

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



الجامعة الإسلامية - غزة  
شؤون البحث العلمي والدراسات العليا  
كلية التربية  
ماجستير الصحة النفسية والاجتماعية

فعالية برنامج إرشادي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى  
النساء ذوات البيوت المهدمة  
**The Effect of counseling program to alleviate  
the symptoms of Depression of women with  
demolished homes**

إعدادُ الباحثة  
منال موسى الهرباوي

إشرافُ  
الأستاذ الدكتور  
نبيل كمال دخان

قُدِّمَ هَذَا البَحْثُ اسْتِكْمَالاً لِمَتَطَلِبَاتِ الحُصُولِ عَلَى دَرَجَةِ المَاجِسْتِيرِ  
فِي الصِّحَّةِ النَفْسِيَّةِ وَالمَجْتَمَعِيَّةِ بِكُلِّيَّةِ التَّرْبِيَّةِ فِي الجَامِعَةِ الإِسْلَامِيَّةِ بِغَزَّةِ

أغسطس/2016م - ذو القعدة/1437هـ

## إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

### فعالية برنامج إرشادي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى النساء ذوات البيوت المهدمة

### The Effect of counseling program to alleviate the symptoms of Depression of women with demolished homes

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:	منال موسى الهرياي	اسم الطالب:
Signature:		التوقيع:
Date:	1-10-2016	التاريخ:



## نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

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

### فعالية برنامج إرشادي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى النساء ذوات البيوت المهتمة

وبعد المناقشة التي تمت اليوم السبت 31 ذو الحجة 1437هـ، الموافق 2016/10/01م الساعة

الحادية عشرة صباحاً، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

.....	مشرفاً و رئيساً	د. نبيل كامل دخان
.....	مناقشاً داخلياً	أ.د. سمير رمضان قوته
.....	مناقشاً خارجياً	د. أمجد عزات جمعة

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

والله ولي التوفيق،،،

نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

عبدالرؤف علي المناعمة



## ملخص الدراسة باللغة العربية

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف إلى " فاعلية برنامج ارشادي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى النساء ذوات البيوت المهمدمة"، وتم تطبيق البرنامج على مجموعة من النساء اللواتي يعانين من أعلى درجات الاكتئاب في قرية خزاعة على النساء اللواتي تعرضت بيوتهن الى دمار جزئي أو كلي وتراوحت أعمارهن بين (25-45) عاماً، وتم اختيار العينة بطريقة العينة المتاحة (المتيسرة)، وتكونت عينة الدراسة من (28) سيدة تم تقسيمهن إلى مجموعتين، الأولى تجريبية وقوامه (13) سيدة، والثانية ضابطة وقوامها (15) سيدة أيضاً، حيث تم اختيارهن من أصل 93 سيدة من اللواتي طبق عليهن مقياس بيك، علماً بأن العينة قد حصلت على أعلى مستوى درجات الاكتئاب على مقياس بيك، واستخدمت الباحثة في دراستها الحالية للإجابة عن أسئلة البحث الأدوات التالية: مقياس بيك من إعداد بيك 1961 وتعريب أحمد عبد الخالق 1996، والبرنامج الإرشادي كأداة للتدخل، وأيضاً استخدمت الأساليب الإحصائية التي تتمثل في الإحصاءات الوصفية، منها المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، الوزن النسبي، معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لقياس معاملات الثبات لأداة الدراسة اختبار كاي سكوير"، اختبار "Independent Sample T-test" لعينتين مستقلتين، معامل ارتباط بيرسون (Person's Correlation)، اختبار "Paired Sample T-test"، قيمة مربع إيتا (Eta)، اختبار ويلوكسون Wilcox on Test.

وكانت أهم نتائج الدراسة ما يلي: دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي في القياس البعدي. والفروق كانت لصالح أفراد المجموعة الضابطة، أظهرت النتائج وجود فروق جوهرية ذات يدل على أن البرنامج الإرشادي له تأثير في خفض أعراض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية، وكذلك وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في الاكتئاب النفسي للنساء في المجموعة التجريبية  $z\text{-test} = -3.18$  ( $P\text{-value} < 0.01$ )، والفروق كانت لصالح القياس القبلي، وهذا يدل على أن البرنامج الإرشادي له أثر في خفض أعراض الاكتئاب النفسي عند النساء ذوات البيوت المهمدمة.

عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التبعي في الاكتئاب النفسي للنساء في المجموعة التجريبية  $z\text{-test} = -1.784$ , ( $P\text{-value} > 0.05$ ). وهذا يدل على استمرارية فاعلية جلسات البرنامج الإرشادي في خفض مستوى الاكتئاب النفسي عند النساء اللواتي تم هدم منازلهن خلال الحرب الأخيرة.

## **Abstract**

The current study aimed at recognizing of the effectiveness of instructional program to minimize the depression symptoms of women with dilapidated house. The program has been importanted on a group of ladies who suffrom from the highest levels of depression at Khozaa village on ladies who houses were subjected to partial or total destruction aged 25-45. The sample has been chosen with the available sample

The study has been formed with 28 ladies divided into two groups .

The frist, experimental with 13 ladies, the seconede fixed with 15 ladies, too in which the were chosen among 93 ladies of those in which Beek scale has been appliedion taken into consideration that the sample has got the highest degrees of depression on Beek scale. The researcher has in here current study to answer the questioner of the research the following articles: Beek's scale prepared by Beek 1961 and has been transtaled into Arabic by Ahmed Abdal Khaleq 1996 the instructional program.

The researcher has also used the statistic ways (styles) represented in the descriptive statistics, the arithmetic average, the standard deviation, Alfa cronbakh, retail midterm to measure independent for the study article chi square lest- a test for two independent samples Berson correlation coefficient statistic indication, Wilcox on Test Eta value between the average of the fixed group degree and the experimental group degrees for the psychological depression degrees in the dimensional scale, The differences were for the sake of experimented group person, The resulty have showed there were no differences. The most important result of the study were as follows;

Main with statistic indication between th average of the experimental group individuals as for the psychological depression of the tribal measurement. This indicates that there has been balance between the experimental and the fixed groups individuals in psychological depression before applying the instructional program and the existence of main difference indicates that the instructional program has a privat effect in minimizing and in prviding the depression symptoms of the experimental group, main differences with statistic indication between the tribal and dimensional measurment of the psychological depression of womens in the group, the differences were for Z-test= 3,18 ,P-vale<0.01the experimental the dimensional measurement this indicates that the instructional program has on effect on minimizing the psychological depression symptoms in women with houses dilapidated.

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

قَالَ تَعَالَى: ﴿وَقُلِ أَعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ  
وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ﴾

[التوبة: 105]

## الإهداء

إلى نبع الحنان وأبواب الجنان وصية الرحمان، أمي و أبي، أقرب ما لي القلب بعد النبي صلى الله عليه وسلم من بني الانسان.

إلى زوجي الغالي.

إلى ثمرة القلب، فلذات الكبد، أولادي سلاف سلمى علي عبد الرحمن، مدادالقلب بالخفقان.

إلى عضدي وسندي، إخوتي وأخواتي، راحة الأنفس والأبدان.

إلى زملائي في العمل برنامج غزة للصحة النفسية.

أهدي ثمرة هذا الجهد المتواضع.

## شكرٌ وتقديرٌ

يستطيع الانسان أن يترجم اللغة إلى لغة أخرى، لكنه لا يستطيع أن يترجم معاني الشكر إلى كلمات ترقى إلى المستوى المطلوب. واعتزازاً مني وتقديراً لأهل الفضل فاني أتوجه بالشكر والتقدير إلى مشرفي على الرسالة أستاذي الفاضل الدكتور نبيل دخان الذي تفضل مشكورا بالإشراف على هذه الرسالة، والتي ما كان لها أن ترتقي إلى المستوى المطلوب إلا بفضل الله أولاً، ثم بفضل توجيهاته السديدة، فلم يبخل علي بعلمه، فجزاه الله خير الجزاء، وحفظه ذخراً للعلم وأهله.

كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى الجامعة الاسلامية ممثله في رئاساتها وإداراتها المتعددة التي أتاحت لي فرصة البحث العلمي، وشكري موصول إلى عمادة كلية التربية، وإلى قسم علم النفس. وشكري الخالص إلى جميع أفراد أسرتي الذين تحملوا أعباء كثيرة ليتيحوا لي فرصة الاطلاع، والبحث واستغلال الوقت، ولجميع أفراد عينة الدراسة الذين تفضلوا بالإجابة على استبانات الدراسة، وتابعوا حضور كامل جلسات البرنامج الإرشادي.

كما أتقدم بالشكر الجزيل للسادة المحكمين لما بذلوه من جهد في تحكيم البرنامج الإرشادي، حيث كانت لتوجيهاتهم السديدة الأثر البالغ في تنفيذه.

و أخيراً إلى والدي وهذا بعض غرسكما، وأكرر عظيم الشكر وخالص التقدير لكل من ساهم ولو بجهد ضئيل أو بث في نفسي العزيمة والطموح على المواصلة والعطاء، أو أضاء لي الدرب، وأسأل الله أن يجزيهم خير جزاء.

## فهرس المحتويات

أ	إقرار .....
ب	ملخص الدراسة باللغة العربية .....
د	صفحة الاقتباس .....
هـ	الإهداء .....
و	شكرٌ وتقديرٌ .....
ز	فهرس المحتويات .....
ط	قائمة الجداول .....
ي	قائمة الملاحق .....

### الفصل الأول خلفية الدراسة

1	1.1 مقدمة: .....
2	1.2 مشكلة الدراسة: .....
5	1.3 أهداف الدراسة: .....
5	1.4 أهمية الدراسة: .....
6	1.5 أهمية البحث: .....
6	1.6 مصطلحات البحث: .....
7	1.7 حدود الدراسة: .....
8	

### الفصل الثاني الإطار النظري

9	2.1 مقدمة: .....
10	2.1.1 المقدمة: .....
12	2.1.2 تعريفات الاكتئاب: .....
14	2.1.3 أعراض الاكتئاب: .....
17	2.1.4 تصنيف الاكتئاب: .....
24	2.1.5 كلفة الاكتئاب: .....
31	2.1.6 أسباب الاكتئاب: .....
31	2.1.7 الاكتئاب من منظور الطب النفسي: .....
36	

38.....	2.1.8 علاج الاكتئاب:
44.....	2.2 المبحث الثاني: البرنامج الإرشادي.
44.....	2.2.1 مفهوم الإرشاد:
49.....	2.2.2 مبادئ الإرشاد النفسي:
50.....	2.2.3 نظريات التوجيه والإرشاد النفسي:
61.....	<b>الفصل الثالث الدراسات السابقة</b>
78.....	<b>الفصل الرابع إجراءات الدراسة</b>
79.....	4.1 مقدمة:
79.....	4.2 منهج الدراسة:
79.....	4.3 مجتمع الدراسة:
79.....	4.4 عينة الدراسة:
82.....	4.5 أدوات الدراسة:
85.....	4.6 الأساليب الإحصائية:
87.....	<b>الفصل الخامس نتائج الدراسة وتفسيرها</b>
92.....	5.1 فرضيات الدراسة:
97.....	5.2 التوصيات:
97.....	5.3 المقترحات:
98.....	المصادر والمراجع
106.....	قائمة الملاحق

## قائمة الجداول

- جدول (4.1): الخصائص الديمغرافية بين أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية حسب المتغيرات الديمغرافية ..... 80
- جدول (4.2): نتائج اختبار مان وتني الغير معلمي لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في درجات الاكتئاب النفسي في القياس القبلي ..... 81
- جدول (4.3): معاملات الارتباط بين فقرات مقياس بيك للاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس .. 84
- جدول (4.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار "مان وتني اللامعلمي" لدراسة الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي درجات الاكتئاب لدى النساء ..... 84
- جدول (4.5): معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لمقياس بيك للاكتئاب ..... 85
- جدول (5.1): التكرارات والنسب المئوية لمستويات الاكتئاب النفسي للنساء ذوات البيوت المهدمة (ن=93) ..... 88
- جدول (5.2): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس الاكتئاب النفسي لأفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي (ن=28) 90
- جدول (5.3): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس الاكتئاب النفسي لأفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي (ن=28) 91
- جدول (5.4): نتائج اختبار مان وتني اللامعلمي لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في درجات الاكتئاب النفسي في القياس البعدي .. 92
- جدول (5.5): نتائج اختبار "ويلكوكسون اللامعلمي" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات الاكتئاب النفسي للسيدات ذوات البيوت المهدمة في المجموعة التجريبية ..... 93
- جدول (5.6): نتائج اختبار "ويلكوكسون اللامعلمي" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي على درجات الاكتئاب النفسي لأفراد المجموعة التجريبية ..... 95

## قائمة الملاحق

- ملحق رقم (1): قائمة المحكمين ..... 107
- ملحق رقم (2): جلسات الارشاد النفسي قبل التعديل ..... 108
- ملحق رقم (3): جلسات الارشاد النفسي بعد التعديل ..... 112
- ملحق رقم (4): استبانة البيانات الشخصي ..... 132

# الفصل الأول خلفية الدراسة

## 1.1 مقدمة:

لم يمر على الشعب الفلسطيني يوماً من غير حزن وأسى منذ اقتلعه من أرضه عام 1948 يوم النكبة مروراً بالنكسة 1967، ومذبحة صبرا وشاتيلا، إلى الانتفاضة الأولى عام 1987، ثم الانتفاضة الثانية، ومروراً بحرب (2008-2009) وهناك حرب بينهما والحرب الأخيرة (2014) على غزة التي خلفت العديد من الشهداء نساء، أطفال ورجال وبيوت مهدامة سواء بشكل كلي او جزئي، ولم تترك أحداً من سكان القطاع إلا وأصابته بالذعر والخوف بجانب تعرض معظم الأسر الفلسطينية لفقدان أحد أفرادها مما عمق مشاعر الحزن والإحباط والرغبة الجامحة بالانتقام من ذلك العدو الغاصب المعتدي الذي سلب الحقوق في أبسط مفاهيمها ومن أهمها حق العيش بأمان.

مع استمرار الضغوط السياسية التي سببها الاحتلال الاسرائيلي سواء كان بشكل مباشر أوغير مباشر تأثرت جميع جوانب الحياة للإنسان الفلسطيني، وبات يعاني من ضغوط مختلفة من أهمها فقدان القدرة على العيش بأمان في وطنه و شيوع حالة الترقب لوقوع حرب جديدة وكأنه في حالة استعداد دائم لإستقبال الحروب بأي لحظة وهذا بدوره أفقد أبناء الشعب الرغبة بالحياة وتمني الموت على العيش مع ذلك الإحساس الصعب، ومع استمرار الحصار الخانق تأثرت الحياة الاقتصادية والاجتماعية وأصبح كل فرد يعاني من ضغوط نفسية بسبب العراقل الدائمة التي تقف حجر عثرة أمامه.

وتعتبر المرأة جزءاً أساسياً في المجتمع الفلسطيني وقد تشربت المعاناة منذ نعومة أظافرها وتوارثته جيل بعد جيل فهي تقوم بالعديد من الأدوار في مجتمعنا مما يزيد من الضغوط عليها ويجعلها أكثر عرضة وتأثر بما يحيط بها من أحداث مؤلمة، وهي بطبعها تستشعر الأمور والقضايا من حولها بمشاعرها ولذلك فإن درجة تأثرها بالإحباطات المحيطة بها كبيرة مما يزيد من حزنها وهذه المشاعر مستمرة وضاغطة (جودة، 2015م).

ومن أصعب المواقف التي قد تتعرض لها أي امرأة وخاصة الفلسطينية هي فقدان أحد أفراد أسرتها سواء كان الابن أو الزوج أو الأب أو الأخ أو تفقد منزلها الذي يذكرها في أجمل ما تملك من ذكريات فهنا تتحول حالة الحزن المؤقتة إلى ما هو أبعد ويتطور عند بعضهن إلى مشاكل واضطرابات نفسية تصل للاكتئاب، ومن خلال خبرتي كأخصائية صحة نفسية في برنامج غزة للصحة النفسية لمست حجم المأساة والألم التي تمر بها كل سيدة منهن، فمنهن من لم يتوقف عندهن الموضوع عند الفقدان وآثاره الطبيعية المترتبة عليه وإنما تطور إلى إصابة البعض منهن

باضطرابات نفسية مختلفة ومنها الاكتئاب التي تعتبر أشد انتشاراً هذا وتلقي الباحثة الضوء حول اضطراب الاكتئاب وذلك بناءً على المعاناة التي يمر بها الشعب الفلسطيني وخاصة المرأة الفلسطينية حيث يعد الاكتئاب الاضطرابات النفسية الشائعة والمرتبطة به وهو أحد الأمراض النفسية المنتشرة في العالم وهو ليس ضعفاً أو شيئاً سهل التخلص منه وإنما هو مرض يصيب النفس والجسم ويؤثر على طريقة التفكير والتصرف والذي بدوره يسبب مشاكل عاطفية وجسدية عدة ويؤثر على قدرة الإنسان على ممارسة حياته بشكل طبيعي.

ويعتبر الاكتئاب أحد فئات الاضطرابات الوجدانية التي تعتبر بدورها أكثر الأمراض النفسية انتشاراً وشيوعاً، وهي بالتالي مسئولة عن كثير من المعاناة والآلام النفسية بين آلاف من أفراد أي شعب من الشعوب.

ويرى عكاشة 1998م أن الإكتئاب يعتبر من أحد فئات الاضطرابات الوجدانية التي تعتبر بدورها أكثر الأمراض النفسية انتشاراً وشيوعاً، وهي بالتالي مسئولة عن كثير من المعاناة والآلام النفسية بين آلاف من أفراد أي شعب من الشعوب ويمكن القول بأن 50 - 70% من محاولات الانتحار التي تنتهي بالموت بين المجموع العام تكون بسبب الاكتئاب (عكاشة، 1998م، ص418).

كما أكدت منظمة الصحة العالمية في تقريرها لعام (2012م)، أن الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية شيوعاً وهو اضطراب نفسي يمنع الفرد من أداء وظيفته كما ينبغي. ولكن بسبب الوصمة التي لا تزال في كثير من الأحيان تلحق بمرض الاكتئاب، يعجز الكثير عن الاعتراف بأنه مصاب به ولا يسعى إلى الحصول على علاج منه، ويختلف الاكتئاب عن تقلبات المزاج العادية، فهو يؤدي إلى الشعور بحزن دائم لمدة أسبوعين أو يزيد ويعطل قدرة أداء الفرد في محل العمل أو المدرسة أو المنزل.

وتختلف أنواع الاكتئاب باختلاف المدة التي يصاب بها الفرد، وكذلك آليات العلاج والتعاطي معه فهو يعتبر أحياناً حالة عرضية تزول بزوال الأسباب ولايستمر لفترة زمنية طويلة ولكنه يحتاج لتدخل نفسي بسيط ويوجد أنواع أخرى منه تعتبر مزمنة وتحتاج لفترة زمنية طويلة من العلاج النفسي لمساعدة الشخص على التخلص من أعراضه الجسيمة التي تؤثر على جانب حياته المختلفة.

ومن العلاجات الناجعة لاضطراب الاكتئاب العلاج النفسي والاجتماعي وأخذ الأدوية. ولا غنى عن المشاركة النشطة للمصابين بالاكتئاب والقريبين منهم في علاج الاكتئاب. فالخطوة الأولى

على طريق علاجه هي الاعتراف بالإصابة به والحصول على الدعم اللازم لعلاجه، وكلما كان العلاج مبكراً زادت نجاعته (منظمة الصحة العالمية).

وتركز هذه الدراسة على النساء الفلسطينيات اللواتي حصلن على أعلى درجات الاكتئاب على مقياس بيك، حيث تم بناء تصميم برنامج إرشادي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لديهن. حيث أكدت العديد من الدراسات على أهمية وتأثير البرامج الإرشادية في التخفيف من الضغوط والاضطرابات النفسية ومن أهمها الاكتئاب مثل دراسة (بلحيل، 2008م) ودراسة (عجوري، 2007).

والذي دفع الباحثة للاهتمام بموضوع البحث هو خبرتها في مجال العلاج النفسي على وجه الخصوص وأرادت الباحثة تطبيق البرنامج الإرشادي على النساء اللاتي يعانين من أعراض الاكتئاب لاحتياجهم لإقامة علاقات اجتماعية في إطار علاقة تدفعهم للتعلم من خبرات الأخرى، ومشاركة الآلام والعوامل الضاغطة التي تراكمت نتيجة الحرب الدامية على المجتمع الغزي في عام 2014م.

ومن خلال عملي في برنامج غزة للصحة النفسية كأخصائية نفسية وجدت أهمية الاهتمام بشريحة النساء حيث يعتبرن أكثر الحالات المرضية باختلاف التشخيصات يتوجهن للعلاج، بسبب الضغوط الحياتية والأسرية والزواجية وأيضاً الضغوط الاقتصادية والمهنية التي تنعكس على الأزواج ومن ثم على الزوجات.

وكانت بداية ظهور الفكرة في العمل مع هذه الشريحة من النساء، هو عملي في مركز خانيونس المجتمعي التابع لبرنامج غزة للصحة النفسية، حيث توجهت العديد من النساء اللواتي يعانين من الاكتئاب، حيث تعرضت منطقة خزاعة المنطقة الحدودية الى القصف الشديد والفقدان الأليم على صعيد الأرواح والبيوت من جراء الحرب الأليمة عام 2014 و حيث أن العائلة الفلسطينية تعتبر البيت وطن، وبناءً على ذلك فقدان البيت يعني فقدان الوطن.

تستحق المرأة من وجهة نظري الاهتمام لأنها الدعامة الأساسية في المجتمع التي تنشأ جيل المستقبل، فإذا كان الأساس صحيحاً قوياً داعماً ومعطاءً فنجد النتائج الإيجابية التي نفتخر بها كأمهات.

وإذا أردت تحقيق الهدف لا بد أن أوفر بيئة خصبة لتستطيع الام أن تعطي وتوفر الجيل الصاعد، وهنا تبرز أهمية البرنامج الإرشادي الذي سيكون هدفه هو الرقي بالنساء للوصول الى الصحة النفسية والقدرة على التفريغ وإعادة التهيئة والعتاء.

ومن المتوقع أن البرنامج الإرشادي المصمم في هذه الدراسة سوف يساعد على تحقيق الهدف المرجو في التخفيف من أعراض الاكتئاب والوصول إلى الصحة النفسية.

## 1.2 مشكلة الدراسة:

### تساؤلات الدراسة:

في ضوء ما تناولته الدراسة من إطار نظري ومن نتائج البحوث والدراسات السابقة، فإن مشكلة الدراسة يمكن تحديدها بالتساؤل الرئيسي:

التساؤل الأول " ما مستوى الاكتئاب لدى النساء ذوات البيوت المهدامة؟

وينبثق عن السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

- التساؤل الثاني " هل هناك فروق ذات دلالة احصائية في متوسط الاكتئاب لدى النساء ذوات البيوت المهدامة حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج الإرشادي؟

- التساؤل الثالث "هل هناك فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الاكتئاب لدى النساء ذوات البيوت المهدامة حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي؟

- التساؤل الرابع " هل هناك فروق ذات دلالة احصائية مستوى في الاكتئاب لدى النساء ذوات البيوت المهدامة في المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده؟

- التساؤل الخامس " ما مدى استمرارية فعالية البرنامج الإرشادي بعد شهرين من التطبيق؟

## 1.3 أهداف الدراسة:

- التعرف إلى مستوى الاكتئاب لدى النساء ذوات البيوت المهدامة في الحرب على غزة لعام 2014م.

- التعرف إلى مدى فعالية البرنامج الإرشادي في التخفيف من أعراض الاكتئاب.

## 1.4 أهمية الدراسة:

## 1.5 أهمية البحث تنقسم إلى قسمين :

### أولاً: الأهمية النظرية:

- من المتوقع أن يكشف هذا البحث عن مدى فعالية البرنامج الإرشادي في تخفيف أعراض الاكتئاب وتحسين الصحة النفسية عند النساء اللواتي يعانين من أعراض الاكتئاب.
- تكمن الأهمية في مساعدة النساء على إكمال المسيرة الحياتية، والقدرة على الرعاية الذاتية.
- لتوضيح أهمية المرأة وإلقاء الضوء على الصعوبات التي تتعرض لها في مجتمعنا الفلسطيني وتبين أهمية التدخل معها من خلال البرنامج الإرشادي لمساعدتها على إيجاد آلية للتعامل مع المشاكل العديدة التي تمر بها تقديم الدعم النفسي والاجتماعي لها.

### ثانياً الأهمية التطبيقية/العملية:

- تعزيز وإثراء خبرة المعالجين والمرشدين النفسيين والعاملين في الحقل النفسي بأساليب إرشادية وممكن من خلالها التخفيف من الضغوطات والمشاكل النفسية على النساء.
- إثراء المكتبة النفسية بدراسات وأبحاث تدعم الصحة النفسية لدى الشعب الغزي.
- إفادة أهل الاختصاص في عمل برامج إرشادية في تخفيف الاكتئاب.
- مساعدة الدراسة المعالجين والأخصائيين على استخدام البرامج الإرشادية لجميع فئات المجتمع سواء الذين يعانون اضطرابات أو ضغوطاً نفسية .
- تزويد النساء بمهارات حل المشكلات بطرق غير مباشرة وفعالة.
- تعريف النساء باضطراب الاكتئاب وأهم أعراضه وآلية تشخيصه.
- تطوير قدرات النساء على التواصل الاجتماعي الفعال، والقدرة على مواجهة الألم والإعياء النفسي.
- تعزيز الثقة بالنفس وتزويدهم بالقوة التي تساعدهم على مواصلة الحياة رغم فقدان النفسي والمادي.

## 1.6 مصطلحات البحث:

1- **الاكتئاب:** تعريف الاكتئاب: يعرف زهران (2005م، ص514) "الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر، تنتج عن الظروف المحزنة والأليمة، وتعبّر عن شيء مفقود، وان كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه".

**التعريف الإجرائي:** تعرف الباحثة **الاكتئاب إجرائياً بأنه:** بأنه حالة من الحزن والاحباط والشعور باليأس وفقدان الطاقة وفقدان الاهتمام، مما يؤدي الى تراجع في المهام والوظائف الأسرية الحياتية المهنية والاكاديمية وأنه استجابة خارج نطاق السيطرة والتحكم، والناجمة عن تعرض الفرد لضغوط مؤلمة ومستمرة وتسبب تشويه صورة الفرد عن نفسه وعن الآخرين. وتعبّر عن فقدان أو تكون نتائج حوادث أليمة أيضاً مما يقود إلى اضطراب الإنفعالات والأفكار والسلوكيات والوظائف البدنية، ويكون مصحوباً بالشعور بالذنب والإثم ومفهوماً سالباً عن الذات، ويلعب البناء النفسي للفرد دوراً مهماً وكذلك الظروف البيئية والإقتصادية والاجتماعية وعوامل التنشئة ومن العوامل المهمة أيضاً فيما يخص الشعب الفلسطيني هي الظروف السياسية من حروب متتالية في ظهور الاكتئاب .

ويقاس الاكتئاب إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على المقياس المخصص لذلك (مقياس بيك).

2- **الإرشاد:** عرف (الداهري، 2000م، ص31) الإرشاد النفسي ميدان يهتم بتكليف الفرد لمساعدته على حل المشكلات التي تصادفه، التي لا تستطيع أن يتغلب عليها بمفرده ويركز اهتمامه على الفرد وليس على المشكلة التي يعاني منها.

- وتعرفه الباحثة بأنه عملية بناءة تهدف الى مساعدة الفرد لكي يحدد مشكلاته يتعرف على إمكانياته واستعداداته في حل المشكلات للوصول الى الصحة النفسية التي تعمل على توافقه وتتضمن أيضاً عملية العلاج.

### 3- البرنامج الإرشادي:

البرنامج الإرشادي: هو مجموعة من الخدمات التخصصية التي تتضمن أنشطة وتدريبات متنوعة بهدف مساعدة النساء في تنمية الثقة بالنفس، والحد من الانفعالات وزيادة المرونة الايجابية. (علوان،-الاطلاع 2014م)

-**التعريف الاجرائي للبرنامج الإرشادي:** هو أنشطة منظمة في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فردية أو جماعية، الهدف منه مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالإختيار الواعي والمتعقل ولتحقيق الأهداف والتخفيف من عدم القدرة على التكيف مع الذات والبيئة المحيطة مما يساعد على وقاية الفرد من عدم تطوير اضطرابات نفسية حيث يمكن اعتبار الإرشاد وسيلة وقائية للفرد.

#### 4-النساء:

-**النساء ذوات البيوت المهدمة:** هن النساء اللواتي تعرضن لهدم بيوتهن بشكل جزئي أو كامل في حرب 2014م على غزة.

### 1.7 حدود الدراسة:

تتمثل حدود الدراسة في الآتي:

- **الحد المكاني:** اقتصرت الدراسة الحالية في قطاع غزة، خانينوس، منطقة خزاعة.
- **الحد الزمني:** تم إجراء الدراسة الحالية بعد حرب(2014م) وحيث تم تطبيق البرنامج الإرشادي خلال المدة التالية( شهر اغسطس/2015م).
- **الحد البشري:** النساء اللواتي هدمت بيوتهن (كلياً أو جزئياً) يعانين من أعراض الاكتئاب والتي تتراوح أعمارهن بين (25-45).
- **الحد الموضوعي (النوعي):** سوف تتناول الباحثة اضطراب الاكتئاب إنطلاقاً من تعريف بيك للاكتئاب ترجمة أحمد عبد الخالق.

# الفصل الثاني الإطار النظري

## الفصل الثاني الإطار النظري

### 2.1 مقدمة:

يتصف هذا العصر الذي نعيشه بشدة التعقيد، وطغيان المادة والمصالح على الفكر والقيم، فقد تسارعت فيه المتغيرات والتوترات والضغوط الحياتية على كاهل الإنسان، بسبب تعقد أمور الحياة البشرية وكثرة مطالبها التي تفوق مستوى قدراته، وإلى جانب ما يتميز به أجيال اليوم من ارتفاع مستويات الطموح، وزيادة حاجات الإنسان بحيث تعجز الغالبية الساحقة عن الوفاء بإشباع حاجاتها المتزايدة مما يجعل الإنسان يسعى بكل طاقاته لتحقيق غاياته وطموحاته وقد رافق ذلك صراعات ومنازعات بين الناس من أجل تحقيق هذه الغايات والطموحات، الأمر الذي أدى إلى تعرض الإنسان لكثير من المواقف الضاغطة في البيت والعمل وفي البيئة المحيطة ومواجهته للصراعات النفسية التي تؤدي إلى الضيق والتوتر الناجم عن التردد في إتخاذ القرار ت مما يؤثر على الصحة النفسية (زكار، 2013م، ص9)

ومع تسارع دفة الحياة المعاصرة وازدياد مناشطها يتولد لدى الفرد ضغوطاً حياتية تؤدي بدورها إلى ضغوط نفسية قد تؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية، ومن هذه الاضطرابات، اضطراب الاكتئاب.

ويمكن القول بأن الشعب الفلسطيني على وجه الخصوص من ظروف ضاغطة في جميع المناحي الاقتصادية السياسية والاجتماعية، هذا بالإضافة إلى الأحداث الصادمة المتراكمة والمؤلمة جراء الاحتلال الاسرائيلي لفلسطين واعتداءاته المستمرة عليه سواء كانت مباشرة مثل الحروب الثلاثة الأخيرة على غزة وماخلفته من آلام نفسية و كارثة إنسانية على صعيد الفرد والمجتمع أو غير مباشرة مثل الحصار الخانق والعزلة التي يعاني منها أبناء قطاع غزة، وأدت الحروب إلى زيادة هموم الشعب الفلسطيني.

الأسرة الفلسطينية باعتبارها النواة الأساسية في بناء وتشكيل المجتمع من ضغوطات مختلفة أثرت على كل فرد من أفرادها، وشككت في قدرات الأبوين كأصغر وحدة في المجتمع وتعاني على توفير الأمن والحماية لأفراد الأسرة مما أدى إلى زيادة حالة الخوف، وعدم الاستقرار، والاحباط وفقد الثقة بالآخر، والمرأة جزء لا يتجزأ من المجتمع والأسرة وتحمل المرأة الفلسطينية ضغوطاً مضاعفة كونها شريكة فاعلة للرجل في المجتمع وتحمل أعباء الأسرة كلها فإنها تكون أكثر

عرضة للضغوط النفسية لأنها تعتبر الطبقة المطحونة في المجتمع، وتتعرض العديد منهن لاضطرابات نفسية عديدة ومن أهمها الاكتئاب، وتتناولته الباحثة كمتغير تابع في الدراسة للسيدات اللاتي فقدوا بيوتهن في الحرب (2014م) ويعانين من بعض أعراض الاكتئاب ومن أهمها الإحساس بعدم القيمة، وضعف الثقة بالنفس، وقلة الدافعية وبالطبع الكثير منهن يعانين من العزلة الاجتماعية والافتقار للمساندة الاجتماعية الفاعلة والمؤثرة بشكل ايجابي ولهذا سوف تقوم الباحثة بتطبيق البرنامج الإرشادي ويعتبر متغير مستقل في الدراسة لمعرفة مدى فاعليته في حالة تطبيقه على مجموعة من النساء المكتئبات.

وسوف تتناول الباحثة في هذا الفصل الاكتئاب وعرضه بشكل يسهل من عمل البرنامج الارشادي الذي من المتوقع أن يعمل على خفض مستوى الاكتئاب لدى الفئة التي سيطبق عليها.

## المبحث الأول:الاكتئاب.

### 2.1.1 المقدمة:

يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الآخذة بالانتشار بشكل كبير وهناك أكثر من سبب يجعل من دراسة هذا الموضوع مطلباً علمياً وطبيياً ونفسياً واجتماعياً، ومطلباً إنسانياً فوق كل اعتبار آخر. وكما ذكرت يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بعد القلق، ومن أكثر المشكلات الانفعالية التي تدفع الإنسان لطلب العلاج، والبحث عن العون النفسي والاجتماعي في الممارسات العيادية النفسية والطبية. ويشكل الاكتئاب مع القلق أعلى نسبة بين زوار العيادات النفسية في المدارس والجامعات ومؤسسات الصحة النفسية.

ومازال الشعب الفلسطيني يعاني من صدمات مستمرة وأزمات معيشية وحروب عنيفة ضاغطة تترك الإنسان الفلسطيني والعربي على وجه الخصوص في حالة من الاحباط المتراكم والمستمر الذي يزيد من حالة الاحتقان الداخلي والغضب لديه والشعور الدائم بالقهر والظلم مما يزيد فرصة تعرضه للاضطرابات النفسية وأهمها اضطراب الاكتئاب، وكما هو معلوم فإن الاكتئاب النفسي من أمراض العصر التي تصيب الإنسان، والشخص الذي يعاني من مشاكل الاكتئاب يصبح أسيراً لمشاعر نفسية صعبة تجعل من الصعوبة عليه التأقلم والانخراط في المجتمع الذي يقيم فيه وربما تجعله فرداً ضاراً لأسرته والمجتمع، ويعتبر اضطراب الاكتئاب من الاضطرابات النفسية العصابية الأكثر شيوعاً في مجتمعنا الفلسطيني وهو موضوع هذا البحث، وهذا من خلال خبرة الباحثة في العمل الإكلينيكي في برنامج غزة للصحة النفسية.

بين الأفراد حيث أنه يعتبر واحد من أقدم الاضطرابات النفسية التي عرفها المجتمع الإنساني وخاصة في النصف الثاني من القرن العشرين وتقول منظمة الصحة العالمية أن حوالي (7-10%) من سكان العالم يعانون من الاكتئاب (منظمة الصحة العالمية، 2009م).

وهناك دليل آخر على أن العالم يعيش اليوم عصر الاكتئاب وهو ما ورد في إحصائيات منظمة الصحة العالمية حول عدد الأشخاص الذي يقدمون على الانتحار كل عام، ويصل هذا الرقم 800 الف شخص في العالم سنوياً، وهذا يمثل العبء الأساسي لمرض الاكتئاب لأن الانتحار يحدث كنتيجة مباشرة للإصابة بمرض الاكتئاب حين يصل الشخص إلى مرحلة اليأس القاتل، وهناك ما يدفع إلى الاعتقاد بأن انتشار الاكتئاب يفوق كثيراً كل الأرقام التي تذكرها الجهات الصحية المختلفة، وهناك حقيقة ثابتة بأن مقابل كل حالة حادة أو متوسطة من الاكتئاب يتم تشخيصها والتعرف عليها يوجد العديد من الحالات الأخرى تظل مجهولة لا يعلم عنها أحد شيئاً، وقد ثبت من خلال دراسات ميدانية أكد بعضها أن ما يقرب من 80% من مرضى

الاكتئاب لا يذهبون إلى الأطباء، ولا يتم اكتشاف حالتهم رغم معاناتهم من حالة الاكتئاب. (الشربيني، 2010م، ص89).

ويشير عسكر (2001م) أن انتشار الاكتئاب يختلف باختلاف العوامل الحضارية والاجتماعية والاقتصادية من مجتمع لآخر، ويعتقد أن نسبة الاكتئاب قد تزايدت في الفترة الأخيرة وذلك للأسباب الآتية:

- 1- تزايد متوسط عمر الفرد.
- 2- تزايد الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى الاكتئاب الثانوي.
- 3- تزايد استعمال الأدوية التي تؤدي آثارها الجانبية إلى الاكتئاب.
- 4- سرعة التغير الاجتماعي الذي عمل على زيادة الضغوط النفسية المعروف بأنها تعجل بحدوث الاضطرابات الاكتئابية كما تساعد على استمرارها.

