



المركز الديمقراطي العربي - ألمانيا



الخدمات السيكولوجية وتعزيز الصحة النفسية:
نحو مجتمع خال من الاضطرابات النفسية

وقائع اعمال
المؤتمر الدولي الافتراضي

أيام 17 و 18 - 08 - 2021

الخدمات السيكولوجية وتعزيز الصحة النفسية:
نحو مجتمع خال من الاضطرابات النفسية



المركز الديمقراطي العربي ألمانيا - برلين
جامعة بنغازي ليبيا
الأكاديمية الليبية وإدارة التعليم العالي - ليبيا



VR . 3383 - 6552 B

DEMOCRATIC ARABIC CENTER
Germany: Berlin 10315 Gensinger- Str. 112

<http://democraticac.de>

TEL: 0049-CODE

030-89005468/030-898999419/030-57348845

MOBILTELEFON: 0049174274278717

الخدمات السيكولوجية وتعزيز الصحة النفسية:
نحو مجتمع خال من الإضطرابات النفسية

الناشر

المركز الديمقراطي العربي
للدراستات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية
ألمانيا/برلين

**Democratic Arabic Center
Berlin / Germany**

لا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو أي جزء منه أو تخزينه
في نطاق استعادة المعلومات أو نقله بأي شكل من الأشكال، دون إذن مسبق خطي من
الناشر.

جميع حقوق الطبع محفوظة

All rights reserved

No part of this book may be reproduced, stored in a retrieval
system, or transmitted in any form or by any means, without the
prior written permission of the publisher

المركز الديمقراطي العربي
للدراستات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية ألمانيا/برلين

Tel: 0049-code Germany

030-54884375

030-91499898

030-86450098

رقم تسجيل الكتاب

VR.3383-6552 B

البريد الإلكتروني

book@democraticac.de



المركز الديمقراطي العربي
لدراسات الاستراتيجية، الاقتصادية والسياسية

Democratic Arab Center
for Strategic, Political & Economic Studies

المؤتمر الدولي العلمي تحت عنوان:

الخدمات السيكولوجية وتعزيز الصحة النفسية:
نحو مجتمع خال من الإضطرابات النفسية

لا يتحمل المركز ورئيس المؤتمر ولا اللجان العلمية والتنظيمية مسؤولية ما ورد في هذا الكتاب من آراء وهي لا تعبر بالضرورة عن قناعاتهم، ويبقى أصحاب المداخلات هم وحدهم من يتحملون كامل المسؤولية القانونية عنها

المركز الديمقراطي العربي – ألمانيا-برلين
بالتعاون مع
جامعة بنغازي، ليبيا
الأكاديمية الليبية-وزارة التعليم العالي- ليبيا
ينظمون المؤتمر الدولي الافتراضي حول:

الخدمات السيكولوجية وتعزيز الصحة النفسية: نحو مجتمع خال من الإضطرابات النفسية

أيام 17 و 18 – 08 - 2021

إقامة المؤتمر بواسطة تقنيّة التّحاضر المرئي عبر تطبيق Zoom –

هيئة المؤتمر:

الرئاسة الشرفية للمؤتمر:

- د. عزالدين الدرسي – رئيس جامعة بنغازي – ليبيا
- د. أحمد علي بالتمر – مدير الاكاديمية الليبية – وزارة التعليم العالي – ليبيا
- أ. عمار شرعان – رئيس المركز الديمقراطي العربي – برلين – ألمانيا

رئاسة المؤتمر:

- د. بحري صابر، جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2، الجزائر

رئاسة اللجنة العلمية للمؤتمر:

- د. خرموش منى، جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2، الجزائر

اللجنة العلمية للمؤتمر:

- أ.د. بوعامر أحمد زين الدين، جامعة أم البواقي، الجزائر
- أ.د. بوعطيط سفيان، جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة، الجزائر
- أ.د. بومنقار مراد، جامعة عنابة، الجزائر
- أ.د. سامعية إبرييم، جامعة أم البواقي، الجزائر
- أ.د. عمر الخرابشة، جامعة البلقاء التطبيقية، الأردن
- أ.د. فاضل خليل إبراهيم، جامعة الموصل، العراق
- أ.د. لعريط البشير، جامعة عنابة، الجزائر
- أ.د. لوكيا الهاشمي، جامعة قسنطينة 02، الجزائر
- أ.د. برزان ميسر الحامد، جامعة الموصل، العراق
- أ.م.د. حاكم موسى عبد الحناوي، الكلية التربوية، العراق
- د. بن دريدي منير، جامعة سوق أهراس، الجزائر
- د. بوعطيط جلال الدين، جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة، الجزائر
- د. تومي الطيب، جامعة المسيلة، الجزائر
- د. جلاب مصباح، جامعة المسيلة، الجزائر
- د. جوادي يوسف، جامعة بسكرة، الجزائر.
- د. دوباخ قويدر، جامعة المسيلة، الجزائر
- د. ربيع عبد الرؤوف محمد عامر، جامعة الملك خالد، المملكة العربية السعودية.
- د. سرمد جاسم محمد الخزرجي، جامعة تكريت، العراق
- د. شلابي زهير، جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة، الجزائر

- د. علي فارس، جامعة الوادي، الجزائر
- د. لبيد عماد، جامعة سطيف2، الجزائر.
- د. لرقم عز الدين، جامعة عنابة، الجزائر
- د.صلاح هاشم، جامعة الفيوم، مصر.
- د. محمد الشريف شريط، جامعة عنابة، الجزائر
- د. معن قاسم محمد الشياح، جامعة طيبة، المملكة العربية السعودية
- د. هوادف رابح، جامعة خميس مليانة، الجزائر
- د.إسعادي فارس، جامعة الوادي، الجزائر
- د.بحري صابر، جامعة سطيف 02، الجزائر
- د.بلقاسم الأزهرري، جامعة برج بوعريرج، الجزائر
- د.بن صويلح ليليا ، جامعة قالمة، الجزائر
- د.بوعزة الصالح، جامعة الوادي، الجزائر
- د.خلفة سارة، جامعة سطيف 2، الجزائر
- د.رشيدي السعيد، جامعة سطيف2، الجزائر
- د.سليم صيفور، جامعة جيجل، الجزائر
- د.أحمد جلول، جامعة الوادي، الجزائر
- د.سيدي صالح صيرينة، جامعة سطيف2، الجزائر
- د.عياش بن الشيخ، المركز الجامعي بريكة، لجزائر
- د.عيساوي فلة، جامعة سطيف2، الجزائر
- د.قشي إلهام، جامعة بسكرة، الجزائر
- د.مزوز عبد الحليم، جامعة سطيف2، الجزائر
- أ.د سناسي عبد الناصر، جامعة عنابة، الجزائر
- أ.د علاء الدين السعيد عبد الجواد النجار، جامعة كفر الشيخ، مصر
- أ.د بوزيدي محمد، جامعة معسكر، الجزائر.
- د.طباع فاروق، جامعة محمد لمين دباغين سطيف 02، الجزائر
- د.عقون مليكة، جامعة معسكر، الجزائر
- د.أحمد عبد القوي قنصوة، المؤسسة العلمية للعلوم التربوية والتكنولوجية والتربية الخاصة، مصر
- د.عبد سعيد الصنعاني، جامعة تعز، اليمن
- د.محمد المرسي، مركز تعليم الطفل، الكويت
- د.جمهور الحميدي، جامعة تعز، اليمن.
- د.محمد أحمد مرعي، الأكاديمية العربية الدولية للعلوم والنشر البحثي.
- د.عبد الرقيب الشميري، جامعة إب، اليمن
- د.ندى عبد الله العبيدي، المعهد السويدي لتعليم اللغات
- د.زرقان ليلي، جامعة محمد لمين دباغين سطيف02، الجزائر
- د.بضياف عادل، جامعة المدية، الجزائر

- د.حشوف عمار، جامعة قسنطينة 02، الجزائر
- د.قنشي إلهام، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر
- د.صيفور سليم، جامعة جيجل، الجزائر
- د.عقون مليكة، جامعة معسكر، الجزائر
- د.السعيد رشيد، جامعة سطيف 02، الجزائر

المنسق العام (الجامعة الصيفية): د.بحري صابر، المدير العلمي للمركز الديمقراطي العربي (ألمانيا)

المنسق العلمي: د.هوادف رابح، جامعة خميس مليانة، الجزائر

منسق عام المؤتمر: د.ناجية سليمان عبد الله، رئيس تحرير مجلة العلوم السياسية والقانون

مدير النشر: د. أحمد بوهكو، مدير النشر، المركز الديمقراطي العربي (ألمانيا)

رئيس اللجنة التنظيمية: أ.كريم عايش، المركز الديمقراطي العربي (ألمانيا)

إشكالية المؤتمر

تعد الخدمات النفسية من أهم مخرجات العلوم النفسية التي يقدمها المختصون في مختلف مجالات علم النفس للأشخاص سواء أكانوا في شكل أفراد أو جماعات، وذلك بهدف تحقيق الأمن النفسي لديهم بما يضمن رفاهيتهم النفسية والتي هي مبتغى أي فرد اليوم، خاصة وأن تلك الخدمات ورغم تنوعها واختلافها إلا أنها تسعى لتحقيق أهداف مشتركة تدور حول الإنسان بالدرجة الأولى وتحقيق ذاته. وتسعى الخدمات جاهدة إلى التركيز على تعزيز الصحة النفسية كإستراتيجية للوقاية من الاضطرابات النفسية، وهو الاتجاه الإيجابي الحديث في ظل دراسات علم النفس الإيجابي، ولم يعد ذلك التعزيز مجرد بروتوكول نفسي بل أضحت دعامة نفسية أساسية ليس لعلاج المشكلة بل وللوقاية من الاضطرابات النفسية.

واصبح المبتغى الأساسي اليوم هو مجتمع خال من الاضطرابات النفسية والأمراض المختلفة، ولن يكون ذلك إلا من خلال العديد من إستراتيجيات الوقاية والتي تعد عملية تعزيز الصحة النفسية أحد أهم مجالاتها خاصة وأن ذلك ممكن من خلال العديد من الخدمات النفسية التي من شأنها بلورة الصحة النفسية في المجتمع ما يجعله مقاوما لمختلف ما يعترضه من مشكلات واضطرابات نفسية. فكيف تساهم الخدمات النفسية في تعزيز الصحة النفسية بما يخلق مجتمع خالي من الاضطرابات النفسية؟.

محاور المؤتمر

- 1- واقع الخدمات النفسية واليات تطويرها.
- 2- الخدمات النفسية وتعزيز الصحة النفسية في مجالات الحياة (الروضة، المدرسة، بيئة العمل، المستشفيات، الجامعات، الأسرة، المجتمع).
- 3- واقع التشخيص للإضطرابات النفسية والصحة النفسية.
- 4- الخدمات النفسية والإضطرابات النفسية في المجتمع.
- 5- العلاج النفسي كآلية لتعزيز الصحة النفسية.
- 6- التكوين الجامعي للأخصائي النفسي وواقع الممارسة النفسية.
- 7- الخدمات النفسية والصحة النفسية للبالغين والأطفال وكبار السن.
- 8- الإرشاد النفسي والمهني وتعزيز الصحة النفسي.
- 9- واقع المراكز المتخصصة والجهات المعنية بتقديم الخدمات النفسية والصحة النفسية.
- 10 -مشكلات العاملين في مجال الرعاية النفسية والصحة النفسية.
- 11- جائحة كورونا والصحة النفسية واليات التعزيز.
- 12-دراسات وتجارب محلية ودولية حول الخدمات النفسية وتعزيز الصحة النفسية.

الفهرس

صفحة

العنوان

اضطراب ما بعد الصدمة "PTSD" الناتج عن الخبرات الصادمة أثناء الأزمات والنزاعات المسلحة بليبيا (الأمهات النازحات اللاتي تعرضن لصدمة اختطاف أبنائهن من قبل المليشيات المسلحة نموذجا)

د.نادية علي المهدي عبدالنبي.....12.

التوافق المهني كمدخل لتعزيز الصحة النفسية لدى الأفراد في بيئة العمل

د.خرموش منى، د.بحري صابر.....44.

الاضطرابات النفسية الناتجة عن نظام العمل التناوبي لدى الممرضين - دراسة ميدانية على عينة من الممرضين ببعض المؤسسات الاستشفائية بولايات الجزائر -

د.هناء بوحارة.....52.

بعض مشكلات الاخصائيين النفسانيين العياديين العاملين في قطاع الرعاية الاجتماعية بولاية تلمسان (دراسة وصفية تحليلية)

د.معلاش أسية، د.بن عبد الله حفصة،.....66.

تأثير الدعم النفسي الاجتماعي في تعزيز الصحة النفسية لدى الأفراد

أ.أمينة كرسنة، د.بوعطيط جلال الدين.....76.

- الصحة النفسية في بيئة العمل وعلاقتها بالاحترق النفسي لدى العاملين بشركة بادي للدهن –
دراسة ميدانية بشركة بادي للدهن ببلدية القلثة الزرقاء- سطيف
- د.سيدي صالح صبرينة، أخلاف ابتسام.....87.
- قراءة تحليلية في وضع السلامة والصحة المهنية ومدى فعاليتها في تحقيق الصحة النفسية.
- ط.د درواز ناريمان، د. شريبط محمد الشريف104.
- دراسة استكشافية لواقع التكفل بأطفال اضطراب طيف التوحد بمركز "جسر الأمل" –تبسة-
- ط.د بلهوشات سمية، د.بهتان عبد القادر.....122.
- الإرشاد النفسي لكبار السن بين الحاجة والأهمية
- د.خلفة سارة، د.عيساوي فلة..129.
- دور الخدمات النفسية في تعزيز الصحة النفسية لدى ذوي الاحتياجات الخاصة
- ط.د قعييرة وردة.....139.
- الميزوفونيا
- د. بن مجاهد فاطمة الزهراء، أ. معطاء الله نور الإيمان،.....152.
- فعالية البرامج التأهيلية في التحسين من بعض السمات عند الطفل التوحدي
- ط.د مكيديش إكرام، د.تلمساني فاطمة،.....183.

الصحة النفسية لدى طلبة الجامعيين

ط.د رحال نور الهدى،.....191.....

الصحة النفسية المدرسية

د.عبد الحفيظ جدو ،.....213.....

دور التكفل النفسي التربوي في تحسين الصحة النفسية لدى المراهق المدمن على المخدرات

ط.د شيخ رقية، د.تلمساني فاطمة ،.....226.....

اضطراب ما بعد الصدمة "PTSD" الناتج عن الخبرات الصادمة أثناء الأزمات والنزاعات المسلحة بليبيا (الأمهات النازحات اللاتي تعرضن لصدمة اختطاف أبنائهن من قبل الميليشيات المسلحة نموذجا)

د.نادية علي المهدي عبدالنبي

قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة سبها لليبيا

مقدمة:

ارتبط وجود الإنسان على سطح الأرض بتاريخ طويل من الضغوط والأزمات والشدائد والكوارث بعض هذه الكوارث طبيعية (كالزلازل، البراكين، الاعاصير، الفيضانات) والبعض الآخر وهو الأقسى والأعنف من صنع البشر (كالأسر، الاعتقال، والخطف، والتعذيب، والإبادة، وغيرها). وتؤكد الوقائع والأحداث عبر التاريخ أن ضحايا الكوارث البشرية تفوق بجدارة ضحايا الكوارث الطبيعية (مجيد، 2011، 304)، (أدم، 2016، 11). فالصدمة النفسية التي يسببها الإنسان يكون لها تبعات شديدة بشكل عام كخدمات نفسية بالمقارنة مع الصدمات النفسية الناتجة عن الكوارث الطبيعية التي لا يسببها الإنسان (الدليل الارشادي للمغتربات والمغتربين، 2017، 6).

وتعد النزاعات المسلحة أحد الأسباب الرئيسة للعديد من المشكلات النفسية والاجتماعية والصحية والاقتصادية فالقتل والتهجير والتدمير والحرق للمساكن والمباني والمواقع الخدمية تؤدي بالضرورة إلى تدهور الأحوال المعيشية للمدنيين وحرمانهم من أهم الاحتياجات الأساسية للحياة. وهذا ما حصل في المجتمع الليبي حيث أدت الصراعات السياسية والاختلاف فيما بينها في الرؤى والأهداف إلى اللجوء لاستخدام العنف الذي وصل إلى حد النزاع المسلح بعد أن هيأت له الظروف الأرضية الخصبة تمثلت في عدم الوصول إلى توافق وطني ويشمل ويوحد كل الأطراف والتوجهات السياسية، وأول من دفع ثمن هذا الصراع في المجتمع هي الأسرة، حيث شنت العديد من الهجمات العشوائية أدت إلى فقدان الأمن والسيطرة وضعف في مؤسسات الدولة وإصابة المئات في صفوف المدنيين وإلى إلحاق الدمار بالمباني المدنية ومرافق البنية التحتية، بما في ذلك المستشفيات والبيوت والمساجد والمحلات التجارية والمزارع ومحطات توليد الطاقة والمطارات والطرق ومرافق تخزين النفط (الرميح، نصر، 2020، 252-263).

حيث يمر الإنسان في حياته بالكثير من الأزمات المختلفة التي تتعدد مسبباتها وفقا لنوع المشكلة ودرجة تأثيرها، بعضها يزول في وقت قصير ولا يترك أثرا، والآخر يترك أثرا مدمرا يستمر لفترة طويلة، وتشير الدراسات إلى أن نوعية الإصابة المرضية تختلف باختلاف نوعية الكوارث، وتختلف معدلات الاضطرابات باختلاف الشخصيات والثقافات (ابراهيم، 2017، 1). فالشخصية الإنسانية ذات خصائص يتميز بعضها عن البعض الآخر، فبعض العوامل الضاغطة تشكل عبئا لدى أنماط معينة من الشخصيات، في حين تستطيع أنماط أخرى تحملها ومن ثم تصريفها بالشكل الذي لا يترك أثرا، كما تتدخل المكونات البيولوجية في قدرة التحمل وقوة أجهزة الفرد، البدنية (دافيدون، 1993، 616).

ومن بين الخبرات الصادمة نجد أن الحروب والكوارث بأنواعها قد أحدثت آثاراً نفسية سيئة، في الماضي والحاضر في مختلف أنحاء العالم. حيث أشار علماء النفس إلى أن الأفراد الذين يعانون الحروب والأزمات غالباً أكثر عرضة للإصابة باضطرابات النفسية وخاصة المرأة فهي المتضرر الأكبر لأنها أكثر عرضة للصدمة النفسية خاصة إذا تعلق الأمر بفلذة كبدها، حيث يحدث اضطراب وخلل في تنظيمها النفسي والتي تنجم عنها جملة اضطرابات نفسية وجسمية كارتفاع ضغط الدم أو أي اضطراب آخر، هجران مباح الحياة، تفرغ لكل معنى في الحياة، الانكسار النفسي وتحطيم الثقة في الذات، القلق، الحزن (ايت حمودة، 2006، 109).

وقد عانت المرأة مثلها مثل الرجل من ويلات الحروب وأزماتها، وما ترتب عليها من عدم الاستقرار والتهجير وعدم الشعور بالأمان والبحث الدائب عن المستقبل الآمن، فإذا كانت ردود الأفعال لدى الرجال تتضح بحالات التجهم والكآبة الطارئة، والتحدث بصوت مسموع، فعند المرأة تظهر على شكل أعراض جسمية مثل الصداع، وحالات الانهيار ما بعد الولادة، القلق، والاكتئاب، والتوترات التي تعترى مرحلة ما قبل الحيض، ارتباك وانقطاع الطمث، وظهور أعراض سن اليأس المبكر، فقدان الشهية للطعام أو الشراهة، فالنساء إذن معرضات للاضطرابات النفسية التي قد تتعلق بتركيبتن البيولوجية، وما يرافقه من أعراض كسرعة التأثر والغضب، أو اختلال ساعات النوم، أو حالات الصداع المستمر (عبدالستار، 1998، 118).

ويري كل من (بشارة، احمد، 2017) أن الحرب بكل ما تحويه من تحديات وأحداث صادمة قد أثرت على صحة المرأة وجعلتها عرضة للكثير من الاضطرابات النفسية، مثل فقدان أبنائها أو زوجها أو أسرتها من جراء الحرب مما يضطرها إلى تحمل المسؤولية كاملة، إضافة إلى ترك منزلها والنزوح مما يعرضها إلى هزات نفسية واجتماعية من جراء عدم الاستقرار، والخوف على نفسها ومستقبل أبنائها، مما يعرضها لحالة من الخوف والحزن وهو ما يولد في نفسها صراعا وضغوط واضطرابات نفسية تظهر في شكل حالات من القلق والصدمة والاكتئاب، مما يزيد من الضغوط والاضطرابات النفسية لديها، كما أكد الباحثان من خلال عملهما الميداني على أن معظم النساء يعانين من فوبيا تكرار المآسي الإنسانية والقابلية المرتفعة للاستثارة والخوف والقلق والتوتر والاكتئاب والعصبية المرتبطة بالحرب والنزوح، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (41-40). ونتيجة لتعرض بعض المناطق الليبية للنزاعات المسلحة اضطرت بعض الأسر إلى النزوح القسري فترك العديد منهم مساكنهم وممتلكاتهم مما عرضها للسرقه والنهب والتخريب، والحرق، كما تعرضت بعض الأسر نتيجة للنزاعات وانتشار السلاح لممارسات انتهكت أمنها واستقرارها النفسي والاجتماعي والاقتصادي كأعمال الخطف والابتزاز وطلب الفدية وتحميل هذه الأسر أعباء مادية ليس لديها القدرة على تحملها، مما سبب لديهم صدمة مؤلمة فقدوا خلالها الشعور بالأمان والسلم الاجتماعي الذي يعتبر من أهم حاجات الإنسان ومطلب ضروري للعيش في بيئة آمنة (الرميح، نصر، 2020، 253).

وما زالت ليبيا تعاني ويلات الحرب، وما زال الليبي يعاني من صدمات الحرب النفسية. بل إن الآثار الحقيقية للحرب لم تظهر بالكامل بعد، وستظهر خلال السنوات القادمة، ولكن للأسف لن نتمكن من حصرها والتعامل معها كبيانات مجمعة بطرق البحث العلمي ومثبتة بشهادة المتخصصين بهذا المجال، إلا إذا قامت الدولة أو الجهات المسؤولة في ليبيا بالالتفات إلى ملف الصحة النفسية وآثار الحرب على المجتمع الليبي، من خلال توفير مراكز لإيواء حالات المرض العقلي والإدمان، وإقامة مستوصفات

للعلاج النفسي، يتوفر فيها أطباء ومعالجون نفسيون وأطقم ترميض متخصصين في الأمراض النفسية والعقلية. وهذا ما تحاول الدراسة الحالية دراسته بهدف لفت الانتباه اليه.

مشكلة الدراسة: تشير الإحصاءات التي تصدر من مناطق النزاع عادة بأعداد الإصابات بين المدنيين بمن فيها الأطفال والنساء للدلالة على حجم الكارثة لأن النساء يشكلن العمود الفقري لأي مجتمع. (الأمانة العامة للجامعة العربية وهيئة الأمم المتحدة، لتمكين المرأة، 2012، 29). حيث قامت (منظمة التضامن لحقوق الإنسان، نوفمبر، 2018) برصد بعض ضحايا المواجهات المسلحة في ليبيا، وشملت إحصائيات بالحوادث التي تم التأكد منها من خلال المقارنة بين عدة مصادر عن ضحايا المواجهات المسلحة خلال التسعة أشهر الأولى من عام 2018 م، حيث تم رصد (3179) ضحية (بين جرحى وقتلى وأسرى نتيجة الاشتباكات التي وقعت في مناطق ومدن مختلفة من الشرق والجنوب والغرب الليبي، بلغت نسبة الضحايا من المتقاتلين (2587 ضحية) بنسبة (81%)، فيما بلغ عدد الضحايا المدنيين (592) ضحية بنسبة (19%) بينهم (46 طفلاً)، كما لقي (1163) من الضحايا حتفهم أي بنسبة (36%)، وبلغ عدد الجرحى (1900) جريح)، بنسبة تقدر (60%) وفيما بلغ عدد ضحايا الأسر والاعتقال (116) شخص.

إنّ ما يُعانيه بعض أفراد المجتمع الليبي من أمراضٍ نفسيةٍ مؤخراً، غير مدعوم بأرقام وإحصائيات دقيقة تثبت ارتفاع نسبة هذه الأمراض في المجتمع بعد الحرب. لكن من تصريحات ذوي التخصص سواء عالمياً أو على المستوى المحلي، من أطباء ومعالجين نفسيين، بناء على خبرتهم، وضحو أنّ من أشهر الاضطرابات النفسية التي تخلفها ضغوطات بيئة الحرب هي: اضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD) (ابو السعود، 2019). حيث أشارت الدكتورة عائشة أبو حجر الاستشارية والمعالجة النفسية، حول الآثار النفسية للحرب على المجتمع الليبي، في مقابلة معها (عام 2017) إلى أنّ أكثر الاضطرابات انتشاراً في ليبيا (في 2012 – 2013) كانت اضطرابات ما بعد الصدمة، والقلق العام، والاكتئاب، والإدمان. أما حديثاً فإن أكثر الاضطرابات هي القلق العام، والاكتئاب، ونوبات الهلع والخوف. وينبغي ملاحظة أنّ للتاريخ الأسرى دورٌ مهم في تحديد نوع الاضطراب.

حيث تترك الحروب والأزمات ذات الصبغة العدوانية، الكثير من الكوارث، والجرائم بحق الأبرياء، ناهيك عن التدمير الذي يلحق بالعمران والبيئة، ولعل من أكثر نتائجها المأساوية هي ما تتركه لدى الأشخاص من آثار سلبية، قد ترافقهم طيلة حياتهم، ولا يخفي عن أحد ما مرت وتمر به ليبيا من حروب ونزاعات مسلحة وصراعات وما ترتب عليها من آثار سلبية كالنزوح، والفقدان، والاختطاف، والأسر، والتعذيب، ولاشك في أنّ كل هذه الأحداث قد حفرت في ذاكرة الأفراد صوراً لا تنسى، قد تؤثر على صحتهم الجسمية والنفسية على المدى القريب، أو البعيد، كما تسبب الآفات التي يصعب علاجها، والتي قد تتحول إلى آفات نفسية مزمنة، فتعرض الإنسان لخطر مفاجئ أو رؤية مشهد مفرع أو سماع خبر مفرع، يتسبب في حدوث صدمة نفسية له، لذا فإن الحروب وما يصاحبها من أهوال ونكبات، يكون أثرها النفسي أكبر بكثير من الآثار الجسدية على الإنسان، وهذا ما لا يدركه الأشخاص في حينه، بل بعد تفاقم الحالة النفسية، وتحول مشاعر الفزع والرعب إلى آفة نفسية مزمنة تحتاج للعلاج والمداواة لفترات زمنية طويلة. وعليه تتحدد مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس الآتي: ما هو المستوى العام للاضطراب ما بعد الصدمة لدى الأمهات النازحات اللاتي تعرضن لصدمة اختطاف أبنائهن؟

أهمية البحث:

أن التراث النفسي الأجنبي والعربي اهتم بالصحة النفسية للأمهات وتقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية لغير المستقرات نفسياً منهن كالأمهات اللاتي يعانين من القلق أو الاكتئاب والذهانيات من منطلق الاهتمام بالطفولة، في حين أن هناك اضطراباً ينتمي إلى العُصاب الراهن بحسب تصنيف (فرويد)، لم ينل حظاً من الدراسة في المجتمع العربي في حدود علم الباحثة، هذا الاضطراب يجمع في طياته زملة اضطرابات تعصف بالصحة النفسية للأمهات، وينعكس بالسلب على تفاعلهم مع أبنائهم ونمط الوالدية السائد بالأسرة وإن لم يتم تداركه تتطور الحالات لأوضاع نفسية خطيرة وهو اضطراب ما بعد الصدمة (ضياء الدين، 2017، 501).

أولا الأهمية النظرية:

تتبع أهمية الدراسة الحالية من أهمية الطرح الذي تطرحه، بالإضافة إلى أن هذا البحث من البحوث القليلة على مستوى شريحة النازحين باعتبارها شريحة عاشت ويلات الحروب وما نجم عنها من حالات نفسية واجتماعية واقتصادية وتربوية وصحية، تكمن أهميتها أيضاً من التطرق لقضية هامة يعانيتها المجتمع الليبي وهي النزاعات المسلحة التي أصبحت من الظواهر التي تعيق دور الأسرة والمجتمع والتي تشهدها ليبيا منذ (2011) فالنزاعات عامل يهدد أمن الأسرة الاجتماعي، مما يزيد من فرص الجنوح والانحراف الاجتماعي.

- إثراء التراث النظري حول اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، حيث أنه (في حدود علم الباحثة) لم ينل اضطراب كرب ما بعد الصدمة أو الاضطرابات النفسية الناجمة عن التعرض للصدمة في المجتمع الليبي خاصة على الأمهات أو الأطفال حظاً من الدراسة والبحث، رغم كل ما تعرض له من حروب، وثورات وعمليات إرهابية مما أثر على المجتمع وسبب صدمات نفسية عنيفة، لمختلف فئاته وخاصة الأمهات وأطفال.

- ندرة الأبحاث والدراسات المحلية المرتبطة بالخدمة النفسية في مجال النزاعات المسلحة والحروب فضعف خدمات الصحة والرعاية النفسية جعلت الليبيين يشعرون بحالة من العجز تجاه أنفسهم وأحبّتهم، وبالتالي من الضرورة أن يكون للخدمات النفسية كمهنة ديناميكية إسهام واضح في هذا المجال يكون مبني على أسس علمية سليمة.

تحاول الدراسة لفت انتباه الإخصائيين النفسيين بصفة خاصة إلى أهمية دراسة الآثار الناجمة عن النزاعات والصراعات المسلحة على المجتمع الليبي.

- لفت الانتباه إلى أن جريمة الاختطاف (الشباب من قبل الميليشيات) قد تخلق لدى الأمهات صدمة نفسية تحدث اضطراب وخلل في تنظيمها النفسي والتي تنتج عنه جملة من الأعراض سواء نفسية، جسدية، اجتماعية وعلائقية وتؤدي هذه الصدمة النفسية إلى نشأة العديد من الاضطرابات النفسية، التي تنعكس سلباً على الأسرة.

ثانيا الأهمية التطبيقية:

1. الاستفادة من تطبيق مقياس دافيدوس في الكشف عن مشكلات النازحين المصابين باضطراب ما بعد الصدمة.

2. تأمل الباحثة الخروج ببعض التوصيات التي يمكن أن تفيد في تصميم برامج وقائية وعلاجية موجهة للأفراد والأسر المتضررة من النزاعات المسلحة، فالاشتباكات المسلحة غالباً ما تكون محصورة في مناطق معينة ولكن الأثر النفسي والاجتماعي والاقتصادي للنزاع يشمل الجميع في المجتمع.

3. الاهتمام بالتقنيات العلاجية المستخدمة في علاج الصدمة النفسية والتي تكون نتيجة تجربة الضرر الفعلي أو التهديدات التي تترك ضرراً جسدياً أو عاطفياً، وهو الاضطراب النفسي الأكثر شيوعاً نتيجة النزاع المسلح والحرب.

أهداف الدراسة: تسعى هذه الدراسة لتحقيق الأهداف الآتية:

الكشف عن المستوي العام لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأمهات النازحات (من منطقة مرزق) اللاتي تعرضن لصدمة اختطاف أبنائهن من قبل الميليشيات المسلحة.

فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة: تعاني الأمهات النازحات حسب مقياس (دافيدسون) من مستوي عالي لاضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن حادثة الاختطاف التي تعرض لها أبنائهن من قبل الميليشيات المسلحة؟ ومنه انبثقت الفروض الفرعية التالية؟

1- تعاني الأمهات النازحات حسب مقياس دافيدسون من استعادة الخبرة الصادمة لحادثة الاختطاف التي تعرض لها أبنائهن؟

2- تعاني الأمهات النازحات حسب مقياس دافيدسون من تجنب الخبرة الصادمة لحادثة الاختطاف التي تعرض لها أبنائهن؟

3- تعاني الأمهات النازحات حسب مقياس دافيدسون من الاستئثار الناجمة عن حادثة الاختطاف التي تعرض لها أبنائهن؟

مصطلحات البحث:

اضطراب ما بعد الصدمة: تعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM,IV,1994) بأنه مجموعة من الاعراض المميزة التي تلى مواجهة ضاغط صدمي شديد، يشمل خبرة شخصية عن ذلك الحدث الذي يشمل موت حقيقي أو تهديد بالموت أو اصابة بالغة، وتكون استجابة الفرد للحدث متضمنة خوفاً شديداً أو عجزاً أو رعباً، وتضمن الاعراض الناجمة عن مواجهة الصدمة: اعادة الخبرة المستمرة للأحداث الصادمة والتجنب المستمر للمثيرات المرتبطة بالحدث الصدمي وضعف في المشاعر وضعف في القدرة على الاستجابة واعراض مستمرة للاستئثار الزائدة، ويفضل ان تبقى الصورة الكاملة للأعراض لأكثر من شهر وأن يسبب الاضطراب أعراض سريرية مزعجة أو تعطيل الأداء في الجوانب الاجتماعية والمهنية (DSM, 1994, P462). وقد حدد الدليل الإحصائي والتشخيصي الصادر عن الجمعية النفسية الأمريكية (DSM-IIIV) للاضطرابات النفسية الخامس المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة وهي:

أ- أن يكون الشخص قد تعرض لحدث صدمي تهديدي أو كارثي عاشه على النحو التالي:

1- أن يكون قد شاهد أو خبر حدثاً أو أكثر فيه حالات من الموت والتهديد أو بسلامة الجسم له وللآخرين.

2- أن يستجيب لهذا الحدث بخوف شديد أو رعب أو عجز جزئي أو كامل.

- 3- أن يتجنب الشخص الظروف (القائمة فعلياً أو محتملة) التي تشبه ظروف الصدمة.
- ب- يستعيد الشخص الحدث الصدمي بشكل إقحامي في واحد أو أكثر مما يلي:
- 1- ظهور ذكريات أليمة تبدو على شكل صور، أو أفكار اقتحامية، أو إدراكات ملحة ترتبط بالحدث الصدمي(في حالة الأطفال ظهر لديهم نوع من اللعب التكراري يرتبط موضوعه بالحدث الصدمي)، والإحساس بالحزن في الحالات التي تتصل أو التي تشبه ظروف الصدمة.
 - 2- ظهور الحدث الصدمي، أو أجزاء منه في الأحلام.
 - 3- يتصرف الشخص، أو يشعر كما لو أن الحدث الصدمي يحدث مرة أخرى، فهو يتذكر الحدث الصادم باستمرار(في حالة الأطفال قد تظهر في سلوكياتهم أجزاء محتدة من الحدث الصدمي).
 - 4- شعور الشخص بالضيق والارتباك عند التعرض لإشارات أو رموز داخلية أو خارجية ترتبط بالحدث الصدمي بشكل عام.
 - 5- تظهر لدى الشخص استجابات فيزيولوجية عند التعرض لهذه الإشارات.
- ج- يتجنب الشخص بشكل مستمر كل المثيرات المرتبطة بالحدث الصدمي، ويبدو هذا في ثلاثة مؤشرات على الأقل
- 1- يبذل الشخص جهداً في تجنب الأفكار أو المشاعر أو الأحاديث المرتبطة بالصدمة.
 - 2- يبذل الشخص جهداً في تجنب الأشخاص والأماكن والأنشطة المرتبطة بالصدمة.
 - 3- نسيان أجزاء مهمة من الحدث الصدمي.
 - 4- الشعور بالعزلة والاعترا ب عن الآخرين.
 - 5- العجز عن مشاعر العطف والحب، وضيق سعة الانفعالات.
 - 6- نقص واضح في الاهتمام بالأنشطة المهمة أو المشاركة فيها.
- د- وجود أعراض مستمرة في يقظة مرتفعة تظهر في اثنين على الأقل مما يلي(لم تكن موجودة قبل الصدمة):
- 1- صعوبة الدخول في النوم أو الاستمرار فيه، أو الأرق.
 - 2- قابلية للاستثارة ونوبات غضب وتهيج
 - 3- صعوبة التركيز.
 - 4- التحفز وفرط التيقظ.
 - 5- استجابات هلع مبالغ فيها.
- هـ- استمرار الأعراض في (ب و ج و د) مدة أكثر من شهر. وتقسم الأعراض إلى ثلاثة أنواع حسب زمن التعرض للحدث الصادم:

1- الأعراض الحادة: تستمر الأعراض أقل من ثلاثة أشهر.

2- الأعراض المزمنة: تستمر الأعراض أكثر من ثلاثة أشهر.

3- الأعراض المتأخرة: تبدأ بعد ستة أشهر من التعرض للحدث.

ها من اضطرابات سلوكية وانفعالية، والتي تستمر أعراضها لأكثر من 6 أشهر بعد انتهاء الأزمة، والصدمة هي معايشة أحداث الحرب من غزو وتدمير وما ارتبط بها من خبرات سلبية (5).

التعرف الإجرائي: هو مجموع الدرجات التي تتحصل عليها المفحوصة من خلال مقياس (دافيدسون) لاضطراب ما بعد الصدمة، وما تعكسه من نتائج.

النزوح: قد وردت العديد من التعريفات المتعلقة بالنزوح منها: النازحون هو مواطنون تركوا ديارهم الأصلية إلى أجزاء أخرى من الدولة وذلك بسبب الكوارث الطبيعية أو الحروب الأهلية والنزاعات المسلحة، فحركة النزوح إجبارية قسرية مفاجئة ولا يوجد تخطيط مسبق لها، ولا مجال لخيار الفرد أو الجماعة فيها، وتكون في شكل تدفقات بشرية كبيرة تشمل قرى أو قبائل بأكملها أو مجموعات صغيرة (بشارة، 2017، 45). وبحسب المبادئ التوجيهية بشأن النزوح الداخلي التي تحدد الحقوق والضمانات المتصلة بحماية النازحين داخليا يقصد بالنازحين داخليا "الأشخاص أو جماعات الأشخاص الذين أُكْرهوا على الهرب أو على ترك منازلهم أو أماكن إقامتهم المعتادة أو اضطروا إلى ذلك، ولاسيما نتيجة أو سعيًا لتفادي آثار نزاع مسلح أو حالات عنف عام الأثر أو انتهاكات حقوق الإنسان أو كوارث طبيعية أو كوارث من فعل البشر ولم يعبروا الحدود الدولية المعترف بها للدولة" (ألبوخا وآخرين، 2010) (والدليل الإرشادي، 2010).

الأمهات النازحات: هن مجموعة من النساء من سكان مدينة مرزق، ونزحن إلى مدينة سبها أكبر مدن الجنوب، بسبب الصراعات والنزاعات المسلحة، واللاتي فقدن ابنائهن اثر تعرضهم للاختطاف من قبل الميليشيات المسلحة.

النزاعات المسلحة: اصطلاحا يعرف بأنه صفة حتمية وملازمة للتغيير الاجتماعي وهو تعبير لعدم التوافق في المصالح والقيم والمعتقدات، والتي تتخذ أشكالاً جديدة تتسبب فيها عملية التغيير في مواجهة الضغوط الموروثة (عبدالغفار، 67، 2003). أما من حيث مفهومه فهو يتداخل مع مفاهيم أخرى مرادفه له، مثل الحرب، والتوتر، والتصادم، والصراع المسلح، ولكل مفهوم من هذه المفاهيم غايات، ومع ذلك يمكن أن يكون هنالك اتفاق بين هذه المفاهيم، وما يهمنا في هذا البحث هو: النزاع المسلح الذي غالباً ما يبدأ بشكله البسيط بالتوتر بين طرفين أو أكثر بحيث ينتهي بالنزاعات العنيفة والحروب (الرميح، نصر، 2020، 256).

وعن أهم آثار الحروب علي المجتمع الليبي فقد أشارت دراسة (لحيول، 2016) إلى أن أهم آثارها ارتفاع عدد الأيتام وزيادة عدد الأرامل بسبب وفاة الأزواج أثناء الحرب، وانهيار المعايير الأخلاقية تعرض المجتمع لخطر التمزق والعزلة، كما أثرت الحرب على النسيج الاجتماعي والتواصل بين الأسر، كذلك ارتفاع معدل العنوسة نتيجة لازدياد وفيات الشباب في الحرب، كما أثبتت الدراسة أيضا الخلافات الأسرية بسبب الحرب أدت الى ارتفاع نسب الطلاق. كما أشارت (كيطوط، 2016) إلى أن من ابرز الآثار المترتبة على النزاعات المسلحة التي شهدتها المجتمع الليبي ظهور المشاكل الاجتماعية والنفسية والتي كان ضحيتها عديد الشباب، وهذا له آثاره على هيكلية البناء الأسري والتفاعل بين أفرادها والوظائف

الأساسية التي ينبغي على الأسرة القيام بها. وأكدت دراسة (الرميح، نصر، 2020) على أن الحروب والنزاعات تترك آثار سيئة على الأسرة نتيجة لفقدان الأب أو الأم أو المسكن فهو يعد تهديد لنمو الأطفال نفسياً واجتماعياً وصحياً ذلك أنهم يعيشون في ظروف صحية واجتماعية لا تستطيع الأسرة من خلالها أداء وظائفها البيولوجية، والنفسية بشكل سوي. ترتب عليه العديد من المشاكل، منها بعض المشاكل النفسية كالإحباط والعصبية والتوتر والقلق الشديد نتيجة انعدام الأمن الاجتماعي والغذائي والصحي والبيئي، فمن أهم المشاكل البيئية التي عانى منها النازحون، مشكلة التلوث بسبب ضعف كفاءة وسائل الصرف الصحي، كذلك وجود الحشرات الضارة بالإضافة إلى انتشار القوارض، كذلك النقص الشديد في مياه الاستعمال اليومي ومياه الشرب، كذلك المساكن غير الصحية، فقلة الدخل وعدم القدرة على دفع قيمة الإيجار هو أحد أسباب إقامة النازحين بالخيام (مركز الدراسات الاجتماعية، 2014).

حدود الدراسة: تمت الدراسة خلال (شهر مارس 2021- يونيو 2021) وتمت المقابلات الإكلينيكية بمكتب الاخصائي النفسي بالاتحاد النسائي الليبي بالجنوب، بعض المقابلات تمت بمركز اللاجئين.

الاطار النظري للدراسة: النظريات التي فسرت اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

النظرية السيكولوجية: وضعت هذه النظرية نموذج نفسي واجتماعي لتفسير اضطراب ما بعد الصدمة، حيث إن مصير الصدمة يتوقف من جهة على حدثها وطبيعتها، ومن جهة أخرى على شخصية الفرد المصدوم ودور البيئة، إذ كلما كانت العوامل النفسية والبيئية ملائمة، كلما كان الفرد المصدوم قادراً على تخطي آثار الصدمة واستعادة التكيف إلى حد معقول (يعقوب، 1999، 76). وتتأثر دود أفعال الفرد نحو المواقف الصادمة نفسياً بناء على اختلاف الموقف نفسه ونظراته المعرفية إلى المثير الصادم والخبرات السابقة لديه والإحساس بالتماسك النفسي يرتبط هذا بسعي الفرد إلى تحقيق التوافق واستخدام ما يوجد لديه من مصادر القوة والدعم الاجتماعي من أجل مواجهة الموقف الصادم وخلق نوع من التوازن النفسي، وتتضمن أساليب التوافق، مهارات التصدي للكرب، والجهود النفسية والسلوكية لمواجهة الضغوط والمتطلبات الداخلية والخارجية للفرد، وهذه بطبيعة الحال تختلف من فرد لآخر، فينتج عنه اختلاف مستوى الكرب الناتج عن الصدمات واختلاف شدة ظهور أعراض كرب ما بعد الصدمة من فرد لآخر (ضياء الدين، 2017، 511).

أن ما يثير الحيرة في اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة هو ان بدايتها يمكن ان تحدث بعد أشهر او سنوات من تعرض الفرد لحادث صدمي ما. فالحادث الصدمي يمكن أن يجعل الفرد يشعر بالارتباك تماماً، وأن مثل هذا الارتباك قد يسبب له الفزع والإنهاك. ولأن مثل ردود الفعل هذه في الغالب تكون مؤلمة فإن الفرد يلجأ عادة إلى كبت معظم الأفكار الخاصة بالحادث الصدمي أو قمعها عن عمد، أي أنه ينكرها، وحالة التشويه والإنكار هذه لا تحل المشكلة كون الفرد لا يكون قادراً على أن يجعل المعلومات الخاصة بالحادث الصدمي تتكامل مع معلوماته الأخرى، فعندئذ يكون ما يكون من أحاسيس ومشاعر وانفعالات. ويؤكد علماء النفس على أن أحد العوامل التي تساعد في تحديد ما إذا كان فرداً ما قد تعرض إلى حادث صدمي سيتطور لديه اضطراب ما بعد ضغط الصدمة وتبعاته أم لا، هو مستوى المساندة الاجتماعية التي يحصل عليها الفرد أثناء الازمة (حامد، عبد الحسن، 2016، 88، 89).

النظرية المعرفية: يؤكد أصحاب هذه النظرية أن التفسيرات التي يقو بها الفرد المصدوم للأسباب وللعوامل ولنتائج التجربة الصادمة، هي التي تشكل العامل الأساسي المسؤول عن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (نعيمة، 2014، 20). ترمي هذه النظرية الى الإدراك والمعنى الذي يعطيه الفرد عن الحدث

الصادم، والذي يتوقف على نظرة الشخص الى ذاته وعالمه، ويشمل هذا كل ما يمس القيم والمعتقدات والنماذج المعرفية التي يتبناها والتي تميز الفرد عن غيره، وتلعب القيم والمعتقدات والنماذج المعرفية دوراً رئيساً في تحديد الفروق في الاستجابة للصدمة، و مما لا شك فيه ان الصدمة تززع هذه البنيات الشخصية، حيث ان نظرة الفرد للواقع وتكيفه معه يهدفان إلى الحفاظ والتوازن القائم بين اللذة و الألم، والقدرة على فهم معطيات الواقع بطريقة تسمح للشخص بالتكيف معها بطريقة ما، والحفاظ على اعتبار الذات بشكل مقبول، بالإضافة إلى الرغبة في الاتصال. حيث اوجد كل من (FAO et Koala) مفهوم البنية المعرفية العرضي والتي يتركب من انظمة الخوف الثلاث التالية: 1- النظام المعرفي العاطفي، 2- النظام الفيزيولوجي، 3- النظام السلوكي. حيث تعمل هذه البنيات الثلاث على تخدير الفرد والهروب في حالة وجود خطر، ولكن اذ فشل في اعطاء معنى لهذا الخطر توجه في الوضعية المثيرة، حيث يوجد بعض الأفراد عندما يتعرضون لحدث صادم تتحطم لديهم المعتقدات والأمال، ويشعرون بالنقمة واليأس، ولا يصدقون الحدث الصادم، فتتحول المعتقدات الايجابية والبنى المعرفية الإيجابية إلى معتقدات سلبية، ويصبح العالم الخارجي مرعباً وخطيراً، وتتأثر "الأنا" بشكل سلبي، وتتحطم الذات وتفقد قيمتها ومعناها، ووفقاً لهذا التوجه نلاحظ أن الاضطرابات النفسية تنتج عن أفكار خاطئة وغير عقلانية عن الذات والاحداث الحياتية التي يعيشها الفرد، حيث تهدد الصدمة افتراضاتنا العادية او السوية عن مفهوم الامان، (يعقوب، 1999، 75-76)، (نعيمه، 2014، 20). أي أن الحدود بين الأمان والخطر تصبح غير واضحة فيقود هذا إلى تكوين بنية كبيرة للخوف في الذاكرة بعيدة المدى. وأن الأفراد الذين تتكون لديهم بنية الخوف هذه سوف يمرون بخبرة نقص القدرة على التنبؤ وضعف السيطرة على حياتهم، وهذان هما السبب في حصول مستويات عالية من القلق)، (أدم، 2017، 15)، باختصار أن النظرية المعرفية تقوم على افتراض أن الاضطرابات النفسية ناجمة عن تفكير غير عقلاني بخصوص الذات وأحداث الحياة، كما أن الأحداث الصدمية تهدد الافتراض السوي بخصوص مفهوم ما هو أمن فالفرد يدرك الحدث الصادم على أنه معلومة جديدة وغريبة عن مخططه الإدراكي وغية ملائمة لنظام البنى لديه، وهذه البنية الجديدة لا بد أن تدخل نظامه البنائي، فلا يعرف كيف يتعامل معها فتشكل له تهديداً ينجم عنه اضطراب في السلوك (ضياء الدين، 2017، 512). ومن هنا تأتي أهمية العلاج المعرفي الذي يتناول الأفكار والمعتقدات السلبية للشخص المصدوم ومساعدته في إعادة بناء بنية معرفية سوية عن نفسه وعن الواقع وعن الآخرين.

النظرية السلوكية: ترى هذه النظرية أن الأشرط الكلاسيكي في زمن وجود حادث صدمي، يتسبب في اكتساب الفرد استجابة خوف شرطية لتنبية طبيعي غير مشروط، وهذا ما يجعل الشخص المصدوم يحاول الهروب من المنبهات التي تذكره بالصدمة، وهو ما يسمى بالإحجام، فهذه المنبهات أصبحت مصدر ألم للشخص لأنها اقترنت بخبرات مؤلمة أو تزامنت معها. ومن هنا فإن الخبرات المؤلمة (الحدث الصادم أو الخبرة الصادمة) التي تعرض لها الفرد في الماضي تستمر عبر الحاضر والمستقبل، وكأن الصدمة تطغى على كل شيء بحيث لا يعود الفرد إلى تفكيره المنطقي، أي أن الفرد يبدأ في الهروب أو التجنب لتلك المثيرات التي تذكره بخبرات سيئة، لأن تذكر أو تكرار هذه الخبرات سوف يؤثر تأثيراً سلبياً على الفرد من الناحية النفسية (الشميري، 2020، 56). فالحدث الصدمي في النموذج السلوكي هو بمثابة منبه غير مشروط يظهر الخوف و القلق كاستجابة لا شرطية، ويصبح المنبه غية الطبيعي خبرة ما اقترن بالحدث الصدمي، وتظهر الاستجابات الانفعالية المشروطة المتمثلة بالخوف والقلق، التي يشعر المريض بسببها بعدم الراحة وتؤدي به إلى أن يسلك سلوكاً تجنبياً سلبياً، وبعبارة أخرى فإن هذه النظرية تهمل العوامل الوراثية والسمات الاستعدادية والخبرات الشعورية واللاشعورية عند تحدثهم عن الاضطرابات النفسية،

ويؤكدون بدلا من ذلك على العوامل البيئية ودور التعلم بنوعيه (الأشراط الكلاسيكي "بافلوف"، والاشراط الإجرائي "سكنر") في تحديد أنماط السلوك، السوي وغير السوي. فالكل هنا يخضع لقانون واحد، الا وهو قانون التعلم، ويرى الباحثون أن التوجه السلوكي الاشتراطي يصيب من حيث أنه يتنبأ بأن المستوى العالي من القلق الناجم عن تنبيه مرتبط بحادث صدمي يقود فعلا إلى سلوك تجنبني لمثل هذا التنبيه لدى المرضى باضطراب ما بعد ضغط الصدمة، إلا أنه لا يفسر لنا لماذا يصاب بعض الأفراد باضطراب ما بعد الصدمة وتبعاته لدى تعرضهم لحادث صدمي، فيما لا يصاب البعض الآخر ممن تعرضوا لنفس الحدث الكارثي الصادم (حامد، عبدالحسن، 2016، 89). فالمرأة على سبيل المثال التي قد تكون تعرضت إلى اغتصاب في منتزه عام قد تظهر خوفا كبيرا إذا ذهبت إلى منتزهات مثيلة أخرى، حيث يتم تعميم هذا الخوف على منتزهات اخري وعليه فإن هذا الخوف الناجم عن تنبيه مرتبط بحادث صدمي، يدفع بالفرد إلى تعلم السلوك التجنبني بعدد القليل من حدة القلق و الخوف المترتبان على تذكر الخبرة المؤلمة الناتجة عن الحادث الصدمي الذي حدث في الماضي. (صالح، 2002، 86).

النظرية الاجتماعية: يرى هذا المنظور أن البيئة بعد الحدث الصدمي تلعب دوراً هاماً في ظهور الاضطراب، فالبيئة الجيدة تتضمن درجات عالية من المساندة الاجتماعية والطبية والنفسية إذ تؤثر المساندة الاجتماعية وبصورة كبيرة في التنبؤ بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، كما تسهل الآليات الاجتماعية العودة السريعة إلى الأداء الاجتماعي والنفسي فإن تأثيرات الصدمات تصبح شديدة وحينها قد يعزل الفرد نفسه ويشعر بالوحدة والعزلة وتزداد أعراض القلق والكآبة لديه (الشميري، 2020، 57). ويرى باحثون آخرون أن أحد العوامل التي تساعد في تحديد ما إذا كان فردا ما قد تعرض إلى حادث صدمي سيتطور لديه اضطراب ما بعد ضغط الصدمة وتبعاته أم لا، هو مستوى حصول هذا الفرد على مستوي عالي من المساندة الاجتماعية فقد أكدت العديد من الدراسات على أن الأفراد الذين حصلوا على مستويات عالية من السند الاجتماعي، كانت لديهم أعراض قليلة من اضطراب ما بعد ضغط الصدمة، وان الجنود الذين اظهروا انخفاضاً كبيراً في أعراض هذا الاضطراب كانوا قد حصلوا خلال ثلاث سنوات على افضل سند اجتماعي (حامد، عبد الحسن، 2016، 88، 89).

النظرية البيولوجية: تركز هذه النظرية على العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة، والتغيرات الكيميائية والفيزيولوجية والوظيفية لعمل الدماغ، حيث أشارت العديد من الأبحاث الحديثة إلى أن الضغط الشديد يؤثر على عمل الدماغ من خلال بعض المواد الكيماوية، وحاول بعض الباحثين أن يربطوا اضطراب ما بعد الصدمة بعمل الدماغ وما يطرأ عليه من تبديلات كيميائية وفيزيولوجية ووظائفية، وتري هذه النظرية أن الصدمة تؤدي إلى اضطراب في وظيفة الدماغ وبعض أعضاء الجسم، حيث تحدث الصدمة تغيرات في وظائف الدماغ، وفي أنحاء الجسم، فعندما يصاب الإنسان بالصدمة فإن مادة (النورايبيفرين) وهذا يؤثر في قدرة الشخص على التخلص من الصدمة، مما يؤدي إلى استنزاف مادة (الدوبامين). حيث إن التعرض المتكرر للصدمة أو تذكرها يؤدي إلى حالة من التبلد أو التخدير العاطفي، وهذا يكون بمثابة حل للصدمة، وبالتالي يفرز الدماغ مواد مخدرة شبيهة المفعول بمواد الأفيون، كما ترتفع نسبة الأدرينالين وهذا ما يؤدي لمستويات عالية من الخوف وتكرار الصور والذكريات عن الصدمة (يعقوب، 1999، 78-79).

أن العامل الأهم في تحديد ردود فعل الكائن الحي، ليس الحادث الصدمي بحد ذاته وإنما القدرة على المواجهة أو السيطرة على المواقف، وأن هناك تفاعلات مزدوجة التوجه بين الدماغ والعقل وبين

الضوابط المناعية، إذ أصبح موضوع الضبط النفسي (العصبي، الغدي، المناعي) محور لتفسير شدة الصدمة وانعكاساتها على الأفراد (الشميري، 2020، 511).

نظرية معالجة المعلومات: يعد النموذج الذي قدمه (هورويتز) نموذجاً فعالاً في تفسير اضطراب ما بعد الصدمة، حيث يشكل النموذج حجر الزاوية للمحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة التي أقرتها الرابطة الأمريكية للطب النفسي (1980). ولقد أسس هذا النموذج على وجود نظام فيزيولوجي لدى الإنسان، موجه لحل وتحويل المعطيات المضطربة بطريقة متكيفة بحيث تسمح بإدماجها نفسياً وبشكل سوي وصحي (نعيمة، 2014، 17). وترى هذه النظرية أن (الأنباءات أو المنبهات) تغزونا من كل حذب وصوب، قسم منها يستوعبه الدماغ وتتم معالجته (ترميز، حل الترميز، السلوك) بينما لا تتم معالجة القسم الآخر بشكل صحيح لأن المنبهات تكون ناقصة أو فوق طاقة الجهاز العصبي (جهاز الاستقبال) كما هو الحال في الكوارث والصددمات بحيث لا تتلاءم المنبهات الخطيرة الطارئة مع خبرات الشخص ونماذجه المعرفية لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية. وهذا ما يؤدي إلى حدوث التشويه والاضطراب في معالجة المنبهات وفي هذه الحالة تبقى المنبهات الصادمة ناشطة وبشكلها الخام وهي تستمر في ضغطها المؤلم على الشخص الذي يحاول عبثاً أن يبعدها عن عتبة الوعي حتى يشعر بالراحة والأمان. غير أن الشخص المصدوم يلجأ عادةً إلى استخدام بعض الوسائل الدفاعية السلبية مثل: النكران، والتبند، والتجنب، وهذه الوسائل تشكل السمات البارزة لاضطراب ما بعد الصدمة (يعقوب، 1999، 70). وتبقى (الأنباءات أو المنبهات) في شكلها الخام، وتعمل بشكل مستمر في ضغطها المؤلم على الشخص المصدوم الذي يحاول تكرار إخراجها إلى الوعي، ليحس بالآمن والراحة. وبالتالي يلجأ إلى استخدام وسائل وحيل الدفاع النفسي كمحاولة للتخلص من الخوف والقلق، كالنكران، والتبند، والتجنب، وجميعها من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (المومني، 2008، 14).

حيث تبقى المنبهات الصادمة في منطقة الوعي ناشطة من وقت إلى آخر، تُحضر المشاعر المؤلمة والصور والأفكار المأساوية المرتبطة بالصدمة، من خلال الكوابيس، والأفكار، والصور الدخيلة، حتى تتم معالجتها بشكل كامل، وأن هذه الأفكار والصور الدخيلة يمكنها مساعدتنا في تسهيل معالجة المعلومات، ويمكن اعتبار عمليات التجنب والتبند بمثابة تمثيل تدريجي للتجربة الصادمة، ويعتقد (هورويتز) أن الهدف الأساسي ينبغي أن يكون التركيز على اكتمال معالجة المعلومات، بدلاً من التركيز على تفرغ الشحنات الانفعالية، كذلك لا يمكن معالجة المعلومات في ظل الرقابة الصارمة التي يفرضها الشخص المصدوم على نفسه إزاء المنبهات الصادمة، وهذه الرقابة الصارمة تؤدي إلى ظهور انفعالات شديدة وخطيرة، في حين أن الرقابة المعقولة تسمح باستعادة المعالجة ويقبول كمية كبيرة من الأنباءات والانفعالات، ومعالجتها لتصبح فيما بعد جزءاً من حياة الشخص وخبراته (يعقوب، 1999، 71-72).

نظرية التحليل النفسي: الصدمة حسب التحليل النفسي "هي اثاره مفرطة ناتجة عن حادث عنيف يؤدي إلى اضطرابات في استخدام الطاقة (بن سعدي، 2017، 27). ويؤكد "فرويد" في نظريته على أن العصاب (الأعصبه) تعود إلى العقد النفسية في الطفولة، وهكذا فإن مبدأ العصاب الصدمي الناجم عن صدمة نفسية حديثة العهد (لا علاقة لها بالطفولة) غير قابلة للشفاء بالعلاج التحليلي الذي يركز جهوده على العقد الطفولية. ووصفت نظرية التحليل النفسي اضطراب كرب ما بعد الصدمة في وقت مبكر (بالعصاب الراهن) واعتبره بمثابة عصاب شاذ عن القاعد؛ التحليلية، فهو عصاب (لاختمطي) غير قابل للشفاء بالعلاج التحليلي فالتفسير النفسي الجسمي التحليلي ينطلق من موضوع الأعصبه الراهنة التي تستند إلى العصاب السلوكي الناتج عن سوء تنظيم الوضع النفسي الراهن، والعصاب الطبائعي الناجم عن

عدم كفاية التنظيم النفسي. ويرى المحللون النفسيون أن المصاب بهذه الأعصبة يكون أقل قدرة على تحمل الصدمات النفسية ويسبب هذا في زيادة شدة اضطراب ما بعد الصدمة (النايلسي، 1991) (الشميري، 2020، 511). وأشار كلٌّ من الرشيدي ومنصور (2001) إلى أن التحليل النفسي قد قدم تفسيرات عن عصاب المعارك الحربية لدى الجنود علي الرغم من أن معظم أصحاب التحليل النفسي يذهبون الي أن العوامل الوراثية هي أكثر العوامل المنبئة باضطرابات ما بعد الصدمة، نظريات التحليل النفسي بصفة عامة تقر بأهمية الخبرة الصدمية في حد ذاتها ومفاهيم التحليل النفسي واضحة في إبراز أهمية الأحداث الضاغطة التي تتمثل في تمزق الروابط الأسرية وفقدان البيئة الاجتماعية الثقافية وقلق الانفصال المستمر والشعور الدائم بالعجز وتوقع الموت ومحو الفردية والخصوصية والحط من قدرات الذات أما العواقب فتبدو في رفع النكوص إلى المرحلة القمية وتحول الطاقة النفسية الليدية من الموضوع إلى الات ل وإعادة تعبئة المحفزات أو الدفاعات الطفيلية السادية المازوشية والتغيرات النكوصية في الأنا ، وتأخذ الدفاعات أسلوب الإنكار وتطور الذات الزائفة وخبرات تدميرية في الذات المثالية ويتضح من ذلك أن التحليل النفسي يشير إلى إثارة الخبرة الصدمية علي أنها بنائية في الجهاز النفسي تظل أثارها مستمرة ولا تمحي منها (أدم، 2016، 28).

تعليق على النظريات: ترى الباحثة أن أبناء الشعب الليبي قد تعرضوا أثناء الحروب والثورات والنزاعات المسلحة، للعديد من المواقف والأحداث الصادمة والضاغطة والمؤلمة والتي أدت بدورها إلى إصابة العديد من أبنائه بالأمراض الجسمية والنفسية، وتميزت ليبيا بخصوصية واضحة في هذا المجال، حيث إن ما يتعرض له شعبها من أحداث ودمار ومواقف صادمة متمثلة بقصف البيوت والمدارس والأماكن العامة والخاصة، والمؤسسات الحيوية، وإطلاق الرصاص والقذائف على التجمعات دون تمييز والإصابات وحالات الاستشهاد والإعاقة، ورؤية المشاهد المرعبة جراء النزاعات المسلحة في بعض المدن، مما ترتب عليه نزوح سكانها إلى مناطق اخري، هذا فضلا عن الانتشار الواسع للأسلحة، ذلك كله يعد من مصادر وأسباب حدوث الصدمات النفسية والاضطرابات السلوكية والانفعالية والعقلية. ومن بين أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً (اضطراب ما بعد الصدمة). وقد تناولت النظريات والنماذج السالفة الذكر الآثار الصادمة بصفة عامة، فبداية الاضطراب يمكن أن يحدث بعد أشهر او سنوات من تعرض الفرد لحادث صدمي ما، وترى النظرية النفسية الاجتماعية أن مصير الصدمة يتوقف على حدتها وطبيعتها، هذا من جهة، ومن جهة أخرى على شخصية الفرد المصدوم ودور البيئة، إذ أنه كلما كانت العوامل النفسية والبيئية مساندة، كلما كان الفرد المصدوم قادراً على تحطّي آثار الصدمة واستعادة التكيف. بينما ترى النظرية المعرفية أن القيم والمعتقدات والنماذج المعرفية تلعب دوراً رئيساً في تحديد الفروق في الاستجابة للصدمة، حيث أن القدرة على فهم معطيات الواقع تسمح للشخص بالتكيف معها بطريقة، أو بأخري. ويؤكد أصحاب النظرية السلوكية على العوامل البيئية ودور التعلم بنوعيه (الأشراط الكلاسيكي "بافلوف"، والأشراط الإجرائي "سكنر") في تحديد أنماط السلوك، السوي وغير السوي. في حين ركزت النظرية البيولوجية على العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة، والتغيرات الكيميائية والبيولوجية والوظيفية لعمل الدماغ، حيث تُحدث الصدمة تغيرات في وظائف الدماغ، وفي أنحاء الجسم، وهذا يؤثر في قدرة الشخص على التخلص من الصدمة، كما أشارت نظرية معالجة المعلومات إلى أن جزء من (الأنبيات والمنبهات) يستوعبه الدماغ وتتم معالجته (ترميز، حل الترميز، السلوك) بينما لا تتم معالجة القسم الآخر بشكل صحيح لأن المنبهات تكون ناقصة أو فوق طاقة الجهاز العصبي (جهاز الاستقبال) كما هو الحال في الكوارث والصدمات بحيث لا تتلاءم المنبهات الخطيرة الطارئة مع خبرات الشخص

ونماذجه المعرفية لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية، وهذا غالبا ما يؤدي إلى التشويه في معالجة المنبهات ثم الاضطراب.

الدراسات السابقة:

دراسة بن سعدية (2017) المعاش النفسي للأمهات المصدومات من فكرة اختطاف اولادهن، هدفت الدراسة إلى التعرف علي مستوى القلق والاكتئاب لدي الأمهات المصدومات من فكرة اختطاف احد ابنائها. تكونت عينة الدراسة من حالتين من الأمهات، تم اختيارها بطريقة قصدية، اعتمدت الباحثة منهج دراسة الحالة، واستخدمت الأدوات التالية المقابلة، الملاحظة، مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لتشخيص الصدمة (Davidson)، مقياس القلق النفسي ل(Beck)، ومقياس الاكتئاب ل (Taylor). وأشارت النتائج إلى أن الحالتين اللتين تم تناولهما بالدراسة (هن أمهات مصدومات بحسب مقياس دافيدسون) يعانين من اكتئاب وقلق شديدين حسب المقاييس المستعملة.

دراسة (ضياء الدين، 2017): هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية البرنامج الإرشادي في تحسين نمط الوالدية السائد في تفاعلات طرفي التفاعل بالأسرة؛ المعنيين بالدراسة (الأم – الطفل). اعتمدت على المنهج شبه التجريبي، تكونت عينة البحث الحالي من (20) أم يعانين من اضطراب كرب ما بعد الصدمة المقيمت في محافظة شمال سيناء، ممن تعرضن لحدث يصنف على أنه حدث صدمي ناتج عن العمليات الإرهابية. واستخدمت الباحثة الأدوات التالية: 1- استبانة المواقف الصادمة، 2- مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة، 3- اختبار أنماط الوالدية من وجهة نظر الطفل، 4 - برنامج إرشادي للحد من اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى أمهات و تحسرين نمط الوالدية المتبع بينهن وأطفالهن، (المقاييس من إعداد الباحثة) وتوصلت الدراسة للنتائج التالية: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأمهات في القياسين القبلي والبعدي للبرنامج الإرشادي على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة لصالح القياس البعدي، وهذا يؤكد فاعلية البرنامج الإرشادي .

دراسة (الشقمان، 2017): هدفت إلى التعرف على أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة، والتعرف علي السمات العامة المميزة لأبعاد أعراض ما بعد الصدمة، والكشف عن أكثر الاضطرابات النفسية التالية للصدمة انتشارا وسط طلاب جامعة طرابلس الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت العينة من (64) طالب وطالبة، استخدم مقياس اضطراب ما بعد الصدمة والتي تكونت من أربعة أبعاد هي: المجال الأول: الاستثارة الانفعالية، المجال الثاني: تجنب التنبهات المرتبطة بالصدمة، المجال الثالث: إعادة خبرة الحادث الصدمي، المجال الرابع: تدني في المهارات الاجتماعية، وأسفرت النتائج عن أن عينة الدراسة كانوا يعانون من الاضطرابات التالية للصدمة، وان مستوى الاضطرابات لديهم كانت متوسطة، كانت أكثر أعراض الاضطرابات شدةً، أعراض الاستثارة، وهي من الأعراض الأساسية، والمتمثلة في الأعراض الآتية: اضطرابات النوم، الأرق الشديد، الخوف من الأصوات المرتفعة، التوتر الشديد بدون أسباب، الغضب الشديد ، ضعف التركيز، عدم تقبل الآخرين، نوبات قلق وخوف والشعور بالضيق والحزن بدون أسباب.

دراسة (بشارة، خليفة، 2017) هدفت إلى التعرف على اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للنساء النازحات بمعسكرات ولاية جنوب دارفور، حيث استخدم الباحثان المنهج الوصفي، تكونت العينة من النساء النازحات، حيث بلغ عددهن (500) امرأة نازحة، تم اختيارهن بالطريقة القصدية، تمثلت أدوات البحث في مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، تمت معالجة البيانات باستخدام الحزم الإحصائية

للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى النساء النازحات في (متغيرات البحث الديمغرافية) في جميع الأبعاد والمجموع الكلي ما عدا بعد الشعور بتكرار الحدث، وتجنب التفكير.

(دراسة محمد، 2011): هدفت الدراسة إلى التعرف على اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بسمات الشخصية للنساء النازحات، اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (50) امرأة نازحة، استخدمت الباحثة الأدوات التالية: مقياس اضطراب ما بعد الصدمة ومقياس سمات الشخصية، وأكدت نتائج الدراسة أن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة قد اتسم بالارتفاع، كما أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين سمات الشخصية واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى النساء النازحات.

(دراسة صالح، 2010): هدفت الدراسة إلى التعرف على السمة العامة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وسط النساء في جنوب دارفور بمعسكري دريغ وعطاش، والتعرف على علاقة الاضطراب ببعض المتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، نوع الاعتداء، نوع العمل، ونوع المعسكر)، وقد اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي، تكونت العينة من (300) امرأة، وقد تم اختيارها بالطريقة العشوائية البسيطة، وقد تم استخدام مقياس اضطراب الضغوط التالي للصدمة اعداد مجاهد مصطفى (2008) على حسب معايير الدليل التشخيصي الرابع للأمراض العصبية، وتم تحليل البيانات بواسطة الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية باستخدام (SPSS) وقد خرج البحث بالنتائج التالية: تتسم السمة العامة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وسط النساء بمعسكري دريغ وعطاش بالارتفاع، وأشارت النتائج إلى أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والعمر، الحالة الاجتماعية ومستوى التعليم ونوع العمل، ونوع الاعتداء (جسدي، جنسي، نفسي).

التعقيب على الدراسات السابقة: من خلال استعراض الدراسات السابقة ذات العلاقة بالدراسة الحالية نلاحظ الآتي: أن الأزمات السياسية والأمنية، والصراعات والنزاعات المسلحة لها دور كبير في الاضطرابات النفسية والاجتماعية، بسبب تراكم مجموعة من الانفعالات والضغوط النفسية، وقد كان اضطراب ما بعد الصدمة هو الأكثر انتشارا خلال وعقب فترات النزاعات المسلحة، وهذا هو النمط الظاهر في كل الدراسات التي أجريت على مختلف عينات الدراسات المطروحة.

هنالك دراسات حاولت معرفة المعاش النفسي للأمهات اللاتي تعرضن لصدمة خطف أبنائهن وارتباط هذه الصدمة بكل من الاكتئاب والقلق الشديدين، ولاشك في أن هذا النوع من البحوث يلفت النظر إلي المعاناة اليومية وما يترتب عليها من اكتئاب وقلق يؤثر على الأم، الطفل والأسرة ككل. فالنساء إذن معرضات للاضطرابات النفسية التي قد تتعلق بتركيبتهن البيولوجية، وما يرافقها من أعراض (بن سعيدة، 2017)، و(ضياء الدين، 2017)، فقد أشارت العديد من الدراسات إلى العلاقة بين الأحداث الحياتية الصادمة والضغوطات واضطراب ما بعد الصدمة، وتحدث الصدمة عندما يعيش الشخص أو يشاهد أو يواجه حادث أو حوادث، تتضمن خطر الموت أو التهديد لذاته، أو لأحبته أو إصابة خطيرة أو تهديد للسلامة الجسمية والنفسية للذات وللأقارب أو أناس آخرون، وتكون استجابته عبارة عن خوف شديد ورعب وأيضا عجز وفقدان التحكم، ومن ثم تنشأ الاضطرابات كالقلق والاكتئاب، مشاعر الإثم والذنب، والإصابة بخلل جسمي كارتفاع ضغط الدم أو أي اضطراب آخر تحطيم الثقة بالذات، تعطيل الإرادة، الحزن (العيسوي، 2004، 277)، (بن سعيدة، 2017، 17). بينما اهتمت دراسات أخرى بمعدلات الانتشار لهذه الاضطرابات النفسية في مجتمع الدراسة، وأهم أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة، والتعرف على السمات العامة المميزة لأبعاد أعراض ما بعد الصدمة، والكشف عن أكثر الاضطرابات النفسية التالية

للصدمة انتشارا (الشقمان، 2017)، ركزت أيضا على الصدمة على النفس والجسم، وبيان أن الأمراض العضوية تنشأ نتيجة لهذه الاضطرابات وايضا كم اظهرت مظاهر رود افعال الصدمة على الجوانب السلوكية والانفعالية والمعرفية. بعضها الآخر ركز على اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وعلاقته ببعض سمات الشخصية للنساء النازحات بالمعسكرات وأكدت نتائجها العلاقة الارتباطية الموجبة بين سمات الشخصية واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى النساء النازحات (دراسة محمد، 2011). واهتم البعض بالتعرف على السمة العامة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وسط النساء في جنوب دارفور بالمعسكرات ، والتعرف على علاقة الاضطراب ببعض المتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، نوع الاعتداء، نوع العمل، ونوع المعسكر)، (بشارة، خليفة، 2017)، و(دراسة صالح، 2010).

بعض الدراسات تؤكد دور الخدمات النفسية والعلاجية وأهميتها في خفض الاعراض وزيادة في توكيد الذات، كما أشارت إلى دور اتباع المنهج التجريبي لبيان أثر الأساليب العلاجية، منها دراسة مدي فاعلية البرنامج الإرشادي في تحسين نمط الوالدية السائد في تفاعلات طرفي التفاعل بالأسرة؛ المعنيين بالدراسة (الأم – الطفل)، وخفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى أمهات أطفال محافظة شمال سيناء، واللاتي يعانون من اضطراب كرب ما بعد الصدمة ممن تعرضن لحدث يصنف على أنه حدث صدمي ناتج عن العمليات الإرهابية، (ضياء الدين، 2017).

أما من حيث متغيرات الدراسة من طبيعة ونوع وأهداف، نجد أن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الناتج عن ظروف الحروب والنزوح والنزاعات المسلحة، والاضطرابات النفسية والاجتماعية الذي تعقبه، هو المتغير الرئيسي في كل هذه الدراسات، أما بالنسبة للعينات في هذه الدراسات فقد اختلفت، فمنها ما بحث في الإناث دون الذكور، ومنها ما تناول الجنسين، كما اختلف حجم العينة المختارة منها ما يتجاوز المئات (500، 300) ومنها ما اقتصر على (حالتين فقط) وذلك تبعا لخصوصية كل دراسة، اما طريقة اختيار العينة فقد اختلفت بطريقة قصدية في بعض الدراسات، والعينة العشوائية البسيطة في دراسات أخرى. بالنسبة للمنهج فقد اختلفت المناهج تبعا لنوع الدراسة فبعضها اعتمد على المنهج الوصفي، الوصفي التحليلي، المنهج الارتباطي، شبه التجريبي، المنهج الإكلينيكي.

بالنسبة للأدوات التي تم استخدامها خلال هذه الدراسات فقد تعددت تبعا لكل هدف. فبعض الدراسات التي كان هدفها تشخيصي تم فيها استخدام المقابلة التشخيصية، والملاحظة، ومقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لتشخيص الصدمة (Davidson)، مقياس القلق النفسي ل(Beck)، ومقياس الاكتئاب(Taylor)، بعض الدراسات الوصفية استخدمت اضطراب ما بعد الصدمة ومقياس سمات الشخصية، بعض الدراسات التجريبية استخدمت مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة، اختبار أنماط الوالدية من وجهة نظر الطفل، برنامج إرشادي للحد من اضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات و تحسرين نمط الوالدية المتبع بينهن وأطفالهن، بعض الدراسات الوصفية التحليلية استخدمت مقياس اضطراب ما بعد الصدمة والتي تكونت من أربعة أبعاد هي: البعد الأول: الاستثارة الانفعالية، البعد الثاني: تجنب التنبيهات المرتبطة بالصدمة، البعد الثالث: إعادة خبرة الحادث أصدامي، البعد الرابع: تدني في المهارات الاجتماعية.

نقاط الالتقاء والاختلاف بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية: أن الدراسات السابقة شكلت قاعدة الانطلاق للدراسة الحالية وساعدت على إثراء الجانب النظري وأتاحت للباحثة اختيار المنهج الأكثر ملائمة إضافة إلى كيفية اختيار العينة وحجمها، يشابه هذا البحث الدراسات السابقة من حيث وجود الظاهرة وظروفها وهي الحروب والنزاعات المسلحة وما ترتب عليها من نزوح وما يعقبها من

اضطرابات نفسية واجتماعية وخاصة على المرأة، ومن حيث المتغير الرئيس وهو اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة . ولكن ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة هو تركيزها على التعرف على المستوى العام لاضطراب ما بعد الصدمة لدى الأمهات النازحات اللاتي تعرض أبنائهن للاختطاف (مفقودين حتي اليوم) من قبل الميليشيات المسلحة بمدينة مرزق؟

اختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في حجم العينة وطريقة الحصول عليها، فقد بلغت عينة الدراسة (حالتين من الأمهات النازحات اللاتي تعرض أبنائهن للاختطاف من قبل الميليشيات المسلحة بمدينة مرزق، واللاتي يعانين من اضطراب كرب ما بعد الصدمة ممن تعرضن لحدث يصنف على أنه حدث صدمي (تبعاً لمقياس دافيدسون) ناتج عن العمليات الإرهابية، من خلال مشاهدة عملية اختطاف أبناءهن بالقوة و أمام اعينهن من قبل الميليشيات المسلحة بالجنوب الليبي "مدينة مرزق") كما اختلفت في طبيعة الاجراءات التي تم تطبيقها في اجراء الدراسة، المقابلة التشخيصية، الملاحظة، تطبيق المقاييس المستخدمة في الدراسة.

اجراءات الدراسة الميدانية: تسعى البحوث العيادية في علم النفس، إلى القاء الضوء على مواضيع لم تحظى بالقدر الكافي من الاهتمام والدراسة الدقيقة والعميقة، التي تسمح بضبط محكم للخصائص والآثار والأعراض النفسية وترجمتها إلى مفاهيم ومصطلحات دقيقة ومقننة، بهدف الخروج بنتائج دقيقة يمكن الاستفادة منها في اعداد خطط العلاج أولاً، وبهدف تمهيد الطريق لإجراء المزيد من البحوث الاستكشافية من أجل فهم ادق لها ثانياً. وقد تطلبت أهداف الدراسة الجمع بين التعرف على المستوى العام للصدمة النفسية لدى الأمهات النازحات من مدينة مرزق و صدمة مشاهدة اختطاف أبنائهن بالقوة من قبل الميليشيات المسلحة، وصياغتها ضمن الهدف الرئيس الذي تطرحه هذه الدراسة من خلال تحديد المشكلة لدى فئة النساء النازحات اللاتي تعرضن لصدمة، وقد تم الاعتماد على الادوات التي من شأنها اثراء دراسة الحاليتين، من خلال ما يتضمنه التصميم المنهجي المختار لتناول مشكلة الدراسة الحالية. باعتبار اني أخصائية نفسية متعاونة مع الاتحاد النسائي الليبي بالجنوب، وهناك اتصلت بالأخصائية المتابعة للحاليتين والتي قدمت لي بدورها كافة التسهيلات لاستكمال دراسة الحاليتين.

منهج الدراسة: المنهج هو "الطريقة أو الأسلوب الذي ينتجه العالم في بحثه أو دراسة مشكلته والوصول إلى حلول لها والى بعض النتائج" (العيسوي، 13، 1997).

المنهج الإكلينيكي: يعد أحد المناهج الرئيسية في مجالات الدراسات النفسية وهو المنهج الذي يعتمد على جمع بيانات متعلقة بالحالة ويقوم على أساس التعمق في مرحلة معينة، اي هو طريقة تدرس سلوك الفرد والطريقة التي يشعر بها وذلك في موقف ما، كما تبحث عن ايجاد معني لمدلول السلوك والكشف عن أسباب الصراعات النفسية مع اظهار دوافعها و صيرورتها وما يجسد الفرد ازاء هذه الصراعات من سلوكيات للتخلص منها (عباس، 1994، 23).

دراسة الحالة: تعتبر دراسة الحالة استطلاعية في منهجها فهي تركز على الفرد وتهدف إلى التوصل إلى وضع الفروض، وهي تتيح للأخصائي جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات والبيانات عن المرض وعن مشكلاته حتي يتمكن من اصدار حكم قيم عن الحالة التي يدرسها اي ان دراسة الحالة هي الاطار الذي ينظم ويقيم كل البيانات والمعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن طريق المقابلة والتي تتضمن التاريخ الاجتماعي، الاختبارات السيكلوجية، الفحوصات الطبية، كما أنها توفر للباحث أكبر قدر من المعلومات عن الحالة حتي يتمكن من اصدار حكم قيم نحو الحالة التي هو بصددتها (النابلسي، 1991، 94). فدراسة

الحالة: هي اداة قيمة تكشف لنا عن وقائع حياة الفرد وعلاقاته الماضيه والحاضرة في بيئته الاجتماعية ولتحقق ذلك، يتطلب تكامل المعلومات المستمرة من استجابات الفرد الراهنة، خبراته السابقة، ومن نتائج الاختبارات حتى يستطيع الفاحص ان ينشئ صورة متكاملة عن الحالة (عباس، 1997، 18).

اذن المنهج هو الطريقة التي يتبعها الباحث لدراسة المشكلة واكتشاف الحقيقة والاجابة عن التساؤلات التي يثيرها الموضوع المطروح ونظراً لان موضوع الدراسة الحالية يتحدد في دراسة اضطراب ما بعد الصدمة لدي الأمهات النازحات اللاتي تعرضن لصدمة خطف أبناءهن من قبل الميليشيات المسلحة بمرزق فقد اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الإكلينيكي لكونه يتلاءم مع طبيعة الموضوع بحيث لا يمكن دراسة المشكلة المطروحة باي منهج اخر.

العينة: إن اختيار العينة يتطلب جهد ووقت طويل لأن أفراد البحث يتم اختيارهم من طرف الباحث تبعاً لعوامل معينة تتمثل في طبيعة الموضوع، وغرض البحث وهذا بهدف الوصول إلى نتائج دقيقة وعميقة حول الظاهرة المطروحة تكونت عينة الدراسة الحالية من حالتين من الامهات اللاتي تعرضن لصدمة اختطاف أبنائهن من فلا الميليشيات المسلحة، و التي تم اختيارهما بطريقة قصدية.

أدوات الدراسة: من أجل تحقيق أهداف الدراسة والوصول إلى نتائج قياس دقيقة اعتمدت الدراسة على الادوات التالية: المقابلة التشخيصية، الملاحظة، مقياس (دافيدسون) لاضطراب ما بعد الصدمة.

1- المقابلة التشخيصية: وهي احدث وسائل تحليل الفرد لمعرفة استعداداته وخصائصه الشخصية المختلفة، كسماته، ميوله، اتجاهاته، رغباته، أي أنها محادثة الجادة الموجهة نحو هدف محدد غير مجرد الرغبة في المحادثة نفسها (دويدار، 1996، 196). حيث تعتبر اداة من اهم ادوات جمع البيانات، وهي حوار بين الفاحص والمفحوص المراد الحصول منه على المعلومات، او تعبيراته عن آرائه ووجهات نظره واتجاهاته ومشاعره ويكون الحوار عبارة عن اسئلة، من الفاحص الى المفحوص ويقوم الفاحص الاجابة عن الاستماتات، ما يميز المقابلة انها تتمشى مع كل الاعمار سواء الاطفال او البالغين او حتى الاشخاص الذين لا يعرفون القراءة والكتابة كما انها تساعد في الحصول على بيانات اكثر دقة وذلك بسبب توضيح الباحث للأسئلة (مسعود، 2017، 42)، وذلك بحسب خطة معينة بهدف الحصول على معلومات عن سلوك المريض والعمل على حل المشكلات التي يواجهها بغية الاسهام في تحقيق توافقه الشخصي. وتصاغ الاسئلة التي تهدف إلى الحصول على المعلومات عن تاريخ المريض وخصائص شخصيته وطبيعة المشكلة المطروحة، وللمقابلة شروط لا بد ن توافرها وهي وجود هدف للمقابلة، توفر عنصر المواجهة، الاعتماد على التبادل اللفظي، وتكمن اهميتها في كونها عملية دينامية تتيح الفرصة للمرض للتعبير عن مشاعره وآرائه واتجاهاته كما أنها في الوقت نفسه ترمي إلى تشخيص حالة المرض وملاحظة سلوكه بصورة كلية، وتتحقق دينامية المقابلة من خلال اقامة الثقة والتفاعل المتبادل بين الفاحص والمفحوص. (النايلسي، 1991، 103). وقد اعتمدت الدراسة الحالية على المقابلة النصف موجهة لأنها تحقق أهداف البحث، كونها تسمح للمفحوص بالتحدث بنوع من الحرية وتدخل الفاحص (الباحث) يكون نوعاً ما توجيهي عندما يلاحظ خروج المفحوص عن الموضوع فيحاول أن يحصره في إطار الموضوع ثم يترك له حرية الكلام.

المقابلة النصف موجهة: هي مقابلة تتميز بنوع من الخصوصية، كونها عبارة عن حوار يتحدث فيه المفحوص بنوع من الحرية مع تدخل الفاحص الذي يكون نوعاً ما لتوجيهه للتحدث ضمن الموضوع وذلك

عندما يلاحظ خروج المفحوص عن الموضوع، حيث يحاول الفاحص حصره ضمن الموضوع المراد دراسته (راشد، 2008، 115).

استمارة مقابلة نصف موجهة: تم وضع دليل المقابلة، حيث تتضمن كل الأسئلة التي تم طرحها تماشياً مع ما يخدم أهداف الدراسة، والتي كانت تخدم العنوان المطروح، وفرضياتها. وقد شملت محاور المقابلة ما يلي:

أولاً: المعلومات والبيانات الشخصية الاولية.

ثانياً: الصدمات والحوادث الحياتية التي تعرضت لها الأمهات خلال فترة الازمات والنزاعات المسلحة.

ثالثاً: صدمة النزوح والاختطاف.

رابعاً: التوقعات المستقبلية.

2- الملاحظة: هي وسيلة هامة من وسائل جمع المعلومات يستخدمها الباحث في الدراسة بغرض الحصول على معلومات هامة عن الظاهرة ويمكن تعريف الملاحظة على أنها توجيه الحواس والانتباه إلى ظاهرة معينة أو مجموعة من الظواهر رغبة في الكشف عن صفاتها أو خصائصها توصلنا إلى كسب معرفة جديدة من تلك الظاهرة أو تلك الظواهر المراد دراستها (العيسوي، 1997، 94).

3- مقياس الدراسة: مقياس ضغط ما بعد الصدمة (Davidson- Trauma Scale-DSM-IV) لقياس تأثير الخبرات الصادمة من 17 بند تماثل الصيغة التشخيصية الرابعة للطب النفسي الأمريكية، ويتم تقسيم بنود المقياس الى ثلاثة مقاييس فرعية وهي: 1- استعادة الخبرة الصادمة وتشمل البنود التالي (1،2،3،4،17)، 2- تجنب الخبرة الصادمة وتشمل البنود التالية (5،6،7،8،9،10،11)، 3- الاستثارة وتشمل البنود التالية (12،13،14،15،16)، ويتم حساب النقاط على مقياس مكون من 5 نقاط من (1-5)، ويكون سؤال المفحوص عن الاعراض في الاسبوع المنصرم. ويكون مجموع الدرجات للمقياس 153 نقطة.

حساب درجات مقياس اضطراب ما بعد الصدمة : يتم تشخيص الحالات التي تعاني من كرب ما بعد الصدمة بحساب ما يلي: 1. 1 عرض من اعراض استعادة الخبرة الصادمة، 2. 2-3 عوارض من اعراض التجنب، 3. 4 عوارض من اعراض الاستثارة .

ثبات و صدق المقياس: لقد تناولنا العديد من الدراسات السابقة مسألة ثبات ومصداقية هذا المقياس وكانت على النحو التالي: **الثبات بالاتساق الداخلي:** لقد استخدم معامل الفا كورومباخ لمعرفة الاتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسة تناولت 241 مريض تم اخذهم من مجموعة من ضحايا الاغتصاب ، ودراسة لضحايا الاعصار اندرو، وكان معامل الفا (0.99). كما استخدم معامل الفا كورومباخ لمعرفة الاتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسة تناولت (215) سائق اسعاف مقارنة مع موظفين في غزة، فكان معامل الفا (0.78)، والتجزئة النصفية (0.61) (ابوليلة، وآخرون، 2005). كما تم التأكد من صدق المقياس بمقارنته بمقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة للاكلينيكيين وذلك بأخذ عينة مكونة من 426 شخص من مجموعة من ضحايا الاغتصاب ، وضحايا اعصار اندرو ، والمحاربين القداماء. وكانت النتيجة بان (67) من هؤلاء الاشخاص تم تشخيصهم كحالة كرب ما بعد الصدمة. كان المتوسط الحسابي لمقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة (38 +/1 62)، بينما كان المتوسط الحسابي لمقياس دافيدسون

لكرب ما بعد الصدمة لهؤلاء للأشخاص الذين لم تظهر عليهم اعراض كرب ما بعد الصدمة (62 شخص) $+15.5, -13.8$ (ت = 9.37، دلالة احصائية 0.0001).

الثبات بإعادة تطبيق المقياس: تم تطبيق هذا المقياس على مجموعة من الاشخاص الذين تم فحصهم من خلال دراسة اكلينيكية في عدة مراكز وتم اعادة الاختبار بعد اسبوعين وكان معامل الارتباط (0.86) وقيمة الدلالة الاحصائية (0.001) (Davidson1995) وفي دراسة (ابو ليلة وثابت، 2005) تم اختبار المقياس على عينة من سائقي الاسعاف وكانت العينة مكونة من (20) سائق وتم اعادة الاختبار بعد اسبوعين وكان معامل الارتباط (0.86) وقيمة الدلالة الاحصائية = (0.001).

وفي البيئة الليبية قام الباحث (النجار، 2018) لقد قام الباحث بحساب الصدق (باستخدام صدق المفردات) الاتساق الداخلي حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة في كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس لعينة مكونة من (144) فردا. وكانت النتائج كما يلي (0.940، 0.926، 0.891)، وهذا يشير إلى مستويات صدق عالية للمقياس. كما قام الباحث بحساب الثبات باستخدام طريقة ألفا كرو نباخ لعينة مكونة من (32) فرد وبلغ معامل ثبات المقياس (0.920) والذي يشير إلى أن مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة يتمتع بمعامل ثبات مرتفع. (النجار، 92، 2018-96)

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة: بعد هذه الإجراءات المنهجية التي تم اتباعها في الدراسة سيتم تطبيق المقاييس على الأمهات النازحات واللاتي تعرض لصدمة اختطاف أبنائهن، حيث تم اختيارهن بطريقة قصدية، وإجراء مقابلات نصف موجهة معهن، حيث استطاعت الباحثة التعرف عليهن عن قرب لمعرفة أثر الخبرة الصادمة التي تعرضن لها.

عرض ملخص المقابلة للحالة الأولى: الاسم: س ع ا، مكان الميلاد: مرزق، السن 60 سنة، المستوى الدراسي: امية، عدد الأبناء 15 (8 أناث) و(4 ذكور) (3 متوفيين).

التاريخ العائلي: الأم مطلقة منذ زمن طويل وتعيش مع ابنائها لديها طفل مصاب بمتلازمة داون الام هي من تقوم على شؤون الأسرة والأبناء منذ طلاقها.

التاريخ المرضي لديها ارتفاع ضغط الدم.

العائلة مستواها الاقتصادي والاجتماعي متدني، تعرضت الاسرة لهجوم مسلح من قبل الميليشيات المسلحة مما ترتب عليه خروج الاسرة وهروبها من المنطقة هربا من الموت.

عرض محتوى المقابلة للحالة الأولى: تعرضت الأم لصدمة اختطاف اثنين من أبنائها، عندما فاجئهم مسلحون في منزلهم أثناء تناول وجبة العشاء، أخذوا الشباب الأول ثم لاذ الأخر بالفرار خلف ظهر أمه طالبا لحمايتها، فرمي المسلح عليه النار واقتاده بالقوة، وسط صراخ الام وبقية الاخوة الذين اصيبوا بالرعب جراء المشهد المرعب، حاولت الأم أن تنتزع ابنها المجرع، وناشدت المسلحين تركه فهو مجروح لكن لاشي من هذا حصل، قام المسلحون بنقل بعض شباب هذه المنطقة وانطلقوا بسيارات عسكرية، لحقت الأم بالسيارة التي بها ابنها راكضة خلفها إلى أن امسك بها أحد رجال الحي وارجعها لبيتها قائلا لها عودي لتربي أبنائك الآخرين فقد تموتين برصاصة طائشة. عقب هذا الموقف خرجت الأسرة من منزلها إلى مدينة سبها (عاصمة الجنوب)، طلبا للأمن، عند وصول الأسرة للمدينة أخذهم البعض لمركز اللاجئين (جمعية انسام الحرية) التي وفرت لهم جزء من احتياجاتهم الأساسية (المأكل، المشرب، الملابس، المسكن)، والذي كان عبارة عن غرفة واحدة لجميع أفراد الأسرة، وكانت دورة المياه

مشتركة مع اللاجئين الآخرين). خلال الفترة الأولى كانت الأسرة تعيش على الاعانات والإعاشات التي كانت تقدم لها من قبل الجمعيات الخيرية، وما يتبرع به بعض الأفراد. بعد ذلك وبمساعدة بعض الجمعيات الخيرية خرجت الأسرة للعيش بشقة صغيرة.

تحليل محتوى المقابلة العيادية النصف موجهة للحالة الأولى: على المستوى النفسي كانت الحالة النفسية للأمر جدا سيئة نتيجة للخبرة الصادمة التي عايشتها ذلك اليوم والتي نتج عنها حالة عاطفية سلبية " كثرة البكاء " الخوف الرعب " ارتفاع ضغط الدم، و الانهيار لعدة ايام " لم تعاني هذه الأعراض فقط، فقد واجهت حالة من اضطراب النوم الذي ارتبط بالأحلام المرعبة والمرتبطة بالحادث الصدمي الذي واجهته وهو مشاهدة موقف الاختطاف لاثنين من أبنائها في بداية العشرينات من عمرهما، ترتب عليها تناذرات تكرر الحدث الصادم وهي اضطرابات النوم، كوابيس "تكرار موقف الاختطاف"، ورمي ابنها بالرصاص أمام ناظرها عندما حاول الاحتماء بها " إضافة إلى ذكريات متكررة ترتبط بيوم الحادثة ومنظر ابنها المجرع ومشهد النزف ومشاهدة الكثير من الدماء "استرجاع الحادثة المؤلمة عند سماع صوت الرصاص" "نفس الصوت ". كما لاحظت الباحثة أنه على الصعيد النفسي هناك شعور بالذنب ونقص الثقة بالنفس وتآنيب الضمير لدى الحالة سببه عجزها عن مساعدة أبنائها وتخليصهم من قبضة المسلحين، كمل لاحظت الباحثة أن هذه النقطة هي الأكثر ايلاما بالنسبة لها من حادثة الاختطاف بحد ذاتها. وهذا ما ذهبت إليه النظرية النفسية التي أكدت أن الحادث الصدمي يمكن أن يجعل الفرد يشعر بالارتباك تماما، وأن مثل هذا الارتباك قد يسبب للفرد حالة من الفزع والإنهاك. ولأن مثل ردود الفعل هذه في الغالب تكون مؤلمة لأن الفرد لا يكون قادرا على أن يجعل المعلومات الخاصة بالحادث الصدمي تتكامل مع معلوماته الأخرى، فعندئذ يكون ما يكون من أحاسيس ومشاعر وانفعالات. (حامد، عبد الحسن، 2016، 88، 89). وتري النظرية المعرفية وأن الأفراد الذين تتكون لديهم بنية الخوف هذه سوف يمرون بخبرة نقص القدرة على التنبؤ وضعف السيطرة على حياتهم، وهذان هما السبب في حصول مستويات عالية من القلق)، (أدم، 2017، 15)، كذلك أشارت إلى أن بعض الأفراد عندما يتعرضون لحدث صادم تتحطم لديهم المعتقدات والأمال، ويشعرون بالنقمة واليأس، وتتأثر "الأنا" بشكل سلبي، وتتحطم الذات وتفقد قيمتها ومعناها، ووفقا لهذا التوجه نلاحظ أن الاضطرابات النفسية تنتج عن أفكار خاطئة وغير عقلانية عن الذات والاحداث الحياتية التي يعيشها الفرد، حيث تهدد الصدمة افتراضاتنا العادية أو السوية عن مفهوم الأمان، (يعقوب، 1999، 75-76)، (نعيمة، 2014، 20).

اما مظاهر الصدمة المترتبة على استعادة الخبرات المؤلمة المرتبطة بحادثة الاختطاف فقد كان واضحا تأثر الحالة بالصدمة وكيفية الاختطاف خاصة وأنه كانت هناك أوقات مستقطعة أثناء المقابلة للبكاء، تأثر بكيفية اختطاف الشابين وعجز الأم عن مساعدة أبنائها اللذان ضربا وأخذوا بالقوة، أحدهما رمي بالرصاص، " خوف الأم على ابنها من الموت" أما عن مظاهر الاختطاف فكانت بشعة و كان فيها جزء كبير من التعنيف الجسدي "دفع الأم بعيداً كلما تدخلت لحماية أبنائها" جر الشابين بالقوة " الفاظ نابية ". ضربهم ورفسهم". الحالة أشارت إلى الكثير من اعراض تناذرات تكرر الحدث الصادم، بحسب المقياس وذلك من خلال إجابتها ب "دائما " على جل العبارات التي تقيس تكرار الحدث الصادم فعلى سبيل المثال أشارت إلى معاناتها من تتخيل صور، وذكريات، وأفكار مرتبطة بالحادث، كما أنها تتضايق كثيراً من الأشياء التي تذكرها بما تعرضت له من مأساة، وما تعرض له ابنها، وأشارت إلى أن تذكر الأشياء والأشخاص الذين يذكرونها بالخبرة الصادمة يجعلها تعاني من نوبة من ضيق التنفس، الرعشة، والعرق الغزير وسرعة في ضربات قلبك، ويترتب على ارتفاع في ضغط الدم والشعور بصداع مؤلم لفترات طويلة وهذا الأمر يجعلها طريحة الفراش لعدة أيام.

بالنسبة لمظاهر الصدمة المترتبة على (تجنب الخبرة الصادمة)، فقد لاحظت الباحثة أن الحالة في أحيان كثيرة تتجنب المواقف والأفكار والأشياء التي تذكرها بالحدث الصادم، وتعتبر عن ذلك باغماض عينيها وهز رأسها بقوة يمينا ويسارا وكأنها تحاول اسقاط هذه الذكرى من رأسها، كما أنها في أحيان أخرى تقوم بتغيير مجري الحديث لكي تتجنب الحديث حول بعض التفاصيل، وفي احيانا أخرى تجد صعوبة في متابعة حياتها ونشاطاتها اليومية التي تعودت عليها، ولا تجد رغبة في الحديث مع أي كان، وتفضل الجلوس منفردة ومنعزلة حتى عن أفراد أسرته، كما لاحظت الباحثة من خلال المقابلة أن الحالة في بعض الأحيان تعبر عن حالة انهيار شديد ونوبات بكاء شديدة، بينما في أحيان أخرى تبدو وكأنها قد فقدت الشعور بالحزن والاسي (متبلدة الاحساس)، وفي أحيان أخرى تبدو مستسلمة ويائسة وتشعر بأن حياتها لا قيمة لها بدون أبنائها. وهذا ما أثبتته النظرية السلوكية حيث ذهبت إلى أن الأشرط الكلاسيكي في زمن وجود حادث صدمي، يتسبب في اكتساب الفرد استجابة خوف شرطية لتنبية طبيعي غير مشروط، وهذا ما يجعل الشخص المصدوم يحاول الهروب من المنبهات التي تذكره بالصدمة، وهو ما يسمى بالإحجام، فهذه المنبهات أصبحت مصدر ألم للشخص لأنها اقترنت بخبرات مؤلمة أو تزامنت معها. ومن هنا فإن الخبرات المؤلمة تغطي على كل شيء بحيث لا يعود الفرد إلى تفكيره المنطقي، أي أن الفرد يبدأ في الهروب أو التجنب لتلك المثيرات التي تذكره بخبرات سيئة، لأن تذكر أو تكرار هذه الخبرات سوف يؤثر تأثيراً سلبياً على الفرد من الناحية النفسية (الشميري، 2020، 56). وتري نظرية معالجة المعلومات أن الشخص المصدوم يلجأ عادةً إلى استخدام بعض الوسائل الدفاعية السلبية مثل: النكران، والتبليد، والتجنب، وهذه الوسائل تشكل السمات البارزة لاضطراب ما بعد الصدمة (يعقوب، 1999، 70).

اما على مستوى (الاستثارة) والجانب الفزيولوجي فهو ناتج عن تأثير الحالة بالصدمة مما ترتب عليه اضطرابات في الاكل " فقدان الشهية" اضطرابات على مستوى ضغط الدم " صداع مستمر" فقد أشارت الحالة إلى الكثير من اعراض الاستثارة بحسب المقياس وذلك من خلال إجابتها ب "دائماً" على جل العبارات التي تقيس هذا الجانب فجلس سبيل المثال أشارت إلى معاناتها من صعوبات النوم، عدم القدرة على النوم المتواصل، وكثيرا ما تعثرها نوبات توتر وغضب، تشعر دائماً بأنها على حافة الانهيار، الهلع، أحلام مزعجة، انقباض وضيق، العصبية، عدم الاستقرار في مكان واحد، فقدان التركيز وتشتت الانتباه، وتوقع الأسوأ دائماً، الخوف المبالغ، الصداع، ارتفاع ضغط الدم. حيث أشارت العديد من الأبحاث الحديثة إلى أن الضغط الشديد يؤثر على عمل الدماغ من خلال بعض المواد الكيماوية، وما يطرأ عليه من تبديلات كيميائية وفيزيولوجية ووظائفية، وتري كل من النظرية البيولوجية والسيكو نفسية أن الصدمة تؤدي إلى اضطراب في وظيفة الدماغ وبعض أعضاء الجسم. فاذا لم يتحرر الفرد من الانفعال فان ذلك سيؤثر على الأعضاء الجسمية ويؤدي الى اضطراب وظيفتها، فالحزن مثلا يمكن أن يعبر عنه بالبكاء، كما يمكن ان يكبت فيؤثر على الشخص تأثيراً سلبياً (يعقوب، 78، 1999-79).

عرض وتحليل نتائج المقابلة الأولى في ضوء المقياس:

جدول (1) يبين بنود (استعادة الخبرة الصادمة) كما جاءت بمقياس (دافيدسون).

