



الفصل الرابع
الارشاد عبر الانترنت
Online counseling



الفصل الرابع

الارشاد عبر الانترنت

Online counseling

مقدمة:

لم يعد تقديم المشورة عبر الإنترنت أمراً سيتغير في المستقبل. من الممكن أن يقوم الشخص بتسجيل الدخول إلى الإنترنت في الوقت الحالي، والعثور على مستشار محترف، وجلسة من خلال جهاز الكمبيوتر الخاص به. توجد بالفعل مواقع ويب مخصصة لمجموعة من المستشارين ومئات من مواقع الويب التي أنشأها ممارسون خاصون للإعلان عن خدماتهم. أكثر من مائة مليون شخص يستخدمون الإنترنت كل شهر للبحث عن المعلومات الصحية في الشهر، ومن المتوقع زيادة ممارسة الاستشارة عبر الإنترنت في السنوات العشر القادمة. هناك حاجة واضحة لدراسة فعالية خدمات المشورة والسلوك المختلفة عبر الإنترنت ولضمان تقديم هذه الخدمات بطريقة أخلاقية ومهنية.

ويستخدم العملاء مؤتمرات الفيديو والدرشة المتزامنة والبريد الإلكتروني غير المتزامن للتواصل مع علماء النفس المحترفين بدلاً من الاستشارات وجهاً لوجه أو بالإضافة إلى ذلك. ومع ذلك فإن غالبية أخصائيي الإرشاد النفسي لا يشاركون في تقديم هذه الخدمات. وقد حققت قلّة من الباحثين في ما إذا كانت هذه الخدمات الاستشارية وسيلة فعالة للعلاج بالنسبة للعملاء. وتشتمل المشاكل الناشئة عن هذه الاتجاهات على شقين.

❖ قد يغيب علماء النفس عن فرص الوصول إلى عملاء جدد، حيث يتم تقديم الخدمات التي يقدمها علماء النفس في

إعدادات وجهًا لوجه من قبل محترفين آخرين أو حتى شبه محترفين على الإنترنت.

❖ يقوم عدد متزايد من الأفراد باستكشاف الإنترنت لخدمات الصحة النفسية والسلوكية، وعلى الرغم من أن الأبحاث الأولية أظهرت أن تقديم المشورة عبر الإنترنت مفيد للعملاء، فإنه لا يزال من غير الواضح ما إذا كان تقديم المشورة عبر الإنترنت طريقة فعالة لتقديم الخدمات.

ومع تزايد الطلب على الارشاد عبر الإنترنت فيمكن تزويد العملاء بالخدمات الفعالة من قبل مهنيين مدربين يتمتعون بالمهارات والكفاءات الكافية. وتتمثل الخطوة الأولى في هذه العملية في تقييم طرق جديدة لتقديم الخدمات، مثل جلسات الاستشارات التي يتم تقديمها من خلال الدردشة المتزامنة.

وعلى الرغم من أن الممارسة التقليدية لتقديم المشورة تنطوي على تفاعل وجهًا لوجه بين المستشار والعميل، فقد يقوم عدد متزايد من الممارسين بتقديم خدمات المشورة أو العلاج عبر الإنترنت. فعلى سبيل المثال ففي دراسة Chester & Glass (2006) أكمل مجموعه من المستشارين عبر الإنترنت بلغت ٦٧ الاستجابة على استبياناً يستكشف خلفيات وخدمات ورسوم وتكنولوجيات الاتصال أثناء تقديمهم للاستشارات عبر الإنترنت للجمهور. وأشارت نتائجها إلى أن الاستشارة عبر الإنترنت أجراها مستشارين ذوي خبرة نسبياً باستخدام البريد الإلكتروني. وقد كان العملاء عبر الإنترنت الذين حصلوا على الاستشارات كانوا من الإناث وتلقين تدخلات قصيرة الأجل نسبياً. وعلى الرغم من أن حقل الارشاد عبر الانترنت يبدو متطوراً مع زيادة شعبيته، إلا

أن بعض المخاوف الأخلاقية التي أثارتها الأبحاث النفسية والمهنية ما زالت تعالج بشكل غير كافٍ.

وتعد الاستشارة (الارشاد) عبر الإنترنت مجالاً للتوسع السريع في مجال علم النفس التطبيقي والارشادي Applied and counseling psychology. وتتضمن المشورة عبر الإنترنت أو العلاج النفسي مجموعة متنوعة من الأنشطة مثل التثقيف النفسي، والعلاج الفردي، وتدخلات المساعدة التلقائية التي يتم تقديمها عبر الإنترنت.

وعلى الرغم من أن الجمعيات المهنية الأخرى مثل الجمعية الوطنية للأخصائيين الاجتماعيين، ورابطة الطب النفسي الأمريكية، والمجلس الوطني للمستشارين المعتمدين قد تناولوا قضايا أخلاقيات تقديم المشورة عبر الإنترنت فإن جمعية علم النفس الأمريكية كانت غائبة بشكل واضح عن هذا النقاش أو الجدل.

ومع ذلك تعمل عيادات العلاج عبر الإنترنت وتتم دراسة فعالية التدخلات المقدمة عبر الإنترنت. وتقدم هذه المناقشة لمحة عامة عن طرائق تقديم المشورة عبر الإنترنت، وتفاصيل المخاوف الأخلاقية المرتبطة بكل منها، وتقدم اقتراحات للممارسة الأخلاقية للاستشارة عبر الإنترنت (Rummell & Joyce, 2010).

وتتحمل الجامعات مسؤولية تطوير التدخلات المناسبة للاستجابة لاحتياجات طلاب الصحة النفسية. يعد استخدام الطلاب للتكنولوجيا جزءاً لا يتجزأ من كيفية اتصالهم بالعالم وربطهم به؛ من المعقول النظر في إشراك الإنترنت وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات لتوصيل خدمات الصحة العقلية. ويعتبر

تحقيق المشورة المقدمة عبر الإنترنت العديد من المزايا المتميزة (Richards, 2009).

