

# دراسات نفسية



دورية محكمة تصدر عن مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية- الجزائر

العدد الرابع عشر (14) مارس 2017

العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي للاضطرابات الزوجية

خته سمية وبلميهور كلثوم

تسيير الضغط النفسي لدى ممرضي مصلحة جراحة القلب

قلاتي لمياء وبلميهور كلثوم وسايل حدة وحيدة

خفض الضغط النفسي المدرك لدى أعوان فرقة التدخل الاستعجالي للحماية المدنية بتطبيق تقنية

التدريب على حل المشكلة الاجتماعية 2

أسيا بن شعبان وهناء شريقي

فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعتمد على تقنية حل المشكل في الخفض من الضغط

النفسي المدرك وقلق الموت لدى حالة مصابة بالحمل العنقودي

بومصباح إبتسام وشريقي هناء ومهمل أسيا

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من درجة اضطراب نقص الانتباه المصحوب

بفرط الحركة لدى الطفل المتمدرس

بوكريطة كوثر وهناء شريقي ولونيسي سعيدة

إسهامات علماء النفس العرب في التنظير في مجال العمليات المعرفية

بشير معمريّة

معتقد الموت لدى أربع فئات عمرية من الجنسين

بشير معمريّة

رئيس التحرير:

أ.د. كلثوم بلميحوب

belmihoubkeltoum@yahoo.fr

المراسلات باسم مدير مركز البصيرة

حي ماكودي 02 رقم 13 واد السمار - الجزائر

ها: 023.75.75.81

النقل: 05.60.18.59.00

البريد الإلكتروني:

info@albasseera.net

contact@albasseera.net

studies@albasseera.net

الموقع الإلكتروني:

www.albasseera.net

حقوق الطبع محفوظة

التوزيع



دار الخديجة للنشر والتوزيع  
05، شارع محمد مسعودي القبة الجزائر.

ها/فا: 021.68.86.48

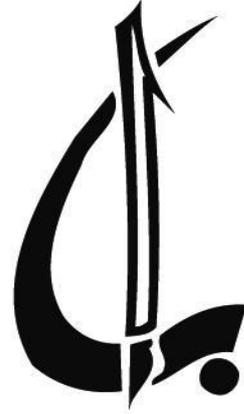
ها : 021.68.86.49

بسم الله الرحمن الرحيم

# دراسات نفسية

دورية فصلية محكمة تصدر عن:

مركز البصيرة



للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية

العدد الرابع عشر

14

مارس 2017

## دعوة للمشاركة بمقالات نفسية

5- أن يكون البحث مرفقا بالمراجع مدونة في نهاية البحث حسب أسلوب APA.  
6- تخضع الأبحاث المقدمة للتقييم من قبل الهيئة العلمية للدورية و يبلغ أصحابها بالقرار النهائي المتعلق بالقبول أو التعديل.

يرسل المقال على العنوان البريدي التالي:

belmihoubkeltoum@yahoo.fr

أ.د. كلتوم بلميهوب

ترحب دراسات نفسية وهي مجلة محكمة تصدر عن مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية بالجزائر، بإسهامات الباحثين في الموضوعات ذات الصلة بعلم النفس التي تراعي القواعد التالية:

1- أن يكون البحث غير منشور في مصادر أخرى.

2- التقيد بالأسلوب العلمي والمعالجة الموضوعية والإحاطة المنهجية مع ملخص باللغتين العربية والإنجليزية.

3- لا يقل حجم المقال عن 15 صفحة ولا يزيد عن 25.

4- أن يكتب المقال ببرنامج word.

الخط باللغة العربية حجم الخط 14

Arabic Transparent

آراء الباحثين لا تبصر بالضرورة عن وجهة نظر المركز

## المهبة العلمية

الجزائر	
أ.د. عبد القادر الأمير خياطي	جامعة الجزائر
د. زناد دليلة	جامعة الجزائر
د. لحرش محمد	جامعة الجزائر
أ. د. معمريّة بشير	جامعة باتنة
أ. د. ماحي إبراهيم	جامعة وهران
د. بوفولة بوخميس	جامعة عنابة
د. فقيه العيد	جامعة تلمسان
د. هدى كشرود	جامعة الجزائر
د. سايل حدة وحيدة	جامعة الجزائر 2
الوطن العربي	
أ. د. جمال تركي	تونس
أ. د. كشرود عمار	ليبيا
أ. د. أحرشوا الغالي	المغرب
أ. د. عمر هارون الخليفة	السودان
أ. د. أحمد جمال أبو العزائم	مصر
أ. د. فاضل شاكر الساعدي	العراق
أ. د. سامر رضوان	سوريا
أ. د. عشوي مصطفى	السعودية
أ. د. عثمان يخلف	قطر
أ. د. محمد مقداد	البحرين



info@albasseera.net  
contact@albasseera.net  
studies@albasseera.net  
www.albasseera.net

### عنوان المراسلات

البريد الإلكتروني:

الموقع الإلكتروني:

## فهرسك محتويات

07	ا.د كلتوم بلميهورب	الافتتاحية: تطبيقات العلاج المعرفي السلوكي في الوسط العيادي الجزائري
09	خته سمية طالبة دكتوراه أ.د. بلميهورب كلتوم جامعة الجزائر 2	العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي للاضطرابات الزوجية: دراسة حالة عيادية
25	قلاتي لمياء طالبة دكتوراه أ.د. بلميهورب كلتوم د. سايل حدة وحيدة جامعة الجزائر 2	تسيير الضغط النفسي لدى ممرضين مصالحة جراحة القلب (دراسة حالة)
41	أسيا بن شعبان طالبة دكتوراه هناء د. شريفي جامعة الجزائر 2	خفض الضغط النفسي المدرك لدى أعوان فرقة التدخل الإستعجالي للحماية المدنية بتطبيق تقنية التدريب على حل المشكلة الاجتماعية 2
55	بومصباح إبتسام طالبة دكتوراه د. شريفي هناء د. مهمل اسيا جامعة الجزائر 2	فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعتمد على تقنية حل المشكل في الخفض من الضغط النفسي المدرك و قلق الموت لدى حالة مصابة بالحمل العنقودي
65	بوكريظة كوثر طالبة دكتوراه د.هناء شريفي د. لوئيس سعيدة د جامعة الجزائر 2	فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من درجة اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة لدى الطفل المتمدرس.
79	أ.د. بشير معمريه جامعة محمد الأمين دباغين - سطيف 2	إسهامات علماء النفس العرب في التنظير في مجال العمليات المعرفية - النموذج الرباعي للعمليات المعرفية لفؤاد أبو حطب نموذجا
93	أ.د. بشير معمريه جامعة محمد الأمين دباغين - سطيف 2	معتقد الموت لدى أربع فئات عمرية من الجنسين بحث نفسي ميداني في مجتمع مسلم



# كلمة التحرير

## تطبيقات العلاج المعرفي السلوكي في الوسط العيادي الجزائري

بقلم

رئيس التحرير

أ.د. كلتوم بلهيهوب

العيادي الجزائري من خلال اعمال الباحثين الجزائريين في الجامعة الجزائرية؟

اجابت الباحثة ختة سمية وأ.د. كلتوم بلهيهوب من جامعة الجزائر 2 في المقال الموسوم: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي للاضطرابات الزوجية: دراسة حالة عيادية، عن هذا السؤال بتأكيد فعالية هذا النموذج العلاجي في انقاذ اسرة من التفكك والانحلال.

وكذلك فعلت الباحثة قلتي لمياء و أ.د. بلهيهوب كلتوم ود. سائل حدة وحيدة من جامعة الجزائر 2 فقد بين من خلال المقال الموسوم: تسيير الضغط النفسي لدى ممرضي مصلحة جراحة القلب (دراسة حالة).فعالية تقنيات العلاج المعرفي في التخفيف من تأثير الصراعات في المحيط المهني على الصحة النفسية للعامل. وأيضا الباحثة أسيا بن شعبان ود. شريفي هناء من جامعة الجزائر 2 فقد بينتا من خلال المقال الموسوم: خفض الضغط النفسي المدرك لدى أعوان فرقة التدخل الاستعجالي للحماية المدنية بتطبيق تقنية التدريب على حل المشكلة الاجتماعية 2 ،فعالية تقنية حل المشكلة الاجتماعية لذورويلا .وباستخدام نفس التقنية بينت الباحثة بومصباح إبتسام ود. شريفي هناء ود. مهمل اسيا من جامعة الجزائر 2 من خلال المقال الموسوم : فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعتمد على تقنية حل المشكل في خفض من الضغط النفسي المدرك وقلق الموت لدى حالة مصابة بالحمل العنقودي.

نتناول في هذا العدد رقم 14 من دورية دراسات نفسية بعض النماذج عن تطبيقات العلاج المعرفي السلوكي في الوسط العيادي الجزائري، لما لهذه النظرية من أهمية فقد تحصل بيك صاحب النظرية المعرفية سنة 2005 على جائزة تعادل جائزة نوبل للعلوم الفيزيولوجية واعتبر من بين أفضل خمس شخصيات مؤثرة في أمريكا لما لنظريته من قيمة علمية وإكلينيكية، وقد اختبرت في عدة بحوث الى درجة ان بعضها اكد تساوي التدخل الطبي الكيميائي مع العلاج المعرفي السلوكي في علاج العديد من الاضطرابات النفسية، بل أن كوترو وزملاؤه (2004) ذهبوا في التقرير الذي رفعوه للمديرية العامة للصحة الفرنسية إلى أن هذا النوع من العلاج قد تفوق على العلاجات النفسية التقليدية خاصة العلاج التحليلي والعائلي والنظامي. من جهة اخرى يرى ارتير فريمان في مقدمته لكتاب سبيري حول العلاج المعرفي السلوكي للشخصيات المرضية للدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع (2002): ان العلاج المعرفي السلوكي ليس نمودجا احاديا ففي البداية كان يمثل أعمال اليس وبيك وميشيمبوم ولازاريس ، والآن هو يشمل أعمال هؤلاء الرواد و الجيل الثاني من تلاميذهم الذين تتلمذوا على أيديهم، ما يعرف بالموجة الثالثة في العلاج المعرفي السلوكي التي تعطي الأولوية للعلاقة العلاجية والتركيز على الانفعالات، فقد أصبح العلاج المعرفي السلوكي ساحة النقاء للمعالجين من مختلف الخلفيات النظرية من التحليل الديناميكي إلى السلوكية. فماهي النتائج التي يمكن ان يحققها هذا النوع من العلاج في الوسط

اما الباحثة بوكريطة كوثر ود.هناء شريفى ود. لونيس سعيدة من جامعة الجزائر2 فقد أكدن ما توصلت اليه الباحثات اللائى سبقنهن من خلال المقال الموسوم: فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من درجة اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة لدى الطفل المتمدرس.

اما الباحث أ.د. بشير معمريه من جامعة محمد الأمين دباغين . سطيف2 فقد بين من خلال مقاله الموسوم: إسهامات علماء النفس العرب في التنظير في مجال العمليات المعرفية -النموذج الرباعي للعمليات المعرفية لفؤاد أبو حطب نموذجاً.

أن هناك من العلماء العرب من أسهم في انتاج المعرفة ولم يكتف بنقلها وهذا ما نرجو أن يحتذى به.

كما تناول ايضا الباحث أ.د. بشير معمريه من جامعة محمد الأمين دباغين . سطيف2 في مقاله الموسوم: معتقد الموت لدى أربع فئات عمرية من الجنسين بحث نفسي ميداني في مجتمع مسلم.

عزيزي القارئ أمل أن تجد في هذا العدد ما يثير فضولك المعرفي و يشبع نهمك العلمي و يرقى بمستوى طموحك الى مستوى الاسهام في انتاج المعرفة .

# العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي للاضطرابات الزوجية: دراسة حالة عيادية

أختهم سمية طالبة دكتوراه-جامعة الجزائر2  
أ.د. بلميهوب كلتوم-جامعة الجزائر2

## ملخص الدراسة:

وما يمكن استنتاجه هو تحقق الفرضية العامة التي تنص على أن البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي المطبق فعال على الزوجات في الرفع من مستوى التوافق الزوجي.

## Abstract :

Because of the multiple pressures and problems facing the Algerian family economically, socially and psychologically, the family members are affected in a way or another especially the wife and the husband who are considered as the base of the family. As a result of the huge amount of members needs, it was a necessity to help and strength consent and consensus between couples. Through this standpoint, the principle aim of this dissertation becomes clearer; the extent to which the application of a rational therapeutic emotive program can be effective in raising the marital consensus and compatibility.

Aiming at achieving the study objectives, the researcher created a therapeutic program consisting of twelve (12) sessions of many techniques including (the rational dialogue, the reactionary externalization, solving problems, self-esteem and the religious assistance). The program application lasted for one month and a half on a wife suffering from continuous marital quarells and lack of rational thinking. The examination of the case was accomplished thanks to the experimental methodology using mesurment and re-mesurment of rational and irrational thoughts of

نظرا للكثير من الضغوط والمشكلات التي يتعرض لها الإنسان في مجتمعنا الجزائري والأسرة الجزائرية من جميع نواحي الحياة الاقتصادية والاجتماعية والنفسية مما أثر بشكل كبير على أفراد الأسرة وخاصة الزوج والزوجة اللذان هما العمود الفقري داخل الأسرة ونتيجة لكثرة متطلبات الحياة واحتياجات الأفراد، كان من الضروري أن نعمل على مساعدة الأزواج وتدعيم التوافق فيما بينهم ومن هنا يتضح الهدف الأساسي لهذه الدراسة الذي يتمثل في مدى فعالية تطبيق برنامج علاجي عقلاني انفعالي على الزوجات في الرفع من مستوى التوافق الزوجي، ولتحقيق هذا الهدف قامت الباحثة بإعداد برنامج علاجي يتكون من (12) جلسة تضم العديد من الفنيات منها: (الحوار العقلاني، التنفيس الانفعالي، حل المشكلات، توكيد الذات، المساندة الدينية) وقد استغرق تطبيق البرنامج شهرا ونصف.

وقد طبق البرنامج على حالة تتمثل في زوجة تعاني نزاعات زوجية مستمرة وسوء التوافق الزوجي، كما يميزها التفكير غير العقلاني.

تمت دراسة الحالة وفق المنهج التجريبي بأسلوب القياس وإعادة القياس باستخدام مقياس الأفكار العقلانية وغير العقلانية "الريحاني" ومقياس التوافق الزوجي لغراهام سبانيه وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

تحقق الفرضيتان الجزئيتان:

- وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأفكار العقلانية وغير العقلانية.
- وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس التوافق الزوجي

اضطراب في العلاقات الزوجية، مما يعطل نمو أفرادها نموا سليما وتؤثر في صحة أفرادها النفسية بسبب كثير من ضغوط الحياة الاقتصادية والاجتماعية والأفكار غير الصحيحة عن نموذج التفاعل بين الزوجين مما يؤدي إلى نشوء العديد من المشكلات التي يصعب حلها والتي غالبا ماتنتهي بالطلاق. (مرسي، 1995، ص 42)

وهذا ما أكدته الإحصائيات نجد في الدول العربية تزايدا كبيرا لحالات الطلاق، حيث تشير الإحصاءات إلى أن هناك زيادة مستمرة في نسب الطلاق بالنسبة لمعدلات الزواج، فنجد أن سنة 1976 كانت النسبة 14 %، ثم ارتفعت سنة 1996 إلى 28 % (عمر، 2000، ص 400-401) حيث نجد أن معدلات الطلاق في المجتمع المصري زادت في العشرين سنة الأخيرة إلى الضعف أما في المجتمع السعودي فقد سجلت أعلى نسبة في الطلاق سنة 1984 حيث بلغت 683 حالة. (شليبي، دون سنة، ص 7)

، أما في الجزائر فقد بينت دراسة ميدانية أجراها الديوان الوطني للإحصاء بالجزائر سنة 2002 أن نسبة الطلاق العامة في البلاد قد بلغت 4 %.(بلميهوب، مرجع سابق، ص 2)

فمعدل الطلاق في تزايد مستمر، فمن سنة 1994 إلى 2002 بلغ معدل الطلاق 24561 حالة سنوية والتي بلغت 2158 حالة طلاق سنة 1998 (إحصائيات وزارة العدل، 2004) وفي سنة 2015 بلغت عدد حالات الطلاق المسجلة لدى مصالح وزارة العدل 59 909 حالة. فمعدل الطلاق المعرف كحاصل قسمة عدد حالات الطلاق في السنة على عدد الزوجات لنفس السنة قد عرف ارتفاعاً لينتقل من 15,75 % إلى 16,23 % ما بين 2014 و 2015. (إحصائيات الديوان الوطني للإحصاء بالجزائر، 2015)

ولنقادي ذلك تنصب الجهود نحو تحقيق التوافق الزواجي كعملية مركبة لا يمكن الفصل بينها إلا من أجل الدراسة والبحث، فإدراك الزوجة لما تراه أو تسمعه من

ElRayhani besides the marital consensus and combatibility of Graham Spanyih.

The study ended with the realization of of the above hypothesis:

- 1- The existence of some differences between the pre-measurment and the post measurment on the rational and the irrational thoughts.
- 2- The existence of some differences between the pre- measurment and the post measurment on the marital consensus.

We can deduce from the study that the rational therapeutic emotive program is effective in raising the marital consensus.

#### مقدمة:

يبدو واضحا من نظرة سريعة عبر التاريخ أن الأسرة جماعة اجتماعية أساسية ودائمة ونظام اجتماعي رئيسي، وأكثر من ذلك فهي مصدر الأخلاق والدعامة الأولى لضبط السلوك، وهي الصورة المثلى للحياة المستقرة التي تلبى رغبات الإنسان وتفي بحاجاته وهي الوضع الفطري المناسب الذي ارتضاه الله سبحانه وتعالى لحياة البشر منذ فجر الخليقة.

وتنشأ الأسرة في المجتمعات الإسلامية بالزواج، الذي يعتبر الوسيلة المشروعة التي يقرها المجتمع في ضوء إطار عقائدي لتكوين الأسرة، فالزواج يهدف إلى تحقيق السكينة والمودة والرحمة، وفي ضوء ذلك يقول الله سبحانه وتعالى: "ومن آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجا لتسكنوا إليها وجعل بينكم مودة ورحمة" سورة الروم (21).

وتعد مشكلة النزاعات الزوجية إحدى المشكلات الأسرية التي تنشأ عادة نتيجة لوجود حالة من عدم الاتفاق القائم بين الزوجين، ولا يمكن عزل هذه المشكلة عن غيرها من المشكلات الأخرى وهي غالبا ما تؤدي إلى إحداث

المستوى التعليمي والاقتصادي للقرين، العلاقة بالأم والعلاقة بالأب ووظيفة القرين). وكذا أهمية العوامل السلوكية والعاطفية في تحقيق الاستقرار الزواجي (بلميهوب، 2006، ص 198-260).

ومن أجل تحقيق التوافق الزواجي فقد تطورت الخدمات المقدمة للأسرة تطوراً كبيراً في السنوات الأخيرة وأصبحت تكون شبكة متكاملة من البرامج الإرشادية والعلاجية لمختلف الأسر.

فقد قام محمود (2008) بدراسة عنوانها "فاعلية نموذج التركيز على المهام في التخفيف من حدة النزاعات الزوجية للمتزوجين حديثاً"، حيث أن هذا النموذج هو محاولة بلورة أحد النماذج العلمية الحديثة المطبقة في المجتمعات الغربية، مع ما جاء في كتاب الله عز وجل وسنة رسوله صلى الله عليه وسلم وذلك من خلال الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية العامة والخاصة، تكونت العينة من 10 حالات من المتزوجين حديثاً بمصر، توصلت نتائج الدراسة إلى أن الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية باستخدام نموذج التركيز على المهام فعالة في التخفيف من حدة النزاعات الزوجية للمتزوجين حديثاً (محمود، 2008، ص 353-358) كما قام القرني (2007) بتصميم برنامجاً علاجياً معرفياً سلوكياً بهدف التخفيف من مستوى الكدر الزواجي وقياس مدى فعاليته، حيث طبق البرنامج على عينة من الأزواج بلغت 40 فرداً من المتزوجين تضمن البرنامج 12 جلسة واستخدم فيه الباحث فنيات العلاج المعرفي السلوكي كالتمرين على تحديد الأفكار التلقائية، التدريب على التخيل وتمثيل الدور والتواصل وحل المشكلات بالإضافة إلى الواجبات المنزلية. حيث استخدم الباحث مقياس الكدر الزواجي وقائمة مراجعة الأعراض، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعال في التخفيف من مستوى الكدر الزواجي (القرني، 2007، ص 277-380).

كما كشفت دراسة بوكوم وآخرون 1998 أن إعادة البناء المعرفي فعال في تخفيف الكدر الزواجي وذكر Baucom أن معظم الأزواج المتكدرين الذين تلقوا علاجاً معرفياً

سلوكيات زوجها له معنى يتناسب وفق استيعابها له ومعرفتها به وعلاقتها بزوجها ومشاعرها نحوه وظنها وتفكيرها به. (مرسي، 2008، ص 151)

كما يرى بينجامين Benjamin (1994) ان الأزواج المتوترين يرون أن القرين قد يقوم ببعض السلوكيات الإيجابية كفعل غير مقصود (لم يقصد أن يسلك بإيجابية) وأن إيجابيته متدنية ونيته في السلوك السلبي متزايدة (benjamin et collegues, 1994)، ومن ناحية أخرى يعزو الأزواج المتوترون السلوكيات السلبية للقرين كميزة نزوعية دائمة، ويرون أنها سمة ثابتة مع الوقت وتأثيرها شامل في مختلف العلاقات الزوجية، فالتقليل من أهمية السلوكيات الإيجابية والتركيز على السلوكيات السلبية يعد نمطاً من أنماط العزو المعزز للتوتر الزواجي وهذا ما يحول دون تحقيق التوافق الزواجي. (مدحت، 2003، ص 85)

والاستقرار الزواجي لا يتأتى من تلقاء نفسه ولكن تتحكم فيه عدة عوامل تتفاعل فيما بينها لتحديد الرضا والسعادة والتوافق بين الزوجين. (قاصب، 2011، ص 17)

وهذا ما أثبتته دراسة "بلميهوب" (2006)، حيث تناولت الدراسة العوامل المساهمة في تحقيق الاستقرار الزواجي، حيث تكونت عينة البحث من 400 فرد من المتزوجين، 180 ذكر و220 أنثى تتراوح أعمارهم بين 18 و66 سنة وتتراوح مدة الزواج ما بين عام إلى 43 سنة وقد تم استخدام المقاييس: (التوافق، الرضا، الاتصال، التوقع والسعادة الزوجية). توصلت نتائج البحث إلى وجود ثلاث مجموعات أساسية من العوامل التي تسهم في تحقيق الاستقرار الزواجي العوامل اللوجيستية، العوامل الشخصية، والعوامل التفاعلية بين الطرفين. بينما لم تجد الدراسة تأثيراً للعوامل التالية: (السن عند الزواج، مدة الزواج، فارق السن بين الطرفين، عدد الأطفال، الجنس، طريقة التعارف والالتزام الديني) كما بينت الدراسة أهمية بعض المتغيرات الديمغرافية (مدة الخطوبة، مدة الزواج،

بعد العلاج على مقاييس التوافق الزوجي والتوافق العام (علي ابراهيم، 1985، ص 85)

ونظرا لندرة البرامج العلاجية النفسية في الجزائر في هذا المجال -حسب اطلاع الباحثة-، فقد قامت هذه الأخيرة بتصميم برنامج علاجي قائم على فنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على حالة تعاني من سوء التوافق الزوجي موضحة بذلك فعالية هذا النوع من العلاج مع هذه الحالة

استنادا على ما سبق يطرح الإشكال العام التالي: إشكالية **الدراسة:**

- ما مدى فعالية تطبيق برنامج علاجي عقلاني انفعالي على الزوجات في الرفع من مستوى التوافق الزوجي؟

ويمكن أن تطرح التساؤلات الفرعية التالية:

1- هل توجد فروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس الافكار العقلانية وغير العقلانية؟

3- هل توجد فروق بين القياسين القبلي والبعدي على

مقياس التوافق الزوجي؟

### فرضيات البحث:

#### الفرضية العامة:

البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي السلوكي المطبق على الزوجات فعال في الرفع من مستوى التوافق الزوجي.

#### الفرضيات الجزئية:

1-توجد فروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأفكار العقلانية وغير العقلانية .

2-توجد فروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس التوافق الزوجي.

#### أهداف الدراسة:

- التعريف أكثر بالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وتطبيقاته المختلفة وتقنياته.

- الكشف عن طبيعة العلاقة بين التفكير غير العقلاني لدى الزوجات والتوافق الزوجي.

سلوكيا يظهرون تحسنا بنسبة 56%-69%، وقد حافظوا على المكتسبات العلاجية التي تلت العلاج، وأنه علاج فعال، كما أشار الحجار (2000) إلى أن نسبة نجاح العلاج المعرفي السلوكي تصل إلى 70% من الحالات التي تم علاجها، وتحسن في الأعراض بنسبة 85%، وبعد متابعة للحالات بانقضاء عام من انتهاء العلاج تبين له أن نسبة الشفاء بلغت 55%، أما الانتكاسة بلغت 17%. من أجل هذا قامت الباحثة سهير جودة (2009) بتطبيق برنامج ارشادي مقترح لتعزيز التوافق الزوجي عن طريق فنيات الحوار، حيث تكون البرنامج من 21 جلسة ارشادية وقد تضمن العدد من الفنيات منها (الحوار، السيودراما، التنفيس الانفعالي، المساندة الدينية، المساندة الاجتماعية، التعزيز وحل المشكلات) وقد طبق على عينة من 30 زوج وزوجة وقد أثبتت فعالية البرنامج العلاجي في الرفع من مستوى التوافق الزوجي. (الناعمة، 2008، ص 24-144)

ومن الأساليب الإرشادية والعلاجية التي أثبتت فعاليتها في مجال العلاقات الزوجية أيضا العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي الذي يعرف بأنه اتجاه علاجي يرى أن سلوكيات المرضى تنتج عن أفكار واتجاهات لا منطقية، ويركز على التشابك بين التفكير والانفعال والسلوك، كما يرى أن الاضطراب النفسي يعد نتيجة للتفكير اللاعقلاني واللا منطقي. (عبد الله، 2000، ص 62)

أما "إليس" وهو صاحب هذا الاتجاه العلاجي فقد قدم مدخله هذا زاعما أن تغير أفكار الناس هو الذي من شأنه أن يغير سلوكهم وأن الأفراد المضطربين لو تغيرت أفكارهم وأنساقهم الإعتقادية لتخلصوا من أعراضهم وشكاويهم. (كفافي، 1998، ص 317)

هذا ما أثبتته الدراسة التي أجريت على عينة من 42 من الأزواج والزوجات في الرفع من مستوى توافقهم الزوجي وتحسنا في أدائهم، وقد استخدم الباحث برنامج (ع ع ا) وأظهرت النتائج تحسنا في أداء الأزواج والزوجات

هو عبارة عن ديناميكية مستمرة الأحداث تتميز بالتقارب والتأقلم والتآلف والابتعاد عن التصادم بين الزوجين. (سعود، 1998، ص 65)

#### - التعريف الإجرائي:

هو درجة الاتجاهات الايجابية بين الزوجين تجاه بعضهما وتجاه العلاقة الزوجية بصفة عامة كما تدرکہا الزوجة على مقياس التوافق الزوجي "لغراهام سبانييه"

#### منهج البحث:

اتبعت الباحثة في الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي، وهو الأنسب لهذا النوع من الدراسات، حيث تم اختيار التصميم ذي المفحوص الواحد وذلك لسهولة تطبيقه، بالإضافة إلى أنه وسيلة سريعة لاختبار الفرضيات وبدون تكلفة، أي أنه لا يحتاج إلى عينة أخرى تكون ضابطة (Bouvard. M et cottraux.G 2002 p21)

ويمكن أن نلخص هذا النوع من التصميم في الخطوات الإجرائية الآتية:

- جرى اختبار قبلي على المجموعة وذلك قبل إدخال المتغير المستقل.

- يستخدم المتغير المستقل على النحو الذي يحدده الباحث ويضبطه ويهدف هذا الاستخدام إلى إحداث تغيرات في المتغير التابع يمكن ملاحظتها وقياسها.

- جرى اختبار بعدي لقياس تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع.

- يحسب الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي ثم تختبر دلالة هذا الفرق إحصائياً (خيرى وعبد الحميد، 1996، ص 202-203)

- لفت الانتباه إلى خطورة التفكير غير العقلاني وأثر ذلك على العلاقة الزوجية.

- إظهار مدى نجاعة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تغيير الأفكار غير العقلانية والمعتقدات الخاطئة، وكذا في تحقيق التوافق الزوجي.

- فتح آفاق بحث جديدة في هذا المجال للتعلم فيه أكثر.

#### 5- تحديد المفاهيم:

##### أ- الأفكار غير العقلانية:

- **التعريف المصطلحي:** هي أفكار خيالية، سلبية وغير واقعية وتصحبها عواقب انفعالية وأنماط سلوكية مضطربة وغير مرغوبة مثل القلق، الغضب، العدائية والاكئاب (هشام عبد الله، 2008، ص 29)

- **التعريف الإجرائي:** هو عدد الإجابات السلبية المتحصل عليها من طرف الزوجة على مقياس الأفكار العقلانية وغير العقلانية "لريحاني".

##### ب- العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

##### - التعريف المصطلحي:

هو أسلوب علاجي قدمه "إليس" عام (1954)، يقوم على تحديد الأفكار غير العقلانية وتعديلها إلى أفكار عقلانية بهدف التعديل في سلوك الفرد. (Ellis, 1994, p 32)

##### - التعريف الإجرائي:

هو مجموعة من الجلسات العلاجية، يستخدم فيها المعالج مجموعة من التقنيات العلاجية التي تستند في بنائها على النظرية العقلانية الانفعالية تهدف إلى تغيير أفكار الزوجة من لاعقلانية إلى عقلانية لتحقيق التوافق الزوجي.

##### ج- التوافق الزوجي:

##### - التعريف المصطلحي:

تلقي العلاج النفسي أو مشاغله تحوله دون ذلك، أما الزوجة فالعكس. هنا فكرت الباحثة بتصميم برنامج علاجي عقلائي انفعالي يطبق على الزوجة فقط، وتقاس فاعليته.

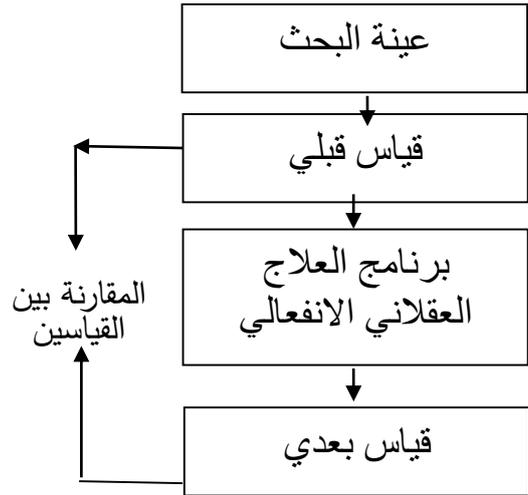
ومن الأسباب كذلك هو اطلاع الباحثة على دراسة قامت بها (هالة القواسمي 1998) بمدينة اربد على عينة من المعلمين والمعلمات، تهدف الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الأفكار غير العقلانية للفرد ودرجة توافقه الزوجي في ظل بعض المتغيرات منها "الجنس" حيث أظهرت النتائج وجود دلالة إحصائية لصالح الإناث. (عبد الله، 2008، ص 77)

ودراسة قام بها Gottman&Lowell (1989) تركزت حول البحث عن العلاقة بين أنماط التفاعل والرضا الزوجي، وكيف تبدأ الصراعات الزوجية من خلال عينة مكونة من (52) زوجا وزوجة وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور، حيث أن التفاعل الزوجي السلبي كان لدى الإناث أكثر منه لدى الذكور. (Gottman&Lowell, 1989)

وكذلك من بين الأدوات العلمية التي اعتمدها الباحثة هي الملاحظة العلمية، حيث لاحظت الباحثة من خلال تجاربها الشخصية وتعاملها مع الأفراد في الوسط الإكلينيكي أن النزاعات الزوجية تبدأ بمشكلات صغيرة يصعب على الأزواج حلها فيضخون من حجمها ويتعاملون معها بطريقة غير عقلانية وينظرون إليها من منظور سلبي، وقد لا يواجهونها فيستسلمون أمامها إلى أن تتفاقم فتؤدي بالعلاقة الزوجية إلى ما لا يحمد عقباه، وهذا ما لاحظته الباحثة منتشرا لدى الزوجات.

#### 5- أدوات البحث:

أ- إستمارة جمع معلومات: وهي عبارة عن مجموعة من الأسئلة القصيرة، الغرض منها جمع أكبر عدد من المعلومات العامة حول تاريخ الحالة، الحياة الزوجية، مدة الخطوبة والزواج، طباع الزوج.....



#### - عينة البحث:

تتمثل عينة البحث في حالة واحدة أجرينا عليها دراسة شبه معمقة

وهي امرأة متزوجة تتضح مواصفاتها كالتالي:

جدول يوضح مواصفات الحالة قيد الدراسة:

الحالة	السن	المستوى الدراسي	الحالة الاجتماعية	المنطقة السكنية	عدد الأبناء
ح	38	جامعي	متزوجة	المحمدية الجزائر العاصمة	ثلاثين

#### - أسباب اختيار العينة من الزوجات فقط: أو الدراسة الاستطلاعية

حسب اطلاع الباحثة فإنه لا يوجد ولا برنامج علاجي يهدف إلى تحقيق التوافق الزوجي خاص بالزوجة فقط فكل البرامج العلاجية الزوجية مصممة لكلا الزوجين، ففكرت الباحثة في حالة ما إذا كان الزوج لا يرغب في

**الفكرة السابعة:** إنه من الأسهل على الفرد أن يتقاضي بعض الصعوبات والمسئوليات الشخصية بدلا من مواجهتها. (تجنب المشكلات)

**الفكرة التاسعة:** أحداث الماضي هي التي تؤثر في سلوك الإنسان والفقرات التي تقيس الفكرة هي:

**الفكرة العاشرة:** يجب أن يحزن الفرد ويضطرب لما يصيب الآخرين (الانزعاج لمشاكل الآخرين)

**الفكرة الحادية عشر:** هناك دائما حل واحد صحيح لكل مشكلة (ابتغاء الحلول الكاملة)

**الفكرة الثانية عشر:** يجب أن يتصف الفرد بالجدية والرسمية ليكون مقبولا ومحترما من قبل الآخرين

**الفكرة الثالثة عشر:** إن مكانة الرجل هي الأهم في علاقته بالمرأة (المساواة بين الجنسين).

**صدق وثبات اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية:** قام بحساب الصدق بتطبيق الاختبار على عينة من 50 فرد

#### 1\_ الصدق:

**أ-صدق المحكمين:** قام الباحث بعرض اختبار الأفكار اللاعقلانية على عدد من أساتذة الجامعات وقد أجمعوا على صلاحية الاختبار للتطبيق على البيئة العربية

**ب صدق الاتساق الداخلي:** قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد فكرة والدرجة الكلية للاختبار والجدول التالي يبين معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للاختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية مع بيان مستوى الدلالة أسفل الجدول.

يتبين من الجدول أن أغلب أبعاد اختبار الأفكار العقلانية اللاعقلانية حققت ارتباطات دالة مع الدرجة الكلية للاختبار عند مستوى دلالة أقل من 0.01 وعددها 10 أفكار، في حين حققت 3 من الأفكار ارتباطات دالة عند مستوى دلالة أقل من 0.05، وهي الأفكار رقم 10

**ب- مقياس الأفكار العقلانية وغير العقلانية للريحاني: إعداد سليمان الريحاني**  
الأفكار اللاعقلانية كما وضعها إيس إحدى عشر فكرة. (Ellis, 2002, p 65)

و أضاف لها الريحاني فكرتين ليتناسب هذا المقياس مع البيئة العربية و كل فكرة من هذه الأفكار لها أربع فقرات على المقياس ليصبح عدد الفقرات على الاختبار ككل 52 فقرة تكون الإجابة عنها بنعم أولا وقد أعطيت القيمة ( 2 ) للإجابة التي تدل على قبول المفحوص للفكرة التي تقيسها العبارة، و القيمة ( 1 ) للإجابة التي تدل على رفض المفحوص للفكرة ، و بذلك تتراوح الدرجة الكلية على الاختبار ما بين 52 في حدها الأدنى و هي تعبر عن رفض المفحوص لجميع الأفكار اللاعقلانية التي يمثلها الاختبار أو درجة عالية من التفكير العقلاني و 104 في حدها الأعلى و هي درجة تعبر عن قبول المفحوص لجميع الأفكار اللاعقلانية التي يمثلها الاختبار أو عن درجة عالية من التفكير اللاعقلاني.

**الفكرة الأولى:** من الضروري أن يكون الإنسان محبوبا من كل المحيطين به ( طلب الاستحسان)

**الفكرة الثانية:** يجب أن يكون الفرد على درجة عالية من الكفاءة والمنافسة (ابتغاء الكمال الشخصي)

**الفكرة الثالثة:** بعض الناس يتصفون بالشر والوضاعة والدناءة لذا لابد من توجيه اللوم لهم وعقابهم (اللوم القاسي للذات والآخرين)

**الفكرة الرابعة:** إنه لمن المصائب والنكبات أن تسير الأمور عكس ما يتمنى الفرد

**الفكرة الخامسة:** إن المصائب والتعاسة تنتج عن ظروف خارجية (التهور الانفعالي)

**الفكرة السادسة:** يجب أن يتوقع الفرد حدوث الكارثة في كل لحظة (توقع الكوارث)

يبين الجدول رقم (3) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01 بين منخفضي ومرتفعي الدرجات على اختبار الأفكار العقلانية اللاعقلانية الأمر الذي يدل على صلاحية المقياس للتمييز بين مستويات الأفكار العقلانية اللاعقلانية عند أفراد العينة من طلبة الجامعة.

#### ثبات اختبار الأفكار العقلانية اللاعقلانية:

##### أ ثبات التجزئة النصفية:

قام الباحث بحساب معامل الارتباط بين مجموع درجات الفقرات الفردية 26 فقرة ومجموع درجات الفقرات الزوجية 26 فقرة والمكونة لاختبار الأفكار العقلانية اللاعقلانية مجموع الفقرات 52 فقرة وقد بلغت قيمة معامل الثبات معامل ارتباط بيرسون بين النصفين (ر = 0.377) ثم استخدم معادلة سبيرمان - براون التنبؤية لتعديل طول الاختبار بسبب كون عدد فقرات المقياس زوجياً النصفين متساويين وقد بلغت قيمة معامل الثبات بعد التعديل بتلك المعادلة  $r = 0.548$  وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، الأمر الذي يدل على درجة جيدة من الثبات تفي بمتطلبات الدراسة.

**ب طريقة ألفا كرونباخ:** وقام الباحث كذلك بتقدير ثبات اختبار الأفكار اللاعقلانية في صورته النهائية بحساب معامل ألفا كرونباخ لفقرات المقياس (عدد الفقرات 52 = )، وقد بلغت قيمة ألفا (0.646)، وهي قيمة تدل على مستوى جيد من الثبات، وهي دالة عند 0.01، وتفي بمتطلبات تطبيق المقياس على أفراد العينة.

#### ت- مقياس التوافق الزوجي لغراهام سبانييه: Dyadic Adjustment (DAS) Scale

**وصفه:** حسب بلميهوب (2006)، فإنه يقيس نوعية الزواج أو مدى تشابه الزوجين. ويتكون من 32 بند لقياس نوعية العلاقة كما يدركها الزوجين، ويخدم هذا المقياس عدة أغراض، يمكن استخدامه كمقياس عام للرضا عن العلاقات الحميمة باستخدام النقطة

و13 وتراوحت معاملات الارتباط للفقرات ذات الدلالة الإحصائية بين 0.631 و 0.280

#### ج مدقة المقارنة الطرفية:

كما قام الباحث بإجراء صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي)، حيث تم ترتيب أفراد العينة الاستطلاعية الخمسين ترتيباً تنازلياً حسب الدرجة الكلية التي حققها كل منهم في استجابته على الدرجة الكلية لاختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية، ثم تم اختيار أعلى 27% من الدرجات وعددهم 14 فرداً (وأدنى 27% من الدرجات) وعددهم أيضاً 14 فرداً، وأخيراً تم إجراء المقارنة بين درجات المجموعتين باستخدام اختبار مان-ويتني وذلك لكون عدد الأفراد في كل مجموعة يساوي 14 فرداً، وهو عدد قليل لا يجوز معه استخدام اختبار بارامترى كاختبارات (بالإضافة لكون اختبار مصمم للتوزيعات الصغيرة لمجموعتين مستقلتين كما يوضح في الجدول التالي:

الدرجات على اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية باستخدام اختبار مانويتني

المقياس	الفئة ن=14	متوسط الترتيب	مجموع الترتيب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية	منخفضوا الدرجات	7,50	105,00	0,00	4,52	**
	مرتفعوا الدرجات	21,50	301,00			

العيادي للأساليب التجريبية فالمعالج أمام العميل يستخدم نفس المنهجية التي يستخدمها الباحث أمام موضوع البحث. (Fontain, 1984, P 12)

واتبعت الباحثة في ذلك شبكة SECCA هي النموذج المعتمد في دراستنا حيث اقترحت من طرف COTTRAUX منذ 1990 ولا تتمثل فائدتها فقط في التطبيق العلاجي فهي أيضا تساعد العميل على الوعي بالعلاقة الموجودة بين أفكاره وسلوكاته ومحيطه وانفعالاته وهو سبب اختيارنا لهذه الشبكة بالذات

### ج - البرنامج العلاجي:

كيفية بناء البرنامج:

قامت الباحثة في سبيل إعداد هذا البرنامج بالخطوات الإجرائية التالية:

- الإطلاع على بعض الكتب التي تناولت نظرية إيس في (ع ع إ س) .

- الفهم الكامل لنموذج ABC والتي تمثل الأساس الذي ينطلق منه أي معالج عقلائي انفعالي سلوكي وهي تفسر العلاقة بين التفكير والانفعال.

- مسح الأفكار غير العقلانية التي تنتشر بين الزوجات في ضوء نظرية إيس، وكذلك جوانب التشويه المعرفي في ضوء نظرية بيك، ووضع نماذج أخرى أكثر عقلانية تقابل كل فكرة من الأفكار العقلانية.

- الإطلاع على البحوث والدراسات السابقة في ميدان ع ع ا س والاستفادة من الطريقة والإجراءات المستخدمة، خاصة فيما يتعلق ببرامج العلاج المعرفي والعلاج العقلائي الانفعالي السلوكي.

وبذلك تجمع لدى الباحثة مادة علمية بكمية معتبرة بدأت في تصنيفها وتحليلها للإستفادة من أثناء الجلسات العلاجية.

جدول يلخص محتوى الجلسات العلاجية المقترحة وفقا للبرنامج العلاجي العقلائي الانفعالي

الكلية. كما بين التحليل العاملي على تضمنه لأربعة عوامل تمثل أربعة مظاهر للعلاقة الزوجية وهي :

- الرضا بين الطرفين **dyadic satisfaction** ، وتمثله البنود التالية: 21، 22، 23، 31، 32، 20، 19، 18، 17، 16.

- الإنسجام بين الطرفين **dyadic cohesion** ، ويتضمن البنود التالية: 27، 26، 25، 24.

- الإجماع بين الطرفين **dyadic consensus** ، ويتضمن البنود من 1 إلى 15، ماعدا 6 و4

- التعبير عن العواطف **affectional expression** ، ويتضمن البنود التالية: 4، 6، 29، 30. ويمكن تكييف الاختبار لاستخدامه في المقابلة. (بلميهوب، 2006، ص247)

وقد تم وضع هذا المقياس على عينة من المتزوجين (ن=131)، أعمارهم (م=24.36، ع=45.7)، متوسط مدة الزواج (م=8.90، ع=7.69) وقد كان متوسط النقطة النهائية على مقياس التوافق الزوجي (115.60، ع=21.45)، يتمتع الإختبار بمعامل ثبات مرتفع حيث ألفا تساوي (0.70)، وقد تم قياس معامل ثباته قبلا في دراسة بلميهوب للاستقرار الزوجي (2006)، حيث وجدت أن معامل (ألفا=0.96) وتبقى هذه القيمة مرتفعة.

