

فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من
مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء في
فلسطين

إعداد

موسى محمد نجيب

إشراف

الأستاذ الدكتور محمد خالد الطحان

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات منح درجة دكتوراه فلسفة في العلوم
التربوية تخصص إرشاد نفسي وتربوي

كلية الدراسات التربوية العليا
جامعة عمان العربية للدراسات العليا

٢٠٠٧

التفويض

أنا موسى محمد نجيب

أفوض جامعة عمان العربية للدراسات العربية العليا بتزويد نسخ من أطروحتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبها.

الاسم: موسى محمد نجيب.




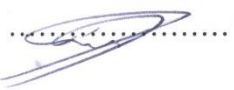
التوقيع: 

التاريخ: 2007/11/24م

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الأطروحة وعنوانها فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين واجيزت بتاريخ 2007/11/24م.

أعضاء لجنة المناقشة:

التوقيع			
	(رئيساً)	فتحي جروان	الدكتور:
	(عضواً)	احمد الصمادي	الاستاذ الدكتور :
	(عضواً)	نزيه حمدي	الاستاذ الدكتور :
	(عضواً ومشرفاً)	محمد خالد الطحان	الاستاذ الدكتور :

الشكر والتقدير

أشكر الله سبحانه وتعالى؛ الذي منحني المعرفة والعلم وساعدني لاجتياز الصعاب التي مررت بها. وأتقدم بجزيل الشكر والامتنان للإستاذ الدكتور: محمد خالد الطحان الذي أشرف على هذا العمل وتحمل معي عناء الرحلة رغم المسافات البعيدة، فمنحني الصبر وعلمني الثقة بالنفس، فله خالص شكري وتقديري.

وأتقدم بالشكر والتقدير: إلى أعضاء لجنة المناقشة الممثلة برئيس اللجنة الدكتور: فتحي جروان، والأستاذ الدكتور: نزيه حمدي عضواً، والأستاذ الدكتور: احمد الصمادي عضواً، على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الأطروحة.

كما وأتقدم بالشكر والتقدير: لكل أساتذتي في جامعة عمان العربية للدراسات العليا، والذين لم ييخلوا على طالب علم برأي أو نصيحة وخاصة الأستاذ الدكتور: يعقوب أبو حلو، والأستاذ الدكتور: صالح الداهري، والدكتور: عطا أخلالدي، والأستاذ الدكتور سعيد الاعظمي.

وشكري وامتناني إلى الصديق: حسن أبو خليل، والسيدة شفاء أبو خليل الذين تفضلوا بإجراء مراجعة الصياغة اللغوية للمخطوطة.

وأتقدم بالشكر والتقدير إلى المرشدة النفسية منى المحتسب لما بذلته من جهد كبير في مساعدتي على تنفيذ البرنامج الإرشادي.

وأتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى الدكتور: عبدالله أبو هلال على مساندته العلمية والمهنية في تفسير المصطلحات الطبية وتحليلها.

وأشكر المرफأ للصحة النفسية رئيساً وعاملين، فهو الذي أتاح لي الفرصة في تنفيذ البرنامج الإرشادي. وخالص شكري وعرفاني للمركز الفلسطيني للإرشاد الذي كان محطتي العملية والعلمية الأولى، واطمأن بالذكر الزميلات رنا النشاشيبي ورمال صلاح .

وشكري الخاص للنساء اللواتي شاركنني في البرنامج الإرشادي. وأخيراً وليس آخراً، لا بد لكل من يلقى هذا الدعم ان يقدم بحثاً يقرأ فإن وفقت فمن مورد كريم غرفت وإن قصرت فشفيعي بأني بكل جهد سعت.

الإهداء

الى روح والدي رحمه الله
مبتوثة بثنايا حاضري، لم تغب.....
والى روح عشقتها والدي التي منها تعلمت ... ولها ما تعلمت.....
والى اخوتي مرعب وحباس وداود وعبدالله وغازي وللروح ملاذها.....
والى أخواتي عزيزة وصايف ونوال وللروح دفئها.....
والى التي صبرت وتحملت وكانت خير سند وللروح شريكها
الزوجة سحر .
والى من عليهم الامل ... وبهم الرجاء وللروح استمراريتها
أبنائي غسان وميلاد ونهى.
والى كل عشاق الحرية والمدافعين عن انسانية الانسان وكرامة الحياة في وطني فلسطين والعالم
....
اهدي لهم جميعا ثمرة هذا الجهد

قائمة المحتويات

و.....	قائمة المحتويات
ك.....	الملخص
م.....	ABSTRACT
١.....	(الفصل الأول)
١.....	الخلفية النظرية
٢.....	مقدمة :
٦.....	مشكلة الدراسة وأسئلتها
٦.....	عناصر المشكلة :
٦.....	فرضيات الدراسة
٧.....	أهمية الدراسة :
٧.....	مصطلحات الدراسة :
٨.....	محددات الدراسة :
٩.....	(الفصل الثاني)
٩.....	الإطار النظري والدراسات السابقة
١٠.....	الأدب التربوي المتعلق بالنظرية الإنسانية وتقدير الذات
٢٠.....	الأدب التربوي المتعلق بالأمراض السيكوسوماتية
٢٥.....	الدراسات السابقة
٣٨.....	خلاصة الدراسات :
٣٩.....	(الفصل الثالث)
٣٩.....	الطريقة والإجراءات
٤٠.....	مجتمع الدراسة والعينة :
٤٢.....	أدوات الدراسة :
٤٥.....	ثبات أداة الدراسة
٤٦.....	تصحيح المقياس:

٤٧.....	اهداف البرنامج :
٤٩.....	إجراءات الدراسة:
٤٩.....	تصميم الدراسة ومتغيراتها:
٤٩.....	متغيرات الدراسة:
٤٩.....	المعالجة الإحصائية:-
٥١.....	(الفصل الرابع)
٥١.....	نتائج الدراسة
٥٩.....	(الفصل الخامس)
٥٩.....	مناقشة النتائج
٦٠.....	مناقشة النتائج
٦٣.....	التوصيات :
٦٤.....	(المراجع)
٦٥.....	المراجع العربية:
٦٩.....	المراجع الأجنبية :
٧٤.....	(الملاحق)

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
١	توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المجموعة والحالة الاجتماعية.	٦٧
٢	نتائج مدى التجانس بين المجموعتين واختبار " ت " للفرق بين المتوسطات الحسابية لاختبار تقدير الذات وفقاً لمتغير المجموعة في القياس القبلي.	٦٧
٣	نتائج مدى التجانس بين كل من المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية ونتائج اختبار " ت " للفرق بين المتوسطات الحسابية لاختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصائية والسيكوسوماتية وفقاً لمتغير المجموعة في القياس القبلي.	٦٨
٤	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاختبار تقدير الذات وفقاً لمتغير المجموعة في القياس البعدي.	٨٣
٥	نتائج تحليل التباين المشترك لاداء افراد عينة الدراسة على اختبار تقدير الذات وفقاً لمتغير المجموعة في القياس البعدي.	84
٦	المتوسطات الحسابية المعدلة في اختبار تقدير الذات البعدي حسب متغير المجموعة.	85
٧	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاختبار تقدير الذات وفقاً لمتغير المجموعة في القياس البعدي.	86
٨	نتائج تحليل التباين المشترك لاداء افراد عينة الدراسة على اختبار تقدير الذات وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية في القياس البعدي.	87
٩	المتوسطات الحسابية المعدلة في اختبار تقدير الذات حسب متغير الحالة الاجتماعية	٨٧
١٠	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصائية والسيكوسوماتية وفقاً لمتغير المجموعة في القياس البعدي.	٨٨

٨٩	نتائج تحليل التباين المشترك لاداء افراد عينة الدراسة على اختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية وفقاً لمتغير المجموعة في القياس البعدي.	١١
٩٠	المتوسطات الحسابية المعدلة في اختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية حسب متغير المجموعة.	١٢
٩١	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية في القياس البعدي.	١٣
٩١	نتائج تحليل التباين المشترك لاداء افراد عينة الدراسة على اختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية في القياس البعدي.	١٤
٩٢	المتوسطات الحسابية المعدلة في اختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية حسب متغير الحالة الاجتماعية.	١٥

قائمة الملحق

رقم الملحق	المحتوى	رقم الصفحة
١	أداة الدراسة " قائمة كورنل الجديدة للاضطرابات العصبية السيكوسوماتية" (قبل التعديل).	١١٥
٢	أسماء محكمين " قائمة كورنل الجديدة للاضطرابات العصبية والسيكوسوماتية".	١٢٦
٣	الفقرات التي تم تعديلها في (قائمة كورنل الجديدة للاضطرابات السيكوسوماتية) . والمقياس بعد التعديل.	١٢٧
٤	أداة الدراسة (مقياس تقدير الذات)	١٤٠
٥	أسماء المحكمين لمقياس تقدير الذات.	١٤٤
٦	برنامج الإرشاد الجمعي.	١٤٥
٧	أسماء المحكمين لبرنامج الإرشاد الجمعي.	١٧٢

فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين

إعداد:

موسى محمد نجيب

المشرف

الأستاذ الدكتور / محمد خالد الطحان

الملخص

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين. وتألفت عينة الدراسة من (٣٠) امرأة من اللاتي تراوحت أعمارهن من (٢٥-٤٠) سنة من مدينة القدس وضواحيها وهن الحاصلات على أعلى مستوى على مقياس قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية السيكوسوماتية ، وأدنى مستوى على مقياس تقدير الذات. تم توزيع أفراد عينة الدراسة توزيعاً عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين . تجريبية مكونة من (١٥) امرأة، وضابطة مكونة من (١٥) امرأة ، حيث خضعت المجموعة التجريبية لبرنامج إرشادي جمعي قائم على النظرية الإنسانية لمدة (١٦) أسبوعاً بمعدل ساعتين أسبوعياً ، في حين لم تتلق المجموعة الضابطة هذا البرنامج. وبعد إنهاء مدة تطبيق البرنامج أعيد تطبيق كل المقاييس مباشرة على أفراد المجموعتين (التجريبية والضابطة).

وتم استخدام مقياس قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية ومقياس تقدير الذات قبل تطبيق البرنامج وبعده للتعرف على فاعلية البرنامج في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات .

أظهرت نتائج تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي لمقياس تقدير الذات وأبعاده المختلفة ، ووجد أن قيم ف دالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) وهذا يعني أن البرنامج كان فعالاً في رفع تقدير الذات لدى المجموعة التجريبية.

كما أظهرت نتائج تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة التجريبية بين درجات المتزوجات وغير المتزوجات لصالح المتزوجات على مقياس تقدير الذات .

كما أظهرت نتائج تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي لقائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية ، ووجد أن قيم ف دالة إحصائياً عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ وهذا يعني أن البرنامج كان فعالاً في خفض مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية (النفسية الجسمية) لدى المجموعة التجريبية.

كما أظهرت نتائج تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة التجريبية بين المتزوجات وغير المتزوجات على قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية. وخلصت الدراسة إلى استنتاج مفاده أن برنامج الإرشاد الجمعي الذي يستند إلى النظرية الإنسانية ذو فعالية في خفض الاضطرابات السيكوسوماتية ورفع مستوى تقدير الذات لدى النساء في فلسطين.

Abstract

Effectiveness of Group Counseling Program Based on the Humanistic Theory on the Levels of Psychosomatic Disorders and Self-Esteem among Palestinian Women

Prepared by:

Musa Muhammad Najib

Supervised by:

Prof. Muhammad Khaled Attahan

This study aimed to determine the effectiveness of a group counseling program based on humanistic theory on the levels of psychosomatic disorders and self-esteem among Palestinian women. The sample of the study consisted of (30) women whose age ranged between (25-40) years coming from Jerusalem and its suburbs with high degrees on the scale of the new Cornell Index for psychosomatic neurotic aspects and with high degrees on self-esteem scale. The sample of the study was randomly divided into two equal groups: an experimental group that consisted of (15) women and a control group of (15) women. The experimental group was the subject to a group counseling program based on humanistic theory for (16) weeks with an average of 2 hours weekly, while this program wasn't applied to the control group. After applying the program, each of the scales was applied to the members of both groups (experimental & control groups).

The new Cornell Index for psychosomatic neurotic aspects scale along with self-esteem scale were also used as pre and post-scales to identify the efficiency of the program on the psychosomatic disorders and self-esteem levels.

The results of the Analysis of Covariance (ANCOVA) showed statistical differences between the experimental and control groups in the post-test conducted on the scale of self-esteem and its dimensions. It was found that values of statistical function was at ($\alpha = 0.05$) which meant that the program was effective in raising self-esteem within the experimental group.

The results of the Analysis of Covariance (ANCOVA) also showed there were differences among married and singles women on self-esteem scale to the advantage off married women as a result of applying the counseling program.

The results of the Analysis of Covariance (ANCOVA) also showed significant statistical differences between the averages of the experimental and control groups in the post- test conducted on the new Cornell Index for psychosomatic neurotic aspects scale. It was also found that values of statistical function was at ($\alpha = 0.05$) which meant that the program was effective in reducing the level of psychosomatic disorders within the experimental group.

The results of the Analysis of Covariance (ANCOVA) also showed there were no differences among married and singles women on Cornell Index

for psychosomatic neurotic aspects scales as a result of applying the counseling program.

The study concluded that the group counseling program based on the humanistic theory is effective in reducing psychosomatic disorders and in raising self-esteem among Palestinian women.

(الفصل الأول)

اللفية النظرية

مقدمة :

منذ وجود الإنسان على سطح الأرض، وهو يسعى دائماً لإشباع حاجاته الأساسية التي توفر له البقاء كالماء والغذاء والأمن والاستقرار. وإن هذه الدوافع إذا لم يتم إشباعها ينتج عنها اضطرابات نفسية تؤثر في الجسد، ففي القرن الخامس قبل الميلاد، قام أفلاطون بدراسة العلاقة بين الجسد والنفوس، التي طالما كانت العلاقة بينهما محلاً للجدال والنقاش والدراسات من قبل الفلاسفة وعلماء النفس، وأضاف أنه من الخطأ التفرقة بين شفاء الروح وشفاء الجسد. وبالمثل أكد ديكارت (١٥٩٦-١٦٥٠) على أن العقل والجسد يتفاعلان مع بعضهما بعضاً مع الغدة الصنوبرية الموجودة في أسفل المخ، والتي تعتبر الرابط الحيوي بين الجسم والعقل (ليله، ٢٠٠١).

في حين أضاف الطبيب اليوناني أبقرات (٤٦٠-٣٧٠) ق.م أن السوائل لها علاقة بالحالة المزاجية للفرد وهي المسؤولة عن المرض الجسدي والعقلي. وذلك بافتراضه أن الجسم يحتوي على أربعة سوائل هي : الدم، البلغم، العصارة السوداء، العصارة الصفراء، وإذا اختلقت هذه السوائل بنسب غير متكافئة تؤدي إلى المرض. وهذا ما أشار إليه ابن سينا (٩٨٠-١٠٣٧م) حيث نقل وحدة النفس والجسم إلى الميدان العملي أو التطبيقي، عندما قام بوضع حمل صغير وذئب مفترس في مكان واحد دون أن يتمكن أحدهما من الوصول إلى الآخر، وكان يقدم إليهما الطعام، وقام بملاحظة التطورات العضوية لدى الحمل الذي تعرض إلى حالة من الخوف والتوتر والذعر فلاحظ أن الحمل قد أصيب بالهزال التدريجي، حتى مات بسبب معاناته من هذه الضغوط الانفعالية (الزراد، ٢٠٠٠).

من هنا تبين للباحث مدى العلاقة ما بين الجسد والنفوس ومدى تأثير كل منهما في الآخر، أي أن العلاقة بينهما علاقة تبادلية؛ حيث يؤثر كل منهما في الآخر. وكلما كانت شروط النمو النفسي آمنة ومستقرة كلما كان الجسد يحقق نمواً إيجابياً. وأن الحالة الانفعالية لها تأثيرها على الجسد، فحالة الانفعال يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي من خلال الأجهزة العضوية في الجسم، وعندما ينتج توتر في الجهاز العصبي تتوقف وظيفة العضو أو حتى يتغير بناء العضو، محدثاً الأمراض النفسية الجسمية أو ما يعرف بالأمراض السيكوسوماتية (خليل، ١٩٩٦).

فالأمر السيكوسوماتية تحدث نتيجة الأحداث الضاغطة الدائمة مثل الفشل والظلم والتهديد الدائم التي يتعرض لها الإنسان في حياته، حيث يجد صعوبة في مواجهتها في بعض الأحيان أو التكيف معها بطرق إيجابية. وهذا يجعل الفرد يعاني من الإحباط والقلق وما ينجم عن ذلك من ضغوط نفسية تولد لدى الفرد اضطرابات عضوية غامضة الأسباب وعلى الأخص في الأجهزة التي يعصبها الجهاز العصبي المستقل كالجهاز الدوري والهضمي والبولي والتناسلي، وهي ما يطلق عليها بالأمراض السيكوسوماتية (الطحان، ١٩٨٧).

وفي القرن الثامن عشر بدأ الأطباء بالبحث في علاقة الجسد والنفوس، ففي عام (١٨١٨) استخدم الطبيب النفسي الألماني هينروث (Heinroth) كلمة بسيكوسوماتيك للمرة الأولى، والتي تتحدث عن علاقة النفس بالجسد. وتوصل العالم Dulsi عام (١٨٦٨) إلى وضع نمط يمرض القلب وأشار كل من فريدمان وروزمان إلى أن هنالك نمطين للشخصية: نمط (أ) ويتميز بالتنافس الشديد والرغبة بالانجاز وهم معرضون لأمراض القلب. والنمط (ب) يتصفون بالاسترخاء ومتحررون من العدوانية وعدم الإحساس يضيق الوقت وهم أقل تعرضاً لأمراض القلب (محمد، ٢٠٠٤).

وقد جاء التنويم المغناطيسي في أوائل القرن العشرين لبيان مدى عجز الطب في شفاء عدد كبير من الأمراض الجسدية والسمنة والهزال والإدمان (حافظ، ١٩٩٢).

وقد أطلق على هذه الظاهرة مسمى (سيكوسوماتيك)، للدلالة على أن الضغوط النفسية هي التي تكمن وراء الاضطرابات العضوية (الناقلي، ٢٠٠٤).

ففي فترة ما بعد الحرب العالمية الأولى نشطت دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث قامت شركات التأمين الأمريكية بتمويل هذه الأبحاث بهدف تجاري، لأنها تود أن تضع معايير لتحديد الأشخاص المعرضين لأخطار هذه الأمراض. وبهذا كانت الانطلاقة الأمريكية للسيكوسوماتيك على أيدي فلاندرز دينبار وفرانز الكسندر (١٩٤٣)، فانطلقت دينبار من منطلق براغماتي، في حين أدخل الكسندر بعضاً من المنطق التحليلي في نظريته. (الناقلي، ٢٠٠٦).

يتضح للباحث أن الضغوط النفسية والانفعالات التي يمر بها الإنسان، تؤثر بدرجة كبيرة عليه، وبالتالي فإنها تؤثر على الجسد.

من هنا يتبين أن المرض السيكوسوماتي يحدث نتيجة تراكم الانفعالات على المستوى الجسدي دون أن يعبر عنها من خلال المشاعر، وبالتالي تتراكم هذه المشاعر، وتخزن في الجسد الذي لا يؤدي وظيفة تكيفيه ولا يفرغ التوتر الناجم عن تلك المشاعر، وهكذا تستمر التوترات دون أن يعبر الفرد عن مشاعره، وبهذا يتوقف الانفعال عن التعبير النفسي، وغالباً لا يشكو المريض من الناحية النفسية بل انه يشكو من الناحية الجسمية حيث يتوجه للعلاج الطبي الذي لا يستطيع أن يساعده، بسبب أن اضطرابه الأساسي يعود إلى أسباب نفسية وليست جسمية وهو ما يعبر عنه بالاضطرابات السيكوسوماتية (عبد المعطي، ٢٠٠٣).

وأوضحت دراسة ديفي و كابليان (Devi & Kaplippan، ١٩٩٧) مدى فعالية برنامج علاجي في خفض الاضطرابات السيكوسوماتية، وكذلك أشارت دراسة ثلين (Thulin، ١٩٩٧) إلى أهمية أنواع العلاج النفسي والمتابعة المستمرة ودورها في خفض الاضطرابات السيكوسوماتية.

وفي هذا يظهر للباحث مدى أهمية الحالة الانفعالية التي يكون عليها الشخص، وكيفية تأثير الأحداث والضغوط النفسية في انفعالاته، وكيفية استجابته للضغوط الخارجية. و أن للانفعالات دوراً كبيراً في إحداث الأمراض النفسية الجسمية وفي خفض تقدير الذات.

وقد أشار روجرز أن الانفعال يرافق السلوك المتجه نحو تحقيق الذات، وأن السلوك يؤثر في الانفعال من حيث نوعه وشدته، فالسلوك المدرك ذو الأهمية بالنسبة للشخص يتوافق بانفعال مرتفع، أما إذا كان السلوك قليل الأهمية بالنسبة للفرد فإن درجة انفعاله تكون ضئيلة، وكما يؤثر السلوك في نوع الانفعال سواء أكانت انفعالات غير سارة، أم انفعالات هادئة وهنا يحاول الإنسان إحداث التوازن بين هذين النوعين (يونس، ٢٠٠٧).

لقد أوضح عموري (٢٠٠٥) مدى تأثير الانفعالات النفسية على القلب، وأن هذا يعود ضمن التخمينات التي كانت عام (١٦٨٢) عندما كتب ويليام هارفي " الحزن والفرح والأمل والخوف " كلها عوامل تتسبب بإحداث الاضطرابات التي تؤثر في القلب.

ومن هنا يتبين أن الانفعالات تؤثر في التكوين النفسي- لدى الإنسان، حيث كثير من الاضطرابات النفسية واضطرابات السلوك والاضطرابات الجسمية نفسية المنشأ (كالصداع وآلام البطن والضعف الجنسي-) ويحدث ذلك نتيجة عدم التعبير عن الانفعالات بشكل صريح ومناسب، وعليه فإن العلاج النفسي يساعد

في التعرف على الانفعالات المكبوتة واستثارتها ومناقشتها، وكل ذلك يساعد في إعادة التوازن النفسي- للإنسان ويحفظ طاقاته النفسية (المالح، ٢٠٠٦).

ويضيف محمد (٢٠٠٤) أن الفرد غير المتزن انفعالياً، يشعر بعدم قدرته على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه بل يمثل خطراً على نفسه وعلى مجتمعه، حيث يعاني من عدم الواقعية في السلوك، ويظهر عليه القلق والوسواس القهري وغيرها من الاضطرابات النفسية. وعليه يرى الباحث أن الإنسان يحتاج دائماً إلى الآخر الذي يدعمه ويساعده في مواجهة الضغوطات النفسية التي يواجهها بحياته، كي يشعر معه بالأمان والدفء العاطفي ومن هنا تبرز أهمية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي .

إن أهمية تعبير الإنسان عن مشاعره وانفعالاته، التي تنشأ عن مشكلاته والضغوطات التي يواجهها خلال مجرى حياته، وإن الإنسان يحتاج إلى الشعور بالحب والاحترام والتقبل من الآخرين. وإن تقدير الفرد لذاته يتأثر بمفهومه عن ذاته وتقديره لها ويتكون ذلك من خلال تواصله مع الآخرين وتحديد الوالدين. وأن الطفل ينمو ويعيش خبرات معقدة منها ما يحقق الإشباع، ومنها ما ينطوي على الإحباط. وبمقدار ما يحققه من إشباع أو إحباط يتطور لديه تقديره لذاته بحيث يصبح تقدير الذات عاملاً داخلياً يوجه فعالية الطفل (Rogers, 1995).

ويزيد التقدير المرتفع للذات من ثقة الفرد بنفسه وجرأته في التعامل مع المواقف دون خوف من الإخفاق ، بينما يقلل تقدير الذات المنخفض من ثقة الفرد بنفسه ويتملكه شعور من الإخفاق، يؤثر في أدائه وإنجازه تأثيراً سلبياً، و يؤثر في قدرته على التعبير عن مشاعره وفقدان الثقة بنفسه و الإحباط والقلق المستمر، مما يجعله عرضة للضغوطات النفسية التي تنعكس عليه سلباً من الناحية الجسدية (سرحان، ١٩٩٦). وتشير نصار (١٩٩٢) إلى أن الأفراد الذين يعيشون تحت ظروف الاحتلال والأزمات، يكونون غالباً أكثر عرضة للإصابة بالمشكلات المرتبطة بالصحة النفسية والعقلية أكثر من الأفراد الذين لا يتعرضون لمثل هذه الأحداث الضاغطة، وأضاف أن الاستجابة للحدث تختلف من فرد إلى آخر. فقد يستجيب الفرد للحدث بصورة حادة أو بصورة معتدلة حسب مدى إدراكه لها كعنصر مهدد لحياته وحياته أسرته، وقد يستجيب فرد آخر للحدث نفسه على أنه موقف تحدّ لقدراته وإمكاناته الذاتية على المواجهة، ومن ثم يتصرف بصورة أكثر إيجابية لمحاولة مواجهتها والتغلب عليها.

ولاحظ الباحث إلى أن ما يتعرض له الشعب الفلسطيني أثر اندلاع انتفاضة الأقصى الثانية، من أحداث مؤلمة وازمات وضغوطات شديدة وبناء جدار الفصل العنصري، كان له تأثير على المستوى الاقتصادي والسياسي والاجتماعي والنفسي على الأسرة وتحديد على المرأة الفلسطينية. حيث أظهرت الدراسة التي أعدها مركز معلومات وإعلام المرأة (٢٠٠٧): إن أكثر المتضررين جراء الآثار الكارثية لجدار الفصل العنصري هي المرأة ، حيث هدفت هذه الدراسة إلى فحص التعرف على تأثير الجدار على وضع المرأة الصحي والتعليمي والاقتصادي والاجتماعي والنفسي. فالنساء الفلسطينيات يتعرضن للتحرش والتخويف والأذى بشكل روتيني، على أيدي الجنود الإسرائيليين عند نقاط التفتيش والبوابات، كما يتعرضن للإهانة أمام أسرهن وللعنف الجنسي من قبل الجنود والمستوطنين، مبينة أن هناك ما يقرب من ١٢٠ امرأة أسيرة، ١١ منهن رهن الحجز الإداري، أي أنهن محتجزات دون توجيه تهم إليهن أو محاكمتهن.

كما أشارت الدراسة، إلى أن القيود على حرية التنقل، تعيق بشدة حصول الفلسطينيات على التعليم وخدمات الرعاية الصحية، كما تحد من الفرص المتاحة للمرأة، لتحقيق الاكتفاء الذاتي، أو الحصول على تعليم رسمي أو وظيفة، حيث ثبت أن البطالة والفقر الناجمين عن الاحتلال يسفران عن حدوث الطلاق ووقوع حوادث العنف المنزلي. وقد أضافت الدراسة إلى أن انتشار فقر الدم بين النساء في سن الإنجاب بلغت ٣٣%. أما من الناحية التعليمية فتشير الأرقام إلى أن ٤٠% من الأفراد الفلسطينيين في التجمعات، التي تأثرت بـ " الجدار " قد تركوا التعليم بسبب الوضع الأمني.

وفي الدراسة الاستطلاعية من قبل الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عام ٢٠٠١ إشارة إلى أن أكثر من نصف النساء المبحوثات قد أفدن بالتعرض لنوبات بكاء وأن ثلثهن صرحن بأنهن يفكرن أكثر مما ينبغي بالموت، فيما أشارت ٤٦% إلى مشاعر اليأس والإحباط و٢٩% إلى الإحساس بالغضب ومعاناة الانهيار العصبي (الجهاز الإحصائي الفلسطيني ، ٢٠٠٤).

إن معاناة المرأة الفلسطينية من إبعاد أو سجن واعتقال واهانات وانتهاكات إسرائيلية مثل حالات الولادة على الحواجز ، وحالات الإجهاض نتيجة استنشاق الغاز بكميات كبيرة ، وكذلك تعرضها للعنف والضرب من قبل قوات الاحتلال مما يؤثر في حياتها لدرجة كبيرة ويجعلها عرضة للتوترات والقلق النفسي وانخفاض تقديرها لذاتها إضافة الى الاضطرابات السيكوسوماتية، لم يلق الاهتمام الكافي من الباحثين لرصد هذه المعاناة، ومن ثم وضع البرامج للتعامل معها ومساعدتها في تخطي هذه الضغوط، مما دفع الباحث إلى إجراء هذه الدراسة التي تهدف إلى وضع برنامج ارشادي يستند الى النظرية الإنسانية وقياس فاعليته في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين.

مشكلة الدراسة وأسئلتها

إن الغرض من هذه الدراسة هو استقصاء فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين. إن مشكلة النساء الفلسطينيات ومعاناتهن جراء الاحتلال الاسرائيلي وما يتعرضن له من مضايقات واعتقال وإهانات وسجن وتعذيب ينتج عنها اصابتهن باضطرابات سيكوسوماتية وانخفاض في تقديرهن لذواتهن. وهناك ندرة في الدراسات التي تناولت هذه المشكلة بمختلف جوانبها في البيئة العربية عامة والفلسطينية خاصة. ومن هنا جاءت هذه الدراسة لفحص أثر برنامج لخفض الاضطرابات السيكوسوماتية ورفع مستوى تقدير الذات عند النساء في فلسطين بالاستناد الى مبادئ النظرية الانسانية .

عناصر المشكلة :

سعت هذه الدراسة الحالية الإجابة عن التساؤلات التالية:

- ١- هل توجد فروق جوهرية في مستوى تقدير الذات بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية تعزى للبرنامج الإرشادي؟
- ٢- هل توجد فروق جوهرية بين المتزوجات وغير المتزوجات في مستوى تقدير الذات بعد تعرضهن للبرنامج الإرشادي ؟
- ٣- هل توجد فروق جوهرية في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية تعزى للبرنامج الإرشادي؟
- ٤- هل توجد فروق جوهرية بين المتزوجات وغير المتزوجات في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية بعد تعرضهن للبرنامج الإرشادي ؟

فرضيات الدراسة

- ١- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0,05$) بين متوسطات درجات تقدير الذات للمجموعة الضابطة و المجموعة التجريبية تعزى للبرنامج الإرشادي .
- ٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0,05$) بين متوسطات درجات المتزوجات وغير المتزوجات على مقياس تقدير الذات من أفراد العينة التجريبية تعزى للبرنامج الإرشادي .
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0,05$) بين متوسطات درجات الاضطرابات السيكوسوماتية لكل من المجموعة الضابطة و المجموعة التجريبية تعزى للبرنامج الإرشادي.
- ٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0,05$) بين متوسطات درجات الاضطرابات السيكوسوماتية بين المتزوجات وغير المتزوجات من أفراد العينة تعزى للبرنامج الإرشادي .

أهمية الدراسة :

١. إن معظم محاولات معالجة الاضطرابات السيكوسوماتية طبياً كانت لا تعالج سبب الاضطراب. وفي السنوات الأخيرة بدأ الأطباء يدركون مدى العلاقة بين الجوانب النفسية وتأثيرها في الجوانب الجسمية ولذلك بدأ الأطباء يحولون مرضاهم الذين يعانون من أمراض سيكوسوماتية إلى الأخصائيين النفسيين. وقد واجه الباحث حالات كثيرة من هذا النوع بحكم عمله في مراكز الإرشاد النفسي والصحة النفسية. والدراسة تود معرفة مدى فاعلية البرنامج الإرشادي على خفض الاضطرابات السيكوسوماتية وتحسين تقدير الذات لدى النساء المشاركات بالدراسة .
٢. تسهم هذه الدراسة في الكشف عن مدى فاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي في خفض الاضطرابات السيكوسوماتية للمجموعة التجريبية وتحسين مستوى تقدير الذات .
٣. قلة الدراسات العربية التي تناولت دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية. عدم وجود دراسات فلسطينية - حسب علم الباحث - تتناول الاضطرابات السيكوسوماتية.
٤. تساعد هذه الدراسة على ربط الجانب النظري والتطبيقي لدى العاملين في مجال الصحة النفسية و الإرشاد النفسي والمجال الطبي.
٥. تقدم هذه الدراسة نموذجاً علاجياً إرشادياً كبديل للعلاج الدوائي.

مصطلحات الدراسة :

الاضطرابات السيكوسوماتية :

هي "الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء والتي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظراً لاضطراب حياة المريض، والتي لا يستطيع العلاج الجسمي الطويل وحده في شفاؤها شفاءً تاماً لاستمرار الاضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي" (أبو النيل، ١٩٩٤: ١٦٠).

ويعرف إجرائياً في هذه الدراسة : من خلال الدرجة التي تحصل عليها المشاركة على مقياس كورنل الجديد للنواحي العصابية والسيكوسوماتية المستخدم في هذه الدراسة .

١

تقدير الذات :

يشير تقدير الذات إلى فكرة الفرد عن نفسه، ويقدر ذاته بطريقة إيجابية أو سلبية. فالإنسان الذي يكون تقديره لذاته مرتفعاً يستطيع أن يواجه الصعاب وتحديات الحياة دون الشعور بالفشل. أما الإنسان الذي يميل إلى تقدير ذاته بشكل منخفض، فإنه يشعر بالدونية ويكون عرضة للإصابة بالأمراض والاضطرابات النفسية الناتجة عن عدم تحقيقه لذاته (Woolfolk,1998).

ويعرف إجرائياً في هذه الدراسة من خلال الدرجة التي تحصل عليها المشاركة على مقياس تقدير الذات المستخدم في هذه الدراسة.

البرنامج الإرشادي:

مجموعة من النشاطات والعمليات التي ينبغي القيام بها، لبلوغ هدف معين من خلال المجموعة الإرشادية، ويستخدم الأخصائي النفسي أو المرشد الفنيات الإرشادية أو العلاجية لتحقيق هذا الغرض. ويعرف البرنامج الإرشادي إجرائياً لأغراض هذه الدراسة بأنه برنامج يتكون من (١٦) جلسة إرشادية مدة الجلسة الواحدة ساعتان، ويستند إلى مبادئ النظرية الإنسانية، ويهدف إلى خفض مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية، ورفع مستوى تقدير الذات لدى النساء بفلستين،

محددات الدراسة :

تحدد هذه الدراسة بما يلي :

- ١- تقتصر نتائج هذا البحث على النساء المشاركات في هذه الدراسة والتي تتراوح أعمارهن بين (٢٥-٤٠) وجميعهن من محافظة القدس خلال الفترة ما بين شباط وحزيران من العام ٢٠٠٧م.
- ٢- تحدد بأدوات البحث المستخدمة في هذه الدراسة والمتغيرات التي اشتملت عليها كذلك من حيث ثباتها وصدقها وهي مقياس تقدير الذات، ومقياس قائمة كورنل الجديدة للاضطرابات العصائية والسيكوسوماتية والبرنامج الإرشادي الجمعي الذي تم بناؤه.

(الفصل الثاني)

الإطار النظري والدراسات السابقة

الفصل الثاني الإطار النظري والدراسات السابقة

الأدب التربوي المتعلق بالنظرية الإنسانية وتقدير الذات .

تعد النظرية الإنسانية من الأسس التي استند إليها الباحث في هذه الدراسة، حيث تؤكد هذه النظرية على التجارب والخبرات التي يمر بها الإنسان والمشكلات التي تواجهه في حياته اليومية، وقد ظهرت كوجهة نظر مضادة لهيمنة نظرية التحليل النفسي والنظرية السلوكية على نظريات الشخصية . وقد اختلفت النظرية الإنسانية عن نظرية التحليل النفسي في أن الإنسان خير بطبعه، بينما اختلفت عن النظرية السلوكية في أن السلوك الإنساني مصدره الوعي الذهني وليس سلوكا آليا، لذلك اعتبرت النظرية الإنسانية منهجا فكريا علاجيا جديدا يختلف في أسسه الفلسفية ومنهجه الإرشادي والعلاجي عن النظرية التحليلية والسلوكية (ملحم، ٢٠٠٠).

من أشهر منظري النظرية الإنسانية، كارل روجرز (١٩٠٢-١٩٨٧) و أبراهام ماسلو (١٩٠٨-١٩٧٠). إذ يرى ماسلو أن الشخص الذي يحقق ذاته هو الشخص الذي لديه دافع للإبداع واستخدام جميع إمكاناته في عمله أو مهنته أو وظيفته. ويتفق معه على ذلك كارل روجرز، الذي يرى أن الإنسان لديه دافع فطري لتحقيق ذاته، وأن الفشل والإحباطات التي يتعرض لها الفرد تعيق تحقيق ذاته، وكذلك تؤدي إلى ظهور الأعراض أو المشكلات المرضية لديه. كما يرى أصحاب النظرية الإنسانية من أن حل المشكلات والاستبصار بأسبابها، والكيفية التي يمكن من خلالها الوصول إلى علاج للمشكلات التي يواجهها الفرد يعتمد بشكل رئيسي على المسترشد، فهو الذي يضع الحلول لمشكلاته عندما يصل إلى مرحلة الاستبصار بأسبابها (عبد الرحمن، ١٩٩٨).