وتتراوح هذه التدخلات من صفحات الويب النفسية التقييمية وبرامج المساعدة الذاتية المعقدة الشخصية التفاعلية القائمة على السلوك المعرفي، إلى مؤتمرات الفيديو، ومجموعات دعم المساعدة الذاتية، والتدوين، والعلاج عبر الإنترنت بقيادة مهنية (Barak & Grohol, 2011).

مفهوم الارشاد عبر الانترنت:

يُعرف الارشاد عبر الانترنت ويطلق عليه المصطلح Etherapy لأول مرة على أنه التفاعل بين المستهلك والمعالج عبر الإنترنت (عادة عبر البريد الإلكتروني) بالتزامن مع استخدام برنامج علاج سريري منظم على شبكة الإنترنت. يتم تقديم ملخص للقضايا المهنية والأخلاقية، جنباً إلى جنب مع أمثلة موضحة لمبادئ أفضل الممارسات التي مرت في العمل السريري والبحثي من قبل أعضاء وحدة العلاج في جامعة سفينبيرن للتكنولوجيا (Abbott, Klein & Ciechowski, 2008).

العلاج عبر الإنترنت هو شكل بديل للارشاد يمكن أن يخفف من القيود التي تواجه طلاب الجامعات من الأقليات. ويستخدم كبديل للعلاج وجها لوجه إما باستخدام برامج مفتوحة أو تحديد الهوية. لذلك تبدو برامج تحديد الهوية أكثر ملاءمة لتغيير السلوك ويكون الاتصال الإلكتروني بين المعالج والعميل هو التقنية الأساسية للعلاج، أو يقتصر على المواقع التي تكون فيها تفاعلات الوجه غير ممكنة (Ballesteros & Hilliard, 2016).

ومن بين أساليب تقديم المشورة عبر الإنترنت تم العثور على طرق البريد الإلكتروني والردشة لتكون متفوقته على استخدام المنتديات، والصوت، وكاميرا ويب وتكاد تكون فعالة مثل المشورة وجها لوجه. وتم توظيفهم لتقديم المشورة عبر الإنترنت كخدمة مستقلة ومدمج لخدمات أخرى. وتستند التبادلات البريد الإلكتروني وغرف الدردشة النصية فقط على نص مكتوب. وعمليات تبادل البريد الإلكتروني غير متزامنة مما يعني أن اتصال العميل والمستشار لا يحدث في وقت واحد وتؤخر الاستجابات. إن طبيعة الاستشارة عبر البريد الإلكتروني تحمل بعض التحديات مقارنةً بالمستجدات الفورية للعلاج وعلاج الوجة لأن (نظراً لخصائصها المتأخرة زمنياً) لا يتم عقدها في الوقت الفعلي ولا تفاعلية حقاً. وهناك مخاوف من أنه من الصعب التعبير عن التعاطف والدفع والفكاهة في الاتصالات القائمة على النصوص & Ghavifekr, Nordin, Hamzah, Salleh (2015). (Joorabchi, 2015).

مميزات وعيوب الارشاد عبر الانترنت:

أصبحت المشورة عبر الإنترنت أكثر فأكثر شيوعاً. ويرى البعض أن هذا الاتجاه إيجابي بينما يهتم البعض الآخر بالجودة والمسائل الأخلاقية المتعلقة بتقديم المشورة عبر الإنترنت. تستعرض هذه المقالة إيجابيات وسلبيات تقديم خدمات المشورة عبر الإنترنت، وما إذا كان الممارسون والباحثون مع أو ضد هذه الممارسة. وهي تدرك أنها لا تحدث فقط، بل من المرجح أن تزيد من الانتشار بغض النظر عن عيوبها المحتملة. والقضية مضادة أنه لما كان البقاء ويجب دراسة هذه الظاهرة لأنها توفر

فرصة فريدة لدراسة المشورة والعلاج النفسي (Baker & Ray, 2011).

ويعتبر الارشاد عبر الانترنت أكثر فعالية في علاج مجموعة من الاضطرابات النفسية. البحث المستقبلي عن طرق تحسين قدرة المستهلك على الانخراط في العلاج يجب أن يزيد من فعالية هذا النوع من العلاج (Abbott et al., 2008).

واحدى المميزات الفريدة للتسليم عبر الإنترنت هي أن الإنترنت يمكن أن تسهل المجتمع وبالتالي تسمح للتدخلات الإرشادية بالتصرف العلاجي لمجتمع عبر الإنترنت من المستخدمين. وثمان فوائد زيادة الوصول والمرونة والخدمات في الوقت المناسب وبناءً على الطلب، وكما هو الحال بالنسبة لاستخدام المشورة عبر الإنترنت كعنصر في نهج الرعاية المتسارعة لتقديم الخدمات (Richards, 2009).

وينظر إليها على أنها إحدى طرق العلاج الفردي التي تعتمد على التدخلات عبر الإنترنت على أنها لديها القدرة على تلبية الطلب المتزايد على خدمات الصحة العقلية. ومع ذلك مع ازدهار الخدمات المقدمة عبر الإنترنت من قبل علماء النفس، والمستشارين، والعاملين الاجتماعيين، وأصبح من الأهمية بمكان ضمان أن تكون التدخلات المقدمة مدعومة بأدلة الأبحاث (Dowling & Rickwood, 2013).

وترتبط جودة الاستشارات الفعالة عبر الإنترنت ارتباطاً وثيقاً بالأساليب المستخدمة والخبرات المكتسبة في دورات الارشاد وتشير إلى أن تقديم المشورة عبر الإنترنت هو بديل حقيقي جداً للاجتماع وجهًا لوجه (Paterson, Laajala & Lehtelä, 2017). وعلى الرغم من مخاوف الممارسين المتعلقة بسوء التفسير

والتشويه وعدم وجود إشارات غير اللفظية، تظهر المحادثات عبر الإنترنت لتغطي مجموعة متنوعة من الموضوعات وتركز على قضايا أكثر حساسية من الجلسات اللفظية (Callahan & Inckle, 2012).