الرقم	الخبر الصادمة المتعلقة ب(استعادة الخبرة الصادمة).	ابدا	نادرا	احيانا	غالبا	دائما
1	هل تتخيل صور، وذكريات، وأفكار عن الخبرة الصادمة					5
2	هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة					5
3	هل تشعر بمشاعر فجائية أو خبرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى				4	
4	هل تتضايق من الأشياء التي تذكرك بما تعرضت					5
17	هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق التنفس، الرعشة، والعرق الغزير وسرعة في ضربات قلبك					5
المجموع	مجموع (استعادة الخبرة الصادمة)					24

نلاحظ من خلال الجدول للحالة (الأولى) أنها تحصلت على (24) درجة في أعراض الخبرة الصادمة أي أكبر من المتوسط (12.5) وعليه فإن الحالة توجد لديها أعراض استعادة الخبرة الصادمة.

جدول (2) يبين بنود (تجنب الخبرة الصادمة) كما جاءت بمقياس (دافيدسون).

الرقم	الخبرة الصادمة المتعلقة ب(تجنب الخبرة الصادمة).	ابدا	نادرا	احيانا	غالبا	دائما
5	هل تتجنب الأفكار والأشياء التي اذكرك بالحدث الصادم					5
6	هل تتجنب المواقف والأشياء التي اذكرك بالحدث الصادم					5
7	هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها (فقدان ذاكرة نفسي محدد).			3		
8	هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها؟					5
9	هل تشعر بالعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب تجاه الآخرين أو الانبساط					5
10	هل فقدت الشعور بالحنن والحب (أنك متلبد الاحساس).				4	
11	هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل، الزواج، وانجاب الاطفال			3		
المجموع	مجموع الخبرة الصادمة المتعلقة ب(تجنب الخبر الصادم).					30

كما نلاحظ أنها تحصلت على (30) درجة في تجنب أعراض الخبرة الصادمة أي أكبر من المتوسط (17.5) وبالتالي فإن الحالة توجد لديها أعراض التجنب.

جدول (3) يبين بنود (الخبرة الصادمة المتعلقة بالاستثارة) كما جاءت بمقياس (دافيدسون).

الرقم	الخبرة الصادمة المتعلقة ب(الاستثارة).	ابدا	نادرا	احيانا	غالبا	دائما
12	هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائما					5
13	هل تتناوبك نوبات من التوتر والغضب					5
14	هل تعاني من صعوبات في التركيز				4	
15	هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلة معاك على الآخر)، ومن السهل تشتيت انتباهك					5
16	هل تستثار لأنفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز ومتوقع الأسوأ				4	
المجموع	مجموع الخبرة الصادمة المتعلقة ب(الاستثارة).					23

تحصلت على (23) درجة في أعراض الخبرة الصادمة المتعلقة بالاستثارة أي أكبر من المتوسط (12.5) وعليه فإن الحالة توجد لديها أعراض الخبرة الصادمة، متعلقة بالاستثارة. وبالاستناد على مقياس التصحيح لدافيدسون فإن الحالة تعاني من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

جدول (4) يبين بنود (استعادة الخبرة الصادمة) كما جاءت بمقياس (دافيدسون).

الفئة	الفئة الفرعية	التكرار	النسبة المئوية
مظاهر الصدمة	استعادة الخبرة الصادمة	24	16%
	تجنب الخبرة الصادمة	30	19%
	الاستثارة	23	15%
المجموع		77	48%

من خلال قراءة الجدول نجد أن الحالة (س) تحصلت على معدل (30) نقطة أي ما يعادل (19%) فيما يخص استجابتها على البنود المتعلقة بتجنب الخبرة الصادمة التي احتلت المرتبة الأولى، تليها استجابتها على البنود المتعلقة باستعادة الخبرات الصادمة حيث تحصلت على (24) نقطة أي ما يعادل (16%)، ثم تأتي استجابتها لبنود الاستثارة في المرتبة الثالثة حيث تحصلت الحالة على 23 أي ما يعادل (15%)، أي أن المجموع الكلي لاستجابات الحالة قدر ب (153 \ 77) ونسبة (50.3%) وهذه النسبة تنتمي إلى المجال (50-100)، وهذا المجال يعبر عن صدمة قوية مما يعني أن الحالة لديها صدمة قوية نتيجة لمشاهدتها لموقف اختطاف ولديها من جهة، وعجزها عن مساعدتها من جهة أخرى.

تحليل ومناقشة نتائج الحالة الأولى على ضوء فرضيات الدراسة ونتائج المقياس:

تعاني الحالة الأولى (س) حسب مقياس (Davidson) من صدمة شديدة كما سبق الإشارة إليه خلال العرض السابق، وقد كانت فرضيات الدراسة كالتالي:

الفرضية العامة: تعاني الأمهات النازحات حسب مقياس (دافيدسون) من مستوي عالي لاضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن حادثة الاختطاف التي تعرض لها أبناؤهن؟ ومنه انبثقت الفروض الفرعية التالية:

1- تعاني الأمهات النازحات حسب مقياس دافيدسون من استعادة الخبرة الصادمة لحادثة الاختطاف التي تعرض لها أبناؤهن؟

2- تعاني الأمهات النازحات حسب مقياس دافيدسون من تجنب الخبرة الصادمة لحادثة الاختطاف التي تعرض لها أبناؤهن؟

3- تعاني الأمهات النازحات حسب مقياس دافيدسون من الاستثارة الناجمة عن حادثة الاختطاف التي تعرض لها أبناؤهن؟

بعد دراسة الحالة (س) واستنادا إلى تحليل المقابلات العيادية النصف موجهة ونتائج المقياس تبين لنا أن الحالة قد أظهرت مشاعر الألم والمعاناة النفسية عند تحدثها عن الخبرات السابقة المؤلمة، وهذا ما جعلها تعيش حالة حزن وقلق لعدم نسيانها الموقف، كما التمسنا من خلال الملاحظة صعوبة التعبير عن مشاعرها الحقيقية ووجدنا أن فكرة الاختطاف ولدت حالة من الاضطراب الانفعالي وذلك من خلال ملاحظة التعبيرات السيكلوجية، ومن أهم تلك التعبيرات حالات الانهيار الشديد، البكاء لفترات طويلة، ثم الدخول في حالة التبلد الانفعالي وتعبير عنها بأسلوب الصمت وعدم التفاعل والانعزال والابتعاد عن الآخرين، بالإضافة إلى الاضطرابات السيكلوسوماتية كاضطراب النوم وفقدان القدرة على الاستمرار فيه، فقدان الشهية، الحزن، أفكار تشاؤمية، قلة وصعوبة النشاط، وهذا ما يؤكد وجود صدمة قوية لدي الحالة، وبهذا يمكن القول بأن الفرضية الرئيسية والتي مفادها أن الحالة (س) من فكرة اختطاف ابنها قد تحققت وذلك بحسب مقياس (دافيدسون). وقد اتفقت هذه النتائج مع العديد من الدراسات السابقة منها بن سعيدة

(2017) التي أشارت إلى وجود مستويات عالية من القلق والاكتئاب لدى الأمهات المصدومات من فكرة اختطاف احد ابنائها. كما اتفقت مع دراسة ضياء الدين (2017) وبشارة، خليفة (2017) ودراسة محمد (2011) ودراسة صالح، (2010) التي اشارت إلى أن الأمهات يعانين من اضطراب كرب ما بعد الصدمة بسبب تعرضهن لحدث يصنف على أنه حدث صدمي ناتج عن العمليات الإرهابية، والنزوح.

عرض ملخص المقابلة للحالة الثانية:

الاسم: م، ا، ص مكان الميلاد: مرزق، السن 42 سنة، المستوى الدراسي: مؤهل جامعي، عدد الأبناء 4 (3 أنثى) و(1 ذكر)

التاريخ العائلي: الأم متزوجة منذ زمن طويل وتعيش مع زوجها وابنائها هي معلمة وزوجها اعمال حرة، يتعاونان على تلبية شؤون الأسرة والأبناء. قبل تعرضهم للهجوم المسلح كانوا قد اكملوا بناء منزلهم، وقد انتقلوا إليه قبل ايام قليلة من يوم الحادث الذي كانوا قد تعرضوا له.

التاريخ المرضي صحتها جيدة لا تعاني من أي امراض مزمنة، كذلك افراد العائلة.

العائلة مستواها الاقتصادي والاجتماعي جيد جدا قبل الحادثة، تعرضت الاسرة لهجوم مسلح من قبل الميليشيات المسلحة مما ترتب عليه قتل اكبر أبناءهم (15 سنة) وتسبب هذا الحادث في نزوح الاسرة وهروبها من المنطقة هربا من الموت.

عرض محتوى المقابلة العيادية للحالة الثانية: تعرضت الأم لصدمة قتل أبنها عندما دخل عليهم مجموعة من المسلحون منزلهم مساءً، وحاولوا أخذ ابنها بالقوة (15 سنة) حيث وقفت الأم أمام المسلح واحتضنت أبنها اليها بقوة في محاولة منها لحمايته، ومنع المسلح من أخذه، فحاول هذا الأخير جذب الطفل بالقوة، وعندما فشل في ذلك بسبب استماتة الأم في حماية فلذة كبدها رمي المسلح عليه النار فإراداه قتيلا وسط صراخ الام والاحوات الصغيرات، اللاتي اصيبن بالرعب جراء المشهد المرعب، ومشاهد الدماء، وجثة الطفل الذي توفي على الفور، حيث خرج المسلحون بعد ذلك، تاركين الأم في حالة هستيرية صحية بناتها، كان الاب غير موجود في المنزل أثناء الحادث، أخذ المسلحون بعضاً من شباب هذه المنطقة وانطلقوا بسيارات عسكرية، عقب هذا الموقف خرجت الأسرة من منزلها إلى مدينة سبها (عاصمة الجنوب). عند وصول الاسرة للمدينة اخذهم البعض لمركز اللاجئين (جمعية انسام الحرية) التي وفرت لهم جزء من احتياجاتهم الاساسية (المأكل، المشرب، الملابس، المسكن، والذي كان عبارة عن غرفة واحدة لجميع افراد الاسرة، وكانت دورة المياه مشتركة مع اللاجئين الاخرين). خلال الفترة الاولى كانت الاسرة تعيش على الاعانات والإعاشات التي كانت تقدم لها من قبل الجمعيات الخيرية، وما يتبرع به بعض الافراد. ولازالت الأسرة تعيش بنفس المركز، ضمن ظروف أقل من جيدة.

تحليل محتوى المقابلة العيادية النصف موجهة للحالة الثانية (م): كانت الحالة النفسية للأم جدا سيئة نتيجة للخبرة الصادمة التي عايشتها ذلك اليوم (قتل طفلها أمام ناظرها) والتي نتج عنها حالة نفسية وانفعالية سلبية " كثرة البكاء " الخوف الرعب " فقدان الثقة في الاخرين، وحالات الانهيار التي مرت بها الحالة والتي عبرت عنها باضطرابات النوم التي ارتبطت بالأحلام المرعبة والمرتبطة بالحادث الصدمي الذي واجهته وهو مشاهدة موقف القتل، ترتب عليها تناذرات تكرار الحدث الصادم وهي اضطرابات النوم، كوابيس " تكرار موقف قتل الطفل، إضافة إلى أحلام متكررة ترتبط بمنظر ابنها المقتول، ومشهد النزف ومشاهدة الكثير من الدماء "استرجاع الحادثة المؤلمة عند سماع صوت الرصاص، او القذائف. وقد لاحظت الباحثة أن الحالة تعاني من خوف شديد، كذلك هي لا تستطيع المكوث في مكان واحد، فهي دائمة الحركة ولعل هذا تعبير عن مستوى القلق والضغط التي تعانيها، ووترية النظرية المعرفية وأن الأفراد الذين تتكون لديهم بنية الخوف هذه سوف يمرون بخبرة نقص القدرة على

التنبؤ وضعف السيطرة على حياتهم، (أدم، 2017، 15)، كذلك أشارت إلى أن بعض الأفراد عندما يتعرضون لحدث صادم تتحطم لديهم المعتقدات والآمال، ويشعرون بالنقمة واليأس، وتتأثر "الأنا" بشكل سلبي، وتتحطم الذات وتفقد قيمتها ومعناها، ووفقاً لهذا التوجه نلاحظ أن الاضطرابات النفسية تنتج عن أفكار خاطئة وغير عقلانية عن الذات والاحداث الحياتية التي يعيشها الفرد، حيث تهدد الصدمة افتراضاتنا العادية او السوية عن مفهوم الامان، (يعقوب، 1999، 75-76)، (نعيمة، 2014، 20).

اما مظاهر الصدمة المترتبة على استعادة الخبرات المؤلمة المرتبطة بقتل الطفل فقد كان واضحا تأثر الحالة بالصدمة ومقتل الطفل خاصة انه كانت هناك اوقات مستقطعة اثناء المقابلة تلجأ فيها الحالة للصدمة والسكون، وكأنها تستعيد موقف ضرب ابنها بالرصاص، اما عن مظاهر الهجوم فكانت بشعة و كان فيها جزء كبير من الوحشية حالة الفزع التي كابدتها الأم من صدمة قتل ابنها " " خوفها على بناتها" خوف الام على الاب والذي حمدت الله على أنه لم يكن موجود ذلك اليوم لانه لو كان موجود لكان مات او اختطف " جر الطفل من أمه بالقوة " "الفاظ نابية" . " ضرب كل من الطفل والام بأخمص البندقية". ايضا الحالة أشارت إلى الكثير من اعراض الاستثارة بحسب المقياس وذلك من خلال إجابتها ب "دائما " على جل العبارات التي تقيس هذا تكرار الحدث الصادم فعلى سبيل المثال أشارت إلى معاناتها من تتخيل صور، وذكريات، وأفكار مرتبطة بقتل الطفل، كما أنها تتضايق كثيراً من الأشياء التي تذكرها بما تعرضت له من مأساة، وما تعرض له ابنها، وقد أوضحت النظرية المعرفية هذا عندما أشارت إلى أن الحدود بين الأمان والخطر تصبح غير واضحة (أثناء التعرض للصدمة) مما يؤدي إلى تكوين بنية كبيرة للخوف في الذاكرة بعيدة المدى، (أدم، 2017، 15)،

بالنسبة لمظاهر الصدمة المترتبة على (تجنب الخبرة الصادمة)، فقد لاحظت الباحثة أن الحالة في أحيان كثيرة تتجنب المواقف والأفكار والأشياء التي تذكرها بالحدث الصادم، وتعتبر عن ذلك بتغيير مجري الحديث لكي تتجنب الحديث حول بعض التفاصيل، كما لاحظت الباحثة من خلال المقابلة ان الحالة في بعض الأحيان تعبر عن حالة فقدان الشعور بالحزن والاسي (متبلدة الاحساس)، وفي أحيان أخرى تبدو مستسلمة ويأسية وتشعر بأن حياتها لا قيمة لها بدون أبنها. وهذا ما اوضحته النظرية النفسية عندما أكدت أن التعرض للخبرات الصادمة في الغالب تكون مؤلمة فيلجأ الفرد عادة إلى كبت معظم الأفكار الخاصة بالحادث الصدمي أو قمعها عن عمد، أي أنه ينكرها، وحالة التشويه والإنكار هذه لا تحل المشكلة كون الفرد لا يكون قادرا على أن يجعل المعلومات الخاصة بالحادث الصدمي تتكامل مع معلوماته الأخرى، فعندئذ يكون ما يكون من أحاسيس ومشاعر وانفعالات سلبية أثناء الازمة (حامد، عبد الحسن، 2016، 88، 89). كما تري النظرية السلوكية أن ردود الأفعال المتمثلة بالخوف والقلق، التي يشعر الفرد بسببها بعدم الراحة تؤدي به إلى أن يسلك سلوكا تجنبيا سلبيا، أي أن الفرد يبدأ في الهروب أو التجنب لتلك المثيرات التي تذكره بخبرات سيئة، لأن تذكر أو تكرار هذه الخبرات سوف يؤثر تأثيراً سلبيا على الفرد من الناحية النفسية (الشميري، 2020، 56)، (حامد، عبدالحسن، 2016، 89).

اما على مستوى (الاستثارة) فتأثر الام بالصدمة نجم عنه اضطرابات في الاكل " فقدان الشهية" نزول سريع في وزن الجسم " " صداع مستمر " "التعرض لنوبات اغماء" فقد أشارت الحالة إلى الكثير من اعراض الاستثارة بحسب المقياس وذلك من خلال إجابتها ب "دائما " على جل العبارات التي تقيس هذا الجانب فغلس سبيل المثال أشارت إلى معاناتها من صعوبات النوم، عدم القدرة على النوم المتواصل، وكثيرا ما تعثر بها نوبات توتر وغضب، عدم القدرة على الاسترخاء، المشي المستمر، لا تستطيع البقاء في مكان واحد، تشعر دائما بأنها على حافة الانهيار، الهلع، أحلام مزعجة، انقباض وضيق، العصبية، عدم الاستقرار في مكان واحد، فقدان التركيز وتشتت الانتباه، وتوقع الأسوأ دائما، الخوف المبالغ "على

بناتها وزوجها"، الصداع، وما يصاحب ذلك من اضطرابات فيزيولوجية كما اتصفت الحالة بصفة عامة باليقظة الزائدة (فرط التنبيه للمنبهات الباعثة علي التهديد) وهذا ما أكدته كل من النظرية البيولوجية والسيكوسوماتية، فالتغيرات التي تحدث في الدماغ، وهرمونات الجسم تؤثر في قدرة الشخص على التخلص من الصدمة، حيث إن التعرض المتكرر للصدمة أو تذكرها يؤدي إلى حالة من التبلد أو التخدير العاطفي، وهذا يكون بمثابة حل للصدمة، وبالتالي يفرز الدماغ مواد مخدرة شبيهة المفعول بمواد الأفيون، كما ترتفع نسبة الأدرينالين وهذا ما يؤدي لمستويات عالية من الخوف وتكرار الصور والذكريات عن الصدمة (يعقوب، 78، 1999-79).

جدول (5) يبين بنود (استعادة الخبرة الصادمة) كما جاءت بمقياس (دافيدسون).

الرقم	الخبر الصادمة المتعلقة ب(استعادة الخبرة الصادمة).	ابدا	نادرا	احيانا	غالبا	دائما
1	هل تتخيل صور، و ذكريات، وأفكار عن الخبرة الصادمة					5
2	هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة					5
3	هل تشعر بمشاعر فجائية أو خبرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى					5
4	هل تتضايق من الأشياء التي تذكرك بما تعرضت					5
17	هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق التنفس، الرعشة، والعرق الغزير وسرعة في ضربات قلبك					5
المجموع	مجموع (استعادة الخبرة الصادمة)					25

نلاحظ من خلال الجدول للحالة (الأولى) أنها تحصلت على (25) درجة في أعراض الخبرة الصادمة، بنسبة (16.3%) أي أكبر من المتوسط (12.5) وعليه فإن الحالة توجد لديها أعراض استعادة الخبرة الصادمة.

جدول (6) يبين بنود (تجنب الخبرة الصادمة) كما جاءت بمقياس (دافيدسون).

الرقم	الخبرة الصادمة المتعلقة ب(تجنب الخبرة الصادمة).	ابدا	نادرا	احيانا	غالبا	دائما
5	هل تتجنب الأفكار والأشياء التي اذكرك بالحدث الصادم					5
6	هل تتجنب المواقف والأشياء التي اذكرك بالحدث الصادم					5
7	هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها (فقدان ذاكرة نفسي محدد).				4	
8	هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها؟					5
9	هل تشعر بالعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب تجاه الآخرين أو الانبساط					5
10	هل فقدت الشعور بالحزن والحب (أنك متلبد الاحساس).					5
11	هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل، الزواج، وانجاب الأطفال					5
المجموع	مجموع الخبرة الصادمة المتعلقة ب(تجنب الخبر الصادم).					34

كما نلاحظ أنها تحصلت على (34) درجة في تجنب أعراض الخبرة الصادمة، بنسبة (22%) أي أكبر من المتوسط (17.5) وبالتالي فإن الحالة توجد لديها أعراض التجنب.

جدول (7) يبين بنود (الخبرة الصادمة المتعلقة بالاستئثار) كما جاءت بمقياس (دافيدسون).

الرقم	الخبرة الصادمة المتعلقة ب(الاستئثار).	ابدا	نادرا	احيانا	غالبا	دائما
12	هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائما					5
13	هل تتألمك نوبات من التوتر والغضب					5
14	هل تعاني من صعوبات في التركيز				4	
15	هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلة معاك على الأخر)، ومن السهل تشتيت انتباهك					5
16	هل تستئثار لأنفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز ومتوقع الأسوأ					5
المجموع	مجموع الخبرة الصادمة المتعلقة ب(الاستئثار).					24

تحصلت على (24) درجة في أعراض الخبرة الصادمة المتعلقة بالاستئثار، بنسبة (16%) أي أكبر من المتوسط (12.5) وعليه فإن الحالة توجد لديها أعراض الخبرة الصادمة، متعلقة بالاستئثار. وبالاستناد على مقياس التصحيح لدافيدسون فإن الحالة تعاني من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

جدول (8) يبين بنود (استعادة الخبرة الصادمة) كما جاءت بمقياس (دافيدسون).

الفئة	الفئة الفرعية	التكرار	النسبة المئوية
مظاهر الصدمة	استعادة الخبرة الصادمة	25	16.3%
	تجنب الخبرة الصادمة	34	22%
	الاستئثار	24	16%
المجموع		83	54%

من خلال قراءة الجدول أعلاه نجد أن الحالة (م) تحصلت على معدل (34) نقطة أي ما يعادل (22%) فيما يخص استجابتها على البنود المتعلقة بتجنب الخبرة الصادمة التي احتلت المرتبة الأولى، ثم تأتي استجابتها لبنود الاستئثار في المرتبة الثانية حيث تحصلت الحالة على (25) أي ما يعادل (16.3%)، تليها استجابتها على البنود المتعلقة باستعادة الخبرات الصادمة حيث تحصلت على (24) نقطة أي ما يعادل (16%)، أي أن المجموع الكلي لاستجابات الحالة قدر ب (153 \ 83) ونسبة (54.2%) وهذه النسبة تنتمي إلى المجال (50-100)، وهذا المجال يعبر عن صدمة قوية مما يعني أن الحالة لديها صدمة قوية نتيجة لمشاهدتها لموقف قتل ابنها.

تحليل ومناقشة نتائج الحالة الأولى على ضوء نتائج المقياس فرضيات الدراسة: بعد المقابلات التشخيصية التي قمنا بها والحصول على الأعراض التي تدل على اضطراب ما بعد الصدمة، وتطبيق اختبار "دافيدسون" عن اضطراب ضغط ما بعد الصدمة تبين أن الحالة (م) تعاني من صدمة قوية ترتبت على مقتل طفلها أمام ناظريها، واستنادا إلى تحليل المقابلات العيادية النصف موجهة تبين لنا أن الحالة قد عكست الكثير من أعراض الصدمة النفسية عند تحدثها عن الخبرات السابقة المؤلمة التي تتعلق بمقتل طفلها، وظروف النزوح، وهذا ما جعلها تعيش حالة أسى وقلق دائمين، وهذا ناجم عن خوفها من المستقبل وعلى بناتها الثلاث، كما التمسنا من خلال الملاحظة لجوء الحالة إلى الصمت والتبليد الانفعالي وتعبير عنه بأسلوب السكوت والانعزال، بالإضافة إلى الاضطرابات السيكلوسوماتية كاضطراب النوم وفقدان القدرة على الاستمرار فيه، فقدان الشهية، الحزن، أفكار تشاؤمية، والخوف من المجهول، وهذا كله يؤكد وجود صدمة قوية لدي الحالة، وبهذا يمكن القول بأن الفرضية الرئيسية قد تحققت وذلك بحسب مقياس (دافيدسون). وقد اتفقت هذه النتائج مع العديد من الدراسات السابقة منها دراسة الشقمان (2017) التي أشارت إلى أن أكثر أعراض اضطرابات الاستئثار شدة، هي اضطرابات النوم، الأرق الشديد، الخوف من الأصوات المرتفعة، التوتر الشديد بدون أسباب، الغضب الشديد، ضعف التركيز، عدم تقبل الآخرين، نوبات قلق وخوف والشعور بالضيق والحزن بدون أسباب. ودراسة (النجار، 2018) التي أشارت إلى ارتفاع اضطراب ضغط ما بعد الصدمة في بُعد الاستئثار لدى عينة من النازحين بمدينة بنغازي الليبية.

كما اتفقت مع دراسة بن سعدية (2017)، ضياء الدين (2017)، وبشارة، خليفة (2017)، ودراسة محمد (2011)، ودراسة صالح، (2010) التي اشارت إلى أن الأمهات يعانين من اضطراب كرب ما بعد الصدمة بسبب تعرضهن لأحداث النزعات المسلحة.

مناقشة النتيجة العامة للحالتين : استنادا الى تحليل المقابلات العيادية النصف موجهة ومقياس دافيدسون لاضطراب ما بعد الصدمة، تبين أن الحالتان تعيشان صدمة نفسية ناتجة عن الخبرات السابقة المؤلمة، هذا ما يجعلهما تعيشان حالة قلق لعدم نسيان تلك الخبرات، كما وجدنا من خلال الملاحظة ان فكرة الاختطاف، والقتل قد ولدت حالة خوف شديد من المستقبل، وذلك من خلال ملاحظة التعقيدات السيكولوجية لكنتا الحالتين، ومن أهم تلك التعقيدات الاضطرابات الانفعالية والسلوكية كاضطراب النوم وفقدان الشهية، التشاؤم، قلة النشاط، فقدان الأمل، الشعور بالعجز، كما أوضحت الملاحظة ونتائج المقابلة العيادية أن الحالتين قد مرتا بمراحل الصدمة، **فطور الصرخة** والذي يتصف بالخوف والحزن والغضب وتكون الاستجابة المباشرة للحدث الصدمي مصحوبة بانفعالات قوية، **بينما في طور الإنكار :** تبدو الاستجابة لهذا الطور في تجنب ذكريات الصدمة وفي رفض تلك الصور أو الأفكار المتعلقة بها أو بمواجهتها، **في طور الإقحام :** تتصف الاستجابات بتواتر أفكار قهرية عن الحدث تقم نفسها علي نشاط العقل كما لو أنها أفكار أو صور تطفلية وتظهر الاستجابات غير العادية في حالات من الانفجار بالصور أو الأفكار المستمرة والمزعجة عن الحدث، **وفي طور العمل على مواجهة الواقع:** وهي مرحلة انتقالية تنشط فيها آليات مواجهة الواقع أي واقع ما حدث والعمل على استيعابه، وأخيرا **طور الاكتمال:** والذي يتميز باكتمال عملية تجهيز المعلومات المتعلقة بالحدث الصدمي، حيث يستعيد الفرد توازنه وفعاليته في الحياة ومواصلته لأدواره ووظائفه ومسئولياته. وتري الباحثة من خلال ما قامت به من اجراءات بأن الحالية الاولي يمكن ان يقال أنها ضمن المرحلة الرابعة أي أنها تبذل جهدا في التغلب على ما حدث لها من صدمات، كما أنها تعتمد في ذلك على الجانب الديني فهي كثيرة الصلاة، ودائمة التسبيح، الاكثر من الدعاء لله ليعوضها خيرا فيما فقدته. كما أنها دائمة الحمد. حيث أنها تكثر من هذه الكلمة (الحمد لله) في المرات التي أجريت فيها معها المقابلة. بالنسبة للحالة الثانية فيمكن ان يقال أنها ضمن المرحلة الثالثة فهي تعيش حالة من تواتر الأفكار القهرية المتعلقة بمقتل طفلها حيث تقم هذه الصور نفسها علي نشاط العقل وتسيطر عليه مع ما يصاحب ذلك من اضطرابات فيزيولوجية، وسيكو-سوماتية، فيسبب حالة من اليقظة الزائدة وفرط انتباه ولعل هذا ما يجعل الحالة في حالة تيقظ دائم، (تبقي بدون نوم لعدة ايام) وغير قادرة على البقاء في مكان واحد (كثيرا ما يراها جيرانها من اللاجئين الاخرين تمشي بباحة المركز بساعات متأخرة من الليل، و احيانا في ساعات الصباح الأولى).

التوصيات:

- 1- التدخل النفسي الفوري للأفراد الذين تعرضوا لخبرات صادمة على اختلاف صورها وأشكالها وذلك من خلال انشاء مراكز نفسية لمتابعة جميع الحالات (الأطفال، المراهقين، المسنين)، وتأكيد دور الدعم النفسي والاجتماعي، وفاعليته في الميدان الوقائي والعلاجي.
- 2- القيام بأبحاث تهتم بقضايا النزوح والأسر النازحة التي عانت من الآثار النفسية للنزاعات المسلحة، ودراسة أوضاع الأسر النازحة في مناطق النزاعات من الناحية الاجتماعية والنفسية والاقتصادية.
- 3- تفعيل دور الاخصائي النفسي والاجتماعي في مراكز الأمن، والمراكز الطبية، ومؤسسات المجتمع المدني، ومراكز اللاجئين، وتدريبهم على التعامل مع هذا النوع من العنف المسلح الموجه ضد المدنيين،

وتدريبهم على تقنيات العلاج النفسي للصددمات النفسية، وخاصة تلك الصدمات المترتبة على الحروب والنزاعات المسلحة.

4-تصميم برامج علاجية وارشادية للتخفيف من أثار الصدمات النفسية بحيث تكون هذه البرامج شاملة لجميع الجوانب ويشترك بها (أطباء، ممرضين، اخصائيين نفسيين واجتماعيين بهدف التكفل النفسي).

4-التوعية والتعريف بمخاطر هذه الجرائم وآثارها وأضرارها على الأفراد والمجتمعات والدولة، وتفعيل ودعم دور خدمات الصحة النفسية في المؤسسات الرسمية والأهلية ذات العلاقة بالعمل الاجتماعي والإنساني من خلال تقديم برامج للتدخل المهني للتخفيف من الآثار الاجتماعية والنفسية والاقتصادية للمتضررين من النزاعات المسلحة.

5-ادخال مقررات اختصاصية في التعامل مع الاضطرابات والضغوط ما بعد الصدمية وذلك في المجالات المدنية والنفسية والاجتماعية، وخاصة في ظل الظروف التي تمر بها ليبيا منذ (2011) وحتى الوقت الحالي.

قائمة المراجع:

1-ابراهيم، امانى خالد. (2017). فعالية برنامج علاجي سلوكي_ معرفي- في لتخفيف اعراض اضطرابات كرب ما بعد الصدمة لدى اللاجئين السوريين بولاية الخرطوم، رسالة ماجستير منشورة، جامعة النيلين، كلية الدراسات العليا، كلية الآداب، قسم علم النفس.

2 " " تقرير صادر عن المنظمة الليبية للسياسات والاستراتيجيات، إعداد: أبو السعود، سمر كمال. مايو، (2017) ، طرابلس، ليبيا، 9.

"ب"الآثار النفسية للحرب على الليبيين، اعداد: أبو السعود، سمر. سبتمبر (2021). ، طرابلس ليبيا، ANW, Media.

3-أدم، اميمة اسماعيل. (2016). اضطراب ما بعد الصدمة لدى قوات شرطة الاحتياط المركزي بولاية الخرطوم، رسالة ماجستير منشورة، جامعة الرباط الوطني، كلية الدراسات العليا والبحث العلمي، تخصص علم النفس الجنائي.

4-آيت حمودة حكيمة، (2006). دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية ، دراسة ميدانية بمدينة عنابة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

5-آيت قني، نعيمة سعيد. (2014). نموذج المعالجة المتكيفة للمعلومة (التيار الإدماجي للصدمة النفسية واضطراب ضغط ما بعد الصدمة، مجلة دراسات نفسية وتربوية، جامعة لوينسي علي الجزائر، العدد 11 ، ص 17-34.

6-بشارة، إيمان عبد الرسول، احمد ياسر حسن. (2017). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للنساء النازحات بمعسكرات ولاية جنوب دارفور - السودان. مجلة العربية للعلوم ونشر الابحاث، العدد الثالث، المجلد الثالث، يونيو، 40-60.

7-ين يوب، يمينة. (2017). اضطراب الضغط ما تعد الصدمة لدى المرأة المصابة بسرطان الرحم، دراسة ميدانية بمستشفى ابن سينا- ام البواقي، رسالة ماجستير منشورة، جامعة العربي بن مهدي – أم البواقي، كلية العلوم الاجتماعية.

8-تقرير صادر عن منظمة المرأة العربية والأمانة العامة للجامعة العربية وهيئة الأمم المتحدة لتمكين المرأة، الاستراتيجية الإقليمية "حماية المرأة العربية: الأمن والسلام"، القاهرة 2012. 64.

9-تقرير صادر عن منظمة التضامن لحقوق الإنسان، منظمة غير حكومية، طرابلس، ليبيا، 11 فبراير، 2019، على الموقع

<http://lhrl.blogspot.com>

10-حامد، جهاد. عبد الحسن، مصطفى. (2016). اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وآثاره النفسية والاجتماعية على الطفل الفلسطيني. مجلة دراسات الشرق الأوسط، المجلد 2، العدد1، 84-106.

11-دافيدون ، لندا. (1993). مدخل علم النفس، ترجمة سيد الطواب، دار ماكجروهل، القاهرة ، مصر.

12-دليل إرشادي عن حماية النازحين داخليا (2010) مجموعة العمل التابعة للتجمع العالمي للحماية، مارس/ آذار.

13-دليل إرشادي، (2017). الاضطرابات الناتجة عن الصدمة النفسية والاضطراب المجهد بعد الصدمة النفسية (PTBS) الأسباب والتداعيات والمساعدات، دليل إرشادي بلغات عدّة للمغتربات والمغتربين، Ethno-Medizinisches Zentrum e. V

14-دويدار، عبدالفتاح محمد. (1996). مناهج البحث في علم النفس، دار المعرفة الجامعية، مصر.

15-الرميح، حورية محمود، نصر، صلاح أبو القاسم. (2020). أثار النزاعات المسلحة على المجتمع الليبي ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهته، مجلة كلية الآداب، العدد الثلاثون، سبتمبر، 252-278.

16-راشد، منصف. (2008). مناهج البحث العلمي، ط1، الجزائر، المؤسسة الوطنية للكتاب.

17-الرشيدي، صالح بشير. منصور، طلعت. النابلسي، محمد. بورسلي، بدر (2001). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ط 1 ، الديوان الأميري، مكتب الإنماء الاجتماعي، الكويت.

18-ألبوخا، سباستيان وآخرين. (2010). النزوح الداخلي الملخص العالمي للاتجاهات والتطورات للعام 2009 ، مركز رصد النزوح الداخلي، مجلس اللاجئين النرويجي.

19-الشقمان، علي سالم. (2017). السمات العامة المميزة لأبعاد أعراض ما بعد الصدمة وسط طلاب الجامعة الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة في ليبيا، لجزء الرابع، العدد الثامن عشر، 2-19.

20-الشميري، عبد الرقيب عبده. (2020). خبرات الحرب الصادمة وعلاقتها باضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال النازحين في محافظة إب. المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، العدد 08، المركز الديمقراطي العربي، ألمانيا برلين، 41-93.

- 21-صالح، قاسم حسين، (2002). الثقافة النفسية المتخصصة: سيكولوجية الازمات، (د،ط)، لبنان، مركز الدراسات النفسية و النفسية الجسدية.
- 22-صالح، هدى عمر. (2010). اضطرابات الضغوط التالية للصدمة لدى النساء بمعسكري عطاش ودرج جنوب سمر دارفور وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير في آداب علم النفس.
- 23- ضياء الدين، نهى. (2017). برنامج إرشادي للحد من اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى أمهات أطفال محافظة شمال سيناء و تحسين نمط الوالدية، مجلة الطفولة، العدد السابع والعشرون، عدد سبتمبر، 572-500.
- 24- عباس، فيصل. (1994). اضواء في المعالجة النفسية، ط1، بيروت، دار الفكر العربي.
- 25- عباس، فيصل. (1997). الشخصية دراسة حالات (المناهج التقنيات الإجراءات). ط 0. لبنان: دار الفكر العربي.
- 26- عبدالستار، ابراهيم. (1998). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث (فهمة، اساليبه، علاجه)، ط1، الكويت، سلسلة عالم المعرفة.
- 27- عبد الغفار، محمد أحمد. (2003). فض النزاعات في الفكر والممارسة الغربية، دراسة نقدية وتحليلية، الكتاب الأول، الدبلوماسية الوقائية، دار هومة الجزائر.
- 28- عيسوي، عبدالرحمن. (1997). اصول البحث السيكولوجي، لبنان، دار الراتب الجامعية.
- 29- عيسوي، عبدالرحمن. (2004). سيكولوجية الاجرام، ط1، دار النهضة، بيروت.
- 30- كيطوط، أسيا عبد الله. (2011). المشكلات الاجتماعية والنفسية التي تواجه أسر الشهداء ودور الممارسة المهنية في التعامل معها، دراسة مطبقة على أسر شهداء ثورة 17 فبراير 2011 م، بمدينة طرابلس، رسالة ماجستير، (غير منشورة)، جامعة طرابلس، كلية الآداب، قسم الخدمة الاجتماعية.
- 31- لحيول، زينب صالح. (2016). آثار حرب التحرير على الأسرة الليبية ودور الخدمة الاجتماعية في التعامل معها، "أسر مدينة الزاوية نموذجاً"، رسالة ماجستير، (غير منشورة)، جامعة طرابلس، كلية الآداب، قسم الخدمة الاجتماعية، جامعة طرابلس.
- 32- مجيد، سوسن شاكر. (2011). اضطرابات الضغوط ما بعد الصدمة التي يعاني منها اعضاء هيئة التدريس في الجامعات العراقية (دراسة ميدانية). مجلة الفتح، العدد السابع والاربعون، تشرين الاول، 339-303.
- 33- محمد، ايمان عبد الرسول. (2011). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وعلاقته ببعض سمات الشخصية للنساء النازحات بمعسكرات ولاية جنوب دارفور.
- 34- محمد، سماح نبيل، الصبوة، محمد نجيب. (2018). فعالية برنامج معرفي- سلوكي في خفض بعض اضطرابات كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، 6، 4، أكتوبر، 483-457.

- 35- مركز الدراسات الاجتماعية، الظروف الاجتماعية والنفسية والبيئية والاقتصادية للنازحين بمدينة طرابلس و ترهونة، دراسة ميدانية، (غير منشورة)، طرابلس، ليبيا.
- 36- مسعود، ابتسام. (2017). الصدمة النفسية للطفل المختطف، رسالة ماجستير منشورة، جامعة العربي بن مهيدي – أم البواقي، كلية العلوم الاجتماعية، تخصص علم النفس الإكلينيكي.
- 37- مومني، فواز أيوب (2008). أثر استراتيجيات التعامل والدعم الاجتماعي في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى ضحايا وأسر تفجيرات فنادق عمان. رسالة دكتوراه غير منشورة. قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة اليرموك، الأردن.
- 38- النابلسي، محمد أحمد. (1991). الصدمة النفسية علم نفس الحروب والكوارث، دار النهضة العربية، بيروت.
- 39- النجار، ابراهيم رمضان. (2018). اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وعلاقته ببعض المتغيرات لدى النازحين في مدينة بنغازي، رسالة ماجستير منشورة، قسم علم النفس، شعبة الارشاد والعلاج النفسي.
- 40- يعقوب، غسان (1999). سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، دار الفارابي، بيروت، لبنان.
- 41-American Psychiatric Association (1994). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)". (4 th Ed.) Washington, D. C.: A. P.A. Author.

التوافق المهني كمدخل لتعزيز الصحة النفسية لدى الأفراد في بيئة العمل

د.بحري صابر

د.خرموش منى

جامعة محمد لمين باغين سطيف 2/الجزائر

مقدمة:

لا يمكن تحقيق الصحة النفسية في بيئة العمل إلا من خلال تحقيق التوافق المهني الذي يعد من بين المؤشرات التي يمكن من خلالها الحكم على مدى توافر أبعاد الصحة النفسية في مكان العمل، ولأن الإنسان يقضي معظم وقته في العمل فإن أي توترات أو ضغوطات تحد داخل العمل تترجم مباشرة في سلوكيات تهدد الصحة النفسية بشكل عام وليس الصحة النفسية في مكان العمل على اعتبار أن الإنسان كل متكامل، وهذا ما يجعل عملية إدراك الصحة النفسية في بيئة العمل مرتبطة بتحقيق التوافق المهني لدى العامل.

إن التوافق المهني يعد مدخل أساسي لتعزيز الصحة النفسية من خلال تلك الأدوار التي يمكن أن يلعبها على مستوى سلوك الأفراد أو الجماعي خاصة وأن عملية التوافق المهني تتداخل العديد من العوامل والمصادر في تثبيتها لدى الأفراد، ولأن عملية تعزيز الصحة النفسية وتحقيقها مرتبطة أساسا بالأداء الوظيفي للأفراد العاملين في المنظمة وهو ما ينعكس بصورة مباشرة على كفاءتها الإنتاجية، ما يجعل من عملية الحرص على تحقيق التوافق المهني أمر جدهام لتحقيق الصحة النفسية في بيئة العمل.

أولاً: التوافق المهني كمفهوم:

إن التوافق مصطلح مركب وغامض إلى حد كبير لأنه يرتبط بالتصور النظري للطبيعة الإنسانية، ويتعدد النظريات والأطر الثقافية المتباينة، وربما كان أحد أهم أسباب غموض هذا المصطلح هو الخلط بين المفاهيم (عبد الحميد محمد الشادلي، 2001، ص 25).

فالأصل في مصطلح التوافق هو تعديل الكائن بحيث يتلاءم مع الظروف وهو ما سماه يونج مغايره "Dissimilation" أو يلجأ الكائن إلى إحداث تعديل في البيئة وهو ما أسماه مماثلة "Assimilation" أو يعدل الكائن بعضاً منه وبعضاً من البيئة لإعادة التوافق والتوازن" (سهير كامل أحمد، 1999، ص 26).

إن التوافق النفسي يعني "أن الشخص الحسن التوافق هو الذي يكون عنده الأنا بمثابة المدير المنفذ للشخصية، أي هو الذي يسيطر على كل من الهو والأنا الأعلى، ويتحكم فيها، ويدير حركة التفاعل مع العالم الخارجي تفاعلاً تراعي فيه مصلحة الشخصية بأسرها ومالها من حاجات" (صلاح أحمد مرحاب، 1989، ص 32)، كما أنه يعبر عن " حالة من علاقة التجانس مع البيئة التي يستطيع فيها الفرد الحصول على الإشباع لمعظم حاجاته، وأن يحقق المتطلبات الجسمية والاجتماعية الخاصة به" (إبراهيم شوقي عبد الحميد، 1998، ص 125).

فالتوافق "لا يتم مرة واحدة وبصفة نهائية بل إنه عملية مستمرة بإستمرار الحياة ذلك أن الحياة هي سلسلة من الحاجات يحاول الفرد إشباعها وكلها توترات تهدد إتزان الكائن بالضياع ومن ثم تكون محاولته لإزالتها هي إعادة للإتزان من جديد" (مخير صلاح، 1972، ص 13).

إن التوافق المهني هو "العملية المستمرة التي يقوم بها الفرد من أجل تحقيق التكيف والإنسجام بينه وبين المهنة أو الوظيفة التي يؤديها وبينه وبين بيئة العمل" (عبد الرحمان بن أحمد الهيجان، 2004، ص 97)، كما أنه يمثل "قدرة الفرد أن يعقد صلات إجتماعية مرضية مع من يشرفون عليه أو يعملون معه، كما يتضمن قدرات الفرد على التواء مع بيئته الإجتماعية في مختلف نواحيها المهنية والإقتصادية والمنزلية" (أحمد عزت راجح، 1970، ص 418).

وهو في واقع الأمر "ينطوي على قدرة الفرد للوفاء بمتطلبات العمل والإندماج في علاقات إنسانية تنطوي على محبة الفرد للآخر، وتقبل الفرد للزملاء والرؤساء، وتحرره من الواقع في الخلافات والحوادث" (الشريبي زكريا وآخرون، 2008، ص 367).

ويتمثل التوافق المهني في كونه "عملية مستمرة ودينامية التي يقوم بها الفرد لتحقيق التلاؤم بينه وبين البيئة المهنية – المادية والاجتماعية – والمحافظة على هذا التلاؤم" (عباس محمود عوض، 1987، ص 11).

ولعل تحديد التوافق المهني بأنه "توافق الفرد لندنيا عمله فهو يشمل توافق الفرد مع مختلف العوامل البيئية التي تحيط به في العمل، وتوافقه مع التغيرات التي تطرأ على هذه العوامل على مر فترات من الزمن وتوافقه لخصائصه الذاتية، وهكذا فإن توافق الفرد مع صاحب العمل ومع المشرف عليه ومع زملائه، وكذلك توافقه مع مطالب نفسه وتوافقه مع ظروف السوق المتغيرة والخاصة بالعمل وتوافقه مع قدراته الخاصة مع ميوله ومع مزاجه كل هذا يدخل في مفهوم التوافق المهني" (فرج عبد القادر طه، 2001، ص 74).

التراث النظري غني بالتعريفات التي تناولت التوافق بصفة عامة لكن قليل من الباحثين الذين حددوا مفهوم التوافق المهني كمفهوم في علم النفس العمل والتنظيم، وبالنظر لمختلف التعاريف التي أشرنا إليها يمكننا القول أنها سارت في ثلاث إتجاهات رئيسية في تحديد التوافق المهني، إتجاه فردي ذهب إليه الذي أقر بأن التوافق المهني هو عملية فردية تهدف لخلق نوع من التكيف والإنسجام بين الفرد والمهنة من جهة والفرد والبيئة مما جعله يركز على الفرد كركيزة أساسية في التوافق، أما الإتجاه الثاني الذي برز في تحديد التوافق المهني هو الإتجاه البيئي اللذين نظروا للتوافق المهني نظرة بيئية بحتة، بالتأكيد على التوافق من خلال مع بيئة العمل من خلال إختيار المهنة والتدريب والرضا والعلاقات في العمل، وهو هنا يتحدث عن كيفية حصول عملية التوافق المهني مع بيئة العمل، بالرغم من أن الفرد قد يكون بالرغم من إختياره لعمله وتدريبه والتدريب اللازم والعلاقات المميزة داخل العمل، إلا أنه قد لا يشعر بالتوافق داخل عمله جراء الكثير من الأسباب والمصادر الفردية التي تتعلق به شخصيا وليس ببيئة عمله، أما الإتجاه الثالث فهو الإتجاه التكاملي والذي حاول الربط بين الفرد والبيئة كعنصران من عناصر التوافق المهني لدى الفرد، أين يمكن إعتبار التوافق المهني جزء من التوافق العام للفرد يتعلق بقدرة الفرد على التكيف مع بيئة العمل التي تتضمن التوافق مع مطالب العمل وظروفه والتغيرات الممكن حدوثها في العمل وكذا التوافق مع ذاته كفرد عامل.

ثانيا: تعزيز الصحة النفسية كمفهوم:

تعني الصحة النفسية التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان، ومع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية (عبد العزيز، القويصي، 1952)، وهي تتضمن بذلك التوافق النفسي الذي يهدف إلى تماسك الشخصية ووحدها وتقبل الفرد لذاته وتقبل الآخرين له بحيث يترتب على هذا كله شعوره بالسعادة والراحة النفسية (عبد الغني، صلاح الدين، 2000)، فالصحة النفسية تهدف إلى تحقيق التوافق النفسي للفرد الذي يتطلب عملية التكيف مع البيئة بمختلف مكوناتها والذي يعني تقبل الفرد لذاته.

وكثيراً ما يشار إلى تعزيز الصحة النفسية للصحة النفسية الإيجابية، ويهدف تعزيز الصحة النفسية للتأثير على محددات الصحة العقلية وذلك بزيادة الصحة النفسية الإيجابية، للحد من عدم المساواة وبناء الرأس مال الإجتماعي في محاولة لتضييق الفجوة في التوقعات الصحية بين الدول والجماعات (إعلان جاكوتا لتعزيز الصحة)، وهي تعني بذلك مختلف أنشطة تعزيز الصحة النفسية بتوفير الظروف الإجتماعية والبيئية التي تمكن الفرد من النمو النفسي الأمثل، وتشمل مبادرات الأفراد في عملية تحقيق الصحة النفسية الإيجابية، تعزيز نوعية الحياة والتمكين، والوقاية من الإضطرابات النفسية والتي تعتبر واحدة من أهداف ونتائج إستراتيجية تعزيز الصحة النفسية (WHO Library Cataloguing-in-Publication Data , 2004, p16)، فتعزيز الصحة النفسية هو الجانب الإيجابي للصحة النفسية والتي من خلاله تتم عملية توفير البيئة الملائمة للأفراد للعيش في بيئة نفسية آمنة، بما يضمن لهم نمو نفسي سليم في ظل الظروف التي يعيشها الأفراد في مختلف المجتمعات.

ولقد أعاد تعزيز الصحة النفسية التصور الإيجابي لمصطلح الصحة النفسية أكثر من التصور السلبي، يتطلب هذا التغيير أو التبدل في التركيز على المشعرات الإيجابية للعافية القيام بالتصفية المنهجية للمشعرات الإيجابية الراسخة لنتاج الصحة النفسية، ويتطلب هذا التغيير أيضاً التركيز على طرائق البحث التي ستوثق عملية التمكين للصحة النفسية الإيجابية وكذلك لاستعراض الشروط الضرورية للتدخلات الناجحة (منظمة الصحة العالمية، 2005، ص35)، ولعل عدم اهتمام مختلف المجتمعات بالصحة النفسية جعل المنظمة العالمية للصحة تؤكد على أهمية هذا الموضوع الذي يرسخ مبادئ الصحة النفسية الإيجابية والذي يعمل من أجل التمكين النفسي للفرد في مختلف المجالات، عن طريق تلك التدخلات التي تهدف كإستراتيجيات لتعزيز الصحة النفسية للفرد.

وتؤكد المنظمة العالمية للصحة على أن تعزيز الصحة النفسية هو " حالة من الرفاهية التي يدرك الفرد من خلالها قدراته الخاصة التي تمكنه من التعامل مع الضغوط العادية للحياة مما يجعله يستطيع العمل بشكل منتج ومثمر في المساهمة في مجتمعه، وهي أكثر من مجرد غياب المرض لأنها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالصحة البدنية والسلوك، فهي حالة من الرفاهية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليست مجرد انعدام المرض أو العجز" (Helen herrman,Evan jané_ llopis,2012, p3)، إذن فتعزيز الصحة النفسية حسب المنظمة العالمية للصحة هو عبارة عن مجموعة من التقنيات التي يملكها الفرد للتعامل مع مختلف ما يتعرض له في حياته اليومية من مشكلات وأزمات وضغوط وقلق وتوتر، وتضمن له هذه التقنيات عملية التكيف الذي يجعله يحقق جل الأهداف التي يريد تحقيقها في حياته، كما أكدت المنظمة العالمية للصحة على أن تعزيز الصحة النفسية هو أكثر من مجرد غياب المرض أو العجز، ذلك أن غياب المرض لا يؤكد أن صحة الفرد النفسية مرتفعة، كما أن عملية التعزيز تنطلق من قدرات الفرد لتطويرها بما يخدم الصحة النفسية فهي تعمل في الإطار الإيجابي الذي يعزز سلوكيات الفرد الإيجابية.

ثالثاً: التوافق المهني في تعزيز الصحة النفسية لدى الأفراد في بيئة العمل- الأدوار -

إن تحديد التوافق المهني كمدخل فعال في تعزيز الصحة النفسية يتم من خلال تلك الأدوار التي يلعبها بالنسبة للأفراد وكذلك من خلال تلك الآليات التي يتم إستخدامها من قبل الأفراد لتحقيق التوافق المهني بما يعزز صحتهم النفسية، وسنحاول الإشارة لذلك فيما يأتي:

للصحة النفسية علاقة وثيقة بالتوافق المهني، أي بكفاية العامل الإنتاجية، وعلاقاته الإجتماعية في مكان العمل، فالصحة النفسية ليست مجرد خلو الفرد من الأعراض الشاذة إنما هي إلى جانب ذلك حالة تتميز بعلامات إيجابية إلى جانب هذه العلامات السلبية(عباس محمود عوض، 1996، ص47)، فالتوافق المهني ينمي الصحة النفسية، حيث أن تمتع العامل بالصحة النفسية يساهم في تقدمه بالإنتاج، فكلما زاد التوافق المهني لدى العامل نمت صحته النفسية، وكلما نمت صحته النفسية زاد توافقه المهني(كمال إبراهيم مرسي، 1988، ص 142-143).

فتعزيز الصحة النفسية كجانب إيجابي يسعى إلى تحقيق عدة أهداف يمكن أن نذكر أهمها فيما يأتي (Centre for Addiction and Mental: Best practice guidelines for mental health promotion programs,2007, p22-23)

زيادة المرونة والعوامل الوقائية: حيث يهدف تعزيز الصحة النفسية إلى تعزيز قدرة الأفراد والأسر والمجتمعات للتعامل مع الأحداث المجهدة في حياتهم اليومية، وذلك من خلال:

-زيادة المرونة الفردية أو المجتمعية.

- زيادة مهارات التأقلم.

-تحسين نوعية الحياة ومشاعر الارتياح.

-تعزيز الثقة بالنفس.

-تعزيز شعور الرفاه والانتماء.

-تعزيز الدعم الإجتماعي.

تقليل وخفض عوامل الخطر: ويهدف تعزيز الصحة النفسية إلى الحد من العوامل التي تعرض الأفراد والأسر والمجتمعات إلى الخطر عن طريق الحد أو القضاء على:

-القلق.

-الكآبة.

-الإجهاد والكرب.

-سوء المعاملة والعنف.

-الاستبعاد الإجتماعي.

-مشكلة تعاطي المخدرات.

-التفكير في الانتحار أو محاولة الانتحار.

الحد من الفروق: ويهدف تعزيز الصحة النفسية للحد من عدم المساواة، وغالبا ما تقوم عدم المساواة بناء على: الجنس، العمر، الفقر، الإعاقة الجسدية أو العقلية، الحالة الوظيفية، العرق أو الخلفية الثقافية، التوجه الجنسي، الموقع الجغرافي، ويمكن أن نقوم بتعزيز الصحة النفسية في هذا الإطار من خلال:

-تنفيذ سياسات التنوع والمساواة.

-إنشاء برامج انتقالية لمجموعات محددة لجعلها أكثر شمولية واستجابة من طرف السكان المهمشين.

إن تعزيز الصحة النفسية في بيئة العمل يتم من خلال تحقيق التوافق المهني الذي يعد عاملا مساعدا على زيادة وتعزيز الصحة النفسية للأفراد في بيئة العمل، أين يلعب التوافق المهني عدة أدوار لتحقيق ذلك والتي يمكن الإشارة إليها فيما يأتي:

العناية بالصحة الجسمية والبدنية: إذ لاشك أن الصحة الجسدية والبرء من الأمراض العضوية ينتج أفعالا نفسية من نوع خاص تعرف بالصحة النفسية، ومن ثم يمكن القول بأن الصحة النفسية والصحة الجسدية متكاملتان متطابقتان كالبنيان المرصوص يشد بعضه بعضا، ترتبطان معا أيما ارتباط وأوثقه، يؤثر اضطراب أحدهما في الآخر تأثيرا كبيرا(عبد العزيز، بن عبد الله الأحمد، 1999، ص44)، ويمكن تعزيز الصحة النفسية بالاهتمام بالصحة الجسمية للأشخاص، ذلك أن إمتلاك الشخص لصحة سليمة من الناحية الجسدية يساعده في عملية التكيف وكذا التغلب على مختلف المشكلات والضغوط التي تواجهه، وهو ما من شأنه الوقاية من الإضطراب النفسي الذي قد يعترض الفرد بالنظر لحالته الجسمية.

الرعاية الصحية الأولية: إن خدمات الصحة النفسية غير مدموجة بشكل كامل في معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستوصفات، تتراوح الخدمات من توفير الأدوية النفسية إلى تقديم استشارة متخصصة في البعض القليل من المراكز، وتوفير خدمات الصحة النفسية في الرعاية الخارجية يتم بشكل رئيسي من خلال العيادات الخاصة التي تضم أطباء الصحة النفسية واختصاصيين في علم النفس العيادي، وفي حالات قليلة يعمل عدة اختصاصيي صحة نفسية ضمن فريق متعدد الإختصاصات بهدف توفير الخدمات بشكل رئيسي للأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم(غادة، أبو مراد، نور الكيك، ساندرنا جبل حنا، وسام خير، ساره أبو زكي، 2015، ص20)، ولعل عدم توافر مراكز خاصة بالعناية بالصحة النفسية أزم الوضع النفسي المعاش، ذلك أن تواجد مثل هذه المراكز يعتبر عاملا مساعدا على تعزيز الصحة النفسية للشخص وتقويته لمجابهة كل ما يتعرض له خاصة ما تعلق بالإضطرابات النفسية.

المساندة الإجتماعية: يرى Turner & Marino 1994 أن المساندة الاجتماعية تؤثر بطريقة مباشرة على سعادة الفرد عن طريق الدور المهم الذي تلعبه حينما يكون مستوى الضغوط مرتفعا وأن المساندة تزيد من قدرة الفرد على المقاومة والتغلب على الإحاطات وتجعله قادرا على حل مشاكله بطريقة جيدة(برنامج غزة للصحة النفسية، 2015، ص60)، ولأن المساندة الإجتماعية تعد عاملا مساعدا للشخص على تحمل كل ما يتعرض له فإنها تعتبر عاملا مهما في تعزيز الصحة النفسية للشخص خاصة بتعريف الشخص بمختلف قدراته وإمكانياته أي نقاط القوة والضعف ودفعه لاستخدامها للوقاية من الإضطرابات النفسية.

إشباع حاجات العاملين: مما لا شك فيه أن سلوك الأفراد وصحتهم النفسية يتأثران بمدى إشباع حاجاتهم، فالعامل الذي لا يستطيع إشباع حاجاته الأساسية لانخفاض أجره مثلا تكون مشكلاته السلوكية كثيرة، كعدم قدرته على التركيز في العمل، حيث يكون كل اهتمامه منصبا على البحث عن وسيلة مشروع لإشباع

الحاجات التي يعجز عن إشباعها، إلى جانب إحساسه بالإحباط والفشل مما يؤدي إلى العدوان أو الانطواء أو عدم المبالاة في عمله، في حين أن العمل الذي يمكن أفراده من إشباع حاجاتهم البيولوجية والنفسية والاجتماعية، فإنه قطعاً سيؤدي إلى رضاهم وسعادتهم وبالتالي سيكون له دوره الهام في تدعيم صحتهم النفسية (عويد، سلطان المشعان، 1993، ص 329-332)، ولعل كون الكثير من التوترات والاضطرابات النفسية تعود لعدم إشباع حاجة معينة أو نقصها، فإن إشباع حاجات العاملين من شأنه التقليل من حدة التوترات لدى الشخص ومنه خفض مستوى تعرضه للاضطراب النفسي، كما أن تعزيز الصحة النفسية عن طريق إشباع الحاجات أمر يمكن تطبيقه خاصة بالنسبة للحاجات الفيزيولوجية وبعض الحاجات التي يمكن التحكم فيها.

التدخل في مكان العمل: إن تعزيز الصحة النفسية في مكان العمل يتضمن عدة مجالات كتحديد الأهداف المشتركة والجوانب الإيجابية للعمل، وخلق توازن بين متطلبات العمل والمهارات المهنية، والتدريب على المهارات الاجتماعية، وتطوير المناخ النفسي والاجتماعي في مكان العمل، وتقديم المشورة، وتعزيز القدرة على العمل، واستخدام إستراتيجيات إعادة التأهيل المبكرة، وتقييم عبء العمل وتعزيز السيطرة على العمل واتخاذ القرارات وتعزيز الدعم الاجتماعي (World Health Organization /K Mental Health, 2007). (WHO). (2001). ويمكن ذلك من خلال إتباع عدة إستراتيجيات، والتي نذكر من بينها (Lee Knifton, Verona, 2011, p8-9):

أ.تنظيم العمل: إن مواجهة تزايد كثافة العمل وارتفاع ضغط الوقت، لا يكون بالعمل الإضافي لأن ذلك قد يعرض العاملين لمشاكل نفسية تؤدي لنتائج سلبية على الموظفين، وخلافاً للرأي العام، فقد أكدت الدراسات أن تقليص ساعات العمل والتخلص من العمل الإضافي لا يؤدي تلقائياً إلى تخفيض الإنتاجية، أين يمكن اللجوء إلى عدة أساليب عمل كالتناوب الوظيفي وتوسيع العمل والمرونة في الوقت، وإعادة هيكلة المهام لتخفيف الضغط، بالإضافة إلى تحفيز الموظفين على المدى الطويل، وهذه الإجراءات من شأنها تعزيز الصحة النفسية للموظفين.

ب.إشراك العاملين في صنع القرار وعمليات حل المشكلات: ينبغي إشراك الموظفين في عمليات صنع القرار سواء عن طريق الاستبيانات أو المنديات أو ورش العمل، بالإضافة لإشراكهم في حل المشكلات، وهذا شرط أساسي للحفاظ على قوى عاملة صحية نفسياً.

ج.تحقيق التوازن بين الجهد والمكافآت: هناك علاقة قوية بين الجهد والكافآت، فعدم التوازن يؤثر سلباً على الصحة النفسية للموظفين، ويمكن لأصحاب العمل أن يتخذوا خطوات للحد من هذا التأثير، وعلى سبيل المثال يكون ذلك عن طريق دفع أجر لائق للعاملين.

د.تحسين الإتصال وتبادل الآراء: لا بد من خلق ثقافة الإغتراب والثقة في المؤسسة والتعاون، والذي بدوره يلعب دوراً وقائياً هاماً في الحفاظ على الصحة النفسية للموظفين، والطرق المناسبة لذلك هي تنظيم الدورات التدريبية للاتصالات اللفظية وغير اللفظية، داخلية أو خارجية، ودورات تدريبية في تقنيات إدارة شؤون الموظفين وسلوكهم، وكذا تدريب المدراء في أسلوب القيادة الداعمة.

ه.تشجيع وتعزيز الدعم الاجتماعي: حيث يمكن تصميم الشروط التنظيمية لتشجيع وتعزيز ثقافة الدعم الاجتماعي في المؤسسة، من خلال توفير شفافية الحوار والتعاون المفتوح، ومثال ذلك السماح بالوقت الإضافي لمساعدة الزملاء، ويمكن للإدارة أن تشجع صراحة دعم الموظفين لبعضهم البعض بالمشاركة في أنشطة بعضهم البعض، بالإضافة إلى الاستفادة من الدعم الاجتماعي كعيار في تقييم الأداء.

و.المزيد من التدريب والتأهيل: التعليم المستمر والتدريب يهدف إلى تطوير الموظفين من خلال توفير فرص التنمية الشخصية وهو ما يؤدي إلى تعزيز التنمية الصحية والشخصية.

بالرغم من تعدد الأدوار التي يمكن أن يلعبها التوافق المهني في تعزيز الصحة النفسية في بيئة العمل إلا أن المنظمات اليوم تستخدم العديد من الإستراتيجيات والتقنيات في سبيل تعزيز الصحة النفسية في مكان العمل، خاصة وأن تحقيق ذلك يكون فاعل أساسي في زيادة فعالية الأداء والرفع من مستوى الأداء بشكل عام.

خاتمة:

بالنظر للأهمية التي يكتسبها التوافق المهني في بيئة العمل فإن العناية بالأفراد من خلال تعزيز الصحة النفسية لتحقيق التوافق المهني يعد مدخلا أساسيا اليوم لفهم سلوكيات الأفراد في المنظمة، سواء تعلق الأمر بالسلوكيات الإيجابية أو تلك السلبية، ولأن دور المنظمة اليوم جد هام في تجسيد تلك العملية حفاظا على صحة الأفراد النفسية إضافة لصحتهم الجسمية والتي تشكل دافعا للعمل وبذل المزيد من المجهودات والطاقة الإضافية لتحقيق أهداف المنظمة وهو أمر جد ممكن إذا ما كان الفرد متوافقا مهنيا مع عمليه من خلال رضاه على ما يقوم به من نشاطات ومهام داخل العمل، وتكامل أهدافه مع أهداف المنظمة، وغيرها من العوامل التي تؤكد ذلك الإندماج المساهم في تعزيز صحة الأفراد نفسيا.

على المنظمة اليوم أن تولي كامل إهتماماتها على صحة الأفراد نفسيا خاصة وأن الكثير من الدراسات بينت بشكل واضح أهمية تعزيز الصحة النفسية ودورها في زيادة الفعالية التنظيمية وهو ما يشكل هاجسا تحاول المنظمات اليوم التغلب عليه من خلال تحقيق التوافق المهني كمدخل للصحة النفسية للأفراد، وفي هذا الإطار يمكنها أن تعتمد على العديد من الإستراتيجيات والآليات التي يمكن من خلالها ضبط التوافق المهني وتحقيقه تعزيزا لصحة الأفراد النفسية.

قائمة المراجع:

1. إبراهيم شوقي عبد الحميد(1998)، علم النفس وتكنولوجيا الصناعة، دار الطباعة قباء، القاهرة، مصر.
2. أحمد عزت راجح(1970)، علم النفس الصناعي، دار الكتب الجامعية، الإسكندرية، مصر.
3. برنامج غزة للصحة النفسية(2015)، دليل تدريبي الصحة النفسية وحقوق الإنسان، برنامج غزة للصحة النفسية، غزة، فلسطين.
4. سهير كامل أحمد(1999)، الصحة النفسية والتوافق، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر.
5. الشرييني زكريا وآخرون(2008)، علم النفس الصناعي والتنظيمي، مكتبة الشقري للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية.
6. صلاح أحمد مرحاب(1989)، سيكولوجية التوافق النفسي ومستوى الطموح، ط1، دار الأمان للنشر والتوزيع، الرباط، المملكة المغربية.
7. عباس محمود عوض(1987)، دراسات في علم النفس الصناعي والمهني، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
8. عباس محمود عوض(1996)، الموجز في الصحة النفسية، ط1، دار المعارف، القاهرة، مصر.
9. عبد الحميد محمد الشادلي(2001)، التوافق النفسي للمسنين، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
10. عبد الرحمان بن أحمد الهيجان(2004)، علم النفس المهني، وزارة التربية والتعليم، الرياض، المملكة العربية السعودية.
11. عبد العزيز القويصي(1952)، أسس الصحة النفسية، ط4، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر.
12. عبد العزيز بن عبد الله الأحمد(1999)، الطريق إلى الصحة النفسية عند ابن القيم الجوزية وعلم النفس، سلسلة الدراسات الجامعية، ط1، دار الفضيلة، الرياض، المملكة العربية السعودية.

13. عبد الغني صلاح الدين(2000)، في الصحة النفسية، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
14. عويد، سلطان المشعان(1993)، علم النفس الصناعي، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، ط1، بيروت، لبنان.
15. غادة أبو مراد، نور الكيك ساندر، حجل حنا وسام خير، ساره أبو زكي(2015)، تحليل الوضع وإستراتيجية الصحة النفسية وإستخدام المواد المسببة للإدمان وقاية، تعزيز وعلاج، وزارة الصحة العامة، ط2، منظمة الصحة العالمية.
16. فرج عبد القادر طه(2001)، علم النفس الصناعي و التنظيمي، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة ، مصر.
17. مخيمر صلاح(1972)، المدخل إلى الصحة النفسية ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
18. منظمة الصحة العالمية(2005)، تقرير مختصر تعزيز الصحة النفسية، قسم الصحة النفسية وتعاطي العقاقير والمواد بالتعاون مع جامعة ملبورن ومؤسسة فيكتوريا لتعزيز الصحة، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، القاهرة، مصر.
19. Centre for Addiction and Mental(2007), Best practice guidelines for mental health promotion programs: Children (7–12) & youth (13–19),Centre for Addiction and Mental Health Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto Toronto Public Health, Canada.
20. Helen Herrman, Eva Jané-Llopis(2012),The Status of Mental Health Promotion,Public Health Reviews, Vol. 34, No 2.
21. Lee Knifton, Verona Watson(2011), A guide to promoting mental health in the workplace Mental Health Foundation, Scotland, March.
22. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data(2004), Prevention of Mental Disorders EFFECTIVE INTERVENTIONS AND POLICY OPTIONS,World Health Organization,Department of Mental Health and Substance Abuse,Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht, Geneva.
23. World Health Organization (WHO). (2001). Mental Health: strengthening mental health promotion (Fact sheet no. 202). Retrieved February 22, 2007 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/e>

الاضطرابات النفسية الناتجة عن نظام العمل التناوبي لدى الممرضين - دراسة ميدانية على عينة من الممرضين ببعض المؤسسات الاستشفائية بولايات الجزائر-

د.هناء بوحارة

جامعة جيلالي اليابس سيدي بلعباس /الجزائر

مقدمة:

مع التطور التكنولوجي الحالي وازدياد متطلبات الحياة ولخدمة المواطنين وتعدد حاجاتهم وتنوعها وطلباً للرعاية والمساعدة، كان لزاماً مضاعفة العمل وبلوغه مدار الساعة خاصة على مستوى القطاع الصحي. كل هذا وغيره أدى إلى ظهور ما يعرف بنظام الورديات الذي يمكن المؤسسة من الاستقرار في تقديم الخدمات خلال اليوم كله (24) ساعة، وهكذا فالموظف الذي يعمل في وردية الليل يحاول أن يعمل في الوقت الذي يطلب فيه جسمه النوم، وأن ينام في وقت يريد فيه جسمه الاستيقاظ. زيادة على ذلك ومع حقيقة استغراق العمل للجزء الأهم من حياة كل من الإنسان والمجتمع، ظهرت أشكال أخرى للعمل غير النظام العادي. ولعل من أبرز أشكال ووسائل التنظيم ما نراه في نظام العمل بالمناوبة. (العامري، 2015) إذن في خضم هذه المتطلبات وسعياً لضرورة توفير الاحتياجات للمواطنين، تعتبر مهنة التمريض حسب أبو العمرين (2008، ص.32) من المهن الأساسية في مجال الرعاية الصحية، حيث يقع على عاتق العاملين فيها من ممرضين وممرضات أدوار هامة في عملية تقديم الخدمة الصحية الآمنة للمريض بجانب السعي لتطوير الخدمة المقدمة لتتلاءم مع التطورات العلمية المتلاحقة في عصرنا هذا. ولمهنة التمريض دستور أخلاقي وقانوني كأى مهنة أخرى في المجتمع، فالممرض يتعامل مع البشر بشكل مباشر لذلك فهناك قيم وأخلاقيات ترشد الممرضين والممرضات أثناء تقديم الرعاية التمريضية حيث تجعلها ضمن معايير الأداء المهني.

في هذا السياق يذكر صبيرة واسماعيل (2015) أن العديد من الدراسات التي استهدفت مجال التمريض وأن العاملين في مهنة التمريض من أكثر المهنيين المعرضين للضغوط النفسية، وذلك لما تتضمنه من مواقف مفاجئة، وشعور بالمسؤولية نحو المرضى وأعباء عمل زائدة، تعرض العاملين في هذه المهنة إلى العديد من المشكلات النفسية والصحية الناجمة عن شعورهم بالضغوط النفسية في العمل. وقد أيدت هذه النتائج بعض الدراسات العربية فقد أشارت إلى أن العاملين في مهنة التمريض يشعرون بدرجة عالية من القلق والاكتئاب مقارنة بغيرهم من العاملين في المهن الأخرى. ولعل من بين أهم الجوانب اللاصيقة بعمل الممرض هو ذلك الجانب المتمثل في استغراق الحاجة إليه (24) ساعة، واستجابة لتلك الحاجة تتجه العديد من المؤسسات الصحية إلى تبني المبدأ المعروف بالمناوبة. وقد أشار "لانفورد" (1987, langford) بهذا الخصوص إلى أن أكثر مجالات العمل إثارة للضغوط تلك التي تمتاز بمواجهة مباشرة مع الناس والتي يكرس فيها الأفراد أنفسهم لخدمة الآخرين، فالممرض والأطباء والمعلمون والمشرفون الاجتماعيون معرضون للضغوط أكثر من غيرهم. ولقد أورد "لانفورد" قائمة من المهن الضاغطة تتميز بالمواجهة مع الآخرين في حين توجد بعض المهن الأخرى التي من المحتمل أن تكون أكثر إجهاداً مع الآخرين قد لا تتصف بالمواجهة المباشرة لم ترد ضمن المجالات التي ذكرها سلفاً. (شويطر، 2016/2017، ص.08).

كما ذكر (أحمد وزملائه، 1994) أن العاملين في مهنة التمريض يواجهون ضغوط عمل أكبر من غيرهم، وذلك لما يتعرضون له من التعامل مع الحالات الحرجة، وضغط الأهل، والنقاشات الحادة مع الفريق الصحي، وغيرها من العوامل الأخرى. (صبيرة واسماعيل، 2015).

إضافة إلى ما سبق تشير جمعية الصحة العالمية (2007) أن الفئة الرئيسية التي تسهم في التنمية الاقتصادية والاجتماعية هي فئة العمال والتي تشكل نصف عدد سكان العالم، ولا تتحدد صحتهم بالأخطار القائمة في أماكن العمل فحسب وإنما تتحدد أيضا بإتاحة الخدمات الصحية وبمعايير اجتماعية وفردية. فعلى الرغم من توافر تدخلات فعالة للوقاية من الأخطار المهنية وحماية الصحة وتعزيزها في أماكن العمل توجد فجوات واسعة بين البلدان وداخلها فيما يتعلق بالحالة الصحية للعمال، ومدى تعرضهم للمخاطر المهنية، وما زالت خدمات الصحة المهنية غير متاحة إلا لأقلية صغيرة من القوى العاملة في العالم. فحسب بني يونس (2007) أن العديد من الاضطرابات النفسية والعقلية لا تقل في مجموعها عن (40%) في المجتمعات الصناعية كافة، حيث تسجل نسبة انتشار كبيرة وهو مؤشر خطير إذا علمنا أن نسبة انتشار هذه الاضطرابات تتزايد عبر الزمن وعبر الثقافة. حيث يتميز الاضطراب النفسي بصراعات نفسية داخلية تجعل الفرد غير متوافق مع نفسه أو مع المجتمع، وتجعله يبدو على درجة ملحوظة من الاضطراب في حياته الانفعالية.

وفي تحري تم القيام به بهدف معرفة مدى أثر هذه الأمراض على إنتاجية العمال على عمال شركة الغزل والنسيج لخصر مشكلات العمل التي تؤدي إلى خفض الإنتاج والإقلال من جودته، فأفصح العمال عن مشكلاتهم الصحية التي أوضحت بأن انعكاسات سوء التوافق النفسي تتجلى عادة في صورة لشكوى من أعراض جسدية كالاستيقاظ متعبا أو الاستيقاظ أثناء الليل أو سوء الصحة الجسمية بشكل خاص. (ناصر، 2006).

ضمن هذا السياق يذكر الجعافرة وفارس (2005) الاضطرابات النفسية غالبا ما ترتبط بعوامل بيئية ومن أهم البيئات بالنسبة للراشدين هي بيئة العمل التي يقضون فيها أطول فترة كل يوم فتصبح علاقاتهم الاجتماعية تدريجيا مقتصرة على تلك البيئة، حيث أوضحت دراسة (مانوسو Manuso) شيوع الاضطرابات النفسية في بيئات العمل، إذ وجدت أن الاضطرابات تتمثل في القلق 25% والاكنتاب 20% والتوتر وأوجاع الرأس، وإساءة استخدام العقاقير 15% والاضطرابات المتعلقة بحوادث الحياة مثل موت أحد أفراد العائلة والمشاكل المالية 10%، مقابل ذلك هناك دراسات أخرى أظهرت أن الاكنتاب هو الأكثر شيوعا ولا بد من أن نتوقع اختلاف وتضارب الأرقام بين فترة وأخرى.

انطلاقا من هذا الطرح وسعينا منا للتعرف عن واقع الصحة النفسية للعامل في أماكن العمل المختلفة وكذا إلى أي مدى يوجد تكفل نفسي وطبي بفئة الممرضين الذين يعانون من اضطرابات نفسية في الأوساط المهنية. قمنا بدراسة ميدانية حاولنا من خلالها الكشف عن مدى انتشار الاضطرابات النفسية متمثلة في (الاضطرابات السيكوسوماتية، اضطرابات النوم، إجهاد الشفقة) لدى الممرضين، حيث كانت هذه العينة نموذجاً لدراستنا الحالية.

إشكالية الدراسة:

تحاول الدراسة الحالية التعرف على أبرز الاضطرابات النفسية الناتجة عن نظام العمل التناوبي لدى الممرضين العاملين ببعض المؤسسات الاستشفائية ببعض ولايات الجزائر والشائعة في الوسط الصحي، حيث تتحدد المشكلة في الإجابة على التساؤلات الآتية:

- ما أكثر الاضطرابات النفسية الناتجة عن نظام العمل التناوبي انتشارا لدى الممرضين؟
- هل توجد فروق في درجة انتشار الاضطرابات النفسية لدى الممرضين تعزى لمتغير الجنس؟

- هل توجد فروق في درجة انتشار الاضطرابات النفسية لدى الممرضين تعزى لمتغير الحالة المدنية؟
- هل توجد فروق في درجة انتشار الاضطرابات النفسية لدى الممرضين تعزى لمتغير الأقدمية في العمل؟

فرضيات الدراسة: تمحورت فرضيات الدراسة في الآتي:

- توجد فروق في درجة انتشار الاضطرابات النفسية لدى الممرضين تعزى لمتغير الجنس.
 - توجد فروق في درجة انتشار الاضطرابات النفسية لدى الممرضين تعزى لمتغير الأقدمية في العمل.
 - توجد فروق في درجة انتشار الاضطرابات النفسية لدى الممرضين تعزى لمتغير الحالة المدنية.
- أهداف الدراسة:** تركز الدراسة على تحقيق جملة من الأهداف أهمها:
- دراسة ما يعانيه العاملون في الوردية الليلية من اضطرابات في النوم، أرق، انشغال..الخ. من شأنه أن يؤثر في أدائهم وتركيزهم في عملهم، فضلا عن تأثيرها في مدى قدرتهم على قضاء الوقت مع أبنائهم أو أصدقائهم أو حتى في ترتيب بعض الأنشطة الترفيهية.
 - التعرف على الاضطرابات النفسية الأكثر انتشارا والناجمة عن نظام العمل التناوبي لدى الممرضين.
 - التعرف على الفروق في درجات انتشار الاضطرابات النفسية لدى أفراد العينة وفقا للمتغيرات (الجنس، الأقدمية في العمل و الحالة المدنية).

أهمية الدراسة:

تفيد هذه الدراسة في التعرف على الاضطرابات النفسية التي قد تصيب الممرض نتيجة لطبيعة عمله (نظام العمل التناوبي)، بحيث أن هذه الدراسة تلقي الضوء على فئة حيوية في المؤسسات الاستشفائية والتي تعد بمثابة العصب الحيوي الذي يرافق المريض والطبيب، ففي ظل ما تقدمه هذه الفئة في إطار العمل الإنساني تتعرض للكثير من المشكلات النفسية التي تعيق وتؤثر على الصحة النفسية للممرض العامل في مكان عمله، كما أن هذه الدراسة من خلالها نحاول رصد ووضع استراتيجيات تكون كفيلة بوضع الممرض في المكان الصحي اللائق به والخالي من كل الأمراض والاضطرابات النفسية. إضافة إلى اقتراح بعض التوصيات للقيام ببعض الإجراءات التي من شأنها تعزيز الصحة المهنية النفسية. وكذا اقتراح بعض الوسائل الأساسية التي يمكن أن تعين الممرضين في أثناء تأديتهم لمهامهم.

تحديد مصطلحات الدراسة: تتحدد أهم التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة في الآتي:

الاضطرابات النفسية: الاضطراب النفسي في معظم الحالات يتخذ في كثير من الأحيان مظاهر سوء التوافق في الحياة الأسرية أو الزوجية أو سوء التكيف داخل الشركة بعض الأحيان أن الاضطراب النفسي، كما لوحظ في بعض الأحيان أن الاضطراب النفسي قد أدى بدوره إلى سوء تصرف الفرد في النواحي المالية كالهرب من مشكلاته إلى الملذات والمخدرات.(ناصر، 2006).

وإجرائيا هي الدرجة الكلية التي يتحصل عليها أفراد العينة وفق المقاييس الدراسة.

الأمراض السيكوسوماتية: وهي فئة من الاضطرابات النفسية التي تؤثر على الجسم وعلى هذا الأساس فالمقصود بالمرض السيكوسوماتي هو ظهور أعراض مرضية عضوية تكون الأسباب الحقيقية لها عوامل نفسية، ومن هذه الأمراض الشعور بالإعياء والأجهاد بصفة شبه دائمة رغم التغذية السليمة والخلو من الأمراض العضوية الباثولوجية.(ناصر، 2006).

وإجرائيا الاضطرابات السيكوسوماتية هي الدرجة التي يتحصل عليها الممرض وفق مقياس من طرف "Ubriche" (1990) et "Fitzgerald" لقياس مستوى ظهور الأعراض النفسجسدية.

اضطرابات النوم: هي مجموعة من الأعراض التي يعاني منها بعض الأفراد والتي تتمثل في صعوبة الدخول في النوم، والاستيقاظ عدة مرات خلال النوم، وعدم القدرة على الاستغراق في النوم، والاستيقاظ مبكراً في الصباح مع الشعور بالتعب والخمول والإرهاق أكثر مما كان قبل النوم. (د.ن، 2015، ص.48). وإجراء اضطرابات النوم هي الدرجة التي يتحصل عليها الممرض وفق مقياس (الجوارنة وآخرون، 2018).

إجهاد الشفقة: يعرف فيكلي (figely 1999) إجهاد الشفقة على أنها حالة من التوتر والانشغال بالمرضى المعرضين للصدمة وذلك بإعادة خبرة الأحداث الصادمة وتجنب الاستثارة التذكيرية المستمرة المرتبطة بالمرضى وهي نتيجة تحمل مشاهدة معاناة الآخرين. (ميرة و طاهر، 2018، ص.1220).

أما **إجرائيا إجهاد الشفقة** هو الدرجة التي يتحصل عليها الممرض وفق مقياس (Beth HundnallStamm 2009).

نظام العمل التناوبي: هو نظام عمل غير عادي، بحيث يتم التداول على العمل في شكل فرق في أوقات زمنية غير ثابتة.

الممرض: هو ذلك الشخص إلى يعمل ضمن المؤسسات الاستشفائية والمراكز الصحية والعيادات الخاصة والعامّة، يقوم بتقديم خدمات تمريضية للمرضى بهدف رعايتهم وحمايتهم وضمان الصحة لهم.

الدراسات السابقة:

سوف نستعرض فيما يلي جملة من الدراسات السابقة الخاصة بمتغيرات الدراسة الحالية محاولين عرضها كرونولوجيا مع دراسات عربية وأخرى أجنبية، بحيث استهدفنا عرض لفئات من الاضطرابات النفسية في بعض البيئات المهنية كالاتي:

الدراسات العربية:

دراسة سمية الجعافرة وفارس حلمي سنة 2003

استهدفت الدراسة فحص طبيعة التفاعلات بين الصحة النفسية بصفة عامة ومكوناتها لدى العاملين في خطوط إنتاج مصانع الأدوية في الأردن من جانب وبين الأبعاد النفسية لبيئة العمل بصفة عامة ومكوناتها من جانب آخر، أما المقاييس التي تم استخدامها فهي مقياس الصحة العامة لـ "غولديبيرج ووليامز 1991"، ومقياس الأبعاد النفسية في البيئات المؤسسية لـ "موس 1981". تكونت عينة الدراسة من 191 عاملا و 59 عاملة موزعين على ستة مصانع أدوية وهي التي وافق مديروها على التعاون مع الباحثين لإجراء هذه الدراسة. وعليه توصلت الدراسة إلى نتائج أهمها: وجود علاقة ايجابية دالة إحصائيا بين الصحة النفسية للعاملين من جهة وبين بيئة العمل من جهة أخرى. أما بالنسبة للتفاعلات الفرعية تظهر ارتباط ايجابي دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0,05 بين الصحة النفسية من جانب وكل الأبعاد التالية في بيئة العمل: الانغماس في العمل، تماسك الرفاق، تعضيد العاملين، الاستقلالية في أداء الواجبات، الوضوح في المهمات، توجيه العمل، والراحة البدنية، كما أظهرت الدراسة أن أوثق ارتباط بين الأبعاد النفسية للبيئات المؤسسية والأبعاد النفسية للمقاس الصحة العامة هو بين بعد العلاقات (بين العاملين مع بعضهم بعضا، وبين العاملين والرؤساء) مع بعد التحرر من القلق والأرق وبعد فعالية الوظائف الاجتماعية. (الجعافرة وحلمي، 2005).

دراسة طايبي نعيمة، سنة 2012/2013

هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة الاحتراق النفسي بكل من الضغط النفسي المدرك، والأعراض السيكوسوماتية والاكتئاب، كما تسعى الدراسة إلى الكشف عن وجود اختلاف في مستويات الاحتراق النفسي للمرضى باختلاف أساليب المواجهة لديهم. وعليه تم اختيار عينة عشوائية مكونة من (227)

ممرض وممرضة من مؤسسات صحية بالجزائر العاصمة، كما تم تطبيق مقياس الاحتراق النفسي ومقياس الضغط المدرك ومقياس استراتيجيات المواجهة وكذا مقياس الاكتئاب. من أبرز النتائج التي خرجت بها الدراسة هو معاناة الممرضون من مستويات متفاوتة من الاحتراق النفسي، وجود علاقة ارتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي ومستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين، وجود اختلافات في مستويات الاحتراق النفسي للمرضين باختلاف أساليب المواجهة لديهم. ووجود علاقة ارتباطية بين مستويات الاحتراق النفسي وظهور الأعراض السيكوسوماتية لدى الممرضين، إضافة إلى ظهور الأعراض الاكتئابية لديهم. (طايبي، 2012/2013).

دراسة عزاوي جيلالي، سنة 2013/2014، وهران (الجزائر)

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على نظام العمل بالمناوبة وعلاقته بالضغط المهني لدى عمال الحماية المدنية بأدرار، حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي لكونه يلائم طبيعة الموضوع، وعليه بلغت عينة الدراسة (108) عامل أي ما نسبته (40%) من مجتمع الدراسة الكلي. ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بالاستعانة باستبيانين كأداة للدراسة، الأولى متعلقة بنظام العمل بالمناوبة، والثانية متعلقة بالضغط المهني. حيث توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها: وجود علاقة بين نظام العمل بالمناوبة والضغط المهني، إضافة إلى عدم وجود علاقة بين إيجابيات نظام العمل بالمناوبة والضغط المهني لدى أفراد العينة، وجود علاقة بين سلبيات نظام العمل بالمناوبة والضغط المهني، إضافة إلى عدم وجود فروق بمستوى الاستجابة للضغط المهني في إطار العمل بالمناوبة لدى عمال الحماية المدنية تعزى إلى متغير السن، الرتبة في العمل، الخبرة المهنية، الحالة المدنية. (عزاوي، 2013/2014).

دراسة فؤاد صبيحة ورزان اسماعيل، سنة 2015

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الضغوط النفسية المهنية التي يتعرض لها الممرضون والممرضات العاملين في مستشفى الأسد الجامعي وفقا لمتغيرات (النوع، الحالة الاجتماعية)، وقد تكونت عينة الدراسة من (120) ممرضا وممرضة من مختلف الأقسام في المستشفى الجامعي، تم استخدام مقياس للضغوط النفسية المهنية من إعداد الباحثين، وقد خلصت الدراسة إلى نتيجة مفادها أن أفراد العينة يعانون من ضغوط نفسية بنسبة كبيرة (64-56)، إذ شكل البعد المادي المرتبة الأولى يليه بيئة العمل، ثم البعد النفسي في المرتبة الأخيرة. أظهرت الدراسة أيضا وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير النوع في الضغوط النفسية المهنية، وكانت هذه الفرق في البعد النفسي فقط ولصالح غير المتزوجين. (صبيحة واسماعيل، 2015).

الدراسات الأجنبية:

دراسة سفاينز دوتهيردز، سنة 2006

جاءت هذه الدراسة حول التقييم الذاتي لنوعية النوم والصحة المهنية وبيئة العمل والحالة المرضية والرضا عن العمل لدى الممرضات العاملات خلال أدائهن لأنواع من النوبات، حيث عمد الباحث إلى اختيار عينة اشتملت على (394) مفردة وبطريقة عشوائية متعددة المراحل. ولعل من أبرز النتائج التي خرجت بها الدراسة هي أنها أكدت على عدم وجود علاقة بين نوعية نوم الممرضات وبين أي من النوبات الثلاث الصباحية والمسائية والليلية. كما أشارت النتائج إلى غياب أية علاقة بين نوعية النوم وبين أوقات العمل الثلاث. أكدت كذلك على معاناة عدد من مفردات العينة لبعض من الأمراض القلبية. ومعاناة الممرضات اللواتي يؤدين أكثر من نوبة واحدة من عدم سيطرتهم على متطلبات المسؤوليات عن انجازه. (العامري، 2015)

دراسة لنديو وآخرين (Lindo et al)، سنة 2006

تمحورت هذه الدراسة حول دراسة الصحة النفسية لدى الأطباء و الممرضين، حيث تكونت عينة الدراسة من (212) طبيبا وممرضا من العاملين في مستشفى كنفستون العام والمستشفى الجامعي، استخدم الباحثون مقياس الصحة النفسية وطريقة المجموعة البؤرية. حيث تبين نتائج الدراسة أن 24,40% من أفراد عينة الدراسة يمكن وصفهم بأنهم يعانون من ضغوط نفسية، أيضا وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين ظهور أعراض المشاكل النفسية، وكل من سنوات الخبرة، ضغوط العمل، الضغوط الخارجية، والضائقة المالية، كذلك مؤشر تأثير الصحة النفسية تمثلت في الخوف من القوم للعمل، سنوات الخبرة لأكثر من خمس سنوات والضغوط النفسية الخارجية، كما تمثلت الضغوط الخارجية في الضائقة المالية والاجتماعات، العناية بالأطفال.(أبو العمرين، 2008).

دراسة كومديس مريم "goumdissmeriem" سنة 2017

بعنوان العلاقة بين رضا الشفقة و إجهاد الشفقة في خدمات الطوارئ (Le lun entre l' empathie et la fatigue de compassion aprsdes urgentistes). حيث شملت عينة الدراسة (146) من الأطباء و الممرضات و المسعفين و مقدمي الرعاية العاملين بأقسام الطوارئ في مركز " veruiers CHR " العيادة في لوكسمبورغ الكبرى، و تم اتباع المنهج التحليلي الارتباطي للتحقق من العلاقة بين (التعاطف و إجهاد الشفقة) وتم الاعتماد على الأدوات التالي مقياس الجودة المهنية (strmm,2010, progol) و الذين يتكون من 30 عبارة بهدف تقييم إجهاد الشفقة. واستبيان التعاطف (Remiers et al) يتكون من (QCAE) 31 عنصرا ثم تقييم على مقياس "cikert"، وتوصلت نتائج الدراسة إلى مايلي : يوجد ارتباط ايجابي بين التعاطف و إجهاد الشفقة، وجود علاقة سلبية بين المتغيرات وأن الصدمات التي يعايشها أفراد العينة من خلال التعامل مع الأفراد في أقسام الطوارئ كلما كانت درجة التعاطف مرتفعة يتطور لديهم مستوى إجهاد الشفقة. كما توجد أيضا ارتباط كل من أبعاد مقياس إجهاد الشفقة و التي تتمثل في الاحتراق النفسي مع التعاطف. (goumiss.M ,2017)

دراسة ruizy-fernandey&pérey-garcia سنة 2020

هدفت هذه الدراسة تحليل نوعية حياة العاملين في التمريض وعلاقتها بالمتغيرات الاجتماعية والديموغرافية وسياق العمل. حيث تم استخدام تصميم متعدد المراكز (وصفي، مستعرض). كما تم تطبيق الاستبيان على 1521 ممرضا يعملون في نظام الصحة العامة الأندلسي (APHS) ب إسبانيا. أيضا تم قياس جودة الحياة المهنية (ProQOL v. IV)، بالإضافة إلى العديد من المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والمتعلقة بالعمل. تم إجراء تحليل وصفي وتحليلات استكشافية متعددة. حيث توصلت إلى أن مستويات إجهاد الرحمة (CF) والإرهاق (BO) مرتفعة. كما كان مستوى الرضا عن الشفقة (CS) أقل من المتوسط المقدر. الحالة الاجتماعية، وإعداد الرعاية الصحية، والمنطقة التي يقع فيها المركز، وردية العمل هي متغيرات مرتبطة ب CF. وفقا لنموذج الانحدار الخطي المتعدد كانت عوامل التنبؤ بحدوث إجهاد الشفقة متمثلة في الزواج، والعمل في الرعاية الأولية، في المناطق الحضرية. حيث يتعرض مهنيو التمريض لعوامل معينة قد تؤثر على جودة الحياة المهنية. ترتبط بعض هذه العوامل بسياق العمل.(ruizy-fernandey&pérey-garcia,2020).

إضافة إلى الانعكاسات النفسية والمهنية ممثلة في التعب، الغياب، حوادث العمل..الخ، وانعكاسات فيسيولوجية تبرز خاصة في اضطرابات هضمية، اضطرابات النوم..الخ. الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية: المنهج المستخدم في الدراسة:

اعتمدنا في دراستنا الحالية على المنهج الوصفي لمناسبته لموضوع وطبيعة الدراسة (الاضطرابات النفسية الناتجة عن نظام العمل التناوبي لدى الممرضين).
مجتمع الدراسة وعينتها: تمثل مجتمع الدراسة في الممرضين وعليه تكونت عينة الدراسة من (111) ممرض وممرضة تم اختيارهم بطريقة قصدية.
أدوات الدراسة:

اعتمدنا في دراستنا على ثلاث مقاييس لقياس الاضطرابات النفسية المقترحة في الدراسة الحالية هي:
مقياس الأمراض السيكوسوماتية * مقياس اضطرابات النوم * مقياس نوعية الحياة المهنية.
مقياس الأمراض السيكوسوماتية: صمم هذا المقياس من طرف "Ubriche" et "Fitzgerald" (1990) لقياس مستوى ظهور الأعراض النفسجسدية، ويتكون المقياس من (21) عرضا نفسجسدي. يجب عليه المفحوص وفقا ل سلم مندرج من 5 احتمالات تتراوح بين 1 (حيث لا يشعر) إلى غاية درجة 5 (حيث يشعر دائما). على الممرض أن يجيب على كل بند بالتعبير عن مدى انطباق أو عدم انطباق العرض النفسجسدي عليه، فالتنقيط استخدمت أرقام تتراوح بين 1 و5 لتدل على مستوى حضور الأعراض النفسجسدية حيث تنقيط كالاتي: (نقطة واحدة — لا أشعر)، (نقطتين — أشعر نادرا)، (ثلاث نقاط — أشعر أحيانا)، (أربع نقاط — أشعر غالبا)، (خمس نقاط — أشعر دائما). وبعد جمع الدرجات الكلية لكل البنود، يفسر المجموع الكلي للدرجات كما هو موضح في الآتي: (1-21...منعدم)، (-22-42...منخفض)، (63-43...متوسط)، (84-64...مرتفع "منتشرة نوعا ما")، (85-105...مرتفع جدا).

حيث تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية، فبالنسبة لثبات المقياس تم استخراج معاملات الاتساق الداخلي للمقياس، وذلك باستخدام معادلة ألفا كرونباخ وفق البرنامج الإحصائي (SPSS). وعليه تم رصد قيمة ثبات مقبولة قدرت بـ 0.93 وهذا انطلاقا من تطبيقنا لمعادلة ألفا كرونباخ، وبذلك نستطيع القول أن المقياس يتميز بثبات مقبول. أما عن صدق المقياس فقد قمنا برصد الاتساق الداخلي حيث تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، للتعرف على مدى التجانس الداخلي للمقياس. ومنه رصدنا قيم مقبولة تعبر على صدق المقياس وبذلك تكون قيم المقياس تراوحت بين (**-0.48*-0.74*)، وهي قيم مقبولة دالة عند مستوى 0.05 تشير إلى أن المقياس يتمتع بصدق مقبول.

مقياس اضطرابات النوم: قام الباحثون (الجوارنة وآخرون، 2018) ببناء أداة لاضطرابات النوم وفقا لمعايير الدليل التشخيصي الإحصائي، لتصنيف الاضطرابات النفسية الصورة الخامسة (DSM-5)، حيث يتكون المقياس من (29) فقرة. أما بالنسبة للخصائص السيكومترية للمقياس فتم التحقق منها بحيث تم التأكد من صدقه وثباته. وعن تصحيح المقياس فهو يتكون من (29) فقرة، وتتم الاستجابة على فقرات المقياس وفقا لتدرج ليكرت الثلاثي (3 غالبا - 2 أحيانا - 1 أبدا)، فكان عدد الفقرات السلبية (3) فقرة وهذه الفقرات هي (20، 21، 27)، وعدد الفقرات الايجابية (26) فقرة هي: (29، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32، 33، 34، 35، 36، 37، 38، 39، 40، 41، 42، 43، 44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52، 53، 54، 55، 56، 57، 58، 59، 60، 61، 62، 63، 64، 65، 66، 67، 68، 69، 70، 71، 72، 73، 74، 75، 76، 77، 78، 79، 80، 81، 82، 83، 84، 85، 86، 87، 88، 89، 90، 91، 92، 93، 94، 95، 96، 97، 98، 99، 100، 101، 102، 103، 104، 105). حيث تتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (87-29)، وتم الاعتماد على المعيار التالي لتفسير البيانات وهو قيمة اعتبارية من (1-1,67) وجود اضطرابات منخفضة، وما بين (1,68-2,34) وجود اضطرابات متوسطة، وما بين (2,35-3,00) وجود اضطرابات مرتفعة. (الجوارنة وآخرون، 2018).

وقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية، فبالنسبة لثبات المقياس تم استخراج معاملات الاتساق الداخلي للمقياس، وذلك باستخدام معادلة ألفا كرونباخ وفق البرنامج الإحصائي

(SPSS). وعليه تم رصد قيمة ثبات مقبولة قدرت بـ **0.83**، انطلاقاً من تطبيقنا لمعادلة ألفا كرونباخ. وبذلك نستطيع القول أن المقياس يتميز بثبات مقبول. أما عن صدق المقياس فقد قمنا برصد الاتساق الداخلي حيث تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، إضافة إلى حساب معاملات ارتباط درجة كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس من خلال طريقة الاتساق الداخلي للتعرف على مدى التجانس الداخلي للمقياس. ومنه رصدنا قيم مقبولة تعبر على صدق المقياس وبذلك تكون قيم المقياس تراوحت بين (***-0.19-0.55**)، وهي قيم مقبولة دالة عند مستوى دلالة 0.01 و 0.05 تشير إلى أن المقياس يتمتع بصدق مقبول.

قياس نوعية الحياة المهنية: هو النسخة المستحدثة للسلم الذاتي لإجهاد الشفقة، قام بإنشائه (Beth Hundnall Stamm 2009)، حيث يتكون من ثلاث سلالم فرعي (رضا الشفقة، الاحتراق النفسي، إجهاد الشفقة) ويتكون كل منها من عشرة بنود. إذ أن كل سلم من السلالم الثلاث مستقل سيكومتريا عن الآخر ولا يمكن أن يجمع مع الآخر. هناك ثلاث خطوات لتصحيح سلم نوعية الحياة المهنية ProQ15 وهي كما يلي: الخطوة الأولى هي عكس بعض العبارات، الخطوة الثانية هي جمع العبارات الخاصة بكل سلم فرعي، الخطوة الثالثة هي تحيل الدرجات الخام إلى درجات معيارية. إذ تتم الإجابة على السلم وفقاً للبدائل التالية: (أبدأ، نادراً، أحياناً، غالباً، دائماً)، والتي تنقط على الترتيب كما يلي: (1،2،3،4،5).

أولاً: عكس العبارات: 1،4،15،17،29 إلى 1،م،4،م،15،م،17،م،29.

(5=1)، (4=2)، (3=3)، (2=4)، (1=5).

ثانياً: جمع العبارات في كل سلم فرعي:

رضا الشفقة ويتضمن العبارات التالية: (3، 12، 16، 18، 20، 22، 27، 30).

الاحتراق النفسي ويتضمن العبارات التالية: (م1، 4، 8، 10، 15، 17، 19، 21، 26، 29).

إجهاد الشفقة ويتضمن العبارات التالية: (2،5،9،7،11،13،14،23،25،28).

حيث قامت الباحثة (طالب حنان، 2014) بترجمة الأداة إلى اللغة العربية، كما قامت بالتأكد من الخصائص السيكومترية وهذا بتطبيقها على عينة مكونة من (50) أخصائياً نفسانياً عيادياً ممارساً، أين تم التأكد من الكفاءة السيكومترية لهذه الأداة من صدق وثبات. (طالب، 2014).

وفي إطار الدراسة الحالية تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس، فبالنسبة لثبات المقياس تم استخراج معاملات الاتساق الداخلي للمقياس وذلك باستخدام معادلة ألفا كرونباخ وفق البرنامج الإحصائي (SPSS). وعليه تم رصد قيمة ثبات مقبولة قدرت بـ **0.77**، انطلاقاً من تطبيقنا لمعادلة ألفا كرونباخ. وبذلك نستطيع القول أن المقياس يتميز بثبات مقبول. أما عن صدق المقياس فقد قمنا برصد الاتساق الداخلي حيث تم حساب معامل ارتباط بيرسون من خلال رصد الارتباط بين فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للتعرف على مدى التجانس الداخلي للمقياس. وعليه رصدنا قيم مقبولة تعبر على صدق المقياس وبذلك تكون قيم المقياس تراوحت بين (***-0.22-0.53**)، وهي قيم مقبولة دالة عند مستوى 0.01 و 0.05 تشير إلى أن المقياس يتمتع بصدق مقبول.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

بهدف تحليل بيانات الدراسة واختبار فرضياتها وتساؤلاتها، اعتمدنا على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) *Statistical package for social science* بنسختها (23)، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية التالية التي تنوعت ما بين الإحصاء الوصفي والإحصاء الاستدلالي وهي:

- التكرارات والنسب المئوية. * المتوسط الحسابي والانحراف المعياري. * معامل بيرسون (Person) للتعرف على مدى ارتباط الدرجات، ولمعرفة دلالة العلاقة بين مختلف المتغيرات. * معادلة ألفا كرونباخ

للتعرف على مدى الاتساق الداخلي لأبعاد المقاييس * اختبار (ت) وتحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروق.