الاستراتيجيات التي تهدف إلى تحقيق الذات عند المسترشد حسب النظرية الإنسانية :-

- ١- امتلاك الرغبة في التغيير.
 - ٢- اختبار الدوافع والتأكد منها.
 - ٣- الاختبار الصادق والصريح وبطرق مباشرة للحاجات او الرغبات.
 - ٤- الاستعداد لتحمل المسؤوليات وعدم التهرب منها.
 - ٥- استخدام وتوظيف التجارب الإيجابية في الحياة.
 - ٦- الاستعداد النفسي لتقبل التغيير.
 - ٧- المرونة في تقبل الأفكار المخالفة.
 - ٨- تقييم التقدم الحاصل بشكل مستمر ومتواصل.
- وتعني هذه المتطلبات أن الإرشاد عند المدرسة الإنسانية يستهدف مساعدة المسترشد على النمو النفسي السوي، ومحاولة إحداث التطابق بين الذات الواقعية، والذات المدركة عند الفرد كما يدركها هو ومفهوم الذات للفرد كما يدركها الآخرون فيه. ويعني أيضا أن الإرشاد يركز على محاولة تغيير الذات للفرد كي تكون متطابقة مع الواقع، أو تحويل الذات المثالية عند الفرد الفرد في الحياة إلى ذات واقعية. فإذا حصل هذا التحويل، حدث التوافق النفسي لدى الفرد (عبد الرحمن، ١٩٩٨).

وقد استخلص (باترسون ، ١٩٨٩) أن توظيف النظرية الإنسانية في العملية الإرشادية يسير وفق الخطوات التالية :-

- ١- العلاقة الإرشادية بين المرشد والمسترشد يسودها جو التعاطف والتقبل للمسترشد كما هو.
- ٢- يقوم المرشد باعطاء التوضيحات والتفسيرات والإجابة عن أسئلة المسترشد المباشرة إثناء سير العملية الإرشادية بصورة هادئة ومناسبة، مع تعزيز المسترشد ورفع معنوياته بشكل متواصل على أنه قادر على حل مشكلته، لكن بشرط أن لا يعطيه حلاً جاهزاً، بل يترك أمر الوصول إلى حل المشكلة للمسترشد نفسه وهي أن يحل مشكلته بنفسه بعد الوصول إلى مرحلة الاستبصار بأسبابها.
- ٣- بعد مرور عدة جلسات إرشادية، يحاول المرشد أن يعطي تأويلات لمشاعر المسترشد المتدفقة لاسيما المشاعر الهائلة أو المكبوتة، على الرغم من أن المسترشد يحاول أن يخفي بعض هذه المشاعر، لكن على المرشد أن لا يهتم بذلك تاركاً المجال لزيادة الثقة والاطمئنان بالعلاقة الإرشادية .
- ٤- في نهاية الجلسات الإرشادية، مهما كان عددها ينبغي إجراء تقييم شامل لسير العملية الإرشادية حيث يقوم بها المرشد بينه وبين المسترشد ، وذلك لرؤية مدى التطور أو التغيير الحاصل على مفهوم الذات لدى المسترشد.

وعليه هناك مبادئ تستند عليها النظرية الإنسانية في مفهومها للشخصية:

١. يعيش الفرد في عالم متغير من الخبرات. فلكل فرد حقائقه الخاصة التي تختلف عن حقائق غيره.
٢. ما يمتلك الفرد من حقائق، يمثل العالم المدرك بالنسبة إليه، وأفضل طريقة لفهم الفرد هي الوصول إلى طريقته في إدراك العالم، أو ما يسميه روجرز بالإطار المرجعي الداخلي للفرد.
٣. ينمو فهم الذات نتيجة لتفاعل الفرد مع البيئة وخاصة في تعامله مع الآخرين. والذات هي كل منظم يعبر عنه الشخص باستخدام ضمائر المتكلم.
٤. ما يمر به الفرد من خبرات يمكن أن يعامل كما يلي:
 - تُرمز الخبرات وتدرج وتنظم في علاقة مع الذات.
 - يتم تجاهلها باعتبار أن لا علاقة مدركة بينها وبين الذات.
 - تشوه أو ترمز على نحو خطأ؛ لأنها تتعارض مع مفهوم الذات.
 - يؤدي إنكار الخبرات، أو تشويهاها إلى عدم التكيف.
 - في غياب التهديد للذات، فإن الخبرات غير المتفقة مع مفهوم الذات يمكن أن تدرج، وتفحص، ويتم ترميزها (الشناوي، ١٩٩٦).

مما سبق يرى الباحث أن يتم التركيز على العلاج المتمركز حول المسترشد وذلك بسبب استناد الباحث عليه في هذه الدراسة، ولقد ارتبط العلاج المتمركز حول المسترشد باسم كارل روجرز بعلم النفس الإنساني، وقد عرف هذا العلم بالقوة الثالثة في علم النفس. ومن هنا انبثقت نظرية روجرز في العلاج المتمركز حول المسترشد. حيث تنظر هذه النظرية إلى الإنسان على أنه إنسان خير بطبيعته، وهو عقلائي وملتزم ويتحرك بمهارة لتحقيق أهدافه، والتي تكون اتجاهاته إيجابية أصلاً. ومن خلال ذلك يتبين مدى نظريته التفاضلية للطبيعة البشرية. وقد أطلق على هذه النظرية، نظرية الذات. فهو من الأوائل من علماء النفس الذين أدخلوا مفهوم الذات إلى أدبيات علم النفس وأهميته في تحقيق الصحة النفسية (عبد الرحمن، ١٩٩٨). يضيف روجرز (Rogers, 1967) أن كل فرد قادر على أن يدرك ذاته، وتكوين مفهوم أو فكره عنها. وينمو مفهوم الذات نتيجة للتفاعل الاجتماعي مع الدافع الداخلي لتحقيق الذات لدى الفرد. وعليه لكي يحقق الفرد ذاته لا بد أن يكون مفهومه عنها إيجابياً وحقيقياً، وإن الإنسان المتمتع بالصحة النفسية هو الشخص القادر على تكوين مفهوم إيجابي عن نفسه الذي يتفق سلوكه مع المعايير الاجتماعية ومع مفهومه عن ذاته. وعلى هذا النحو تنطلق نظرية روجرز حول المسترشد من فكرة أن الإنسان خير وطيب في طبيعته الأصلية. وأنه قادر على إحداث تغيير في نفسه، وتنظر إلى عملية العلاج على اعتبار أن الإنسان يواجه صعوبات، ويعاني من اضطراب نفسي، ويرغب في تحرير ذاته من أعراض تضايقه، وبالتالي لا يستطيع التكيف مع شروط الحياة (Rogers, 1995).

وتعتمد نظرية روجرز على العلاج غير المباشر، وعلى المسترشد نفسه. حيث تتم العملية الإرشادية من خلال علاقة مهنية تربط بين المرشد والمسترشد. وهذا يستدعي أن تتوافر شروط في المعالج أو المرشد كأن يكون على توافق بين مفهومه لذاته وخبراته وذاته المثالية، ويتقبل المسترشد ويصغي إليه جيداً ويشجعه على الحديث والتعبير عن مشاعره حتى يستطيع أن ينمي لدى المسترشد مفهوماً عن ذاته أكثر إيجابية وواقعية (ملحم، ٢٠٠١).

ويرى روجرز أن مفهوم الذات يعد حجر الزاوية في الشخصية، وهنا يعرف الفرد نفسه، أو يعرف ما يفكر به أو يشعر به. ففكرة الفرد عن نفسه تتم من خلال الخبرات التي يمر بها طوال حياته، ولكنها عرضة للتعديل إثر تأثرها بالظروف البيئية التي تحيط بالفرد. وعليه يتم أيضاً تحديد مفهوم الذات من وجهات نظر الآخرين عنه (قطامي وعدس، ٢٠٠٥).

ويعرف زهران (١٩٨٢) مفهوم الذات على أنه تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات. يبلوره الفرد ويعتبره تعريفاً نفسياً لذاته، ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المنسقة المحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكيونته الداخلية أو الخارجية. وتشمل هذه العناصر المدركات والتصورات التي تحدد خصائص الذات كما تنعكس إجرائياً في وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو "مفهوم الذات المدرك"، والمدركات والتصورات التي تحدد الصورة التي يعتقد أن الآخرين في المجتمع يتصورونها والتي يتمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين "مفهوم الذات الاجتماعي" والمدركات والتصورات التي تحدد الصورة المثالية للشخص الذي يود أن يكون عليها هي التي تشكل "مفهوم الذات المثالي" (زهران، ١٩٨٢، ص: ٨٣).

إن ذات الفرد هي نتاج الخبرات التي يمر بها، وتقييم الفرد لذاته يتولد من الطفولة الأولى تدريجياً مع الرغبة في تحقيق الذات المثالية التي يحلم بها. وغالبا ما يسعى الإنسان إلى تحقيق ذات واقعية تتواءم مع إمكانياته وخبراته ودرجة تكيفه مع بيئته بدلاً عن السعي لتحقيق ذات مثالية غير واقعية. وان استغلال الإمكانيات الذاتية الكامنة تساعد على تطوير الذات الحقيقية إلى تلك الواقعية التي تحقق للشخص السلام والوئام مع نفسه وبيئته ، وإذا اتسعت الفجوة بين الذات المثالية والواقعية فذلك يعني إن الفرد لديه عدم توافق وبحاجة للمساعدة (مقدادي، ١٩٩٦).

ويضيف عبد الرحمن (٢٠٠٤) أن موجّهات الذات تأتي في صورتين هما: الذات المثالية وهي ذات الشخص الذي نسعى لأن نكون مثله، والذات المتوقعة هي ذات الشخص بما تملك من امكانيات وخبرات ودرجة تكيف مع البيئة. وتشمل موجّهات الذات المثالية، السمات التي تساعد الفرد على تحقيق طموحاته، أما موجّهات الذات المتوقعة تلك السمات التي تساعد الفرد في الاستمرارية والثبات والالتزام بتحقيق أهدافه. وإن عدم التوافق بين الذات الواقعية وبين الذات المثالية تدفع الفرد إلى الشعور بالإحباط والنبذ، بالإضافة إلى الشعور بمشاعر الذنب والإحراج والقلق، وتدني تقدير الذات، وربما الاكتئاب.

المفاهيم الأساسية للعلاج النفسي وفقاً لنظرية روجرز:

أولاً: الميل لتحقيق ، والميل لتحقيق الذات يمكن وصفه على أنه ميل الفرد إلى :-

١. خفض الدافع الذي يكون منشؤه بيولوجياً أو يرتبط بدافع بيولوجي .
٢. ميل الذات لأن تكون مستقلة عما يحيط بها .
٣. ميل الذات للإبداع والخلق .
٤. ميل الذات للنمو إلى أعلى مستوى من الفعالية والتأثير .

ثانياً : إدراك العالم الظاهري Phenomenology إن الأشخاص يختلفون في إدراك الأشياء من حولهم ، ومن العوامل التي تؤثر في ذلك تفاوتهم في حواسهم واختلافهم في انتباههم ، ويتم ذلك بملاحظة المجال الظاهري للسلوك من وجهة نظر الفرد نفسه ؛ فيعرف ماذا يريد ، وماذا يفكر ؟ وكيف يشعر إزاء هذا ؟ (Rogers, 1967).

حيث يضيف (تاوش) أن الانفعالات والمعرفيات في العلاج النفسي عند روجرز تتفق مع لازاروس بأن الشخص يتصرف ويستجيب إلى حقل الإدراك كما يخبره ويدركه، أي يتصرف ويستجيب للمنظومة المعرفية التي يمتلكها . وتشكل الذات وإدراك الشخص لذاته جزءاً من حقل الإدراك لديه ، وعندما يعبر عن إدراكه يعتبر جزءاً من تصريحاته المعرفية، حول مفهومه عن ذاته كما يدركه هو. وأضاف روجرز أن المشاعر ترافق وتنمي السلوك، لأن السلوك ينتج عن الإدراك، والمشاعر التي ترتبط بهذا الإدراك، كما يبين لازاروس أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين الجانب المعرفي والجانب الانفعالي. وشدة المشاعر تعتمد على الأهمية المدركة لحدث ما من أجل الحفاظ على البقاء. وهنا يتبين مدى التشابه بين رأي كل من لازاروس وروجرز (رضوان، ١٩٩٥).

ويرى أصحاب النظرية الإنسانية أن الخبرة هي الموقف الذي يعيشه الفرد في زمان ومكان معين ويتفاعل معها، ويؤثر فيها ويتأثر بها، ويحول الفرد خبراته إلى رموز يدرسها ويقوم بتقييمها؛ من منطلق فهمه لذاته في ضوء المعايير الاجتماعية التي يعيشها (السعود، ٢٠٠١).

ثالثاً: تقدير الذات Self Regard يتكون مفهوم الذات لدى الفرد نتيجة هو الفرد ووعيه لوجوده الشخصي ، ومن خلال خبراته بالحياة وما تحملها من مشاعر إحباط وتفاؤل ... الخ . وبهذا يتطور إحساس الفرد ويتصل بتقدير الذات . ومع استمرار هو الفرد يصبح تقدير الذات عاملاً داخلياً يوجه فعالية الفرد . هذا بالإضافة إلى أن تقدير الذات من الآخرين ، وقد يكون تقديراً إيجابياً أو سلبياً من قبلهم . ويعتمد تقدير الذات على تقييم الفرد، أي يعكس الدرجة التي يشعر فيها الفرد بأنه مرتاح أو متقبل لها، أو يشعر بعدم الراحة تجاه ذاته (Rogers, 1967).

وقد عرف موجس (Muijs, ٢٠٠١) تقدير الذات على أنه الكيفة التي ينظر بها الفرد الى ذاته ويقيّمها، مما يولد لديه دافعاً للشعور بالإنجاز واحترام النفس، وبالتالي تجنب الخبرات السلبية التي مر فيها، والتي قد تشعره بالنقص، وينعكس ذلك على علاقته بالآخرين فيقبل آراءهم ومشاعرهم.

ويشير صالح (١٩٩٥) إلى أن كوبر سميث قد عرف الذات بأنها تقييم يضعه الفرد لنفسه بنفسه، ويعمل على الحفاظ عليه، ويتضمن اتجاهات الفرد الإيجابية والسلبية نحو ذاته، كما يوضح مدى اعتقاد الفرد بأنه قادر وهام وكفاء.

أنواع تقدير الذات:

ويشير ماجي (Mckay,2000) إلى أن تقدير الذات يكون على نوعين :

١. التقدير الذاتي المكتسب: وهو التقدير الذي يكتسبه الفرد من خلال الإنجازات التي يقوم بها، ويحصل على الرضا عنها . وهكذا يعتمد تقدير الذات على ما يحققه الفرد من انجازات.
 ٢. التقدير الذاتي العام او الشامل: هو الحس العام للافتخار بالذات، فليس مبنيا على تقدير الاخرين للفرد، بل انه يعتمد على تقييم الشخص لنفسه، فالأفراد الذين أخفقوا في حياتهم العملية ما يزالون يشعرون بدفء التقدير الذاتي.
- والاختلاف الأساسي بين المكتسب والشامل يكمن في التحصيل والإنجاز ، فالتقدير الذاتي المكتسب، يقوم على أن الإنجاز يأتي أولاً، ثم يتبعه التقدير الذاتي. بينما فكرة التقدير الذاتي الشامل تقوم على الشخص نفسه بما يمتلك من قدرات وإمكانات. إن التقدير الذاتي المكتسب يمكن الفرد من الاهتمام بذاته، فهو ينمو طبيعياً خاصة عندما ينجز شيئاً ذا قيمة. بينما يحتاج التقدير الذاتي الشامل لتفعيل ما لدى الفرد من إمكانات .

ويتكون تقدير الذات من ثلاثة مكونات رئيسية:

- ١- الشعور بالانتماء: أن الفرد إذا كان ينتمي إلى جماعة يقدرونه تقديراً إيجابياً، يحدث توافق بينه وبين الجماعة.
- ٢- الشعور بالكفاءة: عندما يحقق الفرد أهدافه وإنجازاته، وهنا يصبح تقديره مقروناً بالأهداف التي تم تحقيقها.
- ٣- الشعور بالقيمة: يشعر الفرد بقيمته من خلال تفاعله مع الآخرين، وعندما يشعر بذلك، يرفع من تقديره لذاته (الخطيب، ٢٠٠٤).

لذا إن الأفراد الذين يكون تقديرهم لذاتهم منخفضاً، يكونون أكثر ميلاً لعدم بذل المحاولة لحل مشاكلهم، ويميلون إلى التحدث بسلبية عن أنفسهم ويظهر عليهم الشعور بالإحباط ويتوقعون دائماً الفشل في عملهم. وذلك بسبب عدم اتساق ووضوح في فهمهم لذاتهم. وهذا ما يجعلهم يتعاملون مع الأحداث المتغيرة بطريقة سلبية. أما الأفراد الذين يتمتعون بتقدير ذات مرتفع يتميزون بالتفاعل مع الآخرين بطريقة إيجابية، ولديهم القدرة في حل مشاكلهم، ويشعرون بالسعادة. ويسيطرون على الأحداث. ولديهم القدرة على التكيف في المواقف الاجتماعية (الخطيب، ٢٠٠٤).

ويرى روجر (Rogers, 1967) أن تقدير الذات الإيجابي يتم تعلمه من خلال التفاعل الإيجابي مع الآخرين، وقد يكون اكتساب تقدير الذات من خلال التقبل الإيجابي من قبل الآخرين، وهناك اعتباران الأول مشروط ويتجلى ذلك عندما يتفاعل الآخرين من أجل معرفة الأفكار والسلوكيات التي تنجم عنه تجاه الآخرين. وبناء على ذلك يقدر الآخرون مدى استحقاق هذه الأفكار والسلوكيات سواء بشكل سلبى أو إيجابى ، فإذا اخذ الآخرين اعتباراً إيجابياً للفرد فإن ذلك ينعكس على تقدير الذات لدى الفرد إيجابياً من قبول الآخرين له. والاعتبار الثاني غير المشروط والذي يقصد به تقبل الفرد بغض النظر عن سلوكه أو أفكاره من قبل الآخرين. (الخوارج، ٢٠٠٢).

مصادر تقدير الذات:

١. الخبرات الشخصية الإيجابية منها والسلبية:

فالأشخاص الذين تكون خبراتهم وأفكارهم عن ذاتهم إيجابية، فإن تقديرهم لذاتهم سيكون مرتفعاً، أما إذا كانت خبراتهم سلبية فقد ينشأ لديهم تقدير منخفض للذات بشكل واضح، ويختلف الناس ذوو تقدير الذات المرتفع عن غيرهم من ذوي تقدير الذات المنخفض في طرق استجاباتهم لكل نوع من أنواع خبرات الحياة، وفي تكيفهم معها. وهنا فإن تقديرنا لذاتنا تتأثر بالتحيزات المعززة، وعادة نقوم باختيار المواقف المريحة لنا، ويتحقق ذلك من خلال:

أ. اختيارنا للمواقف التي نتفوق فيها:

يميل معظم الناس إلى البعد عن المواقف والعلاقات التي تسبب لهم الألم، وعدم القدرة على تحقيق النجاح، وبالتالي ينخرطون في المهام والأنشطة التي يحققون فيها أقصى درجة من النجاح والتفوق.

ب. تفسير خبراتنا على نحو يجعلنا نشعر براحة نحوها:

فالناس عادة يستخدمون أشكال التبرير لتشعرهم بتهدئة ذاتهم عندما يتعرضون لموقف مؤلم من شأنه أن يؤثر سلباً على تقديرهم لذاتهم، فالإنسان يسعى لأن تكون الأمور تسير في صالحه قدر المستطاع لذلك يقدم المبررات للحفاظ على تقديره لذاته.

ج. تضخيم إنجازاتنا في الجهود والمشاريع المشتركة مع الآخرين.

٢. اختلاف أثر الخبرات باختلاف الأشخاص:

يختلف الناس في طريقة استجاباتهم للأحداث الإيجابية والسلبية، وفي أثر تلك الأحداث على تقديرهم لذاتهم. بالإضافة إلى ذلك أن خبرة الحياة تكون عادة مزيجاً من الأحداث السارة وغير السارة.

٣. المقارنات الاجتماعية.

إنه لمن الصعب جداً مقارنة الشخص بالآخرين، لما له من آثار سلبية على تقدير الفرد لذاته. لذا من المهم جداً مقارنة الشخص بذاته فحسب.

٤. المقارنة المتحيزة:

هي المقارنات التي تسمح لنا بمقارنة أنفسنا بآخرين أقل حظاً أو نجاحاً في أحد الجوانب، كما يميل الناس الذين يعلمون أنهم يتمتعون بنفس السمة الإيجابية إلى التقليل من عدد الأشخاص الذين يتمتعون بالسمة نفسها.

٥. تقييم الذات بناء على معايير داخلية:

إن الإنسان يظل يشعر بفشله في الوصول إلى المستوى المناسب للمعايير التي نسعى من خلالها إلى الوصول إلى ما نعتبرها موجهات أو مرشحات للذات. وتأتي موجهات الذات في صورتين هما: الذات المثالية، والذات المتوقعة التي سبق وأن تم الحديث عنهما سابقاً.

٦. التقديرات المتحيزة لنتائج القياسات المستخدمة:

كما ان الإنسان يشعر بالتناقضات الموجودة في ذهنه، وذلك عندما يشعر بأنه لا يستطيع الوصول إلى معايير الذاتية الناتجة عن الخبرة الشخصية، حيث تشكلت لديه أفكار ومواقف معينة، كما يتشكل لديه معرفة عن أشخاص لديهم القدرة على التخلص من التناقضات في أذهانهم، وفي العادة لا يستطيع هذا الفرد تحديد الكيفية التي حدث بها عدم التوافق مع المعايير التي تظهر في الأحداث اليومية التي يمر بها الفرد (عبد الرحمن، ٢٠٠٤).

وتعد أهمية تقدير الذات المرتفعة أحد المنبئات الدالة على التوافق المهني وكذلك التوافق المدرسي، ففكرة الفرد عن ذاته تتشكل وتتحدد أثناء تفاعله الاجتماعي وتحت تأثيرات الاستجابات المتنوعة لتفاعل الفرد مع غيره، فالتقدير المرتفع للذات يزيد من ثقة الفرد بذاته وجراته على التعامل مع المواقف دون التخوف من الإخفاق، وعلى الجانب الآخر فإن تقدير الذات المنخفض يقلل من ثقة الفرد بذاته ويجعل شعور الاخفاق يتملكه مما يؤثر في أدائه وانجازه تأثيراً سلبياً (Rogers, 1967).

كيف تنظر المدرسة الإنسانية إلى حسن التوافق وسوء التوافق؟

التوافق النفسي: يتميز الفرد السوي في رأي روجرز بالانفتاح على الخبرات ، فهو يدرك الخبرات التي يعيشها في حياته اليومية دون أن يبدي استجابات دفاعية أي دون أن يحدث عليها تشويهاً أو نكران . سوء التوافق: وهي حالة تنشأ عندما ينكر الفرد أو يشوه الخبرة الهامة في الوعي ، مما يؤدي إلى تناقض بين الذات والخبرة ، من وجهة النظر الاجتماعية .

السلوك المضطرب: يحتاج الفرد إلى تحقيق النمو الطبيعي و مطالب النمو، حتى يحقق تقدير الذات، وذلك من خلال إدراك الشخص للتقدير الموجه إليه من الآخرين ، كما يؤدي بالفرد إلى إدراك خبراته بطريقة انتقائية . وذلك من خلال شروط التقدير التي تنمو نتيجة استجابات الآخرين للفرد . ومن هنا يوجد احتمال قيام حالة عدم اتساق بين الذات وخبرات الفرد وهذه الحالة هي التي تؤدي إلى حالة سوء التوافق النفسي ، فلا يعود الفرد قادراً على التصرف كوحدة أو ككل متكامل، لأن مدركاته الذاتية تتناقض مع الصورة التي لديه عن ذاته (ملحم، ٢٠٠١).

خطوات الإرشاد ومراحله:

يرى روجرز أن العملية الإرشادية يحدث فيها استرخاء بنية الذات لدى المسترشد في إطار يسوده الأمن، والتي يتم فيها إدراك المسترشد لخبراته (الشناوي، ١٩٩٦).

وعليه تتكون خطوات العلاج عند روجرز من سبع مراحل للإرشاد على النحو التالي:

المرحلة الأولى: في هذه المرحلة نجد عدم رغبة من جانب المسترشد في التعبير عن الذات. ويكون الحديث متصلاً بالجوانب الخارجية فقط، أما المشاعر والمعاني الشخصية فلا يتعرف عليها فقط بل أنها لا تكون منتمية إلى الذات، ويرى المسترشد ان العلاقات القريبة مع المرشد وعلاقات الحوار على أنها تمثل خطراً، وفي هذه المرحلة لا تحدد المشكلة ولا تدرك، كما لا يوجد رغبة عند المسترشد في التغيير. وهنا يأتي المسترشد للإرشاد ليس بمحض إرادته.

المرحلة الثانية: إذا تمكن المسترشد من الاقتناع بأهمية الإرشاد، فإنه يبدأ بالحديث عن الموضوعات التي لا تتصل بذاته، ويرى أن المشكلات تمثل شيئاً خارجاً عنه، ولا يتحمل أي مسؤولية شخصية تجاهها، ويمكن إظهار المشاعر وكأنها لا تخصه شخصياً. ويمتاز حديثه بالتناقض، وربما يأتي المسترشد إلى الإرشاد طوعاً.

المرحلة الثالثة: في هذه المرحلة نجد أن التفكك يستمر حيث يعبر المسترشد بقدر أكبر من الحرية عن الذات وعن الخبرات والموضوعات المتصلة بالذات، أما المشاعر الخاصة بالماضي وكذلك المعاني الشخصية (تكون عادة سلبية) فإنه يعبر عنها بقليل من التقبل لها، ويكون تمييز المشاعر أقل شمولاً، ويبدأ بالاعتراف بالتناقضات في الخبرة، ويبدأ كثير من المسترشد في العلاج في هذه المرحلة.

المرحلة الرابعة: إن التقبل والتفهم والمشاركة من قبل المرشد في المرحلة الثالثة، تساعد المسترشد الانتقال إلى المرحلة الرابعة حيث تكون المشاعر أكثر تركيزاً. رغم أنها لا تكون متصلة بالحاضر فيعبر عنها مع بعض المشاعر والخبرات الراهنة. ونجد أن هناك اضطراباً في الطريقة التي يعبر بها عن الخبرة، كما يتم الاكتشاف بين بنية الذات وتمايز المشاعر والاهتمام بالمتناقضات، وهنا يتحمل المسترشد المسؤولية الذاتية في حدوث المشكلة.

المرحلة الخامسة: يصل المسترشد إلى مرحلة يكون فيها قادراً على التعبير عن مشاعره الحالية، ولكن هذا التعبير يكون مصحوباً بالدهشة والخوف، ويكون المسترشد قريباً من معاشة تامة لمشاعره (يخبرها) رغم أن الخوف وعدم الثقة ونقص الوضوح تكون لا تزال موجودة، ويحدث تمييز للمشاعر والمعاني الشخصية بدقة أكبر، ويتقبل هذه المشاعر بشكل أكبر، أما الخبرة فتكون مفككة ومتصلة بالحاضر. وتحدث مواجهة مع المتناقضات، ويزداد التقبل للمسؤولية عن المشكلات.

المرحلة السادسة: تميل هذه المرحلة لتكون مميزة وجادة، فالمشاعر التي لم يتم التعبير عنها سابقاً يعايشها الآن بشكل مباشر، ويحدث تقبل للخبرة. ويتحول من عدم التطابق إلى التطابق بين الذات والخبرة، وهنا تكون المشكلات الداخلية والخارجية قد انتهت، وأصبحت جزءاً منه، ويظهر عليه الاسترخاء مثل الدموع والتنفس العميق والاسترخاء العضلي، وهذا مفيد للجهاز العصبي، وتعتبر هذه المرحلة ليست سهلة للمسترشد.

المرحلة السابعة: تكون الدافعية لدى المرشد قوية، وقد تحدث هذه المرحلة خارج العملية الإرشادية، ويعبر عنها المرشد في الجلسة، ويحدث تقبل للمشاعر المتغيرة، كما يشعر الفرد بأنها تنتمي إليه، وتكون المعايضة تلقائية كما تصبح الذات أكثر وعياً ومعايشة للخبرة، ويقل إلى درجة كبيرة إدراك الذات على أنها شيء خارج الشخص. علماً أن هذه المرحلة يصل إليها عدد قليل من الأشخاص يكونون فيها أكثر انفتاحاً على الخبرة، ويكون الاتصال الداخلي والخارجي طليقاً (Rogers, 1990).

وعليه إن نجاح العلاقة الإرشادية بين المرشد /ة والمرشد/ة، تتطلب جهداً في تقديم الدعم والمساعدة، إذا استوفت شروطاً معينة مثل التقبل والمشاركة والأصالة من جانب المرشد/ة، وإذا أدرك المرشد/ة هذه الشروط في المرشد/ة إدراكاً صحيحاً فإنه ثمة تغير في بناء الذات وفي التعامل مع الخبرات، محدثاً في ذلك التطابق بين الذات مع الخبرة.

وقد أظهرت دراسة ايلسبرغ (Ellsberg, 2001) أن (٦٦%) من النساء المتزوجات واللائي يتعرضن للعنف الزوجي، قد دافعن عن أنفسهن جسدياً ولفظياً من خلال مغادرتهن للمنزل بصورة مؤقتة ومنهن من تركن المنزل وبحثن عن مساعدة (أبو نجيلة، ٢٠٠٥). وهذا يتضح أن النساء يواجهن الضغوط الأسرية من خلال استخدامهن لأساليب غير فعالة للمواجهة، وهنا تؤثر هذه الخبرات على ذواتهن، بالإضافة إلى إمكانية إصابتهن بالاضطرابات السيكوسوماتية مع تكرار التعرض للعنف الزوجي.

الأدب التربوي المتعلق بالأمراض السيكوسوماتية

بدأ الاهتمام بالتفسير النظري للأمراض السيكوسوماتية، عندما وضعت هلين فلانكر دمير في كتابها الطب السيكوسوماتي، حيث وضعت نظرية قائمة على نمط الشخصية واستخدمت منهج معامل الارتباط وذلك بأخذ عدد من حالات القرحة أو الربو أو ضغط الدم حاولت، بهدف التعرف على سمات الشخصية لهذه الحالات التي تعاني من هذه الأعراض، كما حاولت التعرف على الأعراض المهيمنة لظهور الاضطراب السيكوسوماتي كعرض الصداع النصفي الذي ينتشر بين الناس الأذكاء والذين يتصفون بالدقة والنظام، ومرض القرحة الذي يوصف الشخص المصاب به بالطموح والقلق (العيسوي، ٢٠٠٠).

وقد أسهم المحللون النفسيون في مجال البحث السيكوسوماتي التي كانت قائمة على اختبار المفاهيم الخاصة بنظرية التحليل النفسي، ومن هنا جاء الاهتمام من قبل العلماء لدراسة المرضى السيكوسوماتين مواكبة لتطور نظرية التحليل النفسي ذاتها من النظرية الليبية بالإضافة إلى سيكولوجية الأنا (محمد، ١٩٩٢). واتفق معظم الباحثين كما ورد في الزراد (٢٠٠٠) على أن الانفعالات Emotions الناتجة عن الجانب النفسي، تعتبر من العوامل المهمة في حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية. ويختلف الأفراد في درجة انفعالاتهم، فإن ضعف الانفعالات وبلادتها، أو شدتها تضرّ بالإنسان، لذا من المهم أن تكون انفعالات الإنسان معتدلة وتتفق مع الموقف.

وأضاف عبد المعطي (٢٠٠٣) أن الاضطرابات الانفعالية تؤدي إلى إثارة أضرار بالأعضاء الجسمية ومن ثم تتحول إلى الأمراض السيكوسوماتية وأعراضها.

كما وأن الضغوط النفسية والحالة الوجدانية تؤثران سلبياً على الصحة، حيثُ أنهما تضعفان جهاز المناعة لدى الإنسان، أي الدفاع الطبيعي ضد المرض، الأمر الذي يجعله أكثر عرضة للإصابة بالأمراض، التي يستطيع جهاز المناعة عندما يكون سليماً وقاية الجسم منها .

من أهم المدارس النفسية التي تحدثت عن نشأة الأمراض السيكوسوماتية:
المدرسة الفيزيولوجية :

قام بتأسيسها العالم الروسي بافلوف، في دراسته لردات الفعل الجسدية أمام المثيرات الخارجية. ومن هنا تم بناء العلاج السلوكي على التعلم الشرطي والمستعمل في علاج حالات الخوف وعصاب القلق ومن ثم تم تطويرها.

نظرية والتر كانون (Walter Canon):

من خلال الأبحاث التي توصل إليها كانون في نظريته أن الإنسان الذي يتعرض للمواقف الانفعالية كالخوف والألم والغضب تؤدي إلى زيادة في إفراز الأدرينالين وبالتالي تحدث مظاهر عصبية مثل ارتفاع ضغط الدم وزيادة في سرعة نبضات القلب.

بمعنى ان الانفعالات والمواقف المهددة تضع الجسم في حالة استنفار وتؤدي إلى ردة فعل جسدية لا إرادية تسبق الانفعال النفسي وتؤدي لإحداث تغييرات جسدية متنوعة، وأضاف وأن التالاموس لما فوق المهاد، هو المركز الدماغي للانفعالات (الناقلي، ٢٠٠١).

كما اعتبر كانون (Canon) أن الضغط النفسي الذي يواجه الإنسان من الممكن أن يؤدي به إلى مشكلات عضوية إذا أخل بدرجة عالية من التوازن الطبيعي في الجسم، مع الاهتمام بالجهاز السمبثاوي لدوره الهام في تهيئة الجسم للمواقف الضاغطة والعمل على احتفاظ الجسم بالتوازن الطبيعي (عسكر، ٢٠٠٠).

نظرية هانز سيلبي (Selye):

ذكر سيلبي في نظريته أن الضغط النفسي له ردود فعل جسدية تتمثل في :

١. تضخم القشرة الكظرية.

٢. نزيف المعدة .

وقد صنف عوامل الضغط النفسي إلى عدة عوامل وهي:

- عوامل جسدية: حوادث آلام، جروح، برد.
- عوامل نفسية: قلق، مخاوف، وحدة، إرهاق فكري، والمواقف التي تهدد الحياة..الخ.
- عوامل اجتماعية: مشاكل مهنية، ظروف حياتية واقتصادية خلافات عائلية، صعوبة العلاقات بين الأشخاص، العزلة الاجتماعية.

وهنا أشار سيلبي في نظريته " متلازمة التكيف العام " الى أن ردة الفعل الجسدية أمام الإرهاق تنقسم إلى ثلاث مراحل وهي :

المرحلة الأولى: مرحلة الاستعداد (التنبيه)، وتنقسم إلى فترتين؛ الأولى وهي فترة الصدمة المتمثلة بإنذار الجسد وتحريك قدراته للتصدي لعوامل الشدة عن طريق ردود الفعل الفيزيولوجية. أما الفترة الثانية وهي فترة الصدمة-المضادة فهي تستمر في حالة استمرار عوامل الشدة وتنخفض بانخفاض ردود الفعل. وهنا تبدأ المرحلة الثانية: مرحلة المقاومة، ويكون الجسم في حالة الدفاع عن مواجهة عوامل الشدة وذلك باعتماده على قدرات الجسد.

المرحلة الثالثة: مرحلة الاستنفاد لقدرات الجسد، وهي عدم قدرته على التكيف مع عوامل الشدة وعندها يحدث حالة الإنهاك وما يترتب عليها من نتائج سلبية (علي، ٢٠٠٣).

المدرسة التحليلية:

لم يتناول فرويد الأمراض السيكوسوماتية في دراساته، إنما في البداية تمحورت أبحاثه حول الهستيريا وذلك من خلال حدوث الصراع النفسي وتأثيره في إحداث اضطرابات هستيرية جسدية. ولكن تلاميذه لاحظوا مدى شفاء مرضاهم من الناحية الجسدية عندما تمت معالجتهم نفسياً. وقد أضاف التحليل النفسي أنه خلال الحربين العالميتين ظهر هناك عديد من الاضطرابات الهستيرية لدى الجنود مثل الإصابة بالذبحه القلبية والضغط (حافظ، ١٩٩٢).

مدارس معالجة الاضطرابات السيكوسوماتية :

١. التنويم المغناطيسي: يقوم على مبدأ خطين متوازيين: الأول هو التنويم الذاتي. حيث ينوم المريض نفسه متجنباً بذلك الخضوع لإرادة شخص آخر (المنوم) وسيطرته. أما الخط الثاني فهو الخط الروسي حيث أعلن في العام ١٩٨٦ عند إنشاء معهد خاص لتطبيق طريقة التنويم في علاج الأمراض الجسدية.

