

عمادة الدراسات العليا  
جامعة القدس

فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض أعراض الاكتئاب وتحسين جودة  
الحياة لدى مصابي مسيرات العودة بمحافظة رفح

آمنة حسين صالح الدربي

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

2020م - 1441هـ

فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض أعراض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مصابي مسيرات العودة بمحافظة رفح

إعداد:

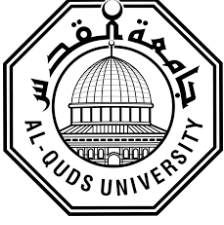
آمنة حسين صالح الدربي

بكالوريوس الإرشاد النفسي من جامعة الأقصى - غزة

إشراف الدكتور: مروان عبد الله دياب

قُدِّمَ هَذَا الْبَحْثُ إِسْتِكْمَالًا لِمُتَطَلِبَاتِ الْحُصُولِ عَلَى دَرَجَةِ الْمَاجِسْتِيرِ فِي الصِّحَّةِ الْعَامَّةِ مِنْ عِمَادَةِ الدِّرَاسَاتِ الْعَلِيَا/ جَامِعَةِ الْقُدْسِ

2020م - 1441هـ



جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

كلية الصحة العامة

## إجازة الرسالة

فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض أعراض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مصابي  
مسيرات العودة بمحافظة رفح

اسم الطالب: أمنة حسين صالح الدربي  
الرقم الجامعي: 21720340

إشراف: مروان عبد الله دياب

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: 2020/6/13 من أعضاء لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتوقيعهم:

التوقيع: .....	د. مروان دياب	1. رئيس لجنة المناقشة
التوقيع: .....	د. ختام أو حمد	2. ممتحن داخلياً
التوقيع: .....	د. أنور العبادسة	3. ممتحن خارجياً

القدس - فلسطين

2020 م - 1441 هـ

آية قرآنية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

يَرْفَعُ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ

دَرَجَاتٍ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ

(المجادلة: الآية 11)

## إهداء

إلى والدي .... سر عزيمتي

إلى والدتي .... نموذج الصبر والعطاء

إلى إخواني وأخواتي وعائلاتهم.... حفظهم الله ورعاهم

إلى كل من آزرني بالكلمة الطيبة والدعاء....

أهدي إليهم جميعاً هذا الجهد المتواضع.

الباحثة: آمنة حسين الدربي

## إقرار

أقر أنا معد الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، بإستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الرسالة، أو أية جزء منها، لم يقدم لنيل درجة علمية عليا لأي جامعة أو معهد آخر.

التوقيع: أمانة حسين الدربي

الاسم: أمانة حسين الدربي

التاريخ: 2020/6/13م

## شكر و عرفان

الحمدُ لله ربّ العالمين، والصلاة والسلام على أشرف الخلق أجمعين، سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم وعلى آله وصحبه الطيبين الطاهرين.

بدايةً الشكر لله الذي أعانني، ويسر لي أمري، ووفقني على إتمام هذه الدراسة من غير حول مني ولا قوة، وما كان لهذا العمل أن يتم إلا بتوفيق من الله.

وامتثالاً لقول الرسول صلى الله عليه وسلم: من لا يشكر الناس لا يشكر الله، بذلك وجب علي شكر كل من ساعدني وشجعني على إتمام هذه الدراسة، ويسعدني أن أتقدم بالشكر والعرفان إلى وزارة الصحة التي رشحتني لهذه المنحة، إلى الهلال الأحمر القطري الممولين والداعمين لهذه المنحة، وأخص بالذكر جامعتي العريقة جامعة القدس أبو ديس كلية الصحة العامة التي منحتني الفرصة لتكملة مسيرتي التعليمية، كما أتقدم بأسمى كلمات الشكر والتقدير لأسرة قسم الصحة العامة في جامعة القدس أبو ديس لما بذلوه من جهود مثمرة في توجيهي خلال مناقشة خطة الدراسة وهم: د. يحيى عابد، د. بسام أبو حمد، د. ختام أبو حمد، كما يسعدني أن أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى الدكتور/ مروان دياب على ما أبداه من إشراف ونصح وتوجيه طيلة فترة إجراء هذه الدراسة، مما كان لتوجيهاته القيمة الأثر الكبير في إنجاز هذه الدراسة، كما يسعدني أن أتقدم بالشكر إلى جمعية يبوس الخيرية لإستضافتها لي لعقد جلسات البرنامج.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى السادة المحكمين لما بذلوه من جهد مشكور في تحكيم أدوات الدراسة، ولما قدموه من نصح ومشورة وأخص بالشكر: د. أمجد جمعة، د. نعيم العبادلة، د. عطاف أبو غالي، د. مصطفى المصري، د. سامي عويضة، د. سمير قوته، د. محمد الطو، كما أتقدم بجزيل الشكر من الدكتور/ علي أبو زيد على مساعدته القيمة في إجراء المعالجات الإحصائية للبيانات، ولا يفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر والامتنان للأستاذ/ ، المدقق اللغوي

وفي هذا المقام كل الحب والتقدير لوالدي على تشجيعهما ودعمهما لي طيلة فترة الدراسة، أطال الله في عمرهما، ومنحهما الصحة ، ولا أنسى إخواني وأخواتي على دعمهم المعنوي المتواصل.

وأخيراً أتقدم بالشكر والعرفان لكل من قدم لي كلمة طيبة، و مشورة مفيدة خلال فترة الدراسة، فلکم مني خالص الشكر والتقدير، وأدعو الله سبحانه وتعالى أن أكون قد حققت الغرض المنشود من هذه الدراسة، وأسأل المولى عز وجل، أن يجعل هذا العمل خالصاً لوجهه الكريم.

الباحثة: آمنة حسين الدربي

## المخلص

**الهدف:** هدفت هذه الدراسة التعرف إلى معرفة مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض أعراض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مصابي مسيرات العودة.

**المنهجية:** استندت هذه الدراسة إلى المنهج التجريبي، تكون تصميم هذه الدراسة من مجموعتين تجريبية وضابطة بلغ 30 مصاب من مسيرات العودة

تم تطبيق البرنامج على مصابي مسيرات العودة بمحافظة رفح، تم تقسيمهم إلى مجموعتان أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة، حيث تكونت كل مجموعة من (15) مصاب، وتم اختيارهم بطريقة قصدية مع مراعاة ضبط المتغيرات الدخيلة قدر المستطاع، ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بتطبيق المنهج شبه التجريبي المبني على العلاج المعرفي السلوكي على المجموعة التجريبية، يمكن حصولا على أعلى الدرجات على مقياس بيك للاكتئاب وأقل درجات على مقياس جودة الحياة. وقد استخدمت الباحثة عدداً من الأدوات تمثلت في مقياس بيك للاكتئاب (إعداد بيك)، ومقياس جودة الحياة، بالإضافة إلى برنامج معرفي سلوكي (إعداد الباحثة).

**النتائج:** أظهرت نتائج الدراسة: أن البرنامج المعرفي السلوكي فعال في تحسين جودة الحياة لدى المصابين في مسيرات العودة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على مقياسي جودة الحياة والأعراض الاكتئابية لدى مصابي مسيرات العودة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي جودة الحياة والأعراض الاكتئابية لدى مصابي مسيرات العودة في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي جودة الحياة والأعراض الإكتئابية لدى مصابي مسيرات العودة في القياسين البعدي والتتبعي وغير دالة في بعض جوانب مقياس جودة الحياة.

وقد كان من أهم توصيات الدراسة الاهتمام بدراسة العوامل التي تؤثر على فاعلية البرامج بعد الإنتهاء من تطبيقها، ودراسة أهم الوسائل والاستراتيجيات التي تجعل مثل هذه البرامج فعالة على المدى البعيد، إضافة الي دراسة تأثير فيروس كورونا على مجالات الحياة المختلفة.

**الكلمات المفتاحية:** البرنامج، الاكتئاب، جودة الحياة، مصابي مسيرة العودة.



# **Effectiveness of A Cognitive Behavior Program in Reducing Depression Symptoms and Enhancing the Quality of Life for Injured People of Great March of Return in Rafah Governorate**

**Prepared by: Amna Hussain El-Derbi.**

**Supervisor: Dr. Marwan Abdullah Diab**

## **Abstract**

**Objective:** This study aimed to find out the effectiveness of a cognitive-behavioral program in reducing symptoms of depression and improving the quality of life for the injured of the Great March of Return (GMR).

**Methodology:** This study was based on the experimental method. The design of this study consisted of two experimental and control groups of 30 patients from injured of the Great March of Return.

The program was applied to the injured of the Great March of Return in Rafah governorate, then they were divided into two groups, experimental and the other was a control group, where each group consisted of (15) people, and they were chosen in an intentional way, taking into account the control of extraneous variables as much as possible. And to achieve the goals of the study, the researcher applied the quasi-experimental approach which is based on CBT to the experimental group, among who obtained the highest scores on the Beck depression scale and the lowest scores on the quality of life scale. It is worth noting that the researcher used a number of tools, namely the Beck Depression Scale (Beck Preparation), the Quality of Life Scale, in addition to a cognitive-behavioral program from (the researcher's preparation).

**Results:** The results of the study showed: that the cognitive-behavioral program is effective in improving the quality of life for those who were injured in the Great March of Return. And the existence of statistically significant differences at the level of  $(.05 \geq \alpha)$  between the mean scores of the members of the experimental group and the members of the control group on the measures of quality of life and depressive symptoms among the injured of the GMR in the post measurement in favor of the experimental group, and the presence of statistically significant differences at the level of  $(.05 \geq \alpha)$  between the mean scores of the members of the experimental group on the measures of quality of life and depressive symptoms among the injured of GMR in the pre and post measurements in favor of the post measurement, and the presence of statistically significant differences at the level of  $(.05 \geq \alpha)$  between the mean scores of the experimental group members on the measures of quality of life and symptoms Depression among the injured of GMR in the post and tracer measures which can be not significant in some aspects of the quality of life scale.

One of the most important recommendations of the study is to shed the light on the importance of studying the factors that affect the effectiveness of programs after the completion of their implementation, and to study the most important means and strategies that make these programs effective in the long term. In addition to that, to study the effect of the Corona virus on various areas of life.

**Key words:** program, depression, quality of life, injured of the Great March of Return.

## الفصل الأول

### خلفية الدراسة

#### 1.1 المقدمة

يعاني قطاع غزة حالة مستمرة من الصراعات والحروب والحصار، بالإضافة إلى ارتفاع معدلات البطالة وقلة مصادر الدخل والفقير بين السكان وصعوبة في السفر والعلاج، بالإضافة إلى الإفتقار لمقومات الحياة الأساسية، وبالتالي فإن كل تلك التراكمات أدت إلى درجة لا يمكن تحملها والإستمرار فيها، ونتيجة لتلك الظروف وللتعبير عن حالة الرفض لإستمرار الحصار والظلم ولنيل حق العودة للأراضي التي تم تهجير الفلسطينيين منها في عام 1948، بدأت "مسيرة العودة الكبرى" في 30 مارس 2018.

حيث جاء عام 2018 محملاً بالعديد من المشاكل الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، بما في ذلك عدم تحقيق المصالحة الفلسطينية، وأزمات الرواتب والبطالة والفقير، إلى جانب استخدام العنف الإسرائيلي ضد المتظاهرين الفلسطينيين في المناطق الحدودية الشرقية في غزة، ومنذ 30 آذار (مارس) 2018، قتلت القوات العسكرية الإسرائيلية (239) فلسطيني وأصابت (25702) شخص، من بينهم (6222) إصابة في المستشفى، منهم (2846) طفلاً (611) امرأة (وزارة الصحة، ديسمبر 2018).

ويفتقر قطاع غزة إلى معايير جودة الحياة في ظل الحصار والاحتلال وارتفاع البطالة والفقر، منذ فرض الحصار على القطاع، مما أدى إلى حالة الرفض لهذا الواقع المرير ودفع الغزيين للتعبير عن ذلك من خلال مسيرات العودة بحثاً عن جودة حياة أفضل.

ويرى الثنيان (2009:3) أن جودة الحياة تستند إلى مجموعة من المعايير يعتمد عليها الأفراد لتقييم الحياة ومتطلباتها، والتي غالباً ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد جوانب جودة الحياة مثل القدرة على التفكير، واتخاذ القرارات، والتحكم، وإدارة الظروف المحيطة، والصحة البدنية، والصحة النفسية. إضافة إلى الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية (أبو يونس، 2013:4).

وتتضمن نوعية الحياة حسب منظمة الصحة العالمية (2015) أربعة أبعاد هي: البعد الجسدي الذي يوضح كيفية التعامل مع الألم والتعب وعدم الراحة، والبعد النفسي الذي يقوم على المشاعر والسلوكيات الإيجابية، وتركيز الانتباه، والرغبة في التعلم والتفكير، والبعد الاجتماعي الذي يتضمن العلاقات الشخصية والاجتماعية، والبعد البيئي ويتضمن الشعور بالأمن والأمان في الجوانب البيئية ومصادر الدخل، والابتعاد عن التلوث والضوضاء (طشوش، الفشار، 2016:2).

وقد أشار كل من كاظم ومنسي (2006) إلى أن جودة الحياة تعني "شعور الفرد بالرضا والسعادة والقدرة على اشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة، ورفي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والثقافية التعليمية، والنفسية وحسن إدارة الوقت والاستفادة منه" (مريم، 2016:357).

وتتهدد جودة الحياة بالنسبة للأشخاص الذين يفنقرون إلى مقومات الحياة الأساسية كالمأكل والمشراب والمسكن وإلى البيئة الآمنة والعلاج الصحي كما الحال في قطاع غزة حيث يعاني السكان في قطاع غزة منذ سنوات من الحصار واستمرار الاحتلال.

كذلك فإن استمرار هذا الواقع المرير قد يؤدي إلى مشاكل نفسية مختلفة نتيجة عدم قدرة الأفراد على تحمل الواقع والتكيف معه بشكل صحي سليم، وقد تتطور أعراض اكتئابية تدريجياً وتساهم بخلل واضح في أنشطة الحياة اليومية وقد تتفاقم لتصل إلى درجة من العجز وعدم الرغبة بالاستمرار في الحياة وذلك لفقدان المعنى والهدف، والذي قد يؤدي إلى تمني الموت واللجوء لمحاولة للانتحار.

حيث يرى زهران (1978) أن الاكتئاب هو "حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة والأليمة وتعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لذلك" (النجمة، 2008:2).

ويشير الداهاى (363:2005) إلى أن الاكتئاب من الأمراض المكلفة جداً حيث يمتد تأثيره على نواحي الحياة من اضطراب العمل إلى تدهور الحياة نفسها، بالإضافة إلى كلفة العلاج المباشر كبرنامج (5:2018)، وهذا ما تؤكدته دراسة الشاعر (2014) على عينة تتكون من (53) من جرحى الحروق في قطاع غزة، حيث أظهرت دراستها أن الاكتئاب يزداد لدى جرحى الحروق مقارنة بغيرهم.

