دراسات نفسية

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

العدد السابع (07) ديسمبر 2012

العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الكرب التالي للرض

كلتوم بلميهوب
زناد دليلة

سيكولوجية مرضى العجز الكلوي المزمن الخاضعين لعلاج تصفية الدم مع عرض حالة نموذجية

زناد دليلة

أثر برنامج إرشاد جمعي سلوكي معرفي في خفض قلق التحدث أمام الآخرين لدى عينة من طلاب المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين

صالح اليامي مدرسة
محمد مقداد قسم

مدى فعالية برنامج التدريب التوكيدي في تنمية مستوى توكيد الذات لدى عيّنة من الطّلبة الجامعيين

لونيس سعيدة

النموذج الإرشادي لقلق الامتحان في الوسط التربوي

روبي محمد

أثر برنامج تدريبي في تنمية الذات للشابات العُمانيات

علي مهدي كاظم
فوزية عبد الباقي الجمالي
سيرين بنت علي القاضي

ممارسة الفن التشكيلي في خفض بعض اضطرابات السلوك لدى ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتدريب

كمال عبد الرحمن محمد فرج

الرقم الدولي ISSN 2353 - 0324

بسم الله الرحمن الرحيم

دراسات نفسية

دورية فصلية محكّمة

تصدر عن :

مركز البصيرة

للبحوث والاستشارات
والخدمات التعلمية

- العدد السابع-

07

رئيس التحرير:

د.كلتوم بلميهوب

المراسلات باسم مدير مركز البصيرة
46 تعاونية الرشد القبة القديمة –
الجزائر
ها: 0021321289778
فا: 0021321283648
نقال: 05550.54.83.05

البريد الالكتروني:

Markaz_bassira@yahoo.fr

الموقع الالكتروني:

www. basseeracenter.com

حقوق الطبع محفوظة

التوزيع

دار الخلدونية للنشر والتوزيع
05، شارع محمد مسعودي القبة الجزائر.
ها/فا : 021.68.86.48
ها : 021.68.86.49

دعوة للمشاركة بمقالات نفسية

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

5-أن يكون البحث مرفقا بالمراجع مدونة في نهاية البحث حسب أسلوب APA.

6- تخضع الأبحاث المقدمة للتقييم من قبل الهيئة العلمية للدورية ويبلغ أصحابها بالقرار النهائي المتعلق بالقبول أو التعديل.

يرسل المقال على العنوان البريدي التالي:

belmihoubkeltoum@yahoo.fr

ا.د. كلتوم بلميهوب

الهيئة العلمية

من الجـــــــزائر:

ا.د.عبد القادر الأمير خياطي .... جامعة الجزائر
د. زناد دليلة .... جامعة الجـــزائر
د. لحرش محمد..... ..... جامعة الجـزائر
ا. د. معمرية بشير..... جامعة باتنـــة
ا. د. ماحي إبراهيم..... ..... جامعة وهـران
د. بوفولة بوخميس..... جامعة عنابة
د. فقيه العيد ..... جامعة تلمسان

من الوطن العربي:

ا. د. جمال تركي..... تونـــــــس
أ. د. كشرود عمار..... ليبيـــــــا
أ. د. أحرشاو الغالي..... المغـــــرب
أ. د. عمر هارون الخليفة..... الســـــودان
أ. د. أحمد جمال أبو العزائم..... مصـــــــر
أ. د. فاضل شاكر الساعدي..... العـــــراق
ا. د. سامر رضوان .... ســـــوريا
ا. د. عشوي مصطفى ..... السعـــــودية
أ. د. عثمان يخلف..... قطـــــــر
أ. د. محمد مقداد..... البحـــــرين

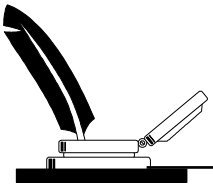
عنوان المراسلات:
الموقع الإلكتروني: http/ www. basseeracenter.com
البريد الإلكتروني: WWW.markazbassira@yahoo.fr

أمة تتعلم، أمة تتقدم

دورية دراسات نفسية ـ العدد (7) ـ ديسمبر 2012

محتـويات

الافتتاحية	**أ.د كلثوم بلميهوب**	7
العـلاج المعـرفي السـلوكي لاضـطراب الضـغط التـالي للصدمة	**أ.د كلثوم بلميهوب** **د.زناد دليلة**	9
سيكولوجية مرضى العجز الكلوي المزمن الخاضعين لعلاج تصفية الدم مع عرض حالة نموذجية	**د.زناد دليلة**	21
أثر برنامج إرشاد جمعي سلوكي معرفي في خفض قلق التحدث أمام الآخرين لدى عينة من طلاب المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين	**أ.صالح اليامي** **د. محمد مقداد قسم**	45
مـدى فعاليـة برنـامج التـدريب التوكيـدي في تنميـة مستوى توكيد الذات لدى عيّنة من الطّلبة الجامعيين	**لونيس سعيدة**	73
النموذج الإرشادي لقلق الامتحان في الوسط التربوي	**روبي محمد**	93
أثر برنامج تدريبي في تنمية الذات للشابات العُمانيات	**د. علي مهدي كاظم** **د. فوزية عبد الباقي الجمالي** **أ. سيرين بنت علي القاضي**	109
ممارسة الفن التشكيلي في خفض بعض اضطرابات السلوك لدى ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتدريب.	**د.كمال عبد الرحمن محمد فرج**	141



كلمة التحرير

بسم الله الرحمن الرحيم

بسم اللّٰه الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على اشرف المرسلين محمد وعلى اله وصحبه إلى يوم الدين.

يسعدني في هذا العدد السابع من دورية دراسات نفسية أن أقدم عددا من البحوث النفسية القيمة التي تبين أهمية علم النفس في حل المشكلات النفسية للأفراد والجماعات الأسوياء منهم والمضطربين بطريقة منهجية مبنية على أسس علمية لا مجال فيها للصدفة أو الحظ او الشعوذة وتبرهن على القيمة العلمية والعملية لهذا العلم وانه لا يكتفي بوصف الظواهر وتفسيرها بل يتعدى ذلك إلى **التدخل الفعال**

من خلال التكفل بالحالات التي تطلب المساعدة النفسية بسبب ما تعانيه من اضطراب نفسي يحول حياتها الى جحيم لا يطاق كما جاء في مقال الاستاذة الدكتورة بلميهوب كلثوم والدكتورة زناد دليلة حول **العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الكرب التالي للرض** او امراض عضوية تسبب لهم ألاما نفسية اضافة الى الامهم الجسدية كما جاء في دراسة الدكتورة زناد دليلة حول "**سيكولوجية مرضى العجز الكلوي المزمن الخاضعين لعلاج تصفية الدم مع عرض حالة نموذجية**.

او من خلال وضع برامج إرشادية لعلاج بعض المشكلات النفسية والسلوكية عند بعض الفئات مثل الطلبة في مختلف المراحل التعليمية للحد من المعاناة النفسية او على الاقل التقليل من اثارها على توافقهم النفسي والاجتماعي والدراسي كما جاء في دراسة أ. صالح اليامي

ود. محمد مقداد حول **أثر برنامج إرشاد جمعي سلوكي معرفي في خفض قلق التحدث أمام الآخرين لدى عينة من طلاب المرحلة الإعدادية** بمملكة البحرين. ودراسة د. لونيس سعيدة جامعة الجزائر2 حول **مدى فعالية برنامج التدريب التوكيدي في تنمية مستوى توكيد الذات لدى عيّنة من الطّلبة** وكذلك مقال الاستاذ روبي محمد من المدرسة العليا بالقبة بالجزائر حول **النموذج الارشادي لقلق الامتحان في الوسط التربوي** والذي يتعرض فيه إلى أهم النظريات الإرشادية والفنيات العلاجية المختلفة وكيفية الدمج بينها عند وضع برنامج ارشادي لعلاج مشكلة قلق الامتحان عند التلاميذ.

أو من خلال تنمية بعض المهارات عند فئات من العمال كما جاء في دراسة د. علي مهدي كاظم وزملاؤه من جامعة السلطان قابوس بسلطنة عمان حول **أثر برنامج تدريبي في تنمية الذات للشابات العُمانيات.**

او في مجال فئة ذوي الاحتياجات الخاصة كما جاء في دراسة د.كمال عبد الرحمن محمد فرج من جامعة تبوك بالسعودية **حول فاعلية ممارسة الفن التشكيلي في خفض بعض اضطرابات السلوك لدى ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتدريب.**

تشير هذه الدراسات الى اهمية الفهم النظري للظواهر النفسية حتى يمكن تحويل هذه المعرفة الى برامج ارشادية وعلاجية تخدم الناس على اختلاف مشكلاتهم وتحقق لهم الصحة النفسية والعقلية لينعموا بالحياة فعلى هذه الأرض ما يستحق الحياة كما جاء في قصيدة الشاعر الكبير محمود درويش.

رئيس التحرير

د. كلتوم بلميهوب

العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الضغط التالي للصدمة[1]

أ.د كلثوم بلميهوب[2]
د.زناد دليلة[3]
جامعة الجزائر2

الملخص:

نتناول في هذا المقال التعريف باضطراب الضغط التالي للصدمة من الناحية النظرية وتقديم دراسة حالة لطالبة في العشرين من عمرها تعرضت مرتين لحادث صدمي، تمثل الحادث الأول في تفجير إرهابي لقصر الحكومة بتاريخ 11 افريل 2007

حينها كانت على متن حافلة الطلبة بقرب من المكان وقد أصيبت بجروح على مستوى رجليها وبقيت تحت آثار الصدمة عدة أشهر، بالنسبة للحادث الثاني فقد تمثل في الانفجار الذي حدث بمبنى دار القضاء بتاريخ 11 ديسمبر 2007 وقد كانت حينها قريبة من المكان منذ ذلك الحين وهي تعاني من أعراض الكرب التالي للرض PTSDمما دفعها الى المجيئ الى مركز المساعدة النفسية بجامعة الجزائر2,اين قمنا بالتكفل بها باستخدام فنيات سلوكية ومعرفية وبعد أربعة أشهر تحصلنا على نتائج مشجعة.

ABSTRACT

It concerns a student of 20 years old who has been a victim of terrorism bomb attack twice. The first time on 11april 2007, she was on the bus when the bomb blew up at the government building .she was injured in her feet and was traumatized for months ;the second time; she was near the area when the bomb blew up at the justice building on 11 December 2007,since then she suffered of PTSD.for that she seeked our help. As psychologists at the psychology help center of the university we received her and applied some techniques of the cognitive behavior therapy .after four months the results were very encouraging.

[1] تم عرضه كورقة في المؤتمر الدولي الحادي عشر لاتحاد الاطباء النفسانيين العرب حول الصدمة النفسية بدمشق سنة 2008

[2] التكفل بالحالة

[3] التعريف النظري للاضطراب

تمهيد:

إن اضطراب الضغوط التالية للصدمة هو أحد الفئات التشخيصية الفرعية المكونة لاضطرابات القلق، وهو يتكون كاستجابة لحدث صدمي يسبق الضيق والمشقة بدرجة تعد خارج نطاق خبرة الفرد العادية، وتتضمن هذه الأحداث غالبا تهديدا لحياة الفرد نفسه أو لأحد أفراد أسرته ومن أمثلة هذه الحوادث الصدمية:

- التعرض للقصف.
- حوادث السيارات والطائرات.
- الاغتصاب.
- الاعتداء والعنف.
- الكوارث الطبيعية.

ولهذا للاضطراب علامات وأعراض معينة، هناك الأعراض الأولية والأعراض الثانوية، فأما الأولية فهي التي تشكل الأساس الذي يشخص عليه الاضطراب، أما الثانوية فهي الملامح المرتبطة بالاضطراب وهي تشير إلى مجموع الأعراض الشائعة ولكنها لا تشكل جزءا من المحكات التشخيصية (Péterson /1991/ 34)

الأعراض لأولية:

من أهمها ما يلي :

1- إعادة الخبرة المتصلة بالصدمة والمعاناة منها وتأخذ أشكالا عديدة منها:

- الأفكار المقتحمة، المشاعر والصور والذكريات.
- الأحلام والكوابيس المعاودة بشكل مضايق.
- معايشة الفرد للحادث الصدمي، يصاحب ذلك الخداعات والهلاوس واستعادة شريط الذكريات.
- الانزعاج نتيجة التعرض لأحداث ضاغطة تذكر الفرد بالصدمة الأولى.

2- تجنب العالم الخارجي ويضم الخصائص الآتية:

- تناقص الاهتمام بالأنشطة المهمة.
- مشاعر الانفصال والنفور.
- النسيان.

3- **السلوك التجنبي ويضم:**

- بذل جهد لتجنب الأفكار والمشاعر المرتبطة بالصدمة.
- عدم القدرة على استرجاع جوانب مهمة من الصدمة.

4- **التنبه الزائد ويضم العناصر الآتية:**

- صعوبات النوم.
- التهيج مع ظهور فترات الغضب والعدوانية.
- شدة الاستجابة الفيزيولوجية للأحداث التي تذكر بالصدمة .

5- **مشاعر الذنب:** العرض الأساسي هنا هو تأنيب الفرد لنفسه مثلا على أنه السبب فيما حدث.

الأعراض الثانوية من بينها :

- اضطراب الاكتئاب.

- القلق.
- قلق الموت.
- السلوك الاندفاعي.
- سوء استخدام العقاقير والمواد النفسية.

- الاضطرابات النفسية الجسمية

- قرحة المعدة.
- التهاب الكولون.
- الأمراض التنفسية والقلبية.
- الصداع.

الاضطرابات المرتبطة باضطراب الضغوط التالية للصدمة :

إن الأفراد الذين يعانون من الضغوط التالية للصدمة يظهرون مشاعر الذنب كما تظهر عندهم سلوكات التجنب والمخاوف وينجر عن ذلك فقدان العمل وصراعات زوجية في بعض الحالات المزمنة والخطيرة تصاحبه هلاوس سمعية وهذيانات، وفي حالات تعرض الفرد شخصيا للضغط يظهر عنده سلوك تدميري للذات، شكاوي جسيمة مشاعر الدونية والكراهية، الخجل واليأس، فقدان الاعتقادات السابقة، الشعور بالتهديد، تغير في بعض خصائص الشخصية كما يرتبط اضطراب الضغوط التالية للصدمة باضطراب الاكتئاب

واستعمال المخدرات، كما تظهر اضطرابات الفوبياكالفوبيا الاجتماعية واضطراب القلق العام، تظهر هذه الاضطرابات قبل ظهور الصدمة أو بعدها أو خلالها.

تطور الاضطراب:

إن اضطراب الضغوط التالية للصدمة قد يحدث في أي وقت أو مرحلة عمرية بما في ذلك مرحلة الطفولة، وتظهر عادة الأعراض خلال الأشهر الثلاثة الموالية للصدمة المعاشة بالرغم أنه توجد حالات لا تظهر فيها أعراض الصدمة إلا بعد أشهر عديدة وفي حالات أخرى بعد سنوات، وغالبا فالأعراض التي تظهر مباشرة بعد الصدمة تعبر عن حالة الضغط التالي للصدمة الحاد.

إن أعراض إعادة المعاش والتجنب والحذر المفرط تتغير مع الوقت، وأن مدة الأعراض تختلف حسب الحالات إذ نجد أن نصف الحالات تختفي عندها الأعراض تماما بعد ثلاثة أشهر من حدوث الصدمة في حين أن النصف الآخر من الحالات يبقى يعاني من الأعراض حتى بعد مرور سنة من حدوث الصدمة، وفي بعض الحالات الأخرى يكون تطور الأعراض في فترات تتراوح ما بين اختفاء وعودة ظهورها.

إن عودة ظهور الأعراض يكون كرد فعل للعوامل التي تذكر بالصدمة الأساسية أو نتيجة ظهور ضغوط حياتية أخرى أو صدمات جديدة. إن الشدة والمدة ومدى تعرض الفرد للحدث الضاغط هي العوامل المباشرة في ظهور اضطراب الضغوط التالية للصدمة، كما توجد عوامل أخرى مهمة تساعد في ظهور هذا الاضطراب وهي:

- غياب الدعم الاجتماعي.
- السوابق العائلية.
- خبرات الطفولة.
- خصائص الشخصية.
- وجود اضطرابات عقلية مسبقة.

غير أنه قد يظهر هذا الاضطراب عند الأفراد الذين لا يعانون من أي عوامل مهيأة وإنما يظهر فقط نتيجة أن الصدمة شديدة.

الخصائص العائلية :

تساعد بعض العوامل الاجتماعية والوراثية في ظهور اضطراب الضغوط التالية للصدمة إذ أن سوابق الاكتئاب عند الأولياء من العوامل المساعدة في ظهور هذا الاضطراب لدى الأولاد.

التشخيص الفارقي :

قبل أن نضع تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الشخص المصاب يجب أن نضع في الحسبان الاضطرابات الأخرى مثل:

1- **اضطراب التكيف:** في حالة اضطراب الضغوط التالية للصدمة يكون عامل الضغط خطيرا جدا قد يؤدي بحياة الفرد ، وفي المقابل فان عامل الضغط في اضطراب التكيف لا يكون مهما جدا .

وفي حالات كثيرة من الاضطرابات قد يكون عامل الضغط خطيرا ولكن لا يؤدي بالضرورة إلى اضطراب الضغوط التالية للصدمة وإنما تظهر أعراض أخرى لتشير إلى اضطراب القلق، الاكتئاب الحاد أو الذهان.

2- **اضطراب حالة الضغط الحاد وحالة الضغوط التالية للصدمة:** في حالة الضغط الحاد يجب أن تظهر الأعراض خلال الأربعة أسابيع الأولى الموالية لظهور الحدث الصدمي وتختفي بعد مدة أربعة أسابيع وإذا استمرت الأعراض ما بعد شهر وتبلورت محكات اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، يحتفظ الأخصائي بهذا التشخيص ويلغي التشخيص الأول اضطراب الضغط الحاد.

3- **الاضطرابات النفسية والعقلية:** قد نجد في حالة اضطراب الوسواس القهري أفكارا دخيلة ومتكررة ولكنها لا ترتبط بمعاش حدث صدمي.كما يجب أن نميز بين حالات flash backs التي تصاحب اضطراب الضغوط التالية للصدمة وأخطاء الإدراك والهلاوس التي تظهر في الأمراض العقلية كالفصام، الذهانات الحادة، اضطراب المزاج، الاضطرابات الناتجة عن تناول الكحول والمخدرات أو الذهانات الناتجة عن بعض الأمراض العضوية .

أنواع الاضطراب:

تكون بداية ومدة أعراض حالة الضغوط التالية للصدمة كالأتي:

حاد: تشير هذه التسمية إلى حالة الأعراض التي تشتد لمدة أقل من 03 أشهر.

مزمنة: تشير إلى حالة الأعراض التي تشتد وتستمر أكثر من 03 أشهر.

حدوث مؤجل: وهذا يعني أن هناك على الأقل 06 أشهر بين حدوث الحدث وظهور أعراض الاضطراب.

العوامل المهيأة لظهور اضطراب الضغوط التالية للصدمة :

وضع Scott وStradling 1992 العوامل المهيئة للوقوع في حالة اضطراب الضغوط التالية للصدمة وهي :

- المستويات المرتفعة من الضغوط أو التعرض لها.
- الخلل في الشخصية أو الاضطراب الانفعالي الموجود سابقا.
- وجود التاريخ الأسري للاضطراب الطبي النفسي.
- الأسلوب غير الفعال في مواجهة الصدمة.
- نقص الدعم الاجتماعي.

المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة :

حسب الدليل التشخيصي الرابع المعدل:

أ – يكون الفرد قد تعرض لحادث صدمي.

ب- يعيد الفرد التعبير عن الحادث الصدمي بشكل دائم بطريقة أو أكثر.

ج- تجنب دائم للمنبهات المرتبطة بالصدمة للاستجابة العامة (غير موجود قبل الصدمة).

د- أعراض دائمة من التنبيه المتزايد (غير موجود قبل الصدمة).

هـ- استمرار الاضطراب (الأعراض في المحكات ب وج ود أكثر من شهر).

ويتسبب الاضطراب من الناحية العيادية في ألم أو ضيق مرتفع أو إعاقة في مجالات الوظائف الاجتماعية والمهنية أو أي مجال أخر مهم.

نحدد ما إذا كان الاضطراب:

حادا: إذا استمرت الأعراض أقل من ثلاثة أشهر.

مزمنا: إذا استمرت الأعراض ثلاثة أشهر.

كما تحدد الاضطراب إذا كان:

له بداية مؤجلة: إذا بدأت الأعراض بعد 06 أشهر على الأقل من الحادث الصدمي.

العلاج المعرفي السلوكي:

تهتم **النظرية السلوكية** بالسلوكات سواء كانت أفعالا أي ما نقوم به أو سلوكات لفظية أي مانقوله أو سلوكات غيرلفظية وهي كل ما نظهره وهي تعتمد على نظريات التعلم المتمثلة في نظرية الاشراط الكلاسيكي لبافلوف وواطسن ونظرية الاشراط الإجرائي لسكينر ونظرية التعلم الاجتماعي لباندورا.

حيث تعتبر السلوك كاستجابة لمثيرات هذه الأخيرة قد تكون داخلية أو خارجية قد تؤدي إلى نتائج قد تكون مرغوبة فتعزز السلوك أو غير مرغوبة فيحدث انطفاء في السلوك.

أما النظرية المعرفية فتقوم على مفهوم أساسي وهو المخططات المعرفية التي تشمل الاعتقادات حول الذات والآخرين والمحيط والحياة والمستقبل كما تهتم بالعمليات المعرفية والتي تتمثل في قواعد تحويل المعلومات والتي قد تحدث فيها انحرافات مثل الاستنتاجات الخاطئة كما قد تحدث أخطاء في الأسلوب أو أخطاء في التفكير كالإفراط في التعميم والتهوين والتضخيم والتداخل العشوائي والتجريد الانتقائي والشخصانية .و تشمل المعارف والأفكار والصور والحوارات الداخلية والذكريات والأفكار التلقائية.لذلك فان طريقة إدراك المعلومة تتأثر بالمخططات المعرفية وبالعمليات المعرفية.

تقديم الحالة:

هي طالبة جامعية تبلغ من العمر20سنة هي الأكبر في أسرة تتكون من الوالدين الأب عمره 48 سنة يشتغل بالثانوية والأم عمرها 47 سنة تعمل مدرسة لديها أخت عمرها 17سنة وأخ عمره14سنة

المحيط العائلي:

تربط الوالدين صلة قرابة وعلاقتهما الزوجية جد مستقرة فلم يحدث أن تشاجرا قط

تصف الأم بالصرامة بينما الأب اقل صرامة وهو محافظ كان الوالدان يستخدمان الضرب كأسلوب عقابي في الطفولة

كان الوالدان يحرصان على قضاء العطل الصيفية على شاطئ البحر

تحب عائلتها جدا

أما علاقتها بإخوتها فهي جيدة

الطفولة:

عند ولادة أخيها الأصغر أخذتها جدتها لتعيش عندها مدة سنتين

تصف نفسها بأنها كانت مشاغبة

المراهقة: كانت عادية تلقت تربية محافظة

هواياتها:

تحب الزينة

تحب الناس

تحب الحفلات

تحب الطبخ

طموحاتها:

مواصلة الدراسات العليا

شراء سيارة

امتهان مهنة التعليم

الدراسة:

درست عند والدتها في الابتدائي

كما درست عند والدها في المرحلة الثانوية

كانت من ضمن الأوائل في الابتدائي ومتوسطة في الاكمالي والثانوي

حصلت على البكالوريا من أول امتحان بمعدل 10

كانت رغبتها الأولى أن تدرس اللغة الفرنسية

رغم ذلك هي الآن تحب الدراسة التي اتبعتها والتي كانت الخامسة في ترتيب الرغبات

السوابق المرضية في العائلة:

اثنان من أعمامها وعمتها عانوا من الوسواس

كما تصف خالتها بأنها جد حساسة

الحادثة الأولى 11**افريل** 2007**:**

- كانت في الحافلة بجوار مكان الحادث عندما انفجر قصر الحكومة حيث أصيب عدد من الطلاب بجروح متفاوتة الخطورة أما هي فقد أصيبت في رجلها رغم ذلك ومن شدة الهلع مشت على رجلها رفقة شاب إلى غاية مستشفى مصطفى الجامعي
- بعد هذه الحادثة مكثت عند أهلها مدة شهر ثم عادت إلى الدراسة

الحادثة الثانية أحداث 11 **ديسمبر**2007**:**

- تعرضت مرة أخرى لصدمة شديدة عندما خرجت ذلك اليوم لتودع ملف الحادثة الأولى للحصول على منحة ضحية إرهاب
- بمجرد وصولها إلى بن عكنون حي البنات سمعت دوي الانفجار الذي أحدثه الإرهابيون في مقر المجلس الأعلى للقضاء والذي يبعد بضعة أمتار عن مكان تواجدها
- وقد مكثت بعدها في البيت مدة أسبوع

الأعراض:

- البكاء
- فقدان الشهية
- الكوابيس الليلية
- التفكير الدائم في القنابل والانفجارات خاصة في الجامعة وفي موقف الحافلة
- الأرق
- الخوف من الموت في انفجار
- تجنب التجمعات ومواقف الحافلات والحافلات
- القابلية للإثارة

السلوكات:

- عدم التركيز في المحاضرات
- تجلس متأهبة للخروج في أي لحظة
- تتوقع حدوث انفجارات أخرى
- الخوف من الانتحاريين

- البحث عن معلومات حول الانتحاريين
- ولكن عندما تكون عند والديها بعيدا عن العاصمة تختفي كل هذه الأعراض
- كما تخاف من كل الأشياء المرتبطة بذلك اليوم فتتجنب الأكل الذي أكلته يوم الانفجار
- عندما يكون الجو مغيما تخاف الخروج أكثر
- تتجنب لبس اللباس الذي لبسته يوم الانفجار
- تتجنب الخروج يوم 11 من كل شهر
- يزداد الخوف يومي 10 و11 من كل شهر
- لديها تخوف من عدم قدرتها على إتمام دراستها إذا استمر شعورها بالخوف وتتساءل عن إمكانية تحويل الدراسة إلى مدينتها الأصلية

الفرضية:

يبدو من خلال دراسة الحالة أن العميلة من وسط اسري مستقر ولكنها ذات شخصية حساسة وهناك استعداد وراثي للاضطراب النفسي

إن تواجدها مرتين في مكان أو على مقربة من الانفجار عزز لديها الاستجابة بالخوف والمعاناة من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

الاستراتيجيات العلاجية:

- في إطار العلاج السلوكي المعرفي طلبنا منها استخدام تقنية المراقبة الذاتية وذلك لحصر الأفكار التلقائية عندما تكون في حالة كآبة من اجل مناقشتها لأنها عادة ما تكون لاواقعية وسلبية واستبدالها بأفكار اكثر واقعية وايجابية
- من جهة اخرى استخدمنا تقنية التعرض التدريجي للمثير

1- **مناقشة الافكار السلبية:** من خلال المراقبة الذاتية تبين ان الأفكار السلبية التي تتردد بصفة متكررة تتمثل في ما يلي

- أنا نذير شؤم
- الجو مغيم إذن ستحدث كارثة
- ما دام الأكل عبارة عن كسكسى إذن ستحدث كارثة

كما قامت بتحديد الظروف التي تأتيها فيها هذه الأفكار وتوقيتها وكيف تغلبت عليها

مثال1:

- لمناقشة الفكرة السلبية (أنا نذير شؤم) استخدمنا طريقة الأفكار التي تدعم أو تدحض الفكرة الحجج مع الفكرة
- سبق لها وان شهدت مرتين أحداثا إرهابية الحجج ضد الفكرة
- لقد حدثت عشرات الانفجارات في الجزائر ولكن أنا لم اشهد إلا اثنين منها فلو كنت نذير شؤم لما تخلفت عن أي منها

مثال 2:

(اخاف من ركوب الحافلة لان السائق يقودها بسرعة جنونية مما يجعل انحرافها عن الطريق أكيدا)

هل السبب هو وجودي في الحافلة أم أن فعلا السائق مجنون ما دام الكل يشتكي منه

مثال 3:

ناقشنا التوقع السلبي الذي تمثل في: (إذا ذهبت إلى وسط المدينة سيحدث انفجار)

ما يؤيد الفكرة

لقد حدث هذا من قبل مرتين 11 افريل و11 ديسمبر

وضعية اللامن في الجزائر

لا أريد أن أعيش مرة ثالثة هذه التجربة

ما يعارض الفكرة

ذهبت ولم يحدث انفجار

تحسن الأمن في الجزائر

2- **التعرض التدريجي للمثير:** بما أن العميلة كانت تريد أن تستعيد القيام بالنشاطات التي كانت تقوم بها دون خوف أو قلق فقد اتفقنا على تحديد نشاط معين ثم القيام به على مراحل.

من بين النشاطات التي رغبت العميلة القيام بها الذهاب إلى وسط المدينة حيث وقع انفجار 11 افريل فهي تخاف الذهاب إلى هناك كي لا يتكرر حدوث الانفجار.

فاتفقنا على ما يلي:

الذهاب إلى وسط المدينة رفقة أفراد من العائلة أو الأصدقاء.

ثم لوحدها بعد ذلك.

كما تم الاتفاق معها على زيارة الأهل التي تسعدها كثيرا.

وفعلا استطاعت الذهاب إلى مطعم في وسط المدينة مع أفراد من عائلتها كما قامت بزيارة بعض الأهل في مساء ذلك اليوم واستمتعت بوقتها وتحققت من أنها ليس مشؤومة كما يحلو لأصدقائها مداعبتها بذلك.

كما تمكنت في نفس الأسبوع من الذهاب مع صديقاتها للتسوق واستمتعت بذلك.

خاتمة:

لقد استطاعت العميلة استعادة حياتها العادية والتغلب على مخاوفها بفضل فعالية التقنيات السلوكية المعرفية

المراجع العربية:

1- احمد عبد الخالق (1998) الصدمة النفسية لجنة التأليف والتعريب والنشرالشويخ الكويت.

المراجع الاجنبية:

2- Guelfi.J.D. (1988) Psychiatrie de l'adulte, éditions Ellipses, paris.

3- Cottraux J ,2001 : Thérapies cognitives des troubles de la personnalité, éditions Masson, Paris.

4-Cottraux J ,2004 : Les thérapies comportementales et cognitives, quatrième édition, Masson.

5-American Psychiatrique Association –DSM-IV-TR :Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux ,4 édition ,Texte Révisé (WASHINGTON DC,2000) ,traduction par Guelfi J D,Masson 2003.

سيكولوجية مرضى العجز الكلوي المزمن الخاضعين لعلاج تصفية الدم مع عرض حالة نموذجية

د. زناد دليلة
قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا
جامعة الجزائر2

الملخص:

نسعى من خلال هذه المقالة أن نعرف بمرض العجز الكلوي المزمن الذي يمس الآلاف من الأفراد نتيجة أسباب وعوامل عديدة منها الفيزيولوجية والبيوكيميائية والوراثية كما سعينا أيضا إلى التعريف بالعلاجات الطبية التي تستخدم في علاجه وركزنا أكثر على تقنية الهيموديااليز Hémodialyse لأنها الأكثر استخداما كما عرفنا بالانعكاسات السيكولوجية المصاحبة لهذا المرض وعلاجه المزمنين.كما رسمنا ملمحا سيكولوجيا لهؤلاء المرضى وذلك لإبراز أهمية العوامل النفسية والشخصية في تشخيص وعلاج العجز الكلوي المزمن وكذلك تبيان دور الأخصائي النفسي في التكفل بالمرضى المصابين بالأمراض العضوية المزمنة ضمن الفريق العلاجي المتعدد التخصصات الطبيب والممرض والأخصائي النفسي.

Résumé :

A travers cet article, nous voulons faire connaitre cette maladie chronique, qui est l'insuffisance rénale, et qui affecte des milliers de personnes à la suite de nombreuses causes et de plusieurs facteurs, y compris les facteurs physiologiques, biochimiques et génétiques. Ainsi que son traitement de choix qui est l'hémodialyse. Nous avons démontré aussi les déterminants et les conséquences psychologiques associées à cette maladie ainsi que le rôle du psychologue da la santé auprès de ces patients atteints de maladies chroniques organique au sein de l'équipe interdisciplinaire thérapeutique, le médecin, l'infirmer.

مقدمة:

إن بعض الأمراض المزمنة تصيب أو تمس جميع نواحي أو مستويات حياة المريض Bradley et T. C. Burih, 1988، Aspenwall et S. E. Taylor, 1990، في حين أن الأمراض الحادة تكون فيها الاستجابات مؤقتة، حيث تكون كل النشاطات الحياتية مضطربة ومتقطعة، وقد تظهر في حالة المرض المزمن الحاجة إلى إحداث تغيرات مؤقتة Temporaire أو ثابتة Constanteفيما يتعلق بالنشاطات الفيزيقية، المهنية والاجتماعية، وبالإضافة إلى هذا فإن الذين يعانون من الأمراض

المزمنة يحتاجون إلى إعادة إدماج واستخدام استراتيجيات سيكولوجية للتمكن من التكيف مع مرضهم المزمن أي أن للمريض دور في حدوث تكيفه مع المرض.

في معظم الأوقات نجد أن 50% من الأفراد يعانون من بعض الظروف أو المضايقات المزمنة والتي تتطلب التدخل والتسيير الطبي والنفسي ومن بين هذه الظروف : الفقدان، صعوبات وأحداث الحياة الضاغطة، الأمراض المزمنة مثل السرطان،مرض السكري، أمراض القلب، أمراض المفاصل الروماتيزم الذي يمس حوالي 37 مليون شخص في العالم (Laurence et al, 1989) في حين هناك 29 مليون يعانون من الضغط الدموي.

وحسب الإحصائيات فإنه في كثير من الحالات يطور الأفراد بعض الاضطرابات أو الأمراض المزمنة وقد تكون سببا في حدوث الموت عند هؤلاء المرضى، وفي حالات أخرى عند ما يتجه هؤلاء المرضى إلى الطبيب وإجراء الفحص يتبين أن المرض مزمنا وتسمع الطبيب يقول " إن المرض مزمن ولا يمكن شفاؤه أو علاجه ما يمكن فعله فقط هو مسايرة وتسيير هذا المرض للتوصل إلى التكيف مع هذا المرض وحالة الفقدان التي قد تمس الحواس مما يؤدي إلى إعاقة جزئية أو كلية وهذا ما يؤدي إلى تقليص من بعض النشاطات اليومية والمهنية.

نحاول من خلال هذا الفصل حصر المشاكل والمضايقات التي تنجر عن الأمراض المزمنة مراعين بذلك نوعية الحياة. Qualité de Vie وطريقة قياسها كذلك نراعي الاستجابات وردود الفعل التي يبديها المرضى تجاه مرضهم المزمن : مثل الإنكار، القلق والاكتئاب، كذلك نراعي مهارات المرضى الذين يبذلون جهدا كبيرا للتعايش والتعامل مع المرض المزمن وتسيير مختلف الاستجابات الانفعالية : إنها جهود المقاومة وكذلك تسيير التصورات والمعارف Cognition المتعلقة بمرضهم كما نتعرض إلى إعادة الإدماج وميكانزماته لأن التكيف يكون مضطربا من جراء المرض المزمن ويدخل في هذا السياق : التحكم الجسمي والعضوي، الوظيفة أو المهنة أو مختلف النشاطات التي يقوم بها المريض والمشاكل التي تصاحب علاقاته وارتباطاته الاجتماعية وفي الأخير اقتراح استراتيجيات لتفهم برامج إعادة الإدماج لأن المرضى لا ينجحون دائما في إيجاد الحلول المرتبطة بالمرض المزمن.

الاستجابات المصاحبة للمرض المزمن :

بعد الإعلان مباشرة عن التشخيص النهائي للمرض المزمن فإن المرضى المصابون يعيشون حالة صدمية وتظهر آثار الصدمة من خلال اضطرابات عضوية، نفسية واجتماعية حيث يختل توازن مختلف هذه الأبعاد Moos, 1977، ويعتقد هؤلاء المرضى المزمنين أن استراتيجيات المقاومة التي كانوا يستعملونها سابقا لمواجهة ضغوطات الحياة اليومية لم تعد فعالة وأنها غير

مناسبة للتكيف مع المرض المزمن الذي تم تشخيصه، وانطلاقا من هذا يعيشون خبرة مؤلمة، إنها خبرة المرض وتتجسد هذه الخبرة من خلال مشاعر القلق، الخوف، الاكتئاب، اليأس، والعديد من الانفعالات السلبية Aspinwall et Taylor, 1990.

وبالتأكيد فإن بعد مرور مرحلة الصدمة التالية لإعلان تشخيص المرض المزمن فإن المرضى يبدؤون في تطوير معاني ومفاهيم عن كيفية تأثير المرض المزمن على حياتهم وطريقة التكيف معه وإدماجه على المستوى الشخصي والتصوري وتصاحب هذه الفترة بعض المشكلات في التكيف والتقبل، وهي مشاكل تمس مختلف المجالات العضوية، المهنية، النفسية.

وفي المرحلة الأولى من التشخيص يشعر المريض أنه أصبح مشوشا وكأنه فقد التوجه الزماني والمكاني، كما يشعر بالتفكك وكأنه عبارة عن أجزاء من ماض وحاضر، ومستقبل غير قار.

يعتقد المريض المزمن أنه غير قادر على تفهم هذه الوضعية وهذا التغير المفاجئ لوضعيته السابقة كأن المرض شيء خارجي اقتحم حياته الجسمية، الوجدانية والاجتماعية والسيكولوجية، كما تظهر خلال هذه المرحلة التالية للصدمة أي بعد التشخيص اهتمامات وتساؤلات مختلفة يطرحها المريض المزمن منها : هل فعلا حياته تتوقف، هل بإمكانه العودة إلى تسيير حياته وانشغالاته، هل بإمكانه أن يزاول الدراسة مثلا، هل بإمكانه العودة إلى العمل ومواصلة نشاطه المهني، وفي حالة المريضة المزمنة تتساءل هل بإمكانها الزواج والإنجاب والحفاظ على بيتها كما يتساءل المرضى هل بإمكانهم أن تكون لهم حياة تسلية وترفيه كالسفر مثلا إلى مناطق بعيدة من خلال الطائرة، وتستغرق هذه التساؤلات أياما عديدة وفي العديد من الحالات تبقى هذه التساؤلات بدون إجابة مقنعة، لأنه في الأخير يصل المريض إلى حقيقة وهو أن للمرض العضوي المزمن انعكاسات كثيرة ويعتبرها كإرغامات Contraintes يجب التكيف معها وذلك من خلال احتمال التوظيف من جديد investissement de nouveau.

إن عدم الإجابة على هذه التساؤلات تجعل المريض غير مسئول على مرضه وعلاجه ويبدأ اهتمامه بمشاكل أحيانا تافهة ولا تدفعه نحو الأمام وينجر عن ذلك عدم اهتمامه بعلاجه المزمن وتظهر عوامل عدم الملائمة لأنماط العلاج المقدمة كحالة الهيموديالیز مثلا.

يصاحب هذه الفترة سوء التوجه والغموض بالإضافة إلى مشاعر القلق، الاكتئاب، والغضب والضغط. وفي كثير من الأحيان حالة الإنكار للمرض.

1- الإنكار:

يعمل الإنكار كإستراتيجية دفاعية يتبناها البعض من المرضى لتجنب مخلفات وانعكاسات المرض معتقدين أن المرض ليس خطيرا وأن أثاره زائلة وغير دائمة، وفي حالات

أخرى يعتقد بعض المرضى أنهم ليسوا مرضى أي ينكرون تماما وجود المرض بالرغم أنهم تلقوا معلومات واضحة عن التشخيص والمرض.

إن الإنكار هو مرحلة ما قبل الشعور فهو الذي يعرقل تقبل الحقيقة والواقع الذي يشير إلى الإصابة بمرض مزمن وبالتالي إنكار مخلفاته وانعكاساته.

والإنكار استجابة سيكولوجية تجاه المرض المزمن والذي نلاحظه كثيرا عند المرضى المصابين بمرض القلب (Deckel et Krantz, 1983)، وكذا المصابين بنزيف الرأس (Diller, 1976). كما نجده عند المرضى المصابين بالسرطان (Meyerowitz, 1983 ; Gallagher, J. L. 1970 Weiner, Katz).

وقد اعتبر الإنكار ميكانزما بدائيا واستعماله غير فعال في مواجهة المرض، ولعل اللجوء إليه في المراحل الأولى من المرض يساعد المريض من إخفاء جزء من قلقه وآلامه الناتجة عن المرض المزمن أي أنه ميكانزم مؤقت ولا يمكن استمراره.

وهناك بعض الباحثين يعترفون أو يشيدون بدور الإنكار وأثاره وإلزامياته، إذ يتساءل أحدهم عن متى يكون الإنكار ضروريا ومتى يكون عكس ذلك ؟ وفي دراسة حول مرضى القلب (الإحشاء القلبي) وجد الباحثون أن الإنكار في المرحلة الأولى من المرض يظهر في حالة الأعراض المرضية المكثفة (M. N. Levine et al, 1988)، وقد ظهرت انعكاساته حتى من الناحية البيولوجية حيث ساعد الإنكار في تقليص من مستوى Corticostéroïdes (J. L. Kalz et al, 1970)، كما أشارت الدراسة أن الإنكار يقلل من معاش الأعراض المؤلمة وبعض أثار العلاج المزعجة مثلا في حالات السرطان وتصفية الدم Dialyse (Leventhal S. E. Ward, 1988 et love)، كما أن الإنكار يغطي أو يقنع Masquer بعض الإرغامات المرتبطة بالمرض المزمن، وذلك حتى يتمكن المريض من استجماع قوته العضوية والنفسية لمواجهة هذا المرض أي أنه يصبح قادرا على تقبله ومواجهته.

وقد أظهرت دراسات أخرى حول الإدماج أن للإنكار أثارا سلبية إذ يعرقل قدرة المريض على البحث عن المعلومات الضرورية فيما يتعلق بعلاجه وبرنامج تسيير الذات، وقد وجد (Levine et al, 1988)، في دراسته أن المرضى الذين واصلوا استخدام الإنكار أظهروا في الأخير أنهم أقل تكيف مع مرضهم وعلاجهم، كما أظهروا أقل مستوى في الامتثال للتعليمات الطبية Adhérence والعلاج كما أنهم يقضون مرحلة استشفائية أطول مقارنة بالمرضى الآخرين.

وقد يتساءل الباحث عن أسباب ظهور الإنكار وعن العوامل التي تثبته، إن الإجابة على هذا التساؤل يعتمد على معرفة في أي مرحلة من مراحل المرض ظهر فيها ميكانيزم الإنكار

وما هي المؤشرات التي دفعت هؤلاء المرضى إلى إستخدام الإنكار، ومن خلال ذلك يتمكن الباحث من قياس مدى تكيف المريض مع مرضه وعلاجه المزمن (Meyerowitz, 1983).

إن الإنكار للمرض المزمن وأعراضه الظاهرية والباطنية يؤدي بالفرد المريض الذي يستعمله إلى رفض الاستشارة الطبية مباشرة بعد إعلان التشخيص النهائي، وفي حالة بداية بروتوكول العلاج نجد أن هذا المريض لا يلتزم جديا بالتعاليم الطبية وإرشادات الطاقم الطبي والشبه طبي (Hachett .وCassen 1973)، (D.A. Matt 1970 وBarish 1988).

إن الإنكار كميكانيزم مستخدم من طرف المرضى المزمنين تمت دراسته في بعض الأمراض لاسيما المزمنة منها مثل السرطان والقلب وأمراض الكلى، ومع ذلك فإن خلال الفترة الحادة الموالية لإعلان التشخيص النهائي للمرض المزمن حيث يكون خلالها المريض في المستشفى فإن حاجته للإنكار نكون ضرورية، إذ يساعده على مواجهة المشاكل والمضايقات التي تنجر عن المرض والعلاج المزمنين، إنها مرحلة تعد وتهيئ لمراحل تالية يحتاج فيها المريض المزمن إلى ميكانيزمات واستراتيجيات أكثر نفعا، إذ في البداية يعتبر الإنكار كميكانيزم إيجابي يجعله يتناسى مرضه المزمن ويخفف عليه المشاعر المصاحبة لذلك من قلق وخوف وغضب (Hackeet وCassen 1973)، (Mastrovito 1974 وR.S Lasarus 1983).

وفي الأخير فإن الإنكار في المراحل الأولى من المرض يساعد المرضى الذين يستخدمونه على ضبط ومراقبة استجاباتهم الانفعالية (الغضب، الضغط، الصدمة) اتجاه المرض المزمن ولكن الاستمرار في استعماله يتناقض ويتنافى مع كفاءاتهم وقدراتهم على مراقبة ظروفهم واتخاذ الإجراءات الضرورية لمواجهة مرضهم من خلال البحث عن الدعم الاجتماعي الإعلامي، العاطفي وحتى المادي، مما يسمح لهم بتفعيل العلاج المقدم لهم لمواجهة هذا المرض المزمن وبالتالي الشعور بالمسؤولية في التسيير الذاتي للمرض والعلاج.

2- القلق:

مباشرة بعد تشخيص المرض المزمن يظهر القلق كحالة مشتركة عند الكثير من المرضى العضويين المزمنين إذ يشعرون وكأن حياتهم يغمرها الهم والغم نتيجة هذا المرض الذي اجتاح أجسامهم والمعروف أن القلق يصاحب المرض المزمن من بدايته إذ أن القلق كحالة سيكولوجية تلازم المريض من بداية إصابته بالمرض.

(j.E. Hughes، Popkin، Collies، Lentz 1987 و، Colin Sutherland 1988).

ويؤثر القلق في النشاط المعرفي للمرضى حيث يظهر عندهم عجزا ويسبقون الأحداث ويتأثر العلاج المقدم لهم قبل البدء في تطبيقه معتقدين أن كل ما سيفعلونه من أجل الشفاء غير مجد وأن الدواء والوسائل الطبية هي بلا جدوى، (jacolisem، Bovbjery، وRedd 1993).

يؤدي القلق دائما إلى ضعف في استعمال إستراتيجيات المقاومة المناسبة لمواجهة المرض مثلا في حالة السرطان Graydon 1988 ويستفيدون أقل من العلاج السيكولوجي المقترح عليهم للتقليل من الضغط المصاحب للعلاج الكيماوي (M.P Carey وBurish 1985).

وهناك بعض الأحداث تزيد من حالة القلق، ويظهر هذا الأخير في حالة المرضى الذين ينتظرون نتائج التحاليل البيولوجية والحصول على التشخيص النهائي " إنه المرض المزمن" ثم انتظار العلاج من خلال وسائل طبية مقحمة "مثلا في حالة العجز الكلوي المزمن" والمعالج عن طريق الديناليز، وهو علاج ثقيل له آثار من الصعب تجاوزها وتحملها فهي تحتاج إلى تقبل ومقاومة B.L Andersen وKarlsson، 1984، Jacolisem وجماعته 1993.

تزداد درجة القلق عندما يلاحظ المرضى أن حياتهم ومختلف مستوياتها قد تغيرت نتيجة المرض سواء على المستوى الشخصي، الاجتماعي، العلائقي والمهني وأنه حتى نمط حياتهم قد تعرض للتغير من حيث العادات الممارسة في مختلف مجالات الحياة ويزداد القلق أكثر عندما يعتقدون أنهم خاضعون للطاقم الطبي والشبه طبي والخضوع التام للآلات الطبية مثلا الديناليز (أو تصفية الدم) وتكرار حصص الديناليز ثلاث مرات في الأسبوع أي أن حتى العلاج مزمن مثل ما هو المرض مزمن (D.W.Scott، 1983، Welch. M. C.Coffrey 1985 Taylor و 1990, Aspinwall)، وتزداد هذه الحالة حدة في حالة عدم التواصل بين المعالجين والمرضى المزمنين حيث لا يزودونهم بمعلومات حول المرض والعلاج (Marks، Sliwinski وGerdan 1993).

وانطلاقا من هذه الأبحاث تبيّن أن بعض الوضعيات تستلزم استجابات القلق Christman وجماعته 1988. إن الأمراض المزمنة مثل السرطان، أمراض القلب، العجز الكلوي المزمن تتطلب علاجات طبية ثقيلة وذات آثار عديدة تمس مختلف جوانب الحياة بالنسبة للشخص المريض والتغيرات المصاحبة لهذا المرض أحيانا تكون حقيقية وتدفع إلى القلق، الخوف، الضغط، هي حالات سيكولوجية ملازمة للمرض المزمن، لأن المريض يبقى يتساءل عن ماله ومستقبله وأن المرض لم يمس الجانب العضوي فقط وإنما السيكولوجي، الاجتماعي والمهني وحتى مسار الحياة في جوانبها الثانوية كالتسلية والترفيه ويصبح المريض حبيس مرضه وعلاجه المزمنين (Christman وجماعته 1988.).

3- الاكتئاب:

هو استجابة عامة للإصابة بالمرض المزمن ونلاحظ أنه في الممارسة الطبية هناك حوالي 3/1 من المرضى يظهرون أعراض الاكتئاب البسيط مباشرة بعد إعلانهم عن تشخيص المرض العضوي المزمن، و¼ اكتئاب شديد G.Rodin وVoshart 1986، L-Mody M.G وCormisk وWilliams 1990.

ويمكن لاضطراب الاكتئاب أن يظهر مؤخرا في حالة المرض العضوي المزمن لأن المرضى يأخذون وقتا كبيرا لإدراك المرض وتفهم مختلف التغيرات والانعكاسات التي تصاحب إصابتهم بالمرض المزمن، وخلال المرحلة الحادة ومباشرة بعد التشخيص، يستدعي الأمر استشفاء المريض وذلك لإجراء التحاليل الأخرى لتدعيم التشخيص ثم انتظار بروتوكولات protocoles العلاج الملائم والمكيف.

وبعد انتهاء المرحلة الحادة، وخروج المريض من المستشفى وعودته للبيت بعدما ارتبط مصيره بعلاج مزمن، يحتاج بعد ذلك إلى مرحلة أخرى إنها مرحلة التكيف وهي المرحلة الصعبة التي يبدأ فيها المريض إدراك حقيقة وجود المرض المزمن ومختلف انعكاساته الجسمية، النفسية والاجتماعية.

إن التكيف السريع مع المرض المزمن ليس بالأمر السهل والبسيط فمرضى القلب مثلا يرون أنه سهل تقبل التعليمات والإرشادات التي يقدمها الطبيب المختص ولكن تحقيقها واقعيا من حيث تغيير النشاطات اليومية والسلوكات المعتادة يعتبر صعبا فالمبدأ مقبول ولكن تحويله إلى ممارسة واقعية يتماشى مع الظروف الجديدة هو الصعب.

إن الاكتئاب كحالة مزاجية مصاحبة للمرض المزمن تكون ظاهرة من حيث مجموعة من الأعراض عند هؤلاء المرضى، وتؤثر على إعادة الإدماج Primeau 1988. وقد لاحظ العياديون أن المرض المزمن الذي يشمل إصابة دماغية يعاني مرضاه من أعراض الاكتئاب وذلك لبقائهم مطولا في المستشفى ويحتاجون بعد الخروج إلى مدة أطول من التمريض Cushman 1986. ويعتقد هؤلاء المرضى أن الاندماج من جديد ليس سهلا وأحيانا لا جدوى منه S.C Thompson و Graham-janigian 1989 ويكون من الصعب وضع الأهداف والمخططات Signor وجماعته 1986 وكذلك من الصعب إعادة تنظيم أسلوب حياتهم مثلما كان قبل الإصابة بالمرض وتحسين نوعية الحياة (Niemi وLaaksonen 1988).

أما بالنسبة للمرضى المصابين بداء المفاصل الروماتيزمي فالاكتئاب يؤثر عندهم على العمليات المعرفية خاصة من حيث الإدراك حيث يعممون مرضهم على مختلف جوانب حياتهم

وأن الفشل والفقدان قد مس جميع الجوانب الجسمية، النفسية الاجتماعية والمهنية، ويفسرون سلبيا كل متغيرات الوضعية المرضية أي أن النظرة السلبية تشمل كل مستويات النشاط Peck w. Smith، Milano 1988.

ويرتبط الاكتئاب في المرض المزمن والعلاج بمحاولات الانتحار لدى هؤلاء المرضى المزمنين والخاضعين للعلاج المزمن مثلا في حالات السرطان، العجز الكلوي المزمن، إذ هناك من المرضى الذين يتوقفون على مزاولة العلاج ولا يأخذون بجدية الإرشادات والتعليمات الطبية. K. Jellstrand 1986.

وإذا كان القلق كاستجابة مباشرة لظهور المرض المزمن فإن الاكتئاب يأخذ وقتا حتى يظهر ويكون أشد وأطول فترة Lustman، Griffith وCLause 1988.

إن تقدير وقياس الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالمرض العضوي المزمن صعب ويشكل مشكلا ذلك لأن مجموعة الأعراض الفيزيقية والتي تعتبر كأعراض للاكتئاب مثل التعب الأرق، فقدان الوزن تتداخل مع أعراض المرض العضوي المزمن وقد تنجر عن علاج هذا المرض، فيحدث خلطا وغموضا ويبقى التساؤل هل هذه الأعراض هي أعراض وآثار المرض العضوي أم أنها أعراض الاكتئاب الفيزيقية ويصعب تشخيص حالة الاكتئاب وهكذا يكون التدخل العلاجي مؤخرا J.E.Hughes 1987، Massie وHolland 1987، G.Rodin وVoshart 1986، وتظهر هذه الحالات في الأمراض الآتية: السرطان، مرض السكر، الصرع، الصدمات الدماغية، العجز الكلوي المزمن ذلك لأن هذه الأمراض تصيب الجهاز العصبي J.S House 1987، Massie وHoland 1987، Primeau 1988.