٢. المدارس الإسترخائية: ظهرت في النصف الثاني من القرن التاسع عشر. وهناك عدة مدارس منها:

- طريقة Mitchell: تسمى طريقة "الاسترخاء الفيزيولوجي السلبي".
- طريقة Jakobson: تعمل على علاج الاضطراب النفسي على أنواعه. حيث يقوم المريض بعمل تمرينين استرخائين لمدة ثلاثين دقيقة يومياً. وتكون اللقاءات ١-٣ جلسات أسبوعياً.
- طريقة Coutee: أسس طريقته عام ١٩٢٠، وهي تعتمد على مبادئ التحليل النفسي مستخدماً التنويم المغناطيسي الذاتي.
- طريقة الـ Training Autogene: من أكثر المدارس انتشاراً، تأسست على يد W.luthe. وتتألف هذه الطريقة من دورتين: السفلى والعليا. أما السفلى فيتم تمرين المريض على الاسترخاء التدريجي. أما الدورة الثانية وهي تتطلب أن يكون المريض قد خضع للدورة السفلى وأن يكون لديه مستوى ذهني كافٍ لمتابعة الدورة العليا. لأن هذه الدورة تتحول في النهاية إلى التحليل النفسي.
- طريقة الـ Sophrologie: أسسها العالم الإسباني A.Caceydo. وتهدف إلى توصيل المريض إلى حالة ما بين النوم واليقظة وذلك عن طريق الاسترخاء. وقد أثبتت فعاليتها في علاج قائمة طويلة من الأمراض النفسية - الجسدية.
- المدارس الحديثة: حقق استخدام العلاج الاسترخائي كثيراً من النجاحات خاصة في تخفيض نسبة الكوليسترول في الدم والمساهمة في الوقاية من الأمراض القلبية. ومن هنا ركزت المدارس الحديثة على طريقة الاسترخاء الذاتي، وطريقة التكامل الجسدي. ولكن هناك بعض الحالات لم ينجح معها العلاج كحالات القلق والانهيار.

٣. المدارس التجريبية :

تم استخدام الموسيقى حيث كان لها الأثر في :

أ. ردة فعل المريض الذي يعاني من الاضطراب النفسي عندما يستمع مثلاً لموسيقى بهوفن، مقارنة مع المستمع العادي.

ب. عندما يكون المريض تحت تأثير عقار مهدئ (بنزوكتامين) بالمقارنة مع المستمع العادي فإنه يلاحظ سرعة النبض قد زادت، وزادت حدة رسم دقات القلب بينما ردود الفعل النفسية قد خفّت. ومن العلاجات التجريبية طريقة الوخز بالإبر، والضغط بالأصابع، العلاج باليوغا، العلاج المغناطيسي (النايلسي، ٢٠٠١).

ويشير مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية Psychosomatic Disorders أن الأمراض العضوية التي تصيب الإنسان هي أمراض نفسية المنشأ، ولكن أعراضها تكون جسمية أي أن الاضطرابات السيكوسوماتية ناتجة عن الضغوط النفسية (العيسوي، ٢٠٠٠).

إذ إن تأثير النفس في الجسم له علاقة قوية في حدوث أخطر أنواع الأمراض. خاصة إذا كان التأثير النفسي استمر لفترة طويلة من الزمن. حيث أضافت دراسات منظمة الصحة العالمية أن واحداً من كل أربعة من المرضى الذين يراجعون عيادات الطب العام يعاني من اضطراب نفسي ويحتاج من ثم إلى علاج نفسي. ففي دراسة شاركت فيها أربع عشرة دولة اشتملت على حوالي ٢٦،٠٠٠ مشاركاً وجد أن ٢٥% من المرضى يعانون من اضطرابات نفسية، و٩% يقعون على الحدود بين النفسي والجسدي، و٣١% لوحظ لديهم أعراض متفرقة تشير إلى اضطرابات نفسية ممكنة. وهذا مجموعة يشكل ما نسبته حوالي ٦٥% من مراجعي العيادات العامة (رضوان، ٢٠٠١).

أما المحركات التشخيصية للعوامل النفسية المؤثرة على الجوانب الصحية، بناءً على تشخيص DSMIV (٢٠٠٠) فكان تفسيرها على النحو التالي:

أ- وجود حالة طبية عامة.

ب- عوامل نفسية تؤثر سلبياً على الحالة الطبية بإحدى الوسائل التالية:

١. تؤثر العوامل النفسية على الحالة الطبية العامة، كما يتضح من الارتباط الزمني بين العوامل النفسية وهو أو تفاقم أو تأخر شفاء الحالة الطبية العامة.
٢. تتداخل العوامل النفسية مع علاج الحالة الطبية العامة.
٣. تشكل العوامل النفسية مخاطر صحية إضافية للفرد.
٤. تعمل الاستجابة الفسيولوجية المرتبطة بالضغوط النفسية على ترسيب أو تفاقم الأعراض الخاصة بالحالة الطبية العامة.

وقد عرف مياسا (١٩٩٧) الاضطرابات السيكوسوماتية على أنها اضطراب في الوظائف الجسمية. وتنشأ هذه الاضطرابات نتيجة الانفعالات النفسية التي تتمثل في ضغوط الحياة وتغيراتها وأزماتها. وأن هذه الأمراض العضوية النفسية المنشأ تتدرج بشدتها من مجرد الصداع الخفيف إلى الشلل المعجز. ويعرف غازي والطيب في عويد (٢٠٠٠) أن الاستجابة الجسمية للصراعات وللضغوط الانفعالية التي تأخذ شكل اضطرابات جسمية مثل الربو، وقرحة المعدة، والقلولون، وضغط الدم، والتهابات المفاصل، والاضطرابات الجلدية.

كما أشار العناني (٢٠٠٠) إلى أن الأمراض السيكوسوماتية هي اضطرابات موضعية وأصلها نفسي تسببها الاضطرابات الانفعالية الشديدة وتصيب الأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي. ويضيف عموري (٢٠٠٥) أن هناك علاقة بين سمات الشخصية والإصابة بتصلب الشرايين القلبية، ففي عام ١٦٢٨ تم توضيح مدى تأثير الانفعالات النفسية على القلب، عندما كتب ويليام هارفي " الحزن والفرح والأمل والخوف" كلها عوامل تسبب الاضطرابات التي تؤثر على القلب، ومن هنا زاد الاهتمام بالعوامل النفسية والاجتماعية في التشخيص والعلاج.

أما سيلبي (١٩٨٧) وضح من خلال دراساته أن أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم ذات صلة مباشرة بالاستجابة للضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد، وأن الضغط النفسي يعمل على إضعاف جهاز المناعة في جسم الإنسان في (الشحاتيت، ٢٠٠٦).

وبهذا أجمعت عديد من الدراسات السيكلوجية بأن العوامل النفسية تؤثر تأثيراً كبيراً على صحة الجسم، حيث هناك علاقة قوية بين المشاعر السلبية وسوء الصحة، وأن الضغوطات النفسية والحالة الوجدانية لها أيضاً تأثيرها السلبي على صحة الجسم وجهاز المناعة من حيث عدد الخلايا الليمفاوية، وأداء هذه الخلايا التي تلعب دوراً في وقاية الجسم من الخلايا المصابة بالجراثيم ومن الخلايا السرطانية (عبد الله وعبد الفتاح، ١٩٩٥).

تصنيف الأمراض السيكوسوماتية:

١. اضطرابات الجهاز الهضمي السيكوسوماتية كالإصابة بالقرحة المعدية، وقرحة الإثني عشرية، قرحة القولون، فقدان الشهية للطعام العصبي، والإمساك والإسهال المزمنين، والشره أو النهيم في الطعام، عسر الهضم، القيء العصبي، آلام وانتفاخ البطن العصبي، السمنة المفرطة.
٢. اضطرابات جهاز التنفس وتتمثل في الإصابة بالربو الشعبي، والإصابة بالنزلات البردية، الحساسية الأنفية للروائح، حمى القش، التدرن الرئوي.
٣. اضطراب جهاز القلب والدوران كالحفان أو لخط القلب الوظيفي، الإصابة بانسداد الشرايين التاجية والأوعية الدموية، وعصاب القلب، والذبحة الصدرية، ضغط الدم، انخفاض وارتفاع ضغط الدم وضغط الدم الجوهرية.
٤. الاضطرابات الجلدية وهي الحكة، حب الشباب، والأكزما، وتساقط الشعر، والحساسية الذاتية، وفرط التعرق، ومرض الصدفية، ومرض رينو.
٥. الاضطرابات الجنسية وهي العتة الجنسية، والبرود الجنسي، والقذف المبكر، والقذف المتأخر، واضطراب الحيض، والعقم، والإجهاض المتكرر.
٦. اضطرابات الجهاز العضلي والهيكلية تتمثل في آلام الظهر، والتهاب المفاصل شبه روماتزمي، وداء الرجز، وضمور العضلات أو تضخمها، والشلل الهستيرى، العض على النواجذ .
٧. اضطرابات التبول والإخراج عند الأطفال وهي التبول اللاإرادي، وكثرة مرات التبول، وعسر التبول، والتبرز اللاإرادي.
٨. اضطراب الجهاز الغدي وهي مرض السكر، والتسمم الدرقي.
٩. اضطراب الجهاز العصبي منها، الصداع، والصداع النصفي، والخلجات العصبية، الدوخة، والدوار (الزراد، ٢٠٠٠).

١٠. وقد أكد محمد (٢٠٠٤) على مظاهر أساسية تميز الأمراض السيكوسوماتية وهي:

١. وجود مرض عضوي في وظيفة أو بنية أحد أعضاء الجسم.
 ٢. وجود عوامل انفعالية تساعد على نشأة واستمرار المرض العضوي.
 ٣. سير المرض في أطوار فيها مراحل سكّون وفترات انتكاسه.
 ٤. غالباً لها تاريخ عائلي أو تاريخ من الكروب الحياتية.
 ٥. شيوع الاضطراب يتفاوت بين الجنسين.
 ٦. تناوب المتلازمات السيكوسوماتية، أي أن الأعراض تتالى لدى المريض الواحد.
- وتعتبر المساندة الاجتماعية السلبية، وكذلك انخفاض المساندة الاجتماعية الايجابية من أهم العوامل التي تسهم في الزيادة من حدة الأعراض السيكوسوماتية وتفاقمها عند الإنسان، وهنا يزيد من تعرض الفرد إلى مخاطر الإصابة بمرض الأوعية القلبية (فايد، ٢٠٠٥).
- وهنا تظهر أهمية المساندة الاجتماعية على صحة المرأة خاصة التي تتعرض للضغوط النفسية والإجهاد، والتي تسبب عند الكثير منهن المشاكل القلبية (دولمور ، ٢٠٠٤).

الدراسات السابقة

الدراسات العربية التي تناولت تقدير الذات:

هدفت دراسة حمودنة (٢٠٠٥) إلى الكشف عن العلاقة بين تقدير الذات والرضا الزوجي وعلاقتها بالعنف الموجه ضد الزوجة، وتكونت عينة الدراسة من (١٢٦٥) زوجة تم اختيارهن بطريقة عشوائية، وقد تم تقسيم العينة الكلية إلى قسمين تبعاً للربيع الأعلى والأدنى لدرجات الزوجات على مقياس تقدير الذات والرضا الزوجي حيث بلغ حجم عينة الربيع الأعلى للدرجات على مقياس تقدير الذات (٣٣٣) زوجة في حين بلغ الربيع الأدنى (٣١٨) زوجة كما بلغ حجم عينة الربيع الأعلى للدرجات على مقياس الرضا الزوجي (٣٢٥) زوجة في حين بلغ الربيع الأدنى (٣٤٥) زوجة تم استبعاد باقي مفردات العينة الكلية.

وقد تم استخدام مقياس العنف الزوجي من إعداد أبو نجيله (٢٠٠٥) ومقياس تقدير الذات من إعداد أبو نجيله (٢٠٠٥) ومقياس الرضا الزوجي أبو نجيله (٢٠٠٥).

وأظهرت النتائج إلى أن النساء اللاتي كن يتعرضن للعنف النفسي والعنف الجسدي والعنف الجنسي والعنف المالي والاقتصادي يعانين من انخفاض تقدير الذات ، أي كلما زادت درجة العنف الزوجي ضد الزوجة يقل مستوى تقديرها لذاتها. كما أشارت النتائج إلى أنه كلما زادت درجة العنف الواقع على الزوجة كلما انخفض مستوى الرضا الزوجي لديها.

وفي دراسة تربي (١٩٩٨) حول العلاقة بين اضطراب الضغوط التالية للصدمة وبين الجمود وتقدير الذات عند طلبة جامعة الكويت. وتكونت العينة من (٥٠٣) من الطلاب والطالبات (٢٥٥ طالباً و ٢٧٨ طالبة). واستخدم الباحث اختبري الجمود وتقدير الذات وقائمة الاضطرابات التالية للصدمة. وقد أظهرت التحليلات الإحصائية لبيانات البحث وجود ارتباط دال موجب بين الجمود واضطرابات الضغوط عند الطلاب فقط، ووجود ارتباط دال سالب بين تقدير الذات واضطرابات الضغوط عند كل من الطلاب والطالبات.

الدراسات الأجنبية التي تناولت تقدير الذات :

أما دراسة بيلار (Pilar, 2005) فهدفت لمعرفة التأثير النفسي للعنف العائلي على المرأة الإسبانية، و تحققت هذه الدراسة من الأثر النفسي لعنف الشريك على ٢٤٠ امرأة إسبانية اللواتي تم تعريفهن على أنهن مضطهدات، بمقارنتهن مع مجموعة تجريبية مكونة من ٢٤٠ امرأة غير مضطهدات. عانت النساء المضطهدات أكثر من القلق الطويل الأمد ومن الأرق ومن الاكتئاب الشديد ومن الأعراض المرضية الجسدية، كما كان تقديرهن للذات أدنى من ذلك الذي أظهرته النساء غير المضطهدات. وقد وجد أن هناك علاقة بين شدة الاضطهاد النفسي والاضطهاد الجسدي، بينما ارتبط عدد السنوات التي عانين خلالها من الاضطهاد مع عمر المرأة وعدد الأطفال. وكان المتغير الأكثر علاقة بالدلالة على الاكتئاب الشديد والاختلال الاجتماعي والقلق والأرق والأعراض الجسمانية هو عامل التقدير المتدني للذات لديهن.

أما في دراسة أليان وجون (Alean & John , 2004) الاغراض الجسمية بين النساء البدويات العربيات وعلاقتها بالحالة الاجتماعية. فالنزعة نحو الشعور بالضغط والتعبير عنه من ناحية جسدية أكثر منه من ناحية نفسية هي نزعة منتشرة في الغرب والمجتمعات الأخرى. وتركز هذه الدراسة على النساء البدويات العربيات في النقب. وتكونت العينة من (٢١٧) امرأة عربية بدوية من النقب في فلسطين المحتلة عام ١٩٤٨، والتي استخدمت قائمة تدرج روزينبيرغ لتقدير الذات وقائمة أعراض ديروجاتيس وأداة تقييم تدرج حياة العائلة ومقياس مدى الرضا عن الحياة، واستبيان السلوك الصحي. وأظهرت أن النساء المطلقات هن أكثر تعبيراً عن الشعور بالوحدة، بينما أظهرن النساء المتزوجات شعوراً قوياً بوجود من يتحدثن إليه حول مشاكلهن. وكن النساء المطلقات أكثر تعبيراً عن تصور الجسدية وعن الوسواس القهري والاكتئاب والقلق، والقلق المرضي والأعراض النفسية الجسمية والتقدير المتدني للذات والمشاكل العائلية، إضافة إلى

مستوى متدنٍ من الرضا عن الحياة، أكثر منه عند غير المتزوجات والمتزوجات، وكشفت النتائج عن وجود تأثير معين للطلاق على المرضى الجسمانيين. وتساعد الدراسة الباحثين والمتمرسين على فهم دور الطلاق، وكذلك الاحتياجات النفسية للمرأة المطلقة في ثقافة البدو العرب.

أما دراسة ليلي (Layli, 2004) فقد بحثت التكيف والشعور بالارتياح: أماط تقييم الذات والتوتر النفسي بين الفتيات المراهقات المولودات لأبوين من عرقين مختلفين، ومن هنا هدفت الدراسة تقييم الذات (تقدير الذات والجاذبية الجسدية المدركة والأهلية الاجتماعية المدركة) ومؤشرات التوتر النفسي (الأعراض الجسدية والنفسية للاكتئاب واستخدام المخدرات) على (٤٦٣) فتاة مراهقة مولودات لأبوين من عرقين مختلفين من ثلاث خلفيات مختلفة: أسود-أبيض، هيسبانيك - أبيض، و آسيوي - أبيض. وقد تم فحص أماط تقييم الذات والتوتر النفسي كعامل للنسب والتعريف الذاتي كون الفتاة بيضاء أو غير بيضاء. وقد تم مقارنة الفتيات بأخريات مولودات لأبوين لا يختلفان في العرق من ناحية جميع المتغيرات. وقد دلت النتائج أن المحصلات تتفاوت كعامل للنسب والتعريف الذاتي العرقي، وأن هناك تفاوتاً واسعاً بين الفتيات المولودات لأبوين من عرقين مختلفين من خلفيات مختلفة.

وفي دراسة لارا وروبي (Lara & Rub, 2003) لنتائج مستويين من التدخل في أعراض الاكتئاب لدى النساء ذوات الدخل المتدني، وتم تقييم فعالية مستويين من التدخل في تقليل أعراض الاكتئاب بين (١٣٥) امرأة (تتراوح أعمارهن بين ٢٠-٤٥) باستخدام تصميم مقارنة بين ظروف المجموعة والظروف الفردية المرتبطة بما قبل العلاج وما بعد العلاج وتقييمات المتابعة اكدت (ان ٩٣ حالة تعود لظروف المجموعة و ٤٢ حالة تعود للظروف الفردية). وقد أظهرت مقارنات أخرى انخفاضاً كبيراً بين فترة ما قبل العلاج وفترة ما بعد العلاج، وبين فترة ما قبل العلاج وتقييم المتابعة. وقد وجدت نتائج مشابهة للمتغيرات المتعلقة بمعايير الأعراض الجسمانية وأعراض القلق، وقد لوحظ وجود ازدياد في تقدير الذات أيضاً.

و في دراسة قام بها ديكسون (Dickerson, 2002) بعنوان الأمل وتقدير الذات كنيجة لأسلوب العلاج السلوكي - المعرفي الجمعي، هدفت إلى معرفة أثر العلاج الجمعي السلوكي المعرفي على كل من تقدير الذات والأمل لدى عينة من الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب أو القلق و عددهم (٣٦) مشاركا امتد البرنامج لمدة (١٠) أيام وقد ضم ثلاث مجموعات تجريبية تلقت الأولى تدريباً على ضبط التوتر فيما تلقت الثانية تدريباً على خفض الاكتئاب و أخيراً تلقت الثالثة تدريباً على مهارات التعامل مع الاضطرابات النفسية و قد تم الاعتماد على نظرية العلاج العقلاني الانفعالي ضمن منهجية العلاج الجماعي و قد تم استخدام مقياس سنايدر (Snyder) للأمل و مقياس روزنبرغ لتقدير الذات (Rosenberg) لأخذ القياس القبلي والبعدى. كما تم استخدام اختبار (t) لمقارنة درجات مقياس الأمل ودرجات مقياس تقدير الذات مع المجموعة الضابطة. أظهرت النتائج أن هنالك أثراً ذا دلالة إحصائية تتعلق بفعالية البرامج العلاجية في تحسين مستوى تقدير الذات و زيادة الأمل لدى مرضى الاكتئاب.

أما ماراجوري (Marjorie, 1995) فدرس الجوانب العلاجية المتعلقة بالمشاركة في العلاج التعبيري، وحددت دراسته أثر ممارسة رقص الألعاب البهلوانية وهي ضمن العلاج التعبيري، على العلاقة بين الدماغ والجسد من خلال تحليل وصف الأعراق البشرية. وقد تم إجراء مقابلات في العمق مع (٢٨) عينة (تتراوح أعمارهم بين ٢٠-٧٠ سنة) الذين تحدثوا عن روايات متفاوتة بما يتعلق بالأحداث التي تصف الأعراق البشرية لمشاركتهم في الألعاب البهلوانية. وقد أشارت النتائج إلى أن بعض الخاضعين للمقابلات شعروا بارتياح وتخلصوا من الاكتئاب والتوتر. ويقدر أن الذين يحضرون دروس الألعاب البهلوانية قد شعروا بازدياد في تقدير الذات في ظل غياب المشاكل الجسدية. وهذا بسبب قيامهم بخطوات واثقة نحو بناء هويتهم كعمال مجدين وكونهم أشخاص يتحملون المسؤولية وذوي توجه حركي يسعون إلى المحافظة على صحتهم ونشاطاتهم ويصبحون أكثر اجتماعياً. وهكذا، تشير النتائج إلى أن دروس الألعاب البهلوانية تخفف التوتر النفسي والجسماني من خلال تفاعل بيولوجي كيميائي.

وأظهرت دراسة شوارزر (Schwarzer, 1994) أن الفعالية الذاتية ترتبط إيجابياً مع متغيرات التفاؤل وتقدير الذات ومركز الضبط الداخلي والدافعية للإنجاز، ترتبط سلبياً مع متغيرات القلق والاكتئاب والعصابية.

وأجرى ديو (Duo,1993) دراسة حول دور الأثر الايجابي والأثر السلبي في كل من الاكتئاب والتوتر وتقدير الذات وتأكيد الذات وسلوكيات نوع (A) والصحة النفسية والصحة الجسمية. فقد طور ديو (Duo) مقياس الأفكار وخبرات الحياة الحقيقية لقياس درجة الأفكار السلبية و الأفكار الايجابية التي يتذكرها الأفراد كخبرة ناتجة عن حياتهم اليومية. أشارت النتائج إلى أن اثر الأفكار السلبية يرتبط مع مستوى عال جدا من التوتر والاكتئاب والصحة النفسية و مستوى تقدير الذات المتدني، كما أشارت النتائج إلى أن الأثر الايجابي للأفكار لا يرتبط بكل من تقدير الذات و الصحة الجسمية أو تأكيد الذات. أما السلوك من نوع (B/A) فهما لا يرتبطان بكل من الأثر السلبي أو الايجابي للأفكار.

وفي دراسة ويزمان وكوين (Whisman & Kwon, 1993) حول العلاقة بين الضغط النفسي- وكل من تقدير الذات واليأس هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والتغير طويل المدى في الشعور باليأس. وتكونت عينة الدراسة من (٨٠) طالباً (٥٣ أنثى، ٢٧ ذكر) ممن تتراوح أعمارهم بين (١٦- ٢٠ سنة). وتم استخدام مقياس تقدير الذات ومقياس اليأس وقائمة بك (Beak) للاكتئاب ومقياس مسح خبرات الحياة لسارسون (Sarason) ثم أعيد التطبيق بعد ثلاثة أشهر.

وأظهرت النتائج عن ارتباط دال موجب بين الضغوط الحياتية وكل من متغيري تقدير الذات المنخفض واليأس. وأوضحت الدراسة أن الاكتئاب يظهر عند مواجهة مستويات عالية من الضغوط الحياتية مع تقديرات سلبية للذات.

وقام باتريشيا (Patricia, 1992) بدراسة من ضحية إلى ناجية (التاريخ الشفهي كعلاج للناجيات من التعذيب) تصف عملية علاج (١٤) امرأة كمبودية يعانين من اضطراب التوتر الناتج ما بعد الصدمة في مركز لإعادة تأهيل الناجيات من التعذيب. يشدد المركز على فلسفة التعزيز. ينطوي مصطلح ناجية على أن النساء يستخدمن قوتهن أكثر من الارتكان إلى كونهن ضحايا في توجه العلاجات الشمولية المتعددة الاختصاصات. وقد تعرضن الخاضعات للدراسة لحوالي (٧) صدمات. ومن أعراض هذه الصدمات مشاكل في الذاكرة والتركيز وتقدير متدنٍ للذات وفتور والعزلة، وشعورهن بأنهن سيعشن حياة قصيرة وتجنب الذكريات والمشاعر، ورؤيتهن للكوابيس واسترجاع مشاهد من الماضي في ذاكرتهن وكن يشكين من أعراض جسمانية. وقد تم علاج الخاضعات للدراسة باستخدام طريقة التاريخ الشفوي، وكما تم استخدام تقنيات الاسترخاء. وقد بدأن باسترجاع الذكريات المنسية سابقاً على أنها تجارب صدمة وقد تم تفريغها في ضوء إجراء طريقة التاريخ الشفوي. وقد تبلورت لديهن الثقة والتقبل وتفريغ الغضب وإعادة بناء شبكة عمل داعمة التي تبلورت من خلال استخدام طريقة التاريخ الشفوي.

وفي دراسة ساكلوفسكي (Saklofske, 1987) لعلاقة الاكتئاب بمفهوم الذات لدى المراهقين، وكشفت الدراسة انخفاض مفهوم الذات لدى المكتئبين، وقد استدلوا أن انخفاض تقدير الذات يولد الاكتئاب لدى الفرد .

درس كل من كيسي و ويرندت (Kiase & Berndt,1985) علاقة الاكتئاب بالشعور بالوحدة والانطواء والانعصاب والغضب ، وأظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباط بين الاكتئاب والشعور بالوحدة ، كما ارتبطت أعراض الاكتئاب بالشعور بالذنب والانطواء والعصابية وتقدير الذات المنخفض .

قام كازدن (Kazdin, 1983) بدراسة على مجموعة من الأطفال لبحث العلاقة بين اليأس والمهارات الاجتماعية والاكْتئاب ومفهوم الذات والسلوك الاجتماعي ، وبينت النتائج وجود ارتباط موجب بين اليأس والاكْتئاب، وارتباط سالب بين اليأس وكل من مفهوم الذات والمهارات الاجتماعية.

وقام سلما (Selma, 1983) بدراسة العلاج التعبيري مع نساء عاملات من أصول لاتينية حيث استخدم العلاج التعبيري مع نساء من أصول لاتينية يعانين من تدنٍ في الثقة بالذات في عيادة للصحة العقلية للسكان الناطقين بالأسبانية في كاليفورنيا. وقد يكون العلاج بالفن هو علاج الصدمات للأقليات حيث أنها الأقلية الفقيرة التي تعبر عن نفسها من خلال الطقوس والدراما والفن في حياتها اليومية. ومن شأن العلاج بالفن أيضاً مساعدة مرضى الأقليات على إعادة بناء جذورهم الثقافية. وقد ارتكز العلاج في هذه العيادة على التوجه الشامل الذي أدرك حاجة الفقراء إلى التحرر وبلورة القوة الشخصية والجماعية. وقد تم تشكيل مجموعات علاج بالفن مكونة من (٢٤ امرأة) ، تتراوح اعمارهن (٢٣-٥٠) سنة. وقد اشتملت المشاكل على مشاكل جسمانية والتوتر العائلي والاضطهاد والوحدة والتقدير المتدني للذات والتوتر الناتج عن الصراعات الثقافية وما بين الأجيال. اشتملت النماذج التعبيرية التي تم توظيفها في نشاطات علاج المجموعات على نشاطات مثل الرسم وصنع الملصقات وكذلك على نماذج مثل تمارين الاسترخاء والتصورات والدراما النفسية وتقنيات جيستلات. وقد وجد أن (٣) حالات من الخاضعين للدراسة يعانون من عدم الأمان والخوف من توكيد الذات وفقدان القوة واليأس.

وفي دراسة ساكولوفسكي (Saklofske, 1987) لعلاقة الاكْتئاب بمفهوم الذات لدى المراهقين ، كشفت الدراسة انخفاض مفهوم الذات لدى المكتئبين ، وقد استدلوا أن انخفاض تقدير الذات يولد الاكْتئاب لدى الفرد .

الدراسات العربية الخاصة بالاضطرابات السيكوسوماتية:

لقد تنوعت الأبحاث والدراسات التي تناولت موضوع الاضطرابات السيكوسوماتية، ويمكن إجمالها فيما يلي:

أجرى الفايد (٢٠٠٥) في القاهرة دراسة هدفت إلى تحديد ما إذا كان كانت ضغوط الحياة تؤثر في نشأة الأعراض السيكوسوماتية، كما هدفت الدراسة أيضا الى التعرف إلى التأثير الإيجابي للضبط الذاتي المدرك من قبل أفراد العينة والمساندة الاجتماعية التي يتلقاها ، حيث قام الباحث باستخدام استبيان المساندة الاجتماعية، وقائمة كورنل للأعراض السيكوسوماتية على عينة غير إكلينيكية قوامها (٤١٦) ذكراً، تراوحت أعمارهم بين (٢٥ و٥٥) سنة، بمتوسط عمري مقداره (٤٢،٣٧) سنة، بانحراف معياري مقداره (١٠،٤٠) سنة، وأسفرت النتائج عما يلي:

١. توجد علاقة موجبة جوهرية بين الأعراض السيكوسوماتية وضغوط الحياة.
٢. توجد علاقة سالبة جوهرية بين الأعراض السيكوسوماتية وكل من الضبط الذاتي المدرك للحالات والمساندة الاجتماعية.
٣. توجد فروق جوهرية بين منخفضي الأعراض السيكوسوماتية ومرتفعي الأعراض السيكوسوماتية لدى كل من ذوي الضبط الذاتي المدرك للحالات، والمساندة الاجتماعية لصالح منخفضي الأعراض السيكوسوماتية من ذوي مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية.

أما دراسة سالم ونجيب (٢٠٠٢) فهدف التعرف على العلاقة بين ضغوط الحياة وكل من الأعراض السيكوسوماتية وبعض خصائص الشخصية.

وأجريت الدراسة على عينة تتكون من (٢٩٧) طالبا من طلاب جامعة عين شمس، وجامعة حلوان بلغ أفراد العينة (١٠٥) من الذكور، و(١٩٢) من الإناث تراوحت أعمارهم ما بين (٢٠-٢١) سنة. حيث تم استخدام استبانة الضغوط الحياتية لطلاب الجامعة من إعداد كوري وآخرين (Core et al 1992)، كما تم تصنيف الضغوط التي تواجه الطلبة في سبعة أبعاد هي: الضغوط الأسرية، الضغوط الأكاديمية، الضغوط الاجتماعية والبيئية، الضغوط الثقافية، الضغوط المالية، الضغوط الشخصية، وقد احتوت فقرات الاستبانة على (٦٥) فقرة موزعة على الأبعاد السبعة. كما استخدم الباحثان قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصبية والسيكوسوماتية، من إعداد برودمان وآخرون (Brodman et al 1986)، وعربها وأعددها محمود أبو النيل (١٩٩٥) وتحتوي القائمة (٢٢٣) سؤال، وتشتمل على ثمانية عشر مقياساً فرعياً، والأسئلة التي تتناول النواحي الجسمية تبلغ (١١٨) سؤالاً تتوزع على ثمانية مقاييس فرعية. أما باقي الأسئلة وعددها (١٠٥) سؤالاً تتوزع على عشرة مقاييس فرعية تعنى بالنواحي المزاجية والانفعالية للفرد. وقد أسفرت بعض النتائج على وجود علاقة ارتباطية دالة بين ضغوط الحياة لدى الطلبة والأعراض السيكوسوماتية عامة. وأشارت الدراسة أن الإناث يتعرضن بشكل أكبر لضغوط: البيئة والمطالب الأكاديمية والثقافية والأسرية والشخصية على التوالي أكثر من الذكور.

وقد قامت حسن (٢٠٠١) بدراسة تهدف الى معرفة الفروق في ضغوط الحياة والتوافق الزوجي وخصائص الشخصية بين السيكوسوماتيات وبين السويات. وقد شملت عينة البحث (٩٠) سيدة عاملة متزوجة مقسمات إلى مجموعتين.

المجموعة الأولى: مجموعة المريضات السيكوسوماتيات وعددهن (٦٠) حالة وهي مقسمة إلى فئتين:

١. مريضات ارتفاع ضغط الدم وعددهن ٣٠ حالة.

٢. مريضات القولون العصبي عددهن ٣٠ حالة.

المجموعة الثانية: عينة السويات وبلغ عددهن (٣٠) سيدة عاملة من خارج المستشفيات سليمة من أي مرض سيكوسوماتي أو اضطراب نفسي أو عقلي.

واستخدمت الباحثة قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصبية والسيكوسوماتية إعداد أبو النيل (١٩٩٥) واستبيان التوافق الزوجي تأليف مورس مانسون، وارثر ليرنر إعداد الأشول (١٩٨٩)، واختبار ايزنك للشخصية تأليف ايزنك (١٩٧٥)، ومقياس ضغوط الحياة من إعداد الباحثة. وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين السويات وبين المريضات اللاتي يعانين من اضطرابات سيكوسوماتية في أبعاد ضغوط الحياة فيما عدا بُعد ضغوط العلاقة بالتوافق الزوجي عند مستوى (٠,٠٥) لصالح السيكوسوماتيك. كما أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين النساء السويات وبين المريضات السيكوسوماتيك في التوافق الزوجي. وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المريضات بارتفاع ضغط الدم الأولى وبين المريضات بالقولون العصبي في متغيرات التوافق الزوجي.

وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المريضات اللاتي يعانين من اضطرابات سيكوسوماتية وبين مجموعة السويات من حيث خصائص الشخصية.

كما أجرى العيسوي (٢٠٠٠) دراسة هدفت لمعرفة إلى أي مدى تنتشر الأمراض السيكوسوماتية. وقد بلغ أفراد العينة (١٦٤) من أبناء المجتمع الأسكندري، ممن تراوحت أعمارهم ما بين ١٥-٤٥ عاماً من أبناء الطبقات المتوسطة. ووجه إليهم سؤالاً لمعرفة إذا كانوا يعانون من الأمراض أو الأعراض التالية:

١. الربو.
٢. ضغط الدم.
٣. السمنة .
٤. أمراض الفم والأسنان .
٥. الصداع النصفي.
٦. أمراض القلب .
٧. قرحة المعدة .
٨. قرحة القولون .
٩. أمراض أخرى.

حيث تُعرف هذه الأمراض بالأمراض السيكوسوماتية أو النفسجسمية. وقد أسفرت النتائج إلى أن (٧٣%) من العينة يعانون من مرض أو أكثر من الأمراض السيكوسوماتية وأنه لم يكن هناك خالياً منها سوى (٢٧%) فقط من افراد العينة. وكان توزيع مجموعة الذين يعانون من الامراض السيكوسوماتية كما يلي:

أمراض الفم والأسنان (٢٨,٠٤%).
الصداع النصفي (٢١,٩٠%).
السمنة (٩,٨٠%).

بمعنى أن هناك نحو خمس العينة يعانون من الصداع النصفي وأن نحو عُشر المجموعة يعانون من السمنة. أما أقل الأمراض انتشاراً فكانت كما يلي:

الربو (٠,٦١%).
ضغط الدم (٣,٧٠%).
قرحة القولون (٣,٧٠%).
قرحة المعدة (٦,٠٩%).

كما تبين ان كل شخص من افراد العينة المصابين يعاني من مرض او اكثر. وتبين ان نسبة الاصابة بالاضرابات السيكوسوماتية لدى الإناث أعلى منها لدى الذكور وذلك حسب المتوسطات، كانت النسبة عند الإناث (٨٧%) مقارنة بنسبة (٦٦%) لدى الذكور. كما تبين أن هنالك ارتباطاً بين هذه الاضطرابات السيكوسوماتية وبين مقدار ما يعانيه الفرد من عشر مشكلات بنسبة ٢٧% وهي: جسمية، ونفسية، وعاطفية، وتعليمية، واسرية، واخلاقية، وعقائدية، ومواصلات، واسكان. كما تبين ان هنالك دلالة احصائية عند مستوى (٠,٠١) على صحة الفرض القائل بان الاضطرابات السيكوسوماتية هي بالفعل وليدة الضغوط النفسية والاجتماعية. أما دراسة العزي (1998) فهدفت إلى الكشف عن التوافق وعلاقته بالاضرابات السيكوسوماتية لدى طالبات السكن الجامعي في صنعاء. وقد تكونت عينة الدراسة من عينة طبقية عشوائية موزعة على ثماني كليات وبلغ عددها ٢٨٠ طالبة، وتراوحت أعمارهن من ١٨-٣٤ سنة. وذلك باستخدام أداتين هما اختبار التوافق وقائمة الاضطرابات السيكوسوماتية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى التوافق العام لدى

طالبات السكن الجامعي متوسط؛ حيث أظهرت النتائج أن 66,07 من الطالبات حصلن على مستوى متوسط من التوافق. حيث نجد أن الطالبات أكثر امتثالاً للأنظمة والقوانين. ومحاولة التوافق مع الواقع المحيط بهن. وقد وجدت الباحثة أيضاً أن الاضطرابات السيكوسوماتية الأكثر انتشاراً في السكن الجامعي هي الاضطرابات التي تتصل بعدم الرضا عن المستوى الجمالي لديهن، وكذلك بأعراض لها طبيعتها الأنثوية كالدورة الشهرية، وسقوط الشعر. ووجدت أن هنالك علاقة سالبة بين التوافق العام والاضطراب السيكوسوماتي العام، وتوجد علاقة سالبة دالة إحصائياً بين التوافق المنزلي والصحي والانفعالي ومجالات الاضطرابات السيكوسوماتية. وقد قام فطيم (١٩٧٩) المشار إليها في عبد المعطي (٢٠٠٣) بدراسة العلاقة بين نمط العلاقة الشخصية والاضطرابات السيكوسوماتية، وقد أكد على أن الشخصية في أساسها نتاج العلاقات الاجتماعية (العلاقة بين الإنسان والبيئة). ويتضح أيضاً أن مكونات الشخصية بما تتميز به من عوامل دافعية ووجدانية سواء أكانت شعورية أم لا شعورية هي وراء الإصابة بالمرض السيكوسوماتي، وان كل اضطراب سيكوسوماتي يقف وراءه نمط خاص من أنماط الشخصية يميزه عن غيره من الاضطرابات السيكوسوماتية الأخرى.

