



جامعة وهران 2

كلية العلوم الاجتماعية

أطروحة:

للحصول على شهادة الدكتوراه ل م د

في الارشاد و التوجيه

فاعلية برنامج ارشادي وفق النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية
لالبرت اليس لتخفيض الاكتئاب لدى المسنين

مقدمة و مناقشة علنا من طرف

السيدة (ة): زهراوي خروفة

أمام لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة وهران 2	أستاذ	بولوجراف	بختاوي
مشرفا ومقررا	جامعة وهران 2	أستاذ	احمد	هاشمي
مناقشة	جامعة وهران 2	أستاذة محاضرة (أ)	حليمة	قادري
مناقش	جامعة مستغانم	أستاذ	محمد	قمار
مناقش	جامعة مستغانم	أستاذ محاضر (أ)	احمد	قيدوم
مناقش	المركز الجامعي غليزان	أستاذ محاضر (أ)	احمد	زقاوة

السنة الجامعية 2016 - 2017

الاهداء

اهدي ثمرة هذا العمل الى روح ابي و روح اختي

الى امي و اخوتي

الى زوجي و ابنائي معتز و عصام و رياض

كلمة الشكر

بعد حمد الله الذي اعانني على انهاء هذا العمل المتواضع ، فالشكر موصول الى استاذي احمد هاشمي الذي لم يبخل عني بتوجيهاته المنيرة .

كما اشكر الاساتذة الذين قاموا بتحكيم ادوات البحث ، و الاستاذ بلقوميدي عباس على مساعدته في معالجة البيانات الاحصائية . و الاساتذة اعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم تصويب هذا العمل .

كما اشكر النفسانية التربوية بثكنة شعبان و السيد المدير و النفسانية العيادية بدار الاشخاص المسنين لوهران .

و الشكر موصول ايضا الى عينة البحث بثكنة شعبان و بدار الاشخاص المسنين بوهران . و الى كل من ساهم في هذا البحث من قريب او من بعيد

الطالبة : زهراوي خروفة

المخلص

تهدف هذه الدراسة الى الكشف عن مدى فعالية برنامج ارشادي نفسي مقترح وفق النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لالبرت اليس Albert Ellis لتخفيض مستوى الاكتئاب لدى المسنين و قد انطلق البحث من اشكالية اساسية مفادها ، هل توجد فعالية لدى البرنامج الارشادي المستند لنظرية اليس في خفض الاكتئاب لدى المسنين ؟

و للإجابة عن هذه التساؤل اقترحت الفرضيات التالية :

1. توجد مستويات مرتفعة من درجات الاكتئاب لدى المسنين .
 2. توجد فروق دالة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعد لاختبار الاكتئاب بعد تنفيذ البرنامج الارشادي على المسنين لصالح التطبيق البعدي .
 3. توجد فروق دالة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي لاختبار الاكتئاب بعد تنفيذ البرنامج الارشادي على المسنين في كل محور من محاور الاختبار على حدا .
- و لاختبار هذه الفرضيات اختيرت عينة قصدية من المسنات المقيمات في مركز ابواء العجزة لوهران بلغ تعدادهن سبع مسنات يعانين من مستويات مرتفعة من الاكتئاب .
- طبقت الباحثة اختبار الاكتئاب الموجه للمسنين بعد تكييفه و دراسة خصائصه السيكومترية في التطبيق القبلي و البعدي بعد تنفيذ البرنامج الارشادي المقترح ، و قد اسفرت النتائج على ما يلي :

1. توجد مستويات مرتفعة للاكتئاب لدى العينة المدروسة .
2. يوجد فرق دال احصائيا بين التطبيق القبلي لاختبار الاكتئاب و التطبيق البعدي له بعد تنفيذ برنامج الارشاد المستند الى النظرية العقلانية لصالح التطبيق البعدي .
3. توجد فروق دالة احصائيا بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي لاختبار الاكتئاب بعد تنفيذ البرنامج الارشادي المستند للنظرية العقلانية على كل محاوره .

قائمة المحتويات

أ.....	الاهداء
ب.....	الشكر
ج.....	الملخص
د.....	قائمة المحتويات
ح.....	قائمة الجداول
1.....	مقدمة عامة
4.....	الفصل الاول : تقديم البحث
5.....	اهمية الموضوع
5.....	اهداف الموضوع
6.....	الاشكالية
9.....	الفرضيات
10.....	التعاريف الاجرائية
10.....	صعوبات البحث
12.....	الفصل الثاني : الاكتئاب و المسن
13.....	مفهوم الاكتئاب
15.....	اعراض الاكتئاب
17.....	انواع الاكتئاب

20.....	الخصائص النفسية للمسن
22.....	الاكتئاب لدى المسن
26.....	سيميولوجية الاكتئاب لدى المسنين
29.....	عوامل الاكتئاب لدى المسن
32.....	وسائل تشخيص الاكتئاب لدى المسن
34.....	العلاجات النفسية للاكتئاب لدى المسنين
36.....	الاكتئاب و الجنسين من المسنين
37.....	الاكتئاب لدى المسنين
39.....	استراتيجيات التكيف مع الاكتئاب من طرف المسنين
41.....	تشخيص الاكتئاب لدى المسنين
42.....	الفصل الثالث : نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لالبرت اليس
43.....	التعريف بصاحب النظرية
44.....	العلاج العقلاني الانفعالي
45.....	نموذج ABC
46.....	نموذج DEF
46.....	اسس العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
49.....	تطور النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية
50.....	مفاهيم و مسلمات الارشاد العقلاني السلوكي

53.....	الافتراضات التي تقوم عليها نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
54.....	خطوات الارشاد العقلاني الانفعالي.....
55.....	مراحل الارشاد او العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
57.....	التفكير غير العقلاني
59.....	الافكار غير العقلانية و البيئة الثقافية
60.....	الافكار غير العقلانية و السن
61.....	التفكير العقلاني
61.....	اهداف الارشاد العقلاني الانفعالي
65.....	فنيات الارشاد او العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
67.....	الاستراتيجية العلاجية
72.....	الفصل الرابع : الارشاد و البرنامج الارشادي
73.....	مفهوم الارشاد النفسي.....
74.....	مفهوم ارشاد الصحة النفسية
77.....	خصائص الارشاد النفسي.....
78.....	اهداف الارشاد النفسي
79.....	استراتيجيات الصحة النفسية
79.....	المشكلات التي يتصدى لها الارشاد النفسي
80.....	انواع الارشاد.....

81.....	البرنامج الارشادي
82.....	تعريف البرنامج الارشادي
85.....	مراحل العملية الارشادية
86.....	اسس البرنامج الارشادي
88.....	فنيات البرنامج الارشاد
89.....	الجلسات الارشادية و خصائصها
91.....	خطوات بناء البرنامج الارشادي
92.....	تقويم البرنامج
94.....	الفصل الخامس : الاجراءات المنجية
95.....	الدراسة الاستطلاعية
112.....	الدراسة الاساسية
128.....	الفصل السادس : عرض و مناقشة النتائج
129.....	الفرضية الاولى
130.....	الفرضية الثانية
145.....	الخلاصة العامة
146.....	الاقتراحات
147.....	المراجع
155.....	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	جدول يلخص مراحل نظرية اليبس	57
2	جدول يبين عدد الفقرات الخاصة بكل محور .	97
3	جدول يوضح الفقرات قبل التعديل و بعده	98
4	جدول يوضح الصدق الداخلي للفقرات	99
5	الجدول يوضح توزيع الفقرات بعد حساب الصدق على محاورها	102
6	جدول يوضح ارقام الفقرات وفق محاورها على مقياس الاكتئاب المطبق	103
7	جدول يلخص مضامين الجلسات للبرنامج الارشادي	107
8	جدول يبين خصائص العينة من حيث السن و درجة الاكتئاب	113
9	جدول يوضح التصميم التجريبي للدراسة	114
10	الجدول يبين عدد الفقرات الخاصة بكل محور .	115
11	جدول يلخص مضامين الجلسات للبرنامج الارشادي	117
12	جدول يبين درجات الاكتئاب لدى عينة الدراسة في الاختبار القبلي و الاختبار البعدي لمقياس الاكتئاب الخاص بالمسنين و الفرق بينهما في الدرجات .	130
13	جدول يوضح الفروق بين الاختبار القبلي و الاختبار البعدي لمقياس الاكتئاب	131
14	جدول يبين النسبة الزائفة للاختبار القبلي و البعدي في بعد الحزن و التشاؤم	134
15	جدول يبين النسبة الزائفة للاختبار القبلي و البعدي في بعد الشعور بالذنب و عدم الرضا .	136

138	جدول يبين النسبة الزائفة للاختبار القبلي و البعدي في بعد الاضطرابات و الطاقة النفسية	16
139	جدول يبين النسبة الزائفة للاختبار القبلي و البعدي في بعد الميول الانتحارية	17
141	جدول يبين النسبة الزائفة للاختبار القبلي و البعدي في بعد توهم المرض و الشعور بالاجهاد	18
143	جدول يبين النسبة الزائفة للاختبار القبلي و البعدي في بعد الشعور باللوم و الفشل	19

مقدمة عامة

عرف المجتمع الجزائري تغيرات كثيرة من جميع جوانبه بحكم التطورات التي يعرفها العالم على جميع الاصعدة . و قد انعكست هذه التغيرات على الخصوص على النمط المعيشي و مستوياته الذي عرفه الفرد في كثير من الدول ، الامر الذي اثر على النمو السكاني و تغيرت متوسطات الوفيات و ازادات المواليد و ارتفع امل الحياة ليصل الى 77 في المائة عام 2013 (ONS , 2013) .

وتستثنى الجزائر من هذا الغير الحاصل ، فقد ارتفع عدد سكان فيها من بين اول تعداد سكاني عام 1966 م الى عام 1987 م ثالث تعداد للسكان بنسبة 03 في المائة سنويا (وزارة الصحة و السكان، 1999 . غير ان هذه الوتيرة بدأت تتباطأ بداية من عام 1986 حيث تدرجت الى 2.74 في المائة سنويا لتصل الى 1.50 و 1.53 لسنتي 2001 و 2002 م على التوالي (ONS , 2013) .

ان هذا التطور السكاني قد يعكس نسبة المسنين التي قد ترافق هذا الارتفاع ، فشيخوخة السكان تعني فيما تعنيه : " انه ارتفاع متواصل في نسب المسنين و انخفاض في نسب الشباب " (محمد عاطف غيث ، 1987) الامر الذي بدانا نلاحظه في المجتمع الجزائري بحيث قفزت نسبة الشيخوخة الى مستويات مرتفعة .

ان هذا التطور الذي يشير الى ارتفاع في نسبة المسنين في الجزائر يحتم على الدولة الجزائرية اعتماد سياسة اجتماعية و صحية تستجيب لهذه التطورات ، و خصوصا اذا عرفنا ان كثيرا ما كان يتمتع المسن يتجه نحو الفقدان La perte مثل فقدانه لمكانته الاجتماعية و تتدهور امكانياته الجسمية ، الامر الذي يجعل من هذه الفئة من المجتمع تتميز بهشاشة جسمية و نفسية ، فقد بينت الدراسات ان المسنون يعانون من القلق و عدم الارتياح بنسبة تتعدى 19 في المائة و ان 8 في المائة منهم يصابون بالاكتئاب

(المحمداوي ، 2008) . بل ذهبت دراسات اخرى الى ان الاكتئاب يصيب نسبة اكثر مما ذكر ، فقد يتراوح نسبته لدى فئة المسنين من 12 الى 15 من المائة لدى الفئة العمرية التي تتجاوز 65 سنة ، لذلك خلال سنوات فارطة اقترح مفهوم اكتئاب الشيخوخة .
Dépression gériatrique .

ان الاكتئاب باعتباره الاضطراب الذي يميز فئة المسنين و خاصة المقيمين في المؤسسات الايوائية الخاصة بالعجزة في الجزائر قد يصل الى 70 من المائة (خياطي ، Huffpostarabic.com ، و قد ذهبت دراسة معمرية و خزار (2009) في هذا الاتجاه حيث جاء الاكتئاب في المرتبة الثانية بعد القلق العام لدى المسنين الجزائريين .
قد تفسر هذه النتائج على ان الاكتئاب هو عارض لوضعية المسن في المجتمع الجزائري ، فهو يعبر من خلاله على الاهمال الذي يعانیه و العزلة الاجتماعية الناتجة عن اضمحلال دوره الاجتماعي و ضعفه الجسدي ، و يضاف الى هذه العوامل عوامل اخرى قد تدفع به الى ان يجد المسن نفسه في مركز من مراكز العجزة .

ان انتشار الاكتئاب بين المسنين يحتم علينا التفكير في مواجهته بالاساليب و التقنيات و الادوات الملائمة التي تخضع للشروط العلمية الضرورية مثل البرامج الارشادية و العلاجية المناسبة ، و التي ياتي في سياقها هذا البرنامج الارشادي الذي يستند الى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لالبرت اليس Ellis ، و الذي يهدف الى التخفيف من مستويات الاكتئاب لدى المسنين .

و لتحقيق هذا الهدف تناول البحث مجموعة من الفصول حيث تناول :

الفصل الاول : اهمية الموضوع و اهدافه العلمية و التطبيقية و الاشكالية و التساؤلات التي تبعتها و الفرضيات و ايضا التعاريف الاجرائية .

اما الفصل الثاني فقد جاء ليعالج نظريا الاكتئاب لدى المسن ، لذلك تضمن الاكتئاب من حيث التعريف و اعراضه ثم الاكتئاب كما هو لدى المسن من حيث اعراضه و سيميولوجيته و تشخيصه و ايضا اساليب علاجه .

في حين تناول الفصل الثالث النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لالبرت اليس ، من حيث التعريف بصاحب النظرية و اسسها و شرحها من حيث كيفية التعامل معها .

اما الفصل الرابع فقد تعرض الى الارشاد في مفهومه العام ، من حيث التعريف و الاهداف و المضامين ، ثم الى البرنامج الارشادي من حيث التعريف و طرق البناء و الاسس التي يبنى على اساسها .

و قد تناول الفصل الخامس الاجراءات المنهجية و قد انقسم الى جزئين ، تضمن الجزء الاول الدراسة الاستطلاعية التي اشتملت على دراسة الخصائص السيكومترية لمقياس الاكتئاب المستخدم و ايضا خطوات بناء البرنامج الارشادي .

اما الجزء الثاني فقد تناول الدراسة الاساسية من حيث وصفها لمقياس الاكتئاب و البرنامج الارشادي و العينة التي طبق عليها البرنامج .

كما تناول الفصل السادس عرضا للنتائج و مناقشتها .

و قد ختم البحث بتوصيات ثم المراجع و الملاحق .

الفصل الاول

تقديم البحث :

اهمية الموضوع :

تطلق اهمية الموضوع من اهمية الاهتمام بفئة المسنين ، التي اوضحت يتزايد عددها بنسب سريعة في مجتمعنا ، الامر الذي يدفعنا الى تحضير انفسنا للقيام بواجباتنا اتجاههم . و تتمثل هذه الواجبات عادة في العناية و الاهتمام الخاصين من حيث الجانب الجسمي و الاجتماعي و النفسي .

و باعتبار ان العامل النفسي يلعب دورا حاسما في جودة حياة المسن ، فان الاهتمام به يعد ضروريا ، نظرا لما تتميز به هذه الفئة من هشاشة نفسية ناتجة عن الفقد الذي ياثرب كثيرا على حياة المسن و تعد دراسة الاكتئاب لديهم ضمن هذا السياق ، بل ان توفير ادوات لتخفيفه لديهم يعتبر مساهمة جادة في مساعدة هذه الفئة و تطوير حياتها و من ثم رفايتها .

اهداف الموضوع :

يتصدى الموضوع لتحقيق هدفين رئيسين :

1. الهدف العلمي : و هو اثراء الدراسات الخاصة بالاكتئاب لدى فئة المسنين . الامر الذي يبدو انه قليل لدينا (حسب علمنا) . كما يساهم هذا البحث في توفير برنامج ارشادي يستند الى النظرية العقلانية لالبرت اليس .

2. الهدف العملي : وهو توفير اداة لخفض الاكتئاب لدى المسنين ، و تتمثل هذه الاداة في البرنامج الارشادي النفسي الذي يستند الى النظرية العقلانية لاليس .

الإشكالية :

في عام 2013 ذكرت مجلة الديموغرافيا الجزائرية Démographie Algérienne في عددها 658 ان نسبة الشيخوخة في الجزائر ما فتئت تتزايد بحيث انتقلت من 8.1 في المائة الى 8.3 في المائة في الفترة الممتدة بين 2012 و 2013 حيث بلغ تعداد المسنين 3188000 . و تذكر نفس المجلة في عددها 740 (2016) ان نسبة المسنين مستمرة في التزايد حيث انتقلت ما بين 2014 و 2015 من 8.5 الى 8.7 في المائة . و نتيجة لهذا التزايد التصاعدي فان نسبة فئة المسنين سترتفع في السنوات القادمة لتتجاوز 3 ملايين بحلول 2020 (مورادبوبركة ، 2016) و ذلك بالتحاق فئة الساكنة التي ولدت في السبعينات و الستينات بهذه الفئة ، بالإضافة الى تفهقر نسبة الوفيات المبكر بين هذه الفئة نظرا للرعاية الصحية و ارتفاع المستوى المعيشي .

و لان هذه الفئة من السكان في العالم زادت نسبتها و هي تتزايد باطراد فقد اصدرت هيئة الامم المتحدة UN قرارا تحت رقم 52/23 يقضي بانشاء الجمعية العلمية لرعاية المسنين ، و يهدف هذا القرار الى الاهتمام بهذه الفئة الاجتماعية (العرقان و سيد عبد العال ، 1991) .

ان هذا الاهتمام المتزايد بالمسنين تدعمه تلك الاحصائيات الديموغرافية التي تشير الى تزايد ها في المجتمع الجزائري بحلول السنوات القليلة القادمة ، فقد يرتفع عددها الى حدود 07 في المائة 2030 ، الامر الذي يدفعنا الى تحضير المجتمع و مؤسساته لهذه التغيرات الديموغرافية القادمة ، و ذلك بتوفير شروط الحياة الكريمة للمسن من جميع جوانبها باعتباره من الفئة الهشة التي تتطلب العناية الازمة .

و لان هذه الفئة من السكان تتميز بالهشاشة و الفقدان La perte (فقدان الزوج او الزوجة ، فقدان الصحة العامة ، تفهقر الجانب النفسي ... الخ) فان تاثرها يكون

ظاهرا عليها ، بحيث تشعر بالاهمال و الترك و الوحدة ، بالرغم من ان بعض الدراسات الحديثة في الجزائر كانت قد اشارت الى ان دور الاسرة الجزائرية الحديثة لم يتغير اتجاه المسن نتيجة لارتباطها بالقيم الدينية و الاجتماعية (موراد بوبركة ، 2016) . غير ان هذه الدراسة قد اجريت في مناطق غيليزان و هي منطقة شبه ريفية لازال الكبير فيها يحضى بنوع من الرعاية و الاحترام ، في حين ان ادوار الاسرة في المجتمع بدأت تتغير تدريجيا مع نقص الاهتمام بالشيخ فيها خصوصا اذا كان لا يملك شيئا ماديا فان معاناته ستكون اكثر . فقد اشارت نشرية هوفبوست Huffpost (Huffpostarabic.com) في تحقيق لها حول وضعية المسنين في المجتمع الجزائري ان العدد الاكبر ممن هم في دار المسنين تركهم ابنائهم ، الامر الذي اشرت اليه جبير في دراستها حول العلاقات الاسرية في الجزائر ان هذا السلوك اصبح ظاهرة في مجتمعنا (Huffpostarabic.com) ، الامر الذي يجعل مؤسسات الدولة امام مسؤولياتها للتكفل بهذه الفئة ، لذلك بدأت تعقد المؤتمرات و الملتقيات التي تهتم بالموضوع - على سبيل المثال لا الحصر - الايام الاوراسية الاولى للطب ، 05/11/2010 بباتنة (djazairess.com) التي ركزت على اهمية تكوين اطباء المختصين بهذه الفئة . و من جهة اخرى بدا الاهتمام بهذه الفئة في الجزائر في العلوم الاجتماعية ، فادخلت مواد دراسية لتكوين الطلبة خاصة في علم النفس و علوم التربية ، باعتبار ان التكوين قد يخفض كلفة التكفل بهذه الفئة مستقبلا ، فالإكتئاب وحده حسب ما اكدته المنظمة العالمية للصحة OMC قد ارتفعت نسبته لدى هذه الفئة ما بين 2009 و 2013 الى ما يقارب 50 في المائة حيث انتقل من 416 مليون الى 615 مليون شخص و ذلك ما يقارب من 10 في المائة من الساكنة العالمية و تمثل الاضطرابات العقلية 30 في المائة من هذه الفئة ، و يتوقع ان كلفة العلاج في 15 سنة القادمة ما بين 2016 و 2030 ستصل الى 147 مليار دولار Centre des medias , OMC , 2016 www.Who.int .

و لا شك ان الجزائر من بين هذه الدول التي ستدفع هذه الكلفة الباهضة التي ستصبح دافعا قويا للبحث في هذا الاضطراب النفسي و تحديد خصوصيته لدى المسن الجزائري خصوصا اذا اخذنا بعين الاعتبار ما صرح به مصطفى خياطي رئيس الهيئة الجزائرية للبحث و الترقية الصحية ل Huffpostarabic.com من ان 70 في المائة من المقيمين في دور العجزة يعانون من الاكتئاب ، و قد يبدو ان هذا التصريح قد يتوافق مع الواقع و ذلك مما لمسناه من خلال عملنا لفترة قصيرة بدار العجزة لوهران في 2016 بحيث لاحظنا ذلك . الامر الذي يدفعنا الى الاهتمام بهذا الاضطراب و التركيز عليه في مجال تخصصنا .

ان البحث في اساليب و طرق علاج هذا الاضطراب لدى فئة الشيوخ في البيئة الجزائرية يعد امرا حتميا ، و ذلك من خلال بناء الادوات اللازمة وفقا للشروط العلمية من حيث ارتكازها على الاسس الضرورية لبنائها ، و التي من بينها البرنامج الارشادي النفسي الذي تناوله بالدراسة هذا البحث ، حيث تمحور تساؤله المركزي حول مدى فاعليته مستندا في ذلك الى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لالبرت اليس Albert Illis في خفض الاكتئاب لدى المسنين .

و حتى يتضح هذا التساؤل اكثر ارتئينا تجزأته الى تساؤلات فرعية و التي تمثلت في:

- 1 . ما مستويات الاكتئاب لدى المسنين ؟
- 2 . هل توجد فروق دالة احصائيا بين تطبيق اختبار الاكتئاب القبلي و التطبيق البعدي له بعد تنفيذ البرنامج الارشادي .
- 3 . هل يوجد فرق في نتائج اختبار الاكتئاب بين التطبيق القبلي و التطبيق التبعي لتنفيذ البرنامج .

الفرضيات :

نظرا لان البرامج الارشادية و العلاجية تكون قد اعطت ثمارها في مجالات كثيرة ، فاننا يمكن ان نفترض ما يلي :

ان البرنامج الارشادي المستند الى نظرية اليس فعال في تخفيض مستوى الاكتئاب لدى المسنين .

و حتى يتضح هذا الافتراض اجرائيا نسوق الفرضيات التالية :

الفرضية الاولى : . توجد مستويات مرتفعة لدرجات الاكتئاب لدى المسنين .

الفرضية الثانية : . توجد فروق دالة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعد لاختبار الاكتئاب بعد تنفيذ البرنامج الارشادي على المسنين لصالح التطبيق البعدي .

1 - 2 . توجد فروق دالة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي لاختبار الاكتئاب بعد تنفيذ البرنامج الارشادي على المسنين في محور الحزن و التشاؤم لصالح التطبيق .

2-2 . توجد فروق دالة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي لاختبار الاكتئاب بعد تنفيذ البرنامج الارشادي على المسنين في محور الشعور بالذنب و عدم الرضا لصالح التطبيق البعدي .

2 . 3 . توجد فروق دالة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي لاختبار الاكتئاب بعد تنفيذ البرنامج الارشادي على المسنين في الاضطرابات و الطاقة النفسية لصالح التطبيق البعدي .

2 . 4 . توجد فروق دالة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي لاختبار الاكتئاب بعد تنفيذ البرنامج الارشادي على المسنين في محور الميول الانتحارية لصالح التطبيق البعدي .

5-2 . توجد فروق دالة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي لاختبار الاكتئاب بعد تنفيذ البرنامج الارشادي على المسنين في محور توهم المرض و الشعور بالاجهاد لصالح التطبيق البعدي .

2 - 6 . توجد فروق دالة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي لاختبار الاكتئاب بعد تنفيذ البرنامج الارشادي على المسنين في محور الشعور باللوم و الفشل لصالح التطبيق البعدي

التعاريف الاجرائية :

1 . البرنامج الارشادي : يشير الى خطة منظمة سبقها تصور مبني على اساس النظرية العقلانية لاليس IIs توضح مسار العملية الارشادية و اساليبها و تقنياتها ، وفق مقتضيات الفعل الارشادي اتجاه المسنين .

2 . الاكتئاب لدى المسنين : و هو اضطراب نفسي يشتمل على الحزن و التشاؤم ، الشعور بالذنب وعدم الرضا، الميول الانتحارية ، الاضطراب والطاقة النفسية، توهم المرض والشعور بالاجهاد والشعور باللوم والفشل و هو ما يقيسه اختبار الاكتئاب الموجه للمسنين الذي اعده حسن المحمداوي (2008)

3 . المسن : هو الشخص الذي تجاوز الستين من عمره .

صعوبات البحث :

اعترضت الباحثة مجموعة من الصعوبات نذكرها فيما يلي :

1 . صعوبة العملية الاتصالية مع المسنين ، الامر الذي تطلب كثيرا من الوقت حتى بداية البحث الفعلية .

2 . ان المسنين المكتئبين يفضلون عدم البوح باسرار حياتهم فهم قد يعبرون على اشياء تبدو لا اهمية لها في حياتهم ، بينما ما يخفونه هو المهم .

الفصل الثاني

الاكتئاب و المسن

الاكتئاب : لمحة تاريخية :

عرفت المجتمعات الانسانية الاكتئاب منذ القدم فقد وصف الاكتئاب على ورق البردى لدى المصريين القدامى قبل ميلاد عيسى عليه السلام بالف و خمسمائة سنة ، فقد ذكر ان امحوتب الذي عرف فيما بعد بابو الطب كان قد اسس معبدا لعلاج الامراض و منها الاكتئاب الذي كان يعالج بطرق مشابهة للتي تستعمل في عصرنا مثل الايحاء و النشاطات الترفيهية (طه ، 2006 : 6 في ريم محمود يوسف ابو فايد ، 2010 : 2)

وقد اشار الطويل (1985 : 34) الى ان هذا المرض قد عرف ما يشابهه لدى الاغريق في اشعارهم و اساطيرهم . كما عرف المسلمون هذا المرض منذ امد طويل و عرف لديهم باسم الهم و الوجد كما اسماه بعضهم بالوساوس و المالنخوليا ، و قد ارجعوا اسباب ظهوره لدى الانسان في الافراط في عمليات التفكير و التذكر و الادراك

(23 : 1988 : Leavitt) . الى ان بدأت تتحدد معالمه في العصور الحديثة و المعاصرة ، بحيث اصبحت تعاريفه تقترب من التحديد وفق مظاهره و بنائه .

مفهوم الاكتئاب :

عرفه ابو هين (255 : 1999) على انه الشعور الفعلي للشخص بحدوث ما كان يتوقعه بما كان يتوقعه ، و تتمثل هذه المشاعر في الاحساس بالحزن الشديد و الانسحاب و الياس و تدهور حاد في جميع الوظائف الحيوية التي كان يقوم بها الشخص . و ترى WHO international Consortium in Psychatric 2000 ان الاكتئاب حالة مزاجية تتميز باعراض تظهر على شكل اضطرابات عقلية ، يتم تشخيصها من خلال اختبارات نفسية خاصة بالاكتئاب.

اما غريب عبد الفتاح (7 : 1990) يعرف الاكتئاب من خلال - 317 : DSM-IV : 320 على انه حالة انفعالية يشعر الفرد من خلالها بالحزن و فقدان السعادة

و الانسحاب الاجتماعي و الاحساس بعدم القيمة و فقدان الامن و فقدان الامل في المستقبل ، بالإضافة الى عدم القدرة على الانجاز و الحساسية الانفعالية و الشعور بالوحدة و الاحساس بالذنب نحو الذات كما يتميز بوجود بعض الاعراض الجسمية مثل :
توهم المرض و اضطرابات الشهية و الشعور بالاجهاد و نقصان الوزن) (العجوري ،
(2007 :48)

و يعرفه زهران (1997 : 541) على انه حالة من الحزن الشديد المستمر الناتج عن الظروف المؤلمة و المحزنة و تعبر هذه الحالة عن شئ مفقود و قد لا يعي المصاب مصدر حزنه .

و يذهب القرطبي (1998 : 141) في نفس اتجاه زهران اذ يعبر في تعريفه للاكتئاب على نفس المظاهر التي تصيب المريض ، فهو يعرف الاكتئاب على انه حالة من الشجن المتواصل و من الحزن الشديد المستمر و اللذين لا يعرف المريض مصدرهما بالرغم من انها تنتج حالة مؤلمة .

ان هذين التعريفين الاخرين يتفقان من حيث ان الاكتئاب حالة مرضية تتميز بالحزن الشديد الذي يشترط فيه الاستمرارية و عدم وعي المريض بمصدر ذلك ، لانه لا يمكن للاكتئاب ان يكون حالة مرضية في كل الحالات او عرضا تشابك فيه عدة اعراض بل قد يكون حالة مزاجية (عيد ، 201) ، لذلك يمكن التمييز بين الحالات المرضية و غير المرضية من حيث الاعراض و استمرارها في الزمن . فمن حيث الاعراض عرفه Ingram على انه اضطراب في المزاج او الوجدان بحيث يتميز هذا الاضطراب بانحرافات مزاجية تتفوق على التقلبات الاخرى (فايد ، 2004 : 60) .

ان هذه التعريفات القليلة التي عرضنا تتفق في معظمها مع التعريفات الاخرى ، فقد ارتبط الاكتئاب باعراضه و بنيته و نوعه .

اعراض الاكتئاب :

تشير كثير من الدراسات التي من بينها زهران (1997) و سو و سو (Suo et Suo

(1997) الى ان اعراض الاكتئاب تكون كما يلي :

1. الاعراض المزاجية :

و تتمثل في الحزن الشديد لدى المكتئب و الذي يستمر الى اكثر من اسبوعين.

2. اعراض الفسيولوجية :

1. فقدان الشهية او زيادتها و انخفاض الوزن او زيادته.

2. الامساك.

3. اضطراب النوم و الذي يتمثل عادة في عدم النوم العميق و الارق او قد يحدث عكس

ذلك ككثرة النوم و النوم العميق.

الاعراض المعرفية :

1. ضعف التركيز.

2. اضطراب الادراك .

الاعراض السلوكية :

1. المظهر الخارجي : اتساخ الملابس و عدم الاهتمام بالمظهر الخارجي.

2. الخمول و بطء الحركة.

3. بطء الكلام.

4. الانسحاب الاجتماعي.

5. نقص الانتاجية و انخفاض في مستوى الطاقة.

الاعراض الوجدانية :

1. يتميز صاحبه بالحزن الشديد و فقدان السعادة.

2. و الانسحاب الاجتماعي و التوقع نحو الذات.

3. الاحساس بالدونية.

4. فقدان الامن.

6. عدم القدرة على الانجاز و الحساسية.

7. الشعور بالوحدة.

8. الشعور بالذنب نحو الذات.

9. هبوط الوظائف الحيوية.

10. ضعف الشهية و نقصان الوزن.

11. الشعور بالاجهاد .

و قد عرض بيك (6 : 1997) Beck, في ابوفايدي (11 : 2010) الخصائص الخاصة بالاكتئاب من خلال ما يتسم به ، فهو يرى بانه حالة وجدانية تتميز بخمس خصائص و التي يمكن ان تعتبر محاورا لاعراض الاكتئاب فهي تلخص لنا هذا الجانب فيما يلي:

1. التقلب المزاجي : الذي يتضمن الشعور بالوحدة و الحزن و الذنب.

2. مفاهيم خاصة عن الذات و تتكون من : لوم الذات و انخفاض تقدير الذات.

3. رغبات عدوانية و عقابية للذات : و تشتمل على الرغبة في العزلة و الموت.

4. تغيرات جسمانية : الارق و فقدان الشهية و نقص الطاقة الحيوية.

5. تغير في مستوى النشاط : و يتضمن القصور و البطء.

ان هذه الخصائص يمكن ان توضح لنا تلك المؤشرات او الاعراض التي يقوم عليها الاكتئاب ، كما انها تسمح لنا بتمييز الاكتئاب لدى المسنين ، و مظاهره.

انواع الاكتئاب :

قبل ان نعرض على دراسة الاكتئاب لدى المسن ، تجدر الاشارة الى ان التعرف على هذه الفئة يعتبر ضروريا . فقد اشار المعنى اللغوي الى المسن على انه اسن الرجل كبير و طال عمره فهو مسن (رضا ، معجم متن اللغة ، . (228 : 1959 . و كلمة شيخوخة مشتقة من فعل شاخ الانسان شيخا و شيخوخة ، و تشير الى من وصل الى مرحلة الشيخوخة و التي تكون في غالب الاحيان عند الخمسين و هو فوق الكهل و دون الهرم ... و يقال هرم الرجل هرما اي بلغ اقصى الكبر (معمرية و خزار ، 2009 : 75 - 83) .

و يشير مفهوم الشيخوخة الى التقدم في العمر و الذي يشتمل على عدة اعمار : العمر الزمني و العمر البيولوجي و العمر الاجتماعي و العمر النفسي (عبد اللطيف محمد خليفة ، 1991 : 13-14 في معمرية و خزار ، 2009 : 75 - 83) :

1 . العمر الزمني : ويتضمن اربعة مستويات :

- الفترة التي تمتد بين 55 و 65 سنة و تسمى فترة ما قبل التقاعد .

- الفترة التي بين 65 سنة و اكثر و تسمى فترة التقاعد .

- الفترة التي تشمل 70 سنة و اكثر و تدعى فترة التقدم في العمر .

- الفترة التي تمتد الى 110 سنة و هي فترة الشيخوخة و العجز التام و الوفاة .

الا ان هذا التقسيم لم يكن محل اتفاق من حيث بدأ مرحلة الشيخوخة .

و قد عرفه علم النفس على اساس سنوات العمر فهو بالنسبة اليه : (من دخل مرحلة كبر السن التي تبدأ من سن الخامسة و الستين الى اخر العمر التي قد تمتد الى ما بعد المائة). جوهر ، (297 : 2004 في السيد خليل، 2008

و على العموم فان مجموع الهيئات (هيئة الامم المتحدة مثلا قد عرفت المسنين بانهم السكان ذوي الاعمار البالغة 60 سنة.

و يعتبر سن الستين سنا مرجعيا لكثير من الدول في تحديد سن الشيخوخة ، بحيث تعتبر الجزائر ان سن الشيخوخة المسن يبدأ مع سن التقاعد الذي يحدد ب 60 سنة كما هو محدد و مبين في قانون المالية ل جانفي 2017 .

و يعتبر بعض الباحثين ان فئة المسنين ليست واحدة بل تتوزع على فئات قسمها الباز (25-26 : 2004) الى اربع :

1. صغار المسنين 60 الى 69 سنة) ، حيث تبدأ في هذه المرحلة التغيرات التي تشير الى انخفاض في القوى الجسمية.

2. اواسط المسنين (79 - 70) سنة (تظهر التغيرات بشكل جلي بحيث يتصف الشخص في هذه المرحلة بالمرض و الضعف الجسمي و الشعور بعدم الراحة.

- 3 كبار السن (89 - 80) سنة (تظهر لدى الفئة صعوبات في التكيف مع البيئة و التفاعل مع المحيط.

4- الطاعنين في السن (99-90) سنة (تكون هذه المرحلة اشد من المراحل السابقة ، في حين ان هذه المرحلة قد تتسم بالهدوء و المتعة اذا لم تحدث في المراحل السابقة تغيرات و ازمان تكون قد عصفت به.

