وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة وهران -2- محمد بن احمد

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس و الأرطوفونيا

أطروحة

لنيل شهادة دكتوراه علوم

تخصص علم النفس العيادي

بعنوان:

بروتوكول التحضير النفسي للمريض المعاق بصريا قبل و بعد العملية الجراحية للعين

من إعداد الطالبة:

قمراوي إيمان

تحت إشراف الأستاذ:

د/قمراوي مُحَمَّد

السنة الجامعية : 2019/2018

جامعة وهران -2- محمد بن احمد

كلية العلوم الاجتماعية

أطروحة

لنيل شهادة دكتوراه علوم

المدرسة الدكتورالية في علم النفس – دراسة الجماعات و المؤسسات –

تخصص علم النفس العيادي

بروتوكول التحضير النفسي للمريض المعاق بصريا قبل و بعد العملية الجراحية للعين

مقدمة و مناقشة علنا من طرف

الطالبة: قمراوي إيمان

أمام لجنة المناقشة:

الاسم و اللقب	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
هاشمي أحمد	أستاذ	جامعة وهران2	رئيسا
قمراوي محمد	أستاذ محاضر-أ-	جامعة وهران2	مقررا
بن طاهر بشير	أستاذ محاضر-أ-	جامعة وهران2	مناقشا
بلحاج عبد القادر	أستاذ محاضر-أ-	جامعة معسكر	مناقشا
لونيس زهير	أستاذ محاضر-أ-	جامعة الشلف	مناقشا
رحماني سعاد	أستاذة	المدرسة العليا المتعددة التقنيات - وهران -	مناقشة

السنة الجامعية : 2019/2018

كلمة شكر

الحمد و الشكر و المنة لله سبحانه و تعالى الذي وفقني لإنهاء هذه الرسالة بعد جهد جهيد
و سنوات من البحث و الدراسة
و أتقدم بخالص الشكر و التقدير و الامتنان إلى الأستاذ المشرف الدكتور:
قمراوي محمد الذي دعم هذا البحث بصبره الجميل و نصائحه المفيدة، و توجيهاته القيمة وأسلوبه المتميز في متابعة ما ينجز أول بأول، حتى ظهور هذا البحث في صورته النهائية
كما أتقدم بالشكر و التقدير إلى كل الأساتذة على ما قدموا لي من نصائح ومعلومات لإنجاح هذه الرسالة، و أخص بالذكر الأستاذة المحترمة والزميلة:
الدكتورة ملال خديجة
و يسعدني أن أتوجه بالشكر الجزيل إلى السادة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة و إلى كل من ساهم من قريب أو بعيد في انجاز هذا البحث، و لا أنسى الفريق الطبي وشبه الطبي العامل معي في مصلحة طب العيون على مساعدتهم و دعمهم للبحث.

الإهداء

اهدي ثمرة جهدي، و هذا العمل الذي أخذ من وقتي الكثير

إلى أمي الحبيبة، و التي كانت الأم المثالية، و التي رعتني منذ أن وجدت في هذا العالم

و إلى أبي الغالي و العزيز، قدوتي في الحياة و الذي لم يبخل عليا بالنفس و النفيس

حفظهما الله و أطال في عمرهما، و أمدهما بكامل الصحة و العافية

إلى أختي العزيزة التي دعمتني بعطائها المستمر، والى أخي الذي

شجعني منذ بداية هذا المشوار إلى نهايته، أتمنى لهما حياة سعيدة إنشاء الله

إلى أعز ما أملك في هذا الوجود، و نور البيت أختي المدللة " ليلى"

إلى زوجي و رفيق دربي، الذي قاسمني آلامي و آمالي، وتحمل معي مشقة هذا العمل

و كان خير سند لي و خير معين، و عائلته الكريمة

إلى ملاكي الصغيرة ابنتي حفظها الله

إلى ذوي الاحتياجات الخاصة، و إلى كل باحث و مهتم بمجال الإعاقة

الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى إعداد بروتوكول خاص بالتحضير النفسي للمرضى المعاقين بصريا قبل و بعد العملية الجراحية للعين، اعتمادا على المقاربة المعرفية السلوكية، وانطلاقا من الإشكالية الأساسية التالية:

هل يساعد بروتوكول التحضير النفسي المقترح في التخفيف من القلق و تقبل العلاج؟

ومن أجل الوصول إلى هدف الدراسة طبقنا البروتوكول على مجموعة من الحالات باستخدام اختبار القلق "لسبيربيلجر" وتوصلنا إلى نتائج ايجابية تمثلت في مساهمة بروتوكول التحضير النفسي في التخفيف من القلق لدى المفحوصين و تقبل العلاج.

الكلمات المفتاحية: البروتوكول،التحضير النفسي، الإعاقة البصرية، العملية الجراحية للعين

Résumé :

Cette recherche a pour objectif de préparer un protocole de préparation psychologique des patients malvoyants avant et après l'opération de l'œil, en fonction de certaines techniques de thérapie cognitive-comportementale, à partir du problème fondamental suivant:

Le protocole de préparation psychologique proposé aide-t-il à soulager l’anxiété et à accepter un traitement?

Afin d’atteindre la cible, nous avons appliqué le protocole à un groupe de sujets utilisant le test d’anxiété de Spyerblger et avons obtenu des résultats Press a contribué à atténuer l’anxiété chez les positifs: le protocole Psycho patients malvoyants et à accepter un traitement.

Mots-clés: protocole, préparation psychologique, déficience visuelle, Chirurgie des yeux

Abstract:

This research aims to prepare a protocol for the psychological preparation of patients with visual impairment before and after the operation of the eye, depending on some of the techniques of cognitive behavioral therapy, and started from the following basic problem:
Does the proposed psychological preparation protocol help relieve anxiety and accept treatment?

In order to reach the target, we applied the protocol to a group of subjects using the Spyerblger anxiety test, and we found positive results. The Psycho Press Protocol contributed to alleviating anxiety in visually impaired patients and accepting treatment.

Key words: protocol, psychological preparation, visual disability, eye surgery

المحتويات:

كلمة شكر ..... أ

الإهداء ... . ب

الملخص .... ت

ملخص باللغة الفرنسية .... ت

ملخص باللغة الانجليزية .... ث

المحتويات .... ج

الجداول .... ر

الأشكال .... ر

مقدمة عامة 1

الفصل الأول:

مدخل للدراسة

1- تحديد الموضوع 5

2- دوافع البحث 6

3- أهداف البحث 7

4-الإشكالية 8

5- الفرضيات 10

6- التعاريف الإجرائية 11

7- صعوبات البحث 12

الفصل الثاني:

استراتيجيات تحضير المفحوص

تمهيد 14

1- إستراتيجية التحضير الطبي 15

2- إستراتيجية التحضير الاجتماعي 20

3- إستراتيجية التحضير النفسي 25

خلاصة 32

الفصل الثالث:

العلاج السلوكي المعرفي

تمهيد 34
-1- نشأة العلاج السلوكي المعرفي 34
-2- تعريف العلاج السلوكي المعرفي 36
3- مبادئ العلاج السلوكي المعرفي 38
4- أهداف العلاج السلوكي المعرفي 39
5- أهم التقنيات المستخدمة في العلاج السلوكي المعرفي 41
-6- مراحل العلاج السلوكي المعرفي 45
7- المصطلحات الأساسية في العلاج السلوكي المعرفي 47
خلاصة 49

الفصل الرابع:

الإعاقة البصرية

تمهيد 51
1- **تشريح فيزيولوجيا العين**: 51
أ- الجهاز البصري 52
ب- آلية الإبصار 53
أولا: الإعاقة 53
ثانيا: الإعاقة البصرية: 54
1- تعريف الإعاقة البصرية 54
2- أسباب الإعاقة البصرية 56
3-أنواع الإعاقة البصرية 59
4- قياس و تشخيص الإعاقة البصرية 60
5- انعكاسات الإعاقة البصرية على المعاق بصريا 61

6- طرق الوقاية و العلاج 62
خلاصة 64

الفصل الخامس:

جراحة العين

تمهيد 66
1- أهمية البصر 66
2- تعريف العملية الجراحية للعين 67
3- تعريف الجراح 67
4- تعريف طب العيون 68
5- الاضطرابات النفسية المصاحبة للعملية الجراحية..... 68
6- العوامل المؤثرة في المريض 70
7 - التخدير و تأثيره على نفسية المريض 72
8 - أهم العمليات الجراحية للعين 73
خلاصة 76

الفصل السادس:

القلق

تمهيد 78
1- **تعريف القلق** 78
أ- مفاهيم القلق حسب المعاجم 78
ب- مفاهيم القلق حسب بعض الباحثين في علم النفس 80
2- النظريات المفسرة للقلق 81
3- أنواع القلق 85
4- أسباب القلق 87
5- العوامل المساعدة على ظهور القلق 88
6- الانعكاسات السلبية المترتبة عن القلق 89

7- أساليب التخفيف من القلق 89
خلاصة 90

الفصل السابع:

الإجراءات المنهجية

تمهيد 92
1- **منهج البحث:** 92
2- **الدراسة الاستطلاعية**: 93
2-1- عينة البحث 93
أ- مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية 93
2-2- البروتوكول المقترح 97
2-3- البروتوكول النهائي 99
3- **الدراسة الأساسية:** 101
أ- مواصفات عينة الدراسة الأساسية 101
4- **أدوات البحث:** 103
أ- الملاحظة العيادية 103
ب- المقابلة العيادية 103
ج- اختبار القلق كسمة و كحالة "ليبيرلبيلجر" 104
5- **الأساليب الإحصائية المستعملة:** 107
1 -تحليل المحتوى 107
2 -معامل الارتباط بيرسون 107
3 -النسبة المئوية 107

الفصل الثامن:

تطبيق بروتوكول التحضير النفسي

تمهيد 109
1- الجلسات العلاجية للحالات السبع 109
2- عرض نتائج اختبار القلق القبلي و البعدي لكل مفحوص 115
3- ملخص لكل مفحوص 116

4- ملخص عام لجلسات البروتوكول 164

الفصل التاسع:

عرض نتائج الدراسة

1 - نتائج الفرضية الأساسية الأولى 167
2 - عرض نتائج الفرضية الأساسية الثانية 168
3 - عرض نتائج الفرضية الأساسية الثالثة: 168
1-1- عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى 169
1-2- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية 170
1-3- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثالثة 171
1-4- عرض نتائج الفرضية الفرعية الرابعة 172
4 - عرض نتائج تحليل المحتوى 173

الفصل العاشر:

تحليل ومناقشة نتائج الدراسة

1 - تفسير نتائج الفرضية الأساسية الأولى 177
..... 177
2- تفسير نتائج الفرضية الأساسية الثانية 178
3- تفسير نتائج الفرضية الأساسية الثالثة: .....
1-1- تفسير نتائج الفرضية الفرعية الأولى 178
1-2- تفسير نتائج الفرضية الفرعية الثانية 179
1-3- تفسير نتائج الفرضية الفرعية الثالثة 179
1-4- تفسير نتائج الفرضية الفرعية الرابعة 179
4 - مناقشة عامة 180
التوصيات 185
المراجع 186
الملاحق 194

الجداول:

الرقم	عنوان الجدول:	الصفحة
01	البروتوكول العلاجي المقترح في صيغته الأولية	98
02	البروتوكول العلاجي في صيغته النهائية	100
03	مستويات القلق	106
04	يوضح الفرق بين المتوسط الفرضي و المتوسط الحسابي	167
05	يوضح الارتباط بين قلق السمة و قلق الحالة	168
06	يوضح الارتباط بين قلق السمة القبلي و قلق الحالة القبلي	169
07	يوضح انعدام الارتباط بين قلق السمة البعدي و قلق الحالة البعدي	170
08	يوضح عدم وجود الارتباط بين قلق السمة القبلي و قلق السمة البعدي	171
09	يوضح الارتباط بين قلق السمة البعدي و قلق الحالة القبلي	172
10	يبين ترتيب إجابات الفريق الطبي على السؤال الأول	173
11	يبين ترتيب إجابات الفريق الطبي على السؤال الثاني	173
12	يبين ترتيب إجابات الفريق الطبي على السؤال الثالث	174
13	يوضح نتائج السؤال الرابع	175
14	يوضح نتائج السؤال الخامس	175

الأشكال:

الرقم:	عنوان الشكل:	الصفحة
01	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية من حيث الجنس	93
02	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية من حيث السن	94
03	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية من حيث الذكور و الإناث	101
04	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية من حيث الفئات العمرية	102

مقدمة عامة:

البحث النفسي و الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة، على اختلاف إعاقتهم في حاجة ماسة لجهود الباحثين في الميدان لإيجاد الحلول الكفيلة لمساعدتهم، و لقد اخترنا فئة المعاقين بصريا أو ضعاف البصر كموضوع لبحثنا و التي تعتبر من الفئات الاجتماعية التي عرفت تزايدا كبيرا في الآونة الأخيرة في العيادات و المؤسسات الطبية المتخصصة و صارت تلزم المجتمع برعايتها نفسيا و صحيا وتربويا، وهذا لتسهيل حياتهم اليومية.

فالمريض المعاق بصريا الذي يقصد مصلحة طب العيون لأول مرة من اجل إجراء عملية جراحية على مستوى العين، يواجه بعض الصعوبات في التكيف، وعدم تقبل الوضع الجديد فخلال فترة الاستشفاء نلاحظ عدد من المواقف و السلوكيات التي تصدر من بعض المرضى المقيمين كرفض تلقي العلاج، أو عدم تقبل خدمات الفريق الشبه الطبي، أو لجهله بضرورة ذلك أو لإحساسه بالألم، أو رغبته للعودة للبيت وإنهاء كل شيء بسرعة غير مكترث بالنتائج المترتبة عن ذلك.

فالمعاق بصريا بصفة عامة ينقصه الإعلام و التوجيه في فترة الاستشفاء، لذا وجدنا ضرورة تدخل الأخصائي النفسي في مثل هذه الحالات و مرافقتها، و تقديم الدعم النفسي ومساعدته على تخطي الصدمة، و تقبل الإعاقة، والتكيف أثناء فترة العلاج و بعدها.

لهذا جاءت هذه الدراسة للتعرف عن معاناة المعاقين بصريا الذين تعرضوا لحادث أو إصابة على مستوى العين في مرحلة من مراحل حياتهم، و القيام بإعداد بروتوكول خاص بالتحضير النفسي للمرضى المقيمين بعيادة طب العيون، و إبراز دور الأخصائي النفسي في الميدان وكان موضوع بحثنا كالتالي: **"بروتوكول التحضير النفسي للمريض قبل و بعد العملية الجراحية للعين"**

إن جوهر بحثنا هو الوصول إلى التخفيف من الاضطرابات النفسية (القلق، الخوف) المصاحبة للحالات المقبلة على العمليات الجراحية للعين،حيث ركزنا على أهمية الدور الذي تقوم به الأسرة أو مرافق المريض طوال فترة الاستشفاء و بعدها.

وبالتالي احتوى بحثنا جانبين نظري و ميداني، حيث قسم الجانب النظري إلى خمسة فصول وتناولنا فيه أدبيات البحث، و ما توصل إليه العلماء في هذا المجال، و جانب ميداني تمثل في دراسة أجريت على مجموعة من المرضى، وهذا للإجابة على تساؤلات الدراسة و التأكد من الفرضيات.

فالفصل الأول يعتبر مدخل للدراسة، إذ قمنا بتقديم البحث من خلال: دواعي اختيار الموضوع وأهداف البحث، ثم طرح إشكالية البحث و تساؤلاته، حيث وضعت الفرضيات على هذا الأساس وتحديد المفاهيم الإجرائية للبحث، و صعوبات البحث.

أما في الفصل الثاني فخصصناه لاستراتيجيات تحضير المفحوص، و تضمنت الإستراتيجية الطبية والاجتماعية و النفسية لما لها من أهمية في التحضير النفسي للمرضى من كل النواحي، ثم الفصل الثالث وتمثل في نوع العلاج الذي اعتمدنا عليه في دراستنا ألا وهو العلاج السلوكي المعرفي، أما الفصل الرابع فقد خص الإعاقة البصرية من الجانب الفيزيولوجي للعين ومكونات الجهاز البصري، ثم تعريف الإعاقة بشكل عام، ثم الانتقال إلى مفهوم الإعاقة البصرية، أسبابها، أنواعها، قياسها و تشخيصها وانعكاساتها على المعاق بصريا، ثم ختمنا الفصل بطرق الوقاية والعلاج.

أما الفصل الخامس فتمثل في جراحة العين، و شمل تعريف الجراحة بشكل عام، ثم تعريف الجراح، ثم عرفنا طب العيون، و العوامل المؤثرة في المريض، ثم تطرقنا للتخدير كعامل مهم وتأثيره على نفسية المعاق، و أهم العمليات الجراحية للعين، والحالة النفسية للمريض بعد العملية الجراحية.

و ختمنا الجانب النظري للدراسة بالفصل السادس و المتمثل في القلق كاضطراب مصاحب للإعاقة البصرية، بداية بتعريفه والنظريات المفسرة للقلق، أنواعه، و أسبابه، ثم العوامل المساعدة على ظهوره، و أساليب التخفيف من القلق.

أما الفصول الأربعة المتبقية فشملت الجانب الميداني للدراسة، حيث تناولنا من خلالها الإجراءات المنهجية للبحث، عينة الدراسة و أدواتها، الخصائص السيكومترية والأساليب الإحصائية، وفصل خاص بتطبيق بروتوكول التحضير النفسي، و في الأخير عرض النتائج على ضوء الفرضيات، و مناقشة عامة لنتائج البحث والمراجع و الملاحق.

الفصل الأول:

مدخل للدراسة

1 -تحديد الموضوع

2 -دوافع البحث

3 -أهداف البحث

4 -الإشكالية

5 -الفرضيات

6 -تحديد المفاهيم الإجرائية للبحث

7 -صعوبات البحث

1- تحديد الموضوع:

تعتبر فئة المعاقين بصريا من بين الفئات الخاصة التي صارت تستدعي الاهتمام بها من قبل المختصين في المجتمع، نظرا للانتشار المتزايد لها في الآونة الأخيرة، حيث أصبحت تمس مختلف الفئات العمرية، و هذا راجع لكثرة الحوادث من جهة، وبسبب الإهمال و عدم الوعي من جهة أخرى وهذا ما لاحظناه من خلال عملنا مع المرضى المقيمين بمصلحة طب العيون بوهران.

تعددت أسباب الإعاقة البصرية و في مقدمتها الأسباب الوراثية كنقص النظر و غيرها، إضافة إلى الحوادث بأنواعها: (حوادث العمل، الحوادث المنزلية....) كما نجد أسباب أخرى يكون المريض سببا مباشر فيها، و تتمثل في اللامبالاة و عدم القيام بالفحوص الدورية للعين، و عدم تغيير العدسات الطبية.

إلى جانب ذلك نجد أسباب اجتماعية عند بعض الفئات الهشة في المجتمع، أو ذات المستوى الاقتصادي الضعيف لا يولون أهمية للجانب الصحي بسبب عدم إدراكهم أو بسبب بعد المسافة عن مركز العلاج المتخصص مما يعرضهم لفقدان البصر دون علمهم، و بالتالي لا يكتشفون الإعاقة إلا في وقت متأخر مما يصعب الحد منها أو علاجها.

فالمعاق بصريا بصفة عامة هو من تعرض للفقدان الجزئي أو الكلي للبصر بسبب حادثة ما ولا شك أن الصدمة التي يعاني منها المعاق بصريا شديدة الوطء عليه بعدما قطع شوطا كبيرا من الحياة العائلية و المهنية و الدراسية بصورة عادية، يجد نفسه ملقى في إحدى غرف المستشفى لتلقي العلاج، و في حالة حرجة و مستعجلة، لا خيار لديه سوى الخضوع لعملية جراحية للعين كآخر حل لتجاوز الأزمة و علاجها.

و هذا التغيير المفاجئ في محيطه و ابتعاده عن الجو العائلي له تأثير كبير على نفسيته، وهذا ما يسبب له أشكال من الاضطرابات النفسية و أهمها القلق و هو عبارة عن " حالة عامة تصيب الجسم كله، و خاصة و إن كانت شديدة أو عنيفة و مستمرة، و يصاحب الشعور بالقلق أعراض أخرى جسمية

و نفسية و عقلية منها الشرود والسرحان، و قلة الشعور بالراحة و الهدوء و كثرة الحركة والتنقل و قلة النوم، و جفاف الحلق وتصبب العرق، و التعب من جراء أبسط المجهودات وصعوبة في الهضم."

(عبد الرحمان محمد العيسوي، 1999، 147)

إذ تختلف حدة القلق من شخص لآخر حسب نظرة المعاق لهذه الإعاقة و نظرة المحيطين به لها، فالقلق لدى المريض المقبل على العملية الجراحية للعين هو خوف من خطر الجراحة التي تعتبر موضوع غامض ومجهول بالنسبة للمريض لا يدرك عواقبه، فيعيش تلك الحالة من القلق وعدم الاستقرار منذ لحظة إقامته بالمؤسسة الاستشفائية لطب العيون.

لذا وجدنا ضرورة تدخلنا كأخصائيين نفسانيين في الميدان في مثل هذه الحالات، و تقديم الدعم النفسي لهذه الفئة ومساندتها من خلال العمل على إعداد برنامج خاص ومحدد ودقيق لصالح المرضى المعاقين بصريا خلال فترة الاستشفاء، و القيام بمهمتنا ألا وهي تحضيرهم نفسيا لإجراء العملية الجراحية للعين في أحسن الأحوال.

وانطلاقا مما سبق ونظرا لما تقدم نسعى إلى تقديم موضوع البحث على النحو الآتي:

" بروتوكول التحضير النفسي للمريض المعاق بصريا قبل و بعد العملية الجراحية للعين "

2- دوافع البحث:

من جملة الأسباب التي دفعتنا إلى اختيار هذا الموضوع نوجز أهمها فيمايلي:

أ- دوافع شخصية:

عملنا بالعيادة مع هذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة جعلنا نكشف عن بعض الاضطرابات النفسية التي تنعكس سلبا على حياة المعاق بصريا، ومحاولة القيام بدور فعال في صالح المعاق بصريا يتمثل في التوعية بأسباب الإعاقة، والتوصل إلى طرق التعامل معها.

ب- دوافع علمية:

ندرة الدراسات العلمية في مجال التحضير النفسي في المجال الطبي الجراحي رغم التزايد المستمر في نسبة الحوادث والأمراض في المستشفيات، كما نجد العديد من الحالات التي يضطر فيها

الفريق الطبي إلى إلغاء العملية لأسباب خوف أو قلق، و تكون بحاجة إلى تحضير نفسي قبل خضوعها لجراحة العين.

3- أهداف الدراسة:

إن الموضوع الذي أثار اهتمامنا و الذي نعتقد أنه موضوع جديد لم يتم تناوله من قبل، و هذا في حدود إطلاعاتنا النظرية ، فهو يحتوي على مجموعة من الأهداف، تظهر في المجالات التالية:

1- في المجال العلمي:

تمثلت في إنجاز أطروحة دكتوراه تتسم بالموضوعية في طرحها مع توظيف معطيات نظرية وتطبيقها في الواقع، واكتساب الموضوع لأهمية علمية بالنسبة للمجتمع بصفة عامة والعاملين بالمؤسسة الاستشفائية بصفة خاصة، و مساهمة الدراسة في إثراء البحث العلمي في إطار تخصصنا.

2- في المجال الطبي الجراحي:

تتمثل في كيفية إقناع الحالات المقبلة على جراحة العين، وتسهيل عمل الفريق الطبي في المؤسسة.

3- في المجال النفسي:

تمثلت في الكشف عن بعض الاضطرابات السيكولوجية المترتبة عن جراحة العين و خاصة لدى المرضى المعاقين بصريا، وإعداد بروتوكول خاص بالتحضير النفسي للمرضى المقبلين على جراحة العين، والتعرف على آثار هذا البروتوكول.

ويكمن الهدف من البروتوكول المقدم للحالات، في مدى تأثير الجانب العضوي (العين) على الحالة النفسية للمعاق بصريا، وتم الاعتماد على تقنيات العلاج السلوكي المعرفي في التعامل مع هذه الفئة، ومساهمة البرنامج العلاجي في التخفيف من الاضطرابات النفسية مثل القلق باستخدام الاسترخاء.

ومن أهداف الدراسة الاستفادة من البروتوكول الخاص بالتحضير النفسي كطريقة علاجية نفسية للحالات المقبلة على جراحة العين، وتقديم بعض الاقتراحات قصد تهيئ الجو المناسب، وهذا طبعا لمعالجة أو التخفيف و لو قليلا من الاضطراب النفسي الذي يعيشه المريض داخل المصلحة.

4- الإشكالية:

يعد التحضير النفسي موضوع في غاية الأهمية، و هذا على قدر ما يحققه للفرد من استقرار وراحة نفسية، إلا أن الإعاقة البصرية تحول دون ذلك، لما تخلفه من آثار سلبية على نفسية المرضى المقبلين على جراحة العين، و ما يصاحبها من آلام و ضغوط نفسية وقلق.

و تعتبر الإعاقة البصرية أصعب مرحلة يمكن أن يواجهها كل شخص مريض في حياته سواء كانت الإصابة بسيطة أو خطيرة، إلا و نجدها تؤثر بشكل كبير في الحياة النفسية للمصاب بها، وكذا محيطه العائلي، خصوصا إذا تطلب الأمر بقاء المريض فترة معينة داخل المؤسسة الاستشفائية.

هذا ما يجعله إضافة إلى آلام مرضه يعاني من اضطرابات نفسية تصعب تكيفه مع الواقع الجديد الذي يعتبره كعقاب مسلط عليه ويعيش حالة من القلق والإحباط مما يجعله يقوم بسلوكات تعبر عن رفضه لهذا الواقع الأليم، و قلق على مستقبله المجهول.

و هذا ما أشارت إليه دراسة بيتي (1991) " و التي هدفت إلى التعرف على أثر الإعاقة البصرية على مفهوم الذات لدى المراهقين، و اشتملت عينة الدراسة على (20) مرهقا مبصرا و(20) مراهقا كفيفا، و أشارت النتائج إلى انخفاض مفهوم الذات لدى المعاقين بصريا مقارنة بالمبصرين، وهو ما يتضح من انخفاض الدرجة الكلية لمفهوم الذات على الدرجة الفرعية الخاصة بالذات الأسرية و تم تفسير النتيجة بان المراهقين المعاقين بصريا أكثر شعورا بالنقص والدونية مما يؤثر سلبا على مفهوم الذات" (فتحي عبد الرحمان ضبع، 2008، 154)

ومن خلال دراستنا تمت الإشارة لمفهوم القلق كاضطراب مصاحب للإعاقة البصرية، و القلق لدى المريض نوعان قلق سمة و قلق حالة، فالنوع الأول هو عبارة عن سمة ملازمة للشخصية تتميز

بخوف مجهول السبب، و يتوقع المصاب بها دوما حدوث كارثة، أما النوع الثاني وهو حالة القلق وتحدث عند وجود مصدر الخطر الذي يهدد حياة الشخص، وهي حالة من القلق المؤقت تزول بزوال مصدر التهديد.

والهدف من هذه الدراسة التعرف على مدى تأثير التحضير النفسي كطريقة علاجية تتماشى جنبا مع جنب مع العلاج الكيميائي لتخفيض مستوى القلق الذي يؤثر سلبا على الصحة النفسية والجسدية للمريض.

و تتلخص إشكالية البحث في محاولة وضع بروتوكول خاص لمساعدة هذه الفئة من المجتمع وبعدما لاحظنا مدى معاناة هؤلاء الأفراد في فترة الاستشفاء، و تدهور الحالة النفسية لهم، خاصة عند علمهم بمدى خطورة حالتهم، و بضرورة إجراء عملية جراحية على مستوى العين، كما س تحاول الباحثة من خلال هذه الدراسة الإشارة إلى تدخل الأخصائي النفسي في مثل هذه الحالات، و مدى مساهمته ضمن الطاقم الطبي في التخفيف من الاضطرابات النفسية.

ومن خلال العمل اليومي الذي تقوم به الباحثة في مصلحة طب العيون واحتكاك ها الدائم بالمرضى المعاقين بصريا، والتعرف عن كث ب على حالتهم النفسية خاصة باقتراب موعد العملية الجراحية، ونظرا لأهمية موضوع التحضير النفسي ، اعتم دت الباحثة على بعض تقنيات العلاج السلوكي المعرفي و التي ساهمت في مساعدة العديد من الفئات الخاصة، وهذا ما وجد في الدراسة التي قام بها " بنضورة " في دراسته حول: فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تقبل صورة الذات وتخفيض القلق لدى المعاق حركيا، حيث قام بتطبيق برنامج علاجي على المراهق المعاق حركيا معتمدا على تقنيات معرفية سلوكية، و قام بتطبيق اختبار القلق، و اختبار صورة الذات وتوصل إلى النتائج التالية: للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية في تخفيض القلق، وتقبل صورة الذات عند المراهق المعاق حركيا.(بنضورة، 2013)

و نظرا لمعاناة الفريق الطبي و إلغاء العديد من الحالات المبرمجة للجراحة و ذلك بسبب عدم تقبل العملية لبعض المرضى داخل قسم الجراحة، و معاناة بعضهم من اضطرابات نفسية في مقدمتها

القلق قبل وبعد الخضوع لجراحة العين، وأهل المريض أيضا يعانون أكثر لقلقهم الدائم على حالته ومرافقتهم له طوال فترة الاستشفاء، ونظرا لكل هذه الأسباب و لكي نعوض النقص الحاصل في مؤسساتنا فيما يخص الرعاية النفسية للمرضى، ارتأ ت الباحثة التدخل المباشر ومشاركة هذه الفئة آلامها ومعاناتها و المساهمة في العمل العيادي.

بالتالي تمثل هذا العمل في إعداد بروتوكول خاص بالتحضير النفسي للحالات المقبلة على جراحة العين ومتابعتها قبل وبعد العملية الجراحية، والعمل على تخفيف الاضطرابات النفسية المصاحبة لها كالقلق و الخوف والتي تؤثر سلبا على الصحة الجسدية للمريض وتزيد من تفاقم الوضع.

و نظرا لكل ما سبق نطرح التساؤلات التالية:

- ما مدى فاعلية بروتوكول التحضير النفسي المقترح في مساعدة المريض على تقبل العلاج؟
- هل يحقق التحضير النفسي عند المرضى نتائج ايجابية؟
- هل هناك علاقة بين قلق السمة و قلق الحالة؟
- هل هناك علاقة بين قلق السمة القبلي و قلق الحالة القبلي؟
- هل هناك ارتباط بين قلق السمة البعدي و قلق الحالة البعدي؟
- هل هناك ارتباط بين قلق السمة القبلي و قلق السمة البعدي؟
- هل هناك علاقة بين قلق الحالة القبلي و قلق الحالة البعدي؟
- هل هناك علاقة بين قلق الحالة القبلي و قلق السمة البعدي؟
- هل هناك ارتباط بين قلق الحالة البعدي و قلق السمة القبلي

5- الفرضيات:

و للإجابة على هذه التساؤلات، حاولت الباحثة استخبار الفرضيات التالية:

- الفرضية الأساسية الأولى:

- يهدف بروتوكول التحضير النفسي إلى التخفيف من قلق الحالات و تقبل العلاج.

- الفرضية الأساسية الثانية:

- يحقق التحضير النفسي نتائج إيجابية عند المرضى المعاقين بصريا

- الفرضية الأساسية الثالثة:

- لا يوجد علاقة بين قلق السمة و قلق الحالة

- الفرضية الفرعية الأولى:

- لا يوجد علاقة بين قلق السمة القبلي و قلق الحالة القبلي

- الفرضية الفرعية الثانية:

- لايوجد ارتباط بين قلق السمة البعدي و قلق الحالة البعدي

- الفرضية الفرعية الثالثة:

- لايوجد ارتباط بين قلق السمة القبلي و قلق السمة البعدي

- الفرضية الفرعية الرابعة:

- لايوجد علاقة بين قلق السمة البعدي و قلق الحالة القبلي

6- التعاريف الإجرائية:

1- البروتوكول:

هو عبارة عن برنامج مصغر يحتوي على إجراءات استشفائية طبية محددة تقدم للمريض المعاق بصريا بهدف توجيهه و تحسين حالته النفسية، وهذا من خلال متابعته طوال فترة الاستشفاء أثناء الحصص العلاجية المبرمجة من قبل الأخصائي النفسي، و هذا قبل و بعد العملية الجراحية للعين.

2- التحضير النفسي:

هو تلك العملية بمنهجيتها و أدواتها التي يمارسها الأخصائي النفسي مع المفحوص، والتي تهدف إلى استبدال مشاعر الرفض بالتقبل، و الخوف بالطمأنينة، و مشاعر القلق بالاسترخاء.

3- الإعاقة البصرية:

هي حالة من الفقدان الجزئي للقدرة على النظر، و تعني ضعف البصر حتى مع العلاج عادة ما تكون بسبب وراثي أو نقص مكتسب، حيث تؤثر على مختلف جوانب حياة المصاب الاجتماعية والنفسية و الانفعالية.

4- العملية الجراحية للعين:

هي عملية دقيقة على مستوى العين، يقوم بها طبيب مختص في جراحة العين بمساعدة الطاقم الطبي و الشبه طبي داخل غرفة العمليات المجهزة بأحدث الوسائل و التقنيات الطبية من أجل تصليح عيب في تكوين العضو، و تمكين المريض من استعادة و لو جزء قليل من نور بصره، وهي آخر وسيلة يلجأ إليها الأطباء بعد فشل العلاج الكيميائي.

7- صعوبات البحث:

في الحقيقة لم نجد العديد من الصعوبات عند اختيارنا لموضوع و أداة الدراسة، وكان عملنا يبدوا سهلا في البداية، حيث أن الحالات متوفرة، وتواجدنا الدائم بالمؤسسة الاستشفائية، ومع المرضى سهل علينا المهمة، ولكن ما من دراسة و لها صعوباتها، ومن بين الصعوبات التي واجهتنا نذكر:

- ندرة المراجع حول موضوع الدراسة.
- استغرقنا وقتا لتحديد العينة المقصودة وحالات الإعاقة البصرية التي تستلزم علاج نفسي.
- الخروج المفاجئ لبعض الحالات التي خضعت للبروتوكول في المنتصف مما يضطرنا لإعادة العمل من جديد مع حالات أخرى.
- عدم استجابة بعض المرضى، و عدم تعاونهم معنا، وهذا راجع لعدم إتقانهم اللغة، أو أسباب أخرى تمنعهم من إتمام الحصص العلاجية.

الفصل الثاني:

استراتيجيات تحضير المفحوص

تمهيد

أولا: إستراتيجية التحضير الطبي

ثانيا: إستراتيجية التحضير الاجتماعي

ثالثا: إستراتيجية التحضير النفسي

خلاصة

تمهيد:

يعد التحضير النفسي للمريض بعد دخوله المؤسسة الاستشفائية للعلاج من أهم المراحل التي تساعده على التكيف مع الجو الجديد، و تقبل العلاج، إلا أننا لا نستثني المراحل الأخرى التي لا تقل أهمية عنه، وهي تحضير المريض من الناحية الطبية والاجتماعية.

فالمفحوص المقبل على العملية الجراحية للعين بحاجة ماسة للتوجيه و الدعم النفسي كونها مرحلة حساسة من حياته، فيعمل الأخصائي النفسي رفقة الفريق الطبي بتحضير ثلاثي: طبي، اجتماعي و نفسي ضمن استراتيجيات منظمة خطوة بخطوة للوصول بالمريض إلى تحقيق أفضل النتائج في العلاج.

و سوف نتناول في هذا الفصل مختلف الاستراتيجيات المتبعة في تحضير المفحوص وتتمثل في المراحل التي يمر بها المريض خلال فترة الاستشفاء، ونستهلها بالإستراتيجية الطبية، ثم الإستراتيجية الاجتماعية، و نختم بالإستراتيجية النفسية.

***الإستراتيجيات المتبعة في تحضير المفحوص:**

في المجال الطبي هناك استراتيجيات متبعة من قبل الفريق الطبي، وهي عبارة عن مجموعة من التقنيات و المراحل المتفق عليها في كل العيادات، بداية من تحاليل الدم و فحص القلب، وصولا الى مرحلة العلاج أو العملية الجراحية كحل نهائي، و سوف نتعرف على الاستشفاء كخبرة يعيشها المفحوص في المصلحة، و من يقوم برعاية المريض منذ دخوله الى نهاية العلاج، و هذا ما سوف نتطرق له بالتفصيل في هذا الفصل.

أولا: إستراتيجية التحضير الطبي:

تعد الإستراتيجية الطبية مرحلة أولية و مهمة و لا يمكن الاستغناء عنها قبل الفعل الجراحي في مختلف القطاعات الصحية، و هي عبارة عن إجراءات روتينية يمر بها المفحوص للتأكد من عدم وجود مانع يحول دون إجراء الجراحة، وذلك بمراقبة الجهاز التنفسي و القلبي، و تحاليل الدم....الخ

وسوف نتناول في هذا الصدد تقييم الحالة العامة للمريض قبل الجراحة، والإعداد الجيد للمفحوص من خلال التخدير بنوعيه: الموضعي و الشامل، والاستراتيجيات المتبعة للتحضير الطبي قبل جراحي.

أ قبل جراحة العين:

في ه ذه المرحلة يتم تحضير الملف الخاص بالمريض، والمتمثل في فحوصات عامة ، للتأكد من عدم وجود مانع لإجراء العملية، و ملئ الملف من قبل طبيب العيون يوميا خلال الفحص الطبي.

1- تقييم الحالة العامة للمريض قبل الجراحة:

عند تقييم الحالة العامة للمريض ليس من الممكن إجراء فحص بدني كامل للمفحوص و لكن يجب أن نركز على فحص مايلي:

فحص القلب و الرئتين للتأكد من عدم وجود علامة على فشل القلب أو صعوبات في التنفس أو السعال الخطر.

قياس ضغط الدم

إجراء تحاليل البول للكشف عن مرضى السكري.

بعض المرضى خاصة في المناطق الريفية يعانون من أمراض مزمنة ، و مشاكل في القلب وغيرها ينبغي منحهم العلاج المناسب لهذه الأمراض قبل الخضوع للجراحة.

يجب على المريض الخاضع لأي عملية جراحية في العين أن يكون قادرا على الاستلقاء دون إثارة ولا حركة.

فمشكلة السعال أو أي صعوبة في التنفس يمكن أن تؤدي إلى مضاعفات خطيرة في منتصف جراحة العين، أو في حالة ارتفاع ضغط الدم الشديد قد يحدث نزيف خطير أثناء إجراء العملية أما مرض السكري ، فيزيد بشكل كبير من خطر العدوى بعد العمل الجراحي.(John Sandford-Smith,2006,63)

من خلال ما سبق ذكره هذه أهم الخطوات التي لابد على كل مريض إتباعها ليتم قبول دخوله في برنامج العمليات الجراحية للعين، و أي نقص أو مشكلة مرضية في الملف الطبي الخاص بالمريض تلغى العملية أو تؤجل.

ب **أثناء جراحة العين:**

2- التخدير في جراحة العين:

تجدر الإشارة إلى أن التخدير يكون قبل و أثناء الجراحة، أي اليوم الذي يسبق العملية حيث يعطي طبيب التخدير للمريض حبة منومة تساعده على الاسترخاء و النوم عشية العملية، والمستعملة عندنا دائما في مؤسستنا الاستشفائية " Atarax 25mg" ثم يمر المريض للتخدير أثناء العملية، حيث يرى "جون" أن الهدف من التخدير هو جعل منطقة العملية غير مؤلمة و فاقدة للإحساس، ويوجد نوعان من التخدير: التخدير العام و الذي يكون خلاله المفحوص فاقد للوعي بشكل كامل، و يوجد التخدير المحلي أو الموضعي و الذي يتم فيه تخدير عدد قليل من الأعصاب، و يبقى المريض فيه واعيا".(John Sandford-Smith,2006,63)

و نظرا لأهمية التخدير كمرحلة من مراحل التحضير الطبي لجراحة العين، سوف نتعرف على هذين النوعين، و خاصة النوع الأول الموضعي المستعمل بكثرة في جراحة العين.

أ- التخدير الموضعي:Anesthésie local

للتخدير الموضعي أربعة أهداف و هي:

1 -تخدير العين

2 -شل عضلات العين

3 -شل عضلات جفون العين

4 -تعتيم الرؤية.(John Sandford-Smith,2006,67)

ويشير **"إريك ألبرت و آخرون"** إلى أن: "التخدير الموضعي لمنطقة العين يسمح لنا بالقيام بمختلف العمليات الجراحية الخاصة بالجزء الأمامي للعين مثل: (عملية الماء الأبيض cataracte ، عملية الماء الأزرق glaucome، وزرع القرنية kératoplastie)، و يستعمل أيضا في أغلبية العمليات الجراحية الخاصة بالجزء الخلفي للعين." (Eric Albrecht et all, 2009, 634)

ومما سبق نستنتج أن التخدير الموضعي يقوم بتخدير العين و الأجزاء المحيطة بها حيث يبقى المريض مستيقظا، لكنه لا يحس بالألم أثناء خضوعه للعملية الجراحية، و تدوم فعاليته حسب كل حالة، و يضيف الباحث **"إريك ألبرت و آخرون"** أن: " مفعول التخدير الموضعي ينتشر عبر الأعصاب السنية (les nerfs dentaires) و محيط العين في الجانب المخدر من العين، وهذا ما صرح به بعض المرضى الذين خضعوا لجراحة العين" (Eric Albrecht et all, 2009, 637)

و الهدف الأساسي منه هو تخدير منطقة العين و الأعضاء المحيطة بها فقط، حيث يشعر المريض أن كامل جانب الوجه مخدر، ويستعمل التخدير الموضعي في كل الحالات تقريبا.

ب- التخدير العام: Anesthésie Générale

يعرف بالتخدير العام أو الشامل، وهو تخدير كامل الجسم، و يستغرق مدة طويلة دون الشعور بالألم، و لإجراء التخدير العام الخاص بعملية جراحية داخل العين حسب العالم "جون"حيث يرى أنه: "يتطلب الأمر وجود طبيب مختص في التخدير، و توفر المعدات المناسبة لهذا الغرض، و أهمها

المواد المهدئة مثل: الكيتامين و هو مخدر عام و آمن يتم حقنه من خلال الوريد، و يستعمل خاصة للأطفال الصغار.

ويبدأ التخدير العام من خلال الحقن في العضل و يستغرق حوالي عشرين دقيقة وإذا نفذ تأثير الجرعة، يمكن زيادة جرعة إضافية لكن باستخدام جرعة أقل، و تكون الجرعة الموصى بها حسب وزن الجسم". (John Sandford-Smith,2006,78)

يعد الغرض من التخدير الشامل حسب ما ذهب إليه " Serge" هو أ نه: " يسبب حالة عكسية من الغيبوبة الاصطناعية للسماح بإجراء عملية جراحية للمريض، و مراقبة عمق التخدير يسمح نظريا بتكييف الجرعات الخاصة بالتخدير الشامل للحالة العيادية المفحوصة، و الحد من مراحل الاستيقاظ المبكر ما بعد العملية." (Serge, 2003, 253)

أما التخدير العام فيستعمل فقط في الحالات الخاصة كالأطفال، أو بعض حالات ذوي الاحتياجات الخاصة، و بعض الحالات التي تستلزم تخدير عام، لأنه يستغرق وقتا أكثر من غيره وله أعراض جانبية مزعجة في غالب الأحيان.

3- الاستراتيجيات المتبعة في التحضير الطبي قبل جراحة العين:

سوف نعرض بالتفصيل أهم الاستراتيجيات المتبعة في التحضير الطبي للمفحوص ليلة العملية و صباح العملية مباشرة قبلها من طرف الفريق الطبي والشبه طبي، و أهم الإرشادات المقدمة للمريض، سوف نعرضها في نقاط و هي:

1 -في اليوم الذي يسبق جراحة العين:

_ فحص القلب (ECG) و الرئتين و ضغط الدم و البول

_ فحص الجفون و الرموش الدمعية

_ الاستحمام من الرأس و الوجه

2 -صباح العملية:

_ تنظيف الوجه جيدا

_ قص الرموش

_ طمأنة المفحوص لمدة نصف ساعة قبل العملية

_ استخدام مضاد حيوي على شكل قطرات للعين

_ استخدام موسع الحدقة في حالة عملية الساد.

3 -على الفور قبل العملية:

فحص تمدد حدقة العين و توسعها عن طريق قطرات خاصة.

استخدام قطرات المخدر الموضعي.

التحقق من أن التخدير الموضعي جيد.

تطبيق إجراءات تعقيم الجلد المحيط بالعين.

تغطية العين و وضع منظار.

ري الملتحمة.(irriguer le sac conjonctival). (John Sandford-Smith,2006, 79)

ج- بعد جراحة العين:

لقد تم التركيز أكثر من ناحية التحضير الطبي على قبل و أثناء العملية، أما بعد العملية فهي عبارة عن متابعة طبية، و تكون أولا من طبيب التخدير مباشرة بعد العملية للتأكد من أن الاستيقاظ تم دون مشاكل خاصة في حالة التخدير العام، ثم من الطبيب الجراح المشرف على العملية لمتابعة المريض، و تحديد موعد ثان للمعاينة في حال الخروج من المصلحة.

و في الأخير نستنتج أن إستراتيجية التحضير الطبي هي عبارة عن بروتوكول متفق عليه عالميا إذ نجده يطبق كما هو مدون في الكتب الطبية ، في أكبر المستشفيات الغربية، و نعتمده نحن أيضا في

بلادنا، فهو عبارة عن مراحل و إجراءات متبعة من قبل الطبيب و المفحوص معا، ولابد من احترامها للوصول إلى العلاج، وتحقيق النتائج المرجوة.

ثانيا: إستراتيجية التحضير الاجتماعي:

إن الإعاقة البصرية هي حالة تصيب الجهاز المسؤول عن البصر، و لكن آثارها تتجاوز حدود الجهاز البصري و تتعداه لتؤثر على حياة الفرد بأكملها، و بالأخص من الناحية الاجتماعية والانفعالية.

والإستراتيجية الاجتماعية لا تقل أهمية عن غيرها بالنسبة للمفحوص، وتتم عادة قبل جراحة العين، من قبل المساعدة الاجتماعية في المكتب الخاص بها، عن طريق دراسة ملف المريض وتوجيهه، و سوف نتعرف في هذا الصدد على انعكاسات الإعاقة البصرية على النمو الاجتماعي ومشاكل التكيف الشخصي و الاجتماعي لضعيف البصر، وأهمية التأهيل الاجتماعي و المهني للمعاقين بصريا، و دور المجتمع في رعاية الفئات الخاصة.