وأظهرت نتائج دراسة Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira (2008) للمقارنة بين التدخل وجهاً لوجه والتدخل عبر الإنترنت كما ورد في ١٤ من الدراسات عدم وجود فروق في الفعالية. توفر نتائج ماوراء التحليل واستعراض دراسات إضافية للعلاج عبر الإنترنت غير المدرجة في نتائج ماوراء التحليل، دعماً قوياً لاعتماد التدخلات النفسية على الإنترنت كنشاط علاجي مشروع واقتراح العديد من الأفكار فيما يتعلق بتطبيقه.

ويرى المؤلف أنه لا يمكن استخدامه بمعزل عن طرق الارشاد المختلفة لسبب وحيد هو ان المريض المكتئب غير متواجد في الموقف وبالتالي عدم فهم مبرراته وقد تحدث انتكاسه لديه نتيجة نمو سوء الفهم بين الطبي أو المستشار المعالج والمريض المكتئب.

فعالية الارشاد عبر الانترنت؛

استخدمت دراسة Andersson & Cuijpers (2009) ماوراء التحليل لعدد ١٥ دراسة للمقارنة بين الارشاد النفسي المعتمد على استخدامات الانترنت والارشاد النفسي القائم على العلاج الشخصي وقد كان حجم تأثير الارشاد عبر الانترنت أكثر اثراً في تعديل سلوك الاكئاب من الارشاد الشخصي.

في حين اعتمدت دراسة Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira (2008) على منهجية ماوراء التحليل لعدد من الدراسات

بلغت ٩٢ دراسةً للارشاد القائم على الانترنت للعديد من المشكلات وقد بلغ حجم التأثير متوسط وهو ما يشبه إلى حد كبير تأثير العلاج التقليدي وجهاً لوجه لعدد من الدراسات بلغت ١٤ دراسةً. وقد كان المدى الزمني للدراسة من ١٩٩٦ إلى ٢٠٠٦. وروعيته في الدراسات وقت العلاج والمتابعة ونوعيته القياس المستخدمة وطريقة الاتصال والمنهج العلاجي.

بينما اختبر Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper & Hedman-Lagerlöf (2018) الفرق بين العلاج السلوكي المعرفي (وجهاً لوجه والعلاج القائم على الانترنت) لعدد من ١٤١٨ مشاركاً وأثبتت النتائج تكافؤ النتائج لمرحلة ما بعد العلاج في ضوء حجم التأثير الناتج باستخدام منهجية ما وراء التحليل لعدد ٢٠٧٨ مقالة و ٢٠ دراسةً.

واعتمدت دراسة Andersson, Rozental, Shafran & Carlbring (2018) على تحليل ١٤ دراسةً على ٩٠٢ مشاركاً قامت عليهم فترة متابعة لمدة ثلاث سنوات من السويد وهولندا لعلاج اضطرابات الهلع واضطراب القلق الاجتماعي والقلق العام والوسواس القهري والضغط. وقد بلغ التأثير ١.٥٢ وقد توصلت الدراسة إلى عدم تجانس الدراسات وكان متوسط تحسن الأعراض عبر الدراسات ٥٠٪.

بينما أكد Hedman, Ljótsson & Lindefors (2012) أنه لا يمكن استخدام الارشاد القائم على الانترنت بمعزل عن أنواع الارشاد والعلاج الأخرى. في حين يرى انه مكماً للعلاج السلوكي المعرفي التقليدي كما أنه مكمل فعال جداً في حالات الاكتئاب واضطرابات الهلع والرهاب الاجتماعي. وقد ثبتت دراسة Berger, T., Hämmerli, K., Gubser, Andersson

(2011) Caspar & فعاليتها في حالات علاج الاكتئاب ورفع جودة الحياة في حالة الارشاد قصير المدى لمدة ستة أشهر.

ويبرر Johansson, Andersson, Ebmeier, Smit, Kessler, Cuijpers, & Cuijpers. (2012) تلك النتائج السابقة في فعالية الارشاد القائم على الانترنت على تخفيف حدة الاكتئاب الشديد الناجم عن الكلفة الاجتماعية العالية والمعاناة الفردية. وقد تمت المتابعة على مستويات مختلفة من الطبيب المعالج والحاجة للدعم المستمر بالانترنت إذ يوقر الانترنت تغذية راجعة مثالية افتراضية ترفع السعادة النفسية ومستوى الرفاهية لدى الفرد.

وأكد (2015) Lekka, Efstathiou & Kalantzi-Azizi على سيادة علاقات التعاطف والقبول والتمكين والدعم وذلك في ضوء الاسئلة المفتوحة والمغلقة والوصول إلى أسباب عقدة الاكتئاب في جلسات ارشادية بلغت ٣٠ ساعة للأعراض الاكتئابية وذلك لطلاب المرحلة الثانوية.

الارشاد عبر الانترنت كمكمل للارشاد والعلاج النفسي التقليدي:

تكمن تحديات الارشاد عبر الإنترنت لدى علماء النفس هو إمكانية التواصل مع العميل بطريقة ذات معنى من خلال تقنيات الاتصال عن بعد. دون الاستفادة من الإشارات السياقية وغير اللفظية، قد يعوق القدرة على تشكيل علاقة علاجية. علاوة على ذلك فالمسافة التي ينطوي عليها الاستشارة عبر الإنترنت، قد يكون من الصعب على العميل والمستشار استكشاف تأثير تفاعلات الأشخاص والبيئة بشكل كامل. ونتيجة لذلك من المهم النظر فيما إذا كان تقديم المشورة عبر الإنترنت يمكن

أن يستوعب عدم وجود إشارات غير لفظية وزيادة المسافة. إذا تمكنت المشورة عبر الإنترنت من التغلب على هذه القيود وإمكانية إدارة علاقة علاجية بنجاح، فسيكون من المهم اكتشاف كيف يمكن تدريس هذه المهارات على أفضل وجه للأجيال القادمة من الإخصائيين النفسيين الاستشاريين.