و من جهة اخرى فان تعريفات للشيخوخة ارتبطت بعوامل متعددة مثل العامل البيولوجي و الاجتماعي و النفسي ، و للتوضيح اكثر يمكن ان نستعرض التالي :

2 . العمر البيولوجي : يتم فيه تحديد الشيخوخة على اساس عضوي ، و ذلك من خلال وصف المعطيات البيولوجية لكل مرحلة من مراحل العمر كقياس معدل الايض و معدل نشاط الغدد الصماء و قوة دفع الدم و التغيرات العصبية .

3 . العمر الاجتماعي : و يشير الى الدور الاجتماعي و علاقات الفرد و ايضا توافقه الاجتماعي .

4 . العمر النفسي : يقوم هذا التصنيف على تحديد الشيخوخة من خلال الخصائص النفسية للفرد و التغيرات التي تطرا على سلوكه و مشاعره و افكاره (عبد اللطيف محمد خليفة ، 1991 : 13 . 14) بحيث تعتبر هذه المرحلة مرحلة الفقد التي تشعر الفرد بالالم . و من الصعوبة بمكان ان يتقبل الفرد تلك التغيرات التي تحدث على جسمه ، و من ثم يصبح التخوف من عدم القيام بالنشاطات المعتادة كالجنس مثلا . (penon Paulin, 2008)

ان هذه التصنيفات التي يقاس من خلالها تحديد الشيخوخة قد تعتبر مشتركة من حيث التغيرات التي تطرا على المسن ، فهو يتقدم في السن ليصل الى الستين بحيث تقل نشاطاته البيولوجية و تحدث تغيرات جسمانية تتجه نحو النقصان ، و فيه تتغير ادواره الاجتماعية و المهنية بحيث يتقاعد كما ان دوره داخل اسرته يتجه نحو التغير بحيث يكبر الاولاد و تنتشعب نشاطاتهم و تقل اهتماماتهم به و قد يفقد زوجته او زوجها . ان كا

هذه العوامل التي ذكرنا تتعكس بالضرورة عاى معاشه النفسي و تكيفه مع العمر الذي يتجه نحو النقصان .

الخصائص النفسية للمسن:

ان التعرض للخصائص النفسية قد يفيدنا في تحديد الاكتئاب بالنسبة للمسن ، كما تسمح لنا هذه الخصائص بعدم الخلط بين الاكتئاب و مظاهره لدى المسن و بعض الخصائص التي يمكن ان تقترب من هذا الاضطراب . و التي قد تكون مرتبطة بالعمر ، فمن بين هذه الخصائص:

1. الخصائص الانفعالية : تتميز انفعالات المسن بصلاية الراي و العناد ، بحيث تكون طاقته الانفعالية طليقة فهو يستثار لاتفه الاسباب او الاشياء التي ليست لها حقيقة في الواقع ، و ينتقل من انفعال الى اخر معاكس تماما ، فانفعالاته تتميز بالتذبذب بحيث يقترب من السلوك العصابي (جوهر ، (2004 : 302) ، كما ان سلوكهم قد يتميز بالشك و التشاؤم و الحذر و الحساسية منتدى صحتك و الغذاء ،:2007: 1 في السيد خليل ،. (23 : 2008) .

2. الشعور بالوحدة : يعتبر الشعور بالوحدة لدى المسن من بين الخصائص التي تميزه في هذه المرحلة العمرية فقد يشعر بعدم الرغبة فيه خصوصا اذا هجره ابناؤه و اقاربه ، (الباز ، (79 : 2004) كما يشعر ايضا بفقدان دوره الاجتماعي و الذي قد يرتبط بالتقاعد عن العمل و الاثار التي تترتب على ذلك منها المالية و الصراعات سيمرد ، (2002 الامر الذي قد يزيد من احتمال ظهور اعراض الاكتئاب لديه .

3. علاقته بالماضي : يتشبث المسن بنظام حياته الذي اكتسبه من خلال مراحل العمر الماضية ، كما انه يتشبث بتلك الذكريات القديمة و يردد قصصه التي تعرض لها في حياته بحيث يكررها الى ان يمل محيطه منها فينفظوا من حوله. (الباز ، 2004) .

4. التركيز على الذات : من بين خصائص الشيخوخة العودة الى الذات و جعلها مركز اهتماماتهم و جوهرها ، فهو يسحب كثير من الموضوعات الاجتماعية الخارجية و يوجهها لذاته (جوهر 2004 : 302) .

5. العاطفة : يعتمد المسن في هذه المرحلة العمرية على ابنائه و زوجته او على اعضاء من اسرته ، و ذلك نتيجة التغيرات التي حصلت له بحيث اصبح يعتمد على الاخرين الذي يطلب منهم استمرار عواطفهم اتجاهه حتى يشعر بالامن و الامان ، و يعوض ما فقده مما له معنى في حياته كفقدان عمله او موت احد احبائه او بعد اولاده .

و المسن اذا لم يشبع هذه الحاجات فان تعرضه الى الاصابات النفسية يكون اكثر احتمالا خصوصا الامراض النفسية و العصبية (الباز ، (79 : 2003) و التي من بينها الاكتئاب.

6. الانطواء و السلبية : ان شعور المسن بالخمول و عدم الحاجة اليه و فقدان قدراته الجسدية التي هو بحاجة اليها او نظرة الناس اليه التي قد تكون سلبية ، كلها عوامل قد تساهم في ظهور الانطواء و السلبية لديه (جوهر . (303 : 2004) .

7. بلادة الحس : ان التباطؤ الذي يظهر على المسن يكون مصدره التأثيرات الحاصلة على الجهاز العصبي و نقص الطاقة الجسمية.

ان هذه الخصائص في مجملها اذا كانت مختلة فانها تدفع بالمسن الى الاكتئاب ، الذي يصبح اضطرابا حقيقيا.

8. الصحة العامة : ان صحة المسن العامة قد تتناقص بتقدم العمر ، و خصوصا ظهور الامراض المزمنة لديه التي قد يكون قد تكيف معها ، الا انه من الصعب عليه بمكان التكيف مع امراض اخرى ذات العلاقة باستقلاليته ، خصوصا في المجتمعات العربية الاسلامية التي تكثر فيها حواجز ثقافية ، فان ظهور الاكتئاب لدى المسن قد لا يرتبط

مباشرة بالصحة العامة له بل بالتغيرات التي تحدث نتيجة خلل فيها و التي تنحصر في العلاقات البينية للأشخاص كاريل. (Karel, 1997).

9-خصائص عقلية : يتميز المسن في هذه المرحلة بتغير كثير من الوظائف العقلية لديه الناتجة عن الضمور الذي يصيب الخلايا الدماغية ، فقد يفقد المسن الذكريات القريبة و يحتفظ بالذكريات البعيدة ، كما ان عملية التفكير تكون بطيئة و يتميز المسن بالتحفظ . و لا يفقد المسن قدرته على التعلم الا انها تكون بطيئة .

و من جهة اخرى فقد لاحظت العمران (45 : 1982) ان هناك فروقا بين المسنين في التغيرات التي تحدث في معدل السرعة و الضبط و الدقة في عملية التعلم و التفكير و الاستدلال في غالب الاحيان.

الاكتئاب لدى المسن :

يشير كثير من الباحثين السيكولوجيين ان الشيخوخة مرحلة التقهقر ، بحيث تضعف قدرة الفرد في هذه المرحلة عن استغلال امكاناته الجسمية و النفسية و العقلية في مواجهة مواقف الحياة الضاغطة ليصل الى عدم تحقيق القدر الكافي من الاشباعات المختلفة (عبد اللطيف محمد خليفة ، 1991 : 27) . و لان هذه المرحلة يعبر عنها بالفقدان و الاضمحلال فان الاثار النفسية على المسن قد تكون واضحة ، بحيث تظهر على الخصوص في الاكتئاب ، فقد اشارت دراسات غربية الى ان نسبة المصابين بالاكتئاب من المسنين تتراوح بين 15 الى 30 في المائة ، و يكون هذا الاضطراب عادة مصاحبا لديهم ببعض اضطرابات القلق ، و قد تتضاعف هذه النسبة لدى المسنين (S . Kindynis et all , 2013 : 394 – 399) . لذلك ذهب كثير من الباحثين في علم النفس الى التركيز في هذه المرحلة العمرية على الاضطرابات النفسية مثل دراسة سهام حسن راشد التي تناولت الاضطرابات النفسية في مرحلة الشيخوخة و التي انتهت الى

وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين كل الاضطرابات المدروسة و التي كان من بينها الاكتئاب الذي ظهر كأكبر اضطراب لديهم ، حيث ينتشر بمعدل 15 الى 20 في المائة لدى هذه الفئة العمرية ، و من اعراضه الشعور بالضيق و الارق و بخاصة اليقظة في الفجر و نقص الوزن و نقص الطاقة و النشاط يصاحبه التخلي عن تحمل المسؤولية و قلة الحركة او زيادتها و بطء التفكير و التردد و هذايانات الذنب و توهم المرض في معمرية و خزار ، 2009 : 74 - 83) . و من جهة اخرى يكثر لدى هذه الفئة المكتئبة الارهاق العام و الامسك و الالام الجسمية غير المحددة و الام البطن و شكاوي ترتبط بالقلب او الارق و الصداع و الام الظهر (سهام حسن راشد ، 1995 : 91 - 92 في معمرية و خزار ، 2009 : 74 - 83) .

و في دراسة اخرى ل سهير كامل احمد ، 1987 : 225 - 229 حول عينة من المتقاعدین الذکور اسفرت على وجود فروق لصالح المتقاعدين في الاكتئاب . و في نفس السياق فقد اجري منير فوزي و اخرون عام 1983 على عينة من المسنين الذين يترددون على العيادة الخارجية اكدت ارتفاع وجود الاكتئاب لدى المسنين ، بحيث يشيع بينهم القلق و توهم المرض (في معمرية و خزار ، 2009 : 74 - 83) .

و في دراستهما التي هدفت الى الكشف عن الاضطرابات الجسمية و النفسية لدى المسنين ، انتهى بشير معمرية و خزار عبد الحميد (2009 : 74 - 83) الى ان الاضطرابات النفسية جاءت كالتالي : القلق العام الياس و الاكتئاب النفسي و اضطرابات النوم و قلق الصحة و قلق الموت و اهمال الذات و النظرة السلبية للحياة و العجز و قلة النشاط و الهذاء بالاضافة الى اضطرابات اخرى .

و من جهة اخرى فقد بين حازيف و توماس ، Hazif - Tomas , et Ttomas ، 1998, ان المميزات الخاصة بالاكتئاب لدى المسنين تتمثل في : عدم الاستقرار ، العدوانية ، الغضب ، السوماتية المتكررة ، الهيبوكوندريا ، اللادافعية ، الشعور بالمعاناة

و الفراغ الداخلي ، الضجر ، الانكفاء عن الذات ، العزلة ، القلق الصباحي ، الخلط ،
التبعية ، اضطرابات الذاكرة المزعوم ، الشعور بعدم الفائدة ، الانتحارات المبرمجة
و الناجحة .

اما الجدول الاكلينيكي بالنسبة للشيخوخة Gériatrie يتطابق مع ذلك الخاص
بالراشدين الشباب حسب نظام التشخيص الذي جاء في الطبعة الرابعة في كراسة
التشخيص و الاحصاء للاضطرابات العقلية (DSM-IV) ، و يمكن حصر
الاضطرابات التي تشير الى الاكتئاب في التالي وفقا لهذا التصنيف .

أ . يجب ان تظهر على الاقل خمسة من الاعراض التالية خلال اسبوعين و تشير الى
تغيرات للحالة السابقة للشخص تتمثل في تعكر المزاج او فقدان الاهتمام او المتعة .

1 . مزاج اكتئابي يظهر عمليا خلال كل اليوم و تقريبا في كل الايام يبديه المريض او
يلاحظ عليه من طرف محيطه و خصوصا لدى الاطفال و المراهقين .

2 . فقدان ملاحظ للاهتمامات او المتعة لكل النشاطات او تقريبا خلال كل الايام .

3 . زيادة او نقصان في الوزن .

4 . الارق او زيادة النوم تقريبا كل الايام .

5 . فرط في الحركة او بطء فيها خلال كل الايام .

6 . تعب او فقدان للطاقة خلال كل الايام تقريبا .

7 . الشعور بالدونية او الذنب الزائد و الذي يكون غير مناسباً و يمكن ان يكون هذيانيا
تقريبا كل الايام و ليس فقط الشعور بالمرض .

9 . التفكير في الموت مع التردد . و ليس ذلك خوفا من الموت و انما افكار انتحارية تتردد دون تخطيط مسبق او محاولة انتحار او انتحار وفق تخطيط مسبق .

ب . الاعراض التي لا تشير الى معايير المرحلة المختلطة .

ج . الاعراض التي تتضمن معاناة مرضية واضحة او افساد وظيفة اجتماعية او مهنية او في مجال اخر مهم .

د . الاعراض التي لم يعبر عنها بوضوح من خلال الحزن بعد وفاة احد اعزائه .

ان هذه الاعراض تتسرب اكثر من شهرين او تصاحبه بشكل دوري ظاهر من خلال نشاط او اهتمامات مبطنة بالدونية ، افكار انتحارية ، اعراض عصابية او ببطء نفسي - حركي .

و يشير برلين و بوفين ، 1999 ، Pellerin , J et Boiffin ,A ، ان الاكتئاب لدى المسنين يتميز على الخصوص بتكراره و ايضا بتعدد انواعه و بطرق تقديمه اكلينيكي . و كذلك يعتمد على قوة تناغم مجتمع المسنين ، لان سيرورة الشيخوخة لا تنمو بنفس الطريقة لدى كل المسنين . (جيه و كلمون ، Léger , J.M . et Clément ,J.P. ، 1998 .

اما ميلر سباهن و هوك ، 1994 ، Muller-Spahn,F. et Hock,C. فيشيران الى ان اعراض الاكتئاب لدى المسن يصاحبها عادة شكاوي سوماتية وفرط في الحركة و ايضا قلقا . Anxiété . و قد لوحظ ان القلق و عدم الاستقرار و الغضب يظهرها بشكل جلي عند الفئة المسنة (موردالجاس و اخرون ، 2007 ، Mrduljas et all) . كل المراجع في الرسالة الفرنسية . بالاضافة الى مؤشرات اخرى كالنسيان او اضطراب الذاكرة او الادراك او الاضطرابات الحركية ، كلها يمكن ان تكون عرضا يدل على وجود اكتئاب ما لدى الشيخ و بدرجة ما و بنوع من الانواع .

سميولوجية الاكتئاب لدى المسنين:

يرى داركورت (1983) G , Darcourt ان توصيف سيميولوجيا الشيخوخة تختلف من باحث الى اخر ، الا انهم يتفقون نوعا ما على ثلاثة محاور كبرى : فقدان الحاجات 'interet perte d' ، اضطراب المزاج le trouble de l'humeur و البطء الحركي ralentissement psychomoteur .

1. فقدان الحاجات (الاهتمامات) : perte d'interet : انها حالة تظهر باستمرار لدى الاشخاص المسنين ، فهي تتضمن ميلا نحو التقليل من الحركة او الخمول و لا تعني بالضرورة التعب الذي هو سبب هذه المظاهر . و يعتبر كثير من المسنين ان من حقهم ان يكونوا خاملين فهم ليسوا في مستوى الراشدين او الاطفال الذين يطلب منهم المجتمع الفعالية و الانتاجية. و المسن لا يرتبط بالمستقبل بل يعيش حاضره كما يرى سوتر J.Sutter . لذلك لا يمكن اعتبار ان فقدان الحاجات مؤشرا وحيدا للاكتئاب عند المسن حين ظهورها لديه ، داركورت (1983) , Darcourt .

فقدان الاهتمامات العادي و فقدان الاهتمامات الذي يشير الى وجود الاكتئاب لدى المسن:

لا تعتبر التفرقة واضحة بين المسن و الراشد في هذا المجال ، فارتباط المسن بالمستقبل او فقدان الاهتمام امر لا يتطابق مع وضعه النفس - اجتماعي ، لكنه لا يكفي ان يحدث اكتئابا لوحده . لذلك يتطلب التزاوج بين انخفاض القدرة التي ترتبط بالمتعة و هو ما يوجد تماما لدى المسن . كما انه من الصعوبة التفرقة بين ما يرتبط بمؤشرات الاكتئاب من فقدان الاهتمامات ، و انه من غير الممكن ان نعتبر من فقد الاهتمام انه مصاب بالاكتئاب. لذلك يجب ان يخضع الامر لاحد الشروط التالية :

. ان يحث هذا الفقدان شعورا سلبيا لدى الشخص . في حين ان المسن يجد عادة متعة في حالته التي تتميز باللا دافعية (او انها موزعة بين قدراته الفيزيائية و المعرفية ، في حين ان انخفاض الاهتمامات ترتبط بشكل نسبي بانخفاض الامكانيات possibilités او انها اختصرت فجاة او انها حققت المجال الذي يعتبره المسن اخر اهتماماته.

اما من حيث التغذية فيجب الانتباه الى سبلها لدى المسن حتى لا تصبح وضعية مرضية . ،(داركورت 1983 G , Darcourt)

اضطرابات المزاج: le trouble de l'humeur :

يرى داركورت . (1983) G , Darcourt ان اضطرابات المزاج من السهل تحديدها اذا كانت هذه الاضطرابات عالية ، في حين يصعب تحديدها اذا كانت منخفضة . و الاكتئاب مفهوم يرتبط بالراشد ايضا و ليس من الممكن اعتبار ان كل حزن يرتبط بالاكتئاب فالحزن من الممكن ان يكون قد ارتبط بفقدان ما . و لا يمكن اعتبار اضطراب المزاج اضطرابا الا اذا ارتبط بالصعوبات الوجودية و ايضا اذا ارتبط مع مؤشرات اخرى : فقدان الاهتمام و البطء و التي تعتبر من خصائص المرحلة العمرية . و يرتبط الاكتئاب لدى المسن في رايه عندما ينكفء العميل على نفسه مصاحبا ذلك للعزلة و يمكن في الاخير ان يكون مغلفا بسلوكات عدوانية ، و التي تصاحب عادة مرحلة الشيخوخة . و قد تعتبر هذه السلوكات اليات للرمي بالالوجاع الداخلية الى الخارج و من اجل تشخيص فعال للاكتئاب لدى الاشخاص المسنين يجب ان يؤخذ بعين الاعتبار كل المعاشات العاطفية غير السارة و ايضا توجه نحو العدوانية من اجل تصنيفه كمكتئب ام لا.

التباطؤ النفس-حركي: ralenissement psychomoteur :

تعتبر بعض الحركات لدى المسن عادية وفقا للمرحلة العمرية التي يمر بها ، فالمسن قد يتعرض لبعض الامراض التي قد تصعب من حركته مثل باركنسون Parkinson ، او استهداف عضلاته او دماغه من بعض الامراض ، فالمسن يستهلك كثيرا من الوقت من اجل اداء شيء ما مقارنة بالراشد لكن لا يمكن اعتبار ذلك حالة اكتئابية كما انه لا يمكن الخلط بين الحالة الطبيعية المرتبطة بالسن و الحالة المرضية

تطور الاكتئاب لدى المسن:

ان خطر الانتحار امر وارد لدى المسنين فقد اورد شارفات و انجست C.Schrfetter et Angst.لفي ، داركورت (1983) Darcourt , G ان 12 الى 13 من المائة من بين الحالات التي اصببت بالاكتئاب ماتت بواسطة الانتحار ، و يظيف الباحث ان هذه النسبة تبقى نسبية باعتبار ان الحالات التي انتحرت قد تكون اكثر من ذلك ، و اذا رجعنا الى مجتمعنا فاننا لا نملك احصائيات قد توضح تطورات هذا الاضطراب بين افراد مجتمعنا و خصوصا المسنين ، و قد يرجع ذلك لاعتبارات اجتماعية و دينية و ثقافية قد تقف دون الكشف عن حالات الانتحار التي يمكن ان تكون قد حدثت داخل اسرنا ، بالاضافة الى ذلك فقد نعتبر ان العامل الثقافي و خصوصا الديني منه قد يخفف من نسبة الانتحار لدى هذه الفئة التي تميل الى التدين و الحرص عليه في هذه الفترة العمرية و من جهة اخرى فان نسبة الذكور من المسنين المنتحرين تبدو اكثر ارتفاعا منه لدى فئة الاناث ، فقد اشارت كثير من الدراسات ، ان محاولات الانتحار بسبب اضطراب الاكتئاب تكثر لدى الرجال عنه لدى الاناث (داركورت 1983 Darcourt , G).

ان تطور الاكتئاب يرتبط وفق نوعية الاكتئاب و ايضا شخصية المصاب و المحيط او البيئة و العلاج فقد تتراجع نتائج العلاج لدى هذه الفئة بنسبة هامة ، الامر الذي اكده

انجست و فري Angst et Frey في داركورت (1983) G Darcourt في دراستهما التي ركزت على الاكتئاب "اندوجين " ان هناك تطور مرحلي قارب 80 بالمائة من زبائنه قد تراجع العلاج لديهم و لو مرة واحدة و خاصة عند كبار السن الذين يتميزون طبعا بهشاشة جسمية و نفسية.

عوامل الاكتئاب لدى المسن:

يمكن حصر العوامل التي تؤدي الى الاكتئاب في عاملين حسب دركوت G.Darcourt (193 : 1983) :

1-العوامل البيولوجية :

ان العلاقة بين المسن و الاكتئاب علاقة قديمة ، فمفهوم المنخوليا الاستحواذية Melancolie d'involution كربلين Kraepelin تشير الى ذلك باعتبار ان المسن من الفئة الهشة التي تعتبر نسبة تعرضها الى الاكتئاب امرا واردا . غير اننا لا يمكن ان نعتبر عامل السن و ما ينتج عنه من ضعف و فقدان للنشاط هو العامل الفاصل في ظهور الاكتئاب لديه ، فقد اظهرت الارتباطات القائمة و المتكررة بين بعض الامراض و الاكتئاب اثناء المرض انها يمكن ان تسوق الينا بعض الافتراضات التي توجهنا . فالامراض الدماغية القلبية او اضطرابات المتابوليزم الناتج عن امراض الكبد او الكليتين (اضطراب الجهاز الهضمي) تبين ان هناك اضطراب في الدماغ من خلال (انوركسي او سوء التغذية اوسوء الهضم...الخ) ، بحيث تجعل هذه العوامل من الشخص اكثر استعدادا للمرض (داركو ، . (, Darcourt 1983)

و من جهة اخرى يلعب العامل الوراثي دورا في حالات الاضطراب الوجداني لدى الافراد ، فقد لوحظ ان من لديهم سوابق اسرية في هذه الاضطرابات تظهر لديهم بنسب متفاوتة ، (ثنائي القطب (فالاطفال الذين يكون اباؤهم مصابين) الام و الاب معا)

قد تظهر لديهم الاعراض بنسبة 60 في المائة . في حين اذا كان احد الوالدين مصابا به فقد يظهر بنسبة 25 الى 30 في المائة . و لا يعتبر العامل الوراثي وحده هو الذي يقف وراء الاكتئاب لدى المسن فقد راي كل من درانوف ، ، Dranov 1998 و كاتز و اخرون ، ، Katz et all 1994 و وكسلر ، ، Weksler 2000 ان اعتماد المسن على الادوية الخاصة بالا امراض المزمنة تنتج لديه مشاعر الاكتئاب التي تعتبر عامل خطر في نمو الاضطرابات الفزيولوجية (جول سيمارد ، Joelle Simard 2002)

و يمكن ان نخلص الى ان العامل البيولوجي سواء ارتبط بالجانب الوراثي او خلا عضويا او استعمال الادوية المرتبط بالامراض المزمنة كالكسري او ارتفاع ضغط الدم او اضطرابات النوم او بركنسون ... الخ ، يعتبر من بين اهم العوامل التي قد تسبب الاكتئاب او على الاقل انها تساهم في نموه و ظهوره في شكله الحاد ، و ما الضعف الجسدي الذي يعاني منه كبير السن سوى احد هذه العوامل.

2. العوامل النفسية :

تلعب العوامل النفسية دورا هاما في ظهور الاكتئاب لدى المسن ، فمرحلة الشيخوخة تتميز بفقدان الموضوعات التي كان قد استثمر فيها حسب النظرة التحليلية ، و هذه الموضوعات المفقودة (فقدان النشاط ، الوضع الاجتماعي ، العاطفة او التعاطف ، الاصدقاء... الخ تمثل للمسنة شيئا ما في حياته (داركو ، Darcout 1983.) و غيابها او تناقصها قد تحدث لديه شرخا نفسيا يسوقه الى الاكتئاب.

هذه النظرة المرتبطة بالمرض لدى المسن قد تكون هي نفسها المرتبطة بالراشد الذي يحاول فهم ردة الفعل للمسنة المرضية التي تتشابه مع الراشد و ذلك من خلال وضع نفسه مكان الشيخ ، الا ان ذلك قد لا يكون صحيحا ، فالشيخوخة قد تحدث تغيرات على المستوى الشخصية و التي قد تكون لا زالت تحافظ على بعض خصائص الراشد ، و قد

تنتج اليات دفاعية جديدة . و في هذا السياق حاول داركو ، (1983) , Darcout (194 : ان يعطي بعض المؤشرات التي تتناول تطور الحالة العاطفية للمسئ بالرغم من اختلاف و سرعة تطورها من شخص لآخر :

1. يتميز المسئ بنوع من النرجسية ، فهو يشعر انه اقل جمالا ، اقل فعالية ، اقل اهتماما من الاخرين... الخ ، غير ان هذا لا يدفع به الى الاكتئاب ، بل هناك اليات mechanisms de Deni و ان ذلك قد ينتج دفاعا ينعكس على الذات . و في احيان اخرى فان الليات الدفاعية تتشابه الى درجة تدفع بالحالة الى الاكتئاب ، الامر الذي يفسر من ان مصدر الاكتئاب المرضي depression psychogene اصله في غالب الاحيان نرجسي. و يصاحبه انخفاض في تقدير الذات و مشاعر احتقارها .

2. تتميز الشيوخوخة بالضعف الليبيدي ، و يتطور هذا الضعف في الاتجاه المعاكس لمراحل النمو لدى الاطفال مع انخفاض في الاهتمام بالحياة الجنسية و التثبيت في العلاقات التي تتميز بالسادية . الشرجية Sadique - anal (العدوانية ، الخوف من فقدان ، .) avarice ثم ينتقل الى المرحلة الفمية التي تعتبر اخر مجال للمتعة.

3. يعتبر انخفاض الاستثمار الانفعالي احد الليات الدفاعية عندما تتعرض الحالة الى احباطات (فشل ، تناقص القدرات ، فقدان) ، فهو يستطيع بذلك حماية نفسه من الالم باضعاف الاستثمار في الاهداف التي تتيح له الارتياح النفسي من خلال غياب الضغوط

4. اما النشاط الذي يعتبر احد مصادر اللذة لدى المسئ ، فان ضعفه لا يعتبر دائما مصدرا للالم لان المسئ قد يتميز بانه شخص لا يريد .

5. يعتبر عامل الزمن من بين احد المؤشرات التي تفرق بين الراشد الذي يتوق الى المستقبل و الشيخ الذي لا مستقبل له ، فقلق الموت لد المسن لا يراه الا لدى فئة قليلة ، و هو عادة يعيش حاضره و لا يشعر بقرب الموت.

6. يجب الاشارة ايضا الى ان حالة فقدان التكيف تعتبر من بين المؤشرات الهامة ، فالمسن في هذه المرحلة العمرية يتميز بثبوت في علاقاته الاجتماعية ، فهو اكثر ارتباط بالمكان و الاشياء و ايضا بعاداته ، و اي تغيير يقلب حياته راسا على عقب .

7. اما فيما يتعلق بالحرمان العاطفي للمسن ، فهو يتميز عادة بالفقدان و الوحدة ، غير ان هذا لا يدفع بالمسن ان يكتئب ، بل يخضع ذلك لخصائص كل فرد .

ان هذه المؤشرات في مجملها لا تقود بالضرورة الى الاكتئاب ، غير انها تساهم في فهم شخصية المسن و الدوافع التي يمكن ان تكون وراء الاكتئاب لديه و الاليات الدفاعية التي يمكن له ان يكون قد استعملها او يستعملها .

وسائل تشخيص الاكتئاب لدى المسنين :

ان تشخيص الاكتئاب لدى المسن من حيث الاعراض يدفعنا الى التعرض الى بعض ادوات التشخيص التي تكون قد استعملت في الكشف عن هذا الاضطراب لدى المسنين لمساعدة المعالج على فهم نوع الاضطراب و تحديده . و يجب ان نشير الى انه قد استعملت مقاييس و اختبارات في هذا المجال ، لم تكن محددة لفئة معينة مثل ما هو مخصص لتحديد القلق مثل (Hamilton Depression Rating Scale (HDRS و (MADRS) Montgomery and Asberg Depression Rating Scale و مقياس بيك Beck الذي اعده ارون بيك . و يتكون من الصورة الاصلية التي انشأت عام 1961 و تتضمن 21 فقرة و خضعت لتعديلات متعددة . و تتكون الصورة المختصرة من 13 فقرة اقترحها بيك و زوجته كاداة سريعة للكشف عن الاكتئاب

و تتضمن قائمة بيك الاعراض الاكتئابية التالية : المزاج ، التشاؤم ، الاحساس بالفشل ، نقص الشعور بالرضا ، الذنب ، الاحساس بالعقاب ، كراهية الذات و تهامها ، و رغبة عقاب الذات ، نوبات البكاء ، الاهتياج ، الانسحاب الاجتماعي ، التردد ، صورة الجسم و الكف في العمل ، اضطراب النوم ، التعب ، و الشهية و الوزن ، و الشكاوي الجسمية ، الليبدو ، . و تحدد الاداة اربع مستويات من الاكتئاب هي :

المستوى الاول : اقل من 10 درجات لا يوجد اكتئاب

المستوى الثاني : خفيف الى متوسط من 10 - 18 درجة .

المستوى الثالث : اكتئاب بين متوسط الى شديد من 19 - 29 درجة .

المستوى الرابع : اكتئاب شديد من 30 - 63 درجة (كامل ، 2002 : 78)

كما وجدت مقاييس اخرى كقائمة الاعراض الاكتئابية التي اعدتها روش ، و التي تتكون من 28 فقرة ، يمكن ان يستخدمها الاخصائي الاكلينيكي باعتبارها نتاج المقابلة و ملاحظة المريض . كما وجد مقياس زونج Zung للتقدير الذاتي للاكتئاب Zung self-rating depression scale (كامل ، 2002 : 78) .

اما تلك المقاييس التي اعدت خصيصا لفئة المسنين ، فيمكن ان نذكر مقياس الشيخوخة للاكتئاب الذي طوره يسفاج و زملاءه ، ، Yesavage et al (1983) ، حيث يعتبر من بين اهم المقاييس في تشخيص الاكتئاب لدى المسنين . و قد اعد يسفاج و الشيخ قائمة مختصرة لهذا المقياس حيث قلصت فقراته الى 15 بندا ، Yesavag (Sheikh et 1986)

و في البيئة العربية فقد عرب مقياس يسفانج 1982 الذي يتكون من 30 فقرة ذات بدائل للاجابة بنعم و لا . يهدف هذا المقياس الى الكشف عن الاكتئاب لدى فئة المسنين . و قد

طبق الباحث في دراسته على المسنين الفلسطينيين الصورة المختصرة التي تم تطويرها على يد الشيخ و بسفانج ، حيث تكونت هذه الصورة من 15 فقرة (نبيل الجندي ، 2008 : 174 - 193) .

وفي دراسته حول بعض اعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية بالسويد ، قام حسن ابراهيم حسن الحمداوي (2008) ببناء مقياس للكشف عن اعراض الاكتئاب لهذه الفئة حيث تضمن ستة ابعاد : الحزن و التشاؤم ، الشعور بالذنب ، عدم الرضا ، الميل الانتحارية ، الاضطراب و الطاقة النفسية ، توهم المرض ، و الشعور بالاجهاد و الشعور باللوم و الفشل .

العلاجات النفسية للاكتئاب لدى المسنين:

يذكر ب .كابليز (1991 : 172) P.Cappeliez في مقال له حول تدخلات العلاجات النفسية لدى الاشخاص المسنين ، ان بالرغم من التطور الملحوظ للدراسات حول العلاجات الموجهة للاكتئاب عامة ، الا ان مجال المسنين لا زال يعاني من النقص الشديد ، و ان الحالات المكتئبة عامة يتم علاجها بنسبة النصف ، في حين ان التدخل العلاجي لدى المسن يصل الى علاج واحد من بين اربعة ، و ان هذه النتيجة بقيت ثابتة طيلة سنتين من الدراسة.

و من جهة اخرى فانه لم تظهر طريقة غالبية او مشهورة للعلاجات النفسية للاكتئاب ، بل كان هناك ميل كل طريقة الى المدرسة او الاتجاه الذي تتبناه) ماكلين و كار ، Mclean et Carr ، (1989 : 452-469) الا انه هناك من راي ان الاتجاه السلوكي -المعرفي من خلال تكوين جماعات يعتبر طريقة ملائمة و مناسبة لعلاج الاكتئاب لدى المسن) ب .كابليز P.Cappeliez ، 1986 في ب .كابليز P.Cappeliez ، (1991 : 173) كما انها توفر اطارا منظما لتغيير السلوك من

خلال التركيز المرتب على احسن العادات السلوكية و المعرفية من اجل مطابقتها مع
مشاعر الاكتئاب في جو من التعاون بين المعالج النفسي و العميل.

و في خلال الجلسات العلاجية الموجهة للمسنين كما اشار اليه ب .كابليز
P.Cappeliez (1991 :173) فان التركيز قد انصب على الافكار

و الاتجاهات السلبية المصاحبة للشيخوخة ، كالاعتقاد ان التغيير لا يمكن ان يتم
و الشعور بالتخلي عنه و صعوبة تقبل الحدود و الميل الى تانيب الذات و النقد الذاتي
و قد اشاد بعض الباحثين بالعلاج المعرفي السلوكي كاسلوب ملائم لعلاج الاكتئاب لدى
المسنين فرادى او جماعة ، و قد بدأت هذه الاشادة منذ الثمانينات من القرن الماضي
(S.Kindynis et all, 2013 : 393-399) .

و من جهة اخرى فان نجاح طريقة بدل طريقة اخرى لا يعني ان احداها صالحة لتطبيقها
على المسنين في حين ان الاخرى غير ذلك ، فقد اوضح داركورت Darcourt , G
(1983) الى انه لا توجد طرق علاجية نفسية خاصة بالمسنين ، فكل الطرق يمكن
استعمالها ، غير انه يجب اعتماد اساليب خاصة في التطبيق تتطابق مع الحالة النفسية
للمسن . و يمكن الاعتماد على عدة طرق وفق التوجهات النظرية التي يعتمدها
الاخصائي و حاجات المصاب و ايضا وفقا لفرقة العلاج ، لانه لا يمكن لاي اخصائي
ان يطبق كل الطرق العلاجية دفعة واحدة . و على المعالج ان يعمل على تقوية
التكيف مع حالة المفحوص و نوع الاكتئاب بمساعدة العلاج النفسي ، كما يجب تقوية
تقدير الذات و ذلك من خلال مساعدته على اعادة بناء نرجسيته.

الاكتئاب و الجنسين من المسنين:

اشار بانيش Panish, 2002 في دراسة له حول دور الجنس و الشعور بالدعابة و الصحة في الرضا عن الحياة لدى المسنين المقيمين في دور الايواء الى ان الدعابة ترتبط بمستوى عال من الرضا عن الحياة ، في حين لم يظهر اثر للجنس . الا ان دراسة كيو 2005 , qun لاحظت ان الاناث اكثر رضا عن الحياة منه لدى الذكور ، و قد ارجع ذلك الى العلاقات الاسرية . في حين اوردت دراسة بلاتشندران و اخرون Blatshendran , et all , 2007 نتائج مناقضة لسابقتها ، فقد بينت دراستهم التي هدفت الى مقارنة الاغتراب و الرضا عن الحياة لدى الجنسين ان الذكور اكثر رضا عن الحياة و اقل شعورا بالاغتراب .