وقد اهتم العديد من الباحثين بالعوامل التي تنبئ بظهور الاكتئاب عند المرضى المصابين بالمرض العضوي المزمن وقد تم تحديد بعض العوامل، وعموما فإن الاكتئاب يزداد في حالة خطورة المرض، إذ كلما كان المرض العضوي خطيرا ومزمنا كلما كانت الاستجابة الاكتئابية شديدة Cassileth وجماعته 1985، Dakoff وMendelsoln 1986، J. Moody وجماعته 1990، كما أن الألم وفقدان المهارات والفعالية تعتبر كمؤشرات للاكتئاب Hawey 1988 إنها علاقة وطيدة بين الألم والضرر العضوي والاكتئاب، كما أن عدم القدرة وفقدان الطاقة الجسمية تعتبر أيضا مؤشرات للاكتئاب. ويقترح البعض أن الاكتئاب يكون حادا وشديدا مباشرة بعد إعلان التشخيص، في حين أن الآخرين يقترحون أن الاكتئاب يزداد شدة بعدما يعرف المرضى التشخيص ويدركون مدى العجز والضعف وتأثير مرضهم على كل جوانب الحياة العملية J.Bam 1982 J.E Hughes وLee1987.

ويـرتبط الاكتئـاب بعوامـل أخـرى علـى غـرار العوامـل المرتبطـة بـالمرض مثـل: الألم، المضـاعفات الجسـمية وآثـار العـلاج المـزمن وثقلـه وكثـرة الأدويـة، إذن فبالإضـافة إلى هـذه العوامـل، يعـيش هـؤلاء المرضـى أحـداثا حياتيـة أخـرى ضـاغطة ومـؤثرة مثـل: الضـغوط الاجتماعية، نقص الدعم الاجتماعي وفي هذه الحالات يزداد الاكتئاب شدة S. Murphy، Creed وJaysen 1988، S. c Thompson وجماعته 1999. ولهذا فإن العوامل الفيزيقية تؤثر في ظهور الاكتئاب في بداية ظهور المرض العضوي وتعمل العوامل السيكولوجية اللاحقة على تثبيت هذا الاكتئاب.

4- العدوانية:

قد تظهر العدوانية كاستجابة تجاه المشرفين على العلاج (الأطباء والممرضين، وغالبا ما تكون هذه العدوانية تجاه طبيب عام حيث يعتقد هؤلاء المرضى المزمنين أن هذا الطبيب لا يعرف شيئا ولا يعرف كيف يحل المشاكل المنجرة عن هذا المرض المزمن. وقد نشاهد أحيانا حالات حقيقية للغضب المفاجئ كتعبير عن ضغوطات وتوترات تكون موجهة نحو العائلة وحتى نحو الآلات المشرفة على تصفية الدم وهي عدوانية بالأقوال وأحيانا بالأفعال. وتعتبر هذه الحالات الانفعالية لدى مرضى الديالز كحالة مستعجلة لزرع الكلية، أما الاكتئاب المزمن فهو يطبع يوميات الخاضع لتصفية الدم ومن مظاهره المعتادة: البكاء، السلبية، الخمول، القهم أو فقدان الشهية وأحيانا محاولات الانتحار والشعور بالذنب ذلك أن بعض المرضى يعتبرون علاج الديالز المزمن كعقاب، ويبقى هؤلاء المرضى يبحثون عن الخطأ الذي ارتكبوه حتى حدث لهم هذا المصير حيث تجدهم مثلا يرددون عبارات: "هل فعلت شرا لشخص معين،" وفي حالات أخرى يعيد مرضه لتهاونه في أخذ الأدوية والتباطؤ عن العلاج أي أنه لم يتلاءم نع تعليمات الأطباء أو اتباع الحمية كون أن هذا المريض المزمن بالإضافة إلى تناوله الأدوية فهو يحتاج إلى اتباع حمية شديدة: مثل الإنقاص من السوائل، وعدم أخذ الفواكه.

وفي النهاية فإن المرضى يظهرون عددا من الاستجابات الانفعالية نتيجة المرض المزمن وتشير هـذه الاسـتجابات إلى الإنكـار، القلـق، الاكتئـاب، العدوانيـة. وفي الحقيقـة تعتـبر هـذه الاستجابات طبيعية وأن نقصها أو عدم تبلورها هو الذي يشير إلى أمر غير طبيعي Lasarus وCohen 1979.

ومن جهة أخرى فإنه بالرغم من توقع الاستجابات الانفعالية في حالة ظهور المرض المزمن إلا أنه لا تكون هذه الاستجابات في صالح هؤلاء المرضى المزمنين ذلك لأنها تعرقل مسار العلاج، فالإنكار مثلا يحمي المريض من الوقوع في القلق الحاد ولكن في نفس الوقت يعرقل البحث عن العلاج والتماثل للتعليمات الطبية ومتابعة العلاج إلى نهايته، كما أن الاكتئاب كحالة

مزاجية متوقعة ولكن استمرارها وإزمانها يحول دون الشفاء والتفاؤل، وعلى هذا فإن التكيف الانفعالي مع الأمراض المزمنة يحتاج إلى المراقبة والتدخل السيكولوجي خلال مسار العلاج حتى يتمكن المرضى المزمنين من تقبل والتكيف مع مرضهم وعلاجهم دون استجابات انفعالية سلبية تعرقل مسار التكيف وإعادة الاندماج.

وانطلاقا من هذا فإن التناول الأكثر استعمالا لدراسة الاستجابات الانفعالية للمرض المزمن هو محاولة فهم ما هي أنواع الانفعالات والوجدانات التي تصاحب ظهور المرض المزمن وما هو احتمال ظهورها وما هي العوامل المساعدة في ظهورها وتزيد في شدتها، والتعرف على مدى إعاقتها لأهداف الشفاء وطرق العلاج ثم العمل على إدخال طرق تسيير العلاج لهذا المرض المزمن بالرغم من وجود استجابات انفعالية للمرض المزمن.

وقد أكدت دراسات أن بعض الانفعالات الإيجابية مثل الفرح (lwy، lee، Bagly وlyppman 1986) تؤدي دورا إيجابيا في الشفاء من المرض كما لها دور في الحماية من الانفعالات السلبية فهي تخفف من آثار تلك الانفعالات السلبية كالقلق، الاكتئاب كما أن التدخل النفسي ضروري في مساعدة المرضى المزمنين على تسيير انفعالاتهم واستجاباتهم.

إن فكرة العجز والإعاقة يمكن أن تتطور بالتدريج وذلك نتيجة المرض وتكون أكثر خطورة عند المرضى الشباب الذين لم يقدموا شيئا معينا في حياتهم مثلا لم يكملوا دراستهم، لا يعملون أي ليس لديهم دخلا ماديا، وكذلك لم يتزوجوا وهكذا نلاحظ لديهم شعورا بالعجز والتبعية للآخرين، إنه شعور الفراغ والضياع وقد يؤدي هذا الشعور إلى الانطواء والانسحاب. كما تظهر لديهم مشاعر الخجل والشعور بالدونية ذلك أنه تحدث عندهم بعض التغيرات والتشوهات على مستوى الجسم وتتغير الصورة الجسدية ومن بين هذه التغيرات :ظهور السمنة أو الهزال، شحوب الوجه نتيجة فقر الدم، الحب أو البثور Boutons على الوجه، الندبات وخاصة على مستوى الذراع لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم إنها الناصور Fistule الذي يحدثه الطبيب للمريض حيث من خلاله تجري حصص تصفية الدم، وهكذا يشعر المريض وكأنه شخص آخر من الناحية الفيزيولوجية مما يؤثر سلبا على الجانب السيكولوجي.

المعاش السيكولوجي لمرضى العجز الكلوي المزمن :

إن الاهتمام الكبير الذي يوليه مختلف المستخدمين في مجال الصحة للاضطرابات السيكولوجية المرتبطة بالأمراض العضوية الخطيرة والثقيلة مثل العجز الكلوي المزمن يحاولون بذلك تحقيق قدر معين من الرفاهية Bien être لمرضاهم.

يشكل العجز الكلوي المزمن مرضا خطيرا ومميتا يحضر المصاب إلى المستشفى ليس للشفاء الكلوي وغياب المرض، ولكن يقترح عليه الطبيب المعاين تقنية علاجية تساعده على المعايشة والبقاء على قيد الحياة.

تتميز الوضعية الوجودية للمصاب بالعجز الكلوي المزمن بوجود الموت وذلك نتيجة العجز الكلوي والأبدي للكليتين Reins ولكن في نفس الوقت يكون المريض في حاجة ماسة للعلاج (تصفية الدم) وهو علاج مزمن لذلك يبقى في وضعية العاجز والتابع فهو يشبه الرضيع العاجز عن تحقيق حاجاته.

يشير العجز الكلوي المزمن إلى فقدان وظيفة حيوية تصاحبه فقدانات أخرى Perte وتجعل المريض المصاب مطلا على مجال الحداد اللانهائي ذلك لأنه حتى العلاج (الديالیز) المقدم لا يشفي فهو يساعد على المعايشة ويذكر دائما بالفقدان الأبدي للكلية، فالديالیز علاج مزمن متكرر ثلاث مرات في الأسبوع ولا يمكن الاستغناء عنه إلا في حالة زرع الكلية، وهو أمر ليس بالسهل نظرا لصعوبات عديدة مثلا تكاليفها، عدم توفر الكلية، عدم تطابق مواصفات المريض مع صاحب الكلية.

كما أن الديالیز هو معاش العجز على العيش الطبيعي، وتحمل حصص الديالیز حالات القلق والهلع، التوتر التبعية dépendance وعلى المستوى الهوامي Fantasmatique يعتبر المريض آلة تصفية الدم والمعالجين والممرضين كأنهم مصاصي الدماء، كما يشبه مرضى العجز الكلوي الممرضة المشرفة على حصة تصفية الدم بالأم القادرة على فعل كل شيء، وهو ما يؤدي إلى حالات السلبية والانسحابية وإلى النكوص وقد تظهر اضطرابات في الصورة الجسدية وفي إشكالية انسجام الجسم والنفس خاصة عندما يلاحظ المريض دمه خارج أعضاء جسمه على مستوى الآلة من أجل تصفية Le sang dehors son corps، وعلى هذا يشبه مشروع زرع الكلية Transplantation إعادة الميلاد.

إن الصعوبات السيكولوجية والمشقة النفسية التي تلازم المريض ليست نتيجة المرض العضوي المزمن فقط وإنما نتيجة نوعية العلاج الديالیز فهو علاج تعويضي Suppléance يتميز بعراقيل Contraintes، مؤلم خاصة عند الحقن piquage وفي أخر الحصة Débranchement (D. Cupa، 2002).

يولد العجز الكلوي المزمن وضعيات الفقدان، الحرمان، الإحباط عدم الاكتمال، هي حالات سيكولوجية مزمنة تؤدي بدورها إلى ظهور القلق والحصر والاكتئاب، ويعيش المريض

المصاب وضعية الديالیز كوضعية طوارئ ينتظر دائما الأسوأ لأن مضاعفات الديالیز أحيانا تكون أكثر شدة من المرض في حد ذاته خاصة عند إزمانه لسنوات عديدة.

إن علاج الديالیز المزمن يذكر دائما المريض بذلك الفقدان الأبدي للكليتين ذلك أن هذا العلاج لم يعوض هذه الكليتين المفقودتين وإنما عوض فقط بعض الوظائف مثل وظيفة التصفية épuration أما الوظائف الأيضية métabolisme فتبقى غائبة.

يعيش المصاب بالعجز الكلوي المزمن وضعية النكوص régression خاصة عندما يلاحظ المريض دمه sang خارج الجسم وتصبح الكلية الاصطناعية Rein artificiel الكلية الجديدة لكنها توجد خارج عضويته son organisme وهذا ما يشكل إشكالية عدم إتمام وإكمال الأغلفة الجسمية النفسية Enveloppes somatopsychiques (D. Cupa، 2002).

كما يعيش مرضى العجز الكلوي المزمن الخاضعين للديالیز حياة خاصة جدا، ويحاولون جديا مواجهة هذه الصعوبات والعراقيل إلى جانب الألم المزمن، فالرغبة في الحياة والشعور بالرفاهية Bien être يكتسبه هؤلاء المرضى من خلال تبني استراتيجيات المقاومة Coping وتكون هذه الأخيرة نتاج تاريخ حياة المريض، شخصيته، ورغم ذلك فإن المرضى الذين يتكيفون مع مرضهم يعانون أيضا، ولكن كلما كان الدعم الاجتماعي مرتفعا كلما كان التكيف متزايدا خاصة إذا كان من جانب الطاقم الطبي والشبه طبي، فالأطباء والممرضون يمثلون أهمية كبيرة بالنسبة للمرضى في الديالیز وقد جاء ذلك في دراسات A.Kaplan Danour 1971

التغيرات التي تحدث في العائلة:

تبين الخبرة العيادية أن عدة تغيرات تحدث في الوسط العائلي نتيجة إصابة أحد أفراده بالعجز الكلوي المزمن ويتحدد نوع التغيير حسب الشخص المصاب (الأب، الأم، أو أحد الأبناء) ومباشرة بعد الاعلان عن المرض تظهر الانعكاسات النفسية المختلفة من بين هذه التغيرات مثلا:

يطلب الوالد المريض مساعدة كبيرة من الآخرين مثلا كان يتخلى لهم عن كل مسؤولياته وأحيانا يطلب منهم أن تكون له مكانة أكثر من الأول، كما أنه يطالب بالرعاية الكبيرة معتقدا أنه ضحية مطالبهم العديدة والمختلفة وأنه هذا ما جعله يصاب بالمرض.

وينجر من خلال هذا السلوك وسط العائلة قلق واختلال في التنظيم العائلي وخاصة في حالات نكوص الوالد المريض حيث يصبح كطفل مدلل عصبي وغضوب. وفي حالة مرض الأب، يفقد اذن دوره كرب عائلة، كما يفقد الأولاد مصداقيته وسلطته، أما في حالة إصابة الأم فهي تفقد دورها كسيدة إنجاز المعاملات بين أفراد العائلة ويصبح الجو العائلي مكهربا وعدوانيا.

في بعض الحالات يصبح النشاط المهني أكثر أهمية حيث يعتبر الشغل ملجأ يستعمله المريض لمواجهة خبرة المرض ولكن في كثير من الحالات يتوقف المريض عن شغله ويصبح أكثر حضورا في البيت مما يولد حالات التوتر والقلق داخل الأسرة نتيجة ضغوط ومطالب المريض العديدة والتي تسبب حالة الضغط بالنسبة للعائلة.

إن الحياة الزوجية تتغير نتيجة إصابة أحد الزوجين بالعجز الكلوي المزمن حيث نظهر إعادة هيكلة داخل هذه العائلة والمحددات البدنية والجنسية تتضاءل، وقد ينجر عن ذلك رغبة في الانفصال خاصة في حالات عدم الشعور بالذنب.(D. CUPA، 1993)

عمل الأخصائي النفسي مع المرضى ذوي العجز الكلوي المزمن :

من خلال الخبرة العيادية في مصلحة أمراض الكلية تبين أن المرضى ليس هم الذين يطالبون بالفحص النفسي بل الأخصائي هو الذي يعرض خدماته العيادية والسيكولوجية ذلك أن المريض يكون موضوع علاجات وإسعافات عديدة ومتكررة تجعله لا يفكر في طلب المساعدة النفسية وفي حالات أخرى يكون ذلك نتيجة عدم وعي المريض بوجود معاناة سيكولوجية إلى جانب معاناته العضوية (العجز الكلوي).

يعمل الأخصائي النفسي مع الطاقم الطبي والشبه طبي من أجل تحضير وبرمجة لقاءات ومقابلات مع هؤلاء المرضى الذين يكونون في حالة أزمة ضغط، معاناة، فقدان، حالات سيكولوجية مثل: القلق، الاكتئاب، الضغط، ومن مهام الأخصائي النفسي:

1- وضع تشخيص للمعاناة التي يعاني منها المريض

2- التعرف على كل العوامل والظروف المحيطة بالمريض (المعاش النفسي، الاجتماعي، الاقتصادي، العلاقات الاجتماعية) كلها عوامل مساعدة في نجاح العلاج أو معرقلة له.

3- جعل المريض يهتم بحياته الشخصية والنفسية ويتعرف على معاشه الداخلي واللاشعوري.

وهكذا يتوصل المريض بالتدريج إلى طلب المساعدة النفسية وعلى العموم فإن المرضى يطلبون حلولا مؤقتة وسريعة للصعوبات النفسية والاجتماعية التي تصادفهم جراء الأزمات والصدمات نتيجة أحداث حياتهم العائلية، المهنية ومثل هذه العراقيل الانتظار الطويل للحصول على زرع كلية، فالديباليز تحدث حالة القلق، التوتر والعدوانية.

يعتقد أصحاب التناول التحليلي أن التدخل السيكولوجي مع هؤلاء المرضى المصابين بالعجز الكلوي المزمن يجب أن يكون مستوحى من التحليل النفسي فهو الأنسب حسب

اعتقادهم. وقد ركز Brusset 1998 على النقاط الآتية أي أن الكفالة النفسية تكون حسب المحاور الآتية:

– الإصغاء الجيد والعميق للعميل لمختلف عباراته، كلامه آهاته، التركيز أيضا على صمته، الكلام الداخلي.

– تشجيع العميل على الحديث، تقديم له إيحاءات أو تشجيعه على التداعي الحر، وإعادة الصياغة لعباراته حتى يتمكن الأخصائي من إدراك معاناته وتفهمها وإشعاره بأهمية ما يقوله ومشاطرته آلامه ومعاناته.

– مساعدة العميل أو المريض على التنفيس الانفعالي، محاولة الربط بين الانفعالات والتصورات بين ما هو ما هو انفعالي وما هو معرفي في ذهني وطريقة ترابطهما وتأثير كل جانب في الآخر.

– يعمل الأخصائي على جعل المريض المصاب بالعجز الكلوي يدرك أنه يفهمه ويشاطره خبرة الألم نتيجة المرض المزمن والعلاج المزمن حيث يشير الأخصائي إلى مدى مراعاته لخبرة المعاش الجسدي والنفسي الذي يعبر عنه المريض ولا سيما خبرة الخوف من الموت أو قلق الموت أحد أبعاد المعاناة لدى مرضى العجز الكلوي المزمن.

ومن خلال هذا التدخل السيكولوجي يرى أصحاب التحليل النفسي أن هؤلاء المرضى تتبلور عندهم صيرورة أو عملية processus يصلون من خلالها إلى وضعية أخرى، فإلى جانب آلامهم وصعوباتهم يجدون نوعا من الراحة ويبدءون بالاهتمام بتوظيفهم النفسي والجسدي بحيث يعيدون بناء توازنهم النرجسي homeostasie narcissique.

ولعل أهم ما يشعر به هؤلاء المرضى بعد حصولهم على التدخل النفسي هو أن الإحساس الأول بالجسم الفارغ وعديم الإحساسات الإيجابية كالإحساس باللذة ينقص، وهكذا تبدأ عوامل الاكتئاب في التلاشي ويظهر المرضى أكثر تكيفا مع خبرة المرض وخبرة العلاج "الديالز".

كما يؤدي التدخل النفسي إلى إعطاء المرضى قدرة على التحكم في الآليات الدفاعية حيث تكون الميكانزمات الأولية أقل حضورا وتتطور العلاقات الشخصية المرنة وتتلاشى السلوكات السلبية مثل العدوانية واللإجتماعية.

وهكذا يتعامل المريض العاجز كلويا مع خبرة العلاج الديالز بكثير من المرونة حيث لا ينظر إلى الحصص المبرمجة خلال الأسبوع كعامل اضطهادي facteur persécutant أو أنه هاجس لا بد منه وإنما تصبح حصص الديالز عبارة عن مواعيد صداقة بين المرضى، أو لقاءات حميمية بين هؤلاء المرضى حيث تتكون فيما بينهم علاقات صداقة وأخوة ومساعدة ذلك لأنهم تربطهم خبرة واحدة (المرض والعلاج المزمنين).

كما يلاحظ السيكولوجي أن هناك تغيرا معرفيا أو تغييرا على مستوى التفكير حيث يصبح المريض أقل صلابة بل أكثر إبداعا وتفاؤلا وذلك نتيجة مواجهة القلق المزمن.

كما تصبح الآليات الدفاعية أكثر نضجا مما يؤدي إلى تبلور التوازن الحيوي (الجسمي والنفسي) ويعتقد المريض أن ماله pronostic أقل تهديدا.

مهما يكن فإن الأطباء المختصون في أمراض الكلية والأطباء العامون généralistes الذين يشتغلون في مصلحة أمراض الكلية يهتمون أيضا بالجانب النفسي والاجتماعي للمرضى الذين يعانون من أمراض الكلية المزمنة والخاضعين لتصفية الدم حيث يهتم هؤلاء الأطباء بمرضاهم ويحاولون التعرف على معاناتهم النفسية إلى جانب المعاناة الجسمية وكذلك التعرف على مشاعرهم ومعاشهم اليومي النفسي والاجتماعي وحتى المرضون يولون أهمية للجانب النفسي عند هؤلاء المرضى ونتيجة تكرار حصص الديالیز 3 مرات أسبوعيا تتكون علاقات وصداقات بين المرضى فيما بينهم ومع المعالجين (الأطباء والممرضين).

وعندما يتعرض المريض إلى خبرة معينة في حياته فإن كل المشرفين على العلاج يشاركونه هذه الخبرة ويظهر جو من الإحاطة بهذا المريض حيث تزداد مقومات الدعم الاجتماعي، الإعلامي وحتى المادي.

وإذا كان الطبيب المعاين يهتم بعضو الكلية Rein المريضة والتي فقدت وظائفها وتم بعد ذلك تعويضها من خلال آلة تصفية الدم فإن المريض يبقى محتاجا إلى تدخل شامل ويطالب الطاقم الطبي بكفالة كاملة.

التكيف السيكولوجي مع تصفية الدم:

انه عبارة عن عملية أو مسار تكييفي مستمر ومتواصل عوامله وأنماطه تختلف حسب نمط أو شكل الدخول في المرض المزمن. وحسب النظرية التطورية يحدث تغيرا معتبرا على مستوى أفكار ومعتقدات المريض. إن أغلبية المرضى المصابين بالعجز الكلوي المزمن يخضعون للديالیز بالرغم أنه لم تظهر بعد عندهم اضطرابات، ولكن قد تظهر مظاهر مرضية متعلقة بتصفية الدم منها: اختلالات في التوازن الحيوي، اضطرابات هضمية وحتى سيكاترية.

يشير التكيف النفسي مع عملية تصفية الدم إلى استخدام استراتيجيات المقاومة والى المراحل الأربعة التي يمر بها المريض:

مرحلة الخمول والسلبية.

مرحلة الفرح والحيوية الناتجة عن التحسن الذي يصاحب عملية تصفية الدم.

مرحلة القلق أو الضغط نتيجة الإرغامات والضغوطات الناتجة عن العلاج المزمن والثقيل تصفية الدم.

مرحلة التكيف والمقاومة للمرض المزمن والعلاج المزمن.

وهذه المراحل الأربعة ما هي إلا وضعية للمسار الذي يخوضه المريض المصاب بالعجز الكلوي المزمن والخاضع لتصفية الدم.

ويمكن أن نجمع هذه المراحل في مرحلتين:

1- **المرحلة الأولى:** ويمكن وصفها على أنها مرحلة البهتان والسلبية، إنها مرحلة صدمة تصاحبها مجموعة من التغييرات والاضطرابات الانفعالية، يشعر المريض وكأنه يتعرف على الهوامات المرتبطة بداخل الجسم.

2- **المرحلة الثانية:** وهي تشير إلى حالة التكيف أو التوافق المزمن، وهنا يحقق المريض أنماطا تكيفية مختلفة حيث يصبح الأنا أكثر مرونة، كما أنه عملي ووظيفي بعدما كان في حالة البهتان ويعمل من خلال ذلك على وضع مجموعة من الميكانزمات الدفاعية خاصة: النكوص والتماهي، هي مرحلة تتميز بالمراقبة والضبط للداخل والخارج Dedans et Dehors. (G. BURLAUX، 2004).

وهنا تظهر فعالية تدخل الأخصائي النفسي لمساعدة المريض المزمن على تخطي هذه المرحلة ويجعلها أكثر فعالية حتى يصل إلى مرحلة تقبل المرض والتكيف معه.

وتشكل الحصص الأولى من الديناليز Dialyse مرحلة فاصلة إذ ما كان غير معروف، مكبوت ومنبوذ يصبح واقعا ويبدأ المريض في لمسه والتحقق منه. إنها مرحلة كف inhibition بالنسبة للمريض كما نلاحظ ظهور قلق تصاحبه أعراضا اكتئابية.

ولعل المؤشر الأول للدخول في مسار العلاج المزمن (تصفية الدم)، وهو كعلاج للعجز الكلوي المزمن وهو المؤشر الذي يؤكد حدوث مالا يستطيع المريض نكرانه، إنه قرار الفرقة الطبية بوضع Fistule Arterio Veineuse FAV، وهي عبارة عن عماية جراحية تجرى على مستوى الساعد avant bras وهي التي تسمح بتنقل الدم وخروجه إلى آلة تصفية الدم ثم رجوعه إلى الجسم.ولعل المشاعر التي تظهر عند المريض جراء هذه الوضعية هي مشاعر هوامات التعدي أو العدوان.

وهناك البعض من المرضى الذين يعتبرون la fistule كباب porte مفتوح على داخل الجسم، فهي تخرج منها أصوات تشبه الخرير أو الخرخرة) وهذا ما ينبؤ على أنها وظيفية

fonctionnelle، ولكن في نفس الوقت هي أصوات مخيفة لأنها تعبر عن سريان الدم في الشرايين والأوردة.

وتشير الحصة الأولى من تصفية الدم إلى انتهاء مرحلة الانتظار والقلق، فهي تحمل نوعا من الراحة والترويح كما أنها تحدد درجة التحمل.

إن عدم إدراك المرض وتقبله، يؤدي إلى ظهور عند العديد من المرضى تساؤلات واستفسارات عديدة ومتكررة، كأن يقول أحد المرضى: عندما نتماثل للشفاء يمكن الاستغناء عن هذه الآلة التي تصفي الدم، ولعل هذه التساؤلات هي التي تشكل عوامل الاتجاهات "رفض المرض والعلاج". وتظهر هذه الحالة نتيجة مرحلة من الأمل حيث يشعر المريض بتحسن حالته الجسدية نتيجة الحصص الأولى من الديالیز حيث يبدأ المريض في الأكل والشرب، ويستعيد بعض الوظائف الحيوية كالخروج والمشي وكذا الممارسات الحياتية اليومية، ولكن عند بعض الحالات يزداد القلق ويصبح الحصر شديدا: إنه قلق الموت أو قلق على الحياة، كما أنه الخوف من المستقبل، ويأخذ هذا القلق شكل المطالب وادعاءات غير منتهية كما أنه يشكل ضغوطات وصعوبات على الطاقم الطبي والشبه طبي إنها صعوبات ترتبط بالحالة المرضية خلال الحصص الأولى من الديالیز والتي تحمل درجة من عدم الارتياح، المضايقات العضوية والإرغامات النفسية ولعل من أهمها: ارتفاع الضغط الدموي، الغثيان، القيء، التشنجات ويصاحب هذه الوضعيات حالات: صعوبة التكيف، الرفض الحاد الهروب، التغيب والتسيب وهي كحالات لمحاولة انتحار.

خاتمة:

وحتى تتحقق عملية التكيف مع وضعية الضغط (تصفية الدم) يحتاج المريض إلى أن يعترف لنفسه ويدرك أن المرض مزمن ولا يوجد علاجا سحريا يشفى منه كليا إلا في حالة زرع الكلية Rein وأنه فقد وظيفة كليته للأبد وأنه فقد التوازن العضوي الحيوي الذي كان يتمتع به سابقا وأنه فقد استقلاليته وقدرته على التكفل بنفسه بصفة كلية، وأنه دائما في حاجة إلى شخص يساعده ماديا ومعنويا. وقد تستمر الأعراض الفيزيقية والنفسية خلال هذه المرحلة وذلك بالرغم من تحسين الحالة العامة للمريض وأحيانا تكون مذهلة، إن للأخصائي النفسي دور كبير في مساعدة المريض على التكيف مع العلاج المزمن تصفية الدم من خلال تشجيع وتثمين تلك الرغبة الشديدة التي يظهرها في التحكم ومعرفة تقنية تصفية الدم وكيفية تسير تلك الآلة لان معرفة المرض وتفهمه شرط أساسي في تقبله والتكيف معه.

تقديم الحالة:

أ - البيانات العامة: [ح.ب] امرأة تبلغ من العمر 49 سنة، عازبة، مستواها التعليمي ثانوي، متحصلة على شهادة تقنية سامية في البيولوجيا، مستواها الاقتصادي متوسط، وهي تعمل كتقنية في أحد المخابر للتحاليل الطبية، تسكن لوحدها بعدما مات والداها وتزوج كل إخوتها (عددهم 12) وهي تقطن بالجزائر العاصمة.

ب - تاريخ المرض والعلاج : يعود مرض [ح.ب] بالعجز الكلوي المزمن إلى مرحلة الطفولة وقد كان عمرها آنذاك 05 سنوات وذلك إثر إصابتها بحمى ناتجة عن التهاب المسالك البولية (تقول المفحوصة لم يتم علاجها بطريقة فعالة نظرا لإمكانيات والديها المادية المحدودة آنذاك)، تطور الالتهاب ليصيب الكليتين، وبدأ تدهور مكونات الكلية (Nephrons) بالتدريج إلى أن وصل إلى المرحلة النهائية Stade terminal وما زاد تبلور العجز الكلوي هو ارتفاع الضغط الدموي الذي كان يصل حسب المفحوصة إلى 10 – 23 أو حتى 12 – 27 الدرجة القصوى. دخلت [ح.ب] المستشفى وأجريت لها كل الفحوصات المخبرية والأشعة وتم تشخيص الحالة: العجز الكلوي المزمن الناتج عن الضغط الدموي المرتفع، وبعد ذلك تم تحويلها إلى مصلحة تصفية الدم، وهكذا أصبحت [ح.ب] تتردد على الديالیز 03 مرات في الأسبوع ولمدة 04 ساعات لكل حصة، كان عمرها 21 سنة ابتداء من 1987 وهي تعتبر من أقدم المريضات داخل مصلحة تصفية الدم.

ج - التقرير الذاتي للمريضة: تقول [ح.ب] في أحد مقاطع المقابلة: "كنت دائما مريضة منذ طفولتي، لكن كنت أعتقد أنني سوف أشفى خاصة في مرحلة المراهقة، كنت نحيفة جدا" وتواصل: "لم أفكر أبدا أن تكون هكذا نهايتي".

رغم ظروف المرض تمكنت [ح.ب] من مواصلة دراستها (الثانوية) وحصولها على دبلوم في التحاليل الطبية وكان ذلك من اختيارها إذ تقول: "أردت أن أكون متخصصة في المجال الطبي حتى أفهم مرضي وأتمكن من مقاومته".

فعلا لقد استفادت [ح.ب] من تخصصها حيث أصبحت أكثر وعيا بأعراض مرضها، وأصبحت تقرأ في مجال خصائص الكلية، أمراضها وخاصة علاج تصفية الدم وكيف يمكن تفادي الوقوع في الانعكاسات الناتجة عن إزمان Chronicité الديالیز مثل هشاشة العظام، مشاكل قلبية، الحوادث التي تعيق الناصور Fistule وهي العنصر الأساسي في ديمومة الديالیز. وهكذا عرفت [ح.ب] أن المواظبة على الحضور إلى الحصص وتناول الأدوية في مواعيدها وإتباع حمية هي شروط نجاح علاج تصفية الدم وتحقيق درجة عالية من نوعية الحياة.

وفي بداية التحاق [ح.ب] بالديالز انضمت إلى جمعية مرضى العجز الكلوي، كان المشرف عليها طبيبا يخضع للديالز، كانت تعمل على توعية المرضى، وتساعد المحتاجين منهم ماديا وتقول "كنت نشطة كثيرا، أردت من خلال عملي ونشاطي في الجمعية أن أثبت ذاتي وأبين أن المريض بإمكانه أن يقوم بدور اجتماعي".

تتميز [ح.ب] بخصائص شخصية تتمثل في: القدرة على الحوار والتواصل، الانضباط، ثقافة طبية جيدة، حل المشكل، ولذلك كان المرضى يستشيرونها ويعتبرونها المثل الأعلى، من يراها خارج مصلحة الديالز لا يعرف أنها مريضة رغم السنوات العديدة وهي تخضع لتصفية الدم، ولعل هذا يعود إلى مدى امتثالها للتعليمات الطبية.

لم تستفد [ح.ب] من زرع الكلية مع أنه كان حلمها الكبير حيث تقول: "كنت أعتقد أن زرع الكلية سيكون لي الفرج من شقاء الديالز ولكن لم يحدث" كانت تعتقد بما أنها أصغر أخواتها سيقوم أحدهم بالتبرع بكليته، ولكن ولا واحد منهم ذكر ذلك.

عملت [ح.ب] على إعادة بناء معرفي وقد ساعدها ذلك في تقبل مرضها وعلاجها المزمنين، وقد وظفت كل جهودها في عملها، نشاط الجمعية، إذ تقول: "أصبح لدي أصدقاء كثيرين ليس لدي الوقت في التفكير المستمر في المرض".

نلاحظ من خلال هذا أن [ح.ب] وجدت استراتيجيات لمواجهة خبرة المرض تتمثل في البحث عن حلول وليس الهروب، فهي تعمل، تنشط في جمعية، تبحث عن الدعم الاجتماعي من خلال الأصدقاء، كما تقول أنها تجد أوقاتا للتسلية والإلهاء حيث تذهب للتبضع والتنزه على المحلات التجارية، فهذه كلها مهام تساعد المفحوصة في التكيف مع العلاج الثقيل كما تسميه: الديالز.

د - تقرير الطبيب المعاين: تقول الطبيبة عن [ح.ب] إنها المثال الحقيقي للمريض الممتثل للتعليمات الطبية، فكل المؤشرات مضبوطة مثل الضغط الدموي، تمركز الكالسيوم والبوتاسيوم والصوديوم، ولهذا فهي لا تعاني من اضطرابات في القلب، أو هشاشة العظام، ذلك لأنها تأخذ أدويتها (الأدوية الخاصة بالضغط الدموي والأدوية الحافظة Traitement conservateur) هي أدوية توصف لكل المرضى في الديالز مثل أقراص الكالسيوم فيتامين D والأهم أيضا أنها تحافظ على الحمية ولهذا لا يتعدى حمل الوزن Prise de poids بين حصتي الديالز 1.5كلغ، كما أن وزنها الجاف Poids sec مستقر.

وبعد إجراء هذه المقابلات الأولية التي سمحت لنا بالتعرف على المفحوصة [ح.ب] قمنا بتطبيق بطارية المقاييس وكانت النتائج كالآتي:

هـ - نتائج المقاييس النفسية:

1- نتائج مقياس تقدير الملائمة:

مقياس تقدير الملائمة	
النتيجة الكلية للمقياس	النتيجة المتحصل عليها
18	14

جدول (01) يوضح نتائج [ح.ب] على مقياس تقدير الملائمة.

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن [ح.ب] قد حصلت على درجة عالية على مقياس تقدير الملائمة (14) وهذا ما يؤكد أقوال الطبيبة التي أثبتت في تقريرها أن [ح.ب] ممتثلة للتعليمات الطبية وأنها تطبق شروط علاج تصفية الدم (الدواء، الحمية، المواظبة، التقليل من السوائل).

2- نتائج مقياس: استبيان إدراك المرض – المعدّل–:

المقاييس الفرعية		النتائج المتحصل عليها
الهوية (تعريف المرض)		08
المدة: حاد/مزمن		29
الانعكاسات		02
الضبط الشخصي		17
ضبط العلاج		16
تفهم المرض		16
المدة/دوري		14
تصور الانفعالات		25
الأسباب	- داخلية	15
	- خارجية	26

جدول (02) يوضح نتائج [ح.ب] على مقياس استبيان إدراك المرض –المعدّل-

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن المفحوصة حصلت على درجة (8) على مقياس "الهوية" وهذا يعني أنها تدرك فعالية علاجها (الديالیز) وبالتالي لم تتحدث عن أعراض وآثار مرضها، إذ أنه (كلما كانت الدرجة عالية فهذا يشير إلى أن المريض يدرك كثرة الأعراض المرضية

وبالتالي يعيش حدودا Limites أكثر من المتوقع)، ورغم ذلك قد حصلت على درجة (29) على مقياس المدة مزمن/حاد، فهي تدرك أن مرضها مزمن ورغم فعالية العلاج إلا أنها تعيش إرغامات المرض (إذ تقول مثلا في أحد مقاطع المقابلة : " صعب أن أسافر إلى مكان بعيد ربما لا أجد فيه مركزا لتصفية الدم ") لهذا نلاحظ أن [ح.ب] حصلت على درجة (25) على مقياس "الانعكاسات"، في حين أنها حصلت على درجة (16) على مقياس "تفهم المرض" هي درجة عالية إذ تشير إلى مدى تفهم المفحوصة لمرضها وعلاجها من حيث (تعريفهما، أسبابهما، مآلهما)، لكنها حصلت على درجة عالية على مقياس تصور الانفعال (25) وهذا يشير إلى أنه بالرغم من أن [ح.ب] تدرك وتفهم مرضها إلا أنها تعيش حالات انفعالية مصاحبة لعلاجها، أما أسباب مرضها فإنها تعتقد أنها خارجية وقد أشارت إلى ذلك في المقابلة إذ تقول "لم تكن هناك كفالة طبية جيدة وبالتالي تفاقم مرضي" وحصلت على درجة (26).

3- نتائج مقياس المرض الكلوي ونوعية الحياة: الصورة المصغرة:

المقاييس الفرعية	النتائج المتحصل عليها
محور الجانب العضوي PCS	50
محور الجانب العقلي MCS	55

جدول (03) يوضح نتائج [ح.ب] على مقياس المرض الكلوي ونوعية الحياة

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن المفحوصة حصلت على درجة (50) على مقياس نوعية الحياة (محور الجانب العضوي) هي درجة معتبرة إذ تشير إلى أنه بالرغم من المرض والعلاج المزمنين إلا أن المفحوصة لا تعبر عن وجود حدود في نشاطاتها الجسمية أي أنها تتمتع بالطاقة والحيوية وأنها غير عاجزة عن تحقيق حاجاتها التي تعتمد على التوظيف العضوي أو الجسمي، كما أنها حصلت على درجة (55) على مقياس نوعية الحياة (محور الجانب العقلي)وهذا يعني أن [ح.ب] تدرك صحتها العقلية وتتحكم في انفعالاتها، وتلعب دورا اجتماعيا (وقد وجدنا هذا خلال المقابلة حيث عبرت لنا عن مشاركتها في جمعية مرضى العجز الكلوي) ولهذا جاءت نتائج نوعية الحياة المرتبطة بالعجز الكلوي عالية.

4- نتائج مقياس استبيان إيزنك للشخصية:

أبعاد الشخصية	النتائج المتحصل عليها
الذهانية	04
العصابية	15
الانبساط	12
الكذب	09

جدول (04) يوضح نتائج [ح.ب] على مقياس استبيان إيزنك للشخصية

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن المفحوصة حصلت على درجة عالية على مقياس بعد العصابية (15) وهذا يشير إلى أن المفحوصة تتميز ببعض الخصائص العصابية مثل القلق، الكآبة، التوتر، في حين أنها انبساطية واجتماعية وقد حصلت على بعد الانبساط على درجة (12) كما أنها تميل إلى الجاذبية الاجتماعية حيث ترغب في الامتثال لقواعد اجتماعية ولهذا قد حصلت على بعد "الكذب" على درجة (09)، أما درجة (04) على بعد الذهانية فهي ضعيفة جدا أي أن المفحوصة ليست عدوانية، منعزلة.

5- نتائج مقياس استراتيجيات المقاومة للوضعيات الضاغطة:

المقاييس الفرعية	النتائج المتحصل عليها
المهام	57
الانفعال	52
التجنب	51
التسلية	51
الالهاء الاجتماعي	55

جدول (05) يبين نتائج[ح.ب] على مقياس المقاومة للوضعيات الضاغطة

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن المفحوصة تحاول استخدام مختلف استراتيجيات المقاومة لمواجهة وضعيات الضغط التي تعيشها (المرض والعلاج) وجاءت درجات المقياس متقاربة فيما بينها مع اختلافات طفيفة، نجد مثلا درجة (57) على بعد المهام ويعني هذا أن المفحوصة تعمل جاهدة لإيجاد حلول لمواجهة وضعية الديناميز الثقيلة إذ تبحث دوما عن الدعم الاجتماعي (المعنوي والإعلامي) كما تحاول إيجاد حلول فعلية (العمل والنشاط في الجمعية) لكن هذا لم يمنعها من تبني استراتيجيات مركزة حول الانفعال إذ حصلت على درجة (52) و(51) على بعد التجنب و(51) للتسلية الاجتماعية إذ تقول المفحوصة "أحب الخروج مع الزملاء، الذهاب للتبضع والإلهاء الاجتماعي حيث حصلت على درجة (55).

يتضح إذن من خلال نتائج المقياس أن المفحوصة تعتمد أكثر على استراتيجيات " المهام " لتواجه خبرتها الضاغطة (العلاج المزمن) وهذا مؤشر ايجابي لتطوير سلوك الملائمة.

خلاصة الحالة:

نلاحظ من خلال معطيات المقابلات العيادية وبطارية المقاييس أن [ح.ب] تتعامل مع مرضها بكل تفهم وترق وأنها تمتثل للتعليمات الطبية (الملائمة) وهذا ما جعلها مثلا للمرضى حسب عبارات

الطبية، وقد يعود سلوك الملائمة عند [حب] إلى إدراك المرض حيث ظهر من خلال النتائج أنها تفهم مرضها وتتحكم فيه، كما أنها تستخدم استراتيجيات المقاومة بنوعيها المركزة حول المشكل والمركزة حول الانفعال وقد انعكس سلوك الملائمة على نوعية حياتها (الجسمية والعقلية) وبالتالي نستطيع القول أن المفحوصة تتكيف مع مرضها وعلاجها المزمنين.

المراجع باللغة العربية

1. العيدروس، عقيل حسين (1996): "أمراض الكلية وارتفاع ضغط الدم"، مؤسسة مكة للطباعة والإعلام.

2. الكرمي، زهير، صبالي، محمد سعيد (1988): الأطلس العلمي فيزيولوجيا الإنسان، دار الكتاب اللبناني، بيروت.

3. رويحة، أمين (1972): "أمراض الجهاز البولي، الكلى والبروستات"، دار القلم، بيروت، لبنان.

4. شلش، صبحي عمران (1992): "الدراسات العملية في علم وظائف الأعضاء العام"، مؤسسة المجلس الأعلى العربي للعلوم والتكنولوجيا.

المراجع بالأجنبية:

1. Bruchon- Schweitzer. M. et quintard. B. (2001) : « personnalités et maladies », édition dunord, Paris.

2. Bruchon- Schweitzer. M. et R. Dantzer ; (1994) : Introduction à la psychologie de la santé », édition PUF, Paris.

3. Boubchir. M; (2004) : « monographie sur l'insuffisance rénale chronique », OPU, Alger.

4. Bourgeois M. (1994) : « Psychologie de la santé, psychologie médicale, psychosomatique et psychiatrie de liaison » ; in Ann., méd-psychol, 1994, 152, n° 10.

5. Bourgignon. O et Byllowski ; (1995) : « la recherche clinique en psychopathologie », édition PUF, Paris.

6. Brammer. L.M ; (1991) « How to cope with life transitions, HPC, Hemisphère peublishing corporation.

7. Brillon. P ; (2004) : « se relever d'un traumatisme », les éditions Quebecor, Canada.

8. Broca. A ; (2002) : « Douleurs, soins palliatifs » : Deuils, Masson, Paris.

9. Brownlee-Duffeck. M, Peterson. L et Simonds. J.F; (1987): « the role of health beliefs in the regimen adhérence and metabolic control of adolescents and adults with diabetes » ; Journal of consulting and clinical psychology, Vol, 55, N° 2, 139-144.

10. Burloux. G ; (2004) : « le corps et sa douleur », Dunod, Paris.

11. Chabrol, H et Callahan, S; (2004) : « mécanismes de défense et coping », dunod, paris.

12. Chiland. C ; (1983) : « l'entretien clinique » PUF, Paris.

13. Chistensen. A.J; (1996): « Patient adhérence to medical treatment regimens », in journal of personality, Vol 64, N° 4, PP 815-835.

14. Christensen A. et al ; « Body consciousness, illness – related impairment, adherence in Hemodialysis », in journal of consulting and clinical psychology, 1996, Vol 64, n° 1, 147-152.

15. Christensen A.J. (1996) : « Patient adhérence to medical treatment regimens » ; in journal of personnality, Volume (64) (4), P.P 815-835.

16. Christensen. A.J, Weibe. J.S et Edwards. D.L; (1996): « Body consciousness, ilness-related impairment, and adherence in hemodialysis », journal of consulting and clinical psychology, Vol, 64, N° 1, 147-152.

17. Churchill. Dm, Wallace J.E et Beecroft ML; (1991): «A comparison of evaluative indices of quality of life and cognitive function in hemodialysis patients control clin trials, S 159-67, PMiD. »

18. Cléré. J. (1981): « problèmes psychologique des insuffisants rénaux chronique », in cah, med, 6, 28, 1791 1810.

19. Conguilhem. G ; (1975) : « le normal et le pathologique », 3eme édition Puf, Paris.

أثر برنامج إرشاد جمعي سلوكي معرفي في خفض قلق التحدث أمام الآخرين لدى عينة من طلاب المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين

د. محمد مقداد
أ. صالح اليامي
قسم علم النفس، جامعة البحرين مدرسة عسكر
مملكة البحرين مملكة البحرين

الملخص:

يهدف البحث الحالي إلى قياس أثر برنامج تدريبي جمعي في خفض قلق الحديث أمام الآخرين لدى طلاب الحلقة الثالثة (الصفوف الأول والثاني والثالث) إعدادي بمدرسة عسكر الإعدادية في مملكة البحرين، خلال الفصل الدراسي الأول للعام الدراسي 2011- 2012م. تكون مجتمع البحث من 50 طالبا مسجلين كطلاب منتظمين في العام الدراسي2011- 2012م، منهم، تم اختيار عينة بلغ عدد أفرادها 40 طالبا اختيارا عشوائيا. قسم هؤلاء الأفراد إلى مجموعتين تجريبية (20 طالبا) وضابطة (20 طالبا). تراوح سنهم بين 12 و16 سنة. طبق على المجموعة التجريبية برنامج خفض قلق الحديث أمام الآخرين الذي تضمن (12) جلسة (جلسة القياس القبلي وجلسة تمهيدية، و09 جلسات إرشادية وجلسة القياس البعدي). أشارت النتائج إلى فعالية البرنامج في خفض قلق الحديث أمام الآخرين لدى طلاب الحلقة الثالثة. كما أشارت إلى أن تاثير فنيات الإرشاد المستخدمة لم يكن واحدا في خفض قلق التحدث أمام الآخرين. فقد تبين أن لفنيتي النمذجة والإفاضة بالواقع تأثيرا واضحا في خفض قلق التحدث امام الآخرين مقارنة بفنية التدريب على التعلم الذاتي التي كانت ذات تأثير اقل في خفض قلق التحدث أمام الآخرين.

Abstract

The objective of the program is to measure the impact of a counseling program, on the reduction of talking in front of others anxiety among 7, 8 and 9 graders in the Kingdom of Bahrain. The program that consists of 12 meetings included the following techniques: modeling, self-learning, and flooding. A sample of 40 students was randomly chosen from a population of students who suffered from talking in front of others anxiety. The whole sample was then divided into two groups; experimental group (n=20) with whom the program was practiced, and a control group (n=20). The results indicated the effectiveness of the program in reducing anxiety of speaking in front of others. Also, it indicated that both modeling and flooding were more effective in reducing anxiety to talk to students than training on self-learning.

مقدمة:

تزايدت مؤخرا نسبة ظاهرة القلق الاجتماعي بشكل كبير جدا حتى أصبحت تشكل عائقا لعدد لا بأس به من الأفراد في حياتهم الاجتماعية والمهنية ومدى تواصلهم مع الناس مع ما ينتج عن ذلك من انسحاب من المجتمع ككل وربما تجنب بناء علاقات اجتماعية فعالة مع أفراده. يعرف القلق الاجتماعي في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM IV) بأنه خوف دائم من موقف أو أكثر لدى الفرد يجعله ينظر إلى نفسه بسلبية، ويتوقع أن يكون سلوكه غير مقبول (American Psychiatric Association, 2000). ومن ابرز المواقف التي يتضح فيها القلق الاجتماعي بشكل بارز، موقف التحدث أمام الآخرين. لقد لاحظ الباحثان، من خلال خبرتهما في التدريس بمختلف المراحل (ابتدائي، وإعدادي، وثانوي، وجامعي)، وفي الدورات التدريبية التي يقدمانها أمام الإفراد من شرائح عمرية مختلفة، انتشار مشكلة قلق التحدث أمام الآخرين بين الأفراد وخاصة الطلاب. وقد بين الكثير من الحضور أن التحدث أمام الآخرين كان هاجسهم الأول والأخير.

لقد أدى تزايد نسبة ظاهرة القلق الاجتماعي إلى الزيادة في أعداد الدراسات المهتمة بهذه الظاهرة. فقد بينت دراسة سامر رضوان أن 16.6% من الذكور و12.27٪ من الإناث في عينة دراسته (ن= 437) يعانون من قلق اجتماعي فوق المتوسط. وأن نسبة الذكور الذين يعانون من قلق اجتماعي شديد كانت 6,4 ونسبة الإناث 4.8%، وهي نسب تحتاج إلى التدخل العلاجي (سامر رضوان، 2001). وبينت دراسة (Roeder & Margraf, 1999) أن 64 ٪ من الطلاب في عينتهما (ن= 347 طالباً وطالبة بمتوسط عمري بلغ 25 سنة) يشعرون بالضيق من القيام بفعاليات مختلفة (كالطعام والحديث والكتابة) أمام الآخرين. وكان الحديث أمام الجمهور من أكثر المظاهر انتشاراً، إذ بلغت النسبة 51 ٪ من الطلاب ككل. وكانت نسبة الذين يخافون من أن يقولوا شيئاً مضحكاً أمام الآخرين 48 ٪. وقد خشي 47 % من الطلاب من الخجل والارتباك في المواقف المسببة للقلق، و42 ٪ من الفضيحة و35 ٪ من الفشل و16 ٪ من الإهانة و11 ٪ من نوبة الخوف. ويشعر 76 ٪ بالخوف في المواقف الاجتماعية عندما يشعرون أن انتباه الآخرين متمركز حولهم. ونصف الطلاب تقريباً (47 ٪) أقروا بأنهم يتجنبون المواقف الاجتماعية نتيجة القلق. و40 ٪ يتجنبون النقد و18 ٪ الحديث أمام شخص مسؤول. كما بين هوفمان وآخرون (Hofman, et al. 1996)، أن 89 % من أفراد العينة التي قاموا بدراستها (ن= 80 طالبا)، قد تعرضوا لخبرة سلبية سابقة، أثناء مواقف التحدث أمام الآخرين. وبين قير (Geer, 1965) أن قلق الحديث أمام الآخرين ينتشر بين أفراد بعض المجتمعات منها مجتمع طلبة المرحلة الثانوية والجامعات.

لذلك هدف هذا البحث إلى بناء برنامج يتضمن خدمات إرشادية تعمل على خفض قلق الحديث أمام الآخرين، من خلال استخدام أساليب التعديل المعرفي السلوكي، بحيث يتضمن البرنامج الطرق العلاجية القائمة على نظرية التعلم السلوكي في كفة والعلاج المعرفي في كفة أخرى يتم استخدامهما معا لتحقيق أكبر ما يمكن من الفعالية، كما يشير إلى ذلك رياض العاسمي، (2008).

مشكلة البحث:

تبين الملاحظة، كما تظهر الكثير من الدراسات (كما سبق أعلاه)، أن عددا من يعاني قلق التحدث أمام الآخرين كثيرون، وأن نسبتهم في تزايد. مع العلم ان هذه المشكلة قد تتفاقم لما أن يفكر الطالب في ما يرغب في الوصول إليه من مكانة لدى الآخرين من جهة، وما بين ما يعترف به داخليا من نقص في المهارات التي قد تساعده في الوصول إلى هذه المكانة من جهة أخرى. لذلك نرى في مواقف الحياة المختلفة، وخاصة في المدارس تجنبا واضحا للأنشطة التي تتطلب الإلقاء والتحدث أمام الآخرين. وإن من يعانيها، يجد صعوبة كبيرة في ممارسة متطلبات النجاح في الدراسة وخاصة القراءة الجهرية (قراءة النصوص المختلفة، وقراءة القرآن وترتيله، ، ،). وقد يعتقد المعلم بان المشكلة تتعلق بصعوبات تعلم (صعوبات القراءة) او مشكلة في القدرات العقلية كالقدرة على التذكر، والحقيقة هي أن الطالب يعاني قلق التحدث بصوت مسموع أمام زملائه وما يؤدي إليه من تشتت في الأفكار وأعراض جسمية أخرى كجفاف الحلق وتسارع نبضات القلب. ومن هنا سعى البحث إلى توفير برنامج لخفض قلق التحدث أمام الآخرين متبنيا العلاج المعرفي السلوكي لخدمة طلاب المرحلة الإعدادية. وقد تم التركيز على المرحلة الإعدادية لقدرة الأطفال على إدراك الخوف الزائد أو غير معقوليته كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (أمينة السماك وعادل مصطفى، 2010) من جهة، ومن جهة أخرى، فإن علاج هذه الظاهرة في الصغر أحسن بكثير من علاجها –كما بين كابلن وآخرون (Kaplan, et al. 1995)- في الكبر.

أسئلة البحث:

أما الأسئلة التي يحاول البحث الإجابة عنها، فهي:

أولا: الأسئلة التي تقتضي الإجابة عنها جمع بيانات كمية:

1) أتوجد فروق دالة بين متوسطات المجموعتين التجريبية التي ينفذ معها البرنامج، والضابطة في القياس القبلي؟.

