنطقية التي كانت لديهم . حيث لوحظ هذا الأثر الإيجابي الكبير عند تنفيذ البرنامج وهذا ما أكده المقياس البعدي من حيث وجود أثر كبير للبرنامج، وهذا الأثر الإيجابي يدل على إمكانية حدوث تحسين ورفع لمستوى الاستشفاء لديهم مما قد يساهم ذلك بشكل إيجابي وفعال لديهم في كيفية التكيف والتعامل مع المشكلات النفسية التي تواجههم في حياتهم وتحسين مستوى الصحة النفسية لديهم واستثمار الطاقات الإيجابية في خدمة أنفسهم ومجتمعهم ، وساعد في ذلك استخدام بعض التمارين والأنشطة التي قام الباحث بإعدادها وتطبيقها لدى عينة الدراسة مثل تمارين الاسترخاء والتفريغ الانفعالي التي أدت بدورها إلى تفريغ

الشحنات السلبية و خفض التوتر لديهم ، وكذلك استخدام المناقشات الجماعية التي استخدمت في البرنامج مما كان له الأثر في التعرف على تجارب بعضهم البعض والاستفادة منها ، وكيفية تجنبها وعدم الوقوع فيها مستقبلاً، كذلك تأثرهم بالجلسة التي كان موضوعها الإرشاد الديني والتي بدورها أدت إلى تقوية وتدعيم الجانب الإيماني والروحاني لديهم ، ولم يكن للمستوى الدراسي أثر على هذه النتائج، أيضاً لم يكن لمتغير السن هنا أثر على هذه النتائج، وأيضاً حيث إن العينة اشتملت على الذكور فقط، فقد تم تحديد هذا المتغير أيضاً. كذلك التجانس والتشابه لمتغيرات أفراد العينة كالمستوى التعليمي والعمر وهذا يعتبر عامل قوة مما يساعد مباشرة على الكشف على مدى فاعلية البرنامج ويرى الباحث أن دراسته اتفقت مع كل من دراسة (Jackson et-al , 2015) ودراسة (بدوي، 2013م) ودراسة et (Wershler al , 2011) ودراسة (المطيري، 2008م) من حيث التأثير الايجابي للبرنامج على عينة الدراسة من مرضى الصرع.

النتائج والتوصيات

التوصيات في ضوء النتائج:

ولقد أسفرت نتائج الدراسة عما يلي:

- 1- وجود تحسن على مستوى الاستشفاء لدى عينة الدراسة من مرضى الصرع.
- 2- وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل إجراء البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد إجراء البرنامج على مقياس الاستشفاء لصالح الإجراء البعدي.
- 3- وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في الإجراء البعدي على مقياس الاستشفاء لصالح أفراد المجموعة التجريبية.
- 4- عدم وجود فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التبعي على مقياس الاستشفاء.

أولاً: التوصيات

من خلال النتائج التي توصلت إليها الدراسة يتضح أن هناك أثرًا إيجابيًا كبيرًا للبرنامج الإرشادي وذلك من خلال رفع مستوى الاستشفاء لديهم، لذلك أصبح من الضروري الاهتمام بتطوير برامج إرشادية من قبل الباحثين والأخصائيين النفسيين والمرشدين وأصحاب القرار من المسؤولين ومن خلال النتائج التي توصلت إليها الدراسة يمكن أن يخرج الباحث بالتوصيات الآتية:

- 1- زيادة التركيز والاهتمام على مرضى الصرع وذلك من خلال توفير العقاقير اللازمة من قبل وزارة الصحة الفلسطينية وتوفير الطواقم المهنية (الطبية والنفسية والاجتماعية) من أصحاب الكفاءة العالية للتعامل معهم بشكل إيجابي وفعال.
- 2- نظرا لما أثبتته نتائج الدراسة الحالية بفاعلية البرنامج الإرشادي القائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع، يوصي الباحث وزارة الصحة الفلسطينية والمؤسسات العاملة في هذا المجال الاستفادة من هذا البرنامج من خلال تطبيقه من قبل الأخصائيين النفسيين داخل المستشفيات وتعميم البرنامج على جميع المؤسسات.
- 3- زيادة البرامج على غرار هذا البرنامج والتي تساعد في حل مشكلات هذه الفئة التي تمثل شريحة مهمة في المجتمع.
- 4- إعطاء دورات تدريبية مميزة بخصوص كيفية إعداد البرامج وتنفيذها للعاملين داخل الوزارة.

- 5- ضرورة إعطاء دورات ومحاضرات برامج تثقيفية لأسر هؤلاء المرضى تفيدهم في كيفية التعامل معهم وتقديم الخدمة اللازمة لهم.
- 6- مساعدة هذه الفئة من المرضى وذلك من خلال أصحاب القرار من المسؤولين لتوفير فرص عمل خاصة تكون آمنة حتى نحافظ على سلامتهم الصحية من أي أذى.
- 7- العمل على زيادة الوعي الصحي لدى مرضى الصرع بطبيعة مرضهم وأعراضه ومضاعفاته.
- 8- العمل على التعرف إلى المشاكل التي يعاني منها المرضى والعمل على حلها.
- 9- توفير الرعاية النفسية والاجتماعية بالإضافة لتحسين الرعاية الصحية لمرضى الصرع مما بدورها قد تحسن مستوى الاستشفاء وذلك من خلال المؤسسات والمراكز التي تعنى بمرضى الصرع.

ثانيا: البحوث والدراسات المقترحة

- 1- فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي للتخفيف من حدة الضغط النفسي لدى عينة من مرضى الصرع بغزة.
- 2- العوامل المؤدية إلى تدهور الحالة النفسية لدى مرضى الصرع.
- 3- برنامج إرشادي نفسي مقترح في تنمية الثقة بالنفس لدى عينة من مرضى الصرع.
- 4- تقييم فاعلية الخدمات المقدمة من قبل وزارة الصحة الفلسطينية لمرضى الصرع.
- 5- دور الأخصائي النفسي في تعديل سلوك مرضى الصرع.
- 6- فاعلية برنامج إرشادي ديني للتخفيف من مستوى القلق النفسي لدى عينة من مرضى الصرع.
- 7- فاعلية برنامج إرشادي قائم على الإسترخاء للحد من الإكتئاب النفسي لدى عينة من مرضى الصرع.
- 8- فاعلية برنامج إرشادي لكيفية تعامل الأهالي مع مرضى الصرع.

المصادر والمراجع

المصادر والمراجع

أولاً: المصادر:

- القرآن الكريم.
- الحديث الشريف.

ثانياً: المراجع العربية:

- أحمد ، سليمان والمهدى، صفاء. (2011م). التوافق الاجتماعي لمرضى الصرع ببعض مستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم. مجلة الآداب ع (2)، 2-27.
- ابن الأثير ، مجد الدين . (1969م) . جامع الأصول في أحاديث الرسول . (ج2) . ط1. مصر : مكتبة الحلوانى.
- أبو أسعد ، أحمد و عريبات ، أحمد . (2009م، أ) . نظريات الإرشاد النفسى والتربوى. ط1 . عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- أبو أسعد ، أحمد . (2011 م، ب) . علم النفس الإرشادى. ط1 . عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- إبراهيم ، عبد الستار؛ والدخيل ، عبد العزيز؛ وإبراهيم، رضوان . (1990م) . العلاج السلوكى للطفل. ط1. القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر .
- الأسطل ، يعقوب . (2014م) . التدخلات النفسية المستخدمة من قبل المرشدين مع حالات العنف المبني على النوع الاجتماعى (رسالة ماجستير غير منشورة) . الجامعة الإسلامية ، غزة .
- الأميري، أحمد. (2004م) . فاعلية برنامج ارشادى دينى لمواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة (رسالة دكتوراة غير منشورة) . جامعة تعز ، صنعاء.
- الأغا، احسان ، والأستاذ ، محمود . (2003) . مقدمة في تصميم البحث التربوى. غزة : مطبعة الرنتيسى .
- بارلو ، ديفيد . (2002م) . مرجع إكلينيكي في الإضطرابات النفسية (دليل علاجي تفصيلي) ، (ترجمة صفوت فرج) . القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية. (العمل الأصلي نشر في عام 1999م) .
- بورنو ، محمد . (1996م) . الوجيز في إيضاح قواعد الفقه الكلية . (ج1) . ط4 . بيروت : مؤسسة الرسالة للنشر .
- بنى جابر ، جودت ؛ و عبد العزيز ، سعيد ؛ والمعايطة ، عبد العزيز . (2002م) . المدخل إلى علم النفس . ط1 . عمان : مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- بنى يونس، محمد. (2005م) . مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة من الطلبة المصابين في الجامعة الأردنية، دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، 32 (3) ، 584 - 585.
- بدوي، ولاء (2013م) . فعالية العلاج المعرفي السلوكي لتحسين التنظيم الذاتي ونوعية الحياة لدى عينة من مرضى الفصام. مجلة كلية التربية ، 24 (95) ، 177-178.
- البطاينة ، أسامة و الجراح ، عبد الناصر وغوانمة ، مأمون . (2006م) . علم نفس الطفل غير العادى. ط1. عمان : دار المسيرة للنشر والطباعة.

- البيطار، ربا. (2014م). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية كفاءة الذات لدى عينة من أطفال المؤسسات الإيوائية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأقصى ، غزة.
- الثبيني ، إبراهيم . (1431هـ ، الخميس 12 رجب) . الإسعافات الأولية لمصابي الصرع ، صحيفة الرياض، العدد(15340) .
- جونى ، مطيع و بشارة ، بسام . (1991م) . الصرع . مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية ، 13 (2) ، 84-81 .
- الجبورى ، على . (2011م) . علم النفس الفسيولوجى . ط1. عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع.
- الجم ، لمياء . (2015م ، الأحد 20-22مارس) . داء الصرع ، جريدة التجديد ، العدد(3606).
- حداد، عفاف ودحادحة، باسم . (1998م) . فاعلية برنامج إرشادي جمعي في التدريب على حل المشكلات والاسترخاء العضلي في ضبط التوتر النفسي. مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر، ع (13)، 55-54.
- الحبيب، طارق. (2005م) . فاعلية العلاج النفسي الديني في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة. القاهرة : مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- الحويلة، أمثال وعبد الخالق، أحمد . (2002م) . مدى فاعلية تمارينات الاسترخاء العضلي في تخفيض القلق لدى طالبات الثانوي الكويتيات. دراسات نفسية ، 12 (2)، 294-273.
- خوجة ، عبد الحفيظ . (1434هـ ، الجمعة 23 محرم) . الصرع أسبابه وعلاجه ، جريدة العرب الدولية الشرق الأوسط ، العدد (12428) .
- خضر، عبد الباسط. (2000م) . الإرشاد الدينى الإسلامى. القاهرة : دار الفكر العربى للنشر.
- خان ، سونيا . (2011م ، 11 يناير) . الإصدار الأول للجمعية السعودية لمرض الصرع . ورقة عمل حول مرض الصرع ، السعودية .
- الخطيب، محمد. (2002م). علم النفس الفسيولوجى دراسة في العلاقة بين النفس والجسم. ط1. غزة: جامعة الأزهر.
- الداهرى، صالح. (1999م) . مبادئ الارشاد النفسى والتربوى. ط1. اريد: دار الكندى للنشر والتوزيع.
- الدسوقي، مجدي . (2008م) . دراسات في الصحة النفسية. ط1. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أبودولة ، أحمد . (2012م) . مرض الصرع: أعراض أسباب الصرع وطرق علاج الصرع. مجلة طبية إلكترونية ، تاريخ الإطلاع : 3مارس 2016 ، الموقع <https://al-3laj.com>
- الربيعي، عباس. (2014م) . الصرع اسبابه وأعراضه وعلاجه. قسم العلوم العامة-جامعة بابل . تاريخ الإطلاع: 3 فبراير 2016م، الموقع : (www.uobabylon.edu).
- رياض، سلوى . (2011م) . فاعلية برنامج معرفي سلوكي في رفع درجة الذات لدى مرضى الصرع من الأطفال (رسالة دكتوراه غير منشورة) . جامعة عين شمس، القاهرة .
- رياض ، أسامة و عبد الرحيم ، ناهد. (2001م) . القياس والتأهيل الحركى . القاهرة : دار الفكر العربى .
- زهران ، سناء . (2004م) . إرشاد الصحة النفسية. ط1. القاهرة. (د.ن).
- زهران، حامد. (1998م) . علم نفس النمو " الطفولة والمراهقة. القاهرة . (د.ن) .

زهران، حامد. (2005م). *التوجيه والإرشاد النفسى*. ط3. القاهرة: الشركة الدولية للطباعة.

الزباد، فيصل. (1990م). *الصرع في الطب وعلم النفس*. الرياض: دار المريخ للنشر.

الزهار، إيمان. (2014م). *فاعلية برنامج إرشادى معرفى سلوكى في تنمية التوكيدية لدى عينة من المتزوجات المعنفات في محافظة الوسطى* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

سهيل، تامر. (2013م). *أثر برنامج معرفى سلوكى لخفض القلق لدى الأطفال المصابين بمرض التلاسيميا*. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، 1 (1)، 97-130.

سليمان، مهند. (2014م). *فاعلية برنامج معرفى سلوكى للتخفيف من أعراض الإكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمحافظة شمال غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

سامح، خالد. (1437هـ، الأربعاء 27 ذى القعدة). *الصرع مرض العصر والوراثة وحوادث السير ابرز المسببات، صحيفة الدستور، السنة الخمسون، العدد (17650).*

سعادات، محمود. (2014). *الإرشاد النفسى الدينى في ضوء القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة*. شبكة الألوكة. تاريخ الإطلاع: 7 مايو 2016، الموقع: (www.alukah.net).

السيد، نفين. (2009م). *ممارسة العلاج المعرفى السلوكى في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللاتوافقى للأطفال المعرضين للإنحراف*. مجلة كلية الآداب بجامعة حلوان، ع (26)، 695-748.

السيد، عبيد. (2008م). *الضغط النفسى ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية*. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

السهل، راشد. (2005م). *فعالية الإرشاد الجمعى السلوكى المعرفى في ضبط السلوك العدوانى لدى الأطفال* دراسة تجريبية. مجلة الإرشاد النفسى، ع (19)، 219-225.

السيلان، هدى. (2003م). *فعالية برنامج معرفى سلوكى لخفض السلوك العدوانى لدى عينة من المراهقات المحرومات من الرعاية الأسرية بمدينة الرياض* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الملك سعود، الرياض.

سليمان، أسامة. (د.ت). *شرح صحيح البخارى*. (ج10).

شواش، تيسير. (2012م). *دليل الأخصائيين النفسيين والمرشدين في فن التعامل مع النساء ضحايا العنف*. عمان: اللجنة الوطنية لشئون المرأة.

شاذلي، عبد الحميد. (2002م). *الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية*. ط2. الإسكندرية: المكتبة الجامعية.

شمعون، محمد. (2001م). *التدريب العقلي في المجال الرياضى*. ط2. القاهرة: دار الفكر العربى للطباعة والنشر.

الشقيرات، محمد. (2005م). *مقدمة في علم النفس العصبى*. ط1. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

الشناوي، محمد. (1999م). *بحوث في التوجيه الإسلامى للإرشاد والعلاج النفسى*. ط1. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

- الشمري ، سهيل . (2016م ، الاثنين 22 فبراير) . 80% من حالات الصرع تستجيب للدواء، *جريدة القبس* ، السنة الأربع والأربعين ، العدد (15348).
- صايمية، ضياء الدين . (2005م) . *مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح في التفريغ الانفعالي للتخفيف من آثار الخبرات الصادمة لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا* (رسالة ماجستير غير منشورة) . الجامعة الإسلامية، غزة.
- الطحان ، عبد الرحمن . (2001م ، 21 أكتوبر) . *الصرع أم أن الأوان أن نغير هذا المصطلح* . ورقة عمل تهدف لشرح الأسباب الداعية للتغيير ، السعودية : جامعة الملك سعود .
- عبيدات، ذوقان . (1998م ، أ) . *"البحث العلمي - مفهومه وأدواته وأساليبه"* . عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبيدات ، ذوقان . (2001م ، ب) . *البحث العلمي : مفهومه، أدواته، وأساليبه* . عمان : دار الفكر للطباعة والنشر .
- عبد العزيز ، مفتاح . (2001م). *علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة* . القاهرة : دار قباعة للنشر والتوزيع .
- العمروسي ، نيللى . (2015م) . *فعالية برنامج إرشادي نفسي (معرفي - سلوكي) لخفض الشعور بالخجل لدى عينة من الموهوبات المراهقات في المجتمع السعودي* . مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، 3 (10) ، 114-115.
- أبوعلام ، رجاء . (1998م) . *مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية* . مصر : دار النشر للجامعات.
- عبد القوى، سامي . (2000م) . *أعراض صرع الفص الصدغي وعلاقتها بموضع البؤرة الصرعية* . حوليات كلية الآداب 28 (2) ، 138-145.
- عثمان، مختار . (2004م) . *علم النفس الفسيولوجي* . ط2 . البحرين : مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- عامر ، عزت . (2000م) . *منظم المخ يحمي من الصرع* . مجلة العربي ، ع (499) ، 91-92.
- عبد المعطى ، حسن . (1994م) . *دراسة اكلينيكية لشخصية مريض بالصرع باستخدام منهج دراسة الحالة* . التربية المعاصرة، ع (33) ، 143-182 .
- عرموش ، هانى . (1992م) . *المخدرات إمبراطورية الشيطان التعريف والإدمان والعلاج* . ط1 . بيروت : دار النفائس للنشر
- عمر ، ماهر . (2003م) . *العلاج السلوكي الانفعالي المعرفي " رؤية تحليلية لمدرسة ألبرت أليس الإرشادية* . ط1 . الإسكندرية : مركز الدلتا للطباعة.
- عمارة، محمد . (2008م) . *برامج علاجية لخفض مستوى السلوك العدوانى لدى المراهقين* . الإسكندرية : المكتب الجامعى الحديث .
- عفانة ، عزو . (2000م) . *حجم التأثير واستخداماته في الكشف عن مصداقية النتائج في البحوث والدراسات التربوية والنفسية* . مجلة البحوث والدراسات التربوية الفلسطينية ، ع (3) ، 41-42.
- العنزى ، منور . (2013م) . *تأثير أدوية مضادات الصرع على وظائف الكبد والكلى لدى مرضى الصرع* (رسالة ماجستير غير منشورة) . جامعة نايف العربية الأمنية ، الرياض.

أبوغالي ، عطاق . (2011م) . فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في خفض قلق الامتحان لدى عينة من طالبات الثانوية العامة بمحافظة رفح (رسالة ماجستير غير منشورة) . جامعة الأقصى ، غزة .

قريبى ، إبراهيم . (1412هـ) . مرويات غزوة حنين وحصار الطائف . (ج2) . ط1 . السعودية : عمادة البحث العلمى للنشر .

القشيري ، تقى الدين . (د.ت) . شرح الأربعين نووية في الأحاديث الصحيحة النبوية . (ج1) . ط26 : مؤسسة الريان للنشر .

كمال ، على . (1994م) . حالات الصرع أسبابها وعلاجها والتعايش معها . ط1 . بيروت : المؤسسة العربية الدولية للطباعة والنشر .

الكحلاني ، محمد . (2011م) . التنوير شرح الجامع الصغير . (ج16) . ط1 . الرياض : مكتبة دار السلام .
لقمش ، يمينة . (1434هـ ، الخميس 24 ربيع الآخر) . آثار الصرع النفسية على المصاب والمجتمع ، جريدة الرياض ، العدد (16327) .

مليكة ، لويس . (1990م) . العلاج السلوكي وتعديل السلوك . بيروت : دار القلم للنشر .

معوض ، محمد . (1996م) . أثر كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج النفسى الدينى في تخفيض قلق المستقبل لدى عينة من طلاب الجامعة (رسالة دكتوراة غير منشورة) . جامعة المنيا ، مصر .

مارشال ، فيونا و كروفورد ، بامبلا . (2005م) . كيف تتغلب على الصرع . (ترجمة قسم الترجمة دار الفاروق) . القاهرة : دار الفاروق للطباعة والنشر . (العمل الأصلي نشر في عام 2000م) .

ملحم، سامي . (2000م) . "مناهج البحث في التربية وعلم النفس" . عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع .

محمد بك، أماني . (2011م) . فاعلية برنامج علاجي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب (رسالة دكتوراه غير منشورة) . جامعة الخرطوم، السودان .

المطيري ، سهيل . (2008م) . تأثير برنامج للإرشاد النفسي على بعض الوظائف النفسية والفسيوولوجية لدى عينة من المعاقين عقليا والمصابين بالصرع. المجلة التربوية ، 23 (89) ، 51-55 .