وتتعلق الاستشارة عبر الإنترنت بتعلق بمدى ملاءمة أسلوب العلاج لمجموعة واسعة من العملاء. كان هناك حوار مستمر بشأن السكان المناسبين لمعالجي المشورة عبر الإنترنت. يهتم علم النفس الاستشاري بالتنمية الطبيعية ومساعدة الأفراد على التعامل مع المشاكل اليومية، مثل العمل والتحويلات الحياتية. ومن خلال تقييم كيفية عمل المعالجين مع العملاء الذين يتعاملون مع القلق، الاكتئاب، أو مزيج من المخاوف، توفر الدراسة معلومات حول إمكانات المعالجين في إعداد على الإنترنت. يجب ألا يقتصر البحث المستقبلي على تصنيف الرسائل المرسلت إلى هذه الأنواع من لوحات نشرات الكمبيوتر فحسب، بل يجب أن يسعى أيضًا للحصول على بيانات النتائج من المشاركين لتحديد كيفية فهم الدعم الذي يتم نقله وما إذا كان الدعم فعالاً أم لا. وتختلف القوائم عن لوحات نشرات الكمبيوتر حيث يحتاج الفرد إلى الاشتراك لأول مرة في القائمة من أجل تلقي الرسائل. ويمكن الوصول إلى من قبل أي شخص لصفحات الويب التي تستضيف الرسائل. وتوفر التواصل والدعم للمجموعة باستمرار لأن الأفراد يمكنهم الاشتراك وإلغاء الاشتراك في أي وقت. وتكمن مشاكل الارشاد عبر الانترنت في أنها لم تتضمن التوجيه أو الدعم من طبيب نفسي أو أي نوع آخر من الممارسين المدربين. ويستطيع المحترف منع بعض النتائج السلبية لمجموعات الدعم عبر الإنترنت، مثل

انتشار التضليل، والصراع بين أعضاء المجموعة، وإمكانية تطوير إدمان الإنترنت.

دور نظرية الاتصال المدمج Computer-Mediated Communication في الارشاد عبر الانترنت

أدى تطور علم النفس الالكتروني إلى وجود أشكال جديدة من التواصل، وما ترتب عليه من آثار وقابلية التطبيق لممارسة المشورة والعلاج النفسي.

وبدأ الاتصال المبرمج في الرواج خلال الستينات، ويشير إلى نوع من التواصل بين شخصين أو أكثر يتم تسهيله بواسطة أجهزة الكمبيوتر أو البرامج، مع كون البريد الإلكتروني هو الشكل الأكثر شيوعاً اليوم.

وتتضمن الأمثلة الحالية لنظرية الاتصال المدمج بريداً إلكترونياً تم إرساله إلى أحد أفراد العائلة، أو رسالة منشورة على قائمة عناوين أو لوحة إعلانات مهنية، أو محادثة مع صديق في غرف الدردشة، أو استخدام كاميرا فيديو لإرسال صورة وصوت إلى صديق. واهتمت الدراسات النفسية والطبية عملية أو نتيجة الاتصال العلاجية بين مستشار وعميل. أدرجت الدراسات المتعلقة بمجموعات الدعم عبر الإنترنت أيضاً لأن النتائج المتعلقة بهذه الدراسات تنطبق على علماء النفس الإرشادي على النحو التالي:

❖ أولاً ستناقش الدراسات التي حققت في كيفية استخدام الأفراد للاتصال عبر الكمبيوتر للحصول على الدعم.

❖ ثانياً سيتم مراجعة أبحاث النتائج من دراسات الاستشارات عبر الإنترنت، بما في ذلك مستويات العملاء والعيادات من حيث الرضا عن طرق العلاج الجديدة.

❖ ثالثاً ستتم مراجعة عملية البحث من دراسات الارشاد عبر الانترنت لمناقشة القضايا الفريدة المتمثلة في تقديم الخدمات الصحية العقلية والسلوكية دون أن يكون الطرفان معاً في بيئة وجهاً لوجه.

مبررات استخدام الارشاد عبر الانترنت:

❖ زيادة التعاطف الحادث بين مستشار الارشاد وبين المريض أو من هو بحاجة للارشاد.

❖ تلبية الحاجة الملحة لدى المريض أو المكتئب في التفريغ الانفعالي الناجم عن ظروف الحياة الضاغطة أو الروتينية.

❖ يحصل المستشار أو الطبيب النفسي على معلومات لا يمكنه الحصول عليها وجهاً لوجه داخل جلسة الارشاد.

❖ إمكانية الرجوع إلى الرسائل التي نمت أو كتبت بين مريض المكتئب وبين الطبيب للوقوف على طبيعة المشكلة التي يعاني منها الفرد من ناحية. أو التأكد من مصداقية المكتئب في الحديث عن مشكلاته التي سبق وأن تحدث عنها وجهاً لوجه.

❖ تفترض التفاعلات الافتراضية الحصول على تغذية راجعة مثالية تنمي جودة الحياة النفسية لدى الفرد في ضوء العلاقات الاترباطية القوية أو الحميمة بين طرفي الاتصال، ونظراً لأن مبدأ الحميمية غير متوفر في هذا النوع من التواصل إلا أنه يستعاض عنه بالثقة والتعاطف.

❖ انعدام خوف المريض المكتئب للخوف أو القلق الاجتماعي من استخدام الطبيب أو المستشار للمعلومات التي أفصح عنها

أو سردها، إذ يبتأكد لديه أنها لصالح المساعدة والدعم النفسي له.