2) أتوجد فروق دالة بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي؟.

3) أتوجد فروق دالة بين متوسطات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة؟

4) أتوجد فروق دالة بين متوسطات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية؟

فرضيات البحث:

استنادا إلى ما تضمنته أسئلة البحث وأهدافه، تمت صياغة الفرضيات الآتية:

الفرضية الأولى: "لا توجد فروق بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي".

الفرضية الثانية: "لا توجد فروق بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي".

الفرضية الثالثة: "لا توجد فروق بين متوسطات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة".

الفرضية الرابعة: "لا توجد فروق بين متوسطات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبة".

ثانيا: الأسئلة التي تقتضي الإجابة عنها جمع بيانات كيفية:

1) أتوجد فروق في تقديرات المحك الذاتي والجماعي المرجع بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي؟

2) أتوجد فروق في تقديرات المحك الذاتي والجماعي المرجع بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي؟

3) أتوجد فروق في تقديرات المحك الذاتي والجماعي المرجع بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية؟

4) أتوجد فروق في تقديرات المحك الذاتي والجماعي المرجع بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة؟

أهداف البحث:

يسعى البحث الحالي إلى معرفة مدى فعالية برنامج جمعي سلوكي معرفي في خفض قلق التحدث أمام الآخرين لدى طلبة المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين من خلال:

1) التعرف على دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي.

2) التعرف على دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي.

3) التعرف على دلالة الفروق بين متوسطات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة.

4) التعرف على دلالة الفروق بين متوسطات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبة.

5) التعرف على ما يوجد من فروق في تقديرات المحك الذاتي والجماعي المرجع بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي.

6) التعرف على ما يوجد من فروق في تقديرات المحك الذاتي والجماعي المرجع بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي.

7) التعرف على ما يوجد من فروق في تقديرات المحك الذاتي والجماعي المرجع بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

8) التعرف على ما يوجد من فروق في تقديرات المحك الذاتي والجماعي المرجع بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة.

أهمية البحث:

تتجلى أهمية البحث في المجالين النظري والعملي كالآتي:

أولا: المجال النظري:

يساهم البحث الحالي في خدمة المعرفة الآنسانية من خلال:

- وضع بين يدي الباحثين برنامجا إرشاديا علاجيا يسعى إلى تخفيف قلق التحدث أمام الآخرين، يمكن استخدامه كليا أو جزئيا في دراسات أخرى شبيهة.
- وضع بين يدي الباحثين دراسة متخصصة في مجال قلق الحديث أمام الآخرين.
- تزويد المكتبة العربية بدراسة أخرى تركز على الرهاب الاجتماعي بشكل عام، وقلق الحديث أمام الآخرين بشكل خاص. مع العلم ان الدراسات العربية في هذين المجالين قليلة.

ثانيا، المجال العملي: يساهم البحث الحالي في خدمة المجتمع ومؤسساته المختلفة من خلال:

-الاستفادة من البرنامج في بناء برامج إرشادية مماثلة تساعد في خفض القلق لدى الطلاب أثناء الحديث أمام الآخرين في مؤسسات التعليم المختلفة وخاصة الثانويات والجامعات.

-زيادة ثقة الطالب في نفسه من خلال اكتشافه لتطور مهاراته في الحديث أمام الآخرين بثقة في نهاية البرنامج وبالتالي مواجهة مواقف الحياة المتجددة بثقة عالية.

حدود البحث:

عند الرغبة في تعميم نتائج البحث، لا بد من الأخذ بعين الاعتبار الحدود الآتية:

الحدود البشرية: شارك في البحث طلاب الصف الأول والثاني والثالث إعدادي بمدرسة عسكر الإعدادية المسجلين والمنتظمين خلال الفصل الدراسي الأول للعام الدراسي 2011- 2012م.

الحدود الزمانية: طبق البرنامج خلال الفصل الدراسي الأول لمدة ستة أسابيع بواقع جلستين كل أسبوع ليبلغ العدد الكلي للجلسات (12) جلسة مدة الجلسة الواحدة (45) دقيقة وذلك من تاريخ 2011/10/31م إلى 2011/12/14م.

الحدود المكانية: أجري البحث في الصف الالكتروني الموجود بمدرسة عسكر الإعدادية الابتدائية للبنين بمنطقة عسكر بمملكة البحرين، وهي مدرسة حكومية.

مصطلحات البحث:

القلق: يعرف القلق بأنه حالة انفعالية غير سارة يستثيرها وجود الخطر وترتبط بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية (سوين، 1988). ويعرف إجرائيا في هذه الدراسة بأنه شعور الطالب بعدم الراحة نتيجة انتظاره أداء مهمة ما فيؤدي ذلك إلى كثرة التفكير والتردد.

الرهاب الاجتماعي: خوف ملحوظ ودائم من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء حيث يظهر الشخص أمام أشخاص غير مألوفين له أو يكون عرضة للتفحص من قبل الآخرين في هذه الحالة يخاف الشخص من ان يتصرف بطريقة مخزية أو محرجة (أمينة السماك وعادل مصطفى، 2010). ويعرف إجرائيا بأنه خوف الطالب وتردده من الحديث أمام الآخرين ومواجهة المواقف الاجتماعية الجديدة والتي يكون فيها محط الأنظار والاهتمام مما يؤدي به إلى تجنب المشاركة في تلك المواقف كالإذاعة المدرسية والأنشطة التي تحتاج إلى مواجهة الجمهور.

قلق التحدث أمام الآخرين: هو اضطراب يحد أو يقلل وفي بعض الأحيان يكبح قدرة الطالب على طرح وجهة نظره بين زملائه ويمنعه من المشاركة الصفية والقراءة بصوت مسموع للقصائد والنصوص وقراءة القرآن الكريم وترتيله، والمشاركة في الأنشطة الإذاعية والمدرسية التي تتطلب أن يكون الطالب محط أنظار الغير وهو يتحدث، مما قد يؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي الذي قد يكون مصحوبا ببعض الأعراض الجسدية (تشنجات عضلية وزيادة في دقات القلب وضيق في التنفس وتشتت في الأفكار).

البرنامج الإرشادي: مخطط منظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فرديا أو جماعيا لجميع من تضمهم المؤسسة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو (محمد المشاقبة ، 2008). ويعرف إجرائيا بأنه خطة عمل تتضمن فنيات يتم تنفيذها من خلال أنشطة وطرائق متنوعة بشكل جمعي، يتم توزيعها زمنيا على عدد من الجلسات الإرشادية.

منهجية البحث وإجراءاته:

المنهج المستخدم في البحث: استعان الباحثان بالمنهج المختلط (Mixed methods design)، وخاصة التصميم التفسيري (Explanatory design) الذي فيه يتم أولا، جمع البيانات الكمية، ومن ثم يتم جمع البيانات الكيفية لدعم البيانات الكمية والمساهمة في توضيحها وفهمها. وقد تم جمع نوعي البيانات الكمية والكيفية لتقويم البرنامج الإرشادي المقترح. وسيأتي تفصيل كل هذا في الفقرة الخاصة بتقويم البرنامج الإرشادي المستخدم.

مجتمع البحث: بلغ مجتمع البحث 50 طالبا من طلاب المرحلة الأولى (الصفوف الأول والثاني والثالث إعدادي) المنتظمين والمسجلين في كشوف المدرسة للفصل الدراسي الأول للعام الدراسي 2011 - 2012م. وقد تراوح سنهم بين 12 سنة و16 سنة. هؤلاء هم الطلاب الذين يعانون قلق التحدث أمام الآخرين، وقد تم تشخيصهم من طرف مشرف المدرسة والمعلمين الذين يدرسونهم.

عينة البحث: بما أن عدد أفراد مجتمع البحث (50 طالبا) صغير نسبيا، فقد تم تطبيق مقياس قلق التحدث أمام الآخرين (سيأتي ذكره في أدوات جمع البيانات) على أفراد المجتمع كلهم للتأكد من وجود الظاهرة المدروسة معهم. بينت النتائج أن 40 طالبا حصلوا على درجات تؤكد فعلا وجود قلق التحدث أمام الآخرين بينهم. وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية (20 طالبا) وضابطة (20 طالبا) آخذين بعين الاعتبار تحقيق أكبر ما يمكن من التكافؤ بين المجموعتين كما هو مبين في الجدول رقم 1.

جدول رقم(1) يوضح كيفية توزيع العينة:

المجموعة	الأول إعدادي	الثاني إعدادي	الثالث إعدادي	المجموع الكلي
التجريبية	5	7	8	20
الضابطة	5	7	8	20
المجموع الكلي	10	14	16	40

أدوات جمع البيانات: استخدم الباحثان في هذا البحث ما يأتي:

أولا، مقياس قلق التحدث أمام الآخرين:

استعان الباحثان بالمقياس الذي بنته هيفاء الأشقر للأستخدام في المملكة العربية السعودية (هيفاء الأشقر، 2004). يتكون هذا المقياس من 40 عبارة تتم الإجابة عنها بدائماً (وتحصل على 04 درجات) أو غالباً (وتحصل على 03 درجات) أو أحياناً (وتحصل على درجتين)

أو نادراً (وتحصل على درجة واحدة) أو أبداً (وتحصل على 00 درجات). وعليه، كلما كانت درجة الفرد مرتفعة، كلما دلت على وجود مستوى عال من قلق التحدث أمام الآخرين. وقد تضمن المقياس بعض العبارات العكسية وهي (8) عبارات (40، 36، 28، 24، 20، 16، 8، 4)، وقد أخذت بعين الاعتبار أثناء تصحيح المقياس. بينت صاحبة المقياس أن المقياس صادق وثابت. ففيما يخص الصدق، وفرت الباحثة للمقياس ثلاثة أنواع من الصدق هي الصدق المنطقي، وصدق الاتساق الداخلي، والصدق التمييزي، وكلها دلت على أن المقياس يتمتع بقيم صدق عالية تمكن من استخدامه في البحث العلمي. وفيما يخص الثبات، وفرت الباحثة نوعين من الثبات للمقياس، وهما ثبات إعادة التطبيق، وقد بلغ (0.94)، وثبات ألفا كرونباخ، وقد بلغ (0.95). للإطلاع على المقياس، يمكن النظر في الملحق رقم 1.

ثانيا، المحكان ذاتي وجماعي المرجع:

أ) المحك ذاتي المرجع: يقصد بالمحك ذاتي المرجع حكم المسترشد على نفسه. لهذا، فقد تم تصميم استبانة مبسطة تمكن المسترشد من الحكم على نفسه كتابيا. في هذه الاستبانة يطلب من المسترشد وصف ما يشعر به قبل مهمة الإلقاء التي يطلب منه القيام بها في جلسات البرنامج الإرشادي المستخدم (أنظر الملحق رقم 2).

ب) المحك جماعي المرجع: بما أن المحك الجماعي المرجع يعني حكم المحيطين بالمسترشد كافراد الأسرة والمعلمين وغيرهم على المسترشد، فقد تم تصميم استبانة بسيطة تضم بعض البيانات الديمغرافية وتطلب ممن يقوم بملئها تقديم رأيه في الطالب قبل مهمة الإلقاء التي سيقوم بها في جلسات البرنامج الإرشادي (أنظر الملحق رقم 3).

ثالثا، برنامج الإرشاد الجمعي لخفض قلق التحدث أمام الآخرين:

1/ما يتعلق ببناء البرنامج:

المدارس والنظريات المعتمدة في بناء البرنامج: اعتمد الباحثان في بنائهما للبرنامج على المدرستين المعرفية والسلوكية. من المدرسة المعرفية، تم استخدام التعلم المعرفي (أي منحى التعديل السلوك المعرفي والذي يركز على كيفية فهم الأشخاص للأحداث البيئية وتفسير الشخص لسلوكه وتبريره له، فالسلوك المعرفي قد يتعلمه الفرد قبل أن يؤديه). ومن المدرسة السلوكية تم استخدام العلاج السلوكي بشقيه الكلاسيكي (أي المبادئ التي توضح تشكل العلاقات بين المثيرات القبلية والسلوك الاستجابي والتي تفسر أشكال التعلم البسيط) والإجرائي (أي المبادئ التي تحلل السلوك في الوضع البيئي الطبيعي الذي يحدث فيه وعلاقته بالمتغيرات البيئية القبلية والبعدية، إلا أن المثيرات البعدية تحتل الدور الأساسي في عملية تحليل

السلوك وتعديله). لقد بينت الكثير من الدراسات الغربية (Heimberg et al., 1985; Agras, 1990; Andrews, 1990; Mersh, et al., 1991; Taylor, 1996; Kendall, & Southam-Gerow, 1996; Waikar (1998) والعربية (سامر اللاذقاني، 1995 وعبد الرحمن الشبانات، 1996، وهيفاء الأشقر، 2004) ان العلاج المعرفي السلوكي علاج فعال في حالات الرهاب الاجتماعي وخاصة رهاب الحديث أمام الآخرين.

الفنيات المستخدمة في البرنامج: وبما أننا سنستخدم أساليب التعديل السلوكي المعرفي التي تهتم بالسلوك الظاهر والحاضر وترى أن السلوك سواء السوي أو الشاذ متعلم نتيجة الممارسات وما مر به الفرد من خبرات متعلمة، سيتم انتقاء الفنيات الإرشادية التي تحقق هذه الأهداف. وعليه، فقد استخدم الباحثان الفنيات التالية:

1) النمذجة: أو التغير في سلوك الفرد الذي ينتج عن ملاحظته لسلوك الآخرين (جمال الخطيب ، 2011). وقد مورست من خلال عرض أفلام فيديو لبعض الأشخاص، وخاصة الدعاة (عائض القرني ومحمد العريفي وطارق السويدان) ذوي الإلقاء المميز على السبورة الالكترونية مستخدمين السماعات والتعليق على الجوانب الايجابية ومحاكاتها من قبل الطالب. وقد ثبتت فعاليتها في خفض القلق الاجتماعي في دراسات سابقة مختلفة (أنظر مثلا دراسة أحمد عربيات ومحمد الزيودي، 2008).

2) التدريب على التعليم الذاتي: يعرف بأنه أحد أشكال إعادة التنظيم المعرفي، ويهدف إلى تدريب الشخص على تعديل أنماط التحدث الذاتي باعتباره العنصر الأساسي في توجيه السلوك والضبط الذاتي (جمال الخطيب، 2011). ويعرف إجرائيا بأنه تخلص الطالب من النظر إلى نفسه بسلبية وانهزامية من خلال التركيز على نقاط قوته التي تتضح من خلال النقاش والحوار الجماعي في الجلسات الإرشادية وأثناء تطبيق الأنشطة والواجبات المنزلية مما يؤدي إلى شعوره بالراحة ومن ثم تعميم هذه الاستجابة على المواقف الاجتماعية التي تواجهه. وقد ثبتت فعاليته في خفض القلق الاجتماعي في كثير من الدراسات منها الدراسة التي أجراها إيمل كامب وآخرون (Emmelkamp, et al. 1985).

3) الإفاضة بالواقع: تعرف بأنها مواجهة المواقف المخيفة بشكل مباشر والحرمان من فرص تجنبها (جمال الخطيب، 2011). وتعرف إجرائيا بأنها تعرض الطالب للحديث أمام الآخرين بداية أمام أفراد العينة ومن ثم إضافة بعض المعلمين والطلاب بصورة تدريجية ونستمر في زيادة العدد والتنويع في الحضور حتى نصل إلى الحديث أمام طلاب المدرسة كلهم في الإذاعة المدرسية. وقد ثبتت فعاليتها في خفض القلق الاجتماعي في عدد من الدراسات السابقة منها دراسة ناس وآخرون (Nesse, et al.1980).

أسلوب الإرشاد المستخدم في البرنامج: سيتم تطبيق أسلوب الإرشاد الجمعي في هذا البرنامج من خلال توفير شروطه من حيث المشكلة والجماعة ،فالمشكلة واحدة لدى الطلاب وهي قلق الحديث أمام الآخرين ،وكذلك تقارب أفراد الجماعة في العمر والمستوى العقلي حسب إحصائيات المشرف الاجتماعي والبيئة المحيطة وبالتالي الاتجاهات والقيم . وتم العمل على إعداد الجماعة كما سيتضح في الجلسة التمهيدية وكذلك إعداد المكان والقائمين على البرنامج كما سيوضح لاحقا وغير ذلك من العوامل المساهمة في فعالية الإرشاد الجمعي.

القائمون على البرنامج: لقد أشرف على تطبيق هذا البرنامج الباحثان واختصاصي التقنية بالصف الالكتروني والمشرف الاجتماعي.

تمويل البرنامج: بما أن البرنامج طبق في المدرسة فقد كانت تكاليفه منخفضة لتوفر المكان مجهزا ولم يتكفل الباحثان إلا بالمشروبات الخفيفة والإفطار. أما باقي أفراد الفريق فكان عملهم تطوعيا.

مكان تنفيذ البرنامج: لقد تم تنفيذ البرنامج في الصف الإلكتروني، وهو مكان مجهز بكراسي ومعد بشكل جيد من حيث أجهزة العرض ويحقق الخصوصية المطلوبة.

عدد الجلسات: تضمن البرنامج عدد (12) جلسة في ستة أسابيع بواقع جلستين أسبوعيا (يومي الأحد والخميس). وقد بلغ طول كل جلسة (45 دقيقة). مع العلم أن كل الجلسات قدمت في الفترة الصباحية (الساعة 9.45 صباحا). أما شكل الجلسات فقد كان كالآتي: (جلسة قياس قبلي، وجلسة تمهيدية، و9 جلسات إرشادية، وجلسة قياس بعدي). أما تفصيل كل هذه الجلسات فهو موضح في الملحق رقم 4.

تحكيم البرنامج: للتأكد من سلامة بناء البرنامج، تم تقديمه إلى مجموعة (أربعة) [1] من أساتذة قسم علم النفس في جامعة البحرين. وقد كان للملاحظات التي قدموها جميعا، دور كبير في وضع البرنامج في صورته النهائية.

2/ ما يتعلق بتنفيذ البرنامج:

الجلسة التمهيدية وبناء العلاقة الإرشادية: خلال الجلسة التمهيدية الأولى كان التركيز منصبا على بناء علاقة إرشادية تقوم على الاحترام المتبادل والثقة والتعاطف والتقبل وهذا اتضح في حديث الطلاب في نهاية الجلسة بشكل معمق عن مشكلتهم وحماسهم للجلسات القادمة بشكل واقعي وصادق، وكان للمشاركة الوجدانية بشكل لفظي أو أدائي والإصغاء لأسئلة الطلاب والتواصل الفعال دور كبير في خلق جو من الألفة.

[1] أستاذ واحد وثلاثة أساتذة مشاركون.

تقويم البرنامج: لمعرفة مدى فعالية البرنامج، تم الاعتماد على طريقتين تجريبية ومعيارية.

فيما يخص الطريقة التجريبية، مكّن مقياس القلق المستخدم من الحصول على بيانات كمية كما تم توضيح ذلك في الجزء الخاص بأدوات جمع البيانات.للخروج بنتيجة من هذه البيانات، تم استخدام المنهج التجريبي بمجموعتين تجريبية وضابطة، والأساليب الإحصائية الآتية: المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري، واختبار (ت) لعينيتن مستقلتين.

وفيما يخص الطريقة المعيارية، تم استخدام محكين ذاتي المرجع (رأي الطالب) وجماعي المرجع (رأي المحيطين بالطالب).

جلسة المتابعة: تهدف إلى معرفة مدى ثبات السلوك المعدل بعد مرور فترة زمنية محددة وتعديل أو إضافة ما يلزم أو تقديم المساعدة والدعم إذا تطلبت حالة المسترشد ذلك. حددت جلسة متابعة البرنامج بعد شهر من نهاية البرنامج تقريبا في يوم الأحد 2011/1/16 في نفس الوقت وهو 9.45 صباحا لمقابلة أفراد المجموعة التجريبية وقياس مدى استمرار التحسن بغرفة الصف الالكتروني .

عرض النتائج ومناقشتها:

سيتم عرض النتائج ومناقشتها وفقا لنوعي البيانات الكمية والكيفية التي تم جمعها.

أولا، نتائج التحليل الكمي:

تضمن هذا الشق من البحث اسئلة وفرضيات. وستؤخذ الفرضيات بعين الاعتبار في التحليل.

1) الفرضية الأولى: نصت الفرضية على الآتي: "**لا توجد فروق بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي**". بعد حساب متوسطي المجموعتين وانحرافيهما المعياريين، وقيمة اختبار (ت)، تم عرض النتائج في الجدول رقم 3.

جدول رقم 3، نتائج اختبار (ت) للعينات المستقلة في القياس القبلي:

المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	الدلالة
التجريبية	138.07	14.308	- 0.122	30	0.904
الضابطة	138.62	11.729			

يوضح الجدول رقم 3 أن المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية بلغ (138.07)، وأن المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة بلغ (138.62)، وأن قيمة اختبار (ت) بلغت (- 0.122). وأن الفرق بين المتوسطين غير دال إحصائيا. وهو يدل على أن المجموعتين متكافئتان. وهذا ما

كان متوقعا منذ البداية. تعمل هذه النتائج على تأكيد الفرضية سالفة الذكر. وإذا ما ظهر اختلاف مستقبلي بين نتائج المجموعتين، يمكن رده إلى البرنامج الذي يستخدم.

2) **الفرضية الثانية:** نصت الفرضية على الآتي: "**لا توجد فروق بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي**". بعد حساب متوسطي المجموعتين وانحرافيهما المعياريين، وقيمة اختبار (ت)، تم عرض النتائج في الجدول رقم 4.

جدول رقم 4، نتائج اختبار (ت) للعينات المستقلة في القياس البعدي:

المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	الدلالة
التجريبية	107.00	13.01	- 7.24	30	0.000
الضابطة	144.12	15.84			

يوضح الجدول رقم 4 أن المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية بلغ (107.00)، وأن المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة بلغ (144.12)، وأن قيمة اختبار (ت) بلغت (- 7.24). وأن الفرق بين المتوسطين دال إحصائيا دلالة قوية. وهو يدل على أن المجموعتين غير متكافئتين، ويمكن رد عدم التكافؤ هذا إلى البرنامج الإرشادي الذي نفذ مع المجموعة التجريبية، ولم ينفذ مع المجموعة الضابطة.

3) **الفرضية الثالثة:** نصت الفرضية على الآتي: "**لا توجد فروق بين متوسطات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة**". بعد حساب متوسطات القياسين وانحرافاتها المعيارية، وقيمة اختبار (ت) للعينات المترابطة، تم عرض النتائج في الجدول رقم 5.

جدول رقم 5، نتائج اختبار (ت) للعينات المترابطة في القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة:

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	الدلالة
القبلي	138.62	11.72	- 1.116	30	0.273
البعدى	144.12	15.84			

يوضح الجدول رقم 5 أن المتوسط الحسابي للقياس القبلي بلغ (138.62)، وأن المتوسط الحسابي للقياس البعدي بلغ (144.12)، وأن قيمة اختبار (ت) بلغت (- 1.116). وأن الفرق بين المتوسطين غير دال إحصائيا. وهو يدل على أن نتائج المجموعة الضابطة لم تتغير تغيرا يمكن من الحصول على فروق جوهرية بين نتائج التطبيقين القبلي والبعدي. وإن نتيجة من هذا النوع متوقعة باعتبار ان المجموعة الضابطة لم تحصل على أية معالجة تعمل على إحداث تغيير في نتائجها.

4) الفرضية الرابعة: نصت الفرضية على الآتي: "**لا توجد فروق بين متوسطات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية**". بعد حساب متوسطات القياسين وانحرافاتها المعيارية، وقيمة اختبار (ت) للعينات المترابطة، تم عرض النتائج في الجدول رقم 6.

جدول رقم 6، نتائج اختبار (ت) للعينات المترابطة في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية:

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	الدلالة
القبلي	138.07	14.308	6.42	30	0.000
البعدي	107.00	13.01			

يوضح الجدول رقم 6 أن المتوسط الحسابي للقياس القبلي بلغ (138.07)، وأن المتوسط الحسابي للقياس البعدي بلغ (107.00)، وأن قيمة اختبار (ت) بلغت (6.42). وأن الفرق بين المتوسطين دال إحصائيا دلالة عالية. وهو يدل على أن نتائج المجموعة التجريبية قد تغيرت تغيرا واضحا جدا مكن من الحصول على فروق جوهرية بين نتائج التطبيقين القبلي والبعدي. لقد كنا نتوقع هذه النتيجة لأن البرنامج الإرشادي قدم لهذه المجموعة فقط، وعليه من الممكن جدا أن يكون هذا البرنامج من وراء التغير الذي حدث في النتائج. ومن الواضح أن التغير حدث في اتجاه انخفاض قيمة المتوسط الحسابي. فقد كانت (138.07) في القياس القبلي، وثم أصبحت (107.00) في القياس البعدي.

تشير كل النتائج سالفة الذكر أن فرضيتين (الفرضية الأولى والثالثة) من الفرضيات الأربع قد تحققتا، وقد تم قبولهما. في حين أن فرضيتين اثنتين (الفرضية الثانية والرابعة) لم تتحققا، وقد تم رفضهما.

نتائج التحليل الكيفي:

تضمن هذا الشق من البحث أسئلة فقط، وهي التي تؤخذ بعين الاعتبار في التحليل.

1) السؤال الأول: وقد نص على الآتي: **أتوجد فروق في تقديرات المحك الذاتي والجماعي المرجع بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي؟**

أشارت تقارير المحكين الذاتي والجماعي المرجع اللفظية والمكتوبة إلى عدم وجود فروق واضحة بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، وهذا أمر طبيعي، فالأفراد متكافئون كما سبقت الإشارة إلى ذلك أعلاه.

2) السؤال الثاني: وقد نص على الآتي: **أتوجد فروق في تقديرات المحك الذاتي والجماعي المرجع بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي؟**

أشارت تقارير المحكين الذاتي (حكم المسترشد على نفسه) والجماعي المرجع (حكم المحيطين بالمسترشد عليه) اللفظية والمكتوبة إلى وجود فروق واضحة لصالح المجموعة التجريبية تمثلت في قدرة أفرادها الطلبة على التركيز على الجوانب الايجابية عند الغير ومحاكاتها وتطويرها على المستوى الشخصي والاستفادة منها في التغلب على مشكلة التحدث أمام الآخرين. حكم الفرد على نفسه، وحكم المحيطين به عليه لا شك سيكون دليلا على فعالية البرنامج التدريبي المقترح في التقليل من قلق التحدث أمام الآخرين. وهل تتم الثقة في ما يدلي به هؤلاء الأفراد من أحكام؟ من الضروري تصديق ما يقوله هؤلاء الأفراد وخاصة أنهم أكثر من شخص واحد، ولا يشهدون إلا بما يعلمون.

3) السؤال الثالث: وقد نص على الآتي: **أتوجد فروق في تقديرات المحك الذاتي والجماعي المرجع بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية؟**

أشارت تقارير المحكين الذاتي والجماعي المرجع اللفظية والمكتوبة إلى وجود فروق واضحة لصالح القياس البعدي، وذلك أمر طبيعي لأن أفراد المجموعة تعرضوا إلى البرنامج التدريبي الذي وصف بأنه ناجح. وكيف يكون ناجحا ولا يترك آثارا واضحة في الأفراد الذين مورس معهم؟.

4) السؤال الرابع: وقد نص على الآتي: **أتوجد فروق في تقديرات المحك الذاتي والجماعي المرجع بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة؟**

أشارت تقارير المحكين الذاتي والجماعي المرجع اللفظية والمكتوبة إلى عدم وجود فروق واضحة بين القياس القبلي والقياس البعدي. تعتبر نتيجة من هذا النوع طبيعية لعدم ممارسة البرنامج الإرشادي مع المجموعة الضابطة، مما يدل على ان مشكلة كمشكلة قلق التحدث أمام الآخرين لا تحل من تلقاء نفسها، ولكن تحتاج إلى ممارسة أنشطة علمية مدروسة كالبرنامج الحالي هي التي تعمل على حلها.

لقد تبين أن نتائج التحليل الكيفي تدعم ما تم التوصل إليه من نتائج التحليل الكمي. وعلام يدل اتفاق نتائج التحليلين؟ إنه يدل على أن البرنامج المنفذ كان ذا فائدة كبيرة لأطفال المرحلة الإعدادية إذ قد ساعدهم في التخلص من قلق التحدث أمام الآخرين. وبعبارة أكثر دقة، فإن مسألتين شديدتا الأهمية تجب الإشارة إليهما عند الحديث عن البرنامج المنفذ، وهما: أولا، نوع العلاج المستخدم والذي تم تبنيه في تصميم البرنامج، ألا وهو العلاج المعرفي السلوكي. لقد تمت الإشارة أعلاه إلى أن دراسات كثيرة (Heimberg et al., 1985; Agras, 1990; Andrews, 1990; Mersh, et al., 1991; Taylor, 1996; Kendall, & Southam-Gerow,

(1998) Waikar ;1996 سامر اللاذقاني، 1995 وعبد الرحمن الشبانات، 1996، وهيفاء الأشقر، 2004) قد بينت أن هذا النوع من العلاج مفيد في علاج المخاوف المختلفة وخاصة المخاوف الاجتماعية ومنها رهاب التحدث أمام الآخرين. ولا شك في أن الدراسة الحالية تضاف إلى قائمة الدراسات سالفة الذكر والتي تبين أهمية العلاج المعرفي السلوكي في علاج المخاوف المختلفة. وثانيا، الفنيات المستخدمة في البرنامج وهي النمذجة، والتدريب على التعليم الذاتي، والإفاضة بالواقع. إن فعالية البرنامج تعني بلا شك فعالية هذه الفنيات سواء أكانت مجتمعة أو منفردة في علاج المخاوف المرضية. لكن تجب الإشارة إلى أن تاثير فنيات الإرشاد المستخدمة لم يكن واحدا في خفض قلق التحدث أمام الآخرين. فقد تبين أن لفنيتي النمذجة والإفاضة بالواقع تأثيرا واضحا في خفض قلق التحدث امام الآخرين مقارنة بفنية التدريب على التعلم الذاتي التي كانت ذات تأثير اقل في خفض قلق التحدث أمام الآخرين. هذا ويمكن رد هذه النتائج إلى كون أن المسترشدين مجبرين لا يتحكمون في استخدامهما (النمذجة والإفاضة بالواقع)، في حين أنهم يتحكمون في استخدام فنية التدريب على التعلم الذاتي (Self- paced technique). وبالتالي، فإنهم وما داموا يتحكمون في استخدامها، فقد لا يمارسونها بالصورة المطلوبة، وقد لا يمارسونها أصلا. لهذا، لم يكن تأثيرها واضحا في قلق التحدث أمام الآخرين.

تتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة (Emmelkamp, et al. 1985)، ودراسة ناس وآخرون (Nesse, et al. 1980) من أن فنية التدريب على التعلم الذاتي كانت اقل تأثيرا في خفض مستوى القلق الاجتماعي من فنيات العلاج العقلاني الانفعالي الأخرى التي استخدموها في دراستهم.

التوصيات:

في نهاية البحث، يوصي الباحثان بالآتي:

- بناء مقياس لقلق التحدث أمام الآخرين صالح للأستخدام في مملكة البحرين والتأكد من صدقه وثباته.
- استقطاع ثلاث جلسات على اقل تقدير لفنية التدريب على التعلم الذاتي .
- تطبيق البرنامج على المرحلة الثانوية بنين وبنات بشكل منفصل .
- تطبيق البرنامج على طلاب الجامعة مع معرفة اثر متغير الجنس .
- تعميم نتائج البرنامج على المدارس الإعدادية كمنهج إثرائي للطلاب يقدم حصة كل أسبوع طوال الفصل الدراسي .

المراجع:

أولا: المراجع العربية:

■أحمد عربيات ومحمد الزيودي (2008). فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط لدى اسر الأطفال ضعاف السمع وأثرع في تكيف أطفالهم. **مجلة جامعة دمشق**، المجلد 24، العدد الأول، 201- 235

■أمينة السماك وعادل مصطفى (2010). **الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية**. الكويت: مكتبة المنار الإسلامية.

■جمال الخطيب (2010). **تعديل السلوك الإنساني**. عمّان: دار الفكر.

■رياض العاسمي (2008). **برامج الإرشاد النفسي**.كلية التربية: جامعة دمشق.

■سامر رضوان (2001). دراسة ميدانية لتقنين مقياس للقلق الاجتماعي على عينات سورية. مجلة مركز البحوث التربوية، العدد التاسع عشر .47- 77.

■سامر اللاذقاني، (1995). **أثر بنامج إرشاد جمعي قائم على التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج العقلاني العاطفي في معالجة القلقل الاجتماعي**. رسالة ماجستير غير منشورة. عمان: الجامعة الأردنية.

■سوين، ر. م. (1988). علم الأمراض النفسية والعقلية.(ترجمة أحمد سلامة).الكويت: مكتبة الفلاح.

■عامر قنديلجي وإيمان السامرائي (2009). البحث العلمي الكمّي والنوعي.عمّان: دار اليازوري.

■عبد الرحمن الشبانات (1996). **تقييم العلاج الانفعالي العقلاني لحالات الرهاب الاجتماعي**. رسالة ماجستير غير منشورة. المركز العربي للدراسات الأمنية، الرياض.

■محمد المشاقبة (2008). مبادئ الإرشاد النفسي للمرشدين والأخصائيين النفسيين. عمّان: دار المناهج.

■محمد عبدالرحمن (1998). دراسات في الصحة النفسية، الجزء الثاني.القاهرة: دار قباء.

■هيفاء الأشقر (2004). أثر برنامج علاجي عقلاني انفعالي سلوكي جمعي في خفض قلق التحدث أمام الأخريات لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية بجامعة الملك سعود. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الملك سعود.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

- Agras, W. S. (1990). Treatment of social phobias. **Journal of Clinical Psychiatry**, 51 (10) (suppl.), 52- 55.
- American Psychiatric Association, (2000). **DSM- IV**. Washington, DC: APA.
- Andrews, G. (1990). The diagnosis and management of pathological anxiety. **Medical Journal of Australia,** 152, 656- 659.
- Emmelkamp, P. M.G.; Mersch, P.P.; Vissia, E. and van der Helm, M. (1985). Social phobia: a comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. **Behaviour Research and Therapy**, 23 (3), 365-369
- Geer, J. H. (1965). The development of a scale to measure fear. **Behavioral Research and Therapy**, 3, 45-53.
- Heimberg, R. G., Becker, R. E., Goldfinger, B. A., & Vermilyea, B. A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 173, 236-245.
- Hofman, S.G., Ehlers, C.A.,& Roth, W.T.,(1996). Conditioning theory: a model for the etiology of public speaking anxiety. **Behavior Research and Therapy**, 33(5), 567-571.
- Kaplan, C.A., Thompson, A.E., & Searson, S.M., (1995). Long term follow-up of cognitive behavior therapy in children and adolescents. **Archives of Disease in childhood**, 73, 472-475.
- Kendall, P.C., & Southam-Gerow, M.A., (1996). Long- term follow-up of a cognitive- behavioral therapy for anxiety-disordered youth. **Journal of Consulting and Clinical Psychology,** 64 (4) pp.724-730.
- Mersh, P. P. A., Emmelkamp, P. M. G., & Lips, C. (1991). Social phobia: individual response patterns and the long-term effects of behavioral and cognitive interventions. A follow-up study. **Behavioral and Research Therapy**, 29, 357-362.
- Nesse, R.M.; Curtis, G.C. And Brown, G. M. (1980). Anxiety Induced by Flooding Therapy for Phobias Does Not Elicit Prolactin Secretory Response. **Psychosomatic Medicine**, 42 (1), 25-31
- Roeder, B. & Maragraff, J. (1999). **Kognitive Verzerrung bei sozial aengstlichen Personen**. In Maragraff, J. & Rudolf , K. (Hrsg). Sozial Kompetenz Sozial Phobie. Hohengehren. Germany. Schneider Verlag.pp 61-71.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment for social phobia. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,** 27, 1–9.
- Waikar, S.V., (1998). **Mode-specificity in brief cognitive and behavioral treatments for public speaking anxiety.** University of California , Los Angeles.

الملاحـــــــق:

الملحق رقم 1: (رأي الطالب) المحك ذاتي المرجع:

صف ما تشعر به الآن قبل مهمة الإلقاء التي ستقوم بها، اكتب بحرية ولا تتردد، مثال: (اشعر بسرعة دقات قلبي واشعر بأنه سيغمى علي ومتردد بشكل كبير، سيضحك علي الطلاب، سأتلعثم، أشعر بجفاف في حلقي، عضلاتي مشدودة، أشعر بدوخة في الراس، الأفكار مشتتة وضائعة...الخ)

.....
.....
.....
.....

الملحق رقم 2، (محك جماعي المرجع) رأي المحيطين بافراد العينة:

الاسم (اختياري): المهنة:

تاريخ الملاحظة: الوقت المستغرق للملاحظة:

مكان الملاحظة:

رأي الملاحظ حول الطلاب قبل مهمة الإلقاء المسندة إليهم بشكل عام

.....
.....
.....

الملحق رقم 3، الجلسات الإرشادية:

جلسة القياس القبلي: 2011/10/31 وهدفت إلى قياس شدة السلوك المستهدف، باستخدام مقياس القلق، واستخدام المحك الذاتي والجماعي المرجع أو ما يسميها البعض التقريرات الذاتية والجماعية كما ذكر محمد عبد الرحمن (1998). وتمت عن طريق الاجتماع بأفراد العينة (المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة) والمشرف الاجتماعي ومشرف الإذاعة المدرسية، والطلب من الطلاب الاستعداد لإلقاء كلمة أو قراءة القرآن مرتلا في الطابور الذي يتم بعد انتهاء الفسحة وقبل الحصة الرابعة، وبعد عشرة دقائق وزع عليهم مقياس القلق للإجابة عنه. كما وزعت عليهم أوراق بيضاء لوصف مشاعرهم الحالية قبل الإلقاء. كانت الأعراض الغالبة هي تزايد سرعة نبضات القلق والتوتر والتعرق وضيق التنفس. كما قد طلب (11) طالبا منهم الإعفاء من هذه المهمة المستحيلة في وجهة نظرهم. طلب من المشرف الاجتماعي كتابة ملاحظاته بشكل عام على الطلبة خلال العشر الدقائق الماضية وكانت نتيجة هذا المحك هي وضوح التوتر والقلق على الطلاب بشكل كبير.

الجلسة التمهيدية: 2011/11/04 وهدفت إلى التعرف على المسترشد بشكل اكبر، وتقديم المعلومات الخاصة بالبرنامج وخطوات سيره وأهدافه، وتوضيح الأساليب المستخدمة، والاتفاق على العقد الإرشادي، والرد على استفسارات أفراد العينة، وبناء العلاقة الإرشادية الفعالة.

خلال وقت الجلسة تم تحقيق الأهداف المرجوة بداية بالترحيب بالطلاب والابتسامة الطبيعية واستقبالهم لدى دخولهم ومصافحتهم وتجاذب بعض الأحاديث المحببة لهم وخاصة الرياضية ومن ثم توضيح حجم المشكلة وتأثيرها عليهم، واعترافهم بمشكلتهم والحديث عنها في البداية كان عاما. وفي منتصف الجلسة اخذ الطلاب يتحدثون بعمق قليلا وماذا يعانون منه فعلا جراء هذا القلق. وتم توضيح الفائدة المرجوة من البرنامج في حالة تعاون الجميع في إنجاحه، وأهمية الحضور قبل بداية الجلسة وان كان هناك معوقات تعيق حضور الطلاب لنتمكن من حلها جميعا. وطلب منهم رسم أهدافهم المرجوة بعد البرنامج والتي كانت موحدة وهي التحدث أمام الآخرين بشكل سلس وخال من التوتر، ومن ثم تم الاتفاق على العقد الإرشادي والالتزام به من قبل الطرفين شفويا بعد توضيح بنوده.

الجلسة الإرشادية الأولى: 2011/11/7

الفنية المستخدمة (النمذجة المصورة) .

هدفت الجلسة إلى (تحديد الطلاب للجوانب الايجابية في النموذج المعروض)

عرضت مقاطع أفلام فيديو مختصرة لبعض المحاضرين المعروفين في منطقة الخليج العربي مثل طارق السويدان ومحمد العريفي وعائض القرني وبعض من مقاطع أحد الباحثين (ص.ي.) على اليوتيوب بصفته مدربا في تنمية الموارد البشرية. من ثم طلب منهم بشكل نقاش منظم ومريح تحديد الجوانب الايجابية والتي أعجبت كل واحد منهم، على أن يأخذ كل طالب فرصته في الحديث ،وقمنا بتدوين أهم نقطة إيجابية من كل طالب على السبورة وكتابة اسمه بجانبها كنوع من التعزيز الايجابي بالإضافة إلى استخدام المعززات الطبيعية كالثناء والابتسام .

الواجب المنزلي: طلب من الطلاب تحديد بعض الأسماء التي يعتقدون أنها تتحدث بشكل جيد ومميز سواء من الطلاب أو المعلمين أو أئمة المساجد أو مقدمي البرامج التلفزيونية أو من الحياة الشخصية والخبرات، على أن تتم مناقشة هذا الواجب في الجلسة القادمة حسب الجدول .

الجلسة الإرشادية الثانية: 2011/11/11

الفنية المستخدمة (النمذجة المصورة) .

هدفت الجلسة إلى (توضيح الفوائد الايجابية التي حصل عليها النموذج وكيف وصل إليها).

تم نقاش الواجب المنزلي لكل طالب بداية الجلسة.

ومن بعدها عرض أحد الأفلام لمدة خمس دقائق، بعده شرع في نقاش جماعي هادف يوضح الطلاب الفوائد التي جناها النموذج من هذا الأداء الايجابي ،وكيف يعتقد الطالب بأنه وصل إليها ، وعدة أسئلة تدور حول الظهور أول مرة – ما هي المشاعر التي أحس بها باعتقاد الطالب – كيف تصرف مع هذه الأفكار وغير ذلك مما يوضح تجربة شخص ناجح كان يعتريه ما يعتريهم خلال هذه الأوقات وكيف استطاع الوصول إلى هذه الايجابية، وكيف يستطيعون الوصول أيضا إليها.

الواجب المنزلي: طلب منهم اختيار مقطع معين وإعادة مشاهدته مع تقليده في الجوانب الايجابية التي حددت سابقا ويسجل عدد مرات المشاهدة والمحاكاة علما بأنه سيحاكي هذا النموذج خلال الجلسة القادمة.

الجلسة الإرشادية الثالثة: 2011/11/21

الفنية المستخدمة (النمذجة من خلال المشاركة).

هدفت إلى محاكاة النماذج الإيجابية التي تم عرضها مباشرة لتعويد الطلبة على المبادرة. بداية نوقش الواجب المنزلي السابق وعرض الطلاب عدد مرات المشاهدة والمحاكاة وتم تسجيل ذلك على السبورة كنوع من التدعيم الايجابي لأداء الواجبات المنزلية.

قام أحد الباحثين (ص.ي.) كنموذج حي بالإلقاء أمامهم وطلب منهم محاكاته بعد الانتهاء. وترك الحرية للطالب بالمحاكاة من مكانه أو أمام الطلاب أو واقفا أو جالسا واختار الطلاب المحاكاة من المكان المخصص لهم واثنين فقط هم من حاكوا النموذج وقوفا في أماكنهم وتم تعزيزهم بالتصفيق.

الواجب المنزلي: في ورقة قاموا بوصف الأفكار التي طرأت عليهم خلال محاكاتهم للنموذج أو قبله أو بعده فيما يخص الشخصية والنظرة إلى الإمكانيات ومدى الرضا عن الأداء .

الجلسة الإرشادية الرابعة: 2011/11/25

الفنية المستخدمة (التدريب على التعلم الذاتي) .

هدفت إلى شرح الفنية المستخدمة وكيفية تطبيقها وتوضيح أثر النظرة السلبية على الأداء. تم مناقشة الواجب المنزلي لما له من ارتباط بأهداف الجلسة الحالية وهي طبيعة النظرة اتجاه الذات.

شرح المقصود بالفنية من الناحية النظرية وأثر النظرة السلبية على السلوك ، ومن بعدها تطرقنا إلى بعض الأفكار السلبية التي دونها الطلاب اتجاه أنفسهم قبل محاكاة النماذج أو

من خلال مواقفهم الاجتماعية فيما يخص قلق التحدث أمام الآخرين واختار كل طالب نظرة سلبية واحدة .

وزعت على الطلاب ورقة تحتوي معلومات عن الفنية وكيفية تطبيقها وتمت قراءتها معهم في نهاية الجلسة.

الخطوات: يختار الطالب سلوكا معينا مثل (أتوتر كلما فكرت في عرض بحثي أمام الطلاب)، يؤدي السلوك المستهدف (يقف وكأنه يعرض أمام الطلاب) ويتحدث إلى نفسه بصوت عالي بنفس الجملة. يؤدي السلوك المستهدف مع تعديل بسيط (توتري قبل العرض يجعلني استعد بشكل أفضل) ويردد بصوت عال. يؤدي السلوك المستهدف بعد التعديل ويتحدث بصوت منخفض. يؤدي السلوك المستهدف بدون صوت وتدور في فكره عدة أسئلة مثل: ماذا يريد المعلم مني؟ يجيب في عقله: يريد أن اعرض الجهد الذي بذلته في البحث. يتحدث ذاتيا إلى نفسه (بالتدريب تسهل العملية) في البداية سأفعل كذا وكذا. يعزز نفسه ذاتيا (لقد فعلت ما طلب بصورة جيدة –رائعة – أعجبت الجميع) (جمال الخطيب، 2011). يقوم الطالب بتكرار هذه العملية عدة مرات قبل العرض الحقيقي.

ملاحظة: تم تعديل بعض الخطوات حسب وجهة نظر الباحثين ليسهل الشرح والتوضيح دون مساس بجوهر الخطوات.

الواجب المنزلي: في البيت طلب من كل منهم تطبيق خطوات التدريب على التعلم الذاتي على النظرة السلبية التي تدور في ذهن الطالب اتجاه قلقه من التحدث أمام الآخرين بما لا يقل عن ثلاث مرات يوميا ،ويسجل وجهة نظره حول ما قام به .

الجلسة الإرشادية الخامسة: 2011/11/28

الفنية المستخدمة (التدريب على التعلم الذاتي).

هدفت الجلسة إلى تطبيق الطلاب للفنية بشكل صحيح مع توجيه الباحثين.

تمت مناقشة الواجب المنزلي وما هي الصعوبات التي واجهتم في التطبيق.

بعد ذلك من خلال تطبيق الباحثين مع أحد أفراد العينة المبادرين صحح للطلاب كيفية التطبيق المثالية وقمنا بالرد على أسئلتهم وتعليقاتهم ،وبعدها تم التطبيق مع طالبين آخرين من العينة.

الواجب المنزلي: طلب منهم إعادة عملية التطبيق باختيار سلوك مستهدف قوي يخص مشكلتهم،مع الحرص على إتباع ما تم تطبيقه في الجلسة.

الجلسة الإرشادية السادسة: 2011/12/2

الفنية المستخدمة (الإفاضة بالواقع) .

هدفت هذه الجلسة إلى معرفة ما تم التوصل إليه من خلال الجلسات السابقة - توضيح الفنية - أساليب التحكم في الصوت.

من خلال نقاش واسترجاع وربط للمعلومات تم تدوين أهم النقاط المهمة في ما سبق وكتابتها على السبورة من باب التغذية الراجعة ،حيث يكون الطالب في هذه المرحلة قد تعرف على الجوانب الايجابية للتحدث أمام الآخرين وعلى فائدتها عليه ومن هو النموذج الذي يطمح بالوصول إلى مستواه وكيف ينظر إلى ذاته بايجابية من خلال التعلم الذاتي وتعميم هذه الاستجابة في المواقف المشابهة.

ومن بعدها أخبر الطلاب بأنه لم يبق لهم خلا أربع جلسات سيقومون خلالها بالتحدث أمام الآخرين، ومواجهة الموقف بدلا من الهروب منه، وذلك يتطلب شرح الفنية.

بعدها قدم الباحثان نموذجا في أساليب التحكم بالصوت (رفع – خفض – سرعة – بطء – توقف- صمت) لتكون عونا للطلاب في عروضهم الجلسات القادمة وطلب منهم التطبيق حيث يطبق كل طالب مقطعا بسيطا يتحدث فيه باستخدام أساليب التحكم بالصوت مع توجيه الباحثان.

الواجب المنزلي: طلب منهم اختيار موضوع معين لا يتعدى خمسة اسطر ويكون محببا لديه.

يتحدث إلى نفسه ذاتيا بايجابية. يستخدم أساليب التحكم بالصوت. يكررها بما لا يقل عن ثلاث مرات يوميا. طبق أمام مرآة أو دع أحد أفراد العائلة يقوم بتصويرك فيديو. شاهد التصوير واكتشف التقصير وحاول تعديله. يحضر الموضوع المختار معه الجلسة القادمة.

الجلسة الإرشادية السابعة: 2011/12/5

الفنية المستخدمة (الإفاضة بالواقع) .

هدفت هذه الجلسة إلى مواجهة مشكلتهم مباشرة.

تم مناقشة الواجب السابق .

بعدها أخبرنا الطلاب بان العرض سيتم وفق ترتيب الأسماء لدينا لجعلهم في حالة ترقب وقلق ،ليتضح مدى إمكانية تطبيقهم لما تعلموه ،ومن بعدها اختير الطلاب للعرض أمام الحضور من معلمين وطلاب وعلى منصة الإلقاء والميكرفون ،وتم توجيههم من الباحثان حول أساليب التحكم بالصوت للظهور بشكل أكثر اتزانا .

بعدها تركنا المجال مفتوحا لمن يريد المبادرة وإعادة العرض مرة أخرى،وكان أكثر من نصف العينة مبادرون وتم تكرار العرض لأربعة طلاب فقط ،وكان الأداء أفضل من السابق بمراحل حسب وجهة نظر الجميع.

الواجب المنزلي: طلب منهم إعادة العرض في البيت وتخيل حضور مزيدا من المعلمين والطلاب. تطبيق أساليب التحكم بالصوت. التدريب على التعلم الذاتي. طبق أمام مرآة أو دع أحد أفراد العائلة يقوم بتصويرك فيديو. شاهد التصوير واكتشف التقصير وحاول تعديله .

الجلسة الإرشادية الثامنة: 2011/12/9

الفنية المستخدمة (الإفاضة بالواقع) .

هدفت هذه الجلسة إلى(مواجهة مشكلتهم مباشرة بشكل التكرار لخفض القلق)

تم سؤال الطلاب عن الواجب المنزلي وأهمية التطبيق لأنه من أسلوب الإعداد الجيد.

وضحنا للطلاب بأن عرضهم اليوم سيحضره المعلمون والطلاب وعليهم مواجهة الموقف وتطبيق ما تم تعلمه.

نادينا بأسماء الطلاب بشكل يختلف عن الجلسة السابقة وطلب منهم العرض على منصة الإلقاء، مع توجيه من الباحثين حول أساليب التحكم بالصوت، ومحاكة نموذج الطالب الايجابي.

بعد الانتهاء من عرض كل طالب كان يقابل بالتصفيق الحار من الجميع وثناء المعلمين، ومن بعدها تم إعادة العرض مره أخرى عن طريق مبادرة الطلاب.

الواجب المنزلي: طلب منهم إعادة العرض في البيت وتخيل حضور عدد من المعلمين ومشرف من الوزارة وبعض أولياء الأمور والطلاب أصدقاء أفراد العينة وغير الأصدقاء. تطبيق أساليب التحكم بالصوت. التدريب على التعلم الذاتي. طبق أمام مرآة أو دع أحد أفراد العائلة يقوم بتصويرك فيديو. شاهد التصوير واكتشف التقصير وحاول تعديله.

الجلسة الإرشادية التاسعة: 2011/12/12

الفنية المستخدمة (الإفاضة بالواقع).

هدفت هذه الجلسة إلى مواجهة الطلاب لمشكلتهم أمام عدد أكبر من المعلمين والطلاب، وعدم تجنب الموقف، والتأكيد بأن مواجهة الموقف تخفض القلق ودور الأعداد الجيد والتدريب في ذلك.

تطبيق ما تدرب عليه الطلاب في الجلسات الماضية.

مواجهتهم للموقف الذي يحدث يوميا في المدرسة وخاصة ما يخص الطلاب وخوفهم من سخريتهم عليهم.

إنهاء الجلسات الإرشادية: تم التوضيح للطلاب بأن ما قاموا به من عروض سابقة في الجلسات أو في البيت كواجبات منزلية هي بمثابة الإعداد الجيد والذي يعتبر مهما جدا بحيث تتعود على الموقف الذي ستقوم به وتألف ما هو مطلوب منك ،وتعدل الأخطاء من قبلك أو من قبل غيرك .

تم إخبار الطلاب بأن هذه الجلسة هي نهاية الجلسات الإرشادية وتبقى لنا جلسة قياس بعدي وهي آخر جلسة في البرنامج بشكل عام .

تم الترحيب بالحضور من معلمين وطلاب وتم ترقيم أفراد العينة من 1- 8 ووضعت الأرقام في صندوق صغير وخصص أحد الطلاب لسحب الأرقام، ولوحظ ارتفاع نسبة القلق على أفراد العينة، وهذا ما كنا نريده ومن بعدها، توالت العروض والحضور يصفق لكل طالب بعد العرض الأول .

بعد نهاية العرض الأول للطلاب غادر الحضور جميعا ،وناقشنا أفراد العينة عن انطباعهم بعد عرضهم أمام الحضور فكانت الإجابات جميعها ،ارتفاع نسبة التوتر إلا أنه لم يستمر كثيرا بعد الوقوف أمامهم وهذا شيء جديد بالنسبة لهم ،ثم طلب منهم أعادة العرض وكان الجميع يرغب في إعادته بحماس.