و من جهة اخرى فقد اشارة داركورت Darcourt , G 1983 ان محاولات الانتحار تكثر لدى الرجال عنه لدى الاناث كما اكده عبد اللطيف الشربيني (2011) ، الا ان كينيدي (Kennedy, 1996) لاحظ ان هناك فروقا بين الذكور و الاناث في مواجهة الاحداث الضاغطة ، و هذا يعني انه مع تقدم السن فان الاناث تكون اكثر تعرضا للاكتئاب منه لدى الذكور و هذا ما يدل حسبه على ارتفاع نسبة الانتحار بينهم . و قد اكد كل من امنسون و لوينسون (Amenson and Lewinsoh (1981 ان نسبة الاناث اللواتي اصبن بالاكتئاب قد وصلت الى الثلثين ، و قد يعود ذلك الى الاسباب التالية العجوري ، (51 : 2007)

1. التكوين العاطفي للمرأة:

تتميز المرأة بمشاعر جياشة و حية تتماشى مع وظيفتها الاجتماعية التي تتطلب تواصلًا وجدانياً كبيراً من أجل الحفاظ على بنية الأسرة و انسجامها .

2. خبرات التعلق و الفقد:

تتعلق المرأة بأفراد عائلتها (بأمها و أبيها و أخوتها بقوة و شدة) ثم ينتقل هذا التعلق بزوجها و بابنائها و أحفادها ، فهي أكثر اندماجا عاطفيا من الرجل . و قد تصاب بالحزن و الأسى أو تصل الى درجة الاكتئاب بفقدان احد المواضيع التي كانت قد تعلقت بها.

3. التغيرات البيولوجية المتلاحقة :

ان التغيرات الجسمية و البيولوجية التي تتعرض لها المرأة قد تكون من بين بعض العوامل التي تؤثر عليها و تدفع بها الى الاضطراب الوجداني ، فمنذ العقد الثاني من حياتها تبدأ التغيرات الجسمية و الهرمونية ، بحيث تبدأ من بداية اول عادة شهرية ثم التغيرات المرتبطة بالحمل و الولادة الى انقطاع الدورة الشهرية و انخفاض هرمون الاستروجين في الدم ، كل هذه التغيرات البيولوجية قد تصبح عاملا يهيؤها للإصابة بالاكتئاب .

ان هذ العوامل التي ذكرناها تبقى قليلة بالنظر الى العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الظروف الموضوعية الاخرى التي قد تسهم في ظهور الاكتئاب لدى المرأة ، فبالإضافة الى نوع المرأة يضاف عامل السن لها بحيث يجعل منها أكثر هشاشة و أكثر قابلية للاكتئاب أكثر من الرجل ، خصوصا اذا وجدت نفسها وحيدة و قد انفص من حولها الاولاد و مات الزوج ، اي عندما تتعرض الى الفقد .

الاكتئاب لدى المسنين :

لا تقتصر الاضطرابات النفسية على الراشدين او الاطفال فقط ، فهي ممتدة الى العمر الثالث الذي تظهر فيه الاضطرابات النفسية و قد تكون بنسبة متميزة على الفئات الاخرى نظرا لما تظهره هذه الفئة من هشاشة نفسية و جسمية ، و من بين هذه الاضطرابات النفسية التي ذكرنا الاكتئاب الذي يعد ظاهرة العصر كما عبر عليه الادباء و الكتاب ابراهيم ، 1986 كما ان انتشاره قد اتسع بين فئات كل المجتمعات بدون

استثناء ، الامر الذي تؤكدته كثير من الدراسات الاحصائية او المسحية (W 2016) (HO.int w w w .) .
و منه بدا الاهتمام بهذا الاضطراب النفسي عند فئة المسنين ، فظهرت الدراسات و البحوث التي كانت تهدف في مجملها الى الوصول الى فهم الظاهرة و من ثم التحكم فيها ، بغية الوصول بالمرن الى مستوى افضل من جودة الحياة التي تتمثل عادة في السعادة و معنويات الشخص و اشباع حاجاته الحياتية (فرانسوا غارفييل . (118 : 1996 , François Gravelle et all ، فهذا المفهوم الذي يشير الى جودة الحياة هو ذاتي حيث يعرفه روكر و ونغ Reker et Wong (23 : 1984). (32 على انه هو وجود المشاعر الايجابية كالفرح و السرور و غياب المشاعر السلبية كالخوف و الانكسار و الاكتئاب .

و قد ذهبت كثير من الكتابات الى ان جودة الحياة ترتبط بمجموعة من العوامل منها البيئية (السكن ، الحي ، الاحداث ،... الخ و من جهة اخرى ترتبط بعوامل ذاتية كالصحة الجسمية و العقلية و النفسية ، فقد خلص فرانسوا و اخرون --127 (118 : 1996 , François Gravelle et all في نتائج دراستهم التي تناولت جودة الحياة لدى الاشخاص المسنين الذين يزورون مركز اليوم الفرنكفوني في ناحية اتوا بكندا ، ان نظرة المرن الى الصحة تلعب دورا مهما في التأثير على مفهوم جودة الحياة لديه ، ان مفهوم الصحة العامة الذي يرتبط بجودة الحياة لدى المرن ، الذي يعاني من هشاشة نفسية و جسدية و عقلية بالاضافة الى فقدانه كثير ما كان يحوز عليه ، كالعمل و المال و الابناء الذين قد يفضون من حوله و قد يفقد زوجته او تفقد زوجها ، فان كل هذه العوامل تدفع بالمرن الى الاكتئاب ، حيث ضمن الباز (75 : 2004) . (76 مجموعة من المؤشرات التي تظهر على المرن كتعكر مزاجه و قد يفقد وزنه او يزيد كما يظهر عليه الارق او كثرة النوم و الشعور بالخمول و يفقد القدرة على التركيز .

و اشار بوفرد و اخرون (110-128 : 1996) Bouffard et all الى ان التوقعات المستقبلية قد عرفت تطورا كبيرا من حيث انها تنظيم لكل الامكانيات . و لما كان الامر بالنسبة لنا كذلك فان دراسة الشيخوخة كموضوع اصبح هاجسا مستقبليا لاعتبارات تتعلق بالاحصاء السكاني الذي يرى ان نسبة الشيخوخة في بلادنا سوف ترتفع () و انها فئة هشة تتطلب العناية الصحية النفسية و الجسدية منها

استراتيجيات التكيف مع الاكتئاب من طرف المسنين:

ان البحث في الاستراتيجيات التي يستعملها المسن في مواجهة الاكتئاب ، تساعد الباحثين و الممارسين في معرفة هذه الاستراتيجيات التي قد تساعد المختص في مساعدة المسن لتجاوز هذا الاضطراب.

في دراسة له حول التدخلات النفس علاجية نحو الاشخاص المسنين المكتئبين ، قام فيليب كابل Philippe Cappeliez و بلنشييه 134 – 125 : 1986) Blanchet (بمعالجة معطيات حصل عليها من خلال الدراسة الميدانية تتعلق بمقابلات مع المسنين ، اسفرت على ان المسنين يفضلون استراتيجيات القائمة على الفعل من اجل مواجهة الاكتئاب و خاصة فيما يتعلق بالحلول التي تتعلق بالمشكلات القائمة و اعادة البناء المعرفي . و قد خلص الباحث فيليب كابل (170 – 1991 : Philippe Cappeliez) (175 الى النتائج التي ذهبت في اتجاه ان التكيف لدى المسنين يستند الى النمطية التي تتعلق بالابتعاد عن المشكلة و الاستسلام .

كما انتهت الدراسة الى ان المسنين يستعملون نفس الاستراتيجيات للتكيف مع الاكتئاب كما هي لدى الراشدين او الشباب و خاصة فيما تعلق بالحلول التي يتبنونها لحل المشكلة كما تكون لديهم استراتيجية اعادة التقييم للوضعية اكثر بنائية.

كما خلصت هذه الدراسة ايضا الى ان المسنين يميلون الى الاعتماد على انفسهم فرادى في حل المشكلات التي ترتبط لديهم بالاكتئاب . فقد صرح هؤلاء المسنين في تحقيق اجري بخصوصهم انهم يعتمدون على انفسهم دون مساعدة الاخرين في تسوية المشكلات الجسدية و ايضا الارتياح الانفعالي (Conseil Consultatif National (Kappeliez , 1990) sur Le troisieme Age , من جهة اخرى فقد استنتج , (1989) 1989a في دراسته التي تناولت استراتيجيات التكيف امام انشغالات القلق للحياة اليومية ، بحيث تناولت هذه الدراسة عينة من المسنين ، حيث اسفرت النتائج على وجود انفعالات عالية السلبية و تتمفصل مع مراقبة صارمة للعواطف و ايضا غياب البحث عن الدعم الاجتماعي . كما بينت هذه الدراسة وجود مستويات عالية من لديهم تصاحبها استراتيجية ((المراقبة الذاتية)) التي يحاول المسن من خلالها ايقاف الفعل و ايضا الاتصال العاطفي ، و قد ذهبت هذه الدراسة الى ان العينة (المسنين) لا تطلب الدعم الاجتماعي الا نادرا ، و بهذا فهي تعيش تناقضا في طلب المساعدة . فالمسن يعيش وضعا صحيا و جسديا و نفسيا هشاً الا انه يحاول ان يكون مستقلا و يظهر امام الاخرين على انه يستطيع ان يحافظ على استقلاليتته .

و من جهة اخرى فان التركيز على السن وحده كعامل في بناء استراتيجية تكيف لديه قد تكون نظرة منقوصة ، فقد خلص مجموعة من الباحثين (et Blanchet , 1986 , Foster et Gallagher , 1986 Gerbaux et all , 1988 , Vézina et Bourque , 1984 , 1985) في Kappeliez , (171 : 1991) انه لا يمكن ان نعتمد على السن وحده و على انه المتغير الاوحد في تحديد هذه الاستراتيجيات ، بل يجب اخذ بعين الاعتبار العوامل الاخرى مثل الشخصية و الحالة الصحية و متطلبات الحياة . فقد يظهر متغير السن على انه هو الاساس غير ان ذلك لا يمكن ان يكون صحيحا الا من خلال تفاعله مع مجموعة من المتغيرات الاخرى التي ذكرت.

تشخيص الاكتئاب لدى المسنين:

يعتبر دلای J.Delay ان المزاج هو المركز الاساسي للترتيبات الانفعالية فهو غني بالعواطف و الغرائز التي تمنحنا حالة الحزن او الفرح ، عندما تكون حالة الحزن قائمة فان الالم النفسي يكون في مركز الاكتئاب الذي يكشف عنه من خلال ملاحظة خبرة معانات الجسد التي تنقل المصاب الى تحقير الذات ، الضعف و من ثم عدم الفائدة من الوجود . ويصنف J.Delay عوامل الاكتئاب في التالي :

1. الانفعالي : يحتل القلق مكان واسع في المجال ، و عادة ما يصاحبها انفجار انفعالي صراخ ، بكاء ، حساسية ، او تانيب ،
2. العاطفي : التي تظهر في الحاجات الانية في مقابل حالات مختلفة تماما ، و ايضا جمود عاطفي
3. المعارف : تتميز بانخفاض الاهتمامات ، النسيان ، عدم اتخاذ القرارات ، الاجترار الفكري ، الافكار الثابتة ، صعوبة بناء مشاريع.
4. النفس حركي : يتميز على الخصوصة بالتثاقل في الحركة ، و رد الفعل الضعيف و غير المنتظم ، التمتمة ، الاماءات ، و عبارات المكتئب التي تعبر عن اتجاه الانكفاء .
5. السوماتية : و اخيرا الكل قد يعرف الاستينيا او ضعف الشخص المكتئب : اضطراب النوم ، اضطراب الجهاز الهضمي ، و احيانا تعبير هيبوكوندريا معيقا او معاناة ترتبط بالام اخرى.

الفصل الثالث

نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوك

البرت اليس **Albert Ellis**

التعريف بصاحب النظرية :

هو البرت اليس الذي ولد في 27 سبتمبر عام 1913 بمدينة بتسبورغ من ابوين يهوديين ثم انتقل مع ابويه الى مدينة نيويورك و لم يتجاوز عمره اربع سنوات و كانت امه اكثر استقلالية لا تهتم بالابناء الا قليلا في حين كان ابوه اكثر مسؤولية ابوية لكنه كان كثير الغياب لارتباطاته بشؤون الاعمال .

لقد كان اليس مريضا و اكثر اهتماما بشؤون الاسرة و خاصة فيما يتعلق باضطراب وظيفتها بحيث بدا هذا الاهتمام منذ بلوغه سن السابعة حيث قرر تبني افكارا ايجابية نحو قدراته و امكاناته .

و بعد حصوله على شهادة البكالوريوس في فن ادارة الاعمال عام 1943 عمل في حقل التجارة . تحصل على شهادة الماجستير في سنة 1943 ثم شهادة الدكتوراه في 1947 من جامعة كولومبيا في نيويورك في علم النفس العيادي . حيث بدا يعمل كاختصاصي في العلاج العائلي بحيث اعتمد على التحليل النفسي لمساعدة زبائنه .

و لانه امتعض من التحليل النفسي حيث لاحظ ان عملاءه ينتكسون بعد فك ارتباطهم بالعلاج ، كما انه يستغرق وقتا طويلا و لا يؤدي الى نتائج فعالة و من ثم انكب اليس على قراءة الكتب الفلسفية اليونانية و الاسيوية و التي سمحت له ببناء طريقة فعالة و التي تركز على تفكيره من اجل الوصول الى حلول للمشكلات . و في عام 1954 اهتدى الى طريقة علاجية تعتمد على المنطق و التي تأسست في سياق فلسفي و ليس سياقاً نفسياً ، و قد اظهر اسلوبه الجديد في العديد من مقالاته التي بدأت تظهر منذ سنة 1962 م حينما نشر كتابه Reason and emotion in Psychology و من ثم نشر كثير من المقالات و الكتب عن طريقته الجديدة في العلاج .

و قد سميت طريقته العلاجية بالعلاج العقلاني -الانفعالي - السلوكي و المدعوة باللغة الامريكية(Rational Emotive BehaviorThérapie) و التي اختصرت كالاتي : REBT و قد اعاد تسميتها عام 1993بغية تكيفها و انسجام التطبيق فيها بالنظري (André Samson , internet)

و تركز طريقة اليس في العلاج على المعرفة اكثر منه على الانفعالات و السلوك للمفحوص .لذلك فقد تعتبر هذه الطريقة العلاجية اقرب الى المقاربة المعرفية لباك Beck الا ان تطورها العلمي و تاريخها الخاص ارتبط بفلسفة مؤسسها و التي جعلت منها مختلفة على باك (André Samson , internet).و تهدف طريقته في العلاج

(العلاج العاطفي- العقلاني - السلوكي) الى هدفين رئيسين (ماهر محمود عمر ، 2003)

1. ان REBT تركز على الحل الآني و العملي للمشكلات .

2. في حين REBT الانيقة (élégante) فهي تساعد الزبون على البدا في تطبيق التغيرات الانفعالية الجذرية و الفلسفية .

و يرى اليس ان REBT يحاول التوفيق بين الصرامة العلمية و المقاربة الانسانية في العلاج النفسي . و قد اشار الى الاسس الفلسفية لمقاربتة .

2. العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي :

اوردت موسوعة كورسيني corsini للعلوم السلوكية و النفسية (2004) تعريفا للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي REBT هو نظرية الشخصية و نظام للعلاج النفسي و العقلاني و الانفعالي ، طوره اليس 1950 و هو يركز على دور التوقعات غير الواقعية ، و الافكار اللاعقلانية لدى الافراد

التعساء ، و يركز العلاج باستخدام نموذج ABC على ان الانفعالات ناتجة عن المعرفة و ليست عن الحدث ، كما يؤكد REBT على ان العواقب الانفعالية (C) ليست ناتجة عن الحدث النشط (A) و لكن ناتجة عن فكرة او افكار غير عقلانية (B) عن طبيعة او معنى الحدث " . (نشوة كرم عمار ابوبكر ددير ، 2010 : 17) .

نموذج ABC :

اوضح اليس العلاقة بين الافكار غير العقلانية و الانفعالات و السلوك في نموذج اشار ب ABC بحيث يفسر الاضطراب من خلاله ، و يشير معنى A الى الحدث النشط غير المرغوب فيه ، ثم يليه B الذي يعني المعتقدات التي تكون عقلانية او غير عقلانية عن تلك المثيرات ، ثم صياغة هذه المعتقدات في نتائج انفعالية سلوكية و التي تشير الى الرمز C بحيث تكون هذه النتائج مناسبة او غير مناسبة و ذلك وفقا للمعتقدات . و يمكن ان نلخص هذا النموذج في الاتي :

1 . احداث نشطة (A) : و هي الاحداث او الخبرة التي تسبب للفرد الاضطرابات الانفعالية .

2 . الاعتقادات (B) : و تشير الى الافكار و الاعتقادات الناتجة عن الحدث (A) و التي تظهر في شكل افكار او حديث داخلي لدى الفرد بحيث يردده في نفسه او تفسير خاطئ للحدث .

3 . النتائج (C) : و هي النتائج التي يعتقد العميل انها ناتجة عن الحدث A ، غير انها في الحقيقة ناتجة عن المعتقدات B و قد تكون هذه النتائج انفعالية او سلوكية و قد تتعكس في الشعور بالتعاسة او الحزن و البؤس و الاضطراب الانفعالي .

نموذج DEF :

ويشير الى الجانب العلاجي بحيث يتوضح من خلال مناقشة الاحداث المثيرة و الافكار غير العقلانية التي يحملها المفحوص و التي تسيطر عليه و استبدالها بافكار منطقية و معتقدات عقلانية و محاولة تعليم المفحوص طرقا و اساليب منطقية في التفكير يستطيع بواسطتها دحض الافكار و تقييم افكاره اتجاه الحدث و التي كانت وراء ظهور اضطرابات انفعالية لديه . و يمكن توضيح هذا النموذج في التالي :

1 . المناقشة او الدحض (D) : انها الخطوة التي يقوم فيها المعالج بمناقشة افكار العميل و تنفيذها ، و ذلك لمساعدته على ادراك العلاقة بين الاعتقادات B و النتائج C و تغلبه على الاعتقادات غير العقلانية و استبدالها باخرى عقلانية .

2 . التنفيذ (E) : بعد مناقشة العميل ينتقل المعالج الى مرحلة التنفيذ و التي تتضمن اكسابه فلسفة جديدة تساعده على التفكير بطريقة عقلانية و بناءة تنتهي الى القضاء على الاضطرابات الانفعالية و التوتر و الحزن... الخ

3 . التغذية الراجعة (F) : و يشير الى التغذية الراجعة للحدث النشط المثير للضغط ، بحيث يساعد المعالج العميل على ان يكون موضوعيا في تفكيره و النتائج التي يتوصل إليها .

اسس العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي :

لقد تأسست هذه النظرية على معطيات سيكولوجية و بيولوجية و سوسولوجية و فلسفية .

1 . الاسس الفلسفية :

استند العلاج العقلاني الانفعالي الى افكار الفلاسفة الاغريقين امثال " ابيكتيتوس

و ماركوس و اوريليوس " التي قالت بان اضطراب عقول الناس ليس هو ما يحدث لهم ، و انما تلك الافكار و المعارف (سناء زهران ، 2004 : 64) . كما رجح " اليس " الى الفلسفة اليونانية و الشرقية (الاسيوية) . و قد نجد هذه الفكرة عند الرواقيون الذين ركزوا على الحقيقة التي يدرك بها الانسان الاشياء و التي تؤثر على سلوكاته و ليس الاشياء في حد ذاتها . و ان التعاسة و التعب و السعادة و الراحة لا تنتج عن الاحداث بل تنتج عن ادراكها (ماهر محمود عمر ، 2003 : 20) .

و من جهة اخرى استفاد " اليس illiss من الافكار و النظريات و الاراء الفلسفية التي كانت محيطة به ، بالاضافة الى ما جاء به علم النفس و العلاجات السلوكية المعرفية (فرج ، 1992 : 28) . و لا يدعي اليس ان افكاره جديدة و اصيلة ، و انما قد اعتمد على الاولين الذين سبقوه في ذلك ، بالاضافة الى خبرته في اكتشاف الكثير في هذا السياق و ادخال العقل في مجال الارشاد و العلاج النفسي على حد راي باتيرسون (الصميلي ، 1430 هـ)

ان اليس Ellis الذي احيا هذه الافكار الفلسفية قد بلورها في نظرية علاجية ، بحيث زاوجت بين الفلسفة اليونانية و الفلسفة الشرقية خصوصا البوذية و الطاوية ، و قد تبلورت لديه نظرة تميز بها مؤسس هذه النظرية للانسان مفادها ان هناك تداخلا و تشابكا بين العاطفة و التفكير و المشاعر ، و ترى نظرية العلاج العقلاني ان الانسان حينما يفعل فانه يفكر و يتصرف و يمكن ان نلخص نظرة اليس للانسان فيما يلي (نشوة كرم عمار ابوبكردير ، 2010) :

1 . ان الانسان في نظره يحتوي على افكار عقلانية و اخرى غير عقلانية ، و السلوك العقلاني هو الذي يؤدي الى السعادة .

2. ان الانفعال هو تفكير متحيز في الواقع ذو طبيعة ذاتية و غير منطقية ، فالاضطراب الانفعالي ما هو سوى نتاج للتفكير غير العقلاني و غير المنطقي الذي يصاحبه الانفعال
 3. يكتسب الطفل الافكار غير العقلانية خلال نموه ، فهو يكتسبها من خلال احتكاكه بمحيطه الذي يتعلم منه التفكير و الشعور باشياء معينة بالنسبة لنفسه و للآخرين . و ترتبط بعض الاشياء لديه بفكرة هذا (حسن) فتظهر لديه انفعالات ايجابية . و هذا سيئ فيرتبط لديه بانفعالات سالبة و بمشاعر غير سارة كالغضب و الاكتئاب .
 4. باعتبار ان البشر يستخدمون الرموز و اللغة ، و لما كان التفكير يصاحب الانفعال فان التفكير غير المنطقي يصبح مسائرا اذا استمر الاضطراب الانفعالي و يبقى الشخص محافظا على سلوكه غير المنطقي بواسطة الكلام الداخلي و الافكار غير المنطقية .
 5. تستمر الاضطرابات الانفعالية نتيجة لحديث الذات بفعل العوامل الخارجية و الاحداث التي تحيط بالشخص ايضا من خلال ادراكاته لهذه الاحداث و موقفه نحوها و قد استند اليس في ذلك الى الافكار الفلسفية .
 6. يجب محاربة الافكار و الانفعالات السلبية التي تسيطر على الذات و ذلك من خلال اعادة تنظيم الادراك و الاتجاه بحيث تؤدي بالفرد في الاخير الى ان يصبح عقلانيا و منطقياً .
- و يهدف العلاج النفسي الى توضيح ان المصدر الاساسي الاضطراب الذي هو الحديث مع الذات و كيف ان هذه الاحاديث الذاتية (مع النفس) غير العقلانية تؤدي الى الاضطراب . و من ثم مساعدته على تعديل التفكير الذي سيصبح اكثر عقلانية بحيث تضمحل الانفعالات السالبة التي كانت تتكد حياته (دردير، 2010).

. الاساس البيولوجي :

يعترف ليس Ellis بان العامل البيولوجي و الاجتماعي يساهمان في نمو الفرد و ايضا في تلك الصعوبات النفسية التي قد تعترضه او تصيبه .و الانسان في رايه و نظرا لطبيعته البيولوجية فانه يظهر اتجاهات غير ضرورية و متشددة ، بالاضافة انه لديه استعدادات يحافظ من خلالها لا شعوريا على توازنه العقلي و النفسي (André, S , ب .ت) .فليس يفترض بان الانسان يولد و لديه نزعة من الى احداث كل شئ على احسن وجه ، و اذا لم يحصل على ما اراده فانه يقف موقفا سلبيا اتجاه نفسه و اتجاه الاخرين ، فالانسان يفكر بطريقة طفلية طول حياته و يحقق سلوكه الناجح بصعوبة (سناء زهران ، 2004 : 64) .

3 . الاساس الاجتماعي :

ان الاتزان الدقيق الذي يتمثل في النضج الانفعالي بين العلاقات مع الاخرين و المبالغة في الاهتمام بها ، بحيث اذا كان هذا الاهتمام كثيرا جدا او قليلا جدا ، فان الشخص ينزع الى العداة ، غير انه اذا تقبل الحقيقة التي مفادها انه شخص مرغوب و انه ليس بالضرورة ان تكون علاقاته مع الناس كلهم طيبة ، فان الفرد قد ينزع نحو الصحة الانفعالية (سناء زهران ، 2004 : 72) .

و بالنسبة لليس Ellis فان المجتمع من خلال مؤسساته يفرض اتجاهها يتضمن قيما مطلقة و غير عقلانية و التي تفرض شكلا من السلوك يتعلق بالفرد (André, S , ب.ت)

تطور النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية :

حسب سناء زهران (2004 : 64) فان هذه النظرية العلاجية و الارشادية قد مرت بمراحل عدة ، حيث سمي هذا الاسلوب العلاجي لما ظهر في عام 1950 على يد اليس بالعلاج العقلاني . و في عام 1954م بدا اليس في استخدام العلاج العقلاني الانفعالي

الذي ارتكز فيه على ما جمعه من فلسفة و معارف في علم النفس ، حتى اسس معهد الحياة العقلانية Institut of Rational Living عام 1959 م و الذي يعتبر مؤسسة علمية تربوية لتعليم اسس الحياة العقلانية . و في سنة 1968 اسس اليس معهد الدراسات العليا في العلاج النفسي العقلاني . و يقومان هذين المعهدين بنشر المنهج العقلاني الانفعالي الذي يتضمن تعليم الراشدين اسس الحياة العقلانية و برامج خاصة بالدراسات العليا (دكتوراه) لمدة محددة يتم خلالها التدريب على طرق العلاج النفسي العقلاني الانفعالي الموجه للاخصائيين و الاطباء النفسانيين وغيرهم ، بالاضافة الى النشر العلمي .

طور اليس نظريته ، حيث قدم في عام 1977 نموذجاً شمل تعديل افكاره الاولى الى ان استقر اخر تعديل على الارشاد و العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي . و تتلخص هذه الطريقة في ان هناك علاقة بين المعرفة و الانفعال و السلوك . و يعتبر التفكير الانساني الذي هو احد العوامل الظاهرة لدى البشر و التي يسيطرون من خلالها على المحيط و على انفسهم فقد يصب هذا التفكير الذي يقف في وجهه باعتبار ان البشر لا ينظرون الى الواقع كما هو موضوعي لكن كما يدركونه هم (ماهر ، 2003)

مفاهيم و مسلمات الارشاد و العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي :

يعد الاتجاه العقلاني الانفعالي السلوكي كاحد الاتجاهات السلوكية المعرفية التي تركز على ان الافراد تحركهم الدوافع و الانفعالات و التفكير ، بحيث تاخذ وجهة عقلانية او غير عقلانية ، و اذا ذهبت في اتجاه التفكير غير العقلاني فانه ينتج لدى الفرد القلق و تسبب له الاحباط و الاضطرابات النفسية . و يوضح باتيرسون ، 1990 في الصميلي

(1430 هـ) مجموعة من المسلمات في الاتي :

1 . يشعر الانسان بالسعادة و الكفاءة حينما يفكر و يسلك بطريقة عقلانية .

2. ان التفكير غير العقلاني هو الذي ينتج الاضطراب الانفعالي و السلوك العصابي ،
فالفكر و الانفعال متلازمان غير منفصلين يؤثر كل منهما في الاخر ، فالتفكير يصاحب
الانفعال ، اما الانفعال فهو تفكير ينزع الى الذاتية و غير العقلانية .

3 . يكتسب الفرد من بيئته الاسرية و ثقافته التفكير غير المنطقي الذي يرجع الى التعلم
المبكر لغير المنطقي ، باعتبار ان للفرد استعداد بيولوجي لذلك .

4 . يستخدم التفكير عادة الرموز اللغوية ، و ان التفكير غير العقلاني يصاحب بالضرورة
الاضطراب الانفعالي طالما ان التفكير يصاحب الانفعال و الاضطرابات الانفعالية .

5 . ان استمرار حالة الاضطراب الانفعالي الناتج عن حديث الذات و الذي لا تفره
الظروف و الاحداث الخارجية فحسب بل تفره ايضا المفاهيم و المعتقدات و الاتجاهات
التي يتبناها الفرد نحو هذه الاحداث التي تتهيك في شكل جمل او عبارات يتم استدخالها
او تمثلها .

6 . يتم القضاء على الانفعالات السلبية باعادة تنظيم الادراك و التفكير بحيث يكون الفرد
منطقيا و متعقلا و ان يوضح له الارشاد او العلاج العقلاني الانفعالي ان مصدر
اضطرابه هو حديثه مع ذاته .

7 . عندما يكون الفرد غير عقلاي فانه يتعرض للاضطرابات .

8 . يكون الافراد سعداء و اكفاء و فعالين لما يتصرفون و يفكرون بعقلانية .

9 . عندما ترتبط الانفعالات ب" هذا جيد " تكون الانفعالات ايجابية و انسانية ، اما اذا
ارتبط ب " هذا سيئ " فانه تنتج لدى الفرد انفعالات سلبية ، لذلك فان تشكل الموقف
الساو او المحزن بالنسبة للافراد ناتج عن اشياء تعلموها عن الموقف و ارتبطت به .

10 . يطيل الافراد المضطربون عمر الاضطراب و ذلك من خلال استعمال الفاظ تشير الى افكار غير منطقية نحوه ، و كما ذكرنا فان التفكير يصاحب الانفعال ، فمادامت الاضطرابات الانفعالية مستمرة فان التفكير غير المنطقي سيصاحبها .

11 . ان طريقة تحدث الناس للاخرين او حديثهم مع انفسهم هي التي تحدد مدى تكيفهم ، و ان الناس ليس ضحايا ظروفهم او لماضيهم .

12 . ان المرشد في هذه النظرية يعتقد ان الناس قادرين على مواجهة نظامهم القيمي و انهم يستطيعون تعليم انفسهم وجهات نظر و افكار و معتقدات جديدة .

و قد اختصرت سناء زهران ، (2004 : 69) هذه الاسس في التالي :

1 . ان الفكر و الانفعال متلازمان يؤثر كل منهما في الاخر ، و التفكير و الانفعال و السلوك كلهم يتبادلون التأثير .

2 . ان الانسان يتارجح بين العقلاني و غير العقلاني ، و السلوك العقلاني يؤدي الى الصحة و السعادة .

3 . ان الاضطراب النفسي و العصابي افكاره غير عقلانية ، عاجزا و سلوكه مدمر .

4 . ان الاسرة و الثقافة هي المسؤولة على تعلم التفكير غير العقلاني .

5 . يعبر الفرد عن فكره رمزيا ، و كل من الفكر و الانفعال يتضمنان كلاما مع الذات في شكل عبارات مستدخلة .

6 . ان تفكير الافراد هو الذي يجعل من المدركات سيئة او حسنة ، نافعة او ضارة ، مطمئنة او مهددة .

7 . ان تفسير الفرد للحقائق هو الذي يؤثر في سلوكه ، و ليست الحقائق نفسها .

9 . يمكن اعادة تنظيم الافكار غير العقلانية الى عقلانية من خلال مناقشتها و دحضها و تعديلها .

10 . يبني الارشاد و العلاج العقلاني و الانفعالي السلوكي على عدة مسلمات :

- التفكير اللاعقلاني يرجع الى استعداد الفرد للتعلم من بيئته الاسرية و الثقافية .

- حينما يفكر الانسان بطريقة عقلانية يشعر بالسعادة .

- يستمر الاضطراب باستمرار التفكير غير العقلاني .

- كيفية ادراك الاشياء و التفكير فيها هو الذي يحدد الاضطراب الانفعالي .

- قدرة الفرد على مهاجمة الافكار غير العقلانية و اعادة تنظيمها حتى تصبح افكار عقلانية .

الافتراضات التي تقوم عليها نظرية الارشاد و العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي :

اورد باتيرسون Patterson في سناء زهران (2004 : 64) مجموعة من

الافتراضات التي قامت عليها نظرية اليس Ellis كما يلي :

1 . ترجع الاضطرابات النفسية و العقلية الى الافكار و المعتقدات الخاطئة و اللاعقلانية

التي يتكون منها البناء المعرفي للفرد .

2 . ان تشكل التفكير العقلاني لدى الفرد يعود الى المراحل الاولى من حياته ، فهو يرجع

الى مرحلة الطفولة الاولى و اثناءها .

3 . التفكير و الانفعال توأمان .

4 . تعود كثير من الاضطرابات الانفعالية و النفسية و التي قد تستمر مع الفرد الى التلطف

الذاتي للمفاهيم و المعتقدات الخاطئة التي يتبناها .

5. ما دام الانسان متميز فعليه تنمية افكاره العقلانية و تخفيض تلك غير العقلانية الى ادنى حد.

6. يصبح تفكير الفرد اكثر عقلانية و منطقية عندما يهاجم الافكار غير العقلانية و المعتقدات الخاطئة .

خطوات الارشاد او العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي :

تذكر سناء زهران (2004 : 80) خمس خطوات لنظرية الارشاد العقلاني الانفعالي السلوكي ، و التي شملتها في الاتي :

- 1 . التعرف عن الافكار غير العقلانية لدى العميل و تحديدها " هنا و الان " .
 - 2 . تعريف العميل بالافكار غير العقلانية و افهامه انها هي التي ادت الى الاضطراب الذي يعاني منه ، مع توضيح ذلك له من خلال امثلة من سلوكه المضطرب .
 - 3 . افهام العميل ان استمرار هذه الافكار غير العقلانية سوف يؤدي الى استمرار الاضطراب .
 - 4 . تغيير تفكير العميل و الغاء الافكار غير العقلانية لديه .
 - 5 . التعرض الى الافكار غير العقلانية في الثقافة التي يعيش فيها العميل ، و تأكيد فلسفة عقلانية جديدة للحياة .
- ان عملية الارشاد العقلاني الانفعالي السلوكي عملية تعليمية ، بحيث يتعلم المسترشد كيفية مواجهة الافكار غير العقلانية و تعويضها بافكار عقلانية باسلوب نشط ، و هذه العملية معرفية بحتة تشتمل على علاج اللاعقلاني بالعقلاني و غير المنطقي بالمنطقي حتى يؤثر ذلك على السلوك .

مراحل الارشاد او العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي :

مراحل ABC :

قدم البرت اليس Ellis نموذجا يدعى ب ABC لتحليل اثر التفكير غير العقلاني على الاضطرابات النفسية ، او دوره في عملية الثبات و النضج الانفعالي ان كان هذا الاثر ناتجا عن تفكير عقلاي . و تشير هذه الرموز الثلاثة (A,B,C) الى مراحل اساسية في نظرية اليس (ماهر ، 2003 :38 و سناء زهران ، 2004 : 77) :

المرحلة (A) : **Activating Experience or Event** : (خبرة منشطة) :

تتضمن معرفة الفعل او السبب او عن الحدث المنشط الذي سبق ظهور الاضطراب مباشرة ، او عن الخبرة المنشطة له التي يعتقد العميل انها ترتبط بمشكلته . و قد يتمثل هذا الحدث في وفاة او طلاق او رسوب و الحادثة في حد ذاتها لا تحدث الاضطراب السلوكي .

مرحلة (B) **BeliefSystem** نظام معتقدات :

و تشير الى نظام معتقدات الفرد التي ترتبط باسباب المشكلة ، و يتم ادراك الخبرة المنشطة في ضوء هذا النظام ، و قد تكون معتقداته عقلانية (rB) بحيث يعتبر ان هذه الاحداث طبيعية في الحياة او العكس من ذلك فقد تكون غير عقلانية (iB) و يعتبر ان ما حدث له غير متوقع . و اذا تضمن نظام المعتقدات مضامين لاعقلانية ترتبط بالخبرة المنشطة او الحادث ادى ذلك الى نتيجة انفعالية .

مرحلة (C) **Consequence** " نتيجة " او استجابة انفعالية :

و تشير الى الممارسة السلوكية و الحالة الانفعالية التي يصل اليها الفرد نتيجة تعرضه لحادث منشط ، فان كان اعتقاده غير عقلاي فقد تكون هذه الحالة الانفعالية سلبية و

غير مريحة (rC) كالحزن و التوتر و القلق و الاكتئاب ، مما يحتاج الى عملية ارشادية . و بالمقابل فقد تكون حالة الفرد الانفعالية ايجابية اذا كان اعتقاداته عقلانية حول الحدث (iC) كالصبر و الرضا .