عرض وتفسير نتائج الدراسة:

عرض وتفسير التساؤل الأول: يتمحور التساؤل الجزئي الأول حول «ما أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا الناتجة عن نظام العمل التناوبي لدى الممرضين؟» للإجابة على هذا التساؤل تم استخدام معامل الانتشار للكشف عن الاضطرابات النفسية الأكثر انتشارا لدى أفراد العينة، والجدول التالي يوضح ذلك. جدول رقم (01): يوضح الاضطرابات النفسية الأكثر انتشارا لدى أفراد العينة

الأبعاد	أدنى درجة	أعلى درجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة الفاصلة	العدد	نسبة الانتشار
الاضطرابات السيكوسوماتية	29	103	64,50	16,54	81.04	90	81.08
اضطرابات النوم	32	72	54,47	9,62	64.09	90	81.08
إجهاد الشفقة	65	129	98,57	13,25	111.82	96	86.48
الاضطرابات النفسية	111	291	212,83	39,11	251.94	98	88.28

- المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات spss

إذن من خلال الجدول رقم (01) تبين أن نسبة انتشار الاضطرابات النفسية في أوساط الممرضين والناتجة عن نظام العمل بالمناوبة بلغت ما نسبته 88.28%، بحيث تصدرت النسبة الأعلى إجهاد الشفقة وذلك بنسبة قدرت بـ 86.48%، ثم تلتها بنسب متساوية الاضطرابات السيكوسوماتية واضطرابات النوم بنسبة قدرت بـ 81,08. وبذلك يكون إجهاد الشفقة من أكثر الاضطرابات النفسية الناتجة عن نظام العمل بالمناوبة انتشارا لدى أفراد العينة.

يمكن تفسير هذه النتيجة انطلاقا من طبيعة المهنة التي تفرض على أفراد العينة من الممرضين مسايرة ضغوطات العمل، ولعل هذا يظهر جليا من خلال ما أشار إليه "فيكلي" إلى أن إجهاد الشفقة كاضطراب نفسي يعبر عن حالة من التوتر والانشغال بالمرضى المعرضين للصدمة وذلك بإعادة خبرة الأحداث الصادمة وتجنب الاستشارة التذكيرية المستمرة المرتبطة بالمرضى وهي تحمل مشاهدة معاناة الآخرين، بحيث تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (goumdiss.2017) التي خلصت إلى نتيجة مفادها أنه كلما كانت درجة التعاطف مرتفعة كلما تطور مستوى إجهاد الشفقة لدى الأطباء والمرضات ومقدمي الرعاية بأقسام الطوارئ. ولعل أيضا من بين الأسباب التي تعزى إليها هذه النتيجة ما هو راجع لطبيعة العمل، كون أن الممرضين يعايشون معاناة الآخرين. حيث أن هناك جانب من نظام عمل الممرضين يدخل ضمن ما يعرف بالعمل بالمناوبة أو النظام التناوبي وهو عبارة عن تنظيم ساعات العمل يمكن تشغيل فرق مختلفة من العمال لفترات عمل خلال أوقات مختلفة أثناء الأربع والعشرون ساعة. إضافة إلى أنه نظام غير عادي لأن ساعات العمل فيه غير مستقرة زمنيا. (لعريط، 2009، ص: 34). ضمن هذا السياق أوضحت دراسة مانوسو (Manuso) شيوع الاضطرابات النفسية في بيئات العمل، إذ وجدت أن الاضطرابات تتمثل في القلق 25% والاكتئاب 20%، وإساءة استخدام العقاقير 15% والاضطرابات المتعلقة بحوادث الحياة مثل موت أحد أفراد العائلة والمشاكل المالية 10%، مقابل ذلك هناك دراسات أخرى أظهرت أن الاكتئاب هو الأكثر شيوعا ولا بد من أن نتوقع اختلاف وتضارب الأرقام بين فترة وأخرى (الجعافرة وفارس، 2005). وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة عزاوي جيلالي (2014/20013) التي كشفت عن وجود علاقة بين سلبيات

نظام العمل بالمناوبة والضغط المهني، إضافة إلى عدم وجود فروق بمستوى الاستجابة للضغط المهني في إطار العمل بالمناوبة لدى عمال الحماية المدنية تعزى إلى متغير السن، الرتبة في العمل، الخبرة المهنية، الحالة المدنية. وكذا اتفقت مع نتائج دراسة سفاينزودوتهيردز (2006) حول التقييم الذاتي لنوعية النوم والصحة المهنية وبيئة العمل والحالة المرضية والرضا عن العمل لدى الممرضات العاملات خلال أدائهن لأنواع من النوبات، حيث كشفت النتائج على معاناة عدد من مفردات العينة لبعض من الأمراض القلبية. ومعاناة الممرضات اللواتي يؤديون أكثر من نوبة واحدة من عدم سيطرتهم على متطلبات المسؤوليات عن انجازهم (العامري، 2015).

عرض وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الجزئية الأولى على ما يلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة انتشار الاضطرابات النفسية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس". للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب الدرجة الكلية لمتغير الاضطرابات النفسية لكل من الذكور والإناث حيث تم حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير الجنس (إناث- ذكور)، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (02): يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) لدلالة الفروق في استجابات أفراد العينة حول درجة انتشار الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير الجنس.

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية (sig)	الدلالة
الاضطرابات النفسية	ذكر	36	204.08	36.18	1,95	109	0,06	غير دالة
	أنثى	73	219.43	36.95				

- المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات spss

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (02) المتوسطات الحسابية، حيث كان أعلى متوسط لصالح الإناث قدره 204,08 وانحراف معياري قدره 36,18، كما نتضح لنا كذلك قيمة (Test-T) والتي بلغت (1,95) وبلغ مستوى القيمة الاحتمالية Sig (0,06) وهي قيمة غير دالة إحصائية، وبالتالي لا توجد فروق في درجة انتشار الاضطرابات النفسية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس ومنه الفرضية لم تتحقق.

حيث يمكن تفسير هذه النتيجة انطلاقاً من أفراد العينة من الممرضين، لاعتبار أن لهم إلى حد كبير سمات شخصية مشتركة فهم يعملون في مهنة لها نفس الخصائص والظروف المهنية وكذا نفس نظام العمل، زيادة على أن مهنة التمريض تندرج ضمن المهن الخدماتية الإنسانية التي تتطلب من الممرض أو الممرضة سواء كان ذكراً أو أنثى نفس المهام للقيام بها، فهذه المهنة بالذات يقدم فيها العاملين بها حالة من العطاء والتفاني في العمل والتعاطف مع الآخرين نتيجة تقديم الرعاية الصحية، فغالبا ما يتعرض فيها الممرض إلى حالات من الاحتقان والضغوط النفسية الحادة تعتبر هذه الأخيرة بمثابة المفجر الرئيسي لمختلف الاضطرابات النفسية. وقد أشار في هذا السياق "لانفورد" (1987, Langford) إلى أن أكثر مجالات العمل إثارة للضغط تلك التي تمتاز بمواجهة مباشرة مع الناس والتي يكرس فيها الأفراد أنفسهم لخدمة الآخرين، فالممرض والأطباء والمعلمون والمشرفون الاجتماعيون معرضون للضغوط أكثر من غيرهم. ولقد أورد "لانفورد" قائمة من المهن الضاغطة تتميز بالمواجهة مع الآخرين في حين توجد بعض المهن الأخرى التي من المحتمل أن تكون أكثر إجهادا مع الآخرين قد لا تتصف بالمواجهة المباشرة لم ترد ضمن المجالات التي ذكرها سلفا. (شويطر، 2017/2016، ص.08).

عرض ووصف نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تمحورت الفرضية الجزئية الثانية حول الآتي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة انتشار الاضطرابات النفسية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الحالة المدنية". للتحقق من صحة الفرضية تم حساب الدرجة الكلية لمتغير الاضطرابات النفسية لكل من "العزاب" و"المتزوجين"، حيث تم حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية وقيمة (ت)، للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الاضطرابات النفسية تبعاً لمتغير الحالة المدنية (أعزب، متزوج)، والجدول الحالي يوضح ذلك بنوع من التفصيل:

جدول رقم (03): يوضح متوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية واختبار (ت) لدلالة الفروق في استجابات أفراد العينة حول درجة انتشار الاضطرابات النفسية تبعاً للحالة المدنية

المتغير	الحالة المدنية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية (sig)	الدلالة
الاضطرابات النفسية	أعزب	81	216,86	37,555	0,96	105	0,33	غير دالة
	متزوج	26	208,80	36,018				

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات spss

يتضح من خلال الجدول رقم (03) أن أعلى متوسط حسابي كان لصالح فئة العزاب وقد قدر بـ (216,86)، وانحراف المعياري قدر بـ (37,55)، بالنسبة لفئة المتزوجين فقد قدر المتوسط الحسابي بـ (208,80) وانحراف معياري مقدر بـ 36,018 أما قيمة (ت) كانت 0,96 عند قيمة احتمالية قدرت بـ 0,33 وهي أكبر من مستوى الدلالة (0,05) و(0,01)، وبالتالي لا توجد فروق في درجة انتشار الاضطرابات النفسية لدى أفراد العينة تبعاً للحالة المدنية ومنه نستنتج عدم تحقق الفرضية.

وعموماً يمكننا عزو النتيجة الحالية إلى الظروف المهنية والحياتية بما فيها الشخصية والمعيشية المحيطة بأفراد العينة من الممرضين المتزوجين والعازبين فهي متشابهة إلى حد كبير، حيث يواجه العازبين من الممرضين ضغوطاً في البحث عن عمل قار ومستقر، دخل مناسب، وإثبات الذات وتقديرها، وتكوين مستقبلهم المهني، والأوضاع السائدة المحيطة قد تسبب له بعض الضغوط كما هي لدى المتزوج، والذي بدوره يواجه أعباء أسرية واقتصادية، إضافة إلى أن الظروف المهنية والفيزيائية هي الأخرى واحدة بالنسبة للفئتين من الممرضين (المتزوجين والعازبين)، وكلاهما يتأثر إما بطبيعة نظام العمل الضاغط، ساعات العمل، الظروف الفيزيائية السيئة خاصة أثناء التدخلات الاستعجالية من (صدمات نفسية، رؤية الدم، الجروح.. الخ) كلها وغيرها تؤثر لا محالة على صحة الممرض النفسية بالدرجة الأولى، وكذا على الجانب العلائقي داخل مكان العمل. وقد اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة صبيرة واسماعيل (2015) حول الضغوط النفسية المهنية التي يتعرض لها الممرضون والممرضات العاملین، التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير النوع في الضغوط النفسية المهنية، وكانت هذه الفروق في البعد النفسي فقط ولصالح غير المتزوجين. (صبيرة واسماعيل، 2015).

عرض ووصف نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

تمحورت الفرضية الجزئية الثالثة على ما يلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة انتشار الاضطرابات النفسية لدى الممرضين تعزى لمتغير سنوات الأقدمية في العمل". للتحقق من صحة

الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الاضطرابات النفسية تبعاً لمتغير سنوات الأقدمية في العمل (شهر – 5 سنوات، 6 سنوات – 10 سنة، 10 فما فوق) والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (04): يوضح اختبار تحليل التباين الأحادي (Anova) لدلالة الفروق في استجابات أفراد العينة حول الدرجة الكلية للاضطرابات النفسية تبعاً لمتغير سنوات الأقدمية في العمل

المتغير	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع مربعات الانحراف	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة
الاضطرابات النفسية	بين المجموعات	02	2796,48	1398,242	1,012	0,36
	داخل المجموعات	106	146519,553	1382,260		
	المجموع	108	149316,037			

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات spss

نلاحظ من خلال الجدول رقم (04) عدم وجود فروق في درجة انتشار الاضطرابات النفسية تبعاً لسنوات الأقدمية في العمل. فقد قدرت قيمة (ف) بـ 1,012، وقدر مستوى الدلالة بـ (0.36) وهي قيمة أكبر من (0.05) و(0.01) وبالتالي لا توجد فروق ومنه لم تتحقق هذه الفرضية.

يمكن تفسير هذه النتيجة المتوصل إليها إلى أن درجة انتشار الاضطرابات النفسية غالباً لا يخضع للفروق بين الأكثر خبرة في العمل مقارنة بالمرضى الأقل خبرة، ولعل ذلك راجع إلى ما يمكن أن تغرسه سنوات الأقدمية والخبرة في مهنة التمريض من سمات وخصائص تجعل من المرضى لا يختلفون في إحساسهم بالاضطرابات النفسية من عدمها، فانتشار الاضطرابات النفسية حسب ما توصلت إليه نتائج هذه الفرضية لا تتأثر بسنوات العمل وإنما تتأثر بطريقة تعامل هذا الأخير مع ذاته وطريقة حله لمشكلاته وطريقة مواجهته لضغوطاته اليومية وضغوطات عمله وعدم تحكمه في انفعالاته الشيء الذي يجعل منه فريسة لمختلف الاضطرابات النفسية والمهنية. وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة لندو وآخرين (Lindo et al, 2006) حول دراسة الصحة النفسية لدى الأطباء و المرضى، حيث بينت نتائج الدراسة أن 24,40% من أفراد عينة الدراسة يمكن وصفهم بأنهم يعانون من ضغوط نفسية، أيضاً وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين ظهور أعراض المشاكل النفسية، وكل من سنوات الخبرة، ضغوط العمل، الضغوط الخارجية، والضائقة المالية، كذلك مؤشر تأثير الصحة النفسية تمثلت في الخوف من القيد للعمل، سنوات الخبرة لأكثر من خمس سنوات والاضغوط النفسية الخارجية، كما تمثلت الضغوط الخارجية في الضائقة المالية والاجتماعات، العناية بالأطفال (أبو العمرين، 2008).

خاتمة:

إجمالاً يمكن القول أن حياة الممرض المهنية بما تحمله من صحة نفسية وجسدية تتأثر بالكثير من التهديدات اليومية، التي مع تراكمها تثقل كاهله وتجعله مركزاً للألام والاضطرابات النفسية. ضمن هذا السياق خرجت الدراسة الحالية بمجموعة من النتائج أبرزها:

- أن أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً والناجئة عن نظام العمل التناوبي لدى الممرضين هي إجهاد الشفقة.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة انتشار الاضطرابات النفسية لدى المرضى تعزى لمتغير الجنس.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة انتشار الاضطرابات النفسية لدى المرضى تعزى لمتغير الحالة المدنية.

- ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة انتشار الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير سنوات الأقدمية في العمل.

وعليه توصي الدراسة بالآتي:

- السعي إلى القيام ببرامج تدريبية وإرشادية بهدف تنمية مهارات الوقاية والتوعية لفائدة المرضى.
- القيام بدراسات تنبؤية مع متغيرات الدراسة الحالية وكذا ارتباطها بمتغيرات أخرى، بالإضافة إلى تطبيقها على عينة أكبر من المرضى.
- تثمين مبدأ المساندة النفسية والاجتماعية بين الزملاء وبين العمال والإدارة، ما يساهم في رفع الثقة بين العامل والإدارة والتقليل من خطر الضغوطات والصراعات.
- العمل على تحسين المناخ التنظيمي والظروف الفيزيائية في بيئة عمل المرضى.

قائمة المراجع:

- أبو العمرين، ابتسام أحمد. (2008). مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظة غزة وعلاقته بمستوى أدائهم. مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس. الجامعة الإسلامية (غزة، فلسطين).
- بني يونس، محمد محمود. (2007). علاقة مستويات الصحة النفسية بأبعاد التوجه الزمني عند الطالبة بالجامعة الأردنية، مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية. 34(1).
- جمعية الصحة العالمية الستون. (مايو 2007). منظمة الصحة العالمية. البند 12-13 من جدول الأعمال.
- الجعافرة، سمية، فارس، حلمي. (2005). الصحة النفسية للعاملين وعلاقتها ببعض جوانب بيئة العمل في قطاع الصناعات الدوائية الأردنية، مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، 32(2).
- الجوارنة وآخرون. (كانون الأول 2018). مستوى اضطرابات النوم لدى عينة من اللاجئين السوريين في الأردن في ضوء بعض المتغيرات. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية. 9(25).
- شويطر، خيرة. (2016/2017). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى الأمهات على ضوء متغيري الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية، أطروحة دكتوراه في تخصص علوم التربية، (جامعة وهران).
- صبيبة، اسماعيل، فؤاد، رزان. (2015). مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى عينة من المرضى والمرضات. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية. سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية. 37(1).

- طايبي، نعيمة.(2013/2012). علاقة الاحتراق النفسي ببعض الاضطرابات النفسية والنفسجسدية لدى المرضى، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، (جامعة الجزائر).
- طالب، حنان.(2014/2013). الذكاء الوجداني وعلاقته بكل من إجهاد الشفقة والجلد لدى الأخصائيين النفسانيين العياديين الممارسين، أطروحة دكتوراه في تخصص علم النفس العيادي، جامعة سطيف(الجزائر).
- عزاوي، جيلالي.(2014/2013). نظام العمل بالمناوبة وعلاقته بالضغط المهني لدى عمال الحماية المدنية، مذكرة ماجستير في تخصص علم النفس العمل والتنظيم. جامعة وهران (الجزائر).
- العامري، شروق، سالم خلوي. (2015). العمل الليلي للمرأة العراقية: المظاهر والمشكلات. مذكرة لنيل شهادة الماجستير في تخصص علم الاجتماع، جامعة القادسية (العراق).
- لعريط، بشير.(2007/2006). الانعكاسات النفسية والسلوكية لنظام العمل بالمناوبة (3*8). أطروحة دكتوراه في تخصص علم النفس العمل والتنظيم، جامعة قسنطينة (الجزائر).
- ناصر، محمد جودت.(نوفمبر 2006). الأمراض النفسية وأثرها على السلوك الوظيفي. مجلة العلوم الإنسانية (بسكرة). (10).
- ناصر، محمد جودت.(نوفمبر 2006). الأمراض النفسية وأثرها على السلوك الوظيفي. مجلة العلوم الإنسانية (بسكرة). (10).
- ميرة، أمل كاظم، طاهر، ميسون حامد.(د.ت). إجهاد الشفقة وعلاقته بالتوافق المهني عند العاملين في الرعاية الاجتماعية. مركز البحوث النفسية. 28(ج2).
- دون مؤلف.(يناير 2015). تأثير برنامج تروحي رياضي مقترح على بعض المتغيرات الفيسيولوجية واضطرابات النوم لدى كبار السن المصابين بالاكتئاب. مجلة كلية التربية(جامعة الأزهر). 162(4).
- Goundiss,meriem .(2016/2017).le lien entre l'empathie et la fatigue de compassion aupres des urgentistes [these master]. Sciences de l'Education Diplôme : Master en sciences psychologie, université de Liège.
- Ruiz-fernander , Maria ,Pérez-Garcia,Esteban,Ortega Galan,AngelaMarai.(2020). Quality of life in Nursing professionals :Burnout,Fatigue ,and compassion Stisfaction. International Journal of EnvironmentResearch and public Health.(17).doi :10 .3390/Ijerp17041253 .

بعض مشكلات الاخصائيين النفسانيين العياديين العاملين في قطاع الرعاية الاجتماعية بولاية تلمسان (دراسة وصفية تحليلية)

د. معلاش أسية، جامعة أبي بكر بلقايد – تلمسان- الجزائر
د. بن عبد الله حفصة، جامعة أبي بكر بلقايد – تلمسان- الجزائر

مقدمة :

رغم التطور التكنولوجي السريع وما أدخله من تعديلات وتحسينات على مختلف المؤسسات والقطاعات إلا أن هذه الأخيرة ما زالت تعاني من مشاكل عديدة، ففي ميدان الصحة النفسية على سبيل المثال لا الحصر نجد أن النظم الصحية في العالم تواجه العديد من التحديات يوماً بعد يوم، ففي المجال ذاته يشير لانفورد (Langford, 1987) أن أكثر مجالات العمل إثارة هي تلك التي تمتاز بمواجهة مباشرة مع الناس والتي يكرس فيها الأفراد أنفسهم لخدمة الآخرين، ومن بين هذه المجالات نذكر الممارسة العيادية للعلاج النفسي التي بدأت بافتتاح أول عيادة نفسية في جامعة بنسلفانيا على يد عالم النفس العيادي الأمريكي ويتمر (Witmer, 1896)، وبعد ذلك تطورت الممارسة المهنية وبرز دورها جلياً خصوصاً بعد الحرب العالمية الثانية وذلك بسبب كثرة المصابين بالاضطرابات النفسية والصدمة العصبية، حيث قام الأخصائيون العياديون بدور كبير في حل مشاكل هؤلاء المصابين مما أدى إلى زيادة الحاجة لذلك التخصص ولهؤلاء المتخصصين حسب مهاراتهم التي برزت للحكومة الأمريكية وشعوب العالم في ذلك الوقت، ووضعت نماذج الممارسة وافتتحت المستشفيات والعيادات المتخصصة في العلاج النفسي في أنحاء متفرقة من العالم (فوزي وزين الدين، 2007، ص 90)، لأن الأخصائي النفسي كما يرى ديفلو (Duflot, 1976) يعتمد في ممارسته السيكولوجية على نفسه بالإضافة إلى المعلومات النظرية التي تعلمها، فهو داخل في علاقة هو موضوعها، وعليه لا بد أن يعي ذاته.

هذا بالنسبة للأخصائيين النفسانيين العياديين عامة أما بالنسبة لأولئك العاملين في قطاع الرعاية الاجتماعية فالأمر أكثر خصوصية إذ أن الخدمة المقدمة تكون لأفراد من نوع خاص وحساسين يمثلون الفئات الأكثر هشاشة في المجتمع والتي تضم المعاقين بأنواعهم والأطفال ضحايا المجتمع والجانحين والنساء المعنفات والمسنين في دور الرعاية، وهي كلها فئات تحتاج التعامل بحذر ودقة كبيرين. وبالنسبة للبقمي (2013) يعد الأخصائي النفسي أهم عناصر الرعاية الاجتماعية للخدمات التي تقدمها المؤسسة، سواء خيرية كانت أو حكومية، فبدونه لا يمكن أن تصل الخدمات بشكل مهني، وبالأسلوب المناسب، فالرعاية لا تقتصر على توفير المال والإمكانات العينية، فحاجة العملاء كثيرة، وأهمها الحاجات النفسية والاجتماعية، ولا يعيها إلا من يمتلك المهارة والمعارف في المجال الذي يعمل فيه، وكذلك لا يمكن أن تشبع بالطريقة السليمة إلا عن طريق المختص، فالأخصائي النفسي بحكم التخصص يستطيع تحديد الاحتياجات الضرورية، والعمل على إشباعها بما يعود بالفائدة على العميل (البقمي، 2013، ص4). هذا ما يجعل العوائق التي يواجهونها كثيرة. ومن منطلق أن الأخصائي النفسي العيادي جزء لا يتجزأ من المؤسسة التي ينتمي إليها، كونه في تفاعل مستمر وفي صراع دائم، قصد التكيف وضمان الاستقرار في العمل فهو يتحمل الكثير من مسؤوليات العمل وهو ما يخفي في ثناياه درجة من الضغط النفسي، خوفاً من المساءلة أو المحاسبة في العمل، ويزداد العبء إذا كانت المسؤولية عن أناس آخرين مقارنة بالمسؤولية عن أجهزة أو أدوات. فالأعمال التي تتضمن مسؤوليات الحفاظ على حياة الناس أكثر مساهمة في القلق مقارنة بالأعمال المكتبية، والعمل الذي يتخذ صاحبه القرارات أكثر مساهمة في القلق من العمل الذي

يعتمد صاحبه على الأجهزة لاتخاذ قراراته (عبد المعطى، 1992، ص50). ضف إلى ذلك أعباء العمل حيث إن مقدار وصعوبة العمل الذي يؤديه الفرد يمكن أن يصبح ضاغظاً، وقد وصف (حمادات، 2008) عبء العمل بأنه يعني قيام الفرد بمهام لا يستطيع إنجازها في الوقت المتاح أو أن هذه المهام تتطلب مهارة عالية لا يملكها الفرد، وينقسم العبء المهني إلى عبء "كمي" ويعني كثرة أعمال الفرد التي عليه إنجازها في وقت غير كاف؛ وعبء "نوعي" يحدث عندما يشعر الفرد أن المهارات المطلوبة لإنجاز مستوى أداء معين أكبر من قدرته، بمعنى افتقار الفرد إلى القدرة اللازمة لأداء عمل معين؛ وعليه يعتبر العبء الوظيفي مصدر من مصادر الضغط (حمادات، 2008، ص17). كما نذكر كذلك الاحتراق النفسي الذي يعرفه عودة (1998) أنه حالة من الإعياء النفسي والجسدي تظهر على الفرد بتأثير ضغط العمل الذي يتعرض له وتؤثر في اتجاهاته نحو المهنة التي يعمل فيها بشكل سلبي ويمكن تشخيصه بوضوح من خلال سلوكه أثناء العمل وعلاقته مع الآخرين (رمضاوي، 2016، ص 19). دون أن ننسى قلق العدوى الذي يُعرّف على أنه حالة نفسية تظهر على شكل توتر بشكل مستمر نتيجة شعور الفرد بوجود خطر يهدده، وهذا الخطر قد يكون موجوداً فعلاً أو يكون مُتخيلاً لا وجود له في الواقع.

فمن منطلق أن الصحة النفسية للأخصائي النفسي لها الدور البالغ في المساهمة في التكفل بالفئات الهشة، فالأخصائي النفسي المتوتر والقلق لا يستطيع أن يفهم احتياجات المرضى بدرجة كافية مما يؤدي إلى تكوين علاقة مضطربة بينه وبين الحالة. وبحكم تخصص الباحثان والرؤية التي تتبناها في هذا السياق جاءت الدراسة الحالية بعنوان "نماذج عن معوقات عمل الأخصائيين النفسيين العياديين العاملين في مؤسسات قطاع الرعاية الاجتماعية بولاية تلمسان (دراسة وصفية تحليلية)" لتجيب عن التساؤلات التالية:

-هل يعاني الأخصائيين النفسيين العياديين العاملين بمؤسسات قطاع الرعاية الاجتماعية لولاية تلمسان من المعوقات التالية (أعباء العمل، مسؤولية العمل، الاحتراق النفسي، قلق العدوى)؟

-ما هي المعوقات الأكثر شيوعاً لدى النفسيين العاملين بمؤسسات قطاع الرعاية الاجتماعية لولاية تلمسان؟ (والمحددة إجرائياً ب: أعباء العمل، مسؤولية العمل، الاحتراق النفسي، قلق العدوى).

وتكمن أهمية هذه الدراسة في أهمية الشريحة التي يتناولها بالدراسة، ألا وهي الأخصائيين النفسيين العياديين العاملين بمؤسسات قطاع الرعاية الاجتماعية الذين يسهمون في تقديم الخدمات لفئات الهشة ومن أجل قيامهم بهذا الدور على الوجه الصحيح يفترض أن يتمتعوا بمستوى عال من الصحة والسلامة النفسية. كما أنها تعتبر إضافة جديدة للمعرفة العلمية العامة وللمهتمين بشؤون الخدمة الاجتماعية والعاملين فيها.

هذا من أجل تحقيق مجموعة من الأهداف حيث يتوقع أن توفر بحثاً ميدانياً يتناول موضوع المعوقات التي تعترض الأخصائيين النفسيين العياديين العاملين بمؤسسات الرعاية الاجتماعية. إضافة إلى أننا من خلال التطرق لهذا الموضوع نسعى إلى تقدير الدور الذي يقوم به الأخصائي النفسي في المجتمع. دون أن ننسى الأهمية التطبيقية والمتمثلة في تحديد أهم المعوقات التي يواجهها الأخصائي النفسي العيادي ومدى شيوعها بين الأخصائيين النفسيين العياديين العاملين بمؤسسات قطاع الرعاية الاجتماعية -تلمسان- هذا من جهة وما يستتفر عنه هذه الدراسة من نتائج تساهم في تزويد الجهات صاحبة القرار بقاعدة بيانات تفيدها في رسم استراتيجية وطنية شاملة على أسس علمية سليمة مرتبطة بهذه الفئة.

فرضيات الدراسة :

للإجابة عن هذه الأسئلة تبنيت الباحثة الفرضيات التالية :

-يعاني الأخصائيين النفسيين العياديين العاملين بمؤسسات قطاع الرعاية الاجتماعية لولاية تلمسان من المعوقات التالية (أعباء العمل، مسؤولية العمل، الاحتراق النفسي، قلق العدوى).

-المعوقات الأكثر شيوعاً لدى النفسانيين العاملين بمؤسسات قطاع الرعاية الاجتماعية لولاية تلمسان تتمثل بالترتيب في : أعباء العمل، مسؤولية العمل، الاحتراق النفسي، قلق العدوى.

محددات الدراسة :

المحددات البشرية : وتمثلت في جميع الأخصائيين النفسانيين العياديين العاملين بمؤسسات الرعاية الاجتماعية لولاية تلمسان بما فيهم المتعاقدين مع استبعاد أولئك الذين يقومون بمهام أخرى كالتدريس في الأقسام ورؤساء المصالح والمدراء.

المحددات المكانية : شملت الدراسة الميدانية المؤسسات التابعة لقطاع الرعاية الاجتماعية بولاية تلمسان والبالغ عددها 17 مؤسسة موزعة عبر كامل تراب الولاية.

المحددات الزمانية : امتدت الدراسة من نهاية شهر جانفي 2020 إلى نهاية شهر فيفري من نفس السنة.

التعريف بالمصطلحات والمفاهيم :

المعوقات:

المعوقات باللغة : عاق أي خالف مثل : عاق الولد أباه، أي خالفه كما وردت في معجم الوسيط (الهوري، دت، ص41)، وعاق: يعوق عوقاً أي منع، حجز، اعترض كما وردت في المعجم العربي (الفوزان، وآخرون، 1425هـ، ص76). وتعني في قاموس أكسفورد (Obstacle) الشيء الذي يعوق التقدم في السير، سواء ذلك بعوائق طبيعية أو مصطنعة ويؤدي ذلك إلى التعسر في اجتياز الموقف.

المعوقات اصطلاحاً : "العوامل التي تؤدي إلى الانحراف عن النموذج المثالي، وتحول دون تحقيق الأهداف التي يسعى إليها" (خاطر، 1999، ص87)

وتقصد الباحثتان بمفهوم المعوقات إجرائياً بأنها كل ما يعترض أو يواجهه أو يعرقل عملية التدخل المهني للأخصائي النفساني العيادي في المؤسسة. والمتمثلة إجرائياً في :أعباء العمل، الاحتراق النفسي، مسؤوليات العمل، قلق العدوى.

الأخصائي النفساني العيادي : هو الشخص الذي يستخدم الأسس والتقنيات والطرق والإجراءات (الاختبار النفسي) والذي يتعاون مع غيره من الأخصائيين في الفريق العيادي، مثل الطبيب، والأخصائي الاجتماعي... كل في حدود عمله، وفي إطار من التفاعل الإيجابي، بقصد فهم ديناميات شخصية المفحوص، وتشخيص مشكلاته، والتنبؤ باحتمالات تطور حالته، ومدى استجابته لمختلف أساليب العلاج؛ ثم العمل للوصول بالمفحوص إلى توافق اجتماعي-ذاتي. أي أن الأخصائي هو الذي يجمع بين دوره بوصفه عالماً ودوره بوصفه ممارساً عيادياً. (عبد المعطي، 1998، ص 99)

ويتمثل دوره حسب القانون الأساسي لموظفي قطاع التضامن الوطني بالجزائر في :

-تطبيق الروايز النفسية وتفسيرها والقيام بالتشخيص النفسي وإبداء الرأي العيادي، حسب الحالة.

-ضمان المتابعة الفردية أو الجماعية للأشخاص المعنيين.

-المشاركة في اجتماعات فريق التكفل المتعدد الاختصاصات وفي اللجنة أو المجلس النفسي التربوي للمؤسسة.

-المشاركة في التكفل بضحايا الصدمات النفسية الناجمة عن أسباب مختلفة.

-ضمان الفحص الخارجي للأشخاص الذين تتوفر فيهم شروط القبول بالمؤسسة.

-ضمان مرافقة عائلات الأشخاص المتكفل بهم بالمؤسسة

مؤسسات قطاع الرعاية الاجتماعية: هي المؤسسات التابعة لوزارة الرعاية الاجتماعية والأسرة وقضايا المرأة، ويتمثل دورها في اتخاذ كافة التدابير اللازمة لحماية بعض أفراد المجتمع المعرضين للأذى حماية

قانونية واجتماعية وشرعية، بما يحقق لهم الأمن الاجتماعي ويراعي مصالحهم، مع العمل على إدماجهم أو إعادة إدماجهم في المجتمع.

الفئات التي تستقبلها مؤسسات قطاع الرعاية الاجتماعية:

-المعاقين بمختلف فئاتهم حتى سن 18 سنة

-الأطفال في خطر معنوي في سن أقل من 18 سنة

-الأطفال الجانحين في سن أقل من 18 سنة

-العجزة من الجنسين

-النساء ضحايا العنف

المؤسسات المتواجدة بولاية تلمسان :

ملاحظات	الفئة المستقبلة	العدد	المركز
موزعين على مختلف مناطق الولاية	أطفال معاقين ذهنيا من 03 إلى 18 سنة	07	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا
	أطفال معاقين حركيا من 03 إلى 18 سنة	01	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين حركيا
02 متخصصين للذكور 01 متخصص للبنات	أطفال في خطر معنوي من 03 إلى 18 سنة	03	المركز المتخصص في الحماية
	أطفال مجهولي النسب من 06 إلى 18 سنة	01	مؤسسة الطفولة المسعفة
	أطفال مجهولي النسب من 0 إلى 06 سنوات	01	حضانة الطفولة المسعفة
	الأطفال الصم من 03 إلى 18 سنة	01	مدرسة صغار الصم
	الأطفال المكفوفين من 03 إلى 18 سنة	01	مدرسة صغار المكفوفين
لم يفتح أبوابه	النساء ضحايا العنف	01	مركز استقبال النساء ضحايا العنف
معطل تقنيا في انتظار التحويل لدار العجزة	الأطفال المصابين بالربو من 06 إلى 18 سنة	01	مركز علاج نقص الجهاز التنفسي
		17	المجموع

الإجراءات المنهجية للدراسة :

منهج الدراسة: استخدمت الباحثتان المنهج الوصفي التحليلي، وذلك لمناسبته لطبيعة الموضوع قيد الدراسة ولهذا النوع من المتغيرات.

عينة الدراسة :

تمثلت في 14 أخصائي وأخصائية ينتمون إلى 6 مؤسساتهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة من المؤسسات التابعة لقطاع التضامن الوطني، وهو العدد الذي أكمل تعبئة المقياس المقدم إليهم بين 17 فرداً بعد استبعاد 3 استمارات.

المؤسسات التي ينتمي إليها أفراد العينة هي :

(1) المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين حركيا - شتوان

(2) المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا - تلمسان

(3) مدرسة صغار الصم - تلمسان

(4) مدرسة صغار المكفوفين - تلمسان

(5) المركز المتخصص في الحماية - بنات - تلمسان

(6) المركز المتخصص في الحماية - ذكور - الحناية

أدوات الدراسة :

استبيان معوقات عمل الأخصائي النفسي العيادي : وهو من إعداد الباحثة صمته بعد الاطلاع على الاطار النظري المتعلق بالموضوع و عدة مقاييس منها مقياس ضغط العمل لنورة سعد البقمي (2004) من جامعة الملك سعود (أبو شقيف، 2014، ص63)، حيث يتضمن البيانات العامة الخاصة بأفراد العينة (الجنس،سنوات الخبرة، نوع المركز) إضافة إلى المقياس الذي تكون من 32 عبارة موزعة على أربعة محاور يضم كل واحد منها 8 عبارات تقيس وجود معوق من معوقات العمل والمحددة في دراستنا الميدانية ب: (أعباء العمل، مسؤولية العمل، الاحتراق النفسي، قلق العدوى). وقد كان المقياس الأولي يضم 39 فقرة لكن بعد التمهيص تم الاستغناء عن 7 فقرات منها 4 كانت مكررة بصيغ مختلفة و2 غير مفهومة جيداً وفقرة واحدة لا تتناسب مع الأخصائيين النفسيين، ليصبح لدينا في الأخير 32 فقرة موزعة على الأبعاد الأربعة المذكورة سابقاً.

ومن أجل القياس تم استعمال درجة مقياس ليكرت (Likert Scale) الخماسي لل فقرات الموجبة والسالبة، بعد الاطلاع على عدة مقاييس سابقة، حيث تم اختيار خمسة بدائل لتمثيل مدى وجود معوقات العمل لدى الأخصائيين النفسيين العياديين والتي كانت كالتالي : (دائماً، أحياناً، لست متأكداً، قليلاً، أبداً) ويصح المقياس بإعطاء الدرجات (1-2-3-4-5) حسب ما يوضحه الجدول رقم(01).

جدول (01) : يوضح الدرجات المناسبة للبدائل حسب اتجاه الفقرات

الإجابة	دائماً	أحياناً	لست متأكداً	قليلاً	أبداً
الدرجة	05 نقاط	04 نقاط	03 نقاط	02 نقطتين	01 نقطة

وقد ضم المقياس أربعة أبعاد متمثلة في :

- 1- مسؤوليات العمل
- 2- أعباء العمل
- 3- الاحتراق النفسي
- 4- قلق العدوى

في الأخير تم وضع تعليمية واضحة وسهلة الفهم وتوزيع الفقرات بطريقة لا توحى بأنها مرتبة حسب بعد معين حتى لا تكون فيها إيحائية، وهكذا حصلنا على توزيع الفقرات على الأبعاد بالشكل التالي:

جدول رقم (02) : يوضح توزيع الفقرات على أبعاد مقياس الفعالية الذاتية

الأبعاد	أعباء العمل	الاحتراق النفسي	مسؤوليات العمل	قلق العدوى
رقم الفقرات	1، 4، 8، 12، 15	2، 5، 9، 17، 20	3، 6، 10، 13، 18	7، 11، 14، 19، 25، 31، 28، 26

الدرجة الكلية للمقياس هي 160

وقد تم التأكد من صدق المقياس بعد عرضه على مجموعة من المحكمين وإجراء التعديلات اللازمة عليه من جهة ومن جهة أخرى حساب معامل ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس والتي كانت دالة عند مستوى 0,01.

جدول رقم (03) استبيان معوقات عمل الأخصائي النفسي العيادي

رقم	العبارات	دائماً	أحياناً	لست متأكداً	قليلاً	أبداً
01	أحتاج إلى وقت إضافي لإنجاز الأعمال المسندة إلي					
02	أشعر بالتعب أثناء أدائي لعمل					
03	أخشى أن لا يكون تشخيصي للحالات في المستوى المطلوب					
04	يطلب مني إنجاز أكثر من مهمة في وقت واحد					
05	أعاني من الإنهاك الإنفعالي أثناء أدائي لعمل					

06	أشارك في اجتماعات فريق التكفل المتعدد الاختصاصات
07	أغسل يدي باستمرار
08	أجتهد لتوفير وسائل مكيفة مع طبيعة العمل الذي أقوم به
09	أعاني من الإحباط أثناء أدائي لعملي
10	قراراتي حاسمة في تقرير مصير الحالات المتكفل بهم في المؤسسة.
11	ينتابني إحساس أنني أحمل نفس أعراض المرضى الذين أتعامل معهم
12	تطبيق وتفسير الروايات والاختبارات النفسية يسبب لي الإجهاد
13	أنا مسؤول عن متابعة كل الحالات المسجلة في المؤسسة
14	أقلق لاحتمال إصابتي بالعدوى كلما تعاملت مع مريض
15	ينتابني شعور بالتعب أثناء وقت العمل
16	لا تتوفر لدي المهارات المطلوبة لإنجاز عملي
17	أشعر بالعجز أثناء أدائي لعملي
18	أنا مسؤول عن ضمان مراقبة عائلات الأشخاص المتكفل بهم بالمؤسسة
19	غالبا ما أقوم بفحوصات طبية وقائية
20	الواجبات التي أقوم بها في عملي تفوق طاقتي
21	أشارك في اجتماعات المجلس النفسي التربوي للمؤسسة
22	أشارك في التكفل بضحايا الصدمات النفسية الناجمة عن أسباب مختلفة (الكوارث الطبيعية، الحوادث...)
23	أصبحت فاقداً للاهتمام بالعمل
24	أشعر أن إمكانياتي وقدراتي أكثر مما يتطلبه العمل
25	عند إصابتي بنزلة برد أقلق وأحرص على شرب الدواء في الحين
26	غالبا ما أستشير الأطباء العاملين معي في أعراض يبدو لي أنني أحس بها
27	ليس لدي الوقت لنفسي للقيام ببعض النشاطات الرياضية والترفيهية خارج العمل
28	أسارع للاستفادة من التقيحات كلما سمحت الفرصة
29	يحتاج عملي لدقة في تشخيص الحالات
30	أشعر بالندم على اختياري مهنة التمريض
31	أنصت ويقلق كلما سمعت أخباراً عن انتشار عدوى مرض ما
32	أنا مسؤول عن الفحص الخارجي للأشخاص الذين تتوفر فيهم شروط القبول في المؤسسة

تصحيح المقياس :

لقد اعتمدنا في تصحيح المقياس على سلم ليكرت الخماسي ، بحيث يمكن الحصول على خمسة مستويات من النتائج (كثير جداً، كثير، متوسط، قليل، قليل جداً) وذلك بطريقة الحساب التالية :

المقياس الخماسي : 1، 2، 3، 4، 5

لحساب المدى نبدأ بـ 1 المسافات الباقية هي 5-1 = 4

نقسم 4 على 5 ليصبح لدينا $0,8 = 5/4$ وهي المسافة الفاصلة بين مستويين متتاليين، حيث نحدد بها المجال الفاصل بين بداية ونهاية كل مستوى عن طريق ضرب أدنى درجة يمكن الحصول عليها في المقياس، وهي 32 في هذه الحالة، في الحد الأول من المستوى ثم ضربه في الحد الثاني من نفس المستوى. مثال : المستوى الأول يحمل ملاحظة قليل جداً وهو يبدأ من 1,00 إلى 1,80 لتحديده نضرب 32 (وهي أدنى درجة) في 1,00 ثم في 1,80 لنحصل على النتائج التالية :

$$32 = 1,00 \times 32$$

$$57,6 = 1,80 \times 32 \text{ (القيمة الطبيعية الأقرب هي 58)}$$

من هنا نستطيع القول أن كل من كانت نتيجته في المقياس محصورة بين 32 و 58 درجة فإن مستوى المعوقات لديه قليل جداً، وهكذا بالنسبة لكل المستويات الباقية.

الفئات الأولى : من 1,00 إلى 1,80
الفئات الثانية : من 1,81 إلى 2,60
الفئات الثالثة : من 2,61 إلى 3,40
الفئات الرابعة : من 3,41 إلى 4,20
الفئات الخامسة: من 4,21 إلى 5,00
ملاحظة هامة :

في حالة الدرجة تساوي 32، هذا يعني أنه لا توجد معوقات على الإطلاق
نتائج الدراسة ومناقشتها :

عرض وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الأولى : والتي تنص على أنه يعاني الأخصائيين النفسيين العياديين العاملين بمؤسسات قطاع الرعاية الاجتماعية لولاية تلمسان من المعوقات التالية (أعباء العمل، مسؤولية العمل، الاحتراق النفسي، قلق العدوى).

ومن أجل الاجابة على هذه الفرضية قامت الباحثتان بتوزيع استبيان معوقات عمل الأخصائي النفسي العيادي المصمم من طرفها، كما استخدمت النسب المئوية لأفراد عينة الدراسة حول معوقات عمل الأخصائيين وبعد الاطلاع على النتائج تبين أن عدد أفراد عينة الدراسة الذين كانت درجاتهم في الاستبيان أكبر من 32 كان 14 أخصائياً أي بنسبة 100% يواجهون على الأقل معوقاً واحداً؛ وأبعد من ذلك فإن الذين بلغت درجاتهم بين 135 و160 أي أن مستوى المعوقات لديهم كثير جداً كان عددهم 11 فرداً أي بنسبة 78,51% وهي نسبة كبيرة فاقت ¼ من عدد أفراد العينة.

وهو ما يتوافق مع الدراسة المنشورة في العدد 175 الجزء الأول بمجلة كلية التربية بجامعة الأزهر سنة 2015 بعنوان "معوقات التدخل المهني للأخصائيين الاجتماعيين بوحدات الحماية الاجتماعية بالمملكة العربية السعودية" والتي أسفرت نتائجها عن أن المتوسط النسبي العام لمعوقات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في وحدة الحماية الاجتماعية بلغ (2,074) ووافق أفراد عينة الدراسة على المعوقات التي تواجه الخدمة الاجتماعية بوحد الحماية الاجتماعية المتعلقة بمستقيبات الحماية والتي جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (2,53)

إضافة إلى دراسة البقمي (2013) بعنوان "المعوقات المهنية التي تواجه العاملين في المؤسسة الخيرية لرعاية الأيتام ودور الخدمة الاجتماعية للحد منها. دراسة مطبقة على الأخصائيين الاجتماعيين والمشرفين في المؤسسة الخيرية لرعاية الأيتام"، وكانت تهدف إلى المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين والمشرفين أثناء ممارستهم لدورهم مع الأيتام، والتعرف على المعوقات المهنية التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين والمشرفين المتعلقة بالأيتام والمؤسسة، كما تهدف إلى التعرف على مقترحات الأخصائيين الاجتماعيين والمشرفين لتطوير الممارسة المهنية، ووضع تصور مقترح لدور الخدمة الاجتماعية في الحد من المعوقات المهنية التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين والمشرفين. وتوصل إلى عدة نتائج منها : ضعف الاعتماد على النظريات والنماذج العلاجية أثناء الممارسة المهنية، وضعف تطبيق العلاقة المهنية أثناء التعامل مع الأيتام، وضعف وعي الأيتام بالدور الفعلي للأخصائيين الاجتماعيين والمشرفين، بالإضافة إلى عدم اهتمام المؤسسة بالدورات.

عرض وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثانية : والتي تنص على أن المعوقات الأكثر شيوعاً لدى النفسيين العاملين بمؤسسات قطاع الرعاية الاجتماعية لولاية تلمسان تتمثل بالترتيب في : أعباء العمل، مسؤولية العمل، الاحتراق النفسي، قلق العدوى.

جدول رقم (04) يوضح المعوقات الأكثر شيوعاً لدى أفراد عينة الدراسة (ن=14).

رقم	المعوقات ذات درجة (كثير جداً)	التكرار	النسبة % بالنسبة للتكرار	النسبة % بالنسبة لـ (ن)
1	مسؤوليات العمل	14	33,33%	100%
2	أعباء العمل	11	26,19%	78,57%
3	الاحترق النفسي	10	23,80%	71,43%
4	قلق العدوى	7	16,66%	50,00%
	المجموع	42	100%	

جدول رقم (05) يبين نتائج استخدام اختبار (ت) للكشف عن متوسط استجابات عينة الدراسة

المقياس	العدد (ن)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
مسؤوليات العمل	14	10,33	0,68	3,01	0,05
أعباء العمل	11	09,01	1,27	1,91	0,05
الاحترق النفسي	10	08,98	0,61	1,28	0,05
قلق العدوى	7	08,97	1,09	1,03	0,05
الدرجة الكلية	42	08,12	2,34	2,01	0,05

من خلال قراءة الجدول رقم (04) نلاحظ أن مسؤوليات العمل احتلت الصدارة في المعوقات الأكثر شيوعاً لدى الأخصائيين النفسيين العياديين العاملين في مؤسسات قطاع الرعاية الاجتماعية بولاية تلمسان إذ بلغ عدد الذين تحصلوا على درجة "كثير جداً" في هذا البعد 14 فرداً أي كلهم وهو ما يمثل نسبة 33,33% من مجموع تكرارات المعوقات المتواجدة بشدة، ويمكن تفسير أن هذا راجع أولاً وقبل كل شيء إلى طبيعة العمل الذي يتطلب المواجهة الدائمة مع الحالات، هذا ما يتطابق مع ما أشار إليه لانفورد (Langford, 1987) بأن أكثر مجالات العمل إثارة هي تلك التي تمتاز بمواجهة مباشرة مع الناس والتي يكرس فيها الأفراد أنفسهم لخدمة الآخرين؛ إضافة إلى ذلك حساسية الأفراد الذين يمثلون الفئات الأكثر هشاشة في المجتمع والتي تضم المعاقين بأنواعهم والأطفال ضحايا المجتمع والجانيين والنساء المعنفات والمسنين في دور العجزة، وهي كلها فئات تحتاج التعامل بحذر ودقة كبيرين، ولا نقف عند هذا الحد، بل أن هناك الكثير من التدخلات في عمل الأخصائي النفسي العيادي نظراً لأن قراراته حاسمة في تحديد مصير الحالات المسجلة في المؤسسة؛ ففي مراكز المعاقين على سبيل المثال لا الحصر، نجد المسؤولين يحثونه على قبول أكبر عدد من الحالات، ثم نجد الزملاء من المربين والمعلمين ينتقدونه على الانصياع لذلك، بينما نجد أهالي الحالات يطلبون السرعة في التشخيص وإعطاء الحلول السحرية لأبنائهم. هذا ما يتطلب وجود قدر كبير من المسؤولية بإمكانها أن تسبب الإنهاك الذي يصبح معوقاً. أما في المقام الثاني فنجد أعباء العمل بنسبة 26,19% من مجموع تكرارات المعوقات المتواجدة بشدة وهذا راجع بالخصوص إلى المهام المتباينة الموكلة لهم، فهم يعملون عملاً مكثبياً ومطالبين بماء الكثير من الوثائق إضافة إلى عملهم العيادي المتمثل في إجراء المقابلات وتطبيق الروايز والاختبارات التي يصعب تحليل نتائجها ويصعب حتى تطبيقها بالنسبة لفئة المعاقين خاصة... ضف إلى ذلك النقص في الوسائل فتجدهم في كثير من الأحيان يجتهدون من أجل توفيرها أو تكيفها حسب الفئات العاملين معها، يليها الاحترق النفسي بنسبة 23,80% وهو ما يتوافق مع ما أكده (فرويد تيرجر) من خلال دراسة اجراها عام 1974 على العاملين في الوظائف المهنية الاجتماعية، حيث توصل بأن هناك حالة الاستنزاف الانفعالي والبدني والعقلي قد تحدث نتيجة للإعياء والضغوط للمتطلبات التي تفرزها طبيعة تلك المهن من مشاكل عند الفرد سواء ما يتعلق بالتكيف أو السيطرة على التحديات التي توجه إثارة سلبية على المحترق نفسياً

وقد تمتد هذه الإثارة فتشمل الذين يعملون ويتفاعلون ويتواصلون معه أيضاً. كما نلاحظ توفر كل العوامل التي تؤدي إلى الاحتراق النفسي المذكورة في دراسة (بنت عثمان، 2008) والمتمثلة في العوامل الذاتية متمثلة هنا في طموح الأخصائي النفسي في الوصول إلى النتائج المأمولة مع الحالات لكن ذلك لا يتحقق في كثير من الأحيان، ثم العوامل الاجتماعية المتمثلة في إهمال وجهل دور الأخصائي النفسي وحتى احتقاره في بعض الأحيان، إضافة إلى ذلك العوامل الوظيفية وهي الأكثر وزناً في إيجابية أو سلبية الفرد كعدم وصول الفرد إلى ما يصبو إليه من الأمور المادية من خلال ممارسته لمهنته، وعدم تلقيه التعزيز اللازم من مسؤوليه... كما نلاحظ أيضاً أن نتيجة الاحتراق النفسي متقاربة مع نتيجة أعباء العمل، وهو أمر منطقي إذ أنهما مترابطان حيث تعتبر أعباء العمل من بين مصادر الاحتراق النفسي. في الأخير وبنسبة 16,66% من مجموع تكرارات المعوقات المتواجدة بشدة نجد قلق العدوى، حيث بلغ العدد 7 أي نصف المبحوثين يعانون منه بشدة وهو أمر طبيعي نظراً للفئات التي يتعاملون معها باستمرار ويتقربون منها دون وسائل وقاية، حيث أن الكثير من المعاقين يعانون من سيلان اللعاب باستمرار وهم معرضين للعدوى بسهولة والمعاملة معهم تكون قريبة جداً أو لصيقة (كعناق الطفل لتحسيسه بالأمان أو التشجيع...) مما يسبب انتشار الأمراض الفيروسية، أما في مجال التعامل مع المسنين والأحداث في خطر معنوي فمن المعلوم أن أغلبهم يعيشون أوضاعاً مزرية وظروفاً قاسية كالتشرد مما يجعلهم عرضة للأمراض المعدية كذلك ويجعل التعامل معهم مقلق بالنسبة لبعض الأخصائيين النفسيين، ومما يزيد الطين بلة أن القبول في مؤسسات الرعاية الاجتماعية لا يشترط أي تحاليل طبية أي أنه بإمكان أي شخص يحمل مرضاً معدياً أن يلتحق بالمؤسسة دون علم الطاقم بذلك. رغم كل هذا نجد أنه هناك الكثير ممن لا يهتمون بهذا الأمر بسبب الجهل أو اللامبالاة.

الخاتمة:

على الرغم من النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية فيما يتعلق بتحديد المعوقات الأكثر شيوعاً لدى الأخصائيين النفسيين العمليين العاملين بمؤسسات قطاع الرعاية الاجتماعية لولاية تلمسان، إلا أن هناك قدر كبير من الأهمية لهذه الدراسة في مواصلة البحث في هذا الموضوع لما تثيره من توصيات تطبق على أرض الواقع ولا تذهب في أدراج المكاتب، دون أن ننسى الإشارة إلى الصعوبات التي تلقتها الباحثتان خلال تجسيد هذه الدراسة إذ أن وجود المؤسسات في أماكن متباعدة شكل صعوبة في التنقل سعياً منا لأن تكون عينة الدراسة ممثلة للمجتمع الأصلي، ومن هذا المنبر توصي الباحثتان بما يلي:

--تعدُّ المتابعة النفسية ركناً أساسياً في مؤسسات الخدمة الاجتماعية، وإنَّ نجاح أو فشل هذه الأخيرة يعتمد عليها بشكل أساسي، ولهذا فلا بدَّ من تقدير هذا الدور الذي يلعبه الأخصائي النفسي العملي في تطويرها، وأي تجاهل لهذه الحقيقة لن يدفع الإصلاح في نظام الخدمة الاجتماعية إلى الأمام، فالأخصائي النفسي في مساره يحتاج إلى إشباع حاجاته النفسية شأنه في ذلك شأن جميع الناس، وتتأثر شخصيته بصورة مباشرة بكل ما يصيب حاجاته أو بعضها من إهمال أو حرمان، ولذلك فإن هذه المهنة تستدعي توفير المكونات التي تسهل التكوين المهني الملائم والتي يستطيع الأخصائي بموجبها أداء وظيفته وبالتالي إلى الاستقرار النفسي الذي يجعله قادراً على الإحساس بكيانه وإشباع حاجاته.

-تعاون الباحثين والمختصين في المجال النفسي والاجتماعي لتوسيع دائرة البحوث حول ميدان الخدمة الاجتماعية خصوصاً في الدول العربية.

-الاستفادة من نتائج الدراسات والبحوث الأكاديمية.

-الربط بين نتائج البحوث والدراسات الأكاديمية والسياسات المنتهجة من طرف الدول في هذا المجال.

-تفعيل دور وسائل الإعلام وخاصة الراديو والتلفاز بتقديم برامج تهدف إلى توعية المواطن لتقدير أهمية الدور الذي يلعبه الأخصائي النفسي العيادي.
-زيادة أعداد الأخصائيين النفسيين العياديين في مختلف مؤسسات الرعاية الاجتماعية للتخفيف من حدة الضغط.

قائمة المراجع:

1. أبو شقيف، مصلح أحمد الصالح. (2014). موسوعة المقاييس في العلوم الاجتماعية ولتربوية والنفسية والإدارية. ط1. دار غيداء للنشر والتوزيع. الأردن.
2. حمادات، محمد حسن محمد. (2008). السلوك التنظيمي والتحديات المستقبلية في المؤسسات التربوية. دار الحامد للنشر والتوزيع. الأردن.
3. خاطر، أحمد. (1997). الخدمة الاجتماعية (نظرة تاريخية، مناهج الممارسة، المجالات). الطبعة الثالثة: المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
4. الربيع، فهد العبد الله. (2002). الإنهاك النفسي لدى العاملين في مجال الخدمات الإنسانية، مجلة الوطن، الرياض، العدد (2)، السنة الثانية.
5. رضاوي، أسمهان. (2016). الاحتراق النفسي لدى أساتذة التعليم الابتدائي. مذكرة ماستر غير منشورة. جامعة سعيدة. الجزائر.
6. عبد المعطي، حسن مصطفى. (1998). علم النفس الإكلينيكي. دار قباء للطباعة والنشر. القاهرة.
7. فوزي طعمية، وزين الدين حنان. (2007). علم النفس الإكلينيكي. دار الشروق للنشر والتوزيع. عمان.
8. المرسوم التنفيذي 09-535 المؤرخ في 20 ذي القعدة عام 1430 هـ الموافق لـ 08 نوفمبر سنة 2009 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين للأسلاك الخاصة بالإدارة المكلفة بالتضامن الوطني.
9. نعيمة، طايبي. (2012). علاقة الإحتراق النفسي ببعض الإضطرابات النفسية والنفسجسدية لدى المرضى، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر -2.
10. الهواري، صلاح الدين. (د.ت). المعجم الوسيط المدرسي. دار البحار، بيروت.

تأثير الدعم النفسي الاجتماعي في تعزيز الصحة النفسية لدى الأفراد

أ. أمينة كرسنة د. بوعطيط جلال الدين

جامعة 20 أوت 1955 - سكيكدة - الجزائر

مقدمة:

إن التغيرات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية الذي يعيشها العالم المعاصر جعلت المجتمعات تتخبط في العديد من أشكال الصراع والظروف الضاغطة، حيث يعيش الفرد اليوم في خضم تلك الصراعات والتصادمات التي لا بد وأن تترك بصمتها على الاستقرار النفسي والاجتماعي لديه. والفرد في ظل كل هذه الضغوطات لا يستطيع المحافظة على ثباته وتوازنه النفسي مما يؤدي الى زيادة كبيرة في درجات التوتر والقلق لديه. ومن المسلم به أن الظروف النفسية السيئة تساهم في اختلال الصحة النفسية التي تعتبر بمثابة السلاح الذي يعتمد عليه في مواجهة التأثيرات السلبية لمواقف الحياة الضاغطة. وفي ظل الأهمية البالغة للصحة النفسية في حياة الأفراد ينبغي توفر عوامل وقائية تساهم في التحصين النفسي للأفراد وتخفف من وطأة الضغوط والمشكلات النفسية التي تعيق تحقيق التوافق النفسي، ومن أهم هذه العوامل نجد الدعم النفسي الاجتماعي. الذي يعبر عن مجموع الخدمات والمساعدات النفس- اجتماعية المقدمة للأفراد والتي تعمل على تقدير الاحتياجات النفسية والاجتماعية لديهم ثم مساعدتهم على تلبيتها والتقليل من الشعور بالاضطراب والضغط النفسي وحماية الأفراد من التعرض لمزيد من الاضطرابات النفسية مستقبلا.

كما يعمل الدعم النفسي الاجتماعي ضمن إطار تحسين الرفاه النفسي وتعزيز الصحة النفسية للأفراد. حيث تقوم خدمات الرعاية النفسية والاجتماعية التي يوفرها الدعم النفسي الاجتماعي بطريقة فعالة بالحد من بواعث المعاناة النفسية والانفعالية وإعادة الشعور بالأمن والحماية. وعموما تستهدف خدمات الدعم النفسي الاجتماعي بالأساس الوصول إلى حالة من التوازن والرفاه النفسي وبالتالي حصول التوافق وتعزيز الصحة النفسية للأفراد. وقد جاءت مداخلتنا هذه للكشف عن الدور المهم للدعم النفسي الاجتماعي في تعزيز الصحة النفسية للأفراد مع التطرق لبعض الدراسات التي تؤيد هذا الطرح.

أولاً: الدعم النفسي الاجتماعي

1- مفهوم الدعم النفسي الاجتماعي:

حسب الاطار النفسي والاجتماعي 2005-2007 للاتحاد الدولي فهو يحدد الدعم النفسي الاجتماعي بأنه "عملية لتعزيز ومساعدة الأفراد والأسر الذين يعانون من أزمات لاستعادة إرادتهم ومواجهة الأحداث في المستقبل، كما يشجع على استعادة التماسك الاجتماعي وتعزيز الروابط الاجتماعية بين الأفراد وتحسين الصحة النفسية والاجتماعية للأفراد وقدرتهم على التغلب على أي عقبات في المستقبل، كما يمكن أن يكون للدعم النفسي والاجتماعي دور كبير في الوقاية والعلاج، فمن ناحية الوقاية يساعد على منع تطور

المشاكل النفسية، أما الناحية العلاجية يساعد الأفراد على التغلب على المشاكل النفسية التي وقعت بسبب الصدمة والأزمات. (علي، 2018، ص 247)

وقد عرف (leavy, 1983) الدعم الاجتماعي بأنه وجود أشخاص مقربين ممثلين بأفراد الأسرة والاصدقاء وزملاء العمل والجيران الذين يتسمون بالدعم المعنوي، والمشاركة الوجدانية. كما يعرف الدعم الاجتماعي بأنه تمتع الفرد بشعور الحب والتقدير والقبول والاحترام المقدم من الشبكة الاجتماعية المحيطة به وشعوره بأنه جزء من هذه الشبكة التي تقدم لأعضائها التزامات متبادلة. (بلخير، 2019، ص 10-11)

ويشير الدعم النفسي الاجتماعي إلى الترابط المشترك بين العمليات النفسية والاجتماعية، وإلى حقيقة أن كل منهما يتفاعل مع الآخر باستمرار ويؤثر فيه، ويستخدم مصطلح الدعم النفسي الاجتماعي لوصف أي شكل من أشكال الدعم المحلي أو الخارجي. (علي، 2018، ص 247)

وهكذا فإن الدعم النفسي الاجتماعي هو ضرورة حتمية لكل فرد من المجتمع يلعب دورا مهما في حياة الأفراد، وهو لا يقتصر عندهم فقط عند الحاجة، فهو عملية شاملة ومتكاملة، دائمة ومستمرة، داخل الأسرة وخارجها، من الميلاد إلى الوفاة، وله الدور الكبير في تحقيق الصحة النفسية للأفراد، كما يتحقق بمدى المساعدات والاحتياجات التي يتلقاها الفرد من خلال شبكته الاجتماعية، ومدى ادراكه لها. (تلجوم، 2019، ص 62)

2-مجالات الدعم النفسي الاجتماعي:

إن مجالات الدعم النفسي ينبغي أن تستوعب جميع جوانب الحياة الانسانية للأفراد، ويمكن تلخيص تلك المجالات كالتالي (العاشوري، 2004، ص ص 123-124):

أ- **الدعم في المجال الروحي:** يقصد بالمجال الروحي الحث على الايمان، وتجسيده في النفوس قولاً وعملاً، وهذا يجعل الدعم النفسي عملاً مستمراً لعلاج الآثار المترتبة عن خبرة نفسية صادمة مضت، أو الوقاية من خبرة صادمة محتملة في المستقبل، ويتم التركيز في هذا المجال على التخفيف من مشاعر الخوف والحزن والقلق غير المبرر، واستبداله بمشاعر الطمأنينة، والأمن والتفاؤل.

ب- **الدعم في المجال الاجتماعي:** يقصد بالمجال الاجتماعي العلاقات والتفاعلات الاجتماعية مع المحيط بكل عناصره، ويحتاج الفرد للدعم في هذا المجال إن شاب العلاقات توتر، حيث اتضح الدور المهم الذي تؤديه العلاقات الحميمة والتعلق بالأمن مع شخص آخر في تفادي الإصابة بالاضطرابات الانفعالية من خلال الكثير من الدراسات والأبحاث النفسية والاجتماعية، ويعمل من يقوم بالدعم النفسي على التخطيط لبرنامج نفسي اجتماعي جذاب سواء كان المستهدف طفلاً أم راشداً، لأنه لا بد ان يتعامل مع الواقع الاجتماعي بكل امكانات النجاح والفشل فيه وعليه ان يستغل الدافعية والقدرة على التكيف والتوافق الاجتماعي لدى الفرد.

ت- **الدعم في المجال المهني:** يقصد بالدعم النفسي في المجال المهني محاولة تحقيق ما يسمى بالتوافق المهني والذي يتطلب الآتي:

- تقبل العمل وأوضاعه.
- التوافق مع زملاء العمل.
- الفتاعة والرضا بالدخل في حالة عدم امكانية تحسينه.
- اشباع الحاجات النفسية من خلال العمل.

- الاهتمام بالصحة النفسية للعاملين.

وتعد برامج الدعم النفسي في المجال المهني ضرورة ولا يستثنى منها أحد، بما فيهم اصحاب الاختصاص النفسي والاجتماعي، فهم بحاجة كغيرهم لبرامج الدعم النفسي كنوع من التقوية والتنشيط وتجديد الدافعية والحماس للعمل.

3-وظائف الدعم النفسي الاجتماعي:

تتمثل أهمية الدعم النفسي الاجتماعي في أنه يقوم بمجموعة من الوظائف التي تهدف إلى المحافظة على التوازن النفسي للفرد وهي كالتالي(تلجوم،2019، ص ص71-73):

أ- **حماية الذات:** إن الدعم الاجتماعي يقوم بمهمة حماية الشخص لذاته وزيادة الاحساس بفاعليته، بل إن احتمالات إصابة الشخص بالاضطرابات النفسية والعقلية تقل عندما يدرك الشخص أنه يتلقى الدعم الاجتماعي من شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به، ولاشك أن هذا الدعم يؤدي دورا مهما في تجاوز أي ازمة قد تواجه الشخص.

ب-**الوقاية من الامراض والاضطرابات:** للدعم الاجتماعي أثر عام على الصحة البدنية والنفسية، حيث أن الشبكات الاجتماعية الكبيرة يمكن أن تزود الفرد بخبرات ايجابية منظمة، ومجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافأة من المجتمع، وهذا النوع يمكن أن يرتبط مع السعادة.

وأظهرت الدراسات أيضا أن المشاركة في الأنشطة الاجتماعية يساعد على خفض الضغوط النفسية، كما أن للدعم من جانب الأسرة والأصدقاء دورا كبيرا في توافق الفرد، حيث أن الأفراد الذين يتمتعون بقدر كبير من الدعم هم أقل عرضة للاضطرابات والضغوط والمشكلات النفسية.

ت-**مواجهة ضغوط الحياة:** إن للدعم الاجتماعي أثرا مخففا لنتائج الاحداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يعانون من القلق والاكتئاب والتوتر يحتاجون إلى العلاقات الودية والمساندة، حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار الدعم الاجتماعي كما ونوعا.

ومن وظائف الدعم النفسي الاجتماعي أيضا نذكر ما يلي:

- تقديم الرعاية والمساندة.
- تقدير الاحتياجات والمخاوف.
- مساعدة الأفراد على تلبية احتياجاتهم الأساسية.
- مساعدة الأفراد على الشعور بالهدوء.
- حماية الأفراد من التعرض لمزيد من الأذى.
- الشعور بالأمان والارتباط بالآخرين والأمل.
- إمكانية الحصول على الدعم الاجتماعي والجسدي والعاطفي.
- الاحساس بالقدرة على مساعدة الذات. (شيناروبولحبال، 2021، ص23)

4- أشكال الدعم النفسي الاجتماعي:

يمكن للمساندة النفسية الاجتماعية ان تأخذ عدة أشكال منها (العجمي،2020، ص345):

أ- **الدعم النفسي الاجتماعي الرسمي:** يقوم بتقديمه أخصائيون مرشدون نفسيون واجتماعيون مؤهلون في مساعدة الناس في الأزمات والنكبات والمشكلات، أما عن طريق مؤسسات حكومية متخصصة، أو

جميعيات أهلية متطوعة، حيث يهرع هؤلاء الأخصائيون إلى تقديم الدعم الاجتماعي للمتضررين لتخفيف الآلام ومعاناتهم ومشكلهم في مواقف الازمات. ويشمل الدعم الاجتماعي الرسمي تقديم الارشاد النفسي والاجتماعي في حل المشكلات، وتقديم المساعدة المادية -المالية والعينية- للمتضررين بهدف التخفيف عنهم والأخذ بأيديهم في هذه المواقف الصعبة. وتحرص جميع المجتمعات على توفير الدعم الاجتماعي ومراكز الاسعاف الأولية والخطوط التليفونية ومجالس ادارة الازمات وشرطة النجدة والاطفاء.

ب- الدعم النفسي الاجتماعي غير الرسمي: هو مساعدة يحصل عليها الانسان من الأهل والأصدقاء والزملاء والجيران بدوافع المودة والمحبة والمصالح المشتركة، والالتزامات الأسرية والاجتماعية والأخلاقية والإنسانية والدينية، حيث يساعد القريب قريبه أو الصديق صديقه أو الزميل زميله أو الجار جاره مساندة متبادلة. ويقدم الدعم الاجتماعي غير الرسمي بعدة طرق من أهمها تبادل الزيارات والاتصالات التليفونية والمراسلات، والتجمع في الاعياد والمناسبات، وتقديم الهدايا والمساعدات المالية والعينية في الأزمت والنكبات.

5- شروط تقديم الدعم النفسي والاجتماعي:

هناك جملة من الشروط التي يفترض وجودها عند تقديم المساندة النفسية والاجتماعية وهي كالتالي (جيلان، 2021، ص74):

-كمية الدعم: لا بد ان يكون معدل الدعم الاجتماعي والنفسي معتدل عند تقديمه للفرد حتى لا يجعله أكثر اعتمادية ، وينخفض بالتالي تقديره لذاته.

-اختيار التوقيت المناسب لتقديم الدعم: ويحتاج هذا البعد إلى الكثير من المهارات الاجتماعية لدى مقدم الدعم حتى يؤدي الى نتائج جيدة لدى المتلقي.

-مصدر الدعم: لا بد أن تتوفر بعض الخصائص لدى مقدمي الدعم، والتي تتمثل في المرونة، النضج، الفهم الكامل لطبيعة المشكلة التي يمر بها المتلقي حتى يساهم بقدر فعال في تقديم الدعم.

-كثافة الدعم: إن مصادر الدعم النفسي والاجتماعي لدى المتلقي تؤدي سريعا الى حل المشكلات التي يمر بها المتلقي، وتساعده سريعا على تخطي الأزمت التي يمر بها في حياته

-نوع الدعم: ويتمثل هذا البعد في القدرة والمهارة والفهم لدى مقدمي الدعم في تقديمها بما يتناسب مع ما يدركه ويرغبه المتلقي من تصرفات وسلوكات تتناسب مع نوع وطبيعة الدعم الذي يقدم له.

-التشابه والفهم والتعاطف: ويقصد به الدعم الاجتماعي يمكن تقبله في حالة التشابه النفسي والاجتماعي للمقدم والمتلقي، ويكون فاعلا لدى المتلقي إذا كانت الظروف التي يمر بها المقدم والمتلقي مشابهة.

ثانيا: الصحة النفسية

1- مفهوم الصحة النفسية:

للصحة النفسية مفاهيم مختلفة يمكن تصنيفها في اتجاهين هما:

الاتجاه الايجابي: الذي يجسد الصحة النفسية في قدرة الفرد على التوافق مع نفسه أولا ومع البيئة التي يعيش فيها. وعليه فالفرد من خلال هذا الاتجاه يعتبر شخصا سويا مادام أنه لا يعاني من الاضطرابات مما يسمح للفرد بالتمتع بالحياة.

الاتجاه السلبي: يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الصحة تتجسد في الخلو من جميع أشكال أعراض المرض العقلي أو النفسي. لكن هذا لا يشمل جميع حالات الصحة النفسية فكثيرا ما نجد أفرادا لا يلاحظ عليهم أعراض المرض نفسيا كان أم عقليا لكنهم يظهرون سلوكيات لا تكيفية سواء في علاقاتهم مع الآخرين أم في الأسرة أم في بيئة العمل. (وازي ونوار، 2018، ص80)

وقد عرفها عبد الخالق بأنها " حالة وجدانية معرفية مركبة نسبية من الشعور بأن كل شيء على ما يرام والشعور بالسعادة مع الذات ومع الآخرين والشعور بالرضا والطمأنينة والأمن وسلام العقل والإقبال على الحياة مع الشعور بالنشاط والقوة والعافية مع درجة مرتفعة نسبيا من التوافق النفسي والتوافق الاجتماعي مع علاقات اجتماعية راضية مرضية. (العبيدي، 2019، ص 181)

في حين يعرفها (التميمي) بأنها حالة يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا ويشعر بالسعادة والكفاية والراحة النفسية ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته واستثمار طاقاته، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة وإدارة الأزمات النفسية. وتكون شخصيته سوية متكاملة ويكون سلوكه عاديا. (خليفة، 2018، ص46)

أما جوود (Good) فينظر إلى الصحة النفسية على أنها "صحة العقل المناظرة لصحة الجسم المتضمنة في الصحة الفيزيائية" وامتد المصطلح في الاستخدام الحديث ليشمل تكامل الشخصية. (عواطف، 2014، ص81)

وللصحة النفسية شقان: أولهما شق نظري علمي يتناول الشخصية والدوافع والحاجات وأسباب الأمراض النفسية وأعراضها وحيل الدفاع النفسي والتوافق، وتعليم الناس وتصحيح المفاهيم الخاطئة، وإعداد وتدريب الأخصائيين والقيام بالبحوث العلمية. والشق الثاني تطبيقي عملي يتناول الوقاية من المرض النفسي وتشخيص وعلاج الأمراض النفسية. (زهرا، 2005، ص9)

2- مستويات الصحة النفسية:

إن الصحة النفسية متغير غير ثابت، تتغير من فرد إلى آخر ومن وقت إلى آخر لدى نفس الفرد ومن مجتمع إلى آخر، ولذلك فالصحة النفسية تتوزع على درجات ومستويات مختلفة، وفيما يلي خمس مستويات تميز الصحة النفسية وهي كالتالي (بكير، 2004، ص ص50-51):

أ- **المستوى الراقى (العادي):** ويمثل أصحاب الأنا القوية والسلوك السوي والتكيف الجيد، إنهم الأفراد الذين يفهمون ذواتهم، ويحققونها، وتبلغ نسبة هؤلاء 2.5% تقريبا (يقعون في أقصى الطرف الايجابي في البعد والمنحنى الاعتدالي).

ب- **المستوى فوق المتوسط:** وهو أقل من المستوى السابق وسلوكهم جيد وطبيعي ونسبتهم 13.4%.

ت- **المستوى العادي (الطبيعي والمتوسط):** وهم في موقع متوسط بين الصحة المرتفعة والمنخفضة لديهم جوانب قدرة وجوانب ضعف، يظهر أحدها أحيانا ويترك مكانه للآخر أحيانا، وتبلغ نسبتهم في المجتمع حوالي 68%.

ث- **المستوى أقل من المتوسط:** هنا المستوى أدنى من السابقتين من حيث مستوى صحتهم النفسية وأكثر ميلا للاضطراب وسوء التكيف، فاشلون في فهم ذواتهم وتحقيقها، نسبة هؤلاء حوالي 13.5%.

ج- المستوى المنخفض: درجتهم في الصحة النفسية قليلة جدا، وعندهم أعلى درجة من الاضطراب والشذوذ النفسي فهم يمثلون خطرا على أنفسهم وعلى الآخرين. ويتطلبون العزل في مؤسسات خاصة تبلغ نسبتهم 2.5%.

3- العوامل المؤثرة في الصحة النفسية:

الصحة النفسية هي نتيجة لتفاعل عوامل متعددة خلال حياة الاشخاص، وتكون محدداتها كالتالي (الهادي، 2013، ص19):

-الفروق الفردية التركيبية الجينية.

-خصائص البيئة التي يعيش الفرد ضمنها، وتنقسم البيئة إلى ثلاثة أنواع هي:

البيئة المادية: يمكن أن يكون للجوانب المادية من البيئة كالحرارة والإنارة والازدحام والدخان أثر مهم على الشخص، كخلق رغبة قوية للهروب من الوضع المزعج، أو بشكل غير مباشر، بزيادة المستوى العام للتوتر والقلق.

البيئة الاجتماعية: وتتضمن نوعية ونمط التفاعلات الاجتماعية والعلاقات حيث يعيش الفرد، لأنها تؤثر على احتياجات الفرد إذا كانت تفاعلات عدائية واستبدادية، تزيد من القلق والاحباط وتدفع إلى ردود فعل معاكسة، أما العلاقات الودية المبنية على المساواة والاحترام فإنها تزيد من الدافع للتعاون، وتحسن احترام الذات والآخرين.

البيئة المهنية: إن النوعية والنظام وملاءمة النشاطات التي يشارك فيها الشخص مصدر مهم ومؤثر على الدافعية، فالوظيفة الملائمة وذات النوعية العالية تقوي من الدافعية والمشاركة، فيزداد تقدير الذات، أما الوظيفة غير الملائمة فإنها تعزز من دافع الانسحاب، وتقلل من الثقة بالنفس.

الشخصية: وتعرف بأنها "ذلك التفاعل المتكامل للخصائص الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية التي تميز الشخص وتجعل منه نمطا فريدا في سلوكه ومكوناته النفسية".

4- معايير الصحة النفسية:

معايير الصحة النفسية هي المحكات التي تساعدنا على معرفة الفرق بين السلوك السوي والسلوك غير السوي وهي كالتالي (براخلية وبركات، 2021، ص452):

المعيار الشخصي (الذاتي): يقوم هذا المعيار على التقرير الذاتي للفرد، فإذا كان الشخص راضيا عن حياته إلى حد ما ولا يعاني من خبرات تعكر صفو حياته، فإننا نحكم عليه بشكل تلقائي بأنه شخص سوي طبقا لهذا المعيار.

المعيار الاحصائي: يقصد به توزيع الأفراد على المنحنى الاعتنالي، ويتم ذلك في الغالب بعد تطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية التي تقيس سمة معينة من سمات الشخصية، وباعتبار أن كل الخصائص تتبع في توزيعها المنحنى الاعتنالي، حيث نجد أن الاشخاص العاديين أو الأسوياء يمثلون الغالبية وتتركز درجاتهم حول المتوسط، أي في منتصف المنحنى بينما الأفراد غير العاديين أو الشواذ فإنهم سوف يكونون على طرفي المنحنى، وبالتالي يشكلون الأقلية.

المعيار الاجتماعي: ويتبنى هذا المعيار وجهة النظر القائلة إن لكل مجتمع ثقافة معينة، وتحكمه معايير سلوكية اجتماعية تتحكم في تفاعلات الأفراد، كما أن لكل ثقافة مجتمع محرماتها، وعلى الفرد أن يلتزم بهذه المعايير لكي يحقق سلوكه السوي، فإذا خرج عنها اعتبر شخصا شاذا وغير سوي.

المعيار التلاؤمي: في هذا المعيار يتحدد السلوك السوي وغير السوي من خلال تحقيق النضج المطلوب، وتحقيق الفرد لذاته، فالدافع لإدراك الجهد الكامل الذي يبذله الفرد يعتبر بمثابة عامل هام لتحديد السلوك السوي وغير السوي، وما يميز هذا المعيار أنه يشجع الأفراد على أن تنمو شخصياتهم من خلال ادراكهم لأنفسهم كأشخاص أسوياء.

5- مظاهر وخصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية:

لكي نستطيع القول أن الفرد يتمتع بصحة نفسية سليمة يجب توافر بعض العلامات أو السمات وهي:

- غياب الصراع النفسي الحاد (الصراع الخارجي والداخلي).
- النضج الانفعالي، بحيث يعبر الفرد عن انفعالاته بصورة متزنة بعيدة عن التعبيرات البدائية والطفلية.
- الدافعية الإيجابية للإنجاز التي تدفع الفرد للقيام بأعمال تحقق له النجاح.
- التوافق النفسي المتمثل في العلاقة المتجانسة مع البيئة، بحيث يستطيع الفرد الحصول على الإشباع اللازم لحياته مع مراعاة ما يوجد في البيئة المحيطة من متغيرات. (عواطف، 2014، ص93)
- القدرة على السيطرة نسبيا على العوامل التي قد تؤدي إلى الاحباط واليأس.
- الخلو من الأعراض الجسدية ذات المنشأ النفسي.
- القدرة على اتخاذ القرار دون تأخر أو معاناة. (وازي ونوار، 2018، ص80)

6- مناهج الصحة النفسية:

يوجد ثلاثة مناهج أساسية في الصحة النفسية هي (زهران، 2005، ص12):

- أ- **المنهج الإنمائي:** وهو منهج انشائي يتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق لدى الاسوياء والعاديين خلال رحلة نموهم حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية. ويتحقق ذلك عن طريق دراسة الامكانيات والقدرات وتوجيهها التوجيه السليم (نفسيا وتربويا ومهنيا). ومن خلال رعاية مظاهر النمو جسيما وعقليا واجتماعيا وانفعاليا بما يضمن إتاحة الفرص أمام المواطنين للنمو السوي تحقيقا للنضج والتوافق والصحة النفسية.
- ب- **المنهج الوقائي:** ويتضمن الوقاية من الوقوع في المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية. ويهتم بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى ليقبهم من أسباب الأمراض النفسية بتعريفهم بها وإزالتها أولا بأول، ويرعى نموهم النفسي السوي ويهيئ الظروف التي تحقق الصحة النفسية. وتتركز الخطوط العريضة للمنهج الوقائي في الاجراءات الوقائية الحيوية الخاصة بالصحة العامة والنواحي التناسلية، والاجراءات الوقائية النفسية الخاصة بالنمو النفسي السوي ونمو المهارات الأساسية والتوافق المهني والمساندة أثناء الفترات الحرجة والتنشئة الاجتماعية السليمة، والاجراءات الوقائية الاجتماعية الخاصة بالدراسات والبحوث العلمية، والتقييم والمتابعة، والتخطيط العلمي للإجراءات الوقائية. ويطلق البعض على المنهج الوقائي اسم "التحصين النفسي".

ت- **المنهج العلاجي:** ويتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية. ويهتم هذا المنهج بأسباب المرض النفسي وأعراضه وتشخيصه وطرق علاجه وتوفير المعالجين والعيادات والمستشفيات النفسية.

7- نسبية الصحة النفسية:

يعتبر مفهوم الصحة النفسية مفهوما نظريا مثاليا، فليس هناك فرد بدون صراعات. كما أن الوصول إلى حالة التوافق التام يكاد يكون ضربا من الخيال ولهذا فالصحة النفسية مفهوم نسبي. وسنتعرض إلى نسبية الصحة النفسية من عدة نواحي كما يلي (عواطف، 2014، ص ص 91-92):

أ- **الناحية الفردية:** لقد بينت نتائج العديد من البحوث أن الفروق بين الأصحاء والمرضى فروق كمية وليست كيفية، فروق في الدرجة لا في النوع، فالصحة النفسية بعد يتوزع عليه الناس في صورة خط مستقيم متخذ شكل متصل تتفاوت درجاته كما هو الحال بالنسبة للصحة الجسمية، فكما أن هناك نسبية في الصحة الجسدية، فهناك أيضا نسبية في الصحة النفسية، أيضا هناك أصحاء أقرب إلى المرض وهناك مرضى أقرب إلى الصحة، كما أنه ليس هناك من هو في مرض كامل أو في صحة كاملة.

ب- **الناحية الاجتماعية:** مفهوم الصحة النفسية يحدد من خلال العادات والتقاليد والقيم والمعتقدات السائدة في المجتمع، فالمجتمعات تختلف عن بعضها البعض ومن ثم فإن مظاهر السلوك وأشكاله المعبرة عن الصحة النفسية حتما مختلفة من مجتمع لآخر طالما أن هذه المجتمعات مختلفة ثقافيا وقيمية، فالسلوك الذي يبدو غير سوي في ثقافة ما قد يكون مقبولا تماما في غيرها من الثقافات. مثال ذلك إقامة علاقة بين صبي وفتاة يعتبر علامة صحة في مجتمع يؤدي غيابها إلى القلق وطلب العلاج والتدخل من جانب الطب النفسي، بينما يعتبر ظهورها كارثة وعلامة من علامات الانحراف في مجتمع آخر . فالنسبية الثقافية تتضح هنا، فليس هناك سواء مطلق أو لا سواء مطلق.

ت- **الناحية التاريخية:** يتحدد السلوك الدال على الصحة النفسية وفقا لعدد من المتغيرات ومن هذه المتغيرات الزمان الذي حدث فيه السلوك، فما هو سوي اليوم لم يكن كذلك بالأمس وقد لا يكون كذلك في الغد، وما كان شاذا وغير صحي بالأمس لا يعد كذلك اليوم والعكس صحيح.

ثالثا: تأثير الدعم النفسي الاجتماعي في تعزيز الصحة النفسية لدى الأفراد

يوجد تأثير قوي للدعم النفسي الاجتماعي في تعزيز الصحة النفسية للأفراد، حيث يقوم العمل النفسي الاجتماعي أساسا على تلبية الاحتياجات النفسية والاجتماعية للأفراد وتحقيق التوافق النفسي الذي يعتبر من أهم مؤشرات الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية.

ويعرف الدعم النفسي الاجتماعي بأنه العلاقة الديناميكية بين البعد النفسي، والبعد الاجتماعي للفرد، حيث يؤثر أحدهما على الآخر، ويشمل البعد النفسي العمليات الداخلية والنفسية والفكرية، وكذلك المشاعر، وردود الفعل، أما البعد الاجتماعي فيشمل العلاقات والشبكات الأسرية والقيم الاجتماعية والممارسات الثقافية، ويشير الدعم النفسي الاجتماعي إلى إجراءات تتصدى على حد سواء للاحتياجات النفسية الاجتماعية للأفراد والأسر والمجتمعات المحلية. (عبد الهادي، 2013، ص 14)

وللدعم النفسي الاجتماعي تأثير مباشر على صحة الأفراد النفسية ورفاهيتهم، فالدعم النفسي الاجتماعي يجعل الأفراد يتبنون مزيجا من الأمل والمرونة والتفاؤل والفعالية الذاتية والثقة بالنفس ويجعلهم يتفاعلون بإيجابية مع أحداث الحياة ومصاعبها المختلفة حيث يعمل الدعم النفسي الاجتماعي كحاجز يحمي الأفراد من التأثير السلبي للتوتر والقلق.

حيث يشير الدعم النفسي كما حدده (Luthans, Avolio, Avey & Norman, 2007) إلى أنه "تقييم الشخص الايجابي للظروف واحتمال النجاح بناء على الجهد الدؤوب والمثابرة" حيث يتكون الدعم النفسي من الأمل (يرتبط الأمل بالعقلية التي تشمل الحماس لتحقيق الأهداف المختارة)، والكفاءة الذاتية (وجود الثقة في بذل الجهود اللازمة لتحقيق النجاح في المهام الصعبة)، والمرونة (كفاءة الفرد في التأقلم بجدارة عند مواجهة الصعوبات البارزة والمواقف السلبية)، والتفاؤل (التوقعات التي تشير إلى حدوث أشياء لائقة وبناءة في المستقبل). (طاحون، 2020، ص190)

ويشير (فريدنبرغ، 1997) و (كوهين، 2004) إلى أن الدعم الاجتماعي يمثل متغيرا هاما للصحة النفسية والجسمية للفرد، ويعد مؤشرا جيدا عن التوافق النفسي، فهو ذات أهمية كبيرة ومصدر هام من مصادر الشعور بالأمن والتمتع بالصحة النفسية وتسهم بحد كبير في التخفيف من الضغوط، ويريان أن انخفاض الدعم الاجتماعي أو المساندة الاجتماعية يعد مؤشرا على انخفاض الصحة النفسية. (علي، 2018، ص248)

في حين تؤكد (آمال تركي، 2017) أن المساندة الاجتماعية أحد الوسائل البالغة الأهمية والتي يمكن أن يقدمها أفراد الأسرة أو المحيطين به للتخفيف من حدة الاكتئاب والقلق التي يعاني منها حيث يعتبره البعض بمثابة لقاح للوقاية من الأمراض العضوية أي يسمح بتنمية العلاقات الاجتماعية الحميمة بين الأفراد وبالتالي الابتعاد عن مشاعر الوحدة والعزلة، وتنمية مشاعر السعادة والتفاؤل والرضا، وتساعد على سرعة الشفاء من مختلف الأمراض. (العجمي، 2020، ص344)

وأظهرت دراسة (Wu, et al, 2005) أن الدعم الاجتماعي يلعب دورا مستقلا في تحسين الوضع النفسي للفرد، وأن النقص في الدعم الاجتماعي من الممكن أن يكون مصدرا للضغوط التي تعمل على الشعور بالوحدة عند الأفراد. وأن الدعم الاجتماعي يستطيع أن يحسن مقدره الفرد للتغلب على التحديات والصعاب اليومية. (غير معروف، 2015، ص612)

وقد أوجز كل من (Cutrona & Russell) أهمية المساندة الاجتماعية في أنها تخفف من وقع الضغوط النفسية التي تقوي تقدير الذات لدى الفرد، وتخفف من أعراض القلق والاكتئاب، وتؤثر على الصحة النفسية والجسمية، وتزيد من الشعور بالرضا عن ذاته وعن حياته، وتزيد من الجوانب الايجابية مما يحسن من صحتهم النفسية، وتسهم في التوافق الايجابي والنمو الشخصي، وتساعد في حل المشكلات المرتبطة. (تلجوم، 2019، ص71)

وهكذا فإن تقديم خدمات الدعم النفسي والاجتماعي للأفراد يؤثر في رفع مستوى صحتهم النفسية حيث أنه كلما توفرت المساندة النفسية للأفراد كلما تحسنت تفاعلاتهم الاجتماعية وقلت لديهم الضغوط والتوترات والصراعات النفسية المختلفة وازدادت قدرتهم على التحمل الاجتماعي وتكوين نزعة تفاؤلية نحو الحياة تساعد على التغلب على المشكلات النفسية واسترجاع الصحة النفسية والقدرة على الاستمتاع بالحياة.

كما أن خدمات الدعم تساهم في تقديم الحماية والحب والتقدير للأفراد وذلك يساهم في تخفيف الضغوط والاضطرابات والشعور بالأمن تجاه المستقبل ويؤدي هذا الشعور الايجابي إلى رفع مستوى الطمأنينة النفسية مما يترك أثرا إيجابيا على الحالة النفسية للفرد.

وبالإضافة إلى هذا يقوم الدعم النفسي المقدم بأشكاله المختلفة بجعل الفرد أكثر التزاما وقدرة على التحكم بمجريات الأمور وتحدي المصاعب والتكيف مع متطلبات الحياة وزيادة مستوى الثقة بالنفس والتفاعل

الإيجابي مع الأوضاع النفسية السلبية من خلال الشعور بالحماية والأمن النفسي. وكل ذلك يجعل الفرد أكثر ثباتاً نفسياً وازتانا انفعالياً مما ينعكس إيجاباً في تعزيز الصحة النفسية للأفراد.

وبشكل عام يتدخل الدعم النفسي الاجتماعي كمتغير وسيط في الحد من التعرض للاضطرابات النفسية، حيث تساهم المساندة النفسية المقدمة من طرف الأسرة والأقارب والأصدقاء والمساندة الاجتماعية التي قد يقدمها بعض أفراد المجتمع ومؤسساته كالمساعدات المالية أو العينية بمنح الفرد شعوراً بالحماية والثقة والتقدير الذاتي والاجتماعي فترتفع مستويات السعادة والرضا عن الحياة.

وفي الأخير يمكن القول بأن وجود الدعم النفسي الاجتماعي يعتبر بمثابة آلية وقائية للتخلص من مختلف المشكلات التي تعيق تحقيق الصحة النفسية. حيث تقوم خدمة المساندة بإمداد الفرد بكل ما يلزمه من أجل تجاوز الظروف الصعبة وتحدياتها، وهذا ما يعزز الصحة النفسية للأفراد ويجعلها أقوى وأعمق.

خاتمة

في خلاصة هذه المداخلة يمكننا القول بأن الصحة النفسية مطلب أساسي في حياة جميع الأفراد، وبدونها يفقد الفرد شعوره بالرضا عن نفسه وتختل علاقاته الاجتماعية مع الآخرين فيصبح عاجزاً عن الاستمتاع بالحياة. ويبدو دور الدعم النفسي والاجتماعي واضحاً وجلياً من خلال التدخل واصلاح وضع هذا الإنسان من خلال برامج الوقائية والعلاجية التي تهدف إلى إعادة التوازن النفسي للفرد بشكل نسبي وصولاً بذلك الفرد إلى حالة من الانسجام والتوافق النفسي والاجتماعي تتعزز من خلالها الصحة النفسية للفرد ويصبح قادراً على العيش بسعادة.

قائمة المراجع:

- العاشوري، فتيحة عبد السلام محمد (2014). الدعم النفسي (تعريفه ومجالاته- أساليبه وآلياته)، مجلة جامعة سبها (العلوم الانسانية)، المجلد13، العدد الثاني.
- العبيدي، عفراء ابراهيم خليل (2019، ماي). الصحة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى عينة من أطفال الشوارع في مدينة بغداد. المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية، العدد 10.
- العجمي، فيصل محمد نهار (2020، أكتوبر). العلاقة بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى معلمي المرحلة الابتدائية المتقاعدین بدولة الكويت، مجلة العلوم التربوية، العدد الرابع، الجزء الأول، الكويت.
- براخلية، عبد الغني؛ بركات، عبد الحق (2021). الصحة النفسية لدى عينة من طلبة قسم العلوم الاجتماعية بجامعة تيارت، دراسة مقارنة في ضوء بعض المتغيرات الشخصية. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، المجلد 6، العدد 01، الجزائر.
- بكير، مليكة (2020، سبتمبر). الصحة النفسية وعلاقتها بالتوافق الزوجي لدى المدرسات المتزوجات في مرحلة التعليم المتوسط والثانوي. مجلة الأثر للدراسات النفسية والتربوية، المجلد 2، العدد 1.
- بلخير، وسام (2019). الدعم الاجتماعي المدرك لدى المسنين المصابين بارتفاع ضغط الدم والمسنين المصابين بالسكري، مجلة القيس للدراسات النفسية والاجتماعية، العدد الخامس، الجزائر.

- ثلجوم، محمد يونس (2019). مصادر الدعم الاجتماعي وعلاقتها بالكفاءة الذاتية المدركة واستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه ل م د في علم النفس، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة علي لونيبي، الجزائر.
- جيلان، هنادي بنت يحيى غالب (2012، ماي). الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بإدمان الانترنت لدى المراهقين، المجلة الدولية لنشر البحوث والدراسات، المجلد الثاني، العدد19، السعودية.
- خليفة، نادية (2018، مارس). الصحة النفسية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، العدد الثامن، الجزائر.
- زهرا، حامد عبد السلام (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، الكتب للنشر والتوزيع والطباعة، مصر.
- شينار، سامية؛ بولحبال، آية (2021، جوان). مقومات المساعدة النفسية الأولية أثناء الأزمات، مجلة العلوم الانسانية، المجلد 32، العدد 2، الجزائر.
- طاحون، رحاب سمير (2020). التراحم الذاتي والدعم النفسي كمتغيرات وسيطة في العلاقة بين ضغوط التوقعات الاكاديمية والرفاهية العقلية لدى طلبة المرحلة الثانوية، مجلة البحث العلمي في التربية، العدد21، الجزء13.
- عبد الهادي، نيفين محمد صالح (2013). فاعلية برنامج الدعم النفسي الاجتماعي المبني على المدارس الأساسية في تنمية بنائية اللعب والثقة بالنفس والتسامح، مذكرة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية، كلية التربية، الجامعة الاسلامية بغزة، فلسطين.
- علي، خديجة حمو (2018، سبتمبر). مساهمة الدعم النفسي الاجتماعي في تحقيق الصحة النفسية لدى المسنين، مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد35.
- عواطف، ملوكة (2014). اتجاهات المعلمين نحو ممارسة مديري المدارس الابتدائية للعلاقات الانسانية وعلاقتها بالصحة النفسية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير تخصص صحة نفسية وتكيف مدرسي، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
- غير معروف (2015، أكتوبر). مصادر الدعم الاجتماعي لدى طلبة كليات الشمال التابعة لجامعة البلقاء التطبيقية، مجلة كلية التربية، العدد 165، الجزء الثاني، الأردن.
- وازي، طاووس؛ نوار، شهرزاد (2018، ديسمبر). الضغط المهني والصحة النفسية لدى عمال القطاع الصحي. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد 28.

الصحة النفسية في بيئة العمل وعلاقتها بالاحترق النفسي لدى العاملين بشركة بادي للدهن – دراسة ميدانية بشركة بادي للدهن ببلدية القلثة الزرقاء- سطيف

د.سيدي صالح صبرينة أ.خلاف ابتسام

جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2/الجزائر

مقدمة:

أصبحت ظاهرة الاحتراق النفسي من أهم الظواهر السيكلوجية الحياتية الموجودة في بيئات العمل المختلفة، فالعامل اليوم يجد نفسه في مواجهة أعباء وظروف عمل متعددة، حيث إن الاحتراق النفسي حالة من الاجهاد والإعياء العاطفي والجسدي الذي ينجم عن ضغوط نفسية متراكمة ومستمرة من العمل، والذي يعمل على استنزاف الطاقة وتكوين مشاعر سلبية عند العامل، ما يجعله متأزما من ناحية صحته النفسية والجسمية.

لهذا أصبح من الضروري على القائمين بحماية العامل والحفاظ على صحته النفسية وسلامته المهنية إعادة النظر في المشكلات المرتبطة بطبيعة العمل للعامل وبيئته المهنية.

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه يتفق معظم الباحثين على أن الاحتراق النفسي ظاهرة نفسية تؤثر على الصحة العامة للجسم وخاصة الصحة النفسية، ومن كانت انطلاقةالباحثان لدراسة موضوع " الصحة النفسية وعلاقتها بالاحترق النفسي لدى العاملين بشركة بادي للدهن".

1- الاشكالية:

يعتبر العمل ضرورة من ضروريات الحياة يحتاج إليه الأفراد لتوفير احتياجاتهم المعيشية ومتطلباتها المادية والاقتصادية هذا من جهة، ومن جهة أخرى فهو حاجة نفسية ومؤشر من مؤشرات الصحة النفسية، يستطيع من خلاله الفرد تحقيق ذاته وإبراز شخصيته ضمن محيط العمل، ولا شك أن الأفراد يسعون بشكل متواصل لتحقيق حاجاتهم النفسية، الأمر الذييشعرهم بالرضا والسعادة ويعد العمل مجال كبير لتحقيق تلك الحاجات. (فرطاس، 2016، ص 6)

ومن الجدير بالذكر أن الحاجة للصحة النفسية في الوقت الحاضر أصبح ضرورة وذلك لأن الإنسان يعيش تطورات عملية انفجارية تفرض عليه أن يواكبها وأن يعدل من سلوكه، وكل ذلك سيفرض عليه معاناة وقلق لا يعرف حدوده ومداه لأنه كما يقال أن إنسان هذا العصر يعيش عصر سمي بعصر القلق. (بوعالية، 2018، ص 245).

ويعتبر الاحتراق النفسي ظاهرة نفسية شائعة في بيئات العمل الضاغطة المضطربة حيث يعاني عدد كبير من العمال من التوتر والاجهاد الناتجين عن العمل، حيث ان الأشخاص المصابين بتوتر وضغوطات نفسية دائمة ومستمرة في العمل من المحتمل إصابتهم بالعديد من الأمراض كالسكري وضغط الدم ... وغيرها من الأمراض التي تسبب اعتلالات الصحة الجسمية للفرد وبالتالي فإن حماية الجانب النفسي للعامل ومعالجته يؤدي إلى حل المشاكل الجسدية لديه.

والاحترق النفسي مصطلح يشير إلى حالة يمر بها الموظف يشعر فيها بالضغط النفسي الناجم عن العمل والإتهاك والتعب بسبب العمل. (الجزيرة، 2018، دص)

وفي ضوء ذلك ومع تزايد حجم الضغوط والتوتر في محيط العمل جعل الصحة النفسية للعامل هشة ومتدهورة، وهذا كان دافعا قويا أمام الباحثان للقيام بدراسة ميدانية في مؤسسة بادي للدهن كمحاولة للإجابة على التساؤل الرئيسي "هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية والاحترق النفسي لدى العاملين؟"

وذلك من خلال الاجابة على الأسئلة الفرعية التالية:

1-1 هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية والاجهاد الانفعالي لدى العاملين في شركة بادي للدهن؟

2-1 هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية وتبدل المشاعر في شركة بادي للدهن؟

3-1 هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية والشعور بنقص الإنجاز الشخصي في شركة بادي للدهن؟

2- فرضيات الدراسة:

تشتمل الدراسة على فرضية عامة وثلاثة فرضيات جزئية:

1-2 الفرضية العامة:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية والاحترق النفسي لدى العاملين في شركة بادي للدهن.

2-2 الفرضيات الجزئية:

1-2-2 توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية والإجهاد الانفعالي لدى العاملين في شركة بادي للدهن.

2-2-2 توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية وتبدل المشاعر لدى العاملين في شركة بادي للدهن.

3-2-2 توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية والشعور بنقص الإنجاز الشخصي لدى العاملين في شركة بادي للدهن.

3- أهمية الدراسة:

تتبع أهمية هذه الدراسة من أهمية الموضوع الذي تناوله وهو "الصحة النفسية في بيئة العمل وعلاقتها بالاحترق النفسي لدى العاملين"، حيث إن ظاهرة الاحترق النفسي مستفحلة بكثرة في بيئات العمل. وهذا ما يؤثر على الصحة النفسية للعامل بصفة خاصة والجسمية بصفة عامة، إذ أن الاحترق النفسي يتسبب في التقليل من انتاجية الشخص إذ يمتص طاقته، ويولد لديه الشعور بنقص الإنجاز الشخصي والإحساس باللامبالاة وعدم القدرة على التمتع بالحياة، وعليه فإن أهمية هذه الدراسة من حيث أنها تساهم في وضع الحلول للتقليل من احتمال التعرض والإصابة بالاحترق النفسي وتحقيق الصحة النفسية للفرد العامل في بيئة عمله.

4- أهداف الدراسة:

نظرا لأهمية موضوع الصحة النفسية في بيئة العمل وعلاقتها بالاحترق النفسي، فإن هناك أهدافا على وجهها لتحديد نسعى إلى تحقيقها من خلال دراستنا هذه والمتمثلة في:

4-1 التعرف في ما إذا كانت هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية والإجهاد الانفعالي لدى العاملين في شركة بادي للدهن.

4-2 التعرف في ما إذا كانت هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية وتبلد المشاعر لدى العاملين في شركة بادي للدهن.

4-3 التعرف في ما إذا كانت هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية والشعور بنقص الإنجاز الشخصي لدى العاملين في شركة بادي للدهن.

5- مصطلحات الدراسة:

5-1 الصحة النفسية: عرف المطيري الصحة النفسية بأنها "تلك الحالة النفسية التي تتسم بالثبات النسبي والتي يكون فيها الفرد متمتعاً بالتوافق الشخصي والاجتماعي والالتزان الانفعالي خالياً من التأزم والاضطراب مليئاً بالحماس، وأن يكون إيجابياً خلافاً مبدعاً يشعر بالسعادة والرضا، قادراً على تأكيد ذاته وتحقيق طموحاته وثقاً بإمكاناته الحقيقية قادراً على استخدامها في أمثل صورة ممكنة هذا الشخص من وجهة نظر الصحة النفسية يتمتع بصحة نفسية سليمة وقادر على التغلب على كافة الاحباطات والعوائق التي تواجهه في حياته. (المطيري، 2015، ص 19)

تعريف اجرائي: هي الدرجة التي يتحصل عليها الفرد عند استجابته على بنود الاستبيان الخاص بالصحة النفسية، والتي نقصد بها في دراستنا الحالية بأنها حالة نفسية تتميز بالثبات النفسي والالتزان الانفعالي والتوافق الشخصي والاجتماعي للفرد.