تم سؤالهم عن التدريب على التعلم الذاتي فأخبر بعضهم بأنه كان يحمس نفسه وينظر إلى نفسه بايجابية وكان عددهم ثلاثة طلاب وخمسة طلاب لم يستخدموا هذه الفنية نتيجة القلق، وكان هذا من باب التغذية الراجعة لعرض الجلسة الأخيرة في البرنامج وهي القياس البعدي.

ثم ذهبنا مع الطلاب للمكان المخصص للإذاعة المدرسية وأخذنا جولة فيه، واخذ الطلاب وضع الإلقاء فيه الواحد تلو الآخر وبدا على بعضهم نوع من الارتباك ما لبث أن اختفى بعد توجيه الباحثين لجمل ايجابية للعينة وطلب منهم أن يتناقشوا فيما بينهم وهم في وضع الإلقاء واختاروا موضوعا رياضيا وسرعان ما نسي الطلاب أنفسهم وكان المرح يسود الجو، وتصادف ذلك بوجود اثنين من المعلمين وأربعة من طلاب النظام في المدرسة وكان حضورهم المفاجئ ايجابيا.

الواجب المنزلي: قم بعرض موضوعك أمام العائلة وطبق ما تعلمته واطلب من احدهم تصويرك في مقطع فيديو.

جلسة القياس البعدي: 2011/12/14

وهدفت إلى قياس مدى التغيير لدي أفراد العينة(المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة) حول خفض قلق التحدث أمام الآخرين بعد تطبيق برنامج إرشادي يتضمن فنيات العلاج السلوكي وتعديل السلوك المعرفي على المجموعة التجريبية فقط، مستخدمين من الطرائق الكمية طريقة المجموعتين التجريبية والضابطة، ومن الطرائق الكيفية المحكان الذاتي والجماعي المرجع.

بحضور المشرف الاجتماعي ومشرف الإذاعة المدرسية تم تهنئة الطلاب على الوصول إلى نهاية البرنامج

ويتطلب منهم في هذه الجلسة العرض أمام الطلاب في الطابور الذي يسبق الحصة الرابعة ومن ثم تركنا الطلاب لمدة عشر دقائق لتحضير أنفسهم، ومن بعدها طلبنا منهم وصف مشاعرهم مقارنة بما كتبوه قبل البرنامج وكذلك المشرف الاجتماعي.

بعدها شكرنا الطلاب على المواظبة في الحضور والانتظام وحل الواجبات المنزلية آملين منهم تطبيق ما تعلموه بشكل دائم اتجاه مواقف الحياة الاجتماعية المتجددة، وكذلك شكر خاص للمجموعة الضابطة وسيكون هناك متابعة بعد شهر من نهاية البرنامج بأذن الله، وبعدها قمنا بمصافحتهم جميعا.

الملحق رقم 4، مقياس قلق التحدث أمام الآخرين:

أسم الطالب ..... العمر .....

تعليمات: فيما يلي مجموعه من العبارات التي تتعلق بتصرفاتك واتجاهاتك ومشاعرك الخاصة، في بعض المواقف الاجتماعية أقرأ كل عبارة من هذه العبارات جيدا ثم حدد مدى انطباقها عليك، وذلك بوضع علامة (√) حول الإجابة التي ترى أنها تناسبك تماما من بين الإجابات الخمس الموجودة يسار العبارات. إذا كانت العبارة تنطبق عليك في كل المواقف، ضع علامة (√) تحت العمود دائما - إذا كانت العبارة تنطبق عليك في أغلب الأحيان، ضع علامة (√) تحت العمود غالباً - إذا كانت العبارة تنطبق عليك إلى حداً ما، ضع علامة (√) تحت العمود أحياناً . إذا كانت العبارة نادراً ما تحدث لك، ضع علامة (√) تحت العمود نادراً - إذا كانت العبارة لا تطبق عليك مطلقاً، ضع علامة (√) تحت العمود أبداً.

وبما أن إجابتك ذات قيمة كبيره ومساهمة فعاله لخدمة هذا البحث العلمي، فالرجاء اختيار الإجابة التي تحدد ما تشعر به بالفعل . علماً بأنه لا توجد إجابة صحيحة، وأخرى خاطئة، مع التأكد من عدم ترك أي عبارة بدون إجابة..ستحضي إجابتك بخصوصية وسرية مطلقة.

مع خالص الشكر والتقدير لتعاونك

م	العبارة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
1	أتلعثم أثناء الحديث أمام مجموعه من الغرباء.					
2	أخاف باستمرار من نسيان بعض أجزاء الحديث عندما أكون في موقف مواجهة مع الآخرين.					
3	ارتعب عندما أكون موضعاً لتفحص الآخرين وتقييمهم.					
4	لا مانع من المشاركة في الندوات المختلفة والحديث أمام مجموعة كبيرة من الحاضرين.					
5	تتسارع نبضات قلبي قبل إلقاء حديثي مباشرة.					
6	تربكني نظرات الآخرين عندما اقف للحديث أمامهم.					
7	أتعمد الغياب عندما أكون مطالبا ببحث القيه أمام الطلبة.					
8	اشعر بالسعادة عندما اصعد المنصة لإلقاء كلمة أمام الآخرين.					
9	اصمت في المناقشات مع أن لدي معرفة جيده بموضوع النقاش					
10	لا أستطيع تمييز وجوه الحاضرين بوضوح عندما أنظر إليهم أثناء إلقاء حديثي إمامهم.					
11	يؤلمني حرماني من درجات المشاركة الصفية ومع ذلك لا أستطيع المشاركة.					
12	كثيرا ما ينتابني الشعور بالوحدة أثناء تواجدي مع جماعة لعدم تواصلي وحديثي معهم.					
13	أشعر بأنني حساس أكثر من اللازم لأي تعليق أو نقد يوجهه الآخرون لي.					
14	أفضل العمل الفردي على العمل الجماعي خوفا من إتاحة الفرصة للحديث مع الآخرين.					

15	أتجنب التعبير علانية عن أرائي خشية السخرية والانتقاد.					
16	اشعر بقدرة كبيرة على التحكم في أدائي عندما ألقي حديثاً أمام مجموعة من الحاضرين.					
17	أشعر بالضيق عندما لا أستطيع الإجابة أمام الآخرين عن سوال أعرف إجابته جيدا .					
18	كثيرا ما ابحث عن مبررات تعفيني من حضور المناسبات المختلفة تفاديا للحديث مع الآخرين.					
19	لا اشعر بالقلق عندما أتحدث مع من هم اقلّ مني علماً أو سناً.					
20	أشعر بالسعادة في المواقف التي تتطلب مني المحاورة أمام حشد كبير من الناس.					
21	أتجنب مشاركة الآخرين الحديث والمناقشة ما أمكن ذلك.					
22	أعاني من صعوبة التحدث أمام الغرباء.					
23	أرتبك عندما أرى بعض الحاضرين يتهامسون أثناء إلقائي الحديث أمامهم.					
24	اشعر بأنني طليق اللسان عندما اقف للحديث أمام الآخرين.					
25	ترتجف يداي عندما أكون في موقف يتطلب مني الحديث أمام الآخرين.					
26	اشعر بأن الآخرين يسخرون من طريقة حديثي وأفكاري.					
27	أتجنب الجلوس في الصفوف الأمامية تفادياً للأسئلة التي قد توجه إليّ.					
28	لا أمانع من الحديث التلقائي أمام أي جماعة قل عددها أم كثر.					

29	أجد صعوبة في التعبير عن آرائي المختلفة أمام مجموعة من الحاضرين في مثل عمري.					
30	يصبح صوتي خافتاً عندما أتحدث أمام الآخرين.					
31	اشعر بأن قلقي من التحدث أمام الآخرين غير منطقي.					
32	افضل الصمت أثناء تواجدي مع مجموعة من الناس الغرباء.					
33	غالباً ما أجد صعوبة في مباشرة الحديث مع من لا تربطني بهم معرفة سابقة.					
34	يصعب عليّ معرفة ما ينبغي قوله والتحدث به كلما وجدت في مجموعة من الغرباء.					
35	لا أستطيع إبداء رأيي إذا شعرت أنني مراقب من الآخرين.					
36	اشعر بالسعادة عندما يطلب مني تقديم بحث أمام الأساتذة والطلبة.					
37	اشعر بان عدم قدرتي على المشاركة في الأحاديث ترجع لقلقي وخوفي من مواجهة الآخرين.					
38	اشعر بان مشاركتي في النشاطات التي تتطلب مناقشات وحوارات قد تعرضني للحرج والارتباك.					
39	اشعر بالقلق عندما أتحدث إلي شخص في موقع المسئولية.					
40	اعبر عن أفكاري بهدوء وطمأنينة عندما أتحدث أمام مجموعة من الناس.					

مدى فعالية برنامج التدريب التوكيدي في تنمية مستوى توكيد الذات لدى عيّنة من الطّلبة الجامعيين

لونيس سعيدة
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا
جامعة الجزائر -2-

ملخّص:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مدى فعالية برنامج التدريب التوكيدي في تنمية مستوى توكيد الذات لدى عيّنة من الطلبة الجامعيين.

ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة، تمّ إجراء دراسة ميدانية اعتمدنا فيها على مقياس توكيد الذات لغريب عبد الفتاح غريب على عيّنة بلغ حجمها (40) طالبا جامعيا، أين تمّ بعدها تطبيق برنامج التدريب التوكيدي على أفراد المجموعة التجريبية، في حين أنّ أفراد المجموعة الضابطة لم تخضع لأي إجراء تجريبي.

وقد خلصت الدراسة إلى أنّ البرنامج التدريبي الذي تمّ تصميمه وتطبيقه كان له تأثير إيجابي وفعّال في تنمية مستوى توكيد الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية، كما استمرّت هذه الفعالية بعد مرور فترة من المتابعة، عكس أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يطرأ عليهم أيّ تغيير أو تحسّن نظرا لعدم مشاركتهم في البرنامج التدريبي.

مقدّمة:

إنّ حاجة الإنسان للاتصال لا تقلّ عن حاجته للأمن والغذاء والكساء والمأوى، وبما أنّ الإنسان كائن اجتماعي فإنّه لا يستطيع العيش في معزل عن المجتمع، حيث يمارس دوره فيه من خلال التواصل الإنساني مع الآخرين، ويحقّق وجوده الاجتماعي من خلال ممارسته لهذا الدور.

كما يعتمد في تحقيق وجوده الاجتماعي على كفاءة ممارسته لمهارات التواصل الإنساني التي تساعده على التفاعل والتفاهم مع الآخرين، وفي صدر هذه المهارات "مهارة التوكيدية"، والتي تتمثّل في قدرة الفرد على التعبير عن انفعالاته وآرائه ووجهات نظره حول أيّ أمر من الأمور سواء كان متعلّقا بذاته أو بالآخرين، وذلك بصورة سوية وإيجابية بحيث تكون مقبولة من طرف المجتمع الذي يعيش فيه (ماهر محمّد عمر؛ 2003؛ ص389)

وفي هذا الصدّد يرى "إبراهيم عبد الستّار" أنّ مفهوم توكيد الذات يشير إلى ضرورة أن يعبّر الفرد عن مشاعره بصدق وأمانة في المواقف المختلفة مع الأشخاص المختلفين؛ وهذا ما

يؤدّي إلى خفض القلق والاكتئاب ويساعده على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة (إبراهيم عبد الستّار؛ 1998؛ ص258)

ويعد الاهتمام بالمهارات التوكيدية إلى كونها من العناصر المهمة التي تحدّد طبيعة التفاعلات اليومية للفرد مع المحيطين به في السياقات المختلفة، والتي تعدّ في حالة اتصافها بالكفاءة من ركائز التوافق النفسي على المستوى الشخصي والمجتمعي.

وعليه يمثّل السلوك التوكيدي خاصية إنسانية أساسية يحتاج إليها الفرد في العديد من مواقف الحياة وافتقاره للقدر اللازم من توكيد الذات يعرّضه للفشل في تحقيق وجوده ومواجهة الخطر المهدّد لبقائه، باعتبار أنّ الإفراط في قمع الفرد التعبير عن انفعالاته ومشاعره نحو الأشخاص أو المواقف التي يواجهها يؤدّي إلى كف قدراته الإيجابية في التعبير الملائم عن مشاعره، مما يحوّل الفرد إلى شخصية منكفئة ومنسحبة ومقيّدة وحبيسة لانفعالات وعادات لا تترك إلاّ نطاقا ضيّقا للصحة النفسية.

وقد أكّدت نتائج الدراسات في هذا المجال، بأنّ الصحة النفسية تقترن بتوكيد الفرد لشخصيته، ومفهومه لذاته، ونظرته الموضوعية لقدراته ومتطلّبات العالم الخارجي الذي يحيط به، بحيث يعيش علاقات طيبة مع أفراد أسرته ومع زملائه في العمل أو في المدرسة أو في الجامعة.

وبما أنّ التعليم الجامعي يلعب دورا مهما في حياة الأمم والمجتمعات فهو يصنع حاضرها ويرسم معظم معالم مستقبلها، كان الاهتمام بدراسة السلوك التوكيدي لدى الطالب الجامعي الذي يمثّل أحد الأركان الأساسية في المجتمع، كون أنّ المهارات التوكيدية من المهارات الحياتية الهامة في وقاية الطالب وتبصيره من الوقوع في المشكلات التي قد تؤدّي به إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية والضعف في التفاعلات الاجتماعية، كما أنّها تعمل على تكوين وتدعيم علاقات بينشخصية إيجابية.

ونظرا لأهمية مفهوم "توكيد الذات" بوصفه أحد ركائز الشخصية، كما أنّه يمثّل هدفا إنسانيا يسعى إليه كلّ من يرغب في تحقيق النجاح والتقدّم، فقد طوّر علماء النفس أساليب أو برامج للتدريب التوكيدي، بوصفها وسيلة ناجحة- نسبيا- لمساعدة من يصعب عليهم التعبير عن مشاعرهم والمجاهرة بآرائهم والدفاع عن حقوقهم ومواجهة ضغوط الآخرين.

ويشير مصطلح "التدريب التوكيدي" إلى أنّه إجراء علاجي لإزالة الكف والقصور في العلاقة مع الذات والآخرين، وذلك يتم بمساعدة الفرد على التعبير عن مشاعره بطريقة صحية (مصطفى عبد المعطي؛ 2001؛ ص146).

وقد أظهرت هذه البرامج فعاليتها في علاج الكثير من الحالات النفسية، فتنوّعت بذلك الاستراتيجيات والتقنيات المعتمد عليها في تلقين الفرد السلوك التوكيدي المناسب له خلال تفاعله في المواقف الاجتماعية المختلفة وذلك تبعا لاحتياجات الأفراد ومشكلاتهم.

وبالتركيز على البيئات التعليمية، فإنّه يلاحظ مدى مساهمة البيئة الجامعية في بناء شخصيات الشباب نظرا لكونها امتدادا لدور الأسرة والمسؤولة عن إعدادهم للاندماج في مجال العمل ومواجهة تحديات الحياة، كما يعدّ الالتحاق بالجامعة مرحلة تحوّل هامة في حياة الكثير من المراهقين، حيث تمثّل سنوات الدراسة الجامعية فترة نموّ نفسي اجتماعي هامة، أين يساهم المناخ الجامعي السائد فيها بدور هام في نموّ الشخصية، كما أنّ الطلبة في هذه المرحلة يطمحون إلى إشباع حاجاتهم النفسية والاجتماعية، ولكن في نفس الوقت قد تمثّل للبعض منهم "أزمة" ممّا يدعو إلى وجود برامج تدريبية تهتم بمساعدة هؤلاء الطلاّب خلال مشوارهم الجامعي.

وتشير الدراسات الميدانية إلى شيوع انخفاض مستوى توكيد الذات لدى الطلبة، ففي دراسة أجراها "إبراهيم عبد الستّار" (1994) على 300 طالب وطالبة جامعية، وجد أنّ حوالي 52% منهم لديهم قصورا في توكيد ذاتهم، وقدرا منخفضا من الثقة بالنفس في مواقف التفاعل الاجتماعي.

كما تبيّن في دراسة أخرى أجريت على عيّنة من طلاّب جامعة القاهرة، والذي بلغ عددهم 3987 طالبا وطالبة، أنّ أهم المشكلات الدراسية والعلمية التي يواجهونها تمثّلت في تشويش بعض الزملاء عليهم أثناء المحاضرة، وعجزهم عن مواجهتهم (نظرا لانخفاض توكيد الذات لديهم) والشعور بالوحدة والخجل، وصعوبة التعبير عن الأفكار والمشاعر أمام الآخرين، والارتباك عند الحديث مع زميل من الجنس الآخر، وهذا ما يبرّر بوضوح الدّور المحوري لانخفاض السلوك التوكيدي في نشأة تلك الصعوبات التي يسهل التغلّب عليها بالتّدريب على توكيد الذات (طريف شوقي؛ 1998؛ ص ص211- 212).

وبذلك جاءت الدراسة الحالية كمساهمة علمية وعملية في معرفة مستوى توكيد الذات لدى الطلبة الجامعيين، وذلك بهدف تنميته في حالة انخفاضه لدعم ثقتهم بذاتهم وتشجيعهم على التعبير عن آرائهم ومشاعرهم والمطالبة بحقوقهم، لكي يقوموا بالأدوار الاجتماعية المنوطة بهم بكلّ ثقة واقتدار.

وعليه تتلخّص إشكالية بحثنا في استقصاء مدى فعالية برنامج التدريب التوكيدي في تنمية مستوى توكيد الذات لدى عينة من الطلبة الجامعيين ذوي التوكيد المنخفض، وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي على مقياس توكيد الذات؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس توكيد الذات؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي ومتوسط درجات أفراد نفس المجموعة في القياس البعدي على مقياس توكيد الذات؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط درجات أفراد نفس المجموعة في القياس البعدي على مقياس توكيد الذات؟

5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسط درجات أفراد نفس المجموعة في القياس التتبعي على مقياس توكيد الذات ؟

الفرضيات:

من خلال الإطار النظري للبحث والدراسات السابقة ونتائجها تمّ صياغة فرضيات الدراسة الحالية على النحو الآتي:

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي على مقياس توكيد الذات.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس توكيد الذات.

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي ومتوسط درجات أفراد نفس المجموعة في القياس البعدي على مقياس توكيد الذات.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط درجات أفراد نفس المجموعة في القياس البعدي على مقياس توكيد الذات.

5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسط درجات أفراد نفس المجموعة في القياس التتبعي على مقياس توكيد الذات.

تعريف وتحديد المفاهيم إجرائيا:

تتضمّن الدراسة الحالية المفاهيم الإجرائية التالية:

أ- توكيد الذات : self –assertiveness: يعرّف توكيد الذات على أنّه سلوك يسمح للشخص أن يتصرّف حسب ما يخدم مصلحته، وما يسمح له بالدفاع عن وجهة نظره دون قلق مبالغ فيه، كما أنّه يمكّن الفرد من التعبير عن مشاعره بصدق، وبكلّ سهولة وراحة، وتسمح له بممارسة حقوقه دون إنكار لحقوق الآخرين (Nollet & Thomas, 2001, p29).

أمّا التعريف الإجرائي لهذا المفهوم الذي سوف نتبناه في الدراسة الحالية يتمثل في "مهارة الطالب في التعبير عن آرائه سواء كانت متفقة أو مختلفة مع الآخرين، والإفصاح عن مشاعره الايجابية (مدح) أو السلبية(غضب) حيالهم بطريقة ملائمة، وعدم التردد في رفض أو التقدم بالمطالب، والمبادأة والاستمرار في العلاقات الاجتماعية بصورة ايجابية وذلك في إطار الالتزام بالقيم والمعايير الاجتماعية والأخلاقية".

وفي ضوء الأداة المستخدمة في هذه الدراسة، فإنّ مستوى توكيد الذات هو الدرجة التي يحصل عليها الطالب في مقياس توكيد الذات من إعداد "غريب عبد الفتّاح غريب" (1995).

ب- برنامج التدريب التوكيدي: Assertion Training Program: يعرّف بأنّه "مجموعة متنوّعة من الأساليب والإجراءات المعرفية والسلوكية الهادفة إلى تعديل معارف الأفراد وسلوكهم، وتدريبهم على التعبير عن مشاعرهم، وآرائهم والدفاع عن حقوقهم، ومواجهة من يستغلونهم بطريقة ملائمة دونما انتهاك لحقوقهم" (طريف شوقي؛ 2009؛ ص ص 150- 151)

ويمكن تعريف هذا المفهوم إجرائيا على أنّه برنامج تدريبي، يتألّف من مجموعة من الخطوات المخطّطة والمنظّمة، تستند في أساسها على نظريات وفنّيات العلاج النفسي، والتي تؤدّي إلى تعديل الأساليب السلوكية الخاطئة والمعارف السلبية لدى الطلبة الجامعيين ذوي التوكيد المنخفض، واستبدالها بأساليب جديدة وأفكار أكثر إيجابية، ممّا يترتّب عليه تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لدى المشاركين في البرنامج التدريبي.

أو بعبارة أخرى يتضمّن هذا البرنامج مجموعة من المعلومات والخبرات والمهارات والأنشطة المختلفة، والتي تقدّم للطلبة خلال عدد من الجلسات التدريبية في شكل جماعي، بقصد التغلّب على استجابات القلق والخجل والانطواء التي يعانون منها خلال تفاعلاتهم الاجتماعية.

إجراءات الدراسة الميدانية:

❖ **منهج الدراسة:** لقد تمّ الاعتماد على المنهج التجريبي نظرا لملاءمته لطبيعة الموضوع المراد دراسته، والذي يقصد به كلّ تغيّر متعمّد ومضبوط للشروط المحدّدة لظاهرة معيّنة، وملاحظة التغيّرات الناتجة في هذه الظاهرة ذاتها وتفسيرها (جابر عبد الحميد جابر وأحمد

خيري كاظم؛ 1990؛ ص194)، وذلك بالاعتماد على طريقة القياس القبلي والقياس البعدي والقياس التتبّعي باستخدام المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

❖ **عيّنة الدراسة:** تمّ اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية من أفراد المجتمع الأصلي بعد تطبيق مقياس "توكيد الذات" على عيّنة مكوّنة من (75) طالب جامعي سنة أولى (ل.م.د) تخصّص علوم اجتماعية، حيث تمّ انتقاء الطّلبة الذين تحصّلوا على أدنى الدرجات على المقياس، والذين بلغ عددهم (40) طالبا جامعيا (10 ذكور، 30 إناث)، ليتمّ فيما بعد تقسيمهم إلى مجموعتين متكافئتين، وكان قوام كلّ منها (20) طالبا جامعيا، أين تمّ بعدها تطبيق برنامج التدريب التوكيدي على إحداهما والمتمثّلة في المجموعة التجريبية، في حين كانت المجموعة الأخرى ضابطة لم تخضع لأيّ إجراء تجريبي، وقد تراوح سنّ أفراد العيّنة ما بين (19- 21 سنة).

❖ **وصف الأدوات المستخدمة:** استخدمت الباحثة في هذه الدراسة الأدوات التالية:

- مقياس توكيد الذات من إعداد غريب عبد الفتاح غريب.
- برنامج التدريب التوكيدي من إعداد الباحثة.

وصف المقياس:

يتكوّن المقياس في صورته العربية من 25 سؤالا بعد حذف خمسة أسئلة من الأسئلة الثلاثين التي يتكوّن منها المقياس الأصلي، حيث أظهرت التطبيقات الأوّلية على عيّنات مصرية عدم مناسبتها للتطبيق في البيئة العربية، إذ اتّضح أنّ حذف الأسئلة الخمسة لم يؤثّر على بناء المقياس، وأنّ هناك قدراً عاليا من الارتباط بين الصورة الكلية الأصلية للمقياس والصورة المعدّلة للمقياس، والذي بلغ 0,95 على عيّنة تكوّنت من 48 فرداً (غريب عبد الفتاح غريب؛ 1995؛ ص05).

وبهذا يتكوّن المقياس في صورته العربية من خمسة وعشرين سؤالا عن كيفية تصرّف الأفراد في مواقف الحياة المختلفة، ويطلب من المفحوص أن يضع علامة (×) تحت كلمة "نعم" وأمام رقم العبارة لو كان يتصرّف عادة بالطريقة التي تصفها العبارة، أو يضع العلامة (×) تحت كلمة "لا" وأمام رقم العبارة إذا لم يكن يتصرّف بالطريقة التي تصفها العبارة.

برنامج التدريب التوكيدي:

1- الإطار الزمني لبرنامج التدريب التوكيدي:

- **مدّة البرنامج:** ستّة أسابيع.

- **عدد الجلسات:** إحدى عشر جلسة.
- **مدّة الجلسة:** ساعة ونصف إلى ساعتين تقريبا.

2- **محتوى وتسلسل الجلسات:**

- **محتوى الجلسات:**

المحتوى المعرفي:

-تزويد الطالب (المتدرّب) بمعلومات حول طبيعة السلوك التوكيدي ومكوّناته ومحدّداته وطرق تنميته.

-محاولة التمييز بين السلوك التوكيدي والسلبي والعدواني.

-الكشف عن معوقات السّلوك التوكيدي ومحدّداته المعرفية (المعتقدات غير المنطقية، الحوار الداخلي) وكيفية التغلّب عليها.

المحتوى السّلوكي: ويتضمّن الآتي:

-عرض مواقف متنوّعة لنماذج مؤكّدة من طرف الباحثة لأفراد المجموعة التجريبية.

-قيام الطالب (المتدرّب) بتمثيل دور الشخص المؤكّد لذاته بعد مشاهدة الموقف.

-إعادة تمثيل الدّور (التكرار أو الممارسة) مع تقديم عائد حول أدائه لغرض تعزيزه وتنميته.

-إعطاء الطالب واجبات منزلية للقيام بها في الواقع، حتى يتسنّى له التدريب على السلوك التوكيدي خارج الجلسة التدريبية.

- **تسلسل الجلسات:** في الجلسات الأولى تمّ التركيز على تقديم المكوّنات المعرفية أوّلا في بداية البرنامج، وفي الجلسات التالية وبعد التماس استيعاب المكوّنات المعرفية، تمّ التركيز على تقديم المكوّنات السلوكية.

3- **بنية الجلسة:** تضمّنت الجلسة مجموعة من الأنشطة المتتالية والمقدّمة وفقا للتسلسل التالي:

-تحديد المهارة المطلوب التدريب عليها وتعريفها.

-تقديم نماذج مؤكّدة تمارس هذه المهارة من خلال استحضار مواقف عملية من الحياة الواقعية.

-نطلب من المتدرّب تمثيل الدّور الذي شاهده للنموذج المؤكّد، مع السّماح للمجموعة بلعب الأدوار وتبادلها معاً.

-تعزيز أداء الطالب من طرف الباحثة والجماعة التدريبية.

-في حالة عدم تطابق أداء الطالب مع السلوك التوكيدي المطلوب، يُطْلَبُ منه إعادة تمثيل الدور عدة مرات، مع مراعاة تقديم عائد أو تعزيز إيجابي في حالة إتقانه لهذا الأداء.

-تكليف المجموعة التدريبية (التجريبية) بالواجبات المنزلية والتي هي عبارة عن مواقف واقعية تصدر فيها الاستجابة التوكيدية التي تدرّب عليها وذلك في حياته اليومية، وتتم مناقشة هذه الواجبات في الجلسة التالية.

4- أسلوب إجراء التدريب التوكيدي: يتم التدريب بصورة جماعية (وهو صورة من صور التفاعلات الاجتماعية) لأنّه أكثر أشكال التدريب فعالية، ولقد أشار راتيوس « Rathus » إلى أنّ التدريب التوكيدي يكون فعّالا في الإطار الجماعي، إذ أنّ المجموعة تقدّم مزايا عديدة، حيث أنّه توجد إثارة للتشجيع الجماعي على السلوك بطريقة توكيدية، فضلا عن ذلك فإنّه من خلال الشكل الجماعي في التدريب على التوكيدية يستطيع الفرد أن يكتشف بأنّ الآخرين لديهم مشاكل مماثلة لمشاكله الخاصة أو أكثر صعوبة منها، فلم يعد يعتبر نفسه هو الشخص الوحيد الذي يعاني من هذه الصعوبات (طه عبد العظيم حسين؛ 2006؛ ص202).

5- الأساليب المستخدمة في برنامج التدريب التوكيدي: تتمثّل الأساليب أو الفنيات التي تمّ الاستعانة بها في الدراسة الحالية فيما يلي:

-إلقاء المحاضرة والمناقشة الجماعية.

-النمذجة (النمذجة المباشرة أو الحية).

-لعب الدور.

-الممارسة أو تكرار السلوك.

-إعادة البناء المعرفي.

-التغذية الرجعية والتدعيم الاجتماعي.

-الواجبات المنزلية.

6- مصادر برنامج التدريب التوكيدي:

-في سبيل إعداد برنامج التدريب التوكيدي، فقد تمّ جمع المادة العلمية الخاصة بتنمية مهارة توكيد الذات منها: كتاب "توكيد الذات مدخل لتنمية الكفاءة الشخصية" للمؤلّف "طريف شوقي" (1998)، الذي تمّ الاعتماد عليه في تحديد محتوى البرنامج، والاسترشاد بالطريقة التي اتّبعها الباحث في تطبيق هذا البرنامج التدريبي.

-كما تمّ الاسترشاد أيضا ببرنامج كلّ من رجب علي شعبان (2003) وطه عبد العظيم حسين (2006).

-الاطلاع على مجموعة من الدراسات والأبحاث المتعلّقة بالتدريب على السلوك التوكيدي والمذكورة في قائمة المراجع.

-الاستعانة بقائمة احتياجات الطلبة (أفراد المجموعة التجريبية) من البرنامج التدريبي في الدراسة الحالية.

-الاعتماد على توجيهات المختصين في مجال تصميم وإعداد البرامج التدريبية.

7- **تقييم آثار برنامج التدريب التوكيدي** : من أجل تقييم آثار برنامج التدريب التوكيدي، فقد استخدمت الباحثة المؤشرات التالية:

-المقارنة بين درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس توكيد الذات قبل وبعد تطبيق برنامج التدريب التوكيدي وإيجاد دلالة الفروق الناتجة إحصائيا.

-التقييم الذاتي للطالب على مدى تحسنه، حيث يطلب منه تقييم مدى التقدم الذي أحرزه من خلال البرنامج كتابيا (التقارير الذاتية).

-مراجعة الواجبات المنزلية في الجلسة التالية مع الباحثة، ومناقشة الطالب في التغيرات الايجابية التي شعر بها أو الصعوبات التي تمنع حدوث التقدم في سلوكه.

8- **تحكيم برنامج التدريب التوكيدي:** بعد إعداد البرنامج في صورته الأوليّة، قامت الباحثة بعرضه على ثلاثة محكمين من أساتذة علم النفس وعلوم التربية، وذلك بغرض التحقّق من صدق محتوى البرنامج (الصدق الظاهري)، وقد تمّ الأخذ باقتراحاتهم وملاحظاتهم، وبعد إجراء التعديلات المقترحة كانت الصورة النهائية للجلسات التي تضمّنها برنامج التدريب التوكيدي في الدراسة الحالية على النحو الآتي:

الجلسة الأولى: "التعارف بين الباحثة وأفراد المجموعة التجريبية مع توضيح طبيعة البرنامج وأهدافه".

تحاول الباحثة في هذه الجلسة التمهيدية التعارف مع أفراد المجموعة التجريبية وتحقيق الألفة بينهم، وإعطاء فكرة مبسّطة عن برنامج التدريب التوكيدي ومضمونه والهدف منه، والنتائج التي تترتّب عن الاشتراك في هذه الجلسات، والاتفاق على مجموعة القواعد التي تنظّم الجلسات التدريبية والتي ينبغي الالتزام بها لضمان تحقيق الأهداف المرجوة من البرنامج.

الجلسة الثانية: مفهوم توكيد الذات. "ماذا نقصد بالتوكيدية؟"

تعد هذه الجلسة بمثابة خطوة تربوية أو تعليمية، إذ من خلالها تقوم الباحثة بتقديم جرعة معرفية وإعطاء نظرة شاملة ومناقشة عامة لمفهوم "توكيد الذات" وأهميته، وحتى يتم حصر هذا المفهوم بدقّة وجب تمييزه عن العدوانية والسلبية (الإذعانية)، وبعد ذلك تتناول الباحثة الأسباب أو العوامل التي قد تؤدّي إلى انخفاض وتدني مستوى التوكيد لدى الأفراد وذلك

بالرّجوع إلى أساليب التنشئة الاجتماعية ودور المتغيّرات المعرفية في ذلك، مع توضيح الآثار السلبية الناجمة عن انخفاض السلوك التوكيدي من احتمال ظهور بعض المشكلات النفسية والاجتماعية وحتى الجسمية، بالإضافة إلى الكشف عن الآليات والأساليب التي تساهم في تنمية هذه المهارة لدى الأفراد من خلال شرح وتفسير بعض فنيات التدريب التوكيدي مثل: النمذجة، لعب الدور، الممارسة، التدعيم والتغذية الرجعية، إعادة البناء المعرفي... الخ.

الجلسة الثالثة: "التمييز بين أنماط الاستجابات البينشخصية"

تهدف هذه الجلسة إلى التمييز النظري بين السلوك التوكيدي والسلوك العدواني والسّلبي، مع تقديم تدريبات عملية مكثّفة للتمييز بين هذه الاستجابات الثلاثة من خلال عدّة مواقف مقترحة تقدّم لأفراد المجموعة التجريبية حتى يعتادوا على التفرقة بينها، وذلك باستخدام مجموعة من الأساليب المتمثّلة في النمذجة المباشرة (الحية)، لعب الدور، الممارسة، التدعيم والتغذية الرجعية.

الجلسة الرابعة: "إعادة البناء أو التشكيل المعرفي"

تحاول الباحثة في هذه الجلسة مساعدة أفراد المجموعة التجريبية في التعرّف على المعتقدات غير المنطقية والعبارات الذاتية السلبية ودورها في نقص التوكيدية واستبدالها بمعتقدات منطقية وعبارات ذاتية إيجابية بدلا منها، وحتى يحدث هذا التعديل في الوجهة المرغوبة لابد من توضيح مزايا هذه الأخيرة في جعل الفرد أكثر قدرة على توكيد ذاته، وبالتالي تمكّنه من إقامة علاقات اجتماعية مشبعة، وذلك في إطار عملية إعادة البناء المعرفي.

الجلسة الخامسة: "التدريب على الجوانب غير اللفظية"

يتمحور موضوع هذه الجلسة في زيادة وعي أفراد المجموعة التجريبية بأهميّة الجوانب غير اللفظية أو لغة الجسد « Body Language » والتي تجعل رسالة الفرد أكثر وضوحا، وهي تشتمل على اتصال العين، وضعية الجسم والتحدّث بوضوح واستخدام تعبيرات الوجه الملائمة والإيماءات المناسبة لتدعم وتؤكّد ما يقوله الفرد خلال تواصله مع الآخرين، حيث يتم تدريب الطلبة من خلال هده الجلسة على التواصل غير اللفظي الذي يعد احد المهارات التوكيدية التي تساهم في تفعيل العلاقات الاجتماعية.

الجلسة السادسة: "التدريب على المبادأة في العلاقات الاجتماعية وتدعيم استمرارها"

تركز هذه الجلسة على تدريب أفراد المجموعة التجريبية على السلوك الاجتماعي الملائم والفعّال ومهارات التواصل مع الآخرين من خلال المبادأة في اللقاءات الشخصية وتدعيم استمرارها، كما تضم أيضا التدريب على تقديم الذات أمام الآخرين دون خوف أو خجل.

الجلسة السّابعة: التدريب على رفض المطالب

" لا تقل نعم وأنت تريد أن تقول لا "

تهدف هذه الجلسة إلى تدريب أفراد المجموعة التجريبية على مهارة رفض المطالب غير المنطقية من طرف الأفراد اللّحوحين وتجنّب الخضوع لهم، مادامت هناك مبرّرات قوية للرفض، فضلا عن الاعتياد على قول **"لا"** للمطالب غير الممكنة.

الجلسة الثامنة: التدريب على التقدّم بالمطالب

" أطلب ولا تتردّد"

تحاول الباحثة في هذه الجلسة تدريب أفراد المجموعة التجريبية على مهارة التقدّم بالمطالب الممكنة دون تردّد أو خوف مسبق من الرّفض، فهي تمثّل الوجه الآخر لعملية رفض المطالب.

الجلسة التاسعة: "التعبير عن المشاعر السلبية والإيجابية"

تركز الباحثة في هذه الجلسة على تدريب أفراد المجموعة التجريبية على مهارة التعبير عن المشاعر السلبية والإيجابية والتدريب عليها من خلال تحويل المشاعر الداخلية إلى كلام منطوق سواء مشاعر الحب والإعجاب والثناء أو المتعلّقة بالغضب والضيق، مع مراعاة استخدام الجوانب غير اللفظية وتفنيد المعتقدات غير المنطقية والعبارات الذاتية السلبية التي من شأنها أن تحول دون توكيد الفرد لذاته.

الجلسة العاشرة: "التعبير عن الآراء"

تهدف هذه الجلسة الى تدريب أفراد المجموعة التجريبية على مهارة التعبير عن الآراء سواء اتّفقت أو اختلفت مع الآخرين، وضرورة أن يكون التعبير صادقا نابعا عن قناعة شخصية دون تأثير من طرف الآخرين.

الجلسة الحادية عشرة: "تقييم آثار البرنامج التدريبي ذاتيا وموضوعيا"

خصّصت هذه الجلسة للتعرّف على وجهة نظر أفراد المجموعة التجريبية حول البرنامج التدريبي والتقييم الشخصي أو الذاتي لما حقّقه البرنامج من نتائج إيجابية، ثمّ إعادة تطبيق مقياس توكيد الذات مرّة أخرى في نهاية الجلسة.

❖ **الأساليب الإحصائية المستخدمة:** لمّا كان التحقّق من فرضيات الدّراسة يحتاج إلى معالجة البيانات معالجة إحصائية دقيقة بالاعتماد على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، فقد تقرّر تحقيقا لأهداف البحث الحالي استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

-معامل الارتباط لبيرسون.

-النسبة المئوية.
-المتوسّط الحسابي.
-الانحراف المعياري.
-اختبار "ت" لمتوسطين مرتبطين.
-اختبار" ت" لمتوسطين غير مرتبطين.

عرض النتائج وتفسيرها:

استهدفت الدراسة الحالية التأكّد من مدى فعالية برنامج التدريب التوكيدي في تنمية مستوى توكيد الذات لدى عيّنة من الطّلبة الجامعيين، وفيما يلي تمّ التحقّق من خمسة (05) فرضيات سنتناولها الواحدة تلو الأخرى على النحو الآتي:

أولا : تنصّ الفرضية الأولى على أنّه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسّط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي على مقياس توكيد الذات"، وكانت نتائج هذه الفرضية مدوّنة في الجدول الموالي:

جدول رقم (1): يوضّح دلالة الفروق بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي:

المجموعات	المجموع N	المتوسّط الحسابي $\overline{X}$	الانحراف المعياري SD	الخطأ المعياري للمتوسّط الحسابي	درجات الحرية df	قيمة "ت"	مستوى الدّلالة
المجموعة الضابطة	20	10	0,56	0,12	38	-1,00	0,01 غير دالّة
المجموعة التجريبية	20	10,2	0,69	0,15			

يتّضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسّط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي على مقياس توكيد الذات، حيث بلغ متوسّط درجات أفراد المجموعة الضابطة (10)، في حين بلغ متوسّط درجات أفراد المجموعة التجريبية (10,2) وأنّ الفرق بين المتوسّطين والذي قدّر بـ (- 1) ليس له دلالة إحصائية عند مستوى الدّلالة 0,01. ممّا يدل على أنّ كلتا المجموعتين (الضابطة والتجريبية) متكافئتين قبل البدء في تطبيق البرنامج التدريبي، وهذا راجع لما يعتري أفراد المجموعتين من قصور وضعف في القدرة على تأكيد الذات بنفس المقدار تقريبا، وبالتالي

تحقّقت الفرضية الأولى، وهذا يعدّ شرط أساسي لتطبيق برنامج التدريب التوكيدي الذي نرغب في التأكّد من مدى فعاليّته.

ثانيا: فيما يخصّ الفرضية الثانية والتي تنصّ على أنّه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسّط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس توكيد الذات"، وكانت نتائج هذه الفرضية مبيّنة في الجدول التالي:

جدول رقم (2): يوضّح دلالة الفروق بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي:

المجموعات	المجموع N	المتوسّط الحسابي $\overline{X}$	الانحراف المعياري SD	الخطأ المعياري للمتوسّط الحسابي	درجات الحرية df	قيمة "ت"	مستوى الدّلالة
المجموعة الضابطة	20	9,7	1,17	0,26	38	-9,36	0,01 دالّة
المجموعة التجريبية	20	17,45	3,50	0,78			

تشير النتائج المدوّنة في الجدول أعلاه إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسّط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس توكيد الذات وذلك لصالح أفراد المجموعة التجريبية، وهذا ما يعكسه المتوسّط الحسابي لدرجات أفراد المجموعة الضابطة والذي قدّر بـ(9,7)، في حين بلغ متوسّط درجات أفراد المجموعة التجريبية (17,45)، وأنّ الفرق بين المتوسّطين والذي قدّر بـ (9,36-) له دلالة إحصائية عند مستوى الدّلالة 0,01.

ويمكن إرجاع هذه الفروق إلى تأثير المتغيّر المستقل والمتمثّل في برنامج التدريب التوكيدي المستخدم في هذه الدّراسة، والذي نجح في تحقيق تحسّن ملحوظ ودال في مستوى توكيد الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية والتي تعرّضت للبرنامج التدريبي، وهذا ما كنّا نهدف إليه من خلال الدراسة الحالية، وبهذا تحقّقت صحّة الفرضية الثانية إلى حدّ كبير، وهذه النتيجة منطقية كون أنّ أفراد المجموعة الضابطة لم تتعرّض لأيّ برنامج تدريبي.

ثالثا: تنصّ الفرضية الثالثة على أنّه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّط درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي ومتوسّط درجات أفراد نفس المجموعة في القياس البعدي على مقياس توكيد الذات". وكانت نتائج هذه الفرضية على النحو الآتي :

جدول رقم (3): يوضّح المتوسّطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي:

القياسات	المجموع N	المتوسّط الحسابي $\overline{X}$	الانحراف المعيارى SD
القياس القبلي	20	10	0,56
القياس البعدي	20	9,7	1,17

جدول رقم (4): يوضّح دلالة الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي بالنسبة للمجموعة الضابطة:

المجموعات	المتوسّط الحسابي $\overline{X}$	الانحراف المعياري SD	الخطأ المعياري للمتوسّط الحسابي	درجات الحرية df	قيمة "ت"	مستوى الدّلالة
القياس القبلي – القياس البعدى	0,3	1,3	0,29	19	1,03	0,01 غير دالّة

باستعراض نتائج الجدول رقم (3) يتّضح أنّ متوسّط درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي بلغ (10)، في حين أنّ متوسّط درجات أفراد نفس المجموعة في القياس البعدي على مقياس توكيد الذات قدّر بـ(9,7)، وأنّ الفرق بين المتوسطين غير دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,01، حيث بلغت قيمة "ت" المحسوبة (1,03) كما هي موضّحة في الجدول رقم (4)، وهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّط درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي ومتوسّط درجات أفراد نفس المجموعة في القياس البعدي على مقياس توكيد الذات، وهذا راجع لعدم تلقّي وخضوع أفراد المجموعة الضابطة للبرنامج التدريبي، ممّا يثبت صحّة الفرضية الثالثة.

رابعا: تنص الفرضية الرابعة على أنّه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسّط درجات أفراد نفس المجموعة في القياس البعدي على مقياس توكيد الذات". فكانت نتائج هذه الفرضية موضّحة على النحو التالي:

جدول رقم (5): يوضّح المتوسّطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي:

القياسات	المجموع N	المتوسّط الحسابي $\overline{X}$	الانحراف المعيارى SD
القياس القبلي	20	10,20	0,69
القياس البعدي	20	17,45	3,50

جدول رقم (6): يوضّح دلالة الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي بالنسبة للمجموعة التجريبية

المجموعات	المتوسّط الحسابي $\bar{X}$	الانحراف المعياري SD	الخطأ المعياري للمتوسّط الحسابي	درجات الحرية df	قيمة "ت"	مستوى الدّلالة
القياس القبلي – القياس البعدي	-7,25	3,33	0,74	19	-9,71	0,01 دالّة

تشير نتائج الجدول رقم (5) أنّ متوسّط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي بلغ (10,20)، في حين أنّ متوسّط درجات أفراد نفس المجموعة في القياس البعدي قدّر بـ (17,45)، وأنّ الفرق بين المتوسّطين دال إحصائيا عند مستوى الدّلالة 0,01، حيث بلغت قيمة "ت" المحسوبة (9,71-) كما هي موضّحة في الجدول رقم (6)، ممّا يؤكّد وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسّط درجات أفراد نفس المجموعة في القياس البعدي على مقياس توكيد الذات وذلك لصالح القياس البعدي، وهذا راجع لفعالية البرنامج التدريبي وأثره الواضح في رفع مستوى توكيد الذات وتنميته لدى أفراد المجموعة التجريبية، وبالتالي تحقّقت صحّة الفرضية الرابعة.

خامسا: تنص الفرضية الخامسة على أنّه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسط درجات افراد نفس المجموعة في القياس التتبّعي على مقياس توكيد الذات". وكانت نتائج هذه الفرضية على النّحو الآتي:

جدول رقم (7): يوضّح المتوسّطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبّعي:

القياسات	المجموع N	المتوسّط الحسابي $\bar{X}$	الانحراف المعياري SD
القياس البعدي	20	17,45	3,50
القياس التتبّعي	20	16,65	3,39

جدول رقم (8): يوضّح دلالة الفروق بين القياس البعدي والقياس التتبّعي بالنسبة للمجموعة التجريبية:

المجموعات	المتوسّط الحسابي $\overline{X}$	الانحراف المعياري SD	الخطأ المعياري للمتوسّط الحسابي	درجات الحرية df	قيمة "ت"	مستوى الدّلالة
القياس البعدي – القياس التتبّعي	-1,20	1,93	0,43	19	-0,29	0,01 دالّة

نستنتج من خلال عرض نتائج الجدول رقم(7) أنّ متوسّط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي بلغ (17,45)، في حين قدّر متوسّط درجات أفراد نفس المجموعة في القياس التتبّعي بـ(18,65).حيث تبين وجود تغير طفيف في درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس "توكيد الذات" في القياس التتبّعي مقارنة مع القياس البعدي لنفس أفراد المجموعة.

وبالرّجوع إلى قيمة "ت" المحسوبة والتي بلغت (0,29-) كما هي موضّحة في الجدول رقم (8) يتّضح أنّ الفرق بين المتوسّطين دال إحصائيا عند مستوى الدّلالة 0,01، أي أنّ هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسّط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسّط درجات أفراد نفس المجموعة في القياس التتبّعي على مقياس توكيد الذات، حيث زاد التحسّن في مستوى توكيد الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد انقضاء ثلاثة أشهر من انتهاء البرنامج، ممّا يؤكّد أنّ تأثير برنامج التدريب التوكيدي المستخدم في الدراسة الحالية ظل فعالا وإيجابيا ومستمرا بعد مرور فترة من المتابعة، وبالتالي فقد تمّ إثبات صحّة الفرضية الخامسة.

2- تفسير النتائج ومناقشتها:

يتّضح من خلال النتائج السابقة، أنّ جميع الفرضيات تحقّقت ممّا يدل على أنّ برنامج التدريب التوكيدي المستخدم في الدراسة الحالية قد نجح في تنمية مستوى توكيد الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية، فضلا عن استمرارية فعاليته وبقاء آثاره بعد فترة من المتابعة، وهذا ما يفسر أنّ التقدّم والتحسّن في اكتساب مهارات التفاعل الاجتماعي وممارستها قد مكّنت أفراد المجموعة التجريبية من المواجهة الفعّالة لواقعهم المعاش وتحقيق الكفاءة الشخصية، عكس أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا أيّ برنامج تدريبي.

وتعد هذه النتيجة منطقية في ضوء ما أسفرت عنه نتائج البحوث والدّراسات السابقة، والتي أظهرت فعالية برنامج التدريب التوكيدي في تحسّن وتنمية السلوك التوكيدي وزيادة الفعالية الذاتية والإيجابية في العلاقات الاجتماعية اللاحقة، وبالتالي فقد اتّسقت نتيجة هذه الدراسة مع نتائج بعض

الدراسات التي تناولت هذا الموضوع نذكر منها ما توصّلت إليه دراسة جيرالد جارجنسن (1975)، دراسة راتوس (1977)، دراسة رودس وآخرون (1979)، دراسة بارو هايوشي (1980) وروتردام وأرمسترونج (1980)، وكذلك دراسة كلّ من فيكتور وسانشيز وآخرون (1979)، أين أكّدت نتائجها تأثير برنامج التدريب التوكيدي على تنمية السلوك التوكيدي وتخفيض القلق وعلاج الاكتئاب وتقليل العدوانية بصورة دالة وزيادة احترام الذات.

كما تتّفق نتيجة هذه الدراسة أيضا مع دراسة ماري بنتز (1980- 1981)، ودراسة جواهر الأشهب (1988) ودراسة سو وآخرون (1990)، حيث أكّدوا على فعالية برامج التدريب التوكيدي المستخدمة في تنمية مستوى توكيد الذات لدى عيّنات الدراسة.

أمّا فيما يتعلّق بالآثار بعيدة المدى لبرنامج التدريب التوكيدي ونجاح أفراد المجموعة التجريبية في تعميم مهاراتهم الجديدة والمكتسبة على تفاعلاتهم واتصالاتهم اللاّحقة مع الآخرين، فقد تطابقت نتيجة هذه الدراسة مع نتائج الدراسات السابقة نذكر أهمّها ما توصّلت إليه دراسة جلاسيد وآخرون (1975) ودراسة كازدين (1982)، وكذلك دراسة كلّ من واطسون ومايستو (1983) وفوتي (1989)، بالإضافة إلى دراسة كانديوتي وآخرون (1990)، حيث أوضحت النتائج استمرارية فعالية برامج التدريب التوكيدي وبقاء آثاره بعد مرور فترة من المتابعة.

ويرجع نجاح برنامج التدريب التوكيدي المستخدم في الدراسة الحالية واستمرار فعاليته إلى تجمّع مجموعة من العوامل ذات التأثير الفعّال في اكتساب السلوك التوكيدي والتي نوجزها فيما يلي:

- إنّ طبيعة المرحلة العمرية لأفراد المجموعة التجريبية وخصائصها والتي تسعى دائما نحو الاستقلالية وإثبات الذات قد ساهمت كثيرا في الاستفادة من البرنامج التدريبي، وذلك نظرا لأنّ المتدرّبين في مرحلة الشباب يواجهون تحدّيا للأوضاع الاجتماعية في حياتهم، ومن ثمّ كانوا أكثر ميلا لتأكيد ذاتهم، ممّا يجعلهم يحقّقون مكاسب كثيرة أهمّها الرضا عن الذات، والإيجابية في العلاقات الاجتماعية.

- إبداء الرغبة الكاملة في تطوير قدراتهم المختلفة نحو الأفضل لإدراكهم بالآثار السلبية الناجمة عن القصور في مهارة توكيد الذات، كون الأمر الذي جعلهم يتجاوبون ويتفاعلون بطريقة إيجابية مع الجلسات التدريبية.

- الالتزام الكامل بحضور جميع الجلسات التدريبية وفي مواعيدها المحدّدة التي اتفق عليها مع المشاركة الفعالة في الأنشطة المختلفة التي تضمنتها جلسات البرنامج التدريبي.

- مراجعة الواجبات المنزلية لأفراد المجموعة التجريبية، لأن درجة نجاح أي عملية تدريب مهاري يتوقف على قدرة الفرد أن يضع ما تعلمه موضع التنفيذ في البيئة الواقعية. فمن شأن

هذه العملية أن تشعره بمدى النجاح الذي أحرزه وخاصة حين تساهم هذه القدرات النامية في حل بعض مشاكله، فضلا عن أن ذلك النجاح سيزيد من دافعيته للاستمرار في تلقي المزيد من الأعباء التدريبية، وفي المقابل فان عائد التدريب وخاصة ذات الطابع السلبي الناتج عن بعض الإخفاقات في الأداء، سيبصره بجوانب القصور في تلك العملية مما يترك له الفرصة لمراجعتها في الجلسات اللاحقة، ومن ثم يتحسن مستوى الأداء اللاحق. وأخيرا فان نقل ما تعلمه الفرد في قاعات التدريب إلى الواقع سيشجعه على صقل مهاراته وأدائه في مجالات أخرى متنوعة بحكم مبدأ انتقال التدريب(طريف شوقي، 2007، ص 91).

فمن خلال ملاحظة المجهودات التي يبذلها المتدرّبون في تذكّر واستعادة خبراتهم السابقة في مواقف التفاعل الاجتماعي لمقارنتها بالسلوك المتعلّم، وكذلك الرغبة في تحويل الخبرات السيكولوجية المتعلّمة والمكتسبة في الجلسات التدريبية إلى خبرات فعلية جديدة تؤدّي إلى نموّهم النفسي وتكوين عادات سلوكية جديدة، وهذا ما أكّده يونغ في قوله " أنّ التحرّك من الاستبصار السّيكولوجي إلى خبرات فعلية جديدة تؤدّي إلى نمو الفرد وتكوين عادات جديدة" (جابر عبد الحميد جابر؛ 1986؛ ص84)، حيث تعترف هذه الطريقة بالقدرات الفردية وقوة الإرادة والمسؤولية الشخصية، فهي تساعد الفرد على أن يكتشف إمكانياته وتزيد وعيه بأن ما يفعله المدرب يستطيع أن يفعله هو بنفسه. وبالتالي فهي تتيح للفرد اكتساب خبرات بنفسه من خلال تنفيذ الواجبات المنزلية (محمد إبراهيم سعفان، 2003، ص217).