1- انعكاسات الإعاقة البصرية على النمو الاجتماعي:

يغطي النمو الاجتماعي مدى واسعا من المظاهر تتراوح من نمو العلاقات الاجتماعية الملائمة مع الأفراد و الجماعات إلى نمو بعض المهارات الاجتماعية اللازمة لأنشطة الحياة اليومية.

و هناك العديد من العوامل التي تؤثر على دينامية التنشئة الاجتماعية، إذ تشكل فارقا في مجرى النمو الاجتماعي لفئة المعاقين بصريا مقارنة مع فئة المبصرين، و هذه مجموعة من العوامل لخصها لنا الدكتور "خالد فواز" وهي كالآتي:

أ -من الواضح أن البصر يعد مهما للغاية بالنسبة لاكتساب المهارات الاجتماعية، وهذا ما يجعل دور الوالدين وغيرهم من أعضاء الأسرة في تزويد الطفل المعاق بصريا بمعلومات أمرا هاما، و هي مميزة عن تلك التي يكتسبها الطفل المبصر عن طريق البصر.

ب - إن الأشخاص المعاقين بصريا أبطأ في نمو المهارات الاجتماعية مقارنة بالعاديين.

ت - من الطبيعي أن يكون الشخص الذي يتمتع بدرجة من الإبصار أقل تأخرا في النمو من فاقد البصر تماما.

ث - إحدى الخصائص التي تسند عادة للمعاقين بصريا تتمثل في اعتمادهم النسبي على الأشخاص الآخرين، و الميل إلى السلبية بدلا من التفاعل الايجابي مع الأفراد الآخرين.(خالد فواز، 2006، 24)

2- مشاكل التكيف الشخصي و الاجتماعي لضعيف البصر:

تعاني فئة المعاقين بصريا من قصور في إحدى وظائف الجسم الهامة ألا و هي البصر وهذا ما يؤثر سلبا على الجانب النفسي و الاجتماعي للمعاق بصريا، نتيجة شعوره بالاختلاف عن غيره من العاديين.

و على حسب الدكتور "مختار حمزة" يوضح أن: " هناك بعض البيانات التي تدل على ارتفاع نسبة العصاب بين هذه الفئة من المصابين بنقص البصر أكثر من النسبة المعتادة، و أنه كلما كانت الإصابة أكبر كانت المظاهر النفسية أسوأ.

و من الملاحظ أيضا أن هذه الفئة أقل حظا من الفئات الأخرى من حيث الخدمات الاجتماعية والنفسية وغالبا ما يرجع سبب الإصابة بالعصاب لعدم معرفة الشخص لطبيعة النقص الذي يعاني منه.

لهذا يجب على الأخصائي النفسي أن يشرح للفرد تفاصيل النقص في بصره، ويوضح له كيفية التغلب عليه، ويعطي له الفرصة ليعمل و ينشط في تلك النواحي التي تتطلب القدرات التي تنقصه وبذلك نضمن تحسنا لحالته الانفعالية.

إن ما يفرضه البصر على الفرد من النواحي الاجتماعية متنوع و متعدد، فالاستجابات نحو المشكلات الشخصية و التي يثيرها أفراد المجتمع تختلف من فرد لآخر و تؤثر في النهاية على مقدار تكيفه.

إن عيوب نقص البصر ترتبط مباشرة بنمو الشعور بالخوف و ضرورة الاعتماد جزئيا على غيره، و هذا ملاحظ بكثرة عند فئة الأطفال حيث يتمادى في ذلك، و تقل ثقته في نفسه، ويصبح معتمدا

كليا على غيره، لذلك لابد من التشخيص المبكر و البدء في العلاج بسرعة كبيرة حتى لا تتأصل هذه العادات عنده، و يصبح من الصعب استئصالها".(مختار حمزة، 1979،72-73، بتصرف)

من خلال ما سبق نستنتج أن الدكتور "مختار حمزة" وضح لنا مدى تأثير الإعاقة البصرية على الجانب النفسي و الاجتماعي للفرد المصاب بها، لذا لابد من تدخل الأخصائي النفسي للتخفيف من هذه الاضطرابات، و تعزيز ثقة المريض بنفسه، و تكيفه مع المجتمع.

3- التأهيل الاجتماعي المهني للمعاقين بصريا:

يعد التأهيل أكثر من ضرورة لكل الفئات الخاصة، ولابد على كل دولة الاهتمام بالتأهيل في كل المجالات، و إعطاء الأهمية لفئة المعاقين بصريا و لتأهيلهم و إدماجهم في المجتمع، و الهدف من التأهيل تمكين المعاق بصريا من مزاولة العمل الذي يتناسب مع ما تبقى من قدرات وإمكانات و ذلك بالاستعانة بالوسائل التعويضية: كالنظارات والعدسات وذلك لمساعدته على التكيف النفسي والاجتماعي وفقا للظروف المحيطة.

ولكي تنجح رسالة التأهيل الاجتماعي المهني للمعاقين بصريا يلزم الاهتمام بحل بعض المشكلات التي تعاني منها هذه الفئة، و يلخصها لنا الدكتور " محمد عبد المنعم " كالآتي:

أ- مشكلات فردية:

1 -المشكلات الطبيعية:

و تجمل في استعادة اللياقة البدنية و توفير الأجهزة التعويضية و النظارات و العدسات التي تؤدي إلى تحسين في درجة الإبصار.

2 -المشكلات النفسية:

و تشمل الاهتمام بالعوامل النفسية و معاونة المعاق بصريا على التكيف الاجتماعي.

3 -المشكلات التعليمية:

و تتمثل في إفساح فرص التعليم المتكافئ لمن هم في سن التعليم من المعوقين بصريا مع وجود الاهتمام بتعليم الكبار.

4 -المشكلات التدريبية:

و تتمثل في فتح مجالات التدريب تبعا لمستوى المهارات.

ب- مشكلات اجتماعية:

1_مشكلة العلاقات:

و هذا من خلال توثيق صلات المعاق بمجتمعه، و توعية المجتمع بأحواله وإمكاناته.

2_ المشكلات التدعيمية:

و تتمثل في المساعدة المادية و الترفيهية، و امتيازات الانتقال و الاتصال.

3_ المشكلات الثقافية:

و تتمثل في توفير المواد و الأدوات و الوسائل الثقافية كالكتب البارزة و غيرها. (صمويل مغاريوس، 105،1969)

4- دور المجتمع في رعاية الفئات الخاصة:

بصفة عامة دور المجتمع في رعاية مختلف فئات المعاقين مهم جدا بالنسبة للأسر والأفراد من أجل غرس ثقافة الوقاية و تفادي العديد من الأمراض و الإعاقات في المجتمع.

و توضح لنا الباحثة " منى الحديدي " دور المجتمع في رعاية الفئات الخاصة في النقاط التالية:

1- التثقيف الصحي:

يجب على المجتمع خاصة الأفراد المثقفين فيه على تثقيف الأسر بأهمية الصحة لدى الفرد وضرورة الوقاية من الأمراض "درهم وقاية خير من قنطار علاج".

2- التثقيف الغذائي:

و يتمثل في تثقيف المجتمع بأهمية الغذاء و تعريفه بمساوئ سوء التغذية لما يترتب عليها من إعاقات، و تعريف المجتمع بأهمية الفيتامينات، و ضرورة أن يكون طعام أفراده يحتويها، و التأكد من صلاحية ماء الشرب.

3- رعاية الأمهات الحوامل:

و تتمثل في إجراء مختلف الفحوصات، و تقديم الإرشاد لهن.

_ عدم التعرض للأشعة .

_ تجنب الولادة العسرة

_ إرضاع الأطفال بشكل طبيعي، و تطعيم الأطفال.

و هنا تجدر الإشارة إلى ضرورة الإعلام والتوعية للنساء الحوامل بصفة عامة، والذين يعانون من نقص في درجة الإبصار، لابد من تجنب الولادة الطبيعية، وإجراء الفحوص الطبية للعين قبل الولادة، لان هذا قد يزيد من تفاقم مشكلة العين بعد الولادة الطبيعية، وهذه الحالات لابد لها من الخضوع للعملية القيصرية.

4- الوقاية من الحوادث:

يجب على المجتمع أن يقدم كل الوسائل الوقائية لحماية أفراده من حوادث الطرق وغيرها ممن تسبب له إعاقات مختلفة، و تشمل الوقاية أيضا كعدم تعرض الأطفال لمشكلات تتعرض بالسلامة العامة داخل المنزل.

_ إمداد أفراد المجتمع بالمياه المأمونة، و بالحمامات المناسبة و تخليصه من النفايات السامة.(منى صبحي الحديدي، 2000، 109-110)

لقد تعرفنا من خلال إستراتيجية التحضير الاجتماعي على مختلف المشكلات التي يعاني منها المعاق بصريا، و انعكاسات الإعاقة البصرية على الجانب الانفعالي و الاجتماعي، و دور المجتمع في رعاية هذه الفئة بصفة عامة.

فإستراتيجية التحضير الاجتماعي لا تقل أهمية عن غيرها، إذ تقوم بها المساعدة الاجتماعية العاملة بالمؤسسة الاستشفائية، ودورها استقبال الحالات الخاصة في مكتبها فور دخولهم، و دراسة ملفاتهم وتوجيههم، و الإشراف على إرسال المرضى إلى خارج الوطن إن تطلب الأمر، وتطبق هذه الإستراتيجية عادة قبل جراحة العين.

ثالثا: إستراتيجية التحضير النفسي:

يعد التحضير النفسي أحد الجوانب الهامة في المجال الطبي، و الهدف منه رفع مستوى الثقة لدى المريض و كسب قدرات عالية، وذلك بالتركيز على التحكم في الحالات النفسية المختلفة والتأقلم مع المحيط، و يكمن دور التحضير النفسي في تخليص المريض من منغصات حياته اليومية ومشاكله الشخصية ليكون مستعدا لتقبل العلاج و ذلك على المستوى الفردي، لان أدائه يتوقف بشكل كبير على حالته النفسية.

وسوف نتعرف من خلال هذه الإستراتيجية على مفهوم التحضير النفسي و أهميته، ثم مراحله والإجراءات التي يتبعها مع المريض، كما سوف نورد مجموعة من الحالات التي لا تتقبل العملية الجراحية، و في الأخير سوف نتعرف على أهم الاستراتيجيات المعتمدة في التحضير النفسي.

1 -تعريف التحضير النفسي :

نجد جذور التحضير النفسي في أدبيات شمال امريكا، وهذا حسب ما جاء في كتاب: "القلق والتحضير العقلي" حيث أورد لنا الكاتب تعريفين و هما كالاتي:

التعريف الاول:

وفي هذا المضمار نجد "سينجر .و آخرون" يعرفون التحضير النفسي كالتالي: " هو تحضير حلول للاحداث المقلقة الدائمة والتي لها معنى و اطار استراتيجية الدول الاشتراكية، مع ادماج مبكر من الاتحاد السوفياتي للتحضير المعنوي بكلمات مقاومة الالم." (Boutebba,2007, 99)

التعريف الثاني:

و يعرف "ويشوسشنسكي" التحضير النفسي: "بأنه عبارة عن مجموعة عمليات وضعت على سيكولوجية الشخص بوسائل و تقنيات و مناهج التنويم المغناطيسي، لامكانية تحقيق أرقام قياسية عالية، وفي آن واحد المحافظة على صحته." .(Boutebba,2007,99)

ومن خلال هذين التعريفين يؤكد الباحثين على ان التحضير النفسي عبارة عن استراتيجية تطبق على الشخص، معتمدة على مجموعة من التقنيات النفسية الخاصة بهدف تحسين نفسيته، و تحقيق أهداف ايجابية.

التعريف الثالث:

يؤكد الباحث " عطوف" على أن الانسان يتكون من جزئين نفسي و جسدي، و أن الجزء الاول هو الاهم، أي ان مجموع القوى التي تؤثر في كل الجزء الثاني، فالتحضير النفسي هو علاج السبب، اي البحث عن العلة و علاجها، والعمل على تخليص المريض من عوارضه و شكواه دون ان نلتمس موضوع العلة."(عطوف،1981،68)

التعريف الرابع:

ويرى " Goldefy " أن التحضير النفسي للعملية الجراحية هو تحضير ثلاثي: نفسي، عاطفي وطبي، ويقصد بالتحضير النفسي تلك الشروحات و التعليقات القبل جراحية يتمثل في الحفاظ على الحياة الشعورية للمريض في حد قدرات فهمه صورة كاملة و بدون كذب لما ينتظره ، وان التحضير النفسي للمريض يستوجب فترة زمنية من المتابعة التي تتم عند الاستشفاء وبعد زيارة الطبيب، وفي الحالات التي تستلزم المتابعة لها نفسيا، اذ يستوجب الاستشفاء و التي هي تلك الفترة التي يتواجد فيها المريض في محيط استشفائي حيث يجد نفسه في محيط له قوانين ونظام من خلال الاسرة الطبية. "

(Goldefy, 1963,57)

و بخصوص التحضير النفسي للعمليات الجراحية عند الاطفال ترى العالمة: **"أنا فرويد"**في هذا المجال أنه: " ليس ببعيد كان الطفل يقتاد الى غرفة العمليات دون أن يقدم له تفسير عن ما سوف يحدث له، بحجة أن هذا سوف يأثر عليه في المستقبل إثر عملية التذكر المستمرة" (أنا فرويد، 1969، 105)

لكن مؤخرا أعلن عن حق الطفل في معرفة مصيره قبل دخول عملية جراحية، و أن المهمة مقسمة بين العائلة، و الطبيب، و كل الطاقم الطبي، و هذا النوع من التحضير ليس بالسهل حتى لو كان الامر يخص عملية جراحية بسيطة فهي مهمة حساسة، فمن يعمل في الميدان يصعب علينا أن ننصحه باستعمال الصراحة مع الطفل خشية أن تكون النتائج سلبية، وهي إضعاف و جعل الطفل يعيش في خوف دائم، و لاجل هذا الامر فمصير صعب في نظره، أين الحدود بين الشعور و اللاشعور، لم توضع و تحدد بعد بوجود هذا القلق البدائي، و الخوف الذي يظهر في جميع مراحل التطور، وهذا ما يجعله لا يميز بين العملية الجراحية الصحيحة و العقاب. (أنا فرويد، 1969، 105- 106)

ومن هنا نستنتج ان التحضير النفسي هو تلك العملية بمنهجها و ادواتها التي يمارسها الاخصائي النفسي مع المفحوص، حيث تهدف الى استبدال مشاعر الرفض بالتقبل، و الخوف بالطمأنينة ومشاعر القلق بالاسترخاء.

2 -اهمية التحضير النفسي:

التحضير النفسي أحد المجالات الهامة في المجال الطبي، و الهدف منه رفع مستوى الثقة لدى المريض، و كسب قدرات عالية، وذلك بالتركيز على التحكم في الحالات النفسية المختلفة والتأقلم مع المحيط.

من خلال المحاضرة التي ألقاها الدكتور" محمد بيتوري " حول :" التدريب الذهني والبسيكولوجي للرياضي" تطرق الى التقنيات التي يجب تطويرها، و العلاقة بين الاخصائي والمريض، و ايجابيات هذا التحضير، وكفاءة المدرب او المحضر النفسي، و تطوير المهارات الذهنية للفرد، حيث يستطيع بذلك التغلب على التفكير السلبي الذي يراوده، و التحكم في حالات التوتر والقلق."(مجلة الجيش، 2013، 67)

حيث هناك عدة عوامل تتظافر للتحضير و الاستعداد الجيد لاي مرحلة من مراحل الحياة الصعبة، و لاتتوقف هذه العوامل مثلما يعتقد العديد من الاشخاص على العلاج الكيميائي أو اتباع نمط غذائي صحي متوازن، إذ يتطلب من المريض ادراك الجانب الذهني و النفسي كعامل اساسي و مهم في مشواره العلاجي.

كما تظهر اهمية التحضير النفسي من خلال ما جاء في مقال مجلة الجيش: "أن التحضير النفسي أمر في غاية الضرورة بالنسبة للمريض قبل اي عملية جراحية، فيه يكتسب الثقة في قدراته، وضبط النفس، و ذلك أن التحضير النفسي هام للمريض من أجل تحقيق الراحة و الانسجام." (مجلة الجيش،2013، 59)

3 -اجراءات و مراحل التحضير النفسي:

من أجل تفادي تطور مظاهر الاضطراب النفسي لدى المريض قبل العملية، و تخطيه الحدود المقبولة نقدم هذه الارشادات والمقتبسة من بعض البحوث والتي تجعل المريض متقبلا للعملية الجراحية، وهذا على حسب الخطوات التالية:

1- اجراء فحص نفسي و ذلك بهدف التاكد من عدم وجود اضطرابات مرضية في شخصية المريض وسلوكه (ذهان مرحلي، الادمان على المخدرات، مهدئات او كحول، شخصية عصابية) فاذا ما ثبت الفحص وجود مثل هذه الاضطرابات وجب علاجها، واتخاذ خطوات وقائية.

2- من خلال تعريف المريض بمرضه وتاويله العلمي له، و مدى ارادة تفهمه لوضعه وحالته النفسية والصحية بالدرجة الاولى مع تبسيط الصعوبات التي تعيق الطبيب."(رياض النابلسي،1998، 77)

3- لابد للاخصائي النفسي اخراج المريض من قوقعته ووحدته، و تكيفه مع الوضع الراهن والمحيط الاجتماعي (الاسرة)، وتعريف المريض يالمحيط الاستشفائي الجديد، و ذلك لتسهيل العملية الجراحية و انجاحها في احسن الظروف. (Coldefy,1963 ,21)

4- عدم ابلاغ المريض عن موعد العملية الا قبل ذلك بايام معدودة.

5- إعطاء المريض مهدئات بسيطة لها مفعول إرخاء العضلات الى جانب التهدئة النفسية.

6- تهيئة العائلة و طمئنتها حتى لا تؤثر سلبا على مزاج المريض، و تزيد من قلقه.

7- العلاج التفسي الداعم لمعنويات المريض و المشجع لدفعه للتعامل مع العملية وكأنها مغامرة قد تنطوي على الالم، و لكنها يعيدة عن خطر الموت.

8- تدعيم صورة الجراح لدى المريض، و ترسيخ الثقة به، مما يخفف من قلق المريض.(رياض النابلسي، 1998، 78)

و نستنتج مما سبق أن تطبيق هذه الاجراءات يعمل على مساعدة المريض في تكييف نفسيته مع الوضع الجديد، و الوصول به الى تحسين إتجاهاته نحو العملية الجراحية، و ذلك بتوعيته بالتغيرات التي تجلبها له، و نسبة النجاح المحتملة، و الجانب الايجابي للعملية الى غير ذلك...

وضرورة إعطاء المريض فرصة للتعبير عن مخاوفه و قلقه، رغباته و أحاسيسه عن طريق الحوار أثناء الحصص العلاجية.

4- حالات عدم تقبل العملية الجراحية:

هناك حقيقة يدركها جميع الجراحيين مفادها أن المريض يتعرض للاضطرابات فور تلقيه نبأ وجوب إجراء عملية جراحية له، و خصوصا بعد إجراءها، وذلك بغض النظر عن شخصية المريض أو مستواه الثقافي أو الاجتماعي أو عمره، أو غيرها من العوامل التي قد تساهم في تحديد نوعية الاضطراب النفسي دون أن يستطيع القضاء على هذا الاضطراب، لهذا سنذكر بعض الملامح الخاصة المميزة لهذه الاضطرابات:

1 -تتطرق Coldefy لبعض الحالات التي تتعلق بالمرحلة قبل جراحية لمريض ما قد يقاوم ضد القلق و ينفي الخطر، ويزيح خوفه و غضبه على مواضيع بديلة أي الجراح و الممرضيين، أو الثقة في قوة الجراح، كما أنه يتخذ موقفا مغايرا، وهذا بانعزاله و انهياره.(Coldefy, 1963, 53)

2- حالات لأول مرة:

و هذا النوع يتوافد علينا بكثرة،و نوليه أهمية كبيرة من الجانب النفسي، أما **الباحث "رياض النابلسي" فيرى أن: "** هذه الحالات تحتاج لتحضير نفسي جيد وهذا لانها غير متكيفة، ويصبح من الصعب عليهم التاقلم، أي تقبل العملية الجراحية، لهذا يستغرق الاخصائي النفسي مدة كافية من الزمن للتحضير الجيد". (رياض النابلسي، 1998، 57)

3- حالات الخوف من الموت:

إن دعوة المريض للخضوع للجراحة، هي دعوة للعلاج الوحيد الذي ينطوي على خطر الموت فمهما تدنت احتمالات خطر عملية جراحية ، فان هذه الاحتمالات تبقى موجودة، ففي الواقع الجراحة هي مناسبة تجبر المريض على منافسة مفاهيمه حول الموت، وتذكره بمختلف المواقف التي سبق لها أن هددت حياته، و عليه فإن تدخل المعالج النفسي ضروري، حتى لا تؤدي هذه الذكريات الى تهيج الدفاعات التفسية للمريض مما ينعكس سلبا على نتائج العمل الجراحي. (رياض النابلسي، 1998، 58)

4- الخوف من مرضى ذو سوابق نفسية:

السوابق المرضية لرفض العملية وتتمثل في خوف المريض، اما يكون لديه عصاب المخاوف أو عصاب الوساوس الذهاني ، الذي لا يدرك خطورة المرض الذي يستدعي اجراء العملية، البرانويا وجنون المراهقة، الانفصام، و مرض الهذيان. (رياض النابلسي، 1998، 61)

5- مرضى دون سوابق نفسية:

هؤلاء يرفضون الجراحة حسب العالم **" رياض النابلسي"** و ذلك للاسباب التالية:

- عدم ثقتهم في كفاءة الجراح و بالامكانيات الطبية المتوفرة.
- تعليق الآمال على العلاج الدوائي، أو أي بديل آخر.
- نوعية العملية التي يحاول المريض تأجيلها حتى اللحظة الاخيرة و منها: عمليات البتر، الاستئصال و الزرع.....الخ

- وجود مرض نفسي أو عقلي كامن و غير ظاهر.(رياض النابلسي، 1998، 62)

5- الاستراتيجيات المتبعة في التحضير النفسي:

يعتبر التحضير النفسي طريقة علاجية للعديد من الاضطرابات النفسية، حيث يقوم المحضر النفسي باجراء الاختبارات والفحوص و القيام بالتشخيص و التنبؤ، ووضع خطة علاجية، وممارسة العلاج متعاونا مع بعض زملائه من أعضاء فريق العلاج مركزا على نقاط محددة مسبقا.

كما حدد الباحث "بوتوبه" المراحل المعمول بها في التحضير النفسي وهي كالآتي:

1- التركيز على المظاهر الايجابية.

2- استعمال تقنيات العلاج التفسي.

3-ديناميكية الجماعة

4-الحوار الايجابي

5-إدارة القلق (الصراع) .(Boutebba,2007,99)

إن التحضير النفسي للمريض يعد ضرورة، وذلك قبل و أثناء و بعد العملية الجراحية للعين لتجنب القلق والخوف، والتكيف مع المرض، فالتحضير النفسي يعتبر وسيلة للتخفيف من الألم يبدأ بتوعية المريض بكل مراحل مرضه، و تكمن أهميته في أنه يساهم في جعل المريض متقبلا لحالته المرضية، و التكيف مع الوضع الجديد، حتى نصل به الى تحسين اتجاهاته نحو العملية وذلك بتوعية المريض بالتغيرات التي تجلبها له، ونسب النجاح المحتملة، والجانب الايجابي للعملية.

خلاصة:

لقد تعرفنا في هذا الفصل على الاستراتيجيات الثلاث لتحضير المفحوص، فكلها تهدف إلى خدمة المريض ، والعمل كفريق لإنجاح العملية و مساعدة الفريق الطبي في عمله من ناحية تحضير المفحوص نفسيا و اجتماعيا.

و هذه الاستراتيجيات لا تقل إحداها أهمية عن الأخرى، و لابد من تواجدها معا في المؤسسة الاستشفائية، و لكن كوننا أخصائيين نفسانيين ممارسين سوف نركز أكثر على الجانب النفسي للمريض، و لأجل ذلك اعتمدنا في عملنا على مجموعة من الوسائل و التقنيات في العلاج وطبقنا في هذه الإستراتيجية بعض أساليب العلاج السلوكي المعرفي.

وسوف نتعرف بالتفصيل في الفصل المقبل على المنهج السلوكي المعرفي و أهم تقنياته في العلاج.

الفصل الثالث:

العلاج السلوكي المعرفي

تمهيد

3 -نشأة العلاج السلوكي المعرفي

4 -تعريف العلاج السلوكي المعرفي

5 -مبادئ العلاج السلوكي المعرفي

6 -أهداف العلاج السلوكي المعرفي

7 -أهم التقنيات المستخدمة في العلاج السلوكي المعرفي

8 -مراحل العلاج السلوكي المعرفي

9 -المصطلحات الأساسية في العلاج السلوكي المعرفي

خلاصة

تمهيد:

يعد العلاج السلوكي المعرفي من أهم التيارات الحديثة في العلاج النفسي، و الذي يجمع بين الاتجاه السلوكي و المعرفي في العلاج، وأثبت جدارته في تفسير العديد من الاضطرابات النفسية، وفي وقت قياسي.

و حسب ما توصلت إليه الدراسات السابقة حول فعالية العلاج السلوكي المعرفي في تفسير مختلف أشكال اضطرابات الشخصية خاصة عند الفئات الخاصة، ومن خلال هذه الدراسة سوف نعتمد عليه كوسيلة علاجية لفئة ذوي الإعاقة البصرية، و تطبيق بعض تقنياته على المرضى المقبلين على العملية الجراحية للعين، و ذلك من خلال تقديم الشروح اللازمة للمريض حول هذا النوع من العلاج وإقناعه بالمشاركة فيه و القيام بالدور المطلوب منه.

وفي هذا الفصل سوف نستعرض مفهوم العلاج السلوكي المعرفي، و أهم مبادئه والوقوف على أهدافه و التعرف على أساليبه و تقنياته، وأهميته في حماية الشخص المريض من خطر العديد من الأمراض النفسية و السيكوسوماتية، و نختم الفصل بالتطرق إلى أهم المصطلحات الشائعة في العلاج السلوكي المعرفي.

1 -نشأة العلاج السلوكي المعرفي:

يعتبر العلاج السلوكي المعرفي من العلاجات الحديثة و الأكثر نجاعة في مجال العلاج النفسي في وقتنا الحالي، حيث أثبتت فعاليتها في علاج العديد من الأمراض و الاضطرابات النفسية في وقت قياسي، وأول من أسس هذا النوع من العلاج في الستينيات من القرن الماضي حسب ما جاء به العالم " **هوفمان**" في كتابه عن "العلاج المعرفي السلوكي المعاصر"هما: " كل من " **أرون تي بيك**"، و " **ألبرت إليس**"، فقد وجد "**بيك**" أن الأفراد المكتئبين قد أعلنوا عن مدى واسع من الأفكار السالبة والتي تظهر لديهم بشكل عفوي، و أطلق عليها "**بيك**" "**الأفكار الآلية**"، وهذه الأفكار تقوم على معتقدات

رئيسية تسمى **" المخططات"** التي لدى الفرد عن نفسه، و عن عالمه، وهي التي تحدد الطريقة التي قد يفسر بها الفرد موقفا معينا، من خلال هذا التفسير تظهر أفكار آلية معينة، وهذه الأفكار الآلية تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف سوء التكيف للموقف، ويؤدي الى استجابة وجدانية، و طور**"بيك"** طريقة علاجية بمساعدة المرضى على تحديد و تقييم هذه الأفكار لتشجيعهم على التفكير بشكل أكثر واقعية، والسلوك بشكل أكثر فعالية، و الشعور أفضل نفسيا." (هوفمان، 2012، 13-14)

من خلال هذه الفقرات تستنتج أن العالم **"بيك"** توصل من خلال أعماله التي أنجزها مع مرضى الاكتئاب، إلى أن هؤلاء لديهم أفكار آلية تجعلهم يقدمون استجابات سلبية، وينتج عنها سلوك غير مرغوب فيه، لهذا جاء هذا العلاج لتغييرها نحو الأفضل.

أما "إليس":" فأطلق على هذا العلاج إسم العلاج النفسي العقلاني، ثم أطلق عليه بعد ذلك العلاج العقلاني الانفعالي، و أخيرا العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ليؤكد على الأهمية المتداخلة للمعرفة والسلوك و الوجدان (الانفعال)". (هوفمان، 2012، 14)

و تمثلت الفكرة الرئيسية لهذا النوع من العلاج حسب الباحث **"اليس" "Ellis"** و التي يوضحها لنا الدكتور**"عبد الله عسكر"**: "تقوم على تعديل ما يقوله الفرد لنفسه، على أساس أن ما يقوله الفرد لنفسه داخليا هو العامل الرئيسي في تقبل استجاباتهم الانفعالية نحو المواقف والأشياء".(عبد الله عسكر و آخرون، 2005، 249)

في السنوات الأخيرة عرف العلاج المعرفي السلوكي تطورات ملحوظة في العالم ككل و ذاع صيته في العالم العربي أيضا، و هذا لما أثبته كعلاج فعال للعديد من الاضطرابات النفسية، و بهذا الخصوص يقول العالم **"كوترو": "** أنه من الأحداث البارزة هي فعالية العلاج المعرفي السلوكي،في علاج الاضطرابات الشخصية خاصة الشخصيات القلقة الرهابية، و لقد عرف تاريخ هذا النوع من العلاج تسارعا كبيرا في العشر سنوات الأخيرة على أساس دراسات تجريبية، و أعمال عيادية في أغلبية الدول المتطورة، و أصبح التيار الرائد في العلاجات النفسية لأنه يعتمد على دراسات علمية".(Cottraux, 2011,30)

2 -تعريف العلاج السلوكي المعرفي:

لمعرفة هذا النوع من العلاج الذي يهتم بالعلاقة بين العاطفة و المعرفة يجب أن نعرف مصطلحاته الأساسية و هي:

1 -السلوك:

" وهو تسلسل منظم لأفعال موجهة من أجل تكيف الفرد لوضعية ما حسب ما يدركها و يفسرها استنادا لمخططات معرفية مخزنة في الذاكرة طويلة المدى."

2 -المعرفة:

" و هي فعل اكتساب المعلومة و تنظيمها و استعمالها على أنفسنا ثم على العالم الخارجي."

3 -الانفعال:

" هو إحساس جسدي ناتج عن حدوث تغيرات فيزيولوجية استجابة لمنبهات المحيط بناءا على إدراكه للأحداث، فالعاطفة مرتبطة بالمعرفة،حيث يتحول الانفعال الى ظاهرة جسدية تتحول بدورها هي الأخرى لظاهرة عقلية (الحزن، الخوف، اللذة)" (Jean Cottraux, 2001, 4-5)

و لفهم العلاج السلوكي المعرفي أكثر، فسوف تستعرض مجموعة من التعاريف التي حددها بعض الباحثين في هذا المجال و هي:

1- تعريف جون كوترو"Jean Cottraux " :

يعرف " جون كوترو" العلاج السلوكي المعرفي على انه: " التطبيق العلمي لعلم النفس لحل المشكلات العيادية في مجال العلاج النفسي، و يستعمل المنهج التجريبي من أجل فهم و تعديل الاضطراب النفسي الذي يعرقل حياة المريض، و ذلك بالاستناد على نظريات التعلم الاجتماعي التي تتيح تعديل السلوك الظاهر، و كذلك النموذج المعرفي الذي يستند على معالجة الأفكار أي السيرورة المعرفية التي تنظم تصورات الأحداث التي تقع في محيط الفرد." (J . Cottraux,2011 , 3-4)

2- تعريف زينب شقير:

ترى الباحثة **" زينب شقير"** أن**:"** العلاج السلوكي المعرفي يعد من أكثر الأساليب العلاجية المستخدمة في السنوات الأخيرة، و الذي يهتم بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية، و يهدف إلى تعديل ادراكات العميل المشوهة، و يعمل على أن يحل محلها طرقا أكثر ملائمة للتفكير، و ذلك من أجل إحداث تغيرات معرفية و سلوكية و انفعالية لدى العميل كما يتسم هذا النوع من العلاج بالفاعلية والتنظيم، كما يتحدد بوقت معين، وهو عملية تتسم بالتعاون بين المعالج و المريض والتوصل إلى استجابات أكثر فاعلية."(زينب شقير،2002، 216)

3- تعريف الخولي هشام عبد الرحمان:

يعرف **" الخولي"** العلاج السلوكي المعرفي بأنه: " أحد أساليب العلاج النفسي الحديثة نسبيا إذ اهتم بإدخال العمليات المعرفية الى حيز أساليب العلاج السلوكي، و يتضمن عددا من الاستراتيجيات والفنيات العلاجية، و يتم هذا المنحى العلاجي بأنه يتعامل مع العديد من الاضطرابات من منظور ثلاثي، حيث يتناول المكونات المعرفية و الانفعالية لهذه الاضطرابات بغرض تعديل المكونات المشوهة منها و العمل على تحولها الى مكونات أكثر ملائمة و صحية." (الخولي، 2007، 68)

4- تعريف حامد أحمد الغامدي:

يرى العالم **"حامد أحمد الغامدي" أن :"** العلاج السلوكي المعرفي يعد اتجاها حديثا نسبيا يعمل على الدمج بين فنيات العلاج المعرفي و العلاج السلوكي، حيث يستخدم العديد من الفنيات ويعتمد على إقامة علاقة علاجية بين المعالج و المريض، فتحدد في ضوئها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما سيعقد فيه من أفكار مشوهة و اعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفيا تعد المسؤولة عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض." (حامد، 2010، 20)

و من خلال التعاريف السابقة يمكن استخلاص تعريف شامل يتمثل في أن: " العلاج السلوكي المعرفي هو تقنية علاجية حديثة و مختصرة في الوقت، يجمع بين بين فنيات العلاج المعرفي و العلاج

السلوكي بهدف تحقيق تغيرات في سلوك المريض و أفكاره من خلال اعتماده على تقنيات سلوكية ومعرفية لتعديل الاضطرابات السلوكية كالقلق و العدوان، و جعل حياة الأفراد أكثر ايجابية."

3- مبادئ العلاج السلوكي المعرفي:

يقوم العلاج السلوكي المعرفي على مجموعة من المبادئ و الأسس سنحاول تلخيصها في الفقرات الآتية:

يركز العالم " باك و آخرون" على نقطتين مهمتين و يمثلان أساس العلاج السلوكي المعرفي وهما:

أ -المشاركة العلاجية:

يعد التعاون بين المعالج و العميل مكونا أساسيا في العلاج السلوكي المعرفي، فهو جهد مشترك وليست مهمة المعالج أن يحاول إصلاح المفحوص، بل يقوم بالتحالف معه ضد مشكلته، و يعد الواجب المنزلي جزء مهم في العملية العلاجية لزيادة النشاط لدى العميل من جهة، و لاختبار التشوهات المعرفية الخاصة من جهة أخرى باستخدام جدول نشاط يومي.

ب -اختزال المشكلة:

ينطوي تخفيف المشكلة على خطوتين:

- التعرف على المشكلات ذات الأسباب المتشابهة و تجميعها معا ليستطيع المعالج اختيار التقنيات المناسبة لكل مجموعة من المشكلات.
- التركيز على العناصر المحورية التي تشكل مفتاح الاضطراب. (Beck et All, 1976 , 229)

أما الباحثة **" زينب شقير"** فتحدد مبادئ العلاج السلوكي المعرفي في النقاط التالية:

- التركيز على فهم الفرد لجانب من الشخصية المراد تعديله.
- التأكيد على العلاج الذاتي الذي يعتمد على قدرة الفرد على رؤية و تنظيم وتقرير السلوك المكتسب.
- التركيز على التفاعل مع بيئة الفرد.(زينب شقير،2002، 215)

و يضيف الباحث " عادل عبد الله" أسس أخرى و هي:

- العميل و المعالج يعملان معا في تقييم المشكلات و التوصل الى الحلول.
- إن المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الإنساني.
- الاتجاهات و الأنشطة المعرفية لها دور أساسي في إنتاج و فهم السلوك و تأثيرات العلاج و التنبؤ بها.

(عبد الله عادل، 2000، 30)

4 -أهداف العلاج السلوكي المعرفي:

إن العلاجات النفسية السلوكية المعرفية نشطة و منظمة، و تتحدد بوقت معين، و تسعى للوصول إلى أهداف معينة محددة مسبقا، و ذلك من خلال التعاون بين المعالج و المريض، و ذلك بالاعتماد على تقنيات سلوكية و معرفية للوصول إلى حل مشكلة معينة أو تغيير سلوك سلبي.

و سوف نتعرف على أهداف العلاج السلوكي المعرفي حسب ما ذهب اليه العالم "جون كوترو" وتتمثل فيمايلي:

1 - مساعدة المفحوص على أن يكون واعيا بأفكاره الأوتوماتيكية السلبية، و مساعدته على تغييرها بأفكار أكثر واقعية، و بالتالي تغيير في السلوك المضطرب.

2 - مساعدة العميل على معرفة العلاقة بين أفكاره و انفعالاته وسلوكه.

3 - يسعى المعالج الى تحديد أهداف معينة لتحقيقها و حل مشكلة محددة.

4 - يساعد المفحوص في تعريف و تعديل البنيات المعرفية غير الوظيفية.

(Jean Cottraux, 2001, 60)

أما الباحث " فايد حسين" فيوضح لنا أن الغرض من العلاج السلوكي المعرفي هو: "مساعدة العميل على تغيير الطريقة التي يفكر بها، وتصحيح هذه التشوهات المعرفية من خلال إعادة تنظيم "حديث الذات" الخاص بالشخص، وبالتالي تغيير سلوكه، و طبيعة التدعيم المنتقاة من البيئة، وبالتالي يمكن للعميل تقييم مساهمته الخاصة في حل مشاكله، وتعليمه سلوكات صحيحة." (فايد حسين، 2008، 96)

أما الباحث " الغامدي" فيحدد لنا أهداف العلاج السلوكي المعرفي في النقاط التالية وهي:

1 - مساعدة المريض للتوصل الى منظور جديد لفهم مشكلته.

2 - تعليم المريض كيف يمكن لمعارفه أن تساعد في تفسير أسباب نشوء ووجود استجابات انفعالية وسلوكية تتسم بسوء التكيف.

3 - يشرح للعميل أن التغيير المعرفي له أهمية رئيسية في العلاج.

4 - يقوم كل من المعالج و المريض بتنفيذ و تحليل النتائج المعرفية و السلوكية (غير السوية) بشكل مستمر، كما يتم تحديد احتمالات حدوث التدعيم الذي يحافظ على وجود السلوكات غير المرغوبة، ويتم أيضا تطبيق أساليب العلاج من أجل تغيير تلك الاحتمالات.

5 - إنشاء علاقة تعاونية بين المعالج و المريض، و يتم تشجيع المرضى على تجريب ما تعلموه حديثا من سلوكات في حياتهم اليومية على أساس أنهم سيكونون أقل معارضة لاقتراحات التغيير إذا ما أمكن حثهم على تجربة سلوكات جديدة يكون لها نتائج أكثر جلبا للفائدة. (الغامدي، 2013، 189)

كما أضاف "مصطفى بظاظو" مجموعة من الأهداف تتمثل فيمايلي:

6 - مساعدة المريض على أن يعيد تقييمه لأفكاره الأولية التي هي في حقيقتها لاشئ و الفكرة البديلة هي أكثر واقعية.

7 - نعلم المريض كيف يصحح أداءاته المعرفية الخاطئة و معتقداته المختلة وظيفيا التي تعرضه لخبرات مشوهة.

8 - تصحيح التشغيل الخاطئ للمعلومات ادى المريض و التي تعمل على الإبقاء على أنماط السلوك والانفعالات.

9 - تعليم المرضى المهارات الخاصة بكيفية التحكم و الإدارة الجيدة لذاتهم كهدف و لتنمية المشاركة الاجتماعية كهدف آخر.(مصطفى بظاظو، 2011، 126)

ومن خلال ما سبق نستنتج أن الهدف الأساسي من العلاج السلوكي المعرفي هو مساعدة المفحوص من خلال تعليمه العديد من التقنيات و المهارات لتغيير طريقة تفكيره و نظرته للأمور

والتحكم في انفعالاته من خلال علاقة تعاونية بين المعالج و العميل للوصول في النهاية الى تغيير سلوكه المضطرب.

5 -أهم التقنيات المستخدمة في العلاج السلوكي المعرفي:

يجمع العلاج السلوكي المعرفي بين فنيات العلاج السلوكي والمعرفي معا في تعامله مع الاضطرابات و المشكلات النفسية، حيث يقوم بمعالجة المعلومات و تغيير الأفكار السلبية و المعتقدات الخاطئة إلى أفكار جديدة و ايجابية، و هذا الاتجاه في العلاج متطور ومتغير باستمرار، فهو يعتمد على العديد من الفنيات الانفعالية و السلوكية و المعرفية، وهي لا تعد و لا تحصى، قد تفوق الأربعون تقنية وسوف نتعرف من خلال دراستنا الحالية على أهم تقنيات العلاج السلوكي المعرفي التي اعتمدنا عليها كوسيلة للتعامل مع السلوك المضطرب، و تعديل المشكلات الإكلينيكية كالقلق و غيرها لدى المرضى المعاقين بصريا وتتمثل فيمايلي:

1 -إعادة البناء المعرفي:

من خلال تقنية إعادة البناء المعرفي يساعد المعالج النفسي المريض على تحديد السلوكات المعرفية غير المرغوب فيها، ثم يساعد العميل على التخلص من هذه الأفكار المؤلمة، أو استبدالها بأفكار مرغوب فيها، و تقوم طريقة إعادة البناء المعرفي حسب الباحث " محمد أحمد" على ثلاث خطوات رئيسية و هي:

1 -مساعدة المريض على تحديد الأفكار و المواقف المؤلمة، وذلك بأن يطلب من المريض بالتصريح عن الأفكار المؤلمة التي يمر بها في مواقف معينة، و ذلك بمراقبة ذاته، ويكتب و يصف المواقف كما تحدث له.

2 - مساعدة المريض على تحديد الاستجابة الوجدانية و المزاج غير السار أو السلوك الذي يتبع التفكير المؤلم، و بهذه الطريقة يرى المريض كيف أن التفكير المزعج سابق للاستجابة الوجدانية غير السارة.

3 - مساعدة المريض على التوقف عن التفكير في الأفكار المؤلمة بأن يفكر في أفكار عقلانية أو أفكار مرغوب فيها، و عند قيامه بذلك فمن غير المحتمل أن تكون لديه استجابات وجدانية سالبة. (محمد أحمد، 2005، 323)

و تهتم هذه الطريقة بتعديل تفكير المريض و استدلالاته و افتراضاته و الاتجاهات التي تقف وراء الجوانب المعرفية لديه. (مفتاح محمد، 2001، 65)

و بالتالي فالهدف الرئيسي من تقنية إعادة البناء المعرفي هو تغيير و استبدال الأفكار المشوهة المسيطرة على سلوك المريض، بأفكار عقلانية و ايجابية تؤدي الى سلوك مرغوب فيه.

2 -التعزيز:

يعتبر التعزيز من أولى التقنيات التي انتهجها العلاج السلوكي، و قد ثبتت فعاليته في علاج العديد من الاضطرابات السلوكية، و يقصد بالتعزيز: " فعل أو حدث يؤدي الى احتمال حدوث استجابة معينة أو تكرارها، أو تقوية السلوك من خلال إضافة مثيرات ايجابية أو إزالة مثيرات منفرة، ويعتبر التعزيز من أهم الأسس التي يبنى عليها تعديل السلوك لأنه يعمل على تقوية النتائج المرغوبة، و لذا يطلق على المثير الذي يؤدي الى زيادة احتمال تكرار حدوث السلوك في المستقبل في المواقف المشابهة" (طه عبد العظيم، 2008، 190)

3 - الواجبات المنزلية:

يمكن تعريف الواجبات المنزلية كما ورد في كتاب " العملية الإرشادية" بأنها: "مجموعة من المهارات و الأنماط السلوكية في صورة تعيينات، يتم تحديدها عقب كل جلسة في ضوء الأهداف الموضوعة للعلاج، و يكلف المسترشد بتنفيذها في المنزل أو في العمل بعد التدريب عليها أثناء الجلسة العلاجية، و تصمم هذه الواجبات في شكل متتابع ، بحيث يتم تنفيذها على مراحل ويحدد فترة زمنية لتنفيذ كل واجب على حده، وهي تبدأ من البسيط إلى المعقد، و من المعارف إلى الأفعال، و لا ينتقل المسترشد من واجب لآخر إلا بعد تنفيذ الواجب الأول بنجاح، و يراعي عند تصميم هذه الواجبات

المنزلية قدرات المسترشد و رغبته في اختيار نوع منها، وتعتبر هذه الواجبات المنزلية وسيلة لاكتشاف الذات، و زيادة الوعي بالمسؤولية، و تنمية قوة الإرادة." (محمد أحمد، 2005، 313)

و تعتبر الواجبات المنزلية من أهم التقنيات و أكثرها شيوعا في العلاجات السلوكية المعرفية، إذ تستعمل بكثرة في هذا النوع من العلاج، و لا يمكن الاستغناء عنها، فهي تبرز الدور الذي يقوم به المريض في العلاج.

4 -التعبير على الذات بطريقة لفظية:

و هنا يتم التركيز على الأخطاء و الأفكار الخاطئة التي يحدث فيها الفرد نفسه، ويتم تعليم المريض التوقف عن أحاديثه الذاتية غير الملائمة، و تعليمه في الوقت نفسه عبارات ايجابية.

5 -المناقشة و تبادل الحوار:

يقوم المعالج بتبادل الحوار ، بحيث يستخدم المعالج المناقشة طوال الجلسات لان لها أهمية في التواصل اللفظي و الاجتماعي و الانفعالي، ولان الحوار يحقق الايجابية بين أفراد المجموعة ، ويقلل فرص النسيان عندما يظهر سلوك غير صحيح. (عبد الستار،1994، 265)

6 -فنية تحديد الأفكار التلقائية و العمل على تصحيحها:

و المقصود بالأفكار التلقائية هي تلك التي تسبق أي انفعال غير سار، و ما يميز هذه الأفكار أنها تأتي بسرعة و بصورة تلقائية و غير معقولة، و تكون السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين وتكون ذات صفة سلبية لحدث معين مما يؤدي الى توقع نتيجة غير سارة، و هدف هذه الفنية التعرف على تلك الأفكار، و تبديلها بأفكار ايجابية تؤدي الى نهاية حسنة، و لهذا يطلب من المريض أن يسجل يوميا علة ورقة تلك الأفكار التلقائية، التي تمر بذهنه، و هذا جزء من العلاج.