الميقاتي ، محمد . (2006م) . حملة توعية لمكافحة داء الصرع. الهيئة اللبنانية لمكافحة داء الصرع ، تاريخ الاطلاع : 9 يونيو 2016 ، الموقع :

(staff.aub.edu.lb/~webped/downloads/cam)

المالح ، حسان . (2003م) . الاسترخاء علاج نفسى فعال . مجلة جمعية الهلال الأحمر بلسم ع (336) ، 50-55 .

المحارب، ناصر . (2000م) . المرشد في العلاج الاستعرافى السلوكى . الرياض : دار الزهراء للنشر والتوزيع .

المزینی، أسامة . (2006م) . الإرشاد النفسى الدينى أسسه النظرية وتطبيقاته العملية . ط1 . غزة : الجامعة الإسلامية .

- الملاك ، شرين . (2010م) . الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع في الأردن (رسالة ماجستير غير منشورة) . جامعة اليرموك ، إربد.
- المنكوش ، بلال . (2011م) . فعالية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في خفض حدة الأحداث الضاغطة لدى طلاب الجامعة الإسلامية بغزة (رسالة ماجستير غير منشورة) . الجامعة الإسلامية ، غزة.
- المشاقبة ، محمد . (2008م) . مبادئ الإرشاد النفسي للمرشدين والاختصاصيين النفسيين . ط1 . السعودية : دار المناهج للنشر والتوزيع.
- نور الدين ، تاويريت و فتحى ، زقعار . (2013م) . دور التحفيز السمعي باستخدام الموسيقى في تخفيض الاكتئاب لدى مرضى الصرع . مجلة العلوم الإنسانية ، ع (30) ، 39-53.
- النجمة ، علاء الدين . (2008م) . مدى فعالية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية (رسالة ماجستير غير منشورة) . الجامعة الإسلامية ، غزة .
- الهندي ، مازن . (1995م) . الصرع . مجلة شهرية صادرة عن مركز البيان للثقافة والإعلام ، ع (8) ، 12-13 .

ثالثاً : المراجع الأجنبية:

- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594.
- Allwood, C.W., & Gagliano, C.A. (2000). *Handbook of psychiatry for primary care*. Oxford. Oxford university press. P 214-226
- Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159-168.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11-23.
- Anthony, W. A. (1991). Recovery from mental illness: The new vision of services researchers. *Innovations and Research*, 1(1), 13-14.
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 972-980.
- Advisory, S. A. M. H. S. A. (2006). *SAMHSA Issues Consensus Statement on Mental Health Recovery*. From www. samhsa. Gov.
- Allott, P., Loganathan, L., & Fulford, K. W. M. (2002). Discovering hope for recovery. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 21(2), 13-33.
- Anonymous (1989). How I've managed chronic mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 635-640.
- Amering, M., & Schmolke, M. (2009). *Recovery in mental health: reshaping scientific and clinical responsibilities* .(pp.16-17) : John Wiley & Sons.
- Allott, P. (2005) 'Recovery', in D. Sallah and M. Clark (eds) *Research and development in mental health: Theory, framework and models*, Oxford: Elsevier Science Ltd.
- Bannister, R. (1987) . *Clinical Neurology*. (6nd ed). University Press .
- Benbadis R & Heriaud L. (2003). *Understanding Seizures & Epilepsy* (p.p 7-8). University of South Florida. USA :College of medicine . From. <http://epilepsy.usf.edu>
- Byrne, M., & Onyett, S. (2010). *Teamwork within mental health services in Ireland a resource paper* . Dublin: Mental health commission.

- Bond, G. & Campbell, K. (2008). Evidenced-based practices for individuals with severe mental illness. *Journal of Rehabilitation*, 74(2), 33-44.
- Borg, M. & Davidson, L. (2008) . Recovery as lived in everyday life experience . *Journal of Mental Health* , 17 (2) , 129-141.
- Beck , A . (1976) . *Cognitive Therapy and the Emotional Disorder* . New York : Meridian Books .
- Baker, G. A., Smith, D. F., Dewey, M., Jacoby, A., & Chadwick, D. W. (1993). The initial development of a health-related quality of life model as an outcome measure in epilepsy. *Epilepsy Research*, 16(1), 65-81.
- Baker, G .A . (2002) . The psychosocial burden of epilepsy. *Epilepsia*, 43 (6) ,26–30.
- Buchanan, N. (2002). *Understanding epilepsy: what it is and how it can affect your life* (p.115) .Sydney. Australia: Simon & Schuster.
- Bishop, M. & Hermann, B. (2000) . *Impact of epilepsy on quality of life: a review* (p.117) . Amsterdam: Harwood Academic.
- Bracken, P., & Thomas, P. (2005). *Post psychiatry: Mental health in a postmodern world* (p.2) . Oxford University Press.
- Bakeer , B. (2013) . *The Impact of Deinstitutionalization of Mental Health Services on Recovery Process among Depressive Patients in Gaza Strip* (Unpublished Master Thesis) . university of Islamic, Gaza.
- Baker, C. J. (2009). *The Effects of Stress on Memory Functioning in Patients with Temporal Lobe Epilepsy* (Doctoral dissertation) . University of Cincinnati, America.
- Beck , A . (1995) . *Cognitive Therapies* (p230). New York : USA university press .
- Bailey, R. D. (1985). *Coping with stress in caring*. Oxford : Blackwell Scientific Publications.
- Culliford, L . (2005) . *Healing from Within: Spirituality and Mental Health* . London : Royal College of Psychiatrists .
- Cole, S.S., & Cole, T.M. (1999) . *Sexuality disability and reproductive issues through the lifespan* . (p.249) . (4th ed) . New York: Springer .
- Charles worth , E ., Nathan , R . (1988) . *stress management* . London : Gorgi Books.

- Callaghan , p & Crawford , p . (2009) . *evidence – base mental health nursing practice* . (1st ed) . oxford : oxford university press .
- Caller, T. A., Secore, K. L., Ferguson, R. J., Roth, R. M., Alexandre, F. P., Henegan, P. L., ... & Jobst, B. C. (2015). Design and feasibility of a memory intervention with focus on self- management for cognitive impairment in epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 44*, 192-194.
- Charles J. G ., James A. M., Jeffrey A. C ., William R. M ., Fred D. S . (1983) . *Clinical Neuropsychology: Interface with neurologic and psychiatric disorders*. New York : Grune & Stratton, Inc .
- Cuthbert, S. A. (2009). *Mental Health and Social Inclusion: Concepts and Measurements: Occasional Paper*. Mental Health Commission.
- Chan, A. S., Sze, S. L., Cheung, M. C., Lam, J. M., & Shi, D. (2009). Dejian mind-body intervention improves the functioning of a patient with chronic epilepsy: a case report. *Cases Journal, 2*(1), 1.
- Center, C. (2003). The President's New Freedom Commission on Mental Health: Transforming the Vision. In *Atlanta, GA: Report of the nineteenth annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy*.
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). *Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle?. Professional Psychology: Research and Practice, 36*(5), 480-487.
- Dirksen, Bucher, Margaret M., Heitkemper, Linda ., Sharon L. Lewis., Shannon Ruff . (2013). *Medical Surgical nursing Assessment and Management of clinical problems*. (9th ed).. (p. 470) . Canada: John Wiley & Sons
- Deegan, P.E . (1988) . Recovery: The lived experience of rehabilitation . *Psychosocial Rehabilitation Journal, 11*(1), 11-19.
- Davidson L. (2008). *Recovery: concepts and application*. Recovery Devon Group: UK.
- Dodrill, C. B., & Matthews, C. G. (1992). The role of neuropsychology in the assessment and treatment of persons with epilepsy. *American Psychologist, 47*(9), 1139.
- Dekker, P. A. (2002). *MD Epilepsy—A Manual to Medical & Clinical Officers in Africa. Revised*. World Health Organization, Geneva.

- Devinsky, O. (2001). Epilepsy (p.180) . *Patient and family guide by Orrin Devinsky.Paperback, revised.*
- Dyregrov, A. (2003). *Psychological debriefing: A leader's guide for small group crisis intervention* (p16) . Chevron Publishing.
- Deegan, P. E. (1988). *Recovery: The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal, 11(4), 11-19.*
- Daid, Shari Mc . (2013) . *Recovery ... what you should expect from a good quality mental health service* (pp9-12) .MHR – Recovery Paper , Ireland , Mental Health Reform.
- Del Vecchio, P. (2012) . SAMHSA’s Working Definition of Recovery Updated. *Substance Abuse and Mental Health Administration.* Retrieved July 6, 2016 , from: (<http://blog.samhsa.gov/definitionof-recovery-updated>).
- Del Vecchio, P. (2012). *SAMHSA’s Working Definition of Recovery Updated.Substance Abuse and Mental Health Administration.* Retrieved November 2 , 2015, from : (<http://blog.samhsa.gov/2012/03/23/definitionof-recovery-updated>).
- Davidson, L., & Strauss, J. S. (2011). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology, 65(2), 131-145.*
- Eadie, M. J. (2000). Epileptic seizures: neonates to geriatrics. *Current therapeutics, 41(8), 10.*
- Elliott, J. O., & Richardson, V. E. (2014). The biopsychosocial model and quality of life in persons with active epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 41, 55-65.*
- Ettinger A, B , and Kanner , A.M. (2001). *Psychiatric issues in epilepsy.* Phill : Lippincott Williams and Wilkins .
- Eltayef, A. (2014). *Epilepsy* . Retrieved July 10, 2016 from: (<http://www.linkedin.com>)
- Faulkner, A., & Layzell, S. (2000). *Strategies for living: a report of user-led research into people’s strategies for living with mental distress.* London: Mental Health Foundation.
- Falvo, D . (2005) . *Psychosocial and functional aspects of chronic illness and disability.* (p15). (3rd ed) . Sudbury, M.S: Jones and Bartlett.
- Fledderus , M., , Ernst T. B., Gerben J. W and Filip , S . (2010) . Mental Health Promotion as a New Goal in Public Mental Health Care: A Randomized

- Controlled Trial of an Intervention Enhancing Psychological Flexibility .
American Journal of Public Health , 100, (12) , 2372-2372 .
- Fonseca , L., Magri, F & Mendes, P . (2013) . Spiritual/religious coping in patients with epilepsy: Relationship with socio demographic and clinical aspects and quality of life .*Epilepsy & Behavior* , 28 (3) , 386–390 .
- Forrest, Susanne & Mathieson, Alex . (2011, May 5) . *Welcome to the Ten Essential Shared Capabilities (10 ESCs) Learning Resource . (Scotland) 2011 version* , (p 22) . Retrieved November 30 , 2015, , from: (www.nes.scot.nhs.uk) .
- Frizzell , Claire K , Connolly , A , Beavis , Erin , aawson , John A & Bye , Ann ME . (2011) . Personalised epilepsy education intervention for adolescents and impact on knowledge acquisition and psychosocial function . *Journal of Paediatrics and Child Health* , 47 (5),_ 271–275.
- Ferguson , C ., Valizadeh , L ., Barzegar , M ., Akbarbegloo , M ., Zamanzadeh , V & , Rahiminia , E . (2013) . The relationship between psychosocial care and attitudes toward illness in adolescents with epilepsy . *Epilepsy & Behavior* , 27 (1), 267-271.
- General, U. S. (1999). Mental health: A report of the surgeon general. Rockville (p1). MD: US Department of Health and Human Services. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.*
- Graham, p. (1998). *Cognitive – Behavioral Therapy for children and families* (p.p 1-17). London: Cambridge university press.
- Gummit, R.J. (1997) . *Living well with epilepsy* (p117). (2nd ed). New York: Demos Vermande
- Giovagnoli, A. R., Meneses, R. F., & da Silva, A. M. (2006). The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy & Behavior* , 9(1), 133-139.
- Ghaith, M . (2013) . *Anxiety and stigma among epileptic patients in Gaza strip* (Unpublished Master Thesis). University of Islamic, Gaza.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Asolaga, T. S. J. S., & Breier, A . (1987) . The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry* , 144, 718-726 .

- Harrison, V. (1984). *A biologist's view of pain, suffering and marginal life*. The deprived, the disabled and the fullness of life. Delaware: Michael Glazier.
- Holmes, G. L. (1997). Classification of seizures and the epilepsies. In Schachter, S. C. & Schomer, D. L. (Eds.), *the comprehensive evaluation and treatment of Epilepsy: A practical guide* (pp. 1-36). San Diego, CA: Academic Press.
- Hosseini, N., Mokhtari, S., Momeni, E., Vossoughi, M., & Barekatian, M. (2016). Effect of motivational interviewing on quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 55, 70-74.
- Hills, M. D. (2007). The psychological and social impact of epilepsy. *Neurology Asia*, 12(1), 10-12.
- Hummelvoll, J. K., Karlsson, B., & Borg, M. (2015). Recovery and person-centredness in mental health services: roots of the concepts and implications for practice. *International Practice Development Journal*, 5 (7) , 3.
- Hogan, M. F. (2003). *New Freedom Commission report: the President's New Freedom Commission: recommendations to transform mental health care in America*. Psychiatric Services.
- Houghton, J. F. (1982). Maintaining mental health in a turbulent world. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 548–552.
- Hummelvoll, J.K. (2012) . *Helt – ikke Stykkevis og Delt. Psykiatrisk Sykepleie og Psykisk Helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ismail H., Wright J., Rhodes P., Small N . (2005). Religious beliefs about causes and treatment of epilepsy . *British Journal of General Practice* , 55 (510) , 26–31 .
- Johnson, Martin., Gordon, Belinda Brooks., Gelsthorpe ,Loraine & Bainham ,Andrew . (2004). *sexuality repositioned diversity and the Law*. (1st ed). (p401). Cambridge Socio-legal- group: HART Publishing.
- Jacob, K. S. (2015). *Recovery model of mental illness: A complementary approach to psychiatric care*. *Indian journal of psychological medicine*, 37(2), 117.
- Jacobson, N., & Curtis, L. (2000) Recovery as a policy in mental health services: Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 333-341.

- Jackson CF, Makin SM, Baker GA . (2015) . *Neuropsychological and psychological interventions for people with newly diagnosed epilepsy*. (7ed) . Liverpool : The Cochrane Library .
- Jantzen S, Müller-Godeffroy E., Hallfahrt-Krisl T., Aksu F., Püst B., Kohl B., Redlich A., Sperner J., Thyen U .,et al . (2009) . FLIP&FLAP—A training programme for children and adolescents with epilepsy, and their parents. *Seizure-European Journal of epilepsy* ,18 (7),478–486.
- Janzsky, J., Schulz, R., & Ebner, A. (2004). Simple partial seizures (isolated auras) in medial temporal lobe epilepsy. *Seizure*, 13(4), 247-249.
- Elkhaldi , A. (2013) . *The Impact of Family Support on Recovery of Depressed Patients in Gaza Governorates* (Unpublished Master Thesis) . university of Islamic, Gaza.
- Kotagal, P., Rothner, A. D., Erenberg, G., Cruse, R. P., & Wyllie, E. (1987). Complex partial seizures of childhood onset: a five-year follow-up study. *Archives of Neurology*, 44(11), 1177-1180.
- Liewellyn, S. P., & Murphy, D. J. (Eds.). (2014). *What is Clinical Psychology?* (p.216) . USA: Oxford University Press.
- Lloyd C, Waghorn G & Williams PL. (2008) . Conceptualising recovery in mental health rehabilitation . *British Journal of Occupational Therapy* , 71(8), 321-328.
- Lieberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2005). *RECOVERY from Schizophrenia How is it Defined and How is it Achieved?*. Retrieved November 12, 2015, from (www.jhsph.edu)
- Lieberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric Services*, 56(6).
- Lesser, J. G., & Cooper, M. G. (2001). *Clinical social work practice: An integrated approach*. Allyn & Bacon.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 197-200.
- Masood, S., & Rafique, R. (2012). NEUROPSYCHOLOGICAL FUNCTIONS IN EPILEPSY PATIENTS. *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 24(2).
- McKee, M. (2009). *Together into the future: A transformed mental health system for New Brunswick*. (p.14). New Brunswick Health and Wellness.

- Martinović , Ž., Simonović , P & Djokić , R . (2006) . Preventing depression in adolescents with epilepsy. *original Research Article Epilepsy & Behavior* , 9(4) , 619–624 .
- Meléndez , D. C., Melo, I.E. , A. Herrera ., Juárez, J , M & Bermúdez , R . (2012) . Cognitive-behavioral therapy for depression in patients with temporal lobe epilepsy: A pilot study . *Epilepsy & Behavior* , 23, (1) , 52–56.
- McCusker, C. G., & Hicks, E. M. (1999). Psychological management of intractable seizures in an adolescent with a learning disability. *Seizure*, 8(6), 358-360.
- Mitchell, J. T., & Everly, G. S. (1998). *Critical incident stress management: The basic course workbook* (p.6). Ellicott City, MD: International Critical Incident Stress Foundation.
- Moshe, S.L & Pedley, T.A . (1997). *Diagnostic evaluation*. In: *Epilepsy – A Comprehensive Textbook*. (p.802) . Philadelphia : Lippincott-Raven Publishers.
- Mueser, K., Corrigan, P., Hilton, D., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S., Tarrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S., Herz, M. (2004). *Illness management and recovery: A review of the research*. *Focus*, 11(1), 34-47.
- Michael J. Mahoney. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. Basic Books.
- Michel, F. (2008). *Assert yourself. Module (7): How to Deal Assertively with Criticism* (p.87). Perth, Western Australia: Centre for Clinical Interventions.
- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The illness management and recovery program: Rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia bulletin*, 32(1), S32-S43.
- McDermott, B. (1990). Transforming depression. *The Journal*, 1(4), 13–14.
- Mental Health Commission. (2009). *Mental health and social inclusion concepts and measurements* (p.8) . Wellington: Mental Health Commission.
- O'Donohoe, N.V. (1994). *Epilepsies of childhood*: Butterworth Heinemann. P 9.
- Onken, S.J., Dumont, J.M., Ridgway, P., Dornan, D.H. and Ralph, R.O. (2002) *Mental health recovery: What helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators*, Alexandria, VA: NTAC (National Technical Assistance Center). From: (www.nasmhpd.org/general_files/publications/ntac_pubs/reports/MHSIPReport.pdf)

- Olley , B.O., Osinowo , HO & Brieger , WR . (2001) . Psycho-educational therapy among Nigerian adult patients with epilepsy: a controlled outcome study. *Patient Education and Counseling Journal*, 42(1) ,25–33
- Otoom, S., Al-Jishi, A., Montgomery, A., Ghwanmeh, M., & Atoum, A. (2007). Death anxiety in patients with epilepsy. *Seizure*, 16(2), 142-146.
- Perucca, E . (2005) . An Introduction to Antiepileptic drugs . *Epilepsia* , 46 (4) , 31-37.
- Porth, C.M . (2002) . *Pathophysiology: Concepts of altered health states* . (pp.218-219) . (6th ed). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins .
- Perrine, K., Congett, S. (1994) . Neurobehavioral problems in epilepsy. *Neurol. Clin.*, 12(1): 129-152.
- Pramuka , M., Hendrickson, R., Zinski, A., Van Cott, A . (2007) . A psychosocial self-management program for epilepsy: A randomized pilot study in adults . *Epilepsy & Behavior* , 11 (4) , 533–545 .
- Poochikian-Sarkissian, S., Wennberg, R. A., Sidani, S., & Devins, G. M. (2007). Quality of life in epilepsy. *Can J Neurosci Nurs*, 29(1), 20-25.
- Purpose, A. C. (2007). *Recovery in Future Mental Health Services*. Joint position paper 08, Care Service Improvement Partnership, Royal College of Psychiatrists, and the Social Care Institute for Excellence. London. Social Care Institute for Excellence.
- Roberts, G., & Wolfson, P. (2006). *New directions in rehabilitation: learning from the recovery movement. Enabling recovery*.(pp.18-37) The principles and practice of rehabilitation psychiatry. London: Gaskell .
- Ralph, R. O., & Corrigan, P. W. (2005). *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness*. American Psychological Association.
- Ress, Linford . (1988) . *Anew Short Tex Book of Psychiatry* . Linford Ress .
- Repper, J. and Perkins, R . (2003) . *Social Inclusion and Recovery* (pp87-88). London: Ballière Tindall
- Ralph, R. O. (2000). Review of recovery literature (p.8) . *A synthesis of a sample of the recovery literature. Prepared for the National Technical Assistance Center*

for State Mental Health Planning and the National Association of State Mental Health Program Directors. Alexandria, VA.