- مساهمة بيئة التدريب والمتمثلة في البيئة الجامعية في إحداث تغيّر سريع في تنفيذ وتطبيق الاستجابة التوكيدية المتعلّمة والمكتسبة بطريقة فورية، وزيادة معدّل التفاعل الاجتماعي وتوفير فرص الاحتكاك مع الآخرين، خاصة وأنّ معظم المواقف التي تمّ التدريب عليها كانت مستمدّة من المواقف الدراسية عند التعامل مع الأساتذة والزملاء.

- إنّ أسلوب إجراء التدريب التوكيدي في شكله الجماعي يقدّم مزايا عديدة، حيث أنّه توجد إثارة للتشجيع الجماعي على السلوك بطريقة توكيدية، فالتشجيع الجماعي يكون أكثر تفوّقا من أن ينبثق من المدرّب وحده؛ بالإضافة إلى روح التعاون والتنافس التي سادت بين أفراد المجموعة التجريبية أثناء الجلسات التدريبية.

- طبيعة المواقف التي تمّ التدريب عليها تشكّل العامل الأساسي في البرنامج التدريبي، حيث كانت متنوّعة بين استجابات لفظية وغير لفظية، التدريب على التقدّم بالمطالب ورفضها، التعبير عن المشاعر السلبية والإيجابية، وكذا التعبير عن الآراء سواء اتفقت أو اختلفت مع الآخرين، فهي في مجملها تمثّل الاحتياجات الفعلية للمتدرّبين، أي أنّها تقترب بدرجة كبيرة من مواقف الحياة الواقعية.

- استخدام الباحثة لسلسلة من الفنيات والأساليب المختلفة والمترابطة، والتي مكّنت من التعامل مع الاحتياجات المتنوّعة لأفراد المجموعة التجريبية والجوانب المتعدّدة للسلوك التوكيدي المراد تنميته، فهذه الفنيات المستخدمة في الدراسة الحالية تعدّ بمثابة حلقات في سلسلة تتضافر معا لدعم وإحكام التدريب على الاستجابة التوكيدية، ففي البداية يشاهد المتدرّب النموذج للاقتداء به (النمذجة)، ثمّ يقوم بأداء ما شاهده مع زميل له في الموقف (تمثيل الدّور أو لعب الدّور)، وبعد ذلك يتلقّى عائدا تقييميا من المدرّب حول هذا الأداء (التدعيم والتغذية الرجعية)، والذي يقوم في ضوئه بإعادة تمثيل هذا الدور أكثر من مرّة حتى يصل إلى درجة الإتقان (تكرار السلوك أو الممارسة)، وختاما يطبّق ما تدرّب عليه من مهارات توكيدية خلال الجلسات التدريبية في حياته الواقعية (الواجبات المنزلية)، إلى جانب استخدام أسلوب المحاضرة والمناقشة الجماعية وأسلوب إعادة البناء المعرفي، وعليه فإنّ الأساليب السالفة الذكر ساهمت بشكل جيّد في فعالية البرنامج التدريبي من أجل تنمية مستوى توكيد الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية، وذلك من خلال تلك المزايا التي تتمتّع بها كلّ فنية من الفنيات المستخدمة.

وعليه يمكن القول أنّ أفراد المجموعة التجريبية من خلال هذا البرنامج التدريبي وتصميمه وإجراءاته وما تضمنه من أساليب وفنيات متنوّعة استطاعوا الوصول إلى اكتشاف قدراتهم وإمكانياتهم واستعادة قوامهم البنائية الفطرية بحيث يمكن أن تصبح حياتهم تعبيرا عن حياتهم الواقعية (هول ولندزي؛ 1971)، في حين أنّ أفراد المجموعة الضابطة لم تتح لهم فرصة المشاركة في البرنامج التدريبي. وبالتالي لم يظهر عليهم أيّ تحسّن بناءا على نتائج القياس البعدي على مقياس توكيد الذات.

وكخلاصة لكلّ ما تقدّم، يتّضح مدى ضرورة أن يكتسب الفرد المهارات التوكيدية ويتدرّب عليها ويعمل على تنميتها، خصوصا بالنسبة للطالب الجامعي أين يحتاج إلى مهارات اجتماعية عالية لمواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية، وذلك من أجل الوصول إلى تحقيق الاندماج الإيجابي والتكيّف الاجتماعي مع متطلّبات الحياة الجامعية.

قائمة المراجع باللغة العربية:

1.إبراهيم عبد الستار (1998). الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه. الكويت؛ المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

2.جابر عبد الحميد جابر (1990). نظريات الشخصية. القاهرة: دار النهضة العربية للطبع والنشر والتوزيع.

3. جابر عبد الحميد جابر وأحمد خيري كاظم (1990). مناهج البحث في التربية وعلم النفس. القاهرة: دار النهضة العربية.

4. رجب علي شعبان محمّد (2003). التدريب التوكيدي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لطلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي. جامعة عين الشمس. العدد السابع عشر. أكتوبر. مصر الجديدة. القاهرة.

5. طريف شوقي محمّد فرج (1998). توكيد الذات: مدخل لتنمية الكفاءة الشخصية. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

6.طريف شوقي محمد فرج (2007). علم النفس والتنمية المعرفية المجتمعية. الطبعة الأولى. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع

7. طريف شوقي محمد فرج (2009). المهارات التوكيدية أبعادها وأساليب تنميتها في عبد الحليم محمود السيّد وطريف شوقي محمّد شحاتة محمود. الأسس النفسية لتنمية الشخصية الإيجابية للمسلم المعاصر. الطبعة الأولى. القاهرة: المعهد العالمي للفكر الإسلامي وإيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

8. طه عبد العظيم حسين (2006). مهارات توكيد الذات. الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

9. غريب عبد الفتاح غريب (1995). مقياس توكيد الذات: التعليمات ودراسات الثبات والصّدق وقوائم المعايير. الطبعة الثانية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

10. طه عبد العظيم حسين (2006). مهارات توكيد الذات. الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

11. ماهر محمود عمر (2003). سيكولوجية العلاقات الاجتماعية. دار المعرفة الجامعية.

12. محمد أحمد إبراهيم سعفان (2003). اضطراب الوساوس والأفعال القهرية: الخلفية النظرية – التشخيص – العلاج. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

13.مصطفى عبد الباقي عبد المعطي (2001). دراسة لأثر فاعلية برنامج لتنمية السلوك التوكيدي لدى المعاقين حركيا. مجلّة علم النفس. مجلة فصلية تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب. العدد التاسع والخمسون. سبتمبر. السنة الخامسة عشر.

14. هول. ك ولندزي. ج (1971). نظريات الشخصية. ترجمة فرج أحمد قدري حفني ولطفي فطيم. القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب.

قائمة المراجع باللغة الأجنبية :

1.Nollet, D et Thomas.J(2001). Dictionnaire de psychothérapie cognitive et comportementale. Ellipses éditions, Marketing S.A. Paris.

النموذج الإرشادي
لقلق الامتحان في الوسط التربوي

أ.روبي محمد

أستاذ مساعد بالمدرسة العليا للاساتذة القبة الجزائر

ملـــخص المـــقال:

يعتبر المرشد النفسي شخص يتسم بالفاعلية، من خلال مؤهلاته العلمية التي نال فيها تكويناً نظريا واسعا في مجال نظريات الإرشاد النفسي الكلاسيكية والمعاصرة، والتي تحتوي في طياتها مجموعة من الفنيات الإرشادية تساعد المرشد في وسطه التربوي على معالجة الكثير من السلوكيات كالسلوك العدواني، حالات التأخر الدراسي، حالات الرسوب المدرسي حالات سوء التوافق المدرسي، حالات قلق الامتحان.....إلخ كل هذه المشكلات التي يعاني منها التلميذ تؤثر على المردود التربوي بشكل عام و التي تؤدي إلى ما يسمى بالأزمة التربوية، والتي كان بإمكان الأسرة التربوية وعلى رأسها مدير المدرسة تجاوز كل هذا وذلك بتفعيل دور المرشد النفسي في علاج كل هاته الحالات، وليس هذا فحسب بل كيف يستفيد المرشد النفسي من الأطر النظرية في العملية الإرشادية وتبنيها فيعالج المشكلات بصورة فعالة في الوسط التربوي، ولذا نهدف من خلال هذا المقال تقديم هذا الإشكال وتناوله وذلك لإبراز الحالة الماسة للإرشاد بصفة عامة وإرشاد التلاميذ الذين يعانون من أحد أهم المشكلات التربوية و المتمثلة في قلق الامتحان بصفة خاصة.

الكلمات المفتاحية: الإرشاد- قلق الامتحان- الوسط التربوي.

تمهيـد:

يعد التوجيه والإرشاد النفسي من بين الآليات التي تم إرسائها في الأنظمة التعليمة سواء في الجزائر أو خارج الجزائر، لأهميته بمكان بل تعددت خدمات الإرشاد إلى عدة مجالات.

ولهذا نتفق جميعًا على أن الإرشاد النفسي في الوسط التربوي ضرورة لابد منها لكن هذا على المستوى النظري، أما إذا أتينا إلى الجانب العملي الذي يقوم به المرشد النفسي داخل الأوساط الجزائرية لوجدناه عبارة عن جهاز إداري فقط لايحرك ساكنا وهذا ما أقرته إحدى الدراسات الميدانية على المستوى الشرق الجزائري أن نقص المتخصصين النفسانيين في

المدارس يدفع التلاميذ للعنف حيث جاء في الدراسة أن التلاميذ يعتقدون ذلك بنسبة58٪(فوزي بن الدريدي، 2009: 180).

وباعتبار أن دور المرشد النفسي هو الذي يستطيع معالجة المشكلات في الوسط المدرسي، انطلاقا من رصيده الفني والاستراتيجيات الإرشادية التي أكدت فاعليتها في الميدان الإرشادي.

وهذا مانود طرحه على الصعيد النظري والتطبيقي كإحدى المعالجات السليمة لتطوير التوجيه والإرشاد المدرسي في نظامنا التربوي الجزائري.

1. خصائص ومهارات المرشد النفسي:

يمكن أن ننظر للإرشاد على أنه موقف تفاعلي بين مرشد متخصص يمكنه أن يتعرف على القضايا أو المشكلات التي يعرضها المسترشد ويعمل على حلها، وبذلك فإن التفاعل الذي يتم في الإرشاد يشمل على أربعة جوانب:

- شخص ما يبحث عن المساعدة وهو(المسترشد).
- شخص ما يرغب في تقديم المساعدة وهو(المرشد النفسي).
- هذا المرشد مدرب وقادر على تقديم المساعدة وهي(عملية الإرشاد).
- وذلك في موقف يسمح بإعطاء وتلقي المساعدة.

ولذلك فإن الشخص الذي يقدم المساعدة **Helping** في موقف الإرشاد، وهو المرشد، وينبغي أن تتوافر فيه مجموعة من الخصائص الشخصية التي تساعده في عمله، وكذلك مجموعة من المهارات التي يبني عليها العمل، فمن خصائص المرشد نجد:

- **العلم:** الإرشاد كما قلنا على أنه تخصص يقوم به شخص قادر على تقديم العون لشخص آخر بحاجة إلى هذا العون- فالمرشد وهو الذي يقدم العون هو متخصص مدرب على العمل الإرشادي على الأقل في مستوى الدرجة العلمية(الليسانس) وهو يبني عمله الإرشادي على أساس مجموعة كبيرة من النظريات يتلقاها أثناء إعداده العلمي- فهو يعمل مع إنسان، الأمر الذي يستوجب أن يكون على دراية بطبيعة هذا الإنسان ونموه وارتقائه وخصائصه وسلوكه كفرد مع ذاته وكفرد وسط جماعة ووسط مجتمع، ولأنه يعمل مع إنسان له ظروف أو مشكلات خاصة تجعله ينشد العون عند هذا المتخصص المرشد فإنه يحتاج أن يعرف كيف تحدث هذه المشكلات وكيف تطرأ التغيرات في السلوك مما يدعو إلى التعرف على مايمكن أن يحدث من اضطرابات نفسية سلوكية، ثم إنه بحاجة إلى أن يواجه هذه الاضطرابات وهذه المشكلات من خلال عملية تعليم للمسترشد في إطار العلاقة الإرشادية.

- **التطابق:** وتعني الأصالة، أي يكون المرشد أمينًا مع نفسه ظاهره كباطنه وسره كعلانيته، أن يكون عمله مصدقا لقوله، فتلاميذ المدارس يتعلمون من المرشد، وهم ينظرون إلى عمله بقدر ما يصغون إلى كلامه، فإذا كان المرشد متطابقًا أصيلاً أمينًا، زادت ثقة المسترشدين فيه، بل يكون هو نفسه كشخص نموذجا يحتذي به الطلاب. (الشناوي، 1996: 29- 34).

ومن بين مهارات المرشد الذي ذكرها **الشناوي(1996)** نجد:

- **التقبل:** حيث يتقبل المرشد المسترشد كما هو، وليس معنى ذلك الموافقة على سلوك المسترشد.

- **الاحترام:** حيث يحاول المرشد أن يجعل المسترشد يشعر بأنه يحترمه، لأنه إنسان ولا يضع شروطًا لاحترامه.

- **المشاركة:** وهنا يحاول المرشد أن يوصل للمسترشد أنه يفهم مشاعره من موقع المسترشد نفسه.

يتبين مما سبق أن الدور الإرشادي الذي يقع على عاتق المرشد النفسي، ليس سهلا، لأن المرشد شخص يؤثر ويتأثر أثناء العملية الإرشادية باعتباره إنسان له ظروف وخصائص وسمات إنسانية، هذا من جهة.

من جهة أخرى نجد المرشد النفسي تعرض عليه العديد من المشكلات ذات الطبيعة الانفعالية، أو مشكلات مدرسية أو أسرية أو حالات شاذة أو حالات مرضية، قد يصعب إرشادها في معظم الأحيان، ولذلك يجب على المرشد أن يكون ملما بأهم النظريات الإرشادية، بغية تبني إستراتيجية علاجية، تربحه الوقت والجهد.

وفي هذا الصدد يشير **صبحي عبد اللطيف(1996):** من الضروري للمرشد التربوي والنفسي من أن يتبع أسلوبًا يقوم من خلاله معرفة السلوك السوي وغير السوي، ومن الجدير بالذكر أن الحلات تختلف من فرد إلى آخر ولكن من خلال النظرية الإرشادية يقوم المرشد بوضع الفرضيات عن أسباب السلوك، فمثلا يضع المرشد فرضية بأن الطفولة المبكرة والتاريخ الذي مر به الشخص أو الطالب في تلك المرحلة جعلت منه يعاني من سلوك معين مما تسبب له سوء العلاقة مع الآخرين فعليه في هذه الحالة أن يعود ويتعمق في نظريات الشخصية والنظريات الإرشادية التي تبحث عن أسباب تصرفات الشخص الكبير ومدى تأثرها بما حدث في طفولته، ومن خلال ذلك يحاول المرشد أن يعمل في كيفية تغيير سلوك العميل، ويشير **صبحي عبد اللطيف** أيضا: يجب أن تكون للنظرية فائدة عملية، وأن تكون للمرشد النفسي دليلا للعمل كاستخدام وسيلة معينة مع شخص أو العميل.

وفي السياق نفسه ستناول لاحقا أهم الأطر النظرية التي أثبتت جدارتها على الصعيد الإرشادي، مع أهم الفنيات الإرشادية التي تحث عليها كل نظرية لإرشاد السلوك الإنساني.

2. الاتجاهات النظرية للإرشاد النفسي:

1.2.الاتجاه السلوكي المعرفي: واضع هذه النظرية هو **دونالد هربت ميكينيوم**، ويذكر أنه قد نجح في تعديل سلوكيات الأطفال الذين يعانون من اندفاعية ونشاط زائد وسلوك العدوانية عن طريق استخدام التعليمات الذاتية**self-instructions** وقد أدى استخدام هذه الطريقة مع طرق الاشراط الإجرائي إلى إعطاء نتائج أفضل وقد خلص ميكينمبوم من هذه البحوث إلى التدريب على التعليمات الذاتية

يقوم هذا الاتجاه على فكرة الأحاديث الذاتية، وعلى فرض مؤداه أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها، فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته والتي توجه بتكوينات متنوعة مثل الاستجابات الفيزيولوجية، وردود الفعل الذاتية الوجدانية والمعارف أي الجوانب المعرفية والتفاعلات الاجتماعية الخاصة بالعلاقات مع الآخرين، ويعتبر الحديث الداخليDialogue أحد هذه الأنشطة أو التكوينات.

- **الأساليب الفنية:**

أولا:طريقة التقدير السلوكي المعرفي.Cognitive-Behavioral Assessment :

من المعتاد في العمل مع الحالات المضطربة نفسيا، احد أسلوبين لتقدير المشكلات، ذلك باستخدام الاختبارات النفسية، وفي الأسلوب الأول تجري المقارنة بين مجموعة مرضية ومجموعة أخرى ليس لديها اضطرابات، أما في الأسلوب الثاني فإن نتائج الاختبارات ترجع إلى مجموعة معيارية وتبحث عن اضطرابات معينة، ولوجود عيوب في كلا الأسلوبين فإن الإرشاد السلوكي المعرفي يتبنى أسلوبًا خاصًا يعرف بالطريقة الوظيفية المعرفية

❖**الطريقة الوظيفية المعرفية للتقدير السلوكي المعرفي:** يشتمل التحليل الوظيفي للسلوك على تمحيص تفصيلي للمقدمات والنتائج(المثيرات والمعززات) في علاقتها بالاستجابات.

❖**التطبيق الإكلينيكي لطريقة التقدير السلوكي المعرفي:** تتطلب هذه الطريقة الإجابة عن سؤالين:

- ماهي الجوانب التي يخفق المسترشد في أن يقولها لنفسه، والتي إن وجدت فإنها تساعد على الأداء الملائم وإلى السلوك التكيفي.
- ما هو محتوى المعارف الذي يشوش على السلوك التكيفي.

توجد عدة وسائل للإجابة عن هذين السؤالين منها :(المقابلة الإكلينيكية، الاختبارات السلوكية)

ثانيا: إدخال العوامل المعرفية في أساليب السلوكية:

وتتمثل في:- إشراط التخلص من القلق- التخلص المنتظم من الحساسية- النمذجة.**(مفتاح محمد، 2001: 55- 62)**

2.2.الاتجاه الواقع: ينظر صاحب نظرية الواقع وليام جلاسر**William glasser**إلى أهمية أن يعمل المرشد على توجيه المسترشد إلى علاقات مرضية، وأن يلتزم بتعليم المسترشد طرقا يسير بها وهذه الطرق من المحتمل أن تكون غير مرغوبة أو ان المسترشد غير قادر أن يقوم بها حاليا.

هذان الأمران لن يكونا بالسهولة التي يمكن توقعها لعدة أسباب:

- للمسترشدين طريق واضح يقومون به لحل مشاكلهم وهذا الطريق يعبر عنه بسؤال ما الذي يعرفونه الآن؟
- يشعرون بكمية كبيرة من الألم.
- لا يعرفون الطريق الذين يرغبون العمل به
- هم غير سعداء لأنهم تم إرسالهم إلى المرشد.

فالمرشد الواقعي يعمل كمعلم وهذه المهارة هي أساسية في العلاج لأن العلاج عملية تعليم مستمرة طيلة الحياة، وكمرشد جيد دائما يظهر بشكل لائق ومناسب وقادر على ربط علاقات جيدة في حياتهم ، وفي هذا السياق ينظر جلاسر إلى الفرد بشكل كلي ويركز على الحاجات النفسية ودورها في شعور الفرد بالرضا عن نفسه إذا تم إشباعها .وهاتان الحاجتان الأساسيتان هما: الحاجة إلى الحب والحاجة إلى الأهمية، وقد جمعهما في حاجة واحدة سماها الحاجة إلى الهوية.

❖الأساليب الفنية للنظرية الواقعية:

- **التساؤل:** يسأل المرشد أسئلة كثيرة مهمة ليستكشف السلوك الكلي، ليساعد المسترشد على أن تكون لديه سيطرة أكثر فاعلية.
- **كونه ايجابيا:** يركز المرشد على التخطيط البنائي الايجابي عند المسترشد ويعززه.
- **الدعابة والفكاهة:** ان تبادل المرشد والمسترشد نكتة، يساعد في تطوير بيئة الصداقة و في إنماء حاجة أساسية عند المسترشد وهي الشعور بالانتماء.

المجابهة أو المواجهة: تكمن في عدم موافقة المرشد لأعذار المسترشد فالمواجهة حتمية لان المرشد ايجابي ولا ينتقد لكنه يستمر بالعمل لاكتشاف السلوك الكلي وعمل خطط مؤثرة.

تقنيات التناقض: في الإرشاد الواقعي عمل خطط على التزام من المسترشد للخطة يمكن أن يعمل مباشرة، وهناك أوقات نرى المسترشدين فيها يقاوموا تفيذ الخطط التي عملوها، تعطي تقنيات التناقض تعليمات متعارضة للمسترشد والتغيير الفعلي يمكن أن يكون نتيجة المتابعة لأي بدائل تم إعطاؤها بواسطة المعالج، مثل المسترشدين الذين يكونون قلقين بسبب عدم عملهم أخطاء في العمل ربما يوجهوا إلى عمل أخطاء وتقنيات التناقض تكون غير متوقعة وصعبة للاستخدام ولا بد من التدريب والألفة قبل استخدامها، والارتباط والأمان هي مفاهيم مفتاحية في استخدام التدخلات التناقضية، وهذه التدخلات يجب أن لا تستخدم مع الأفراد الذين لديهم ميل للانتحار**(أبو أسعد وعربيات، 2009: 323)**

3.2.الاتجاه الإنساني: الإرشاد الممركز حول العميل طريقة وضعها روجرز **CARL ROGERS** تهدف إلى مساعدة العميل على التعبير عن أفكاره ومشاعره وانفعالاته واستبصاره بذاته وبمشكلاته وخبراته في جو نفسي يتسم بالدفء والاهتمام والتعاطف والصدق من جانب المرشد ثم إعادة تنظيم بنية الذات لدى العميل على نحو أفضل، ولقد أطلق روجرز على طريقته في الإرشاد الطريقة غير التوجيهية تمييزا لها عن الاتجاهات التي يتبع فيها المرشد طريقة تحكمية وتوجيهية، بينما طريقته تؤكد على قدرة العملاء على حل مشكلاتهم متى توافر لهم المناخ النفسي الملائم، ولقد سميت نظريته في الإرشاد في الوقت الحاضر بالإرشاد الممركز حول الشخص، وذلك نظرا لاتساع أفكاره واتساع مجالات استخدامها فقد أصبحت تستخدم في مجالات عدة، كمجال التربية والزواج والأسرة.

◆الأساليب الفنية:

- **فنية تقبل المشاعر Feelings Accptance** وتتضمن اتاحة المرشد للعميل الفرصة في التعبير عن مشاعره وانفعالاته وعلى المرشد أن يتقبل هذه المشاعر والانفعالات كما هي سواء كانت ايجابية أو سلبية أو متناقضة دون مدح أو ثناء أو نقد لأي نوع من المشاعر والانفعالات التي تصدر عن العميل.

- **فنية عكس المشاعر Feelings Reflection** وهي تعني أن يقوم المرشد بتكرار وترديد المقاطع الأخيرة التي يقولها العميل أو إعادة محتوى ما يقوله العميل أو تكرار ما يقوله العميل أو جانب ما يقوله بنبرة صوت تنقل للعميل فهم المرشد له دون أي استهجان أو استحسان، أي إعادة صياغة مشاعر العميل في كلمات تعكس جوهرها وهنا يكون دور المرشد بمثابة مرآة

تعكس مشاعر العميل أو يكون المرشد هو عكس اتجاهات ومشاعر العميل سواء كانت هذه الاتجاهات بناءة أو سلبية، وسواء كانت متسقة مع بعضها البعض أو متناقضة دون نقد أو لوم أو مدح.

تعتبر هذه الفنية استجابة تفسيرية كرد فعل مقصود على ما يمكن للعميل أن يعبر به عن مشاعره وعن نفسه وعن أحاسيسه سواء كان ذلك بصورة لفظية أو غير لفظية، وكأنه يرى نفسه في مرآة عاكسة لما يتضمنه تواصله اللفظي مع المرشد، ومن ناحية أخرى تعكس هذه الفنية مقدرة المرشد على مدى استجابته الفعالة و المؤثرة لكل ما يقوله العميل وما يفعله، ومؤكداً بها مدى فهمه له ومدى إحساسه بمشاعره مما يجعله يرد إليه ما فهمه منه وعنه من خلال إطاره المرجعي الداخلي ومن وجه نظره هو وليس من الإطار المرجعي للمرشد.

وتهدف هذه الفنية إلى المحافظة على أفكار العميل المتدفقة وتنقيتها مما يشوبها ومساعدته على ترجمتها إلى سلوك سوي يرتضيه وترتاح له نفسه وفقا لنظام القيم الذي يؤمن به في ظل أخلاقيات المجتمع الذي يعيش فيه، وتهدف هذه الفنية أيضا إلى مساعدة العميل على رؤية نفسه بنظرة ثاقبة إلى أعماقه حتى يتعرف على مشاعره الدفينة وأحاسيسه العميقة واتجاهاته المضطربة والمتأرجحة بين ما هو صحيح وما هو خطأ وبذلك يمكن تحديد ايجابيات سلوكه فيدعمها وتحديد سلبياته فيتجنبها ويمكن للمرشد أن يستخدم فنية الانعكاس على مستويين هما المستوى الظاهري والمستوى العميق. **(عبد العظيم2004: 107)**

- **فنية الإنصاتListening** تعتبر فنية الإنصات قرينة لفنية الصمت على الرغم من أنها تختلف عنها في الهدف والمضمون فهي وسيلة فعالة لتحقيق الفهم المتبادل في كل من المرشد والعميل وعندما يستخدم المرشد فنية الإنصات فإنه يحقق معنى الفهم العميق لكل ما يقوله، وتحقيق فنية الإنصات تعني كذلك الشعور بالرضا والسعادة لدى العميل لأنه يحس ويشعر بمدى تقبله من المرشد.

ويجب على المرشد النفسي أن يراعي عددا من القواعد الهامة التي يجب أن تؤخذ في الحسبان عند استخدام فنية الإنصات وهي: الإنصات إلى النقاط الهامة حول الذات والإنصات إلى النقاط المتكررة في حديث العميل، والإنصات بايجابية للأمور اللفظية وغير اللفظية والإنصات لفترة كافية من الزمن.

- **فنية توضيح المشاعرFeelings clarification**تتضمن أن يقوم المرشد بعملية توضيح أفكار العميل ومشاعره وفهمها وترديدها دون نقد أو لوم أو استهجان أو تأنيب أو البحث عن تعليل أوتبرير لها أو الرد عليه وإنما عليه القبول، فهذه المشاعر تعبر عن وجود تناقضات أو

مشاعر عدائية أو مشاعر نقص وأيًا كان نوعها فعلى المرشد أن يساعد العميل على أن يتقبل هذه المشاعر وتوضيح هذه المشاعر دون تفسيرها، أي هذه الفنية تقتضي توضيح مشاعر العميل، وعندما يختلط الأمر على العميل في محاولته التعبير عن مشاعره فعلى المرشد مساعدته على استيضاح هذه المشاعر حتى يتمكن من التعبير عنها بوضوح، وهي تعتبر بمثابة تغذية رجعية مباشرة من جانب المرشد للعميل لتوضيح بعض النقاط التي تكون غامضة في المناقشة التي تدور بينهما، ويجب أن يراعي المرشد عند استخدام فنية توضيح المشاعريجب أن تكون كلمات المرشد بسيطة وأن يكون متسامحا مع العميل، وأن يكون متمتعا بالثقة في نفسه(**عبد العظيم2004: 108- 109**).

4.2.الاتجاه السلوكي: ظهر الاتجاه السلوكي في أمريكا كرد فعل على النظريةالتحليلية وتزعمه واطسون ومن أبرز رواده بافلوف، ثروندايك، سكينر، هل، جاثري وغيرهم، ويطلق على هذه النظرية باسم نظرية المثير والاستجابة، وتعرف بنظرية التعلم، ويهدف الإرشاد النفسي السلوكي إلى تعديل السلوك المرضي أو المختل لدى الفرد وإحلال محله سلوكات جديدة وبمعنى آخر استبدال الأنماط السلوكية غير المرغوب فيها باستجابات سلوكية أخرى جديدة تعمل على منع الاستجابات القديمة وغير المرغوب فيها من الظهور وهو ما يعرف بالكف بالنقيض أو الكف المتبادل، ومعناه العمل على تكوين استجابة جديدة مرغوب فيها تكون متعارضة لاستجابات الخوف والقلق التي استثيرت لدى الفرد.

❖الأساليب الفنية:

- **التحصين التدريجيSYSTEMATIC DESENSITIZATION:** وفيه يتم تعريض العميل للمثيرات التي تعمل على استثارة القلق والخوف لديه بشكل متدرج من الأقل إلى الأكثر شدة وإثارة وهو في حالة استرخاء حيث أن الاسترخاء يعمل على كف استجابات القلق ومنعها من الظهور وذلك استنادًا إلى مبدأ الكف المتبادل والذي يعتمده في جوهره على فكرة أننا لو إستطعنا أن نحدث استجابة مضادة للقلق في حضور المثيرات الباعثة على القلق، فإن الاستجابات المضادة تعمل على انطفاء استجابة القلق ومنعه من الظهور.

- **التدريب التوكيديAssrtive Training:** ويعرفه **شيلتونShelton** بأنه إجراء يتألف من العديد من فنيات تعديل السلوك ويستهدف مساعدة الأفراد على حماية أنفسهم وحقوقهم دون أية إساءة إلى حقوق الآخرين، فهو طريقة إرشادية مفضلة للأفراد الذين يكون لديهم صعوبة في التعبير المناسب عن انفعالاتهم المختلفة، والأفراد الذين لديهم نقص في الثقة بالنفس.

- **التعاقد السلوكي Contingency contracting:** وهو يقوم على فكرة أنه من الأفضل للفرد أو العميل أن يحدد بنفسه التغيير السلوكي المرغوب ويتم ذلك من خلال عقد يتم بين المرشد والعميل يحصل كل واحد منهما بمقتضاه على شيء من الآخر مقابل ما يعطيه له فمثلاً يقول الأب لأبنه إذا قمت بحل واجبتك المدرسية سآخذك في رحلة، وكذلك يقول المعلم للطالب إذا جلست هادئًا في الفصل سوف أعطيك درجة على ذلك.(**عبد العظيم2004: 74- 77).**

- **التدريب على الاسترخاء Relaxation Training:** تتم مساعدة الأفراد على الوصول إلى حالة من الاسترخاء العضلي، و قد طور **جاكوبس Jacobson** أسلوب الاسترخاء الذي يعتمد على إحداث توتر في مجموعات عضلية للجسد، ويتم توجيه الفرد لاكتشاف الفرق بين حالات الاسترخاء والتوتر**(جلال كايد، 20008: 36)**

3. إرشاد حالة قلق الامتحان Test Anxiety:

قبل أن نتطرق إلى النموذج الذي يتبناه المرشد النفسي في إرشاد حالة قلق الإمتحان، لابد ان تتعرف على هذه الحالة ومسبباتها ومكوناتها، كإشارات لفهم النموذج في سياقه الشمولي.

أولا مكونات قلق الامتحان:

- **المكون المعرفي الإنزعاج Worry** حيث ينشغل الفرد في التفكير في تبعات الفشل، مثل فقدان المكانة الاجتماعية، ويمثل سمة القلق.

- **المكون الانفعالي أو الانفعالية Emotionality** حيث يشعر الفرد بالضيق والتوتر والهلع من الامتحان بالإضافة إلى المؤشرات الفيزيولوجية المصاحبة له، ويمثل حالة القلق.

ثانيا تحليل القلق:

أما تحليل القلق بشكل عام وقلق الامتحان بشكل خاص فإنه يركز على محاور أربعة هي:

- الموقف الذي يثيره كالامتحان على سبيل المثال، وتوقع النتيجة الخاصة به.

- التغيرات الانفعالية غير السارة التي تلازمه، والتي تأخذ تغيرات عضوية خارجية (كاحمرار الوجه، ارتجاف الأطراف، تصبب العرق) وتغيرات داخلية(ارتفاع ضغط الدم، تسرع نبضات القلب، صعوبة التنفس).

- الجوانب الذهنية والفكرية، أي مجموعة المعتقدات التي يخاطب الشخص بها نفسه خلال اختباره للمواقف الصعبة التي يمر بها.

- المظهر أو السلوك الاجتماعي الذي يصف الشخص القلق في تفاعلاته اليومية، كالتردد، وتجنب الآخرين، الانعزال.

ويلخص **باوثن وتوسي bouthn and Tosi** عددا من الدراسات في هذا المجال بالإشارة إلى أن الأفراد الذين يعانون من درجة عالية من قلق الامتحان يقضون كثيرًا من وقتهم قبل وخلال الامتحان وهم:

1. منزعجين حول أدائهم، ويفكرون في أداء الآخرين.
2. يفكرون في البدائل التي يمكن اللجوء إليها في حالة فشلهم في الامتحان.
3. تنتابهم بشكل متكرر مشاعر العجز وعدم الكفاية.
4. يتوقعون العقاب، وفقدان الاحترام والتقدير.**(العاسمي، 2008: . 234).**
5. تنتابهم ردود فعل واضطرابات فيزيولوجية متباينة.

وينتج عن هذا كله نوبات من الإضطراب الانفعالي، الأمر الذي يعيق التركيز والانتباه لمهمة الإجابة على أسئلة الامتحان، ويؤدي بالتالي إلى ضعف التحصيل الدراسي.

أسباب قلق الامتحان:

يعزى قلق الامتحان إلى أسباب عدة أهمها:

- نقص المعرفة بموضوعات الدراسة.
- نقص الرغبة في الدراسة والتفوق.
- انخفاض قدرات الطالب.
- قصور الاستعداد للامتحان.
- الضغوط البيئية والأسرية
- ارتباط الامتحان بخبرة الفشل في حياة التلميذ وتكرار مرات الفشل.

مظاهر قلق الامتحان:

تتعدد مظاهر قلق الامتحان النفسية والفيزيولوجية والتحصيلية والبدنية والاجتماعية، ومن أهمها مايلي:

- **المظاهر النفسية:** تشتت الانتباه وصعوبة في التركيز و في التفكير المنطقي والارتباك والتوتر، وضعف الدافعية.
- **المظاهر المعرفية:** وجود أفكار سلبية غير مناسبة للامتحان، ضعف في معالجة المعلومات.
- **المظاهر الفيزيولوجية:** سرعة ضربات القلب، زيادة معدل التنفس، اضطراب المعدة، وتوتر العضلات، والارتعاش والصداع.

المظاهر التحصيلية: الدرجات التحصيلية المنخفضة، الرسوب في الامتحان.

المظاهر البدنية: ضعف الجسم، اصفرار الوجه، الحركة النمطية الثابتة.

المظاهر الاجتماعية: الانسحاب في المواقف الاجتماعية التي تتناول مسائل الامتحان، صراعات داخل الأسرة**(العاسمي، 2008: . 234).**

ومما سبق عرضه فإن المرشد النفسي في الوسط المدرسي الجزائري، حريُ به أن يتبنى إستراتيجية علاجية في وسطه المدرسي، انطلاقا من الأطر النظرية والأساليب الفنية التي ترتكز عليها كل نظرية إرشادية والتي سبق الإشارة إليها

وإذا رجعنا إلى حالة قلق الامتحان فإنها تعتبر من بين المشكلات التي تعيق سيرورة المخرجات التعليمية في النظام التربوي الجزائري.

ولذلك سنوضح أنموذجا إستراتيجيًا لعلاج هاته المشكلة الدراسية بنوع من التفصيل.

إرشاد حالة قلق الامتحان أنموذجًا:

برنامج إرشـــادي لخفض قلق الامتـحان:

الهدف من البرنامج:

- مساعدة الأفراد الذين يعانون من قلق الامتحان بدرجة واضحة على التحكم الإرادي في وظائفهم الفيزيولوجية اللاإرادية وهي ضغط الدم.ضربات القلب.عن طريق فنية الاسترخاء العضلي.

- إظهار أثر فنية التحصين التدريجي بمصاحبة الاسترخاء العضلي- بدون تغذية رجعية بيولوجية- في خفض قلق الامتحان.

- معرفة أثر الإرشاد الممركز حول العميل بمصاحبة الاسترخاء والتغذية الرجعية البيولوجية في خفض حدة اضطراب قلق الامتحان لدى التلاميذ.

الأطر النظرية التي قام عليها البرنامج:

يمكن القول أن البرنامج صمم وفقاً لمبادئ ومفاهيم النظرية السلوكية ونظرية الإرشاد الممركز حول العميل.

المستفيدون من البرنامج:

التلاميذ والطلبة الذين يعانون من قلق الامتحان، من14سنة فما فوق، حيث يتم اختيارهم بناء على نتائجهم المرتفعة، في مقياس قلق الامتحان، وعلى تقاريرهم الذاتية حول وجود مشكلة حقيقية تواجههم عند الدخول إلى الامتحان.

أدوات البرنامج:

هناك مجموعة من الأدوات السيكومترية والعيادية يمكن الاعتماد عليها في هذا البرنامج بغية التعرف على أثر البرنامج في إحداث التغيير المطلوب على المستوى الانفعالي والنفسي والأدائي وهذه الأدوات هي:

- مقياس قلق الامتحان/ إعدادمحمد عبد الظاهر الطيب.
- مقياس القلق الحالة السمة/إعداد سبيلبيرجر.ترجمة عبد الرقيب البحيري.
- مقياس الضبط الذاتي/إعداد عبد الوهاب كامل
- مقياس التحكم الداخلي والخارجي/إعداد صلاح أبو ناهية.
- مقياس مفهوم الذات/إعداد سهير كامل، صفوت فرج.
- مقياس ضغط الدم الإلكتروني
- كرسي الاسترخاء.
- المقابلة العيادية.
- التقارير الذاتية. **(العاسمي، 2008: . 324).**

طريقة تطبيق البرنامج:

يطبق البرنامج بصورة فردية على الأفراد الذين يعانون قلق الامتحان، وذلك لأن المثيرات التي تستدعي القلق لديهم تختلف من فرد لآخر بمعنى آخر وجود فروق فردية في المواقف التي تستدعي قلق الامتحان لديهم، إضافة لذلك من أجل سهولة قياس التغيرات الفيزيولوجية.

خطوات سير وعدد الجلسات ومدتها:

تماشيًا مع نتائج الدراسات السابقة وطريقة سيرها في تنفيذ البرنامج الإرشادي الهادف إلى خفض قلق الامتحان لدى التلاميذ، فقد رأى معد البرنامج أن تكون جلساته مؤلفة من(9)جلسات فردية، مدة الجلسة بحدود(45- 60 دقيقة) مضافًا إليه جلسة أولية كقياس قبلي للاختبارات والمقاييس المستخدمة في البرنامج، وجلسة تمهيدية أولية هدفها شرح أهداف البرنامج وطريقة سيره، وجلسة بعد انتهاء البرنامج الإرشادي كقياس بعدي للاختبارات.

وجلسة متابعة بعد مضي فترة شهر أو أكثر من انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي(كقياس تتبعي) هذا، وقد رأى معد البرنامج أن يتسم أفراد العينة الذين يعانون من قلق الامتحان بصورة واضحة، والذين حصلوا على درجة عالية في مقياس قلق الامتحان تقع في المدى الربيعي الثالث وتقسيمهم إلى خمس مجموعات:

- مجموعة تتلقى تدريبات الاسترخاء العضلي بمصاحبة التغذية الرجعية البيولوجية كدقات القلب وضغط الدم، باعتبار أن هذين المؤشرين الفيزيولوجيين من الدلائل الانفعالية لقلق الامتحان.

- مجموعة تتلقى فنية التحصين التدريجي التخيلي للمواقف التي تنشط قلق الامتحان لدى الأفراد بمصاحبة فنية الاسترخاء العضلي.

- مجموعة تتلقى فنية الإرشاد الممركز حول العميل فقط.

- مجموعة تتلقى فنية الإرشاد الممركز حول العميل بمصاحبة الاسترخاء والتغذية الرجعية البيولوجية لدقات القلب وضغط الدم.

- مجموعة ضابطة لا تتلقى أي نوع من أنواع التدخل الإرشادي.

للتأكيد فانه يكتفي معد البرنامج بدمج هذه الفنيات مع بعضها البعض وتطبيقها جميعها مع أفراد العينة الذين يعانون من قلق الامتحان، لأن الهدف من البرنامج تعليمي وليس هدفه إجراء مقارنة بين فعالية الفنيات المذكورة آنفا في خفض قلق الامتحان.

ومن هذا يمكن تقسيم جلسات البرنامج وفق الفنيات المستخدمة على النحو التالي:

- ثلاث جلسات يتلقى فيها أفراد العينة تدريبات الاسترخاء بمصاحبة التغذية الرجعية البيولوجية لدقات القلب وضغط الدم- من الجلسة الأولى وحتى الجلسة الثالثة.**(العاسمي، 2008: . 325).**

- ثلاث جلسات قائمة على الاسترخاء والتحصين التدريجي –من الجلسة الرابعة حتى السادسة.

- ثلاث جلسات قائمة على الإرشاد الممركز حول العميل.- من الجلسة السابعة حتى التاسعة.

الإجراءات التنفيذية للبرنامج:

1- جلسة القياس القبلي:وتنقسم إلى جلستين فرعيتين هما:

أ- جلسة يتم فيها تطبيق مقياس قلق الامتحان على أفراد العينة الكلية(التلاميذ) ثم تصحيح الاختبار واستخراج النتائج، ثم حصر التلاميذ الذين حصلوا على درجات مرتفعة في هذا المقياس.

ب- جلسة يتم فيها تطبيق المقاييس الأخرى المتضمنة في البرنامج(متغيرات مستقلة).

2.الجلسة التمهيدية الأولية:

يتحدث المرشد النفسي مع العميل في هذه الجلسة عن الهدف من هذه الفنية على أنها فنية علاجية قائمة على النظرية السلوكية في التعلم الذاتي، والتي تحث على مساعدة الفرد في التحكم الإرادي في وظائفه الفسيولوجية، والتي تنتابه في أوقات الامتحان والذي يسبب له في كثير من الأحيان تشتت الطاقة الفكرية ويبعثرها.

كما يوضح المرشد للمسترشد خطوات سير البرنامج تسير وفق خطة متفق عليها، قبل الدخول إلى جلسات الإرشاد النفسي الحقيقي، كذلك يجب أن ينوه المرشد بالسرية التامة، كذلك الالتزام بمواعيد الجلسات الأسبوعية، كذلك يقدم المرشد للعميل المعلومات اللازمة حول الفنيات المستخدمة في الإرشاد.

الإجراءات الخاصة بتنفيذ الفنيات:

1- الجلسات الخاصة بالتدريب على فنية الاسترخاء والتغذية الرجعية البيولوجية:

والهدف من هذه الجلسات هو إكساب الفرد وتعليمة مهارة الاسترخاء العضلي لكل عضو من أعضاء جسمه، بغرض خفض التوترات العضلية والتغيرات الفيزيولوجية المصاحبة لقلق الامتحان وفيها ثلاث جلسات:

الجلسة الأولى: يقوم المرشد في بداية هذه الجلسة بالترحيب بالتلميذ وإجلاسه في مكان مريح، ووضع جهاز ضغط الدم في مكان قريب منهما(مرشد- مسترشد) وبشكل يساعدهما لرؤية شاشة الجهاز وقراءة القياسات الفيزيولوجية وهذه في حالة الوضع الطبيعي، وبعد الانتهاء من المحاولات الخاصة بتدريب الفرد على التحكم في العضو أثناء عمليتي الشد والاسترخاء يقوم المرشد بقياس التغيرات الفيزيولوجية في حالة التوتر، مع إعلام الفرد بالدرجة التي حصل عليها من جراء هذا القياس، ثم تسجيل النتيجة في سجل الفرد.**(العاسمي، 2008: . 326).**

وبعد ذلك يبدأ المرشد بتدريب المسترشد على التحكم بأعضاء جسمه بدءا من الأيدي ثم الرأس. الكفين. الرقبة. الصدر. عضلات البطن. عضلات الحوض. عضلات الفخذين. عضلات الساقين. عضلات القدمين.

وبعد الانتهاء من هذه التدريبات في الجلسة الأولى نطلب من المسترشد التدريب عليها في المنزل لمدة ربع ساعة كواجب منزلي.

الجلسة الثانية: يعيد المرشد النفسي تمرينات الاسترخاء على المسترشد مرة أخرى، وتسجيل التحكم الذاتي في المؤشرات الفيزيولوجية المصاحبة لقلق الامتحان، وفي هذه الجلسة يطلب من المسترشد التحكم بالمؤشرات الفيزيولوجية باتجاه الرفع وذلك من خلال أربعة محاولات، ثم التحكم بالمؤشرات الفيزيولوجية باتجاه الخفض خلال أربع محاولات، و يقوم المرشد في كل محاولة سواء بالرفع أو الخفض بتسجيل هذه النتائج في الجدول الخاص بالتلميذ.

كما يطلب منه أن يقوم بتنفيذ هذه التدريبات في البيت كواجب منزلي، إضافة إلى كتابة تقرير عن حاته النفسية نتيجة لهذا التدريب.

الجلسة الثالثة: يعيد المرشد تدريب المسترشد على فنية الاسترخاء مع التركيز في هذه المرة على خفض تلك التغيرات الفيزيولوجية، وذلك خلال ثمان محاولات، ثم الاستماع إلى تدريب الاسترخاء الذهني أو التخيلي لمواقف أو صور ذهنية تستدعي منه الوصول إلى درجة قصوى من الاسترخاء، كذلك يطلب من المسترشد أن يتدرب على هذه الفنية في المنزل، كواجب منزلي مع كتابة تقرير ذاتي يبين حالته النفسية.

2- الجلسات الخاصة بتدريب العميل على إستراتيجية التحصين التدريجي بمصاحبة الاسترخاء:

بعد أن يقوم المرشد بالجلسة التمهيدية الأولى بتحديد مدرج القلق لدى العميل، وترتيبه بدءا من المواقف الأقل إثارة لقلق الامتحان وانتهاء بالمؤثرات أو المواقف الأكثر إثارة واستدعاءً لقلق الامتحان- فيطلب من المسترشد ما يلي:

- التركيز على الموقف الأقل إثارة في المدرج الهرمي للقلق، والتركيز عليه وتخيل هذا الموقف والعميل في حالة الاسترخاء العضلي المطلوب وهو أثناء الموقف التخيلي لذلك المثير أو الموقف المقلق أن يرفع يده، ثم يطلب المرشد منه أن يركز أكثر فأكثر على ذلك الموقف حتى يصل إلى الاسترخاء المطلوب أثناء تخيله ذلك الموقف المقلق.

- بعد الانتهاء من الموقف الأول، يطلب المرشد منه الانتقال إلى موقف آخر، والقيام بنفس العمل الذي قام به في المرة الأولى وهكذا حتى الانتهاء من جميع المواقف التي تستدعي قلق الامتحان، حيث أصبح يتعامل معها بدون توتر وخوف.**(العاسمي، 2008: .327).**

جلسة القياس البعدي:

يقوم المرشد بجعل المسترشد يجيب عن المقاييس النفسية مرة ثانية بع انتهاء البرنامج الإرشادي، وكذلك قياس المتغيرات الفيزيولوجية(ضغط الدم- ضربات القلب) وتسجيل نتائج هذه المقاييس في البطاقة الخاصة بالعميل، ثم مقارنتها بنتائج القياس القبلي سواء مستوى كمي أو كيفي.(التقارير الذاتية- المقابلة الشخصية- الاختبارات النفسية).

جلسة القياس التتابعي:

بعد فترة من الزمن يطلب من المسترشد الإجابة على المقاييس السيكومترية والفيزيولوجية مرة ثالثة، وذلك بهدف التأكد من الأثر الذي تركه البرنامج الإرشادي في خفض حدة قلق الامتحان بشقيه النفسي والفيزيولوجي.**(العاسمي، 2008: . 334).**

خاتمة:

انطلاقا مما تم عرضه يمكننا القول أن الوسط التربوي يشهد الكثير من المشكلات النفسية والمدرسية، والتي تبقى إن لم تأخذ حقها في الإرشاد النفسي أزمة تربوية تنخر النظام التربوي، ومهما ركزنا على المدخلات والمخرجات التعليمية ومهما طرقنا باب الإصلاح التربوي، فإننا لا نستطيع تحقيق ذلك بمعزل عن شخصية التلميذ في الوسط التربوي، لأنه وبكل وضوح إذا صلحت واستوت شخصية التلميذ صلحت قدراته العقلية وأصبح فردا ينظر إلى ذاته على انها ذات فعالة مما يجعل تحصيله الدراسي يزداد كنتيجة فعلية لبنية شخصية سليمة، وهذا لا يتأتى بمنأى عن تطوير التوجيه والإرشاد النفسي.

ولذلك فإن الإستراتيجيات الإرشادية والبرامج الإرشادية، لابد أن تتماشى مع المشكلات التي تكثر في الوسط التعليمي بحسب نوعية المشكلة وبحسب نوع المسترشد.

قائمة المصادر والمراجع:

1. أحمد أبو أسعد، أحمد عربيات(2009)، نظريات الارشاد النفسي والتربوي،ط1، دار المسيرة، عمان.

2.جلال كايد ضمرة(2004)، الاتجاهات النظرية في الإرشاد، ط1، دار الصفاء. عمان.

3.طه عبد العظيم(2004)،الإرشاد النفسي النظرية التطبيق التكنولوجيا، : ط1، دار الفكر. عمان.

4. محمد محروس الشناوي،(1996)، العملية الإرشادية والعلاجية،ط1،دار غريب، القاهرة.

5. مفتاح محمد عبد العزيز،(2001) علم النفس العلاجي - اتجاهات حديثة- ،دار قرطبة، القاهرة.

6. نايل رياض العاسمي(2008)،برامج الإرشاد النفسي، :ديوان المطبوعات الجامعية. دمشق.

7. صبحي عبد اللطيف المعروف،(2005)، نظريات الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي،ط1،مؤسسة الوراق، عمان.

8. فوزي بن الدريدي(2009)، المناخ الدراسي- دراسة ميدانية- ط1،منشورات الإختلاف، الجزائر.

أثر برنامج تدريبي
في تنمية الذات للشابات العُمانيات

د. علي مهدي كاظم
أستاذ مشارك بقسم علم النفس
كلية التربية
جامعة السلطان قابوس

د. فوزية عبد الباقي الجمالي
أستاذ مساعد بقسم علم النفس
كلية التربية
جامعة السلطان قابوس

أ. سيرين بنت علي القاضي
مدير عام شؤون المرأة والطفل
وزارة التنمية الاجتماعية
سلطنة عمان

مشروع بحثي ممول من وزارة التنمية الاجتماعية بالتعاون مع مكتب اليونيسيف – مسقط.

الملخص:

استهدفت الدراسة الحالية معرفة أثر برنامج تدريبي في تنمية الذات على النمو المعرفي والوجداني لدى الشابات العمانيات من خلال الدورتين التدريبيتين اللتين نظمتهما المديرية العامة للمرأة والطفل بوزارة التنمية الاجتماعية خلال عامي 2004 و2005م. ولتحقيق هذا الهدف تم إعداد الجانب النظري للدراسة (المقدمة والمشكلة والأهمية والأهداف والإطار النظري حول التدريب وتنمية الذات فضلا عن الدراسات السابقة)؛ كما تم إجراء الجانب الميداني لها (منهجية الدراسة ونتائجها). وتم اختبار ثلاثة فروض بديلة، كما تم في هذه الدراسة تطبيق عشرة اختبارات نفسية على الشابات المشاركات في التدريب (42 شابة)، وعلى عينة مكافئة لهن (42 شابة أيضاً) لم يشاركن في التدريب في سبعة متغيرات ديموجرافية (وبذلك يكون حجم عينة البحث 84 شابة)، وباستعمال اختبار "ت" للمجموعتين المستقلتين، أشارت النتائج إلى ما يأتي:

1. وجود فروق دالة إحصائياً لمصلحة المشاركات في ورشتي التدريب في أربعة جوانب نفسية (أي حصول نمو في الذات لدى الشابات المشاركات في دورتي التدريب "ن=24")، وهي الوحدة النفسية، والقلق، والذكاء الإقناعي، والحاجة للمعرفة.

2. وجود فروق دالة إحصائياً لمصلحة المشاركات في ورشة التدريب الأولى في جانب نفسي واحد فقط (أي حصول نمو في الذات لدى الشابات المشاركات في الدورة التدريبية الأولى "ن=9")، وهو: الذكاء الإقناعي.

3. وجود فروق دالة إحصائياً لمصلحة المشاركات في ورشة التدريب الثانية في ثلاثة جوانب نفسية (أي حصول نمو في الذات لدى الشابات المشاركات في الدورة التدريبية الثانية "ن=9")، وهي: تنظيم الوقت، والذكاء الانفعالي، والتوجه نحو الحياة.

وباختصار أشارت نتائج الدراسة إلى حصول نمو في الذات بنسبة 40٪؛ بسبب المشاركة في دورتي التدريب، وبنسبة 10٪؛ بسبب المشاركة في الدورة التدريبية الأولى، وبنسبة 30٪؛ بسبب المشاركة في الدورة التدريبية الثانية. وهكذا فإن لدورات التدريب دوراً إيجابيا في تنمية الذات ولكن هذا الدور يختلف باختلاف موضوعات الدورة وتوقيتها.

هذا واعتماداً على هذه النتائج، خرجت الدراسة بعدد من التوصيات لتفعيل الدورات التدريبية، وعدد من المقترحات لدراسات لاحقة.