(ضيف الله، 2013، 71)

7 -التحكم الذاتي:

هو الإقرار بأنشطة ايجابية و تحديد أهداف، و أخذ خطوات اتجاه الأهداف، ويتم بعدة عمليات، ومن خلالها يتم التغيير و التعديل و هي:

1 -مراقبة رؤية الذات

يلاحظ الفرد سلوكاته و مواقف ظهورها و أسبابها و الملاحظات المترتبة على سلوكه، و الأحداث الخارجية التي تأخذ صورة تقبل ذاتي.

2 -تقييم الذات:

و يتم من خلال مقارنة الفرد لأوجه أدائه في مواقف معينة بالمعايير و المحكات الداخلية أو المستوى الساند للسلوك.

3 -تدعيم الذات:

هي تلك المكافئات التي يتلقاها الفرد من نفسه لذاته و العقاب بأي صورة من الصور. (عبد الستار، 1994، 260)

8 -الاسترخاء:

و هي عبارة عن تمرينات يصبح المريض من خلالها بين حالتين من التوتر العضلي والاسترخاء العضلي بوضوح، و بالتدريج يصل المريض إلى حالة الضبط و السيطرة الشديدين على عضلاته وتوجد علاقة بين التوتر العضلي ، و بين إدراك الفرد لأية حادثة عاطفية وجدانية إذا زال التوتر العضلي تزول المعاناة و الشعور العاطفي، فهي تضبط حالة التوتر الجسمي. (عبد الستار، 1994، 268)

و الاسترخاء الذي تم تطبيقه في دراستنا الحالية يعرف باسم الاسترخاء التدريجي أو التقدمي وهذا الأسلوب مرتبط بصاحبه: " إدموند جاكبسون" الذي يلقب بأب الاسترخاء، "و هو عبارة عن استرخاء تدريجي للمجموعات العضلية بالجسم: اليدين والذراعين والعضلة في أعلى الذراعين، الرأس

و الوجه و الرقبة، و الصدر و البطن والجزء السفلي من الظهر، و الفخذ و الأرداف و الساق و القدمين وهي كمايلي:

استلقاء الفرد على ظهره أو الجلوس على الكرسي مع وجود سند للرأس و القدمين ملامستين لأرضية المكان، و يقوم الفرد بشد العضلة من 5 إلى 7 ثواني و تتبعه فترة ثبات للعضلة المشدودة، ثم إرخائها لمدة تتراوح بين 20 إلى 30 ثانية، و يكرر الأداء لمرة واحدة على الأقل، و يفضل القيام بالاسترخاء التدريجي بأن يغلق الفرد عينيه لعزل المثيرات التي تقع في محيط نظره". (علي عسكر، 2003، 190)

و الاسترخاء من أهم التقنيات العلاجية التي تعمل على التخفيف من قلق المرضى و تفيدهم في مواجهة الضغوط النفسية، فنجد أنه معمول به في كافة البرامج المعتمدة على العلاج السلوكي المعرفي و لقد قم نا بالاعتماد عليه في بروتوكول التحضير النفسي للمرضى ، كوسيلة للتعامل مع السلوك المضطرب.

6 -مراحل العلاج السلوكي المعرفي:

يمر العلاج السلوكي المعرفي كغيره من الطرق العلاجية بمراحل يتبعها المعالج في عمله مع المفحوص بشكل منظم، و بوقت محدد مسبقا و متفق عليه بين الطرفين، حيث يعتبر "جون سينون": " العلاج السلوكي المعرفي علاج مختصر يقوم على التعاون المشترك بين المعالج والعميل، يتطلب ما بين 10 إلى 25 جلسة، ترتكز على الحالات المتوسطة الاضطراب إلى الشديدة منها على جلستين أسبوعيا لمدة 4-5 أسابيع ثم مرة أسبوعيا، من الأحسن أن تكون متتابعة، والزمن المخصص لكل جلسة علاجية حوالي 50 الى 60 دقيقة تقريبا، و العلاج السلوكي المعرفي مبني على المراحل التالية:

- التحليل الوظيفي للسلوكات المضطربة من خلال تحديد السلوكات التي يرغب المفحوص في تغييرها.
- الربط بين السلوك المضطرب و الانفعالات و الأفكار.
- البحث عن نتائج السلوكات المضطربة (كالانفعالات و الأفكار اللامنطقية)

- تحديد أهداف العلاج بين المعالج و المفحوص من خلال شرح الطرق العلاجية المحددة مسبقا مع العميل، و التي تؤدي الى تغيير السلوكات و الانفعالات و الأفكار.
- تقييم النتائج العلاجية و ذلك بمقارنتها بما تم تسجيله في بداية و أثناء و بعد العلاج."

(Sénon jean, 1995, 576)

أما العالم " جون كوترو" فقد حدد لنا مراحل العلاج السلوكي المعرفي في عشر نقاط أساسية وتتمثل في:

1 - تأسيس علاقة تعاونية و ايجابية (prise de contacte): من خلال التحالف العلاجي مع تحديد المشاكل الانفعالية و السلوكية و المعرفية التي تدفع المريض إلى طلب المساعدة.

2 - إقامة التشخيص.

3 - دراسة الأهداف و الرغبة في التغيير.

4 - التحليل الوظيفي: فهناك عدة شبكات تسمح بتحليل العلاقات المتبادلة بين السلوك والانفعال و المعرفة.

5 - استعمال المقاييس و الاختبارات النفسية.

6 - شرح المشاكل النفسية و التقنيات التي سوف تطبق و التي تشمن تغيير في السلوكات والانفعالات والأفكار.

7 - بناء الفرضيات مع المريض حول كيفية تحديد أولويات التدخل، وبماذا يجب البدء.

8 - إقامة سلم للمشاكل مثلا تحديد مقياس للخوف من (0 إلى 100) و الذي يسمح بترتيب مخاوف المريض التي سوف يتم تعريضه لها.

9 - تقييم نتائج العلاج.

10- المتابعة. (Jean Cottraux, 2004, 152-153)

و نستنتج مما سبق أن كلا الباحثين يتفقان على أن العلاج السلوكي المعرفي يمر بعدة مراحل أساسية بداية من عقد العلاقة العلاجية مرورا بتحديد المشكلة، و تطبيق المقاييس النفسية وصولا إلى

نتائج العلاج مع تقييم الفرق بين بداية العلاج و نهايته، و في الأخير المتابعة، إلا أن مراحله تزيد أو تنقص حسب ما يتطلبه العلاج و حسب كل حالة.

7 -المصطلحات الأساسية في العلاج السلوكي المعرفي:

بالإضافة إلى التقنيات التي يعتمد عليها العلاج السلوكي المعرفي، فهو يقوم على مجموعة من الأسس التي لا يمكن الاستغناء عليها في عملية العلاج، حيث يعتمد الأخصائي في عمله عليها كلها أو على البعض منها على حسب الحالات، و هذه المصطلحات سوف نذكرها على النحو التالي:

1 - التحالف العلاجي: (L'alliance thérapeutique)

تعتبر العلاقة العلاجية في العلاج السلوكي المعرفي حسب **"Beak & Alford" : "** كعلاقة تعاون تجريبية و التي يمكن مقارنتها مع عالمان يعملان معا على مشكل، فالعلاقة العلاجية هي شرط أساسي و لكنه فير كافي، فالتغيير في العلاج يكون حسب رغبة العميل، و ليس العلاقة العلاجية الجيدة فقط" (Beak & Alford, 1976, 229)

و يعتبر "جون كوترو" التحالف العلاجي: " خطوة مهمة في سيرورة العلاج تستند على العلاقة التعاونية المشتركة بين المعالج و المريض" (Jean Cottraux, 2013, p13)

و تدعى العلاقة العلاجية التي تنشأ بين المعالج و المريض في إطار العلاج السلوكي المعرفي باسم: التحالف العلاجي أو التعاون العلاجي، حيث يتحالف الطرفان معا لإيجاد حل للمشكلة، و هذا ما أشار إليه " الغامدي" في قوله: " أن مهمة المعالج ليس أن يحاول إصلاح المريض، بل أن بتحالف معه ضد مشكلته، ومفهوم الشراكة العلاجية يتيح للمعالج الحصول على تغذية راجعة قيمة على كفاءة الفنيات العلاجية و على المزيد من المعلومات عن أفكار و مشاعر المريض." (الغامدي، 2013، 160)

2 -التحليل الوظيفي: (L'analyse fonctionnelle)

يتم التحليل الوظيفي للسلوك من خلال تحديد المثيرات السابقة و الحالية في علاقة السبب (مثير و استجابة) بين جملة من السلوكات و الأحداث،و الهدف من التحليل الوظيفي هو التوصل إلى معرفة العوامل المفجرة، و العوامل المحافظة على استمرار تسلسل السلوك.(Marcelo, 2003, 216)

و للقيام بالتحليل الوظيفي يتم الاستعانة بلائحات ليكون واضحا منهجيا، و من بين هذه اللوائح "شبكة سيكا" و يعرفها " جون كوترو" كالآتي:

-شبكة سيكا Grille Sicca:

" شبكة سيكا تسمح لنا بتقييم المشكل كما هو حاليا، و دراسة تطور و انعكاسات الاضطراب عبر الزمن، فيتمكن من تصور أكثر دقة للتحليل الوظيفي للاضطرابات النفسية و كل هذه العناصر: المعرفة، الانفعال، الوضعية، المثير هي أفكار او نسق من المعتقدات و السلوك و الاعتقادات تؤكد على التفاعل فيما بينها." (Jean Cottraux, 2001, 75)

3 -التصاميم المعرفية: Les plans cognitives

و يعرفها "دانيال" على أنها عبارة عن: " بنيات معرفية ثابتة مخزنة في الذاكرة طويلة المدى، و لها وظيفة فورية تكتسب من خلال الخبرات المبكرة و من خلال التفاعلات بين البنيات النورولوجية و الخبرات التي يمكن أن تكون نشيطة بواسطة الانفعالات وتعطي معنى لمعاش الفرد." (Daniel widlocher, 1994, 760)

4 -الأفكار الآلية: Les idées automatiques

و هي تلك المعرفيات التي تخطر في البال عندما يكون الشخص في حالة ما، و لا تكون هذه الأفكار التلقائية عادة عرضة للتحليل العقلاني و غالبا ما ترتكز على منطق خاطئ، و مهما تكن هذه الأفكار فهي تبدو لصاحبها مقبولة و معقولة، و هو يسلم بصحتها دون ارتياب و دون اختبار لواقعيتها

و تتميز كذلك بأنها تنطوي على موضوع واحد، و إن اختلف منطقها في الظروف المختلفة، كما يتسم محتوى هذه الأفكار التلقائية بالخصوبة الفردية، و لاسيما الأفكار الأكثر تكرارا و قوة. (Jean (Cottraux, 2011, 13

5 -معالجة المعطيات: Traitement des données

و تتمثل في دراسة العمليات المعرفية و علاقتها مع التفكير و الادراك و الانفعال، حيث تدرس الظواهر الداخلية و الخارجية، و ترتكز على دراسة السيرورات العقلية مثل التفكير، الإدراك، والذاكرة.(Daniel widlocher, 1994, p 76)

أما " جون كورتو" فيرى أنه أثناء معالجة المعلومات تظهر ثلاث أنواع من المتغيرات الداخلية و التي تكون بين المثيرات و الاستجابات، و تتمثل في: المخططات المعرفية، السيرورات المعرفية والحوادث المعرفية، و هذه المتغيرات هي المسؤولة على معالجة مثيرات المحيط، و تفاعلها مع الانفعالات و السلوكات. (Jean Cottraux, 2001, 71)

و مما سبق تعرفنا على مجموعة من التقنيات الهامة، التي تعد من بين العديد من الأساليب التي يعتمد عليها العلاج السلوكي المعرفي، و التي قمنا بتوظيف البعض منها في دراستنا الحالية على المفحوصين الذين أجريت عليهم الدراسة.

خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى العلاج السلوكي المعرفي، حيث تعرفنا على أهم مبادئه وأهدافه وبالأخص تقنياته المستعملة في العلاج، فهذا الأسلوب في العلاج أصبح في الوقت الحاضر من أكثر العلاجات شيوعا لتناوله لمختلف الاضطرابات النفسية تقريبا.

كما يعد العلاج السلوكي المعرفي من أفضل وأنجع أنواع العلاجات من حيث طريقته ومدة العلاج، وهذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات العربية و الأجنبية خاصة في موضوع القلق، وهذا ما سنحاول الكشف عنه من خلال الجانب الميداني لهذه الدراسة.

الفصل الرابع:

الإعاقة البصرية

تمهيد

1 -تشريح فيزيولوجيا العين:

أ - الجهاز البصري

ب -آلية الإبصار

أولا: الإعاقة

ثانيا: الإعاقة البصرية:

1 -تعريف الإعاقة البصرية

2 -أسباب الإعاقة البصرية

3 -أنواع الإعاقة البصرية

4 -قياس و تشخيص الإعاقة البصرية

5 -انعكاسات الإعاقة البصرية على المعاق بصريا

6 -طرق الوقاية و العلاج

خلاصة

تمهيد:

تعتبر وظيفة الابصار التي تقوم بها العين من الوظائف الرئيسية للكائن الحي، ويشعر الفرد بقيمة هذه الوظيفة حينما تتعطل لسبب ما يتعلق بالعين نفسها او بالعوامل المؤثرة على الابصار فنعمة البصر لا يمكن ان نذكر قيمتها ولا عظمتها الا من عظمة خالقها سبحانه وتعالى فهي التي تجعل الانسان يتعرف على الالوان والاشخاص و الاماكن و ادراك الخطر، وهي السيالة التي تمكن الفرد من الاتصال بالمحيط الخارجي إذ تعتبر لغة لا يمكن انكار أهميتها في حياتنا.

فالاعاقة البصرية تعمل على اعاقة الفرد على التوافق و التكيف مع ذاته ومع الآخرين ممن يحيطون به، ومما يزيد في حدتها ويجعلها اعاقة هو اتجاه الآخرين نحوها، ونظرتهم اليها، فالشخص الكفيف يعتبر عقبة في سير عملية الدراسة و العمل.

وفي هذا الفصل سوف نتطرق الى تعريف الجهاز البصري ومفهوم الاعاقة بشكل عام، واهم السمات الخاصة بالمعاقين، ثم التعريف بالاعاقة البصرية، أسبابها،أنواعها المختلفة وقياس وتشخيص الاعاقة البصرية، ثم ذكر الآثار والانعكاسات التي تخلفها على نفسية المعاق بصريا ونختم الفصل بالحديث عن مختلف طرق الوقاية من الاعاقة البصرية.

1- تشريح فيزيولوجيا العين:

قبل الشروع و الحديث في موضوع الاعاقة البصرية، لا بد من الاشارة و التعرف على الجهاز البصري و مكوناته، و كيف تحدث الرؤية، لما له من أهمية كونه جهاز معقد ومرتبط بالعديد من الاعصاب المخية، و ان اختل أي جزء منه تنقص أو تنعدم الرؤية، وسوف نتعرف عليه باختصار في الفقرات التالية:

أ- الجهاز البصري:

وتعرفه لنا الدكتورة **" منى الحديدي "** بانه: "يتكون الجهاز البصري من العينين اللتين تتصلان بالفص الدماغي الخلفي عبر مجموعة من الألياف العصبية تسمى بالعصب البصري، فالضوء الذي يدخل العين يستثير أعصاب الاستقبال المتخصصة و الموجودة في الشبكية فتصدر سيالات عصبية عن هذه الأعضاء و تنتقل عبر العصب البصري إلى الدماغ (القشرة البصرية) و أنماط السيالات العصبية هي تجعل الدماغ لدينا يعي الـشياء و الأشكال و الأحجام و الألوان، إن العين كروية الشكل تقريبا وتوجد العينان في حجرة صغيرة عظيمة ، ويحيط بها كتلة من الدهون و النسيج الضاوي، مما يسمح لمقلة العين بالحركة وهناك ستة عضلات تربط بسطح كل عين و انقباض هذه العضلات واسترخائها يعمل على تناسق حركة العين معا كذلك فهي تعمل على أن تكون الصورة على كلتا الشبكتين متوافقة، وإذا لم يحدث هدا التوافق فإن الشخص لايرى صورة واحدة وهذه الحالة تعرف باسم الرؤية المزدوجة و العضلات البصرية تخضع لتأثير الأعصاب القحفية التي تنبثق من جذع الدماغ و تتألف من ثلاث طبقات وهي:

أ- الطبقة الخارجية الواقعة:

تتكون من القرنية و الصلبة

ب- الطبقة الوسطى:

وتتكون من القزحية و الحدقة و العدسة و الجسم الهدبي و المشيمة

ج- الطبقة الداخلية:

وتشمل الشبكية وهي مليئة بالاعصاب".(منى الحديدي،1998،34)

ب- آلية الابصار:

تحدث آلية الابصار حسب الباحثة **"ماجدة السيد"** كالآتي: "تسقط الاشعة الضوئية المنعكسة عن الاجسام على سطح العين فيبدأ الابصار بتأثير موجات الضوء على شبكة العين، فتمر هذه الأشعة من خلال القرنية والتي هي عبارة عن غشاء شفاف يغطي القزحية الى العدسة، حيث تقوم العدسة بتجميع الأشعة الضوئية و تركزها على الشبكية فتتكون للجسم صورة حقيقية مصغرة ومقلوبة عليها وعند سقوط الاشعة الضوئية على خلايا الاستقبال الضوئي تتكون سيالات عصبية ينقلها العصب البصري الى مراكز الابصار في مؤخرة المخ، حيث يقوم المخ بتفسيرها تنتقل السيالات العصبية من النقطة العمياء عبر العصب البصري الى المراكز الحسية في الدماغ و يكون من مهمات هذه المراكز تعدل وضع الصورة حيث تنقل الصرة عبر العصب البصري في الفص الخلفي".(ماجدة السيد،2000،37)

اولا: الاعاقة:

1- مفهوم الاعاقة:

سوف نتطرق الى تعريف الاعاقة بشكل عام على حسب بعض الباحثين في مايلي:

تعريف فهمي (2008):

الاعاقة على حسب هذا الباحث هي: " نقص النضوج الادائي للوظائف الحيوية المختلفة التي يستلزمها النمو البدني و العقلي بدرجة تحد من اكتساب المعدلات الطبيعية للذكاء بكافة جوانبه و تؤهل الوظائف الحسية و الحركية ، و السمعية و البصرية للاداء الوظيفي الطبيعي الذي يتناسب مع السن الزمني على مدى سنوات النضوج"

(فهمي، 2008، 10)

و من خلال ما سبق نستنتج أن الاعاقة هي نقص في احدى الوظائف الحيوية، سمعية كانت ام بصرية أو عقلية، فهي تعيق الفرد في أداء أدواره الاجتماعية بشكل عادي.

تعريف محمد الاخرس:

يعرف الاعاقة كالتالي: " هي كافة الصعوبات و التعطيل و التخلف، تفرض على الفرد نقصا في التكوين البدني أو القدرات البدنية أو الفكرية، بالنسبة لمستوى العاديين من الناس مما ينتج عنه ضعف القدرة على مزاولة عمل يعتمد كليا على غيره" (محمد الاخرس، 1983، 373)

2- المعاق:

من خلال ادبيات الموضوع يمكن أن نعرف المعاق على حسب التعريفين التاليين:

تعريف المنظمة العالمية للصحة:

تطلق المنظمة العالمية للصحة عبارة معاق:" على كل فرد غير قادر على الوفاء بكل أو ببعض ما تقتضيه حياة فردية أو اجتماعية عادية من ضرورات، بسبب قصور وراثي أو عرضي في قدراته الجسمية أو العقلية." (مصطفى النصراوي، 1989، 68)

تعريف مريم حنا:

تعرف الاستاذة "مريم حنا" الشخص المعاق على أنه كل شخص تعوقه أسباب بدنية أوحسية أو فكرية عن تأدية حاجاته، فهو كل فرد يختلف عمن هو سوي جسميا أو عقليا أو إجتماعيا، و يحتاج الى عمليات التأهيل.(مريم حنا، 2010، 27)

نستنتج مما سبق أن الاعاقة تختلف انواعها، فقد تكون بدنية أو نفسية أو عقلية، فهي عبارة عن نقص او عاهة في احد الوظائف الحيوية، و الشخص المعاق هو من منعته اعاقته من ممارسة حياته بشكل عادي.

ثانيا: الاعاقة البصرية:

1- تعريف الاعاقة البصرية:

لقد عرف العلماء في علم النفس الاعاقة البصرية، وتعددت مفاهيمها من باحث لآخر وسوف نذكر البعض منها فيمايلي:

يعرفها الاستاذ "**الببغاوي**" الذي "ميز بين المعاق بصريا و المبصر، حيث يرى أن الاعاقة لا تشكل اختلافا ملحوظا بينهم في الشخصية،فالمعاق بصريا يتمتع بكافة الخصائص التي يتمتع بها أي مجموعة من الناس، كما ليست لهم ردود فعل تقليدية تخصهم لوحدهم، الا أن الاعاقة البصرية تؤثر على مظاهر النمو الاجتماعي والانفعالي مما يؤثر سلبا على أداءه." (الببغاوي،2003،،24،بتصرف)

كما يعرف "**فتحي السيد**": " الاعاقة البصرية على أنها اضطراب يصيب الرؤية بصفة كلية أو جزئية تارة سريع، وتارة بطيء، إما نتيجة عوامل وراثية أو تعرض الفرد لبعض الأمراض وتخضع في تحديدها إجتماعيا لنظام الدولة، تؤثر على المصاب حسب ما إذا كانت وراثية أو مكتسبة، وعموما ليس لها تأثير على العوامل العقلية الا أنها تؤثر على النواحي النفسية، الاجتماعية والاقتصادية مما يتطلب المزيد من الرعاية الاجتماعية والتربوية للمصاب".(فتحي السيد،1982،20)

كما ربط **عبد المجيد عبد الرحيم** الاعاقة البصرية بالجانب الثقافي للمجتمعات حيث يرى: "أنها من أبرز الاعاقات وأكثرها انتشارا منذ اقدم العصور، وهي شديدة الوطء على الفرد، وقد تعاملت معها المجتمعات بحسب ثقافتهم، ووضعت المعاقين بها في مكانة تتفق و قدراتهم الخاصة ولم تحاول تنمية قدراتهم وانما تركت ذلك للخصائص الذاتية لكل فرد، ولكنها اعترفت بأهميتهم وقدراتهم ودورهم في المجتمع."(عبد المجيد عبد الرحيم، 2001،47)

أما **سعيد العزة** فيرى: " أن الاعاقة البصرية هي حالة من الضعف و العجز في الوظائف البصرية،وفقدان البصر لفعاليته، مما يؤثر سلبا على أداءه، ويكون هذا الضعف ناتجا عن جروح في العين أو اصابات بأمراض بحيث يكون المصاب بحاجة الى المساعدة والبرامج والخدمات التربوية في مجال الاعاقة."(سعيد حسني العزة، 2000، 35، بتصرف)

كما هناك العديد من التعريفات التي تتعلق بالاعاقة البصرية، ومن بينها التعريف الذي ذهبت إليه الباحثة "**منى الحديدي**": " والذي الى الاعاقة على أنها الحالة التي يفقد فيها الفرد قدرته على استخدام بصره بفعالية، مما ينعكس سلبا على نموه في جميع جوانب الحياة" (الحديدي،2002،35)

وهناك تعريف آخر ينص على :"أنها أي درجة من درجات الفقد البصري، التي تؤثر على قدرة الفرد في أدائه لمهام حياته اليومية، والتي يسببها خلل في عمل الجهاز البصري أو تشوه في أحد مكوناته"(shearer and Nelipovich, 2003,26)

التعريف القانوني للاعاقة البصرية:

يشير الى ان الفرد المعاق بصريا هو: "ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره عن (20 من 200)قدم في أحسن العينين، أو حتى باستعمال النظارات الطبية."(علي رشاد،2008،179)

و من خلال هذه التعربفات نخرج بتعريف شامل وهو: " الاعاقة البصرية هي تلك الدرجة المنخفضة من البصر، و التي تتسبب في إعاقة الفرد عن أداء مهامه اليومية على احسن وجه، بسبب خلل في جهازه البصري."

أسباب الاعاقة البصرية:

لا تزال العوامل الوراثية تعد السبب الأول والرئيسي للاعاقة البصرية، فلا يمكن إنكار دورها خاصة في مرحلة ما قبل الولادة، فقد يرث الجنين بعض الصفات من والديه عن طريق الجينات الوراثية التي تنقل الأمراض من أحد الوالدين أو كليهما مباشرة الى الطفل مما يسبب أحيانا فقدان البصر الذي يكثر احتمال ظهوره في زواج الأقارب.

كما نجد العوامل الوراثية غير المباشرة مثل الاصابات التي تعيق النمو وتلف الدماغ، ويؤكد على ذلك الباحث: **"خليل و آخرون"** على أهمية الأسباب الوراثية حيث يرى :" أنه وجد الكثير من الاطفال في بداية القرن العشرين يفقدون بصرهم بسبب التهابات العين الطفلية، الا انه تبين أن هذا النوع من العمى ينشأ عن طريق مواد عضوية معدية جدا في عنق رحم الأم، ويمكن إنقاذ الطفل بتقطير نترات الفضة في عينه بعد ولادته مباشرة" (خليل عبد الرحمان و اخرون، 2000، 43).

كما يمكن أن تكون أسباب الإعاقة البصرية مكتسبة كالإصابة ببعض الأمراض وقد تتأخر في الظهور إلى مرحلة المراهقة أو سن الرشد مثل حدوث جروح في العين أو أحد الأجهزة العصبية المتعلقة بها ومن هذه الأسباب ماجاء به الباحث **"سعيد العزة"** وهي كالتالي:

1- حدوث ثقب في شبكية العين الذي يؤذي الى إنفصال الشبكية :

والذي يسمح للسائل بالتجمع الأمر الذي يؤدي الى إنفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها ومن أهم الأعراض في هذه الحالة الضعف في مجال الرؤية والالام الشديدة والضوء الومضي الخاطف ويعود سبب الإنفصال إلى إصابات في الرأس وقصر النظر والسكري.

1 - **مرض السكري:**

الذي يحدث إعتلال الشبكية ،ويؤثر المرض على الأوعية الدموية ويسبب النزيف الذي قد يؤدي إلى العمى وقد يعالج صاحب الحالة بأشعة الليزر.

2 - **الماء الأسود :**

وهو ناتج عن زيادة ضغط العين الأمر الذي يمنع الدم من الوصول إلى الشبكية ويؤدي بالتالي الى تلف الخلايا العصبية، ومن ثم إلى العمى، ويحدث تلف في الجزء الجانبي من الشبكية، وينتقل تدريجيا إلى مركز الشبكية الأمر الذي الى العمى، ويحدث المرض بشكل مفاجئ.

3 - **الماء الأبيض:**

وهو مرض يأخذ شكل إعتام في عدسة العين وفقدان شفافيتها، فيؤدي الى عدم القدرة على الرؤيا وهو مرض يصيب كبار السن، وقد يحدث مبكرا لأسباب وراثية أو الأمراض وإصابات العين، وتكون لدى الفرد قدرة محدودة على رؤية الألوان والأجسام البعيدة.

4 - **الحول :**

وهو اضطراب في عضلات العين ناتج عن صعوبة الفرد في التحكم في كريات عينية، وقد يكون ذلك نحو الداخل ونحو الخارج الأمر الذي يؤثر على مجال الرؤية لدى الفرد.(سعيد حسني العزة، 2000، 37-39).

كما تذكر الباحثة **"منى الحديدي"** أسباب أخرى لفقدان البصر وهي كالتالي :

1 - تنكس الحفيرة:

هو اضطراب في الشبكة يحدث من خلاله تلف في الأوعية الدموية، حيث يواجه الشخص صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة وحتى القريبة، وهو يصيب الكبار في السن والإناث أكثر من الذكور.

2 - ورم الخلايا الشبكية:

هو ورم خبيث يصيب الشبكية إلى أن يصل إلى العصب البصري، تتم معالجته إذا كان محدودا بالأشعة، وإذا كان منتشر يتطلب إزالة العين كامله.

3 - ضمور العصب البصري:

يحدث في العصب البصري المركزي لعدة أسباب منها: الأمراض التنكسية، الحوادث والإلتهابات، الأورام وكذا نقص الأكسجين.

4- توسع الحدقة الولادي:

تكون فيه الحدقة واسعة جدا نتيجة عدم تطور القزحية في كلتا العينين، ويحدث لدى الفرد حساسية مفرطة للضوء، ويكون إبصاره محدودا، كما يستخدم المصابون النظارات أحيانا والمعينات البصرية للتقليل من كمية الضوء الذي يدخل العين.

5 - **البهق :**

وهو إضطراب تكون فيه الصبغة قليلة جدا أومعدومة، ولهذا فإن الضوء الذي يأتي إلى الشبكية لايتم إمتصاصه، وينتج البهق عن خلل في البناء حيث يكون فيه الشخص أبيض الشعر، أشقر الجلد، وتكون عيناه زرقاوين، وتكون القزحية شاحبة، بحيث لاتمنع الضوء الزائد من الدخول إلى العين.

6 - **القرنية المخروطية:**

هي حالة وراثية تنتشر فيها القرنية على شكل مخروطي، وتظهر الحالة في العقد الثاني من العمر وتؤدي إلى تشوش في مجال الرؤية، وضعف متزايد في كلتا العينين، وهذا الإضطراب أكثر شيوعا لدى الإناث منه لدى الذكور.

7 - **التراخوما:**

هي إلتهاب مزمن ومعد في الملتحمة من أهم أسبابه عدم النظافة وعدم توفر العناية الصحية وتنتقل عدوى هذا المرض بواسطة الأيدي والمناشف.

8 - **الرمد:**

هو إلتهاب الملتحمة في عين واحدة أو كلتيهما، وهو أنواع عديدة ومختلفة فمن الرمد ماهو بكتيري أو عبارة عن فيروس.

9 - **إضطراب القرنية:**

قد تتعرض القرنية لإصابات مختلفة كبعض الإلتهابات التي قد تكون سطحية أو عميقة، حيث يحس الشخص بوجود أشياء وأجسام غريبة في العين، كذلك حساسية إتجاه الضوء.

(منى الحديدي ،1998، 49-51).

3- أنواع الإعاقة البصرية:

إن الإعاقة البصرية أنواع عديدة تختلف من شخص لآخر فقد يصاب الإنسان بإعاقة بصرية تتراوح بين الشدة والضعف على حسب نوع المرض أو الإصابة، وقد تكون دائمة أو مؤقتة ويؤكد على ذلك ما ذكره الأستاذ"كمال سالم" في تقسيمه الإعاقة البصرية إلى نوعين هما:

1 -**كف البصر الكلي:**

هو إنعدام البصر بشكل تام، وهذا لايعني أن كفيف البصر الكلي يعيش في ظلام ولا يرى شيئا بل أنه يستجيب لبعض المؤشرات البصرية كالأشياء المتحركة، وتوجد لديه حساسية ضعيفة للضوء أي القدرة على الملاحظة والتمييز بين الليل والنهار أو بين مصادر الضوء المختلفة.

2 -**الإبصار الجزئي:**

قام قانون الضمان الإجتماعي في الو.م.أ بإعتماد تعريف للمبصرين جزئيا يتم على أساسه تحديد الخدمات التي تقدم لهم وهي المساعدة المالية والحصول على كتب مطبوعة بالخط الكبير، وينص هذا

القانون على أن ضعيف البصر، والمبصر جزئيا هو الذي تبلغ حدة إبصاره فيما بين 200/20 في العين الأفضل وذلك باستخدام العدسات والنظارات والمعينات البصرية الملائمة. (كمال سالم، 1997، 19)

وسوف نذكر تصنيف العالم **"فتحي السيد"** الذي ميز بين فقدان كلي للبصر منذ الصغر وأحيانا ضعف بصر جزئي، وهذا على ضوء الإعتبارات الدرجات التالية وأكدعلى وجود ستة أنواع وهي كالتالي:

1- فقد بصر تام ولادي مكتسب قبل سن الخامسة.

2- فقد بصر ولادي مكتسب بعد سن الخامسة.

3- فقد بصر جزئي ولادي.

4- فقد بصر جزئي مكتسب.

5- ضعف بصر ولادي.

6- ضعف بصر مكتسب.

ومن بين هذه الفئات الست السابقة تدخل الأربعة الأولى منها في نطاق تعريف فقد البصر، ويعتبر الأطفال الذين ينتمون إلى هذه الفئات مكفوفين لأغراض تعليمية أما الأطفال الذين ينتمون إلى الفئتين الخامسة والسادسة، فإنهم يعتبرون ضعاف البصر لأغراض تعليمية.(فتحي السيد، 1982، 22).

4- قياس وتشخيص الإعاقة البصرية:

يعد الكشف أو التدخل المبكر للإعاقة البصرية ذو أهمية خاصة في العلاج، لأنه يسهل علينا إكتشاف حالات الإعاقة البصرية الحادة، ويكشف لنا عن الحالات الأقل حدة، ومن الأمراض الملاحظة كمؤشر على إحتمال وجود صعوبة بصرية.

ويذكر لنا الأستاذ**"عبد الرحمان السيد"** البعض منها:

1- الإحمرار المستمر في العينين.

2- كثرة الإدماع والإفرازات البيضاء في العين.

3- وضع غير طبيعي للرأس أثناء القراءة والكتابة.

4- التعبير أثناء المشي والحذر الشديد عند نزول السلم.

5- صعوبة التمييز بين الألوان.

6- تكرار الشكوى من الصداع.(عبد الرحمان السيد، 2001، 86)

كما يذكر لنا الباحث "سعيد العزة " في نفس السياق أغراض أخرى تساعدنا في تشخيص وقياس الإعاقة البصرية ونذكر منها:

1- الحول

2- تكرار رمش العين

3- فرك العينين

4- تغطية إحدى العينين عند القراءة أو رؤية الأشياء القريبة أو البعيدة.

5-يتعب بسهولة بعد تأدية المهام البصرية.

6-يصطدم بالأشياء الصغيرة.

7- تجنب الإضاءة أو التدمر منها(سعيد العزة، 2000، 42-43).

5- إنعكاسات الإعاقة البصرية على المعاق بصريا:

إن الإعاقة البصرية تخلف للمصاب بها آثار سيئة كثيرة ومتنوعة، فقد صنفها الباحثون ومنهم **"توماس"** إلى نوعين :

1 -إنعكاسات نفسية:

وتتمثل في مختلف المواقف الواقعية والتي تزيد من موارة الإعاقة، ونظرة الناس إليه على أنه عاجز ومحتاج دوما للمساعدة تدخله في صراع دائم بين الإستقلالية والدافع للرعاية ممن حوله كما نجده يعيش صراع بين دافع الأمن ودافع الإستقلال، فهو يخشى من إعتداء الناس عليه، كما يريد أن تكون له شخصية مستقلة، وبالتالي تنمو لديه مشاعر عدم الطمأنينة نتيجة الإتجاهات السلبية.

2 -إنعكاسات اجتماعية:

نجد أن المعاق بصريا يجد صعوبة في تكوين علاقات إجتماعية مع المبصرين لما يعانيه من قصور في الحواس مثل سرعة التنقل والملاحظة، إضافة إلى رفض المجتمع لمحاولات الإندماج والتفاعل معه.

كما ذكر لنا الباحث **"عبد المطلب"** أكثر الإعاقة البصرية المكتسبة على المعاق بصريا حيث وضح أن الأشخاص الذين يفقدون بصرهم بعد سن الخامسة تكون لديهم صور ومعلومات وأفكار بصرية سابقة في مجالاتهم الإدراكية، حيث يمكن إسترجاعها وإستحضارها والإستفادة منها كمادة خام في بناء تركيبات تخيلية جديدة وتكوين المفاهيم، وتدريبهم إلا أن الإصابة بالفقدان أو القصور البصري في هذا السن أو بعدها يلقي على الأشخاص المصابين جميع القيود و المضايقات المتعلقة بهذه العاهة وأخطرها تعذر الحركة بسهولة وعدم القدرة على التحكم في البيئة، بالإضافة إلى شعورهم بأن هذه الإعاقة تلازمهم طوال حياتهم فيصبحون في غاية القسوة والألم.

إن هؤولاء الأشخاص في العادة يمرون بمراحل مختلفة منها الحداد والإنسحاب والنكران، كما يتعرضون لمشاكل عاطفية كثيرة يكون شعروهم بالصدمة والأسى والألم النفسي قويا إذا ماحدث لهم الإعاقة البصرية بشكل مفاجئ.(عبد المطلب، ب ت، 193).

6- طرق الوقاية والعلاج:

إن أمراض العيون عرفت إنتشارا كبيرا في مجتمعنا، وهي أمراض خطيرة، وعدم الإهتمام بها يؤدي إلى فقدان البصر، ولكن يمكن الوقاية منها التي تعتبر سهلة، وفي متناول كل يد.

فمن الطرق التي إتفق عليها كبار المختصين في طب العيون، وهي نصائح عامة لابد لأي منا إتباعها وكما يؤكد عليها "معكوف عز الدين" مايلي:

1-غسل اليدين والوجه عدة مرات في اليوم (خاصة الأطفال).

2-حمل النظارات الواقية من أشعة الشمس خاصة في المناطق الحارة يمنع حدوث عدة أمراض منها:

-**مرض الحساسية** : وهو مرض مزمن علاجه معقد.

-**المياه البيضاء:** الكاترات لاعلاج لها إلا العملية الجراحية.

3-إبادة الذباب لأنه يعتبر الناقل الرئيسي لأمراض العيون منها (الرمد الحبيبي المعدي).

4-إستعمال النظارات الواقية في الأعمال الخطرة مثل: اللحام، الميكانيك، النجارة، الفلاحة، لتجنب الحوادث الخطيرة في العمل.

5-جنبوا الأطفال اللعب بالأشياء الحادة كالحقن والتراشق بالحجارة لأن عواقبها وخيمة ومآسها مؤلمة والإحصائيات رهيبة بالمستشفيات.

6-تجنب الضرب على الوجه لأنك تستطيع أن تسبب في تشويه البصر "إن العين حساسة جدا"

7-أحرص على تناول الأغذية التي تحتوي على فيتامين (د) مثل: (السمك، الحليب، الجزر، الطماطم....) الذي يلعب دور رئيسي في تقوية وحماية البصر، ونقص هذا الفيتامين يؤدي إلى ضعف البصر(معكوف،ب.س، 16-17).

كما يذكر **"سعيد العزة"** طرق أخرى لتجنب الإعاقة البصرية ومنها:

1-التأكد من خلو كلا الزوجين من أمراض وراثية تكون مسؤولة عن إنجاب أطفال معاقين بصريا.

2-فحص العين بشكل منتظم، ومراجعة الطبيب في حالة حدوث إضطرابات أو إلتهابات في العين.

3-إستخدام القطرات الطبية المناسبة التي يصفها الطبيب عند الولادة.

4-إستعمال النظارات الطبية التي يصفها الطبيب لمنع تفاقم العجز البصري.

5-إختبار الطفل على معرفة الألوان.

6-قياس ضغط العين، وتقعر القرص البصري.

7-تجنب الأم الحامل لتناول الأدوية والعقاقير إلا بأمر الطبيب(سعيد العزة، 2000، 52).

كما هناك عدة طرق أخرى للوقاية، وهي عادات سيئة في مجتمعنا نذكر منها: مشاهدة التلفاز لوقت طويل (في ضوء خافت) في الليل، والمذاكرة وإرهاق العين بألعاب الفيديو الصغيرة الحجم، أو إستعمال الأنترنت لساعات طوال اليوم يؤدي إلى نقص في حدة البصر وأنصحكم أيضا بعدم إستعمال أي دواء للعين دون إستشارة الطبيب المختص وحذاري.

خلاصة:

كما رأينا مما سبق فإن البصر يعد أهم حاسة من الحواس الخمس ونحن نبصر بعيوننا ولا أظن أن أحد يخالفني الرأي إذا قلت أن العين أهم عضو في جسم الإنسان.

فإذا تعرض أي منها لإعاقة وفقد بصره ، فيبعذب ويفقد الرغبة في العيش، ويحس أنه صار عبئا ثقيلا على المجتمع، وعاجزا عن أداءه أعماله اليومية، ويعيش على أمل الإبصار من جديد، وبهذا يمكن القول إن البصر هو الحياة.

و في الاخير نشير الى ضرورة الكشف المبكر لهذا النوع من الحالات المرضية من أجل العلاج وتفادي أي مضاعفات خطيرة على الجانب الجسمي (العين) وآثارها على الجانب النفسي للمريض والذي نحن بصدد دراسته في هذه الرسالة.

الفصل الخامس:

جراحة العين

تمهيد

1 -أهمية البصر

2 -تعريف العملية الجراحية

3 -تعريف الجراح

4 -تعريف طب العيون

5 -الاضطرابات النفسية المصاحبة لجراحة العين

6 -العوامل المؤثرة في المريض المقبل على العملية الجراحية

7 -التخدير و تأثيره على نفسية المريض

8 - أهم العمليات الجراحية للعين

خلاصة

تمهيد:

يتعرض الإنسان في حياته اليومية لحوادث قد تكون بسيطة و يشفى منها، كما قد تكون بسيطة ويشفى منها، كما قد تكون إصابة خطيرة وتؤدي به للقيام بعملية جراحية، فالعملية الجراحية هي الوسيلة العلاجية الأخيرة التي يلجأ إليها الأطباء بعد فشل العلاج الكيميائي في القيام بالمهمة، وتؤثر سلبا في جميع النواحي النفسية و الاجتماعية لحياة المريض.

وفي هذا الفصل الخاص بالعملية الجراحية، نستهله بتعريف عام للعملية الجراحية و الجراح، ثم نختص بتعريف العملية الجراحية للعين، وأهم الأمراض التي تصيب العين و تستلزم الجراحة، ثم نعرج للعوامل المؤثرة، ومختلف الاضطرابات المصاحبة للعملية الجراحية لدى المريض، ونختم الفصل بآخر ما توصل التطور العلمي في مجال الرؤية.

1 -أهمية البصر:

قبل الخوض في الحديث عن جراحة العين و أنواعها، و تأثيراتها على المريض، لابد من الإشارة الى أهمية الرؤية أو البصر و الذي يعتبر نعمة من نعم الله على عباده، و لها أهمية في النمو بصورة عامة، إذ عن طريق نور البصر يكتشف الإنسان العالم من حوله، و يطور ذاته، و يعيش مستقل غير معتمد على غيره في حياته اليومية، و في هذا السياق يوضح لنا العالم **"هاتوال"** أهمية الرؤية مركزا على المراحل الأولى من عمر الطفل، و يبرز الفرق بين الشخص الكفيف و المبصر في الفقرات التالية: " تحتل الرؤية مكانا مهما في التبادلات بين الأم و طفلها، فإرساء النظرات بينهم أثناء التغذية، و التبادلات اللفظية يشكلان جزءا هاما من التفاعلات بين الأم و رضيعها، ففي الأسابيع الأولى من الحياة تلعب الرؤية دور أساسي في التواصل الاجتماعي للرضيع.

و للرؤية أيضا أهمية بالغة في التنظيم الموضعي، إذ تسبب التغييرات المبكرة جدا في المدخلات البصرية تعديلات في وضعية الرأس و جدع الطفل.

تتحكم الرؤية فيما بعد في حركة الجسم، و تضمن استعادة توازن الرأس، و الحفاظ على توازن الجسم في وضعية الجلوس وحركة الجذع و الذراعين، و النشاط الحركي الذي يمارس عند الشخص المبصر، كما تساهم الرؤية في تطوير البرنامج الحركي، بحيث ينظم تموضع اليد و الأصابع في جميع النشاطات الحركية التي تعتمد بقوة على الرؤية وهي: التجميع و البناء، و التصنيف و الألغاز..."

Yvette Hatwell,2003, 10)

2- تعريف العملية الجراحية:

تعددت تعاريف العملية الجراحية، وكلها ترمي لمعنى واحد وهو أنها فن طبي يقوم به الطبيب الجراح في قاعة العمليات بمساعدة بعض الأدوات الجراحية المعقمة من اجل تخفيف الألم، ومعالجة العديد من الأمراض وكما نجد تعريف القاموس الطبي الذي يعرف العملية الجراحية على أنها "محاولة بتر ورم او مرض منعا من ظهور أورام أخرى وتطورها، أو تصليح عيب في تكوين عضو وشراييه، وذلك لتخليص المريض من الألم، وهي آخر وسيلة يلجا إليها الأطباء، حيث تصبح الأدوية لا تفيد ولا تجدي نفعا، ويكثر بالتالي الألم، وتتم المعالجة عن طريق أدوات جراحية حديدية معقمة في قاعة العمليات"(Mamuilla,1996,58)

3- تعريف الجراح:

هو رئيس فرقة الأطباء يعطي أوامر عامة أثناء العملية الجراحية، كما له دور في المراقبة والمراجعة لعملية التحضير والانعاش قبل و بعد العملية الجراحية، وكما نعلم جميعا أن الجراح هو طبيب مختص في أحد التخصصات الطبية، و له خبرة في مجال الجراحة لعدة سنوات، وله دور في تتبع خطوات العملية، وأساليب الشفاء للمريض بعد العملية.