وبين الشمالي (2015م، ص40) فيما يتعلق بنسبة انتشار الاكتئاب في فلسطين، ونظراً لخصوصية وضع الشعب الفلسطيني الذي يعاني منذ عقود من الاحتلال الإسرائيلي وممارساته التعسفية وغير الإنسانية ضد المدنيين من الأطفال والنساء والشيوخ، الذين يتعرضون يومياً لأبشع أنواع القهر والاضطهاد، والنيل من كرامتهم وهويتهم الحضارية والوطنية، وحرمانهم من أبسط حقوقهم ونظراً للدمار الشامل الذي يلحقه الاحتلال بالمنشآت السكنية والتعليمية والاجتماعية والإقتصادية، والبنية التحتية، قام بعض الباحثين والمهتمين بما يعانيه أفراد الشعب من اضطرابات ومشاكل نفسية من الوصول إلى بعض الإحصائيات عن مدى انتشار بعض الاضطرابات، فكانت دراسة قوته، تمراز والتي بينت أن 71% من المترددين على مراكز الرعاية الأولية يعانون من مشاكل الاكتئاب بنسب متفاوتة (قوته وتمرز، 2000م، ص15).

وحسب تقرير منظمة الصحة العالمية الصادر أيار/مايو 2012م فإن الاكتئاب يعد مرضاً شائعاً في مختلف أنحاء العالم، وبحسب التقديرات هناك 350 مليون شخص يعانون من آثار.

## 2.1.2 تعريفات الاكتئاب:

- الاكتئاب: هو حالة مرضية تتميز بالإعياء والتعب والإحباط والضعف والقلق (بسيوني، 2010م، ص17).
- الاكتئاب أكثر من مزاج سيئ عابر أو حالة كآبة أو فترة من الأيام تكون فيها مذعورين، فالإكتئاب يستمر لفترة طويلة عكس الكآبة والتشاؤم وتستمر مشاعر الإحباط والحزن فيه وتكون مصحوبة بمشاعر أخرى مثل الغضب والقلق واليأس.
- فالحزن هو استجابة طبيعية وضرورية لخسارة شخص عزيز أو تدهور في الصحة أو فقد وظيفة، فيصاب الإنسان بالحزن ويهمل نشاطاته المحببة وتحدث له مشاكل في النوم أو الأكل وهو في ذلك متشابه مع الاكتئاب في الأعراض ولكن الفرق بين الحزن والإكتئاب يكمن في الفترة التي تستمر فيها تلك المشاعر، ومن تأثيرها على نشاطات الإنسان اليومية، والمصابون بالإكتئاب في الغالب يشعرون بعدم قيمتهم ويحقدون من ذاتهم (زكار، 2013م، ص78).

### تعريف الاكتئاب الاصطلاحي:

- يعرف هولمز وآخرون (2005م، ص66) أن الاكتئاب من الجانب الطبي انه حالة من انخفاض المزاج مصاحب له تباطؤ في وظائف الدماغ (مثل تأخر الأفكار أو تدهور القدرة على التفكير) وتظهر على الجسم علامات تبين وتساعد على تشخيص الاكتئاب ومن أهمها ضعف الشهية، الإمساك، نزول الوزن، انخفاض الطاقة وتغير في حالة النوم والطاقة عند الإنسان.
- تعريف عسكر (2001م، ص12) عرف الاكتئاب بأنه في معظم أحواله هو "خفض الطاقة ونقص في الهممة والمعنويات، وتتعكس الأعراض العامة للإكتئاب في اضطراب النوم بين تزايد فترات النوم أو الأرق، واضطراب الشهية بين تزايد الإقبال على الطعام أو رفضه، واضطرابات الحركة والتأخر النفسي الحركي، وهبوط الهممة مع نوبات من الحزن والبكاء والغم وعدم الاستقرار ونقصان القدرة على التركيز، وتشويه وتشوش الإدراك والانسحاب من الحياة زيادة الكوابيس، والتفكير في الموت أو الانتحار"
- استعرض (النجمة، 2008م، ص30) تعريف جمعية الطب النفسي الأمريكية في تصنيفها الرابع (DSMIV 1994, p.61) بأنه اضطراب يتميز بوجود خمسة أعراض أو أكثر تمثل تغيراً في الأداء الوظيفي وهي: المزاج المكتئب غالبية اليوم لمدة لا تقل عن أسبوعين، والنقص الواضح في الاهتمام والمتعة بأي شيء، ونقص الوزن الملحوظ بدون عمل ريجيم

أو زيادة الوزن، وقلة أو انعدام النوم أو زيادة في النوم، هياج نفسحركي أو بطء في النشاط النفسي والحركي، الشعور بالتعب أو فقدان الطاقة على العمل، الشعور باللامبالاة أو الشعور بالذنب الزائد عن الحد، النقص في القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات، أفكار متكررة عن الموت أو أفكار انتحارية متكررة بدون خطة أو محاولة انتحارية حقيقية، وتتحد الأعراض من خلال شكوى المريض أو ملاحظة المحيطين به ويمكن أن يكون المزاج في الأطفال والمراهقين متهجياً يتميز بسرعة الغضب، وتسبب هذه الأعراض اضطراباً في المجالات الاجتماعية والمهنية وهي ليست ناتجة عن مرض عضوي ولا تعزى إلى فقدان أو موت عزيز.

- وعرفه (عسكر، 2000م) على أنه اضطراب وظيفي نتيجة لاضطراب في التنظيم الهرموني أو الكيميائي لدى الفرد.
- تعريف (إبراهيم، 2008م، ص40) عرف الاكتئاب بأنه "استجابة تثيرها حادثة مؤلمة كالفشل في علاقة أو خيبة أمل، أو فقدان شيء مهم كالعمل، أو وفاة إنسان غالي" كما يرى إبراهيم أيضاً أن الاكتئاب "عبارة عن مجموعة من الأعراض المترابطة بعضها مادي (عضوي) وبعضها معنوي (ذهني ومزاجي) وبعضها الثالث اجتماعي، وهذه الأعراض تسمى الزلطة الاكتئابية، وهي تشمل على جوانب من السلوك والأفكار والمشاعر التي تحدث مترابطة بعضها أو أغلبها، والتي تساعد في النهاية على وصف السلوك الاكتئابي وتشخيصه. (إبراهيم، 2008م، ص15-16).
- وتناوله (المحمداوي، 2008م، ص91) من خلال عدة تعريفات وأهمها تعريف بيك (Beck, 1976)، بأنه استجابة لا تكفيه مبالغ فيها وتتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموع التصورات والإدراكات السلبية للذات أو الموقف الخارجي أو المستقبل أو للعناصر الثلاث مجتمعة.
- وقام (زكار، 2013م، ص54) بتعريف الاكتئاب على أنه ضعف جسمي أو عقلي وأنه مرض له أساسه البيولوجي يتأثر غالباً بالضعف النفسي والاجتماعي.
- أما زهران فيرى بأن الاكتئاب هو حالة من الحزن الشديد والمستمر من الظروف المحزنة والأليمة تعبر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه. (زهران، 1997م، ص85).

- وتعرفه العجوري (2007م، ص11) "بأنه حالة نفسية إنفعالية يتعرض لها الفرد نتيجة الخبرات الصادمة واحباطات يواجهها الفرد في حياته وهي تتمثل في الحزن والتشاؤم والشعور بالذنب وقد تصل إلى فقدان الشهية والإنطواء وانعدام القيمة، وفي الحالات الحادة يصل إلى حد كراهية الذات وايداء النفس قد يصل إلى درجة الانتحار".
- وتعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي، بأنه حالة تحتوي على عدد معين من الأعراض على الأقل من قائمة الأعراض التالية وتمتد هذه الأعراض لفترة زمنية معينة وهي كالتالي:
  - المزاج المكتئب (Depressed Mood)، ويكون معظم زمن اليوم تقريباً.
  - فقدان المرح (Look of Pleasure)، ويكون ظاهر في الأنشطة اليومية.
  - التغير في الجانب الحركي (Change of Mobility)، فيصبح بطيئاً مع ظهور الإيحاءات العصبية (Nervous Gestures).
  - الشعور بعدم الأهمية والقيمة (Worthless)، ولوم الذات (Self-reproach)، والشعور المفرط بالإثم (Guilt).
  - الأفكار الانتحارية (Suicidal Thoughts).
- وعرفته (العجوري، 2007م، ص59) أن الاكتئاب هو حالة من الحزن الشديد تنتاب الفرد نتيجة الإحساس بالذنب والعجز والدونية واليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز والانسحاب الاجتماعي والتفوق.
- وعرفه الشمالي (2015م، ص27) بأنه استجابة خارج نطاق السيطرة والتحكم، يطغي عليها طابع الحزن الشديد والمستمر والتشاؤم، وتعبّر عن فقدان أو تكون نتاج حوادث أليمة مما يقود إلى اضطراب الانفعالات والأفكار والسلوكيات والوظائف البدنية، ويكون مصحوباً بالشعور بالذنب والإثم ومفهوم سالب عن الذات، وقد يتعاطف فيه الشعور بالذنب ليؤدي إلى الانتحار، وتفاوت الإصابة به من شخص إلى آخر، ويلعب البناء النفسي للفرد دوراً مهماً وكذلك الظروف البيئية والإقتصادية والاجتماعية وعوامل التنشئة، ويعرف إجرائياً: بأنه يتمثل في مجموع الدرجات التي يحصل عليها المستجيب على مقياس الاكتئاب.
- وعرفته جودة (2015م، ص33) مجموعة من الأعراض النفسية ومن أهمها فقد الاهتمام والمزاج بالآخرين.
- وعرفه ابو جهل (2014م، ص36) الاكتئاب بأنه الوحدة النفسية وبأنها ما هي إلا خبرة مؤلمة وتعبيراً صريحاً من الفرد لإحساسه بعدم تقبل الآخرين له، بسبب ادراكه

للاضطراب الواقع على مفهومه لذاته (الذات الواقعية- الذات المثالية) مما يدفعه الى الابتعاد عن الوسط الاجتماعي الذي يعيشه والتوجه بالتمركز حول ذاته.

### تعليق الباحثة على التعريفات السابقة:

تناول (زكار، 2013م) بأن الاكتئاب ناتج عن عوامل واستعداد بيولوجي عند الشخص، بينما اتفقت معظم التعريفات السابقة مثل (النجمة، 2008م)، و(إبراهيم، 2008م) على أن الاكتئاب هو عبارة عن مجموعة من الأعراض النفسية ومن أهمها نقص الدافعية والمزاج المكتئب، أما تعريف زهران و(عجوري، 2007م) فقد اتفقوا على أن الاكتئاب هو حالة من الحزن التي تنتاب الشخص نتيجة تعرض الفرد لمواقف مؤلمة.

من خلال ما سبق تعرف الباحثة الاكتئاب بأنه: حالة من الحزن والاحباط والشعور باليأس وفقدان الطاقة وفقدان الاهتمام، مما يؤدي الى تراجع في المهام والوظائف الأسرية الحياتية المهنية والاكاديمية وأنه استجابة خارج نطاق السيطرة والتحكم، والناجئة عن تعرض الفرد لضغوط مؤلمة ومستمرة وتسبب تشويه صورة الفرد عن نفسه وعن الآخرين. وتعبّر عن فقدان أو تكون نتاج حوادث أليمة أيضاً مما يقود إلى اضطراب الإنفعالات والأفكار والسلوكيات والوظائف البدنية، ويكون مصحوباً بالشعور بالذنب والإثم ومفهوماً سالباً عن الذات، ويلعب البناء النفسي للفرد دوراً مهماً وكذلك الظروف البيئية والإقتصادية والاجتماعية وعوامل التنشئة ومن العوامل المهمة أيضاً فيما يخص الشعب الفلسطيني هي الظروف السياسية من حروب متتالية في ظهور الاكتئاب .

### 2.1.3 أعراض الاكتئاب:

يعرف بيك (Beak ,1997, p.6) الاكتئاب بأنه أحد الاضطرابات الوجدانية الذي يتسم بخمسة عناصر أساسية:

- أولاً: التقلب المزاجي الذي يشمل الحزن والشعور بالوحدة والذنب .
- ثانياً: مفاهيم خاصة عن الذات وتشمل لوم الذات، وانخفاض تقدير الذات.
- ثالثاً: رغبات عدوانية وعقابية للذات تشمل الرغبة في العزلة والموت.
- رابعاً: تغيرات جسمية تشمل الأرق، وفقدان الشهية، ونقص الطاقة الحيوية.
- خامساً: تغير في مستوى النشاط وتشمل القصور والبطؤ.

ويسرد بيك (1997م، ص40) الأعراض الاكتئابية في 21 عرض: -الحزن، التشاؤم، الشعور بالفشل، نقص الرضا، الذنب، الإحساس بالعقاب، كره الذات، اتهام الذات، رغبات انتحارية،

نوبات البكاء، التهيج، الانسحاب الاجتماعي، التردد، تغير صورة الجسم، صعوبة العمل، الأرق، سرعة التعب، فقد الشهية، فقد الوزن، الانشغال الجسدي، فقد الليبدو.

أما (ابراهيم، 1998م) يشير إلى أن هناك مجموعة من الأعراض التي يطلق عليها الزملة الاكتئابية وهي:

### 1. الانهباط والكدر:

ونقصد هنا الإشارة إلى سيطرة مشاعر الاستياء والكدر dysphoria وعدم البهجة، أي نقيض ما يدفعنا بالشعور بالجزل والحبور، ومن ثم نجد أن المكتتب عادة ما يبدو حزينا ومغموما، وبائسا وبائسا من حياته التي تبدو له في الغالب خالية من المعنى والقيمة. وقد بينت البحوث أن المكتتبيين يصفون أنفسهم على اختبارات الشخصية بالفشل، ويسمون سلوكهم وشخصياتهم بالنقص، خاصة في المجالات التي تمثل لهم قيمة حيوية كالعامل (أي أنه يرى نفسه فاشلا في عمله، بالرغم من أنه ليس كذلك)، أو الأسرة أو في النشاطات المهنية الأخرى كالكتابة، التأليف، وتحقيق الأغراض الإبداعية والأهداف التي يطمح لها. كما نلاحظ أن الفروق الفردية، والخبرات الشخصية الخاصة، تؤدي دوراً مهماً في نوع الأعراض المميزة للاكتئاب لفرد دون فرد آخر.

### 2. ضعف مستوى النشاط الحركي والخمول:

ونعني ان الشخص الذي يعاني من الاكتئاب يكون تركيزه في نشاطات سلبية منفردة لا تتعدى مشاهدة التلفزيون، والرقود، وقضاء بعض الحاجات الرئيسية كالأكل. أما أداء النشاطات المعتادة بما فيها الذهاب للعمل، أو القيام بالواجبات المنزلية والاجتماعية الأخرى فهي تبدو لشخص شيئاً عسيراً يصعب إنجازه، دون بذل طاقة شاقة. حتى الأشياء التي كان يستمتع بها من قبل بما فيها بعض الهوايات الرياضية أو الترفيهية الأخرى، تبدو له الآن غير مرغوب فيها ولا دافع له نحوها، أنها مجرد واجب من الواجبات الثقيلة الأخرى.

### 3. الشعور بتناقل الأعباء:

بعض المكتتبيين يشعرون بأنهم غير مسؤولين عن اكتئابهم، ومن ثم تتزايد شكاواهم من أن الآخرين يحملونهم ما لا طاقة لهم به، وتجدهم يلومون الظروف الخارجية والضغط الموضوعه عليهم. وذلك كالموظف الذي يشكو من كثرة الأعمال، ومن كثرة ما يحمله رؤسائه له من الواجبات والامتحانات، أو كالتالب الذي يشكو من تزامم الواجبات والامتحانات، أو رؤية ربة

الأسرة التي تشعر بأن تعاستها وما يمتلكها من كرب قد يخفي إذا ما قلل زوجها وأبناؤها إحتياجاتهم عليها، ومتطلباتهم المفرطة منها.

#### 4. الشكاوي الجسمية والآلام العضوية:

يعتبر هذا النوع من الأعراض من أكثر الأعراض شيوعاً وأكثرها خداعاً. فعادة ما يصبح الاكتئاب مقنعاً مستتراً في شكل الشكاوي الدالة على سرعة التعب والإرهاق، وضعف الطاقة، وآلام الظهر والجسم، دون أن تكون هناك أسباب عضوية واضحة تبرر ذلك.

ومن الشكاوي الجسمية المميزة للاكتئاب: اضطرابات النوم بما فيها الاستيقاظ المبكر، والعجز عن مواصلة النوم، أو النوم المتقطع، أو صعوبة الاستيقاظ في الصباح. ومنها أيضاً اضطرابات الشهية، وعدم التلذذ بالطعام، وفقدان الشهية، والتحول المفاجئ (ولو أن في بعض مرضى الاكتئاب تحدث لديهم على العكس زيادة وإفراط في الأكل). ومنها أيضاً الشكاوي من الصداع وآلام المعدة، وتقلصاتهما. ومنها كذلك فقدان الرغبة الجنسية، والعزوف عنها، وعدم تحقيق اللذة التي كانت مرتبطة بها من قبل.

#### 5. توتر العلاقات الاجتماعية:

تعتبر نسبة كبيرة من المكتئبين عن صعوبة واضحة في التعامل والاحتكاك بالآخرين. وتتخذ هذه الصعوبة واضحة في التعامل والاحتكاك بالآخرين. وتتخذ هذه الصعوبة لدى المكتئب مظاهر متنوعة، منها، عدم الرضا عن علاقاته الاجتماعية كالعلاقة بالزوج، أو الزملاء، أو العلاقات المعتادة بالناس المألوفين له. وقد يحس بعضهم بالتكدر والقلق في المواقف الاجتماعية المتوقعة أو القائمة بالفعل. وقد يجد بعضهم صعوبة واضحة في تكوين المهارات الاجتماعية، خاصة في المواقف الاجتماعية التي تتطلب تأكيد الثقة بالنفس، أو الدفاع عن الحقوق إذا ما هدرت، أو اتخاذ مواقف حازمة تجاه الإلحاحات غير الواقعية من الآخرين، أو عندما يتخطى بعضهم حدود اللياقة الاجتماعية. و أحياناً يجد بعضهم صعوبة في التعبير عن استيائه أو رفضه للأشياء التي تمثل عبئاً على الوقت، أو الصحة، أو الراحة. وأخيراً، قد يشعر البعض منهم بأنه وحيد، ويفتقد حب الآخرين ودعمهم، ومع ذلك، تجده يميل للانسحاب، وعدم بذل الجهد الإيجابي لتأكيد الروابط الاجتماعية المهمة.

## 6. مشاعر الذنب واللوم المرضي للنفس:

يعبر بعض المرضى عن الاكتئاب بمشاعر حادة من الذنب ولوم النفس، فتجدهم يصفون أنفسهم بأنهم أسوأ مما يراهم الناس عليه. إذ ليس من النادر أن تجد من هذا النوع أشخاصاً يراهم الآخرون أنهم جادون، أو ناجحون ومجتهدون ومسالمون ولكن الواحد منهم يراه نفسه " سيئاً" أو " مخطئاً"، و "شريراً"، كما أنهم يرون أنفسهم يستحقون ما بهم من ممات أو اكتئاب ضريبة على سوتهم. ومن ثم نجد أن هؤلاء الأشخاص غالباً ما يسيطر عليهم الشعور بأنهم عبء على الأهل والمقربين والمجتمع، ويلومون أنفسهم بسبب اكتئابهم وفشلهم في تحقيق أو تلبية احتياجات المحيطين بهم.

يقسم فايد (1998م) أعراض الاكتئاب في أربعة فئات أساسية هي:

### 1. أعراض المزاج Mood Symptoms

وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للاضطرابات الوجدانية، مثل أن يسود الشخص مزاج حزين معظم اليوم تقريباً كل يوم لمدة أسبوعين على الأقل.

### 2. الأعراض الدافعية Motivational Symptoms:

وتتمثل الأشكال السلوكية التي تشير إلى توجه نحو الهدف، فالناس المكتئبون غالباً ما يعانون قصوراً في هذا المجال، وقد يجد البعض صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل.

### 3. الأعراض البدنية Somatic Symptoms:

وتشير إلى التغيرات الجسمية التي قد تصاحب الاكتئاب، وتشمل تغيرات في أنماط النوم، والشهية والاهتمام الجنسي.

4. الأعراض المعرفية وتشير إلى مدى قدرة الأفراد على التركيز، واتخاذ القرار، وكيفية تقويمهم لأنفسهم.

ولقد قام عكاشة (1998م، ص 363-376) بتقسيم أعراض الاكتئاب إلى: أعراض وجدانية، أعراض نفسية، أعراض فسيولوجية، وأعراض سلوكية.

### أولاً: الأعراض الجسمية والفسولوجية:

تتمثل في: انقباض الصدر والشعور بالضيق، وفقدان الشهية ورفض الطعام (لاعتقاده بعدم استحقاقه أو الرغبة في الموت، وهذا نوع من أنواع الانتحار) ونقص الوزن والإمساك، الصداع والتعب (لأقل جهد) وخمود الهمة والآلام خاصة آلام الظهر، ضعف النشاط العام والتأخر النفسي الحركي والبطؤ، وتأخر زمن الرجوع، الرتابة الحركية والالزمات الحركية، نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي (العنة عند الرجال) والبرود الجنسي واضطراب العادة الشهرية (عند

النساء)، وتوهم المرض والانشغال على الصحة الجسمية، اضطرابات النوم (كالنوم لمدة أطول من الطبيعي، أو الأرق أو النوم المنقطع، أو صعوبة العودة إلى النوم، أو كوابيس النوم)، الروماتيزم العضلي والمفصلي، آلام أسفل الظهر أو آلام القدمين، اضطراب الجهاز الهضمي (كالإمساك أو زيادة في حموضة المعدة)، زيادة في إفراز العرق، اضطرابات البول(توتر بولي، عسر البول)، واللزمات الحركية.

### ثانياً: الأعراض الانفعالية والمعرفية:

انخفاض عام في المزاج، الشعور بالوحدة، الانسحاب الاجتماعي، الشعور بالفشل، والتردد وعدم الحسم، التشاؤم واجترار الأفكار السوداء، انخفاض الدافعية عن المعتاد، نوبات البكاء، الشعور باليأس، الأفكار الانتحارية الواضحة، نقص القدرة على التفكير بوضوح، صعوبة الإدراك، توقع وتضخيم الأمور وتهويلها، السرحان والشروود والتردد في اتخاذ القرار.

### ثالثاً: الأعراض السلوكية :

فقدان الطاقة، الشعور بالإجهاد لأقل مجهود، التثاقل في أداء الأعمال، نقص التفاعل و التواصل مع الآخرين، التملل والضجر وعدم الاستقرار، نقص الإنتاجية في العمل، انخفاض الصوت أثناء الكلام، تقطع الكلمات وخروجها من الفم بصعوبة، ارتسام علامات اليأس فوق الشفتين، قضم الأظافر، التدخين القهري، أفعال مدمرة للذات او محاولة الانتحار(الحسين(أ) 2002م، ص ص325-327).

قد أضاف زهران على ذلك ما يلي: نقص الميول والاهتمامات، اللامبالاة بالبيئة وبالنفس، إهمال النظافة الشخصية، وعدم الاهتمام بأمور حياته اليومية (زهران، 2005م، ص517). على العلم بأنه لا يشترط تواجد كل الأعراض السابقة عند المريض، وذلك يعتمد على درجة شدة الاكتئاب الذي يعاني منه المريض.

ويشير زكار (2013م، ص671) بأن الشخص المكتئب يعاني من الأعراض التالية:

الشعور بالاكتئاب والزهق والملل، عدم الاستمتاع بمباهج الحياة، اضطرابات النوم، وقد تكون في صورة صعوبة النوم أو كثرتة، فقدان الشهية للأكل أو الفرط في الأكل بشراهة، صعوبة في التركيز والتذكر واتخاذ القرارات، سرعة التعب من أي مجهود، نظرة تشاؤمية للماضي والحاضر والمستقبل، التفكير في إيذاء النفس أو المحيطين كالانتحار أو القتل، والشعور بالذنب أو العصبية الدائمة.

أما أعراض الاكتئاب حسب التصنيف الأمريكي الرابع (DSM-IV) فله تسعة أعراض : مزاج مكتئب معظم اليوم تقريبا كل يوم حسب المريض نفسه أو حسب ملاحظة الآخرين، فقدان الاهتمام والسرور أو الشعور بالمتعة عند ممارسة الأنشطة المعتادة، انخفاض أو زيادة واضحة في الوزن بحوالي 5% من إجمالي وزن الجسم ونقص أو زيادة الشهية، الأرق أو النوم المفرط، تهيج أو تبلد حركي تقريبا، الشعور بالإعياء والإجهاد وفقدان الطاقة، الشعور بعدم القيمة: في الشعور بالذنب، ضعف القدرة على التفكير والتركيز والتردد، والتفكير في الموت بصفة متكررة بالانتحار لكن بدون وجود خطة معينة، أو محاولة الانتحار أو وجود للانتحار.

ويمكن ذكرها بشكل تفصيلي أكثر :

- ضعف الشهية وتناقص الوزن أو فتح الشهية وزيادة الوزن .
- الأرق Insomnia أو النوم المفرط Hypersomnia.
- التأخر الحركي النفسي (كمشاعر ذاتية من الضجر والتأمل Restlessness أو التبلد).
- فقدان الاهتمام أو السرور عند ممارسة الأنشطة المعتادة.
- تناقص الطاقة مع الشعور بإنعدام القيمة worthlessness ولوم الذات والإحساس بالذنب.
- الشكوى أو التظاهر بتناقص القدرة على التفكير أو التركيز concentration مثل:- التبدل الفكري، والتردد Indecisiveness غير المصحوب بتناقص ملحوظ في تداعيات المعاني أو الأفكار، أو التفكك Incoherence تكرار التفكير بالموت بصفة دورية، والأفكار الانتحارية والتمني لو كان ميتا مع محاولات الإنتحار(عسكر، 1988م، ص33).
- ترى الباحثة من خلال تجربتها و خبرتها العملية في العمل العيادي بمجال الصحة النفسية أن ما ورد في ال DSM-IV قد وضع المعايير اللازمة للوصول إلى التشخيص السليم، حيث يمكن استخدامها والاعتماد عليها في هذه الدراسة الحالية.
- ويشخص المريض بالاكتئاب في حالة وجود خمسة من الأعراض السابقة لمدة أسبوعين متواصلين بشرط وجود العرض الأول أو الثاني ضمن الأعراض الخمسة ويشترط أن تسبب الأعراض في تعطيل على مستوى العلاقات الاجتماعية أو الوظيفية أو نواحي أخرى مهمة في حياة المريض.
- وكذلك استثناء ألا تكون الأعراض ناتجة عن أمراض أخرى نفسية أو عضوية أو ناتجة عن استخدام العقاقير الطبية أو المخدرات أو أن تكون في فترة الحداد بعد فقدان شخص عزيز والتي قد تستمر في مثل هذه الحالات لمدة شهرين.

## أعراض الاكتئاب كما وصفها القرآن الكريم:

لو رجعنا إلى مجموع الآيات التي تتحدث عن الاكتئاب لأمكن لنا حصر الأعراض التالية:

1. الأسف: ويبدو في شكل سلوك سلبي أو في شكل عبارات رثاء أو أسف واستسلام مثل ﴿وَتَوَلَّى عَنْهُمْ وَقَالَ يَا أَسْفَىٰ عَلَىٰ يَوْسُفَ وَأَبْيَضَّتْ عَيْنَاهُ مِنَ الْحُزْنِ فَهُوَ كَظِيمٌ﴾ [يوسف: 84]، كما قد يبدو الأسف في شكل سلوك حركي ﴿وَأُحِيطَ بِثَمَرِهِ فَأَصْبَحَ يُقَلِّبُ كَفَّيْهِ عَلَىٰ مَا أَنفَقَ فِيهَا﴾ [الكهف: 42]، وقد يبدو الأسف في شكل حاد يعبر عن كراهية الحياة مثل ﴿يَلَيْتَنِی مِتُّ قَبْلَ هَذَا وَكُنْتُ نَسِیًّا مَّنْسِیًّا﴾ [مريم: 23].

2. ظهور دلائل الحزن في شكل هموم أو انقباض أو بكاء مثل ﴿وَأَبْيَضَّتْ عَيْنَاهُ مِنَ الْحُزْنِ فَهُوَ كَظِيمٌ﴾ [يوسف: 84].

الشعور باليأس وفقدان الأمل وهي حالة من القنوط مثل ﴿وَإِذَا أُنْعَمْنَا عَلَى الْإِنْسَانِ أَعْرَضَ وَنَأَىٰ بِجَانِبِهِ وَإِذَا مَسَّهُ الشَّرُّ كَانَ يَئُوسًا﴾ [الاسراء: 83].

3. العزلة عن النشاطات الاجتماعية وقلة الكلام والشكوى للآخرين مثل ﴿وَتَوَلَّى عَنْهُمْ وَقَالَ يَا أَسْفَىٰ عَلَىٰ يَوْسُفَ﴾ [يوسف: 84]، ﴿فَحَمَلَتْهُ فَانْتَبَدَّتْ بِهِ مَكَانًا قَصِيًّا﴾ [مريم: 21] (محمد، 2004م، ص 284-249)

وترى الباحثة أنه يجب أن تتضمن أعراض الاكتئاب كافة الجوانب الجسمية والنفسية والمعرفية والاجتماعية والسلوكية ضمن فترة زمنية محددة.

### ضغوط الحياة والعوامل النفسية:

أثبتت الدراسات والمشاهدات الإكلينيكية أن هناك أحداثا ضاغطة تسبق حدوث أول نوبة لاضطراب الوجدان أكثر من النوبات التالية، وحيث أن هذه الضغوط التي صاحبت النوبة الأولى قد أحدثت تغيرات مستمرة من الناحية البيولوجية للمخ، وقد تشمل هذه التغيرات فقدان بعض الخلايا العصبية وتغير المثبرات الكيميائية، لذا يصبح المريض أكثر عرضة لنوبات الاكتئاب. وقد اختلف العلماء على مدى تأثير ضغوط الحياة وظروفها فالبعض يرى أنها تلعب دور رئيسي والبعض الآخر يرى أن لها دوراً محدوداً في حدوث المرض (عكاشة، 2008م، ص 413).

## العوامل المؤثرة في الاكتئاب تتداخل وتتعدد وتتمثل في:

حول السبب المباشر لحالة الاكتئاب التي تنتشر في عالم اليوم فإن هناك حقيقة شبة مؤكدة وهي تداخل الأسباب وتعددتها، وأكثر من ذلك تفاعلها مع بعضها البعض حيث يكون من العسير تحديد سبب محدد لكل حالة أو الفصل بين أسباب الاكتئاب وهي:

### 1. الاكتئاب والشخصية:

فقد لوحظ في معظم مرضى الاكتئاب عند التقصي عن حالتهم قبل المرض أن شخصيتهم كانت تتصف بأنها من النوع الاجتماعي الذي يغلب أن هؤلاء يتميزون بطيبة القلب وخفة الظل، غير أنهم مع ذلك لا يتحملون التعرض للمشكلات وينظر الواحد منهم إلى ذاته نظرة دونية ولا يتوقع خيرا بل يتوقع الهزيمة دائما .

### 2. مظهر الجسم والاكتئاب:

ومما لوحظ في معظم مرضى الاكتئاب والاضطرابات الوجدانية عموما، ما يتميزون من تكوين جسمي مميز يطلق عليه التكوين المكتنز ومن خصائصه الميل إلى الامتلاء وقصر القامة واستدارة الوجه وذلك مقارنة بأنواع أخرى من البنية أو التكوين مثل النوع النحيف الذي يرتبط بالفصام العقلي، والنوع الرياضي يتعرض لاضطرابات نفسية أخرى مختلفة، ورغم أن هذه ليست قواعد ثابتة إلا أن هذا الارتباط موجود في معظم الأحيان.

### 2.1.4 تصنيف الاكتئاب:

للاكتئاب أنواع وتصنيفات عديدة منها:

1. الاكتئاب الخفيف (Mild Depression): هو أخف أنواع الاكتئاب ويبدو في شكل شعور بالإجهاد وثبوت العزيمة وعدم الشعور بلذة الحياة.
2. الاكتئاب البسيط (Simple Depression): وهو أبسط صور الاكتئاب، ويكون المريض في حالة من الذهول وغير قادر على تحمل المسؤولية ويشعر بالذنب والتفاهة ولكن لا يوجد لديه اختلال في الوظائف العقلية.
3. الاكتئاب الحاد (Acute Depression): وهو أشد صور الاكتئاب حدة، ويشعر المريض بموجة من الحزن والانقباض والرغبة في البكاء وتعترية فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله وتبدو عليه البلادة الذهنية ويختل تفكيره ويفقد شهيته ولا ينام إلا قليلاً ويعجز عن القيام بأي نشاط عادي ومن أعراضه المألوفة شكوى المريض من الأعراض الجسمية التي لا وجود لها.

4. الاكتئاب الذهولي: يمثل أقصى درجات الحدة من المرض فإذا ترك المريض وشأنه فإنه يظل راقداً دون حراك ويعزف عن الأكل والشرب فيما يشبه حالة التخشب لدى الفصام الكتانوني.

5. الاكتئاب المزمن (Chronic Depression): وهو دائم وليس في مناسبة فقط.

6. الاكتئاب التفاعلي (Reaction Depression): هو اكتئاب قصير المدى، وهو رد فعل لحدوث كوارث مثل رسوب طالب أو خسارة مادية أو فقدان عزيز ويكون المرض بصفة عارضة.

7. الاكتئاب الشرطي (conditional Depression): وهو اكتئاب يرجع مصدره إلى خبرة جارحة ويعود للظهور في وضع مشابه للخبرة السابقة.

8. اكتئاب سن الفقود (Involution Depression Reaction): ويحدث عند النساء في الأربعينات وعند الرجال في الخمسينات أي سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد ويشاهد فيه القلق والههم والتهدج والهذاء، وأفكار الوهم والتوتر العاطفي والاهتمام بالجسم قد يظهر تدريجياً أو فجأة ويصحبه ميول انتحارية ويسمى سوداء سن التقاعد. (زهران، 1997م)

9. الاكتئاب العصابي (Neurotic Depression): يسمى الاكتئاب العصابي اكتئاباً استجابياً لأنه عادة ما يكون نتيجة لبعض الأزمات الخارجية كفقدان قريب أو صديق، أو نتيجة لفشل في أداء عمل.

10. الاكتئاب الذهاني (Psychotic Depression): ويكون مصحوباً باضطرابات عقلية أكثر شدة مثل الهلوس والهواجس وتزايد حالات الانتحار وخاصة عندما يكون مصحوباً باضطرابات وأزمات نفسية أو جسمية أو اجتماعية (النجمة، 2008م).

وتشمل أعراض الاكتئاب المظاهر التالية: المزاج المتقلب، تبدلات الوزن والشهية إلى الطعام، اضطراب نمط النوم الطبيعي، تبدل مستوى النشاط والفاعلية، البرود الجنسي، فقدان السعادة والمتعة بالنشاط والفعاليات اليومية الاعتيادية، التعب، توهم علل بدنية، مشاعر الذنب وفقدان الجدارة والاعتبار الذاتي، يصبح الفرد غير قادر على التفكير الجيد والتركيز السليم، وقد ينبع ذلك ظهور أفكار انتحارية لديه. (عكاشة 2003م، ص430)

وقد بينت الدراسات في هذا المجال، أنه بغض النظر عن العمر والجنس أو العرق أو الوظيفة ومستوى الدخل، فقد يصاب أي إنسان بالاكتئاب المرضي، لكن تبقى الإناث أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من الذكور ومعدلاتهم في ازدياد، ويرجع السبب في ذلك إلى عوامل

بيولوجية، وتحدث المرحلة الأولى من الاكتئاب بين عمر (25-44) عاماً، وعلى الرغم من ذلك فقد يصيب هذا المرض المراهقين وكبار السن أيضاً، ويصنف مرض الاكتئاب في الأنواع التالية:

- الاكتئاب الانتحاري: هو الاكتئاب الذي يشير إلى عوارض وخيمة جداً إذ يفكر الفرد بالانتحار.
- الاكتئاب السوداوي: إن كلمة السوداء تطلق على الاكتئاب الأكبر الذي يسبب فقدان الشهية وعدم القدرة على الاستمتاع بالنشاطات اليومية.
- الاكتئاب الجامودي: وفيه يصل الشخص إلى نوع ووضع تكون حركته فيه نادرة، والجامود هو حالة نادرة من الاكتئاب.
- الاكتئاب غير السوي: في هذا النوع يكون الأشخاص قادرين على الاستمتاع بالحياة غير أنهم يأكلون وينامون كثيراً ويشعرون بالتعب واستمتاعهم هنا سريع الزوال ويحدث هذا النوع مع المراهقين ويكون مزمناً.
- الاكتئاب الذهاني: يعاني الشخص المريض في هذا النوع من الاكتئاب من الأوهام والتخيلات، وهذه الأوهام تكون خاطئة، ولكنها تستمر رغم وجود أدلة تثبت العكس وتكون هذه الأوهام متعلقة بجنون الارتياب أو المال أو الطب.
- اكتئاب ما بعد الولادة: تشعر المرأة بعد الإنجاب برد فعل قوي لصدمة عنيفة مؤثرة غالباً ما تكون نتيجة للكوارث أو الحروب أو الشدائد المروعة وهو قصير المدى لا يبقى طويلاً ويمكن شفاؤه. (زكار، 2013م)

وفيما يلي ملخص لأنواع الاكتئاب وفقاً للدليل الإحصائي والتشخيصي في طبعته الرابعة:

1. اضطراب الاكتئاب الأساسي، نوبة الاكتئاب العظمى Major Depressive Disorder:  
وتتسم بنوبة من الاكتئاب وتستمر هذه النوبة أسبوعين على الأقل يعاني الفرد فيها من خمسة أعراض على الأقل من أعراض الاضطراب وذلك بشكل متلازم خلال هذه الفترة، وتشمل الاكتئاب واثنان على الأقل من الأعراض الأخرى كفقدان الاهتمام والتلذذ والاستمتاع بأي نشاط، فقدان الوزن، فقدان الطاقة والشعور بالخمول، الشعور بعدم النفع والذنب، فقدان القدرة على التفكير والتركيز وذلك بشكل يومي تقريباً، سيطرة الأفكار السيئة والتشاؤمية ومنها أفكار الموت والانتحار من غير وجود أي خطط وأحياناً محاولة انتحار.
2. الاكتئاب العصابي (الديستيميا) Dysthemic Disorder:

وهي حالة اضطرابية تتسم بمزاج اكتئابي مستمر عادة سنتين على الأقل لدى الراشدين وسنة على الأقل لدى الأطفال، وإضافة إلى الشعور بالاكتئاب فإن الفرد أيضاً يعاني من عدد من الأعراض ك فقدان الشهية للطعام أو الشراهة، وضعف الطاقة والوهن وضعف تقدير الذات وعدم القدرة على التركيز واتخاذ القرارات، ومن الجدير بالذكر أن هذا الاضطراب لا يحدث فيه أية نوبات اكتئابية عظمى أو حالات من الهوس، كما أن الأعراض تستمر بلا انقطاع لأكثر من شهرين.