Abstract

This study aimed at knowing the effect of training that (42) Omani young females (OYF) self-development. They were exposed to (2) training workshops organized by Directorate General of Women and Child Affairs at the Ministry of Social Development during the years (2004) and (2005). To achieve this objective, the theoretical review of the study was conducted including the introduction, problem, importance, theoretical framework on training and self-development, and previous studies; followed by the practical aspects including study methodology and results. Three hypotheses were tested through the application of (10) psychological measures on OYF participants and their equivalent sample of (42) non-participants OYF in (7) demographic variables. Independent-Samples T test was conducted and the findings indicated that:

1. Self-development was obtained for the OYF participants in both workshops (n=24) in (4) psychological aspects: loneliness, anxiety, persuasive intelligence, and need for cognition.

2. Self-development was obtained for the OYF participants in the 1st workshop (n=9) in (1) psychological aspect: persuasive intelligence.

3. Self-development was obtained for the OYF participants in the 2nd workshop (n=9) in (3) psychological aspects: time management, emotional intelligence, life orientation test.

To sum, the findings indicated that self-development was obtained with ratios of: (40%) due to participation in both workshops, (10%) due to participation in the 1st workshop, and (30%) due to participation in the 2nd workshop. Therefore, training workshops have a positive role in improving self. The role differs according to the workshop's topics and timing.

Taking in consideration the results, the study states some recommendations to make the workshops more effective, and suggests future studies.

مقدمة:

تؤمن وزارة التنمية الاجتماعية بسلطنة عمان بأن للتدريب دوراً بارزاً، وحيوياً في تنمية قدرات الكوادر الوطنية، وإكسابها ما هو جديد ومفيد؛ حيث إن التدريب يشكل منعطفاً مهماً في تنمية الموارد البشرية، ويساعد على تفعيل جهود الموظفين، ويؤدي إلى زيادة الإنتاجية

لديهم. وقد تم في الخطة الخَمسية 2001- 2005 إلحاق 985 موظفاً في برامج وفعاليات تدريبية مختلفة داخل السلطنة، و97 موظفاً خارجها. وتواصل الوزارة سعيها الحثيث في تدريب الكوادر الوطنية خلال الخطة الخَمسية 2006- 2010؛ فقد تم تخصيص ميزانية خاصة، لتنفيذ عدد كبير من الدورات والبرامج والفعاليات التدريبية، في ضوء خطط الوزارة؛ سواء على المستوى التنظيمي، أو المستوى الأدائي، لتزويد أكبر عدد ممكن من الكوادر العاملة بالوزارة بالمعارف، والمهارات والاتجاهات، والأنماط السلوكية الإيجابية التي من شأنها أن تجعل قوة العمل أكثر كفاءة واقتداراً في تحقيق الأهداف الآنية والمستقبلية.

وتضطلع المديرية العامة لشؤون المرأة والطفل بالوزارة بدور بارز في الارتقاء بالمرأة العمانية على كافة الأصعدة؛ حيث تتبوأ المرأة، وأساليب تنميتها مكان الصدارة في عمل المديرية. وقد وضعت المديرية العديد من البرامج والدورات المكثفة بهدف النهوض بالمرأة العمانية، وتمكينها من الاضطلاع بدورها الحيوي في بناء المجتمع العماني، ومواكبة ما وصلت إليه دول المنطقة والعالم من تقدم في هذا المجال.

ومن بين أبرز ما تقوم به المديرية العامة لشؤون المرأة والطفل - دائرة شؤون المرأة- الدورات التدريبية المكثفة لفئات عمرية مختلفة من النساء، ومهما اختلفت أهداف تلك الدورات أو تباينت، إلا أنها في نهاية المطاف تهدف إلى صقل مهارات المرأة وتطوير شخصيتها من جوانبها المتعددة (المعرفية، والاجتماعية، والانفعالية، والحركية .... الخ).

وتأكيداً لأهمية التدريب في حياة الفتاة العمانية، أقامت المديرية العامة بالتعاون مع مكتب منظمة اليونيسيف بمسقط، دورتين تدريبيتين مكثفتين خلال العامين 2004 و2005م، بواقع دورة واحدة في كل عام، بهدف تنمية 42 شابة عمانية في جوانب نفسية، وشخصية، ومعرفية مختلفة.

هذا، ومن باب متابعة تأثير هذه الدورات في سلوك المشاركات، ومعرفة مدى الإفادة التي تحققت من المشاركة في تلك الدورات؛ فإن الدراسة الحالية تسعى إلى معرفة أثر برنامج تدريبي في تنمية الذات على النمو المعرفي والوجداني لدى الشابات العمانيات.

مشكلة الدراسة:

يشير "راي" (2001) في كتابه "**كيفية قياس فاعلية التدريب**" إلى أن ورش التدريب هي وسيلة من أجل تحقيق هدف وليس غاية بحد ذاتها؛ حيث إن ورش التدريب هي حلقة في سلسلة مكونة من ثلاث حلقات، هي: تحديد الاحتياجات التدريبية؛ وتنفيذ ورش التدريب؛ وأخيراً تقييم أو قياس فاعلية التدريب. وعند تطبيق هذه القاعدة على ما قامت به المديرية العامة

لشؤون المرأة والطفل، فقد تم تحديد الاحتياجات التدريبية للشابات العمانيات عن طريق المقابلات الشخصية مع مجموعة من الشابات، كما تم تنفيذ ورش التدريب خلال عامي 2004 و2005، ولم يتم تقييم أو قياس فاعلية التدريب من حيث معرفة التأثير أو التغير الذي أحدثته في سلوك المشاركات.

وعلى أساس ذلك، تتلخص مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1. ما أثر ورشتي التدريب اللتين نفذتهما المديرية العامة لشؤون المرأة والطفل خلال عامي 2004 و2005م في تنمية الجوانب العشرة للذات لدى الشابات العمانيات؟

2. ما أثر ورشة التدريب الأولى التي نفذتها المديرية العامة لشؤون المرأة والطفل خلال عام 2004م في تنمية الجوانب العشرة للذات لدى الشابات العمانيات؟

3. ما أثر ورشة التدريب الثانية التي نفذتها المديرية العامة لشؤون المرأة والطفل خلال عام 2005م في تنمية الجوانب العشرة للذات لدى الشابات العمانيات؟

وبعبارة أخرى، هل أدى تدريب الشابات العمانيات إلى رفع مستوى تأكيد الذات؛ وتنظيم الوقت؛ والتوجه نحو الحياة؛ والحاجة للمعرفة؛ والذكاء الإقناعي؛ والذكاء الانفعالي؛ وخفض مستوى القلق؛ والنرجسية؛ والوحدة النفسية؛ وتغيير وجهة الضبط من الضبط الخارجي (الذي يعتمد على الحظ والصدفة القدر) إلى الضبط الداخلي (الذي يعتمد على بذل الجهد والسعي والاجتهاد).

هدف الدراسة:

تستهدف هذه الدراسة معرفة أثر التدريب في تنمية بعض جوانب الذات للشابات العمانيات، وذلك في عشرة جوانب معرفية ووجدانية، هي: تأكيد الذات، وتنظيم الوقت، والتوجه نحو الحياة، والحاجة للمعرفة، والذكاء الإقناعي، والذكاء الانفعالي، والقلق، والنرجسية، ووجهة الضبط، والوحدة النفسية.

أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية هذه الدراسة في أهمية التدريب بشكل عام، وأهمية تدريب المرأة العمانية بشكل خاص، والنقاط الآتية تبين ذلك:

1. يمثل التدريب أحد المداخل الأساسية لإثراء الشخصية، وتطوير السلوك، بما يقابل متطلبات الأداء الفعال على المستويين الفردي، والاجتماعي، ونتيجة للتغيرات السريعة التي يشهدها المجتمع المعاصر منذ النصف الثاني من القرن العشرين وحتى الآن، كان لابد من

إعادة النظر في الجوانب التنظيمية القائمة، ليس فقط من أجل التوافق مع المتغيرات وتعظيم الاستفادة منها، ولكن أيضاً لضمان التطوير التنظيمي المتواصل الذي يتفق مع معايير الجودة والاستخدام الأفضل لمعطيات ثورة الاتصال وتكنولوجيا المعلومات، ومن هذه المنطلقات تبدو الأهمية الكبيرة للتدريب بصفته مدخلاً أساسياً لتنمية الموارد البشرية وتأهيلها، وأنه يقابل حاجات حقيقية يتطلبها الأداء الفعال (الفضالة، 2005).

2. وإذا كان تعدد المهارات وصقلها بكل ما هو مستحدث من وسائل ومعارف يمثل سمة إنسان القرن الحالي، فإن التدريب المستمر يتيح هذا التعدد، إذ إن التدريب بالمعنى الحديث هو ذلك النشاط المنظم الذي يعمل على تزويد المتدربين بالمعرفة، والمهارات اللازمة لتنمية قدراتهم، وصقل خبراتهم، وتغيير سلوكهم بما يتفق مع صالحهم، وصالح المؤسسة والمجتمع (الزيادي، 1993).

3.إن التدريب وسيلة لتغيير سلوك الأفراد والجماعات واتجاهاتهم، وأساس للتنمية البشرية المستدامة والتقدم المستمر، وهو الأداة الفعالة لإعادة تشكيل القوى البشرية لمواكبة التغيرات الممكنة في حياة المنظمة، والتي تنعكس على المهام والمسئوليات الجديدة والمستحدثة، بهدف رفع كفاءة الأداء، وتحقيق المستوى المطلوب من الإنجاز (الفضالة، 2003).

4. إن التدريب يتعامل مع الإنسان الذي يعد بخلاف الكائنات الأخرى أكثر تعقيدا في التعامل معه، وبصفة خاصة عندما نسعى إلى أن تستقر المعلومات في عقله، ويتجاوب مع المعاني، والأهداف بوجدانه، حتى تتحول هذه المعلومات، والمهارات إلى جزء من كيانه واتجاهاته، وتتكيف مع ما يحمله من قيم (هلال، 2001).

وهكذا فإن تدريب المرأة العُمانية وصقل مهاراتها تنعكس أثاره الايجابية على المرأة، وعلى المؤسسة التي تعمل بها، وعلى المجتمع بشكل عام؛ وذلك من خلال إثراء شخصيتها، وتطوير سلوكها، بما يقابل متطلبات الأداء الفعال على المستويين الفردي، والاجتماعي، وتزويدها بالمعرفة، والمهارات اللازمة لتنمية قدراتها، وصقل خبراتها، وتغيير سلوكها بما يتفق مع صالحها، وصالح المؤسسة والمجتمع، وكذلك سيؤدي إلى رفع كفاءة الأداء، وتحقيق مستوى الإنجاز المطلوب منها.

الإطار النظري:

يؤكد دريفر "أن الذات هي وعي الفرد بهويته" (Drever, 1975, p.262). وهذا الوعي يتكون لدى الفرد من خلال التنشئة الاجتماعية والخبرات التي مر بها، والنشاطات الاجتماعية التي مارسها. ويؤكد البحيري وعبد الله (2005) على أن وعي الفرد وإدراكه بما

لديه من خواص وصفات (أي إدراكه بهويته) وتقييمه الذاتي بهذه الخواص والصفات هو ما يسمى باحترام أو تقدير الذات self-esteem.

وتشير الدراسات إلى أن الأعمال والنشاطات التي يمارسها الفرد تعكس هويته وذاته إلى حد كبير، وفي هذا الصدد توصل فينويك (Fenwick, 1998) إلى أن الأفراد الذين يشغلون أنفسهم بأنشطة اجتماعية، فإن هذه النشاطات تعكس هويتهم، ففي دراسة أجراها على مجموعة من النساء لاحظ أنهن قد ركزن أكثر على الاستفادة من التعلم الناتج عن العمل work-learning في فهم ذواتهن، ومعرفة قدراتهن، وقد أكدن على أن القيم السائدة والتي تعتمد على المعرفة تحتاج إلى وقت حتى تنمو، كما أن ثبات الهوية لديهن أدى إلى مساعدتهن على تحمل المخاطر، والتفتح على المعتقدات الجديدة، وقد أوضحن الإفادة من الخبرات بأنواع مختلفة من السلوك، وملاحظتهن لأدائهن السلوكي في المواقف المختلفة، وأدركن تأثير العمل على ذواتهن الحقيقية، ومساعدتهن على تحقيق الإنسانية الكاملة.

ويرى فرانسس وفيرست (Frances & First, 1998) أن الذات تنمو عن طريق التعلم، ويؤكدان على أنه كلما زاد تعلم الفرد تخلص من الشعور بالوحدة النفسية وزاد نموه الذاتي. هذا ويربط كيج وبيرلنر (Gage & Berliner, 1998) بين المعرفة الذاتية self-knowledge والذكاء الشخصي interpersonal intelligence، وفسرا ذلك بأن الفرد الواعي بجوانب قوته وضعف مشاعره، والواعي برغباته واحتياجاته، هو الفرد الذي يحقق المساعدة التي تؤدي إلى النمو الذاتي.

على أساس ذلك، يمكن القول بأن الذات مفهوم يعكس سلوك الفرد بجوانبه الثلاثة (المعرفي، والوجداني، والمهاري)، وأن السلوك مفهوم معقد ومتداخل، وأن تصنيف السلوك هو أمر تعسفي تقتضيه المنهجية العلمية لا أكثر، فمن الصعب إعطاء هوية محددة للسلوك في لحظة ما، لأن السلوك في أية لحظة هو تفاعل للجوانب الثلاثة معاً. ولأغراض هذه الدراسة تم تحديد عشرة جوانب تتوزع على الجانب الأول (المعرفي) والجانب الثاني (الوجداني) بشكل غير متساو، (دون الجانب الثالث)، وترتبط بأهداف الدورتين التدريبيتين بشكل متكافئ تقريبا (كل خمس أدوات ترتبط بدورة تدريبية)، وسيتم قياس مستوى هذه الجوانب العشرة لدى المتدربات عن طريق اختبارات ومقاييس تتوافر فيها مؤشرات سيكومترية مقبولة في البيئة العربية (سيتم عرض تفاصيل ذلك في منهجية الدراسة)، وفيما يلي عرض للجوانب العشرة التي سيتم قياسها:

1- **وجهة الضبط:** تشير وجهة الضبط Locus of Control إلى الدرجة التي يتقبل الفرد بها مسؤوليته الشخصية عما يحصل له، مقابل أن ينسب ذلك إلى قوى تقع خارج سيطرته،

وبالتالي فإن هناك مصدراً داخلياً لضبط السلوك وآخر خارجياً (كفافي، 1982)، وبمعنى آخر فإن وجهة الضبط هي إيمان الفرد بأن ما يحدث له ناتج عن سلوكه هو، طبقاً لما لديه من ميول وقدرات واستعدادات تجعله قادراً على تفسير جميع الظواهر، معتقداً أنه مسيطر على أفعاله، وأن تأثير التعزيز لديه يعتمد على إدراكه بوجود علاقة سببية بين سلوكه والتعزيز الذي حصل عليه من وراء تفسيره لظاهرة ما، وهو ما يسمى بوجهة الضبط الداخلية Internal Locus of Control، مقابل ذلك فإن إيمان الفرد بأن ما يحدث له ناتج عن مسببات خارجة عن نطاق سيطرته، وأنه مجرد مخلوق تتحكم فيه قوى خارجية لا يستطيع التأثير فيها، وأنه لا يعتقد بإمكانية التنبؤ بنتائج سلوكه، وهو ما يسمى بوجهة الضبط الخارجية External Locus of Control.

2- **النرجسية:** تعد الشخصية النرجسية إحدى التصنيفات الإكلينيكية التي تقوم على مفاهيم التحليل النفسي. وكل شخص منا لديه مكونات نرجسية في شخصيته، وهذا ما يسمى بالنرجسية الصحية Health Narcissism والتي تشير إلى احترام الذات، بعكس النرجسية المرضية Pathological Narcissism والتي تقوم على تضخيم الفرد للأنا الخاصة به. وتتصف الشخصية النرجسية طبقا لبعض الدراسات الواردة في البحيري (1985أ) بالاستغراق في الشؤون الذاتية، وهدوء مصطنع، وطموح زائد، والشعور بالملل والضيق والفراغ، والرغبة المستمرة في البحث عن الألمعية والقوة والجمال، وعدم القدرة على الحب والتعاطف مع الآخرين، وحيرة مزمنة وعدم الرضا عن النفس، واستغلال الآخرين وعدم الرأفة بهم.

3- **تأكيد الذات:** يعني تأكيد الذات بشكل عام حرية التعبير الانفعالي، وحرية الفعل سواء أكان ذلك في الاتجاه الإيجابي كالاستحسان، والتقبل، وحب الاستطلاع، والاهتمام، والحب، والود، والمشاركة، والصداقة، والإعجاب؛ أو في الاتجاه السلبي كالتعبيرات الدالة على الرفض، وعدم التقبل، والغضب، والألم، والحزن، والشك، والأسى (الطيب، 1981).

4- **تنظيم الوقت:** يقصد بتنظيم الوقت إنجاز الأعمال بشكل منسق ومنظم وفعال، وتحقيق الأهداف بأفضل الوسائل وأقل التكاليف، وهذا يتطلب استثمار الطاقات والإمكانيات المتاحة استثمارا جيدا، كما أن تنظيم الوقت يعد أحد العمليات التي تستطيع بها أن تنجز المهام والأهداف التي تمكنك من أن تكون فعالا في عملك، وخط سيرك في حياتك المهنية والشخصية، وتشتمل هذه العملية على مراحل ضرورية تستهدف تحديد حاجاتك ومتطلباتك حسب الأهمية، ومطابقتها مع الوقت والمصادر المتاحة أو المحتملة (الراسبي، 1999).

5- **الوحدة النفسية:** وهي خبرة تشتمل على المشاعر الحادة التي كونها الفرد من خلال الوعي الذاتي لتحطيم الشبكة الأساسية لعلاقة الواقع بعالم الذات، أو هي اختلاف بين أنواع العلاقات

المتبادلة بين الأشخاص كما يدركها الفرد بنفسه، وبين أنواع العلاقات التي يجب أن يقوم بها، إما في صورة خبرته الماضية، أو في الصورة المثالية التي لم يمارسها أبداً بصورة حقيقية (البحيري، 1985ب). ويرى مخيمر (2003) أن الوحدة النفسية هي غياب العلاقات الاجتماعية المشبعة للحاجات النفسية والاجتماعية للفرد، واقتران ذلك ببعض الأعراض النفسية.

6- **القلق:** إن القلق هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي، قد يحدث، ويصحبها خوف غامض، وأعراض نفسية جسمية (زهران، 1977). والقلق إما انغمار ينتج من إثارة هي نسبياً غامرة، وإما إشارة إنذار بتحقق وشيك لخطر سابق هو هذا الانغمار، فالقلق وإن كان استعادة لخبرة قديمة خطرة (الميلاد) إلا أنه يظل في خدمة المحافظة على الذات يعلن عن أخطاء جديدة (القطان، 1979). وتشير دراسة عبد الرحيم (1997) إلى أن القلق حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يتهدده، وهو ينطوي على توتر انفعالي تصاحبه اضطرابات فسيولوجية مختلفة، ويرى فرويد S. Freud أن القلق حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يتملك الإنسان، ويسبب له كثيراً من الكدر والضيق والألم، والشخص القلق يتوقع الشر دائماً، ويبدو دائماً متشائماً، وهو يتشكك في كل أمر يحيط به، ويخشى أن يصيبه منه ضرر. ويبدو القلق في مرحلة الطفولة في شكل مخاوف Phobia، وقد يزداد في مرحلة المراهقة، ويرى عكاشة (1989) أن القلق شعور عام غامض غير سار مع التوقع والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة مع زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي.

7- **الذكاء الانفعالي:** يشير عثمان ورزق (2001) "وهما أصحاب المقياس الذي تم اعتماده في هذه الدراسة" إلى أن الذكاء الانفعالي Emotional Intelligence خاصية مركبة من خمسة مكونات أساسية وهي:

- **المعرفة الانفعالية Emotional Cognitive:** وهي الركيزة الأساسية للذكاء الانفعالي، وتتمثل في القدرة على الانتباه، والإدراك الجيد للانفعالات والمشاعر الذاتية، وحسن التمييز بينها، والوعي بالعلاقة بين الأفكار والمشاعر والأحداث.

- **إدارة الانفعالات Emotions Management:** وتشير إلى القدرة على التحكم في الانفعالات السلبية، وكسب الوقت للتحكم فيها وتحويلها إلى انفعالات إيجابية، وهزيمة القلق والاكتئاب، وممارسة مهارات الحياة بفعالية.

- **تنظيم الانفعالات Regulating Emotions:** وتشير إلى القدرة على تنظيم الانفعالات والمشاعر وتوجيهها إلى تحقيق الإنجاز والتفوق، واستعمال المشاعر والانفعالات في صنع أفضل

القرارات، وفهم كيف يتفاعل الآخرون بالانفعالات المختلفة؟، وكيف تتحول الانفعالات من مرحلة إلى أخرى؟

■ **التعاطف Empathy:** ويشير إلى القدرة على إدراك انفعالات الآخرين، والتوحد معهم انفعالياً، وفهم مشاعرهم، وانفعالاتهم، والتناغم معهم، والاتصال بهم دون أن يكون السلوك محملاً بالانفعالات الشخصية.

■ **التواصل Communication:** ويشير إلى التأثير الإيجابي والقوي في الآخرين عن طريق إدراك انفعالاتهم، ومشاعرهم، ومعرفة متى تقود الآخرين ومتى تتبعهم وتساندهم والتصرف معهم بطريقة لائقة.

8- **الذكاء الإقناعي:** قدرة الشخص على تعظيم قدراته، واستخدامها بشكل فعال مع الآخرين، وإقناعهم بإمكانيته من تحقيق الأهداف بأقل وقت ممكن. أو هو انصياع الآخر أو استجابته لسؤالك أو طلبك، بمعنى أنك أثرت فيه وجعلته يلبي طلبك ويحقق هدفك. وبما أن درجة تحقيق الأهداف مختلفة من شخص لآخر، فإن للتأثير مستويات مختلفة، تتراوح بين التأثير الشديد، أو القوي، أو الايجابي (الفعّال)، إلى التأثير الضعيف، أو السلبي (غير الفعال). إن التأثير الإيجابي والسلبي في الآخرين يختلف باختلاف المواقف والأشخاص، وبطبيعة الحال يختلف تأثير الآخرين فينا باختلاف المواقف والأشخاص أيضا. وهذا الاختلاف في عمليتي التأثير والتأثر، يرتبط بعدد كبير من العوامل والأسباب، بعضنا يعرفها، وأكثرنا للأسف يجهلها فتسبب له الكثير من الإحباط والتعب وربما القلق وعدم الراحة (شيالديني، 1988).

9- **الحاجة للمعرفة:** وهي ميل الفرد إلى الاهتمام العميق بالتفكير والاستمتاع به (أبو ناهية، 1988)، وهذا الميل يختلف في نوعه ودرجته من فرد إلى آخر؛ وفقا لمبدأ الفروق الفردية ليعكس بذلك مجال اهتمام الفرد وتطلعاته؛ فالمرأة مثلاً تميل إلى التفكير العميق في الأشياء التي تعكس مجالات اهتمامها، وكذلك الطالب والمهندس والطبيب، كل واحد منهم يميل إلى أن يفكر بعمق في أمور وقضايا ترتبط بطبيعة عمله ومجالات اهتمامه.

10- **التوجه نحو الحياة:** وهي نزعة الفرد وميله للتفاؤل، كما أنها التوقع العام بحدوث أشياء أو أحداث حسنة بدرجة أكبر من حدوث أشياء أو أحداث سيئة. وهي سمة من سمات الشخصية مرتبطة ارتباطا عاليا بالصحة النفسية الجيدة (الأنصاري، 2001).

الدراسات السابقة:

أجرى هاند وسلكوم (Hand & Slocum, 1972) دراسة استهدفت معرفة أثر برنامج لتحسين العلاقات الإنسانية في فاعلية الإدارة لمجموعة من مديري الشركات والأعمال

الخاصة كمجموعة تجريبية مقارنة بمجموعة ضابطة لم يتلقوا برنامج التدريب الذي استمر 28 أسبوعا على جلسات استغرقت كل جلسة 90 دقيقة. وأشارت النتائج إلى أن أفراد المجموعة التجريبية أصبحوا أكثر وعيا ذاتيا وأكثر تقديرا لحاجات الآخرين، كما تحسنت تقديراتهم وأصبحوا يعملون في مناخ استشاري بدلا من المناخ الاستبدادي.

وأجرى كل من: الأشهب (1988)، ووكسمان (Waksman, 1984) دراستين استهدفتا معرفة أثر التدريب في تأكيد الذات، وتوصلتا إلى أهمية التدريب ودوره في زيادة تأكيد الذات.

كما أجرى سلفستر ودانتونيو (Silvestri, & Dantonio, 1996) دراسة بهدف معرفة دور التدريب في تنمية الذات، وتوصلت الدراسة إلى نتائج دالة إحصائياً لدور التدريب في تنمية الذات.

وقام سمث (Smith, 2001) بدراسة لمعرفة اثر برنامج تدريب الكفاءات الانفعالية على 33 فرداً من مديري الشركات بهدف مساعدتهم ليكونوا على دراية بالدور الذي تلعبه العواطف والانفعالات في مكان العمل، وتطوير إدراكهم لما يمتلكون من ردود أفعال وجدانية، وتدريبهم على كيفية الاتصال بمرؤوسيهم، والطريقة التي يديرون بها انفعالاتهم ومشاعرهم. وأشارت النتائج إلى حدوث زيادة ملحوظة في مبيعات الشركات التي يعملون بها، حيث زادت نسبة المبيعات 18.1٪ على مدى 15 شهراً.

وأجرى رزق (2003) دراسة استهدفت معرفة فاعلية برنامج التنوير الانفعالي في تنمية الذكاء الانفعالي للطلاب والطالبات بكلية التربية بالطائف، وتألفت العينة من مجموعتين تجريبيتين (34 طالباً، و35 طالبة)، ومجموعتين ضابطتين (38 طالباً، و45 طالبة). وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبيتين والمجموعتين الضابطتين لصالح المجموعتين التجريبيتين. وهذه النتيجة تشير إلى دور برنامج التنوير الانفعالي في رفع مستوى الذكاء الانفعالي لدى الطلبة المشاركين في الدراسة.

هذا وقام الفضالة (2003) بدراسة تم إجراءها على 397 موظفاً وموظفة بدولة الكويت ممن تلقوا تدريباً متخصصاً. وأشارت النتائج إلى أن التدريب الذي تلقاه الموظفون كان له تأثير إيجابي في حدود معينة، فقد كان تأثيره في المعرفة المهنية بنسبة 50٪، بينما كان تأثيره في المهارات بنسبة 42.7٪، وأخيراً في الاتجاهات بنسبة 49.3٪، وأن التدريب له تأثير إيجابي يزداد لدى الموظفين الأعلى تعليماً بالجهات مقارنة بنظرائهم العاملين بالجهات الحكومية.

وأخيراً، قام جاندلر واليكسندر وهيتون (Chandler, Alexander, & Heaton, 2005) بدراسة أجريت على 34 فرداً بقصد معرفة أثر برنامج التأمل العقلي العميق Transcendental

Meditation Program في نمو الذات؛ حيث توصلت إلى أهمية التدريب على البرنامج في تحقيق نمو الذات لدى المشاركين.

إن ما يمكن استخلاصه من الدراسات السابقة التي تم عرضها، هو وجود دور ايجابي ومهم للتدريب في تنمية جوانب عديدة في الذات (أي أن جوانب الذات المعرفية والوجدانية يمكن تنميتها بالتدريب)، وأن مدة التدريب كلما طالت كان التدريب فعالاً، وأخيراً يمكن القول أن البيئة العُمانية تخلو من دراسات من هذا النوع مما يبرر إجراء الدراسة الحالية.

فروض الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسات السابقة من دور إيجابي ودال للدورات التدريبية في تنمية الذات، وفي ضوء هدف هذه الدراسة، سيتم اختبار الفروض البديلة الثلاثة الآتية:

1- توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى الثقة ($\alpha \leq 0.05$) في نمو الذات كما تقيسها مجموعة الاختبارات النفسية العشرة لدى الشابات العُمانيات المشاركات في ورشتي التدريب الأولى والثانية (المجموعة التجريبية)، والشابات العُمانيات غير المشاركات (المجموعة الضابطة) لمصلحة المجموعة التجريبية.

2- توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى الثقة ($\alpha \leq 0.05$) في نمو الذات كما تقيسها مجموعة الاختبارات النفسية العشرة لدى الشابات العُمانيات المشاركات في الورشة التدريبية الأولى (المجموعة التجريبية)، والشابات العُمانيات غير المشاركات (المجموعة الضابطة) لمصلحة المجموعة التجريبية.

3- توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى الثقة ($\alpha \leq 0.05$) في نمو الذات كما تقيسها مجموعة الاختبارات النفسية العشرة لدى الشابات العُمانيات المشاركات في الورشة التدريبية الثانية (المجموعة التجريبية)، والشابات العُمانيات غير المشاركات (المجموعة الضابطة) لمصلحة المجموعة التجريبية.

منهجية الدراسة وإجراءاتها:

أولاً: تصميم الدراسة:

تتبنى هذه الدراسة التصميم شبه التجريبي Quasi Experimental Design من نوع التصميم البَعدي لمجموعتين Post Test Control Group Design، أو يسمى التصميم البحثي البَعدي After-only Research Design؛ حيث تخضع كلا المجموعتين للاختبار البَعدي، وتتميز المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة بوجود المعالجة التجريبية (ورش التدريب). والجدول (1) يبين ذلك.

الجدول (1): التصميم التجريبي للدراسة:

المجموعة	المعالجة التجريبية	الاختبارات البعدية
تجريبية	المشاركة في ورش التنمية الذاتية التي نظمتها وزارة التنمية الاجتماعية بالتعاون مع مكتب اليونيسيف خلال عامي 2004 و2005	1. مقياس الذكاء الإقناعي 2. اختبار تأكيد الذات 3. مقياس النرجسية 4. مقياس تنظيم الوقت 5. مقياس سمة القلق 6. مقياس الذكاء الانفعالي 7. مقياس الحاجة للمعرفة 8. مقياس التوجه نحو الحياة 9. مقياس وجهة الضبط 10. مقياس الوحدة النفسية
ضابطة	عدم المشاركة في ورش التدريب	1. مقياس الذكاء الإقناعي 2. اختبار تأكيد الذات 3. مقياس النرجسية 4. مقياس تنظيم الوقت 5. مقياس سمة القلق 6. مقياس الذكاء الانفعالي 7. مقياس الحاجة للمعرفة 8. مقياس التوجه نحو الحياة 9. مقياس وجهة الضبط 10. مقياس الوحدة النفسية

إن وجود المجموعة الضابطة إلى جانب المجموعة التجريبية، يخدم وظيفة أساسية هي أنها تعمل كمصدر للمقارنة، فوجود المجموعة الضابطة يجعلنا مطمئنين إلى أن أي تغييرات تحدث في المتغير التابع في المجموعة التجريبية يمكن عزوه إلى المعالجة التي قدمت، وليس إلى أي متغيرات دخيلة أخرى، فالمجموعة الضابطة لا تتلقى المعالجة التي تتلقاها المجموعات التجريبية؛ فضلا عن ذلك وجود المجموعة الضابطة يجعل الدراسة تحظى بدرجة مقبولة من الصدق الداخلي Internal Validity، ويعني ذلك أن المجموعة الضابطة يجب أن تكون

مكافئة لمجموعة الدراسة في المتغيرات التي يمكن أن تؤثر في المتغير التابع (عطيفة، 1996). وهذا يعني أن التصميم المعتمد في هذه الدراسة هو تصميم جيد ومناسب.

ثانياً: العينة:

تألفت عينة الدراسة من 84 شابة عُمانية يمثلن مختلف المناطق الجغرافية في السلطنة. وتتوزع العينة إلى 42 شابة شاركن في ورش التدريب التي نظمتها مديرية شؤون المرأة والطفل بالتعاون مع مكتب اليونيسيف- مسقط (المجموعة التجريبية)، و42 شابة لم يشاركن في ورش التدريب (المجموعة الضابطة). وهذا الحجم مناسب مقارنة بالدراسات السابقة (مثلاً دراسة: رزق، 2003؛ Chandler et al., 2005; Smith, 2001)، حيث تراوح حجم العينة في هذه الدراسات بين 33- 45 فرداً.

المجموعة التجريبية: تتوزع المجموعة التجريبية إلى 24 شابة شاركن في ورشتين تدريبيتين، و18 شابة شاركن في ورشة تدريبية واحدة، (9 شابات شاركن في الورشة الأولى، و9 شابات أيضا شاركن في الورشة الثانية). والجدول (2) يوضح توزيع المجموعة التجريبية.

الجدول (2): المجموعة التجريبية موزعة حسب عدد الورش:

الورشة	عدد المشاركات	النسبة المئوية
الورشة الأولى فقط	9	٪21.4
الورشة الثانية فقط	9	٪21.4
الورشة الأولى والثانية معاً	24	٪57

المجموعة الضابطة: تتكون المجموعة الضابطة من 42 شابة لم يشاركن في أي ورشة تدريبية، ولكنها متكافئة مع المجموعة التجريبية في سبع متغيرات ديموجرافية، وسيتم لاحقا استعراض أسلوب التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

ثالثاً: الدورات التدريبية:

في ضوء الاحتياجات التدريبية للشابات العُمانيات (مقابلات أجرتها الفاضلة مدير عام شؤون المرأة والطفل، والفاضلة مدير شؤون المرأة بوزارة التنمية الاجتماعية مع عدد من الشابات العُمانيات خلال شهر مارس وابريل من عام 2004م)، وفي ضوء أهداف التدريب ومبادئه، وبعد توفير مستلزماته المادية والبشرية، تم التخطيط بالتعاون مع معدي هذه الدراسة لتنفيذ دورتين تدريبيتين بواقع أسبوع واحد (خمسة أيام) لكل دورة، مع مراعاة تقسيم الشابات المشاركات إلى مجموعتين (مجموعة أ، ومجموعة ب). ويتم في كل دورة مراعاة

تنمية جوانب محددة في الذات لدى الشابات العمانيات في ضوء الجوانب العشرة المشار إليها سابقاً. وفيما يلي وصفا لكل دورة:

الدورة التدريبية الأولى: نُفذت الورشة خلال الفترة من 28 أغسطس حتى 1 سبتمبر 2004 في فندق كراون- بلازا بمدينة مسقط، بواقع أربع ساعات يومياً من الساعة التاسعة صباحاً حتى الساعة الواحدة بعد الظهر. والجدول (3) يتضمن موضوعات الدورة الأولى وتاريخها.

الجدول (3) برنامج الدورة التدريبية الأولى:

اليوم والتاريخ	المجموعة (أ)	المجموعة (ب)
السبت 28- 08- 04	مهارات الاتصال واستخدام لغة الجسد	التأثير ووسائل الإقناع
الأحد 29- 08- 04	التأثير ووسائل الإقناع	مهارات الاتصال واستخدام لغة الجسد
الاثنين 30- 08- 04	الضغوط النفسية	مهارات أخذ الملاحظات أثناء المحاضرات
الثلاثاء 31- 08- 04	مهارات أخذ الملاحظات أثناء المحاضرات	الأهداف الشخصية وأساليب تحقيقها
الأربعاء 01- 09- 04	الأهداف الشخصية وأساليب تحقيقها	الضغوط النفسية

الدورة التدريبية الثانية: نُفذت الدورة خلال الفترة من 27- 31 أغسطس 2005 في فندق كراون بلازا بمدينة مسقط، بواقع أربع ساعات يومياً من الساعة التاسعة صباحاً حتى الساعة الواحدة بعد الظهر. والجدول (4) يتضمن موضوعات الدورة الثانية وتاريخها.

الجدول (4) برنامج الدورة التدريبية الثانية:

اليوم والتاريخ	المجموعة (أ)	المجموعة (ب)
السبت 27-08-05	التكنولوجيا الحديثة: تفعيل استخدامها وأثرها في تنمية الفرد	معرفة الذات من خلال الاختبارات النفسية
الأحد 28-08-05	البرمجة اللغوية العصبية	التكنولوجيا الحديثة: تفعيل استخدامها وأثرها في تنمية الفرد
الاثنين 29-08-05	التواصل مع الآخرين	فن الأتكيت والتعامل مع الآخرين
الثلاثاء 30-08-05	فن الأتكيت والتعامل مع الآخرين	التواصل مع الآخرين
الأربعاء31-08-05	معرفة الذات من خلال الاختبارات النفسية	البرمجة اللغوية العصبية

رابعاً: أدوات الدراسة:

لتحقيق هدف الدراسة وفروضها، تم استخدام عشرة اختبارات ومقاييس نفسية (مجموع فقراتها 314 فقرة)، بعد تحكميها من عشرة متخصصين في علم النفس وأصول التربية بكلية التربية- جامعة السلطان قابوس(*)؛ حيث اتفقوا بنسبة لا تقل عن 80٪ على صلاحية الأدوات العشرة للاستخدام مع الشابات العمانيات، كما اقترحوا تعديلات ومقترحات في صياغة 20 فقرة تقريباً، وقد تم الأخذ بها جميعاً. وفيما يلي وصف للأدوات العشر:

1- **مقياس وجهة الضبط:** صمم جوليان روتر مقياس وجهة الضبط اعتمادا على نظريته في التعلم الاجتماعي، وقام بترجمة المقياس وإعداده للبيئة العربية علاء الدين كفافي (1982)، ويتكون المقياس من 29 زوجا من الفقرات، ستة أزواج منها دخيلة وضعت حتى لا يكتشف المفحوص هدف القياس، وأما الأزواج الأخرى (26 زوجاً) فكل زوج منها فيه فقرة تشير إلى الوجهة الداخلية للضبط، والثانية تشير إلى الوجهة الخارجية للضبط، وتعطى درجة واحدة للفقرة التي تمثل الوجهة الخارجية، وصفر للفقرة التي تمثل الوجهة الداخلية، وعلى هذا فالدرجة المنخفضة (أدنى درجة ممكنة صفر) تشير إلى الاتجاه الداخلي للضبط، والدرجة العالية (أعلى درجة ممكنة 23) تشير إلى الاتجاه الخارجي للضبط (كفافي، 1982).

2- **مقياس النرجسية:** وضع مقياس الشخصية النرجسية Narcissistic Personality Inventory NPI كل من راسكين وهول Raskin & Hall عام (1981)، وقام عبد الرقيب البحيري (1985أ) بترجمته وإعداده للبيئة العربية. ويتكون المقياس من (54) زوجاً من العبارات، وتقوم عباراته على أساس الاختيار الإجباري، وعلى المفحوصين الاستجابة بانتقاء أحد الاختيارين (أ) أو (ب)، والذي يكون أكثر قرباً لمشاعره تجاه ذاته. وتعطى الإجابة المعبرة عن النرجسية درجة واحدة، وصفراً للإجابة غير المعبرة عن النرجسية. وبذلك فإن الدرجة على المقياس تتراوح بين (صفر) تدل على نرجسية منخفضة، و(54) تدل على نرجسية مرتفعة (البحيري، 1985أ).

(*) **الأفاضل الذين حكموا أدوات الدراسة هم:**

أ.د. عبد القوي سالم الزبيدي، أستاذ، علم النفس — أ.د. محمود عبد الحليم منسي، أستاذ، علم النفس

د. علي عبد جاسم الزاملي، أستاذ مشارك، علم النفس — د. علي محمد إبراهيم، أستاذ مشارك، علم النفس

د. حمود خلفان الحارثي، أستاذ مساعد، الأصول والإدارة التربوية

د. راشد سيف المحرزي، أستاذ مساعد، علم النفس

د. عبد الحميد سعيد حسن، أستاذ مساعد، علم النفس — د. منى عبد الله البحراني، أستاذ مساعد، علم النفس

د. وجيهة ثابت العاني، أستاذ مساعد، الأصول والإدارة التربوية

د. هلال زاهر النبهاني، أستاذ مساعد، علم النفس

3- **اختبار تأكيد الذات:** وهو من تصميم ولبي، ويستخدم لتعرف درجة إيجابية الشخص وقدرته على التعبير الحر عن مشاعره وانفعالاته. وقام محمد عبد الظاهر الطيب عام (1981) بتعريبه، وحساب صدقه وثباته على البيئة العربية. ويتكون الاختبار من ثلاثين عبارة يجيب عنها الفرد (بنعم) أو (لا). وتعطى الإجابة المعبرة عن تأكيد الذات درجة واحدة، في حين تعطى الإجابة التي لا تعبر عن تأكيد الذات درجة صفر. وبذلك فإن الدرجة على المقياس تتراوح بين (صفر) وتدل على مستوى منخفض من تأكيد الذات، وبين (30) وتدل على مستوى مرتفع من تأكيد الذات (الطيب، 1981).

4- **مقياس تنظيم الوقت:** وهو من إعداد إيناس مسمار عام (1993). ويهدف إلى قياس مهارة تنظيم الوقت. ويتكون من 30 فقرة (11 فقرة سالبة، و19 فقرة موجبة)، وإزاء كل فقرة مقياس تقدير رباعي (لا تنطبق، تنطبق بدرجة بسيطة، تنطبق بدرجة متوسطة، تنطبق بدرجة كبيرة)، ويعطى للفقرات الموجبة التقديرات (1، 2، 3، 4)، وللفقرات السالبة (4، 3، 2، 1)، وبذلك فإن الدرجة الكلية للمقياس تتراوح بين 30 (تشير إلى ضعف مستوى تنظيم الوقت) و120 (وتشير إلى ارتفاع مستوى تنظيم الوقت) (مسمار، 1993).

5- **مقياس الوحدة النفسية:** وهو من تصميم رسيل وآخرون، وتعريب عبد الرقيب البحيري عام (1985ب). ويتكون مقياس الوحدة النفسية UCLA Loneliness Scale من 20 فقرة (10 فقرات موجبة، و10 فقرات سالبة)، يجاب عنها بإحدى الإجابات الأربع (أبداً، نادراً، أحياناً، غالباً). وتعطى الدرجات (1، 2، 3، 4) للفقرات الموجبة، وعكس ذلك للفقرات السالبة. وبذلك تتراوح الدرجات على المقياس بين 20 (أدنى مستويات الشعور بالوحدة النفسية) و80 (أعلى مستويات الشعور بالوحدة النفسية) (البحيري، 1985ب).

6- **مقياس سمة القلق:** وهو من تصميم سبيلبرجر وجورستش ولشن Speilberger, Gorsuch & Lushene عام (1970)، وأعدته للبيئة العربية أمينة كاظم عام (1985). ويتكون مقياس سمة القلق STAI من (20) عبارة (10 عبارات سالبة، و10 عبارات موجبة)، وإزاء كل واحدة مقياس تقدير رباعي (نادرا، أحيانا، غالبا، دائما). وللمقياس صورتان، الصورة (س-1) لقياس حالة- القلق، والصورة (س- 2) لقياس سمة- القلق. وعند التصحيح تعطى الدرجات (1، 2، 3، 4) للفقرات الموجبة، في حين يعطى عكس الميزان السابق للفقرات السالبة. وبذلك تتراوح الدرجات على المقياس بين 20 (أدنى مستويات القلق) و80 (أعلى مستويات القلق) (كاظم، 1985).

7- **مقياس الذكاء الانفعالي:** وهو من إعداد فاروق السيد عثمان ومحمد عبد السميع رزق عام (2001). ويتكون من (58) فقرة، ويهدف إلى قياس خمسة مكونات للذكاء

الانفعالي، وهي: إدارة الانفعالات management of emotions، والتعاطف empathy، وتنظيم الانفعالات regulating of emotions ، والمعرفة الانفعالية emotional cognitive، والتواصل communication. وإزاء كل فقرة مقياس تقدير خماسي (لا يحدث أبداً، يحدث نادراً، يحدث أحياناً، يحدث عادة، يحدث دائماً)، وتعطى لها الدرجات (1، 2، 3، 4، 5) على التوالي. وبذلك تتراوح الدرجة على المقياس بين 58 (أدنى مستويات الذكاء الانفعالي) و90 (أعلى مستويات الذكاء الانفعالي) (عثمان ورزق، 2001).

8- **مقياس الذكاء الإقناعي:** وهو من إعداد هاري ميلز H. Mills عام (2004)، ويهدف إلى قياس مستوى قدرة الشخص على إقناع الآخرين والتأثير فيهم، يتكون المقياس بصيغته الأصلية من (60) عبارة، وإزاء كل واحدة مقياس تقدير خماسي (لا، نادراً، أحياناً، في أحوال كثيرة، دائماً) وتعطى لها الدرجات (1، 2، 3، 4، 5) على التوالي. ولأغراض هذه الدراسة تم عشوائياً انتقاء (30) عبارة بما يتناسب وطبيعة العينة، وبذلك تتراوح الدرجات على المقياس بين 30 (أدنى درجات الذكاء الإقناعي)، و150 (أعلى درجات الذكاء الإقناعي) (ميلز، 2004).

9- **مقياس الحاجة للمعرفة:** وهو من تصميم كاسيبو وبتي Caciopo & Petty عام 1982، وقد قام صلاح الدين أبوناهية (1988) بترجمته وتقنينه على البيئة العربية. صُمم المقياس وفقاً لتصور نظري يرى أن الحاجة للمعرفة Need for Cognition هي ميل الفرد للاهتمام العميق بالتفكير والاستمتاع به، وأن الأفراد يختلفون في هذه الحاجة. ويتكون المقياس من (34) فقرة، يقابلها خمسة بدائل للإجابة (أوافق بشدة، أوافق، متردد، لا أوافق، لا أوافق بشدة) منها 21 فقرة سالبة، و13 فقرة موجبة، وتُعطى الفقرات السالبة الدرجات الآتية (1، 2، 3، 4، 5)، في حين تُعطى الفقرات الموجبة عكس الدرجات السابقة (5، 4، 3، 2، 1)؛ وبذلك تتراوح الدرجات على هذا المقياس بين 34 درجة (أدنى مستويات الحاجة للمعرفة)، و170 درجة (أعلى مستويات الحاجة للمعرفة) (أبو ناهية، 1988).

10- **مقياس التوجه نحو الحياة:** وهو من إعداد شاير وكارفر Scheier & Carver، وقد أعده للبيئة العربية بدر الأنصاري عام (2001). ويهدف المقياس إلى قياس النزعة أو الميل للتفاؤل، ويقصد به التوقع العام للفرد لحدوث أشياء، أو أحداث حسنة بدرجة أكبر من حدوث أشياء أو أحداث سيئة، وهي سمة مرتبطة ارتباطا عاليا بالصحة النفسية. يتكون المقياس بصورته الأصلية من 12 فقرة. أما الصورة العربية منه فتتكون من 10 فقرات (3 فقرات سالبة، و7 فقرات موجبة)، وإزاء كل فقرة مقياس تقدير خماسي (لا، قليلا، متوسط، كثيرا، كثيرا جدا). وتعطى الفقرات الموجبة الدرجات (1، 2، 3، 4، 5)،

وللفقرات السالبة عكس الميزان السابق، وبذلك تتراوح الدرجة على المقياس بين 10 (أدنى مستويات التوجه نحو الحياة)، و50 (أعلى مستويات التوجه نحو الحياة) (الأنصاري، 2001).

خامساً: إجراءات الدراسة:

اعتماداً على التسلسل الزمني للخطوات التي تم إتباعها في هذه الدراسة، بدءاً من تنفيذ الورش وانتهاءً بإدخال البيانات في الحاسب الآلي، جاءت الإجراءات وفقاً للآتي:

1- **الدورة التدريبية الأولى.**

2- **الدورة التدريبية الثانية.**

3- **تطبيق الاختبارات البعدية:** طُبقت أدوات الدراسة العشر على جميع أفراد المجموعتين التجريبية (ن= 42)، والضابطة (ن= 84) من قبل مساعدات البحث* من بداية يناير وحتى نهاية مارس من عام 2006، وذلك بعد أن تم تدريب مساعدات البحث على طريقة تطبيق الأدوات، وأسلوب الإجابة، وطريقة التكافؤ بين المجموعتين.

ولضمان الحصول على مجموعتين متكافئتين بأقصى قدر ممكن، طُلب من مساعدات البحث الحصول على أفضل شابتين مكافئتين لكل شابة مشاركة في الدورات في الجوانب السبعة الآتية:

- العمر الزمني.
- المنطقة.
- مزاولة العمل.
- الحالة الاجتماعية.
- المؤهل الدراسي.
- مؤهل الأب.
- مؤهل الأم.

(*) الفاضلات مساعدات البحث اللاتي قمن بتطبيق الأدوات: حنان هلال البوسعيدي، وفاطمة محمد عبد الله الهاشمي، ونهلة حميد عبد الرحمن البلوشي.

وبهذا الإجراء تم تطبيق أدوات الدراسة على 126 شابة، وتم اختيار شابة واحدة مكافئة لشابة مشاركة في ورش التدريب، على أساس الأقرب في المتغيرات الديموجرافية المطلوبة.

4- **تكافؤ المجموعتين:** بما أن عدد أفراد المجموعة الضابطة ضعف عدد أفراد المجموعة التجريبية، فقد تمت مكافأة المجموعتين إحصائيا، عن طريق اختيار عينة عشوائية من أفراد المجموعة الضابطة حجمها (42) فرداً، وباستخدام اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين واختبار مربع كاي، اتضح أن قيمة (ت) وقيم (كاي) المحسوبة غير دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات الستة، وهذا يعني أنهما متكافئتان، وأما المتغير السابع فهو المنطقة وقد تم التحقق منه باختيار شابة من منطقة المتدربة نفسها. ويتضمن الجدول (5) خلاصة نتائج اختبار (ت) بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير العمر الزمني، في حين يتضمن الجدول (6) نتائج اختبار مربع كاي بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات الديموجرافية الأخرى.

الجدول (5) نتائج اختبار (ت) بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير العمر الزمني:

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	الدلالة الإحصائية
تجريبية	42	26.31	4.29	0.615	غير دالة
ضابطة	42	25.76	3.86		

الجدول (6) نتائج اختبار كا² بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات الديموجرافية:

المتغير ومستوياته		المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة	قيمة كا²	الدلالة الإحصائية
مزاولة العمل	تعمل	20	20	0.000	غير دالة
	لا تعمل	22	22		
الحالة الاجتماعية	متزوجة	6	6	0.384	غير دالة
	عزباء	34	35		
	مطلقة	2	1		
	أرملة	- -	- -		
المؤهل الدراسي	ثانوية	26	21	1.256	غير دالة
	جامعة	1	12		

	أخرى	5	8		
مؤهل الأب	يقرأ ويكتب	10	7	2.435	غير دالة
	ابتدائى	18	20		
	إعدادى	4	6		
	ثانوى	4	2		
	جامعة	4	6		
	عليا	2	1		
مؤهل الأم	تقرأ وتكتب	17	16	2.731	غير دالة
	ابتدائى	14	15		
	إعدادى	5	5		
	ثانوى	2	2		
	جامعة	- -	2		
	عليا	4	2		

سادساً: المعالجة الإحصائية للبيانات:

لاختبار صحة الفروض البديلة الثلاثة للدراسة استخدمت الوسائل الإحصائية التالية المتوافرة في الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS وهي:

1- الوسط الحسابي والانحراف المعياري.

2- اختبار مربع كاي.

3- اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين.

4- الأعمدة البيانية لعرض المتوسطات الحسابية.

نتائج الدراسة:

أولاً- عرض النتائج:

لاختبار صحة فروض الدراسة، تم أولاً حساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات الأفراد في الاختبارات العشرة للمجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي، وتم ثانياً استخدام اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين لمعرفة اتجاه الفروق. وفيما يلي عرض لنتائج كل فرض.

نتائج الفرض الأول: لاختبار صحة الفرض الأول للبحث الذي ينص على: "**توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى الثقة ($\alpha \leq 0.05$) في نمو الذات كما تقيسها مجموعة الاختبارات النفسية العشرة لدى الشابات العُمانيات المشاركات في ورشتي التدريب الأولى والثانية (المجموعة التجريبية)، والشابات العُمانيات غير المشاركات (المجموعة الضابطة) لصلحة المجموعة التجريبية**"، تم استخدام اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين، حيث تمت المقارنة بين متوسطات مجموعة الشابات المشاركات، وبين متوسطات مجموعة الشابات غير المشاركات في ورشتي التدريب الأولى والثانية. والجدول (7) يتضمن خلاصة نتائج اختبار "ت".

الجدول (7): خلاصة نتائج اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين لمعرفة أثر المشاركة في ورشتي التدريب الأولى والثانية في تنمية الذات لدى الشابات المشاركات وغير المشاركات:

الاختبارات النفسية	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	الدلالة الإحصائية	الحكم
مركز السيطرة	تجريبية	24	7.50	3.39	1.377	0.175	غير دالة
	ضابطة	24	8.88	3.53			
النرجسية	تجريبية	24	20.42	6.72	1.009	0.318	غير دالة
	ضابطة	24	18.50	6.44			
تأكيد الذات	تجريبية	24	19.38	3.59	1.134	0.263	غير دالة
	ضابطة	24	18.04	4.51			
تنظيم الوقت	تجريبية	24	85.21	10.87	1.062	0.294	غير دالة
	ضابطة	24	82.50	6.17			
الوحدة النفسية	تجريبية	24	34.92	8.38	2.805	0.007	**دالة**
	ضابطة	24	41.83	8.70			
القلق	تجريبية	24	43.17	8.21	2.273	0.028	**دالة**
	ضابطة	24	47.79	5.65			
الذكاء الانفعالي	تجريبية	24	210.21	22.04	1.533	0.132	غير دالة
	ضابطة	24	200.54	21.64			
الذكاء الإقناعي	تجريبية	24	98.25	13.48	2.304	0.026	**دالة**
	ضابطة	24	89.00	14.32			
الحاجة	تجريبية	24	120.00	10.85	2.643	0.011	**دالة**

للمعرفة	ضابطة	24	111.83	10.55			
التوجـــــه نحو الحياة	تجريبية	24	37.96	5.50	0.798	0.429	غير دالة
	ضابطة	24	36.83	4.17			

يتضح من الجدول (7) أن قيم "ت" المحسوبة قد تراوحت بين (0.798) و(2.805)، وعند مقارنتها بقيم "ت" الجدولية، اتضح أن أربع قيم منها دالة إحصائياً عند مستوى الثقة ($\alpha \leq 0.05$) وهي الوحدة النفسية، والقلق، والذكاء الإقناعي، والحاجة للمعرفة، وأن القيم الست الأخرى غير دالة إحصائياً وهي مركز السيطرة، والنرجسية، وتأكيد الذات، وتنظيم الوقت، والذكاء الانفعالي، والتوجه نحو الحياة. وعند الرجوع إلى المتوسطات الحسابية لمعرفة اتجاه الفروق في القيم الدالة إحصائياً اتضح أن متوسط المجموعة التجريبية في الوحدة النفسية والقلق هو: 34.92، 43.17 على التوالي، وأن متوسط المجموعة الضابطة هو: 41.83، 47.79 على التوالي أيضاً، وبما أن انخفاض الدرجة في هذين المقياسين مؤشر ايجابي، فإن انخفاض متوسط المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة يعد نمواً في الذات لدى المشاركات في ورشتي التدريب. وأما بالنسبة للذكاء الإقناعي والحاجة للمعرفة، فإن متوسط المجموعة التجريبية هو: 98.25، 120.00 على التوالي، وأن متوسط المجموعة الضابطة هو: 89.00، 111.83 على التوالي أيضاً، وبما أن الدرجة العالية في هذين المقياسين تشير إلى ارتفاع مستواهما، فإن ارتفاع متوسط المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة يشير إلى نمو الذات لدى المشاركات في ورشتي التدريب.