تعددت تعريفاته من بينها نجد ما ذهب إليه الباحث "جروان صابر" في تعريفه للجراح على أنه " شخص ذو كفاءة علمية عالية من العلم و المعرفة، حيث يوجد طبيب جراح عام و طبيب جراح مختص في ميدان علوم الحياة، ويكون عمله في العيادات و المستشفيات العامة منها و الخاصة

وأسلوب عمله العلاجي يكمن في الجراحة، و يؤدي عمله بواسطة أدوات طبية مخبرية معقمة لحل المشاكل المرضية داخل غرفة العمليات، وهذا بتوقف على مدة زمنية معينة، إما تكون ناجحة أو فاشلة ".(جروان صابر، 1998، 756)

3 -تعريف طب العيون (Ophtalmologie):

و هو التخصص الذي يدرسه طبيب العيون، ليقوم بجراحة العين بعد سنوات من الخبرة ويعرفه لنا " محمد هيثم" كالأتي: " هو فرع من الطب الذي يتعامل مع أمراض و جراحة المسالك البصرية يتضمن ذلك العين، العصب البصري، و المناطق المحيطة بالعين مثل: الجهاز الدمعي وجفني العين فطبيب وجراح العيون يعنى بهذا معالجة العينين و ما يصيبهما من أمراض و أخطاء انكسارية، و قد يشمل هذا معالجة الأمراض التي تصيب العين من رمد و التهابات، أو العمليات الجراحية لتصحيح النظر و زراعة العدسات و معالجة السويرق (المياه السوداء) و الساد (المياه البيضاء) و الأمراض الأخرى، بتراوح سير بعض الأمراض العينية بين الحاد كفقدان الرؤية المفاجئ و تحت الحاد والمزمن كالساد، و اعتلال الشبكية السكري." (محمد هيثم، 2009، 1443)

فمن خلال هذا التعريف نستنتج أن تخصص طب العيون هو تخصص من فروع العلوم الطبية، يهتم بكل مشكلات العين من البسيطة إلى المعقدة، و يشرف جراح العيون على علاج الأمراض التي تصيب العين، كما يقوم بإجراء العمليات الجراحية الدقيقة كالساد و اعتلال الشبكية و غيرها

5-الاضطرابات النفسية المصاحبة لجراحة العين:

يعد الاضطراب النفسي أمر لابد من حدوثه عند إجراء أي عملية جراحية، فالمريض عند دخوله المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون تتغير كل حياته، وخاصة عند سماع كلمة عملية جراحية، وتتغير بالتالي حالته النفسية و الانفعالية، ومن بين أهم الاضطرابات و أولها القلق ويليه الخوف، وسوف نتعرف عليها حسب تعريفات العلماء بالتفصيل:

1 -القلق:

يعرف لغويا: " قلق، قلقا: لم يستقر في مكان واحد، وقلق: لم يستقر على حال، وقلق: اضطرب و انزعج فهو قلق، أقلق فلانا: أزعجه." (المعجم الوسيط، 44)

و يعرفه المعجم الطبي على أنه: " هو عبارة عن ضيق يتميز بإحساس من الخوف يكون مصحوبا بالاختناق و الضيق المؤلم و خفقان القلب و اختلاجات، وأنواع عديدة من الاضطرابات الفيزيولوجية" (André, 1989, 57)

و يعرفه الباحث " عبد الرحمان الوافي": " هو الخوف و التوتر المصحوب ببعض الإحساسات النفسية و الجسمية مع نوبات متكررة في نفس الوقت." (عبد الرحمان الوافي، 1999، 20)

و من التعاريف النفسية العديدة للقلق، وهي معظمها في نفس السياق، نجد ما ذهب إليه الباحث: "محمد الفيومي" في تعريفه للقلق على أنه: "حالة نفسية غير سارة من التوتر العصبي، تدل على أن المريض يتوقع خطرا في اللاوعي.

و يرى أن القلق عبارة عن صراع ناتج فقدان التوازن و عن الفشل في التكيف، و كما يرى أن القلق حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يتملك الإنسان، و يسبب له كثيرا من الكدر و الضيق."

2 -الخوف:

الخوف هو اضطراب نفسي يتعرض له المريض بعد دخوله المؤسسة الاستشفائية لإجراء عملية جراحية للعين في أغلب الأوقات، ويصيب الفرد مهما كان سنه، و مستواه العلمي و الاجتماعي...

فنجد له عدة تعاريف منها ما ذهب إليه الباحث و النفساني: عبد الرحمان العيسوي في قوله: " هو انفعال أولي يثيره الخطر المتوقع، و تميزه تغيرات بدنية واسعة وتصاحبه رغبة في الهرب والاختفاء." (عبد الرحمان العيسوي، 1984، 303)

كما يعرفه الدكتور أسعد رؤوف على أنه: "قلق عصبي نفسي لا يخضع للعقل، و يساور المرء بصورة جامحة من حيث كونه رهبة في النفس الشاذة عن المألوف تصعب السيطرة عليها أو التحكم

فيها، ينطوي على طابع مرضي، و ينشأ عادة من جراء تجارب سابقة غير سارة، و مترسبة كحالة تحت شعورية أو أنه يتولد من صدمات نفسية عنيفة، وهو خوف من أشياء معينة أو مواقف محددة" (أسعد رؤوف، 1992، 109)

6- العوامل المؤثرة في المريض المقبل على العملية الجراحية:

1- الاستشفاء:

إن استقبال المريض بالمستشفى في جو من اللطافة و الاهتمام، يبعث في نفسيته الأمان والثقة ويخفف من حدة آلامه، أما العكس سيجعل المريض يحس وكأنه في سجن، والمعاملات الإدارية هي أيضا لها دور سلبي خصوصا إذا كانت جافة لا يوجد بها احترام و لا تقدير ولا اهتمام و مراعاة لحالة المريض.(Goldefy,1963,183)

إن الاستشفاء يمثل وضعية جديدة و غريبة بالنسبة للطفل المريض مقارنة بما تعود عليه في السابق هذه الوضعية التي يفقد فيها والديه، أو بالأحرى يبتعد عنهما، ليجد نفسه

خارج إطاره العائلي و بين أيدي غريبة، تتحكم فيه، و بالأخص في جسمه، و تطبق عليه مجموعة من الاختبارات و العلاجات التي تكون في معظمها مؤلمة، و تفرض عليه مجموعة من القوانين الصارمة كالانعزال، حمية....الخ، وهذا راجع إما للمرض أو لغرض السير الحسن للنظام

الاستشفائي.(Mazet,1993,149)

فالعلاقة بين الطاقم الاستشفائي و المريض لها دور كبير و فعال و مؤثر على صحته الجسمية والنفسية مثلها مثل المحيط الخارجي.

2- التفرقة عن الوسط العائلي:

المريض فور دخوله المستشفى يطرأ عليه تغيير، وهو مفارقة أسرته و عائلته، و هذا ما يؤثر سلبا على مجرى حياته النفسية، حين يجد نفسه وحيدا، معزولا، فيود الهروب من ذلك المحيط وينطوي

على نفسه، فالحيرة على الأهل و بالأخص للام ذات الأطفال الصغار فتجدها بجسمها في المستشفى وبفكرها في البيت مع أولادها.

3 -نظام المستشفى:

هناك تصرفات يقوم بها المستخدمين في المستشفى بخصوص المريض دون كلمة أو مشاورة وهي كالتالي:

1-التغيير غير المنتظم للمريض من سريره، أو غرفته.

2-تغيير الممرضين و الممرضات و الأطباء.

3-تغيير تاريخ العملية الجراحية المحدد.

4- الانتظار الطويل لإجراء العملية الجراحية.

5-الخروج قبل الشفاء أو قبل العملية الجراحية نظرا لعدم وجود المكان (السرير) أو عطلة الجراح.

6-إعطاء المريض الدواء لإتباعه خارج المستشفى بسبب قلق الأسرة.

7-عدم احتمال مرضى مجاورين في حالة قيء أو إسهال أو نزيف أو حتى المريض نفسه كحالة بسبب وجود وسخ بفراشه.

إن لكل هذه العوامل في الجو الاستشفائي المذكور تأثير سلبي يؤدي إلى الاضطرابات و القلق ويسبب له نوبات من خيبة الأمل لدى المريض.(Goldefy,1963, 190)

4- التكيف مع المحيط الاستشفائي:

المريض عند دخوله المستشفى يتغير عليه نظام حياته الخاص به من ناحية النوم في وقته المألوف و الأكل، كما للضجيج الموجود في الأجنحة من صرخات المرضى أو الحديث بينهم أو بين الممرضين له دور في تغيير النظام، فهناك مرضى يشتكون من عدم الراحة بالمستشفى نظرا لقلة النوم أو انعدامه 24ساعة على 24 ساعة، كذلك بالنسبة للمرحاض الجماعي دور في اشمئزاز المريض، و كذلك

بالنسبة لعلاج الجروح أمام أ'ين المرضى الآخرين أو الغرباء عن المستشفى له تأثيره السلبي على نفسية المريض.(Goldefy,1963,191)

5- المستشفى بصفة عامة:

الواقع المعاش بالمستشفى و المعلومات عن أخبار و سمعة المستشفى، سواء كانت سلبية أو ايجابية فيها معاملة الأطباء و الممرضين و العمال و عن النظام الداخلي للمستشفى، كل هذه المعلومات لها تأثير على نفسية المريض، إما تبعث في نفسه الاطمئنان و الراحة أو أن تكون مبعث لقلقه واضطرابه لأن المريض في هذه الآونة يكون مرهف الحس. (Goldefy,1963, 192)

7 -التخدير و تأثيره على نفسية المريض:

التخدير هو عملية فقدان الإحساس و خاصة الإحساس بالألم وهذه ناتجة عن حقن مادة منومة في الأوعية أو عن طريق وضع قناع على الأنف.

أ -عملية التخدير لها دورين:

1 -قبل العملية الجراحية:

له تأثير على نفسية المريض حيث يخدر هذا الأخير وينام بقصد عدم إحساسه بالألم وهدأ لروعه وخوفه.

2 -بعد العملية الجراحية:

له تأثير على الجانب الجسمي فالمريض حين يستيقظ يجد نفسه متعبا و فاشلا، لا يستطيع الوقوف أو حتى مد يده إلى الأمام أو حتى فتح عينه و أحيانا تتطلب الإنعاش.

ب -الدور الاضطرابي الذي تحدثه عملية التخدير:

الخوف من التخدير نفسه كالخوف من الموت، الخوف من الألم، الخوف من العذاب و الخوف من الكلام خلال النوم، و إفشاء الأسرار.

في عملية التخدير بالقناع، البعض من المرضى يرفضون ذلك بسبب خوفهم من الاختناق.

ممكن أن يكون لعملية التخدير لها مفعول قوي خصوصا إذا كانت الجراحة زائدة فقد يتسبب ذلك في موت المريض بسبب التأثير على أوعية الشرايين و القلب مع وجود عامل الخوف الذي يزيد في نسبة الأدرينالين في الدم، مما يؤدي إلى الموت، فهذه الظاهرة نجدها بكثرة عند مرضى القلب.

ج-الصدمة الناتجة عن التخدير:

الصدمة الناتجة عن التخدير تكون مسؤولة عن عدة اضطرابات منها:

- عدم التركيز
- فقدان الذاكرة
- اضطرابات النوم: مما يضطر الطبيب لإعطاء مهدئات و منومات تكون ذات أعراض سلبية على الجهاز الهضمي، وبذلك فقدان الشهية و بالتالي يؤدي إلى هلاك المريض، مما يدفع إلى عملية الإنعاش، كما لعملية التخدير أثر سلبي على الجهاز العصبي المركزي.(Goldefy,1963, 193) فنجاح العملية الجراحية يعتمد خاصة على روح الجماعة ومشاركة كل الفريق الطبي بمختلف تخصصاته: الجراحة، الإنعاش، التخدير، و توفر جو من التفهم إلى جانب وجود أدوات جديدة، لأن أي خلل في عملية التخدير يؤدي إلى عواقب خطيرة و وخيمة.

8- أهم العمليات الجراحية للعين:

تزداد نسبة انتشار الإعاقة البصرية في الآونة الأخيرة، و هذا الشيء الملاحظ في مصلحة طب العيون، و هذا راجع لعدة أسباب كالتقدم في العمر، و انعدام الرعاية الصحية المناسبة في بعض المناطق النائية، مما يتسبب في خطر الإعاقة البصرية، و لتفادي انتشار العمى، يلجأ الأطباء للجراحة كآخر حل لإنقاذ هؤلاء المرضى، و من بين أهم العمليات الجراحية الدقيقة التي تشهدها المصلحة والتي هي محور اهتمامنا في هذه الدراسة، نوجزها في مايلي:

1 - عملية الماء الأبيض أو (الساد) Cataracte:

تعرفها الباحثة "منى الحديدي" على أنها: " إعتام في عدسة العين، و فقدان القدرة على الرؤية وهذا المرض يحدث عادة لدى الكبار، و لكنه يحدث مبكرا ايضا بسبب عوامل مثل الوراثة و الحصبة

الألمانية، و إصابات العين، و تعتمد الأعراض على المساحة في العدسة التي حدث فيها تعتيم، و عندما تزال العدسة يصبح البصر ضعيفا جدا و لا يحدث تركيز للضوء، فقد تصبح حدة الإبصار 20/ 200 الى 400/20 في العين التي أجري لها عملية جراحية، و لهذا فبعد إزالة العدسة المعتمة توضع عدسة طبية خاصة، و نسبة نجاح هذه العملية تقدر بحوالي 90- 95 % " (منى الحديدي، 2000، 39-40)

كما يعرفها العالم "كالين" "Câlin" أنها : " إعتام في العدسة البلورية للعين، قد تكون مكتسبة أو خلقية، و هي متكررة جدا، و مع تطور الإعتام في العدسة يجد المريض صعوبة في الرؤية، و يصبح لا مفر لعلاجها سوى الجراحة.(Câlin ,2004, 03)

و من الملاحظ في عملية الساد أو الماء الأبيض هي أكثر العمليات التي تقام في مصلحتنا وأكثرها انتشارا عند المرضى، كما أنها تحتل المرتبة الأولى من حيث الإقبال عليها، وهذا راجع لنسبة نجاحها مضمونة في أغلب الحالات.

2 - عملية انفصال الشبكية (Décollement de rétine):

و ينتج انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين،و عن ثقب في الشبكية، مما يسمح للسائل بالتجمع الأمر الذي ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها و يسعى العلاج إلى إغلاق هذه الثقوب، و إعادة توصيل الشبكية بالجدار، و يمكن معالجة أكثر من 90% من هذه الحالات بنجاح ومن أهم أعراض انفصال الشبكية ضعف مجال الرؤية، و الآلام الشديدة و الضوء الومضي الخاطف هذا و تعود حالة انفصال الشبكية لعدة أسباب منها إصابات الرأس، و قصر النظر التنكسي و السكري. (منى الحديدي، 2000، 40)

كما يشير "كالين" إلى أن: " انفصال الشبكية هو فقدان الاتصال بين شبكية العين العصبية الحسية و ظهارة الصباغية (L'épithélium pigmentaire) وهي خطرة، و يمكن أن تسبب خطر العمى، علاجه الوحيد هو الجراحة، لكنها عملية صعبة، و يمكن أن تكرر الجراحة عدة مرات عندما يتطلب الأمر. (Câlin ,2004, 11)

فالشخص المعرض لانفصال شبكي ينبغي أن يبتعد عن الأعمال التي تتطلب رفع الاثقال و الشد و الجذب، و القفز و الجري، كما ينبغي تجنب أعمال العمارات وإلا تعرض للوقوع من فوق و الوقوع في الحفر و ما الى ذلك.(مختار حمزة، 1979، 132)

و نستنتج مما سبق أن انفصال الشبكية من اخطر العمليات و أكثرها حساسية، و لابد من التدخل الجراحي المستعجل في حال الإصابة بها، و إلا تفاقم الوضع، و يمكن أن تعرض صاحبها للعمى ان لم تعالج، كما يجب توخي الحذر من قبل المريض بعد العملية الجراحية، و الالتزام بالنصائح المقدمة له لتفادي إعادة الجراحة من جديد.

3 - عملية الجلوكوما (Glaucome):

الجلوكوما أو ما يعرف باسم المياه السوداء هي زيادة حادة في ضغط العين، مما يحد من كمية الدم التي تصل الى الشبكية، و يؤدي الى تلف الخلايا العصبية، و بالتالي العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكرا

وتعالج الجلوكوما الطفولية جراحيا في العادة، أما عند الكبار فهي غالبا ما تعالج بالعقاقير، وتتدهور الحالة البصرية في هذه الحالة بالتدريج، و لا تتأثر حدة البصر في البداية، و مع تطور الحالة يتألم المريض و يصبح الهدف من العلاج خفض الضغط، و إيقاف أية تدهورات مزمنة، ان سبب هذه الحالة غير معروف جيدا، و المرض قد يحدث فجأة، و قد يتطور تدريجيا، و بعد سن الخامسة و الثلاثين تزيد نسبة الاصابة بهذه الحالة، لذا ينصح الأفراد بفحص العين بشكل دوري. (منى الحديدي، 2000، 38-39)

كما يرى "كالين" أن: " الجلوكوما أو الزرق المزمن مرض شائع جدا، يزيد انتشاره مع التقدم في العمر، و هو مرض كامن لا يظهر بسرعة، و يمثل واحدا من أهم ثلاث أسباب المؤدية للعمى خاصة في البلدان المتقدمة، وهو يؤدي الى زيادة الضغط داخل العين. (Câlin ,2004, 07)

كما ينبغي على المصابون بالجلوكوما تجنب المواقف التي تؤدي الى استثارة الانفعالات واضطراب ضغط الدم، فلهذا أسوأ الآثار على بصرهم. (مختار حمزة، 1979، 132)

و مما سبق نلاحظ أن الجلوكوما من أمراض العيون التي ترتبط ارتباطا وثيقا بالحالة النفسية فهو يحدث فجأة، و لايظهر الا تعد تفاقم الوضع، لذا لابد من القيام بالفحوص الدورية بشكل مستمر خاصة بعد سن الثلاثين لتجنب هذه الأمراض.

خلاصة:

بما أن العملية الجراحية خطوة أخيرة يلجأ إليها المريض حينما لا يجدي الدواء نفعا لإزالة الألم، فيجد نفسه أمام الأمر الواقع للخضوع للعملية، هذه الأخيرة تتطلب التخدير و الذي يعتبر الموت بالنسبة لبعض المرضى، و عند الاستيقاظ من التخدير يكون في فترة نقاهة، فيأتي التحضير النفسي كضرورة ووسيلة ممتازة للتغلب على الاضطرابات النفسية بعد العملية الجراحية، و الشفاء منها نفسيا و جسديا.

الفصل السادس:

القلق

تمهيد

1 -تعريف القلق:

أ - مفاهيم القلق حسب المعاجم

ب مفاهيم القلق حسب بعض الباحثين في علم النفس

2 -النظريات المفسرة للقلق

3 -أنواع القلق

4 -أسباب القلق

5 -العوامل المساعدة على ظهور القلق

6 -الانعكاسات السلبية المترتبة عن القلق

7 -أساليب التخفيف من القلق

خلاصة

تمهيد:

يتعرض الإنسان في حياته اليومية لضغوط مستمرة بشكل لا ينقطع، ولا تتوقف عن التأثير عليه بعضها داخلي، و الآخر خارجي، و في كلتا الحالتين فان هذه الضغوط تؤثر بشكل سلبي وملحوظ في الإنسان العادي و ما بالك المريض المعاق بصريا و الخاضع لعملية جراحية في العين بصورة حتمية ومن بين هذه الضغوط النفسية و أهمها القلق، و الذي يحدث عندما يواجه الفرد متطلبات تفوق حدود قدراته، و تتفوق على ما لديه من استعدادات، مما يجعله يشعر بقلق و اكتئاب وغيرها، ويتعرض لمجموعة من الأضرار.

وسنتطرق في هذا الفصل إلى أهم العناصر بداية بتعريف القلق،الأنواع، ثم الأسباب والأعراض و أهم النظريات المفسرة للقلق، و العوامل المساعدة على ظهوره، و في الأخير بعض الأساليب التي ينبغي أن يلجأ إليها المريض للتخفيف من القلق.

1 -تعريف القلق:

شاع مصطلح القلق و صار يستعمل في العديد من المواقف و المناسبات، الا أن هذا اللفظ له مدلول علمي،و هو من بين أهم المصطلحات في علم النفس العيادي، و قد تعددت التعاريف عن القلق،وسوف نذكر البعض منها حسب المعاجم وعند بعض علماء النفس.

أ مفاهيم القلق حسب المعاجم:

1- تعريف القلق حسب المعجم الطبي:

" القلق عبارة عن إحساس بالخوف يكون مصحوبا بالاختناق و خفقات القلب و الضيق والاختلاجات و أنواع أخرى من الاضطرابات الفيزيولوجية " (Demlont, 1995,124)

2- القلق حسب المعجم النفسي الفرنسي:

حسب "سيلامي" : " القلق هو من أصل لاتيني يعرفه على أنه عبارة عن إحساس صعب مصحوب بضيق عميق و فزع مرتبط بالتخيل الوهمي لخطر غير معروف يكون مصحوب بتغيرات عصبية مشابهة للتغيرات التي نلاحظها في الانفعالات و يفسر "بررن" و "لابلانش" سنة 1951: " إن القلق هو عدم ارتياح جسمي و نفسي في نفس الوقت فمن الناحية النفسية يتميز بالخوف المستمر والشعور بندم، و من الناحية الجسمية يتميز بانطباعات أليمة من الانقباضات الصدرية."

(Syllamy, 1980 ,37)

3- القلق حسب المعجم الانجليزي:

يفسر "ورمن" القلق فيقرر أن: " القلق هو اتجاه انفعالي أو شعور ينصب على المستقبل يتميز بالتناوب أو الامتزاج بين الكدر و الرعب، و يضيف "وررني " أن القلق حسب التحليل النفسي يمثل نوعا من الخشية و الخوف مع الإشارة بالخصوص إلى مظاهر جسمية." (نعيم الرفاعي، 1979، 199)

4- القلق حسب معجم مصطلحات التحليل النفسي:

القلق: " هي تلك الاستجابة التي يبديها الشخص في كل مرة يجد نفسه فيها في وضعية صدمية، أي خاضعا لفيض من الاثارات ذات المنشأ الخارجي أو الداخلي، و التي يعجز عن السيطرة عليها." (جان لابلانش، 1987، 412-413)

5- القلق حسب قاموس علم النفس:

يعرف "هنري بييرون" القلق: " أنه اضطراب نفسي و جسدي يتميز بالخوف الباطن و إحساس بعدم الأمن و بمصائب آتية." (R/ Thomas, 1987, 19)

ب مفاهيم القلق حسب بعض الباحثين في علم النفس:

تزخر مؤلفات علم النفس بتعاريف القلق، حيث لا يوجد تعريف واحد و نهائي له، فقد عرف العلماء القلق وفقا لتوجهاتهم النظرية، و سوف نذكر البعض منها:

1- تعريف فرويد للقلق:

يرى فرويد " أنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يتملك الانسان، ويسبب له كثيرا من الكدر و الضيق." (عبد اللطيف حسين فرج: 2009، 27)

2- تعريف السيد فهمي للقلق:

القلق شعور غامض غير سار بالتوجس و الخوف و التوتر مصحوب عادة بفيض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة في الجهاز العصبي للارادة، و يأتي في شكل نوبات متكررة مثل الشعور بالفراغ في المعدة أو ضيق في التنفس أو الصداع، أو الشعور بنبضات القلب." (السيد فهمي، 2009، 61)

3- تعريف القلق حسب كارل يونغ:

" القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى و خيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي، فالقلق هو الخوف من سيطرة محتويات اللاشعور غير المعقولة التي لازالت باقية من حياة الانسان البدائي." (سيغموند، 1957، 37)

4- تعريف القلق حسب برجري:

" القلق انفعال مؤثر له علاقة إما بوضعية صدمة حالية، أو بتوقع خطر مرتبط بموضوع غير محدد." (سيغموند، 1957، 37)

5- تعريف فديد بيار للقلق:

يرى" فديد بيار" أن: " القلق يتعلق بحاجة مريحة تظهر في احساس بعدم الأمان الداخلي بدون ما يميز الخطر و يحدث في حالة الرغبة و الدفاع، فالقلق يشهد في المرحلة النزوية طاقة لا يمكنها

التفريغ فتعود لكبت تلك الرغبة أو تعطيل وحشي للرغبة قبل التمتع بها، فيكبح المنبع الجنسي للقلق و يعطي معاني مختلة تترابط مع مراحل النمو." (Fedida Pierre,1974,18)

تنوعت تعاريف القلق واختلفت من باحث لآخر كل حسب مدرسته و حسب وجهته وكلها تتفق على معنى واحد، و من خلالها نحاول صياغة التعريف الشامل للقلق و هو: " إنفعال غير سار وإحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف الغامض و التوتر، و هو دائما يتصف بعلامات فيسيولوجية مثل التعرق وازدياد نبضات القلب."

2 -النظريات المفسرة للقلق:

2-1- القلق في نظر التحليل النفسي:

نال مفهوم القلق قدرا كبيرا من اهتمام علماء النفس و الطب النفسي وخاصة الوجوديين والتحليليين، و كان لفرويد فضل السبق في دراسته نفسيا ، فلقد تعددت مفاهيم عصاب القلق نظرا لتداخل أعراضه مع أعراض المخاوف الضغط، و بعض الاضطرابات العصابية الأخرى، فذه التسمية تمت عند تشخيص المرض لأول مرة سنة 1893 عندما انشغل "فرويد" بمسألة القلق و علاقته مع التوتر الجنسي و الليبيدو، كما تشهد على ذلك مراسلات مع "فلايس" (جان لابلانش، 1987، 342)

و يرى "فرويد" : " أن القلق أصله صدمة الميلاد التي هي أول استجابة تصدر من الطفل أمام خطر معين، و الذي يتمثل في الصعوبات الفسيولوجية، و الإحساسات البدنية المؤلمة المصاحبة لعملية الميلاد،فقد اعتبرها العامل الأصلي في نشوء القلق، كما يرجعه إلى الشعور بالعجز أمام التنبيه الصادر عن حاجات التي يريد إشباعها فيقول: " الموقف الذي يعتبره الطفل الخطر الذي يريد أن يحمي نفسه منه إنما و حالة عدم إشباع و زيادة التوتر الناتج عن الحاجة، و هي حالة يكون فيها الطفل عاجزا" (نعيم الرفاعي، 1979، 53)

و لقد فسر "فرويد" ايضا: "أن القلق ناتج عن احباط في الاشباع الجنسي يؤدي الى تحول الطاقة الليبيدية المحبطة الى قلق هنا يصبح القلق مرضي، و يكون القلق غير مرضي في حالة إذا وفق الأنا بين الهو و الأنا الأعلى، مما يحقق التوازن في الشخصية." (سيجموند،1957،30،29)

و لقد ميز "فرويد" نوعين من القلق:

1 -القلق الموضوعي:

و هذا النوع من القلق مصدره خارجي و سماه فرويد بعدة مسميات و هي: القلق الواقعي، القلق السوي، القلق الحقيقي، و هذا النوع من القلق أقرب الى الخوف لانه واضح بالنسبة للفرد.

2 -القلق العصابي:

يعرفه " فرويد" على انهٍشعور غامض غير سار بالتوقع، و يكون مصحوب ببعض الإحساسات الجسمية: كالخوف و التوتر، و يأتي في نوبات متكررة، و يقسمه إلى ثلاثة أنواع و هي:

-القلق الهائم الطليق:

هذا النوع من القلق الأشخاص المصابون به يتوقعون الاسوء، فهو يتعلق بأشياء خارجية.

-قلق المخاوف المرضية:

و هذه المخاوف تبدوا و كأنها غير معقولة، و لكن المصاب بها لا يفسر معناها، وهذا القلق يتعلق بشئ خارجي معين.

-قلق الهستيريا:

و هذا النوع من القلق يكون في بعض الأحيان واضح وفي بعض الأحيان غير واضح.(عبد اللطيف، 2009، 130)

و تستنتج مما سبق أن فرويد يعتبر القلق عبارة عن عملية ناتجة عن كبت و حرمان عاطفي، فتتحول هذه الرغبة غير المشبعة الى قلق، و هذه النظرية تعرضت للنقد بسبب ما جاءت به، لكن فرويد قام ببعض التعديلات، و صحح بعض الأفكار في تفسيره للقلق.

2-2-القلق في نظر كارن هورني: Karen Horney

على حسب النظرية الاجتماعية لهورني ظهر مفهوما أوليا عندها يعرف ب " مفهوم القلق الأساسي" و تعرفه "هورني": أنه الإحساس الذي ينتاب الطفل لعزلته و قلة حيلته في عالم يحفل بالتوتر و العدوانية، و القلق عند هورني يرجع الى ثلاث عناصر و هي: الشهور العجز، الشعور بالعداوة، الشعور بالعزلة، و ترى أن القلق ينشأ من العناصر التالية:

1 - تفكك الأسرة و الانشقاق، و الذي يشعر الطفل أنه منبوذ.

2 - المعاملة التي يتلقاها الطفل في عائلته و أحضان أبويه، و خاصة أمه لها علاقة بشكل كبير بنشأة القلق، فعلاقة الطفل بأمه متسقة و مرتبطة، و كثير من المشاكل في مستقبل الطفل قد يرجع مصدرها إلى المعاملة بين الأم و الطفل، و الجرمان العاطفي وغيرها.

3 - كما ان البيئة تلعب دورا مهما في نشأة القلق لان البيئة مليئة بالمتناقضات و التعقيدات. (الغامدي، 2013، 75)

كما توضح **هورني** أن أسباب القلق: " ترجع إلى شعور الطفل بالعجز و العزلة عن الآخرين والعدوانية تجاه الآخرين، و الظروف الأسرية هي وحدها التي تحدد للطفولة دلالتها فتعمل على إظهار القلق و تدعيمه، أو على إزالته بالطمأنينة و الحب و الحنان، و من وراء الأسرة و عبرها تصب تناقضات المجتمع الحديث المعقد." (فيصل محمد، 1984، 22)

و نستنتج مما سبق أن الأسباب الكامنة وراء نشوء القلق حسب **هورني** الظروف الأسرية القاسية التي مر بها الطفل، و أساليب المعاملة الوالدية كنقص الحنان و الحب بين الأم و الطفل، والحرمان العاطفي، مما ينتج عنه شعور الطفل بالعجز و العزلة عن الآخرين، إضافة الى بعض الأسباب البيئية.

2 3 -القلق في نظر أتو رانك" Otto Rank":

أما " **أتو رانك** " فقد فسر صدمة الميلاد بأنا انفصال الطفل عن أمه، باعتباره كان ينعم بحياة في رحم أمه حيث الأمان و اللذة و السعادة، فيعتبر الميلاد طرد الطفل، فينشأ عن هذه الخبرة المؤلمة

الشعور الأول بالقلق، ويسميه "أتورانك" بالقلق الأولي الذي ينشأ عنه حالات القلق الأخرى.(سيغموند فرويد، 1957،53)

و في "معجم التحليل النفسي لجون لابلانش" يذهب **أتو رانك** إلى أن: "الانفصال عن الام خلال صدمة الميلاد، و ما يصاحبها من أوجاع فيزيقية هو النموذج الاول لكل قلق لاحق، الى اعتبار قلق الإخصاء بمثابة صدى لقلق الميلاد، عبر سلسلة طويلة من التجارب الصدمية."

(جون لابلانش، 1987، 363)

فصدمة الميلاد في نظره هي أساس القلق الذي يشعر به الفرد في مقتبل حياته، و ذلك على أساس التهديد بأنه انفصال عن مأوى الحب و الأمن و الطمأنينة.

و في تفسير آخر لنشأة القلق يعتبر **"رانك" أن** خبرة الفرد تسبب للطفل قلق أوليا و يفسر رانك جميع حالات القلق على أنها حالات قلق الميلاد بحيث يكون الانفصال عن الام هي صدمة القلق الأولي، فيصبح فيما بعد أي انفصال يسبب القلق.(عبد اللطيف،2009، 131)

ويسمي **"رانك"** هذا القلق بالقلق الاولي و الذي يستمر معه فيما بعد، و يفسر "رانك" كل القلق الذي يأتي فيما بعد على أساسه، لانه عبارة عن تنفيس للقلق الاولي، و يصبح أي انفصال فيما بعد مسبب للقلق، لانه يتضمن إنفصالا عن حضن الام، فالذهاب الى المدرسة يثير القلق فهو انفصال عن الام، وحتى الزواج يثير القلق لانه إنفصال عن الاسرة.(الغامدي، 2013، 73)

و من خلال نظرية " **أتو رانك** " نستنتج أن أساس القلق في نظره هو صدمة الميلاد و الانفصال عن الأم، وكل ما يتبعه لاحقا من تجارب صدمية في حياته يعتبر القلق الأولي هو المسؤول عنها.

2 4 ـ القلق في نظر المدرسة الإنسانية:

تهتم مدارس علم النفس الإنساني بموضوع القلق اهتماما كبيرا، فالقلق ليس مجرد خبرة انفعالية يمر بها الانسان تحت ظروف خاصة، و ليس مجرد استجابة يكتسبها أثناء عملية التعلم، و إنما القلق هو جوهر طبيعة النفس الانسانية، فالانسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يستشعر القلق و يعانيه كخبرة يومية مستمرة تبدأ ببداية حياته، و لا تنتهي الا مع آخر أنفاسه، و قد اعتقد البعض أن القلق لدى

الانسانيين يختلف من حيث أنه يتعلق بالمستقبل، و قد رأينا أن تعريف القلق يعتبر حالة من التوقع والتوجس من حدث غامض يتوقع حدوثه في المستقبل القريب أو البعيد، و لكن مصدر القلق عند الانسانيين ليس الماضي أو المستقبل فحسب، و إنما مصدر الحياة في ماضيها و حاضرها و مستقبلها." (فوزي، 2000، 85)

ونلاحظ أن كل نظرية من النظريات تفسر القلق حسب وجهة نظرها الخاصة، فمنها من ترجعها إلى صدمة الميلاد، و انفصال الطفل عن أمه، و ما يتنج عنه من حرمان عاطفي، و منهم من يرجعها إلى أساليب المعاملة الو الدية القاسية التي يتعرض لها الطفل في الطفولة المبكرة، و منهم من لا يربط أساس نشوء القلق بماضي الشخص فقط، بل بحاضره و مستقبله كما جاء في تفسير المدرسة الإنسانية.

3- أنواع القلق:

للقلق نوعان: السوي و المرضي.

1- القلق السوي أو خارجي المنشأ:

هو الذي يخبره الشخص في الأحوال الطبيعية كرد فعل للضغط النفسي أو الخطر أي عندما يستطيع الفرد أن يميز بوضوح شيئا يهدد أمنه و سلامته، كأن يصوب لص مسدس على رأسك، أو ما تشعر به الأم عند إغماء ابنها. (نبيه ابراهيم، 2006، 123)

2- القلق المرضي أو داخلي المنشأ:

"و هو خوف مزمن دون مبرر موضوعي، مع توافر أعراض جسمية و نفسية شتى دائمة إلى حد كبير، و لذلك هو قلق مرضي، و يسمى أحيانا بالهائم الطليق، و يستخدم "ولبي" بديلا عن هذا الأخير، الذي يرى أنه مصطلح القلق الشامل، و يرى أنه الأفضل، إذ ينظر كيف أن رابطة الطب النفسي الأمريكية استخدمت المصطلح " استجابة القلق" إذ حل هذا المصطلح "حالة القلق" و لكن لايزال هذا الأخير يستخدم في بعض المراجع الأوروبية." (حسين فايد، 2004، 223)

حيث ميز كل من "كاتل" و "سبيلبرغر" بين مفهومين عن القلق وهما سمة القلق و حالة القلق:

أ -القلق كسمة:

"تشير الى الفروق الثابتة نسبيا في الميل الى القلق، وهذه الفروق تنشأ عن اختلاف ردود الأفعال تجاه المواقف المدركة بأنها مهددة." (طه حسين، 2007، 18)

كما يشير عيد الخالق الى أن: " سمة القلق لا تظهر مباشرة في السلوك و إن كان يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن و شدة هذه الحالة." (احمد محمد عبد الخالق، 1994، 19)

و يعرفه "الدكتور صدقي" بأنه: " دافع أو إستعداد سلوكي شخصي يجعل الفرد ميالا إلى إدراك عدد كبير من المواقف غير الخطرة على أنها مهددة له، و الاستجابة لهذه المواقف بمستويات مختلفة الشدة من قلق الحالة."(صدقي، 2004، 228)

من خلال التعاريف السابقة نستنتج أن سمة القلق هي استعداد شخصي، و جزء من شخصية الإنسان تجعله يشعر بحالة من عدم الارتياح النفسي، و عدم الأمان وتوقع حدوث كارثة، مع تصاعد القلق عبر الزمن.

ب -القلق كحالة:

"تحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص منبها معينا، أو موقفا على أنه يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له، و تختلف حالة القلق في الشدة و تتغير عبر الزمن بوصفها دالة لكمية مواقف المشقة التي تقع على الفرد وتضغط بشدة عليه." (احمد محمد عبد الخالق، 1994، 19)

"و حالة القلق إنفعالية مؤقتة تختلف من لحظة الى اخرى و سرعان ما تزول هذه الحالة بزوال مصدر التهديد." (طه حسين، 2007، 19)

نستخلص من هذين التعريفين أن قلق الحالة هو حالة انفعالية يشعر بها المريض في مواقف ضغط خاصة قبل إجراء العملية الجراحية، وتكون مؤقتة تزول بزوال الموقف المقلق.

4- أسباب القلق:

اختلفت الآراء ووجهات النظر بين الباحثين و تباينت في تحديد أسباب القلق، وسوف نذكر أهمها في نقاط :

1 - الاستعداد النفسي و الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي المفروض من الظروف و الأزمات والصدمات، و الشعور بالذنب و الخوف من العقاب.

2 - مواقف وظروف الحياة المدنية و اضطراب الجو الأسري،و التفكك الأسري.

3 - مشكلات الطفولة و المراهقة و الشيخوخة أيضا، والمشاكل الحالية التي من شأنها تنشيط ذكريات الماضي و الطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال و الحرمان و القسوة والحماية الزائدة.

4 - التعرض للحوادث و الخبرات الحادة سواء اقتصاديا أو اجتماعيا أو عاطفيا.

5 - عدم التطابق بين الذات الواقعية و الذات المثالية، وعدم تحقيق الذات.(الداهري، 2005، 331)

إضافة الى ما سبق فقد حدد كل من "آرنست" و "جيروم" في 1986 خمسة مصادر للقلق وهي:

1 - الأذى أو الضرر الجسدي

2 - الرفض أو النبذ

3 - عدم الثقة

4 - التنافر المعرفي

5 - الإحباط و الصراع.(علي صبره، 2004، 96)

و من أسباب القلق أيضا، أن الكثير من حالات القلق الحاد و المزمن تستحدثه الصراعات اللاشعورية و توقدها في نفسه تجاه الحياة العادية و الأسرية و الاجتماعية والوظيفية. (القيسي، 2006، 244)

5- العوامل المساعدة على ظهور القلق:

هناك العديد من العوامل التي تساعد على ظهور القلق، لكن لا يمكن حصرها جميعا، وسوف نحاول الإحاطة بأهم هذه العوامل وهي كالتالي:

1 - **العوامل الوراثية:**

لقد أثبتت دراسات الجهاز العصبي اللاإرادي للتوائم المتشابهة أن للعامل الوراثي تاثير على ظهور أمراض القلق، بحيث أن هناك استجابة للمنبهات الداخلية و الخارجية، و قد وجد سيلدز و سليبتر أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة تصل الى 50%، كما أوضحت دراسات العائلات أن 15% من آباء وإخوة يعانون من مرض القلق، إذن فالوراثة تلعب دورا في الاستعداد للإصابة بالقلق. (حامد، 1977،397)

2 - **عامل السن و الجنس:**

للسن علاقة في نشوء القلق، كما القلق عند المراهق يختلف منه عند الطفل و عند المسن، لان الجهاز العصبي هو في مرحلة الاكتمال، لذا لا تقل الأعراض في هذه المرحلة.(مصطفى غالب،ب.ت،34)

3 - العوامل النفسية:

ويؤكد علماء النفس الإكلينيكي أن القلق قد يتأثر به الفرد لدى شعوره بالإحباط في موقف معين حيث يدفع به إلى الانفعال، و بالتالي الى التصرف بشكل من الأشكال قد يكون تصرفا غير مسؤول نظرا لزيادة التوتر النفسي، ووصولا إلى الاضطرابات السلوكية المعقدة، وهناك عوامل أخرى كالاستثارة والخوف من الفشل.(صدقي،2004، 244)

4 - **عامل البيئة:**

تأرجح الفرد بين طموحاته، و بين الضغوطات الحضرية المفروضة عليه، تؤدي بالفرد إلى حد عدم تقبل الحياة، و هذا ما يزيد من شدة قلقه.(محمود،ب.ت،75)

6- الانعكاسات السلبية المترتبة عن القلق:

تنجر عن القلق عدة آثار سلبية في غالب الأحيان، تؤثر على حياة الأفراد بدرجات متفاوتة، وتنعكس على سلوكاتهم و معاشهم النفسي، و بالتالي على صحتهم، ونذكر منها مايلي:

_ يؤدي القلق الى رفع درجة الحساسية بالالم، ويصبح المريض كثير الحركة سريع الهياج،مرتجفة بعض عضلات وجهه ويديه و رجليه، و يكون الشخص القلق متهربا من الواقع، و الانفلات من المشاكل.

_ يؤدي القلق الى الشكوى من ضعف في الذاكرة و غياب التركيز، و يسيطر عليه التوتر في بدنه.

_ الشعور الكئيب والضغوطات الانفعالية.

_ يضيق مجال وعي الإنسان، و يجعله مفرطا في التواضع بعض الأحيان، و التمسك بالقواعد والأوامر و الأنظمة.

_ كثرة الشكوك، و عدم الجرأة في اتخاذ القرار.

_ كبت الانفعال و الخوف من التعبير على المشاعر كماهي.

_ القلق يخل بالتوازن المنطقي و يعرقل سهولة الحديث، ويقتل الحماس، ويضيق مجال الإدراك.

_ يضعف القدرة على التكيف و الانسجام.

_ اضطرابات فكرية و شعور بالذنب والنقص و التشاؤم.

_ الوسواس و الشعور بالاضطهاد و الضعف.(أنس شكشك، 2009، 29-30)

7- أساليب التخفيف من القلق:

إن تواجد المريض في محيط استشفائي و صراعه مع المرض، يسبب له حالة من القلق النفسي، و شعورا بعدم الثقة في النفس، و لكي يتمكن الإنسان من التحكم في انفعالاته و طرد حالة القلق والشد و التعصب، كان لابد من إيجاد أساليب فعالة تخفف من الشعور بالقلق، و أهم هذه الطرق ما أشار إليه

الباحث عبد الرحمان العيسوي في كتابه:" فن الإرشاد و العلاج النفسي" و سوف نلخصه في النقاط التالية:

- الاسترخاء التام و المطلق لكل أطراف الجسم،و التدريب عليه يجعلان الفرد يعيش تجربة الاسترخاء ويشعر بجمالها وفائدتها، لان الاسترخاء و القلق نقيضان لا يجتمعان، كما يمكن الإنسان من التحكم في انفعالاته، و الاسترخاء التام يؤدي إلى انخفاض ضغط الدم عند المريض، مثل ممارسة تمارين اليوجا و التأمل الداخلي.
- توكيد الذات أو تحقيق الإنسان لذاته، و إثبات وجوده، و شعوره بالثقة في نفسه تطرد حالة القلق.
- تناول الأطعمة اللذيذة و الصحية و الفاكهة الجيدة و الخضروات النظيفة و الأطعمة الشهية و الحلوى تذهب حالة القلق، و ترفع روح صاحبها المعنوية.

المناظر الجميلة و الخلابة و الأخاذة، و المناظر الخلوية و الهواء الطلق، و المشي و ممارسة الرياضة البسيطة، كل ذلك يفك من حالة القلق. (عبد الرحمان،1999، 148، بتصرف)

و نستنتج مما سبق أن الباحث " عبد الرحمان العيسوي" يؤكد على أهمية الاسترخاء كأسلوب للتخفيف من حالة القلق، كما يذكر لنا فوائده العديدة على الجسم و النفس، كما ربط بين الغذاء الصحي و أثره على الحالة النفسية،كما يرى أن المشي و الرياضة و الاستمتاع بالهواء الطلق من شأنها طرد القلق

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل أهم العناصر التي يشملها القلق ، الذي صار خطر يهدد حياة كل فرد ابتداءا بالتعريف و الأنواع، ثم الأسباب المؤدية إلى القلق من سوئ معاملة ومختلف مواقف الحياة اليومية الضاغطة و عدم القدرة على التكيف معها.

القلق يرتبط بكل الفئات العمرية، ويكون سلبي أكثر عندما يتعلق الأمر بصورة الذات ، فالشخص الذي تعرض لعاهة أو إعاقة بصرية سيكون اكثر قلقا، و يتأثر بصورة الذات السلبية وبالخصوص الأشخاص الأصغر سنا تزداد حدة القلق لديهم مقارنة بالأشخاص الراشدين.

الفصل السابع:

الإجراءات المنهجية

1- **منهج البحث:**

2- **الدراسة الاستطلاعية:**

2-1- **عينة البحث:**

أ - مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية

2-2- البروتوكول المقترح

2-3- البروتوكول النهائي

3- الدراسة الأساسية:

أ - مواصفات عينة الدراسة الأساسية

4- **أدوات البحث:**

أ - الملاحظة العيادية

ب -المقابلة العيادية

ت لختبار القلق كسمة و كحالة لسبيلرنجر

5- الأساليب الإحصائية المستعملة:

1- تحليل المحتوى

2- معامل الارتباط بيرسون

3- النسبة المئوية

تمهيد:

بعدما تطرقنا في الفصول السابقة إلى مختلف المفاهيم النظرية التي استدعاها البحث سوف نتطرق إلى الجزء الثاني من الدراسة، و هو الجانب الميداني، و ذلك بإتباع منهج علمي محدد يتوافق مع موضوع البحث.

و تطرقنا في هذا الفصل إلى تعريف المنهج المتبع في البحث، و عينة الدراسة ومواصفاتها وتمثلت في الدراسة الاستطلاعية و الأساسية، إضافة إلى وسائل البحث المستخدمة في البحث وفي الأخير تطرقنا إلى تعريف البروتوكول العلاجي المعرفي السلوكي من خلال الحديث عن أهدافه ومراحله المختلفة.

1 -منهج البحث:

لانجاز هذه الدراسة اتبعنا المنهج **الوصفي** ، و هذا للإلمام بالموضوع من كل جوانبه، وسوف نعرف منهج الدراسة، و السبب وراء اختياره في الفقرات التالية:

1-1-المنهج الوصفي:

لقد اخترنا المنهج الوصفي لمعرفة مدى انتشار الظاهرة، و هو عبارة عن دراسة مسحية لعينة مقصودة من المرضى المقيمين بمصلحة طب العيون، و هذا من خلال عينة من المجتمع و الإلمام بالموضوع.