ان هذه المراحل الثلاث تعتبر اساسية في نظرية الارشاد العقلاني الانفعالي السلوكي ، فقد اعتبرها اليس اساسية و هي التي بنى عليها مهارات و فنيات العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني ، و استكمالا لهذه المراحل اضاف مراحل جديدة فاصبح لديه نموذجا جديدا عرف بـ (ABCDEF) مراحل : و قد لخص هذه المراحل الاضافية ماهر محمود عمر ، (2003) :

مرحلة (D) Disputation المجادلة :

تشير الى المجادلة و الاحتجاج عن المعتقدات غير العقلانية و حول الافكار الخاطئة و غير المنطقية التي ترتبط بالمشكلة ، الامر الذي يدفع بالمسترشد الى تغييرها نتيجة مواجهتها و احتجازه على عدم صحتها و عدم عقلانيتها .

مرحلة (E) Final New Effect : التأثير النهائي الجديد :

و نتيجة لتغيير الفرد لافكاره الخاطئة و اعتقاداته اللاعقلانية الى اخرى صحيحة و عقلانية ، تكون بذلك قد حققت العملية الارشادية هدفها المنشود .

مرحلة (F) New Feelings المشاعر الجديدة :

بعد ان يصل الفرد الى حالة من الارتياح العام ، يحاول الاستمرار على هذه الوتيرة ، بحيث يتعدى مرحلة (E) و التي هي مرحلة تاثيرية للوصول الى مرحلة الاستقرار النفسي و الثبات الانفعالي في حياته العادية .

و قد حاول الصميلي (1430 هـ : 74) توضيح هذه المراحل من خلال الجدول التالي :

جدول رقم (1) يلخص مراحل نظرية الـيس Ellis

A-ActivatingExperience	ا . خبرة مثيرة (صادمة)
B- IrrationalBelief System	ب . نظام المعتقدات (اللاعقلانية)
C- Emetionalcosequence	ج . نتيجة انفعالية (اضطراب)
D- Disput	د . الدحض (شرح و تفنيد الافكار اللاعقلانية
E-Effect(PsychologicalHealth	الاثر (بناء فلسفة جديدة في الحياة و الشعور بالسعادة و الصحة النفسية)

و بالاضافة الى هذه المراحل التي ذكرنا و التي هي مبينة على الجدول ، فان الـيس حاول توضيح بعض المفاهيم الاخرى التي ترتبط بنظريته ، و التي نذكر بعضها في الاتي :

. التفكير غير العقلاني :

يعرف الـيس Ellis التفكير غير العقلاني انه : " تلك المجموعة من الافكار الخاطئة و غير المنطقية التي تتميز بعدم موضوعيتها و المبينة على اساس توقعات و تعميمات خاطئة ، و على مزيج من الظن و التنبؤ المبالغ و التهويل بدرجة لا تتفق و الامكانيات الفعلية للفرد " (وحيد مصطفى كامل ، 2003 : 571) . اما باتيرسون Paterson فقد عرف المعتقدات اللاعقلانية بانها " افكار غير عقلانية و خرافية و غير ذات معنى و شائعة في المجتمع و تؤدي الى الاضطراب الانفعالي و هي مثبتة للذات و يجب مهاجمتها باعادة تنظيم الادراك و التفكير و بدرجة يصبح معها الفرد منطقيا و متعقلا " (فرج ، 1992 : 10 في الصميلي ، 1430 هـ : 43) .

و يرى روري Rorer ، 1981 في نجوى احمد (، 2004 : 44) انه من الصعوبة تحديد تعريف لمفهوم اللاعقلانية يكون مبني على الطرق العلمية و الضبط الامبريقي . و يعرفها على انها " معتقدات حمقاء مبالغ فيها حول العالم و الاشخاص . و يعتبر ان تقييم تلك المعتقدات يكون اكثر واقعية من محاولة تعريفها " . فتحليل تلك الافكار و تحديد مدى عقلانيتها من حيث القويم يكون اكثر جدوى من تحاول تعريفها و ضبطها ، لان الافراد اتجاهات و قيم و اراء و تصورات اشد تباينا و اختلافا ، و ضبطها و تحديدها يعتبر عملا شاقا و اطرر صعوبة .

و قد اورد اليس Ellis 1962 في سناء زهران ، 2004 : 75) نماذجا لافكار لا عقلانية تستقر وراء السلوك المضطرب و العصاب ، و التي منها :

1 . ان الاشياء الخطيرة و المخيفة تستحق التوتر ، و احتمال حدوثها يستحق القلق . هذا التفكير غير عقلائي ، اما الصحيح او العقلائي فهو ان الخطر قد يحدث و يمكن مواجهته و التقليل من اثاره .

2 . " تجنب المسؤولية الشخصية و الهروب من المصاعب بدلا من مواجهتها " . هذا غير معقول . و المعقول حسبه هو ان يعمل الفرد دون شكوى مستمدا اللذة من التحدي و مواجهة المشكلات و تحمل مسؤوليته الشخصية .

3 . " يجب ان يحزن الشخص لمشكلات و اضطرابات و احزان الاخرين " . هذا غير معقول .

و المعقول هو ان يتمالك الفرد نفسه و يحاول مساعدة الاخرين في حل مشكلاتهم .

4 . " التعاسة سببها ظروف خارجية لا سيطرة للانسان عليها " و هذا غير معقول . و المعقول هو ان السعادة مصدرها داخلي بالاضافة الى ادراك الفرد للاحداث و الظروف الخارجية ، فالانسان له القدرة على ضبط انفعالاته و التحكم فيها .

5 . "الخبرات و الاحداث الماضية هي المحددات الاساسية للسلوك في الوقت الحاضر و تأثيرها الماضي لا يمكن استبعاده " و هذا غير معقول .و المعقول هو ان يعيش الفرد هنا و الان و لا يرتبط بالماضي الذي انتهى ، و ان كان الامر كذلك فيجب ان يستفيد الفرد من الخبرات الايجابية .

الافكار غير العقلانية و البيئة الثقافية :

يتاثر الافراد بيئتهم الاجتماعية التي ترعرعوا فيها ، فانماط التفكير و حيثياتها قد تكون متشابهة تقريبا ان لم تكن متطابقة في البيئة الواحدة . و تتميز البيئات الثقافية عن بعضها البعض ، فيظهر هذا التميز في السلوك العام الذي تقف وراءه افكار . كما ان المجتمعات تختلف من حيث نوع التفكير فيبدو عقلائي لدى مجتمعات و غير عقلائي او اقل عقلانية في مجتمعات اخرى ، فقد اظهرت دراسة محمد الشيخ (1990) في سناء زهران (2004) التي تناولت دراسة الفروق بين الطلبة الامريكيين و الاردنيين و المصريين من حيث الافكار غير العقلانية ، ان الطلبة الامريكيين اكثر عقلانية منه لدى الطلبة المصريين ثم يترتب في الاخير الطلبة الاردنيين . و قد ارجع الباحث هذه الفروق الى العوامل الثقافية .

و توصلت دراسة قامت بها ستيفينز Stephens (1994) في سناء زهران (2004) حول المعتقدات الصحية و ممارسات النساء القرويات في شمال كارولينا الى ان لهؤلاء النسوة معتقدات و ممارسات صحية ذات علاقة بالثقافة المحلية و قد سادت لديهم المعتقدات الحتمية ، و تعتبر الام من اهم اعضاء الاسرة و ان الاهتمام بالذات و رعايتها ذات قيمة تقليدية هامة ، و يتمسك افراد عينة البحث بثقافتهم المحلية خاصة بما تعلق منها برعاية الذات .

و من جهة اخرى فان العلاجات التي تستند الى الاتجاه العقلاني الانفعالي السلوكي تتاثر بشكل جلي بالعوامل الثقافية و خاصة الدينية ، فقد اورد جونسون و ريدلي ، Johnson et Ridley (1992) في سناء زهران (2004) في دراستهما التي تناولت اثر العلاج العقلاني الانفعالي الديني (المسيحي) المختصر ف علاج الاكتئاب لدي عينة من المسيحيين ، كما طبق العلاج التقليدي على عينة اخرى . و بعد المقارنة اثبتت النتائج ان كلا العلاجين كان فعالين ، و قد نجح العلاج العقلاني الانفعالي الديني المسيحي في خفض المعتقدات غير العقلانية .

و تشير هذه النتائج الى اهمية العامل الثقافي في هذا النوع من الارشاد ، و خاصة مع فئة المسنين التي تكون اكثر تشبثا بالجانب الديني ، خاصة المسلمون ، فهم في اواخر اعمارهم يكونون اكثر تشبثا بالعامل الديني و اكثر ارتباطا بالمسجد و اكثر اهتماما بالمسائل الدينية .

الافكار غير العقلانية و السن :

قد يتناسب طرديا نمو الفرد مع تنبيهه للافكار العقلانية ، فقد يبدأ الطفل بافكار تبدو غير عقلانية تستمد من التفكير التخيلي للاطفال و يستمر الى سن المراهقة ، بحيث يبدأ الفرد في البحث عن ذاته ، فهو يميل الى الافكار غير العقلانية في غالب الاحيان الى ان يصل الفرد الى تبني الافكار العقلانية في عموم حياته ولك وفق عدة عوامل اخرى تؤثر على الفرد كالثقافة المحلية و التعليم و السن و الصحة النفسية ... الخ .

وستعمل الارشاد العقلاني الانفعالي السلوكي في تعديل التفكير غير العقلاني في حل مشكلات المراهقة ، فقد بينت دراسة محمود ابراهيم عبد العزيز (1992) التي هدفت الى الكشف عن فاعلية الارشاد العقلاني الانفعالي في حل مشكلات المراهقة ذات

العلاقة بالتفكير غير العقلاني ،ان للبرنامج فاعلية في ذلك حيث تم استبدال الافكار غير العقلانية بافكار عقلانية في حل مشكلات المراهق .

التفكير العقلاني :

يذكر المحمدي (1424 هـ : 15 في الصميلي (1430 هـ : 45) ان اليس Ellis ذكر بعضا من السمات التي تميز التفكير العقلاني ، و التي تتلخص فيما يلي :

1 . الموضوعية : و هي ليست نظرة ذاتية بل تتمثل في استنتاجها من حقائق و ادلة موضوعية

2. المرونة : تتشكل تلك الافكار في صورة رغبات و امنيات و لا تصل الى المطلقات اللازمة .

3 . تساعد هذه الافكار على تحقيق اهداف الحياة .

4 . تخفف من الصراعات الداخلية للفرد .

5. تساعد على عدم التصادم مع المحيط و الاخرين .

6 . تساعد على التفكير في صيغ عديدة من الاحتمالات .

اهداف الارشاد العقلاني الانفعالي :

يذكر الخطيب (2003 : 345) اناليس Ellis قد حدد مجموعة من الاهداف الخاصة بالارشاد العقلاني الانفعالي السلوكي فيما يلي :

1 . الاهتمام بالذات : يهدف الارشاد او العلاج العقلاني الى الوصول بالفرد كي يهتم بنفسه دون ان يصبح انانيا و دون ان يخطئ في حق الاخرين .

- 2 . التوجيه الذاتي : قد يحتاج الفرد الى مساعدة الاخرين ، غير ان ذلك ليس مطلباً مطلقاً ، فعليه ان يتحمل مسؤوليته الشخصية و يعمل على استقلالته .
- 3 . التحمل : على الشخص ان يتحمل الاخرين فهو ليس بحاجة الى التصادم معهم .
- 4 . تقبل عدم اليقين : لا توجد في العالم الذي يعيش فيه الفرد حقائق مطلقة ، و لكن يوجد عالم من الاحتمالات ، فلا توجد فيه حقائق مطلقة و اكيده و لا تعتبر الحياة شيئاً مخيفاً .
- 5 . المرونة : يتقبل الفرد التغيير و هو يتميز بمرونة التفكير .
- 6 . التفكير العلمي : ان الانسان قادر على تطبيق مبادئ المنطق و العلم على نفسه و على علاقاته مع الاخرين ، لان الانسان العادي يتميز بالموضوعية و العلمية و التفكير المنطقي .
- 7 . الالتزام : يهتم الافراد العاديين باشياء مختلفة خارج انفسهم و قد تتضمن هذه الاشياء العلاقات و الافكار و ما الى ذلك .
- 8 . روح المغامرة : يتمتع الانسان العادي بقدر من روح المغامرة ، فهو مستعد للتجريب بشكل متواصل حتى و ان فشل في الوصول الى هدفه الذي يعتقد انه مهم بالنسبة اليه .
- 9 . تقبل الذات : ان الناس العاديين راضون على حياتهم ، و هذا الرضا لا ينحصر في انجازاتهم او تقدير الاخرين لهم .
- 10 . اللامثالية : ان من طبيعة الحياة ان يتعرض الفرد الى الاحباط او الندم او الاسف ، و هو غير قادر على الغاء هذه الاشياء كلية و لكنه يستطيع ان يقلل منها . لان الارشاد العقلاني الانفعالي يعمل على التقليل من تاثير الافكار غير العقلانية على الفرد .

و من جهة اخرى اورد محمد هشام (1411هـ : 17) مجموعة من الاهداف المختصرة التي يتصدى لها هذا النوع من العلاج او الارشاد ، و قد حصرها فيما يلي :

- 1 . العمل على تخفيض الاضطرابات الانفعالية و العدوان و لوم الاخرين .
- 2 . العمل على تخفيض القلق لدى العملاء الى اقل قدر ممكن و تجاوز الافكار و التحاليل الذاتية غير العقلانية.
- و قد اورد اليس عددا من الافكار و التي تتمثل في الاشباعات لعدد من الحاجات ، و قد تتناسب الى حد بعيد مع تلك التي اوردتها فرويد و سكينر و روجرز و ماسلو . و التي تتمثل فيما يلي (محمد هشام ، 1411 هـ):

- 1 . الاهتمام بالذات .
- 2 . توجيه الذات .
- 3 . التحمل .
- 4 . تقبل المجهول (الغامض) .
- 5 . المرونة .
- 6 . التفكير العلمي .
- 7 . الالتزام .
- 8 . تقبل المخاطر .
- 9 . تقبل الذات .

سيمات الأفكار غير العقلانية و العقلانية :

و للتمييز بين الافكار غير العقلانية و العقلانية لابد من الوقوف على السيمات التالية (

Dryden , W ,2002 في نشوة دردير ، 2010 : 29) :

. الافكار العقلانية .:

1 . مرنة .

2 . تؤدي الى الصحة النفسية .

3 . تساعد على تحقيق و انجاز الاهداف .

4 . صحيحة .

5 . منطقية .

الافكار غير العقلانية :

1 . متطرفة .

2 . تؤدي الى الاضطراب النفسي .

3 . لا تساعد على تحقيق و انجاز الاهداف .

4 . خاطئة .

5 . غير منطقية .

و تعتبر هذه السيمات بمثابة قواعد اساسية يعتمد عليها المعالج لتحديد و تصنيف الافكار

العقلانية و غير العقلانية التي يعتمد عليها العميل .

فنيات الارشاد او العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي :

تسوق الباحثة سناء زهران (2004 : 84) مجموعة من الفنيات و التي حاولت تصنيفها

كالآتي :

1 . فنيات معرفية :و تتضمن :

أ . الاسئلة : و تشمل على :

- الاسئلة المنطقية : و التي توجه بهدف الكشف عن التناسق المنطقي في تفكير الحالة او المسترشد .

- اسئلة اختبار الواقع : و هي اسئلة تقيس مدى تناسق معتقدات العميل مع الواقع التجريبي .

- اسئلة التنفيذ العملية : و هي اسئلة تقيس معتقدات العميل وفق المحك الوظيفي و النفعي .

ب - النموذج البديل : تكون هذه الفنية ذات جدوى حينما تكون مشكلة العميل عامة ، و يتعلم المسترشد من خلال هذا النموذج كيف ان الاخرين لم يتضرروا لما تعرضوا لنفس المشكلات التي تعرض له هو ، و ان الحياة ستستمر بالرغم مما فيها من احداث مؤلمة و يمكن للعميل ان يتعلم ذلك و يتبناه في حياته .

ج - الحوار السقراطي : تهدف هذه الطريقة الى تشجيع العميل على التفكير حول ذاته و تصحيح ما فهمه بشكل سيئ ، و يستخدم هذا الاسلوب في دحض الافكار و المعتقدات غير العقلانية من خلال طرح اسئلة ذات علاقة بالجوانب اللامنطقية و المختلفة وظيفيا مع معتقدات الحالة .

2 . الفنيات السلوكية و الانفعالية :

أ . العلاج بالقراءة : تستعمل هذه الفنية في الدحض للافكار و المعتقدات اللاعقلانية للعميل ، بحيث يوجه هذا الاخير الى قراءة كتب او امجلات او اشياء اخرى ذات علاقة بمشكلته .

ب - التفجير الداخلي : تعتمد هذه الطريقة على قدرة المسترشد او العميل على تخيل الموقف الذي يثير قلقه و يزعجه ، و حين ذلك يقوم المرشد او المعالج بتشجيع العميل على البحث الذاتي خلال هذا الموقف المتخيل . و تفيد هذه الطريقة عادة في تفنيد و دحض المعتقدات غير العقلانية .

ج . الاسترخاء : تفيد هذه الطريقة في الجلسات الارشادية لتهدئة المسترشد ، كما انها تفيد في اداء العميل لواجبه المنزلي من حيث مساعدته على التركيز و تحديد الافكار غير العقلانية ، كما ان لهذه الطريقة فائدة في التفجير الداخلي .

د . مهام الواجبات المنزلية : تاخذ هذه الواجبات اشكالا متعددة ، فقد تكون تكليف العميل بالقراءة في منزله او التفكير او الكتابة او التخيل (المعرفي) . و تهدف هذه الطريقة الى تغيير السلوك المختل وظيفيا ، و التقليل من المعارف و المعتقدات غير العقلانية . و تفيد هذه الطريقة في استمرار العملية الارشادية او العلاجية .

هـ . العلاقات بين - الشخصية : اهتم اليس في نظريته بالعلاقات الاسرية و بين - الشخصية ، لان اغلب المرضى في رايه لديهم مشكلات ترتبط بهذا الجانب ، و يدرب هؤلاء على تبسيط الالهانة ، و حسن الضن بالآخرين .

الاستراتيجية العلاجية :

ترتكز الإستراتيجية العلاجية في العلاج النفسي السلوكي الانفعالي العقلاني في المقام الاول على اقناع العميل بفحص و دراسة و اختيار المعتقدات التي تكون وراء اضطراباته الانفعالية و ذلك بغية تغييرها للوصول الى الشفاء او الراحة التي يصبو اليها . و يهدف هذا النوع من العلاج عامة الى الوصول الى انجازين هامين و هما (ماهر محمد عمر ، 2003 : 120) :

1 . الحد من الاضطرابات الانفعالية لدى العميل و التقليل من السلوكات التي تتميز بالقهر النفسي بحيث تصبح تمارس بقدر اقل ، و ذلك من خلال اكسابه الافكار العقلانية و تصحيح معتقداته عن ذاته و محيطه .

2 . الحد من الام الذات و لومها و اذاء المحيطين نه و لومهم و ذلك من خلال الافكار التي يكون يحملها حول ذاته بانه مخلوق سيئ الحظ في هذه الحياة و تعيس و شقي بحيث يتحمل فوق طاقته كما يحمل الاخرين ذلك ايضا .

و قد ساق اليس مجموعة من الاهداف التي تسعى الى تحقيق الاستراتيجية العلاجية في هذا المجال و التي تضمنت ما يلي (Ellis , 1979 c , 1991 a) في ماهر محمد عمر ، 2003) :

1 . التسامح مع الذات .

2 . تقبل الذات .

3 . المرونة مع ذات الاخرين .

4 . تحقيق اهتمامات ذاته .

5 . تحقيق الاهتمام الاجتماعي .

6 . التوجيه الذاتي للسلوك الايجابي .

7 . المحافظة على الذات من المخاطر

8 . اكتساب التفكير العلمي لحل المشكلات .

9 . التكيف المنطقي مع احباطاته .

مراحل الاستراتيجية العلاجية للبرت اليس :

يتبع المعالج مجموعة من المراحل المتسلسلة و المتتابعة للوصول الى تحقيق الاهداف المرسومة سابقا و التي نعرضها في الاتي (ماهر محمد عمر ، 2003 : 120) :

. المرحلة الاولى : اكتشاف العادات غير العقلانية :

يعمل المعالج على مساعدة العميل في هذه المرحلة على اكتشاف الافكار الخاطئة و المعتقدات غير العقلانية التي ترتبط لديه بالاوضاع التي يمر بها و ايضا تلك التي ترتبط لديه باتجاهاته نحو المحيطين به ، و عادة ما يتجه العميل الى استعمال العبارات التي تتميز بالحتمية و التي نسوق بعضا منها في الامثلة التالية : (يجب ان ، لابد من ، من الضروري ، لازم على او عليهم ، المفروض ان الخ) و قد عبر على ذلك البرت اليس بالعبارات الحتمية ، و على المعالج ان يعمل عن التمييز لدى العميل بين تلك الافكار غير العقلانية و غير العقلانية . و للوصول الى هذا الهدف فان بالمعالج يلتجا الى استعمال وسائل بداعوجية و تعليمية من خلال تشجيعه على المشاركة في النشاطات التي تمكنه من اكتشاف المعتقدات التي تتميز بغير العقلانية و التي تكون قد سيطرت عليه ، فيتبدى لديه مدى زيف هذه المعتقدات .

المرحلة الثانية : الاحتفاظ بقدر من الاضطراب الانفعالي لدى العميل :

و حتى يشعر العميل بانه هو وحده المسؤول عن ازعاج نفسه و معاناتها و ان التفرقة بين الافكار غير العقلانية و العقلانية لا تكفي وحدها للتخاص من المعاناة و حتى يصل الى التكلم مع ذاته بترديده ان ما يعاني منه مبالغ فيه و غير منطقي و انه ما زال يشعر بذلك ، فعلى المعالج ان يحرص على ان يحافظ على قدر من الاضطراب الانفعالي لدى العميل كي يدفعه باستمرار في تفكيره غير المنطقي و اعتقاده غير العقلاني و تبني مشاعر القهر الذاتي و الانكسار النفسي التي يعاني منها .

المرحلة الثالثة : تعديل الاعتقادات غير العقلانية و التخلي عنها .

في هذه المرحلة التي تلي المرحتين السابقتين ، اللتين تناولتا التفريق بين الاعتقادات غير العقلانية و العقلانية و الاعتراف بها لدى العميل ، يتجه فيها المعالج الى عمق المشكلة و صعوبة حلها و ذلك على العمل على مساعدة العميل على تعديل افكاره غير المنطقية و اعتقاداته غير العقلانية و التخلي عنها نهائيا ، باعتبار ان هذه الافكار و المعتقدات تكون قد تغلغت في اعماق العميل ، الامر الذي يجعل من الصعوبة بمكان من تغييرها دون مساعدة المعالج .

المرحلة الرابعة : مواجهة الاعتقادات غير العقلانية و الاحتجاج عليها .

في هذه المرحلة يلجا المعالج الى مواجهة و تحدي العميل ، و ذلك من خلال مواجهة افكاره و معتقداته غير العقلانية و مجادلته فيها من حيث صحتها و منطقيتها و صلاحيتها في الواقع و التاكيد على اثارها من خلال ما تسببه من اضطرابات له و ضرورة التخلي عنها . و العمل على استبدال هذه الافكار باخرى منطقية و اعتقادات عقلانية كاسلوب حياتي دائم .

الخطوات العريضة للاستراتيجية العلاجية للبرت اليس :

حدد البرت اليس مجموعة من الخطوات العريضة التي يجب ان يلتزم بها المعالج النفسي

السلوكي الانفعالي العقلاني (ماهر محمد عمر ، 2003 : 123) :

1 . تشجيع العميل على اكتشاف و تحديد عددا من الافكار غير المنطقية و الاعتقادات غير العقلانية التي تسبب له السلوكات المضطربة .

2 . مجادلة العميل و مناقشته و الاحتجاج عليه و مطالبته باثبات حقيقة هذه الافكار غير المنطقية و الاعتقادات غير العقلانية و اثبات مدى شرعيتها .

3 . عرض طبيعة هذه الافكار غير المنطقية و الاعتقادات غير العقلانية حول المواقف التي يمر بها و تعاملاته مع الاخرين من حيث خصائصها .

4 . اللجوء الى استخدام اسلوب السخرية و المزاح و المداعبة عند مناقشة هذه الافكار و المعتقدات و ذلك بغية الكشف عن مدى قهاتها و عدم اهميتها مع عدم المساس بشخصية المفحوص .

5 . اللجوء الى استخدام التفسير المنطقي و الواقعي و البرهان الوثائقي للكشف عن مدى سطحية التفكير المنطقي و المعتقدات غير العقلانية .

6 . تبين كيف ان عدم صلاحية هذه الافكار غير المنطقية و المعتقدات غير العقلانية في عدم تحقيق الاتزان النفسي و الثبات الانفعالي لدى العميل .

7 . تدريس و تفسير و تعليم العميل كيفية استبدال الافكار غير المنطقية و المعتقدات غير العقلانية باخرى تتميز بالتجريب و الثقة .

8 . تدريب و تعليم و شرح كيفية استخدام الاسلوب العلمي في التفكير الذي يساعده على الملاحظة الجيدة لما يفكر فيه و يعتنقه من افكار غير معقولة .

9 . استعمال التطبيقات التي تتضمن الفنيات و المهارات العقلية و الانفعالية و السلوكية التي تساعد العميل على مواجهة أفكاره غير المنطقية و اعتقاداته غير العقلانية و التغلب عليها .

الفصل الرابع

الارشاد و البرنامج الارشادي

تمهيد :

ان مشكلات العمر الثالث كثيرة و متشعبة و متنوعة ، فمنها الاجتماعية و الجسمية و النفسية ، لذلك يعد التفكير في ادوات للمساعدة سواء على مستوى التشخيص او الدعم او العلاج امرا ضروريا و ملحا . و يعتبر الارشاد من بين الاساليب التي تساعد على تخفيض معاناة هذه الفئة العمرية الهشة ، و لا يتأتى ذلك الا من خلال بناء برنامج منظم يستند في خلفيته على نظرية او فلسفة او تجربة ، و من بين هذه الخلفيات النظرية ، النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لالبرت اليس Albert Ellis والتي يمكن ان تساعد على التخفيف من الاكتئاب لدى هذه الفئة العمرية .

و باعتبار الاكتئاب اضطراب نفسي ، فان نوع الارشاد الذي يتصدى للتخفيف منه هو الارشاد النفسي ، و يستند هذا الاسلوب الارشادي الى نظرية البرت اليس المعروفة بالنظرية العقلانية الانفعالية السلوكية و التي هي نظرية نفسية تستخدم في العلاج و ايضا في الارشاد .

مفهوم الارشاد النفسي :

لغويا : يذكر ابن منظور (ب . ط) رشد و رشدا و رشادا و الرشد : يعني الاستقامة عن طريق الحق . و يقول " مادة الرشد ، الرشد نقيض الغي ، و رشد الانسان و بالفتح يرشد رشدا و بالضم رشد مرشدا رشادا فهو راشد و رشيد و هو نقيض الضلال اذا اصاب وجهه الممر و الطريق " .

و قد اشتقت عبارة ارشد من الفعل اصابة الصواب ، اما الفاعل راشد فهي تتضمن معاني التغيير و الاستمرار و التوعية و مرافقة الفرد للوصول و ترشيده (بن قوة امينة ، 2011 : 25 في اوراغي فوزية ، 2017 : 19) .

مفهوم ارشاد الصحة النفسية :

كان المرشدين في مجال الصحة النفسية يقعون في الخلط بينهم و بين الدور التقليدي لمرشد التوجيه و بين الاخصائي الذي يقدم خدمات الصحة النفسية (و ليام كلاين Kline ، 1999 في سناء زهران ، 2004 : 15) الامر الذي يكون قد دفع الباحثين الى الاهتمام بتطوير هذا المفهوم ، حتى اتضحت معالمه و مجالاته و ادواته ، بل اصبح يشار اليه انه ارشاد نفسي موجه علاجيا .

و بالرغم من هذا التحديد الا ان الباحثين انقسموا الى من يرى ان الارشاد النفسي لا يختلف عن العلاج النفسي بحيث هما متقاربان ، و ان الفرق بينهما لا يظهر الا في الدرجة و ليس في النوع و العميل و ليس في العملية . فالمرشدون يجدون انفسهم امام عميل يكشف عن عمق ذاته امامهم فيتحولون الى العمل العلاجي بدل من تقديم المساندة و التعليم (سناء زهران ، 2004 : 27) . و نظرا لزيادة الطلب على الخدمات النفسية اضحى الطرفين المرشدين و المعالجين يعملون جنبا الى جنب . و يمكن ان يتحدد مفهوم الارشاد من خلال هذه التعاريف التي سنوردها في الاتي :

عرفه ارتيس بالمو Palmo (1996 في سناء زهران ، 2004 : 15) على انه . اي ارشاد الصحة النفسية - اداء الارشاد / العلاج مع الافراد و الجماعات و الأزواج و الاسر ، و يشتمل على جمع و تنظيم و تحليل كل البيانات و المعطيات التي تخص العميل : عقليا و انفعاليا بالاضافة الى مشكلاته السلوكية و الاضطرابات النفسية التي يعاني منها من اجل مساعدته على تحقيق صحته النفسية و توافقه .

فالارشاد بهذا المعنى يشير الى عملية تخطيط و بناء منظم يهدف الى مساعدة الفرد على تخطي الصعوبات او الاضطرابات التي يعاني منها و ذلك بغية الوصول به الى توافق نفسي و صحة جيدة .

و يرى حامد زهران (1994 : 297 في اوراغي ، 2017 : 19) ان الارشاد النفسي هو عملية بناءة تهدف الى مساعدة الفرد في ضوء تعليمه و تدريسه و معرفته على فهم ذاته و شخصيته و يتعرف عن خبراته و يقف على مشكلاته و يحددها و ذلك بغية الوصول به الى توافق نفسي و تربوي و مهني و اسري .

فالارشاد النفسي يهتم بكل المجالات الحياتية للفرد ، بالرغم من تركيزه على الجانب النفسي ، الذي يشير الى مساعدة الفرد على تخطي المعوقات و الصعوبات التي قد تحدث له اضطرابات نفسية او مهنية او تربوية . فهو - اي الارشاد - عملية بناءة تعمل على مساعدة الفرد على الوصول الى صحة نفسية و توافق في مجالات الحياة .

و قد بينت الجمعية الامريكية (1981) مفهوم الارشاد بحيث عرفته على انه : " الخدمات التي يقدمها الاخصائيون في علم النفس الارشادي وفق مبادئ و اساليب و دراسة السلوك الانساني خلال مراحل نموه المختلفة ، و يقدمون خدماتهم لتأكيد الجانب الايجابي لشخصية المسترشد ، و استغلاله في تحقيق التكيف لديه و بهدف اكتساب مهارات جديدة تساعد على تحقيق مطالب النمو ، و التكيف مع الحياة و اكتساب قدرة اتخاذ القرار ، و يقدم الارشاد لجميع الافراد في المراحل العمرية المختلفة و في الاسرة و العمل و المدرسة . (ابو اسعد ، 2009 : 15-16) .

و عملية الارشاد تتم من خلال تقنيات و اساليب و عمليات مخططة ، يقوم بها المرشد الذي يقوم بمساعدة المسترشد ، لذلك عرف جلانز Glanzr في اوراغي فوزية ، 2017 : 20) الارشاد على انه عملية تفاعلية تنشأ بين طرفين ، احدهما مختص و يشير ذلك الى المرشد و الاخر عميل و يتمثل في المسترشد . و يقوم المرشد من خلال هذه العلاقة بين الطرفين بمساعد المسترشد على مواجهة مشكلاته و تغيير سلوكه و اساليب مواجهته للظروف .

و في هذا السياق فقد عرف بتروفيسا و اخرون Pietrofessa et al على ان الارشاد النفسي هو : " علاقة ارشادية تتم بين المرشد و المسترشد من اجل مساعدته على فهم نفسه و التوصل الى اتخاذ القرار المناسب لتغيير سلوكه نحو الافضل و تحسين نموه . (جمل الليل ، 2009 : 17 في سيبان 2017 : 95) .

فالعملية الارشادية عملية قائمة على تفاعل بين طرفين ، احدهما متخصص يقوم بمساعدة الطرف الاخر على فهم نفسه و مشكلاته و ايضا على تغيير سلوكه و افكاره ، حتى يصل الى التوافق النفسي السليم و الصحة النفسية الجيدة . اما الطرف الاخر فهو الذي يطلب المساعدة .

و لا تقدم الخدمة الارشادية الا وفق مبادئ و اساليب و تقنيات ، فقد ذهبت الجمعية الامريكية (1918) الى ان الارشاد : " خدمات يقدمها الاخصائيون في علم النفس الارشادي وفق مبادئ و اساليب و دراسة السلوك الانساني خلال مراحل نموه المختلفة ، و يقدمون خدماتهم لتأكيد الجانب الايجابي لشخصية المسترشد و استغلاله في تحقيق التكيف لديه و بهدف اكتساب مهارات جديدة تساعد على تحقيق مطالب النمو التكيف مع الحياة و اكتساب قدرة على اتخاذ القرار ، و يقدم الارشاد لجميع الافراد في المراحل العمرية المختلفة (الاسرة ، المدرسة ، العمل) (ابو اسعد ، 2009 : 15-16 في سيبان ، 2017 : 96) .

و من خلال عرض هذه التعريفات ، فانه يتبين لنا الارشاد النفسي بالرغم من بعض الاختلافات الشكلية او في التعبير عنه الا انه يظل هو العملية البناءة التي تستند الى عمل فني مخطط له يقوم به مختص اتجاه عميل (مسترشد) يطلب المساعدة ، و ان هذه العملية تركز على مساعدة العميل على فهم ذاته و تحديد مشكلاته و وعيه بها و تنمية قدراته على حل هذه المشكلات من خلال فهم دوافعه و ميوله و تحديد افكاره غير العقلانية التي تثير لديه هذه المشكلات و تقف عائقا امامه في تحقيق ذاته و توافقه

خصائص الارشاد النفسي :

من خلال تلك التعريفات التي تم عرضها يمكن ان نستعرض مجموعة من الخصائص

التي ترتبط بالعملية الارشادية و التي نوردتها في الاتي :

- ان العملية الارشادية عملية دينامية تفاعلية تتم بين المرشد و المسترشد ، فهي مقابلة تتشا بينهما تسودها الثقة و الامن .

- تركز العملية الارشادية على مساعدة الفرد على فهم ذاته و مشكلاته و تغيير افكاره غير العقلانية و ايضا سلوكه .

- تهدف العملية الارشادية الى الوصول الى تحديد مواطن الضعف لدى المسترشد و تقويتها حتى يتكيف مع بيئته بشكل سليم .

- تتم العملية الارشادية من خلال عمل بناء و فني مخطط له مسبقا ، و ينتهي بتحقيق الاهداف المرجوة .

- يقوم بالعمل الارشادي مختص مؤهل لذلك ، يكون قد تدرب على تطبيق مثل هذه التقنيات و الاساليب المناسبة .

- ان العملية الارشادية ذات طبيعة وقائية ، فهي تعمل على منع حدوث المشكلات و الاضطرابات و ازالة المعوقات و الاسباب التي يمكن ان تؤدي الى ذلك ، و يتم ذلك من خلال الكشف المبكر عن الاعراض التي يمكن ان تكون تعبيراً عن اضطرابات او مشكلات .

- تتميز العملية الارشادية بانها نمائية من حيث انها تعمل على رعاية مظاهر النمو المختلفة (الجسمية ، العقلية ، الانفعالية ، الاجتماعية) من خلال ازالة المعوقات التي

يمكن ان تقف امام نمو الفرد و تنمية قدراته على اشباع الحاجات . (ابراهيم سليمان المصري ، 2010 : 15 في اوراغي فوزية ، 2017 : 29) .

اهداف الارشاد النفسي :

تعددت اهداف الارشاد بتعدد اغراضها و اهدافها ، و من بين هذه التقسيمات :

1 . المستوى المعرفي : و يشتمل على التصورات و المعارف و الافكار و الخبرات و المعتقدات.