5-2 الاحتراق النفسي: يعرفه مجلس التعليم النفسي والتدريب المهني بجدة الاحتراق النفسي على أنه متلازمة أو مجموعة أمراض الإجهاد العصبي واستنفاد الطاقة الانفعالية، والتجرد من الخواص الشخصية والإحساس بعدم الرضا عن الإنجاز الشخصي في المجال المهني. (البتال، 1999، ص 55)

تعريف اجرائي: هو الدرجة التي يتحصل عليها الفرد عند استجابته على بنود الاستبيان الخاص بالصحة النفسية والتي نقصد بها في دراستنا الحالية هو استجابة تتميز بالإجهاد الانفعالي واستنزاف بدني للطاقة النفسية والجسمية.

5-3 الإجهاد الانفعالي: يعني أن العمال الذين يصابون بالاحتراق النفسي يكون لديهم زيادة في الشعور بالتعب والإرهاق العاطفي. (سماتي، 2012، ص 11)

تعريف اجرائي: هو الدرجة التي يتحصل عليها الفرد عند استجابته على بنود الاستبيان أو الذي نقصد به في دراستنا الحالية بأنه زيادة في الشعور بالإرهاق العاطفي والتعب عند العمال.

5-4 تبلد المشاعر: ويعني أن يبدأ العمال ببناء اتجاه سلبي نحو العملاء. (سماتي، 2012، ص 11).

تعريف اجرائي: هو الدرجة التي يتحصل عليها الفرد عند استجابته على بنود الاستبيان والذي نقصد به في دراستنا الحالية شعور العمال باللامبالاة وتكوين اتجاهات سلبية نحو الأشخاص الذين يتعاملون معهم.

5-5 الشعور بنقص الإنجاز الشخصي: ويعني ميل العمال لتقييم أنفسهم سلبيا. (سماتي، 2012، ص 11)

تعريف اجرائي: هي الدرجة التي يتحصل عليها الفرد عند استجابته على بنود الاستبيان والذي نقصد به في دراستنا الحالية تكوين نظرة سلبية نحو الذات وشعورهم بضعف إنجازهم الشخصي.

6-5 بيئة العمل: وهي التي تشمل كل الحوافز والزيادات والمكافآت والظروف الاجمالية داخل نطاق العمل وهو أيضا المكان الذي يتم فيه المشاركة في تنفيذ القرارات والتعليمات والأوامر المختصة بالموظفين والعملية الوظيفية. (عكر، 2020، ص 21)

تعريف اجرائي: هي الدرجة التي يتحصل عليها الفرد عند استجابته على بنود الاستبيان والتي نقصد بها في دراستنا الحالية ظروف العمل وكل مايتعلق بالعمل داخل محيط العمل كالمكافآت والحوافز والتعليمات وغيرها.

6- الإطار النظري:

6-1 تعريف الصحة النفسية: عرفها حامد عبد السلام زهران 1977 "بأنها حالة مستمرة نسبيا يتصف فيها الفرد بأنه يكون متوافقا نفسيا واجتماعيا وشخصيا وانفعاليا مع ذاته ومع بيئته المحيطة به، ويمتلك الشعور بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويصبح قادرا على تحقيق الاستقلال الذاتي وتنمية قدراته وامكانياته إلى أقصى حد ممكن. (فاضل، 2018، ص 337)

6-2 معايير الصحة النفسية:

6-2-1 المعيار الشخصي (الذاتي): ويعتبر من المعايير الحديثة لتحديد طبيعة السلوك (سوي/ غير سوي) ويقوم هذا المعيار على التقرير الذاتي للفرد، فإذا كان الشخص راضيا عن حياته إلى حد ما ولا توجد لديه خبرات تعكر صفو حياته، فإننا نعرفه أوتوماتيكيا بأنه شخص سوي طبقا لهذا المعيار. (الداهري، 2010، ص 38)

6-2-2 المعيار الاحصائي: لو قمنا بتطبيق اختبار نفسي يقيس سمة معينة أو مجموعة سمات الشخصية على عينة ممثلة لأفراد أي مجتمع تمثلا جيدا فإن هذه السمة أو السمات سوف تخضع في توزيعها للمنحنى الاعتدالي (المنحنى الجرسى)، ولتكن سمة الذكاء هي الخاضعة للتوزيع، بحيث نجد أن الأفراد الأسوياء أو العاديين يمثلون الأغلبية ويتركزون في منتصف المنحنى حول المتوسط، بينما الأفراد غير العاديين أو الشواذ يقعون على طرفي المنحنى وهما يمثلان القلة، فالأذكاء ينحرفون عن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين موجبين بالزيادة أو النقصان بينما ضعاف العقول يقعون على الطرف الآخر للمنحنى بمقدار معيارين سالب بالزيادة أو النقصان. (الداهري، 2010، ص 39)

6-2-3 المعيار الاجتماعي: ويتبنى هذا المعيار وجهة النظر القائلة: أن لكل مجتمع ثقافة معينة وتحكمه معايير سلوكية اجتماعية تحكم تفاعلات الأفراد كما أن لكل ثقافة مجتمع محرماتها، وعلى الفرد أن يلتزم بهذه المعايير لكي يحقق سلوكه السوي فإذا خرج عنها اعتبر شخصا شاذا غير سوي.

كما أن التزام الفرد الشديد بالمعايير السائدة في المجتمع فقد جعله غير قادر على تقبل التغيرات الحادثة في مجتمعه. (الداهري، 2010، ص 39)

6-2-4 المعيار التلامي: وفي هذا المعيار يتحدد السلوك السوي وغير السوي من خلال مساعدة الفرد على تحقيق النضج المطلوب وتحقيق الفرد لذاته، فالدافع لإدراك الجهد الكامل الذي يبذله الفرد يعتبر

بمثابة عامل هام لتحديد السلوك السوي وغير السوي، وما يميز هذا المعيار أن يسمح الأفراد على أن تنمو شخصياتهم من خلال إدراكهم لأنفسهم كأدبيين. (الداهري، 2010، ص 39)

6-3 العوامل التي تؤثر في الصحة النفسية:

6-3-1 الأسرة: يقول علماء النفس أن الرجل هو امتداد لطفولته، فالطفولة السوية تؤدي إلى رجل سوي، الأسرة هي التي تضع نواة وأسس شخصية الفرد في السنوات الخمس الأولى من حياته. (منصوري وآخرون، 2018، ص 161)

6-3-2 المدرسة: العامل الذي عاش في طفولته عدد من السنوات في مدرسة يسودها جو من النظام والانضباط والحرية الديمقراطية، يقوده معلمون رأى فيهم نماذج للإخلاص والجدية وحب العمل سيثب دون شك متحلياً بهذه الصفات الصالحة التي تجعل منه إنساناً ناجحاً في عمله مما يدعم صحته النفسية. (منصوري وآخرون، 2018، ص 161)

6-3-3 طبيعة العمل: لقد ثبت أن طبيعة العمل الذي يمارسه العامل من العوامل التي تؤثر على سلوكه فهناك من يضطر العامل فيها إلى التعامل مع أشخاص سيء السلوك كمن يتعامل مع المنحرفين والمجرمين، مثل هذه المهن تؤثر على سلوك العاملين فيها تأثيراً سيئاً مما يجعل قادراً غير قليل من سلوكهم غير سوي وهذا بدوره يؤدي إلى سوء تكيفهم وبالتالي إلى سوء صحتهم النفسية والعكس. (منصوري وآخرون، 2018، ص 162)

6-3-4 حاجات العاملين ومدى إشباعهم: مما لا شك فيه أن سلوك الأفراد وصحتهم النفسية يتأثران بمدى إشباع حاجاتهم. (منصوري وآخرون، 2018، ص 162)

7- الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة مهمة بدرجة كبيرة عند القيام بإجراء البحث العلمي، فهي تساعد في استخلاص التوصيات والنتائج والمقترحات الخاصة بالدراسة الحالية، وعلى هذا الأساس تم تجميع بعض الدراسات التي ارتأينا أن لها علاقة مع الدراسة الحالية وهي كالتالي:

7-1 دراسة سمية الجعافرة وفارس حلمي سنة 2005: والتي كانت بعنوان "الصحة النفسية للعاملين وعلاقتها ببعض جوانب بيئة العمل في قطاع الصناعات الدولية الأردنية"، وهدفت هذه الدراسة إلى فحص طبيعة التفاعلات بين الصحة النفسية بصفة عامة ومكوناتها لدى العاملين على خطوط إنتاج مصانع الأدوية في الأردن من جانب، وبين الأبعاد النفسية لبيئة العمل بصفة عامة ومكوناتها من جانب آخر، وقد استخدم الباحثان المنهج الوصفي، واعتمدا على الاستبيان كأداة رئيسية للبحث تكونت عينة الدراسة من 191 عاملاً و59 عاملة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى نتائج أهمها: وجود علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين الصحة النفسية للعاملين من جهة وبين بيئة العمل من جهة أخرى، أما بالنسبة للتفاعلات الفرعية فظهر ارتباط إيجابي دال إحصائياً عند مستوى 0.05 بين الصحة النفسية من جانب، وكل من الأبعاد التالية في بيئة العمل: الانغماس في العمل، تماسك الرفاق، تعضيد العاملين، والاستقلالية في أداء الواجبات والوضوح في المهمات، وتوجيه العمل، الراحة البدنية، كما أظهرت الدراسة أن أوثق ارتباط بين الأبعاد النفسية للبيئات المؤسسية والأبعاد النفسية لمقياس الصحة العامة هو بين بعد العلاقات (بين العاملين مع بعضهم البعض، وبين العاملين والرؤساء) مع بعد التحرر من القلق والأرق وبعد فعالية الوظائف الاجتماعية. (الجعافرة وحلمي، 2007)

7-2 دراسة غانم يمينة سنة 2016: والتي كانت بعنوان "ضغوط العمل وتأثيرها على الصحة النفسية للعامل" وقد هدفت الدراسة إلى معرفة إلى أي مدى يمكن لضغوط العمل أن تؤثر على الصحة النفسية للعامل، وكيف يمكن التقليل من حدة الضغوط على صحة العامل، وقد اعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج التحليلي، وقد توصلت الدراسة إلى نتائج أهمها: أن ظاهرة ضغط العمل جديرة بالاهتمام والدراسة لما لها من خطورة وتأثير على كثير من جوانب حياة العمال والمجتمع عامة، وبالتالي لابد من التدخل وتظافر جهود الباحثين في علم النفس والعمل والتنظيم بهدف الكشف عن أسباب هاته الظاهرة مع اقتراح استراتيجيات جديدة وفعالة للتقليل منها. (غانم، 2016)

7-3 دراسة العايب كلثوم د ت والتي كانت بعنوان "علاقة الاحتراق النفسي بالصحة النفسية لدى معلمي التعليم المتوسط"، وقد هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين عامل الاحتراق النفسي وعامل الصحة النفسية لدى معلمي التعليم المتوسط، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي في هذه الدراسة، واعتمدت على الاستبيان كأداة رئيسية للدراسة، أما بالنسبة لعينة الدراسة فقد تكونت من 50 معلم ومعلمة، وقد توصلت الدراسة إلى نتائج أهمها: هناك علاقة سلبية دالة بين الاحتراق النفسي والصحة النفسية لدى معلمي التعليم المتوسط بمعنى كلما ارتفع مستوى الاحتراق النفسي لدى معلمي التعليم المتوسط كلما انخفض مستوى الصحة النفسية لديهم والعكس صحيح. (العايب، دت)

7-4 دراسة العتيبي نواف بن حمد نزال الشيباني سنة 2020: والتي كانت بعنوان "الصحة النفسية وعلاقتها بالاحتراق النفسي لدى العاملين بدور الرعاية اللاحقة للمدمنين"، وقد هدفت هذه الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة بين الصحة النفسية والاحتراق النفسي لدى العاملين بدور الرعاية اللاحقة للمدمنين، وقد اعتمد الباحث على المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدم الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات لهذه الدراسة، أما بالنسبة للعينة فقد تكونت من 66 من العاملين بدور الرعاية اللاحقة للمدمنين، وقد توصلت الدراسة إلى نتائج أهمها: لا توجد علاقة بين الاحتراق النفسي وكلا من بعدي الشعور ونقص الشعور بالإنجاز لدى العاملين بدور الرعاية اللاحقة للمدمنين، انخفاض مستوى احتراق نفسي لدى العاملين بدور الرعاية اللاحقة حيث كانت الدرجة الكلية لمقياس الاحتراق النفسي المتوسط (25.4)، وارتفاع مستوى الصحة النفسية لدى العاملين بدور الرعاية اللاحقة للمدمنين (العتيبي، 2020)

التعليق على الدراسات السابقة:

لقد تم عرض 04 دراسات سابقة متعلقة بكل من الاحتراق النفسي والصحة النفسية، وتنوعت هذه الدراسات بين دراسات أجريت في بيئات مختلفة، حيث عرضت هذه الدراسات وفق ترتيب زمني من الأحدث إلى الأقدم، وقد غلب على هذه الدراسات المنهج الوصفي وهو ما يتفق مع الدراسة الحالية، وكذلك معظم هذه الدراسات اعتمد على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات، أما بالنسبة للعينة فقد تنوعت بين المعلمين والعاملين وهو ما يتوافق مع دراستنا الحالية والتي تضمنت العاملين كعينة لتطبيق عليها أداة الدراسة، وقد وجدت الباحثتان أن هذه الدراسات تتضمن مجموعة من الخصائص أهمها: هناك دراسات تركز على الاحتراق النفسي وعلاقته بالصحة النفسية مثل دراسة العايب كلثوم (د.ت) ودراسة العتيبي نواف بن حمد نزال الشيباني سنة (2020)، ودراسة اهتمت بالصحة النفسية العاملين وعلاقتها ببعض جوانب بيئة العمل مثل دراسة سمية الجعافرة وفارس حلمي سنة (2005)، بالإضافة إلى أن هناك دراسة ركزت على ضغوط العمل وتأثيرها على الصحة النفسية للعامل، مثل دراسة غانم يمينة 2016.

وقد لوحظ أن هذه الدراسة تعددت اشكالياتها وتسألاتها وأهدافها وكذا نتائجها، ومهما كانت طبيعة نتائجها إلى أن موضوع الصحة النفسية والاحترق النفسي بحاجة إلى مزيد من البحث والدراسة للوصول إلى طرق الوقاية من الاحترق النفسي والحفاظ على الصحة النفسية للعامل، وقد استفادت الباحثتان من هذه الدراسات في بناء الخلفية النظرية وتحديد المنهج المستخدم في الدراسة الحالية، وبناء الاستبيان الخاص بالصحة النفسية.

8- الاجراءات المنهجية:

8-1 مجالات الدراسة:

8-1-1 المجال البشري للدراسة: يتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين بشركة بادي للدهن.

8-1-2 المجال المكاني: أجريت هذه الدراسة بشركة بادي للدهن المتواجدة ببلدية القلثة الزرقاء (سطيف).

8-1-3 الحدود الزمنية: تمت هذه الدراسة في الفترة الممتدة من 1 جويلية 2021 الى غاية 6 جويلية 2021.

8-2 عينة الدراسة الاستطلاعية: تعتبر عينة الدراسة مطلبا أساسيا في أي دراسة لأهميتها في استطلاع جميع المتغيرات المتعلقة بمشكلة البحث، وفائدتها في التأكد من الشروط السيكومترية من حيث الثبات والصدق لأداة الدراسة من خلال المعالجة الإحصائية.

وبناء على ذلك تم تطبيق بشكل عشوائي أداة جمع البيانات على عينة من العاملين في مؤسسة بادي للدهن ببلدية القلثة الزرقاء، والذي بلغ عددهم 15 عامل.

8-3 عينة الدراسة النهائية:

تم الاعتماد في تحديد عينة الدراسة على المسح الشامل وهذه بسبب العدد المحدود للأفراد المبحوثين وقد تمثل حجم العينة الكلي في 30 عامل على مستوى المؤسسة.

8-4 منهج الدراسة:

يعتبر المنهج الطريقة التي يتبعها أي باحث لإجراء دراسته والتقصي عن الحقائق المتعلقة بها وفق أسلوب علمي، وانطلاقا من طبيعة موضوع الدراسة الحالية تم الاعتماد على المنهج الوصفي في المستوى الارتباطي.

8-5 أدوات الدراسة:

اعتمدت الباحثتان في هذه الدراسة على الاستبيان كأداة لجمع البيانات، حيث تم استخدام استبيانين:

8-5-1 الاستبيان الأول: وهو عبارة عن مقياس الاحترق النفسي لكريستينا ماسلاش Christina 1981 Maslach وذلك بالاعتماد على النسخة الأصلية وترجمتها لسهولة التعامل معها، ويتكون المقياس من 22 فقرة تتعلق بشعور الفرد نحو مهنته، وقد وزعت على ثلاثة أبعاد وهي:

الإرهاك العاطفي أو الإجهاد العاطفي: وهو يتضمن 9 فقرات هي 1،2،3،13،8،6،14،20،16، وهو يقيس مستوى التعب وفقدان الطاقة والتوتر الانفعالي الذي يشعر به الفرد العامل.

اللائسنة أو تبدد المشاعر: يتضمن 5 فقرات هي 5،11،10،15،22، وهو يقيس مستوى الاهتمام واللامبالاة نتيجة لأعباء العمل وعلاقات العامل مع الذين يتعامل معهم في محيط عمله.

نقص الشعور بالإنجاز الشخصي: يتضمن 8 فقرات وهي 9،7،4،12،17،18،19،21، يقيس طريقة تقييم الفرد العامل لذاته ومستوى شعوره بالكفاءة والرضا عن عمله. ويتم تصحيح إجابات الأفراد كما هو موضح في الجدول التالي:

أبدا	بضع مرات في السنة	مرة في الشهر أو أقل	بضع مرات في الشهر	مرة كل أسبوع	بضع مرات في الأسبوع	كل يوم تقريبا
0	1	2	3	4	5	6

ويتم عكس هذه الأوزان في حالة الفقرات السالبة، وتصب درجة الفرد الكلية من خلال جمع إجابات بالنسبة لكل خانة مضروبة في الوزن المعطى لها ثم جمع تلك الدرجات في درجة واحدة. حيث تتم الإجابة بوضع علامة (×) في الخانة التي تعبر عن إجابة العامل حسب البدائل المقدمة، وتجدر الإشارة هنا إلى انه يطلب من الفرد الاستجابة مرتين لكل فقرة، مرة تدل على تكرار الشعور بتدرج يتراوح من 0 إلى 6 درجات وأخرى تدل على شدة الشعور بتدرج يتراوح بين 1 و7 درجات، ونظرا لوجود ارتباط عال بين بعد التكرار وبعد الشدة، وبهدف اختصار وقت التطبيق فقد اكتفت الباحثان في الدراسة الحالية باستخدام إجابة المفحوص على البعد الخاص بتكرار الشعور فقط، وهذا ما أوصت به عدة دراسات أهمها دراسة ماسلاش وجاكسون 1981.

8-6-2 الاستبيان الثاني: وهو عبارة عن استبيان للصحة النفسية تم بناءه بالاعتماد على الدراسات السابقة والإطار النظري للدراسة وكذلك من خلال الدراسة الاستطلاعية حيث تم بناء استبيان أولي تم عرضه على مجموعة من الأساتذة المحكمين لتحكيمه والخروج بنسخة قابلة للتطبيق، حيث تضمن الاستبيان 22 بندا، ويتم الإجابة على هذا الاستبيان وفق مقياس ليكرت من أصل 5 بدائل هي: "موافق"، "محايد"، "معارض"، مع حذف درجتى "موافق بشد" و"معارض بشدة".

وقد تم الاعتماد على طريقة التصحيح لمنح درجة "3"، "2"، "1" إذا كانت الإجابة ب "موافق"، "محايد"، "معارض" على التوالي.

8-7 الخصائص السيكومترية للاستبيان

8-7-1 الخصائص السيكومترية للاستبيان الأول (مقياس الاحتراق النفسي):

8-7-1-1 حساب معامل ثبات الاستبيان:

جدول رقم (01) يوضح نتائج اختبار الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الاحتراق النفسي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,98	22

(المصدر: مخرجات spss)

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه بالرغم من تطبيق الاحتراق النفسي في البيئة الجزائرية من قبل العديد من الباحثين وثبات تمتعه بصدق وثبات عاليين، إلا أنه فضلت الباحثتان على إعادة قياس ثباته لتقدير الاتساق الداخلي لمقياس كل بعد بالإضافة إلى تقدير الثبات الكلي للمقياس، وذلك لإثبات صدقها في الدراسة الحالية.

وبالتالي لغرض التأكد من صدق اتساق بنود الاستبيان الأول (مقياس الاحتراق النفسي) وقياسها لما وضعت من أجله تم استخدام معادلة ألفا كرونباخ تبين من خلالها أن قيمة هذا الأخير قدرت ب: **0.98** بالنسبة لمقياس ماسلاش للاحتراق النفسي عند العاملين في مؤسسة بادي للدهن، ومن ثم يمكن القول أن مدى اتساق بنود المقياس مرتفع، ومن ثم الاطمئنان أكثر على النتائج المتحصل عليها من حيث هذا الجانب.

2-7-8 الخصائص السيكومترية للاستبيان الثاني (الصحة النفسية):

1-2-7-8 حساب معامل صدق الاستبيان:

لقد قامت الباحثتان بالتأكد من صدق بنود الاستبيان الخاص بالصحة النفسية من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين تألفت من 5 أعضاء من أهل الاختصاص، وقد تم الاستجابة لأراء المحكمين والقيام بما يلزم من حذف وتعديل على ضوء مقترحاتهم وبذلك خرج الاستبيان في صورته النهائية ليتم تطبيقه على العينة محل الدراسة، ونظرا لذلك تم الاعتماد على صدق المحكمين والمعبر عنه باستخدام معادلة لوشي Lawshe التالية:

م ص ب=ن-1

ن/2

ن1: عدد المحكمين الذين أجمعوا بصدق البند.

ن2: عدد المحكمين الذين أجمعوا بعدم صدق البند.

ن: العدد الإجمالي للمحكمين.

وبتجميع معاملات صدق المحتوى وقسمتها على عدد البنود تبين أن مؤشر صدق المحتوى أو الاستبيان الخاص بالصحة النفسية هو 0.97، وبالتالي فهو يعتبر مؤشر عالي من شأنه أن يؤدي بنا إلى الاطمئنان بنسبة أكبر على النتائج المتحصل عليها.

2-2-7-8 حساب معامل ثبات الاستبيان:

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{s^2_{tem}}{s^2_t} \right)$$

S^2_{item} : تباين البنود

S^2_t : تباين الاختبارات ككل.

جدول رقم(02) يوضح نتائج اختبار الثبات ألفا كرونباخ لاستبيان الصحة النفسية

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,89	22

(المصدر: مخرجات spss)

لغرض التأكد من صدق اتساق بنود الاستبيان (الصحة النفسية) وقياسها لما وضعت من أجله تم استخدام معادلة ألفا كرونباخ تبين من خلالها أن قيمة هذا الأخير قدرت ب **0.89**، ومن ثم يمكن القول أن مدى اتساق بنود الاستبيان مرتفع، ومن ثم الاطمئنان أكثر على النتائج المتوصل إليها من حيث هذا الجانب.

8-8 أساليب المعالجة الإحصائية:

انطلاقاً من كون الدراسة تبحث في العلاقة بين متغيرين هما الاحتراق النفسي والصحة النفسية تم استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS لاختبار:

- معامل الصدق لاوشي LAWSHE.
- معامل الثبات ألفا كرونباخ ALPHA Cronbach لتحديد درجة الثبات.
- معامل بيرسون PEARSON لتحديد درجة الارتباط بين المتغيرين .

9- عرض ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات:

1-9 عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

لغرض التأكد من صحة الفرضية الأولى والتي مفادها " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية والإجهاد الانفعالي لدى العاملين في شركة بادي للدهن" تم استخدام معامل الارتباط بيرسون تبين من خلاله أن النتائج المتوصل إليها في هذا الشأن تتوزع كما هي مبينة في الجدول التالي:
جدول رقم (03): يوضح مدى دلالة الفرضية الأولى

Corrélations

	الصحة_ النفسية	الإجهاد_ الانفعالي
الإجهاد_ الانفعالي	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 30
الصحة_ النفسية	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,119 ,533 30

*. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

(المصدر: مخرجات spss)

يتضح لنا من الجدول أنه توجد علاقة ارتباطية عكسية سالبة ومرتفعة بين بعد الإجهاد الانفعالي والصحة النفسية حيث كانت قيمة معامل الارتباط بيرسون (-0.119) عند مستوى الدلالة (0.01)، مما يعني أنه كلما انخفض الإجهاد الانفعالي لدى العاملين ارتفع مستوى الصحة النفسية لديهم وكانوا أكثر استقراراً وراحة في عملهم من جهة صحتهم الجسمية من جهة أخرى، ويستدل على هذا أن العاملين يسعون إلى تبني استراتيجيات فعالة لوقايتهم من الإصابة بالاحتراق النفسي، وعليه يمكن القول فيما يخص نتائج الفرضية الأولى أن انخفاض بعد الإجهاد الانفعالي في مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي يصاحبه تزايد وارتفاع في مستوى الصحة النفسية لدى العاملين، حيث أن إن تزايد اعباء العمل على العمال في المؤسسات الصناعية ذات الانتاج الكبير والعمل المكثف الذي يتطلب جهداً كبيراً من العاملين، يزيد من مستوى شعورهم بالتعب والاستنزاف التام للطاقة وهذا بدوره يؤثر على الصحة العامة للفرد وخصوصاً الصحة النفسية، وبالتالي فإن العمال في هذه الحالة يحاولون التخلص من مختلف الضغوط وأعباء العمل

التي يواجهونها من خلال التنفيس عن النفس والابتعاد عن مصدر الضغط وبالتالي تحقيق ما يعرف بمؤشر الصحة النفسية.

حيث تجدر الإشارة هنا إلى أن بنية العمل تلعب دورا مهما في الصحة النفسية للعامل، وهذا ما أكدت عليه نتائج دراسة سمية الجعافرة وفارس حلمي سنة 2005، والتي توصلت إلى وجود علاقة إيجابية دالة إحصائية بين الصحة النفسية للعاملين وبنية العمل، ويدل هذا على الدور المهم الذي تلعبه بنية العمل في خفض الاحتراق النفسي وتحسين مستوى الصحة النفسية للعمال.

9-2 عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

لغرض التأكد من صحة الفرضية الثانية والتي مفادها " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية وتبلد المشاعر لدى العاملين في شركة بادي للدهن" تم استخدام معامل الارتباط بيرسون تبين من خلاله أن النتائج المتوصل إليها في هذا الشأن تتوزع كما هي مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (04): يوضح مدى دلالة الفرضية الثانية

Corrélations

	تبلد_ المشاعر	الصحة_ النفسية
تبلد_ المشاعر	1	-,343
Corrélacion de Pearson		,063
Sig. (bilatérale)		30
N	30	
الصحة_ النفسية	-,343	1
Corrélacion de Pearson		,063
Sig. (bilatérale)		30
N	30	

*. La corrélacion est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

(المصدر: مخرجات spss)

يتضح لنا من خلال الجدول أنه توجد علاقة ارتباطية عكسية سالبة ومرتفعة بين بعد تبلد المشاعر والصحة النفسية لدى العاملين بمؤسسة بادي للدهن، حيث كان معامل الارتباط بيرسون (-0.343) عند مستوى الدلالة (0.01)، مما يعني أنه كلما انخفض بعد تبلد المشاعر لدى العاملين أدى ذلك إلى زيادة مستوى الصحة النفسية لديهم، والعكس إذا ارتفع بعد تبلد المشاعر لدى العاملين انخفض مستوى الصحة النفسية لديهم ويستدل على هذا على أن تبلد المشاعر وفقدان الأحاسيس عند العمال وبناء مشاعر سلبية تجاه الآخرين من شأنه أن يقلص من مستويات الصحة النفسية لديهم.

وعليه يمكن القول فيما يخص نتائج الفرضية الثانية أن انخفاض بعد تبلد المشاعر في مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي يرافقه تزايد وارتفاع في مستوى الصحة النفسية لدى العاملين، حيث أن الضغوط المهنية تساهم بنسبة لا بأس بها في ارتفاع مستويات وأبعاد الاحتراق النفسي لدى العاملين وبالتالي تأثر الصحة النفسية للعامل وهذا ما توصلت إليه نتائج دراسة غانم يمينة سنة 2016 والتي أكدت على أن ظاهرة ضغط العمل تؤثر على الصحة النفسية للعمال وبالتالي لابد من تظافر الجهود من أجل الكشف عن أسبابها والحفاظ على صحة العامل النفسية.

9-3 عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

لغرض التأكد من صحة الفرضية الثالثة والتي مفادها " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية والشعور بنقص الانجاز الشخصي لدى العاملين في شركة بادي للدهن" تم استخدام معامل الارتباط بيرسون تبين من خلاله أن النتائج المتوصل إليها في هذا الشأن تتوزع كما هي مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (05): يوضح مدى دلالة الفرضية الثالثة

Corrélations

	الشعور_بنقص_الانجاز_الشخصي	الصحة_النفسية
Corrélation de Pearson (bilatérale)	1	-,143
N	30	30
الصحة_النفسية	-,143	1
Sig. (bilatérale)	,452	
N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

(المصدر: مخرجات spss)

يتضح لنا من خلال الجدول أنه توجد علاقة ارتباطية عكسية سالبة ومرتفعة بين الشعور بنقص الانجاز الشخصي والصحة النفسية، حيث كانت قيمة معامل الارتباط بيرسون (-0.143) عند مستوى الدلالة (0.01)، مما يعني أنه كلما انخفض الشعور بنقص الإنجاز الشخصي لدى العاملين ارتفع مستوى الصحة النفسية لديهم، حيث إن شعور العامل بانخفاض كفاءته وإنجازه في العمل يفقده القدرة على التحمل ويشعر بالإرهاق شيئاً فشيئاً إلى أن يصل إلى درجات الاحتراق النفسي وبالتالي المساس بالصحة النفسية للعامل.

وعليه يمكن القول فيما يخص نتائج الفرضية الثالثة أن انخفاض بعد الشعور بنقص الإنجاز الشخصي في مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي يرافقه تزايد وارتفاع في مستوى الصحة النفسية لدى العاملين، وهذا ما يؤكد على أن الصحة النفسية من أهم وأوسع المجالات للوقاية من الاضطرابات النفسية، ويمكن الإشارة هنا إلى أن تعزيز ظروف بيئة العمل الداعمة لصحة العامل وكذلك توثيق الارتباط من الأبعاد النفسية للبيئات المؤسسة والأبعاد النفسية لمقياس الصحة العامة كما أكدت عليه نتائج دراسة سمية الجعافرة وفارس حلمي سنة 2005 في أن أوثق ارتباط بين الأبعاد النفسية للبيئات المؤسسة والأبعاد النفسية لمقياس الصحة العامة هو بين (بعد العلاقات بين العاملين مع بعضهم البعض، وبين العاملين والرؤساء) مع بعد التحرر من القلق والأرق بعد فعالية الوظائف الاجتماعية.

4-9 عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية العامة:

لغرض التأكد من صحة الفرضية الثالثة والتي مفادها " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية و الاحتراق النفسي لدى العاملين في شركة بادي للدهن" تم استخدام معامل الارتباط بيرسون تبين من خلاله أن النتائج المتوصل إليها في هذا الشأن تتوزع كما هي مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (06): يوضح مدى دلالة الفرضية العامة

Corrélations

	الاحترق_النفسي	الصحة_النفسية
الاحترق_النفسي	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 ,197 30
الصحة_النفسية	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,197 ,296 30

*. La corrélacion est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

(المصدر: مخرجات spss)

يتضح لنا من خلال الجدول السابق أنه توجد علاقة ارتباطية عكسية سالبة ومرتفعة بين الاحتراق النفسي والصحة النفسية لدى العاملين حيث كانت قيمة معامل الارتباط بيرسون (-0.197) عند مستوى الدلالة (0.01)، مما يعني أنه كلما انخفض الاحتراق النفسي لدى العاملين ارتفع مستوى الصحة النفسية لديهم، ويستدل على هذا أن في العديد من الحالات يتسبب العمل المكثف والذي يحتاج جهد كبير ا ووقتاً معيناً في إصابة الفرد العامل بما سمي بالاحتراق النفسي وهذا لا يعني فقط أن العمل المكثف يتسبب في الإصابة بالاحتراق النفسي وإنما هناك عوامل أخرى مثل بيئة العمل.

حيث تلعب هذه الأخيرة دوراً مهماً في شعور العامل بالتوافق النفسي والمهني والشعور بالصحة النفسية تجدر الإشارة هنا إلى أن الاحتراق النفسي عملية تدريجية وتبدأ بالشعور بالتعب والاستنزاف لتنتهي بالإنهاك التام والانسحاب.

وتتفق نتائج هذه الفرضية مع دراسة العابد كلثوم (د.س)، التي تؤكد على أن هناك علاقة سالبة ودالة احصائية بين عامل الاحتراق النفسي وعامل الصحة النفسية

كما تؤكد نتائج دراسة العتيبي نواف سنة 2020 أن انخفاض مستوى الاحتراق النفسي يؤدي بالضرورة إلى ارتفاع مستوى الصحة النفسية، وعليه يمكن القول من خلال نتائج الفرضية العامة والفرضيات الجزئية المتمثلة في أبعاد الاحتراق النفسي وهي الاجهاد الانفعالي وتبلد المشاعر والشعور بنقص الانجاز الشخصي، وطبيعة العلاقة بينها وبين الصحة النفسية لدى العاملين، ويتضح لنا أن الاحتراق النفسي هو الذي جعل من العامل غير قادر على السيطرة على انفعالاته والتوافق مع نفسه، وبالتالي يؤثر على الصحة النفسية لهم أين يحرك كل طاقاته في العمل هذا وإضافة إلى بيئة العمل لها دور في مساعدة العامل في السيطرة على مجريات العملية الوظيفية التي يقوم بها وعلى هذا الأساس من خلال النتائج التي تم التوصل إليها والتي تثبت وجود علاقة ارتباطية سالبة بين كل من أبعاد الاحتراق النفسي والصحة النفسية لدى العاملين، وتؤكد أنه كلما انخفض الاحتراق النفسي قابله ارتفاع في مستوى الصحة النفسية وهذا ما يستدعي بنا إلى مزيد من البحث عن مسببات أخرى للاحتراق النفسي من أجل التصدي لها أو على الأقل الوقاية منها.

كما يمكن القول أنه يجب مراعاة ظروف العمل والبيئة المهنية للعمل ومحاولة القضاء من الضغوط المهنية لأجل الوصول بالعاملين لمرحلة الرضا الوظيفي وبالتالي الهروب بالصحة النفسية لهم إلى بر الأمان.

10- توصيات واقتراحات الدراسة:

- (1) محاولة التعرف على الأسباب الكامنة وراء الاحتراق النفسي من أجل الحد من تفاقمها.
- (2) بناء برنامج ارشادي لمساعدة العاملين المصابين بالاحتراق النفسي.
- (3) محاولة تحسين بيئة العمل وتوفير الجو المناسب للعمل والتقليل من أسباب ضغوط العمل من أجل المحافظة على الصحة النفسية للعامل.
- (4) إجراء دراسات مستقبلية متعلقة حول ظاهرة الاحتراق النفسي وعلاقتها بالصحة النفسية لدى العاملين في العديد من القطاعات والمجالات.

خاتمة:

من خلال ما سبق يتبين أن تزايد الضغوط المهنية والنفسية في بيئة العمل واستمراريتها وعدم قدرة الفرد العامل على مواجهتها والتصدي لها يؤدي به إلى الإصابة بالاحتراق النفسي الذي يعرف بأنه حالة من الاجهاد والإنهاك نتيجة لأعباء العمل، فهو يؤثر على الصحة النفسية له وتتنخفض دافعيته نحو العمل وبذلك يصبح دائم التوتر والتفكير بمشاعر سلبية، وهنا يوضح العلاقة الوطيدة بين الاحتراق النفسي والصحة النفسية.

قائمة المراجع:

1. أنوار فاضل عبد الوهاب، ليلي نجم ثجيل، 2018، دور الأسرة في تعزيز الصحة النفسية لطفل الروضة، المؤتمر العلمي السنوي، "يوم الصحة النفسية" 10 أكتوبر 2018.
2. بوعالية شهرزاد، (2018)، الصحة النفسية للعامل واستراتيجيات تحقيقها في البيئة المهنية، المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، المركز الديمقراطي العربي، برلين- ألمانيا، ص ص 244- 253.
3. الجزيرة: 2018/06/28، الاحتراق النفسي... نار الوظيفة:
<http://www.aljazeera.net/encyclopedia/encyhopedia-healthmediciene/>
4. الجعافرة سمية، حلمي فارس، (2005)، الصحة النفسية للعاملين وعلاقتها ببعض جوانب بيئة العمل في قطاع الصناعات الدوائية الأردنية، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، مجلد 32، العدد2، ص ص 281- 300.
5. الداهري صالح حسن أحمد، (2010)، مبادئ الصحة النفسية، ط2، دار وائل للنشر والتوزيع.
6. زيد محمد البتال، (1999)، الاحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة، بحث مقدم في ندوة الارشاد المهني والنفسي من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة، جامعة الخليج العربي.
7. سماتي مراد، (2012)، استراتيجيات التعامل coping عند الذين يعانون من الاحتراق النفسي Burnout لدى الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهان، رسالة ماجستير، جامعة وهران.

8. العايب كلثوم، (د ت)، علاقة الاحتراق النفسي بالصحة النفسية لدى معلمي التعليم المتوسط، مجلة المرشد، المجلد 8، العدد 1، ص ص 1-8.
9. العتيبي نواف بن حمد نزال الشيباني، (2020)، الصحة النفسية وعلاقتها بالاحتراق النفسي لدى العاملين بدور الرعاية اللاحقة للمدمنين، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية كلية العلوم الاجتماعية.
10. عكر منى خالد، (2020)، أهمية بيئة العمل في تحقيق الإبداع الوظيفي، المجلة الدولية لنشر البحوث والدراسات، مجلد 1، العدد 11.
11. غانم يمينة، (2016)، ضغوط العمل وتأثيرها على الصحة النفسية للعامل، مجلة آفاق فكرية، العدد الخامس، ص ص 160-175.
12. فرطاس حمزة، (2016)، العدالة التنظيمية وعلاقتها بالصحة النفسية –دراسة ميدانية مطبقة على معلمي الطور الابتدائي بمدينة عنابة، أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خيضر بسكرة.
13. المطيري، (2005)، الصحة والنشاط الرياضي، ط1، دار المسيرة، عمان، الأردن.
14. منصورى نبيل وآخرون، (2018)، الصحة النفسية وعلاقتها بالعوامل الخمس الكبرى للشخصية لدى الطلبة- دراسة ميدانية على مستوى جامعة البويرة- مجلة دفاتر مخبر المسألة التربوية في ظل التحديات الراهنة، العدد 19، ص ص 154-178.

الملاحق:

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد لمين دباغين (سطيف 2)

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والاورطفونيا

استمارة بحث

في إطار انجاز ورقة بحثية تحت عنوان « الصحة النفسية وعلاقتها بالاحتراق النفسي لدى العاملين بشركة بادي للدهن – دراسة ميدانية بشركة بادي للدهن بلدية القلثة الزرقاء»، أضع بين يديك أخي العامل هذا الاستبيان الذي يتضمن مجموعة من العبارات التي تحتاج منك الإجابة عنها، حيث يرجى منك قراءة كل فقرة من فقرات كل من المقياس والاستبيان بتمعن والإجابة عليها بوضع علامة (x) في المكان المناسب، وكن متأكدا أخي العامل أن هذه المعلومات تكون سرية لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، وسوف يتم تحويل الأجوبة إلى أرقام بغية الحصول على نتائج يتم تسخيرها للبحث العلمي .

وشكرا على حسن تعاونكم رافعين إليكم أسمى عبارات التقدير والاحترام

مثال توضيحي:

العبارة	أبدا	بضع مرات في السنة	مرة في الشهر أو أقل	بضع مرات في الشهر	مرة كل أسبوع	بضع مرات في الأسبوع	كل يوم تقريبا
01 أشعر بأنني استنزف تعاطفيا بسبب عملي					X		

أولاً: مقياس الاحتراق النفسي

الرقم	العبارة	أبدا	بضع مرات في السنة	مرة في الشهر أو أقل	بضع مرات في الشهر	مرة كل أسبوع	بضع مرات في الأسبوع	كل يوم تقريبا
01	أشعر باستنزاف عاطفي بسبب عملي							
02	أشعر بالإرهاق في نهاية يوم عملي							
03	أشعر بالتعب بمجرد استيقاظي من نومي ورؤية يوم عمل جديد ممتد أمامي							
04	يمكنني بسهولة فهم تصرفات زملائي في العمل							
05	أشعر بأنني أعامل زملائي في العمل بشكل غير إنساني وكأني أتعامل مع جماد							
06	العمل مع الناس طول اليوم أمر مرهق للغاية							
07	أتعامل بنجاح وكفاءة عالية مع مشاكل الآخرين							
08	أشعر بالإرهاق بسبب عملي							
09	أشعر بأنني أؤثر إيجابيا على الآخرين من خلال عملي							
10	لقد أصبحت أكثر قسوة مع الناس منذ أن بدأت بهذه الوظيفة							
11	أخشى أن يجعلني عملي صعبة من الناحية العاطفية وغير مبالية							
12	أشعر بالطاقة والحيوية							
13	أشعر بالإحباط في عملي							
14	أشعر أنني أعمل بجد في عملي							
15	إنني لا أهتم حقا لما يجري مع العديد من زملائي في العمل							
16	التواصل المباشر مع الأشخاص في العمل أمر مرهق للغاية							
17	أجد أنه من السهل بناء جو مريح في بيئة عملي							
18	أشعر بالحماس عندما أعمل عن كثب مع زملائي							
19	لقد حققت العديد من الأهداف المجزية الجديرة بالاهتمام في هذا العمل							
20	أشعر بعدم القدرة على تطوير الأفكار الإبداعية والفهم السريع.							

						في عملي أتعامل مع المشاكل الانفعالية بهدهوء شديد	21
						لدي شعور بأن زملائي يلومونني على بعض المشاكل التي يعانون منها	22

ثانيا: الصحة النفسية

الرقم	البيان	موافق	محايد	معارض
01	أشعر بالنشاط والحيوية عندما أكون في العمل			
02	تربطني علاقة جيدة مع زملائي في العمل			
03	أشعر بالفخر عند الحديث عن إنجازاتي أمام الآخرين			
04	أستطيع مواصلة عملي لفترات طويلة حتى لو واجهتني بعض المشكلات			
05	عادة ما يراودني صداع قوي			
06	أستطيع التحدث بحرية مع رؤسائي في العمل			
07	أشعر أنني لست مهما بالنسبة للآخرين			
08	مشاعري تجاه الآخرين تتغير بين الحب والكرهية بصورة سريعة			
09	دائما ما أشعر بالإرهاق رغم عدم وجود سبب عضوي واضح			
10	أشعر بالقلق تجاه المستقبل			
11	يصعب علي نسيان ما يصفني به زملائي في العمل			
12	أشعر بعدم كفاءتي في إنجاز أعمالي			
13	أشعر بعدم القدرة على النجاح وتقديم الأفضل في عملي			
14	أبذل قصارى جهدي في العمل ولا أتلقى تشجيعا لذلك			
15	لا أشعر بأن مهنتي ستفيدني في المستقبل			
16	أحيانا أشعر بالاكتئاب من عملي			
17	أعاني من الأرق في النوم			
18	أنا سريع الغضب إذا ما ضايقتني أحد ولو بكلمة بسيطة			
19	أجد صعوبة في التركيز أثناء عملي			
20	أشعر بضيق في التنفس رغم عدم وجود سبب عضوي واضح			
21	أشعر بالثقة أثناء أدائي لعملي			
22	أستمتع كثيرا بالعمل مع زملائي في العمل			

قراءة تحليلية في وضع السلامة والصحة المهنية ومدى فعاليتها في تحقيق الصحة النفسية.

ط.د. درواز ناريمان د. شريط محمد الشريف

جامعة باجي مختار - عنابة - الجزائر

الإشكالية:

جدير بالذكر ان الفكر الإداري المعاصر ينظر الى قيام إدارة الموارد البشرية بمسؤولياتها إزاء حماية وصيانة القوى البشرية من جميع الحوادث والاصابات التي يمكن أن تحصل أثناء العمل ، ولذا نجد أن الإدارة العليا لأي منظمة وإدارة الموارد البشرية بصفة خاصة تسعى جاهدة لتوفير البيئة المهنية والصحية الملائمة والمناسبة لإنجاز العمل، إذ تعتبر حق من حقوق الانسان الرئيسية في المنظمات العالمية كالحق بالحياة والكرامة والمعاملة الجيدة ورفض الإساءة في العمل، ولذا لا يجب ان يفتقر مكان العمل الى هذه الحقوق الأساسية ولاسيما بيئة العمل التي لا تعد منعزلة عن بقية العالم انما هي البيئة المباشرة حيث يمضي العمال اكثر حياتهم؛ ولذلك يعتبر توفير البيئة الأمنية التي تحافظ على فضاء المنظمة من التعرض للحوادث والاصابات سواء مهنية او صحية من متطلبات العصر الحديث ، وغالبا ما توليها المنظمات الكبيرة أهمية خاصة لآثارها الاقتصادية والإنسانية على سير العمليات الإنتاجية و جدير بالذكر ان الحوادث المهنية والاصابات والامراض في المنظمات جاء استجابة لوازع ديني وانساني غايته العطف على المصابين والاسهام في تخفيف الاضرار عنهم و حمايتهم والحرص على سلامتهم الصحية والمهنية؛ وذلك من خلال التعامل الأمين بين الافراد والبيئة وخلق نظم وسياسات امنة للصحة والسلامة المهنية لتحفظ الصحة الجسدية والعقلية والنفسية للعاملين ؛ وهذه الأخيرة التي عرفت في الآونة الأخيرة اهتمام متزايد وخصوصا في المنظمات الصناعية حيث أوضحت الكثير من الأبحاث والدراسات أن السبب الرئيسي وراء إصابة الافراد بالأمراض النفسية هو القلق والتوتر الناجمين عن ظروف وبيئة العمل بالدرجة الأولى ، فالصحة النفسية هي القاعدة الأساسية لعافية الفرد والمجتمع ولا تعتبر مجرد الخلو من الاعتلالات النفسية انما تتعدى ذلك الى السلامة الجسدية والاجتماعية وتضمن حالة التوازن بين النفس والبيئة والاخرين وكل ما يساعد المجتمعات والافراد لفهم كيف يطلبون تحسين صحتهم في بيئة العمل . لذا اهتمت الحكومات بدول العالم بدراسة الصحة النفسية وكيفية نشر الوعي الاجتماعي بين افراد المجتمع للحد من انتشار الظواهر السلبية فيه. ولهذه الأسباب وغيرها توجهت ورقتنا البحثية هذه الى الالمام بالأدبيات المتعلقة بكافة جوانب السلامة والصحة المهنية والصحة النفسية بالجزائر وتحليلها وفق الأبحاث والدراسات والاحصائيات من خلال النتائج المتوصل لها والبحث عن الأسباب والمجالات والمتطلبات، الأهمية، الأهداف وجوانب السلامة المهنية والصحة النفسية في مكان العمل والعلاقة بين الصحة النفسية والجسدية والاستدلال نظريا حول تلك العلاقة بأبحاث الدارسين حول هذا الموضوع الذي يهدف الى تحسين وضع إدارة عمليات الصحة والسلامة المهني والصحة النفسية. فمن خلال هذه المداخلة نحاول التوغل في الدعائم والأسس العلمية للموروث النظري، كما تسعى هذه الورقة البحثية الى مقارنة التجارب

والأبحاث الدولية السابقة والاستنتاج بها كدعائم أساسية تبرز لنا أهمية الموضوع وضرورة التطرق له ودراسته وذلك من خلال الإجابة على الأسئلة:

- ما المقصود بالصحة والسلامة المهنية؟
- ما هي اهداف وأهمية السلامة المهنية؟
- ما النظم والعناصر والجوانب للصحة والسلامة المهنية؟
- ما محل الصحة والسلامة المهنية من التشريعات والتوثيق القانوني؟
- ما المقصود بالصحة النفسية؟
- ما هي أهداف وأهمية الصحة النفسية؟
- ما مجالاتها ومتطلباتها وخدماتها؟
- ما مدى فعالية الصحة والسلامة المهنية في الصحة النفسية؟
- ماذا نقصد بالصحة النفسية في بيئة العمل؟

1- أهمية الدراسة:

تبرز أهمية دراستنا في أهمية حياة الافراد الاجتماعية والنفسية والبيئية والصحية التي يتمتع بها وذلك وفق اختلاف وتنوع العوامل المؤثرة في الصحة النفسية التي يتمتع بها كالاختلالات الجسمية والنفسية التي من شأنها حرمان الافراد من التمتع بالاستقرار النفسي والصحة النفسية التي تعود على الفرد والمجتمع بالاستقرار والتكامل بين الافراد ، ومن خلال هذا برزت أهمية ورقتنا البحثية هذه كإضافة علمية للتراكم المعرفي الموجود في حقل إدارة الصحة والسلامة المهنية والصحة النفسية في المنظمات وهي بذلك تعزز المفاهيم الحديثة لإدارة الموارد البشرية ومختلف التوجهات الإدارية المعاصرة وذلك من خلال توضيح الأدبيات المتعلقة بهذه الدراسة وتحليلها ومناقشتها واستنتاج التوصيات والاقتراحات للعوامل الداعمة للموضوع للتطبيق الفعال لها .

2- أهداف الدراسة: نسعى من خلال هذه الدراسة الى تحقيق جملة من الأهداف أهمها:

- تهدف هذه الدراسة الى إعطاء البعد الحياتي لتعزيز الصحة النفسية وتطبيق السلامة المهنية.
- التعرف على مضمون السلامة المهنية واجراءاتها ومهامها وأهدافها واهميتها في مكان العمل.
- توضيح الموروث النظري للصحة النفسية متطلباتها وخدماتها وبرامجها وأهدافها.
- لفت الانتباه الى أهمية تبني ممارسات الصحة والسلامة المهنية والصحة النفسية بمكان العمل.
- الاستدلال بنتائج الدراسات المتوصل لها والتوصيات والاقتراحات والاحصائيات وتحليل العوامل الداعمة للموضوع لتبني استراتيجيات لمدى فعالية السلامة المهنية في الصحة النفسية.

أولا- الصحة والسلامة المهنية:

1- مفهوم السلامة المهنية:

ويقصد بها ممارسة عدد من الأنشطة بهدف حماية عناصر الإنتاج وفي مقدمتها العنصر البشري في المنظمة من التعرض للحوادث والإصابات والعمل وذلك بإيجاد الظروف المادية والنفسية المناسبة للعاملين لأداء أعمالهم بإنتاجية عالية.¹

2- مفهوم الصحة المهنية: ونقصد بها الحفاظ على صحة الأفراد في مختلف المهن وذلك من خلال المحافظة على صحتهم الجسدية والعقلانية والنفسية وتحسين كيانهم الاجتماعي، أي ان الصحة المهنية تنظر الى الصحة من زاوية خاصة بالعمل والإنتاج أي تنظر نظرة تتعلق بالفرد العامل وطبيعة العمل والبيئة التي يعمل فيها الفرد.²

3- مفهوم الصحة والسلامة المهنية: ان للتعبيرين " الصحة " و " السلامة " مفهومين متصلان ببعضهما ويتم فهمهما أحيانا بنفس الاطار بالرغم من وجود فرق بينهما، فعبارة صحة الفرد لها مدلول أوسع وأشمل من السلامة، إذ يقصد بها خلو الفرد من الامراض العقلية والجسدية بينما يقصد بالسلامة سلامة الفرد من الحوادث والإصابة بها.³

4 مفهوم ثقافة الصحة والسلامة المهنية: ينظر لثقافة الصحة والسلامة المهنية من زاويتين رئيسيتين: تركز الزاوية الأولى على التصورات المشتركة التي توجه السلوكيات الامنة المناسبة والتكيفية على أساس المعايير البيئية والثانية تركز على مواقف الموظفين المشتركة تجاه الصحة والسلامة في مكان العمل.⁴

ومن خلال ما سبق نرى أن المنظمات بصفة عامة وإدارة الموارد البشرية بصفة خاصة تعمل على توفير ظروف العمل المناسبة التي تهدف الى الوقاية من الأخطار التي تهدد صحة العامل وسلامته، وتستمد هذه الغاية قوامها من عامل أخلاقي غايته المحافظة على العنصر البشري وتجنبه الإصابات والحوادث التي تؤدي به الى الخطر، وكذا توفير شروط عمل صحية ونشر الثقافة الصحية على أوسع نطاق لضمان استمرارية نشاط أيمنظمة.

5- التطور التاريخي للاهتمام بالصحة والسلامة المهنية: يمكن القول ان الاهتمام بالصحة والسلامة المهنية قد تطور تزامنا مع تزايد المخاطر المهنية التي تهدد العاملين وتزايد الضغوط والقيود على أصحاب العمل وسعي المنظمات المعاصرة الى البحث عن مداخل مختلفة للتمييز في بيئة الاعمال.⁵

التطور الفعلي لمفهوم علاقة العمل بصحة الفرد ترجع الى القرن التاسع عشر حيث بدأت نشوء الثورة الصناعية في أوروبا ، فقد رافق الثورة الصناعية صدور أول قانون للصحة وظروف العمل ، وقد أنشئت أول هيئة للتفتيش في المصانع سنة 1830، كما ظهرت قوانين الصحة والسلامة المهنية في أوروبا (سويسرا والدانيمارك) سنة 1840 وفي أمريكا سنة 1877 ثم تلا ذلك ظهور تشريعات مشابهة في كثير

¹ نادر أبو شيخة (2009)، إدارة الموارد البشرية إطار نظري وحالات علمية، الطبعة الأولى، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، ص 484

² بشار يزيد الوليد (2009)، الإدارة الحديثة للموارد البشرية، الطبعة الأولى، دار الراية للنشر والتوزيع، عمان، ص 220.
³ ليث زهير عبد الأمير السكافي (2015)، ممارسة إدارة السلامة المهنية ودورها في تحسين كفاءة الإنتاج، مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية العدد 36، جامعة الكوفي، ص 335.

مجدي عبد الله شرارة (2016)، السلامة والصحة المهنية وتأمين بيئة العمل، مؤسسة فريدريش إيبيرت، مصر، ص 240.⁴

⁵ فتيحة بوجرود، سعاد قورين (2020)، ثقافة الصحة والسلامة المهنية في المستشفيات، مجلة الريادة لاقتصاديات الاعمال، العدد 03، سطيف الجزائر ، ص 309 .

من دول العالم ، كان غرضها تحسين بيئة العمل وأوضاع العاملين ، أما في الجزائر فقد ظهر أول قانون للسلامة المهنية في سنة 1966 وتضمن تعويض الأمراض والحوادث المهنية لتتوج هذه الجهودات والإصلاحات العالمية بقرار مكتب العمل الدولي في سنة 2003 بتخصيص يوم عالمي للصحة والسلامة المهنية واختير تاريخ 28 افريل ليكون مناسبة لإحياء هذا اليوم.⁶

6 - أهمية السلامة والصحة المهنية:

-تقليل تكاليف العمل: الإدارة السليمة لبيئة العمل تجنب المنظمة الكثير من المشاكل المتمثلة بحوادث والأمراض الصحية هذه الحوادث التي تكلف المنظمة الكثير من التكاليف المادية والمعنوية المتضمنة التعويضات المدفوعة للعاملين وكذا تعطل العمل.

- توفير بيئة عمل صحية وقليلة المخاطر: ان الإدارة مسؤولة عن توفير المكان المناسب الخالي من المخاطر المؤدية الى الأضرار بالعاملين أثناء عملهم، ان هذه المسؤولية أصبحت متزايدة في ضل التطور التكنولوجي وبصورة خاصة في المنظمات الصناعية.

- توفير نظام العمل المناسب من خلال توفير الأجهزة والمعدات الواقية واستخدام السجلات النظامية حول اية إصابات أو حوادث وأمراض.

- التقليل من الاثار النفسية الناجمة عن الحوادث والأمراض الصناعية.

- تدعيم العلاقة الإنسانية بين الإدارة والعاملين والاهتمام بهم من قبل الإدارة يشعرهم بأهميتهم ويبني جسور التعاون بينهم وبين ادارتهم.

- تخلق الإدارة الجيدة للسلامة المهنية والصحية السمعة الجيدة للمنظمة تجاه المنافسين ما ينتج عنها استقطاب الافراد الكفويين والاحتفاظ بأفضل الكفاءات.⁷

- ارتفاع الروح المعنوية للعاملين من خلال الشعور بالأمان.

- اندماج الأفراد في العمل وحبهم له، والتحسين المستمر والارتفاع في إنتاجية الفرد.

- خلق الوعي لدى العاملين فيما يتعلق بالأساليب والطرق الامنة للعمل واهمية الالتزام بقواعد السلامة والصحة المهنية.⁸

7 -أهداف السلامة والصحة المهنية:

- توفير ظروف عمل آمنة ومناسبة لكل من العامل واداة العمل

- الحد من الاخطار التي يوجهها العامل بسبب استخدامه للعديد من الآلات والمعدات وكذلك السلامة الصحية من الامراض الناتجة عن ممارسة الاعمال المهنية.

عتيقة حرايرية (2017)، الصحة والسلامة المهنية من التشريع الى التنفيذ، مجلة الأداب والعلوم الإنسانية، العدد 17، ص⁶

سهيلة محمد عباس (2003)، إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، ص 7.306

2 محمد بيومي محمد امام (2010)، تقييم عمليات السلامة والصحة المهنية بهدف تحسين أداء العاملين، المجلد السادس، العدد الرابع، ص 8.328

- حماية المهارات والتخصصات وحمايتها.
- رفع المستوى الفني للعاملين وذلك بالتمرين والتدريب المستمر.⁹
- وجود نظام فعال للسلامة والصحة المهنية يساهم في اجتذاب العمالة الماهرة والكفاءات المتميزة.
- استقرار العمالة في العمل، أي زيادة درجة رضا العامل عن عمله وارتباطه الوثيق بالألة والبيئة التي يعمل فيها مما يؤدي الى تخفيض معدلات دوران العمل.
- تحقيق السلامة والصحة المهنية المتميزة كفاءة إنتاجية عالية النظير بسبب وجود انتاج عالي الجودة ومعتدل التكاليف.
- تساهم في باقي الاستراتيجيات التنظيمية الأخرى وزيادة القدرة التنافسية للمنظمة في البيئة المحلية والعاملين.¹⁰
- وضع نظام تقارير للتبليغ عن الحوادث وتحديد مواقعها وتحليل أسبابها.
- نشر الوعي الوقائي بين العاملين من خلال اعداد برامج تثقيف وتوعية.
- توفير الخدمات الطبية اللازمة لضمان الصحة الجسمية والنفسية للعاملين
- وضع نظام للتفتيش والرقابة بهدف التأكد من تطبيق إجراءات السلامة المهنية والصحية¹¹

8-أسباب اتباع إجراءات السلامة والصحة المهنية:

- محافظة المؤسسة على سمعتها سواء أمام جمهورها الداخلي من العاملين فيها أو جمهورها الخارجي من أفراد المجتمع الذي تعيش فيه.
- السلامة المهنية تؤدي الى تقليل الحوادث والتوقف عن العمل مما ينعكس على صورة تخفيض في النفقات وزيادة في الإنتاج.
- يتم ذلك الاهتمام أيضا تماثيا مع اللوائح والقوانين والتشريعات الحكومية التي تفرض توفير متطلبات السلامة لكافة العاملين.
- إستجابة للضغوطات التي تواجهها المؤسسات في النقابات والاتحادات العمالية فيالبلاد.
- نتيجة لضغوطات العاملين أنفسهم.
- لتقليل دوران العمل في المؤسسة والتمشي مع ما تقدمه المؤسسات المنافسة في هذا المجال.¹²

ان دافع أي مؤسسة للاهتمام بالسلامة المهنية للعاملين ومصحتها بذلك لأسباب متعددة تعد في مجملها ضرورية لامحالة ابتداء من فرض السلطة والقوانين الصادرة بشأنها ودعمها بمجموعة التدابير الوقائية

⁹ خالد محمد (د، ت) ، قراءة تحليلية في وضع السلامة والصحة المهنية بالجزائر وفق لمعايير العمل الدولية ، مجلة إدارة الاعمال والدراسات الاقتصادية ، العدد الرابع ، ، الجزائر ، ص 204 .

مجدي عبد الله شرارة، مرجع سابق، ص 16.10

نادر أحمد أبو شيخة، مرجع سابق، ص 486.11

محمد فالح صالح (2004)، إدارة الموارد البشرية عرض وتحليل، الطبعة الأولى، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، ص 186.12

والأمنية لحماية الصحة في محيط العمل ، كما أشارت تشريعات حوادث العمل في الجزائر فأصدر القانون 07-88 الذي تشير المادة رقم 05 منه على أنه يجب تصميم وتهيئة وصيانة المؤسسات والمحلات المخصصة للعمل وملحقاتها، كما أشارت المادة رقم 07 منه على التدابير الاحتياطية الخاصة بوسائل وتقنيات وأدوات العمل من أجل التزام المؤسسة المستخدمة مراعاة أمن العمال في إختيار التقنيات والتكنولوجيا لتكون مناسبة للأشغال الواجب إنجازها.

9- نظم السلامة والوقاية من المخاطر وإدارتها في مكان العمل:

يساعد وضع السياسات والإجراءات في مكان العمل على الحد من الإصابات والأمراض ويظهر أيضا التزام أصحاب العمل بصحة العمال ورفاههم ، حيث يصبح الموظفون أكثر لياقة ويتمتعون بصحة العمال ورفاههم، كما ينخفض معدل تغيب الموظفين عن العمل و يحصل توفير للمال بسبب تناقص تكاليف الاستبدال والرعاية الصحية والتأمين ، اذ ماكانت سياسات وبروتوكولات السلامة والصحة المهنية قائمة فانه من المفيد رؤية كيف بالإمكان تحسينها ، ومن المسلم به على نطاق واسع ان فوائد نظام إدارة السلامة والصحة المهنية المتكامل مع نظام الإدارة العامة توفير اطارا متماسكا من أجل الإجراءات واتساقا في التنفيذ وتوزيعا واضحا للمسؤوليات.¹³

يعتبر العمل اللائق حق أساسي لكن لا بد أيضا من تحسين الإنتاجية والكفاءة والامن الاقتصادي، وهذا ما اقرتهمنظمة العمل الدولية والجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 2008 في ملخص لها عن العمل اللائق وهو رؤية بيئة العمل حيث الدخل عادل والعمل آمن، وظروف العمل امنة وصحية، والحماية الاجتماعية متاحة عند الحاجة.

10-عناصر برامج السلامة والصحة: تضم برامج السلامة والصحة كافة أو معظم العناصر التالية:

- الاجتماعات اليومية أو الأسبوعية في مكان العمل لمن له علاقة بالموضوع.
- الإعلانات التحذيرية.
- البرامج المنتظمة في التفتيش.
- لوحة الإعلانات غالبا ما تنشر صوراً للحوادث او ما يمكن ان يسببها.
- الشرائح والأفلام والاعلانات الارشادية.
- المنشورات التي تبين واقع التحقيقات الخاصة بالحوادث والقرارات المتخذة بشأنها.
- المكافأةوالعلاوات المدفوعة.
- الإجراءات التأديبية في حال التقصير.
- أشرطة الفيديو المسجلة حول الحوادث وأسبابها.
- المواضيع المتعلقة بملابس ومعدات السلامة.

¹³بسام أبو الذهب (2017)، تحسين العمل في قطاع الخدمات الصحية، منظمة العمل الدولية، ترجمة المعهد العربي للصحة والسلامة المهنية، ص34.

- الإحصاءات والسجلات. 14

11- جوانب الصحة والسلامة المهنية التي تغطيها التشريعات:

تختلف أولويات تغطية التشريع فيما يخص درجة مخاطر الصحة والسلامة المهنية من بلد لآخر وبالتالي قد تستثني بعض البلدان أو تتجاهل بعض جوانب الصحة والسلامة المهنية كالتشريعات بالجزائر لذا سنذكر اهم الجوانب التي تغطيها التشريعات للصحة والسلامة المهنية:

- تنظيم الصحة والسلامة المهنية والتدريب والمعلومات.

- الوقاية من المخاطر البيولوجية والميكانيكية والكهربائية.

- الطب والأمراض المهنية.

- مسؤوليات وواجبات أصحاب العمل والعمال ودور الطب المهني.

- المواد والمنتجات والتحضيرات الخطرة.

12- التوثيق بين تشريعات الصحة والسلامة المهنية في الجزائر ومعايير العمل الدولية:

في دراسة للمكتب الدولي اعتبر اغلب الذين أجابوا على استبيان موجه على السلامة المهنية والصحة لدول عربية ان قوانينهم تتعارض مع أنماط منظمة العمل الدولية لجهة القوانين المتعلقة بالصحة والسلامة المهنية في القطاع العام ووجود لجان وطنية حول الصحة والسلامة المهنية وأعلنت بقية الدول أنها تقوم بتحديث قوانين العمل باستمرار لتتماشى مع المعايير الدولية لكن البيانات أظهرت ثغرات في تشريعات كل البلدان، وخصوصا البلدان الذين لم يصادقوا على الاتفاقيات الأساسية.¹⁵

التوصل الى وضع مقبول حول الصحة والسلامة المهنية في الجزائر أمر ضروري ويتطلب مساعدة منظمة العمل الدولية والسلطات والمجتمعات المدنية والمحلية ومساهمة ممثلي أصحاب العمل والعمال في وضع خطة الصحة والسلامة المهنية ، فقد توصلت احدى الدراسات الى انه يجب تعديل وتحديث المراسيم والقرارات التي أصبحت بالية وتطبيق التشريعات عبر تعزيز خدمات التفيتش لمواجهة مخالفات قوانين الصحة والسلامة المهنية ، كما يجب إعطاء المفتشين صلاحيات اكبر وتسهيلات مناسبة للوصول الى أماكن العمل المتنوعة وتطبيق أنظمة الصحة والسلامة المهنية وتخصيص موارد ملائمة لتحقيق الأهداف المحددة ، والاهم لا بد من تحديث التشريعات لاحترام المعايير الدولية والتصديق على صكوك منظمة العمل الدولية حول الصحة والسلامة المهنية لاحترام المعايير الدولية المطلوبة لضمان صحة العمال وسلامتهم .

ثانيا: الصحة النفسية

1- مفهوم الصحة النفسية:

تعد الصحة النفسية عملية التكيف أو التوافق النفسي التي يهدف الى تماسك الشخصية ووحدها وتقبل الفرد لذاته وتقبل الآخرين له بحيث يترتب على هذا كله شعوره بالسعادة والراحة النفسية وتعرف أيضا بأنها حالة عقلية انفعالية إيجابية مستقرة نسبيا، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة، وتوازن

محمد فالح صالح، مرجع سابق، ص 190. 14

خالدي محمد، مرجع سابق، ص 214. 15

القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في المجتمع ، ووقت ما ومرحلة نمو معينة وتمتعه بالعافية النفسية والفعالية الاجتماعية لذا هناك من يرى ان الصحة النفسية تقاس بمدى قدرة الانسان على التوافق مع الحياة ، بما يؤدي بصاحبه الى قدر معقول من الاشباع الشخصي.¹⁶ وعرفت الصحة العالمية 1948 بانها حالة المعافاة الكاملة الجسدية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد انتقاء المرض او الإصابة، وهي حالة من التوازن بين البشر وبين البيئة الجسدية والبيولوجية والاجتماعية والتلاؤم مع الأنشطة بانها:Perkinsالوظيفية، كما يعرفها

حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم مع العوامل الضارة التي سيتعرض لها، وان عملية الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه. ولقد أكدت منظمة الصحة العالمية ان لمفهوم الصحة ثلاث ابعاد بدنيا ونفسيا واجتماعيا وقد تم اقتراح بعد رابع سمي البعد الروحي، والشخص الذي يتمتع بالصحة على هذا النحو يقال انه في حالة صحة متكاملة إيجابية.¹⁷

2- أهمية الصحة النفسية:

- الاستقرار الذاتي للفرد فتكون حياته خالية من التوترات والخاوف والشعور الدائم نسبيا بالهدوء والسكينة والأمان الذاتي.

- المستقر نفسيا يتمتع بالتماسك والتأزر والقوة الداخلية والخارجية وبالتالي فهي تزيد المجتمع قوة وتماسكا.

- فعالة لذات الفرد فهي تتيح له الفرصة بفتح افاق نفسية والقدرة على فهم ذاته والآخرين من حوله وتجعله أكثر مقدرة على سيطرة وضبط العواطف والانفعالات والرغبات وتوجه السلوك بشكل سليم بعيدا عن الاستجابات غير السوية.

- تمتع الفرد بالصحة النفسية تجعله أكثر قابلية للتعامل الإيجابي مع المشكلات المختلفة وتوازن الانفعالات عند الوقوف تحت الضغوط الحياتية المختلفة والتغلب عليها وتحمل المسؤوليات دون الهرب والانسحاب.

- الصحة النفسية تجعل الفرد متوافقا مع ذاته متكيفا مع مجتمعه فغالبا ما تكون سلوكياته سليمة ومحبوبة ومرضية لمن حوله.

- كما ان للصحة المهنية أهمية كبرى على الصعيد الأمني والاقتصادي والمجالات الإنتاجية وتحقيق مبدأ التنمية الاجتماعية حيث ان الفرد المتمتع بالصحة النفسية قابل لتحمل المسؤولية واستعمال طاقته وقدراته وكفاءته الى الحد الأقصى، فالشخصية المتكاملة للفرد تجعله أكثر فاعلية ونتاجية¹⁸

3-مجالات الصحة النفسية: وتنقسم الى ثلاث مجالات

أولاً:تكتنف الصحة النفسية الإدراك الذاتي الذي يسمح للأفراد باستغلال قدراتهم.

ثانياً:تتضمن الصحة النفسية الإحساس بالسيطرة من قبل الفرد على بيئته.

¹⁶ ماهر فرحان مرعب (2014)، أثر الثقافة على الصحة النفسية، مجلة علوم الانسان والمجتمع، العدد 11، جامعة قلمة الجزائر، ص.324

¹⁷ عبيد نجم عبد الله أحمد (د، ت)، دور الوعي الاجتماعي في تعزيز الصحة النفسية للمرحلة الراهنة، مركز البحوث التربوية والنفسية، العراق، ص 358

عبيد نجم عبد الله أحمد، مرجع سابق، ص 355.

ثالثاً: بان الصحة النفسية الإيجابية تعني الاستقلالية للناس كأفراد لهم القدرة على استغراق المشاكل ومجابهتها وحلها.¹⁹

4-الصحة النفسية والسلوك:

تداخل العوامل السلوكية الصحية والاجتماعية تتأثر لكي تشدد من تأثيراتها على السلوك والعافية، ان تعاطي العقاقير والعنف وانتهاك النساء والأطفال من ناحية والمشاكل الصحية من ناحية أخرى هي أكثر تقشياً والاصعب مكافحة في ظروف البطالة المرتفعة والمدخول المنخفض والتعليم المحدود والشروط المجهدة في العمل والتميز بين الجنسين ونمط الحياة غير تعزيز الصحة النفسية.²⁰

5 متطلبات الصحة النفسية:احتياجات العقل السليم في الانسان هي واحدة وهي كالتالي:

- الحاجة ال العطف affection

- الحاجة الى الانتماء belobging

- الحاجة الى الاستقلالية independence

- الحاجة للإنجاز achievement

- الحاجة للشعور بالقيمة الشخصية personal Worth

- الحاجة لتحقيق الذات seffactualisation.²¹

6 برنامج الخدمات الصحية:

تنصب برامج توفير الخدمات الصحية للأفراد العاملين على محاولة تجنب وقوع الحوادث والاصابات، وهناك نوعين من برامج الخدمات الصحية، الأول يركز على الصحة الجسمية والثاني يركز على الصحة النفسية للأفراد العاملين:

1-الخدمات الصحية والجسمية:

توفر معظم المنظمات وحدات صحية لخدمات الحاجات والمتطلبات الصحية لمنسوبيها، والمهمة الرئيسية لهذه الوحدات هي تقديم الخدمات الوقائية التي تتضمن الفحوصات الدورية للعاملين للتأكد من سلامتهم من الامراض المختلفة، وتقديم الفحوصات الطبية للوقاية كالتطعيم من بعض الأمراض المعدية، إضافة الى تقديم الارشادات الصحية للوقاية من الأمراض وتوجيه الإدارة نحو استخدام الظروف والشروط الصحية المناسبة، كما وان مهمة هذه الوحدات تقديم الخدمات العلاجية ضد الأمراض والحوادث الحاصلة للأفراد العاملين أثناء العمل.

2-الخدمات الصحية والنفسية:

¹⁹ مارغريت باري، أليشيا كلارك، انجي بيترسن (د، ت)، تعزيز الصحة النفسية، أولويات التنفيذ، الترجمة المحلية الصحية لشرق المتوسط، العدد السابع، ص27.

مارغريت باري واخرون، نفس المرجع، ص 20.14.

عبير نجم عبد الله أحمد، مرجع سابق، ص 362. 21.

يصمم برنامج الخدمات النفسية وفقا لنفس الأسس كبرنامج الخدمات الجسمية مع ضرورة توفير برنامج الخدمات الارشادية النفسية الذي يتبنى مهمة الوقاية من الأمراض بدرجة رئيسية قبل تفاقم الظواهر السلوكية وتأثير المشاكل في حصول الأمراض النفسية لدى الأفراد العاملين، ومن الملاحظ ان الافراد العاملين المصابين بأمراض نفسية تظهر عليهم بعض المؤشرات الدالة والمرتبطة بحالتهم منها انخفاض الإنتاجية وكثرة الغيابات وزيادة معدلات دورانهم وانخفاض روحهم المعنوية وسوء علاقاتهم بالأخرين في العمل وارتفاع معدلات الحوادث وكثرة الشكاوي والتذمر في العمل.²²

ازداد الاهتمام بالصحة النفسية والعقلية والجسمية في الآونة الأخيرة وخصوصا في المنظمات الصناعية حيث أوضحت الكثير من الدراسات ان السبب الرئيسي وراء إصابة الافراد بالأمراض النفسية هو القلق والتوتر الناجم عن الظروف البيئية في العمل الى جانب الظروف الاجتماعية الأخرى، كما أصبح مرض التوتر العصبي شائعا في الآونة الأخيرة بسبب الضغوط التي يتعرض لها الافراد العاملين في حياتهم اليومية المعاصرة مع المتطلبات العمل المعقدة ما تسبب بأمراض كالكسطة القلبية وارتفاع الضغط الدموي.

ثالثا: السلامة المهنية والصحة النفسية:

تعتبر العوامل النفسية واحدة من أهم المؤثرات على الصحة وسلامة الأفراد في بيئة العمل لكون هذه الأخيرة تتعدد فيها التفاعلات الاجتماعية وتتنوع فيها الأنماط الشخصية مبرزة فروق فردية لدى هؤلاء العمال في الجوانب العقلية والمعرفية والانفعالية كالإدراك والانتباه والذكاء وهذا ما يظهر جليا في مختلف السلوكيات لدى هؤلاء العمال.²³

1- مفهوم الصحة:

عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة على انها حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية وليس مجرد الخلو من الامراض والعجز، ولكنها حالة من الكمال البدني والنفسى والعافية الاجتماعية.²⁴

2- مفهوم الصحة النفسية:

وصفت من قبل منظمة الصحة العالمية على أنها حالة من العافية التي تحقق فيها الفرد قدراته الخاصة ويمكن أن يتغلب من خلالها على الاجتهادات العادية في الحياة ويمكن أن يعمل بإنتاجية مثمرة ويستطيع المساهمة في مجتمعه، ان هذا الإحساس الإيجابي هو القاعدة أو الأساس للوظيفة الفعالة من أجل الفرد والمجتمع يتوقف هذا المفهوم الجوهرى للصحة النفسية مع مجال متفاوت من التفسيرات في مختلف الثقافات.²⁵ كما تعرف أيضا بأنها حالة عقلية انفعالية إيجابية مستقرة نسبيا، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة، وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع، ووقت ما ولمرحلة نمو معينة وتمتعه بالعافية النفسية والفعالية الاجتماعية، لذا هناك من يرى أن الصحة النفسية تقاس بمدى قدرة الانسان على التوافق مع الحياة، بما يؤدي بصاحبه الى قدر معقول من الاشباع الشخصي والكفاءة

بشار يزيد الوليد (2009)، الإدارة الحديثة للموارد البشرية، الطبعة الأولى، دار الراية للنشر والتوزيع، عمان، ص 227.

²³ علوطني عاشور (2015)، الأبعاد النفسية للصحة والسلامة المهنية لدى العامل داخل المؤسسة، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 20، الجزائر، ص 244.

مارغريت باري واخرون، مرجع سابق، ص 27.

²⁵ نفس المرجع، ص 28.

والسعادة.²⁶ ولقد علق جورج فيلاننت في الولايات المتحدة الامريكية عام 2003 بأن الصحة النفسية لا يمكن تجاهلها لفرط أهميتها وتحتاج للتعريف والانبعث وكما أشار جورج فيلاننت، أنها مهمة معقدة، فالشخص ذو الصحة النفسية المتوسطة ليس مثل الشخص الصحيح والسليم.²⁷

وقد اشارت البحوث والدراسات طبقا للأرقام المتوفرة لدى الجهات المختصة بالصحة النفسية فان الامراض النفسية تؤثر في 1-2 % تقريبا من السكان وتقدير منظمة الصحة العالمية عدد المرضى النفسيين في العام حوالي 200 مليون نسمة ، ولا تعطي هذه الأرقام الا فكرة سطحية عن ظاهرة الامراض النفسية والاضطراب النفسي الذي يعاني منه عدد كبير من الناس لان المشكلة في تفاقم مستمر سواء في البلدان النامية او البلدان المتقدمة التي تخصص ثلث مستشفياتها لعلاج هذه الامراض ، بل ان اجمالي تكاليف معالجة الامراض النفسية في بعض الدول يعادل نصف ما تصرفه على الرعاية الصحية وبالنسبة للدول النامية بمنطقة الشرق البحر المتوسط .²⁸

3-العلاقة بين الصحة النفسية والصحة الجسدية:

الصحة النفسية الإيجابية هي نسق من الميادين الرئيسية التي تشمل العافية والحالات الإيجابية للعقل والنفس وربما تؤثر على بدئ الاعتلالات النفسية والبدنية ومساقاتها ونتائجها، وعلى سبيل المثال فقد بينت البحوث الارتباطات بين الاكتئاب والقلق والامراض القلبية الوعائية والدماغية الوعائية وتوثق جيدا دور الاضطرابات النفسية في زيادة سرعة التأثير نحو الامراض البدنية ونتائجها الاسوء، ومن المعروف أن المعتقدات النفسية مثل: التفاؤل والتمكين والتفوق والاحساس بالمعاني تقي الصحة النفسية والصحة البدنية.²⁹

تعتبر الصحة النفسية هي الركيزة الأساسية لعافية وسلامة الفرد والمجتمع، وهياكثر من مجرد الخلو من العلل النفسية فقط انما يتعدى ذلك الى معافاة صحة البدن لأنها لا يمكن الفصل بين الصحة النفسية والصحة الجسدية اللذان يعتبران متلازمان (العقل السليم في الجسم السليم).

وجاء هذا أيضا في دراسة Slaikeu and Frank عام 1986 والتي تدعم الاهتمام بالجانب النفسي والعاطفي للعاملين، وان الحل الضعيف لهذه الازمات سيؤدي على المدى البعيد الى المزيد من الدمار النفسي الذي يظهر على شكل اكتئاب واحباط وادمان للكحول وامراض جسدية خطيرة ويمكن أن يصل هذا الدمار النفسي الى درجة الموت فالأزمات التي لم تحل ولم تعالج ستؤثر على إنتاجية العامل سلبا وتساهم الى حد بعيد في التسبب بدوران العمل والغياب المتكرر فعلى سبيل المثال فان التكلفة السنوية للشركات الامريكية الناتجة عن مشكلة ادمان الكحول وحدها حوالي 5 بليون دولار كما ان التكلفة المقدرة

ماهر فرحان مرعب (2014)، أثر الثقافة على الصحة النفسية، مجلة علوم الانسان والمجتمع، العدد 11، الجزائر، ص 324.

27 (د، ن)، (2005)، دليل تعزيز الصحة النفسية، المفاهيم، البيانات المستجدة، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق الأوسط، شركة توشكي للطباعة، القاهرة، ص 18.

عبير نجم عبد الله أحمد، مرجع سابق، ص 362.²⁸
29 (د، ن)، (2005)، دليل تعزيز الصحة النفسية، المفاهيم، البيانات المستجدة، منظمة الصحة العالمية، مرجع سابق، ص 13،

للمشاكل النفسية في شركات الاعمال والشركات الصناعية في الولايات المتحدة الامريكية حوالي 17 بليون دولار سنويا.³⁰

ومن خلال هذا تثبت كل الدراسات ان العلاقة جد وثيقة بالجانب النفسي والجسدي في كل ميادين الحياة حتى بمكان العمل الذي بات هاجسا امام مسؤولي المؤسسات بحثا عن الحلول والعلاج قبل فوات الأوان وتفاقم الخسائر المادية والبشرية في مكان العمل الا أن المشكل الذي بات واضحا خاصة في الدول النامية هو عدم إقرار الامراض النفسية والاعتراف بامتدادها الجسدي الذي يعد من الامراض المزمنة والتي يعترف بها في قانون الضمان الاجتماعي على انها امراض عضوية محضة دون معرفة المنشأ والسبب الحقيقي لذلك للحد منه وتفاديه ، فمن بين كذلك الأسباب المؤدية لعدم العافية البدنية هي الضغوط النفسية . ويقدر خبراء العمل الإداري والنفسي أن ما بين 50% الى 80% من الامراض الطارئة التي يتعرض لها الأفراد تكون ذات علاقة بالضغوط سواء البيئة التنظيمية أو الاسرية، ففي إنجلترا تبين أن الضغوط التنظيمية مسؤولة وحدها عن فقد 36 مليون يوم عمل عام 1981 وهي منفقة على علاج أمراض القلب والقرحة التي هي منشأها نفسي . وتشير العديد من الدراسات أيضا على أن عدد المرضى بأمراض سيكوسوماتية تقدر ب 40% الى 60% من عدد المرضى الذين يترددون على الأطباء عامة باحثين عن أسباب عائلهم الجسمية من حيث أن عائلهم ترجع الى اختلال مزمن في توازن كياتهم النفسي والجسمي نتيجة ضغط سيكلوجي.

4- مفهوم الصحة المهنية:

نقصد بها الحفاظ على صحة الافراد في مختلف المهن وذلك من خلال المحافظة على صحتهم الجسمية والعقلانية والنفسية وتحسين كيانهم الاجتماعي، أي ان الصحة المهنية تنظر الى الصحة من زاوية خاصة بالعمل والإنتاج أي تنظر نظرة تتعلق بالفرد العامل وطبيعة العمل والبيئة التي يعمل فيها الفرد.³¹

5- مفهوم السلامة المهنية:

ويقصد بها حماية جميع عناصر الإنتاج من الضرر الذي تسببه لهم حوادث العمل وفي مقدمة هذه العناصر العنصر البشري، وتتطلب سلامة الافراد حمايتهم من الأذى والضرر الذي تسببه لهم حوادث محتملة في كل مكان العمل، وهذا الأذى تظهر نتائجه فورا كالكسور بكافة أنواعها والجروح والحروق والاختناق وغيرها ، كما تشمل السلامة المهنية مجموعة الإجراءات التي تهتم بالحماية المهنية للعاملين والحد من خطر المعدات والآلات ومجاوله ومنع وقوع الحوادث او التقليل من حدوثها.³²

6- الفرق بين الصحة و السلامة:

فعبارة صحة الفرد لها مدلول أوسع وأشمل من السلامة إذ يقصد بها خلو الفرد من الحوادث وتجنبه الإصابة بها ، كما ان سياسة المنظمة في توفير الصحة والسلامة للعاملين تنطوي على التعامل الأمين بين

سليم بطرس جلدة (2005)، إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي ، الطبعة الأولى ، دار وائل للنشر والتوزيع ، عمان ، ص 57.³⁰

بشار يزيد الوليد (2009)، مرجع سابق، ص 220.³¹

عتيقة حرايرية، مرجع سابق ص 3 .³²

الأفراد والبيئة بتوفير بيئة آمنة للعامل وظروف عمل خالية من مخاطر تعرضه للحوادث والمشاكل الصحية.³³

ومن خلال هذا نرى أن علم النفس الصحي برز من خلال اختصاصيين مميزين في علم النفس التطبيقي وهما علم النفس الصحي وعلم النفس الصناعي والتنظيمي بالإضافة إلى الطب المهني إذ نجد أن علم النفس الصحي المهني يهتم أيضاً بعلاقة العوامل النفسية الاجتماعية في مكان العمل مع تنمية صحة العمال وأسراهم؛ نجد أنها تعددت المفاهيم وتداخلت الاختصاصات وتفرعت المجالات في التخصص الواحد إلا وهو علم النفس إلا أن الهدف واحد وهو حماية الفرد العامل صحياً ونفسياً والحفاظ على سلامته.

7- مفهوم السلامة الصحية والمهنية:

تعني السلامة المهنية تلك الحماية والصيانة للعاملين من الإصابات الناجمة عن حوادث العمل، وكذلك الصحة المهنية التي تعني الحفاظ على العاملين من الأمراض النفسية والبدنية الناجمة عن العمل، ولذا فإن مفهوم السلامة بشقيها الصحي والمهني يتطلب اتخاذ جميع الإجراءات والخدمات من قبل إدارة الموارد البشرية في المنظمة لصيانة وحماية جميع عناصر العملية الإنتاجية أو الخدمية من الإصابات والحوادث الناجمة عن العمل.³⁴

تعددت المفاهيم واختلفت جهات النظر وتداخلت المصطلحات وتقاربت إلا أن الوجهة واحدة وهي حماية العامل من الأخطار المحتملة والأمراض النفسية والبدنية الناجمة عن العمل، وحماية جميع عناصر الإنتاج لضمان السير الحسن لأي مؤسسة واستمرارها.

8- الفرق بين الصحة العامة والمهنية:

إن البعض يفرق بين لفظ الصحة العامة والصحة المهنية باعتبار أن الصحة العامة لها وسائل عامة على مستوى المجتمع والأفراد والجماعات، أما الصحة المهنية فهي تختلف من مهنة لأخرى حسب طبيعة العمل في هذه المهنة، ولذا تهدف الصحة المهنية إلى تحديد المواصفات البدنية والصحية التي تلتزم بها كل مهنة على حد.³⁵ وما زال ينظر للصحة النفسية والاعتلال النفسي عموماً بأنها تقعان خارج الصحة العمومية التقليدية بمفاهيمها الأساسية للصحة والاعتلال وعواقب ذلك ونتائجه مضاعفة، إذ إن فرص تحسين الصحة النفسية في المجتمع لا تستغل تماماً ومن جهة ثانية غالباً ما تميل الجهود المنظمة في الدول لتخفيف من العبء الاقتصادي والاجتماعي للاعتلالات النفسية لصالح معالجة الأفراد المعتلين.³⁶

9- الهدف الرئيسي للصحة المهنية:

- تعزيز والحفاظ على أعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية والاجتماعية والعاطفية لجميع العمال من الناحية العملية، بدأ هذا الهدف يتحقق فقط في أماكن العمل المختارة ومع ذلك فهو استثمار جيد وهدف أساسي في تحقيق عمل منتج.

بشار يزيد الوليد (2009)، مرجع سابق، ص 220.³³

³⁴ خضير كاظم حمود، ياسين خرايشة (2007)، إدارة الموارد البشرية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ص 225.

مجدي عبد الله شرارة، مرجع سابق، ص 13.³⁵

³⁶ (د، ن)، (2005)، دليل تعزيز الصحة النفسية، المفاهيم، البيانات المستجدة، منظمة الصحة العالمية، مرجع سابق، ص 13.

- اضافت التغييرات السريعة الجوهرية في الاعمال التجارية في السبعينات 3 قضايا حاسمة تؤثر على ممارسات الصحة المهنية:

أولاً: تتطلب المنافسة العالمية المتزايدة أن تضل الشركات قادرة على المنافسة من خلال خفض او مراقبة تكاليف التشغيل بأدنى مستوى ممكن.

ثانياً: حدثت زيادة في الاخطار التكنولوجية التي تتطلب مناهج متطورة وكذلك معرفة علم السموم وعلم الأوبئة وبيئة العمل ومبادئ الصحة العامة.

ثالثاً: تستمر تكاليف الرعاية الصحية في التصاعد بمعدلات أسرع من معظم أرباح الشركات.³⁷

10- إدارة بيئة العمل:

تعتبر إدارة بيئة العمل المادية والنفسية من اجل توفير السلامة والصحة للعنصر البشري في مكان العمل جزءاً هاماً من استراتيجية إدارة الموارد البشرية ذلك لان هذه المسألة ذات مساس مباشر بأهم ما يملكه الانسان وهو صحته وحياته وهي في الوقت نفسه ذات أهمية اقتصادية كبيرة بالنسبة للمنظمة والمجتمع. لان ارتفاع معدل إصابات وامراض العمل في المؤسسات يكلفها أموالاً طائلة تنفقها في علاجها هذا الى جانب انها تعطل العمل فيها وبالنسبة للمجتمع فارتفاع هذه النفقات يؤثر سلباً في الناتج الوطني ويؤدي الى فقدان جزء من طاقة البلد الإنتاجية.³⁸

ولقد اشارت الإحصائيات الصادرة عن المنظمات الدولية بما يقدر ب 110 مليون عامل يتعرضون لإصابات مختلفة منها 180 ألف إصابة تؤدي الى وفاة بمعدل 4 إصابات كل ثانية وحادث خطير كل 3 دقائق ،

من خلال هذا يتضح جليا العلاقة الوطيدة بين السلامة المهنية في بيئة العمل والصحة النفسية التي تعد هي القاعدة والاساس لعافية الفرد والمجتمع وحالة التوازن الذي يتضمن النفس والآخرين والبيئة وكل ما يساعد المجتمعات والافراد لفهم كيف يطلبون تحسين صحتهم وتقادي الخسائر بسبب الإصابات، وقد اشارت احصائيات منظمة العمل الدولية ان الخسائر بسبب إصابات العمل في إنجلترا خلال سنوات الحرب العالمية الثانية بلغت ثلاث اضعاف خسائر الحرب في الولايات المتحدة الأمريكية حيث بلغت أكثر من 7 اضعاف خسائر الحرب، وفي سنة 1944 كانت هناك في الولايات المتحدة الأمريكية من ستة ملايين إصابة عمل واكثر من نصف مليون حالة مرض مهني وفي نفس العام انفقت الولايات المتحدة الأمريكية 121 بليون دولار بسبب إصابات العمل ما بين تكلفة أيام الغياب وخسائر الإنتاج وتكاليف العلاج والمصروفات الإدارية .

11- تعزيز الصحة النفسية في بيئة العمل:

أولوية وعاملاً أساسياً لتحسين جودة حياة موظفي القطاع الخاص والعام، حيث تم استعراض نتائج تقرير جودة الحياة في بيئة العمل الذي أعده مجلس القطاع وتطلعاتهم المستقبلية وانعكاسات ضغوط العمل على صحتهم النفسية، ففي إنجلترا تبين ان الضغوط التنظيمية مسؤولة وحدها عن فقد 36 مليون يوم عام 1981 وهي منققة على علاج أمراض القلب والقرحة. كما اثبت خبراء العمل الإداري والنفسي ان ما بين

³⁷أحمد ربيع عبد الخالق، عزت الفضالي، عصام جمال (2019)، برنامج لتنمية الوعي بإجراءات السلامة والصحة المهنية في بيئة العمل، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة مدينة السادات، ص 223 .
خالدي محمد، مرجع سابق، ص 206،³⁸

50% الى 80% من الامراض الطارئة التي يتعرض لها الافراد تكون ذات علاقة بالضغط سواء البيئية او التنظيمية او الاسرية، وقد دلت الإحصاءات الامريكية أن هناك عشر طرق موصلة للموت في الولايات المتحدة لها علاقة بالضغط وهي الازمات الالتهابات الرئوية، امراض السكر، الانتحار، تضخم الكبد، تصلب الشرايين.³⁹

12 -برامج الصحة الإيجابية:

توضح هذه البرامج التنوع في المداخل المختلفة التي تهدف الى التخفيف من الضغط والمشاكل المترابطة وكذلك تشجيع أنماط الحياة الصحية، هناك نشاط متزايد متعلق بإجراء حملات الأكل الصحي والمساندة والدعم سوية مع توفير مضاد للنشاط الجسدي، برنامج التعاون الحسن من اجل صحة جيدة منذ مدة طويلة في الولايات المتحدة الامريكية غالبا ما تعتبرمنفعة للعمال كما وتشجع على إنتاجية اعلى وتخفيض مستوى الغياب، كما يرى MILLS ان

هذه البرامج تشكل تحديا للمنظمات ويقدم اقتراحا للقائمين على المنظمات في ان عليهم على الأقل ان يقيموا برنامج الصحة الإيجابية وان يحققوا في التأثير الذي سببه نمط الإدارة السائد.⁴⁰ ان بعض هذه الاستراتيجيات لبرامج الصحة الإيجابية والتعاون الحسن تتضمن استخدام التأمل واستخدام التدريب الذاتي، كما وطور التدريب النفسي من خلال اجراء تمارين في الادراك الجسدي والاسترخاء الجسدي والتي تؤدي الى العديد من الفوائد العقلية والجسمانية مثل تخفيف القلق وعوامل الخطر مؤثرة على القلب.⁴¹

تعد الاعتلالات النفسية شائعة وعالمية الانتشار، اذ مثلت الاضطرابات النفسية والسلوكية 11 % من العبء الإجمالي للمرض في عام 1990 ومما ينبأ عنه زيادة تصل الى 15 % بحلول عام 2020 تسبب مشاكل الصحة النفسية أيضا تكاليف أخرى متفاوتة في المجتمع. ولقد كان الاكتئاب المساهم الرابع الأكبر في عبء المرض عام 1990 ويتوقع ان يصبح السبب الثاني الأكبر بعد مرض القلب الاقفاري بحلول عام 2020 وماتزال الاعتلالات النفسية والصحة النفسية موضوعات مهمة في معظم المجتمعات الحكومية، ولقد اظهرت البيانات الحديثة التي جمعتها منظمة الصحة العالمية فجوة واسعة بين الموارد الموجودة والتي تتيحها الدول من اجل الصحة النفسية والعبء الناجم عن المشاكل الصحة النفسية، واما عبء الاعتلالات النفسية فقد زاد بعكس المكاسب الصحية الاجمالية لسكان العالم في العقود الحديثة.⁴²

13 -برامج مساعدة العاملينوالوقاية الصحية النفسية الجسدية:

برامج مساعدة العاملين: من بين اهم برامج السلامة المهنية اذ يصمم لتقديم العون والإرشاد للعاملين الذين يواجهون معوقات وصعوبات في أدائهم بسبب المشاكل النفسية كالتوتر في العمل والامراض النفسية والعقلية، ومن اهم الطرق في التقليل من الضغوط النفسية لدى العاملين كالتالي:

- السماح للعاملين بالحديث بحرية مع بعضهم البعض لا شباع حاجاتهم الاجتماعية والإنسانية وحل مشاكلهم مما يؤثر على كفاءتهم الإنتاجية .

مجدي عبد الله شرارة، مرجع سابق، ص 24³⁹

سهيلة محمد عباس، مرجع سابق، ص 312 .⁴⁰

سليم بطرس جلدة، مرجع سابق، ص 58 .⁴¹

مارغريت باري واخرون، مرجع سابق، ص 18 .⁴²

- تقليل الصراعات بين العاملين من خلال الاعتماد على سياسات التفاوض والتعامل العادل وتحديد الأهداف والادوار الوظيفية بوضوح.
- التركيز على الرقابة الذاتية في قياس وتقويم الأداء.
- الانفتاح مع العاملين واعلامهم بكل الأمور المتعلقة بعملهم.
- دعم جهود العاملين والاستماع إليهم واطلاعهم على مجريات الأمور في المنظمة.
- تصميم برامج الفوائد والخدمات التي تتلاءم مع رغبات العاملين وحاجاتهم.
- تقدير الجهود المتميزة ودعمها بالحوافز المناسبة.

2 برامج الوقاية من الامراض:

تزايدت في السنوات الأخيرة التكاليف الصحية للعاملين مما أدى الى سعي المنظمات لتقليلها من خلال برامج الوقاية من الامراض، ان هذه البرامج تؤثر على سلوك العاملين وانماط حياتهم الصحية، ونظرا لأهمية هذه البرامج في الحفاظ على صحة العاملين وتقليل التكاليف الصحية التي تتحملها المنظمات فقد سعت معظم المنظمات التي تبني هذه البرامج الوقائية وفي أحدث استقصاء للشركات في أمريكا وجدو أن 75% من اجمالي الشركات تبني هذه البرامج.

14-أهمية هذه البرامج:

- تساعد العاملين في تحديد المخاطر الصحية عن طريق الفحوصات الدورية.
 - اعلام العاملين وارشادهم حول إجراءات الوقاية الصحية الذاتية.
 - توفير المعلومات الخاصة بالأمراض الشائعة ونتائجها وطرق الوقاية منها
 - تشجيع العاملين في تغيير عاداتهم الصحية واتباع أسس التغذية الجيدة.⁴³
- من خلال مضمون هذه البرامج التي تعد بحد ذاتها نصائح واقتراحات لحماية العاملين من الامراض النفسية والضغط المهنية التي تعد سببا مباشرا في الامراض الجسدية. ولقد اشارت بعض الدراسات ان برامج مساعدة العاملين هي برامج ذات فعالية كبيرة قياسا بتكاليفها حيث ان كل دولار يصرف على هذه البرامج تسترجع الشركات مقابله من 3-5 دولار.⁴⁴

الخاتمة:

"العقل السليم في الجسم السليم والعكس صحيح"، مقولة لطالما رددت على افواه الكثير من العامة ومن الخاصة في ميادين المهن والصناعات لكن بمدلولها ومفهومها السطحي الذي يعتبر بسيطا الا ان مضامينها وخاصة في المجال الصناعي تكلف الكثير والكثير ان لم نوفي حقها ولم نسعى الى تحقيق الامن والسعي جاهدا لسلامة ووقاية الافراد صحيا ونفسيا وجسديا بتوفير الجو الملائم والبيئة المهنية المناسبة والبحث عن الأسباب فورا ومعالجتها لتفادي كل

سهيلة محمد عباس، مرجع سابق، ص 313.43

نفس المرجع، ص 313.44

المخاطر المسببة بالأمراض والاعتلالات النفسية والتي مألها أمراض جسمية منهكة ما تكبد المنظمات وهيئات الضمان الاجتماعي خسائر فادحة ناهيك عن اقتصادها ومكانتها في السوق المحلية كانت او الدولية ; وهذا ما أقرته نتائج كافة الدراسات التي تطرقنا لها في هذه المداخلة والتي استدلينا بها في قراءتنا التحليلية في وضع السلامة والصحة المهنية ومدى فعاليتها في تحقيق الصحة النفسية. ورغم تقارب الميادين والتخصصات الدارسة لهذا الموضوع، إلا انها توصلت كلها الى نفس النتيجة وهي حماية ووقاية العاملين وسلامتهم المهنية يؤدي الى سلامتهم النفسية والعقلية ما يضمن السير الحسن لأي منظمة واستقرارها واستمرارها وجودتها بتطبيق نظم جودة الصحة والسلامة المهنية التي تعتبر الفارق الأساسي بين المنظمات في حفاظها من عدمه على موردها البشري الذي هو أساس التنظيم وعموده الفقري .

قائمة المراجع:

- 1- أحمد ربيع عبد الخالق، عزت الفضالي، عصام جمال (2019) ، برنامج لتنمية الوعي بإجراءات السلامة والصحة المهنية في بيئة العمل ، معهد الدراسات والبحوث البيئية ، جامعة مدينة السادات.
- 2- بسام أبو الذهب (2017) ، تحسين العمل في قطاع الخدمات الصحية ، منظمة العمل الدولية ، ترجمة المعهد العربي للصحة والسلامة المهنية .
- 3- بشار يزيد الوليد (2009)، الإدارة الحديثة للموارد البشرية، الطبعة الأولى، دار الياية للنشر والتوزيع، عمان.
- 4- خالدي محمد (د، ت) ، قراءة تحليلية في وضع السلامة والصحة المهنية بالجزائر وفق لمعايير العمل الدولية ، مجلة إدارة الاعمال والدراسات الاقتصادية ، العدد الرابع ، الجزائر.
- 5- خضير كاظم حمود، ياسين خرايشة (2007)، إدارة الموارد البشرية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 6- سليم بطرس جلدة (2005)، إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
- 7- سهيلة محمد عباس (2003)، إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
- 8- عاشور علوطي (2015)، الابعاد النفسية للصحة والسلامة المهنية لدى العامل داخل المؤسسة، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 20، الجزائر.
- 9- عبير نجم عبد الله أحمد (د، ت)، دور الوعي الاجتماعي في تعزيز الصحة النفسية للمرحلة الراهنة ، مركز البحوث التربوية والنفسية ، العراق .
- 10- عتيقة حرايرية (2017)، الصحة والسلامة المهنية من التشريع الى التنفيذ، مجلة الأداب والعلوم الإنسانية، العدد 17.
- 11- فتيحة بوجرود، سعاد قورين (2020)، ثقافة الصحة والسلامة المهنية في المستشفيات، مجلة الريادة لاقتصاديات الاعمال، العدد 03، سطيف الجزائر.
- 12- ليث زهير عبد الأمير السكافي (2015) ، ممارسة إدارة السلامة المهنية ودورها في تحسين كفاءة الإنتاج ، مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية العدد 36 ، جامعة الكوفي .
- 13- مارغريت باري، أليشيا كلارك، انجي بيترسن (د، ت)، تعزيز الصحة النفسية، أولويات التنفيذ، الترجمة المحلية الصحية لشرق المتوسط، العدد السابع.

- 14- ماهر فرحان مرعب (2014)، أثر الثقافة على الصحة النفسية، مجلة علوم الانسان والمجتمع، العدد 11، الجزائر
- 15- مجدي عبد الله شرارة (2016)، السلامة والصحة المهنية وتأمين بيئة العمل، مؤسسة فريديش ايبيرت، مصر.
- 16- محمد بيومي محمد امام (2010)، تقييم عمليات السلامة والصحة المهنية بهدف تحسين أداء العاملين، المجلد السادس، العدد الرابع.
- 17- محمد فالح صالح (2004)، إدارة الموارد البشرية عرض وتحليل، الطبعة الأولى ، دار حامد للنشر والتوزيع ، عمان
- 18- نادر أبو شيخة (2009)، إدارة الموارد البشرية إطار نظري وحالات علمية، الطبعة الأولى، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- 19- (د ، ن) ، (2005) ، دليل تعزيز الصحة النفسية ، المفاهيم ، البيانات المستجدة ، منظمة الصحة العالمية .