وللتغلب على تلك المشاكل النفسية يستخدم العلاج المعرفي السلوكي لتحقيق علاجات معرفية وسلوكية، ويتناول التغيير الذي يحدث في العديد من الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية، حيث يقوم التغيير المعرفي بإثارة التغيير السلوكي، مما يعمل على تكوين منظور جديد لدى الفرد (العزامي، 2018:3).

ولقد أثبتت الدراسات فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض الاكتئاب، ومن هذه الدراسات: دراسة على (2004)، ودراسة بلحيل (2008)، ودراسة إدريس (2008). مما دفع الكثير من المؤسسات العاملة في مجال الصحة النفسية بالبحث والعمل على تطوير برامج للتعامل مع المشكلات النفسية التي بدأت تنتشر في المجتمع الفلسطيني (سليمان، 2014:4).

وجاءت أهمية هذه الدراسة الحالية نتيجة لأن الأشخاص الذين يتعرضون للعنف والصراعات السياسية هم الأكثر عرضة للمشاكل النفسية مثل الأعراض الاكتئابية وقد يؤثر ذلك على جودة حياتهم، حيث سيؤدي عدم التدخل بشكل عاجل مع هؤلاء الضحايا إلى تفاقم الأعراض وتطوير اضطرابات أكثر تعقيداً قد يصعب التغلب عليها لاحقاً.

## 2.1 مشكلة الدراسة

من خلال عمل الباحثة كمعالجة نفسية لدى وزارة الصحة الفلسطينية في مركز خانيونس للصحة النفسية المجتمعية في مشروع شفاء الجروح مع فئة المصابين بمسيرات العودة، لاحظت أن معظمهم من فئة الشباب، كذلك من خلال العمل معهم تبين أنهم يعانون حالة من العجز والاكتئاب وخلل واضح في الوظائف الحياتية المختلفة، ويعتبر تقييم جودة العمل خلال مسيرات العودة من المواضيع

المهمة، والتي تمس عمق حياة المواطن الفلسطيني في محافظات غزة كما باقي الخدمات الطبية والعلاجية، والتي أصبحت مع الحصار الإسرائيلي في أقل مستوياتها من نقص في الإمكانيات الطبية الأساسية من حيث شح الموارد المتاحة لعلاج مصابي مسيرات العودة بتقديم الخدمات بإمكانياتهم المحدودة. كذلك فإن افتقار معظم هؤلاء الشباب لمقومات ونوعية الحياة الجيدة كان هو الدافع الأساسي لعدم وجود أهمية لحياتهم، كذلك حسب علم الباحثة لا يوجد أي دراسات في المجتمع الفلسطيني لدراسة الوضع النفسي لجرحى مسيرات العودة، كذلك لا يوجد تدخلات نفسية للتخفيف من التأثيرات السلبية للإصابة.

### 3.1 مبررات الدراسة

رفع الوعي في المجتمع الفلسطيني بأهمية العلاج النفسي والخدمات التي يمكن أن تقدم للجرحى، ندرة الدراسات التي تهتم بفاعلية العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب وخاصة لجرحى مسيرات العودة، أنها باكورة الدراسات في المجتمع الفلسطيني التي عملت على استخدام برنامج علمي ممنهج معتمد على التدخل المعرفي السلوكي للتخفيف من اعراض الاكتئاب لدى مصابي مسيرات العودة، تفتح المجال أمام الباحثين للعمل على تطوير برامج علاجية تساهم في التقليل من الاكتئاب والاضطرابات النفسية الأخرى لدى الجرحى والمصابين على اختلاف نوعية إصاباتهم. وبسبب الظروف الأمنية الصعبة لمحافظة غزة، و تكرار الاعتداءات الصهيونية من حروب واجتياحات وقصف للمدنيين في مسيرات العودة، والتي هي حق من حقوق الشعب الفلسطيني من التظاهر والمقاومة السلمية والاعتراض على الممارسات الصهيونية التي يمارسها ضد المدنيين في محافظات غزة، كذلك التجاهل الإسرائيلي والدولي لحق العودة للاجئين الفلسطينيين لمدهم وقراهم التي هُجروا منها في عام 1948.

### 4.1 أهمية الدراسة

تتبع أهمية الدراسة على المستوى العلمي كونها تعرض معلومات حديثة وغنية عن جودة الحياة والأعراض الاكتئابية لدى مصابي مسيرات العودة، والذي يشكل خطورة بالغة حيث يرتبط مستوى منخفض من جودة الحياة ومستوى مرتفع من الأعراض الاكتئابية من الاضطرابات النفسية والجسدية، كما وإنها تعبر عن سوء التوافق النفسي والاجتماعي والتي قد تنعكس سلباً على الصحة النفسية، كما تركز الدراسة على فئة مصابي مسيرات العودة الذين يشكلون شريحة الشباب لما لها من أهمية في

المجتمع الفلسطيني تستدعي التدخل لمساعدتهم نتيجة الإصابة والتي قد تؤدي إلى فقدان قيمة الحياة لديهم وظهور الأعراض الاكتئابية، بالإضافة إلى أن الدراسة تقدم برنامج معرفي سلوكي يشتمل على فنيات معرفية وسلوكية من أجل العمل على رفع مستوى جودة الحياة وخفض الأعراض الاكتئابية، ولاسيما لدى فئة الشباب من مصابي مسيرات العودة، كما قد تفيد نتائج الدراسة في إعداد البرامج الإرشادية المعرفية السلوكية والتي يمكن أن يستفيد منها العاملون في مراكز الصحة النفسية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية والأخصائيون في مؤسسات المجتمع المدني والمدارس الحكومية، بالإضافة إلى أنه قد تفتح نتائج الدراسة الحالية آفاق أمام الباحثين لتبصير الأخصائيين النفسيين في معرفة آلية تقديم الخدمات النفسية والإرشادية لمصابي مسيرات العودة.

## 5.1 أهداف الدراسة

### 1.5.1 الهدف العام

تقييم فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لرفع مستوى جودة الحياة وخفض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من مصابي مسيرات العودة.

### 2.5.1 الأهداف الخاصة

1. الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على مقياس جودة الحياة ومقياس الأعراض الاكتئابية في القياس البعدي.
2. الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ضمن القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الحياة ومقياس الأعراض الاكتئابية.
3. الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ضمن القياسين البعدي والتتبعي على مقياس جودة الحياة ومقياس الأعراض الاكتئابية بعد شهر من تطبيق البرنامج.
4. تقديم مجموعة من التوصيات التي قد تساهم في خفض أعراض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مصابي مسيرات العودة بمحاظفة رفح.

## 6.1 أسئلة الدراسة

### 1.6.1 السؤال الرئيس

ما مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض الأعراض الاكتئابية ورفع مستوى جودة الحياة لدى مصابي مسيرات العودة بمحافظة رفح؟

### 2.6.1 الأسئلة الفرعية

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.5$ ) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على مقياسي جودة الحياة والأعراض الاكتئابية لدى مصابي مسيرات العودة في القياس البعدي.
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.5$ ) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي جودة الحياة والأعراض الاكتئابية لدى مصابي مسيرات العودة في القياسين القبلي والبعدي.
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.5$ ) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي جودة الحياة والأعراض الاكتئابية لدى مصابي مسيرات العودة في القياسين البعدي والتتبعي.

## 7.1 التعريفات الإجرائية للدراسة

- **الفاعلية:** هي عبارة عن القدرة على تحقيق النتيجة المقصودة حسب المعايير المحددة مسبقاً، حيث ترتفع درجة الكفاية عندما يتم تحقيق النتيجة بشكل كامل (الشبانان، 1996:15)، ويقصد بالفاعلية في الدراسة الحالية رفع مستوى جودة الحياة وخفض الأعراض الاكتئابية باستخدام برنامج معرفي سلوكي لدى عينة من مصابي مسيرات العودة.
- **البرنامج الإرشادي:** هو برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فردياً وجماعياً لجميع من تضمهم المؤسسة، بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار. الوعي المتعقل، ولتحقيق التوافق النفسي داخل المؤسسة وخارجها، ويقوم بتخطيطه وتنفيذه وتقييمه لجنة وفريق من المسؤولين المؤهلين (زهران، 1977:439).

- **جودة الحياة:** هي إدراك وتصور الأفراد لوضعهم وموقعهم في سياق نظم الثقافة والقيم التي يعيشون فيها وعلاقة ذلك بتوقعاتهم وأهدافهم ومعاييرهم واعتباراتهم، وهو مفهوم واسع النطاق يتأثر بالصحة الجسدية للشخص وحالته النفسية ومعتقداته الشخصية وعلاقاته الاجتماعية.
- **مصابي مسيرات العودة:** تقرير حق العودة للاجئين الفلسطينيين والاعتراف بحدود فلسطين التاريخية وتقرير حق المصير، وخروج مسيرات سلمية تطالب بحق العودة وخروج معظم فئات الشعب الفلسطيني للمطالبة بحق العودة لأرضينا في الداخل المحتل لفلسطين والمطالبة بها من خلال مسيرات سلمية تشرف عليها الهيئة الوطنية العليا للمطالبة بحق العودة القريبة من (الحدود) السياج الفاصل بين قطاع غزة والاحتلال، وقيم الاحتلال الاسرائيلي بانتهاك أفراد الشعب الفلسطيني في المسيرات السلمية من خلال القتل والتكيد بأفراد الشعب الفلسطيني وانتهاك حقوقهم التي تستتكرها الأعراف الدولية والعديد منهم تم إصابتهم في تلك المسيرات والتي استهدفت الأطراف السفلية مما أدى الى إما البتر أو وضع أجهزة البلاطين بسبب تفتت العظم من الرصاصات المتفجرة التي دخلت أجسامهم أو وجود تشوه عام في أحد أجزاء الجسم.

## 8.1 محددات الدراسة

- 1- **الحد البشري:** تم تطبيق إجراءات الدراسة على مصابي مسيرات العودة والذين تتراوح أعمارهم من (18-35) سنة والبالغ عددهم (30) حيث قام الباحث بتقسيمهم لمجموعتين كالتالي:
  - **المجموعة الأولى:** الضابطة والبالغ عددهم (15) مصاب.
  - **المجموعة الثانية:** التجريبية والبالغ عددها (15) مصاب.
- 2- **الحد المكاني:** تم تنفيذ جلسات البرنامج الإرشادي بمركز جمعية يبوس الخيرية في قاعة الأنشطة حيث إن القاعة معدة ومجهزة بكافة الإمكانيات والوسائل التي استعان بها الباحث في تنفيذ جلسات البرنامج الإرشادي.
- 3- **الحد الزمني:** تم إجراء دراسة استطلاعية وذلك بتطبيق مقياسي الاكتئاب وجودة الحياة، لتحديد أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في منتصف ديسمبر من العام (2019)م، قام الباحثة بالبدء بإجراءات الدراسة (الإجراءات الإرشادية) بتاريخ: (2020/1/2) حتى تاريخ: (2020/2/27)، بواقع (15) جلسة إرشادية مقسمة على ثمانية أسابيع، بواقع جلستين أسبوعياً، وتم تطبيق الاختبار البعدي بتاريخ: (2020/2/27)، وتم تطبيق الاختبار التتبعي بتاريخ: (2020/4/16).

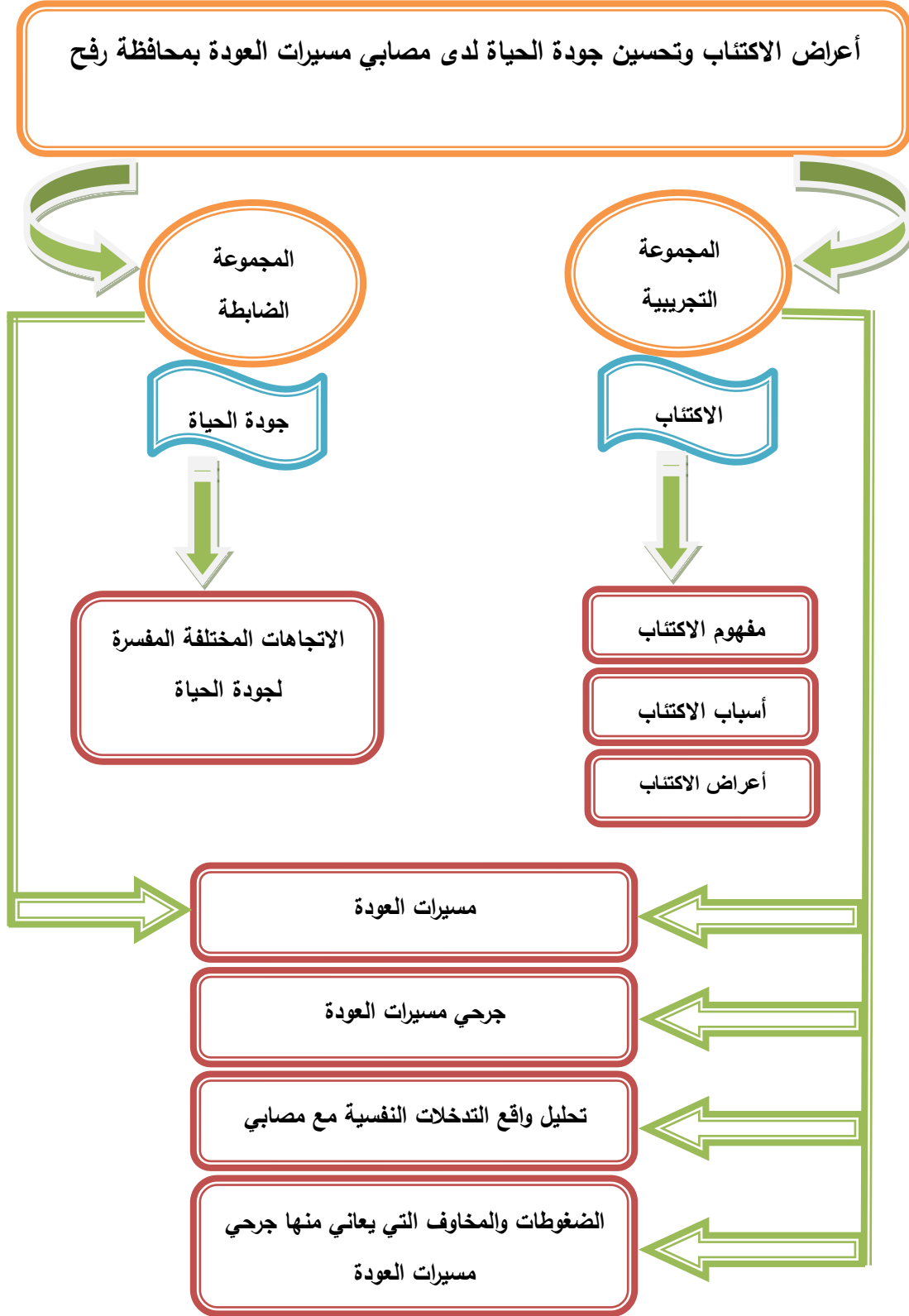


## الفصل الثاني

### الإطار النظري والدراسات السابقة

#### مقدمة

اهتم هذا الفصل بتقديم أهم المعلومات والدراسات المتعلقة فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض الأعراض الاكتئابية ورفع مستوى جودة الحياة لدى مصابي مسيرات العودة بمحافظة رفح، حيث تناولت الباحثة من خلال مراجعة الأدبيات مبحث أعراض الاكتئاب، من حيث مفهومها أسباب الاكتئاب، أعراض الاكتئاب، أنواع الاكتئاب، النظريات التي تفسر الاكتئاب ، وكذلك تناول مبحث، جودة الحياة، جودة الحياة، الاتجاهات المختلفة المفسرة لجودة الحياة، مقومات جودة الحياة، مكونات جودة الحياة، أبعاد جودة الحياة، العوامل الأساسية في تشكيل جودة الحياة، قياس جودة الحياة، تحسين جودة الحياة، وكذلك تناول مبحث مسيرات العودة، جرحي مسيرات العودة، مسيرة العودة الكبرى، بعض إحصائيات وزارة الصحة لجرحى وشهداء مسيرات العودة، الضغوطات والمخاوف التي يعاني منها جرحي مسيرات العودة، تحليل واقع التدخلات النفسية مع مصابي مسيرات العودة.