- Rosemary, A. (1995). *Relaxation techniques: A practical handbook for the health care professional* (p.11). New York: Churchill Livingstone.
- Rose, S., & Tehrani, N. (2002). *History, methods and development of psychological debriefing. Psychological debriefing: Professional practice board working party*, (pp2-7).
- Radford, K., Lah, S., Thayer, Z., & Miller, L. A. (2011). Effective group-based memory training for patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 22(2), 272-278.
- Robinson, E., DiIorio, C., DePadilla, L., McCarty, F., Yeager, K., Henry, T & Shafer, P. (2008). Psychosocial predictors of lifestyle management in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 13(3), 523-528.
- Repper, J., & Perkins, R. (2003). *Social inclusion and recovery: A model for mental health practice*. Baillière Tindall.
- Roulet-Perez, E., Davidoff, V., Mayor-Dubois, C., Maeder-Ingvar, M., Seeck, M., Ruffieux, C., ... & Deonna, T. (2010). Impact of severe epilepsy on development: recovery potential after successful early epilepsy surgery. *Epilepsia*, 51(7), 1266-1276.
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Salyers, M., & Kravetz, S. (2009). A one year follow-up of illness management and recovery: Participants' accounts of its impact and uniqueness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(4), 285-291.
- Spaniol, L. (1991). Editorial. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14(4), 1
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2006). *Illness management and recovery implementation resource kit*. Retrieved February 6, 2015, from: (http://www.dhs.state.mn.us/main/groups/disabilities/documents/pub/dhs16_138938.pdf).
- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Making recovery a reality* (pp. 1-3). London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Smith, J. C. (1993). *Understanding stress and coping* (p.236). Macmillan Publishing Co, Inc.
- Schulz, J., Beicher, A., Mayer, G., Oertel, W. H., Knake, S., Rosenow, F., & Strzelczyk, A. (2013). Counseling and social work for persons with epilepsy:

- observational study on demand and issues in Hessen, Germany. *Epilepsy & Behavior*, 28(3), 358-362.
- Sullivan, W. P. (1994). A long and winding road: The process of recovery from severe mental illness. *Innovations and research*, 3(3), 19-27.
- Schrank, B., & Slade, M . (2007). Recovery in psychiatry. *The Psychiatrist*,31(9), 321-325.
- Schröder, J., Brückner, K., Fischer, A., Lindenau, M., Köther, U., Vettorazzi, E., & Moritz, S. (2014). Efficacy of a psychological online intervention for depression in people with epilepsy: a randomized controlled trial. *Epilepsia*,55(12), 2069-2076.
- Sullivan, W.P. (1997). A long and winding road: The process of recovery from severe mental illness. In L. Spaniol, C. Gagne and M. Koehler (Ed.),*Psychological and social aspects of psychiatric disability* (pp. 14-24). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Sadat , Sama & Tangestani , Yalda . (2015) . The effectiveness of mindfulness training on psychological health in patients with temporal lobe epilepsy. *Journal of Novel Applied Sciences*, 4 (9) , 923-927.
- Seethalakshmi A1, Shankar V2, Rebecca samson3 (2015) : Effectiveness of an Epilepsy Education Programme on the SelfManagement among Patients with Epilepsy , *Journal of Nursing and Health Science* . 4 (5) , 35-41.
- Sahar, N. U. (2012). Assessment of psychological distress in epilepsy: Perspective from Pakistan. *Epilepsy research and treatment*, 2012 , 9.
- Smeltzer· & Bare· Brenda. (2004). *Textbook of medical – Surgical nursing*. (10th ed) (p.5). New York: USA.
- Smith, G. (2012). *Psychological Interventions in Mental Health Nursing*. McGraw-Hill Education (UK).
- Sawangchareon, K., Pranboon, S., Tiamkao, S., & Sawanyawisuth, K. (2013). Moving the self-esteem of people with epilepsy by supportive group: a clinical trial. *Journal of caring sciences*, 2(4), 329.
- Simon , Harvey . (2004) . *Epilepsy*. Chief , Associate Professor of Medicine . Harverd Medical School : Physician Massachusetts General Hospital .

- Sundeen., S. J. (2009). *Recovery and psychiatric rehabilitation In G. Stuart (Eds.). Principles and practices of psychiatric nursing* (9th ed). (p.199) St. Louis, MI: Mosby Elsevier.
- Al Sheikh Ali, H . (2013): *Effectiveness of Wellness Recovery Action Plan (WRAP) on Schizophrenic patients in Gaza strip* (Unpublished Master Thesis). University of Islamic, Gaza .
- Abu Shawish , M . (2012) . *Effect of Training Program Based on Wellness Recovery Action Plan on Knowledge and Attitude of Psychosocial Workers toward Recovery Process* (Unpublished Master Thesis). University of Islamic , Gaza .
- Abu Sheer, A. (2012): *Depression among Epileptic patients in governmental community mental health center in Gaza strip* (Unpublished Master Thesis). University of Islamic, Gaza .
- Turner-Crowson J. and Wallcraft, J. (2002) . ‘The recovery vision for mental health services and research: a British perspective’. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3) , 245-54.
- Timms, P. (2010). *Spirituality and Mental Health*. London: The Royal College of Psychiatrists Spirituality and Psychiatry Special Interest Group.
- Thapar, A., Kerr, M., & Harold, G. (2009). Stress, anxiety, depression, and epilepsy: investigating the relationship between psychological factors and seizures. *Epilepsy & Behavior*, 14(1), 134-140.
- Tuttle, T. L. (2004). *Hope, Attitude, and Recovery from Schizophrenia* , . Retrieved February 16, 2016,from: (Scholar.lib.vt.edu) .
- Thoreson , A . (2012) . *The Outcomes of Illness Management and Recovery on Severe Mental Illness: A Client’s Perspective* (Unpublished Master Thesis). Catherine University . USA .
- Unzicker, R . (1989). On my own: A personal journey through madness & re-emergence. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(1), 71–77.
- US department of health and human services (2004): *National consensus conference statement on mental health recovery*, by US department of health and human services substance abuse and mental health administration, 1-2
- U.S. Surgeon General. *Mental health: A report of the Surgeon General*. (1999). Washington, DC: Department of Health and Human Services.

- Wooldridge MP, Hon Mary. (2011) . Framework for recovery-oriented practice . (p. 2), Retrieved May 16, 2016,from: ([www.health.vic.gov.au/mental health](http://www.health.vic.gov.au/mental%20health)).
- Whitman, S., Dell, J., Legion, V., Eibhlyn, A., & Statsinger, J. (1990). Progressive relaxation for seizure reduction. *Journal of Epilepsy*, 3(1), 17-22.
- Wagner, J. L., Smith, G., Ferguson, P., van Bakergem, K., & Hrisko, S. (2010). Pilot study of an integrated cognitive-behavioral and self-management intervention for youth with epilepsy and caregivers: Coping Openly and Personally with Epilepsy (COPE). *Epilepsy & Behavior*, 18(3), 280-285.
- Wijnen, B., Leenen, L. A. M., de Kinderen, R. J. A., Majoie, M. H., van Heugten, C. M., & Evers, S. M. (2014). (Cost-) Effectiveness of A Multi-Component Intervention for Adults With Epilepsy: Study Protocol of A Dutch Randomized Controlled Trial. *Value in Health*, 17(7), A582-A583.
- Weisaeth, L. (2000). *Briefing and debriefing: Group psychological interventions in acute stressor situations* (pp43-57). Psychological debriefing: Theory, practice and evidence.
- Wright, B. (1983). *Physical disability—A psychosocial approach*. New York: Harper & Row.
- Wolraich . M.1. (1984) . *Seizure Disorder* . In J.A. Blackman (ED) . *Medical Aspects Of Developmental Disabilities in Children Birth To Three* . (1sted) . Rockville. MD: Aspen .
- Yoo, H., & Kim, H. S. (2015). Development and Evaluation of the Empowering A Self-Efficacy (EASE) Program for Children with Epilepsy. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 45(1), 54-63.

الملاحق

الملاحق

ملحق رقم (1)

مقياس الاستشفاء في صورته الأولى

سعادة السيدة/..... حفظها الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد ،،،

يشرفني الاستعانة برأيكم في تحكيم مقياس الاستشفاء لدى مرضى الصرع وذلك ضمن بحث أعده لنيل درجة الماجستير من كلية التربية في قسم علم النفس / الصحة النفسية والمجتمعية بالجامعة الإسلامية بعنوان "فاعلية برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع" وإني أضع بين يدي سعادتك اختبار مكون من 66 فقرة موزعة على ستة أبعاد

1- الأمل. 2. الإرادة والعزيمة.

3. الأمن والطمأنينة. 4. التوجه الإيجابي

5. الكفاءة الذاتية 6. الشعور بالقيمة

وإني أرجو من سعادتك التكرم بالإطلاع على فقرات المقياس وإبداء الرأي في مدى ملائمته لقياس الاستشفاء لدى مرضى الصرع من حيث:-

1. مدى مناسبة أسئلة المقياس للهدف الذي وضع المقياس من أجله.

2. مدى ملائمة صياغة عبارات المقياس للأحداث الجانحين.

3. مدى مناسبة عدد الأسئلة.

4. مدى ملائمة التعليمات الخاصة بالمقياس

5. مدى ملائمة البدائل وتعديل ما ترونه مناسباً.

6. المدة اللازمة للإجابة على المقياس وقدرة الحدث على التركيز طوال هذه الفترة.

وجزاكم الله خير الجزاء وجعلكم دوماً ذخراً للعلم وطلابه.

مقياس الاستشفاء

إرشادات هامة

أخي الفاضل:

بين يديك عددا من العبارات التي تتعلق بتصرفاتك اليومية، من الممكن أن تنطبق عليك أولا تنطبق عليك اقرأ كل جملة بعناية ثم إختتر أكثر إجابة تنطبق عليك من الإجابات المبينة، لا تترك أي عبارة، أجب عليها جميعا. كل عبارة أمامها ثلاثة خيارات (كثيرا - أحيانا - قليلا)

المطلوب منك وضع إشارة (X) أمام الخانة التي تنطبق عليك مثل

- 1- إذا كانت العبارة تنطبق عليك غالبا ضع إشارة تحت كثيرا
- 2- إذا كانت العبارة تنطبق عليك بعض منها ضع إشارة تحت أحيانا
- 3- إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك ضع إشارة تحت قليلا

ملاحظات هامة:

- 4- كن مطمئنا تماما، المعلومات لن يطلع عليها سوى الباحث
- 5- لا تعطي أكثر من خيار للعبارة الواحدة
- 6- أجب عن كل العبارات الواردة
- 7- المعلومات لأغراض البحث العلمي.

أخي الفاضل:

إليك هذا المثال المحلول ليساعدك في الإجابة على الفقرات اللاحقة

الرقم	العبارة	كثيرا	أحيانا	قليلا
1.	اضحك من النكت التي قد تخرج عن حدود اللياقة	-1		
2.	اشعر برغبة في السب		-2	
3.	أفضل الفوز على الهزيمة في اللعب			-3

الباحث/ إياد رياض أبو دلال

الرقم	العبارة	كثيرا	أحيانا	قليلا
البعد الأول/ الأمل .				
1.	أمل أن أعمل بجد من أجل الوصول لعملية الإستشفاء .			
2.	على الرغم من وجود أيام صعبة، ولكن الأمور تتحسن			
3.	أطلب المساعدة من الآخرين عندما تسوء حالتي النفسية			
4.	أتمنى مواجهة الصعاب من اجل الوصول في عملية الاستشفاء			
5.	أنا أثق بنفسي			
6.	هناك أشخاص داعمين لي يساندونني عندما لأكون قادر على العناية بنفسي			
البعد الثاني/ الإرادة والعزيمة.				
الرقم	كثيرا	أحيانا	قليلا	
7				لدي القدرة للتحكم بمشاكلي النفسية.
8				أنا أسيطر على امور حياتي
9				أنا إجتماعي ولدي القدرة على كسب الاصدقاء
10				كل يوم يمر يعتبر فرصة جديدة للتعلم
11				مازلت أتكيف واتغير بشكل إيجابي على الرغم من مشاكلي النفسية
12				هناك بعض المصادر الخارجية تعطيني معنى لحياتي .
13				التمسك بالدين يكسبني صلابة وقوة
14				يمكن أن يحدث الاستشفاء حتى ولو بقية الأعراض
15				انا قادر على تحقيق هدفي الذي أسعى اليه
16				أصبحت الأعراض لاتشكل حيز كبير من تفكيري
17				أصبحت الاعراض تؤثر بشكل أقل على حياتي
18				بإستطاعتي التحكم بالتوتر والضغوطات
19				لا أشعر أن مسار حياتي خارجة عن السيطرة
20				مشكلتي لا تعيقني عن تحقيق طموحاتي
البعد الثالث/الشعور بالقيمة:				
الرقم	كثيرا	أحيانا	قليلا	
21				على الرغم من أنه لازال لدي مشاكل نفسية، لكنني أقدر نفسي كشخص ذي قيمة
22				أستطيع فهم نفسي ولدي إحساس جيد بمن أكون
23				أتناول وجبات مغذية ومفيدة كل يوم
24				أخرج من البيت وأمارس بعض النشاطات الممتعة كل أسبوع
25				كسب الناس ومعرفتهم ذو قيمة عندي
26				أشعر بالرضى عند بلوغ أهدافي

الرقم	البعد الرابع/ الأمن والطمأنينة:	كثيرا	أحيانا	قليلا
27	أشعر بأني مرتاح مع استخدامي للعلاج الموصوف.			
28	أنا أشعر بشكل جيد			
29	الطريقة التي أفكر بها عن الأشياء من حولي تساعدني في تحقيق أهدافي			
30	حياتي جميلة وطبيعية			
31	أشعر بأمان مع نفسي			
32	الصلاة وقراءة القرآن مصدر إلهامي			
33	تديني جزء مهم في حياتي			
34	أستمتع بحياة العمل والانجاز			
الرقم	البعد الخامس/التوجه الإيجابي	كثيرا	أحيانا	قليلا
35	أحافظ على توجهات إيجابية للأسابيع المقبلة في وقت ما.			
36	جودتي في الحياة ستكون أفضل في المستقبل			
37	كل يوم أستيقظ فيه من النوم أفعل شيئا إيجابيا			
38	نظرتي إيجابية نحو تحقيق أهدافي			
39	عندما تسوء حالتي معتقداتي الدينية وإيماني تجعلاني أشعر بشكل أفضل			
40	أحب مساعدة الناس الآخرين			
41	لدي الرغبة بالنجاح			
42	عملية الاستشفاء تعني لي أكثر مرحلة نجاح في حياتي			
43	أعرف أشخاص قد تعافوا من هذا المرض			
44	أطلب المساعدة متى احتاج إليها			
45	أنا مرتاح وسعيد بطلبي للمساعدة			
46	الخوف ليس عائق لي من بلوغ أهدافي			
47	أشعر بأن الحياة رحلة جميلة			
48	لدي خطة واضحة لمستقبلي			
49	أشعر بالتفاؤل لمستقبل حياتي			
الرقم	البعد السادس/الكفاءة الذاتية	كثيرا	أحيانا	قليلا
50	إيماني ومعتقداتي الدينية تدعمان عملية الاستشفاء			
51	أدافع عن حقوقي الشخصية وحقوق الأشخاص الآخرين الذين لديهم مشاكل نفسية			
52	أشارك وأعمل نشاطات أخرى تتفني وتتفح العالم من حولي			
53	أتعامل بكفاءة وفاعلية مع وصمة المرض			
54	لدي مال كاف لكي أنفقه على أشياء أخرى إضافية ونشاطات في حياتي			

			اتحلى بالصبر مع نفسي والآخرين	55
			بإمكاني السيطرة على الاعراض إن شعرت بها	56
			أشعر بالمسؤولية على مدى تحسني	57
			مازلت لدية بعض الاعراض استطيع التعامل معها	58
			عندي المقدرة على معرفة العوامل التي تثيرني او تظهر لدي المشكلة	59
			أعرف مالذي يمكنني أن أقوم به لأكون بأحسن حال	60
			انا قادر على مساعدة نفسي للبقاء بأفضل حال	61
			اعلم ماهي الوسائل التي يمكنها أن تساعدني في الدخول في عملية الاستشفاء	62
			اعتمد على نفسي في إدارة شئون حياتي	63
			أثق بنفسي وبقدراتي عند قيامي بأي عمل	64
			أخطط لحياتي بواقعية	65
			أضع لنفسي أهدافا واضحة	66

ملحق رقم (2)

أسماء السادة المحكمين لمقياس الاستشفاء

الاسم	جهة العمل
د. أسامة حمدونة	جامعة الأزهر
د. عاطف الأغا	الجامعة الإسلامية
د. أنور العبادسة	الجامعة الإسلامية
د. جميل الطهراوى	الجامعة الإسلامية
د. يوسف الجيش	الجامعة الإسلامية

ملحق رقم (3)

مقياس الإستشفاء في صورته النهائية

سعادة السيد/ة حفظها الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد،

يشرفني الاستعانة برأيكم في تحكيم مقياس الاستشفاء لدى مرضى الصرع وذلك ضمن بحث أعده لنيل درجة الماجستير من كلية التربية في قسم علم النفس / الصحة النفسية والمجتمعية بالجامعة الإسلامية بعنوان "فاعلية برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع" وإني أضع بين يدي سعادتكم اختبار مكون من 69 فقرة موزعة على بعدين

1- الأمل والطمأنينة. 2. الكفاءة الذاتية.

وإني أرجو من سعادتكم التكرم بالإطلاع على فقرات المقياس وإبداء الرأي في مدى ملائمته لقياس الاستشفاء لدى مرضى الصرع من حيث: -

1. مدى مناسبة أسئلة المقياس للهدف الذي وضع المقياس من أجله.
2. مدى ملائمة صياغة عبارات المقياس لمرضى الصرع.
3. مدى مناسبة عدد الأسئلة.
4. مدى ملائمة التعليمات الخاصة بالمقياس
5. مدى ملائمة البدائل وتعديل ما ترونه مناسباً.
6. المدة اللازمة للإجابة على المقياس وقدرة الحدث على التركيز طوال هذه الفترة.

وجزاكم الله خير الجزاء وجعلكم دوماً ذخراً للعلم وطلابيه.

الباحث/ إياد رياض أبو دلال

مفاهيم الأبعاد:

الأمل: هو أمر معنوي وليس أمراً مادياً، فهو عبارة عن شعور أو عاطفة تجعل الإنسان متفائلاً وإيجابياً اتجاه الحياة ومن فيها، مما يجعله قادراً على التعامل والتكيف مع كل ما يحيط به بالشكل التفاعلي والمجدي ويبعده عن الشعور بالوحدة والعزلة، وهو ما يجعل الإنسان يرجو حدوث أمور إيجابية في حياته بالرغم من كل ما مر به من سلبيات وصعوبات، ويجعله يرفض المستحيل ويعمل على تحقيق ما يطمح له.

، وهو شعور عاطفي يتفاعل به الإنسان ويرجو فيه نتائج إيجابية لحوادث الدهر أو تقلباته حتى وإن كانت تلك النتائج الإيجابية صعبة أو مستحيلة الحدوث.

الطمأنينة: هي الثقة وعدم القلق وطمأنينة النفس وراحتها وسكونها وثباتها وزيادة سكون القلب وذلك بحصول العلم اليقين الناشئ عن الرؤية، فالخليل إبراهيم عليه السلام مؤمن بالله، ولا يريد أن يرى ليؤمن، بل ليزداد يقينا ويسكن فكره وخاطره بذلك اليقين، فلا يحتاج إلى معاودة الاستدلال ودفع الشبهة عن القلب. والطمأنينة أقوى من الأمن، يتضح ذلك في وصف القرية بأنها {كَانَتْ أَمِنَةً مُطْمَئِنَّةً}.

الكفاءة الذاتية: هي عبارة عن معتقدات الفرد في قدرته على ممارسة التحكم في الأحداث التي تؤثر على حياته وهي لا تهتم فقط بالمهارات التي يمتلكها الفرد، وإنما بما يستطيع الفرد عمله بالمهارات التي يمتلكها وهي تظهر من خلال الإدراك المعرفي للقدرات الشخصية والخبرات المتعددة، سواء المباشرة أو غير المباشرة .