إن دلالة أربعة جوانب في الذات من أصل عشرة جوانب، يشير إلى حصول تنمية في الذات لدى المشاركات بنسبة 40٪.

نتائج الفرض الثاني: لاختبار صحة الفرض الثاني للبحث الذي ينص على: "**توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى الثقة ($\alpha \leq 0.05$) في نمو الذات كما تقيسها مجموعة الاختبارات النفسية العشرة لدى الشابات العُمانيات المشاركات في الورشة التدريبية الأولى (المجموعة التجريبية)، والشابات العُمانيات غير المشاركات (المجموعة الضابطة) لصلحة المجموعة التجريبية**"، تم استخدام اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين؛ حيث تمت المقارنة بين متوسطات مجموعة الشابات المشاركات، وبين متوسطات مجموعة الشابات غير المشاركات في ورشة التدريب الأولى. والجدول (8) يتضمن خلاصة نتائج اختبار "ت".

الجدول (8): خلاصة نتائج اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين لمعرفة أثر المشاركة في ورشة التدريب الأولى في تنمية الذات لدى الشابات المشاركات وغير المشاركات:

الاختبارات النفسية	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	الدلالة الإحصائية	الحكم
مركز السيطرة	تجريبية	9	9.00	4.83	0.000	1.000	غير دالة
	ضابطة	9	9.00	3.91			
النرجسية	تجريبية	9	19.55	6.82	0.275	0.787	غير دالة
	ضابطة	9	20.44	6.88			
تأكيد الذات	تجريبية	9	18.89	3.52	1.030	0.318	غير دالة
	ضابطة	9	17.22	3.35			
تنظيم الوقت	تجريبية	9	82.44	7.92	0.506	0.620	غير دالة
	ضابطة	9	80.00	12.13			
الوحدة النفسية	تجريبية	9	36.44	6.84	0.185	0.856	غير دالة
	ضابطة	9	37.11	8.37			
القلق	تجريبية	9	44.56	6.06	0.398	0.696	غير دالة
	ضابطة	9	45.67	5.79			
الذكاء الانفعالي	تجريبية	9	187.33	32.62	1.371	0.189	غير دالة
	ضابطة	9	205.11	21.19			
الذكاء الإقناعي	تجريبية	9	97.78	9.64	2.351	0.039	**دالة**
	ضابطة	9	77.56	23.93			
الحاجة للمعرفة	تجريبية	9	113.22	11.23	0.063	0.950	غير دالة
	ضابطة	9	113.67	17.82			
التوجه نحو الحياة	تجريبية	9	36.00	5.38	0.674	0.510	غير دالة
	ضابطة	9	37.44	3.50			

ومن الجدول (8) يتضح أن قيم "ت" المحسوبة قد تراوحت بين (صفر) و(2.351)، وعند مقارنتها بقيم "ت" الجدولية، أتضح أن قيمة "ت" المحسوبة للذكاء الإقناعي دالة إحصائياً عند مستوى الثقة ($\alpha \leq 0.05$)، وأن القيم التسع الأخرى غير دالة إحصائياً. وبعد الرجوع إلى المتوسط الحسابي لمعرفة اتجاه الفروق في الذكاء الإقناعي، أتضح أن الفرق لمصلحة الشابات

المشاركات في ورشة التدريب الأولى، حيث بلغ متوسط المجموعة التجريبية 97.78، ومتوسط المجموعة الضابطة 77.56.

إن دلالة جانب واحد في الذات من أصل عشرة جوانب، يشير إلى حصول تنمية في الذات لدى المشاركات في ورشة التدريب الأولى بنسبة 10٪.

نتائج الفرض الثالث: لاختبار صحة الفرض الثالث للبحث الذي ينص على: "**توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى الثقة ($\alpha \leq 0.05$) في نمو الذات كما تقيسها مجموعة الاختبارات النفسية العشرة لدى الشابات العُمانيات المشاركات في الورشة التدريبية الثانية (المجموعة التجريبية)، والشابات العُمانيات غير المشاركات (المجموعة الضابطة) لصلحة المجموعة التجريبية**"، تم استخدام اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين؛ حيث تمت المقارنة بين متوسطات مجموعة الشابات المشاركات، وبين متوسطات مجموعة الشابات غير المشاركات في ورشة التدريب الثانية. والجدول (9) يتضمن خلاصة نتائج اختبار "ت".

الجدول (9): خلاصة نتائج اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين لمعرفة اثر المشاركة في ورشة التدريب الثانية في تنمية الذات لدى الشابات المشاركات وغير المشاركات:

الاختبارات النفسية	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	الدلالة الإحصائية	الحكم
مركز السيطرة	تجريبية	9	5.78	3.27	2.007	0.062	غير دالة
	ضابطة	9	9.00	3.54			
النرجسية	تجريبية	9	19.56	5.52	0.300	0.768	غير دالة
	ضابطة	9	18.67	6.96			
تأكيد الذات	تجريبية	9	17.11	2.32	0.801	0.435	غير دالة
	ضابطة	9	18.22	3.46			
تنظيم الوقت	تجريبية	9	90.22	7.53	2.431	0.027	**دالة**
	ضابطة	9	82.00	6.80			
الوحدة النفسية	تجريبية	9	36.00	7.43	1.731	0.103	غير دالة
	ضابطة	9	42.78	9.09			
القلق	تجريبية	9	43.00	6.06	1.293	0.214	غير دالة
	ضابطة	9	47.78	9.28			
الذكاء	تجريبية	9	213.44	21.11	2.203	0.043	**دالة**

الانفعالي	ضابطة	9	192.67	18.83			
الذكاء الإقناعي	تجريبية	9	96.00	20.70	1.124	0.278	غير دالة
	ضابطة	9	85.89	17.32			
الحاجة للمعرفة	تجريبية	9	115.89	9.70	1.103	0.286	غير دالة
	ضابطة	9	111.11	8.64			
التوجه نحو الحياة	تجريبية	9	38.78	4.35	3.245	0.005	**دالة**
	ضابطة	9	31.44	5.20			

ومن الجدول (9) يتضح أن قيم "ت" المحسوبة قد تراوحت بين (0.300) و(3.245)، وعند مقارنتها بقيم "ت" الجدولية، اتضح أن قيم "ت" المحسوبة دالة إحصائياً عند مستوى الثقة ($\alpha \leq 0.05$) في ثلاثة جوانب نفسية (وهي: تنظيم الوقت، والذكاء الانفعالي، والتوجه نحو الحياة)، وغير دالة في الجوانب السبعة الأخرى. وعند الرجوع إلى المتوسطات الحسابية لمعرفة اتجاه الفروق في القيم الدالة إحصائياً اتضح أن متوسط المجموعة التجريبية في تنظيم الوقت، والذكاء الانفعالي، والتوجه نحو الحياة هو: 90.22، 213.44، 38.78 على التوالي، وأن متوسط المجموعة الضابطة هو: 82.00، 192.67، 31.44 على التوالي أيضاً، وبما أن ارتفاع الدرجة في هذه المقاييس مؤشر ايجابي، فإن الفرق لمصلحة المجموعة التجريبية (الشابات المشاركات في ورشة التدريب الثانية).

إن دلالة ثلاثة جوانب في الذات من أصل عشرة جوانب، يشير إلى حصول تنمية في الذات لدى المشاركات في ورشة التدريب الثانية بنسبة 30٪.

ثانياً- تفسير النتائج ومناقشتها:

أشارت **نتائج الفرض الأول** للدراسة إلى دلالة أربعة جوانب نفسية في شخصية الشابات المشاركات في ورشتي التدريب، (أي تحقق نمو في الذات بنسبة 40٪)، وعند الرجوع إلى محتوى الورش العشرة المقدمة في الدورتين يمكن تفسير التحسن الحاصل في الجوانب النفسية الأربعة كما يلي:

1. **الشعور بالوحدة النفسية (انخفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد العينة من 41.83 إلى 34.92)**؛ ويمكن إرجاع سبب انخفاضها إلى دور ورشة "مهارات الاتصال واستخدام لغة الجسد"، والى ورشة "التواصل مع الآخرين".

2. **القلق (انخفض مستوى القلق من 47.79 إلى 43.17)**؛ ويمكن إرجاع سبب انخفاضه إلى "التعايش مع الضغوط النفسية"، وإلى "الأهداف الشخصية وأساليب تحقيقها"، وإلى "التكنولوجيا الحديثة: تفعيل استخدامها وأثرها في تنمية الفرد".

3.**الذكاء الإقناعي (ارتفعت درجة الذكاء الإقناعي من 89.00 إلى 98.25)**؛ ويمكن إرجاع سبب نموه إلى ورشة "التأثير ووسائل الإقناع".

4.**الحاجة للمعرفة (ارتفعت درجة إحساس أفراد العينة بالحاجة للمعرفة من 111.83 إلى 120.00)**؛ ويمكن إرجاع سبب ارتفاعها إلى "معرفة الذات من خلال الاختبارات النفسية".

وهكذا نجد أن موضوعات الدورتين قد أسهمتا معاً في نمو الذات لدى الشابات العمانيات؛ حيث شاركت أربعة موضوعات من الدورة الأولى، إلى جانب ثلاثة موضوعات من الدورة الثانية. وهذا يبين أن لهاتين الدورتين إسهامات ملموسة في تنمية الذات لدى الشابات اللاتي شاركن في فعاليات هاتين الدورتين.

وأما **نتيجة الفرض الثاني** فقد أشارت إلى دلالة جانب واحد في شخصية الشابات المشاركات في ورشة التدريب الأولى (أي نمو الذات بنسبة 10٪)، وعند الرجوع إلى محتوى الورش العشر المقدمة في الدورتين، نجد أن نمو الذكاء الإقناعي (ارتفع من 77.56 إلى 97.78) وهذا يمكن إرجاعه إلى تأثير احد موضوعات الدورة الأولى في تنميته، وهذا الموضوع هو "التأثير ووسائل الإقناع".

وأما **نتائج الفرض الثالث** فقد أشارت إلى دلالة ثلاثة جوانب نفسية في شخصية المشاركات في ورشة التدريب الثانية (أي نمو الذات بنسبة 30٪)، وعند الرجوع إلى محتوى الورش العشر في الدورتين، يمكن إرجاع التحسن في الجوانب الثلاثة إلى ما يلي:

1.**تنظيم الوقت (ارتفع مستوى تنظيم الوقت من 82.00 إلى 90.22)** ويمكن إرجاع سبب نموه إلى ورشة "التكنولوجيا الحديثة: تفعيل استخدامها وأثرها في تنمية الفرد".

2.**الذكاء الانفعالي (ارتفع مستوى الذكاء الانفعالي من 192.67 إلى 213.44)** ويمكن إرجاع سبب نموه إلى ورشة "التواصل مع الآخرين"، وإلى ورشة "فن الأتيكيت والتعامل مع الآخرين".

3.**التوجه نحو الحياة (ارتفع مستوى التوجه نحو الحياة من 31.44 إلى 38.78)** ويمكن إرجاع سبب نموه إلى ورشة "معرفة الذات من خلال الاختبارات النفسية"، وإلى ورشة "البرمجة اللغوية العصبية".

إن نتائج الفروض الثلاثة تشير إلى تحقيق نمو في الذات لدى الشابات العمانيات، ولكن هذا النمو كان متفاوتا ويختلف باختلاف مشاركة الشابات في الدورات التدريبية، وعدد الدورات التدريبية التي شاركن فيها، ونوعها. وعلى الرغم من هذا التحسن والفائدة المتحققة من ورش التدريب المنفذة، إلا أن نسبة التحقق لا ترقى إلى مستوى الطموح المستهدف، ولعل أسباب ذلك كما تشير الدراسات والأدبيات المتعلقة بالموضوع عديدة، بعضها يتعلق بالمشاركات، وبعضها يتعلق بورش التدريب وما يتصل بها من جوانب بيئية وتنظيمية وإمكانات؛ وقد أكدت نتائج دراسة

جاكا وزملائه (Jacka, et al., 1999) على أن فاعلية التدريب تتأثر بمعتقدات المتدرب عن فاعليته الذاتية self-efficacy وثقته بنفسه self-confidence، فالمتدرب الذي لديه اعتقاد قوي بفاعليته الذاتية ولديه ثقة عالية بنفسه تزداد درجة استفادته من التدريب والعكس من ذلك صحيح. وأشارت نتائج دراسة تروكزاده وزملائه (Trokzadeh, et al., 1999) إلى أن لاتجاهات المتدرب نحو التدريب دوراً مهماً في تحقيق أهداف التدريب، فالذي لديه اتجاهات إيجابية نحو التدريب يكون أكثر استفادة من التدريب بوجه عام. كما توصلت دراسة براون (Brown, 2000) إلى أن درجة اتساق أهداف التدريب مع أهداف المتدرب لها اثر كبير في فاعلية التدريب، وهذه النتيجة تتفق إلى حد ما مع ما أكده روجرز (Rogers, 2004) على أن هناك ثلاثة أشياء أساسية على الفرد القيام بها لكي يحقق نجاحاً في تنمية ذاته، وهذه الأشياء تمثل ثلاثة شروط ضرورية، وبدونها لا يستطيع الفرد تنمية ذاته تنمية كاملة، ويمكن أن يسعى إلى تحقيقها، وهي:

1.الرغبة التي تؤدي دوراً مهماً في تنمية الذات؛ لأنها تستثير وتنشط الذات، فالرغبة تشبه الرياح التي تحرك السفينة.

2.الإرادة القوية التي تساعد الفرد على السعي لتنمية ذاته وتحقيق أهدافه.

3.الذكاء الذي يمثل القوة التي تشبع الرغبة ويقود إلى تحقيقها، وهذا الذكاء يدار بواسطة الإرادة.

وعليه فإنه ينبغي على الشابات العُمانيات أن يقدمن على أنواع الدراسة أو العمل الذي تشبع رغباتهن، وأن تكون لديهن الإرادة والقدرة لتحقيق ذواتهن وتنميتها وتكاملها. كما يتعين على المؤسسات التعليمية والمهنية أن تهتم بإعداد البرامج التي تستثير دافعية الشابات وتشبع رغباتهن، وتمكنهن من إتباع الأساليب الصحيحة التي تحقق أهدافهن وتنمي ذواتهن، وهذه البرامج لابد وأن تركز على تنمية بعض الخصائص الشخصية الأساسية للشابات، مثل الثقة بالنفس، وفاعلية الذات، كما تساعد الشابات على توظيف قدراتهن العقلية التوظيف الصحيح، وتقوي لديهن الإرادة لتنمية الذات.

إن الاستنتاج المهم الذي يمكن الخروج به من هذه الدراسة هو أن عدد الدورات له دور إيجابي في نمو الذات، فتأثير دورتين أفضل من تأثير دورة واحدة، وبنفس المنطق يمكن الاستنتاج أن تأثير ثلاث دورات أفضل من دورتين وهكذا؛ وهذا يشير إلى ضرورة استمرار الوزارة ببرامجها التدريبية، وجعلها جزءاً لا يتجزأ من خططها الإستراتيجية القصيرة والطويلة الأمد. وكذلك فإن موضوعات الدورة ترتبط إلى حد كبير بنوع النمو الحاصل في الذات، فما حصل من نمو يرجع جزء كبير منه إلى ما تم تقديمه من موضوعات، وهذه النتيجة تؤكد قضية دراسة الاحتياجات التدريبية قبل تخطيط الدورة وتنفيذها. فضلاً عن ذلك، فإن قصر مدة الدورة ربما كان سبباً وراء انخفاض نسبة النمو في الذات لدى الشابات المشاركات،

ففي بعض الدراسات السابقة كانت مدة الدورة تتراوح بين شهر وثلاثة أشهر، وعليه فإنه يستحسن في الدورات القادمة زيادة مدة الدورة لزيادة فعاليتها وتأثيرها.

ثالثاً- التوصيات والمقترحات:

في ضوء نتائج الدراسة **نقدم التوصيات** الآتية:

1.استمرار وزارة التنمية الاجتماعية بتنظيم دورات تدريبية مكثفة؛ لما لها من تأثير وأهمية في نمو الذات لدى الشابات العمانيات. وذلك وفقا لجدول زمني سنوي معلن.

2.ضرورة تحديد الاحتياجات التدريبية قبل إجراء الدورة، لأهميته في تهيئة المشاركات لموضوعات الدورة، والتفاعل الإيجابي أثناءها.

3.إعداد برامج تدريبية تتضمن ورش عمل في موضوعات أكثر ارتباطاً بتنمية الذات لدى الشابات العمانيات.

هذا واستكمالاً للدراسة الحالية، نقترح إجراء الدراسات الآتية:

1.تطوير التصميم التجريبي المستخدم في مثل هذه الموضوعات بحيث يكون تصميم تجريبي وليس شبه تجريبي، من خلال إضافة الاختبار القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة.

2. دراسة أثر نوعية التدريب، ومدته في نمو الذات لدى المشاركين.

3. دراسة أولويات التدريب، ومجالاته من وجهة نظر المشاركات.

4. تطوير برامج إثرائية لتنمية جوانب الذات لدى الشابات العمانيات، ودراسة فعاليتها في تحقيق نمو أفضل لذواتهن.

المراجع:

أولاً-المراجع العربية:

- أبو ناهية، صلاح الدين (1988). **مقياس الحاجة للمعرفة (كراسة التعليمات وكراسة الأسئلة**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الأشهب، جواهر عبد المجيد (1988). **فاعلية برنامج تدريبي في توكيد الذات في الجماعات**. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الأردنية.
- الأنصاري، بدر محمد (2001). **مقاييس الشخصية: تقنين على المجتمع الكويتي**. الكويت: دار الكتاب الحديث.
- البحيري، عبد الرقيب أحمد (1985أ). **استبيان الشخصية النرجسية (كراسة الأسئلة والتعليمات)**. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

■ البحيري، عبد الرقيب أحمد (1985ب). **مقياس الشعور بالوحدة (كراسة الأسئلة وكراسة التعليمات).** القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

■ البحيري، عبدالرقيب أحمد، وعبد الله، جابر محمد (2005). المناهج الكمية ومفهوم الذات لدى الأطفال ذوي العسر القرائي والعاديين. **المجلة المصرية للدراسات النفسية،** 15، (47)، 1 – 103.

■ الراسبي، زهرة ناصر محمد (1999). **إدارة الوقت لدى مديرات المدارس الثانوية بسلطنة عمان.** رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.

■ راي، لسيلي (2001). **كيفية قياس فاعلية التدريب.** ترجمة: حمزة، حمزة سر الختم، الرياض: معهد الإدارة العامة.

■ رزق، محمد عبد السميع (2003). مدى فاعلية برنامج التنوير الانفعالي في تنمية الذكاء الانفعالي للطلاب والطالبات بكلية التربية بالطائف- جامعة أم القرى. **مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية، 15** (2)، 61- 131.

■ زهران، حامد عبد السلام (1977). **الصحة النفسية (ط 3).** القاهرة: عالم الكتب.

■ الزيادي، عادل رمضان (1993). **تدريب الموارد البشرية.** القاهرة: مكتبة عين شمس.

■ شيالديني، روبرت (1988). **التأثير: وسائل الإقناع.** ترجمة: جلال، سعد. القاهرة: دار الفكر العربي.

■ الطيب، محمد عبد الظاهر (1981). **اختبار تأكيد الذات (كراسة الأسئلة وكراسة التعليمات).** القاهرة: دار المعارف.

■عبد الرحيم، عبد الرحيم بخيت (1997). قلق الامتحانات في علاقته بالإنجاز العقلي والأكاديمي لدى الطالبات الجامعيات. **مجلة كلية التربية- جامعة الملك فيصل، 3** (1)، 221- 266.

■ عثمان، فاروق السيد؛ ورزق، محمد عبد السميع (2001). الذكاء الانفعالي: مفهومه وقياسه. **مجلة علم النفس، 58**، 32- 50.

■ عطيفة، حمدي أبو الفتوح (1996). **منهجية البحث العلمي وتطبيقاتها في الدراسات التربوية والنفسية.** القاهرة: دار النشر للجامعات.

■ عكاشة، أحمد (1989). **الطب النفسي المعاصر (ط 8).** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

■ الفضالة، فهد يوسف (2003). **أثر التدريب في سلوك الموظفين كما يراه رؤساء العمل: دراسة ميدانية مقارنة بين الجهات الحكومية والجهات الخاصة بدولة الكويت.** حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية، الرسالة 203، الحولية 24، الكويت: مجلس النشر العلمي.

■ الفضالة، فهد يوسف (2005). **تحديد الاحتياجات التدريبية ودورها في تخطيط المسار الوظيفي والتدريبي في المؤسسات الحكومية بدولة الكويت**. حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية، الرسالة 238، الحولية 26، الكويت: مجلس النشر العلمي.

■ القطان، سامية (1979). **كيف تقوم بالدراسة الاكلينيكية**. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

■ كاظم، أمينة محمد (1985). **قائمة حالة – سمة القلق (كراسة الأسئلة وكراسة التعليمات)**. الكويت: دار القلم.

■ كفافي، علاء الدين (1982). **مقياس وجهة الضبط (كراسة الأسئلة وكراسة التعليمات)**. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

■ مخيمر، عماد محمد أحمد إبراهيم (2003). الرفض الوالدي ورفض الأقران والشعور بالوحدة النفسية في المراهقة. **مجلة دراسات نفسية**، 13، 59 – 105.

■ مسمار، إيناس بشير (1993). **أثر برنامج إرشاد جمعي تدريبي في تنظيم الوقت على مهارة تنظيم الوقت والتحصيل لدى طالبات الأول الثانوي في مديرية عمان الثانية**. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الأردنية.

■ ميلز، هاري (2004). **فن الإقناع: كيف تسترعي انتباه الآخرين وتغير آراءهم وتؤثر عليهم (ط4)**. الرياض: مكتبة جرير.

■ هلال، محمد عبد الغني حسن (2001). **التدريب: الأسس والمبادئ**. القاهرة: مركز تطوير الأداء والتنمية.

■ هول، ك، ولندزي، ج (1971). **نظريات الشخصية**. ترجمة: فرج، فرج أحمد وآخرون. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب والتأليف.

ثانياً- المراجع الأجنبية:

■ Brown, K. G. (2000). Individual Differences in choice during learning: The influence of learner goals and attitudes in Web-based training. **Dissertation Abstract International, B, 60** (7), 3603.

■ Chandler, H. M., Alexander, C. N., & Heaton, D. P. (2005). The Transcendental Meditation Program and Post-conventional self-development: A 10-years longitudinal study. **Journal of Social Behavior and Personality,** 17, 93-121.

■ Drever, J. (1975). **A Dictionary of Psychology**. London: Penfuin Books.

- Fenwick, T. (1998). Women Composing Selves, Seeking Authentic. Women's Development in the work place. **The International Journal of Lifelong Education. 17** (1), 199 – 217.

- Frances, A., & First, M. (1998). **Your Mental Health**. New York: Scribner.

- Gage, N., & Berliner, D. (1998). **Educational Psychology**. New York: Houghton Mifflin Company.

- Hand, H. H., & Solcum, J. W. (1972). The longitudinal study to the effects of human relations training program. **Journal of Applied Psychology, 56** (5), 412-417.

- Jacka, D., & et al., (1999). Attitudes and practices of general practitioners training to work with drug-using patients. **Drug and Alcohol Review, 18** (3), 287-291.

- Rogers, L. (2004). **Self Development and the way to power**. E-text Prepared by Joliet Sutherland, Keith M. Echsrich and the online Distributed proofreading Team. Htt:--www.blackmask.com

- Silvestri, L., & Dantonio, M. (1996). The effects of a self development program and relaxation- imagery training on the anxiety levels of at-risk fourth grade students. **Journal of Instructional Psychology, 23** (2), 167-173.

- Smith, P. J. (2001). The emotional competence training program. Retrieved 10-6-06, http:--www.consortum.org-model_programs -emotional.

- Trokzadeh, R., & et al., (1999). Computer self-efficacy, training effectiveness and user attitudes: An empirical study. **Behavior and Information Technology, 18** (4), 299-309.

- Waksman, S. (1984). Assertion training with adolescents. **Adolescence**, 73, 123-130.

فاعلية ممارسة الفن التشكيلي في خفض بعض اضطرابات السلوك لدى ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتدريب

د.كمال عبد الرحمن محمد فرج
أستاذ مساعد – قسم التربية الخاصة
جامعة تبوك

ملخص الدراسة باللغة العربية :

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج بالفن التشكيلي في خفض بعض اضطرابات السلوك التي تصاحب الإعاقة العقلية المتوسطة مثل السلوك العدواني والسلوك الانسحابى والميل إلى النشاط الزائد وسلوك إيذاء الذات ،وتكونت عينة الدراسة من 24 تلميذاً وتلميذة في المرحلة العمرية من5- 7 بمتوسط عمر 6سنوات وشهر وانحراف معياري قدره 11 شهراً ، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين المجموعة الضابطة 12 تلميذا وتلميذة والمجموعة التجريبية 12 تلميذا وتلميذة من ذوى الإعاقة العقلية القابلين للتدريب بالجمعية المصرية للتنمية الإنسانية بسوهاج ،واستخدم الباحث من أدوات الدراسة مقياس السلوك اللاتكيفي اعداد هنادى القحطانى 1985 ومقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الخامسة من إعداد محمود أبو النيل وآخرون 2011 ،بالإضافة إلى برنامج ممارسة الفن التشكيلي من إعداد الباحث يعتمد على ممارسة الفن التشكيلي من خلال المواد والخامات المتاحة في البيئة المحلية ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في السلوك اللاتكيفى قبل البرنامج حيث بلغت قيمة 1.23 z وهى غير دالة فى حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في السلوك اللاتكيفى بعد البرنامج حيث بلغت قيمة 6.28 z وهى دالة عند مستوى 0.01

2- توجد فروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية في السلوك العدواني بعد ممارسة البرنامج، حيث بلغت قيمة 4.115 z وكانت دالة عند مستوى 0.01 لصالح المجموعة التجريبية .

3- توجد فروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية في السلوك الانسحابي بعد ممارسة البرنامج ،حيث بلغت قيمة 4.09 z وهى دالة عند مستوى 0.01لصالح المجموعة التجريبية.

4- توجد فروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية في الميل للنشاط الزائد بعد ممارسة البرنامج ،حيث بلغت قيمة z 3.71 وهى دالة عند مستوى 0.01لصالح المجموعة التجريبية.

5- توجد فروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية في سلوك إيذاء الذات بعد ممارسة البرنامج ،حيث بلغت قيمة z 4.10 وهى دالة عند مستوى 0.01لصالح المجموعة التجريبية.

6- لا توجد فروق بين المجموعة بعد البرنامج والتجريبية بعد فترة المتابعة فى السلوك اللاتكيفى ،حيث بلغت قيمة z 1.09 وهى قيمة غير دالة مما يوضح استمرار فاعلية وامتداد أثربرنامج ممارسة الفن التشكيلى فى خفض اضطرابات السلوك لدى ذوى الاعاقة العقلية القابلين للتدريب.

Abstract:

The survey aims at studying how effective the therapy using plastic art in reducing some behavioural disorders which accompany mental retardation is. A sample of 24 students (males and females) aged from 5 years to 7 years has been formed and they have been divided into two groups: the organizing group (12 students) and the experimental group (12 students) who are mentally handicapped and who are under training in the Egyptian Society for Human Development in Sohag.

The researcher has used Non-adaptive Behaviour Scale (Hanady El-Kathany-2012) and Stanford Binet Scale (the 5th edition by Mahmoud Abo-El-Nile and others-2011). The researcher has also prepared Plastic Art Practising Program which is based on practising plastic art through using the available materials which are in the local environment.

The researcher has reached the following outcomes:

1-There are no statistical evidences between the organizing group and the experimental group in the non-adaptive behaviour as the value of (Z) is 1.23 and this value is worthless,There are statistical differences between the organizing group and the experimental group in the non-adaptive behaviour as the value of (Z) is 6.28 (level 0.01)

2-There are differences among the experimental group in the aggressive behaviour before and after practising the programme as the value of (Z) is 4.11 (level 0.01 for the experimental group

3- There are differences among the experimental group in the withdrawal behaviour before and after practising the programme as the value of (Z) is 4.09 (level 0.01 for the experimental group

4- There are differences among the experimental group in the hyperactivity before and after practising the programme as the value of (Z) is 3.71 (level 0.01 for the experimental group).

5- There are differences among the experimental group in the fatal self-harm behaviour before and after practising the programme as the value of (Z) is 4.10 (level 0.01 for the experimental group).

6-There are not any differences among the experimental group in the non-adaptive behaviour after participation in the programme and after the follow-up as the value of (Z) is 1.09 and this value is worthless

أولاً: الإطار النظري والدراسات السابقة:

يعد الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة،وبذوي الإعاقات الشديدة بصفة خاصة من أبسط حقوق الإنسان طبقاً للاتفاقيات الدولية، والتزام الدول بتوفيرها لحماية الأطفال ذوي الإعاقة والتي يجب على الباحثين قبل المجتمع الالتزام بها من خلال تقديم برامج التأهيل المبكر في شتى مجالات الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية والتربوية التي تتناسب مع كل إعاقة من حيث نوعها وشدتها والمشكلات التي تترتب عليها،ومن هذا المنطلق اتجه البحث إلي الاهتمام بفئة ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة(القابلين للتدريب) في محاولة للتأهيل والتدخل المبكر حيث يرى الباحث أن تلك الفئة تعاني من نقص الاهتمام بها نظراً ؛ لأن تلك الفئة لا تتوفر بالمدارس ويصعب الحصول على عينات منها للدراسة ،ومازال الاهتمام بها قليل بالمقارنة بفئة القابلين للتعلم التي حظيت بقدر من الاهتمام من حيث برامج التدخل والدراسات الوصفية في مصر والعالم العربي.

ويحتاج الأطفال ذووا الاحتياجات الخاصة إلى قدر كبير من الرعاية بشتى جوانبها سواء أكانت هذه الرعاية صحية أم نفسية أم اجتماعية أم تأهيلية، ويُفضَّل أن تبدأ هذه الرعاية مبكراً؛ وذلك حتى يتخفف الأطفال ذووا الاحتياجات الخاصة من المضاعفات والمشكلات التي تترتب عن إعاقتهم والتي تتراكم آثارها مع زيادة عمر الطفل، بالإضافة إلى ذلك فإن تأخر تقديم هذه الرعاية بكافة أشكالها تصبح عديمة الفائدة، لأنها لم تُقدَّم لهم خلال الفترة الحرجة لنموهم النفسي بشكل عام. (ليلى كرم الدين، 1991، 23).

وتماشياً مع التحول التربوي والاجتماعي والثقافي الذي شهدته مصر خلال النصف الأخير من القرن العشرين، كان لا بد من التوسع في الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة وتقديم الخدمات اللازمة لتعليم هذه الفئات وتقديم الرعاية الصحية والتربوية والنفسية لهم، وازداد الاهتمام بفئة الإعاقة العقلية ،ولكن مازالت الحاجة إلى تقديم برامج علاجية وإرشادية لتلك الفئة تساهم فى الارتقاء بسلوكهم وتصحيح مسار النمو لديهم (كمال عبدالرحمن، 2012، 46)

وتؤكد إيدت دي شارا Dechiara, E. 1990 وهي معالجة بالفن أنه يمكننا القول : أن دور الفن كمدخل علاجي في تناول حالات غير العاديين يتلخص في تطويع مناشطه المختلفة وأدواته كمعينات نفسية وتربوية تمد الشخص غير العادي بأساليب ومخارج لحل مشكلاته اليومية وتيسر له سبل الاتصال بالآخرين ؛ حيث أنها وسيلة اتصال غير لفظية تساعد على التنفيس دون وجود رقيب. (Dechara, E. 1990: 22-28)

وترى الجمعية الأمريكية للعلاج بالفن (American Art Therapy Association AATA 2007)أن العلاج بالفن يشبه كثيراً باقي حصص التربية الفنية، وهناك اختلافات بينهما، وهى أنه فى العلاج بالفن تكون عملية الممارسة أهم من العمل الفنى نفسه، ولا يهدف العلاج بالفن لإنتاج فن جميل أو بناء الموهبة ولكن العلاج بالفن هو لمساعدة الفرد فى الشعور الجيد تجاه نفسه ومساعدته للتواصل مع الآخرين، ومساندته لأخذ مسئولية حياته،أما التربية الفنية فهدفها تنمية الابتكار

ويمكن القول: أن العلاج بالفن خدمة خاصة للفرد وهي التي تدعم استمرار التعلم وتحقيق الصحة النفسية، وأن العمل بالعلاج بالفن يعتمد على معلومات عن نمو الإنسان، ومعلومات عن النظريات النفسية والتى هي إلمام بكل أنواع العلاج والتقييم، وهذا يشمل النواحي التعليمية والشخصية والنفس حركية والمعرفية ،وأيضا معلومات كافية عن بعض وسائل العلاج مثل إعادة إرشاد الصراعات الانفعالية، وزيادة الوعى بالذات، ونمو المهارات الاجتماعية والتحكم السلوكى، وحل المشكلات، وتوقف القلق، والتعبير عن الأفكار الواقعية، وزيادة تقدير الذات. (كمال عبدالرحمن، 2012عايدة عبدالحميد، 1991 آرنست فيشر، 1998)

ويضع مستخدمو الفن- كأسلوب علاجي- قدراً كبيراً من الأهمية على عملية التخيلات على أساس أنها نوع من التفكير القبل لفظي حيث يأخذ التفكير صورة تخيلات، فالتخيلات تلعب دوراً كبيراً في تشكيل الشخصية المبكرة وهي عنصر أساسي للظاهرة اللاشعورية، ففي العلاج بالفن تخييل للخبرات والأحلام يجعلها تأخذ صورة تخيلية بدلاً من أن تترجم إلى كلمات في العلاج اللفظي البحت، ويرتبط بأهمية التخيلات في العلاج بالفن صفة الدفاعات المتناقصة Decreased defens، فالفن وسيلة اتصال غير مألوفة وأقل قابلية للضبط والتحكم حيث أن هناك أشياء غير متوقعة يمكن أن تبرز وتظهر في العمل الفني دون قصد مبدعها، والشخص يرتبط بالعمل الفني المنتج أكثر من ارتباطه بالذات ،ويتوحد معه ويدرك انفعاله واضطرابه الخاص وبذلك لا يمثل التعبير الفني جسداً فالفرد ينفصل عن مشاعره لكنه يدرك بقاءها حيث تصبح المشاعر جزءاً من الذات. (Hrrite, W. ,1980, 10).

فالعلاج بالفن يقوم بتطويع الأنشطة الفنية الخطية والتشكيلية وتوظيفها بأسلوب منظم ومخطط لتحقيق أغراض تشخيصية وعلاجية وتنموية ونفسية عن طريق استخدام الوسائط الفنية الممكنة في أنشطة فردية أو جماعية مقيدة أوحرة وذلك وفقاً لأهداف الخطة العلاجية وتطور مراحلها، وأغراض كل من المعالج وحاجات العميل ذاته. (Rainey PerrY,1999 ؛عبد المطلب القريطي، 1995 ، 240).

كما أشارت إيدث كرامر Kramer, E. .1973 المعالجة بالفن إلى أن مستخدمي أسلوب العلاج بالفن يركزون على العلاقة القوية بين المعاني والأبعاد اللاشعورية للرسوم والأشكال، وبين الرموز المتضمنة في التعبير الفني. والعلاج النفسي –في رأيها- قائم على قاعدة أساسية عريضة في استخدام الفن كأسلوب تشخيصي وعلاجي وهي قبول الاستجابات والنواتج الإبداعية والفنية- بصرف النظر عن مسألة الجودة الفنية. (كمال عبدالرحمن، 2012، 45)

وذكرت **أليس وكسلر(Wexler, Alice 2002 : 339-353)** أن العلاج التعبيري بالرسم يعتبر بديل للتعلم، والبرامج من هذا النوع تصف الصعوبات التى تواجه المعالج بالفن فى دوره كمدرس للتربية الفنية، وعندما نجد مشكلة معينة مثل تدريس التوافق الاجتماعي، أو التحكم فى الاندفاع، أو التعلم الأكاديمى فالإجابة هى العمل المتقدم للمواجهة بين التعليم والعلاج بالفن، ولكي نعد بناء مؤثرا للتربية الخاصة، لابد أن يذهب المدرس أو المعالج حيثما يجد الفرد المعاق فعالا حتى تتسع مدارك ذلك الفرد، وهناك نماذج ناجحة لعمل المعالج بالفن ومدرس التربية الفنية وهما فيكتور لونفيلد وإديث كرامير.

ويفضل بعض المعالجين بالفن استخدام النماذج الحيوانية عند علاج الاطفال حيث يعتقدون - حسب نظريات التحليل النفسي- أنه من السهل على الطفل تقمص الحيوانات أكثر من تقمص كائنات أو أشكال إنسانية، وهذا الافتراض يقوم على أساس أن علاقات الطفل الوجدانية بالحيوانات أيسر على الفهم من علاقاته بالكائنات الإنسانية ،وأن الحيوانات عادة أصغر حجماً من الكبار من الناس، كما تلعب دوراً أساسياً فى مخاوف الأطفال وهى موضوعات يتقمصها الطفل فى أحلامه كما تعتبر على المستوى الشعوري أصدقاء للطفل، هذا بالإضافة إلى أنه من اليسير على الطفل من الناحية الفنية لأي اختبار إسقاطي أن يعزو مشاعر العدوان والاشمئزاز إلى الحيوان فمن الأيسر على الطفل أن يسقط العدوان وعواطف الكراهية على الأسد من أن يسقطها على صورة الأب الإنساني، كما أنه من الأسهل بالنسبة له أن يعزو رغباته غير المقبولة إلى الأشكال الحيوانية التى يتقمصها من أن يعزوها إلى كائنات بشرية .(لويس كامل، 1998، 67)

والاستعمال الشائع للحيوانات - كموضوعات للتقمص عند الذهانيين وفى الثقافات البدائية- يقوي الاتجاه إلى جعل الحيوانات مثيرات ذات قيمة كبيرة بالنسبة للأطفال، هذا بالإضافة إلى أن نتائج الدراسات التى استخدم فيها إختبار روشاخ والتى أوضحت – على أساس تجريبي- أن نسبة عالية من استجابات الأطفال هى استجابات حيوانية على حين أن نصيب الاستجابات الإنسانية فى تقاريرهم يكاد يكون ضئيلاً بالقياس إلى استجاباتهم الحيوانية، وهذه الاعتبارات النظرية أيدتها التجربة التى قام بها بيلز Bills على 48 طفلا من

أطفال المدارس واستخدم فيها اختبار التات و10 صور لحيوانات تقوم بألوان مختلفة من النشاط، وقد أوضحت التجربة أن جميع الأطفال تقريباً كانت قصصهم أطول بشكل ملحوظ حين استخدمت صور الحيوانات كمثيرات وأنهم كانوا يقومون بهذا العمل بسهولة ويسر ويعتقد بلم وهنت Blum and Hunt أن الأشكال الحيوانية أفضل من الإنسانية بالنسبة لصغار الأطفال ؛ لأن الأشكال الإنسانية قد تمثل أشكالاً وثيقة الصلة بالمنزل كما أن إستعمال الأشكال الحيوانية قد تؤدي إلى التغلب على المقاومة التي تظهر حين تعرض على الطفل أشكالاً إنسانية، وقد أيد " ربابورت وبندر" هذه الفكرة على أساس الخبرة الإكلينيكية لكليهما. (هناء يحى أبو شهبه، 2004، 110- 111)

وترى الجمعية الأمريكية للعلاج بالفن(**AATA, 2004**) أن أهداف العلاج بالفن تختلف تبعاً لاحتياجات الأفراد والتى يحددها المعالج بالفن،وهذه بعض الأهداف :

1- تغيير مكان التحكم من الخارج إلى الداخل (تحكم الشخص فى ذاته) .
2- تحسين صورة الذات وتقدير الذات .
3- تغيير الهوية من شخص معاق إلى فنان مبدع .
4- التشجيع على صنع القرار والاستقلالية .
5- المساعدة فى تأسيس أو تثبيت روح الهوية .
6- الحد من العزلة الاجتماعية .
7- تحسين التواصل والمهارات الاجتماعية.
8- تحسين التآزر الحركى والمهارة اليدوية .
9- تحسين التنبيه العقلى من خلال: حل المشكلات والذاكرة البصرية، والتركيز، والتخيل.

وهكذا تكمن وظيفة المعالج بالفن في توظيف الاستعدادات والخبرات الإبداعية لدى المضطربين للتعبير عن الصراعات الداخلية والتناقضات من خلال عملية التحويل ونجاح الفرد في إسقاط مشاعره وصراعاته من خلال ممارسة الفن يؤدي إلى علاجه ،وبالتالي إلى الاعتداد بذاته والشعور بالتكافؤ والتوافق على المستوى النفسي والاجتماعي، وكذلك تحدث التغذية المرتدة Feedback والتدعيم Reinforcement من خلال اللذة والمتعة التي يجدها ويلاقيها الفرد أثناء ممارسة الفن، ويؤدي كل ذلك إلى تكوين نمط في الحياة واتجاه نحو المشكلات الحياتية، فالنجاح في العمل الفني يمكن اتخاذه كمدعم لإحداث السلوك التوافقي في المستقبل Dechara, E. : 1990 & Olman, E. 1974 & Lowenfeld, Ri. 1984؛ محمود البسيوني،1990، عايدة عبد الحميد: 1990، مصطفى عبد العزيز، 1994

أهداف التأهيل والعلاج بالفن التشكيلى :

1. الحد من تدهور النواحى المعرفية لدى الشخص ذي الإعاقة عن طريق الدعم المعرفي بالفن التشكيلى.

2. تحسين وتفعيل القدرات العقلية والنفسية والاجتماعية والحركية عن طريق تنشيط العمليات العقلية والحركية المعتمدة على التفاعل مع الانشطة الفنية وممارستها بشكل مناسب.

3. يساهم الفن في الكشف عن القدرات الكامنة بداخل الشخص المصاب أو ذي الاعاقة.

4. تقوية علاقة العميل الذاتية مع نفسه ومع الاخرين وتقويم حالته الراهنة والخروج من العزلة

5. تساعد ممارسة الفنون الفئات المستهدفة على التأقلم الإيجابي مع أثار الإعاقة أو الإصابة (ميسون عودة، 2011، 128- 129) .

ويستعرض البحث فى هذا المحور بعض الدراسات التى استهدفت خفض اضطرابات السلوك وتعديل السلوك لدى ذوي الإعاقة العقلية مع التركيز على الدراسات التى اعتمدت على توظيف الفن في علاج مشكلات الأشخاص ذوي الإعاقة ومنها:

- دراسة (فيوليت ابراهيم، ميلاد متى، نهى صلاح ، 2011) والتي هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج قائم على التعبير الفني المجسم لقصص الأطفال فى تخفيف سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، تكونت عينة الدراسة من (20) طفلا وطفلة من الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم بمدرسة الفردوس للتربية الفكرية ممن تتراوح أعمارهم بين (9- 12) سنة ونسبة ذكائهم ما بين(50- 70) درجة على اختبار ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين قوام كل مجموعة (10) أطفال متجانسين من حيث نسبة الذكاء والعمر الزمني والمستوى الاجتماعي الاقتصادى وايذاء الذات، طُبق عليهم مقياس تشخيص سلوك ايذاء الذات لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم (اعداد الباحثة) ،و مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي اعداد (عبد العزيز السيد الشخص، 2006) ،و برنامج التعبير الفني المجسم لقصص الأطفال (اعداد الباحثة) وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين أطفال المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس تشخيص سلوك ايذاء الذات قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح أطفال المجموعة التجريبية.

- أما دراسة (أسماء سعيد عبد العزيز، 2010)فهدفت إلى اختبار فاعلية برنامج قائم على الأنشطة الفنية المتعددة فى خفض السلوك العدواني لدى عينة من أطفال الروضة المعاقين عقلياً، تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (100) طفل معاق عقلياً من أطفال (فصول التهيئة) بينما تكونت عينة الدراسة الأساسية من (50) طفلاً من أطفال الروضة المعاقين عقلياً

القابلين للتعلم من الجنسين بواقع (30 ذكور، 20 إناث) مقسمين إلى مجموعتين متساويتين تجريبية وضابطة مرتفعى السلوك العدوانى، طبقت الباحثة عليهم مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي إعداد عبد العزيز الشخص(2006) ،و مقياس السلوك العدوانى للمعاقين عقلياً ومقياس المستوى الاجتماعى إعداد رأفت خطاب (2001)، وبرنامج الأنشطة الفنية المتعددة إعداد الباحثة، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية فى القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوك العدوانى للأطفال المعاقين عقلياً، كما أسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية فى القياسين البعدي والتتبعي في مقياس السلوك العدواني للأطفال المعاقين عقلياً .

- كما تناولت دراسة (سحر كمال الدين فهمي ،2008)تعديل بعض أنواع السلوك غير الاجتماعي عن طريق أنشطة التربية الفنية وذلك عن طريق مساعدة الطفل المعاق عقلياً على التعاون مع الآخرين وخفض السلوك العدوانى والنشاط الزائد، وخفض حدة الاضطرابات المزاجية كالحزن والغضب، وجذب انتباه الطفل المعاق عقليا وتنمية ثقته بنفسه من خلال الأنشطة الفنية، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (30) طفلا وطفلة من المعاقين عقليا القابلين للتعلم ممن تتراوح أعمارهم ما بين (10- 12) سنة ونسبة ذكائهم ما بين (50- 75)، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية أنشطة التربية الفنية فى تعديل بعض مظاهر السلوك غير الاجتماعي (التعاون، العدائية، الثقة بالذات، السلوك الاكتئابى، النشاط الزائد، درجة الانتباه) لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

كما أجرى (فكري لطيف متولى ،2005) دراسة هدفت إلى تحسين بعض السلوكيات اللاتوافقية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية القابلين للتعلم باستخدام مسرح العرائس المتحركة، وتكونت عينة الدراسة من (20) طفلا وطفلة (5) ذكور مجموعة تجريبية، (5) إناث مجموعة تجريبية، (5) ذكور مجموعة ضابطة، (5) إناث مجموعة ضابطة، تراوحت نسب ذكاء عينة الدراسة ما بين (55- 65) تبعا لمقياس ستانفورد بينيه، كما تراوحت أعمارهم ما بين (13- 15) سنة، طبق الباحث عليهم مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة ،و مقياس السلوك التوافقي الصورة الرابعة (إعداد صفوت فرج وناهد رمزى 2001)، استمارة مقياس السلوك الاجتماعي إعداد (حمدان فضه 1997) ،و الأدوات الخاصة لتحسين السلوك 1- مسرحيات خاصة بتحسين السلوك 2- عرائس قفازية، وأشارت نتائج الدراسة إلى : دلالة العرائس المتحركة فى تحسين السلوكيات التالية (السلوك التدميري، السلوك المضاد للمجتمع، المتمرد، غير المؤتمن، الميل للنشاط الزائد، أصوات غير مقبولة، سلوك ايذاء

الذات)، كما أثبتت نتائج الدراسة أن سلوكيات أخرى غير دالة (الانسحاب، السلوك النمطي، الاضطرابات النفسية).

فى حين تناولت دراسة (ميلاد ابراهيم متى،2004) التي هدفت إلى تنمية مهارات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم اللازمة للتعبير الفني من خلال الفنون الحديثة، تكونت عينة الدراسة من(20) طفلا وطفلة من الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم ممن تتراوح نسبة ذكائهم ما بين (50- 70) والعمر الزمني ما بين (9- 14) سنة، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى نمو قدرة الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم على التعبير الفني بالاستفادة من الفنون الحديثة، كما أظهرت النتائج ميل الأطفال إلى التجريب بالخامات والأدوات التى طرحتها الفنون الحديثة.

- أما دراسة(راني وماري Rainy,p&Mary,M.2003)فقد تناولت فاعلية العلاج بالموسيقى فى تنمية التواصل عند الاطفال ذوي الإعاقات الشديدة،وتكونت عينة الدراسة من عشرة أطفال من ذوي الشلل الدماغي وذوي الإعاقة العقلية الشديدة،وهدفت الدراسة إلى خفض بعض الاضطرابات السلوكية بالإضافة إلى تنمية التواصل اللغوي التعبيري والاستقبالي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج بالموسيقى فى خفض الاضطرابات السلوكية وتنمية الاتصال من حيث اللغة الاستقبالية والتعبيرية لدى ذوي الإعاقة .

- في حين هدفت دراسة (منى الدهان ، 2002) إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي فى تدعيم بعض القيم السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقليا باستخدام أنشطة الدراما، وتكونت عينة الدراسة من (21) تلميذاً من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة (11 أنثى، 10 ذكور) تتراوح أعمارهم ما بين (11- 16) سنة ومستوى الذكاء ما بين (62- 75) وقد تضمن البرنامج مجموعة من الأنشطة وهى (الدراما، القصة، التشكيل الفني للعرائس،الغناء) ووتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي بما تضمنه من أنشطة (الدراما، القصة، التشكيل الفني للعرائس، الغناء) فى تدعيم القيم السلوكية للأطفال المعاقين عقليا، حيث أن الممارسة الفعلية للقيمة تساعد على تدعيمها وتأكيدها عند الأطفال وتجاهلها يؤدي إلى انطفائها.

- وتناولت دراسة (عادل عبدالله والسيد فرحات، 2001) التعرف على فعالية برنامج للإرشاد الأسري لإرشاد آباء المتخلفين عقليا لمتابعة تدريب أطفالهم على استخدام جداول النشاط المصورة وأثر ذلك في تنمية تفاعلاتهم الاجتماعية (وهو ما يعد من العوامل التي تحد من سلوكهم غير المقبول اجتماعياً) ،وتضمنت العينة مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، قوام كل منهما(10)أطفال تتراوح أعمارهم بين 8–14 سنة وتم تقديم برنامجا

إرشاديا لآباء المجموعة التجريبية حول جداول النشاط المصورة وكيفية استخدامها وتقديم برنامج آخر أمامهم كنموذج وذلك لتدريب الأطفال على استخدام جداول النشاط المصورة وتضمنت المقاييس المستخدمة مقياس ستانفورد – بينيه للذكاء من إعداد مليكة (1998)، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور من إعداد محمد بيومى خليل (2000)، ومقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال خارج المنزل الذى أعده عادل عبدالله، 2001 إلى جانب برنامجين أحدهما إرشادي لوالدي أطفال المجموعة التجريبية والثاني تدريبي للأطفال أعضاء ذات المجموعة، وأكدت النتائج فعالية البرنامج المستخدم إذ حدث تحسن دال في مستوى التفاعلات الإجتماعية لدى هؤلاء الأطفال أعضاء المجموعة التجريبية

ـ كما هدفت دراسة براين وجوست Bryan & Gost (2000) إلى تقييم فعالية أسلوبي التوجيه المتدرج وجداول النشاط المصورة، في تعليم أربعة أطفال توحديين تتراوح أعمارهم بين 7 – 8 سنوات إتباع المهام وجداول السلوك بغرض تحسين مهاراتهم الإجتماعية والحد من سلوكهم الإنسحابي وهو الأمر الذى يساعدهم على الاندماج مع الآخرين ويقلل بالتالي من عدوانهم نحوهم، وأظهرت النتائج حدوث تحسن دال في الأداء الاجتماعي لأفراد العينة

ـ وتناولت دراسة (مالي شارون Malley,S.1999) فاعلية الفنون التعبيرية في تعديل سلوك ذوي الإعاقة العقلية، وكان يهدف الى تنمية السلوكيات الإيجابية المرتبطة بتأكيد الذات من خلال اتاحة الفرصة للإبداع والتعبير الفنى، وبلغت عينة الدراسة 7 أفراد واشتمل البرنامج على ثلاثة أنشطة هى الرسم والتصوير بالألوان المائية والقص واللصق، وقام الباحث برسم الخط القاعدي لسلوك كل طفل حيث حدد المشكلات السلوكية التى يعاني منها كل طفل، ثم قام بالتدخل من خلال الأنشطة الفنية وكان يهدف إلى إتاحة الفرصة لتعبير الشخص ذي الاعاقة العقلية عن شخصيته،واستخدم الباحث في برنامجه سبعة فنيات سلوكية أثناء ممارسة الأطفال للنشاط الفني ومنها الحث والتشجيع والتعزيز ... الخ ،وفي نهاية البرنامج توصلت الدراسة إلى وجود تحسن ملحوظ في السلوك يعكس الصحة النفسية للمشاركين فى البرنامج ،وانخفض السلوك العدواني والنشاط الزائد وإيذاء الذات عند هؤلاء الأطفال بشكل جيد.