دراسة استكشافية لواقع التكفل بأطفال اضطراب طيف التوحد¹ بمركز "جسر الأمل" – تبسة-

د. بهتان عبد القادر

ط.د. بلهوشات سمية

جامعة 08 ماي 1945 قالمة- الجزائر

مقدمة :

تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن شخصاً واحداً من كل 160 شخصاً يعاني من اضطرابات طيف التوحد (<https://www.who.int/ar/news>)، وتشهد الجزائر كغيرها من البلدان تزايداً مستمراً في الاضطراب بحيث قدر بحسب إحصائيات وزير الصحة إلى 80 ألف إصابة للأطفال تتراوح أعمارهم ما بين 15 شهراً و17 سنة (سنوسي، 2017:ص29)، مما جعله يكون موضوعاً خصباً للدراسة والأبحاث في العديد من المجالات من بينها مجال التربية الخاصة، الذي اهتم بإنتاج العديد من البرامج والتدخلات للقضاء على القصور وتفعيل دور الطفل التوحد في المجتمع، انطلاقاً من التعليم المكيف أو ما يسمى "بالتربية الدامجة" الذي يعد مشروعاً مجتمعياً يخرط فيه مختلف الفاعلين والمتدخلين، بل وتتفاعل معه أوساط أخرى يكون لها الدور في تغيير الاتجاهات والتمثيلات حول اضطراب طيف التوحد، ويعود أصل المصطلح إلى الطبيب النفسي الأمريكي المتخصص في الأطفال "ليوكانز" (Leo Kanner) الذي أشار إلى أن التوحد الطفولي كاضطراب يحدث في الطفولة في عام 1943، وعندما قام بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقلياً بجامعة هارفارد في الولايات المتحدة الأمريكية لفت انتباهه وجود مجموعة من الأنماط السلوكية الغير العادية لأحدى عشر طفلاً كانوا مصنفيين على أنهم متخلفين عقلياً، فقد كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح اضطراب الذاتوية الطفولية، حيث لاحظ انغلاقهم الكامل على الذات، والابتعاد عن الواقع، والانطواء والعزلة، وعدم التجاوب مع المثيرات التي تحيط بهم، ومنذ عام 1943 استخدمت تسميات متعددة منها التوحد وذهان الطفولة، النمط غير السوي في النمو (الشاذ) ويرى بعض الباحثين أن هذه التسميات تعكس التطور التاريخي لمصطلح (إعاقة التوحد) واختلاف اهتمامات وتخصصات العاملين في مجال التربية الخاصة والمهتمين بهذا الاضطراب فضلاً عن استخدام عدد من التسميات كان بسبب الغموض وتعقيد التشخيص. (مجيد، 2010:ص19)

وفي التصنيف الدولي للأمراض العقلية والاضطرابات السلوكية (ICD-11¹) عرف على أنه : "اضطراب يتسم بالعجز في القدرة على بدء واستدامة التفاعل الاجتماعي المتبادل والتواصل الاجتماعي، وبمجموعة من أنماط السلوك والاهتمامات المحدودة والمتكررة وغير المرنة، يبدأ الاضطراب خلال فترة النمو، عادة في مرحلة الطفولة المبكرة، ولكن قد لا تظهر الأعراض بشكل كامل حتى وقت متأخر، وذلك عندما تتجاوز المطالب الاجتماعية القدرات المحدودة، يكون العجز شديداً بما يكفي لإحداث تدن في المجالات الشخصية أو الأسرية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من المجالات المهمة، على

¹TSA : trouble du spectre autistique

الرغم من أنها قد تختلف وفقا للسياقات الاجتماعية أو التعليمية أو غيرها، يظهر الأفراد على طول الطيف مجموعة كاملة من الوظائف الذهنية والقدرات اللغوية". (الحمادي، 2021:ص82)

ولم يصل العلماء والباحثين إلى سبب أكيد وموحد حتى الآن بل اختلفت أسباب الإصابة بالاضطراب وما يزال حقلًا للدراسة والبحث للتعرف على أسبابه، وقد تعددت العوامل التي ذكرت في كثير من الدراسات كأسباب للتوحد اعتمادًا على اختلاف الاختصاصات والاهتمامات بين الباحثين وتنوع خلفياتهم النظرية ليبقى ما تم التوصل إليه مجرد افتراضات (الشامي، 2004:ص25)، ويعتمد التشخيص حسب DSM5 على توفر الأعراض والتي تقسم إلى قسمين فالأول: يتعلق بالتواصل الاجتماعي والغير اللفظي والقسم الثاني: يتعلق بالسلوكيات النمطية (APA, 2014)، بحيث أن التصنيف الإحصائي الخامس DSM-5 اهتم بالتغلب على جوانب القصور بدلًا من إعطاء مسمى. (عبد العزيز، 2016:ص109)

وقد ظهرت العديد من البرامج العلاجية التي تعتمد في إطار الممارسة السريرية على التنظيم العلمي للتكفل بالطفل التوحدي والتعديل من الأنماط السلوكية الغير المرغوبة بهدف دمج اجتماعيا وينطلق هذا من التشخيص الجيد².

وانطلاقًا مما سبق عرضه نصل إلى أهمية التشخيص والتكفل في تحقيق تنمية مختلف المهارات الاجتماعية والإدراكية لأطفال اضطراب طيف التوحد، ومن هنا اخترنا أحد المراكز الخاصة بالجزائر ألا وهو مركز جسر الأمل - بتبسة - للإجابة على الطرح الآتي:

* ماهو واقع التشخيص والتكفل بأطفال اضطراب طيف التوحد بمركز جسر الأمل؟

التعريف الإجرائي بمصطلحات الدراسة:

التشخيص: يقصد به هو أن يقوم الأخصائي النفسي بالاستعانة بالتصنيفات الدولية للاضطرابات من أجل مساعدته على حصر الأعراض ضمن فئة تصنيفية معينة وإدراجها ضمن تحديد علمي دقيق .

التكفل: هو عبارة عن خطة فردية يقوم بها الأخصائي النفسي تحوي نقاط قوة وضعف لكل حاله بالاعتماد على مختلف البرامج التربوية الملائمة من أجل تنمية المهارات المطلوبة.

اضطراب طيف التوحد: هو عبارة عن الاضطرابات التي تظهر خلال سنوات الثلاث الأولى، تندرج أعرضه في القصور الاجتماعي وانعدام التواصل اللفظي والغير لفظي والسلوكيات النمطية.

البرامج التربوية: هي عبارة عن مجموعة من الأنشطة التي تهدف إلى تنمية المهارات التواصلية والإدراكية والحسية للأطفال من اجل مساعدتهم على بلوغ السلوك التكيفي.

الدمج المدرسي: هو عبارة عن عملية تهدف لتكييف البرامج التعليمية وفق ما يتلائم مع مختلف فئات اضطراب طيف التوحد.

الدراسة الميدانية:

مكان اجراء الدراسة:

² هو عبارة عن عملية يقوم بها الأخصائي النفسي من جمع للمعلومات والبيانات الشاملة لوضع صورة متكاملة عن شخصية الفرد وعن إمكانياته وقدراته بهدف رسم خطة عمل موائمة للفرد

التعريف بالمركز : يعد مركز " جسر الأمل" - بتبسة - من أكثر المراكز فعالية في الولاية أفتتح في الثامن من جانفي 2017 بطلب اعتماد من جمعية "جسر الأمل" في إطار القرار الوزاري، كذلك خضع المركز لاتفاقيات مع CNR/CNAR، من أجل تعويض الأولياء الذين يشتغلون بالدولة.

وصف للمركز: يقع المركز في شقة في الطابق السفلي مجهزة بكل المستلزمات والأدوات الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة، على اعتبار أن المركز يعني أيضا بأطفال الدوان وصعوبات التعلم واضطرابات النطق وغيرها من الاضطرابات، إذ يحوي على عدة قاعات خاصة منها : قاعة الفحص النفسي وهي تختص بالأخصائي النفسي (مدير المركز) يجري بها مقابلات مع تشخيصية مع أطفال التوحد وأولياهم، قاعة خاصة بتدريب أطفال التوحد، قاعة خاصة بأطفال الداون وقاعة خاصة بأطفال صعوبات التعلم، وقاعة خاصة بأطفال اضطرابات النطق، وقاعة خاصة المختص في التدريب الحس حركي، وقاعة خاصة بالرياضة.

منهج الدراسة: تتعدد المناهج المستخدمة في البحوث العلمية وهذا طبقا لنوعية الموضوع ومتطلباته، إذ تتلائم الدراسة مع المنهج الاستكشافي والذي يكشف لنا عن نتائج جديدة تنطلق من الواقع.

المنهج الاستكشافي: يركز هذا المنهج أساسا على وصف الدقيق للظاهرة أو موضع المحدد ويتميز بأنه يبين معلومات تفصيلية عن الواقع الفعلي للظاهرة، ويقدم في الوقت ذاته تفسير واقعي للعوامل المرتبطة بموضوع الدراسة (Kimathi, sd, p1)

المقابلة: "هي عبارة عن محادثة موجهة بين الباحث والمبحوث بهدف بلوغ الاهداف المرجوة من الدراسة. (سبعون، 2012:ص55)

المقابلة النصف موجهة : وهي عبارة عن أداة لجمع المعطيات وتعتبر وسيطا بين المقابلة المغلقة والمقابلة المفتوحة، فهي تجمع بين متناقضين هما من جهة تسمح للمبحوث ببناء فكرة حول الموضوع، ومن جهة ثانية تنفي من مجال اهتمام مختلف الاعتبارات التي يريد إثارتها المبحوث، وتهدف إلي جعل المبحوث يثير خطابه بأقل تدخل من الباحث لاستكشاف المعطيات التي يملكها المبحوث حول الموضوع (فريدة مشري، 2016: ص- ص 251، 252).

الملاحظة: تعتبر أساس جميع الأعمال السريرية، وتكون في جميع المجالات الإنسانية تتعلق بجانبين أما الأول فيتمثل في المجال الاجتماعي وهنا تتعلق بالملاحظة بالبعد الاجتماعي والجماعي ويطلق عليها "الملاحظة بالمشاركة"، أما المجال الثاني فيتعلق بالملاحظة التي تعتمد على البعد التجريبي و التي يطلق عليها في كثير من الأحيان "الملاحظة السريرية المنظمة". (Ciccone, 2012 : pp55,56)

التشخيص: يتم التشخيص الطفل ذو اضطراب طيف التوحد بالمركز عن طريق استخدام دراسة الحالة مع الوالدين، ومقياس CARS ، ويتم أخذ الطفل لقاعة فيها فريق متكامل لكل يتكون من أخصائي نفسي، وأخصائي أطفوني، وأخصائي بيداغوجي، وأخصائي في التأهيل الحس حركي وأخصائي في الرياضة، ومربية، ولكل له وظيفته والتي تتمثل في تسجيل الملاحظات حول الطفل وفي الجدول التالي سنوضح مهام كل من أعضاء الفريق :

أعضاء فريق العمل	المهام
الأخصائي النفسي	ملاحظة السلوكيات الغير سوية ونمط الاستجابات التي يقوم بها الطفل
الأخصائي الحس حركي	ملاحظة التناسق الحركي، التوازن، وكل المشاكل الحس حركية .
الأخصائي البيداغوجي	ملاحظة قدرات الطفل في المجال التربوي على سبيل المثال : نطق الحروف، إمساك القلم، معرفة الأرقام ..الخ
الأخصائي الأطفوني	ملاحظة كل اضطرابات النطق لدى الطفل.
المربي	ملاحظة قدرة الطفل على أداء حاجياته الأساسية (مجال الاستقلالية)
أخصائي في الرياضة	يقوم بمختلف الأنشطة الرياضية التي تساعد على الأداء الحركي والتوازن

ثم يتم إجراء اجتماع تقييمي للطفل وتبادل المعلومات والبيانات حول الطفل، واستخراج كل الملاحظات التي تحوي تناقض بين تصريح الأولياء وملاحظات أعضاء الفريق، بحيث يشخص الطفل على مدار حوالي شهر فتلك الملاحظات يتم إعادة العمل عليها في المركز وتقييمها لإزالة الغموض والالتباس ووضع تشخيص مناسب للطفل مثال: خرج أعضاء الفريق على أن الطفل يمشي على رؤوس أصابعه وتصريح الوالدين ينافي هذه الملاحظة هنا يتم إعادة العلم عليها بوضع الطفل في عدة اختبارات حيث يتم الطلب من الطفل بالمشي على جميع الملابس منها الأرضية الباردة، والأرضية الملساء والأرضية الصلبة والأرضية اللزجة ومن خلالها يتم التأكد من أن الطفل يعاني من مشاكل حسية أم لا، وبناء على العمل وتطبيق عدة اختبارات منها: اختبار التوحد CARS, DSM4, Fenlend, Stanfoud benner, whc، وكذا مقاييس أخرى تستخدم في حالة وجود تناقضات في الملاحظة من قبل أعضاء الفريق أو الأولياء منها مقاييس الاستقلالية، التمييز السمعي، الإغلاق السمعي، الإدراك البصري... الخ، ولا ننسى أنه يتم الاستعانة ببعض التحاليل والفحوصات الطبية من بينها تحليل الأملاح المعدنية للطفل، وكذا قياس التخطيط الدماغى للطفل، وبعد التكامل في الفحوصات بين أعضاء فريق العمل في المركز والفحوصات الطبية يتم وضع ملف خاص بالطفل مع التشخيص المناسب وخطة العمل الخاصة بالطفل.

التكفل بالطفل التوحدي في المركز:

يتم التكفل بالطفل التوحدي بعد وضع الخطة الفردية المناسبة والتي تتلائم مع احتياجاته حتى يصل بالطفل لعلمية الدمج المدرسي وتقسيم على خطة التكفل في المركز عبر ثلاث مستويات وهي كالاتي:

المستوى الأول (التدخل مبكر)	البرامج المطبقة
يكون الطفل في مرحلة بحاجة إلي تعديل المشاكل السلوكية، وتنمية كل من مهارات التفاعل التواصل البصري واللفظي، والاستجابة وتحقيق الاستقلالية. (فروق فردية)	برنامج لوفاس ³ : يتم أخذ كل ما يحتاجه الطفل من تنمية لنقاط الضعف من البرنامج. (كل ماهو تربوي)
المستوى الثاني(ماقبل الأكاديمي)	البرامج المطبقة

³ هو برنامج مبتكر من قبل "Ivor Lovaas" " أستاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلس(كاليفورنيا) تقوم أساسا على مبادئ النظرية السلوكية .

<p>يكون سلوك الطفل معدل، ولديه استجابة، ولغة، وفي هذه الحالة يتم التدخل من أجل تجهيز الطفل للتعلم، فيتم تدريب الطفل على إمساك القلم، التصنيف، الألوان، الكتابة... الخ</p>	<p>برنامج الأيبلز⁴ والتيتش⁵: أخذ الأنشطة الملائمة بحسب احتياجات كل طفل لتحقيق أهداف المرحلة.(تحضيري)</p>
---	--

<p>المستوى الثالث(المرحلة الأكاديمية)</p>	<p>البرامج المطبقة</p>
<p>وفي هذه المرحلة يكون الطفل جاهزا للتعلم قادرا على الاستجابة للأوامر، الفهم، النطق، الكتابة، أو الإمساك بالقلم، التهجئة، الإملاء، تسمية الأشياء (فروقات فردية).</p>	<p>الأيبلز: يحوي على بنود خاصة بالقراءة والحساب، والهجاء. برنامج رياض الأطفال: كل ما هو تعليمي. (تخطيطي للدمج المدرسي)</p>

ملاحظة:

- هناك حالتين من ثلاثون حالة في المركز تم دمجهم بنجاح في أقسام عادية وهذا بعد تقرير من المختص النفسي المسؤول عن المركز إلي مدير الأكاديمية، وتم دمجهم والحالتين جد متفوقين، والكثير من الحالات التي هي بصدد هذه المرحلة في المركز.

- يتم العمل في المركز بتقييم نقاط القوة والضعف للحالات وليس العمر الزمني.

- يتم العمل مع الطفل في إطار تكاملي لتنمية مختلف المهارات(مهارات الرعاية بالذات، مهارات الاجتماعية، مهارات حركية، مهارات لغوية، مهارات قبل أكاديمية، مهارات أكاديمية) التي تتلائم والخطة الفردية، بهدف تقليص وقت التدريب من أجل السعي لإيصال الطفل للدمج المدرسي،-إذا كان العمر الزمني للطفل متقدما- على اعتبار أن مدير المركز يعمل في هذا المشروع والجدول التالي يوضح التقسيم الأسبوعي للعمل في المركز:

الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس
التهيئة الصباحية	التهيئة الصباحية	التهيئة الصباحية	التهيئة الصباحية	التهيئة الصباحية
مهارات ما قبل أكاديمية	مهارات ما قبل أكاديمية	مهارات ما قبل أكاديمية	مهارات ما قبل أكاديمية	مهارات ما قبل أكاديمية
مهارات لغة الاستقبال	مهارات لغة الاستقبال	مهارات لغة الاستقبال	مهارات لغة الاستقبال	مهارات لغة الاستقبال
مهارات حركية	مهارات الحركات الكبرى	مهارات الحركات الصغرى	مهارات الحركات الكبرى	مهارات الحركات الصغرى

تحليل المقابلة :

من خلال المقابلة والملاحظة التي قمنا بها في مركز " جسر الأمل "، توصلت الدراسة إلي أن مدير المركز والذي يعتبر الأخصائي النفسي المسؤول عن المركز -بتبسة-، والمكلف بإدارته تحت إطار جمعية " جسر الأمل" فإن الأخصائي ذوو مستوى تكويني كافي يؤهله للتشخيص والتكفل الجيد بأطفال التوحد، وكذا الوقوف على تكوين أعضاء فريق العمل بالإضافة إلي توفير المركز لكافة الاختبارات والوسائل المساعدة على التكفل الجيد بالأطفال، كما أن إشراف مدير المركز على تكوين الفريق

⁴هو عبارة عن برنامج قام بتطويره "أريك شوبلر" سنة 1982 ويعتبر أول برنامج تربوي خاص بتعليم الأطفال التوحديين معتمد من قبل الجمعية الأمريكية.

⁵ هو برنامج للتقييم المهارات الأساسية والضرورية للتواصل والتعلم واللغة

المختص بالدمج المدرسي جعل من المركز يضع أهدافا بعيدة تتطرق من التشخيص الجيد إلي التكفل فالدمج المدرسي (وجود حالتين من المركز تم دمجهم في أقسام خاصة)، وتحقيق الاستقلالية وتنمية القدرات الإدراكية والتواصلية للطفل التوحدي، ولاحظنا أن الأطفال الذين تم التكفل بهم مبكرا وإخضاعهم لمخطط فردي تربوي وتعليمي مكنهم من تحقيق الاستقلالية بصورة كبيرة ومن التمكن من الاندماج الاجتماعي والمدرسي، كما يعتمد المركز على التنوع في الاختبارات والمقاييس والبرامج التربوية وهذا من منطلق الفروق الفردية والاحتياجات الخاصة لكل حالة، وبهذا فالتركيز على التشخيص الجيد والخطة الفردية حقق تنمية للمهارات الأساسية للأطفال المتواجدين على مستوى المركز، وتهيئتهم لعملية الدمج، وانتقال التكفل بهم من وسط المركز الخاص إلي الوسط المدرسي.

خاتمة

وفي الأخير نصل إلي أن التخطيط والعمل مع أطفال اضطراب طيف التوحد يمكن من بلوغ الأهداف المرسومة مسبقا، وتكون لهم قابلية للدمج المدرسي وهذا راجع لدقة التشخيص والخطة الفردية العلاجية الدقيقة للأطفال بالمركز، قد مكنت من دمجهم المدرسي وتحقيق استقلاليتهم، بالإضافة إلي أن العمل المشترك بين الجمعية والمركز وفريق الدمج ساعد على تفعيل مخططات المركز وجعل العمل متوازنا، إلا أن خصوصية الاضطراب تتوجب استمرارية العمل والتعامل الخاص مع هؤلاء الأطفال، مما يستدعي تكويننا متواصل ومستمر لأعضاء فريق العمل، وبإل وتتعدى ذلك لوجوب تضافر جهود أولياء أطفال التوحد من أجل مساعدتهم في التكفل، لأن العمل التكفلي يتطلب تشابكا لمختلف الأوساط، وهذا ما قد يعيق العمل خصوصا في وجود أولياء يهتمون بالوضع داخل المراكز فقط، مما يعيق عملية تنمية مهارات أطفالهم، ويكثف جهود فريق العمل داخل المركز مع تدهور مستمر بسبب الإهمال ورفض العمل مع أطفالهم و عليه نقدم بعض مقترحات التي تم استخلاصها من الدراسة :

- لا بد من التكوين المستمر والمتواصل لأعضاء فريق المركز وخصوصا حول البرامج التربوية وكيفية التعامل مع مختلف حالات أطفال اضطراب طيف التوحد.
- تصنيف الأطفال إلي فئات حسب شدة الاضطراب ، وإدراجهم حسب تصنيفهم الفئوي في مجموعات لا تتعدى 4 أو 5 أطفال مما يساعد على التواصل والدمج في مرحلة مبكرة.
- يجب تعميم هذه التجربة والتخطيط ليس فقط لتنمية الاستقلالية لدى الأطفال إنما دمجهم اجتماعيا ومدرسيا ومهنيا والتشجيع على بناء الخطة الفردية ومراعاة الفروقات الفردية .
- فتح الأفاق لأصحاب المراكز مما عاشوا تجربة ناجحة في تنمية مهارات أطفال اضطراب طيف التوحد وتعميمها على جميع المراكز الخاصة أو مؤسسات الدولة .
- التحضير النفسي لأولياء أطفال التوحد بعد تلقي التشخيص من أجل تقبل الاضطراب، ثم العمل الدؤوب والمستمر معهم للتنفيس الانفعالي عن كافة الضغوطات الناتجة عن وجود طفل توحدي في المنزل.
- وضع خطة تقييم مستمرة بمعونة أولياء أطفال التوحد مما يشجعهم على التنظيم وتنسيق في العمل بين مركز – منزل مما يساعد في تحقيق النتائج المرجوة في مدة قصيرة.
- إدراج أولياء أطفال التوحد في العمل التكفلي وتنمية وعيهم على طبيعة الاضطراب وخصوصياته وتدريبهم على استخدام مختلف البرامج التربوية.

قائمة المراجع:

- جرار، عبد الرحمن،(2012)، الدمج المدرسي الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة،مجلة الطفولة العربية، مجلد14، (53). 116-122.
- عادل،سعد يوسف خفي،(2008)، اتجاهات المعلمين والطلاب بالمدارس المستقلة نحو دمج الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بالصفوف العادية في ضوء بعض المتغيرات، مجلة التربية، 88-110.
- طلال،بن عبد العزيز،(2016)، دمج الأطفال دي الاعاقة في التعليم والمجتمع، المجلس العربي للطفولة والتنمية، ص109.
- سبعون، سعيد.(2012)،الدليل المنهجي في اعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع،ط2، دار القصة للنشر، الجزائرص-ص55.
- متولي،فكري لطيف،(2015)،استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الأوتيزم (اضطراب التوحد)،مكتبة الرشد،ص-ص 219،251.
- مشري، فريدة،(2016)،الأسرة والصحة(دراسة سوسيوأنثربولوجية لمرضى السرطان)،دار الحامد للنشر والتوزيع، ص .
- الحمادي،أنور،(2021)،الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض - 11، ص82.
- سنوسي، سمية.(2017).واقع التكفل الأسري بأطفال التوحد (دراسة ميدانية بمركز جسر الأمل لأطفال التوحد والمركز النفسي الطبي البيداغوجي- تبسة-)،مجلة الدراسات والبحوث الإنسانية،مجلد،1، ع1. ص29.
- Crocq,M,A. Guelfi,J ,D. Boyer,P, Charles-Bernard Pull,C,B. Pull,M,C.(2015), Manuel Diagnostique et Statistique Des Troubles Mentaux.ed5,Elsevier Masson.France.
- Albert Ciccone, La pratique de l'observation, Contraste 2012/1 (N° 36), p. 55-77.
- Kimathi ,W, Handout-Types of Research Designs Exploratory Design . New York Institute of Technology :<http://www.academia.edu/38753.Autism-spectrum-disorders>,(R.1/06/2021), <https://www.who.int/ar/news>.

الإرشاد النفسي لكبار السن بين الحاجة والأهمية

د.خلفة سارة د.عيساوي فلة

جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2/الجزائر

مقدمة:

تشمل دورة حياة الإنسان لسلسلة متتابعة من التغيرات العضوية والسلوكية منذ تكوين الخلية الملقحة حتى الممات، وهذا التغير يكون سريعا خلال السنوات الأولى منذ يبدأ بالتباطئ بعد مرحلة الرشد، وتنقسم تلك التغيرات إلى تغيرا إنشائية هدفها الارتقاء بالفرد حتى النضج، وتغيرات هدامة هدفها إنهاء دورة الحياة. وتعد مرحلة الشيخوخة من المراحل الحساسة في حياة الإنسان التي تتميز بتهالك أعضاء الجسم تدريجيا ولكن توجد فروق فردية بين المسنين إذ يمكن أن يصل البعض إلى عمر السبعين وهو يتمتع بصحة جيدة بينما البعض يحتاجون إلى رعاية الآخرين وتوجد عوامل تؤثر على صحة كبار السن قد تكون فردية أو بيئية كما تتنوع المشاكل التي يواجهونها بين الجسدية والاجتماعية والنفسية (العقلية) والتي تتباين من فرد لآخر وبالتالي يجب أن يحضى هؤلاء الكبار بقدر كاف من الاهتمام والرعاية من قبل الأهل وحتى أفراد المجتمع ناهيك عن ضرورة طلب المساعدة النفسية من قبل المختصين المهنيين وذلك عن طريق ما يدعى بالإرشاد النفسي لكبار السن، حيث يقدم الأخصائي النفسي خدمات تسعى إلى تحقيق التوافق النفسي لدى المسن وإيجاد حلول لمشاكله وذلك في حدود قدراته وإمكاناته وبهذا نضمن تحقيق أكبر مستوى ممكن من التوافق والصحة النفسية لأفراد المجتمع. ومن هنا ندرك أن إرشاد كبار السن يكتسي أهمية بالغة في مساعدة هذه الفئة على التكيف مع وضعها الجديد ودمجها في الأنشطة المختلفة لتكون على قدر من الفعالية في المجتمع. وعلى هذا الأساس يمكننا طرح مجموعة من التساؤلات البحثية والتي هي كالتالي: ماذا نقصد بالإرشاد النفسي لكبار السن؟ وفي ما تتمثل أهدافه وأهميته؟

فيما تتجلى التغيرات التي تطرأ على المسنين؟ وماهي مختلف المشكلات التي يواجهونها وماهي احتياجاتهم؟ فيما تتمثل مهام المرشد النفسي لفئة كبار السن؟ وماهي مختلف التحديات أو الصعوبات التي تواجه المرشدين النفسيين في هذا المجال؟

أهمية الدراسة: يمر المسنون في مرحلة الشيخوخة ببعض التغيرات التي قد تؤثر على صحتهم النفسية وشؤونهم الاجتماعية لذلك فهم بحاجة إلى الاهتمام والدعم والرعاية ومن هنا تبرز أهمية اللجوء للإرشاد النفسي لكبار السن الذي أصبح من الحاجات الماسة لمختلف المجتمعات تزامنا مع زيادة عدد المسنين في العالم بشكل عام وازدياد عدد مشاكلهم المتنوعة في ظل أهم التغيرات الاجتماعية التي تطرأ على المسن، كتغير أدواره في المجتمع بعد التقاعد، التناقص التدريجي في التفاعل الاجتماعي، التحول التدريجي في حجم الأسرة.... وحتى التغيرات النفسية التي تتفاعل مع التغيرات الجسمية بصورة مستمرة كالتغير في الاهتمامات، اللامبالاة الانفعالية، نقص الدافعية، الميل إلى التشاؤم والشعور بالتعاسة..... الخ

1. تحديد المصطلحات:

الإرشاد النفسي: عملية تتضمن مجموعة من الخدمات التي تقدم للأفراد لمساعدتهم على فهم أنفسهم، وإدراك المشكلات التي يعانون منها، والانفتاح بقدراتهم ومواهبهم في التغلب على المشكلات التي تواجههم، مما يؤدي إلى تحقيق التوافق بينهم وبين البيئة التي يعيشون فيها حتى يبلغوا أقصى ما يستطيعون الوصول إليه من نمو وتكامل في شخصياتهم. (دعد الشيخ، ، 2006_2007، ص24)

الشيخوخة: هي حالة متدرجة من التدهور تصيب كافة الأجهزة والأعضاء والخلايا، فتضعف قدرتها على التكيف والحفاظ على التوازن عند التعرض للضغوط، ويمر بها كل كائن حي عند الهرم وفقاً لمدى عمره الزمني " (بشرى أيوب شريبه، 2017_2018 ص 173)

المسن: هو ذلك الشخص الذي يتعرض لحالة من الضعف والقصور الوظيفي لقدراته الجسمية أو السلوكية أو العقلية أو الإدراكية والمرتبطة بتقدم السن، والتي تجعله عاجزاً عن الوفاء باحتياجاته الضرورية للحياة دون مساعدة خارجية (وفاء صالح مصطفى الفتى، هند محمد إبراهيم، 2015، ص7) وهو الشخص الذي تجاوز عمره الستين عاماً.

التكيف: هو العملية التي بواسطتها يحاول الفرد أن يحافظ على مستوى من التوازن النفسي والسيكولوجي ، و القدرة على إيجاد العلاقات المشبعة بين الفرد وبيئته سواء كانت هذه البيئة طبيعية أو ثقافية أو اجتماعية، وهذا يتضمن حالة من التوازن الإيجابي بين الفرد وبيئته (دعد الشيخ، مرجع سابق، ص71).

الصحة النفسية: هي حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد، تؤدي به إلى أن يسلك بطريقة تجعله يقبل ذاته ويقبله المجتمع بحيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضى والكفاية (راضية حاج لكل، 2007_2008، ص 20).

الخدمات الإرشادية النفسية: تتضمن إجراء الفحوص والبحوث ودراسة الشخصية، وظيفياً ودينامياً، للتعرف على الاستعدادات والقدرات والميول والاهتمامات ونواحي القوة والضعف وتعريف الفرد بنفسه، والتشخيص وتحديد المشكلات العامة والخاصة والاهتمام بالحالات الخاصة التي تحتاج إلى مساعدة مركزة (حبيبة روبيبي، محمد برو، دسنة، ص146).

الإرشاد النفسي لكبار السن: هو عملية مساعدة الكبار على تقبل التغيرات الجسمية والنفسية، والاجتماعية، والاقتصادية. وإرشادهم إلى طرق التعامل مع المشكلات التي قد تنجم عن هذه التغيرات وذلك بهدف تحقيق أفضل مستوى ممكن من التكيف السوي والصحة النفسية (دعد الشيخ، مرجع سبق ذكره، ص68)

2. أهداف العملية الإرشادية للمسنين: يرمي الإرشاد النفسي للمسنين إلى تحقيق مجموعة من الأهداف والتي يمكن تحديدها في مايلي:

تحقيق الذات: من خلال مساعدة الأفراد على تكوين مفهوم موجب للذات يتمثل في تقبل الفرد لذاته ورضاه عنها، حيث تظهر لمن يتمتع بمفهوم ذات إيجابي صورة واضحة للذات يلمسها كل من يعامله أو يحتك به، ويكشف عنها أسلوب معاملته الآخرين الذي فيه دائماً الرغبة في احترام الذات وتقديرها والمحافظة على مكانتها الاجتماعية ودورها وأهميتها، والثقة الواضحة بالنفس، والتمسك بالكرامة والاستقلال الذاتي مما يعبر عن تقبل الفرد لذاته. وفي الوقت نفسه فإن الإرشاد يعمل على حماية الأفراد من تكوين نمط كاره للذات ففي هذا النمط يواجه الفرد العداوة نحو نفسه فيشعر بعدم الكفاية ويفقد شعوره بقيمته، مما يؤدي إلى الاكتئاب والانقباض.. والواقع أن من يكون لنفسه مفهوماً سلبياً للذات يكشف عن هذا

المفهوم بأسلوب حديثه، أو تعاملاته، أو تصرفاته الخاصة أو بتعبيره عن مشاعره تجاه نفسه أو تجاه الآخرين، مما يجعلنا نصفه بالعدوان، أو عدم الذكاء الاجتماعي، أو عدم احترام الذات. (دعد الشيخ، مرجع سابق، ص70).

تحقيق التكيف: إن السلوك التكيفي هو قدرة الفرد على إشباع دوافعه بطريقة ترضيه وترضي الآخرين. وهناك عوامل أساسية لها الأثر الأكبر في إحداث التكيف لدى الأفراد من أهمها:

توفير المهارات لدى الفرد لإشباع حاجاته الأساسية، معرفة الحدود والإمكانات التي يستطيع بها أن يشبع حاجاته وأن يدرك قدراته ومهاراته واستعداداته، أن يتقبل نفسه بواقعية، أن يكون مرنا بالنسبة للمؤثرات المتغيرة. ومن هنا يتدخل الإرشاد النفسي ليحقق القدر المطلوب من المرونة بالنسبة للتغيرات البيولوجية والاجتماعية والنفسية والاقتصادية التي تشكل جزءا من التقدم في العمر، هذا بالإضافة للعمل على مساعدة الفرد إعادة تشكيل اتجاهاته وسلوكياته استجابة للمواقف والتغيرات الجديدة كخسارة الدور المهني ونقصان الدخل.... الخ ولا بد من الإشارة هنا إلى أنه يصعب تحقيق التكيف للأفراد الذين ليست لديهم مدخرات ملائمة، أو دخل كاف. إذ لا يمكن أن يتمتع الفرد بروح معنوية عالية إلا إذا كان قادرا على إشباع حاجاته الأساسية على أبسط تقدير.

تحقيق الصحة النفسية: إن الفرد في مرحلة الكبر قد يكثر من التفكير في ذاته عندما يدرك أن علاقته بالبيئة المحيطة لم تعد علاقة ود و أمن، وعندما يشعر بتخلخل التكافؤ بينه وبين العالم المادي والاجتماعي الذي يعيش فيه، كذلك عندما يشعر بالعزلة والفرقة بينه وبين الآخرين، في حالات كهذه تصبح الفرصة مهيأة للارتداد والانكفاء على الذات ، وهنا يأتي دور الإرشاد ليساعد الأفراد على فهم ذواتهم فهما واقعيًا عن وعي واستبصار ، مما يساهم في تجنبهم مواقف الإحباط والفشل ويساعدهم على التكيف وتحقيق مطالب مرحلتهم بهدوء وثقة. (دعد الشيخ، مرجع سبق ذكره، ص ص 71 72 73)

3. أهمية دراسة الكبار والمسنين:

نتيجة للتقدم العلمي والتقني خلال النصف الأخير للقرن العشرين زاد متوسط العمر في كثير من البلدان المتقدمة وزاد عدد المسنين مما أثقل كاهل ميزانيات تلك الدول حيث تعتبر هذه الشريحة فئة استهلاكية غير منتجة مما أدى إلى زيادة الاهتمام بدراساتها لتخفيف كلفة إعالتها ومحاولة إدخالها ضمن الفئات الإنتاجية خاصة هؤلاء الذين شغلوا مواقع مهمة ويتمتعون بخبرة نادرة في مجال تخصصاتهم. ووصل الاهتمام بدراسة هذه الفئة إلى أن أصبحت دراستهم كعلم الشيخوخة وعلم النفس الشيخوخة وعلم الشيخوخة الاجتماعي.

إن الاهتمام بدراسة كبار السن يعكس الدوافع الاقتصادية لتخفيض تكاليف إعالتهم من ناحية ويعكس كذلك توفير سبل الراحة لهم وعلاجهم وإسعادهم كعرفان لما قاموا به من أعمال اتجاه مجتمعهم (محمد عبد الله العابد جعفر، 2015/2014، ص 155 154).

4. الشيخوخة و التغيرات التي تطرأ عليها: ، إن الشيخوخة نفسها هي مجموعة تغيرات جسمية ونفسية تحدث بعد مرحلة الرشد، وهي الحلقة الأخيرة من الحياة، و هي تتميز بخصائص خاصة بالنواحي الجسمية و العقلية والجسمية والاجتماعية والانفعالية.

ومن التغيرات الجسمية: تظهر بعض التغيرات المرئية على جسم الإنسان في حالة تقدمه في السن مثل: تجعد الجلد وجفافه، وثقل في السمع، وضعف في البصر والشم والحواس بشكل عام، وبطئ الحركة،

وترهل بعض العضلات، وتغير لون الشعر، كما أن هناك تغيرات جسمية غير مرئية (محمود سيد هاشم علي، 2006، ص 23) مثل الضعف العام ونقص القوة العضلية وضعف الطاقة الجسمية والجنسية بوجه عام واختلال الأعصاب ويلاحظ بصفة عامة ضعف مقاومة الجسم للمرض. (حامد عبد السلام زهران، 1980، 423)

التغيرات العقلية: وتتمثل في ضعف الذاكرة وخاصة ذات المدى القصير أو ضعف التذكر المباشر أو النسيان بسرعة و ضعف القدرة على الانتباه والتركيز ، التمييز والإدراك يأخذان وقت أطول من ذي قبل، كما يتميز المسنون بالتشيب بالرأي والجمود على الأفكار حيث تجد المسن يكرر نفس الحدث أو القصة مرارا وتكرارا، صعوبة الحفظ ونسيان الوجوه المألوفة، نقد الحاضر والمستقبل والتشيب بأحداث الماضي والتفاخر بها، ظهور أعراض المرض النفسي كهلوسات الحواس والبارانويا، وأخيرا كثرة الاستفسارات والتساؤلات ورغبة المسن في معرفة كل ما يدور من حوله. (محمد عبد الله العابد أبو جعفر ، 2014_2015 ،ص ص 156 157)

التغيرات الانفعالية: وتتلخص في مجموعة من النقاط انفعالات المسنين ذاتية المركز، تدور حول أنفسهم أكثر مما تدور حول غيرهم وتؤدي هذه الذاتية إلى نمط من السلوك الأناني قد لا يتفق في مظهره العام وما يتوقعه الأحفاد من سلوك الأجداد. لا يتحكم كبار السن تحكما صحيحا في انفعالاتهم المختلفة، شأنهم في ذلك شأن الأطفال الذين يعجزون عن ضبط عواطفهم، وعندما يغضب المسنون فإنهم غالبا ما يثورون كالأطفال، تتصف انفعالات كبار السن بالخمول والبلادة، وقد يرجع هذا الشعور والسلبية إلى عدم إدراك المسنين للمسئولية التي تواجه من يحيطون به، يخطئ كبار السن في إدراكهم للموقف المحيط بهم، لذلك تظهر انفعالاتهم بشكل لا يتناسب ومقومات الموقف الذي أثار في نفوسهم هذا الانفعال، وأخيرا يشعر كبار السن بأنهم مظلومون في حال لم يتقبل الآخرون مواقفهم، ويؤدي بهم ذلك العور إلى الإحساس العميق بالفشل. (بشرى أيوب شريبه ، 2018، ص 213)

التغيرات الاجتماعية: تعد مرحلة الشيخوخة مرحلة ترك الأدوار الاجتماعية، وتحدث فيها تغيرات اجتماعية متعددة، ومن التغيرات تراجع العلاقات الاجتماعية، والتغير في الاهتمامات وتزايد الاعتماد على الآخرين والخضوع لنفوذ الراشدين الأصغر سنا، وفقدان السكن المستقل والعيش مع الأبناء والانسحاب من نشاطات المجتمع والقيادات التنظيمية، وفقدان الاهتمام بالخطط والأهداف بعيدة المدى ، أي أن مرحلة الشيخوخة قد يصاحبها نوع من الانسحاب من السياق الاجتماعي، ونقص في عملية التفاعل بين المسن والآخرين، ويصبح المظهر الاجتماعي المميز لهذه المرحلة هو العزلة والوحدة التي تزداد بزواج الأبناء أو وفاة شريك الحياة، وتختلف هذه التغيرات باختلاف الإطار الحضاري والثقافي الذي ينتمي إليه الفرد باختلاف التصورات والاتجاهات السائدة نحو المسنين، كما ترتبط بسمات شخصية المسن وبنفسه وبالحالة الاجتماعية والمستوى الاقتصادي والتعليمي. (أزهار فوزي عارف جعفر، 2008، ص 18)

5. مشكلات الشيخوخة واحتياجات كبار السن ورعايتهم:

مشكلات المشيخوخة: يعاني المسنون من مشكلات عديدة تقتضي مجموعة من الخدمات المتكاملة التي يمثل الإرشاد النفسي عنصرا أساسيا فيها: ومن أهم هذه المشكلات:

مشكلات جسمية صحية: ومنها نقص الطاقة الجسمية وتدهور وظائف الجسم، ضعف الحواس، ضعف مقاومة الجسم للأمراض، نقص الشهية ورفض الأكل أو الشرب، تدهور القدرات الحركية كالقوة

والسرعة والمهارة، وبطيء الأداء الحركي، أمراض القلب والجهاز التنفسي، والسكر والضغط والروماتيزم، وهشاشة العظام، والتهابات المفاصل، والجهاز الهضمي، ضعف القوى البدنية والحركية والشعور بالتعب والإجهاد، اضطرابات النوم، فقد التحكم في البول، تناقص الوزن،

مشكلات مرتبطة بالوظائف العقلية: ومنها ازدياد صعوبات عمليات الإدراك والتذكر، والاستدلال والتفكير، وبطيء الفهم والاستيعاب والنسيان والخلط، والتصلب والجمود العقلي، نتيجة الضعف الملحوظ في السمع والإبصار وما يترتب عليه من قصور في اليقظة ونقصان في الانتباه وضعف تغذية المخ بالمدخلات الحسية والخبرات المعرفية الجديدة إلى ما قد يعترى الجهاز العصبي من تغيرات تؤدي إلى ضمور خلايا المخ. ومن المشكلات الملحوظة أيضا عصاب الشيخوخة وذهان الشيخوخة، والاكتئاب، وتوهم المرض.

مشكلات انفعالية: يعاني المسنون من مشاعر الهم والانقباض، والخوف والقلق والملل، والوحدة والعزلة، والشك والريبة، وعدم الرضا والاتجاهات السلبية نحو الذات (انعدام الفائدة والأهمية والفاعلية وفقدان المكانة والشعور بالعجز والأسى على فقدان السلطة الأبوية، التمرکز حول الذات، الحساسية الانفعالية المفرطة، النزعة التشاؤمية وقلق الموت والإحساس بالنهاية، الحنين إلى الماضي، التعصب ومناهضة الجديد، العناد والشعور بالاضطهاد، الأنانية. (عبد المطلب أمين القريطي، 2010، ص37).

المشكلات الاجتماعية: رغم أن الشيخوخة ليست مشكلة في حد ذاتها وإنما عدم تكيف الفرد مع التغيرات الفسيولوجية التي تطرأ عليه تجعله يعيش مشاكل اجتماعية مع المحيطين به. إضافة إلى تميز مرحلة الشيخوخة بانحصار العلاقات الاجتماعية وانكماشها وذلك راجع إلى تقاعد المسن عن عمله الذي يقلص من علاقاته الاجتماعية. وحينما يفقد المسن أصدقائه في هذه المرحلة، يجد صعوبة في استبدالهم بأخرين. كما أن تدهور العلاقات الأسرية تؤدي به إلى شعور بالوحدة والانعزال (سني أحمد، 2014_2015، صص).

المشكلات الاقتصادية: ومن أسبابها الوصول إلى سن التقاعد وبالتالي نقصان الدخل وانخفاض مستوى المعيشة، وعدم قدرتهم على ممارسة العمل بصورة ملائمة بسبب تقدمهم في السن، وظهور أعباء مادية جديدة كأعباء العلاج والدواء.

المشكلات الدينية: يميل المسن إلى التقرب من الله لشعوره بالاقتراب من نهاية رحلة الحياة أو للتكفير عما ارتكبه من أخطاء، ويشكل عدم توفر فرصة لإشباع هذه الرغبة عبئا نفسيا عليهم

مشكلات التقاعد: يؤدي التقاعد والإحالة للمعاش لاسيما بالنسبة إلى الرجال إلى شعورهم بفقد هويتهم كرجال ناضجين، وبالتالي فقدان مكانتهم في المجتمع وفقدان كرامتهم، ويؤدي لشعورهم بالضجر والملل

المشكلات الترفيهية: حيث يعاني المسنون من وجود وقت فراغ كبير يعجزون عن استثماره لاسيما في حالة عدم وجود الأماكن التي يمضون فيها وقت فراغهم، وعدم ملائمة البرامج التلفزيونية والإذاعية، حيث يمضي الكثير منهم وقته في مشاهدة التلفاز أو الاستماع إلى الراديو، وهي نشاطات سلبية لا تستدعي الحركة من المسن (جولتان حجازي، وعطاف أبو غالي، 2010، ص117).

احتياجات للمسنين: مما لا شك فيه أن المسن كغيره من أفراد المجتمع هو بحاجة لتحقيق الحاجات الاجتماعية والتي لا يمكن تحقيقها بدون إقامة علاقات اجتماعية مع مختلف أفراد المجتمع في ظل علاقات

صداقة وجوار وعلاقات قرابة وغيرها من العلاقات التي من شأنها أن تحافظ على الروابط الاجتماعية للمسنين وتمثل هذه الحاجات في مايلي:

الحاجة إلى التكافل الاجتماعي بين المسنين: وهو مساندة المسنين لبعضهم البعض من ناحية أو أكثر من نواحي الحياة الاجتماعية، وهو مرتبط أشد الارتباط بالتكافل النفسي، والشيخ لهم إمكانيات متعددة للتأثير على بعضهم البعض، وذلك بحكم تقارب الأعمار وتشابه الظروف والاهتمامات المشتركة. ومن أنواع التكافل الاجتماعي الذي يمكن أن يقدموه إلى بعضهم البعض ما يسمى بالتكافل الصحي، والخدمات الدينية والروحية ونشر روح التقوى وقيم الدين الإسلامي في نفوس بعضهم البعض، وهناك أيضا التكافل الوجداني وذلك بقضاء وقتا سعيدا مع بعضهم البعض في جو تسوده التلقائية والبساطة ولقاءاتهم وجلساتهم، مما يشجع إقامة علاقات وروابط ايجابية وألفة بينهم (بحري صابر، خرموش منى، 2019، ص ص 95 96)

ربط جيل الشباب بجيل الشيوخ: الواقع أن التكافل بين الأجيال المتعاقبة مسألة معروفة، فجيل الكبار يكفل جيل الصغار ويقوم على رعايتهم حتى يشتد عوده ويصبح قادرا على رعاية نفسه بنفسه، وبدون أن جيل الشباب هو الجيل المسؤول عن رعاية الطفولة من جهة وعن رعاية الشيخوخة من جهة أخرى. فكفالة جيل الشباب بجيل الشيخوخة تقوم على أساس الوفاء وتسديد الدين، بينما كفالة جيل الشباب للطفولة تركز على الإحساس بالواجب. ومن الواقع أن التكافل بين جيل الشباب وجيل الشيخوخة له جانب كبير من الأهمية لاستمرار الحضارة وازدهارها، ذلك أن الشيوخ يمكنهم العطاء والفيض بما لديهم من خبرة، إذا لاقوا الجو المناسب لذلك.

تجديد العلاقات الاجتماعية: إن معظم العاملين الذين يخرجون إلى التقاعد يكونون عرضة لنضوب فيقطعون صلتهم بمن كانت تربطهم بهم صلات الود والصداقة والتعاون والتنافس لذلك فمعظمهم يحسون بالوحدة والعزلة عن المجتمع، فمنهم من يركن إلى نفسه حيث أحلام اليقظة القاتلة ومنهم من يعمدون إلى التمني بدلا من الواقع ويستعيدون ما أنجزوه من أعمال في الماضي، وهناك من ينغلق في إطار العلاقات الأسرية الضيقة. ولسد كل هاته الحاجات يتطلب توفير بديلا تربويا سليما لضمان شيخوخة تتمتع بصحة نفسية، وذلك بإيجاد أماكن خاصة بالفئة المسنة التي يقضون فيها أوقات خصبة مليئة بالحيوية (رشيد سواكر، عيسى تواتي إبراهيم، جوان 2015، ص 121-122).

الحاجة للمشاركة والاندماج: ينبغي أن يبقى كبار السن مندمجين في المجتمع، وأن يشاركو بنشاط في صياغة وتنفيذ السياسات التي تؤثر في رفايتهم، والعمل كمتطوعين في أعمال تناسب اهتماماتهم وقدراتهم، إضافة لتمكينهم من تشكيل الجمعيات الخاصة... الخ (بحري، خرموش، 2019، ص 93).

الحاجة إلى الحفاظ على كرامة المسن: ينبغي أن يعامل كبار السن معاملة منصفة بصرف النظر عن عمرهم أو نوع جنسهم أو خلفيتهم العرقية أو الأثنية أو كونهم معوقين أو غير ذلك، وأن يكونوا موضع التقدير بصرف النظر عن مدى مساهمتهم الاقتصادية.

الحاجة إلى فهم النفس: يحتاج المسنون الى أن يفهموا أنفسهم وينبغي أن يدركوا المسون كل ما يتصل بعملية النضج في العمر حتى يمكنهم أن يدركوا معنى التغيرات التي تؤثر في قدرتهم العقلية والجسمية وبناء شخصيتهم وبالتالي تنعكس على حالتهم النفسية ومكانتهم الاجتماعية الأمر الذي يعتبر ضروريا حتى يقبلوا هذه التغيرات والآثار ويعترفوا بها ، وبذلك يتحقق لهم أقصى تكيف اجتماعي ممكن. (بحري، خرموش، 2019، ص 93-94)

الحاجة إلى الصحة النفسية: ويمكن تحسين الصحة النفسية للمسنين من خلال المشاركة في الأنشطة والعلاقات الشخصية القوية والمشاركة في مختلف أنشطة المجتمع، كما يمكن تعزيز الصحة النفسية للمسنين بأخذ بعين الاعتبار احتياجات المسنين، وتوفير الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية للمسنين من طرف مختلف الهيئات والمؤسسات لتقدم خدمة أفضل للمسنين. (بحري صابر، خرموش منى، 2019، ص95).

الحاجات الترفيهية: يحتاج المسنون للترويح وشغل وقت الفراغ ولاسيما أن وقت فراغهم طويل وذلك من خلال التنقل والرحلات، الترويح مع القدامى من الأصدقاء، القيام ببعض الألعاب الداخلية indoor_ games والهوايات الاجتماعية والثقافية.

الاحتياجات الطبية: يحتاج كبير السن الذي يشكو من تدهور حالته الصحية، إلى توفير مصادر للخدمات الطبية مثل المستشفيات والعيادات والمراكز الطبية، وتوفير خدمات صحية منزلية... (بشرى أوب شريبه، مرجع سبق ذكره، ص 262).

6. مهام المرشد النفسي للمسنين:

يجب أن يعمل على مساعدة المسنين من خلال تنمية مجموعة من المهارات التي تساعد على تحقيق نجاحات جديدة في حياته وزيادة قدرته على مواجهة مشكلاتهم بأنفسهم بفعالية خاصة وأنه يمكن القول أن عمل المرشدين النفسيين في مجال الرعاية النفسية للمسنين يرتبط بتنمية اتجاهاتهم نحو الحياة مما يجعلهم مقبولين ومتعاونين في جوانب كثيرة من الحياة إلى جانب تنمية الاعتماد على النفس كقيمة أساسية يحتاجها المسنون في تلك المرحلة ومساعدتهم على التفاوض بإيجابية مع الآخرين في المجتمع ومساعدتهم في تحديد القوة الكامنة لديهم والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن بما يرفع من مستوى الذات لديهم ومساعدتهم في تعلم بعض المهارات والسلوكيات الجديدة التي تساعد في التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة وتجعلهم أكثر قدرة على الاستجابة لما حولهم. (أزهار فوزي عارف جعفر، 2008، ص31)

ويجب على المرشد من أجل مساعدة المسن:

- أن يكون قادرا على نقل المشاعر و الأحاسيس الخاصة بالمسن مثل قدرته على نقل المعلومات الخاصة بظروف المسن
- أن يبدأ مع المسن من حيث هو على أن يكون مدركا للواقع الذي يعيشه والمشكلة التي تواجهه
- مراقبة عملية الاتصال والتواصل بين المسنين والعاملين معهم وبين المسنين أنفسهم وبين المسنين وذويهم

- دمج المسنين مع المجتمع المحلي.
- وضع خطط إرشاد فردي وجماعي
- إشباع الاحتياجات العاطفية لدى المسنين وتعويض ما فقده من صدقة ومكانة واحترام بسبب التقاعد..... (أزهار فوزي عارف، مرجع سبق ذكره، ص 32)

7 . الإرشاد النفسي لكبار السن بين الحاجة والتحديات وسبل العلاج

الحاجة إلى إرشاد كبار السن: يهدف إرشاد كبار السن إلى المساعدة لجعل مرحلة الشيخوخة خير سنوات العمر وذلك عن طريق مساعدة الشيوخ على تحقيق أفضل مستوى من التوافق والصحة النفسية وتبدوا الحاجة ملحة الآن إلى إرشاد كبار السن نظرا لما يأتي:

زيادة عدد الشيوخ المسنين فوق الستين: حيث يزداد عدد المسنين فوق الستين بزيادة التقدم الحضاري والرعاية الصحية العامة وقائيا، وعلاجيا وقد زاد متوسط عمر الانسان حوالي 70 سنة ويأمل العلماء أن يصل الى حوالي 100 سنة في المستقبل القريب ومعنى هذا ان الزيادة المطردة في إعداد الشيوخ كجيل قدم شبابه خدمة للمجتمع، وعلى المجتمع أن يرد الجميل فييسر خدمات الرعاية لجيل الشيوخ طبيا ونفسيا واجتماعيا.

الشيوخ لا يحبون الشيخوخة: فغالبا ما يكره المسنون الشيخوخة وخاصة السيدات اللاتي لا يطقن حتى سيرتها أو ذكرها...والكل يدأب على محاولات الاحتفاظ بالشباب أو حتى ذكره ، والكل يخاف الضعف والتدهور والنهاية...وبعض الشيوخ لا يعترفون بالشيخوخة ويبدلون محاولات عديدة ومتكررة لاستعادة الشباب مظهريا وسلوكيا.

سمة العصر: ذلك أن العصر الذي نعيشه يتسم بأنه عصر السرعة، وعلى الرغم من ارتفاع وسائل الوقاية من الأمراض وطرق العلاج بما في ذلك علاج النفس والأعصاب فان كثيرا من الناس يشكون من الأمراض العصبية والنفسية وانحطاط الطاقة الذهنية والعقلية...وتدل الإحصاءات على أن اصابات الهوس والخبل والجنون والاضطرابات العصبية الأخرى التي تعطل الفرد عن أداء الأعمال المعتادة، قد زادت زيادة لا يستهان بها في غضون الخمسين سنة الأخيرة ويرجع ذلك إلى أن عجلة الحياة في القرن العشرين أصبحت تدور بسرعة فائقة، وكل ما يحيط بنا يوميء بالسرعة والاندماج، وتزاحم الناس على أعمال الحياة بلهف وشدة، وزيادة الطموح ومحاولة كسب الوقت في كل ما يتعلق بشؤون الحياة مما يجعلنا نعيش حالة من التوتر العصبي والنفسي.

ولعل ذلك يفسر زيادة نسبة المسنين الذين يحتاجون إلى كثير من خدمات الإرشاد والعلاج النفسي للبرء من كثير من الاضطرابات الهستيرية والصرع والهوس والانهيال العصبي.(هدى محمد قناوي، 1987، ص 179-180)

7. التحديات(الصعوبات) التي تواجه المرشدين في رعاية المسنين: بما أن الإرشاد النفسي، يعنى بتخليص الشخص المسن من الاعوجاجات النفسية الخفيفة وعدم التوافق النفسي والاجتماعي وهذه أشياء يمكن اعتبارها الخطوات الأولى إلى المرض العقلي أو العصبي يحتاج إلى علاج مباشر تحت إشراف طبي.

ومن الصعوبات التي تواجه المرشدين النفسيين في رعاية المسنين:

جمود المسنين: فالشيوخ دائما يتسمون بصفة الجمود النفسي، ويفتقرون إلى المرونة النفسية التي تجعلهم قابلين لتغيير السلوك الذي انخرطوا فيه..بل أن جمود الشيخوخة وتحجرها يجعل من الصعب القيام بتحويل الأفراد الواقعين في نطاقها إلى المسار السليم بعد أن يكونوا قد انحرفوا عنه

اختلاط الأعراض النفسية بأسباب لا شعوية غير معروفة: وهذا يزيد من صعوبة التعرف على الجوانب المتصلة بالعرض أو الاعوجاج النفسي لعلاجه، فالخوف المرضي للشيخ من الأماكن المغلقة قد يرجع إلى عوامل عجز مخبأة في داخله... ويؤدي هذا الاختلاط إلى صعوبة تحديد نطاق هذه الاضطرابات

السيكولوجية وذلك علاج السبب الحقيقي للعرض الظاهر والذي يعد نتيجة للسبب الأصلي وهذا يلزم وجود متخصصين على درجة عالية من المهارة والخبرة

ارتباط المشكلات النفسية لدى شيوخ بمشكلات أخرى غير نفسية: كأن تكون مرتبطة بمشكلات صحية ومادية وهذا ما يلزم التنسيق والتكامل بين أوجه الرعاية التي تتوافر للشيوخ، فكل نوع من الرعاية لا يستطيع أن ينهض وحده لإسعاد الشيوخ أو التخفيف من المشكلات التي لا تمكنهم من قضاء شيخوخة سعيدة.

رفض الشيوخ الخضوع لإرشادات شباب صغار: فمن الصعب نفسياً على الشيخ أن يفضى بذات نفسه وكشف خصوصياته وأسرار شخصيته إلى الشباب المعالج، ومن الصعب عليه كذلك الخضوع لوصاية الشباب ليسيروا دفة حياته ويوجهون أموره الخاصة. (هدى محمد فناوى، 1987، ص 180-181)

علاج مشكلات الشيخوخة: يشمل علاج مشكلات الشيخوخة العلاج الطبي، والعلاج النفسي والعلاج البيئي

العلاج الطبي: وهو علاج الأعراض الطبية المرتبطة بالضعف العام والضعف العضلي والإمساك والاهتمام بالغذاء والنظافة وحث الشيخ على الحركة وعدم كثرة النوم واستخدام المنومات في حالة الأرق واستخدام المهدئات إذا لزم الأمر، ويستخدم العلاج بالرجفة الكهربائية في حالات الاكتئاب. وينصح بزيادة النشاط والحركة والقيام ببعض الرياضة تجنباً للانهايار الصحي، وينصح بالإقلاع عن التدخين أو على الأقل الإقلال منه.

العلاج النفسي: ويهدف إلى تحقيق الأمن النفسي والانفعالي وإشباع الحاجات وتحقيق عزة النفس للشيخ وشعوره بالحب، وأنه مطلوب وأن أهله في حاجة إليه، وإقناعه بأن ما تبقى له من قوى عقلية وجسمية تكفي لإسعاده في الحدود الجديدة التي يفرضها سنه، يفيد في ذلك العلاج بالعمل.

العلاج البيئي يجب تنمية اهتمامات وميول الشيخ وملئ وقت فراغه بوسائل التسلية، ودفعه إلى المشاركة في الحياة الاجتماعية والاهتمام بمظهره العام. ويجب تشجيع الشيخ على ممارسة الهوايات للتخفيف من متاعب وقت الفراغ. ولتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي يجب الاهتمام بالتأهيل النفسي والاجتماعي للشيخ. (راضية حاج لكلل، 2008/2007، ص 53 - 54)

خاتمة:

بعد تناولنا مجموعة من العناصر الملزمة بالموضوع يتراء لنا كباحثين تقديم بعض التوصيات المهمة التي تهدف إلى تفعيل أدوار ممارسة الإرشاد النفسي لكبار السن والتي نلخصها في النقاط التالية:

-توفير بيئة ملائمة ودائمة تستند إلى معايير مقبولة لضمان تقديم أعلى جودة من الخدمات الإرشادية للمسنين وللقائمين على رعايتهم.

-دعم الحكومات لتعزيز الصحة النفسية لكبار السن ودمج الاستراتيجيات الفعالة ضمن السياسات والخطط.

-تدريب الأخصائيين على مهارات وفنيات الإرشاد النفسي لكبار السن.

-العمل على إنشاء نوادي تعمل على تقديم برامج وخدمات للترفيه عن المسنين ولتوفير الرعاية لهم.

-توفير الخدمات الصحية والطبية اللازمة لرعاية المسنين.

-تخصيص برامج تلفزيونية وإذاعية لتوعية أفراد المجتمع لمشاكل كبار السن وكيفية توفير احتياجاتهم وحل مشكلاتهم وكذلك أساليب التعامل معهم.

قائمة المراجع:

1. أزهار فوزي عارف جعفر: الاضطرابات العصبية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الايوائية في محافظات شمال فلسطين، رسالة ماجستير، جامعة القدس، فلسطين، 2008.
2. بحري صابر، خرموش منى: واقع المسن الجزائري في ظل أهم الحاجات النفسية والاجتماعية، مجلة دراسات في علوم الإنسان والمجتمع_ جامعة جيجل، مجلد02، العدد 04، 2019،
3. بشرى أيوب شريبه: علم نفس النمو الرشد و الشيخوخة ، منشورات جامعة تشرين، 2017_2018.
4. جولتان حجازي، وعطاف أبو غالي: مشكلات المسنين (الشيخوخة) وعلاقتها بالصلابة النفسية "دراسة ميدانية على عينة من المسنين الفلسطينيين في محافظات غزة" ، مجلة جامعة النجاح للأبحاث العلوم الانسانية، مجلد 24 العدد 1، 2010،
5. حامد زهران (1980): التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب، ط2، القاهرة
- أزهار فوزي عارف جعفر: الاضطرابات العصبية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الايوائية في محافظات شمال فلسطين، رسالة ماجستير، جامعة القدس، فلسطين، 2008.
6. حبيبة روبيبي، محمد برو: الخدمات الإرشادية و المقدمة من قبل مستشار التوجيه والإرشاد المدرسي والمهني وعلاقتها بزيادة فعالية الذات لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد (3) العدد 1
7. دعد الشيخ، إرشاد الكبار وذويهم. منشورات جامعة دمشق، 2006_2007
8. راضية حاج لكحل: الصحة النفسية للمسنين "دراسة مقارنة بين المسن في الاسرة الممتدة والاسرة النووية بمدينة بسكرة"،رسالة ماجستير في علم النفس العيادي جامعة الجزائر، 2007_2008
9. رشيد سواكر، عيسى تواتي ابراهيم: النمو النفسي الاجتماعي وحاجات المسنين في ضوء نظرية اريكسون، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة لخضر الوادي، العدد11، جوان2015
10. سني أحمد، تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المسن " دراسة ميدانية على عينة من المسنين بمرکز رعاية الشيخوخة"، جامعة وهران 2، الجزائر، 2014_2015
11. عبد المطلب أمين القريطي: الارشاد النفسي للمسنين، دواعيه وأهدافه وفنياته، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد66، المجلد العشرون، فيفري 2010
12. محمد عبد الله العابد أبو جعفر: علم النفس النمو، مركز المناهج التعليمية والبحوث التربوية، ليبيا، 2014_2015
13. محمود سيد هاشم علي: المشكلات التي تواجه البرامج الترويجية بدور المسنين، رسالة ماجستير في التربية البدنية والرياضية، جامعة حلوان، القاهرة، 2006
14. هدى محمد قناوى: سيكولوجية المسنين ، مركز التنمية البشرية والمعلومات، الجيزة، جمهورية مصر العربية، ط1، 1987، ص ص 181 180
15. وفاء صالح مصطفى الفتى، هند محمد ابراهيم: فاعلية تطبيق برنامج تدريبي لجلس المسن بأساليب الرعاية المنزلية المتكاملة للمسن، المجلة المصرية للاقتصاد المنزلي_ العدد الحادي والثلاثون (2015).

دور الخدمات النفسية في تعزيز الصحة النفسية لدى ذوي الاحتياجات الخاصة

ط.د قعييرة وردة، جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2/الجزائر

مقدمة

مع تقدم الحياة وزيادة معارف الإنسان في شتى المجالات أصبحت حياته أكثر تعقيدا واضطرابا، الأمر الذي يتطلب منه بناء شخصية قوية وسوية تكون قادرة على مواجهة ضغوط الحياة ومتطلباتها، ولأن صحة الإنسان هي أعلى ما يملك فهو يسعى دوما للحفاظ عليها ويبدل جهده في تنمية مهاراته وقدراته لمواجهة المشكلات والتكيف مع مختلف الاضطرابات، والبحث عن أنجع السبل للعلاج، من أجل الحفاظ على صحته وخاصة النفسية منها، وإذا كان الأمر يتعلق بالصحة النفسية عند فئة مميزة من الأشخاص ومختلفة عن الغير ، فإن ذلك يستدعي بالتأكيد الاهتمام أكثر باليات وأساليب تقديم الخدمات النفسية من أجل تقديم خدمة نوعية تمس كل الجوانب الشخصية، إن الفرد المعاق اليوم أمام تحديات صعبة ليثبت وجوده ويفرض ذاته في أسرته ومجتمعه ومدرسته وبين أقرانه خاصة وأننا نعيش داخل مجتمع ونواكب زما لا يزال ينظر إلى المعاق بعين الشفقة والنقص، لذا على المعاق أن يتقبل إعاقته ويتعايش معها كما هي ويسعى إلى التكيف مع واقعه.

إن الخدمات النفسية المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة باختلاف أنواع الإعاقة لديهم أمر ضروري، مهما كان نوعها، وسواء قدمت بشكل فردي أو جماعي وبطريقة مباشرة أو غير مباشرة لأن هدفها يبقى هو تطوير سلوك المعاق وبناء ثقته بنفسه وتنمية مفهوم الذات لديه ليتعلم في الأخير طرقا يتخطى بها العقبات مستقبلا ويمارس حياته بشكل صحيح.

مشكلة الدراسة:

تشير عبارة ذوي الاحتياجات الخاصة إلى فئة من الناس يعانون حالات ضعف معينة تزيد من مستوى الاعتمادية لديهم، وتحد من قدرتهم أو تمنعهم من القيام بالوظائف المتوقعة ممن هم في عمرهم بشكل مستقل(عبد العزيز عوض السهلي،2018،ص21) ويكون الشخص المعاق أكثر عرضة للاضطرابات النفسية المختلفة الناتجة عن وجود الإعاقة من جهة، ونظرة المجتمع ومعاملة الأسرة من جهة أخرى.

إن الإعاقة تجعل الفرد في حالة معنوية سيئة نتيجة إحساسه بإعاقته من دون الآخرين كما تدفعه إلى الانسحاب والعزلة الاجتماعية بصورة مستمرة، كما قد يتعرض إلى أنواع متعددة من صور الإحباط واليأس نتيجة الفشل الذي يتعرض له سواء في عمليات العلاج أو التأهيل أو في سلوكه الاجتماعي مع الآخرين، كما يعاني ذو الإعاقة من تقدير ذات منخفض لأن بعض المعاقين تجدهم لا يحبون صورة أجسامهم أو يشعرون أن مظاهر الإعاقة لديهم لا تمكنهم من تحقيق رغباتهم الفردية، وهذا الشعور يمثل تهديدا لعاطفة الذات لديهم، مما يزيد من إمكانية ظهور مشكلات أخرى مع المشاكل النفسية كالمشكلات الاجتماعية مثلا(عمار سليم، هشام عادل هراطه، فاطمة الزهراء عدنان عبد الامير،2020،ص63—64)

ونادرا ما ينجح المعاق بنفسه في إعادة تكيفه مع بيئته واكتشاف ما تبقى لديه من إمكانيات، ليتقبل وضعه ويتعايش معه لأن الإعاقة ذات تأثير شديد في اضطراب الاتزان الانفعالي للفرد المعاق مهما كانت درجة صحته النفسية،

لذا يحتاج المعاق إلى خدمات نفسية متعددة من قبل أخصائيين ومعالجين نفسيين، تتمثل أساسا في مختلف الخدمات الإرشادية والتوجيه والعلاج النفسي، حيث تسعى خدمات التأهيل النفسي هذه إلى معرفة وضع المعاق وحالته النفسية، ومدى تأثير الإعاقة على شخصيته ومن ثم وضع تقرير بالنصائح والإرشادات والأوضاع التي يجب على المعاق والمعالج معا مراعاتها حتى تنجح عملية التأهيل، أما عن الرعاية النفسية للمعاق فهي الخطوة الأخيرة التي يتبناها الأخصائي النفسي في خطته التأهيلية من أجل التحقق من مدى استفادة المعاق من العلاج لإعادة توازنه الانفعالي، وتكيفه مع مطالب حياته، واندماجه وتواصله مع مجتمعه وأسرته، ويشعر بالسعادة والرضا، قادرا على أن يؤكد ذاته ويحقق طموحاته وباختصار حتى يتمتع المعاق بالصحة النفسية.

وانطلاقا مما تقدم فإن مشكلة الدراسة اتجهت لمعرفة دور الخدمات النفسية في تعزيز الصحة النفسية لدى ذوي الاحتياجات الخاصة؟ وينطلق هذا البحث على مجموعة من التساؤلات هي:

— ما المقصود بالصحة النفسية؟

— من هم ذوي الاحتياجات الخاصة؟

— ما المشكلات النفسية التي يعاني منها ذوي الاحتياجات الخاصة؟

— ما هي الخدمات النفسية التي يحتاجها ذوي الاحتياجات الخاصة؟

أهداف الدراسة:

— معرفة دور الخدمات النفسية المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة في تعزيز الصحة النفسية لديهم.

— معرفة دور هذه الخدمات النفسية في حل بعض المشكلات النفسية التي تواجه ذوي الاحتياجات الخاصة.

أهمية الدراسة:

تتبع أهمية الدراسة من أهمية الصحة النفسية في حياة ذوي الاحتياجات الخاصة ودور الخدمات النفسية في تعزيزها. ومنع تفاقم المشكلات بثتى أنواعها الصحية والاجتماعية والسلوكية وبالأخص المشكلات النفسية، فالأهمية النظرية لهذه الدراسة تكمن في الخدمات والأساليب التي يمكن استخدامها لتوفير الصحة النفسية لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة.

مصطلحات الدراسة:

الخدمات النفسية: تعرف الباحثة الخدمات النفسية بأنها مجموعة الأنشطة والبرامج التي يمارسها المختصون النفسيون بهدف مساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة ليصبحوا أكثر قدرة على الاعتماد على أنفسهم وتحسين صحتهم وخاصة النفسية منها.

ذوي الاحتياجات الخاصة: من المنظور التربوي يشير مفهوم الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة إلى ذلك الشخص الذي ينحرف عن الفرد العادي أو المتوسط في: الخصائص العقلية، القدرات الحسية، قدرات التواصل، نمو السلوك الاجتماعي والانفعالي، الخصائص الجسمية، وهذا الانحراف يكون بدرجة يحتاج فيها الشخص تعديل في الخبرات التعليمية أو إلى خدمات تعليمية خاصة بهدف تنمية قدراته الخاصة (أحمد عبد الحليم عربيات، 2011، ص39-40)

الصحة النفسية: حالة دائمة نسبياً يكون فيها الفرد متوافقاً شخصياً وانفعالياً واجتماعياً أي مع نفسه ومع بيئته، ويشعر بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن (السيد كامل الشربيني منصور، 2014، ص17)

المشكلات النفسية: هي مختلف المشاعر التي تنتاب الشخص المعاق مثل شعوره بالنقص الذي يؤدي إلى التقليل من تقدير الذات ورفضها، وكذا شعوره بالعجز بحيث يستسلم للإعاقة ويحس بالضعف، وتنقص ثقته في نفسه وتصبح لديه رغبة انسحابية شبه دائمة، كما يشعر بعدم الأمان والقلق والخوف من المجهول ومن أعراض هذا الشعور التوتر وعدم الاتزان الانفعالي (أحمد مسعودان، 2006، ص209-210)

التكيف: يعرف حامد زهران التكيف بأنه السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية، والامتثال لقواعد الضبط الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي السليم والعمل لخير الجماعة، والسعادة الزوجية مما يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتماعية (ابتسام تاج السر محي الدين، 2017، ص08)

التأهيل: هو استفادة الشخص المعاق من مختلف البرامج والخدمات النفسية بما في ذلك الإرشادية والتوجيهية لاكتشاف ما تبقى عنده من قدرات بعد الإصابة، وذلك في نواحي الإصابة الجسمية أو العقلية، التأهيل هو إعادة التكيف مع الحياة، وتنمية بعض القدرات والمهارات الخاصة التي لا يزال يمتلكها الفرد المعاق (ابتسام تاج السر محي الدين، 2017، ص09).

الإطار النظري للدراسة:

الصحة النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة

مفهوم الصحة النفسية:

يعرف حامد زهران الصحة النفسية بأنها حالة دائمة نسبياً يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة (حامد زهران، 2005، ص09)، ويذهب عبد العزيز القوسي إلى تعريف الصحة النفسية على أنها التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ على الإنسان وما يترتب عليه من توتر نفسي وتردد. (عبد العزيز القوسي، 1952، ص60)

وفي إطار ذلك تحددت خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية فقد وضع كل من ماسلو و متلمان قائمة بالمحكات التي تصف الشخص السوي الصحيح وهي: شعور كافي بالأمن، درجة معقولة من تقويم الذات، أهداف واقعية في الحياة، اتصال فاعل بالواقع، تكامل وثبات في الشخصية، القدرة على التعلم من الخبرة، تلقائية مناسبة وانفعالية معقولة، القدرة على إشباع حاجات الجماعة مع درجة ما من التحرر من

الجماعة) (أي الفردية)، رغبات جسدية غير مبالغ فيها مع القدرة على إشباعها في صورة مقبولة. (السيد كامل الشربيني، 2014، ص 20)

ومن هنا تبرز الحاجة إلى الصحة النفسية لتحقيق الأهداف التالية:

— تسعى الصحة النفسية إلى تمكين الفرد من الإحساس بالسعادة والسرور من خلال إشباع حاجاته الأساسية.

— تهدف إلى الكشف عن إمكانات الفرد وقدراته وتوجيهها الوجهة الصحيحة حيث يمكن الاستفادة منها وإجراء تعديلات مختلفة والإفادة من الخبرات التي يمر بها.

— إحداث حالة من التوازن والانسجام بين مكونات الجهاز النفسي، بحيث لا يطغى جانب على آخر.

— إقامة توازن وانسجام بين الفرد ليكون متوائماً مع الجماعة التي ينتمي إليها، ومنخرطاً في علاقات إنسانية متوازنة.

— تؤكد الصحة النفسية على تمتع الفرد بالحياة وتمكينه من مواجهة الإحباط والصراع في حياته من خلال إجراء تعديلات وتغييرات جوهرية في حياته.

— كما تهدف إلى توافق الفرد مع نفسه ومجتمعه (السيد كامل الشربيني، 2014، ص 19)

ولذلك فهي تحقق ثلاثة وظائف أساسية هي:

— **الوظيفة البنائية:** البناء والتدعيم ويتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق

— **الوظيفة الوقائية:** الوقاية من الوقوع في المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية.

— **الوظيفة العلاجية:** وتتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية للعودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية (حامد زهران، 2005، ص 12)

مظاهر الصحة النفسية والنظريات النفسية: يمكن النظر إلى مظاهر الصحة النفسية في ضوء نظرية نفسية محددة ومن بين هذه النظريات نجد:

— **نظرية التحليل النفسي:** الصحة النفسية هي القدرة على مواجهة الدوافع البيولوجية والغريزية والسيطرة عليها في ظل متطلبات الواقع الاجتماعي، مع قدرة الفرد على التوفيق بين مطالب الهوى، والأنا، والأنا الأعلى وقد حدد صلاح مخيمر (1975) مظاهر الصحة النفسية في ضوء نظرية التحليل النفسي في:

— إحساس الشخصية بالوحدة الكلية برغم ما فيها من صراعات وتناقض.

— شعور مضطرب بتحقيق الذات.

— قدرة على مواجهة المواقف المختلفة.

— إمكانية السيطرة على الاستجابات.

— القدرة على المشاركة في الحياة الاجتماعية.

— **النظرية السلوكية:** القدرة على اكتساب عادات تتناسب مع البيئة التي تعيش فيها الفرد وتتطلبها هذه البيئة (على اعتبار كل السلوكيات السوية وغير السوية) يكتسبها الفرد بالتعلم.

— **نظرية أريكسون:** ربط أريكسون الخصائص المميزة بالصحة النفسية بمراحل النمو عند الفرد وتنطلق فكرته من أن الإنسان في كل مرحلة من مراحل نموه يواجه مشكلة أو مشكلات أساسية يجب أن يتم مواجهتها وحلها بنجاح حتى يتيسر له مواجهة وحل مراحل المشكلات التالية، وقد عرض أريكسون ثمان مظاهر للصحة النفسية هي:

— الإحساس بالثقة

— الإحساس بالاستقلال

— الإحساس بالمبادأة

— الإحساس بالإنجاز

— الإحساس بالهوية

— الإحساس بالود والتآلف

— الإحساس بالوالدية

— الإحساس بالتكامل.

— **نظرية عبد السلام عبد الغفار:** لقد اقترح نظرية حول السلوك الإنساني توصل من خلالها إلى عدد من محكات الصحة النفسية هي:

— **الرضا عن النفس:** ويأتي من خلال إدراك الفرد لما زود به من إمكانيات عقلية ومعرفية أو إنفعالية أو واقعية.

— **السمو والالتزام:** أي نجاح الفرد في الوصول إلى معنى يحدد له مساره في الحياة أو إلى أهداف تحدد له طريقه في الحياة.

— **الوسطية:** وتعني عدم الإفراط في إشباع الحاجات، والنجاح في تحقيق الأهداف الخاصة دون الخروج عن الالتزام بالقيم الإنسانية أو الدين.

— **العطاء:** يقصد به العطاء الذي لا يخفي مطامع أو أهداف أخرى كالرغبة في السيطرة أو المن على من يعطيه، والعطاء يشمل المال والجهد العقلي والجهد العضلي وغيره (خالد عوض، دس، ص30—33)

— **الاضطرابات التي تشير إلى سوء الصحة النفسية:**

— صعوبات النوم، صعوبات التغذية، التعاسة، مشكلات عدم ضبط الإخراج، الإفراط في النشاط، نوبات الغضب والسلوك المنحرف والمعارضة.

— الأعراض النفسية والآلام بدون سبب بدني ظاهر.

كما تشمل اضطرابات الصحة النفسية:

— الحالة العاطفية (المزاج) مثل الاكتئاب والقلق والوحدة النفسية.

— أعراض التعب المزمن.

اضطرابات السلوك مثل: نوبات الغضب الحادة.

— اضطرابات الفكر: مثل الأوهام (الضلالات) والهلوسة.

اضطرابات الأكل: مثل فقدان الشهية والشره المرضي .

— اضطرابات فرط الحركة واضطراب نقص الانتباه.

— إيذاء النفس والانتحار. (خالد عوض البلاح، دس، ص34 — 35)

— الصحة النفسية والشخص المعاق

— مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة: إن الشخص ذي الاحتياجات الخاصة هو " أي شخص يختلف أو ينحرف عن غيره من الأشخاص في جانب أو أكثر من جوانب شخصيته، بحيث يبلغ هذا الاختلاف من الدرجة التي يشعر عندها الجماعة التي يعيش معها أنه بحاجة إلى خدمات معينة تختلف عن تلك الاحتياجات التي تقدم إلى العاديين وقد يكون هذا الاختلاف في أي جانب من جوانب النمو المختلفة (العقلي، الجسمي، اللغوي، الانفعالي، الاجتماعي، الحركي)، وقد يجمع بين عدد من الجوانب في وقت واحد(عمر بن شريك، مخلوف مسعودان، عبد الرحمان شنيخر، 2020، ص58)

ويمكن تقسيم ذوي الاحتياجات الخاصة إلى ثلاث فئات أساسية في ضوء ثلاث جوانب نشعر أن مجتمعنا يعتبر الانحراف في أي منهم يتطلب تقديم خدمات خاصة وهي الجانب العقلي المعرفي، الجانب الاجتماعي الانفعالي، الجانب الجسمي. (سهير كامل أحمد، دس، ص59)

— ذوي الاحتياجات الخاصة وتصنيفاتهم: اتفق المشاركون في في المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة المنعقد بالقاهرة على استخدام مصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة في برامج وخدمات التربية الخاصة والتأهيل، وقد تم تصنيف الأفراد من ذوي الاحتياجات إلى فئة أو أكثر من الفئات التالية:

1— التفوق العقلي والموهبة الإبداعية.

2— الإعاقة البصرية بمستوياتها المختلفة.

3— الإعاقة السمعية — الكلامية واللغوية بمستوياتها المختلفة.

4— الإعاقة الذهنية بمستوياتها المختلفة.

5— الإعاقة البدنية— والصحة الخاصة.

6— التأخر الدراسي وبطء التعلم.

7— صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية.

8— الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

9— الإعاقة الاجتماعية وتحت الثقافية.

10— الأوتيسية الاجترارية أو التوحدية

كما أن هناك تصنيفات أخرى لذوي الاحتياجات الخاصة مثلا: تصنيف المعاقين حسب ميادين الإعاقة (مجال العجز، كما أن هناك من صنف المعاقين حسب زمن حدوث الإعاقة إلى غير ذلك من التصنيفات المختلفة) (هبه عاطف السيد محمود عوض، 2014، ص153).

— **المشكلات النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة:** بسبب اختلاف ذوي الاحتياجات الخاصة عن الأفراد العاديين ف نواحي عدة تواجههم صعوبات تجعلهم غير قادرين على القيام بالمهام المطلوبة منهم/ مما يؤثر بشكل سلبي على صحتهم النفسية وقدرتهم على التكيف وأهم هذه الصعوبات هي المشكلات النفسية (عبد الله أبو زعيزع، 2009، ص262)

وتتمثل أهم هذه المشكلات في:

— **مشكلات انفعالية:** كالشعور بالعجز، الدونية، وعدم الرضا.

— **مشكلات تربوية:** المتمثلة في عدم وجود المعينات الخاصة، وعدم تفهم الغير لطبيعة العجز والإعاقة.

— **مشكلات اجتماعية:** وهي ما يتعلق بتفاعلهم وعلاقاتهم واتجاهات المحيطين بهم) (غالبية منصور العتيبي، 2008، ص14)

ولقد انتهى المؤتمر الدولي الثامن لرعاية المعوقين (1968) بنيو يورك إلى وضع مجموعة من السمات المحددة لعالم المعوقين وهي:

— شعور المعوق الزائد بالعجز مما يؤدي إلى عدم تكيفه اجتماعيا.

— شعور المعوق الزائد بالعجز مما يولد لديه الإحساس بالضعف والاستسلام للإعاقة.

— عدم شعور المعوق بالأمن مما يولد لديه القلق والخوف من المجهول بشكل مستمر .

— عدم اتزان المعوق انفعاليا مما يولد لديه مخاوف وهمية مبالغ فيها.

— سيادة مظاهر السلوك الدفاعي وأبرزها الإنكار والتعويض والإسقاط والأفعال العكسية والتبريرية. (عمار سليم عبد، هشام عادل هراطه، فاطمة الزهراء عدنان عبد الأمير، 2020، ص63—64)

— ذوي الاحتياجات الخاصة والصحة النفسية:

يرتبط مفهوم الصحة النفسية بقدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه إذا يؤدي به إلى التمتع بحياة خالية من التآزم والاضطراب، مليئة بالحماس ويعني هذا أن يرضى الفرد عن نفسه وأن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين، فلا يبدو منه ما يدل على عدم التوافق الاجتماعي كما لا يسلك سلوكا اجتماعيا شاذًا، بل يسلك سلوكا معقولا يدل على اتزانه الانفعالي والعاطفي والعقلي، في ظل مختلف المجالات وتحت جميع الظروف ليكون في نظر الصحة النفسية شخصا سويا، لأنه يتميز بالقدرة على السيطرة على العوامل التي تؤدي إلى الإحباط أو اليأس، بل أنه يستطيع أيضا السيطرة على عوامل الهزيمة المؤقتة دون اللجوء إلى ما يعوض هذا الضعف أو عدم النضج حيث يستطيع أن يصمد للصراع العنيف ومشكلات الحياة اليومية ولا يصيبه إلا القليل من الهزيمة وال فشل مستعيدا بصيرته وقدرته على التحكم الذاتي، فطبيعة التكوين النفسي تسمح بوجود استعدادات مختلفة تعبر أساسا عن عدد لا حد له من

تشكيلات غير ثابتة، وتعتبر نواة لمطالب وحاجات وميول متنوعة، وأي تغيير يشمل الحياة النفسية أو الموقف الاجتماعي له إمكانيات إحداث أو تكوين حاجات ومطالب جديدة في الفرد، وأن هذا النوع من الحاجات قابل للتغيير أو التعديل على حسب الظروف المادية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد(عمر بن شريك، مخلوف مسعودان، عبد الرحمان شنيخر، 2020، ص59).

— **الخدمات النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة:** يحتاج الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة إلى خدمات نفسية مختلفة، من طرف أخصائيين نفسيين لأنه نادرا ما ينجح المعوق بنفسه في استعادة تكيفه مع بيئته باكتشافه ما تبقى لديه من إمكانيات، لذا فإن الخدمات النفسية المقدمة للمعوق تساعد على اكتشاف ما تبقى لديه من إمكانيات وتغيير نظرتة النفسية، لاستعادة ثقته في ذاته، وإعادة توازنه الانفعالي حتى يمكنه الاستفادة من إمكانياته المتاحة

وتقوم الخدمات النفسية على عدة مبادئ أهمها:

— احترام حقوق الإنسان.

— استخدام الممارسات القائمة على الأدلة.

— السعي الحثيث لتحقيق تغطية صحية نفسية شاملة.

— اعتماد النهج الشامل لجميع مراحل العمر(ماري دي سيلفا، كياراساميلي، 2013، ص08)

وتأخذ الخدمات النفسية أشكالا مختلفة تتداخل فيما بينها لتساهم في بناء الشخصية السوية، ومن هذه الخدمات نجد:

1— الخدمات الإرشادية

2— خدمات المجموعات التعاونية

3— النشرات الإرشادية والتوعوية.

4— التعاون مع مصادر الخدمات النفسية الخارجية مثل : عيادات الطب النفسي.(غالية منصور العتيبي، 2008، ص10)

وللخدمات النفسية أوجه مختلفة وأشكالا متعددة منها:

الشكل الفردي: يركز فيها الأخصائي النفسي على حالة واحدة فقط وخاصة مشكلات لها طابع الخصوصية، يشخصها جيدا ليتمكن من تقديم التدخلات المناسبة.

— **الشكل الجماعي:** يشترك فيها أكثر من شخص، تجمعهم مشكلة واحدة أو مشكلات متقاربة، وفيها يناقش الأخصائي أصحاب المشكلة ويدرسون طرق حلها، ولهذا النوع عدة فوائد منها:

— تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي من خلال المؤازرة التي تقدمها الجماعة لبعضهم لبعض.

— استفادة الأفراد من خبرات زملائهم واقتراحاتهم بحلول المشكلات المعروضة (غالية منصور، 2008، ص15)

— **التأهيل النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة**

يقصد بها تلك الخدمات النفسية التي يحتاجها المعوق من أجل مساعدته على التوافق مع البيئة المحيطة به بشكل طبيعي عن طريق تقبل إعاقته، والتفكير بشكل واقعي في كيفية العيش معها.

فالمعوق معرض للشعور بالنقص والاختلاف عن الآخرين (الأفراد العاديين) وما يصاحبها من الشعور بالقلق والحيرة والحزن واليأس وغيرها من الاضطرابات والمشكلات النفسية التي يتعرض لها، وقد تستدعي حالته إحالتها إلى العيادات النفسية الخاصة أو المتواجدة على مستوى مركز التأهيل المتواجد فيها،لعلاج اضطراباته السلوكية ومشكلاته النفسية ، وأول خطوة يقوم بها الأخصائي النفسي هي: (أحمد مسعودان، 2006، ص227— 228)

التقويم النفسي للمعوق

ويهدف التقويم النفسي إلى قياس ودراسة الحالة النفسية للمعوق، وخاصة أثر إعاقته على شخصيته، ويكون ذلك عن طريق ثلاثة عمليات، الفحص ثم التشخيص ثم المآل.

وعموما يهتم التقويم النفسي للمعوق بدراسة مايلي:

— دراسة مستوى ذكاء المعوق واستعداداته العقلية.

— مدى أثر الإعاقة على شخصيته وسلوكه.

— دراسة ميوله الخاصة وقدراته المهنية.

— مدى استعداداته للتعاون والاستفادة من برنامج الرعاية.

— تحديدا ما إذا كانت الإعاقة ناتجة عن إصابة عضوية أم أنه انحراف وظيفي أي سلوكي فقط.

— وضع تقرير بالنصائح والإرشادات والأوضاع التي يجب على المعوق والمسؤولين عن تأهيله مراعاتها في اختيار المهن، وفي التدريب المهني والتشغيل، وكذلك بالنسبة للتكيف البيئي مع محيط الأسرة وخارجها.

ويقوم بعملية التقويم النفسي الأخصائي النفساني، ويعتمد في عمله على المقابلة والملاحظة وإجراء الاختبارات والمقاييس النفسية المختلفة(أحمد مسعودان، 2006، ص228)

الرعاية النفسية للمعوق:

وتعتبر الخطوة التي يجريها الأخصائي النفساني بعد خطوة التقويم النفسي، ولهذه الرعاية عدة أهداف هي:

— تهيئة المناخ العلاج المناسب لحالة المعوق، والعلاقة الحسنة بين المعوق والأخصائي.

— إزالة العوامل والأسباب التي أدت إلى المرض.

— علاج أعراض المرض.

— حل المشكلات ومواجهتها تحويلها من مشكلات مسيطرة إلى مشكلات مسيطر عليها.

— تعديل السلوك غير السوي، وتعلم السلوك السوي الناضج.

— تعزيز الدوافع التي تكمن وراء السلوك السوي الناضج.

— التخلص من نواحي الضعف والعجز بإبعاد تفكير المعوق عنها، وتدعيم نواحي القوة والتعرف على القدرات والإمكانات المكتوبة وتنميتها.

— تغيير المفهوم السلبي للذات، وتنمية مفهوم الذات الإيجابي.

— تحقيق تقبل الذات وتقبل الآخرين، وإقامة علاقات اجتماعية سليمة.

— زيادة قوة الذات وتدعيم بناء الشخصية القوية وتحقيق تكاملها .

— تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني.

— تعلم أساليب أكثر فعالية لمواجهة البيئة بمطالبها المتعددة بصورة واقعية.

— زيادة تقبل وتحمل المسؤولية الشخصية بالنسبة لتقدم العلاج نحو تحقيق أهدافه.

— العمل على إتمام الشفاء والحيلولة دون حدوث النكسة (أحمد مسعودان، 2006، ص228—229)

التتبع والرعاية اللاحقة للمعوق:

وتعتبر الخطوة الثالثة في عملية التأهيل النفسي للمعوق، حيث تحتاج عملية العلاج النفسي أو التوجيه والإرشاد النفسي بعد إتمامها إلى متابعة منظمة، وتهدف المتابعة إلى التأكد من استمرار تقدم حالة المعوق للمساعدة وتحديد مدى وأثر قيمة عملية العلاج أو الإرشاد، وتحديد نسبة النجاح ومدى استفادة المعوق من الخبرات العلاجية أو الإرشادية في مواقف الحياة العامة، والتحقق من مدى تحقيق العملية العلاجية أو الإرشادية لحاجات المعوق كما يعيشها في الواقع، ومما يؤكد أهمية وضرورة المتابعة، أن الشفاء قد يتم تماما، ويصبح المعوق أكثر قدرة على تحقيق التوافق النفسي، ولكنه إذا عاد إلى المجتمع الذي سبب اضطرابه ليجده جامدا محبطا مليئا بالصراعات كما كان، فإن الموقف يكون صعبا وقد تحدث نكسة، هذا وقد يكون التحسن الذي طرأ على حالة المعوق سطحيا أو ظاهريا أو مؤقتا.

وتحتاج المتابعة المنظمة المحافظة على الاتصال بالفرد بعد شفائه لفترة محددة، بحيث تزداد الفترة بين كل اتصال وآخر إلى أن ينتهي الاتصال بعد التأكد من إتمام الشفاء، وقد يتم الاتصال بعد شهر، ثم ثلاثة أشهر ثم سنة، وحسب موافقة المعوق وقد تمتد المتابعة إلى الأسرة أو المدرسة أو مركز التكوين أو مكان العمل (أحمد مسعودان، 2006، ص229—230)،

دور الخدمات النفسية والأخصائي النفسي في تعزيز الصحة النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة

تترك الإعاقة أو الإصابة بالعجز أثارا نفسية في شخصية الفرد، وتؤثر كذلك في ردود أفعال الآخرين نحوه، وخاصة أفراد الأسرة من حيث تقبلهم وتفاعلهم معه، الأمر الذي يشكل ضعفا نفسيا يؤثر في تكوين وإعادة تكوين الفرد لذاته.

ومن جهة ثانية، فإن الفرد المعاق وهو يعيش في هذا الوسط الاجتماعي المتشابك الأطراف تؤثر العديد من العوامل والضغوطات عليه وهذه العوامل تنعكس على جوانبه النفسية فقد يتكيف معها وقد يصعب عليه التكيف فتضطرب شخصيته وسلوكه وبالتالي يضطرب الدور الذي يمارسه أو المتوقع منه (غالية منصور العتيبي، 2008، ص07) ولمواجهة ومعالجة هذه المشكلات والآثار المترتبة عليها تأتي الخدمات النفسية التي يشرف عليها أخصائي نفسي فوجود هذا الأخير في حياة ذوي الاحتياجات الخاصة أمر في غاية الضرورة، وذلك لتحسين مستوى حياة هؤلاء وتقديم الدعم النفسي اللازم الذي يعتبر أحد أهم قنوات

الخدمة النفسية، وكل منا بحاجة إلى شخص يقف بجانبه ويدعمه ويساعده على أن يكون عضوا فاعلا ومنتجا في مجتمعه، حيث يسعى هذا الأخير إلى تعزيز قدرات الشخص المعاق وتزويده باستراتيجيات التعامل مع نفسه ومع البيئة المحيطة وذلك عبر خطة التأهيل التي يكون هدفها هو :

— مساعدة المعاق على التكيف مع إعاقته.

— مساعدة المعوق على القيام بمهارات الحياة اليومية باستقلالية(فريد بحر، 2016، ص11)

— مساعدة المعوق على تحقيق درجة من التوافق من خلال مساعدته على اختيار عمل مناسب، كما تسعى هذه الخدمات إلى إعانة الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة على التوافق الاجتماعي داخل الأسرة والمجتمع وذلك من خلال إشباع الحاجات الاجتماعية وتكوين علاقات مرضية مع الآخرين، كما تعزز قدرة الفرد على حل مشكلاته واتخاذ قراراته.

— مساعدة المعاق على الوعي بالسلوك الذي يقوم به والتبصر بأسبابه.

— التعرف على المشاعر السلبية التي يشعر بها المعاق، لأنه كلما كان أكثر وعيا بأسباب السلوك كلما كان أكثر تحكما في انفعالاته، ومن المهم أن يركز الأخصائي النفسي على تقنيات تعديل السلوك وعلى تغييره والتعرف عليه لان هناك الكثير من السلوكيات التي تنبع من التعلم الخاطئ،

كما يعد التوجيه النفسي ضروري لتعديل سلوك ذوي الاحتياجات الخاصة للتخلص من السلوك المضطرب لدى بعض المعاقين، كما أن عملية الإرشاد النفسي للمعوقين تعتبر عملية تعلم لأن الفرد المعاق الذي يمر بخبرة إرشاد نفسي ناجحة بكل تأكيد يمر بخبرة تعلم ونمو وارتقاء نفسي في الوقت ذاته.

إن طرق وأساليب تقديم الخدمات النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة كثيرة ومختلفة، ولكن العديد من الأخصائيين النفسيين يركزون على البعض منها دون غيرها والتي يعتبرونها الأنجع ونتائجها تعود بالفائدة على المعاق ومن بين هذه الأساليب ما يلي:

— **التوجيه عن طريق اللعب:** الذي يعتبر ذا قيمة وفائدة مع المعاقين وذلك بتغيير السلوك غير السوي (الاجتماعي والعدواني) ويكون العلاج باللعب إما فرديا أو جماعيا باستخدام وسائل لعب غير قابلة للكسر.

— **التوجيه عن طريق الرسم والموسيقى:** فممارسة النشاط الفني يعطي الفرصة للمعاق للتعبير عن عالمه الخاص ومشاكله وانفعالاته في جو خال من التهديد.

— **التوجيه عن طريق التمثيل:** كأسلوب لتنفيس والتفريغ للشحنات العاطفية ويكون العلاج إما فردي أو جماعي.

— **التوجيه الأسري والتعلم المنزلي:** الذي يشمل إشراك الوالدين وكل أفراد الأسرة في عملية التعليم وتوفير الدعم، ويتم ذلك عن طريق تزويد الأسرة ببرنامج منزلي حسب حالة الفرد المعاق والطرق المثلى للتعامل معه في عدة جوانب حتى يتم تأهيله ككل.

كما يوصي الأخصائيون النفسيون بضرورة توفير بيئة مناسبة، وهو ما يعرف باسم الوسط العلاجي الجيد، الذي يتوفر على كافة الشروط والتهيئات والأساليب العلاجية المناسبة. والاهتمام خلال الجلسات الإرشادية بالاستعانة بالعلاجات المساندة التي تتضمن الرياضة وطرق الاسترخاء لتحقيق أهداف الصحة

النفسية عن طريق إشعار الفرد بالقبول التام، وبلا أي شروط وكذا إشعاره بالحب والعطف والتقدير ، كما يوصي الأخصائيون كذلك على ضرورة استخدام فنيات وتقنيات التعزيز الإيجابي التي تساعد المعاق على تعلم السلوك السوي، بمعنى التركيز على سلوك إيجابي يصدر على الشخص المعاق ومكافأته عليه فوراً حتى نضمن استمراراً هذا السلوك. /html file:///storage/emulated/0/Download/

تبقى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة تتطلب الكثير من الاهتمام والدعم في مختلف الجوانب التربوية والاجتماعية والنفسية، حيث تتكامل هذه الخدمات فيما بينها لتحقيق الصحة النفسية ولاشك أن فهم دورها وإدراك أبعادها لدى تلك الفئات له الكثير من الفائدة والمردود الإيجابي على شخصية الفرد المعاق ومدى توافقه مع ذاته ومع الآخرين من حوله.

قائمة المراجع:

1. أحمد عبد الحليم عربيات،(2011)،إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسره،ط1،دار الشروق للنشر والتوزيع، رام الله.
2. أحمد مسعودان، رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر من منظور الخدمة الاجتماعية، رسالة دكتوراه في علم اجتماع التنمية، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة منتوري قسنطينة،2006
3. السيد كامل الشربيني منصور، (2014)،الصحة النفسية للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة،ط1،دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دسوق.
4. ابتسام تاج السر محي السر، دور الأخصائي الاجتماعي ف مراكز المعاقين حركيا بولاية الخرطوم،رسالة الماجستير ،في الخدمة الاجتماعية ، قسم علم الاجتماع والانثروبولوجيا والخدمة الاجتماعية،كلية الدراسات العليا، جامعة النيلين،2017.
5. حامد عبد السلام زهران، (2005)،الصحة النفسية والعلاج النفسي،ط04، (د.ن)،القاهرة،مصر.
6. سهير كامل أحمد، (دت)، الصحة النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة، دط، (د.ن)،كلية رياض الأطفال، القاهرة.
7. عبد العزيز القوسي،(1952)،أسس الصحة النفسية،ط04، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
8. عبد العزيز عوض السهلي،(2018)،الإرشاد في التربية الخاصة، دط، طنطابوك هاوس للنشر والتوزيع ،
9. عبد الله أبو زعيزع،(دت)، أساسيات الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق، ط1، (د.ن)،عمان
10. عمر بن شريك، مخلوف مسعودان، عبد الرحمان شنيخر، (2002)، توظيف الانترنت لترقية الخدمة النفسية – الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة، مجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية،العدد02.
11. خالد عوض البلاح، (دت)،الصحة النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة،دط،جامعة الملك فيصل،
12. غالية منصور العتيبي،(2008)، الخدمات النفسية للطلاب من ذوي الاحتياجات الخاصة، العدد12،

13. فريد بحر ، ما أهمية وأبعاد الصحة العامة والصحة النفسية خاصة للأشخاص ذوي الإعاقة، 2016.
14. ماري دي سيلفا، كيارا ساميلي،(2013)، تغيير الحياة نحو الأفضل، تعزيز المجتمعات – ابتكارات في الصحة النفسية.
15. هبة عاطف السيد محمود عوض، دور الجمعيات الأهلية في تفعيل حماية حقوق المعاقين، رسالة الماجستير في علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع،معهد الدراسات العليا،جامعة دمياط،2014.
- .16.html file:///storage/emulated/0/Download/

الميزوفونيا

د. بن مجاهد فاطمة الزهراء، جامعة قاصدي مرباح – ورقلة-الجزائر
أ. معطاء الله نور الإيمان، جامعة قاصدي مرباح – ورقلة-الجزائر

1- مقدمة:

يعاني ما يقرب من 50% من البالغين من الأمراض النفسية في مرحلة ما من حياتهم. وأكثر من نصف هؤلاء المرضى يعانون من أعراض متوسطة إلى شديدة. وفي الواقع، فإن 4 من أصل 10 أسباب رئيسية للإعاقة أو العجز بين الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم من 5 سنوات فما فوق هي اضطرابات في الصحة النفسية، حيث يعد اضطراب الميزوفونيا واحد من أبرز الإضطرابات التي تمس الجانب النفسي العصبي الشخصي و الجانب الاجتماعي للفرد باعتباره حالة يكون فيها لدى الفرد رد فعل حاد من الكراهية أو الإشمئزاز إتجاه صوت معين شائع الحدوث. وعليه هو شكل من أشكال السلوك المشروط الذي يتطور كرد فعل جسدي (فسيولوجي)، حيث يثير الصوت الغضب و الإشمئزاز، بالإضافة إلى الإستجابات اللاإرادية المرتبطة بهذه المشاعر. بحيث يؤدي فيها الصوت إلى إثارة منعكس جسدي شرطي مكروه الذي يفسر الإستجابة العاطفية للمحفز الميزوفوني.