**طريقة التصحيح:** الدرجة النهائية، هي مجموع كل البنود التي تتراوح ما بين 0 و151 ، حيث تدل الدرجات المرتفعة على علاقة جيدة

**ث - التحليل الوظيفي:** هو المرحلة الاساسية في العلاج المعرفي السلوكي كما أنه الشاهد على اشتراك التيارين المعرفي والسلوكي في حقل العلوم التجريبية، وهناك عدة نماذج لهذا التحليل كلها تؤدي الى نفس الهدف ألا وهو الحصول على معلومات تسمح لنا بوضع فرضيات وعليه فإن التحليل الوظيفي هو ذلك التطبيق

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	مدة الجلسة	الأساليب والفنيات المستخدمة	محتوى الجلسة
الجلسة الأولى	بناء العلاقة العلاجية والعقد العلاجي (استعلامية)	90 دقيقة	- المناقشة والحوار	- تعارف بين الباحثة والمفحوصة من أجل بناء العلاقة العلاجية - خلق جو من الاطمئنان والراحة لغرض كسب ثقة المفحوصة - تحديد مواعيد الجلسات المناسبة لأوقات الباحثة والمفحوصة
الجلسة الثانية	التحليل الوظيفي (استعلامية)	90 دقيقة	- استمارة جمع المعلومات من إعداد الباحثة شبكة سيكا ل: COTTRAUX	- جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات الخاصة بالمفحوصة، تاريخ الحالة، السوابق العلاجية والمرضية، الحياة الزوجية - تحديد أهم المشكلات الزوجية التي تعاني منها المفحوصة - تحديد ما تنتظره المفحوصة من العلاج
الجلسة الثالثة	القياس القبلي (تقييمية)	120 دقيقة	- مقياس الأفكار العقلانية وغير العقلانية للريحاني - مقياس التوافق الزوجي لغراهام سبانييه - سلم التدرج للتقييم الذاتي	- تطبيق مقياس الأفكار العقلانية وغير العقلانية - تطبيق مقياس التوافق الزوجي - معرفة نقاط التوافق ونقاط الاختلاف بين المفحوصة وزوجها - معرفة أهم المواضيع التي يدور حولها النزاع بين المفحوصة وزوجها - معرفة إدراك المفحوصة لزوجها وللعلاقة الزوجية بصفة عامة - معرفة درجة تفكير المفحوصة غير العقلاني.
الجلسة الرابعة	نظرية ABC (تعليمية)	90 دقيقة	مطبوعة تحتوي على شرح مفصل للنظرية المذكورة سابقا - قرص مضغوط يحتوي على نفس الشرح	- شرح مفصل للنموذج ABC شفهي مكتوب ومسموع - مساعدة المفحوصة على تحديد الأحداث المنشطة A والأفكار غير العقلانية Bi والعقلانية Br والنتائج الخاصة بها C: سلوكياتها وتصرفاتها - واجب منزلي: فنية التغذية الرجعية feed back الطلب من المفحوصة تسجيل وتلخيص ما استقادتته من نموذج ABC
الجلسة الخامسة	مهاجمة الأفكار غير العقلانية (معرفية)	90 دقيقة	- المناقشة والحوار - إعادة البناء العقلائي - الحوار العقلائي - المراقبة الذاتية	- مناقشة الواجب المنزلي - مناقشة ودحض الأفكار غير العقلانية - طرح أسئلة والإجابة عليها مع تقديم أدلة وبراهين حسب قناعات المفحوصة اقتراح أفكار عقلانية بديلة - واجب منزلي: تحديد الأفكار غير العقلانية التي سبقت الاضطراب الانفعالي والسلوكيات الناجمة عنها وتسجيلها على ورقة المراقبة الذاتية fiche de contrôle
الجلسة السادسة	مهاجمة تعابير الالتزام والجبرية (معرفية)	90 دقيقة	- المناقشة والحوار - إعادة البناء العقلائي - الحوار العقلائي - فنية تحويل السيئ إلى ميزة - المراقبة الذاتية	- مناقشة الواجب المنزلي - مهاجمة تعابير الالتزام والجبرية والمطالب بالمناقشة والحوار الهادئ مع الاستدلال بحجج وبراهين وأمثلة من الواقع - إكساب المفحوصة فلسفة جديدة في التفكير من خلال تدريبها على كيفية تحويل مطالبها الإلزامية إلى رغبات قد يمكن تحقيقها كما قد لا يمكن تحقيقها - واجب منزلي: تحديد الأفكار غير العقلانية التي تراودها ومحاولة استبدالها بأفكار عقلانية وملاحظة النتائج وتسجيلها.
الجلسة السابعة	تقنية التركيز على الإيجابيات وإهمال السلبيات (معرفية)	90 دقيقة	- المناقشة والحوار - تقنية التركيز على الإيجابيات	- مناقشة الواجب المنزلي - تدوين إيجابيات الزوج والتركيز عليها. - التدريب على التفكير الإيجابي

				- فنية التكرارات المعرفية أي الأحاديث الإيجابية مع الذات
الجلسة الثامنة	قياس أثناء العلاج وتقييم الجلسات الماضية (تقييمية)	120 دقيقة	- مقياس الأفكار للريحاني - مقياس التوافق الزوجي لغراهام سبانيه - التقييم الذاتي حسب سلم التدرج - استمارة متابعة العلاج	- تطبيق مقياسي الأفكار والتوافق الزوجي - التقييم الذاتي الخاص بالمفحوصة لأفكارها وعلاقتها بزوجها - منح كتيبات من انتقاء الباحثة حول "التفكير الإيجابي" غير أفكارك السلبية وكن إيجابياً، "كيف تغلبين على مشاكلك الزوجية" واستمارة تحليل ومتابعة العلاج "عبد الستار" - واجب منزلي: (فنية القراءة العلاجية) مطالعة الكتيبات لإثراء معلوماتها حول التفكير الإيجابي.
الجلسة التاسعة	التدريب على تقنية الاسترخاء (سلوكية)	90 دقيقة	- تقنية الاسترخاء - تقنية التركيز على الإيجابيات وإهمال السلبيات - التخيل العقائلي	- مناقشة الواجب المنزلي - التدريب على تقنية الاسترخاء للتخفيف من التوتر - التخيل العقائلي لمحاسن وإيجابيات الزوج والتركيز عليها - واجب منزلي: تطبيق التقنية ثلاث مرات في اليوم.
الجلسة العاشرة	التدريب على مهارة حل المشكلات وتأكيد الذات (سلوكية)	90 دقيقة	- المناقشة والحوار - تقنية « IDEAL » لحل المشكلات - فنية التدريب التوكيدي	- مناقشة الواجب المنزلي - تحديد أهم مشكلة تعاني منها المفحوصة من اختيارها - محاولة إيجاد حلول للمشكلة بمساعدة المفحوصة واختيار الحل الأفضل لها - التدريب على التعبير عن المشاعر والرغبات - مهاجمة أفكار تحقير الذات - واجب منزلي: تطبيق ما تم التدريب عليه في الحياة اليومية
الجلسة الحادية عشر	المساندة الدينية (معرفية سلوكية)	90 دقيقة	- المناقشة والحوار - أسلوب الإقناع اللفظي	- مناقشة الواجب المنزلي - المناقشة والحوار حول مواضيع متنوعة كالمعاملة الزوجية، التعامل مع الغضب، التعامل مع المشكلات على أساس الشريعة الإسلامية - تجنب الانتكاس.
الجلسة الثانية عشر	القياس البعدي (تقييمية)	120 دقيقة	- مقياس الأفكار العقلانية وغير العقلانية للريحاني - مقياس التوافق الزوجي لغراهام سبانيه - سلم التدرج للتقييم الذاتي	- تطبيق المقياسين - التقييم الذاتي - تقييم البرنامج من طرف المفحوصة - ملء استمارة تحليل ومتابعة العلاج.

## مناقشة فرضيات البحث:

وفيما يلي النتائج المتحصل عليها من خلال المقارنة بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي، واعتمدنا في ذلك على حساب الفرق بينهما، وللتوضيح أكثر لدينا النتائج التالية:

## نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

جدول يوضح الفرق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأفكار غير العقلانية للريحاني:

مقياس الأفكار العقلانية وغير العقلانية	قبل العلاج	أثناء العلاج	بعد العلاج	الفرق بين القياس القبلي والبعدي
الدرجة	78	9	9	69
السنة المئوية	57%	17%	17%	40%

وعليه فإننا نقول أن الفرضية الجزئية الأولى قد تحققت مما يعني أن البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي المطبق على الزوجات فعال في التقليل من درجة التفكير غير العقلاني لدى الزوجات، وهذا ما توصلت إليه الدراسة.

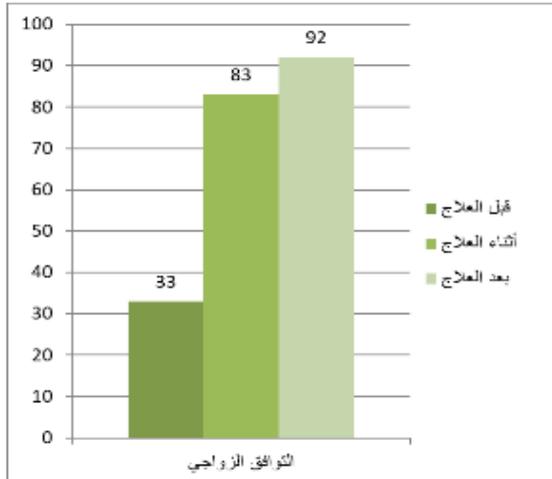
### نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

جدول يوضح الفرق بين القياس القبلي والقياس

البعدي لمقياس التوافق الزوجي لـ "غراهام سبانييه":

الفرق بين القياسين القبلي والبعدي	بعد العلاج	أثناء العلاج	قبل العلاج	مقياس التوافق الزوجي
	92	83	33	الدرجة
	%59	%53	%21	النسبة المئوية

من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق تبين أن هناك فروقا بين القياس القبلي (33) والبعدي (92) كما يوضح الشكل

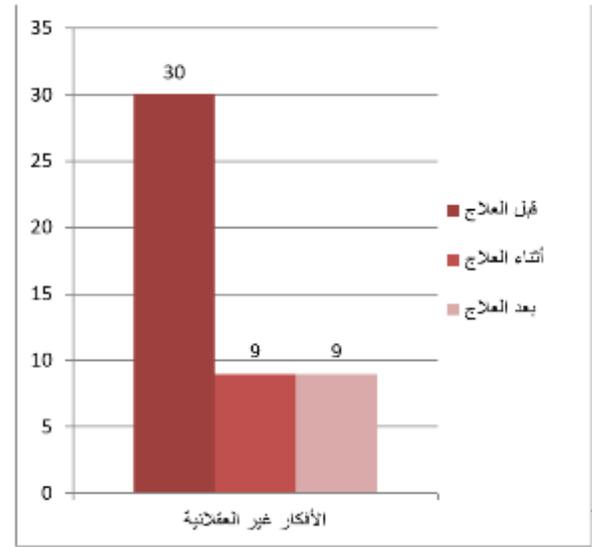


شكل يمثل تغير نتائج القياسات الثلاث

### علم مقياس التوافق الزوجي

إن لتقنية التركيز على الإيجابيات وتقنية التدريب على مهارة حل المشكلات وتقنية تأكيد الذات والواجبات المنزلية فعالية في الرفع من مستوى التوافق الزوجي، وهذا ما أكدته الدراسات: "بلميهوب" (2006)، "القرني" (2007) (تعزيز التوافق)، "الطهراوي" (2009)

من خلال هذه النتائج الموضحة في الجدول السابق، يتبين أن هناك فروقا بين القياس القبلي (78) والقياس البعدي (9) كما يوضحه الشكل



شكل يمثل تغير نتائج القياسات الثلاث

### علم مقياس الأفكار غير العقلانية

إن لتقنية الحوار العقلاني وتقنية مناهضة تعابير الإلزام والجبرية وتقنية تعديل تعابير التعميم المفرط والواجبات المنزلية ونموذج ال (ABC) فاعلية في التقليل من الأفكار غير العقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية.

وهذا ما توصلت إليه الدراسات الأجنبية: "كيلر وآخرون" (1975)، (فيزرستونوف 197)، "بريلي" (1980)، "واكفيلد" (1983)، "ريزمان" (1989)، "ريجلروسميث" (2004)، والدراسات العربية: "عمارة" (1985)، "الفخراي" (1993)، "عصام عبد اللطيف" (1997)، دراسة "الصقهان" و"بوخاري" (2011). (بوخاري، 2011)

وتختلف هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة "نيرة عبد الفتاح" (2004) والتي أشارت إلى عدم فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تنمية التفكير العقلاني لدى عينة من الأطفال المصابين بمرض القلب، بينما كانت له فعالية في خفض الاكتئاب فقط دون القلق والخوف من الموت.

الزواجي، وتتفق النتائج مع ما توصلت إليه دراسة إبراهيم علي (1985).

### الاستنتاج العام لنتائج الدراسة:

استهدف البحث الحالي الكشف عن فعالية البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي المطبق على الزوجات في الرفع من مستوى التوافق الزواجي.

وقد شملت الدراسة فرضية عامة وفرضين جزئيين. وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1- تم قبول الفرضية الجزئية الأولى التي تنص على وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأفكار العقلانية وغير العقلانية.

2- تم قبول الفرضية الجزئية الثانية التي تنص على وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس التوافق الزواجي.

3- تم قبول الفرضية العامة التي تنص على أن البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي المطبق على الزوجات فعال في الرفع من مستوى التوافق الزواجي.

### الاقتراحات:

- إنشاء مؤسسات عمومية خاصة بالإرشاد والعلاج الزواجي لتقديم خدمات اجتماعية للأسر والزوجين بصفة خاصة.

- إقامة دورات تأهيلية للحياة الزوجية الخاصة بالشباب المقبل على الزواج وجعل الشهادة كتأشيرة للعبور إلى الحياة الزوجية.

- الاهتمام الواسع بتطبيق البرامج العلاجية الخاصة بالأزواج من طرف المعالجين النفسيين.

- أهمية تصميم برامج علاجية عقلانية انفعالية خاصة بالمتزوجين حديثاً نظراً لارتفاع نسبة الطلاق في هذه المرحلة.

وفي هذا الصدد تقترح الباحثة بعض المواضيع للدراسة وهي:

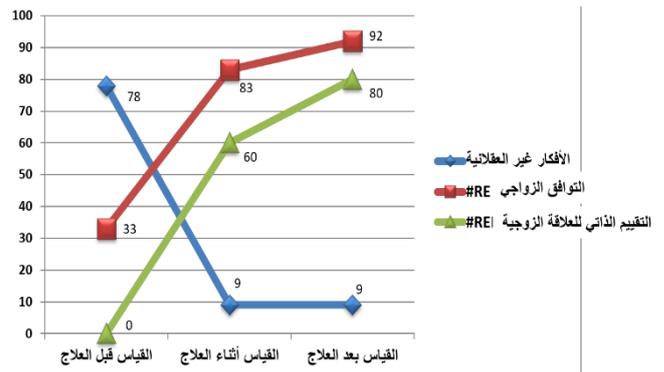
وعليه فإننا نقول أن الفرضية الجزئية الثانية قد تحققت مما يعني أن العلاج من خلال الفنيات العقلانية الانفعالية السلوكية (نموذج ABC، مهارة حل المشكلات، تأكيد الذات، التركيز على الإيجابيات، الاسترخاء والواجبات المنزلية) فعال في الرفع من مستوى التوافق الزواجي.

وهذا ما دعمته نتائج التقييم الذاتي للعلاقة الزوجية من طرف المفحوصة كما يتضح في الجدول التالي:

### جدول يوضح الفرق بين التقييمين الذاتيين للعلاقة الزوجية القبلي والبعدي على سلم التحرج:

سلم التحرج	قبل العلاج	أثناء العلاج	بعد العلاج	الفرق بين التقييمين القبلي والبعدي
الدرجة	0	60	80	80
النسبة المئوية	0	60	80	80

من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق يتضح وجود فرق بين التقييم القبلي (0) والتقييم البعدي (80)، وهذا ما يدل على أن إدراك الحالة للعلاقة الزوجية قد تغير من السوء إلى الأحسن، كما يتضح أكثر من خلال الشكل



### الشكل يمثل منحنى بياني يوضح تغير نتائج القياسات الثلاث على المقاييس الثلاث

ومن مجمل ما سبق نستنتج أن الفرضية العامة قد تحققت، أي أن البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي المطبق على الزوجات فعال في الرفع من مستوى التوافق

- دراسة مدى فعالية تطبيق برنامج علاجي عقلاني انفعالي جماعي على الزوجات في الرفع من مستوى التوافق الزوجي.
- دراسة مدى فعالية تطبيق برنامج علاجي عقلاني انفعالي على الأزواج في الرفع من مستوى التوافق الزوجي
- دراسة مدى فعالية تطبيق برنامج علاجي انفعالي عقلاني على الزوجين في الرفع من مستوى التوافق الزوجي على المدى البعيد.
- مراجع باللغة العربية:**
- القرآن الكريم برواية حفص عن عاصم.
- إبراهيم علي إبراهيم (1985): فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في توافق الحياة
- الزوجية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية التربية، جامعة المنيا.
- إبراهيم علي إبراهيم (1991): الأفكار العقلانية واللاعقلانية في علاقتها بتقدير الذات، دراسة إمبريقية في ضوء نظرية إيليس للعلاج العقلاني الانفعالي لدى عينه من البنين والبنات بجامعة قطر، مجلة البحث في التربية وعلم النفس، جامعة المنيا، كلية التربية، مجلة 5، عدد 1 يوليو، ص 33-52.
- بلميهوب كلثوم (2006): الإستقرار الزوجي-دراسة في علم النفس-منشورات الحبر، ط 1، الجزائر.
- بوخاري سهام (2011): فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي للإدمان على المخدرات، بحث مقدم لنيل شهادة الماجستير تخصص الإرشاد والصحة النفسية، الجزائر.
- سعود مصطفى (1998): الصحة النفسية، مكتبة دار الفكر العربي، سوريا حلب، ط 1
- شبلي ثروة محمد محمد (دون سنة): الطلاق والتغير السلوكي في المجتمع السعودي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.
- عبد الله عادل محمد (2000): العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، دار الرشاد، الطبعة 1.
- عمر مامر محمود (2000): سيكولوجية العلاقات الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية مصر.
- قاصب بوعلام (2011): وجهة الضبط وعلاقتها بالتوافق الزوجي في ظل بعض المتغيرات، رسالة ماجستير.
- القرني محمد بن سالم محمد (2007): تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف مستوى الكدر الزوجي وقياس فاعليته، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس، الرياض.السعودية.
- كفافي علاء الدين (1999): الإرشاد العلاجي النفسي الاسري - المنظور النسقي الاتصالي-دار الفكر للطبع والنشر-القاهرة ط
- محمد عادل عبد الله (2000): العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، دار الرشاد، جامعة الزقازيق، ط 1.
- محمود خالد صالح (2008) : فاعلية نموذج التركيز على المهام في التخفيف من حدة النزاعات الزوجية للمتزوجين حديثا، المكتب الجامعي الحديث، كفر الشيخ (مصر)
- مدحت عبد الحميد أبو زيد (2003): العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، الجزء الخامس، دار المعرفة الجماعية، الإسكندرية، دون طبعة.
- مرسي كمال إبراهيم (1995): العلاقة الزوجية والصحة النفسية في الإسلام وعلم النفس، دار النشر، القاهرة.
- الناعمة عمار محمد (2008): فاعلية برنامج علاجي عقلاني انفعالي سلوكي في تخفيف القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراه غير منشورة في الإرشاد النفسي، جامعة القاهرة.
- هشام إبراهيم عبد الله (2008): العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أسس وتطبيقات التفكير وتأثيره على انفعالات الفرد وسلوكه، كلية التربية-جامعة الزقازيق-

## إحصائيات:

- إحصائيات وزارة العدل للإحصاء (2004)، الجزائر.
- الديوان الوطني للإحصائيات (جوان 2002)، الجزائر.

## مراجع باللغة الأجنبية:

- Ellis A. (1994): Rational Behavior Therapy in the Treatment of Stress Management, British Journal of Guidance & Counseling, Vol 22 Issue.
- Ellis A. (2002). An interview with Albert Ellis about Rational Emotive Behavior Therapy. North American journal of Psychology, 4 & 3, PP. 355\_366.
- Fontain,O,C,Perris, Marie,Cardine ,m(1997) : Techniques de psychothérapie cognitive des psychoses chronique , édition Masson .
- Gotman J & Krokoff LJ 1989: marital interaction and Satisfaction: a longitudinal view. Journal of consulting and clinical psychology.57.47.52
- Halford.w .kim Adrian kelley and howrold j , markman1997) :
- The concept of healthy marriage, in clinical.



# تسيير الضغط النفسي لدى ممرضي مصلحة جراحة القلب ( دراسة حالة )

قلاتي لمياء طالبة دكتوراه-جامعة الجزائر2  
أ.د. بلميهوب كلثوم-جامعة الجزائر2  
د. سايل حدة وحيدة-جامعة الجزائر2

## ملخص:

L'étude à été menée auprès de deux infirmières sélectionnées parmi huit sur la base du degré du stress (un seul cas est présenté). Afin de vérifier l'hypothèse, l'étude s'est basée sur la méthode étude de cas notamment test-retest. Les résultats montrent une diminution de stress après l'entraînement à la gestion de stress. L'étude a conclu que plusieurs facteurs, tels que le déficit de communication et le discours négatif interne, et la perte de contrôle des symptômes physiologiques et émotionnels, contribuent à croître le stress chez les infirmiers. D'où la nécessité de les entrainer à la gestion de stress professionnel vue leur contribution à aider les malades à s'adapter avec leurs maladies.

**Mots clés:** programme cognitif comportemental-  
stress psychologique- infirmier

## مقدمة

لا تخلو الحياة من المصاعب والمشكلات التي تعكر صفو الإنسان ومن بين هذه المعوقات نجد الضغط الذي يعتبر مؤشرا لفقدان التوازن، وتظهر استجابة الضغط " حين يحدث خلل في التوازن بين إدراك الشخص لما تفرض عليه البيئة، وإدراكه لمصادره الشخصية للتعامل معه، يتم من خلاله تقييم المعوقات والمصادر التي تكون نفسية محضة، وأعراض الضغط متنوعة نفسية وأيضا الجسمية وهي تمس الرفاهية bien être والإنتاجية، ويتعرض الفرد للضغط بسبب مواجهته لصعوبات مهنية، يومية، صراع في الأدوار... الخ. وتكون ردود فعل الضغط عبارة عن استجابات جسمية أو نفسية بالتالي فهي تؤدي نتائج تؤثر على صحة الفرد وعلى عمله (Grebot, 2008, pp. 5-6).

تهدف هذه الدراسة إلى تحديد مدى تحسن حالة الضغط النفسي من خلال تطبيق برنامج معرفي سلوكي لتسيير الضغط على ممرضات بمصلحة جراحة القلب بالمؤسسة الإستشفائية المختصة "معوش محند أمقران" بشوفالي. أجريت الدراسة على ممرضتين (تم عرض حالة واحدة)، تمّ إختيارهما بطريقة قصدية على أساس درجة الضغط النفسي المرتفع بعد تطبيق مقياس الضغط النفسي (MSP25) وللتحقق من فرضية الدراسة تمّ إعادة تطبيق المقياس النفسي. وتشير النتائج الى إنخفاض مستوى الضغط النفسي بعد تطبيق برنامج تسيير الضغط النفسي. وخلصت الدراسة أن المقابلات التشخيصية والتحليل الوظيفي تشير إلى أنّ نقص فنيات الإتصال والمهارات الإجتماعية ونقص تأكيد الذات واستعمال الحوار السلبي الداخلي، ونقص الوعي الذاتي، ومهارات التحكم في الأعراض الفيزيولوجية والانفعالية هي عوامل تزيد من حدّة الضغط النفسي لدى الممرضين، وعليه تظهر أهمية تدريبهم على تسيير الضغط المهني لأهمية دورهم في مساعدة المرضى على التكيف مع مرضهم.

**الكلمات المفتاحية:** برنامج معرفي سلوكي، ضغط نفسي، الممرض.

## Résumé:

Cette étude vise à déterminer l'amélioration de l'état de stress suite à l'application d'un programme cognitif comportemental portant sur la gestion de stress auprès des infirmières du service de chirurgie cardiaque.

القلب والأوعية، وأمراض العضلات والعظام (Thurin & Baumann, 2003, p.227).

شهد عالم الشغل في نهاية السبعينات عدة تحولات من ناحية الضغوط في العمل ومن هنا جاء مصطلح الضغط stress، حتى وإن كان لكل قطاع مميزاته وخصائصه إلا أن الضغط يمس كل واحد منها (Thurin & Baumann, 2003, p.223).

وأُسفرت التطورات في تنظيم العمل إلى تكثيف أوقات العمل، بحيث يكون التعب، الإرهاق، الإجهاد، الإعياء وأمراض الصدمة التراكمية hypersollicitation واضحة. وفي عام 1980 أشار Askenazy الى أن المؤسسات الأمريكية وضعت أسسا جديدة في العمل (العمل كفريق واحد، التناوب الوظيفي، الجودة الشاملة)، لاحظوا أن هناك نسبة الضرر قُدّرت بـ 30% على صحة موظفيها، ولا يمكن أن تتخفف هذه الظاهرة بمجرد التكيف في العمل، لكون الإصابات الصحية لا تتراجع وبما أن مرحلة التحول على مستوى العصر قد تمت. ولا تسمح هذه النتائج بفهم الظاهرة وإنما نجدنا في نظرية الضغوط التي تعبر عن التكيف وإظهار العلاقة بين الضغوط في عالم الشغل والعواقب الناتجة التي تؤثر على المجال الصحي (Thurin & Baumann, 2003, p.224).

ومن بين المهن التي تعتبر في احتكاك دائم مع الأشخاص نجد مهنة التمريض التي تعدّ من المهن الصعبة والشاقة لما تتسم به من خصائص وما يرتبط بها من واجبات تفرض على العاملين فيها أوضاعا قد تكون مصدراً للضغوط النفسية. ولهذا ومن خلال هذه الدراسة الاستكشافية، تم تطبيق برنامج معرفي سلوكي لدى الممرضين لمعرفة ما إذا كان فعّالا في تسيير الضغط النفسي المهني.

### 1. مشكلة الدراسة

بيّنت عدد من الدراسات في هذا المجال أن العاملين في مهنة التمريض من أكثر المهنيين المعرّضين للضغوط النفسية، وذلك لما تتضمنه من مواقف مفاجئة، وشعور بالمسؤولية نحو المرض، وأعباء عمل زائدة، تعرّض العاملين في هذه المهنة إلى

وتشير الصحة النفسية إلى قدرة الفرد على التوافق مع نفسه والمجتمع الذي يعيش فيه، ويعني هذا أن يرضى الفرد عن نفسه، وأن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين، فلا يبدو منه ما لا يدل على التوافق الاجتماعي، كما لا يسلك سلوكا اجتماعيا شاذاً، بل يسلك سلوكا معقولا يدل على إتزانة الإنفعالي والعاطفي والعقلي في ظل مختلف المجالات، وتحت تأثير جميع الظروف (مصطفى فهمي، 1995، ص16).

بالتالي جلب موضوع الضغط النفسي المهني اهتمامنا وهو يشكل منذ سنوات موضوع البحث في العديد من الدول، بحيث ظهر نموذج الضغط المهني في الثمانينات، وضعه Karased، وهو يترتب على معرفة التغير السريع في العلاقة بين الصحة والبعد النفس اجتماعي للعمل. يتناول هذا النموذج متطلبات العمل من خلال عنصرين، يشير الأول إلى أن مستوى متطلبات العمل لا يكفي لشرح آثار العمل على السلوك وعلى الصحة ووضع الجهد لا يكفي لتحديد الإجهاد النفس اجتماعي، وبالتالي تكثيف الجهود لا يفسر الإصابات الصحية. بمعنى، لفهم الآثار الصحية ينبغي فهم العنصر الثاني وهو يشير إلى درجة الاستقلالية التي يتميز بها العامل، وبالتالي تضم الاستقلالية القدرة على التأثير على القرارات وإختيار الإجراءات والتعبير عنها من جديد.

بالنسبة لـ Karased تنتج الانشغالات المهنية contraintes professionnelles الإثارة وفقدان التوازن. وانطلاقاً من هذا، إذا كان لدى الفرد الاستقلالية الكافية والطاقة المخزنة يكون بإمكانه إيجاد معبر للبحث عن الطرق المناسبة والمساهمة في تنمية المهارات والتطور والحفاظ على صحته (Thurin & Baumann, 2003, p.226).

وأضاف karased و Theorell النموذج الثالث وهو السند الاجتماعي، وهو يتضمن المساعدة وتضامن رفاق العمل، كما يتضمن السند التقني وتفهيم المؤثرين. إذا توفرت كل الخصائص المدرجة اعلاه مع غياب السند الاجتماعي تزيد حدة مظاهر المعاناة النفسية، وأمراض

والإنفعالية مما يجعل الفرد يبدأ بالتفكير للإيجاد حلول بديلة (عادل عبد الله محمد، 1999، ص ص.21-22).

وقام West و Games (1984) بأمریکا بدراسة تحليل لعناصر الضغوط المهنية بتطبيق البرنامج التحصيني ضد الضغط على ممرضات العناية المركزة (نقلا عن غربي، 2010، ص.218).

هدفت الدراسة إلى تقييم تأثير التدريب على مهارات المواجهة، وإيضاح دور النموذج التحصيني في خفض الضغط على الممرضات والذي جرى تطبيقه على مدى أربع أسابيع، وقد بينت النتائج فعالية نموذج التدريب التحصيني.

ودرس (Moore) في 1999 المنهج النفسي التربوي لخفض الضغط لدى الممرضات باستخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي، بحيث هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية البرنامج التعليمي لتطوير الذات وإدارة الضغط، وتكونت مجموعة الدراسة من 67 ممرضة جرى إختيارهن بطريقة عشوائية وقسمت إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية بحيث درّبن على مهارات المواجهة، وإعادة البناء المعرفي، وتوكيد الذات والإسترخاء العضلي والتنفسي (نقلا عن غربي، 2010، ص.220).

وقام داود 2002 بدراسة في اليمن حول فعالية برنامج إرشادي لتطوير القدرة على مواجهة الضغوط لدى المرأة العاملة (عينة من الممرضات)، بحيث هدفت الدراسة إلى قياس فعالية البرنامج الإرشادي الذي يعتمد في فنياته وأساليبه على طريقة مايكوموم، وذلك لمساعدة الممرضات على مواجهة مشكلاتهن الأسرية والمهنية، وقد أثبت البرنامج فعاليته في تطوير القدرة على مواجهة الضغوط بعد إنتهاء فترة التطبيق على المجموعة التجريبية وذلك بعد شهر من إنتهاء البرنامج (نقلا عن غربي، 2010، ص.218).

وقامت غربي(2010) بدراسة حول مدى فعالية برنامج تدريبي معرفي سلوكي في التخفيف من معاناة العامل(مصادر الضغوط المهنية لدى العاملات بالقطاع

المعانة من العديد من المشكلات النفسية والصحية الناجمة عن شعورهم بالضغوط النفسية في العمل (Marrina,1984، pp.292-303).

وقد أشار أبو عجمي وآخرون(1996) بأن تساهم الصحة النفسية للممرّض أو الممرّضة في علاج المريض، لا يستطيع الممرّض المتوتر والقلق والعصبي أن يتقبل أو يتفهم إحتياجات المريض بدرجة كافية، وسوف تنشأ علاقة مضطربة بين الممرّض والممرّضة من جهة وبينهم والمريض من جهة أخرى، ومما لا شك فيه أن لضغوط العمل إنعكاساتها الصحية والنفسية والدّهنية والاجتماعية على الممرّض لكونها تتعارض مع التناغم الطبيعي لجسم الإنسان، وقدراته الطبيعية، فقد يؤدي إلى تعب وإرهاق جسمي وعصبي يمنع الممرّض من القيام بواجباته المهنية على أكمل وجه (نقلا عن يحي عبد الجواد درويش جودت، عبد عساف وسليمان الخليل ، 2003، ص.6).

وقد أشار يحي عبد الجواد درويش جودت، عبد عساف وسليمان الخليل (2003) بأن الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات يتعرضون إلى درجات متباينة من الضغوط النفسية والاجتماعية المتعلقة بالعمل. حيث يشعرون بأن جهودهم في العمل لا تحضى بالتقدير والثواب. لذلك فإن مهنة التمريض تعتبر واحدة من المهن التي تتطلب من العاملين فيها مهاما كثيرة، فهي تعد من المهن الضاغطة Stress full job التي تتوفر فيها مصادر عديدة للضغوط، تجعل بعض الممرضين والممرضات غير راضين وغير مطمئنين عن مهنتهم، مما تترتب عليه آثارا سلبية تنعكس على كفاءة ذاتهم وتوافقهم النفسي والمهني (نقلا عن محمد فرج الله مسلم أبو الحصين، محمد وفائي وعلاوي الحلو، 2010، ص.2).

ويعد العلاج المعرفي السلوكي من أشكال العلاج النفسي الحديثة نسبيا، ويركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة، ويتناول التغيير الجوانب المعرفية والسلوكية

والخدمات السيئة التي يقدمها للمريض. وبالتالي تبرز أهمية عمل العيادي النفسي بالدور الوقائي الذي يقدمه للمصلحة الخاصة والعامه.

#### 4. هدف الدراسة

- وعي المرضى بمخاطر الضغط النفسي، وبناتجه السلبية على الفرد والأسرة والمجتمع.
- توعية مرضي ذوي الضغط النفسي المرتفع بمخاطر الاستجابات غير المتكيفة من طرفهم وتأثيرها على الصحة وعلى العلاقات البشخصية (بين الزملاء، الأهل، الأطفال) والحياة العلائقية (الزوجية)، وطرق التخفيف من الضغط كاستراتيجيه للتعامل.
- الوصول للتفكير بفاعلية، وضبط النفس، وإزاحة العوامل المعرفية والسلوكية المسببة للضغط النفسي.
- تحقيق التفاعل الاجتماعي الفعال للمرضين في الوسط المهني.

#### 5. التعاريف الإجرائية للمصطلحات

##### ▪ تعريف بالبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي

يتضمن التطبيق العملي بهدف علاجي المبادئ النظرية للتعلم، وهو مبدأ يستعمل بطريقة تجريبية في العلوم النفسية (إشكالية الإشراف الكلاسيكي والإشراف العملي والتعلم الاجتماعي). وبالتالي تعديل سلوك غير متكيف بهدف التحسين الإكلينيكي للعميل (الإجراءات غير المتكيفة تزال، والإجراءات المتكيفة تعزز وتثبت). فالتدخل العلاجي النفسي هو مرجع للنماذج المعرفية الكامنة لعلاج المعلومة (سيرورة الفكرة الواعية وغير الواعية، التي تصفي وتنظم إدراك الفرد (Palazolo, 2004, p. XI).

وفي الدراسة الحالية تم تطبيق برنامج معرفي سلوكي لتسيير الضغط النفسي للمرضين وهو يقوم على تدريب المرضى على بعض التقنيات التي تخفف من الضغط النفسي والمتمثلة في تمارين الاسترخاء، التدريب على المراقبة الذاتية، تعديل نوع الحوار الداخلي من سلبي إلى إيجابي، التحكم في

الصحي (نموذجاً) في مستشفيات الجزائر العاصمة، بأقسام (التدريب، الجراحة، السرطان، الإنعاش، الإستعجالات) بهدف معرفة مسببات ضغوط العمل لدى المرضى بالمستشفيات العمومية والآثار المترتبة عنها وخصوصاً النفسية منها، ومدى إرتباطها بالأمراض النفسية، بإستعمال منظومة من المهارات المعرفية والسلوكية التدريبية والمتمثلة في الإسترخاء، حل المشكلات، تغيير المعتقدات، التعبير عن المشاعر، الحوار الذاتي الإيجابي، مهارة الرفض. وتوصلت النتائج إلى أن الممرض يعاني من مصادر الضغط وأن تدريبه على مجموعة من المهارات تمكنه من مواجهة الضغوط.

ومن خلال الممارسة العيادية، يظهر الممرضون في مصلحة جراحة القلب بأغلبية هذه الخصائص هذا ما أثار فكرة الدراسة الحالية، وهي فرصة لإبراز دور الأخصائي النفسي لعلاج الضغط المهني باستعمال التقنيات العلاجية الملائمة. ونظراً للانتشار الواسع لمظاهر الضغط النفسي وقلّة البرامج العلاجية أو الوقائية منها، تم تصميم برنامج يعتمد على أسس العلاج المعرفي السلوكي لتسيير الضغط النفسي، لتطبيقه على ممرضين مصلحة جراحة القلب بشوفالي الجزائر، وعليه تم طرح التساؤل التالي:

هل يساهم تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي لتسيير الضغط النفسي في التخفيف من الضغط لدى ممرضين مصلحة جراحة القلب؟

#### 2. فرضية الدراسة

- يساهم تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي لتسيير الضغط النفسي في التخفيف من درجات الضغط لدى ممرضين مصلحة جراحة القلب.

#### 3. أهمية الدراسة

تكمن أهمية هذه الدراسة في إبراز الدور المهم الذي يلعبه الأخصائي النفسي في مساعدة الطاقم الشبه الطبي على الوعي بتأثير السلبي للضغط نفسياً وعلائقياً (أسرياً واجتماعياً)، مهنياً وصحياً، بالإضافة إلى سوء المردودية

تتحدد نتائج الدراسة لحجم العينة، كما تتحدد الدراسة بالمنهج المستخدم وهو منهج دراسة حالة والأدوات المستعملة للقياس في الوسط المهني.

### 7. الاجراءات المنهجية للدراسة

#### ▪ منهج الدراسة

نظرا لطبيعة الموضوع وحجم العينة تم اختيار المنهج الوصفي وبشكل خاص طريقة دراسة حالة تتمثل في تدريب 2 من الممرضين على برنامج لتسيير الضغط، نعرض واحدة منها.

#### ▪ مجموعة الدراسة

تم تطبيق الدراسة على مجموعة مكونة من ممرضتين تمارسان بمصلحة جراحة القلب تم اختيارهما بطريقة قصدية، تم التركيز على مستوى الضغط، بحيث تم توزيع مقياس الضغط على ثمانية من الممرضين، ثم تم تحديد مستوى الضغط وتم الاحتفاظ بالثنتين تعانين من ضغط مرتفع وقد قبلتا المشاركة في برنامج تسيير الضغط، ونعرض فيما يلي حالة واحدة ومن خصائصها:

الحالة (س) التي تم تدريبها على تسيير الضغط هي سيدة ممرضة، تبلغ 24 سنة من العمر، عزباء مستواها الدراسي جامعي وهي مساعدة في التمريض، تقطن بالمدينة.

#### ▪ أدوات الدراسة

✓ **دليل المقابلة**، تم الاعتماد في هذا الدراسة على دليل المقابلة لجمع خصائص مجموعة الدراسة (السن، الحالة الاجتماعية، المستوى الدراسي، الإقامة).

#### ✓ التظليل الوظيفي

اعتمدت الباحثة على شبكة SECCA (Cottraux, 2001, p.75) التي تجمع عناصر متنوعة والتي سوف نذكرها: S : Stimulus، E émotion، الإحساس، C cognition : المعرفة (الفكرة، الصورة العقلية، نظام الاعتقاد)، C :

الوقت، ضبط الضوابط ومن ثم تصبح تلك التقنيات مهارات يستعملها العميل في حياته اليومية.

#### ▪ تعريف الضغط النفسي

يشير إلى حالة من التوتر *détresse* وعدم الراحة النفسية والجسمية الناجمة عن الضغوطات الخارجية، الصراعات المختلفة، والمشاكل الصحية، وقد يكون الضغط محفزاً أو يدرك على أنه منبع من الضرر النفسي *mal être* (Servan, 2007, p.153).

عرف Lazarus و Folkman (1984) الضغط النفسي، على أنه علاقة خاصة بين الفرد والمحيط، الذي يقيمه الفرد على أنه يفوق مصادره الشخصية ويعرض رفايته للخطر. يركز هذا التعريف على الإدراك *Perception*، يتعلق الأمر بالأخذ بعين الاعتبار التقييمات التي تؤثر على حكمه ولا ينفي هؤلاء الباحثون الإستجابة الفيزيولوجية للضغط ولكن قد تظهر هذه الأخيرة أو تختفي من شخص لآخر حسب تقييمه للوضعية الضاغطة، ومن ثم تبرز أهمية الفروق الفردية في الإستجابة للضغط (نقلا عن سايل، 2008، ص.168).

#### ▪ تعريف الضغط النفسي المهني

يشير الى تجربة ذاتية لدى الفرد تحدث نتيجة لعوامل في الفرد نفسه، أو عوامل في المنظمة التي يعمل فيها، مما يؤدي إلى آثار جسمية أو نفسية أو سلوكية (رجاء مريم، 2008، ص. 482).

ويعتبر الضغط المهني في الدراسة الحالية الإحساس بعدم الراحة النفسية والتوتر الذي يعم كيان الفرد، مما يؤدي بعدم الإلتزان الإنفعالي والسلوكي والمعرفي مكان العمل مما يخفض من فعاليته ومردديته المهنية كمرض في مصلحة جراحة القلب.

### 6. حدود الدراسة

بمعامل الفا كرونباخ الذي بلغ 0,92 يدل على ثبات عال. كما تم اختباره باعادة التطبيق وبلغ معامل الثبات 0,68. كما تم اختبار صدق المقياس عن طريق اختبار صدق البناء مع متغيرات اخرى وبلغت المعاملات: الدراسة ( $r=0.09, p < 0.0001$ )، الدخل ( $r=0.09, p < 0.0001$ ) و ( $X^2=44,71, p < 0.0001$ ). الوضعية ( $X^2=46,22, p < 0.0001$ )، الجنس ( $r=0.09, p < 0.0001$ ) و ( $X^2=46,22, p < 0.0001$ ). كما تم اختبار الصدق التلازمي بين MSP25-A و le type A الذي قدر (بين 0,37 و 0,38)، ثم اختباره مع مقياس الحصر والاكتئاب وقر ب (بين 0,67 و 0,78). كما تم اختبار الصدق التنبؤي باجراء القياس لمدة 8 اشهر بمعدل 3 قياسات خلال 4 اشهر وظهر أنه يتنبأ بالحالة الصحية الجسدية (Lemyre, Tessier & Fillion , 1990, p.15).

وتم تطبيقه في الدراسة الحالية كمؤشر لتحديد مستوى الضغط لدى المفحوصة واستعماله كمؤشر للتحقق من تحسينها بعد التدريب على تسييره.

#### أبعاد المقياس:

- بعد انفعالي ومعرفي، يتكون من 11 بندا (1، 2، 5، 7، 10، 14، 15، 16، 20، 21، 23).
- بعد سوماتي (جسمي)، كل ماهو فيزيائي وفيولوجي يتكون من 06 بنود (3، 6، 9، 11، 19، 25).
- بعد سلوكي، أي قائمة الأشياء التي يجب القيام بها يتكون من 08 بنود (4، 8، 12، 13، 17، 18، 22، 24).

#### ➤ البرنامج المعرفي السلوكي ومراحل

##### تطبيقه

تم تحديد مراحل التدريب وعدد الحصص انطلاقا من برنامج مستوحى من الأدبيات المتعلقة بتقنيات و فنيات العلاج المعرفي السلوكي، بحيث تم اختيار عمليات معرفية سلوكية من خلال تمارين تم انجازها عبر الجلسات كما يلي:  
الجدول (1) مراحل تطبيق برنامج معرفي سلوكي لتسيير الضغط

comportement السلوك، A anticipation: التوقعات. وهي عناصر تحدد سلوك المشكل (الضغط المهني).

ويهدف استعمالها إلى تقديم المعلومات حول السيرة المتزامنة (synchronique) أي حالي يسمح بتحليل مواقف سلوك (مثير، إحساس، معرفة، سلوك، توقع) وعلاقته مع المحيط الاجتماعي. ومعلومات حول سيرة السوابق التاريخية النمائية (diachronique) أي السوابق التاريخية والتي تسمح بهيكله ماضي العميل، وهي تضم المعلومات الهيكلية الممكنة (الوراثية، الشخصية، العوامل التاريخية المحافظة على السلوك، العوامل الأولية المنشطة، الأمراض الجسمية، المواقف التي تسبق الاضطراب، العلاجات السابقة، ومشاكل أخرى) (Cottraux, 2001, p.75).

#### ✓ مقياس الضغط النفسي

قامت Lemyre و Tessier و Fillion في 1990 ببناء مقياس الضغط النفسي Mesure du Stress Psychologique [MSP] يتكون المقياس الأصلي من 49 بندا التي تم توزيعها لتشكيل صورتين مختصرتين تحتوي على 25 بندا :

MSP25-A و MSP25-B بمعنى يمكن استعمال نسخة مختصرة واحدة واعتمدنا على MSP-25A.