الدراسات الأجنبية المتعلقة بالاضطرابات النفسية الجسمية:

لقد أجرى بيلار وجوان (Pilar & Juan, 2004) دراسة تهدف الى معرفة العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة عند المرأة الأسبانية، وقد بلغت العينة (١,٥٦٦) امرأة تتراوح أعمارهن بين (١٨ و ٦٥ سنة). وقد تم إجراء تحليلات الانحدار المتعدد باستخدام درجات النسخة ذات الدرجات من استبيان الصحة العامة كمتغيرات مستقلة، وتأثيرها على عدد من المتغيرات الشخصية والاجتماعية. وتبين النتائج ان النساء اللواتي يعانين من أعراض الاكتئاب الحاد والقلق والأعراض الجسمية وأعراض الاختلال الاجتماعي أكثر تكيفاً من الناحية الانفعالية وأقل قبولاً بدور العمل المسند اليهن. علاوة على ذلك، كان يمكن توقع أعراض الاكتئاب والقلق والاختلال الاجتماعي من خلال التقدير المتدني للذات لديهن، بينما كان يمكن التنبؤ بمتلازمة أعراض الاكتئاب والقلق والأعراض الجسمية من خلال التوتر المزمن. اما النساء ذوات المستوى الأعلى اللائي يعانين من أعراض القلق والاكتئاب كن اللواتي مررن بأحداث شدة أكثر في حياتهن واللواتي كن يتلقين دعماً اجتماعياً متدنياً. وقد وجد أن أنماط النساء من النوع (A) يعانين من أعراض أكبر من القلق والأعراض الجسمية، بينما النساء اللواتي كن يتلقين دعماً اجتماعياً كن يعانين من أعراض جسمية أقل، ووجد كذلك أن النساء القادرات على التكيف كن أقل معاناة من الاختلال الاجتماعي.

أما دراسة موستهيرو و جريجيرو (Mutsuhiro & Gregory, 2001) فقد هدفت الى معرفة أثر الجنس والحالة الاجتماعية على الأعراض الجسمية للمرضى الذين يراجعون عيادة الامراض النفسية الجسمية، وذلك لمعرفة آليات العلاقة ما بين الجنس والاضطرابات النفسية الجسمية، حيث قام الباحثان بتحليل شخصيات (١,١٣٢) من المرضى الخارجيين (٨٤٨ من النساء و ٢٤٨ من الرجال) ممن يراجعون عيادة الأمراض النفسية الجسمية. وفي بداية البرنامج، طلب الى المرضى تعبئة قائمة الأعراض الطبية وقائمة الأعراض (٩٠) (المراجعة (SCL-90R) ومقياس ادراك التوتر. أظهرت النتائج أن كل (٩) نساء من بين (١٢) امرأة يعانين من أعراض (الإرهاق والأرق والصداع وألم الظهر وألم في مفاصل الأطراف وخفقان سريع في القلب والغثيان والدوخة). وتبين أن وتيرة تكرار هذه الأعراض أكثر عند النساء من الرجال. والمرأة كانت متوقعة لوجود هذا العدد من الأعراض لديها. وكانت نتائج قائمة (SCL-90R) للأعراض الجسمية أعلى

بشكل ملحوظ عند النساء غير المتزوجات مقارنة بالنساء المتزوجات. وكانت نسبة التوتر المرتبطة بالعائلة والصحة أعلى عند النساء منه عند الرجال، وعلى الرغم من تديني نسبة التوتر المرتبط بالعمل. فقد أظهرت النساء، خاصة غير المتزوجات منهن، أنهن أكثر تأثراً بأعراض جسمانية غير مريحة. ويُعتبر الجنس عاملاً هاماً فيما يتعلق بالأعراض الجسمانية في الأوضاع التي تنطوي على التوتر.

وفي دراسة الأنصاري ، خدادة ، حسن وميرزا (Al- Ansari, Khadadah, Hassan, and Mirza, 1991) حول الاضطرابات الطبية النفسية في اثنين من المستشفيات العامة : مسح لكل من الانتشار والعلاج عن طريق الأطباء الباطنيين (غير النفسيين). تم تطبيق استفتاء لمسح آراء (٢١١) طبيباً باطنياً (غير متخصصين في الطب النفسى) في اثنين من المستشفيات العامة بدولة الكويت فقررنا أن (١٦,١%) من مرضاهم لديهم اضطرابات طبية نفسية، وأنهم ينفقون (١٣,٨%) من وقتهم في علاج هذه المكونات الطبية النفسية الداخلة في أمراض هؤلاء المرضى ، وذكر الأطباء الباطنيون أن القلق والاضطرابات النفسية الجسمية (السيكوسوماتية) والاكئاب هي أكثر الاضطرابات الطبية النفسية انتشاراً، وأن ثلث هؤلاء الأطباء الباطنيين يقومون شخصياً بعلاج هذه الاضطرابات الطبية النفسية دون إحالة المرضى للاستشارة لدى الطبيب النفسي. وكما كشفت النتائج أيضاً أن التعليم الطبي النفسي المناسب قبل التخرج يرتبط بزيادة التعرف إلى الاضطرابات الطبية النفسية ، مع تفضيل متزايد لعلاجها شخصياً من قبل هؤلاء الأطباء الباطنيين أنفسهم.

وجاءت دراسة بریت (Brett, 1999) لمعرفة فروق نوع الجنس وعلاقتها بوجود الاكئاب المرضى والدور الذي يلعبه الاكئاب المرتبط بالأعراض الجسمانية. وهدفت هذه الدراسة لفحص الفرضيات القائلة بأن الإناث يمكن أن يُظهروا مستوى اكئاب مرتبط بأعراض أخرى أكبر من ذلك الذي يمكن أن يظهر عند الذكور. وقد قام الباحث بإعادة تحليل بيانات مقابلات الدراسة حول الاكئاب العام من مسح وطني عام، بتقسيم فئة المستجيبين الذين تتراوح أعمارهم بين (١٥-٥٤) سنة بين فئة تنطبق عليهم معايير الاكئاب العام وظهرت عليهم أعراض الإرهاق واضطرابات في الشهية والنوم ("الاكئاب الجسماني)، وبين الفئة التي تنطبق عليها المعايير العامة للاكئاب لكن لم تظهر عندهم المعايير الجسمية (اكئاب ليس له علاقة بالجسد) وأظهرت النتائج ان الإناث الخاضعات للدراسة يعانون من اكئاب جسماني أكبر من ذلك الذي ظهر عند الذكور، لكنهن لم يظهرن مستوى أعلى من الاكئاب الذي لا يترافق بأعراض جسمية كما دلت النتائج ان الاكئاب الجسماني يرتبط بوجود مستوى عال من اضطراب القلق، ومع وجود آلام جسمانية عند الإناث وبداية اكئاب خلال مراحل المراهقة الأولى.

ولقد أجرى ترودي، وشلمان وكارل (Trudy, Shulman & Carol, 1999) دراسة تستهدف معرفة دور العلاج الطبي النفسي المصاحب للعلاج بالموسيقى في معالجة الأمراض السيكوسوماتية. وتناقش هذه الدراسة استخدام الطب النفسي والعلاج بالموسيقى بوصف الموسيقى اداة علاج فعالة لحالة مسترشدة/ تبلغ من العمر (٤٤) سنة تعاني من اضطرابات جسدية، والتي ظهر عليها اضطراب ما بعد الصدمة يعزى الى تعرضها لعنف جسدي وتتطابق حالتها مع معايير الاضطراب الجسدي . وكانت السيدة تخضع مرة بالأسبوع لعلاج نفسي مقترن بالعلاج عن طريق الموسيقى وكذلك العلاج بالادوية. وذلك لأنها كانت تعاني من حالة اكئاب شديد. ولقد وصف الباحثون تقنيات العلاج بالموسيقى والتخيل الموجه كشكل من أشكال العلاج الجسمي والعقلي والتي طبقت بشكل مباشر على الشكوى الرئيسة كوسيلة رمزية استبصارية موجهة.

وهذا التوجه الإحمائي من خلال استخدام الموسيقى كوسيلة إبداعية احتوائية مع العلاج النفسي أسهم في التخفيف من حدة الاضطرابات الجسدية لدى المسترشدة.

كما قام كرابهورن (Grabhorn , ١٩٩٨) بدراسة حاول من خلالها معرفة فعالية تجربة لمعالجة حالات عدد من المرضى المقيمين بالمستشفى يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية . وهي عبارة عن دراسة استطلاعية بتجميع ووصف للتغيرات في التجربة الوجدانية والإدراكية لستة مرضى يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية خلال مشاركتهم ضمن برنامج علاج جماعي تحليلي خلال تواجدهم بالمستشفى والتي أجريت عليهم على مدار خمسة أسابيع . وقد استخدم طرق مشتركة على طريقة (Gottschalk -Glaser) لتحليل محتوى اللغة والتمايز الدلالي عند وصف الأنماط الوجدانية والإدراكية للمعاني . وقد تم تعبئة استبيان (FAPK) الذي يعنى بتقييم حالات الأعراض السيكوسوماتية للمرضى عند دخولهم المستشفى. وقد اكتمل التمايز الدلالي قبل أن يبدأ العلاج وكذلك مع نهايته على شكل اختبار جماعي . وقد تم تسجيل جلسات العلاج وتفرغها. وكانت مرحلة تقييم المرض أحادية البعد تماما عند دخول المستشفى بينما في نهاية مرحلة العلاج أصبح المرضى قادرين على التفريق من الناحية النوعية والإدراكية فيما يتعلق بمشاعرهم. وقد أظهر تحليل محتوى اللغة المتعلق بكمية التأثيرات اللاواعية أن الصراع الأساسي الذي يدور حول مفاهيم الاستقلالية والانعزال وكذلك القلق المرافق للمجموعة التي تحاول أن تكون مستقلة يهدد علاقتها مع المحيط.

وفي دراسة ديفي و كابليبان (Devi & Kaplippan , ١٩٩٧) التي كانت تهدف إلى التقليل من حدة الاضطرابات السيكوسوماتية للأشخاص الذين يعانون من الصداع الناتج عن التوتر باستخدام العلاج السلوكي واختبارات رورشاخ. حاول الباحثان معرفة فعالية نموذجين للعلاج في تخفيض الصداع الناتج عن التوتر والمرتبب بالاضطرابات السيكوسوماتية، هل اختبارات رورشاخ التي تحدد الصرخة الداخلية التي تستنجد للتخلص من الصداع ، أم هي أداة العلاج السلوكي المتعدد النماذج . وقد خضع (١٩) حالة تتراوح أعمارهم ما بين (٢٢-٥٢) يعانون من صداع ناتج عن التوتر ويعملون في قطاع البنوك لاختبارات رورشاخ، وكذلك تم تطبيق العلاج السلوكي المتعدد النماذج في معالجة الصداع الناتج عن التوتر وقد استخدمت طرق ونماذج متعددة من العلاج السلوكي هي: (الاسترخاء، إزالة الحساسية ، إعادة البناء الإدراكي، التدريب التوكيدي، تقدير الذات) مع كل حالة. وقد أظهرت النتائج تحسناً واضحاً لدى عينة الدراسة يعزى للعلاج السلوكي .

وأجرى ثلين (Thulin , ١٩٩٧) دراسة تهدف إلى معرفة العلاج بالرقص كأحد طرق علاج الاضطرابات السيكوسوماتية عندما لا تكفي الكلمات. وتصف هذه الدراسة برنامجاً بالعلاج بالموسيقى الذي قام به المعهد الوطني للصحة والعوامل النفسية الاجتماعية في معهد كار ولنسكا في السويد . وقد بدأ هذا في كانون الثاني (١٩٩١) مستخدماً الرقص كعلاج للمرضى الذين يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية . ويناقش البحث (٤٠) حالة تتراوح أعمارهم بين (٢٢-٥٢) سنة يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية.

وأظهرت نتائج البحث ما يلي :-

- ١- إن علاج المشاكل السيكوسوماتية يحتاج لمدة طويلة من الزمن لتختفي .
- ٢- خلال السنة الأولى من العلاج تتزايد الأعراض العاطفية ولا تختفي إلا في السنة الثانية من العلاج.
- ٣- كما أشارت نتائج البحث أن أنواع العلاج النفسي الأخرى والمتابعة المستمرة وبناء علاقة الثقة ذات أهمية كبرى في الحصول على نتائج ايجابية .

وفي دراسة بسينيلى وجريجوري (Piccinelli &Gregory, 1997) عن فروق النوع الجنسي والفروقات الثقافية في الأعراض الجسمية المرتبطة بالاكئاب العاطفي، وهي دراسة عالمية تمت في وحدة العناية الأولية. حيث تم التحقق من الفروق الثقافية في العلاقة بين الأعراض الجسمانية والاكئاب العاطفي عند (٢٠١١) من الذكور وعند (٣،١٧٩) من الإناث، باستخدام بيانات لمشروع مشترك قامت به منظمة الصحة العالمية حول المشاكل النفسية في العناية الصحية العامة. وقد تم جمع البيانات في (١٥) مركزاً في (١٤) دولة حول العالم. في كل مركز، تم تقييم عينات تدرجية عشوائية لمراجعي وحدة العناية الأولية التي تتراوح أعمارهم بين (١٥) و(٦٥) سنة، وذلك باستخدام استبيان الصحة العامة المكون من (٢٨) بنداً ونسخة مقابلة الرعاية الصحية الأولية للتشخيص الدولي المركبة. وقد أظهر الإناث مستويات أعراض جسمانية واكئاب عاطفي أكبر مما هو لدى الذكور. وقد وجد هناك ترابط قوي بين الأعراض الجسمانية والاكئاب العاطفي عند كلا الجنسين، مع وجود أعراض جسمانية أكثر عند كل مستوى من مستويات الاكئاب العاطفي. لكن تحليل الارتداد الطولي أظهر أن نوع الجنس الأثر الأكبر على مستوى الأعراض الجسمانية عندما تم التحكم بالاكئاب المركزي والعاطفي لهذا الغرض. وقد أظهر مراجعو وحدة العناية الأولية في المراكز الأقل تطوراً أعراضاً جسمانية ووجود فروق في النوع أكثر من مراجعي وحدات العناية الأولية المتطورة.

وفي دراسة كاليا (Kaila, 1995) عن أثر العوامل الشخصية على الأعراض النفسية الجسمانية عند النساء المتزوجات اللواتي يعملن كعاملات مقسم هاتفي. حيث فحصت الأثر المميز بمستوى التعليم (التخرج من الصف العاشر مقارنة بالتخرج من البكالوريس)، وفئات عمر (٢٦-٤٠ سنة) مقارنة بفترة (٤١ - ٥٧ سنة)، وبعده الأطفال (طفل واحد مقارنة بطفلين)، ومدة فترة الزواج (١-١٠ سنة مقارنة بـ ١١-٣٠ سنة) وأثر ذلك على مستوى الاضطرابات النفسية الجسمية. وتم جمع البيانات من خلال ٨٤ امرأة متزوجة ممن يعملن كعاملات مقسم. وتم تقييم عينة الدراسة باستخدام قائمة الأعراض النفسية الجسمية. فأظهرت نتائج الاختبار أن النساء في عينة الدراسة يفهمن أعراضهن النفسية الجسمية بشكل مختلف وذلك تبعاً للاختلاف في العمر أوالتعليم أومدة الزواج. وتبين انه لم يكن لعدد الأطفال أي أثر ملحوظ على الأعراض النفسية الجسمية. كما وجد أن النساء اللاتي درسن حتى الصف العاشر من حيث مستوى التعليم، واللواتي تتراوح أعمارهن بين (٤١-٥٧ سنة)، ومتزوجات لفترة تتراوح بين (١١-٣٠) سنة، قد عانين من اعراض نفسية جسمية أكثر من غيرهن.

أما دراسة نكاوا و سكيئا (Nakagawa & Sugita , ١٩٩٤) فكانت تهدف لمعرفة التغيرات في نمط الحياة والمشاكل السيكوسوماتية في اليابان. حيث قام الباحثان بمراجعة شاملة لوجهة نظر الطب السيكوسوماتي خلال السنوات الخمس والاربعين الماضية من تاريخ اليابان ، ويعد اليابان في الوقت الحالي من أكثر الدول معدلا لعمر الإنسان الذي يصل إلى (٨٠) عاما ، فلقد اختفى في اليابان أمراض السل والأمراض المعدية ولكن بالمقابل تزايدت الأمراض المهتدة للحياة مثل السرطان ، الشريان التاجي ، السكري ، الجلطات الدماغية. وكذلك تزايدت نسبة الأمراض السيكوسوماتية في اليابان وخاصة بين أطفال المدارس وتزايدت اضطرابات الأكل واضطراب الشخصية وأعراض تهيج الأمعاء بين المراهقين والبالغين .

كما كثرت الاضطرابات السيكوسوماتية الناتجة عن التوتر والانفعال وساعات العمل الطويل بين الذكور متوسطي الأعمار وكذلك حالات الموت الناتجة عن العمل بين الذكور متوسطي العمر وكذلك حالات الموت الناتجة عن الشنق وحالات الانتحار الناتجة عن الاكتئاب. وهناك حاجة ماسة لتقديم الرعاية لكبار السن الراكدين بالفرش والذين يعانون من مرض الزهايمر. كما زادت حالات الايدز والسيدات المدمنات على الكحول وارتفعت نسبة الطلاق، وأصبح التوتر التكنولوجي شائعا بين العاملين في مجال الكمبيوتر.

أما فنجرهوتس وجس (Vingerhoets & Guus , 1990) فقد درس نوع الجنس والتأقلم والأعراض النفسية الجسمية، واستكشفت الفروق في نوع الجنس فيما يتعلق بالتأقلم عند (٤٦٥) رجلا و (٥٣٢) امرأة. كان الرجال أكثر ميلاً نحو التركيز على التأقلم مع المشكلة ويتحدثون عنها مركزين على الجانب المشرق من الحياة. بينما فضلن النساء التركيز على التأقلم العاطفي من خلال التعبير عن عواطفهن والبحث عن الدعم الاجتماعي ولوم النفس. وأظهرت شمولية الفروق في نوع الجنس بما يتعلق بالتركيز على التأقلم العاطفي والبحث عن الدعم الاجتماعي.

وفي دراسة هارما وكنوث (Harma & Knauth, 1988) تدخل التدريب الجسدي عند النساء العاملات بالتناوب: آثار تدخل اللياقة والإرهاق والنوم والأعراض النفسية الجسمية، فحصت أثر تدخل التدريب الجسدي على الصحة ويقظة النوم والتأقلم مع مناوبات العمل عند (٤٩) ممرضة ومساعدة ممرضة اللواتي يعملن بمناوبات عمل غير منتظمة. تشير النتائج إلى استهلاك الأكسجين لأقصى حد وازدياد تمدد العضلات ونسبة دقائق القلب في أوقات الراحة، وانخفاضها أوقات العمل بشكل ملحوظ في المجموعة التدريبية وليس في المجموعة التجريبية المكونة من (٢٦) امرأة. وقد انخفض الإرهاق العام خلال دورة المناوبة وكذلك مستوى الإرهاق خلال المناوبات الليلية، ويعزى ذلك إلى التدخل. وقد ازداد طول مدة النوم قليلاً وكذلك انخفضت أعراض العضلات الهيكلية.

وأما دراسة ألان وبيركنز (Alan & Perkins, 1985) درست أعراض التوتر النفسي الجسمية المشترك بين النساء العاملات في المزارع: تبحث هذه الدراسة عن الوظائف التي تمارسها المرأة في المزرعة والمنزل، وتفحص هذه الدراسة العلاقة بين أعراض التوتر النفسي الجسدي وأبعاد الوظائف التي تمارسها المرأة في المزرعة والمنزل عند (١٢٦) زوجة يعملن في مزرعة ألبان في ولاية نيويورك، واللواتي عبأن استبياناً يقيم أعباء العمل المنزلي والعمل في المزرعة والتعقيدات التي يواجهنها في المزرعة والصراعات الشخصية والمتداخلة التي يتعرضن لها، ومساندة الزوج ومدى الرضا عن الحياة الزوجية. اشتملت أعراض التوتر النفسي الجسدي على العصبية وعدم الراحة والأرق ونقص التنفس والإغماء. بشكل عام، أظهرت أعراض التوتر ارتباطاً ضعيفاً بأعباء المهام وتعقيدات المزرعة وصراع الدور الشخصي. كانت العلاقة الأقوى ترتبط بصراع الدور الشخصي ودعم الزوج ومدى الرضا عن الحياة الزوجية. وتشدد النتائج على أهمية العلاقات العائلية في منع أو درء التوتر مقارنة مع توقعات بسيطة مرتبطة بدور المهمة لأنظمة المزرعة.

وعند جريتي (Gretty, 1985) درست حالة "التصلب": المرضى الجسمانيين من النساء التركيات المهاجرات، أجرت مقابلات مع (٧٥) امرأة تركية مهاجرة للحصول على معلومات حول تقييمهن لأوضاعهن الجسدية والنفسية والاجتماعية في الدولة المضيفة. وقد تم إجراء هذه المقابلات في بيوت الخاضعات للدراسة وبلغتهن الخاصة، مع إعطاء اهتمام خاص بتهيئة جو من الثقة. تظهر النتائج أن (٨%) فقط من عينة الدراسة قلن أنهن بصحة جيدة. بينما اشتكين المتبقيات من أوضاع جسمانية واعتبرن أنفسهن مرضى. (٥٥,٦%) منهن عبرن عن تضايقهن مما يحسسن به في أجسادهن، باستخدام كلمة sikiniti، والتي تعني "التصلب" بالتركية، وذلك في إشارة منهن إلى الغضب والقلق. لم يكن هناك أية حالة مرتبطة بعلم الأمراض النفسية. وقد تم تحليل خلفية أمراض الخاضعات للدراسة على (٣) مستويات (الجسدي والنفسية الاجتماعي والثقافي) لتوضيح العوامل المتعددة لأسباب المرض وكذلك لإعطاء صورة شاملة عن معنى المرض في المضمون الاجتماعي.

وهدفت دراسة فايلنت (Valliant, ١٩٧٩) كما وردت في عبد الرحمن (٢٠٠٠) إلى معرفة العلاقة بين الصحة العقلية والصحة الجسمية. وبينت مدى تأثير الحالة النفسية على الحالة الجسمية، وقد بلغ أفراد العينة بواقع (٢٠٤) طالبا من الذكور الملتحقين في السنة الثانية بجامعة هارفارد، وكانوا لا يعانون من أي مرض جسدي أو مشكلات انفعالية، وقد تم تقييم الحالات لأول مرة ما بين عامي (١٩٤٢-١٩٤٤) وتم متابعة هؤلاء مرة كل عام أو عامين من خلال الإجابة على مقاييس الدراسة، أو إجراء مقابلات شخصية، وقد تم مقارنة الحالة العقلية لهؤلاء الطلبة، في كل تقييم الحالات بناءً على تقييم عام (١٩٦٧) الخاص بصحتهم الجسمية تقييم عام (١٩٧٥) وكانت العلاقة ذات دلالة إحصائية مرتفعة، حيث وجدت أن الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٢١-٤٦) سنة كانت هناك حالتان فقط من بين (٥٩) حالة صحتهم العقلية في أفضل مستوى أصبحوا مرضى بمرض مزمن أو توفوا، في حين أن (١٨) حالة من بين (٤٨) حالة من ذوي الصحة العقلية منخفضة المستوى توفوا أو أصبحوا مرضى بمرض مزمن.

خلاصة الدراسات :

- من استعراض للدراسات السابقة يمكن تلخيص نتائج تلك الدراسات التي تناولت تقدير الذات:
١. إن النساء اللائي يتعرضن للعنف النفسي والجسدي والجنسي والمالي والاقتصادي، لديهن تقدير ذات منخفض مقارنة بالنساء غير المعنفات .
 ٢. هناك علاقة وطيدة بين الاكتئاب الشديد والقلق والأعراض الجسمانية وبين التقدير المتدني للذات.
 ٣. إن العلاج النفسي الجمعي السلوكي المعرفي للنساء كان له الأثر في خفض الأعراض الجسمانية وأعراض القلق، وزاد لديهن تقديرهن لذاتهن.
 ٤. إن النساء اللائي يتعرضن للضغوط النفسية لا يستطعن مواجهتها بأساليب فعّالة تكون لديهن تقدير ذاتي منخفض.
 ٥. الأفكار السلبية ترتبط بمستوى عال من التوتر والاكتئاب والصحة النفسية الجسدية ومستوى تقدير ذات متدنٍ.
 ٦. وأثبتت الدراسات أن هناك ارتباطاً موجبا بين الضغوط الحياتية وكل من متغيري تقدير الذات المنخفض واليأس.

أما الدراسات المتعلقة بالاضطرابات السيكوسوماتية فقد أجمعت على:

١. يعتبر الجنس عاملاً هاماً فيما يتعلق بالأعراض الجسمانية وهي لصالح الإناث.
٢. أن المساعدة الاجتماعية تسهم في خفض الأعراض السيكوسوماتية.
٣. أجمعت الدراسات السابقة على أن الضغوط النفسية تعتبر أهم أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية .
٤. هناك ارتباط بين الأمراض السيكوسوماتية وما يعانيه الفرد من مشكلات جسدية ونفسية وعاطفية وتعليمية وأسرية وأخلاقية وعقائدية.
٥. إن الحالة النفسية لها تأثير على الصحة النفسية والجسدية لدى النساء.
٦. أشارت بعض الدراسات السابقة إلى أن الإناث يتعرضون بدرجة أكبر للضغوط البيئية والأكاديمية والثقافية والأسرية والشخصية من الذكور وهذا يجعل النساء أكثر عرضة للإصابة للاضطرابات السيكوسوماتية بصفة عامة .
٧. أكدت بعض الدراسات ان البرامج التأهيلية او الارشادية تلعب دورا إيجابيا في تخفيض مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية.

(الفصل الثالث)

الطريقة والإجراءات

الفصل الثالث الطريقة والإجراءات

يتضمن هذا الفصل وصفا لعينة الدراسة ، وأدوات الدراسة ، وإجراءات التطبيق والتصميم التجريبي والتحليل الإحصائي الذي تم استخدامه خلالها، وذلك بهدف الإجابة عن أسئلتها، واختبار فرضياتها.

مجتمع الدراسة والعينة :

يتكون مجتمع الدراسة من (٦٠) امرأة تراوحت اعمارهن بين (٢٥-٤٠) سنة من المتزوجات على عيادات وزارة الصحة ومستوصف المقاصد في ضواحي مدينة القدس، ممن تم تحويلهن للباحث من قبل الاطباء الباطنين. ولاختيار العينة قام الباحث بتطبيق كل من مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية ومقياس تقدير الذات عليهن. وفي ضوء الدرجات التي حصلن عليها تم اختيار (٣٠) امرأة لتكون عينة الدراسة. وهؤلاء كن ممن قد حصلن على اعلى مستوى على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وادنى مستوى على مقياس تقدير الذات . ثم قام الباحث بتقسيم العينة الى مجموعتين بصورة عشوائية مجموعة تجريبية واخرى ضابطة ويتكون كل منهما من (١٥) امرأة .
والجدول التالي يبين توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المجموعة ومتغير الحالة الاجتماعية.

جدول (١)

توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المجموعة ومتغير الحالة الاجتماعية

المجموعة	الحالة الاجتماعية		المجموع
	متزوجة	عزباء	
التجريبية	٧	٨	١٥
الضابطة	٨	٧	١٥
المجموع	١٥	١٥	٣٠

وقد قام الباحث بتطبيق كل من مقياس تقدير الذات ومقياس الاضطرابات السيكوسوماتية على العينتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي لمعرفة مدى التكافؤ بين المجموعتين من حيث مستوى تقدير الذات والاضطرابات السيكوسوماتية وتوصل الى النتائج التالية :-
١- بالنسبة لمقياس تقدير الذات .

يبين الجدول (٢)

نتائج مدى التجانس بين المجموعتين على مقياس تقدير الذات ونتائج اختبار " ت " للفرق بين المتوسطات الحسابية لاختبار تقدير الذات وفقاً لمتغير المجموعة في القياس القبلي.

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
التجريبية	15	٥٤.87	25.75	٢٨	٠,٤٤٣	٠,٦٦١
الضابطة	15	58.47	18.15			

يلاحظ من الجدول (٢) أن المتوسط الحسابي لدى افراد المجموعة الضابطة على اختبار تقدير الذات القبلي بلغ (58.47) وبانحراف معياري (18.15) وهو أعلى من المتوسط الحسابي لاداء افراد المجموعة التجريبية إذ بلغ (٥٤,٨٧) وبانحراف معياري (25.75)، وللتحقق من وجود فرق ذي دلالة احصائية بين المتوسطين تم استخدام اختبار " ت ". و تشير نتائج اختبار ت في الجدول (٢) إلى عدم وجود فرق ذي دلالة احصائية عند مستوى ($\alpha \leq ٠,٠٥$) في مستوى تقدير الذات بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي، استناداً الى قيمة (ت) المحسوبة إذ بلغت (٠,٤٤٣)، وبمستوى دلالة يساوي (٠,٦٦١) مما يعني أن المجموعتين متكافئتان قبل البدء بتطبيق البرنامج الارشادي.

بالنسبة لمقياس الاضطرابات السيكوسوماتية:

يبين الجدول (٣)

نتائج مدى التجانس بين كل من المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية ونتائج اختبار " ت " للفرق بين المتوسطات الحسابية لاختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية وفقاً لمتغير المجموعة في القياس القبلي.

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
التجريبية	15	٥٠,٠٦	١٣,٥٧	٢٨	٠,٩٢٣	٠,٣٦٤
الضابطة	15	٤٦,٣٣	٧,٨١			

يلاحظ من الجدول (٣) أن المتوسط الحسابي لاداء افراد المجموعة التجريبية على اختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية بلغ (٥٠,٠٦) وبانحراف معياري (١٣,٥٧) وهو أعلى من المتوسط الحسابي لاداء افراد المجموعة الضابطة إذ بلغ (٤٦,٣٣) وبانحراف معياري (٧,٨١)، وللتتحقق من وجود فرق ذي دلالة احصائية بين المتوسطين تم استخدام اختبار " ت"، وتشير نتائج اختبار ت في الجدول (٣) إلى عدم وجود فرق ذي دلالة احصائية عند مستوى $(\alpha \leq ٠,٠٥)$ في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي، استناداً الى قيمة ت المحسوبة إذ بلغت (٠,٩٢٣)، وبمستوى دلالة يساوي (٠,٣٦٤) مما يعني أن المجموعتين متكافئتان قبل البدء بتطبيق البرنامج الارشادي.

أدوات الدراسة :

استخدم في هذا البحث نوعان من الأدوات: الأدوات التقييمية وتمثلت في مقياس قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية و السيكوسوماتية ومقياس تقدير الذات، والاداة التنفيذية برنامج الإرشاد الجمعي القائم على النظرية الإنسانية.

١- مقياس قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية:

قام باعداد هذه القائمة " برودمان و اخرون " Brodman " عام ١٩٨٦ و عربها و اعدھا للبيئة المصرية " ابو النيل " عام ١٩٩٥ م. و تضم القائمة (٢٢٣) سؤالاً تصلح للتطبيق على الجنسين وتشتمل على ثمانية عشرة مقياساً فرعياً والأسئلة التي تتناول النواحي الجسمية تبلغ (١١٨) سؤالاً تتوزع على ثمانية مقياس فرعية ، هي السمع و الإبصار و الجهاز التنفسي و القلب والأوعية الدموية و الجهاز الهضمي و الجلد و الجهاز العصبي و الجهاز البولي التناسلي .

أما باقي الأسئلة و عددها (١٠٥) سؤال فتتوزع على عشرة مقاييس فرعية تعنى بالنواحي المزاجية و الانفعالية و هي : التعب و تكرار حدوث المرض و الإصابة بأمراض عضوية أخرى و العادات و عدم الكفاية و الاكتئاب و القلق و الحساسية و الغضب و أخيراً التوتر .

و تطبق القائمة فردياً أو جماعياً. ملحق رقم (١)

أما فيما يتعلق بصلاحيه استخدام القائمة في البيئة العربية قام أبو النيل بحساب الثبات بطريقة التقسيم النصفى على عينة (ن=١٤٠) لطلاب من مختلف السنوات الدراسية بكلية علمية ونظرية و تراوحت قيم معاملات الثبات للمقاييس الفرعية من (٠,٩١:٠,٤١) ، وكان معامل الثبات الكلي للمقياس هو (٠,٦٩) . و بالنسبة لصدق القائمة ، فقد تم بطريقة المجموعات الطرفية وتراوحت الدلالات لقيم "ت" بين (٠,٢٣-٢,٨٤) على تسعة من المقاييس الفرعية وهي : (الجهاز الهضمي، التعب، حدوث المرض،القلق، الحساسية، الغضب، والغضب) ولم تكن دالة على المقاييس الفرعية الاخرى وهي: (السمع والابصار، الجهاز التنفسي، القلب والاووعية، الهيكل العظمي، الجهاز العصبي، البولي والتناسلي، امراض متنوعة، العادات، الاكتئاب.) حيث بلغت دلالات قيم "ت" (٠,٣٢-١,٥٩).

وقام الباحث في الدراسة الحالية باستخراج صدق المحتوى للمقياس وذلك بعرضه على سبعة محكمين، (انظر ملحق رقم ٢) من أعضاء هيئة تدريس في جامعة القدس وجامعة الخليل وأخصائي نفسي وطبيب باطني وطلب منهم بيان مناسبة الفقرات ووضوحها. وقام الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية تكونت من (٥٠) امرأة من المتزوجات وغير المتزوجات من خارج العينة لمعرفة مدى وضوح عبارات المقياس. وقد ابدى المحكمين ملاحظات على بعض الفقرات وقام الباحث بتعديل (١٨) فقرة وهي صاحبة الارقام :- (٧، ٢٦، ٣٣، ٣٥، ٣٧، ٥٩، ٦٣، ١٠٢، ١٣٠، ١٣٠، ١٣٩، ١٤٦، ١٥٠، ١٦٥، ١٩١، ١٩٣، ٢٠٦) (انظر ملحق

رقم ٣) . وبالتالي فقد بلغت نسبة اتفاق المحكمين ٩٤%.

ولأغراض الدراسة الحالية قام الباحث بحساب معامل الثبات لاختبار قائمة كورنل الجديدة عن طريق التجزئة النصفية حيث بلغ معامل الثبات للاختبار (٠,٧١) ، حيث قام الباحث بالتعامل مع الفقرات صاحبة الارقام الفردية على انها الاختبار الاول والفقرات صاحبة الارقام الزوجية على انها الاختبار ومعامل الثبات المستخدم تم تعديله حسب معاملة سيرمان براون التصحيحية .

ومن الجدير بالذكر، أن اختيار الباحث لقائمة كورنل الجديدة كبديل للتشخيص الاكلينيكي للأعراض السيكوسوماتية ، يعتمد على ما اورده ابو النيل (٢٠٠١) من أن إجابات مجموعة من المرضى في مستشفى نيويورك على القائمة، تطابقت تماما مع الأسئلة الشفوية نفسها المماثلة التي وجهت إليهم في المقابلة، والتي قام الطبيب النفسي بتسجيلها، كما تم اختبار دقة القائمة في التشخيص والتقييم على عدد (١٩١) من المرضى الذين دخلوا مستشفى نيويورك، وبعد فحصهم بواسطة الأطباء النفسيين، وجد أن هناك تطابقا في ٩٤% من الحالات بين التشخيص بقائمة كورنل والفحوصات التي أجريت بالمستشفى، وكان معامل الارتباط بين التقييم الاكلينيكي ونتائج القائمة (٠,٨٣).

تصحيح المقياس:

تم تصحيح كل مقياس فرعي من المقاييس الثمانية عشرة على حدة بإعطاء درجة واحدة على كل سؤال أجاب عنه المبحوث "بنعم" والإجابة "بلا" تعطى صفراً. وبذلك فإن عدد العبارات على كل مقياس فرعي يساوي الدرجة الكلية على هذا المقياس.

ويحدد مستويات الاضطراب السيكوسوماتي في قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصبية والسيكوسوماتية على النحو التالي :-

عدد العبارات في القائمة	مستوى الاضطراب السيكوسوماتي والعصبي
من ٢٩-٣٩ درجة .	١- اضطراب خفيف.
من ٤٠-٥٠ درجة .	٢- اضطراب متوسط.
من ٥١ درجة فما فوق.	٣- اضطراب شديد

كما جاء في دليل المقياس .

وعلى أساس مستويات هذا الجدول فإن من يحصل على درجة كلية أقل من ٢٩ يعتبر سويًا.