الشكل (1.2): الإطار المفاهيمي للدراسة من إعداد الباحثة

## 1.2 الاكتئاب

### 1.1.2 مفهوم الاكتئاب

يعتبر الاكتئاب من أكثر الظواهر النفسية انتشاراً، ويمكن القول أن أي واحد منا قد يمتلكه في وقت من الأوقات شعور بالحزن أو الضيق، أو إننا نشعر باضطراب يمنعنا من ممارسة أنشطة الحياة المعتادة كالعمل وتناول الطعام والنوم وزيارة الأصدقاء، كل هذه العلامات هي في الغالب دلالة على الاكتئاب النفسي، غير أن هناك خطأ شائع نقع فيه جميعاً حين نتوقع أن الشخص الذي يعاني من الاكتئاب لا بد أن تبدو عليه علامات الحزن والأسى الشديد بصورة واضحة للجميع، وإذا لم يكن الأمر كذلك فإن عامة الناس لا يدركون أن الشخص يعاني من الاكتئاب، وهذا الكلام ينطبق على الأطباء أيضاً، لأن الجميع يتوقع أن يكون المريض المكتئب في حالة من الحزن الواضح، لكن الواقع أن مظهر الحزن وحده ليس دليلاً على الاكتئاب أو مرادفاً لوجود هذا المرض في كل الأحيان، لكن الاكتئاب له مظاهر وعلامات أخرى (محمد، 2018).

وقد تطرقت الدراسة للعديد من التعريفات للاكتئاب من خلال استعراض العديد من الدراسات والكتابات الذين تناولوا الاكتئاب، حيث يعرف الاكتئاب بأنه "الإحساس الفعلي لوقوع ما كان يتوقع حدوثه، وهو حالة من الحزن الشديد واليأس والانسحاب وهبوط حاد في جميع الوظائف التي يقوم بها الشخص" (Sekercioglu et al., 2017).

ويعرف أيضاً بأنه "حالة انفعالية من الهم والغم المداوم، والتي تتراوح بين تثبيط الهممة البسيط والكآبة، وهي حالة يتعرض لها جميع الأفراد في مواجهة ما يصادفونه من عقبات وإحباط وتمتد إلى مشاعر القنوط والجزع واليأس السوداوي والتي تؤدي إلى الانتحار، ويصاب صاحب هذه المشاعر عادة بالافتقار إلى المبادأة والكسل وفتور الهممة والأرق وفقدان الشهية وشغف التركيز وصعوبة إتخاذ القرار" (سليمان، 2014).

ويعرف أيضاً بأنه "اضطراب نفسي يشعر فيه الشخص بالقلق والحزن والتشاؤم وغالباً ما يشعر بالذنب أو العار كما يقلل الشخص من ذاته" (Alexopoulos et al., 2016).

ويعرف أيضاً بأنه "عبارة عن رد فعل لبعض الأحداث في حياة الفرد، تلك الأحداث التي تسبب الشعور بالحزن والغم والضيق، ويعتبر الاكتئاب لدى غالبية الناس عن استجابة عادية تثيرها خبرة مؤلمة" (الشاعر، 2014).

ومما سبق من آراء يمكن للباحثة أن تعرف الاكتئاب على أنه حال نفسية تتسم بالحزن والتشاؤم وفقدان الأمل، لتصل أحياناً إلى الشعور بالذنب وفقدان الشهية والانطواء وانعدام القيمة، وفي الحالات العميقة يصل المريض إلى حد كراهية الذات وإيذاء النفس، وهي حالة يتعرض لها الفرد نتيجة للخبرات الصادمة التي يصادفها في حياته.

## 2.1.2 أسباب الاكتئاب

لقد سلطت الدراسة الضوء على عدة أسباب للاكتئاب، حيث يوجد بعض الأسباب التي قد تؤدي إلى الاكتئاب يمكن توضيحها كما يأتي (Chandravanshi et al., 2017):

1. **العامل الوراثي:** ترصد العديد من الدراسات على التوائم والأشقاء دوراً ملحوظاً للوراثة في الاكتئاب، ولكن من الأفضل الحديث عن الوراثة البيئية أو السلوكية، وتدعم هذا التوجه نتائج العلاج النفسي الناجحة للاكتئاب دون الحاجة إلى العقاقير أو العمليات الجراحية.
2. **العوامل العضوية والكيميائية:** كالتغيرات الهرمونية أثناء الولادة، بداية الطمث، سن اليأس، اضطرابات الغدد كالغدة الدرقية والكظرية والجنسية.
3. **العوامل النفسية:** كالتوتر الانفعالي، الحرمان، فقدان الحب، الإحباط والفشل، خيبة الأمل، الكبت، القلق، الشعور بالإثم، الرغبة في عقاب الذات والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات الصادمة.
4. **العوامل البيئية:** أوضحت الدراسات العلاقة الارتباطية بين معاملة الأسر القاسية وأشكال الحرمان وبين الاكتئاب، بالإضافة إلى فقدان المكانة الاجتماعية وما يسببه من إحساس بالظلم.
5. **العوامل الذاتية:** هناك دور واضح لشخصية ما قبل المرض (الشخصية الدورية) التي تتصف بالتقلبات الانفعالية الوجدانية السريعة، بالإضافة إلى فلسفة الشخص الذاتية التي تلعب دوراً حاسماً في الاكتئاب، كالحساسية الزائدة، مشاعر فقدان الجدوى، انعدام وسائل الاتصال المثمر مع الواقع.

وترى الباحثة أن آراء العلماء تعددت حول العوامل المسببة للاكتئاب، فمنهم من أرجعها للوراثة ومنهم للبيئة السلوكية ومنهم من اعتبر أن التغيرات الهرمونية هي السبب في حدوث الاكتئاب، وقد أكدوا على الظروف البيئية التي تفرض نفسها على الإنسان، ولم يهملوا أيضاً الخصائص الذاتية التي يمكن أن تقود الشخص إلى الاكتئاب.

### 3.1.2 أعراض الاكتئاب

وتؤكد الدراسة بأن هناك العديد من الأعراض الناتجة عن الاكتئاب، حيث يعرف بأنه: حالة تكون مصحوبة بتغيرات مزاجية وعقلية وجسمية تتمثل في صورة: الحزن والعزلة واللامبالاة وانخفاض تقدير الذات واضطرابات في النوم والشهية، ونقص الليبيدو، وعداء الذات وانخفاض في النشاط (Beck, 1995:40).

ويقصد به إجراءات الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس بيك للاكتئاب التي تدل على توافر بعض هذه الأعراض مثل: الحزن والتشاؤم والإحساس بالفشل.

وقد تبين من التعريفات السابقة أن للاكتئاب معظمها أجمل أعراض الاكتئاب، فالإكتئاب يصاحبه أعراض سلوكية ووجدانية ونفسية، وأعراض الاكتئاب تختلف بشكل واضح فمنها يظهر فجأة نتيجة حدث مفاجئ، ومنها يزحف للمريض ببطء، وتتحوّل تلك الأعراض إلى تغيرات في شخصية الفرد قبل ظهور الأعراض الإكلينيكية، وأحياناً يبدأ بأعراض عامة كصعوبة التركيز والتردد، وشعور بالتعب، وفقدان الشهية وتغيير في العادات والسلوك، وغالباً ما يقسم الباحثون وعلماء النفس أعراض الاكتئاب إلى أربعة أنواع أساسية وهي التي ستقوم الدراسة باستعراضهم:

1. أعراض وجدانية اكتئابية: وهي عبارة عن حالة شديدة من الانقباض والضيق تبدأ مع الفرد المكتتب ببداية النهار، ويتحسن تدريجياً، وتبدأ بسيطة وتترج بالشدة، فيفقد الفرد متعة الحياة، وانكسار النفس وهبوط الروح المعنوية، ويبدأ بالتساؤل حول أهميته وأهمية الحياة، ويصاحب ذلك حالة من اليأس (سعود، 2015).

2. أعراض نفسية أو سيكولوجية: وهي متعددة نذكر منها (Wang et al., 2016):

• **أعراض في الوظائف العقلية:** فتتأثر الوظائف العقلية بالاكتئاب ويبدو ذلك في هيئة مميزة من البطء وقلّة الانتباه والسرّحان وعدم القدرة على التركيز واختفاء سرعة البديهة والاستجابة الإنفعالية بل وتتأثر أحياناً الذاكرة.

• **التفكير:** يصاحب الاكتئاب حالة من تضخيم الأمور البسيطة، والشعور بالتعب والارهاق دون بذل أي مجهود، وتأنيب الضمير، والشعور بالذنب، واتهام النفس بالخطيئة، والتلوث الخلفي، وتوهم العلل البدنية، انخفاض قيمة الذات وتقديرها، والشعور بعدم الأهمية، وهنا تبدأ الأفكار الانتحارية.

• **تبدد الذات والواقع:** حيث يشعر المريض بأنه فقد مباحج الحياة، والشعور بالألم وفقدان السعادة، ويتعجب من أحاسيسه وسلوكه.

3. **أعراض جسدية أو فسيولوجية:** منها ما هو متكرر ومنها ما هو عارض، ومن أهمها

الآتي(الهرباوي، 2016):

- فقدان الشهية.
- نقصان أو زيادة في الوزن.
- الإمساك.
- اضطرابات النوم المختلفة.
- اضطرابات الدورة الشهرية عند النساء.
- الصداع المستمر والشعور بالتعب الشديد.
- فقدان الرغبة الجنسية.

4. **أعراض سلوكية:** المظهر والسلوك الخارجي للفرد غالباً ما يكون مؤشراً على وجود الاكتئاب من

عدمه، فمن الممكن ان تكون ملابس الفرد قذرة وسيئة، واتساخ الشعر وعدم نظافته مؤشراً على ذلك، وكذلك الكسل الذي يعبر عنه في صورة بطء في حركة الجسم وعدم ممارسة الأنشطة وكذلك قلة الكلام وبطئه، نقص القدرة على العمل، الانعزال عن المجتمع، رفض مقابلة الأصدقاء، الهيجان المستمر، الخمول الذهني والجسدي، والانتحار الذي يعتبر أكثر الأعراض خطورة، والجدير بالذكر أن (70-50)% من حالات الانتحار الناجحة سببها الأساسي الاكتئاب الشديد (بشيش، 2018).

ومما سبق يمكن للباحثة أن تؤكد على أن هناك عدة أعراض للاكتئاب تظهر في كافة تصرفات الشخص المكتئب، سواء كانت وجدانية، سلوكية، نفسية، جسدية، باختلاف أشكالها وأنواعها.

وحددت الخصائص المميزة لنوبة الاكتئاب في وجود خمسة أو أكثر من الأعراض الآتية تستمر لأسبوعين بشرط وجود المزاج المكتئب وفقدان الاهتمام بالمتعة (Ramazani et al., 2019):

1. مزاج مكتئب أغلب اليوم تقريباً يستدل عليها من خلال التقرير الذاتي مثل (أشعر بالحزن) أو من خلال ملاحظة الآخرين مثل (يبدو عليه البكاء).
  2. نقص واضح في الشعور بالمتعة والسرور كم في كل أو أغلب الأنشطة (كما تبينها التقارير الذاتية أو ملاحظة الآخرين).
  3. انخفاض واضح في الوزن بدون رجيم أو زيادة في الوزن تغير أكثر من 5% من وزن الجسم في الشهر أو نقص أو زيادة في الشهية تقريباً كل يوم.
  4. الأرق تقريباً كل يوم.
  5. تأخر حركي نفسي يلاحظه الآخرون ولا يقتصر هذا التأخر على مجرد مشاعر ذاتية بعدم الاستقرار.
  6. الشعور بالتعب وفقدان الطاقة يومياً تقريباً.
  7. الشعور بعدم الأهمية والشعور المبالغ فيه بالذنب ويستمر هذا الشعور يومية تقريباً وليس مجرد الشعور بتوبيخ الذات أو الشعور بالتأثر لأنه مريض.
  8. انخفاض القدرة على التركيز أو التفكير مع فقدان المقدرة على اتخاذ القرار تقريباً كل يوم (يستدل على ذلك من خلال التقرير الذاتي أو ملاحظة الآخرين).
  9. التفكير في الموت أو الانتحار بدون خطة محددة للتنفيذ.
  10. لا تسبب الأعراض أسي إكلينيكي جوهري أو انخفاض في الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيرها من مجالات أداء المهمات.
  11. لا تعود هذه الأعراض إلى تناول مادة أو عقار يساء استخدامه أو لحالة مرضية عامة مثل زيادة إفراز الغدة الدرقية.
  12. لا تعود هذه الأعراض بسبب فقدان شخص عزيز بسبب الموت مثلاً أو تتسم بضعف وظيفي واضح مثل أعراض الذهان أو التأخر النفسي الحركي.
- وترى الباحثة بأن وجود الخصائص المميزة لنوبة الاكتئاب تكون أكثر من خمسة أعراض وقد تستمر لأسبوعين، فهي تعطي المكتئب شعور بعدم الاهتمام بشيء وفقدان الرغبة بكل شيء.