يعتبر هذا المقياس عبارة عن تقرير ذاتي، يجب عليه المفحوص بمفرده على سلم ليكرت من 1 الى 8 (لا إطلاقا-كثيرا)، تكون الاجابة بالتركيز على 4 او 5 ايام الاخيرة بوضع دائرة حول الرقم المناسب له. يتكون المقياس من 11 بندا (انفعالي-معرفي) و 6 بنود (جسدية) و 8 (بنود سلوكية) يتم حساب الدرجة الكلية لكل بُعد بالجمع بين الدرجات الخام المحصل عليها في كل بند. وفي الصورة A-25 يتم تنقيط البند 14 بشكل معكوس.

تم اختبار الصدق والثبات لكل النسخ لمقياس الضغط النفسي، وبالنسبة للنسخة A-25 تم اختبار ثبات المقياس

المرحلة	عدد الجلسات	رقم الجلسة والتقنيات	أهدافها العامة
التمهيدية	02	01 02	- القياس القبلي (التقييم) - بناء العلاقة العلاجية - العقد العلاجي - التحفيز والامتثال العلاجي - التحليل الوظيفي - الوعي بالظاهرة والوعي بالواقع - تحديد أهداف وإقتراحات مبدئية مقدّمة من طرف العميل، المرجو الوصول إليها في نهاية العملية العلاجية - فنيات التواصل
التدريبية	06	03 04 05 06 07 08 *التفيس الإنفعالي *التقبل الغير مشروط*محاضرات تعليمية وتنقيفية للتحصين ضد الضغوط وفقا لنموذج (مايشنوم)*الحوار والمناقشة السقراطية*المراقبة الذاتية * التعرف على الأفكار الغير عقلانية ثم تعديلها *النمذجة *تقنية التعرض عن طريق التخيل وتقنية تأكيد الذات وتقنية السناريو الكارثي*الإستبصار *فنيات التواصل *تقنية وقف الأفكار	<b>التحكم في الإستجابات المعرفية</b> - التعرف على نموذج بيك والتدرب عليه - اكتساب استراتيجيات معرفية وسلوكية للتحكم في الضغط - ضبط المثير المسبب للضغط - التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية، وإحلالها بأفكار عقلانية بفضل الواجبات المنزلية - الوعي بالحوار الذاتي والمراقبة الذاتية - إعادة البناء المعرفي بفضل الواجبات المنزلية <b>التحكم في الإستجابات الفيزيولوجية:</b> - تعلم الإسترخاء وإستخداماته <b>التحكم في الإستجابات السلوكية:</b> - التدرب على حل المشكلات - تأكيد الذات - التدرب على التنظيم النفسي وتحديد الأولويات - التدرب على التحكم في الوقت - التدرب على مواجهة المواقف الضاغطة - الواجبات المنزلية
الختامية	01	09	- إنهاء الجلسات العلاجية - تغذية رجعية feed back - التوصيات
المتابعة	01	10	- القياس البعدي (التقييم) بعد 15 يوم من نهاية البرنامج

✓ معالجة نتائج الدراسة: تم الاعتماد في معالجة النتائج المتوصل إليها على طريقتين:  
الأولى كمية، تتعلق بالنتائج المتحصل عليها على مقاييس الدراسة

✓ عدد الجلسات:

الجدول (2) عدد جلسات البرنامج تسعة (09) جلسات.

## ✓ نتائج التحليل الوظيفي

في السوابق العائلية، توفي والدها عن عمر يناهز 83 عاما بعد تعرضه لجلطة دماغية بسبب ارتفاع ضغط الدم، كما كان لها أخ توفي بسبب سرطان في الدم عن عمر يناهز 17 سنة. ولا تعاني السيدة (س) من أي مرض عضوي، ولم يسبق لها الاستفادة من استشارة نفسية أو في الطب العقلي. وهي تشتكي في الآونة الأخيرة من صعوبة في النوم ليلة استئناف العمل بسبب التفكير فيما سوف يلاقيها صباح الغد من مفاجآت غير سارة والتي تسببها لها ممرضة زميلتها (ع) في العمل. وأسفر التحليل الوظيفي لسلوك المشكل ما يلي:

**الجدول (3): نتائج التحليل الوظيفي لسلوك المشكل (الضغط المهني):**

الثانية نوعية، بحيث يتم تحليل المحتوى لإنتاج الحالة من خلال بنود المقاييس ونتائج التدريب على تسيير الضغط، تحديد كل العمليات التي تم اكتسابها خلال التدريب.

## 7. عرض ومناقشة نتائج الدراسة

الجلسة رقم	01	02	03	04	05	06	07	08	09
الساعة	90	90	90	120	90	90	90	90	90

✓ نتائج دليل المقابلة: الحالة (س) التي تم تدريبها

على تسيير الضغط: هي ممرضة تبلغ 24 سنة من العمر، عزباء مستواها الدراسي جامعي وهي مساعدة في التمريض، تقطن بالمدينة.



الجدول (4): نتائج التدريب على تسيير الضغط للحالة (س)

بعد التدريب على تسيير الضغط	قبل التدريب على تسيير الضغط
قَدَّرت درجة الضغط بـ 75 تشير الى مستوى: تحت المتوسط أمثلة عن تحسن تلك البنود بعد التدريب لا على الإطلاق لا على الإطلاق لا على الإطلاق ليس فعلا إلى حد ما ليس فعلا ليس فعلا نعم بالأحرى	قَدَّرت درجة الضغط، بـ 101 تشير إلى مستوى: مرتفع أمثلة من أجوبتها في البنود التي تشير الى ارتفاع الضغط أنا متوتر أو متشنج قليلا أشعر بضيق في حلقي أو بجفاف في فمي قليلا نعم بالأحرى أشعر أن الوقت يداهمني، مقيد بالوقت، الوقت لا يسعني أنا أميل إلى ترك بعض وجبات الطعام أو أنسى أن أكل قليل أقوم باسترجاع نفس الأفكار، أجتر، تراودني نفس الأفكار رأسي ممتلئ. نعم بالأحرى

<p><b>المقابلة الأولى:</b> تمت فيها بناء العلاقة العلاجية والعقد العلاجي والتحليل الوظيفي للتعرف على مسببات الضغط.</p> <p><b>المقابلة الثانية والثالثة:</b> التنفيس الإنفعالي والتعرف على الأفكار الأوتوماتيكية.</p> <p>تقديم محاضرات تعليمية وثقافية للتحصين ضد الضغوط وفقا لنموذج meichenbaum بتقديم المعلومات اللازمة للتعرف على الضغط ومسبباته ومرحلة تطبيق إستراتيجيات التعديل بإعادة التنظيم الذاتي عن طريق تحديد الأولويات.</p> <p>تقديم واجب منزلي (المراقبة الذاتية للأفكار، السلوك والشعور) تناقش في الحصة المقبلة.</p> <p><b>المقابلة الرابعة:</b> المراقبة والحوار السقراطي بهدف إعادة البناء المعرفي التدريجي:</p> <p>✓ المراقبة الذاتية للأفكار الأوتوماتيكية والحوار الداخلي السلبي "خاف ديرلي المشاكل، تركز فيا، عملها بالعاني، درك تشكيني للبروفيسور"</p>	<p><b>المقابلة الرابعة:</b></p> <p>الباحثة: نتوقف عند هذه الكلمة "راهي تركز فيا، راهي تعملها بالعاني" نطرحك سؤال هل كنت تراقبي الأفكار أنتاعك أو هل لاحظتي الكلام اللي راكي تقوليه في روحك؟ وما هو الشعور الذي حسيتي بيه؟ العميلة: ما رديتش بالي. ندير كل خدمتي، مادرت حتى حاجة باش نخاف منها ولكن نخاف المشاكل والتهديدات نتعها (المرمضة ع).</p>
--	---

<p><b>التعرف على الأفكار الغير عقلانية ثم تعديلها</b></p> <p>✓ الباحثة: أي نوع من المشاكل؟ ✓ العميلة: تشكيني للبروفيسور....</p> <p>كانت تقنية الحوار والمناقشة السقراطية، بهدف التعرف على مخاوف العميلة والأفكار التي تسبب لها التثبيط وعدم مواجهة مواقف الحقرة مثلا من طرف زميلة في العمل (المرمضة ع)</p> <p>العميلة: فعلا ولكن إستباق الأحداث والتفكير بطريقة سلبية ودرامية ما يجعلني نخاف من حاجة ليس لها أساسا من الصّحة، كما أنني ما كنتش قادرة نشوف</p>	<p>✓ تقنية التعرض عن طريق التخيل وتقنية تأكيد الذات وتقنية السيناريو الكارثي والحوار السقراطي: بتشجيع العميلة على قول "لا" وهذا عن طريق تخيل أسوأ المواقف التي قد تواجهها أي بعدما تم التعرف على مخاوف العميلة "أخاف قول "لا" ولا أريد أن أدخل في صراع معها"</p>
---	--

<p>روحي نقول لالا لهديك الممرضة ولكن بعدما تحاورنا أو درنا كل الإحتمالات اللي تقدر تصرا، شفت لي راني كنت نخم بقاها وبغير منطقية.</p> <p>✓ <b>تقنية التعرض عن طريق التخيل وتقنية تأكيد الذات وتقنية السيناريو الكارثي والحوار السقراطي</b></p> <p><b>الباحثة:</b> أسوف يطردونك من العمل؟ هل هي نهاية العالم إن قلت "لا" حول عمل لا يدخل ضمن واجباتك؟</p> <p><b>العميلة:</b> لا أظن، ولكن راح يكون عندي المشاكل</p> <p><b>الباحثة:</b> وأي نوع من المشاكل؟</p> <p><b>العميلة:</b> والله ما علابالي، ولكن بلاك راني j'exagère</p> <p><b>الباحثة:</b> كيفاش كانت حالتك النفسية قبل ما تجي للعمل؟</p> <p><b>العميلة:</b> كانت عندي أفكار سلبية ولكن حاولت قدر الإمكان التعامل مع هذه الأفكار بتطبيق تقنية تشتيت الإنتباه ومحاولة تغيير أفكاره والتفكير بطريقة إيجابية كما تعلمنا أنفا بإستعمال الإيحاءات الإيجابية.</p>	<p><b>الباحثة:</b> افتراضا قلت "لا" وأنها أوصلتها إلى البروفيسور، ماذا تخافي أن يحدث لك؟</p>
--	--

<p><b>وتقنية وقف الأفكار:</b></p> <p>وقول توقف يا(س) أو STOP عن التفكير بسلبية فهذه ليست نهاية العالم ولا أستحق أن أتعب نفسي.</p>	<p>✓ <b>تقنية تشتيت الإنتباه وتقنية وقف الأفكار</b></p> <p>✓ <b>فنيات التواصل</b> كما دربت العميلة أثناء الحصة على كيفية الحوار مع الشخص الآخر ويكون كالتالي:</p> <p>أ-أخذ نفس عميق قبل التكلم مع الشخص الآخر</p> <p>ب-أن تكون وضعية الجسم منضبطة ومستقيمة كتفين معدلتين.</p> <p>ج-عند التكلم يجب أن تكون متأكد مما سوف تقوله، ويمكن التدرج في المنزل أمام مرآة على وضعية الجسم، وطريقة الكلام الهادئة مع الشخص ويكون عن طريق التخيل لسلوكيات الفرد الآخر وتخيل الإجابات التي يمكن قولها.</p> <p>د-عند الحديث لابد من النظر إلى العينين والوجه عامة دون التحديق أو الضغط على الحاجبين لأنها تعبر عن العدوانية والتهجم.</p> <p>بالإضافة إلى أخذ المسافة الملائمة وعدم استعمال اليدين عند الكلام وعدم الإكثار من تقديم الأعدار.</p> <p>هـ-في نفس الوقت الذي نتكلم مع الشخص الآخر لابد التحكم قدر المستطاع في أعصابنا والتركيز الجيد وملاحظة طريقتنا التي نتكلم بها أي القيام بعملية المراقبة الذاتية والوعي بكل سلوك يصدر من أنفسنا أو ذواتنا.</p>
---	--

<p><b>الحصة الخامسة والسادسة:</b></p> <p><b>العميلة:</b> لم أحس أبدا بطريقة تنفسي ولم أكن أعلم أن التنفس له كل هذه الأهمية فأنا أشعر بثقل في كتفي لماذا هذا الشعور؟</p> <p><b>الباحثة:</b> الثقل يدل على أنه العضو أكثر إستعمالا في الجسم</p> <p><b>العميلة:</b> صحيح عندما أشعر بالضغط، الفعل الذي أقوم به هو شدّ في عضلات كتفاي.</p> <p>✓ <b>الباحثة:</b> كيف هي الأجواء في العمل بعد الإجتماع مع (ع) <b>وبعد حصة الإسترخاء التي قمنا بها سوية</b></p>	<p><b>المقابلة الخامسة والسادسة:</b></p> <p>✓ <b>تقنية الإسترخاء والحوار الجدلي</b></p> <p>تطبيق تقنية التنفس، بعد تقديم حوصلة عن أهمية التنفس للتحكم في الأعراض الفيزيولوجية المرافقة للضغط النفسي.</p> <p>✓ بعد حوالي 30 دقيقة من الإسترخاء قمنا بتغذية رجعية وهذا بالتكلم عن</p>
--	---

<p>✓ <b>العميلة:</b> حبيت نتكلم على الحصة اللي فاتت فادتني بالزاف parce que درنا réunion مع الممرضة (ع) حول المشاكل مع service أو جاتني على قلبي. أو الحاجة المليحة قالتلي الممرضة (ع) أنت (س) نبدا بيك عمبالها رايحة تخلعني، ثم تكلمت معاها بطريقة هادئة وعلى كل شيء حتى هي أنخلعت فيا أو ماظنيتش أني رايحة نتكلم أو نعبر لأنني في حياتي ما جاوبتها أو كي خلصت الكلام قالتلي إيه تعلمتي تهدي !!</p> <p>كنت بالزاف فرحانة بروحي، أو تعلمت بلّي كي نتكلم أو نتواصل مع الغير عن طريق الكلام مليح بالزاف أو من خلال التكلم قدرنا نتفاهم أو نخينا كل المشاحنات والضغينة اللي بيناتنا، والحمد لله لاحظت في الممرضة الرئيسية malgré عندها سلبيات، عندها إيجابيات</p> <p><b>العميلة:</b> راني نحس باللي رجعت الخدمة شوية كي زمان la paix حتى السلوك مع الممرضة (ع) تحسن رجعت تشاورنا أو كي تخرج تقولنا راني رايحة لديك البلاصة أو درك نرجع أتهلأو في service، حتى la communication رجعت كاينة أو circuit رجع يجوز.</p>	<p>معايشتها لهذه الخبرة وماهي الأحاسيس التي شعرت بها؟</p> <p><b>العميلة:</b> تمرين خلاني نخدم المخيلة نتاعي ما جانيش في بالي أن التمرين هكذا داير</p>
---	---

<p><b>الحصة السابعة والثامنة</b></p> <p><b>الباحثة:</b> كيفاش كانت المعنويات والحالة النفسية نتاعك قبل ما تحي للعمل؟</p> <p><b>العميلة:</b> رجعت ما نخممش كيما كنت من الأول، قبل ما نجي للخدمة كنت نكره أو نقول في نفسي كيفاش رايحة نجوز النهار مع غدوة أو كي نفكر برك في الممرضة (ع) نكره الخدمة أو نحب نتغيب، بالصح الآن رجعت نقول كي نكون في الدار نخم على واش راني نعيش الآن، أو نحوس نخرج نضحك أو كي نجي للخدمة رجعت نجي فرحانة أو تعلمت jamais نخم في حاجة مازال ما لحقتش بالطريقة السلبية أو إذا خممت فيها تكون بإيجابية <b>الباحثة:</b> أو كيفاش راكي تحس في روحك كي خدمنا في هذه الجلسات أو تدريبنا على بعض التقنيات؟</p> <p>أو هل إستفدت من هذه الحصص أم لا ويكل صراحة؟</p> <p><b>العميلة:</b> تعلمت أن إذا أي شخص يقولك ديري حاجة أو نخص بالذكر الممرضة (ع) مش معناه أنها تأمر فيك، أو إذا قالتها لك معناها راهي حاجة مليحة أو نقدر نحسبها تفكرني باش ندير خدمة بالاك أنسيها، خير ملي تقولني حاجة أخرى ما تعجبكش أو الملاحظات اللي قولهمنا في العمل ما نترجمهمش سلبيا، بل نقول نستفاد من الخبرة نتعها حتى هي عندها 26 سنة expérience أو زيد كبيرة علينا أو تعرف للدنيا.</p> <p>بعد حوالي 30 دقيقة من الإسترخاء القيام بتغذية رجعية.</p> <p><b>العميلة:</b> تمرين خلاني نخدم المخيلة نتاعي ما جانيش في بالي أن التمرين هكذا داير</p> <p><b>الباحثة:</b> شحال راكي تقيمي الضغط نتاعك بعدما خدمنا 08 حصص؟</p> <p><b>العميلة:</b> كان الضغط نقدر نقولك 9/10 والآن قريب ماكانش 3/10.</p>	<p><b>الحصة السابعة والثامنة</b></p> <p>✓ الإستبصار والوعي بالأفكار الأوتوماتيكية وتأثيرها على نفسية الفرد من إحساس (بالضيق، بالغضب، القلق، التوتر) وبالتالي ينعكس على السلوك.</p>
--	--

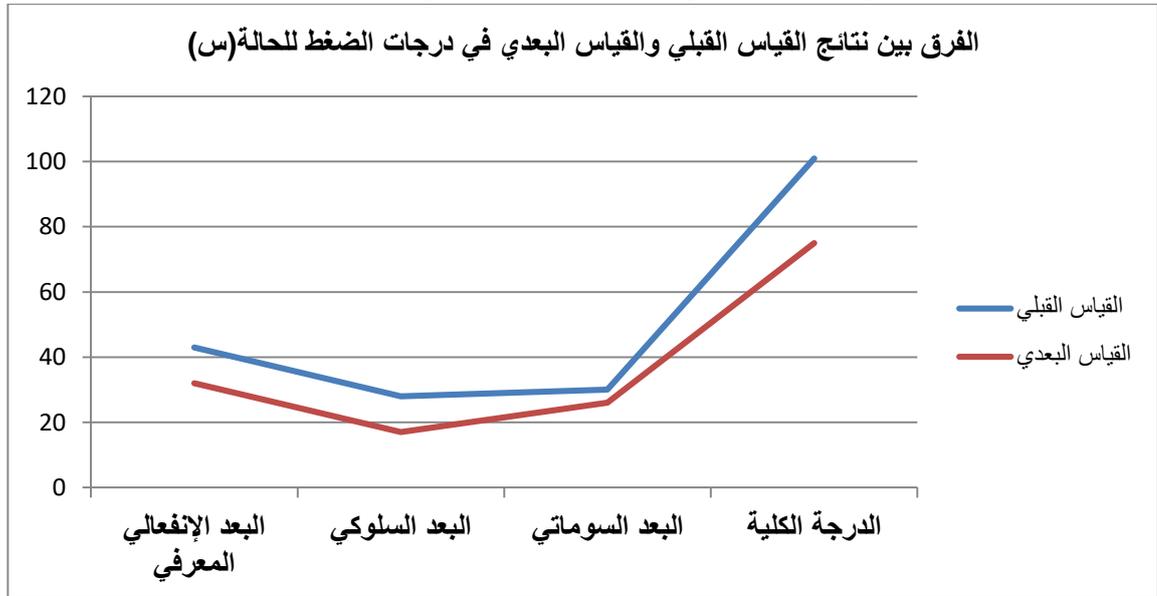
**الحصة التاسعة: تقييم البرنامج**  
**الباحثة: كيفاش عشتي هذه الحصص؟**

الحصة التاسعة: نسيت أن أقول لك بأن كان لأختي أوجاع في المعدة فقلت لها "درك نديرو la relaxation أورايحة تشوفي كاش ينقصك الوجع وفي نفس الوقت قلت ما نزنش أني نديرو كي الباحثة ثم عاودت قلت وعلاش ما نقدرش نطبّقه لا يلزم نطبق عليها " وعندما أنهيت التمرين قالت لي أختي والله تقولي كنت نكذب واش درتلي قتلها خلاص رجعت psychologue. في نهاية الحصة قدمت للعميلة التوصيات والنصائح في ورقة مطبوعة تضم أهم المعلومات، مع شكرها على إنضباطها وامتثالها للبرنامج.

جدول(5): نتائج القياس القبلي والبعدى لمستويات الضغط في الحالة (س)

الدرجة الكلية	البعد السوماتي	البعد السلوكي	البعد الإنفعالي المعرفي	القياس القبلي
101	30	28	43	القياس القبلي
75	26	17	32	القياس البعدى

نلاحظ انخفاضاً على مستوى كل الأبعاد مقارنة بالقياس القبلي وهذا ما يدل على تحسين البرنامج المطبق لتسيير الضغط على خفض درجاته، ويوضح المنحنى البياني الفرق بين القياس القبلي والبعدى:



### مناقشة نتائج الدراسة

- استعمال تمارين الاسترخاء لاقت استحساناً من طرف العميلة للتحكم في الأعراض الفيزيولوجية والانفعالية وهي نفس النتيجة التي توصل إليها دراسة Moore 1999.

- وصفت العميلة تقنيات المراقبة الذاتية والحوار الداخلي وتقنيات وقف الأفكار وتشتيت الانتباه، بأنها أهم إكتشاف تعرفت عليه، وقد ساعدتها هذه التقنيات للتعرف أكثر على ميكانزم الأفكار الأوتوماتيكية التي كانت تجتاح الفكر بطريقة غير واعية، كما أنها صارت بإمكانها معرفة خبايا نفسها والتعرف على مسببات الضغط والحزن والقلق

نحاول مناقشة نتائج الدراسة، حسب الفرضية المطروحة والمتمثلة في مساهمة تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي لتسيير الضغط النفسي في التخفيف من حدّته في الوسط المهني لدى ممرّضتين بمصلحة جراحة القلب.

بعد تطبيق الأساليب والتقنيات المستعملة مع الحالة (س) توصلت نتائج دراسة الحالة الى أن:

ساعدت فنية التركيز على المكان والزمن الحاضر والآني *ici et maintenant* العملية من التقليل من حدة الشعور بالضغط والتوتر والحصر الناتج من التفكير المسبق في الأحداث بطريقة سلبية، والتركيز على الزمن الحاضر وكل الأحداث التي تجري في الحين والتمتع بكل ما هو موجود.

### استنتاج عام

السيدة (س) تبلغ من العمر 24 سنة عذراء، تقطن بالمدينة، تحتل المرتبة الأولى بين 02 ذكور وأخت، لها إخوة آخرين بما أن أمها هي الزوجة الثالثة، أما مستواها الدراسي جامعي، بحيث درست تخصص علوم تجارية في المدينة، لم يعجبها التخصص فقامت بتكوين آخر تخصص مساعدة تمرريض 2011 بالجزائر العاصمة ما جعلها تنتقل عند أخيها، وحاليا تعمل في مصلحة جراحة القلب.

من خلال الملاحظة المقصودة للحالة داخل المصلحة كانت قبل بداية الحصر العلاجية، منعزلة، قليلة الكلام، مطيعة، تقوم بكل ما يطلب منها من طرف زملاء العمل، أما فيما يخص الحالة النفسية فقد كانت تعاني العميلة من بعض أعراض الإكتئاب والحصر الخفيف كالبكاء والمزاج المكتئب والإنعزال ونقص تقدير الذات وفقدان الرغبة واللذة في العمل أما فيما يخص أعراض الحصر فقد تمثلت في الخوف من المستقبل وإستباق الأحداث والأعراض الفيزيولوجية كجفاف الفم وتسارع ضربات القلب، إجترار الأفكار، اضطرابات النوم من نوع إيجاد صعوبة في النوم، سرعة التهيج *irritabilité* مشكل التركيز، وكلها أعراض تمّ جمعها إنطلاقا من المقابلة العيادية والمقياس والتحليل الوظيفي.

وعند تطبيق مقياس الضغط النفسي (المقياس القبلي) على العميلة تبين أن الضغط مرتفع، بالإضافة إلى المقابلات التشخيصية والتحليل الوظيفي تؤكد على معاناة العميلة من الضغط.

وبعد تطبيق البرنامج العلاجي والتدريب على بعض التقنيات المعرفية السلوكية والمتمثلة في التحكم في

والتوتر وغيرها من الإنفعالات السلبية، أي هناك وعي أكثر بنفسها وهذا ما أكدته دراساته كل من داود اليمن 2002 التي إستعملت فنيات وأساليب مايكنباوم، ودراسة غربي صبرينة بجامعة ورقلة التي طبقت كل من الإسترخاء، حل المشكلات، تغيير المعتقدات، التعبير عن المشاعر، الحوار الذاتي الإيجابي، مهارة الرفض، ودراسة Moore (1999) في استعمال البرنامج التعليمي (نقلا عن غربي، 2010) ودراسة West Games (1984) بأمریکا الذي استعمل مهارات المواجهة ونموذج التحصين ضد الضغوط .

إستنتجت الباحثة أنّ أسلوب المحاضرة (البرنامج التعليمي *la phase éducative*) لمايكنباوم، والمناقشة والحوار الجدلي للأفكار الأوتوماتيكية أو المعتقدات غير العقلانية، ساعدت العميلة على الوعي أكثر بسلوكياتها وإنفعالاتها والتعرف على حلقة أو مثلث الضغط والعلاقة المترابطة بين الفكرة، الإنفعال والسلوك، فهي عمليات متداخلة فيما بينها ولا يمكن فصل الواحدة عن الأخرى.

- ساعد إستعمال فنيات تأكيد الذات أي تعلم الرفض وقول "لا"، وكذا إستعمال فنيات التواصل العميلة على إكتساب وجهة نظر أخرى لإدراك المواقف الخارجية سلبية كانت أو إيجابية وبالتالي ترجمة هذه المواقف بكل موضوعية دون التأثير على الحالة النفسية من إنفعالات ومعارف وسلوك، والتعرف أكثر على فائدة التواصل اللفظي في حلّ الكثير من المشاكل التي قد تكون عالقة في وقت مضى.

- ساعدت الواجبات المنزلية العميلة من إلتماس الفرق والتغير الملحوظ في نمط تفكيرها من السلبي إلى الإيجابي وعدم تخيلها إلى أي مدى كانت أفكارها جدّ متطرفة وغير منطقية في الحصر العلاجية الأولى وقبل بدأ البرنامج.

### خلاصة

اجريت هذه الدراسة لفحص مساهمة برنامج معرفي سلوكي لتسيير الضغط النفسي لدى ممرضتين بمصلحة جراحة القلب في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة الدكتور معوش محند أمقران. وعرضنا نتائج حالة واحدة، علما أننا توصلنا الى تحسن في مستويات الضغط لدى الحالتين.

يتكون البرنامج من تسعة جلسات، حيث تم تلقي العملية مجموعة من التقنيات والأساليب التي من شأنها تسيير الضغط النفسي وتطوير بعض المهارات للتحكم في الأعراض الإنفعالية والمعرفية والسلوكية وتبين أن نقص فنيات الإتصال والمهارات الإجتماعية وإستعمال الحوار السلبي الداخلي، ونقص مهارات التحكم في الأعراض الفيزيولوجية والإنفعالية تزيد من حدة الضغط النفسي لدى الممرضة. وقد تكون الضغوط التي يتعرض لها الممرضون والممرضات ناجمة عن التفاعل بين عوامل عديدة بيئية وشخصية يمر بها الممرض أثناء الوظيفة كزيادة عدد ساعات العمل الليلي والنهاري، وما يتطلبه ذلك من السهر لساعات طويلة، ووضع الممرض تحت الطلب والخدمة في أي وقت كان بحجم المستجبات الطارئة، كل ذلك من شأنه التأثير السلبي على الأداء المهني لعمل الممرضين والممرضات تجاه النزلاء في المستشفى، وقيام أجسامهم بالوظائف الفيزيولوجية الطبيعية، ناهيك عن مطالب المرضى المستمرة، إضافة إلى الضغط الذي يولده أقارب المريض أو مراقبوه والذين يكونون في غمرة القلق الشديد عليه وفضولهم للتعرف على طبيعة مرضه، ومدى خطورته، ومدى إمكانية النجاة من الموت أو الشفاء، وقد تكون الضغوط من خارج نطاق العمل، متمثلة في ضعف المساعدة الاجتماعية الكافية للممرض جزاء مزاولته لمهنته.

وبالتالي ينبغي الإهتمام بالجانب النفسي لكل عمال الصحة وأخص بالذكر الممرضين الذين يعانون من ضغوطات نفسية تؤثر على مجرى حياتهم من الناحية

الأعراض الفيزيولوجية والأعراض المعرفية وبالتالي السلوكية، بالإضافة إلى تقنية تأكيد الذات والمتمثلة في النمذجة والتعرض عن طريق التخيل، كما كان تدخل الباحثة بملاحظة السلوكيات غير المتكيفة للعملية في أوقات العمل في المصلحة، ثم مناقشتها أثناء الحصة لكي يكون هناك وعي وإستبصار أكثر بما ينجم منها من ردود أفعال، كما قامت الباحثة بالتعقيب على بعض ردود أفعال العملية في الحين إن إستوجب الأمر ذلك فعلى سبيل المثال: لما تأتي العملية وتقول "أنا متعبة أو واش أيجوز هذا النهار" فهنا يكون التدخل لتذكيرها بالحوار الذاتي السلبي الذي يعود عليها بالسلب.

فلم تكن الحصة العلاجية الأولى بالسهلة لا على الباحث ولا على العملية بحكم الضغط النفسي الذي كانت تعاني منه يوميا، ولكن بفضل إمتثال العملية ومثابرتها وعدم تغييرها في الحصة ما جعل تحسن الحالة النفسية للحالة (س) وتغير وجهة نظرها نحو العمل والزملاء والأهم من ذلك نحو نفسها. والدليل على ذلك هو تغير استجابتها عند مواجهتها للمواقف الضاغطة، فقد إستحسنست إستعمال تمرين التنفس للتخفيف من الإستجابات الفيزيولوجية. كما ساعدها تمرين المراقبة الذاتية على التحكم في الإستجابات المعرفية، كما ساعدها تمارين تأكيد الذات للتحكم في تحسين الإستجابات السلوكية.

فقد كانت العملية جدّ مجدة بتطبيق ما تعلمته من المحاضرات المقدمة من طرف الباحثة كما تميزت بالدقة وروح المناقشة والحوار بما فيها إستعمال المصطلحات النفسية. كما سجلنا انخفاضا في مستوى الضغط النفسي في القياس البعدي (بعد 15 يوم من إنتهاء البرنامج).

نموذجاً) دراسة شبه تجريبية. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 3، 209-237.

• محمد فرج الله مسلم أبو الحصين. محمد وفائي. علاوي الحلو. (2010). الضغوط النفسية لدى الممرضين والمرضات العاملين في المجال الحكومي وعلاقتها بكفاءة الذات (رسالة ماجستير في علم النفس، كلية التربية الجامعة الإسلامية بغزة). فلسطين.

• مصطفى فهمي. (1995). الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكيف (ط3). القاهرة: الناشر مكتبة الخانجي.

• يحي عبد الجواد درويش جودت، عبد عساف، سليمان الخليل. (2003). مصادر ضغوط العمل لدى الممرضين والمرضات العاملين في مستشفيات الضفة الغربية (رسالة ماجستير في الصحة العامة، جامعة النجاح الوطنية نابلس، فلسطين). جميع الحقوق محفوظة في مكتبة الجامعة الأردنية.

• Cottraux, J. (2001). Les thérapies comportementales et cognitives. Paris: Masson.

• Grebot, E. (2008). Stress et burn out au travail. Paris : Eyrolles.

• Lemyre, L., Tessier, R., Fellion, L. (1990). Mesure du stress psychologique. (2eme trimestre). Québec Canada: Behaviora Inc.

• Marrina, T. (1984). Guide to nursing management, (2ndEd.). Toronto: CV Mosby.

• Palazzolo, J. (2004). Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives. Paris : Issy Les Moulineaux.

• Servant, D. (2007). Gestion du stress et de l'anxiété. (2ème éd.). Paris: Elsevier Masson.

• Thurin, J.M & Baumann, N. (2003). Stress pathologies et immunité. Paris: Flammarion.

المهنية، الصحية والعلائقية، بصفة الممرض الركيذة الأساسية والروح المحركة للقطاع الصحي لضمان سيرورة وتواصل العمل، فهو العنصر الذي يفضل به يتم الإعتناء بالمريض وتقديمه للخدمات الصحية الضرورية وغيابه عن ساحة القطاع يشبهه بجسد من دون روح.

كما تظهر أهمية تكوين المختصين النفسانيين العياديين في مجال العلاجات السلوكية المعرفية لما يحققه من نتائج إيجابية في وقت قصير نسبياً. لهذا يمكن اقتراح دورات تدريبية لموظفي الصحة للتحكم في الضغط. وإجراء دراسة حول الأطباء الجراحين وأساليب المواجهة لديهم للتخفيف من الضغط النفسي بعد موت مريض أثناء أو بعد العملية الجراحية. ولا يفوتنا أن ننوه في الأخير أن النتائج المتحصّل عليها مرتبطة بأفراد عينتنا وظروف إجراء البحث. رغم كل الصعوبات وصلنا بالعمل والمثابرة إلى نتائج، والتي نأمل أن تكون انطلاقة لزملائنا الطلبة في البحوث القادمة للتعمق أكثر في هذا المجال البالغ الأهمية.

## المراجع

• رجاء مريم. (2008). مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض. مجلة جامعة دمشق، المجلد 24، العدد 2، 475-510.

• سايل، حدة. وحيدة. (2008). بحث فعالية التدريب على حل المشكلة وعلى الإسترخاء في علاج المدمنين على المخدرات: برنامج دزوريللا D'zurilla نموذجاً (رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر). تحميل من موقع www. Cerist. Dz

• عادل عبد الله محمد. (1999). العلاج السلوكي المعرفي أسس وتطبيقات. جمهورية مصر العربية: دار الرشاد.

• غربي، صبرينة. (2010). ما مدى فعالية برنامج تدريبي معرفي سلوكي في التخفيف من معاناة العامل (مصادر الضغوط المهنية لدى العاملات بالقطاع الصحي



# خفض الضغط النفسي المدرك لدى أعوان فرقة التدخل الاستعجالي للحماية المدنية بتطبيق تقنية التدريب على حل المشكلة الاجتماعية 2

د.هنا شريف جامعة الجزائر2  
اسيا بن شعبان طالبة دكتوراه جامعة الجزائر2

reducing perceived psychological stress that affected the agents of emergency intervention division of civil protection. The study concluded with suggestions.

## مقدمة:

من الموضوعات التي طالما استقطبت ومازالت تستقطب اهتمام الكثير من الباحثين في مجال السلوك التنظيمي أو السلوك في مجال العمل هو موضوع الضغط أو الضغوط بمختلف مظاهرها؛ هذه الأخيرة التي يختبرها الفرد يوميا وبشكل مطول في بيئة العمل، ونظرا لوجود فروق فردية وعوامل أخرى تساهم في اختلاف طريقة مواجهتها، فإن البعض ينجح في التعامل معها فتجده يستمر في العطاء، والبعض الآخر وإن كان نجاحه أقل نسبيا إلا أنه يتجنب اليأس والعجز التام؛ وتبقى فئة من هؤلاء الأفراد تتكهنهم الضغوط من الناحية النفسية والعضوية ليصبحوا على درجة ملحوظة من الاتجاهات السلبية نحو ما يقومون به من عمل ونحو الآخرين ونحو الحياة بصورة عامة، ما يؤدي بهذه الفئة من الأفراد إلى الإنهاك والاستنزاف البدني والانفعالي في آخر المطاف.

وما يجدر الإشارة إليه، هو أن الضغط النفسي رغم قدم ظهوره كمصطلح إلا أن اهتمام المختصين والمعالجين في جميع الدول مازال قائما والبحوث حوله جارية ساعية للتحكم في هذه الظاهرة ومقاومتها، وذلك بتسطير وتصميم مختلف البرامج العلاجية، الإرشادية والتدريبية، بغية تنمية وتحسين استراتيجيات مقاومة الضغوط لدى الأفراد، وكذا تشجيع التكوين في إدارة الضغوط في مختلف المجالات وبرمجة عدة دورات تحسيسية لتوعية الأفراد بالآثار السلبية التي قد تلحقها الضغوط النفسية بالصحة النفسية والجسدية على المدى

تمثل موضوع الدراسة في تطبيق تقنية التدريب على حل المشكلة الاجتماعية في خفض الضغط النفسي المدرك لدى أعوان فرقة التدخل الاستعجالي للحماية المدنية بالدار البيضاء (الجزائر) وتقييم فعالية التقنية. تم استخدام المنهج شبه التجريبي ذو تصميم المفحوص الواحد وقياسين (قبلي وبعدي). وتتنوع أدوات الدراسة من مقياس الضغط النفسي المدرك للفينشتاين وكذا مقياس حل المشكلة الاجتماعية لدزوريلا. كما تم الاعتماد على تقنية التدريب على حل المشكلة الاجتماعية لدى مجموعة مكونة من عونين تم اختيارهما بطريقة قصدية.

خلصت الدراسة إلى نتائج تمثلت في فعالية تقنية التدريب على حل المشكلة الاجتماعية في خفض الضغط النفسي المدرك لدى عوني فرقة التدخل الاستعجالي للحماية المدنية وختمت الدراسة باقتراحات.

## Abstract:

The study topic represented the application of the training to the social problem solving technique

in reducing the perceived psychological stress by the agents from emergency intervention division for civil protection in Dar El Beida (Algiers), and evaluated the effectiveness of the technique.

The quasi-experimental approach of a single subject design was using here, with two measurements (pre-test/post-test).

The results of the study indicated the efficiency of the training to the social problem solving technique in

العديد من المشكلات النفسية بتدخله بتقنيات متنوعة وبرامج علاجية وتدريبية من طرف مختلف المدارس العلاجية، ذلك ما أشارت إليه دراسة Luborsky (1975) عندما أجري تحليلاً إحصائياً لأربعين (40) دراسة كلها أظهرت فعاليتها، كما أن التحسن الواضح الذي يتركه الأثر العلاجي عند 80 بالمائة من الأفراد الذين يتلقون هذا النوع من العلاج دليل على فعاليتها، هذا ما أشارت إليه دراسة ل Glass و Smith (1980) (Cottraux, 2004).

ولعل التأثير الفعال للتقنيات المعرفية والسلوكية المختلفة على مختلف الاضطرابات، جعل بعض الباحثين يصبون اهتمامهم حول تطوير ووضع برامج تسمح بالوصول إلى أبعد من الآثار الظاهرة على الأفراد، وذلك لحل المشكلات التي تظهر مستقبلاً كالإدمان على المخدرات، مشاكل الانتحار، السلوكيات الناتجة عن الضغوطات المختلفة... الخ، لذلك أصبحت دراسة التفكير وحل المشكلات و العمليات المعرفية ومبادئ التعليم ونظرياته، محور الاهتمام لعلم النفس المعرفي، فتناولت العديد من المدارس (القسطاليتية- معالجة المعلومات) أساليب عديدة لحل تلك المشكلات، وتم التدريب عليها في مجالات متنوعة كالتربية والسياسة والإعلام الآلي لتمتد إلى المجال السيكولوجي والإكلينيكي بواسطة أعمال Heppner بدراسة حل المشكلة الشخصية، وكذلك أعمال نيزو و دزوريلا اللذان برعا في نظرية حل المشكلة الاجتماعية، فطورا علاج حل المشكلة الاجتماعية الذي أصبح تطبيقه واسع الانتشار على أفراد يعانون من مشاكل صحية وسلوكية مختلفة، ويفتقدون لاستراتيجيات التعامل بتقنيات التقدير العادي للمشكلات وتقنيات علاجية للتدريب (بلميهوب، 2014).

ولما كان التدريب على أسلوب حل المشكلات هدفة البحث عن السلوكيات المتاحة لتغيير الموقف الذي يتعرض له الفرد في حياته، فإن التقنية التي طورها دزوريلا (1971) وعلى اختلاف سابقاتها من أساليب حل المشكلات، فهي

الطويل. فالمهن التي تعمل على مساعدة الآخرين والتي يلقونها "بمهن المساعدة الاجتماعية أو المهن الإنسانية"، تولد ضغطاً مستمراً قد يصل إلى ظهور مظاهر كثيرة على العاملين فيها كالعصبية، التوتر، التعب والإرهاق، العدوانية والسلبية، ذلك ما ينعكس سلباً على أداءهم ووظيفتهم التي تستدعي قدرات في التركيز والصبر والإتقان

كما أن الظروف الصعبة التي عرفت الجزائر خلال العشرية السوداء من كوارث بشرية وطبيعية، جعل من مهنة الحماية المدنية وبالخصوص فرق التدخل الاستعجالي تعرف تغيرات وتجديدات كثيرة في كيفية تدخلاتها، بحيث لجأت مؤخرًا إلى برمجة تكوينات أكثر تخصصاً لأعاونها واقتناء وسائل عصرية تتناسب وحجم الكوارث الحالية، كل هذه التطورات جعلت مهام العون متنوع وحجم المسؤولية الملقاة على عاتقه تزداد، لاسيما أن تدخلاته قد تتعدى التراب الوطني ليوافي زملائه في دول أخرى من أجل المساعدة الإنسانية. كل ذلك جعل من رجل الحماية المدنية يعي الحاجة الملحة والاستعجالية لخدماته، فأصبح بذلك يدرك كل مهمة يقوم بها عبارة عن وضعية ضاغطة.

### . إشكالية الدراسة:

يعتبر العلاج المعرفي-السلوكي أحد العلاجات النفسية الحديثة التواجد بالمقارنة مع بقية العلاجات الأخرى. فلقد أظهر هذا النوع من العلاج ديناميكية وسرعة كبيرة في امتلاكه لتقنيات علاجية متنوعة، تكاد تلمس كل الاضطرابات النفسية المختلفة، وقد يرجع ذلك التطور للدراسات التي أجريت حول التعلم سواء من طرف المدرسة السلوكية أو في إطار المدرسة المعرفية. وتلاقي هاتين المدرستين أتاح ظهور تقنيات متعددة ساعدت بدورها في تطوير العلاج النفسي المسمى بالسلوكي المعرفي. كما أن مختلف ممارسات العلاج سواء استعملت فيها التقنيات السلوكية أو المعرفية تنصب كلها حول سيرورات سلوكية ومعرفية في أن واحد، جاعلة من التبادل بين السلوك والفكر والانفعال مجالاً لدراسة اضطرابات نفسية متعددة. ولقد أظهر العلاج المعرفي السلوكي فعاليته في علاج

ولكون الوضعيات الضاغطة تعتبر متكررة بالنسبة لعون الحماية المدنية، باعتبارها تدخل في إطار طبيعة عمله، وجب عليه تسيير تلك الوضعيات بشكل فعال، لأن ذلك ما يحدّد كفاءته المهنية، ويدعم قدراته الشخصية وتؤكد التزامه الإنساني في إنقاذ وحماية الأفراد؛ لكن افتقار العديد من الأعوان لتقنيات تساعدهم على تجاوز الضغط الناتج عن تلك الوضعيات، أدى بهم إلى إدراكها على أنها مهددة ومن شأنها أن تتعدى المجال المهني لتمس مجالات أخرى من حياة العون الشخصية والاجتماعية، لذلك هدفت الدراسة الحالية إلى تدريب عينة منهم على تقنية حل المشكلة الاجتماعية و تقييم فعاليتها في خفض الضغط النفسي المدرك لديهم. وبناءا على ما تقدم، تمت صياغة التساؤل التالي:

ما مدى فعالية تقنية التدريب على حل المشكلة الاجتماعية في خفض الضغط النفسي المدرك لدى أعوان فرقة التدخل الاستعجالي للحماية المدنية؟

### الفرضية العامة:

تقنية التدريب على حل المشكلة الاجتماعية لها فعالية في خفض الضغط النفسي المدرك لدى أعوان فرقة التدخل الاستعجالي للحماية المدنية.

### الفرضيات الجزئية:

1- هناك فرق في درجة مؤشر الضغط النفسي المدرك لدى أعوان الحماية المدنية قبل وبعد تطبيق التقنية وفق مقياس الضغط النفسي المدرك للفينشتاين.

2- يزيد التدريب على تقنية حل المشكلة الاجتماعية من فعالية الأبعاد البناءة والتمكيفة لحل المشكلة لدى أعوان فرقة التدخل الاستعجالي للحماية المدنية وفق مقياس حل المشكلة الاجتماعية لذوريل.