2. مقياس تقدير الذات:

قام بإعداد هذا المقياس هودسون (Hudson) عام (١٩٩٤) وذلك لقياس المشاكل المتعلقة بتقدير الفرد لذاته ، ويتكون المقياس من (٢٥) عبارة ويجب المفحوص عن كل عبارة باجابة واحدة من بين سبعة اختيارات هي : أبدا ، نادرا جدا ، أحيانا ، مرات كثيرة ، معظم الوقت ، كل الوقت . ولإعداد المقياس في صورته العربية قام الدسوقي عام (٢٠٠٠) بترجمة المقياس إلى اللغة العربية (ملحق رقم ٤) . و من ثم عرض الترجمة على أستاذين متخصصين باللغة الإنجليزية قام كل منهما بترجمة النصوص من العربية إلى الإنجليزية على حدة دون الإطلاع على النسخة الإنجليزية الأصلية و قد تبين أن الترجمة مطابقة تماما للنص الأصلي و قد قام الدسوقي بتطبيقه على عينة مبدئية تتكون من (ن = ٦٠) من تلاميذ و تلميذات المرحلة الثانوية و(٩٠) من طلاب وطالبات الجامعة حيث تبين له مناسبة المقياس للتطبيق .

صدق أداة الدراسة:

قام الدسوقي بحساب صدق المقياس باستخدام طريقتين هما :

١- الصدق التلازمي: تم حساب الصدق التلازمي للمقياس ، وذلك بحساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها تلاميذ وتلميذات المرحلة الاعدادية (ن=٥٠)، والدرجات التي حصل عليها تلاميذ وتلميذات المرحلة الثانوية (ن=٥٠)، والدرجات التي حصل عليها طلاب وطالبات الجامعة (ن=٥٠)، على المقياس الحالي كل على حدة ، ودرجاتهم على اختبار تقدير الذات للمراهقين والراشدين من اعداد محمد (١٩٩١) فتم التوصل الى معامل ارتباط قدره (٠,٩٢٣) بالنسبة لتلاميذ وتلميذات المرحلة الاعدادية، ومعامل ارتباط قدره (٠,٩١٤) بالنسبة لتلاميذ وتلميذات المرحلة الثانوية ، ومعامل ارتباط قدره (٠,٩٢٢) بالنسبة لطلاب وطالبات الجامعة، وهذه القيم دالة احصائيا عند مستوى (٠,٠١) مما يشير الى صدق تلازمي مرتفع للمقياس .

٢- الصدق التمييزي : طبق المقياس على مجموعتين احدهما من تلاميذ و تلميذات المرحلة الثانوية (ن=٢٠٠) ، والاخرى من طلاب و طالبات الجامعة (ن=٢٠٠) و تم حساب النسبة الحرجة لدرجات اعلى ٢٧% لأفراد كل مجموعة على حدة، و درجات أدنى ٢٧% لأفراد كل مجموعة على حدة، فجاءت قيمة النسبة الحرجة (٢٢,٩١) بالنسبة لتلاميذ وتلميذات المرحلة الثانوية، (٢٣,١٨) بالنسبة لطلاب وطالبات الجامعة، وهاتان القيمتان دالتان احصائيا عند مستوى (٠,٠١) مما يشير الى قدرة المقياس على التمييز بين الافراد ذوي التقدير المرتفع للذات، والافراد ذوي التقدير المنخفض للذات. ولأغراض هذه الدراسة قام الباحث بعرض المقياس على ستة محكمين، (انظر ملحق رقم ٥)، من أعضاء هيئة التدريس في جامعة القدس، وجامعة الخليل وأخصائي نفسي وطلب منهم بيان مناسبة الفقرات ووضوحها وكذلك تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية تكونت من (٥٠) امرأة متزوجات وغير متزوجات لمعرفة مناسبة الفقرات . وكانت نسبة الاتفاق على ووضوحها بين المحكمين ١٠٠%.

ثبات أداة الدراسة

قام الدسوقي بحساب ثبات المقياس باستخدام الطريقتين الآتيتين :

١- طريقة إعادة الاختبار : حيث تم تطبيق المقياس ثم أعيد تطبيقه مرة أخرى بفاصل مدته شهر على افراد عينة التقنين (تلاميذ وتلميذات المرحلتين الاعدادية ، والثانوية_، وطلاب و طالبات الجامعة) وتم حساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها أفراد عينة التقنين في التطبيقين الاول والثاني لكل مجموعة على حدة، وكانت معامل الارتباط (الثبات) لتلاميذ المرحلة الاعدادية (٠,٨٩٢) والثبات لتلاميذ وتلميذات المرحلة الثانوية (٠,٨٨٩) والثبات لطلاب وطالبات الجامعة (٠,٨٧١). وكانت جميعها دالة احصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠١) مما يشير الى توافر الثبات بالنسبة للمقياس .

٢- طريقة كرونباخ ألفا : حيث استخدم اسلوب كرونباخ ألفا في التحقق من ثبات المقياس على أفراد عينه التقنين و كانت جميع معاملات الثبات دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١). وقد اعتمد الباحث في الدراسة الحالية حساب ثبات المقياس وذلك بتطبيقه على العينة الضابطة والتجريبية باستخدام معادلة كرونباخ ألفا حيث بلغت قيمة هذا المعامل (٠,٩٤) .

وعليه بني برنامج الإرشاد الجمعي، والذي يتكون من (١٦) جلسة إرشادية مدة كل منها (ساعتين) استناداً إلى الأدب النظري المتعلق بالنظرية الإنسانية كارل روجرز (Carl Rogers) من خلال رجوع الباحث إلى الأدب النفسي- في هذا المجال. ومراجعته للدراسات والبحوث التي قامت ببناء برامج للإرشاد الجمعي، علماً وبالبحث المتواصل عن البرامج المتعلقة بالنظرية الإنسانية لم يجد الباحث برامج إرشادية تتعلق بالنظرية الإنسانية حسب علم الباحث (ملحق رقم ٦). وللتأكد من مدى ملاءمة هذا البرنامج للدراسة الحالية قام الباحث بعرضه على خمسة محكمين، (انظر ملحق رقم ٧)، يحملون درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي والصحة النفسية. اثنان من جامعة عمان العربية للدراسات العليا (الأردن)، وواحد من جامعة القدس، وواحد من جامعة الخليل، وواحد منهم يعمل كأخصائي نفسي- اكلينيكي. ليحكموا على مدى ملاءمة برنامج الإرشاد الجمعي لأهداف الدراسة الحالية. وقد تم إدخال بعض التعديلات على البرنامج الإرشادي بناءً على ملاحظتهم.

اهداف البرنامج :

لقد وضع الباحث اهدافا عامة للبرنامج الارشادي تتناول ما يلي :-

١. خفض شعورالمشاركات بالخوف.
٢. ان يعبرن عن مشاعرهن التي أنكرنها، ويتجهن نحو أسلوب صادق وأكثر انفتاحاً.
٣. ان يصبحن أكثر وعياً لخبرتهن الداخلية، ويصبحن قادرات على العيش بحرية وتقبل ممارسة خبرتهن.
٤. ان يصبح التقييم الخارجي لديهن للذات، متجها نحو التقييم الذاتي.
٥. خفض السلبية والقلق والشك، بالذات ولوم الآخرين، ويتجهن نحو التفاؤل، والهدوء وقبول الذات ويستجبن استجابات واقعية بناءه لما يقوله الآخرون أو يفعلونه.
٦. رفع مستوى شعورهن بالمسؤولية ولقبول سلوكهن بطريقة إيجابية، وهذا يزيد من شعورهن بالمسؤولية تجاه أنفسهن. وهنا يتم التركيز على خبرات الأفراد ومشاعرهن وقيمهن.

تنفيذ البرنامج:

تم تنفيذه من خلال الباحث حيث احتوت كل جلسة من جلسات البرنامج الإرشادي الجمعي على ما يلي:

تبدأ الجلسة بمراجعة وتلخيص للجلسة الإرشادية السابقة باستثناء الجلسة الأولى التي تم فيها التعارف بين أعضاء المجموعة الإرشادية والباحث، كما يتعرف الأعضاء على أهداف البرنامج الإرشادي ومعاييرها.

واحتوت كل جلسة إرشادية على:

١. الأهداف.
٢. الإجراءات.
٣. وقت الاستراحة.
٤. الإعداد للجلسة.
٥. المواد المستخدمة.
٦. تنفيذ الفعاليات ودور المرشد/ة.

إجراءات الدراسة:

قام الباحث بحصر عدد المراكز الطبية الموجودة في منطقة ضواحي القدس ، وتم إجراء الاتصالات مع المراكز الطبية، وهي مديرية صحة القدس، ومستوصف المقاصد. تم اختيار (٦٠) امرأة من المترددات على المراكز الطبية بناءً على تحويلهن إلى الباحث من قبل الأطباء سواء النفسيين أو الباطنيين . وتم اختيار عينة مكونة من (٣٠) امرأة بناءً على معيارين : مستوى مرتفع على مقياس الاضطرابات السيكوماتية ومستوى متدني على مقياس تقدير الذات . وتم تقسيم أفراد الدراسة عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية وعددهن (١٥) امرأة ومجموعة ضابطة وعددهن (١٥) امرأة .

وتم تطبيق مقياس الدراسة من قبل الباحث وبشكل فردي، على مجتمع الدراسة والبالغ عددهم (٦٠) امرأة، واستغرق ذلك ما يقارب الشهر. بدأت إجراءات تطبيق البرنامج في مركز المرفأ للصحة النفسية وذلك من ٢٥/٢/٢٠٠٧ إلى ١٦/٦/٢٠٠٧، حيث كان يباشر الباحث كل يوم أحد من التاسعة صباحاً ليقوم بالتحضير للجلسة ومن الالتقاء بالمجموعة التجريبية من الساعة العاشرة إلى الثانية عشرة ظهراً. ويتكون البرنامج من (١٦) جلسة مدة كل جلسة ساعتان، وبعد الانتهاء من البرنامج الإرشادي قام الباحث بإعادة تطبيق المقاييس على المجموعة التجريبية بشكل جماعي.

أما بالنسبة للمجموعة الضابطة فإن المقاييس القبلية طبقت بشكل فردي، وبعد الانتهاء من البرنامج الإرشادي للمجموعة التجريبية تم إعادة تطبيق المقاييس للمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للبرنامج الإرشادي وبشكل فردي أيضاً. تصميم الدراسة ومتغيراتها:

تم استخدام المنهج شبه التجريبي في هذه الدراسة وذلك لاستقصاء فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء الفلسطينيات.

متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل:

برنامج إرشادي جمعي.

المتغيرات التابعة:

١- مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية.

٢- مستوى تقدير الذات.

المتغيرات التصنيفية :

متزوجات / غير متزوجات.

تم استخدام مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة بالتوزيع العشوائي في هذا التصميم باستخدام قياسات قبلية وقياسات بعدية، وذلك على النحو التالي:

- توزيع عشوائي: المجموعة التجريبية - قياس قبلي - معالجة - قياس بعدي.

- توزيع عشوائي: المجموعة الضابطة - قياس قبلي - لا معالجة - قياس بعدي.

المعالجة الإحصائية:-

بعد جمع بيانات الدراسة، قام الباحث بمراجعتها تمهيداً لإدخالها للحاسوب، وقد تم إدخالها للحاسوب بإعطائها أرقاماً معينة، أي بتحويل الإجابات اللفظية إلى رقمية، حيث أعطيت الإجابة أبدا سبع علامات، والإجابة نادرا جدا ست علامات، والإجابة قليلا جدا خمس علامات، والإجابة أحيانا أربع علامات، والإجابة مرات كثيرة ثلاث علامات، والإجابة معظم الوقت علامتين، والإجابة كل الوقت علامة واحدة وذلك لمقياس تقدير الذات، أما قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصبية والسيكوماتية فقد أعطيت الإجابة (نعم) علامة واحدة والإجابة (لا) صفرًا، وقد تمت المعالجة الإحصائية اللازمة للبيانات، باستخراج الأعداد، النسب المئوية، المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية وتحليل التباين المشترك واختبار (t) لفحص الفروق.

وقد تم فحص فرضيات الدراسة من خلال الاساليب الإحصائية الآتية:

١. استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعات على مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات واختبار (t) لمعرفة دلالة الفروق .
٢. استخدام تحليل التباين (ANCOVA) ، للتعرف على دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية بين المجموعتين التجريبية والضابطة سواء قبل تطبيق البرنامج الإرشادي أو بعده لاختبار فرضيات الدراسة وللإجابة عن أسئلة الدراسة.
٣. استخدام معاملات الارتباط لاغراض ثبات ادوات الدراسة .

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

الفصل الرابع نتائج الدراسة

تناول هذا الفصل عرضاً للناتج التي توصلت إليها الدراسة والتي هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين.

لقد نص السؤال الأول على الآتي :

هل توجد فروق جوهرية في مستوى تقدير الذات بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية تعزى للبرنامج الإرشادي؟

وللإجابة عن هذا السؤال قام الباحث باختبار الفرضية الأولى بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المفحوصين البعدية على اختبار تقدير الذات والجدول (٤) يظهر ذلك.

الجدول (٤)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاختبار تقدير الذات وفقاً لمتغير المجموعة في القياس البعدي

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التجريبية	15	26.33	20.26
الضابطة	15	40.00	15.84

يلاحظ من الجدول (٤) أن المتوسط الحسابي لاداء افراد المجموعة الضابطة على اختبار تقدير الذات في القياس البعدي بلغ (٤٥,٠٠) وبانحراف معياري (١٥,٨٤) وهو أعلى من المتوسط الحسابي لاداء أفراد المجموعة التجريبية إذ بلغ (26.33) وبانحراف معياري (20.26)، وللتحقق من وجود فرق ذي دلالة احصائية بين المتوسطين تم استخدام اختبار تحليل التباين المشترك (ANCOVA) والجدول (٥) يبين هذه النتائج.

الجدول (٥)

نتائج تحليل التباين المشترك لاداء افراد عينة الدراسة على اختبار تقدير الذات وفقاً لمتغير المجموعة في القياس البعدي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
التطبيق القبلي	8410.694	1	8410.694	266.962	.000
المجموعة	1874.829	1	1874.829	59.509	*0.000
الخطأ	850.640	27	31.505		
المجموع	1136,123	29			

*دالة احصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0,05$)

يظهر من الجدول (٥) أن قيمة (ف) بالنسبة لمتغير المجموعة بلغت (59.509)، وهذه القيمة ذات دلالة احصائية عند مستوى (٠,٠٠٠)، مما يدل على وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي مجموعتي الدراسة (التجريبية ، والضابطة)، ولمعرفة إتجاه الدلالة تم حساب المتوسطات الحسابية المعدلة للاختبار البعدي وفقاً للمجموعة، والجدول (٦) يوضح ذلك.

الجدول (٦)

المتوسطات الحسابية المعدلة في اختبار تقدير الذات البعدي حسب متغيرالمجموعة

المجموعة	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري
التجريبية	٢٧,٧٣	١,٤٥
الضابطة	43.60	١,٤٥

يلاحظ من الجدول (٦) أن قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية أقل من متوسط المجموعة الضابطة وهذا يعني أن مستوى تقدير الذات للمجموعة التجريبية افضل من مستوى تقدير الذات للمجموعة الضابطة، وهذا يؤكد على دور البرنامج الإرشادي في رفع مستوى تقدير الذات من خلال الدلالة الإحصائية للفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي.

اما السؤال الثاني فقد نص على :-
هل توجد فروق جوهرية بين المتزوجات وغير المتزوجات في مستوى تقدير الذات بعد تعرضهن للبرنامج الإرشادي ؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم التحقق من الفرضية الثانية فقد قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات (المتزوجات وغير المتزوجات) البعدية على اختبار تقدير الذات والجدول (٧) يظهر ذلك.

الجدول (٧)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاختبار تقدير الذات وفقاً لمتغير المجموعة في القياس البعدي

الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المتزوجات	٧	38.57	21.٩8
غير متزوجات	٨	15.63	11.39

يلاحظ من الجدول (٧) أن المتوسط الحسابي لأداء أفراد مجموعة المتزوجات على اختبار تقدير الذات في القياس البعدي بلغ (38.57) وبانحراف معياري (٢١،٩٨) وهو أعلى من المتوسط الحسابي لاداء افراد مجموعة غير المتزوجات إذ بلغ (15.63) وبانحراف معياري (11.39)، وللتحقق من وجود فرق ذي دلالة احصائية بين المتوسطين تم استخدام اختبار تحليل التباين المشترك (ANCOVA) والجدول (٨) يبين هذه النتائج.

الجدول (٨)

نتائج تحليل التباين المشترك لأداء أفراد عينة الدراسة على اختبار تقدير الذات وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية في القياس البعدي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
التطبيق القبلي	3723.338	1	3723.338	767.018	0.000
الحالة الاجتماعية	237.872	1	237.872	49.002	0.000*
الخطأ	58.252	12	4.854		
المجموع	٤٠١٩,٤٦٢	14			

يظهر من الجدول (٨) أن قيمة (ف) بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية بلغت (49.002)، وهذه القيمة بمستوى دلالة (0.000)، مما يدل على وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي (المتزوجات ، وغير المتزوجات) على اختبار تقدير الذات بعد تعرضهن للبرنامج الإرشادي، ولتحديد اتجاه الفرق فقد تم استخراج المتوسطات الحسابية المعدلة لاختبار تقدير الذات البعدي وفقاً للحالة الاجتماعية، والجدول (٩) يوضح ذلك.

الجدول (٩)

المتوسطات الحسابية المعدلة في اختبار تقدير الذات حسب متغير الحالة الاجتماعية

الخطأ المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاجتماعية
1.069	19.99	٧	المتزوجات
0.975	31.88	٨	غير متزوجات

يلاحظ من الجدول (٩) أن قيمة المتوسط الحسابي لمجموعة المتزوجات أقل من متوسط مجموعة غير المتزوجات وهذا يعني أن مستوى تقدير الذات افضل لدى مجموعة المتزوجات، من زميلاتهن غير المتزوجات . وهذا يؤكد على دور البرنامج الإرشادي في تحسين مستوى تقدير الذات لدى المتزوجات بدرجة اكبر من زميلاتهن غير المتزوجات.

اما السؤال الثالث فقد نص على ما يلي :-

هل توجد فروق جوهرية في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية تعزى للبرنامج الإرشادي؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم التحقق من الفرضية الثالثة وقد قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المفحوصين البعدي على اختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصائية والسيكوسوماتية والجدول (١٠) يظهر ذلك.

الجدول (١٠)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصائية والسيكوسوماتية وفقاً لمتغير المجموعة في القياس البعدي

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التجريبية	15	31.6٠	8.57
الضابطة	15	53.0٠	11.54

يلاحظ من الجدول (١٠) أن المتوسط الحسابي لأداء أفراد المجموعة الضابطة على اختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصائية والسيكوسوماتية في القياس البعدي بلغ (53.0) وبانحراف معياري (11.54) وهو أعلى من المتوسط الحسابي لأداء أفراد المجموعة التجريبية إذ بلغ (31.6) وبانحراف معياري (8.57)، وللتحقق من وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين المتوسطين تم استخدام اختبار تحليل التباين المشترك (ANCOVA) والجدول (١١) يبين هذه النتائج.

الجدول (١١)

نتائج تحليل التباين المشترك لاداء افراد عينة الدراسة على اختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية وفقاً لمتغير المجموعة في القياس البعدي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
التطبيق القبلي	831.057	1	831.057	10.879	0.003
المجموعة	3929.899	1	3929.899	51.445	0.000*
الخطأ	2062.543	27	76.390		
المجموع	٦٨٢٣,٤٩٩	29			

*دالة احصائياً عند مستوى ($\alpha \leq 0,05$)

يظهر من الجدول (١١) أن قيمة (ف) بالنسبة لمتغير المجموعة بلغت (51.445)، وهذه القيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0,000$)، مما يدل على وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي مجموعتي الدراسة (التجريبية ، والضابطة)، ولمعرفة اتجاه الدلالة تم حساب المتوسطات الحسابية المعدلة للاختبار البعدي وفقاً للمجموعة، والجدول (١٢) يوضح ذلك

الجدول (١٢)

المتوسطات الحسابية المعدلة في اختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية حسب متغير المجموعة

المجموعة	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري
التجريبية	30.68	2.27
الضابطة	53.92	2.27

يلاحظ من الجدول (١٢) أن قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية أقل مما هو لدى المجموعة الضابطة وهذا يعني أن درجات الاضطرابات السيكوسوماتية للمجموعة التجريبية أقل منها في المجموعة الضابطة، وهذا يؤكد على دور البرنامج الإرشادي في خفض مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وهو لصالح المجموعة التجريبية.

اما السؤال الرابع فقد نص على ما يلي :

هل توجد فروق جوهرية بين المتزوجات وغير المتزوجات في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية بعد تعرضهن للبرنامج الإرشادي ؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم التحقق من الفرضية الرابعة حيث قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات (المتزوجات وغير المتزوجات) البعدية على اختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصائية والسيكوسوماتية والجدول (١٣) يظهر ذلك

الجدول (١٣)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصائية والسيكوسوماتية وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية في القياس البعدي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاجتماعية
7.88	31.86	٧	المتزوجات
9.66	31.37	٨	غير متزوجات

يلاحظ من الجدول (١٣) أن المتوسط الحسابي لاداء افراد مجموعة المتزوجات على اختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصائية والسيكوسوماتية في القياس البعدي بلغ (31.86) وبانحراف معياري (7.88) وهو أعلى من المتوسط الحسابي لاداء أفراد مجموعة غير المتزوجات إذ بلغ (31.37) وبانحراف معياري (9.66)، وللتحقق من وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين المتوسطين تم استخدام اختبار تحليل التباين المشترك (ANCOVA) والجدول (١٤) يبين هذه النتائج.

الجدول (١٤)

نتائج تحليل التباين المشترك لاداء افراد عينة الدراسة على اختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصائية والسيكوسوماتية وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية في القياس البعدي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
التطبيق القبلي	130.050	1	130.050	1.740	0.212
الحالة الاجتماعية	16.841	1	16.841	0.225	0.643
الخطأ	896.682	12	74.723		
المجموع	١٠٤٣,٥٧٣	14			

يظهر من الجدول (١٤) أن قيمة (ف) بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية بلغت (0.225)، وهذه القيمة بمستوى دلالة (0.643)، مما يدل على عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي (المتزوجات ، وغير المتزوجات) بعد تعرضهن للبرنامج الإرشادي، وجاءت المتوسطات الحسابية المعدلة للاختبار البعدي وفقاً للحالة الاجتماعية متقاربة، والجدول (١٥) يوضح ذلك حيث نرى أن المتوسطين الحسابيين متقاربان مما يؤكد عدم وجود فروق بين المتزوجات وغير المتزوجات .

الجدول (١٥)

المتوسطات الحسابية المعدلة في اختبار قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصبية والسيكوسوماتية حسب متغير الحالة الاجتماعية

الخطأ المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاجتماعية
3.46	30.34	٧	المتزوجات
3.22	32.70	٨	غير متزوجات

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

اهتمت الدراسة الحالية بمعرفة فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء الفلسطينيات. وأظهرت النتائج تحسناً في أداء أفراد المجموعة التجريبية على مقياس تقدير الذات ومقياس قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصبية والسيكوسوماتية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي. ولدى مقارنة نتائج أفراد المجموعة التجريبية بنتائج المجموعة الضابطة في القياس أبعدي، كانت جميع النتائج دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية. وستناول بالتفصيل مناقشة النتائج المتعلقة بالأسئلة الأربعة التي تناولتها الدراسة :

١- أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في درجات تقدير الذات، تعزى إلى البرنامج الإرشادي وهي لصالح المجموعة التجريبية. ويعزو الباحث ذلك إلى ما تضمنته الجلسات من فعاليات ساعدت المسترشدات على التفريغ النفسي، فقد تم استخدام فعالية قائمة المشاعر لكي تساعدن على كيفية توظيف مشاعرهن في التعبير عن المواقف الحياتية التي مررن بها، بالإضافة إلى مساعدتهن في التعبير عن مشاعرهن وانفعالاتهن سواء السلبية منها أو الإيجابية. أضف إلى فعالية المرأة التي دعمت المسترشدة في استكشاف ذاتها خاصة النواحي الإيجابية في شخصيتها، فالمسترشدات كن يركزن فقط على نقاط الضعف التي لديهن، مما انعكس ذلك سلباً على مشاعرهن. بالإضافة إلى تمارين الاسترخاء التي تم استخدامها لتمكين المسترشدات من مساعدة أنفسهن على خفض التوتر الجسدي. فقد تم الإشارة في الأدب النظري أن الضغوطات النفسية والانفعالات السلبية كلها تؤثر على الجسد، وبالتالي يكن أكثر عرضة للتوتر العضلي والجسدي، مما يعرضهن للإصابة بالأمراض النفسجسمية، ومن هنا هدفت تمارين الاسترخاء لخفض التوتر العضلي عندهن، والذي ينعكس عليهن بالراحة النفسية. كما ساعدت هذه الفعاليات المسترشدات في رفع تقديرهن لذواتهن من خلال نظرتهن الإيجابية لأنفسهن. وهذا ما أكد عليه (Rogers,1995) من أن تقدير الذات ينمو من خلال التفاعل الاجتماعي والدعم والتعاطف الذي يعطي المسترشد الشعور بالأمان والمقدرة عن التعبير عن مشاعره، لأنه وجد الشخص الذي يفهمه ويشعر معه ويتقبله دون شروط . وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة لارا وروبي (Lara . 2003 & Rube) من أن العلاج النفسي ساعد في رفع مستوى تقدير الذات لدى النساء. وكما اتفقت مع نتائج دراسة ماراجوري (Marjorie, ١٩٩٥) التي أكدت أن العلاج التعبيري ساعد النساء في رفع مستوى تقديرهن لذواتهن.

وعليه يشير الباحث من خلال الخبرة العملية أن المسترشدات تتولد لديهن مشاعر السلبية والشعور بتقدير ذات منخفض، نتيجة التنشئة الاجتماعية التي تنشأ فيها المسترشدة، والتي لا تساعد الاناث بشكل عام في التعبير عن مشاعرهن وأفكارهن، مما ينعكس عليهن سلباً أثناء المراحل النمائية والتي تعد مراحل مهمة في بناء وتشكيل شخصيتهن. وبالتالي تكبت النساء مشاعرهن وتسبب لديهن اضطرابات سيكوسوماتية.

٢- كما أظهرت النتائج انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجات وغير المتزوجات في مستوى تقدير الذات تعزى للبرنامج الإرشادي لصالح المتزوجات.

ويعزو الباحث ذلك إلى أن النساء غير المتزوجات، لم يكن لديهن القدرة على التعبير عن مشاعرهن وانفعالاتهن، مما أثر في نشوء بعض الأعراض السيكوسوماتية لديهن، ولكن نظرا لما تضمنه البرنامج الإرشادي من فعاليات موجهة بقصد مساعدة أفراد المجموعة التجريبية على التعبير عن معاناتهن من الضغوط النفسية فان ذلك أدى إلى رفع مستوى تقديرهن لذواتهن ولكن ليس بالدرجة التي حققتها زميلاتهن المتزوجات، حيث احتوى البرنامج على أنشطة وفعاليات، تهدف إلى مساعدتهن على التعبير عن مشاعرهن نحو ذواتهن والآخرين، فتمرين لعب الأدوار مثلا كان يهدف لمساعدتهن في قول كلمة (لا) عندما يشعرن أنهن بحاجة لقولها للآخرين. وأن يكون لديهن الثقة بأنفسهن أكثر عندما ينظرن إلى أنفسهن وما يقمن به من انجازات وأعمال. أضف إلى أن البرنامج ساعد في بناء شبكة من العلاقات الاجتماعية بين أفراد المجموعة خاصة فيما يتعلق بين المتزوجات منهن، فقد قمن بتقديم الدعم الاجتماعي لبعضهن البعض، وهذا أعطى لهن الشعور بالراحة النفسية والشعور بأهميتهن من خلال تواجدهن مع الآخرين. نتيجة شعورهن بالدعم والاهتمام من الآخرين وهذا بدوره أدى إلى زيادة تقديرهن لذواتهن لان افتقاد الفرد الدعم الاجتماعي، وعدم اهتمام الآخرين به قد يعرضه إلى الشعور بتقدير ذات منخفض، لأن من مكونات تقدير الذات لدى الفرد هو ما يتمتع به من تقدير واهتمام اجتماعي من المخالطين بصفه عامة وعلى الأخص ذوي الأهمية. أما النساء غير المتزوجات فكن اقل قدرة في عن التعبير عن مشاعرهن أمام الآخرين، وصعوبة ثقتهن في أفراد المجموعة، مقارنة بالنساء المتزوجات اللاتي كن يشعرن بالحرية في التعبير عن أنفسهن أكثر. بالإضافة إلى أن النساء غير المتزوجات كانت شبكة العلاقات الاجتماعية التي لديهن ضعيفة، وبالتالي لا يجدن من يدعمهن بمساندتهن ومشاركتهن بمشاكلهن في الحياة، وهذا ما تم توضيحه في الأدب التربوي أن للمساندة الاجتماعية دوراً كبيراً في التخفيف من المشاعر السلبية ورفع تقدير الذات، بالإضافة إلى خفض حدة الأعراض السيكوسوماتية لديهن.

و قد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة الين وجون (Alean & John, ٢٠٠٤) من أن النساء المتزوجات لديهن شعور قوي بوجود من يتحدثن إليه حول مشاكلهن، عكس النساء المطلقات وغير المتزوجات اللواتي لديهن شعور بالوحدة.

٣- كما أظهرت النتائج وجود فروق جوهرية في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية بين كل من المجموعة الضابطة والتجريبية تعزى للبرنامج الإرشادي وهو لصالح المجموعة التجريبية.

ويعزو الباحث انخفاض مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى النساء من افراد المجموعة التجريبية، إلى ما تضمنه البرنامج الإرشادي من فعاليات متنوعة هادفة كالتمارين الخاصة بالاسترخاء، والتفريغ الانفعالي، من خلال فعالية الكرة، التي هدفت إلى مساعدة المسترشدات بالتواصل مع أجسادهن ، حيث تلعب الكرة دوراً مهماً في تحديد الألم في الجسد، الناتج عن الأعراض السيكوسوماتية التي يعاني منها، وبالتالي تحاول المسترشدة عمل استرخاء عضلي لهذا العضو الذي يشعرهن بالألم، فبعض النساء يشعرن بالألم بالأيدي أو عند منطقة الصدر ويتضح ذلك من خلال صعوبة التنفس بشكل سليم. وعليه يتم عمل استرخاء للتخفيف من حدة التوتر. بالإضافة إلى إكساب المسترشدات مهارات في كيفية تقديم الدعم الاجتماعي لبعضهن، ومساعدتهن في البحث عن البدائل لمشاكلهن أو الصعوبات التي تواجههن في حياتهن. أضف إلى أهمية تشجيعهن على التعبير عن مشاعرهن الحزينة منها أو المفرحة، مما يساعد الجسم على تفريغ المشاعر المكبوتة ، والتعبير عنها دون الشعور بالخجل من ذكرها أو رفض الإشارة إليها والابوح بها . بالإضافة إلى الدعم الاجتماعي الذي يحصلن عليه من أفراد المجموعة المشاركة، إضافة إلى حصولهن على الدعم من الأسرة والأهل والزوج والأولاد، وهذا ما أكدت عليه نتائج دراسة فايد (٢٠٠٥) حيث توصل أن هناك علاقة جوهرية سالبة بين الأعراض السيكوسوماتية وكل من الضبط الذاتي المدرك للحالات والمساندة الاجتماعية، وهذا يؤكد بالمقابل أن هنالك علاقة إيجابية بين كل من الضبط الذاتي المدرك للحالات والمساندة الاجتماعية وضغوط الحياة بالأعراض السيكوسوماتية. كما توجد فروق جوهرية بين منخفضي ومرتفعي الأعراض السيكوسوماتية من ذوي الضغوط المرتفعة في كل من الضبط الذاتي المدرك للحالات والمساندة الاجتماعية في صالح منخفضي الأعراض السيكوسوماتية من ذوي الضغوط المرتفعة.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة ترودي وشلمان وكارول (Trudy. Shulman ١٩٩٩ & Carol.) أن العلاج النفسي وتحديداً العلاج بالموسيقى ساعد في التخفيف من حدة الأعراض السيكوسوماتية. وكما اتفقت هذه الدراسة مع نتائج دراسة ديفي وكابليان (Devi & Kaplippan, ١٩٩٧) في العلاج الجماعي النفسي باستخدام العلاج السلوكي واختبارات رورشاخ، في التخفيف من حدة الأعراض السيكوسوماتية. وأيضاً اتفقت دراسة ثلين كارن (Thulin , ١٩٩٧) إلى أن العلاج بالرقص يخفف من الأعراض السيكوسوماتية، وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى ان أنواع العلاج النفسي الأخرى والمتابعة المستمرة وبناء علاقة الثقة ذات أهمية كبرى في الحصول على نتائج إيجابية.

وتعني هذه النتائج أيضاً تحسن في أداء المجموعة التجريبية في القياس البعدي عن القياس القبلي، كنتيجة لخبرة وتصميم البرنامج الإرشادي المعد لهذه الدراسة، وهناك تحسن لأداء المجموعة نفسها عند مقارنة نتائجها بالمجموعة الضابطة التي لم تشارك في البرنامج.

٤- أظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجات وغير المتزوجات في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى للبرنامج الإرشادي.

ان النساء سواء المتزوجات أو غير المتزوجات منهن لم يبدن تفاوتاً من حيث الاستفادة من تطبيق البرنامج الإرشادي، علماً أن المرأة المتزوجة تتحمل مسؤوليات أكثر من المرأة غير المتزوجة سواء نحو نفسها أو عائلتها . هذا بالإضافة إلى انه لوحظ خلال تنفيذ البرنامج الإرشادي إن استجابات النساء المتزوجات وغير

المتزوجات كانت متشابهة إلى حد بعيد في عدم مقدرتهن على التعبير عن مشاعرهن، وأن لديهن صعوبات في مواجهة مشاكلهن وهذا ما جعلهن في حالة توتر وعدم كفاية. وفي حال تعزيز ودعم الآخرين لهن لا يواجهن مشاكل مع أنفسهن وتكون لديهن الدافعية للإنجاز والعمل في حياتهن العملية، وفي حال توقف التقدير الخارجي والدعم لهن يشعرن بالضعف، وعدم الثقة بقدراتهن. وبالتالي فقد أثرت الحالة النفسية لديهن على الحالة الجسدية، مما تسبب في وجود أعراض سيكوسوماتية لديهن، مع العلم أنهن لم يدركن تماماً مدى تفاعل الحالة الجسدية والنفسية مع بعضها بعضاً، وقد تم توضيح عملية التفاعل أثناء تنفيذ البرنامج، ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن كلا من المتزوجات وغير المتزوجات من أفراد المجموعة التجريبية أدركن مدى أهمية العناية بالحالة النفسية لديهن. وأثناء تنفيذ فعالية -في تحمل المسؤولية معنى للحياة-، مما أدى إلى إعطاء المسترشدات الشعور بأهمية الحياة والنظر إليها بنظرة إيجابية، والتعامل مع المواقف الصعبة التي يتعرضن لها. مع التأكيد على أهمية التعبير عن هذه المشاعر والانفعالات وليس كبتها. وبالتالي جاءت فعالية البرنامج الإرشادي في خفض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المتزوجات وغير المتزوجات،

وقد اختلفت هذه الدراسة عن دراسة موتسهيرو وجريجرو (Mutsuhiro & Gregory, 2000) بأن النساء غير المتزوجات هن أكثر تأثراً بأعراض جسمانية غير مريحة مقارنة بالنساء المتزوجات.

التوصيات :

- في ضوء النتائج التي انتهت إليها هذه الدراسة يمكن تقديم التوصيات التالية:
- ١- بناء وتطوير برامج إرشادية تستند إلى الاتجاه الإنساني، وذلك لمدى فعاليتها في رفع مستوى تقدير الذات وخفض الأعراض السيكوسوماتية، لعدم وجود دراسات تستند على الاتجاه الإنساني حسب علم الباحث.
 - ٢- دمج وتنفيذ العلاج السلوكي عند ولبي والعلاج الإنساني عند روجرز، وذلك لأهمية استخدام الاستجابات الاسترخائية في خفض الأعراض السيكوسوماتية، والمساعدة في التنفيس الانفعالي من خلال تمارين التنفس، بالإضافة إلى خفض التوترات العضلية لدى المسترشدتين، نظراً لكفاءتها في خفض التوتر في البرنامج المستخدم.
 - ٣- القيام بعمل أبحاث ودراسات تجريبية تعنى بخفض الأعراض السيكوسوماتية لدى الأفراد.
 - تطبيق البرنامج الإرشادي في هذه الدراسة على عينات مختلفة من الذكور.
 - ٤- الاهتمام بتطبيق البرامج الإرشادية التي تُعنى بتخفيف حدة الأعراض السيكوسوماتية لدى الأفراد في مراكز الصحة العامة.
 - ٥- العمل على إدخال مقياس قائمة كورنل الجديدة للاضطرابات العصبية والسيكوسوماتية في المراكز التي تعنى بالصحة النفسية والإرشاد لتشخيص الحالات التي تعاني من هذه الأعراض، وتقديم العلاج المناسب لها.
 - ٦- بناء مجموعات إرشادية وقائية تهدف إلى أهمية العناية بالحالة النفسية و انعكاسها على الحالة الجسدية وما تسببه من أمراض سيكوسوماتية.