❖ الدعم الانفعالي والاجتماعي المدرك في شبكات التواصل الاجتماعي أعلى من صورة التقليديّة من ناحية، كما أنها يمكن الحصول عليها في أي توقيت وأي مكان بمجرد تحقيق التواصل المتزامن أو غير المتزامن لدى المريض المكتئب.

❖ الافتراض التقليدي لشبكات التواصل في أن الاتصالات التي تتم عليها ما هي إلا بين شخصين يحتاج أحدهما إلى نوع من الدعم وأن طرفي الاتصال لهما نفس الاهتمام. وأن الانفعالات تتحسن والأمزجة تكون في المسار السعيد من جراء تحقيق الاتصال بين طرفي التواصل.

❖ خلو الاتصال من مبررات الخجل الاجتماعي.

تقديم الدعم للعميل:

يعمل علماء النفس الاستشاري على نقل التعاطف والدعم إلى العميل حتى يمكن تسخير نقاط قوته وقدراته على التكيف. واقتراح بعض الباحثين أن إحدى الفوائد الرئيسية لشبكة الإنترنت قد تتمثل في أنها يمكن أن توفر وسيلة للأفراد للتواصل مع الآخرين والحصول على الدعم والمعلومات.

وقد يكون هذا صحيحًا بشكل خاص بالنسبة للأفراد الذين يشعرون بالعزلة، حيث قد تكون الإنترنت وسيلة لتلقي الدعم الاجتماعي، وتعلم طرقًا جديدة للتعامل مع المشكلات. ومع ذلك يمكن أن يستوعب الارشاد عبر الانترنت بفاعلية التواصل التعاطفي والدعم دون وجود كلا الطرفين في نفس الموقع.

وعادة ما وجدت فوائد للمشاركين. ويبدو الدعم عبر الإنترنت في رسائل المناقشة، والتي التي تدور على مدار ٢٤ ساعة في اليوم وقد تم إظهار أن مجموعات الدعم هذه لها بعض الفوائد.

وحللت دراسة Braithwaite, Waldron, & Finn (1999) وظائف الدعم الاجتماعي من ٤٢ عضواً فريداً في لوحة إعلانات الكمبيوتر للأشخاص ذوي الإعاقة. تم تعريف رسائل الدعم الاجتماعي على نطاق واسع مثل أي نشر يقدم الرعاية أو الانتماء أو التقدير أو المساعدة لمتلقي الرسائل.

كما قام Finn (1999) بالتحقيق في مجموعة المساعدة الذاتية على الإنترنت والتي ركزت على القضايا المتعلقة بالإعاقة. أجري تحليل ل ٧١٨ رسالة من ٤٢ مستخدماً فريداً يقيمون في ٣٣ ولاية. قام الباحث بتطوير ١٤ فئة للرسائل. تم اشتقاق الفئات من آليات مجموعة المساعدة الذاتية العلاجية الموجودة في أدبيات العمل الجماعي. وتم استخدام اثنين من مساعدي البحوث لرمز الرسائل، وأفاد عن اتفاق يعني من ٨٢. وكانت الرسائل المصنفة على أنها تقدم الدعم والتعاطف (٢١.٢ ٪)، وتوفير المعلومات (١٥.٣ ٪)، المكرسة لحل المشكلات (١٤.٤ ٪)، والتعبير عن المشاعر أو التنفيس (١٢.٣ ٪) هي الأكثر شيوعاً على لوحة الإعلانات. على الرغم من أن المؤلفين قاموا بترميز الرسائل إلى فئات، إلا أنه من غير المعروف ما إذا كان أعضاء المجموعة أنفسهم ينظرون إلى الرسائل على أنها دعم عاطفي وجداني. ومع ذلك ما يتم نشر الرسائل على لوحة النشرات بشكل متسلسل.

الاشارات المشكل في استجابات العميل عبر الانترنت:

يكون المعالجين في التدريب أكثر قدرة على التقاط قضايا تقديم مهمة وتقديم تشخيص سريري دقيق في جلسة تقديم

المشورة عبر الإنترنت من خلال الدردشة المتزامنة. ودعمت هذه الفرضية بالبيانات التي تؤكد أن المعالجين في التدريب يمكنهم تحديد تشخيص DSM-IV ذي صلة بدقة لعميلهم. ولكل من القلق للعميل قام أكثر من ٩٠% من المعالجين في التدريب بتعيين تشخيص مناسب. وقد أظهرت الأبحاث السابقة أن المعالجين ذوي الخبرة كانوا قادرين على توفير تشخيص أكثر دقة من المعالجين الأقل خبرة أو أولئك الذين ليس لديهم خبرة.

ولتحديد كيفية تحسين دقة التشخيص فقد أظهرت دراستهم أن هناك حاجة إلى مزيد من الوقت والمراحل لضمان تقييم "معياري الذهب".

تم تعريف معيار الأساسي للمقابلة سريرية وهو استعراض التاريخ الطبي ومناقشة الطبيب النفسي للمريض. وقد ارتفع مستوى الاتفاق مع هذا المعيار مع تحديد إجراءات إضافية إلى بروتوكول التقييم. وعلى سبيل المثال وافق تقييم روتيني مع معيار الذهب فقط ٥٢% من الوقت، ولكن عندما تم النظر في معلومات إضافية مثل السجلات الطبية ومقابلة سريرية منظمته من DSM ارتفع الاتفاق مع معيار الذهب إلى ٧٩%.

طبيعة مشكلات العميل في الارشاد القائم على الانترنت:

ذكرت الفرضية الثالثة أن المعالجين في التدريب سيكونون مرتاحين مع قضايا تقديم العميل عبر الإنترنت. تم تأكيد هذه الفرضية جزئياً، حيث أدت معظم البيانات إلى التأكيد على أن المعالجين في التدريب يشعرون بالراحة في الالتقاء مع العميل في إعداد عبر الإنترنت. استجاب المعالجون في التدريب بمستوى مرتفع إلى حد ما من التأثير الإيجابي بعد جلسة المشورة عبر

الإنترنت. تفاعل المعالجون في التدريب مع كل من العميل القلق والاكتئاب بطريقة مماثلة.