3- يخفض التدريب على تقنية حل المشكلة الاجتماعية من درجة الأبعاد المضطربة لحل المشكلة لدى أعوان فرقة

تهدف أساسا الى حل المشكلة في الوسط الطبيعي (الاجتماعي). ولعل الضغط الذي يتعرض له الفرد في شتى مجالات حياته، والذي يعتبر حسب لازاروس و فولكمان (1984) هو تلك العلاقة التي تكون بين الفرد ومحيطه، فإنه قد يقيمه على أنه يفوق مصادره الشخصية، ويعرض رفايته للخطر. لذلك فإدراك الأفراد وتقييمهم للوضعية الضاغطة هو ما يحدد إختلافهم في مدى تجاوزهم للضغط.

لقد أثبتت عدة دراسات أن هناك علاقة سلبية بين قدرات حل المشكلة والضغط، بحيث أنه كلما كان الفرد في حالة ضغط وتوتر، كلما قلت كفاءته في حل المشاكل، كما أن عدم القدرة على حل المشكلات يعتبر عاملا مهما في التنبؤ بمستوى الضغط النفسي وارتفاع الاحتمال في الوقوع في الاكتئاب واللجوء إلى الانتحار في المستقبل. هذا إضافة إلى أن نجاح الفرد في حل مشاكله من شأنه أن يجعل الفرد يتقادم الآثار السلبية الناتجة عن الضغط. هذا ما توصلت إليه دراسة ل Fraser و Turker (1997). (Natacha.T, 2012).

ولما كان الضغط المطول مرتبطا أيضا بالمهن التي يعمل أصحابها مباشرة مع الأفراد وعلى مساعدة الآخرين، فإنّ تعرضهم اليومي لمواقف ضاغطة، تجعلهم يتجاوزون بصورة سلبية تترجم بأمراض عضوية، نفسية ومشاكل علائقية عديدة، هذا ما أكدته دراسة ماسلاتش (1997). (الميعة الشيوخ، 2011). وأعوان الحماية المدنية من بين العمال الذين يتعرضون لمصادر متعددة من الضغوط، فهي توصف بأنها مهنة المتاعب، الخطر والضغط النفسية، وذلك لما تشتمله طبيعة العمل من تدخلات آنية عند الطوارئ وحجم المسؤولية الملقاة على عاتقهم، هذه الوضعيات وأخرى تجعلهم عرضة لمستوى مرتفع من الإجهاد والضغط، هذا ما أكدته البحث الذي أجري بجامعة كورنيل الفرنسية لإعتبار هذه المهنة مهنة ضاغطة (فتيحة بن زروال، 2010).

**1- الفهم النفسي المدرك:** يعرفه كل من لازاروس و فولكمان بأنه مصطلح يتضمن "العلاقة بين الشخص والأحداث البيئية والتفاعل بينهما وينتج الضغط النفسي عندما يقابل الفرد ضغط التغيير بصورة غير مرغوب فيها). (Lazarus & Folkman, 2002). وتمثل في الدراسة الحالية في النتائج المتحصل عليها في مقياس لفينشتاين.

**2- حل المشكلة الاجتماعية:** هي عملية توجه ذاتي معرفي سلوكي وعملية تعامل عامة، يحاول من خلالها الفرد تحديد وكشف أو إيجاد الحل أو استجابة تعامل متكيفة لوضعية حياتية ضاغطة.

(D'zurilla, Nezu & Maydeu, 2002). وتمثل في الدراسة الحالية في النتائج المتحصل عليها في حل المشكلة الاجتماعية لذوربلا.

**3- مفهوم أعوان الحماية المدنية:** هم موظفون معينون في منصب دائم بعد استكمالهم للتربص النظري والميداني، ليساهموا بعد ذلك في المهام العامة للحماية المدنية. ويعتبر الإنقاذ والإسعاف والإطفاء من المهام الرئيسية لعمل الأعوان التابعين لفرقة التدخل الاستعجالي (الجريدة الرسمية، 2011).

### 5. منهج الدراسة:

في هذه الدراسة يهدف المنهج شبه التجريبي إلى اختبار فعالية تقنية حل المشكلة الاجتماعية من خلال تطبيقها على مجموعة متكونة من عونين في الحماية المدنية، بحيث تمثل التقنية المتغير المستقل الذي يضبطه الباحث ويتحكم فيه، وتبعاً له نتوقع حصول تغيرات في قدرات العينة على حل المشكلة وبالتالي انخفاض الضغط النفسي المدرك لديهم وهذا ما يمثل المتغير التابع في هذه الدراسة.

كما تم اختيار التصميم شبه التجريبي لبحث الفرد الواحد وهو من التصميمات التي من خلالها يختبر الفاحص علاجا أو تدخلا ما بناء على أداء فرد واحد على بعض المقاييس

التدخل الاستعجالي للحماية المدنية وفق مقياس حل المشكلة الاجتماعية لذوربلا.

### 2. أهداف الدراسة:

تمثلت أهداف الدراسة فيما يلي:  
- تقييم فعالية تقنية التدريب على حل المشكلة الاجتماعية في خفض الضغط النفسي المدرك لدى أعوان فرقة التدخل الاستعجالي للحماية المدنية.

- مساعدة الأعوان على تحديد مشكلاتهم والتعرف على مختلف الصعوبات التي من شأنها إعاقة حل المشكلة وذلك باستعمال تقنية حل المشكلة بمختلف فنياتهما.

- تدريب الأعوان على تقنية من تقنيات العلاج المعرفي- السلوكي لاستعمالها في مواجهة الضغط النفسي.

### 3. أهمية الدراسة:

تأتي أهمية الدراسة في طبيعة المشكلة التي تتعرض لها وما يمكن أن يترتب عنها من مشكلات صحية ونفسية تنعكس على العون والمؤسسة التي يعمل فيها ومن هنا تأتي أهمية الكشف عن هذه الظاهرة وتشخيصها ووضع خطط وبرامج تدريبية وعلاجية لمواجهة الضغط، كما تساهم في اقتراح حلول وتقنيات للتخفيف من تأثير وتفاقم الضغط النفسي على مجالات حياة العون المختلفة وإلقاء الضوء على الصعوبات التي من شأنها إعاقة مواجهة الضغوط. إضافة إلى أن الدراسة تظهر مدى فعالية تقنية التدريب على حل المشكلة الاجتماعية في خفض الضغط النفسي لدى أعوان الحماية المدنية أثناء أداء مهامهم وضرورة استعمالها في مختلف الوضعيات الضاغطة الأخرى التي تصادفهم في حياتهم. كما أن الدراسة تسعى إلى تشجيع الأخصائيين النفسيين على استخدام تقنيات العلاج المعرفي- السلوكي في مجال السلوك التنظيمي باعتبار الوقت الذي يقضيه العامل في عمله أكبر مقارنة بمجالات حياته الأخرى.

### 4. تحديد المفاهيم:

من صحتها ولذلك علينا إتباع خطة الملاحظة. كما يمكن استعمال الملاحظة في غياب أية فرضية، وتكون الملاحظة عامة وفورية على أحداث فردية. (Reuchlin, M, 1979).

## 2-المقابلة العيادية نصف الموجهة:

هي من الأدوات الأكثر شيوعا لجمع المعلومات، إذ يستعملها البحث العيادي للاتصال مع المفحوص ونعني بها تبادل الأقوال بين الفاحص والمفحوص، وطبيعة الدراسة الحالية تستدعي استعمال المقابلة تصف موجهة لأنها تخدم موضوع البحث، فهي ليست مفتوحة تماما، إذ أنها تحدد للمفحوص مجال السؤال وتعطيه نوعا من الحرية في التعبير في حدود السؤال المطروح. وهذا النوع من المقابلة لا يتخذ شكل تحقيق، وإنما تدخل فيه الموضوعات الضرورية فقط. (حسن غانم، 2004).

## 3-التحليل الوظيفي:

وهو المرحلة الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي، كما أنه الشاهد على اشتراك التباين المعرفي-السلوكي في حقل العلوم التجريبية وهناك عدة نماذج لهذا التحليل كلها تؤدي إلى نفس الهدف ألا وهو الحصول على معلومات تسمح لنا بوضع فرضيات. وعليه فإن التحليل الوظيفي هو ذلك التطبيق العيادي للأساليب التجريبية، فالمعالج أمام المفحوص يستخدم نفس المنهجية التي يستخدمها الباحث أمام موضوع البحث. (Fontain.O, 1984)

كما تم استخدام شبكة سيكا المقترحة من طرف Cottraux منذ 1990، والتي تحتوي على جانبين، جانب التحليل التزامني(الحالي) والذي يسمح بتحليل سياق السلوك المثير أو الوضعية، الإنفعال، الأفكار والتوقعات وكذا علاقتها مع المحيط الاجتماعي. وجانب التحليل غير التزامني(التاريخي) الذي يسمح بتنظيم التاريخ الماضي للعميل. (Cottraux.J, 2001).

بشكل متكرر، ليرى ما إذا كان العلاج أو التدخل مؤثرا أو فعالا أم لا، وهي تصميمات ليس لديها مجموعات ضابطة، إذ يعد الفرد الواحد هو فرد ضابط لنفسه. (بشير معمرية، 2006).

## 6.مجموعة الدراسة:

تتكون مجموعة البحث من حالتين، وقد تم اختيارهما من فرقة التدخل الإستعجالي للوحدة الوطنية للتدريب والتدخل للدار البيضاء، هذه الأخيرة التابعة بدورها للمديرية العامة للحماية المدنية. وهذه العينة تتماشى مع موضوع الدراسة.والجدول الآتي يوضح خصائص المجموعة.

### جدول(1): يمثل خصائص العينة

تغيرات حالة	الجنس	السن	المستوى الدراسي	الحالة الاجتماعية	المهنة	مدة العمل	مكان البحث
الحالة الأولى	نكر	22 سنة	الثالثة ثانوي	ميسور الحال	عون في فرقة التدخل الاستعجالي	30 شهر	الوحدة الوطنية للتدريب والتدخل الدار البيضاء
الحالة الثانية	نكر	22 سنة	الثالثة ثانوي	ميسور الحال	التدخل الاستعجالي	30 شهر	الوحدة الوطنية للتدريب والتدخل الدار البيضاء

## 7.أدوات الدراسة: لتحقيق أهداف الدراسة تم

استعمال مجموعة من الأدوات كما هي موضحة

### 1-الملاحظة المباشرة:

إنّ الملاحظة في علم النفس هي التقنية الأكثر صعوبة وتغيرا، فبعدما تصاغ الفرضيات تنطلق للميدان للتحقق

الختامية وأخيرا القياس البعدي) وكانت لكل جلسة أهداف خاصة، وباستعمال تقنيات والمتمثلة في (الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة، الواجبات المنزلية، بطاقات مدونة، إعادة البناء المعرفي، لعب الدور/عكس، المراقبة الذاتية، الاسترخاء العضلي والتنفسي. الزويرة الفكرية، التشجيع والتحفيز) واستغرقت كل جلسة من 45 إلى 60 د.

### 9- طريقة إجراء الدراسة:

لقد تم الإعتماد على ثلاثة مراحل لإجراء هذه الدراسة، وكل مرحلة تحتوي على إجراءات وأهداف خاصة بها وهذه المراحل هي كالتالي:

**1.9. المرحلة الأولى:** وهي مرحلة التقييم الأولي والتي تم فيها برمجة ثلاث حصص مع كل عون بحيث تمت في الحصة الأولى بناء العلاقة العلاجية وكذا الاتفاق على عقد علاجي وذلك بخصوص مدة ومواعيد الحصص التي ستخصص لتطبيق البرنامج التدريبي، وكذا تقديم الشكل العام للتقنية المسطرة للتدريب، إضافة إلى تحديد التوقعات المرجوة من الطرفين. كما تم أيضا في هذه الحصة جمع المعلومات والمعطيات المتعلقة بالعون وذلك وفق دليل المقابلة العيادية نصف موجهة الذي تم إعداده مسبقا واحتوى على ثلاثة محاور بخصوص الحياة الشخصية للعون، علاقاته وكذا سيرورة حياته المهنية.

بعد ذلك برمجت حصة ثانية وفيها تم وضع التشخيص وفق الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية الخامس (DSM5)، كما تم القيام بتحليل الوظيفي للإلمام بالوضعية الضاغطة التي ولدت السلوك المشكل، والتعرض إلى كل النواحي المتعلقة به من الناحية السلوكية المعرفية والانفعالية ونتائجه على المحيط وذلك اعتمادا على شبكة Secca، كما تم أيضا تطبيق مقياسين كتقييم أولي قبل بداية البرنامج التدريبي وهما مقياس الضغط النفسي المدرك للفينشتاين ومقياس حل المشكلة الاجتماعية لذوريليا.

### 4- مقياس الضغط النفسي المدرك:

أعد هذا الاختبار من طرف لفينشتاين وآخرون (1993) لقياس مؤشر إدراك الضغط، يتكون هذا الاختبار من ثلاثين عبارة تميز منها بنود مباشرة وبنود غير مباشرة ولقد تم استعمال النسخة المترجمة والمعدلة من طرف حكيم ايت حمودة 2006.

### 5- مقياس حل المشكلة الاجتماعية لذوريليا:

يعتبر المقياس أداة تقرير ذاتي تقيس قدرة الأفراد على حل المشكلات في حياتهم اليومية وتقدر العوامل الأساسية لحل المشكلة، كما جاء في النظرية المعرفية للضغط والتعامل حل المشكلة الاجتماعية (D'zurilla & Nezu, 1982). (سايل حدة وحيدة، 2008).

### 6- تقنية التدريب على حل المشكلة الاجتماعية لذوريليا:

بنيت التقنية من طرف ذوريليا وزملائه منذ سنوات السبعينات، وذلك في مقال لفولفريد وذوريليا (1971)، وأدخلت بعد ذلك تعديلات وتحسينات على هذه التقنية ونجدها في مقالات لنيزو وذوريليا (1990، 1999، 2001، 2004)، وبنيت على حل المشكلة بإدماج كل مراحل حل المشكلة. (سايل حدة وحيدة، 2008، ص312).

ويتم التدريب عليها وفق ثمانية وحدات كالتالي: التوجه نحو المشكلة، التحكم في الانفعالات أثناء حل المشكلة، تحديد وصياغة المشكلة، وضع البدائل، أخذ القرار، تنفيذ الحل والتحقيق، وأخيرا التأكد والتعميم.

### 8- الإجراءات التطبيقية للبرنامج التدريبي:

لقد احتوى على 13 جلسة وتمثلت في (جلسة تمهيدية، تطبيق القياس القبلي، نتائج القياس القبلي، البناء الأولي، التوجه نحو المشكلة، التحكم في الانفعالات أثناء حل المشكلة، تحديد وصياغة المشكلة، وضع الحلول البديلة، أخذ القرار، تنفيذ الحل والتحقيق، التأكيد والتعميم، المرحلة

**10-نتائج الدراسة:****عرض نتائج الفرضية الأولى:**

**نمت الفرضية الأولى على أن:** هناك فرق في درجة مؤشر الضغط النفسي المدرك لدى أعوان الحماية المدنية قبل وبعد تطبيق التقنية وفق مقياس الضغط النفسي المدرك للفينشتاين.

**جدول (2): يوضح الفرق قبل وبعد تطبيق التقنية وفق مقياس الضغط النفسي المدرك الحالة الأولى**

القياس القبلي		القياس البعدي		الحالة الأولى
مؤشر إدراك الضغط	مستوى الضغط	مؤشر إدراك الضغط	مستوى الضغط	
0.68	مرتفع	0.21	منخفض	

نلاحظ من خلال الجدول تغيرا في نتيجة مقياس الضغط النفسي المدرك للفينشتاين إذ تحصل المفحوص على درجة 0.21 وهي تدل على ضغط نفسي منخفض بعدما كان مرتفعا في القياس القبلي بدرجة (0.68). لقد أجاب المفحوص على البنود المباشرة في أغلبها بالرفض، أي أنه بعدما كان يشعر بالتوتر (البند 14) والإحباط (البند 12)، وفقدان العزيمة وكذا الصعوبة في الاسترخاء، ويشعر كثيرا بالضغط (البنود 20-27-30)... الخ من المخاوف التي كان يشعر بها في كثير من الأحيان أثناء أداء مهامه كعون تدخل في الحماية المدنية، الآن وبعد التدريب، أظهر القياس البعدي تغلب المفحوص على معظم تلك المشاعر السلبية بإجاباته التي كانت تتراوح بين أحيانا، تقريبا أبدا.

أما بالنسبة للبنود غير المباشرة التي أجاب عليها المفحوص في القياس القبلي في معظمها بالرفض والصعوبات التي يواجهها خصوصا فيما يتعلق بالشعور بالراحة والهدوء والحيوية، وكذا القدرة على إمتاع نفسه. (البنود 1-7-10-13-17-21-25-29) فلقد أجاب

أما الحصة الثالثة فقد تم فيها مناقشة نتائج المقياسين مع العونين كل على حدى ومناقشة أهم العناصر التي تشكل صعوبات بالنسبة لهما والاتفاق على التركيز عليها في البرنامج التدريبي.

**2.9. المرحلة الثانية:** وهي مرحلة التدخل العلاجي، المتمثلة في تطبيق التقنية المبرمجة، وتم تخصيص ثمانية حصص وذلك حسب الوحدات الثمانية للتقنية بحدود ساعة ونصف لكل حصة، رغم كون بعض الوحدات تتطلب أكثر من حصة، لكن ونظرا للوقت الضيق للعون والمربطة بطبيعة عمله (24/48 سا)، تم الالتزام بحصة واحدة لكل وحدة تدريب بمعدل حصة في الأسبوع.

**3.9- المرحلة الثالثة:** احتوت هذه المرحلة على حصتين، فكانت إحداهما متعلقة بإنهاء الجلسات التدريبية ومناقشة مدى تحقيق الأهداف المرجوة والمسطرة سابقا وكذا مدى الوصول إلى التوقعات المنتظرة من الطرفين، ولقد تم الاستعانة باستمرار التقويم الذاتي التي تم إعدادها ، يقوم العون بملئها ، والتي تحتوي على تسعة عناصر تتعلق في معظمها على حالته قبل بداية التدريب، التغيرات التي حصلت بعد التدريب، المساعدات التي قدمها التدريب على تقنية حل المشكلة الاجتماعية، العوامل والسلوكيات والأفكار التي ساهمت في نشوء مشكلته وكذا الظروف الحالية التي تؤثر على مشكلته، إضافة إلى الخطوات والأهداف التي يرغب في تحقيقها مستقبلا والأمور التي سيحافظ على القيام بها باعتبارها حققت له تقدما في حل مشكلته وأخيرا يقارن العون أعراضه قبل وبعد التدريب من خلال نسب مئوية يقترحها هو.

أما فيما يخص الحصة الثانية لهذه المرحلة، فقد خصصت لإجراء القياس البعدي، وذلك للمقياسين السابقين، كتنقيح بعدي بعد إنهاء البرنامج التدريبي المعتمد على تقنية التدريب على حل المشكلة الاجتماعية. كما تم تحليل النتائج النهائية والقيام بالمعالجة الإحصائية وذلك بالمقارنة بين نتائج القياسين القبلي والبعدي.

## عرض نتائج الفرضية الثانية والثالثة:

نمت الفرضية الثانية علم أن: يزيد التدريب على تقنية حل المشكلة الاجتماعية من فعالية الأبعاد البناءة والمكيفة لحل المشكلة لدى أعوان فرقة التدخل الاستعجالي للحماية المدنية وفق مقياس حل المشكلة الاجتماعية لدروريلا.

أما الفرضية الثالثة فقد نمت علم أن: التدريب على تقنية حل المشكلة الاجتماعية يخفض من درجة الأبعاد المضطربة لحل المشكلة لدى أعوان فرقة التدخل الاستعجالي للحماية المدنية.

#### جدول (4): يوضح نتائج مقياس حل المشكلة الاجتماعية لدروريلا قبل تطبيق التقنية الحالة الأولى

الدرجة الكلية-	الدرجة الكلية-	الدرجة الكلية-
أدنى بكثير	58	3.73
عالي كثيرا	137	26
عالي كثيرا	137	31
اقل من المعتدل	82	27
معتدل	94	09
اقل من المعتدل	85	07
اقل من المعتدل	78	05
اقل من المعتدل	79	06
عالي كثيرا	137	38
اقل من المعتدل	74	05

عليها المفحوص في القياس البعدي بالإيجاب وذلك بـ "كثيرا".

#### جدول (3): يوضح الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الضغط النفسي الحالة الثانية:

الحالة الثانية	القياس القبلي		القياس البعدي	
	مؤشر إدراك الضغط	مستوى الضغط	مؤشر إدراك الضغط	مستوى الضغط
	0.58	مرتفع	0.31	منخفض

نلاحظ من خلال الجدول تغيرا في نتيجة مقياس الضغط النفسي المدرك للفينشتاين إذ تحصل المفحوص على درجة 0.31 وهي تدل على ضغط نفسي منخفض، بعدما كان مرتفعا في القياس القبلي بدرجة 0.58، لقد أجاب المفحوص على البنود المباشرة في أغلبها بالرفض، أي أنه بعدما كان يشعر بالتوتر (البند 14) والإحباط (البند 12) والشعور بالإرهاك والتعب الفكري (البند 26) ... الخ من البنود التي أجاب عليها بملاحظة "كثيرا" والتي تعبر كلها على الحالة النفسية المتوترة للعون (ر.ن) من جراء المهمة الجديدة التي كلف بالقيام بها بالدرجة النارية و التي لم يسبق له أن تدرّب على قيادتها سابقا، لذلك وبعد التدريب على التقنية، أظهر القياس البعدي تغلب المفحوص على معظم تلك المشاعر السلبية وتراوحت إجاباته عموما بين أحيانا وتقريبا ابدأ. أما بالنسبة للبنود غير المباشرة والتي أجاب عليها المفحوص في القياس القبلي في معظمها بالرفض والتي أظهرت العوائق والصعوبات التي تواجهه أثناء أداء مهمته، مثل الشعور بالراحة والهدوء والقدرة على الاستمتاع كالسابق، وإيجاد الوقت الكافي لنفسه، وكذا تراجع حيويته ونشاطه مقارنة بالسابق، ولقد استطاع المفحوص بعد التدريب أن يتجاوز معظم الصعوبات، وذلك ما أظهره القياس البعدي استنادا إلى إجاباته التي كانت معظمها إيجابية.

المقياس الفرعية	الدرجات	الدرجات المعيارية	تفسير الدرجات
التوجيه الايجابي نحو المشكلة	20	131	عالي كثيرا
التوجه السلبي نحو المشكلة	02	77	أقل من المعدل
تحديد وصياغة المشكلة	15	114	معتدل
وضع الحلول البديلة	16	120	فوق المعدل
أخذ القرار	11	101	معتدل
التنفيذ والتحقيق	15	117	معتدل
حل المشكلة العقلاني	57	114	معتدل
أسلوب الاندفاعية واللامبالاة	01	73	أقل من المعدل
أسلوب التجنب	01	80	أقل من المعدل
SPSI-R	18,4	131	عالي كثيرا

نلاحظ من خلال الجدول، حصول المفحوص على درجة 131 بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس وهي درجة عالية كثيرا مقارنة بنتيجة القياس القبلي التي كانت 58، وهذا يدل على أن المفحوص استطاع التحسن في العديد من الأبعاد المضطربة وذلك بانخفاضها فلقد تحصل في التوجه السلبي على درجة 77 بينما كانت في القياس القبلي بدرجة 137، كما انخفضت أيضا درجة أسلوب الاندفاعية/ اللامبالاة من درجة 137 إلى درجة 73 في القياس البعدي، ونفس الشيء بالنسبة لبعده أسلوب التجنب انخفض بدرجة 80 بعدما كان بدرجة 137.

كما لاحظنا ارتفاع درجات الاستراتيجيات البناءة خصوصا التوجه الايجابي نحو المشكلة الذي كانت درجته 74 وارتفعت إلى درجة 139 "عالي كثيرا"، كما ارتفعت درجة

نلاحظ من خلال الجدول، حصول المفحوص على نتيجة (58) في الدرجة الكلية للمقياس، وهي درجة جد منخفضة والتي تدل على وجود صعوبات ومعوقات في أداء حل المشكلة لديه، فحصوله على درجات أقل من المعدل في مقاييس حل المشكلة البناءة يبين ذلك، فمثلا بُعد التوجه الايجابي تحصل فيه على درجة (74) (أقل من المعدل) إلى جانب بعد حل المشكلة العقلاني بدرجة (82) وهي درجة أقل من المعدل أيضا. هذه الدرجات تشير إلى أن المفحوص غير فعال في حل مشكلاته.

هذا إلى جانب ارتفاع درجات الأبعاد المضطربة التي تعيق أداء حل المشكلة لدى المفحوص، إذ سجلنا فيما يخص بُعد التوجه السلبي درجة (137) بتقدير عالي كثيرا وكذا نفس التقدير بالنسبة لبعد أسلوب الاندفاعية/ اللامبالاة بدرجة (137) ونفس الدرجة لأسلوب التجنب (137). أما فيما يخص المقاييس الفرعية لبعد حل المشكلة العقلاني فالنتائج كانت كالتالي:

تحديد وصياغة المشكلة بدرجة (79) وهي درجة أقل من المعدل.

وضع الحلول البديلة (78) وهي درجة أقل من المعدل.

أخذ القرار بدرجة (85) وهي درجة أقل من المعدل.

التنفيذ والتحقيق (94) وهي درجة معتدلة.

**جدول رقم (5): يوضح نتائج مقياس حل المشكلة الاجتماعية لمزوربلا بعد تطبيق التقنية الحالة الأولى:**

العون، كالاتجاه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب اللامبالاة/الاندفاعية وكذا أسلوب التجنب. ظهر الفرق بين القياس القبلي والبعدي وفق مقياس حل المشكلة الاجتماعية لضرورة.

### جدول رقم(6): يوضح نتائج مقياس حل المشكلة الاجتماعية لضرورة قبل تطبيق التقنية الحالة الثانية:

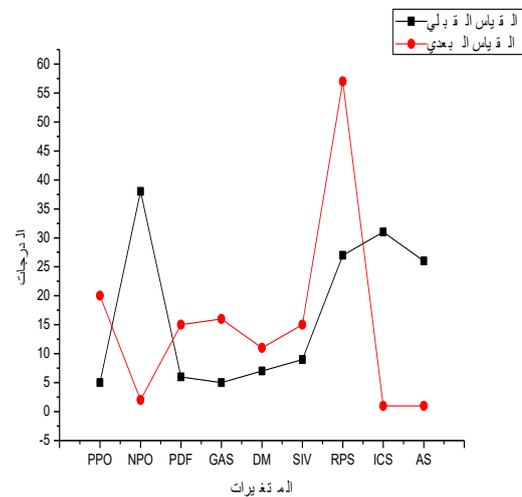
المقياس الفرعية	الدرجات الخام	لدرجات المعيارية	تفسير الدرجات المعيارية
الدرجة الكلية	4.3	61	أدنى بكثير
أسلوب التجنب	22	128	فوق المعدل
أسلوب الاندفاعية واللامبالاة	34	143	عالي كثيرا
حل المشكلة العقلاني	15	69	أدنى بكثير
التنفيذ والتحقق	05	79	أقل من المعدل
اخذ القرار	04	73	أقل من المعدل
وضع الحلول البديلة	01	63	أدنى بكثير
تحديد وصياغة المشكلة	05	75	أقل من المعدل
التوجه السلبي نحو المشكلة	27	119	فوق المعدل
التوجيه الايجابي نحو المشكلة	04	70	أدنى بكثير

نلاحظ من خلال نتائج المقياس حصول الحالة الاولى على نتيجة 61 في الدرجة الكلية للمقياس وهي درجة

حل المشكلة العقلاني إلى 114 في القياس البعدي بعدما كانت درجتها 82، أما فيما يخص المقاييس الفرعية لبعدها حل المشكلة العقلاني فالنتائج كالتالي:

تحديد وصياغة المشكلة بدرجة 114 وهي درجة معتدلة. وضع الحلول البديلة بدرجة 120 وهي درجة فوق المعدل. أخذ القرار بدرجة 101 وهي درجة معتدلة. التنفيذ والتحقق بدرجة 117 وهي درجة معتدلة.

الشكل رقم (1): منحنى يوضح الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس حل المشكلة الاجتماعية للحالة الاولى.



نستخلص أن فرضيات الدراسة قد تحققت مع الحالة الأولى، فبالنسبة للفرضية الجزئية الأولى فقد ظهر هناك فرق في درجة مؤشر الضغط النفسي المدرك لدى عون فرقة التدخل الاستعجالي للحماية المدنية قبل وبعد تطبيق تقنية حل المشكلة الاجتماعية وفق مقياس الضغط النفسي المدرك للفينشتاين.

كما تحققت الفرضية الجزئية الثانية إذ ساهم التدريب على التقنية من تحسين درجات الاستراتيجيات البناءة كالاتجاه الايجابي نحو المشكلة وحل المشكلة العقلاني، والحال ايضا بالنسبة للفرضية الثالثة فقد ساعد التدريب على التقنية في تخفيض درجة الاستراتيجيات المضطربة لدى

الدرجة الكلية	15.27	115	فوق المعدل
أسلوب التجنب	4	86	معتدل
أسلوب الاندفاعية اللامبالاة	10	92	معتدل
حل المشكل العقلاني	53	110	معتدل
التنفيذ والتحقيق	14	113	معتدل
أخذ القرار	10	97	معتدل
وضع الحلول البديلة	14	113	معتدل
تحديد وصياغة المشكلة	15	114	معتدل
التوجه السلبي نحو المشكلة	12	94	معتدل
التوجه الإيجابي نحو المشكلة	17	120	فوق المعدل
المقاييس الفرعية	الدرجات الخام	الدرجات المعيارية	تفسير الدرجات المعيارية

من خلال الجدول ، حصول المفحوص على درجة 115 بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس وهي درجة عالية مقارنة بنتيجة القياس القبلي التي كانت 61، وهذا يدل على أن المفحوص استطاع التحسن في العديد من الأبعاد لاسيما تلك المضطربة منها، وذلك باعتدالها، فلقد تحصل في بعد التوجه السلبي على درجة 94 بينما كانت النتيجة في القياس القبلي بدرجة 119، كما اعتدلت أيضا درجة أسلوب الاندفاعية، إذ تحصل على درجة 92 بينما كانت مرتفعة جدا في القياس القبلي بدرجة 143 ونفس الشيء بالنسبة لبعده التجنب الذي اعتدل أيضا وأصبحت النتيجة 86 بعدما كانت في القياس القبلي بدرجة 128. كل ذلك يوحي بأن العون (ر.ن) استطاع أن يحسن من توجهه

منخفضة جدا والتي تدل على وجود صعوبات ومعوقات في أداء حل المشكلة لديه. فحصوله على درجات أقل من المعدل وأدنى بكثير في مقياس حل المشكلة البناءة يبين ذلك، فمثلا بعد التوجه الايجابي نحو المشكلة تحصل فيه على 70 الدالة على أدنى بكثير، إلى جانب بُعد حل المشكلة العقلاني بدرجة 69 وهي درجة أدنى بكثير أيضا، هذه الدرجات التي قد تكون مساهمة في أن يكون العون (ر.ن) غير فعال في حل مشكلاته ، هذا إلى جانب ارتفاع درجات الأبعاد المضطربة التي تعيق أداء حل المشكلة لدى المفحوص، إذ سجلنا فيما يخص بُعد التوجه السلبي نحو المشكلة درجة 119 بتقدير فوق المعدل ، وكذا بُعد أسلوب التجنب بدرجة 128 بتقدير فوق المعدل أيضا، أما بُعد الاندفاعية/ اللامبالاة فتحصل على درجة 143 وهي بتقدير عالي كثيرا..

أما فيما يخص المقاييس الفرعية لبعده حل المشكلة العقلاني فالنتائج كانت كالتالي:

-تحديد وصياغة المشكلة بدرجة 75 وهي درجة بتقدير "أقل من المعدل".

-وضع الحلول البديلة بدرجة 63 بتقدير "أدنى بكثير".

-أخذ القرار بدرجة 73 وهي درجة "أقل من المعدل".

-التنفيذ والتحقيق بدرجة 79 وهي درجة "أقل من المعدل".

**جدول رقم (7): يوضح نتائج مقياس حل**

**المشكلة الاجتماعية بعد تطبيقه التقنية  
الحالة الثانية:**

لقد تم إجراء الدراسة الحالية على عونين من أعوان الحماية المدنية وذلك لتقييم فعالية تقنية التدريب على حل المشكلة الاجتماعية في خفض الضغط النفسي المدرك لديهم، فقد كان كلا العونين قد شاركا في عدة تدخلات استعجالية متنوعة كإطفاء الحرائق، إسعاف الضحايا، وإنقاذ المواطنين من مختلف المخاطر. ولقد تبين أن أغلبية استجابات العونين لحالة الضغط التي يعانين منها هي استجابات انفعالية، معرفية وسلوكية، تمثلت أساساً في صعوبة أخذ القرار، والقيام بالخطوات اللازمة أثناء المهام التي يكفون بها، إضافة إلى التوتر والخوف من إيذاء الضحية أو ارتكاب أي خطأ من شأنه إفشال المهمة الموكلة لهما، هذا إلى جانب الإحساس بالمسؤولية في حالة فقدان أحد الضحايا وتأييب الضمير، باعتبار أن إنقاذ هؤلاء مهما كلف الأمر في الوقت المناسب والخطوات المناسبة هو أساس نجاح كل عملية تدخل يقومان بها، هذا ما عزز لدى الأعوان الشعور الدائم بالضغط النفسي وإدراك معظم التدخلات كوضعيات صعبة ومهددة.

أما فيما يتعلق بحل المشكلة الاجتماعية، فلقد تميز العونان قبل بداية التدريب بتوجه إيجابي منخفض نحو المشكلة وهذا ما يفسر ارتفاع التوجه السلبي لديهم، فكلاهما يعتبران المشكلات عبارة عن تهديدات خوفاً على مكانتهم في العمل أو على صورتهم أمام زملائهم، لذلك فهما يتخذان أسلوب الاندفاعية أحياناً وأسلوب التجنب أحياناً أخرى، وبالتالي عندما لا ينجح الأسلوب الأول في التعامل مع الوضعية الضاغطة يلجأ إلى الأسلوب الثاني وهو التجنب هروباً من المواجهة الحقيقية للمشكلة.

كما لوحظ حسب النتائج أن حل المشكلة العقلاني كان غير فعال لدى العونين، فلقد كان أقل من المعدل عند الحالة الأولى وأدنى بكثير لدى الحالة الثانية، كما أن الدرجة الكلية لحل المشكلة الاجتماعية التي سجلت كانت لدى الاثنين أدنى بكثير، هذا ما يبين استعمالهم لأساليب تعامل غير ناجحة كالإندفاع أو التجنب، ذلك ما زاد من درجة الضغط لديهما عند كل محاولة فاشلة لتسيير الوضعية.

لذلك، تم التركيز أثناء التدريب على تحسين طرق التعامل البناءة وتحسين التوجه الإيجابي نحو المشكلة وتعزيز حل

نحو المشكلة، ويراقب سلوكاته الاندفاعية ويفضل المواجهة بدل التجنب.

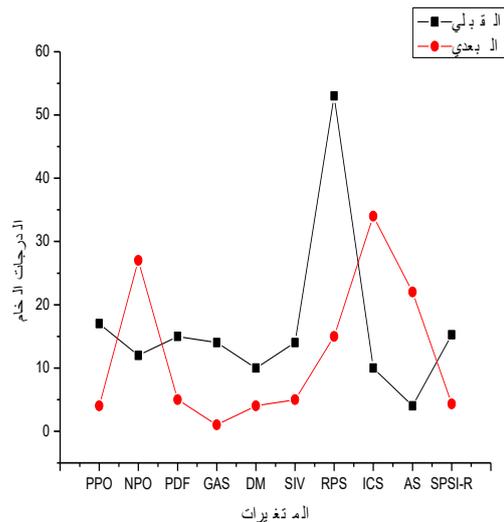
يوجد تحسن درجات الإستراتيجيات البناءة خصوصاً التوجه الإيجابي نحو المشكلة التي كانت درجته منخفضة جداً بدرجة 70 وأصبحت في القياس البعدي فوق المعدل بدرجة 120، كما ارتفعت أيضاً درجة حل المشكلة العقلاني بنتيجة 110 بعدما كانت في القياس القبلي منخفضة جداً بدرجة 69. أما فيما يخص المقاييس الفرعية لبعدها حل المشكلة العقلاني فالنتائج كالتالي:

تحديد وصياغة المشكلة بدرجة 114 وهي درجة معتدلة.  
-وضع الحلول البديلة بدرجة 113 وهي درجة معتدلة أيضاً.

-أخذ القرار بدرجة 97 وهي درجة معتدلة أيضاً.

-التنفيذ والتحقق بدرجة 113 وهي درجة معتدلة أيضاً.

الشكل رقم (2): منحى يوضح الفرق بين نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس حل المشكلة الاجتماعية للحالة الثانية:



## 11. مناقشة النتائج العامة للدراسة:

على هذه التقنية كان فعالا. ومن خلال هذه النتائج المتحصل عليها يمكن اقتراح مايلي:

\*-الاستعانة بهذه التقنية لمساعدة أفراد الحماية المدنية على تسيير الضغوط ، لأداء مهامه على أحسن وجه دون الإضرار بصحته النفسية والجسدية.

\*- إجراء بحوث أخرى على عينة أكبر وعلى فرق أخرى تابعة لنفس المؤسسة.

\*-توسيع مجال البحث والدراسات حول المهن التي يتعرض عمالها للضغوطات اليومية بحكم طبيعة عملهم وذلك بتطبيق تقنيات معرفية وسلوكية سواء في إطار علاجي أو تدريبي أو وقائي لهدف مساعدتهم على مواجهة تلك الضغوط.

### المراجع:

- 1-الجريدة الرسمية. (2014). القانون العملي الخاص بالحماية المدنية، العدد 15.
- 2-بشير معمريّة. (2002). القياس النفسي وتصميم الأدوات، منشورات الخبر، الطبعة الثانية، الجزائر.
- 3-بلميهوب كلثوم واخرون. (2014). تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية. الجزائر،
- 4-فتيحة بن زروال. (2011). أنماط الشخصية وعلاقتها بالإجهاد. رسالة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي، جامعة قسنطينة. الجزائر.
- 5-حسن غانم. (2004). الوجيز في العلاج النفسي السلوكي. مكتبة مصر.
- 6-حكيمه ايت حمودة. (2006). دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية، رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر.
- 7-سايل حدة وحيدة. (2008). فعالية التدريب على حل المشكلة وعلى الاسترخاء في علاج المدمنين على

المشكلة العقلاني، وذلك بتعليمهم كيفية تحديد المشكلة والتفكير ووضع الحلول المناسبة، ومن ثم أخذ القرار والتنفيذ وكل ذلك يتحقق بالمثابرة، الإلتزام بالوقت والجهد واعتبار المشكلات عادية وفرصة لتحقيق مكاسب وتعلم أشياء جديدة، مع تعليمهم كيفية تخفيض الضغط الانفعالي الذي يعتبر عاملاً مهماً لتسهيل أداء حل المشكلة، إذ تم تدريب العون الأول على الاسترخاء العضلي التدريجي، أما العون الثاني فلقد طُبّق تقنيات من اختياره كممارسة الرياضة ومحاولة تحسين أسلوب حياته.

لقد أثبتت النتائج المتوصل إليها فعالية وكفاءة تقنية التدريب على حل المشكلة الاجتماعية في تمكين الأعوان من حل مشاكلهم في محيطهم الطبيعي وتجاوز الصعوبات التي كانت تعيق أداءهم ، هذه النتائج موافقة لما أشار إليه كل من دزوريل و قوفريد (1971) لوجود أفراد من الصعب عليهم التعامل وحل المشكلات التي تعترضهم ،وان هناك فرق بين الاعتقاد في حل المشكلة وتنفيذ الحلول في الواقع لذلك يبدو من الضروري تزويد مثل هؤلاء الأفراد بالاستراتيجيات المناسبة عن طريق التدريب على حل - المشكلة في الوسط الطبيعي ليحفظوا الاستقلالية في الاعتماد على أنفسهم مستقبلا. ويضيف Nezu و زملاؤه (2000) أنّ حل المشكلة الاجتماعية عملية يفهم بها الأفراد طبيعة المشكلة للوضعية نفسها أو استجاباتهم لها أو الاثنين معا. فمن خلال حل المشكلة، يحاول الفرد البحث عن الحلول الفعالة المتكيفة لما يواجهه في حياته اليومية، ويعتبر حل المشكلة نشاطا عقلانيا واعيا ومجهودا كاملا وهادفا (D'zurilla et Nezu, 2000, p12).

### الخاتمة واقتراحات:

تناولت هذه الدراسة فعالية تقنية حل المشكلة الاجتماعية لدزوريل في خفض الضغط النفسي المدرك لدى أعوان فرقة التدخل الاستعجالي للحماية المدنية.

وبينت نتائج الدراسة تحقيق كل الفرضيات، إذ حسن التدريب على تقنية حل المشكلة الاجتماعية من درجة الاستراتيجيات البناءة لحل المشكلة الاجتماعية وخفض من الاستراتيجيات المضطربة، كما خفض من درجة الضغط النفسي المدرك لدى هؤلاء الأعوان، وبهذا فإنّ التدريب

المخدرات: برنامج دزوريلا نموذجا. رسالة لنيل شهادة الدكتوراه، جامعة الجزائر.

لميعة الشيوخ. (2011). الاحتراق النفسي لدى المعلمة 8 وعلاقتها بالاتجاه نحو مهنة التعليم، رسالة ماجستير في علم النفس، قسم العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية، السعودية.

9-Cottraux, J.(2001).La répétition des scenarios de vie : demain est une autre histoire. Edition Odile Jacob, Paris.

10-Cottraux, J. (2004). Les thérapies comportementales et cognitives. Edition Elsevier. Masson.

11-D'zurilla, T & Golfried, M. (1971). *Problem solving and behavior modification* : In journal of abnormal psychology.

12-D'zurill, Nezu et Maydeu. (2002). *Social problem solving: Theory and assessment*.

13-Fontain, O. (1984). *Introduction aux thérapies comportementales: (behavior therapies)*. Bruxelles. Edition mardaga, foulks.

14-Lazarus et Folkman. (1984). *Stress appraisal and coping*, Springer, New York.

15-Natacha, T. (2012). *La résolution de problème des parents d'enfants avant une déficience intellectuelle*. Revue francophone de la déficience, vol. 23. Larousse, Paris.

16-Reuchlin, M. (1979). *Les méthodes en psychologie*. Presse universitaire de France, Puf.

# فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعتمد على تقنية حل المشكل في خفض من الضغط النفسي المدرك و قلق الموت لدى حالة مصابة بالحمل العنقودي

بومصباح إيتسام طالبة دكتوراه  
د. شريفي هناء و د. مهمل اسيا  
جامعة الجزائر 2

A 23-year-old case is suffering from severe death anxiety, as well as high psychological stress.

The results of this study showed that the cognitive-behavioral therapy based on the problem-solving technique has reduced the severity of the perceived psychological stress and the severity of the death anxiety.

**Key words:** Problem-solving technology - Sensitive stress - Death anxiety - Cluster load

## - مقدمة :

الحمل العنقودي هو خلل في تكوين المشيمة يحدث مباشرة بعد تلقيح البويضة بالحيوان المنوي وتصل تعقيداته في حالة عدم المتابعة الطبية حتى سرطان المشيمة.

أما الضغط النفسي فهو عبارة عن علاقة خاصة بين الفرد والبيئة يحدد الفرد حدود تلك العلاقة على انها حدود تتجاوز امكانياته ومؤهلاته وتزعج راحته وهدوئه.

(Lazarus و folkman 1984 ص19).

ويعرف هالتر قلق الموت على أنه إستجابة إنفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والإنشغال المعتمد على تأمل وتوقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت.

هدفت هذه الدراسة الي الكشف وإظهار التحسن الذي يحققه العلاج المعرفي السلوكي في الوسط الإستشفائي في علاج مرض خطير هو الحمل العنقودي من خلال حالة تعاني من حمل مرضي هو الحمل العنقودي.  
تعاني هذه الحالة البالغة من العمر 23 سنة من قلق موت شديد حددها من خلال مقياس قلق الموت كما تعاني من ضغط نفسي مرتفع تحصلنا عليه من خلال استبيان إدراك الضغط النفسي.

على هذا الأساس تم تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي معتمد على تقنية حل المشكل وافترضنا بأن هذا العلاج يمكنه أن يؤدي إلى التخفيض من حدة الضغط النفسي المدرك وحدة قلق الموت لدى هذه الحالة كما افترضنا وجود إختلاف في درجة وحدة قلق الموت ودرجة وحدة الضغط النفسي المدرك في القياس القبلي والقياس البعدي.