1-2-المنهج ا لعيادي:

أما المنهج الثاني و الذي اعتمدناه والمتمثل في المنهج العيادي، لأننا قمنا بالتعمق في دراسة الحالات و تتبعها خلال فترة الاستشفاء، باعتباره الأنسب لهذا النوع من الدراسة للكشف عن الظاهرة المراد دراستها بدقة و موضوعية باستعمال وسائل إكلينيكية كالملاحظة والمقابلة لكي تتناسب مع الحالات المدروسة، و لقد اخترنا المنهج العيادي لأنه يهتم بدراسة الحالات الفردية، باعتبار كل حالة فريدة من نوعها في موقف معين، و البحث عن الأمور الخفية التي لا يعترف بها المفحوص مباشرة

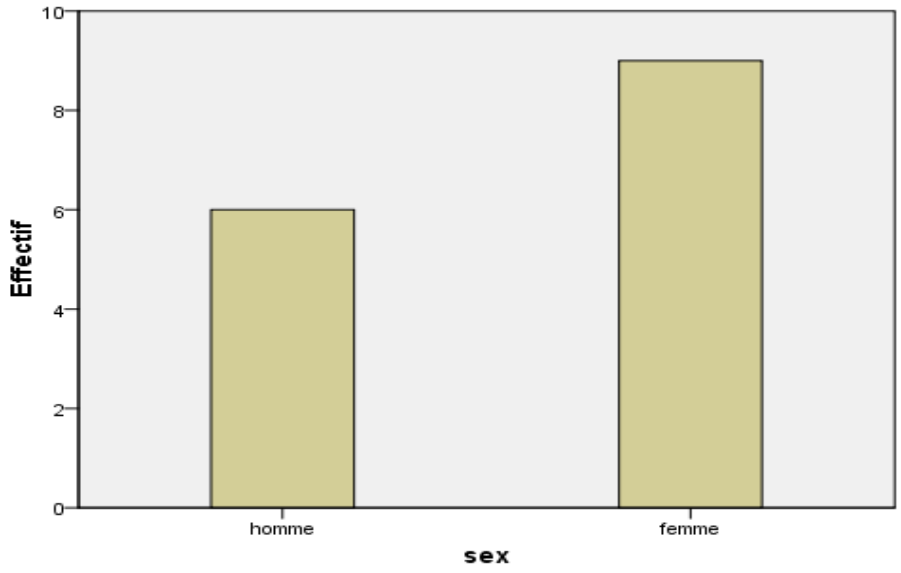
بل تستلزم منا دراسة معمقة للحالات بإتباع طرق و تقنيات المنهج العيادي للوصول إلى النتائج المبتغاة من البحث.

2 -الدراسة الاستطلاعية:

2-1- عينة البحث:

أ -مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية:

لقد تم اختيار الحالات بطريقة مقصودة من حيث السن، و نوع الإعاقة، وتكونت من 15 حالة من الجنسين، و سوف نتعرف على مواصفات حالات البحث من خلال الجداول التالية:



شكل رقم (01): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية من حيث الجنس

نلاحظ من خلال الشكل رقم 01، أن الإناث أكثر من الذكور ، وهذا راجع في نظرنا إلى اهتمام المرأة بمظهرها الخارجي و اهتمامها بأدق تفاصيل جسمها خاصة العين، و أي مشكلة تحدث على مستوى جسمها تؤثر بشكل كبير على نفسية المرأة.

شكل رقم (02): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية من حيث السن

يوضح الشكل رقم02، توزيع أفراد العينة من حيث السن ، وكانت مقصودة تمس بعض الفئات العمرية المبينة في الشكل، و تمثلت خاصة في الشباب لأنها الفئة الأكثر معاناة من الناحية النفسية

ب- إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

تمت الدراسة الاستطلاعية بداية من الموسم الجامعي (2015-2016) و دامت قرابة العام حيث توجهت كباحثة إلى الميدان بمقر عملي بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون لمعاينة حالات الدراسة، و المتمثلة في فئة المعاقين بصريا، حيث لم نجد صعوبة في البحث عن الحالات، حيث كانت متواجدة و بشكل دائم، لكن كان يجب البحث عن الحالات التي تتلاءم مع طبيعة البحث.

حيث قامت الباحثة بملاحظة الحالات، و إجراء مقابلات معهم قصد التعرف على علاقة الإعاقة بالحالة النفسية ، حيث تم اختيار عينة عشوائية متكونة من 15 حالة من المرضى المقيمين بمصلحة طب العيون التي تمثل عينة الدراسة الاستطلاعية، وق امت الباحثة بتطبيق البروتوكول الخاص

بالتحضير النفسي الذي قامت بتصميمه في صيغته الأولى، ومن خلاله تم تطبيق اختبار القلق كسمة وكحالة على عينة الدراسة الاستطلاعية كمجموعة تجريبية، بعد التأكد من صدقه و ثباته، لمعرفة مستوى القلق عند الحالات المقبلة على جراحة العين، ولمعرفة مدى تجاوب المفحوصين مع محتوى البروتوكول.

و من أجل التعرف على الحالات التي تستلزم العلاج أجرت الباحثة عدة لقاءات مع الفريق الطبي وشبه الطبي، و طرحت عليهم أسئلة حول المرضى لدعم البحث، و التعاون في صالح المريض وقاموا بتوجيهنا في حالة وجود حالات حرجة تستلزم العلاج أكثر من غيرها، لكي نتدخل و نقوم بفحصها.

و من خلال الدراسة الاستطلاعية، قامت الباحثة ببعض التعديلات كالتقليص من عدد حصص البروتوكول ليتماشى مع متطلبات العمل بالمؤسسة، و ظروف المريض، حيث كان هدف الباحثة من هذه الدراسة:

- تحديد عينة البحث الأساسية
- معرفة مدى ملاءمة محتوى البروتوكول لحالات الدراسة، و القيام بتعديله إن تطلب الأمر.
- اختيار الأوقات المناسبة لتطبيق جلسات البروتوكول على المرضى
- توزيع الاختبار النفسي على بعض الحالات لمعرفة مدى تناسبه مع الدراسة

ج- مكان إجراء البحث:

لإجراء الجانب الميداني من البحث، اخترنا كمحيط المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون: **"واجهة البحر" وهران.**

و تختص العيادة في طب و جراحة العيون، و تستقبل المرضى في حالات استعجاليه من داخل الولاية و خارجها. و تتضمن المؤسسة ثمانية (8) مستويات وهي كمايلي:

المستوى الاول: و يتمثل في الطابق السفلي(le sous-sol):

وهو مكون من مكتب الأرشيف، و مصلى ومطبخ،و مستودع للأغذية وآخر لمستلزمات المكتب وقاعة الغسيل، و مراب للسيارات.

المستوى الثاني: و يتمثل في الطابق الأرضي (le rez-de-chaussée):

يضم المدخل الرئيسي للمؤسسة الاستشفائية، ونجد مباشرة قاعة الاستقبال لتوجيه و إعلام الزوار والمرضى، و مكتب الدخول، نجد أيضا مكتب طبيب رئيس المصلحة، و مكتب الكاتبة، و يوجد مكتب خاص باللليزر، ومكتب قياسي البصر،و قاعة للجراحة رقم (1)، و قاعة الانتظار، و مصعد.

و تتمثل المستويات الستة المتبقية في الطوابق التي تتكون منها المؤسسة الاستشفائية، وسوف نذكرها بالترتيب:

الطابق الاول:

ويتكون من قاعة الجراحة رقم (2)، وتتواجد معها قاعة الإنعاش و قاعة الإفاقة، و قاعة الفحص بالأشعة، و قاعة انتظار، وصيدلية، و كاتبة.

الطابق الثاني:

وهو طابق مخصص لاستقبال المرضى المقيمين (رجال) المبرمجين لإجراء العمليات،أو العلاج طويل المدى، و يحتوي على اثنان وثلاثون (32) سرير، قاعة للفحص الطبي(chambre noir)، ومكتب الطبيب وقاعة للعلاج، ويوجد مكتب الأخصائية الاجتماعية، ومكتب للممرضين،و مطبخ، (مرشات ومرحاض)

الطابق الثالث:

وهو طابق مخصص للنساء، يستقبل الحالات الاستعجالية و الخطيرة، و يحتوي على اثنان وثلاثون (32) سرير، قاعة للفحص الطبي(chambre noir)، ومكتبين للأطباء، وقاعة للعلاج، ويوجد مكتب الأخصائية النفسانية، ومكتب للممرضين،و مطبخ، (مرشات ومرحاض)

الطابق الرابع:

يهتم هذا الطابق بالحالات الاستعجالية للعين، مخصص للنساء بمختلف الأعمار، و هو مكون من (25) سرير، وقاعة للفحص، قاعة للعلاج، ثلاث (03) مكاتب للأطباء المخصصين في طب العيون، يوجد أيضا مخبر التحاليل الطبية، و غرفتين لتغيير الملابس للأطباء المقيمين (رجال و نساء) ومكتب للممرضين،و مطبخ، (مرشات ومرحاض)

الطابق الخامس:

و هو طابق خاص بالإدارة، يحتوي على عدة مكاتب و هي: مكتب مسؤول الموارد البشرية و الوسائل، مكتب المالية، مكتب المقتصد، الأمانة العامة، مكتبة و قاعتين للدروس، و مطبخ، (مرحاض)

الطابق السادس:

و هو طابق خاص بالإدارة العامة، يحتوي على مكتب المدير ومساعديه، ومكتب نائب المدير المكلف بالمصالح الصحية، و مكتب الأجور، وأمانة السر، و قاعة للاجتماعات.

2-2- البروتوكول المقترح:

هو عبارة عن مجموعة من الجلسات التي يتم تطبيقها على حالات الدراسة، كأول خطوة في الدراسة الاستطلاعية لمعرفة مدى تلاءم أهداف البروتوكول مع احتياجات المرضى من حيث الوقت، وعدد الجلسات وغيرها، و سوف توضح الباحثة البروتوكول المقترح في الجدول التالي:

جدول رقم(01): البروتوكول العلاجي المقترح في صيغته الأولية

	رقم الجلسة	الموضوع العام:	الأهداف:	المدة:
مرحلة ما قبل العملية	01	التعرف على حالة المريض	جس النبض	40د
	02	التعرف على الأسرة	التعرف على التاريخ الأسري والمرضي للمفحوص	45د
	03	قياس قبلي	تطبيق الاختبار القبلي للقلق	30د
	04	جلسة تنفيسية	إجراءات شرح العملية الأولية التخفيف من القلق من خلال تقديم الشروحات الأولية للمريض الاسترخاء	40د
مرحلة ما بعد العملية	05	التحضير لختام البروتوكول	تقديم النصائح المتبعة بعد العملية الاسترخاء	30د
	06	قياس بعدي	التعرف على مستوى القلق بعد العملية الجراحية	40د
	07	المتابعة	متابعة المريض بعد العملية الجراحية للعين	35د

2-3- البروتوكول النهائي:

هو عبارة عن برنامج مصغر مقترح يقوم على أسس علمية، تقنياته اقتبستها الباحثة من فنيات العلاج السلوكي المعرفي، من أجل الوصول إلى الهدف المنشود، ألا و هو خدمة المفحوص ومساعدته في التعرف على معتقداته الخاطئة و تعديلها من خلال عدة جلسات علاجية للتخفيف من انفعالاته.

أهدافه:

يهدف البروتوكول العلاجي الخاص بالتحضير النفسي إلى ما يلي:

- تعديل الأفكار الخاطئة و السلبية من خلال التعرف عليها و استبدالها بأفكار ايجابية.
- التدريب على المهارات الخاصة، و زيادة الثقة بالنفس.
- التخفيف من القلق.

مراحله:

لقد تم انجازه في مرحلتين و هما:

1-مرحلة ما قبل العملية:

و تحوي ثلاث جلسات حيث تم من خلالها التعارف وإبرام العقد العلاجي مع المفحوص وتطبيق الاختبار القبلي و المتمثل في اختبار القلق كسمة و كحالة لسبيلنرنجر، و إضافة لاعتماده على أساليب العلاج السلوكي المعرفي، و استعملنا تقنية المراقبة الذاتية و الواجب المنزلي و الاسترخاء.

2- **مرحلة ما بعد العملية:**

وتمثلت في متابعة الحالة بعد الجراحة و تطبيق الاسترخاء، و تمثلت المرحلة الأخيرة في تطبيق القياس البعدي على الحالات لمعرفة الفرق في مستوى القلق قبل و بعد تطبيق البروتوكول العلاجي.

بعد تعديل البروتوكول و تحكيمه من طرف أساتذة في علم النفس، ليصبح أكثر ملا ءمة للمرضى بعد النتائج المتوصل إليها في الدراسة الاستطلاعية، حيث قامت الباحثة ببعض التغييرات وتمثلت في التقليص من عدد جلسات البروتوكول حسب ما يتماشى مع مدة مكوث المفحوص في المؤسسة الاستشفائية، كما قامت الباحثة بتوظيف مصطلحات جديدة فيما يتعلق بأهداف البروتوكول و التي قامت بتوظيفها، و تم اقتبلسها من العلاج السلوكي المعرفي، والجدول التالي يوضح لنا البروتوكول الخاص بالتحضير النفسي في صيغته النهائية:

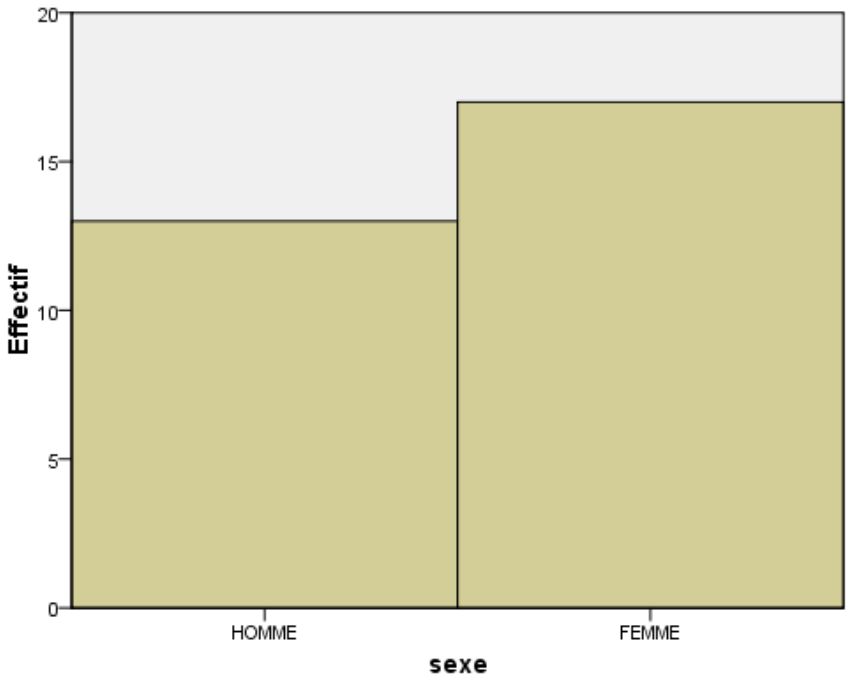
جدول رقم(02): البروتوكول العلاجي في صيغته النهائية

	رقم الجلسة	الموضوع العام:	الأهداف:	المدة	التقنيات
مرحلة ما قبل العملية	01	تمهيدية	التعارف إبرام العقد العلاجي	45د	الحوار المناقشة
	02	قياس قبلي	قياس قبلي تعليم المفحوص تسجيل المواقف المقلقة	45د	الاختبار مراقبة الذات
	03	جلسة تنفيسية	التنفيس و الإفصاح عن المشاعر من خلال الواجب المنزلي. تقديم الشروحات الأولية الاسترخاء	40د	الواجب المنزلي الاسترخاء
مرحلة ما بعد العملية	04	التحضير لختام البروتوكول	التعبير على الذات التحضيرلنهاية البروتوكول الاسترخاء	40د	الحوار الاسترخاء
	05	قياس بعدي	قياس بعدي تقويم البروتوكول	45د	الاختبار الحوار التشجيع

الدراسة الأساسية:

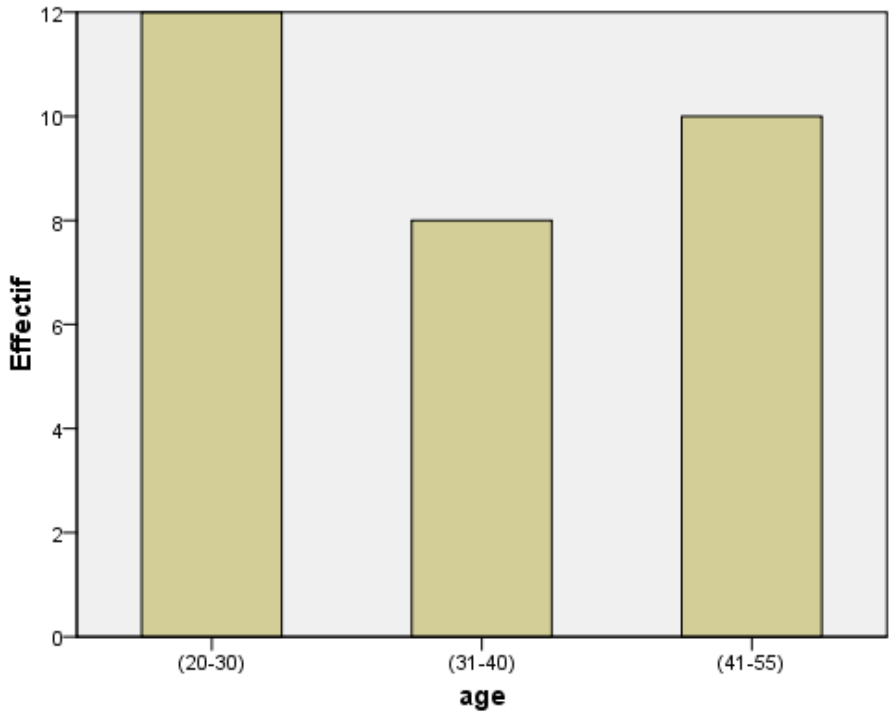
أ ـمواصفات عينة الدراسة الأساسية:

و شملت عينة البحث الأساسية ثلاثون (30) حالة، ذكور و إناث، و سوف نوضح توزيع عينة البحث حسب الجنس، و حسب السن في الأشكال التالية:



شكل رقم (03): يوضح توزيع أفراد العينةحسب الجنس

من خلال الشكل السابق يظهر لنا أن فئة الإناث أكبر من فئة الذكور، و هذا راجع لكون المرأة أكثر عرضة للأمراض والمشكلات الصحية وكثرة الولادات، كما تمر بحالات نفسية مضطربة كالحزن الشديد، والبكاء حيث تم تخصيص طابقين في المصلحة للنساء، وطابق واحد للرجال.



الشكل رقم (04): يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية من حيث الفئات العمرية

من الشكل السابق يظهر لنا توزيع العينة من حيث الفئات العمرية، حيث يلاحظ الباحثة وجود ثلاث فئات عمرية تتراوح أعمارهم من 20 إلى 55 سنة.

و من خلال الشكل يلاحظ الباحثة أن عينة الدراسة كانت غالبيتها من فئة الشباب، حيث تمركزت في المجال (20- 30) و تليها فئة الكهول ما بين (41-55)، وفي المرتبة الأخيرة المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين (31- 40).

ب- إجراءات الدراسة الأساسية:

قامت الباحثة في هذه المرحلة من العمل الميداني و الذي دام سنة كاملة ببعض التعديلات فيما يتعلق بالبروتوكول العلاجي، حيث قلصت عدد الجلسات، لان الوقت لا يسمح بتطبيق أكثر من خمس (5) حصص مع المفحوص الواحد، كما استطاعت اختيار الحالات التي تعتبر أكثر عرضة للقلق أثناء الجراحة، و تمثلت في ثلاث أنواع من المرضى، وسوف يتم العمل معهم في هذه الدراسة.

و من خلال الدراسة الأساسية قامت الباحثة بتطبيق البروتوكول على الحالات، و الذي يحوي الجلسات العيادية، و الاختبار القبلي و البعدي، كما قامت الباحثة بإجراء مقابلات خاصة مع الفريق الطبي و شبه الطبي، ووزعنا عليهم مجموعة من الأسئلة لتدعيم بحثنا و معرفة رأيهم في البروتوكول العلاجي المطبق على الحالات، و فسر ت النتائج من خلال تحليل المحتوى، و قامت الباحثة بتفسير نتائج الاختبار النفسي عن طريق البرنامج الإحصائي (SPSS) و في الأخير قامت بتحليل و تفسير نتائج الدراسة.

4- أدوات البحث:

و تمثلت أدوات البحث في الملاحظة و المقابلة، و قد اعتمد ت الباحثة عليهم بشكل كبير في هذا البحث، و سوف نعرفهما فيمايلي:

أ -الملاحظة العيادية:

إعتمدت الباحثة في هذا البحث على الملاحظة العيادية كأداة أساسية حتى تتمكن من ملاحظة سلوك الحالات المراد دراستها ، و جمع أكبر قدر من المعلومات و البيانات، و تهدف من وراءها الى ملاحظة سلوك المريض بوجه عام من المظهر الخارجي الى تعبيرات الوجه ، و حركات الجسم والتعبير اللفظي والانفعالي خلال المقابلة الذي يتمثل في الألفاظ و الأفكار و مدى ترابطها.

ب- المقابلة العيادية:

تسمح لنا المقابلة العيادية بالتعرف على مختلف الاستجابات التي تظهر على المفحوص من خلال علاقة ديناميكية وجها لوجه بين الأخصائي النفسي و المريض ، في جو تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع معلومات شخصية عن الحالات، و عن أفراد عائلتهم، سنهم، و ظروفهم الصحية، المستوى الدراسي والمهني، و كل ما يتعلق بأسباب تعرضهم للإعاقة البصرية.

و اعتمدت الباحثة في جمع المعلومات على 05 مقابلات مدتها مابين (20 - 45د) واختارت **المقابلة نصف الموجهة** ، لمعرفة موقف الحالة من الإعاقة البصرية، و معرفة طبيعة العلاقة مع المحيط الخارجي.

و اعتمدت الباحثة أيضا في جمع معطيات البحث على **المقابلة الموجهة** أو **المقصودة**، و هي عبارة عن لقاء بين الأخصائي و الشخص المراد استجوابه (العميل) و تكون محددة بالزمان و المكان و هذا من أجل الوصول إلى هدف معين، و يعتمد الأخصائي على أسئلة موجهة تكون محضرة مسبقا.

و الغرض من اختيار الباحثة **للمقابلة الموجهة** هو رصد آراء الفريق الطبي و شبه الطبي حول العمل الذي نقوم به مع المرضى المقبلون على جراحة العين، و خاصة رأيهم في بروتوكول التحضير النفسي، و ذلك من خلال حوار مفتوح بين النفساني والفريق الطبي، حيث قامت الباحثة بتقديم مجموعة من الأسئلة الموجهة بهدف الوصول إلى إجابات تخدم البحث، و تمثلت هذه الأسئلة المفتوحة المقدمة للفريق الطبي فيمايلي:

- الأسئلة المقدمة للفريق الطبي حول رأيهم بعمل الأخصائي النفسي:

1 - ماهو رأيك في بروتوكول التحضير النفسي المقدم للمرضى؟

2 - هل يساهم الأخصائي النفسي في إقناع المرضى لإجراء العملية الجراحية؟

3 - هل تعتقد أن تدخل النفساني ضروري في مرحلة ما قبل العملية؟

4 - هل يوجد تكامل بين عمل النفساني و عمل الفريق الطبي في مصلحة طب العيون؟

5 - ماهي اقتراحاتك لتحسين عمل الأخصائي؟

ت- الاختبار النفسي: "اختبار القلق كسمة و كحالة":

يتكون اختبار القلق لصاحبه شبيلبيرجر(1971) من مقياسين هما:

1 - **مقياس القلق كسمة:**

وهو قياس الفروق الفردية في قلق السمة، أي مدى استعداد المريض للاستجابة للمواقف الجديدة بمستويات مختلفة من شدة حالة القلق، و سنعتمد على الصورة(أ) و تخص المرضى الذين يفوق سنهم 19 سنة، سواء كانوا إناثا أم ذكورا.

و يتكون هذا المقياس من 20 مفردة لكل منها بدائل، و فيها يطلب من المفحوص كيف تشعر بصفة عامة؟

وكما يشير الدكتور محمد حسين علاوي: " **مقياس القلق كسمة** يمكن استخدامه كأداة بحث للتعرف على الأفراد الذين يختلفون في استعداداتهم للاستجابة للعناء النفسي Psychological stress بمستويات مختلفة من شدة حالة القلق.(محمد علاوي، 1998، 315)

2 - **مقياس القلق كحالة:**

و هو الصورة المختصرة لمقياس القلق كحالة لشبيلبيرجر،ويهدف لقياس قلق الحالة في المواقف العامة، و أيضا استجابات قلقلا الحالة سواء قبل أو أثناء أو بعد العملية الجراحية.

و يتكون من 20 مفردة، لكل منها 04 بدائل، و فيها يطلب من المفحوص أن يصف شعوره في لحظات معينة من الوقت.

ثبات الاختبار:

استخدمت طريقة إعادة الاختبار عند حساب معامل ثبات الصورة الأصلية، وذلك على عينة من طلبة جامعة "بندرليت" بعد ساعة واحدة من التطبيق الأول، ثم بعد 20 يوما، و لقد أثبتت النتائج أن معامل الثبات لمقياس سمة القلق يبدوا مرتفعا بدرجة معقولة، تتراوح بين 0.73، 0.86 بينما تبدوا معاملات ثبات مقياس حالة القلق منخفضة نسبيا،تتراوح بين0.16، 0.54.

الصدق:

لقد ارتبط مقياس سمة القلق بكل من مقياس القلق لكاتل، و مقياس القلق الصريح لتيلور وقائمة الصفات الانفعالية لتسكرمان، وذلك عند حساب الصدق التلازمي.

و لحساب صدق مقياس حالة القلق، استخدم صدق التكوين الفرضي على عينة من 977 طالبا بكليات جامعة فلوريدا.

تصحيح الاختبار:

إن الدرجات المفترضة لكلا المقياسين تتراوح بين 20 كحد أدنى إلى 80 كحد أقصى، يجيب المفحوص على كل الأسئلة، وذلك باختبار واحدة من البدائل الأربعة.

و بالنسبة لمقياس القلق كحالة:

1 أبدا/ 2 بدرجة قليلة / 3 بدرجة متوسطة / 4 بدرجة كبيرة

و بالنسبة لمقياس القلق كسمة:

1 أبدا تقريبا / 2 أحيانا / 3 غالبا / 4 دائما تقريبا

و بالنسبة لمقياس القلق كحالة توجد به (10) عبارات معكوسة هي:

.1،2،5،8،9،10،11،15،16،19،20

أما بالنسبة لمقياس القلق كسمة توجد به (07) سبع عبارات معكوسة هي:

1، 6، 7، 10، 13، 16، 19.

و يضيف الباحث " ممدوح مختار" في طريقة تصحيح المقياس انه: "يتراوح سلم التقدير لكل بند من بنود المقياس من درجة واحدة الى اربع درجات إذا كانت الفقرة في اتجاه الخاصية.

- اتجاه الخاصية: 1-2-3-4

- عكس اتجاه الخاصية: 4-3-2-1 " (ممدوح مختار، 2001، 99)

و الجدول التالي يوضح مستويات القلق:

جدول رقم (03): مستويات القلق (ممدوح مختار، 2001، 99)

الدرجات:	**مستوى القلق:**
20	المفحوص لا يعاني من القلق
من 21 الى 40	قلق خفيف
من 41 الى 60	قلق حاد
من 61 الى 80	قلق شديد

5- الأساليب الإحصائية المستعملة:

1- تحليل المحتوى:

هو أحد وسائل جمع المعلومات، و كان هدف الباحثة من استخدامه هو جمع أكبر قدر من المعطيات و تحليلها و تفسيرها من خلال تحليل مضمون الخطاب للوصول إلى خلاصة الموضوع، و تحليل محتواه، و كان هدفها أيضا هو جمع آراء الفريق الطبي و شبه الطبي من خلال طرح مجموعة من الأسئلة، و التعرف على آرائهم في الموضوع، و تفسير خطاباتهم للوصول في الأخير إلى نتيجة نهائية، و تتمثل في رأي الأغلبية أي ما اتفقوا عليه.

2- معامل الارتباط بيرسون:

قامت الباحثة باستخدامه للإجابة على فرضيات البحث، ومعرفة مدى ارتباط متغيرات البحث مع بعضها البعض.

3- النسب المئوية:

تمثل هدف الباحثة من تطبيقها حساب النسبة المئوية لإجابات المفحوصين على الأسئلة المقدمة لهم في تحليل المحتوى، واختيار أعلى نسبة.

الفصل الثامن:

تطبيق بروتوكول التحضير النفسي

تمهيد

1 - الجلسات العلاجية للحالات السبع

2 - عرض و مناقشة نتائج اختبار القلق القبلي و البعدي لكل المفحوصين

3 - ملخص لكل مفحوص

4 - ملخص عام لجلسات البروتوكول

تمهيد:

بعدما تطرقنا في الفصل السابق إلى الإجراءات المنهجية و الأدوات المستخدمة في البحث سوف نقوم في هذا الفصل بتطبيق هذه الأدوات على عينة الدراسة، و المتمثلة في الاختبارات النفسية وهي اختبار القلق كسمة و كحالة، واختبار الحالة العقلية، وهذا من خلال عرض مفصل لجلسات البروتوكول العلاجي المطبق على المفحوصين،كما تجدر الإشارة إلى أن الأسماء المستخدمة في الدراسة هي أسماء مستعارة، و في الأخير تم عرض نتائج القياس القبلي والبعدي وملخص لكل حالة وملخص عام لجلسات البروتوكول.

التقرير السيكولوجي للمفحوصة الأولى:

تقديم المفحوصة:

الاسم: جميلة

السن: 26 سنة

الجنس: أنثى

المرض: انفصال الشبكية (décollement de la rétine)

تاريخ التقييم: 12- 03- 2016

مكان الفحص: عيادة طب العيون - وهران –

الاخصائية النفسانية: قمراوي ايمان

الاختبارات المستعملة:

1- اختبار فحص الهيئة العقلية

2- اختبار القلق كسمة و كحالة

1- التقييم العام للتاريخ الاجتماعي و النفسي:

أ- العائلة:

الحالة **"جميلة"** امرأة شابة في مقتبل العمر، تبلغ من العمر 26 سنة، متزوجة و أم لطفل واحد وهي حاصلة على شهادة جامعية، تعيش **"جميلة"** حياة عائلية مستقرة، تقطن بولاية الشلف وهي من أسرة كبيرة، تحتل المرتبة العاشرة من بين إخوتها الأربعة عشر، فالأب يعمل تاجرا والأم ماكثة في البيت، و هي على علاقة جيدة مع كافة أفراد أسرتها، إلا أنها تعاني من بعض المشاكل والضغوط مع أهل بيت زوجها الذين تعيش معهم.

ب- الحالة الصحية:

لم يكن لدى الحالة أي سوابق مرضية، و هذا أول دخول لها للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون في حالة استعجالية.

كان أول لقاء مع الحالة **"جميلة"** بعدما تحصلنا على المعلومات الخاصة بها حول المرض من خلال مراجعة الملف الطبي للحالة ، و لقد شد انتباهنا طبيعة المرض الذي تعاني منه في هذا السن المبكر، لذا قمت باختيارها ضمن الحالات قيد الدراسة، و قمت بتحديد موعد محدد للقيام بالمقابلة مع الحالة، ووافقت و اندمجت بسهولة معي في الحوار.

2- اختبار القدرات العقلية:

تمتاز **"جميلة"** بقامة متوسطة، ممتلئة الجسم، ذات بشرة بيضاء، و ملامح مبتسمة، أما من حيث الهندام فهو نظيف و لائق، و تتميز لغة الحالة بالوضوح، فهي لا تجد صعوبة في التعبير، و كان الاتصال معها سهل.

أما بالنسبة للعادات الحركية، فلاحظنا أن الحالة تتميز بفرط النشاط الحركي، حيث منذ دخولها المصلحة لا تستقر بمكان، فنجدها تنتقل من غرفة لأخرى، و كما لاحظنا أنها تقوم بحركات بالأيدي أثناء الكلام.

*** النشاط العقلي:**

"جميلة" امرأة ناضجة و ذات مستوى ذكاء عال، و هي اجتماعية، تتكلم بطلاقة ويتميز تفكيرها بالثبات، و لا تجد صعوبة في التواصل مع الآخرين، فهي تقيم علاقات بسرعة مع الغير، مما جعل علاقتنا معها سهلة أثناء الحصص العلاجية.

*** الطبع و العاطفة:**

خلال الأيام الأولى من الاستشفاء بدت الحالة مرحة و مبتسمة، و لكن من ناحية أخرى تبدو عليها مشاعر الخوف و الحيرة، و القلق على حالتها الصحية.

*** محتوى التفكير:**

منذ دخول الحالة **"جميلة"** المؤسسة الاستشفائية لوحظ عليها كثرة الكلام، و التساؤل حول أمرين هامين بالنسبة لها، فالأول يخص حالتها الصحية، شغلها الشاغل كيف ستتم العملية الجراحية؟ وهل ستستعيد بصرها؟ أما الأمر الثاني فيتعلق بقلقها بشأن بقاءها في المصلحة، و التفكير الدائم في عائلتها، و بالأخص طفلها الرضيع الذي تخلت عنه فجاة، و لا تستطيع رؤيته (و فقا لنظام المشفى)

*** القدرات العقلية:**

تتمتع **"جميلة"** بمستوى ذكاء عال، يبدو من خلال فهمها السريع للأمور و فطنتها، و لها ذاكرة قوية، كما تمتاز بشخصية اجتماعية تجعلها تتأقلم بسهولة مع الوضع الجديد، و لها مستوى لغوى عال.

*** الجلسات العيادية الخاصة بالعلاج السلوكي المعرفي وفقا لبروتوكول التحضير النفسي المطبق على الحالات:**

- قبل العملية الجراحية:

الجلسة الأولى:

الهدف من الجلسة: التعارف و إبرام العقد العلاجي

المدة: 45 دقيقة

بعد التحية و الترحيب بالحالة، ق امت الباحثة بالتعريف بنفسها و مهمتها كأخصائية نفسانية في عيادة طب العيون، كما ق امت بجمع البيانات الأولية عن الحالة من اسم ولقب و الحالة العائلية، والمستوى الدراسي، والمستوى الاجتماعي الذي تعيش فيه، كما ق امت بسؤال الحالة عن وضعها الصحي، و متى بدأت مشكلة الإعاقة البصرية معها.

و حاولت الباحثة من خلال هذه المقابلة جس النبض، و التعرف على الوضع الحالي و معاناة الحالة، ورصد كل التفاصيل المتعلقة بالجانب الأسري و المرضي للحالة، و ملاحظة الجانب غير اللفظي من حركات و إيماءات، ووجد ت أن **"جميلة"** كانت مهتمة بالموضوع ووافقت على التعاون معنا في الشروع في إجراء الجلساتت العلاجية، و التحدث بكل صراحة ووضوح عن وضعها الصحي و حياتها الخاصة، ومعاشها النفسي، و بدت مرتاحة أثناء الحديث معنا.

و قامت الباحثة بالإصغاء حتى النهاية لكل اهتمامات الحالة دون مقاطعتها، كما تم الاتفاق على موعد الجلسة المقبلة بالزمان و المكان.

الجلسة الثانية:

الهدف من الجلسة: - تطبيق الاختبار القبلي للقلق

- تعليم المفحوص تسجيل المواقف المقلقة

المدة: 40 دقيقة

لقد كان الهدف من هذه الجلسة تطبيق الاختبار القبلي للقلق كسمة وكحالة للتعرف على درجة القلق عند الحالة قبل خضوعها للعملية الجراحية للعين، فالتق ت الباحثة بالحالة في المكان و الزمان المحدد وقامت الباحثة بشرح ماهية الاختبار و تعليماته للحالة، وطلبت منها الاستفسار عن أي سؤال مبهم أو غامض وقمنا بتقديم الاختبار النفسي للحالة، و تركتها تجيب على مهل على عبارات الاختبار، و لم تجد أي صعوبة في فهمها.

و من خلال هذه الجلسة قامت الباحثة بالإصغاء للحالة و الحديث عن الأمور التي تسبب لها القلق من ظروف عائلية و صحية، فع لمت أن الحالة قد اكتشفت بعد إجراء الفحوصات التي تسبق العملية

أنها مصابة بمرض آخر لم تكن تعرفه و هو الغدة الدرقية (goitres) وهذا ما زاد حالتها النفسية سوءا، و كان سببا في ارتفاع مستوى القلق لديها.

فبعد تهدئة المفحوصة طلبت الباحثة منها استخدام كراسة خاصة و تسجيل مختلف المواقف المقلقة التي تحس بها في الوقت الحالي دون استثناء، و سوف نراجعها معا في الجلسة المقبلة.

الجلسة الثالثة:

الهدف من الجلسة: - التنفيس و الإفصاح عن المشاعر من خلال الواجب المنزلي

- تقديم الشروح الأولية حول العملية

- الاسترخاء

المدة: 45 دقيقة

لقد خصصنا هذه الجلسة لتحضير المفحوصة للعملية الجراحية للعين، لأنها الجلسة التي تسبق يوم الجراحة، فقامت الباحثة بمراجعة الواجب المنزلي مع الحالة لمعرفة الأمور المسببة للقلق عندها فوجدت أن حالتها الصحية هي مصدر قلقها، وخاصة بعد اكتشافها لمرضها المزمن (الغدة الدرقية) والذي أصبح يسبب لها أعراض مزعجة لم تشهدها من قبل خاصة أثناء النوم، مما جعل سلوكاتها تتغير فأصبحت منعزلة ومنطوية على ذاتها، تنفعل بسرعة و تشعر بضيق في التنفس.

و في المرحلة الثانية من الجلسة ق امت الباحثة بتقديم بعض الشروحات الأولية التي يجب على الحالة إتباعها و التي تخص السير الحسن للعملية و هي:

- الاستحمام يوم قبل العملية من اجل النظافة الشخصية، كما يساعد ذلك على الاسترخاء.

- تبسيط أجواء العملية للمريض كسؤال الحالة عن عملية التخدير و الوقت المخصص للجراحة، و ذلك لتبديد مخاوف المريض من ألم الجراحة، و تقبل العلاج.

- إقناع بعض الحالات التي تعاني من رفض، وهذا بإعطائها نسبة النجاح من قبل الطبيب الجراح.

- مدح الطبيب الجراح المشرف على العملية لتعزيز ثقة المفحوصة في كفاءته.

و في المرحلة الأخيرة من الجلسة، وللتخفيف من القلق ق امت الباحثة بتطبيق تقنية الاسترخاء على الحالة كطريقة علاجية، وخصصت لها تمارين خاصة بالجزء العلوي للجسم (الوجه و الرأس والكتفين والذراعين)، و قامت الباحثة بتطبيق تمارين الاسترخاء بمكتبي في العيادة الذي خصصناه لتطبيق البروتوكول العلاجي، حيث طلبت من الحالة الاستلقاء على الأريكة المخصصة لذلك، وأن تأخذ نفسا عميقا وأن تغمض عينيها، و دامت مدة الاسترخاء 20 دقيقة.

*** بعد العملية الجراحية:**

الجلسة الرابعة:

الهدف من الجلسة: - التعبير عن المشاعر

- تحضير المفحوصة لنهاية البروتوكول
- الاسترخاء

المدة: 40 دقيقة

بعد خروج الحالة من العملية الجراحية، ننتظر مرور الأيام الأولى، على الأقل يومين لنستطيع العودة لمقابلتها لإتمام الحصص العلاجية، لأنها تكون في حالة حرجة وبحاجة للراحة، وتبقى تحت مراقبة الفريق الطبي و الشبه طبي.

و في هذه المرحلة نراعي ظروف الحالة بعد العملية، فقامت الباحثة بالسؤال على حالها، ومعرفة نسبة نجاح العملية، كما قدمت لها بعض النصائح التي اعتدت على تقديمها لدعم عمل الفريق الطبي والمتمثلة في: عدم البكاء و الحزن بعد الجراحة، عدم الإفراط في الحركة و التنقل، و تجنب الحديث كثيرا مع الزوار و المرضى، و إتباع نصائح الطبيب.

كما قامت الباحثة برصد مختلف المواقف المقلقة التي سجلتها الحالة من خلال اعتمادها على تقنية المراقبة الذاتية و تمثلت فيما يلي: زيادة القلق عند الحالة أثناء الفحص الطبي اليومي وسماع التشخيص، دخول قسم الإنعاش، في قاعة الانتظار، قدوم الطبيب للغرفة، و ق امت الباحثة بالنقاش مع الحالة حول هذه المواقف المسببة للقلق خاصة عند الحالات المقبلة على العملية لأول مرة مثل حالة **" جميلة ".**

و في المرحلة الثانية من الجلسة قامت الباحثة بتطبيق بعض تمارين الاسترخاء على المفحوصة مع مراعاة وضعها الصحي، فخصصتها للمناطق الوسطى من الجسم، و ذلك لعدم تمكن الحالة من تحريك رأسها كثيرا، و دامت مدة الاسترخاء 15 دقيقة.

و اتفقت مع المفحوصة على موعد آخر جلسة في أقرب الآجال، قبل خروجها من المؤسسة الاستشفائية.

الجلسة الخامسة:

الهدف من الجلسة: - قياس بعدي

- تقويم البروتوكول و مناقشة الفائدة منه

المدة: 45 دقيقة

من خلال هذه الجلسة قامت الباحثة بتطبيق القياس البعدي للقلق على الحالة لمعرفة الفرق في الدرجة بين بداية البروتوكول و نهايته، كما ق امت بمناقشة مدى استفادة المفحوصة من البروتوكول العلاجي و هل تحس بالفرق قبل و بعد نهاية الجلسات العلاجية؟

فتجيب المفحوصة و تقول أنها تحس بالفرق بين أول جلسة و آخر جلسة، خاصة وأنها كانت تعاني من قلق شديد لدخولها مصلحة طب العيون لأول مرة، و كانت لديها خوف كبير من الجراحة ولكن بعدما بدأت في حضور حصص البروتوكول العلاجي وتطبيق تعليماته أحست بتغيير و راحة نفسية، كما تعلمت الحالة تقنية مراقبة الذات حيث صارت تعبر عن مشاعرها و مخاوفها، و تمكنت من التخفيف من قلقها عن طريق إعادة تطبيق تمارين الاسترخاء.

عرض و مناقشة اختبار القلق كسمة و كحالة للحالة الأولى "جميلة":

عرض و مناقشة اختبار سمة القلق:

لقد تحصلت الحالة **" جميلة "** في القياس القبلي في قياس سمة القلق على الدرجة 52 و هذه الدرجة تقع في المجال (41-60) و التي تشير الى وجود قلق شديد لديها، و لكن بالمقارنة مع نتائج القياس البعدي، نلاحظ أن الحالة تحصلت على درجة 38 و هي تدل على انخفاض واضح في مستوى القلق، مما يوضح لنا تحسن ملحوظ عند الحالة بعد تطبيق البروتوكول العلاجي

عرض و مناقشة اختبار حالة القلق:

أما في نتائج اختبار حالة القلق، فقد تحصلت الحالة **" جميلة "** في القياس القبلي على درجة 60 و هذه الدرجة مرتفعة و تشير الى قلق حاد، أي أن الحالة كانت تعاني أصلا من قلق، و بتدهور حالتها الصحية، و اكتشافها لأمراض أخرى خلال الفحوص الطبية ازدادت قلقا، و هذا ما تبينه النتائج ونلاحظ أن الدرجة التي تحصلت عليها **" جميلة "** في القياس البعدي لاختبار القلق هي 30، و هي درجة تدل على قلق خفيف و تنحصر ضمن المجال (21- 40) و هذا يدل على تحسن حالة المفحوصة بعد البروتوكول، و انخفاض قلقها.

ملخص المفحوصة الأولى " جميلة":

قبل العملية الجراحية للعين	**في الجلسة الأولى:** قامت الباحثة بالتعارف و إبرام العقد العلاجي مع الحالة واتفقت معها على الشروع في جلسات التحضير النفسي. **الجلسة الثانية:** فخصصت للقياس القبلي و وجدنا قلق شديد عند الحالة هو راجع لصدمة نفسية لدى المفحوصة نتيجة فقدان البصر بعد اكتشاف المرض الثاني و هو (الغدة الدرقية) **الجلسة الثالثة:** فدامت 40 د، و الهدف منها مراجعة الواجب المنزلي فسجلت الباحثة وجود صدمة، و دخول المفحوصة في عزلة، و نقص في السلوك الاجتماعي، فقامت الباحثة بتهدئة الحالة و تطبيق بعض تمارين الاسترخاء.
بعد العملية الجراحية للعين	**الجلسة الرابعة:** قامت الباحثة بالمتابعة و تحضير الحالة لنهاية البروتوكول فوجدت أنها استطاعت الخروج من عزلتها بعد نجاح العملية الجراحية ورؤية الجانب الايجابي للأمور، و التعايش مع الإعاقة البصرية. - في **الجلسة الخامسة:** بعد القياس البعدي للقلق انخفضت درجة القلق.
استنتاج عام	بفضل بروتوكول التحضير النفسي المطبق على الحالة لاحظت الباحثة أن المفحوصة صارت تنظر للحياة بتفاؤل، و تقبلت الإعاقة البصرية.

التقرير السيكولوجي للمفحوصة الثانية:

تقديم المفحوصة:

الاسم: أمال

السن: 25 سنة

الجنس: أنثى

المرض: انفصال الشبكية (décollement de la rétine)

تاريخ التقييم: 05- 02- 2017

مكان الفحص: عيادة طب العيون - وهران –

الاخصائية النفسانية: قمراوي ايمان

الاختبارات المستعملة:

1- اختبار فحص الهيئة العقلية

2- اختبار القلق كسمة و كحالة

1- التقييم العام للتاريخ الاجتماعي و النفسي:

أ- العائلة:

"أمال" فتاة شابة تبلغ من العمر 25سنة، من عائلة ميسورة الحال، تقكن بولاية بسكرة، تعيش مع والديها و إخوتها، و هي الفتاة الصغرى و المدللة في العائلة، توقفت مبكرا عن الدراسة بإرادتها في مستوى الثانية متوسط، لم تقم بأي تكوين أو تربص يؤهلها للعمل أو شغل وقت فراغها، وهي حاليا ماكثة في البيت.

ب- الإسعاف:

كان أول لقاء مع الحالة "أمال" بعد استشفائها بمصلحة طب العيون بصورة استعجاليه، و أثناء قيام الباحثة بالزيارات لجناح النساء، وجد ت " أمال " في حالة سيئة، و هي منهارة بالبكاء، و حتى

أطباء المصلحة رأوا ضرورة قيامنا بالفحص النفسي، و هكذا ق امت الباحثة بتخصيص جلسة مع المفحوصة لمعرفة وضعها الحالي.

ج- الحالة الصحية:

هذا أول دخول للحالة للمؤسسة الاستشفائية، و السبب هو عدم قيامها بالفحوصات الطبية الدورية بصورة منتظمة إلى أن تأزم الوضع، و فقدت الرؤية كليا، و هذا ما دفع بعائلتها لان تأتي بها على جناح السرعة، و في حالة استعجاليه ودخولها إلى مصلحة طب العيون.

2- اختبار القدرات العقلية:

"أمال" فتاة ذات بشرة بيضاء، و عينين بنيتين، و تمتاز بقامة متوسطة، وهي تعاني من مشكلة البدانة، و تبدو عليها ملامح الحزن و الحيرة.