### 3. الاكتئاب غير المحدد Depressive Disorder Not Otherwise Specified:

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

### 4. الاضطراب أحادي القطب Bipolar Disorder-I:

اضطراب يتسم بحدوث نوبة هوس واحدة أو أكثر أو نوبة واحدة من نوبات الاكتئاب العظمى على الأقل، أو النوبات المختلطة، وتتخلص خصائص نوبة الاكتئاب العظمى فيما ذكر أعلاه في الفقرة الأولى.

أهم أعراض نوبة الهوس فتتخلص بدرجة كبيرة في الشعور بالعظمة وسرعة الاستثارة إضافة إلى ثلاثة على الأقل من الأعراض المصاحبة وتشمل تضخم الأنا ومفهوم الذات، وعدم الحاجة للنوم والكلام الكثير، تطاير الأفكار، الإنباه لأشياء صغيرة قد لا تكون ذات أهمية، زيادة النشاط الهادف اجتماعياً أو عملياً أو أحياناً كاستجابة لمثيرات خارجية أخرى، الانغماس في الأنشطة المختلفة التي يكون احتمال الألم فيها قليلاً وتستمر الحالة لأسبوع على الأقل كما أنها تكون شديدة بالدرجة التي تؤدي إلى العجز الاجتماعي على مستوى الأنشطة المختلفة والعلاقات الإجتماعية، كما تتلخص أهم أعراض الهوس Hypomanic بنفس الأعراض السابقة إلا أنها تدوم على الأقل أربعة أيام، كما أنه يمكن ملاحظتها من الآخرين إلا أنها أقل شدة بحيث لا تصل إلى درجة إعاقة الفرد اجتماعياً أو عملياً.

### 5. الاضطراب ثنائي القطب Bipolar Disorder-II:

ويشتمل على عدد من نوبات الاكتئاب وعدد من نوبات الهوس.

### 6. الاضطراب الدوري Cyclothymic Disorder:

تستمر نوبات الهوس والأعراض الاكتئابية والتي لا تقابل نوبة الاكتئاب العظمى، هذه الأعراض تستمر سنتين على الأقل لدى الراشدين، وسنة على الأقل لدى المراهقين والأطفال، كما أنها لا تنقطع لأكثر من شهرين.

7. الاضطراب ثنائي القطب غير المحدد Bipolar Disorder Not Other Wise  
:Specrfied

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

8. الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالحالة الصحية العامة (المرضية) Mood Disorder  
Condition Medical Due to General

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

9. اضطرابات المزاج المرتبطة بتعاطي الأدوية أو المواد الكيميائية Substance Induced  
:Mood Disorder

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

10. الاضطرابات المزاجية غير المحددة Mood Disorders Not Otherwise  
:Specified

وتشمل الاضطرابات التي يظهر فيها أعراض اضطراب مزاجي والتي لا تقابل المعايير المحددة للتصنيف تحت أي نمط من الأنماط سابقة الذكر، وعندها يكون هناك صعوبة في الاختيار بين الاضطراب الاكتئابي غير المحدد أو الاضطراب ثنائي القطب غير المحدد.

كما يقسم الدليل مستويات الاكتئاب حسب حدته وطبيعته الذهانية ومحدداته إلى الأقسام التالية:

- البسيط Mild: توجد بعض الأعراض الاكتئابية البسيطة غير المعيقة لفاعلية الإنسان المهنية والاجتماعية وغير المؤثرة على علاقاته.
- المتوسط Moderate: توجد الأعراض أو بعضها بدرجة متوسطة من حيث تأثيرها على فاعلية الفرد، وهو حالة متوسطة بين البسيط والحاد.
- حاد بلا خصائص ذهانية Sever Without Psychotic Features: أعراض اكتئابية حادة ومعيقة لفاعلية الفرد بشكل كبير.
- حاد مع وجود خصائص ذهانية Sever With Psychotic Features: أعراض اكتئابية حادة ومعيقة لفاعلية الفرد مع ظهور ضلالات وهلاوس ترتبط لدى البعض بمحتوى موضوع الاكتئاب (أي تكون الضلالات والهلاوس متسقة مع أفكار المكتئب وسبب الاكتئاب) في حين لا ترتبط به لدى البعض الآخر.

## التصنيف الدولي العاشر (ICD-10) فقد قسم الاكتئاب إلى: (شمالي 2015م)

1. انتكاسة اكتئاب (شديدة أو بسيطة).
2. اضطراب مزاجي مزدوج القطب (مرحلة اكتئاب).
3. اكتئاب متكرر (بسيط، متوسط الشدة، شديد).
4. اضطرابات مزاجية طويلة الأمد واضطراب مزاجي دوري، تكرر المزاج و تشمل أشكال أخرى للاكتئاب.

لا شك أن التصنيفات السابقة أقل انتظاماً ومنطقية فمعظم ما ذكر يمكن أن يندرج تحت الاضطراب العصابي، حيث تعد غالبية الاضطرابات المزاجية اضطرابات عصابية، ولذا فإن ذلك يوجب استعراض بعض التصنيفات العالمية لهذا الاضطراب كتصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكي (American Psychiatric Association) والذي يصنف الاكتئاب ضمن الاضطرابات المزاجية Mood-Disorders والتي تشمل اضطرابات الهوس والاكتئاب. وقام الرخاوي (1979م) بتصنيف الاكتئاب الى:

1. الاكتئاب الداخلي Edogenous Depression المحدد بأسباب داخل النفس غائبة عن الفحص الظاهري في مقابل الاكتئاب التفاعلي والموقفي Reactive and Situational Depression المحدد بأسباب منطقية وظاهرة في البيئة والمجتمع.
2. الاكتئاب الذهاني Psychotic Depression في مقابل الاكتئاب العصابي Neurotic Depression والذي يحدد هذا البعد هو الفرق بين العصاب والذهان بصفة عامة من حيث

\_ مثلاً\_ بعد الأخير عن الواقع وتشويه صورة الذات والعجز الشامل.

3. الاكتئاب الأصيل Genuine Depression في مقابل الاكتئاب السطحي أو الزائف Superficial False Depression، وهذا البعد يحدد مدى معايشة خبرة الحزن بأمانة وعمق في مقابل تسطيح الخبرة والحديث عنها بألفاظ غير عميقة.
4. الاكتئاب الدوري Periodic Depression في مقابل الاكتئاب المزمن المتراكم Chronic Cumulative Depression يفرق بين الاكتئاب النوبائي الذي قلنا أنه مقابل للنابض البيولوجي وبين الاكتئاب التبعدي الذي يكون في النهاية جزءاً من الشخصية.
5. الاكتئاب العامي Binding Depression في مقابل الاكتئاب المواجهة Confortation Depression، وهذا البعد يعني أن هناك نوع من الاكتئاب يزيد الإنسان بعداً عن نفسه

ويخفي اقتراب ذاته الداخلية من سطح الوعي، في مقابل نوع آخر هو الذي أشرنا إليه وهو اكتئاب المواجهة الحي.

وقام (القريطي 1998م، ص393) بتصنيف الاكتئاب إلى:

#### 1-نوبات إكتئاب طفيفة أو خفيفة الشدة Mild severity:

وهي أقرب إلى عسر المزاج، ويكون المزاج الاكتئابي أو متلازمة الاكتئاب فيها أمراً مؤكداً، حيث يشعر المرء بالهم وفقدان الاهتمام، كما ينتابه الإحساس بالتعب، وغالباً ما يكون المريض قادراً على مجابهة مطالب الحياة اليومية وممارسة معظم نشاطاته ولكن بصعوبة، ويلاحظ في هذه النوبة غياب سمات الهياج والأوهام والأفكار الانتحارية، كما يلاحظ أنها ربما تنشأ في ظروف واقعية عارضة أو لظروف نفسية، غالباً ما تزول آثارها دون خدمة طبية نفسية متخصصة

#### 2- نوبات اكتئابية متوسطة الشدة Moderate severity:

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

#### 3-نوبة اكتئابية شديدة بدون أعراض ذهانية Sever Episode Without Psychotic Symptoms:

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

#### 4-نوبة إكتئاب حادة مع أعراض ذهانية Sever Episode With Psychotic Symptoms:

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

وصنف زهران الاضطرابات الاكتئابية التي تصيب النساء:

• اكتئاب ما قبل الدورة (Premenstrual Dysphoric disorder) وهو يصيب 30% من

النساء.

- الاكتئاب أثناء الحمل (Depression During Pregnancy) وهو ما يصيب 10% من النساء.
- اكتئاب ما بعد الولادة (Postpartum Depression) والذي يصيب من 10-20% من النساء بدرجات مختلفة.
- اكتئاب ما بعد الدورة الشهرية (Depression Postmenopausal) والذي يصيب 10-15% من النساء في هذه المرحلة من العمر (زهرا، 2005م، ص516).

### 2.1.5 كلفة الاكتئاب:

الاكتئاب هو من الأمراض المكلفة جداً، حيث يمتد تأثيره على نواحي الحياة كلها ومن أبرزها اضطرابات العمل التي تدهور الحياة نفسها، بالإضافة إلى كلفة العلاج المباشرة، ويعد الاكتئاب عادة عند كبار السن هو أكثر كلفة من حيث الكلفة المباشرة، واكتئاب الشباب أكثر كلفة من حيث الكلفة غير المباشرة، وتعد منظمة الصحة العالمية أن الاكتئاب ثاني أكبر مسبب للإعاقة بعد أمراض القلب وأكبر مسبب للإعاقة (الداهري، 2005م، ص363).

ولا يتوقف الأمر عند الكلفة المادية للاكتئاب، بل يمتد تأثيره السلبي وكلفته على النواحي الجسدية أيضاً وقد ثبت من خلال دراسات أجريت على وظائف المخ والجهاز العصبي لمرضى الاكتئاب ووجود بعض التغييرات في تدفق الدم إلى المخ، خصوصاً الناحية اليمنى التي تعد مركزاً للعواطف والانفعالات، ولا يعرف على وجه التحديد إذا كانت هذه التغييرات هي السبب في حدوث الاكتئاب، أم أنها نتيجة للإصابة بالاكتئاب.

وفي السياق ذاته يقول الطبيب النفسي الشهير مودزلي التي قام الشرييني بترجمة كلماته حرفياً: إن الحزن الذي لا يجد متفهماً عن طريق الدموع، يتجه إلى أعضاء الجسم الداخلية فيحطمها (الشرييني، 2001م، ص121-122).

### 2.1.6 أسباب الاكتئاب:

هناك كثير من العوامل المسببة للاكتئاب، على الرغم من التقدم الملحوظ في هذا القرن والرفاهية التي توفرت في جميع مناحي الحياة إلا أن الاكتئاب ازداد بشكل ملحوظ، بينما يشير (ابراهيم، 1998م، ص89) بان سبب الاكتئاب مثله مثل كثير من الاضطرابات النفسية الأخرى - ثلاثة : العوامل البيولوجية، وهي تشمل كل ما يتعلق بالاستعدادات العضوية، التي من أهمها:

- الوراثة.

- الجوانب المتعلقة ببناء الجهاز العصبي ووظائفه (والذي يمثل المخ أحد أعمدته الرئيسية).  
- فضلا عن الجانب المتعلق بالتغيرات الكيميائية الحيوية، وما يرتبط بها من عناصر التحكم في وظائف المخ والبدن، أي العقاقير، والتوازن (أو عدم التوازن) أم الهوموني.

### أولاً: الأسباب البيولوجية الجسمانية: (العبويني، 2012) اي

تبين أن الأفراد الذين لديهم قابلية للإصابة بأعراض الاكتئاب هم أفراد لعائلات مصابة بالاكتئاب وتكون لهؤلاء الأفراد قابلية بشكل أكبر للإصابة بمرض الاكتئاب من أفراد العائلات التي لا تعاني من الاكتئاب.

توضح الدراسات الحديثة إلى أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مؤثراً في الإصابة باضطرابات الوجدانية، وتشير هذه الدراسات إلى وجود عوامل في الجينات الوراثية، لها دور هام في الإصابة بالاكتئاب وقد وجد أن حوالي 50% من حالات الاضطراب الوجداني (ثنائي القطب) يكون فيها أحد الوالدين مصاباً بالمرض نفسه، فإذا كان الأب أو الأم مصاباً بهذا المرض فإن طفلها يكون عرضة للإصابة بنسبة 25-30% أما إذا كان الوالدان مصابين بالمرض نفسه فإن نسبة إصابة طفلها ترتفع إلى 60%.

### أسباب عضوية كيميائية منها :

- عدم التوازن في تركيز أملاح الصوديوم والبوتاسيوم في الجسم.
- التغييرات التي تحدث في الهرمونات.
- زيادة إفراز الكورتيزون بسبب زيادة الهرمون المسئول عن إفرازه من الغدة النخامية.
- النقص في إفراز الهرمون المنشط للغدة الدرقية.
- الخلل في إفراز المواد الكيميائية في نهايات الأعصاب.
- تعاطي بعض أنواع من الأدوية مثل الأدوية التي تستخدم لعلاج ارتفاع ضغط الدم.
- تعاطي الكحول (العبويني، 2012م، ص46).

### ثانياً: الأسباب النفسية الاجتماعية:

هناك العديد من النظريات النفسية التي حاولت أن توضح السبب وراء الإصابة بالاكتئاب وستعرض الباحثة بعض هذه التفسيرات:

### 1-نظريات التحليل النفسي Psychoanalysis Theory:

يعزو فرويد الاكتئاب إلى كبت الغرائز Repression of Instincts، وما ينجم عن ذلك من عدوان منحول إلى الداخل Aggression Turned Inward واعتماداً على تفسيرات "أبراهام: وسع "فرويد" من تفسيراته للاكتئاب فقد صور الاكتئاب بتحول الانفعالات السابقة إلى داخل

الفرد، واعتبر بذلك الاكتئاب عدواناً على الذات، وإعتماداً على تفسيرات أبراهام وسع فرويد من تفسيراته للاكتئاب في دراسته عن الحزن والسوداوية Mourning and Melancholia التي نشرت في عام 1917م ثم في الطبعة المقننة للأعمال الكاملة لفرويد في عام 1955م، صور الاكتئاب بتحول الانفعالات السالبة إلى الفرد، واعتبر بذلك الاكتئاب عدواناً على الذات (أبو فايد، شامبيون، 1992م).

وتعد نظرية التحليل النفسي من أوائل النظريات النفسية التي شغلت بتفسير الاكتئاب والبحث عن أسبابه وتقرر نظرية التحليل النفسي أن الخبرات الضاغطة الصدمية التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره، مثل الانفصال عن أحد الوالدين أو فقده، قد تجعل الأطفال مستهدفين بشكل أساسي للاكتئاب ومن ثم إذا واجه الفرد بعد ذلك ضغوطاً مشابهة لضغوط الطفولة فإنه ينهار وتظهر عليه أعراض الاكتئاب. كما يرى " فرويد" و " كارل أبراهام" أن الحزن يتسرب نتيجة فقدان شخص عزيز أما ما يتسم به الفرق بين الحزن العادي عن الاضطراب الاكتئابي فهو الغضب الذي يتحول إلى الذات وضد الذات ففي حين يشعر الشخص العادي بحزن شديد إزاء فقدان، فإن الشخص المكتئب لا يستطيع أن يعبر عن هذا الغضب بصراحة ومن ثم يحوله بدلاً من ذلك إلى داخله ونتيجة لذلك يبدأ الشخص المكتئب بأن يتطور لديه الإحساس بالذنب والعجز وعدم القيمة .

وبالرغم من أن علماء التحليل النفسي يتفقون بشكل عام في نظرتهم للاكتئاب بصفته خنقاً وغضباً موجهاً نحو الذات فإنهم يختلفون في تحديد نوع الدوافع المحيطة والمثيرة للغضب حيث يرى " أبراهام " متأثراً بالنظرية الفرويدية المبكرة وأنه مرتبطاً بالحاجة للإرضاء أو بالأحرى الفشل في الإرضاء الجنسي والحصول على الحب (إبراهيم، 1998م، ص 97-98). إن النظرية السيكودينامية تنظر إلى الاكتئاب على أنه نتاج التفاعل بين الدوافع والجوانب الوجدانية بما فيها مشاعر الذنب والخسارة .

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

- أن يختبر الفرد مواقف محبطة أو فقد ما على سبيل المثال: فقد إنسان عزيز .
- أن يؤدي فشل الفرد في حل هذا فقدان أو استبداله إلى عملية تعرف بالاستدخال introjection للموضوع أو الشخص المفقود بحيث يتوحد معه ويصير هو بصورة نفسية ذلك الشخص المفقود.

- أن تصبح ذات الفرد موضوع غضبه ويقوم الفرد بمهاجمة ذاته بسبب ذلك الفقد ويظهر هذا الغضب المعكوس retroflected anger، إضافة إلى الإحساس بالفقدان في شكل الإكتئاب (زهران، 2000م، ص32).

## 2- النظرية السلوكية Behavioral Theory:

اهتم السلوكيون بدراسة هذا المرض من خلال وجهة نظرهم حيث تنبت البذرة الأولى للاكتئاب عندهم، وكما يعتقدون حيث يريونجرن " (Youngren, 1980) " أن الحماية الزائدة من قبل الأم تساعد على غرس البذرة الأولى لويلات الاكتئاب، ويشير يونجرن أن الاكتئاب يظهر كاستجابة لمثير بغيض أو نقص في التدعيم الاجتماعي، إذ أن القاعدة التي تنطلق منها نظريات التعلم الاجتماعي تعتمد على المهارات الاجتماعية والقدرة على اكتساب التدعيم الإيجابي خلال العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي المتبادل بين الأشخاص. ودرس يونجرن العلاقة بين الاكتئاب وبعض المشكلات السلوكية حيث قارن عينة من المكتئبين بأخرى سوية من حيث السلوك اللفظي الثنائي، وكانت الملامح الأساسية للمكتئبين أنهم الأضعف من حيث المهارات الاجتماعية، وكان تقدير المكتئبين لأنفسهم سلبياً، كما بلورت الدراسات ووجهات نظر السلوكيين الملامح الأساسية أيضاً للمكتئبين حيث انخفاض التدعيم الإيجابي لهم من قبل الآخرين وخاصة الأسرة، مما قد يكون محصلة ذلك الشعور باليأس وعدم الارتياح مع نقص تقديرهم لقيمة الذات مع شعور المكتئبين بالذنب المختلط بالشعور بالإرهاق الشديد، ويغلب عليهم أيضاً العزلة الاجتماعية والنفسية مع الشكوى المتكررة من الآلام الحسية وانخفاض سلوك الأداء.

في تفسير الاكتئاب يشهد الوقت الحاضر إسهاماً كبيراً للسلوكيين حيث تعتمد هذه النظرية في تفسير الاكتئاب على نموذجين أساسيين: (سعفان، 2003م)

1-النموذج الأول: يذهب إلى أن الاكتئاب ينشأ عن مستويات منخفضة للإثابة، أو مستويات مرتفعة للعقاب أو كليهما.

2-النموذج الثاني: يفسر الاكتئاب، على أنه أنماط سلوكية متعلمة، وتظل هذه الأنماط قائمة لأنها تؤدي إلى إثابة للفرد مثل التعاطف والدعم من الآخرين.

ويضيف السلوكيون، منهم (ليونسون " Lewinsohn, 1982) إلى أن التدعيم الاجتماعي قد تتحدد أبعاده ومعدله محصلة لكيفية التفاعل بين الفرد وبيئته العامة أيضاً، ويرى أن نشوء

حالات البؤس والآلام والشقاء الذي يدركه ويحسه الاكتئابى يرجع إلى إما لنقص في التدعيم الاجتماعى أو محصلة لزيادة العقاب الذي لا يتلاءم مع الحدث، وقد يتم نقص التدعيم وانخفاض معدله محصلة لإحدى هذه العوامل أو جميعها:

- انخفاض معدل التدعيم للأحداث المرتبطة بالسلوك ارتباطاً شرطياً أو انخفاض فعالية التدعيم.
- افتقار الفرد للمهارات الاجتماعية اللازمة لإتمام التعلم الشرطى.
- الأحداث المكروهة أو العقوبة الشديدة غير المناسبة للحدث ونواتجه قد تلعب دوراً في حدوث الاستجابة الاكتئابية وخاصة عند تكرار الأحداث بمعدل مرتفع أو عندما تشتد حساسية الأفراد لهذه الأحداث المكروهة أو عندما لا تتوفر لدى الفرد المهارات اللازمة التي بواسطتها يمكن التغلب على الأحداث المكروهة أو إنهاؤها .

### 3- النظرية المعرفية Cognitive Theory:

تعدُّ النظريات المعرفية من أكثر النظريات المفسرة للاكتئاب اليوم، وتركز على الأفكار الخاصة بالشخص المكتئب، فقد لاحظ أنصار التوجه المعرفى للاكتئاب أن العوامل السلوكية والكيميائية هي عناصر مهمة للاكتئاب ولكنها لا ترتبط بطبيعة وأنماط العمليات المعرفية، ويؤمن المعالجون المعرفيون بأنه عندما تتغير العمليات المعرفية فإن الاستجابات السلوكية والكيميائية تتغير أيضاً، وتختلف النظرية المعرفية عن السلوكية في نقطتين أساسيتين:

- النقطة الأولى: ففي حين تركز النظرية السلوكية على السلوكيات الملاحظة، فإن النظرية المعرفية تركز على السلوك غير الملموس كالاتجاهات، والصور، والذكريات، والمعتقدات غير الظاهرة.
- النقطة الثانية: وهي أن النظريات المعرفية للاكتئاب تعتبره سوء توافق وتفكير غير عقلاى في بعض الحالات، وأن الأفكار المشوهة هي السبب في الاضطراب، وحدة أعراضه، أو الإبقاء على الأعراض والسلوك الاكتئابى، والشعور بالمزاج السلبي، كما أن بعض الأعراض الجسدية التي تظهر كأعراض للاكتئاب ينظر إليها كنتاج لأنماط معرفية خاطئة.

هذا ويمكن تلخيص النظريات المعرفية للاكتئاب في هذه النماذج:

- نموذج التشوه المعرفى "لبيك" (Beck's cognitive-distortion model) والذي أرجع فيه بيك الاكتئاب إلى الأفكار السلبية نحو الذات والحاضر والمستقبل، فالإكتئابى لديه

تحريفات نحو الواقع بشكل سلبي ويركز على الجوانب السلبية للموقف وليس لديه أمل للمستقبل.

- نموذج العجز المكتسب لـ"سليجمان" (Seligman's helplessness model) حيث افترض سليجمان (Seligman) أن التجارب المتكررة عن العجز في حياة الشخص تؤدي إلى الاكتئاب، لذا فإن الأفراد المكتئبين عندما يحققون نجاحاً معيناً فإنهم يرجعون نجاحهم للحظ وليس لما يتمتعون به من قدرات.

- نموذج العجز للاكتئاب (Helplessness theory of depression) وترى أن سلوك الشخص المكتئب يعزله في النهاية عن الزملاء والأصدقاء ويضعف علاقاته الاجتماعية، مما يقلل التقوية من جانب، ويزيد من التعاسة والعزلة الاجتماعية للفرد من جانب آخر (يوسف، 2001م، ص9).

- ويؤكد عالم النفس "أرون بيك" أن الاكتئاب هو اضطراب ناجم عن عملية الإدراك والتفكير الخاطئ، إذ يعتقد "بيك" أن الأشخاص المكتئبين هم الذين يخلقون الاكتئاب بأنفسهم عن طريق نزعتهم إلى التفكير السلبي أو ما سماه "باللاعقلانية". وبالتحديد يرى الأشخاص المعرضين للاكتئاب عادة ما يلجأون لتبرير أي فشل يواجههم بأسباب شخصية متعلقة بهم أنفسهم، ويهملون أو يقللون من دور الظروف التي أحاطت بهذا الفشل، ويتضح مما سبق أن المدرسة المعرفية ترجع الاكتئاب إلى انخفاض تقدير الذات، والشعور بالتفاهة، وعدم القيمة، وترى أن طبيعة الإدراك المعرفي لدى الاكتئاب تتسم بالخلل، حيث تسيطر عليه العمليات المفرطة في الحساسية للمواقف والأحداث، والتحريفات السلبية لخبرات الحياة، والتقييم السلبي للذات، والعجز، والتشاؤم، ولوم الذات، وبالتالي فهناك خلل في استجابته للمثيرات البيئية المحيطة، ومن ثم يتكون مفهوم سلبي للذات قائم على بناء معرفي سلبي. (عبد اللطيف، 1997م).

## 2.1.7 الاكتئاب من منظور الطب النفسي:

ينصب اهتمام المشتغلين في ميدان الطب النفسي على الجوانب الباثولوجية (المرضية) المرتبطة بالاكتئاب من الناحية الفسيولوجية، بحسب أن الاكتئاب اضطراب وظيفي نتيجة لاضطراب في التنظيم الهرموني أو الكيميائي لدى الفرد، لذا يهتم الطب النفسي بالأعراض التي تيسر له القضاء عليها أو تخفيفها، وهو لهذا يستخدم العلاجات الدوائية والصدمات الكهربائية، وقد يتطلب الأمر التدخل الجراحي وبهذا تكون المسألة إزالة الأعراض بأي وسيلة، دون ما اعتبار

لدينامية الاكتئاب والصراعات النفسية بحسبانها ذات طبيعة كيفية، تدخل في إطار المعنى والدلالة (عسكر، 2000م، ص29).

الاختلاف بين الاكتئاب والحزن: الاكتئاب أكثر من مزاج سيئ عابر أو حالة كآبة أو فترة من الأيام تكون فيها مذعورين، فالإكتئاب يستمر لفترة طويلة عكس الكآبة والتشاؤم وتستمر مشاعر الإحباط والحزن فيه وتكون مصحوبة بمشاعر أخرى مثل الغضب والقلق واليأس.

فالحزن هو استجابة طبيعية وضرورية لخسارة شخص عزيز أو تدهور في الصحة أو فقد وظيفة، فيصاب الإنسان بالحزن ويهمل نشاطاته المحببة وتحدث له مشاكل في النوم أو الأكل وهو في ذلك متشابه مع الاكتئاب في الأعراض ولكن الفرق بين الحزن والاكتئاب يكمن في الفترة التي تستمر فيها تلك المشاعر، ومن تأثيرها على نشاطات الإنسان اليومية، والمصابون بالاكتئاب في الغالب يشعرون بعدم قيمتهم ويحقرون من ذاتهم (زكار، 2013م، ص78).

وبينت الفايد (2010م، ص72) أن أسباب شيوع الاكتئاب بين النساء ترجع إلى:

1. التكوين العاطفي للمرأة: فقد خلقها الله تعالى هكذا لتواكب وظيفتها كزوجة ووظيفتها كأم وتلك الوظائف تحتاج إلى تواصل وجداني كبير وبدونه تضطرب الأسرة.

2. خبرات التعلق والفقْد: فالمرأة دائماً متعلقة بغيرها كأمها وأبيها، ثم زوجها وأبنائها وبالتالي حين تفقد هذا التعلق فإنها تصاب بالحزن والأسى وربما تصل لدرجة الاكتئاب.

3. التغيرات البيولوجية المتلاحقة: فالمرأة تمر بتغيرات هرمونية تتغير معها كيمياء الجسد والمخ ويزداد هذا الوضع مع الحمل والولادة، كل هذه التقلبات البيولوجية تشكل ضعفاً وبالتالي يهيئونها للإصابة بالاكتئاب.

ووضح الشمالي (2015م، ص100) أن الموروث الثقافي والمسؤوليات الملقاة على عاتق المرأة والكبت والتهميش والحد من الحريات، كل ذلك يساهم في شيوع الاكتئاب بنسبة أكبر بين النساء من شيوعها بين الرجال.

وتؤكد معظم الدراسات المسحية في مجال الاكتئاب إلى أن حوالي 12% من المجتمع الأمريكي يعانون من الاكتئاب لمدة تزيد عن سنة، كما توصلت تلك الدراسات إلى وجود مخاطر لتطور الاكتئاب بنسبة تتراوح ما بين (8-12%) بالنسبة للرجال، وما بين (20-26%) (بالنسبة للنساء) ووفقاً لتقرير رابطة علم النفس الأمريكية فإن 7 مليون امرأة و3.5 مليون رجل على الأقل يمكن أن يشخصوا بإعتبارهم يعانون من إكتئاب جسيم Major depression، ويمكن أن تشخص

أعداداً مماثلة بالديستيميا Dysthymia وأن الاكتئاب الجسيم والديستيميا منتشران لدى طلاب الجامعة بنسبة تصل إلى ضعف الأعداد السابقة (فايد، 2004م، ص8).

وحسب تقرير منظمة الصحة العالمية الصادر أيار/مايو 2012م فإن الاكتئاب يعد مرضاً شائعاً في مختلف أنحاء العالم، وبحسب التقديرات هناك 350 مليون شخص يعانون من آثاره.

وتضيف الباحثة أن العمل المستمر بلا راحة للمرأة الذي يتضمن تلبية متطلبات الزوج والأولاد والأحفاد عمل لا ينتهي حتى في أوقات الإجازات والعطل الرسمية ولا يوجد وقت للراحة لها سواء بالليل أو النهار مما يضاعف فرصة تعرضها لحالة الاكتئاب الجسيم (Major Depressive) أو اضطراب الاكتئاب المزمن أو اعتلال المزاج وبالإضافة لذلك تؤكد الباحثة على أن الأعباء الاجتماعية الملقاة على المرأة من مجاملات اجتماعية ومورثات اجتماعية تقيد بها بإطار يزيد من إرهاقها.

### 2.1.8 علاج الاكتئاب:

تتعدد الطرق والوسائل التي تعالج الاكتئاب بتعدد النظريات التي تتناوله، فبينما يركز الطب النفسي على العلاج العقاقيري والجراحي والصدمات الكهربائية إلى جانب الإشارة لبعض الوسائل النفسية والاجتماعية والتي يستلزمها مريض الاكتئاب، فالتيار السلوكي يبحث في إمكانية تعديل السلوك عن طريق التدعيم الإيجابي وإزالة أو تخفيض المثيرات المؤلمة والمسببة للاكتئاب والعجز، بينما يركز المنظور المعرفي على محاولة تعديل خبرات المريض والوصول إلى صيغة معرفية يستطيع المريض من خلالها الانطلاق إلى عالم السوية. (عسكر، 2000م: 147) ومن خلال استعراض عدة نظريات لتفسير الاكتئاب تتناول الباحثة العلاجات بناءً على النظريات النفسية ومن أهمها:

#### الإرشاد السلوكي:

الإرشاد السلوكي هو أسلوب من أساليب العلاج النفسي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي، كما يعتبر الإرشاد السلوكي محاولة لحل المشكلات وعلاج الاضطرابات السلوكية بأسرع ما يمكن بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل بالأعراض وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد.

يقوم الإرشاد السلوكي على أربعة مسلمات:

– **المسلمة الأولى:** أن الاضطرابات النفسية سلوك متعلم يخضع في تكوينه وإزالته لنفس

قوانين المسلك السوي.

– **المسلمة الثانية:** أن الاضطراب النفسي قد ينشأ من فشل الفرد في تعلم السلوكيات التوافقية الناجحة.

– **المسلمة الثالثة:** الاضطرابات النفسية تنشأ من اكتساب الفرد عادات سلوكية خاطئة.

– **المسلمة الرابعة:** ينشأ الصراع عندما يجد الفرد نفسه أمام هدفين المطلوب أن يختار أحدهما ويتحمل مسؤولية الاختيار (جبل، 2000م، ص32).

يستخدم الإرشاد السلوكي في علاج الحالات البسيطة متوسطة الشدة، حيث يتعلم المريض أن يتغلب على العجز المكتسب (learned helplessness)، ويتعلم المهارات والخبرات الناجحة. وتتعدد أساليب الإرشاد السلوكي فمنها:

– أسلوب العلاج بالتحصين التدريجي (systematic desensitization) لخفض حساسية العميل للمواقف التي تبعث على الاكتئاب، والتدريب التوكيدي السلوكي من خلال متابعة ملاحظة العميل لسلوكه المضطرب.

– أسلوب تعديل السلوك الاكتئابي عن طريق اتباع فنية النمذجة modeling، والتي تقوم على أساس أن يتعلم الفرد التخلص من أعراضه الاكتئابية، من خلال ملاحظة سلوك الآخرين وتعريضه بصورة منتظمة للنماذج، ويطلب منه أداء نفس العمل الذي سيقوم به النموذج. (زهران، 2005م، ص132).

### **العلاج في التحليل النفسي:**

ويطبق التحليل النفسي في الإرشاد النفسي على أساس أن التحليل النفسي يعتبر نظرية نفسية عن ديناميات الطبيعة البشرية، والمرضى في ضوء نظرية التحليل النفسي يعد الصراع بين الغرائز والمجتمع من أهم أسبابه كما يقول فرويد، ويعتمد علاج الاكتئاب من المنظور التحليلي النفسي يتم عن طريق البحث عن الأسباب المؤدية للإصابة بالاكتئاب وإزالتها، فيسعى العلاج التحليلي إلى محاولة تخفيف حدة التثبيت على المرحلة الفمية، ومحاولة حل الصراع الأوديبي، وتقوية دفاعات الأنا، وتخفيف قسوة الأنا العليا الباعثة على الذنب، مع إعادة التنظيم الانفعالي وتوظيف الطاقة النفسية سعياً لعمل علاقات خارج نطاق نرجسية الذات، وتعديل ما وراء الطاقة العدوانية الموجهة إلى الداخل كي تعبر عن نفسها بطريقة سلوكية إلى الخارج (زهران، 1994م، ص50).

أما عن خطوات التحليل النفسي في عملية الإرشاد أو العلاج النفسي فمن أهمها العلاقة بين المرشد المعالج والمريض التي يسودها القبول والتفاعل الاجتماعي السليم والتفريغ الانفعالي والتداعي الحر.

وعلى الرغم من كل ما سبق إلا أن النظرية قد وجه إليها نقداً شديداً ومن أوجه النقد ما يلي:

- 1- اهتمت النظرية بالمرضى والمضطربين أكثر من اهتمامها بالأسوياء والعاديين فهي تخرج الإرشاد والعلاج النفسي عن إطاره.
- 2- أنها تركز على الماضي وتركها للحاضر كذلك فهي عملية طويلة وشاقة مكلفة بينما يركز العلاج البيئي على توافق الفرد مع بيئته ودوره في عملية العلاج.
- 3- يؤمن الاتجاه النفسي الاجتماعي باحترام فردية المريض واختيار العلاج المناسب له.
- 4- إن هذا الاتجاه يتعامل مع قطاع عريض من المشكلات والعديد من المجالات فهو يتعامل مع المشكلات الاجتماعية والنفسية ويمارس في المجال الأسري والطبي والنفسية.
- 5- إن هذا الاتجاه يتفق تماما مع المفاهيم المستخلصة من نظرية الإنسان والبيئة والتركيز على "الفرد في موقف". (سعفان، 1987م)

ونلقي نظرة سريعة على بعض أساليب الوقاية من الأمراض النفسية كما ورد ذكرها (العيسوي، 1995م):

1- المشاركة الاجتماعية.

2- اشباع حاجات الفرد.

3- ممارسة الهوايات.

4- العناية بالصحة الجسمية.

**العلاج من المنظور الإسلامي:**

لا شك إن التربية السليمة من شأنها أن تزود الفرد بطاقة ايجابية تساعده على أن يكون أكثر توافقاً في حياته يشعر بالرضا والإرضاء. وإذا نظرنا إلى المنهج الإسلامي وما يقدمه للأفراد والمجتمعات من جوانب أساسية تساعدهم على التوافق في تعایشهم وبالتالي على التمتع بالصحة النفسية لوجدنا هذا المنهج في الواقع أغنى وأقوى ما يعين الأفراد والجماعات على التمتع بها، ويمكن أن نشير إلى مجموعة من الخطوط الرئيسية (الشناوي، 1998م، ص77)

أولاً: ربط المنهج الإسلامي الفرد بهدف سام فجعل غاية حياته عبادة الله سبحانه وتعالى وحده، وفي إطار هذه الغاية استخلف الله الإنسان في الأرض للقيام على عمرانها، وتؤكد الآيات القرآنية هذا المعنى في قوله سبحانه وتعالى: ﴿وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ﴾ [الذاريات: 56]. ﴿قُلْ إِنَّ صَلَاتِي وَنُسُكِي وَمَحْيَايَ وَمَمَاتِي لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ﴾ [الأنعام: 163]

وتمثل هذه المعاني القرآنية قمة ما يساعد مرضى الاكتئاب على تحقيق التوافق والصحة النفسية وذلك لأن الإنسان المسلم يعرف غاية حياته وهدف وجوده فهو لا يشعر بالقلق أو الاكتئاب أو

أي اضطراب طالما أنه على يقين أنه يعيش لعبادة الله سبحانه وتعالى وهكذا المنهج الإسلامي والعقيدة الإسلامية مفاتيح التوافق النفسي.

فالمسلم هو الذي يؤمن بالقدر ولا يحزن حزناً يفقده توازنه على خسارة مالية أو فقد عزيز له أو إصابته في بدنه أو خلاف ذلك لأن المسلم يجب ألا ييأس من روح الله حيث يقول سبحانه وتعالى في سورة يوسف قال: ﴿ قَالَ إِنَّمَا أَشْكُو بَثِّي وَحُزْنِي إِلَى اللَّهِ وَأَعْلَمُ مِنَ اللَّهِ مَا لَا تَعْلَمُونَ ﴾ [يوسف: 86].