الكلمات المفتاحية: تقنية حل المشكل-الضغط النفسي المدرك-قلق الموت-الحمل العنقودي.

## Abstract

The aim of this study was to detect and demonstrate the improvement of a serious illness, namely, cluster pregnancy.

بشكل صريح و مباشر و اما ذات طبيعة معرفية . و تمتاز هذه العملية السلوكية بصفتين اساسيتين بحيث توفر مجموعة من الاستجابات البديلة ذات الفعالية القوية التي يتمكن الفرد بواسطتها من التعامل مع الوضعية الاشكالية كما ترفع من احتمال القدرة على الانتقاء الاستجابة الاكثر فعالية من بين البدائل المتعددة. ( عن ازروق 1997-1996 ص 61).

لقد اثبتت العديد من الدراسات فعالية هذه التقنية العلاجية كدراسة Marlott و Marlott Oleary , Chaney في التعامل مع الضغط عند مدمني الكحول ودراسة Hussian و Lawrence في 1981 بالنسبة للمكتئبين.

على هذا الاساس ارتاينا تطبيق هذه التقنية على مريضة في حالة حمل مرضي وهو العنقودي، تصل تعقيداته حتى سرطان المشيمة وافترضنا بان العلاج المعرفي السلوكي المعتمد على تقنية حل المشكل يمكنه خفض من درجة الضغط النفسي المدرك ودرجة قلق الموت لدى حالة مصابة بالحمل العنقودي، كما افترضنا وجود اختلاف في درجة الضغط النفسي المدرك ودرجة قلق الموت في القياس القبلي والقياس البعدي.

### - الجانب المنهجي للدراسة:

#### 1- المنهج :

هو المنهج الشبه تجريبي ذو المجموعة الواحدة لكونه المنهج الذي يستعمل في دراسة الحالات الفردية بطريقة واسعة ومعقدة كما يسمح بالكشف عن التحسن والفعالية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي المقدم للحالة. وحسب Alain و Lussier تكمن خصوصية هذا المنهج في استغنائه عن المجموعة المقارنة (Groupe de comparaison). (Blanchet و

Lonuscu 2009 ص 2)

#### 2- مكان البحث:

يعتبر الحمل العنقودي صدمة للمرأة الحامل ففي حين كانت تتوقع حملا عاديا تنصدم بحمل مرضي غريب وقد تصل تعقيداته الى سرطان فتصبح تعيش حالة هلع وقلق وخوف من الموت وضغط نفسي كبير نتيجة إسقاط الحمل وإخراج نسيج المشيمة.

ويزيد الشعور بالضغط والشعور بقلق الموت عندما يبقي هرمون الحمل في الرحم ويستمر في التكاثر ويحدث نزيفا فتتعدّد حالة المريضة لغاية اللجوء للعلاج الكيميائي وفي حالة عدم الشفاء يتم إستئصال الرحم.

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من اهم الأساليب العلاجية الحديثة في مجال اضطرابات القلق والضغط النفسي الناتج عن الاصابة بالأمراض العضوية كالأمراض السرطانية، امراض القلب والامراض المرتبطة بالجهاز الكوي والجهاز التناسلي.

وهو أحد الأساليب العلاجية الحديثة الذي يهتم بصفة أساسية بالتناول المعرفي للاضطرابات النفسية بحيث يهدف إلى إزالة الألم والمعاناة النفسية من خلال التعرف على المفاهيم الذاتية الخاطئة ومحاولة تحديدها والعمل على تعديلها. كما يعتمد على التدخلات التي تقوم على اسس وتقنيات تستعمل في التغيير المباشر للعمليات المعرفية للمرضى والتي تؤثر في سلوكياتهم وانفعالاتهم.

تعتبر تقنية حل المشكل من التقنيات التي طبقت لحل المشاكل النفسية المتأتية عن الضغط الناتج عن الاصابة بالامراض العضوية كداء السكري وامراض القلب الى جانب الامراض السرطانية. كما تم تطبيقها في مجال الادمان على الكحول وعند الاصابة بالاكنتاب وغيرها من الاضطرابات التي تتجم عن عدم الفعالية في الاداء او العجز في التعامل مع الوضعية الاشكالية.

عرف D zurilla و Goldfried عام 1971 مصطلح "حل المشكل" بانه عملية سلوكية اما ظاهرة معبر عنها

منها جمع المعلومات والمعطيات الكافية عند المفحوص  
قصد الوصول إلى التشخيص مرضي لوضع العلاج  
اللائم. واحتوت على عدة محاور:

#### المحور الأول: بيانات شخصية.

المحور الثاني: تاريخ الحالة المرضية من  
خصائص المرض والأحداث المرتبطة به.

المحور الثالث: الاستجابات الانفعالية وخصائص  
الشخصية.

#### المحور الرابع: الانعكاسات الاجتماعية (علائقية)

### 3-مقياس الفحص المدرك (ليفن شتاين :1993)

الأداة تتألف من استبيان يحوي على 30 عبارة من  
إعداد الباحث ليفن شتاين وآخرون لقياس مؤثر إدراك  
الضغط النفسي.

#### 4-مقياس قلق الموت لتهنر:

يعتبر بمثابة استبيان يتضمن قائمة من الأسئلة التي  
تسمح بجمع بيانات خاصة بالسمة المقاسة " قلق الموت  
" ومقارنة أفراد محل الدراسة بعضهم ببعض على أساس  
التقدير وهو يحتوي 15 بند هي الصورة النهائية لمقياس  
قلق الموت والإجابة تكون فيه بصحيح أو خطأ:

(0-6) عدم وجود قلق الموت (7-8) متوسط (9-  
15) قلق موت مرتفع.

#### 5-التحليل الوظيفي:

التحليل الوظيفي هو عملية تقييم المسار العلاجي  
بصورة إجرائية ويهدف الى ملاحظة الأحداث السلوك وكذا  
بناء الفرضيات حول العلاقة السببية بين الأحداث -  
التجريب الموجه نحو اختيار الفرضيات والمعطيات تعطى  
بشكل كمي مما يسمح بالقياس أو التدخل العلاجي

والنموذج المطبق مع هذه الحالة هو نموذج SECCA

تقع المصلحة في قلب باب الوادي وتسمى مصلحة  
طب النساء والتوليد إبراهيم غرافة تابعة لمستشفى الجامعي  
باب الوادي مستشفى محمد لمين دباغين.

تحتوي على 80 سريرا وتتمثل نشاطاتها في كل ما يتعلق  
بطب النساء من عمليات جراحية + قسم التوليد.

ولقد تم إختيار الحالة في إطار الكفالة النفسية العلاجية  
في المصلحة وحددت خصائص العينة حسب السن لا  
يتجاوز 40 سنة ونوع الحمل المرضي أن يكون حمل  
عقودي من الصنف الأول أي الكلي أي المريضة نوع  
حملها لا يتطلب العلاج الكيميائي لكي يتم نزع العامل  
الدوائي في التدخل النفسي والجدول التالي يوضح  
خصائص العينة.

#### 3-العينة:

متغيرات الحالة	الجنس	السن	المستوى الدراسي	الحالة الاجتماعية	المهنة
الحالة	أنثى	23سنة	إبتدائي	مستوى اجتماعي ضعيف	مأكنة في البيت

#### أدوات البحث:

1-الملاحظة: لقد تم إستعمال الملاحظة قصد تكوين  
نظرة موضوعية وفي مواقف معينة كأداة لجمع المعلومات  
طوال الفترة العلاجية وفي فترات متكررة وممتدة

#### 2-المقابلة العيادية النصف موجهة:

اعتمدت على دليل المقابلة التي تم تصميمه وتم تحديد  
الأسئلة وصياغتها وترتيبها وتوجيهها. وقد كان الغرض

السقراطي وتقنية لعب الدور والبدا بتمارين الاسترخاء التدريجي لجاكسون ولقد دامت الجلسة ساعة ونصف.

من الجلسة الخامسة الى السابعة: وهي المرحلة الثانية من التدريب مرحلة التدريب على وضع الحلول البديلة التي سنصل لاقتراحها في نهاية الجلسة السابعة وقد استعملنا عدة تقنيات كالنموذجة والعصف الذهني ولقد دامت الجلسات ساعة ونصف.

من الجلسة الثامنة الى التاسعة: ملخص الجلسات وكذا مراجعة كل المهارات التي تدربت عليها والقيام في الأخير بالقياس البعدي واستعملت تقنية الحوار والمناقشة ولقد دامت الجلسات ساعة ونصف.

### تقديم الحالة

#### 1- الجلسات التشخيصية

#### 1. - البيانات الشخصية والمعطيات البيوية الممكنة:

\*-فتحية ل: تبلغ من العمر 23 سنة، الثالثة في الترتيب من بين 5 إخوة وأخوات

\*-الحالة المدنية: متزوجة وأم لطفل عمره سنتين.

\*-تقطن: مدينة الجزائر، بلدية الحراش.

\*-المستوى الدراسي: السنة السادسة ابتدائي تركت الدراسة لضعف مستواها الدراسي، لم تمارس أي نشاط بعد تركها مقاعد الدراسة.

\*-الأب: عمره 65 سنة، متقاعد، إطار في شركة وطنية للغاز.

\*-الأم: 54 سنة، مأكثة في البيت، حنونة تمتاز بعاطفة قوية اتجاه أولادها.

\*-هي الوحيدة المتزوجة من العائلة تزوجت في سن 20 سنة.

#### 2. -تاريخ بداية المرض:

#### 6-برنامج علاجي معرفي سلوكي معتمد على تقنية حل المشكلات:

#### بناء البرنامج العلاجي:

- اعتمدنا في بناء البرامج العلاجي على الإجراءات التالية:

\*-النظرية المعرفية السلوكية في بناء البرنامج العلاجي

\*-اعتمدنا على تقنية حل المشكلات في تصميم البرنامج.

- اعتمدنا على كل المراحل التدريبية لتقنية حل المشكلات في تصميم البرنامج.

\*-اعتمدنا على نتائج مقياس الضغط النفسي ومقياس قلق الموت الذين طبقا على الحالة.

#### الخطوات الإجرائية للبرنامج المطبق

يحتوي البرنامج العلاجي على 11 جلسة، ثلاثة منها تشخيصية وثمانية حصص أخرى علاجية وسنذكرها باختصار مع ذكر الهدف من كل جلسة والفنيات المستعملة.

الجلسة الأولى: كان الهدف منها تحديد الشكوى وبناء العلاقة العلاجية وإبرام العقد العلاجي وكذا التحفيز على الامتنال للعلاج وقد استعملت تقنية الحوار والمناقشة ودامت الجلسة 45د.

من الجلسة الثانية إلى الثالثة: كان الهدف القيام بالقياس القبلي والتوصل الى وعي المفحوصة بالمشكل وكذا جمع المعلومات بتمرير دليل المقابلة للتعرف أكثر على المفحوصة والتعرف على سلوك المشكل وكذا تحديد مختلف التشوهات المعرفية بهدف القيام بالتحليل الوظيفي وكلا الجلستان دامتا ساعة ونصف واستعملت فيهما تقنية المحاضرة ولعب الدور.

الجلسة الرابعة: وفي هذه المرحلة تم البدا بالمرحلة الأولى للتدريب على حل المشكل وهي مرحلة التدريب نحو التوجه نحو المشكلة وذلك باستعمال إعادة البناء المعرفي وكذا الحوار

هنا بدأت حالة الهلع والخوف من الموت والضغط النفسي يرتفع لدى المفحوصة خاصة بإعتبارها أم وزوجة حديثة وكذا مختلف الضغوطات التي ستتعرض لها من قبل الزوج والمحيط العائلي، وبدأت أعراض الإضطراب النفسي تظهر على المفحوصة التي طلبت المساعدة من المختصة النفسانية وأظهرت استعدادا كبيرا للعلاج.

### 3. -السوابق الشخصية:

- السوابق الطبية: لم تعان من أي عرض طبي منذ طفولتها إلى الآن.

- السوابق الجراحية: لم تجر أي جراحة سوى الولادة العادية لطفلها الأول.

- السوابق العائلية واحداث الحياة: لا أحد من أفراد العائلة حدث له مثل هذا الحمل المرضي ولا توجد أي عاهة نفسية أو عقلية عند العائلة.

- السوابق العقلية: ولم تتناول أي دواء مضاد للقلق ولم يكن لديها أي متابعة لدى الطبيب العقلي.

### - الاحداث المرتبطة بالمرض:

\*-التفكير في أن حياتها الزوجية انتهت وأنها يمكن أن تفقد أهم عضو لدى المرأة وهو الرحم.

\*-التفكير بأنها لن تصبح أما مرة أخرى.

\*-التفكير أن حياتها ستتغير ولن تستطيع القيام بمهامها من اليوم فصاعدا.

\*-مشاكل مع عائلة الزوج والخوف من تصوّرهم أنها مصابة بسرطان الرحم.

\*-مشاكل علائقية مع الزوج.

### - الاستجابات الانفعالية والمعرفية:

### - الاستجابات الانفعالية:

جاءت فتحة أول مرة إلى مصلحة طب النساء والتوليد في حالة استعجالية. كانت تعاني من نزيف حاد تطّلب إدخالها غرفة العمليات لتقوم بعملية تنقية الرحم (Curetage Aspiratif) وكانت برفقة زوجها وأم زوجها الذين كانوا في حالة هلع وخوف كبيرين. فحسب التشخيص الأولى كانت حالة إجهاض غير عادي. وحسب التصوير الباطني أظهر احتمال حمل مرضي وبالتحديد احتمال حدوث حمل عنقودي.

بعد يوم من إجراء Curetage Aspiratif ، صرّحت المريضة أن تحليل الحمل كان إيجابياً، كان في 01 أبريل 2015 بـ 374.515 BHCG، لكن بعد 48 سا، وصل 13141,7 أي تضاعف بشكر كبير.

كما أن علامات الحمل من قيء وإغماء لا تشبه أعراض حملها السابق، وحتى النزيف كان نزيهاً مفاجئاً، هنا وضع الأطباء احتمال أن السيدة قد حملت حملاً مرضياً وهو الحمل العنقودي.

وبعد إتمام المتابعة لمدة 48 سا ومراقبة هرمون الحمل BHCG تبين تضاعفه وحسب التصوير الباطني أظهر بقاء خلايا الحمل عالقة بالرحم وهنا تأكد وجود حمل عنقودي كامل.

المفحوصة حتى الآن لا تدرك نوع حملها فهي تظن أنها أجهضت إجهاضاً عادياً، لكن ولكون الحمل العنقودي خطير ويتطلب تكفل لمدة على الأقل 3 أشهر على مستوى المستشفى و3 خارج المستشفى كان يجب إعلام المريضة بالتشخيص.

قام الطاقم الطبي، بحضور المختصة النفسية، بالإعلان على التشخيص ومن هنا بدأت المعاناة النفسية للسيدة فتحة باعتبارها لم تسمع من قبل بمثل هذه الحالات.

وبدأت الأفكار السوداوية حول حالتها وخاصة بعد إخبارها أنه في حالة عدم إنتالها للعلاج قد تتعقد حالتها لتصل إلى سرطان المشيمة.

**- العوامل التاريخية المحافظة:**

\*-عدم متابعة دراستها.

\*-اتكالها على الوالدين في تلبية حاجياتها قبل الزواج والآن اتكالية تامة اتجاه زوجها.

**- العوامل المفجرة:**

**- الأحداث التي سبقت المرض:** هذا الحمل كان

حماً غير مرغوب فيه بإعتبار طفلها لم يتجاوز سنتين من العمر لذلك فهناك نوع من تأنيب الضمير لما حدث لها، فهي تلوم نفسها وتعتبر أن الله عاقبها لعدم تقبلها الحمل

بعد إجراء المقابلة العيادية واستخراج كل وأهم المعتقدات والأفكار من خلال التحليل الوظيفي شبكة سيكا قمنا بتطبيق: إستبيان إدراك الضغط النفسي ومقياس تمبلر لقياس درجة قلق الموت.

وكانت نتائج القياس القبلي كما يلي:

**نتائج المقاييس السيكومترية القبليّة:**

الدلالة	النتائج المتحصّل عليها في المقاييس القبليّة	الحالة
ضغط نفسي مرتفع	0.72	استبيان إدراك الضغط النفسي
قلق موت شديد	14	مقياس قلق الموت

بعد إنهاء الجلسات التشخيصية نبدأ بالجلسات العلاجية ونلخصها كما يلي:

**2-الجلسات العلاجية:**

المرحلة الأولى التحريب على التوجه نحو المشكلة من الجلسة الثانية إلى الثالثة

**قبل الإطابة بالمرض:** تمتاز السيدة فتحة

بشخصية قوية ومرحة.

**الإعلان عن التشخيص:** صدمة نفسية وعدم تقبل

الحمل المرضي والخوف من الموت لإرتباطه بسرطان المشيمة.

**- الإستجابات المعرفية:**

\*-تشوّهات في مجال إدراك وتصوّر المرض

هاجس الموت.

\*-اعتقادات سلبية حول الصحة والمرض واعتقاد بأن

العلاج لن يكون له أي فعالية وخاصة إذا تعقدت حالتها وتطلّبت العلاج الكيميائي، هنا الموت حتماً.

\*-تحوّل حلم وتصوّر الحمل العادي إلى حمل عنقودي

خطير كان أمراً صادماً للمفحوصة والمحيط الخارجي وشكل ضغطاً نفسياً كبيراً تعيشه المفحوصة مع عائلتها.

**- الموارد الخارجيّة:** دعم من طرف الزوج وعائلة

السيدة فتحة.

بعد وضع التشخيص العيادي للمفحوصة، جاء دور

العلاج وذلك بالعلاج السلوكي المعرفي المعتمد على تقنية حل المشكلات، حيث قامت المعالجة بعرضه وتوضيحه، وهذا بدء من عملية التحليل الوظيفي حيث تركّز على العوامل المفجرة الحالية والماضية للسلوك المشكل ماهي الأعراض التي تظهر وما الأحاسيس والأفكار التي تنتابها عند حدوث المشكل.

اعتمدت المعالجة على شبكة **SECCA** للقيام بالتحليل

الوظيفي.

**- التحليل غير المتزامن:**

**- المعطيات البنيوية الممكنة:**

**- الشخصية:** تتميز بقوة الشخصية أمام أحداث حياتها

رغم وجود نوع من الاتكالية.

**لعب الدور:** ولقد استعملنا في هذه المرحلة السيكو دراما واستعمل فيها عكس الدور بين المختصة والمفحوصة وكان الهدف تحديد ردود الافعال السلبية والمعتقدات والافتراضات اللاعقلانية وقد ساعدت هذه التقنية في التنفيس الانفعالي وكادت توطيد العلاقة العلاجية.

### المرحلة الثانية مرحلة التدريب على وضع الحلول البديلة من الجلسة الرابعة إلى السابعة

وللتوصل الى الحلول البديلة من خلال العمل المنزلي وفتيات أخرى مثل العصف الذهني والنمذجة بإعطاء أمثلة عن حالات شفيت قبل السيدة، توصلت إلى مجموعة من الحلول البديلة وضعت في جداول تمت مناقشتها حلا بحل، لتتمكن من إلغاء الحلول الضعيفة والصعبة التحقيق والخاطئة وفق مبدأ كلفة/فائدة اي كل حل ماذا سيعطي وما هي الفائدة من تنفيذه. وبعد حصتين ووضع عدة جداول من طرف المفحوصة توصلت إلى قائمة الحلول البديلة.

### مثلا: بعض الحلول المقترحة من طرف المفحوصة

- يجب مواجهة المرض وعدم الهروب منه.
  - الحل هو سماع كل تعليمات الطاقم الطبي .
  - المتابعة في العلاج وسألجا لزوجي لأنه لظالما دعمني.
- في هذه المرحلة تمكنت المفحوصة من توليد الخيارات الجيدة لحل المشكلة.

### مرحلة أخذ القرار من الجلسة الثامنة إلى التاسعة

توصلت المفحوصة الى وضع خطة افتراضية والاقتناع بأن الهدف هو إيجاد الحلول لمشكلاتها وأن تتمكن من تنقيطها واتخاذ القرار الصائب وتصحيح الاستدلالات الخاطئة.

مثلا: مرضي ليس سرطان --- مرضي هو حمل عنقودي --- سأتابع توصيات الطبيب ---الحياة مليئة بالمشاكل---وهذه واحدة منها سأتوصل للشفاء وسأنظم رحلة مع زوجي وطفلي بعد شهر بعد الشفاء ---

وذلك من التوجه السلبي إلى التوجه الإيجابي وهي أول مرحلة من تقنية حل المشكلات والهدف الرئيسي من هذه المرحلة الوصول الى القدرة على تنظيم المشكلة بشكل مضبوط وتصحيح والاعتقادات أن المشكلات عادية وجزء من الحياة لا يمكن تجنبها والوصول الى القدرة على تحديد وإسناد سبب للمشكلات واعتبارها كتحديات بدلا من تهديدات.

### تقنية إعادة البناء المعرفي

وكان الهدف الوصول إلى تسمية المشكلة وإدراك ضرورة إيجاد الحلول الإيجابية وذلك باستخراج كل الأفكار الأوتوماتكية اللاعقلانية وتحديد كل التشوهات المعرفية ومناهضة تلك الأفكار حول المرض حول فكرة الموت والتوصل إلى اتخاذ اتجاه إيجابي من طرف المفحوصة بتسمية المشكل وتحديد شكل واضح ومحدد.

### مثلا: المعتقدات الخاطئة حول وضعية المشكل

- حملت شيئا غريبا في بطني إذن لا أشبه النساء الأخريات
- سأخسر رحمي وستتحطم علاقتي بزوجي-هذه نهايتي سأترك طفلي بدون أم
- للمناهضة هذه الأفكار اللاعقلانية والمشوهة عن الوضعية تم استعمال المجادلة بالحوار السقراطي. مثلا:
- من أخبرك أنه سرطان سنتحدث مع الطبيب واستفساري منه عن حالتك؟

-لماذا تعتقدين أن علاقتك الزوجية ستنتهي قلت أن زوجك يحبك ولا طالما كان بجانبك.

-لماذا تجزمين ان نهايتك اقتربت ما هو إلا حمل مرضي يمكن الشفاء منه.مشكلتك هي حمل مرضي؟

**تقنية الحوار السقراطي:** كان الهدف منها مناقشة ودحض المعتقدات الخاطئة مثلا حول طبيعة مرضها وكذا فكرة الموت التي تسيطر عليها وفكرة أن زوجها سيتركها وأن حياتها الزوجية انتهت كل هذه الأفكار تم مناقشتها ودحض الأفكار الخاطئة وتصحيحها.

الدلالة	النتائج المتحصّل عليها في المقاييس البعدية	الحالة ا
مستوى ضغط نفسى منخفض	0.32	استبتيان إدراك الضغط النفسى
عدم وجود قلق موت	6	مقياس قلق الموت

### تحليل نتائج الحالة ومناقشتها:

عند تمرير استبتيان إدراك الضغط النفسى للحالة تمكّنت المفحوصة من الإجابة على 30 فقرة والتي تشير كلّها إلى مشكلة ضغط تعاني منه المفحوصة حسب الاستبتيان المدرج من العبارات المباشرة وغير المباشرة من أربع نقاط إلى نقطة واحدة تشيران إلى ضغط مرتفع جداً في الفقرات 3، 5، 6، 9، 12، 15، 18، 19، 22، 30 وذلك من خلال سرعة الغضب والتوتر والخوف والعزلة وتزايد المشاكل الصحية، ووجود الأفكار السلبية التي تشكّل ضغطاً مرتفعاً جداً في البنود، 23، 25، 26، 27.

تحصّلت خلال القياس القبلي على 0.72 وهي درجة تدل على إدراكها المرتفع للضغط وهذا ما يتبيّن من خلال إجابتها على بنود المقياس التي تدل على قدر كبير من الأفكار السلبية إتجاه الحمل العنقودي والخوف الشديد من تعقيده.

أما عن مقياس قلق الموت فقد تحصّلت المفحوصة على درجة قلق الموت تقدّر بـ 14 وهي تدل على وجود قلق موت مرتفع (9-15)، وهذا واضح من خلال إجابات المفحوصة المليئة بالتشاؤم من فكرة الموت أو أي شيء يرتبط بالموت، فالمرض والعلاج الكيميائي عند المريضة يشيران إلى الوضع النفسى المتأزم الذي كانت تعيشه المفحوصة.

أما بعد العلاج النفسى وعند إعادة تطبيق استبتيان إدراك الضغط النفسى تحصّلت المفحوصة على نسبة

في هذه المرحلة عبرت المفحوصة وقالت "هذه هي خطوات خطتي التي وضعتها من إدراكي بالمشكلة فأنا قررت الرجوع الى الحياة إلى طفلي وزوجي". .

حوار المفحوصة في هذه المرحلة خالي من الغموض وعقلاني ومنظم والأفكار السوداوية زالت بدليل تفكيرها في خطط مستقبلية مع زوجها وطفلها ولقد كان للدعم الأسري وخاصة للزوج دور هام في هذه المرحلة من العلاج.

### مرحلة التدريب على تنفيذ الدل والتدقيق من الجلسة التاسعة الى العاشرة

المفحوصة وصلت إلى التخطيط على المدى القصير لحياتها وعلى المدى البعيد بتحقيق كل الحلول والبدأ بتنفيذها.

هنا عبرت المفحوصة عن إرتياحها وأنها تشعر براحة وإتزان وستأخذ كل ما تعلمته كخبرة ستساعددها في حل المشكلات التي ستواجهها في المستقبل.

### تقنية الاسترخاء

إستعمل الاسترخاء في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي من أجل خفض القلق وتحسين الصحة النفسية للمفحوصة وفق نموذج جاكوبسون وقد إستعمل بالتدرج كتمارين مصاحبة لكل جلسة ابتداء من الجلسة الثالثة بتمارين التنفس الصدري وصولاً الى الجلسة الثامنة وهي دمج كل مراحل وتمارين الإسترخاء لتكتسبها المفحوصة كمهارة ستستعملها في حياتها اليومية في الوضعيات الضاغطة التي ستعيشها.

ولقد كان لهذه التقنية دور في خفض من حدة التوتر والضغط النفسى وساعدت المفحوصة أثناء مراحل العلاج.

بعد الإنتهاء من الجلسات العلاجية في الجلسة الحادية عشر قامت المعالجة بالقياس البعدي

قامت المعالجة بإعادة القياس أي القياس البعدي، وقد كانت النتائج كما يلي:

التي يخضع لها المريض وتستوجب متابعة وعلاج نفسي من طرف أخصائيين نفسانيين عياديين أكفاء .

### المراجع

- أحمد زكي & صالح زكي. (1973): أسلوب حل المشكلات، دار النصر، القاهرة.
- عكاشة، أحمد. (1976) "قلق الموت، عن سلسلة دار النشر المعارف، الكويت.
- سايل، حدة وحيدة. (2009). "فعالية التدريب على حل المشكلة وعلى الاسترخاء في علاج المدمنين على المخدرات برنامج دزوريل. نموذجًا. دكتوراه في علم النفس، جامعة الجزائر 2
- زناد، دليمة. (2012). محاضرات العلاجات النفسية". مطبوعات جامعية، جامعة الجزائر 2.
- سيد، علي فهمي. (2010). " علم النفس المرضي نماذج لحالات اضطرابات نفسية وعلاجها، المنصورة: دار الجامعة الجديدة.
- عادل، عبد الله محمد. (2000). "العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقاته". (ط 1). القاهرة: كلية التربية جماعة الزقازيق.
- فيصل، محمد خير الزراد. (2001). "العلاج المعرفي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي". دار النصر القاهرة.
- مجلة طب النساء والتوليد. (2014). "التكفل بالحمل العنقودي".
- حسن غانم، محمد. (2004). "الوجيز في العلاج النفسي السلوكي".
- شريفي، هناء. (2004). " استراتيجيات المقاومة وتقدير الذات وعلاقتها بالعدوانية لدى المراقق". رسالة ماجستير في علم النفس العيادي: جماعة الجزائر.
- Christine . M. L'entretien en Thérapie Comportemental et Cognitive. ( 3 édition). Dunod.

0.32 وقد بدا ظاهرا من خلال مشاركة المفحوصة في الحوار وفهمها كل التقنيات.

أما قياس قلق الموت فقد تحسّلت على درجة قلق موت تقدّر بقيمة 6 وهي تدل على عدم وجود قلق الموت. وهذا ظاهر من خلال استجابات المفحوصة وتقدّمها في المسار العلاجي الذي اقترح عليها. نستنتج ممّا سبق أنّ فرضيات البحث قد تحققت مع الحالة حيث عمل العلاج المعرفي السلوكي المعتمد على تقنية حل المشكلات على خفض الضغط النفسي وقلق الموت لدى النساء ذوي الحمل العنقودي.

### استنتاج:

من خلال عرض الحالة والنتائج المتحصل عليها توصلنا إلى أن التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية كانت فعالة في خفض الضغط النفسي وقلق الموت لدى النساء ذوات الحمل العنقودي.

ويمكن توسيع استعمال هذه التقنيات العلاجية في الوسط الاستشفائي مع مختلف الاضطرابات النفسية التي نواجهها في ممارستنا العيادية اليومية.

### توصيات:

ـ ضرورة توسيع مجال البحث والدراسات في الوسط الإستشفائي وذلك بهدف خفض من حدة الإضطرابات النفسية وتحسين الصحة النفسية للمفحوص. ـ تكثيف الجهود من طرف المختصين النفسانيين لإنجاز برامج علاجية معرفية سلوكية وخاصة في الوسط الإستشفائي وذلك لتحسين الكفالة النفسية.

ـ ضرورة إجراء دراسات عن مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض من حدة إضطرابات القلق وخاصة في الوسط الإستشفائي عند إرتباطها بأمراض خطيرة مثل السرطان والحمل العنقودي ومختلف العمليات

- Dunod, (2004). Manuel De Thérapie Comportemental et Cognitive. \_Paris.
- Jean,C . F., Blackburn, M. Les Thérapies Cognitives en Thérapies Comportementales et Cognitives.
- Loo. P. (2005), Le Stress Permanent : Réaction Adaptation de L\_organisme au Aléas Escicentiels. Masson, Paris.
- Réalités en gynécologie Obstétrique(2007).paris .
- Référentielle anco centre\_(2007) ،Maladie Trophoblastiques.

# فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض من درجة اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة عند الطفل المتمرّد.

بوكريطة كوثر طالبة دكتوراه، جامعة الجزائر2

د/شريفى هناع، د/لونيس سعيدة جامعة الجزائر 2

## ملخص.

من أجل إنجاز العمل أو الواجب الذي كلفوا به، فيكون الفشل في الأداء وعدم الإنجاز هو النتيجة المتوقعة لعدم الانتباه بالإضافة إلى الحركة المفرطة التي تعيق مسارهم وتسبب الضيق والقلق للمحيطين بهم، مما يؤدي إلى تجنبهم أو سوء التعامل معهم، وهذا ما يؤثر عليهم كذلك من الجانب النفسي. (كمال سالم سيسالم، 2006، ص23).

ويعرف الدليل الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية هذا الاضطراب على أنه عبارة عن مجموعة من الحالات تظهر خلال فترة النمو، وتتميز بحصول عجز خلال التطور مما يؤدي إلى انخفاض في الأداء الشخصي والاجتماعي والأكاديمي والمهني ويسبب إعاقات على المستويات (عجز الانتباه عدم التنظيم فرط الحركة، الاندفاعية) وكما يصاب العديد من الأطفال بأنواع عديدة من اضطرابات التعلم. ( Marc Antoine et all, 2015,pp.33-34).

ولذلك فإن من أهم التحديات التي تواجه المدرسين اليوم التعامل مع العدد المتزايد من الطلاب الذين لا ينتبهون لما يقال في الفصل ولا يستطيعون الاستقرار في مكان واحد خلال فترة الدرس، وهذا ما أدى بالدول المتقدمة أن تشترط على المدرسين في جميع المراحل الدراسية أن يحضروا دورات تدريبية حول موضوع اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة على قائمة برامج التدريب وورش العمل، وذلك كي يستمروا بتراخيص مزاولة مهنة التدريس وأن يتدربوا على كيفية التعامل مع التلاميذ ذوي هذا الاضطراب.

ولقد أصبح هذا الاضطراب محط اهتمام الباحثين، والمربين والقائمين على تربية الطفل، نتيجة للآثار

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض من درجة اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة لدى الطفل المتمرّد.

ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة تم إجراء دراسة ميدانية اعتمدنا فيها على مقياس "كونرز" وكذا مقياس صعوبات الانتباه، أين تم بعدها تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي على الحالة (طفل متمرّد).

وقد خلصت الدراسة إلى أنّ البرنامج العلاجي الذي تمّ تصميمه وتطبيقه كان له تأثير إيجابي وفعال في التخفيف من درجة اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة عند الطفل المتمرّد، وكذا مساهمته أيضا في تحسين مستوى التحصيل الدراسي لديه.

الكلمات المفتاحية: البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي-اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة-الطفل المتمرّد.

## مقدمة:

يعد اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة اضطرابا يؤثر سلبيا ومباشرة على النشاطات الاجتماعية والأكاديمية، حيث يعاني هؤلاء الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة، من ضعف التركيز والانتباه نتيجة تأثرهم بالمشيرات الداخلية وأخرى خارجية التي تؤدي إلى تشتت انتباههم وتشغلهم عن التركيز فيكون من الصعب عليهم الانتباه إلى التعليمات المطلوب سماعها وفهمها

علاجية متعددة، وأثبتت النتائج فعالية برنامج تعديل سلوك الطفل ذي النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وانخفاض المظاهر السلوكية لهذا الاضطراب (مشيرة عبد الحميد، 2005، ص 60).

كما اهتمت دراسة لاث ولند كامب (Lauth et) 1998 (Linder Kamp) بتطبيق برنامج لتعديل السلوك على الأطفال في سن المدرسة الذين يعانون من الاضطراب، وتكون البرنامج من ورش عمل تحتوي على النمذجة، ولعب الأدوار، مع التغذية الرجعية ومهارات تنظيم السلوك، وأظهرت النتائج امتثال الأطفال للطاعة والنظام في المواقف والأنشطة المقدمة في هذا البرنامج. (مشيرة عبد الحميد، 2005، ص 60).

ونظرا لأهمية التكفل ورعاية ذوي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة أجرى كارلسن ومان ألكسندر (Alesander 2000 Carlson, Mann) دراسة من أجل مقارنة فاعلية أسلوب المكافئة وتكلفة الاستجابة على أداء ودافعية الأطفال الذين يعانون من الاضطراب، وأكدت نتائج الدراسة بأن أسلوب تكلفة الاستجابة كان فعالا أكثر مقارنة بأسلوب المكافئة في تحسين أداء الأطفال، بالإضافة إلى زيادة مستوى الدافعية لديهم (جهاد سليمان محمد القرعان، 2006، ص 50).

وقد أشارت دراسة فؤاد إيمان فؤاد الحاج إبراهيم (2011) التي تناولت فاعلية برنامج سلوكي في معالجة شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط دراسة إكلينيكية شبه تجريبية مقارنة مع برنامجين (دوائي - ودوائي سلوكي مشترك) لدي عينة من الأطفال المراجعين للعيادات النفسية في محافظة دمشق للاضطراب، وتم العمل على اختبار صحة الفرضيات من خلال تطبيق البرنامج على عينة مقصودة مؤلفة من مجموعة من الأطفال المراجعين لبعض العيادات النفسية الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وذلك بالتنسيق مع الطبيب النفسي وقد توصلت الدراسة الي فاعلية العلاج الثنائي (الدوائي السلوكي) في خفض

السلبية التي يحدثها على المستوى المعرفي والانفعالي، الاجتماعي، وكذا ما يحدثه من مشكلات أسرية، إذ يصاب الوالدان بالحرج والإحباط لعدم قدرتهما على التعامل مع طفلهما بصورة سليمة، والتحكم في سلوكه. (كمال سالم سيسالم، 2006، ص 23).

### إشكالية الدراسة:

يعد اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة من أكثر الاضطرابات التي تولاها البحث في اضطرابات الأطفال، وهو يشهد انتشارا واسعا في جميع دول العالم، فقد أشار الباحثون إلى أن هذا الاضطراب يمكن أن يسبب مشكلات طوال فترة حياة الشخص وبخاصة إذا لم تعالج، لذا ظهرت العلاجات المختلفة كضرورة التكفل باضطراب نقص الانتباه والحركة المفرطة ومن بينها العلاج المعرفي السلوكي الذي يشهد تطورات جذرية في الطب النفسي والعلاج النفسي بشكل عام، وما استطاعت أن تقدمه في دراسة مشكلات الطفولة وعلاجها بشكل خاص (عبد الستار إبراهيم، 2003، ص 23).

وتشير الدراسات الميدانية إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي حيث يعد من أفضل أنواع العلاجات المستخدمة من حيث نتائجه بالنسبة للمفحوصين، وهذا ما توصل إليه "دوبسون" عند تحليله للعديد من الدراسات التي قارنت بين العلاج المعرفي السلوكي وغيره من أنواع العلاجات الأخرى (عادل عبد الله، 2000، ص 25).

وهذا ما أيدته الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال وأثبتت فعالية هذا العلاج مع مختلف الاضطرابات وخاصة التي تخص الأطفال، ومن أبرزها اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة الذي هو موضوع دراستنا ويعد اضطراب العصر، نجد دراسة "بورنستين وكيوفيلون 1990 Bronstein et Quevilon"، والتي هدفت إلى معرفة تأثير برنامج لتعديل السلوك باستخدام التدريب الذاتي، والعلاج المتمركز على الطفل وأساليب النمذجة في جلسات

الاضطرابات المتعلقة بالطفولة وخاصة اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة وتخفيض من تأثير انعكاساته السلبية نفسيا وعلائقيا وأكاديميا ومستقبليا.

#### 4-أهداف البحث:

- إبراز أهمية اختصاص العلاج المعرفي السلوكي وضرورة التدريب على تقنياته وفنياته كقنيات علاجية يمكن للعيادي الاستعانة بها في الإطار العلاجي العام والخاص باضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة.

- تزويد هؤلاء المفوضين بأكبر قدر ممكن من الاستراتيجيات الفعالة لمنع تطور الاضطراب مستقبلا.

#### 5-تعريف وتحديد المفاهيم إجرائيا:

تتضمن الدراسة الحالية المفاهيم الإجرائية التالية:

\*برنامج العلاج المعرفي السلوكي: يعرف بأنه مجموعة متنوعة من الأساليب والإجراءات المعرفية والسلوكية الهادفة إلى تعديل معارف الأفراد وسلوكهم من أجل التخفيف من أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وتحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المتدرسين.

\* اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة:

هو عبارة عن مجموعة من الحالات تظهر خلال فترة النمو، وتتميز بحصول عجز خلال التطور يؤدي إلى انخفاض في الأداء الشخصي والاجتماعي والأكاديمي والمهني.

وذلك على حسب تعريف الدليل الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والذي يسبب إعاقات على مستوى عجز الانتباه، عدم التنظيم، فرط الحركة، الاندفاعية ومن خلال هذا البحث فإن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة مشخص على مقياس "كونرز" الموجه للمعلمين والأولياء ومقياس صعوبات الانتباه.

من شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. (إيمان فؤاد الحاج إبراهيم، 2011).

وبذلك جاءت الدراسة الحالية كمساهمة علمية وعملية في الكشف عن مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من درجة اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة عند الطفل المتمدرس، وكذا التعرف عن مدى مساهمته في تحسين مستوى التحصيل الدراسي لديهم.

وذلك من خلال الإجابة عن التساؤلات التالية:

- هل يوجد اختلاف بين القياس القبلي والبعدي على مقياس صعوبات الانتباه لدى الطفل المتمدرس؟
- هل يوجد اختلاف بين القياس القبلي والبعدي على مقياس "كونرز" للإفراط الحركي الموجه للأولياء؟
- هل يوجد اختلاف بين القياس القبلي والبعدي على مقياس "كونرز" للإفراط الحركي الموجه للمعلمين؟
- هل يؤدي البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي إلى تحسين مستوى التحصيل الأكاديمي عند الطفل المتمدرس؟

#### 2-الفرضيات:

من خلال الإطار النظري للبحث ونتائج الدراسات السابقة تم صياغة فرضيات الدراسة الحالية على النحو الآتي:

- يوجد اختلاف بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس صعوبات الانتباه.
- يوجد اختلاف بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس "كونرز" للنشاط الزائد الموجه للأولياء.
- يوجد اختلاف بين القياس القبلي والبعدي على مقياس "كونرز" للنشاط الزائد الموجه للمعلمين.
- يؤدي البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي إلى تحسين مستوى التحصيل الأكاديمي.

#### 3-أهمية الدراسة:

إبراز دور الأخصائي النفسي في علاج

## 6-- إجراءات الدراسة الميدانية

## \* منهج الدراسة:

لقد اعتمدت الباحثة على المنهج الشبه التجريبي وهو التصميم الفردي «أ-ب»، كونه ملائم لطبيعة الدراسة حيث يتم فيه قياس مجموعة البحث لمعرفة مستواها، ثم يتم إدخال المتغير التجريبي المراد معرفة تأثيره بعد مدة زمنية والمتمثل في البرنامج التدريبي، ثم يجري القياس البعدي، ليقوم الباحث بعد ذلك بمقارنة درجات القياس القبلي والبعدي، ثم يختبر دلالة الفروق.

## \* عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية من أفراد المجتمع الأصلي بعد تطبيق المقاييس الخاصة بالاضطراب، حيث تم انتقاء تلميذ، الجنس ذكر الذي تحصل على أعلى درجة في المقاييس ويبلغ سنه 11 سنة، يدرس السنة الخامسة ابتدائي.

## \* ومنع الأدوات المستخدمة:

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة الأدوات التالية:

## الملاحظة المباشرة:

إنّ الملاحظة في علم النفس هي التقنية الأكثر صعوبة وتغيراً، فبعدما تصاغ الفرضيات تنطلق للميدان للتحقق من صحتها ولذلك علينا إتباع خطة الملاحظة، كما يمكن استعمال الملاحظة في غياب أية فرضية، وتكون الملاحظة عامة وفورية على أحداث فردية. (M, Reuchlin 1979)

## المقابلة النصف موجهة:

ولقد اعتمدنا في دراستنا على المقابلة النصف موجهة، ويرى كل من فاطمة وعوض وعلى خفاة (2002) أن هذه المقابلة تتميز بمرونتها وذلك لأن أسئلتها لا تحدد تحديداً سابقاً، حتى إذا وجهت أسئلة سابقة التخطيط والتحديد، فإنه تعدل بحيث تناسب أفراد

العينة والموقف بالإضافة إلى ذلك فإنه يمكن تشجيع أفراد العينة بالتعبير عن أفكارهم وأرائهم بحرية وتلقائية وتسمح للباحث بالتعمق للحصول على المعلومات المتعلقة بالمبحوث والموقف المحيط به

(مصطفى عليان وعثمان غنيم، 2002، ص 102).

**دليل المقابلة:** تم الاعتماد في هذا الدراسة على دليل المقابلة لجمع خصائص مجموعة الدراسة (السن، الحالة الاجتماعية، المستوى الدراسي، الإقامة)

## التحليل الوظيفي: l'analyse Fonctionnelle

يعد التحليل الوظيفي المرحلة الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي كما أنه الشاهد على اشتراك التيار المعرفي والسلوكي في حقل العلوم التجريبية، ويوجد العديد من نماذج التحليل الوظيفي وكلها تؤدي لنفس الهدف ألا وهو الحصول على معلومات تسمح لنا بوضع فرضيات، وعليه فالتحليل الوظيفي هو ذلك التطبيق العيادي للأساليب التجريبية، فالفاحص يستخدم أمام المفحوص نفس المنهجية التي يستخدمها الباحث أمام موضوع البحث. (P.12, Fontain, 1984)

ولقد اعتمدنا في دراستنا على شبكة «AECCS» حيث اقترحت من طرف كوترو منذ 1990، ولا تتمثل فائدتها فحسب في التطبيق العلاجي بل تتعدى إلى ذلك فهي تقوم بمساعدة العميل على الوعي بالعلاقة الموجودة بين أفكاره وسلوكه ومحيطه وانفعالاته وهو سبب اختيارنا لهذه الشبكة.