عند أول لقاء مع "أمال" كانت متقبلة للعلاج، و خائفة جدا من العملية، لعدم علمها بما سيحدث لها، هيئتها الخارجية مقبولة، لكنها تبكي كثيرا، ولديها ذاكرة جيدة.

1-النشاط العقلي:

لاحظت الباحثة منذ أول حصة مع المفحوصة، تأقلمت مع الوضع بسهولة، و وجدت الاتصال سهل معها كونها اجتماعية بطبعها، إلا أنها في بعض الأحيان كانت تنزوي لوحدها في أوقات الحزن، ووجدت أن الحالة منذ دخولها كونت علاقات اجتماعية مع المرضى المحيطين بها بسهولة، و كلامها واضح و صريح.

2- الطبع و العاطفة:

تمتاز **"أمال"** بطبع هادئ، تلتزم بقوانين المستشفى، و لكنها وجدت في البداية صعوبة في التأقلم و عبرت عن ذلك بالبكاء، و لكنها عاطفية جدا، لها ملامح مبتسمة رغم الحزن الذي بداخلها.

3- محتوى التفكير:

وجدت الباحثة أن "أمال"كانت قلقة بخصوص حالتها الصحية، و هذا الأمر الذي يشغل بالها طوال الوقت، وتفكر بالعملية الجراحية التي سوف تخضع لها، و هي تتساءل دوما عن مدى نجاحها

ولكنها لا تدرك مدى خطورة الوضع الذي تعاني منه، لأنها لم تقم من قبل بأي فحوصات طبية للعين كونها ماكثة في البيت، كما وجدت الباحثة أنها تفكر في إنقاص وزنها لكي تبدوا أفضل بالنظر إلى سنها.

4- القدرات العقلية:

لاحظت الباحثة أن **"أمال"** لها توجيه زماني و مكاني جيد، و تعلم الهدف من دخولها المصلحة وهذا بغرض الفحص و العلاج، و هي تتبع نصائح الأطباء و النظام الداخلي للمؤسسة الاستشفائية، و لا تعاني من أي اضطرابات لغوية أو كتابية، تمتاز بذكاء متوسط نوعا ما.

* عرض الجلسات العيادية الخاصة بالعلاج السلوكي المعرفي وفقا لبروتوكول التحضير النفسي:

- قبل العملية الجراحية:

الجلسة الأولى:

الهدف من الجلسة: التعارف و إبرام العقد العلاجي

المدة: 45 دقيقة

خصصت هذه الجلسة للتعرف على التاريخ الأسري و المرضي للمفحوصة، و أسباب تواجدها في المؤسسة الاستشفائية، و إبرام عقد علاجي معها، بحيث نتفق فيه على الجلسات القادمة و الهدف منها ومحاولة كسب ثقة المفحوصة.

و من خلال هذه المقابلة قامت الباحثة برصد مختلف الملاحظات على المفحوصة، و تسجيلها فقد كان حديثها متمركز على حالتها الصحية أي حالة عينها، فكانت تراودها مخاوف بشأن الجراحة وكانت تبكي دائما لخوفها من فقد بصرها، فالحالة كانت تعيش حياة مستقرة في كنف عائلتها، لا تدرس و لا تعمل، فهي ماكثة في البيت، و تقضي كامل وقتها في النظر إلى البرامج التلفزيونية وصفحات الانترنت، و لساعات طوال، و هذا ما زاد الأمر سوءا.

و تعاني **"أمال"** من مشكلة البدانة، لأنها فتاة ماكثة في البيت و لا تقوم بأي نشاط لشغل وقت فراغها، و هذا الأمر يزعجها و يسبب لها الخجل أمام الآخرين بسبب مظهرها الخارجي، و تقول أنها ترغب في التغيير و القيام بحمية غذائية.

و حاولت ذلك عدة مرات، و لكنها لم تنجح، و ترجع السبب في ذلك عيشها في محيط مغلق، لا يسمحون لها بالخروج و العمل أو التكوين و ممارسة نشاطات خارج البيت، و هذا ما تلجأ للانترنت لأنها الوسيلة الوحيدة للتنفيس، و التفاعل مع الآخرين.

في الحقيقة لم تكن **"أمال"** تعلم بخطورة حالتها إلا مؤخرا بعد ظهور الأعراض والتي تتمثل في: نقص كبير في النظر، ظلمة محيطة بالعين، و بدأت بالتطور الى حد أنها لم تستطع الرؤية ، والسبب راجع للإهمال و عدم القيام بالفحوصات الدورية اللازمة منذ سنوات، و هذا بسبب عدم الوعي بأهمية الأمر.

و في آخر الجلسة حددنا موعد المقابلة القادمة، و التي تسبق موعد العملية الجراحية للعين.

الجلسة الثانية:

الهدف من الجلسة: - تطبيق الاختبار القبلي للقلق

- تعليم المفحوص تسجيل المواقف المقلقة

المدة: 40 دقيقة

التقت الباحثة مع **"أمال"** في الموعد المتفق عليه في المكتب الذي خصصته للقيام بجلسات البروتوكول العلاجي الخاص بالتحضير النفسي، و كان الهدف الرئيسي لهذه الجلسة هو القياس القبلي، فشرحت الباحثة للحالة محتوى الاختبار، و طريقة الإجابة على تعليماته، بشرط الإجابة بكل صدق وصراحة على عبارات الاختبار، و قامت الباحثة بمرافقة الحالة حتى النهاية للتأكد أنها أجابت على كل العبارات بشكل كامل

ثم خصص الوقت المتبقي لشرح محتوى البروتوكول للحالة، فطلبت الباحثة من الحالة أخذ كراسة خاصة، وتسجيل كل أمر تراه مقلقا بالنسبة لها في الوقت الحالي أثناء تواجدها بالمؤسسة

الاستشفائية مهما كان بسيطا، و هو ما يعرف بالمراقبة الذاتية، و سوف نقوم بمراجعتها معا في الجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة:

الهدف من الجلسة: - التنفيس و الإفصاح عن المشاعر من خلال الواجب المنزلي
- تقديم الشروح الأولية حول العملية
- الاسترخاء

المدة: 45 دقيقة

تعتبر الجلسة الثالثة أهم جلسة في البروتوكول العلاجي الخاص بالتحضير النفسي للمريض المعتمد على تقنيات العلاج السلوكي المعرفي، فمن خلال هذه المقابلة س تحاول الباحثة معرفة الأسباب المؤدية للقلق من خلال كراسة المراقبة الذاتية التي سوف تتعلم المفحوصة من خلالها كيفية مراقبة الذات ومعرفة الأمور التي تحدث معها و التي تسبب لها قلق نفسي، و بالتالي اكتشاف مصدر القلق ورصده ومتابعة هذه الطريقة كواجب منزلي تقوم به المفحوصة طوال فترة الاستشفاء.

و بعد الاطلاع على أسباب القلق عند المفحوصة، ارتأ ت الباحثة تركها تعبر عن مشاعرها ومخاوفها التي تسبق جراحة العين، و ق امت بتقديم مختلف الشروحات للحالة الخاصة بالبروتوكول العلاجي، و التي تسبق يوم العملية، و التي لابد من اتباعها و تتمثل في:

- الاستحمام و النوم باكرا
- تصحيح الأفكار الخاطئة عن العملية
- الابتعاد عن التفكير في الأمور المقلقة
- تعزيز ثقة المفحوصة في الطبيب الجراح، وإبراز كفاءته في العمل
- إتباع نصائح الفريق الطبي

و عند ملاحظتنا القلق التي تعانيه المفحوصة، ارتأ ت الباحثة القيام ببعض تمارين الاسترخاء قبل العملية الجراحية، فقمنا من خلال هذه الجلسة بالقيام بتمارين الاسترخاء على المناطق العلوية من الجسم (الرأس، الرقبة، و الكتفين) و تعلم التنفس العميق و دامت 20 دقيقة.

و في الأخير طلبت الباحثة منها تكرار هذه التمارين لوحدها في الغرفة عند وجود الجو الملائم لذلك وتركتها في وضع أفضل من الأول، وكانت متجاوبة معي أثناء الجلسة العلاجية، و يبدوا أن الاسترخاء خفف من التوتر الذي كانت تشعر به **"أمال"** في بداية المقابلة.

*** بعد العملية الجراحية:**

الجلسة الرابعة:

الهدف من الجلسة: - التعبير عن المشاعر

- تحضير المفحوصة لنهاية البروتوكول
- الاسترخاء

المدة: 40 دقيقة

بعد أيام قليلة من العملية، قامت الباحثة بزيارة المفحوصة للاطمئنان على وضعها، و تركت لها المجال للتعبير عن مشاعرها بعد العملية، وتحدثت الحالة بالأخص عن ظروف العملية ، وقالت أنها مرت بسلام، و لم تشعر بألم حتى بعد الاستيقاظ من التخدير الموضعي، و كانت هناك بعض الأعراض الجانبية التابعة لعملية التخدير و لكنها غير مزعجة، و علمنا أن العملية كانت ناجحة، و استرجعت **" أمال"** جزء قليل من بصرها، وهذا ما جعلها في وضع أفضل، و لكنها مازالت تحت المراقبة الطبية ولابد لها من إتباع نصائح الطبيب الجراح.

و قامت الباحثة بتحضير المفحوصة لنهاية البروتوكول من خلال الحوار معها، و في الأخير قامت بتطبيق بعض تمارين الاسترخاء حسب ما يسمح بهوضعها، و هي خاصة بالجزء السفلي من الجسم (الصدر و البطن و الرجلين) و دامت 15 دقيقة، و حددنا معا موعد الجلسة القادمة و الأخيرة في أقرب الآجال قبل خروجها من المصلحة.

الجلسة الخامسة:

الهدف من الجلسة: - قياس بعدي

- تقويم البروتوكول و مناقشة الفائدة منه

المدة: 45 دقيقة

خلال هذه الجلسة و التي تعتبر ختامية و تقويمية في نفس الوقت تضمنت مايلي:

- تطبيق القياس البعدي للقلق على المفحوصة لمعرفة الفرق بين بداية البروتوكول و نهايته في درجة القلق.

- قامت الباحثة بتشجيع المفحوصة على تطبيق تعليمات البروتوكول عند شعورها بحالات التوتر والقلق (كالاسترخاء)

- مناقشة مدى استفادة المفحوصة من البروتوكول العلاجي الخاص بالتحضير النفسي، و ماهو شعورها بعد نهاية الجلسات العلاجية.

فأجابت **"أمال"** أنها استفادت كثيرا من البروتوكول في التحكم انفعالاتها كالقلق و الخوف اللذان شعرت بهما عند دخولها المصلحة، و كما تعلمت الكثير من التقنيات كمراقبة الذات و التعبير عن مشاعرها من خلال الواجب المنزلي، كما تعلمت كيفية تطبيق تمارين الاسترخاء لوحدها في البيت.

كما قررت **"أمال"** بعد الشفاء تطوير ذاتها و إتباع حمية، و القيام بنشاطات مفيدة لشغل وقت فراغها.

عرض و مناقشة اختبار القلق كسمة و كحالة للحالة الثانية "أمال":

عرض و مناقشة اختبار سمة القلق:

تحصلت الحالة في هذا الاختبار على درجة 54 و هي تقع في المجال (41- 60) و يشير الى وجود قلق شديد عند الحالة، و هذا القلق كان واضحا عليها عند أول لقاء لنا بها، و لكن بعد تطبيق البروتوكول وبالمقارنة مع القياس البعدي انخفضت درجة القلق و أصبحت 38، و هذه الدرجة دليل واضح على تحسن الحالة بعد المتابعة النفسية.

عرض و مناقشة اختبار حالة القلق:

أما بالنسبة لنتائج اختبار حالة القلق، فتحصلت الحالة في القياس القبلي على درجة 59 وهذه الدرجة مرتفعة و مدل على قلق شديد، و لان الحالة كانت تعيش حالة من الخوف سببها خضوعها لعملية جراحية لاول مرة في حياتها، أما بعد تطبيق البروتوكول العلاجي تحصلت الحالة

على درجة 40 و هي تنحصر في المجال (21- 40) و ترمز الى قلق خفيف، و بالتالي انخفضت درجة القلق بعدما تحسنت حالة المفحوصة.

ملخص المفحوصة الثانية " أمال":

قبل العملية الجراحية للعين	**في الجلسة الأولى**: قامت الباحثة بالتعارف و الاتفاق على إبرام العقد العلاجي فوافقت فاقتربت منها فوجدت أنها تعيش المفحوصة حالة نفسية سيئة: انهيار و بكاء طوال الوقت **الجلسة الثانية**: فخصصت للقياس القبلي، ووجدت الباحثة ارتفاع في درجة القلق عند المفحوصة. **الجلسة الثالثة:** فسجلت الباحثة من خلال الواجب المنزلي اضطرابات في النوم والشهية بسبب الخوف من العملية الجراحية، و قمنا بالتخفيف من قلق المفحوصة بتطبيق تمارين الاسترخاء.
بعد العملية الجراحية للعين	**الجلسة الرابعة:** خروج الحالة من دائرة الحزن التي كانت تعيشها، و تمكنها من التعبير عن مشاعرها و مخاوفها. الاختلاط مع المرضى الآخرين و تكوين صداقات. **الجلسة الخامسة:** انخفاض ملحوظ في درجة القلق في القياس البعدي.
استنتاج عام:	بعد الخضوع لبروتوكول التحضير النفسي تمكنت " أمال" من إحراز تحسن ملحوظ، حيث تمكنت من التخلص من الأفكار السلبية والمخاوف التي كانت تراودها، و صارت أقل قلقا.

التقرير السيكولوجي للمفحوصة الثالثة " هوارية":

تقديم المفحوصة:

الاسم: هوارية

السن: 40 سنة

الجنس: أنثى

المرض: المياه الزرقاء (Glaucome) + انفصال الشبكية (décollement de la rétine)

تاريخ التقييم: 12-04 - 2017

مكان الفحص: عيادة طب العيون - وهران –

الاخصائية النفسانية: قمراوي ايمان

الاختبارات المستعملة:

1- اختبار فحص الهيئة العقلية

2- اختبار القلق كسمة و كحالة

1- التقييم العام للتاريخ الاجتماعي و النفسي:

ا- العائلة:

" هوارية" امرأة تبلغ من العمر 40 سنة، تقيم بوهران،توقفت مبكرا عن الدراسة في المستوى الابتدائي، و هي الآن ماكثة في البيت، مطلقة و أم لطفلين الأول يبلغ 10 سنوات، و الثاني عمره 8 سنوات، مستواها المعيشي دون المتوسط و هي تعتمد على أهلها لتعيل طفليها، بعد تخلي الأب عن مسؤولياته تجاههما.

بدأت قصة **" هوارية"** مع المرض أول مرة حين اكتشفت و هي في عمرها 14 سنة، أنها تعاني من حالة تسمى " المياه الزرقاء الولادية " " Glaucome congénital" و عدم اكتشافها للمرض مبكرا أدى بها لفقد أحد العينين، و عاشت منذ ذاك الحين بعين واحدة.

ب-الإسعاف:

كان اول لقاء مع **" هوارية"** بعد استشفائها بمصلحتنا بطب العيون، حيث طلبت مني الطبيبة المسؤولة عن حالتها رؤيتها فور دخولها لأنها حالة خاصة، و وضعها حساس، و هي مبرمجة لعملية دقيقة و خطرة، و قامت الباحثة بزيارتها بجناحها بغرفتها بجناح النساء للاطلاع على حالتها.

ج- الحالة الصحية:

بعد الاطلاع على ملف المفحوصة، علمت الباحثة أن لها سوابق مرضية، و هذه المرة الثالثة التي تدخل فيها المؤسسة الاستشفائية، و قد سبق لها أن قامت بعملية جراحية (الساد) او (الماء الأبيض)

عند نفس الطبيبة المسؤولة عن حالتها منذ الصغر، و تقول أن العملية كانت ناجحة، و لكن بعدما توفي والدها مؤخرا، تعرضت لانهيار عصبي وبكت كثيرا، وهذا ما أثر سلبا على حالة عينها، و تقول أنها نامت وأصبحت فصارت ترى سوى السواد، فعلمت بوضعها بعدما كان لديها معلومات سابقة عن هذا المرض فجاءت على جناح السرعة قاصدة مصلحة طب العيون، و أدخلت مباشرة الجناح لتبرمج للعملية الجراحية.

2- اختبار القدرات العقلية:

" هوارية" امرأة قصيرة القامة ذات بشرة سمراء و عينين بنيتين، تمتاز بجسم ممتلئ، لباسها نظيف و أنيق و مهتمة بشكلها الخارجي، و مبتسمة رغم ما تعانيه من الم وحزن.

عند أول لقاء مع المفحوصة كانت تبدوا متقبلة لوضعها رغم خطورته بعدما شرحت لها الطبيبة الجراحة الوضع، و هي تثق بها كثير و معتادة عليها منذ الصغر، لكن تقول رغم أني اعتدت على المشفى العمليات، إلا أن هذه المرة لا أدري ما يحصل معي أنا خائفة مما سيحدث لأنه آخر أمل لي وكانت تبكي كثيرا طوال الوقت.

1- النشاط العقلي:

من ناحية النشاط العقلي لا تعاني الحالة من أي اضطراب في التفكير أو الذاكرة، بحيث تتذكر كل التفاصيل حول حياتها الشخصية ومرضها، وهي اجتماعية بطبعها، تتواصل بسهولة مع الآخرين ولديها اتصال جيد مع أسرتها، و كان كلامها واضح وصريح.

2- الطبع و العاطفة:

تمتاز **" هوارية"** بطبع هادئ غالبا، إلا أنها تنفعل من حين لآخر عند تفكيرها في وضعها الحالي وتركها أولادها لوحدهم تبدأ بالبكاء، لديها عاطفة كبيرة اتجاه طفليها، فهي لا تملك سواهم، وهي امرأة حساسة جدا، و تغلب عاطفتها على سلوكها.

3- محتوى التفكير

بعد الحديث مع المفحوصة وجدنا أنها منشغلة بأمر واحد و هو العين، و نجاح العملية أو فشلها هو الذي يحدد المصير الذي ينتظرها، حيث تتمنى لو يبقى لها و لو أمل صغير في استعادة و لو جزء قليل من بصرها، كي تستطيع المشي لوحدها، فهي امراة مستقلة و معتمدة كثيرا على نفسها، ولا تحب الإعتماد على الغير في التنقل بعدما اعتادت الرؤية، و فقدانها يخيفها كثيرا.

4- القدرات العقلية:

تمتاز المفحوصة بتوجه زماني و مكاني جيد، وتعلم سبب تواجدها بالمصلحة، و هي متقبلة للوضع، و تتبع نصائح الطبيبة بشكل جدي، و تحرص على تناول أدويتها في وقتها، و لا تعاني من أي اضطرابات على مستوى اللغة.

*** عرض الجلسات العيادية الخاصة بالعلاج السلوكي المعرفي وفقا لبروتوكول التحضير النفسي:**

- قبل العملية الجراحية:

الجلسة الأولى:

الهدف من الجلسة: التعارف و إبرام العقد العلاجي

المدة: 45 دقيقة

قامت الباحثة من خلال هذه الجلسة بالاستفسار عن التاريخ المرضي و الأسري للمفحوصة وعن أسباب دخولها المصلحة، ثم ق امت بإعطاء المفحوصة نبذة عن بروتوكول التحضير النفسي وأهميته بالنسبة لحالتها، واتفقنا على إبرام عقد علاجي و الذي سيدوم طوال فترة الاستشفاء على حسب وضع المفحوصة.

ومن خلال هذه المقابلة تركت الباحثة المجال مفتوح للمفحوصة للحديث عن نفسها، و التعبير عن مشاعرها ومخاوفها، فتحدثت أولا عن وضعها و قصتها مع المرض إلى يومنا هذا، و قالت أنها عاشت طوال فترة شبابها بعين واحدة، و لم تبالي وكانت تمارس حياتها بشكل عادي دون الإحساس بالنقص.

إلا أن هناك عوامل مفجرة لهذا المرض، و هي الأزمة التي تعرضت لها مؤخرا بعد موت أبيها، و صراعها مع إخوتها حول قضايا عائلية، وبكائها كثيرا، كلها عوامل أثرت بشكل مباشر على العين، و أصابها ما يعرف بانفصال الشبكية أو سقوطها (DR) حيث أصبحت ترى بصف عينها سواد و عتمة، وبقي لها جزء جانبي فقط تبصر به، ولابد من التدخل الجراحي في الحين، و إلا ستفقد الرؤية كلية.

كما تحدثت عن عائلتها الصغيرة و المتكونة من ابنيها اللذان تعيش معهما بعد طلاقها من زوجها، و تحملها كامل المسؤولية على عاتقها ماديا و معنويا، و أنها تود لو تستطيع الخروج بسرعة للعودة للبيت والاعتناء بهما، و في نهاية الجلسة اتفقت مع**"هوارية"** على موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية:

الهدف من الجلسة: - تطبيق الاختبار القبلي للقلق

- تعليم المفحوص تسجيل المواقف المقلقة

المدة: 40 دقيقة

اقتصرت هذه الجلسة على أمرين مهمين و هما:

أولا: تطبيق الاختبار القبلي للقلق كسمة وكحالة، بعدما شرحت للمفحوصة المحتوى و كيفية الإجابة وقامت الباحثة بطرح الأسئلة عليها بسبب عدم تمكنها من قراءة العبارات نظرا لحالتها، كما شرحت وبسطت لها مصطلحات الاختبار حتى انتهينا من تفريغ كامل الإجابات معا.

ثانيا: تعليم المفحوصة تقنية مراقبة الذات، حيث طلبت منها تسجيل المواقف التي تسبب لها القلق سواء مع الأشخاص أو المواقف التي تصادفها خلال مكوثها في المؤسسة الاستشفائية، و ذلك بكتابتها في كراس خاص بمساعدة أحدهم، أو تذكرها فقط، و سوف نناقشها في الجلسة المقبلة.

الجلسة الثالثة:

الهدف من الجلسة: - التنفيس و الإفصاح عن المشاعر من خلال الواجب المنزلي

- تقديم الشروح الأولية حول العملية

- الاسترخاء

المدة: 45 دقيقة

قابلت الباحثة المفحوصة في التاريخ و الموعد المحددين قبل يوم العملية، وذلك من أجل مناقشة الواجب المنزلي و الذي يعتمد على تقنية مراقبة الذات و تسجيل المواقف المسببة للقلق لديها، و بعد التعرف عليها تمثلت في مواقف داخلية تحسها في نفسها كالخوف من عدم الرؤية مجددا، القلق مما سوف تقوله الطبيبة أثناء الفحص اليومي، حيث كانت تصاب برجفة و تزايد في ضربات القلب وإحساس بالبكاء أثناء سؤالها عن حالها من قبل الفريق الطبي عند الفحص.

فقامت الباحثة بتهدئة المفحوصة و الحديث معها لتحضيرها ليوم العملية، وذلك من خلال إعطاءها مجموعة من الشروحات الأولية التي تسبق الجراحة، رغم أنها ليست أول مرة لها في المصلحة، ولكن لابد من تذكيرها بهذه الأمور الهامة .

ثم في آخر الجلسة قامت الباحثة بتطبيق تقنية الاسترخاء، و كانت خاصة بالجزء العلوي للتخفيف من قلقها ودامت 15دقيقة، و لاحظ ت بعد الانتهاء منها ارتياح جسدي ونفسي على المفحوصة بعد عملية الاسترخاء، و طلبت منها تكرار هذه الحركات لوحدها إذا شعرت بالقلق.

*** بعد العملية الجراحية:**

الجلسة الرابعة:

الهدف من الجلسة: - التعبير عن المشاعر

- تحضير المفحوصة لنهاية البروتوكول
- الاسترخاء

المدة: 40 دقيقة

- زيارة المفحوصة بعد مرور يومين على العملية لنطمئن على وضعها.
- شعور الحالة بشكل أفضل بعد نجاح العملية الجراحية للعين، و لكن لا يزال بعض القلق يراودها رغم شرح الطبيبة الوضع لها بالتفصيل.
- تشجيع الحالة على التعبير والافصاح عن مشاعرها.
- تحضير الحالة لنهاية البروتوكول العلاجي
- تطبيق تقنية الاسترخاء (التنفس) لمدة 10 دقائق.

وبعد انتهاء الجلسة تركنا الحالة في وضع أفضل مقارنة بالجلسات السابقة، و حددنا معا تاريخ آخر جلسة.

الجلسة الخامسة:

الهدف من الجلسة: - قياس بعدي

- تقويم البروتوكول و مناقشة الفائدة منه

المدة: 45 دقيقة

قامت الباحثة خلال هذه الجلسة بتطبيق القياس البعدي للقلق (كسمة و كحالة) لمعرفة الفرق بين بداية و نهاية البروتوكول العلاجي، وكما ناقشت مع الحالة مدى استفادتها من الحصص العلاجية طوال فترة الاستشفاء، و كان ردها، في أنها راضية عن نفسها و تقول أنها استفادت كثيرا من ذلك وتعلمت أمور جديدة تفيدها في المستقبل، كالتحكم في القلق وتقول أنها اكتسبت ثقة أكبر في نفسها.

عرض و مناقشة اختبار القلق كسمة و كحالة للحالة الثالثة "هوارية":

عرض و مناقشة اختبار سمة القلق:

تحصلت الحالة **" هوارية "** خلال القياس القبلي لاختبار سمة القلق على درجة 63 وهي درجة جد مرتفعة تدل على قلق حاد، و هذا راجع لمشكلتها البصرية ، و لان حالتها أسوأ من الآخرين لأنها أملها الوحيد بعد أن فقدت بصرها في العين الأخرى، و هذا ما لمسناه أثناء الجلسة الأولى مع الحالة ولكن بالمقارنة مع نتيجة القياس البعدي تحصلت الحالة على درجة 36 و عي تدل على انخفاض واضح في معدل القلق، و هذا بعد نجاح العملية، و فعالية البروتوكول العلاجي.

عرض و مناقشة اختبار حالة القلق:

أما بخصوص نتائج القياس القبلي لحالة القلق، تحصلت الحالة على 54 وهذه الدرجة تدخل ضمن المجال (41- 60) و هي تدل على القلق الحاد، أي أن الحالة كانت أصلا تعاني من القلق، و فقدانها المفاجئ لبصرها بعد صدمة الوفاة، زاد من قلقها، أما في القياس البعدي انخفضت الدرجة الى 40 وهي درجة لابأس بها تدل على انخفاض واضح في نسبة القلق بعد المتابعة النفسية.

ملخص المفحوصة الثالثة " هوارية":

قبل العملية الجراحية للعين	**في الجلسة الأولى**: قامت الباحثة بالتعارف و الاتفاق على إبرام العقد العلاجي تحدثت الحالة عن قصتها مع المرض بعد أن عاشت كل شبابها بعين واحدة، وتكلمت عن العامل المفجر للمرض و هو (موت الأب) **الجلسة الثانية**: قامت الباحثة بالقياس القبلي، ووجدت نسبة قلق شديد عند الحالة وهذا بسبب فقدانها الكلي للبصر. **الجلسة الثالثة:** كان الهدف منها: مراجعة الواجب المنزلي والتعرف على أسباب القلق عند المفحوصة من خلال تقنية مراقبة الذات. قامت الباحثة بتطبيق تمارين الاسترخاء لتحضير الحالة للجراحة.
بعد العملية الجراحية للعين	**الجلسة الرابعة:** قامت الباحثة بزيارة المفحوصة و تحضيرها لنهاية البروتوكول ومعرفة وضعها الحالي من خلال الواجب المنزلي، والقيام ببعض تمارين التنفس **الجلسة الخامسة:** انخفاض درجة القلق عند المفحوصة في القياس البعدي.
استنتاج عام:	من خلال جلسات البروتوكول العلاجي لاحظت الباحثة أن " هوارية" كانت تعاني منذ طفولتها من مرض وراثي، و بعد وفاة والدها التي كانت سببا في إصابتها بسقوط شبكية العين، ولولا التدخل الجراحي المستعجل كانت ستفقد بصرها كليا، كما استفادت الحالة من تمارين الاسترخاء للتخفيف من قلقها.

التقرير السيكولوجي للمفحوصة الرابعة " فاطمة":

تقديم المفحوصة:

الاسم: فاطمة

السن: 35 سنة

الجنس: أنثى

المرض: انفصال الشبكية (décollement de la rétine)

تاريخ التقييم: 17- 10- 2016

مكان الفحص: عيادة طب العيون - وهران –

الأخصائية النفسانية: قمراوي ايمان

الاختبارات المستعملة:

1- اختبار فحص الهيئة العقلية

2- اختبار القلق كسمة و كحالة

1- التقييم العام للتاريخ الاجتماعي و النفسي:

أ- العائلة:

"فاطمة" امرأة متزوجة، تبلغ من العمر 35 سنة، تقطن بولاية تيارت و أم لطفلتين، الأولى 05 سنوات، و الثانية تبلغ 06 أشهر، توقفت عن الدراسة في سن مبكرة في الطور المتوسط، و هي حاليا ماكثة في البيت، تزوجت و كونت أسرة و تعيش مع زوجها في بيت الزوجية لكنها تعاني من عدة مشاكل عائلية و اقتصادية، لكنها تقول أنها تحملت كل شيء من أجل ابنتيها، بعدما كانت تعيش حياة عائلية مستقرة و جيدة مع والديها.

ب- الاسعاف:

لا تعاني المفحوصة من مشاكل صحية، إلا أنها نقلت إلى مصلحتنا في حالة إستعجالية بسبب حادثة وقعت لها أثناء شجار مع الزوج، تلقت ضربة على مستوى العين، حيث أصبحت لا ترى شيئا واحمرار شديد يغطي كامل محيط العين.

ج- الحالة الصحية:

كان أول لقاء مع الحالة أثناء زيارتنا للمرضى بالطابق الخاص بالنساء، فوجدنا **"فاطمة"** في سريرها تنتظر تبدوا عليها ملامح الدهشة، و كانت تبدوا قلقة حيث كانت تجلس بطرف السرير وتترقب، فاقتربنا منها لنتعرف على وضعها الحالي، فجلست و بدأت تسأل عن حالتها الصحية، ظنا

منها أنني طبيبة، فعرفتها بنفسي و وظيفتي، فرحبت بالأمر و أخبرتني ما حصل معها، و أنها تعاني من التهاب و احمرار على مستوى العين، و هي تعالج بالأدوية كمرحلة أولية، نم بعدها تشخص حالتها وتجرى لها العملية.

كما كانت تتساءل عن مدة مكوثها في المؤسسة، و كم ستدوم فترة العلاج؟ فوجدنا أن المفحوصة هي من الحالات النادرة التي لا تتوافد يوميا عندنا، فهي تستحق التعمق في دراستها، فحددنا معها موعدا لإجراء أول مقابلة، فوافقت و قالت أنها بحاجة ماسة للحديث عن معاشها و ما أصابها.

2- اختبار القدرات العقلية:

تمتاز **"فاطمة"** بقامة متوسطة، و هي نحيفة جدا، ذات بشرة سمراء، و وجه نحيف، و عينان سوداوان، تبدو عليها ملامح الحزن و الأسى، و تبدوا **"فاطمة"** من أول لقاء معها أنها امرأة مهتمة بنفسها، نظيفة و هندامها مرتب و أنيق، و لباسها مناسب لسنها.

أما لغة المفحوصة فتمتاز بالوضوح، و لديها سهولة في التعبير عن مشاعرها، كما أنها تستعمل لغتها العامية، و هي اجتماعية بطبعها، و يتمحور حديثها حول عائلتها خاصة و الأمور الهامة بالنسبة لها، كان الاتصال معها سهل، و كانت تبدوا صريحة و صادقة في حديثها.

أما من حيث العادات الحركية تمتاز **"فاطمة"** بعدم الاستقرار و الثبات في مكان، في أثناء حديثها، تستخدم يديه بكثرة في الشرح، و تحرك عينيها، كما تقوم بتغيير وضعية جلوسها من حين لآخر، تقف ثم تجلس، كما لاحظت الباحثة تجولها في الغرف بين المرضى و تبادل مع بعضهم البعض خارج أوقات الفحص، للسؤال عن مرضهم و تمضية الوقت، و التعارف.

1- النشاط العقلي:

"فاطمة" امرأة ناضجة، متزوجة و لها مسؤولية أسرة، مهتمة بنفسها و بتربية بناتها، و تقول أنها نجحت في تربية ابنتها الكبرى أحسن تربية، حيث ترى أنها اجتماعية بطبعها، وتقيم علاقات بسرعة مع الآخرين، و لديها فكر منفتح، تتمنى أن تنجحا ابنتيها في الدراسة على عكسها هي، و كانت المفحوصة تتحدث في كل المواضيع بطلاقة، و لم نجد صعوبة في تكوين علاقة علاجية معها.

2- الطبع و العاطفة:

تمتاز **"فاطمة"** بطبع مرن، تتأقلم مع مختلف الظروف من حولها رغم صعوبة ما تمر به، إلا أنها تبتسم طوال الوقت و تتحدث مع الجميع دون خوف أو خجل، كما أنها عاطفية جدا و هذا يظهر أثناء حديثها عن ابنتيها و تفكيرها المستمر فيهما وبالأخص الصغيرة ، و التي افترقت عنها وهي رضيعة بسبب المرض، و لا تستطيع رؤيتها، و تظهر عاطفتها اتجاه زوجها في مسامحتها له في العديد من المرات، وعاطفتها اتجاه المرضى أيضا.

3- محتوى التفكير:

تركز محتوى تفكير **"فاطمة"** في أمرين مهمين، الأول حالتها الصحية، و متى سوف تعالج وتنتهي و تعود لبيتها و ترتاح، وكم ستمكث قس المستشفى، أما الأمر الثاني فهو تفكيرها الدائم بابنتها الرضيعة ذات الست أشهر التي تركتها وراءها وعدم تمكنها من رؤيتها، وبعدها عن العائلة ، وترك بناتها عند الأخ، و مصيرها بعد الخروج من هنا في قضية الطلاق المعلقة.

4- القدرات العقلية:

تتميز **"فاطمة"** بفطنة و ذكاء في أمورها الحياتية رغم أنها لا تملك أي مؤهل علمي، إلا أنها تحاول جاهدة فهم الأمور من حولها، و السؤال عما تجهله و لها ذاكرة قوية، حيث تتذكر كل الأحداث عن ماضيها، و مختلف تفاصيل حياتها، كما أنها تتأقلم بسهولة مع الوضع الجديد كونها اجتماعية بطبعها.

*** عرض الجلسات العيادية الخاصة بالعلاج السلوكي المعرفي وفقا لبروتوكول التحضير النفسي:**

- قبل العملية الجراحية:

الجلسة الأولى:

الهدف من الجلسة: التعارف و إبرام العقد العلاجي

المدة: 45 دقيقة

خصصنا هذه الجلسة للتعرف على التاريخ الأسري و المرضي للحالة بالتفصيل، و الدخول مع الحالة في علاقة علاجية و محاولة كسب ثقة المفحوصة، و بدورها لم تبخل علينا بمختلف المعلومات عن وضعها العائلي و الصحي.

و من خلال هذه المقابلة رصدنا مختلف الملاحظات التي صاحبت حديث المفحوصة من سلوكات وإيماءات، فلاحظنا أن "فاطمة" لم تتوقف عن الحديث، حيث انتقلت من موضوع لآخر، عيث أخبرتنا بقصتها هي و عائلتها الصغيرة، و نحن بدورنا لم نقطع حديثها و أصغينا لها حتى النهاية، وكنا نتدخل من حين لآخر للسؤال عن بعض الأمور التي تهمنا، كما كانت الحالة متأثرة جدا بالأمر، و بدا ذلك في تركيزها معنا حتى الأخير، و كانت أحيانا تطرح أسئلة عن وضعها الصحي، تستعمل يديها في الحديث، و كانت تبدي اهتماما أكبر لأمورها الشخصية و عائلتها.

فمن أول مقابلة أجريناها مع المفحوصة لاحظنا أنها تعيش حالة من التوتر و الارتباك لدخولها المصلحة، و إضافة إلى الوضع الأسري غير المستقر، فهي أم لطفلتين وهي الآن تطالب بالطلاق من الزوج، و دخلت المؤسسة الاستشفائية بسبب ضرب الزوج لها على مستوى العين، بسبب خلافات شخصية بينهما، و تركت أطفالها في منزل أخيها، و عدم على رؤية ابنتها الرضيعة يؤرقها، و يجعلها لا تستقر على جال، فهي الآن بين أمرين صحتها و ابنتيها، هذا ما جعلها قلقة، و بحاجة إلى المساعدة فتقول: أنها وجدت الراحة في الحديث معنا، و أنها كانت بحاجة ماسة لمن يسمعها و يخفف عنها، و في الأخير حددنا موعد الجلسة القادمة في أقرب الآجال.

الجلسة الثانية:

الهدف من الجلسة: - تطبيق الاختبار القبلي للقلق

- تعليم المفحوص تسجيل المواقف المقلقة

المدة: 40 دقيقة

التقينا مع المفحوصة في المكتب الخاص بنا في الموعد الذي حددناه سابقا، و هذا بهدف تطبيق الاختبار القبلي للقلق كحالة و كسمة، في جو يسوده الهدوء، ليتسنى لها أخذ كامل وقتها، و الإجابة على

عبارات الاختبار، و هذا طبعا بعدما شرحنا لها تعليمات الاختبار، و كيفية الإجابة، بشرط أن تلتزم بالصراحة و الوضوح، و أن تكون الاستجابات صادقة، تعبر عن ما تحسه في الوقت الراهن.

فبعد إجابتها على أسئلة الاختبار، خصصنا كالعادة الوقت المتبقي لمعرفة الظروف الحالية التي تعيشها المفحوصة في المؤسسة الاستشفائية و تسبب لها قلق، و قمنا بالطلب منها أن تقوم بتخصيص كراسة خاصة بالمراقبة الذاتية، حيث تقوم بتدوين جميع المواقف و الأوضاع التي تشعرها بالخوف أثناء تواجدها في المصلحة، أو تسبب لها قلق، لمراجعتها معا في المقابلة القادمة، و معرفة الأسباب المؤدية للقلق عندها و محاولة التخفيف منها.

الجلسة الثالثة:

الهدف من الجلسة: - التنفيس و الإفصاح عن المشاعر من خلال الواجب المنزلي
- تقديم الشروح الأولية حول العملية
- الاسترخاء

المدة: 45 دقيقة

هذه الجلسة هي التي تسبق يوم العملية، وخصصناها أولا لتقديم الشروحات الأولية التي تهم الحالة، و التي تكون على المستوى المعرفي، كتصحيح المفاهيم الخاطئة عن العملية الجراحية وإعطاء المفحوصة نظرة حول الإجراءات المتبعة و الوقت المستغرق عادة، و الاجابة على مختلف تساؤلاتها.

ثم قدمنا لها مجموعة من الأمور الروتينية التي لابد لها من إتباعها قبل يوم العملية، كالاستحمام و النوم باكرا، و الابتعاد عن الأمور المقلقة، و قمنا بالحوار مع الحالة و تبسيط أجواء العملية وطمأنتها من خلال إبراز كفاءة الطبيب الجراح المشرف على العملية.

ثم بعد هذه الخطوة راجعنا كراسة المراقبة الذاتية للتعرف على الأمور المسببة للقلق لدى المفحوصة ، فوجدنا أنها تحس بالقلق أكثر كلما اقترب موعد الجراحة، و عند التوجه للفحص اليومي بالقاعة المظلمة(chambre noir) حيث تزداد نبضات قلبها، و هذا بسبب خوفها مما سوف تسمعه من طبيب العيون عن وضعها.

و للتخفيف من قلقها لجأنا الى تطبيق تقنية الاسترخاء، بداية بالتمارين البسيطة و خصصنا هذه الجلسة لتطبيق الاسترخاء على المناطق العلوية من الجسم (الرأس و الرقبة و الكتفين) مع تعلم التنفس العميق.

فطلبنا من المفحوصة الاستلقاء و التنفس بعمق عدة مرات حتى تشعر بأنها مرتاحة، ثم بدأنا مباشرة بتمارين الاسترخاء، فطلبنا منها إغماض عينيها، و التفكير بأنها في مكان هادئ (في البحر أو الطبيعة) و التركيز معنا فيما سوف نقوله لها فقط.

و لما تبين لنا أن المفحوصة أصبحت مرتاحة، بدأنا مباشرة بتطبيق تمارين الاسترخاء فطلبنا منها الضغط على أعضاء الوجه واحدا تلوى الآخر من أعلى إلى أسفل، مثلا الشد على الجبهة لمدة سبع ثواني ثم إرخاء العضلة، و هكذا حتى الوصول إلى الكتفين و الذراعين، و استمرت العملية نصف ساعة تقريبا.

وفي آخر الجلسة طلبنا من المفحوصة تكرار تمارين الاسترخاء لوحدها في الغرفة عند توفر الجو الملائم لذلك، و عند إحساسها بالتوتر، كما لاحظنا أن هناك تحسن ملحوظ بعد الانتهاء من الجلسة العلاجية.

*** بعد العملية الجراحية:**

الجلسة الرابعة:

الهدف من الجلسة: - التعبير عن المشاعر

- تحضير المفحوصة لنهاية البروتوكول
- الاسترخاء

المدة: 35 دقيقة

بعد خضوع المفحوصة لجراحة العين، عدنا بعد مرور عدة أيام لأطمئن على حالها و نتابع وضعها، مع العلم أن العملية التي أجريت لها كانت صعبة نوعا ما، و تقربنا من المفحوصة و سألناها عن وضعها، فأجابت أنها بخير، و لم تشعر بشئ أثناء العملية إلا الأعراض المعتادة بعد الجراحة كانت مزعجة بالنسبة لها، و قالت أن العملية مرت في أحسن الظروف، و يقول الأطباء أن وضعها مستقر.

وفي هذه الجلسة حاولنا مراعاة ظروف المفحوصة، و قلصنا من وقت الجلسة حسب ما يتماشى مع وضع الحالة الصحي، فقمنا بالحوار معها، حيث قدمنا لها مجموعة من النصائح التي يتضمنها البروتوكول العلاجي و التي تعطى للمريض بعد جراحة العين و تتمثل في مايلي:

- التحلي بالصبر و إتباع نصائح الأطباء حرفيا.
- عدم التفكير بالأمور المقلقة، و عدم البكاء، و جعل صحتها من أولوياتها
- التقليل من الحركة و خاصة الرأس، و عدم بذل أي مجهود قد يؤدي الى فشل العملية.

و في حالة **" فاطمة"** كانت العملية ناجحة واستعادت جزء قليل من بصرها، و هذا ما جعلها تحس بتحسن مقارنة مع غيرها من المفحوصات، و في نهاية الجلسة، وبموافقتها قمنا بتطبيق تمارين الاسترخاء الخاصة بالجزء السفلي من الجسم (البطن و الصدر والرجلين).

وتجاوبت معنا، و ساعدتها التمارين في عدم التفكير و لو قليلا بالمرض، و تحسن حالتها النفسية وحددنا مع المفحوصة موعد الجلسة المقبلة في أقرب الآجال، أي قبل خروجها من المصلحة.

الجلسة الخامسة:

الهدف من الجلسة: - قياس بعدي

- تقويم البروتوكول و مناقشة الفائدة منه

المدة: 45 دقيقة

و بعد مرور أيام معدودة على جراحة العين، توجهنا مع المفحوصة الى المكتب المخصص بتطبيق البروتوكول العلاجي للقيام بالقياس البعدي للقلق، و قدمنا لها الاختبار نفسه من أجل الإجابة على عباراته، و ملاحظة الفرق بين القياس القبلي و القياس البعدي.

و قبل نهاية الجلسة و في نقاش مفتوح، حاولنا معرفة مدى استفادة المفحوصة من جلسات البروتوكول العلاجي و المتابعة النفسية، و ماهو شعورها بعد القيام بهذه الخطوة؟ و هل هناك تغيير بين أول و آخر جلسة؟

فأجابت بأنها راضية عن وضعها، و تقول بـأنها استفادت كثيرا من هذه التجربة، و ساعدتها في تخطي أزمة المرض، و مواجهة القلق الذي كانت تعاني منه عن طريق تمارين الاسترخاء التي تعلمتها، كما قررت بعد خروجها من المؤسسة الاستشفائية العودة لحياتها، و أخذ قرارات حاسمة فيما يخص ما مرت به، و هي مصرة علة أمر الطلاق، و العيش رفقة ابنتيها بسلام.

عرض و مناقشة اختبار القلق كسمة و كحالة للحالة الرابعة "فاطمة":

عرض و مناقشة اختبار سمة القلق:

لقد تحصلت الحالة **" فاطمة "** في القياس القبلي في اختبار سمة القلق على الدرجة 62 و هذه الدرجة تقع في المجال (61- 80) و هي تشير إلى وجود القلق الشديد، أي أن الحالة تعاني من درجة مرتفعة جدا من القلق، و هذا راجع للعنف الذي تعرضت له الحالة، و هي لا تزال تحت الصدمة، ولكن بالمقارنة مع نتائج القياس البعدي، نلاحظ أن الحالة تحصلت على درجة 37 و هي تدل على انخفاض واضح في مستوى القلق، مما يوضح لنا تحسن ملحوظ عند الحالة بعد تطبيق البروتوكول العلاجي وأصبح لديها قلق من النوع الخفيف.

عرض و مناقشة اختبار حالة القلق:

أما بالنسبة لنتائج اختبار حالة القلق، فتحصلت الحالة في القياس القبلي على درجة 55 وهذه الدرجة مرتفعة و تشير إلى قلق شديد، و لان الحالة كانت تعيش ظروف مأساوية أثرت بشكل كبير على معاشها النفسي، أما بعد تطبيق البروتوكول العلاجي تحصلت الحالة على درجة 39 و هي تنحصر في المجال (21- 40) و تشير إلى قلق خفيف، و بالتالي انخفضت درجة القلق عند المفحوصة بعدما استفادت من العلاج.

ملخص المفحوصة الرابعة " فاطمة":

قبل العملية الجراحية للعين	**الجلسة الأولى**: إبرام العقد العلاجي و جمع البيانات، و لاحظنا الأتي: - تعيش الحالة صدمة نفسية نتيجة الفقدان المفاجئ للبصر بعد تعنيف الزوج لها. - معاناة المفحوصة من مشاكل نفسية و اجتماعية وأهمها قضية الطلاق. - المفحوصة أم لطفلتين، و تعيش ألم فراق ابنتها الرضيعة. **الجلسة الثانية**: فخصصت للقياس القبلي، وجدنا ارتفاع في درجة القلق **الجلسة الثالثة:** من خلالها تم تحضير المفحوصة للعملية الجراحية و تطبيق تمارين الاسترخاء.
بعد العملية الجراحية للعين	**الجلسة الرابعة:** تم فيها: - ساهمت الجلسات العلاجية في فتح المجال للحديث عن تجربتها القاسية ومعاشها النفسي و الأسري. - تطبيق تمارين التنفس **الجلسة الخامسة:** انخفاض ملحوظ في درجة القلق في القياس البعدي
استنتاج عام:	من خلال جلسات بروتوكول التحضير النفسي لاحظنا أن " فاطمة" كانت تعاني من مشاكل نفسية في محيطها الأسري، وتعنيف من قبل الزوج، و الذي كان سببا مباشرا في دخولها المستعجل للمؤسسة الاستشفائية. استفادت الحالة من الجلسات العلاجية وتمارين الاسترخاء.