ومع ذلك فقد أبلغوا عن شعورهم بالاكتئاب بعد إجراء جلسة العلاج عبر الإنترنت مع العميل القلق. ويبدو أن المستشارين حاولوا التكيف مع طريقة العلاج عبر الإنترنت ولكن شعروا بقدر قليل من عدم الراحة عند العمل مع العميل القلق. ومن المحتمل أن يكون العميل القلق أكثر حدة بالنسبة للمعالجين في التدريب ، الأمر الذي كان سيضع ضغطاً أكبر على المستشار لمساعدة العميل في مشكلاته.

صور التصرف للمعالج خلال الجلسات:

ذكرت الفرضية الرابعة أن المعالجين في التدريب سوف يتصرفون بطريقة مماثلة خلال جلساتهم عبر الإنترنت مقارنة بجلستهم وجهاً لوجه. تم تأكيد هذه الفرضية من خلال تحليل البيانات.

وعلى الرغم من غياب الإشارات غير اللفظية يحظر مقدار الحد الأدنى من المشغلات مثل "نعم" أو أي شيء من الكامات التي تشجع على التواصل، فإن المعالجين في التدريب يستخدمون المهارات السريرية التي تتشابه بشكل متناسب مع المعالجين الذين يعملون مع عميل في بيئة وجهاً لوجه. كانت المهارات الأكثر استخداماً هي إما الأسئلة أو الموافقة وتعليقات مطمئنة موجهة لاستكشاف قضايا العميل بمزيد من العمق، وهو ما يوازي النتائج من دراسات مماثلة تركز على العلاج وجهاً لوجه.

ويبدو أن نفس المهارات التي يستخدمها المستشارون في العلاج وجهاً لوجه يمكن استخدامها في بيئة محادثة متزامنة على

الرغم من أن الدردشة المتزامنة لم تسمح بتبادل السلوكيات غير اللفظية.

تدخلات الارشاد القائم على الانترنت:

تؤثر تدخلات المعالجين في التدريب خلال الدورة على مواقفهم بعد الجلسة. تم دعم هذه الفرضية جزئياً بعد تحليل البيانات. تم العثور على المعالجين في التدريب الذين يستخدمون المزيد من التحديات للإبلاغ عن تقييمات أكثر ملاءمة حول المشورة عبر الإنترنت فيما يتعلق بإدارة الوقت، في حين أن أولئك الذين يستخدمون المزيد من التفسيرات كانوا أكثر عرضة للإبلاغ عن تقييم أكثر ملاءمة للارشاد عبر الإنترنت فيما يتعلق بالتأثير العلاجي. وتشير إلى أن المعالجين، مع مزيد من الراحة باستخدام المهارات المتقدمة قد تجد المشورة عبر الإنترنت لتكون أكثر فعالية.

اتجاهات المستشار عقب جلسات الارشاد عبر الانترنت:

ذكرت الفرضية السادسة أن المعالجين في التدريب سيختبرون تغييراً إيجابياً في مواقفهم تجاه الاستشارة عبر الإنترنت بعد أن أجروا جلسة دردشة متزامنة. تم دعم هذه الفرضية جزئياً من خلال تحليل البيانات. لقد واجه المعالجون والتغيرات تغيراً ملحوظاً في المواقف بين الاختبار القبلي والبعدي.

وفي جميع الحالات باستثناء حالة واحدة أعرب المعالجون في التدريب عن وجهات نظر أكثر ملاءمة لإمكانية تقديم المشورة عبر الإنترنت بعد أن أجروا جلسة استشارية عبر الإنترنت. ومع ذلك أبلغ المعالجون عن انخفاض الدرجات بعد إجراء جلسة الاستشارة عبر الإنترنت فيما يتعلق بحجم العمل الذي يمكنهم إنجازه مقارنة بجلسته وجهاً لوجه.

وأشارت النتائج أن المعالجين في التدريب أبدوا في البداية معتقدات معرفية معتدلة بأن الارشاد عبر الانترنت يمكن أن تكون فعالاً. وبعد إجراء الجلسة، شهد تدريب المعالجين تحولاً في اتجاه إيجابي في اتجاهاتهم نحو المشورة عبر الانترنت بكل طريقة باستثناء قدرة الاستشارة عبر الانترنت على أن تكون فعالة من حيث الوقت كمشورة وجهاً لوجه.

وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن المعالجين في التدريب سيكونون موافقين على تلقي التدريب على كيفية إجراء جلسات المشورة عبر الانترنت، ويعتقدون أنه يمكن أن يكون خيار علاج قابل للتطبيق من أجل تقديم العلاج.

ويبدو أن المعالجين في التدريب مع تجربة الدردشة المتزامنة عبر الانترنت أكثر ارتياحاً مع العمل والجلسة عبر الانترنت لأنهم قد أبلغوا عن مستويات أعلى من التأثير الإيجابي، كما قاموا بتصنيف العمل على أنه له تأثير إيجابي أكبر.

ويشعر المعالجون في التدريب بمزيد من الخبرة في التواصل من خلال الدردشة المتزامنة بأنهم أكثر سهولة مع التكنولوجيا، وبالتالي يشعرون بقدر أقل من القلق نتيجة لنقل مهاراتهم السريرية إلى بيئة عبر الانترنت. على الرغم من أن المعالجين في التدريب مع تجربة الدردشة المتزامنة أكثر أظهروا مستويات متزايدة من الرضا، فإن النتائج تثبت أنهم لم يشكوا علاقة عمل أفضل مع عملائهم.