## 4.1.2 أنواع الاكتئاب

تتناول الدراسة أنواع عدة للاكتئاب حيث نوعت انواعه، ويمكن توضيح أنواع الاكتئاب فيما يأتي (Waggoner, 2019):

1. **الاكتئاب العصابي:** وهو اكتئاب مخفف ينجم عن القلق و الشعور بالذنب والكبت وهو يمتد إلى فترة طويلة أطول من فترة الحداد والحزن العادية مع الشعور المريض بان كل شي قد ضاع إلى الأبد وان المستقبل لا وجود له وان الحياة لن تعود إلى ما كانت عليه أبداً إلا أنه يستجيب للتشجيع والتخفيف من حزنه والامة الذي يقدم إليه من قبل الآخرين، ويكون هذا النوع من الاكتئاب استجابة لحادثة محزنة يمكن تحديدها والتعرف عليها بالفعل، وفي هذا النوع من الاكتئاب يتحدث المصاب عن نوع من اليأس والقنوط، يتناسب طردياً مع الحادثة أو الواقعة التي فجعته، ويسمى هذا النوع بالاكتئاب الاستجابة لأنه عادة ما يكون نتيجة لبعض الأزمات الخارجية كفقدان قريب أو صديق أو نتيجة لفشل في أداء عمل أو مهنة أو علاقات اجتماعية وثيقة.

2. **الاكتئاب الذهاني:** هو شكل متطرف من أشكال الاكتئاب لا يعود إلى حادثة معينة مباشرة أو لمثير معروف، وإنما يرتبط بحالة نفسية داخلية لاشعورية، والمصاب هنا لا يدرك السبب الحقيقي لحزنه ولمشاعر التعاسة التي تغمره الأمر الذي يضعف قدرة المقاومة والتحليل المنطقي لديه، ويسهل استسلامه للأوهام التي يتركز معظمه على تهويل مشاعر الخيبة، وتوهم المرض واتهام الذات بالآثام والخطايا والدعوة إلى القصاص الذاتي.

3. **الهوس الاكتئابي:** إن المريض يواجه حدوثه أول مرة حيث يكون في العشرينات أو السنوات المبكرة من الثلاثينيات من عمره، وتتكون الأعراض الاكتئابية من شعور منتشر بالكسل والجمود والقصور الذاتي، وأفكار توهمية خادعة عن الذنوب والآثام بالإضافة إلى إدانة الذات ويطء عام في التفكير والحركة. حيث يتعرض المريض لنوبات تتردد بين نوبات الاكتئاب ونوبات الهوس، وهي الحالة النفسية المعاكسة للاكتئاب، حيث تظهر لدى المصاب مظاهر الفرح المفرط والغبطة الشديدة والفعالية الزائدة وكأنه يكاد يطير من الفرح.

4. **اكتئاب سن اليأس أو السواد الارتدادي:** يعتبر اكتئاباً شديداً في عمر متأخر، ويؤمن الكثير أن هذا المرض شبيه ل ( الاكتئاب الذهاني )، ولكنه يظهر في سن متأخرة ويكثر في السيدات عن الرجال وأنه لا داعي لتفرقة عن الاضطرابات الاكتئابية ويظهر هذا المرض في النساء بين سن



(55-45) وفي الرجال من سن (65-55) وهو العمر الذي تبدأ فيه التغيرات العقلية والجسمية المصاحبة لسن اليأس وضمور الغدد التناسلية والذي يكون أكثر وضوحاً في النساء لانقطاع الطمث.

5. **اكتئاب النجاح والرفعة:** هو اغتمام يسود الفرد ردة لفعل حدث مسعد وممتع.

وترى الباحثة أن أنواع الاكتئاب مختلفة منها ما هو اكتئاب عصابي، ومنها اكتئاب ذهاني، ومنها اكتئاب سن اليأس ومنها اكتئاب النجاح والرفعة ولكل منه أنواع الاكتئاب أعراضه وأسبابه.

### 5.1.2 النظريات التي تفسر الاكتئاب:

لقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن هناك العديد من النظريات التي تفسر الاكتئاب، والدراسة تستعرض بعض النظرات التي فسرت الاكتئاب، ويمكن توضيحها كما يأتي:

#### 1. النظرية المعرفية

إن الاكتئاب يحدث ويستمر بسبب أسلوب الفرد في التفكير، فالشخص المكتئب متشائم يعاني من تحيز إدراكي نحو الأبعاد السلبية في الخبرات، الأمر الذي يترتب عليه تفكير خاطئ وغير وظيفي، كذلك فإن التفكير في الاكتئاب هو نتاج خلل في البنية المعرفية الأساسية، وهذا الخلل يعبر عن ذاته في التعامل مع الأحداث المختلفة مثل الفشل، أو فقدان شخص عزيز، أو الرفض.

ويرى المكتئب أن المصاعب الحالية التي يعانيها لن تكون لها نهاية، واضعة الفشل مسبقاً نصب عينيه، فالثالوث المعرفي وهو مصطلح يشير إلى وجهة النظر السلبية التي يحملها الفرد المكتئب عن ذاته وعالمه ومستقبله، فهو يرى نفسه شخص محروم ومريض ناقص، بدون قيمة وحيدة غير كفؤ وغير ناجح، متردداً ويائساً ومتعباً ولا مبالياً، ويعزو خبراته غير السارة في أخطاء جسمية وأخلاقية ونفسية في ذاته، وأن هذا العالم يحمله فوق طاقته ولا طاقة له به، ويضع معوقات تحول دون وصوله لأهدافه، وينظر لمستقبله نظرة سلبية كئيبة. حيث أن المخططات تمثل المكونات البنائية الأساسية للتنظيم المعرفي والتي من خلالها يتعرف الكائن ويفسر ويصنف ويقيم خبراته وتتصف مخططات الفرد المكتئب بوجهات نظر سلبية في رؤية الذات على أنها معيبة، غير كفؤة ورؤية العالم كمطالب محبط أو انهزامي، كما أن المخططات السلبية يتم تفجيرها بحدوث أو (إدراك حدوث) أحداث حياة سلبية ويتم المحافظة عليها بميل الفرد إلى تشويه المعلومات الواردة إليه بطريقة منظمة في أسلوب غير توافقي أو سلوك انهزامي (Mushtaq, 2019).

## 2. المدرسة السلوكية

أشار العلماء إلى اعتماد المفاهيم الأساسية النظرية التعلم في تفسير السلوك علي مفهوم التدعيم (التعزيز) وخاصة خفض التعزيز الإيجابي، فمن شأنه أن يترك الأثر السلبي نتيجة لعدم وجود أو خفض للمعزز الإيجابي، والذي يكون من نتائجه الأعراض التي حددها مثل الشعور باليأس وعدم الارتياح، انتقاص قيمة الذات، الشعور بالذنب، الإحساس الفعلي بالإرهاق، الانعزال الاجتماعي ، الشكاوي البدنية وانخفاض معدل السلوك (عطا الله والكثيري، 2017).

## 3. نظرية التحليل النفسي

لقد فسرت هذه النظرية بأن الاكتئاب هو كبت الغرائز وما ينجم عن ذلك من "عدوان متحول"، وقد صور الاكتئاب بتحول الانفعالات السالبة إلى داخل الفرد، ويعتبر بذلك الاكتئاب عدواناً على الذات (أحمد، 2017).

وترى الباحثة أن عدم توافق الفرد مع مواقف الحياة المختلفة تؤثر سلباً على الفرد في كل حياته خاصة في حالة فقدان أحد أفراد الأسرة أو الانفصال أو مرض أو إعاقة أحد أفراد الأسرة فتصل بالفرد حالة الانغلاق داخلياً.

## 2.2 جودة الحياة

لقد اهتمت الدراسات الحديثة بجودة الحياة ودراستها، حيث تعد جودة الحياة هي واحدة من أهم مجالات الدراسات والبحوث الأسرع نمواً واهتماماً في العالم حالياً، وهذا المفهوم يعد مقياساً لرفاه الشعوب والمجتمعات والأفراد، وله العديد من التعريفات لعدد من الخبراء، لكن التعريف شبه المتفق عليه هو تعريف منظمة الصحة العالمية التي تعرفها كمفهوم "إدراك وتصور الأفراد لوضعهم ومواقعهم في الحياة في سياق نظم الثقافة والقيم التي يعيشون فيها، وعلاقة ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واعتباراتهم، وهو مفهوم واسع النطاق يتأثر بالصحة الجسمية للشخص وحالته النفسية ومعتقداته الشخصية وعلاقاته الاجتماعية" (Kazmi et al., 2014).

وتعرف جودة الحياة بأنها "شعور الفرد بالسعادة والرضا والقدرة على إشباع حاجاته من خلال شراء البيئة، ورفي الخدمات التي تقدم له في المجالات المختلفة كالمجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية "مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه" (العاور والنواجحة، 2019).

كما عرفت بأنها استمتاع الفرد بحياته وشعوره بالسعادة والتفاؤل والتمتع بالصحة الجسمية والنفسية الإيجابية ورضاه عن حياته في جوانبها المختلفة الجسمية والصحية والبيئية والاقتدار على الزمن مما يجعل حياته مليئة بالمعاني الإيجابية" (Bolach and Prystupa, 2014).

وتعرفها الباحثة بأنها تعبير عن الإدراك الذاتي للفرد، وتقييمه للنواحي المادية المتوافرة في حياته، ومدى أهمية كل جانب منها بالنسبة للفرد في وقت محدد، وفي ظل ظروف معينة، ويظهر بوضوح في مستوى السعادة أو الشقاء الذي يكون عليه، ويؤثر بدوره على تعاملات الفرد وتفاعلاته اليومية.

## 1.2.2 الاتجاهات المختلفة المفسرة لجودة الحياة

لقد تنوعت الاتجاهات واختلفت من حيث تفسير جودة الحياة، حيث يمكن توضيح الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة كما يأتي: (العاور والنواجحة، 2019):

1. **الاتجاه الاجتماعي:** يرى المير هانكس أن بداية الاهتمام بدراسات جودة الحياة كانت منذ عام (1948م) حيث أنها ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثال على ذلك معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، ومستويات التعلم عند أفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله وتأثيره على الحياة، حيث يرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد المهنية مع زملائه تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله.

2. **الاتجاه النفسي:** فالحياة بالنسبة للإنسان هي كل ما يدركه منها حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالعامل والدخل والمسكن والتعليم أيضا، انعكاس مباشر لطبيعة الإدراك الفرد لجودة الحياة في وجود تلك المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد، وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة، ويظهر ذلك في مستوى السعادة والشقاء الذي يكون عليه، ويرتبط بمفهوم جودة الحياة مفاهيم نفسية عديدة منها: الحاجات، الإدراك الذاتي، القيم، مفهوم الاتجاهات، الطموح، مفهوم التوقع إضافة إلى مفاهيم الرضا، كالتوافق والصحة النفسية ويرى البعض أن جوهر جودة

الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة، وذلك وفقاً لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية أبرهام ماسلو.

3. **الاتجاه الطبي:** وينظر ذلك الاتجاه إلى كيفية تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسدية مختلفة نفسية أو عقلية، وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة، وهذا الاتجاه كان اعتماده على تحديد مؤشرات جودة الحياة حيث أنه لم يضع تعريفاً واضحاً لهذا المفهوم، وقد زاد اهتمام الأطباء والمتخصصين في الشؤون الاجتماعية والباحثين في العلوم الاجتماعية بتعزيز ورفع جودة الحياة لدى المرضى من خلال توفير الدعم النفسي والاجتماعي لهم.

4. **الاتجاه الفلسفي:** وهذا الاتجاه يؤكد أن جودة الحياة هي حق متكافئ في الحياة والازدهار، وهناك كثير من المواطنين التي تتطلب الجودة حتى يحصل الإنسان على " جودة حياة"، فمفهوم جودة الحياة في المنظور الفلسفي جاء من أجل وضع مفاهيم السعادة الثلاثية البراجماتية المشهورة، والمتمثلة في أن الفكرة لا يمكن أن تتحول إلى اعتقاد إلا إذا أثبتت نجاحها على المستوى العملي أو القيمة الفورية وليست المرجأة (النفعية) والمستوى العملي أقرب إلى مفهوم السعادة والرفاهية الشخصية منه إلى أي مفهوم آخر. وينظر إلى جودة الحياة من منظور فلسفي آخر على أن هذه السعادة المأمولة لا يمكن للإنسان الحصول عليها إلا إذ حرر نفسه من أسر الواقع وحلق في فضاء مثالية تدفع بالإنسان إلى التسامي على ذلك الواقع الخائق وترك العنان للحظات من خيال إبداعي ثري، وبالتالي فجودة الحياة من هذا المنظور مفارقة للواقع تلمساً لسعادة متخيلة حاملة يعيش فيها الإنسان حالة من التجاهل التام لآلام ومصاعب الحياة والذوبان في صفاء روحي مفارقة لكل قيمة مادية.

## 2.2.2 مقومات جودة الحياة

لقد تنوعت واختلفت مقومات جودة الحياة، وذلك لأنه توجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديدها لذلك يمكن ضبط مقومات جودة الحياة كما تراها الدراسة كالتالي (Ahmmad and Islam, 2014):

1. القدرة على التفكير وأخذ القرارات.
2. القدرة على التحكم.
3. الصحة الجسدية والعقلية.

4. الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.

5. المعتقدات الدينية.

6. القيم الثقافية والحضارية.

7. الأوضاع المالية والاقتصادية والتي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له والذي

يحقق سعادته في الحياة التي يحيها.

وإذا تحدثنا عن مقومات جودة الحياة، ونعني هنا الناحية الصحية نجدها تتمثل في أربع نواح أساسية والتي تؤثر بشكل أو بآخر على صحة الإنسان بل وعلى نموه، كما أنها تتفاعل مع بعضها البعض من حيث (الجوالة، 2013):

- الناحية الجسدية.
- الناحية الانفعالية.
- الناحية العقلية.
- الناحية النفسية: وتتمثل هذه النواحي الأربع في الاحتياجات الأساسية الأخرى الضرورية لحياة الإنسان التي لا يستطيع العيش بدونها، والتي يمكن أن نطلق عليها الاحتياجات الأولية. وهذه الاحتياجات تقف جنباً إلى جنب مع مقومات جودة الحياة، بل تعتبر جزءاً مكملاً لها، والإخلال بأي عنصر فيها يؤدي إلى خلق الصراع، ولكن هذا لا يمنع من وجود عوامل أخرى خارجة عن إرادة الإنسان تؤثر على مقومات حياته التي تتصل بالناحية الصحية وتتمثل في (Abeleira et al. 2014):

- العجز التقدم في العمر.
- الألم.
- الخوف.
- ضغط العمل.
- الحروب.
- الموت.
- الإحباط الأمل.
- اللياقة الجسدية والراحة.