فلا بد أن يستمد المؤمن إحساسه بالأمن من خلال أداء العبادات حيث أن الأمن النفسي عنصراً هاماً لتحقيق الصحة النفسية.

وعن أبي صهيب بن سنان رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم "عجبا لأمر المؤمن، إن أمره كله له خير وليس ذلك لأحد إلا للمؤمن، إن أصابته سراء شكر فكان خيراً له وإن أصابته ضراء صبر فكان خيراً له"

وارتباط الإيمان بالله بالصحة النفسية نجده في آيات القرآن الكريم كالآتي:

1- فهو يبعث الطمأنينة في النفس البشرية، ويبعد عنها الهم والقلق والاضطراب النفسي لقوله

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

2- الإيمان بالله يجعل المؤمن راضياً غير ساخط فهو راض عن ربه وبذلك يكون الله راض عنه قال تعالى ﴿ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُمْ وَرَضُوا عَنْهُ ذَلِكَ لِمَنْ حَشِيَ رَبَّهُ ﴾ [البينة: 8] وبهذا يكون لإنسان راضياً عن امكانياته وقدراته .

3- الإيمان بالله يبعد الانسان عن المشاعر السيئة مثل العدوان والحسد والحقد ويجعل الانسان يحب الخير لنفسه وللناس .

4- يجعل الإيمان الانسان متفائلاً راض عن كل شيء فلا يسخط على ما اتاه، ولا يتحسر على شيء ضاع منه ففي كل الأحوال هو راض فقال تعالى: ﴿ قُلْ لَنْ يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا ﴾ [الحديد: 22].

فالإنسان بالإيمان بالله يكون متفائلاً فإذا مرض لا ينقطع أمله في اليسر وكل ذلك يجعل الانسان لا يفقد توازنه على أي شيء أصابه طالما أنه لا ييأس من روح الله، وجعل الدين الإسلامي قواعد وآداب للعلاقات بين الأفراد، بين الزوج وزوجته، وبين الآباء والأبناء، بين الأهل والأقارب وبين الجيران مما تجعل الفرد آمناً نفسياً وعقلياً.

الايان القوى بالله تعالى له دور هام في الوقاية من الاضطرابات النفسية فهو خالق كل شيء وهو على كل شيء قدير فلا بد للمريض أن يتوجه لله سبحانه وتعالى بالدعاء والصبر والصلاة. فلا بد أن يقابل هذا البلاء بالاستغفار والاحتساب عند الله سبحانه وتعالى حيث يقول تعالى " ولنبلونكم بشيء من الخوف والجوع ونقص من الأموال والأنفس والثمرات وبشر الصابرين " ويؤدي الالتزام بروح الدين والعقيدة في التعامل مع النفس ومع الآخرين والرجوع إلى تعاليم الشريعة في كل السلوكيات إلى الأمانة والجدية في العمل والمعاملة والتخلي بالصبر والتسامح والمحافظة على الصحة البدنية والنفسية والابتعاد عن المحرمات ويؤدي ذلك إلى شعور داخلي بالراحة النفسية في مواجهة مشاعر الذنب والاكئاب ويوضح الله عز وجل " وانا لما سمعنا الهدى آمنا به فمن يؤمن بربه فلا يخاف بخساً ولا رهقاً "

## 2- الصبر على البلاء:

الانسان المؤمن إذا أصابته مصيبة فإنه يحتسب ما يصيبه عند الله ويستعين بحول الله وقوته على مصائب الدنيا مما يخفف عنه المصائب وقال الله تعالى " يأيتها الذين آمنوا اصبروا وصابروا " ولنبلونكم حتى نعلم المجاهدين فيكم والصابرين ﴿وَأَسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ وَإِنَّهَا لَكَبِيرَةٌ إِلَّا عَلَى الْخَاشِعِينَ﴾ [البقرة: 155].

والآيات في الأمر بالصبر وبيان فضله كثيرة ومعروفة وبها دليل على أن الصابر معان من قبل الله، إن الله يعين الصابر ويؤيده ويكلؤه حتى يتم له الصبر. (النويري، 2004م، ص132). ويعلمنا الله في سورة البقرة كيفية الصبر والجزاء عليه بقوله سبحانه وتعالى " وبشر الصابرين " وفيها إشارة إلى فوز الصابرين بالجنة والمغفرة والرحمة والصابرون هم الذين إذا تعرضوا لنكبة تؤذي الانسان قالوا " إنا لله وإنا إليه راجعون " أي إننا عبيد الله وصابرون إليه بعد الموت وعلى الصابرين مغفرة وثناء حسن من الله ورحمة وإحسان، وأولئك هم المهتدون إلى الحق والصواب ورضوان الله تعالى.

ويهتم المنظور الإسلامي بالجوانب الروحية والمادية في حياة الإنسان ويضمن تحقيق التوازن بينهما، والاضطرابات النفسية هي خلل في الاتزان النفسي ينتاب الإنسان نتيجة الصراع الداخلي في نفسه بين قوى الخير والشر أو بين المثل العليا والرغبات الإنسانية الجامحة، وفي تعاليم الدين الاسلامي ما يضمن الوقاية من الاضطرابات النفسية وحل الصراعات الداخلية مما يؤدي إلى الشفاء والعلاج.

## 3- الاستغفار والتوجه الى الله:

الاستغفار فيه نجاح للفرد المسلم وحل لكل المشاكل والفوز بالجنة حيث يقول الله سبحانه وتعالى: ﴿وَأَسْتَغْفِرُ اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ كَانَ غَفُورًا رَحِيمًا﴾ [النساء: 106].  
 وأيضاً ﴿وَمَا كَانَ اللَّهُ لِيُعَذِّبَهُمْ وَأَنْتَ فِيهِمْ وَمَا كَانَ اللَّهُ مُعَذِّبَهُمْ وَهُمْ يَسْتَغْفِرُونَ﴾ [الأنفال: 33].

وعن فضل الاستغفار كما ورد في حديث رسولنا الكريم صلى الله عليه وسلم عن ابن عباس رضي الله عنهما قال "قال رسول الله صلى الله عليه وسلم " من لزم الاستغفار جعل الله له من كل ضيق مخرجاً ومن كل هم فرجاً وورقه من حيث لا يحتسب " (رواه ابو داود).  
 وعن أبي هريرة رضي الله عنه قال: سمعت رسول الله صلى الله عليه وسلم " والله إنني لأستغفر الله وأتوب إليه في اليوم أكثر من سبعين مرة" رواه البخاري.

ويعني ذلك أن في الإستغفار لله عز وجل علاج لكل المشاكل فهو يفتح أبواب الرزق كلها ويؤكد ذلك قوله تعالى في سورة نوح " فقلت استغفروا ربكم إنه كان غفاراً يرسل السماء عليكم مدراراً ويمددكم بأموال وبنين ويجعل لكم جنات ويجعل لكم أنهاراً".

ومما سبق نجد أن الإسلام يستهدف تكوين الشخصية القوية السوية المتكيفة، التي على وئام مع نفسها ومع غيرها من الناس، فالمسلم القوي خير وأحب إلى الله من المسلم الضعيف، كما يغرس الإسلام في ابنائه كثيراً من السمات الايجابية التي تجعلهم يتمتعون بالصحة النفسية والعقلية ومن ذلك الاخلاص والصبر والتوبة والصدق والمراقبة والتقوى واليقين والاستقامة والمبادرة الى الخيرات والجهاد في سبيل الله (العيسوي، 2004م، ص334).

ويلاحظ أن المنهج الاسلامي وكذلك كتابات علماء المسلمين قد اهتمت بالجانب العقلي كجزء هام في تحديد السلوك، وبالتالي في تغييره وهو جانب لم يهتم به المعالجون السلوكيون إلا منذ سنوات قليلة مضت، ففي آية سورة النساء التي تعالج نشوز المرأة نجدها قد اشتملت على ثلاثة أساليب أساسية:

- 1-الموعظة: والتي تمثل مخاطبة العقل والوعي والمسئولية.
  - 2-الهجر: ويمثل ما يعرف في الإرشاد السلوكي بالعقاب السلبي.
  - 3-الضرب: ويمثل ما يعرف في الإرشاد السلوكي بالعقاب الايجابي.
- كما أشار القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة إلى أسلوب التعلم بالقدوة (التعلم بالملاحظة أو من النماذج السلوكية) وهو أسلوب لم يحدده الباحثون في علم النفس الحديث كأسلوب للتعلم إلا حديثاً، وقد حدثنا القرآن في قصة ابني آدم كيف تعلم الإنسان من طائر بطريق المحاكاة .  
 (الشناوي، 1994م، ص ص45-46)

﴿فَبَعَثَ اللَّهُ غُرَابًا يَبْحَثُ فِي الْأَرْضِ لِيُرِيَهُ وَكَيْفَ يُورِي سَوْءَ أَخِيهِ﴾ [المائدة: 31].

ويقول الرسول صلوات الله عليه (صلوا كما رأيتموني أصلي). رواه البخار

## 2.2 المبحث الثاني: البرنامج الإرشادي.

تتناول الباحثة في هذا الفصل عرضاً تحليلياً للمفاهيم الأساسية التي تركز عليها الدراسة الحالية، فيما يتعلق بمفهوم الإرشاد النفسي، مع توضيح النظريات الأساسية التي تركز عليها الدراسة الحالية، وعرض تفصيلي لاضطراب الاكتئاب خصوصاً عند النساء لأنه محور الدراسة الحالية ومدى تأثيره على النساء مما ينعكس سلباً على البيت والأطفال والحياة المهنية والحياة الإجتماعية.

### 2.2.1 مفهوم الإرشاد:

مقدمة: في بداية المبحث الثاني نتحدث عن مفهوم الإرشاد، ومن ثم نوضح نظريات الخاصة بالإرشاد:

- عرف (الداهري 2000م، ص31) الإرشاد النفسي ميدان يهتم بتكليف الفرد لمساعدته على حل المشكلات التي تصادفه، التي لا تستطيع أن يتغلب عليها بمفرده ويركز اهتمامه على الفرد وليس على المشكلة التي يعاني منها.

- وعرفه (جبل، 2000م، ص252) بأنه عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويحدد مشكلاته وينمي إمكاناته واستعداداته في حل المشكلات للوصول إلى الصحة النفسية التي تؤدي إلى توافقه وتتضمن عملية العلاج.

- ونشرت الجمعية الأمريكية لعلم النفس الإرشادي تعريفاً للإرشاد النفسي لعام 1981م أنه الخدمات التي يقدمها إختصاصيون في علم النفس الإرشادي وفق مبادئ وأساليب دراسة السلوك الإنساني خلال مراحل نموه المختلفة، ويقدمون خدماته لهم لتأكيد الجانب الإيجابي بشخصية المسترشد واستغلاله لتحقيق مطالب النمو والتوافق مع الحياة، واكتساب قدرة اتخاذ القرار. ويقدم الإرشاد لجميع الأفراد في المراحل العمرية المختلفة وفي المجالات المختلفة: الأسرة، المدرسة، والعمل.

- كما ذكر زهران (1997م، ص10) أن الإرشاد النفسي هو عملية إرشاد الفرد إلى الطريق المختلفة التي يستطيع عن طريقها اكتشاف واستخدام إمكاناته وقدراته وتعليمه ما يمكنه من أن

يعيش في أسعد حال ممكن بالنسبة لنفسه وللمجتمع الذي يعيش فيه، وهدف لمساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي امكاناته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته النفسية والتوافق شخصياً، تربوياً، مهنيًا، اسريًا، وفي حياته الزوجية.

-عرفه زيادي وآخرون هو عملية تهدف إلى مساعدة الفرد على فهم نفسه وقدراته وامكاناته من خلال علاقة واعية مخططة للوصول به إلى السعادة وتجاوز المشكلات التي يعاني منها من خلال دراسته لشخصيته ككل: جسماً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً، حتى يستطيع التوافق والتكيف مع نفسه ومع مجتمعه ومع الآخرين (زيادي، الخطيب، 2001م، ص12).

- ويعرفه زهران (1998م، ص 251) بأنه هو مساعدة العميل ليساعد نفسه ليفهم نفسه وتنمية شخصيته ليحقق التوافق مع بيئته ليصبح اكثر قدرة على التوافق مستقبلاً.

- ويعرفه ملحم (2001م، ص37) أن الإرشاد لا يزيد عن كونه مناقشة بين شخصين تربطهما علاقة إخلاص وثقة ولكنها بالنسبة للمشاهد الخبير أكثر من زيارة ودراسة، والمرشد يجاهد ليساعد الطالب كي يبوح بقصة بطريقته الخاصة، كما أنه يبذل جهده ليكشف عن أفكاره وأحاسيسه الحقيقية.

- يعرفه ملحم (2010م، ص 52) علاقة متبادلة تقوم بين فردين وهذه العلاقة ترمي إلى غرض أو هدف، إذ يقوم فيه أحدهما وهو الأخصائي بحكم مرانه وخبرته. على مساعدة الشخص الآخر وهو العميل. حتى يغير من نفسه ومن بيئته ووسيلة هذه العلاقة هي المقابلة وجها لوجه بين الأخصائي والعميل. ويتم الإرشاد في هذه المقابلة.

- وتعرفه تولبير Tolbert بأنه العلاقة الشخصية وجها لوجه بين شخصين أحدهما وهو المرشد من خلال مهاراته وباستخدام العلاقة الإرشادية، يوفر موقفاً تعليمياً للشخص الثاني المسترشد، حيث يساعده على فهم نفسه وظروفه الراهنة والمقبلة، وعلى حل مشكلاته وتنمية امكانياته بما يحقق رغباته وميوله وكذلك مصلحة المجتمع في الحاضر والمستقبل (الشناوي، 1996م، ص11)

-ويقول جونز (Jones.1970, p.24) أن نوع المساعدة التي يطلق عليها "الإرشاد" قد يكون في حقيقة الأمر تتدرج من إساءة النصيحة إلى العلاج النفسي.

- ويعرفه الحنفي (1994م، ص176) بأنه هو إساءة المشورة للأفراد أو الجماعات ليحققوا لأنفسهم التوافق ويكون ذلك بمناقشة المسائل العلاجية معهم ومساعدتهم مهنيًا.

- ويعرفه عمر (1992م، ص46) نشاطات ومناقشات إرشادية جماعية تدخل في إطار الإرشاد الجماعي لأفراد يعانون من نفس المشكلة تهدف إلى تخفيف الاكتئاب لهذه المجموعة.

- عرفه القاضي وآخرون (2000م، ص27) هو علم تطبيقي في المقام الأول وهو مهنة تستمد جذورها من تلاقي وتداخل معارف كثيرة مستمدة من مجالات علم النفس والاجتماع والأنثروبولوجيا والتربية والاقتصاد والفلسفة، فكل علم من هذه العلوم له مساهمته في الإرشاد النفسي، فعلم النفس يمدنا بالمعلومات عن النمو النفسي والشخصية بالإضافة إلى العلاج النفسي ونظرياته، وعلم الاجتماع يمدنا بفهم للأنظمة الاجتماعية وبنائها، وعلم الأنثروبولوجيا يمدنا بفهم للحضارة وعلم الاقتصاد يمدنا بفهم للعمل والانتاج، وذلك بالإضافة إلى الفلسفة التي لا غنى عنها.

### تعريف الإرشاد الجماعي:

- وعرفه (القاضي وآخرون، 2000م، ص102) الإرشاد الجماعي بأنه عملية دينامية تتم فيما بين الأشخاص ويركز على التفكير الشعوري الواعي والسلوك، وهو يتضمن وظائف علاجية مثل التسامح والتساهل والتوجيه للواقع والتنفيس، وتبادل الثقة، الاهتمام، العناية، الفهم، وهذه الوظائف العلاجية تنمو وتترعرع في جماعة صغيرة من خلال المشاركة في اهتمامات الشخصية مع الأقران ومع المرشد، والمسترشدون في الجماعة التفاعل داخل الجماعة لزيادة الفهم والتقبل لقيم وأهداف معينة أو نبذ سلوك أو اتجاه معين.

- وعرفه عبد الهادي وعزة (1999م، ص14) بأنه العملية الرئيسية من عمليات التوجيه وخدماته يشير إلى العلاقة التفاعلية التي تنشأ بين المرشد التربوي والمسترشد بقصد توجيه النمو بحيث تصل إمكاناته إلى أقصى درجة ممكنة وفقا لحاجاته وميوله واتجاهاته، مع الأخذ بعين الاعتبار حاجات المجتمع وذلك لتوجيه القوى البشرية لتحمل مسؤولياتها الاجتماعية في المستقبل.

- يعرف سليمان (2009م، ص68) علم النفس الإرشادي بأنه استخدام مفاهيم تحقيق الذات ومهام النمو، وأدوار الحياة في إطار أدوار علم النفس الإرشادي الثلاثة: التنموي-التربوي، والوقائي، والعلاجي التأهيلي.

- يعرف (Riceky, 1990, p.2) الإرشاد بأنه علاقة متخصصة بين مرشد مؤهل ومسترشد أو عميل ينشد المساعدة وقد تكون هذه علاقة بين اثنين هما المرشد والمسترشد وقد تكون بين المرشد ومجموعة من المسترشدين وفي هذه الحالة نطلق عليه الإرشاد الجمعي، والعلاقة هذه

مصممة كي تساعد العميل على فهم نفسه، وتحقيق أهدافه من خلال مساعدته على حل المشكلات التي تواجهه وتسبب له عدم التكيف. (الضامن، 2003م، ص16).

أما سبليت (1984م) Splete فيرى أن الإرشاد عبارة عن علاقة بين مرشد مؤهل ومدرّب كفاء، وبين شخص يبحث عن مساعده كي يفهم ذاته، ويعمل على تحسين قراره، وحل مشكلاته، ونموه نمواً سليماً، ونستطيع القول أن الإرشاد عملية نمائية، وقائية، علاجية، يتم من خلالها مساعدة الأفراد على معرفة الأهداف، وعلى اتخاذ القرارات، وحل المشكلات الشخصية، والاجتماعية، والتربوية، والمهنية التي تواجههم. (الضامن، 2003م، ص16-17)

وعرفه مرسى (1997م، ص80) تلك العملية التي تتم بين فردين أحدهما قلق مضطرب بسبب بعض المشكلات الانفعالية التي لا يستطيع أن يواجهها أو يتغلب عليها بمفرده، والثاني أخصائي يستطيع بحكم إعداد المهني وخبرته العملية أن يقدم المساعدات الفنية التي تمكن الفرد من أن يصل الى حل مشكلاته. والمشكلات التي يتعرض لها الإرشاد النفسي هي المشكلات التي لم تصل بعد بالفرد إلى حد الانحراف الذي يهتم به العلاج النفسي والتي تظهر في الأمراض النفسية على اختلاف أنواعها.

وقد ذكر الشناوي (1994م) بعض الأساليب الإرشادية، حيث اقترح كومبولتر وثوريسون تصنيفاً لطرق الإرشاد السلوكي تبعاً لمجموعات الأهداف الإرشادية ويتمثل هذا التصنيف: تغيير السلوك غير المتكيف: العيوب السلوكية، التصرفات السلوكية، السلوك غير المناسب، المخاوف والقلق، المشكلات البدنية، اتخاذ القرارات، الوقاية. أما جوتمان وليبلم Goltman – Liblum قد صنفنا الإرشاد إلى: انقاص الاستجابة، زيادة استجابة، اكتساب استجابة، إعادة البناء المعرفي. (الشناوي، 1994م، ص ص81-82)

### التعريف الإجرائي:

- البرنامج الإرشادي هو مجموعة من الأنشطة المنظمة في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فردياً وجماعياً، الهدف منه مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي والمتعلّق ولتحقيق الأهداف والتخفيف من عدم القدرة على التكيف مع الذات والبيئة المحيطة مما يساعد على وقاية الفرد من عدم تطوير اضطرابات نفسية حيث يمكن اعتبار الإرشاد وسيلة وقائية للفرد.

## أهداف الإرشاد النفسي:

- مهما تعددت أهداف الإرشاد والتوجيه فانه يمكننا أن ندرجها ثلاثة مستويات وهي:
- المستوى المعرفي: يتناول التفكير والمدرجات والتطورات والمعارف والخبرات والمعتقدات.
- المستوى الوجداني: يتناول الوجدانيات والانفعالات والاتجاهات والقيم.
- المستوى العملي (السلوكي): حيث يتناول عملية تعديل السلوك وإكساب مهارات سلوكية عملية.

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

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

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

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

- ولكي يصل التوجيه والإرشاد إلى هذا الهدف، لابد من تنمية قدرة المسترشد وإكتسابه المهارة المطلوبة، للتعامل مع المواقف بأنواعها، خاصة المواقف الضاغطة والسلوكيات المتطرفة كالخجل والاكنتاب وغيرها. إن التوافق النفسي يجب أن يتم في مجالاته كافة، والتي من أهمها

التوافق الشخصي وفيه يتم الرضا عن النفس، أما التوافق الاجتماعي فيتطلب من المسترشد أن يلتزم بقيم المجتمع وأخلاقياته والذي يتضمن التوافق مع الأسرة ( ابو طالب، حمدي، 1998).

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

- صناعة القرارات: يسعى الإرشاد إلى مساعدة الأفراد في الحصول على المعلومات والتوضيح والتصنيف للسمات الشخصية و الهموم العاطفية التي قد تتدخل بصناعة القرارات وتساعد المسترشد على تفهم ميولهم وإمكاناتهم وإتجاهاتهم ومشاعرهم وهي من الأمور التي تأثر في صناعة القرارات التي يسعون لتحقيقها. (ملحم، 2000: 43-44).

## 2.2.2 مبادئ الإرشاد النفسي:

تتلخص مبادئ الإرشاد النفسي في النقاط التالية:

-ثبات السلوك الانساني ومرونته: وهذا يساعد المرشد النفسي بالتنبؤ بسلوك المسترشد تحت ظروف معينة، ويسهل عملية الإرشاد التي يقوم بها ولكن هذا الثبات لايعني الثبات المطلق بل النسبي، أي أنه يتصف بالمرونة، أي قابل للتغيير والتعديل وهذا يسهل مهمة المرشد لإجراء التغيير والتعديل المرغوب للمسترشد.

-السلوك الإنساني فردي وجماعي : وسلوك الفرد يتأثر بشخصيته وفرديته، وفي نفس الوقت سلوكه يتأثر بالجماعة ومعاييرها وقيمها، فسلوك الفرد لا يكون فرديا خالصا ولا اجتماعيا خالصا.

-استعداد الفرد للإرشاد: من المعروف أن أي إنسان إذا وقع في مشكلة فإنه يلجأ طالبا الاستشارة والتوجيه والإرشاد عند من يتوسم فيهم القدرة والخبرة، فنحن لايمكن أن نقدم شيئا للفرد اذا لم يكن متقبلا لهذا الشئ أو مستعدا لأن يتقبله.

-حق الفرد في الإرشاد: للفرد حق على الجماعة التي ينتمي إليها أن تقدم له ما يحتاجه من مساعدة، فان تخطي الصعوبات التي يواجهها فانه يكون عضوا أساسيا في تلك الجماعة.

-حق الفرد في تقرير مصيره: حق الفرد في اتخاذ القرارات المتعلقة به، دون أن يجبر عليها إجباراً، فالمرشد يبتعد عن إعطاء النصائح والحلول الجاهزة.

-تقبل المسترشد: على المرشد تقبل المسترشد كما هو بدون شروط ويتقبله على علاته مع مساعدته لتغيير سلوكه الشاذ.

-إستمراية عملية الإرشاد: وهي عملية مستمرة ومتلاحقة ومتابعة لحالة المسترشد، لانه ليس وصفة طبية .

-الدين ركن أساسي في عملية الإرشاد: الصحة النفسية تتضمن السعادة في الدنيا والدين، وتعاليم الدين هي معايير أساسية في تنظيم سلوك الأفراد، كما أنه يعطي الإنسان الذي يقوم بواجباته الدينية والأمن النفسي والطمأنينة وراحة البال، لذلك كانت المعتقدات الدينية لكل من المرشد والمسترشد.

### 2.2.3 نظريات التوجيه والإرشاد النفسي:

عرفنا أن الإرشاد النفسي علم يقوم على نظريات نفسية، ونحن نعرف أن البحث العلمي يبدأ من دراسات الظواهر النفسية والفروض مروراً بالدراسات التجريبية التي تعطي نتائج وحقائق وقوانين تلخصها نظرية. والإرشاد النفسي يهتم بدراسة وفهم وتفسير وتقييم السلوك والتنبؤ به وتعديله وتغييره، فلا بد من دراسة النظريات التي تفسر السلوك وكيفية تعديله. وتتعدد نظريات التوجيه والإرشاد النفسي، وهذا التعدد يفيد في مواجهة تعدد المشكلات التي يتناولها الإرشاد النفسي في شخصيات المرشدين والمسترشدين أنفسهم (زهرا، 1992م، ص91).

وفيما يلي ستعرض الباحثة مجموعة من نظريات التوجيه والإرشاد النفسي الهامة:

#### أولاً: نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic Theray:

يفترض "فرويد" وهو مؤسس هذه النظرية ثلاث مكونات وقوى تحرك سلوك الإنسان وتوجهه وهي الهو والأنا والأنا الأعلى، وتحدد نظرية التحليل النفسي استراتيجيتها في أنها تعتمد في المقام الأول على العلاقة الدينامية بين المرشد والمسترشد مما يدفع المسترشد على تفرغ انفعالاته المكبوتة وهذا يؤدي إلى التخفيف منها، وترتكز على التداوي الحر وسبر أغوار الشخصية من أجل البوح بالذكريات المؤلمة.

ومحاولة تخفيف التوتر والصراع عند المسترشد ومن ثم غرس الثقة والأمل في نفس المسترشد (ربيع، 2003م، ص111).

وتبدو أهمية هذه النظرية من خلال الهدف الذي تسعى إليه وهو مساعدة المسترشد للوصول إلى فهم ثابت وواضح لقدراته وإمكانياته ليتكيف مع المواقف المحيطة به وحل المشكلات التي يعاني منها، وتقوم طريقة الإرشاد من خلال قيام المرشد النفسي بتوضيح الغموض الذي يكتنف المسترشد وتبيان سلوكه ونظريته للحياة، ويتبع خطوات معينة من التداعي الحر، حيث يعبر المسترشد عما مر به من خبرات سابقة بكل حرية، ثم يأتي التفسير من قبل المرشد وتحليل الأحلام والتحويل الانفعالي من خلال إعادة الأشياء التي حدثت للمسترشد في الماضي، وعكس المشاعر الانفعالية للمسترشد وبناء العادات الصحيحة تدريجياً (الزعيبي، 1994م، ص50).

ومن الطرق التي يستخدمها التحليليون (الضامن، 2003م، ص102):

1. التداعي الحر.
2. التفسير.
3. تحليل الأحلام.
4. تحليل المقاومة.
5. تحليل عمليات التحويل.

#### ثانياً: النظرية العقلانية الانفعالية R.E.B.T Rational Emotive Theray

يرى البرات ليس أن ما يعانيه الفرد من انفعالات مكدره، كالقلق والحزن، لا تنتج عما وقع له من أحداث قريبة تبدو في الظاهر كأنها أسباب هذه الانفعالات، إنما هو نتيجة لأفكار خاطئة موجودة لدى هذا الشخص حول الأحداث التي وقعت، ويرى ألبرت أليس أن العلاج هو التعرف على الجانب غير العقلاني في التفكير ثم مهاجمته وتوضيح عدم عقلانيته، يلي ذلك إحلال الأفكار الصحيحة (العقلانية) مكانه ثم يكون بعد ذلك ما قد يكون من أساليب تعديل السلوك (الشناوي، 1991م، ص98).

ويرى رائد هذه النظرية أن الهدف الرئيس حسب النظرية هو التقليل من التفكير غير العقلاني أو من الاضطراب الانفعالي لدى المسترشد، كما أن المرشد أو المعالج يساعد المريض على استبدال الأفكار والاتجاهات غير المعقولة واستبدالها بأفكار واتجاهات منطقية معقولة ومع هذا فإن النظرية تعرضت لانتقادات عديدة من أهمها أنها تعتمد على الأسلوب المباشر، وهذا يجعل المسترشد سلبياً في العملية الإرشادية، كما أنها لا تصلح لعلاج الاضطرابات الشديدة التي لا تكفيها مجرد تغيير الأفكار والمعتقدات (حسين، 2004م، ص97).

كانت نظرية اليس تسمى العلاج العقلاني الانفعالي دون ذكر كلمة سلوكي إلا أنه طورها وأصبح اختصارها بالانجليزية R.E.B.T بمعنى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، أي أنه طور طريقته في العلاج وتحول من العلاج العقلاني وأن الاعتقادات المطلقة والصارمة وغير الواقعة التي يتم تعلمها على هيئة "يجب" و"لا بد" و"يتحتم" هي التي تمثل لب الاضطراب الانفعالي والسلوكي (أبو جهل، 2014م، ص62).

تعد نظرية الشخصية محور النظرية العقلية الانفعالية، ويرمز لها بالأحرف (A) والتي تعني الحدث أو السلوك أو الاتجاه عند الفرد، والحرف (C) يرمز إلى نتائج السلوك أو الانفعالات أو رد فعل عند الفرد، والذي يمكن أن يكون صحيحاً أو غير صحي. وفي هذه الحالة فإن (A) أي الفعل لا يسبب (C) أي الانفعال، إنما (B) أي المعتقدات حول الفعل (A) أو الحدث هي التي تسبب (C) أي الانفعالات (الضامن، 2003م، ص152).

A (activating event) B (belief).  
C (emotional a behavior consequences).  
D (disputing intervention) F (new feeling).

الأسس التي يستند إليها النظرية العقلانية الانفعالية في تفسير الاضطراب النفسي:

1- الأساس البيولوجي: أكد جلادنج بأن اليس وضح بأن الناس يولدون ولديهم استعداد قوي أن يكونوا عقلانيين (Glading, 1992, p.115).

2- الأساس الاجتماعي: يوضح "لويس مليكه" رأي اليس بأن الأفراد يميلون فطرياً للتأثير خاصة في مرحلة الطفولة حيث يكون هذا التأثير من أفراد أسرتهم وأقرانهم المباشرين ومن البيئة الحضارية التي يعيشون فيها بوجه عام، وهم يتعلمون عن طريق التطبيع الاجتماعي دعم وتقوية الإستعداد البيولوجي، وفي المراحل اللاحقة المستقلبية يقوم الفرد بإعادة غرس الافكار اللاعقلانية في نفسه (لويس كامل مليكة، 1994م، ص123).

-لقد أورد إليس في كتاباته إحدى عشرة فكرة غير عقلانية ربما تكون مسئولة عن العصاب وبما أن الاكتئاب أحدهم فيجب سردها وهي (الشناوي، 1994م):

الفكرة الأولى: هي " من الضروري أن يكون الشخص محبوباً أو مرضياً عنه من كل المحيطين به".

الفكرة الثانية: هي " أن يكون الفرد على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والإنجاز حتى يمكن اعتباره شخصياً ذا أهمية".

الفكرة الثالثة: " بعض الناس يتصفون بالشر والوضاعة ولذلك فهم يستحقون أن يواجه لهم اللوم والعقاب".

الفكرة الرابعة: " أنه لمن النكبات المؤلمة، أن تسير الأمور على غير ما يريده المرء لها".

الفكرة الخامسة: " إن التعاسة تنتج عن ظروف خارجية لا يستطيع الفرد التحكم فيها".

الفكرة السادسة: " إن الأشياء الخطرة أو المخيفة تعتبر سببا للانشغال البالغ، ويجب أن يكون الفرد دائم التوقع لها".

الفكرة السابعة" أنه من السهل أن تتفادى بعض الصعوبات والمسئوليات الشخصية عن أن نواجهها".

الفكرة الثامنة" ينبغي على الفرد أن يكون مستنداً على الآخرين وأن يكون هناك شخص أقوى منه يستند عليه".

الفكرة التاسعة" أن الخبرات والأحداث المتصلة بالماضي هي المحددات الأساسية للسلوك في الوقت الحاضر، وإن تأثير الماضي لا يمكن استبعاده".

الفكرة العاشرة" ينبغي على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات".

الفكرة الحادية عشر" هناك دائماً حل صحيح أو كامل لكل مشكلة، ويجب أن نبحث عن هذا الحل لكي لا تصبح النتائج مؤلمة".

**الطرق المستخدمة في العلاج:**

**1- الأسلوب أو النهج العقلاني: ويندرج تحت هذا النهج أو الأسلوب الطرق التالية:**

أ-مهاجمة الأفكار غير العقلانية. Disputing irrational beliefs

ب-القيام بالواجبات البيتية. Doing cognitive home work

ج- تغيير لغة الفرد من لغة يجب علي أن أفعل إلى لغة أفضل ذلك. وأن لا يكون الكلام بلغة المطلق.

د-استخدام الدعابة أو النكتة Using humor.

**2-النهج الانفعالي، ومن الطرق المتبعة في العلاج:**

أ-الأسلوب العقلي الانفعالي في التخيل.

ب-لعب الأدوار.

**3-النهج السلوكي: تستخدم هذه النظرية بعض الأساليب والطرق السلوكية في العلاج مثل**

الاشراط الإجرائي، تخفيف الحساسية التدريجي، وإدارة الذات، والاسترخاء، والنمذجة وكذلك الواجبات البيتية (الضامن، 2003م، ص156-159).

### ثالثا: نظرية الذات: Self\_Theray

تعتبر نظرية الذات لكارل روجرز من أحدث وأشمل نظريات الذات حيث تسمى في مجال الإرشاد النفسي (الإرشاد المتمركز حول الذات)، حيث تهتم هذه النظرية بدراسة مفهوم الذات وتركز على خلق مناخ نفسي يستطيع الشخص أن يحقق أفضل نمو نفسي.

ويرى أنصار هذه النظرية أن المشكلات والصراعات تنتج نتيجة تكوين مفهوم أقل من الواقع أو تكوين مفهوم للذات أكبر من الواقع، وبذلك فههدف الإرشاد هنا هو تكوين مفهوم واقعي عن الذات، ويركز هنا المرشد على أن يوازن بين الذات الواقعية والذات المثالية من أجل ضمان سعادة الفرد وإبعاده عن بؤرة المشاكل ومواطن القلق والتوتر (أبو عيطة، 2002م، ص178).

وقد أكد روجرز على مجموعة من الخطوات الإرشادية أثناء العملية الإرشادية أهمها: توجيه المرشد اهتمامه نحو المسترشد كفرد أكثر من أنه مشكلة ويحاول فهم اتجاهاته وأثرها على مشكلته، واتباع مرحلة الاستكشاف والاستطلاع للتعرف على الجوانب الإيجابية والسلبية للمسترشد، وتوعية المسترشد وزيادة فهمه وإدراكه للقيم الحقيقية، ثم تعزيز الاستجابات الإيجابية ومراعاة شروط العملية الإرشادية المتمثلة في الاتصال والتواصل الجيد، ومدى وعي وإدراك المرشد، واحترام وتقدير المسترشد والفهم والتعاطف مع المسترشد (أبو عيطة، 2002م، ص145).

ويرى روجرز أن هذا الأمر لا يتم إلا من امتلاك المرشد النفسي لمجموعة من المهارات الإرشادية التي يقوم بها المرشد النفسي وهي: مهارة الإصغاء، الانتباه والاستماع الفعال، التعاطف، الاحترام غير المشروع، وعدم إصدار الأحكام على المسترشد، والأهم من هذا كله لابد من توافر علاقة مهنية قائمة على الثقة والاحترام المتبادل، عكس المشاعر، والتلخيص، ويستخدم المرشد النفسي فن المهارات أثناء الجلسة الإرشادية بهدف التعرف على طبيعة المشكلات التي يعاني منها المسترشد، وإيجاد حلول مناسبة لها من خلال المسترشد بمساعدة المرشد النفسي (العزة، 2004م، ص36).

### رابعا: النظرية السلوكية: Behavior Therapy

يرى أصحاب هذه النظرية ومنهم: واطسون، بافلوف، وسكنر، أن دراسة السلوك علم تجريبي، وتهتم النظرية السلوكية بدراسة سلوك الإنسان وأسبابه وطرق تعديله أو تغييره من خلال برنامج تعديل السلوك، وتهتم بالسلوك الظاهري والخارجي أكثر من اهتمامها بالأسباب الحقيقية الكامنة وراء السلوك الصادر من الإنسان (الزيادي والخطيب، 2001م، ص53).

من هنا نجد أن النظرية السلوكية تقوم على مجموعة من المبادئ والأسس التي تشير إلى أن معظم سلوك الإنسان متعلم سواء كان سوبياً أو غير سوي، وتكون وظيفة المرشد النفسي مساعدة المسترشد على تعلم أساليب سلوكية جديدة أكثر توافقاً، وتحلل هذه النظرية السلوك الإنساني إلى مثير واستجابة، حيث يتوقف السلوك على نوع العلاقة بين المثير والاستجابة، فإذا كانت العلاقة مضطربة يكون السلوك غير سوي، وترى أن الشخصية هي مجموع الأساليب السلوكية المتعلمة والثابتة نسبياً، وترجع عملية التعلم إلى الدافعية، والتعزيز، والانطفاء، والتعميم، وإعادة التعميم(الزعيبي، 1994م، ص75).

ويرى البعض أن السلوك عبارة عن مجموعة من الأنشطة التي تنقسم إلى أنشطة عقلية وأنشطة وجدانية وأنشطة حركية، وتعديل السلوك هو مساعدة في حل المشكلات النفسية والسلوكية والتربوية، كما يرون أن تعديل السلوك هو بمثابة عملية تربوية يتم خلالها إحداث تغيير في سلوك المتعلمين كنموذج لسلوكيات سوية جديدة، أو الابتعاد عن سلوكيات غير مرغوبة، أو تدعيم سلوكيات قائمة (مختار، 1992م، ص37).

هناك ثلاث خطوات يتضمنها هذا الأسلوب وهي:

1-التدريب على الاسترخاء.

2-بناء هرم القلق.

3-تخفيف الحساسية التدريجي.