التقرير السيكولوجي للمفحوص الخامس:

تقديم المفحوص:

الاسم: سمير

السن: 30 سنة

الجنس: ذكر

المرض: انفصال الشبكية (décollement de la rétine)

تاريخ التقييم: 27- 03- 2016

مكان الفحص: عيادة طب العيون - وهران –

الاخصائية النفسانية: قمراوي ايمان

الاختبارات المستعملة:

- اختبار فحص الهيئة العقلية

- اختبار القلق كسمة و كحالة

1- التقييم العام للتاريخ الاجتماعي و النفسي:

أ- العائلة:

"سمير" شاب أعزب في مقتبل العمر، يبلغ من العمر 30 سنة، يقطن بولاية وهران ومتحصل على شهادة جامعية، يعيش وسط عائلته مع إخوته في مستوى معيشي متوسط الحال، حيث يعمل **"سمير"** في القطاع الخاص ليعيل نفسه، و يساعد أسرته، تبدوا عليه مشاعر الحزن والحيرة وهو شخص خجول، يرتدي نظارات سميكة تغطي كل محيط العين، لأنه يعاني منذ الصغر من نقص شديد في البصر أو ما يعرف ب (Myopie)

ب- الاسعاف:

هذا أول دخول المفحوص لمصلحتنا لطب العيون، بعدما أرسل بصورة استعجاليه من طرف طبيب مختص لإجراء عملية جراحية جد دقيقة للعين، و كان أول لقاء لنا مع الحالة **"سمير"** بعد دخوله المؤسسة الاستشفائية في جناح الرجال خلال زيارتنا الدورية للطابق، و لقد شد انتباهنا بعد مشاهدة حالته المستعصية، حيث كان مستلقي في فراشه مهموم، و تبدوا عليه ملامح التعب و الإرهاق فتقربنا منه واستفسرنا عن وضعه، فوجدنا أنه بحاجة الى عناية خاصة و متابعة نفسية، و هذا نظرا الى عمره و حالة عينه.

ج- الحالة الصحية:

بعد اطلاعنا على الملف الطبي للمفحوص وجدنا أنه لا يعاني من أي مرض عضوي آخر سوى مشكلة العين، فهو مقبل على عملية جراحية دقيقة و مستعجلة، و هذه ليست المرة الأولى التي يخضع فيها **" سمير"** لعملية جراحية، فقد قام بأول عملية له في عيادة خاصة والمتمثلة في إزالة "الماء الأبيض" او " الساد" و كان ذلك منذ بضع سنوات، و لكنه لم يولي الأمر أهمية ، فبمجرد استعادته لبصره عاد لحياته بشكل عادي رغم تحذير الطبيب له، و طلبه الاحتفاظ قدر الإمكان، و نتيجة الاستهزاء و عدم معرفته بخطورة الوضع تعرض **"سمير"** لمرض سقوط الشبكية، و هذا راجع للعمل الشاق الذي كان يمارسه في حياته اليومية، و الذي سبب له الإرهاق مما أثر سلبا على حالة عينه، و الآن لا يوجد أمامه حل سوى الخضوع للجراحة لاستعادة و لو القليل من نور بصره قبل فوات الأوان.

2- اختبار القدرات العقلية:

"سمير" شاب أعزب، أسمر البشرة، طويل، نحيف الجسم، ذا عينان بنيتان، خجول، غير مهتم بمطهره الخارجي، يخمل نظارات سميكة يرتديها دوما حيث لا يستطيع النظر من دونها، تبدوا عليه ملامح الحزن و الكآبة، يتكلم بصوت منخفض، يبقى دائما جالسا في مكانه، منعزلا لوحده إلا إذا نودي للفحص الطبي.

أول لقاء مع المفحوص: عند حديثنا معه كان واعيا بوضعه، لكنه يرجع الامر للظروف القاسية التي مر بها، و طبيعة العمل الذي يمارسه هما السبب الرئيسي في ما حصل معه، لان حمل الأثقال والتعرض طوال اليوم لشاشة الكمبيوتر يؤثر بشكل سلبي على شبكية العين خاصة في حالة **"سمير"** فلديه شبكية حساسة جدا، و لقد خضع مسبقا لعملية جراحية للعين، و الآن هو متقبل للوضع نوعا ما غير متفاءل، و لكنه يتمنى لو تنجح و لو بنسبة ضئيلة.

- النشاط العقلي:

من ناحية القدرات العقلية نلاحظ أن **"سمير"** شخص ذكي، و لديه مستوى عال في التفكير، جيد الفهم، يجيب على الأسئلة المطروحة و يهتم للأمر، واعي و مستبصر بمرضه، تركيزه مضطرب بسبب قلقه، و لديه خوف موجه نحو الذات بسبب إعاقته البصرية، كما لديه ذاكرة قوية، بحيث يتذكر **"سمير"** كل التفاصيل عن قصته مع المرض و عن حياته الخاصة، كلامه واضح و صريح، إلا أن مشكلته البصرية جعلته يبتعد عن الآخرين و لا يتواصل معهم، وصار منعزلا و منغلق على نفسه.

- الطبع و العاطفة:

يمتاز **"سمير"** بطبع هادئ، لكنه يخفي قلق كبير بداخله، حيث عند الحديث معه نشعر باضطرابه و قلقه على وضع عينه في المستقبل، و هو شخص حساس جدا يتأثر بسهولة لحد البكاء وهو شخص محب للناس، و لديه عاطفة كبيرة اتجاه عائلته.

- محتوى التفكير:

تبدوا أفكاره واقعية و عقلانية، و كلها تصب في قالب واحد و هو حالة عينه، و تساؤلاته المتكررة: هل ستنجح العملية؟ و كم نسبة النجاح؟ و خاصة أنه لا يزال في مقتبل العمر، و نظره ضعيف حتى قبل العملية الجراحية.

- القدرات العقلية:

لديه توجه زماني و مكاني جيدين، كما يعلم بسبب تواجده في المؤسسة الاستشفائية، لغته مفهومة وواضحة، لكنه قليل الكلام مع الغرباء، يلتزم الصمت طوال الوقت، واعي بحالته و متعاون معنا ولديه رغبة في الشفاء، لا يعاني من مرض عقلي.

*** عرض الجلسات العيادية الخاصة بالعلاج السلوكي المعرفي وفقا لبروتوكول التحضير النفسي:**

- قبل العملية الجراحية:

الجلسة الأولى:

الهدف من الجلسة: التعارف و إبرام العقد العلاجي

المدة: 45 دقيقة

قمنا في هذه الجلسة الاستفتاحية بالتعرف على الحالة أكثر و الاتفاق معه على إبرام العقد العلاجي و شرحنا له جميع ما يجب الالتزام به من حصص علاجية طوال فترة الاستشفاء، فوافق المفحوص على ذلك ورحب بالأمر، و بعد ذلك قمت بسؤاله عن تاريخه المرضي و الأسري، و عن الأسباب التي جعلته يأتي إلى هنا للعلاج، و فسحنا له المجال للحديث عن قصته مع المرض من البداية، و التعبير عن أفكاره ومخاوفه.

فبدأ **"سمير"** بالحديث عن طفولته حيث قال: " لقد كنت أعاني منذ صغري من نقص شديد في النظر، و كنت أرتدي نظارات سميكة من دونها لا أستطيع الرؤية، و عندما أنهيت دراستي الجامعية لم أجد عملا في التخصص، فعملت في القطاع الخاص كي أعيل عائلتي، و كنت أقوم بأعمال شاقة دون ما أدري خطورتها على صحتي، فأصبحت في البداية أرى غمام أبيض على عيني، و قمت قبل ثلاث سنوات بعملية الساد في عيادة خاصة و نجحت، و أتممت حياتي عادي دون مبالاة بخطورة الأمر، إلى أن أصبحت أرى السواد في منتصف عيني من فوق، و لم أعرف ماذا يحصل معي، حتى أصبحت لا أرى سوى السواد، فأرسلني الطبيب على جناح السرعة لمصلحتكم هنا في طب العيون لإجراء عملية (DR) و لهذا أنا هنا، و أتمنى أن تنجح العملية، رغم أن نسبة النجاح غير مشجعة وهذه هي قصتي مع المرض"

كما قمنا بسؤال الحالة عن معاشه الأسري و أحواله الاجتماعية، فيرد قائلا: " أنا أعيش في عائلة متوسطة الحال، و كنت أعمل كي أساعدهم في مصاريف البيت، لأني الولد الأكبر في العائلة، إخوتي

مازالوا يدرسون، وأبي متقاعد، وأنا شخص أحس بالمسؤولية اتجاههم وأريد المساعدة في البيت حتى و إن لم يطلبوا مني".

وبعد أن قامت الباحثة بالإصغاء للمفحوص حتى النهاية، وأخبرته بضرورة القيام بالعملية الجراحية، و من أجل الاستعداد لها حددنا في أقرب وقت موعد الجلسة المقبلة.

الجلسة الثانية:

الهدف من الجلسة: - تطبيق الاختبار القبلي للقلق

- تعليم المفحوص تسجيل المواقف المقلقة

المدة: 40 دقيقة

في هذه الجلسة قامت الباحثة بتطبيق القياس القبلي مباشرة على المفحوص بعدما شرحت له محتوى المقياس، و الهدف منه و طريقة الإجابة، و طبعا قامت بمتابعة المفحوص حتى النهاية لقراءة العبارات التي يصعب عليه رؤيتها أو فهمها، و لاحظت أن **"سمير"** لم يجد صعوبة في فهم العبارات، لأنه يتمتع بمستوى علمي عال، فلقد أجاب على كل الأسئلة بدون أي صعوبة.

و في الوقت المتبقي من الجلسة، قامت الباحثة بإعطاء المفحوص الواجب المنزلي و المتمثل في تسجيل مختلف المواقف المقلقة التي يتعرض لها أثناء تواجده بالمصلحة من الصباح للمساء مع المرضى أو مع العاملين في المؤسسة و رصدها جميعا وكتابتها في كراسة أو ورقة و الاحتفاظ بها للجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة:

الهدف من الجلسة: - التنفيس و الإفصاح عن المشاعر من خلال الواجب المنزلي

- تقديم الشروح الأولية حول العملية

- الاسترخاء

المدة: 45 دقيقة

قبل يوم العملية التقت الباحثة مع المفحوص في المكتب الخاص بتطبيق البروتوكول، وتناقشت معه في البداية حول الواجب المنزلي و تقنية المراقبة الذاتية حيث نتج عنها:

- شعور الحالة بالخوف و التوتر في قاعة الفحص.

- معاناة الحالة من اضطرابات النوم و فقدان الشهية منذ دخوله المؤسسة.

- زيارة احد أعضاء الفريق الطبي لغرفة المفحوص تسبب له القلق.

و بعد تسجيل الأمور المقلقة التي يعاني منها الحالة ق امت الباحثة بتقديم الشروح اللازمة التي تسبق العملية الجراحية للعين، و في آخر الجلسة طبق ت على المفحوص بعض تمارين الاسترخاء للتخفيف من قلقه و توتره الذي يسبق يوم الجراحة، ولاحظ ت تجاوبا من قبله بعد الانتهاء منها، كما لاحظت ارتياح نفسي و جسدي.

*** بعد العملية الجراحية:**

الجلسة الرابعة:

الهدف من الجلسة: - التعبير عن المشاعر

- تحضير المفحوص لنهاية البروتوكول
- الاسترخاء

المدة: 40 دقيقة

قامت الباحثة بزيارة المفحوص بعد يوم من العملية لأطمئن على حالته، فوجد ته في سريره مع الأدوية، و كانت حالته حرجة نوعا ما، فلقد طلب منه الطبيب الحذر و عدم الإفراط في الحركة بعد العملية لان النجاح ليس مؤكد بعد، و سألناه عن وضعه فقال: " الحمد لله، راني مقلق لان النتيجة مابانتش، و مازلت نشوف الضباب" و تركنا له المجال للتعبير و الإفصاح عن مخاوفه و أحاسيسه.

و في مثل حالة **"سمير"** نجد أن العملية صعبة، و خاصة عندما يكون هناك نقص سابق في النظر، فلا تظهر النتائج بسرعة، كما أن مفعول الدواء يزيد الضباب في العين، و يمنع الرؤية، لذا شرحنا الأمر للمفحوص، و تركنا القرار الأخير للطبيب الجراح في تحديد وضعه.

كما قامت الباحثة بتحضير المفحوص لنهاية البروتوكول العلاجي، و نظرا لحالته وعدم تمكنه من الحراك من الجانب العلوي للجسم، قامت بتطبيق بعض تمارين الاسترخاء التي تعتمد على التنفس فقط لمدة 10 دقائق، حيث ساعدت هذه التمارين المريض على الهدوء و الاسترخاء، و التأقلم مع المرض، و حددنا في نهاية الجلسة موعد المقابلة الأخيرة.

الجلسة الخامسة:

الهدف من الجلسة: - قياس بعدي

- تقويم البروتوكول و مناقشة الفائدة منه

المدة: 45 دقيقة

من خلال ه ذه الجلسة قامت الباحثة بتطبيق الخطوات التالية:

1- تطبيق القياس البعدي لاختبار القلق على المفحوص.

2- مناقشة مدى استفادة الحالة من البروتوكول العلاجي خلال فترة الاستشفاء.

3- و في الأخير تلقي رأي المفحوص الذي كان ايجابيا، و يقول أن البروتوكول ساعده كثيرا في تقبل الإعاقة، و التعايش مع المرض، و كما تعلم أمور جديدة تساعده في التغلب على القلق كالاسترخاء وغيرها.

عرض و مناقشة اختبار القلق كسمة و كحالة للحالة الخامسة "سمير":

عرض و مناقشة اختبار سمة القلق:

بالنسبة لنتائج اختبار سمة القلق، فتحصل الحالة في القياس القبلي على درجة 57 و هذه الدرجة مرتفعة و تدل على قلق شديد، و لان الحالة كان يشعر بالخوف من نتيجة العملية الجراحية التي سيخضع لها، أما بعد تطبيق البروتوكول العلاجي تحصل الحالة على درجة 40 و هي تنحصر في المجال (21- 40) و ترمز إلى قلق خفيف، و بالتالي نلاحظ تحين ملحوظ لدى المفحوص.

عرض و مناقشة اختبار حالة القلق:

أما بخصوص نتائج القياس القبلي لحالة القلق، تحصل الحالة على درجة 54 وهذه الدرجة تقع ضمن المجال (41- 60) و هي تدل على القلق الحاد، أي أن الحالة كان يعاني مسبقا من القلق وظروف الاستشفاء و الجراحة ضاعفوا من قلقه، أما بالمقارنة مع نتيجة القياس البعدي انخفضت الدرجة إلى 35 و هي درجة منخفضة تدل على انخفاض واضح في نسبة القلق بعد المتابعة النفسية.

ملخص المفحوص الخامس " سمير":

قبل العملية الجراحية للعين	**في الجلسة الأولى**: الاتفاق على إبرام العقد العلاجي التعرف على تاريخه المرضي و الأسري، و هو من الحالات الخاصة التي صادفناها **الجلسة الثانية**: طبق فيها القياس القبلي، للتعرف على مستوى القلق عند الحالة و كان مرتفع. **الجلسة الثالثة:** مراجعة الواجب المنزلي ومعرفة أسباب القلق، ومحاولة التخفيف منها من خلال الإجابة على تساؤلات المفحوص. قامت الباحثة بتطبيق تمارين الاسترخاء لرفع معنويات المفحوص قبل الجراحة.
بعد العملية الجراحية للعين	**الجلسة الرابعة:** تم فيها: قامت الباحثة بزيارة المفحوص والتعبير عن المشاعر، ووجدنا "سمير" في وضع مستقر و ملتزم بنصائح الطبيب. القيام ببعض تمارين التنفس **الجلسة الخامسة:** انخفاض درجة القلق عند المفحوص في القياس البعدي.
استنتاج عام:	بفضل بروتوكول التحضير النفسي استطاع " سمير" التغلب على مخاوفه و الخروج من عزلته، و تقبل الإعاقة البصرية.

التقرير السيكولوجي للحالة السادسة:

تقديم الحالة:

الاسم: علي

السن: 48 سنة

الجنس: ذكر

المرض: إعاقة بصرية ناتجة عن المياه الزرقاء (cécité + glaucome)

تاريخ التقييم: 05- 11- 2016

مكان الفحص: عيادة طب العيون - وهران –

الاخصائية النفسانية: قمراوي ايمان

الاختبارات المستعملة:

1- اختبار فحص الهيئة العقلية

2- اختبار القلق كسمة و كحالة

1- التقييم العام للتاريخ الاجتماعي و النفسي:

أ- العائلة:

"علي" شاب أعزب، يسكن بولاية تيارت، يعيش مع والديه و إخوته في ظروف اجتماعية سيئة،يعمل أحيانا و أحيانا أخرى لا يعمل، يعاني من مرض العيون منذ الصغر، و هو مرض وراثي (Glaucome congénitale) حيث فقد احد عينيه بسبب الإهمال و عدم المتابعة الطبية، و هو الآن يعاني من المياه السوداء أو الجلوكوما في العين المتبقية، التي أرسل بسببها لمصلحتنا لإجراء عملية جراحية.

ب- الإسعاف:

تعتبر هذه أول مرة يدخل فيها المفحوص إلى المؤسسة الاستشفائية لطب العيون للعلاج في حالة مستعجلة، فلقد تم إرساله من طرف طبيب مختص لإجراء عملية جراحية دقيقة في العين، وبعد الاستشفاء قامت الباحثة بزيارة المريض، و كان يبدوا وضعه مستقرا و كان متقبلا للوضع، و ينتظر الا أنه حدثت أمور واختلفت الآراء حول حالته بين الأطباء أدت لتأجيل العملية، و هذا ما زاد من قلقه، وصار حالة خاصة يجب متابعتها.

ج- الحالة الصحية:

لا يعاني الحالة من أي مرض عضوي آخر، و لم يقم بأي عملية جراحية من قبل، و لكن بالرجوع لتاريخه المرضي نجد أن هذا المرض وراثي، ورثه من والده، إذ كان أبوه يعاني من نفس

المرض، و فقد نظره لعدم معرفته بالأمر، و عدم المتابعة الطبية، و نظرا لظروف الحياة القاسية التي كان يعيشها المفحوص وعدم اهتمامه بصحته، نقص بصره بصورة مفاجئة، و لم ينتبه للأمر حتى تأزم الوضع.

2- اختبار القدرات العقلية:

"علي" شاب أبيض البشرة، متوسط القامة، نحيف، تبدوا عليه ملامح الحزن و الألم، إلا أنه يحاول عدم إظهار ذلك، أما لباسه فكان غير **مرتب**، و لا يغير ثيابه، و هو غير مهتم بشكله الخارجي.

1- النشاط العقلي:

لا يعاني المفحوص من أي اضطرابات في الذاكرة، أو الفهم، فهو يتذكر كل الأمور التي تتعلق بحياته و عائلته، إلا أن أفكاره مشوشة و مبعثرة، ليس اجتماعي، فهو طوال الوقت في مكانه لا يكلم أحد، لكن كلامه واضح، و الاتصال معه سهل.

2- الطبع و العاطفة:

"علي" يعاني من طبع غير مستقر أحيانا، و ينعزل أحيانا أخرى، لديه عاطفة كبيرة اتجاه عائلته، و هو شخص حساس جدا، و يتأثر كثيرا لدرجة البكاء.

3- محتوى التفكير:

الموضوع الذي يشغل تفكير "علي" بالدرجة الأولى هو عينه، لان حالته حساسة جدا، ولديه أمل ضعيف في الشفاء، و هذا ما يجعل همه الوحيد الشفاء، و عودة البصر اليه.

كما نجده يفكر في الخروج و العودة للبيت لان مدة اقامته طالت، فجو المؤسسة الاستشفائية لم يناسبه مطلقا.

4- القدرات العقلية:

فيما يخص قدراته العقلية، لاحظت الباحثة أن ل "عبد الله" توجه زماني و مكاني جيد، فهو واعي بحالته الراهنة، و يعي سبب تواجده في المصلحة، أما من حيث الذاكرة فالمفحوص يتذكر كل تفاصيل

حياته الماضية، و عائلته، و لكنه لم يكمل دراسته بسبب ظروفه الاجتماعية،و توقف في السنة الثانية متوسط.

* عرض الجلسات العيادية الخاصة بالعلاج السلوكي المعرفي وفقا لبروتوكول التحضير النفسي:

- قبل العملية الجراحية:

الجلسة الأولى:

الهدف من الجلسة: التعارف و إبرام العقد العلاجي

المدة: 45 دقيقة

بعد التحية و السلام، قمنا بالتعرف على الحالة، حيث وجد ت الباحثة **" علي "** جالسا في سريره،حيث لاحظت عليه عدم الاستقرار، و الكلام بسرعة، و التساؤل كثيرا عن مرضه و هذا راجع لوضع عينه الذي كان جد حساس، فهو بالكاد يرى بها سوى الطريق و ينتقل من مكان لآخر لكن بحذر، لذا فضلت تركه في غرفته في أول جلسة، حيث كانت جلسة تمهيدية حاولت من خلالها التعرف عن كثب عن حالته، و عن تاريخه العائلي والمرضي، و كسب ثقته، فكان المفحوص يبدوا قلقا من وضع عينيه ويريد العلاج بسرعة و العودة للبيت.

فحدثنا **" علي "** عن عائلته فقال أنهم خمسة إخوة يعيشون مع والدهم، أما والدته متوفاة، و هو لا يعمل بسبب مرضه، و لم يستطع تكوين أسرة بسبب ظروفه الاجتماعية المزرية، و الآن لاشئ يهمه سوى صحته و بصره، فهو يحس نفسه عاجزا، وهذا ما لاحظته الباحثة أنه يلزم مكانه، و لا يتحرك إلا للضرورة.

وقامت الباحثة باختيار المفحوص **" علي"** لسببين، الأول لأنه حالة اجتماعية، ووضعه النفسي سئ وهو بحاجة لعلاج نفسي، و ثانيا لأنه من الحالات التي نوليها أهمية كبيرة في بحثنا، و في العمل وتسمى أحادية العين أو (Monophtalme) و العين المتبقية مصابة، فهذه الحالات تحتاج لمتابعة نفسية أكثر من غيرها لأنها لا تتقبل الإعاقة بعدما كانت تبصر.

وهكذا تمت أول جلسة مع الحالة و اتفقنا على الموعد المقبل، و على إبرام العقد العلاجي بعدما اطلعت الحالة على محتوى البروتوكول، و لقد وافق و رحب بالأمر.

الجلسة الثانية:

الهدف من الجلسة: - تطبيق الاختبار القبلي للقلق

- تعليم المفحوص تسجيل المواقف المقلقة

المدة: 40 دقيقة

عادت الباحثة بعد أيام في الموعد الذي حددناه مسبقا، ووجد ت المفحوص في حالة سيئة، لان وضع عينه يسوء يوم بعد يوم، و لم يقرر الأطباء من ومتى سيقومون بالعملية، فق امت بتهدئة المفحوص وأخبرتهأنها قضية وقت فقط، و طلبت منه إن كان مستعدا لبدء الاختبار، فوافق.

قامت الباحثة بشرح تعليمات الاختبار للحالة، و أن عليه الالتزام بالصراحة و الصدق في إجاباته على أسئلة المقياس، و طبعا نظرا لوضعه قامت بقراءة الأسئلة للمفحوص لعجزه عن الرؤية بصورة واضحة، و دونت الإجابات التي أملاها علي و هكذا حتى نهاية الاختبار.

و في المرحلة الثانية من الجلسة ق امت الباحثة بتعليم المفحوص كيفية المراقبة الذاتية لسلوكاته وأفعاله، وأنه كلما انزعج من شئ أو شخص و شعر بتوتر أو قلق عليه تسجيل ذلك الموقف في كراسة، و إن لم يستطع الكتابة، يتذكر جميع المواقف المقلقة التي تعرض لها خلال تواجده بالمؤسسة الاستشفائية وسوف نناقشها في الجلسة القادمة معا.

الجلسة الثالثة:

الهدف من الجلسة: - التنفيس و الإفصاح عن المشاعر من خلال الواجب المنزلي

- تقديم الشروح الأولية حول العملية

- الاسترخاء

المدة: 45 دقيقة

بعد أن تحدد يوم العملية الذي تأجل عدة مرات، وطال مكوث **" علي"** في المؤسسة مما زاد من قلقه، و الأمر الذي أفقده أعصابه هو فقدانه الرؤية كليا، فقبل العملية تعرض المفحوص لانهيار عصبي و هياج على الفريق الطبي الذي تركوه بدون عملية حتى ساء وضعه، و كل من في الجناح لاحظوا

تصرفاته و حركته الزائدة، و طلبوا تدخل الأخصائي النفسي، و ق امت الباحثة باصطحاب المفحوص إلى مكتبها في المصلحة، وهذه الجلسة هي المهمة لأنها تسبق يوم العملية، و يمكن أن يزداد قلق الحالات لأسباب طبية كما حصل مع **" علي".**

فأولا خصصنا هذه الجلسة للإفصاح عن المشاعر و الأحاسيس و تركنا المجال مفتوح للمفحوص للحديث عن الأمور التي أزعجته خلال فترة الاستشفاء، ومناقشة الواجب المنزلي فصرح لنا المفحوص عن الأمور المقلقة التي تعرض لها و من بينها:

- عدم قيام الفريق الطبي بواجبهم اتجاهه بسبب عدم اتفاقهم على من سيقوم بالجراحة، و تركه ملقى في سريره حتى ساء وضعه.
- طول فترة الاستشفاء، و عدم تمكنه من رؤية أهله.
- التبعية للآخرين في الأكل و النظافة أزعجته كثيرا بعدما كان يبصر.

وثانيا قمت بإعطاء المريض الشروحات اللازمة التي لابد له من إتباعها قبل يوم العملية و تمثلت فيمايلي:

- الاستحمام و النوم باكرا
- تصحيح الأفكار الخاطئة عن العملية، و تشجيع المريض على القيام بها.
- الابتعاد عن التفكير في الأمور المقلقة
- تعزيز ثقة المفحوص في الطبيب الجراح، وإبراز كفاءته في العمل
- إتباع نصائح الفريق الطبي.

و في الأخير قامت الباحثة بتطبيق بعض تمارين الاسترخاء على الحالة للتخفيف من قلقه، وكانت مخصصة للجزء العلوي من الجسم (الرأس و الرقبة و الكتفين) و طلب ت من المفحوص تكرار هذه التمارين لوحده في الغرفة كلما شعر بالتوتر.

*** بعد العملية الجراحية:**

الجلسة الرابعة:

الهدف من الجلسة: - التعبير عن المشاعر

- تحضير المفحوص لنهاية البروتوكول

- الاسترخاء

المدة: 40 دقيقة

بعد خضوع المفحوص لجراحة العين التي كانت أمله الوحيد في الشفاء و استعادة بصره، ق امت الباحثة بزيارته و الاطمئنان على وضعه، فوجد ته في وضع مستقر، و حسب قوله كانت العملية ناجحة، ومرت في أحسن الظروف، و الحمد لله.

و في هذه الجلسة راعينا ظروف المفحوص، و قلصنا من وقت الجلسة، فقامت الباحثة بتقديم النصائح التي لابد من إتباعها بعد جراحة العين ، كعدم الحراك كثيرا خاصة الرأس، و عدم الكلام كثيرا، و إتباع العلاج الطبي بحذافيره.

و في نهاية الجلسة قامت الباحثة بتطبيق بعض تمارين الاسترخاء على المفحوص و هو جالس في مكانه وتمثلت في تعليمه التنفس العميق لمدة عشر دقائق، و حددنا معا موعد الجلسة الختامية.

الجلسة الخامسة:

الهدف من الجلسة: - قياس بعدي

- تقويم البروتوكول و مناقشة الفائدة منه

المدة: 45 دقيقة

بعد مرور الأيام الأولى و الصعبة بعد العملية استرد **" علي"** القليل من نور بصره و هذا الأمر أفرحه كثيرا ، و غير نفسيته بشكل ملحوظ، فتوجه ت الباحثة مع المفحوص للمكتب لمتابعة جلسات البروتوكول و من خلال هذه الجلسة قامت بتطبيق القياس البعدي لاختبار القلق كسمة و كحالة لمعرفة الفرق بين أول وآخر جلسة البروتوكول.

و طبعا قامت الباحثة بمساعدته في قراءة العبارات نظرا لوضعه، و بعدما خلص ت من تطبيق الاختبار قامت بمناقشة مدى استفادة المفحوص من جلسات البروتوكول العلاجي، و استمع ت لرد

الحالة حيث قال أنه استفاد كثيرا من هذه الحصص بعدما كان في وضع سئ جدا، و نجاح العملية أعطاه أمل في الحياة من جديد، و أعاد له البسمة التي افتقدها، و هذا ما لاحظناه على المفحوص من خلال سلوكاته و كلامه، فقد كان هادئا و متعاونا، و صار اجتماعيا أكثر و يتحدث مع الآخرين، و هو سعيد أنه سوف يعود للقاء عائلته بعد غياب طويل.

عرض و مناقشة اختبار القلق كسمة و كحالة للحالة السادسة "علي":

عرض و مناقشة اختبار سمة القلق:

لقد تحصل **"علي"** في القياس القبلي لاختبار سمة القلق على الدرجة 66 و هذه الدرجة تقع في المجال (61- 80) و هي تشير إلى وجود القلق الشديد، و هذا يعني أن الحالة يعاني في حياته اليومية من القلق، و راجع أيضا للظروف القاسية التي يعيشها الحالة، وحالته الضحية المتدهورة، و لكن بالمقارنة مع نتائج القياس البعدي، نلاحظ أن الحالة تحصل على درجة 35 و هي تدل على انخفاض واضح في مستوى القلق، مما يوضح لنا تحسن ملحوظ في الحالة النفسية للمفحوص بعد تطبيق البروتوكول العلاجي.

عرض و مناقشة اختبار حالة القلق:

أما بالنسبة لنتائج اختبار حالة القلق، فتحصل المفحوص في القياس القبلي على درجة 51 وهذه درجة مرتفعة و تدل على قلق شديد، و هو راجع للظروف التي مر بها المفحوص في فترة الاستشفاء قبل خضوعه لعملية جراحية، أما بعد تطبيق البروتوكول العلاجي تحصل **"علي"** على درجة 40 و هي تنحصر في المجال (21- 40) و تدل على قلق خفيف، و بالتالي انخفضت درجة القلق بعدما تحسنت ظروف المفحوص للأفضل.

ملخص المفحوص السادس " علي":

قبل العملية الجراحية للعين	**في الجلسة الأولى**: قامت الباحثة بالتعارف و إبرام العقد العلاجي مع المفحوص الذي يعتبر حالة اجتماعية خاصة، إضافة إلى مشكلته البصرية التي يعاني منها منذ صغره **الجلسة الثانية**: ارتفاع مستوى القلق عند المفحوص راجع لعدة أسباب: ازدياد حالته سوءا بسبب عدم إجراء العملية في موعدها، و طول مدة مكوثه في المؤسسة الاستشفائية، حيث صار في حالة هياج و انزعاج. **الجلسة الثالثة:** تم خلالها بتحضير المفحوص للجراحة، و تقديم مختلف الشروحات التي يحتاجها لتمر العملية في أحسن حال. وخصت الجلسة بتطبيق تمارين الاسترخاء للتخفيف من قلقه.
بعد العملية الجراحية للعين	**الجلسة الرابعة:** قامت الباحثة بزيارة المفحوص و تحضيره لنهاية البروتوكول فكانت حالته مستقرة، حيث صار أفضل بعد نجاح العملية الجراحية. **الجلسة الخامسة:** قامت الباحثة بالقياس البعدي فلمسنا الفرق من خلال النتائج
استنتاج عام:	كانت حالة " علي" مستعصية لانه كان في وضع سئ، حيث كان خوفه من فقدان بصره هاجسا لديه، ما جعله في حالة نفسية سيئة، و هذا ما زاد من قلقه. و بفضل جلسات بروتوكول التحضير النفسي و التقنيات المستخدمة و أهمها الاسترخاء، وساعدت في التخفيف من قلق الحالة عند المفحوص.

التقرير السيكولوجي للحالة السابعة:

تقديم المفحوص:

الاسم: محمد

السن: 27 سنة

الجنس: ذكر

المرض: الساد بعد حادث في العين (Cataracte)

تاريخ التقييم: 02- 07- 2016

مكان الفحص: عيادة طب العيون - وهران –

الاخصائية النفسانية: قمراوي ايمان

الاختبارات المستعملة:

1- اختبار فحص الهيئة العقلية

2- اختبار القلق كسمة و كحالة

1- التقييم العام للتاريخ الاجتماعي و النفسي:

أ- العائلة:

"محمد" شاب يبلغ من العمر 27 سنة، أعزب، يقطن لولاية بلعباس، يعيش في وسط عائلة كبيرة متكونة من تسعة (09) إخوة و الأب و الأم، و هو يحتل المرتبة السابعة بينهم، توقف عن الدراسة في مستوى السنة التاسعة أساسي، لكي يعمل فلاحا، كان يعيش حياة هادئة و مستقرة في كنف عائلته، كما كان يفكر في مشروع زواج إلى أن تعرض لحادث مفاجئ أثناء قيامه بإصلاحات في البيت.

ب- الإسعاف:

أرسل **"محمد"** إلى مؤسستنا الاستشفائية المتخصصة في طب العيون من قبل طبيب مختص إثر بعرضه لحادث منزلي، بعدما تطايرت إلى عينه قطعة حديدية صغيرة تسببت له في إعاقة بصرية وفقدان الرؤية.

ج- الحالة الصحية:

لا يعاني المفحوص من أي مشاكل صحية، و هذا أول استشفاء له، فبعد إصابته مباشرة نقل إلى اقرب مستشفى في بلديتهم، و هناك قاموا بإرساله مباشرة الى وهران لمصلحة طب العيون، حيث قاموا مباشرة بخياطة العين، إلا أن الإصابة مست مركز الرؤية، و في غالب الحالات مثل "محمد" يمكث المريض فترة للاستشفاء من أجل عملية أخرى إما (الساد) او إزالة الجسم الغريب(corps étranger)المتمثل في (الحديدة) بعد تحديد مكانها عن طريق الأشعة و الفحوص الطبية،و إجراء عملية جراحية، و هذا ما حصل مع الحالة.

كان أول لقاء مع الحالة أثناء زيارتنا الدورية لجناح الرجال كل أسبوع، ووجدنا هناك "محمد" جالسا في سريره صامتا، مصدوما، تبدوا عليه علامات الدهشة، لأنها أول مرة يدخل فيها مؤسسة استشفائية، و أول مرة يبتعد عن أهله، إضافة إلى إصابته البليغة في العين، فتقربنا منه و سألناه عن وضعه، فبدا مهتما للأمر، و تجاوب معنا، و بدأ بطرح بعض الأسئلة حول موعد العملية، و كان قلقا حول حالة عينه، و لديه أمل في الإبصار من جديد، و قمنا باختيار **"محمد"** كحالة للدراسة طيعا بعد موافقته على ذلك، وعليه شرعنا مباشرة في تحديد موعد أول جلسة.

2- إختبار القدرات العقلية:

يمتاز **"محمد"** بقامة طويلة، و بنية جسمية ضعيفة، نحيف، أسمر البشرة، عينان بنيتان، وجهه شاحب و يبدوا عليه الهم، أما لباسه مرتب و نظيف، و لكنه غير مهتم بنفسه مقارنة مع سنه، أما لغته فتتميز بالسهولة و الوضوح،بحيث يتكلم بصراحة و صدق عن حياته، ويعبر بكل بساطة بلغته العامية،و كان الاتصال معه سهلا حيث لا يجد صعوبة في الكلام، و كان يجيب على كل الأسئلة المطروحة.

أما فيما يخص العادات الحركية لاحظنا أن "محمد" يمتاز بالحركة الزائدة، حيث أصبحت حركته سريعة، و لاحظنا ذلك في كل تصرفاته و حتى حديثه، وربما هذا من جراء الحادث الذي تعرض له لأنه لم يكن هكذا من قبل.

3- **النشاط العقلي:**

"محمد" يمتاز بفطنة و ذكاء رغم صغر سنه، فهو لديه خبرة في الحياة و في العمل، يتحدث في كل المواضيع دون خوف، اجتماعي بطبعه، و يقيم علاقات بسرعة مع المرضى الآخرين،و هذا يدل على أنه معتاد على تكوين علاقات اجتماعية.

4- الطبع و العاطفة:

طبعه مرن، و بتأقلم بسهولة مع الظروف مهما كانت، فنلاحظ أنه بالرغم من إصابته كان جالسا ويتحدث، ويعبر عن نفسه، لكنه لا يظهر عاطفته و حزنه أمام الاخرين، إلا أنه يتألم بداخله و يلتزم الصمت و العزلة.

5- محتوى التفكير:

أفكار الحالة مترابطة و متسلسلة، يعبر عن معاشه و عن الأحداث التي يمر بها في الآونة الأخيرة وهي الإعاقة البصرية التي تعرض لها و معاناته معها، كما تمحور تفكير الحالة في الأمور التي تركها وراءه العائلة، عمله، و الأشخاص الدين يهمه أمرهم، و هل ستغير الإعاقة مسار حياته.

6- القدرات العقلية:

"محمد" شخص ذكي رغم أن مستواه الدراسي متوسط، إلا أنه يعي وضعه و يفهم ما يدور حوله من أحداث، له ذاكرة قوية حيث يتذكر كل الأحداث و الأشخاص بالتفاصيل.

* عرض الجلسات العيادية الخاصة بالعلاج السلوكي المعرفي وفقا لبروتوكول التحضير النفسي:

- قبل العملية الجراحية:

الجلسة الأولى:

الهدف من الجلسة: التعارف و إبرام العقد العلاجي

المدة: 45 دقيقة

لقد خصصت هذه الجلسة للتعرف على التاريخ الشخصي و المرضي للحالة، فق امت الباحثة باصطحاب المفحوص الى المكتب المخصص لبروتوكول التحضير النفسي للمرضى، فترك ت له المجال مفتوح للمفحوص للحديث عن نفسه، و معاشه الاجتماعي، ومن خلال هذه المقابلة علم ت أن المفحوص كان يعيش حياة مستقرة وسط عائلته، و كان يعمل فلاحا و كان شخصا اجتماعيا و لديه أصدقاء، كما كان يفكر في الاستقرار و تكوين أسرة.

أما من حيث التاريخ الصحي فالمفحوص لا يعاني من أي مشاكل صحية، الى أن أصيب بهذا الحادث أثناء قيامه بإصلاحات في البيت، حيث تطايرت قطعة حديد صغيرة داخل عينه، فنقل بصورة استعجاليه لمصلحتنا لطب العيون من أجل إجراء عملية جراحية للعين.

و من خلال هذه المقابلة لاحظ ت الباحثة أن المفحوص أثناء حديثه يبدوا كلامه سريع، ويستعمل يديه أثناء الحديث، فبعد الحادث صار يعيش حالة من القلق و التوتر بسبب حالة عينيه التي يخاف أن يفقدها ويقول أن القطعة الحديدية لا تزال داخل عينه حتى يوم العملية، كما أن جو المؤسسة الاستشفائية يشعره بالارتباك.

و في نهاية الجلسة تم إبرام عقد علاجي مع الحالة، و وافق على الشروع في الأمر، وحددنا موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية:

الهدف من الجلسة: - تطبيق الاختبار القبلي للقلق

- تعليم المفحوص تسجيل المواقف المقلقة

المدة: 40 دقيقة

التقت الباحثة مع المفحوص في المكتب الذي خصصته لتطبيق جلسات البروتوكول العلاجي في جو يسوده الهدوء، بهدف تطبيق القياس القبلي لاختبار القلق كسمة و كحالة على المفحوص بعدما شرحنا له تعليمات الاختبار، تركنا له كامل الوقت للإجابة على الأسئلة، و ق امت بمساعدته من حين لآخر إن تطلب الأمر، بشرط أن تكون الاستجابات صادقة و تعبر عن ما تحسه في الوقت الراهن.

و بعد انتهاء المفحوص من الإجابة على كل أسئلة الاختبار، خصص ت الوقت المتبقي من الجلسة لمعرفة الأمور المسببة للقلق عند المفحوص، و طلب ت منه تسجيل مختلف المواقف المقلقة التي يتعرض لها أثناء فترة الاستشفاء، وكتابتها في كراسة خاصة إن أمكن، و سوف نناقشها بالتفصيل في الجلسة المقبلة.

الجلسة الثالثة:

الهدف من الجلسة: - التنفيس و الإفصاح عن المشاعر من خلال الواجب المنزلي

- تقديم الشروح الأولية حول العملية

- الاسترخاء

المدة: 45 دقيقة

من خلال هذه الجلسة قامت الباحثة بمناقشة الواجب المنزلي و تعرفـت على مسببات القلق عند المفحوص و التي من بينها الانتظار في قاعة الفحص الذي يزيد من القلق، الضوضاء و عدم تمكنه من النوم بسبب جو المشفى و نظامه، معاناته من نقص الشهية بسبب حالته الصحية و التفكير طوال الوقت بمشكلة عينه، و بعدما الاصغاء للحالة قامت الباحثة بتحضير المفحوص للعملية الجراحية، و تركت له المجال مفتوحا لطرح مختلف الأسئلة التي تخطر بباله حول جراحة العين، وشرع ت في حوار مع الحالة، و حاولت تبسيط الأمر له و إبعاد شبح الخوف عنه، و قدم ت له مجموعة من الشروح الأولية التي لابد من إتباعها قبل يوم العملية ليكون مستعدا لها و تخفف من قلقه، و تمثلت في:

- الاستحمام و النوم باكرا

- تصحيح الأفكار الخاطئة عن العملية، و تشجيع المريض على القيام بها.

- الابتعاد عن التفكير في الأمور المقلقة

- تعزيز ثقة المفحوص في الطبيب الجراح، وإبراز كفاءته في العمل

- إتباع نصائح الفريق الطبي.

و في نهاية الجلسة قامت الباحثة بتطبيق بعض تمارين الاسترخاء على الحالة للتخفيف من قلقه، وكانت مخصصة للجزء العلوي من الجسم (الرأس و الرقبة و الكتفين) و طلب ت من المفحوص تكرار هذه التمارين لوحده في الغرفة كلما شعر بالقلق، و عند توفر الجو المناسب بذلك.

*** بعد العملية الجراحية:**

الجلسة الرابعة:

الهدف من الجلسة: - التعبير عن المشاعر

- تحضير المفحوص لنهاية البروتوكول
- الاسترخاء

المدة: 40 دقيقة

- زيارة المفحوص بعد مرور يوم على العملية لنطمئن على وضعه.

- شعور المفحوص بالقلق لأنه لم يسترد بصره بشكل كامل لان الإصابة كانت بليغة ومست مركز الرؤية، حيث نجح الأطباء في استئصال القطعة الحديدية، لكن الرؤية ضعيفة، بالكاد يستطيع الإبصار بها.

- قامت الباحثة بتشجيع الحالة على التعبير والإفصاح عن مشاعره، و إقناعه بضرورة تقبل الإعاقة البصرية.

- تحضير المفحوص لنهاية البروتوكول العلاجي

- تطبيق تقنية الاسترخاء (التنفس) لمدة 10 دقائق، لمساعدة الحالة على الهدوء.

وبعد انتهاء الجلسة تركنا المفحوص في وضع لا بأس به، و حددنا معا تاريخ آخر جلسة.

الجلسة الخامسة:

الهدف من الجلسة: - قياس بعدي

- تقويم البروتوكول و مناقشة الفائدة منه

المدة: 45 دقيقة

قامت الباحثة خلال هذه الجلسة بتطبيق القياس البعدي للقلق (كسمة و كحالة) لمعرفة الفرق بين بداية و نهاية البروتوكول العلاجي، وكما ناقشت مع المفحوص مدى استفادته من الحصص العلاجية طوال فترة الاستشفاء، و كان رده: "أنها مشيئة الله، و هذا الحادث كان مقدر علي والحمد لله" و عن الحصص يقول أنه استفاد كثيرا منها، و تعلم كيف يراقب ذاته و كيف يتحكم في القلق، و استطاع التعايش مع الإعاقة البصرية رغم أن الأمر صعب عليه .

عرض و مناقشة اختبار القلق كسمة و كحالة للحالة السابعة"محمد":

عرض و مناقشة اختبار سمة القلق:

بالنسبة لنتائج اختبار سمة القلق، فتحصل الحالة في القياس القبلي على درجة 62 و هذه الدرجة مرتفعة و تدل على القلق الشديد، و هذا كان واضحا على المفحوص في أول جلسة، من تعابير الوجه، و كلامه، وهذا قبل تطبيق البروتوكول العلاجي، لكن بالمقارنة مع القياس البعدي تحصل الحالة على درجة 30 و هي تنحصر في المجال (21- 40) و ترمز إلى قلق خفيف، و بالتالي نلاحظ انخفاض مستوى القلق لدى المفحوص.

عرض و مناقشة اختبار حالة القلق:

أما بالنسبة لنتائج اختبار حالة القلق، فتحصل المفحوص في القياس القبلي على درجة 62 و هذه الدرجة مرتفعة و تشير إلى قلق شديد، وهذا لان الحالة كان تحت تأثير الحادثة التي تعرض لها، والخوف من العملية جراحية للعين التي سيخضع لها لأول مرة، أما بعد تطبيق البروتوكول العلاجي تحصلت الحالة على درجة 38 و هي تنحصر في المجال (21- 40) و ترمز إلى قلق خفيف، و بالتالي نلاحظ انخفاض ملحوظ في درجة القلق بعدما تحسنت حالة المفحوص في القياس البعدي.