مقياس الاستشفاء

إرشادات هامة

أخي الفاضل:

بين يديك عددا من العبارات التي تتعلق بتصرفاتك اليومية، من الممكن أن تنطبق عليك، أولا تنطبق عليك إقرأ كل جملة بعناية ثم إختتر أكثر إجابة تنطبق عليك من الإجابات المبينة، لا تترك أي عبارة، أجب عليها جميعا. كل عبارة أمامها ثلاثة خيارات (كثيرا - أحيانا - قليلا)

المطلوب منك وضع إشارة (X) أمام الخانة التي تنطبق عليك مثل

2- إذا كانت العبارة تنطبق عليك غالبا ضع إشارة تحت كثيرا

3- إذا كانت العبارة تنطبق عليك بعض منها ضع إشارة تحت أحيانا

4- إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك ضع إشارة تحت قليلا

ملاحظات هامة: -

5- كن مطمئنا تماما، المعلومات لن يطلع عليها سوى الباحث

6- لا تعطي أكثر من خيار للعبارة الواحدة

7- أجب عن كل العبارات الواردة

8- المعلومات لأغراض البحث العلمي.

أخي الفاضل:

إليك هذا المثال المحلول ليساعدك في الإجابة على الفقرات اللاحقة

الرقم	العبارة	كثيرا	أحيانا	قليلا
1.	اضحك أحيانا من النكت التي قد تخرج عن حدود اللياقة	-9		
2.	اشعر أحيانا برغبة في السب		-10	
3.	أفضل الفوز على الهزيمة في اللعب			-11

تعريف الاستشفاء: هو عملية تغيير مستمرة وآلية فاعلة في مواجهة التحديات والعقبات الحياتية الصعبة والسيئة تتم من قبل المريض أو من خلال مساعدته من قبل الأخصائيين والتي من خلالها يحدث التكيف مع المرض والمساهمة في المجتمع بالرغم من المشكلات الناتجة عن المرض وهو لا يعنى بالضرورة غياب المرض.

المقياس:

الرقم	العبارة	كثيرا	أحيانا	قليلا
	البعد الأول/ الأمل والطمأنينة .			
1.	واثق من الوصول الى الاستشفاء.			
2.	على الرغم من وجود أيام صعبة، ولكن الأمور تتحسن .			
3.	كل يوم يمر يعتبر فرصة جديدة للتعلم .			
4.	هناك بعض المصادر الخارجية تعطيني معنى لحياتي .			
5.	التمسك بالدين يكسبني صلابة وقوة .			
6.	هناك أشخاص داعمين لي يساندونني بتجاوز مشكلتي .			
7.	يمكن أن يحدث الاستشفاء حتى ولو بقيت الأعراض .			
8.	أشعر بالرضى عند بلوغ أهدافي .			
9.	أشعر بأني مرتاح مع استخدامي للعلاج الموصوف.			
10.	حياتي جميلة وطبيعية .			
11.	أشعر بأمان مع نفسي .			
12.	أعتقد بأن حياتي ستكون أفضل في المستقبل .			
13.	نظرتي إيجابية نحو تحقيق أهدافي .			
14.	لدي الرغبة بالنجاح .			
15.	أنا مرتاح وسعيد بطلبي للمساعدة .			
16.	الخوف ليس عائقا لى أمام بلوغ أهدافي.			
17.	أشعر بأن الحياة رحلة جميلة .			
18.	أشعر بالتفاؤل لمستقبل حياتي .			
19.	نجاحي يشعرنى بالسعادة والرضا .			
20.	أنا أصبحت أفضل من الأول.			
21.	لدى هدف في الحياة.			
22.	أستطيع طمأنة نفسي في حالة مواجهة المواقف الصعبة .			
23.	لدى خطة واضحة لمستقبلي.			
	البعد الثاني/ الكفاءة الذاتية.	كثيرا	أحيانا	قليلا
24.	أنا قادر على تجاوز آثار مرضي.			
25.	لدى القدرة للتحكم بمشاكلي النفسية والجسدية .			
26.	أنا أسيطر على أمور حياتي .			
27.	ما زلت أتكيف واتغير بشكل إيجابي على الرغم من مشاكلي النفسية.			

28.	ما زلت أتكيف واتغير بشكل إيجابي على الرغم من مشاكل النفسية
29.	انا قادر على تحقيق هدفي الذي أسعى اليه .
30.	الأعراض لا تشكل حيزا كبيرا من تفكيري .
31.	باستطاعتي التحكم بالتوتر والضغوطات .
32.	مسار حياتي تحت سيطرتي .
33.	مشكلتي لا تعيقني عن تحقيق طموحاتي.
34.	أقدر نفسي كشخص ذي قيمة.
35.	أستطيع فهم نفسي ولدي إحساس جيد بمن أكون.
36.	أخرج من البيت وأمارس بعض النشاطات الممتعة كل أسبوع.
37.	الطريقة التي أفكر بها عن الاشياء من حولي تساعدني في تحقيق أهدافي.
38.	أستمتع بحياة العمل والانجاز.
39.	كل يوم أستيقظ فيه من النوم أفعل شيئا إيجابيا.
40.	أحب مساعدة الناس الآخرين.
41.	أستطيع أن أدافع عن حقوقي الشخصية وحقوق الآخرين.
42.	أشارك بالأعمال والأنشطة التي تتفنى وتتفنى العالم من حولي .
43.	أتعامل بفاعلية وإيجابية اتجاه وصمة المرض.
44.	اتحلى بالصبر مع نفسي والآخرين.
45.	بإمكاني السيطرة على الاعراض إن شعرت بها.
46.	أشعر بالمسؤولية على مدى تحسني.
47.	مازلت لدية بعض الاعراض أستطيع التعامل معها.
48.	عندي المقدرة على معرفة العوامل التي تثيرني او تظهر لدي المشكلة.
49.	أعرف ما الذي يمكنني أن أقوم به لأكون بأحسن حال.
50.	انا قادر على مساعدة نفسي للبقاء بأفضل حال.
51.	اعلم ماهي الوسائل التي يمكنها أن تساعدني في الدخول في عملية الاستشفاء.
52.	اعتمد على نفسي في إدارة شؤون حياتي.
53.	أثق بنفسي وبقدراتي عند قيامي بأي عمل.
54.	أخطط لحياتي بواقعية.

			أضع لنفسى أهدافا واضحة.	55.
			إذا ما بذلت من الجهد ، فإنى سأنجح في حل المشكلات الصعبة.	56.
			من السهل على تحقيق أهدافى و نوايى.	57.
			أعتقد بأنى قادر على التعامل مع الأحداث حتى لو كانت مفاجئة لى.	58.
			أتعامل مع المواقف والأحداث الصعبة بهدوء.	59.
			أمتلك أفكارا متنوعة حول كيفية التعامل مع المشكلات التي تواجهنى.	60.
			أجد حلا لكل مشكلة تواجهنى.	61.
			أصرف بعقلانية في المواقف المزعجة.	62.
			أشعر أننى قادر على التعامل مع معظم المشكلات التي أواجهها في حياتى.	63.
			استطيع الانطلاق والإستمتاع مع الناس في المناسبات الاجتماعية.	64.
			عندما تواجهنى مشكلة غير متوقعة فإننى أتمكن من التفكير في عدد من الحلول الممكنة لها.	65.
			أستطيع دائما حل المشكلات الصعبة التي تواجهنى.	66.
			لدى أهداف في الحياة أسعى لتحقيقها.	67.
			أعتقد أننى أستطيع تلبية أهدافى الشخصية الحالية.	68.
			أستطيع مساعدة نفسى حتى أصبح بشكل أفضل.	69.

ملحق رقم (4)

كتاب موجه للمحكمين لتحكيم برنامج الإستشفاء

بسم الله الرحمن الرحيم

حضرة الدكتور/ةالفاضل

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

الموضوع: تحكيم برنامج

حيث سيتم تطبيق هذا البرنامج في دراسة بعنوان: "فعالية برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع"، للحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية من الجامعة الإسلامية، والذي يهدف إلى:

1. بناء وتصميم برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع.
2. التعرف على مدى فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع.
3. تسليط الضوء على متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاستشفاء قبل وبعد تطبيق البرنامج.
4. تسليط الضوء على متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاستشفاء قبل وبعد تطبيق البرنامج.
5. تسليط الضوء على متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس الاستشفاء قبل تطبيق البرنامج.
6. تسليط الضوء على متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس الاستشفاء بعد تطبيق البرنامج.

وتفضلوا قبول فائق التقدير والإحترام

الباحث: إياد رياض أبو دلال

ملحق رقم (5)

استمارة تحكيم البرنامج

استمارة تحكيم البرنامج



الجامعة الإسلامية - غزة

عمادة الدراسات العليا

كلية التربية - قسم علم النفس

الصحة النفسية والمجتمعية

استمارة تحكيم

" فاعلية برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية للاستشفاء
لدى عينة من مرضى الصرع "

إعداد الباحث

إياد رياض أبو دلال

إشراف الأستاذ الدكتور

سمير قوته

2016م

بسم الله الرحمن الرحيم

حضرة الدكتور/.....الفاضل

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

الموضوع: تحكيم برنامج

حيث سيتم تطبيق هذا البرنامج في دراسة بعنوان: 'فعالية برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع'، للحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية من الجامعة الإسلامية، والذي يهدف إلى:

1. بناء وتصميم برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع.
2. التعرف على مدى فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع.
3. تسليط الضوء على متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاستشفاء قبل وبعد تطبيق البرنامج.
4. تسليط الضوء على متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاستشفاء قبل وبعد تطبيق البرنامج.
5. تسليط الضوء على متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس الاستشفاء قبل تطبيق البرنامج.
6. تسليط الضوء على متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس الاستشفاء بعد تطبيق البرنامج.

وتفضلوا قبول فائق التقدير والإحترام

الباحث: إياد رياض أبو دلال

استمارة تحكيم برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية للاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع.

الرقم	الموضوع	مناسب	غير مناسب	ملاحظات
1	عنوان البرنامج			
2	أهداف البرنامج			
3	فترة البرنامج			
4	زمن الجلسة			
5	خطوات تصميم البرنامج			
6	عدد الجلسات			
7	ترتيب الجلسات			
8	الأدوات المستخدمة			
9	الأساليب المستخدمة			
10	الجلسة الأولى			
11	الجلسة الثانية			
12	الجلسة الثالثة			
13	الجلسة الرابعة			
14	الجلسة الخامسة			
15	الجلسة السادسة			
16	الجلسة السابعة			
17	الجلسة الثامنة			
18	الجلسة التاسعة			
19	الجلسة العاشرة			
20	الجلسة الحادية عشر			
21	الجلسة الثانية عشر			
22	الجلسة الثالثة عشر			
23	الجلسة الرابعة عشر			
24	الجلسة الخامسة عشر			

الملاحظات

التوقيع

جهة العمل

اسم المحكم

ملحق رقم (6)

أسماء المحكمين للبرنامج الإرشادي

الاسم	جهة العمل
د.أسامة حمدونة	جامعة الأزهر
د.أنور العبادسة	الجامعة الإسلامية
د.عاطف الأغا	الجامعة الإسلامية
د.جميل الطهراوى	الجامعة الإسلامية
د.يوسف الجيش	الجامعة الإسلامية

ملحق رقم (7)

البرنامج الإرشادي في صورته النهائية بعد التحكيم

فاعلية برنامج ارشادي قائم على التدخلات النفسية للإستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع .

تعريف عام بالبرنامج الإرشادي المقرر استخدامه :

تم تصميم البرنامج من خلال مراجعة الأدب النظري المتعلق بمجموعة من نظريات علم النفس ، ومراجعة مجموعة من البرامج الإرشادية ذات الصلة ، بناء على ذلك تم بحمد الله تصميم برنامج إرشادي قائم على التدخلات النفسية للإستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع مكون من (15) جلسة مدة كل جلسة (60-90) دقيقة حيث سيقوم الباحث بتدريب عينة من مرضى الصرع على عدة مهارات إرشادية تساعدهم في عملية التكيف مع الواقع و تعليمهم كيفية مواجهة الأحداث غير السارة وتعديل الأفكار اللاعقلانية و تعزيز التوافق النفسي والثقة بالنفس لديهم و تعليمهم مهارات الاتصال و التواصل و تقوية الوازع الديني لديهم لينعكس ذلك كله على تطوير مفهوم الاستشفاء وذلك من خلال إعطاء مهارات و تدريبات داخل الجلسات الإرشادية.

هوية البرنامج

سيرتكز هذا البرنامج على مجموعة من التدخلات النفسية المنتقاة من مجموعة من نظريات علم النفس التي تعمل على تحسين مستوى الاستشفاء إلى أعلى درجة ممكنة، والعمل على خفض حدوث المشكلات النفسية إلى أقل درجة ممكنة الذي له دور مهم في تحسين مستوى الاستشفاء لدى مرضى الصرع، وذلك من خلال جلسات البرنامج الإرشادي التي قد تساهم في دورها الإيجابي في عملية الاستشفاء: وتشمل التدخلات النفسية:

1. الارشاد الديني:

2.الارشاد سلوكي معرفي:

1- الإرشاد الديني:

استخدام الإرشاد الديني:

يستخدم الإرشاد النفسي الديني بصفة خاصة في الحالات التي يتضح أن أسبابها وأعراضها تتعلق بالسلوك الديني للمريض ، ويفيد أيضا في حالات القلق و الوسواس ، والهستيريا ، وتوهم المرض ، والاضطرابات الانفعالية ، ومشكلات الزواج ، والادمان ، والمشكلات الجنسية .
(المشاقبة ، 2008 م ، ص 184)

الأسس التي يقوم عليها الإرشاد والعلاج النفسي في الإسلام:

- 1- قابلية السلوك للتعديل: فالإنسان هو مفطور على الإسلام وعلى الخير حيث يكتسب عددا من السلوكيات في حياته ومن السلوكيات ما يخالف المنهج الإسلامي ولكن الإسلام يقر في وضوح ان السلوك قابل للتغيير فالخالق سبحانه وتعالى زود الانسان بالحواس والعقل ليستقبل ثم ليدرك ويحلل ويفكر ويميز ويتحكم في جوارحه.
- 2- الجوانب العقلية جزء هام في تعديل السلوك: ان محور الهداية والانضباط للإنسان يقع في قدراته العقلية التي تميز بها عن سائر المخلوقات. ولكن هذه القدرات العقلية لا تكفي وحدها ولكن لا بد من تفاعلها مع المشاعر الإنسانية المرتبطة بفطرة الانسان فلا بد من التنشئة السليمة.
- 3- تصرفات الانسان تقوم على أساس من الوعي والشعور بها: فالأصل في تصرفات الانسان انها تحت سيطرة عقله الواعي والناصح ولهذا ارتبط التكليف بالعقل والبلوغ وفي ضوء المنهج الإسلامي فإن الشخص غير الواعي لا يسأل عما يعمل حيث قال صلى الله عليه وسلم (رفع القلم عن ثلاث النائم حتى يستيقظ، والمجنون حتى يفيق، والصبي حتى يبلغ) [التتوير شرح الجامع الصغير 16/262: 4446].
- 4- أن المسؤولية فردية وجماعية: فالشخص البالغ العاقل يحاسب عن عمله وحده سواء أكان خيرا أم شرا ولكن أيضا هناك مسؤولية جماعية فالمؤمنون يتواصلون فيما بينهم بالحق والأمر بالمعروف والمسلم مسئول عن وقاية نفسه وأهله.
- 5- يقر الإسلام مبدأ الفروق الفردية: فالأفراد متباينون في الخلق وفي الرزق وفي السلوك ولكل فرد طاقة يرتبط بها. (لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا) [البقرة:386].
(لا يكلف الله نفسا إلا ما اتاها) [الطلاق:7]، (إن سعيكم لشتى) [الليل: 4].
- 6- الإرشاد والعلاج يكون بدافع من الشخص نفسه: فالإنسان مطالب في الإسلام ان يحاسب نفسه ويزكيها وأن يأمرها بالخير وينهاها عن الشر وان يقودها الى الهداية فقال تعالى (إن الله لا يغير ما بقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم) [الرعد: 11].
- 7- مبدأ الإرشاد والعلاج علم ثم عمل: ولأن الإنسان قد كرمه الله بالعقل فإنه يحتاج أن يعلم الصواب من الخطأ ثم يعمل بما علم به. (فاعلم أنه لا إله إلا الله واستغفر لذنبك) [محمد: 19].
- 8- مبدأ اختيارية القرار وحرية التصرف: فالإنسان المسلم يتحمل مسؤولية ما يصل إليه من قرار، أن يقرر أموره الخاصة. (لست عليهم بمسيطر) [الغاشية: 22] (وابتلوا اليتامى حتى إذا بلغوا النكاح فإن آنستم منهم رشدا فادفعوا إليهم أموالهم) [النساء: 6] . (لا إكراه في الدين قد تبين الرشد من الغي) [البقرة:256].

9- تختلف طرق الارشاد والعلاج باختلاف الموقف وحالة الفرد: فلا تستخدم طريقة واحدة وانما يتوقف ذلك

على الشخص وسنه وادراكه وعلى الموقف الذي يحدث فيه الانحراف ومدى الضرر الذي يحدث.

10- التدرج من الأساليب البسيطة والمرغوبة الى الأساليب الصعبة: فلا يستخدم التوبيخ قبل النصح ولا

الضرب قبل التوبيخ فالعقاب يأتي تدريجيا فقال تعالى (واللاتي تخافون نشوزهن فعظوهن واهجروهن

في المضاجع، واضربوهن، فإن أظعنكم فلا تبغوا عليهن سبيلا إن الله كان عليا كبيرا). [النساء:

34]. فهنا يوجد تدرج بثلاث أساليب مختلفة منها الأسلوب العقلي والأسلوب المتصل بالمشاعر

والأسلوب المتصل بالبدن.

11- القائم بالعلاج والإرشاد ينبغي أن يتخلق بخلق الإسلام: فالمرشد عليه أن يكون عارفا بالمنهج

الإسلامي، متمسكا بالحكمة واستخدام الموعظة، رقيقا في القول والفعل، مبشرا لا منفرا، عمله يطابق

قوله، يعطي القدوة الحسنة لمن يسترشدون به.

12- أن الإسلام قد اهتم بالعديد من الجوانب في العلاج: فنجد في الإسلام الجوانب البيولوجية، وجوانب

التفكير، وجوانب التعليم، وخاطبة المشاعر.

13- المنهج الإسلامي ينير للمرشد طريقه سواء كان عمله في الجانب الإنمائي أم الوقائي أم العلاجي:

ففي الجانب الإنمائي نجد أسس التربية الإسلامية واضحة في أجل صورها فقال تعالى (يأيها الذين

آمنوا أوفوا بالعقود) [المائدة: 1].

(إن الله يأمركم أن تؤدوا الأمانات إلى أهلها وإذا حكمتم بين الناس أن تحكموا بالعدل إن الله نعمنا

يعظكم به إن الله كان سميعا بصيرا) [النساء: 85].

أما في الجانب الوقائي قال تعالى (قل للمؤمنين يغضوا من أبصارهم ويحفظوا فروجهم) [النور: 30].

قال تعالى: (وقل للمؤمنات يغضضن من أبصارهن ويحفظن فروجهن). [النور: 31]. وقال تعالى: (ولا تقتلوا

أنفسكم إن الله كان بكم رحيمًا). [النساء: 29]. أما في الجانب العلاجي قال تعالى (وإن خفتن شقاق بينهما

فابعثوا حكما من أهله وحكما من أهلها إن يريدوا إصلاحا يوفق الله بينهما إن الله كان عليما خبيرًا). [النساء:

35].

وقال تعالى (وإن طائفتان من المؤمنين اقتتلوا فأصلحوا بينهما فإن بغت إحداهما على الأخرى فقاتلتوا

التي تبغي حتى تفيء إلى أمر الله فإن فاءت فأصلحوا بينهما بالعدل وأقسطوا إن الله يحب المقسطين)

[الحجرات:9]. (الشناوي ، 1999 م ، ص 231)

الفنيات المستخدمة في الإرشاد الديني:

1- فنية الاستبصار:

وهي عبارة عن إدراك العلاقات بين الأشياء وبين المثيرات والأسباب والنتائج المختلفة والكليات

والجزئيات الأمر الذي يساعد الفرد على الوصول الى الأهداف التي يريدتها وهو بالتالي عملية ذاتية يقوم بها

الفرد عندما يقف أمام مثير معين (أبو أسعد وعريبات، 2009م ، ص 412).

وبالتالي يستطيع المريض أن يفهم مشكلاته النفسية والأسباب المؤدية إليها وأن يفهم نفسه وطبيعته الإنسانية وأن يميز بين الخير والشر وأن يتقبل المفاهيم الجديدة وأن يكون بمثابة مراقب لنفسه فيقول تعالى: (بل الإنسان على نفسه بصيرة) [القيامة:14].