يقول " داميان دينيس " أستاذ الطب النفسي بجامعة أمستردام لموقع " **Live Science** ": بعض الناس يشككون فيما إذا كانت تلك الحالة اضطراباً حقاً، ولكن المرضى يعانون في حقيقة الأمر، فلقد مر علينا حالات طلاق وأشخاص يتركون وظائفهم بسبب إصابتهم بتلك الحالة، كما أن قلة الوعي بهذا الاضطراب بالنسبة للأطفال يؤدي إلى اكتسابهم سوء السلوك و التسبب في اضطراب نقص الانتباه، وفرط الحركة، أو حتى مرض التوحد. (Bahar Gholipour. Staff Writer, 2019)

وعليه بناء على ما سبق ما هي الميزوفونيا وما أثرها على الأداء الفردي الميزوفوني على المستوى النفسي و الإجتماعي؟

2- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- التعريف باضطراب الميزوفونيا وخصائصه والأسباب الكامنة وراء ظهوره.
- الإحتكاك بالفئات المصابة بالاضطراب والتعرف عليه بصفته الواقعية بعد الإنتقال من ما هو نظري.
- لفة إنتباه لذوي الإختصاص في مجال الخدمات النفسية العيادية للمشكلة التي يعاني منها المصابين بالاضطراب كونه غير معروف على نطاق واسع لإيجاد أو بناء برامج علاجية و إرشادية تخصه.

3- أهمية الدراسة:

- تسعى الدراسة إلى إثراء رصيد البحث العلمي و أدبياته حول الموضوع وبتالي تطوير جانب الخدمات النفسية .
- إن ما تسفر عليه الدراسة الحالية من نتائج تساهم في إضافة معلومات جديدة تثمين من جدية الموضوع.
- تتجلى أهمية الموضوع في بناء قاعدة معرفية ونظرية حول الميزوفونيا وفتح آفاق أخرى للبحث العلمي.
- تطوير الخدمات السيكولوجية وتعزيز الصحة النفسية والتوجه نحو مجتمع خالي من الإضطرابات النفسية.

I الميزوفونيا:

1- مفهوم الميزوفونيا:

الميزوفونيا " Misophonia ": حرفياً تعني كره الأصوات، وهي حالة نادرة التشخيص، بحيث تصبح بعض الأصوات تحفز مشاعر سلبية كالغضب، والخوف، والكره، والاشمئزاز. والأصوات لا تكون بالضرورة أصوات عالية أو مزعجة لمعظم الأشخاص. تمت تسمية هذا المصطلح من قبل عالم الأعصاب Jastreboff Margaret و Jastreboff Pawel ويطلق عليه في بعض الأحيان متلازمة حساسية الصوت الانتقائية (syndrome sensitivity sound selective). (Jastreboff, M. M., & Jastreboff, P. J., 2001, p5-7)

الميزوفونيا " Misophonia ": هي متلازمة عصبية وسلوكية معقدة تتميز بالاستجابة الفسيولوجية المتزايدة والحجم الكبير من التفاعل العاطفي الناتج عن عدم تحمل سمعي معين. (Jastreboff, M. M., & Jastreboff, P. J., 2001, p5-7)

الميزوفونيا " Misophonia ": هي حالة مزمنة يؤدي فيها التعرض لأصوات معينة إلى زيادة الإثارة وتكرار المشاعر السلبية الشديدة، خاصة الغضب. استخدم Jastreboff و Jastreboff كلمة "الميزوفونيا" حيث تعني ("miso" الكراهية و تعني "phonia" الصوت)، اللذان لاحظا أن بعض الأفراد لديهم ردود فعل سلبية تجاه أصوات معينة. لم تظهر هذه التفاعلات السلبية أي علاقة بالخصائص الفيزيائية للصوت كما هو الحال في احتداد السمع، كما أن الانفعال السلبي المرتبط بالتعرض للصوت لم يكن خوفاً كما في حالة رهاب الصوت. لا يقلق مرضى الميزوفونيا من الضرر الجسدي الناجم عن التعرض للصوت مثل فقدان السمع. (Jastreboff, M. M., & Jastreboff, P. J., 2002, p74-81)

الميزوفونيا هي اضطراب نفسي، يتميز بالغضب الشديد والاشمئزاز، والذي يحدث عندما يواجه المرضى أصواتاً بشرية معينة مثل الصفع الشفاه أو المضغ أو التنفس بصوت عالٍ أو الكتابة. تثير هذه الأصوات استجابة عدوانية مندفعة، مما يجعل المرضى يتجنبون المواقف التي قد تحتوي على محفزات الميزوفونية، و على سبيل المثال، يتم تجنب تناول الوجبات مع أشخاص آخرين أو استخدام وسائل النقل العام أو الاجتماعات المتعلقة بالعمل. إذا لم يكن بالإمكان التهرب من المواقف التي قد تحتوي محفزات الميزوفونية، فإنهم يتحملون معاناة شديدة. تؤدي معاناتهم وتجنبهم إلى إعاقة اجتماعية ومهنية كبيرة. (Schröder, A., Vulink, N., & Denys, S., 2013, p10)

الميزوفونيا هي حالة تؤدي فيها أحاسيس حسية معينة، مثل صوت معين، إلى استجابة جسدية وعاطفية قوية. غالباً ما يشار إلى المثيرات المسببة للاستجابة باسم "المحفزات". تشمل المحفزات الشائعة صوت الأشخاص الذين يتناولون الطعام، وضوضاء الأنف مثل الشهيق، والأصوات المرتبطة بالتأمل مثل النقر بالقلم. يؤدي التعرض للمحفزات إلى حدوث استجابة جسدية وعاطفية نمطية لدى الميزوفوني، والتي تشمل زيادة معدل ضربات القلب، والتعرق، وتفعيل الإجهاد أو استجابة الغضب. و يصف الميزوفوني شعوره بالقلق الشديد أو الغضب أو الخوف أو الرغبة في الفرار. (Altimus, M. C., Ph.D., 2019, p03)

2- نسبة انتشار الميزوفونيا: لمعرفة ومناقشة مدى انتشار الميزوفونيا نطرح التساؤل التالي كإطلاقاً للموضوع ما مدى شيوع الميزوفونيا؟. يعتبره الكثيرون اضطراباً نادراً، وفي يوم المرض النادر (اليوم الأخير من شهر فبراير)، يعرب العديد من أعضاء مجموعة الميزوفونيا على Facebook عن رغبتهم في دراسة الميزوفونيا بشكل رسمي، في الولايات المتحدة، حيث تم تعريفه على أنه الاضطراب النادر رسمياً و أنه اضطراب يصيب أقل من 200000 شخص في الولايات المتحدة، أي حوالي واحد من كل 1500 شخص بنسبة (0.07%). وفقاً لهذا التعريف، فإن الميزوفونيا ليست اضطراباً نادراً. بل إنه اضطراب "نادر الوجود".

أجرى "Dozier" أول مسح عن الميزوفونيا في فبراير 2013 حول الخصائص المختلفة للأفراد المصابين بالميزوفونيا. محاولاً بذلك تحديد كيفية تطور الميزوفونيا وما إذا كانت هناك خصائص معينة يشترك فيها الأشخاص المصابون بالميزوفونيا. بهدف الحصول على مجموعة تحكم لمقارنة بعض سمات وخصائص الشخصية للفرد الميزوفوني، بالاستعانة بالاستبيان الإلكتروني، الذي كشف عن الإصابة لدى 5% من الذين أجابوا عن الاستبيان. ذلك ما عزز أن الاضطراب ظاهرة غير عادية للغاية ومنتشرة.

تم تطبيق الاستبيان الخاص بالميزوفونيا إلكترونياً بالاستعانة بالموقع الإلكتروني SurveyMonkey.com طبق بطريقة عشوائية على عينة من الأفراد يفترض أنهم لا يعانون من الميزوفونيا بهدف استطلاع الرأي بعد التأكد من أن عنوان الاستطلاع لا يذكر الصوت أو الحساسية، كما طبق نفس الاستبيان على عينة أخرى أفرادها يعانون من الميزوفونيا بهدف تحديد معياراً مرجعي لمجموعة Survey Monkey الخاصة بـ Dozier وزملائه. اشتملت الدراسة على 310 فرداً بنسبة تقدر بـ (50% منهم نساء و 50% رجال)، فخلصت الدراسة إلى أن 15.2% من أفراد العينة لديهم ردود أفعال تشير إلى وجود الميزوفونيا. حيث كان أكثر شيوعاً بين النساء بنسبة (18.6%) منه بين الرجال التي قدرت بنسبة (11.6%). (Dozier, 2021) وعليه يمكن القول أن الميزوفونيا بدلاً من أن يكون اضطراباً نادراً، بالرغم من ذلك فهو شائعاً مع حوالي 250 في 1500، وهو رقم أعلى من ما كان متوقعاً.

في سنة 2014، تم نشر دراسة تمت مراجعتها من قبل مجموعة من الباحثين في المجال بجامعة جنوب فلوريدا كلية الطب قسم علم النفس، التي اشتملت على طلاب الجامعة بقسم علم النفس. (هذا شائع جداً في الأبحاث الجامعية؛ فهم يمنحون طلاب علم النفس رصيماً إضافياً قليلاً لإجراء استطلاع أو المشاركة في شكل من أشكال البحث لطلاب الدراسات العليا) اشتملت الدراسة على ما يقارب 500 مشارك بينهم 84% نساء. انحصرت الدراسة في معرفة اثر الميزوفونيا على حياة الفرد، فكانت النتيجة أنهم وجدوا 20% من أفراد العينة لديهم الأعراض الإكلينيكية التي تشير إلى وجود الميزوفونيا، (Dozier, 2021) وهذا يعني أنهم اضطروا إلى إنفاق قدر كبير من الطاقة الواعية في مقاومة أو التأثر بالمحفزات، و لم يجدوا أي فرق إحصائي في انتشار الميزوفونيا بين الرجال مقابل النساء.

ولقد ذكرت مدونة حديثاً على موقع andMe.com23 دراسة أجريت على حوالي 80 ألف عميل، حيث سئل المشاركين "هل صوت أشخاص آخرين يمضغون يغضبك؟ (نعم / لا / لست متأكداً)". أجاب حوالي 19% بنعم، وجدوا أيضاً أن الاستجابة الإيجابية كانت أكثر شيوعاً عند النساء. كما أبلغ موقع مدونة andMe.com23 عن 20% نعم و 80% لا (باستثناء الإجابات غير المؤكدة)، وأشارت إحدى منشورات الإنترنت إلى أن هناك حوالي 4% غير متأكدين. وذلك من شأنه أن يقلل نسبة الردود بـ "نعم" من 20% إلى 19%.

كذلك أفادت أطروحة دكتوراه في عام 2015 عن انخفاض تحمل الصوت (احتداد السمع، وطنين الأذن، و الميزوفونيا) أن 15.6% من أفراد العينة الذين شملتهم الدراسة (مزيج من طلاب الجامعات والمشاركين في المجتمع) يعانون من الميزوفونيا.

(Dozier, 2021) حيث أبلغت الدراسة عن نسبة الذكور الذين يعانون من أعراض الميزوفونيا، لكن الإناث أبلغن عن شدة أكبر. وهذا يوفر مزيداً من الدعم لانتشار الميزوفونيا المرتفع بشكل مدهش. الخلاصة من هذا أن الميزوفونيا شائعة جداً حقاً - فهي ربما تؤثر على حوالي 15% من البالغين (أو 1 من كل 6.5 من البالغين). فهو أكثر شيوعاً أو على الأقل أكثر شدة لدى النساء منه عند الرجال، لكن الكثير من الأشخاص يعانون في صمت، أو يتم وصفهم على أنهم عصبيون أو غريبو الأطوار أو سريع الانفعال، إذا كان هذا الرقم صحيحاً، وبدأت الأبحاث تؤكد ذلك، فقد يكون هناك أربعون مليون شخص يعانون من الميزوفونيا في الولايات المتحدة وحدها - أي 40.000.000 شخص.

بالنظر إلى هذه الإحصائيات نخلص إلى أن الميزوفونيا لم تتم دراستها على نطاق واسع، إذا اخترت عشوائياً، فمن المرجح أن الفرد العشوائي سيكون مصاباً بالميزوفونيا أكثر مما يعرفه الطبيب أو المعالج للميزوفونيا. (Dozier، 2021)

3- أعراض الميزوفونيا: الميزوفونيا هي مجموعة من الأعراض التي يعاني منها بعض الأفراد عند تعرضهم لأصوات محفزة. تُثار لديهم استجابة اندفاعية متمثلة في: الغضب أو التهيج أو الاشمئزاز أو القلق فوراً عند سماعهم الأصوات المثيرة لردات الفعل الميزوفونية وتشمل (الغضب- التجنب - الانزعاج - الاشمئزاز - العدوان اللفظي أو الجسدي).

(Jastreboff MM، Jastreboff PJ، 2015، p12)

ولقد حددت الدراسات الردود التالية على أنها من أعراض الميزوفونيا:

-تهيج يتحول إلى غضب.

-الاشمئزاز يتحول إلى غضب.

-زيادة اليقظة والوعي.

-أن تصبح عدوانياً لفظياً تجاه الشخص الذي يصدر الصوت المكروه.

-العدوانية الجسدية مع الأشياء أو الأشخاص، بسبب الصوت المثير.

-الاعتداء الجسدي على الشخص الذي يصدر الصوت المكروه.

-اتخاذ إجراءات مراوغة حول الأشخاص الذين يصدرن أصواتاً محفزة.

-قد يبدأ بعض الأشخاص الذين يعانون من هذا النوع من الحساسية الصوتية في محاكاة الأصوات التي

تثير ردود أفعالهم الغاضبة والعدوانية. (Timothy J. Legg، 2018)

بالإضافة إلى الاستجابات العاطفية، وجدت الدراسات أخرى أن الأفراد الذين يعانون من الميزوفونيا عادة

ما يعانون من عدد من ردود الفعل الجسدية "فيزيولوجية"، بما في ذلك:

-تحرير هرموني الأدرينالين و النورادرينالين.

-الضغط في جميع أنحاء الجسم، وخاصة الصدر.

-انقباض العضلات.

-ارتفاع ضغط الدم.

-سرعة وزيادة معدل ضربات القلب.

-ارتفاع درجة حرارة الجسم.

-الألم الجسدي.

-الصعوبة في التنفس. (Morrison KL، Dozier TH، 2017، p431-438)

استناداً إلى الأبحاث التي أجراها Dozier و مجموعته، الذين يرون أن انقباض العضلات (المتفاوتة بين

الأفراد) واحدة من الأعراض الرئيسية للميزوفونيا، بالإضافة إلى ردود الفعل العاطفية السلبية. كما يعتبر

المصابون بالميزوفونيا أن هذه الأحاسيس العدوانية غير مرغوب فيها وغير منضبطة غير متحكم فيها.

(Denys D، Vulink N، Schröder A، 2013، p8)

غالباً ما تكون هذه الأحاسيس مصحوبة برغبة أو رداً فعل عدوانية اتجاه مصدر " الصوت والأفكار

المختلفة مثل " أكره هذا الشخص"، في بعض الأحيان، يؤدي التعرض للمثيرات الميزوفونية إلى نوبات

عدوانية لفظية و جسدية وهي نادرة الحدوث.

أما جاسترييوف " Jastreboff " و آخرون يرون أن رد الفعل يتأثر بتاريخ الحالة للفرد، فتقييمه شخصي

للصوت، المعتقدات حول الخطر المحتمل، الملامح النفسية، والسياق الذي يظهر فيه الصوت. هذا الرأي

يتفق مع نتائج ادلشتاين "Edelstein" و آخرون الذين خلصوا إلى أن غالبية الأشخاص المصابين

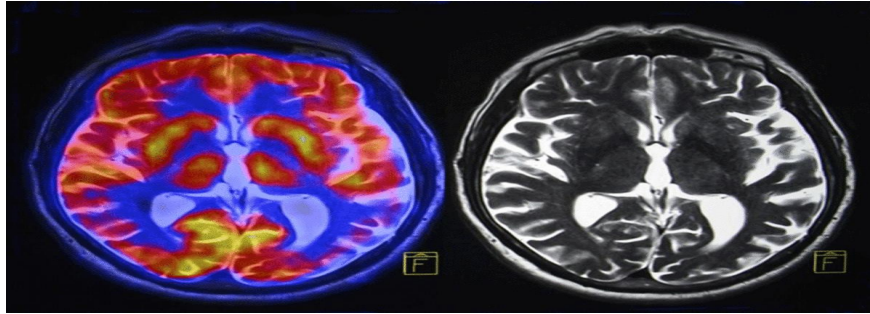
بالميزوفونيا صرحوا أن ردود أفعالهم تقتصر على أفراد أسرهم أو زملائهم في العمل، وأنهم لا يعانون

من ردود فعل اندفاعية إذا كان المثير الصوتي من قبل طفل أو حيوان. (Brang ، Edelstein M) (p296،2013،D.and al)

كذلك وجدت إحدى الدراسات من مصدر موثقة أن 52.4 في المائة من المشاركين المصابين بالميزوفونيا يمكن أيضاً تشخيصهم باضطراب الوسواس القهري.(OCPD) (Timothy J. Legg، 2018) 5- أسباب الميزوفونيا: في الوقت الحاضر، ليس معروفاً ما الذي يسبب الميزوفونيا. ومع ذلك، يبدو أن الميزوفونيا تتطور في مرحلة الطفولة، في المتوسط حوالي 12 عامًا. ومع ذلك، لم تظهر أي دراسات بشكل قاطع متى تتطور الميزوفونيا، وتشير تقارير الحالة إلى أن الميزوفونيا قد تتطور عند الأطفال الأصغر سنًا. تعتبر الطفولة والمراهقة فترات حرجة في التطور العصبي، حيث يكون الدماغ متقبلاً للغاية للتعلم، والعديد من الحالات العصبية لها بداية في الطفولة والمراهقة. ظهرت عدة فرضيات لشرح كيفية تطور الميزوفونيا. وعليه الأسباب الدقيقة للميزوفونيا غير معروفة إلى حد الساعة، ولكن هناك عدد من العوامل التي قد تلعب دوراً في ذلك نذكر منها:

1-5- كيمياء الدماغ: تشير بعض الأبحاث إلى أن الأشخاص المصابين بالميزوفونيا قد يكون لديهم اتصال أكبر بين القشرة الانعزالية الأمامية (AIC)، وهي منطقة من الدماغ مهمة في المعالجة العاطفية، والقشرة السمعية.

(et al. 2017.p527-533، Sedley W، Tansley-Hancock O، Kumar S) وهذا ما يفسر السبب الكامن وراء الارتباط العصبي للميزوفونيا مع المسار السمعي، والنظام الحرفي، والقشرة السمعية. (p105-120،2014، PJ & Jastreboff، Jastreboff)، حيث يمكن شرح العلاقة من خلال الدراسة التي قام بها كومار (Kumar) و زملائه الذين قاموا بتعرض الأفراد الذين يعانون من الميزوفونيا إلى الرنين المغناطيسي الوظيفي في حين أنهم يعرضوا لأصوات المحفزة للميزوفونيا. (p527-233،2016، S.and al، Kumar) . فلاحظوا زيادة الأنشطة العصبية في منطقة يشار إليها باسم القشرة الانعزالية الأمامية (AIC) كما هو موضح في الشكل (01)



الشكل (01): يوضح زيادة نشاط الفص الجبهي و AIC .

و على الرغم من التشكيك في نتائج هذه الدراسة من قبل بعض الباحثين. (Schröder A.and al، 2017، p111) إلا أنها لا تزال تعتبر واحدة من أقوى الأدلة على الأصل العصبي للميزوفونيا. و يُعتقد أن القشرة الانعزالية الأمامية (AIC)، بشكل عام، هي العامل الرئيسي للوعي العاطفي،(Hof ، Gu X، Friston KJ، PR، 2013، p88)

ويمكن أن يتوقع ببساطة زيادة الردود أفعال الاستجابات في هذا المجال لدى الأفراد الذين يعانون من الميزوفونيا عندما يتعرضون لأصوات المحفزة. ولقد قدم شرودر (Schröder) وآخرون أدلة إضافية على أساس البيولوجي العصبي للميزوفونيا. حيث درسوا استجابة مكون N1 للإمكانات السمعية المتأخرة الذي أثار إمكانات لمحفزات الميزوفونية في مجموعة من الأشخاص المصابين بالميزوفونيا. حيث أشارت النتائج التي توصلوا إليها إلى انخفاض السعة في N1 إلى محفزات الميزوفونية. وخلصوا إلى أن العجز البيولوجي العصبي في أولئك الذين يعانون من الميزوفونيا يمكن أن يضعف المعالجة السمعية للمحفزات الواردة. (Schröder A.and al، 2014، p123)

كما أظهرت دراسة الرنين المغناطيسي الوظيفي أخرى بعض الارتباطات بين الميزوفونيا والوسواس القهري. حيث أشارت بيانات الرنين المغناطيسي الوظيفي إلى أن أولئك الذين يعانون من الميزوفونيا لديهم سلوكيات مثالية وقهرية.

وتدعم هذه النتائج الملاحظة الإكلينيكية للانزعاج عند التعرض لأصوات المضغ لدى أولئك الذين يعانون من الميزوفونيا. (Schröder A, Eijsker N, and al, 2019)

5-2- الوراثة: الميزوفونيا أكثر انتشاراً بين أفراد العائلة الواحدة ، لذلك من المحتمل أن يكون هناك عامل وراثي يزيد من احتمالية الإصابة بهذه الحالة. (Schröder A. and al, 2013, p10)

تلعب الوراثة دوراً هاماً في الإصابة بالميزوفونيا "misophonia". على الرغم من عدم وجود بحث فعلياً قويا يدعم الأساس الوراثي للميزوفونيا "misophonia"، فقد أبلغ سانثيز (Sanchez) وسيلفا (Silva) عن عائلة في البرازيل مكونة من 15 فرداً يعانون من الميزوفونيا ويرجح أن يكون بينهم صديقي وراثي سائد يحمل خصائص الوراثة للميزوفونيا (Silva FED, Sanchez TG, 2018)

كما أبلغ بعض مرضاهم عن وجود طفرة في الكروموزوم رقم 5 اكتشفوا ذلك عندما فحصوا تركيبهم الوراثي. ومن المثير للاهتمام، أن المورث الذي يحمل اسم TENM2، والذي يشارك في نمو الدماغ، له موقع خلوي في 5q34 (في الكروموزوم 5، منطقة 4 band 3 longarm). (OMIM, 2015)

5-3- طنين الأذن: وصف علماء السمع أوجه التشابه بين طنين الأذن، احتداد السمع، و الميزوفونيا. و من المعروف أن طنين الأذن واحتداد السمع يتبعان فقدان السمع (المؤقت أو الدائم). اقترح العديد من الباحثين أن مرضى الميزوفونيا قد يكونون عانوا أيضاً من ضعف مؤقت في السمع عندما كانوا أطفالاً (بناءً على البيانات التي تم الإبلاغ عنها في العيادة). فهم يفترضون أن فقدان السمع المؤقت يهبط النظام السمعي ليكون أكثر حساسية. نتيجة لزيادة الحساسية، قد ينظر إلى بعض الأصوات على أنها غير سارة. قد تصبح محفزاً للأصوات محددة. تؤدي إلى الميزوفونيا. (Ph.D, Cara M. Altimus, 2019, p14-15)

ومن الميزوفونيا هي أكثر شيوعاً لدى الأفراد الذين يعانون من طنين الأذن، وهي حالة يسمع فيها المصابون أصوات، وغالباً ما يكون صوت رنين، لا يمكن لأي شخص آخر سماعه.

5-4- الحالات النفسية: اقترح العديد من الأطباء والباحثين الذين لديهم خلفية في الطب النفسي أن غالبية الأفراد الذين يسعون للحصول على التكفل النفسي لديهم تشخيص نفسي مشترك، مثل اضطراب القلق العام أو اضطراب ما بعد الصدمة. ومع ذلك، لا يتم اختبار الميزوفونيا باستمرار داخل مجموعة محددة من المرضى النفسيين، ولا يبدو أن هناك تشخيصاً نفسياً محدداً مشتركاً بين جميع مرضى الميزوفونيا. ولقد أبلغت مجموعتان بحثيتان عن ارتباط اضطرابات القلق و الميزوفونيا على نطاق واسع، كما أبلغت مجموعتان بحثيتان عن تداخل بين مجموعة فرعية من أعراض اضطراب الوسواس القهري (OCD) و الميزوفونيا. (Ph.D. 2019, Cara M. Altimus, p16)

وعليه من المرجح أن يصاب الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري (OCD)، ومتلازمة توريت، واضطرابات القلق بالميزوفونيا. (Denys, Vulink N, Schröder A, 2013, p8)

6- أبرز الأصوات المحفزة للميزوفونيا: بالنسبة للفرد الذي يعاني من الميزوفونيا، فإن محفزاته الشخصية هي مشكلة تعرقل مختلف نشاطاته اليومية. فالمحفز هو صوت أو مشهد يسبب استجابة ميزوفونية. قد يكون صوتاً يصدره شخص ما عند المضغ، أو فرقة طييفة في الشفتين عند التحدث، أو صفير شخص، بالنسبة للأفراد الذين يعانون من الميزوفونيا، يتسبب المحفز في رد فعل لا إرادي من التهيج، وإذا استمر المحفز، سرعان ما تتحول العواطف إلى غضب شديد أو غضب أو كراهية أو اشمئزاز، هذه المشاعر تختلف من فرد إلى آخر، ومحاولة التزام بالهدوء عند إثارة هذه المشاعر غير مجدية.

المشاعر السلبية الناتجة عن المثير هي السمة المميزة للميزوفونيا، إلى جانب المشاعر تأتي على شكل استجابات الفسيولوجية (الجسدية) التي تتماشى مع هذه المشاعر، وتشمل زيادة في توتر العضلات بشكل

عام، وزيادة معدل ضربات القلب، و التعرق، والشعور بضيق شديد. عندما يتوقف المثير الصوتي، يستمر الاضطراب العاطفي بشكل عام، يستمر الكثير من الناس في سماع الصوت في أذهانهم وإعادة التجربة في أذهانهم، في حين أن الأمر قد يستغرق بضع دقائق فقط حتى يصاب الفرد بالذهول الشديد من المحفزات، فقد يستغرق الأمر ساعات حتى يهدأ الشخص ويستأنف حياته الطبيعية. يمكن أن يختلف تأثير الميزوفونيا من لا شيء تقريباً إلى التأثير المنهك. (Dozier, 2015, p.114-129). (T. H. 2015)

معظم الأصوات المحفزة التي تم الإبلاغ عنها في مختلف الدراسة التي أجريت هي أصوات تناول الطعام بنسبة (96%) تليها أصوات الأنف والتنفس بنسبة (85%)، كما تم الإبلاغ عن الانزعاج بشكل ملحوظ من الأصوات المتكررة وأصوات الفم / الحلق **الجدول (01)** يوضح أهم الأصوات المحفزة للميزوفونيا كذلك تم الإبلاغ عن المحفزات البصرية على سبيل المثال الحركات المتكررة (68%) ووجدت الدراسات أن المحفزات البصرية مرتبطة ارتباطاً مباشراً بالمحفزات السمعية (مثل طحن الأسنان) هذا تم اكتشافه في مقابلة الإكلينيكية، بعد الإبلاغ عنها توضح أنها تحدث ثانوياً للمحفزات السمعية وتأثيرها أقل من المحفزات السمعية، وعند اقترانهما معا (على سبيل المثال سماع ورؤية شخص ما يمضغ علكة)، حيث أبلغ الأفراد على أن الاستجابة أكثر حدة حيث 59% انزعجوا من الأصوات المحيطة و لسيما القريبة المصدر. (Inge Jager .Pelle de Koning and al.2020)،

الجدول (01): يوضح أبرز الأصوات المحفزة للاستجابة الميزوفونية.

المحفزات (Triggers)	اصناف الأصوات المحفزات
<ul style="list-style-type: none"> - صفع الشفاه. - قضم تفاحة - تكسير رقائق البطاطة. - صوت الالتهام. - أصوات الشرب، البلع. - صوت مضغ العلكة. 	<p>أصوات الأكل (Eating sounds) %96</p>
<ul style="list-style-type: none"> - التنفس. - الشم و أصوات الأنف. - العطس. - الشخير. 	<p>أصوات الأنف/ التنفس (Nasal/breathing sounds) %85</p>
<ul style="list-style-type: none"> - التثاؤب. - تطهير الحلق. - السعال. - صفير. - التقبيل. 	<p>أصوات الحلق / الفم (Mouth /throat sounds) %69</p>
<ul style="list-style-type: none"> - الكتابة والنقر. - صرير القلم. - ترطيب الأظافر. - نقر الأظافر. - صوت السكاكين والملاعق والأشواك وأدوات المائدة. 	<p>الأصوات المتكررة (Sounds of répétitive tapping) %74</p>
<ul style="list-style-type: none"> - خشخشة كيس من البلاستيك. - تقليب صفحات. 	<p>الصداء (Rusting sounds) %42</p>

<ul style="list-style-type: none"> - المكالمات الهاتفية في الأماكن العامة. - التكلم بالجوار. - صوت الموسيقى بالجوار. - أصوات الأجهزة (الغسالة، ساعة الحائط، المكنسة الكهربائية) - الحيوانات الأليفة (القطط، الغزال،....) 	<p>الأصوات المحيطة (Ambient sounds) %59</p>
<ul style="list-style-type: none"> - الخدش. - هززة الساق. - فرقة الأصابع. 	<p>الحركات المتكررة (Répétitive movrment) %78</p>

7- تشخيص الميزوفونيا:

7-1- معايير تشخيص الميزوفونيا: في عام 2013، بناءً على البيانات البحثية المتاحة، اقترح شرودر "Schröder" وآخرون معايير تشخيص الميزوفونيا.

- وفي سنة 2017، اقترح دوزير "Dozier" وآخرون اقترحوا مجموعة أخرى من المعايير التشخيصية للميزوفونيا كانت على النحو التالي:

A. وجود أو توقع تجربة حسية محددة سمعية أو بصرية أو أي حافز آخر (أصوات تناول الطعام، أصوات التنفس، أصوات الآلات، حركة الساق، الاهتزاز...)، يثير استجابة جسدية وعاطفية اندفاعية متهورة، تبدأ عادة بالانفعال أو اشمزاز ليتحول إلى غضبا في وقت وجيز.

B. أن يثير التحفيز استجابة فزيولوجية أنية (حركية أو عضلية أو الاستجابة الجنسية أو ارتفاع درجة الحرارة أو الألم أو أي إحساس جسدي آخر).

ملاحظ: الاستجابة الجسدية لا يمكن تحديدها دائما، ولكن يمكن استخدام وجودها لتحديد الحالة بشكل أكثر وضوح على أنها ميزوفونيا. (p8،2017، Pearson CH، Lopez M، Dozier TH)

C. أن يبلغ معدل تحفيز 15 ثانية، و يثير وحدة أو أكثر من استجابات الفسيولوجية (التعرق، وزيادة معدل ضربات القلب، وتوتر العضلات....).

D. وجود خلل في تنظيم الأفكار والمشاعر أحيانا، و العدوانية المصحوبة بالانفجارات. وقد يتكرر حدوث الانفجارات العدوانية لدى الأطفال.

E. الوعي بأن الاستجابة العاطفية الانفعالية العدوانية في وقت لاحق على أنها مفرطة وغير معقولة، أو غير متناسب مع المحفز أو الموقف الاستقراري.

F. أن يتجنب الفرد الوضع الميزوفوني، أو إذا كان لا يتجنب ذلك، يتحمل حالة التحفيز الميزوفوني مع عدم الراحة أو الضيق.

G. أن تسبب المثيرات الميزوفونية الاستجابة العاطفية و الفزيولوجية للفرد، وتجنبه، مقاومته لتجنب المحفزات الميزوفونية أو حدوث سوء التكيف الاجتماعي (يصعب على الشخص أداء المهام في العمل أو حضور الفصول الدراسية أو المشاركة في الأنشطة الروتينية أو التفاعل مع أفراد معينين). (Dozier

(p8،2017، Pearson CH، Lopez M،TH

8- الاضطرابات المشابهة للميزوفونيا: يتشارك نمط أعراض الميزوفونيا عددا من السمات مع تشخيصات (DSM-IV-TR) و(ICD-10) في مجموعة من اضطرابات التي وردت فيها والمتمثلة

في: الرهاب محدد، اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، الرهاب الاجتماعي، الوسواس القهري (OCD)، الاضطراب المتفجر المتقطع، اضطراب الشخصية غير المستقر عاطفيا، اضطراب الشخصية

الحدية، اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، (OCPD)، واضطرابات طيف التوحد (ASD). كما أنها تشترك في أوجه التشابه مع اضطرابات المعالجة الحسية (SPD)، و رهاب الصوت. على الرغم من أن

الميزوفونيا يشبه هذه الاضطرابات، إلا أن أيا من الفئات التشخيصية لا تناسب نمط أعراض الميزوفونيا بالكامل:

1-8- الرهاب المحدد: رهاب المحدد يشبه الميزوفونيا لأنه في رهاب المحدد التحفيز الصوتية الخارجية يمكن أيضا أن تؤدي إلى رد فعل عاطفي سلبي عندما يرتبط هذا التحفيز مباشرة مع مصدر رهاب (أي صوت كلب ينبج في خوف من الكلاب). كما هو الحال في الميزوفونيا، حيث يسبب هذا التفاعل العاطفي سلوكا متجنباً. ومع ذلك، في حالات رهاب المحددة العاطفة المتصورة هي القلق، في حين أنه في حالات الميزوفونيا تكون عدوانية.

2-8- اضطراب ما بعد الصدمة: في حالات الميزوفونيا و الرهاب المحدد، يمكن أن تتسبب المنبهات الصوتية في اضطراب ما بعد الصدمة استجابة فزيولوجية مكروهة مع سلوك تجنب لاحق. و يمكن أن تثير المنبهات المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة (تذكراً مفاجئاً و / أو إعادة معايشة الأحداث الصادمة، أو رد الفعل اتجاهها)، وقد تؤدي كذلك إلى اندفاعات دراماتيكية حادة من الخوف أو الذعر أو العدوانية. ومع ذلك، في اضطراب ما بعد الصدمة تكون نتيجة حدث مؤلم يهدد الحياة و الاستجابة نتيجتا الخوف وليس العدوان (McElroy SL.1999.p12-16)

3-8- الوسواس القهري: في الميزوفونيا يكون الانشغال انتقائي لصوت المحفز ، يشبه الهوس في الوسواس القهري. أما تجنب موجود في كل الاضطرابيين وكذلك في اضطرابات القلق الأخرى. ومع ذلك، في حالات الوسواس القهري يكون أداء الأعمال القهري للحد من القلق والعدوان لا يتم الإبلاغ عنها عادة.

4-8- الاضطراب المتفجر المتقطع: وينظر إلى العدوان الاندفاعي المفرط في مختلف الاضطرابات، وعلى الأخص في اضطراب متفجر متقطع. (McElroy SL.1999.p12-16) أي هذه الحالة يجب أن يكون هناك عدة نوبات منفصلة من الفشل في كبح الدوافع العدوانية التي تؤدي إلى اعتداءات خطيرة ضد الآخرين أو تدمير الممتلكات. المرضى الذين يعانون من الميزوفونيا أيضا يقرون عن ردود الفعل العدوانية ولكن نادرا جدا يفقدون السيطرة لأنهم يشعرون أنه غير مقبول وأنه ينبغي منعها.

5-8- اضطرابات الشخصية مع العدوان الاندفاعي: يتم تعريف العدوان الاندفاعي في اضطرابات الشخصية المختلفة. في اضطراب الشخصية غير المستقرة عاطفياً (ICD-10)، واضطراب الشخصية الحدية (DSM-IV-TR) واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (ICD-10، DSM-IV-TR) أنه هناك اندفاع متكرر وصعوبة في السيطرة على الغضب ولكن هذا لا علاقة له بأي صوت محدد. ومع ذلك، نادراً ما تحدث النوبات العدوانية في الميزوفونيا. علاوة على ذلك، لا يستوفي أي من المرضى معايير اضطرابات الشخصية هذه.

6-8- اضطراب الشخصية الوسواسية: يظهر الأشخاص المصابون بالميزوفونيا خصائص اضطراب الشخصية الوسواسية أو اضطراب الشخصية القهرية (ICD-10) حيث أسفرت نتائج دراسة على اثنان وعشرون مريضاً أن (52.4%) يستوفون معايير (SCID-II) لاضطراب الشخصية الوسواسية. ومع ذلك، لا يُبلغ جميع مرضى اضطراب الشخصية الوسواسية عن أعراض الميزوفونيا. علاوة على ذلك، لم يتم ذكر العدوانية كأحد الأعراض الرئيسية لهذا الاضطراب. و لا يثير هذا الاعتلال المشترك التساؤل ما إذا كان اضطراب الشخصية الوسواسية عاملاً مؤهباً لتطور الميزوفونيا أو نتيجة للإصابة بالميزوفونيا. ولقد تم الإبلاغ سابقاً أن بعض الأفراد الذين يعانون من مشاكل اندفاعية عدوانية تظهر عليهم أعراض اضطراب الشخصية الوسواسية في محاولة للتعويض عن مشكلة كامنة في التثبيط السلوكي. (Mathias CW.2004.p5، Houston RJ، Villemarette-Pittman NR) و هذا لا ينطبق على

الأفراد المصابين بالميزوفونيا لأن العدوان الاندفاعي في الميزوفونيا يرتبط فقط بأصوات محددة بشكل انتقائي. أيضًا لم يلاحظ أي أفراد ارتباطاً مباشراً بين الميزوفونيا والشخصية. كانوا يعانون أكثر من غيرهم من الميزوفونيا، في حين أن اضطراب الشخصية الوسواسية لم يسبب لهم الكثير من المعاناة.

7-8- اضطراب طيف التوحد والمعالجة الحسية: ويلاحظ أيضا فرط الاستجابة السمعية في اضطراب طيف التوحد (ASD). حتى أنه يعتقد أن الخلل الوظيفي في الطرائق الحسية المختلفة هو سمة للاضطراب طيف التوحد (ASD).

(Ozonoff S.2005.p68، Rogers SJ)

أما فيما يتعلق بهذا الخلل الوظيفي الحسي لاضطراب طيف التوحد (ASD)، فهناك تداخل بينه وبين مفهوم اضطراب المعالجة الحسية (SPD) والتي تمثل مجموعة من الاضطرابات التي تنطوي على تحديات في النمذجة والتكامل والتنظيم والتمييز بين المدخلات الحسية التي تسبب استجابات غير كافية للمدخلات والأنماط الانفعالية والسلوكية المضطربة. (en-Sasson A.and al.2009.p1-11)

فالحساسية السمعية النموذجية في اضطراب طيف التوحد (ASD) و اضطراب المعالجة الحسية (SPD) هي الضوضاء غير المتوقعة والصاخبة، مثل المكانس الكهربائية أو نباح الكلب. (Dunn. W.1999) و هذا النمط يختلف عن المحفزات السمعية في مرضى الميزوفونيا. علاوة على ذلك، لم يتم تشخيص أي من الأفراد المصابين بالميزوفونيا باضطراب طيف التوحد (ASD) أو اضطراب المعالجة الحسية (SPD).

8-8 الحالات الطبية العامة والاضطرابات الناجمة عن المواد المخدرة مع العدوان الاندفاعي: يمكن أن تكون العدوانية مرتبطة باستهلاك المواد المخدرة. ومع ذلك، لم يستخدم أي من المرضى العقاقير المهدئة أو كميات مفرطة من الكحول، لذلك يمكن استبعاد ذلك كسبب. علاوة على ذلك، لم يبلغ أي من المرضى عن أي حالة جسدية بشكل عام أو تاريخ لتلف الدماغ بشكل خاص، على الرغم من أن أحد المرضى أظهر ضعفاً في السمع في الأذن اليمنى، فمن غير المرجح أن يفسر على أنه سبب عضوي.

9-8- رهاب الصوت: تم وصف رد الفعل العاطفي القوي على الصوت أيضاً في رهاب الصوت (أي الخوف من الصوت). ولقد تم اقتراح أن رهاب الصوت هو شكل متطرف من الميزوفونيا. (Jastreboff

Hazel JWP.1993.p7-17)، PJ

ومع ذلك، إذا كان الأمر كذلك، فإن المرضى سيعانون من القلق في مرحلة ما من مسار حالتهم. لذلك تم سؤال مرضانا صراحةً عن حدوث القلق فيما يتعلق بمحفزات الميزوفونيا. لم يذكر أي منهم أنه يعاني من القلق، لذلك تم استبعاده.

10- طرق العلاج واستراتيجيات التأقلم و التكيف مع الميزوفونيا (الخدمات النفسية المقدمة لهذا النوع من الإضطراب): قد يعتقد البعض أن اضطراب الميزوفونيا عبارة عن خلل بسيط ليس كباقي الاضطرابات النفسية التي تؤثر على حياة الفرد بكافة جوانبها، لكن هذا الاعتقاد خاطئ تماماً، فهيا تؤثر على حياة مرضاها الاجتماعية والعائلية وكذلك المهنية أو الوظيفية، فالمرضى الميزوفونيا يلجأ للانسحاب من الحياة الاجتماعية ويبدأ بالابتعاد عن التجمعات من حوله، كذلك تسوء حياته المهنية والوظيفية إن كان يقوم بالعمل الجماعي داخل فريق، لأنه يفضل الابتعاد عنهم خوفاً من التعرض للأصوات المحفزة لاضطرابه على يديهم.

وبما أن الاعتراف بالميزوفونيا كاضطراب نفسي لم يحدث إلا قريبا، حتى الآن لم تتوصل البحوث إلى حل صارم أو علاج فعلي لمن يعاني من اضطراب الميزوفونيا بالرغم من المساعي الحثيثة والجهود المضنية التي تبذلها، بل تقتصر العلاجات المتاحة حتى الآن على تدريب المرضى على تحسين قدرتهم على التحكم في الأصوات المحفزة للميزوفونيا عن طريق تحملها والتكيف معها والعمل على تجاهل تلك

الأصوات واللجوء إلى الانشغال في شيء آخر، وكذلك الاستماع إلى الضوضاء الطبيعية كأصوات المطر والرياح وأمواج البحر. (محمد جاويش، 2017).

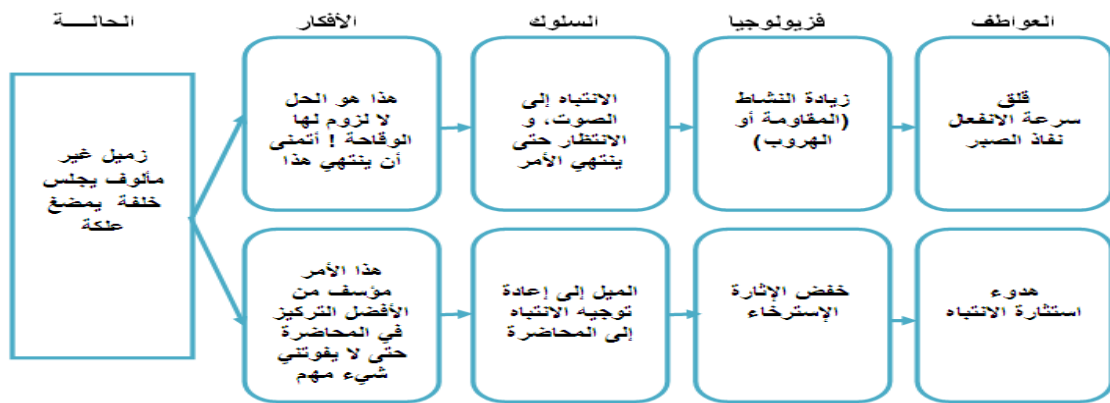
1-10- علاجات الميزوفونيا:

العلاج السلوكي المعرفي: اقترح بيرنشتاين "Bernstein" وآخرون العلاج السلوكي المعرفي (CBT) كعلاج بديل للآليات الأساسية للميزوفونيا. الذي تضمن:

1. مكونا معرفيا إدراكيا لمواجهة الأفكار السلبية التلقائية.
 2. مكونا سلوكيا لوضع حد لتجنب الأنشطة الاجتماعية وممارسة استراتيجيات التكيف المفيدة.
 3. مكونا فسيولوجيا لإعادة ضبط الاستجابة اللاإرادية
- حيث وضعوا إستراتيجية العلاج ممثلة في الشكل (02) أدناه. في دراستهم، التي أقاموها بتطبيق العلاج المعرفي السلوكي على طالب جامعي يبلغ من العمر 19 عاما، الذي معه أعراض الميزوفونيا (النفور شديد من أصوات الناس المضغ والبلع والالتهام). كان الهدف من العلاج هو:

1. ضمان زيادة كبيرة في عتبة إثارة الأصوات المحفزة، و التي تتسبب في أن تصبح الأصوات مكرهة للغاية " فقط " أي مزعجة.
2. زيادة عدد الأنشطة الاجتماعية التي تؤثر عليها بالسلب. (Angell، R،Bernstein .2013.p10 ، C، & Dehle،K.

و من خلال العديد من جلسات العلاج، كان الطالب قادرا على التعامل بشكل أفضل مع صوت المحفزة من الناحية المعرفية، و غير افتراضاته الفورية عند سماع الأصوات المحفزة، والتي كانت تدفعه إلى الرغبة في مغادرة الغرفة أو كراهية الشخص الذي يصدر الصوت. فعلى المستوى السلوكي، ذكروا أن ممارسة التمارين الرياضية بانتظام، وإعادة توجيه الانتباه نحو الأصوات المحيطة أو المنتجة ذاتيا مفيدة في التعامل مع الميزوفونيا. بالإضافة إلى ذلك، تبين أن التركيز المباشر على الشخص الذي يصدر الصوت المثير، بدلا من التركيز على الصوت نفسه، مفيد. وكان من الضروري أيضا لوقف صراخ، أو الكره أو الغضب. بدلا من أن يكون ميزوفونيا، حيث صنف الطالب أصوات "محفزات" المضغ على أنها مزعجة فقط، لكنها لم تعد تؤثر على الأداء الاجتماعي لديه. لمدة أربعة أشهر، و لم يبلغ عن أعراض الانتكاس. (C، & Dehle، K، Angell، R،Bernstein .2013.p10



الشكل (02): نموذج العلاج المعرفي السلوكي لعلاج مريض الميزوفونيا

إن الترابط بين الفيزيولوجيا والسلوك والإدراك يترجم في أن يؤدي سلوك التركيز على الأصوات المحفزة إلى زيادة القلق والانزعاج "الاستثارة"، في حين أن تغيير الانتباه و تحويله إلى شيء آخر سوف يقلل من أهمية الأصوات المحفزة ويقلل من استجابة المقاومة/الهروب، الناتجة عن الجهاز عصبي الودي.

كما تم دعم اكتشاف أن العلاج المعرفي السلوكي مفيد في التعامل مع الميزوفونيا بعد ذلك بعامين من قبل ماغواير (McGuire) وآخرون. حيث نشروا تقريراً يصف اثنين من المرضى الميزوفونيا الذين عولجوا بالعلاج المعرفي السلوكي. فخلال علاجهم، اعتاد المرضى على الإجهاد عن طريق التعرض المتكرر والمطول، ولكن في نفس الوقت منع الاستجابة. و لسوء الحظ، في هذه الدراسة، لا يوضحون كيف يمنعون الاستجابة من الحدوث. بعد التعود، التي تعتمد زيادة تردد وكثافة وقرب الصوت، مما يزيد من عتبة الصوت المحفزة لدى المريض. إلى جانب ذلك، تم استخدام إعادة الهيكلة المعرفية لتغيير الافتراضات المرتبطة بالصوت، إذا ما قورنا بمنهج بيرنشتاين وآخرون فهما يشتهان ، كما أنها لم تشتمل على قياسات لتوصل إلى استنتاجات بشأن التغييرات الفسيولوجية بعد العلاج. في النهاية، أدلى كلا المريضين عن انخفاض في الأعراض الميزوفونية بعد العلاج، لكنهم ما زالوا يعانون من بعضها الآخر. كما تم وصف طريقة علاج أخرى من قبل توماس ه (Thomas H. Dozier) الذي عالج مريض ميزوفونيا مع تقنية تسمى **التكييف المعاكس "counterconditioning"**، حيث تم إقران التحفيز الإيجابي مع الأصوات المحفزة، حيث يتم إخضاع المريض لها بشكل متقطع. من خلال القيام بذلك فإن الأصوات المحفزة لم تعد تثير استجابة ميزوفونية أنية مكرهة، بل تثير استجابة عاطفية إيجابية بدلا من ذلك. (Dozier، 2015، T.)

كما تم استخدام **التكييف المعاكس "counterconditioning"** أيضاً في دراسة حالة أخرى، والتي أجراها شرودر (Schröder) وزملاؤه في عام 2017. في هذه الدراسة تم علاج 90 مريضاً من مرضى الميزوفونيا باستخدام العلاج المعرفي السلوكي (CBT)، واقترحوا أن التركيز المتزايد على أصوات المحفزة "الميزوفونية" يمكن تفسيره بضعف التحكم في الانتباه، إلى جانب زيادة مستويات الانزعاج. (Schroder، A. E.، Vulink، A. E.، N. C. and al. 2017، p217، 289-294) و لمضاعفة آثار العلاج المعرفي السلوكي، استخدموا أربع تقنيات مختلفة لعلاج المرضى والمتمثلة في:

1) تمارين تركيز الهادفة.

2) التكييف المعاكس.

3) المعالجة بالتحفيز.

4) تمارين الاسترخاء.

حيث تم استخدام تمارين تركيز الهادفة لتحسين قدرة المريض على التركيز على المدخلات الحسية المختلفة، دون المحفز الرئيسي. والتي أثبتت بالفعل أنها تساعد في علاج المرضى الذين يعانون من متلازمة الاحمرار "رهاب كريات الحمراء" (erythrophobia). كما اقترحوا أنه يمكن أن يكون مفيداً أيضاً لمرضى الميزوفونيا.

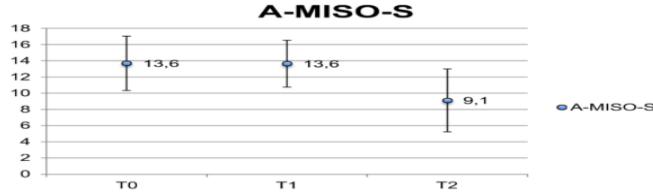
(P. J. and al. 2001، p413-432، de Jong، S. M.، Bogels، S.، Mulken)

ومنه نرى أن توماس دوزير (Thomas Dozier)، شرودر (Schröder)، وآخرون يتفقون فهم يرون أن التكييف المعاكس "counterconditioning" يمكن أن يضمن ارتباطات إيجابية مع محفزات الميزوفونيا، بدلاً من إثارة رد فعل انفعالي "سلبي". (Schroder، A. E.، Vulink، A. E.، N. C. and al. 2017، p217)

كذلك استخدام **المعالجة بالتحفيز**، أعطى المرضى إمكانية تغيير محفزات "منبهات" الميزوفونيا. من خلال القيام بذلك، فإن الشعور بعدم السيطرة المرضى على أصوات المثيرة سينخفض، مما يخلق شعوراً بالسيطرة على الأصوات المحفزة الميزوفونيا.

أخيراً، **تقنيات الاسترخاء**، والتي أعطت نتائج إيجابية لمصابين باضطراب ما بعد الصدمة، وإدارة الغضب. (Blanu، M.، Bloch، M.، Vadas، B.، L.، and al. 2012، p13)، التي كانت تستخدم لخفض الاستجابة الانفعالية "الإستثارة" من الصوت ميزوفوني. حيث كان الهدف من دراستهم هو تعليم المرضى الذين اعتادوا على المقاومة أو الهروب لتهدئة أنفسهم عصبياً وجسدياً في حالة الميزوفونيا. ()

استجابة العلاج عن طريق تسجيل A-MISO - s قبل وبعد العلاج. الذي يتألف من ثماني جلسات، تم الإبلاغ على أن الجمع بين التقنيات مفيد لـ 42 مريضاً، كما يتضح من الشكل (03) الذي يوضح انخفاض بنسبة 30 % في A-MISO-S ومع ذلك، لم يتحسن نصف المشاركين، الذين لم يوضحوا أي صوت لإثارة استجابة الميزوفونيا. بالإضافة إلى ذلك، لم يحددوا صوت المحفز لكل مشارك. نظراً لأن كل مريض يتفاعل مع مجموعة متنوعة من أصوات المحفزة، فقد يكون هذا التفسير المحتمل لسبب عدم استجابة نصف المشاركين للعلاج. أيضاً، كان متوسط مدة الأعراض الميزوفونيا من مرضاهم 21 عاماً. و من الممكن أن تتطلب الأعراض ذات المدة الطويلة علاجاً بديلاً.



الشكل (03): يمثل تغيير A-MISO-S في المرضى ميزوفونيا. حيث يشير إلى شدة ميزوفونيا:

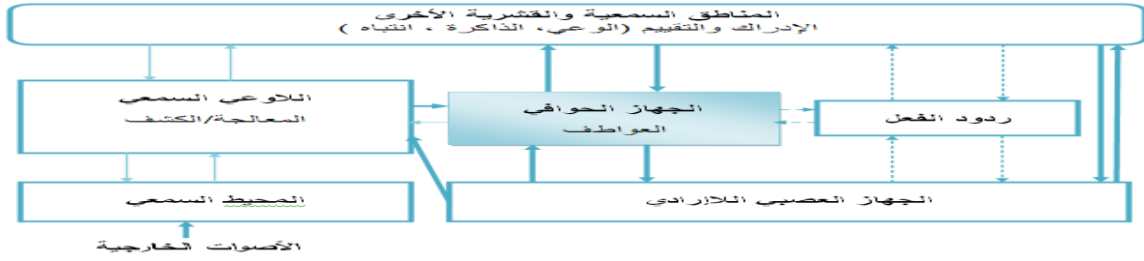
0-4 هي أعراض ميزوفونيا دون سريرية (إكلينيكية)، 9-5 خفيفة، 10-14 معتدلة، 15-19 شديدة و 20-24 ميزوفونيا المتطرفة. و يمثل T0 المقابلة لتحديد ما إذا كان المريض مناسباً للدراسة، ويمثل T1 بداية العلاج، ويمثل T2 نهاية العلاج.

العلاج السلوكي الجدلي: وكما ذكر من قبل، فقد أثبت العديد من الباحثين أن CBT مفيدة في الحد من الأعراض الميزوفونيا. (E. A.2015.p573-574 & Storch, M. S., Wu, J. F., McGuire) ومع ذلك، نشر كامودي "Carmody" وآخرون دراسة حالة لم يستفد فيها المريض الميزوفوني من العلاج المعرفي السلوكي (CBT). ولقد أفاد المريض أن العلاج المعرفي السلوكي (CBT) زاد من حدة غضبها نحو الأصوات المحفزة، بدلاً من التقليل من ذلك. و من خلال جلسات العلاج السلوكي الجدلي (DBT) الفردية، غير المريض علاقته بالمشاعر السلبية. أيضاً، يضمن العلاج الواعي بأنه قادر على الاستجابة بشكل مختلف، لتحديد شدة الميزوفونيا، أخضع المريض لمقياس أمستردام ميزوفونيا (A-MISO-S) و مقياس MAQ لوحظ انخفاض في شدة الميزوفونيا، مما يشير إلى أن العلاج كان مفيداً. وتشير هذه النتائج إلى أن الازدواجية بين العلاج البيولوجي و العلاج المعرفي السلوكي، قد تكون أيضاً إستراتيجية فعالة لعلاج المرضى الميزوفونيين. (G. , & Del Conte, R. C., Kamody) (S.2017.p10)

إعادة تدريب طنين الأذن: في إحدى دورات العلاج المعروفة باسم العلاج بإعادة تدريب طنين الأذن، يتم تعليم الناس على تحمل الضوضاء بشكل أفضل. (زهرة أبو العينين.2019)

حتى عام 2013، كان علاج المصابين بالميزوفونيا يتألف من علاج إعادة تدريب طنين الأذن (TRT). كان الهدف من TRT هو إعادة تصنيف الصوت المحفزة "المزعج" في مرضى طنين الأذن: (الرنين أو الضجيج أو الهمس)، وصولاً إلى مرحلة محايدة. هذا يمكن أن يسمح للمصابين بالتعامل مع الأصوات المسببة، ومع ذلك، لا يتم تقديم أي دليل حتى الآن على أن إعادة تدريب طنين الأذن (TRT) يقلل أو يزيل الميزوفونيا. (C. 2013.P10, & Dehle, K., Angell, R., Bernstein)

الشكل (04) يوضح خريطة لمسار تنشيط الميزوفونيا، من علاج إعادة تدريب الطنين: تنفيذ النموذج الفيزيولوجي العصبي (and Jonathan J.P. Hazell, Pawel J., Jastreboff, P14., 2004) كعلاج لخفض الحساسية لدى الأفراد المصابين بالميزوفونيا.



الشكل (04): خريطة لمسار تنشيط الميزوفونيا، من علاج إعادة تدريب الطنين: تنفيذ النموذج الفيزيولوجي العصبي

(and Jonathan J.P. Hazell، Pawel J.، Jastreboff.2004.P14.)

العلاج الدوائي: إلى حد الساعة ، لم يتم نشر أي دراسات تفيد بتأثير العلاجات الدوائية للميزوفونيا. وعلى الرغم من أن العلاج يمكن أن يكون كافياً بما فيه الكفاية لبعض المرضى الميزوفونيا للحد من تأثير الميزوفونيا على حياتهم، والمرضى الذين يعانون من الميزوفونيا أكثر شدة قد يستفيد فقط من الدمج بين مجموعة من العلاجات السابقة، المرفقة بالأدوية النفسية. (Edelstein، M.، Brang، D.، and al، 2013، p296)

و هناك تقارير أشار فيها المرضى إلى أن الكافيين يزيد من حدة الاستجابة الميزوفونيا، ومن المعروف أن الكافيين هو مادة تقلل من الحساسية السمعية، مما قد يؤدي إلى التركيز المفرط على صوت المحفزة "الميزوفوني". و من المهم ملاحظته أن هذه التقارير تستند فقط إلى تجارب المرضى التي تم الإبلاغ عنها ذاتياً، لم يتم إجراء أي دراسات فعلية لتوضيح التأثير الدقيق لهذه المادة على استجابات الميزوفونيا. (Edelstein، M.، Brang، D.، and al، 2013، p296)

بناء على ما سبق خلاصة القول أن الميزوفونيا هي اضطراب يشارك فيه كل من الجوانب المعرفية والعاطفية والذاكرة والجوانب الاجتماعية و التعلم و العوامل البيئية بالتكامل في العملية البيولوجية. حتى الآن، أظهرت العديد من الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي (CBT) الأكثر فعالية في علاج حالات الميزوفونيا، إلى جانب ذلك، تم وصف العلاج السلوكي الجدلي (DBT) ليكون كافياً، ولم تتم الموافقة على أي علاج دوائي حتى الآن، لعلاج المرضى الميزوفونيا. و لتحقيق أقصى قدر من تحسين جميع المرضى، ينبغي أن تعامل بشكل فردي، على أساس شدتها، والتسلسل الهرمي للأصوات المثيرة.

4-10-2- إستراتيجيات التأقلم و التكيف مع الميزوفونيا: بغض النظر عن العلاجات المقترحة لحدد أو خفض حدة الميزوفونيا هناك أيضاً تغييرات في نمط الحياة، واستراتيجيات للتكيف، وأساليب للاسترخاء يمكن أن تساعد في إدارة أعراض الميزوفونيا والمتمثلة في ما يلي:

-ارتداء سدادات الأذن في المواقف التي يتم تعرض فيها للأصوات المثيرة لأعراض الميزوفونيا.

-استخدام سماعات الأذن للمساعدة في حجب أصوات معينة.

-ارتداء سماعات الأذن في حال بدأت تشعر بالإرهاق.

-تشغيل الموسيقى أو التلفزيون في حال التعرض للمحفزات الميزوفونية.

-ممارسة الأساليب الجيدة لإدارة الإجهاد.

-ضبط الإعدادات الخاصة بحيث تتعرض لإصدار ضوضاء أقل بشكل متكرر.

وضع خطة عندما شعر بنوبة وشيكة، مثل مغادرة الغرفة أو ممارسة أسلوب الاسترخاء مثل التنفس العميق أو التخيل.

كما أنه من المفيد أيضًا التحدث مع الآخرين حول الحالة. سيكون الناس أكثر قدرة على تجنب إصدار أصوات معينة من حول المصاب بالميزوفونيا - مثل مضغ العلكة أو الصفير - إذا علموا أن ذلك قد يؤدي إلى رد فعل سلبي. (Daniel B.2020)

II الطريقة والأدوات:

منهج الدراسة: إن تناولنا لهذه الدراسة بطرح الإشكالية و تساؤلات يؤدي بنا إلى إتباع المنهج العيادي الذي يتيح لنا بتقنياته ووسائله (كالملاحظة، والمقابلة، و الاختبارات النفسية بأنواعها) الإجابة على فرضيات الدراسة، و لقد كان لاختيار هذا المنهج ضرورة علمية و عملية نظرا لطبيعة الموضوع و مجاله الذي يستدعي ذلك.

مجمع الدراسة: تتكون مجموعة الدراسة من خمسة حالات من المصابين بالميزوفونيا، الذين تم إختيارهم بطريقة غير عشوائية إذ قمنا بإنتقاء الذين تتوفر فيهم الشروط التي نص عليها الجانب النظري من الدراسة، والتي أختيرت بعد عرضها على المختص الأروطفوني و النفسي، بهدف التدقيق في إختيار عينة الدراسة و إستثناء الحالات التي قد تعاني إحتداد الصوت كونه يتداخل مع الميزوفونيا في مجموعة من الخصائص المرضية، كان إنتقاء الحالات من المحيط الإجتماعي والتي سبق لها و إن طلبت التكفل النفسي بداعي القلق و الغضب الشديد الذي هو من أبرز خصائص الفرد الميزوفوني.

معايير إختيار حالات الدراسة:

السن: يتراوح سن الحالات الخمسة محل الدراسة بين (19-25) عام، حيث يعتبر السن المحصور بين (19-28) سن نهاية فترة المراهقة التي تعتبر حساسة للغاية وبداية سن الرشد الذي يميزه بناء علاقات إجتماعية أكثر جدية التي قد تصعب على الفرد الميزوفوني.

الحالة الإجتماعية: ضمت الدراسة الحالية خمسة حالة من بينهم ثلاثة حالات غير مرتبطتين و حالتين مرتبطتين، هذا بهدف ملاحظة الفروق في التكيف النفسي و الإجتماعي لدى عينة الدراسة.

أدوات البحث: في الدراسة الحالية التي أجريت قصد التعرف على الإضطراب الميزوفونيا عن كذب في الوسط الجزائري ، إعتمدنا على طريقة دراسة الحالة لكونها الوعاء والإطار المرجعي لنتائج تقنية الملاحظة و المقابلة الإكلينيكية و بإستخدام مقياس أمستردام ميزوفونيا بهدف ربط النتائج المتحصل عليها من إختبار فروض الدراسة وتحليلها وتفسيرها. وفيها إعتمدنا نموذج فكري لطيف متولي لدراسة الحالة في علم النفس الذي سوف نورده في الملاحق.

الملاحظة.

المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة:

محاور المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة، تم تقسمها إلى أبعاد كتالي:

البعد الأول: الإصابة بالميزوفونيا أو الإصابة بأمراض أخرى.

البعد الثاني: التكيف النفسي (الإيجابي - السلبي).

البعد الثالث: التكيف الإجتماعي (الإيجابي - السلبي).

البعد الرابع: تضمن الفترات التي لم يرد لها تصنيف ضمن الأبعاد الرئيسية والذي بوب بعنوان

(أخرى).

ملاحظة 01: تجدر الإشارة إلى أن كل الوحدات أو العبارات (فقرات) التي تم إدراجها ضمن فئات وتعدر علينا إدراجها ضمن الأبعاد الأساسية لإختلاف معناها قد تم إدراجها ضمن أبعاد جديدة تخدم الأبعاد الأساسية للمقابلة و فرضيات الدراسة.

-جدول أسئلة المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة.

- تحليل مضمون المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة.

مقياس أمستردام ميزوفونيا "Amsterdam Misophonia Scale":

أنشأه جونسون "Johnson" وتمت مراجعته بواسطة دوزير "Dorier"، وهو نسخة معدلة من مقياس الوسواس القهري — بيل براون (Y-Miso-s)، فهو مقياس ذاتي كمون من (07) بنود، لكل بند (05) نقاط لتقييم استجابة الفرد، ويتطلب البند الأخير من المقياس استجابة نصية من المفحوص (A-MISO-S).

مقياس أمستردام ميزوفونيا يقيم مقدار الوقت الذي ينشغل فيه الأفراد بالصوت، ومقدار التدخل في الأداء الاجتماعي (الأنشطة اليومية) مقدار الضيق المرتبط بالصوت المثير (الزناد) أي مستوى الغضب، وكذلك مقدار الجهد الذي يبذله المصاب بالميزوفونيا لمقاومة تفكير في الأصوات (الذوابع)، ومقدار التحكم في أفكارهم وغضبهم، وتجنبهم للمنبهات (المثيرات)، يتم تصنيف الدرجات المتحصل عليها من تطبيق المقياس إلى مجالات (نطاقات) دون إكلينيكية من (0) إلى (04) درجات في خمسة مجالات، حيث تعتبر الدرجة الإجمالية من (04) أو أقل دون إكلينيكية، في حين تعتبر الدرجة من 5 أو أكثر ذات أهمية إكلينيكية. كما هي موضحة في الجدول رقم (02).

الجدول رقم (02): يمثل مستويات الميسوفونيا في مجالاتها الأربعة التشخيصية.

مستوى الميزوفونيا	
خفيفة	درجة (4-0)
معتدلة	درجة (14-10)
شديدة	درجة (19-15)
متطرفة	درجة (24-20)

الخصائص السيكومترية لمقياس أمستردام ميزوفونيا: من أجل إعداد هذا المقياس كانت الخطوات كالتالي.

1. ترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.
2. تقديم نسخة مبدئية من المقياس بعد ترجمته إلى أساتذة التعليم العالي في اللغة الإنجليزية (ترجمة)، و أساتذة التعليم العالي في اللغة العربية من أجل مراجعتها.
3. عرض الصورة الأولية للمقياس على أساتذة علم النفس لمعرفة آرائهم حول مدى ارتباط العبارات بالأبعاد التي تندرج تحتها، ومدى ارتباطها بالمقياس ككل و ابدأ آرائهم في حسن صياغة العبارات.
4. تم عرض تعديل الصورة الأولية في ضوء آراء المحكمين وتوجيهاتهم.
5. تطبيق المقياس على عينة من الأفراد بلغ عددهم (30) فرد كدراسة استطلاعية pre-pilot study ، وذلك للتأكد من عدم وجود مشكلات في فهم و إستيعاب عبارات المقياس التي قد تواجه المفحوصين في الدراسة الاستطلاعية.
6. ثم تم تفريغ استجابات العينة على المقياس تمهيدا لاستخدامها في التحقق من صدق هذا المقياس وثباته بالإعتماد على الأساليب الإحصائية باستخدام برنامج SPSS.

الصدق:

حساب الصدق المقياس:

1. صدق المحكمين: مقياس أمستردام ميزوفونيا على عدد من المحكمين من ذوي الخبرة والمعرفة في مجالات البحث العلمي و المختصين في الترجمة واللغة العربية والنحو والعلوم الإنسانية و الإجتماعية بصفة عامة و أساتذة علم النفس العيادي بصفة خاصة، والذين بلغ عددهم (09) محكمين من جامعة قاصدي مرباح - ورقلة لكلية اللغات الأجنبية و اللغة العربية و أدابها، و قسم علم النفس و علوم التربية.
2. صدق الاتساق الداخلي للمقياس: بعد التأكد من صدق المحكمين لمقياس أمستردام ميزوفونيا، تم استخدام معامل الارتباط "بيرسون Pearson" لتأكد من صدق الإتساق الداخلي للمقياس وتحديد مدى

تجانس الداخلي للمقياس وذلك بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات ودرجة الكلية للمقياس، لعينة قدرة ب (30) فرد.
الجدول رقم (03): يوضح معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات مقياس أمستردام ميزوفونيا.

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	0.854	دالة عند 0.01
02	0.722	دالة عند 0.01
03	0.661	دالة عند 0.01
04	0.823	دالة عند 0.01
05	0.849	دالة عند 0.01
06	0.753	دالة عند 0.01
07	-0.437	دالة عند 0.05

ويتضح من خلال الجدول رقم (03) أن معاملات الارتباط بين درجة كل بند من البنود المقياس والدرجة الكلية للمقياس تتراوح بين (-0.437 و 0.854) وهي معاملات ارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) و (0.05) و بتالي فبنود المقياس متماسكة، مترابطة، متنسقة فيما بينها وتقيس كلها نفس المتغير، وهذا مؤشر يؤكد صدق المقياس.

الثبات:

1. حساب الثبات بطريقة إعادة تطبيق المقياس: تم استخدام طريقة إعادة تطبيق المقياس في حساب ثبات مقياس أمستردام ميزوفونيا بعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية والتي بلغ عددها (30) فرد، وبعد تطبيقه مرة ثانية بعد فترة زمنية بلغت ثلاثة أسابيع، وقد بلغ معامل الارتباط بين درجات الأفراد في التطبيقين (0.882) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.01) وهذا مؤشر على أن المقياس على درجة عالية من الثبات.

2. حساب معامل ألفا لكرونباخ للتجانس المقياس: استخدم الباحثان معادلة " ألفا كرونباخ Cronbach's alpha " للتحقق من ثبات مقياس أمستردام ميزوفونيا، وقد بلغت قيمة معامل ثبات (0.585) وهي قيمة تدل على ثبات المقياس. كما هو موضح في الجدول رقم (04) الموالي:
الجدول رقم (04): يوضح معامل الارتباط ألفا كرونباخ للتجانس المقياس " أمستردام ميزوفونيا"

عدد بنود المقياس	معامل الثبات ألفا كرونباخ
7	0.585

تصحيح المقياس: تكون طريقة التصحيح المقياس من خلال البنود السبعة المكونة له حيث يحتوي كل بند من البنود (06) على (05) بدائل.

الدرجة (0): إذا أجاب المفحوص في البند رقم (01)، (02)، (03) بلا يوجد يعطى الدرجة (0) كذلك في البند رقم (04) إذا أجاب "دائماً ما يبذل جهد للمقاومة" يعطى الدرجة (0)، كذلك هو الحال في البند رقم (05) إذا أجاب "تحكم تام"، كما تعطى الدرجة (0) كذلك عند إجابة المفحوص "لا يوجد تجنب متعمد" في البند رقم (06).

الدرجة (1-4): يعطى المفحوص من الدرجة (01) إلى (04) درجات إذا ما أجاب في كل البنود (06) من البديل الثاني إلى البديل رقم (05).

لتجمع عدد الدرجات المتحصل عليها المفحوص من الإستجابة على المقياس مقدرينا بذلك الدرجة الكلية على المقياس التي تحدد بدورها شدة الميزوفونيا لديه.

ملاحظة 02:

قانون حساب النسب المئوية:

(1) بالنسبة للفئات: $100 \times \frac{ك}{ك}$

(2) بالنسبة للأبعاد: $100 \times \frac{ك}{م ج ت}$

حيث تعني:

ك : تكرار أو تواتر الفئة.

ك : مجموع تكرار الفئات الخاصة بالبعد.

م ج ت: مجموع تكرار كل فئة. (بن مجاهد فاطمة الزهراء، 2019، ص 105)

بعد المرحلة الأولى والثانية نذهب إلى عملية تفسير النتائج المتحصل عليها تفسيراً كيفياً نعتمد فيه على ربط الفئات و الأبعاد ببعضها البعض بهدف إعطاء قراءة مطابقة لشخصية المفحوصين والتي تعتبر آخر مرحلة من عملية تحليل مضمون المقابلة النصف توجيهية بهدف الدراسة.

أولاً: تقديم الحالة الأولى (ن. م).

تبلغ المفحوصة من العمر 27 ربيعاً فهي من مواليد (23-07-1994)، مرتبطة (مخطوبة) لفترة تزيد عن السنتين، الحالة (ن. م) تعيش في مدينة تقرت بمنزل أرضي ضمن عائلتها النووية، وهي البنت البكر لـ 05 أخوات وأخ واحد، الأب مهندس ميكانيك آليات و الأم ربت بيت ذات مستوى ثالثة ثانوي، المستوى الإقتصادي للعائلة عالي بعد أن كان متوسط ومستوى إجتماعي جيد، المفحوصة ذات مستوى جامعي (02 ماستر علم النفس العيادي). صرحت أنها لا تعاني أي أمراض جسدية إلا أنها ذكرت أنها عصبية للغاية عكس ما يبدو عليها بالإضافة إلى أنها تعاني قلق مرحلي ومشاكل في الشهية مع انخفاض في الوزن نهيك عن الشكوى الرئيسية (حساسية المفرطة للأصوات التي تعتبرها مصدر إزعاج لصفو مزاجها) بالرغم من ذلك لم يسبق لها وأن عالجت بسبب مشكلة نفسية، كما أوضحت المفحوصة أن المشكلة لا تمسها لوحدها بل يوجد 03 أفراد من عائلتها يعانون نفس المشكلة، وهي ترجعها لأسباب وراثية كونها ذكرت أنه يوجد أفراد كذلك في العائلة الممتدة لهم نفس المشكلة لكن بدرجات متفاوتة حسبها، (ن. م) لا تعاني أية عاهة جسدية.

أما عن المظهر المفحوصة تميز بالنظافة و الأناقة مجمله، فهي ذات حركات متزنة أخذت وضعية جلوس تحفيزية مع تواصل بصري متوسط وضعيف أحياناً و إنتباه لأبأس به، أما عن الأفكار كانت متسلسل مترابطة مع طلاقة في الكلام بنبرة صوت متوسطة و إبتسامة تلقائية، كانت تعابير وجهها متناقسة مع إنفعالاتها، تميزت بمزاج هادئ طوال فترة المقابلات وأثناء تطبيق المقاييس النفسية مع شيء من المقاومة أحياناً.

ثانياً: تحليل مضمون المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة.

المرحلة الأولى: المقابلة مع المفحوصة (ن. م).

لا أعاني من أي مرض مزمن 1/ لا أتناول أدوية 2/ مشكلتي عدم تحمل بعض الأصوات التي تثير إشمئزاً 3/ وغضبي 4/ بالأخص أصوات مضغ الطعام 5/ إكتشفتها من درجة إثارة غضبي 6/ كذلك التجنب المستمر للمواقف التي أتوقع أن تكون فيها أصوات مزعجة 7/ كان ذلك منذ سن المراهقة حوالي سن 16-18 سنة 8/ أبرز الأصوات التي تثير غضبي و إشمئزاً أصوات مضغ الطعام والشر والنقر على لوحات المفاتيح و أصوات الحنفية و أصوات الأنف والعلق بما في ذلك الشخير... 9/ إذا كان من طرف شخص في الغالب أكنم الأمر 10/ كون طبيعة تنشئتي تكبح ذلك الفعل 11/ الغير لائق أو أجنب ذلك 12/ أما بالنسبة للأصوات التي لا تصدر عن أشخاص أحاول قدر الإمكان تجنبها أو إيجاد حل لها 13/ بعض الشيء 14/ يوجد في عائلتي النووية 03 أخواتي 15/ وفي عائلتي الممتدة العديد من الأفراد 16/ تنقسم نظرتي لذاتي إلى شقين إما أنني غير طبيعية 17/ أو الأشخاص الآخرين لم يخضعوا إلى تنشئة سليمة 18/ التي تضبط آداب تناول الطعام 19/ ينتابني في بعض الأحيان 20/ أنا متعصبة إتجاه أموري

الشخصية 21/ لا أرى 22/ بالمساس بها 23/ في الغالب أمتاز بالهدوء 24/ يثار غضبي بسرعة حاول الأمور التي تخصني 25/ لا أشعر أنني عبئ على الآخرين 26/ معظم علاقاتي تمتاز بالمحدودية 27/ الصعوبات التي تواجهني في بناء علاقاتي مع الآخرين هي كيفية المحافظة عليها 28/ نعم 29/ بالنسبة لي مهمة صعبة 30/ في معظم الأحيان أقدم ملاحظات للأشخاص الذين تربطني بهم علاقة قوية 31/ أما الآخرين أتجاوز عن ذلك 32/ أو أتجنب التعامل معهم قدر الإمكان 33/ أنني متكبرة وعصبية 34/ أعيش ضمن أسرة نووية 35/ نعم البعض منها 36/ كوني إنعزالية بعض الشيء 37/ لا أقوم بها على أكمل وجه 38/ لا تساهم أسرتي في إتخاذ قراراتي 39/ منذ صغري أقرر عن ذاتي 40/ نعم هي كذلك 41/ أنتمي إلى منظمة - ترقية المجتمع المدني كعضوه مكلفة بشؤون المرأة والطفل- 42/ الهدف من ذلك كوني أخصائية نفسية 43/ أقوم بدوري 44/ أتعامل مع أفراد الجنس الآخر أفضل من التعامل مع الإناث 45/ أجدهم أكثر جدية 46/ وطباعهم تناسب طباعي في أغلب الأحيان 47/ نعم البعض كونهم يرونني أنني متكبرة 48/ وأجدها بصمت 49/ أو تغيير الموضوع 50/ نعم 51/ أتقبل النقد البناء فقط 52/ ألتزم بالقليل من القيم والعادات و التقاليد 53/ راضة عن البعض منها 54/ لا تثيرني المناسبات بصفة عامة 55/ تفسر مشكلتي حسب منظور مجتمعي على أنها حساسية زائدة 56/ وتصنع 57/ ربما هي ضمن عاداته 58/ ربما سوف تؤثر على حياتي المستقبلية 59/ مشاعري في المستقبل أأمل أن تكون على ما يرام 60/ طموحي المستقبلي أن أكون في أحسن حال 61/ وأنشأ أسرة مثالية 62/.

المرحلة الثانية:

الأبعاد	الفئات (ف)	تواتر الفئات (ك)	النسبة المئوية للفئات %
الإصابة بالميزوفونيا أو أي مرض آخر	3-4-5-6-7-8-9-15-16	09	100%
مج = ف = 01	ك=09	14.51%	
التكيف النفسي	(+)	12-24-26-39-40-47-60-61-62	39.13%
	(-)	17-18-20-21-22-25-34-37-48-51-56-57-59-10	60.86%
مج = ف = 02	ك=23	37.09%	
التكيف الاجتماعي	(+)	11-31-32-41-45-46-49-50	36.36%
	(-)	14-27-28-29-30-33-35-36-38-42-52-53-54-58	63.63%
مج = ف = 02	ك=22	35.48%	
أخرى	1-2-13-19-23-43-44-55	09	100%
مج = ف = 01	ك=09	12.90%	

مج ت = 62.

الجدول رقم (10): يتضمن تبويب وحدات نص المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة تحت فئات مندرجة ضمن أبعاد مع تواترها ونسبها المئوية.

إستنادا لمضمون المقابلة الموضح في **الجدول رقم (10)** الذي يشتمل تبويب محاور نص المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة ضمن فئات التي تم تشكيلها وفق لأبعاد الدراسة ومحتوى المقابلة حيال إجراء التحليل لمضمونها، والتي احتوى على ثلاثة أبعاد رئيسية و بعد إضافي، حيث تضمنت في بعدها الأول المتمثل الإصابة بالميزوفونيا أو الإصابة بأمراض أخرى الذي إشتمل فئة واحدة على خلاف الأبعاد الرئيسية الأخرى ، والتي تضم تسعة فقرات فقد قدرت نسبة المؤوية الإجمالية للبعد بـ **14.51 %** وهي نسبة ضعيفة مقارنة ببقية الأبعاد الرئيسية الأخرى. يلي هذا البعد الثاني المتمثل في التكيف النفسي بنسبة **37.09 %** الذي إشتمل على فئتين والمتمثلتين في التكيف النفسي الإيجابي الذي

قدرت نسبته بـ **39.13%** في تسعة فقرات والتي تعتبر دون المتوسط والتي تفوقها النسبة المؤوية للفئة الثانية المتمثلة في التكيف النفسي السلبي بنسبة **21.73%** حيث قدرت نسبة المؤوية للفئة الثانية بـ **60.86%** في أربعة عشرة فقرة. في ذات السياق نتطرق إلى البعد الثالث المتمثل في التكيف الاجتماعي بنسبة **35.48%** وهي نسبة ليست بالبعيدة عن نسبة التكيف النفسي التي تفوقها بنسبة **1.61%** الذي هو الآخر إشمئلت فنتين لتكيف الاجتماعي، حيث قدرت نسبة الإيجابي منه بـ **36.36%** في ثمانية فقرات و هي نسبة أقل من نسبة التكيف الاجتماعي السلبي التي قدرت بـ **63.36%** في أربعة عشرة فقرة. أما البعد الرابع و الأخير فقد إشمئلت على مختلف الفقرات التي لم يرد لها تصنيف ضمن الأبعاد الرئيسية الثلاثة السابقة بفئاتها، والذي أعطى أقل نسبة بين الأبعاد المحتواة لمضمون المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة حيث قدرت نسبته بـ **12.90%** هذا ضمن فئة واحدة مكونة للبعد بثمانية فقرات.

المرحلة الثالثة: يتضح من خلال المرحلتين السابقتين من التحليل لمضمون المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة أن المفحوصة (ن. م) ذات أداء نفسي و إجتماعي منخفض في حدود أقل من المتوسط، وحسب إستجاباتها حول مضمون المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة تبين أنه بالإضافة إلى السبب الذي قد يكون رئيسي لإختلال توازن مستوى أداءها ألا وهو الإصابة بالميزوفونيا كذلك إتضح أن طبعها أي نمط شخصيتها له دور في تحديد مستوى أداءها النفسي و الإجتماعي. فالإصابة بالميزوفونيا يفرض نوعا من ردود الفعل السلبية العدوانية التي قد تتطور إلى نوبات لفظية وجسدية إتجاه مصدر الصوت الميزوفوني والتي تكون شدتها حسب تقييمها الشخصي لصوت ومعتقداتها حوله، بالإضافة إلى طبيعة الملح النفسي الذي يميزها عن غيرها، كذلك السياق الذي يظهر فيه الصوت ولما له من أثر في ذلك. وقد تبين مستوى أداءها النفسي و الإجتماعي من خلال مدى توافقها مع ذاتها ومع الآخرين كذلك ظروفها المعيشية وطريقة إتصالها مع الأفراد الآخرين بالإضافة إلى قيمها و إتجاهاتها نحو بيئتها الإجتماعية وما تشتمل عليه ونظرتها المستقبلية لحياتها، كلها في مجملها تفصح عن مستوى أدائها النفسي و الإجتماعي المنخفض، و تحصلت على (13) درجات من أصل (24) درجة على المقياس أمستردام ميزوفونيا التشخيصي والتي تعتبر ذات أهمية إكلينيكية تقديرها معتدل وعليه يمكن القول أنه ليس فقط الإصابة بالميزوفونيا تؤثر على الأداء النفسي و الإجتماعي كذلك نمط شخصيتها له دور في ذلك هذا ما أثبتته من خلال المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة.

أولاً: تقديم الحالة الثانية (إ.م).

المفحوصة (إ.م) من مواليد (06-04-1996) ذات 25 سنة غير مرتبطة، تقطن مدينة تقرت في منزل أرضي ضمن عائلة نووية بين والديها و خمسة أخوات و أخ واحد، تحتل المرتبة الثانية بين إخوتها بمستوى إجتماعي جيد، أبوها مهندس ميكانيك آليات و أمها ربت بيت ذات المستوى الثالث الثانوي، أما عن المستوى الإقتصادي للعائلة فهو عالي حسبها، المفحوصة تدرس سنة ثانية ماستر هندسة بيتروكمياوية، (إ.م) تعاني مرض فقر الدم منذ الطفولة وهي تذكر أنه يعود إلى أسباب وراثية وأنها تخضع للعلاج الدوائي بالإضافة إلى الطب البديل (التداوي بالأعشاب)، كما تذكر أنها لم تعالج بسبب مشاكل نفسية من قبل بالرغم من وجد البعض منها التي تعيد أسبابها إلى مضاعفات العلاج أو توابع مرض فقر الدم والمتمثلة في العصبية الزائدة و والقلق والمتسببين في الصداع و نقصان الطاقة، بالإضافة إلى الشكوى الرئيسية (الحساسية المفرطة للأصوات التي تثير إشمزازها و تلعب دورا في انفعالها وعصبيتها وغضبها)، وهي لا تعاني أية عاهة جسدية.

مظهرها في شكله العام مرتب وأنيق، أخذت وضعية الجلوس التحفيزية منذ بداية المقابلة وفي معظم المقابلات التي أجريت، وتميزت باللازمة حركية متمثلة في "تحريك القدم باستمرار" حيث أنها ذكرت أنها كذلك معظم الوقت بالأخص ما إذا كانت متوترة، الحالة (إ.م) ذات تعابير وجه متناسقة مع طبيعة إنفعالاتها و إبتسامتها تلقائية، تواصلها البصري ومستوى إنتباهها قويين، تميزت بأفكار متسلسلة ومتراطة

وطلاقة في الكلام والفتنة العالية ذلك بنبر صوت عالية، كان يبدو عليها التوتر حيال المقابلة وأثناء تطبيق المقاييس النفسية.

ثانياً: تحليل مضمون المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة.

المرحلة الأولى: المقابلة مع المفحوصة (إ.م).

نعم أعاني فقر الدم المزمن 1/ أخضع للعلاج الدوائي و التداوي بالأعشاب 2/ مشكلتي أنني أنزعج وبشدة من الأصوات 3/ التي تثير غضبي وتستفزني 4/ إكتشفتها عند تناول الطعام الجماعي 5/ عند مقابلتي للأشخاص الذين يصدرن أصوات مزعجة 6/ كان ذلك منذ النضج تقريبا 7/ أبرز الأصوات هي أصوات مضغ العلك و الطعام والشرب وكسر رقائق البطاطة... 8/ الأشخاص الذين يصدرن أصوات مزعجة تقديم ملاحظات 9/ أو ربما تتطور إلى إنفعالات جسدية 10/ تؤثر مشكلتي نوعا ما على أدائي الإجتماعي 11/ توجد حالات مشابهة في أسرتي النووية كما يوجد أفراد في عائلتي الممتدة 12/ نظرتي لذاتي أنني على حق ليست لدي مشكلة 13/ بل في الأشخاص الآخرين 14/ لا أجد صعوبة 15/ أنا متعصبة إتجاه أموري الشخصية 16/ نعم 17/ أنا لا أشعر أنني عبئ على الآخرين 18/ معظم علاقاتي مع الآخرين جيدة 19/ عدم الثقة 20/ لا أجد صعوبة 21/ في إقامة علاقات جديدة 22/ تكون ردت فعلي إتجاه سلوكيات الآخرين الغير مرغوبة فيها بالتجاهل 23/ أو التجنب 24/ يراني الآخرين حسب نظري شخصية ذات كرزمة 25/ ذات شخصية قوية 26/ أعيش ضمن أسرة نووية 27/ لا أواجه مشاكل في الدراسة 28/ لا أقوم بها على أتم وجه 29/ في الحدود يعني 30/ لا تتدخل أسرتي في إتخاذ قراراتي 31/ نعم أسرتي مثالية الحمد لله 32/ نعم أنتمي إلى منظمة 33/ وطنية 34/ لأهداف إنسانية 35/ ولغرض شخصي 36/ أتعامل مع الجنسين بالمثل 37/ معاملة طبيعية 38/ نعم من لديهم معي مشكلة شخصية 39/ بالإغماء 40/ أتقبل النقد البناء فقط 41/ ولا أتقبل غير ذلك 42/ أنفعل 43/ نعم ألتزم 44/ لا أرضى بكلها 45/ بل البعض منها فقط 46/ تثير إهتمامي المناسبات الإجتماعية 47/ والدينية 48/ مشكلتي تفسر حسب المنظور الشخصي لكل فرد على حده 49/ نعم ضمن عاداته 50/ وبشدة 51/ ربما سوف تؤثر في حياتي المستقبلية 52/ سوف تكون ذاتها 53/ طبعاً طموحي أن يتربى الأجيال القادمة على آداب تناول الطعام و إحترام الغير 54/ وغيرها من الآداب 55/.

المرحلة الثانية:

الأبعاد	الفئات (ف)	تواتر الفئات (ك)	النسبة المئوية للفئات %
الإصابة بالميزوفونيا أو أي مرض آخر	1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 12.	09	100%
مج = ف = 01	ك= 9	16.36%	
التكيف النفسي	(+) 13- 14- 24- 39- 42.	05	33.33%
	(-) 10- 15- 17- 25- 41- 43- 44- 52- 53.	10	66.66%
مج = ف = 02	ك= 15	27.27%	
التكيف الإجتماعي	(+) 16- 19- 20- 22- 23- 26- 27- 28- 29- 31- 32.	18	75%
	(-) 11- 21- 30- 40- 46- 47.	06	25%
مج = ف = 02	ك= 24	43.63%	
أخرى	9- 37- 35- 36- 49- 50- 51.	07	100%
مج = ف = 01	ك= 7	12.72%	

مج ت = 55.

الجدول رقم (11): يتضمن تبويب وحدات نص المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة تحت فئات مندرجة ضمن أبعاد مع تواترها ونسبها المئوية.

إستنادا لمضمون المقابلة الموضح في الجدول رقم (11) الذي يشتمل تبويب محاور نص المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة تحت فئات التي تم تشكيلها وفق لأبعاد الدراسة ومحتوى المقابلة أثناء إجراء التحليل لمضمونها، والتي احتوى على ثلاثة أبعاد رئيسية و بعد إضافي، حيث تضمنت في بعدها الأول المتمثل بالإصابة بالميزوفونيا أو الإصابة بأمراض أخرى الذي إشتمل فئة واحدة على خلاف الأبعاد الرئيسية الأخرى، والتي تضم سبعة فقرات فقد قدرت نسبة المؤوية الإجمالية للبعد بـ 16.36% والتي تعتبر الأضعف مقارنة بباقي الأبعاد الرئيسية الأخرى. يلي ذلك البعد الثاني المتمثل في التكيف النفسي الذي إحتمل الصدارة في نسبته بين كل النسب الممثل للأبعاد الثلاثة الأخرى بنسبة 42.85% التي تعتبر دون المتوسط، حيث إشتمل على فئتين اللتين إستويتنا في النسبة المؤوية التي قدرت بـ 50% المتمثلتين في التكيف النفسي الإيجابي الذي قدرت نسبته بـ 33.33% في خمسة فقرات والتي تعتبر دون المتوسط، كذلك إستويتنا في مجموع عدد الفقرات لكل فئة، والمتمثلة في التكيف النفسي الإيجابي و التكيف النفسي السلبي. في ذات السياق نتطرق إلى البعد الثالث المتمثل في التكيف الإجتماعي بنسبة 33.33% حيث إشتمل على فئتين متساويتا النسبة المؤوية التي قدرة بـ 50% وعدد فقرات كل فئة (سبعة فقرات) والمتمثلة في التكيف الإجتماعي الإيجابي و التكيف الإجتماعي السلبي. أما البعد الرابع و الأخير فقد إشتمل على مختلف الفقرات التي لم يرد لها تصنيف ضمن الأبعاد الرئيسية الثلاثة السابقة بفئاتها، والذي أعطى أقل نسبة بين الأبعاد المحتواة لمضمون المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة حيث قدرت نسبته بـ 7.14% هذا ضمن فئة واحدة مكونة للبعد في ثلاثة فقرات.

المرحلة الثالثة: يتضح من خلال المرحلتين السابقتين من التحليل لمضمون المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة أن المفحوصة (إ.م) ذات أداء نفسي منخفض على خلاف أداءها الإجتماعي الذي كان في حدود المتوسط و الذي قد تعود أسبابه إلى الإصابة بالميزوفونيا فهيا تمس الجانب العاطفي، الذي يلعب دور فعال في تأثير على الجانب النفسي من تكيفها فهي تعتبر عامل ضاغط ومهدد بالنسبة لها، و الذي بدوره يؤثر على مستوى أداءها الإجتماعي الذي كان في حدود المتوسط. ذلك قد يكون راجع إلى كبتها أو تحكها في ردود فعلها و أحاسيسها العدوانية إتجاه مصدر الصوت الميزوفوني كون الميزوفونيا يتميز بردود الفعل السلبية (العدوانية) التي قد تتطور إلى نوبات لفظية وجسدية إتجاه مصدر الصوت الميزوفوني أو أن تقييمها الشخصي لصوت ومعتقدا حوله، يكبح من شدة ردود فعلها العدوانية أو طبيعة الملمح النفسي لشخصيتها هش بما أن الميزوفونيا تثير الإشمزاز والغضب، مع ذلك لم يؤثر بشكل ملحوظ على أداءها الإجتماعي. و تبين مستوى أداءها النفسي و الإجتماعي من خلال مدى توافقها مع ذاتها ومع الآخرين كذلك ظروفها المعيشية وطريقة إتصالها مع الأفراد الآخرين بالإضافة إلى قيمها و إتجاهاتها نحو بيئتها الإجتماعية وما تشتمل عليه ونظرتها المستقبلية لحياتها، فهذه كلها معايير حددت مستوى أداءها النفسي و الإجتماعي المنخفض، و تحصلت على (12) درجة من أصل 24 درجة على المقياس أمستردام ميزوفونيا التشخيصي والتي تعتبر ذات أهمية إكلينيكية تقديرها معتدل.

أولاً: تقديم الحالة الثالثة (أ.م).

المفحوصة (أ.م) في العقد الثاني من عمرها فهيا من مواليد (27-03-1999) مرتبطة (مخطوبة) لأقل من سنتين تقريبا، تقطن مدينة تقرت ضمن أسرتها النووية في منزل أرضي ترتبها بين إخوتها الثلاثة بين خمسة بنات وولد واحد، والدها مهندس ميكانيك آليات و والدتها ربت بيت ذات المستوى الثالث من التعليم الثانوي، بمستوى إجتماعي جيد ومستوى إقتصادي عالي، المفحوصة (أ.م) تدرس السنة ثانية ماستر هندسة بيترول وكيمياء، عند الولوج في تاريخ الحالة الصحي ذكرت أنها تعاني نقص في النظر منذ الطفولة المبكرة وهي تتلقى العلاج بشكل دوي، صرحت أنها لا تعاني أية أمراض أخرى ولم تطلب المساعدة النفسية من قبل بالرغم من وجود بعض عوارض النفسية المتمثلة في إنخفاض الإهتمام بمعظم الأنشطة في الفترة الأخيرة، والنوم الزائد مضيفا إلى ذلك إنعزالها عن العائلة والأصدقاء منذ الطفولة فهي تذكر أنها ذات طبع إنعزالي، أما عن مشكلتها الرئيسية فهي تؤكد أنها ظهرت معها مؤخرا أو بالأحرى

بدأت ملاحظة ذلك بعد تقديم أخواتها اللواتي لهن نفس المشكلة ملاحظة للأفراد الذين يبدون أفعال أو أصوات تثير إشمئزازهم وغضبهم، المفحوصة (أ.م) لا تعاني أي عاهة جسدية. بالنسبة لمظهر المفحوصة بشكله العام كان نظيف ومرتب، أخذت وضعية تحفيزية في الجلوس بحركات متناقلة مع شيء من الخجل الذي عم في معظم المقابلات والذي ظهر في نبرة صوتها الضعيفة، هي ذات إبتسامة تلقائية، كانا أفكارها وكلامها متسلسلين مترابطين وتواصل بصري يميل إلى الضعيف ومستوى إنباه وتركيز عالي، ظهر عليها الإرتباك أثناء تطبيق المقاييس النفسية، أما مزاجها في مجمله هادئ للغاية.

ثانياً: تحليل مضمون المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة.

المرحلة الأولى: المقابلة مع المفحوصة (أ.م).

أعاني نقص النظر/1 أتلقى العلاج الطبي /2 مشكلتي عدم تحمل أصوات تناول الطعام و الأصوات الخافتة /3 إكتشفتها من الملاحظات إخواني /4 منذ فترة ليست بالبعيدة /5 الغضب و الإشمئزاز والقلق /6 تقديم ملاحظات حول ذلك /7 قليلا نعم /8 يوجد في عائلتي النووية والممتدة حالات مشابهة /9 نظرتي أني نرجسية /10 أحترم ذاتي /11 لا أشعر بالوحدة في وجود الآخرين /12 لست متعصبة لأموري الشخصية /13 أحيانا /14 لا أشعر أني عبئ على الآخرين /15 علاقاتي جيدة مع الآخرين /16 لا أواجه صعوبة /17 نعم كوني خجولة /18 أتجاهل /19 يراني الآخرين أني خجولة ومنوية /20 وطيبة /21 أعيش ضمن أسرة نووية /22 لا أواجه مشاكل /23 ليس دائما أقوم بوظائفي الإجتماعية على أكمل وجه /24 تساهم أسرتي في إتخاذ قراراتي /25 ليست بالقدر الكافي /26 ليس لدي إنتماء إلى جمعية أو نادي /27 تعاملتي مع أفراد الجنس الآخر بمبدأ الإحترام والأخوة /28 / أحيانا /29 ضحك هستيري /30 نادرا /31 وإن حصل أقتبل النقد /32 نعم /33 لا أرضى عنها جميعها /34 فقط التي أقتنع بها /35 لا تأخذ كبير من إهتمامي /36 يرونها مزايده /37 وحساسية مفرطة /38 ليست ضمن عادات مجتمعي /39 لا تؤثر مشكلتي على حياتي المستقبلية /40 كما هي عليه الآن /41 أن يكون الأفراد أكثر أدب و إحتراما للآخرين /42.

المرحلة الثانية:

الأبعاد	الفئات (ف)	تواتر الفئات (ك)	النسبة المئوية للفئات %
الإصابة بالميزوفونيا أو أي مرض آخر	1-2-3-4-5-8-9	07	100%
مج = ف = 01		ك=07	16.66%
التكيف النفسي	(+)	11-12-13-15-19-21-35-40	50%
	(-)	6-10-14-18-20-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-36-37-38-39	50%
مج = ف = 02		ك=18	42.85%
التكيف الإجتماعي	(+)	16-17-22-23-28-32-42	50%
	(-)	7-20-24-25-26-27-29-31	50%
مج = ف = 02		ك=14	33.33%
أخرى	7-36-39	03	100%
مج = ف = 01		ك=03	7.14%

مج ت = 42.

الجدول رقم (12): يتضمن تبويب وحدات نص المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة تحت فئات مندرجة ضمن أبعاد مع تواترها ونسبها المئوية.

إستنادا لمضمون المقابلة الموضح في الجدول رقم (12) الذي يشتمل تبويب محاور نص المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة تحت فئات التي تم تشكيلها وفق لأبعاد الدراسة ومحتوى المقابلة حيال إجراء التحليل لمضمونها، والتي احتوى على ثلاثة أبعاد رئيسية و بعد إضافي، حيث

تضمنت في بعدها الأول المتمثل الإصابة بالميزوفونيا أو الإصابة بأمراض أخرى الذي إشمئلت فئة واحدة على خلاف الأبعاد الرئيسية الأخرى والتي تضم تسعة فقرات فقد قدرت نسبة المؤوية الإجمالية للبعد بـ **14.51%** وهي نسبة ضعيفة مقارنة بباقي الأبعاد الرئيسية الأخرى. يلي هذا البعد الثاني المتمثل في التكيف النفسي بنسبة **37.09%** الذي إشمئلت فئتين والمتمثلتين في التكيف النفسي الإيجابي الذي قدرت نسبته بـ **39.13%** في تسعة فقرات والتي تعتبر دون المتوسط والتي تفوقها النسبة المؤوية للفئة الثانية المتمثلة في التكيف النفسي السلبي بنسبة **21.73%** حيث قدرت نسبة الفئة الثانية بـ **60.86%** في أربعة عشرة فقرة. في ذات السياق نتطرق إلى البعد الثالث المتمثل في التكيف الإجتماعي بنسبة **35.48%** وهي نسبة ليست بالبعيدة عن نسبة التكيف النفسي التي تفوقها بنسبة **1.61%** الذي هو الآخر إشمئلت فئتين لتكيف الإجتماعي، حيث قدرت نسبة الإيجابي منه بـ **36.36%** في ثمانية فقرات وهي نسبة أقل من نسبة التكيف الإجتماعي السلبي التي قدرت بـ **63.36%** في أربعة عشرة فقرة. أما البعد الرابع و الأخير فقد إشمئلت على مختلف الفقرات التي لم يرد لها تصنيف ضمن الأبعاد الرئيسية الثلاثة السابقة بفئاتها، والذي أعطى أقل نسبة بين الأبعاد المحتواة لمضمون المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة حيث قدرت نسبته بـ **12.90%** هذا ضمن فئة واحدة مكونة للبعد في ثمانية فقرات

المرحلة الثالثة: يتضح من خلال المرحلتين السابقتين من التحليل لمضمون المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة أن المفحوصة (أ. م) ذات مستوى في حدود المتوسط من الأداء النفسي بينما أداءها الإجتماعي كان منخفضا الذي قد تعود أسبابه بالدرجة الأولى إلى الإصابة بالميزوفونيا لما لها من دور فعال في تأثير على الجانب النفسي الذي يعتبر ضاغط بالنسبة لها، الذي بدوره يؤثر على مستوى أداءها الإجتماعي ذلك راجع إلى عدم تحكمها في الأحاسيس العدوانية إتجاه مصدر الصوت الميزوفوني كون الميزوفونيا يتميز بردود الفعل السلبية (العدوانية) التي قد تتطور إلى نوبات لفظية وجسدية إتجاه مصدر الصوت الميزوفوني والتي تكون شدتها حسب تقييمها الشخصي لصوت ومعتقداتها حوله، بالإضافة إلى طبيعة ملمحها النفسي، وكذلك السياق الذي يظهر فيه الصوت ولما له من أثر في ذلك. وقد تبين مستوى أداءها النفسي و الإجتماعي من خلال مدى توافقها مع ذاتها ومع الآخرين كذلك ظروفها المعيشية وطريقة إتصالها مع الأفراد الآخرين بالإضافة إلى قيمها و إتجاهاتها نحو بيئتها الإجتماعية وما تشتمل عليه ونظرتها المستقبلية لحياتها، فهذه كلها معايير حددت مستوى أداءها النفسي و الإجتماعي المنخفض، و تحصلت على (08) درجة من أصل 24 درجة على المقياس أمستردام ميزوفونيا التشخيصي والتي تعتبر ذات أهمية إكلينيكية تقديرها خفيفة.

أولاً: تقديم الحالة الرابعة (ك. م).

تبلغ المفحوصة 20 سنة فهي من مواليد (29-11-2001) عزباء تسكن مدينة تقرت تعيش ضمن عائلتها النووية في منزل أرضي بمستوى إقتصادي و إجتماعي جيد، رب العائلة مهندس ميكانيك أليات و ربت الأسرة مائكة بالبيت ذات مستوى نهائي من التعليم الثانوي، تأتي المفحوصة في المرتبة الرابعة بين إخوتها الستة (5 بنات و ولد واحد)، وهي ذات المستوى الجامعي فهي تدرس سنة أولى جامعي تخصص إقتصاد، صرحت أنها لا تعاني أي مشاكل صحية جسدية في المقابل تذكر أنها تعاني من القلق والغضب الشديدين و أنها سريعة الإنفعال مضيفتا إلى ذلك أنها تعاني مشكلة إنخفاض الوزن، كذلك الإنعزال عن العائلة و الأصدقاء في الفترة الأخيرة، زيادتا على هذا الشكوى الرئيسية والمتمثلة في الغضب و الإنفعال الشديدين جراء التعرض للمواقف التي تعتبرها ضاغطة والتي تثيرها فهي تلجئ إلى التجنب في معظم الأحيان حسبها، تذكر المفحوصة أن المشكلة بدئت معها منذ الطفولة وزادت حدتها مع الوقت مع ذلك هي لم تطلب المساعدة النفسية ولم تعالج على أية مشكلة نفسية من قبل، (ك. م) لا تعاني أي عاهة جسدية.