النظرية التوافقية ودورها في الارشاد القائم على الانترنت

النظرية التوافقية:

تغيرت احتياجات التعلم مع تزايد انتشار التكنولوجيا في المجتمع الحديث. وتقترح النظرية التوافقية أن العصر الرقمي يخلق مناهج جديدة للتعلم. ولم يقتصر التعلم على ما يحدث داخل الفرد، ولكنه أصبح ظاهرة اجتماعية وثقافية تتطلب القدرة على التعامل مع التغيرات السريعة في المعلومات. وتعد مهارات التفكير النقدي مثل التوليف وتكامل المفاهيم، إلى جانب القدرة على تحديد الروابط والأنماط، أساسية لنظرية التعلم هذه (Lin, Parsons & Cockerham, 2019).

وقدم Schwartz, Tsang, & Blair (2016) عدد ٢٦ طريقة لمساعدة الناس على العلاج وناقشت دراستهم كيف العمل طبقاً لهذه الأساليب. وتساعد التوضيح والتوليد والإثارة في مساعدة المرء على أن يتذكر بشكل أفضل ما يجب أن يتذكره الشخص وما الذي يريد بينما يساعد التدريب على الواجبات المنزلية للعميل على الحالات المتناقضة والاطلاع على اكتشافاتهم. وقد سلطت النظرية الضوء على مكونات مهمة الارشاد، والتي تشمل الفهم والذاكرة والتحفيز والخبرة والمهارات الدراسية والشعور بالاندماج وحل المشكلات والتعاون والإكتشاف.

طبيعة التواصل وبين المعرفة في النظرية التوافقية:

يعد التواصل نشاطاً عاماً في سياق الارشاد عبر الانترنت. ويمكن للمرشد تصميم الأنشطة التي تجعل العميل يجرب في التوسع في طرح أحداثه، ويمكن تقييم مستويات الأنشطة من

خلال الجهود العقلية والمشاركة المعرفية (Haythornthwaite, 2019).

وتشمل تلك الأنشطة تبادل المعرفة أو إنشاء المعرفة التعاونية. ويمكن للعميل البحث عن عقد محددة اجتماعياً أثناء تعاونهم مع الآخرين التي أدت إلى أزمته، كما أن المشاركة في التحرير والتعليق والتعليق والتأمل عن طريق إرسال بريد إلكتروني أو رسالة لعائلة العميل أو الأصدقاء ومن ثم يتم تأسيس العلاقات الترابطية المترتبة بين عناصر الارشاد (Duan, Xie, Hawk, Yu & Wang, 2019).

ويتعاون العميل والمرشد ويتبادل كل منهما المعرفة وخلقها بدرجات مختلفة أثناء التفاعل. ويتم تصميم أنشطة الارشاد النفسي في ضوء مستويات مختلفة حسب هدف القادمة ودرجة مساهمة المعرفة في الوصول إلى حل لأزمة العميل بهدف بناء أنشطة جديدة تتكون من معرفة جديدة باستخدام المعرفة السابقة للعميل تحدد ما إذا كان أي نشاط محدد يتطلب بذل جهد عقلي مضطرب والمشاركة المعرفية (Duan et al., 2019; Lin et al., 2019).

مهارات الارشاد النفسي في العصور الرقمية:

تفترض مهارات الارشاد الفعال أولويات مختلفة في التفاعل افتراضياً مع العميل في بيئة غامرة لدعم انفعالاته سواء كتابية أو مصورة انفوجرافياً. ويؤدي الوصول السهل إلى المعلومات باستمرار إلى إخراج المعلومات التي يجمعها الفرد في اللاشعور ومعالجتها عن طريق الذاكرة العاملة، وهنا قد يمتنع العميل عن مواصلة الحديث ويرى أن التواصل اللفظي افتراضياً عن طريق الاتصال الصوتي أفضل في تضيغ انفعالاته الدفينة.

وهنا يكون للمرشد أن يبدأ في حل مشكلات العميل انفعالياً وهذا يتطلب مهارة في فحص المعلومات وتحديد المواد ذات الصلة والواقعية. ويجب معرفة كيفية الوصول إلى مصادر المعلومات عالية الجودة التي تكون الطريق إلى انتشار العميل من الإحساس بالذنب ومراقبة ذاته من أجل الحد من الهروب من الواقع الاجتماعي إلى نظيره الافتراضي ويمكن للمرشد أن يحل منشورات العميل عبر الإنترنت والتعرف على المشتتات الأخرى التي تسبب معاناته (Schwartz et al., 2016).

السقالات المعرفية والمعلومات البدائية بنظرية التعلم التواصلي Scaffolding and prior knowledge

أشار Alber (2001) الرأي القائل بأن المعرفة الجديدة يجب أن تبنى من المعرفة الحالية، وأن الروابط مع الخبرة والمعرفة السابقة يمكن أن تعزز العلاج. ويمكن أن تتفاعل مجموعة متنوعة من المعرفة وربط الأحداث ببعضها من خلال أسئلة مفتوحة تعمل على الاستفزاز الانفعالي للعميل ومن ثم تعمل كسقالات وروابط للمعرفة السابقة والمواقف من خلال الأمثلة التوضيحية التي يمكن الوصول إليها بسهولة كدلالة على صحة ما سرده العميل من ظواهر (Vygotsky, 1986).

طبيعة العلاقة بين الوسيط الافتراضي والعميل Digital students and agency

توفر التكنولوجيا فرص لكل من المرشد والعميل لتلقي المزيد من المتابعات للتحكم في كم المعلومات التي ترفع من جودة الحياة النفسية والتي تنفض انفعالات العميل. ويعتمد العميل على المرشد في تلقي وتبادل المعرفة مع عميله في أي وقت من النهار أو الليل دون الذهاب إلى العيادة النفسية.

ويمكن للعميل الوصول إلى عدد كبير من المعلومات من خلال هواتفهم الذكية أو أجهزة الكمبيوتر أو الأجهزة التكنولوجية الأخرى. ويشجع المرشد النفسي على قيام العميل بمعالجة الأشياء والمشاركة في النقاش وهنا يتعرف المرشد على المخططات المعرفية (مخططات الأحداث، ومخططات الشخصية، ومخططات الاجتماعية) من أجل بناء نماذج ذهنية في العالم.