(المراجع)
مراجع البحث

المراجع العربية:

- أبو النيل، محمود (٢٠٠٠). قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية. مصر: المؤسسة الإبراهيمية لطباعة الاوفست.
- أبو النيل، محمود (١٩٩٤). الأمراض السيكوسوماتية. مجلد ١. بيروت: دار النهضة العربية.
- أبو نجيلة، سفيان (٢٠٠٥). آليات مواجهة العنف الزوجي لدى الزوجات متلقيات خدمات التدخل المجتمعي وغير المتلقيات في محافظات غزة. المؤتمر الثاني لبرنامج المشاركة المجتمعية لمناهضة العنف الأسري. غزة، فلسطين.
- باترسون (١٩٨٩). ترجمة حامد عبد العزيز الفقي. نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. الكويت: دار القلم، الطبعة الثانية.
- تاوش، ر (١٩٩٥). ترجمة سامر جميل رضوان، علاقة الانفعالات بالمعرفيات وأهميتها بالنسبة للعلاج النفسي المتمركز حول الشخص، مجلة الثقافة النفسية، لبنان: العدد ٢٣، ٥٦-٦٥.
- تري، أحمد (١٩٩٨). العلاقة بين اضطراب الضغوط التالية للصدمة وبين الجمود وتقدير الذات عند طلبة الجامعة". المجلة العربية للعلوم الإنسانية، الكويت: ٦٢، ١٦، ٥٧-٧٧.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (٢٠٠٤). كتاب فلسطين الاحصائي السنوي، المسح الصحي الديموغرافي. رام الله: فلسطين.
- حافظ، جمال (١٩٩٢). السيكوماتيك والأمراض الداخلية. مجلة الثقافة النفسية، لبنان: ١٢، ٣، تشرين أول، ٤٣-٤٩.
- حسن، عايدة (٢٠٠١). ضغوط الحياة والتوافق الزوجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والسويات " دراسة مقارنة"، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة عين شمس: القاهرة: جمهورية مصر العربية.
- حمودنة، أسامة (٢٠٠٥). تقدير الذات والرضا الزوجي وعلاقتها بالعنف الموجه ضد الزوجة. المؤتمر الثاني لبرنامج المشاركة المجتمعية لمناهضة العنف الأسري، المنعقد ٢٠٠٥/٨/٩. غزة، فلسطين.
- الخطيب، عبد الله (٢٠٠٤). معايير تقدير الذات للأعمار ١٣-١٧ سنة على مقياس مطور للبيئة الأردنية. رسالة دكتوراة غير منشورة، عمان: الأردن: الجامعة الأردنية.
- خليل، محمد (١٩٩٦). المساندة النفسية الاجتماعية وإرادة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى المصابين بمرض مفضي إلى الموت. مجلة علم النفس، القاهرة، ١٠، ٣٧، ٩٢-٩٥.
- الخواج، عبد الفتاح (٢٠٠٢). الإرشاد النفسي والتربوي. الطبعة الأولى. عمان: دار العلمية الدولية.
- الدسوقي، مجدى (٢٠٠٠). دليل تقدير الذات. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- دولور، ر (٢٠٠٤). شباب المرأة الدائم. المملكة العربية السعودية: الطبعة الأولى. ترجمة مكتبة جرير.
- رضوان، سامر (٢٠٠٠). القائمة السورية للأعراض النفسية الجسمية - دراسة ميدانية. مجلة العلوم الاجتماعية، الكويت: ٢٨،٤، ص ١١٣-١١٨.
- الزراد، فيصل (٢٠٠٠). الأمراض النفسية - جسدية (أمراض العصر). بيروت: دار النفاس.
- زهران، حامد (١٩٨٢). التوجيه والإرشاد النفسي. عالم الكتب. القاهرة، مصر.
- الزيود، نادر (١٩٩٨). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان.
- سالم، إيناس و محمد، نجيب (٢٠٠٢). ضغوط الحياة وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية وبعض خصال الشخصية لدى طلاب الجامعة. مجلة الدراسات النفسية، القاهرة، ٣، ١٢، ٤١٧-٤٥٨.
- سرحان، عبير (١٩٩٦). العلاقة بين مفهوم الذات ومركز الضبط لدى الطلبة الجامعيين في الجامعات الفلسطينية في الضفة الغربية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
- السعدي، خالد (٢٠٠١). علاقة رسوم الأطفال بمفهوم الذات. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة آل البيت، الأردن.
- الشحاتيت، نادية (٢٠٠٦). دراسة مقارنة للمصابين بجلطات القلب وغير المصابين وعلاقتها ببعض العوامل النفسية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس، فلسطين.
- الشناوي، محمد (١٩٩٦). العملية الإرشادية والعلاجية. الطبعة الأولى، القاهرة، جمهورية مصر العربية: دار غريب للطباعة والنشر.
- صالح، حسن (١٩٩٥). "قياس تقدير الذات لطلاب الجامعة". مجلة التقويم والقياس النفسي، جامعة الأزهر، جمهورية مصر العربية، العدد ٦٥، ٢٢-٢٥.
- الطحان، خالد (١٩٨٧). مبادئ الصحة النفسية. الطبعة الأولى. دبي: الامارات العربية. دار القلم للنشر والتوزيع.
- عبد الرحمن، محمد (٢٠٠٠). علم الأمراض النفسية والعقلية. القاهرة: الطبعة الأولى، الجزء الأول، دار قباء للطباعة والنشر.

- عبد الرحمن، محمد (١٩٩٨). نظريات الشخصية. القاهرة: دار قباء.
- عبد الله ، نجية، عبد الفتاح، رأفت (١٩٩٥). العوامل النفسية في أمراض السرطان دراسة في أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان. مجلة علم النفس، القاهرة ، العدد ٣٣، السنة التاسعة، ١٤٠-١٦٢.
- عبد المعطي، حسن (٢٠٠٣). الأمراض السيكوسوماتية -التشخيص-الأسباب-العلاج. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- العزي، أروى (١٩٩٨). التوافق وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى طالبات السكن الجامعي في صنعاء. مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، طرابلس: العدد ٣٣، المجلد ٩، ٢٥-٢٩.
- عسكر، علي (٢٠٠٣). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها. الطبعة الثالثة، الكويت: دار الجيل.
- علي، عبدالسلام (٢٠٠٣). دليل تطبيق مقياس أساليب مواجهة الحياة الضاغطة. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- عموري، نادرة (٢٠٠٥). العلاقة بين سمات الشخصية والإصابة بتصلب الشرايين القلبية. مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، لبنان: العدد ٦٢، المجلد ١٦، ٥٥-٦٣ .
- العناني، حنان.(٢٠٠٠). الصحة النفسية. الطبعة الأولى. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- العناني، حنان (٢٠٠٠). الصحة النفسية. الطبعة الأولى. عمان: دار الفكر.
- عويد، المشعان (٢٠٠٠). مصادر الضغوط المهنية لدى المدرسين في المرحلة المتوسطة بدولة الكويت وعلاقتها بالاضطرابات النفسية الجسمية. مجلة العلوم الاجتماعية، الكويت، مجلد ٢٨، عدد ١، ٦٥-٩٦.
- العيسوي، محمد (٢٠٠٠). الاضطرابات النفسجسمية. بيروت: دار الرتب الجامعية..
- فايد، حسين (٢٠٠٥):ضغوط الحياة والضببط المدرك للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية كمنبتات بالأعراض السيكوسوماتية لدى عينة غير إكلينيكية. دراسات نفسية. القاهرة: ١٥،١، ٥-٥٣.
- المالح، حسان (٢٠٠٦) . حياتنا النفسية. دمشق، سوريا: دارالفكر.

- المحارب، ناصر (١٩٩٣). الضغوط النفس اجتماعية والاكتئاب وبعض جوانب جهاز المناعة لدى الإنسان. مجلة الدراسات النفسية، القاهرة، ١١ يوليو، ٣٧٢-٣٣٥.
- محمد، امال (١٩٩٢). التخيل لدى الأطفال المصابين بالأمراض السيكوسوماتية. مجلة علم النفس. القاهرة: العدد ٢٣، السنة السادسة، ٩٦-١٠١.
- محمد، محمد (٢٠٠٤): مشكلات الصحة النفسية أمراضها وعلاجها. الطبعة الأولى، عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- مقدادي، صالح (١٩٩٦). دراسة تحليلية لمدى تحقيق الذات عند الشباب المشارك في برامج جائزة سمو ولي العهد الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية، عمان: الأردن.
- ملحم، سامي (٢٠٠١). الإرشاد والعلاج النفسي. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- مياسا، محمد (١٩٩٧). الصحة النفسية والأمراض النفسية والعقلية. بيروت: دار الجيل.
- النابلسي، محمد (٢٠٠٦). معجم مصطلحات السيكوسوماتيك. لبنان: الطبعة الأولى. مركز الدراسات النفسية..
- النابلسي، محمد (٢٠٠٤). الأمراض النفسية وعلاجها. الطبعة الرابعة. لبنان: مركز الدراسات النفسية.
- نصار، كريستين (١٩٩٢). شجون الحرب وويلاتها، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة. لبنان: العدد ١٠، الجلد ٣، ١٠٦-١٠٩.

المراجع الأجنبية :

- Al- Ansari, E. Khadadah, M. Hassan,K. and Mirza, A (1991). Psychiatric disorders in two general hospitals: A survey of prevalence and treatment by nonpsychiatrist physicians. **General Hospital Psychiatry**, 13: 319 -324.
- Alan, B. and Perkins. D (1985). Correlates of psychosomatic stress symptoms among women : A research note on farm and family functioning .**Journal of Human Stress** . 11(2): 76-81.
- Alean, K and John, G (2004). Somatization Among Bedouin-Arab **Women: Differentiated by Marital Status. Journal-of-Divorce-and-Remarriage**. 42(1-2): 131-143.
- American Psychiatric Association (2000).**Diagnostic and Statistical Manual Disorder**. (4th.ed), Washington- United States of America.
- Brett, S. (1999). Gender differences in the prevalence of clinical depression: The role played by depression associated with somatic symptoms. **American-Journal-of-Psychiatry**. 156(3): 480-482.
- Devi,G and Kalippan, k (1997). Improvement of psychosomatic disorder among tension headache subjects using behavior therapy and somatic Inkblot series .**Journal of Projective Psychology** .4(2): 113-120.
- Diane, Z. and Hartman, D (1998). Insidious Trauma Caused by Prenatal Gender Prejudice . **Journal-of-Prenatal-and-Perinatal-Psychology-and-Health**. 13(1): 45-51.

- Dickerson, R (2002) .Hope and self-esteem as out come measures of a psycatric inpatient Cognitive – behavioral treatment program, **Journal of Clinical Psychology**, AAT 3057611, 3004.
- Due, K (1993). The role of negative and positive affect in stress, depression. Self–esteem, Assertiveness, type A. behaviors, psychological health and physical heath; Genetic, **social and General psychology Monography** .119-(4):65
- Fagen, SH. and Wool, C (1999). Conjoint therapy: Psychiatry and music therapy in the treatment of psychosomatic illness **.International Journal of Arts Medicine**.6 (1): 4-9.
- Grabhorn, R (1998). Affective experience in a case of group therapy with psychosomatic inpatients. **Journal of Psychoanalytic Inquiry**.18 (3): 490-511.
- Graham ,J. Austin, S. And Andrew, C (1991). Gender differences in precompetition temporal patterning and antecedents of anxiety and self-confidence. **Journal-of-Sport-and-Exercise-Psychology**. 13(1): 1-15.
- Gretty, M (1985).The condition of "tightness": The somatic complaints of Turkish migrant women. **Journal-of Acta – psychiatrica – Scandinavica** . 71(3):287-296.
- Harma ,M. and Knauth, J (1988). Physical training intervention in female shift workers :I .The effects of intervention of fitness, fatigue, and psychosomatic symptoms. **Journal-of Ergonomics**. 31(1):39-50.

- Kaila,H (1995).Effect of personal factors on psychosomatic symptoms among married women phone operators . **Journal-of Psychological – Studies**. 40(2): 100-102.

- Kazdin, A (1983). Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed impatient children. **Journal of Consulting and Clinical psychology**. 51, 405.

- Kiase, H. and Berndt, D (1985). Stress and Depression, **Journal of Personality Assessment**. 49, 434-436.

- Lara,M. and Rubi (2003).Outcome results of two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. **American-Journal-of-Orthopsychiatry**. 73(1): 35-43.

- Marjorie, E (1995).Therapeutic aspects of aerobic dance participation. **Journal of Health-Care-for-Women-International**. 16(4) : 341-350.

- Mckay, Matthew and Patrick Fanning. **Self- Esteem**.

- Muijs, Daniel & Reynolds. (2001). **Effective Teaching**.

- Mutsuhiro, N. and Gregory, F (2001). Effects of gender and marital status on somatic symptoms of patients attending mind and body clinic. **Journal of Behavioral – Medicine** . 26(4) : 159-168.

- Nakagawa,T and Sugita,M (1994). Life style changes and psychosomatic problems in Japan. **Journal of Homeostasis in Health and Disease**.35 (45): 180-189.

- Patricia, H (1992). From helpless victim to empowered survivor: Oral history as a treatment for survivors of torture. **Journal of Women-and-Therapy** 13(1-2): 141-154.
- Piccinelli, M and Gregory, S (1997). Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care. : **Journal of Psychological-Medicine.** 27(2): 433-444.
- Pilar M. (2005). The psychological impact of domestic violence on Spanish women. **Journal of Applied Social Psychology.** 35(11):35-39.
- Pilar, M and Juan. C (2004). Stress and health in Spanish women. **Journal of Applied Social Psychology.** 34(4) : 731-746.
- Rogers. C (1995): **A Way of Being** . Houghton Mifflin Company. Boston New York.
- Rogers. C (1995): **On Becoming a Person.** Houghton Mifflin Company. Boston New York.
- Saklofske, D (1987): Predictors of childhood depression: Literature Review and empirical findings. **Canadian Journal of Special Education,** 3, 1-14.
- Schwarzer, Ralf (1994). Optimism generalized self-efficacy: assessment of a personal coping resource. **Freie U Berlin, Inst fur psychologie Germany,** 1 40 (2): 105-123.
- Selma, C (1983). Art therapy with working class Latino women. **Journal of Arts-in-Psychotherapy.** 10(2): 63-76.

- Thulin, K (1997). When words are not enough: Dance therapy as a method of treatment for patients with psychosomatic disorder. **American Journal of Dance Therapy** .19(1): 25-42.
- Vingerhoets , J and Guus ,V (1990). Gender coping and psychosomatic symptoms . **Journal-of Psychological-Medicine** . 20(1): 125-135.
- Whisman, A, Kwon, P (1993): Life stress dysphoria: the role of self-esteem and hopelessness. **Journal of Personality and Social Psychology**, (5) 65. 1054-1060.
- William, B (1971). Psychosomatic problems of women. **Journal- of – the- American Institute of- Hypnosis**. 12(1): 16-20.
- Woolfolk, Anita (1998). **Educational Psychology** 7th edition Boston, Allyn & bacon (130-140).

املاحق)

ملحق رقم (١)

أداة الدراسة

مقياس قائمة كورنل للاضطرابات العصابية والسيكوسوماتية

قبل التعديل

يقوم الباحث بالإعداد لدراسة موضوعها فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات النفسية الجسمية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين، وذلك كجزء من متطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الفلسفة تخصص إرشاد نفسي .
و يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي توضح الكيفية التي ترى بها نفسك و يوجد امام كل عبارة اختيارين هما : نعم ، لا .

المطلوب منك :-

- ١- أن تقرأي كل عبارة بدقة ثم تضعي دائرة حول الإجابة التي تنطبق عليك .
- ٢- أن تكون إجابتك على كل عبارة من واقع خبرتك الشخصية أو شعورك بنفسك .
- ٣- التأكد من قراءة كل عبارة جيدا قبل أن تختاري الإجابة التي تنطبق عليك .
- ٤- لا تتركي عبارة دون الإجابة عليها .

لاحظي انه ا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تعد صحيحة _ فقط _ طالما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذي تحمله العبارة ، ومما يجب التأكيد عليه أن البيانات التي يتم الحصول عليها من إجاباتك على العبارات المكونة للقياس تحاط بالسرية التامة ، ولا تستخدم في غير أغراض البحث العلمي .

بيانات شخصية :

الاسم : _____ . رقم الهاتف : _____ .

الحالة الاجتماعية : متزوجة _____ . عزباء _____ .

العمر : _____ .

ولكن شكري وتقديري

الباحث : موسى نجيب

(١)A		
لا	نعم	هل تحتاج لنظارة للقراءة؟
لا	نعم	هل تحتاج لنظارة لرؤية الأشياء البعيدة؟
لا	نعم	هل تطرف عينك أو تدمع باستمرار؟
لا	نعم	هل عينك غالباً ما تكون حمراوين أو ملتهبتين؟
لا	نعم	هل يحدث لك غالباً فقدان كامل الرؤية؟
لا	نعم	هل عادةً تعاني من آلام شديدة في عينيك؟
لا	نعم	هل أحسست بسحابات في الرؤيا؟
لا	نعم	هل سبق أن أخبرت بأن عندك جلوكونا (مياه زرقاء بالعين)؟
لا	نعم	هل تستعمل عدسات لاصقة؟
لا	نعم	هل عانيت أبدأً من ازدواج الرؤية؟
لا	نعم	هل تسمع بصعوبة؟
لا	نعم	هل استعملت مساعدات سمعيه؟
لا	نعم	هل تلاحظ طنين في أذنك؟
(٢)B		
لا	نعم	هل عليك أن تطرد البلغم من زورك كثيراً؟
لا	نعم	هل كثيراً ما تحس بغصة خانقة في زورك؟
لا	نعم	هل أنفك مسدود باستمرار؟
لا	نعم	هل أنفك يرشح باستمرار؟
لا	نعم	هل سبق أن أصبت بنزيف حاد في الأنف؟
لا	نعم	هل تعاني كثيراً من شدة البرد؟
لا	نعم	هل يجعلك تكرار الإصابة بالبرد تقيساً طوال الشتاء؟
لا	نعم	هل تصاب كثيراً بالحمى؟
لا	نعم	هل تعاني من مرض الربو؟
لا	نعم	هل تعاني من إلتهاب الجيوب الأنفية؟
لا	نعم	هل تضايقت الكحة المستمرة؟
لا	نعم	هل حدث أن كانت كحتك مصحوبة بدم؟
لا	نعم	هل تعاني كثيراً من الإلتهاب الشعبي؟
لا	نعم	هل يحدث أحياناً أن تعرق عرقاً غزيراً أثناء الليل؟
لا	نعم	هل أجريت كشف بأشعة إكس على صدرك في السنتين الأخيرتين؟
لا	نعم	هل أصبت من قبل بالإلتهاب الرئوي؟
لا	نعم	هل أنت مدخن؟

(٣)C			
لا	نعم	هل تعاني من الذبحة الصدرية ؟	٣١-
لا	نعم	هل سبق وان أصبت بنوبة قلبية؟	٣٢-
لا	نعم	هل سبق أن أجري لك رسم قلب بعد القيام بمجهود بدني كبير؟	٣٣-
لا	نعم	هل يعاني احد أفراد عائلتك من متاعب قلبية؟	٣٤-
لا	نعم	هل سبق أن عمل لك رسم قلب؟	٣٥-
لا	نعم	هل تصحو أثناء الليل لضيق التنفس؟	٣٦-
لا	نعم	هل تقوم بتدريبات منتظمة (يوميًا)؟	٣٧-
لا	نعم	هل سبق أن أخبرك الطبيب أن ضغط الدم لديك مرتفع جداً أو منخفض؟	٣٨-
لا	نعم	هل سبق أن علمت بان نسبة الكوليسترول مرتفعة في دمك؟	٣٩-
لا	نعم	هل تشعر بألام في القلب أو الصدر؟	٤٠-
لا	نعم	هل غالباً ما تكون نبضات قلبك سريعاً؟	٤١-
لا	نعم	هل تشعر بصعوبة في التنفس؟	٤٢-
لا	نعم	هل تصبح مقطوع الأنفاس قبل أي شخص آخر؟	٤٣-
لا	نعم	هل سبق أن وصف لك مضادات حيوية أثناء علاج أسنانك؟	٤٤-
لا	نعم	هل تعاني من تورم في مفصل القدم؟	٤٥-
لا	نعم	هل سبق أن تناولت أدوية لتخليص جسمك من الماء؟	٤٦-
لا	نعم	هل سبق أن أصابتك حمي روماتيزمية؟	٤٧-
لا	نعم	هل سبق إخبارك بوجود لغط في قلبك؟	٤٨-
لا	نعم	هل سبق إخبارك بوجود مشاكل في صمامات قلبك؟	٤٩-
(٤)D			
لا	نعم	هل فقدت أكثر من نصف أسنانك؟	٥٠-
لا	نعم	هل تعاني من نزيف في اللثة؟	٥١-
لا	نعم	هل تعاني من صعوبة في البلع؟	٥٢-
لا	نعم	هل تعاني من التهابات في الفم؟	٥٣-
لا	نعم	هل تعاني من التهابات في الشفة (او الشفتين) ؟	٥٤-
لا	نعم	هل سبق لك أن عانيت من آلام أثناء البلع؟	٥٥-
لا	نعم	هل تعاني من تهيج في القولون أو المعدة ؟	٥٦-
لا	نعم	هل سبق أن حدث لك فتق؟	٥٧-
لا	نعم	هل سبق أن أجرى لك فحص بالأشعة السينية للجزء العلوي للجهاز الهضمي؟	٥٨-

لا	نعم	هل سبق أن أجرى لك فحص بالأشعة السينية باستخدام الصبغة ؟	٥٩-
لا	نعم	هل سبق أن كان لديك حصوات مرارية؟	٦٠-
لا	نعم	هل سبق أن أجريت كشفاً على فتحة الشرج؟	٦١-
لا	نعم	هل سبق حدوث إلتهاب في الغشاء المخاطي للقولون؟	٦٢-
لا	نعم	هل سبق أن أصابتك الدوسنتيريا ؟	٦٣-
لا	نعم	هل زاد وزنك مؤخراً؟	٦٤-
لا	نعم	هل نقص وزنك مؤخراً؟	٦٥-
لا	نعم	هل سبق لك أن أصبت بالتهاب في الزائدة الدودية؟	٦٦-
لا	نعم	هل سبق أن أجريت لك جراحة في البطن؟	٦٧-
لا	نعم	هل سبق أن أصبت بقرحه؟	٦٨-
لا	نعم	هل سبق أن لاحظت وجود دم في البراز؟	٦٩-
(٥)E			
لا	نعم	هل سبق أن حدث لك كسور في العظام ؟	٧٠-
لا	نعم	هل تعاني من وجود عظام ضعيفة أو هشية؟	٧١-
لا	نعم	هل تتناول الإسبرين بانتظام بسبب إلتهاب المفاصل (الروماتيزم)؟	٧٢-
لا	نعم	هل تعاني كثيراً من آلام وتورمات في مفاصلك؟	٧٣-
لا	نعم	هل تشعر بتلبس في عضلاتك ومفاصلك باستمرار؟	٧٤-
لا	نعم	هل عادةً تعاني من آلام قاسية في ذراعيك أو ساقيك؟	٧٥-
لا	نعم	هل انت مقعد بسبب الروماتيزم الشديد ؟ (إلتهاب المفاصل).	٧٦-
لا	نعم	هل ينتشر الروماتيزم (داء المفاصل) في عائلتك؟	٧٧-
لا	نعم	هل تجعل قدمك الضعيفة أو المؤلمة حياتك بائسة؟	٧٨-
لا	نعم	هل تجد صعوبة في الاستمرار في العمل بسبب آلام الظهر؟	٧٩-
لا	نعم	هل تعاني من عجز خطير أو عاهة؟	٨٠-
(٦)F			
لا	نعم	هل تعاني من إصابات جلدية مزمنة؟	٨١-
لا	نعم	هل كثيراً ما يظهر طفح جلدي لديك ؟	٨٢-
لا	نعم	هل جلدك حساس جداً أو رقيق؟	٨٣-
لا	نعم	هل تظل الجروح في جلدك عادة مفتوحة لمدة طويلة ؟	٨٤-
لا	نعم	هل يحدث غالباً احمرار شديد في وجهك؟	٨٥-
لا	نعم	هل تعرق بشكل غزير حتى في الجو البارد؟	٨٦-
لا	نعم	هل تعاني من وجود حكة شديدة في جلدك ؟	87

(V)G		
لا	نعم	هل تعاني من تكرار حدوث صداع بالرأس؟
لا	نعم	هل الصداع منتشر في عائلتك؟
لا	نعم	هل الضغط والصداع في الرأس غالباً ما يجعلك حياتك بائستا؟
لا	نعم	هل يحدث لك نوبات سخونة أو برودة؟
لا	نعم	هل غالباً ما تعاني من نوبات شديدة من الدوخة؟
لا	نعم	هل كثيراً ما تشعر بالإغماء؟
لا	نعم	هل أصبت بالإغماء أكثر من مرتين في حياتك؟
لا	نعم	هل تشعر بتخدير مستمر أو وخز في أي أجزاء جسمك؟
لا	نعم	هل سبق أن أصيب أحد أجزاء جسمك بالشلل؟
لا	نعم	هل سبق أن أصبت بضربه أفقدتك الوعي؟
لا	نعم	هل حدث لك ارتعاش أحيانا في الوجه أو الرأس أو الكتفين؟
لا	نعم	هل سبق أن حدث لك نوبة مرض أو تشنج (صرع)؟
لا	نعم	هل حدث نوبة مرض أو تشنج (صرع) لأحد أفراد عائلتك؟
لا	نعم	هل تقرض (تعض) أظافرك بصورة ضارة؟
لا	نعم	هل تعاني من التهتهة أو اللعثة؟
لا	نعم	هل تمشي أثناء النوم؟
لا	نعم	هل تتبول في الفراش؟
لا	نعم	هل كنت تتبول في الفراش وعمرك من ٨ سنوات إلى ١٤ سنة؟
(A)H		
لا	نعم	هل غالباً ما تكون أعضاؤك التناسلية بها ألم أو إتهاب؟
لا	نعم	هل سبق أن وصف لك علاج لأعضائك التناسلية ؟
لا	نعم	هل سبق أن أخبرك الطبيب بان عندك فتق؟
لا	نعم	هل سبق أن كان تبولك مصحوباً بدم؟
لا	نعم	هل لديك مشكلة عند بدء التبول ؟
لا	نعم	هل تعاني من مشكلات خاصة بقدرتك الجنسية؟
لا	نعم	هل سبق أن كان لديك مشكلة خاصة بالجهاز التناسلي ؟
لا	نعم	هل سبق أن كان لديك حصوة في الكلية؟
لا	نعم	هل يجب عليك أن تنهض من نومك كل ليلة لتتبول؟
لا	نعم	هل عادة ما تتبول كثيراً أثناء النهار؟
لا	نعم	هل تعاني غالباً من حرقان شديد عندما تتبول؟
لا	نعم	هل أحيانا ما تفقد التحكم في المثانة؟

لا	نعم	هل سبق أن أنبأك الطبيب بأنك تعاني من مرض في الكلية أو المثانة؟	١١٨-
(٩)I			
لا	نعم	هل غالباً ما تحدث لك نوبات من الإجهاد الكامل أو التعب؟	١١٩-
لا	نعم	هل العمل ينهك (يجهد) قوتك كليا؟	١٢٠-
لا	نعم	هل عادة تحس بالتعب والإجهاد في الصباح؟	١٢١-
لا	نعم	هل يجهدك أي مجهود ولو كان ضئيلاً؟	١٢٢-
لا	نعم	هل يحدث أن تكون متعباً جداً ومنهمك لدرجة أنك لا تستطيع تناول الطعام؟	١٢٣-
لا	نعم	هل تعاني من إجهاد عصبي شديد؟	١٢٤-
لا	نعم	هل ينتشر الإجهاد العصبي بين أفراد عائلتك؟	١٢٥-
(١٠)J			
لا	نعم	هل كثيراً ما تكون مريضاً؟	١٢٦-
لا	نعم	هل كثيراً ما تلازم الفراش بسبب المرض ؟	١٢٧-
لا	نعم	هل أنت دائماً صحتك ضعيفة؟	١٢٨-
لا	نعم	هل تعتبر شخصاً دائم المرض؟	١٢٩-
لا	نعم	هل أنت شخص من عائلة أفرادها مكررة دائمي المرض؟	١٣٠-
لا	نعم	هل آلام الصداع الشديدة تجعل من المستحيل عليك القيام بعملك؟	١٣١-
لا	نعم	هل تقلق كثيراً وتكون منزعجاً بخصوص صحتك؟	١٣٢-
لا	نعم	هل أنت دائماً مريض وغير سعيد؟	١٣٣-
لا	نعم	هل ضعف الصحة يجعلك دائماً بائساً؟	١٣٤-
(١١)K			
لا	نعم	هل سبق أن أصبت بمرض الحمى القرمزية؟	١٣٥-
لا	نعم	هل أصبت في طفولتك بحمى روماتيزمية ، أو آلام شديدة أو ارتعاشات في الأطراف؟	١٣٦-
لا	نعم	هل سبق أن حدث لك مرض الملاريا ؟	١٣٧-
لا	نعم	هل سبق علاجك من أنيميا حادة؟	١٣٨-
لا	نعم	هل سبق أن عولجت من مرض تناسلي خبيث ؟	١٣٩-
لا	نعم	هل سبق أن أصبت بمرض السكر؟	١٤٠-
لا	نعم	هل أخبرك الطبيب أن لديك التهاب بالغدة الدرقية (في عنقك)؟	١٤١-
لا	نعم	هل سبق أن عالجتك الطبيب من ورم أو سرطان؟	١٤٢-
لا	نعم	هل تعاني من أي مرض مزمن؟	١٤٣-

لا	نعم	هل وزنك اقل من المعدل؟	١٤٤-
لا	نعم	هل وزنك أزيد من المعدل؟	١٤٥-
لا	نعم	هل أخبرك الطبيب بوجود أوردة متضخمة في ساقيك؟	١٤٦-
لا	نعم	هل سبق لك إجراء عملية خطيرة؟	١٤٧-
لا	نعم	هل سبق أن حدثت لك إصابة خطيرة؟	١٤٨-
لا	نعم	هل غالباً ما تحدث لك حوادث صغيرة أو إصابات ؟	١٤٩-
لا	نعم	هل سبق أن عانيت من حالة في الغدة الدرقية؟	١٥٠-
لا	نعم	هل تعاني من انخفاض في نسبة السكر في الدم (هيبوجسليكميا)؟	١٥١-
لا	نعم	هل سبق لك عمل اختبار نسبة (الجلوكوز)؟	١٥٢-
(١٢)L			
لا	نعم	هل عادة ما تجد صعوبة كي تنام أو تستمر في النوم ؟	١٥٣
لا	نعم	هل تجد من المستحيل أخذ فترة راحة منتظمة كل يوم ؟	١٥٤
لا	نعم	هل تجد من المستحيل عمل تمارين رياضية منتظمة يوميا ؟	١٥٥
لا	نعم	هل تدخن أكثر من عشرين سيجارة يوميا؟	١٥٦
لا	نعم	هل تتناول أكثر من تسعة فناجين من القهوة أو الشاي يوميا ؟	١٥٧
لا	نعم	هل تتناول عادة مشروبا كحوليا مرتين أو أكثر يوميا ؟	١٥٨
لا	نعم	هل سبق أن أجريت لك عملية نقل دم ؟	١٥٩
لا	نعم	هل سبق أخبارك أن لا تبرع بدمك ؟	١٦٠
لا	نعم	هل سبق لك تعاطي المخدرات ؟	١٦١
لا	نعم	هل كثيرا ما تتعاطي أدوية بدون تشخيص من الطبيب؟	١٦٢
لا	نعم	هل سبق أن تعرضت تعرضا شديدا للإشعاع ؟	١٦٣
لا	نعم	هل تتعرض وتتعامل مع الكيماويات أثناء عملك ؟	١٦٤
لا	نعم	هل لك هوايات غير عادية قد تؤثر في صحتك ؟	١٦٥
لا	نعم	هل تقطن في منزلك حيوانات غير مألوفة(سلاحف ثعابين، قروود)؟	١٦٦
لا	نعم	هل سبق أصابتك بالمرض أثناء سفرك للخارج؟	١٦٧
لا	نعم	هل تستخدم حبوبا منومة ؟	١٦٨
لا	نعم	هل تستخدم الفيتامينات بانتظام؟	١٦٩
لا	نعم	هل تتناول حبوب الحديد بانتظام؟	١٧٠
لا	نعم	هل سبق لك أن احتجت إلي خدمات من يعالج العمود الفقري بتقويمه يدويا(بالتدليك)	١٧١
لا	نعم	هل تتناول بانتظام مهدئات ومسكنات ؟	١٧٢

(١٣)M			
لا	نعم	هل تعرق أو ترتعش كثيرا أثناء الامتحانات أو حين توجه إليك أسئلة؟	١٧٣
لا	نعم	هل تحس بأنك عصبي ومهزوز عندما يقترب منك أحد رؤسائك؟	١٧٤
لا	نعم	هل تتلخبط في عملك عندما يراقبك أحد رؤسائك أثناء قيامك به؟	١٧٥
لا	نعم	هل تختلط عندك الأشياء تماما إذا كان عليك العمل بسرعة؟	١٧٦
لا	نعم	هل يجب أن تقوم بعمل الأشياء ببطء شديد حتى لا تقع في أخطاء؟	١٧٧
لا	نعم	هل تفهم الأوامر والتوجيهات بصورة خاطئة غالبا؟	١٧٨
لا	نعم	هل تخيفك الأماكن غير المألوفة أو الناس الأغرب؟	١٧٩
لا	نعم	هل تخاف حينما تكون وحيدا بلا أصدقاء حولك؟	١٨٠
لا	نعم	هل من الصعب عليك دائما أن تأخذ قرارك؟	١٨١
لا	نعم	هل تود أن يكون هناك أحد بجوارك ينصحك؟	١٨٢
لا	نعم	هل تعتبر نفسك شخصا يفتقر إلي الخبرة؟	١٨٣
لا	نعم	هل تتضايق من تناول الطعام في أي مكان غير منزلك؟	١٨٤
(١٤)N			
لا	نعم	هل تشعر بالعزلة والحزن أثناء تواجدك في أحدي الحفلات؟	١٨٥
لا	نعم	هل تشعر عادة بعدم السعادة والاكتئاب؟	١٨٦
لا	نعم	هل غالبا ما تبكي؟	١٨٧
لا	نعم	هل أنت دائما مبتئس وحزين؟	١٨٨
لا	نعم	هل تبدو لك الحياة لا أمل فيها كليا؟	١٨٩
لا	نعم	هل غالبا ما تود أن تكون ميتا وبعيدا عن كل شيء؟	١٩٠
(١٥)O			
لا	نعم	هل يحيطك القلق باستمرار؟	١٩١
لا	نعم	هل ينتشر القلق بين أفراد عائلتك؟	١٩٢
لا	نعم	هل أي شيء ضئيل يثير أعصابك وينهكك؟	١٩٣
لا	نعم	هل تعتبر شخصا عصيبا؟	١٩٤
لا	نعم	هل العصبية من صفات أفراد عائلتك؟	١٩٥
لا	نعم	هل سبق أن أصبت بانهايار عصبي؟	١٩٦
لا	نعم	هل سبق أن أصيب أحد أفراد عائلتك بانهايار عصبي؟	١٩٧
لا	نعم	هل سبق أن كنت تعالج بإحدى المستشفيات النفسية؟	١٩٨
لا	نعم	هل سبق علاج أحد أفراد أسرتك في إحدى المستشفيات النفسية؟	١٩٩

(١٦)P			
لا	نعم	هل أنت حساس أو خجول جدا؟	٢٠٠
لا	نعم	هل أنت من عائلة خجولة أو حساسة؟	٢٠١
لا	نعم	هل من السهل إيذاء شعورك؟	٢٠٢
لا	نعم	هل يثيرك النقد دائما؟	٢٠٣
لا	نعم	هل تعتبر شخصا سريع الغضب؟	٢٠٤
لا	نعم	هل دائما يسيء الناس فهمك؟	٢٠٥
(١٧)Q			
لا	نعم	هل تحترس لنفسك دائما حتى ولو كنت مع أصدقائك؟	٢٠٦
لا	نعم	هل تفعل الأشياء دائما باندفاع مفاجئ؟	٢٠٧
لا	نعم	هل من السهل إزعاجك أو إثارتك؟	٢٠٨
لا	نعم	هل تنهار إذا لم تحافظ باستمرار على التحكم في نفسك؟	٢٠٩
لا	نعم	هل المضايقات الصغيرة تثير أعصابك وتجعلك غاضبا؟	٢١٠
لا	نعم	هل يثير غضبك أن تجد من يخبرك بما عليك أن تفعله؟	٢١١
لا	نعم	هل غالبا ما يضايقك الناس أو يثيرونك؟	٢١٢
لا	نعم	هل تقع في الغضب إذا لم تستطيع الحصول على ما تطلبه فورا؟	٢١٣
لا	نعم	هل غالبا ما يصيبك هياج عنيف؟	٢١٤
(١٨)R			
لا	نعم	هل غالبا ما تهتز أو ترتعش؟	٢١٥
لا	نعم	هل تكون دائما ثائرا وشديد العصبية؟	٢١٦
لا	نعم	هل تجعلك الأصوات المفاجئة ترتجف بشدة؟	٢١٧
لا	نعم	هل ترتعش أو تشعر بالضعف حينما يصيح احد ما في وجهك؟	٢١٨
لا	نعم	هل تخاف من الحركات المفاجئة أو الضوضاء أثناء الليل؟	٢١٩
لا	نعم	هل غالبا ما تصحو من نومك بسبب الأحلام المزعجة؟	٢٢٠
لا	نعم	هل تعاودك الأفكار المخيفة دائما؟	٢٢١
لا	نعم	هل غالبا ما يعتريك خوف مفاجئ بدون سبب معقول؟	٢٢٢
لا	نعم	هل غالبا ما يتصبب العرق من جسمك؟	٢٢٣

الملحق رقم (٢)

اسماء المحكمين لمقياس قائمة كورنل للاضطرابات العصابية والسيكوسوماتية

اسم المؤسسة	الاسم
جامعة القدس.	١. أ.د. احمد فهيم جبر .
جامعة النجاح.	٢. أ.د. عبد عساف .
جامعة القدس.	٣. د. عفيف زيدان.
جامعة القدس .	٤. د. محسن عدس .
جامعة القدس .	٥. د. نجاح مناصرة
جمعية المقاصد الخيرية .	٦. د. عبد الله ابو هلال .
جامعة الخليل .	٧. د. كامل كتلو .