ملخص المفحوص السابع " محمد":

قبل العملية الجراحية للعين	**في الجلسة الأولى**: قامت الباحثة بالتعرف على المفحوص وأسباب الحادثة التي أصابت عينه، و كان في حالة من الدهشة، لأنه أول دخول له للمؤسسة الاستشفائية. **الجلسة الثانية**: خصصناها للقياس القبلي، فوجدنا لديه قلق مرتفع بسبب تفكيره في مستقبل عينه. **الجلسة الثالثة:** تم التعرف على مسببات القلق عند المفحوص من خلال تقنية مراقبة الذات و الواجب المنزلي وحاولنا التخفيف منه بالاسترخاء.
بعد العملية	**الجلسة الرابعة:** وجدت الباحثة أن المفحوص في وضع سئ لان الحادث تسبب له في إعاقة بصرية دائمة، و لقد حاولنا مساعدته على تقبل الأمر و تغيير أفكاره من

الجراحية للعين	سلبيق إلى ايجابية، و ختمنا الجلسة بتمارين التنفس. **الجلسة الخامسة:** في آخر جلسة قامت الباحثة بالقياس البعدي للقلق ووجدت انخفاض درجة القلق عند المفحوص مقارنة بالأول.
استنتاج عام:	"محمد" شاب في مقتبل العمر، حادث بسيط في البيت تسبب له في إعاقة بصرية دائمة، و كان يعاني من قلق شديد لأنها أول مرة بالنسبة له يجري فيها عملية جراحية وخاصة أن فقدان جزء من بصره سوف يعيق مسار حياته، ولكن بفضل البروتوكول استطاع "محمد" تقبل الأمر و التعايش مع الإعاقة البصرية.

4- ملخص عام لجلسات البروتوكول:

من خلال جلسات بروتوكول التحضير النفسي المطبق على عينة الدراسة، ق امت الباحثة بانتقاء سبعة (07) حالات من العينة الكلية التي وجدناها أكثر تضررا، وهي تختلف من حيث الجنس والسن ودرجة الإعاقة، فقد قامت بخمس جلسات لكل حالة، و تم فيها القياس القبلي و البعدي لدرجة القلق، و تطبيق اختبار القلق لسبيرييلجر كحالة و كسمة.

و نلاحظ من خلال نتائج القبلي وجود قلق شديد عند المفحوصين الذين تعرضوا للحوادث على مستوى العين بصورة مفاجئة مثل حالة "فاطمة" بعد تعرضها للعنف من طرف الزوج، و عند "محمد" بعد الحادث الذي تعرض له أثناء قيامه بإصلاحات في البيت، كما وجد ت الباحثة ارتفاع في درجة القلق عند الحالات المقبلة على جراحة العين لأول مرة مثل حالة "أمال" و "جميلة" شابتان في مقتبل العمر أدخلا المصلحة بصورة استعجاليه بسبب فقدان شبه كامل للبصر، ووجدوا أنفسهم مبرمجين لإجراء عملية جراحية معقدة للعين، و هذا راجع لعدم المبالاة، و إهمال الفحص الطبي الدوري للعينين، أما حالة "سمير" و "هوارية" و "علي" فهم كانوا يدركون طبيعة مرضهم منذ زمن طويل ومع ذلك ازداد قلقهم عند علمهم باقتراب موعد العملية، لان حالتهم حرجة للغاية، و لديهم نسبة نجاح ضعيفة في استرجاع بصرهم، وهذا ما جعلهم في حالة نفسية سيئة.

تعددت أسباب الإعاقة البصرية فمنها نفسية كالحزن و الأسى، و اجتماعية كالظروف القاسية والعنف، و أخرى وراثية، و غيرها و الهدف واحد و مشترك عند كل المفحوصين، و هو نجاح العملية الجراحية للعين، و استرجاع و لو القليل من بصرهم.

لقد لاحظت الباحثة من خلال جلسات البر وتوكول معاناة هذه الفئة التي تختلف من مفحوص لآخر وحاولت جاهد ة إخراج هؤلاء المرضى من عزلتهم و حزنهم، و تفكيرهم الدائم بالجراحة والأدوية وهذا من خلال مرافقتهم طوال فترة الاستشفاء و تطبيق جلسات البروتوكول التي اعتمدت فيها على بعض تقنيات العلاج السلوكي المعرفي مثل: المراقبة الذاتية، رصد و تحديد الأفكار السلبية في كراسة خاصة و مناقشتها في الجلسة المقبلة و هو ما يعرف بالواجب المنزلي لشغل وقت المريض، و معرفة الاضطراب الذي يعاني منه.

كما طبقت الباحثة تقنية الاسترخاء، و هدفها التخفيف من قلق المريض وتدريبه على القيام بها بمفرده كما قامت بتشجيع المفحوصين ودعم هم معنوي، ومختلف النصائح المتبعة بعد خروجهم من المصلحة لاتمام حياتهم بشكل عادي، و التعايش مع الاعاقة البصرية و تقبلها.

وبعد الشروع من تطبيق البروتوكول العلاجي على المفحوصين لاحظت الباحثة الفرق بين بداية و نهاية الجلسات، و التحسن الملحوظ في نتائج القياس البعدي لاختبار القلق، و التجاوب الحاصل بين المفحوص و الفريق الطبي ومع المرضى الآخرين، حيث استطاعوا تكوين علاقات اجتماعية مع بعضهم البعض، و استفادوا أيضا من تقنيات العلاج السلوكي المعرفي كالاسترخاء و مراقبة الذات في التحكم في الانفعالات و التخفيف من القلق.

الفصل التاسع:

عرض نتائج الدراسة

1- عرض نتائج الفرضية الأساسية الأولى:

2-عرض نتائج الفرضية الأساسية الثانية

3- عرض نتائج الفرضية الأساسية الثالثة:

1-1- عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى

1-2- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية

1-3- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثالثة

1-4- عرض نتائج الفرضية الفرعية الرابعة

4- عرض نتائج تحليل المحتوى

1- عرض نتائج الفرضية الأساسية الأولى:

" يهدف بروتوكول التحضير النفسي إلى التخفيف من قلق الحالات و تقبل العلاج "

جدول رقم (04): يوضح الفرق بين المتوسط الفرضي و المتوسط الحسابي

	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي
قلق السمة القبلي	21	54,96
قلق الحالة البعدي	21	37.70

نلاحظ من خلال الجدول المبين أعلاه أن المتوسط الفرضي لقلق السمة القبلي هو 21 وبعد حساب المتوسط الحسابي وجدناه يساوي: 54,96، أما قلق الحالة البعدي فوجدنا متوسطه الفرضي هو (21)، بينما المتوسط الحسابي لقلق الحالة البعدي هو (37.7).

باعتبار أن المتوسط الحسابي لقلق السمة القبلي هو 54,96، و المتوسط الحسابي لقلق الحالة البعدي هو (37.7) ويعتبر هذا الأخير منخفضا عن الأول، و قلق السمة مرتفع عن قلق الحالة.

إذن نستنتج من ذلك ارتفاع نسبة المتوسط الحسابي على المتوسط الفرضي، مما يؤكد على التحسن الصحي و النفسي للمفحوصين، ونفسر ارتفاع المتوسط الحسابي لقلق الحالة البعدي مقارنة بقلق السمة القبلي بعد القياس البعدي انخفاض مستوى القلق عند المفحوصين، و بالتالي البروتوكول أعطى نتيجة و حقق الهدف المرجو منه، و هو التخفيف من القلق عند المرضى، و في الأخير يمكن القول أن الفرضية الأساسية الثانية للدراسة و المتمثلة في: " يهدف بروتوكول التحضير النفسي إلى التخفيف من قلق الحالات و تقبل العلاج" قد تحققت.

2-عرض نتائج الفرضية الأساسية الثانية:

"يحقق التحضير النفسي نتائج ايجابية عند المرضى المعاقين بصريا"

إضافة إلى تحقق الفرضية الأساسية الثانية و التي تؤكد على النتائج الايجابية للبروتوكول المقدم للمفحوصين.

فهذه النتائج تؤكد على نجاعة البروتوكول وتقبله من طرف المرضى، وبالتالي تتأكد الفرضية الأساسية الثالثة و التي تنص على أن التحضير النفسي يحقق نتائج ايجابية عند المرضى المعاقين بصريا.

3-عرض نتائج الفرضية الأساسية الثالثة:

" لا يوجد علاقة بين قلق السمة و قلق الحالة "

جدول رقم (05): يوضح الارتباط بين قلق السمة و قلق الحالة

الارتباط

		قلق السمة	قلق الحالة	قلق السمة البعدي	قلق الحالة البعدي
قلق السمة	معامل ارتباط بيرسون				
	Sig. (bilatérale)		,284	,740	,264
	ن	30	30	30	30

يوضح لنا الجدول التالي أن العلاقة بين قلق السمة وقلق الحالة المشار إليها في الفرضية علاقة ضعيفة من خلال معامل ارتباط بيرسون (0.28)، فنلاحظ ارتباط ضعيف يكاد ينعدم بين قلق السمة القبلي وقلق الحالة القبلي.

وكما نلاحظ من خلال الجدول وجود ارتباط مرتفع (0.74) بين قلق السمة البعدي وقلق الحالة البعدي عند مستوى دلالة (0.5) ودرجة حرية 30°.

و بالرجوع إلى نتائج الفرضيات الفرعية الأربعة، يمكن القول أن الفرضية الأساسية الأولى قد تحققت بشكل عام، أي لا يوجد علاقة بين قلق السمة وقلق الحالة.

1-1- عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

" لا يوجد ارتباط بين قلق السمة القبلي و قلق الحالة القبلي"

جدول رقم (06): يوضح الارتباط بين قلق السمة القبلي و قلق الحالة القبلي

الارتباط

		قلق السمة القبلي	قلق الحالة القبلي
قلق السمة القبلي	معامل ارتباط بيرسون		
	Sig. (bilatérale)		,284
	ن	30	30

يوضح الجدول الأتي العلاقة بين قلق السمة القبلي و قلق الحالة القبلي، حيث تدل نتائج بيرسون على وجود ارتباط بنسبة (0,28) في مستوى دلالة (0,5) و درجة حرية 30°، فهو ارتباط ضعيف و موجب .

و هذا يعني أنه كلما زاد قلق السمة القبلي زاد قلق الحالة القبلي، و بالتالي لا يزيد قلق السمة القبلي بزيادة قلق الحالة القبلي.

1-2- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

"لا يوجد ارتباط بين قلق السمة البعدي و قلق الحالة البعدي"

جدول رقم (07): يوضح انعدام الارتباط بين قلق السمة البعدي و قلق الحالة البعدي

الارتباط:

		قلق السمة البعدي	قلق الحالة البعدي
قلق السمة البعدي	معامل ارتباط بيرسون		,342
	Sig. (bilatérale)		
	ن	30	30

يوضح الجدول المبين أعلاه العلاقة بين قلق السمة البعدي و قلق الحالة البعدي، و تشير نتائج التحليل الإحصائي المعتمد على معامل ارتباط بيرسون إلى وجود ارتباط بنسبة (0.34) عند مستوى دلالة (0,5) و درجة حرية 30°.

و بالرغم من أن (0.34) هو ارتباط ضعيف نوعا ما، ولكن نقبله كارتباط موجب، أي كلما زاد قلق السمة البعدي زاد قلق الحالة البعدي.

3-1- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثالثة:

" لا يوجد ارتباط بين قلق السمة القبلي و قلق السمة البعدي"

جدول رقم (08): يوضح عدم وجود الارتباط بين قلق السمة القبلي و قلق السمة البعدي

الارتباط:

		قلق السمة القبلي	قلق السمة البعدي
قلق السمة	معامل ارتباط بيرسون		
	Sig. (bilatérale)		,740
	ن	30	30

نلاحظ من خلال الجدول المبين أعلاه العلاقة بين قلق السمة القبلي و قلق السمة البعدي، حيث تدل نتائج التحليل الإحصائي المعتمد على معامل ارتباط بيرسون تظهر وجود ارتباط بنسبة (0.74) عند مستوى دلالة (0,5) و درجة حرية 30°.

و بالرغم من أنه ارتباط مرتفع ، لكنه يبقى ضعيف وموجب، أي كلما زاد قلق السمة القبلي زاد معه قلق السمة البعدي، و بالتالي لا تتحقق الفرضية الصفرية.

1-4- عرض نتائج الفرضية الفرعية الرابعة:

" لا يوجد ارتباط بين قلق السمة البعدي و قلق الحالة القبلي"

جدول رقم (09): يوضح الارتباط بين قلق السمة البعدي و قلق الحالة القبلي

الارتباط:

		قلق السمة البعدي	قلق الحالة
قلق السمة البعدي	معامل ارتباط بيرسون		,264
	Sig. (bilatérale)		
	ن	30	30

يوضح الجدول الأتي العلاقة بين قلق السمة البعدي و قلق الحالة القبلي، حيث تدل نتائج معامل ارتباط بيرسون على وجود ارتباط بنسبة (0,28) عند مستوى دلالة (0,5) و درجة حرية 30°.

و رغم أن (0,28) يعتبر ارتباط ضعيف نوعا ما، لكن نقبله كارتباط موجب بين المتغيرين، أي كلما زاد قلق السمة البعدي زاد قلق الحالة القبلي.

4-عرض نتائج تحليل المحتوى:

السؤال الأول:

" ماهو رأيك في بروتوكول التحضير النفسي المقدم للمرضى؟"

جدول رقم (10): يبين ترتيب إجابات الفريق الطبي على السؤال الأول

الاجابات:	التكرار:	النسبة المئوية:
ضروري	10/5	%50
مهم جدا	10 /3	%30
يساعد الحالات	10 /2	%20
المجموع:	10	%100

إن تحليل المحتوى المشكل في الجدول أعلاه يظهر أن الفريق الطبي و الشبه طبي يعتقدون بنسبة كبيرة (50%) أن البروتوكول ضروري للمرضى، و يأتي في المرتبة الثانية الرأي القائل أن البروتوكول مهم جدا بنسبة (30%)، أما المرتبة الثالثة فهي تخص الإجابات التي ترى أن البروتوكول يساعد الحالات بنسبة (20%)

السؤال الثاني:

" هل يساهم الأخصائي النفسي في إقناع المرضى لإجراء العملية الجراحية؟"

جدول رقم (11): يبين ترتيب إجابات الفريق الطبي على السؤال الثاني

الإجابات:	التكرار:	النسبة المئوية:
طمأنته	10 /4	%40
دور فعال	10 /3	%30
تسهيل مهمة الفريق الطبي	10 /2	%20
المجموع:	10/9	%90

إن تحليل المحتوى الموضح في الجدول أعلاه يظهر أن مساهمة الأخصائي النفسي في إقناع المرضى لإجراء العملية الجراحية للعين من خلال طمأنة المريض تحتل المرتبة الأولى بنسب (40%)، أما المرتبة الثانية فتمثلت في مساهمة الأخصائي بدور فعال في إقناع المرضى بنسبة (30%) و هي نسبة معتبرة، ثم في الأخير نجد الإجابات المتمثلة في تسهيل مهمة الفريق الطبي من خلال إقناع المرضى بنسبة (20%).

و تجدر الإشارة أننا قمنا بحذف إجابة لأنها لم تتكرر إلا عند فرد واحد.

السؤال الثالث:

" هل تعتقد أن تدخل النفساني ضروري في مرحلة ما قبل العملية؟"

جدول رقم(12): يبين ترتيب إجابات الفريق الطبي على السؤال الثالث

الإجابات:	التكرار:	النسبة المئوية:
التخفيف من القلق	10 /3	%30
مهم جدا	10 /3	%30
راحة المريض	10 /2	%20
المجموع:	10 /8	%80

من خلال تحليل محتوى الإجابات تبين لنا أن تدخل الأخصائي النفسي ضروري في مرحلة ما قبل جراحة العين لأنه يساهم في التخفيف من القلق بنسبة(30%) و في نفس المرتبة نجد أن التدخل مهم جدا و هذا بنسبة(30%)، أما الرتبة الثالثة فنجد أن تدخل الأخصائي النفسي يساهم في راحة المريض بنسبة(20%).

مع الإشارة أننا قمنا بحذف عبارة لأنها تكررت مرتين.

السؤال الرابع:

" هل يوجد تكامل بين عمل النفساني و عمل الفريق الطبي في مصلحة طب العيون؟"

جدول رقم(13): يوضح نتائج السؤال الرابع

الإجابات:	التكرار:	النسبة المئوية:
نعم	10 / 8	%80
لا	10 /2	%20
المجموع:	10 /10	%100

إن تحليل المحتوى المبين في الجدول أعلاه يظهر أن أغلبية الإجابات حول وجود تكامل بين عمل النفساني و الفريق الطبي في مصلحة طب العيون كانت "بنعم" بنسبة(80%)، أما في المرتبة الثانية نجد نسبة ضئيلة أجابت ب "لا" بنسبة(20%).

السؤال الخامس:

" ماهي اقتراحاتك لتحسين عمل الأخصائي؟"

جدول رقم(14): يبين نتائج السؤال الخامس

الإجابات:	التكرار:	النسبة المئوية:
تطبيق البروتوكول و تحسينه	10/4	%40
العمل كفريق و مناقشة مشاكل المرضى	10 /3	%30
توفير الوسائل و الجو المناسب	10 /2	%20
المجموع:	10 /9	%90

من خلال تحليل محتوى الإجابات حول السؤال الذي ينص على الاقتراحات لتحسين عمل الأخصائي النفسي تمثلت المرتبة الأولى في تطبيق البروتوكول و تحسينه بنسبة(40%)، و تليها العمل كفريق و مناقشة مشاكل المرضى بنسبة(30%)

أما في المرتبة الثالثة فنجد اقتراح توفير الوسائل و الجو المناسب للمرضى بنسبة(20%)، و قد تم حذف اقتراح لأنه تكرر لمرة واحدة فقط، فلم نأخذه بعين الاعتبار.

الفصل العاشر:

تحليل ومناقشة نتائج الدراسة

1- تفسير نتائج الفرضية الأساسية الأولى

2- تفسير نتائج الفرضية الأساسية الثانية

3- تفسير نتائج الفرضية الأساسية الثالثة:

1 -1- تفسير نتائج الفرضية الفرعية الأولى

1-2- تفسير نتائج الفرضية الفرعية الثانية

1-3- تفسير نتائج الفرضية الفرعية الثالثة

1-4- تفسير نتائج الفرضية الفرعية الرابعة

4- مناقشة عامة

1 -تفسير نتائج الفرضية الأساسية الأولى:

" يهدف بروتوكول التحضير النفسي إلى التخفيف من قلق الحالات و تقبل العلاج "

أظهرت النتائج أن نسبة القلق انخفضت بعد تطبيق البروتوكول، و هذا يرجع إلى ما اشتمل عليه البروتوكول من تدريبات و أساليب مختلفة تخفف من قلق الحالات مثل: الاسترخاء، و من خلال الواجبات المنزلية المقدمة للمرضى، و من خلال بناء علاقة جيدة مع المفحوصين مما ساعدهن على التعبير الصادق عن مخاوفهم، وعن مشاكلهم مثل: (الخوف من آلام بعد العملية، التخدير والمضاعفات الأخرى...)

كما استفاد المفحوصين من عدة معلومات جديدة حول: (كيفية سير العملية، مراقبة الذات، و تعلم الاسترخاء...) فهذه الواجبات ساعدتهم في التخفيف من شدة القلق المصاحب للعملية الجراحية للعين وبالتالي تقبل العلاج،و تحققت الفرضية الأساسية الثانية، و هذا راجع لنجاعة البروتوكول العلاجي للتحضير النفسي المطبق على الحالات.

2 -تفسير نتائج الفرضية الأساسية الثانية:

" يحقق التحضير النفسي نتائج ايجابية عند المرضى المعاقين بصريا"

أظهرت النتائج قبول الفرضية الأساسية الثالثة التي تنص على أن التحضير النفسي يحقق نتائج ايجابية عند المرضى المعاقين بصريا، حيث تراوحت نسبة الدرجات المحصل عليها في إختبار القلق كسمة و كحالة قبل تطبيق البروتوكول العلاجي مابين (46 و 62) درجة، وانخفضت بعد تطبيق البروتوكول لدى حالات الدراسة.

إذ تتفق نتيجة هذا البحث مع دراسة (بنضورة، 2013) التي أسفرت على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركيا وصورة الذات السلبية والشعور بالدونية والقلق الزائد يمكن أن يتغير بالعلاجات النفسية و البرامج التأهيلية.

و هذا يفسر مدى ملائمة العلاج السلوكي المعرفي للتحضير النفسي للمرضى المعاقين بصريا الذين يعانون من ارتفاع في مستوى القلق أكثر من غيرهم، حيث احتوى البروتوكول العلاجي على أساليب وأفكار ايجابية في التعامل مع الحالات و تحضيرهم للعملية الجراحية مثل: توضيح أسباب العملية و إقناعهم بها، و كيف تتم عملية التخدير من خلال الجلسات وإتاحة الفرصة لهم للحديث عن أفكارهم و مخاوفهم، و تنوع التقنيات التي احتوى عليها بروتوكول التحضير النفسي و الذي يستند على أسلوب العلاج السلوكي المعرفي أدى الى تحقيق نتائج ايجابية عند المرضى المعاقين بصريا.

3- تفسير نتائج الفرضية الأساسية الثالثة:

" لا يوجد علاقة بين قلق السمة و قلق الحالة "

حيث تراوحت النتائج باستخدام معامل ارتباط بيرسون (0.28) بين قلق السمة القبلي وقلق الحالة القبلي، و(0.74) بين بين قلق السمة البعدي وقلق الحالة البعدي.

و لكنه يبقى ارتباط ضعيف نوعا ما و غير دال، و لكن نقبله كارتباط موجب بين المتغيرين قلق السمة و قلق الحالة، و بالتالي نرفض الفرض الصفري، و نقبل فرضية البحث.

1-1-تفسير نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

" لا يوجد علاقة بين قلق السمة القبلي وقلق الحالة القبلي"

لقد أسفرت النتائج باستخدام معامل ارتباط بيرسون على وجود علاقة ضعيفة (0.28) تكاد تنعدم بين قلق السمة القبلي وقلق الحالة القبلي.

و بالتالي هو ارتباط ضعيف، نقبله كارتباط موجب، أي كلما زاد قلق السمة القبلي زاد قلق الحالة القبلي، و نستنتج قبول فرضية البحث الى حد ما.

1-2- تفسير نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

" لا يوجد ارتباط بين قلق السمة البعدي وقلق الحالة البعدي"

بينت النتائج قبول الفرضية الفرعية الثانية و التي تنص على عدم وجود علاقة بين قلق السمة البعدي وقلق الحالة البعدي، و هذا بالاعتماد على معامل ارتباط بيرسون(0.34).

فنلاحظ أنه ارتباط ضعيف نوعا ما، و لكنه موجب، أي كلما زاد قلق السمة البعدي زاد قلق الحالة البعدي، و هذا يفسر لنا أن قلق السمة وقلق الحالة لا يرتبطان.

1-3- تفسير نتائج الفرضية الفرعية الثالثة:

" لا يوجد ارتباط بين قلق السمة القبلي وقلق السمة البعدي"

أظهرت النتائج وجود ارتباط مرتفع (0.74) باستخدام معامل ارتباط بيرسون، و هو ارتباط ضعيف و لكن موجب أي كلما زاد الأول زاد الثاني.

و بالتالي نرفض الفرض الصفري، و نقبل بوجود علاقة موجبة بين المتغيرين قلق السمة القبلي وقلق السمة البعدي.

و هذا يفسر أنه كلما كان المفحوص يعاني من قلق سمة قبلي مرتفع، فانه يتضاعف بوجود الظروف المسببة للقلق كخضوع المريض للعملية الجراحية للعين، أي أن قلق السمة قبل أو بعد العملية لا يتغير.

1-4- تفسير نتائج الفرضية الفرعية الرابعة:

" لا يوجد علاقة بين قلق السمة البعدي وقلق الحالة القبلي"

أسفرت النتائج باستخدام معامل ارتباط بيرسون، إلى وجود ارتباط يكاد ينعدم (0.26) و لكنه موجب، و نفسره أنه كلما ارتفع قلق الحالة القبلي عند المفحوص ارتفع قلق السمة البعدي.

و بالتالي نقبل بالفرض الصفري.

مناقشة عامة:

من خلال ما تم التوصل إليه من نتائج في هذه الدراسة، و ما تم عرضه من تفسير تم التوصل الى استنتاج عام في مايلي:

من خلال النتائج المحصل عليها في الفرضيات الفرعية الأربعة:

لاحظت الباحثة وجود علاقة ضعيفة بين المتغيرات باستخدام معامل ارتباط بيرسون، فهي لا تتعدى (0.74) درجة، وبالتالي قمنا برفض الفرض الصفري، وقبول وجود علاقة ايجابية بين المتغيرات.

أما من خلال استعراض نتائج المقابلات العيادية مع الحالات، و التي توضح الفروق بين القياس القبلي و البعدي:

تفسر مدى نجاعة البروتوكول العلاجي المقترح للحالات و المستند على العلاج السلوكي المعرفي، فنلاحظ ان هناك فروق واضحة في النتائج لصالح القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي لكل حالة من الحالات، كما هو موضح في الجداول الخاصة بنتائج اختبار القلق البعدي، حيث انخفض مستوى القلق في نتائج اختبار القلق كسمة و كحالة، و هذه النتيجة تؤكد لنا صدق الفرضية الأساسية الثانية و التي تنص على: أن بروتوكول التحضير النفسي يهدف الى التخفيف من قلق الحالات و تقبل العلاج.

و هذه النتيجة تتفق مع ما جاءت به دراسة **لندن وآخرين (2005)** و التي تهدف الى مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج مرضى القلق، و قد تكونت عينة الدراسة من 72 مريضا شخصوا باضطراب القلق و أوضحت نتائج هذه الدراسة تحسنا ملحوظا بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي لعينة الدراسة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة، كما أوضحت الدراسة تحسنا خلال فترة المتابعة التي استمر لمدة ثمانية أشهر.(ضيف الله الغامدي، 2013، 216)

و من خلال تحقق الفرضية الأساسية الثالثة و التي تشير إلى أن التحضير النفسي يحقق نتائج ايجابية للمرضى المعاقين بصريا، و تعزى هذه النتيجة إلى ما تضمنه البروتوكول العلاجي من أساليب سلوكية و معرفية تساعد الحالات لتغيير أفكارهم، و بالتالي سلوكهم، كما زودهم البروتوكول من خلال الجلسات بالشرح و المعلومات التي يحتاجون إليها.

وهذا ما أشارت إليه دراسة **روبرت و آخرين (2000)** التي هدفت إلى معرفة مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج مرضى القلق، و قد تكونت عينة الدراسة من 26 مريضا يعانون من اضطراب القلق، و تم تقسيمهم عشوائيا الى مجموعتين الأولى تجريبية عدد أفرادها 14 مريضا، والمجموعة الثانية ضابطة و كان عدد أفرادها 12 مريضا، و أظهرت النتائج تحسنا ملحوظا بعد الانتهاء من البرنامج. (ضيف الله الغامدي، 2013، 217)

و بذلك يكون البروتوكول العلاجي الذي تلقاه المرضى المعاقين بصريا المقبلين على العملية الجراحية للعين خلال الجلسات العلاجية، و الذي استند على العلاج السلوكي المعرفي له أثر كبير في تحضير المرضى للقيام بالعملية الجراحية للعين .

مناقشة نتائج بروتوكول التحضير النفسي المطبق على حالات الدراسة:

من خلال نتائج المقابلات التي ق امت بها الباحثة مع حالات الدراسة السبعة، لاحظ ت وجود حالات من الانهيار العاطفي، حيث كانوا يعيشون ظروف قاسية، و كانوا يعيشون ظروفا اجتماعية قاسية، جعلتهم يغفلون عن صحتهم، و يعيشون حالة من اللامبالاة و هذا ما شهدناه عند الحالتين **"علي"** و **"سمير"** حيث كانوا يظهرون من خلال سلوكهم حالة من الهدوء و الاستقرار، و كانوا يعيشون في حالة من العزلة عند دخولهم المصلحة، مع العلم أنهم كانوا يعانون من اعاقة بصرية شديدة لاسباب وراثية، فالحالة **"علي"** لم يقم بأي فحوص حتى تأزم وضع عينه، أما **"سمير"** كان يعلم مشكلته البصرية، وقام بعملية من قبل، و انشغاله عن نفسه بالعمل و أمور أخرى جعلته يهمل صحته ويتأزم وضع عينه، ولاحظت الباحثة أن درجة القلق عند الحالتين كانت مرتفعة في القياس القبلي، وخاصة قلق السمة.

لقد واجهت الباحثة في هذه الدراسة نوع آخر من الحالات، و هم الأشخاص الذين تعرضوا لحادث، وكان سبب في إعاقتهم البصرية، إما حادث مفاجئ في المنزل كما حدث مع الحالة **"محمد"** أثناء قيامه بإصلاحات منزلية تطايرت لعينه قطعة حديد تسببت في فقدانه لبصره، و أثرت بشكل كبير على نفسيته، كما وجدنا ضمن الحالات حوادث العنف الأسري و من بينهم الحالة **"فاطمة"** التي تعرضت لتعنيف من قبل الزوج، و كانت الإصابة بليغة على مستوى العين، حيث وجدت نفسها في سرير المستشفى مبرمجة لعملية جراحية جد دقيقة لا تدرك مدى خطورتها، فلاحظنا ان هذا النوع من الحالات يظهرون سلوكات مرضية مختلفة مثل: اضطرابات النوم و الشهية، كما لاحظ ت الباحثة وجود سلوكات عدوانية موجهة نحو الآخر: كالرغبة في الانتقام من الشخص الذي سبب لهم الأذى، خاصة في حالات العنف.

أما فيما يخص الحالة **"هوارية"** فكان الحزن الشديد سببا في إعاقتها البصرية، ولاحظت الباحثة أنه منذ دخولها المؤسسة الاستشفائية و هي في حالة من الحزن و البكاء، استمرت معها لأيام، حيث كان حزنها لوفاة والدها العامل المفجر لمشكلة عينها الحساسة التي كانت العين الوحيدة التي تبصر بها، حيث نلاحظ تأثير الجانب النفسي على صحة البصر، فالبكاء الشديد و حالات الحزن المفاجئ تؤثر بشكل سلبي على العين، و يمكن أن تكون سببا في الإعاقة البصرية، كما لاحظت الباحثة عند الحالة **"هوارية"** وجود ارتفاع ملحوظ في قلق السمة و قلق الحالة معا.

و يوجد نوع آخر من الحالات و هو منتشر بكثرة كحالة **"أمال"** حيث سبب إعاقتها البصرية يتمثل قي الإهمال، و عدم القيام بالفحوص الطبية، خاصة مقارنة مع سنها الصغير، و لا تزال في مقتبل العمر، حيث إنها تنتمي لعائلة متشددة أوقفتها عن الدراسة في سن مبكرة، و لم تقم بأي تكوين أو عمل، و بقيت ماكثة في البيت مدمنة على برامج التلفاز، وخاصة الانترنت لتشغل وقت فراغها، و لم تقم الحالة بأي فحوصات دورية للطبيب لفحص عينها لسنوات، دونما تدري أنها كانت تعاني من نقص كبير في النظر، حتى تأزم وضعها، و اضطروا لإدخالها المصلحة لان لا حل أمامها سوى القيام بعملية جراحية للعين.

و مهما اختلفت أسباب الإعاقة البصرية وراثية كانت أم نفسية، أو بسبب حادث ما نلاحظ أن القلق و الخوف واضح عند كل الحالات، و من خلال جلسات التحضير النفسي، و بصفتي أخصائية في الميدان حاولت فهم و تحليل نفسية هؤلاء المرضى والبحث عن مصدر القلق و مسبباته عند المفحوص، فهل هو قلق يرجع إلى المرض بحد ذاته،أم هو قلق تسبب فيه المحيط الاستشفائي،حيث يؤثر المحيط الذي يتواجد فيه المفحوص بشكل كبير و مباشر على حالته النفسية، و بالتالي الجسدية.

خلال عملنا الميداني مع الحالات في المؤسسة الاستشفائية لطب العيون، و تعاملي مع العديد من الحالات الجدد الذين كانت تصدر عنهم تصرفات و سلوكات كالبكاء، الانهيار العصبي، الانفعال ،رفض، عزلة و غيرها، و مع مرور الوقت يصبحون أشخاصا هادئين، متقبلين للعلاج الدوائي ومتعاونين مع الممرضين أثناء العلاج، وهذا راجع للطريقة التي اتبعتها مع المفحوصين المقيمين في المصلحة، حيث وجدنا أن بروتوكول التحضير النفسي المستند على العلاج السلوكي المعرفي هو الأنسب بالنسبة للحالات المقبلة على جراحة العين، حيث يتماشى مع كل الفئات العمرية، و يساعد في التخفيف من الاضطرابات النفسية كالقلق، كما يساعد على التكيف مع نظام المؤسسة الاستشفائية و تقبل العلاج، كما يساهم في تسهيل مهمة الطاقم الطبي و شبه الطبي.

في هذه الدراسة قمنا باختيار حالات حرجة، و مختلفة من حيث نوع الإعاقة البصرية، و من حيث الجنس و السن، لإعطاء نظرة شاملة عن الحالات التي تتوافد إلينا بشكل يومي للمصلحة وتستلزم العلاج، فمن خلال الشروحات و المعلومات التي يوفرها برتوكول التحضير النفسي كشرح مبسط لحالتهن المرضية، و تقديم النصائح التي لابد من العمل بها قبل و بعد جراحة العين، و كما يوفر البروتوكول الراحة و الهدوء للمفحوصين، من خلال تمارين الاسترخاء التنفسي و الذهني، كما يمكنهم من مراقبة ذاتهم من خلال الواجب المنزلي.

و في الأخير يمكن القول إن برتوكول التحضير النفسي المستند على العلاج السلوكي المعرفي له أثر فعال في تهيئة المريض المعاق بصريا قبل و بعد جراحة العين، حيث يمكنه من:

- التكيف مع المرض و تقبل الإعاقة البصرية.

- الخروج من العزلة، و ربط علاقات اجتماعية جديدة مع الآخرين.

- يساعد في القضاء على الاضطرابات مثل النوم، و فقدان الشهية.

مناقشة نتائج تحليل المحتوى:

لقد قامت الباحثة بمقابلة موجهة مع الفريق الطبي و شبه الطبي العامل معي في مصلحة طب العيون والمتكون من (أطباء عيون، أطباء تخدير، قياسي بصر و ممرضين) بهدف الإجابة على مجموعة من الأسئلة المقدمة لهم حول رأيهم في برتوكول التحضير النفسي المقدم للمرضى، بعدما شرحت لهم ماهية البروتوكول، و مراحله و الهدف منه، و رأيهم بشكل عام في مهنة الأخصائي النفسي في المؤسسة الاستشفائية.

و من خلال النتائج المحصل عليها في تحليل المحتوى لاحظ ت أن معظم الإجابات كانت ايجابية و مشجعة، حيث يعتقد الأغلبية أن بأن البروتوكول ضروري، و لابد من تعميمه على كل المرضى كما يرى الفريق الطبي من خلال الإجابات الخاصة بالسؤال الثاني و الثالث و المتمثل في ما مدى مساهمة الأخصائي النفسي في إقناع المريض لإجراء العملية الجراحية، فيرى الأغلبية أنه يساهم في طمأنته و له دور فعال في ذلك، و يعتقدون أن تدخل الأخصائي النفسي قبل العملية ضروري لأنه يساهم بشكل كبير في التخفيف من القلق.

أما عند الحديث عن التكامل بين الفريق الطبي و النفساني، فكانت أغلبية الآراء مؤيدة لذلك وترى بضرورة وجود تعاون و تكامل بين الجانب النفسي و الطبي، لان الأول يكمل الثاني، وكلما كان المريض مرتاحا نفسيا كلما كان متقبلا أكثر للعلاج الطبي و الجراحة، و أما السؤال الأخير فكان عبارة سؤال مفتوح يتمثل في رأي الفريق الطبي واقتراحاته لتحسين عمل الأخصائي النفسي في المؤسسة الاستشفائية، فقدموا عدة آراء، و كلها كانت في الصميم، و أهمها كان تطبيق البروتوكول على المرضى، لتعم الفائدة على الجميع، و كلها أخذتها بعين الاعتبار.

فمن خلال تحليل المحتوى، قامت الباحثة بإشراك الفريق الطبي و شبه الطبي، و تعرفت على آرائهم حول البروتوكول، و عملها بشكل عام داخل المؤسسة الاستشفائية، ووجدت تأييد و مساندة من

قبل أعضاء الطاقم الطبي لمواصلة الجهود، و العمل معا لتحقيق نتائج أفضل تصب كلها في خدمة المريض.

التوصيات:

من خلال هذه الدراسة تم التوصل لمجموعة من الاقتراحات و هي:

1- بروتوكول التحضير النفسي أعطى نتائج إيجابية، و لذلك ننصح بتطبيقه على كل المرضى المقبلين غلى جراحة العين.

2- تعميم بروتوكول التحضير النفسي على كل العمليات الجراحية.

3- إعطاء الأهمية لدور المختص النفساني في المؤسسة الاستشفائية.

4- تعميم البروتوكول على كل العلاج الطبي للعين أو غير العين.

5- تبعا لتطبيق الاسترخاء كطريقة علاجية في دراستنا، يمكن مستقبلا اقتراح علاجات أخرى ومن بينها العلاج بالتنويم المغناطيسي (Hypnothérapie)

6- حسن التعامل مع المريض من قبل الأسرة و الفريق الطبي، خاصة في فترة الاستشفاء، و دعمه معنويا لمقاومة المرض.

7- العمل على التنسيق بين الجمعيات و المراكز الصحية المتخصصة من اجل التكفل بالفئات الخاصة و المعوزة، فيما يخص مصاريف العلاج، لإجراء عملية جراحية في الخارج.

8 – يساهم التحضير النفسي في مجال علم النفس الايجابي.

المراجع

المراجع العربية:

1. أنا فرويد (1969) **التحليل النفسي للأطفال** ، ترجمة: كامل النحاس، مكتبة النهضة المصرية.
2. انس شكشك (2009) **القلق رهاب العصر: أسبابه و علاجه**، دار الكتاب العربي، لبنان
3. الببغاوي إيهاب (2003) **اضطرابات النطق: دليل أخصائية التخاطب و المعلمين والوالدين**، مكتبة النهضة المصرية، مصر
4. جروان صابر(بدون تاريخ) **الجراحة**، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، القاهرة
5. حامد بن أحمد ضيف الله الغامدي (2013) **فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق**، دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر، الاسكندرية.
6. حامد عبد السلام زهران (1977) **الصحة النفسية و العلاج النفسي** ، دار العلم العربي، ط3، القاهرة.
7. حسن فرج عبد اللطيف (2009)**الاضطرابات النفسية العصبية (الخوف، القلق، التوتر، الانفصام)** دار الخالد للنشر و التوزيع، الأردن
8. حسين علي فايد (2004) **علم النفس العام (رؤية معاصرة)** مؤسسة طيبة للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة
9. حسين علي فايد (2008) **العلاج النفسي**، مؤسسة طيبة للنشر و التوزيع، القاهرة.
10. خالد فواز (2006) **التربية العلمية للمكفوفين و رعايتهم و تعليمهم** ، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، عمان
11. الخولي هشام عبد الرحمان (2007) **دراسات و بحوث في علم النفس و الصحة النفسية** دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر.

12.الدهري صالح حسين (2005) **مبادئ الصحة النفسية،** دار وائل للطباعة و النشر، الأردن

13.رياض احمد النابلسي (1998) **الجراحة و العلاج النفسي**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.

14.زينب محمود شقير (2002)**علم النفس العيادي و المرضي للأطفال و الراشدين** ، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، عمان

15.سعيد حسني العزة (2000) **الإعاقة البصرية**، دار الثقافة للنشر و التوزيع، القاهرة

16.سيغموند فرويد، ترجمة: عثمان النجاتي (1957) **الكف و العرض و القلق** ، ديوان المطبوعات الجامعية،ط3، الجزائر

17.صمويل مغاريوس (1969) **مشكلات الصحة النفسية في الدول النامية** ، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة

18.طه عبد العظيم حسين (2007) **العلاج النفسي المعرفي، مفاهيم و تطبيقات** ، دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر

19.طه عبد العظيم حسين (2008) **استراتيجيات تعديل السلوك للعاديين و ذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الجامعة الجديدة للنشر و التوزيع، الاسكندرية.

20.عبد الستار إبراهيم (1994) **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث**، الدار العربية للكتاب، الأردن

21.عبد المطلب أمين القريطي (بدون تاريخ) **في الصحة النفسية** ، دار الفكر العربي ، الأردن

22.عطوف محمود ياسين (1984)**علم النفس العيادي**، دار الملايين، بيروت

23.علي صبره (2004) **الصحة النفسية و التوافق النفسي**، دار المعرفة الجامعية، القاهرة

24.علي عبد العزيز رشاد (2008) **علم نفس الإعاقة**، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة

25.علي عسكر(2003) **ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها ، الصحة النفسية و البدنية في عصر التوتر و القلق**، دار الكتاب الحديث، ط3

26.فتحي السيد عبد الرحيم (1982) **سيكولوجية الأطفال غير العاديين**، دار العلم، الكويت

27.فوزي محمد جبل (2000) **الصحة النفسية: سيكولوجية الشخصية** ، المكتبة الجامعية ، القاهرة

28.فيصل محمد الزراد، علي عيسى سعد (2014) **تعديل السلوك: المبادئ و الإجراءات**، دار الفكر عمان

29.كمال سالم سيسالم (1997) **المعاقون بصريا خصائصهم و مناهجهم** ، الدار اللبناني المصرية

30.محمد أحمد إبراهيم سعفان (2005) **العملية الارشادية**، دار الكتاب الحديث، القاهرة.

31.محمد السيد فهمي علي (2008) **الإعاقات الحركية بين التشخيص و التأهيل و بحوث التدخل رؤية نفسية**، دار الجامعة الجديدة للنشر

32.محمد صفوح الأخرس (1983) **علم الاجتماع**، المطبعة الجديدة، دمشق

33.مختار حمزة (1979) **سيكولوجية دوي العاهات و المرضى** ، دار المجمع العلمي، ط4، جدة

34.مريم إبراهيم حنا (2010) **الرعاية الاجتماعية و النفسية للفئات الخاصة و المعوقين** ، المكتب الجامعي الحديث.

35.مصطفى غالب (بدون تاريخ) **التغلب على القلق (في سبيل موسوعة علمية)** مكتبة الهلال، ط4، لبنان

36.مفتاح محمد عبد العزيز(2001) **علم النفس العلاجي-اتجاهات حديثة-** دار قباء للطباعة والنشر و التوزيع، القاهرة.

37.منى صبحي الحديدي (1998) **الإعاقة البصرية: الأبعاد السيكولوجية و التربوية** ، كلية العلوم الاجتماعية، الأردن

38.نبيه إبراهيم إسماعيل (2006) **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة**

39.نعيم الرفاعي (1979) **الصحة النفسية: دراسة في سيكولوجية التكيف** ، مطبعة ابن حيان، سورية

المجلات العلمية:

40.مصطفى النصراوي (1989) **الآثار المترتبة على الإعاقة و إدماج المعاقين في عالم الشغل**، المجلة العربية للتربية – المجلد التاسع، العدد الثاني، سبتمبر

41. مجلة الجيش (فيفري2013) العدد 595، بن عكنون، الجزائر

القواميس و المعاجم:

42.جان لابلانش و ج. ب. بونتاليس، ترجمة: مصطفى حجازي(1987) **مصطلحات التحليل النفسي**، المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع، ط2، لبنان

43.محمد هيثم الخياط (2009) **المعجم الطبي الموحد** (باللغة العربية، الفرنسية، الانجليزية) مكتبة لبنان ناشرون، ط4، بيروت، لبنان

44.محمد حسن علاوي (1998) **موسوعة الاختبارات النفسية للرياضيين** ، مركز الكتاب للنشر، القاهرة

45.ماجدة السيد عبد الرحمان (2000) **موسوعة الصحة النفسية**، ج1، دار قباء للطباعة والنشر القاهرة.

46.القيسي نزار نايف (2006) **المعجم التربوي في علم النفس**، دار أسامة للنشر و التوزيع و دار المشرق الثقافي، الأردن

47.احمد محمد عبد الخالق (1994) **الدراسات التطورية للقلق** ، الرسالة 90، حوليات كلية الأدب، الحولية14، جامعة الكويت

48.عبد الرحمان محمد العيسوي (1999) **فن الإرشاد و العلاج النفسي** (موسوعة كتب علم النفس الحديث) دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان

الرسائل الجامعية:

49.بظاظو انسام مصطفى (2011) **برامج علاجية في تخفيف حدة القلق، اضطراب الشخصية النرجسية لدى الراشدين** ، دكتوراه في فلسفة التربية، الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، دكتوراه منشورة

50.بنضورة عبد المالك (2013) **فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تقبل صورة الذات وتخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركيا** ، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي جامعة وهران.

المراجع الأجنبية:

1-André dyarque (1989) **Petit Larousse de la médecine médicale**, Libraire Larousse, Paris

2- Beak & Alford (1976)cognitive therapy and the international universites

3-Boutebba Mourad (2006) **Stress et Préparation Mentale**, office des publication universitaires, benaknoun, Alger

4-Calin Lazar (2004) **Ophtalmologie, ORL, Stomatologie,** edition Vernazobres – Grego, Paris

5- Eric Albrecht, Jean Pierre Hakerer, Eric Buchser, Véronique ric Albrecht, Jean Pierre Hakerer, Eric Buchser, Véronique, Mort (2009) **Manuel Pratique d'anesthésie,** Elsevier Masson, 2ème édition, Italie

6-Fedida Pierre (1974**) La Psychanalyse,** édition Libraire Larousse, Paris

7-Goldefy Jacque Marie(1963) **Psychologie appliquée à la chirurgie**, ED Flammarion, Paris

8-J-Delmont, F ,Lucht (1995) **Guide pratique de psychiatrie**, Berti Edition, Alger

9-Jean Cautraux (2001**) les thérapies comportementales et cognitives**, 3éme édition, Masson ; Paris

10-Jean Cautraux (2011**) les thérapies comportementales et cognitives**, 5éme édition, Elsevier, Masson ; Paris

11- John Sand ford-Smith (2006) **Chirurgie Oculaire sous les climats chauds**, International Centre for Eye health (ICEH) 3ème édition, London

12-Mannuilla Nicola (1996**) Dictionnaire médicale**, 7ème édition, Paris

13-MAZET.PH, Houzld (1993**) Psychiatrie de l'enfant et l'adolescent**, Edition malonie, Paris

14-Pierre Beauvais (2005) **Les maladie à prion**, Flammarion, Paris

15-R / Thomas, G. Missoum, Jean Rivolier, la psychologie du sport de haut niveau, PUF

16-Serge Molliex (2003) **le Monitorage de l'opéré**, Masson, Paris

17- Sénon Jean (1995) **Thérapeutique psychiatrique**, Harman, Paris

18-Yvette Hatwell (2003) **Psychologie Cognitive de la cécité précoce,** Dunod, Paris

الملاحق