2- فنية التعلم:

وهو يتضمن اكتساب الفرد لمهارات وقيم واتجاهات جديدة ومن خلال ذلك يتم تقبل الذات و الآخرين وبالتالي يستطيع الفرد أن يتحمل المسؤولية اتجاه النفس والآخرين وتصبح لديه القدرة على تكوين علاقات اجتماعية مبنية على الثقة المتبادلة والقدرة على التضحية وخدمة الآخرين واتخاذ أهداف واقعية في الحياة والقدرة على الصمود والعمل والإنتاج في الحياة وبالتالي تتكون النفس اللوامة التي تتعلق بالضمير (الأنا الأعلى) حيث تشكل الرقابة على النفس وذلك بالبعد عن المعاصي وتحدث الاستقامة لدى الفرد وهنا تحدث الطمأنينة النفسية للفرد وهي ما تعرف بالنفس المطمئنة قال تعالى: (بأيتها النفس المطمئنة * ارجعي إلى ربك راضية مرضية * فادخلي في عبادي وادخلي جنتي).

3- فنية الدعاء:

وهي تتضمن الاستعانة بالخالق عز وجل والتضرع والاتجاه إليه في كشف الضر عند الشدائد فقال تعالى (وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ فَلْيَسْتَجِيبُوا لِي وَلْيُؤْمِنُوا بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ) [البقرة: 186] وقال صلى الله عليه وسلم: (إذا سألت فسأل الله وإذا استعنت فاستعن بالله) [شرح الأربعين نووية في الأحاديث الصحيحة النبوية 75/1]. وهنا عندما يطلب الانسان العون من الخالق وهو القوى القادر بالتالي يشعر بالطمأنينة والسكينة ويزول عنه الخوف ويتخلص من الهم والتوتر والضيق ويجب على الانسان ألا يترك الدعاء بل يستمره سواء بالسراء او في الضراء.

4- فنية الاستغفار:

الإنسان غير معصوم من الخطأ فإذا أخطأ اتجاه نفسه وشعر بظلم النفس وتأنيب الضمير، لا يقنط من رحمة الله بل يذكره ويستغفره، وثقا في قوله تعالى: (فقلت استغفروا ربكم انه كان غفارا). [نوح:10]. وقال تعالى: (ومن يعمل سوءا أو يظلم نفسه ثم يستغفر الله يجد الله غفورا رحيمًا). [النساء:110]. (زهرا، 2005م : ص 355).

5- فنية الملاحظة:

تعتبر من الطرق المهمة في الحصول على المعلومات والبيانات عن موقف أو ظاهرة نفسية أو تربوية فالملاحظة تزود الأفراد بسجل دقيق لعدد من الاحتكاكات الاجتماعية أو النفسية أو التربوية أو السلوكية، وقد تكون الملاحظة عفوية أو منتظمة. وحتى تكون الملاحظة هادفة وفاعلة لا بد من عدة شروط هي: العمل على تحديد موضوع الملاحظة، وتوزيع مدة الملاحظة على عدد الفترات بالتساوي، وضرورة اخضاع الأشخاص يقومون بعملية الملاحظة الى فترة من التدريب، وتسجيل نتائج الملاحظة، وتتم في مكان مناسب ليتم الملاحظة خلاله بشكل جيد.

وأشار القرآن لأهمية الملاحظة والمشاهدة في حياة النبي صلى الله عليه وسلم كنموذج أولى في حياة الناس لما لها أثر في النفس الإنسانية كالسلوك، والمعاملة ويتضح ذلك من القرآن الكريم في قوله تعالى (لَقَدْ كَانَ لَكُمْ فِي رَسُولِ اللَّهِ أُسْوَةٌ حَسَنَةٌ لِمَنْ كَانَ يَرْجُو اللَّهَ وَالْيَوْمَ الْآخِرَ وَذَكَرَ اللَّهَ كَثِيرًا) [الأحزاب: 21].

6- فنية التنفيس الانفعالي:

ويتضح ذلك في قول النبي صلى الله عليه وسلم حينما فقد ولده إبراهيم (إن العين لتدمع وإن القلب ليحزن... قالوا: أتبكي يا رسول الله وقد نهيتنا عن البكاء؟ قال: هذه رحمة جعلها الله في قلوب المؤمنين) [شرح صحيح البخارى 8/10] . (المزيني، 2006م ، ص 64).

7- فنية الحديث مع النفس:

من خلال ما سبق نرى أن الارشاد الإسلامي يتسع لكل طريقة يفكر بها الباحث المسلم ولكن فقط عندما نطبقها كمرشدين مسلمين ينبغي أن نستخدمها في إطار المنهج الإسلامي القائم على وجود عقيدة صحيحة والقيام بواجب العبادة وشروط المعاملة، وإن لم نطبق هذه الطرق في هذا الإطار فإن النتيجة ستكون كما يحدث في الغرب: ظاهرا فيه الشفاء، وباطنا فيه انحراف جديد سرعان ما يظهر مرة أخرى حيث قال صلى الله عليه وسلم (إذا حدثتكَ نفسك قاتلة: من خلق الله؟ فقل آمنت بالله) [أحمد: 7708].

8- فنية الموعظة:

للموعظة الأثر البالغ في النفوس لذا لم يهمل النبي صلى الله عليه وسلم هذا الأمر بل كان حريصا على استخدامها في حياته في تعليم أصحابه وإرشادهم بها إلى الطريق السليم والمستقيم ويتضح ذلك جليا في قصة النبي مع الشاب الذي جاء للنبي صلى الله عليه وسلم يستأذنه في الزنا.

9- فنية التعزيز:

والتعزيز هو أي فعل يؤدي الى زيادة في حدوث سلوك معين أو تكرار حدوثه والتعزيز يأخذ أشكالا متعددة ومتنوعة مع الموقف النفسي أو التربوي، مثل المدح والثواب وقد يكون التعزيز إيجابيا أو سلبيا ويقصد بالتعزيز الإيجابي أي فعل أو حادثة يرتبط بتقديمها للفرد زيادة السلوك المرغوب فيه. أما التعزيز السلبي فيتمثل في توقف أو منع حدث غير سار أو منفر عند ظهور السلوك غير المرغوب فيه. ويتضح ذلك من خلال الثواب والمدح في تنمية التعزيز الداخلي بطلب الأجر من الله مثال ذلك قول النبي صلى الله عليه وسلم: (من قتل قتيلًا فله سلبه) [مرويات غزوة حنين وحصار الطائف 657/2] ، (من أحيا أرضا ميتة فهي له) [الوجيز في إيضاح قواعد الفقه الكلية 374/1] ، قال تعالى: في السراء (الذين ينفقون والضرء والكاظمين الغيظ والعافين عن الناس والله يحب المحسنين) [آل عمران: 134]. (إبراهيم وآخرون، 1990م ، ص 72)

10- فنية التدرج في تعديل السلوك:

ونلاحظ أن الآيات القرآنية أشارت بصورة واضحة على هذه الفنية الإرشادية من أكثر من موقع في القرآن الكريم ونضرب على ذلك، مثال: كيفية تحريم الربا، وتحريم الخمر، مر ضمن مراحل منهجية قرآنية في معالجته على عدة مراحل مختلفة. (المزيني، 2006م ، ص 59) .

2- الإرشاد المعرفي السلوكي :

أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي

يشير (مليكة، 1990م ، ص192) إلى أنه لا تختلف أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي مع أهداف الإرشاد النفسي بشكل عام وهي تشمل:

- 1- الإقلال من المعاناة الذاتية للفرد والأفعال اللائقومية، والإقلال من الإضرابات العصابية وحل المشكلات.
- 2- مساعدة المسترشد واكسابه الاستبصار .
- 3- تعليم المسترشد تعديل اتجاهاته ومعتقداته، وتبني التفكير العقلاني والأفكار المنطقية حتى بعد انتهاء العلاج.

تنوع الفنيات المستخدمة في الإرشاد المعرفي السلوكي وتصنف في ثلاثة أنواع كالتالي:

- 1- فنيات خبرية انفعالية Experiential-emotive techniques: وهي الفنيات التي تتعرض لمشاعر المريض وأحاسيسه وردود أفعاله تجاه المواقف والمثيرات المختلفة والخبرات المنشطة، خاصة فيما يتعلق منها بمشكلاته.
- 2- فنيات معرفية Cognitive techniques: وهي الفنيات التي تساعد المريض على أن يغير أفكاره وطريقة تفكيره اللاعقلانية، وفلسفته غير المنطقية وغير العلمية، وأن يستبدل مكانها أفكارا وطريقة تفكير عقلانية وفلسفة منطقية علمية.
- 3- فنيات سلوكية Behavioral techniques: وهي الفنيات التي تساعد على تخلص المريض من السلوك غير المرغوب أو تعديله، وتغييره إلى سلوك مرغوب مع تدعيمه (زهرا، 2004م ، ص83)

فنيات وخصائص الإرشاد المعرفي السلوكي:

1- التعليم النفسي Psycho Education:

حيث أن الجلسات الأولى تكون مخصصة للتعليم النفسي حيث يزود المرشد العميل بمعلومات حول تركيبة الجلسات والمبادئ الإرشادية للتدخل السلوكي المعرفي (Michel , 2007, 87)

2- المراقبة الذاتية:

يقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي، قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة، أو نماذج معدة مسبقا من المعالج وفقا لطبيعة مشكلة المريض. ويحرص المعالج على البدء في استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن، من خلال عملية التقييم لكي يتمكن من التعرف إلى مشكلة المريض بشكل يسمح له بإعادة صياغة مشكلة المريض والاستمرار في استخدامها لمتابعة العملية العلاجية، وبالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض، وتقدم أدلة تحد من ميل المريض إلى تذكر فشله بدلا من تذكر نجاحاته (المحارب ، 2000م ، ص 118) .

ويطلب المعالج من المريض تعبئة هذه الاستمارة بتسجيل وقت ومصدر المواقف التي تسبب القلق والخوف، والأعراض الجسدية والأفكار التي تصاحبه.

3- فنية المتصل المعرفي:

وفى هذه الفنية يطلب من المريض أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الآخرين، وعلى سبيل المثال، يطلب من المريض الذي لديه اعتقاد " أنا شخص عديم الفائدة " أن يعرف المقصود بعديم الفائدة، ثم يطلب منه أن يشير أن أين سيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة. وهى فنية مفيدة لاستبدال الأفكار التلقائية وكذلك الاعتقادات الأساسية، وتفيد في التعامل مع التفكير الثنائى (كل شيء أو لا شيء) (المحارب ، 2000م ، ص 217)

4- العلاقات التعاونية المشتركة:

يكون المرشد غير متحفظ بالنسبة لصياغة المشكلة، وغالبا ما يطرح بعض النقاط لمناقشتها مع المسترشد لإحراز تقدم في صياغة المشكلة، والإرشاد المعرفي السلوكي ليس كبقية الأنواع من التدخلات الأخرى، وإنما هو نوع من التعليم والتثقيف النفسي (مصطفى، 2008م ، ص 42) ويشارك المرشد المسترشد في تصوراته مثل التعرف على الأفكار الآلية والمعتقدات المشوهة ويوصى بإتباع الإجراءات البيئية ويشجعه على المشاركة وتحمل المسؤولية في مراحل العملية الإرشادية ويتم تعميق العلاقة من خلال اشتراك المرشد والمسترشد في وضع جدول أعمال لكل جلسة.

5- استخدام العديد من الوسائل والأساليب المساعدة:

يتاح للمرشد أن يستعين بقدر معقول من الأساليب والوسائل المساعدة في تغيير الأفكار المشوهة، والذي بدوره يؤدي الى تغلب المسترشد على مشكلاته السلوكية والانفعالية وهذه الأساليب والوسائل المساعدة تكون بشكل ثابت داخل إطار وقواعد الارشاد المعرفي السلوكي ومثال على ذلك قائمة الأفكار الآلية، وقائمة بيك للاكتئاب.

6- فحص ومناقشة التفكير المشوه (غير المساعد):

الارشاد المعرفي السلوكي يشير الى أن الأفكار هي التي توجه السلوك وتثير الانفعالات والاستجابات الفسيولوجية ويحتاج الفرد حتى يتغلب على مشكلته النفسية أن يغير ويستبدل الأفكار المشوهة والإرشاد المعرفي السلوكي يشجع المسترشد على البحث عن جوهر اعتناقه لهذا التفكير المشوه والغير منطقي ومن المهم فحص معنى معتقدات المسترشد قبل البدء في العمل. (مصطفى، 2008م ، ص 41).

7- تعليم المسترشد أن يكون معالجا لنفسه (التعليم الذاتي):

أحد الأسباب التي تجعل الارشاد المعرفي السلوكي فعالا وجيدا ومحددا للهدف من تلك العملية الإرشادية هو غزارة المهارات التي يتعلمها المسترشد وتعتبر المشاركة الفعالة للمسترشد داخل الجلسات أو فيما يتعلق بالمهام خارجا عاملا حاسما في كفاءته على أن يصبح معالجا لنفسه.

8- الواجب المنزلي:

يلعب الواجب المنزلي دورا هاما في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص في زيادة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي ، إذ أنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختم بها المعالج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية ، وتساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج و المريض ، وذلك يؤثر في طريقة أداء المريض في كل

الخطوات ، وتأخذ الواجبات المنزلية عدة أشكال فيطلب المعالج من المريض تسجيل الأفكار الآلية ، والاتجاهات

المختلفة وظيفيا ، أو إجراء تجربة سلوكية أو معرفية لها أهداف محددة ومتعلقة بمشكلاته ، بالإضافة إلى كيفية إجرائها والاهتمام بمراجعتها في بداية كل جلسة (معوذ ، 1996م ، ص ص 117-118) .

9- تقليل الحساسية التدريجية:

ويقصد به التخلص التدريجي من ارتباط السلوك المضطرب بشيء أو حادث معين، ويتم ذلك بتحديد وتعرض المسترشد بتكرار متدرج لهذه المثيرات، وهو في حالة استرخاء حتى لا تنتج الاستجابة المضطربة ثم يتم التعرض للمثيرات المتدرجة في الشدة حتى يتم الوصول الى عدم استثارتها للاستجابة المضطربة. (أبو غالي، 2011م ، ص 59).

10- التدريب على أسلوب حل المشكلات:

فمن خلاله يتم التدريب على خطوات حل المشكلة، كتوليد البدائل التي يمكن أن تستخدم وتقييمها، والنتائج المرتبطة بها ، ثم اختيار الحل المناسب وتصميم الخطة وممارستها (السيد، 2009م ، ص 715) وهناك عدة مراحل يجب إتباعها في أثناء حل المشكلات وهي :

1- مرحلة إدراك وجود المشكلة وفيها يدرك الشخص بأن لديه مشكلة فمن المهم أن ينتبه إلى مشاعره عندما يكون متوترا أو مضطربا .

2- خفض الإثارة : عن طريق التوقف عن التفكير التلقائي ، فضبط النفس يكسر دائرة الإثارة المفرطة ، وفرط الإثارة يمكن أن يستثير سلوكيات غير مرغوبة ، لأنها تستطيع أن تقطع تسلسل حل المشكلة.

3-وضع صياغة للمشكلة : من خلال التركيز على المطلوب عمله ، وليس من خلال سبب الإحباط ، وتقدير حجم المعلومات المتاحة ، ثم عرض المشكلة في شكل يمكن حله بشكل إيجابي .

4-التفكير بطريقة الحل البديل : يشير إلى السلوك العقلي المنتج لحلول بديلة عديدة لمشكلة واحدة من تلك المشاكل التي تم الاختيار من بينها .

5-التفكير بالعواقب : فإذا فكر الفرد في عواقب الفعل الذي سيقوم به ، سواء أكان على نفسه أو على الآخرين أو الأشياء المحيطة به سيكف عن هذا الفعل .

6-مهارة التفكير العلمي : وفيها يتم تقديم إجابات عن الأسئلة ، مثل لماذا؟ كيف! أيمن؟

7-تقييم النتائج : من خلال النظر إلى السبب والنتيجة والعلاقات بينهما ، التعلم من النتائج وهل وصلت إلى اختيار جيد أم لا ، تعلم الأخطاء ، تجنب لوم الذات على محاولة التفكير المتغير الضعيف الغير مجدى ، تعلم القيمة الاستراتيجية لحل المشكلات (عمارة ، 2008م ، ص ص 498-499) .

الهدف العام للبرنامج:

يتمثل الهدف العام للبرنامج الحالي في تحسين مستوى الاستشفاء لدى عينة من مرضى الصرع، وبناء على هذا الهدف فان منهج البرنامج نمائي ووقائيا وعلاجيا وذلك لأنه يتضمن تنمية مستويات أعلى من المهارات الارشادية القائمة على التدخلات النفسية والمساهمة الإيجابية في عملية الاستشفاء، والحد من الإصابة بالاضطرابات النفسية لدى المرض والوقاية منها وتعزيز سبل العلاج.

الأهداف الخاصة للبرنامج:

- تنمية الجانب الايجابي في شخصية المرضى.
 - تنمية أساليب المواجهة الفعالة لدى المواقف والأحداث الحياتية التي تعتمد على الإدراك العقلاني في إتباع أساليب إثبات الذات بالطرق السوية.
 - تنمية احترام النفس وتقدير الذات لدى مرضى الصرع .
 - تنمية القدرة على الاندماج في المواقف الاجتماعية المختلفة.
 - إتباع أساليب التعاون الايجابي مع الآخرين في المواقف المختلفة.
 - مساعدة المرضى باستبدال أفكارهم اللاعقلانية بأفكار عقلانية.
 - تحسين النظرة المستقبلية لدى مرضى الصرع.
 - تعزيز الثقة بالنفس لدى مرضى الصرع.
 - تعزيز وتقوية الوازع الديني والإيماني لدى المرضى بما ينعكس بصورة إيجابية على عملية الاستشفاء لديهم.
 - التعرف على الأساليب الوقائية والعلاجية التي تساهم في الحد من الإصابة بالاضطرابات النفسية.
- تتمثل الأساليب والفنيات المستخدمة في هذا البرنامج بالأساليب التالية:
- 1) المحاضرة (2 المناقشة والحوار: 3) التعزيز الايجابي: 4) الواجب المنزلي: 5) العصف الذهني
 - 6) الاسترخاء العضلي: 7) إعادة البناء العقلاني تدريجيا: 8) الإصغاء: 9) القصص: 10) الواجبات المنزلية:

الجلسات:

رقم الجلسة	العنوان	المدة الزمنية	الأساليب والفنيات	المحتوى
الأولى	التعارف وبناء العلاقة الإرشادية	45 دقيقة	المحاضرة، المناقشة والحوار، الواجب المنزلي .	تعريف الباحث بنفسه وبالبرنامج وتعريف المرضى بأنفسهم والتحدث من قبل المرضى عن توقعاتهم اتجاه البرنامج وشرح وتوضيح القوانين والقواعد التي تحكم الجلسة من قبل الباحث وفي النهاية يتم عمل تقييم للجلسة.
الثانية	التفريغ الانفعالي	90 دقيقة	المناقشة والحوار العصف الذهني الواجب المنزلي التعزيز الإيجابي.	ترحيب بالمرضى ومراجعة الواجب المنزلي إعطاء الفرصة للمرضى بالتعبير والتنفيس عما بداخلهم ومن ثم مناقشة هذه التعبيرات من قبل الباحث وفي النهاية يتم إعطاء واجبه منزلي للمرضى ويتم عمل تقييم للجلسة.
الثالثة	تمرين الاسترخاء	90 دقيقة	المحاضرة، المناقشة والحوار، التعزيز الإيجابي، الواجب المنزلي .	علم تغذية راجعة من قبل المرشد حول الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي بعد ذلك يشرح تمرين الاسترخاء نظرياً ومن ثم يتم تطبيقه عملياً على المسترشدين وفي النهاية يجرى عملية تقييم للجلسة.
الرابعة	مناقشة وتعديل الأفكار اللاعقلانية	90 دقيقة	المناقشة والحوار العصف الذهني التعزيز الإيجابي، الواجبات المنزلية، القصص .	تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي ثم يطلب الباحث منهم تحديد الأفكار السلبية ويقوم بعمل تنفيذ لتلك الأفكار اللاعقلانية لديهم مع إعادة تعديل لتلك الأفكار ويعرض لهم بعض الأفكار اللاعقلانية ويقوم بتحذيرهم عن الابتعاد عنها وفي النهاية يعمل المرشد عملية التقييم للجلسة وإعطاءهم واجب بيتي.
الخامسة	مهاره الحديث عن النفس	90 دقيقة	المناقشة والحوار، العصف الذهني،	عمل تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ويطلب الباحث من المرضى