ملحق رقم (٣)

العبارات التي تم تعديلها على قائمة كورنل الجديدة للاضطرابات العصابية والسيكوسوماتية .

الرقم	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
١	هل أحسست بسحابات في الرؤيا ؟	هل أحسست بتشويش في الرؤيا ؟
٢	هل تعاني كثيرا من الإلتهاب الشعبي؟	هل تعاني كثيرا من التهاب القصبات الهوائية؟
٣	هل سبق أن أجري لك رسم قلب بعد القيام بمجهود بدني كبير؟	هل سبق أن أجري لك تخطيط قلب بعد القيام بمجهود بدني كبير؟
٤	هل سبق أن عمل لك رسم قلب؟	هل سبق أن عمل لك تخطيط قلب؟
٥	هل تقوم بتدريبات منتظمة (يوميًا)؟	هل تقوم بتدريبات رياضية منتظمة (يوميًا)؟
٦	هل سبق أن أجرى لك فحص بالأشعة السينية باستخدام الصبغة ؟	هل سبق أن أجرى لك فحص بالأشعة السينية باستخدام مادة ملونة؟
٧	هل سبق أن أصابتك الدوسنتيريا ؟	هل سبق أن أصابتك الدوسنتيريا ؟ (التهاب الأمعاء).

هل تشعر بتلبس في عضلاتك ومفاصلك باستمرار؟	هل تشعر بتلبس في عضلاتك ومفاصلك باستمرار؟	٨
هل اضطررت للمكوث في المنزل بسبب الروماتيزم الشديد؟ (إلتهاب المفاصل).	هل انت مقعد بسبب الروماتيزم الشديد؟ (إلتهاب المفاصل).	٩
هل تعاني من التآفة أو اللعثة؟	هل تعاني من التتهته أو اللعثة؟	١٠
هل أنت شخص من عائلة يعاني معظم أفرادها من المرض؟	هل أنت شخص من عائلة أفرادها مكررة دائمى المرض؟	١١
هل سبق أن عولجت من مرض تناسلي؟	هل سبق أن عولجت من مرض تناسلي خبيث؟	١٢
هل أخبرك الطبيب بوجود أوردة متضخمة في ساقيك؟ (دوالي الساقين).	هل أخبرك الطبيب بوجود أوردة متضخمة في ساقيك؟	١٣
هل سبق أن عانيت من مرض في الغدة الدرقية؟	هل سبق أن عانيت من حالة في الغدة الدرقية؟	١٤
هل لك هوايات قد تؤثر في صحتك سلبا؟	هل لك هوايات غير عادية قد تؤثر في صحتك؟	١٥
هل تشعر بالقلق باستمرار؟	هل يحيطك القلق باستمرار؟	١٦
هل تشعر بان أي امر بسيط يثير أعصابك وينهكك؟	هل أي شيء ضئيل يثير أعصابك وينهكك؟	١٧
هل تحترس دائما حتى ولو كنت مع أصدقائك؟	هل تحترس لنفسك دائما حتى ولو كنت مع أصدقائك؟	١٨

أداة الدراسة
مقياس قائمة كورنل للاضطرابات العصائية والسيكوسوماتية
بعد التعديل

يقوم الباحث بالإعداد لدراسة موضوعها فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات النفسية الجسمية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين، وذلك كجزء من متطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الفلسفة تخصص إرشاد نفسي .

و يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي توضح الكيفية التي ترى بها نفسك و يوجد أمام كل عبارة اختيارين هما : نعم ، لا .
المطلوب منك :-

- ٥- أن تقرأي كل عبارة بدقة ثم تضعي دائرة حول الإجابة التي تنطبق عليك .
- ٦- أن تكون إجابتك على كل عبارة من واقع خبرتك الشخصية أو شعورك بنفسك .
- ٧- التأكد من قراءة كل عبارة جيدا قبل أن تختاري الإجابة التي تنطبق عليك .
- ٨- لا تتركي عبارة دون الإجابة عليها .

لاحظي انه ا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تعد صحيحة _ فقط _ طالما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذي تحمله العبارة ، ومما يجب التأكيد عليه أن البيانات التي يتم الحصول عليها من إجاباتك على العبارات المكونة للمقياس تحاط بالسرية التامة ، ولا تستخدم في غير أغراض البحث العلمي .

بيانات شخصية :

الاسم : _____ . رقم الهاتف : _____ .
الحالة الاجتماعية : متزوجة _____ . عزباء _____ .
العمر : _____ .

ولكن شكري وتقديري
الباحث : موسى نجيب

(١)A		
لا	نعم	١- هل تحتاج لنظارة للقراءة؟
لا	نعم	٢- هل تحتاج لنظارة لرؤية الأشياء البعيدة؟
لا	نعم	٣- هل تطرف عينك أو تدمع باستمرار؟
لا	نعم	٤- هل عينك غالباً ما تكون حمراوين أو ملتتهبتين؟
لا	نعم	٥- هل يحدث لك غالباً فقدان كامل الرؤية؟
لا	نعم	٦- هل عادةً تعاني من آلام شديدة في عينيك؟
لا	نعم	٧- هل أحسست بتشويش في الرؤيا؟
لا	نعم	٨- هل سبق أن أخبرت بأن عندك جلوکوما (مياه زرقاء بالعين)؟
لا	نعم	٩- هل تستعمل عدسات لاصقة؟
لا	نعم	١٠- هل عانيت إبداءً من ازدواج الرؤية؟
لا	نعم	١١- هل تسمع بصعوبة؟
لا	نعم	١٢- هل استعملت مساعدات سمعيه؟
لا	نعم	١٣- هل تلاحظ طنين في أذنك؟
(٢)B		
لا	نعم	١٤- هل عليك أن تطرد البلغم من زورك كثيراً؟
لا	نعم	١٥- هل كثيراً ما تحس بغصة خانقة في زورك؟
لا	نعم	١٦- هل أنفك مسدود باستمرار؟
لا	نعم	١٧- هل أنفك يرشح باستمرار؟
لا	نعم	١٨- هل سبق أن أصبت بنزيف حاد في الأنف؟
لا	نعم	١٩- هل تعاني كثيراً من شدة البرد؟
لا	نعم	٢٠- هل يجعلك تكرار الإصابة بالبرد تعيساً طوال الشتاء؟
لا	نعم	٢١- هل تصاب كثيراً بالحمى؟
لا	نعم	٢٢- هل تعاني من مرض الربو؟
لا	نعم	٢٣- هل تعاني من إلتهاب الجيوب الأنفية؟
لا	نعم	٢٤- هل تضايقت الكحة المستمرة؟
لا	نعم	٢٥- هل حدث أن كانت كحتك مصحوبة بدم؟
لا	نعم	٢٦- هل تعاني كثيراً من إلتهاب القصبات الهوائية؟
لا	نعم	٢٧- هل يحدث أحياناً أن تعرق عرقاً غزيراً أثناء الليل؟
لا	نعم	٢٨- هل أجريت كشف بأشعة إكس على صدرك في السنتين الأخيرتين؟
لا	نعم	٢٩- هل أصبت من قبل بالإلتهاب الرئوي؟
لا	نعم	٣٠- هل أنت مدخن؟

(٣)C		
لا	نعم	هل تعاني من الذبحة الصدرية ؟
لا	نعم	هل سبق وان أصبت بنوبة قلبية؟
لا	نعم	هل سبق أن أجري لك تخطيط قلب بعد القيام بمجهود بدني كبير؟
لا	نعم	هل يعاني احد أفراد عائلتك من متاعب قلبية؟
لا	نعم	هل سبق أن عمل لك تخطيط قلب؟
لا	نعم	هل تصحو أثناء الليل لضيق التنفس؟
لا	نعم	هل تقوم بتدريبات رياضية منتظمة (يوميًا)؟
لا	نعم	هل سبق أن أخبرك الطبيب أن ضغط الدم لديك مرتفع جداً أو منخفض؟
لا	نعم	هل سبق أن علمت بان نسبة الكوليسترول مرتفعة في دمك؟
لا	نعم	هل تشعر بالألم في القلب أو الصدر؟
لا	نعم	هل غالباً ما تكون نبضات قلبك سريعاً؟
لا	نعم	هل تشعر بصعوبة في التنفس؟
لا	نعم	هل تصبح مقطوع الأنفاس قبل أي شخص آخر؟
لا	نعم	هل سبق أن وصف لك مضادات حيوية أثناء علاج أسنانك؟
لا	نعم	هل تعاني من تورم في مفصل القدم؟
لا	نعم	هل سبق أن تناولت أدوية لتخليص جسمك من الماء؟
لا	نعم	هل سبق أن أصابتك حمى روماتيزمية؟
لا	نعم	هل سبق إخبارك بوجود لغط في قلبك؟
لا	نعم	هل سبق إخبارك بوجود مشاكل في صمامات قلبك؟
(٤)D		
لا	نعم	هل فقدت أكثر من نصف أسنانك؟
لا	نعم	هل تعاني من نزيف في اللثة؟
لا	نعم	هل تعاني من صعوبة في البلع؟
لا	نعم	هل تعاني من التهابات في الفم؟
لا	نعم	هل تعاني من التهابات في الشفة (او الشفتين) ؟
لا	نعم	هل سبق لك أن عانيت من آلام أثناء البلع؟
لا	نعم	هل تعاني من تهيج في القولون أو المعدة ؟
لا	نعم	هل سبق أن حدث لك فتق؟
لا	نعم	هل سبق أن أجرى لك فحص بالأشعة السينية للجزء العلوي للجهاز الهضمي؟
لا	نعم	هل سبق أن أجرى لك فحص بالأشعة السينية باستخدام مادة ملونة ؟

لا	نعم	هل سبق أن كان لديك حصوات مرارية؟	-٦٠
لا	نعم	هل سبق أن أجريت كشفاً على فتحة الشرج؟	-٦١
لا	نعم	هل سبق حدوث إلتهاب في الغشاء المخاطي للقولون؟	-٦٢
لا	نعم	هل سبق أن أصابتك الدوسنتيريا ؟ (التهاب بالأمعاء).	-٦٣
لا	نعم	هل زاد وزنك مؤخراً؟	-٦٤
لا	نعم	هل نقص وزنك مؤخراً؟	-٦٥
لا	نعم	هل سبق لك أن أصبت بالتهاب في الزائدة الدودية؟	-٦٦
لا	نعم	هل سبق أن أجريت لك جراحة في البطن؟	-٦٧
لا	نعم	هل سبق أن أصبت بقرحه؟	-٦٨
لا	نعم	هل سبق أن لاحظت وجود دم في البراز؟	-٦٩
(٥)E			
لا	نعم	هل سبق أن حدث لك كسور في العظام ؟	-٧٠
لا	نعم	هل تعاني من وجود عظام ضعيفة أو هشية؟	-٧١
لا	نعم	هل تتناول الإسبرين بانتظام بسبب إلتهاب المفاصل (الروماتيزم)؟	-٧٢
لا	نعم	هل تعاني كثيراً من آلام وتورمات في مفاصلك؟	-٧٣
لا	نعم	هل تشعر بتيبس في عضلاتك ومفاصلك باستمرار؟	-٧٤
لا	نعم	هل عادةً تعاني من آلام قاسية في ذراعيك أو ساقيك؟	-٧٥
لا	نعم	هل اضطررت للمكوث في المنزل بسبب الروماتيزم الشديد ؟ (إلتهاب المفاصل).	-٧٦
لا	نعم	هل ينتشر الروماتيزم (داء المفاصل) في عائلتك؟	-٧٧
لا	نعم	هل تجعل قدمك الضعيفة أو المؤلمة حياتك بائسة؟	-٧٨
لا	نعم	هل تجد صعوبة في الاستمرار في العمل بسبب آلام الظهر؟	-٧٩
لا	نعم	هل تعاني من عجز خطير أو عاهة؟	-٨٠
(٦)F			
لا	نعم	هل تعاني من إصابات جلدية مزمنة؟	-٨١
لا	نعم	هل كثيراً ما يظهر طفح جلدي لديك ؟	-٨٢
لا	نعم	هل جلدك حساس جداً أو رقيق؟	-٨٣
لا	نعم	هل تظل الجروح في جلدك عادة مفتوحة لمدة طويلة ؟	-٨٤
لا	نعم	هل يحدث غالباً احمرار شديد في وجهك؟	-٨٥
لا	نعم	هل تعرق بشكل غزير حتى في الجو البارد؟	-٨٦
لا	نعم	هل تعاني من وجود حكة شديدة في جلدك ؟	-٨٧
(٧)G			

لا	نعم	هل تعاني من تكرار حدوث صداع بالرأس؟	٨٨-
لا	نعم	هل الصداع منتشر في عائلتك؟	٨٩-
لا	نعم	هل الضغط والصداع في الرأس غالباً ما يجعلك حياتك بائستا؟	٩٠-
لا	نعم	هل يحدث لك نوبات سخونة أو برودة؟	٩١-
لا	نعم	هل غالباً ما تعاني من نوبات شديدة من الدوخة؟	٩٢-
لا	نعم	هل كثيراً ما تشعر بالإغماء؟	٩٣-
لا	نعم	هل أصبت بالإغماء أكثر من مرتين في حياتك؟	٩٤-
لا	نعم	هل تشعر بتخدير مستمر أو وخز في أي أجزاء جسمك؟	٩٥-
لا	نعم	هل سبق أن أصيب أحد أجزاء جسمك بالشلل؟	٩٦-
لا	نعم	هل سبق أن أصبت بضربه أفقدتك الوعي؟	٩٧-
لا	نعم	هل حدث لك ارتعاش أحيانا في الوجه أو الرأس أو الكتفين؟	٩٨-
لا	نعم	هل سبق أن حدث لك نوبة مرض أو تشنج (صرع)؟	٩٩-
لا	نعم	هل حدث نوبة مرض أو تشنج (صرع) لأحد أفراد عائلتك؟	١٠٠-
لا	نعم	هل تقرض (تعض) أظافرك بصورة ضارة؟	١٠١-
لا	نعم	هل تعاني من التأتأة أو اللعثة؟	١٠٢-
لا	نعم	هل تمشي أثناء النوم؟	١٠٣-
لا	نعم	هل تتبول في الفراش؟	١٠٤-
لا	نعم	هل كنت تتبول في الفراش وعمرك من ٨ سنوات إلى ١٤ سنة؟	١٠٥
(٨)H			
لا	نعم	هل غالباً ما تكون أعضاؤك التناسلية بها ألم أو إتهاب؟	١٠٦-
لا	نعم	هل سبق أن وصف لك علاج لأعضائك التناسلية ؟	١٠٧-
لا	نعم	هل سبق أن أخبرك الطبيب بان عندك فتق؟	١٠٨-
لا	نعم	هل سبق أن كان تبولك مصحوباً بدم؟	١٠٩-
لا	نعم	هل لديك مشكلة عند بدء التبول ؟	١١٠-
لا	نعم	هل تعاني من مشكلات خاصة بقدرتك الجنسية؟	١١١-
لا	نعم	هل سبق أن كان لديك مشكلة خاصة بالجهاز التناسلي ؟	١١٢-
لا	نعم	هل سبق أن كان لديك حصوة في الكلية؟	١١٣-
لا	نعم	هل يجب عليك أن تنهض من نومك كل ليلة لتتبول؟	١١٤-
لا	نعم	هل عادة ما تتبول كثيراً أثناء النهار؟	١١٥-
لا	نعم	هل تعاني غالباً من حرقان شديد عندما تتبول؟	١١٦-
لا	نعم	هل أحيانا ما تفقد التحكم في المثانة؟	١١٧-
لا	نعم	هل سبق أن أنبأك الطبيب بأنك تعاني من مرض في الكلية أو المثانة؟	١١٨-
(٩)I			

لا	نعم	هل غالباً ما تحدث لك نوبات من الإجهاد الكامل أو التعب؟	١١٩-
لا	نعم	هل العمل ينهك (يجهد) قوتك كليا؟	١٢٠-
لا	نعم	هل عادة تحس بالتعب والإجهاد في الصباح؟	١٢١-
لا	نعم	هل يجهدك أي مجهود ولو كان ضئيلاً؟	١٢٢-
لا	نعم	هل يحدث أن تكون متعباً جداً ومنهمك لدرجة أنك لا تستطيع تناول الطعام؟	١٢٣-
لا	نعم	هل تعاني من إجهاد عصبي شديد؟	١٢٤-
لا	نعم	هل ينتشر الإجهاد العصبي بين أفراد عائلتك؟	١٢٥-
(١٠)J			
لا	نعم	هل كثيراً ما تكون مريضاً؟	١٢٦-
لا	نعم	هل كثيراً ما تلامز الفراش بسبب المرض ؟	١٢٧-
لا	نعم	هل أنت دائماً صحتك ضعيفة؟	١٢٨-
لا	نعم	هل تعتبر شخصاً دائم المرض؟	١٢٩-
لا	نعم	هل أنت شخص من عائلة يعاني معظم أفرادها من المرض؟	١٣٠-
لا	نعم	هل آلام الصداع الشديدة تجعل من المستحيل عليك القيام بعملك؟	١٣١-
لا	نعم	هل تقلق كثيراً وتكون منزعجاً بخصوص صحتك؟	١٣٢-
لا	نعم	هل أنت دائماً مريض وغير سعيد؟	١٣٣-
لا	نعم	هل ضعف الصحة يجعلك دائماً بائساً؟	١٣٤-
(١١)K			
لا	نعم	هل سبق أن أصبت بمرض الحمى القرمزية؟	١٣٥-
لا	نعم	هل أصبت في طفولتك بحمى روماتيزمية ، أو آلام شديدة او ارتعاشات في الأطراف؟	١٣٦-
لا	نعم	هل سبق ان حدث لك مرض الملاريا ؟	١٣٧-
لا	نعم	هل سبق علاجك من أنيميا حادة؟	١٣٨-
لا	نعم	هل سبق أن عولجت من مرض تناسلي ؟	١٣٩-
لا	نعم	هل سبق أن أصبت بمرض السكر؟	١٤٠-
لا	نعم	هل أخبرك الطبيب أن لديك إلتهاب بالغدة الدرقية (في عنقك)؟	١٤١-
لا	نعم	هل سبق أن عالجتك الطبيب من ورم أو سرطان؟	١٤٢-
لا	نعم	هل تعاني من أي مرض مزمن؟	١٤٣-
لا	نعم	هل وزنك اقل من المعدل؟	١٤٤-
لا	نعم	هل وزنك أزيد من المعدل؟	١٤٥-
لا	نعم	هل أخبرك الطبيب بوجود أوردة متضخمة في ساقيك؟ (دوالي الساقين).	١٤٦-
لا	نعم	هل سبق لك إجراء عملية خطيرة؟	١٤٧-

لا	نعم	هل سبق أن حدثت لك إصابة خطيرة؟	١٤٨-
لا	نعم	هل غالباً ما تحدث لك حوادث صغيرة أو إصابات ؟	١٤٩-
لا	نعم	هل سبق أن عانيت من مرض في الغدة الدرقية؟	١٥٠-
لا	نعم	هل تعاني من انخفاض في نسبة السكر في الدم (هيبوجسليكميا)؟	١٥١-
لا	نعم	هل سبق لك عمل اختبار نسبة السكر في الدم (الجلوكوز)؟	١٥٢-
(١٢)L			
لا	نعم	هل عادة ما تجد صعوبة كي تنام أو تستمر في النوم ؟	١٥٣
لا	نعم	هل تجد من المستحيل أخذ فترة راحة منتظمة كل يوم ؟	١٥٤
لا	نعم	هل تجد من المستحيل عمل تمارين رياضية منتظمة يوميا؟	١٥٥
لا	نعم	هل تدخن أكثر من عشرين سيجارة يوميا؟	١٥٦
لا	نعم	هل تتناول أكثر من تسعة فناجين من القهوة أو الشاي يوميا ؟	١٥٧
لا	نعم	هل تتناول عادة مشروبا كحوليا مرتين أو أكثر يوميا ؟	١٥٨
لا	نعم	هل سبق أن أجريت لك عملية نقل دم ؟	١٥٩
لا	نعم	هل سبق أخبارك أن لا تتبرع بدمك ؟	١٦٠
لا	نعم	هل سبق لك تعاطي المخدرات ؟	١٦١
لا	نعم	هل كثيرا ما تتعاطي أدوية بدون تشخيص من الطبيب؟	١٦٢
لا	نعم	هل سبق أن تعرضت تعرضا شديدا للإشعاع ؟	١٦٣
لا	نعم	هل تتعرض وتتعامل مع الكيمياءويات أثناء عملك ؟	١٦٤
لا	نعم	هل لك هوايات قد تؤثر في صحتك سلبا؟	١٦٥
لا	نعم	هل تفتني في منزلك حيوانات غير مألوفة (سلاحف ثعابين،قروود..الخ)	١٦٦
لا	نعم	هل سبق أصابتك بالمرض أثناء سفرك للخارج؟	١٦٧
لا	نعم	هل تستخدم حبوبا منومة ؟	١٦٨
لا	نعم	هل تستخدم الفيتامينات بانتظام؟	١٦٩
لا	نعم	هل تتناول حبوب الحديد بانتظام؟	١٧٠
لا	نعم	هل سبق لك أن احتجت إلي خدمات من يعالج العمود الفقري بتقويمه يدويا(بالتدليك)؟	١٧١
لا	نعم	هل تتناول بانتظام مهدئات ومسكنات ؟	١٧٢
(١٣)M			
لا	نعم	هل تعرق أو ترتعش كثيرا أثناء الامتحانات أو حين توجه إليك أسئلة ؟	١٧٣
لا	نعم	هل تحس بأنك عصبي ومهزوز عندما يقترب منك أحد رؤسائك؟	١٧٤
لا	نعم	هل تتلخبط في عملك عندما يراقبك أحد رؤسائك أثناء قيامك به؟	١٧٥

لا	نعم	هل تختلط عندك الأشياء تماما إذا كان عليك العمل بسرعة؟	١٧٦
لا	نعم	هل يجب أن تقوم بعمل الأشياء ببطء شديد حتى لا تقع في أخطاء؟	١٧٧
لا	نعم	هل تفهم الأوامر والتوجيهات بصورة خاطئة غالبا؟	١٧٨
لا	نعم	هل تخيفك الأماكن غير المألوفة أو الناس الأغرب؟	١٧٩
لا	نعم	هل تخاف حينما تكون وحيدا بلا أصدقاء حولك؟	١٨٠
لا	نعم	هل من الصعب عليك دائما أن تأخذ قرارك؟	١٨١
لا	نعم	هل تود أن يكون هناك أحد بجوارك ينصحك؟	١٨٢
لا	نعم	هل تعتبر نفسك شخصا يفتقر إلي الخبرة؟	١٨٣
لا	نعم	هل تتضايق من تناول الطعام في أي مكان غير منزلك؟	١٨٤
(١٤)N			
لا	نعم	هل تشعر بالعزلة والحزن أثناء تواجدك في أحدي الحفلات؟	١٨٥
لا	نعم	هل تشعر عادة بعدم السعادة والاكئاب؟	١٨٦
لا	نعم	هل غالبا ما تبكي؟	١٨٧
لا	نعم	هل أنت دائما مبتئس وحزين؟	١٨٨
لا	نعم	هل تبدو لك الحياة لا أمل فيها كليا؟	١٨٩
لا	نعم	هل غالبا ما تود أن تكون ميتا وبعيدا عن كل شيء؟	١٩٠
(١٥)O			
لا	نعم	هل تشعر بالقلق باستمرار؟	١٩١
لا	نعم	هل ينتشر القلق بين أفراد عائلتك؟	١٩٢
لا	نعم	هل تشعر بان أي أمر بسيط يثير أعصابك وينهكك؟	١٩٣
لا	نعم	هل تعتبر شخصا عصيبا؟	١٩٤
لا	نعم	هل العصبية من صفات أفراد عائلتك؟	١٩٥
لا	نعم	هل سبق أن أصبت بانهييار عصبي؟	١٩٦
لا	نعم	هل سبق أن أصيب أحد أفراد عائلتك بانهييار عصبي؟	١٩٧
لا	نعم	هل سبق أن كنت تعالج بإحدى المستشفيات النفسية؟	١٩٨
لا	نعم	هل سبق علاج أحد أفراد أسرتك في إحدى المستشفيات النفسية؟	١٩٩
(١٦)P			
لا	نعم	هل أنت حساس أو خجول جدا؟	٢٠٠
لا	نعم	هل أنت من عائلة خجولة أو حساسة؟	٢٠١
لا	نعم	هل من السهل إيذاء شعورك؟	٢٠٢
لا	نعم	هل يثيرك النقد دائما؟	٢٠٣
لا	نعم	هل تعتبر شخصا سريع الغضب؟	٢٠٤
لا	نعم	هل دائما يسيء الناس فهمك؟	٢٠٥

(١٧)Q			
لا	نعم	هل تحترس دائماً حتى ولو كنت مع أصدقائك؟	٢٠٦
لا	نعم	هل تفعل الأشياء دائماً باندفاع مفاجئ؟	٢٠٧
لا	نعم	هل من السهل إزعاجك أو إثارتك؟	٢٠٨
لا	نعم	هل تنهار إذا لم تحافظ باستمرار على التحكم في نفسك؟	٢٠٩
لا	نعم	هل المضايقات الصغيرة تثير أعصابك وتجعلك غاضباً؟	٢١٠
لا	نعم	هل يثير غضبك أن تجد من يخبرك بما عليك أن تفعله؟	٢١١
لا	نعم	هل غالباً ما يضايقك الناس أو يثيرونك؟	٢١٢
لا	نعم	هل تقع في الغضب إذا لم تستطع الحصول على ما تطلبه فوراً؟	٢١٣
لا	نعم	هل غالباً ما يصيبك هياج عنيف؟	٢١٤
(١٨)R			
لا	نعم	هل غالباً ما تهتز أو ترتعش؟	٢١٥
لا	نعم	هل تكون دائماً تائراً وشديداً العصبية؟	٢١٦
لا	نعم	هل تجعلك الأصوات المفاجئة ترتجف بشدة؟	٢١٧
لا	نعم	هل ترتعش أو تشعر بالضعف حينما يصبح احد ما في وجهك؟	٢١٨
لا	نعم	هل تخاف من الحركات المفاجئة أو الضوضاء أثناء الليل؟	٢١٩
لا	نعم	هل غالباً ما تصحو من نومك بسبب الأحلام المزعجة؟	٢٢٠
لا	نعم	هل تعاودك الأفكار المخيفة دائماً؟	٢٢١
لا	نعم	هل غالباً ما يعتريك خوف مفاجئ بدون سبب معقول؟	٢٢٢
لا	نعم	هل غالباً ما يتصبب العرق من جسمك؟	٢٢٣

ملحق رقم (٤)

أداة الدراسة

مقياس تقدير الذات

يقوم الباحث بالإعداد لدراسة موضوعها فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات النفسية الجسمية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين، وذلك كجزء من متطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الفلسفة تخصص إرشاد نفسي .

ويعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي توضح الكيفية التي ترى بها نفسك، ويوجد أمام كل عبارة سبعة اختيارات هي: أبداً، نادراً جداً، قليلاً جداً، أحياناً، مرات كثيرة، معظم الوقت، كل الوقت. المطلوب منك :

١. أن تقرأي كل عبارة بدقة ثم تبدي رأيك بوضع علامة (√) أسفل الاختيار الذي ينطبق عليك .
٢. أن تكون إجابتك على كل عبارة من واقع خبرتك الشخصية أو شعورك بنفسك.
٣. التأكد من قراءة كل عبارة جيداً قبل أن تختاري الإجابة التي تنطبق عليك.
٤. لا تتركي عبارة دون الإجابة عليها .

لا حظي انه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تعد صحيحة - فقط - طالما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذي تحمله العبارة ، ومما يجب التأكيد عليه أن البيانات التي يتم الحصول عليها من استجابتك على العبارات المكونة للمقياس تحاط بالسرية التامة ، ولا تستخدم في غير أغراض البحث العلمي .

بيانات شخصية :

الاسم : _____ . رقم الهاتف : _____ .

الحالة الاجتماعية : متزوجة _____ . عزباء _____ .

العمر : _____ .

ولكن شكري وتقديري

الباحث : موسى نجيب

الرقم	العبارة	أبداً	نادراً جداً	قليلاً جداً	أحياناً	مرات كثيرة	معظم الوقت	كل الوقت
١	أشعر أن الآخرين لن يحبوني لو أدركوا أو عرفوا حقيقتي.							
٢	أشعر أن الآخرين قادرين على التفاعل أو التواصل مع غيرهم بشكل أفضل مني.							
٣	أشعر أنني شخص محبوب.							
٤	عندما أكون مع الآخرين، أشعر أنهم سعداء بوجودي بينهم.							
٥	أشعر أن الآخرين يرغبون في الحديث معي.							

						٦	أشعر أنني شخص كفاء (متميز) للغاية.
						٧	أعتقد أنني أترك انطباعاً جيداً لدى الآخرين.
						٨	أشعر أنني في حاجة إلى المزيد من الثقة بالنفس.
						٩	عندما أكون مع الأعراب اشعر بالتوتر الشديد.
						١٠	أشعر أنني شخص ممل .
						١١	أشعر أنني شخص غير محبوب.
						١٢	أشعر أن الآخرين يستمتعون بحياتهم أكثر مني.
						١٣	أشعر أنني أسبب الملل للآخرين .
						١٤	أعتقد أن أصدقائي يرون أنني شخص مرح.
						١٥	أشعر أن لدي إحساساً عالياً بالدعابة أو الفكاهة.
						١٦	أكون شديد الانتباه عندما أكون مع الآخرين.
						١٧	لو أنني مثل الآخرين لكنت حياتي أفضل من ذلك بكثير.
						١٨	أشعر أن الآخرين يقضون وقتاً طيباً عندما يكونون بصحبتني.
						١٩	أشعر أنني شخص غير مرغوب فيه عندما أتفاعل مع الآخرين.
						٢٠	أشعر أنني أعاني من ضغوط نفسية أكثر من الآخرين.
						٢١	أشعر أنني شخص لطيف.
						٢٢	أشعر أن الآخرين يحبوني كثيراً.
						٢٣	أشعر أنني شخص مقبول من الآخرين.
						٢٤	أخشى- أن أشعر بالضعف عند مواجهة الآخرين.
						٢٥	أصدقائي يقدروني جيداً.

الملحق رقم (٥)
اسماء المحكمين لمقياس تقدير الذات

اسم المؤسسة	الاسم
جامعة القدس.	١. أ.د. احمد فهيم جبر .
جامعة النجاح.	٢. أ.د. عبد عساف .
جامعة القدس.	٣. د. عفيف زيدان.
جامعة القدس .	٤. د. محسن عدس .
جامعة القدس .	٥. د. نجاح مناصرة
جامعة الخليل .	٦. د. كامل كتلو .

الملحق رقم (٦)

فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات النفسية الجسمية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين

إعداد:

موسى نجيب

إشراف :

أ.د. محمد خالد الطحان

البرنامج الإرشاد الجمعي:

اعتمد الباحث في بناءه للبرنامج على الأدب المتعلق بالنظرية الإنسانية، حتى يتمكن من مساعدة المسترشدات ودعمهن في رفع تقديرهن لذاتهن، وزيادة الثقة بأنفسهن، من خلال تعبيرهن عن ذواتهن، من مشاعر وانفعالات سلبية لديهن، والتي تبين من خلال ما تعرضه من الأدبيات والدراسات العلمية مدى علاقة الضغوط النفسية والانفعالات والمشاعر السلبية والتقدير المتدني للذات بالأعراض السيكوسوماتية. ومن هنا يهدف البرنامج الإرشادي إلى خفض الأعراض السيكوسوماتية ورفع تقدير الذات لدى المسترشدات.

الجلسة الأولى

الأهداف:

١. أن يتم التعارف بين أفراد المجموعة الإرشادية فيما بينهم وكذلك المرشدة.
٢. أن يتم تعرف الأفراد على الهدف من البرنامج الإرشادي وأهميته بالنسبة لهم.
٣. أن يتم وضع الاتفاقية بين المرشدة والمسترشدات.

الإجراءات والأنشطة:

١. تعرف المسترشدات على بعضهن البعض ، وعلى المرشدة. وذلك من خلال فعاليات كسر جليد.
٢. توضيح الأهداف الخاصة بالبرنامج من قبل المرشدة.
٣. التأكيد على أهمية السرية التامة في كل جلسة من الجلسات الإرشادية.
٤. التعرف على توقعاتهن وتوقعات المرشدة .
٥. تحديد وقت بدء البرنامج وانتهائه مع تحديد أيام اللقاءات الأسبوعية التي تناسب المجموعات.
٦. توقيع الأفراد على الاتفاقية والتي تستند على الالتزام بالحضور والالتزام بالواجبات المنزلية المطلوبة منهن.

التنفيذ ودور المرشد والمرشدة :

● فعالية كسر جليد:

● المواد المستخدمة :

شمع حجم كبير وصغير، جهاز عرض، أقلام حبر، أوراق (A4). سيتم تنفيذ فعالية نور اسمك، وذلك بوضع شمعة كبيرة مضاءة في وسط الدائرة، وتقوم إحدى المرشديات بأخذ شمعة صغيرة وإضاءتها من الشمعة الكبيرة، وتبدأ بالتعريف عن نفسها(لا يتم التزام الشخص بترتيب معين للتعريف، ويعرف عن نفسه حسب ما يشاء).

وبعد ذلك يتم وضع الشمعة الصغيرة بجانب الشمعة الكبيرة، وهكذا دواليك. ومن ثم يعرف المرشد والمرشدة عن أنفسهم بنفس الطريقة التي تمت مع المشاركين.

ومن ثم توضيح الأهداف الخاصة في البرنامج الإرشادي، وماهية الإرشاد الجماعي لكل فرد في المجموعة. وبعد ذلك يتم مناقشة توقعات المرشديات من اللقاءات والبرنامج الإرشادي. ويتحدث كل من المرشد والمرشدة عن توقعاتهما من المشاركات في البرنامج من حيث الالتزام بالبرنامج، والوقت. ومن ثم يتم توقيع الاتفاقية من قبل المرشديات في المجموعة، بعد أن يتم مناقشتها معهن.

الجلسة الثانية

الأهداف:

١. أن يتم كسر الجليد بين أفراد المجموعة والتعرف أكثر على بعضهن .
٢. أن يتم مساعدتهن على التعبير عن مشاعرهن وأفكارهن.
٣. أن يتم تعرف المرشديات على مشاعرهن تجاه المواقف الحياتية.

الإجراءات والأنشطة:

١. يتم توضيح الهدف من اللقاء وما يتخلله من فعاليات.
٢. أن يتعرفن على الفعاليات الأولى والثانية وآلية سيرهما.
٣. أن يتم أخذ استراحة بين الفعالية الأولى والفعالية الثانية.
٤. أن يتم إعطائهن الواجب المنزلي.
٥. عمل تلخيص للجلسة من قبل المرشديات والمرشدة.
٦. تقييم وإنهاء من قبل المرشديات والمرشدة.

التنفيذ ودور المرشد/ة:

فعالية (١) أوراق ذاتية مبعثرة عددها (٢٢) ورقة.