ومن خلال توفر المعرفة لدى المرشد عن الظواهر الافتراضية والفعلية وكيف تفاعل العميل مع تلك الأحداث بصورة أدت لهذا الضغط الانفعالي، فالعميل يتخلص من الخجل الاجتماعي ويسرد فحوى حكايته دون الشعور بالخجل، وهنا تزداد الرابطة الاجتماعية بين المرشد والعميل، ومن ثم إقامة روابط بين الأفكار الجديدة والتفاهات السابقة (Lin et al., 2019; Schwartz et al., 2016).

المراجع

- Abbott, J. A. M., Klein, B., & Ciechomski, L. (2008). Best practices in online therapy. *Journal of Technology in Human Services, 26*(2-4), 360-375.
- Alber, R. (2011). Six scaffolding strategies to use with your students. *Edutopia*. Retrieved August 16, 2018, from <https://www.edutopia.org/blog/scaffolding-lessons-six-strategies-rebecca-alber>.
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy, 38*(4), 196-205.
- Andersson, G., Rozental, A., Shafran, R., & Carlbring, P. (2018). Long-term effects of internet-supported cognitive behaviour therapy. *Expert Review of Neurotherapeutics, 18*(1), 21-28.
- Baker, K. D., & Ray, M. (2011). Online counseling: The good, the bad, and the possibilities. *Counselling Psychology Quarterly, 24*(4), 341-346.
- Ballesteros, J. L., & Hilliard, R. C. (2016). US-Based Latina/O College Students' Attitudes toward Online Counseling. *International Journal for the Advancement of Counselling 38*(4), 269-285.
- Barak, A., & Grohol, J. M. (2011). Current and future trends in internet-supported mental health interventions. *Journal of Technology in Human Services, 29*(3), 155-196.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. A. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based

psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human services*, 26(2-4), 109-160.

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. A. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human services*, 26(2-4), 109-160.

Berger, T., Hämmerli, K., Gubser, N., Andersson, G., & Caspar, F. (2011). Internet-based treatment of depression: a randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cognitive behaviour therapy*, 40(4), 251-266.

Callahan, A., & Inckle, K. (2012). Cybertherapy or psychobabble? A mixed methods study of online emotional support. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40(3), 261-278.

Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1-18.

Cavaco, A. (2019). Pharmaceutical Care and Patient Counseling. In *The Pharmacist Guide to Implementing Pharmaceutical Care* (pp. 33-40). Springer, Cham.

Chester, A., & Glass, C. A. (2006). Online counselling: A descriptive analysis of therapy services on the Internet. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(2), 145-160.

Dowling, M., & Rickwood, D. (2013). Online counseling and therapy for mental health problems: A

systematic review of individual synchronous interventions using chat. *Journal of Technology in Human Services*, 31(1), 1-21.

Duan, J., Xie, K., Hawk, N. A., Yu, S., & Wang, M. (2019). Exploring a Personal Social Knowledge Network (PSKN) to aid the observation of connectivist interaction for high-and low-performing learners in connectivist massive open online courses. *British Journal of Educational Technology*, 50(1), 199-217.

Haythornthwaite, C. (2019). Learning, connectivity and networks. *Information and Learning Sciences*, 120(1/2), 19-38.

Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindfors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 12(6), 745-764.

Johansson, R., Andersson, G., Ebmeier, L., Smit, H., Kessler, J., Cuijpers, T. & Cuijpers. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert review of neurotherapeutics*, 12(7), 861-870.

Lekka, F., Efstathiou, G., & Kalantzi-Azizi, A. (2015). The effect of counselling-based training on online peer support. *British Journal of Guidance & Counselling*, 43(1), 156-170.

Lin, L., Parsons, T. D., & Cockerham, D. (2019). Rethinking Learning in the Rapid Developments of Neuroscience, Learning Technologies, and

Learning Sciences. In *Mind, Brain and Technology*(pp. 3-16). Springer, Cham.

Mallen, M. J. (2005). Online counseling: dynamics of process and assessment.

Mallen, M. J., Vogel, D. L., & Rochlen, A. B. (2005). The practical aspects of online counseling: Ethics, training, technology, and competency. *The Counseling Psychologist, 33*(6), 776-818.

Parsons, T. D. (2017). *Cyberpsychology and the brain: The interaction of neuroscience and affective computing*. Cambridge: Cambridge University Press.

Paterson, S. M., Laajala, T., & Lehtelä, P. L. (2017). Counsellor students' conceptions of online counselling in Scotland and Finland. *British Journal of Guidance & Counselling, 1-12*.

Richards, D. (2009). Features and benefits of online counselling: Trinity College online mental health community. *British Journal of Guidance & Counselling, 37*(3), 231-242.

Rummell, C. M., & Joyce, N. R. (2010). "So wat do u want to wrk on 2day?": The ethical implications of online counseling. *Ethics & Behavior, 20*(6), 482-496.

Salleh, A., Hamzah, R., Nordin, N., Ghavifekr, S., & Joorabchi, T. N. (2015). Online counseling using email: a qualitative study. *Asia Pacific Education Review, 16*(4), 549-563.

Schwartz, D. L., Tsang, J. T., & Blair, K. P. (2016). *The ABCs of how we learn: 26 scientifically proven approaches, how they work, and when to use them*. New York: W. W. Norton.

Shaw, H. E., & Shaw, S. F. (2006). Critical ethical issues in online counseling: Assessing current practices with an ethical intent checklist. *Journal of Counseling & Development, 84*(1), 41-53.

Vygotsky, L. S. (1986). *Thought and language* (Abridged from 1934; A. Kozulin, Trans.). Cambridge: MIT Press.