لكن لا بد أن نفرق بين ما هو طبيعي وبين ما يحدث نتيجة إتباع أسلوب حياة خاطئ أو مرض. إذ تتمثل مقومات جودة الحياة في حالة المعافاة الكاملة بدنية وعقلية ونفسية واجتماعية. ووفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية فإن للصحة عناصر عدة هي (Skordilis, 2015):

1. **الصحة الجسدية:** تتمثل في القدرة على القيام بوظائف الجسم الديناميكية وحالة مثلى من اللياقة البدنية.
2. **الصحة النفسية:** تتمثل في التعرف على المشاعر والتعبير عنها، وشعور الفرد بالسعادة والراحة النفسية دون اضطراب.
3. **الصحة الروحية:** وهي صحة تتعلق بالمعتقدات والممارسات الدينية للحصول على سلام مع النفس.
4. **الصحة العقلية:** وهي صحة تتعلق بالقدرة على التفكير بوضوح وتتسق مع الشعور بالمسؤولية، وقدرة على حسم الخيارات واتخاذ القرارات وصنعها.
5. **الصحة الاجتماعية:** وهي القدرة على إقامة العلاقات مع الآخرين والاستمرار بها والاتصال والتواصل مع الآخرين واحترامهم.
6. **الصحة المجتمعية:** وهي القدرة على إقامة العلاقة مع كل ما يحيط بالفرد من مادة وأشخاص وقوانين وأنظمة.

### 3.2.2 مكونات جودة الحياة:

يمكن القول أن جودة الحياة هي الممارسة الانفعالية للأنشطة اليومية الاجتماعية والبيئية كما وكيف بدرجة عالية من التوفيق والنجاح وبرضا نفسي عن الحياة بشكل عام وشعوره بالإيجابية والصحة النفسية، وتخطي العقبات والضغوط التي تواجهه بفاعلية بقصد إنجاز هذه الأنشطة باقتدار حيث إن لجودة الحياة ثلاثة مكونات رئيسة تتمثل في (السعيدة، 2016):

1. الشعور الداخلي بحسن الحال والإحساس بالرضا عن الحياة الفعلية التي يعيشها الفرد بينما يرتبط الشعور بحسن الحال بالانفعالات، حيث إن الرضا يرتبط بالقناعات المعرفية والفكرية التي تدعم هذا، وكلاهما مفاهيم نفسية ذاتية، أي ذات علاقة بروية وإدراك وتقييم الفرد.

2. القدرة على رعاية الذات والالتزام والوفاء بالأدوار الاجتماعية تمثل إعاقة المنظور المناقض لهذه القدرة، وترتبط بعجز الفرد عن الالتزام أو الوفاء بالأدوار الاجتماعية.
3. القدرة على الاستفادة من المصادر البيئية المتاحة الاجتماعية منها المساندة الاجتماعية والمادية.

#### 4.2.2 أبعاد جودة الحياة

يمكن توضيح أبعاد جودة الحياة بما يلي (عبدالحميد، 2018):

1. جودة الحياة الموضوعية: حيث تشمل هذه الفئة الجوانب الاجتماعية الحياة الأفراد والتي يوفرها المجتمع من مستلزمات مادية.
2. جودة الحياة الذاتية: ويقصد بها مدى الرضا الشخصي بالحياة، وشعور الفرد بجودة الحياة.
3. جودة الحياة الوجودية: وتمثل الحد المثالي لإشباع حاجات الفرد، واستطاعته العيش بتوافق روحي ونفسي مع ذاته ومع مجتمعه.

#### 5.2.2 العوامل الأساسية في تشكيل جودة الحياة

يمكن توضيح هذه العوامل بالآتي (العبيد ومتولي، 2018):

1. حاجات الفرد (الحب والتقبل والجنس والصدقة والصحة والأمن).
2. توقعات بأن هذه الحاجات خاصة بالمجتمع الذي يعيش فيه الفرد.
3. المصادر المتاحة لإشباع هذه الحاجات بصورة مقبولة اجتماعياً.
4. النسيج البيئي المرتبط بإشباع هذه الحاجات.

#### 6.2.2 قياس جودة الحياة

تعددت وجهات النظر حول أبعاد جودة الحياة وكيفية قياسها، فارتكز البعض في تحديدهم الطبيعة هذا المفهوم على الجوانب الذاتية، والبعض الآخر اهتم بالجوانب الموضوعية وآخرون اهتموا بالجانبين معا (Civan, 2015).

وبالنسبة لإمكانية قياس جودة الحياة فقد اختلف الباحثون، فمنهم من يرى بعدم إمكانية هذا القياس مستندة إلى أن القياس الموضوعي يكون للأشياء الكمية فتكون النتائج دقيقة، وفي المقابل قد ذهب البعض إلى إمكانية قياس جودة الحياة من خلال المظاهر والمؤشرات الموضوعية مثل: مستوى الدخل

والمستوى التعليمي وحجم الخدمات الاجتماعية التي يقدمها المجتمع للفرد، وما لبث أن أدرك العلماء المهتمون بمثل هذه القياسات أن البيانات التي تخرج بها لا تعبر عن جودة الحياة بقدر ما تعبر عن الجانب الاقتصادي الكمي لحياة الأفراد، أما جودة الحياة فهي شيء آخر يعبر في الغالب عن ادراك الفرد لهذا الكم واتجاهاته نحوه، واستجاباته له بشكل قد يحقق أو لا يحقق له الرضا العام عن حياته أو عن مجال معين أو أكثر من مجالات الحياة (النعيم، 2014).

## 7.2.2 البنود الثمانية لقياس جودة الحياة

لقد وضع باجان ثمانية بنود يتم من خلالها قياس جودة الحياة، ويمكن ذكرها من خلال الآتي (Pagán, 2015):

1. الإحساس بالسلام النفسي .
2. الرضا بالحياة.
3. السعادة.
4. إشباع الرغبات.
5. استغلال وقت الفراغ والعمل العائلي.
6. الرضا بالعلاقات مع الآخرين.
7. إدراك معنى الحياة.
8. العوامل الموضوعية للأهداف.

## 8.2.2 تحسين جودة الحياة

أصبح تحسين جودة حياة الإنسان من أهداف الدراسات الإنسانية في الوقت الحاضر، فقد حاول الباحثون على اختلاف تخصصاتهم قياس كيفية ادراك الإنسان لنوعية حياته واكتشاف العناصر الرئيسية التي تسهم بدرجة أو بأخرى في تحسين جودة حياته كما أن نوعية حياة الإنسان قابلة للتحسن باستخدام البرامج الإرشادية والعلاجية والتي تؤكد أثرها الإيجابي على حالته النفسية، وبالتالي على جودة حياته، ولذا أوصي بتوجيه مزيداً من الجهود لدراسة وسائل تحسين جودة الحياة لدى الإنسان (Hammell, 2015).



وترى الباحثة أن جودة الحياة هي ذلك البناء الشامل والكلي، والمتكون من متغيرات متنوعة تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الموجودين في نطاق الحياة حيث انه يمكن أن نقيس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية، وكلما انتقل الشخص إلى مرحلة نمو جديدة فرضت عليه حاجات ومتطلبات جديدة لتلك المرحلة فيظهر الرضا في حالة الإشباع أما في حالة عدم الإشباع فيظهر عدم الرضا نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة.

ومن هنا يمكن القول بأن جودة الحياة تشمل الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية، وأن يشعر الفرد بحسن الحال، وان يشبع الحاجات، ويشعر بالرضا عن الحياة، وان يدرك الفرد قوى ومتضمنات حياته، وكذلك أن يشعر بمعنى الحياة إضافة إلى الصحة الجسدية الإيجابية، وان يحس بالسعادة إلى أن يصل إلى العيش بحياة متوافقة متناغمة مع جوهر الإنسان والقيم السائدة بالمجتمع (Min and Han, 2015).

### 3.2 مسيرات العودة

في يوم الجمعة الموافق 30 مارس 2018 م الذي يواكب يوم الأرض، بدأ الفلسطينيون موجة كبيرة من التظاهرات الأسبوعية السلمية التي باتت تعرف بمسيرة العودة الكبرى والتي امتدت على طول السياج الأمني الذي يفصل بين إسرائيل وقطاع غزة، حيث طالبت التظاهرات بحق اللاجئين الفلسطينيين بالعودة إلى منازلهم التي هجروا منها عام 1948 م، هذا الحق قد تم تكريسه بقرار الأمم المتحدة رقم 194، وكذلك طالبت التظاهرات بشكل أبرز برفع الحصار المفروض على قطاع غزة من قبل إسرائيل لما يناهز عقدة من الزمان.

التظاهرات التي كان من المقرر أن تستمر لمدة ستة أسابيع فقط في بادئ الأمر استمرت لتعقد كل يوم جمعة منذ (51 أسبوعاً)، تشارك في هذه التظاهرات قطاعات متنوعة من المجتمع بما فيهم الشباب والأطفال والنساء والأطفال وذوي الإعاقة وكبار السن (وزارة الصحة، 2020).

مسيرات العودة الكبرى تعتبر في أعين الكثير من الفلسطينيين في قطاع غزة بمثابة ملجأ للتنفيس عن أنفسهم بسبب الوضع الاقتصادي والإنساني المتهالك الذي كان نتاجاً للحصار الإسرائيلي الخانق على قطاع غزة الممتد لإثني عشر عاماً. هذا الحصار قد حد كثير من حرية حركة المواطنين ودخول البضائع الأمر الذي ساهم في تدمير اقتصاد القطاع وسبب انهياراً كاملاً لمختلف القطاعات، وأحدث

فجوة بين سكان القطاع وباقي السكان في العالم، يعاني قطاع غزة اليوم من فقر متفش ورقم بطالة عالٍ بسبب شح فرص العمل، وخاصة في أوساط الشباب، ويعاني كذلك من انهيار المرافق العامة كمرافق العناية الصحية ومرافق المياه ومرافق الصرف الصحي، وقد حذرت الأمم المتحدة من أن غزة قد تصبح مكاناً غير صالح للحياة بقدوم عام 2020م.

### 1.3.2 جرحي مسيرات العودة

وتعرف وزارة الصحة الفلسطينية جريح مسيرات العودة بأنه كل من أصيب دفاعاً عن الوطن في مواجهة العدو من خلال المقاومة أو الإعداد أو التجهيز أو الإسناد.

### 2.3.2 مسيرة العودة الكبرى

وهي مسيرة تنظمها اللجنة التنسيقية لمسيرة العودة الكبرى بدعم من كافة الفصائل والقوى الفلسطينية، وبدأ التحضير لها في 17 مارس/آذار 2018 م، وانطلقت في الثلاثين من الشهر ذاته، بعد نصب الخيام على مسافة نحو سبعمئة متر من الحدود مع إسرائيل في خمسة مخيمات أنشئت في المناطق الشرقية لمحافظة القطاع الخمس، وأطلق على هذا النشاط اسم "مسيرة العودة الكبرى" وتستهدف للمرة الأولى الاعتصام الشعبي قبالة السياج الفاصل مع إسرائيل، ويشمل أيضاً وفق القائمين عليها مسيرات في المدن بالضفة الغربية وأراضي 48، ويتزامن الحراك مع الذكرى 42 ليوم الأرض، (الثلاثين من مارس/آذار) وهو يوم يخلد فيه الفلسطينيون ومعهم العالم ذكرى مصادرة الاحتلال الإسرائيلي آلاف الدونمات في الجليل والمثلث والنقب، عام 1976، مما تسبب في اندلاع مظاهرات حاشدة، سقط فيها شهداء وجرحى.

وتطالب المسيرات بعودة اللاجئين إلى أراضيهم التي هجروا منها عام 1948 م وكسر الحصار الإسرائيلي المفروض على القطاع منذ منتصف عام 2007 م، ويريد القائمون على الفعالية ألا تقتصر على اعتصام ليوم واحد، بل أن يكون مفتوحاً، على أن تشهد الخيام سلسلة أنشطة ثقافية وجماعية "تبرز الهوية الفلسطينية وتؤكد تمسك المعتصمين بمطالبهم (وزارة الصحة، 2020).

### 3.3.2 بعض إحصائيات وزارة الصحة لجرحى وشهداء مسيرات العودة

أصدرت وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، اليوم الأربعاء، إحصائيات تفصيلية لاعتداء جيش الاحتلال الإسرائيلي على المواطنين المدنيين، المشاركين في مسيرات العودة وكسر الحصار السلمية، على حدود قطاع غزة.

وقالت الوزارة في بيان لها، أن الاحتلال أصاب (17335) مواطناً فيما استشهد (305) آخرين منذ 30 مارس/آذار 2018 م وحتى 14 مايو/أيار 2018م، وفيما يلي الإحصائية بالأرقام (وزارة الصحة، 2020):

جدول (1) إحصاءات جرحى مسيرات العودة

مسن واحد.				(10) سيدات	(59) طفل	الشهداء
(104) مسن.				(1168) سيدة	(3565) طفل	الإصابات
(9426) طفيفة.				(7345) متوسطة	(564) خطيرة	درجة الخطورة في الإصابات
(2962) إصابات أخرى.	(2226) شظايا مختلفة	(1678) انفجار قنبلة غاز	(2458) اختناق بالغاز	(942) معدني مغلف بالمطاط	(7069) رصاص حي	أسباب الإصابات
(3426) أنحاء الجسم.	(8306) الأطراف السفلية	(683) البطن والحوض	(797) الظهر والصدر	(2438) الأطراف العلوية	(1685) الرقبة والرأس	مكان الإصابات في الجسم
(1928) رفح.		(3270) خانينونس	(2722) الوسطى	(5655) غزة	(3760) شمال غزة	الإصابات بحسب المحافظات
(14) أطراف علوية.				(122) أطراف سفلية		حالات البتر
(680) إصابة مختلفة.				(3) شهداء		استهداف الطواقم الطبية

### 4.3.2 الضغوطات والمخاوف التي يعاني منها جرحي مسيرات العودة

يمكن توضيح أنواع الضغوطات التي يعاني منها جرحي مسيرات العودة كالتالي (وزارة الصحة، 2020):

- ضغوطات نفسية: 79.9%، ضغوطات اقتصادية: 49.7%، ضغوطات أسرية 11.2%، ضغوطات جسمية: 13.3%، ضغوطات اجتماعية 11.2%، ضغوطات سياسية: 2.8%، ضغوطات قانونية: 2.1%.

- خوف من مضاعفات الإصابة: 21.2%، خوف من المستقبل: 20.3%، خوف من العبء الأسرى وتربية الأطفال: 9.8%، خوف من عدم العلاج: 8.4%، خوف من التجاهل من قبل الآخرين والإهمال الطبي 6.3%، خوف من أن أصبح معاق: 2.8%، خوف من عدم تقبل المجتمع: 2.8%، خوف من الموت: 0.7%.