أهم الملاحظات التي تم تسجيلها على المفحوصة أنها كانت تبدو في مظهر العام مرتب و أنيق، تميزت بكثرة الحركة (حركات عفوية) مع تشتت الإنتباه، هي ذات تعابير وجه متناسقة مع إنفعالاتها، إبتسامتها تلقائية وتواصلها البصري مشنت، أما عن أفكارها وكلامها كانا قليلين الترابط والتسلسل بنبرة صوت

منخفضة، أظهرت سلوكيات القلق والتململ مع نهاية المقابلة النصف توجيهية بهدف الدراسة و الإرتباك والتردد أثناء تطبيق المقاييس النفسية.

ثانياً: تحليل مضمون المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة.

المرحلة الأولى: المقابلة مع المفحوصة (ك.م).

لا أعاني مشاكل صحية 1/ لا أتناول أدوية 2/ مشكلتي لا أني لا أتحمّل سماع الأصوات المزعجة على الإطلاق 3/ منذ الصغر وهي معي 4/ الأصوات التي تزعجني وتثير غضبي هي أصوات تناول الطعام والشرب ومضغ العلك و كسر رقائق البطاطة، صوت الرمل على الأرض وصوت المطر أو سحب جسم خشن على الأرض 5/ تكون ردت فعلي إتجاه مصدر الصوت بتقديم ملاحظات أو لا 6/ و قد تتطور إلى ردود فعل جسدية 7/ نعم تؤثر على أدائي الإجتماعي 8/ نعم يوجد 9/ نظرتي لذاتي أنني مميزة 10/ في بعض الأحيان نعم 11/ ليس دائماً 12/ نعم أنا متعصبة إتجاه أموري الشخصية 13/ نعم يثار غضبي بسرعة فائقة 14/ لا أشعر أنني عبئ على الآخرين 15/ علاقتي جيدة 16/ أجد صعوبة في الإبقاء عليها كما بدأت في الأول 17/ نعم في بعض الأحيان أجد صعوبات 18/ التجاهل أو التجنب التعامل معهم 19/ أسرة نووية 20/ ليس دائماً 21/ لا أقوم بها على أكمل وجه 22/ نعم تساهم أسرتي في إتخاذ قراراتي 23/ نعم إلى حد ما 24/ ليس لدي إنتماء إلى منظمة أو نادي 25/ عادي لا أجد مشكلة 26/ نعم ينزعجوا 27/ أواجهها بالتجاهل 28/ نعم أتلقى الإنتقادات 29/ لا أتقبل النقد 30/ لا ألتزم بالعادات والتقاليد الخاصة بمجتمعي 31/ لست راضية عنها 32/ لا أمتثل لها 33/ نعم تنير إهتمامي المناسبات الإجتماعية والدينية... 34/ تفسر أنها قلت أدب عند البعض 35/ و أنها حساسية مفرطة عند البعض الآخر 36/ نعم هي ضمن عادات مجتمعي 37/ على خلاف البعض الآخر 38/ نعم تؤثر حالياً ومستقبلاً 39/ نفس المشاعر الحالية من الغضب و الإشمئزاز والقلق و الإنفعال 40/ تعليم الأفراد منذ الطفولة الآداب 41/ مبدءاً إحترام الآخر 42/.

المرحلة الثانية:

الأبعاد	الفئات (ف)	تواتر الفئات (ك)	النسبة المئوية للفئات %
الإصابة بالميزوفونيا أو أي مرض آخر	3- 4- 5- 8- 9.	05	100%
مج = ف = 02	ك=05	11.90%	
التكيف النفسي	(+) 10- 12- 15- 28.	04	28.57%
	(-) 7- 11- 13- 14- 30- 31- 32- 33- 39- 40.	10	71.42%
مج = ف = 02	ك=14	33.33%	
التكيف الإجتماعي	(+) 16- 19- 20- 21- 26- 41- 42.	07	36.84%
	(-) 17- 18- 22- 23- 24- 25- 27- 29- 35- 36- 37- 38.	12	63.15%
مج = ف = 02	ك=19	45.23%	
أخرى	1- 2- 6- 34.	04	100%
مج = ف = 01	ك=04	9.52%	

مج ت = 42.

الجدول رقم (13): يتضمن تبويب وحدات نص المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة تحت فئات مندرجة ضمن أبعاد مع تواترها ونسبها المئوية.

إستنادا لمضمون المقابلة الموضح في الجدول رقم (13) الذي يشتمل تبويب محاور نص المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة تحت فئات التي تم تشكيلها وفق لأبعاد الدراسة ومحتوى المقابلة أثناء إجراء التحليل لمضمونها، والتي احتوى على ثلاثة أبعاد رئيسية و بعد إضافي، حيث تضمنت في بعدها الأول المتمثل بالإصابة بالميزوفونيا أو الإصابة بأمراض أخرى الذي إشتمل فئة واحدة على خلاف الأبعاد الرئيسية الأخرى، والتي تضم خمسة فقرات فقد قدرت نسبة المؤوية الإجمالية للبعد بـ **11.90%** وهي نسبة الأقل إذا ما مقارنتا بباقي الأبعاد الرئيسية الأخرى. يلي هذا البعد الثاني المتمثل في التكيف النفسي بنسبة **33.33%** الذي إشتمل فئتين والمتمثلتين في التكيف النفسي الإيجابي الذي قدرت نسبته بـ **28.57%** في أربعة فقرات والتي تعتبر دون المتوسط وهي نسبة ضعيفة بالمقارنة بالفئة الثانية المتمثلة في التكيف النفسي السلبي والتي تفوقها بنسبة **42.85%** حيث قدرت نسبة الفئة بـ **71.42%** في عشرة فقرات. يأتي بعد ذلك البعد الثالث المتمثل في التكيف الإجتماعي بنسبة **45.23%** وهي أعلى نسبة بين النسب الممثلة للأبعاد التي تضمنها محتوى مضمون المقابلة ، و الذي هو الآخر إشتمل فئتين لتكيف الإجتماعي، حيث قدرت نسبة التكيف الإجتماعي الإيجابي بـ **36.84%** في سبعة فقرات وهي نسبة أقل من نسبة التكيف الإجتماعي السلبي التي قدرت بـ **26.31%** حيث قدرت نسبة الفئة بـ **63.15%** في تسعة فقرات. أما البعد الرابع و الأخير فقد إشتمل على مختلف الفقرات التي لم يرد لها تصنيف ضمن الأبعاد الرئيسية الثلاثة السابقة بفئاتها، والذي أعطى أقل نسبة بين الأبعاد المحتواة لمضمون المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة حيث قدرت نسبته بـ **9.52%** هذا ضمن فئة واحدة مكونة للبعد بثمانية فقرات.

المرحلة الثالثة: يتضح من خلال المرحلتين السابقتين من التحليل لمضمون المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة أن المفحوصة (إ.م) ذات مستوى منخفض من الأداء نفسي و إجتماعي منخفض الذي قد تعود أسبابه إلى الإصابة بالميزوفونيا التي هي عامل نفسي ضاغط بالنسبة لها، الذي له دور هام في تأثير على مستوى الأداء النفسي و الإجتماعي للمفحوصة كونها تمس الجانب النفسي من تكيفها والذي بدوره يؤثر بشكل من الأشكال على أداءها الإجتماعي هذا راجع إلى أن الميزوفونيا يفرض نوعا من ردود الفعل السلبية (العدوانية) التي قد تتطور إلى نوبات لفظية وجسدية إتجاه مصدر الصوت الميزوفوني والتي تكون شدتها حسب تقييمها الشخصي لصوت ومعتقداتها حوله، بالإضافة إلى طبيعة ملمحها النفسي، و كذلك السياق الذي يظهر فيه الصوت ولما له من أثر في ذلك. وقد تبين مستوى أداءها النفسي و الإجتماعي من خلال مدى توافقها مع ذاتها ومع الآخرين كذلك ظروفها المعيشية وطريقة إتصالها مع الأفراد الآخرين بالإضافة إلى قيمها و إتجاهاتها نحو بيئتها الإجتماعية وما تشتمل عليه ونظرتها المستقبلية لحياتها، بهذا تحدد مستوى أداءها النفسي و الإجتماعي المنخفض، و تحصلت على (18) درجة من أصل (24) درجة على المقياس أمستردام ميزوفونيا التشخيصي والتي تعتبر ذات أهمية إكلينيكية تقديرها شديدا (حادة) هذا ما يفسره إختلال مستوى أداءها النفسي و الإجتماعي.

أولا: تقديم الحالة الخامسة (ع.ب).

تبلغ المفحوصة 22 ربيعا فهي من مواليد (01-01-1999) عزباء تسكن مدينة تقرت تعيش ضمن أسرتها النووية في منزل أرضي بمستوى إقتصادي و إجتماعي متوسط، رب الأسرة متوفى و ربت الأسرة مأكثة بالبيت ذات مستوى تعليمي الثانوي، تأتي المفحوصة في المرتبة السادسة بين إخوتها الثمانية (6 بنات و ذكرين)، وهي ذات المستوى الجامعي النهائي تخصص علم النفس العيادي، صرحت أنها تعاني حساسية جلدية وهي لا تتلقى علاج لذلك كما أنها ذكرت أنها تعاني من القلق والغضب و أنها مضيفتنا إلى ذلك أنها تعاني مشكلة إنخفاض الوزن، كذلك الإنعزال أحيانا، زيادتا على هذا الشكوى الرئيسية والمتمثلة في الغضب و الإنفعال الشديدين جراء التعرض للمواقف التي تعتبرها ضاغطة والتي تستنزها فهي تلجئ إلى التجنب في معظم الأحيان حسبها أو تقدم ملاحظات حول ذلك، ذكرت المفحوصة أن المشكلة بدئت معها

منذ أن كانت تدرس سنة الرابعة متوسط ولم تحدد السن أنا ذلك و أنها لم تطلب المساعدة النفسية ولم تعالج على أية مشكلة نفسية من قبل،(ع.ب) لا تعاني أي عاهة جسدية. أهم الملاحظات التي تم تسجيلها على المفحوصة أنها كانت تبدو في مظهر العام مرتب ونظيف، تميزت بحركات عفوية مع تشتت الإنتباه، هي ذات تعابير وجه متناسقة مع إنفعالاتها، إبتسامتها تلقائية وتواصلها البصري متباين بين المتوسط والضعيف، أما عن أفكارها وكلامها كانا مترابطين و متسلسلين بنبرة صوت منخفضة، أظهرت سلوكيات القلق والتملل مع نهاية المقابلة النصف توجيهية بهدف الدراسة و الإرتباك والتردد أثناء تطبيق المقاييس النفسية.

ثانيا: تحليل مضمون المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة. المرحلة الأولى: المقابلة مع المفحوصة (ع.ب).

أعاني حساسية الجلد 1/ لا أتناول أدوية 2/ كانت تبدو لي المشكلة أمر عادي 3/ إكتشفتها في الرابعة متوسط 4/ أبرز الأصوات التي تثير غضبي هي مضغ الطعام و أصوات الحلق والأنف 5/ تكون ردت فعلي بالإشمزاز 6/ لا تؤثر على أدائي الإجتماعي 7/ لا يوجد في عائلتي من يعاني نفس مشكلتي 8/ نظرتي لذاتي جيدة 9/ و أنا متفردة بذاتي 10/ يبتابني شعور بالوحدة في وجود الآخرين 11/ أنا متعصبة إتجاه أموري الشخصية 12/ لا يثار غضبي بسرعة 13/ لا أشعر أنني عبئ على الآخرين 14/ علاقاتي سطحية 15/ لا أواجه صعوبات في علاقتي مع الآخرين 16/ لأنني لا أهتم في الأصل 17/ لا أقيم علاقات جديدة 18/ أنا لا أحب ذلك 19/ أتجاهل 20/ يروني أنني متكبرة و إنعزالية أو متفوقة حول ذاتي 21/ أعيش ضمن أسرة نووية 22/ لا أواجه مشاكل في الدراسة 23/ أقوم بوظائفي الإجتماعية على أكمل وجه 24/ لا تساهم أسرتي في إتخاذ قراراتي 25/ أسرتي ليست مثالية 26/ أنتمي إلى منظمة -ترجيح الأجيال - 27/ أحب النشاطات 28/ أتعامل بسطحية مع أفراد الجنس الأخر 29/ ينزعج الآخرين من تصرفاتي 30/ أواجه المواقف المحرجة بالتجاهل 31/ لا أهتم 32/ نعم 33/ أتجاهل النقد 34/ لا ألتزم بها 35/ لست راضية عنها 36/ ولا أمتثل لها 37/ لا تثيرني المناسبات الإجتماعية والثقافية 38/ تفسر مشكلتي حسب مجتمعي أنني أبالغ في ذلك 39/ هي من عاداتهم 40/ لا تؤثر على حياتي المستقبلية 41/ ظ مشاعري المستقبلية عادية أي طبيعية 42/.

المرحلة الثانية:

الأبعاد	الفئات (ف)	تواتر الفئات (ك)	النسبة المئوية للفئات %
الإصابة بالميزوفونيا أو أي مرض آخر	1 - 2 - 3 - 4 - 7 - 8.	06	100%
مج = ف = 01	ك= 06	13.95%	
التكيف النفسي	(+)	9 - 10 - 13 - 14 - 31 - 41 - 42.	41.17%
	(-)	5 - 6 - 11 - 12 - 17 - 19 - 32 - 36 - 37 - 39.	58.82%
مج = ف = 02	ك= 17	39.53%	
التكيف الإجتماعي	(+)	16 - 20 - 22 - 23 - 24 - 25 - 27 - 28.	47.05%
	(-)	15 - 18 - 21 - 26 - 29 - 30 - 33 - 34 - 35.	52.94%
مج = ف = 02	ك= 17	39.53%	
أخرى	38 - 40 - 43.	03	100%
مج = ف = 01	ك= 03	9.7%	

مج ت = 42.

الجدول رقم (14): يتضمن تبويب وحدات نص المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة تحت فئات مندرجة ضمن أبعاد مع تواترها ونسبها المئوية.

إستنادا لمضمون المقابلة الموضح في الجدول رقم (14) الذي يشتمل تبويب محاور نص المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة تحت فئات التي تم تشكيلها وفق لأبعاد الدراسة ومحتوى المقابلة حيال إجراء التحليل لمضمونها، والتي احتوى على ثلاثة أبعاد رئيسية و بعد إضافي، حيث تضمنت في بعدها الأول المتمثل الإصابة بالميزوفونيا أو الإصابة بأمراض أخرى الذي إشتمل فئة واحدة على خلاف الأبعاد الرئيسية الأخرى، الذي يضم ستة فقرات فقد قدرت النسبة المئوية الإجمالية للبعد بـ 13.95% وهي نسبة ضعيفة مقارنة بباقي الأبعاد الرئيسية الأخرى. يلي هذا البعد الثاني المتمثل في التكيف النفسي بنسبة 39.53% والتي تصنف دون المتوسط، حيث إشتمل فئتين والمتمثلتين في التكيف النفسي الإيجابي الذي قدرت نسبته بـ 41.17% في سبعة فقرات وهي أقل من النسبة المئوية للفئة الثانية المتمثلة في التكيف النفسي السلبي التي قدرت نسبته بـ 58.82% في عشرة فقرات. في ذات السياق نتطرق إلى البعد الثالث المتمثل في التكيف الإجتماعي الذي تماثلت نسبته مع نسبة البعد الثاني، والتي قدرت بـ 39.53% الذي هو الآخر إشتمل على فئتين حيث تمثلت الفئة الأولى في التكيف الإجتماعي الإيجابي الذي قدرت نسبته بـ 47.05% في ثمانية فقرات وهي نسبة أقل من نسبة التكيف الإجتماعي السلبي التي قدرت بـ 52.94% في تسعة فقرات. أما البعد الرابع و الأخير فقد إشتمل على مختلف الفقرات التي لم يرد لها تصنيف ضمن الأبعاد الرئيسية الثلاثة السابقة بفئاتها، والذي أعطى أقل نسبة بين الأبعاد المحتواة لمضمون المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة حيث قدرت نسبته بـ 6.97% هذا ضمن فئة واحدة مكونة للبعد في ثلاثة فقرات.

المرحلة الثالثة: يتضح من خلال المرحلتين السابقتين من التحليل لمضمون المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة أن المفحوصة (ع.ب) حسب تبين أنه بالإضافة إلى السبب الذي قد يكون رئيسي لإختلال توازن تكيفها ألا وهو الإصابة بالميزوفونيا فالإصابة بالميزوفونيا يفرض نوعا من ردود الفعل السلبية العدوانية التي قد تتطور إلى نوبات لفظية وجسدية إتجاه مصدر الصوت الميزوفوني والتي تكون شدتها حسب تقييمها الشخصي لصوت ومعتقداتها حوله، بالإضافة إلى طبيعة الملح النفسي الذي يميزها عن غيرها، كذلك السياق الذي يظهر فيه الصوت ولما له من أثر في ذلك. وقد تبين أن الميزوفونيا لها دور في مستوى الأداء النفسي و الإجتماعي من خلال مدى توافقها مع ذاتها ومع الآخرين كذلك ظروفها المعيشية وطريقة إتصالها مع الأفراد الآخرين بالإضافة إلى قيمها و إتجاهاتها نحو بيئتها الإجتماعية وما تشتمل عليه ونظرتها المستقبلية لحياتها، كلها في مجملها تفصح عن مستوى أداءها النفسي و الإجتماعي المنخفض، و تحصلت على (10) درجات من أصل (24) درجة على المقياس أمستردام ميزوفونيا التشخيصي والتي تعتبر ذات أهمية إكلينيكية تقديرها معتدل وعليه يمكن القول أنه الإصابة بالميزوفونيا تؤثر على مستوى الأداء النفسي و الإجتماعي، كذلك نمط شخصيتها له دور في ذلك هذا ما أثبتته من خلال المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية بهدف الدراسة.

بعد تحليل نتائج المقابلة النصف توجيهية بهدف الدراسة، و على ضوء النتائج المتحصل عليها من تطبيق مقياس أمستردام ميزوفونيا بهدف التشخيص للميزوفونيا، يمكننا تلخيص عملنا بتفسير النتائج المتحصل عليها وفق المنطق العلمي و أدبيات العلمية، حيث أظهرت النتائج أن مستوى الأداء النفسي و الإجتماعي يتراوح تقديره بين المتوسط و الضعيف لدى حالات عينة الدراسة. حيث نرى أن وجود مشكلة تمس أداء الفرد الميزوفوني في الجانب النفسي أو الإجتماعي يدل على أن الفرد الميزوفوني يواجه صعوبات تتمثل في عدم مقدرته على إشباع حاجاته النفسية و الإجتماعية التي تظهر من خلال مدى توافقها مع ذاته ومع الآخرين، ومدى تحقيقه للتواصل الفعال مع أفراد بيئته المحيطة، كذلك طبيعة ظروفه المعيشية. كما نرى أن الحالة التي يعيشها الفرد الميزوفوني ترجع إلى عدم تحكمه في الأحاسيس العدوانية التي تتبع تعرضه إلى المحفزات الميزوفونية والتي قد تتطور إلى نوبات لفظية وجسدية في بعض الأحيان اتجاه مصدر الصوت، فالإعاقة النفسية التي تعترض الفرد الميزوفوني عند قيامه بمهامه الحياتية تؤثر على مستوى تكيفه، وهي ما تجعله يميل إلى محاولة المقاومة بإتباع إستراتيجيات معينة لتقليل من حدة التعرض

لدواعي العدوانية و الغضب و الإشمئزاز...، أو إلى العزلة و الإنسحاب مما يسبب له صعوبة في القدرة على التكيف مع الأحداث الجديدة و الإنعزال . فالراحة النفسية سبب في بذله للجهد و المقاومة أو الإنسحاب اللذان ينعكسان على تصرفه وسلوكه بالإضافة إلى عدم مقدرته على تحقيق التوازن بينه وبين بيئته الإجتماعية التي يعيش فيها وبالتالي تدني مستوى أداءه النفسي و الإجتماعي.

ومن وجهة نظر أخرى يمكننا القول أنه ربما تعود هذه النتيجة إلى الخصائص النفسية للفرد الميزوفوني التي نرجعها إلى سماته شخصيته التكيفية التي يتصف بها، كالعدوانية (أحاسيس عدوانية)، الإنفعال و مستوى من الأداء النفسي و الإجتماعي الأقل من غيرهم من الأفراد العاديين.

هذه النتائج تتفق مع نتائج الدراسات السابقة التي أجراها الشناوي السيد (1994) في موضوع العلاقة بين المساندة الإجتماعية و أبعاد الشخصية و تقدير الذات و التوافق النفسي و الإجتماعي، التي خلصت إلى أن الميل العصابي له تأثير سلبي على التوافق الإجتماعي و الإنفعالي. كذلك الدراسة التي أجراها الهاشمي (2002) التي توصلت إلى أن صعوبة التعلم تؤدي سوء التكيف النفسي و الإجتماعي. كما اتفقت الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (sharma(2004 التي تناولت موضوع مشكلات التكيف الإنفعالي و الإجتماعي. بالإضافة إلى دراسة (Ray & Elliott (2006 التي تناولت موضوع مستوى التكيف النفسي و الإجتماعي في مجالات إقامة علاقات الصداقة مع الآخرين . كما اتفقت الدراسة الحالية مع نتائج دراسة بوشاشي (2013) التي تناولت موضوع السلوك العدواني وعلاقته بالتوافق النفسي الإجتماعي التي خلصت إلى أنه يوجد مستوى سلوك عدواني متوسط و توافق نفسي إجتماعي ذو تقدير متوسط. وعليه بناء على ما عرضه نجد أن الفرضية الأولى تتحقق فهيا تطابق نتائج الدراسة الحالية.

خلاصة:

من خلال ما تطرق إليه يمكن القول أن الميزوفونيا هو اضطراب نفسي عصبي يتسم بالنفور من أصوات معينة ينتجها أشخاص آخريين .و على الرغم من مزمنة هذه الحالة والخلل الوظيفي الناتج عنها، إلا أن الميزوفونيا غير معروفة حتى الآن لدى أخصائيي الصحة النفسية و العصبية ولم يتم إدراجها في التصنيفات الدولية. في الواقع، بالإضافة إلى نذرت الأدلة في الأدبيات البحث العلمي المتعلقة بالأسباب الكامنة وراء ظهور الإضطراب وانتشاره والمعايير التشخيصية والاجتماعية و الديموغرافية لهذا الإضطراب، والبحث في هذا المجال بعيد على أن يكون شاملاً. كونه إضطراب حديث بالنسبة لدراسات العلمية النفسية. من هنا يتبادر لدينا التساؤل التالي: هل البيئة الإجتماعية المسلمة والجزائرية بالأخص تخلو من الإضطراب أم التنشئة هي التي تكبح الأعراض التي تثبت وجوده.

قائمة المراجع:

1. زهرة أبو العينين (2019-07-09): تعرف على «الميزوفونيا» أو متلازمة حساسية الصوت الانتقائي. <https://arabicpost.net> 21-03-2021 (01:17).
2. فاطمة الزهراء بن مجاهد (2019): ظاهرة التتمر وضوابط تقديرها. طموح ما بعد أداة كوبر سميث، 1ط، دار ابن بطوطة للنشر والتوزيع، عمان –الأردن.
3. محمد جاويش (2017-06-20): لماذا يمثل صوت مضغ الطعام كابوساً مزعجاً؟. <https://www.aljazeera.net/midan/miscellaneous> 21-03- 2021 (01.09)
4. Bahar Gholipour - Staff Writer:(2021) Misophonia: Why Do Some Sounds Drive People Crazy? ،<https://www.livescience.com/65669-what-is-misophonia.html>. (26-12-2020)/01:45

5. Bernstein, R., Angell, K., & Dehle, C. (2013). A brief course of cognitive behavioural therapy for the treatment of misophonia: A case example. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 6, E10. doi:10.1017/S1754470X1300017.
6. Blanu, M., Bloch, B., Vadas, L., Arnon, Z., Ziv, N., Kremer, I., et al. (2012). The effects of music relaxation and muscle relaxation techniques on sleep quality and emotional measures among individuals with posttraumatic stress disorder. *Mental Illness*, 4(2), e13.
7. Cara M. Altimus, Ph.D(2019) MISOPHONIA, THE CENTER FOR STRATEGIC PHILANTHROPY, Milken Institute.
8. Daniel B.(2020-12-20) . What Is Misophonia?. <https://www.verywellmind.com/misophonia-hatred-of-sound-1191958> 23-04-2021 / 17:48
9. Dozier TH, (2021).Prevalence of Misophonia. https://misophoniainstitute.org/prevalence-of-misophonia/#_edn3. -03-28) 20:24(2021
10. Dozier TH, Lopez M, Pearson CH.(2017). *Proposed Diagnostic Criteria for Misophonia: A Multisensory Conditioned Aversive Reflex Disorder*. *Front. Psychol.* 8: 1975.
11. Dozier TH, Morrison KL.(2017). *Phenomenology of Misophonia: Initial Physical and Emotional Responses*. *Am. J. Psychol.* 130(4): 431–438.
12. Dozier, T. (2015). Counterconditioning Treatment for Misophonia. *Clinical Case Studies*, 14(5), 374-387
13. Dunn W (1999) *The Sensory Profile: Examiner's manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
14. Edelstein M, Brang D, Rouw R, Ramachandran VS..(2013)*Misophonia: Physiological investigations and case descriptions*. *Front. Hum. Neurosci.* 7: 296.
15. Eijsker N, Schröder A, Smit DJA, van Wingen G, Denys D. Neural Basis of Response Bias on the Stop Signal Task in Misophonia. *Front Psychiatry*. 2019 Oct 23;10:765.
16. en-Sasson A, Hen L, Fluss R, Cermak SA, Engel-Yeger B, et al.. (2009) A Meta-Analysis of Sensory Modulation Symptoms in Individuals with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord* (39) 1–11
17. en-Sasson A, Hen L, Fluss R, Cermak SA, Engel-Yeger B, et al.. (2009) A Meta-Analysis of Sensory Modulation Symptoms in Individuals with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord* (39) 1–11.

18. Gu X, Hof PR, Friston KJ, Fan J. Anterior insular cortex and emotional awareness. *J Comp Neurol.* 2013 Oct 15;521(15):3371-88. doi: 10.1002/cne.23368.
<https://milkeninstitute.org/sites/default/files/reports-pdf/Misophonia-GSG-1.14.19%20%281%29.pdf> P3
19. Jager I, de Koning P, Bost T, Denys D, Vulink N (2020) Misophonia: Phenomenology, comorbidity and demographics in a large sample. *PLoS ONE* 15(4): e0231390. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231390> P :(7)
20. Jastreboff PJ, Jastreboff MM.(2015).*Decreased sound tolerance: hyperacusis, misophonia, diploacusis and polyacusis.* In: Celesia GG, Hickok G, editors. *Handbook of Clinical Neurology.* 129: 375–387.
21. Jastreboff, M. M., & Jastreboff, P. J. (2002). Decreased sound tolerance and tinnitus retraining therapy (TRT). *Australian and New Zeland Journal of Audiology*, 21(2), 74–81. <https://doi.org/10.1375/audi.24.2.74.31105>.
22. Jastreboff, M. M., and Jastreboff, P. J. (2001). Components of decreased sound tolerance: hyperacusis, misophonia, phonophobia. *ITHS News Lett.* 2, 5–7.
23. Jastreboff, Pawel J., and Jonathan J.P. Hazell. Figure 2.14. N.d. Tinnitus Retraining Therapy: Implementing the Neurophysiological Model. N.p.: Cambridge UP, 2004. 49. Print.
24. Jastreboff, PJ & Jastreboff, MM.(2014).Treatments for Decreased Sound Tolerance (Hyperacusis and Misophonia). *Seminars in Hearing.* 35, 105-120.
25. Kamody, R. C., & Del Conte, G. S. (2017). Using dialectical behavior therapy to treat misophonia in adolescence. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 19(5), 10.4088/PCC.17102105.
26. Kumar S, Tansley-Hancock O, Sedley W, et al.(2017). The brain basis for misophonia. *Curr Biol.*;27(4):527-533. doi:10.1016/j.cub.2016.12.048
Kumar, S., Tansley-Hancock, O., Sedley, W., Winston, J. S., Callaghan, M.F., Allen, M. Griffiths, T.D. (2016). The brain basis for misophonia. *Curr Biol*, 27(4),

فعالية البرامج التأهيلية في التحسين من بعض السمات عند الطفل التوحدي

د. تلمساني فاطمة

ط.د. مكيديش إكرام

مخبر الدراسات والبحوث الاجتماعية في الجزائر حول -الجماعات المحلية وتسيير الشأن العام، جامعة سيدي بلعباس - الجزائر

المقدمة:

يواجه الإنسان مواقف وظواهر ومشكلات عديدة خلال مراحل العمرية المختلفة مما يؤدي به الامر إلى البحث عن التفسيرات وإيجاد الحلول المناسبة، ومن بين المشكلات التي قد يعيشها تلك التي تتعلق بالأسرة والمتمثلة في كيفية التعامل مع طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة. لأنه لا يخفى علينا أن هذه الفئة تحتاج إلى رعاية وخدمات مختلفة مقارنة مع ما نقدمه للأطفال العاديين. بحيث يتطلب من الأباء اللجوء إلى أطراف أخرى متخصصة ذات كفاءات عالية وخبرات كبيرة كفيلة بأن تحسن من ظروفهم وتحدث تغييرا إيجابيا في حياتهم، على الرغم من ان هذا التغيير يبقى نسبيا تتحكم فيه نوعية الحاجة ونوع الفئة التي سيتعاملون معها، فعلى سبيل المثال طريقة التكفل بأطفال يعانون من اضطراب التوحد يختلف تماما عن الطرق الأخرى التي نتدخل بها مع الفئات المتبقية.

فاضطراب التوحد يعد من أعقد وأصعب أنواع الإعاقات لما له من تأثير شديد على شخصية الفرد المصاب به وعلى أسرته وعلى المجتمع الذي يعيش فيه نتيجة لما تفرضه هذه الإعاقة من خلل وظيفي وتوقف النمو التطوري في معظم الجوانب المرتبطة بالنمو الاجتماعي والتواصل واللغة والخصائص السلوكية اليومية والنشاطات الذاتية مما يعيق عمليات التعلم ونمو القدرات، بحيث وصفه لأول مرة الطبيب النفسي KANNER سنة 1943 بالزملة التوحدية نتيجة لما لاحظته من سلوكيات غريبة على عدد من الأطفال ثم يصفه BLEULER بالأوتيزم و يقصد به انقطاع أو غياب التواصل مع الواقع، اما الجمعية الأمريكية للتوحد فعرفته على أنه نوع من الاضطرابات التطورية تؤثر في مختلف نواحي النمو فتجعل الاتصال الجماعي صعبا مع صعوبة في الاتصال اللفظي او الغير اللفظي (فهد بن محمد، 2006، ص26) اما منظمة الصحة العالمية فتتظر اليه على انه اضطراب نمائي يظهر قبل 3 سنوات و يبدو على شكل عجز في استخدام اللغة و في اللعب و في التفاعل و التواصل الاجتماعي .(سيد مختار ، 2009، ص).ثم اشتركت منظمة الصحة العالمية مع العالم COMPBELL و اخرون على انه خلل وظيفي في الدماغ. (COMPBELL. 1991. P 326).

و بالرغم من هذا التأثير الذي يحدثه هذا الاضطراب على الطفل إلا أن المراكز التي تسعى إلى التكفل بهذه الفئة تحاول قدر المستطاع العمل على تعديل السلوكيات السلبية و غير التكيفية بشتى الطرق دون الأخذ بعين الاعتبار الشروط اللازمة، فهناك بعض المراكز تعتمد على دمج الأطفال التوحديين مع الحالات التي تعاني من التخلف العقلي باعتبار أن كلاهما تظهر عليه نفس المظاهر السلوكية و باتخاذ مبادا أساسية متمثل في تحقيق الاستقلالية، أما مراكز أخرى فتعمل بجهد لخلق أقسام خاصة في المدارس الابتدائية حفاظا على الحالة النفسية للأباء و الأطفال و تهيئتهم لتقبل الاضطراب خوفا من سلبية الوالدين

و الرفض التام لعملية التدخل العلاجي، إلا أن مراكز أخرى ترفض تماما عملية الدمج و ذلك لأن الطفل التوحدي يعاني من إعاقة معقدة تتطلب تكفل خاص جدا و ذلك لاختلاف نوع البرامج المعتمدة مقارنة مع ما هو مقدم في المراكز الأخرى .

قد تكون هذه الدراسة محاولة او خطوة تسعى وراء الاهتمام بفعالية البرنامج المعتمد في المراكز ثم المقارنة بين مردود النتائج بالنسبة لكل طفل للدلالة على وجود فروق في درجات اكتساب بعض السمات التي تشمل الخصائص السلوكية والانفعالية والتعليمية والتي تساعده على القيام بمهارات الحياة اليومية لان الخطة العلاجية تعتبر أساس العملية التقييمية والمرجع الأساسي الذي يساعد المختصين على عملية التشخيص والبحث في أسباب عدم تطور السلوكيات الإيجابية التكيفية للطفل التوحدي.

مشكلة الدراسة:

نظرا لما يتركه اضطراب التوحد من اثار على الطفل كفقدان قنوات التواصل بينه و بين العالم الخارجي سواء كان لفظيا أو غير لفظي و ظهور السلوكيات الغير تكيفية و بروز مختلف مظاهر العجز لديه فإن الامر يستدعي رعاية خاصة تفوق قدرات الأسرة و التي هي في الأصل بحاجة ماسة للخدمات النفسية المقدمة من طرف المختصين كتحضير اولي من اجل التقبل و كسب القدرة على التكيف مع المرض باعتبار أنهم سيصبحون أعضاء مشاركين في عملية التكفل، يؤكد هنا جل الباحثين على انه من الصعب الارتقاء بذوي التوحد ليصل الى مستوى الطفل العادي و بالتالي تقتصر أساليب التدخل على محاولة اكساب هذه الفئة بعض مهارات الحياة اليومية الجيدة وبعض السلوكيات و الأداءات الوظيفية و الاكاديمية و حتى الذاتية وذلك لتمكنهم ولو بنسبة قليلة على التكيف ، من هنا تأتي الحاجة إلى ضرورة استغلال الخدمات النفسية و المتمثلة في العديد من البرامج التأهيلية و التدريبية التي تساهم في إحداث تغيير يكون له تأثير إيجابي على الأولياء و على الطفل في ان واحد.

ولكن بتعدد البرامج وتنوعها على الرغم من استنادها إلى نظريات علمية ومنهجية إلا ان المراكز كلن يتبنى برنامجها الخاص وخططه وهذا ما يفسر غالبا الفروق والتفاوت في القدرات على الرغم من خضوع هؤلاء الاطفال لنفس الاستراتيجية العلاجية. وعلى هذا الأساس نود من خلال هذه الدراسة معرفة:

-كيف تساهم البرامج التأهيلية باختلاف اليات تطبيقها بالمراكز في التحسين من بعض السمات عند الطفل التوحدي؟

-هل هناك فروق في مردودية البرامج التأهيلية المطبقة في التحسين من اكتساب مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال التوحديين؟

فرضيات الدراسة:

-توجد فروق في مردودية البرامج التأهيلية المطبقة في التحسين من عملية اكتساب مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال التوحديين

-توجد فروق في مردودية البرامج التأهيلية المطبقة في التحسين من عملية اكتساب مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال التوحديين حسب كل مركز .

-توجد فروق في مردودية البرامج التأهيلية المطبقة في التحسين من عملية اكتساب مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال التوحديين حسب متغير السن.

-توجد فروق في مردودية البرامج التأهيلية المطبقة في التحسين من عملية اكتساب مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال التوحديين حسب متغير الجنس.

-توجد فروق في مردودية البرامج التأهيلية المطبقة في التحسين من عملية اكتساب مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال التوحديين حسب متغير مدة الاستفادة من البرنامج

أهمية الدراسة:

تهتم هذه الدراسة بإلقاء الضوء على البرامج المقدمة ومحتواها وأساليب تطبيقها على مستوى المراكز سواء كانت مختلطة تضم عدة أصناف من ذوي الاحتياجات الخاصة معا أو المراكز التي تكتفي بصنف واحد. وذلك بغرض زيادة حجم الاستفادة من الخدمات النفسية المساندة، وتكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

-اختبار البرامج التأهيلية وتقييمها استنادا إلى المردود النهائي الذي يصل اليه الطفل التوحدي وإلى ما يظهر عليه من تغيرات في السمات التي يتميز بها.

-لمس أي البرامج أكثر نجاعة في التحسين من سمات الطفل التوحدي من خلال التركيز على كيفية تطبيقها ومن خلال البيئة المطبق فيها.

-معرفة أي الخدمات النفسية تحقيقا للتكيف الدمج او العزل.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى إخضاع البرامج التأهيلية المصممة لذوي اضطراب التوحد للمقارنة قصد معرفة ما مدى الفعالية وما الأثر الذي تتركه هذه البرامج على الطفل التوحدي باختلافها من مركز لآخر.

مصطلحات الدراسة:

الطفل التوحدي: هو الطفل الذي يميل إلى الوحدة والإصرار على العزلة والانغلاق على الذات، لا يكون علاقات مع الآخرين وعاجز تماما على التواصل اللفظي او الغير اللفظي، تشير العالمة "مارثيون" أن المصاب بالتوحد يتشابه إلى حد كبير مع المتخلف عقليا في صفتين أولهما تكرار السلوكيات النمطية والثانية صعوبات في التكلم والتخاطب (MARCHIONNE,1982) وفي نفس الوقت يؤكد باحثين آخرين انهم يتمتعون بقدرات خاصة ويحققون اداء ممتازا فيما يخص تذكر الكلمات العشوائية و التركيب بالإضافة إلى ذلك اداءهم على اختبارات الذكاء أفضل من أداء أقرانهم العاديين (SHAH FRITH . (1993. P1351).

السمات: ويقصد بها تلك المجموعة من الخصائص التي يتصف بها الطفل التوحدي وتشمل الخصائص السلوكية والانفعالية والمعرفية والأكاديمية والتي تساعده على اكتساب جيد لمهارات الحياة اليومية.

البرامج التأهيلية: هي عبارة عن عملية منظمة تستند على أسس وتتضمن مجموعة من النشاطات والممارسات تهدف الى تنمية الجوانب الشخصية والاجتماعية والحركية والأكاديمية، تتم في فترات محددة ومن طرف المتخصصين.

منهجية الدراسة:

منهج الدراسة:

في ضوء طبيعة الدراسة الحالية وفي ضوء أهدافها والتي تهتم بتقييم البرامج التأهيلية للأطفال ذوي التوحد، ولأن الموضوع يهتم بوصف البرامج والنشاطات المطبقة داخل المراكز ثم مقارنتها من حيث أثرها فإنه يقتضي اتباع المنهج الوصفي المقارن.

عينة الدراسة:

تم تطبيق الدراسة على عينة عشوائية من الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد مكونة من (6 أطفال) تتراوح أعمارهم من 4 سنوات إلى 11 سنوات تم تقسيمها إلى مجموعتين و كل مجموعة تمثل المركز التابعة اليه و البرنامج التي تخضع له مع الاخذ بعين الاعتبار متغير الجنس(5 ذكور – 1 انثى) و السن (4-11 سنة) وشدة الاضطراب(بسيط- متوسط – شديد).

أدوات الدراسة:

تم استخدام مقياس "فايلاند" للسلوك التكيفي وذلك بناء على قدرته على تحديد نقاط القوة والضعف في المظاهر السلوكية عند الأطفال، بالإضافة إلى الدور الذي يؤديه في تخطيط وتقييم استراتيجيات العلاج والتدخل لبلوغ وتحقيق السلوك التكيفي، وتم اعتماد النسخة المسحية المترجمة والمقننة ثم المكيفة حسب البيئة العربية من طرف (بندر بن ناصر العتبي) والتي تشمل 5 ابعاد رئيسة (بعد التواصل – بعد مهارات الحياة اليومية – بعد التنشئة الاجتماعية – بعد المهارات الحركية – بعد السلوك الغير تكيفي) تتضمن مجتمعة 11 عشر بعدا فرعيا ومن أسباب اعتمادها كذلك أنها تشمل جميع المراحل العمرية من الميلاد إلى سن 18، توفيرها تقييما عاما للسلوك التكيفي وكذا سهولة التطبيق.

حدود الدراسة:

تم تطبيق الدراسة في مراكز متخصصة في التكفل بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ومنهم الأطفال ذوي التوحد – مركز التوحد بمنصورة – و – مركز النفسي البيداغوجي للمتخلفين عقليا ببروانة – ولاية تلمسان بالجزائر.

البرامج التأهيلية المعتمدة في المراكز:

يعتمد المركز الأول على برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA ويعرف أيضا باسم التدخل السلوكي (Bridget A. Taylor, 2000) وترجع هذه الطريقة إلى "لوفاس" (سوسن شاكر مجيد 2010) ويعتبر برنامجا طويلا للتدريب على المهارات بشكل منظم ومنطقي ومكثف يتم فيه تحديد المثيرات السابقة واللاحقة بعد استجابة الطفل ويتم معرفة السلوكيات المرغوبة والغير المرغوبة وبعد ذلك يتم تشكيل المهارات الجديدة بتنظيم المثيرات والتعزيز الفوري.(مجدي فتحي غزال. 2007. ص 26).

بالإضافة إلى برنامج معالجة وتعليم التوحدين وذوي إعاقات التواصل TEECH الذي يشمل مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية، كما يخضع الأطفال داخل المركز إلى برنامج PECS المناسب للأطفال التوحدين الذين يعانون من عجز لغوي حيث يتم البدء في التواصل معهم باستخدام الصور والإشارات كبديل عن الكلام عن الكلام وكوسيلة للتعبير عما يريد، يقوم بتنفيذ البرنامج مختصين نفسانيين وعددهم 07 بمساعدة موظفين آخرين وعددهم 11 تتم العملية على مستوى هيكل بنائي مكون من 7 قاعات وكل قاعة مخصصة لنشاط معين كالآتي:

قاعة للنشاطات الجماعية وتضم الورشات وقاعة الطعام و4 قاعات بيداغوجية تعليمية يتم على مستواها تعليم المهارات الأكاديمية مثل الكتابة والقراءة والحساب، مهارات التواصل وتعلم السلوكيات اليومية وآداب الدخول والخروج، مهارات معرفية مثل الذاكرة والادراك، مهارات حركية مثل المشي والجري والقفز وتركيب المكعبات والعقد والفتح والغلق).

أما المركز البيداغوجي للمتخلفين عقليا والذي يضم إضافة لذوي الإعاقة فئات أخرى مثل الصم والبكم وحتى الأطفال التوحديين، يستفيد جميع الحالات من نفس البرنامج والذي يحتوي على مواد تعليمية تشتمل على الحوار والتعرف على الأشكال والألوان بالإضافة إلى النشاطات الحركية البدنية واكتشاف المواهب والهوايات يهدف إلى تحقيق الاستقلالية.

تمت عملية التقييم من خلال القياسات القبلية والبعديّة في كلا المركزين بعد اعتماد مقياس السلوك التكيفي والذي نهدف من خلاله كما أشرنا من قبل الى معرفة ما إذا كان الدمج او العزل من يساعد التوحديين من تحسين المهارات الحياتية اليومية لديهم.

نتائج الدراسة:

لقراءة أسهل نبدأ أولاً بعرض هذا الجدول (1) التوضيحي والذي يتضمن معلومات عامة حول الحالات الذين يمثلون أفراد العينة.

الجدول رقم 1: وصف أفراد العينة

الحالة	الجنس	السن	المركز	شدة الاضطراب
1	انثى	7	المركز النفسي البيداغوجي للمتخلفين عقليا	متوسط
2	ذكر	7	المركز النفسي البيداغوجي للمتخلفين عقليا	متوسط
3	ذكر	11	المركز النفسي البيداغوجي للمتخلفين عقليا	شديد
4	ذكر	5	مركز التوحد	بسيط
5	ذكر	7	مركز التوحد	متوسط
6	ذكر	5	مركز التوحد	بسيط

أما للتحقق من فرضيات الدراسة تم الرجوع إلى دليل مقياس فيلاند المستخدم كأداة من خلال حساب الدرجات الخام وتحويلها لدرجات معيارية ذات دلالة نفسية وذلك بإسقاطها على الجداول التي تبين في الأخير قيمة التساعي ومستوى السلوك والعمر المكافئ لكل حالة حسب القيمة التي تحصلت عليها لتتوصل في الأخير إلى الكشف عن نقاط القوة وجوانب الضعف عن طريق معرفة الفروق بين الدرجات الخام والمتوسط (الجدول 2).

الجدول رقم 2: ملخص الدرجات لبعث " مهارات الحياة اليومية " لأفراد العينة

الحالة	د. الخام	د. المعيارية	التساعي	مستوى السلوك	العمر المكافئ	قوة او ضعف الأداء
1	78	70	1	أقل من المتوسط	4سنوات	ضعيف
2	63	57	1	منخفض	3سنوات	ضعيف جدا
3	49	45	1	منخفض	سنتين	ضعيف جدا
4	75	85	3	متوسط	4سنوات	جيد
5	89	79	2	أقل من المتوسط	5سنوات	متوسط
6	87	99	5	متوسط	4سنوات	جيد

تؤكد النتائج التي توصلنا إليها والمسجلة امامنا في الجدول رقم 2 على انه هناك فروق في مردودية البرامج المطبقة على مستوى المركزين للتحسين من عملية اكتساب مهارات الحياة اليومية بحيث يضم المركز الأول الحالة (3.2.1) والمركز الثاني الحالة (6.5.4) وبالتالي تم التحقق من فرضية الدراسة مع

الأخذ بعين الاعتبار المتغيرات التي يمكن ان تؤثر في موضوعية ومصداقية الدراسة ككل والتي تم الإشارة لها في الفرضيات الفرعية وهذا ما سنلخصه في الجدول رقم 3.

الجدول رقم 3: ملخص مستوى السلوك والأداء حسب المركز - السن - الجنس - مدة الاستفادة من البرنامج التأهيلي.

المركز	الحالة	السن	الجنس	مستوى السلوك	العمر المكافئ	مدة الاستفادة من البرنامج	قوة او ضعف الأداء
1	3	11	ذكر	منخفض	سنتين	3سنوات	ضعيف جدا
	2	7	ذكر	منخفض	3سنوات	سنتين	ضعيف جدا
	1	7	أنثى	أقل من المتوسط	4سنوات	سنتين ونصف	ضعيف
2	5	7	ذكر	أقل من المتوسط	5سنوات	سنة ونصف	متوسط
	6	5	ذكر	متوسط	4سنوات	سنة ونصف	جيد
	4	5	ذكر	متوسط	4سنوات	سنة ونصف	جيد

نلاحظ ان الأطفال المتواجدين بمركز التوحد الذي نرسم له برقم 2 أكثر اكتسابا لمهارات الحياة اليومية وبدرجة أكبر من الأطفال المدمجين بالمركز البيداغوجي للمتخلفين عقليا، يفسر ذلك بالرجوع إلى:

-البرنامج المعتمد من طرف المركز المتخصص لذوي التوحد والمتمثل في (ABA-TEECH-PECS) والذي يعتبر برنامجا مكثفا يجمع بين التحليل السلوكي التطبيقي والمعالجة والتعليم لذوي اعاقات التواصل بحيث تعتبر هذه الأخيرة طريقة شاملة تقدم تأهילה متكاملة للطفل بشكل فردي ومنفصل حسب احتياجاته إضافة إلى تقنية استخدام الصور كبديل عن الكلام وتعويضا للعجز الذي يعاني منه الطفل التوحدي فيما يخص عملية التواصل، مقارنة بالبرنامج العام الذي يشترك فيه ذوي الاحتياجات الخاصة في المركز الأول.

-الهيكل البنائي لمركز التوحد المصمم تماشيا مع تقنيات التدخل المبتكرة لهذه الفئة يسمح بتطبيق البرنامج في أحسن الظروف على عكس المركز الآخر.

-عدد الحالات المتكفل بها بالمراكز يؤثر بشكل كبير على طريقة التكفل.

نلاحظ من الجدول أعلاه ان متغير الجنس لا يؤثر في درجة اكتساب مهارات الحياة اليومية عند افراد العينة.

تبين لنا كذلك من خلال النتائج أن الأطفال الأصغر سنا يظهرون مستوى سلوك أحسن مقارنة بأقرانهم الأكبر وهذا ما يجدر الإشارة اليه فكلما كان الطفل في مراحل العمرية الأولى كانت الاستجابة للبرنامج إيجابية.

يرتبط متغير السن بالمتغير المتمثل في مدة الاستفادة من البرنامج فلقد لاحظنا أيضا انه على الرغم من قصر الفترة التي خضع فيها أطفال المركز رقم 2 والذين يمثلون في نفس الوقت الحالات الأصغر سنا إلا انهم كانوا أكثر اكتسابا لمهارات الحياة اليومية وأحسن أداء من الأطفال المتواجدين بالمركز الأول الذين يتميزون بعمر زمني أكبر.

يرجع هذا التفاوت في المردود المرتفع لدى أفراد العينة الممثلة لمركز التوحد والمردود المنخفض لدى أفراد العينة الممثلة للمركز البيداغوجي للمتخلفين عقليا سواء على مستوى السن او فيما يخص الفترة العلاجية إلى مميزات وإيجابيات البرنامج التأهيلي المتبع والذي يفرض على المدربين القائمين على تطبيقه أعلى درجات الاهتمام والتكفل الجيد بالحالات.

كل هذه القياسات الموضحة تؤكد على ان الطفل التوحدي يحتاج إلى خدمات نفسية ومساندة خاصة تتطلب التفرغ التام من طرف المتخصصين لبلوغ اعلى درجات التكيف الممكنة وتبقى فكرة دمجهم مع العاديين او الفئات الأخرى فكرة تكاد تكون سلبية ولا تساعد على تعديل السلوكيات لديه.

بالإضافة إلى ضرورة انتباه الأولياء للأساليب الخاطئة والتي قد تنعكس سلبا على مردود ابناءهم بحيث أن كل اضطراب هو مختلف الأعراض ولا يوجد تشابه بين التوحد والإعاقات الأخرى والفصل بينهما يتطلب التشخيص الطبي والنفسي الدقيق وبالتالي حتى طريقة التكفل والتقنيات المعتمدة تختلف وهذا ما تم توضحه في الدراسة الحالية.

تتجلى الفائدة العلمية في إثبات ان برامج التدخل السلوكي في العلاج او التقليل من حدة أعراض التوحد والمتمثلة في (ABA.TEECH.PECS) ذات فعالية إيجابية ويظهر ذلك من التغيرات التي لوحظت على الأطفال.

الخاتمة:

تعرف الصحة النفسية على انها حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصيا، انفعاليا واجتماعيا) أي مع نفسه ومع بيئته، ويكون فيها قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وامكانياته إلى أقصى حد ممكن ويكون فيها قادرا على مواجهة مطالب الحياة وتكوين شخصية سوية، ويكون سلوكه عاديا. (الزبيدي، 2004)

لكن جراء ما تشهده مجتمعاتنا العربية في السنوات الأخيرة من تفشي كبير للاضطرابات بمختلف أشكالها أصبح بلوغ ذلك التوافق صعب التحقيق على اغلب الأفراد فتغير المفهوم من الوقاية إلى البحث عن العلاج. (محمود كاظم محمود التميمي، 2013) وهذا خاصة عند اسر ذوي الاحتياجات الخاصة التي تحاول بجهد تحقيق التكيف مع المجتمع والتقبل وذلك من خلال الاستفادة من الخدمات النفسية المناسبة لوضعيات ابناءهم.

هنا تكمن العلاقة بين الخدمات النفسية والصحة النفسية عند ذوي الاحتياجات الخاصة، فكلما تطورت الأليات التي نواجه من خلالها معيقات الحياة السليمة عند هذه الفئة وكلما وفرنا الإمكانيات البشرية من متخصصين وخبراء وكذا الإمكانيات المادية من مراكز وهياكل وحتى الوسائل كلما كانت الخدمة والتكفل المقدم أكثر نجاعة وتحقيقا للأهداف التي نرجو الوصول اليها والتي تتمثل في احداث الانسجام والتكيف مع الظروف الحياتية اليومية عند أفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

قائمة المراجع:

- 1- الزبيدي كامل علوان، 2004، دراسات في الصحة النفسية، جامعة بغداد
- 2- زهران حامد عبد السلام، 1978، الصحة النفسية والعلاج النفسي، مطبعة العالم العربي، القاهرة.
- 3- سوسن شاكر مجيد، 2010، التوحد أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه، الطبعة 2، ديونو للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 4- سيد مختار، 2009، مفهوم مرض التوحد، مدونة سيد مختار، شبكة المعلومات العالمية.
- 5- فهد بن محمد، 2006، التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه، طبعة 1، مؤسسة مالك الرياض.
- 6- مجدي فتحي غزال، 2007، فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين في مدينة عمان، رسالة ماجستير في التربية الخاصة، عمان، الأردن.

- 7- محمود كاظم محمود التميمي، 2013, الصحة النفسية مفاهيم نظرية و أسس تطبيقية، الطبعة 1، دار الصفاء للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
- 8- Bridget A. Taylor, 2000, l'analyse comportementale appliquée (ABA) pour le traitement des enfants autistes ; mythes et faits, Alpine Learning Group, Montréal.
- 9- COMPBELL,1991, diagnostique and asseasment issues, Pharmacology therapy for children and adolescent autism.
- 10- Shah Frith, 1993, why do autistic individuals superior performance on the block design task.
- 11- MARCHIONNE, 1982, Early Childhood autism, U.S.ILLNIOS.

الصحة النفسية لدى طلبة الجامعيين

ط.د رحال نور الهدى

جامعة محمد بن أحمد - وهران 2 - الجزائر

-المقدمة:

ان مفهوم الصحة النفسية ينطوي على مفهوم الصحة الايجابية و العافية و الذي يؤكد على نموذج الكفاءة في الصحة النفسية بدلا من نموذج المرضي، نظرا لأهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرد و المجتمع، ونظرا لحاجة المتعلم إلى مستوى معين من الصحة النفسية يضمن له مسارا جيدا في دراسته خالية من المشكلات و الارهاصات و الضغوطات و الصدمات و الاضطرابات، لأن الطالب اليوم هو زوجًا أو مسؤولًا أو عاملاً أو أب أو أم غدا .

-الاشكالية:

تعد مرحلة التعليم الجامعي واحدة من أهم و ارقى مرحلة يمر بها الفرد في مسيرته العلمية، باعتبار أن الجامعة هي المؤسسة الاساسية لتعليم العالي و الذي يسعى بدوره إلى تطوير النخبة التي تساهم بدورها في تفعيل حركة الانتاج و الابداع داخل المجتمع، لذلك أبدت الجهات المختصة اهتماما واضحا بالتعليم العالي من خلال ادخال تصليحات بشكل دوري على هذا القطاع بحكم الجامعة هي التي تمد جسورها للمجتمع و تزوده باليد العاملة المؤهلة و المكونة من اجل المساهمة في تطوير هذا المجتمع، طبعاً الطالب الجامعي و هو في هذه المرحلة الحساسة تلازمه مجموعة من ظروف الضاغطة لا يمكن تجاهلها أو حتى انكارها مثل كثرة الامتحانات روح لمنافسة بين صفوف الطلاب توتر العلاقات الذي قد يحدث بين زملائه أو أسناده، كثرة الواجبات بالإضافة الظروف الشخصية التي يعيشها من فقر و عدم القدرة على تحمل مصاريف الدراسة من اكل و شراء الكتب و حاسوب و اللوازم الدراسة في ضل غياب لباس رسمي بلجامعة هذا قد يؤدي الى ملاحظة فروقات في مستوى المادي بين طلاب، بالإضافة الى جميع ما سبق امكانية تعرضه إلى صدمات فقدان أحد الولدين أو الإصابة بمرض ما هذا قد يؤدي إلى انخاف في مستوى الصحة النفسية و ظهور مجموعة من الاضطرابات النفسية و بتالي انخفاض الأداء الأكاديمي أو القدرة على التكيف معها و تجاوزها و بتالي تحقيق صحة نفسية و هذا ما أوضحتها العديد من الدراسات الميدانية منها دراسة خلادي اكرام مباركة (2020) التي كانت بعنوان الصحة النفسية و علاقتها بالتدين عند طلبة الجامعيين بمختلف الفروع خلصة نتائج الدراسة أن الطلبة الجامعيين ستطهو أن يحقق درجة جيدة من الصحة النفسية . و لإمام بجوانب الموضوع المختلفة قمنا بطرح التساؤل التالي:

-ما مستوى الصحة النفسية عند الطلاب الجامعيين ؟

-هل توجد فروق في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس ؟

-الفرضيات

-يتمتع أفراد العينة بدرجة مرتفعة من الصحة النفسية

-توجد فروق دالة احصائياً في درجة الصحة النفسية حسب الجنس

-الأهمية: تكمن أهمية هذه الدراسة في عدة جوانب أهمها:

-الأهمية النظرية للدراسة تنبثق من طبيعة الموضوع الذي تتناوله من خلال تكوين إطار نظري أما الأهمية التطبيقية للدراسة تكمن في التعرف على الحالة النفسية للطلاب الجامعي و معرفة أي الاضطرابات النفسية الأكثر انتشاراً في الوسط الجامعي و الاهتمام بالجانب الارشادي للطلبة الذين يعانون من اضطرابات و ذلك العمل على بناء برامج وقائية أو علاجية مستقبلاً لمساعدتهم على أن يكونوا أفراداً متوافقين نفسياً و اجتماعياً

-الأهداف

-الكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى طلبة الجامعيين

-التعرف على الفروق في الصحة النفسية لطلبة الجامعيين بعود لمتغير الجنس

أولاً: مدخل عام إلى الصحة النفسية

1-علم الصحة النفسية:

علم الصحة النفسية هو الدراسة العلمية للصحة النفسية وعملية التوافق النفسي، ما يؤدي إليها وما يحققها، وما يعوقها، وما يحدث من مشكلات واضطرابات وأمراض نفسية، ودراسة أسبابها وتشخيصها وعلاجها والوقاية منها . إن علم النفس بصفة عامة يدرس السلوك في سوائه وانحرافه . و علم النفس يخدم علم الصحة النفسية من خلال دراساته العلمية عن طريق الوقاية والعلاج. ويمكن النظر إلى علم النفس على أنه د علم صحة، حيث أنه يقدم خدماته في مجال الصحة، وخاصة الصحة النفسية والعلاج النفسي حيث تطبق كل مبادئ وطرق علم النفس في علاج المشكلات والاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية، وإن فروع علم النفس المرضى وعلم النفس العلاجي وعلم النفس التحليلي والعلاج النفسي وما تناوله من موضوعات و مجالات لخير دليل على العلاقة بين علم النفس والصحة. (زهران، 2005: 9).

2- تعريف الصحة النفسية:

تشير الصحة النفسية إلى قدرة الفرد على التغلب على التحديات اليومية ومواجهة التفاعلات الاجتماعية دون أن يشعر او يجرب عجزاً انفعالياً أو سلوكياً زائداً أو غير مناسب. والصحة النفسية أكثر من مجرد غياب الاضطرابات العقلية، ويمكن أن تتأثر بعوامل كثيرة تمتد من الضغوط الخارجية، التي يصعب التعامل معها إلى العلل البيولوجية أو الأمراض العضوية، التي تعوق وظيفة المخ. (عبد الخالق، مراد، 2001: 623).

كما عرفت الصحة النفسية: " حاله دائماً نسبياً يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً، شخصياً، و انفعالياً واجتماعياً اي مع نفسه أو مع بيئته و يشعر بالسعادة مع نفسه ومع الاخرين ويكون قادراً على تحقيق ذاته، واستغلال

قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة و تكون شخصيته متكاملة سوية، وسلوكه عادياً ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلام". (غريب، عبد المنعم و آخرون، 2008: 09)

بينما ظهر تعريف اخر للصحة النفسية "بصفة عامة يمكننا تحديد شقين اساسيين في التعريف بالصحة النفسية الشق الأول متعلق بالجانب السلبي للصحة النفسية، والذي يتعلق بدراسة الاضطرابات النفسية و العقلية التي تمس الفرد، و بالتالي فإن الصحة النفسية هي مدى (خلو) الفرد من الاضطرابات النفسية يدرس هذا الجانب، السلوك في سوائه و انحرافه، و تحدد معالم السواء بغياب السلوك غير السوي، فهي تميز السلوكيات غير السوية باضدادها و بالتالي فإن التمتع بالصحة النفسية أو على العكس يحدد تبعاً لمعايير نفسية مرضية. أما الجانب الإيجابي للصحة النفسية فهو يدرس الأبعاد المتعلقة بالانزان العاطفي، تقدير الذات، القدرة على ربط علاقات مع المحيط، ضبط الذات و السعادة". (بودية، 2012: 34).

اما مصطفى فهمي 1997 اشار إلى أن: « علم الصحة النفسية في النهاية هو علم التكيف أو التوافق النفسي الذي يهدف إلى تماسك الشخصية، و وحدتها و تقبل الفرد لذاته و تقبل الآخرين له بحيث يترتب على هذا كله شعور بالسعادة و الراحة النفسية ».

وهناك تعريف " برنارد هارولد" للصحة النفسية . " يمكن تعريف الصحة النفسية على انها نواقص الأفراد مع انفسهم ومع العالم بشكل عام بالحد الاقصى من الفعالية، والرضا و البهجة، والسلوك الاجتماعي المقبول، والقدرة على مواجهة الحياة و تقبلها، ويمكن وصف اعلى مستوى للصحة النفسية بناء على المعطيات السابقة بأنه الحالة التي يحقق فيها الفرد مستوى عال من النجاح بتوافق واستعداداته الطبيعية، ويشعر فيها بأقصى حد من الرضا عن نفسه وعن النظام الاجتماعي، مع الشعور بالحد الأدنى من الخلافات و التوتر ويعين وذلك حالة من السعادة لا يشعر فيها الفرد بالقلق، ولا يظهر فيها سلوك غير مناسب و يحافظ فيها على مستواه الذهني والانفعالي في أي بيئة وفي مختلف الظروف. (الداهري، 2010: 26).

إلا ان عرفها " عبد السلام عبد الغفار " الصحة النفسية " هي الحالة النفسية العامة الفرد " ويعرف الصحة النفسية السليمة بأنها تكامل طاقات الفرد المختلفة بما يؤدي إلى حسن استثمارها و مما يؤدي إلى تحقيق وجوده أي تحقيق إنسانيته".

أما تعريف منظمة الصحة العالمية: " الصحة النفسية هي حالة من الرفاهية التي يدرك فيها الفرد قدراته، ويمكن أن يتغلب الضغوطات العادية في الحياة، ويمكن أن يعمل بشكل منتج ومثمر، ويكون قادراً على المساهمة في مجتمعه". (صولي، 2014: 32).

يعرف عبد العزيز القوسي (1975، 6 - 8) الصحة النفسية بأنها حالة من التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان، ومع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية . " يبين لقوسي في تعريفه للصحة النفسية ثلاثة مظاهر أساسية تحدد السلوك السوي تتمثل في التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة، والمقدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية، والإحساس الإيجابي بالسعادة ولغاية، يستطرد القوسي في شرح تعريفه مؤكداً أن الصحة النفسية تأخذ بالحسبان المبادئ الإنسانية والاجتماعية وأن السعادة و الكافية تتحقق عند مراعاة صلح

المجتمع و الآخرين، وأن الأهداف الفردية تستوجب تحقيق الأهداف الاجتماعية والعكس صحيح، ثم يؤكد القوسي ان التكيف لصحيح يتطلب أن لا يقوم الأفراد بمجرد الإذعان للمجتمع كما هو، وإنما محاولة القيام بأنصبتهم في إحداث تغيير ينقله إلى حلة أحسن ما هو فيها. (العيد، 2007: 276).

تبين من خلال التعاريف السابقة انه يصعب تحديد و بدقة مفهوم الصحة النفسية وحصره في جوانب معينة، وذلك نظرا لمرونة هذا المصطلح و شموليته واختلاف منظور كل باحث وتوجهه، إلا أننا نلاحظ أن هناك اتفاقا بين العلماء في تعريفهم للصحة النفسية في النقاط التالية نلمس بعض الاتفاق من حيث النقاط التالية:

-النمو السوي.

-التوافق النفسي الاجتماعي.

-الثقة بالنفس.

-الشعور بالرفاهية.

-تكامل الطاقات وحسن استثمارها في عمل منتج و مثمر يخدم المجتمع

3- نسبية الصحة النفسية:

إذا أخذنا الصحة النفسية واختلالها وجدنا أن الأمر فيها نسي كما هو في الشذوذ فكما أنه لا يوجد حد فاصل بين الشاذ العادي، كذلك لا يوجد حد فاصل بين الصحة النفسية والمرض النفسي، والصحة النفسية شبيهة في ذلك بالصحة الجسمية، فالتوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة لا يكاد يكون له وجود ولكن درجة اختلال هذا التوافق التام هي التي تبرز حالة المرض عن حالة الصحة، كذلك التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة أمر يكاد لا يكون له وجود ودرجة اختلال التوافق هي التي تميز حالة الصحة عن غيرها.

ومن أركان الصحة النفسية، نجاح التكيف مع البيئة، (ونجاح هذا التكيف) وهذا النجاح أمر نسبي كذلك، فليس هناك حد فاصل ندرك عنده الفرق بين حالتي تحقق التكيف مع البيئة وانعدام تحققه . ونلاحظ أن التكيف مع البيئة نسبي عن ناحية أخرى، وهي الناحية المتوقعة على النمو، فالطفل الصغير يعتبر في حالة صحية، إذا رضع ثدي أمه حتى سن الثانية من ولادته، ولكنه لا يعتبر كذلك إذا استمر يضع إلى سن السادسة، كذلك الأنانية تعتبر حالة عادية من حيث الصحة النفسية في السنوات الخمس الأولى ولكنها لا تعتبر كذلك في دور المراهقة. (القومي، 1952: 11)

4- أهمية الصحة النفسية:

الصحة النفسية مهمة للمجتمع بكل عناصره مثل المدرسة , مكان العمل , الأسرة فهي تعمل على السعادة والتكامل لأفراد المجتمع وتهتم أيضا بعلاج المشكلات الاجتماعية التي تؤثر على نمو شخصية الفرد في عدة مجالات منها:

المجال العمل: الصحة النفسية ضرورية في مكان العمل لأنها تساعد على تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية فمن اهداف الصحة النفسية بناء شخصية متكاملة حيث يقبل الفرد على تحمل المسؤولية مشتغلا طاقاته إلى أقصى حد ممكن ولكي يتحقق ذلك يجب تحقيق التوافق النفسي والشخصي والاجتماعي.

مجال الأسرة: العلاقات السوية بين أفراد الأسرة تؤدي إلى نمو الطفل نموا سويا حيث يشكل صحة الأبوين النفسية أهمية كبيرة لتماسك الأسرة مما يساعد على خلق جو ملائم لنمو شخصية الأبناء.

مجال المدرسة: الصحة النفسية لها أهمية كبيرة في مجال التعليم وخاصة في المدرسة حيث العلاقات السوية بين الإدارة والمدرسة تؤدي إلى نموهم النفسي السليم وذلك يؤدي إلى النمو التربوي والنفسي السليم للتلميذ والعلاقة الجيدة بين المدرسة والبيت تساعد على رعاية النمو النفسي للطفل وهناك بعض المعايير التي حددها بعض الباحثين مثل وولمان (1976) وهي:

أ- العلاقة بين طاقة الشخص وانجازاته: يجب أن تكون قدرات الفرد مناسبة لطموحاته وقدراته وإمكاناته حيث يتم وضع أهداف ومستويات طموح ممكنة حتى لا يصاب الفرد بالاضطراب النفسي عند عدم تمكنه من جعل طاقاته الجسدية والنفسية أمرا واقعا.

ب- الاتزان العاطفي: يعني الاتزان بين الانفعالات والمؤثرات بحيث يكون هناك اتزان بين الموقف المؤثر ونوع الانفعال مثال الحزن يجب أن يكون بالقدر الذي يستدعيه الموقف المؤثر حتى لا تحكم على اضطراب الشخصية.

ج- صلاح الوظائف العقلية: وذلك يشمل الإدراك والمحاكمات وعمل الذاكرة وغير ذلك من الوظائف التي تمثل التفكير.

د- التكيف الاجتماعي: ويعني مستوى توافق الفرد مع الجماعة وتفاعله معها , فالفرد السوي يجب ان يكون متعايشا بسلام مع الآخرين على اساس الاحترام المتبادل ويحب من ينتمي للجماعة ويقيم علاقات اجتماعية سوية معه. (بن الشيخ، بالزين، 2014: 27).

5- سمات الصحة النفسية: لكي يتمتع الفرد بالصحة النفسية يجب ان تتوفر لديه السمات التالية:

-فهم الإنسان نفسه و تقبلها بما فيها من سلبيات وايجابيات و أن يعمل على معالجة السلبيات و التعامل معها و أن يدعم الايجابيات.

-تقبل الآخرين كما هم و ليس بالصورة التي يراها أو يرضى عنها و في كل إنسان جوانب ايجابية و جوانب سلبية و عليه التركيز في تفاعله على الجوانب الايجابية.

-امتلاك مفهوم ذات ايجابي ففكرة المرء عن نفسه تلعب دورا كبيرا في تكيفه شخصيا و اجتماعيا و شعوره بالكفاية و السعادة.

-اتخاذ أهداف واقعية في الحياة ووضع مستويات طموح مناسبة القدرات الفرد وإمكانياته.

-القدرة على ضبط النفس و تحمل المسؤولية.

-الشعور بالسعادة وليس معناها أن يكون الإنسان بدون مشاكل فليس هناك حياه تخلو من المشاكل و لكن المقصود هو القدرة على حل المشاكل و أسلوب مواجهة الصراخ. (بلميهوب، 2009: 09)

6- أسلوب الحياة الذي يؤدي الى الصحة:

أجريت دراسة لفحص الأسلوب الشخصي في الحياة ومدى أهميته في مجال الصحة. واتضح من هذه الدراسة التي أجريت على 7000 فرد أن الصحة الجسمية ترتبط بشدة بالجوانب السبعة التالية:

-النوم من سبع إلى ثمان ساعات في اليوم.

-تناول طعام الإفطار كل يوم تقريبا.

-عدم الأكل بين الوجبات.

-وزن متناسب مع الطول.

-عدم التدخين مطلقا.

-عدم تعاطي الكحول.

-ممارسة الرياضة بانتظام.

والنتيجة المهمة لهذه الدراسة أن النسبة المئوية للوفاة تتناقص بوجه عام بزيادة عدد ممارسة هذه الجوانب السلوكية السبعة الصحية، وأن ذلك أمر مهم بالنسبة لكبار السن أكثر من صغار السن. كما تشير هذه النتائج إلى أن الصحة وطول العمر يتأثران كثيرا بأسلوب الحياة. ويتضح الأمر ذاته - من زاوية أخرى- ببيان علاقة الشخصية بالصحة والمرض. (عبد الخالق: 2011، ص 73)

7- مظاهر الصحة النفسية: تتمثل مظاهر الصحة النفسية فيما يلي:

تكامل الدوافع النفسية: وانسجامها وانعدام الصراع النفسي . أي تؤدي (الشخصية) وظائفها بصورة متكاملة جسميا وعقليا وانفعاليا وليس معنى ذلك إنكار وجود دوافع متعارضة في الشخص الواحد، ولكن المقصود بهذا أن يظهر كل من هذه الدوافع في الوقت المناسب حين يكون ظهوره ملائما لتكيف الإنسان، وألا يسيطر أحد الدوافع على الفرد فيصبح هو المحرك الوحيد له. وانعدام الصراع النفسي يسمح للإنسان بأن يوجه كل قواه إلى تحقيق حاجاته دون أن يشعر من جراء ذلك بشيء من الذنب والحرمان.

تقبل الحقيقة بالنسبة للذات وللغير وللعالم المحيط: أي أن يتقبل الشخص نفسه على ما هي عليه وأن ينمي قدراته المتاحة أو يستغلها الاستغلال الأمثل. كما يتقبل الآخرين على ما هم عليه والتلاؤم معهم في حدود امكانياتهم وطاقتهم . كذلك الحال بالنسبة للظروف والبيئة المحيطة.

تحمل مسئولية الأعمال والمشاعر والأفكار: فالفرد الصحيح نفسيا قد يتفق أو يختلف مع المعايير القائمة أو الأوضاع المتعارف عليها طالما كان الاتفاق أو الاختلاف مبنيا على أساس من الرغبة في تحقيق سعادة أشمل وإشباع أعم وأكثر دواما، وطالما كان الشخص أمينا مع نفسه مقتنعا بما يراه فإن سواءه يتجلى في تحمله مسئولية ما يقوم به من أعمال وعدم الهرب من انفعالاته ومشاعره بإسقاطها على الآخرين، وكذلك

في تحمله نتائج تفكيره وعدم اللجوء إلى الآخرين ليفكروا له بهدف أن يكون له العذر في أن يرجع فشله إليهم إذا ما فشل.

تقبل النقد: ان الشخص الصحيح نفسيا هو الذي يعمل من أجل الآخرين والعمل الجماعي من أجل تحقيق الأهداف التي ترفع من قيمة المجتمع . وهو في ذلك يحتك مع غيره من الأفراد لدى تبادل الأفكار والآراء معهم . وطالما أن الرائد هو الصالح العام فإن تقبل النقد من الغير دون الشعور في ذلك بالإثم أو النقص في خاصية أساسية من خصائص الصحة.

تقدير الحياة: والشعور بالرضا للوجود فيها . وبمعنى آخر أن يكون الشخص معيدا بحياته ويرى أن لها قيمة وفيها ما يستحق أن يكافح ويعمل ويعاش من أجله.

إدراك الدوافع والأهداف: إن الشخص الصحيح نفسيا يدرك أسباب سلوكه ودوافعه، كما أنه يدرك أهدافه ويؤمن بها ويعرف الوسائل التي يستطيع أن يحقق بها هذه الأهداف.

التعاون: من منطلق الطبيعة الإنسانية في اعتماد الناس بعضهم على البعض، وفضل المبادرة بالإسهام في تحسين البيئة المحيطة والخدمة والعطاء، تبرز أهمية هذه الخاصية للدلالة على الصحة النفسية.

الاتزان الانفعالي: فالشخص الصحيح نفسيا هو الذي يمكنه السيطرة على انفعالاته المختلفة والتعبير عنها بحسب ما تقتضيه الضرورة وبشكل يتناسب مع المواقف التي تستدعي هذه الانفعالات ويدخل في ذلك عدم اللجوء إلى كبت هذه الانفعالات أو إخفائها أو الخجل منها، من ناحية أو الخضوع لها تماما بالمبالغة في إظهارها من ناحية أخرى ان ذلك من شأنه أن يساعد الفرد على المواجهة الواعية لظروف الحياة فلا يضطرب أو ينهار للضغوط أو الصعوبات التي تواجهه، ولا يفقد صوابه مرحا لما يحظى به من تسهيلات أو نجاحات، بل يتكيف لكلا الحالتين بالصورة التي تحقق له أفضل تغلب على سلبيات الحياة وأفضل استغلال لاجابياتها.

ثبات الانفعالات: إن ثبات الاستجابة الانفعالية في المواقف المتشابهة هو علامة على الصحة النفسية والاستقرار الانفعالي.

ثبات السلوك: ويرتبط بالخاصية السابقة ويعني التمسك بالمبادئ المعينة التي يرتضيها الفرد والأساليب السلوكية المرتبطة بذلك والتي أصبح يتبعها في حياته . ولا يعني ثبات السلوك هنا الجمود في التفكير أو الأعمال إنما يعني الالتزام الواعي بتلك الأفكار والأعمال. (عبد الله، 2008: 85-87).

8- النظريات المفسرة للصحة النفسية: لقد تعددت النظريات و الاتجاهات العلمية في تفسير الصحة النفسية وبالتالي سنحاول عرض بعض تلك الاتجاهات النظرية بطريقة مختصرة وهي كالتالي:

مدرسة التحليل النفسي: الإنسان السليم في نظر فرويد هو الإنسان الذي يملك " الأنا " لديه قدرة كاملة على التنظيم والإنجاز، ويمتلك مدخلا لجميع أجزاء " الهو ويستطيع التأثير عليه حيث في حالة الصحة لا يمكن فصلهما عن بعضهما، ويشكل " الأنا " الأجزاء الواعية والعقلانية من الشخص، في حين تتجمع الغرائز اللاشعورية في الهو "، حيث تتمرد وتنشق في حالة العصاب (الاضطراب النفسي)، وتكون في حالة الصحة النفسية مندمجة بصورة مناسبة كما يضم هذا النموذج الأنا الأعلى " والذي يمكن تشبيهه

بالضمير من حيث الجوهر، وهنا يفترض فرويد " أنه في حالة الصحة النفسية تكون القيم الأخلاقية العليا للفرد إنسانية ومبهجة، في حين في حالة العصاب مثارة من خلال تصورات جامدة مرهقة، ولا يقاس مقدار الصحة النفسية من خلال غياب الصراعات أو عدم وجودها، وإنما تتجلى الصحة النفسية من خلال القدرة الفردية على حل الصراعات ومواجهتها. (بخوش، حميداني، 2016: 52)

النظرية السلوكية: من روادها ثوربيك , و طسون , بافلوف . تعرف للمدرسة السلوكية الصحة النفسية بان يأتي الفرد السلوك للمناسب لي كل موقف حسب ما تحدده الثقافة والية التي يعيش في كنفها . فالمحك المستخدم هنا للحكم على صحة الفرد النقية محك اجتماعي، فالسلوكية تعتبر البيئة الشركة الأولى واعتبرها من أهم العوامل التي تعمل على تكوين الشخصية. (بن الشيخ، بالزين، 2014: 22).

المدرسة المعرفية: تتضمن الصحة النفسية من وجهة نظر أصحاب هذه المدرسة القدرة على تفسير الخبرات بطريقة منطقية تمكن الفرد من المحافظة على الأمل واستخدام مهارات معرفية مناسبة لمواجهة الأزمات وحل المشكلات، وعليه فالشخص المتمتع بالصحة النفسية قادر على استخدام إستراتيجيات معرفية مناسبة للتخلص من الضغوط النفسية ويحيا على فسحة من الأمل ولا يسمح لليأس بالتسلل إلى نفسه، فالإنسان يقع صريع المعاناة والاضطراب نتيجة لخلل في نظام المعتقدات، أما الشخص المعافى فهو ذلك الذي يتمتع بنظام معتقدات واقعية في النظرة إلى الذات والآخرين والدنيا، وينتج عن هكذا نظام واقعي عقلائي سيادة التفكير الإيجابي في المواقف الحياتية، كما في الوقف من الذات. (بخوش، حميداني، 2016: 53)

النظرية الانسانية: وضع هذا العالم نظرية الذات في علم النفس، و يرى أن كل فرد قادر على إدراك ذاته و تكوين مفهوم او فكرة عنها، و ينمو مفهوم الذات نتيجة التفاعل الاجتماعي جنباً إلى جنب مع الدافع الداخلي لتحقيق الذات . و لكي يحقق الإنسان ذاته، لابد أن يكون مفهومه عنها موجبا و حقيقيا، و عليه فإن الإنسان المتمتع بالصحة النفسية هو الشخص القادر على تكوين مفهوم إيجابي عن نفسه. الشخص الذي يتفق سلوكه مع المعايير الاجتماعية و مع مفهومه عن ذاته.

يظهر أن الباحثين اختلفوا في تفسيرهم للاضطراب النفسي، كما أنهم اختلفوا في تصورهم للصحة النفسية، و هذا ما يؤثر حتما في تصورهم في الكفالة النفسية الوقاية من الاضطراب (ساعو، 2010: 66)

9- مناهج الصحة النفسية:

يعتبر علم الصحة النفسية علم تطبيقي له هدفان متكاملان، هدف وقائي و هدف علاجي، و من أجل تحقيق تلك الأهداف يستوجب إتباع طرائق و مناهج متعددة و متكاملة فيما بينها، حيث يؤدي إهمال منهج من هذه المناهج إلى صعوبة مهمة مناهج الأخرى، و من جهة أخرى تطبيق كل منهج بطريقة سليمة يسهل من مهمة منهج الأخر، و في هذا الصدد نقترح بعض المناهج الأساسية المتبعة في ميدان علم الصحة النفسية و هي كالتالي:

المنهج الوقائي: تعني الوقاية بوجه عام، مجموع الجهود المبذولة للتحكم في حدوث الاضطراب أو المرض و السيطرة عليهما أو التقليل من شدة ظاهرة غير مرغوبة كالمرض العقلي الجنوح، الجريمة، إدمان على العقاقير الحوادث، و يتكون المنهج الوقائي من ثلاثة مراحل و هي:

- الوقاية الأولية: تهدف إلى اتخاذ إجراءات مسبقة لمنع حدوث الاضطرابات النفسية و الأمراض العقلية و غيرهما من أنواع الشذوذ السلبي و ذلك عن طريق وسائل عدة منها: التشجيع، حرية الاكتشاف، حرية التجريب، حرية التعبير عن المشاعر، السند الانفعالي خلال مراحل المشقة، التأكيد على العلاقات الحوارية البناءة و محاولة خفض الضغوط التي تؤدي إلى اضطرابات الشخصية.

- الوقاية الثانوية: الغاية منها إنقاص شدة المرض و التقليل منه و ذلك من خلا الكشف المبكر عن الحالات و الاهتمام بالرعاية و العلاج مع هدف مهم ألا و هو وقف الاضطرابات النفسية و العقلية في مراحلها المبكرة و في حالاتها الكامنة أو المستقرة .

- الوقاية في المرحلة الثالثة: تهدف هذه المرحلة لخفض العجز الناتج عن المرض العقلي، وجود عمل و التوافق معه و محاولة إنقاص المشكلات المترتبة عن المرض العقلي و استخدام الوسائل التي تهدف إلى منع الانتكاسة

المنهج العلاجي: و يتضمن علاج المشكلات و الاضطرابات و الأمراض النفسية حتى العودة إلى حالة التوافق و الصحة النفسية، و يهتم هذا المنهج بنظريات المرض النفسي و أسبابه و تشخيصه و طرق علاجه و توفير المعالجين و العيادات و المستشفيات النفسية

المنهج الإنشائي (الإنمائي): و هو طريقة بنائية تستخدم مع الأسوياء وصولاً بهم إلى أقصى درجة ممكنة من الصحة النفسية و يتحقق هذا الهدف عن طريق المراحل التالية:

- الدراسة العلمية الدقيقة للإمكانيات الأفراد و جوانب تفوقهم .

- العمل على تنمية هذه الإمكانيات و رعايتها و استثمار جوانب الشخصية و تدعيمها .

- يحاول هذا المنهج تحقيق التنمية المناسبة للفرد و توفير الظروف الملائمة للرقي

للصحة النفسية و تنمية الأفراد و توظيف إبداعاتهم يلاحظ من خلال هذه المناهج أنها متداخلة و متكاملة، تشكل نظام شامل للرعاية النفسية للأفراد. (بن حفيظ، مناع، 2015: 171، 172)

10- خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية

تتميز الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية بعدة خصائص تميزها عن الشخصية المريضة . وفيما يلي أهم هذه الخصائص كما لخصها.

1- التوافق: ودلائل ذلك: التوافق الشخصي ويتضمن الرضا عن النفس و التوافق الاجتماعي و يشمل التوافق الزوجي الاسري و التوافق المدرسي و التوافق المهني.

2 - الشعور بالسعادة مع النفس: ودلائل ذلك: الشعور بالسعادة والراحة النفسية لما الفرد من ماضٍ نظيف وحاضر سعيد و مستقبل مشرق، والاستفادة من مسرات الحياة اليومية، وإشباع الدوافع والحاجات النفسية

الأساسية، والشعور بالأمن والطمأنينة والثقة، ووجود اتجاه متسامح نحو الذات، واحترام النفس و تقبلها و الثقة فيها، ونمو مفهوم موجب للذات وتقديرها حق قدرها.

3 - الشعور بالسعادة مع الآخرين، ودلائل ذلك: حب الآخرين والثقة فيهم واحترامهم و تقبلهم والاعتقاد في تلثم المتبادلة، ووجود تسامح نحو الآخرين، والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة ودائمة " الصداقات الاجتماعية "، والانتماء للجماعة والقيام بالدور الاجتماعي المناسب والتفاعل الاجتماعي السليم، والقدرة على التضحية وخدمة الآخرين والاستقلال الاجتماعي، والسعادة الأسرية، والتعاون وتحمل المسؤولية الاجتماعية.

4 - تحقيق الذات واستغلال القدرات: ودليل ذلك: فهم النفس والتقييم الواقعي الموضوعي القدرات والإمكانات والطاقات، وتقبل نواحي القصور، وتقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات موضوعياً، وتقبل مبدأ الفروق الفردية، واحترام الفروق بين الأفراد، وتقدير الذات حق قدرها، و استقلال القدرات والطاقات والإمكانات إلى أقصى حد ممكن، ووضع أهداف ومستويات طموح وفلسفة حياة يمكن تحقيقها وإمكانية التفكير والتقرير الذاتي، وتنوع النشاط وشموله، و بذل الجهد والشعور بالنجاح فيه والرضا عنه، والكفاية والإنتاج.

5 - القدرة على مواجهة مطالب الحياة: و دلائل ذلك: (نظرة السليمة الموضوعية الحياة ومطالبها ومشكلاتها اليومية، والعيش في الحاضر والواقع، والبصيرة والمرونة والإيجابية في مواجهة الواقع، والقدرة على مواجهة إبطاء الحياة اليومية، وبذل الجهود الايجابية من أجل التغلب على مشكلات الحياة وحلها، والقدرة على مواجهة معظم المواقف التي يقابلها، وتقدير و تحمل المسؤوليات الاجتماعية وتحمل مسؤولية السلوك الشخصي، والسيطرة على الظروف البيئية كلما أمكن والتوافق معها، و الترحيب بالخبرات والأفكار الجديدة.

6 - التكامل النفسي، ودلائل ذلك: الأداء الوظيفي الكامل لكامل المتناسق الشخصية ككل (جسدياً، وعقلياً، والمالية، واجتماعياً)، والتمتع بالصحة ومظاهر النمو العادي.

7- السلوك العادي: ودلائل تلك: السلوك السوي المادي المعتدل المألوف الغالب على حياة غالبية الناس العاديين، والعمل على تحسين مستوى التوافق النفسي، والقدرة على التحكم في الذات وضبط النفس.

8 - حسن الخلق ودلائل ذلك: الأدب والالتزام وطلب الحلال واجتناب الحرام و بشاشة الوجه وبذل المعروف وكف الأذى وإرضاء الناس في السراء والضراء، وبن القول، وحب الخير للناس، والكرم، وحسن الجوار، وقول الخير، وبر الوالدين، الحياء والصلاح، والصدق والبر، والوقار والصبر، والشكر والرضا، والحلم والعفة، والشفقة.

9 - العيش بسلامة وسلام: و دلائل ذلك: التمتع بالصحة النفسية والصحة الجسمية والصحة الاجتماعية والأمن النفسي والسلم الداخلي والإقبال على الحياة بوجه عام والتمتع بها، والتخطيط للمستقبل بثقة وأمل.(دياب،2006: 42-44).

11- معايير الصحة النفسية

تتحد معايير الصحة النفسية بنمط ما يدور في واقع الأفراد و يواجههم من ضغوطات، و تتحدد بمدى غياب عناصر الشعور بالأمن المادي و الاقتصادي و الاجتماعي، فالصحة النفسية نمط إنساني اجتماعي يرتبط بوجود الإنسان و واقعه. و من معايير قياس الصحة النفسية ما يلي:

المعيار الإحصائي: أي ظاهرة نفسية عند قياسها إحصائيا تنتوزع وفقا للتوزيع الإعتدالي، بمعنى أن الغالبية من العينة الإحصائية تحصل على درجات متوسطة في حين تحصل فئتان متناظرتان على درجات مرتفعة (أعلى من المتوسط) و درجات منخفضة (أقل من المتوسط) . و هذا المعنى تصبح السوية هي المتوسط الحسابي للظاهرة في حين يشير الانحراف إلى طرفي المنحى إلى اللاسوية، فالشخص اللاسوي هو الذي ينحرف عن المتوسط العام للتوزيع الإعتدالي .

و من المأخذ على هذا المعيار أنه قد يصلح عن الحديث عن الناس العاديين من حيث الصفات الجسمية مثل الطول و الوزن، بينما لا يصلح هذا المعيار في حالة القياس النفسي، لان القياس النفسي يقوم على أسس معينة إن لم يتم مراعاتها يصبح الرقم الذي خرج به رقما مضللا و لا معنى له، لأن القياس النفسي هو قياس نسبي غير مباشر، فمثلا عند قياس الذكاء فنحن نفترض وجود الذكاء و لكنه بشكل واقعي غير ملموس، ولكن نستبدل عليه من صفات الفرد.

المعيار الشخصي: السوية تتحدد هنا من خلال إدراك الفرد لمعناها، فهي كل ما يشعر به الفرد و يراها من خلال نفسه، فالسوية هنا إحساس داخلي و خبرة ذاتية، فإذا كان الفرد يشعر بالقلق و عدم الرضا عن الذات فإنه يعد وفقا لهذا المعيار غير سوي، فمن الأصعب الاعتماد على هذا المعيار كليا لأن معظم الأفراد الأسوياء تمر بخبرهم حالات من الضيق و القلق.

المعيار الاجتماعي: تحدد السوية في ضوء العادات و التقاليد الاجتماعية حيث تكون السوية مسايرة للسلوك المعترف به اجتماعيا، و يعني ذلك أن الحكم على السوية أو اللاسوية لا يمكن التوصل إليه إلا بعد دراسة ثقافة الفرد، و يخلو هذا المعيار من مخاطر المبالغة في الأخذ بمعايير المسايرة، أي باعتبار الأشخاص المسايرين للجماعة فم الأسوياء في حين يعتبر غير المسايرين هم الأبعد عن السوية، فهناك خصائص لا سوية ك الانتهازية تكتب مشروعيتهما في إطار من الرغبة الاجتماعية، فالمسايرة الزائدة في حد ذاتها سلوك غير سوي.

المعيار الباطني: هو معيار يجمع بين مزايا معظم المعايير السابقة و يعمل على تجاوز مثاليها فالحكم ليس خارجيا كما هو الحال في المعايير الإحصائية، كما أنه ليس ذاتيا كما هو الحال في المعيار الذاتي، إنما يعتمد هذا المعيار على أساليب فاعلة تمكن الباحث قبل أن يصدر حكمه من أن يصل إلى حقيقة شخصية الإنسان الكامنة في خبراته الشعورية و اللاشعورية أيضا. (بن الشيخ، بالزين، 2014: 25)

ثانيا: تعريف بالطالب و الحرم الجامعي الجزائري

1. تعريف بالجامعة

-لغة: الجامعة هي العلاقة بين الأشخاص أو الدول جمعها (جامعات) و هي مجموع المعاهد العلمية المسماة بالكليات تدرس فيها الاداب و الفنون و مختلف العلوم (بن هادية و اخرون: 1991، ص245)

اصطلاحا: تعرف الباحثة الجامعة الجزائرية على أنها مؤسسة عمومية ذلت طابع إداري و أكاديمي تتمتع بالشخصية المعنوية و استغلال المالي و تعليم يكون مجاني لطاب الجزائريين، كما تستقبل الطلاب الدوليين في جامعتها و يكون ذلك من خلال استفادتهم من منحة و عادة يكونون من بلدان الافريقية و البلدان المغرب العربي كتونس و المغرب، كما تقوم جلب سنويا لطلاب فلسطين و صحراء الغربية و تعمل على تدريسهم وتوفير جميع احتياجاتهم كدعم لقضية الفلسطينية و الصحراء الغربية .

2.وظائف الجامعة: ترى الباحثة أن الوظائف الجامعة الجزائرية يمكن حصرها في نقاط التالية:

-إعداد الطلاب للحياة المهنية

-البحث العلمي

-التنشيط الثقافي و الفكر العام

-التكوين البيداغوجي

-تزويدهم بالمعارف

3.أهداف الجامعة: تتماشى أهداف الجامعة مع وظائفها و مهامها و ترتبط ارتباطا وثيقا بطبيعة المجتمع الذي تسعى لخدمته، لذلك كل جامعة تحدد مساعيها تبعا للخدمات التي تقدمها ومن بين أهم الاهداف التي تسعى إلى تحقيقه الجامعة الجزائرية في نظر الباحثة كالتالي:

-تطوير مخابر البحث العلمي

-نشر المعرفة

-إعداد اطارات و كفاءات متخصصة في شتى ميادين من أجل تطوير البلد و النهوض به

-مواكبة تطور المعرفي و التكنولوجي

-نشر الأبحاث في المجالات العالمية

-العمل على دخول الجامعة الجزائرية في تصنيف الدولي شنغهاي

4.واقع الجامعة الجزائرية:

للجامعة الجزائرية كثير من المزايا منها مجانية التعليم بحيث تعمل على القضاء على الأمية و تعليم اكبر قدر ممكن من مجتمع المدني عكس بعض البلدان الذين جعلوا الدخول إلى الجامعة حكرا فقط على الطبقة الغنية كما تعمل الجامعة الجزائرية على تأمين الصحي المجاني للطلاب وتوفير الايواء و المطعم و النقل للطلاب الذين يقطنون بعيدا على الجامعة، كما يتقاضى الطالب الجامعي الجزائري منحة مالية كل ثلاثة أشهر تقدر ب أربعة آلاف دينار جزائري لطلاب ليسانس و منحة خاصة بطور الماستر تقدر ب سبعة

ألاف دينار جزائري أما في طور دكتوراه تقدر ب سبعة وثلاثون ألف دينار جزائري، برغم من جميع هذه المزايا إلا أن لها العديد من نقائص من بينها ما زالت تستخدم لغة الفرنسية كلغة تواصل أكاديمي في بعض الفروع عوضا على تشجيع استخدام اللغة الانجليزية باعتبارها لغة حية و عالمية، ايضا المتأمل في مخرجات الجامعة الجزائرية يجدها عاجزة عن تلبية حاجات المجتمع من الاطارات بالنوعية المطلوبة، أيضا مجانية التعليم و حفظ معدل نجاح في شهادة الباكلوريا مؤخرا الذي كان بسبب جائحة كورونا جعل من شهادة الباكلوريا تفقد قيمتها و الواجب لإعادة النظر فيها باعتبارها شهادة يتم من خلالها العبور للجامعة في حالة النجاح فيها، يعاني الكثير من الطلبة المتخرجين من الجامعة الجزائرية ضعف في تكوين الميداني و الخبرة و المهارة عادة في كثير من الفروع يكون هناك تكوين نظري للطلاب فقط، بالإضافة الى عوائق أخرى من بينها نذكر عوائق المادية تعاني الجامعة الجزائرية عجز واضح في توفير المواد الكيميائية في المخابر و توفير المادة العلمية فمكتبات الجامعة و قاعات الاعلام الآلي، أما من ناحية التنظيم الهيكلي فتوجد مدرجات و قاعات التدريس غير جاهزة للتدريس فيها كما هناك نقص فاضح في القاعات لدرجة في الكثير من الاحيان لا يجد الطلبة قاعة للدراسة فيها كما هناك عوائق بيداغوجية و تتعلق بالمنهاج الدراسية و طرق تدريسها و كيفية تقييم الطالب الجامعي .

5. على من نطلق اسما الطالب الجامعي

الطالب الجامعي في الجزائر هو من اثبت فعليا نجاحه في الامتحان الوطني لنيل شهادة الباكلوريا في احدى فروع (آداب و فلسفة أو لغات اجنبية أو علوم تجريبية أو تقني رياضي أو في الهندسات) و بعد نجاحه يعمل على توجيهه لاختيار أحد الفروع الجامعية و عملية الانتقاء في بعض الفروع تكون وفق لمعدل المتحصل عليه في الامتحان الباكلوريا و الذي يكون تقييم على 20

ثالثا: الجانب التطبيقي للدراسة

تعتبر الدراسة الميدانية أهم خطوة يقوم بها الباحث من أجل اعداد و تطبيق اجراءات، وذلك لتحقيق جملة من الفرضيات التي انطلقنا منها بغية الوصول الى نتائج علمية دقيقة .

1-منهج الدراسة

إن اختيار المنهج المتبع يخضع لطبيعة المشكلة محل الدراسة إذ أن هذه الأخيرة هي التي تحدد طبيعة المنهج المتبع، وبما أن موضوع دراستنا يهدف إلى الكشف عن مستويات الصحة النفسية لطلاب الجامعة سيدي بلعباس، ومن خلال إطلاعنا على مناهج البحث العلمي المعتمدة في الدراسات والبحوث، تم اختيار المنهج الوصفي التحليلي لأنه يعتبر المنهج الأنسب لدراسة الظواهر الاجتماعية و الإنسانية، ويقوم المنهج الوصفي التحليلي على رصد ومتابعة دقيقة لظاهرة أو حدث معين بطريقة كمية أو نوعية في فترة زمنية معينة أو عدة فترات، من أجل التعرف على الظاهرة أو الحدث من حيث المحتوى أو المضمون، والوصول إلى نتائج وتعميمات تساعد في فهم الواقع وتطويره (بخوش، حميداني، 2016: 61)

2-أداة الدراسة

تم اعتمادنا على مقياس العربي للصحة النفسية كأداة لهذه الدراسة

أ- تعريف مقياس العربي للصحة النفسية: طور احمد محمد عبد الخالق سنة (2016) المقياس العربي للصحة النفسية، بوصفه أداة للبحوث وللفرز العام تناسب مع الراشدين والمراهقين.

ب - وعاء البنود:

شمل وعاء البنود ثلاثة مصادر

- استقصاء الدراسات السابقة.

- الخبرة الشخصية.

- اقتراحات عينة من الطلاب علم النفس (ن: 74 من يدرسون في مراحل الأخيرة من الدراسات الجامعية الليسانس أو طلاب ماستر. وقد استجابت هؤلاء الطلاب وحذفت العبارات التي لا تتصل بالموضوع، والمكررة والغامضة، ثم قام الباحث بمراجعة صياغة العبارات المستبقة، حتى تكون مختصرة، وحيث تشمل كل عبارة فكرة واحدة فقط.

واعتمد على هذه المصادر الثلاثة وصل عدد البنود المدنية إلى 92 وكانت العبارات موجزة ومصاغة باللغة العربية الفصحى البسيطة ثم خفض عدد البنود، اعتمادا على ثلاث مراحل:

-صدق الظاهري.

-ارتباط البند ببقية البنود.

-تحليل العاملي. (عبد الخالق، 2016: 16)

ج - وجهة الاستجابة وتصحيح المقياس: يشمل المقياس العربي للصحة النفسية على 40 بند تعد جميعها مؤشرات إجابة للصحة النفسية، وقد صيغت كل البنود بصيغة الإثبات (ليس النفي) لأنه لوحظ أن عددا كبيرا من المبحوثين يواجهون مشكلات في فهم النقي المزدوج. ويذكر كارفر وشاير " أن البنود المصاغة سلبيا وتصبح عادة اصعب في فهمها أو تعد معقدة عند الإجابة عنها أكثر من البنود المصاغة إيجابيا وكذلك يرى شربهايم وهل " انه لا ينصح باستخدام البنود المعكوسة " المصاغة سلبيا" للتحكم في تميز الاستجابة بالموافقة Acquiescence response bias لأن مثل هذه الصيغ تعوق دقة الاستجابة فعلا " .

وللتحكم في وجهة الاستجابة بالموافقة وبعض أساليب الاستجابة الأخرى وفي المقياس العربي للصحة النفسية اقترح الباحث بطريقة جديدة وطبقها إذا أضيفت عشرة بنود، بوصفها حشوا Filler ذات مضمون مرضي النفسي مثل "أعاني من صداع شديد " و " أتعب بسرعة " و "أخاف من الموت " وذلك من دون ان تدخل هذه البنود في حساب الدرجة الكلية للمقياس ولا في أي مرحلة من مراحل تقنين المقياس وأرقام هذه البنود العشرة هي: (6-13-18-21-22-24-30-38-45-49) . (عبد الخالق، 2016: 22).

د - تعليمة التطبيق وتصحيح:

طول المقياس 50 بند تتلخص التطبيق على النحو التالي "اقرأ من فضلك كل عبارة بعناية، وقرر إلى أي حد تصف كل منها مشاعرك وسلوكك وآرائك، ثم مدى انطباقها عليك بوجه عام، وذلك اختيار الرقم المناسب تبعا للمقياس التالي، ثم اكتب الرقم في المربع الموجود على يسار كل عبارة، ليس هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ولا تقض وقتا طويلا في أي عبارة.

- يطبق مقياس فرديا أو جماعيا ويعطى لكل بند درجة تتراوح من 1 إلى 5 وتصحيح البنود يكون بإعطائها أوزان ذاتها بحيث تأخذ:

- (لا) تأخذ درجة (0).
- (قليلا) تأخذ درجة (2).
- (بدرجة متوسطة) تأخذ درجة (3).
- (كثيرا) تأخذ درجة (4).
- (كثيرا جدا) تأخذ درجة (5). (عبد الخالق، 2016: 50)

3- مجتمع الدراسة

قدر عينة الدراسة ب200 طالب و طالبة تم اختيارهم بطريقة عشوائية كعينة ممثلة لمجتمع الدراسة ألا و هو الطلاب الجامعيين الذين يدرسون بولاية سيدي بلعباس – الجزائر

4- الاحصاءات الوصفية:

بعد الانتهاء من تطبيق الاختبار و جمع الأوراق و فرزها، قامت الباحثة بالتفريغ على برنامج الحزمة الاحصائية SPSS صيغة 22، و تم الترميز البيانات كالتالي:

جدول رقم(01): توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس .

النسب المئوية	التكرارات	الجنس
53%	106	ذكور
47%	94	إناث
100%	200	المجموع

جدول رقم(02): توزيع أفراد العينة حسب الكليات

النسبة المئوية	أفراد العينة	الكليات
14%	29	اللغات و الفنون
17%	34	العلوم الطبية
5%	10	العلوم الدقيقة
10%	19	العلوم الطبيعية و الحياة
14%	28	العلوم الانسانية و الاجتماعية
18%	36	العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير
9%	18	الحقوق و العلوم السياسية
6.5%	13	الهندسة الكهربائية
6.5%	13	تكنولوجيا
100%	200	المجموع

يتبين من خلال الجدول رقم (2) أن هناك تفاوت النسب المئوية بين الكليات

جدول رقم (03) يبين توزيع الطلبة حسب السن الطلبة

النسبة المئوية	التكرار	السن
34%	68	(22-18)
24%	48	(26-23)
17.5%	35	(30-27)
4.5%	9	(34-31)
12%	24	(38-35)
4.5%	9	(42-39)
3.5%	7	(47-43)

من خلال الجدول أعلاه تبين أن الفئة الكبرى من الطلبة كانت بين مجالين (18-22) حيث قدرت النسبة المئوية ب 34% أما المجال العمري لطلبة (23-26) قدر ب 24% أما المجال الذي يتراوح بين (-39 42) و (43-47) فكانت نسب ضئيلة جدا و ربما يرجع إلى تأخر في الحصول على شهادة البكالوريا أو أسباب أخرى مثل الحصول على العمل أو ظروف أخرى التي تجعلهم يتأخرون في الالتحاق بالجامعة

5- التحليل الإحصائي للبيانات:

حساب الخصائص السيكومترية للمقياس

أ- صدق الاتساق الداخلي

للتأكد من صدق مقياس تم حساب ذلك بطريقة الاتساق الداخلي لل فقرات مع الدرجة الكلية للمقياس و ذلك بحساب معاملات الارتباط بين الدرجة الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس و الجدول التالي يوضح ذلك:

رقم العبارة	ارتباطها بالدرجة الكلية	رقم العبارة	ارتباطها بالدرجة الكلية
1	.496**0	21	0.512**
2	.402**0	22	0.473**
3	.523**0	23	0.586**
4	.608**0	24	0.610**
5	.616**0	25	0.510**
6	.574**0	26	0.539**
7	.640**0	27	0.556**
8	.567**0	28	0.483**
9	.536**0	29	0.687**
10	.560**0	30	0.466**
11	.445**0	31	0.376**
12	.454**0	32	0.521**
13	.432**0	33	0.556**
14	.622**0	34	0.636**
15	.707**0	35	0.636**
16	.475**0	36	0.676**
17	.543**0	37	0.685**
18	.630**0	38	0.450**
19	.599**0	39	0.436**
20	.610**0	40	0.430**

جدول رقم(04): يوضح نتائج معامل ارتباط بيرسون بين درجات البنود و الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية

رقم العبارة	ارتباطها بالدرجة الكلية
41	0.496**
42	0.402**
43	0.523**
44	0.608**
45	0.616**
46	0.574**
47	0.640**
48	0.567**
49	0.536**
50	0.560**

تضح من الجدول رقم (04) أن معاملات الصدق الخاصة بدرجات الفقرات مع الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية كان ارتباطا دالا احصائيا حيث كانت كل قيم معاملات الارتباط دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01. و هذه القيم تشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق

ب- الثبات:

معامل ألفا كرونباخ

يتم حساب معامل الثبات الفاكرونباخ باستخدام برنامج SPSS والذي من خلاله نحسب معامل التمييز لكل سؤال حيث يتم حذف السؤال الذي معامل تمييزه ضعيف أو سالب.

جدول رقم (05): يبين نتائج الفاكرونباخ لمقياس الصحة النفسية.

ثبات ألفا كرونباخ		المقياس
0.94	ذكور	الصحة النفسية
0.93	إناث	

من خلال الجدول رقم (06) المبين أعلاه يتبين لنا أن مقياس العربي للصحة النفسية يتمتع بثبات عالي، حيث قدر معامل الثبات الفاكرونباخ ب 0.94 عند الذكور، 0.93 عند الاناث.

حساب معاملات الثبات

جدول رقم (06): يبين نتائج معاملات الثبات لكل من التجزئة النصفية و سبيرمان بروان و جيتمان

المقياس	معامل التجزئة النصفية	سبيرمان بروان	جيمان
الصحة النفسية	0,95	0.98	0.95

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن مقياس العربي للصحة النفسية يتمتع بمستوى عالي من ثبات، حيث قدرت معاملات الثبات حيث قدر معامل التجزئة النصفية و جيمان ب 0.95 أما سبيرمان بروان قدر ب 0.98

6. الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة الحالية: تم الاعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) نسخة 22، و استعمل من خلالها الأساليب الإحصائية التالية:

- المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لمعرفة درجة الصحة النفسية لدى أفراد العينة
- معامل ارتباط بيرسون لحساب الصدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة
- معامل غوتمان و ألفا كرونباخ و سبيرمان بروان لتأكد من ثبات الأداة المستخدمة
- اختبار T لمعرفة الفروق بين افراد العينة في درجة الصحة النفسية يعزى لمتغير الجنس

7. نتائج الدراسة:

نتائج الفرضية الأولى تنص على: يتمتع أفراد العينة بدرجة مرتفعة من الصحة النفسية النفسية

جدول رقم (07): يبين نتائج متوسط الحسابي و الانحراف المعياري

العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة الفاصلة	معدل الانتشار
200	137.59	27.17	164,76	% 14

من خلال الجدول أعلاه يوضح معدل انتشار الصحة النفسية بين الطلبة الجامعيين و الذي قدر ب 14 % فقط و تعتبر نسبة ضعيفة جدا .

نتائج الفرضية الثانية و التي تنص على: توجد فروق دالة إحصائية في درجة الصحة النفسية حسب الجنس

جدول رقم (8) يوضح نتائج اختبار t لعينتين مستقلتين للفرق بين الجنسين في الدرجة الصحية النفسية

الجنس	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت) t	المستوى الدلالة
ذكر	106	139.54	29,72			
أنثى	94	135,39	23.94	196.24	1.09	غير دالة

يتبين من الجدول أعلاه عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الطلبة و الطالبات في درجة الصحة النفسية، حيث قدرت قيمة ت ب: 1.09 و هي غير دالة إحصائية و هذا راجع إلى تقارب متوسطي درجة الصحة النفسية لدى الذكور و الإناث بدرجة كبيرة، حيث قدر متوسط الحسابي عند الذكور ب 139.54 و الانحراف المعياري قدر ب 29.72 أما بالنسبة للإناث قدر المتوسط الحسابي ب 135.39 أما الانحراف المعياري فكان ب 23.94 و هذه القيم كانت متقارب لكل من العينتين .

و قد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه فاضل و سعدون (2007) في دراستهما لمؤشرات الصحة النفسية لدى عينة من طلبة الجامعيين كما تشابهت مع دراسة خلادي إكرام مباركة (2020) التي كانت بعنوان الصحة النفسية و علاقتها بالتدين عند الطلبة الجامعيين حيث تم تطبيق مقياس العربي للصحة النفسية و مقياس عبد الخالق على عينة من طلبة الجامعيين و أسفرت نتائج الدراسة انه لا توجد فروق في مستوى الصحة النفسية عند الطلبة تعزى لمتغير الجنس .

بينما اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة العبيد (2007) التي كانت بعنوان أهمية الصحة النفسية لدى الطالب الجامعي في جامعة تلمسان – الجزائر، حيث تبين أن هناك فرق بين ذكور و الإناث في مستوى الصحة النفسية من حيث الاكتئاب و التوتر و الغضب لصالح الذكور

الخاتمة:

توصلت نتائج الدراسة الحالية إلى أن الطالب الجامعي في ولاية سيدي بلعباس – الجزائر يتميز بدرجات مقبولة من الصحة النفسية، و هذا ما يجعل لديهم القدرة على المواجهة أو التكيف مع مطالب الحياة الجامعية وخصائصها من بين أهم التوصيات التي نخرج بها هي كالتالي:

- الإهتمام بالتعزيز بالصحة النفسية في الوسط الجامعي من خلال مراكز الدعم النفسي و الإرشاد الجامعي
- تنظيم دورات تدريبية لتعلم السلوكيات الصحة النفسية و العمل على تعزيزها
- تصميم برامج إرشادية و حقائب تدريبية لمساعدة الطلبة الذين يعانون من بعض الاضطرابات التي من شأنها تؤثر على صحتهم النفسية
- العمل على تحسين من جودة الخدمات الجامعية المقدمة للطلاب من مطعم و إيواء و المنحة المالية التي لا تسد حاجات الطالب الجامعي
- رعاية القيم و الأخلاق من الانهيار و إحياء الطاقة الروحية التي يستمدّها الطالب من دينه الحنيف
- تكوين اتجاهات موجبة لدى الطلبة نحو نواتهم و نحو الآخر و نحو الحرم الجامعي و ذلك عن طريق تكوين علاقات تسودها الحب و الاحترام المتبادل و تكون بعيدة عن تعاملات المرضية
- إجراء المزيد من الدراسات المتعلقة بهذا الموضوع و تكون بصورة موسعة أكثر لتشمل جميع جامعات الجزائر
- العمل على انشاء فرق بحث على مستوى العربي لدراسة مستوى الصحة النفسية لدى الطالب الجامعي العربي و العمل على مقارنة هذه الدراسة مع دراسات الغربية من أجل الخروج بحلول و الارتقاء بطالب الجامعي العربي ارتقاء نفسيا و صحيا و عقليا و أكاديميا

قائمة المراجع:

- أحمد محمد عبد الخالق، (2011)، أصول الصحة النفسية، ط2، دار المعرفة الجامعية، حقوق النشر والتوزيع الاسكندرية، مصر ..
- أحمد محمد عبد الخالق، صلاح احمد مراد، (2001)، التقدير الذاتي للصحة النفسية، دراسة لأهم منبئاته، قسم علم النفس، جامعة الكويت، المجلد 11 العدد 4.

- بن شيخ نصيرة، بالزين صفية (2014)، الصحة النفسية وعلاقتها بالأداء الوظيفي لدى عمال المحطة الجهوية للإذاعة والتلفزيون، مذكرة مكملة لنيل شهادة ليسانس، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- بخوش نورس، حميداني خرفية، (2016)، جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طالبات جامعة زيان عاشور، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس، جامعة زيان عاشور، الجلفة.
- حامد عبد السلام زهران، (2005)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط 4، عالم الكتب النشر والتوزيع خلادي اكرام مباركة . (2020) الصحة النفسية و علاقتها بالمتدين لى الطلبة الجامعيين، مذكرة ماستر، جامعة جيلالي ليايس سيدي بلعباس . الجزائر
- عبد العزيز القومي، (1952)، أسس الصحة النفسية، ط 4، ملتزمة الطبع و النشر، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر.
- محمود كاظم محمود التميمي، (2013)، الصحة النفسية مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية، ط 1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- ساعو مراد، (2010)، تأثير السند الاجتماعي (بإبعاده المختلفة) في الصحة النفسية لدى مرضى الغدة الدرقية – دراسة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة مولود معمري، تيزي وزو.
- شافية من حفيظ، هاجر مناع، (2015)، مستوى الصحة النفسية لدى عينة من القابلات العاملات في مؤسسة الاستشفائية متخصصة بالأم والطفل دراسات نفسية و تربوية، مدير تطوير الممارسات النقية و التربوية، ورقلة، الجزائر.
- زينب عبد الرزاق غريب، محمد محمد عبد المنعم، فتحي محمد أبو ناصر، (2008)، الصحة النفسية حقيقة تدريبية أكاديمية جامعة الملك فيصل، السعودية.
- صولي إيمان، (2014)، المناخ المدرسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من تعليم متوسط وثانوي، مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في الصحة النفسية والتكيف المدرسي، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- عبد الله عبد الله، (2008)، الاغتراب النفسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلاب الجامعة رسالة الماجستير، جامعة بن يوسف بن خدة، الجزائر.
- مراد بوزية فاطمة الزهراء، (2012)، مفهوم الهوية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الشباب الجامعي، مذكرة تخرج لنيل شهادة ماجستير في الصحة النفسية والالتماس العلاجي، جامعة أبو بكر بكايد، تلمسان، الجزائر.
- مروان عبد الله دياب، (2006)، دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين أحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين، رسالة لنيل درجة الماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.
- فقيه العيد، (2007)، أهمية الصحة النفسية للطلاب الجامعي، جامعة بلكايد أبو بكر، تلمسان، الجزائر، مجلة جامعة دمشق، المجلد 23، العدد 2.

- كلتوم بلميهوب، (2009)، اثر العلاقة الزوجية على صحة النفسية للأبناء، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، ملف الاضطرابات الوظيفية الاسرية، العدد 21-22.
- كامل حسن كتلو، ناهدة العرجاء، (2016)، الصحة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، المجلد 9، العدد 2.

الصحة النفسية المدرسية

د. عبد الحفيظ جدو.

جامعة عباس لغرور خنشلة- الجزائر

مقدمة:

دخل الانسان القرن الواحد والعشرين يحمل معه من القرن الماضي عبئا ثقيلا من المشكلات الاقتصادية والبيئية والاجتماعية والثقافية والسياسية المعقدة، ومنها ما هو قابل للحل وما يحتاج الى جهود وتكاليف كبيرة، ومنها ما هو خطير شديد التهديد ولا يمكن حله بسهولة. ولعل تراكم والمشكلات وتزايد حدثها، نتيجة طبيعية للتغيرات الهائلة التي شهدها العالم عبر تاريخه الطويل، لكننا نجد في المقابل اننا نمتلك اليوم كما هائلا من المعرفة والادوات العلمية التي تجعلنا قادرين بشكل يتزايد يوميا على مواجهة مشكلات الحياة اليومية وبينها تلك المتعلقة بالصحة النفسية، ونمتلك اساليب اكثر فاعلية لمواجهة القسم الاكبر من هذه المشكلات، على الرغم من ان كثيرا من المشكلات التي نواجهها اليوم متقلبة وغير مألوفا، ولا يحكمها، ولا يحكمها قانون معياري ثابت، يلعب الانسان دورا رئيسيا في كثير منها بوعي او دون وعي. (راضون، 2002، ص17).

لهذا اهتم الانسان عبر العصور من تطوره بالصحة كما نهتم بها اليوم وادرك اهميتها كقيمة عليا، وسعى نحو تحقيقها بشتى الوسائل غير ان مستوى المعرفة لم يكن دائما مواز لمستوى طموحات الفرد الصحية. فالمعرفة تراكمية وهي في كل فترة افضل سابقتها، الا انها لم تكن في اي عصر من العصور موازية لمستوى الوضع الحالي. كما سعى الانسان سعيا حثيثا عبر عصوره المختلفة لفهم طبيعة هذه الامراض واسبابها، فعرف بعضها وغابت عنه معرفة اسباب القسم الاكبر منها، ذلك ان مستوى معرفته في العصور السابقة لم يكن يتيح له التعرف على اكثر مما استطاع معرفته في العصور السابقة لم يكن يتيح له التعرف على اكثر مما استطاع معرفته في ذلك الوقت، تماما كما تواجهنا اليوم كثير من القضايا التي نقف عاجزين عن فهم اسبابها على الرغم امتلاكنا لمستوى من المعرفة يفوق عشرات الالاف من المرات مستوى المعرفة في العصور السابقة، بدءا من عصور ما قبل التاريخ حتى اللحظة الراهنة (ابو سعد، 2015، ص21)

1- المفاهيم الاساسية في الصحة النفسية:

1-1- الصحة: ليس الصحة مجرد خلو الجسم من المرض الاضطراب، ولكنها حالة يتكامل فيها الشعور بالكفاية والسعادة الجسمية والنفسية والاجتماعية، انها حالة نت التوافق التام بين الوظائف البدنية والنفسية المختلفة، والقدرة على مواجهة الصعوبات مع الاحساس الايجابي بالنشاط والحيوية. ويتفق جميع العلماء والاطباء على التعريف العلمي للصحة كما وضعت منظمة الصحة العالمية والذي ينص على ان الصحة

هي " حالة من الرفاهة والسعادة والكفاية الجسمية والنفسية والاجتماعية التامة وليست مجرد غياب المرض او العجز او الضعف." (عبد الله، 2001، ص15).

وإذا تفحصنا هذا التعريف فإننا نلاحظ فيه نقطتين هامتين:-**الاولى**- ان الصحة لا تشمل الجانب البدني فقط (الصحة الجسمية) وانما تمتد لتشمل الجانب النفسي والاجتماعي.-**الثانية**-ليست الصحة مجرد غياب المرض او الضعف وانما هناك جانب ايجابي او شروط اخرى يجب ان تتوافر حتى يتمتع الشخص بصحة كاملة.(عبدالله، 2001، ص16).

وينظر للصحة في المبادئ النظرية الى انها حالة فردية من الاحساس بالعافية يكون فيها الفرد قادر على تحقيق التوازن بطريقة مناسبة بين المتطلبات الجسدية والمتطلبات الخارجية للبيئة. والمظهر الحاسم للصحة هو الشعور الشخصي للاحساس بالعافية والسعادة والسرور او بتعبير اخر هل ليست مجرد الحالة الموضوعية وانما الحالة الشخصية التي تتجلى فيها القيم الشخصية والثقافية للفرد. وهناك اتجاهان في فهم الصحة-1-الاتجاه القائم على المنشأ المرضي.2-الاتجاه القائم على المنشأ الصحي'(ابوسعد، 2015، ص30).

1-2- تعريف الصحة النفسية: تعريفات الصحة النفسية عديدة ومتنوعة انطلاقاً من الاطار الذي وضعته لجنة الخبراء في وحدة الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية، واما مقوماتها التي نعني بها في هذا المقام خصائصها او صفاتها او مؤشرتها فإنها تتجاوز العشرات. فهناك العديد من الاختصاصيين قدم كل منهم قائمته الخاصة به، المستمدة الى تصوره لحالة الصحة النفسية وكيف يتعين ان تكون. ولذلك تجابه الباحث صعوبة جدية في تعريف محدد وقاطع. كما انه يكاد يتعذر التوافق على لائحة المقومات، ولو ان هناك توافقاً يشبه الاجماع بين الخبراء ان الصحة النفسية هي حالة تتجاوز غياب المرض. وحتى هذه النقطة يمكن ان تكون خلافة الى حد بعيد.(حجازي، 2004، ص28).

لهذا ليس من السهل وضع تعريف موحد لمفهوم الصحة النفسية حيث لا توجد مقاييس محددة كما ولا نوعاً يمكن من خلالها قياس السلوك البشري بمختلف الاوقات بعكس الامراض البدنية التي يمكن تحديدها من خلال الاعراض والفحوصات المستخدمة، وهذا ما لا ينطبق على الجوانب النفسية ولذلك فان تعريفات الصحة النفسية متعددة ومتباينة تبعاً للاختلافات البيئية والاجتماعية والثقافية. ولعل نصل الى تعريف الصحة النفسية من خلال تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة، بانها " حالة من المعافاة الكامنة بدنياً ونفسياً وعقلياً واجتماعياً وروحياً، وليس مجرد الخلو من المرض او العجز". (الشهري، 1434، ص20). وعليه فيمكن الوصول الى تعريف الصحة النفسية التي يكون فيها الفرد متوافقاً (نفسياً وشخصياً وانفعالياً واجتماعياً) مع نفسه ومع بيئته ويشعر بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وامكاناته الى اقصى حد ممكن، وقادر على مواجهة مطالب الحياة او كما عرفتها منظمة الصحة العالمية بانها حالة من العافية التي يحقق فيها الفرد قدراته ويمكن ان يتغلب على الاجتهادات العادية في الحياة، ويمكن ان يعمل بإنتاجية مثمرة ويكون قادراً على المساهمة في مجتمعه. اذن الصحة النفسية تحدد من خلال ثلاثة امور وهي:

شعورنا تجاه انفسنا: من خلال معرفة قدرتنا وسعيها لاستكمال نواقصنا واستمتاع بما وهبه الله لنا، وقدرة على التعامل مع كل الاحوال والمواقف وشعور بارتياح بالرضا والسرور مع عدم تأثيرها في عواطفنا، كالخوف والقلق والغضب والحسد والحب.

شعورنا تجاه الآخرين: من خلال اقامة علاقات متينة ودائمة مع الآخرين الثقة والاحترام المتبادل الشعور نحوهم بالمسؤولية.

مواكبة متطلبات الحياة اليومية: من خلال حل المشكلات ، وتحمل المسؤوليات، والتكيف مع البيئة والظروف المحيطة والاستفادة من التجارب القادمة.

ان هذه الامور الثلاثة(أناو الناس، والحياة)لا يمكن فصلها عن بعضها، فالإنسان لا يستطيع العيش الا مع الاخرين في هذه الحياة يؤثر فيهم ويتأثر بهم، وكلما كانت خلاصة هذا التفاعل ايجابية كلما ارتفعت الصحة النفسية للمجتمع.(الشهري، 1434، ص20-21).

1-3- اهمية الصحة النفسية: إن اهمية الصحة النفسية تكمن في كونها تقدم خدمات لكل من الفرد والمجتمع وكما يأتي:

1-3-أ-اهيمة الصحة النفسية بالنسبة للفرد:ان الصحة النفسية مهمة جدا للفرد وذلك لعدة امور نجملها في ما يلي:

-فهم الذات: فالفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية هو الفرد المتوافق مع ذاته فهن يعرف ذاته ويعرف حاجاتها واهدافها.

-التوافق: ويعني ذلك التوافق الشخصي بالرضا عن النفس وفهم نفسه والاخرين من حوله.
-الصحة النفسية تجعل حياة الفرد خالية من التوتر والاضطراب والصراعات المستمرة مما يجعله يشعر بالسعادة مع نفسه

-الصحة النفسية تجعل الفرد قويا تجد الشدائد والازمات وتجعل شخصيته متكاملة تؤدي وظائفها بشكل متكامل ومتناسق.

-الصحة النفسية تجعل الافراد قادرين على التحكم بعواطفهم وانفعالاتهم وبالتالي تجعلهم يسلكون السلوك السوي ويبتعدون عن السلوك الخاطئ

-ان الهدف النهائي للصحة النفسية هو ايجاد اكبر عدد من الافراد الاسوياء.(ابوسعدي، 2015، ص45)
1-3-ب- اهمية الصحة النفسية بالنسبة للمجتمع: إن الصحة النفسية مهمة بالنسبة للمجتمع بمختلف مؤسساته لأنها تهتم بدراسة وعلاج المشكلات الاجتماعية التي تؤثر على نمو شخصية الفرد ويمكن ان نورد بعض النقاط الهامة لأهمية الصحة النفسية للمجتمع:

-الصحة النفسية السليمة بالنسبة للوالدين تؤدي الى تماسك الاسرة والذي يؤدي الى خلق جو ملائم لنمو شخصية الطفل المتماسكة وتجعل الافراد اكثر قدرة على التوافق الاجتماعي.

-تعد الصحة النفسية ذات اهمية للمدرسة حيث ان العلاقة السوية بين الادارة والمدرسين وبين المدرسين وانفسهم تؤدي الى نموهم السليم والذي يعكس على نمو التلاميذ فينمو نموا سليما كذلك فان العلاقة الجيدة بين المدرسة والبيت تساعد على النمو النفسي للتلميذ.

-الصحة النفسية مهمة للمجتمع لأنها تهتم بدراسة وعلاج المشكلات الاجتماعية التي تؤثر على نمو شخصية الفرد وعلى المجتمع الذي يعيش فيه.

- الصحة النفسية للمجتمع في غاية الاهمية لان المجتمع الذي يعاني من التمزق وعدم التكامل بين مؤسساته هو مجتمع مريض، لذلك نستنتج مما سبق اهمية الصحة النفسية للفرد والمجتمع وقدرتها على تحقيق اكامل والنماء والسعادة.(ابوسعدي، 2015، ص46)

1-4-مؤشرات الصحة النفسية: إن للصحة النفسية علامات تم عنها، ومؤشرات ترشد اليها ودلالات تدل عليها والتي تشير الى مظاهر سلوكية محددة يتوافر الكثير منها لدى الفرد المتمتع بدرجة عالية من الصحة النفسية، حيث ان هذه المؤشرات تعتبر مؤشرات نوعية منها ما هو ذاتي لا يشعر بها الا صاحبها ومنها ما هو خارجي يشعر به ويدركه الاخرون حيث تتمثل هذه المؤشرات فيما يلي:

-التوافق الذاتي: هو نجاح الانسان في التوافق بين دوافعه وحسن تكيفه مع نفسه ورضاه عنها والتحكم فيها وحسم صراعاتها.(الشمري، 1434، ص21).

-التوافق الاجتماعي: ويقصد به حسن التكيف مع الآخرين في مجالات الاجتماعية التي تقوم على العلاقات بين الافراد، واهمها الاسرة والمدرسة والجامعة والمهنة ويتضمن نجاح الفرد على اقامة عاقات اجتماعية وتتسم هذه العلاقات بالتعاون والحب والتسامح والايثار والثقة والتبادل والاحترام والتقبل.

-الشعور بالسعادة وراحة البال: والادلة على ذلك كثيرة ، كالشعور بالطمأنينة، والامن والرضا عن النفس، وتقبلها واحترامها والاستمتاع بالحياة، ورضا الفرد عنها وما قسمه الله فيها.

-معرفة قدرات النفس وحدودها: فكل منا قدرات وامكانيات بدرجة معينة ومن الثابت ان لكل فرد جوانب قوة وجوانب ضعف ومن بين مظاهر لصحة النفسية ان يدرك الفرد هذه الحقيقة، ويستثمر فيها جوانب قوته ويتقبل نواحي ضعفه ويكون عدم معرفة قدرة النفس من التفريط بمعنى تحقير نفسه وبخس حقها والاقلال من قدرها.

-مواجهة الاحباط: حيث لا تخلو الحياة اليومية من الازمات والشدائد او الصعوبات التي يتعين على الفرد مواجهتها، ومحاولة حلها، والتغلب عليها، وكلما كانت درجة الاحباط مرتفعة كلما كان الفرد اكثر تحملا للشدائد ومواجهتها.

-النجاح في العمل ورضاه عنه: والتي تعتبر من المظاهر السلوكية التي تبرهن على الصحة النفسية. -الاستمتاع في الحياة: يستمتع الفرد بما احل الله له من الطيبات والخيرات وجمال الحياة ويكون مستبشرا و متفائلا بها، والانفعال والتأثر به.

-حسن الخلق: يصبح الانسان ذو الصحة النفسية على خلق عظيم في اكثر ما يعرض له من اقوال او مواقف، حيث يتجنب الآثام والمعاصي ويبتعد عن الكبائر والصغائر ولا يقربها.

-الخلو النسبي من الاعراض: فكلما قلت مظاهر الاضطراب النفسي دل ذلك على مدى الاستقرار النفسي للفرد.(الشمري، 1434، ص22).

1-5-مناهج الصحة النفسية: يوجد ثلاثة مناهج اساسية في الصحة النفسية:

المنهج الانمائي: هو منهج انشائي يتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق لدى الاسوياء خلال رحلة نموهم حتى يتحقق الوصول بهم الى اعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية. ويتحقق ذلك عن طريق دراسة الامكانيات والقدرات وتوجيهها التوجيه السليم (نفسيا وتربويا ومهنيا) ومن خلال رعاية مظاهر النمو جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا بما يضمن اتاحة الفرص امام المواطنين للنمو السوي تحقيقا للنضج والتوافق والصحة النفسية.

المنهج الوقائي: ويتضمن الوقاية من الوقوع في المشكلات والاضطرابات والامراض النفسية. ويهتم بالأسوياء والاصحاء قبل اهتمامه بالمرضى لوقايتهم من اسباب المرض النفسية بتعريفهم بها وازالتها او لا بأول. ويرعى نموهم النفسي ويهيئ الظروف التي تحقق الصحة النفسية وللمنهج الوقائي مستويات ثلاثة تبدأ بمحاولة منع حدوث المرض ثم محاولة تشخيصه في مرحلته الاولى بقدر الامكان ثم محاولة تقليل اثر اعاقته وازمان المرض. وتتركز الخطوط العريضة للمنهج الوقائي في الاجراءات الوقائية الحيوية الخاصة بالصحة العامة والنواحي التناسلية، والاجراءات الوقائية النفسية الخاصة بالنمو النفسي ونمو المهارات الاساسية والتوافق المهني والمساندة اثناء الفترات الحرجة والتنشئة الاجتماعية السليمة، والاجراءات الوقائية الاجتماعية الخاصة بالدراسات والبحوث العلمية، والتقييم والمتابعة، والتخطيط العلمي للإجراءات الوقائية ويطلق البعض المنهج الوقائي اسم "التحصين النفسي"

المنهج العلاجي: ويتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والامراض النفسية حتى العودة الى حالة التوافق والصحة النفسية ويهتم هذا المنهج بأسباب المرض واعراضه وتشخيصه وطرق علاجه وتوفير المعالجين والعيادات والمستشفيات النفسية. (زهران، 2001، ص12)

2- الصحة النفسية و المدرسة:

2-1- المدرسة: هي المؤسسة التي انشأها المجتمع لمباشرة عملية التنشئة الاجتماعية لا بنائه، فهي تحقق للتلاميذ فرصة اكتساب مميزات لها قيمة في الحياة العملية والميدانية، حيث يكتسب المعارف والقيم الاخلاقية، وكل ما تعجز الاسرة عن توفيره له، كما يجب ان تساهم بدور كبير كل من فيها المعلم والادارة في فهم مشكلاتهم المرتبطة بأهم المراحل النمو النفسي، والاجتماعي لشخصيتهم. (بوخروبة، 2012، ص107).

وتعد السنة السادسة من العمر من اهم المجالات الحياتية بالنسبة للأطفال الى جانب الاسرة.ومنذ اللحظة الاولى للالتحاق الطفل بالمدرسة تحتل الحياة المدرسية الجزء الاكبر من حياة الطفل سواء في البيت ام في المدرسة، وتؤثر على سلوك الأطفال والاسرة، وحتى بلوغ الأطفال السن التي يكونون فيها مؤهلين لدخول المدرسة فإنهم يكونوا قد واجهوا وتغلبوا على مجموعة كبيرة من المطالب النمائية. وتنتظرهم عند الدخول الى المدرسة مجموعة اخرى من المطالب النمائية المعقدة والصعبة التي يتم اقامتها من الخارج. ولعل اهم المطالب النمائية تتمثل في مواجهة مطالب الانجاز المدرسي التي تعد بالنسبة لمستقبل الطفل اهم من المطالب النمائية التي تمتلك عواقب بعيدة عن حياة الطفل. وفيما اذا كان باستطاعة الطفل ان ينمي استراتيجيات سلوكية وتفاعلية وتواصلية، فان ذلك يتعلق بكفاءته الكلية التي اكتسبها(راضوان، 2002، ص554).

ويتوافق ذهاب الطفل الى المدرسة الابتدائية مع بداية رحلة هامة من مراحل نموه تتضمن مهام جديدة على مستوى بناء كيانه ومشروعه الوجودي، انها بداية مرحلة الفطام النفسي عن الالهل، والشروع في بناء الاستقلال الذاتي. في المدرسة تتكسر العلاقات الافقية الندية مع الاتراب بعد ان كان يغلب على علاقاته الاسرية الطابع العامودي(رعاية والديه-تبعية- وتسلسل التعاقب وبالتالي المكانة بين الاخوة).وهنا تطرح بشكل مميز في صبغته الانفعالية والنفسية حالة استعداده لهذا الاستقلال النفسي: الى اي مدى تم تهيئته في الاسرة لهذا الدور والمكانة الجديدين ، كي يتحول الذهاب الى المدرسة الى فرصة نماء وانطلاق في العالم الخارجي الرحب. وفي المقابل ماهي مقدار الصعوبات التي سيلاقها اذا بقى رهينة العلاقات الاولى وعالمها المغلق.؟(حجازي، 2004، ص224).

والذهاب الطفل الى المدرسة هو بعد هام اخر من ابعاده بداية انطلاق الفعلي لمشروع الطفلي المعرفي، انه تكريس رسمي لتلك العملية التي ابتدأت منذ ايام حياته الاولى. فالطفل هو كائن باحث عن المعرفة بالأصل، تظل هذه العملية غير رسمية حتى لحظة دخوله المدرسة. هنا تبدأ العملية المنظمة و المقننة والمكرسة بأنظمة تقويم تحكمها، تحكم بالتالي على مقدار كفاءة الطفل فيها ومدى تقدمه على دروبها. إنه تحول جذري في وضعية ودلالة الطفل مؤسسيا ونفسيا في أن معا. يرسى اسس الاهلية المجتمعية اللاحقة.(حجازي، 2002:ص224).

2-2 المعلم-(المدرس والصحة النفسية): بلعب المدرس دورا هاما في عملية التربية في رعاية النمو النفسي وتحقيق الصحة النفسية للتلميذ، والمدرس ليس ناقل معلومات ومعارف فقط ولكنه ايضا معلم مهارات التوافق، ومشخص مظاهر واعراض اي اضطراب سلوكي، ومصصح ومعالج لهذا الاضطراب، ويجب ان يتمتع المربون انفسهم بالصحة النفسية.

كما يجب حل مشكلات المدرسين وسوء توافقه الشخصي والاجتماعي انفسهم، حيث تتأثر الصحة النفسية للتلاميذ بشخصية المربي الذي يجب ان يكون قدوة صالحة، وكلما كانت العلاقة سوية بين المربين والاولاد وبين الاولاد بعضهم وبعض وبين المدرسة كلما ساعد ذلك على حسن توافقه النفسي وشعورهم بالأمن مما يؤدي الى نجاحه التوفيق وبالخلاصة على المدرس ان يعمل كمربي يعلم ويوجه ويعالج حيث ظهر مفهوم- المدرس- المرشد- والذي يعد من اهم المفاهيم التي يجب ان نضعها في الحسبان عند اعداد المعلم.(ابو سعد، 2015، ص321-322).

2-3- الصحة المدرسية: هي مجموعة المفاهيم والمبادئ والأنظمة والخدمات التي تقدم لتعزيز صحة الطلاب في السن المدرسية، وتعزيز صحة المجتمع من خلال المدارس. والصحة المدرسية ليست تخصصا مستقلا وانما هي بلورة لمجموعة من العلوم والمعارف الصحية العامة كالطب الوقائي وعلم الوبائيات والتوعية الصحية والاحصاء الحيوي وصحة البيئة والتغذية وصحة الفم والاسنان والتمريض.(ابو سعد، 2015، ص332).

2-4- دور المدرسة في تحقيق الصحة النفسية: تعد المدرسة جزءا من المجتمع كما اسلفنا وعليها ان تستجيب للتغيرات الاجتماعية وان تطور مفاهيم تربوية متطورة وحديثة تتناسب وروح العصر. والمدرسة التي تقصر دورها على توصيل المعرفة فقط تعد اليوم مدرسة لا تقوم بدورها الحقيقي ومن ثم يمكن ان تشكل مرتعا خصبا لنمو جميع اشكال المشكلات النفسية. والمدرسة التي تمكن اطفالها من مواجهة المهام النمائية والتغلب عليها وتنمية المهارات والكفاءات الحياتية اللازمة وتجنبهم الاستجابة السلبية لتأثيرات العالم المحيط وتمكنهم من تنمية اساليب فاعلة في مواجهة ما يعترضهم من مشكلات وحلها. والمدرسة الصحية التي ترعى وتنمي الصحة النفسية للأطفال هي المدرسة التي تفتح على المجتمع الخارجي وتستطيع التعاون مع الوالدين وتهتم بالراحة النفسية للأطفال والمعلمين، وتستجيب للتغيرات الطارئة بمرونة وبمفاهيم تربوية مرنة.

والمدرسة الصحية هي المدرسة التي تستطيع اشباع حاجات الاطفال وتنمي لديهم تحمل المسؤولية الذاتية. والتسامح وعدم التعصب والجمود. وتتيح لطلابها تنمية مهاراتهم وقدراتهم بصورة مستقلة. ويمكن قياس مدى توفر المدرسة الصحية من خلال المعايير التالية:

-توفير البيئة الصحية في المدرسة سواء من حيث الموقع ام التصميم والبناء.(راضون، 2002، ص558)
-الخدمة الطبية داخل المدرسة والخدمات الصحية الاخرى الضرورية للتلاميذ والطلاب في المدرسة.
-مدى توفير الفرص لممارسة الانشطة الجسدية والتربية البدنية - سواء داخل اطار اليوم المدرسي ام خارجه.

-التربية الصحية الجسدية والنفسية من اجل تنمية الاتجاهات السليمة نحو السلوك الصحي وتنمية الوعي النفسي عند الطلاب، والتي يقوم بها اشخاص مؤهلين في هذا المجال.

-وجود برامج لتنمية الصحة الجسدية والنفسية للمعلمين والموظفين
-توفير الخدمات الارشادية والعلاجية التي تسعى لتنمية النمو الاجتماعي والانفعالي السليمين، ومواجهة الصعوبات التي تتعرض سبيل الطلبة والمعلمين والوقاية من الاضطرابات النفسية ومواجهة المشكلات الاجتماعية.(راضون، 2002، ص559).

2-5- اهمية الصحة النفسية المدرسية: يمثل الاطفال في هذه المرحلة العمرية(الدراسية) نسبة هامة من المجتمع تصل الى ربع عدد سكان العالم، وتوفر المدرسة فرصة كبرى للعناية بالصحة لهذه الفئة. ويمر كل افراد المجتمع بكل فئاته بالمدرسة، حيث تتوفر الفرصة للتأثير فيهم واكسابهم المعلومات وتوصلهم على السلوك الصحي.

ان هذه المرحلة من العمر مرحلة نمو للطفل وتطور ونضج وتحدث خلالها الكثير من التغيرات الجسمية والعقلية والاجتماعية والعاطفية ولا بد ان تتوفر للطالب في هذه السن المؤثرات الكافية لحدوث هذه التغيرات في حدودها الطبيعية. ويمكن حصر اهمية الصحة النفسية المدرسية كما يلي:
-الصحة المدرسية واسعة الاهتمامات وتتناول موضوعات كبيرة وواسعة ومتشعبة مما يدعو الى برمجة هذه الاهتمامات في برامج محددة الاطر والاهداف.

-مفهوم برامج الصحة المدرسية مفهوم مرن يمكن من خلاله معالجة شتى المشكلات التي تثبت اولوياتها من بين الاهتمامات الصحية.

- ان من الضروري برمجة الافكار وبلورتها والتخطيط جيدا ليسهل تبنيها وتسويقها.(ابوسعدي، 2015، ص322).

-يمكن اللجوء الى برامج الصحة المدرسية كمرحلة انتقالية لتحويل الخدمات الصحية المدرسية من نمها العلاجي السائد الى نمط وقائي منشود، فنجاح برنامج ما من برامج الصحة المدرسية يمهّد لتغيير السياسات المعمول بها بطريقة علمية.

-اسر الطلاب ومنسوبو الاسرة التربوية في حاجة ماسة للتدريب والتعريف بالصحة المدرسية ويتحقق ذلك من خلال مشاركتهم في احدى برامجها، مما يؤدي الى جذب انتباههم واستقطاب اهتمامهم. وتهدف أنشطة وبرامج الصحة النفسية المدرسية الى :

- تقويم صحة الطلاب بالتعرف على المؤشرات الصحية لصحتهم في كافة المجالات.

-حفظ صحة الطلاب والمؤشرات الصحية ضمن المستوى المطلوب، وتعزيز صحتهم.

-تعريف العاملين في المجال التربوي والصحي بأولويات المشكلات الصحية في السن المدرسية.

-اكتساب القائمين على الصحة المدرسية مهارات التخطيط والتنفيذ والتقييم لبرامج الصحة المدرسية

-اكتساب العاملين في المجال التربوي الصحي القدرات والمهارات اللازمة للاكتشاف المبكر للمشكلات الصحية

-تزويد العاملين في المدرسة بمهارات التوعية الصحية بالمدرسة

-معاونة الطلاب والتربويين والعاملين الصحيين في مراقبة وتحسين البيئة الصحية المدرسية

-تقديم الخدمات الصحية التي تقوم وتحفظ وتعزز صحة الطلاب والمجتمع المدرسي

-التنسيق مع الجهات الصحية الأخرى في تقديم الخدمات العلاجية المتقدمة.(ابوسعدي، 2015، ص323).

2-6-اهداف الصحة النفسية المدرسية: لقد تبين مما سبق ذكره مدى التأثير المتبادل بين صحة التلميذ النفسية وبين التعلم المدرسي-المدرسة- ومن اهم ما تهدف اليه الصحة النفسية بالنسبة للمدرسة ما يلي:

-تهيئة علاقات وظروف اكثر مناسبة للنمو السوي للتلاميذ.

-مواجهة الحاجات النفسية الاجتماعية للتلاميذ

-تعديل اتجاهات التلاميذ بما يساير الفلسفة التربوية للمدرسة

-تصحيح اشكال السلوك الشاذ والمنحرف عند التلاميذ ومعالجة مشكلاتهم.(عبد الله، 2001، ص437)

-ان وظيفة الصحة النفسية في المدرسة هي وظيفة وقائية وانشائية بالدرجة الاولى، ثم وظيفة علاجية في بعض الحالات الخاصة تانيا.

وعندما نقوم دور الصحة النفسية في المدرسة- فإننا نستجيب عن الاسئلة التالية ما بشبهها:

-إلى أي حد يعتبر المناخ الاجتماعي للمدرسة مناخا ملائما للعلاقات الاجتماعية الانسانية بين التلاميذ مع بعضهم البعض وبينهم وبين العاملين في المدرسة؟

-ما هي مستويات الصحة النفسية للمدرسين ولكل العاملين بالمدرسة؟

-كيف تؤثر مجموعة الفصل الدراسي على التكيف النفسي والاجتماعي للتلاميذ؟ وماهي الشروط التي يجب مراعاتها في اختيار تلاميذ الصف؟

-ما هي جماعات النشاط المدرسي، وكيف يستفاد منها في تحقيق الصحة النفسية؟

-ما هي العلاقة بين المدرسة والبيت؟ وكيف يتعاونان على تهيئة فرص النمو السوي للتلاميذ؟

-ما هي الاجراءات العلاجية والارشادية التي يجب اتباعها مع الطلاب الذين يعانون مشكلات خاصة؟(عبد الله، 2001، ص438).

2-7-أ- المسؤوليات المدرسية بالنسبة للنمو النفسي والصحة النفسية: من المسؤوليات التي تقع على عاتق المدرسة بالنسبة للنمو النفسي والصحة النفسية للأبناء ما يتم استخدامه في المدرسة من اساليب نفسية عديدة لعل من اهمها: دعم القيم الاجتماعية عن طريق المناهج، وتوجيه النشاط المدرسي، تعليم الادوار والمعايير الاجتماعية والقيم والثواب والعقاب، تقديم نماذج صالحة للسلوك السوي.

وتؤثر العلاقات الاجتماعية في المدرسة على الصحة النفسية للتلميذ والتوافق المدرسي على النحو التالي:

-العلاقات بين المعلم والتلاميذ التي تقوم على اساس من الديمقراطية والتوجيه والارشاد السليم تؤدي الى

حسن العلاقة بين المعلم والتلاميذ والى النمو التربوي النفسي السليم.(ابوسعدي، 2015، ص324).

-العلاقات بين التلاميذ بعضهم وبعض التي تقوم على اساس التعاون والفهم المتبادل تؤدي الى الصحة النفسية

-العلاقات بين المدرسة والاسرة التي تكون دائمة الاتصال تلعب دورا هاما في احداث عملية التكامل بين

الاسرة والمدرسة في عملية رعاية النمو النفسي للتلاميذ.

-التربية عملية حياة يتعلم فيها الفرد الحياة عن طريق نشاطه هو بتوجيه المربي.(ابوسعدي، 2015،

ص325)

2-7-ب-المسؤوليات المدرسية بالنسبة للنمو النفسي والصحة للتلميذ-الطالب:-وتتمثل ما يلي:

-تقديم الرعاية النفسية الى كل طفل ومساعدته في حل مشكلاته والانتقال به من طفل يعتمد على غيره الى

راشد مستقل معتمدا على نفسه متوافقا نفسيا.

-تعليمه كيف يحقق اهدافه بطريقة ملائمة تتفق مع المعايير الاجتماعية مما يحقق توافقه الاجتماعي.

-مراعاة قدراته في كل ما يتعلق بعملية التربية والتعليم.

-الاهتمام بالتوجيه والارشاد النفسي للتلميذ.

-الاهتمام بعملية التنشئة الاجتماعية في تعاون مع المؤسسات الاجتماعية الأخرى خاصة الاسرة.

-مراعاة كل ما من شأنه ضمان نمو الطفل نموا نفسيا سليما.(زهران، 2001، ص18-19)

2-8-خصائص البيئة المدرسية المعززة للصحة النفسية:تعتبر البيئة المدرسية منبعا اصيلا ومنبرا مهما

للطلاب، والتي تعكس فيه مدى اهتمامها بالمتعلمين واحترامها لهم كأفراد، والتي يجب ان تتوفر بها البيئة

المثالية، وذلك من خلال تشجيع الطلاب وتحفيزهم على المشاركة والابداع، ومساعدتهم على تحقيق

الاهداف التعليمية و التربوية المرجوة.

كما ان الجو المدرسي الذي تسوده الود والحرية والتفاهم والشورى، والذي يتمكن فيه الطلاب من ابداء

اراهم والتعبير عن افكارهم، ومشاركتهم معلمهم في اتخاذ القرارات الخاصة بهم، يلعب دورا مهما في

تدعيم الصحة الطلاب النفسية، ونموهم السليم حيث ان المدرسة بما اتاحتها من الوان النشاط المختلفة

بجانب ما يتعلمه الطالب فيها، يجد نفسه راغبا في ممارسة انواع النشاط المختلفة(الثقافي-الاجتماعي-

الرياضي---الخ).والتي لها دور كبير في التأثير على نفسية الطلاب من خلال اعلاء دوافعهم وتأكيد

ذواتهم واكتساب المزيد من الخبرات الاجتماعية لديهم.

تعتبر الصحة النفسية من اولويات المدارس المعززة للصحة. وذلك لأهمية الحالة النفسية للطلاب في العملية التربوية والتحصيل الدراسي، ولهذا برزت من خلالها مجموعة من المعايير التي تعزز الصحة النفسية داخل المدارس وهي:

2-8-أ-معايير متعلقة بالبيئة المدرسية الحسية والنفسية والاجتماعية:

-توفر بيئة حسية امنة ونظيفة ومطابقة للمواصفات والشروط الصحية المعتمدة في مختلف النواحي البيئية(المقصف، المبنى، مياه الشرب، الخ).

-وجود مرشد طلابي في المدرسة يتابع مشاكل وقضايا الطلاب النفسية، ويقدم الخدمات الارشادية المناسبة.

-تطبيق برامج لاكتشاف الحالات النفسية، والاجراءات المتخذة حيالها والتوصيات المشار اليها والحالات المحالة للجهات ذات الاختصاص، وما يتوفر من معلومات عن هذه الحالات في السجلات الطبية والارشادية.

-توفر الرعاية النفسية الخاصة للطلاب المضطربين نفسيا وسلوكيا وذوي الاحتياجات الخاصة، والتنسيق مع الجهات العليا ذات الاختصاص للمتابعة والتقييم.

-تطبيق البرامج التوعوية والارشادية للوقاية من الاضطرابات النفسية والسلوكية.

-تضمين مشاركات الاهل والمؤسسات الاجتماعية الاخرى في البرامج والانشطة النفسية المدرسية المختلفة.(الشمري، 1434هـ، ص24)

-تنفيذ الانشطة والبرامج في الصحة النفسية داخل المدرسة(توعية صحية، اكتشاف مبكر، ترفيهية).

-مشاركة الطلاب في مختلف النشاطات التي تتعلق بالصحة النفسية واطاحة الفرصة للتعبير عن آرائهم حول القضايا والمشاكل التي تعنيهم.

-تخصيص جزء من أنشطة وفعاليات التوعية الصحية للإرشاد والصحة لفسية مثل:(محاضرات، ندوات، معارض ، ورش عمل، ... الخ) وتوجيهها لتعديل السلوك وتقويمه.

2-8-ب-معايير متعلقة بالكادر التربوي:

-توفر نماذج قيادية صالحة من المعلمين والكوادر التربوية الاخرى لتعلم السلوك والشخصية السوية والتوافق النفسي.

-التعرف والاطلاع على اهمية الصحة النفسية للطلاب وأسس تعزيزها داخل المدرسة.

-الالمام بمراحل النمو ومتطلباتها واسس التعامل مع كل مرحلة عمرية مختلفة.

-الالمام بمهارات التواصل واساليب تعليم مهارات الحياة.

-التدريب والتعليم على مختلف طرق واساليب الكشف المبكر عن الاضطرابات النفسية واساليب التعامل معها.

-وجود علاقات اجتماعية طيبة بين لمعلمين داخل البيئة المدرسية، تقوم على اساس المحبة والاحترام والتعاون المتبادل.

2-8-ج-معايير متعلقة بالمناهج والكتب والسجلات:

-مراعاة المناهج الدراسية لحاجات وميول الطلاب.

-التركيز على مهارات الحياة وتعلمها.

-التناسب مع البيئة والقيم الاجتماعية المختلفة والسلوكيات المحيطة بها.

-توفر تقارير وسجلات واحصائيات منظمة للأمراض والاضطرابات النفسية والاحالات للجهات المختصة، على ان تشمل ما يلي:(الشمري، 1434هـ، ص25)

- الذين يعانون من تكرار حالات الرسوب.
- الذين يعانون من تكرار حالات تدني مستوى التحصيل الدراسي.
- الذين يعانون من تكرار حالات التغيب المستمر عن حضور للمدرسة.
- الذين يعانون من تكرار حالات العنف المدرسي.
- الذين يعانون من مشاكل اجتماعية داخل اسرهم.
- الذين يعانون من حالات مرضية مزمنة.
- الذين يعانون من اعاقات وتشوهات جسمية بمختلف انواعها.
- عدد المدخنين وحالات التدخين داخل نطاق المدرسة.
- عدد حالات الادمان.
- عدد حالات العنف والاعتداء وخرق القوانين وتعاليم الشريعة.
- عدد حالات الاعتداء والتحرش الجنسي.(الشمري، 1434، ص26)

3-المكونات الثمانية للصحة النفسية المدرسية:

3-1-التربية الصحية: تعني مجموعة الانشطة التي تقدم بطريقة مدروسة في اطار واضح بهدف تغيير ثلاث جوانب في الفئة المستهدفة(المعرفة-الاتجاه- السلوك). وتركز التربية الصحية على:

- أ-الظروف والسلوكيات التي تعزز الصحة، والتي تعيقها.
- ب-المهارات اللازمة لتطوير السلوك الصحي وإيجاد مناخ معزز للصحة.
- ج-المعرفة والاستعداد والمعتقدات والقيم المرتبطة بالسلوك الصحي وتدعيمه.
- د-تقديم القدوة في ممارسة المهارات والسلوكيات الصحية.

3-2-البيئة المدرسية: لا تنفصل البيئة المدرسية عن بيئة المجتمع الموجودة فيه، وللبيئة المدرسية دورها المؤثر سلبا او ايجابا في صحة الطلاب، وفي جعلهم يفعلون كل قدراتهم الكامنة، ومن الصعب تربية الطلاب على مبادئ التربية الصحية في المدرسة بصورة فعالة في بيئة مدرسية غير صحية. وتنقسم البيئة بصفة عامة(وكذلك البيئة المدرسية)الى بيئة حسية وبيئة معنوية ويظهر ذلك:(ابوسعد، 2015، ص325).

- أ- البيئة الحسية: تشمل الموقع والمباني والاثاث والمعدات والمرافق الرياضية المياه والصرف الصحي واصحاب البيئة المدرسية.
- ب-البيئة المعنوية: تشمل التكوين الاجتماعي والنفسي للمدرسة كمنظور تعزز الصحة لدى الطلاب كتتمية العلاقات الانسانية في المدرسة.

3-3- الخدمات الصحية:

بقصد بها الخدمات المتعلقة بالصحة والمرض وتنقسم الى:

- أ- الخدمات الوقائية: تشمل الوقاية من المرض والمشكلات الصحية الشائعة في المجتمع المدرسي(التطعيمات والعزل الصحي)، وتقديم الاسعافات الاولية عند الضرورة، وخدمات الاكتشاف المبكر للمشكلات الصحية والتدخل المبكر الممكن لعلاجها، واحالتها الى الخدمات العلاجية المختصة ومتابعة الحالات والتعامل مع الحالات المزمنة.

ب-الخدمات العلاجية: تشمل الكشف الطبي على المصابين بأمراض حادة او مزمنة وعلاجهم.

3-4-الصحة النفسية والارشاد:ينبغي تناول الخدمات الصحية والارشاد النفسي في اطار المفهوم الشامل للصحة النفسية، على انها امتلاك القدرات والمهارات التي تمكن الفرد من التعامل مع التحديات اليومية بالشكل المناسب، وتشمل الخدمات الصحية النفسية والارشاد كل الخدمات والبرامج المنفذة في المدرسة في

جانب الوقاية والاكتشاف المبكر للمشكلات النفسية الشائعة في السن المدرسية.(ابو السعد، 2015، ص326).

وينبغي ان لا تقصر مثل هذه الخدمات على الحالات السلوكية التي تؤثر على تحصيل الطالب او سير التعليم في الفصل والمدرسة، بل ينبغي ان تشمل كل الطلاب وبفعاليات يشترك فيها اكبر عدد ممكن من المعلمين ان لم يكن كلهم. ومن غير المنطقي الانتظار حتى تظهر المشكلات السلوكية والنفسية في سن المراهقة(قد يصعب علاجها). بل يجب المبادرة بالوقاية مبكراً، ومن خلال اليات تربوية صحية مبتكرة تبدأ في سن مبكرة، بين طلاب المدارس الابتدائية وذلك اضافة الى خدمات الدعم والارشاد والتوجيه النفسي الاجتماعي.

3-5- الاهتمام بصحة العاملين: تكتمل الشمولية المطلوبة في تعزيز الصحة في المدارس عندما تشمل الصحة العاملين من معلمين مسؤولين وإداريين، وكادر المدرسي خصوصية في نوعية المشكلات الصحية التي ينبغي الاهتمام بها مقارنة بالمشكلات الصحية لدى الطلاب (الامراض المزمنة مثل داء السكري، السمنة ارتفاع ضغط الدم، اختلال دهون الدم، دوالي الساقين، بعض امراض العيون امراض الفم والاسنان... وغيرها).

وتشمل الخدمات الصحية للعاملين الوقاية من المشكلات الصحية ذات الاولوية لهذه الفئة العمرية، والتدخل المبكر، والاحالة للخدمات العلاجية، ومراعاة الظروف الصحية الخاصة.

3-6- التغذية وسلامة الغذاء: يسود في بعض الاوساط التربوية وبين اولياء الامور اعتقاد مفاده ان المقصف المدرسي يجب ان يقدم وجبة غذائية متكاملة، وهذا يتنافى مع اسس التغذية السليمة حيث ان وجبة الافطار ذات اهمية كبيرة جدا وان مكانها الطبيعي هو البيت وليس المدرسة.

وينبغي ان بنظر المقصف كمكان لتقديم وجبة تكميلية خفيفة وليس مكانا لتقديم بديل عن وجبة الافطار، وينبغي ان تشمل التدابير الصحية الغذائية بالمدرسة مراقبة المقصف المدرسي من حيث البنية والمحتوى ومراقبة صحة العاملين في تخضير الطعام وتداوله ومراقبة ما يتاح للطلاب من اطعمة داخل المدرسة(سواء التي يقومون بشرائها من المقصف المدرسي والتي يحضرونها من بيوتهم). او خارجها من قبل باعة جائلين وغيرهم والوقاية من التسمم الغذائي ورفع الوعي الغذائي في المجتمع المدرسي وتوصيل الرسائل الصحية الى اولياء امور الطلاب واسرهم.(ابو سعد، 2015، ص327-328).

3-7- التربية البدنية والترفيه: هناك ارتباط وثيق بين التربية البدنية والتحصيل الدراسي، ومن مواصفات التربية البدنية المدرسية المثالية:

أ-يتم تناولها من حيث كونها عادة تمارس على مدى الحياة من منطلق الوعي بمرودها الصحي ولا يتم تناولها في اطار المنافسات الرياضية التي تتطلب مهارات عالية.

ب-تهدف الى رفع مستوى اللياقة البدنية والنفسية للطلاب، وايجاد فرصة للترفيه عن الطلاب وتشجيع المشاركة الاجتماعية بين الطلاب والمعلمين، ودون ان تزيد عن التنافس بينهم او تسئ الى البيئة النفسية في المدرسة.

3-8- الاهتمام بصحة المجتمع المجاور: لا تنفصل القضايا المتعلقة بالصحة في المدرسة عن لمجتمع، ويجب النظر الى المدرسة كفرصة لتعميق الانتماء الى المجتمع لدى الطلاب، كأداة للتغيير في المجتمع ومنها تنطلق الخدمات والانشطة المتعلقة بالصحة لإحداث التغيير الايجابي في صحة المجتمع، ومن امثلة هذه الخدمات: قيام المدرسة بنشاط صحي في المجتمع المحيط يتناول قضية مثل اصحاب البيئة والوقاية من الحوادث والاصابات، او الدعوة الى النشاط البدني والرياضة بين افراد المجتمع المحلي... وغير ذلك. وتتبع اهمية علاقة المدرسة الصحية بالمجتمع من الحقائق التالية:

1. تحوي المدرسة طلابا هم عينة ممثلة للمجتمع بكل مؤشرات الصحة (يمثلون ربع سكان العالم).
2. السن المدرسية فرصة لاكتشاف المبكر للمشكلات الصحية (وغير الصحية) السائدة في المجتمع وعلاجها.
3. المدرسة فرصة كبيرة وغير مستغلة للوقاية من المشكلات الصحية الموجودة في المجتمع.
4. المدرسة فرصة للتأثير في السلوكيات الصحية على مستوى الطلاب وعلى مستوى المجتمع كله. (ابوسعدي، 2015، ص328-329)

4-مجالات تطبيق الصحة النفسية في المدرسة: تتعدد مجالات تطبيق الصحة النفسية في فلسفتها وفي ادارتها وفي مناهجها ومدرسيها والعناية بتلاميذها والعلاقات بين المدرسة والاسرة... الخ.

1. ان المدرسة التقدمية والتربية التقدمية بعكس المدرسة التقليدية والتربية التقليدية – رسالتها التربوية بمعناها الواسع، فالتربية عملية حياة يتعلم فيها الفرد الحياة عن طريق نشاطه هو وتوجيه المربي. و وظيفة المدرسة التقدمية وهدف التربية التقدمية هي تكوين ونمو وتوجيه شخصية التلميذ من كافة جوانبها جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا في توازن وتوازن.

2. ان التحصيل العلمي واكتساب المعارف والمعلومات ليس-ولا ينبغي ان يكون-بؤرة تركيز المدرسة، ولكن يجب ان يضاف الى ذلك الاهتمام بتوافق التلميذ شخصيا واجتماعيا وبصحته النفسية والجسمية ويتكويّن عادات سلوكية سليمة واتجاهات موجبه نحو المدرسة ونحو العمل ونحو الاشخاص بصفة عامة حتى يشب انسانا صالحا.

3. وفي وضع المناهج يجب عمل حساب الصحة النفسية للتلاميذ والمربين ايضا. فيجب ان تكون المناهج مناسبة تراعي حاجات التلاميذ قدراتهم. ويجب ان يكون المنهج مرتبطا بمواقف الحياة الطبيعية والعمل على احداث التوافق مع مواقف الحياة. كذلك يجب الاهتمام بملاءمة المناخ الاجتماعي في المدرسة داخل وخارج الفصل وفي النشاط المنهجي والنشاط خارج المنهج، باختصار يجب عمل حساب كل الخصائص النفسية للتلميذ حسب مرحلة النمو التي يمر بها.

خاتمة:

ان من ابرز اهداف الصحة النفسية هي تنمية الاتجاهات السلوكية البناءة لدى الفرد وتجنبه السلوكيات المضطربة وغير سوية والهدامة ليصبح فردا صالحا في مجتمعه من خلال النمو المتكامل لشخصيته (جسديا-نفسيا-انفعاليا- اجتماعيا-) اي بناء شخصية متوافقة ومتوازنة واعداه اعدادا صحيحا نفسيا في اي قطاع من قطاعات المجتمع. من خلال برامج الصحة النفسية في كل قطاع من قطاعات الحياة يتم الوصول الى هذه اهم الاهداف المرجوة منها ، وكان لازما ان يمر الفرد عبر مراحل نمو مختلفة وكذا عبر مؤسسات مختلفة ومنها المدرسة التي تشكل النواة الثانية للتنشئة الاجتماعية بعد الاسرة حيث توسع لديه دائرة المعارف والقيم والاتجاهات في شكل منظم ويتفاعل الطفل التلميذ مع محيطه المدرسي بما فيه من معلمين زملاء وحتى المناهج الدراسية تفاعلا حقيقيا يزوده علما وثقافة وتنمو شخصيته من كافة جوانبها.

ولهذا في ضوء ما سبق توجد علاقة وثيقة وقائمة بين الصحة النفسية والمدرسة حيث نجد ان التربية تشترك في كثير من اهدافها مع الصحة النفسية ا وان اختلفت في بعض وسائل تحقيق هذه الاهداف اذ يعملان لتحقيق هدف مشترك هو اعداد بناء الشخصية المتكاملة للفرد سواء في المدرسة او المجتمع بطريقة تجعله اكثر قدرة على تنمية طاقاته وقدراته ومهاراته واكثر كفاءة للتوافق مع مجتمعه وممارسة حياته العلمية والعملية بما يتناسب مع ميوله واتجاهاته وامكانياته الجسدية والعقلية شاعرا بالسعادة والصحة والتوافق النفسي.

قائمة المراجع:

1. ادم، حاتم، (2010)، *الصحة النفسية للطفل*، (ط.10)، دار الكتب المصرية.
2. ادم، حاتم(2005)، *الصحة النفسية للمراهقين*، (ط.1)، مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع والترجمة
3. ابو سعد، احمد، (2015)، *الصحة النفسية-منظور جديد-*، (ط.1)، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.
4. ابو سعد، احمد، (2010)، *علم النفس الارشادي*، (ط.1)، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.
5. بخروبة اليامنة، (2012)، *الصحة النفسية والمدرسة أبحاث نفسية وتربوية*، (5)، 105-122.
6. حجازي، مصطفى، (2004)، *الصحة النفسية- منظور دينامي تكاملي للنمو-البيت والاسرة*، (ط.2)، المركز الثقافي العربي.
7. داود، البارئ، (2004)، *الصحة النفسية للطفل*، (ط.1)، أثيرك للنشر والتوزيع.
8. الدسوقي، مجدي، (2007)، *دراسات في الصحة النفسية*، مكتبة الانجلو المصرية.
9. رضوان، سامر، (2002)، *الصحة النفسية*، (ط.1)، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.
10. زهران، حامد، (2001)، *الصحة النفسية والعلاج النفسي*، (ط.3)، عالم الكتب.
11. الشمري، سليمان، (1443هـ)، *دليل الصحة النفسية المدرسية*، (ط.1)، مكتبة الملك فهد الوطنية.
12. عبد اللطيف، مدحت، (1999)، *الصحة النفسية والتفوق الدراسي*، دار المعرفة الجامعية.
13. عبد الله، محمد قاسم، (2001)، *مدخل الى الصحة النفسية*، (ط.1)، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
14. العوصي، عبد العزيز، (1952)، *اسس الصحة لفسية*، (ط.4)، مكتبة النهضة المصرية.
15. منسي، حسن، (2001)، *الصحة النفسية*، (ط.2)، دار الكندي للنشر والتوزيع.

دور التكفل النفسي التربوي في تحسين الصحة النفسية لدى المراهق المدمن على المخدرات

ط.د. شيخ رقية د. تلمساني فاطمة
جامعة سيدي بلعباس- الجزائر

مقدمة

أن عملية التكفل النفسي التربوي أصبحت عملية إجرائية ضرورية في مجالات التربية و النفسية و الطبية يقوم بها القائمون على التكفل بالمراهقين ذوي السلوكات المضطربة لإعادة تكيفهم الإجتماعي و النفسي و يقصد بالتكفل النفسي في هذا العرض هو مجموعة أساليب و طرق العلاج و الإرشاد و التوجيه الإجرائية للعناية بالمراهقين الذين يعانون من مختلف المشاكل سواء كانت نفسية أو سلوكية أو اجتماعية تتمثل في تدخل المختصين و ذلك من خلال دراسة جميع جوانب شخصية المراهق لمعرفة نقاط القوى و الضعف فيها مستمدة اسسها من نظريات و مقاربات في مجال التكفل بالمراهقين قد أثبتت نجاعتها في التخفيف من الإضطرابات السلوكية و النفسية .

كما يأخذ هذا التكفل شكلا تربويا لإعادة تأهيل المراهق مهنيا و دراسيا بهدف تنمية القدرة على التصالح مع المجتمع لأنه لا يكتمل التكفل النفسي إلا إذا رافقه التكفل التربوي الذي يشمل المحاور الأساسية للنظام البيداغوجي التربوي و هو عبارة عن أنشطة مختلفة تتلاءم مع مرحلة المراهقة بالإضافة إلى الدمج الدراسي و التكوين المهني.

و تكمن أهمية التكفل النفسي التربوي أولا في كونه وسيلة للإدماج الإجتماعي بالإضافة إلى اختيار الأساليب المستخدمة و محاولة معرفة دورها في التخفيف من اضطراب السلوك لدى المراهق و كذا الإستفادة من الإتجاهات الحديثة في الوقاية من تعاطي المخدرات في أوساط هذه الفئة من الأطفال .

يتضمن برنامج التكفل بصفة عامة الموجه لهذه الفئة خطوات عملية تهدف إلى العناية بها للتحقيق توافق النفسي الإجتماعي و من ثم الصحة النفسية التي تعني خلو الفرد من أي اضطراب سلوكي أو نفسي .

أن مشكلة إضطراب السلوك عند المراهقين هي " مشكلة صراع بين ما يحيط بهم و بينهم و بين انفسهم " فالمراهق المضطرب سلوكيا تنطوي ذاته على صراع دائم بين إلحاح دوافعه و حاجاته و بين ما تمليه عليه أسرته من جهة و بين قيم المجتمع الذي يعيش فيه ، فكلما ازداد سخط المجتمع و ضغوطه عليه كلما ازداد الصراع و أدى ذلك إلى جنوحه " (فيصل 1984: 248)

و من هنا فإن المراهق الجانح يضيف (فيصل) " هو فتى محروم من الصحة النفسية و الجسدية و هو اكثر تعرضا للأمراض لأنه قلما يلقي العناية الصحية" و مصطلح الجنوح هو مصطلح قانوني يطلق على الأطفال حديثي السن ما بين 6 سنوات و 18 سنة لهذا يطلق عليهم الأحداث الجانحون و هذه الفترة من العمر تتضمن مرحلة المراهقة من الناحية النفسية و التربوية و لهذا تعتبر هذه المرحلة من المراحل العمرية الحساسة في حياة الإنسان تتميز بالتغيير المستمر و المتسارع من الناحية الفيزيولوجية و

الاندفاعية و قلة الخبرة و عدم تقدير العواقب من الناحية السلوكية بسبب الفضول و الرغبة في تجربة جديدة أو مجهولة و هذا يعتبر من الأسباب النفسية الأكثر تأثيرا في تعرض المراهقين لحالات الانحراف. وتعرف المراهقة على انها مرحلة انتقالية من الطفولة إلى الشباب تتميز بأنها فترة معقدة تحدث فيها تغيرات جسمية و نفسية واضحة تمتد ما بين 12 إلى 18 سنة تجعل المراهق يعيد النظر في معاييرها و اهتماماته و اختياراته .

و المراهقة لها أشكال منها المتكيفة نسبيا تميل إلى الإستقرار و منها الإنسحابية و هي مرحلة يميل المراهق فيها إلى الإنطواء و السلبيّة في التصرفات و أخرى عدوانية متمردة يميل المراهق فيها إلى توكيد ذاته و منها كذلك المعادية للمجتمع تأخذ شكل العدوان نحو الآخرين و نحو الذات مثلما يحدث في استهلاك المخدرات لدى المراهقين الذي أردنا من خلال هذا المداخلة عرض بعض العوامل التي دفعت المراهق لإستهلاك المخدرات الذي يعتبر شكلا من أشكال الجنوح .

إن جنوح المراهقين حسب لو و سوزيني(1976) تقول (كركوش، 2011: 15). هو مصطلح يظم كل السلوكات التي تخترق العادات و التقاليد و النظم الإجتماعية و الأخلاقية التي يسطرها المجتمع و هو يختلف من ثقافة إلى أخرى و من مجتمع إلى آخر و هو يشمل جميع الإنحرافات منها استهلاك المخدرات بأنواعها.

و يعتبر الإدمان على أنه استعمال لمواد مخدرة بصفة مستمرة و بدون أسباب طبية بحيث يصبح الشخص معتمدا عليها نفسيا و جسديا أو كلاهما و لا يستطيع العيش بدونها (عزت، 1982: 203) ، فهو إذن الإستهلاك الدائم و المنتظم يؤدي إلى التبعية النفسية و الجسدية فإذا توقف عنها ظهرت عليه أعراضا فيزيولوجية ، و الإدمان قد يكون استهلاك المشروبات الكحولية أو الأدوية النفسية المهدئة أو المنشطة.

و يعرف J.Bergeret أن المدمنين هم الأشخاص الذين لم تيم مساعدتهم و دعمهم بشكل كبير أثناء تطور شخصيتهم لأنهم كانوا يفتقرون إلى النماذج التكميلية اللازمة في وقت دخولهم إلى مرحلة أوديب ثم أثناء مرحلة أزمة المراهقة (Filion, 2016. 10)

و تضيف (معتمصم, 2003: 261.)، إذا عبرنا "أن الجرح التي يرتكبها القاصر على مختلف أنواعها جناح موجهة نحو الأفراد و المجتمع فتعاطي المخدرات هي جناح موجهة نحو الذات" وانطلاقا من هذه الخاصية فإن الإدمان على المخدرات ليس سلوكا يعاقب عليه بل هو اضطرابا في السلوك يحتاج إلى العلاج النفسي و الطبي.

و لهذا السلوك عوامل متنوعة و متداخلة تحتاج إلى فريق من المتخصصين يقوم بالكشف و التحليل لمجموعة من الأساليب و الخطط و الوسائل لإيجاد الأسباب التي أدت بالمراهق إلى هذا السلوك و هي كثيرة و على هذا الأساس فسرت بعض النظريات سلوك تعاطي المخدرات عند القصر مؤكدة ذلك بوجهات نظر مختلفة منها النظرية البيولوجية التي تنظر إلى اضطراب السلوك عند القصر على أنه يرجع إلى خلل في تركيبات الجينات أو خلل في الجهاز العصبي أو إضطراب في العوامل الكيميائية العضوية ، وترى النظرية المعرفية من جهة أخرى أن ذلك يحدث من خلال تشكيل أفكار مشوهة في حين تفسر النظرية السلوكية إقبال المراهق على إدمان المخدرات يرجع إلى أسباب خارجية التي دفعت الفرد إلى هذا السلوك المنحرف وهو عبارة عن اكتساب عادات سبق أن تعلمها و أدت إلى خفض التوتر الناتج عن إلحاح الدوافع لديه و بالتالي أصبحت سلوكا توافقيا فيميل الفرد إلى تكرار هذا السلوك و ثباته في مواقف متشابهة ،

أما النظرية التحليلية فهي تشير إلى أن خبرات الأطفال غير السارة في فترة مبكرة من عمرهم هي التي توجه السلوك في المستقبل و تؤكد على البعد الذاتي للشخصية حيث ترى أن الحرمان العاطفي و اضطراب الأنا الأعلى و غيابه يؤدي إلى ضعف البنية الشخصية في بداية تكوينها حيث يحدث خلل في العلاقة الثلاثة الابوية عند مرور الطفل بمرحلة من مراحل نموه النفسي (حجازي , 1975)

و يشير روجر Roger في كتابه "كيف يصبحون منحرفين" إلى تراكم الإحباطات التي تؤدي إلى الكف التدريجي لحالات عدم اشباع الحاجات الضرورية و متطلبات المرحلة تتحول فيما بعد إلى إضطرابات سيكوسوماتية أو عصابية (Roger, 1986: 77) "

و بهذا لا يوجد سببا واحدا مسؤولا عن سلوك تعاطي المخدرات و إنما تتظاهر عدة أسباب داخلية خاصة بالمرهق و أخرى خارجية تتفاعل لتسهاهم في تشكيل سلوك المضطرب لدى المرهق ، و تلعب العوامل الإقتصادية و الإجتماعية و الأسرية دورا مهما في تكوين شخصية المرهق بإسهامها الأكبر في الصحة النفسية له لأنها تستخدم أساليب تربوية نفسية سلوكية أثناء التنشئة الإجتماعية تختلف باختلاف المراحل العمرية للطفل و من مجتمع إلى اخر ،

فقد يحدث تفاعل بين المشاكل الصحية و النفسية و الإجتماعية و السلوكية يزيد من اثارها على توافق المرهق و بالتالي يزداد انتشار الإنحرافات السلوكية و سوء التكيف الإجتماعي كما تساهم الطبيعة أيضا في التأثير على سلوك الإنسان و تغير من سلوكه أي أن الإنسان يعدل من سلوكه حسب الظروف المحيط به و هو تكيف نفسي يرجع إليه الفرد عندما يشعر بتهديد لنفسه . لهذا يشير (خليف، 1978: 32) . في كتابه العيادات النفسية إلى "أن الصحة النفسية هي الاحتفاظ بالتوازن و الاعتدال و التفاعل الإيجابي البناء . "

وتبقى إذن الأسرة العامل الأول في تشكيل سلوك المرهق، فالأسرة ذات المناخ الصحي التي تتمتع بعامل التماسك في الرباط الوجداني الذي يشمل أفراد الأسرة مع بعضهم البعض مرتبط بدرجة الإستقلاليته وهي تختلف من مجتمع إلى اخر فمثلا أن الأسر الجزائرية و العربية بشكل عام يصعب التدخل لدراستها نظرا لعاداتها و تقاليد الصرامة و ذلك لأنها تضع حدودا صارمة حولها باعتبارها الوسط الطبيعي للفرد لا تسمح باختراق فضاءها بسهولة

ويعتبر (زهران ، 1997: 14)"الصحة النفسية في الأسرة من أهم عوامل التنشئة الإجتماعية و هي الممثلة الأولى للثقافة و أقوى الجماعات تأثيرا في سلوك الفرد و هي التي تسهم بالقدر الأكبر في الإشراف على النمو الإجتماعي للطفل و تكوين شخصيته و توجيه سلوكه" لأنه لا توجد أسرة عموما لا تخلو من أبناء في سن المراهقة يعانون من أزمات نفسية مرتبطة بهذه المرحلة.

فقد يجد المرهق نفسه في إحدى الأنماط الأسرية التي تتصف بالتفكك و التصدع الإجتماعي حيث يعاني من النبذ الجزئي أو الكلي أو الإهمال أو في نمط اخر لا يجد المرهق فيه الحد الأدنى من الاتصال و التواصل أو تسلط و غياب الحوار و التمييز بين الابناء أو وجود اتجاهات للوالدين تتصف بالسلبية في علاقاتهم نحو الآخرين , و من أهم أسباب تدهور الصحة النفسية للأطفال و بالخصوص المرهقين هو فقدان الوالدين أو احدهما أو انفصالهما .

و هكذا نجد أن المناخ الأسري المضطرب يؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على الصحة النفسية للمرهق فإذا كان مناخا صحيا فإنه سيساهم في النمو النفسي السليم عندما يسود الإنسجام في علاقات أفراد الأسرة

فيما بينهم حيث يسعى الوالدين على التعاون و إشباع الحاجات النفسية مثل الأمن النفسي و الحب والإستقرار و تنمية القدرات العقلية و التفاعل و الإحترام و تكوين عادات سليمة و من هنا فالأسرة التي تقوم على هذا الأساس تعتبر بيئة صحية للنمو السليم و صحة نفسية نسبية ,و اما إذا تميز الوسط العائلي بالأزمات المتكررة التي تخل بتوازن العلاقات بين افرادها فأول المتأثرين بالأحداث المؤلمة هم الأبناء و بالخصوص المراهقين نظرا لحساسيتهم أتجاه المحيط الخارجي الذي يستمد منه قيمهم العليا

و من خلال هذا التقديم اردنا أن نتناول جانب من جوانب سيكولوجية شخصية المراهق في ظل انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في اوساط الشباب و بالخصوص المراهقين و يتمثل موضوع هذا المداخلة في الإجابة على التساؤل التالي.

ما أهمية التكفل النفسي التربوي بالمراهقين الذين يعانون من اضطراب سلوك الإدمان على المخدرات في المركز المتخصص لإصلاح و تأهيل الاحداث بولاية سعيدة كنموذج ؟

أهمية البحث

أن الإجابة على أهمية هذا البحث تكمن في إمكانية الإستفادة من نتائج تطبيق برنامج التكفل النفسي التربوي الذي اعتمدهنا في تحسين الصحة النفسية لدى مراهقي المركز بصفة عامة و المراهق المدمن العارض بصفة خاصة ،و من جهة أخرى تزويد المختصين في هذا الميدان بسبل التكفل المختلفة لتعديل سلوك المضطرب مع محاولة إبراز أهمية بعض جوانب التكفل المستمدة من الإتجاهات الحديثة في التكفل بهذه الشريحة.

مصطلحات البحث:

التكفل النفسي التربوي : هو جميع الخدمات النفسية و التربوية التي يستفيد منها المراهق داخل المركز خلال المدة التي يقضيها داخله ،يقدم المختصون في التربية و علم النفس تنظيما تربويا يتضمن جميع استراتيجيات التكفل المتمثلة في الإدماج الإجتماعي و المهني و الدراسي موزعة على مصالح المركز المختلفة بهدف اصلاح سلوك المراهق و بأسلوب يشبع حاجاتهم الأساسية.

الصحة النفسية : "هي قدرة الفرد على التوافق مع نفسه و مع مجتمعه توافقا من شأنه أن يخلق السلام و الإطمئنان الداخلي خاليا من الصراعات" (عزوان.2012: 10).و من هنا الإهتمام بالصحة النفسية ذوي الصعوبات الإجتماعية في المراكز المتخصصة

المراهق الجانح: تعني كلمة مراهق اللغويا ، الدنو و الإقتراب من الحلم أي أن المراهق هو الفتى الذي يدنو من النضج و اكتمال الرشد و المراهق في هذا البحث هو الحدث الذي يبلغ من العمر ما بين 12 و 18 سنة يوجد بالمركز بسبب جنوحه و الجناح هنا يعني كل من يخالف القوانين المعمول بها في مجتمع ما

الحدث المدمن: هو إعتقاد المراهق فسيولوجيا و نفسيا على تعاطي متكرر لعقار طبيعي او صناعي يؤثر على الجهاز العصبي بتخديره او تنشيطه .(فيصل.1984: 37)" وكلمة إدمان تعني في الطب الميل إلى المخدر و نشوء عادة استعماله بصورة ملحة "

وضعية المراهق الجانح داخل المركز

عندما نتكلم عن الجنوح السائد عند القصر فقد نفكر مباشرة في الهروب و التشرذم ثم السرقة و العنف و الإعتداء الجنسي المنتشر في أوساط المراهقين ثم الجريمة عمدية ام غير عمدية وهذا نادرا ما يحدث عند الأطفال أقل من 13 سنة ثم العدوان مثل الضرب والجرح العمدي بسلاح أو بدونه كل هذا يحدث عادة تحت تأثير مخدر ما لهذا يصبح العمل مع المراهقين الجانحين داخل المركز "ليس بالأمر الهين تؤكد (بورقيبي، 2018: 1) فمنذ دخول الحدث وهو تحت الملاحظة و التقصي المكثف و ذلك من اجل الإستفادة من برنامج التكفل بمختلف مجالاته و الذي يتضمن اهداف الإدماج الإجتماعي المتمثلة في التأهيل المهني و الإجتماعي و التعليمي.

و المراهق الجانح الذي تم وضعه بالمركز المتخصص للإصلاح و التأهيل يتميز عن غيره من المراهقين العادين باضطراب في السلوك و هو عدم توافقه مع المعايير التي تنظم الناس و ظروفهم و لهذا يأخذ سلوكه المضطرب شكلا عدائيا موجها ضد الآخرين أو ممتلكاتهم أو ضد نفسه و هي ممارسات لا تليق بأعمار المراهقين أي هو نمط من السلوك المتكرر و ثابت تنتهك فيه الحقوق الإنسانية و هو يتصف بمستويات في الإضطراب من البسيط إلى الأكثر شدة.

أن فئة المراهقين المتواجدون بالمراكز المتخصصة يوضعون بسبب سلوكياتهم العدائية ضد الآخرين يقدمون عليها عادة بسبب العوز للمخدرات و من خلال تجربتنا المهنية بالمركز المتخصص فإن التكفل بهذه الشريحة من الأطفال تتطلب أساسا تكفلا نفسيا تربويا الذي يتضمن مشروعا فرديا هو جزءا من المشروع البيداغوجي للمؤسسة يقوم المرشد النفسي و العيادي بالإشراف عليه و تنفيذه و تقييمه .

و نظرا لتعدد مستويات اضطراب السلوك لدى المراهق داخل المركز فإن مشكلة الإدمان هي أيضا متعددة الأبعاد لذلك لا يوجد تدخل علاجي واحد بل هي عبارة عن تدخلات متعددة التخصصات من خلال تدابير علاجية نفسية تربوية و طبية و إجتماعية، ذلك لأن المراهقين لهم صفات خاصة تجعل العمل معهم في غاية الأهمية و الصعوبة يحتاج إلى مستوى من الوعي و الإنتباه لخصائص هذه المرحلة الحرجة بحيث يقوم العاملون بالمركز بالإجراءات بالتكفل بالمراهق فور وضعه من طرف الهيئات المختصة بحماية الطفولة و المراهقة، الذين يكونون على دراية تامة و محددة بقدراتهم على الإستجابة لحاجيات و مطالب هذه الفئة من و عي اجتماعي بالإضافة إلى إمكانية علمية و معرفية متخصصة تحدد أساليب التعامل

و التكفل بهم و أن تكون لدى القائمين بحماية المراهقين القدرة على التمييز بين السلوك المضطرب و السلوك السوي و التعامل معه من مبدأ السرية و الثقة و التقبل و الإهتمام

و الإصغاء مع استخدام أساليب التربية و إرشادية ومراعاة الفروق الفردية و أن يحظى المراهق بالاحترام أي الفصل بين شخصيته و السلوك الذي صدر منه و أن تعمل الفرقة المتخصصة على أن يتقبل تغيير سلوكه .

و من بين أهداف التدابير النفسية التربوية ما يلي :

يسطر برنامج للتكفل النفسي التربوي من طرف الفرقة المتخصصة التخصصات تحت إشراف كل من المختص النفسي التربوي و العيادي و باقي أعضاء الفرقة المختصة بالتكفل النفسي على جميع المستويات . موجه لجميع المراهقين ذوي الإضطرابات السلوكية يتضمن الأهداف التالية:

-أن الهدف من تبني الإجراءات التكفل النفسي التربوي هو الوصول بالمراهق إلى التوازن النفسي و الشخصي و إلى استقلاليته التي تتطلب مستوى كاف من الموارد الذاتية له

-وضع سبل و استراتيجيات لدراسة جوانب شخصية المراهق ، السلوكية، الإنفعالية ، النفسية، الإجتماعية.

-تبصير المراهق بمشكلاته و مساعدته على إيجاد حلول لها تتناسب مع قدراته و ميوله

- التوصل معه لمعرفة رغبته في الأشياء التي يريد تغييرها في سلوكه كتعديل الإستجابات السلبية العدوانية والسلوكية الإندفاعية عن طريق النصح و الإيحاء أي تجنب السلوك الخاطئ و تعزيز السلوك المرغوب فيه و منحه مجالات للعودة إلى الصواب واستعمال الإقرار الذاتي.

-أن يكتسب المراهق عادات صحيحة تساعده من التخلص من التبعية لإستهلاك المخدرات و الإنقياد وراء رفقاء السوء.

-كما يهدف برنامج التكفل الإدماج الإجتماعي و المهني و المدرسي داخل أو خارج المركز لإكتساب مهارات مهنية و تعليمية

-العمل على الوقاية من الوقوع في الجنوح بالتوعية و التحسيس و الرعاية المستمرة

--دراسة شخصية المراهق لمعرفة حاجاته و مشاكله واقتراح الحلول عليه للنظر فيها من خلال الجلسات الإرشادية و العلاجية.

-يهدف البرنامج إلى ضمان حياة مستمرة و مستقرة و آمنة داخل المركز

-التشجيع على الإستقلالية الذاتية على مستوى السلوكات اليومية .و مساعدته على تكيفه و إدماجه في فوج و تطويره و تأكيد ذاته.

-كتساب مهارات إجتماعية و قدرات ذاتية ، و التشجيع على المبادرات الفردية.

-فهم و الإمتثال للقوانين العامة للمجتمع و عالم الشغل و قوانينه و التكيف مع الوضعيات الجديدة (أعضاء الفوج و مكان الشاط و احترام النظام الداخلي للمركز.

بعد ذلك يحدد الإطار النظري العلائقي مع المحيط و بالتالي منهجيا يحدد العرض النفسي بحكم أن الفرقة أمام مراهق موضوع بالمؤسسة يخضع لنظام داخلي انطلقا ،من موقف أسرته و مرورا بإجراءات الشرطة ثم الإمتثال أمام قاضي الأحداث لينتهي به الأمر إلى المركز ليتكفل به ضمن الخطوات التالية

و لتوضيح إجراءات التكفل النفسي التربوي عمليا نقدم نموذجا للتكفل بحالات إدمان عارض أو أولية ،أما في وجود حالات الإدمان الدائم فإنها تحال على المراكز المختصة للعلاج للمدمنين .

خطوات التكفل

-يشرع في التكفل النفسي الفردي بعد التأكد من خلو الحالة من تأثيرات المادة المخدرة وذلك بعد خضوعه إلى فحوصات طبية متخصصة حتى يتمكن المراهق من تبني مشروعه الشخصي بعد أن يكون قد قطع شوطا معتبرا في العلاج الطبي ذلك أن الإنقطاع التدريجي عن المادة المخدرة هو هدف المشروع الفردي العلاجي عموما حتى و لو كان الوصول إليه صعب المنال .

-التأقلم مع الوسط الجديد مع توفير جميع الوسائل المتاحة مع التواصل المستمر معه حتى يدرك مدى خطورة سلوكه و أنه في حاجة إلى مساعدة

-العمل على ضبط الوسائل التي توفر له الراحة النفسية و الجسدية و بالتالي كسب ثقة المشرفين بالتكفل به

-مساعدة المراهق على ضبط إنفعالاته و سلوكياته و التفاعل السليم مع أقرانه داخل الجماعة من خلال المشاركة في الحياة الجماعية

-إعادة الإعتبار لشخصية الحدث بعد تدهور حالته النفسية و مكانته بين أفراد عائلته - الدعم النفسي و التربوي للتخفيف من معاناته النفسية لتحسين صحته النفسية

-أن يعي المراهق بإضطرابه السلوكي من خلال تطورات شخصيته وما طرأ عليها من تغييرات عن طريق الاختبارات النفسية ومقارنتها باستخدام أدوات الفحص و التقييم.

-استخدام تقنية الإرشاد العلاج الجماعي الذي يهدف إلى تخفيف من المعاناة الداخلية عن طريق (لعب الأدوار ،بسيكودرام ، السوسيودراما ، الحوار، المناقشة ، دينامية الجماعة ، النمذجة ، الإسترخاء ،تساعد هذه التقنية في فعالية آليات الدفاع التي تستخدمها المجموعة من خلال تضامن روح الجماعة و التي تنجح بشكل أفضل من الجهد الفردي المعزول الذي يتحكم في السلوك.

-إدماج المراهق مهنيًا داخل المركز أو خارجه للتدريب على تكوين مهني يناسب ميوله.

-الإصغاء إلى آفاق المراهق بغرض بناء مشروعه مستقبلاً

-إشراك بعض الأفراد من عائلته لمساعدته و من الأفضل أن يكونوا أشخاص يثق به

المدمن

-الدعم النفسي التربوي المستمر و الإرشاد النفسي الفردي و الجماعي للوقاية من الإنتكاسات

- التشجيع على الاستقرار داخل المركز من خلال خلق أنشطة متنوعة

-الإرشاد العائلي لربط العلاقة بين الحدث و أفراد العائلة

-الإستمرار في التدخل للفرقة التربوية كل حسب اختصاصه من أجل جعل المراهق يفهم مشكلته و إشراكه في إيجاد الحلول المناسبة لها مع مراعاة اختلاف الحالات و الفروق الفردية إلى جانب العلاج الطبي الذي يقوم على الفطام التدريجي من المادة المخدرة باستخدام البدائل في حالات الإدمان الدائم.

تجمع المعلومات بواسطة منهج دراسة تاريخ الحالة عن استخدام أدوات جمع البيانات من مقابلات و اختبارات نفسية و تربوية وتحقيقات اجتماعية و تقارير سلوكية أي بمشاركة كل من له علاقة مباشرة بالحدث من المربين و المختصين و الطبيب و أفراد الأسرة و الأقارب من أجل تسطير مشروع شخصي .

تهيء فضاءات مختلفة لتطبيق و متابعة برنامج التكفل النفسي تربوي، تقوم كل مصلحة من مصاح المركز بالمهمة المسندة إليها ، منها الإدماج المدرسي و المهني و الأشغال اليدوية والأنشطة الرياضية والمصلحة النفسية الطبية الاجتماعية ومصلحة النظام الداخلي بالهدف تقويم السلوك المراهق منذ إقامته بالمركز

وهذه بعض من ملخصات لتقارير نفسية تربوية لثلاث حالات استفادت من التكفل النفسي التربوي ارتكبت جناحا تحت تأثير المخدرات و هي حالات عارضة ،يبين فيها كيف يؤثر الوسط الأسري و الإجتماعي في سلوك المراهق و بالتالي في صحته النفسية بشكل عام ثم تقييم نتائج التكفل.

الحالة الأولى

ع هو الابن الوحيد من الزواج الأول ، بعد وفاة الوالد انتقل كل من الحدث و والدته إلى بيت أجداده حيث تلقيا الرعاية و الدعم المادي و عندما بلغ السن القانوني للدراسة ، تكفلت به الجدث أما الوالدة فقد أعادت الزواج مع رجل سبق أن تزوج و لديه أبناء.

أنجبت هذه الأخيرة بنتان و ولدا ، خلال هذه الفترة عاد الحدث إلى بيت والدته إلا أنه لم يتقبل الوضعية الأسرية الجديدة لوالدته و بالتالي فقدت هذه الأخيرة كل سلطة عليه بسبب سوء سلوكه خاصة اتجاه زوج والدته الذي كان دائم الصراع معه .

منذ هذه الفترة أصبح الحدث عصبي المزاج و لم يهتم بالدراسة أو حتى الاستقرار فيها لأمر صرح بها أثناء المقابلات مثل تعاطي السجائر في سن مبكر و المخدرات و الكحول و الميل إلى اللهو إلى وقت متأخر من الليل حيث اتخذ من العدوان اتجاه والدته و إخوته وسيلة لتلبية مطالبه المستمرة في حين كان يستقر أحيانا ليقوم بأعمال حرة يكسب من ورائها مالا يصرفه أحيانا على نفسه و مرة على العائلة.

نحن إذن أمام حالة من الانحراف الاجتماعي حيث فقدوا الوالدين سيطرتهما على أبنائهما في سن المراهقة بعد أن تلقى هؤلاء أساليب تربوية غير سليمة في مرحلة الطفولة وفي حالة هذا المراهق موضوع البحث قد نال من التدليل المفرط في صغره و بالتالي ظل طفوليا غير مبال حيث تلبى طلباته دون أي مقابل أو بذل جهد من أجل إرضاء والدته و قد زادت معاناته الداخلية تظهر واضحة في تصرفاته حيث صار مراهقا يتمتع بقدرة على التمرد و التصرف بشكل حر دون قيد .كل هذا كان نتيجة لاختلال في التوازن الأسري و اضطراب العلاقة بين أفرادها.

التقييم العام

استفادة الحدث بعد وضعه بالمركز من الإجراءات الإرشادية و العلاجية فقد أظهر استعدادا واضحا للاستقرار النفسي و التدريب على حرفة و المواظبة عليها كما لوحظ تطورا إيجابيا في شخصيته نحو الاعتماد على النفس و كسب ثقة الآخرين و الشعور بالاطمئنان داخل المؤسسة، رغم أن إمكانياته العقلية قد قدرت بمستوى أقل من المتوسط، تفتقر إلى الدافع و المحفزات كي تنمو هذه القدرات لديه.

الحالة الثانية

يبلغ ص 12 سنة ينحدر من عائلة متكونة من الأم و بنتا ، حيث قامت هذه العائلة بكفالاته منذ صغره و هو مجهول الأبوين، فنشأ بشكل طبيعي في أحضان الأم المكفولة في ظروف مادية متوسطة ، مسكنا مستقرا يسع لإيواء أفراد العائلة و يتوفر على جميع المرافق الضرورية.

أما عن سلوكه فقد بدأ الحدث يميل إلى التمرد على سلطة والدته عندما عرف حقيقة وضعيته العائلية و بالتالي تدهورت حالته النفسية و لم يعد يهتم بالدراسة و صار انشغاله الوحيد هو معرفة هويته الحقيقية و بسبب هذه الوضعية ، ترك المدرسة نهائيا و ساء حاله و بدأ سلوكه يميل إلى الانحراف ،مثل السرقة و

تعاطي المخدرات و التدخين كان يحول من مركز إلى آخر بسبب جنوحه إلى أن انتهى به الأمر بالوضع بمركز سعيدة .

حاول الحدث في بداية وضعه الإستقرار و التكيف مع النظام الداخلي للمركز و لكن دون محاولة الاندماج في الحياة الجماعية حيث تميز عن زملائه بالانطواء ، شارد الذهن ، لا يحاول إنشاء علاقات مع الأحداث ، يشعر بالتخلي و اليأس و عدم فهم لما يحدث له و من جهة أخرى فقد لاحظ المرربون أن هذا المراهق لا يستطيع مقاومة هذا الإستقرار طويلا رغم اكتسابه لبعض العادات الحسنة مثل الإحترام و الطاعة و بالتالي انصب اهتمام الفرقة التربوية بحالة هذا الحدث على مختلف جوانب شخصيته و تم إعادة إدماجه بالمدرسة و لكنه لم يعد لديه أي استعداد للتعلم بسبب عدم قدرته على التكيف مع النظام الداخلي للمركز .

التقييم العام :نحن إذن بصدد حالة انحراف اجتماعية تتصف بسوء التكيف العائلي حيث النبذ العاطفي الواضع من طرف العائلة الكافلة و كذا فقدان الثقة بالنفس ،لذلك تتطلب هذه الحالة التكفل النفسي المكثف.

التقييم العام للحالة

لقد استفادت هذه الحالة من جميع التدابير النفسية و التربوية مكثفة في فترة قصيرة لقد تمحور هدف الفرقة حول إعادة المراهق إلى وسطه الطبيعي الذي يمكن له العيش فيه بأمان و من خلال العمل ارشادي مع الأم الكافلة استطاعت إعادة العلاقة مع ولدها و بالتالي تم الإفراج عنه بعد كتابة تقرير مفصلا للهيئة المعنية عن حالته يسمح له بالعودة بين افراد عائلته.

الحالة الثالثة

ينتمي الحدث ع إلى عائلة متكونة من الوالدين و أربعة إخوة جميعهم يزاولون دراستهم بشكل عادي و يعيشون في ظروف مادية و اجتماعية لا بأس بها ، دخل مادي منتظم و مسكنا خاصا يسع لإيواء أفراد العائلة و يتوفر على جميع المرافق الضرورية و هذا حسب المعلومات التي استطعنا الحصول عليه من خلال التحقيق الإجتماعي.

يبلغ الحدث ع 15 سنة ،ترك مقاعد المدرسة و يحوزته مستوى السنة الثانية متوسط بعد ذلك و رغبة منه واصل دراسته عن طريق المراسلة حيث تمكن من الإنتقال إلى قسم السنة الثالثة متوسط و لكن ساءت سلوكاته بسبب مخالطته للأوساط الجانحة مثل عرض و ترويج المخدرات و استهلاكها و اقتراف جناحا أدت به إلى الوضع المكرر بالمركز ، مارس أعمالا حرة و مؤقتة دون التدريب على أية حرفة أما عن علاقاته بوالديه فكانت متوترة مع الأب بل انقطع التواصل بينهما خلال وضعه الأخير بالمركز في حين كان يتم التواصل مع والدته و إخوته فقط عن طريق الهاتف في حين يأتي الأقارب لزيارته .

أظهر هذا الحدث استعدادا للتكيف مع النظام الداخلي للمركز بعد أن أدرك أن تماديه في الجنوح لا يجدي نفعاً و أن استقراره و إنضباطه و إلتزامه بالتعليمات التربوية يجلب له استحسان المشرفين عليه و بالتالي فقد استطاع إنشاء علاقات سليمة مع غيره و لكن يبدو حذرا يخفي ضغطا نفسيا .

التقييم العام

استطاع ع التكيف مع النظام الداخلي و الإستفادة الجزئية من الإجراءات العلاجية و الإرشادية خلال استقراره بالمركز و نظرا لعدم تطابق مدة الوضع القانونية مع مدة إجراءات التكفل فإن الحدث لم يستفيد بشكل كاف من التدابير التربوية و النفسية المبرمجة لمثل هذه الحالات و بالتالي تم الإفراج عنه قبل ذلك.

الخاتمة

إن الحديث عن تعاطي المخدرات و تأثيره على الصحة النفسية لدى المراهق يتطلب دراسات و ابحاث معمقة و تحليلية ميدانية من اجل البحث عن السبل و الطرق الملائمة للتخفيف من هذه الظاهرة عند المراهقين التي تتزايد بشكل مستمر ،فهي لا تكاد ان يخلو منها اي مجتمع من انتشارها و اضرارها ،و رغم ذلك فهناك محاولات للوقاية منها على مستوى المؤسسات ذات الطابع الإجتماعي و النفسي و الطبي و التربوي للتخفيف من حدتها تستمد برامجها الوقائية من مقترحات الدراسات المختلفة في هذا الميدان تسمح للمسؤولين على هذه المراكز إعادة النظر في استراتيجيات التكفل ببلادنا استنادا إلى توجهات نظرية يمكن الخروج بنموذج مؤسساتي متكامل يتماشى مع التطورات في مجال استثمار الموارد البشرية و بالخصوص عنصر الشباب .

التوصيات

- المحافظة على الصحة النفسية تكمن في ضرورة تزويد الأسر بأساليب تربوية تضمن للمراهق سبل التواصل و التفاعل بشكل صحيح و سليم مع من يحيطون به .
- أن تتكامل التخصصات التربوية النفسية للوصول إلى إدماج المراهق بشكل مستمر حتى يتمكن من الإعتماد على نفسه.
- يعتبر العلاج و التكفل بهذه الفئة من المراهقين ذوي السلوكات المضطربة صعب التنفيذ لهذا فأن توفير مهنيين في هذا الميدان يكون قادرين على تفكيك و تحليل الظاهرة أمر ضروري .
- ضرورة الاحتواء و الإهتمام بهذه الطاقة البشرية ة توجيهها و إرشادها و استثمارها بشكل فعال في ازدهار المجتمعات و تقدمها.
- التدخل المبكر على مستوى العائلة لمعرفة الظروف المحيطة بالمراهق يجنبه الإنخراط في عالم الجنوح .

اقترحنا برنامجا للتكفل النفسي لإثراء البرامج المعمول بها حاليا بالمراكز المتخصصة

هناك تجارب ميدانية تعتمد على مقاربات نظرية تقترح تنظيما حديثا من أجل تطوير برامج التكفل بالأحداث و من أهم هذه التجارب التي أثبتت نجاعتها هي (31: 2009). Louise. تلك التي دعا لها الأخصائي النفسي والكاتب . Giles Gendreau و من بينها المقاربة النفسية التربوية و المقاربة المعرفية السلوكية و باعتبار أن مركز الأحداث ذو طابع تربوي نفسي يسعى لتعديل سلوك المراهق يمكن العمل بها في المراكز و هي تتضمن المحاور الأساسية منها بتصرف :

(1) التركيز على ملاحظة جوانب السلوك المضطرب لدى المراهق و الظروف التي المؤدية لذلك ثم تجميع كافة المعلومات و البيانات المساعدة من الوسط العائلي حتى يتمكن المختص من الإحاطة بالمشكلة و ذلك من خلال التدخل الفردي (وجها لوجه)

(2) يتم بعد ذلك التعاقد السلوكي مع المراهق لتجنبه نوع السلوك الي يسبب له مشكلا و بالمقابل تصاغ سلوكات بديلة مرغوب فيها و في نفس الوقت لا بد على المراهق أن يبدي تعاونه في حل مشكلته لينتقل إلى إجراء آخر.

3) التركيز على أهمية الجماعة في تأهيل المراهقين باعتبارها وسيلة و هدف في نفس الوقت فهي تسمح للمختصين في التربية و علم النفس بإحداث تغييرات في السلوك من خلال خلق ورشات للنشاط الجماعي بهدف اكتساب مهارات التواصل و تدريبهم على كيفية التحكم في انفعالاتهم بالإضافة إلى تنمية القيم الأخلاقية مثل التعاون و التضامن و الاحترام المتبادل.

4) العمل على تنظيم الوسط الذي يعيش فيه المراهق مؤقتا وسطا طبيعيا إلى حد ما يلبي كافة الحاجات و المطالب الضرورية و هذا يسمح بوضع عدد من المشاريع التي اكتسبها اثناء تواجده بالمركز دون إهمال إشراك العائلة و المدرسة و جميع الشركاء المتعاملين مع المركز.

5) العمل على تنمية الكفاءة المهنية لدى القائمين بالتكفل عن طريق التكوين المستمر و تحيين معارفهم بشكل موازي مع طبيعة العمل المهني يمكنهم من التدخل الفعال.

قائمة المراجع

1) بدرة معتصم، (2003)، الإضطرابات النفسية و العقلية عند الطفل و المراهق ، الجزائر. ديوان المطبوعات الجامعية .

2) بورقيبي منال .(2018). نموذج مقترح للتكفل النفسي الإجتماعي بالأحداث الجانحين .مجلة أنسنة للبحوث والدراسات .العدد 1

3) حامد عبد السلام زهران .(1997). الصحة النفسية و العلاج النفسي / ط 3 . القاهرة ، عالم الكتب ،

4) عطوف محمود ياسين ،(1981) ، مدخل في علم النفس الإجتماعي ، بيروت . دار النهار للنشر

5) عزوات ناصف ،(2012)، الصحة النفسية و العلاج النفسي ، القاهرة ط1. دار الكتاب العربي .

6) فيصل محمد خير الزراد ،(1984). الأمراض العصبية و الذهانية و الإضطرابات السلوكية ، ط1 دار العلم . لبنان .

7) كركوش فتيحة.(2011). ظاهرة انحراف الأحداث ، الجزائر . ديوان المطبوعات الجامعية

8) مصطفى حجازي .(1975). الأحداث الجانحون ، بيروت . ط1. دار الحقيقة ،

9) محمد خليفة بركات ، (1978)، عيادات العلاج النفسي و الصحة النفسية ، الكويت

10) مسعودي ،حبي ،بالطاهر .(2020). دور الإرشاد انفسي في الوقاية من الإدمان على المخدرات لدى المراهقين ، الجزائر . أعمال الملتقى الوطني.

11) Biatrice Filion . (2016) . etude de la relation a la substance chez le toxicomane . revue i université du Québec.

12) Louise Bienvenue .(2009 : 524). la rééducation totale des délinquants de bocoville. id.erudit.org. Québec

13) Roger Mucchielli., (1986) . comment ils deviennent délinquants . 9e édition ESF France.