#### رابعاً: النظرية الوجودية:

تنظر النظرية الوجودية إلى الإنسان كما هو وما سيكون عليه، وترى أن هناك فرقا بين الكائن وذاته، حيث أن الذات هي انعكاس للعالم الخارجي، فقد تتال الاستحسان من الآخرين، أو لا تتال الاستحسان ذاته، وأنه خارج إرادة الفرد، و إحساس الفرد بأنه كائن يتوقف على فهمه ذاته، ووعيه لنفسه وخبراته الشخصية وتقبله للواقع يعطي معنى لوجوده(الشناوي، 1997م، ص45)

#### خامساً: نظرية السمات والعوامل:

أهم من قالوا بهذه النظرية" جوردون البورت Gorden Aliport وقد عرف السمة بأنها (نظام عصبي مركزي عام -خاص بالفرد-يعمل على جعل المثيرات المتعددة متساوية وظيفياً، كما يعمل على إصدار وتوجيه أشكال متساوية من السلوك التكيفي والتعبيري)، والفكرة البارزة في هذا التعريف، والتي تتضمنها نظرية السمات عموماً، هي محاولة تفسير السلوك الظاهري، عن طريق افتراض وجود "استعدادات"معينة عند الكائن الحي، وهذه الاستعدادات هي المسئولة عن الثبات الذي نلاحظه ظاهرياًعلى سلوك الفرد، فنظرية السمات تتضمن فكرتين أساسيتين:

الأولى، هي فكرة وجود استعداد مستقل عن الظروف الخارجية، مستقل عن ظروف التعلم أو البيئة. والثانية، هي فكرة العمومية أو الثبات في السلوك الفردي، والفكرتان مرتبطتان ببعضهما أشد ارتباطاً. (مرسي، 1997م، ص ص 111-112)

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

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

#### سادساً: النظرية الانتقائية:

مؤسس هذه النظرية هو (فردريك ثورن، 1950م) وهو مؤمن باستخدام أساليب متنوعة لعلاج الناس حسب الخاصة الشخصية لكل منهم. العاملین بهذه النظرية يجب أن يكونوا مقتنعين بأنه لا توجد نظرية واحدة فقط في الإرشاد النفسي مناسبة للإرشاد في كل المواقف، ومتطلعين ولديهم كل مهارات الإرشاد المختلفة. (Burnared, 1999)

ومن وجهة نظر الاختيارين أن ما نقوم به كمرشدين يعتمد على أشياء كثيرة منها : مستوى المهارة التي يمتلكها المرشد، الشعور بالراحة أثناء العملية الإرشادية، مستوى إدراك المرشد لذاته، مزاج المرشد، ضغط العمل وعوامل أخرى كثيرة. تستخدم هذه النظرية عند: الإرشاد اليومي، التعامل مع المسترشد الذي لديه أنواع مختلفة من المشاكل الحياتية. (الزيود، 1998م، ص 317).

## التعليق على نظريات الإرشاد النفسي:

لاحظت الباحثة بعد الإطلاع على نظريات الإرشاد النفسي، أن جميع النظريات تسعى نحو هدف محدد واحد هو تحقيق الذات عند المسترشد وتحقيق الصحة النفسية. وتوجد اختلاف بين النظريات، وهو أن بعض هذه النظريات ركزت على اللاشعور وبعضها ركزت على جوانب الشعور، وتؤكد بعضها على أهمية السلوك الملاحظ، وبعضها يعطي أهمية كبيرة لخبرات الطفولة في توجيه وتحديد السلوك، فالنفس البشرية كل متكامل تأثر بها الأسرة والمدرسة والمجتمع والبيئة وغيرها من العوامل الحياتية.

وبناءً على عملي في برنامج غزة للصحة النفسية فيجب أن نركز في الجوانب اللاشعورية التي تؤكد على وجود كبت ومشاكل داخلية، يجب أن نعيد ترميمها، وتعديل السلوك، وإعادة البنية المعرفية .

## المقارنة بين النظريات التحليلية والذات والسلوكية والعقلية الانفعالية من أوجه مختلفة:

وجه المقارنة	النظرية التحليلية	نظرية العلاج المتمركز حول المسترشد (الذات)	النظرية السلوكية	النظرية العقلانية الانفعالية
الافتراضات الأساسية	1-العوامل البيولوجية تقرر السلوك. 2-المراحل النفس جنسية . 3-أثر خبرات الطفولة المبكرة على الشخصية. 4-المشكلات لها أساس في خبرات الطفولة	1-نظرة تفاؤلية لطبيعة الإنسان. 2-الإنسان يسعى من أجل النمو. 3-التوجيه للمسترشد يتم داخليا . 4-المسترشد يستحق التقدير .	1-السلوك هو نتيجة التعلم. 2-الإنسان يؤثر ويتأثر بالبيئة. 3-البيئة هي التي تقرر السلوك.	1-يولد الناس ولديهم أفكار عقلانية ولا عقلانية. 2-الأفكار الالاعقلانية هي أكثر تأثيراً في سلوكنا. 3-العلاج هو عملية إعادة التعلم.
نمو الشخصية	1-المراحل النفس جنسية (الفمية، الشرجية، القضيبية ، الكمون، التناسلية). 2-الصراع بين مكونات الشخصية (الأنا، الهو، والأنا الأعلى)	1-تتمو الشخصية بشكل إيجابي 2-الانسجام والواقعية. 3-التقبل والاهتمام. 4-الصحة النفسية هي نتيجة الانسجام بين الذات الواقعية	1-يلعب التعزيز دوراً كبيراً في هذه النظرية. 2-تتمية الشخصية باستخدام التعزيز. 3-السلوك الشاذ أو الغير عادي هو نتيجة التعلم الخاطيء.	1-الاضطرابات الانفعالية موجودة منذ الطفولة ولكنها تستمر معنا. 2-المعتقدات السلبية هي سبب المشكلات وليس الأحداث نفسها. 3-يحصل تغيير في

وجه المقارنة	النظرية التحليلية	نظرية العلاج المتمركز حول المسترشد(الذات)	النظرية السلوكية	النظرية العقلانية الانفعالية
	3 من الصراع داخل الشخص مثلا القلق كنتيجة للكبت الحاصل. 4-تسيطر ميكانيزمات الدفاع على القلق عند الأفراد.	والمثالية.		السلوك نتيجة مهاجمة الأفكار السلبية.
الجوانب المرضية	1-العصاب هو نتيجة الصراع بين الهو والأنا الأعلى. 2-الكبت ووسائل الدفاع الأخرى المبالغ في استخدامها.	1-عدم الانسجام بين الذات الواقعية والمثالية. 2-الإغتراب عن الطبيعة الأساسية. 3-التقبل المشروط (أحبك عندما) بدلا من أحبك كما أنت	1-سلوك غير مرغوب فيه. 2-عدم التكيف. 3-قلق ومخاوف	1-تفكير لا عقلائي. 2-معتقدات سلبية.
أهداف العلاج	1-جعل اللاشعور شعور. 2-تقوية الأنا. 3-العمل من خلال الخبرات السابقة.	1-التغيير من التقبل المشروط إلى التقبل غير المشروط . 2-تقبل الذات. 3-خلق مناخ جيد لتقبل الذات. 4-الانفتاح. 5-بناء الثقة.	1-الحد وإزالة السلوك غير المتكيف. 2-تعلم سلوك أكثر فاعلية. 3-التركيز على السلوك المشكل وإجراء التغيير.	1-الحد من وإزالة الأفكار السلبية . 2-مساعدة المسترشد على اكتساب الأفكار العقلانية وتجنب السلبية. 3-يعمل المسترشد على إعادة بناء الجوانب المعرفية لديه
أساليب وطرق الإرشاد	1-التداعي الحي. 2-تحليل الأحلام وقلبات اللسان. 3-تحليل السنوات الخمس الأولى في عمر الإنسان وعلاقتها بسلوكه. 4-تفسير التحويل والاسقاطات من قبل	1-التركيز على الخبرات والتعبير عن المشاعر. 2-بناء العلاقة الإرشادية. 3-التوضيح وعكس المشاعر. 4-التقبل. 5-الإصغاء الجيد.	1-تخفيف الحساسية التدريجي. 2-أساليب الاسترخاء. 3-التعزيز. 4-التوكيد والمهارات الاجتماعية. 5-الواجبات البيتية. 6-النمذجة.	1-مهاجمة الأفكار اللاعقلانية. 2-وظائف بيتية لها علاقة بالجوانب المعرفية. 3-لعب الأدوار. 4-التخيل. 5-تمارين لمواجهة الخجل.

وجه المقارنة	النظرية التحليلية	نظرية العلاج المتمركز حول المسترشد(الذات)	النظرية السلوكية	النظرية العقلانية الانفعالية
	المسترشد على المرشد.	6- فهم مشاعر العميل. 7- لا يوجد تشخيص مسبق.		6- استخدام أساليب سلوكية يتطلبها العلاج أو الإرشاد.
التطبيقات	1- يستخدمها المتخصصون في العلاج النفسي. 2- تستخدم في الإرشاد الفردي والجمعي. 3- تستخدم في الحالات الأكثر حدة.	1- الإرشاد الفردي والجمعي. 2- تستخدم في المراحل الأولى لحل الصراع. 3- الإرشاد الأسري. 4- التدريب على العلاقات الإنسانية. 5- تستخدم في الثقافات المختلفة.	1- الإرشاد الأسري. 2- الإرشاد الجمعي. 3- مع المخاوف المرضية. 4- التعامل مع الكآبة. 5- إدارة الضغوط. 6- الاضطرابات السلوكية عن الأطفال. 7- في التربية.	1- في التربية. 2- في توكيد التدريب. 3- التعامل مع الكآبة. 4- إرشاد الأطفال. 5- الإرشاد الزوجي. 6- الإرشاد الجمعي. 7- التدخلات أثناء وجود الأزمات.

واعتمدت الباحثة على الارشاي السلوكي أي النظرية السلوكية والإرشاد السلوكي هو أسلوب من أساليب الإرشاد النفسي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي، كما يعتبر الإرشاد السلوكي محاولة لحل المشكلات والتخفيف من الاضطرابات السلوكية بأسرع ما يمكن بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل بالأعراض وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد. وأيضاً استخدمت الباحثة الإرشاد القائم على تعديل البنية الفكرية أي النظرية العقلانية الانفعالية والتي تأكد على أن الإنسان يولد ولديه أفكار عقلانية ولا عقلانية، والأفكار اللاعقلانية هي أكثر تأثيراً في سلوكنا، الإرشاد هو عملية إعادة التعلم. يقوم الإرشاد السلوكي على أربعة مسلمات:

- **المسلمة الأولى:** أن الاضطرابات النفسية سلوك متعلم يخضع في تكوينه وإزالته لنفس قوانين السلك السوي.
- **المسلمة الثانية:** أن الاضطراب النفسي قد ينشأ من فشل الفرد في تعلم السلوكيات التوافقية الناجحة.
- **المسلمة الثالثة:** الاضطرابات النفسية تنشأ من اكتساب الفرد عادات سلوكية خاطئة.

– **المسلمة الرابعة:** ينشأ الصراع عندما يجد الفرد نفسه أمام هدفين المطلوب أن يختار أحدهما ويتحمل مسؤولية الاختيار.

ومن المؤكد بأن عملية الإرشاد تتداخل بين جميع النظريات حيث أن الظروف الحياتية والضغوط المعيشية تلعب مجتمعة مع بعضها البعض لتخلق بيئة مرضية واضطرابات عدة، مع الأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية التي تساعد على الاتزان والضبط النفسي.

# الفصل الثالث

## الدراسات السابقة

### 3.1 مقدمة:

قامت الباحثة بعرض مجموعة من الدراسات السابقة في مجال البرامج الإرشادية وموضوع الاكتئاب للاسترشاد بها الأدوات والاستيضاحات والنتائج وتفسيراتها وقد تم تصنيف الدراسات الى دراسات عربية وأجنبية تناولت الاكتئاب.

### 3.2 الدراسات العربية:

- دراسة (جودة، 2015م): عنوان الدراسة: فاعلية برنامج علاجي باستخدام السيكدوراما في خفض أعراض اضطراب الاكتئاب لدى النساء.

هدفت إلى التعرف إلى " فاعلية برنامج علاجي باستخدام السيكدوراما في خفض أعراض اضطراب الاكتئاب لدى النساء"، وتم تطبيق البرنامج على مجموعة من النساء اللاتي يعانين من اضطراب الاكتئاب ويتابعن في مركز غزة المجتمعي التابع لبرنامج غزة للصحة النفسية وتراوحت أعمارهن بين (18-60) عاماً، وتم اختيار العينة بطريقة العينة المتاحة (المتيسرة). وتكونت عينة الدراسة من 30 سيدة تم تقسيمهن إلى مجموعتين، الأولى تجريبية وقوامها 15 سيدة، والثانية ضابطة وقوامها 15 سيدة أيضاً، حيث تم اختيارهن من أصل 57 سيدة من اللاتي يتابعن بمركز غزة المجتمعي في منطقة غزة، علماً بأن العينة قد حصلت على أعلى مستوى درجات الاكتئاب على مقياس بيك. استخدمت الباحثة الأدوات التالية: مقياس بيك من إعداد بيك 1961م وتعريب أحمد عبد الخالق 1996م، برنامج السيكدوراما العلاجي، وأيضاً استخدمت الأساليب الإحصائية التي تتمثل في الإحصاءات الوصفية، منها المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، الوزن النسبي، معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لقياس معاملات الثبات لأداة الدراسة اختبار كا2 سكوير"، اختبار "Independent Sample T-test" لعينتين مستقلتين، معامل ارتباط بيرسون (Person's Correlation)، اختبار " Paired Sample T-test"، قيمة إيتا (Eta)، اختبار ويلوكسون Wilcoxon Test.

وكانت أهم نتائج الدراسة مايلي: وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في الاكتئاب للسيدات في المجموعة الضابطة  $z\text{-test}=-3.3$  ( $P\text{-value}<0.01$ ). والفروق كانت لصالح القياس البعدي، وهذا يدل على أن برنامج العلاج الفردي النفسي له أثر في خفض أعراض الاكتئاب عند النساء اللواتي يترددن على عيادات برنامج غزة للصحة.

## - دراسة العبادسة، (2015م) بعنوان: الرضا عن صورة الجسم وعلاقتها بالاكنتاب لدى عينة من المراهقات الفلسطينيات بقطاع غزة.

هدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين الرضا عن صورة الجسم وكل من)الاكنتاب، العمر،

البرامج الإعلامية المشاهدة، وأبعاد الجسم، سن البلوغ(لدى المراهقات الفلسطينيات بقطاع غزة، وتكون مجتمع الدراسة من المراهقات الطالبات في مرحلة التعليم الثانوي بقطاع غزة وبلغ عددهن طالبة (49521) طالبة، وقد شملت العينة (377) مراهقة تم اختيارهم بالطريقة العشوائية الطبقية، واستخدم الباحث مقياس (الرضا عن صورة الجسم، البرامج الإعلامية المشاهدة)من إعداده، ومقياس بيك للاكنتاب، إضافة إلى إستمارة المعلومات الشخصية واعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي منهجاً للدراسة، وقد استخدم عدداً من الأساليب الإحصائية منها معامل ارتباط بيرسون ومعادلة الانحدار الخطي ومعامل ألفا كرونباخ ومعامل سبيرمان براون، فجاءت النتائج على النحو التالي: عدم وجود علاقة ارتباطية - دالة إحصائياً بين السن عند البلوغ والرضا عن صورة الجسد، ووجود علاقة ارتباطية طردية دالة لم ترق إلى علاقة التنبؤ الدالة بين العمر وصورة الجسم، ووجود علاقة ارتباطية وتنبؤية عكسية بين الرضا عن صورة الجسد وكل من (البرامج الإعلامية المشاهدة، الاكنتاب، الوزن) (وعلاقة ارتباطية وتنبؤية طردية بين الرضا عن صورة الجسم والطول).

## - دراسة الشمالي، (2015م):" العوامل الخمسة للشخصية وعلاقتها بالاكنتاب لدى المرضى المترددين على مركز غزة المجتمعي.

هدفت الدراسة التعرف على العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية العصابية، الإنبساطية، التفاني، عامل الوداعة، وعامل الإنفتاح على الخبرة وبين الاكنتاب، و معرفة الفروق بين مرضى الاكنتاب في ضوء العوامل الخمسة للشخصية باختلاف كل من المتغيرات الديمغرافية التالية (الفئات العمرية، المستوى التعليمي، الحالة الإجتماعية، الترتيب الولادي، الجنس، السكن)

قام الباحث باستخدام أداتين للدراسة:- قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من إعداد كوستا وماكري 1992م تعريب الأنصاري، (1997م) وتقنين الباحث. - مقياس "بيك" للاكنتاب من إعداد بيك، تعريب أحمد عبد الخالق 1990م. وقد أظهرت النتائج أيضاً وجود ارتباط موجب دال إحصائياً بين عامل العصابية والاكنتاب، ووجود ارتباط سالب دال إحصائياً بين عامل الأنفتاح على الخبرة، الانبساط، الوداعة التفاني، والاكنتاب، وكذلك وجود فروقات معنوية ذات

دلالة إحصائية بين مرضى الاكتئاب تعزى لمتغيرات (الفئات العمرية و الحالة الاجتماعية و الجنس وعدم وجود فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب و متغيرات المستوى التعليمي والإقتصادي و منطقة السكن و الترتيب الولادي)، وأيضاً عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الفئات العمرية في جميع عوامل الشخصية الخمسة الكبرى فيما عدا عامل التفاني، أما بالنسبة للفروق الدالة في بعد التفاني والتي ظهرت لصالح الفئة العمرية (45-59)، فيمكن تفسيرها بأن تلك الفئة العمرية تمثل الأشخاص البالغين الذين يمتلكون تجارب كثيرة في الحياة، والذين هم أكثر نضجاً وتجربة وخبرة وبالتالي أكثر قدرة على تحمل الضغوط مقارنة بالفئات الأخرى.

**- دراسة سليمان (2014م)، بعنوان: فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمحافظة شمال غزة.**

هدفت هذه الدراسة إلى إظهار مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية، وتكونت عينة الدراسة من (30) شخصاً في تقسيمهم إلى مجموعتين المجموعة الأولى تجريبية وقوامها (15) شخصاً، والثانية ضابطة وقوامها (15) شخصاً، حيث تم اختيارهم من بين 77 شخص من مركز أبو شباك الصحي في منطقة شمال غزة ممن حصلوا على أعلى الدرجات في مقياس بيك للاكتئاب، واستخدم الباحث في دراسته الأدوات التالية:

مقياس بيك المعدل للاكتئاب، والبرنامج المقترح الذي أعده الباحث، واستمارات خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي، واستخدم الباحث المنهج التجريبي باستخدام مجموعتين متكافئتين، مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: توجد فروق دالة إحصائية في أعراض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسات المتعددة (القبلي والبعدي والتتبعي).

توجد فروق دالة إحصائية في أعراض الاكتئاب بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد -دراسة - المالكي (2013م): عنوان الدراسة: فاعلية برنامج ارشادي قائم على استراتيجيات السيكودراما في التخفيف من الضغط النفسي لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى.

هدفت الدراسة على التعرف على فاعلية برنامج ارشادي قائم على استراتيجيات السيكدراما في التخفيف من الضغط النفسي. كانت عينة الدراسة الأصلية (189) طالبة من طالبات المستوى الأول والثامن من كلية الآداب والعلوم الادارية وتم اختيار (33) طالبة من الحاصلات على أعلى درجات في استبانة الضغط النفسي وطبق عليهن برنامج سيكو دراما مكونة من (9) جلسات، وأثبتت الدراسة أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الطالبات غير المتزوجات على مقياس الضغط النفسي في المجالين الصحي والاقتصادي، كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة نفسها على استبانة الشعور بالضغط النفسي في القياس القبلي والبعدي وهذا يؤكد فاعلية برنامج السيكو دراما. المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج.

### - دراسة (الجبوري، 2010م) بعنوان: قياس بعض أعراض الاكتئاب النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى أبناء الجالية العربية المقيمين في الدنمارك.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الاكتئاب لدى أفراد الجالية العربية المقيمين في الدنمارك، وقياس الفروق المعنوية في مستوى الاكتئاب لديهم على وفق المتغيرات الآتية: الجنس والعمر والتحصيل الدراسي، وشملت الدراسة عينة عشوائية مؤلفة من (140) فرداً من المقيمين العرب في الدنمارك موزعين على مختلف مناطق الدنمارك وضمت (77 ذكراً) (63 أنثى) ممن تراوحت أعمارهم بين 25-49 سنة). واستند الباحث في دراسته على المنهج الوصفي التحليلي واستخدم في -دراسته الأدوات الآتية: مقياس الاكتئاب من إعداد الباحث واستبيان البيانات الشخصية. واعتمد الباحث في المعالجات الإحصائية كلها سواء في إعداد أدوات البحث أو تحليل البيانات على الوسائل الإحصائية الآتية: اختبار (T) لاحتساب الفروق بين متوسط الدرجات واختبار الدلالة المعنوية ومعامل ارتباط بيرسون لإجراء تحليل الفقرات في الصدق البنائي ومعامل ألفا كرونباخ لإستخراج ثبات المقياس، وأظهرت النتائج أن كلاً من الذكور والإناث من أعضاء الجالية العربية المقيمين بالدنمارك والذين شملتهم الدراسة يعانون من الاكتئاب وأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب وفقاً لمتغير الجنس، وأن الفروق لصالح الإناث مما يدل على أن الإناث يعانون من الاكتئاب أكثر من الذكور، وأن أفراد العينة يعانون من الاكتئاب بنفس القدر بغض النظر عن أعمارهم، وكذلك بالنسبة لمتغير التحصيل الدراسي إذ ظهر أن العلاقة ضعيفة وغير دالة إحصائياً. وأن الفروق لصالح الإناث مما يدل على أن الإناث يعانون من الاكتئاب أكثر من الذكور، وأن أفراد العينة يعانون من الاكتئاب بنفس القدر بغض النظر عن أعمارهم، وكذلك بالنسبة لمتغير التحصيل الدراسي إذ ظهر أن العلاقة

- دراسة نصر (2009م) بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين قدرة الذات لدى الشباب الجامعي.

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين تقدير الذات لدى عينة من الشباب الجامعي، وتمثلت عينة الدراسة الكلية من 481 طالبا وطالبة من الطلبة المنتظمين بجامعة عين شمس وتم اختيار (60) طالبا وطالبة لهذا البرنامج وتمثلت أدوات الدراسة في الآتي: مقياس الاكتئاب لدى الأسوياء من إعداد الباحث، ومقياس تقدير الذات من إعداد الباحث، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج الإرشادي المقترح في خفض أعراض الاكتئاب.

- دراسة كحلة (2009م) بعنوان: العلاج المعرفي والسلوكي والإرشاد السلوكي عن طريق التحكم الذاتي لمرضى الاكتئاب.

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والإرشاد السلوكي عن طريق التحكم لمرضى الاكتئاب وشملت عينة الدراسة (30) مريضاً بالاكتئاب الخفيف والمتوسط من المرضى الخارجين (9) منهم ذكور (21) منهم إناث تراوحت أعمارهم ما بين 25-40 وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات.

- 1- مجموعة تتلقى العلاج بالعقاقير والعلاج المعرفي معا.
- 2- مجموعة تتلقى الإرشاد السلوكي والعلاج بالعقاقير معا .
- 3- مجموعات تتلقى العلاج بالعقاقير فقط.

واستخدمت الباحثة لهذا الغرض الأدوات الدراسية الآتية:

مقياس الأفكار الإيجابية من إعداد الباحثة مقياس الأفكار السلبية من إعداد الباحثة، ومقياس التحكم الذاتي (عبد الوهاب كامل)، والبرنامج العلاجي، وأسفرت نتائج البحث أن البرنامج العلاجي المقترح له فاعلية في التخفيف من مرض الاكتئاب. ضعيفة وغير دالة إحصائياً.

## - دراسة بلحيل (2008م): عنوان الدراسة: "مدى فاعلية برنامج علاجي في خفض حدة اضطراب الاكتئاب (دراسة إكلينيكية)".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض حدة اضطراب الاكتئاب لدى أفراد عينة البحث من طلاب جامعة صنعاء المترددين على عيادات مركز الإرشاد النفسي التربوي بالجامعة وتكونت عينة البحث من 34 حالة من الذكور و12 من الإناث ممن يعانون من اضطراب الاكتئاب و10 طلاب أسوياء ممثلون مجموعة ضابطة جميعهم من طلاب الجامعة واختيرت العينة بالطريقة القصدية واتبع الباحث المنهج التجريبي واستخدم مقاييس عدة منها، مقياس بيك، مقياس هاملتون لتقدير شدة الاكتئاب واستبيان الأفكار التلقائية السلبية ATQ ومقياس التشويه المعرفي، وأظهرت نتائج البحث أن العلاج المعرفي السلوكي كفاءة وفعالية عالية في خفض حدة اضطراب الاكتئاب خصوصاً لطلاب الجامعة المضطربين.

## دراسة إدريس (2008م) بعنوان: فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تحسين درجات القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج الإرشاد السلوكي والمعرفي على درجة التحسس من القلق والاكتئاب لدى مرضى الكلى بولاية الخرطوم، واستخدمت الباحثة المنهج التجريبي وبلغ حجم العينة (60) مريضاً مصابين بالفشل الكلوي المزمن والذين تم تشخيصهم بأنهم يعانون من القلق والاكتئاب 31 ذكراً و 29 أنثى تتراوح أعمارهم ما بين 20-55 سنة تم اختيارهم عن طريق المعاينة العشوائية الدقيقة.

وتمثلت أدوات الدراسة في الآتي: مقياس بيك، البرنامج المقترح التي أعدته الباحثة.

وتوصلت نتائج الدراسة: أن هناك فاعلية لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي وذلك عن طريق وجود تحسناً جوهرياً في درجة القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

## - دراسة العجوري (2007م): عنوان الدراسة: "فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية".

هدفت الدراسة إلى تحديد مدى فاعلية برنامج الإرشادي المقترح في التخفيف من حدة أعراض الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية، واشتملت العينة على 30 سيدة من اللاتي يترددن على عيادات أرض الإنسان ولديهن أطفال مصابين بمرض سوء التغذية

وقسمت العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة ومن نتائج الدراسة أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0,05) بين متوسطي المجموعة التجريبية في حدة الاكتئاب بين أفراد المجموعة التجريبية في حدة الاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

### - دراسة دحادحة (2004م) بعنوان: أثر التدريب في تنفيذ الأفكار غير العقلانية وتأكيد الذات في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لدى الطلبة المكتئبين.

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف مدى فاعلية برنامج إرشاد جمعي في تأكيد الذات على خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لدى الطلبة المكتئبين، وتكونت عينة الدراسة من (60) طالبا وطالبة من طلاب الصف الأول الثانوي في مدرسة أربد الثانوية للبنين، ومدرسة صفية الثانوية للبنات، في مدرسة أربد قسمت العينة إلى مجموعتين تجريبيتين والثالثة ضابطة. واستخدمت الباحثة مقياس بيك والبرنامج المقترح، وأظهرت نتائج الدراسة على وجود فاعلية للبرنامج في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لدى الطلبة المكتئبين لصالح المجموعتين مقارنة بالمجموعة الضابطة.

### - دراسة علي (2004م) فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى عينة من مرضى الاكتئاب الأساسي أحادي القطب.

وهدف هذه الدراسة إلى فحص تأثير العلاج المعرفي في تخفيف أعباء الاكتئاب لدى عينة من مرضى الاكتئاب الأساسي أحادي القطب، وتكونت عينة الدراسة من (25) مريضاً وأجريت التحليلات الإحصائية على (13) مريضاً، وقد استخدمت الباحثة الاختبارات اللامعلمية نظراً لصغر حجم العينة وبطارية بيك للاكتئاب واختبار هاملتون للاكتئاب.

وأشارت نتائج الدراسة إلى: وجود فاعلية للبرنامج العلاجي المقترح مقارنة بالمجموعات التي تلقت العلاج الدوائي فقط.

### - دراسة تونسي (2002م): عنوان الدراسة: "القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة".

هدفت الدراسة إلى التعرف على القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة. وكانت عينة الدراسة (180) من المطلقات وعينة ضابطة مكونة

من (180) سيدة من غير المطلقات في مدينة مكة المكرمة مستخدمة المنهج السببي المقارن وهدفت الدراسة إلى المساهمة في فهم الآثار النفسية المنعكسة على المطلقات في مكة المكرمة.

### - دراسة الحسين (2002م) بعنوان: التوافق الزوجي وعلاقته بالاكتئاب وبعض المتغيرات الأخرى.

هدفت الدراسة إلى دراسة علاقة التوافق الزوجي بالاكتئاب وأثر مزاوله المرأة للعمل خارج منزلها وتأثير العوامل الأخرى (العمر لكلا الزوجين، والتعليم، وجنس الأبناء، والقرابة بين الزوجين، وتعدد الزوجات) على التوافق الزوجي، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي في دراستها، وتكونت عينة البحث من (350) سيدة متزوجة من العاملات وغير العاملات تم اختيارهن بطريقة عشوائية. في الدراسة طبقت الباحثة الأدوات الآتية: استمارة البيانات العامة من إعداد الباحثة، مقياس التوافق الزوجي من إعداد الباحثة. ومقياس بيك Beck للاكتئاب (تقنين الباحثة). ولتقنين أدوات الدراسة استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية: (التحليل العاملي، معامل ألفا، معامل الارتباط).

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

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظات غزة وعلاقة ذلك بعدة متغيرات: (السلوك الديني، منطقة السكن، العمر، المستوى التعليمي). وقد تكونت عينة البحث من عينة استطلاعية عددها (200) من أفراد المجتمع الذين لا يعانون من أية أمراض عضوية، ويكافئون عينة الدراسة في العمر ومنطقة السكن والمستوى التعليمي وعينة فعلية عددها (50) مريضاً من مرضى سرطان الرئة الذكور بمحافظات غزة. ولتحقيق أهداف البحث استخدم الباحث مقياس بيك للاكتئاب ومقياس السلوك الديني من إعداد (رضوان، 2002م)، واستخدم عدة أساليب إحصائية في دراسته منها اختبار التحليل الأحادي، واختبار شيفيه للمقارنات البعدية ومعامل ارتباط بيرسون. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: أن مرضى سرطان الرئة يعانون من الاكتئاب النفسي بدرجات متفاوتة، والكم الأكبر منهم يعانون من الاكتئاب بدرجات متوسطة وشديدة، وأن الفئة العمرية (أقل من 40 سنة) تعاني من الاكتئاب النفسي بدرجة أكبر من الفئتين (40-60) والفئة أكبر من (60 سنة)، ووجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب والسلوك الديني لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظات غزة، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب قل مستوى السلوك الديني، وعدم وجود فروق

ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي ومنطقة السكن.

### -دراسة عبد القوي (2003م) بعنوان:أساليب التعامل مع الضغوط، ومظاهر الاكتئاب لدى عينة من طلبة وطالبات جامعة الامارات.

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين من طلاب جامعة الإمارات في أساليب التعامل مع الضغوط ومظاهر الاكتئاب، والكشف أيضاً عن الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الدرجة على الاكتئاب في أساليب تعاملهم مع الضغوط واشتملت عينة الدراسة على (234) طالبا وطالبة، وبلغ متوسط أعمارهم من (15-20) وتمثلت أدوات الدراسة في الآتي:

مقياس عمليات تحمل الضغوط، اختبار الاكتئاب متعدد الدرجات، وأسفرت نتائج الدراسة عن كون الإناث أكثر اكتئاباً من الذكور، وأنهم يستخدمون الأساليب الموجهة انفعالياً عند تعاملهم مع الضغوط.

التعليق على الدراسات السابقة:اعتمدت معظم الدراسات على المنهج التجريبي واستخدمت معظم الدراسات نظام المجموعات وعيناتها (الضابطة والتجريبية)، وأشارت معظم الدراسات إلى فاعلية البرامج الإرشادية والعلاجية باستخدام البرامج الإرشادية في خفض العديد من الاضطرابات والمشكلات السلوكية، كدراسة العجوري (2007م)، وأيضاً دراسة (Dagon, 2010)، دراسة الشيخ (2000م)، دراسة المالكي (2013م).

وحيث تتنوع الفئات المستهدفة وأعدادها، وتتنوع أهداف الدراسة، والاختلاف أيضاً من حيث الموضوع الذي تعالجه البرامج الإرشادية والإرشاد السلوكي المعرفي، في دراسة سليمان (2014م) كان الهدف منها خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية، ودراسة المالكي (2014م) على عينة من طلاب الجامعة، ودراسة أبو فايد (2010م) منها تخفيف الاكتئاب لدى النساء المصابات بالفشل الكلوي. وتناولت دراسة بيلل (2010م) نفس عينة دراسة البحث الحالية باختلاف أن النساء في بحث بيلل يعانين من اضطراب عقلي ونفس المنهجية وأهداف الدراسة، ودراسة زقوت (2014م) في خفض مستوى القلق لدى النساء، ودراسة جودة (2015م) للسيدات يعانين من الاكتئاب.

تميزت هذه الدراسة في أنها وضعت برنامج إرشادي للتخفيف من مستوى الاكتئاب لدى النساء المصابات بأعلى أعراض الاكتئاب في خزاعة، وتفردت هذه الدراسة بطبيعة عينتها التي تمثلت في مجموعة من النساء اللاتي يعانين من الاكتئاب.

### أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

التعرف إلى البرامج المتعددة وآليات تطبيقها بناءً على أداة الدراسة، اختيار منهج الدراسة، تحديد الأهداف ومناقشة النتائج والتوصيات.

واستفادت الباحثة من خلال اطلاعها على الدراسات السابقة التعرف على تقنيات البرنامج الإرشادي وكذلك التعرف على التقنيات الإرشادية مما أتاح الفرصة للباحثة لاستخدام هذه التقنيات في تصميم البرنامج الخاص بالبحث الحالي وأيضاً استفادت من الأبحاث السابقة على آلية استخدام المنهج التجريبي واستفادت من الاطلاع على العديد من أدوات الدراسة وخاصة التي استخدمت مقياس بيك للاكتئاب.

### 3.3 الدراسات الأجنبية:

– دراسة (Gopal, 2013) بعنوان: علاقة الاكتئاب باحترام الذات والرضا عن الحياة.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الاكتئاب واحترام الذات والرضا عن الحياة بين طلاب الجامعة في البنغال، تكونت عينة الدراسة من (100) طالباً من الذكور تراوحت أعمارهم ما بين (20-25) عاماً وتم إختيار العينة بطريقة عشوائية واستخدم الباحث المنهج الوصفي لتحقيق أهداف الدراسة واستخدم كذلك الأدوات التالية: مقياس احترام الذات، مقياس الرضا عن الحياة، ومقياس الاكتئاب، وتم استخدام معامل ارتباط بيرسون لبحث العلاقة بين الاكتئاب والثقة بالنفس والرضا عن الحياة بين طلاب الجامعات وكانت النتيجة وجود علاقة سلبية بين الاكتئاب وكلاً من احترام الذات والرضا عن الحياة بين طلاب الجامعة.

- دراسة ليكرست جروين وتولين (2010م) and tulen Laqerstem،  
عنوانها: برنامج إرشادي للعلاج المعرفي السلوكي لخفض القلق والاكتئاب لدى  
عينة من الأطفال.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي للعلاج المعرفي السلوكي وذلك  
لخفض الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) ولقد تكونت عينة الدراسة من عينة كبيرة من  
الأطفال وبلغت (91) طفلاً وقسمت العينة إلى ثلاث مجموعات، المجموعة التجريبية الأولى  
على الأطفال والمجموعة التجريبية الثانية ركزت على الآباء وأطفالهم ومجموعة ضابطة  
وأوضحت نتائج الدراسة على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للآباء والأطفال في خفض  
اضطرابات القلق والاكتئاب.

- دراسة بونامكي وسيجن، (2008م): عنوان الدراسة: "مدى فعالية العلاج  
النفسي الجماعي مع مجموعة من النساء اللاتي يعانين من أعراض كرب ما بعد  
الصدمة، القلق، والاكتئاب".

هدفت الدراسة إلى التخفيف من حدة أعراض الصدمة النفسية والقلق والاكتئاب باستخدام العلاج  
النفسي الجماعي عند عينة البحث، وكانت عينة الدراسة عبارة عن (33) سيدة من منطقة  
جنوب أناتوليا وقد كانت الجلسات عبارة عن جلستين في الشهر لمدة خمسة شهور وتم استخدام  
مقياس كرب ما بعد الصدمة، مقياس الأحداث المعدل ومقياس التأقلم مع الضغط النفسي وتم  
تطبيق مقياس قبلي وبعدي ثم متابعة العينة من (3-6) شهور، وأظهرت النتائج انخفاض  
أعراض كرب ما بعد الصدمة والاكتئاب والقلق عند عينة الدراسة.

- دراسة دانيال وآخرون (2007م) et.al Daniel عنوانها: كفاءة المرضى في  
الأداء ومهارات العلاج المعرفي والسلوكي وعلاقته بالحد من انتكاس بعد علاج  
الاكتئاب.

هدفت هذه الدراسة إلى تعليم المرضى فنيات العلاج المعرفي والسلوكي التي يعتقد أنها تساعد  
على منع الانتكاس بعد نجاح العلاج من الاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من (35) مريضاً  
شدة الاكتئاب لديهم المتوسط إلى الشديد، واشتملت أدوات الدراسة على قائمة المواقف  
الضابطة، مواقف تجريبية والتصوير المقطعي، وأوضحت نتائج الدراسة أن المرضى الذين

استجابوا للعلاج المعرفي حدثت لهم تنمية نفسية مستقلة وأن استخدام هذه الكفاءات ساهم في توقع مكافحة الخطر وانخفاض خطر الانتكاس.

### - دراسة هويل وآخرون (2006م): عنوان الدراسة: "تقييم العلاج المعرفي السلوكي الجماعي مع المرضى لتخفيف مستوى الاكتئاب".

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى بعض المكتئبين وتكونت العينة من (51) مريضاً جرى تقسيمه إلى مجموعتين: المجموعة الأولى التجريبية وقوامها (26) فرداً، والمجموعة الضابطة وقوامها (25) فرداً.