بالتعبير عن المشاعر السلبية التي يريدون التخلص منها ومن ثم ينتقل إلى تمرين يساعدهم خلاله على تعزيز الثقة بالنفس وبث روح التفاؤل وفي النهاية يقوم بعملية تقييم الجلسة وإعطاء واجب بيتي.	الواجبات المنزلية الإصغاء.			
تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومراجعة الواجب البيتي ويتم عمل لهم محاضرة حول الموضوع ثم يقوم بطرح بعض الأسئلة التي تفيد في ذلك الموضوع ثم يقوم بعملية تقييم للجلسة وإعطاءهم واجب بيتي.	الحوار والمناقشة، العصف الذهني المحاضرة، التعزيز الإيجابي، القصص.	90 دقيقة	تتمية القيم الإيجابية للذات لدى المرضى	السادسة
تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومراجعة الواجب البيتي ويقوم الباحث بعمل محاضرة حول الموضوع ومن ثم ينتقل الى طرح بعض الأسئلة الهامة حول ذلك ويقوم بفتح باب النقاش والحوار ثم يقوم بعمل تقييم للجلسة وإعطاء واجب بيتي.	المحاضرة، العصف الذهني، المناقشة والحوار، التعزيز الإيجابي.	90 دقيقة	التوافق النفسي	السابعة
تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومراجعة الواجب البيتي وتوضيح تعريف أهمية وأهداف ومظاهر الثقة بالنفس من خلال المحاضرة وعرض بعض القصص حتى يتم الاقتداء بها في النهاية يقوم بعملية تقييم الجلسة وإعطاء واجب بيتي.	المحاضرة، المناقشة والحوار، العصف الذهني التعزيز الإيجابي.	90 دقيقة	الثقة بالنفس	الثامنة
تغذية راجعة حلول الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيتي ويتم عمل محاضرة وندوة دينية من خلال شيخ ضيف يتم الاستعانة به يتحدث عن أهمية الصبر على الشدائد والابتلاءات من خلال سرد لبعض الأحاديث والآيات القرآنية وقصص الأنبياء	المحاضرة، المناقشة والحوار، القصص، التعزيز الإيجابي.	90 دقيقة	إرشاد ديني	التاسعة

والصالحين ثم يتم فتح باب النقاش ومن ثم يتم عمل تقييم للجلسة وإعطاء واجب بيئي.				
تغذية راجعة حول الجلسة السابعة ومناقشة الواجب البيئي يطلب الباحث من المرضى بتحديد للمشكلات التي تواجههم ثم يطلب من كل فرد تحديد أكثر وأهم مشكلة يريد حلها ومن ثم يتم نقاش كل فرد حول حل المشكلة ويساعد الباحث المرضى في ذلك ثم يعمل تقييم للجلسة ويعطي واجب بيئي.	المحاضرة، المناقشة والحوار العصف الذهني، التعزيز الإيجابي.	90 دقيقة	التدريب على مهارة حل المشكلات	العاشرة
تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيئي يقوم الباحث بالحديث حول الموضوع، ويقوم الباحث بتوجيه بعض الأسئلة الهامة حول ذلك ثم يتم فتح باب النقاش، ثم يطلب الباحث من المرضى أن يقوموا بسرد الأهداف التي يسعون الى تحقيقها في المستقبل والمخاوف والتهديدات التي قد تعيق الوصول الى الأهداف والحلول من وجهة نظرهم ثم يتم فتح باب النقاش وفي النهاية عمل تقييم للجلسة وواجب بيئي.	المحاضرة، المناقشة والحوار، العصف الذهني .	90 دقيقة	تعزيز التوجهات الإيجابية نحو المستقبل لدى المرضى	الحادية عشر
تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيئي. يقوم الباحث بعمل محاضرة حول الموضوع ويفتح باب النقاش ويقوم بعرض القصص التي تدعم ذلك، ثم يعمل تقييم للجلسة ويطلب واجب بيئي.	المحاضرة، المناقشة والحوار، القصص، العصف الذهني، التعزيز الإيجابي .	90 دقيقة	تنمية مفهوم الذات	الثانية عشر
تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيئي ثم يقوم الباحث	المحاضرة، المناقشة والحوار، التعزيز الإيجابي	90 دقيقة	مهارة الاتصال	الثالثة عشر

			والتواصل	
بعمل محاضرة حول الموضوع ويفتح باب النقاش ثم يقوم بعرض قصة حول الموضوع طالبا من المرضى التعليق عليها ثم يعمل تقييم للجلسة وإعطاء واجب بيتي.	.			
الرابعة عشر	مهارة كيفية التعامل مع المواقف الحياتية	90 دقيقة	المناقشة والحوار ، العصف الذهني، التعزيز الإيجابي، الواجب بيتي .	تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيتي. يقوم الباحث بعرض بعض المواقف الحياتية الهامة ومن ثم يفتح باب النقاش مع المرضى من خلال كيفية التصرف في مثل تلك المواقف عند التعرض لها ثم يقوم بعملية تقييم للجلسة وإعطاءهم واجب بيتي.
الخامسة عشر	الإنهاء والتقييم	90 دقيقة	المناقشة والحوار، التعزيز الإيجابي، العصف الذهني	تغذية راجعة حول الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيتي ثم يقوم بعرض موجز مختصر عن الجلسات ويقف عند أهم النقاط ويناقش معهم أهم الصعوبات التي واجهتهم أثناء الجلسات وأهم إيجابيات البرنامج ويقدم لهم الشكر والتقدير حول الالتزام والحضور ويقوم بتوجيه بعض الأسئلة الهامة حول البرنامج وتطبيق الاختبار البعدي لمقياس الاستشفاء ومن ثم يقوم بالتقييم والانتهاء.

ملخص الجلسات:

رقم الجلسة	العنوان	المدة الزمنية	الأساليب والفنيات
الأولى	التعارف وبناء العلاقة الإرشادية	45 دقيقة	الأساليب: المحاضرة، الإصغاء، المناقشة والحوار، الواجب المنزلي.
الثانية	التفريغ الانفعالي	90 دقيقة	الأساليب: المناقشة والحوار، العصف الذهني، الواجب المنزلي التعزيز الإيجابي.
الثالثة	تمرين الاسترخاء	90 دقيقة	الأساليب: المحاضرة، الاسترخاء العضلي، المناقشة والحوار، التعزيز الإيجابي، الواجب المنزلي.
الرابعة	مناقشة وتعديل الأفكار اللاعقلانية	90 دقيقة	الأساليب: المناقشة والحوار، إعادة البناء العقلاني تدريجياً، العصف الذهني، التعزيز الإيجابي، الواجبات المنزلية، القصص.
الخامسة	مهارة الحديث عن النفس	90 دقيقة	الأساليب: المناقشة والحوار، العصف الذهني، الواجبات المنزلية الإصغاء.
السادسة	تتمية القيم الإيجابية للذات لدى المرضى	90 دقيقة	الأساليب: الحوار والمناقشة، العصف الذهني، المحاضرة، التعزيز الإيجابي، القصص.
السابعة	التوافق النفسي	90 دقيقة	الأساليب: المحاضرة، العصف الذهني، المناقشة والحوار، التعزيز الإيجابي.
الثامنة	الثقة بالنفس	90 دقيقة	الأساليب: المحاضرة، المناقشة والحوار، العصف الذهني، التعزيز الإيجابي.
التاسعة	إرشاد ديني	90 دقيقة	الأساليب: حضور الشيخ الضيف، المحاضرة، المناقشة والحوار، النمذجة، القصص، التعزيز الإيجابي.
العاشر	التدريب على مهارة حل المشكلات	90 دقيقة	الأساليب: المحاضرة، المناقشة والحوار، العصف الذهني، التعزيز الإيجابي.
الحادية عشر	تعزيز التوجهات الإيجابية نحو المستقبل لدى المرضى	90 دقيقة	الأساليب: المحاضرة، النمذجة، المناقشة والحوار، العصف الذهني
الثانية عشر	تتمية مفهوم الذات	90 دقيقة	الأساليب: المحاضرة، المناقشة والحوار، القصص، العصف الذهني، التعزيز الإيجابي.
الثالثة عشر	مهارة الاتصال والتواصل	90 دقيقة	الأساليب: المحاضرة، المناقشة والحوار، التعزيز الإيجابي.
الرابعة عشر	مهارة كيفية التعامل مع المواقف الحياتية	90 دقيقة	الأساليب: المناقشة والحوار، العصف الذهني، التعزيز الإيجابي، الواجب بيتي.
الخامسة عشر	الإنهاء والتقييم	90 دقيقة	الأساليب: المناقشة والحوار، التعزيز الإيجابي، العصف الذهني.

جلسات البرنامج الإرشادي

الجلسة الاولى :

العنوان : التعارف وبناء العلاقة الإرشادية .

المدة : 45 دقيقة .

الأساليب والفنيات المستخدمة : المحاضرة ، المناقشة الجماعية ، الواجب المنزلى .

الأدوات : أوراق ، أقلام ، دفاتر ، بوستر .

أهداف الجلسة :

- 1- بناء العلاقة الارشادية الجيدة وكسر الجليد بين أفراد المجموعة .
 - 2- تبادل بعض المعلومات والبيانات الشخصية بين الباحث والمرضى .
 - 3- تنمية مهارة حرية التعبير والمناقشة لدى المرضى في مناخ من التسامح والألفة والثقة المتبادلة مع الباحث .
 - 4- تعريف عام بالبرنامج .
 - 5- الاتفاق معهم على مجموعة من القواعد لتنظيم جلسات الارشاد والالتزام بها .
 - 6- تحديد موعد الجلسات القادمة وحث أفراد العينة على أهمية الانتظام في الجلسات والاستعداد للمشاركة
- محتوى الجلسة :

*تبدأ الجلسة بالترحيب بالمشاركين و يقدم الباحث نفسه ويوضح طبيعة عمله ويعطى مقدمة عن البرنامج ويوضح أهدافه ومدى أهميته .

*يطلب الباحث من المرضى أن يقدموا ويعرفوا أنفسهم بإسهاب .

*يقوم بتوزيع الأدوات الخاصة بالبرنامج للمرضى المشاركين بالبرنامج من أقلام ، أوراق ، دفاتر ... إلخ .

*يطلب الباحث من المرضى كتابة توقعاتهم عن البرنامج ومدى الفاعلية والاستفادة المتوقعة منه.

*يقوم الباحث بالتحدث عن القواعد والقوانين التي تحكم سيرورة الجلسة (التعاقد) من خلال تحديد الأدوار للباحث و المرضى والتركيز على مبدأ السرية ، اللإحترام المتبادل ، عدم المقاطعة ، عدم السخرية والإستهزاء ، الإلتزام بالمواعيد ، الإنصات ويتم وضع هذه الأشياء على ورقة بوستر وتعليقها على الحائط أمام المسترشدين ، ويقوم بإدخال لغز أو موقف مضحك حتى يكسر الملل من خلال طرح سؤال على أفراد المجموعة مثلا يقول من منكم يريد أن يحكى لغز أو مثل أو حكمة ، وبعد ذلك يتم الاتفاق على موعد الجلسات القادمة من خلال التشاور مع الجميع على الموعد المناسب لهم ويتم الأخذ برأى الأغلبية حول الموعد المتفق عليه ، كذلك يتم تخييرهم باستخدام طريقة للتقييم إما بشكل بطاقات للتقييم أو بشكل علنى وشفوى أمام الجميع .

*وفى النهاية يقوم بتسليمهم ملف خاص لكل مشترك بحيث يقوم بحفظ الأنشطة الخاصة به ثم يطلب منهم تسجيل ملاحظاتهم وانطباعاتهم بكل حرية وبكل مصداقية عن مشاركتهم في الجلسة الأولى ومن ثم يطلب منهم الباحث أن يسجلوا الأهداف التي يأملون تحقيقها من البرنامج من خلال الواجب منزلى ومن ثم يقوم بعمل تقييم للجلسة والإنهاء.

الجلسة الثانية :

العنوان : التفريغ للإنفعالي .

المدة : 90 دقيقة .

الأساليب والفنيات المستخدمة : المناقشة والحوار ، العصف الذهني ، الواجب المنزلي ، التعزيز الإيجابي .
الادوات : أقلام ، أوراق ، بوستر .
أهداف الجلسة :

- 1- إعطاء المرضى الفرصة للتفيس عما بداخلهم من كبت و توتر والتخفيف عن المشاعر السلبية لديهم
- 2- التعبير عن المشاعر والإنفعالات وردود الأفعال إتجاه الأحداث .
- 3- التخفيف من الضغط والتوتر .
- 4- إعطاء الفرصة بتفريغ الطاقة السلبية لديهم .

محتوى الجلسة : يقوم الباحث بالترحيب بالمرضى ويذكرهم بالأساسيات التي تم الإتفاق عليها ويعلق البوستر على الحائط أمام المرضى ومن ثم يقوم بعمل تغذية راجعة عن الجلسة السابقة ويناقش الواجب المنزلي معهم ويشكرهم على الإلتزام ومن ثم يقوم الباحث بإعطاء توضيح عن الخبرات الإنفعالية فيقول مثلاً : إن الخبرة الإنفعالية متربصة بالمرضى مثلها مثل الوحش المفترس يخيف باستمرار حتى وهو بعيد، أما عندما تفرغ أو تظهر من الشحنة الإنفعالية فإنها تكون مثل الحيوان المحنط كان وحشاً مفترساً مخيف فعلاً، ولكن تم صيده والسيطرة عليه وسحب روحه وتحنيطه فأصبح مع وجوده معناً لا يخيف. وأكد الباحث للمرضى أنه بعد التفريغ الإنفعالي وسحب وتفريغ وتطهير الشحنة الإنفعالية من الخبرة المؤلمة أو المشكلة المؤلمة يمكن للمريض أن يتذكرها ويتكلم عنها دون قلق أو خوف.

وأعطى الباحث كل مريض الفرصة للتحدث في تداع حر وترابط طليق عن كل ما يجول بخاطره عن صراعاته وحاجاته ومشكلاته ومخاوفه ونواحي قلقه وأنماط سلوكه في إطار من حسن الإصغاء والتشجيع والتعبير عن النفس وفي جو نفسي دافئ وآمن وخالٍ من الأحكام الأخلاقية واللوم والعقاب . وطلب الباحث من المرضى التحدث بشكل صريح عن تفسيراتهم لنظرات الناس إليهم ومدى شعورهم بالوصمة في حالة وجود المريض النفسي وهو يقوم بسلوك غير سوي أمام مجموعة من الغرباء، وقد استخدم الباحث هذا الأسلوب لكي:

- 1- يخفف ضغط الكبت حتى لا يحدث انفجار وحتى لا يتصدع وينهار بناء الشخصية .
- 2- لكي يتخلص المرضى من التوتر الإنفعالي عندما يحدث لديهم ما يشبه (الانفتاح الإنفعالي) .
- 3- حتى يريح الحمولة النفسية الإنفعالية الزائدة عن كاهل المريض حيث أن الخبرات النفسية والأحداث الشخصية والذكريات والصراعات اللاشعورية بمصاحبتها الإنفعالية المكتوبة تصبح بمثابة حمولة نفسية داخلية .ولا بد أن تتناسب الحمولة النفسية مع قوته وطاقاته و قدرته على التحمل.

ويوضح الباحث أنه عند الحديث الأعراض التي يعاني منها المريض ويشعر بالضيق تجاهها بأنه قد يشعر بالضيق والألم عند التعبير عن مشكلاته وهذا شيء طبيعي و يترك الباحث المجال للمريض بالبكاء في حالة حدوثه دون التهكم أوالسخرية من أي أحد من أعضاء المجموعة وأيضاً يتم التركيز من قبل الباحث على عملية التفكير وإتخاذ القرارات تجاه الخبرات الإنفعالية والسلوكية السلبية ويقوم الباحث بطرح أسئلة واستفسارات حول الأسباب وردود الأفعال لتلك الخبرات الإنفعالية والسلوكية الغير سارة كذلك يركز الباحث على أهم الأعراض

التي ظهرت بعد الإصابة بالمرض " الخوف ، التوتر ، النسيان ، القلق ، التجنب والعزلة ، الإستئثار الفسيولوجية إلخ " .

ثم بعد ذلك يؤكد الباحث لهم أن هذه الأعراض طبيعية لظروف غير طبيعية تعرضوا لها محاولا إظهار التعاطف على المستوى الشعوري وأن هناك كثير من المرضى يعانون نفس المشاعر والأعراض .
ثم يقوم الباحث فى نهاية الجلسة بطلب واجب بيتى من كل مريض يتضمن كتابة أهم الأعراض التي يعانى منها وتشعره بالضيق والتوتر ويريد التخلص منها وكيفية المواجهة من وجهة نظره وفى النهاية يقوم بعمل تقييم للجلسة والإنهاء .

الجلسة الثالثة :

العنوان : تمرين الاسترخاء .

المدة : 90 دقيقة .

الأساليب والفنيات المستخدمة : المحاضرة ، المناقشة والحوار ، التعزيز الإيجابي .
الأدوات : أقلام ، دفاتر ، كراسى ، بوستر ، LCD+Computer .

الأهداف :

- 1- التخفيف من الضغط والتوتر النفسى لدى المرضى من خلال ممارسة تمرين الإسترخاء .
 - 2- تعليم المرضى كيفية التحكم بالانفعالات عن طريق ممارسة الاسترخاء .
 - 3- تعليم المرضى القدرة على الوعي والتأمل وفهم الذات وتطوير إدراك الذات .
 - 4- إكساب المرضى مهارة استخدام فنية الاسترخاء فى مواجهة بعض المواقف .
- محتوى الجلسة: يبدأ الباحث بالترحيب بالمشاركين من المرضى ويعمل تغذية راجعة حول الجلسة السابقة مع مناقشة الواجب المنزلى ويعلق البوستر ويذكر بقواعد الجلسة .
- *يقوم الباحث بشرح التمرين بالتفصيل بصورة نظرية من خلال عرض بوربوينت وتوضيح الفائدة والقيمة المرجوة منه ثم يفتح باب النقاش أمام المرضى للأسئلة .
- *بعد ذلك يقوم بتطبيق عملي لتمرين الإسترخاء :
- أن يستلق المريض فى وضع مريح عند بداية التدريب، والتأكد من هدوء المكان .
 - يجب أن يكون المكان الذى يستلقى عليه المريض مريحاً ولا يوجد به ما يحدث ضغوط على بعض أجزاء الجسم أو ما يسبب عدم راحة الجسم .
 - يمكن البدء فى التدريب والمريض جالس فى وضع مريح .
 - يبدأ المريض بتدريب عضو واحد فى البداية على الاسترخاء ويفضل أن يكون الذراع كما فى الخطوات الآتية:
- يعلق المريض راحة اليد اليسرى بإحكام وقوة .
 - ملاحظة المريض بأن عضلات اليد ومقدمة الذراع اليسرى تتقبض وتتوتر وتشد .
 - يفتح المريض راحة اليد اليسرى بعد ثوان معدودة، ويتم رخيها ثم توضع فى مكان مريح على مسند الأريكة، ويلاحظ أن العضلات أخذت تسترخى وتثقل .

- يتم تكرار هذا التمرين عددًا من المرات حتى يتم إدراك الفرق بين التوتر والشد العضلى فى الحالة الأولى، والاسترخاء الذى ينجم بعد ذلك عندما تفرد راحة اليد اليسرى، إلى أن يتم التأكد من إدراك الفكرة من الاسترخاء العضلى، وأنه بإمكان المريض ضبط عضلات راحة اليد اليسرى .

- يتم تكرار هذا التمرين (الشد والإرخاء) مع بقية العضلات الأخرى.

- بعد اكتساب القدرة على التحكم فى التوتر العضلى والاسترخاء فى جميع أعضاء الجسم سيتمكن المريض فى المرات التالية استغراق وقت أقل فى التمرين.

- اكتساب القدرة على الاسترخاء بهذه الطريقة سيمكن المريض فى مواقف أخرى من التحكم فى الاسترخاء العضلى فى مناطق معينة من الجسم فقط عندما تحتاج بعض المواقف إلى الإبقاء على بعض العضلات الأخرى غير المستخدمة لهذا الغرض فى حالة استرخاء.

- من الضرورى جدًا أن يستخدم المريض قوة الإيحاء والتريز الفكرى للمساعدة على الوصول إلى إحساس عميق بالاسترخاء العضلى فى لحظات قصيرة لذا من المفيد أن يدرّب المريض تفكيره على التركيز فى عمليات الشد والاسترخاء العضلى بالطريقة السابقة إذا وجد أن تفكيره يهيم فى موضوعات أخرى راجعة إرادياً إلى الإحساس بالجسم.

- إقناع المريض بضرورة عدم اليأس فى حالة عجزه للوصول إلى حالة عميقة من الاسترخاء لأن التكرار سوف يمكنه من ضبط الجسم بإيقانه فى حالة استرخاء فى المرات القادمة.