وتضم شبكة سيكا (Secca) جزءاً متزامناً حالياً يسمح بتحليل السلوك وهو التحليل التزامني، وآخر التحليل التزامني الماضي وهو يسمح ببناء تاريخ حالة المفحوص. (Samuel. Betall. 2004. p61-67)

نظراً لطبيعة الدراسة اعتمدنا على ثلاث أدوات نجدها ملائمة وهي:

• مقياس كورنر C. comers: وضعت في عام

وهو يعبر عن قوة واتجاه العلاقة بين المتغيرات X و Y و يفسر لها حسب القوة والاتجاه. (عبد الرحمان عدس، 2005، ص 196).

(كمال سالم سيسالم، 2006، ص. 13)

مقياس صعوبات الانتباه: يهدف هذا المقياس للكشف عن ذوي صعوبات الانتباه الذين يتوافر لديهم ظهور بعض الخصائص السلوكية المتعلقة بصعوبات الانتباه.

ومن ثم فإن الاهتمام بقراءة كل فكرة تمثل خاصية سلوكية وتقدير مدى توافر ظهورها لدى التلميذ موضوع التقدير، يعد أمراً أساسياً عند الإجابة على هذا المقياس وفي التشخيص الجيد لهذه الصعوبات.

تتميز الإجابة على هذا المقياس في مدى خماسي حيث:

تعطى للإجابة "لا تنطبق" العلامة 0

تعطى "للإجابة نادراً" العلامة 01

تعطى "للإجابة أحياناً" العلامة 02

تعطى "للإجابة غالباً" العلامة 03

تعطى "للإجابة دائماً" العلامة 04

وفي الأخير تجمع البنود إذا كان المجموع أكبر من المتوسط فهي تعبر عن شدة تشتت الانتباه وإذا كانت أصغر من المتوسط فإن الطفل لا يعاني من تشتت الانتباه، بمعنى إذا كان المجموع ما بين (20) إلى (40) فهو منخفض، وإذا كان ما بين (40) إلى (60) فهو متوسط وإذا كان ما بين (60) إلى (80) فهو مرتفع.

أ- الإطار الزمني للبرنامج العلاجي:

- مدة البرنامج: ستة أشهر
- عدد الجلسات: خمسة عشر جلسة.
- مدة الجلسة: من 45 إلى 80 د

ب- طريقة تطبيق البرنامج:

لقد اعتمدنا في هذه الدراسة على تطبيق برنامج علاجي

1996 عدة مقاييس فرعية موجهة إلى الأولياء و المعلمين و الأطفال، حيث تسمح بقياس شدة اضطراب النشاط الزائد و ضعف الانتباه، وتحليلها يسمح بقياس عدة مستويات: الانتباه Attention، النشاط الزائد Hyperactivité، التعلم Apprentissage، والاندفاعية Impulsivité.

وقد وضعت المقاييس لتقييم الأعراض قبل وبعد العلاج، وتم تصحيح المقياس بالاعتماد على طريقة "ليكرت" ثم التقيط كما يلي:

تعطى الإجابة أبدا العلامة 1

تعطى الإجابة قليلا العلامة 2

تعطى الإجابة كثيرا العلامة 3

تعطى الإجابة كثيرا جدا العلامة 4

وفي الأخير تجمع البنود، إذ كان المجموع أكبر من المتوسط فهي تعبر عن شدة اضطراب النشاط الزائد، وإذا كان أقل من المتوسط فهذا يعني أن الطفل لا يعاني من هذا الاضطراب.

فبالنسبة للمقياس الموجه للمعلمين: إذ كان المجموع ما بين (0-26) درجة فالطفل منخفض النشاط الحركي، إذ كان ما بين (27-52) متوسط النشاط الحركي، وإذا كان ما بين (53-104) مرتفع النشاط الحركي.

أما بالنسبة للمقياس الموجه للأولياء فإنه إذا كان المجموع ما بين (0-40) درجة فالطفل منخفض النشاط الحركي، وإذا كان ما بين (41-80) فهو متوسط، وإذا كان ما بين (81-160) فهو مرتفع النشاط الحركي، وللتأكد من ثبات البنود تم توزيع مقياس "كونرز" للإفراط الحركي الموجه للمعلمين والأولياء على عينة من 30 معلم و30 ولي.

وتم حساب ثباته باستخدام معامل الارتباط "بيرسون" Person وهو مؤشر إحصائي يكشف عن وجود علاقة أو عدم وجود علاقة بين متغيرين أو أكثر

تطبيقها وهدفها والمهام المكلف بها ثم تلي تطبيقه.

### ج- الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

تتمثل الأساليب أو الفنيات التي تم الاستعانة بها في الدراسة الحالية فيما يلي:

- التربية العلاجية للعميل.
- العقد السلوكي.
- الإرشاد السلوكي.
- التدريب على إعادة البناء المعرفي.
- تقنية الاسترخاء العضلي.
- المراقبة الذاتية.
- التعزيز.
- تكلفة الاستجابة.
- الواجبات المنزلية.
- إدارة الوقت والمهارات التنظيم.
- التدريب على المهارات الاجتماعية.

### د- محتوى البرنامج:

والجدول التالي يوضح محتوى الجلسات العلاجية والنشاطات العلاجية وفقا للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح.

عدد الجلسات	أهداف الجلسات	محتوى الجلسات	التقنيات والفنيات المستخدمة في الجلسات	زمن الجلسة
الجلسة الأولى	- بناء علاقة علاجية إيجابية قائمة على الاحترام والتفهم والتقبل والثقة. خلق جو من الاطمئنان والراحة عند الطفل. التعرف على دور الأخصائي النفسي العيادي. القيام بالقياس القبلي مع والدة المفحوص وتمريه كذلك للمعلمين في المدرسة.	استقبال المفحوص ووالدته والترحيب بهما والتعارف إليهما. التعريف بمهام الأخصائي النفسي. التعرف على مشكلة المفحوص. تمرير مقياس نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة.	المناقشة والحوار. مقياس كونرز للإفراط الحركي الموجه للأولياء والمعلمين. مقياس صعوبات الانتباه.	70 د

معرفي سلوكي، وهذا من خلال تدريب الحالة على مجموعة من التقنيات المعرفية السلوكية، ولقد بلغ عدد الجلسات 15 جلسة علاجية وهي مجزئة على النحو التالي:

الجلسات الأربعة الأولى وهي جلسات تشخيصية التي تم فيها التركيز على ما يلي:

- جمع المعلومات من المفحوص وكذلك من والدته.
- إبرام العقد العلاجي.
- تحديد أهداف الجلسات العلاجية وهذا بالتعاون مع المفحوص.
- القيام بالتحليل الوظيفي باستخدام شبكة سيكا لكوترو.
- القيام بالقياس القبلي من خلال تطبيق مقياس "كونرز" للنشاط الزائد الموجه للمعلمين والأولياء ومقياس صعوبات الانتباه.

أما باقي جلسات البرنامج العلاجي فقد كانت بهدف تدريب المفحوصين على مجموعة من الأساليب التي تهدف إلى التخفيض من أعراض درجة نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة.

كما أن الحصص العلاجية كانت مزيجا بين الجزء النظري والتطبيقي أي شرح للمفحوص التقنية المراد

45 د	المناقشة والحوار	شرح مبسط للعلاج المعرفي السلوكي وأهم المبادئ القائمة عليه. تحديد مدة البرنامج وعدد الجلسات	التعريف بالبرنامج العلاجي المقترح. بناء العقد العلاجي.	الجلسة الثانية
		التأكيد على ضرورة التعاون مع الأخصائي النفسي لضمان فعالية العلاج وذلك من خلال القيام بالواجبات المنزلية والمهام الموجهة إليه		
60 د	المناقشة والحوار المقابلة النصف موجهة	القيام بمقابلة مع والدة المفحوص لجمع المعلومات حول تاريخ الحالة والتعرف على المشكل الذي يعاني منه المفحوص واضطرابه	جمع معلومات حول تاريخ الحالة مع والدة المفحوصين بهدف معرفة سلوكيات الطفل داخل المنزل ومع أفراد أسرته	الجلسة الثالثة
45 د	الإصغاء، الملاحظة المباشرة شبكة " سيكا لكوترو" "Secca-	تكملة جمع المعلومات حول تاريخ الحالة تحديد طبيعة مشكلة المفحوص معرفة العوامل المؤدية إلى ظهورها	التحليل الوظيفي	الجلسة الرابعة
80 د	الإرشاد السلوكي الحوار والمناقشة. المحاضرة المبسطة.	تقديم معلومات للوالدين في إطار الإرشاد السلوكي للوالدين حول طبيعة سلوك الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة والأساليب المناسبة للتعامل معه. - توجيه الوالدين كيفية السيطرة على سلوكيات الطفل لأطول مدة ممكنة تزويدهما باستمرار معلومات حول الاضطراب وكيفية التعامل مع الطفل ذي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة	إمداد الوالدين بمعلومات حول طبيعة سلوك طفلها ذوي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة التمكن من التعامل الجيد والسليم مع الطفل	الجلسة الخامسة
45 د	المحاضرة المبسطة الحوار والمناقشة	التعريف باضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة والحديث عن أسبابه وانعكاساته على أدائه الاجتماعي والأكاديمي. الواجب المنزلي: مراقبة أفكاره والسلوكيات الناتجة عنه	التربية العلاجية	الجلسة السادسة
45 د	العقد السلوكي تكلفة الاستجابة	-مناقشة الواجب المنزلي. -عقد اتفاق مكتوب بين المعلم والطفل، والتأكيد على ضرورة الالتزام ببنود العقد، والاتفاق على المكافأة التي سيحصل عليها بالتزامه ببنود العقد. - شرح ووصف تقنية تكلفة الاستجابة الواجب المنزلي: المراقبة الذاتية	إبرام العقد السلوكي بين الطفل ومعلمه. -التعريف بجدول تكلفة الاستجابة والمبادئ التي يقوم عليها.	الجلسة السابعة
65 د	ضبط التنفس. الشد وإرخاء العضلات ومن ثم الاسترخاء التام	مناقشة الواجب المنزلي القيام بتدريب المفحوص على تمرين الاسترخاء العضلي وعلى التنفس الباطني عبر مراحل محددة. الواجب المنزلي: القيام بالتمرينين يوميا ومرتين	التدريب على كيفية تطبيق تقنية الاسترخاء العضلي وتطبيق تمرين التنفس الباطني تدريبه على فنية الاسترخاء بهدف تقليل النشاط الزائد	الجلسة الثامنة

			تدريب على التنفس بالطريقة الصحيحة	
45د	التكرار، التعزيز، تكلفة الاستجابة، المراقبة الذاتية	-مناقشة الواجب المنزلي تفسير العلاقة بين الفكرة، الانفعال والسلوك. -تفنيد الأفكار والتوقعات السلبية بالأدلة والبراهين للتوصل إلى تعديل تلك الأفكار والتوقعات. الواجب المنزلي: الاستمرار في تمرين الاسترخاء والتنفس وكذلك المراقبة الذاتية	إعادة البناء المعرفي	الجلسة التاسعة
35د	التكرار، التعزيز، تكلفة الاستجابة، المراقبة الآتية.	مناقشة الواجب المنزلي النشاط الأول: -الاستمرار في الجلوس بهدوء مع التدريب على النظر إلى صورة معلقة لثواني ثم لدقائق مع التعزيز المباشر للسلوك. النشاط الثاني: القيام بنشاط مع المفحوص والمتمثل في تركيب عدسات دقيقة مختلفة الألوان والأشكال والأحجام في خيط كل واحد على حدا. الواجب المنزلي: القيام بالمراقبة الذاتية	التدريب على تشكيل عملية الانتباه أداء نشاط معين لمدة زمنية محددة القيام بنشاط مع المفحوص بهدف تحسين نشاط وعملية الانتباه.	الجلسة العاشرة
50د				
45د	-الحوار والمناقشة التدريب على التخطيط التعزيز	مناقشة الواجب المنزلي. تكليف المفحوص بوضع برنامج دراسي لأيام الأسبوع للمواد الدراسية والواجبات المنزلية المدرسية المقترح مراجعتها وانجازها و إذا التزم و تم تسجيل برنامج تخطيط ناجح و مطبق يحصل على مكافأة	التدريب على اكتساب مهارة التخطيط بهدف اكتسابه مهارة التخطيط نظرا لافتقار الطفل ذي نقص الانتباه المصاب بفرط الحركة لتلك المهارة والتي بدونها يواجه صعوبة في انجاز المهمات والنشاطات المكلف بها	الجلسة الحادية عشر
45د	-الحوار والمناقشة -التدريب على مهارات التنظيم. -التعزيز.	مناقشة الواجب المنزلي. -تكليف المفحوص بنشاط في نطاق تطوير هذه المهارة والمتمثل في تنظيم قاعة الفحص النفسي تنظيماً كاملاً ومتمناً. الواجب المنزلي -الاعتماد على هذه المهارة في جميع مجالات حياته وخاصة المهام المكلف بها تنظيم غرفته وأدواته المدرسية يومياً.	التدريب على اكتساب مهارات التنظيم	الجلسة الثانية عشر
55د	المناقشة والحوار التعزيز - التعزيز على مراعاة الوقت	مناقشة الواجب المنزلي تكليف المفحوص بالقيام بنشاط والمتمثل في اللعب بالصور المفككة (Puzzle) (المنتقاة على حسب سنه)، وذلك بمراعاة الزمن المحدد لإنجاز النشاط. - استخدام ساعة لحساب الزمن المستغرق أثناء انجازه للنشاط.	التدريب على مراعاة الوقت أثناء انجاز المهام أو النشاط وإدارته	الجلسة الثالثة عشر



نشاطه الحركي المفرط، وبالتالي في الخفض من اندفاعه وتحسن أدائه وسلوكه في المنزل، ويعود السبب كذلك إلى أهمية مساهمة تدخل الوالدين في فعالية العلاج.

وبهذا تحققت الفرضية الثانية والتي تنص على وجود اختلاف بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس "كونرز" للإفراط الحركي الموجه للأولياء.

أما فيما يخص مقياس "كونرز" للإفراط الحركي الموجه للمعلمين أفرزت النتائج عن أن هناك تفاوت بين القياس القبلي والبعدي والذي يقدر ب 27 درجة والذي يشير إلى انخفاض نشاطه الحركي وسلوكه الاندفاعي في القسم، مما ترتب عليه ظهور عدة عوامل إيجابية في سلوك المفحوص وفي أدائه، وتوضح النتائج أن التراجع والتحسين كان أكثر وضوحاً في صورة المدرسة التي تشير أن الطاقم المدرسي وخاصة المعلم كان أكثر تجاوباً وفعالاً في المساهمة في نجاح البرنامج العلاجي. وبهذا تحققت الفرضية الثالثة والقائلة بأن هناك وجود اختلاف بين القياس القبلي والبعدي على مقياس "كونرز" للإفراط الحركي الموجه للمعلمين.

وفيما يلي سوف نعرض الدرجات أو المعدل المحصل عليه في مستوى التحصيل الأكاديمي لمناقشة الفرضية الرابعة وهذا كما يوضحه الجدول التالي:

### الجدول رقم (2) نتائج التحصيل الدراسي

#### قبل وبعد العلاج

بعد العلاج		قبل العلاج	الحالة الأولى (ي)
الفصل الثالث	الفصل الثاني	الفصل الأول	
6,80	7,75	6,20	

يوضح الجدول اعلاه ان هناك تحسن في مستوى التحصيل الأكاديمي في الفصل (2) و (3) إذا ما قورن بالفصل الأول، وقد كانت درجة التحسن أكبر في الفصل الثاني، وقد تراجع قليلاً في نتيجة شهادة التعليم الابتدائي نظراً لما يكتسبه هذا الامتحان من مكانة واعتبار في المجتمع، فهو انتقال الطفل من عالم طفولة المرحلة الابتدائية إلى مرحلة

من خلال استقرار النتائج الخاصة بالحالة على مقياس "صعوبات الانتباه" ومقياس "كونرز" للإفراط الحركي الموجه للمعلمين والموجه للأولياء يظهر لنا أن هناك فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي. فقد بينت نتائج مقياس صعوبات الانتباه للحالة أن الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي هو 15 درجة، أما في مقياس كونرز للإفراط الحركي الموجه للمعلمين الفرق بينهما هو 27 درجة، وفيما يخص مقياس كونرز الموجه للأولياء فكان الفرق هو 23 درجة بين القياس القبلي والبعدي.

### 5- تفسير ومناقشة النتائج:

هدفت الدراسة الحالية الى التأكد من مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض من درجة اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة لدى طفل ممتدرس، وفيما يلي نتائج التحقق من الفرضيات التي طرحناها:

من خلال عرض النتائج يتضح أن هناك تفاوت بين القياس القبلي والبعدي على مقياس "صعوبات الانتباه"، وهذا يدل على أن المفحوص شهد تحسناً على مستوى عملية الانتباه، ومن درجة تشتت انتباه شديد إلى متوسط، وهذا يشير إلى عوامل إيجابية منها تحسن أدائه على المهام والأعمال الفردية على حسب دراسة "باركلي وكويلند" التي تؤكد أن تنمية خصائص مضطربي الانتباه تؤدي إلى تحسن في الأداء والأعمال والواجبات المنزلية الموجهة إليهم، واتفق ذلك مع "دراسة كيرلي وجرملي" التي تشير كذلك أن أي تحسن في مستوى عملية الانتباه يؤدي إلى تحسن الأداء الأكاديمي وسلوك حل المشكلات، فكلما قل اضطراب الانتباه زاد التركيز. وبهذا تحققت الفرضية الأولى والتي تنص على وجود اختلاف بين القياس القبلي والقياس البعدي على "مقياس صعوبات الانتباه".

كما يتضح أيضاً من خلال عرضنا لنتائج البحث أن هناك تفاوت بين القياس القبلي والبعدي على مقياس "كونرز" للإفراط الحركي الموجه للأولياء والذي يقدر ب 23 درجة، وهذا يشير إلى أن التدخل العلاجي ساهم في خفض من

، وكان ملتزماً بكل التعليمات والواجبات المنزلية المطلوبة منه، وقد كان لدور الأم في فعالية العلاج من أهم العوامل المساهمة في نجاحه، فكلا من الوالدين وخاصة الأم كان لهما دور فعال وإيجابي، فالوالد كان حريصاً في اصطحابهما في موعد الجلسة وتنفيذ كل التعليمات المقدمة في العلاج، وكذلك الوالدة هي أم حريصة على تربية ابنها وتعديل سلوكه ونجاحه على جميع المستويات، فكانت متفاعلة ومنسجمة مع العلاج وتنفذ كل التعليمات المقدمة لها بحذافيرها.

وكذلك الطاقم المدرسي كان متعاوناً معنا، فالمدير وفر لنا الظروف المناسبة والمحفزة للعلاج، وأيضاً المعلمة ساهمت في فعالية العلاج، وأتاحت لنا الفرصة في سير الحصة العلاجية المفروضة معها أو داخل القسم ومراقبة سلوك التلميذ ومستوى تحسنه.

ونظراً لتكامل وتفاعل كل هذه العوامل المذكورة فقد ساهمت في فعالية هذا البرنامج العلاجي والتحسين التدريجي والمقبول للحالة بدءاً بدافعية المفحوص الإيجابية في فعالية العلاج وهذا ما تم تأييده من خلال دراسة "باركلي (1992) حول مدى مساهمة الوالدين في نجاح البرامج العلاجية المقترحة للأطفال المصابين بهذا الاضطراب وضرورة إشراكهما في تقديم العلاج ومن ثم المساهمة في فعاليته، وكذلك يبرز دور المعلمة في فعالية العلاج والتحسين والتطور الإيجابي لسلوك المفحوص داخل القسم وتأثيره الإيجابي على أدائه الأكاديمي، وهذا ما أكدته أيضاً دراسة "ليسكو ورفقائه" بعنوان استراتيجيات التدخل السلوكي للطلاب ذوي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة لتحسن أدائهم الأكاديمي، وأسفرت النتائج عن أهمية دور المعلم في متابعة العلاج المقدم للطفل المصاب بالاضطراب لذا يجب اعتماده كطرف فعال في عملية العلاج بالإضافة إلى الوالدين والطفل في حد ذاته وهو ما توصلنا إليه. (كمال سالم سيسالم، 2006، ص.

(103)

أخرى وهي المرحلة المتوسطة التي سيكون فيها أكثر نضجاً، ونظراً لما يسببه هذا الامتحان المصيري من قلق وخوف وارتباك أثر على تحصيله الأكاديمي، غير أنه وفق في الفوز بشهادة التعليم الأساسي والذي كان غير متوقع سواء من الوالدة أو من المعلمة نظراً لحالته في بداية السنة، ولكن مع هذا البرنامج العلاجي أبدى تحسناً واضحاً ورغبة في النجاح وهو ما ساهم في نجاحه فعلاً.

إن مستوى التحصيل الأكاديمي للمفحوص شهد تحسناً ملحوظاً منذ بداية العلاج، وكذلك بعد عرض النتائج شهد اضطراب المفحوص تحسناً وانخفاضاً في درجة الاضطراب، مما يشير إلى أن تحسن المفحوص في درجة اضطرابه كان له أثراً مباشراً، والذي أدى بدوره إلى تحسن وارتفاع مستوى التحصيل الأكاديمي لديه، وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على أن سبب هذا الانخفاض والتدهور في المستوى الأكاديمي راجع إلى الاضطراب الذي كان يعاني منه المفحوص، مما أثر على تحصيله الأكاديمي وبعد تطبيق البرنامج العلاجي على الحالة تبين أن هناك تحسن في مستوى تحصيله الدراسي .

وبهذا تحققت الفرضية الرابعة والتي مفادها أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة يؤدي إلى تحسين مستوى التحصيل الأكاديمي لدى الطفل المتمدرس.

إن نتيجة الدراسة الحالية هي صادرة من الحالة بحد ذاتها والعوامل المحيطة المؤثرة فيها، وكيفية تفاعلها مع البرنامج المعرفي السلوكي، ولذا سنقوم بالتطرق إلى تفاعل المفحوص أثناء الحصص العلاجية، في البداية كان المفحوص غير متحمس، ولا يملك دافعية إيجابية للعلاج غير أنه مع سير الحصص العلاجية والتحفيزية حاولنا إثارة هذه الدافعية والرغبة في العلاج ولقد تحقق ذلك، فالمشكل الحقيقي أن المفحوص كان غير واعي باضطرابه ومدى انعكاساته على أدائه الأكاديمي، ولذا في البداية لم يظهر اهتماماً بالعلاج غير أنه سرعان ما تجاوز معنا المفحوص

## خاتمة:

لقد اهتمت الدراسة الحالية بمحاولة الكشف عن مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من درجة نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة ودوره في تحسين مستوى التحصيل لدى الطفل المتمدرس.

وقد أسفرت النتائج عن تحقق جميع فرضيات البحث، ويمكن تفسير هذه الفعالية من خلال تجمع مجموعة من العوامل المؤثرة والمتكاملة والمتمثلة في مكونات البرنامج العلاجي وإجراءاته، دور ومساهمة كل من الوالدين والمعلمة في نجاح هذا البرنامج العلاجي.

وفي ضوء النتائج السابقة توصلت الباحثة إلى وضع جملة من الاقتراحات والتوصيات:

\*تشجيع الأخصائيين النفسيين، لا سيما العاملين منهم في مجال اضطرابات الأطفال في إعداد وتصميم برامج علاجية في معالجة اضطرابات أخرى ومتنوعة للأطفال للتخفيف من معاناة الأطفال وذويهم.

\*الحرص على مواكبة المستجدات في مجال استخدام الفنيات والمهارات المعرفية السلوكية كأحد أبرز الطرائق في علاج اضطرابات الأطفال السلوكية.

\*عدم إغفال دور الأهل عند تقديم الخدمات العلاجية للطفل والتأكيد على ضرورة مشاركة الأباء إلى جانب الامهات من أجل تحقيق فعالية للبرامج المقترحة للاضطراب.

\*ضرورة بناء مراكز متخصصة في الجزائر للتكفل باضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة مع توفير التجهيزات والتقنيات المتطورة والعلاجات المتنوعة للتكفل الفعال بهذا الاضطراب.

\*توعية الأسرة والمدرسة، بتخصيص حملة توعوية ومحاضرات للكشف عن هذا الاضطراب وتشخيصه وضرورة التكفل المبكر به لمنع تطور انعكاساته على مستقبل الطفل.

\*ضرورة توفير برامج معرفية سلوكية والعمل على تقديمها في العيادات النفسية إلى جانب برامج العلاج الطبي استناداً إلى فاعلية كل منهما في علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة، وعدم إغفال ضرورة استخدام العلاجات المشتركة القائمة على التكامل بين العلاج السلوكي والعلاج الدوائي وبرامج الإرشاد الأسري والتربوي، الأمر الذي يسهم في تحقيق أكبر قدر ممكن من الصحة النفسية للطفل والأسرة معاً، وبذلك نعمل لصحة نفسية للجميع.

## قائمة المراجع:

- 1-إيمان فؤاد الحاج إبراهيم. (2011). فعالية برنامج السلوكي في معالجة شدة الاضطراب ونقص الانتباه و فرط النشاط مقارنة برنامج دوائي - سلوكي. رسالة دكتوراه في علم النفس جامعة دمشق )
- 2-بطرس حافظ بطرس. (2009). تدريس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. الطبعة الثانية: الاردن. دار الميسرة.
- 3-جهاد سليمان محمد القرعان (2006).. أثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. رسالة دكتوراه غير منشورة مودعة بكلية الدراسات العليا. جامعة الأردن.
- 4-مشيرة عبد الحميد. (2005) النشاط الزائد لدى الأطفال سلسلة استراحتات تربوية. مصر: كلية التربية جامعة المنية.
- 5-عادل عبد الله محمد. (2000). العلاج السلوكي المعرفي أسس وتطبيقات. جمهورية مصر العربية: دار الرشد.
- 6-كمال سالم سيسالم. (2006) اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة خصائصها-أسبابها -أساليب علاجها. ط2. الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.

A Marc

cropA ntoine

,Clair Pull Julian Daniel Guelfi, Cahrles Paul, Marie

.,traduction Patric Boyer : (2015)

.American Psychiatric Association DSM 5

édition traduction Patric Boyer, 5<sup>ème</sup> : (2015)

Elsevier Masson

Ladouceur & (Fontaine1984)

cliniques

thérapie comportementale de

Edition études vivantes

Paris

.M ,Reuchlin-

.(1979)

.psychologie *Les méthodes en*

.Presse universitaire de France, Puf



# إسهامات علماء النفس العرب في التنظير في مجال العمليات المعرفية

## - النموذج الرباعي للعمليات المعرفية لفؤاد أبو حطب نموذجاً

أ.د. بشير معمريّة

جامعة محمد الأمين دباغين - سطيف 2

### مقدمة.

نفس الغرب، في مجال الذكاء والقدرات العقلية أو العمليات المعرفية. وصاحب هذه المبادرة في التنظير هو السيكلوجي المصري، فؤاد عبد اللطيف أبو حطب (رحمه الله).

### هدف الدراسة.

هدفت هذه الدراسة إلى عرض لنظرية السيكلوجي المصري، فؤاد عبد اللطيف أبو حطب، المسماة بـ "النموذج الرباعي للعمليات المعرفية".

### التعريف بطالب النموذج

ولد الدكتور/ فؤاد عبد اللطيف أبو حطب، بمدينة فوه، محافظة كفر الشيخ (مصر) يوم 29 يناير 1935. تلقى دراسته الجامعية الأولى، بجامعة فؤاد الأول (جامعة القاهرة حالياً). تحصل على شهادة الماجستير من جامعة لندن عام 1963، في موضوع "تحديد وقياس التفكير الناقد : دراسة عاملية". ثم تحصل على الدكتوراه من نفس الجامعة عام 1966، في موضوع "دراسة عاملية وتجريبية للتفكير الحدسي". وبعد عودته إلى مصر التحق بهيئة التدريس بكلية التربية جامعة عين شمس بالقاهرة، ودرّس فيها العمليات المعرفية، أو علم النفس المعرفي، لأكثر من عقد من الزمن. ظهرت الطبعة الأولى لكتابه "القدرات العقلية" عام 1973، ونال عليه جائزة الدولة التشجيعية. وبقي في كلية التربية جامعة عين شمس، إلى أن توفاه الله، يوم 29 ابريل 2000.

### ملاحظات أبو حطب على تناول علماء نفس الغرب للعمليات المعرفية

وأثناء تدريسه للعمليات المعرفية طيلة أكثر من عقد من الزمن. انتبه إلى ثلاث حقائق تتعلق بتناول علماء

اتسم علم النفس في البلدان النامية أو المتخلفة، بما فيها بلدان الوطن العربي، بخاصية الاستيراد من الغرب. فصار العلم يستورد كما تستورد السلع الاستهلاكية. لقد وصف عالم النفس التركي فاصاف Vassaf, 1987، العلاقة بين علم النفس في تركيا وعلم النفس في الغرب، بأنها علاقة الاستيراد والتصدير. وهو وصف يتفق تماماً مع الوضع في مجتمعات الوطن العربي. وعلاقة الاستيراد والتصدير، هي علاقة من جانب واحد وفي اتجاه واحد. فدائماً الغرب هو الذي يصدر ومجتمعات الوطن العربي هي التي تستورد. ويصدق هذا على الأفكار والمفاهيم، صدقه على التكنولوجيا والسلع. مما أوجد ورسخ وضعية التبعية للغرب، اقتصادياً وعلمياً وثقافياً. مع عدم التمكن من الاعتماد على الذات، وتطويرها، واكتساب الثقة بالنفس.

والملاحظ بالنسبة لوضعية علم النفس في البلدان النامية، ومنها بلدان الوطن العربي، أنه لا يكاد يخرج عن نطاق نتائج البحوث والافتراضات والنماذج والنظريات ومناهج البحث وأدواته ونتائجه التي استوردت من الغرب. بل وصلت التبعية إلى درجة التقبل والتأكيد والتهايل حتى لبعض الأفكار التي ما تزال موضع شك حتى في بلدها الأصلي. وغابت في الممارسات البحثية العلمية في البلدان النامية وبلدان الوطن العربي، ثلاث ممارسات علمية، هي : 1. التنظير. 2. التجريب. و 3. استثمار المعرفة النظرية ونتائج البحوث، في إصلاح ما فسد في الوسط الاجتماعي وتطويره.

وفي إطار هذه الصورة القائمة لوضعية علم النفس، والعجز السائد في مجتمع علم النفس في الوطن العربي، هناك محاولة للتنظير قامت على نقد لما وضعه علماء

علماء النفس التجريبي من ناحية أخرى، كان لا بد من تطوير فكرة "التكوين الفرضي" كتفسير لمعنى القدرة. فقد أدى الاعتماد الكامل على أساليب الأداء (أي المتغيرات التابعة) إلى عدم اتساق النتائج التي توصل إليها الباحثون بالتحليل العاملي. وأصبح تفسير العوامل، في معظم الأحوال، تفسيراً تأملياً انطباعياً. ولذا، تم التوجه، في هذا النموذج، إلى مفهوم القدرة، على أنه تكوين فرضي مشتق من كل من المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة، جميعاً.

اقترح السيكولوجي المصري، أبو حطب، نموذجاً الرباعي للعمليات المعرفية، منذ الطبعة الأولى من كتابه القدرات العقلية، الصادر عام 1973. واستمر يطوره خلال الطبعات التالية للكتاب، التي صدرت في أعوام 1987، 1980، 1983. ثم تعرض لتطويرات أخرى طيلة الثمانينات والتسعينات من القرن العشرين.

### معالم النموذج الرباعي للعمليات المعرفية

يرى أبو حطب، أن القدرات العقلية هي في جوهرها "عمليات معرفية". أما المحتوى الذي تتكرر الإشارة إليه كثيراً في بحوث القدرات العقلية، والذي يشير إلى المضمون الظاهر لمادة الاختبار، أو المهمة العملية، فهو ليس إلا القالب الذي تصب فيه "العملية". وأي حديث عن البنية مقابل النشاط، هو محض اصطلاح لا مبرر له.

والموقف المشكل الذي يستثير السلوك "المعرفي" عند الفرد، قد ينشأ عن نقص المدخلات أو الأدلة أو الوسائل أو العادات. ويفضل أن يعبر عن هذه المفاهيم كلها بمصطلح واحد أكثر شمولاً، وهو مفهوم "المعلومات". ثم يصل المفحوص إلى السلوك النهائي أو الاستجابة أو المخرجات أو الحل بالمعنى الواسع.

ويرى أبو حطب، أنه يمكن الوصول إلى تصنيف أشمل للعمليات المعرفية وفق مفهوم "المعلومات". واعتبار فئاته ومقاييسه تنتمي إلى متغيرات التحكم Control Variables (أو المتغيرات المستقلة). ومفهوم "الحل"

النفس الغرب للعمليات المعرفية، سواء من حيث المنهج أم من حيث التسمية.

1. فشل النماذج التصنيفية للقدرات العقلية التي كانت قائمة في ذلك الوقت في تحديد ما كانت تشير إليه باسم القدرات العقلية. وكل التصنيفات المقترحة، ابتداء من تشارلز سبيرمان، وحتى جوي جلفورد وبنجامين بلوم، كانت من نوع التنظير التأملي.

2. يرتبط معظم النقص، في التصنيفات السابقة، في جوهره بتبني تعريف إجرائي "للقدرة" يعتمد في جوهره على الأساليب التقليدية للتحليل العاملي. وهو التعريف الشهير الذي صاغه منذ عام 1950، السيكولوجي الإنجليزي فيليب فرنون، في كتابه الشهير "بنية القدرات الإنسانية". ونصه، أن القدرة هي "مجموعة من أساليب الأداء (أو الاختبارات) ترتبط فيما بينها ارتباطاً موجباً عالياً، وترتبط بغيرها من أساليب الأداء ارتباطاً منخفضاً". وهذا كما يبدو للمهتم بالتحليل العاملي، هو التعريف المناسب للعامل ذي البنية البسيطة، كما حدده ثرستون. إلا أن هذا التعريف يتضمن أن القدرة، كتكوين فرضي، إنما تستنتج من المتغيرات التابعة لأساليب الأداء وحدها.

3. هذا المنحى الجامد من التحليل العاملي، أدى إلى قيام نوع من الصراع مع المنحى التجريبي التقليدي. وكان أول من انتبه إلى خطر هذا الصراع، كرونباخ، الذي نشر عام 1957 مقاله الشهير الذي دعا فيه إلى إحداث لون من التآزر بين علم النفس الفارق وعلم النفس التجريبي. ولكن الصراع بقي مستمراً، وتغير في المظهر فقط، كما هو الحال بين الاتجاه السيكمومتري (العوامل) واتجاه تجهيز المعلومات (العمليات).

### الحاجة إلى نموذج جديد للعمليات المعرفية

وإثر هذا الوضع بالنسبة لتصنيف العمليات المعرفية في علم النفس لدى منظري الذكاء وعملياته في الغرب، رأى أبو حطب، أنه حتى يمكن الوصول إلى تصنيف مقبول يتفق مع نتائج البحث العاملي من ناحية واهتمامات

المخرجات أو الحل بالمعنى الواسع والذي يؤدي دور متغير التنفيذ Execution أو المتغير التابع.

### 3. العملية المعرفية.

(وهي جوهر القدرة العقلية) لا يمكن استنتاجها استنتاجاً ملائماً من متغيرات التنفيذ (المتغيرات التابعة) وحدها، كما فعل السيكومليون أصحاب منهج التحليل العملي التقليدي. أضف إلى ذلك، أنه لا يفيد كثيراً أيضاً مجرد التفاعل البسيط بين متغيرات التحكم (المتغيرات المستقلة) ومتغيرات التنفيذ (المتغيرات التابعة) على النحو الذي يفرضه المنهج التجريبي التقليدي ومنحى تجهيز المعلومات. فهناك متغيرات أحكام ما قبل التحكم والتي تحدد العمليات المعرفية الكبرى، ومتغيرات أحكام ما بعد التنفيذ أو الحل والتي تعد تقويماً للأداء. وعلى هذا، فالعملية المعرفية (القدرة العقلية) لا بد أن تستنتج من أربعة أبعاد للمتغيرات؛ هي أحكام ما قبل التحكم، ومتغيرات التحكم، ومتغيرات التنفيذ، ومتغيرات ما بعد التنفيذ (التقويم).

### تطور مبادئ تصنيف العمليات المعرفية في النموذج

اقترح أبو حطب في البداية تصنيف القدرات العقلية بصفتها عمليات معرفية، وفق بعدين فقط، هما: بعد المعلومات (المتغيرات المستقلة) وبعد الحلول (المتغيرات التابعة). وكان التركيز على هذين البعدين يعود إلى محاولة لتحديد التعريف السائد في الميدان الذي اعتمد على أساليب الأداء (أي المتغيرات التابعة) وحدها. وهو التعريف الذي استندت إليه جميع نماذج التحليل العملي. وصنّف متغيرات المعلومات وفق هذا النموذج تبعاً لأسس ثلاثة هي: النوع والمقدار والمستوى. كما صنّف متغيرات الحلول تبعاً لأسس ثلاثة كذلك هي: نوع الأداء ونوع الحل وبارامترات القياس. ثم أضاف بعداً ثالثاً هو "أحكام ما بعد الحل". وشملت محكات الدقة والمألوفية

واعتبار مقاييسه وفئاته تنتمي إلى متغيرات التنفيذ Execution Variables (أو المتغيرات التابعة). ومعنى ذلك، أن العملية المعرفية (وهي جوهر القدرة العقلية) لا يمكن استنتاجها استنتاجاً ملائماً من متغيرات التنفيذ (المتغيرات التابعة) وحدها. كما فعل السيكومليون أصحاب منهج التحليل العملي التقليدي. أضف إلى ذلك، لا يفيد أيضاً محض التفاعل البسيط بين متغيرات التحكم (المتغيرات المستقلة) ومتغيرات التنفيذ (المتغيرات التابعة) على النحو الذي يفرضه المنهج التجريبي التقليدي ومنهج تجهيز المعلومات. فهناك متغيرات أحكام ما قبل التنفيذ والتي تحدد النموذج الفرعي للعمليات المعرفية موضوع الاهتمام. ومتغيرات أحكام ما بعد التنفيذ أو الحل والتي تعد تقويماً للأداء.

### الافتراضات الأساسية التي يقوم عليها

#### النموذج الرباعي للعمليات المعرفية

##### 1. القدرات العقلية.

إن القدرات العقلية في جوهرها "عمليات معرفية". أما المحتوى الذي تتكرر الإشارة إليه كثيراً في بحوث القدرات العقلية، والذي يشير عادة، إلى المضمون الظاهر لمادة الاختبار، أو المهمة المعملية، أو النشاط العملي للإنسان، ما هو إلا القالب الذي تصب فيه "العملية". وأي افتراض للبنية في مقابل الوظيفة، أو المحتوى في مقابل العملية، هو محض اصطناع لا مبرر له.

##### 2. الموقف المشكل.

وهو الذي يستثير السلوك "المعرفي" عند الفرد. وقد ينشأ عن نقص المدخلات أو الأدلة أو الوسائل أو العادات. ومن الأفضل التعبير عن هذه المفاهيم جميعاً بمصطلح واحد أكثر شمولاً وهو مفهوم "المعلومات" الذي يؤدي دور متغير التحكم Control أو المتغير المستقل. ثم يصل المفحوص إلى السلوك النهائي أو الاستجابة أو

وهنا يذكر أبو حطب، أنه سبق السيكلوجي الأمريكي هوارد جاردنر Gardner, H ; 1983 في توصله إلى الذكاءات المتعددة. وأنه يختلف عن جاردنر، لأنه ينظر إلى الذكاءات السبعة، على أنها غير مستقلة، بل توقع أن يحصل على أنواع من الذكاء على درجات متفاوتة من العمومية وصولاً إلى العامل العام.

وبعد صدور الطبعة الرابعة من كتابه القدرات العقلية عام 1983، عاد أبو حطب إلى الانشغال بالتصنيف الثلاثي للذكاء، الذي قام بعرضه في ثلاث مؤتمرات علمية؛ الأول في جامعة قطر عام 1983 وفي جامعة لندن في نفس السنة. وفي المؤتمر الدولي الثالث والعشرين لعلم النفس بالمكسيك عام 1984. ويتضمن النموذج الثلاثي للذكاء:

1. الذكاء الموضوعي (العلاقات مع الموضوعات المحايدة غير الشخصية Impersonal).
2. الذكاء الاجتماعي (العلاقات بين الأشخاص Interpersonal).
3. الذكاء الشخصي (العلاقات داخل الشخص الواحد Intrapersonal)، وفق نوع المعلومات باعتباره أحد متغيرات التحكم.

أبعاد النموذج الرباعي العملياتي

- وبعد عرض المقدمة والأفكار الأولية للنظرية، أو النموذج، أشرع فيما يلي في شرح تفاصيله.
- يتكون النموذج الرباعي العملياتي من أربعة أبعاد، هي:
1. بعد متغيرات الأحكام القبلية (ما قبل التحكم).
  2. بعد متغيرات التحكم (المعلومات).
  3. بعد متغيرات التنفيذ (الاستجابة أو الحل).
  4. بعد متغيرات الأحكام البعدية (ما بعد التنفيذ) أو متغيرات التقويم.

والإبداعية والواقعية والمرونة. كما اقترح توسيع نطاق النموذج ليشمل ثلاثة نماذج معرفية، هي: التعلم والتذكر والتفكير. وكانت الفكرة الأخيرة البذرة التي نبت منها البعد الرابع للنموذج.

### أصول فكرة الأنواع السبعة للذكاء

طرح أبو حطب، في بداية اقتراحه للنموذج الرباعي للعمليات المعرفية، عام 1973، مشكلة العلاقة بين القدرات العقلية كموضوع ينتمي تقليدياً لميدان المعرفة، وسمات الشخصية باعتبارها تنتمي إلى المجال الوجداني. وكان تصوره يومئذ أن الذكاء هو دالة لنشاط الشخصية ككل. فالمعرفة والوجدان طرفان لمتصل واحد يقع بينهما الذكاء الاجتماعي.

وكان هذا التصنيف المبكر للأنواع الثلاثة للذكاء هي: الذكاء المعرفي، الذكاء الاجتماعي، الذكاء الوجداني. وهذا خلافاً لما هو معروف بثنائية المعرفة مقابل الوجدان، بدلا من متصل المعرفة الوجدان.

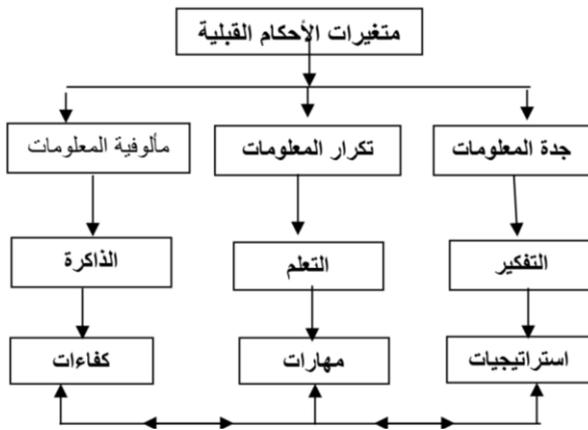
ثم تحول أبو حطب، عام 1978، وفق متغير نوع المعلومات، كمتغير مستقل، إلى تصنيف أنواع الذكاء إلى سبع فئات هي:

1. الذكاء الحسي Sensory.
2. الذكاء الحركي Motor.
3. الذكاء الإدراكي Perceptual.
4. الذكاء الرمزي Symbolic.
5. الذكاء السيمانتي Semantici.
6. الذكاء الشخصي Personal.
7. الذكاء الاجتماعي Social.

واستمر أبو حطب في قوله بالذكاءات السبعة في كتابه: القدرات العقلية، في طبعته الثانية 1978 والثالثة 1980.

المفحوص استرجاعها Retrieval، ينتمي ذلك إلى النموذج الفرعي الثالث (الذاكرة). ولا يمكن للذاكرة أن تنشط في فراغ معلوماتي. وإنما عادة ما تدرس في علم النفس بعد إتمام ما نسميه التعلم الأساسي، أو الاكتساب. حين يتطلب الأمر إعادة قياسه بعد فترة من الزمن. ونواتج الذاكرة هي الكفاءات. وتعتمد على إستراتيجيات التفكير ومهارات التعلم السابقة عليها كما تؤثر فيها.

ويبين الشكل رقم (1) هذه النماذج الفرعية الثلاثة وفق أحكام ما قبل التحكم التي تعتمد على محكات الجودة والتكرار والمألوفية.



ويذكر أبو حطب، أن معظم البحوث التي أجراها أو طلابه، تنتمي إلى النموذج الفرعي للتفكير. وبعض الدراسات في إطار النموذج الفرعي للذاكرة.

البعد الثاني. متغيرات المعلومات (متغيرات التحكم أو المتغيرات المستقلة)

وأطلق عليه أبو حطب، اسم: المتغيرات المستقلة أو متغيرات المعلومات.