اشتملت أدوات الدراسة على برنامج العلاج المعرفي السلوكي ومدته 12 أسبوعاً ومقياس بيك، وأسفرت النتائج عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي علاج وذلك في كل من القياس البعدي والمتابعة كما أوضحت النتائج أيضاً استمرار بعض الأعراض الاكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد المتابعة.

### - دراسة أندروو وآخرون (2006م) Anderw et بعنوان: التدخل المبكر في انتكاسة المرض.

وهدفنا الدراسة إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض التقييمات السلبية لدى الأفراد الذين يعانون من أعراض الاكتئاب وتحسين تقديرات الذات في مرحلة الانتكاسة، وتكونت عينة البحث من (144) فرد ممن يعانون من أعراض اكتئابية جرى تقسيمهم إلى مجموعتين المجموعة الأولى وقوامها (72) ممن تلقوا علاجاً معتاداً والمجموعة الثانية وقوامها (72) فرداً تلقوا معرفي سلوكي واشتملت أدوات الدراسة على استبيان المعتقدات الشخصية حول المرض، وأسفرت نتائج الدراسة خلال فترات المتابعة للانتكاسة واتي استمرت بعد 3 شهور عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض التقييمات السلبية حول المرض العقلي وتحسين تقدير الذات لدى المجموعة الثانية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الأولى.

**- دراسة أوليسوفيسكي (Olesovesky 2004) بعنوان: معنى الحياة والاكتئاب  
دراسة مقارنة للعلاقة بينهما على امتداد الحياة.**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى معنى الحياة وعلاقته بالاكتئاب وبالتقدم بالعمر وذلك على عينة ضمت أنماطا مختلفة من الطلاب وأفرادا من كبار السن وبلغ عددهم (81) متطوعا تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات فرعية عمرية وقد استخدمت في الدراسة عدة أدوات منها: قائمة النظر للحياة (المعدلة)، ومقياس المرغوبية الاجتماعية (مارتوي-كروان).

ومقياس لتقدير الاكتئاب (الزنج)، وأوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة سالبة بين معنى الحياة والاكتئاب في كل المجموعات العمرية، وبينما لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين معنى الحياة والتقدم في السن عند حدوث الاكتئاب.

**- دراسة جارنيفسك وآخرون (Garnefski, 2002): عنوان الدراسة: "استراتيجيات التكيف وأعراض الاكتئاب والقلق: دراسة مقارنة بين المراهقين والبالغين".**

قد هدفت الدراسة للمقارنة بين المراهقين والبالغين في آلية استخدام استراتيجيات التكيف المعرفي وعلاقتها في كل من أعراض الاكتئاب والقلق، واستخدم الباحث عینتين، عينة من المراهقين و يبلغ عددها 487 في مدرسة الثانوية، والعينة الثانية من البالغين و يبلغ عددها 630 من مؤسسات مختلفة وتم تطبيق استراتيجيات التكيف المعرفي التسعة وأظهرت النتائج أن استراتيجيات التكيف التسعة ساهمت في تخفيف حدة أعراض الاكتئاب والقلق عند المراهقين بالمقارنة بالبالغين وبينت النتائج أهمية تطبيق برامج التدخل المبكر للوقاية من اضطراب الاكتئاب والقلق.

**- دراسة كاسكاليندا (Casalenda itall 2002) بعنوان: التخفيف من حدة الاضطراب الاكتئابي الأساسي دراسة مقارنة بين العلاج النفسي، العلاج الدوائي.**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى فاعلية العلاج النفسي في التحقق من حدة الاضطراب الاكتئابي ومقارنة بالعلاج الدوائي، وتمثلت عينة البحث من (883) متعالجا من متعالجي العيادات الخارجية ويعانون من اضطراب الاكتئاب الأساسي من الخفيف إلى المتوسط وتمثلت أدوات الدراسة في الآتي: مقياس بيك للاكتئاب والتشخيص الطبي النفسي والبرنامج العلاجي المقترح، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج الدوائي في خفض أعراض الاكتئاب مقارنة بالمجموعة التي استخدمت العلاج الدوائي.

## - دراسة يانج (Yang 2002) بعنوان: العوامل المدرسية وعلاقتها بالاكنتاب لدى تلاميذ المدارس المتوسطة.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى العوامل المدرسية وعلاقتها بالاكنتاب لدى تلاميذ المدارس المتوسطة، وتكونت عينة الدراسة من 500 تلميذ من الفصول السابع والثامن والتاسع في ثلاث مدارس، واستخدم في الدراسة مقياس الاكنتاب لمركز الدراسات الوبائية ومقياس الاكنتاب لمركز الدراسات الوبائية ومقياس العلاقة بين المدرس والطالب، ودرجات التلاميذ في الرياضيات واللغة الانجليزية وأظهرت النتائج ارتباط الاكنتاب بدلالة إحصائية بكل من العلاقة مع المدرسين والأقران.

### التعقيب على الدراسات السابقة التي تناولت الاكنتاب:

بعد اطلاع الباحثة على العديد من الأبحاث التي تناولت متغير الاكنتاب تبين للباحثة ما يلي أن الدراسة الحالية ما هي إلا إكمال لمواضيع البحث التي تم استعراضها في الدراسات السابقة وهذا على حد علم الباحثة، وكان هناك أوجه اتفاق واختلاف وتميز وسنوضح ذلك كالتالي:

اتفقت العديد من الدراسات باستخدام المنهج التجريبي كدراسة بونامكي (2008م)، دراسة بلحيل (2008م)، أبو فايد (2010م)، دراسة هويل واخرون (2006م)، ودراسة العجوري (2007م). كما تبين الباحثة أوجه الاتفاق أن العديد من هذه الدراسات السابقة استخدمت نفس أداة القياس، مقياس بيك كما في دراسة العجوري (2007م)، جودة (2015م)، الحسين (2002م)، واستخدم نفس المقياس كل من الجريسي (2003م)، وبلحيل (2008م) وتتنوعت أهداف الدراسات السابقة بحيث هدفت دراسة بلحيل (2008م) إلى الكشف عن مدى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض حدة اضطراب الاكنتاب لعينة من الطلاب، كما هدفت دراسة عرعر (2010م) لمعرفة مستوى الصحة النفسية لأمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، ودراسة سيروس واخرون (2010م) هدفت للتوصل إلى تحسين أعراض الاكنتاب.

وتتنوعت عينات الدراسة وأعدادها مثل دراسة الجريسي (2003م) تناولت عينة من مرضى سرطان الرئة ودراسة العبيد (2008م) كانت عينتها لمرضى الاكنتاب كما كانت عينة العجوري (2007م) لمجموعة من أمهات الأطفال المصابين بسوء التغذية، القلق والاكنتاب عند مرضى الباركنسون. وتبين للباحثة اختلاف المناهج المستخدمة منها الوصفية أيضاً التجريبية. وتبين للباحثة بأن الدراسة الحالية هي الوحيدة على حد علم الباحثة التي تتناول التخفيف من أعراض الاكنتاب لدى النساء المصابات بالاكنتاب ولكن بعض الدراسات التي استعرضتها

تتاولت عينات لمصابين باضطراب الاكتئاب كدراسة داغا (2011م) العينة فيها لمرضى اكتئاب، كما هو الحال في دراسة هويل آخرون (2006م)، وجودة (2015م). وتميزت هذه الدراسة بتناول عينة للسيدات اللاتي يعانين من أعراض اضطراب الاكتئاب التي تعيق حياتهن، بجانب تميز البحث أن تناول شريحة واسعة بالنسبة لأعمار النساء من (25-45) مما أتاح الفرصة للتعرف على اضطراب الاكتئاب وتأثيره على النساء في مراحل أعمارهن المختلفة وهذا أيضا ساعد الباحثة خلال تطبيق البرنامج حيث أنه كان هناك فرصة واسعة لتبادل الخبرات بين النساء والاستفادة من بعضهن البعض مما ساعد في نجاح البرنامج الإرشادي.

### 3.4 الصعوبات التي واجهتها الباحثة في الدراسة:

واجهت الباحثة أثناء إعداد هذه الدراسة العديد من الصعوبات التي اعترضت سبيلها، ومن هذه الصعوبات:

- فيما يتعلق بعينة الدراسة كان من الصعب تعبئة الاستبيانات بسبب رفض عدد من النساء التعاون في تعبئة الاستبيان بسبب حالتهم المزاجية وشعورهم بالإرهاق، مما تطلب الكثير من الجهد والوقت.
- انخفاض المستوى التعليمي لدى عدد غير قليل من النساء من حيث صعوبة القراءة والكتابة كان من أكبر الصعوبات التي واجهت الباحثة مما اضطرها لقراءة وشرح وتوضيح فقرات الاستبانة لكل سيدة على حدة.
- أيضا من الصعوبات ان البرنامج الإرشادي مكلف مادياً من حيث الضيافة، توفير المواصلات لبعض النساء، والرحلة الترفيهية.
- وعلى الرغم من كل هذه العقبات إلا أن الباحثة تمكنت والشكر لله من تجاوز هذه العقبات وإخراج هذا العمل إلى النور.

1- الفرضية الأولى: تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب عند مستوى دلالة (0.05) بين أفراد (المجموعة التجريبية) وبين أفراد (المجموعة الضابطة) في القياس البعدي.

- 2- الفرضية الثانية: ينص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $(\alpha \geq 0.05)$  بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي حسب المجموعة التجريبية.
- 3- الفرضية الثالثة: ينص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $(\alpha \geq 0.05)$  بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للمجموعة التجريبية.

## الفصل الرابع

### إجراءات الدراسة

## الفصل الرابع إجراءات الدراسة

### 4.1 مقدمة:

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

### 4.2 منهج الدراسة:

**تعريف المنهج شبه التجريبي:** استخدمت الباحثة في هذه الدراسة المنهج الكمي ، حيث أن المنهج الكمي وهو " شبه التجريبي ذات التصميم الواحد لمجموعة واحدة حيث القياس القبلي والبعدي والتتبعي، كونه يعتمد علي دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً ويعبر عنها تعبيراً كيفياً أو كميًا. (عبيدات وآخرون، 2004م، ص191).

### 4.3 مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة الحالية من جميع النساء ذوات البيوت المهدمة في محافظة خان يونس والبالغ عددهن (93) سيدة.

### 4.4 عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من عينتين:

**عينة استطلاعية:** تم تطبيق المقياس على 93 من النساء ذوات البيوت المهدمة، فقد تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على جميع مجتمع الدراسة، بعد ذلك تم اختيار 28 سيدة من النساء اللواتي حصلن على أعلى درجات على مقياس بيك للاكتئاب، وذلك للوصول إلى هدفين، الهدف الأول وهو التأكد من صلاحية مقياس بيك للاكتئاب لتطبيقه على هذه الفئة، وذلك من

خلال حساب معاملات الصدق والثبات للمقياس، والهدف الثاني وهو اختيار العينة الضابطة والعينة التجريبية التي سوف يتم تطبيق برنامج العلاج النفسي الجماعي - البرنامج الإرشادي.  
**عينة التجريبية:**

بلغت عينة الدراسة 28 سيدة من النساء ذوات البيوت المهدمة، وهن من النساء اللواتي حصلن على أعلى درجات على مقياس بيك للاكتئاب، حيث تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين وهما المجموعة الضابطة بلغ عددهن 15 سيدة لم يتلقن أي علاج، أما المجموعة التجريبية بلغ عددهن 13 سيدة تلقن جلسات تفريغ نفسي واجتماعي (برنامج إرشادي)، كما تم أيضاً مقارنة أو تكافؤ بين المجموعتين في المتغيرات التالية (الفئات العمرية، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، مستوى الاكتئاب النفسي) ويتضح ذلك من خلال التالي:

**التكافؤ بين المجموعتين في المتغيرات الديمغرافية:**

جدول (4.1): الخصائص الديمغرافية بين أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية

حسب المتغيرات الديمغرافية

مستوى الدلالة	X <sup>2</sup>	المجموعة التجريبية (ن=13)		المجموعة الضابطة (ن=15)		الفئة	المتغير
		%	N	%	N		
0.23//	4.27	7.7	1	0.0	0	أقل من 20 سنة	الفئات العمرية
		30.8	4	40.0	6	من 20-25 سنة	
		46.2	6	20.0	3	من 25-30 سنة	
		15.4	2	40.0	6	أكثر من 30 سنة	
//1.98	1.65	84.6	11	80.0	12	أقل من 1000 شيكل	المستوى الاقتصادي
		15.4	2	20.0	3	من 1001-2000 شيكل	
//0.46	0.53	53.8	7	40.0	6	ثانوية عامة فأقل	المؤهل العلمي
		46.2	6	60.0	9	جامعي	

\*\* دالة إحصائياً عند 0.01 \* دالة إحصائياً عند 0.05 \ \ غير دالة إحصائياً

أظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية وبين أفراد المجموعة الضابطة في المتغيرات الديمغرافية التالية (الفئات العمرية، المستوى الاقتصادي، المؤهل العلمي)، وهذا يدل على وجود تجانس وتكافؤ بين أفراد المجموعة التجريبية وبين أفراد المجموعة الضابطة في المتغيرات الديمغرافية.

## التكافؤ بين المجموعتين في الاكتئاب النفسي:

للتحقق من تكافؤ المجموعتين في الاكتئاب النفسي قبل إجراء البرنامج، قامت الباحثة باستخدام اختبار مان وتني اللامعلمي للمقارنة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي في القياس القبلي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (4.2): نتائج اختبار مان وتني الغير معلمي لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في درجات الاكتئاب النفسي في القياس القبلي

الدالة الإحصائية	قيمة Z	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	نوع المجموعة
.562 غير دالة	-.580	5.7	39.0	15	المجموعة الضابطة
		5.0	39.9	13	المجموعة التجريبية

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

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي في القياس القبلي، وهذا يدل على أن وجود تكافؤ بين أفراد المجموعة التجريبية وبين أفراد المجموعة الضابطة في درجات الاكتئاب النفسي قبل تطبيق البرنامج الإرشادي.

## 4.5 أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة في دراستها مقياس بيك ترمة (أحمد عبد الخالق)، حيث يتكون المقياس من واحد وعشرين فقرة، أمام كل منها أربع عبارات فرعية، وعلى المفحوص أن يحدد مدى انطباق كل أي من العبارات الفرعية عليه، وذلك بوضع دائرة حول رقم العبارة التي تتفق مع رأيه.

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

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

قام (أحمد عبد الخالق) بترجمة بنود القائمة وتعليماتها بتصريح من (أرون بيك) من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية الفصحى السهلة، ثم خضعت الترجمة لمراجعات عديدة من قبل المتخصصين في علم النفس وفي اللغة العربية، وقد وضعت تعليمات تطبيق القائمة مختصرة وبسيطة، وتحدد للمفحوص مباشرة المطلوب منه عند الإجابة، وفيما يلي نص التعليمات: "يشتمل هذا الاستفتاء على (21) مجموعة من العبارات. بعد أن تقرأ كل مجموعة منها بإمعان، ضع دائرة حول أحد الأرقام (0,1,2,3) التي تسبق العبارة التي تصف تمامًا الحالة التي كنت تشعر بها خلال الأسبوع الماضي، بما في ذلك كالسيوم الحالي، وإذا رأيت أن عدة عبارات في مجموعة واحدة تنطبق عليك بالدرجة نفسها فضع دائرة حول كل رقم يقابلها. تأكد من قراءة كل العبارات في كل مجموعة قبل أن يقع اختيارك على إحداها".

وتصح قائمة بيك بجمع التقديرات التي يعطيها المفحوص لكل من الواحد والعشرين بنداً، ويتكون كل بند من أربع عبارات تقدر من (3-0). والدرجة الكلية القصوى هي (63). وإذا اختار المفحوص أكثر من عبارة واحدة استخدم العبارة ذات التقدير الأعلى لحساب الدرجة. فإنه يتم تصنيف مستويات الاكتئاب حسب الدرجات التالية (0-20) لا يوجد اكتئاب،

(21-31) يوجد أعراض أكتئاب خفيفة، و (32-42) يوجد أعراض متوسطة، (43 - 63) توجد أعراض شديدة.

ويجب الاهتمام بشكل خاص عند وضع الدرجة للبند(19) الخاص بفقد الوزن، فإذا ذكر المفحوص أنه يحاول - شعورياً - أن ينقص وزنه، عند إذ لا يضاف تقدير هذا البند للدرجة الكلية (الأنصاري، 2002: 179: 182 - 183). حيث قام عدد من الباحثين بتقنين المقياس على البيئة العربية والبيئة الفلسطينية، وكان مصداقية هذا المقياس باستخدام معامل ألفا = 0.79 (غريب، 2000). وتم استخدام هذا المقياس في دراسات أخرى في البيئة الفلسطينية، وكانت مصداقيته عالية (أبو ليلة، 2008 وأبو سيف، 2007)، (شاهين، 2014).

### **الخصائص السيكومترية للمقياس:**

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

### **أولاً: معاملات الصدق لمقياس بيك للاكتئاب:**

للتحقق من معاملات الصدق للمقياس قامت الباحثة بحساب الصدق بطريقة صدق

الاتساق الداخلي، وسوف نعرضها بالتفصيل من خلال التالي:

### **1: صدق الاتساق الداخلي Internal consistency:**

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

الكلية للمقياس، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس، وذلك بهدف التحقق

من صدق المقياس، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (4.3): معاملات الارتباط بين فقرات مقياس بيك للاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الفقرة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الفقرة
.0001**	.518	فقدان الاهتمام	.0001**	.444	الحزن
.0001**	.436	تردد	.0001**	.428	التشاؤم
.0001**	.555	انعدام القيمة	.0001**	.529	الفشل
.0001**	.546	فقدان الطاقة	.0001**	.514	فقدان الاستمتاع
.0001**	.373	زيادة أو قلة النوم	.0001**	.521	مشاعر الإثم
.0001**	.628	ضعف أو زيادة الشهية	.0001**	.558	مشاعر العقاب
.0001**	.426	صعوبة التركيز	.0001**	.469	عدم حب الذات
.0001**	.565	الارهاق أو الاجهاد	.0001**	.446	نقد الذات
.0001**	.451	فقدان الاهتمام بالجنس	.027*	.230	الأفكار أو الرغبات الانتحارية
.002**	.319	ضعف أو زيادة الشهية	.0001**	.425	البكاء
			.0001**	.442	التهيج أو الاستثارة

\*\* دالة عند 0.01 \* دالة عند 0.05 // غير دالة

تبين من الجدول السابق أن فقرات مقياس الاكتئاب تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.23 - 0.62)، وهذا يدل على أن فقرات مقياس الاكتئاب تتمتع بمعامل صدق عالي، ومما سبق يظهر بأن فقرات المقياس تتمتع بمعاملات صدق عالي، وبهذا ينصح باستخدام المقياس في الإجابة عن أهداف الدراسة.

## 2: الصدق التمييزي:

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

جدول (4.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار "مان وتني اللامعلمي" لدراسة الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي درجات الاكتئاب لدى النساء

مستوى الدلالة	قيمة "Z"	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	مقياس بيك للاكتئاب
0.001 دالة	5.23	3.60	13.14	9	منخفضي الدرجات
		4.93	38.79	9	مرتفعي الدرجات

تبين من الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين النساء مرتفعات الدرجات والنساء منخفضات الدرجات في درجات الاكتئاب، وهذا يدل على أن المقياس يميز

بين النساء ذوى الدرجات العليا والنساء ذوى الدرجات الدنيا في درجات الاكتئاب، ومما يعني بأن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل صدق عال. وهو يشير إلى صلاحية المقياس للتمييز بين الدرجات العليا والدرجات المنخفضة.

### ثانياً: معاملات الثبات للمقياس:

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

#### 1- معاملات الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ:

تم تطبيق المقياس على عينة قوامها (30) من النساء ذوات البيوت المهدمة، بعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي تساوي 0.82، وهذا يدل على أن مقياس الاكتئاب يتمتع بمعامل ثبات عالي.

#### 2- معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تم تطبيق المقياس على عينة قوامها (30) من النساء ذوات البيوت المهدمة، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون لمقياس الاكتئاب بهذه الطريقة (0.60)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.75)، وهذا يدل على أن مقياس الاكتئاب يتمتع بمعاملات ثبات عالية، مما يشير إلى صلاحية المقياس، وبذلك تعتمد الباحثة هذا المقياس كأداة لجمع البيانات ولإجابة عن فروض وتساؤلات الدراسة.

جدول (4.5): معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لمقياس بيك للاكتئاب

طريقة التجزئة النصفية		معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	مقياس بيك للاكتئاب
معامل بيرسون	معامل سبيرمان براون			
0.60	0.75	0.82	21	

### 4.6 الأساليب الإحصائية:

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

- 1- الإحصاءات الوصفية، منها المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، الوزن النسبي.
- 2- معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لقياس معاملات الثبات لأداة الدراسة.
- 3- معامل ارتباط بيرسون (Person's Correlation) للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لفقرات المقياس.

- 4- اختبار كا<sup>2</sup> سكوير " لمعرفة الفروق بين العينتين بالنسبة للمتغيرات الديموغرافية، لمعرفة تجانس العينتين.
- 5- اختبار (مان وتي) اللامعلمي لعينتين مستقلتين لكشف الفروق بين متغير نوعي (المتغير المستقل) ذوي فئتين كمثل نوع الجنس والمتغير التابع (المتغيرات الكمية).
- 6- اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test وذلك بهدف معرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في مقياس الاكتئاب النفسي.
- 7- قيمة آيتا (Eta) لمعرفة حجم التأثير للبرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة التجريبية.

# الفصل الخامس

## نتائج الدراسة وتفسيرها

## الفصل الخامس

### نتائج الدراسة وتفسيرها

في هذا الفصل أوضح تساؤلات الدراسة وتفسيراتها ومناقشتها. التساؤل الأول: ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى النساء ذوات البيوت المهدامة؟ للتعرف على مستوى الاكتئاب لدى النساء ذوات البيوت المهدامة، قامت الباحثة بحساب التكرارات والنسبة المئوية لمستويات الاكتئاب حسب مقياس بيك، والنتائج الخاصة بهذا التساؤل موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.1): التكرارات والنسب المئوية لمستويات الاكتئاب النفسي للنساء ذوات البيوت المهدامة (ن=93)

النسبة %	العدد	مستويات الاكتئاب
24.7	23	لا يوجد أعراض (20-0)
39.8	37	اعراض خفيفة (31-21)
25.8	24	أعراض متوسطة (42-32)
9.7	9	اعراض شديدة (63-43)
100.0	93	المجموع

أظهرت النتائج إلى أن 24.7% من النساء في العينة الكلية ذوات البيوت المهدامة لا يوجد لديهن أعراض اكتئاب، بينما 39.8% يوجد لديهن أعراض اكتئاب خفيفة، في حين 25.8% يوجد لديهن أعراض اكتئاب متوسطة، و 9.7% فقط يوجد لديهن أعراض اكتئاب شديدة.

وتعزو الباحثة هذه النتائج بأن النساء في منطقة خزاة وهي منطقة حدودية تعايشوا مع خبرة الحرب بصورة ايجابية حيث أن معدل النساء اللواتي يعانين من أعراض اكتئاب شديدة 9.7% وذلك نتيجة العلاقات الاجتماعية الإيجابية والأسر الممتدة، ووجود تجمعات عائلية ومرور

الوقت مما يخفف من الضغوط والتوترات النفسية، بعكس أهل المدينة حيث تؤثر بهم ظروف الحرب والضغوط الحياتية الى اضطرابات نفسية عديدة.

وفيما يخص مستويات الاكتئاب الذي تعاني منه كل من المجموعة الضابطة والتجريبية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي إلى العديد من العوامل التي تؤثر على الصحة النفسية، ومن أهمها الأوضاع السياسية التي يعاني منها المجتمع الفلسطيني والغزي على وجه الخصوص، فتلاحق الضغوط السياسية بداية من استمرارية الاحتلال إلى حرب 2009م وحرب 2012م والانقسام الداخلي الذي أدى إلى حدوث الخلل وعدم التوازن في المجتمع الفلسطيني وأخيراً الحرب الأخيرة 2014م التي ساهمت في انهيار الدفاعات النفسية عند الناس بشكل عام مما زاد من حالة الخوف والترقب وفقد الثقة والأمل في مستقبل أفضل وخاصة مع استمرارية الغموض السياسي وهذا بدوره أدى إلى تشعب الضغوط لتطال الوضع الاقتصادي والوضع الاجتماعي وتزايد البطالة مما زاد من أعراض الاكتئاب عند البعض من الناس العاديين ولكنهم لم يصلوا إلى حالة الاضطراب.

ووضحت دراسة (قوته، وتمراز، 2000م) والتي بينت أن 71% من المترددين على مراكز الرعاية الأولية يعانون من مشاكل الاكتئاب بنسب متفاوتة، وفئة المرضى سواء النفسيين أو الذين يعانون من أمراض عضوية هم الأكثر حساسية وخوفاً من الأوضاع المحيطة بهم، وتتفق نتائج الدراسة مع كل من نتائج الدراسات التالية (الجبوري، 2010م)، (العويبي، 2012م).

وتفسر الباحثة أن هناك عوامل اجتماعية ونفسية وبيولوجية تحدد مستوى الصحة النفسية للفرد في لحظة من الزمن، حيث أن كثيراً من كبار السن من النساء يفقدن قدرتهن على العيش باستقلالية وتزيد اعتمادهن على الآخرين من أفراد أسرهن وأيضاً احتياجهن للرعاية الصحية ونظراً لسوء الأحوال الصحية والاقتصادية والسياسية يزداد عندهم الخوف ومشاعر الحزن.

حيث عبرت السيدة ميسون عن حزنها الشديد بسبب الظروف الاقتصادية التي يعيشونها فالحرب انتهت ولكن لا أحد يشعر بالضغوط الحياتية لهؤلاء الناس الذين فقدوا المأوى وأصبحوا مشردين ولا يوجد مصدر للدخل بحيث يستطيعون إعادة بناء بيوتهم من جديد وينتظروا دورهم في الحصول على التعويضات التي طال انتظارها، وأوضحت الكثير من النساء اللواتي فقدن بيوتهن أسوأ حال.

التساؤل الثاني: ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى النساء ذوات البيوت المهمة حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي؟

-لتعرف على مستوى الاكتئاب لدى النساء ذوات البيوت المهمة، وذلك حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج الإرشادي، قامت الباحثة بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لدرجات مقياس الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعتين، والنتائج الخاصة بهذا التساؤل موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.2): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس الاكتئاب النفسي لأفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي (ن=28)

المجموعة	مقياس الاكتئاب النفسي	عدد الفقرات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %
المجموعة التجريبية	الدرجة الكلية للاكتئاب النفسي	21	39.9	5.07	63.4
لمجموعة الضابطة	الدرجة الكلية للاكتئاب النفسي	21	39.0	5.6	61.9

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

تبين من خلال الجدول السابق مايلي:

\* أفراد المجموعة التجريبية: قبل تطبيق البرنامج ظهر من النتائج بأن متوسط درجات الاكتئاب النفسي لأفراد المجموعة التجريبية بلغ 39.9 درجة وانحراف معياري 5.07، ووزن نسبي (63.4%) ، وهذا يدل على أن ربات البيوت في المجموعة التجريبية يعانين من الاكتئاب النفسي بدرجة متوسطة.

\* أفراد المجموعة الضابطة: قبل تطبيق البرنامج ظهر من النتائج بأن متوسط درجات الاكتئاب النفسي لأفراد المجموعة الضابطة بلغ 39.0 درجة وانحراف معياري 5.0، ووزن نسبي (61.9%) ، وهذا يدل على أن ربات البيوت في المجموعة الضابطة يعانين من الاكتئاب النفسي بدرجة متوسطة.

وتعزو الباحثة هذه النتائج ومعاناة النساء من أعراض الاكتئاب إلى مدى أهمية البيت وعلاقة فقد البيت بالسياق الفلسطيني حيث أن البيت له دلالة مختلفة عن كل الشعوب، حيث أن الشعب الفلسطيني يعاني من فقدان الوطن فالبيت يمثل مصدر القوة والأمان.

وللتعرف على مستوى الاكتئاب لدى النساء ذوات البيوت المهذمة، وذلك حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، قامت الباحثة بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لدرجات مقياس الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعتين، والنتائج الخاصة بهذا التساؤل موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.3): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس الاكتئاب النفسي لأفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي (ن=28)

المجموعة	مقياس الاكتئاب النفسي	عدد الفقرات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %
لمجموعة التجريبية	الدرجة الكلية للاكتئاب النفسي	21	6.2	10.8	9.8
لمجموعة الضابطة	الدرجة الكلية للاكتئاب النفسي	21	38.1	5.9	60.4

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

تبين من خلال الجدول السابق مايلي:

\* أفراد المجموعة التجريبية: قبل تطبيق البرنامج ظهر من النتائج بأن متوسط درجات الاكتئاب النفسي لأفراد المجموعة التجريبية بلغ 6.2 درجة وانحراف معياري 10.8، ووزن نسبي (9.8%) ، وهذا يدل على أن ربات البيوت في المجموعة التجريبية يعانين من الاكتئاب النفسي بدرجة خفيفة.

\* أفراد المجموعة الضابطة: قبل تطبيق البرنامج ظهر من النتائج بأن متوسط درجات الاكتئاب النفسي لأفراد المجموعة الضابطة بلغ 38.1 درجة وانحراف معياري 5.9، ووزن نسبي (60.4%) ، وهذا يدل على أن ربات البيوت في المجموعة الضابطة يعانين من الاكتئاب النفسي بدرجة متوسطة. تفسر الباحثة هذه النتيجة لصالح المجموعة التجريبية بأهمية دور الإرشاد النفسي وأهمية التفريغ النفسي والدعم خاصة للنساء حيث تحتاج المرأة إلى تفريغ وإعادة التهيئة، حيث تعيش المرأة في بيئة مليئة بالضغوط النفسية وعدم وجود وسائل للترفيه والتسلية.

حيث تظهر هنا أهمية البرامج الإرشادية والخطط العلاجية، حيث تستطيع المرأة أن تستمر بعد التفريغ النفسي أن تسيطر على مشاعرها وتستطيع العطاء.

و طبقت الباحثة نظريات الإرشاد حيث استخدمت النظرية السلوكية والنظرية العقلانية والانفعالية، وذلك بهدف دمج الوسائل لاستخلاص أساليب مناسبة لجميع النساء.

وتكمن أهمية البرامج الإرشادية مع النساء حيث مقاسمة الألم والفقدان يعطي ولو جزءاً بسيطاً من الراحة والتخفيف من التعب والإعياء النفسي، ومن الجدير بالإشارة له في تحسن النساء هو

احتياجهم إلى الاهتمام والسماع الجيد لهن والترفيه والخروج من البيت، حيث وجدت التزام كامل في الحضور تحت بند شعورهم بالراحة والاهتمام وقتل الروتين اليومي، وتم اعطاء النساء هذا الاهتمام الذي أشعرهن بالتحسن والحب والعطاء حيث زاد من فاعلية التدخل. وتغزو الباحثة ذلك التحسن أيضا لتدخل عوامل عديدة من أهمها دعم المجتمع والتعاطف معهم، توفير برامج داعمة للأسرة من دعم اقتصادي، اجتماعي، علاجي وأيضاً تعليمي مما خفف من أعراض الاكتئاب لديهن.

كما بينت دراسة (دحاحة، 2004م) إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض مستوى الاكتئاب، ودراسة (عجوري، 2007م) التي أكدت على أهمية البرامج الإرشادية في خفض أعراض الاكتئاب.

### 5.1 فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى: تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب النفسي عند مستوى دلالة (0.05) بين أفراد (المجموعة التجريبية) وبين أفراد (المجموعة الضابطة) في القياس البعدي.

لاختبار هذه الفرضية قام الباحث باستخدام اختبار مان وتني اللامعلمي للمقارنة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي في القياس البعدي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (5.4): نتائج اختبار مان وتني اللامعلمي لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في درجات الاكتئاب النفسي في القياس البعدي

نوع المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة z	مستوى الدلالة
المجموعة الضابطة	15	38.1	5.9	9.89	**0.001
المجموعة التجريبية	13	6.2	10.8		

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

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي في القياس البعدي. والفروق كانت لصالح أفراد المجموعة الضابطة

وهذا يدل على أن البرنامج الإرشادي له تأثير في خفض أعراض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية.

الفرضية الثانية: ينص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $(\alpha \geq 0.05)$  بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في الاكتئاب النفسي في المجموعة التجريبية.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار " ويلكوكسون اللامعلمي لدراسة الفروق بين وسيطي مجموعتين مرتبطتين (غير مستقلتين)، بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول (5.5): نتائج اختبار "ويلكوكسون اللامعلمي" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات الاكتئاب النفسي للسيدات ذوات البيوت المهدامة في المجموعة التجريبية

نسبة التحسن %	حجم التأثير	قيمة d	قيمة إيتا $\eta^2$	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمليات الإحصائية	نوع المجموعة
83.7	كبير	6.95	0.92	-3.18**	91.00	7.00	5.9	38.1	13	الرتب السالبة	المجموعة التجريبية
					.00	.00	10.8	6.2	0	الرتب الموجبة	
									0	التعادل	
									13	المجموع	

// : Not Signifinent \* P-value<0.05 \*\* P-vlaue <0.01

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في الاكتئاب النفسي للنساء في المجموعة التجريبية ( $z\text{-test}=-3.18$ ,  $P\text{-value}<0.01$ ). والفروق كانت لصالح القياس البعدي، وهذا يدل على أن البرنامج الإرشادي له أثر في خفض أعراض الاكتئاب النفسي عند النساء ذوات البيوت المهدامة، فقد بلغ متوسط الفرق 31.9 درجة، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير لأن قيمة d أكبر من 0.80، وهذا يعني بأن البرنامج الإرشادي له تأثير إيجابي في خفض مستوى أعراض الاكتئاب النفسي عند النساء اللواتي تم تدمير منازلهن خلال الحرب الأخيرة

على قطاع غزة بعام 2014، فقد بلغت نسبة التحسن 83.7% عند النساء في المجموعة التجريبية.

وتعزو الباحثة على هذه النتيجة وتبين أهمية البرامج الإرشادية في التخفيف من أعراض الاكتئاب لأنه بواسطته يتم استخدام تكنيكات عديدة تتيح المجال لكل سيدة أن تشعر بالأهمية والاحتواء والشعور بالراحة، وتمكن أهمية البرنامج الإرشادي في تقاسم مشاعر الألم ووجود سيدات يتقاسمن نفس فقدان و المعاناة، ولا شك ان المجموعة ارتبطت بمشاعر ايجابية حيث وجد الالتزام والإنصات والتعزيز والرفاهية.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات سابقة حيث اعتمدت معظم الدراسات على المنهج التجريبي واستخدمت معظم الدراسات نظام المجموعات وعيناتها (الضابطة والتجريبية)، وأشارت معظم الدراسات إلى فاعلية البرامج الإرشادية والعلاجية باستخدام البرامج الإرشادية في خفض العديد من الاضطرابات والمشكلات السلوكية، كدراسة العجوري (2007م)، وأيضاً دراسة ( Dagon, 2010)، دراسة الشيخ (2000م)، دراسة المالكي (2013م).

وحيث تتنوع الفئات المستهدفة وأعدادها، ولكن جميع الدراسات أكدت على مدى تأثير البرامج الإرشادية مثل دراسة سليمان (2014م) كان الهدف منها خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية، ودراسة المالكي (2014م) على عينة من طلاب الجامعة، ودراسة أبو فايد (2010م) منها تخفيف الاكتئاب لدى النساء المصابات بالفشل الكلوي. وتناولت دراسة بيلل (2010م) نفس عينة دراسة البحث الحالية باختلاف أن النساء في بحث بيلل يعانين من اضطراب عقلي ونفس المنهجية وأهداف الدراسة، ودراسة زقوت (2014م) في خفض مستوى القلق لدى النساء، ودراسة جودة (2015م) للسيدات يعانين من الاكتئاب

**الفرضية الثالثة: ينص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $\alpha \geq 0.05$  بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في الاكتئاب النفسي لأفراد المجموعة التجريبية.**

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ويلكوكسون اللامعلمي لدراسة الفروق بين وسيطي مجموعتين مرتبطتين (غير مستقلتين)، بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي لأفراد المجموعة التجريبية ، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول (5.6): نتائج اختبار "ويلكوكسون اللامعلمي" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي على درجات الاكتئاب النفسي لأفراد المجموعة التجريبية

مستوى الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمليات الإحصائية	نوع المجموعة
0.074 غير دالة	-	3.50	3.50	10.82	26.	1	الرتب السالبة	المجموعة التجريبية
		24.50	4.08	11.45	7.23	6	الرتب الموجبة	
						6	التعادل	
						13	المجموع	

// : Not Significant

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في الاكتئاب النفسي للنساء في المجموعة التجريبية ( $z\text{-test} = -1.784$ ,  $P\text{-value} > 0.05$ ). وهذا يدل على استمرارية فاعلية جلسات البرنامج الإرشادي في خفض مستوى الاكتئاب النفسي عند النساء اللواتي تم هدم منازلهن خلال الحرب الأخيرة.

وتعزو الباحثة استمرارية التحسن الحادث للسيدات في المجموعة التجريبية إلى استخدام أنواع مختلفة من التدخلات النفسية الفردية وعلى سبيل المثال الإرشاد المعرفي السلوكي كعلاج نفسي فردي حيث وضع العالم بيك أن العلاج المعرفي السلوكي يركز بدوره على الأفكار السلبية التي هي المنشأ الأول لمرضى الاكتئاب والتي بدورها تؤثر على الإنسان بحيث أنه يرى نفسه والآخرين والعالم من حوله بمنظور سلبي يؤدي بدوره للاكتئاب، وباستخدامه فإننا نساعد النساء على تغيير الأفكار الأتوماتيكية والاعتقادات الجازمة لمنع حدوث التفسير السلبي لديهن.