ثم بعد ذلك يطلب من المرضى الآتى قائلاً : " خذوا نفساً عميقاً، تنفّسوا عبر الأنف وأخرجوا الهواء عن طريق الفم. وانتم تفرّون الهواء ببطء إلى الخارج، أغمضوا عيونكم وأشعروا كيف تشعرون بالهدوء. خذوا استراحة قصيرة بين كل نفس ونفس وواصلوا التنفس بهذا الشكل. انتبهوا إلى أنفاسكم. يمكنكم خلال كل عملية تنفس ، أن تتخيلوا وبرقة كلمة "هدوء". ابقوا عيونكم مغمضة وواصلوا التمرين لعدة دقائق ، بعد ذلك يحاول الباحث تنشيط التأمل عند المرضى والتخلص من التوترات فيقوم بتوجيه المرضى أثناء التمرين إلى الأماكن التي يحبون أن يتواجدوا فيها من طبيعة أو بحر أو جبال أو أماكن طبيعية.... الخ بعد ذلك يطلب منهم أن يفتحوا أعينهم بشكل تدريجي وهادئ ثم يسأل الباحث المرضى عن شعورهم بعد أداء تمرين التنفس والاسترخاء و يشكرهم على تعاونهم. ومن ثم يطلب الباحث من المرضى واجب بيتى من خلال مزاوله تمرين التنفس والاسترخاء كل يوم وخاصة أثناء المواقف المزعجة ثم يقيم الجلسة ويختمها.

الجلسة الرابعة:

العنوان : مناقشة وتعديل الأفكار اللاعقلانية .

المدة الزمنية : 90 دقيقة .

الفيئات والأساليب المستخدمة : العصف ذهنى ، المناقشة والحوار ، القصص ، الواجبات المنزلية .

الأدوات : بوستر ، أقلام ، ورق .

الأهداف :1- توضيح العلاقة بين الأفكار غير المنطقية والاضطراب الانفعالي الذي يعانى منه المرضى.

2- الاستبصار بالمشكلة التي يعانى منها المرضى .

3- مساعدة المرضى على التخلص من الأفكار غير عقلانية واستبدالها بأفكار واتجاهات عقلانية .

4- تعليم المرضى فلسفة جديدة يواجهون بها الحياة حتى لا يكونوا ضحية الأفكار اللامنطقية .

5- التفكير بإيجابية في المواقف المختلفة.

محتوى الجلسة: تبدأ الجلسة بالترحيب بالمشاركين وبتلخيص يقدمه الباحث عما جرى في الجلسة السابقة مع تعليق البوستر والتذكير بالتعاقد ومناقشة الواجب البيئي وتقديم تغذية راجعة حوله. يقوم الباحث بتعريف الأفكار اللاعقلانية لدى المرضى من خلال مثلا كأن يقول أنها: هي عبارة عن أفكار سلبية خاطئة وغير صحيحة تراود الإنسان حين يتعرض لمواقف محبطة أو مزعجة، وهي التي تسبب له الانفعالات والاضطرابات السلوكية فالانفعالات لا تحدث نتيجة للأحداث المحبطة أو المزعجة بل تحدث نتيجة لتلك الأفكار اللاعقلانية وغير منطقية.

ومن ثم يقوم الباحث بعرض لبعض تلك الأفكار اللاعقلانية مثل:

وبعد ذلك يقوم الباحث بعرض مجموعة من الأمثلة للأفكار اللاعقلانية منها:

- 1- يجب أن أكون محبوبا من الجميع.
 - 2- إن تعاستنا ناتجة عن ظروف خارجة عن إرادتنا
 - 3- يجب أن يشعر المرء بالقلق والخوف حينما تواجهه خطيرة أو سيئة
 - 4- أسهل طريقة لمواجهة مصاعب الحياة هي أن نتجنبها
 - 5- يجب على المرء أن ينافس ويتفوق على الجميع.
 - 6- يجب أن أكون على كفاءة عالية حتى احقق الانجاز وأنافس الآخرين وحتى اشعر بأهميتي
 - 7- بعض الناس يتصفون بالشر والخسة ولذلك يجب أن يوجه لهم اللوم والنقد.
 - 8- انه لمن النكبات المؤلمة أن تسير الأمور على عكس ما يريده المرء لها.
 - 9- إن الأشياء الخطرة والمخيفة تعتبر سببا للانفعال البالغ ويجب أن يكون الفرد دائم التوقع لها.
- وأياضا يقوم الباحث بعرض بعض العبارات المتداولة بين الناس بكثرة في المجتمع التي يجب الاحتراس منها مثل :

ذيل الكلب لا يمكن أن يعدل	صعب الإنسان أن يتغير	الناس ما يتسامح	عمر الأسي ما يتنسى
ربنا لا يغفر لأصحاب الذنوب	الأعوج اعوج طول عمره أعوج	الإنسان لا بد وان يكون كاملا	الآخرون دائما على صواب
مستواي غير لائق بما يكفي	لا ينبغي للرجال أن ييكونوا أبدا	إن لم أكن مثاليا فلا نفع لي	إذا أخطأت فلن أسامح نفسي أبدا
سيلومني الآخرون حين أخطأ	أنا لا أستطيع مساعدة نفسي	إذا أخطأت سيبتعد عن الناس	لا يمكن أن أنجز إلا بمساعدة الآخرين

كما ويقوم بتوضيح التشوهات المعرفية لدى المرضى مع ضرب الأمثلة المناسبة لذلك ويطلب الباحث من المرضى تحديد الأفكار السلبية واللاعقلانية لديهم وكتابتها على الورق ومن ثم تجمع تلك الأوراق ويقوم الباحث بمناقشة تلك الأفكار مع المرضى واستبدالها بأفكار عقلانية عن طريق عملية الإقناع اللفظي الذي يهدف إلى إقناع المرضى عن طريق الحوار والمناقشة بمنطق العلاج العقلاني ويقوم الباحث بتفنيد الأفكار اللاعقلانية

مع إعادة التفسير العقلاني للأحداث من جهة الباحث ويتم تكرار المقولات الذاتية بحيث تحل محل التفسيرات غير العقلانية .

ثم يطلب الباحث من المرضى واجب بينى من خلال التعرف على الأفكار غير العقلانية وغير المنطقية وتدوينها و تكليف المرضى بقراءة المواضيع أو الكتب المتعلقة بالحدث الذي يثير سلوكهم أو قلقهم حتى يتكون لديهم الاستبصار المعرفي بحقيقة الاحداث ثم يقوم الباحث بعملية تقييم للجلسة وانها .

الجلسة الخامسة :

العنوان :

مهارة الحديث عن النفس .

المدة الزمنية : 90 دقيقة .

الغيات والأساليب المستخدمة : المناقشة والحوار ، العصف الذهني ، الإصغاء ، الواجبات المنزلية .

الأدوات : أقلام ، أوراق ، بوستر ، كرسي .

الأهداف :

1- تقديم مهارة الحديث عن النفس كطريقة ملائمة لبناء الثقة بالنفس .

2-مساعدة المرضى على الحديث عن أنفسهم .

1- تعزيز مبدأ الثقة بالنفس عند الأعضاء .

2- مساعدة المرضى على التخلص من المشاعر السلبية تجاه النفس.

3- فهم المرضى لأنفسهم بصورة أعمق .

4- تفريغ انفعالي للمرضى المشاركين يساعد الباحث على معرفة مستوى المشاركات ودرجة ثقة كل منهما بنفسه.

5- مساعدة المرضى المشاركين على معرفة خفايا نفوسهم ، والوقوف على أسباب ضعف ثقتهم بأنفسهم.

محتوى الجلسة :

تبدأ الجلسة بالترحيب بالمشاركين و بتلخيص يقدمه الباحث عما جرى في الجلسة السابقة ومناقشة الواجب

البيتي وتقديم تغذية راجعة حوله ويعلق البوستر الذى تضمن قواعد الإلتزام بالجلسات.

يقوم الباحث بتوزيع أوراق صغيرة على الأعضاء ويطلب الباحث من كل مريض أن يكتب على ورقة حدث يريد

التخلص منه

1- ما هي الأشياء التي قمتهم برميها في سلة المهملات؟

2- ما لذي دفعكم للتخلص منها؟

3- ما هي المشاعر المصاحبة لهذه النفايات؟

4- ما هو المطلوب من أجل التخلص من هذه النفايات؟

5- كيف نستطيع بناء قوة تساعدنا على التخلص من هذه النفايات؟

6- ما هو الدعم الخارجي الذي نريده للتخلص من هذه النفايات؟

7- ما هي الطرق والأساليب التي سوف تستخدمونها في حال تكرار مثل هذه الأحداث والمشاعر السلبية في حياتكم؟

هذا النشاط يساعد الأعضاء على التخلص من الأحداث المؤلمة والمشاعر المصاحبة لها وتزويد الأعضاء بمهارة الثقة بالنفس عن طريق تشعروهم بالسيطرة والتغيير في مجرى حياتهم وذلك باستخدام فعالية هنا والآن. ثم يتم الانتقال الى نشاط (كرسي الاعتراف) حيث يجلس مشارك على كرسي الاعتراف الذي يتوسط المجموعة، ويعرف نفسه بشكل معمق ثم يبدأ المشاركين بتوجيه الأسئلة له مع احتفاظه بحق عدم الإجابة ، إذا أراد ذلك، وتتم ممارسة النشاط مع أكثر من مشارك ، ثم يتم مناقشة النشاط وإحساس المشاركين بعد إجراء النشاط. ثم ينتقل الباحث إلى نشاط التخيل ومن ثم نشاط رسم التخيل .

هذا النشاط يساعد المرضى على التعرف على نظرة المرضى المشاركين لأنفسهم مع تعرفهم على الجوانب الايجابية والسلبية عند الآخرين كنوع من زرع الثقة بالنفس لديهم وتأكيدا لمسئولياتهم تجاه أنفسهم والآخرين. ثم يطلب الباحث من كل المرضى أن يجلسوا بشكل مريح وأن يقوموا بإغماض عيونهم وان يأخذوا نفسا عميقا وهادئا ، أنت الآن تسير في مكان مليء بالعثرات ، ومع ذلك فأنت تسير وتتقدم إلى الأمام، بخطى واثقة ملؤها التحدي والإقدام والشجاعة، وتتعثر أكثر من مرة ولكنك تقوم وتقف وتواصل السير وكلك مثابرة في المشي وتحارب اليأس و تهزمه وتفكر في الخطوات القادمة، إذ من مكان بعيد تسمع صوتا نديا وشجيا، يبعث ذلك الصوت في نفسك الطمأنينة والأمل، أنت إنسان طموح وصابر، تعامل الناس بحسن الخلق وتقدم المساعدة إلى كل محتاج سواء عرفته أم لم تعرفه، فكم ساعدت الآخرين في حل مشاكلهم، وكم كنت ناصحا وموجها لأصدقائك و لإخوانك ، كيف كنت تضحى بنفسك من اجل رفعة وطنك، تساعد رجال الأمن في مكافحة الرذيلة ، وتحافظ على النسيج الوطني كل ذلك ازدرادك إصرارا وشجاعة وثقتا بنفسك، وأصبحت تردد، أنا أثق بنفسي وسأحقق ما اصبوا إليه.

في النهاية يساعد هذا النشاط بث روح الأمل والتحدي والإصرار على تجاوز المعوقات التي تعترض المرضى المشاركين كي يعززوا ثقتهم بأنفسهم.

ثم يطلب الباحث من كل مريض برسم ما تخيله من النشاط السابق، وبعد ذلك يتم عرض الرسم وتتم المناقشة حول ذلك الموضوع من خلال ما تم الإحساس به، الأفكار العقلانية واللاعقلانية التي جاءت بخاطره، وما طبيعة الصوت الذي سمعه ثم يقوم الباحث بتعزيز الأفكار العقلانية الايجابية وتعديل الأفكار اللاعقلانية السلبية.

ثم يتم توزيع أوراق على المشاركين ويكتب كل فرد خلالها إيجابياته و سلبياته وبعد ذلك يقوم الباحث بعملية التقييم والإنهاء للجلسة والاتفاق على الموعد القادم .

الجلسة السادسة:

العنوان:

تتمية القيم الإيجابية للذات لدى المرضى.

المدة الزمنية: 90 دقيقة.

الفيئات والأساليب المستخدمة: المحاضرة، الحوار والمناقشة، القصص، العصف الذهني ، التعزيز الايجابي .

الأدوات: LCD+Computer ، أقلام ، ورق ، دفاتر ، بوستر ، كراسي .

الأهداف: 1- تعزيز وتنمية الذات الإيجابية لدى المرضى.

1- تعزيز الدور الإيجابي للقوة الحسنة في حياة المرضى.

2- تعزيز القيم الدينية لدى المرضى المشاركين.

3- تفعيل وتوجيه الضمير الخلقى الإيجابي لدى المرضى.

4- تبصير المرضى بالأنشطة المفيدة في تحسين ذواتهم.

محتوى الجلسة:

تبدأ الجلسة بالترحيب بالمشاركين وبتلخيص يقدمه الباحث عما جرى في الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيتي وتقديم تغذية راجعة حوله والتذكير بالقواعد الأساسية للجلسة.

يقوم الباحث بإلقاء محاضرة حول الموضوع ويتطرق أيضا خلالها إلى تشجيع المرضى على المشاركة في الأنشطة المسلية والمفيدة وتشجيعهم على الإقبال على الحياة بروح التفاؤل و الأمل و تعزيز الثقة بالنفس وإقناعهم بوجود القدرة الإيجابية لديهم بالتحكم بإنفعالاتهم و سلوكياتهم و العمل على زيادة مشاعر المرح والسرور لديهم ومن ثم يفتح باب النقاش والاستفسار حول الموضوع ومن ثم يتحول إلى النشاط القصصي يقوم خلاله بسرد بعض القصص والذي بدورها تؤدي إلى دعم وتعزيز القيم الدينية وتقوية الضمير الخلقى وتعزيز الذات الإيجابية لدى المرضى كذلك تتضمن عامل التشويق والاثارة مثل: 1- قصة سيدنا سليمان مع الريح 2- قصة سيدنا سليمان مع الحيوان ثم يقوم الباحث بطرح سؤال من أجل إجراء المناقشة والحوار مع المرضى كأن يتضمن: ماذا يعنى لك مصطلح المثل الأعلى؟

ويقوم الباحث بطرح أسئلة على المرضى حول موضوع القوة تتضمن الآتى :

1- من هو مثلك الأعلى؟

2- ماهي أكثر الصفات الإيجابية التي جعلتنا نتخذ منه قودة حسنه؟

3- كيف يمكن أن يستطيع الإنسان الوصول إلي مستوي يرضى به عن ذاته؟

ملاحظة هامة: يمكن أن يسأل الباحث المشاركين حول من يرغب منهم في التحدث عن قودته ومثله الأعلى. ويقوم الباحث أيضا بطرح بعض العبارات التي يجب الاحتراس منها مثل:

مستواي غير لائق بما يكفي	الآخرون دائما على صواب	الإنسان لا بد وان يكون كاملا
إذا أخطأت فلن أسامح نفسي أبدا	إن لم أكن مثاليا فلا نفع لي	لا ينبغي للرجال أن يبكوا أبدا
إذا أخطأت سأبتعد عن الناس	أنا لا أستطيع مساعدة نفسي	سيلومني الآخرون حين أخطأ لا يمكن أن أنجز إلا بمساعدة الآخرين

ثم يطلب منهم واجب بيتي يكلف فيه كل مريض أن يقوم بتدوين ثلاثة أنواع سلبية من سلوكياتهم التي يحبوا أن تقوموا بتغييرها؟ ثم يوضح كيفية التغيير؟ .

و يقوم الباحث بتقييم الجلسة والإنهاء.

الجلسة السابعة :

العنوان:

التوافق النفسي.

المدة الزمنية: 90 دقيقة.

الأساليب والفنيات المستخدمة: المحاضرة ، المناقشة والحوار ، العصف الذهني ، التعزيز الإيجابي .
الأدوات: أقلام ، أوراق ، LCD+Computer ، بوستر ، كرسي .

الأهداف:

- 1- التعرف على مفهوم التوافق النفسي .
- 2- التعرف على عوامل التوافق النفسي .
- 3- التعرف على أبعاد التوافق النفسي .
- 4- التعرف على الأمور التي تؤدي إلى إعاقة التوافق النفسي .
- 5- التعرف على أهمية التوافق النفسي في حياة المرضى .

محتوى الجلسة :

تبدأ الجلسة بالترحيب بالمشاركين و بتلخيص يقدمه المرشد عما جرى في الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيئي وتقديم تغذية راجعة حوله ويذكر بالقواعد السليمة التي تحكم الجلسة

* يقوم الباحث بالقاء محاضرة لدى المرضى يوضح خلالها مفهوم التوافق النفسي ومدى أهميته في حياة الأفراد وعلى أبعاده المتعددة على سبيل المثال : (التوافق الشخصي ، التوافق الجسمي ، التوافق الاجتماعي ، والتوافق المهني ... إلخ) ومدى أهمية كل بُعد من تلك الأبعاد على مستوى الصحة النفسية لدى المرضى والذي ينعكس أيضاً على طبيعة مرضى الصرع ، ثم يطرح الباحث بعض التساؤلات عن الأمور التي تواجه أفراد العينة والتي تعمل على إعاقة التوافق النفسي لديهم في نواحي الحياة اليومية وهذا بدوره يزيد من الألفة والانسجام الجماعي لدى أفراد العينة ويشجع كل فرد منهم على التعبير عما يدور في نفسه بخصوص ذلك أمام الجماعة ويقوم الباحث بتفنيده ما يتم طرحه ويفرق بين العام منها والذي يواجه معظمهم وبين ما يخص كل فرد على حدة. ويعمل الباحث على تبصير أفراد العينة بالأمور التي تعيق التوافق النفسي لديهم وكذلك مدى ارتباط التوافق النفسي الجيد بصحة المرضى، وتوضيح أن التوافق السيئ ينعكس سلبياً على طبيعة مرضى الصرع ويزيد من حدة تقلبات المرض ، ثم يقوم الباحث بفتح باب النقاش والحوار حول الموضوع .

بعد ذلك يكلف الباحث المرضى بواجب بيئي يتضمن بتسجيل بعض المواقف التي تؤدي إلى سوء التوافق النفسي لديهم وتسجيل استجاباتهم لتلك المواقف وكتابة الحلول المقترحة لتحسين التوافق النفسي من وجهة نظرهم ثم يقوم بعملية التقييم للجلسة والإنهاء .

الجلسة الثامنة :

العنوان : الثقة بالنفس .

المدة الزمنية : 90 دقيقة .

الأساليب والفنيات المستخدمة : المحاضرة ، الحوار والمناقشة ، العصف الذهني ، التعزيز الإيجابي .

- الأدوات : أوراق ، أقلام ، LCD+Computer ، بوستر ، كراسي .
- الأهداف : 1- التعرف على معنى الثقة بالنفس لدى المرضى .
- 2- التعرف على صفات الواثق بنفسه .
- 3- مساعدة المرضى على بناء ثقتهم بأنفسهم .
- 4- إستنتاج أهداف الثقة بالنفس .
- 5- بيان الفائدة من الثقة بالنفس .
- 6- توضيح مظاهر الثقة بالنفس .
- 7- التعرف على أسباب تدني مستوى الثقة بالنفس.

محتوى الجلسة :

تبدأ الجلسة بالترحيب بالمسترشدين و بتلخيص يقدمه المرشد عما جرى في الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيتي وتقديم تغذية راجعة حوله ويذكر بقواعد الجلسة الأساسية .

يقوم المرشد بداية بتوضيح مفهوم الثقة بالنفس وعلامات انخفاض الثقة بالنفس ومن ثم يطلب من المرضى كلا على حدا بتوضيح الأسباب التي تؤدي الى تعزيز الثقة بالنفس من خلال كتابتها على ورقة ومن ثم يتم جمع الأوراق ويقوم بفتح باب النقاش حول ذلك ثم يقوم بعرض بوربوينت يوضح فيه التالي : 1- أهداف الثقة بالنفس 2- مظاهر الثقة بالنفس 3- فوائد الثقة بالنفس ويقوم بعرض بعض قصص الصحابة حول موضوع الثقة بالنفس حتى يتم الاقتداء بها .

ويتترك المجال للأسئلة والنقاش ثم بعد ذلك يطلب واجب منزلي يطلب خلاله من كل مريض أن يعبر خلاله أبرز المشكلات الخاصة لديه والتي تؤثر سلبا على موضوع الثقة بالنفس من وجهة نظر كل واحد منهم ومن ثم يقوم بتقييم الجلسة والإنهاء.

الجلسة التاسعة :

العنوان : إرشاد ديني .

المدة الزمنية : 90 دقيقة .