ومهمة متغيرات المعلومات (التحكم) في النموذج الرباعي، إحداث الفجوة المعلوماتية (المشكلة). وتصنف تبعاً للمبادئ التالية:

وفيما يلي عرض لهذه الأبعاد.

### البعد الأول. متغيرات الأحكام القبليّة (متغيرات ما قبل التحكم)

تحدد متغيرات ما قبل التحكم Pre – control النموذج الفرعي للعمليات المعرفية، الذي سيقع في نطاقه مجال البحث. وهنا ينبغي الاختيار بين النموذج الفرعي للتعلم Learning Submodel، والنموذج الفرعي للذاكرة Memory Submodel. والنموذج الفرعي للتفكير Thinking Submodel. وتتشابه النماذج الفرعية الثلاثة في أسس تصنيف العمليات المعرفية والمتضمنة في كل منها. كما تتحدد بالأبعاد الثلاثة التالية : متغيرات التحكم ومتغيرات التنفيذ ومتغيرات أحكام ما بعد التنفيذ. إلا أن نواتج كل منها مختلفة. فهي في التعلم مهارات Skills. وفي الذاكرة كفاءات Competencies. وفي التفكير إستراتيجيات Strategies أو أساليب Styles. وهي جميعاً عمليات تجهيز المعلومات Information processing.

وهناك ثلاث محكات للتمييز بين النماذج الفرعية.

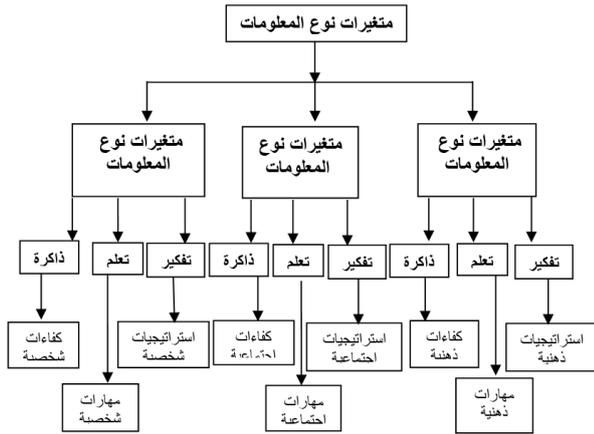
1. **الجدة.** إذا كانت المشكلة التي تؤلف الفجوة المعلوماتية Information Gap جديدة (ويشمل ذلك المحاولة الأولى للتعلم). فإن الاهتمام في هذه الحالة ينتمي إلى النموذج الفرعي الأول (التفكير). ونواتجه هي الإستراتيجيات والأساليب المعرفية، التي تقع في نطاقها العمليات المعرفية الكبرى للإحساس والانتباه والإدراك والتفكير.

2. **التكرار.** إذا تكررت المشكلة عدة مرات (محاولات أو عروض) فإن النموذج الفرعي السائد عندئذ هو النموذج الثاني (التعلم). ونواتجه هي المهارات. ومهارات التعلم قد تعتمد على إستراتيجيات التفكير السابقة عليها، تؤثر فيها وكلاهما قد يحدد كفاءات الذاكرة التي تتلوها.

3. **المألوفية.** إذا كانت المشكلة مألوفاً تماماً، أي سبق عرضها وتم تخزينها Storage ويكون المطلوب من

الولايات المتحدة الأمريكية إلا عام 1983، في كتاب لمؤلفه؛ هوارد جاردنر. أسماه: أطر العقل Frames of Mind. والمعلومات التي تنتمي إلى هذه الفئة، هي ما يستخدم المفحوص فيه طريقة الفحص الداخلي (الاستبطان Introspection).

**ويوضح الشكل رقم (2) تصنيف متغير نوع المعلومات مع ربطه بمتغيرات ما قبل الحكم.**



## (2) مبدأ مستوى المعلومات.

يشير هذا المبدأ إلى مظهر التعقيد والبساطة في المعلومات. وهو متضمن في نموذج عبد العزيز القوسي، فيما يسميه الهيئة Form. وفي نموذج جلفورد، فيما يسميه الناتج Product. ويقتصر نموذج أبو حطب، على الفئات الأربعة الآتية للمستوى من بين نواتج جلفورد. لأنها تتضمن بوضوح، فكرة الترتيب الهرمي التراتبي أو الهيراركي. وهي.

أ. الوحدات. وهي أبسط ما يمكن أن تحلل إليه المعلومات المعطاة أو المولدة أو المستخرجة.

ب. الفئات. وهي مجموعة من الوحدات تجمعها خصائص مشتركة.

ج. العلاقات. وهي الروابط التي تربط بين الوحدات أو الفئات تبعاً لمبدأ معين مثل الهوية أو التشابه أو التضاد أو غيرهما.

## (1) مبدأ نوع المعلومات.

ويقصد به ما هو شائع في تصنيف القدرات العقلية، وهو مبدأ المحتوى أو المضمون. واقترحت فئات ثلاثة عند ثورندايك (العملي والمجرد والاجتماعي). وعند ثرستون وأيزنك والقوسي (الأعداد والأشكال والكلمات). وعند جلفورد (الأشكال البصرية والسمعية والرموز والمعاني والسلوك الاجتماعي).

لكن أبو حطب، صنف في نمودجه أنواع المعلومات إلى الفئات الآتية.

### أ. المعلومات الموضوعية أو غير الشخصية (الذكاء الموضوعي).

وتشمل الأشياء والرموز (ومنها الرموز اللغوية) وجميع المواد التي يستخدم معها المفحوص عملية الفحص الخارجي Extrospection. ويتعامل معها كموضوعات أو أشياء أو رموز لهذه الموضوعات أو الأشياء. وهذا النوع من المعلومات، يشمل كل ما تناوله مجال الذكاء بالمعنى التقليدي. ويمتد على متصل من المعلومات الحسية الإدراكية إلى المعلومات الرمزية. وتسمى نواتج النماذج الفرعية الثلاثة في هذه الحالة، بالإستراتيجيات الذهنية والمهارات الذهنية والكفاءات الذهنية.

### ب. المعلومات الاجتماعية أو التي تدل على العلاقات بين الأشخاص.

وتتضمن ما يسمى تقليدياً الذكاء الاجتماعي. الذي يشمل الإدراك الاجتماعي وإدراك الأشخاص. وكل المواد التي تستخدم اجتماعياً، التي يتم التعامل معها بطريقة الفحص المتبادل، أو الفحص بالمشاركة.

### ج. المعلومات الشخصية أو المعلومات دائل الشخص الواحد.

وهي التي تتضمن ما أطلق عليه، أبو حطب، الذكاء الوجداني أو الشخصي، منذ 1973. وأشار إلى أن هذا المصطلح، لم يظهر في الكتابات السيكولوجية الغربية، في

المنظومات (المستويات) للمعلومات الموضوعية والاجتماعية والشخصية المستخدمة في التحكم في النسق المعرفي للإنسان. وصنف أبو حطب، طرق قياس مقدار المعلومات وفق محك نطاق المعلومات (الاتساع والضيق). ومحك طريقة العرض (التكيفية مقابل التلقائية).

أ. مقدار المعلومات التكيفية ضيقة النطاق. واستخدم في تحديده مقدار التأهب المستخدم في معطيات المشكلة التي تتطلب حلا واحدا صحيحا.

ب. مقدار المعلومات التكيفية واسعة النطاق. واستخدم في تحديده أيضا مقدار التأهب المستخدم في معطيات المشكلة التي تتطلب حولا عديدة.

ج. مقدار المعلومات التلقائية ضيقة النطاق. واستخدم في تحديده مقياس طلب المعلومات Information Demand.

د. مقدار المعلومات التلقائية واسعة النطاق. واستخدم في تحديده مقياس ثروة المعلومات Information Supply.

وبيين الشكل رقم (3) طرق قياس المعلومات.

طريقة العرض			
تلقائية	تكيفية		
طلب المعلومات	التأهب بالتعليمات	ضيق	نطاق المعلومات
ثروة المعلومات	التأهب بالتعليمات	واسع	

### البعء الثالث. متغيرات التنفيذ (الطول أو الاستجابات)

يشير هذا البعد إلى طرق حل المشكلة، أو طرق سد الفجوة المعلوماتية. وتصنف متغيرات التنفيذ (المتغيرات التابعة) وفق المبادئ التالية:

د. المنظومات. وهي مركبات تجمع أجزاء متفاعلة أو بينها علاقات متداخلة. وقد يتألف النسق من مركب من الفئات، حين تكون الفئات معقدة، نظرا لتعدد الخصائص المشتركة. ويسمى في هذه الحالة البنية Structure. كما قد يتألف من مركب من المعلومات تبعا لوجود أكثر من علاقة واحدة، وهو المعنى الأكثر شيوعا لمفهوم المنظومة أو النسق.

### (3) مبدأ طريقة العرض.

يشير هذا المبدأ إلى نظام عرض المعلومات. وفي هذا يميز بين فئتين:

أ. العرض التكيفي Adaptive أو المنتظم Systematic. وفيه تقدم للمفحوص تعليمات صريحة، حول طبيعة المهمة أو العمل أو طرق التعامل مع المعلومات.

ب. العرض التلقائي Spontaneous أو العشوائي Random. وفيها لا يقدم إلا القليل من المعلومات حول طبيعة المهمة ويترك للمفحوص تحديد طبيعتها.

### (4) مبدأ مقدار المعلومات.

هذا المبدأ مبدأ كمي، إذا قارناه بالمبادئ الثلاثة السابقة (فهي في طبيعتها كيفية). وقد ظهر هذا المبدأ منذ البداية، تحديا للنموذج الحالي، كما يحتل منزلة خاصة لما يحيط به من مشكلات تتصل بقياسه. وقد نشأت هذه الصعوبات من حقيقة مؤداها أن بنية المشكلة التي تحتاج إلى الحل ترتبط ارتباطا وثيقا بنمط الحل، وخاصة التمييز بين الحل التقاربي ذي النطاق الضيق والحل التباعدي ذي النطاق الواسع أو الحر. وذكر أبو حطب، أنه طوال حوالي عشر سنوات، وهو يبذل جهدا في اقتراح الطرق الملائمة لقياس مقدار المعلومات لكل نوعي الحل.

وذكر أبو حطب، أن مفهوم مقدار المعلومات المستخدم في نمودجه، يختلف عن ذلك المستخدم في النظرية الكلاسيكية للمعلومات وتطبيقاتها في علم النفس. بل يشير إلى مقدار الوحدات والفئات أو العلاقات أو

ب . 1. الإنتاج التقاربي Convergent. أو المقيد أو ضيق النطاق. وفيه تعطى حلول محددة الصواب والخطأ تحديدا مسبقا.

ب . 2. الإنتاج التباعدي Divergent. أو الحر أو واسع النطاق. وفيه يعطي المفحوص حولا متنوعة ومتعددة، دون أن يكون هناك تحديد مسبق لمحكات الصواب والخطأ.

### (3) مبدأ أسلوب الحل.

ويميز بين نوعين من أساليب حل المشكلات. وهما:

ب - 1. الحل المطلق مقابل الحل النسبي. والحل المطلق هو نوع من التعيين على هيئة الكل أو لا شيء. أو (إما..... أو.....). أما الحل النسبي فهو نوع من التمييز. ويتطلب المقارنة بين الحلول البديلة المقترحة لاختيار أكثرها ملاءمة.

ب - 2. الإنتاج التقاربي مقابل الإنتاج التباعدي. يتطلب الحل التقاربي حولا مقيدة أو ضيقة النطاق، وفيه تكون محكات الحكم على ملاءمة الحل محددة مسبقا. أما الحل التباعدي فهو من النوع الحر أو واسع النطاق. حيث تعطى حلول متنوعة متعددة دون أن تكون هناك محكات مسبقة للحلول الملائمة.

### (4) مبدأ البارامترات المقيسة.

هي من المتغيرات التابعة (متغيرات التنفيذ) التي لها مكانة خاصة في كل من علم النفس التجريبي والاتجاه السيكومتری واتجاه المعلومات، وما يتصل بها في الوقت الحاضر بما يسمى بارامترات القياس. وهي في جوهرها متغيرات كمية. وبالطبع، فإن البارامترات التي تخضع للقياس كثيرة. ويوجد في التراث السيكولوجي الكثير منها. لعل أهمها ما يأتي.

أ. السرعة أو المعدل Speed - rate. ويتحدد بالسرعة التي تصدر بها الحلول كما تقاس بالوحدات الزمنية.

### (1) مبدأ طريقة التعبير عن الحل (نوع الأداء).

يميز في هذا النموذج بين الأداء الحركي Psychomotor والأداء اللفظي Verbal. وهو تمييز تقليدي بين ما كان يسمى الأداء اللفظي وغير اللفظي. وإدخال المجال الحركي هنا، يشير إلى اختلافنا الجوهرى مع بنيامين بلوم B. Bloom الذي اعتبر المجال الحركي موازيا للمجالين المعرفي والوجداني. ويمكن أن يضاف بالطبع الأداء الفزيولوجي Physiological إذا استعملنا الرسام الكهربائي للمخ، أو مقياس الاستجابة السيكولوجفانية أو غيرها من المقاييس الفزيولوجية. وظهر الاهتمام في السنوات الأخيرة نوع رابع من الأداء، يستخدم في التحليل الكيفي لحل المشكلات، هو تحليل البروتوكولات بعد الحل والتلفظ أثناء الحل.

### (2) مبدأ نوع الحل.

يميز أيضا بين وجهتين لحل المشكلة هما:

أ. الانتقاء Selection. ويتمثل في التعرف على الحل من بين عدة حلول مقترحة (الاختيار من متعدد، كما يسمى في ميدان بناء الاختبارات التحصيلية). وهذا الانتقاء قد يكون أحد نوعين:

أ - 1. الانتقاء المطلق (أو التعيين Detection). وهو تحديد من نوع الكل أو لا شيء للعمل الصحيح أو نوع من العتبة المطلقة.

أ - 2. الانتقاء النسبي (أو التمييز Discrimination). ويتضمن تقويم الحلول البديلة المقترحة باستخدام محكات معينة. وهو نوع من العتبة الفارقة، أو عتبة التمييز. إذا استعملنا المفاهيم السيكوفيزيائية.

ب. الإنتاج Production. ويتمثل في إعطاء الحل أو إنتاجه (أي إصدار الاستجابة) وينقسم إلى نوعين:

**(2) موقع الحكم.**

ويصنف إلى فئتين، وفق موضع الحكم Locus of Jugement. فقد يكون هذا الموضع داخليا، حين يحكم المفحوص في أدائه. وقد يكون خارجيا، حين يحكم الآخرون على أدائه، أو يحكم هو على أداء الآخرين.

**(3) نوع ملك الحكم.**

تتنوع المحكات التي تستعمل في الحكم على الحل، سواء استعملها المفحوص كنوع من التقويم الذاتي، أو استعملها الفاحص كنوع من التقويم الخارجي. وفيما يأتي المحكات الشائعة في بحوث العمليات المعرفية.

- أ. الصواب مقابل الخطأ.
- ب. الندرة مقابل الشيعوع.
- ج. التنوع مقابل التجانس.

**(4) مستوى الحكم.**

تشير هذه الفئة إلى المستوى الذي يكون عليه تقويم الفرد لذاته، أو تقويم الآخرين له. ويوجد نوعان من المستوى.

- أ. التشدد في مقابل التساهل.
- ب. الكم في مقابل الكيف.

**(5) مقدار الحكم.**

تعتبر هذه الفئة من متغيرات الأحكام البعدية من نوع المتغيرات الكمية. وترتبط بدرجة ثقة أو يقين المفحوص في الحكم الذي يتوصل إليه هو، أو في الأحكام التي يتوصل إليها الآخرون.

### النموذج الرباعي للعمليات المعرفية في مورته النهائية

ب. الكمون **Latency**. أي الفترة الزمنية التي تتقضي بين عرض متغير التحكم ومتغير التنفيذ. وعادة ما يشار إليه بزمن الرجوع.

ج. السعة **Magnitude**. وتتحدد بعدد الحلول التي تصدر.

### البعد الرابع. المتغيرات البعدية أو متغيرات التقويم (أحكام ما بعد التنفيذ)

توجد مجموعة من المتغيرات لا تنتمي إلى أي من الفئتين السابقتين. وتشمل أنماط السلوك المصاحب للحلول والأحكام التي يصدرها المفحوص على أدائه أو حله، أو يصدرها الآخرون على هذه الحلول أو الأداءات. وتصنف متغيرات هذه الفئة إلى ما يأتي:

**(1) السلوك المطالب.**

يصاحب ظهور الحل أنماط من السلوك تنتمي أيضا إلى متغيرات التنفيذ. وهذه المتغيرات إذا أحسن استعمالها، يمكن أن تقدم لنا معلومات كافية عن الخطوات الوسيطة. ولعل أهم أنماط السلوك المصاحب لظهور الحل نوعان.

أ. أحكام الثقة أو اليقين **Certainly Jugement**. فالمفحوص قد يصدر حكما بالثقة أو اليقين على حله بعد ظهورها. ويمكن بالطبع تحويل هذه الأحكام إلى لغة كمية باستخدام مقاييس التقدير.

ب. التلطف **Verbalisation**. وهو نوع آخر من السلوك المصاحب للحلول. وفيه يقدم المفحوص تقريرا لفظيا وافيا عن نشاطه المعرفي أثناء الحل. وقد يتخذ ذلك صورة بروتوكولات من نوع التفكير بصوت مسموع أثناء الحل، أو التقارير الاستبطنية التي تقدم بعد الحل. وبالطبع، فإن وصف هذه الفئة "بالسلوك المصاحب" لا يعني أنها تأتي في آن واحد مع الحل. فلا بد أن توجد فجوة زمنية بين الحل وهذا السلوك. ولعل هذا ما جعل وضعها في بُعد المتغيرات البعدية.

ومنذ عام 1973، انشغل أبو حطب بمسألة العلاقة بين مقدار المعلومات، بصفته متغيراً متحكماً (متغير مستقل) وأسلوب الحل (سواء كان تقاربياً أم تباعدياً) باعتباره متغير التنفيذ (متغير تابع). وانبه كذلك إلى التمييز بين طريقتي عرض المعلومات؛ العرض التلقائي مقابل العرض التكييفي.

وفي الدراسة العملية التي أجراها عام 1966، لبحثه للدكتوراه. استعمل، أبو حطب، مقدار المعلومات التكييفية وفق التأهب بالتعليمات للحلول التقاربية والتباعدية. وتمكن من التوصل إلى أربعة عوامل فسرت بالعمليات المعرفية الآتية.

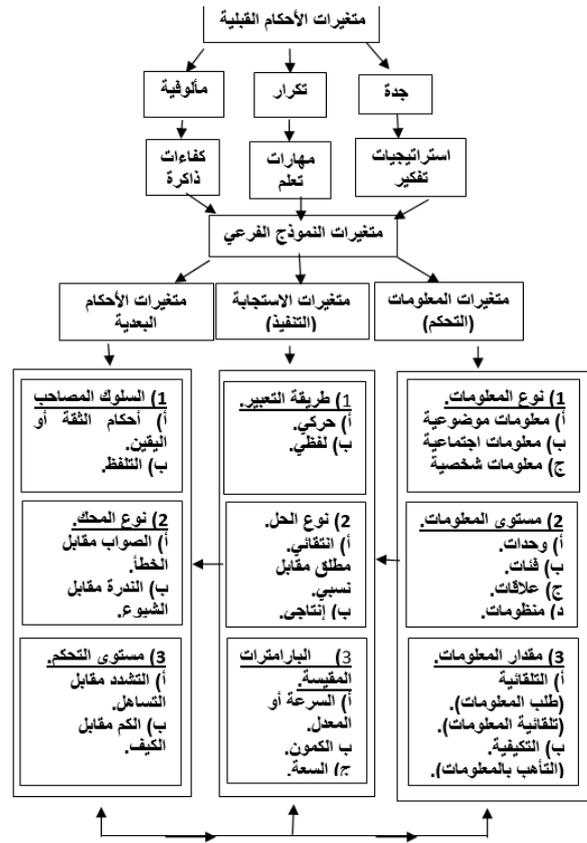
1. التفكير الحدسي.
2. التفكير الاستدلالي.
3. التحليل التباعدي (المرونة، الأصالة، الاستبصار).
4. الطلاقة والتخمين.

وباستعمال متغير مقدار المعلومات أدنى/ أعلى (متغير مستقل) ومتغير نوع الحل تقاربياً/ تباعدياً (متغير مستقل). توصل الباحث إلى العمليات المعرفية الأربعة الآتية (متغير تابع) التفكير الحدسي، التفكير الاستدلالي، الطلاقة والتخمين، التحليل التباعدي، كما يبينها الجدول رقم (1).

مقدار التعليمات			
الحد الأعلى	الحد الأدنى		
التفكير الاستدلالي	التفكير الحدسي	تقاربي	نوع الحل
التحليل التباعدي	الطلاقة والتخمين	تباعدي	

وفي الدراسة العملية، المشار إليها في الفقرة السابقة، استعمل أبو حطب، مقدار المعلومات التلقائية، وفق مقاييس طلب المعلومات، مع التأكيد على محك الحكم على الحلول التقاربية (الصواب مقابل الخطأ).

يبين الشكل رقم (4) النموذج في صورته النهائية.



### اشتقاق العمليات المعرفية من النموذج الرباعي للعمليات المعرفية

يذكر أبو حطب، أنه بدأ بحوثه في العمليات المعرفية منذ بحثه للماجستير والدكتوراه بجامعة لندن (1961 . 1966). لكن الباحثين اللذين أنجزهما للماجستير والدكتوراه لم يكونا موجهين بالنموذج الرباعي للعمليات المعرفية. أما البحوث التي أنجزت بعد ظهور النموذج عام 1973، فقد كانت موجهة به. ورأينا في بداية الحديث عن هذا النموذج، أن أبو حطب اقترح توسيع نطاق النموذج ليشمل نماذج معرفية ثلاثة هي: التعلم والتذكر والتفكير. وفي مجال البحث حول النموذج، سواء ما قام به أبو حطب أو ما قام به طلابه، فقد كان معظم ما أنجز منها تعلق بالتفكير. أما القليل منها فكان حول الذاكرة والانتباه. أما التعلم، فلم ينجز حوله إلا بحث واحد.

4. السلوك الذي يتسم بإنتاج أكبر عدد من الحلول وإعطاء أكبر قدر من الاستجابات التي تتسم بالشيوع في ظل الحد الأقصى من التعليمات. ومرة أخرى هو سلوك يحتاج إلى مزيد من البحث. ويوضح الجدول رقم (3)

العمليات المعرفية المستخلصة من مقدار المعلومات التكيفية وفق مقياس التأهب بالتعليمات للحلول التباعدية باستخدام محك الندرة مقابل الشيوع.

مقدار التعليمات			
الحد الأدنى	الحد الأقصى		
الأصالة التكيفية	الأصالة التلقائية	الندرة	محك الحكم
؟	الطلاقة	الشيوع	

أما بالنسبة للعمليات المعرفية المستخلصة من مقدار المعلومات التكيفية وفق نفس مقياس التأهب بالتعليمات في الحلول التباعدية، باستعمال محك التنوع مقابل التجانس. فكانت العمليات هي: المرونة التلقائية. المرونة التكيفية. الطلاقة وسلوك إنتاج عدد كبير من الحلول المتجانسة وفق الحد الأقصى من التعليمات. وهي جميعا تكافئ العمليات المعرفية في الأصالة كما هي موضح في الجدول رقم (4).

مقدار التعليمات			
الحد الأدنى	الحد الأقصى		
المرونة التكيفية	المرونة التلقائية	التنوع	محك الحكم
؟	الطلاقة	التجانس	

### بعض البحوث المنجزة حول النموذج الرباعي للعمليات المعرفية

أنجزت بحوث حول النموذج الرباعي للعمليات المعرفية، أجزاها أبو حطب، وأجزاها طلابه. ومع الأسف، لم أستطع الحصول إلا على أربعة منها. وهي كما يأتي.

وأمكن بذلك التوصل إلى تصنيف رباعي للعمليات المعرفية، يتشابه مع التصنيف السابق فقط، في تسمية عمليتي الحدس والاستدلال. وتحدد التخمين كعملية معرفية وفق الوصول إلى حلول خاطئة للمشكلات التقريبية التي يطلب أصحابها أقل مقدار من المعلومات التلقائية. وظهرت لأول مرة مشكلة الفئة التي تتضمن نمط السلوك الذي يؤدي بصاحبه إلى حلول خاطئة للمشكلات التقريبية، مع أنه يطلب أكبر مقدار من المعلومات. وأطلق، أبو حطب، على هذه الفئة، يومئذ، تسمية مؤقتة هي "التخلف في سلوك حل المشكلة".

وباستعمال متغير مقدار المعلومات التلقائية قليل/كثير، ووفق مقياس طلب المعلومات للحلول التلقائية التقريبية صواب/خطأ، توصل إلى العمليات المعرفية التالية. كما يبينها الجدول رقم (2).

مقدار التعليمات			
كثير	قليل		
التفكير	الحدس	صواب	نوع الحل
؟	التخمين	خطأ	

أما بالنسبة لمقدار المعلومات التكيفية وفق التأهب بالتعليمات للحلول التباعدية، حيث محك الحكم هو الندرة والشيوع، فقد تحددت العمليات المعرفية المشتقة من النموذج، كما يأتي.

1. الأصالة التلقائية. وتتمثل في إنتاج أكبر عدد من الحلول وإعطاء أكبر قدر من الاستجابات التي تتميز بالجدة والندرة، ووفق الحد الأدنى من التعليمات.

2. الأصالة التكيفية. وتتمثل في إنتاج أكبر عدد من الحلول وإعطاء أكبر قدر من الاستجابات التي تتميز بالجدة والندرة، ووفق الحد الأقصى من التعليمات.

3. الطلاقة. وتتمثل في إنتاج أكبر عدد من الحلول وإعطاء أكبر قدر من الاستجابات التي تتميز بالشيوع، ووفق الحد الأدنى من التعليمات.

أو الفجوة المعرفية (متغيرات ما قبل التحكم). كما لم يهتموا كذلك، بما بعد الأداء، وهو التقويم، أي تقويم أداء الفرد (متغيرات ما بعد التنفيذ). وجاء النموذج الرباعي للعمليات المعرفية ليأخذ العوامل الأربعة جميعاً بعين الاعتبار، بصفتها تفسر كلها النشاط المعرفي للإنسان. حيث ينبغي الاهتمام: (1) بحاجة الفرد إلى المعرفة، أي المعلومات، لأنه يفنر إليها (متغيرات ما قبل التحكم). (2) فنقدم إليه المعلومات (متغيرات التحكم). (3) فننفذها. أي يؤديها (متغيرات التنفيذ). (4) ثم يقوم التنفيذ. أي الأداء. وأدرج كذلك، دور عمليات التعلم والذاكرة والتفكير، وما ينتج عنها من مهارات واستراتيجيات وأساليب وكفاءات. وبين كيف تشتق العمليات المعرفية، وخاصة العمليات المتعلقة بالإبداع.

إنه نموذج نظري واعد، لتفسير العمل العقلي المعرفي لدى الفرد، وشامل لكل أركان النشاط المعرفي للإنسان. وثرى بالأفكار، أي الفرضيات، التي تحتاج إلى الاختبار بالبحث العلمي. ولكن هل يستمر طلابه في اختبار النموذج؟

### المراجع

1. أبو حطب، فؤاد (1985). أزمة علم النفس في مصر المعاصرة. الكتاب السنوي في علم النفس. تصدره الجمعية المصرية للدراسات النفسية. المجلد الرابع. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية. ص ص: 485 - 499.
2. أبو حطب، فؤاد (1988). نحو علم نفس مصري - النموذج الرباعي للعمليات المعرفية. بحوث المؤتمر الرابع لعلم النفس. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية. ص ص: 1 - 34.
3. أبو حطب، فؤاد (1991). الذكاء الشخصي - النموذج وبرنامج البحث. بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية. ص ص: 15 - 32.
4. أبو حطب، فؤاد (1993). علم النفس في العالم العربي: دراسة حالة من الدول النامية. المجلة المصرية للدراسات

1. إسماعيل عبد الرؤوف الفقي (1988). أثر مستوى ومقدار المعلومات على الانتباه في ضوء النموذج الرباعي المعلوماتي. رسالة دكتوراه. كلية التربية جامعة عين شمس.
2. نجيب ألفونس خزام (1981). أثر مقدار المعلومات ومستواها في إدراك المعلمين لتلاميذهم. رسالة دكتوراه. كلية التربية جامعة عين شمس.
3. مراد حليم شحاتة (1986). دراسة ذاكرة المدى الطويل والقصير في إطار النموذج الرباعي المعلوماتي. رسالة ماجستير. كلية التربية جامعة عين شمس.
4. فؤاد أبو حطب. أمين سليمان (1995). الذكاء الشخصي باستخدام مقاييس الذاكرة كمدك: دراسة استطلاعية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد الحادي عشر.

### خاتمة

إن النموذج الرباعي للعمليات المعرفية، الذي قدمه أبو حطب، يعد إسهاماً جديداً وواعداً لفهم عمل العقل، والنشاط المعرفي للإنسان. إنه صاغ هذا النموذج، بعد أن قدم ملاحظات نقدية لمنهج التحليل العاملي الذي قدم من خلاله علماء النفس الغربيون، تفسيرات عدة للنشاط العقلي، وأذكر هنا، على سبيل المثال فقط، الإنجليزي، تشارلز سبيرمان، صاحب نظرية العاملين في الذكاء. والأمريكي لويس ثرستون، صاحب نظرية العوامل المتعددة في الذكاء. والأمريكي كذلك، جوي جلفورد، صاحب نظرية بناء العقل الشامل، واستخراج عوامل أو قدرات عقلية يعمل وفقاً لها عقل الإنسان. ولكن كما أشار أبو حطب، وبلغه علم النفس التجريبي، لقد استخلصوها من المتغيرات التابعة فقط، أي من خلال أداء الفرد على الاختبارات أو المهام العملية التي يقوم بها (متغيرات التنفيذ). ولم يهتموا بما يسبق الأداء، وهي المعلومات التي يتلقاها الفرد، أي المتغيرات المستقلة (متغيرات التحكم) ولم يهتموا كذلك بما قبل المتغيرات المستقلة، وهي حاجة الفرد إلى المعلومات،

- النفسية، العدد الخامس. القاهرة، الجمعية المصرية للدراسات النفسية. ص ص : 1 - 27.
5. أبو حطب، فؤاد (1996). القدرات العقلية. الطبعة السادسة. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية. ص ص : 157، 164 - 188.
6. أبو حطب، فؤاد (1997). مسيرة البحث في علم النفس في العالم العربي وآفاق تطويره. المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد السابع، العدد 16. القاهرة، الجمعية المصرية للدراسات النفسية. ص ص : 9 - 56.
7. أبو حطب، فؤاد عبد اللطيف (1992). طبيعة الذكاء الشخصي - إستراتيجية القياس وبعض النتائج الأولية. بحوث المؤتمر الثامن لعلم النفس. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية. ص ص : 05 - 32.
8. أبو حطب، فؤاد. سليمان، أمين (1995). الذكاء الشخصي باستخدام مقاييس الذاكرة كمحك : دراسة استطلاعية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد 11. القاهرة، الجمعية المصرية للدراسات النفسية. ص ص : 1 - 42.
9. الشيخ، سليمان الخضري (1999). علم النفس في مصر والعالم العربي إلى أين؟ المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد التاسع، العدد 22. القاهرة، الجمعية المصرية للدراسات النفسية. ص ص : 19 - 23.
10. عثمان، سيد أحمد (1985). نحو تطوير لعلم النفس في مصر. الكتاب السنوي في علم النفس. تصدره الجمعية المصرية للدراسات النفسية. المجلد الرابع. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية. ص ص : 501 - 519.
11. منصور، رشدي فام (1999). أضواء على مسيرة علم النفس في مصر والعالم العربي - وجهة نظر ودعوة للحوار. المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد التاسع، العدد 22. القاهرة، الجمعية المصرية للدراسات النفسية. ص ص : 8 - 18.



# معتقد الموت لدى أربع فئات عمرية من الجنسين ببحث نفسي ميداني في مجتمع مسلم

أ.د. بشير معمريّة

جامعة محمد الأمين دباغين - سطيف 2

the gender and age groups of the four. Ages ranged between: 16 - 65 years. Was the use of identification to measure the belief of death. It was tested two assumptions :

1. There are differences between the sexes in their beliefs toward death.

2. There are differences between age groups four in the belief of death.

Search reached the following conclusions.

- there are differences statistically function between males and females in the belief of death for males, for age categories: (16 to 20 years) and (21 - 30 years).

- There are no differences between the sexes in the belief of death, for age categories : (31 - 40) and (41 years and over).

- did not exist between age groups of the four, in the belief of death, both for the samples of the male or female samples.

Interpreted results, according to the four aspects: the nature and reality of death. The time age of samples (adults). The culture of the community which dominated by the teachings of the Islamic religion. The role of gender.

**.Keywords:** belief. Death. Sex. Age. A Muslim society

## ملخص.

هدف البحث إلى التعرف على الفروق بين الجنسين وبين الفئات العمرية، في معتقد الموت. تكونت العينة من 802 فرداً؛ توزعوا على الجنسين وعلى الفئات العمرية الأربعة. وتراوحت أعمارهم بين: 16 . 65 سنة. تم استعمال استبانة لقياس معتقد الموت. وتم اختبار فرضيتين هما:

1. توجد فروق بين الجنسين في معتقدهم نحو الموت.

2. توجد فروق بين الفئات العمرية الأربعة في معتقد الموت.

وتوصل البحث إلى النتائج التالية.

. وجدت فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث، في معتقد الموت لصالح الذكور، بالنسبة للفئتين العمريتين: (16 . 20 سنة) و (21 . 30 سنة).

. لم توجد فروق بين الجنسين في معتقد الموت، بالنسبة للفئتين العمريتين: (31 . 40) و (41 سنة فأكثر).

. لم توجد بين الفئات العمرية الأربعة، في معتقد الموت، سواء بالنسبة لعينات الذكور أم لعينات الإناث.

وفسرت النتائج، وفق أربعة جوانب هي: طبيعة الموت وحقيقته. العمر الزمني لأفراد العينات (راشدين). ثقافة المجتمع التي تغلب عليها تعاليم الدين الإسلامي. دور الجنس.

**الكلمات المفتاحية:** معتقد. الموت. الجنس. العمر. مجتمع مسلم.

## The summary.

The objective of the research to identify the differences between the sexes and age groups, in the belief of death. The sample formed of 802 personnel; dispersed

## مقدمة.

أنه سيموت، كما قال "فولتير Voltaire". من أجل ذلك يعتقد الناس يحق، أن كل الموجودات فانية، وأن كل وجود ينزع إلى العدم. (عبد الخالق، أحمد محمد، 1987، 18). "كل شيء هالك إلا وجهه". (القصص، 88).

ويذكر فروم (Fromm, 1955) أن الإنسان هو الحي الوحيد الذي يعرف أنه سيموت. الإنسان هو الحيوان الوحيد الذي يجد أن وجوده مشكلة ينبغي حلها، ولا يستطيع التهرب منها. وبنفس الفهم، فإن الإنسان هو "الحيوان الوحيد الذي يعرف أنه سيموت حتماً". (بيسكوف، ليد فورد ج، 1984، 620).

فالناس يعرفون أن لكل فرد جملة من المآلي في حياته؛ أن يكون غنياً أو فقيراً، سعيداً أو شقياً، آثماً أو تقياً، طويل العمر أو قصيره..... إلخ، ومع ذلك لا يمكن لهم تأكيد أي واحد من هذه المآلي سوف يكون عليه الفرد، والحقيقة الوحيدة التي يستطيعون تأكيدها هي أن هذا الفرد في يوم يحدده الله، سوف يموت، بغض النظر عن مآليه الأخرى في حياته. "كل نفس ذائقة الموت". (آل عمران: 185). "إنك ميت وإنهم ميتون". (الزمر: 30).

فالموت من حقائق الحياة البشرية، وكل الناس يعون تماماً أن وجودهم سينتهي أخيراً دون معرفة الزمان والمكان، والطريقة التي سوف يموتون بها. "وما تدري نفس ماذا تكسب غداً وما تدري نفس بأي أرض تموت". (لقمان: 34). ويعرفون كذلك أن الموت لا مفر ولا نجاة منه "أينما تكونوا يدرككم الموت ولو كنتم في بروج مشيدة". (النساء: 78).

واهتمت الأديان السماوية بالموت، واعتبره الإسلام خروجاً للروح من الجسد ومفارقة لها، وهو ليس بالعدم، وإنما انتقال من حال إلى حال، وذلك على الرغم مما يشيع في الفكر الغربي من أن الموت هو حالة من الفناء التام Ulter Extinction، إن الموت في الإسلام هو قضاء الله وقدره وحكمته بأن يعيش الإنسان عمراً زائلاً في الدنيا، ثم يعيش خالدًا في الآخرة. (عبد الحميد، محمد نبيل، 1995، 105).

إن الموت موضوع كربه مزعج لا يشجع على التفكير أو الحديث. وطبيعته هي الكلية المطلقة. لأن هناك حقيقة أكيدة، هي أننا جميعاً سوف نموت. إن جميع البشر قانون لا محالة. ولهذا قيل إن الموت يتبع مع الجميع سياسة ديمقراطية تقوم على المساواة المطلقة، فلا يعرف التمييز بين كبار وصغار، وبين عظماء وسوقة، وبين قادة وأتباع، وبين علماء وجهّال، وبين صغار ومسنين، وبين أخيار وأشرار. لكن رغم هذا الطابع الكلي المطلق للموت، فهو فردي وشخصي وخاص. فكل فرد لا بد أن يموت وحده، ولا بد أن يموت هو نفسه، ولا يمكن لأحد أن يموت نيابة عن الآخر أو بدلا منه. (إمام، إمام عبد الفتاح، 1984، 9).

وتعد فكرة الموت ذات أهمية مركزية لمختلف أفراد الجنس البشري، منذ نشأة الحياة البشرية. فحياة الأفراد على الأرض لا تدوم إلى الأبد، بل لا بد لها من نهاية، ويعي كل إنسان هذه الحقيقة، ويلاحظها تتطبق على غيره، قبل أن يدركها في نفسه. ويكمن مأزق البشرية، من وجهة نظر مؤلف أمريكي (Karasu, 1985)، في: "عدم قدرتنا على الاعتقاد بأن الموت Death والاحتضار Dying جزء من متصل يمثل دورة الحياة، وبدلاً من ذلك، فإننا نشعر بأننا مجبرون على أن نعد الموت كأبي مرض آخر تماماً يجب علاجه وقهره بالتبعية". (عبد الخالق، أحمد محمد، صالح، غسان، 1999، 177).

إن كل واحد من الموجودات، مثل كل حياة جسمي آخر، يسكن هذه الأرض قد تحرك، أو في سبيل التحرك على مدار الزمن، في مسار متصاعد من الولادة ثم عبر الطفولة إلى بلوغ أشده، ثم ينحدر نحو الشيخوخة هابطاً إلى الموت. (تويني، أرنولد وآخرون، 2011، 137).

بمعنى أن جميع الكائنات والموجودات على ظهر الأرض، سوف تقنى وتموت عاجلاً أم آجلاً. وعلى الرغم من ذلك، فإن الإنسان، هو الكائن الوحيد الذي يدرك تماماً

### أهداف البحث.

يسعى هذا البحث إلى تناول ما يلي:

1. تناول معتقد الموت لدى عينات من الجنسين ومن الأعمار المختلفة.
2. بناء استبيان لقياس معتقد الموت.

### أهمية البحث.

تكمن أهمية هذا البحث في أنه يتناول قضية هامة جدا في حياة البشر، فهي موضوع أفكارهم ووجدانهم، وهي الموت واعتقاداتهم إزاءه.

### مفهوم الحياة الموت.

يقول الله تعالى: "تبارك الذي بيده الملك وهو على كل شيء قدير، الذي خلق الموت والحياة ليبلوكم أيكم أحسن عملا وهو العزيز الغفور". الملك: 1 . 2.

إضافة إلى القرآن، شغل مفهوم الحياة والموت، حيزا واضحا من تفكير الفلاسفة والمفكرين، فصدرت تأملات ميتافيزيقية، وآراء فلسفية، واجتهادات فكرية شتى عبر المسار الطويل لفكر الإنسان، وتم تناولهما بتوسع وفق القضايا التالية: الموت نقيض الحياة، الموت فساد الحياة، الموت مرادف للعدم وغير ذلك.

ولم تشغل قضية الحياة والموت الفلاسفة والمفكرين فقط، بل كانت قضية مركزية في الديانات السماوية وغير السماوية، التي اهتمت أساسا بقضية البعث والحياة بعد الموت والخلود.

فالموت في الدين الإسلامي، فهو قضاء الله وقدره، في أن يعيش الإنسان عمرا زائلا في الدنيا، ثم يعيش عمرا خالدًا في الآخرة، واليوم الآخر (يوم القيامة) أصل قوي من أصول الإيمان في الدين الإسلامي، وقد اهتم به القرآن اهتماما واضحا، وفيه يجازى الناس بالنعيم أم بالعذاب، وذلك وفق أعمالهم في الحياة الأولى.

والموت The Death وما يترتب من مشكلات على وقوعه، أمر يقيني يدركه الإنسان، ومع ذلك فهو حريص على تناسي الموت قدر الاستطاع. ويشير الباحثون إلى أن اهتمام الناس بدفن أفكارهم عن الموت، لا يقل شأنًا عن حرصهم على دفن موتاهم. وفي المعنى نفسه، أنه لما فشل الناس عن إيجاد علاج للموت، فإن أفضل طريقة للاستمتاع بالحياة هي التخلي عن التفكير في الموت.

والواقع أن تفكير الإنسان في الموت، في لحظة من لحظات حياته، أمر حتمي. وقد تراوده الفكرة بصورة تلقائية، وقد تبرز أمام عينيه دون إرادة منه، عندما يفقد أحد أقاربه أو أصدقائه، أو عندما يرى شخصا يحتضر، أو عندما يرى مقبرة، أو يرى شخصا مريضا بمرض خطير. (عبد الحميد، محمد نبيل، 1995، 105).

وتختلف النظرة إلى الموت تبعًا لموقف صاحبها ومنطقه ودوافعه، واعتمادا على عدد من المتغيرات الشخصية؛ كالسن والجنس ونمط الشخصية والصحة والمرض، فقد أورد دافيد ليستر D. Lester 1967 ثلاثة مفاهيم للموت كما يراها الراشدون وهي :

1 . الموت بوصفه وسيلة يحاول بها الفرد تحقيق أهداف معينة، وجوانب إشباع من البيئة كما في حالة التهديد بالانتحار.

2 . الموت بوصفه انتقالا إلى حياة أخرى، والتي قد ينظر إليها على أنها حياة رهيبة فظيعة أو حياة رائعة ينتظرها الشخص بخوف أو بهدوء.

3 . الموت بوصفه نهاية نتوقها. (عبد الوهاب، طارق محمد، مجمد. وفاء مسعود، 2000، 79).

وعلى أساس حقيقة الفروق الفردية، فإن الأفراد يختلفون في إدراكهم للموت ومعتقداتهم إزاءه. وقد جاءت هذه الدراسة لتتناول معتقد الموت والفروق فيه بين الجنسين وبين الأعمار.

ويؤكد كوبلر روس Kubler Ross، أن هناك أربع مراحل رئيسية للاحتضار، كما يمر بها الفرد، هي:

1. الصدمة والانكسار (لا يمكن أن يحدث ذلك).
2. الغيظ والغضب (لماذا أنا؟ لماذا لا يكون شخصا آخر؟).
3. المساومة والاكتمال (لو أن الله يغفر لي فلن ألو جهدا)، (إذا صبرت صبورا جميلا، فسأعيش مدة أطول، ما الفائدة لقد انتهى كل شيء).
4. القبول، أعني لو أنني لم أمت، ولكن... كل شخص سيموت يوما. (بيسكوف، ليد فورد ج، 1984، 622).