2 . المستوى الوجداني : و يشتمل على ما هو وجداني و القيم و الاتجاهات و الانفعالات .

3 . المستوى السلوكي : و يهتم بتعديل السلوك و اكساب الفرد مهارات جديدة .

و تسعى عملية الارشاد في مجملها الى الوصول بالمسترشد الى التكيف و التوافق النفسي و الاجتماعي و ايجاد بيئة ملائمة لذلك . و عموما يمكن حصر تلك الاهداف فيما يلي :

1 . تحقيق التوافق : يشير تحقيق التوافق الى التغيير الذي سيطراً على البيئة حتى يكون هناك توازن بين الفرد و بيئته في كل المجالات الشخصية و التربوية و المهنية و الاجتماعية .

2 . تحقيق الذات و بنائها : انه من بين اهداف الارشاد هو تحقيق الذات للفرد سواء كان من بين العاديين او غير العاديين . فالذات تعتبر الحجر الاساس في بناء الشخصية ، بحيث يمكن الاستدلال على ذلك من خلال نظرة الفرد الى ذاته و رضاه عنها سواء كان ذلك من حيث الجانب الواقعي او المثالي . و الارشاد النفسي هو احد الوسائل التي تساعد الفرد على هذا التكيف .

3 . تحقيق الصحة النفسية : من بين ما يهدف اليه الارشاد بجميع مجالاته هو تحقيق الصحة النفسية للفرد ، و ذلك من خلال مساعدته على التعرف على مشكلاته و حلها حتى يكون فردا متوافقا نفسيا قادرا على تحقيق ذاته و استغلال قدراته و امكانياته الى الحد الاقصى (سامي محمد ملحم ، 2007 : 57

استراتيجيات ارشاد الصحة النفسية :

ترى سناء زهران (2004 : 50) ان ارشاد الصحة النفسية هو ارشاد علاجي حسب ما اورده مايكل لوس Loos ، 1998 او قد يعتبر علاجا تكامليا لكل شخص كما وصفه ديورا هاميلتون Hamilton ، 1998. و من بين استراتيجيات الارشاد النفسي :

1 . استراتيجيات مصغرة : و تشير الى ارشاد الصحة النفسية المختصر او قصير الامل او المصغر ، و يعتبر هذا النوع من الارشاد ارشادا توفيقيا يتضمن اساليب مختلفة من مهارات ارشاد الصحة النفسية (دونالد جينتر Gentner ، 1991 في سناء زهران ، 2004 : 51) .

2 . استراتيجيات مكبرة : انها تشير في رأي كل من جيرالد كوري Corey (1991) و ادوين هير Herr (1991) الى الارشاد المفصل و الشامل لارشاد الصحة النفسية في ضل عدد كبير من المتغيرات الصحية و الاجتماعية و خصوصا ما يتعلق بالاسرة و الفروق الثقافية و تنوعها و ايضا العولمة و التقدم التكنولوجي و تزايد نسبة الاضطرابات لدى الاشخاص (سناء زهران ، 2004 : 51)

المشكلات التي يتصدى لها الارشاد النفسي :

ان الارشاد في عمومه يرتبط بمشكلات الفرد و مساعدته على حلها او تجاوزها ، و يمكن تصنيف هذه المشكلات كما يلي و جاد حسين ابراهيم العجوري ، 2007

1. **مشكلات شخصية :** و تتضمن المشكلات المرتبطة بالشخص ذاته ، كالمشكلات الجنسية مثلا او مشكلات اخرى شخصية كالقلق او مشكلات ترتبط بالتوافق .

2. **اضطرابات الشخصية :** و تتمثل في اضطرابات السيمات و العصائية و التشاؤم و السلبية

3. **المشكلات الانفعالية :** كالغضب و العدوان و الغيرة و الاكتئاب و الفوبيا و التناقض الانفعالي و سوء تقدير الذات و الاستثارة السريعة و الحساسية الانفعالية الزائدة

4. **مشكلات التوافق :** و تتمثل في عدم الثقة بالنفس و سوء تقدير الذات و ضعف تحقيقها و السلبية و عدم تحمل المسؤولية .

5. **مشكلات السلوك العامة :** و تشير الى كل ما يتعلق باضطرابات السلوك ، التي من بينها العادات المضطربة كتلك الحركات المتكررة التي يقوم بها الفرد مثل هز الرجلين او الراس او الكتفين و رمش العينين و قرش الاسنان (جبل ، 2000 : 253)

انواع الارشاد :

تحدد انواع الارشاد حسب العدد الموجه اليه من العملاء او وفق الطريقة التي يستعملها المرشد

أ - التقسيم وفق العدد :

1. **الارشاد الفردي :** و هو ارشاد وجه لوجه ، بين المرشد و المسترشد ، و يتعلق عادة هذا النوع من الارشاد في الحالات الخاصة جدا ، مثل المشكلات الشخصية او الاضطرابات ذات الخصوصية الفردية .

2 . الارشاد الجماعي : و هو نوع من الارشاد الموجه الى جماعة صغيرة تتشابه مشكلات افرادها ، و تستعمل في هذا النوع عدة اساليب ارشادية ذات اهداف جماعية مثل السيكودراما او المناقشات الجماعية او ما يطلق عليه بديناميات الجماعة .

ب . التقسيم وفق الطريقة :

1 . الارشاد الموجه : و يشير الى الارشاد الذي يكون فيه المرشد اكثر نشاطا ، فهو الذي يقوم بتوجيه العميل و التركيز عليه و التأثير في شخصيته و سلوكه . و يستخدم هذا النوع من الارشاد في الحالات المستعجلة او تلك التي تنقص لديها المعلومات ، و يستعمل المرشد فيه التقنيات المناسبة للحالة كما يستعمل الاختبارات ايضا .

2 . الارشاد غير الموجه : و هو الارشاد الممرکز حول العميل بحيث يجعله في بؤرة الاهتمام و ذلك من خلال بناء علاقة نفسية معه تساعد على افضل نمو و لا تشعره بالتهديد او الضغوط .

ان هذه التقسيمات التي عرضناها تشير في مجملها الى نوع الارشاد و اسلوبه ، فهو ينقسم الى نوعين من حيث العدد و الى نوعين ايضا من حيث الاسلوب ، و بالتالي فانه من الممكن ان نعتبر ان هناك تكاملا بين التقسيمين ، كما انهما يحددان نوع البرنامج الارشادي الذي يتبعه المرشد في العملية الارشادية التي قد تكون جماعية او فردية و موجهة او غير موجهة .

ثانيا : البرنامج الارشادي :

المفهوم لغة و اصطلاحا :

يشير مفهوم الارشاد لغة الى الخطة التي يرسمها الفرد لعمل يبيغيه (محمود المسعدي ، 1991 : 147) .

اما من حيث الاصطلاح فهو خطة عمل تمكنا من خلال تنفيذها التغلب على المشكلات و الوصول الى الاهداف المرجوة ، مقتصدين في الجهد و التكاليف الممكنة . و يضيف الى التعريف جودت عزت عبد الهادي (1999 : 149) النمو السوي داخل الاسرة . و هذا اشارة منه الى الارشاد الاسري .

. تعريف البرنامج الارشادي :

حاولت الجمعية الامريكية (1981) تحديد مهام الارشاد و مجالاته من خلال تعريف ساقته في ذلك ، و الذي يشير الى ان الارشاد هو : " الخدمات التي يقدمها الاخصائيون في علم النفس الارشادي وفق مبادئ و اساليب و دراسة السلوك الانساني خلال مراحل نموه المختلفة ، و يقدمون خدماتهم لتاكيد الجانب الايجابي لشخصية المسترشد ، و استغلاله في تحقيق التكيف لديه و بهدف اكتساب مهارات جديدة تساعد على تحقيق مطالب النمو ، و التكيف مع الحياة و اكتساب قدرة اتخاذ القرار ، و يقدم الارشاد لجميع الافراد في المراحل العمرية المختلفة و في الاسرة و العمل و المدرسة . (ابو اسعد ، 2009 : 15-16)

و بهذا التعريف تكون الجمعية الامريكية قد بدأت في تحديد مهام الارشاد كعملية نفسية او تربية او اسرية او مدرسية ، فالارشاد يتبع المجال الذي يهتم به ، فان كان نفسيا فمجاله نفسي و ان كان تربويا فمجاله تربوي و هكذا . و من جهة اخرى فان العملية الارشادية تتطلب تخطيطا منظما يستند الى اسس علمية و تقنيات و اساليب محددة ، الامر الذي يشير الى البرنامج الارشادي الذي سناحاول تحديد مفهومه .

يعرف البرنامج الارشادي على انه مخطط منظم يستند الى اسس علمية و ذلك بغية تقديم خدمات ارشادية مباشرة و غير مباشرة ، فردية و جماعية لجميع من تضمهم

مؤسسة او جماعة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي و الاختيارات الواعية و تحقيق التوافق النفسي داخل الجماعة و خارجها (حامد زهران ، 1998 : 11)

واما العاسمي (2012 : 94) فيعرف البرنامج الارشادي على انه : " برنامج علمي مخطط و منظم لتقديم مجموعة من الخدمات الارشادية المباشرة و غير المباشرة ، فرديا و جماعيا للمسترشدين بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي و تحقيق الصحة النفسية و التوافق النفسي و التربوي و الاجتماعي بشكل سليم ، بحيث يقوم باعداده و تخطيطه و تنفيذه فريق من المختصين في العمل الارشادي " .

فالبرنامج من خلال هذا المنظور يشير الى خطة منظمة يسبقها تصور مبني على اسس نظرية توضح مسار العملية الارشادية و اساليبها و تقنياتها ، كما ان العمل الارشادي يمس الجماعة كما يهتم بالفرد و يكون بالاساليب العامة المباشرة او غير المباشرة وفق مقتضيات الفعل الارشادي .

و يعتبر البرنامج الارشادي خطة تشتمل على مجموعة من الانشطة تساعد الفرد على الاستبصار بمشكلاته و تدريبه على حلها و على اتخاذ القرار بشأنها ، و لهذا الجانب اهمية من حيث توظيف الفرد لطاقته و تنمية قدراته و مهاراته (قاسم ، 2008 : 65)

و من خلال هذه التعريفات التي حاولت تحديد مفهوم البرنامج الارشادي باعتباره مجموعة من الخطوات المنسجمة و التي ترتبط بهدف محدد و تعتمد على خطة مؤسسة نظريا ، يدفع بنا الامر الى ربط اهداف برنامج ارشادي مع اهداف الارشاد عامة و التي نذكرها فيما يلي (صالح ابو عبادة

1. حل مشكلات المسترشد .

2. توجيه نموهم و توجيه جوانب القوة لديهم .

3. تحسين قدراتهم للتكيف .

4. تنمية عملية صنع و اتخاذ القرار .

فهذه الاهداف يعمل البرنامج على تحقيقها و الوصول اليها ، فهي تركز على المسترشد و قدراته و تكيفه و توجيه نموه ، فهو في الاخير يحدث تغييرا ايجابيا لدى المسترشد ، فقد راي بلاكهام ، Blacham (1977) ان بعضا من انواع الارشاد يعمل على احاث التغيرات في شخص المسترشد و خصوصا ما تعلق بجوانب السيمات و الاليات الدفاعية و اساليب التكيف لديه .

و قد اورد ابوعبادة و نيازي (2000) اربعة اهداف تتعلق بالارشاد جاء بها لوغاري و ريبلي ،

Loughary et Ripley و قد لخصاها فيما يلي :

1 . العمل على مساعد المسترشد حتى يستطيع التعبير عن مشاعره و انفعالاته السلبية و تغييرها .

2. مساعدة المسترشد على فهم مشكلاته و فهم نفسه .

3 . مساعدة المسترشد حتى يستطيع ان يتخذ القرارات السليمة و ذات الاهمية .

4. ثم مساعدة المسترشد حتى يستطيع تطبيق القرارات التي اتخذها في هذه الوضعية .

ان هذه الاهداف التي حاولنا الاشارة اليها تعتبر اهدافا عامة يرتكز عليها اي كان من البرامج الارشادية ، لكنه يجب ان نشير الى لكل برنامج خصوصياته التي تنطلق من اهدافه الخاصة و اساليبه و الاسس النظرية التي يرتكز عليها و ايضا المواقف التي يتصدى لها ، فالبرنامج الذي يرتكز على النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لاليس و الموجه الى المسنين يختلف عن برامج اخرى قد تركز على اسس نظرية سلوكية بحثه او معرفية بحثه ، فلك برنامج مرتكزاته الفلسفية و النظرية و الادائية ايضا .

مراحل العملية الارشادية :

ان تحديدا للمراحل الخاصة بالعملية الارشادية يساعدنا على تتبع المراحل التي يمر بها بناء برنامجا ارشاديا ، فالخطوات التي تمر بها هذه المرحلة قد تكون هي نفسها التي سيمر بها البرنامج و التي سوف يتضمنها . و قد حدد اربوكل Arbuckle (1965) مجموعة من المراحل كالتالي :

- 1 . مرحلة تحديد المشكلة الرئيسية .
- 2 . مرحلة التحليل و عكس المشاعر .
- 4 . مرحلة التشخيص .
- 5 . مرحلة اختيار النموذج الذي يستند الى نظرية مناسبة .
- 6 . مرحلة التحكم و الضبط .
- 7 . مرحلة الانتهاء .

و قد اورد مجموعة من الباحثين امثال (Shram et Mandell , 1986) و Hepworh et Larsen , 1990 et الاهداف و الطرق ، و قد حاول كل من ابوعبادة و عبد المجيد نيازي (2000) تلخيص هذه المراحل فاوردتها في الاتي :

- 1 . مرحلة التأسيس و الاعداد .
- 2 . مرحلة بناء العلاقة .
- 3 . مرحلة تحديد المشكلة .
- 4 . مرحلة تحديد الاهداف .

5. مرحلة اختيار اساليب التدخل .

6. مرحلة التطبيق .

7. مرحلة الانهاء .

ان هذه المراحل التي يشترط ان تمر بها العملية الارشادية ، يشترط ان تظهر في البرنامج الارشادي الذي يمر في بنائه بمجموعة من الخطوات و التي تتضمنها . فالبرنامج الارشادي ينطلق من الخطوة الاولى التي تشير الى الاعداد و التأسيس ال بناء العلاقة و التي يكون مخططا لها ، وفق خصائص المشكلة و المسترشد و شخصيته و قدراته و اساليب تكيفه ، كما انه يتضمن تحديد المشكلة التي تتحدد من خلالها اهداف البرنامج و اساليب التدخل و مرتكزاتها النظرية و طرق تطبيقه و تحديد نهاية له .

اسس البرنامج الارشادي :

حتى يحقق البرنامج الارشادي اهدافه ، يجب ان يركز على مجموعة من الاسس التي حاولت اوراغي (2017) تلخيصها نقلا على بطرس حافظ بطرس (2007 : 15) و التي تناولت البرنامج الخاص بها . الا اننا حاولنا استخلاص هذه الاسس من خلال ذلك كما يلي :

1 . الاسس العامة : يمكن ان نجملها في تلك الاسس التي تشترك فيها مجموعة البرامج الارشادية ، باعتبارها احد الحقوق التي يتوجب علينا تقديمها للمسترشدين سواء كانوا اطفالا او مسنين .

2 . الاسس الفلسفية : يستند كل برنامج ارشادي الى اسس فلسفية ، فهو يعتمد على نظرية معينة و تلك النظرية تستند الى خلفيات فلسفية ، كنظرية البرت اليس التي تستند الالاسس فلسفية قديمة مبنية على الحوار و الاقناع .

3 . الاسس النفسية : باعتبار ان البرنامج الارشادي يهدف في عمومه الى تغيير السلوك ، فان ذلك يتطلب منا الاهتمام بالفروق الفردية بين المسترشدين و ايضا مراحل نموهم و خصائصها و الوضعيات الاجتماعية و النفسية التي يكونون عليها .

4 . الاسس البداغوجية : و التي قد تشير الى تحديد الاهداف بنوع من الدقة للبرنامج الارشادي و طرق تنفيذه و اساليب تقويمه ، فهو برنامج يهدف الى تغيير السلوك الذي يجب ان يظهر في الاخير و يكون قابلا للقياس و الملاحظة حتى نصل الى تقويم موضوعي للبرنامج .

الاسس الاجتماعية : قد يتضمن هذا الاساس تلك الخلفيات الاجتماعية التي تساعد على الوصول الى الهدف المنشود ، كما انها من جهة اخرى فان العمل الجماعي قد يكون مفيدا في وضعيات كثيرة ، مثل تغيير الافكار غير العقلانية الى عقلانية لدى المسن .

ان مجموع هذه الاسس التي يجب ان تتوفر لدى البرنامج الارشادي ، تعمل على انجاحه و فعاليتها ، بالاضافة الى اسس اخرى كتهيئة المكان المناسب لاجراء العملية الارشادية و تهيئة الظروف المادية لذلك ، و من جهة اخرى يجب ان يتوفر المرشد المتمرس الذي يكون قد اكتسب خبرة جيدة في هذا الميدان .

ان هذه الاسس التي ذكرنا بعضها توجب توفرها في البرنامج الارشادي حتى يكون ناجحا ، فالبرنامج الارشادي الموجه الى المسنين يرتكز على نظرية اليس و التي بدورها لها خلفية فلسفية بنيت عليها ، كما ان اهدافها واضحة فهي تتوق الى تغيير الافكار غير العقلانية التي قد تثير مشكلات انفعالية لدى المسن او هي التي تكون سببا في ظهور الاكتئاب لديه ، كما ان البرنامج يتبع خطوات و اساليب واضحة ، تقوم الباحثة بتجريبها على هذه الفئة .

فنيات البرنامج الارشادي :

يذكر بطرس ، (2007) مجموعة من الفنيات التي ستخدمها المرشدين من خلال البرامج الارشادية :

1 . التحكم الذاتي : و تساهم هذه الفنية في تعليم الافراد مواجهة المثيرات التي يمكن ان تكون قد سببت لديهم ضغوطا بالاضافة الى مواجهة الافكار المرتبطة بها و العمل على كفها .

و تتضمن هذه الفنية اجراء الملاحظة و تسجيل الافكار التي ترد عن المفحوص و المشاعر التي تظهر لديه و السلوكات المصاحبة لها ثم تقييم الذات و تفسير الاداء في الاتجاه الايجابي ثم القيام بعملية التعزيز و تقديم مكافآت بعد استخدام استراتيجيات للتحكم في بعض الاضطرابات .

2 . التدريب على اسلوب حل المشكلات : يتكون هذا الاجراء من مجموعة من الخطوات المتسلسلة و تبدأ بالتعريف بالمشكلة و تحديد الاحتياجات لحلها ، ثم بعد ذلك توليد البدائل التي يمكن ان تستخدم في حل هذه المشكلة وصولا الى الخطوة الاخيرة .

3. الواجبات : يكلف المسترشد بكتابة المواقف المثيرة للقلق لديه و ما يرتبط بها من افكار و اعراض ، كما يتضمن هذا العنصر عملية الاسترخاء و تقنياتها . و يتم في الاخير مناقشتها مع المسترشد و مساعدته على ممارسة المهارات التي يكون قد تعلمها من خلال البرنامج الارشادي و تعزيز سلوكه كلما تقدم في ذلك .

4 . التحصين : تتمحور هذه الفنية حول فكرة اساسية مفادها ان استخدام الكف التدريجي للنقيض يؤدي الى ايقاف الاستجابة غير المرغوبة نهائيا ، و ذلك من خلال استبدالها بسلوك اخر معارض عند ظهور الموضوعات او المواقف المرتبطة بها . و تتم هذه الفنية

بتقسيم المفحوص مشكلاته الى مشكلات فرعية ثم يبدأ التعامل معها من الاقل شدة الى الاكثر شدة مثل علاج المخاوف عند الاطفال .

5 . الاسترخاء : يعد الاسترخاء من بين الفنيات القديمة التي كانت تستعمل في خفض درجات القلق لدى المفحوصين ، و يشير مضمون هذه الفنية الى التوقف التام للانقباضات و التقلصات العضلية المصاحبة للتوتر .

6 . النمذجة : تستند هذه الفنية الى نظرية باندورا Bandura في التعلم بالملاحظة ، و التي مضمونها ان الافراد يتعلمون من خلال ملاحظة الاخرين ، بحيث يتعلم المفحوص سلوكات جديدة ترتبط بمواقف الاضطراب ، و قد تكون هذه الفنية اكثر فاعلية عندما يطلب من المفحوص المشاركة عندما يتشابه النموذج مع مشكلاته .

7 . لعب الادوار : و هو احد اساليب التعلم الاجتماعي الذي يتضمن تدريب المفحوص على اداء دور في احد جوانب السلوك بغية الوصول الى تعلم مهارة ما ، و هذه التقنية تستعمل في العلاجات خاصة المعرفية السلوكية لاعطاء للمفحوص فرصة التعايش مع وضعيات الاضطراب والوصول الى لاختيار احد الحلول المتعددة .

9 . التدعيم : و يشير في مضمونه الى التعزيز بحيث يتم دعم السلوك المناسب كلما ظهر من خلال الثواب فهو يعتمد على شرط اداء هذا السلوك . و تستعمل هذه الفنية ليس في دعم السلوك الذي يظهر في كليته بل حتى الجزء منه .

الجلسات الارشادية و خصائصها :

من بين دواعي النجاح في العمل الارشادي هو ان تتوفر بعض الشروط او الخصائص التي تساهم في انجاحه ، و هي بشكل عام توجيهات تساهم في تحقيق الاهداف المرجوة ، و تقلل من عبء استعمال اساليب المحاولة و الخطا للوصول الى ذلك . و من بين هذه الخصائص نذكر ما يلي :

1. الثقة المتبادلة : ان الجلسات الاولى لكسب ثقة المسترشد مهمة للغاية ، ذلك لان المسترشد لا يثق من البداية في مرشده بشكل عام الا اذا تاكد من و اطمان له ، لذلك يعتبر عمل المرشد في الجلسات الاولى امر مهم ، فهي التي تحدد مصير العلاج او الارشاد ، و خصوصا اذا تاكد المفحوص ان اسراره ستبقى لمعالجه او مرشده فقط . و قد تظهر صعوبة هذه العلاقة لدى كبار السن الذين يمكن ان تكون تجاربهم قد علمتهم اشياء كثيرة على الاخر .

2 . الاستعداد للمساعدة : ان استعداد المرشد لتقديم المساعدة للمسترشد امر مهم للغاية ، فالمسترشد عندما يشعر بذلك يبذل جهدا في الاستجابة الى المرشد و خصوصا اذا شعر انه يبذل جهدا من اجله و يخصص له جزءا كافيا من وقته و يحس باستعداده لمساعدته .

3 . التقبل غير المشروط : من بين خصائص العمل الارشادي الجيد ، هو ان المرشد لا يصدر احكاما او يبتعد المسترشد او يلومه او يتاثر بالاحكام السابقة عليه ، بحيث يتقبله كما هو ، و هذا يعني ان هناك مشاركة وجدانية و انفعالية للمرشد ، الامر الذي يسهل عليه اداء مهمته الارشادية و ذلك من خلال العمل داخل الاطار المرجعي للمسترشد .

4 . حسن الاصغاء : ما دامت ان الجلسات الارشادية تعتبر بالنسبة للمسترشد فرصة للتعبير عما يجول في خاطره بحرية كاملة ، فان ذلك يعتبر يحتم على المرشد حسن الاصغاء له و الانتباه الى حركاته و ايماءاته و تعابيره الجسمية و ذلك من خلال دقة الملاحظة ، و يكون تدخل المرشد الا قليلا حتى يساعد المسترشد على الاسترسال و التعبير و التفريغ النفسي .

5 . المسؤولية المشتركة : ان فهم كل من المرشد و المسترشد لادوارهما يعتبر من بين اسباب نجاح العمل الارشادي ، فالمرشد ليس مؤهلا لحل مشكلات المسترشد بل مساعدته على ذلك و هناك جزء من النشاط المكمل يقوم به المسترشد .

6 . التسامح : يشير التسامح في الارشاد الى ترك الحرية الكاملة للمسترشد حتى يقرر مصيره بنفسه و ان تحترم شخصيته و انسانيته التي تناسس عن تلك العلاقة القائمة بين الطرفين في العملية الارشادية .

ان هذه التوجيهات التي تساعد على انجاح العمل الارشادي لا يمكنها ان تكون وراء نجاح هذا العمل وحدها ، بل تساهم عوامل اخرى في ذلك ، فشخصية المرشد و ووضوح لغته و فهمها من طرف المسترشد امر مهم بالاضافة الى التحكم في تعابير وجهه حتى لا يوحي للطرف الاخر باحكام اخلاقية او لوم او تعاطف او تعجب ، بالاضافة الى توفير المكان المناسب الذي يتوفر على الاضاءة المناسبة و التهوية ... الخ .

خطوات بناء البرنامج الارشادي :

يتم بناء البرنامج الارشادي بمجموعة من الخطوات ، و التي نذكرها فيما يلي (سيسبان ، 2017 ، هامل ، 2016) :

1. تحديد حاجات المسترشد : و تشير هذه الخطوة الى تحديد احتياجات الفئة المستهدفة و ما يلزمها من مساعدة ارشادية ، و تظهر هذه الاحتياجات من خلال جمع المعطيات و تحليلها او الملاحظة العلمية او تكون من خلال طلب المسترشد لذلك .

2 . تحديد الاهداف : ان تحديد الحاجات يدفعنا الى تحديد الاهداف من خلالها ، و ذلك من اجل اشباع هذه الحاجات في ضوء الامكانيات المادية و الشروط الموضوعية المتوفرة

4. بناء البرنامج : ان محتوى البرنامج ينطلق ليحقق اهدافه ، فهو في الاخير استجابة مضامينه للغايات و الاهداف التي يريد تحقيقها . كما انه ينطلق من خلفية نظرية تتجاوب مع مطالب المفحوصين .

3 . تحديد الوسائل لتنفيذ البرنامج الارشادي : و تشير الى الوسائل التي يتطلبها تنفيذ البرنامج ، و قد تكون ادوات او اماكن او قاعات ...الخ ، اي كلما يساهم في تنفيذ البرنامج بالشكل السليم .

4 . تحديد الامكانيات المتوفرة في البئة المحلية : و تتضمن كل الوسائل المادية و البشرية التي تساهم في تحقيق البرنامج الارشادي لاهدافه ، و تتضمن الادوات و الوسائل الاختبارات و القاعات و ادوات التسجيل ...الخ اي كل ما يتطلبه البرنامج اثناء تنفيذ الحصص الارشادية .

5 . ضبط رزنامة تنفيذ البرنامج : ان لكل برنامج ارشادي عدد جلساته و توقع نهاية له ، الامر الذي يتطلب من المرشد ان يضبط رزنامة خاصة لتنفيذ البرنامج من خلال تحديد رزنامة لكل جلسة وفق اهدافها و متطلبات المرشد ، اي الازمنة التي يكون فيها المرشد موافقا على تنفيذ الحصة .

6 . تنفيذ البرنامج : بعد ان تم تحضير البرنامج من جميع جوانبه ، يعمل المرشد على تنفيذه وفق الرزنامة التي يكون قد حددها مسبقا ، و قد تتعرض المرشد بعض الصعوبات اثناء ذلك ، فان الامر يتطلب تعديلات ، فخاصية المرونة يجب ان تتوفر في المرشد حتى يستطيع التكيف مع متطلبات العملية الارشادية .

تقويم البرنامج : يهدف التقويم الى تحديد مدى فاعلية البرنامج الارشادي من حيث تحقيقه للاهداف التي حددت له ، و ذلك من خلال قياس التغيرات التي تكون قد حدثت اثناء الفعل الارشادي او في نهايته للمرشد ثم المقارنة بين بداية الارشاد و نهايته .

و تتطلب عملية التقييم اجراءات و شروط موضوعية ، بحيث يجب ان يقوم المرشد بالتأكد من سلامة وسائل القياس و من فعاليتها ، كما انه يجب على المرشد ان يختار الوقت المناسب لاجرائها .

و من جهة اخرى فان عملية التقييم تشتمل على الحكم على مدى كفاية الخدمات و الاجراءات و جوانب القوة و الضعف فيها ثم القيام بالتعديلات او التغييرات المطلوبة .

و يمتد التقييم الى الحكم على البرنامج الارشادي نفسه و مدى تحقيقه للاهداف و مدى صلاحية اهدافه لافائها بالغرض المطلوب ، و ايضا مضامينه و وسائل تنفيذه بل بمتد الى تقييم وسائل التقييم نفسه و اجراءاته و اهدافه . و تهدف العملية التقييمية الى :

1 . تحسين محتوى البرنامج الارشادي .

2 . تحسين الوسائل و اجراءات تنفيذه .

3 . تحسيس المرشد بالرضا و الاستجابة للعمل الارشادي .

ان هذه الخطوات التي يتطلبها بناء البرنامج الارشادي ، تعتبر خطوات منجية و موضوعية من اجل الوصول الى فعل ارشادي فعال يحقق الاهداف التي رسمت له .

الفصل الخامس

الاجراءات المنهجية

1 . الدراسة الاستطلاعية

2 . الدراسة الاساسية

الدراسة الاستطلاعية :

انجزت الباحثة الدراسة الاستطلاعية التي كان من اهدافها :

1. اختيار المقياس المناسب.
2. تكيف الاختبار و تجريبه .
3. دراسة الخصائص السيكومترية للمقياس .
4. بناء البرنامج الارشادي .
5. تحكيم بناء البرنامج ارشادي .
6. الاطلاع على الميدان و تحديد الصعوبات .
7. تحديد المجتمع الاصلي و من ثم العينة .

و قد اسفرت النتائج الخاصة بالدراسة الاستطلاعية على ما يلي :

اولا : مقياس الاكتئاب لدى المسنين :

. تحديد المقياس المناسب للدراسة :

تم تحديد المقياس الذي تراه الباحثة مناسبا للفئة المدروسة و قد تم اختيار مقياس حسن أبراهيم حسن المحمداوي (2008) الذي اعتمده في دراسته التي تناولت دراسة بعض أعراض الأكتئاب لدى المسنين .

. مبررات اختيار المقياس :

تم اختيار المقياس للاعتبارات التالية :

- 1 . ان المقياس بني لغرض قياس الاكتئاب لدى المسنين .

2. ان المقياس كان موجها لعينة عربية ، و التي تقترب من حيث الخصائص مع العينة التي سوف ينجز عليها البحث لاقترب الثقافة فيما بينهما .

3. يعتبر المقياس واضحا و سهلا و يفي بالغرض المناسب .

1. يهدف المقياس لدراسة مستويات الاكتئاب لدى المسنين من الجنسين .

2. يتناول المقياس قياس الاكتئاب من حيث مجموعة من المحاور و التي تتناسب مع اهداف البحث : فالتخفيف في الاكتئاب قد يكون في مجموعة من المحاور دون اخرى او ان التحسن قد لا يكون بنفس المستوى لكل المحاور مجتمعة ، لذلك رائينا ان دراسة مستوى الاكتئاب في كليته يرتكز على دراسة كل محور على حدى .

3. يقترب المقياس من ثقافة عينة الدراسة ، لذلك يبقى تكيفه محدودا .

4. قد يتنبؤ المقياس بمستويات الاكتئاب نتيجة لتقاربه من حيث الجانب الثقافي مع البيئة الاجتماعية الجزائرية و من حيث نوع العينة و ليس بيئتها المادية .

. التعريف بالمقياس ووصفه :

. هدف مقياس الأكتئاب النفسي لدى المسنين :

يهدف المقياس الى تحديد مستويات الاكتئاب لدى المسنين ، حيث أحتوى على ستة أبعاد تمثلت في : الحزن و التشاؤم ، الشعور بالذنب وعدم الرضا، الميول الانتحارية ، الاضطراب والطاقة النفسية، توهم المرض والشعور بالاجهاد والشعور باللوم والفشل . و قد احتوى كل محور على مجموعة من الفقرات ، كما يوضحه الجدول التالي :

الجدول رقم (2) يبين عدد الفقرات الخاصة بكل محور .

المحور	الفقرات
الحزن و التشاؤم	09
الشعور بالذنب و عدم الرضا	10
الميول الانتحارية	08
الاضطرابات و الطاقة النفسية	08
توهم المرض و الشعور بالاجهاد	08
الشعور باللوم و الفشل	09
مقياس الاكتئاب النفسي	52

. تصحيح المقياس :

تعطى علامة واحد للاجابة التي تدل على الاكتئاب و صفر للاجابة التي تدل على عدم وجوده.

الخصائص السيكومترية للمقياس :

اولا . صدق المحكمين : بعد الاطلاع على المقياس الذي كان باللغة العربية ، قدمت الباحثة المقياس لمجموعة من الاساتذة المتخصصين في علم النفس و قد بلغ عددهم 05 اساتذة لابداءارائهم حول :

1 . مدى قياس الفقرة للمحور الذي يضمها .

2 . مدى وضوح الفقرات و مدى قياس المحاور للهدف الذي تقسيه .

و بعد القيام بهذه العملية اسفرت النتائج على ما يلي :

1 . اتفاق مجموع المحكمين على ان المقياس يقيس ما وضع من اجله اي قياس الاكتئاب لدى المسنين .

2 . التعديل في بعض الفقرات المكررة نسبيا و غير الواضحة ، حيث قامت الباحثة بالتعديلات التالية

جدول رقم (3) يوضح الفقرات قبل التعديل و بعده .

الفقرات قبل التعديل	الفقرات بعد التعديل
اعتقد ان عائلتي تتمنى لي الموت	اشعر ان عائلتي لا ترغب في
اقلق كثيرا على صحتي العامة	اقلق كثيرا على صحتي الجسمية
اشعر بانني لست اسوأ من الاخرين	اشعر بانني اسوء من كل الناس

و بعد هذا الاجراء كان المقياس مقبولا من حيث صدق المحكمين بعد حذف فقرتين لتكرارهما .

ثانيا . صدق المحتوى :

بعد تطبيق الاختبار على عينة من المسنين بلغ تعدادها 22 مسنا و مسنة ، في مؤسسة ايواء المسنين ثكنة شعبان بوهرا و هي مؤسسة مختلطة و مركز ايواء العجزة بوهرا . و قد اجريت الدراسة الاستطلاعية على المسنين الذين يتمتعون بنوع من الصحة العقلية باعتبار ان اكثر المقيمين بهذه المراكز يعانون من الاضطرابات العقلية و يعالجون بالطرق الكيميائية.

بعد تفرغ للاستمارات تمت معالجتها احصائيا بواسطة حزم العلوم الاجتماعية SPSS ،
و قد اسفرت النتائج على ما بينه الجدول التالي :

جدول رقم (4) يوضح التناسق الداخلي للفقرات

المحور	الفقرات	معامل الارتباط	الدلالة
الحزن و التشاؤم	1	0.42	دال
	2	0.42	دال
	3	0.75	دال
	4	0.43	دال
	5	0.73	دال
	6	0.79	دال
	7	0.12	غير دال
المجموع	07		
الشعور بالذنب و عدم الرضا	1	0.68	دال
	2	0.72	دال
	3	0.77	دال
	4	0.62	دال
	5	0.59	دال
	6	0.58	دال
	7	0.071	غير دال
	8	0.18	دال
	9	0.46	دال

دال	0.45	10	
		10	المجموع
دال	0.73	1	الاضطرابات و الطاقة النفسية
دال	0.58	2	
دال	0.54	3	
دال	0.48	4	
دال	0.48	5	
دال	0.41	6	
دال	0.41	7	
دال	0.75	8	
		08	
دال	0.75	1	الميول الانتحارية
دال	0.49	2	
دال	0.57	3	
دال	0.51	4	
دال	0.80	5	
غير دال	0.13	6	
دال	0.75	7	
دال	0.51	8	
		8	المجموع

دال	0.49	1	توهم المرض و الشعور بالاجهاد
دال	0.56	2	
دال	0.48	3	
دال	0.47	4	
دال	0.52	5	
دال	0.47	6	
دال	0.49	7	
غير دال	0.23	8	
دال	0.65	9	
		09	المجموع
دال	0.65	1	الشعور باللوم و الفشل
غير دال	001	2	
دال	0.65	3	
دال	0.48	4	
دال	0.37	5	
دال	0.47	6	
دال	0.42	7	
دال	0.44	8	
		08	المجموع
دال	0.36	50	مقياس الاكتئاب

مما يلاحظ على الجدول اعلاه ان كل الفقرات ذات علاقة ارتباطية بابعادها ، ما عدا الفقرة رقم 07 من الحزن و التشاؤم و الفقرة رقم 7 من محور الشعور بالذنب و عدم الرضا و الفقرة 6 من محور الميول الانتحارية و الفقرة 8 من محور توهم المرض و الشعور بالاجهاد و الفقرة رقم 2 من محور الشعور باللوم و الفشل التي لم تكن دالة ، لذا ارتأت الباحثة حذفها من المقياس ، و عليه فان فقرات المقياس تتوزع على محاورها كما سيظهر في الجدول التالي :

الجدول رقم (5) يوضح توزيع الفقرات بعد حساب الصدق على محاورها .