ـ أما (رشا محمد أحمد، 1999)فهدفت دراستها إلى الكشف عن مدى فاعلية برنامج إرشادي لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى المعاقين عقليا القابلين للتعلم، وتكونت عينة الدراسة من (10) أطفال من سن (9- 12) سنة طبقت الباحثة مجموعة من الأدوات منها :مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي إعداد عبد العزيز الشخص، مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، مقياس السلوك التكيفى اعداد (فاروق صادق) برنامج إرشادي

(اعداد الباحثة) حيث تضمن أنشطة (فنية – رياضية – ترويحية – قصصية – تمثيلية) وفنية التعزيز، وقد توصلت النتائج إلى نجاح البرنامج الإرشادي فى خفض درجة السلوك الانسحابي لدى الأطفال المتخلفين عقليا (المجموعة التجريبية) بينما لم تتأثر المجموعة الضابطة والتى لم تتعرض للبرنامج.

- في حين تناولت دراسة (حنان حسن نشأت ،1994) التحقق من فاعلية الفن التشكيلى فى تعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقليا، تكونت عينة الدراسة من (25) طفلا من الذكور والاناث من مدارس التربية الفكرية، تتراوح اعمارهم الزمنية بين (6- 15) سنة، استخدمت أدوات لجمع البيانات منها : مقياس سلوك التوافق (A .B .S) الجزء الثاني، الملاحظة بالمشاركة، برنامج الفن التشكيلي (الطباعة، القص واللصق، العجين) وقد أسفرت نتائج الدراسة عن : نجاح البرنامج فى توجيه العدوان لموقف أخر تسمح لظهوره ولكن بطريقة لا عدوانية، وكذلك تعديل أنماط السلوك التالية (العنف والسلوك التدميري، السلوك غير المؤتمن، السلوك النمطي، العادات الغريبة، السلوك المتمرد، الانسحاب، سلوك اجتماعي غير مناسب، الميل للنشاط الزائد) .

- أما (عفاف أحمد عويس ،1991)فقد تناولت تنمية القدرات الخاصة عند الأطفال بينما كانت الإضطرابات السلوكية كالعدوان والإنطواء متغيرا تابعاً، وقد اهتمت الدراسة بالإجابة عن سؤال عام هو : هل يمكن تنمية القدرات الإبداعية لدى مجموعة من الأطفال من سن (10 – 11) سنة باستخدام أسلوب النشاط الدرامي الخلاق " الدراما الإبداعية " ؟ وهل يمكن إعداد برنامج يعتمد على أسلوب الدراما الإبداعية يؤدي إلى حسن استخدام مجموعة الأطفال لقدرات الخلق والإبتكار الكامنة لديهم ؟ وتوصلت النتائج إلى أنه يمكن تنمية القدرات الإبداعية لدى الأطفال عن طريق النشاط الدرامي الخلاق،وتمتاز هذه الدراسة بسهولتها وإمكانية تعميم نتائجها، ويؤخذ عليها أنها تناولت قطاعا عريضا من القدرات الإبداعية مما يثير الشك في تأثير المتغير المستقل وحده على النتائج بسبب احتمالية دخول متغيرات أخرى .

- كما كانت تهدف دراسة (عيسى عبد الله جابر،1990) إلى تشخيص الإضطرابات السلوكية (العدوان والانطواء) لدى الأطفال من سن 6 إلى 12 سنة من خلال اللعب وأنواع اللعب التي يختارونها ،وكذلك الكشف عن مدى فائدة تطبيق برنامج إرشادي عن طريق اللعب باستخدام أسلوب التعزيز / الانطفاء عن طريق استخدام أسلوب البونات،وتوصلت الدراسة إلى عمل برنامج إرشادي لعلاج أطفال مضطربين سلوكيا عن طريق اللعب إلى تعديل سلوك الأطفال المضطربين وقد وجد أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى 1.. بين

أطفال المجموعتين القابلين للتعلم وتتشابه هذه الدراسة مع الدراسة الحالية حيث اتخذت كلتا الدراستين اللعب كمتغير مستقل بينما كانت الاضطرابات السلوكية كالعدوان والانطواء متغيرا تابعا في دراسة عيسى عبدالله، بينما في الدراسة الحالية كان السلوك العدواني المباشر لدى المعاقين عقليا – فئة القابلين للتعلم هو المتغير التابع .

ـ واستهدفت دراسة(شيفلى راندال Shively Randall 1989) اختبار فاعلية بعض البرامج العلاجية الايجابية التى لا تعتمد على الأدوية والعقاقير لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية وذلك بمركز التنمية بولاية أوهايو وشارك فى البرنامج سبعة أشخاص يمثلون المجموعة الاولى والتى تم مشاركتها فى برنامج الأنشطة الاجتماعية لمد سبعة أسابيع، والمجموعة الثانية كانت تضم ستة أشخاص كانوا يمارسون برنامج الأنشطة الفنية التى تحتوي على الرسم والتشكيل والأعمال اليدوية لمدة سبعة أسابيع وحددت الدراسة ستة مجالات في السلوك التكيفي وأظهرت النتائج أن برامج الانشطة الفنية وبرامج الأنشطة الاجتماعية ساهمت بشكل ملحوظ في تحسين السلوك التكيفي عند هؤلاء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الذين شاركوا فى البرنامج، وساهمت هذه الدراسة فى الكشف عن أن الأنشطة الاجتماعية تساهم فى التغلب على الانطواء والانسحاب بصورة أكبر عن الأنشطة الفنية في توصلت النتائج الى أن الأنشطة الفنية تساهم بشكل فعال في التخفيف من حدة السلوك العدوانى، وإيذاء الذات ويؤكد معد الدراسة أنه لاغنى عن استخدام فنيات العلاج السلوكى سواء أكان البرنامج قائم على استخدام وتوظيف الأنشطة الفنية أم كان قائماً على الأنشطة الاجتماعية.

ـ أما دراسة كل من جانسم، وكومبس Jansume & Combs,1987) فكانت عن مدى فاعلية التدريب على أساليب اللياقة البدنية وأساليب التعزيز والتدعيم الموجب على تعديل أنماط السلوك اللاتوافقى لدى عينة من الذكور المضطربين إنفعاليا من فئة الأطفال المعاقين عقليا من نزلاء المؤسسات وذلك بهدف اختبار تأثير الممارسات والخبرات والتدريبات للياقة البدنية وأساليب التدعيم على تعديل أنماط السلوك اللاتوافقي، وتكونت العينة من 5 حالات من الذكور كبار السن من نزلاء المؤسسات الذين يعانون من تأخر عقلي واضطرابات انفعالية متعددة،وأوضحت نتائج الدراسة الخاصة بكل معاق على حدة وبالجماعة ككل، انخفاضاً واضحاً في السلوك اللاتوافقي أثناء مرحلة التدخل المهني وخاصة من بداية التأهيل حتى نهايته، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن برنامج التدريب على اللياقة البدنية المستمر بالإضافة إلى أساليب التدعيم والتعزيز الموجب له تأثير فاعل على التخلص من بعض أو كل مشكلات الشخص المعاق عقليا وخاصة السلوكية منها،وتؤكد الدراسة أيضاً على أهمية فنيات التعزيز الموجب في علاج أو تعديل السلوك اللاتوافقي سواء أكان مع حالات الإعاقة العقلية أم الاضطرابات الانفعالية .

- أما دراسة شافروآخرون (Shafer & Others 1984) : فقد قام الباحثون خلالها بتقييم تأثير تدريب الأطفال المبني على الحث المباشر والنمذجة على زمن وحدوث التفاعلات بين 4 أطفال توحديين تتراوح أعمارهم من 5.5 سنوات إلى 7.6 سنوات ،و 16 طفلا غير توحديين من القابلين للتدريب في الأعمار من 7.5 إلى 7.8 سنوات ، وقد تم الحصول على البيانات بهدف تعميم النتائج وأثبتت النتائج، أن الإجراء والحث المباشر قد أظهر زيادات جوهرية وسريعة في زمن حدوث التفاعلات الإجتماعية إيجابيا بين الأطفال القابلين للتدريب وذوي التوحد ، هذه الزيادات قد تأكدت مع الوقت في مستويات فوق خط الأساس أثناء ممارسة اللعب الحر.

تعليق على الدراسات السابقة :

نلاحظ من خلال الدراسات السابقة أنها تناولت الفنون بأشكالها المختلفة سواءً أكانت الفن التشكيلى أم الرسم أم التعبير الفنى أم الموسيقى أم مسرح العرائس، وأبرزت هذه الدراسات دور الفن فى خفض الاضطرابات السلوكية وتعديل السلوك وتنميته وأظهرت جميعها أنه يمكن تحقيق التوافق والتغلب على المشكلات السلوكية وخفضها لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ،ولكن معظم تلك الدراسات تناولت ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعلم، وقد عرض لها البحث للاستفادة من نتائجها ومن برامجها في حين تناولت الدراسة الحالية فئة الإعاقة العقلية من القابلين للتدريب وركزت على مرحلة عمرية تحتاج إلى مزيد من الجهد ولا يهتم بها بعض الباحثين نظراً لعدم توفر العينات الكافية ولا توجد جهة حكومية تهتم بتلك الفئة ويقتصر الاهتمام بها على الجمعيات الأهلية ومنظمات المجتمع المدني .

ثانياً: مشكلة الدراسة:

من خلال العرض السابق للتراث النظري والدراسات السابقة، تم تحديد مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس التالي:ما مدى فاعلية ممارسة الفن التشكيلي في خفض بعض اضطرابات السلوك لدى ذوى الإعاقة العقلية القابلين للتعلم ؟ وينبثق من هذا التساؤل عدة تساؤلات فرعية كالتالي:

1- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في السلوك اللاتكيفي (قبل- بعد) برنامج ممارسة الفن التشكيلي؟

2- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في السلوك العدواني(قبل- بعد)برنامج ممارسة الفن التشكيلي؟

3- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في السلوك الانسحابى(قبل – بعد) برنامج ممارسة الفن التشكيلي؟

4- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في سلوك النشاط الزائد(قبل- بعد) برنامج ممارسة الفن التشكيلي؟

5. هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في سلوك إيذاء الذات (قبل –بعد) برنامج ممارسة الفن التشكيلي؟

6. هل هناك فروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية بعد البرنامج والمجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة في السلوك اللاتكيفي؟

ثالثاً: أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج ممارسة الفن التشكيلي في خفض بعض اضطرابات السلوك المتمثلة في العدوان والسلوك الانسحابي والنشاط الزائد وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتدريب، كما تهدف الدراسة إلى تقديم برنامج لممارسة الفن التشكيلي التعبيري والخطي يساهم في التخفيف من حدة المشكلات التي تترتب على الإعاقة العقلية.

رابعاً:أهمية الدراسة:

في ظل تحول الاهتمام من برامج الإرشاد إلى برامج التأهيل والعلاج تكمن أهمية الدراسة في:

1- جانب نظري وهو سد ثغرة من ثغرات العلم من خلال توضيح دور الفن التشكيلي في تأهيل الأطفال ذوي الإعاقة، من خلال التدخل المبكر لدى فئة القابلين للتدريب .

2- كذلك تكمن أهمية الدراسة في جانب تطبيقي وهو إمكانية الاستفادة من برنامج ممارسة الفن التشكيلي في مساعدة المختصين من القائمين بعملية التأهيل وأولياء الأمور في التغلب على المشكلات السلوكية التي تترتب على إصابة الطفل بالإعاقة العقلية المتوسطة (القابلين للتدريب) وعلاجها.

خامساً:مفاهيم الدراسة:

يقتصر البحث هنا على عرض المفاهيم التى التزم بها فى الدراسة نظرا لكثرة المفاهيم التى قدمت لتلك المصطلحات في الدراسات العربية والأجنبية المختلفة .

1- الأطفال ذوو الإعاقة العقلية القابلين للتدريب: Children with mental disabilities who are able to train: يقصد بالأطفال ذوي الإعاقة العقلية"أولئك الاطفال الذين يعانون من قصور فى القدرات المعرفية وتقع معدلات ذكاءهم ما بين 40 إلى 55 درجة يصاحبه قصور فى السلوك التكيفى ويتم تشخيصه قبل سن الثامنة عشر.

2- الاضطرابات السلوكية: behavioral disorders : ويعرف الباحث الاضطرابات السلوكية بأنها: تلك الاضطرابات التى تتمثل في السلوك العدوانى والنشاط الزائد والسلوك الانسحابي وسلوك ايذاء الذات كما يقيسها مقياس السلوك اللاتكيفي من إعداد هنادي القحطاني، 2012

3- برنامج ممارسة الفن التشكيلي: يقصد الباحث ببرنامج ممارسة الفن التشكيلي – كما تقدم في المفاهيم- ممارسة الأطفال ذوى الإعاقة العقلية القابلين للتدريب للتعبير الفني الخطي والتشكيلي بصورة منظمة وحرة وأن يقوم الأطفال بتحديد ما يرغبون في عمله بمساعدة الباحث ،ويعتمد الباحث في تطبيق البرنامج على إطلاق الحرية الكاملة وإعطاء الفرصة كاملة للأطفال ذوى الاعاقة العقلية القابلين للتدريب في الممارسة الحرة، واختيار الموضوعات التي يقومون بتنفيذها فالباحث في هذا البرنامج لا يهتم بالناتج الفني، بقدر اهتمامه بالجانب النفسي.

سادساً: فروض الدراسة:

فروض الدراسة هى حلول مقترحة لمشكلة الدراسة قد يثبت صحتها أو عدم صحتها بعد التحقق منها وتمثلت فروض الدراسة فيما يلي:

1. **هناك** فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في السلوك اللاتكيفي (قبل- بعد) برنامج ممارسة الفن التشكيلي.

2. هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في السلوك العدواني(قبل- بعد)برنامج ممارسة الفن التشكيلي.

3. هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في السلوك الانسحابي(قبل – بعد) برنامج ممارسة الفن التشكيلي.

4. هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في سلوك النشاط الزائد(قبل- بعد) برنامج ممارسة الفن التشكيلي

5. هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في سلوك إيذاء الذات (قبل –بعد) برنامج ممارسة الفن التشكيلي .

6. هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية بعد برنامج ممارسة الفن التشكيلي والمجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة في السلوك اللاتكيفي .

سابعاً:الدراسة الميدانية:

1. **منهج الدراسة:** استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي ؛لأنه المنهج المناسب لموضوع الدراسة وأهدافها وقام باختيار مجموعتين هما المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية التى يتم تطبيق برنامج ممارسة الفن التشكيلي عليها ،ويري الباحث أن استخدام المنهج شبه التجريبي هو الذي يتناسب مع البحث حيث تدخل الباحث ببرنامج ممارسة الفن التشكيلي الذي تم تطبيقه على المجموعة التجريبية لمعرفة أثره فى خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوى الاعاقة العقلية القابلين للتدريب .

2. **2.عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة الكلية من 24 طفلاً وطفلة تم تقسيمهم إلى مجموعتين كما هو موضح بالجدول التالى:

العينة	ذكور	إناث	المجموع
المجموعة الضابطة	7	5	12
المجموعة التجريبية	8	4	12
المجموع	15	9	24

جدول(1)يوضح توزيع عينة الدراسة حسب المجموعة التابعة لها والنوع.

وكان من أهم الشروط فى اختيار العينة ما يلي:

أ- أن يكون معدل ذكاء الطفل ما بين 40- 55 درجة طبقا لمقياس ستانفورد بينيه.

ب- أن يكون عمر الطفل ما بين 5 إلى 7 سنوات.

ت- المجانسة بين المجموعتين الضابطة والتجريبية من حيث المستوى الاقتصادي والاجتماعي

ث- أن يكون الوالدان على قيد الحياة

ج- موافقة الأب أو الأم على تطبيق برنامج ممارسة الفن التشكيلي على الطفل.

3.أدوات الدراسة:

أ- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الخامسة تقنين محمد طه وعبد الموجود فرحان 2011

ب- مقياس السلوك اللاتكيفي بعد التعديل إعداد هنادي القحطاني 2012

ويضم هذا المقياس أربعة أبعاد رئيسة للسلوك اللاتكيفي وهى السلوك العدواني والنشاط الزائد والسلوك الانسحابي وسلوك ايذاء الذات واكتفى الباحث بإجراءات

الصدق التى قامت بها معدة المقياس وقام بحساب ثبات المقياس عن طريق الإعادة وكانت النتائج كالتالى:

جدول (2) يوضح معامل ثبات الاعادة لمقياس السلوك اللاتكيفي:

البعد	معامل الارتباط	معامل الثبات	مستوى الدلالة
السلوك العدوانى	0.78	0.87	دال عند 0.01
النشاط الزائد	0.82	0.90	دال عند 0.01
السلوك الانسحابى	0.85	0.91	دال عند 0.01
ايذاء الذات	0.90	0.94	دال عند 0.01
المقياس الكلى	0.84	0.91	دال عند 0.01

يتضح من جدول(2) أن مقياس السلوك اللاتكيفي بأبعاده الأربعة يتمتع بدرجة عالية من الثبات حيث كانت جميع معاملات الثبات دالة عند مستوى 0.01 مما يجعل الباحث يستطيع الاعتماد عليه فى هذه الدراسة .

ت- مقياس السلوك التكيفى إعداد فاروق محمد صادق 1985

ث- برنامج ممارسة الفن التشكيلي إعداد الباحث

مفهوم برنامج ممارسة الفن التشكيلي*:

يقصد الباحث ببرنامج ممارسة الفن التشكيلي – كما تقدم في المفاهيم- ممارسة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتدريب للتعبير الفني الخطي والتشكيلي بصورة منظمة وحرة وأن يقوم الأطفال بتحديد ما يرغبون في عمله بمساعدة الباحث، ويعتمد الباحث في تطبيق البرنامج على إطلاق الحرية الكاملة وإعطاء الفرصة كاملة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتدريب في الممارسة الحرة، واختيار الموضوعات التي يقومون بتنفيذها فالباحث في هذا البرنامج لا يهتم بالناتج الفني، بقدر اهتمامه بالجانب النفسي.

هدف برنامج ممارسة الفن التشكيلي:

يهدف برنامج ممارسة الفن التشكيلي التعبيري والخطي بشكل عام الي خفض بعض اضطرابات السلوك عند الأطفال ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتدريب في المرحلة العمرية من 5 إلى 7 سنوات ويتحقق هذا الهدف من خلال عدة أهداف فرعية هى:

1. تخفيف حدة السلوك العدواني المتمثل في الضرب والشخبطة وتكسير ممتلكات الآخرين.
2. التغلب على النشاط الزائد الذي يساهم فى عدم قدرة الطفل على التعلم ويشتت انتباه الطفل

3. تنمية التعاون بين الأقران

4. تنمية التواصل بين أفراد المجموعة

5. كسر حاجز العزلة بين الطفل وأقرانه

6. تنمية القدرة على تركيز الانتباه

7. التدريب على الاستقلالية وتحمل المسئولية واتخاذ القرار

8. التفريغ الوجداني والتنفيس عن المشاعر الموجودة بداخل الأطفال والتي لا يستطيع فهمها الكبار بسبب عدم قدرة الطفل على التعبير عن ألامه

المستهدفون من برنامج ممارسة الفن التشكيلي:

يستهدف هذا البرنامج الأطفال ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتدريب فى المرحلة العمرية من 5 إلى 7 سنوات الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية المتمثلة فى العدوان والسلوك الانسحابي والنشاط الزائد وسلوك ايذاء الذات .

* يشكر الباحث اصحاب السعادة الذين قاموا بتحكيم برنامج ممارسة الفن التشكيلي وهم:
1- أ.د.يوسف عبدالصبور عبداللاه أستاذ الصحة النفسية بجامعة سوهاج
2- أ.د.خلف مبارك أستاذ الصحة النفسية جامعة سوهاج
3- د.سوزى رفت محمد أستاذ مساعد بالتربية الخاصة جامعة الملك سعود
4- د.محمد جمال رضوان باحث نفسي بوزارة التربية بالكويت
5- د.نجوى عبداللاه أحمد أستاذ مساعد التربية الخاصة جامعة تبوك
6- د.سهير بخيت تونى أستاذ مساعد علم النفس جامعة الملك عبدالعزيز
7- د.هنادي حسين القحطانى أستاذ مساعد التربية الخاصة جامعة تبوك
8- د.محمد عبدالعزيز الطالب أستاذ مساعد علم النفس جامعة الخرطوم
9- د.نادية أحمد ادريس أستاذ مساعد علم النفس جامعة الخرطوم
10- د.رانيا الصاوي عبده أستاذ مساعد علم النفس جامعة تبوك

الفنيات المستخدمة في البرنامج:

استخدم الباحث العديد من الفنيات أثناء ممارسة الفن التشكيلي ومنها التداعي الحر،والتنفيس،والتعزيز الايجابي،والنمذجة، والواجب المنزلي والتشجيع على مواصلة العمل، وتم عقد الاتفاقية الارشادية مع أباء وأمهات الاطفال المشاركين في البرنامج وكانت كالتالي:

1- يجب موافقة الآباء والأمهات على مشاركة أبناءهم في البرنامج .

2- قام الباحث بعرض مفصل لبرنامج ممارسة الفن التشكيلي وتوضيح الأهداف المرجوة منه وتم التأكيد على أن هذا البرنامج ترفيهي قائم على اللعب بالصلصال ويساهم في خفض بعض المشكلات السلوكية التى يعانى منها الأطفال .

3- تم الاتفاق على مدة البرنامج الزمنية ومكان تنفيذ البرنامج .

4- أكد الباحث على مسئوليات الوالدين في إنجاز الواجبات المنزلية التى يتم تكليف الطفل بها.

5- أوضح الباحث ضرورة الالتزام بمدة البرنامج وعدم الانسحاب حتى ينتهى حسب الجدول الذي تم توضيحه لهم.

6- أقر الباحث بالتزامه بتنفيذ البرنامج كاملاً بمشيئة الله في الزمان والمكان المحددين.

7- قدم الباحث عرضاً وافياً لمضمون جلسات برنامج ممارسة الفن التشكيلي.

8- تم الاتفاق على أن تكون خدمة تقديم هذا البرنامج مجانية .

9- أكد الباحث أن البرنامج تجريبي وقد يحقق خفضاً للاضطرابات السلوكية عند الأطفال ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتدريب وهذا سيظهر خلال ممارسة البرنامج ،و على أباء وأمهات الأطفال تسجيل ملاحظاتهم بشأن الطفل.

10- تم الحصول على موافقة الآباء والأمهات في الحضور لتلقي بعض الإرشادات في حالة الضرورة.

11- يتم البدء في البرنامج في حال موافقة أولياء الأمور فوراً وطبقاً للمدة المتفق عليه.

مكان ممارسة البرنامج:

تحدد مكان الدراسة بمدينة سوهاج حيث يتواجد هؤلاء الأطفال ذووا الإعاقة العقلية القابلين للتدريب بالجمعية المصرية للتنمية الإنسانية.

المدة الزمنية للبرنامج:

تحدد برنامج ممارسة الفن التشكيلي التعبيري والخطي زمنياً بستة أسابيع بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع الواحد تستغرق الجلسة الواحدة ساعتين ،وبلغ إجمالى ساعات البرنامج ست وثلاثين ساعة.

مضمون البرنامج :

يتضمن هذا البرنامج ثمانية عشرة جلسة مدة الجلسة ساعتين يمارس خلالها الطفل الأنشطة الفنية التعبيرية التشكيلية والخطية باستخدام خامات الطين والصلصال والبوص

والكرتون وأقلام الرصاص والألوان الخشبية والألوان الفيلوماستر، ممارسة حرة بشكل تلقائي وفردي فى بعض الجلسات وجماعي فى البعض الأخر منه،وقام الباحث في نهاية كل جلسة بتكليف الوالدين بواجب منزلي يتضمن إعادة ممارسة النشاط في المنزل.

جلسات البرنامج:(ملخص مختصر لجلسات البرنامج)

جدول (3) يوضح ملخص مختصر لبرنامج ممارسة الفن التشكيلي لذوى الإعاقة العقلية القابلين للتدريب:

رقم الجلسة	مسمى الجلسة	هدف الجلسة	النشاط التدريبي	التقييم
الجلسة الاولى	التعارف	تهدف هذه الجلسة إلى إقامة علاقة طيبة بين الباحث والمجموعة التجريبية وأسرة الطفل المشارك في البرنامج وتقسيم المجموعة التجريبية الى مجموعتين صغيرتين لتنمية روح التنافس والتعاون	قدم الباحث نفسه للمجموعة وصافحهم باليد وطلب من كل طفل التعريف بنفسه وعرفهم بالخامات والأنشطة التى سيلعبون بها ووزع الحلوى وتحدد موعد الجلسات بعد الاتفاق مع الاسرة	طرح الباحث سؤالا مضمونة تعرفوا اسمي أنا أيه؟ وأجاب سبعة أفراد إجابة صحيحة وذكر كل واحد منهم باسمه عند تحية الوداع وللأمانة كانت الأسماء مكتوبة أمامي
الجلسة الثانية	نموذج الحيوان	تنمية التواصل والاحتكاك مع الأخر والتنفيس والتفريغ الوجداني	طلب الباحث من الأطفال عمل نماذج حيوانية من خلال البيئة التى يعيشون فيها باستخدام الطين والصلصال وطلب منهم مساعدة من	لاحظ الباحث علامات البهجة والسرور على وجوه الأطفال والإقدام على عمل النماذج ونجح خمسة أطفال في عمل نموذج لحيوان وتسميته في حين نجح

			يحتاج الى المساعدة فى المجموعة الفرعية	ثلاثة في عمل نموذج دون تسمية ولم ينجز اثنان منهم العمل المطلوب
الجلسة الثالثة	استكمال عمل النماذج الحيوانية	تنمية التواصل والاحتكاك مع الاخر والتنفيس والتفريغ الوجداني	استكمال عمل النماذج الحيوانية مع تشجيع المتعثرين من الأطفال على استكمال العمل وتعزيز الجميع من خلال توزيع الحلوى	نجح جميع الأطفال في انجاز العمل المطلوب وتسمية النماذج وحاولوا البقاء لعمل المزيد ووعدهم الباحث بجلسات قادمة
الجلسة الرابعة	رسم الذات	إسقاط اتجاهات الفرد نحو ذاته من خلال الرسم	ورق رسم أبيض وأقلام رصاص وأقلام ألوان خشبية وفيلومستر	عبرت رسوم الأطفال عن انخفاض معدل الذكاء حيث كانت التفاصيل قليلة رغم المبالغة فى استخدام الألوان
الجلسة الخامسة الى التاسعة	عمل نماذج لأفراد الاسرة (أنا، الأب، الأم، الأخ، الأخت)	تهدف هذه الجلسات إلى إعطاء فرصة للطفل للتعبير عن مشاعره وانفعالاته واتجاهاته نحو أفراد أسرته	عمل نموذج لكل فرد من أفراد الأسرة باستخدام الطين والصلصال وقطع القماش	خلال تلك الجلسات عبر الأطفال عن رفضهم لأفراد الأسرة وتمثل ذلك فى عمل النماذج وتسميتها ثم تدميرها بالقول هذا بابا وحش أو "ده أخى هقتله وارتاح ونلاحظ أن

				الاتجاهات الإيجابية كانت نحو الأم والسبب بعد مراجعة الامهات علمت أن الأم هى التى تقوم على رعاية الطفل ذي الإعاقة في الصعيد
الجلسة العاشرة	رسم "يوم في حياتي"	الهدف أن يتعرف الطفل على الأنشطة الروتينية اليومية التى يقوم بها ومناطق المعاناة في هذا اليوم	أن يقوم الطفل برسم يوم فى حياته من وقت الاستيقاظ إلى وقت النوم باستخدام أوراق الرسم والألوان الخشبية والفلوماستر	نجح الأطفال فى رسم يوم في حياتهم وقال لى كل واحد منهم ماذا يفعل خلال اليوم
الجلسة الحادية عشرة الى الجلسة الرابعة عشرة	عمل نماذج للمشرفة والأقران	إعطاء الطفل فرصة للتعبير عن مشاعر تجاه المشرفة والأقران	المطلوب من الطفل عمل نماذج من الطين والصلصال للمشرفة والأقران في الجمعية	خلال تلك الجلسات عبر الأطفال عن حبهم الشديد لأقرانهم ذوي الإعاقة في حين عبروا عن ضيقهم الشديد من المشرفة التى تتعامل معهم بعنف من خلال ربط رقبتها بحبل يشبه المشنقة
الجلسة الخامسة عشر	رسم "العيد"	تهدف الجلسة إلى إعطاء الفرصة للأطفال حتى يعبروا	تم توفير أوراق الرسم والألوان وأقلام الرصاص	شارك جميع الاطفال في التعبير عن الفرحة ولكن

		عن المناسبات الاجتماعية		عبر بعضهم عن العزلة بوضع نفسه فى حجرة وقال : "هذا أنا"
الجلسة السادسة عشر	بناء منزل	تهدف هذه الجلسة الى تنمية الإحساس بالمسئولية والقدرة على الإنجاز	تم توفير خامات الصلصال والطين والكرتون والبوص لتصميم منزل	سارع الأطفال فى إنجاز تصميم المنزل ولاحظ الباحث قوة الإرادة في انجاز العمل المطلوب
الجلسة السابعة عشر	تصميم سيارة	تنمية القدرة على الإنجاز	عمل نموذج لسيارة من الطين والصلصال	لاحظ الباحث حرص جميع أفراد العينة على إنجاز العمل المطلوب
الجلسة الثامنة عشر	الجلسة الختامية	تهدف هذه الجلسة إلي إرشاد الوالدين عن كيفية توظيف الفنون للارتقاء بمستوى الابناء	حلقة نقاش تبرز إمكانية الحفاظ على التغيرات التى طرأت على أبنائهم وأهمية الفنية فى التخلص من الضغوط وتحسين سلوك الاطفال	اتضح من الجلسة تحقق الأهداف حيث أكد الوالدان على رغبتهم فى مواصلة الجهد وتوفير الخامات لأبنائهم وتم توزيع هدايا للأطفال وشكر الجميع على الحرص طوال فترة الجلسات

4.**المعالجة الإحصائية للدراسة:** استخدم الباحث من الأساليب الإحصائية معامل الإرتباط ،وطريقة مان ويتني لحساب الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية والفروق بين المجموعة التجريبية قبل وبعد البرنامج

ثامناً:نتائج الدراسة ومناقشتها:

1. **نتائج الفرض الأول ومناقشتها**: وينص على أن "هناك فروقاً ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في السلوك اللاتكيفي (قبل- بعد) برنامج ممارسة الفن التشكيلى.

جدول (4) يوضح الفروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية في السلوك اللاتكيفى (قبل- بعد) البرنامج:

المجموعة	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
الضابطة قبل البرنامج	12	129.87	6.7	221.46	18.41	1.23	غير دالة
التجريبية قبل البرنامج	12	128.43	5.22	216.98	18.08		
الضابطة بعد البرنامج	12	128.91	7.65	222	16.5	6.28	دالة عند 0.01
التجريبية بعد البرنامج	12	100.66	6.65	78	7.35		

يتضح من الجدول السابق تحقق هذا الفرض حيث بلغت الفروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية قبل ممارسة برنامج الفن التشكيلي حسب قيمة "z " 1.23 وهى قيمة غير دالة في حين بلغت قيمة الفرق بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية بعد البرنامج حسب قيمة "z " 6.28 وهى قيمة دالة عند مستوى 0.01 مما يثبت فاعلية برنامج ممارسة الفن التشكيلي في خفض الاضطرابات السلوكية عند الأطفال ذوي الإعاقة العقلية .

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من فيوليت ابراهيم وآخرون، 2011 ودراسة أسماء عبدالعزيز ، 2010 ودراسة سحر فتحي، 2008 ودراسة راني وماري Rainy,p.&Mary,M.2003 ودراسة منى الدهان، 2002 ودراسة برايان وكوست Bryan&Cost,2000 ودراسة مالي Malley,1999 ودراسة حنان نشأت ،حيث توصلت كل تلك الدراسات إلى نتيجة واضحة وهى فاعلية ممارسة الفنون في خفض اضطرابات السلوك عند الاطفال ذوي الإعاقة

ويري الباحث أن هذه النتيجة منطقية وتتفق مع وجهة نظر التحليل النفسي حيث يتيح الفن للأطفال ذوي الإعاقة فرصة التداعي الحر والتنفيس والتعبير عن انفعالاتهم وإسقاطها في

صورة فينة بعيداً عن القيود الأسرية والقيود التعليمية فى الفصل المدرسي بالإضافة لما تحمله الأنشطة الفنية من تعزيز وتشجيع ودعم للنجاح وإنجاز الأعمال المطلوبة والتعزيز في حد ذاته – كما تري المدرسة السلوكية- من شأنه أن يجعل هذا السلوك مرغوباً فيه ويميل إلى الظهور في المستقبل

2. **نتائج الفرض الثاني ومناقشتها**: وينص على أن "هناك فروقاً بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في السلوك العدواني(قبل- بعد)برنامج ممارسة الفن التشكيلي".

جدول رقم (5) يوضح الفروق بين المجموعة التجريبية(قبل- بعد)البرنامج في السلوك العدواني:

المجموعة	العينة	المتوسط	الانحراف المعيارى	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
التجريبية قبل البرنامج	12	33.75	2.73	221	18.42	4.115	*دال عند 0.01*
التجريبية بعد البرنامج	12	25.25	2.66	79	6.58		

يتضح من الجدول السابق تحقق هذا الفرض حيث كانت الفروق بين المجموعة التجريبية قبل البرنامج والفروق بعد البرنامج فى السلوك العدواني كما هو مبين بقيمة "z " 4.11 وهى قيمة دالة عند مستوى 0.01 مما يظهر فاعلية ممارسة الفن التشكيلي في خفض السلوك العدواني عند هؤلاء الاطفال ذوي الإعاقة العقلية .

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة أسماء عبدالعزيز، 2010 التى أوضحت أن ممارسة الأنشطة الفنية تساهم فى خفض السلوك العدواني عند الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، وهذا ما توصلت اليه دراسة سحر فهمي، 2008 ودراسة فكري متولي، 2005، ودراسة Rainy&Mary,2003 ودراسة منى الدهان، 2002 ودراسة Malley,s,1999 ودراسة حنان نشأت، 1994ودراسة عيسى عبدالله، 1990 ودراسةshivley &Randall,1989

ويري الباحث أن السلوك العدواني عبارة عن طاقة مكبوتة يتم التعبير عنها بصورة سلبية من خلال الاعتداء على الاخرين وممتلكاتهم أو العدوان على الذات ومن ثم حينما يحدث التفريغ الانفعالي لتلك الرغبات المكبوتة والطاقة الكامنة من وجهة نظر التحليل النفسي فإن هذا يساهم في اقتراب الشخص من حالة السلوك السوى وهذه الرغبات المكبوتة يتم التعبير عنها من خلال ممارسة الفن التشكيلي وعمل النماذج الفنية وحتى تدمير هذه الأعمال بعد ذلك يساعد في عملية التنفيس.

3. **نتائج الفرض الثالث ومناقشتها**: وينص على أن "هناك فروقا ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في السلوك الانسحابى(قبل – بعد) برنامج ممارسة الفن التشكيلي"

جدول (6) يوضح الفروق بين المجموعة التجريبية في السلوك الانسحابي (قبل- بعد) البرنامج:

المجموعة	العينة	المتوسط	الانحراف المعيارى	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
التجريبية قبل البرنامج	12	30.16	2.16	220.5	18.42	4.09	دال عند 0.01
التجريبية بعد البرنامج	12	23.75	1.71	79.5	6.63		

يتضح من الجدول السابق تحقق هذا الفرض حيث بلغت الفروق بين المجموعة التجريبية قبل وبعد ممارسة البرنامج في السلوك الانسحابي حسب قيمة "z "4.09 وهى قيمة دالة عند مستوى 0.01

وتتفق نتائج هذا الفرض مع ما توصلت اليه دراسة كل من فكري متولي ، 2005 ودراسة Rainy,p &Mary,M.2003 ودراسة Bryan&Cost,2000 ودراسة Malley,s,1999 ودراسة رشا محمد أحمد ، 1999 ودراسة حنان نشأت، 1994 ودراسة عفاف عويس، 1991 ودراسة Jansume&Combs,1989 ودراسة Shafer&others,1989 حيث أجمعت هذه الدراسات على فاعلية توظيف الفن فى خفض السلوك الانسحابي وتنمية التفاعل الاجتماعي عند الأطفال ذوي الإعاقة العقلية

ويعتقد الباحث أن هذه النتيجة تتسق مع مبادئ النظرية السلوكية المعرفية والتعلم الاجتماعي حيث أن وجود الطفل داخل الجماعة يساهم في تنمية التواصل والاندماج داخل الجماعة من خلال الأخذ والعطاء مما يكسب الفرد مهارات التواصل الاجتماعي والسلوك الايجابي وتعلم قواعد التفاعل مع الأخرين وتحمل المسئولية تجاه الجماعة التي ينتمى إليها .

4.**نتائج الفرض الرابع ومناقشتها**: وينص على أن"هناك فروقاً ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في سلوك النشاط الزائد(قبل- بعد) برنامج ممارسة الفن التشكيلي".

جدول (7) يوضح الفروق بين المجموعة التجريبية (قبل- بعد)البرنامج فى سلوك النشاط الزائد:

المجموعة	العينة	المتوسط	الانحراف المعيارى	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
التجريبية قبل البرنامج	12	31.66	3.14	214	17.83	3.71	دال عند 0.01
التجريبية بعد البرنامج	12	25.5	2.77	86	7.17		

يتضح من الجدول السابق تحقق هذا الفرض حيث بلغت قيمة الفرق بين المجموعة التجريبية قبل برنامج الفن التشكيلي وبعده في سلوك النشاط الزائد 3.71 طبقاً لقيمة "z" وهى قيمة دالة عند مستوى 0.01.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت اليه دراسة كل من: سحر فهمي، 2008 ودراسة فكري متولي، 2005 ودراسة راني وماري Rainy &Mary,2003 ودراسة مالي Malley,1999 ودراسة حنان نشأت، 1994 ودراسة عيسى عبدالله، 1990 ودراسة جانسم وكومبس Jansume&Combs,1989 حيث توصلت تلك الدراسات إلى فاعلية العلاج بالفن في خفض سلوك النشاط الزائد بصورة ملحوظة.

ويرى الباحث أن السبب وراء النشاط الزائد يكمن في عدم توافر منافذ طبيعية لتفريغ تلك الطاقة ومن ثم يعبر عنها الطفل في صورة سلوكيات وحركة اندفاعية غير منتظمة وممارسة الفن التشكيلي تتيح الفرصة أمام الطفل للتعبير عن تلك الطاقة في صورة ألعاب وتتيح هذه الممارسة الحرة الفرصة للطفل كي يعبر عن اتجاهاته وأفكاره وميوله ورغباته وهذا التفسير يتفق مع وجهة نظر التحليل النفسي .

5. **نتائج الفرض الخامس ومناقشتها:** وينص على أن"هناك فروقاً ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في سلوك إيذاء الذات (قبل –بعد) برنامج ممارسة الفن التشكيلي".

جدول (8) يوضح الفروق بين المجموعة التجريبية(قبل- بعد)البرنامج في سلوك ايذاء الذات:

المجموعة	العينة	المتوسط	الانحراف المعيارى	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
التجريبية قبل البرنامج	12	33.08	2.39	221	18.41	4.10	دال عند 0.01
التجريبية بعد البرنامج	12	27.00	1.90	79	6.58		

يتضح من الجدول السابق تحقق هذا الفرض حيث بلغت الفروق بين المجموعة التجريبية قبل وبعد ممارسة برنامج الفن التشكيلى فى مجال سلوك إيذاء الذات طبقا لقيمة "z" 4.10 وهى قيمة دالة عند مستوى 0.01

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت اليه دراسة كل من:فيوليت ابراهيم وأخرون، 2011 ودراسة رايني وماري Rainy,p&Mary,m.2003 وكذلك دراسة منى الدهان ، 2002 ودراسة مالي Malley,s1999 ودراسة حنان نشأت، 1994 ودراسة عفاف عويس، 1991 ودراسة شيفلي وراندال Shivley '& Randall,1989 حيث أجمعت هذه الدراسات على فاعلية ممارسة الفنون التعبيرية والتشكيلية والخط ومسرح العرائس في خفض سلوك إيذاء الذات بصورة ملحوظة مما يساهم فى تحقيق التكيف والتوافق لدى هذه الفئة من الأطفال

ويرى الباحث أن ممارسة الفن التشكيلي تمنح الأطفال ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتدريب فرصة تفريغ الطاقة الكامنة بصورة ايجابية بدلاً من تفريغ هذه الطاقة بصورة سلبية ، حيث أن هذه الطاقة التي تقف وراء سلوك النشاط الزائد تحتاج إلى التوجيه والتعبير عنها بصورة ايجابية مما يجعل هذا الطفل أقرب في سلوكه إلى حالة السواء فعندما يمارس الطفل الفن التشكيلي ينخفض لدية سلوك ايذاء الذات لما يجده في نفسه من قدرة على الإنتاج ونجاح في انجاز المهام المسندة إليه وهذا يمنحه تقديرا لذاته وثقة بنفسه وينخفض لديه سلوك ايذاء الذات ويصبح سلوكه أكثر توافقاً وسواءً مع الذات والمحيطين به وهذا ما عبر عنه بعض أباء وأمهات الاطفال ذوى الإعاقة العقلية القابلين للتدريب بعد قرب انتهاء البرنامج حيث ذكروا أن أطفالهم أصبحوا أقل ايذاءً لذاتهم بمعنى انخفاض المخاطر التي كانوا يعرضوا أنفسهم لها .

6. نتائج الفرض السادس ومناقشتها: وينص على أن"هناك فروقاً ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية بعد البرنامج والتجريبية بعد فترة المتابعة في السلوك اللاتكيفي"

جدول (9) يوضح الفروق بين المجموعة التجريبية(بعد البرنامج- بعد المتابعة)في السلوك اللاتكيفى:

المجموعة	العينة	المتوسط	الانحراف المعيارى	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
التجريبية بعد البرنامج	12	100.66	5.65	222	18.5	1.09	*غير دالة*
التجريبية بعد المتابعة	12	103.21	4.98	224	18.66		

يتضح من الجدول السابق عدم تحقق هذا الفرض حيث بلغت الفروق بين المجموعة التجريبية بعد ممارسة البرنامج وبين المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة التي بلغت شهرين في السلوك اللاتكيفي طبقاً لقيمة "z" 1.09 وهى قيمة غير دالة .

مما يوضح استمرار فاعلية برنامج ممارسة الفن التشكيلي في خفض الاضطرابات السلوكية المتمثلة فى العدوان والسلوك الانسحابي والنشاط الزائد وسلوك ايذاء الذات بعد انتهاء البرنامج وهذا يتفق مع ما ذهبت اليه الدراسات السابقة التى أوضحت أن برامج العلاج بالفن لا ينتهي أثرها بانتهاء فترة ممارسة الفنون وبرامجها المختلفة

توصيات الدراسة :

1- بذل المزيد من الجهد في سبيل تقديم البرامج العلاجية مثل برنامج ممارسة الفن التشكيلي الخطي والتعبيري حيث تحظى هذه البرامج بالقبول لدى الأطفال وتساهم بشكل فاعل في خفض اضطرابات السلوك .

2- الاهتمام بفئة القابلين للتدريب من ذوي الإعاقة العقلية وذوي الإعاقات الشديدة نظراً لقلة الدراسات التى تتناول تلك الفئة بالعلاج وإعادة التأهيل النفسي .

3- مشاركة الوالدين عن طريق الواجبات المنزلية أثناء الجلسات التدريبية مما يعطي فاعلية أكثر في استمرار تعديل السلوك وخفض اضطرابات السلوك لدى تلك الفئات ،كما أن مشاركة الوالدين فى البرامج العلاجية والإرشادية تشعرهم بالقدرة على التغيير في سلوك الطفل وهذا ما لاحظه الباحث في هذا البرنامج .

4- التركيز على برامج التأهيل النفسي والتربوي والاجتماعي والصحي لدى ذوي الإعاقة حيث أن تلك البرامج تساهم بشكل فاعل في خفض اضطرابات السلوك وتنمية السلوك الايجابي والحد من الآثار التى تترتب على وجود الإعاقة .

5- محاولة الاستفادة من برنامج الدراسة واستخدامه مع الفئات الأخرى مثل ذوى الاعاقة السمعية وذوى اضطرابات النطق والكلام حيث أن هذا البرنامج لا يحتاج إلى اللغة اللفظية المنطوقة.

6- تفعيل دور الأنشطة اللاصفية في المدارس التى تقدم برامج التربية الخاصة وتأهيل الأشخاص ذوى الإعاقة خصوصاً في مرحلة التدخل المبكر لتعديل وإدارة سلوك الأطفال .

مراجع ومصادر الدراسة العربية والاجنبية :

أولاً: المراجع والمصادر باللغة العربية:

1. آرنست فيشر (1998)**0ضرورة الفن**، ترجمة أسعد حليم، الهيئة المصرية العامة

للكتاب، القاهرة.

2. أسماء سعيد عبدالعزيز0(2010)0 فاعلية برنامج قائم على الأنشطة المتعددة فى خفض السلوك العدواني لدى أطفال الروضة المعاقين عقليا القابلين للتعلم،**رسالة ماجستير**، كلية التربية، جامعة حلوان.

3. حنان حسن نشأت(1994)0أثر استخدام الفن التشكيلي فى تعديل بعض المظاهر السلوكية لدى المتخلفين عقليا، **رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

4. حسام الدين عزب (2000)، **قراءات في علم النفس الإرشادي وإرشاد غير العاديين**، كلية التربية، جامعة عين شمس.

5. سحر كمال الدين فهمي 0(2008)0 مدى فاعلية برنامج مقترح فى التربية الفنية لتعديل بعض مظاهر السلوك غير الاجتماعي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم، **رسالة دكتوراه غير منشورة**، كلية التربية الفنية، جامعة حلوان.

6. شاكر0 عبدالحمد قنديل 0(1995)، **"أثر استخدام برنامج لتنمية القدرات الإبتكارية على تعديل سلوك الأطفال المعوقين انفعاليا من تلاميذ فصول التربية الخاصة "**، وزارة التربية والتعليم ،المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة، أكتوبر1995، مصر.

7. عادل عبد الله محمد؛ السيد فرحات 0(2003) **تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقليا باستخدام جداول النشاط المصورة – دراسات تطبيقية**، دار الرشاد، القاهرة .

8. عايدة على قاسم 0(1996)0مدى فاعلية برنامج إرشادي فى تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المعاقين عقليا، **رسالة دكتوراه غير منشورة**، كلية التربية، جامعة عين شمس .

9. عايدة محمد عبدالحميد 0(1990)0العلاج بالفن مدخل نفسي تنموي لرعاية الطفل المتخلف عقلياً، **مجلة التربية وعلم النفس**، كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد 14.

10. عبدالمطلب أمين القريطى 0(1995)**0سيكولوجية رسوم الأطفال**،دار الفكر العربي، القاهرة

11. عفاف أحمد عويس 0 (1991)0 تنمية القدرات الإبداعية للأطفال عن طريق النشاط الدرامي الخلاق، **رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية الآداب، جامعة عين شمس

12. عبد الله جابر عيسي (1990): "دراسة ميدانية لبناء برنامج إرشادي لعلاج أطفال مضطربين سلوكيا عن طريق اللعب "، **مجلة ثقافة الطفل**، المجلد (9) المركز القومي لثقافة الطفل، وزارة الثقافة، مصر .

13. فيوليت فؤاد إبراهيم؛ ميلاد ابراهيم متى ؛نهى صلاح على 0(2011)0فاعلية برنامج قائم على التعبير الفنى المجسم لقصص الأطفال فى تخفيف سلوك ايذاء الذات لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، **مجلة دراسات الطفولة**، جامعة عين شمس، الاصدار(53) العدد (14)، ص 41- 51.

14. فكري لطيف متولي 0(2005)0 فاعلية العرائس المتحركة فى تحسين السلوك اللاتوافقي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية القابلين للتعلم،**رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، جامعة بنها.

15. كمال عبدالرحمن محمد فرج (20120**العلاج بالفن لذوي الإعاقة السمعية**،دار صفاء للنشر والتوزيع ،الاردن

16. لويس كامل مليكة 0(19980**دراسة الشخصية عن طريق الرسم**، دار النهضة العربية، القاهرة.

17. لويس كامل مليكة0(1998)0 **رسم الشخص والمنزل والشجرة** ،النهضة العربية،القاهرة0

18. ليلى كرم الدين أحمد 0(1990 **الاتجاهات الحديثة في رعاية الأطفال المعوقين**، الأنجلو المصرية، القاهرة.

19. محمود بسيوني 0 (1990)0**أصول التربية الفنية**، ط 2، عالم الكتب، القاهرة.

20. مصطفى محمد عبدالعزيز 0(1994)0**سيكولوجية التعبير الفني عند الأطفال**، الأنجلو المصرية، القاهرة.

21. ميلاد ابراهيم متى 0(2004)0برنامج مقترح لتنمية التعبير الفنى لدى الأطفال قابلى التعلم بالاستفادة من الفنون الحديثة ،**رسالة دكتوراه غير منشورة**، كلية التربية النوعية، جامعة عين شمس.

22. منى حسين محمد الدهان 0(2002)0 فاعلية الأنشطة الدرامية فى تنمية القيم السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقليا، **مجلة الارشاد النفسى**، العدد الخامس عشر، كلية التربية، جامعة عين شمس.

23. هنادي حسين القحطاني0(2012)مقياس السلوك اللاتكيفي لذوي الإعاقات الشديدة،**مؤتمر لاس فيغاس الأكاديمي الدولي لعام 2012 في الولايات المتحدة الأمريكية**، خلال الفترة من 29 /11/ 1433 الي 1/12/1433هـ

24. هناء يحى أبوشهبه 0(2004)0 **القياس الإسقاطي** ،الطبعة الثانية، دار الفكر العربى، القاهرة.

ثانياً: المراجع والمصادر باللغة الأجنبية:

25- American Art Therapy Association (2004**): Annual Report**, Mundelein, Illinois. http://www.art therapy.org .

26-American Art Therapy Association conference (2007): The Art of Connecting : "From Personal to Global" the 38th Annual Conference, November (14-18) 2007 , Albuquerque, New Mexico , USA

27-Clukey, Frances, Harlow (2003) : A descriptive study: selection and use of art mediums by sexually abused adults: implication in counseling and art psychotherapy, *unpublished PhD Thesis, the graduate school*, the university of Maine, 344 pages. USA.

28-Dechiara, E. (1990) "Art for special need A learning disabled child in a special art program*" J. of American Art Therapy association*

29-Hrrite Wodeson (1980) "*Art therapy"*N.y. Johan wiley & sons.

30- Jansume and Combs, C(1987) The effect of fitness training and reinforcement on maladaptive behaviors of institutionalized adult classified as a mentally retarded emotionally disturbed,*j.Education and Training in mental retardation* , Dec –vol : 22 , P: 263 : 268,1987

31-Malley,sharon (1999) Effects of visual arts instruction on the mental health of adults with mental retardation and mental illness**,** *master degree*, University of Georgia ,U.S.A

32-Rainy,P. Mary,M. (2003)Relating improvisational music therapy with severely and multiply disabled children to communication development, .*Journal of Music Therapy* 40. 3 (Fall 2003): 227-46.

33-Rainey Perry, M. (1999). Relating improvisational music therapy to communication development: A case study approach with severely and multiply disabled children. *Unpublished master's thesis*, University of Melbourne.

34-Shafer,- Michael - S., Egel, - Andrew- L ., Neaf ,.Nancy,(1984*)* **"**Training mildly handicapped Peers to facilitate changes in social interaction skills of autistic **children."**Journal of applied- behavior analysis ,1984 Win, vol 17 - 4 - p: 461 : 476

35-Shively, Randall (1989)Effects of exercise, arts and crafts activities, and social attention on social interaction, directed activity and maladaptive behavior in adults with mental retardation and emotional disturbance: An ecobehavioral perspective, The Ohio State University,U.S.A

36-Wexler, Alice **(2002):** Studies in art education, painting their way out : profiles of adolescent art practice at the Harlem hospital horizon art studio, A journal of issues and research, 43 (4). 339-353, state university of New York, New Paltz.

مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات العلمية

46، تعاونية الرشد القبة القديمة – الجزائر.
ها : 00.213.21.28.97.78 - 00.213.0550.54.83.05 فا : 021.28.36.48
البريد الالكتروني: markazbassira2009@hotmail.fr / markaz_bassira@yahoo.fr
الموقع الالكتروني: www.albassira.net

دفعا 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 إستراتيجية، دراسات إسلامية ودراسات أدبية، ودراسات قانونية ودراسات اجتماعية ودراسات نفسية أو من خلال التواصل العلمي مع المركز .

- **تصدر الدوريات فصليا، أي أربع أعداد في السنة لكل دورية.**
- **الاشتراك السنوي في الدورية الواحدة للأفراد: 1000 دج لكل دورية، وخارج الوطن: 14 دولار. للمؤسسات في الجزائر: 1200دج و خارج الوطن: 15 دولار.**

قسيمة الاشتراك السنوي

دورية دراسات إسلامية ودراسات إستراتيجية ودراسات اقتصادية ودراسات قانونية
ودراسات أدبية ودراسات اجتماعية ونفسية
تصدر أربع مرات في السنة

الاسم واللقب أو المؤسسة.....الهاتف.....
العنوان.....

الاشتراك في الدوريات:

- ☐ دراسات أدبية
- ☐ دراسات إستراتيجية
- ☐ دراسات إسلامية
- ☐ دراسات قانونية
- ☐ دراسات اقتصادية
- ☐ دراسات اجتماعية
- ☐ دراسات نفسية

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