وهذا ما أكدته الأخت شيرين خلال اجراء المقابلة المعمقة لها بأنها تجد الراحة في حضور الجلسات حيث أصبحت أقل عصبية وتوتر مع زوجها مما أدى الى تقليل المشاكل، وهذا التحسن يرجع إلى الآليات التي تم استخدامها في الإرشاد المعرفي السلوكي والتي تهدف إلى إعادة صياغة البنية الفكرية.

واتفقت نتائج الدراسة مع دراسة (العجوري، 2007م) ودراسة (بلحيل، 2008م) ودراسة (جارفينسك وآخرون، 2002م) ودراسة (هويل، 2006م).

واستخدام العلاج النفسي التحليلي فعال مع الحالات التي تعاني من أعراض الاكتئاب حيث أنه يهدف للتعامل مع الموضوعات الكامنة والتجارب الماضية للسيدات ومناقشتها واستيضاح ردود الفعل الناتجة عن سرد تلك الأحداث وأهم المفاهيم التي تعتمد عليها نظرية التحليل النفسي هي التنفيس الانفعالي والاستبصار الذاتي ويقوم بإحداث في بنية الأنا والاستبصار بالمشاعر المكبوتة من ألم ومعاناة، وهذا يدل على أن بعض النساء يشعرن بالاهتمام من قبل المعالج عندما يكون التركيز عليهن بشكل فردي في العلاج النفسي الفردي (جمعة، 2005م).

وتؤكد الباحثة أن تعرض العينة للبرنامج الإرشادي ساهم في التخفيف من حدة أعراض الاكتئاب وأهمها فقدان الأمل والثقة بالآخرين والتخفيف من نظرة التشاؤم ومشاكل النوم وفقدان الشهية، إلا أنه من خبرة الباحثة الاكلينيكية أن أعراض مثل فقدان القدرة على التواصل الإيجابي بالآخرين وأيضاً القدرة على التعاطف والإحساس بالآخرين والتعبير عن أنفسهن أمام الآخر بالإضافة إلى زيادة فاعليتهن في إيجاد حلول للمشاكل بطرق غير مباشرة، تلك كلها أعراض لم يتم التعامل معها بشكل عملي ومباشر لأنها تحتاج للبحث والمواجهه مع الآخرين، وهنا تبين الباحثة أهمية العلاج الجماعي لتلك الفئة وهذا النوع من العلاج لم يتم استخدامه بشكل فعال لعدم توفر الخصوصية.

وتعزو الباحثة التحسن الكبير الذي حدث للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مع استمرار الإرشاد النفسي الفردي بأنواعه المختلفة لعدة عوامل من أهمها هو دمج الإرشاد الجماعي مع الإرشاد النفسي الفردي الذي يتيح الفرصة لاستخدام تكتيكات متنوعة عدة تخدم نفس الهدف الإرشادي ولكنها تثيره أكثر وتجعله أكثر فاعلية. واتفقت نتائج الدراسة مع دراسة (بونامكي وسيجن، 2008م).

### الأبحاث التي تقترحها الباحثة في المستقبل

توصي الباحثة بإجراء دراسة تتعرف على أهم التكتيكات المستخدمة في الإرشاد السلوكي المعرفي و ما مدى تأثيره على أفراد المجموعة كما توصي بتطبيق البرامج الإرشادية على اضطرابات نفسية أخرى مثل الأمراض النفسية العصابية الأخرى.

وتوصي الباحثة بتطبيق البرامج الإرشادية على الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات النفسية ومعرفة مدى فاعليتها لتلك الفئة.

## 5.2 التوصيات:

في ضوء النتائج التي توصلت لها الباحثة توصي بما يلي:

1. تطوير برامج إرشادية للتخفيف من حدة بالاضطرابات والأمراض النفسية.
2. إعطاء دورات تدريبية في إعداد البرامج الإرشادية والآليات المناسبة في التطبيق من النظريات.
3. تعريف المجتمع الفلسطيني باضطرابات الاكتئاب وأعراضه، من خلال طرح الموضوعات والنقاشات عن طريق وسائل الإعلام المسموعة والمرئية، والندوات والمحاضرات.
4. توعية الأشخاص بأهمية المساندة النفسية /الاجتماعية والتفريغ النفسي عن طريق الحديث ، اللعب، الرسم، المسرح للوقاية من الإصابة بأعراض الاكتئاب.
5. إنشاء مساح في الجامعات والمدارس ليكون مكاناً للتفريغ عن طريق التمثيل ولعب الأدوار.
6. تنمية الوازع الديني لدى مرضى الاكتئاب بما يغرس في نفوسهم الأمل في غدٍ أفضل.
7. التعرف على المرضى الذين تسود لديهم العصابية ومحاولة وضع برامج تستهدف تخفيف مظاهر العصابية لديهم.
8. الاهتمام ببناء وتقنين مقاييس خاصة بالاكتئاب والاضطرابات النفسية الأخرى لاستخدامها في العيادات والمدارس مع جميع الفئات.

## 5.3 المقترحات:

- 1- إجراء المزيد من الدراسات على فاعلية البرامج الإرشادية في التخلص والتخفيف من العديد من الاضطرابات النفسية كالصراع النفسي والمخاوف.
- 2- إجراء دراسات مشابهة للبحث الحالي على عينات مختلفة من مرضى الاضطرابات النفسية الأخرى كالوسواس القهري والفصام واضطرابات ما بعد الصدمة...إلخ وكذلك على عينات من الأسوياء.
- 3- إجراء المزيد من الدراسات على فاعلية البرامج الإرشادية في تخفيف المعاناة عن شرائح مختلفة من المجتمع الفلسطيني.
- 4- إعداد دليل توضيحي لتوظيف البرامج الإرشادية في مجال العمل والإرشاد الجماعي.
- 5- عقد دورات بالبرامج الإرشادية للأطفال ومحاولة إدراجها ضمن المناهج التدريسية كي تساعدهم على التفريغ النفسي.

## المصادر والمراجع

## المصادر والمراجع

أولاً: المصادر والمراجع العربية:

- إبراهيم، عبد الستار. (1998م). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه علاجه. الكويت: عالم المعرفة.
- إبراهيم، علا. (2009م). الاكتئاب أنواعه، أعراضه، أسبابه وطرق علاجه والوقاية منه. القاهرة: عالم الكتب.
- إدريس، سامية. (2008م). فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تحسين درجات القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة الخرطوم، السودان.
- الأنصاري، بدر. (2002م). المرجع في مقاييس الشخصية. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- بسيوني، سوزان. (2010م). الاكتئاب النفسي. السعودية: جامعة أم القرى.
- بلحيل، عبد الرحمن. (2008م). فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة أعراض الاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة صنعاء (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة صنعاء، اليمن.
- تونسى، عديلة حسن طاهر. (2002م). دراسة القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- الجبوري، محمد. (2010م). قياس الاكتئاب النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات رات لدى أبناء الجالية العربية المقيمين في الدنمارك (رسالة ماجستير غير منشورة). الاكاديمية العربية المفتوحة في الدنمارك، الدنمارك.
- الجريسي، محمد. (2003م). الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- جودة، ايناس. (2015م). فاعلية برنامج علاجي باستخدام السيودراما في خفض أعراض اضطراب الاكتئاب لدى النساء (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- الحسين، أسماء عبد العزيز. (2002م). المدخل الميسر إلى الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط1. الرياض: دار عالم الكتب.
- الحسين، أسماء. (2002م). التوافق الزوجي وعلاقته بالاكتئاب وبعض المتغيرات الأخرى (رسالة دكتوراه غير منشورة). الرئاسة العامة لتعليم البنات، المملكة العربية السعودية.

- الخطيب، محمد جواد. (2004م). *التوجيه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق*. ط2. مكتبة غزة، فلسطين: آفاق.
- الخوارجا، عبد الفتاح. (2012م). اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وعلاقته بالاكتئاب لدى عينة من طلبة كلية الآداب بجامعة السلطان قابوس، *مجلة العلوم التربوية والنفسية، جامعة البحرين*، 13 (3)، 465-441.
- دافيدوف، ليندا. (2000م). *الشخصية الدافعية الانفعالات*، (ترجمة سيد الطواب محمود عمر). ط1. القاهرة، مصر: الدار الدولية للاستثمارات الثقافية.
- الداهري، صلاح حسين. (2000م). *مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي والتربوي*. ط1. غزة: مطابع المنصورة.
- دحادحة، قاسم. (2004م). *أثر التدريب في تنفيذ الأفكار غير العقلانية وتأكيد الذات في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لدى المرضى المكتئبين* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الأردنية، عمان.
- دراسة مقدادي، يوسف. (2005م). الوحدة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من طلبة كلية العلوم التربوية بجامعة آل البيت. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، 9 (3)، 195-175.
- الرخاوي، يحيى. (1979م). *دراسة في علم السيكوباتولوجي*. القاهرة، مصر: المكتبة العلمية.
- رضوان، سامر جميل. (2002م). *الصحة النفسية*. ط1. القاهرة: دار المسيرة للتوزيع والنشر.
- الزيادي، أحمد والخطيب، هشام. (2001م). *التوجيه والإرشاد التربوي والمهني*. ط1. رام الله: معهد تدريب المدربين رام الله.
- الزعيبي، أحمد أحمد. (1994م). *الإرشاد النفسي*. ط1. اليمن: دار الحكمة اليمنية.
- زكار، نصار زاهر. (2013م). *مدخل إلى سيكولوجية الشخصية والصحة النفسية*. ط1. غزة، فلسطين: مركز الإشعاع الفكري للدراسات والبحوث.
- زهران، حامد. (2005م). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. ط4. القاهرة، مصر: عالم الكتب.
- زهران، حامد، عبد السلام. (1997م). *علم النفس النمو (الطفولة والمراهقة)*. القاهرة، مصر: عالم الكتب.
- زيدان حواشين، مفيد حواشين. (1996م). *النمو البدني عند الطفل، عمان، الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع*.
- الزبيد، نادر فهمي. (1998م). *نظريات الإرشاد والعلاج النفسي*. ط1. عمان: دار الفكر العربي للنشر والتوزيع.

سعفان، محمد أحمد إبراهيم. (2003م). اضطراب الوسواس والأفعال القهرية: الخلفية النظرية التشخيص والعلاج، القاهرة، مصر: مكتبة زهراء الشرق.

السفاسفة، محمد. (2003م). الإرشاد والتوجيه النفسي والتربوي. ط1. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

سليمان، مهند. (2014م). فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمحافظة شمال غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

السيد، الحسين. (2012م). الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتضررين وغير المتضررين من السيول بمحافظة جدة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عين شمس، القاهرة.

الشاذلي، عبد الحميد. (2001م). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. ط2. الإسكندرية، مصر: المكتبة الجامعية.

الشرييني، لطفي. (2001م). الاكتئاب، الأسباب والمرض والعلاج. ط1. بيروت: دار النهضة العربية.

الشمالي، نضال عبد اللطيف. (2015م). العوامل الخمسة للشخصية وعلاقتها بالاكتئاب لدى المرضى المترددين على مركز غزة المجتمعي - برنامج غزة للصحة النفسية (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، فلسطين.

الشناوي، محمد محروس. (1989م). الإرشاد النفسي من منظور إسلامي، في بحوث في التوجيه الإسلامي للإرشاد والعلاج النفسي. ط1. القاهرة: دار الغريب.

الشناوي، محمد محروس. (2000م). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ط1. القاهرة، جمهورية مصر العربية: دار غريب للطباعة والنشر.

الشناوي، محمد. (1994م). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. مصر: كلية العلوم الاجتماعية، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

الشناوي، محمد. (1996م). العملية الإرشادية والعلاجية. ط1. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

الشيخ، أحمد سعيد صالح. (2000م). فعالية برنامج إرشادي في الدراما النفسية في خفض التوتر وتحسين الكفاءة الذاتية لدى الصف السابع الأساسي (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

صادق، عادل. (2003م). *الطب النفسي*. القاهرة، مصر: مؤسسة حورس الدولية.

العبادسة، أنور. (2015م). الرضا عن صورة الجسم وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من المراهقات الفلسطينيات بقطاع غزة، *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية*، 21 (2)، 41-61.

العبيوني، ميساء شحادة. (2012م). *الاكتئاب لدى البالغين المرضى بحساسية القمح وعلاقته ببعض المتغيرات* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

العبيد، صالح. (2008م). *التعبيرات الفنية في رسومات عينة من مرضى الاكتئاب* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الملك سعود، الرياض، السعودية.

العجوري، وجاد حسين إبراهيم. (2007م). *فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

عكاشة، أحمد. (2003م). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

عكاشة، أحمد. (2008م). *الطب النفسي الحديث*. القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

علاء الدين، أحمد وعبد الرحمن، محمد. (2011م) *فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين*، *مجلة كلية التربية - الجامعة الأردنية*، عمان ع2.

علي، زيزي السيد إبراهيم. (2004م). *فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض الاكتئاب الاكتئاب الأساسي أحادي القطب* (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة طنطا، جمهورية مصر العربية.

العويضة، سلطان. (2011م). *مستوى القلق والاكتئاب لدى الطلبة المغتربين وغير المغتربين في جامعة الزيتونة* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الملك سعود، الرياض.

العيسوي، عبد الرحمن. (1995م). *أساليب الوقاية من الأمراض النفسية والعقلية*. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

غانم، محمد حسن. (2002م). *مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصريح والاكتئاب*. *مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس*، 1 (4)، 45-119.

غريب، محمد. (1999م). *مدى فاعلية برنامج سيكو درامي للتخفيف من القلق النفسي عند أطفال المؤسسات الإيوائية: دراسة تجريبية* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عين شمس، مصر.

الفايد، ريم محمود يوسف. (2010م). فاعلية برنامج ارشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، فلسطين.

فريد، يوسف علي، عبد الحميد، سهام علي. (2008م). الفروق بين القلق والاكتئاب ومفهوم الذات بين الأصحاء والمرضى، دراسات تربوية واجتماعية، مصر، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، 14، ج(4)، 88-111.

القاضي وآخرون. (2002م). الارشاد النفسي والتوجيه التربوي. الرياض، المملكة العربية السعودية.

القذافي، رمضان. (1992م). التوجيه والارشاد النفسي. طرابلس: دار الرواد.

القريطي، عبد المطلب. (1998م). الصحة النفسية. القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.

قوته، سمير وتمراز نداء. (2000م). اتجاهات المجتمع الفلسطيني بقطاع غزة نحو الصحة. (رسالة ماجستير غير منشورة). مركز الأبحاث برنامج غزة للصحة النفسية، فلسطين.

القوي، سامي. (2002م). أساليب التعامل مع الضغوط ومظاهر الاكتئاب لدى عينة من طلبة جامعة الامارات، حوليات كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة، 30(4)، 71-89.

كحلة، ألفت. (2009م). العلاج المعرفي والسلوكي والارشاد السلوكي عن طريق التحكم الذاتي لمرضى الاكتئاب (رسالة دكتوراة غير منشورة). جامعة بنها، جمهورية مصر العربية.

لنجمة، علاء الدين. (2008م). مدى فاعلية برنامج ارشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية بغزة.

مبروك، عزة عبد الكريم. (2002م). دراسات عربية في علم النفس. مجلة كلية التربية بجامعة عين شمس، (مج1). 185-209.

محمد، محمد. (2004م). مشكلات الصحة النفسية وأعراضها وعلاجها. ط1. مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.

المحمداوي، حسن. (2008م). دراسة بعض أعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد، مؤسسة النور والإعلام.

جمعة، أمجد. (2005). مدى فاعلية برنامج ارشادي للتخفيف من حدة بعض المشكلات السلوكية لطلاب المرحلة الاعادية، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.

نحبس، أميرة طه. (2007م). أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا والعادين بالمملكة العربية السعودية، مجلة العلوم التربوية النفسية، البحرين، 8(3)، 16-50.

أبو وردة، هاني. (2014م). برنامج إرشادي نفسي إسلامي مقترح لتخفيف أعراض الاكتئاب النفسي (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

يوسف، جمعة سيد. (2001م). النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، مراجعة نقدية، القاهرة، مصر: دار غريب.

### ثانياً: المصادر والمراجع الأجنبية:

- Andrew, G., Garter, G L. (2001). What people say about their General practitioners treatment of Anxiety and depression, *Medical Journal Arustralia*.(16),175.
- Becker S1, Al Zaid K, Al Faris E. (2002). Screening for somatization and depression in Saudi Arabia: A validation study of PHQ in primary care, *the international Journal of psychiatry in medicine*, 32(3), 271-283.
- Belil, F. (2010). The effects of Psychodrama on depression and mental state among women with chronic disorder, *European Psychiatry*, 25, 1049-1080.
- Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. (2003). *Synopsis of Psychiatry*, New York University, school of Medicine. Ninth Edition.
- Dega, G., Gramaglia, C., Bailer, U., Bergrese, S., Marzola, E., Fassino, S. (2011). *Journal: Psychotherapy-and-Psychosomatics-Psychotherap Psychosom*, 80, 319-320.
- Nadia G., Jeroen L., Vivian K., Tessa V D K. & Jan T. (2002). Cognitive coping strategies and symptom of Depression and Anxiety: comparison between adolescents and adults. *Journal of adolescence*, 25(6), 603-611.
- Gumley A1, Karatzias A, Power K, Reilly J, McNay L, O'Grady M. (2006). Early intervention for relapse in schizophrenia: impact of cognitive behavioural therapy on negative beliefs about psychosis and self-esteem. *the international Journal of psychiatry in medicine* 45(Pt 2),247-260.

Hiwel, C. Band, R. Ju, A. Chang, Ming, D. chu, Ru, K. (2006). The evaluation of Cognitive Behavioral Group therapy on patient Depression and self esteem. *Archives of Psychiatric Nursing*. 20(1), 3-11.

*World Health Organization*. (2000): Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment. Retrieved Depression and Low Mood: A Self Help Guide (2003) Northumberland, Tyne and Wear NHS Trust M March 23, 2013.

*Beak, A* (1997). Cognitive Therapies, Essential papers psychoanalysis. New York: U.S.A University Press.

*World Health Organization*. (2000) Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment Retrieved March 23, 2013, from

[Http://www.who.int/medocenter/](http://www.who.int/medocenter/news/notes/2012/mental-health-day-2012009/en/index.html) news/notes/2012/mental-health-day-2012009/en/index.html.

Young, AS., Klap, R., Sherbourne CD, Wells, KB. (2001). The quality of care for Depressive and Anxiety Disorder in united states Arch Gen psychiatry, *Arch Gen Psychiatry*, 58(1), 55-61.

## قائمة الملاحق

ملحق رقم (1): قائمة المحكمين

الرقم	الاسم	مكان العمل
-1	دعاء صالح	جامعة الأقصى
-2	كمال قديح	جامعة الأقصى
-3	سمير قوته	الجامعة الإسلامية
-4	أسامة المزيني	الجامعة الإسلامية
-5	جميل الطهراوي	الجامعة الإسلامية
-6	نبيل دخان	الجامعة الإسلامية - غزة
-7	عوني محيسن	جامعة الأقصى

## ملحق رقم (2): جلسات الارشاد النفسي قبل التعديل

حيث يتكون البرنامج من 14 جلسة ارشادية، بمعدل جلستين اسبوعيا، مدة كل جلسة 60 دقيقة.

الجلسة الاولى: بعنوان لقاء وتعارف مع المشاركين	
<p>-التعارف بين الاخصائي والنساء. -التعريف بالبرنامج الارشادي واهدافه ومكوناته. -الترغيب في البرنامج الارشادي. -الاتفاق على قواعد سير الجلسات واوقاتها.</p>	الاهداف الخاصة
<p>طرح الاسئلة، التوضيح، الاصغاء، التفاعل. الحوار، العرض، التعزيز، المناقشة الجماعية، التقييم العصف الذهني</p>	الغنيات المستخدمة
الجلسة الثانية: بعنوان التعرف على الاكتئاب	
<p>-ان يتعرف الاخصائي الى ما عند المشاركات من معلومات حول الاكتئاب -ان تتعرف النساء الى الاكتئاب واسبابه واعراضه - ان تدرك النساء العلاقة بين التفكير والسلوك والمشاعر - تسهيل وتقبل البرنامج الارشادي، من خلال فهم اوضح للاكتئاب.</p>	الاهداف الخاصة
<p>-طرح الاسئلة، التوضيح، الاصغاء، التفاعل، التلخيص، الاقناع، التعاطف، التغذية الراجعة الحوار، المحاضرة، المناقشة، العصف الذهني، الواجبات المنزلية.</p>	الغنيات المستخدمة
الجلسة الثالثة : بعنوان صعوبات التأقلم الحياتية	
<p>- ان يتم التعرف على المشاكل الحياتية الخاصة بالنساء (المشاكل الزوجية- المشاكل الاجتماعية) المترتبة على اختلاف طبيعة الحياة. - ان يتم عرض اليات التكيف من قبل النساء. - تدريب النساء واكسابهن مهارات التأقلم الايجابية.</p>	الاهداف الخاصة
<p>- الحوار- المناقشة الجماعية- العصف الذهني - السيكودراما(لعب الادوار- ملعب الحياة).</p>	الغنيات المستخدمة

الجلسة الرابعة: بعنوان الاحساس بالتشاؤم	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- الكشف عن الاسباب المؤدية للتشاؤم</li> <li>- ارشاد النساء على الية التغلب على الشعور بالتشاؤم.</li> <li>- تنمية مهارة التخلص من التشاؤم .</li> <li>- تنمية الوازع الديني عند النساء.</li> </ul>	الاهداف الخاصة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- الحوار، النقاش الجماعي، لعب الادوار، التنشيط السلوكي.</li> </ul>	الفنيات المستخدمة
الجلسة الخامسة: بعنوان كيفية التخلص من الشعور بالعجز واليأس فقدان الامل	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعريف النساء بأسباب الشعور بالعجز</li> <li>- تبصير النساء بالآثار السلبية للشعور بالعجز.</li> <li>- ارشاد النساء الى كيفية تجنب الاسباب المؤدية الى الشعور باليأس</li> <li>- مساعدة النساء على كيفية التخلص من اليأس والكشف عن الاسباب المؤدية لفقدان الامل.</li> <li>- ارشاد النساء على آلية التغلب على الشعور بفقدان الامل.</li> <li>- غرس بذور الثقة والامل في نفوس النساء.</li> </ul>	الاهداف الخاصة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- الحوار، التعزيز المعنوي، لعب الادوار، العلاج المعرفي السلوكي، (تطبيع المشاعر والسعي الى تقبلها، اعادة طريقة التفكير، الواجبات المنزلية).</li> </ul>	الفنيات المستخدمة
الجلسة السادسة: بعنوان انخفاض الدافع الذاتي	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعريف النساء بأسباب انخفاض الدافع الذاتي</li> <li>- تبصير النساء بالآثار السلبية لانخفاض الدافع الذاتي.</li> <li>- تقوية ارادة النساء للتغلب على هذه المشكلة</li> </ul>	الاهداف الخاصة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- التعزيز المعنوي والمادي، النقاش الجماعي، والممارسة العملية، العلاج المعرفي السلوكي.</li> </ul>	الفنيات المستخدمة
الجلسة السابعة: بعنوان سيطرة الافكار السلبية	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعريف النساء بمفهوم سيطرة الافكار السلبية.</li> <li>- تبصير النساء بالاسباب المؤدية الى سيطرة الافكار السلبية.</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- تذكير الزوجات بالآثار السلبية لسيطرة الافكار السلبية.</li> <li>- الوصول بالنساء بالطريقة الناجحة لتقوية الثقة بالنفس</li> </ul>	<p>الاهداف الخاصة</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- الحوار، لعب الادوار، اعادة البناء الفكري سيكودراما (اسلوب الدكان السحري، تدفق التوتر)</li> </ul>	<p>الفنيات المستخدمة</p>
<p>الجلسة الثامنة: التفكير في التخلص من الحياة</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ان تتعرف النساء الاسباب التي تؤدي الى التفكير في التخلص من الحياة.</li> <li>- تبصير النساء بأخطار التفكير التخلص في الحياة.</li> <li>- تنمية ارادة النساء وعزيمتهم للتغلب على مشاكلهم واحزانهم.</li> </ul>	<p>الاهداف الخاصة</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- الحوار، المناقشة الجماعية، التطمين، التوعية الدينية، التنشيط السلوكي (ورقة الملاحظة، تحسين مهارة حل المشكلة، استخدام عبارات ايجابية) سيكودراما (اسلوب الدكان السحري، ملعب الحياة)</li> </ul>	<p>الفنيات المستخدمة</p>
<p>الجلسة التاسعة: الأرق وضعف النوم</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعريف النساء بماهية الأرق .</li> <li>- الكشف عن اسباب الأرق.</li> <li>- تنمية مهارة التخلص من القلق.</li> <li>- غرس بذور الصبر والايمان.</li> </ul>	<p>الاهداف الخاصة</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- المشاركة الجماعية، الاسترخاء، القيام بأنشطة جديدة، تطبيق السيكودراما (اسلوب عمل الأحلام) الرعاية الذاتية، قائمة الانشطة الممتعة، تحسين نوعية النوم</li> </ul>	<p>الفنيات المستخدمة</p>
<p>الجلسة العاشرة: الرغبة في الطعام وزيادة الوزن</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- معرفة الاسباب المؤدية الى البدانة وزيادة الوزن .</li> <li>- ارشاد النساء وتبصيرهن الى الطريقة المثلى لتجنب البدانة وشراسة الطعام.</li> <li>- تقوية ارادة النساء للتغلب على الهموم والمشاكل النفسية التي تدفعها الى الاكثار من الاكل.</li> <li>- تبصير النساء الى اهمية ممارسة بعض التمارين الرياضية البيئية.</li> </ul>	<p>الاهداف الخاصة</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تمارين يوجا، الإرشاد السلوكي المعرفي(تحسين مهارة حل المشكلة، تنمية</li> </ul>	

الانشطة الابداعية، الرعاية الذاتية)	الغنيات المستخدمة
<b>الجلسة الحادية عشر: ضعف الطاقة العامة</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعريف النساء بأسباب ضعف الطاقة العامة.</li> <li>- توعية النساء بالآثار السلبية لضعف الطاقة العامة.</li> <li>- ارشاد النساء الى كيفية تجنب الاسباب المؤدية الى ضعف الطاقة العامة.</li> </ul>	الاهداف الخاصة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- السيكودراما، العلاج المعرفي السلوكي (الابعاد والتركيز تدقيق الاستنتاجات، اعادة صياغة المشكلة، العصف الذهني)</li> </ul>	الغنيات المستخدمة
<b>الجلسة الثانية عشر: البكاء</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعريف النساء بأسباب المؤدية للبكاء</li> <li>- تعريف النساء بمدى تأثير مشاعر الحزن والبكاء على النفس والأشخاص من حولها</li> </ul>	الاهداف الخاصة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- السيكودراما، (تكنيك الظل) الاسترخاء، العلاج المعرفي السلوكي، الحوار، المناقشة الجماعية، التقييم، التغذية الراجعة</li> </ul>	الغنيات المستخدمة
<b>- الجلسة الثالثة عشر: رحلة ترفيهية</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- رفع معنويات النساء.</li> <li>- التفريغ الانفعالي.</li> </ul>	الاهداف الخاصة
<b>الجلسة الرابعة عشر: بعنوان انتهاء البرنامج الارشادي</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تقييم جلسات البرنامج الارشادي</li> <li>- تطبيق القياس البعدي</li> <li>- اختتام البرنامج الارشادي</li> </ul>	الاهداف الخاصة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- طرح الاسئلة، التوضيح، الاصغاء، التغذية الراجعة .</li> </ul>	الغنيات المستخدمة

### ملحق رقم (3): جلسات الارشاد النفسي بعد التعديل

حيث يتكون البرنامج من 14 جلسة ارشادية، بمعدل جلستين اسبوعيا، مدة كل جلسة 60-90 دقيقة.

حيث سيتم عرض البرنامج الارشادي بعد التعديل بناء على توصيات المحكمين، ويشمل الجلسات والاهداف والفنيات والاساليب على النحو التالي:

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الأهداف الخاصة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
الاولى	بعنوان لقاء وتعارف مع المشاركات	<ul style="list-style-type: none"> <li>•التعارف بين الاخصائية والنساء.</li> <li>•التعريف بالبرنامج الارشادي واهدافه ومكوناته.</li> <li>•الترغيب في البرنامج الارشادي.</li> <li>•الاتفاق على قواعد سير الجلسات ووقاتها.</li> </ul>	احماء، طرح الاسئلة، التوضيح، الاصغاء، التفاعل. الحوار، العرض، التعزيز، المناقشة الجماعية، التقييم، العصف الذهني.	60 دقيقة
الثانية	التعرف على اضطراب الاكتئاب وأعراضه	<p>ان تتعرف الاخصائية الى ما عند المشاركات من معلومات حول الاكتئاب.</p> <p>ان تتعرف النساء الى الاكتئاب وأسبابه وأعراضه.</p> <p>أن تدرك النساء العلاقة بين التفكير والسلوك والمشاعر.</p>	طرح الاسئلة، التوضيح، الاصغاء، التفاعل، التلخيص، التغذية الراجعة الحوار، المحاضرة، المناقشة، العصف الذهني، الواجبات المنزلية.	60 دقيقة
الثالثة	بعنوان صعوبات التأقلم الحياتية	<p>ان يتم التعرف على المشاكل الحياتية الخاصة بالنساء (المشاكل الزوجية-</p>	الحوار - المناقشة الجماعية- العصف الذهني - السيكودراما(لعب	90 دقيقة

	<p>المشاكل الاجتماعية- المشاكل الاقتصادية) المترتبة على اختلاف طبيعة الحياة. ان يتم عرض اليات التكيف من قبل النساء. تدريب النساء واكسابهن مهارات التاقلم الايجابية.</p>			
90 دقيقة	<p>الحوار، النقاش الجماعي، لعب الادوار، التنشيط السلوكي، التمارين العقلية</p>	<p>الكشف عن الاسباب المؤدية للتشاؤم. ارشاد النساء على الية التغلب على الشعور بالتشاؤم. تنمية مهارة التخلص من التشاؤم. تنمية الوازع الديني عند النساء.</p>	<p>الاحساس بالتشاؤم</p>	<p>الرابعة</p>
60 دقيقة			<p>الاسترخاء</p>	<p>الخامسة</p>
60 دقيقة	<p>-التعزيز المعنوي والمادي، النقاش الجماعي، العلاج المعرفي السلوكي(الواجبات المنزلية، تمرين صندوق الاحتواء، تمرين عناق</p>	<p>تعريف النساء بأسباب انخفاض الدافع الذاتي. تبصير النساء بالآثار السلبية لانخفاض الدافع الذاتي. تقوية ارادة النساء للتغلب على هذه</p>	<p>انخفاض الدافع الذاتي</p>	<p>السادسة</p>

	المشكلة.	المشكلة.	مواجهة	السابعة
60 دقيقة	اكتشاف الأفكار الآلية ويتمثل في (التخيل، لعب الادوار، السجل اليومي) من ثم اختبار الأفكار الآلية، الواجب المنزلي.	تعريف النساء بمفهوم الافكار السلبية. تبصير النساء بالأسباب التفكير المؤدية الى الافكار السلبية.	مواجهة الأفكار السلبية	
60 دقيقة	احماء، مناقشة اواجب المنزلي، تقنيات العلاج المعرفي السلوكي (عداد المعصم، تعديل الافكار الآلية التلقائية تتمثل في الخطوات التالية: إيجاد البدائل، تفحص الدليل، الإقلال من إضفاء الصفة الكارثية، إعادة عزو الصفات، التدريب المعرفي الاستطلاعي) التفكير بتدرجات الرمادي	توجيه النساء على مهارة مواجهة الأفكار السلبية. الوصول بالنساء بالطريقة الناجحة لتقوية الثقة بالنفس	مواجهة الأفكار السلبية	الثامنة

60 دقيقة	<p>الاحماء، المشاركة الجماعية، العلاج المعرفي السلوكي(سجل الأفكار، مناقشة الحوار الداخلي، الحوار السقراطي، الواجب المنزلي، التفكير بتدرجات الرمادي)</p>	<p>-ان يتم التعرف على الجوانب الايجابية الحياتية الخاصة بالنساء (الحياة الزوجية- الحياة الاسرية) -ان يتم عرض اليات التكيف من قبل النساء. -تدريب النساء واكسابهن مهارات التأقلم الايجابية.</p>	<p>التفكير في ايجابيات الحياة</p>	التاسعة
60 دقيقة	<p>المشاركة الجماعية، (تقنيات اعلاج المعرفي السلوكي:التعزيز المادي، الرسم الكاريكاتوري، القيام بأنشطة جديدة، التحدث عن الأحلام، الرعاية الذاتية، قائمة الانشطة الممتعة، تحسين نوعية النوم، توزيع برشور عن قواعد لتحسين النوم.</p>	<p>تعريف النساء بماهية الارق . الكشف عن أسباب الارق. تنمية مهارات ايجابية لنوم صحي عميق.</p>	<p>مفهوم الأرق وكيفية التغلب عليه</p>	العاشرة

90 دقيقة	<p>- احماء، الإرشاد السلوكي المعرفي(تحسين مهارة حل المشكلة، استخدام التمارين العقلية، تنمية الانشطة الابداعية، التدريب على المهارات الاجتماعية، جدول النشاطات، تشتت الانتباه)</p>	<p>- معرفة الاسباب المؤدية الى البدانة وزيادة الوزن . - ارشاد النساء وتبصيرهن الى الطريقة المثلى لتجنب البدانة وشرهة الطعام. - تقوية ارادة النساء للتغلب على الهموم والمشاكل النفسية التي تدفعها الى الاكثار من الاكل. - تبصير النساء الى اهمية ممارسة بعض التمارين الرياضية البيتية.</p>	الشرهة في الطعام	الحادي عشر
60 دقيقة	<p>-العلاج المعرفي السلوكي (الابعاد والتركيز تدقيق الاستنتاجات، اعادة صياغة المشكلة، العصف الذهني، مهارة صرف انتباه)</p>	<p>- تعريف النساء بأسباب ضعف الطاقة العامة. - توعية النساء بالآثار السلبية لضعف الطاقة العامة. - ارشاد النساء الى كيفية تجنب الاسباب المؤدية الى ضعف الطاقة العامة.</p>	ضعف الطاقة العامة واشعور بالهزل والإعياء	الثاني عشر

9 من الساعة صباحا حتى -2 الساعة ظهرا	رحلة الى غزة منتجع الدولفين (تشمل تدريب في ادارة الضغوط، وجبة غداء، وجبة افطار)	-رفع معنويات النساء. -التفريغ الانفعالي.	رحلة ترفيهية	الثالث عشر
60 دقيقة	طرح الاسئلة، التوضيح، الاصغاء، التفاعل، التغذية الراجعة	-تقييم جلسات البرنامج الارشادي -تطبيق القياس البعدي (مقياس بيك). -اختتام البرنامج الارشادي.	تقييم ختامي	الرابعة عشر

**البرنامج الإرشادي المقترح:** تتناول الباحثة خطوات البرنامج الإرشادي المقترح بالإضافة لوصف تفصيلي للبرنامج المقترح، من حيث الأهداف والأسس والمكونات والأساليب والفنيات والأدوات والمصادر، والجلسات ومحتواها.

#### إجراءات إعداد البرنامج الإرشادي المقترح:

بناءً على ما تم عرضه من الإطار النظري، فقد كان هذا البرنامج المقترح ثمرة الدراسة، وفيما يلي عرض لمراحل إعداد البرنامج:-

أولاً : البناء الأولي للبرنامج:

لبناء البرنامج الإرشادي النفسي بصورته الأولية قامت الباحثة بعدد من الخطوات وهي:

- الإطلاع على الأدب التربوي والتراث العلمي النفسي، بالإضافة للدراسات النفسية العلاجية والإرشادية المحلية والعربية والأجنبية.
- اطلاع المشرف على جهود الباحثة.

ثانيا: تحكيم البرنامج:

ثالثا: عرض البرنامج الارشادي المقترح لتخفيف أعراض الاكتئاب.

**أهداف البرنامج الارشادي:**

**اولا :الهدف العام للبرنامج الإرشادي المقترح:**

التخفيف من أعراض الاكتئاب النفسي لدى النساء من خلال العمل على تحقيق غاية الوجود، وتصويب المفاهيم والأفكار الخاطئة وتعزيز وغرس الصحة منها، بما يتناسب مع المعتقدات والمبادئ والنظريات النفسية، لإيمان الباحثة أن ما يصيب الإنسان من خلل أو اضطراب، ما هو إلا نتيجة الانحراف عن غاية الوجود فكراً وسلوكاً.

ثانيا : الأهداف الخاصة للبرنامج الإرشادي المقترح : وهي عبارة عن مجموعة الأهداف الفرعية التي تصب في اتجاه تخفيف أعراض الاكتئاب وتحقيق غاية الوجود، وتعامل مع الإنسان بكليته، وتشمل جانبه الجسدي والروحي، وتختلف باختلاف حال متلقي الخدمة من حيث الخلل والقدرات والأولويات.

- ويمكن تفصيلها بالآتي:-مساعدة المشاركات في الاستبصار بمشكلاتهم.
- الوصول بالمشاركات لفهم أفضل للعلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.
- إكساب المشاركات بعض العادات والسلوكيات والصفات التكيفية.
- إكساب المشاركات بعض أساليب التأقلم الايجابية.
- تصحيح وترسيخ بعض الافكار الايجابية بما يدفع الاكتئاب.
- ضبط وتوجيه قواعد التفكير لدى المشاركات.
- المساعدة في تحقيق التوازن بين حاجات كل من الروح والجسد لدى المشاركات.
- زيادة ثقة المشاركين بأنفسهم وتجنيبهم جلد ذواتهم.
- تقوية الأمل والرجاء لدى المشاركات.

**الأسس المعرفية للبرنامج :**

- العقل مناط التكريم والتكليف.
- الإنسان محكوم بالعقل المضبوط بضوابط الشرع.