المحور	الفقرات	
الحزن و التشاؤم	1 ، 2 ، 3 ، 4 ، 5 ، 6 .	06
الشعور بالذنب و عدم الرضا	1 ، 2 ، 3 ، 4 ، 5 ، 6 ، 7 ، 8 ، 9	09
الاضطرابات و الطاقة النفسية	1 ، 2 ، 3 ، 4 ، 5 ، 6 ، 7 ، 8	08
الميول الانتحارية	1 ، 2 ، 3 ، 4 ، 5 ، 6 ، 7	07
توهم المرض و الشعور بالاجهاد	1 ، 2 ، 3 ، 4 ، 5 ، 6 ، 7 ، 8 ،	08
الشعور باللوم و الفشل	1 ، 2 ، 3 ، 4 ، 5 ، 6 ، 7	07
مقياس الاكتئاب النفسي		45

يلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان المقياس تقلص الى 45 فقرة موزعة بين محاوره حيث كان عدد فقرات محور الحزن و التشاؤم 06 و عدد فقرات محور الشعور بالذنب

09 و الاضطرابات و الطاقة النفسية 8 و الميل الانتحارية 07 ثم محور توهم المرض و الشعور بالاجهاد الذي كان عدد فقراته 08 و الشعور باللوم و الفشل 07 ليكون مجموع الفقرات 45 فقرة .

التيات :

تم حساب التيات بطريقة كرونباخ ، و ذلك بواسطة الحزم الاحصائية SPSS حيث كانت النتيجة 0.72 و هي نتيجة مقبولة و قوية .

بعد حساب الخصائص السيكومترية لمقياس الاكتئاب لدى المسنين ، تم خلط الفقرات بحيث لا تسمح بالاجابة النمطية ، فاخترت الفقرة الاولى من المحور الاول ثم الفقرة الاولى من المحور الثاني و هكذا بالنسبة لكل الفقرات و المحاور، ثم اعيدت الكرة حتى استكمل توزيع الفقرات فكان توزيع الفقرات على الاداة كما سيوضحه الجدول التالي :

جدول رقم (6) يوضح ارقام الفقرات وفق محاورها على مقياس الاكتئاب المطبق

المحور	الفقرات	المجموع
الحزن و التشاؤم	1 ، 7 ، 13 ، 19 ، 25 ، 31 ،	06
الشعور بالذنب و عدم الرضا	2 ، 8 ، 14 ، 20 ، 26 ، 32 ، 37 ، 42	09
الاضطرابات و الطاقة النفسية	3 ، 9 ، 15 ، 21 ، 27 ، 33 ، 38 ، 43	08
الميل الانتحارية	4 ، 10 ، 16 ، 22 ، 28 ، 34 ، 39 ، 44 .	07

08	5 ، 11 ، 17 ، 23 ، 29 ، 35 ، 40 ، 45 .	توهم المرض و الشعور بالاجهاد
07	6 ، 12 ، 18 ، 24 ، 30 ، 36 ، 41	الشعور باللوم و الفشل
45		مقياس الاكتئاب النفسي

ثانيا : . البرنامج الارشادي :

بناء البرنامج لارشادي الخاص بخفض الاكتئاب لدى المسنين:

مر بناء البرنامج الارشادي بمجموعة من الخطوات ، نذكرها في الاتي :

. **الخطوة الاولى** : قامت الباحثة بمراجعة الاطار النظري للبحث ، كما راجعت البحوث و الدراسات التي تناولت بناء برامج ارشادية في كثير من المجالات المختلفة و من بين هذه الدراسات على سبيل الذكر فقط دراسة عبد المجيد نيازي، 2000 و وجاد العجوري ، 2007 و صالح بن عبد الله و اخرون ، 2000 و حسن الصميلي ، 1430 هـ . كما اطلعت الباحثة على الخلفيات النظرية لبناء مثل هذه الاداة و كيفية تطبيقها .

الخطوة الثانية : و تم فيها تحديد الاساس النظري الذي بني على اساسه البرنامج الارشادي ،

ويستند هذا البرنامج من حيث الاهداف والفنيات والاساليب الى نظرية البرت اليس (النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية) التي تقوم على تصور مفاده ان الافراد لايتأثرون بالأحداث نفسها في اضطراباتهم ، بل تحدث هذه الاضطرابات بسبب التفكير الخاطئ

والافكار اللاعقلانية التي تنتج لديهم عواظفا ثم سلوكا يتعاطون من خلاله مع هذه المشكلات او الاحداث .

ويعتبر الارشاد العقلاني الانفعالي السلوكي ارشادا تعليميا يقوم على النموذج (a. b.c)

الخطوة الثالثة : في هذه الخطوة تم تحديد مفهوم البرنامج الارشادي المقدم ، و يستند هذا المفهوم الى التعاريف العامة التي تناولت البرامج الارشادية النفسية و التي من بينها تعريف زهران الذي يبدو انه يشتمل على عناصر البرنامج المكونة له ، و الذي جاء فيه ان البرنامج الارشادي هو مجموعة من الاجراءات المنظمة و المخطط لها وفق اسس علمية و تربوية تعتمد على مبادئ و فنيات تهدف الى تقديم المساعدة للفرد لحل المشكلات التي تعترضه في حياته او التوافق معها (زهران 2002 : 499).

الخطوة الرابعة : و تم فيها تحديد اهداف البرنامج بعد ان تم تحديد الفئة و الاضطراب المستهدفين . و يمكن تصنيف اهداف البرنامج الى :

1 . اهداف عامة :

ان الحاجة الماسة لتعديل كثير من السلوك غير السوية ، و التي تثير مشكلات بل تصبح احد العوائق الاساسية في استمرار الحياة الطبيعية للفرد تعتبر اساسية . و يرى بعض الباحثين ان الهدف العام للبرنامج الارشادي قد يتطابق تماما مع الهدف الذي تسعى اليه عملية الارشاد النفسي التي تسعى الى تحقيق التوافق .

و في هذه الدراسة ، فان موضوع البحث هو الذي يحدد الهدف و الذي ينحصر في مساعدة المسنين على خفض الاكتئاب لديهم ، فهو في الاخير برنامج يتمحور حول الارشاد النفسي للمسنين .

و يعتبر المسنون فئة هشة في المجتمع ، فهي بحاجة الى الدعم النفسي و الاجتماعي ، كما انها بحاجة الى تعديل كثير الافكار التي قد تسقطهم في الاكتئاب ، باعتبار ان هذا الاضطراب اكثر شيوعا لدى المسنين و خاصة الجزائريين الذي يتواجدون في مراكز ايوائية تابعة للدولة و مؤسساتها و قد تشعر هذه الفئة بالتخلي عنها اجتماعيا و نفسيا ...الخ .

2 .اهداف خاصة :

يمكن حصر الاهداف الخاصة بالبرنامج في النقاط التالية :

- 1 . تعريف فئة المسنين بالاكتئاب و الاثار التي تتجم عليه اذا لم يعالج .
- 2 . مساعدة هذه الفئة على تحديد العناصر التي تثير لديها الافكار اللاعقلانية و التي تؤدي بهم الى الاكتئاب .
- 3 . مساعدة هذه الفئة على التمييز بين الافكار العقلانية و اللاعقلانية .
- 4 . توضيح العلاقة لدى المسنين بين الافكار اللاعقلانية و حالة الاكتئاب التي يعيشونها
- 5 . مساعدة المسن على اكتساب المهارات الجديدة التي تساعد على خفض الاكتئاب لديه .
- 6 . تدريب المسن على ممارسة هذه المهارات الجديدة التي تؤدي الى خفض الاكتئاب لديه .
- 7 . مساعدة المؤسسة الايوائية على توفير الجو المناسب لتسهيل ترسيخ المهارات الجديدة لدى المسن .
- 8 . متابعة المسنين و تعميق الافكار العقلانية لديهم .

الفئة المستهدفة للبرنامج الإرشادي :

انطلاقاً من موضوع البحث و أهدافه ، فإن الفئة المستهدفة هي فئة المسنين و خاصة الاناث باعتبارها اكثر اكتساباً للأفكار اللاعقلانية و اكثر حساسية .

الخطوة الخامسة : و تتضمن التخطيط لبناء البرنامج الإرشادي ، بحيث لا يمكن بأي حال من الأحوال القيام ببناء برنامج إرشادي يستند الى معايير علمية و الى نظرية من بين النظريات التي تناولت الموضوع ، قبل التخطيط لعملية البناء هذه الاداة . و قد جاء البرنامج في صورته الاولى كالتالي :

جدول رقم (7) يلخص مضامين الجلسات للبرنامج الإرشادي

الجلسة	الهدف	الفنيات والتقنيات و	الوسائل	الزمن
الاولى	التعارف و التهيئة	الشرح و المناقشة	قاعة	40 دقيقة
الثانية	بناء الثقة بين الاعضاء	دينامية الجماعة	قاعة	60 دقيقة
الثالثة	بناء مهارة للتواصل و ازالة العوائق	دينامية الجماعة المناقشة الحوار الجماعي التعزيز الواجب المنزلي	قاعة	90 دقيقة

90 دقيقة	قاعة ، بعض الصور	المناقشة حول حياة الشيخ . لعب الادوار . واجب منزلي	التعريف بالشيخوخة	الرابعة
60 دقيقة	قاعة	المحاضرة والشرح . مناقشة جماعية الواجب المنزلي	الاكتئاب	الخامسة
90 دقيقة	قاعة	الشرح المناقشة الجماعية	التعرف على الافكار العقلانية و اللاعقلانية (عام)	السادسة
90 دقيقة	القاعة	مناقشة جماعية التعزيز (الافكار و المشاعر الايجابية)	الاكتئاب و الافكار و المشاعر السلوك (عام)	السابعة

		الواجب المنزلي		
--	--	----------------	--	--

60 دقيقة	قاعة	الشرح و المناقشة و الحوار	. تحليل الافكار غير العقلانية) الفردية و الجماعية) . تمكين العميل من التعرف على الافكار غير العقلانية	الثامنة
90 دقيقة	قاعة فيديو	. الشرح . المناقشة النمذجة و الجماعية الفردية . الواجب المنزلي	تحديد اثر الافكار غير العقلانية في ظهور الاكتئاب	التاسعة
90 دقيقة	قاعة عرض	المناقشة لعب الادوار	اعادة العميل الى التفكير المنطقي و تقبل	العاشرة

	البوربوينت	الواجب المنزلي	ذاته . التدريب على السلوك التوكيدي	
90 دقيقة	شرح فيديو	و المناقشة الشرح الاسترخاء الواجب المنزلي	التدريب على الاسترخاء	الحادي عشر
90 دقيقة	توضيح و تأكيد التعلم في مكان ملائم	و المناقشة الشرح الاسترخاء التاكيد من التعلم الواجب المنزلي	التدريب على الاسترخاء	الثاني عشر
90 دقيقة	عرض الشرح	المناقشة الجماعية لعب الدور الواجب المنزلي	التاكيد على الاقتناع بالافكار العقلانية	الثالث عشر
90 دقيقة	نشرة ارشادية	الشرح	التدريب على	الرابع عشر

	عرض النقاط الخاصة بالموضوع و التاكيد عليها	المناقشة الجماعية الواجب المنزلي	حل المشكلات و التعامل معها	
الخامس عشر	تقييم البرنامج جماعيا	المناقشة الجماعية التطبيق البعدي اختبار الاكتتاب لدى المسنين	التقويم	90 دقيقة

الخطوة السادسة : بالرغم من ان بعض الباحثين يعتبرون ان صدق البرامج الارشادية لا تظهر الا بعد تطبيقها (معمرية بشير ، 2007 غير منشور) ، الا ان عملية عرض الاداة على المحكمين يساعد ذلك في بنائها و التقليل من الاخطاء التي يمكن ان تحدث .

و قد عرض على مجموعة من المتخصصين : زقاوة احمد (المركز الجامعي غيليزان) ، عباس بلقوميدي ، جامعة وهران 2 و زروالي لطيفة ، جامعة وهران2) و قد تم تحديد الاسس النظرية للبرنامج و الفئة و الاضطراب المستهدف و طريقة بناء البرنامج و مخططة الاولي . و ذلك لابداء ملاحظاتهم المتعلقة بكل الخطوات التي اتبعت في بناء هذا البرنامج .

و قد قامت الباحثة بالتعديلات المطلوبة و التي تمثلت فيما يلي :

1 . تحديد اهداف البرنامج اجرائيا .

2. التفصيل في بعض الجلسات .

و بعد القيام بهذه الاجراءات اضحى البرنامج الارشادي النفسي الموجه لخفض الاكتئاب لدى فئة المسنين جاهزا للتطبيق .

الدراسة الاساسية :

بعد اتمام اجراءات الدراسة الاستطلاعية ، قامت الباحثة بتنفيذ الدراسة الاساسية و التي تضمنت ما يلي :

المجال البشري للدراسة : تستهدف هذه الدراسة فئة المسنين من الجنسين ، و الذين يقيمون في المراكز الايوائية بوهران .

المجال الجغرافي : اجرت الباحثة دراستها على فئة المسنين المتواجدين في مدينة وهران ، و ذلك لان غرض البحث لا يستهدف الاكتئاب عند المسن و انما ايجاد اداة مناسبة لخفض الاكتئاب لديه ، لذلك كان التركيز على مسني وهران امرا يخضع للشروط الموضوعية .

المجال الزمني : قامت الباحثة باجراءات الدراسة الاستطلاعية في شهر ماي 2016 ، اما الدراسة الاساسية فقد امتدت لمد ثلاثة اشهر ابتداء من شهر فبراير 2017 ، بحيث ارتبطت بعدد الحصص المبرمجة مسبقا .

العينة : بلغ افراد العينة سبعة افراد من المسنات ، تم اختيارهن بطريقة قصدية ، و قد اعتمدت الباحثة في الاختيار على الشروط التالية :

1 . ان تكون المسنة تتمتع بقواها العقلية ، حتى يسمح ذلك من ربط عملية الاتصال بها .

2 . ان لا تكون المسنة تحت تاثير العقاقير الطبية التي تعطل كثير من النشاطات العقلية

طريقة اختيار العينة : تم اختيار افراد العينة بطريق مقصودة و قد تمت العملية كالاتي

1 . قامت الباحثة بإجراء دراستها الاستطلاعية على عينة من الرجال و النساء المقيمين بمركز العجزة لوهران ثكنة شعبان و مركز الاشخاص المسنين لوهران ممن تتوفر فيهم شروط الصحة العقلية . و بعد الاطلاع على ملفاتهم الصحية و النفسية وتطبيق اختبار الاكتئاب اختارت الباحثة 07 نساء فقط من مجموع 22 ، نظرا لتوفر شروط الصحة و الإقامة الدائمة بالمركز ، بالإضافة الى الاستقرار بالمركز ، لان كثير من المسنين خصوصا الذين يتمتعون بوعيهم يخرجون من المركز ، الامر الذي يصعب عملية التطبيق . كما ان هذه العوامل هي التي دفعت الباحثة على ابقاء العنصر النسوي فقط دون الذكور . و قد اسفرت النتائج على ما يلي :

خصائص العينة :

جدول رقم (8) يبين خصائص العينة من حيث السن و درجة الاكتئاب

اسم المسنة	سنها	مستوى الاكتئاب
معاشو	65	42
سعدية	61	41
عائشة	60	42
زواوية	65	40
بوعقليل	62	38
عباسية	87	36
خالدية	60	36

يتضح من خلال الجدول اعلاه ان عدد المسنين بلغ سبعة و كان جميعهم من النساء اللواتي يعانين من مستوى مرتفع من الاكتئاب ، و قد اقتصرت عينة البحث على الاناث فقط نظرا لان اغلب الرجال المقيمين يعانون من اضطرابات عقلية او يستهلكون ادوية خاصة بالاضطرابات العقلية ، الامر الذي لم يتسن للباحثة خلط عينتها من الذكور و الاناث و اقتصرت على الاناث فقط .

منهج الدراسة :

لان هذه الدراسة تحاول تجريب برنامج ارشادي نفسي موجه الى المسنين ، فان المنهج الملائم هو المنهج الشبه التجريبي ، و قد اعتمدت الباحثة على المجموعة الواحدة بدل المجموعتين (التجريبية و الضابطة) و ذلك للاعتبارات التالية :

1 ، ان عدد المسنين الذين اجريت عليهم الدراسة كان قليلا ، و ذلك لصعوبة الحصول على عدد مناسب للمجموعتين .

2 . انه ليس من السهل الحصول على مجموعتين متطابقتين من حيث الخصائص ، فهناك تفاوت واضح بين المسنين من حيث العوامل النفسية و الجسمية و الثقافية ... الخ

3 . ان المجموعة الواحدة تلغي كل العوامل الدخيلة التي يمكن ان تؤثر على سير التجريب .

التصميم التجريبي :

جدول رقم (9) يوضح التصميم التجريبي للدراسة

المجموعة التجريبية	اختبار قبلي	تطبيق البرنامج	اختبار بعدي
	لمقياس الاكتئاب		لمقياس الاكتئاب

التصميم التجريبي كما يبينه الجدول ، ينطلق من تحديد العينة و اداة التجريب ، ثم التطبيق القبلي للاداة (مقياس الاكتئاب للمسنين) ثم تطبيق البرنامج الارشادي المصمم و بعد ذلك يتم التطبيق البعدي لاختبار الاكتئاب ثم اجراء المقارنة بين التطبيق القبلي و البعدي .

ادوات الدراسة :

اعتمدت الباحثة على اختبار قياس مستوى الاكتئاب لدى المسنين ، و هو يتكون من 45 فقرة و ستة محاور هي : الحزن و التشاؤم ، الشعور بالذنب وعدم الرضا، الميل الانتحارية ، الاضطراب والطاقة النفسية، توهم المرض والشعور بالاجهاد والشعور باللوم والفشل.

الجدول رقم (10) يبين عدد الفقرات الخاصة بكل محور .

المحور	الفقرات	
الحزن و التشاؤم	1، 2 ، 3 ، 4 ، 5 ، 6 .	06
الشعور بالذنب و عدم الرضا	8، 9 ، 10 ، 11 ، 12 ، 13 ، 15 ، 16 ، 17 ،	09
الاضطرابات و الطاقة النفسية	18 ، 19 ، 20 ، 21 ، 22 ، 23 ، 24 ، 25 ،	08
الميل الانتحارية	29 ، 30 ، 32 ، 33 ، 34 ، 35 ، 36 ،	07
توهم المرض و الشعور بالاجهاد	37 ، 38 ، 39 ، 40 ، 42 ، 43 ، 44 ، 45 ،	08

07	46 ، 47 ، 48 ، 49 ، 50 ، 51 ، 52	الشعور باللوم و الفشل
45		مقياس الاكتئاب النفسي

طريقة التطبيق :

قامت الباحثة بتطبيق الاختبار بشكل فردي ، حيث تقوم بقراءة الفقرة على المفحوص ثم تطلب منه الاجابة لتسجل الاجابة على الورقة .

طريقة التصحيح :

باعتبار ان الاختبار يشتمل على اغلبية كبيرة من الفقرات التي تشير الى وجود الاكتئاب لدى المسن ، فقد اعطي للفقرة التي تشير الى الاكتئاب علامة 1 و علامة 0 للتي لا تشير الى الاكتئاب .

البرنامج الارشادي :

يتكون البرنامج الارشادي الموجه للمسنات من 15 جلسة موزعة كما يبينه الجدول التالي

جدول رقم (11) يلخص مضامين الجلسات للبرنامج الإرشادي

الجلسة	الهدف	الفنيات والتقنيات و	الوسائل	الزمن
الاولى	التعارف و التهيئة	الشرح و المناقشة	قاعة	40 دقيقة
الثانية	بناء الثقة بين الاعضاء	دينامية الجماعة	قاعة	60 دقيقة
الثالثة	بناء مهارة للتواصل و ازالة العوائق	دينامية الجماعة و المناقشة و الحوار الجماعي التعزيز الواجب المنزلي	قاعة	90 دقيقة
الرابعة	التعريف بالشيخوخة	المناقشة حول حياة الشيخ . لعب الادوار . واجب منزلي	قاعة ، بعض الصور	90 دقيقة
الخامسة	الاكتئاب	المحاضرة والشرح	قاعة	60 دقيقة

		مناقشة جماعية الواجب المنزلي		
90 دقيقة	قاعة	الشرح المناقشة الجماعية	التعرف على الافكار العقلانية و اللاعقلانية (عام)	السادسة
90 دقيقة	القاعة	مناقشة جماعية التعزيز (الافكار و المشاعر الايجابية) الواجب المنزلي	الاكتئاب و الافكار و المشاعر و السلوك (عام)	السابعة

60 دقيقة	قاعة	الشرح و المناقشة الحوار	. تحليل الافكار غير العقلانية) الفردية و الجماعية) . تمكين العميل من التعرف	الثامنة
----------	------	-------------------------------	---	---------

			على الافكار غير العقلانية	
90 دقيقة	قاعة فيديو	. الشرح . المناقشة النمذجة الجماعية و الفردية الواجب المنزلي	تحديد اثر الافكار غير العقلانية في ظهور الاكتئاب	التاسعة
90 دقيقة	قاعة عرض البوربوينت	المناقشة لعب الادوار الواجب المنزلي	اعادة العميل الى التفكير المنطقي و تقبل ذاته . التدريب على السلوك التوكيدي	العاشرة
90 دقيقة	شرح فيديو	و المناقشة الشرح الاسترخاء الواجب المنزلي	التدريب على الاسترخاء	الحادي عشر

90 دقيقة	توضيح و تأكيد التعلم في مكان ملائم	و المناقشة الشرح الاسترخاء التأكد من التعلم الواجب المنزلي	التدريب على الاسترخاء	الثاني عشر
90 دقيقة	عرض الشرح	المناقشة الجماعية لعب الدور الواجب المنزلي	التأكيد على الاقتناع بالافكار العقلانية	الثالث عشر
90 دقيقة	نشرة ارشادية عرض النقاط الخاصة بالموضوع و التأكيد عليها	الشرح المناقشة الجماعية الواجب المنزلي	التدريب على حل المشكلات و التعامل معها	الرابع عشر
90 دقيقة	تقييم البرنامج جماعيا	المناقشة الجماعية التطبيق البعدي اختبار الاكتئاب لدى المسنين	التقويم	الخامس عشر

تطبيق البرنامج :

طبق البرنامج بالشكل التالي :

الجلسة الاولى : تهدف الى زيادة ربط العلاقة بين اعضاء المجموعة ، لان المسنين يبدون انهم اكثر تحفظا و اكثر انغلاقا من حيث العلاقات فيما بينهم داخل المركز خصوصا النساء . و قد تم التركيز في هذه الجلسة على :

1 . الجلوس المتقابل و المتقارب .

2. فتح حوار عام يتضمن مواضيع عامة و تتسم بنوع من الخفة .

الجلسة الثانية : و تهدف الى بناء الثقة بين افراد العينة ، حيث ان كبار السن يكونون اكثر تحفظا و اكثر انغلاقا خصوصا اتجاه بعضهم البعض في المركز ، و قد تتوتر العلاقات بينهم الى درجة استعمال العنف . و للوصول الى الهدف ، ركزت الباحثة على مناقشة مواضيع تخصهم ، كاسباب تواجده بالمركز الامر الذي كان يفتح للملاخريات التكلم عن انفسهن ، و يظهرن التضامن فيما بينهن باعتبارهن يعانين من نفس المشكلة في النهاية .

الجلسة الثالثة : و تركزت على بناء مهارة التواصل فيما بين الاعضاء ، كالاستماع لبعضهم البعض و التدخل في الوقت المناسب ، كما تم تدريجيا ازالة العوائق التواصلية الناتجة عن فقدان الثقة فيما بينهن . و قد تمت هذه العملية الارشادية من خلال :

1 ، التكلم بالدور ، ثم التكلم بطلب الكلمة .

2 ، عدم المقاطعة اثناء تكلم احدهن .

3 ، توجيه الباحثة ابداء الراي للمسنات اللواتي لديهن صعوبات في التواصل .

4 ، تشجيع و تعزيز التدخلات .

الجلسة الرابعة : تم تقديم عرض للباحثة حول الشيخوخة ، بعد ان قامت بتوجيه سؤال حول ماهية الشيخوخة لديهن ، بحيث ابدى اعضاء العينة مجموعة من التعريفات للشيخوخة بمفهومها العامي ، ((الكبر ، تطيح الصحة ، كل شيء ينقص)) .

الخطوة الخامسة : تم التعريف بالاكنتاب لدى المسنات ، و شرح اعراضه كما هي في الادبيات النظرية ، و قد قامت الباحثة ببعض التمارين للتعرف على مدى استعاب المسنات للمفهوم ، كطرح سؤال مباشر على احدهن ، ((واش هو الاكنتاب في رايك)) و قد كانت تتم الاسئلة و الاجوبة باللغة الدارجة .

تقويم الجلسات السابقة :

الهدف : يبدو ان كل الجلسات حققت اهدافها ، بحيث تمت عملية التعارف و التقارب بين المسنات و تم بناء الثقة بينهن ، كما اكتسبن نوعا ما مهارة التواصل كالاستماع و التدخل في الوقت المناسب و عدم التهكم و عدم الاستخفاف بمشكلات بعضهن البعض . كما ان هذه الجلسات قد أسفرت نتائجها على التعرف عن الشيخوخة و الاكنتاب من طرف عينة الدراسة و قد تم استنتاج ذلك من خلال النقاش و الاسئلة التي كانت توجهها الباحثة .

الجلسة السادسة : تهدف إلى التعرف على الأفكار العقلانية و غير العقلانية لدى أفراد عينة البحث و ذلك من خلال :

1 ، التعريف بالأفكار غير العقلانية : و هي الافكار التي تتسم بالتعميم ((كل الناس)) او تتميز بالاطلاقية ((ما كاين حتى واحد يبغيني))...الخ و ذلك طبقا لخصائص الافكار غير العقلانية التي جاء بها اليس .

و قد تم التعرف على هذه الخصائص حتى يتم تحديد الافكار غير العقلانية ، و قد تبين ان المسترشدات يتميز افكارهن بهذه الخصائص : ((ما يسقسي علي حتى واحد ، انا شينة مع قاع الناس ، انا صحتي طاحت بسبب المشاكل ، انا ما درتش لحساب للدنيا ...الخ)).

2 ، التعريف بالافكار العقلانية ، و اعطاء امثلة من الواقع ((مش كل الناس اشرار ، كايين المليح و كايين الدوني ، كايين اللي بيغيني و كايين الي ما بيغينيش ، كايين الشين و كايين الزين ، الانسان يولد و يكبر و من بعد يشيخ ... الخ .

و للتأكد من التعرف عن الافكار العقلانية و غير العقلانية تم تقديم تمرين : ((انتن كلكن ناس ملاح)) . فقد اظهرت النتيجة ان عينة المسنات اتفقن على انهن ليس كلهن ناس ملاح ، بل لا يستطيع الفرد ان يكون ناس ملاح دائما .

الجلسة السابعة : بعد توضيح الافكار العقلانية و غير العقلانية ، قامت الباحثة بربط العلاقة بين هذه الافكار و المشاعر ، فقد تم مناقشة هذه العلاقة ، اي كيفية شعور المسنة عندما تكون مقتنعة ان لا يحبها احد ، او تكره هي كل الناس ، فقد ربطت المسنات تلك الافكار بالمشاعر السلبية عندما تكون الافكار غير عقلانية او عقلانية ، فقد اقتنعت المسنات انه ليس شرطا ان يحبهن كل الناس بل بعض الناس يكفي ذلك ، الامر الذي يعطي فرصة لهن للتعامل مع الجميع بنوع من الايجابية .

و قد تم سحب هذه العملية على كثير من الافكار لدى عينة الدراسة بغض النظر عن طبيعة هذه الافكار من حيث السبب .

و قد تم منح واجب منزلي للمسنات و هو التدريب على اختيار الافكار العقلانية وعلاقته باحساسهن في النهاية .

الجلسة الثامنة : قبل الشروع في تنفيذ مضمون الجلسة ، تم عرض الواجب المنزلي من طرف كل واحدة ، ثم تمت مناقشة جماعية ، و قد توصل الجميع ان التفكير الايجابي يريحهن بل ظهر ذلك في العلاقات الايجابية التي بدأت تظهر بينهن .

و في هذه الجلسة قامت الباحثة باجراءين :

1 . عرض فردي لكل مسنة .

2. مناقشة الافكار العقلانية و غير العقلانية جماعيا .

تم عرض فردي للمشكلة التي تعاني منها المسترشدة مع التركيز في مناقشتها من طرف الباحثة عن الافكار غير العقلانية التي تكون قد اثارت لها مشاعر الاكتئاب . و بعد ذلك تم عرض هذه الأفكار عن جماعة المسنات لتتم مناقشتها جماعيا

بعد القيام بهذه العملية ، تم مناقشة جماعية ، لتحديد ما هية الافكار العقلانية و غير العقلانية التي جاءت بها المسنات افراد العينة و مدى تاثيرها على المشاعر ثم السلوك ، و ذلك من خلال تحديد الفكرة ، ((الكبير يفضل ان يموت)) او ((الكبير ليس له الحق في الفرح)) او ((عندما يكبر الانسان يرموه)) ((اولاد ليس لهم القدرة بل نساءهم)) ((القلوب تنزعت منها الرحمة)) او ((انا مريضة وما يهتم بي حتى واحد))...الخ كل هذه الافكار غير العقلانية التي عرضناها كامثلة نوقشت من طرف المسنات.

الجلسة التاسعة : ان هذه الجلسة كانت امتدادا للجلسة السابقة بحيث استمرت المناقشة حول تحديد الافكار غير العقلانية و علاقتها بالمشاعر غير السوية و السلوك الذي تنتجه ، فالافكار غير العقلانية التي عرضناها كامثلة تمت مناقشة تاثيراتها على مشاعر المسنة فتظهر لديها مشاعر الحزن و التشاؤم ((الكبير ليس له الحق في الفرح)) او الشعور بالذنب وعدم الرضا ((عندما يكبر الانسان يرموه)) او ارتباط هذه الافكار مع الشعور بالذنب و توهم المرض مثل ((انا مريضة وما يهتم بي حتى واحد

((او تلك التي ترتبط بالميول الانتحارية ((الكبير يفضل ان يموت)) او الافكار التي ترتبط بالندم و لوم الذات ((الواحدة ما دارت حسابها لهذا اليوم))...الخ .

ان هذه الافكار و ارتباطاتها بالمشاعر و السلوك كلها ظهرت في المناقشة ، و قد حاولت الباحثة اظهار مدى ارتباط هذه الافكار بالحالة النفسية التي تعاني منها المسنة .

الجلسة العاشرة : بعد الانتهاء من الجلسة التاسعة التي تمحورت حول علاقة الافكار غير العقلانية مع المشاعر و السلوك ، تم التعرف على الافكار العقلانية من طرف المسنات و تاكيدها لديهن من طرف الباحثة ، و قد تمثلت هذه الافكار في ((الوحدة تمسك في ربي)) و قد تم تاكيد هذه الفكرة لارتباطها بالدين باعتباره عاملا يلعب الدور الداعم النفسي ، فهذه العبارة تشعر المسنة بالامان و الارتياح . كما تم التاكيد على فكرة اخرى عقلانية استخرجت من لدن المسنات و هي ((طول العمر بركة)) و هي فكرة تدفع بالمسنة الى تجاوز الافكار الانتحارية كما انها تشعرها بالرضا و الارتياح .

و من جهة اخرى تم توكيد هذه الافكار الايجابية من خلال اعاتتها و تكرارها لدى المسنات .

تقويم الجلسات السابقة :

من خلال الحوار و النقاش الذي دار بين الباحثة و المسنات حول مضامين الجلسات السابقة ، تبين ان الاهداف المتوخات لكل جلسة قد تحققت بشكل كبير ، فقد توصلت الباحثة الى :

1 . تم التعرف من طرف المسنات على الافكار العقلانية و غير العقلانية و تحديد كل منها .

2 . تم توضيح هذه الافكار من طرف الباحثة .

3. تم ربط العلاقة بين التفكير الايجابي و المشاعر الايجابية .

4. تحديد الافكار العقلانية و توكيدها لدى المسنات .

الجلسة الحادي عشر : في هذه الجلسة تم التدريب على الاسترخاء لدى المسنات ، و قد تم ذلك بشكل جماعي ، حيث قامت الباحثة بحركات الاسترخاء امام المسنات ، ثم يتم اتباعا حركة بحركة .

تم اعطاء واجب منزلي ، و ذلك بالتدرب على الاسترخاء وفق ما تعلمن اتناء الحصة .

الجلسة الثاني عشر : في هذه الجلسة تم التعرض للواجب المنزلي ، بحيث عرضت كل مسنة ما تعلمته على حدى ، ثم تمت الاعداد بشكل جماعي .

الجلسة الثالث عشر : في هذه الجلسة تم احياء الافكار العقلانية التي سبق و ان تعرض لها المسنات ، ثم تاكيدها لديهن مع الرفع من عملية الاقناع .

الجلسة الرابع عشر : كانت هذه الجلسة اضافة و مساعدة بحيث تم تدريب المسنات على مواجهة المشكلات و حلها و ذلك من خلال عرض قدمته الباحثة اضافة الى المناقشة التي كان يتولد منها اساليب خاصة لحل المشكلات .

هذه العملية تساهم حسب راي الباحثة في خفض التوتر و الاكتئاب لدى المسنة .

الجلسة الخامس عشر : و قد تم فيها تقويم عام للجلسات السابقة ، بحيث تم التقويم

1 . تقويم خاص بعينة البحث : تم طرح سؤال على افراد العينة يتمحور حول مدى الاستفادة من هذه الحصص الارشادية ، و قد اظهرت المسنات تعلقهن بمثل هذه الاساليب لانها مريحة و قد شعرن بالارتياح و الطمانينة و الهدوء .

2 . اما التقويم الخاص بالبرنامج الارشادي في كليته فقد تم من خلال التطبيق البعدي
لاختبار

الاكتئاب لدى المسنين .

و بهذا انتهت جلسات البرنامج الارشادي حسب ما خطط له و حسب الخلفية النظرية له

الاساليب الاحصائية :

اعتمدت الباحثة على الاساليب الاحصائية التالية في معالجة معطيات البحث :

1. المتوسط الحسابي : لقياس مستويات الاكتئاب .

2. اختبار ولكيكسون wilcoxon ، لقياس الفروق بين تطبيق الاختبار القبلي و البعدي .

الفصل السادس

عرض و مناقشة النتائج :

لعرض النتائج و مناقشتها ارتأينا ان تكون وفق الفرضيات ، بحيث ننتقل من الفرضية العامة لننتهي بالفرضيات الجزئية .

الفرضية الاولى : . توجد مستويات مرتفعة لدرجات الاكتئاب لدى المسنين .

بعد تطبيق الاختبار الخاص بالاكتئاب لدى المسنين تبين ان العينة الاستطلاعية تعاني

(ن = 22) من مستوى مرتفع من الاكتئاب حيث بلغ متوسط درجاتهم 28 درجة

و هي نسبة تتعد عن (0) الذي يبدأ منه سلم الاكتئاب في تصحيح الاختبار .