### 5.3.2 تحليل واقع التدخلات النفسية مع مصابي مسيرات العودة

وذلك من خلال التجهيز والاستعداد ومناطق التدخل، تحديث خطة الصحة النفسية في الاستجابة للطوارئ، تشكيل الفرق والخلايا العاملة، عقد دورة تدريبية متخصصة، تحديد المهام وتوزيع الأدوار، توفير بعض الاحتياجات اللوجستية (نماذج تسجيل، أدوات تقييم سترات) (وزارة الصحة، 2020).

#### ▪ فرق التدخل النفسي الطارئ:

منذ الإعلان عن حالة الطوارئ بوزارة الصحة (مسيرة العودة الكبرى) بدأت فرق التدخل النفسي الطارئ التابعة للإدارة العامة للصحة النفسية بوزارة الصحة بالعمل في مستشفيات قطاع غزة المختلفة للتدخلات النفسية والاجتماعية لمتضرري مسيرات العودة.

#### ▪ مناطق التدخل:

قسم العمل في الطوارئ إلى ستة مناطق جغرافية كالتالي: المستشفى (الإندونيسي) شمال غزة، (مستشفى الشفاء) وسط غزة، (مستشفى الطب النفسي) غزة، (مستشفى شهداء الأقصى) الوسطى، (مستشفى ناصر) خان يونس، (المستشفى الأوروبي ومستشفى أبو يوسف النجار) رفح.

كل منطقة جغرافية بها فريق عمل متكامل مكون من: طبيب نفسي، أخصائي نفسي، ممرض نفسي، أخصائي اجتماعي، بالإضافة إلى عدد من المتطوعين المدربين.

### ■ برامج الدعم النفسي الاجتماعي

نفذت الإدارة العامة للصحة النفسية بالشراكة مع اللجنة الدولية للصليب الأحمر برامج الدعم النفسي الاجتماعي والتي استهدفت المصابين ذوي الإعاقة والبتير والعاملين معهم مستجيبين الطوارئ:

1. برنامج شفاء الجروح أطلقها الإدارة العامة للصحة النفسية بالشراكة مع اللجنة الدولية للصليب الأحمر عام 2015 حيث يهدف إلى تقديم الدعم النفسي الاجتماعي لذوي البتر وعائلاتهم من خلال جلسات وأنشطة نفسية واجتماعية هادفة، وقد استهدف ما يقارب من (800) شخص من ذوي البتر وعائلاتهم وأكثر من (500) جلسة دعم أقران و (250) جلسة توعية أسرية لذوي المبتورين، كذلك تم القيام بأكثر من (500) زيارة منزلية وزيارة للمستشفيات ومازال العمل مستمر لغاية هذه اللحظة.

2. برنامج مساعدة المساعدين: هو عبارة عن جلسات للدعم الجماعي وهي ليست دورة تدريبية تنتهي بالحصول على شهادة وإنما هي نوع من الرعاية الذاتية في إطار جماعي، طورت بالشراكة مع وزارة الصحة واللجنة الدولية للصليب الأحمر ليتم تنفيذها في مختلف مؤسسات الخدمات الطبية الطارئة في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة المنتشرة في مختلف المحافظات الخمس، إضافة إلى مؤسسة الدفاع المدني والإسعاف والطوارئ والخدمات العسكرية وعيادات الصحة النفسية المجتمعية الحكومية بفروعها.

### 6.3.2 فاعلية برنامج معرفي سلوكي

تناولت العديد من الدراسات بفاعلية برنامج سلوكي حيث في دراسة عبدالقوي، "هدفت الدراسة للتحقق من فاعلية برنامج معرفي سلوكي تم بناؤه لخفض الشعور بالاغتراب النفسي والاجتماعي لدى الطالبات المعاقات سمعياً بالمرحلة الثانوية بمنطقة (تبوك) في المملكة العربية السعودية، وتشير النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الشعور بالاغتراب النفسي والاجتماعي للطالبات المعاقات سمعياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، ولم

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الشعور بالاغتراب النفسي والاجتماعي للطالبات المعاقات سمعياً في المجموعة التجريبية في القياس التتبعي (عبدالقوي، 2015)

وفي دراسة حول إعداد برنامج إرشادي معرفي سلوكي، وتحديد فاعليته في خفض الوحدة النفسية وتحسين الأمن النفسي لدى طلاب المرحلة الثانوية في الكويت، وتشير النتائج إلى وجود فروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في الوحدة النفسية بعد تطبيق البرنامج، وأيضاً وجود فروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة الأمن النفسي بعد تطبيق البرنامج وكانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية، حيث انخفض الشعور بالوحدة النفسية وارتفع الشعور بالأمن النفسي لدى أفراد العينة التجريبية مما يشير إلى فاعلية البرنامج، وعلى ضوء نتائج الدراسة وضعت عدة توصيات واقتراحات (التركي، 2015).

وفي دراسة بعنوان: فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة العنف المدرسي لدى عينة من طلبة وطالبات المرحلة الثانوية: دراسة سيكومترية كينيكية والتحقق التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى العنف المدرسي أو محاولة الحد منه لدى عينة من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية، مع الأخذ في الاعتبار طبيعة هذه المشكلة وما يمكن أن تتضمنه أو تشتمل عليه هذه الظاهرة من أبعاد وعوامل وجوانب فرعية ورئيسية، لجمع المعلومات ومعالجة ما سبق انقسمت الأدوات المعتمدة إلى قسمين، وتشير النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على جميع أبعاد مقياس العنف المدرسي والدرجة الكلية للمقياس، في اتجاه القياس البعدي مما يدل على انخفاض درجات أفراد المجموعة التجريبية وبالتالي تحسنهم بعد تعرضهم لجلسات البرنامج (أمين، 2014).

وفي دراسة منشورة حول فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض درجة الاحتراق النفسي دراسة ميدانية تجريبية لدى مدرسي ومدرسات المرحلة الثانوية في مدارس محافظة دمشق الرسمية، ولتحديد مستويات الاحتراق النفسي بين مدرّسي ومدرّسات المرحلة الثانوية، وتشير النتائج إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في التخفيف من حدة الاحتراق النفسي لدى أفراد العينة التجريبية، في القياس المباشر والمؤجل (التتبعي)، كما يعاني المدرسون درجات متوسطة في الاحتراق النفسي (الصباح، 2014).

وفي دراسة في السعودية حول فاعلية برنامج سلوكي معرفي في خفض حدة النشاط الزائد المصحوب بنشئت في الانتباه لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم بمعهد التربية الفكرية للبنين بالطائف"استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي باختيار وتحديد العينة عشوائياً وتم تطبيق القياس القبلي على المجموعة التجريبية والضابطة، ثم تطبيق البرنامج السلوكي المعرفي على المجموعة التجريبية، بعدها تم تطبيق القياس البعدي على المجموعتين التجريبية والضابطة حيث نتجت الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين الضابطة التي لم تتعرض للبرنامج السلوكي المعرفي، والمجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج السلوكي المعرفي في التطبيق البعدي لمقياس ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لصالح المجموعة التجريبية، بعد ضبط أثر الاختبار القبلي (القرني، 2013).

وفي دراسة أخرى حول تصميم برنامج إرشادي لخفض حدة الخوف المرضي من المدرسة والتحقق من فاعليته بعد تطبيقه على التلاميذ أفراد العينة التجريبية، وذلك من خلال قياس الفروق بين متوسط درجات التلاميذ أفراد العينة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسط درجاتهم بعد تطبيقه، تبين وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي، ومتوسط درجاتهم بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على قائمة الأعراض الخاصة بالخوف المرضي المدرسي، لصالح القياس البعدي (محمود، 2013).

وفي دراسة بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تخفيض درجة الوحدة النفسية وزيادة درجة الأمن النفسي لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدينة جدة، واستخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي، تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في درجة الإحساس بالوحدة النفسية بعد تطبيق البرنامج، وكانت لصالح المجموعة التجريبية، حيث انخفضت درجة الإحساس بالوحدة النفسية، مما يشير إلى فاعلية البرنامج (المعرفي السلوكي) في تخفيض درجة الإحساس بالوحدة النفسية لدى المجموعة التجريبية (الزهراني، 2013).

### 7.3.2 فاعلية برنامج معرفي سلوكي على خفض الاكتئاب

وفي دراسة نوعية هدفت لقياس فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي أسري لتخفيف حدة الاكتئاب لدى الأطفال المضمومين لأحد الوالدين، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد

المجموعة الضابطة ومتوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي علي مقياس الاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية، وأيضا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي (حنور، 2019).

وفي دراسة اهتمت بالتعرف على فاعلية تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي في خفض أعراض الاكتئاب لمدمني المخدرات، وتبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي في درجة الاكتئاب لمدمني المخدرات بعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزي لنوع القياس لصالح القياس البعدي. (حامد، 2018).

وفي دراسة بعنوان: فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من استجابة القلق والاكتئاب لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي: دراسة حالة، وقد استخدمت المنهج شبه التجري وأشارت النتائج إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض اضطراب القلق والاكتئاب لدى مرضى التصلب اللويحي (بولكويرات، 2018).

وفي دراسة أخرى حول أثر الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في خفض مستويات القلق والاكتئاب وتحسين الدعم الاجتماعي بين عينة غرضية من مريضات بالنعوع الثاني من السكري وبضغط الدم المرتفع من المترددات على مركز المفرق الصحي الشامل في الأردن، وأشارت النتائج أن للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقاييس الدراسة في الاختبار البعدي إلى أن مجموعة المعالجة مقارنة بالمجموعة الضابطة، سجلت وبدرجة دالة مستويات أدنى من أعراض القلق والاكتئاب وأعلى من تصورات الدعم الاجتماعي (علاء الدين، 2017).

وفي دراسة حول اختبار فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تحسين التوافق النفسي وخفض أعراض قلق المستقبل والاكتئاب لدى عينة من طالبات كلية التربية بالزلفي، وأشارت النتائج أن البرنامج الإرشادي أدى إلى زيادة التوافق النفسي وخفض أعراض قلق المستقبل والاكتئاب لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة (متولي، 2017).

وفي دراسة طبقت فعالية برنامج الإرشاد العلاجي السلوكي المعرفي في علاج الاكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الإيدز، وتبين وجود فروق في مستوى الاكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الإيدز بين الأفراد من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة



التجريبية مما يؤكد فعالية البرنامج الإرشادي، عدم وجود فروق بين أفراد المجموعة التجريبية تعود لمتغيري الحالة الاجتماعية - المستوى التعليمي (إسماعيل، 2016).

وفي دراسة بالخرطوم حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات وتخفيف الاكتئاب لمرضى الاكتئاب الخالي من الأعراض الذهانية بمستشفيات الصحية بولاية الخرطوم، وتبين أنه توجد فروق دالة إحصائية لصالح التطبيق البعدي في تحسين تقدير الذات على بعدي الثقة بالنفس والكفاءة الاجتماعية والاندماج مع الآخرين وسط المرضى، وتوجد فروق دالة إحصائية لصالح التطبيق البعدي للبرنامج في تخفيف درجة الاكتئاب الخالي من الأعراض الذهانية (مهلة، 2016).

وفي دراسة أخرى حول فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى مستأصلات الثدي من خلال تطبيق برنامج علاجي قائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي لدى النساء اللاتي استؤصل لهن الثدي بعد الإصابة بمرض سرطان الثدي بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة لمكافحة السرطان ببيار وماري كوري بمستشفى مصطفى باشا الجامعي، وأشارت النتائج انخفاض واضح في درجة الاكتئاب في القياس البعدي وهذا ما يؤكد صحة فرضية الدراسة (زوريق، 2018).

وفي دراسة بقطاع غزة حول فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمحافظة شمال غزة، واستخدم الباحث في دراسته المنهج التجريبي باستخدام مجموعتين متكافئتين، مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، وتبين أنه توجد فروق دالة إحصائية في أعراض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسات المتعددة (القبلي والبعدي والتتبعي)، توجد فروق دالة إحصائية في أعراض الاكتئاب بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج (سليمان، 2014).

### 8.3.2 فاعلية برنامج معرفي سلوكي على جودة الحياة

اهتمت العديد من الدراسات بتحديد جودة الحياة والذي يسهم بشكل فعال في تحسين التدخلات مستقبلاً، وفي دراسة طبقت حول فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تحسين جودة الحياة النفسية لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة، واستخدم المنهج الشبه تجريبي، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الدرجة الكلية الجودة الحياة النفسية لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة

بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، (ضميري، 2019).

وفي دراسة بالسعودية حول تطبيق برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة لدى الطالبات المنخفضات تحصيلياً في كلية العلوم والآداب بعنيزة جامعة القصيم، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس جودة الحياة في القياس البعدي، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي (الفنيخ، 2019).

وفي دراسة أخرى حول فاعلية برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة الأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي في المجموعة الضابطة والقياس البعدي في المجموعة التجريبية (حمزة ويونس، 2019).

وفي دراسة منشورة حول فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي التنموية مهارات التفكير الإيجابي لتحسين جودة الحياة وخفض قلق المستقبل لدى طلبة المرحلة الثانوية، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس قلق المستقبل والتفكير الايجابي وجودة الحياة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، (أحمد، 2018).

وفي دراسة بعنوان: فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض اليأس وأثره على جودة الحياة النفسية لدى طالبات كلية الاقتصاد المنزلي جامعة المنوفية نوات والدين مطلقين، والتحقق من مدى استمرار فاعلية البرنامج بعد فترة المتابعة، وأشارت النتائج إلي، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياس جودة الحياة النفسية لصالح المجموعة التجريبية (شنب، 2017).

وفي دراسة حول أثر الاندماج المعرفي السلوكي على جودة الحياة المدرسية للتلاميذ المعاقين سمعياً في مدارس الدمج، وتبين وأشارت النتائج إلى إمكانية التنبؤ من خلال الاندماج النفسي المعرفي السلوكي للتلاميذ في المدرسة بجودة الحياة المدرسية لدى هؤلاء التلاميذ (الهجين، 2016).

وفي دراسة بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي لتحسن جودة الحياة لدى طالبات دبلوم التوجيه والإرشاد بجامعة الملك خالد، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات التطبيق القبلي والبعدي الصالح للتطبيق البعدي، مما يشير لفاعلية البرنامج في تحسين جودة الحياة لدى طالبات دبلوم التوجيه والإرشاد (البري، 2015).

وفي دراسة حول فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة لدى المراهقين للمكفوفين، وأشارت النتائج إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين (زيد، 2012).