تقوم كل مرشدة بسحب ورقة من عدة أوراق مبعثرة، دون معرفتها على ماذا تحتوي هذه الأوراق. وهذه الأوراق تحتوي على أفكار ومشاعر و مواقف حياتية، تعبر عن الجانب الذاتي لكل شخص، والذي كثيراً لا نعطيه أهمية في حياتنا، أو أننا لا نُعيرها اهتماما. وهي:

زوجي يعتقد أنني...، تحدثي عن إنسان تحترمينه بشكل خاص، شاركي المجموعة بأكثر موقف مررت به، سجلي ما تشائين اختاري سؤالاً وأجيب عليه، قيمة تؤمنين بها، أي يعتقد أنني...، شاركي المجموعة بالقيم التي تؤمنين بها، لو أتاحت لك الفرصة لتكويني أي شخص آخر في العالم، من تختارين؟، تحدثي عن تجربة سعيدة في حياتك، لو أتحت لك الفرصة لتعيشي في مكان آخر في العالم، أي مكان تختارين؟، أكثر من أي شيء، أرغب أن...، لو أتحت لك الفرصة لتعيشي- سنة واحدة كما ترغبين، كيف تعيشين هذه السنة، وماذا تغيرين؟، ماذا يعني لك الوقت؟، ماذا يعني لك التفاؤل؟، كيف تودين أن ترين نفسك بعد عشر- سنوات؟، تحدثي عن إنجازاً أنت فخورة به، من أنت؟، سجلي حلماً من أحلامك المستقبلية، ما هي أحب صفة لديك؟، شاركي المجموعة بأمنية تحلمين بتحقيقها، عندما أغضب فأنا...، ماهي الصفات التي تحبينها في نفسك؟.

وعندما يتم الاختيار تقرأ الورقة التي تم اختيارها أمام المسترشدات، وتجب على ما تحتوي عليها الورقة، ويتم عمل تدخل من قبل المرشدة وذلك بهدف عكس المشاعر والمحتوى. وهكذا دواليك. وقت الاستراحة.

اسم الفعالية رقم (٢) السيرة الذاتية :

المواد المستخدمة :

ورق A3، ألوان مائية، أقلام رصاص.

١. يطلب من المسترشدات أن يرسمن سيرتهن الذاتية منذ الطفولة إلى الآن، قد تكون الرسم مقسمة إلى مراحل أو لوحة متكاملة أو التعبير عن السيرة الذاتية برمز.

٢. تعود المجموعة للجلوس مشكّلة دائرة مغلقة حيث تقوم كل مسترشدة بعرض لوحتها والحديث عن سيرتها الذاتية.

وبعد ذلك يتم رجوع المجموعة للجلوس بشكل دائري، وكل مسترشدة تتحدث عن سيرتها الذاتية من خلال الرسم، ويتم عمل المداخلات من قبل المرشدة.

يتم التلخيص من قبل المرشدة، والتأكيد على النقاط الإيجابية التي تم تناولها أثناء الفعاليات، ومن ثم يتم عمل التقييم من قبل المسترشدات والمرشدة لهذا اللقاء.

الجلسة الثالثة

الأهداف :

١. أن يتم مساعدة المسترشدات بالتعرف على مشاعرهن.
٢. أن يتم مساعدة المسترشدات، على كيفية توظيف المشاعر في التعبير عن المواقف الحياتية.
٣. أن تتعرف المسترشدات على مفهوم الذات، تقبل الذات، تقدير الذات.

الإجراءات والأنشطة:

١. التعرف على المشاعر وماهيتها في حياتنا، من خلال التعبير عنها، ومدى تأثير المشاعر على صحتنا النفسية السلبية منها والإيجابية .
 ٢. التعرف على مفهوم الذات وتوضيحها.
- اسم الفعالية: رقم (١) قائمة المشاعر:
المواد المستخدمة:
مرآة.

التنفيذ ودور المرشد/ة:

تم توزيع قائمة تحتوي على المشاعر التالية: (تقبل، طموح، تنافس، حزم، غضب، خجل، ملل، أمل، تردد، حقد، انزعاج، إحباط، هجوم، غيرة، تعاون، جرأة، استقلالية، عدم استقلالية، تعلق، طاقة، حسد، سعادة، فرح ، سرور، قرف، اشمئزاز، مودة، أذى، الشعور بالدونية، الشعور بالفوقية، التعالي، الشعور بالرفض، الغرور، عجز، اهتمام، استرخاء، استياء، امتعاض، مسؤولية، الشعور بالأمان الشعور بالتقدير، عدم التقدير، الشعور بالنجاح، الشعور بالفشل، جاذبية، عدم انجذاب، عدم جذب ، التعب، انسجام، عدم انسجام، محبوب، غير محبوب، خيبة أمل ، بلبلة ، حيرة ، ارتباك ، استغراب ، ثقة ، ارتياح ، هبوط معنويات ، تشوش ، حب استطلاع ، حذر ثبات ، عدم ثبات، وحدة ، تعاسة ، أسي ، ألم ، ضعف ، قوة ، عصبية ، تفاؤل ، تشاؤم ، ندم ، إهانة، اكتفاء ، شك ، صدمة ، استهتار ، إساءة ، ميل إلى الانطواء ، عدم الأمان ، تعاطف، مفاجأة ، فراغ ، انهيار ، إحراج ، منبوذ، لا كرامة ، محبة ، ظلم، حرية، حماس) .

ومن ثم بيان أهمية المشاعر والتعبير عنها في حياة الفرد، وبعد ذلك طلب من المسترشدات أن كل واحدة تختار خمسة مشاعر من القائمة تعبر عن مواقف كانت تشعر فيها بالغضب على سبيل المثال، وهذا التمرين يساعد المتسرشدة على أخذ الدعم النفسي والاجتماعي من أفراد المجموعة ، على أن يكون الدعم إيجابياً، ومع بيان أن وصفنا لمشاعرنا أمام الآخرين يساعد على فهمنا وتقبلنا من الآخرين.

اسم الفعالية رقم (٢) المرآة .

تمسك كل مسترشدة مرآة بيدها وترى نفسها، وتبدأ بالحديث عن ذاتها. ذاكرة الصفات الإيجابية والسلبية. ويتم عمل انعكاس المحتوى والمشاعر من قبل المرشد/ة. ومن ثم تبدأ الأخرى بالحديث عن ذاتها من خلال المرآة.

ومن ثم يتم توضيح مفهوم الذات من خلال العصف الذهني، وماذا نعني بها. ومن ثم يتم النقاش والحوار حول مفهوم الذات، وكيف يتم تقبل ذاتنا وتقديرها تقديراً إيجابياً. ويتم ربط فعالية قائمة المشاعر وفعالية المرآة بمفهوم الذات.

الجلسة الرابعة

الأهداف :

١. تحديد كيف تشعر المسترشدة تجاه بعض الأمور في حياتها.
 ٢. التدرب على مهارة كشف الذات.
 ٣. إظهار المشاعر تجاه الآخرين الذين اختاروا أسلوب حياة تختلف عن حياتها.
- الإجراءات والأنشطة:

١. تنفيذ فعالية رقم (١) كيف أرى نفسي.
 ٢. تنفيذ فعالية رقم (٢) الدكان السحري.
- اسم الفعالية رقم (١) كيف أرى نفسي.
دور وتنفيذ المرشدة/ة:

هناك بعض الأسئلة الموجودة على الحائط، يطلب من كل مسترشدة أن تختار الجمل أو الكلمات التي تتوافق مع الكلمات الموجودة على الحائط. من المهم جداً أن يكن صريحات مع ذواتهن بقدر الاستطاعة، و فقط يتم اختيار جملة أو كلمة واحدة مع مدى تلاؤمها مع المسترشدة. ومن ثم يتم النقاش والحوار حول الجمل الأخرى وما هي افتراضاتنا عن الآخرين بالنسبة للجمل الثانية التي تم اختيارها من قبل المسترشدات.

الجمل التي تم وضعها الأوراق:

بالنسبة لمظهري العام أشعربأنني راضية و.....

هدفي الرئيسي في الوقت الحالي هو

عندما أقابل أي شخص لأول مرة الشيء الأول الذي ألاحظه هو:

بشكل عام أشعر:.....

بالنسبة للآخرين من جنسي أشعر:.....

اسم الفعالية رقم (٢) الدكان السحري:

يفترض/ تفترض المرشدة/ة، وجود دكان سحري يمكن أن نشترى منه صفات إنسانية يتم دعوة المسترشدات إلى الدكان وكل واحدة على حدا، وتدخل البائعة في حوار مع المشتري حول نوعية الصفة التي تريد شراءها، موضحة لها صفاتها. علماً أن النقود غير مقبولة في هذا الدكان، وبدلاً منها تطلب البائعة من المشتري أن تبادلها بصفة تريد التخلي عنها، وتقوم البائعة بمحاورة المشتري حول الصفة، وماهيتها، ولماذا تريد المشتري أن تبادلها أو تبادل جزءاً منها بصفة أخرى.(مسترشدة تأخذ دور البائعة، ومسترشدة أخرى تأخذ دور المشتري).

مثال على ذلك:

المشتري: من فضلك! هل هذا هو الدكان السحري الذي أخبروني عنه؟

البائعة: نعم لقد وصلت إليه، هل تبحثين عن شيء معين؟

المشتري: أريد أن أشتري سعادة.

البائعة: حقاً؟ لدينا الكثير منها، ولكن عليك أن تخبريني أي نوع من السعادة تريدين؟
المشترية: أريد سعادة تجعل الحياة جميلة، وتجعل الناس يفهموني ولا يتجاهلونني.
البائعة: أعتقد أن لدي ما تريدينه بالضبط، انتظري لحظة، سوف أبحث عنها في الصناديق، هذا هو لقد
وجدتها، ولكن انتظري قبل أن تأخذها عليك أن تعطيني بالمقابل شيئاً لا تريدينه.
المشترية: هل تقبلي خوفي؟
البائعة: طبعاً، ولكن أخبريني، أي نوع من الخوف تريدين أن تعطيني؟
وهكذا تستمر المناقشة ويتبادلن المسترشدات الأدوار.

الجلسة الخامسة

الأهداف:

١. التعرف على مفهوم الخصوصية.
٢. التعرف على الحدود الشخصية وتحديد مفاهيم محسوسة.
٣. التعرف على كيفية التصرف مع الأشخاص المحيطين بنا حسب درجة ثقتنا بهم.
٤. تقدير الذات والاعتزاز بالخصوصية الفردية.

الإجراءات:

١. توضيح الهدف من اللقاء لجلسة اليوم.
٢. توضيح آلية سير الفعالية .
- اسم الفعالية-الدوائر الاجتماعية:
- المواد المستخدمة:
- دوائر مرسومة على أوراق كبيرة، تحتوي على مساحة كبيرة، أقلام ملونة.
- دور وتنفيذ المرشد/ة:
- كل مسترشدة تعيش في دائرة صغيرة، تحيطها دوائر أخرى يقف فيها الأشخاص المحيطين بها بحسب القرابة وشدة العلاقة التي تربطها بهم، ووجود الأشخاص في الدوائر الصحيحة لها تعني وضوح في العلاقات، أما وجودهم في دوائر لا يجب أن يكونوا فيها تعني وجود وضع غير صحي ويجب معالجته.

بعد ذلك يوضح /توضح المرشد/ة ألوان الدوائر وهي كالتالي:

١. الدائرة البنفسجية (١) في هذه الدائرة يقف الشخص ذاته، هذه الدائرة تعني الخصوصية المطلقة، الفردية والاستقلالية.
٢. الدائرة الزرقاء: (٢) هذه الدائرة تحيط بالدائرة البنفسجية، وتحوي الأشخاص القريبين جداً لنا من الناحية الجسمية والعاطفية، مثل الأم، الأب، الزوج، الأولاد،... الخ. هذه الدائرة تسمى أيضاً بدائرة "الحضن" أي يستطيع الشخص الاقتراب جسماً وعاطفياً ويحضن الأشخاص الموجودين في الدائرة الثانية وبالعكس.
٣. الدائرة الخضراء: (٣) هذه الدائرة تحيط بالدائرة الزرقاء، وكلما بعدت عن الدائرة البنفسجية تخف العلاقة بين الشخص والأشخاص الآخرين الموجودين في هذه الدائرة كما في الدوائر الأكثر بعداً. ما يميز هذه الدائرة هي أن الشخص لا يستطيع الاقتراب جسماً وعاطفياً بنفس الوحدة التي يمكن أن تكون في الدائرة الزرقاء.
٤. الدائرة الصفراء: (٤) هذه الدائرة تحيط بالدائرة الخضراء، وهنا لا يتوقع قيام اتصال جسدي أو عاطفي مع الأشخاص في هذه الدائرة، وإنما تقتصر العلاقة على "المصافحة" فقط.
٥. الدائرة البرتقالية: (٥) هذه الدائرة تحيط بالدائرة الصفراء وهي تتميز بعدم وجود أي نوع من الاتصال الجسدي أو العاطفي. تسمى هذه الدائرة بدائرة "التلويح".

٦. الدائرة الحمراء: (٦) هذه الدائرة هي دائرة الغرباء والذين لا يوجد بيني وبينهم أي نوع من الاتصال، ولا يجب أن يكون بيني وبينهم أي شكل من أشكال الاتصال الجسدي، ومثال صاحب الدكان، سائق الحافلة.

يطلب من المسترشدات، تحديد الأشخاص الذين يرونهم مناسبين لكل دائرة من الدوائر، يستطيعون عمل ذلك بأنفسهم بعد أن تعطي دوراً لكل منهم، كما يستطيعون عمل ذلك ببطاقات مكتوب عليها أو صور تمثل أدوار اجتماعية مختلفة، أو كتابة أسماء الأشخاص في كل دائرة، وتتحدث المسترشدة عن مشاعرها تجاه هؤلاء الأشخاص، وما سبب وضعهم في هذه الدوائر.

الجلسة السادسة:

الأهداف:

١. التعرف على ردة فعل المسترشدات في ظل الأحداث الضاغطة.
 ٢. مساعدتهن على إظهار الميكانيزمات الدفاعية والقدرة على التكيف الموجودة لدى المسترشدات.
 ٣. مساعدتهن على الحصول على الدعم الذاتي ودعمهن للآخرين.
- الإجراءات والأنشطة :

١. تنفيذ فعالية رقم (١) كيس البطاطا.

٢. تنفيذ فعالية رقم (٢) إعادة التوازن .

اسم الفعالية رقم (١) كيس البطاطا .

دور المرشدة/ة في تنفيذ الفعاليات:

في البداية تم رواية قصة كيس البطاطا التي لها حكمة من منحنى نفسي، وبعد رواية القصة، تم استخدام أسلوب العصف الذهني للمسترشدات، عن الهدف من وراء القصة، وكيف ترى نفسها فيها، وهي كالتالي:

في إحدى المرات طلب الشيخ من كل واحد من تلاميذه ، أن يحضر معه كيسا من البلاستيك النظيف ، ثم طلب منهم ، أن يضعوا ثمرة من البطاطس في الكيس النظيف عن كل ذكرى مؤلمة في حياتهم اليومية لا يرغبون بان ينسوها ، وأن يكتبوا اسم الذكرى وتاريخها على ثمرة البطاطس. عملوا بوصية الشيخ وأصبح البعض منهم يحمل كيساً ثقیلاً جداً لكثرة ما يحمل في داخله من ذكرى مؤلمة ... وبعد ما يحمل من ذكرى وضع البطاطس في الكيس .

ثم طلب منهم أن يحملوا كيس البلاستيك بما أصبح فيه من ثمرات البطاطس معهم أينما ذهبوا لمدة أسبوع ، وأن يضعوه بجوار فراشهم في الليل ، وبجوارهم في معقد السيارة عند ركوبها ، وبجوارهم دائماً ... إن عبء حمل هذا الكيس طيلة الوقت أوضح أمامهم ، العبء الروحي الذي يحملونه لذكراهم المؤلمة ... وكيف أنهم يهتمون بها طول الوقت خشية نسيانها في أماكن قد تسبب لهم الحرج ... وطبيعي تدهورت حالة البطاطس وأصبح لها رائحة كريهة ، وهذا جعل حملها شيء غير لطيف ... فلم يمر وقت طويل حتى كان كل واحد منهم قد قرر أن التخلص من كيس البطاطس أهم من حمله في كل مكان يذهب إليه . وفي نهاية النقاش والحوار الذي دار بين أفراد المجموعة، تم توضيح المعنى الرمزي الذي تحمله القصة، حيث تعبر عن الثمن الذي ندفعه بسبب احتفاظنا بما يؤلمنا من خبرات سلبية ممرنا فيها الثقيلة. وعليه تم التأكيد على أهمية التعبير عن الانفعالات والمشاعر السلبية حتى لا تخزننا في أجسادنا وتكبت.

اسم الفعالية رقم (٢) إعادة التوازن:

المواد المستخدمة:

تحضير نموذج يحتوي على الأسئلة التالية:

تحتوي الورقة على عدة دوائر صغيرة، المنبثقة عن الدائرة الكبيرة.

كيف تكون ردة فعلك في ظل ظروف ضاغطة؟

دور وتنفيذ المرشدة :

يتم عرض ورقة (A4) تحتوي على عدة دوائر صغيرة تنبثق عن دائرة كبيرة، وتمثل هذه الدوائر الأحداث الضاغطة التي مرت فيها المسترشدة، وتحدد في الدائرة الكبيرة الحدث الضاغط الذي انبثقت عنه هذه الدوائر الصغيرة، ومن ثم تتحدث المسترشدة عن هذه الضغوط النفسية. ويتم نقاش الأساليب التي يتم استخدامها لمواجهة هذه الأحداث، وكيفية مواجهتها بطريقة إيجابية للتكيف معها. وهنا يتم ربط قصة كيس البطاطا بهذه الفعالية.

الجلسة السابعة:

الأهداف الخاصة:

١. أن يتم مساعدتهن على المشاركة من خلال الحديث عن الذكريات ومقارنة الخبرات.
 ٢. إنشاء جو جماعي لتسهيل عملية الدمج والتعامل مع ردود الفعل.
 ٣. استخدام ذكريات الماضي كأداة تعلم.
- اسم الفعالية رقم (١) أنا وخبرتي.

دور وتنفيذ المرشدة/ة:

يناقش/تناقش المرشدة/ة المسترشدات بنقاش، كيف أن خبرتنا (وذكرياتنا) الإيجابية تؤثر في شعورنا . يتم إدارة النقاش من قبل المرشدين، حول كيف يمكن أن تتخيلي حياة الإنسان كاستعراض...من حيث الحديث أو وصف مواقف سعيدة مفرحة فيها انطلاقة وحيوية، وتبدأ كل واحدة بوصف هذه المواقف، ويتم تشجيع المسترشدات أن يستفسروا من بعضهن عن هذه المواقف والذكريات، وكيف تؤثر على حياتهن.

اسم الفعالية رقم (٢) الاسترخاء:

الأهداف الخاصة :

١. أن يتمكن المسترشدات من التنفيس الانفعالي من خلال الكرة.
٢. أن يتمكن المسترشدات من مساعدة أنفسهن على خفض التوتر الجسدي .
٣. أن تتواصل المسترشدات مع أجسادهن من خلال الفعالية.

فاعلية الكرة :

دور الكرة تحديد موضع الألم في الجسد.

دور وتنفيذ المرشدة/ة:

يطلب من المسترشدات أن يقفن، ويغمضن أعينهن، وتتخيل كل واحدة منهن كرة باردة تستقر في معدتها، والكرة تتدحرج متجولة في يدك اليسرى محاولة التسرب من الأصابع دون فائدة، تعود محاولة الخروج عن طريق اليد اليمنى ثم تعود لتتجول في باقي أعضاء جسدك، باحثة عن طريق للخروج، تحرك للأسفل، وللحوض، والقدم اليمنى، والقدم اليسرى، والبطن، والصدر، والرأس. أثناء ذلك تبدأ حرارتها بالارتفاع إلى أن تصبح ساخنة جداً، تتجول في رأسك، لقد وصلت إلى حلقك، بسرعة وبقوة اقذف بها عن طريق فمك إلى الخارج مع صوت مرتفع حاد، وتتخلص معها من جميع الهواء الموجود داخل جسدك.

الجلسة الثامنة:

الأهداف:

١. كشف أو تعمير الخيال كأداة للمساعدة من أجل التعبير عن الذات.
٢. بناء جو داعم مريح يساعد في الكشف عن الذات.
٣. مساعدة المسترشذات على الارتباط بالواقع اليومي.
٤. مساعدة المسترشذات على التعرف على مشاعرهن المختلفة.
٥. مساعدة المسترشذات على تفريغ مشاعرهن بالكتابة.
٦. إعطائهن الفرصة للحديث عما يزعجهن.
٧. إعطاء المسترشذات الشرعية في الحديث عن مشاعرهن.

اسم الفعالية رقم (١) عجلة الحظ.

المواد المستخدمة:

ورقة (A4)، قلم حبر، قلم رصاص، بالإضافة إلى القبعة، ٥ أوراق صغير الحجم مرقمة من ١-٥.

دور وتنفيذ المرشد/ة:

يطلب من المسترشدة أن تتحدث عن كل خانة بعجلة الحظ مرسومة على ورق (A3) وتحتوي عجلة الحظ على (١). عجلة التواصل مع أفضل الأصدقاء، ٢. اكتساب مهارات جديدة في حياتي، ٣. أن يكون مشهور، الأشياء الجميلة التي أحتفظ بها في حياتي، ٤. حظي المستقبلي، ٥. أن يعيش على الأرض بشكل بربري). ويقوم/تقوم المرشد/ة بحمل الطاقية الموجودة فيها الأوراق من ١-٥ وتسحب كل مسترشدة ورقة. ويطلب من المسترشذات ملأمة الرقم مع الخانة الموجودة بالعجلة، ومن ثم الطلب منهم كتابة أو الرسم في هذه الخانة لتعبر عنها، وماذا تعني لها.

ومن ثم يطلب من كل مسترشدة أن تشارك المجموعة رسمتها وتفسير اختيارهم هذا، كما يطلب من بقية المسترشذات تعليق على النقاط الواضحة في اختيار كل مسترشدة في الرسمة أو الكتابة التي قامت بها، كل فرصة تقوم فيها المسترشذات بإعطاء الاقتراحات عن كيف أن بعض الخانات الموجودة بالدائرة يمكن تحقيقها أو انجازها.

فعالية رقم (٢) كيف أشعر

دور وتنفيذ المرشد/ة:

يقوم/تقوم المرشد/ة بتوزيع أوراق تحتوي جمل تبدأ بأحد المشاعر مع عبارة أشعر على المسترشذات، ويطلب منهن أن يكملوا الفراغات.

أشعر بالخوف

أشعر بالحزن

أشعر بالغضب

أشعر بالحنين

أشعر بالسعادة

أشعر الفرح

ويتم النقاش والحوار حول كيف شعرن عندما بدأن بكتابة مشاعرهن؟ وتوضيح أهمية فتح النقاش حول أهمية المشاعر في حياتنا.

الجلسة التاسعة

الأهداف الخاصة:

١. التعرف على معظم المشاكل العامة التي تعاني منها المسترشدات.
٢. تشجيع التعاطف من خلال المشاركة للمواقف السلبية لحياة الفرد.

اسم الفعالية: تنظيف المشاعر السلبية

المواد المستخدمة:

قلم رصاص، وحب، الألوان.

تنفيذ ودور المرشدة:

يقوم /تقوم المرشدة بالحديث أو الكلام عن الخيال، وأهميته في حياتنا اليومية، ثم يطلب منهن أن يتخيلن شخص يحمل مكنسة ويقوم بالتنظيف. موضحين أن هناك كثيرا من الأشخاص يرغبون بإزالة الخبرات السلبية من حياتهم والتخلص منها، لكن هناك ما يجعلهم لا يستطيعون ذلك، وعليه نطلب من المسترشدات في المجموعة بأن تكون عندهن القوة لمحي ونزع شيء سلبي من حياتهن، وذلك تعطى المواد لهن، لكي يتم كتابة أو رسم الخبرات السلبية، ويطلب منهن بأن يربطن مفهوم تكليس أو تنظيف أي شيء بالمكنسة، بالمشاعر السلبية التي تكون لديهن ويردن التخلص منها، وهنا بعد أن تتم الكتابة أو الرسم يقرن بالتفكير بالخبرات أو المواقف السلبية، وقد تكون هذه الخبرات موضوع، شخص، مكان، مشاعر أو ذكريات.

ومن ثم يتم النقاش والحوار، كيف تصف المسترشدات المواقف والمشاعر السلبية التي قمن بتكليسها، ويتم تشجيع المسترشدات بإعطاء اقتراحات بناءة عن الطرق المناسبة والأكثر فعالية للتكيف مع الخبرات المؤلمة، ومدى الإمكانية في تحويلها إلى الإيجابية.

الجلسة العاشرة:

الأهداف:

١. مساعدة المسترشدات في المجموعة على الكشف الذاتي لديهن.
٢. التعرف على أثر الخبرات الإيجابية بالحياة.
٣. التعبير عن احتياجات المسترشدات من خلال الخيال.
٤. مساعدتهن على الدعم التعاطفي.
٥. تقوية تماسك المجموعة من خلال الكشف الذاتي.

دور وتنفيذ المرشدة/ة:

اسم الفعالية رقم (١) ماذا تريدين؟

المواد المستخدمة:

قلم، ورق (A3)، الألوان.

يتم سؤال المسترشدات بوصف مدى أهمية الصور في حياة الإنسان، وعليه كل مسترشدة تتخيل أمامها صورة من الصور الخاصة بها، ويطلب منها رسم حدث أو خبرة تتذكرها من حياتها من خلال الصور. وبعد ذلك يتم مناقشة الصور التي تم رسمها من قبلهن وما هي المشاعر التي تنتابها عندما تشاهد هذه الصور/ة وإلى أي مدى تؤثر فيها هذه الذكرى أو الخبرة التي مرت فيها.

قد تتضمن الخبرات سلبية أو إيجابية، قد يكون هذا أسلوب لكسب التغيير في حياة كل فرد.

اسم الفعالية رقم (٢) ما أروعه لو....

المواد المستخدمة:

قلم رصاص، قلم حبر والألوان.

يتخلل النقاش والحوار طرح فكرة أنه بين والحين والآخر نحمل أفكار لأنفسنا.. كأن نقول ما أروعه لو أن ..؟ ويتم الربط من قبل المرشدة/ة هذه الفكرة بمفهوم أو بصورة الساحر الذي يستطيع أن يحول بعض الأمور في حياتنا من خلال السحر إلى الأفضل.

ويتم توزيع المادة على المسترشدات، ويطلب من المسترشدات طرح بعض الأمثلة أو الأشياء بحياتهن التي فكرن في لو أن تحقق لهن، قد يكون هذا الشيء من الماضي أو الحاضر. وتشارك كل مسترشدة بورقتها وتصف بعض الأمور بحياتها التي تمنى أن تغيرها، وتصف أيضاً الحل السحري، حتى تستطيع تحقيق أحلامها، وإذا لم تستطع على إيجاد الحل نطلب من المسترشدة أن تلبس طاقة الساحر إلى أحد أفراد المجموعة وتطلب منها مساعدتها ودعمها في إيجاد الحل السحري، بحيث يتم دعم المسترشدة في قدرتها على إحداث التغيير في إدراكها للأحداث وكيف تستطيع تحويل أحلامها لتصبح أهداف تسعى لتحقيقها.

الجلسة الحادية عشر:

الأهداف:

١. إبراز احترام مشاعر الآخرين كجزء من احترامنا لذاتنا.
 ٢. إبراز أهمية الحق في التعبير عن المشاعر بحرية ودون خوف.
 ٣. التعرف على الأساليب المختلفة في التعامل مع المشاعر.
 ٤. التعرف على تأثير المشاعر الموجودة لدى المسترشدين وانعكاساتها السلبية في حياتهم.
- اسم الفعالية: الحق في التعبير عن مشاعرنا بحرية.
المواد المستخدمة: بطاقات ملونة للكتابة عليها.

دور وتنفيذ المرشد/ة:

يقوم/تقوم المرشد/ة بكتابة جمل تحتوي على مشاعر مختلفة وتحتاج إلى تعبئة الفراغ، كل واحدة على بطاقة، مثال على ذلك: أنا أشعر باليأس عندما... أشعر بالفرح عندما... بعد ذلك تطلب منهم أن قراءة ما كتبته، أمام الجميع وتقوم بتعبئة الفراغ. ويتم طرح نفس الجمل على المسترشدين ليعبروا عن مشاعرهم.

نقاط النقاش:

١. ماذا يعني لكم مفهوم الحق في التعبير ؟
٢. ماذا شعرن وهن يتحدثن عن مشاعرهن بهذه الصورة؟
٣. من منكن وجدت صعوبة في التعبير عن مشاعرها ؟
٤. كيف نستطيع التعبير عن مشاعرنا بدون أن نشعر بإحراج من الآخرين؟
٥. لمن تتوجهن للتعبير عن مشاعركن هذه؟ وما هي ردة فعلهم؟ وكيف تتعاملون معها؟ وكيف تؤثر عليكن في المستقبل؟

الجلسة الثانية عشر:

الأهداف:

١. أن تتعرف المسترشدات على بعض النقاط التي تؤدي بهن إلى الفشل في حياتهم.
 ٢. أن يتعرفن على مفاتيح النجاح في الحياة.
- اسم الفعالية مفاتيح النجاح في الحياة.
المواد المستخدمة:
شاشة عرض، أوراق، أقلام ملونة.

دور وتنفيذ المرشدة:

يسأل/تسأل المرشدة عن الأسباب التي تؤدي إلى عدم تحقيق أهدافنا في الحياة، ويتم ذلك من خلال طرح النقاش والحوار، ومن ثم يتم عرض مادة على (شاشة العرض) مفاتيح النجاح في الحياة وهي (الدوافع، الطاقة، المهارة، التطور، التصور، الفعل، التوقع، الالتزام، المرونة، الصبر، الانضباط). و تبين أن هناك بعض المشاعر والسلوكيات السلبية التي نقوم بها قد تسلب منا طاقتنا الجسدية، النفسية، الروحية مثل الملل، الخوف، الاجهاد، القلق، عدم الاستمرار والثبات حتى نستمر في تحقيق أهدافنا. وبعد انتهاء العرض يتم مناقشة ما تم عرضه عليهن، وأي مفتاح ينقصهن في حياتهن، وقد يكون أكثر من مفتاح، وكيف يؤثر سلباً على حياتهن، وبالتالي تحدد كل مسترشدة مدى احتياجها إلى بعض المفاتيح التي قد تكون مفتاح للكثير من المشاكل في حياتها كمفتاح المرونة في التفكير، التفكير الإيجابي، الاسترخاء، الدوافع الداخلي.

الجلسة الثالثة عشرة:

الأهداف:

١. أن تتمكن المسترشدات في مساعدة أنفسهن كيف يقلن لا .
٢. أن تتمكن المسترشدات من خلال لعب الأدوار تدريب أنفسهن على قول كلمة لا.

اسم الفعالية: كيف أقول لا

دور وتنفيذ المرشدة:

يطلب من المسترشدات أن يقمن بلعب الأدوار من حياتهن الخاصة، وعليهن أن يخترن المواضيع التي تناسبهن، وتوزيع الأدوار كما يرغبن، شرط أن تكون الأدوار تساعدن في كيفية قول كلمة لا، في المواقف الحياتية التي يعشنها، والتي من الصعب قولها، وكيف بمقدورهن أن يقمن بمساعدة أنفسهن من خلال الطرق التي تمكنهن من قول لا.

ومن ثم يتم النقاش والحوار، حول أهمية قول كلمة لا، إذا لم نرغب على عمل الشيء، أو نريد أن نعبر عن مشاعرنا بالطريقة التي نرغب بها لكن دون أن نؤذي أحد.

الجلسة الرابعة عشرة:

الأهداف:

١. مساعدتهن على التخلص من الأحداث والخبرات الأليمة والمشاعر المصاحبة لهن.
٢. مساعدتهن في التعرف على التأثيرات السلبية لهذه الأحداث في حياتهن.
٣. تزويدهن بمهارات وطرق تشعرهن بالسيطرة والتغيير في مجرى حياتهن.

اسم الفعالية: سلة المهملات .

المواد المستخدمة:

ورق (A3)، قلم رصاص، ألوان.

دور وتنفيذ المرشد/ة:

يتم توزيع ورق (A3) إليهن، مع مجموعة من الألوان يطلب الكتابة على كل ورقة حدث أو مشاعر يردن التخلص منها ورميها في سلة المهملات ومن ثم الحديث عن هذه المهملات وعن المشاعر المصاحبة لها والأسباب التي دفعتها للتخلص منها.

ويتم نقاش المسترشدات- ما هي الأشياء التي تودين التخلص منها ورميها في سلة المهملات؟ ما هي المشاعر المصاحبة لهذه النفايات؟ ما هو المطلوب من أجل التخلص من هذه النفايات؟

كيف نستطيع بناء قوة تساعدنا في التخلص من هذه المهملات ؟

ما هو الدعم الخارجي ومن من نريده، للتخلص من هذه المهملات؟

ما هي الطرق والأساليب التي ستستخدمنها في حال تكرار هذه الأحداث والمشاعر السلبية في حياتكن؟

وبعد ذلك يطلب من كل مسترشدة أن تفكر في هذه المهملات جيداً من خلال الصمت، وأنها مستعدة الآن بأن تقوم برمي هذه الأوراق في المهملات من خلال اتلافها.

الجلسة الخامسة عشرة:

الأهداف:

١. تعزيز تحمل المسؤولية كنهج أفضل للحياة.
٢. تعزيز مفهوم تحمل المسؤولية كقيمة هامة في حياتنا من المهم العمل فيها.
٣. تعزيز أهمية الإنجاز في العمل كأسلوب لتحقيق الذات.
٤. تعزيز الإنجاز وتحمل المسؤولية لجلب احترام وتقدير الآخرين.

اسم الفعالية : في تحمل المسؤولية معنى للحياة.

المواد المستخدمة:

أوراق كبيرة، أقلام عريضة.

دور وتنفيذ المرشد/ة:

يطلب منهن أن تكتب كل واحدة بموضوعية وصدق موقفاً من واقع الحياة اليومية والذي عند مراجعته الآن تشعر بأنه كان فيه تحمل للمسؤولية وأدى لنتائج إيجابية، أو موقفاً اتسم بالإهمال وأدى لعواقب سلبية سواء للنفس أو للآخرين، ومن ثم يتم عرض ما تم كتابته من قبل كل واحدة ومناقشتها فيه.

النقاش يدور حول النقاط التالية:

ليس من السهل عرض مواقف تقاعسنا فيها عن تحمل مسؤولية ما ، ولكن من الضروري مراجعة ما حدث حتى نتعلم من أخطائنا، ماذا شعرتن وأنتن تعرضن ما مر بكم من تجارب سلبية أو إيجابية ؟ وكيف تشعرن عندما تقومون بإنجاز مهمة ما وضعتموها على عاتقكم أو طلب منكم آخرين القيام بها؟ عند تحمل المسؤولية ينبغي تحديد المسؤول والا يترك الأمر غامضاً وإلا لن يتعلم أحد من أخطائه ولن يحاسب المسؤولون عن الإهمال وخاصة الذين تسببوا في ضرر الآخرين. ما هي المواقف التي مررتن بها ورأيتن بها إهمال ما، من أحد الأفراد أو المسئولين وتسبب في ضرر للآخرين. ما هي نتيجة الضرر وكيف تتصرفون إذا كانت لديكم السلطة لمحاسبة هذا الشخص؟ في حالة التسبب في ضرر نتيجة الإهمال، ما هي أنجع طرق التصرف التي بإمكانكم التفكير فيها، وهل تتصرفون بشكل فردي أم جماعي ؟ وكيف؟

الجلسة السادسة عشر:

الأهداف:

١. أن يتم عمل التغذية الراجعة من قبل المسترشدات والمرشد والمرشدة بالنسبة للقاءات.
٢. أن يتم التعرف على مدى تأثير البرنامج في خفض الأعراض السيكوسوماتية ورفع مستوى تقدير الذات لدى المسترشدات.

اسم الفعالية : بطاقات ملونة (كرتون A4).

المواد المستخدمة:

بطاقات ملونة، ألوان.

دور وتنفيذ المرشد والمرشدة:

يتم فتح الحوار والنقاش مع المسترشدات، حول نقاط القوة التي تم اكتسابها من خلال اللقاءات، وكيف كان شعورهن بالتمارين التي تم تنفيذها. وما هي النقاط التي يشعرن أنهن بحاجة للعمل مع عليها من نقاط ضعف.

ويتحدث كل من المرشد والمرشدة عن الجلسات الإرشادية، مع إعطاء تغذية راجعة لكل مسترشدة. ومن ثم يطلب من المسترشدات أن يكتبن أسمائهن على بطاقات ملونة، كل بطاقة تحمل اسم المسترشدة، وتقوم بتبادلها مع المسترشدات الباقيات، وكل مسترشدة تكتب جملة /كلمة إيجابية على كل ورقة من ورقات المسترشدات ..

ومن ثم يتم توزيع مقياس كورنل ومقياس تقدير الذات على المسترشدات.

ملحق رقم (٨)

أسماء المحكمين للبرنامج الارشادي

اسم المؤسسة	الاسم
جامعة عمان العربية .	١. أ.د. صالح الداھري .
جامعة عمان العربية .	٢. أ.د. نزيه حمدي .
جامعة القدس.	٣. د. نجاح مناصرة .
مركز تطور الطفل	٤. د. نادر شحادة
جامعة الخليل .	٥. د. كامل كتلو .