وقام رينجولد J, Rheingold, 1967، بتصنيف المعاني التي يشير إليها مفهوم الموت، وجد أنها قسمان: أولهما المعاني المجردة أو النظرية. وهي تلك التي ذكرها بعض العلماء والفلاسفة للموت، بأنه العدم Annihilation أو تغير كيميائي Transmutation. وثانيهما المعاني الشخصية للموت. ويقصد بها المعاني المرتبطة بالخبرة الذاتية، وهي مقبولة أو مرفوضة. ومن المعاني المقبولة للموت، التحرر من الألم. فالموت هو العتبة التي تصل بنا إلى عالم أفضل. والموت مثله مثل النوم، وعن طريق الموت يجتمع الشمل مرة ثانية مع الأحباب. والموت ليس فناء تاما، ولكنه إعادة ميلاد. والموت قد يكون تضحية بالنفس ثمنا لمبادئ أو مثل معينة. ومن المعاني المرفوضة للموت: الفراق والفقد والصدمة والعقاب والتحطيم والتشويه والإيذاء. وعندما حلّ والاس H, Wass، 1979 مفهوم الموت لدى الراشدين، وجد أنه يتكوّن من أربعة جوانب هي: 1. توقف الحياة. 2. عدم القدرة على التوحد بالجسم. 3. خروج الروح من الجسم. 4. عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي المتبادل. (إبراهيم، أسماء عبد المنعم، 1998، 105).

كما شغلت الحياة والموت، علماء البيولوجيا. فقد عرّف "بيشات Bichat" الحياة بأنها "مجموعة الوظائف التي تقاوم الموت". ومن تعريفات كلود برنارد Claude Bernard، الشهيرة التي يتواتر ذكرها في بعض البحوث، أن "الحياة هي الموت". ويفسر ذلك بأننا إذا أردنا أن نقول إن جميع الوظائف الحيوية هي بالضرورة نتيجة لعملية الاحتراق العضوي، قلنا إن الحياة هي الموت، هي هدم الأنسجة. وحاول بعض علماء البيولوجيا، على أساس علمي موضوعي، تقدير العمر التقريبي للوفاة، أو بالأفاظ أخرى، العمر المفترض للإنسان. وهناك ثلاث حقائق أساسية في هذا المجال، وهي:

1. شرايين الإنسان تحدد عمره.
  2. كلما زاد محيط البطن بالنسبة إلى محيط الصدر، غالبا ما ينخفض العمر المتوقع، ما لم تؤثر عوامل أخرى (أمراض معينة).
  3. إن الموت ليس إفلاس القلب، بل هو توقف المخ.
- أما من وجهة نظر علم النفس، فقد تم بحث قضية الموت لدى بعض الباحثين وفق المسألة الخلافية، التي طال الجدل حولها عبر ماضي علم النفس، وهي مشكلة العلاقة بين الجسم والعقل، فالموت على المستوى السلوكي، كف تام ودائم للوعي، وتوقف المخ عن أداء دور القائد، بالنسبة للعمليات الحسية والحركية والوظائف العقلية العليا، كما يهتم علم النفس باستجابة الأشخاص الذين فقدوا شخصا عزيزا أو عائلا. وقد تتفاوت هذه الاستجابات من الحزن والحداد، إلى الاكتئاب والانتحار أو محاولته.

ويعرف كاستنباوم Kastenbaum, 1993، علم الموت والاحتضار، بأنه "علم دراسة الحياة التي تغادرها بالموت". (عبد الخالق، أحمد محمد، صالح، غسان، 1999، 178).

الثانية. (عبد الخالق، أحمد محمد، صالح، غسان، 1999، 177).

وفي وقت متأخر (أوائل الستينات) كانت الرغبة والاهتمام بالموت وفروعه مجال بحث يقتصر على علماء اللاهوت والفلاسفة، كما أن الكتاب والشعراء وكتاب الرواية، قد جسدوا أيضا أفكارا عن الموت والاحتضار في أعمالهم، ولم يبدأ علماء النفس وعلماء الاجتماع، على كل حال، إلا مؤخرا في دراسة هذه الحقيقة المحتممة لنهاية الحياة في شكل منتظم. (بيسكوف، ليد فورد ج، 1984، 619).

وفي عام 1967، نشر ليستر Lester عرضا للدراسات التي أجريت في هذا المجال شاملة فترة ربع القرن قبل نشر بحثه، وأورد ست عشرة دراسة، تقريبا، متصلة بقلق الموت أو الخوف من الموت. (عبد الخالق، أحمد محمد، صالح، غسان، 1999، 177 . 178).

وذكر فيفل 1990، Fiefel، وهو رائد في هذا المجال، أن تقبل فكرة الموت الشخصي بوصفها حقيقة أساسية، تساعدنا على الاستمرار في الكفاح والاهتمام بالجوانب البنائية والإيجابية في الحياة. وأن التركيز على الوعي بالموت، يعمق تقديرنا للحياة ويقويه، ويعزز إدراكنا لتفرد الحياة وقيمتها الثمينة. كما أن الاستجابة لكوننا زائلين في زمن ما، سيجعل من السهل علينا أن نحدد قيم الحياة وأولويتها وأهدافها. وأضاف، أنه يتعين علينا أن نتفهم وندرك كيف يمكن أن تخدم الموت الحياة. (عبد الخالق، أحمد محمد، صالح، غسان، 1999، 178).

والموت هو الحادث الأخير الذي ندركه في عالمنا الحسي، في الوقت الذي يكون فيه الاحتضار عملية مستمرة، وقد تكون عملية الموت فورية، كما في حادث سيارة، وقد تكون طويلة، كما في حالة المرض المزمن. والموت كحادثة أو كعملية، يحدث بدهشة في أية مرحلة من مراحل الحياة، لذا فإن هذا الفرع يشمل الموت والاحتضار في أية مرحلة من الكبر،

إن مفهوم الموت مرتبط لدى الكثيرين بانفعالات عنيفة ومشاعر جياشة واتجاهات سلبية، (عبد الخالق، أحمد محمد، 1987، 13 . 16).

وبين كل من كاستنباوم وأيزنبارج R. Kastenbaum & R. Aisenberg, 1972 مؤلفهما عن سيكولوجية الموت، أن هناك عدة مسلمات ينبغي وضعها في الاعتبار عند تناول مفهوم الموت بالبحث. وهذه المسلمات هي:

1. إن مفهوم الموت نسبي دائما.
  2. إن مفهوم الموت يتغير بنمو الشخص. حيث أن تزايد العمر الزمني يؤثر في طريقة التفكير، فلكل مرحلة عمرية نوعية من النمو العقلي مختلفة.
  3. إن مفهوم الموت معقد.
  4. يتأثر مفهوم الموت بالسياق الموقفى أو بعوامل موقفية عديدة.
  5. لا يمكن فصل مفهوم الموت عن السلوك. فسلوك الشخص يتأثر بمفهومه عن الموت، ومفهومه عن الموت يؤثر في سلوكه كذلك. (إبراهيم، أسماء عبد المنعم، 1998، 106).
- ويرتبط مفهوم الموت بالمرض والسن والجنس. كما يرتبط من ناحية أخرى بما يحدث بعده، كيوم القيامة والبعث والحساب والجنة والنار.

### دراسة الموت.

كان الموت، حتى منتصف القرن العشرين، يعد موضوعا بحثيا محرما ومحظورا، مع استثناءات قليلة؛ أهمها كتابات كل من تيودور فخرن 1904، ووليام جيمس 1910، وستانلي هول 1915. وذكر كاستنباوم 1993 Kastenbaum، أن علم دراسة الموت والاحتضار Thanatology، لم يظهر بوصفه مجالا للبحث العلمي، يجذب اهتمام الباحثين، إلا بعد كارثة الحرب العالمية

الموت، فهناك حالات الموت المفاجئ والفوري، سواء نتيجة حوادث خارجية، أو بسبب حوادث داخلية؛ مثل سكتات القلب، أو سكتات المخ أو غيرها، لا تكون مسبقة بعملية احتضار. (توينبي، أرنولد وآخرون، 2011، 50 . 53).

وفيما يأتي تحليل المفاهيم عن الموت والاحتضار.

1. الاحتضار عملية Process والموت حدث Events.

2. عندما نسأل عن الاحتضار كعملية، نقول: كم استغرق احتضاره من الوقت؟ أما الموت كحدث، فنقول: متى حدث؟

3. قد يعي الإنسان أو لا يعي عملية الاحتضار.

4. إذا كان الإنسان على وعي بها، فهذه إذن هي حالة يواجه فيها الإنسان الموت.

5. لا يحتضر كل إنسان، ولكن كل واحد سوف يموت.

6. لا يكون كل إنسان في موقف يضطره إلى مواجهة الموت.

7. لعلنا نتأمل جميعاً في الموت ونكون واقعيين، أو على النقيض، تجاه الاحتمال في اضطراب الإنسان إلى مواجهة الموت حقاً.

8. الموت بشجاعة، هو مواجهة عملية الاحتضار، بطريقة معينة. (توينبي، أرنولد وآخرون، 2011، 59 . 60).

### المعتقدات والاتجاهات نحو الموت.

يمر كل إنسان بأحداث في حياته يراها مهمة وأساسية، أو يراها علامات بارزة في تاريخه الشخصي، مثال ذلك: التخرج من المراحل التعليمية، الالتحاق بالوظيفة، الزواج، الإنجاب، التقاعد، وغيره. وقد يشعر الإنسان، حين مروره بهذه الأحداث، وخبرته بها، بالسعادة والسرور، وتحقيق الذات. وعلى الرغم من أن الموت، هو

وليس للمسنين فقط، فالموت يحدث في كل الأعمار. (بيسكوف، ليد فورد ج، 1984، 619).

وذكر العلماء أسباباً عديدة للموت، تصل إلى حوالي 140 سبباً، تم تصنيفها في أربع فئات، تشير إليها الحروف اللاتينية الأربعة في الكلمة المركبة التالية: NASH، أي: الموت الطبيعي Naturel، والموت بسبب حادث Accidental، والموت بسبب الانتحار Suicide، والموت بسبب القتل Homocide. (البحيري، عبد الرقيب أحمد، 1990، 22).

### الموت والاحتضار.

إذا كان من المعقول اعتبار الموت حدثاً، فإن الاحتضار غير ذلك. يقال مثلاً: إن شخصاً مات ببطء، أو مات في ألم. ولكن إذا مات بسرعة أو ببطء، فإن الاحتضار عملية أكثر من كونه حدثاً. إن معاملة اللغة للاحتضار بصفته عملية، يمكن استنتاجه من أن فعل يموت To die فعل ناشط Active. ويفيد هذا أن مصدر الموت موجود داخل الفرد بصفة ما، بدلاً من الوجود في خارجه. وهنا يكمن الفرق بين الاحتضار وتعرض الفرد للقتل الفوري بصاعقة أو دهسه بسيارة. حيث ينبغي التمييز بين ما يحدث داخل الفرد، وما يأتي إليه من خارجه. والاحتضار عملية تنشأ داخل الفرد. إن قولنا مات فلان، يعني وقوع الموت فعلاً. أما الاحتضار فهو أن الفرد يوجد في حالة أو في وضعية من سيموت. إذن من الناحية الزمنية، يسبق الاحتضار الموت. والاحتضار ليس هو سبب الموت، ولكنه عملية تسبق الموت. هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى، فعندما يقال: إن الشخص يحتضر، فليس معنى هذا أنه سيموت حقاً. لأنه قد تكون هناك تدخلات طبية عاجلة وناجحة فتتقذه من الموت المحقق. والاحتضار كعملية تسبق الموت، قد تطول مدتها وقد تقصر. وعندما يقال: إن شخصاً يحتضر، معنى هذا أن هناك سبباً أدى إلى موته؛ قد يكون مرضاً مزمناً، أو مرضاً طارئاً، أو حادثاً قاتلاً. والاحتضار لا يسبق كل حالات

إن الاعتقاد هو التصديق المطلق بشيء أو قضية أو فكرة. وقد يداخل الاعتقاد بعض الظن. وأعلى مراتب الاعتقاد هو اليقين الذي لا يساوره الشك. ويتضمن الاعتقاد جوانب وجدانية إلى جانب العقل والتفكير. ويدفع الاعتقاد الفرد إلى التسليم بما يعتقد. وهناك معتقدات اجتماعية ومعتقدات سياسية ومعتقدات دينية وغيرها. وكثيرا ما تداخل الخرافات اعتقادات الناس. (طه، فرج عبد القادر. قنديل، شاكر عطية. محمد، حسين عبد القادر. عبد الفتاح، مصطفى كامل 1993، 737).

ويعرّف المعتقد بأنه معلومات تلقاها الفرد عن ظاهرة ما، من خلال الملاحظة المباشرة أو من مصادر خارجية، أو كانت نتيجة لعمليات استدلال. وهي بهذا المعنى تعد أحكاما عقلية يصدرها الفرد على ظواهر إن كانت جيدة أو رديئة، محبوبة أو كرهية. (محمود، عبد المنعم شحاتة، 2003، 46). كما أن المعتقد، عبارة عن تصورات الفرد ومعارفه ومدركاته عن موضوع معين. فهو كما أوضح، كرتش وكرتشفيلد (Kreech & Krutchfield, 1948)، عبارة عن تنظيم يتسم بالثبات للمدركات والمعارف حول جانب معين من عالم الفرد، أو هو نمط المعاني Patern of meaning لمعرفة الفرد حول شيء محدد. (خليفة، عبد اللطيف محمد، 1989، 104).

وفي هذا البحث، فإن معتقد الموت، هو التصورات والمدركات والمعارف لدى المبحوثين، حول الموت، كظاهرة تحدث في بيئتهم، للإنسان والحيوان، ويتوقعون أن تحدث لهم في أي وقت مستقبلا.

وهناك طرق متعددة للنظر للموت؛ بيولوجية (فالأنسجة العضوية تموت طيلة فترة الحياة ثم تتوقف عن النمو كليا)، وسيكولوجية (الأثر الشخصي والأفراد الآخرين الذين يراقبونه)، واجتماعيا (معناه للمجتمع على كل المستويات)، ولاهوتية (المفاهيم الدينية لما بعد الحياة)، وفلسفية (لماذا يموت الإنسان وما معنى الموت)، وتجارية (تكلفة وطقوس الدفن)، وقانونية (شهادة الوفاة والإثبات المطول للممتلكات الموصى بها).

أيضا، من هذه الأحداث الهامة في حياة كل إنسان، إلا أنه لا يكون وراءه أي سرور أو سعادة، لدى معظم الناس. إن الموت حادث من نوع مختلف تماما، إنه حادث عنيف يحطم إيقاع الحياة وينهيها، ولذا فهو آخر الأحداث الهامة في حياة كل فرد. (عبد الخالق، أحمد محمد، 1987، 17).

إن الموت هو الحقيقة الوحيدة والأكيدة في هذا الوجود. وفي الموت جوانب كثيرة مجهولة، وخفية وغامضة، وغير متوقعة. كما أن الموت خبرة جديدة غير مسبوقة. من أجل ذلك يخاف كل إنسان تقريبا من الموت. وعلى الرغم من ذلك، فإن هناك عوامل كثيرة تؤثر في مدى خوفنا من الموت وكرهنا له. (عبد الخالق، أحمد محمد، 1987، 18).

يصمّم الإنسان كل أنواع النظريات والتنظيم الذي يفسر لماذا يجب عليه أن يموت، وأين يمكنه أن يذهب بعد وفاته. وأثناء حياته يبحث كيفية ما ستكون عليه الأشياء على الأرض نتيجة حياته عليها. (بيسكوف، ليد فورد ج، 1984، 620).

وأوضحت بحوث عديدة، أن مفهوم الموت معقد للغاية، ولا يمكن التعبير عنه ببساطة. كما أنه لا يمكن تحديد مكونات المفهوم المثالي للموت، أو محتواه. (عبد الوهاب، طارق محمد، محمد، وفاء مسعود، 2000، 79).

وبالنسبة لمفهوم المعتقد، تباينت آراء الباحثين حوله؛ فمنهم من يعده حكما صادقا وواقعا يعتمد على الملاحظة والمنطق والتقليد والإيمان. ومنهم من يعده المبدأ الذي يتمسك به صاحبه ويؤمن بصوابه دون الاستناد إلى دليل. ومنهم من يراه تركيبا يتضمن علاقات البشر بالقوى المتصورة أو المتخيلة التي تتعدى حدود قوانين الطبيعة. ومنهم من يراه مجموعة أفكار وآراء يحملها الفرد إزاء أشياء أو قضايا وظواهر. (الزبيدي، هيثم أحمد، 2012، 3).

مختلف الثقافات الفرعية، أو الطبقات، يمكن أن تنتج عنها معانٍ متناقضة تعزى إلى الموت. (عبد الخالق، أحمد محمد، صالح، غسان، 1999، 180).

والكثير من الناس العاديين، يرون أن الموت شيء منفر وكريه بوصفه موضوعاً للحديث أو التأمل. وأنه ينبغي علينا أن نتجنب الرموز التي تذكرنا به. ولا يقتصر ذلك على غالبية الناس العاديين، بل يشمل أيضاً، على الكثير من المتخصصين في علم النفس، إذ يرون أن الموت موضوع بحثي مزعج ومضايق، ما لم يكن منفراً وكريهاً أيضاً. (عبد الخالق، أحمد محمد، صالح، غسان، 1999، 178).

وبالنسبة للدراسات السابقة، لم يجد الباحث إلا دراستين تناولتا معتقد الموت. أجرى الأولى الزبيدي، والبرزنجي (2009) في العراق. بعنوان: معتقد الموت بين المنظور النفسي والديني. وكان من أهدافها بناء مقياس لمعتقد الموت. قياس معتقد الموت لدى أفراد البحث. وتكونت العينة من 100 فرد، شملت 50 من الموظفين في مؤسسات حكومية. و25 من طلبة الكليات. و25 من التجار وأصحاب الأعمال الحرة، من مدينة بغداد الفاقدين ذويهم بالموت. وأجرى الثانية الزبيدي (2012) بالعراق كذلك، بعنوان: معتقد الموت لدى المسنين الفاقدين لذويهم بالموت، دراسة نفسية دينية.

### مشكلة البحث وأسئلته وفرضاه.

وتبعاً لما ورد في الفقرة السابقة، كون الموضوع خالٍ من الدراسات السابقة التي تناولت الفروق بين الجنسين والأعمار في معتقد الموت، وبما أن الجنس من المتغيرات الذي تبين أنه يصنع الفرق، والعمر كذلك، له تأثيره ودوره في إحداث الفرق في السلوك البشري، فإن هذا البحث سيتولى التعرف على الفروق بين الجنسين وبين الأعمار في معتقد الموت.

وتأتي أسئلة البحث كما يلي:

فالموت إذن، ليس عملاً بسيطاً بالذهاب من عالم الأحياء، وإنما يشمل سلسلة كاملة من الاهتمامات والنتائج. (بيسكوف، ليد فورد ج، 1984، 620).

إن اتجاهاتنا نحو الموت، بصفة عامة، اتجاهات متناقضة Paradoxical، تسترعي الانتباه، وينبغي التوقف عندها. ومرجع تناقضها أننا نسلم بالموت ولا نكرهه، ولكننا مع ذلك نكرهه ونمقته، نتوقعه، ولكن معظمنا يود من صميم قلبه أن يتأخر مجيئه، نعتزف بحتميته، ولكننا في خضم الحياة الدنيا ومعتزك المطالب ننسأه، نعتقد مخلصين أنه لا مفر منه، ولكننا نعتبره مشكلة آجلة أم عاجلة، نرى أن الموت حق على الجميع، ولكننا نهمل متى مجيء الأجل، فيطرق بابنا الطريقة الأخيرة. (بيسكوف، أحمد محمد، 1987، 18).

إن الاستجابة لموت إنسان آخر، تتفاوت في درجات الحرمان بنفس الطريقة في الاستجابة للاحتضار الملاحظة سابقاً، وهي الرغبة والحب والاعتماد والبعد. وكل واحدة من هذه هي استجابة فردية، مع بعض المعاني للتقاليد الثقافية التي تتراوح بين البكاء الهستيرى والتحكم الروتيني في المشاعر. (بيسكوف، ليد فورد ج، 1984، 622).

والانشغال بالموت، بمكوناته الثلاثة؛ الفلق والاكنتاب والوسواس، يختلف من مجتمع إلى آخر، ومن ثقافة فرعية إلى أخرى. وكما ذكر بنجتسون وآخرون Bengetson, 1977، أن الاتجاه نحو الموت، يعد نتاجاً للخبرة الجمعية، فهناك على المستوى الأول، التأثيرات الشاملة للثقافة، ووجهات النظر تجاه الموت التي تقدم عن طريق وسائل الإعلام والمؤسسات الأخرى؛ مثال نظام الرعاية الطبية. وهناك على مستوى آخر، عوامل متصلة بموقع الفرد ومكانته داخل البناء الاجتماعي. فالوفاة تحدث في أعمار أصغر في المستويات الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة وبين الأقليات العرقية. ولذلك يدرك الموت بطرق مختلفة بوساطة مختلف أفراد الطبقات الاجتماعية. وإن أنساق الاعتقاد والوجهات القيمية التي تظهر في

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	الجنس	الفئة العمرية
1.44	18.32	84	ذكور	الفئة العمرية ن = 179
1.36	18.54	95	إناث	16 . 20 سنة
2.82	23.79	176	ذكور	الفئة العمرية ن = 403
2.05	22.81	227	إناث	21 . 30 سنة
2.86	36.34	50	ذكور	الفئة العمرية ن = 120
3.09	34.87	70	إناث	31 . 40 سنة
7.40	50.70	59	ذكور	الفئة العمرية ن = 100
5.08	47.30	41	إناث	41 سنة فأكبر

**أداة البحث.** استعمل الباحث أداة قياس من تصميمه. اعتمد في تصميمها على استبانة لقياس معتقد الموت، من إعداد: هيثم أحمد الزبيدي (2012). حيث أخذ منها 10 بنود. كما اعتمد على مفهوم الموت في الدين الإسلامي، وعلى المراجع ذات الأرقام التالية: 2، 6، 8، 12. وتكونت الاستبانة من 23 بنود، كتبت بأسلوب التقدير الذاتي. يجاب عنها ضمن أربعة بدائل هي: لا أعتقد ذلك. اعتقد قليلا. أعتقد كثيرا. أعتقد كثيرا جدا. وتعال عند التصحيح من: صفر إلى ثلاث درجات.

### الخصائص السيكومترية للاستبانة.

الفئة العمرية: 16 - 20 سنة.

#### ➤ المدقق

#### 1) مدقق البنود.

عينة الذكور (ن = 84).

1. ما هي الخصائص السيكومترية لمقياس معتقد الموت؟

2. هل توجد فروق بين الجنسين في معتقد الموت؟

3. هل توجد فروق بين الفئات العمرية الأربعة من الجنسين في معتقد الموت؟

### فرضا البحث.

1. توجد فروق بين الذكور والإناث في معتقدهم نحو الموت.

2. توجد فروق بين الفئات العمرية في معتقد الموت.

### الإجراءات الميدانية للبحث

**المنهج.** اتبع الباحث المنهج العلي/المقارن. حيث قارن بين الذكور والإناث وبين المراحل العمرية في معتقد الموت.

**العينة.** تكونت العينة الكلية من 802 فردا، توزعوا على عينات فرعية؛ من الجنسين، ومن أربع فئات عمرية. بالنسبة للذكور بلغ عددهم 369 فردا، امتدت أعمارهم من 16 إلى 65 سنة. وبالنسبة للإناث بلغ عددهن 433 فردا، امتدت أعمارهن من 16 . 63 سنة. وتم سحبها من مناطق مختلفة؛ باتنة وخنشلة وسطيف ووهران ووادي سوف. وشملت تلاميذ التعليم الثانوي وطلاب الجامعات والموظفين والبطالين والتجار والأساتذة والعمال والأطباء والممرضين وربات البيوت وسائقي السيارات والشرطة والفلاحين.

ويبين الجدول رقم (1) أحجام العينات الفرعية وتوزيعها على العمر والجنس، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأعمار.

## ➤ الثبات.

عينة الذكور (ن = 84).

1. التجزئة النصفية. بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة 0.572. وبعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان. براون بلغ 0.728
2. معامل ألفا لكرونباخ. بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة 0.616

عينة الإناث (ن = 95).

1. التجزئة النصفية. بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة 0.408. وبعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان. براون بلغ 0.580
2. معامل ألفا لكرونباخ. بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة 0.572

## الفئة العمرية: 21 - 30 سنة.

## ➤ المدقق

## (1) مدقق البنود.

عينة الذكور (ن = 80).

تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجات على البنود والدرجة الكلية للاستبانة. وتراوحت معاملات الارتباط بين: 0.246 . 0.501 وكلها دالة إحصائياً.

عينة الإناث (ن = 88).

تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجات على البنود والدرجة الكلية للاستبانة. وتراوحت معاملات الارتباط بين: 0.239 . 0.616، وكلها دالة إحصائياً.

## (2) المدقق التمييزي.

عينة الذكور (ن = 80).

تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجات على البنود والدرجة الكلية للاستبانة. وتراوحت معاملات الارتباط بين: 0.215 . 0.564. وكلها دالة إحصائياً.

عينة الإناث (ن = 95).

تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجات على البنود والدرجة الكلية للاستبانة. وتراوحت معاملات الارتباط بين: 0.203 . 0.523. وكلها دالة إحصائياً.

## (2) المدقق التمييزي.

عينة الذكور (ن = 84).

يبين الجدول رقم (2) قيمة "ت" لدلالة الفرق بين متوسطي العينتين العليا والدنيا لحساب الصدق التمييزي بالمقارنة الطرفية.

المتغير	العينة العليا ن = 23		العينة الدنيا ن = 23		قيمة "ت"
	ع	م	ع	م	
معتقد الموت	64	5.65	42.09	3.53	15.43**

\*\* دالة إحصائياً عن مستوى 0.01.

عينة الإناث (ن = 95).

يبين الجدول رقم (3) قيمة "ت" لدلالة الفرق بين متوسطي العينتين العليا والدنيا لحساب الصدق التمييزي بالمقارنة الطرفية.

المتغير	العينة العليا ن = 26		العينة الدنيا ن = 26		قيمة "ت"
	ع	م	ع	م	
معتقد الموت	58.35	4.45	38.65	5.09	14.59**

\*\* دالة إحصائياً عن مستوى 0.01.

1. التجزئة النصفية. بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة 0.595. وبعد تصحيح الطول بمعادلة سيرمان . براون بلغ 0.746

2. معامل ألفا لكرونباخ. بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة 0.741.

الفئة العمرية: 31 - 40 سنة.

➤ المدقق

1) مدقق البنود.

عينة الذكور (ن = 50).

تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجات على البنود والدرجة الكلية للاستبانة. وتراوحت معاملات الارتباط بين: 0.297 - 0.514، وكلها دالة إحصائياً.

عينة الإناث (ن = 70).

تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجات على البنود والدرجة الكلية للاستبانة. وتراوحت معاملات الارتباط بين: 0.236 - 0.541، وكلها دالة إحصائياً.

2) المدقق التمييزي.

عينة الذكور (ن = 50).

يبين الجدول رقم (6) قيمة "ت" لدلالة الفرق بين متوسطي العينتين العليا والدنيا لحساب الصدق التمييزي بالمقارنة الطرفية.

قيمة "ت"	العينة العليا ن =		العينة الدنيا ن =		العينة المتغير
	ع	م	ع	م	
** 11.25	4.37	44.65	4.04	61.41	معتقد الموت

\*\* دالة إحصائياً عن مستوى 0.01.

يبين الجدول رقم (4) قيمة "ت" لدلالة الفرق بين متوسطي العينتين العليا والدنيا لحساب الصدق التمييزي بالمقارنة الطرفية.

قيمة "ت"	العينة العليا ن =		العينة الدنيا ن =		العينة المتغير
	ع	م	ع	م	
** 13.99	5.84	41.65	4.42	63.48	معتقد الموت

\*\* دالة إحصائياً عن مستوى 0.01.

عينة الإناث (ن = 88).

يبين الجدول رقم (5) قيمة "ت" لدلالة الفرق بين متوسطي العينتين العليا والدنيا لحساب الصدق التمييزي بالمقارنة الطرفية.

قيمة "ت"	العينة العليا ن =		العينة الدنيا ن =		العينة المتغير
	ع	م	ع	م	
** 18.62	4.02	36.83	5.64	63.83	معتقد الموت

\*\* دالة إحصائياً عن مستوى 0.01.

➤ الثبات.

عينة الذكور (ن = 80).

1. التجزئة النصفية. بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة 0.474. وبعد تصحيح الطول بمعادلة سيرمان . براون بلغ 0.643

2. معامل ألفا لكرونباخ. بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة 0.641.

عينة الإناث (ن = 88).

تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجات على البنود والدرجة الكلية للاستبانة. وتراوحت معاملات الارتباط بين: 0.306 . 0.547، وكلها دالة إحصائياً.

### عينة الإناث (ن = 41).

تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجات على البنود والدرجة الكلية للاستبانة. وتراوحت معاملات الارتباط بين: 0.336 . 0.597، وكلها دالة إحصائياً

### (2) المدقق التمييزي.

### عينة الذكور (ن = 59).

يبين الجدول رقم (8) قيمة "ت" لدلالة الفرق بين متوسطي العينتين العليا والدنيا لحساب الصدق التمييزي بالمقارنة الطرفية.

قيمة "ت"	العينة العليا ن =		العينة الدنيا ن =		العينة المتغير
	ع	م	ع	م	
**12.30	5.27	40.00	5.11	63.38	معتقد الموت

\*\* دالة إحصائياً عن مستوى 0.01.

### عينة الإناث (ن = 41).

يبين الجدول رقم (9) قيمة "ت" لدلالة الفرق بين متوسطي العينتين العليا والدنيا لحساب الصدق التمييزي بالمقارنة الطرفية.

قيمة "ت"	العينة العليا ن =		العينة الدنيا ن =		العينة المتغير
	ع	م	ع	م	
**10.18	2.79	41.57	5.26	58.36	معتقد الموت

\*\* دالة إحصائياً عن مستوى 0.01.

### عينة الإناث (ن = 70).

يبين الجدول رقم (7) قيمة "ت" لدلالة الفرق بين متوسطي العينتين العليا والدنيا لحساب الصدق التمييزي بالمقارنة الطرفية.

قيمة "ت"	العينة العليا ن =		العينة الدنيا ن =		العينة المتغير
	ع	م	ع	م	
**13.14	4.81	37.58	5.07	59.26	معتقد الموت

\*\* دالة إحصائياً عن مستوى 0.01.

### ➤ الثبات.

### عينة الذكور (ن = 50).

1. التجزئة النصفية. بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة 0.556. وبعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان . براون بلغ 0.714

2. معامل ألفا لكرونباخ. بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة 0.611.

### عينة الإناث (ن = 70).

1. التجزئة النصفية. بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة 0.569. وبعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان . براون بلغ 0.725

2. معامل ألفا لكرونباخ. بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة 0.723.

### الفئة العمرية: 41 سنة فأكثر.

### ➤ المدقق

### (1) مدقق البنود.

### عينة الذكور (ن = 59).

## 2. الفئة العمرية (21 - 30 سنة).

يبين الجدول رقم (11) قيمة "ت" لدلالة الفرق بين متوسطي العينتين في معتقد الموت.

العينات	عينات الذكور ن = 173		عينات الإناث ن = 224		قيمة "ت"
	ع	م	ع	م	
الإحصاءات	8.02	51.49	9.60	49.25	**2.64

\*\* دالة إحصائية عن مستوى 0.01.

## 3. الفئة العمرية (31 - 40 سنة).

يبين الجدول رقم (12) قيمة "ت" لدلالة الفرق بين متوسطي العينتين في معتقد الموت.

العينات	عينات الذكور ن = 50		عينات الإناث ن = 70		قيمة "ت"
	ع	م	ع	م	
الإحصاءات	7.86	52.74	9.32	49.07	0.93

## 4. الفئة العمرية (41 سنة فأكثر).

يبين الجدول رقم (13) قيمة "ت" لدلالة الفرق بين متوسطي العينتين في معتقد الموت.

العينات	عينات الذكور ن = 59		عينات الإناث ن = 41		قيمة "ت"
	ع	م	ع	م	
الإحصاءات	9.74	50.61	7.93	49.34	0.69

## الفرض الثاني: توجد فروق بين

الفئات العمرية ففي معتقد الموت.

## 1. الفئات العمرية الأربعة لعينات الذكور.

يبين الجدول رقم (14) قيمة "ف" لدلالة الفرق بين متوسطات الفئات العمرية الأربعة في معتقد الموت.

## ➤ الثبات.

## عينة الذكور (ن = 59).

1. التجزئة النصفية. بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة 0.586. وبعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان - براون بلغ 0.739.

2. معامل ألفا لكرونباخ. بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة 0.675.

## عينة الإناث (ن = 41).

1. التجزئة النصفية. بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة 0.505. وبعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان - براون بلغ 0.672.

2. معامل ألفا لكرونباخ. بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة 0.600.

الأساليب الإحصائية. استعمل المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، واختبار "ت" وتحليل التباين الأحادي.

## عرض النتائج ومناقشتها

الفرض الأول: توجد فروق بين الذكور والإناث ففي معتقد الموت.

## 1. الفئة العمرية (16 - 20 سنة).

يبين الجدول رقم (10) قيمة "ت" لدلالة الفرق بين متوسطي العينتين في معتقد الموت.

العينات	عينات الذكور ن = 84		عينات الإناث ن = 95		قيمة "ت"
	ع	م	ع	م	
الإحصاءات	9.14	52.87	8.30	48.38	**3.62

\*\* دالة إحصائية عن مستوى 0.01.

مرحلة الإقبال على الحياة والتشبث بها، ورغباتهن القوية في التمتع بمباهجها وملذاتها. وتحقيق أهدافهن وطموحاتهن فيها. خاصة وأن معظم أفراد العينة كنّ ممن في مراحل التعليم، سواء الثانوي أو الجامعي. ويتوقعن من التعليم، أن يوفر لهن في المستقبل، ما يحلمن به في مجتمعهن، مثل الوظائف ذات الدخل الذي سوف يحققن به حاجاتهن، مما سيوفر لهن الشعور بتحقيق الذات والإشباع والرضا والارتياح. أما الموت فهو الحدث الذي ينهي الحياة، وكل ما يتوفر فيها من إشباع، دون رجعة.

والأنتى عادة، أكثر حبا للحياة، وأكثر إقبالا عليها وتشبثا بها. وبالتالي، فهي أكثر كرها للموت وأكثر خوفا منه. وأكثر بغضا وتبرما من كل ما يعكر عليها صفو حياتها. فهي الباكية دائما والحزينة دائما، والتعيسة دائما، إذا وقع في مسار حياتها ما يعارض رغباتها، ويعوق سعيها في طريق إشباع حاجاتها وإرضائها بصورة كاملة وتامة.

وبالنسبة للفروق بين الفئات العمرية، داخل كل جنس، فالفروق جاءت كلها غير دالة إحصائيا. مما يعني رفض فرض البحث القائل بوجود فروق بين الفئات العمرية في معتقد الموت، وقبول الفرض الصفري، الذي يقول بعدم وجود هذه الفروق. مما يشير إلى أن العمر الزمني، لا يحدث الفرق في معتقدات الفئات العمرية المختلفة إزاء الموت، من حيث التقبل أو عدم التقبل له. سواء لدى الذكور أم لدى الإناث.

وأرى أن هذه النتيجة، تتفق مع كون كل أفراد عينات البحث من مجتمع مسلم، ويعتبر الدين الإسلامي أحد المكونات الأساسية لثقافته. وهو أهم عامل عقلي ووجداني، يحكم به أفرادها على كثير من قضايا الحياة في جانبها السعيد وفي جانبها التعيس. إن المجتمع صاحب الديانة الواحدة، من المتوقع أن تكون لأفراده نفس النظرة إلى الأحداث الكبرى التي يتأثر جانب كبير منها بالدين، مثل الموت. خاصة وأن أداة جمع المعلومات عن معتقد الموت المستعملة، في هذا البحث، تناولت معتقد الموت، في

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات (التباين)	قيمة "ف"
بين المجموعات	106.17	3	35.39	
داخل المجموعات	27407.29	365	74.27	0.48
التباين الكلي	27513.46	368		

## 2. الفئات العمرية الأربعة لعينات الإناث.

يبين الجدول رقم (15) قيمة "ف" لدلالة الفرق

بين متوسطات الفئات العمرية الأربعة في معتقد الموت.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات (التباين)	قيمة "ف"
بين المجموعات	56.88	3	18.96	
داخل المجموعات	35945.33	429	83.79	0.23
التباين الكلي	36002.21	432	83.34	

## مناقشة النتائج

بالنسبة للفروق بين الجنسين. تبين وجود فرقين دالين

إحصائيا عند مستوى 0.01 عند الفئتين العمريتين: 16 . 20 سنة، 21 . 30 سنة، لصالح الإناث.

مما يعني أن الإناث في هاتين الفئتين العمريتين، أكثر من الذكور في عدم تقبلهن للموت، ونظرتهن إليه على أنه حدث غير مقبول، وفيه شر، وبغيض ومخيف. أما الفروق الأخرى كلها فليست دالة إحصائيا. وهنا تحقق فرض البحث جزئيا.

إن عدم تقبل الإناث، وهن في عمر الشباب المبكر، للموت، وعدم رضاهن به، كحدث يناقض الحياة، يعود بالدرجة الأولى إلى عمرهن الصغير، الذي يجعلهن في

- المصرية للدراسات النفسية، المجلد الثامن، العدد 19. القاهرة، الجمعية المصرية للدراسات النفسية.
3. البحيري، عبد الرقيب أحمد (1990). محاولة التنبؤ بمخاطر الانتحار من خلال اختبار التات والرورشاخ ومينسوتا. بحوث المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر، الجزء الأول، الجمعية المصرية للدراسات النفسية.
4. الزبيدي، هيثم أحمد (2012). معتقد الموت لدى المسنين الفاقدين ذويهم بالموت: دراسة نفس دينية. مجلة جامعة كركوك للدراسات الإنسانية، المجلد السابع العدد الثالث.
5. الزبيدي، هيثم أحمد علي والبرزنجي، دنيا طيب (2009). معتقد الموت بين المنظور النفسي والديني: دراسة ميدانية. مجلة جامعة ديالى للعلوم التربوية والنفسية، العدد الخامس والثلاثون.
6. إمام، إمام عبد الفتاح (1984). مراجع كتاب (جاك شورون). الموت في الفكر الغربي، ترجمة: كامل يوسف حسين. مراجعة: إمام عبد الفتاح إمام، عالم المعرفة، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
7. بيسكوف، ليد فوردج، (1984). علم نفس الكبار، ترجمة: عايف حبيب، دحام الكيال، مراجعة: عبد الرحمن القيسي، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم - الجهاز العربي لمحو الأمية وتعليم الكبار.
8. توينبي، أرنولد وآخرون (2011). الإنسان وموم الموت. ترجمة وتقديم: عزت شعلان. الطبعة الأولى. القاهرة، المركز القومي للترجمة.
9. خليفة، عبد اللطيف محمد (1989). المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بمركز التحكم. علم النفس، العدد الثاني عشر. القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

جانب منها، من وجهة نظر دينية، في مجتمع مسلم. وليس من وجهة نظر طبية أو جنازية أو إرثية. لأن الموت، كحدث، يتعلق بالدين وبالطب وبإجراءات الدفن وبما يترتب عليه من وصايا وميراث.

وإذا كان هناك تفسير آخر للنتيجة غير الفارقية بين الأعمار في معتقد الموت. فهو أن الموت حدث ظاهر، بل أشد ظهوراً، مثله في هذا مثل الحياة. فالحياة والموت هما حقيقتا الوجود البشري. وعينات البحث، يبدأ سنها من عمر 16 سنة إلى أكثر من 60 سنة. أي كلها من الراشدين. وبما أنهم كذلك، فكلهم يدركون مفهوم الموت ومعناه. على أنه فاجعة وخسارة وفقدان ويتم وترمل وحرمان وحزن وبكاء، ولا مفر منه. وأنه انتقال لحياة أخرى أبدية. وبالتالي، ليس من المتوقع أن توجد فروق بين الفئات العمرية في إدراكهم للموت، رغم ما بينهم من فروق كبيرة في العمر الزمني.

فالمعتقد حول الشيء، هو المعلومات والمعارف التي تم اكتسابها حول ذلك الشيء. وأفراد عينات البحث، بما أنهم راشدون، ومتعلمون، يكون إدراكهم لمفهوم الموت ومعناه، بنفس الدرجة من التصور والفهم. مما يلغي الفروق بينهم.

وأخيراً. وكما هو ملاحظ. لقد تم تفسير نتائج البحث وفق أربعة جوانب تتعلق: بالموت، وبخصائص العينات، وبتقافة المجتمع، والجنس. وهي: (1) طبيعة مفهوم الموت وحقيقته. (2) العمر الزمني لأفراد العينات (عينة الراشدين). (3) ثقافة المجتمع التي تعتبر تعاليم الدين الإسلامي أهم مكوناتها. (4) دور الجنس، جزئياً.

## المراجع

1. القرآن العظيم.
2. إبراهيم، أسماء عبد المنعم (1998). مفهوم الموت لدى الأطفال وعلاقته ببعض المتغيرات - دراسة ميدانية. المجلة

10. خليفة، عبد اللطيف محمد ومحمود، عبد المنعم شحاتة (د، ت). سيكولوجية الاتجارات - المفهوم، القياس، التغيير. القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
11. طه، فرج عبد القادر. قنديل، شاكر عطية. محمد، عبد القادر حسين. عبد الفتاح، مصطفى كامل (1993). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. الكويت، دار سعاد الصباح.
12. عبد الخالق، أحمد محمد (1987). قلق الموت. عالم المعرفة، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
13. عبد الخالق، أحمد محمد وصالح، غسان (1999). الانشغال بالموت - دراسة مقارنة على عينات سورية. دراسات نفسية، المجلد التاسع العدد الثاني، القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم).
14. عبد الحميد، محمد نبيل (1995). قلق الموت وعلاقته بكل من دافعية الإنجاز والجنس ونوعية التعليم لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة علم النفس، العدد 35، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
15. عبد الوهاب، طارق محمد ومحمد، وفاء مسعود (2000). قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية في أنماط شخصية المدمن. مجلة علم النفس العدد 54، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
16. محمود، عبد المنعم شحاتة (2003). الاتجارات النفسية الاجتماعية. في: عبد الحليم محمود السيد، طريف شوقي فرج، عبد المنعم شحاتة محمود (محررون)، علم النفس الاجتماعي المعاصر. القاهرة، إتراك للنشر والتوزيع.

# مركز البصيرة للبحوث والدراسات والدراسات العلمية

حي ماكودي 02 رقم 13 واد السمار - الجزائر  
ها: 023.75.75.81 النقال: 05.60.18.59.00

البريد الإلكتروني: bacera.studies@gmail.com / الموقع الإلكتروني: www.albasseera.net

دفعاً لعملية البحث على مستوى المركز والتواصل العلمي مع مختلف المؤسسات البحثية والباحثين، يفتح المركز فضاءه العلمي، أمام كل القدرات العلمية الجادة من خلال الاشتراك أو الكتابة في دورياته المتخصصة: دراسات اقتصادية، دراسات استراتيجية، دراسات إسلامية ودراسات أدبية، ودراسات قانونية ودراسات اجتماعية ودراسات نفسية أو من خلال التواصل العلمي مع المركز.

■ تصدر الدوريات سداسياً، أي عددان في السنة لكل دورية.

■ الاشتراك السنوي في الدورية الواحدة للأفراد: 1200 دج لكل دورية، وخارج الوطن: 15 دولار. للمؤسسات في الجزائر: 1500 دج وخارج الوطن: 20 دولار.

## قسمة الاشتراك السنوي

دورية دراسات إسلامية ودراسات استراتيجية ودراسات اقتصادية ودراسات قانونية ودراسات أدبية ودراسات اجتماعية ونفسية، تاريخية، الطفولة والأرطفونية.  
تصدر مرتين في السنة

الاسم واللقب أو المؤسسة.....الهاتف.....  
العنوان.....

- |                          |                             |                          |                               |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1- دراسات أدبية من العدد    | <input type="checkbox"/> | 2- دراسات إستراتيجية من العدد |
| <input type="checkbox"/> | 3- دراسات إسلامية من العدد  | <input type="checkbox"/> | 4- دراسات قانونية من العدد    |
| <input type="checkbox"/> | 5- دراسات اقتصادية من العدد | <input type="checkbox"/> | 6- دراسات اجتماعية من العدد   |
| <input type="checkbox"/> | 7- دراسات نفسية من العدد    | <input type="checkbox"/> | 8- دراسات تاريخية من العدد    |
| <input type="checkbox"/> | 9- دراسات الطفولة من العدد  | <input type="checkbox"/> | 10- دراسات أرطفونية من العدد  |

يُرسل الاشتراك إلى رقم الحساب الجاري: مؤسسة دار الخلدونية Ccp: 7625589 clé 81

ملاحظة: ترسل قسيمة الاشتراك وصورة الحوالة البريدية يمكن تسديد المباشر والاستلام المباشر على مستوى المركز.

تكاليف البريد مقدرة ضمن سعر المجلة