### 9.3.2 فاعلية برنامج معرفي سلوكي على جودة الحياة وخفض الاكتئاب

قامت الباحثة بالبحث في المجالات العربية والأجنبية بالإضافة إلى مواقع الإنترنت، وقد تبين أنه لا يوجد دراسة أجريت حول فاعلية برنامج معرفي سلوكي على جودة الحياة وخفض الاكتئاب، وبالتالي فإن الدراسة الحالية هي من الدراسات الأولى التي ربطت ما بين هذين المجالين.

### 10.3.2 مسيرات العودة

اهتمت العديد من الدراسات حول مسيرات العودة والذي يسهم في اتجاهات الشباب الفلسطيني حولها من خلال دراسة طبقت حول اتجاهات الشباب الجامعي نحو دور المواقع الاخبارية الفلسطينية في تشكيل معارفهم حول مسيرات العودة وكسر الحصار دراسة ميدانية، وتنتمي الدراسة إلى البحوث الوصفية وأشارت النتائج إلى متابعة المبحوثين لمسيرات العودة وكسر الحصار عبر المواقع الإخبارية الفلسطينية بدرجة عالية، كما تبين أن مستوى المعرفة حول مسيرات العودة وكسر الحصار لدى المبحوثين متوسطة (البناء، 2020).

وفي دراسة بقطاع غزة حول تقييم استجابة دائرة الإسعاف والطوارئ للأنزمات والكوارث في جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني وأثرها على جودة الخدمة من وجهة نظر مقدمي الخدمة دراسة حالة مسيرات العودة، حيث كانت عملية من وجهة نظرهم، وأشارت النتائج إلى أن مجال "التخطيط للاستجابة للأنزمات والكوارث" لدى دائرة الإسعاف والطوارئ في جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، على درجة مرتفعة (عزام، 2019).

وفي دراسة حول معرفة مستوى رضا مصابي مسيرات العودة عن جودة الرعاية التمريضية المقدمة لهم ضمن برنامج الزيارات المنزلية للمصابين بعد العمليات الجراحية والذي تقوم عليه جمعية الإغاثة

الطبية الفلسطينية، وأشارت النتائج أن المشاركين في الدراسة الذين تمت زيارتهم في البيت أكثر من (30) مرة وكان مستوى الرضا عن العناية التمريضية لديهم متوسط (الراعي، 2019).

وفي دراسة بقطاع غزة حول تقييم الأداء والإعاقة والصحة بين جرحي مسيرات العودة في قطاع غزة، وأشارت النتائج أن المرضى يعانون من صعوبات شديدة في المشاركة والاندماج في المجتمع، بينما كانت الصعوبات في مجال التواصل مع الناس وفي مجال الفهم والتواصل كان مستوى الصعوبات بسيطة، وأوصت الراسة بالحاجة إلى اعتماد استراتيجية وخطة عمل وطنية للإعاقة من أجل الحد من شدة الإعاقة وتحسين نوعية الحياة بين المصابين في غزة (حبل، 2019).

وفي دراسة بعنوان: خطط طوارئ المستشفيات الحكومية الرئيسية في محافظات غزة للتعامل مع أزمة أحداث مسيرات العودة الكبرى من وجهة نظر المديرين في مراحلها المختلفة (الاستعداد، الوقاية، الاستجابة، والتعافي)، وأشارت النتائج بتوفر اجراءات الاستعداد للتعامل مع أحداث مسيرات العودة الكبرى بنسبة بدرجة مرتفعة. (الصالح، 2019).

وفي دراسة أخرى حول الحساسية الانفعالية والكفاءة الاجتماعية وعلاقتها بالقدرة على حل المشكلات لدى جرحي مسيرات العودة، وأشارت النتائج أن الوزن النسبي لاستجابات أفراد العينة على جميع فقرات مقياس الحساسية الانفعالية جاء بدرجة متوسطة مما يدل على مستوى حساسية انفعالية معتدل لدى جرحي مسيرات العودة، في المحافظة الوسطى (رصاص، 2019)

حيث أوضحت دراسة على مدى تأثير بيئة العمل على أداء الكادر الطبي (أطباء، تمريض)، خلال مسيرات العودة الكبرى في قسم الاستقبال والطوارئ في مجمع الشفاء الطبي، وتبين وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائية بين الدرجة الكلية للملائمة بيئة العمل وقياسها بتحسين مستوى الأداء لدى الكادر الطبي لأفراد عينة الدراسة، ووجود نقص في أعداد الكوادر الطبية، وقلة توافر طبيب اختصاص طب الطوارئ وممرض طوارئ، قلة عدد الأسرة في قسم الاستقبال والطوارئ، وعدم تناسبها مع حجم أعداد متلقي الخدمة، وتؤثر قيمة الراتب وعلاقة الموظف بالإدارة على الأداء في العمل (السيد، 2019).

### 11.3.2 الإكتئاب

اهتمت العديد من الدراسات حول الاكتئاب والتي تؤكدتها دراسة بعنوان أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم بمحافظة الطائف وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات الطلاب ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية، ووجود فروق

ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات الطلاب ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي (السعود، 2017).

وفي دراسة بعنوان: معرفة فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى النساء ذوات البيوت المهدامة، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي في القياس البعدي، والفروق كانت لصالح أفراد المجموعة الضابطة، كما أظهرت النتائج وجود فروق جوهرية ذات يدل على أن البرنامج الإرشادي له تأثير في خفض أعراض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية، وكذلك وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في الاكتئاب النفسي للنساء في المجموعة التجريبية (الهرباوي، 2016).

وفي دراسة أخرى حول مفهوم الذات وعلاقته بالقلق والاكتئاب لدى متعاطي الترامادول في محافظات قطاع غزة وأشارت النتائج أن مستوى مفهوم الذات منخفض لدى أفراد العينة من متعاطي الترامادول، وأن مستوى القلق لدى متعاطي الترامادول في قطاع غزة مرتفع، وأن مستوى الاكتئاب لدى متعاطي الترامادول في قطاع غزة مرتفع (سلامة، 2016).

وفي دراسة نوعية هدفت التعرف إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من الاكتئاب للأمهات التي لديها طفل مصاب بتشوه خلقي ومسجل في جمعية فلسطين المستقبل بمحافظة غزة، وكذلك مدى استمرار الفاعلية بعد فترة المتابعة، مدة شهر بعد انتهاء تطبيق الجلسات العلاجية، وتبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب النفسي في القياس القبلي بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة) (سعود، 2015).

وفي دراسة طبقت على فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف درجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي هدفت الدراسة إلى فحص مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف درجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، وقد وضع البرنامج الإرشادي لتخفيف حدة الاكتئاب بناءً وأشارت النتائج إلى وجود أثر لفاعلية البرنامج، مما يدل على فعالية البرنامج الإرشادي التي اتسمت بالاستمرارية (فايد، 2010).

وفي دراسة بعنوان: مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة وعلاقة ذلك بعدة متغيرات مثل (السلوك الديني، منطقة السكن، العمر، المستوى التعليمي)، وأشارت النتائج إلى أن مرضى سرطان الرئة يعانون من الاكتئاب النفسي بدرجات متفاوتة، مع الإشارة إلى أن الكم الأكبر من هؤلاء المرضى يعانون من الاكتئاب بدرجات متوسطة وشديدة (الجريسي، 2003).

### 12.3.2 جودة الحياة

اهتمت العديد من الدراسات حول جودة الحياة وأكدت دراسة، بعنوان: "الحساسية الانفعالية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المتقاعدين في قطاع غزة، وأشارت النتائج إلى أن مستوى الحساسية الانفعالية جاء بدرجة مرتفعة، كما جاء مستوى جودة الحياة بدرجة مرتفعة (سعد الله، 2019).

وفي دراسة منشورة هدفت إلى فحص فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الإيجابية والتحقق من أثره في جودة الحياة، وقسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين: الأولى تجريبية، والثانية ضابطة، واشتملت كل مجموعة على (15) طالب، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الإيجابية وجودة الحياة، لصالح القياس البعدي، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياسين: القبلي والبعدي على مقياس الإيجابية وجودة الحياة لصالح القياس البعدي (العاور، 2019).

وفي دراسة بقطاع غزة حول معرفة أهم الحاجات النفسية والاجتماعية لدى اللاجئين السوريين في محافظات غزة، ومعرفة مستوى إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية لديهم، ومعرفة مستوى جودة الحياة لديهم ومعرفة العلاقة بين الحاجات النفسية والاجتماعية، وجودة الحياة بالإضافة إلى معرفة أثر المتغيرات الديمغرافية على الحاجات النفسية والاجتماعية وجودة الحياة لدى اللاجئين السوريين في محافظات غزة (حرارة، 2017).

وفي دراسة أخرى تؤكد العلاقة بين كل من الحصانة النفسية وقلق المستقبل وجودة الحياة لدى الشباب من نزلاء مراكز الإيواء في قطاع غزة، وأشارت النتائج إلى أن مستوى الحصانة النفسية وجودة الحياة مرتفعان لدى الشباب من نزلاء مراكز الإيواء (سويعد، 2016).

وفي دراسة بقطاع غزة حول مستوى الشعور بالاغتراب النفسي وجودة الحياة لدى الأسرى المحررين (المبعدين) إلى قطاع غزة ضمن صفقة وفاء الأحرار وأشارت النتائج إلى أن مستوى الشعور

بالاغتراب النفسي عند الأسرى المحررين المبعدين إلى قطاع غزة ضعيف، وأن مستوى الشعور بجودة الحياة عند الأسرى المحررين المبعدين إلى قطاع غزة جيد (العروقي، 2014).

ختاماً: من خلال مراجعة الأدبيات السابقة وبحسب الحدود المعرفية وجدت الباحثة فجوة معرفية كبيرة في مجال الأبحاث المتعلقة بمسيرات العودة في قطاع غزة وكذلك ندرة الأبحاث التي تستند إلى المنهج التاريخي والنوعي المختلط لتحليل العلاقة بين جودة الحياة ومصابي مسيرات العودة، مما يبرز الحاجة إلى الأبحاث التي تستكشف الاحتياجات النفسية لمصابي العودة وخاصة مبتري الاقدام والعمل على التأقلم مع وضعهم النفسي بالطرق السليمة

ختاماً: من خلال مراجعة الأدبيات السابقة وبحسب الحدود المعرفية وجدت الباحثة فجوة معرفية كبيرة في مجال الأبحاث المتعلقة بالاكنتاب وجودة الحياة لدى مصابي مسيرات العودة برفح. كذلك ندرة الأبحاث التي تستند إلى المنهج النوعي أو المختلط لتحليل العملية العلاجية وتفاعل المصابين أثناء التدخلات النفسية، كذلك لم تجد الباحثة أي دراسة تناولت فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض أعراض الاكنتاب وتحسين جودة الحياة لدى مصابي مسيرات العودة بمحافظة رفح باستخدام أي طريقة علاجية أو تدخلات نفسية، مما يبرز الحاجة إلى الأبحاث التي تستكشف الاحتياجات النفسية لمصابي مسيرات العودة بمحافظة نفسياً والعمل على تلبيتها بالطرق الملائمة.

## الفصل الثالث

### منهجية الدراسة وإجراءاتها

#### 1.3 مقدمة

يعرض هذا الفصل من الدراسة الإجراءات التي اتبعتها الباحثة لتطبيق الدراسة الميدانية، تمهيداً لتحليل وتفسير النتائج في الفصل اللاحق. قامت الباحثة بتوزيع هذه الإجراءات على عدة عناوين فرعية بدأت بوصف المنهج ومحددات الدراسة ومن ثم عرض خصائص مجتمع الدراسة، بالإضافة لبيان خطوات تطوير أدوات الدراسة والطرق المتبعة للتحقق من صدقها وثباتها لإثبات صلاحيتها لدراسة فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض أعراض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مصابي مسيرات العودة بمحافظة رفح. ويختتم هذا الفصل بعرض الأساليب والطرق الإحصائية التي تم استخدامها في تحليل البيانات التي تم جمعها عبر أداة الدراسة والمتمثلة في الاستبانة.

#### 2.3 منهج الدراسة

اعتمدت الباحثة المنهج شبه التجريبي الذي يقوم على اختيار عينة قصدية، ومن ثم يتم تقسيمها إلى مجموعتين متجانستين إحداهما المجموعة التجريبية التي يتم إخضاعها للبرنامج التدريبي المقترح، والمجموعة الأخرى وهي المجموعة الضابطة التي ستكون بمثابة المرجع بهدف المقارنة بها.

وتم اختيار المنهج شبه التجريبي لمناسبته للدراسة الحالية؛ بما يحقق أهدافها ويجيب على تساؤلاتها.



### 3.3 مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع مصابي مسيرات العودة الكبرى في محافظة رفح والبالغ عددهم (1928) مصاب (وزارة الصحة، 2020)، حيث تم اختيار (100) مصاب ومن ثم اختيار المجموعتين حسب الدرجات على المقاييس، حيث تتراوح أعمارهم ما بين (18-35) عام

### 4.3 عينة الدراسة

تتكون عينة الدراسة من (30) مصاب من مصابي مسيرات العودة الحاصلين على درجات منخفضة في مقياس جودة الحياة ودرجات مرتفعة في مقياس بيك للاعراض الاكتئابية. من بين (100) مصاب تم اختيارهم على النحو التالي:

تنقسم عينة الدراسة على النحو الآتي: المجموعة التجريبية تتكون من (15) من مصابي مسيرات العودة الكبرى في محافظة رفح سيتم إخضاعهم للبرنامج التدريبي، والمجموعة الضابطة تتكون من (15) مصاب من مصابي مسيرات العودة في الكبرى في محافظة رفح (لن يتم إخضاعهم لأي برنامج تدريبي).

أسس اختيار العينة: تم اختيار العينة بطريقة قصدية من خلال كشوفات المصابين التي توفرها وزارة الصحة.

\* أن يكون الشخص مصاب في مسيرات العودة.

\* نتج عن الإصابة إعاقة واضحة لدى الشخص.

\* أن يتراوح عمر الشخص ما بين (18-35).

\* اختيار الأشخاص الذين حصلوا على أعلى درجات على مقياس بيك للاكتئاب وأقل درجات على مقياس جودة الحياة.

\* مجانسة المجموعتين في المتغيرات التالية (المستوى التعليمي، العمر، الحالة الاجتماعية، الدخل، نوع الإصابة).

### 5.3 العينة الاستطلاعية

قامت الباحثة باختيار عينة عشوائية استطلاعية حجمها (50) من مصابي مسيرات العودة الكبرى في محافظة رفح، وذلك للحكم على صدق وثبات مقاييس الدراسة.