و قد توافقت هذه النتيجة مع الفرضية و ذهبت في اتجاهها ، و قد يرجع ذلك الى ان المسنين خاصة الذين يقيمون في مراكز استقبال او الذين يقيمون في مراكز ايواء يعانون من هذا الاضطراب ، فهم يشعرون بالحزن الشديد و التشاؤم بحيث لا ينتظرون من الحياة ان تتصفهم ، كما انهم يشعرون بتأنيب الضمير الدائم عن ما فاتهم ، فهم يعبرون على انهم " لو " فعلوا ما فعلوه لما كانوا شبابا لما انتهى بهم الامر في بيوت الايواء " مرميين " دون ان يتذكروهم احد ، و من جهة اخرى فهم يعبرون عن عدم رضاهم عن ما وصلوا اليه ، فهم يرفضون كل من يتقدم اليهم ، الامر الذي يدفع بتشكيل افكار انتحارية ، تتمثل عموما في تمني النهاية " لو ان الله اخذني اليه افضل " ، او ان عائلتي كانوا يتمنون موتي حتى يتخلصوا مني . و مما يزيد الامر تعقيدا " الفقد La perte الذي يتعرض له المسن في هذه المرحلة ، كفقد زوجها بالنسبة للمرأة و العكس بالنسبة للرجل و نظرا للضعف الجسمي فان حركته تقل ، كما يفقد الطاقة نظرا لاضطراب الاكتئاب الذي يعاني منه ، بحيث لا يشعر بميوله الجنسية التي تكون قد فقدها ، و ايضا اضمحلال الصحة العامة ، فهو لم يعد كما كان عليه ، الامر الذي يزيد من توهم الامراض لديه ، بحيث يشعر بكل الامراض تقريبا ، و هو اسلوب يعتده المسن لجلب النظر و الاهتمام به ، كما انه يلاحظ على المسن المكتئب شعوره بالاجهاد

فهو يشعر بالتعب المستمر ، بحيث يكثر من النوم او التمدد على سريره . و قد يرتبط الاجهاد بفقدان الطاقة النفسية و بتوهم المرض ايضا .

الفرضية الثانية : . توجد فروق دالة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعد لاختبار الاكتئاب بعد تنفيذ البرنامج الارشادي على المسنين لصالح التطبيق البعدي .

بعد تفريغ النتائج و معالجتها احصائيا ، اظهرت النتائج ما يلي :

فروق ظاهرية : حيث ان النتائج الاولية قد بينت ان هناك فرق في الدرجات التي تقيس مستوى الاكتئاب لدى المسنات ، و هذا الفرق كان ظاهريا ، و هو ما يعبر عنه الجدول التالي :

جدول رقم (12) يبين درجات الاكتئاب لدى عينة الدراسة في الاختبار القبلي و الاختبار البعدي لمقياس الاكتئاب الخاص بالمسنين و الفرق بينهما في الدرجات .

اسم المسنة	سنها	الاختبار القبلي	الاختبار البعدي	الفرق
معاشو	65	42	14	28
سعدية	61	41	15	26
عائشة	60	42	19	23
زواوية	65	40	23	17
بوعقليل	62	38	30	06
عباسية	87	39	35	04
خالدية	60	36	28	08

16	23.42	39.71			المتوسط
----	-------	-------	--	--	---------

يلاحظ على الجدول انه يوجد فرق بين درجات الاكتئاب في الاختبار القبلي لمقياس الاكتئاب لدى المسنات ، حيث كان الفرق بين الدرجات عاليا لدى المسترشدة سعدية ثم تلتها معاشو و تاتي في المرتبة الثالثة من حيث الفرق عائشة ، في حين الفرق كان ضعيفا بين درجات عباسية و بوعقليل ، بينما كان متوسط الفرق 16 درجة . و تشير هذه النتائج في عمومها الى انخفاض مستوى الاكتئاب لدى المسنات بدرجات معتبرة قاربت النصف ، الامر الذي يسمح لنا بالقول ان نتائج البحث قد اتفقت مع فرضيته من حيث الظاهر .

و للتاكيد من الفروق احصائيا قامت الباحثة بمعالجة البيانات وفقا لاسلوب ولكيكسون Wilcoxon حيث اظهرت النتائج ما يبينه الجدول التالي :

جدول رقم (13) يوضح الفروق بين الاختبار القبلي و الاختبار البعدي لمقياس الاكتئاب

المحاور	Z	الدلالة
الحزن و التشاؤم	*2.12	دال
الشعور بالذنب و عدم الرضا	*2.21	دال
الميول الانتحارية	*2.41	دال
الاضطرابات و الطاقة النفسية	*2.37	دال
توهم المرض و الشعور بالاجهاد	*2.41	دال
الشعور باللوم و الفشل	*2.38	دال

المجموع	*2.36	دال
---------	-------	-----

* مستوى الدلالة عند 0.05

يظهر الجدول اعلاه ان الفروق كانت قائمة بين الاختبار القبلي و الاختبار البعدي لمقياس الاكتئاب للمسنين ، حيث ان الفروق كلها كانت دالة عند مستوى 0.05 ، فقد كان النسبة الزائفة في محور الحزن و التشاؤم -2.21 و في محور الشعور بالذنب 2.21 - و الميول الانتحارية 2.41 - و الاضطرابات و الطاقة النفسية 2.37 - و توهم المرض و الشعور بالاجهاد 2.41 اما الشعور باللوم و الفشل فقد كانت -2.38 في حين كانت النسبة الزائفة في المجموع 2.36 - و قد كان هذه النسب كلها سالبة لصالح التطبيق الثاني (التطبيق البعدي) .

اما المتوسطات فقد انخفضت و ذلك لانخفاض الدرجات التي تؤشر على الاكتئاب لدى المسنات ، فدرجات الاختبار تنطلق من الصفر و تتصاعد الى ان تصل الى اقصى درجة و هي 45 درجة ، بمعنى انه كلما انخفض المتوسط كلما كان الاكتئاب منخفضا ، و العكس صحيحا كلما ارتفع المتوسط ارتفع معه مستوى الاكتئاب .

ان الفرق الذي كان واضحا بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي يؤكد الفرضية التي تنبأت بوجود هذا الفرق لصالح التطبيق البعدي ، الامر الذي يسمح لنا بالحكم على البرنامج الارشادي الذي اتبعته الباحثة بانه كان فعالا .

و يمكن ارجاع هذه الفروق الحقيقية الى فاعلية البرنامج الارشادي الذي اقترحتة الباحثة و الذي استند الى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لاليس و التي تركز اساسا على تغيير الافكار غير العقلانية باخرى عقلانية ، فعينة الدراسة كانت تعاني من مستوى من الاكتئاب يتميز بالارتفاع ، نظرا للافكار التي تتميز بالاحباط- خاصة - التي كن تحملنها هاته النسوة على انفسهن و على ماضيهن ، فقد اورد اريكسون في دراسته

للنمو ان الفرد في المرحلة الثامنة و التي تقابل مرحلة الشيخوخة تسيطر عليه مشاعر الحزن و الياس اذا كانت نظرتة لماضيه تتميز بالاحباط ، الامر الذي ظل يتردد لدى اغلب عينة الدراسة في حصة تحديدنا للافكار غير العقلانية من خلال التعبير عن حياة سيئة " حياتي كلها ماسي " او " عمري و لا شفت الخير و لا ريحت في حياتي " .

كما ان تدهور الصحة النفسية لدى المسنات المقيمت في مراكز الايواء اكثر من تلك المقيمت لدى عائلتهن (معمرية و خزار ، 2009) قد يكون من بين العوامل التي تزيد من الامر تعقيدا ، فالالاكتئاب يظهر لدى المسنين بشكل عام عندما يعانون من العزلة و يفقدون الدعم الاجتماعي ، و انه يظهر لدى الاناث اكثر من الرجال بمعدل 2.5 مقابل 1 (Mechara-Tahiri , 2008 in OMC , 2001) و يحملون افكارا قد تكون معادية للذين لا يقدمون على مساعدتهم و خاصة من الذين تربطهم بهم علاقة قرابة ، الامر الذي ظهر في التعبير عن شعورهن بالكابة و الحزن و التشاؤم

ان تدخل الباحثة الذي حاولت من خلال البرنامج الارشادي العمل على تغيير الافكار التي تحملها المسنات ، اعطى نتائج مرضية ، و ذلك من خلال الدعم التي كانت تشعر به المسنات من خلال الباحثة و تغيير الافكار من خلال المناقشات الجماعية و ربطها بالقضاء و القدر و حسن الخاتمة ، و من جهة اخرى تحسيس المسنات المقيمت بما يبذله الطاقم التربوي و النفسي و الجمعيات من اجل اسعادهن ، الامر الذي كانت تستحسنه المقيمت و بدأت في اكتشاف ما لديهن من اشياء جميلة و التمتع بما لديهن في المركز ، و قد اعطى هذا الاسلوب ثماره نظرا لان المناقشات الجماعية مفيدة في ذلك (, 1996 Bouffard et all) .

اذ تلعب دورا في تبادل الاراء و التخفيف عن بعضهن البعض و استبدالها بافكار بناءة و مشاركة الاخرين في حزنها و ماسيها و تكتشف انها ليست الوحيدة في هذا العالم الذي

يعاني ما تعانيه هي . الامر الذي يكون قد لعب دورا في تخفيض مستوى الاكتئاب لدى هذه الفئة .

2- 1 . توجد فروق دالة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي لاختبار الاكتئاب بعد تنفيذ البرنامج الارشادي على المسنين في محور الحزن و التشاؤم لصالح التطبيق البعدي .

اظهرت النتائج بعد المعالجة الاحصائية على ما بينه الجدول التالي :

جدول رقم (14) يبين النسبة الزائفة للاختبار القبلي و البعدي في بعد الحزن و التشاؤم

المحور	Z	الدلالة
الحزن و التشاؤم	-2.12	دال

يلاحظ في الجدول اعلاه ان الفرق كان واضحا بين الاختبار القبلي و البعدي لمقياس الاكتئاب الموجه للمسنين ، حيث بلغت النسبة الزائفة لعينة الدراسة في هذا المحور 2.12 - و هي دالة عند مستوى 0.5 ، وهي نتيجة تتفق مع اتجاه الفرضية .

و تفسر هذه النتيجة ان الشعور بالحزن و التشاؤم هو من خصائص المكتئبين المسنين ، فقد اكدت دراسة معمرية و خزار ، (2009) ان الاكتئاب يحتل المرتبة الثانية في سلم الاضطرابات النفسية لدى المسنين . كما ان المسن في هذه المرحلة العمرية من حياته ينتابه الحزن و التشاؤم اذا لحق به الاكتئاب ، فيصبح يتميز بعدم الاستقرار و اللادفعية و العدوانية و الغضب و السوماتية المتكررة و الشعور بالمعاناة و اضطراب الذاكرة المزعوم و الشعور بعدم الفائدة و الانتحارية المبرمجة و الناجحة (زهراوي و هاشمي ، 2017) .

ان التدخل لتغيير افكار المسن عن كثير من الامور المرتبطة بحياته ، تجعل منه يغير سلوكه ، و هذا ما لاحظته الباحثة اثناء تطبيق البرنامج ، فقد خرجت المسترشدة " معاشو " من حزنها العميق الذي كان يميزها عدة شهور ، فاصبحت تهتم بنفسها بعد ان اهملتها و انفتحت في علاقتها مع محيطها . كما ان اغلب افراد العينة خمسة من ستة بدأت الافكار المتشائمة لديهن في الاضمحلال و الضمور ، الامر الذي ظهر في سلوكياتهن داخل الجماعة ، بحيث اصبحن يرفضن الافكار السوداوية و العدوانية و يحاولن الارتباط بالافكار الدينية التي تؤكد ان كل يسير لقدر محتوم و ان يرضى بما قسم له . " ربي خير " ، ما تدي غير مكتوبك " ، الواحد يحمد ربي عن النعمة لراه فيها " ... الخ و تتكرر هذه الافكار الى ان ظهرت في الاختبار البعدي للمقياس .

ان الافكار التي تتضمن عن التشاؤم و الحزن الناتجة عن اضطراب الاكتئاب ، و الذي قد يكون ناتجا عن الفقد الذي تتعرض له المسنة ، استدعى التدخل للتكيف مع الوضعية التي تعيشها المسنة و ليس تغييرها ، فجودة الحياة متعددة الابعاد و هي ترتبط بالتجارب الذاتية للفرد ، و تتجه نحو التكيف مع الفقد La perte الذي يرتبط بالشيخوخة و تبني ادوار جديدة (Bouffard et all , 1996) قد ترتبط هي الاخرى بالوضعية التي تكون فيها المسنة ، بحيث يرتبط هذا الدور بالعائلة ان وجد داخلها او في المركز بين المقييمات

2-2. توجد فروق دالة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي لاختبار الاكتئاب بعد تنفيذ البرنامج الارشادي على المسنين في محور الشعور بالذنب و عدم الرضا لصالح التطبيق البعدي .

بعد تفريغ النتائج و معالجة المعطيات احصائيا ، اسفرت النتائج على ما يظهره الجدول التالي :

جدول رقم (15) يبين النسبة الزائفة للاختبار القبلي و البعدي في بعد الشعور بالذنب و عدم الرضا

المحور	Z	الدلالة
الشعور بالذنب و عدم الرضا	-2.21	دال

تبين النتائج الظاهرة على الجدول ان النسبة الزائفة لاختبار الفروق كانت - 2.21 و هي نسبة دالة عند 0.05 ، و قد كان الفرق لصالح المجموعة السالبة ، لصالح التطبيق البعدي ، و تسيير هذه النتائج في اتجاه الفرضية .

و يمكن تفسير هذه النتيجة الى تغير بعض الافكار نتيجة فعل البرنامج الذي اعتمدته الباحثة ، بحيث تغيرت بعض الافكار المرتبطة بتقبل السن و ما يلحقه من اختلالات في الجانب الجسمي و العائلي و النفسي ، فقد كانت المقيّمات تعتبر ان وجودهن في المركز هو " رمي لها " ، و انها اصبحت لا تصلح لشيء ، و هو شعور بالترك او التخلي ، الامر الذي يثير لديها الشعور بالذنب خصوصا ما فعلته في مرحلة الشباب من عدم التخطيط لهذه الفترة العمرية ، الامر الذي يجعل ضميرها اكثر تانيبا لها و تتجه لمحاسبة النفس بشدة الامر الذي يجعل منها غالبا ما تشعر بالضيق و الضجر مع فقدان التمتع بالحياة .

ان هذه المشاعر التي تكون قد نتجت على مجموعة من الافكار التي تكون قد استقتها المسنات من خبرتها الاجتماعية ، خصوصا تلك النساء اللواتي لديهن ابناء ، حرصت الباحثة على تغييرها لديهن من خلال تطبيق البرنامج الارشادي ، بحيث ركزت على ماضيهن " هل قدمتن انتن شيئا افضل لابائكن ؟ " . هذا السؤال الذي كانت الاجابة عليه متباينة ، و انتهين انه مهما فعلنا فلن نستطيع ان تفي بما اوفى به ابائهن . الامر الذي دفع الباحثة الى طرح السؤال فلماذا تطلبين اكثر من الابناء او العائلة ؟ ، هذا التساؤل

دفع بالمقيّمات الى التراجع الى الوراء : " يحسن عونهم هم ثاني " ، " ما يقدرش يديرونا كل شئ " . يحسن عونهم ماصابوا كي يديرو " . ان كل هذا التعابير التي يرددنها المقيّمات ، بدانا من خلالها الاتجاه نحو الموضوعية و التفكير العقلاني بالرغم من المشاعر السيئة المصاحبة له .

ان تلك السلوكات التي قد تظهر من الابناء اتجاه الاباء وردت في مجموعة من النظريات التي حاولت تفسير الاساءة للمسنين ، و التي من بينها نظرية التعلم الاجتماعي " كما تدين تدان " و التي رأت ان سلوك الاساءة متعلم ، يمكن انتقاله من جيل الى جيل ، فالطفل الذي مر بالاساءة من طرف والديه يمر الوالدين بدورة الاساءة من ابنائهم الذين سوف يسؤون اليهم عند ما يشيخون (كروز ، Krause 1997) .

كما رأت نظرية التبادل الاجتماعي ل ماتشا Match (1997) ان الاساءة للمسن تنشأ من عجزه عن رعاية نفسه و اعتماده على الاخرين ، الامر الذي يؤدي الى عدم التوازن بين اشكال المساندة ، و يحاول المسن بدوره التكيف بالرغم من التغيرات التي طرأت على جسمه و نفسه و وضعه . في حين ترى نظرية الدور ان السبب في ذلك يعود الى تغير الدور بحيث انتقلت السلطة الى الابن الذي يقوم بدور المساندة غير المتكافئ بما كان يقوم به الوالد (غنيمة ، 2011) .

و بالرغم من محاولة التفسيرات القائمة من خلال النظريات الا ان مشاعر الشعور بالذنب و عدم الرضا تظل قائمة ، الا ان تاثيرها المرضي ، قد يكون نوعا ما ضعيفا ، باعتبار ان هذه المشاعر اصبحت المسنات يدركنها بشئ من الموضوعية نظرا لصعوبة الحياة . و من جهة اخرى لعب الجانب الديني دورا في الرضا بما قسمه الله لهن و ان الامر يرتبط بخاتمة كلها خير و ان هناك اناس يسعون لاكتساب الاجر من ورائهن من خلال الرعاية و العطاء " انتن مصدر الخير كله " قابل ذلك شعور بالرضا و الحمد .

2- 3 . توجد فروق دالة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي لاختبار الاكتئاب بعد تنفيذ البرنامج الارشادي على المسنين في الاضطرابات و الطاقة النفسية لصالح التطبيق البعدي .

بعد تفرغ المعطيات و معالجتها احصائيا بينت النتائج كما هو ظاهر في الجدول التالي جدول رقم (16) يبين النسبة الزائفة للاختبار القبلي و البعدي في بعد الاضطرابات و الطاقة النفسية .

المحور	Z	الدالة
الاضطرابات و الطاقة النفسية	- 2.21	دال عند 0.05

يلاحظ على الجدول ان النسبة الزائفة الدالة على الفرق كانت دالة و لصالح المجموعة الثانية ، و هي مجموعة التطبيق البعدي ، بحيث انخفض مستوى الاكتئاب لدى العينة ، كما انخفض مستوى الاضطرابات و الطاقة النفسية .

و يمكن تفسير هذه النتائج في ضوء الفقد Perte La الذي يظهر لدى المسن في تقدمه الزمني ، بحيث يفقد الصحة العامة كما هو ظاهر لدى المسنات بالمركز و فقدان افراد العائلة خاصة الزوج اللواتي تعتبرنه من كانت متزوجات بمثابة السند الاساسي لهن في حياتهن ، فهو الذي كان حاميا لهن في حياته ، كما يفقدن السمع و البصر او يضعفان ، و تتقهر لديهن الصحة العامة ، و تبدأ الوظائف الجسمية في الانحدار الامر الذي يمكن ان يساهم في شكل واضح في ظهور الاضطرابات لدى المسنة ، و تتمثل هذه الاضطرابات عادة في مظاهر الاكتئاب لديهن ، فقد اوضحت دراسة عبد الرحمن (2006) ، التي اجريت على عينة من المسنين الذين يعيشون في دور المسنين ، وبلغت العينة (164) مسن من نوادي المسنين و (168) مسن من دور المسنين ، وتم

تشخيص القلق والأكتئاب ان ملازمة القلق للأكتئاب كانت أعلى نسبة وبلغت (34 % لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم ويرتادون نوادي المسنين و (57%) لدى المسنين الذين يعيشون في دور المسنين ، وكانت نسبة الأكتئاب للمسنين الذين يعيشون بمفردهم (22%) في حين بلغت النسبة للمسنين الآخرين (23%). (المحمداوي ، 2008) .

و تظهر فقدان الطاقة لدى المسنات في صعوبة التركيز و القلق المتزايد لديهن على صحتهم العامة ، و ايضا فقدان الاهتمام بالجنس الاخر و الشعور بالفشل و الضعف الذان يلزامانها دائما .

ان البرنامج الارشادي الذي اعتمده الباحثة ، حاول تغيير كثير من الافكار غير العقلانية لدى هؤلاء النسوة المسنات ، فقد بدأ بالحركة و المشي و الاهتمام بانفسهن و الانفتاح على الاخر من خلال المناقشة و الحوار .

2 - 4 . توجد فروق دالة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي لاختبار الاكتئاب بعد تنفيذ البرنامج الارشادي على المسنين في محور الميول الانتحارية لصالح التطبيق البعدي .

اسفرت نتائج اختبار هذه الفرضية على ما يظهره الجدول التالي :

جدول رقم (17) يبين النسبة الزائفة للاختبار القبلي و البعدي في بعد الميول الانتحارية

المحور	Z	الدلالة
الميول الانتحارية	-2037	دال عند 0.05

تبين النتائج المسجلة على الجدول ان النسبة الزائفة تساوي 2.37 و هي دالة عند مستوى 0.05 ، و تشير هذه النتيجة الى الفرق لصالح المجموعة الثانية و التي تمثل التطبيق البعدي ، و عليه فان البرنامج كان فعالا في خفض الميول الانتحارية ، بحيث كان مسائرا للفرضية .

و قد تمثلت ظهور الميول الانتحارية لدى فئة المسنات محل الدراسة في عدم اهتمامهن بالحياة و الشعور بان عائلتهن تتمنين لهن الموت ، بل ان الحياة و الموت سواء بالنسبة اليهن ، و ليس هناك متسع للعيش في هذه الحياة بل ان اخذهن الى رحمته قد يكون افضل لديهن . و هذه المؤشرات كلها تدل على الميول الانتحارية لدى المسنات الناتجة عن الاكتئاب لديهن ، فقد اكدت دراسة لوفيلنس (Lovelance, 1997) بأن إهمال عملية تشخيص الأكتئاب لدى هذه الشريحة يؤدي الى العته والخبل dementia وكذلك يؤدي الى الأنتحار suicide (Lovelance, 1997) .

كما انه يجب ان يؤخذ بعين الاعتبار جنس المكتتب ، فقد بينت دراسة هوكسيما وآخرون (Hoeksema et al, 1999) حول الفروق الجنسية والأعراض الأكتئابية أن الأناث المسنات أكثر قابلية للتعرض للأعراض الأكتئابية مقارنة بالذكور المسنين ، ويعزوا ذلك الى حصولهن على معانٍ ضعيفة للموضوع ويقمن بالتركيز عليه، كما أنهن ينجذبن نحو التعامل مع التخيلات والتأملات بشكل كبير (Heoksema et all , 1999) .

و هذه النتائج التي ذكرنا كلها تصب حول الافكار التي تحملنها هؤلاء النسوة ، و التي تكون افكارا سوداوية ، فقد اظهرت العينة المدروسة افكار ذات مضامين انتحارية ، نظرا للظروف و الثقة التي كانت في ابنائهن او تلك التي ربت بنت لترمي بها في دار العجزة ان البرنامج الارشادي تبنى جانبا من التفكير العقلاني الذي حاول من خلاله اقناع تلك النسوة المسنات ، اللواتي غيرن من تفكيرهن الذي تحول الى انهن يمكن ان يكونن محبوبات من قبل الاخرين و ليس بالضرورة من الابناء او الاخوة او الاقرباء ، " ربما

البراني خير من الي ليك " و هذه العبارة المكررة التي ترى ان الاجنبي يمكن ان يكون مساعدا افضل من ذوي القربى امر قد يكون اكيد الحدوث ، بل هو حادث و لم تكن هؤلاء النسوة ينتبهن اليه ، الامر الذي غير من تلك الافكار السوداوية الى افكار موضوعية و عقلانية اكثر ، و ان كن يتحصرن وجدانيا على ذوي القربى او الذين تربطهم علاقة بهم .

و قد ذهبت بعض الدراسات الى ان المسنين الذين يعانون من الاكتئاب الشديد و الذين يتم اهمالهم و لم يتم الاهتمام بهم من طرف المختصين سينتهون الى الانتحار ، فالذكور الذين تتراوح اعمارهم ما بين 80 و 84 ينتحر منهم ما يقارب 479 لكل مائة الف ، في حين تنتحر ما يقارب 59 امراة لكل مائة الف من نفس الفئة (المحمداوي ، 2008)

2-5 . توجد فروق دالة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي لاختبار الاكتئاب بعد تنفيذ البرنامج الارشادي على المسنين في محور توهم المرض و الشعور بالاجهاد لصالح التطبيق البعدي .

اظهرت النتائج بعد معالجتها احصائيا على ما يبينه الجدول التالي :

جدول رقم (18) يبين النسبة الزائفة للاختبار القبلي و البعدي في بعد توهم المرض و الشعور بالاجهاد

المحور	Z	الدلالة
توهم المرض و الشعور بالاجهاد	-2041	دال عند 0.05

يظهر على الجدول ان النسبة الزائفة كانت دالة عند 0.05 و الفرق كان لصالح المجموعة الثانية التي تمثل الاختبار البعدي ، و تشير هذه النتائج الى ان الفرق كان

واضحا بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي لصالح هذا الاخير. و تتفق هذه النتيجة مع الفرضية و اتجاهها .

و يمكن تفسير هذه النتائج في ضوء خصائص الشيخوخة . فالمسن في هذه المرحلة تتضاءل لديه قواه و تظهر لديه تغيرات مثل تلك التي تطرأ على الجلد و الشعر و الوجه ، و تتناقص لديه القدرة على الحركة حيث يببطو في مشيه كما تحدث تغيرات في الهيكل العظمي و الاحشاء و اجهزة الجسم المختلفة (الشيخ دعد ، 2003)، الامر الذي يدفع بهم الى الشعور بالاجهاد و التعب .

غير انه يجب ان نشير الى ان الاجهاد الذي يعانیه المسن و التعب الناتج عن الاكتئاب امر مختلف ، فالمسن المكتئب يشعر ان كل الامراض تنتابه من كل صوب و هو يشعر بالقلق الزائد عن صحته العامة ، كما انه يتوهم الامراض من خلال الشعور بالالام الشديد في جسمه و ان كل مرض يسمع عليه الا و كان في جسمه .

و من جهة اخرى فانه يشعر بالعجز بالقيام باي شئ ، و هو يشعر بالاجهاد الدائم ، كما يشعر ان شهيته الى الطعام ليست على احسن وجه .

ان هذه الاعراض التي ذكرنا و التي ركزت الباحثة عليها من خلال اختبار الاكتئاب ، كانت ضمن البرنامج الارشادي ، فقد حاولت تغيير افكار المسنات من خلال توعيتهن بامراض الشيخوخة و الخصائص الجسمية المسن و افكاره الخاطئة عن جسمه ، الامر الذي يكون قد غير هذه الافكار و تبني افكارا ايجابية جديدة على اجسادهن و على نشاطاتهن .

2 - 6 . توجد فروق دالة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي لاختبار الاككتاب بعد تنفيذ البرنامج الارشادي على المسنين في محور الشعور باللوم و الفشل لصالح التطبيق البعدي

بعد اختبار الفرضية اسفرت النتائج على ما هو موضح على الجدول التالي :

جدول رقم (19) يبين النسبة الزائية للاختبار القبلي و البعدي في بعد الشعور باللوم و الفشل

المحور	Z	الدالة
الشعور باللوم و الفشل	-2.38	دال عند 0.05

يظهر الجدول اعلاه ان الفرق كان واضحا ما بين الاختبار القبلي و الاختبار البعدي و كان لصالح المجموعة الثانية ، و هي مجموعة الاختبار البعدي . و قد كان مستوى الاككتاب لدى افراد العينة قد انخفض ، و هذه النتائج ذهبت في اتجاه تحقيق الفرضية .

و يمكن ارجاع هذه التغيرات التي حدثت لدى المسنات الى فعل البرنامج الارشادي الذي تبنته الباحثة . فالمسنات كن تلمن انفسهن على ما ارتكبنه من اخطاء فقد ورد على لسانهن على سبيل المثال للتوضيح " لو درت حساب الى هذا اليوم لو كان ما نيش هنا " الي يقرا الثقة في الاخرين يطيح على راسو " ، انها كلها تعبير تحملنها تلك المسنات من افراد العينة ، باعتبارهن حدثت لهن حوادث في العموم متشابهة ، لذلك فهن يشعرن باستمرار بالضيق و الضجر و انهن اسوأ من كل الناس و انهن لا تشعرن بالرضى اتجاه كلما يحيط بهن .

ان هذه الافكار التي كانت تتبناها المسنات قامت الباحثة بالتاثير عليها و تغييرها الى افكار عقلانية و ايجابية من خلال البرنامج الارشادي الذي اتبعته ، فتحولت المفحوصات

الى الانفتاح عن بعضهن البعض و الاتجاه نحو بناء علاقات ثقة بينهن و ذلك من اجل ارجاع الثقة في المحيط اليهن ، ثم بناء افكار مناسبة لهن تساعدن على فعل الاشياء الايجابية في الحياة ، مثل ما يدعو اليه الدين .

و للوصول الى هذه النتائج اعتمدت الباحثة على العلاجات المعرفية السلوكية التي حاولت تكيفها مع النظرية العقلانية التي لا تختلف كثيرا على هذا الاتجاه ، باعتبار ان بعض الباحثين يرون ان هذا النوع من العلاجات ذو خاصية جماعية و يمكن ان تكون اكثر تكيفا من اجل التدخل لدى المسنين المكتئبين (Cappeliez , 1991)

و قد كان العمل في هذا المضمار جماعيا ، بحيث كان التأثير متبادلا بين المسنات ، و اللجوء الى الافكار الدينية ذات الصبغة العقلانية التي يمكن تطبيقها ، فالانسان ما دام حيا يجب عليه فعل الخير او فعل اشياء جميلة للاخرين . و منه يمكن ان تبني المسنة مشروعا شخصيا يرتبط بمساعدة زميلاتها في المركز .

الخلاصة العامة :

هدف البحث إلى بناء برنامج إرشادي يستند في خلفيته إلى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لألبرت اليس ، و هي نظرية تهتم بالعلاقات القائمة بين ما هو معرفي ووجداني و سلوكي ، و قد اعتمدت الباحثة على طريقة الإرشاد الجماعي للمسنين ، باعتبارها طريقة مناسبة من جهة و ايضا طريقة تستحق التجريب مع المسنين . و قد أفضت النتائج إلى انخفاض درجات الاكتئاب على المقياس المطبق قبلها و بعديا . و قد ظهر هذا الانخفاض في فروع المقياس ، فقد انخفض لدى فئة العينة التي أجريت عليها الدراسة في دار العجزة بوهران و التي كانت خاصة بالإناث فقط .

فقد تبين ان العينة المقصودة تعاني من ارتفاع في درجات الاكتئاب لديها . و بعد تطبيق البرنامج الإرشادي انخفضت هذه الدرجات على نفس السلم ، كما انخفضت درجات الحزن و التشاؤم لديه و ايضا الشعور بالذنب و عدم الرضا و الاضطرابات و الطاقة النفسية و توهم المرض و الشعور بالاجهاد.

ونظرا لهذه النتائج فان فرضيات الدراسة تكون قد تحققت ، اذ تبين الفرق بين الاختبار القبلي و البعدي لمقياس الاكتئاب و على جميع محاوره ، و قد كان هذا الانخفاض لصالح التطبيق البعدي.

اقتراحات :

بناء على نتائج البحث و ما ارتبط به ، فان الباحثة تقترح ما يلي :

- 1 - تعميق الدراسات العلمية حول الاكتئاب لدى المسنين في البيئة الجزائرية .
- 2 - الاهتمام ببناء أدوات فعالة و تطوير ها تهتم بالكشف عن الاكتئاب لدى المسنين في البيئة المحلية .
- 3 - بناء برامج ارشادية نفسية اخرى لاحتواء هذا الاضطراب لدى المسنين .
- 4- بناء برامج تستند الى الدين لمساعدة المسنين على تجاوز هذا الاضطراب .
- 5- نظرا للعدد المتزايد للمسنين في الجزائر يصبح فتح تخصصات نفسية و تربوية تهتم بالمسنين فقط امرا حتميا .

المراجع :

ابوهين فضل (1990) ، الصحة النفسية لدى الاطفال المتأثرين بالعنف في فلسطين ، رسالة ماجستير ، غ . م . كلية التربية جامعة عين شمس ، مصر .

ابوفايد ، ريم محمد يوسف (2010) ، فاعلية برنامج ارشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي ، ماجستير ، تحت اشراف عاطف عثمان الاغا ، قسم علم النفس ، الجامعة الاسلامية ، غزة .

القريطي ، عبد المطلب (1998) ، الصحة النفسية ، دار الفكر العربي ، القاهرة .

العجوري ، () (2007) ، فاعلية برنامج ارشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى امهات الاطفال المصابين بمرض سوء التغذية ، ماجستير ، تحت اشراف سناء ابراهيم ابودقة ، قسم علم النفس ، الجامعة الاسلامية غزة .

ابن منظور ابي الفضل جمال الدين مكرم (1990) ، لسان العرب ، المجلد العاشر ، دار صادر ، بيروت .

احمد سهير كامل (1987) ، الاكتئاب و الانطواء الاجتماعي لدى المسنين المتقاعدون في البيئتين المصرية و السعودية ، مجلة دراسات تربوية ، المجلد الثاني ، الجزء السابع ، القاهرة .

الطويل ، عزت عبد العظيم (1985) ، سيكولوجية الاكتئاب ، دار المريخ ، الرياض .

القريطي ، عبد المطلب (1998) ، الصحة النفسية ، دار الفكر العربي ، القاهرة .

الخطيب ، جمال محمد (2003) تعديل سلوك الانسان ، دار حنين للنشر و التوزيع ، عمان .

اوراغي فوزية (2017) ، فاعلية برنامج ارشادي للتخفيف من مستوى الضغوط النفسية للتلميذ المريض الماكث بالمستشفى و امه المرافقة له ، رسالة دكتوراه في علم النفس الاسري ، قسم علم النفس ، جامعة وهران 2

الباز(2004) في بدر محمود السيد خليل (2008) ، مستوى الرعاية النفسية المقدمة للمسنين بدور الايواء بولاية الخرطوم و اتجاهات المسنين نحوها ، ماجستير ، شراف عبير عبد الرحمان ، قسم علم النفس ، جامعة الخرطوم

الباز،(2003) ، في بدر محمود السيد خليل (2008) ، مستوى الرعاية النفسية المقدمة للمسنين بدور الايواء بولاية الخرطوم و اتجاهات المسنين نحوها ، ماجستير ، شراف عبير عبد الرحمان ، قسم علم النفس ، جامعة الخرطوم .

ابو اسعد ، احمد عبد اللطيف (2009) ، الارشاد المدرسي ، دار المسيرة ، ط 1 ، عمان

ابوعبادة ، صالح و نيازي ، عبد المجيد ، (2000) الارشاد النفسي و الجماعي ، جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية ، الرياض .

العاسمي ، رياض نايل (2012) ، المبادئ العامة لعلم النفس الارشادي ، دار الشروق للنشر و التوزيع ، عمان.

الحمداوي ، ابراهيم حسن (2008) ، دراسة بعض اعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد ، مؤسسة النور للثقافة و للابداع ، دورة الشاعر عيسى حسن الياسري.

المحمدي (1424) في الصميلي ، حسن ادريس (1430 هـ) ، فاعلية برنامج ارشادي عقلاني انفعالي في خفض السلوك الفوضوي لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمنطقة جازان التعليمية ، رسالة دكتوراه ، تحت اشراف محمد بن جعفر جمل الليل ، جامعة ام القرى ، قسم علم النفس .
السعودية

الصميلي ،حسن بن ادريس عبده (1430 هـ)، فاعلية برنامج ارشادي عقلاني انفعالي في خفض السلوك الفوضوي لدى عينة من طلاب المرحلةالثانوية بمنطقة جازان التعليمية، دكتوراه ، قسم علم النفس ، جامعة ام القرى ، السعودية .

العرقان و سيد عبد العال ، (1991) اندية المسنين لاهمية التقويم ، ندوة نحو رعاية متكاملة للمسنين ، القاهرة ص 193 .

الايام الاوراسية الاولى للطب ، 05/11/2010 بباثتة (djazairess.com)

باتيرسون ، (1990) في الصميلي (1430 هـ) ، فاعلية برنامج ارشادي عقلائي انفعالي في خفض السلوك الفوضوي لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمنطقة جازان التعليمية ، رسالة دكتوراه ، تحت اشراف محمد بن جعفر جمل الليل ، جامعة ام القرى ، قسم علم النفس . السعودية .

. بشير معمريّة و خزار عبد الحميد (2009) ، الاضطرابات الجسمية و النفسية لدى المسنين ، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية ، العدد 23 .

بن قوة امينة (2011) ، فعالية الارشاد النفسي الابوي في تحسين الاستقلالية لدى طفل متلازمة داون ، رسالة دكتوراه ، قسم علم النفس ، جامعة وهران .