الأساليب والفنيات المستخدمة : المحاضرة ، المناقشة والحوار ، القصص ، النمذجة ، التعزيز الإيجابي .

الأدوات : أقلام ، دفاتر ، بوستر ، كراسي .

الأهداف : 1- تبصير المرضى بمفهوم التوكل على الله و القضاء والقدر والصبر وجزاؤه عند الله .

2- إقامة الفرائض واجتناب النواهي .

3- تقوية الوازع الديني عند المرضى .

4- التفاؤل وعدم اليأس.

5- إدراك المرضى لدورهم في الحياة وواجبهم نحو ربهم ووطنهم .

محتوى الجلسة :

*تبدأ الجلسة بالترحيب بالشيخ الضيف والمرضى وبأخبارهم بأن الشيخ سيتحدث بمواضيع هامة في الشريعة الإسلامية تهم كل مؤمن موحد بيتغى الأجر والفائدة في الدنيا والآخرة الشيخ سيتحدث عن العبادات والفرائض وأهميتها في حياتنا كمسلمين وأيضا عن التوكل على الله وأهميته في حياتنا وعن موضوع الصبر على

الابتلاءات والقضاء والقدر وما ينجم عنهما من الأجر العظيم ويوضح أهمية ذلك في تنمية مفهوم الذات لديهم مع ذكر الآيات والأحاديث والقصص التي توضح الأجر العظيم للصابرين على الشدائد والمحن وأثر ذلك في تقوية الذات والنفس ومنع الإصابة بالأمراض النفسية الخطيرة ثم يقوم بفتح باب الاستفسارات والتساؤلات حول ذلك ثم يطلب الباحث من المرضى نشاط بيتي يتضمن قراءة القرآن والاستغفار عند الشعور بالضيق واستشعار الراحة والطمأنينة عند قراءة القرآن والاستغفار والمداومة على أداء الصلاة في المسجد من ثم يقوم بعملية التقييم والإنهاء للجلسة .

الجلسة العاشرة :

العنوان :

التدريب على مهارة حل المشكلات .

المدة الزمنية : 90 دقيقة .

الأساليب والفيئات المستخدمة : المحاضرة ، مناقشة وحوار ، التعزيز الإيجابي ، العصف ذهني .

الأدوات : LCD+Computer ، أقلام ، أوراق ، بوستر ، كراسي .

الأهداف : 1- التعرف على مفهوم المشكلة .

2- تبصير الأعضاء بالطرق العملية لحل المشكلات .

3- التعرف على فائدة مهارة حل المشكلات .

6- تدريب المرضى على الخطوات العلمية لمهارة حل المشكلات .

محتوى الجلسة :

تبدأ الجلسة بالترحيب بالمرضى وبتلخيص يقدمه المرشد عما جرى في الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيئي وتقديم تغذية راجعة حوله ويذكر بقواعد الجلسة الأساسية.

ثم بعد ذلك يقوم الباحث بشرح الخطوات الرئيسية في تحديد المشكلة والأبعاد المختلفة والمتضمنة في تحديد المشكلة كون ذلك يساعد على التعرف على طبيعة المشكلة بصورة واضحة.

كما يقوم بتعريف الأعضاء على الأساليب والخطوات المستخدمة عند الإحساس بوجود مشكلة ، وتتمثل في الآتي :

1- ادراك وجود مشكلة معينة ومحددة وتستوجب الحل

2- الاستفادة من المهارات التي تعلمها كل مريض مشارك ، وتعمل على خفض مشاعر التوتر الناتج عن وجود درجة الاثارة ، مثل الاسترخاء العميق.

3- التركيز على الجوانب المستقبلية للمشكلة ، بمعنى البحث عن حلول ممكنة بدلا من الإحساس بالمعاناة ، ومحاولة معرفة الأسباب الرئيسية للمشكلة والتي لا تجدي.

4- عرض الحلول والبدائل

تعريف المرضى المشاركين على الأساليب المناسبة في حل المشكلات والمتمثلة في الآتي:

1- التشخيص الدقيق للمشكلة.

ب- عرض البدائل.

ج-الاختيار من بين البدائل

د - التقييم.

مع أهمية قيام الباحث بتوضيح بعض الأمثلة بأن يطلب من أحد المشاركين أن يطرح مشكلة بسيطة ثم يناقش الخطوات المناسبة في التعامل مع المشكلة من خلال نشاط كتابي داخل المجموعة ثم يعطي للمشاركين فترة زمنية معينة لعرض إجاباتهم بشكل مختصر ويقوم بعد ذلك بالتعليق عليها أي تقديم التغذية الرجعية.

5-يعمل المرشد بتبصير المشاركين بالأسباب المؤثرة على فاعلية حل المشكلة والتي منها:

أ- القصور في تحديد ماهية المشكلة.

ب-محدودية المعلومات الهامة.

ج- ضعف عملية التواصل مع الأعضاء

د- العجز عن اختيار البدائل.

هـ-سيادة التنافس وغياب الثقة والدعم.

و - الضغط الاجتماعي.

وذلك من خلال القيام بإعداد نشرة إرشادية تتضمن الأسس المؤثرة في حل المشكلات ويتم إعطاؤها للمرضى المشاركين للاستفادة منها

6- تعليم المشاركين مهارات التفكير العلمي مثل كيف ولماذا..... ؟

7- تقييم النتائج من خلال التأكيد على المحاور الآتية :

(ا) العلاقات بين المسببات والنتائج

(ب) التعلم من النتائج السابقة

(ج) التعلم من الأخطاء

(د) البعد عن جلد الذات

(هـ) إدراك القيمة الحياتية والنفسية لحل المشكلات

8- قيام الباحث بإعطاء واجب بيتي يطلب من خلاله أن يستخدم كل مشارك من أعضاء المجموعة الخطوات الأساسية في حل المشكلة والتي تم تناولها في الجلسة ،وتطبيق ذلك في حل مشكلة متخيلة أو واقعية خارج نطاق المجموعة ثم يقوم الباحث بتقييم الجلسة والإنهاء .

الجلسة الحادية عشر :

العنوان :

تعزيز التوجهات الإيجابية نحو المستقبل لدى المرضى .

المدة الزمنية : 90 دقيقة .

الأساليب والفنيات المستخدمة : المحاضرة ، النمذجة ، النقاش والحوار ، العصف الذهني.

الأدوات : أوراق ، أقلام ، بوستر ، كراسي .

الأهداف :

1- إكساب وتعزيز مهارات التخطيط السليم ووضع الأهداف لدى المشاركين .

2- التعرف على مواصفات الأهداف الجيدة وسبل تحقيقها.

3- مساعدة المشاركين في وضع أهدافهم الخاصة .

4- مساعدة المشاركين في وضع خطة لتنفيذ الأهداف.

5- تعزيز التوجهات الإيجابية لدى المشاركين نحو المستقبل .

محتوى الجلسات : تبدأ الجلسة بالترحيب بالمرضى و بتلخيص يقدمه المرشد عما جرى في الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيئي وتقديم تغذية راجعة حوله ويذكر بقواعد الجلسة الأساسية .

ثم يقوم الباحث بعرض بوربوينت عن موضوع استراتيجيات التخطيط الجيد يتضمن ذلك مقدمة حول الأهداف التي يرغب المشاركين في تحقيقها في المستقبل والتي تحتاج إلى الكثير من الجهد و التخطيط السليم لتحقيقها و الوصول إليها ، ومن ثم يقوم الباحث بتوجيه بعض الأسئلة مثل كيف يمكن أن نرى أنفسنا في المستقبل ، من هم الأشخاص الذين نرغب أن نكون مثلهم ، وكيف نجذب انتباه الآخرين ثم يتم فتح باب النقاش حول ذلك .

ثم يطلب الباحث من المرضى أن يقوموا بسرد الأهداف التي يسعون الى تحقيقها في المستقبل والمخاوف والتهديدات التي قد تعيق الوصول الى الأهداف ومن ثم يتم طرح الحلول للتهديدات التي تعيق المستقبل من خلال فتح باب النقاش والحوار .

ومن ثم يطلب الباحث من المرضى واجب بيئي من خلاله يتم التعبير عن كيفية تعزيز التوجهات الإيجابية نحو المستقبل من خلال المثال التالي حدد أهدافك الشخصية، وضع خطة لتحقيق هذه الأهداف على أن تتضمن

الأهداف التالية:

أهداف التعليم .

أهداف أسرية .

أهداف العمل .

أهداف تتعلق بالصحة واللياقة البدنية .

أهداف أخرى.....

ثم يقوم الباحث بتقييم الجلسة والإنهاء .

الجلسة الثانية عشر :

العنوان :

تنمية مفهوم الذات .

المدة الزمنية : 90 دقيقة .

الأساليب والفنيات المستخدمة : المحاضرة ، المناقشة والحوار ، القصص ، التعزيز الإيجابي ، العصف ذهني.

الأدوات : LCD+Computer ، أقلام ، دفاتر ، بوستر ، كراسي .

الأهداف :1- تبصير المرضى بمفهوم الذات وأسباب انخفاضه .

2- أن يتعرف المرضى على نقاط القوة والضعف لديهم .

3- كسر حاجز الخجل عند الحديث عن النفس .

4- تنمية مفهوم الذات الإيجابي لدى المرضى .

5- بناء ذات إيجابية جديدة وفعالة لدى المرض .

6- تنمية الثقة بالنفس لدى المرضى.

محتوى الجلسة :

تبدأ الجلسة بالترحيب بالمسترشدين و بتلخيص يقدمه المرشد عما جرى في الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيتي وتقديم تغذية راجعة حوله ويذكر بقواعد الجلسة الأساسية .

يقوم الباحث بعمل محاضرة حول مفهوم الذات وأهميته في حياة المرضى المشاركين وأسباب انخفاض مفهوم الذات ويبدأ ذلك بفتح باب المناقشة والحوار التفاعلي بطرح سؤال مفتوح حول مفهوم الذات من أجل احداث عصف ذهني لديهم ومن ثم يقوم بالتعقيب على كلامهم ووضع المفهوم المبسط عن الذات حتى يسهل استيعابه مثل الصورة التي يكونها الفرد عن نفسه أنا ذكي ، أنا جميل ، أنا منطوي وهكذا فنحن نكون انطبعا عن ذاتنا كما نكون انطبعا عن الآخرين ومن ثم يترك المجال للنقاش والأسئلة بعد ذلك يقوم الباحث بعرض نشاط قصصي يهدف إلى : 1- تنمية وإثراء خيال المرضى 2- تنمية مفهوم الذات لديهم 3- إكساب المرضى الخبرات البناءة .

ومن خلال النشاط القصصي يقوم الباحث بعرض القيم الدينية والتي من خلالها يتم دعم القيم والصفات الأخلاقية التي تقوى وتنمي مفهوم الذات لدى المرضى ثم بعد ذلك يطلب الباحث واجب بيتي من المرضى بأن يعبر كل واحد منهم عن ذاته بكل موضوعية وصدق ثم يقوم الباحث بعملية تقييم الجلسة و الإنهاء .

الجلسة الثالثة عشر :

العنوان :

مهارة الإتصال والتواصل .

المدة الزمنية : 90 دقيقة .

الأساليب والفنيات المستخدمة : المحاضرة ، المناقشة والحوار ، التعزيز الإيجابي .

الأدوات : LCD+Computer ، أقلام ، دفاتر ، بوستر ، كراسي .

الأهداف : 1- التعرف على مفهوم الاتصال الفعال .

2- التعرف على عناصر الاتصال ودور كل منها في تنظيم عملية الاتصال .

3- التعرف على مستويات الاستماع .

4- التعرف على أهمية الاستماع والانصات .

5- التعرف على مبادئ الانصات .

محتوى الجلسة :

تبدأ الجلسة بالترحيب بالمرضى و بتلخيص يقدمه الباحث عما جرى في الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيتي وتقديم تغذية راجعة حوله ويذكر بقواعد الجلسة الأساسية .

يقوم الباحث بعمل محاضرة من خلال عرض بوربوينت يتحدث خلالها حول تعريف مفهوم الاتصال الفعال وعناصره وأهمية الاستماع ومستوياته وفوائده ومبادئ الانصات والتواصل ومن ثم يقوم بمشاركة المرضى وفتح باب النقاش والحوار حول الموضوع ثم يطلب منهم في النهاية واجب بيتي يوضح به الباحث نموذج على شكل قصة لشخص من ثم يطلب الباحث من كل مشارك التعليق على تلك القصة وذلك بتوضيح الإيجابيات

والسلبيات التي تتضمن موضوع الاتصال والتواصل و الاستماع ثم بعد ذلك يقوم الباحث بعملية التقييم للجلسة والإنهاء.

الجلسة الرابعة عشر :

العنوان :

مهارة كيفية التعامل مع المواقف الحياتية .

المدة الزمنية : 90 دقيقة .

الأساليب والفيئات المستخدمة : المناقشة والحوار ، العصف الذهني ، التعزيز الإيجابي ، الواجب بيتي .

الأدوات : أقلام ، أوراق ، بطاقات ، بوستر ، كراسي .

الأهداف : 1- مساعدة المرضى على كيفية التصرف في المواقف الحياتية المختلفة .

2- التفكير في البدائل التي تساعد على التعايش في حياة مستقرة بعيدة عن التوتر والضغوط النفسية المستمرة رغم الأحداث الصعبة .

3- تعزيز مبدأ الثقة بالنفس عند المرضى .

محتوى الجلسة:

بدأت الجلسة بالترحيب بالمرضى من قبل الباحث وبتلخيص قدمه عما جرى في الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيتي وتقديم تغذية راجعة حوله كما وتم التذكير بقواعد الجلسة الأساسية.

يقوم الباحث بإعداد بطاقات ورقية يوضح فيها مواقف حياتية مختلفة يتعرض لها الإنسان بكثرة وتكون تلك البطاقات مرقمة من الخلف يطلب الباحث خلالها من المرضى اختيار رقم البطاقة ويقوم المريض التي اختار الرقم بقراءة الموقف على أن يقوم كل مريض مشارك بالحديث عن كيفية التصرف من خلال التعرض للموقف المذكور وبعد ذلك يتم مناقشة ردود الأفعال لكل مريض وبيان ما هو إيجابي وما هو سلبي وذلك من خلال التعديل المعرفي للأفكار غير العقلانية المستخدمة واستبدالها بأفكار عقلانية. ومثال على تلك المواقف ما يلي:

1- اضطررت للاستئذان للخروج من العمل أو قاعة المحاضرة.

2- لسبب طارئ اضطررت الحضور متأخر للعمل أو المحاضرة

3- بقي لك نقود مع سائق السيارة وقد وصلت المكان الذي تريد قبل أن يعطيك الباقي.

4- اشتريت بنطلون من السوق وعندما وصلت للمنزل وجد فيه تلف.

5- اشتريت فاكهة من السوق وعندما وصلت للمنزل تبين لك وتأكدت من أنك لم تأخذ الباقي.

6- وجدت حشرة ما في فطيرة الجبن في الكافتيريا أو المطعم.

7- سرقَ حذائك من على باب المسجد.

8- وأنت ذاهب إلى المدرسة جاءت سيارة مسرعة وطرطشت عليك ماء متسخ.

9- كان لك شيء ما عند زميلك واحتجت إليه.

10- اخذ زميلك شيئاً منك دون استئذان.

11- أثناء سيرك في السوق تعرضت لحادث سرقة.

12- جاء أحد وأخذ دورك في الطابور.

- 13- طلبت منك والدتك أمرا ما، وطلب منك والدك عكسه تماما.
 - 14- وأنت ذاهب للمدرسة فوجئت بقصف من قبل طائرات الاحتلال لإحدى السيارات بالشارع.
 - 15- من أكثر شخص تتمنى أن يكون بجانبك عند مرورك بموقف سيئ.
 - 16- وأنت جالس على شط البحر وجدت شخص يغرق.
 - 17- عند مرورك في إحدى الشوارع وجدت أشخاص يتلفون إنارة الشارع.
 - 18- سمعت أحد زملائك يتلفظ بألفاظ سيئة.
 - 19- طلب منك المشاركة في عمل تطوعي.
 - 20- طلب منك التبرع بالدم لشخص لا ينتمي لحزبك السياسي.
 - 21- وجدت ضريرا يريد عبور الطريق.
 - 22- وجه لك انتقاد من أحد أفراد أسرتك.
 - 23- عوقبت على ذنب أنت لم تقترفه لا من قريب ولا من بعيد .
- ومن ثم بعد ذلك يطلب الباحث منهم واجب بيئي يتم خلاله التعبير من قبل كل مريض مشارك عن بعض المواقف الحياتية التي حدثت له وكيف تم التصرف تجاه تلك المواقف وبعد ذلك يقوم الباحث بعملية تقييم للجلسة وإنهاء .
- الجلسة الخامسة عشر :**

العنوان :

الإنهاء والتقييم .

المدة الزمنية : 90 دقيقة .

الأساليب والفنيات المستخدمة: المناقشة والحوار، العصف الذهني، التعزيز الإيجابي.

الأدوات: أقلام، أوراق، بوستر ، كراسي، مقياس الاستشفاء.

الأهداف :1- مراجعة وتلخيص جماعي لما تم في جلسات البرنامج .

2- الإجابة على تساؤلات واستفسارات المرضى .

3- التعرف على تقييم واقتراحاتهم المرضى نحو للبرنامج

4- تطبيق الاختبار البعدي للبرنامج

5- قياس مدى التحسن الذي طرأ على المرضى خلال جلسات البرنامج .

6-إنهاء العلاقة الإرشادية التدريبية .

7- تقييم المرض أنفسهم للبرنامج وممارساتهم خلال جلساته في جو من الحرية .

8- إغلاق البرنامج وإنهائه .

محتوى الجلسة :

تبدأ الجلسة بالترحيب بالمسترشدين و بتلخيص يقدمه المرشد عما جرى في الجلسة السابقة ومناقشة الواجب البيئي وتقديم تغذية راجعة حوله ومن ثم يقوم بعرض بوربوينت مختصر عن جميع الجلسات السابقة وتلخيص أبرز النقاط التي تم الاستفادة منها في البرنامج وبنقاش الباحث مع المرضى أهم الصعوبات التي واجهتهم

خلال مشاركتهم بالبرنامج وأيضا يقوم الباحث بالتوجه بالشكر لدى المرضى على تفاعلهم الإيجابي طوال فترة جلسات البرنامج وعلى حرصهم على الحضور والالتزام والتفاعل داخل الجلسات ، ثم يقوم الباحث بفتح باب النقاش والاستفسارات حول البرنامج ويبدأ الباحث بتقييم البرنامج من خلال مجموعة من التساؤلات تتمثل في الآتى :

- 1- ما رأيك في البرنامج ؟ وهل أضاف لك جديدا ؟
- 2- من وجهة نظرك الخاصة ما هي الأشياء التي أعجبتك في البرنامج ؟
- 3- من وجهة نظرك الخاصة ما هي الأشياء التي لم تعجبك في البرنامج ؟
- 4- هل توجد لديك اقتراحات حول البرنامج ؟ وما هي ؟

بعد ذلك يقوم الباحث بتطبيق القياس البعدى على المرضى المشاركين في البرنامج من خلال توزيع مقياس الإستشفاء من أجل التعرف على مدى فاعلية البرنامج الإرشادى في تحسين مستوى الاستشفاء لدى مرضى الصرع وفى نهاية الجلسة يقوم الباحث بتقديم الشكر والتقدير والثناء على المشاركين في البرنامج لحسن التعاون والالتزام والانضباط في حضور الجلسات واتمام هذا الجهد العظيم ثم يدعوهم الى البوفيه لتناول الجاتوه والشاى في حفل ختامى مصغر ، وبذلك تنتهى الجلسات .

ملحق رقم (8)

تقييم الجلسات

استمارة تقييم كل جلسة

أخي الكريم :

هل الهدف للجلسة كان واضح أم غير واضح ؟

هل أدوات وفنيات الجلسة واضحة أم غير واضحة ؟

هل الأنشطة والفعاليات المستخدمة في الجلسة واضحة أم غير واضحة ؟

هل الوقت كان مناسب أم غير مناسب ؟

ما مدى استمتاعك بالجلسة 50% ، 70% ، 90%

استمارة تقييم البرنامج

أخي الكريم :

ما رأيك في البرنامج ؟ وهل أضف لك جديدا ؟

من وجهة نظرك الخاصة ما هي الأشياء التي أعجبتك في البرنامج ؟

من وجهة نظرك الخاصة ما هي الأشياء التي لم تعجبك في البرنامج ؟

هل توجد لديك اقتراحات حول البرنامج ؟ وما هي ؟

ملحق رقم (9) صور الجلسات الإرشادية أثناء تطبيق البرنامج