- السلوك انعكاس لمنظومة الأفكار والمعتقدات والعمليات العقلية.
- العقل محكوم بقواعد التفكير.
- البنى المعرفية قابلة للنمو والتعديل والتغيير.
- تعديل السلوك من منظور نفسي.
- القول مرآة الفكر.
- هناك تأثير متبادل بين القول والفكر والمشاعر.

#### الاسس الروحية للبرنامج:

- الروح من مكونات الإنسان الأساسية.
- للروح حاجاتها ووظائفها وتأثيراتها.
- للجوانب الروحية أثرها الإيجابي الواضح على صحة الإنسان الجسدية والروحية.
- تقوية الصلة بالله تعالى تزيد في الصحة وتدفع المرض.

#### الاسس الوجدانية للبرنامج:

- العواطف جزء من تكوين الإنسان.
- للعواطف انعكاسات على الإنسان ومكوناته كالسلوكية والمعرفية.

#### الأسس الاجتماعية للبرنامج:

- الإنسان يتأثر ويؤثر في البيئة من حوله.
- الإنسان يتعلم ويتأثر بالقوة والنموذج.
- وجود الإنسان ضمن مجموعة ضروري لصحته النفسية.
- للإنسان حاجات نفسية لا تتحقق إلا بوجوده ضمن جماعة.
- للجماعة دور في ضبط وتوجيه الإنسان.

#### الأسس السلوكية للبرنامج:

- السلوك الإنساني متعلم.
- السلوك الإنساني هادف

- السلوك الإنساني مسبب .
- السلوك الإنساني مرن .
- السلوك الإنساني قابل للتعديل .
- السلوك الإنساني ثابت نسبيا .
- السلوك الإنساني فردي وجماعي .
- السلوك الإنساني يشمل الانسان كوحدة متكاملة .
- يتحدد السلوك بمظاهر خارجية، وأخرى باطنية .
- التنشيط السلوكي له أثر إيجابي على صحة الإنسان النفسية .
- السلوك مرتبط بالغاية والوسيلة .

#### مكونات البرنامج الإرشادي:

حيث يتكون البرنامج الإرشادي من جزأين رئيسيين وهما :

#### أولا: الجزء الإرشادي وهو قسمان:

1- قسم نظري (وجداني) : حيث يحتوي هذا الجزء على ممارسات وفتيات تخاطب الفكر والوجدان، فتعدل وتصوب من الفكر والمعتقدات والانفعالات والسلوكيات، بحيث تجعل المشاركين أكثر واقعية وعقلانية في أفكارهم وانفعالاتهم وسلوكياتهم، فيقل ظهور الأفكار والمشاعر السلبية غير التكيفية.

2- جزء عملي: حيث يحتوي على ممارسات وفتيات وأنشطة عملية، تكسب المشاركين سلوكيات تكيفية صحيحة، تقاوم وتغير ما يمتلكه المشاركون من سلوكيات غير تكيفية وتنعكس بذلك على الفكر وتعدله.

#### ثانيا: الجزء الوقائي:

ويتمثل في وقاية المشاركين من المزيد من الإحباط والقنوط والسلوكيات غير التكيفية في الوقت الحاضر، ومنع الانتكاسة المرضية في المستقبل .

الأساليب المستخدمة في البرنامج الإرشادي:

المناقشة الجماعية - العصف الذهني - الحوار - العرض - التقييم - المحاضرة - الحديث الذاتي - النمذجة - دعم الجماعة - التعزيز بكافة أنواعه - التنفيس الانفعالي - الاسترخاء - الواجبات المنزلية - الممارسة العملية - تصحيح الأفكار - التدريب على التعليمات الذاتية.

#### الفنيات المستخدمة:

تقنيات العلاج المعرفي السلوكي فنية التساؤل - فنية الإصغاء - فنية التلخيص - فنية التفاعل - فنية الإقناع فنية الممارسة التدريبية - فنية عكس المشاعر - فنية التعاطف - فنية التغذية الراجعة .

#### الأدوات المستخدمة:

جهاز حاسوب - جهاز عرض LCD - سبورة - أقلام - مقاطع صوتية - كاميرا للتوثيق - ورق - بعض الكتيبيات - بعض الأوراق التقييمية.

#### الفئة المستهدفة:

النساء ذوات البيوت المهتمة دمار جزئي أو كلي بعد حرب 2014م الذين يعانون من أعراض الاكتئاب.

#### المدة الزمنية للجلسة الواحدة:

(60-90) دقيقة.

**المنفذ:** أخصائي نفسي مؤهل تأهيلاً نفسياً ومهنياً.

#### مكان التنفيذ:

جمعية الغد المشرق (خزاعة).

#### المصادر الأساسية للبرنامج:

- القرآن الكريم.

- كتب علم النفس المتخصصة.

- الأبحاث والدراسات السابقة .

- نصائح وتوجيهات المتخصصين في مجال علم النفس.

## مراحل تطبيق البرنامج الإرشادي:

يمر البرنامج الإرشادي بأربعة مراحل وهي:

### أولاً : مرحلة البدء(مرحلة التحضير):

وتشمل الجلسات الأولى من البرنامج، حيث يتم من خلالها التعارف بين المرشد والمشاركين، وتوضيح ماهية البرنامج وأهدافه والترغيب فيه، والكشف عن توقعات المشاركين من البرنامج، ومن ثم التحضير للدخول في عمق البرنامج الإرشادي.

### ثانياً : مرحلة الانتقال:

وفيها يتم توضيح الاكتئاب النفسي من خلال الحديث عن ماهيته وأسبابه وأعراضه وانعكاساته السلبية، والتشجيع على عقد العزم على دفعه والتخلص منه.

### ثالثاً: مرحلة العمل البناء:

وهي المرحلة التي يتم فيها تصحيح المعتقدات والأفكار والسلوكيات غير التكيفية، وغرس وتنمية المعتقدات والأفكار والسلوكيات التكيفية الصحيحة، وذلك باستخدام العديد من الأساليب الروحية والمعرفية والسلوكية والانفعالية.

### رابعاً: مرحلة الانتهاء:

ويتم من خلالها تهيئة المرضى لإنهاء البرنامج الإرشادي، بالإضافة للكشف عن مدى تحقيق الأهداف العامة والخاصة، ومدى التغيير الحاصل لدى المشاركين، وذلك باستخدام الأساليب التقييمية المناسبة.

### الأساليب الإرشادية:

الأساليب المتبعة في البرنامج الإرشادي الإرشاد السلوكي بما يشمل التقنيات السلوكية:

الإرشاد السلوكي هو أسلوب من أساليب العلاج النفسي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي، كما يعتبر الإرشاد السلوكي محاولة لحل المشكلات وعلاج الاضطرابات السلوكية بأسرع ما يمكن بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل بالأعراض وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد.

يقوم الإرشاد السلوكي على أربعة مسلمات:

- المسلمة الأولى: أن الاضطرابات النفسية سلوك متعلم يخضع في تكوينه وإزالته لنفس قوانين السلك السوي.

- المسلمة الثانية: أن الاضطراب النفسي قد ينشأ من فشل الفرد في تعلم السلوكيات التوافقية الناجحة.

- المسلمة الثالثة: الاضطرابات النفسية تنشأ من اكتساب الفرد عادات سلوكية خاطئة.

- المسلمة الرابعة: ينشأ الصراع عندما يجد الفرد نفسه أمام هدفين المطلوب أن يختار أحدهما ويتحمل مسؤولية الاختيار (جبل، 2000:32م)

يستخدم الإرشاد السلوكي في علاج الحالات البسيطة متوسطة الشدة، حيث يتعلم المريض أن يتغلب على العجز المكتسب (learned helplessness)، ويتعلم المهارات والخبرات الناجحة.

وتتعدد أساليب الإرشاد السلوكي فمنها:

- أسلوب العلاج بالتحصين التدريجي (systematic desensitization) لخفض حساسية العميل للمواقف التي تبعث على الاكتئاب، والتدريب التوكيدي السلوكي من خلال متابعة ملاحظة العميل لسلوكه المضطرب.

- أسلوب تعديل السلوك الاكتيبي عن طريق اتباع فنية النمذجة modeling، والتي تقوم على أساس أن يتعلم الفرد التخلص من أعراضه الاكتئابية، من خلال ملاحظة سلوك الآخرين وتعريضه بصورة منتظمة للنماذج، ويطلب منه أداء نفس العمل الذي سيقوم به النموذج. (زهرا، 2005م، ص132)

-التعلم بالمحاكاة:

ويلقي هذا التكنيك حالياً اهتماماً واسعاً من المرشدين السلوكيين. ويتضمن تقديم نموذج (مثال) سلوكي للعميل يمكن احتذاؤه والافتداء به ويمكن التوحد معه بسهولة. ويمكن للعميل أن يحاكي السلوك المرغوب ببساطة من خلال الملاحظة ويعتمد ذلك على أربعة أشياء هي: الانتباه، الحفظ، والاستعادة الحركات والهدف أو الحافز. (القاضي وآخرون، 2002م: 172)

التعاقد: على تنفيذ سلوك معين هو أحد التطورات الحديثة في الإرشاد السلوكي خاصة مع ظهور برامج تنمية الذات. ويقوم هذا التكنيك على فكرة أنه من المفيد للعميل أن يحدد بنفسه التغيير السلوكي المرغوب، وهذا العقد شأنه شأن العقود المعروفة هو اتفاق يتم بالتفاهم بين

طرفين (المرشد والعميل) يحصل بمقتضاه كل منهما على شيء من الآخر في مقابل ما يعطيه له. (القاضي، 2002م:173)

وحيث أن البرنامج الإرشادي يتضمن الخلل الخاص بالنوم (زيادة في ساعات النوم، أو الأرق فنود ذكر قواعد لتحسين النوم وهي:

- التعود على الذهاب إلى الفراش والاستيقاظ في وقت منتظم.
- ليكن عندك روتين لوقت النوم، وحاول الاسترخاء قبل النوم.
- تجنب شرب الشاي والقهوة والكحول في المساء.
- لا تأخذ قيلولة خلال النهار - حتى لو كنت تشعر بالتعب فعلا. فإنه سيؤثر على راحة الجسم.
- لا تأكل وجبة كبيرة قبل النوم. إذا كنت جائعا قبل وقت النوم كل وجبة خفيفة.
- حاول ممارسة الرياضة أثناء النهار، ولكن ليس قريبا من وقت النوم.
- النوم في السرير الخاص بك فقط، وليس على أريكة أو في أي مكان آخر.
- لا تشاهد التلفزيون، وتتناول الطعام أو تكتب في السرير إلا إذا كنت متأكدا من التجارب السابقة أن هذه الأنشطة سوف تساعدك على النوم.
- لا تذهب إلى السرير حتى تشعر بالنعاس.
- إذا لم تكن قد نمت في غضون نصف ساعة، قم وافعل شيئا يصرف انتباهك ويساعد على الاسترخاء (بعيدا عن غرفة النوم إذا كان ذلك ممكنا). عد إلى السرير فقط عندما تشعر بالنعاس. قد يكون من المفيد أيضا رصد سلوك النوم الخاص بك، لمعرفة متى تنام ومتى لا تنام، وتسجيل أي أنشطة ساعدتك على العودة إلى النوم.

ومن الخطوات السبع الأساسية لحل المشاكل والتي يجب طرحها والعمل بها:

1- حدد المشكلة وعرفها بوضوح

إذا كنت تعاني من أكثر من صعوبة اختر أولا الأكثر إلحاحا، أو ربما الأسهل للتعامل معها.

2- قم بـ"العصف الذهني" أو أعد قائمة بجميع الحلول الممكنة للمشكلة التي اخترتها -

حتى الأفكار السخيفة أو تلك التي ليس من المرجح أن تؤدي إلى نتيجة تكون كتابتها مفيدة - كلما كثرت الأفكار التي تأتي بها كلما كان من المرجح أن تجد حلا.

3- قيم مدى فعالية كل حل - ادرس كل الحلول، وأعد قائمة بإيجابيات وسلبيات كل حل من هذه الحلول - سوف يساعدك هذا على اتخاذ قرار أي حل هو الأنسب.

4- اختر الحل الأكثر واقعية و عملية، ينبغي للحل الذي تختاره أن يكون مفيدا وقابلا للتنفيذ.

5- حدد الخطوات لتنفيذ الحل الذي اخترته- تقسيم الحل إلى خطوات بسيطة سوف يساعدك على النظر في كيفية تحقيق ذلك وأي الجوانب قد تكون أكثر صعوبة. حاول التفكير في ما سيتم القيام به، وكيف ومتى سيتم، ومن سيشارك فيه، وأين سيتم.

6- تنفيذ الخطة التي وضعتها.

7- استعراض النتائج. إذا كان الحل الخاص بك يعمل، عظيم! هنئ نفسك وتذكر هذا

النجاح في المستقبل. إذا لم تحل المشكلة، حاول فهم ما حدث خطأ - ربما كنت تشعر بتوعك غير عادي أو حاولت أن تفعل الكثير. أيا كان السبب، أنت لم تفشل. تعلم من التجربة. يمكنك المحاولة مرة أخرى أو العودة إلى قائمة الحلول واختيار أنسب واحد يليه.

يمكنك العودة إلى قائمة الحلول بقدر ما تحتاج. كلما كان لديك المزيد من الأفكار كلما

كانت قائمة خياراتك أكبر. (الاكتئاب وفقدان الهمة دليلك للمساعدة الذاتية، 2012م:25-26)

ومن الأساليب المعرفية التي تم استخدامها في البرنامج الإرشادي :

- استخلاص الأفكار الآلية : الأفكار الآلية هي تلك الأفكار التي تعترض الأحداث الخارجية وردود فعل الفرد الانفعالية نحو هذه الأحداث، وغالبا ما تمضي دون أن تلاحظ لأنها جزء من النمط الإدراكي للتفكير وتحدث بسرعة شديدة ونادرا ما تقيم مصداقيتها لأنها شديدة القابلية للتصديق ومألوفة ومعتادة.

ويجب أن يتعلم المريض كيفية التعرف كي ينجح العلاج ويعطي مفعوله.

وهذه الأفكار الآلية عادة ما تسبق الانفعالات مثل الغضب، الخوف، القلق ويستخدم المعالج الأسئلة، التخيل ولعب الأدوار لاستخلاص هذه الأفكار.

- طرق اكتشاف الأفكار الآلية :

1- أبسط طريقة هي الأسئلة التي يطرحها المعالج على المريض حول الأفكار التي راودته قبل ظهور الانفعال.

2- التخيل : يطلب المعالج من المريض أن يتخيل صورة بالتفصيل (موقف مثير للكدر مثلا) ويصف المريض بالتفصيل ما الذي يحدث عند التخيل.

3- لعب الدور : عندما يكون الحدث ذا طابع تفاعلي، يلعب المعالج دور الشخص الآخر في المواجهة، ويلعب المريض دوره الشخصي وتستثار الأفكار الآلية عند استغراق المريض تماما في لعب الدور.

4- السجل اليومي : هو سجل للأفكار المرضية، يستعمل المريض عندما يصبح قادر على تحديد الأفكار الآلية فيقوم بتسجيل الأفكار الآلية والانفعالات المصاحبة لها التي تحدث في المواقف المثيرة، بين جلسات العلاج، ثم يقوم المعالج بتعليم المريض كيفية تطوير استجابات عقلانية لأفكارهم التلقائية المرضية وتسجيلها في عمود في سجل يومي.

السجل اليومي للأفكار غير السوية:

1- أعد تقدير اعتقادك في الأفكار الآلية من صفر -100 بالمائة.

2- حدد وقدر الانفعالات المترتبة عليها على مقياس من صفر - 100 استجابة عقلانية

1- اكتب الاستجابة العقلانية للفكرة أو الأفكار الآلية.

2- قدر مدى اعتقادك في الفكرة العقلانية على مقياس من 0 - 100. 1- اكتب الفكرة أو الأفكار الآلية التي تسبق الانفعال.

2- قدر مدى اعتقادك في الفكرة أو الأفكار الآلية بنسبة من 0 - 100 بالمائة 1- حزن محدد/ قلق أو غضب قدر درجة الانفعال على مقياس من 1 - 100. وصف

1- حدث حقيقي يؤدي إلى مشاعر غير سارة.

2- أفكار متدفقة، أو أحلام يقظة، أو ذكريات تؤدي لمشاعر غير سارة.

- اختبار الأفكار الآلية : يستخدم المريض كيفية إخضاع أفكاره الآلية للتحليل الموضوعي ويعدها لأنه تعلم كيفية التفكير العقلاني حيث تتم عملية اختبار الأفكار الآلية من خلال الطلب من المريض وضع قائمة بالدلالات المستخلصة من خبرته المؤيدة للفروض وعندما يفكر المريض في الدلالات فإنه يرفضها فوراً ويعترف أنها إما مشوهة أو زائفة.

هناك بعض الأفكار الآلية غير الطيبة لاختبار الفروض من خلال فحص الدلالات. وبالتالي يلجأ المعالج إلى طرح الأسئلة للكشف عن التناقض أو طرح سؤال يستهدف الكشف عن الأخطاء المنطقية الكامنة في اعتقاد المريض. وغيرها من الأساليب الأخرى.

الأساليب السلوكية : أكثر الأساليب السلوكية شيوعاً في الاستخدام، تتضمن قوائم الأنشطة التي تحتوي على تمرينات للتفوق وتحقيق البهجة والبروفات المعرفية وتمرينات الاعتماد على الذات ولعب الأدوار وأساليب التحويل. وتستخدم قوائم الأنشطة بكثرة في المراحل المبكرة من العلاج المعرفي لمواجهة فقدان الدافعية واليأس والإفراط في اجترار الأفكار.

- طرح الأسئلة: إن طرح الأسئلة أداة علاجية معرفية رئيسية. حيث أن أغلب تعليقات المعالج خلال جلسة العلاج عبارة عن أسئلة. وذلك لاستنباط ما يفكر فيه المريض. حيث يعتبر الاستجواب وسيلة قوية لتحديد وتغيير الأفكار الآلية والمخططات وبالتالي فمن المهم أن تصاغ الأسئلة بحرص ومهارة ومعرفة الوقت المناسب في صياغتها وذلك لمساعدة المريض على التعرف على أفكاره ومخططاته وتقييم القضايا المختلفة موضوعياً.

- الواجبات المنزلية: الواجبات المنزلية هي أمر شديد الأهمية في العلاج المعرفي لأنها تساعد على التقدم والنظرة الموضوعية للمشكلات.

اختبار الفروض ... حيث يصمم المعالج كل تكليف بالواجب المنزلي للمريض ويجب أن يكون الواجب على صلة مباشرة بمضمون الجلسة العلاجية حتى يفهم المريض الغرض منه وأهميته ويجب أن يكون الواجب مصاغاً بوضوح وبشكل محدد، ويكتب منه نسختين قرب نهاية الجلسة، يحتفظ المعالج بواحدة ويعطي للمريض واحدة، وعادة ما تتضمن الواجبات المنزلية قراءة كتاب أو مقال حول المشكلة، ممارسة أساليب للاسترخاء أو تحويل الانتباه وعد الأفكار الآلية وتقدير الأنشطة من حيث إثارته للمتعة والإحساس بالتمكن والاحتفاظ بسجل يومي للأفكار غير السوية والإنصات لشريط تسجيل للجلسة العلاجية، ثم يقوم المعالج بمراجعة الواجب المنزلي مع المريض وإلا اعتبره المريض

الاسترخاء أسلوباً لعلاج الاكتئاب واضطراباته (إبراهيم 1998م):

نعلم أن الاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة يمكن للمعالج وللشخص كليهما استثمارها في أغراض عدة: ولعل من أول الأهداف الرئيسية لتعلم الاسترخاء إمكانية استخدامه مستقلاً أو مع أساليب علاجية أخرى كالتطمين التدريجي، أو التعويد التدريجي على التعامل مع المواقف التي ارتبطت في الماضي بإثارة الاكتئاب. وبنفس المنطق يمكن أن يستخدم الاسترخاء أسلوباً من

أساليب التدريب على المهارات الاجتماعية، وممارسة نشاطات تتعارض مع الاكتئاب كان يصعب على الشخص القيام بها دون أن يكون هادئاً ومتناسكاً. ولهذا ليس من النادر أن نجد أن كثيراً من المعالجين يوصون بمحاولة الاسترخاء للدقائق معدودة يوميا وقبل الدخول في مواقف حياتية مثيرة للانفعال، في حالات كثيرة يستخدم الاسترخاء بوصفة طريقة لمساعدة الشخص على اكتساب الهدوء، إزاء المواقف السابقة التي قد تكون مصدرا للإثارة الانفعالية عند الشخص، وبالتالي يساعد على تحييد المشاعر والقلق نحو المواقف أو النماذج المهددة أو الداعية للقلق كالآباء أو نماذج السلطة بشكل عام.

ويستخدم أسلوب الاسترخاء في كثير من الأحيان للتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة، التي قد تكون أحيانا من الأسباب الرئيسية في إثارة الاضطرابات الانفعالية والاكتئاب، وبالتالي يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية. فالمريض المكتئب الذي يعتقد أن حالته ترجع لأسباب فسيولوجية عضوية فيه يصعب تغييرها، يمكن الآن ضبط مشاعره والتحكم فيها ذاتيا. (إبراهيم، 1998م: 242-243)

مراحل واجراءات الاسترخاء :

تتفاوت إجراءات الاسترخاء العضلي من حيث الطول، فبعض التدريبات قد يستغرق نصف ساعة خاصة في البداية، والبعض الآخر قد يستغرق عشر دقائق أو خمسا بحسب خبرة الشخص ونجاحه في ممارسة التدريبات. وسواء بدأ الراغب في ممارسة التدريب ممارسته للاسترخاء بتوجيه من المعالج وبحضوره أو بتوجيه ذاتي، فإن الخطوات التالية ذات فائدة جمة وهي كالآتي:

- 1- استلق في وضع مريح عند بداية التدريب، وتأكد من هدوء المكان وخلوه من المشتتات.
- 2- المكان الذي سترقد عليه يجب أن يكون مريحا، ولا توجد فيه أجزاء نافرة أو ضاغطة على بعض أجزاء الجسم.
- 3- ليس بالضرورة أن تكون راقداً أو نائماً ... بل يمكن البدء في التدريبات وأنت جالس في وضع مريح ... (وربما و أنت واقف في بعض الحالات).
- 4- ابدأ بتدريب عضواً واحداً في البداية على الاسترخاء، ويفضل ان تكون الذراع كما في الخطوات الآتية:

-اغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة.

-لاحظ أن عضلاتك اليد ومقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر وتشتد.

-ابسط راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودة، أرخها وضعها في مكان مريح على مسند الأريكة.

-لاحظت أن عضلات أخذت تسترخي وتثقل.

-كرر هذا التمرين عدداً من المرات، حتى تدرك الفرق بين التوتر والشد العضلي في الحالة الأولى ... والاسترخاء الذي ينجم بعد ذلك عندما تبسط راحة يدك اليسرى ببسر، وإلى أن تتأكد أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلي، و أنه بإمكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى.

-كرر هذا التمرين (الشد و الارخاء) مع بقية العضلات الأخرى.

5-مع اكتساب القدرة على التحكم في التوتر العضلي والاسترخاء في جميع أعضاء الجسم عضوا عضوا بالطريقة السابقة، يمكنك في المرات التالية استغراق وقت أقل من ذلك.(إبراهيم، 1998م: 242-243).

عوامل تيسر الاسترخاء وتعمقه:

اكتساب القدرة على الاسترخاء بهذا النظام السابق بإمكانك في مواقف تالية من التحكم في الاسترخاء العضلي ... في مناطق معينة من الجسم فقط . فعندما تحتاج بعض المواقف إلى الإبقاء على بعض العضلات الأخرى غير المستخدمة لهذا الغرض، في حالة استرخاء في مواقف قيادة سيارة مثلا تحتاج إلى عينيك وقدمك ويدك في حالة من التأهب، ولكن بالطبع يمكنك الإبقاء (حتى وأنت تقود سيارتك على استرخاء بعض العضلات الأخرى بما فيه عضلات الكتفين والظهر، والبطن والساقين. لاحظ أنه يمكنك أن تكون مسترخياً وأنت في قمة النشاط، فضلا عن هذا هناك عوامل أخرى تساعد على سرعة إتقان أسلوب الاسترخاء وتعمقه، حتى يصبح أسلوباً سهلاً، منها:

-الإلمام بالأساس العلمي للأسلوب، استخدام قوة الإيحاء والتركيز..، التغلب على الاحساسات الغريبة والمخاوف، التكرار والتعميم، الوقت الملائم.

ومن أساسيات نجاح الاسترخاء تنفيذ التعليمات التالية كما ذكرها (إبراهيم، 1998م)

استخدام قوة الإيحاء والتركيز :

بالإسترخاء العضلي في لحظات قصيرة. لهذا من المفيد أن تدرب التفكير على التركيز بعمليات الشد والإسترخاء.

إذا وجدت أن تفكيرك يهيم في موضوعات أخرى، أعده إراديا إلى الإحساس بالجسم، أو التركيز في الصوت الذي ينقل لك تعليمات الاسترخاء، إذا كنت تستخدم شريطا مسجلا.

وفي المواقف العلاجية المباشرة، ينصح المعالج الشخص بأن تكون أفكاره كلها مركزة في اللحظة، أي في عملية الاسترخاء، وذلك للمساعدة على تعميق الإحساس به. ولكي يساعد المعالج على تحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح في هذه المرحلة قد يستخدم المعالج طريقة التخيل، وخلق صور ذهنية، بأن يطلب من المريض أن يتخيل بعض اللحظات في حياته التي كان يعيش فيها بمشاعر هادئة ورياضة (يحسن أن يكون هذا التخيل بشكل نوعي أي أن يكون المعالج قد عرف من المريض قبل ذلك بعض المواقف التي كانت تهدئ مشاعره، كالضوء الخافت، أو مشاهدة التلفزيون، أو سماع الموسيقى، أو الاسترخاء في الظهيرة بعد وجبة شهية).

-التغلب على الإحساسات الغريبة والمخاوف:

قد يشعر الشخص خاصة في الجلسات العلاجية ببعض المشاعر الغريبة كاللتميل في أصابع اليد، أو إحساس أقرب للسقوط، وهذا شئ ودليل على أن عضلات الجسم بدأت تتراخي. وهذه النقطة مهمة بشكل خاص في مواقف العلاج بوجود معالج، لأن كثيرا من المرضى خاصة الهستيريين، والقلقين قد يستجيبون للاسترخاء بخوف مبالغ فيه أو بشعور بأن شيئا غريبا يسيطر على أجسامهم. بينما من المفروض أن يكون ذلك دليلا على أن الاسترخاء قد بدأ يحدث في عضلات الجسم. ومن المخاوف التي تنتاب بعض المرضى شعورهم بأنهم يفقدون القدرة على ضبط الذات. في مثل هذه الطمأنينة في نفس المريض. وهذا الإجراء ضروري بشكل خاص عندما يكون المعالج من جنس غير جنس المريض. وتبين لنا خبرتنا الخاصة أن الدور الأمثل الذي يجب على المعالج أن يمارسه في مثل هذه اللحظات، هو دور المرشد أو المعلم الذي لا يهدف السيطرة على الجسم بمقدار ما يهدف إلى تعليم مريضه خبرة جديدة.

-التكرار والتعميم:

لا تيأس إذا عجزت عن الوصول إلى حالة عميقة من الاسترخاء... فمن شأن التكرار أن يمكنك من ضبط الجسم بإبقائه في حالة استرخاء إن عاجلا أو آجلا. ومن ثم عليك أن تقوم بمزيد من التدريب لإتقان الاسترخاء، خاصة في المواقف الفعلية. مارس الاسترخاء مثلا في الاجتماعات، أو أنت تقرأ، أو أنت تشاهد التلفزيون، أو تسمع الراديو وراقب مختلف عضلاتك

بما فيه طريقة جلوسك، وتعبيرات الوجه، ومختلف عضلات الجسم، ووضعها في الوضع المسترخي، ما عدا الأعضاء التي يتطلبها الموقف.

-الوقت الملائم:

لا يوجد وقت محدد لممارسة الاسترخاء، وحيث يفضل ممارسة الاسترخاء بالطريقة المطولة، ثلاث مرات يوميا على الأقل: في الصباح، وفي منتصف النهار، وبعد العودة من العمل قبل تناول مرة العشاء، وقد أضيف مرة رابعة قبل النوم مباشرة للإعانة على نوم هادئ وعميق.

مدى حدود تقييم النتائج:

كانت عينة الدراسة من فئة النساء المصابات بأعلى أعراض الاكتئاب من النساء اللواتي يعشن في خزاعة، حيث يعشن ظروف حياتية صعبة، ومما لا شك فيه بأن طبيعة العلاقات الاجتماعية في منطقة خزاعة وتضامن الأسري حيث وجود العائلة الممتدة في مكان سكني واحد له الفضل في استمرارية الحياة والقدرة على التفاعل .

وهذه من العوامل الايجابية التي أثرت على مستوى التحسن، مما سبب للباحثة صعوبة تحديد تأثير البرنامج الإرشادي من دون تدخل عوامل أخرى، بجانب أن البرنامج الإرشادي يحتاج لفترة أطول في تطبيقه لكي نستشعر الفروق وتستمر فاعلية البرنامج والتعرف أكثر على أهم التكنيكات التي تحدث التغيير في أفراد المجموعة.

من توصيات الباحثة إجراء دراسة تتعرف على أهم التكنيكات المستخدمة في البرامج الإرشادية وما لها من تأثير فعال على أفراد المجموعة كما أنها توصي بتطبيق البرامج الإرشادية للوقاية من تطور أعراض الاكتئاب أو من الأمراض النفسية إلى مرض بالفعل (درهم وقاية خير من قنطار علاج).

## ملحق رقم (4) استبانة البيانات الشخصي

عزیزتی السیة المحترمة

تحية طيبة وبعد، ، ،

بین یدیک مقیاس یهدف إلى التعرف إلى (فعالية برنامج إرشادي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى النساء ذوات البيوت المهذمة). وأنا بصدد تطبيق مقياس للحصول على المعلومات والبيانات اللازمة لذلك، ويشمل المقياس مجموعة من الفقرات يرجى قراءة العبارات بدقة ثم التعبير عن رأيك فيها بوضع علامة (x) في المكان الذي يتفق مع رأيك، أرجو التكرم بالإجابة على كل سؤال بأمانة وموضوعية، ولما لأجاباتكم من أهمية بالغة في نتائج الدراسة، علما بأن إجاباتكم لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط، ولن تستغرق الأداة من الوقت أكثر من 15 دقيقة.

شاکرین لکم حسن تعاونکم فی خدمة البحث العلمي، ، ،

أولاً: البيانات الأولية:

- 1- الاسم .....
- 2- العمر  
 أقل من 20 سنة     من 20-25 سنة     من 25-30 سنة     أكثر من 30 سنة
- 3- المستوى التعليمي  
 ثانوية عامة فأقل     جامعي (بكالوريوس-دبلوم)     ماجستير     دكتوراه
- 4- مستوى الدخل الشهري  
 أقل من 1000 شيكل     من 1001 - 2000 شيكل     2001 - 3500 شيكل  
 أكثر من 3500 شيكل.
- 5- مكان الإقامة     مخيم     قرية     مدينة
- 6- نوع المجموعة     استطلاعية     ضابطة     تجريبية
- 7- نوع القياس     القبلي     الوسط     البعدي     التتبعي

## صدق المحكمين "الظاهري"

عرضت الباحثة المقياس على مجموعة من المحكمين تألفت التي تكونت من سبع أعضاء هيئة تدريسية ومتخصصين في علم النفس والإرشاد النفسي، وقد اضافت الباحثة مايلزم من حذف وتعديل في ضوء مقترحاتهم وبذلك خرج البرنامج في صورته النهائية.

ملحق رقم (5)

مقياس بيك للاكتئاب

الرقم	الدرجة	العبارة
1 الحزن	صفر	لا أشعر بالحزن.
	1	أشعر بالحزن أغلب الوقت
	2	أنا حزين طول الوقت.
	3	أنا حزين أو غير سعيد لدرجة لا أستطيع تحملها.
2 التشاؤم	صفر	لم تفتر همتي فيما يتعلق بمستقبلي.
	1	أشعر بفتور الهمة فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكبر مما اعتدت.
	2	لا أتوقع أن تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي.
	3	أشعر بأن لي في المستقبل وانه سوف يزداد سوءا.
3 الفشل السابق	صفر	لا أشعر بأنني شخص فاشل.
	1	لقد فشلت أكثر مما ينبغي.
	2	كلما نظرت الى الوراء أري الكثير من الفشل.
	3	أشعر أنني شخص فاشل تماماً
4 فقدان الاستمتاع	صفر	أستمتع بالأشياء بنفس قدر استمتاعي بها من قبل.
	1	لا أستمتع بأشياء بنفس القدر الذي اعتدت عليه.

الرقم	الدرجة	العبارة
	2	أحصل علي قدر قليل جدا من الاستمتاع من الأشياء التي اعتدت أن أستمتع بها.
	3	لا أستطيع الحصول على أي استمتاع من الأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها.
5 مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	صفر	لا أشعر بالإثم (تأنيب الضمير).
	1	أشعر بالآثم (تأنيب الضمير) عن العديد من الأشياء التي قمت بها أو أشياء كان يجب أن أقوم بها.
	2	أشعر بالآثم (تأنيب الضمير) أغلب الوقت.
	3	أشعر بالإثم (تأنيب الضمير) طول الوقت.
6 مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	صفر	لا أشعر بأنه يقع على عقاب.
	1	أشعر بأنه ربما يقع على عقاب.
	2	أتوقع أن يقع علي عقاب.
	3	أشعر بالإثم (تأنيب الضمير) طول الوقت.
7 - عدم حب الذات	صفر	شعوري نحو نفسي كما هو.
	1	فقدت الثقة في نفسي.
	2	خاب رجائي في نفسي.
	3	لا أحب نفسي.
8 - نقد الذات	صفر	لا أنقد أو ألوم نفسي أكثر من المعتاد.
	1	أنقد نفسي أكثر مما اعتدت.
	2	أنقد نفسي على كل أخطائي.
	3	ألوم نفسي على كل ما يحدث من أشياء سيئة.
9- الأفكار أو الرغبات الانتحارية	صفر	ليس لدي أي أفكار انتحارية.
	1	لدي أفكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها.

الرقم	الدرجة	العبارة
	2	أريد أن أنتحر.
	3	قد انتحر لو سحت لي الفرصة.
10-البكاء	صفر	لا أبكي أكثر مما اعتدت.
	1	أبكي أكثر مما اعتدت.
	2	أبكي بكثرة من أي شيء بسيط.
	3	أشعر بالرغبة في البكاء ولكني لا أستطيع.
	صفر	لست أكثر تهيجاً أو استثارة عن المعتاد.
11- التهيج أو الاستثارة	1	أشعر بالتهيج أو الاستثارة أكثر من المعتاد.
	2	أهتاج أو استثارة لدرجة أنه من الصعب علي البقاء بدون حركة.
	3	أهتاج أو استثارة لدرجة تدفعني للحركة أو فعل شيء ما.
	صفر	لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة.
12- فقدان الاهتمام	1	أهتم بالآخرين أو بالأمر أقل من قبل.
	2	فقدت أغلب اهتمامي بالآخرين والأمر الأخرى.
	3	فقدت أغلب اهتمامي بالآخرين والأمر الأخرى
	صفر	اتخذ القرارات بنفس كفايتي المعتادة.
13-التردد	1	أجد صعوبة أكثر من المعتاد في اتخاذ القرارات.
	2	لدي صعوبة أكثر بكثير مما اعتدت في اتخاذ القرارات.
	3	لدي مشكلة اتخاذ أي قرارات.
	صفر	لا أشعر بأنني عديم القيمة.
14 انعدام القيمة	1	لا أعتبر نفسي ذو قيمة وذو نفع كما

الرقم	الدرجة	العبرة
		اعتدت أن أكون.
	2	أشعر بأنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين.
	3	أشعر بأنني عديم القيمة تماماً.
15 فقدان الطاقة	صفر	لدي نفس القدر من الطاقة كالمعتاد.
	1	لدي قدر من الطاقة أقل مما اعتدت.
	2	ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء.
	3	ليس لدي طاقة كافية لعمل أي شيء.
16 تغيرات في نمط النوم.	صفر	ساعات نومي ليست أقل من المعتاد.
	1	أحياناً أجد أن لدي صعوبة طفيفة في النوم.
	2	من الواضح أنني لا أنام جيداً كالمعتاد.
	3	أنام أقل من ساعتين في الليلة.
17 القابلية للغضب أو الانزعاج	صفر	قابليتي للغضب أو الانزعاج لم تتغير عن المعتاد.
	1	قابليتي للغضب أو الانزعاج أكبر من المعتاد.
	2	قابليتي للغضب أو الانزعاج أكبر بكثير من المعتاد.
	3	قابليتي للغضب أو الانزعاج طول الوقت.
18- تغيرات في الشهية	صفر	شهيتي ليس أقل من المعتاد.
	1	شهيتي أسوأ قليلاً من المعتاد.
	2	شهيتي أسوأ كثير الآن.
	3	ليست لي شهية على الإطلاق.
19 صعوبة التركيز	صفر	صعوبة التركيز.
	1	أستطيع التركيز بكفاءة المعتادة.

الرقم	الدرجة	العبارة
	2	من الصعب على أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة.
	3	أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.
20 الإرهاق أو الاجهاد	صفر	لست أكثر إرهاقاً أو اجهداً من المعتاد.
	1	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد بسهولة أكثر من المعتاد.
	2	يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عملها.
	3	أنا مرهق أو مجهد جداً لعمل أغلب الأشياء التي اعتدت عليها.
21 فقدان الاهتمام بالجنس	صفر	لم ألاحظ أي تغير في اهتمامي بالجنس حديثاً.
	1	أنا أقل اهتماماً بالجنس مما اعتدت.
	2	أنا أقل اهتماماً بالجنس الآن بدرجة كبيرة.
	3	فقدت الاهتمام بالجنس تماماً.