بطرس حافظ بطرس (2007) ، ارشاد الاطفال العاديين ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطبع ، عمان ، الاردن .

جمال الليل ، محمد جعفر (2009) ، اساسيات في الارشاد النفسي ، خوارزم العلمية ،

ط 1 ، جدة ابراهيم سليمان المصري (2010) ، الارشاد النفسي اسسه و تطبيقاته ، عالم الكتاب الحديث ، ط1 ، اريد ، الاردن .

جمال الليل ، محمد جعفر (2001) ، مقدمة في الارشاد الجماعي ، مطابع بهادر ، مكة المكرمة .

جبل ، فوزي محمد (2000) ، الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية ، المكتبة الجامعية ، الازارطة ، الاسكندرية ،

هشام محمد ابراهيم (1999) ، فاعلية برنامج ارشادي في خفض قلق الموت لدى المسنين المصريين و المكفوفين ، المؤتمر الدولي للمسنين ، القاهرة

وزارة الصحة و السكان ، السكان و التنمية في الجزائر ، جانفي 1999: 9

زهران ، حامد (1997 : 541) ، الصحة النفسية و العلاج النفسي ، عالم الكتب ، ط3 ، القاهرة .

كامل عبد الوهاب محمد (2002) ، اتجاهات معاصرة في علم النفس ، مكتبة الانجلومصرية ، القاهرة

طه شريف (2006) ، الوان من الاكتئاب حول العالم ، مكتبة الاهرام ، القاهرة . (طه ، 2006 : 6

في ريم محمود الطويل (1985 : 34) ، سيكولوجية الاكتئاب ، دار المريخ ، الرياض

زهران ، حامد عبد السلام (1998) ، التوجيه و الارشاد النفسي ، عالم الكتب ، ط3 ، القاهرة

سامي محمد ملحم (2007) ، مبادئ التوجيه و الارشاد النفسي ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ،

ط1 ، عمان الاردن .

سهير كامل احمد (1987) في . بشير معمريه و خزار عبد الحميد (2009) ، الاضطرابات

الجسمية و النفسية لدى المسنين ، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية ، العدد 23 .

سهام حسن راشد (1995) في . بشير معمريه و خزار عبد الحميد (2009) ، الاضطرابات

الجسمية و النفسية لدى المسنين ، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية ، العدد سناء حامد زهران ،

(2004) ، ارشاد الصحة النفسية ، عالم الكتب ، مصر .

سيسبان فاطمة الزهراء (2017) ، فاعالية برنامج ارشادي لتحسين الدافعية للتعلم لدى التلاميذ

المعرضين للتسرب المدرسي ، رسالة دكتوراه في علم النفس ، غير منشورة ، قسم علم النفس و

الارطفونيا ، جامعة وهران 2 .

فايد ، حسين علي (2004) ، العدوان و الاكتئاب ، مؤسسة حورس الدولية للنشر و التوزيع ،

الاسكندرية ، مصر .

قاسم ، جميل محمد (2008) ، فعالية برنامج ارشادي لتنمية المسؤولية الاجتماعية لدى طلاب

المرحلة الثانوية ، رسالة ماجستير ، قسم علم النفس ، جامع الاسلامية ، غزة

قانون المالية لجانفي 2017 .

محمود براهيم عبد العزيز فرج (1992) ، دراسة فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في حل بعض

مشكلات المراهقة لطلاب المرحلة الثانوية ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

محمد السيد عبد الرحمان (1998) ، الذاكرة قصيرة المدى لدى المسنين ، دراسات في الصحة النفسية ، ج1 ، دار قباء للطباعة والنشر و التوزيع ، القاهرة .

منصور هامل (2016) ، محاضرات في الارشاد المهني ، مقياس الارشاد المهني ، غير منشورة ، جامعة وهران 2 .

عبد اللطيف محمد خليفة ، (1991) ، دراسات في سيكولوجية المسنين ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، مصر المائة) . جوهر ، (297 : 2004 فيالسيدخليل ، . (2008 عيد محمد ابراهيم) (2005) ، مقدمة في الارشاد النفسي ، مكتبة الانجلومصرية ، القاهرة .

عشمة ، هناء احمد متولي (2001) ، العنف الاسري الموجه ضد المسنين و علاقته بالاكنتاب و الرضا عن الحياة ، المؤتمر السنوي السادس عشر ، مركز الارشاد النفسي ، جامعة عين شمس .

عبد اللطيف الشربيني (2011) ، الدليل في فهم و علاج الاكنتاب ، الكتاب الالكتروني لشبكة العلوم النفسية العربية ، العدد 23 شبكة العلوم النفسية العربية ، (2011)

نبيل جبرين الجندي ، (2008) الصورة العربية لاختبار اكنتاب الشيخوخة ، مجلة جامعة الاقصى ، المجلد 12 ، العدد 1 : يناير 2008 : 174 - 193 .

موسوعة كورسيني corsini (2004) ، للعلوم السلوكية و النفسية .

ماهر محمود عمر ، (2003) ، العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني ، مركز دلتا للطباعة ، ط 1

محمد عبد العال الشيخ (1990) ، الافكار اللاعقلانية لدى الامريكيين و الاردنيين و المصريين : دراسة عبر ثقافية في ضوء نظرية اليس للعلاج العقلاني الانفعالي ، بحوث المؤتمر السادس لعلم النفس في مصر ، صص 266 - 287

Ellis ، 1991 a ، 1979 c ، في ماهر محمود عمر ، (2003) ، العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني ، مركز دلتا للطباعة ، ط 1

محمد عاطف غيث ، (1987) ، قاموس علم الاجتماع ، ترجمة احسان محمد الحسن ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ص 339

حسن ابراهيم المحمداوي ، (2008) ، دراسة بعض اعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد ، مؤسسة النور للثقافة و العلوم .

مورادبوبركة (2016) ، وضعية كبار السن في الاسرة الجزائرية الحديثة ، مجلة العلوم الاجتماعية و الانسانية ، جامعة ورقلة العدد جوان 24 ، 2016 .

المراجع باللغة الاجنبية :

-**Adda leila (2012)** , La prise en charge des personnes ages de 65 ans et plus en institusion dans la region de l' ouest , Magister ? Dpt demographie , univ. Oran

-**APA (1996)** in joelle Simrad (2002) , Le compt comme lieu d'expression de l'etat depressif des personnes ages , mémoire présenté a l'université de qubec a trois rivieres

-**Amenson , C.S and Pevvison , P. M** , (1981) , An investigation into sex differences of unipoar depression , Journal of Abnormal psychology .

-**S. Kindynis ,S .;S. Burlocu , P . , f.limosin ()** therapie des shemas du suget ages , impact sur la depression , l'anxité et les shemas cognitifes , L'ENCEPHALE , www.sciencedirect.com

-**Kindynis,S. , S.Burlacu , P.Louville , F.Limosin** , (2013) , Therapie des schémas du sujetagé : impact sur la depression , l'anxiété et les schemas cognitifstypiques , journal hemepage : www.em-consulte.com/produit/ENCEP

-**joelle Simrad (2002)** , Le compt comme lieu d'expression de l'etat depressif des personnes ages , mémoire présenté a l'université de qubec a trois rivieres

-**penon Paulin**, 2008 , la sexualité des personnes agées en unité de soin longue durée , travail de fin d'etude institut de formation en infirmiers , CHU

de saint –etienne , France WHO international Consortium in
PsychiatricEpidemiology 2000

- **Centre de media** , (2016) organisation mondiale de la santé , www.who.int 2016

Cappeliez , PH. (1991) , Interventions psychothérapeutiques auprès de personnes agée déprimée, journal of psychiatry and Neuroscience, Vol; 16 ? No3 , 170- 175.

-**Conseil Consultatif National sur le Troisième Age**(1990) , Pour mieux comprendre l'autonomie Des ainés , Rapport des approvisionnement et services .

-**Cappeliez , PH** (1989 a) Daily worries and coping stratégies : implication for therapists , ClinGronobl 9 : 45 – 52 in Cappeliez , PH. (1991) , Intrventionspsychothérapeutiquesaupres de personnes agée déprimée, journal of psychiatry and Neuroscience, Vol; 16 ? No3 , 170- 175.

-**Cappeliez , PH** (1986) , in Cappeliez , PH. (1991) , Interventions psychothérapeutiques auprès de personnes agée déprimée, journal of psychiatry and Neuroscience, Vol; 16 ? No3 , 170- 175. In Cappeliez , PH. (1991) , Intrventions

,psychothérapeutiques auprès de personnes agée déprimée, journal of psychiatry and Neuroscience, Vol; 16 ? No3 , 170- 175.

Mclean et Carr ، 1989 :452-469) تابع

- **Darcourt , G.** (1983),Dépression du sujet agée , La maladie depressive , 191 -2014, Laboratoire CIBA –GEIGy .

-

-**François Gravelle , Jean Claude Pageot et Julie –Menard** (1996) , La qualité de vie chez les personnes âgéesfrequent un centre de jour francophone de region d 'Ottawa revue d'intrvention sociale et communautaire , vol , 2 , no 2 M 118-127 (www.erudit.org)

- **Hazif – Thomas , C. Thomas, P** ,(1998) , depression de la personne agée : Des tableaux Clinique souvent atypiques , La revue geriatrie Vol.23 , N 4

- **Hoheeksma , S. N. , Grayso, L.** (1999) , explaining the gender diference in depressive symptoms , Journal of personalty and social psychology Vol 17 n°5.

Joelle Simard(2002) , Le conte comme lieu d'expression de l'état dépressif des personnes âgées , memoir , université Québec a trois rivières , Canada .

Mclean , PD. Carr, S.(1989) the psychological treatment of unipolar depression : Progress and limitations , Can . J .Behav .Sci : 452 – 469 in Cappeliez , PH. (1991) , Interventions psychothérapeutiques auprès de personnes âgées déprimées, journal of psychiatry and Neuroscience, Vol; 16 ? No3 , 170- 175.
www .WHO.int 2016.

-**Pellerin ,J. Boiffin , A .** (1999) , Dépression de la personne âgée , La revue de gériatrie , Vol.24 , n5 , Service de gériatrie –psychiatrie , Hôpital Charles Foix .

- **Leger, j.M ., et Clemment , G. P.**, (1998) , Quelles sont les particularités cliniques de la dépression du sujet âgé in thèse en français

- **Léandre , B et Etienne B** , (1992) , La perspective future , facteur de santé mentale chez les personnes âgées : santé mentale au Québec Vol , 17 n°17 , pp 227-249

- **Léandre , B , Micheline , D. Sylvie , P. et Etienne , B** (1996) , Le bien-être psychologique des personnes âgées par la poursuite des buts personnels, Revue québécoise de psychologie Vol 17 n°2 pp 110-129 .

Reker , G.T . et Wong , P.T.P.(1984) , Psychological and Physical Well-Being in the Elderly The perceived Well-being scale , in François Gravelle , Jean Claude Pageot et Julie –Menard (1996) , La qualité de vie chez les personnes âgées fréquentant un centre de jour francophone de région d'Ottawa revue d'intervention sociale et communautaire , vol , 2 , no 2 M 118-127 (www.erudit.org)

psychogériatrie , V5 , aspect clinique , chapitre5 , pFizer

ONS , Demographie Algérienne (2013) , Données statistiques N° 658:05 ons , Demographie Algérienne (2002) Données statistiques N° 375 :01

ONS (2013) Demographie Algérienne

ONS (2016) , Demographie Algérienne, no 740

Huffpostarabic.com Centre des médias , www.Who.int(2016) , OMC,

Conseil Consultatif National sur Le troisième Âge , 1990)

الملاحق

ملحق رقم 1

مقياس الأكتئاب النفسي للمسنين

النسخة الأصلية

الجنس : ذكر () ، أنثى () . العمر () سنة .

الحالة الاجتماعية : متزوج () ، مترمل () .

السادة والسيدات الأفاضل ... السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

فيا يلي مجموعة من الفقرات والتي نرجوا تفضلكم بالأجابة على كل واحدة منها بوضع علامة (/) أمام كلمة " نعم " أو كلمة "لا" ، مع العلم بأنه لا توجد أجابات صحيحة وأخرى خاطئه، وإنما الأجابة الصحيحة هي التي تعبر عن حقيقة أرائكم....شاكرين سلفاً تعاونكم معنا.

الرقم	الفقرات	نعم	لا
1	أشعر بالكأبة والحزن.		

		ينتابني الشعور بالذنب.	2
		لم يعد يهمني أي شيء في هذه الحياة.	3
		أعاني من صعوبة التركيز دائماً.	4
		أشعر بأن الأمراض تنتابني من كل صوب.	5
		ألوم نفسي كثيراً لما أرتكبه من أخطاء.	6
		أشعر بالقلق الكبير على صحتي النفسية.	7
		أعاني من تأنيب الضمير بشكل مستمر.	8
		أعتقد بأن عائلتي تتمنى موتي.	9
		أشعر بالقلق الكبير على صحتي النفسية.	10
		أقلق كثيراً على صحتي العامة.	11
		أشعر دائماً بالضيق والضجر.	12
		مشاعري حزينة وتفوق طاقتي.	13
		أحاسب نفسي بشدة.	14
		الموت والحياة سواء بالنسبة لي.	15
		فقدت الكثير من اهتمامي بالجنس الآخر.	16
		عند سماعي بأي عرض مرضي يهيب لي بأنه عندي.	17
		أشعر بأنني لست بأسوأ من الآخرين.	18
		ينتابني الحزن عند التفكير بالمستقبل.	19

		أنا غير راضي عن نفسي.	20
		أفكر في إيذاء نفسي كثيراً.	21
		ينتابني الخوف والرعب من أقل شيء.	22
		يقلقني كثيراً الشعور بالألم في جسمي.	23
		لأجراً على أتخاذ القرار بنفسي.	24
		أحب أن أكون سعيداً كالأخرين.	25
		ضميري يعذبني دائماً.	26
		مازال هناك متنسح للعيش في هذه الحياة.	27
		لايخطر ببالي ممارسة الجنس.	28
لا	نعم	الرقم الفقرات	
		أعجز عن القيام بأي عمل الآن.	29
		أشعر بأن الفشل يملأ حياتي.	30
		لأمل لي في المستقبل.	31
		حدثت أشياء في حياتي كرهتني بكل الحياة.	32
		أشعر بأن حياتي ثقيلة على الآخرين.	33
		ينتابني دائماً الشعور بالضعف والهوان.	34
		شهيتي للطعام ليست على مايرام.	35

		أنا عاجز عن إدارة شؤون عائلتي.	36
		حياتي عبارة عن بؤس وشقاء.	37
		غالباً ما أشعر بالضيق والضجر.	38
		أنتمى على الله أن يرحمني بالموت.	39
		ليس لي قدرة على تحمل الهم إطلاقاً.	40
		تقدمي في السن لايقعدني عن العمل.	41
		لم أعد أهتم كثيراً بالنجاح والفشل.	42
		أشعر بعدم الرضا عن ما يحيط بي .	43
		رحيلي من هذه الحياة خير من بقائي فيها.	44
		نومي منقطع ومضطرب.	45
		ينتابني الشعور بالاجهاد الكبير لاي عمل.	46
		غالباً ما أجد صعوبة في التركيز.	47
		أنا يائس من نفسي.	48
		أصاب بالارهاق لدرجة الإغماء أحياناً.	49
		قراراتي الحياتية حاسمة رغم كبر سني.	50
		لم أجد مايمتعني في هذه الحياة.	51
		أنا مستاء من نفسي وحياتي.	52

ملحق رقم 2

الاستبيان المقدم الى لجنة المحكمين

أستاذي الفاضل المحترم

في إطار إجراء بحث دكتوراه ل م د في الإرشاد و التوجيه حول فعالية برنامج إرشادي وفق نظرية
اليس لخفض الاكتئاب لدي المسنين ، يسعدني أن تقدموا لي ملاحظاتكم حول مدى ملاءمة فقرات
مقياس الاكتئاب للمسنين لاهدافه و لمحاوره و اقتراح التعديلات المناسبة :

1 / الصيغة اللغوية

2 / ملاءمة الفقرات لمحاورها.

3 / ملاءمة المقياس لما يقيسه

الطالبة زهراوي خروفة

ملاحظة	غير صالحة	صالحة	الفقرات
			<p>أولاً: الحزن والتشاؤم</p> <p>1 أشعر بالحزن والكآبة.....</p> <p>2 غالباً ما أميل الى البكاء</p> <p>3 مشاعري حزينة وتفوق طاقتي.....</p> <p>4 ينتابني الحزن عند التفكير في المستقبل.....</p> <p>5 أحب أن أكون سعيداً كالآخرين</p> <p>لا أمل لي في المستقبل.....</p> <p>7 اشعر بياس دائم من الحياة.....</p>
ملاحظة	غ صالحة	صالحة	الفقرات
			<p>ثانياً: الشعور بالذنب وعدم الرضا</p> <p>1 ينتابني الشعور بالذنب.....</p> <p>2 غالباً ما أعاني من تأنيب الضمير.....</p> <p>3 أحاسب نفسي بشدة.....</p> <p>4 أنا غير راضي عن نفسي.....</p> <p>5 ضميري يعذبني دائماً.....</p> <p>6 حدثت أشياء في حياتي كرهنتي بكل الحياة.....</p> <p>7 غالباً ما أشعر بالضيق والضجر.....</p> <p>8 أهتم بمخالطة الناس والأصدقاء</p> <p>9 أنا يأس من نفسي.....</p> <p>10 لم أجد ما يحقق لي المتعة في حياتي.....</p>
ملاحظة	غ صالحة	صالحة	الفقرات

			<p>ثالثاً : الميول الانتحارية</p> <p>1 لم يعد يهمني أي شئ في هذه الحياة</p> <p>2 أعتقد بأن عائلتي تتمنى موتي.....</p> <p>3 الموت والحياة سواء بالنسبة لي</p> <p>4 أفكر أحياناً في أيداء نفسي</p> <p>5 مازال هناك متسع للعيش في هذه الحياة</p> <p>6 أشعر بأن حياتي ثقيلة على الآخرين.....</p> <p>7 أتتمنى على الله أن يرحمني بالموت</p> <p>8 رحيلي من هذه الحياة خير من البقاء فيها.....</p>
ملاحظة	غ صالحة	صالحة	الفقرات
			<p>رابعاً : الاضطراب والطاقة النفسية</p> <p>1 أعاني من صعوبة التركيز دائماً.....</p> <p>2 أشعر بالقلق الكبير على صحتي النفسية.....</p> <p>3 فقدت الكثير من اهتمامي بالجنس الآخر</p> <p>4 ينتابني الخوف و الرعب من اقل شيء.....</p> <p>5 لا يخطر ببالي ممارسة الجنس.....</p> <p>6 ينتابني دائماً الشعور بالضعف والهوان.....</p> <p>7 ليس لي قدرة على تحمل الهم إطلاقاً.....</p> <p>8 حياتي مليئة بالفشل</p>
ملاحظة	غ صالحة	صالحة	الفقرات
			<p>خامساً : توهم المرض والشعور بالإجهاد</p> <p>1 أشعر بأن الأمراض تنتابني من كل صوب</p> <p>2 أقلق كثيراً على صحتي العامة</p> <p>3 عند سماعي بأي عرض مرضي يهيب لي بأنه عندي.....</p> <p>4 يقلقني كثيراً الشعور بالألم في جسمي</p>

			<p>5 أعجز عن القيام بأي عمل الآن.....</p> <p>6 شهيتي للطعام ليست على ما يرام</p> <p>7 تقدمي في السن لا يقعدني عن العمل</p> <p>8 ينتابني الشعور بالاجهاد الكبير لاي عمل.....</p>
ملاحظة	غ صالحة	صالحة	الفقرات
			<p><u>سادساً :. الشعور باللوم وعدم الرضا</u></p> <p>1 ألوم نفسي كثيراً لما أرتكبه من أخطاء.....</p> <p>2 أشعر دائماً بالضيق والضجر</p> <p>3 أشعر بأنني ليس أسوأ من الآخرين.....</p> <p>4 حياتي عبارة عن بؤس و شقاء.....</p> <p>5 أنا مستاء من نفسي وحياتي</p> <p>6 أنا مستاء من نفسي وحياتي.....</p> <p>7 أشعر بعدم الرضا عن ما يحيط بي</p>

ملاحظات :

.....

.....

.....

.....

ملحق رقم 3

مقياس الأكتئاب النفسي للمسنين

الصورة المعتمدة في البحث

الجنس : ذكر () ، أنثى () .

العمر () سنة .

الحالة الاجتماعية : متزوج () ، مترمل () . مطلق () ، اعزب ()

الابناء ان وجدوا : الذكور () ، الاناث ()

الإقامة قبل التواجد في دار العجزة

المستوى التعليمي :

منطقة السكن الاصلية : ريف () ، حضر () .

الامراض المزمنة :

ملاحظات طبيب المركز :

ملاحظات الاخصائي النفسي :

السادة والسيدات الأفاضل ... السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

اليكم مجموعة من الفقرات والتي نرجو منكم أن تفضلوا بالإجابة على كل واحدة منها وفق مع

ما يتفق مع مشاعركم و ذلك بوضع علامة (X) أمام كلمة " نعم" أو كلمة "لا"، مع العلم بأنه لا

توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة.

شكرا على تعاونكم معنا

رقم الفقرة	الفقرات	نعم	لا
1	أشعر بالحزن والكآبة		
2	ينتابني الشعور بالذنب		
3	لم يعد يهمني أي شئ في هذه الحياة		
4	أعاني من صعوبة التركيز دائماً		
5	أشعر بأن الأمراض تنتابني من كل صوب		
6	ألوم نفسي كثيراً لما أرتكبه من أخطاء		
7	غالباً ما أميل الى البكاء		
8	غالباً ما أعاني من تأنيب الضمير		
9	أشعر ان عائلتي لا ترغب في		
10	أشعر بالقلق الكبير على صحتي النفسية		
11	أقلق كثيراً على صحتي الجسمية		
12	أشعر دائماً بالضيق والضجر		
13	مشاعري حزينة وتفوق طاقتي		
14	أحاسب نفسي بشدة		
15	الموت والحياة سواء بالنسبة لي		
16	فقدت الكثير من اهتمامي بالجنس الآخر		
17	عند سماعي بأي عرض مرضي يهين لي بأنه عندي		
18	أشعر بأنني اسوا من كل الناس		
19	ينتابني الحزن عند التفكير في المستقبل		
20	أنا غير راضي عن نفسي		
21	أفكر أحياناً في إيذاء نفسي		
22	ينتابني الخوف و الرعب من اقل شيء		
23	يقلقني كثيراً الشعور بالألم في جسمي		
24	حياتي عبارة عن بؤس و شقاء		
25	أحب أن أكون سعيداً كالأخرين		
26	ضميري يعذبني دائماً		
27	مازال هناك متسع للعيش في هذه الحياة		
28	لا يخطر ببالي ممارسة الجنس		

		أعجز عن القيام بأي عمل الآن	29
		أنا مستاء من نفسي وحياتي	30
		لا أمل لي في المستقبل	31
١		حدثت أشياء في حياتي كرهنتي بكل الحياة	32
		أشعر بأن حياتي ثقيلة على الآخرين	33
		ينتابني دائماً الشعور بالضعف والهوان	34
		شهيتي للطعام ليست على ما يرام	35
		أنا مستاء من نفسي وحياتي	36
		اشعر بياس دائم من الحياة	37
		غالباً ما أشعر بالضيق والضجر	38
		أنتمى على الله أن يرحمني بالموت	39
		ليس لي قدرة على تحمل الهم إطلاقاً	40
		تقدمي في السن لا يقعدني عن العمل	41
		أشعر بعدم الرضا عن ما يحيط بي	42
		أهتم بمخالطة الناس والأصدقاء	43
		رحبلي من هذه الحياة خير من البقاء فيها	44
		حياتي مليئة بالفشل	45
		ينتابني الشعور بالاجهاد الكبير لاي عمل	

الملحق رقم 4

تحكيم برنامج ارشادي مستند الى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لاليس

بعد التحية :

في اطار تحضير لرسالة دكتوراه ل م د ارشاد و توجيه ، الموسومة ب(فعالية برنامج ارشادي وفق النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لاليس في خفض الاكتئاب لدى المسنين) . نرجو من سيادتكم تحكيم هذا البرنامج المقترح وفق شبكة التقييم المرفقة .

الطالبة زهراوي خروفة

بناء البرنامج الارشادي الخاص بخفض الاكتئاب لدى المسنين

تمهيد :

يعتبر البرنامج الإرشادي وسيلة ذات أهمية من حيث انها اصبحت مطلبا ملحا في تقويم الاضطرابات السلوكية. لذا ذهب كثير من الباحثين في علم النفس و علوم التربية إلى بناء برامج إرشادية تفي بهذا الغرض .

و يعتبر الاعتماد على البرامج الإرشادية في مجال علم النفس و علوم التربية مؤشر هاماً على تطور الخدمات النفسية والتربوية في الجزائر خاصة ، إذ انتقل الأمر من الممارسة الأكاديمية النظرية الى الاعتماد على التحكم في بناء أدوات تساهم في تقديم الخدمات الإرشادية الفعالة لمختلف فئات المجتمع ، وفي هذا الإطار جاء البحث الحالي كمساهمة من الباحثة في تقديم خدمة مضمونها خفض الاكتئاب لدى المسنين، عن طريق بناء برنامج إرشادي مبني وفق نظرية تعتبر من أهم النظريات في الإرشاد النفسي.

اسس بناء البرنامج :

يستند هذا البرنامج من حيث الاهداف و الفنيات و الاساليب الى نظرية البرت اليس (النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية) . فهي تقوم على تصور مفاده ان الافراد لا يتأثرون بالأحداث نفسها في

اضطراباتهم ، بل تحدث هذه الاضطرابات بسبب التفكير الخاطئ و الافكار اللاعقلانية التي تنتج لديهم عواطفاً ثم سلوكاً يتعاطون من خلاله مع هذه المشكلات او الاحداث .

و يعتبر الارشاد العقلائي الانفعالي السلوكي ارشادا تعليميا يقوم على النموذج (a . b . c) ، حيث تعني هذه الاحرف التالي :

b : و هو الحرف الاول و يشير الى الاحداث و الخبرات المنشطة .

B : و يعني نظام الافكار او المعتقدات التي يتبناها الفرد و التي تؤدي الى ظهور الاضطرابات الانفعالية .

C : و تشير الى ردود الافعال على المواقف المثيرة و التي تعتبر استجابات الفرد .

اهداف البرنامج :

يعد تحديد هدف البرنامج الارشادي من بين اهم الخطوات التي يجب اخذها بعين الاعتبار خلال تصميم البرنامج ، بحيث تكون اكثر دقة . و يمكن تصنيف اهداف البرنامج الى :

1 . اهداف عامة :

ان الحاجة الماسة لتعديل كثير من السلوك غير السوية ، و التي تثير مشكلات بل تصبح احد العوائق الاساسية في استمرار الحياة الطبيعية للفرد تعتبر أساسية . و يرى بعض الباحثين ان الهدف العام للبرنامج الارشادي قد يتطابق تماما مع الهدف الذي تسعى اليه عملية الارشاد النفسي التي تسعى الى تحقيق التوافق .

و في هذه الدراسة ، فان موضوع البحث هو الذي يحدد الهدف و الذي ينعصر في مساعدة المسنين على خفض الاكتئاب لديهم ، فهو في الاخير برنامج يتمحور حول الارشاد النفسي للمسنين .

و يعتبر المسنون فئة هشة في المجتمع ، فهي بحاجة الى الدعم النفسي و الاجتماعي ، كما انها بحاجة الى تعديل كثير الافكار التي قد تسقطهم في الاكتئاب ، باعتبار ان هذا الاضطراب اكثر شيوعا لدى المسنين (المرجع) و خاصة الجزائريين الذي يتواجدون في مراكز ايوائية تابعة للدولة و مؤسساتها من جهة و لان هذه الفئة قد تشعر بالتخلي عنها اجتماعيا و نفسيا ... الخ .

2 . اهداف خاصة :

يمكن حصر الاهداف الخاصة بالبرنامج في النقاط التالية :

- 1 . تعريف فئة المسنين بالاكْتئاب و الاثار التي تتجم عليه اذا لم يعالج .
- 2 . مساعدة هذه الفئة على تحديد العناصر التي تثير لديها الافكار اللاعقلانية و التي تؤدي بهم الى الاكْتئاب .
- 3 . مساعدة هذه الفئة على التمييز بين الافكار العقلانية و اللاعقلانية .
- 4 . توضيح العلاقة لدى المسنين بين الافكار اللاعقلانية و حالة الاكْتئاب التي يعيشونها .
- 5 . مساعدة المسن على اكتساب المهارات الجديدة التي تساعده على خفض الاكْتئاب لديه .
- 6 . تدريب المسن على ممارسة هذه المهارات الجديدة التي تؤدي الى خفض الاكْتئاب لديه .
- 7 . مساعدة المؤسسة الايوائية على توفير الجو المناسب لتسهيل ترسيخ المهارات الجديدة لدى المسن .
- 8 . متابعة المسنين و تعميق الافكار العقلانية لديهم .

الفئة المستهدفة للبرنامج الارشادي :

انطلاقاً من موضوع البحث و اهدافه ، فان الفئة المستهدفة هي فئة المسنين (من الاناث) الواتي يكونون اكثر اكتساباً للافكار اللاعقلانية ، باعتبار المرأة اكثر حساسية .

التخطيط لبناء البرنامج الارشادي :

لا يمكن باي حال من الأحوال القيام ببناء برنامج إرشادي يستند الى معايير علمية و الى نظرية من بين النظريات التي تناولت الموضوع ، قبل التخطيط لعملية البناء هذه الاداة . وقد كانت ذلك من خلال الخطوات التالية :

- 1 . الخطوة الاولى : الاطلاع على المصادر و المراجع و البحوث التي تناولت الموضوع .
- 2 . الخطوة الثانية : الإطلاع على النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لالبرت اليس بالاضافة الى بعض البحوث التي اعتمدت عليها في مثل هذه الدراسات

و قد اعتمدت الباحثة على النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لالبرت اليس في بناء البرنامج الارشادي في خفض الاكْتئاب لدى المسنين . و يعد هذا النوع من الاساليب الارشادية و العلاجات

نوعا فعالا بحيث يركز على الجوانب الفكرية و المعرفية ، و قد برهنت بعض الدراسات مثل دراسة فرج ، 1992 و المدخلي ، 1996 ، و العقاد ، 2001

3 . الخطوة الثالثة الاطلاع على بعض البرامج الارشادية و على كفيات و اساليب بنائها 4 . الخطوة الرابعة : تم تصميم محتوى البرنامج ، اعتمادا على الخطوات السابقة ، و وفقا للجلسات الممكنة . و قد جاء البرنامج في صورته الاولية كالتالي :

الجلسة	الهدف	الفنيات و التقنيات	الوسائل	الزمن
الاولى	التعارف و التهيئة	الشرح و المناقشة	قاعة	40 دقيقة
الثانية	بناء الثقة بين الاعضاء	دينامية الجماعة	قاعة	60 دقيقة
الثالثة	بناء مهارة لتواصل و ازالة العوائق	دينامية الجماعة المناقشة و الحوار الجماعي التعزيز الواجب المنزلي	قاعة	90 دقيقة
الرابعة	التعريف الشيوخة	المناقشة حول حياة الشيخ . لعب الادوار . واجب منزلي	قاعة ، بعض الصور	90 دقيقة
الخامسة	الاكتتاب	المحاضرة والشرح . مناقشة جماعية . الواجب المنزلي	قاعة	60 دقيقة

90 دقيقة	قاعة	الشرح المناقشة الجماعية	التعرف على الافكار العقلانية و اللاعقلانية (عام)	السادسة
90 دقيقة	القاعة	مناقشة جماعية التعزيز (الافكار و المشاعر الايجابية (الواجب المنزلي	الاكتئاب و الافكار و المشاعر و السلوك (عام)	السابعة

60 دقيقة	قاعة	الشرح المناقشة و الحوار	. تحليل الافكار غير العقلانية) الفردية و الجماعية) . تمكين العميل من التعرف على الافكار غير العقلانية	الثامنة
90 دقيقة	قاعة فيديو	. الشرح . المناقشة . النمذجة الجماعية و الفردية . الواجب المنزلي	تحديد اثر الافكار غير العقلانية في ظهور الاكتئاب	التاسعة

90 دقيقة	قاعة عرض البوربوينت	المناقشة لعب الادوار الواجب المنزلي	اعادة العمل الى التفكير المنطقي و تقبل ذاته . التدريب على السلوك التوكيدي	العاشرة
90 دقيقة	شرح فيديو	المناقشة و الشرح الاسترخاء الواجب المنزلي	التدريب على الاسترخاء	الحادي عشر
90 دقيقة	توضيح و تأكيد التعلم في مكان ملائم	المناقشة و الشرح الاسترخاء التأكد من التعلم الواجب المنزلي	التدريب على الاسترخاء	الثاني عشر
90 دقيقة	عرض الشرح	المناقشة الجماعية لعب الدور الواجب المنزلي	التأكيد على الافتتاح بالافكار العقلانية	الثالث عشر
90 دقيقة	نشرة ارشادية عرض النقاط الخاصة بالموضوع و التأكيد عليها	الشرح المناقشة الجماعية الواجب المنزلي	التدريب على حل المشكلات و التعامل معها	الرابع عشر

الخامس عشر	التقويم	المناقشة الجماعية التطبيق البعدي اختبار الاكتتاب لدى المسنين	تقييم جماعيا	البرنامج	90 دقيقة
------------	---------	---	-----------------	----------	----------

شبكة التحكيم

ملاحظة	غير مناسبة	مناسبة	
			الخطوات
			المحتوى
			التقنيات
			التوقيت
			الشكل العام

الاستاذ:.....الرتبة.....الجامعة.....

ملاحظة : تقوم الباحثة بتكييف البرنامج و تصحيحه وفق المتطلبات اثناء التطبيق .

ملاحظات اخرى :

.....

.....

.....

.....

المخلص

تهدف هذه الدراسة الى الكشف عن مدى فعالية برنامج إرشادي نفسي مقترح وفق النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لالبرت اليس Albert Ellis لتخفيض مستوى الاكتئاب لدى المسنين. و للإجابة عن تساؤلات الدراسة التي تبحث في الفرق بين الاختبار القبلي (قبل تطبيق البرنامج) و البعدي (بعد تطبيق البرنامج) لمقياس الاكتئاب الموجه للمسنين، اختيرت عينة قصدية من المسنات المقيمات في مركز ايواء العجزة لوهران بلغ تعدادهن سبع مسنات يعانين من مستويات مرتفعة من الاكتئاب. طبقت الباحثة البرنامج الإرشادي و اختبار الاكتئاب الموجه للمسنين. و قد أسفرت النتائج على انخفاض مستويات الاكتئاب لدى العينة المدروسة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي. و ان البرنامج الارشادي ذو فعالية.

Abstract

This study sets up to investigate the effectiveness of a psychological cancelling program proposed according to Albert Ellis behavioral, emotional rational theory to reduce the level of depression among the elderly. To answer the study questions which investigate the difference between pre-test (before the program application) and the post-test (after applying the program) in the test of depression for elderly people.

An intentional sample was selected from the elderly residing in the centre of Oran, which consisted of seven elderly women with high levels of depression. The research applied a cancelling program as well as the depression test for the elderly.

The results have show low levels of depression in the studied sample, which proves the effectiveness of the cancelling program.

Résumé :

Cette étude vise à explorer l'efficacité d'un programme de counselling psychologique proposé selon la théorie rationnelle émotionnelle est comportementale d'Albert Ellis à réduire le niveau de dépression chez les personnes âgées. Pour répondre aux questions de la recherche qui étudient la différence entre le pré-test (avant l'application du programme) et le post-test (après l'application du programme) au test de dépression pour les personnes âgées. Un échantillon intentionnel a été choisi parmi les personnes âgées résidant au centre d'hébergement de la ville d'Oran qui comprenait sept femmes âgées atteintes de dépression élevé.

La chercheuse a appliqué le programme de counselling aussi que le test de dépression sur les personnes âgées. Les résultats ont montré de faibles niveaux de dépression chez l'échantillon étudié ce qui prouve l'efficacité du programme de counselling.