### 6.3 حدود الدراسة

**الحد الموضوعي:** فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض أعراض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة.

**الحد البشري:** مصابي مسيرات العودة الكبرى.

**الحد المكاني:** محافظة رفح.

**الحد الزمني:** نفذت الدراسة الميدانية بيان الفترة التجريبية. (في الفترة من بداية يناير-منتصف فبراير 2020م).

### 7.3 أدوات الدراسة

اتبعت الباحثة الخطوات التالية لجمع البيانات المتعلقة بموضوع الدراسة، وذلك لتطوير البرنامج المعرفي السلوكي ومقاييس الدراسة:

- مراجعة الدراسات السابقة والأدبيات والمرتبطة بموضوع الدراسة للاستفادة منها في بناء المقاييس و تطوير البرنامج المعرفي السلوكي.
- إعداد الأدوات في صورتها الأولية، وعرضها على المشرف لتتقيحها وطرح التعديلات المطلوبة.
- عرض الأدوات على مجموعة من (2) من المحكمين ذوي الاختصاص للتحقق من كفايتها لتحقيق أهداف الدراسة، و إجراء التعديلات المطلوبة. (إضافة ملحق بأسماء المحكمين ورتبهم الأكاديمية). (د سمير قوتة-د سامي عويضة)
- طبقت الباحثة المقاييس على عينة استطلاعية مكونة من (30) مصاب من مصابي مسيرات العودة الكبرى في محافظة رفح لاختبار درجة صدق وثبات الاستبانة.
- اعتماد المقاييس والبرنامج المعرفي السلوكي في الصورة النهائية.

وقد تمثلت أدوات الدراسة في الأدوات الثلاثة التالية:

▪ **الأداة الأولى:** مقياس بيك للاكتئاب النفسي: ملحق رقم (3) ، ويتكون هذا المقياس من (21) من الأسئلة، وكل مجموعة تصف أحد الأعراض السريرية للاكتئاب، ويطلب من الشخص الذي يريد معرفة أن يقرأ كل عبارة من كل مجموعة، وأن يقرر أي عبارة تنطبق عليه وتصف حالته ومشاعره (إبراهيم، 1998:100)

▪ **الأداة الثانية:** مقياس جودة الحياة: ملحق رقم (2)، حيث بعد اطلاع الباحثة على الدراسات السابقة والاطار النظري المتعلقة بجودة الحياة.

بخصوص مواصفات مقياس جودة الحياة مرفق لسيادتكم مواصفات الخاصة بالمقياس حيث أن المقياس تم تقنيه على البيئة الفلسطينية على عينة مكونة من (30) من الشباب في المجتمع الفلسطيني بقطاع غزة.

#### وصف المقياس

يهدف المقياس إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى الشباب بقطاع غزة، فقد تضمن المقياس في صورته النهائية (30) فقرة، حيث يحتوي المقياس على خمسة أبعاد وهي (الجسمي، النفسي، الأسري، الاجتماعي، البيئي)، حيث أن كل فقرة في المقياس ترتبط بمستوى بجودة الحياة وأبعاده، وأمام كل فقرة خمسة إجابات تبدأ بالإجابة الأولى دائماً/باستمرار، والثانية معظم الاحيان والثالثة أحياناً والرابعة قليلاً / نادراً والخامسة لا، ويضع المبحوث/ة إشارة (x) أمام العبارة التي تنفق وتعبّر عن مشاعره/ا والعبارات كلها صحيحة وبها تدرج يبدأ من النفي المطلق وينتهي بالتأكيد والتلازم لهذه المشاعر. ويتم الإجابة على واحدة من الخيارات التي أمام الفقرة

#### تصحيح المقياس

تتراوح درجات هذا المقياس من (0) درجة وحتى (200) درجة، وتقع الإجابة على المقياس في خمس مستويات (دائماً/باستمرار، معظم الاحيان، أحياناً، قليلاً/نادراً، لا) وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين (أربع درجات، صفر درجة)، بمعنى إذا كانت الإجابة (4: دائماً/باستمرار، 3: معظم الاحيان، 2: أحياناً، 1: قليلاً/نادراً، 0: لا)، حيث يشير ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع مستوى جودة الحياة.

■ **الأداة الثالثة:** البرنامج الإرشادي: ملحق رقم(4)، حيث قامت الباحثة بإعداد البرنامج الإرشادي الذي يهدف إلى التخفيف من العراض الاكتئابية وزيادة جودة الحياة لدى مصابي مسيرات العودة من خلال استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي من خلال الأنشطة المصاحبة له: كالحوار والمناقشة، العصف الذهني، إعادة البناء المعرفي، الوعي المعرفي الذاتي، أسلوب حل المشكلات.

### 8.3 تعريف البرنامج الإرشادي

تعرف الباحثة البرنامج الإرشادي (مجموعة من الخدمات الإرشادية المتخصصة التي تتضمن مجموعة من الأنشطة العلمية المخططة، تستهدف مصابي مسيرات العودة، بهدف التقليل من الأعراض الاكتئابية وزيادة جودة الحياة، واكسابهم المهارات المختلفة. كما تتناول الباحثة عرضاً لمراحل تصميم البرنامج الإرشادي والمتمثلة في خطوات تصميمه، والهدف العام منه والأهداف الفرعية المنبثقة عنه، وأهميته، والمبادئ والأسس التي استند عليها في إعداده، وحدود البرنامج الفئة المستهدفة، الفترة الزمنية اللازمة لتنفيذه، الأساليب والفنيات المستخدمة، ووسائل التقويم المتبعة.

### 1.8.3 الهدف العام للبرنامج الإرشادي

التحقق من فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى عينة من مصابي مسيرات العودة.

### 2.8.3 الأهداف الخاصة المنشودة من البرنامج الإرشادي

1. أن يتحقق التعارف وبناء الثقة المتبادلة بين الباحثة وأفراد المجموعة التجريبية .
2. أن يتعرف أفراد المجموعات التجريبية على الأهمية ، والمحتويات ، والأهداف ، والتوقعات المرجوة من البرنامج الإرشادي .
3. أن يتعرف أفراد المجموعة التجريبية على مفهومي الاكتئاب وجودة الحياة والعلاج المعرفي السلوكي.
4. أن يتعرف أفراد المجموعة التجريبية على الصياغة المعرفية لاضطراب الاكتئاب.
5. أن يتعرف أفراد المجموعة التجريبية على الأنشطة السلوكية ومحتواها.

6. أن يتعرف أفراد المجموعة التجريبية على جداول الأنشطة السلوكية وتأثيرها على المزاج والوظائف.

7. اكساب افراد المجموعة التجريبية المهارات الإيجابية لادارة الضغوط لتحسين جودة الحياة لديهم.

8. اكساب افراد المجموعة التجريبية مهارات تطوير مستوى الرفاه النفسي من أجل تحسين جودة الحياة لديهم.

9. أن يتعرف أفراد المجموعة التجريبية على الأفكار اللاعقلانية ، وآلية تعديل تلك الأفكار، والتغلب عليها .

10. أن يتدرب أفراد المجموعة التجريبية على كيفية التعامل مع المشكلات التي تواجههم في الحياة اليومية باستخدام أسلوب حل المشكلات، بما ينعكس إيجاباً على خفض الاعراض الاكتئابية وتحسين جودة الحياة .

11. أن يتعرف أفراد المجموعة التجريبية على الوظائف المختلفة للسلوك

12. أن يتعرف أفراد المجموعة التجريبية على إجراء التحليل الوظيفي للسلوك .

13. أن يتدرب أفراد المجموعة التجريبية على تقييم أنشطتهم وتحديد درجة الإنجاز والشعور بالمتعة.

### 3.8.3 أهمية البرنامج الإرشادي

تكمن أهمية البرنامج الإرشادي في خفض أعراض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى عينة من مصابي مسيرات العودة.

### 4.8.3 الأسس التي يقوم عليها البرنامج الإرشادي

يقوم البرنامج الإرشادي على مجموعة من الأسس العامة، الأخلاقية، الفلسفية، الوجدانية، السلوكية، الاجتماعية، "، من أهمها كما ورد عند دبابش (65:2011) والطلاع وعلوان (198-179:2014).

## أولاً: الأسس العامة

وتشمل على مراعاة مرونة السلوك الإنساني وإمكانية التنبؤ به، وحق الفرد، واستعداده للإرشاد والتوجيه، وكذلك تقبل أفراد المجموعة التجريبية بدون شرط أو قيد، وحثهم في تقرير مصيرهم.

## ثانياً: الأسس الأخلاقية

وتشمل الحفاظ على السرية التامة في العملية الإرشادية المتبادلة بين الباحث وأفراد المجموعة التجريبية خلال جلسات البرنامج الإرشادي. واحترام كرامتهم والاحتفاظ بسرية المعلومات التي تم الحصول عليها خلال جلسات البرنامج.

## ثالثاً: الأسس الفلسفية

وتشتمل على النظرية المعرفية والسلوكية بشكل عام، وذلك من أجل خفض أعراض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة مما يؤثر ايجابيا على شخصية أفراد المجموعة التجريبية في القدرة على التعامل مع ضغوطات الحياة.

## رابعاً: الأسس الوجدانية

1. العواطف جزء من تكوين الإنسان.
2. للعواطف انعكاسات على الإنسان، ومكوناته كالسلوكية والمعرفية.
3. لا بد للعواطف أن تضبط كما وكيفاً وفق قواعد العقل الملتزم بضوابط الشرع (العقل المؤمن).

## خامساً: الأسس الاجتماعية

1. الإنسان يتأثر ويؤثر في البيئة من حوله.
2. الإنسان يتعلم ويتأثر بالقوة والنموذج.
3. وجود الإنسان ضمن جماعة ضروري لصحته النفسية.
4. للإنسان حاجات نفسية لا تتحقق إلا بوجوده ضمن جماعة.

5. للجماعة دور ضبط وتوجيه الإنسان.

6. مصلحة الجماعة معتبرة ومقدمة على مصلحة الفرد عند التعارض بينهما.

### سادساً: الأسس السلوكية

1. السلوك الإنساني متعلم.

2. السلوك الإنساني هادف.

3. السلوك الإنساني مرن.

4. السلوك الإنساني قابل للتعديل.

5. السلوك الإنساني ثابت نسبياً.

6. السلوك الإنساني فردي وجماعي.

7. السلوك الإنساني يشمل الإنسان كوحدة متكاملة.

8. السلوك الإنساني مرتبط بالغاية والوسيلة.

9. السلوك الإنساني مرتبط بالتوازن.

### 5.8.3 مراحل التطبيق البرنامج

يمر البرنامج بأربعة مراحل وهي :

1. **مرحلة البدء (مرحلة التحضير):** وتشمل الجلسات الأولى للبرنامج والتي يتم من خلالها

التعارف بين الباحث والمنتفعين والحديث حول أهداف البرنامج وماهيته، وتوقعات المشاركين

نحوه من ثم التحضير للدخول إلى العمق الجلسات البرنامج.

2. **مرحلة الانتقال:** يتم من خلالها الحديث عن بناء الوعي المعرفي للاضطراب وماهو الاكتئاب

واعراضه بالإضافة الي جودة الحياة .

3. **مرحلة العمل والبناء:** وهي المرحلة التي يتم من خلالها تعديل الافكار الخاطئة وغير المنطقية من خلال التشوهات المعرفية وسجل الافكار وتعديل الأفكار بطريقة المنافع والاضرار وأسلوب حل المشكلات والتحصين ضد الضغوط والتشيط السلوكي .

4. **مرحلة الإنهاء:** وهي المرحلة ما قبل الاخيرة ، حيث يتم التأكد من الوصول إلى للأهداف الرئيسية للبرنامج والوصول إلى النتائج المرجوة وذلك باستخدام مقياس .وفي هذه المرحلة يتم تطبيق المقياس البعدي.

5. **مرحلة المتابعة:** وهي المرحلة الاخيرة والنهائية، حيث يتم في هذه المرحلة التحقق والتأكد من مدى إستمرارية النتائج الايجابية التي تم التوصل إليها بعد تطبيق البرنامج، ويتم ذلك من خلال تطبيق المقياس التتبعي بعد شهرين من تطبيق المقياس البعدي.

### 6.8.3 حدود البرنامج الإرشادي

1. **الحد البشري:** تم تطبيق إجراءات الدراسة على مصابي مسيرات العودة والذين تتراوح أعمارهم من (18-35) سنة والبالغ عددهم (30) حيث قام الباحث بتقسيمهم لمجموعتين كالتالي:

▪ **المجموعة الأولى:** الضابطة والبالغ عددهم (15) مصاب.

▪ **المجموعة الثانية:** التجريبية والبالغ عددها (15) مصاب.

2. **الحد المكاني:** تم تنفيذ جلسات البرنامج الإرشادي بمركز جمعية يبوس الخيرية في قاعة الأنشطة حيث إن القاعة معدة ومجهزة بكافة الإمكانيات والوسائل التي استعان بها الباحث في تنفيذ جلسات البرنامج الإرشادي.

3. **الحد الزمني:** تم إجراء دراسة استطلاعية وذلك بتطبيق مقياسي الاكتئاب وجودة الحياة، لتحديد أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في منتصف ديسمبر من العام (2019) م، قام الباحثة بالبدء بإجراءات الدراسة (الإجراءات الإرشادية) بتاريخ: (2020/1/2) حتى تاريخ: (2020/2/27)، بواقع (15) جلسة إرشادية مقسمة على ثمانية أسابيع، بواقع جلستين أسبوعياً، وتم تطبيق الاختبار البعدي بتاريخ: (2020/2/27)، وتم تطبيق الاختبار التتبعي بتاريخ: (2020/4 /16).



### 7.8.3 خطوات إعداد البرنامج الإرشادي

1. الاطلاع على التراث النفسي الذي يتعلق بموضوع الدراسة.
2. الاطلاع على بعض البرامج الإرشادية المعرفية السلوكية التي صممت للتعامل مع عينة مشابهة كمصابي الحروب.
3. التعرف على خصائص عينة الدراسة ومدى حاجاتهم للبرنامج الإرشادي.
4. تحديد أهداف البرنامج الإرشادي وصياغتها.
5. تحديد المهارات التي سيتم تدريب أفراد العينة عليها من خلال جلسات البرنامج الإرشادي.
6. صياغة محتوى البرنامج في عدد من الجلسات الإرشادية التي تحتوي على أهداف عامة وخاصة ومهارات وفنيات ينبغي تزويد أفراد المجموعة التجريبية بها.
7. مراعاة التدرج في ترتيب جلسات البرنامج الإرشادي بهدف تحقيق الهدف العام في البرنامج.
8. تحديد بعض الإجراءات والأساليب التي يستتبعها أفراد المجموعة أثناء البرنامج.
9. عرض البرنامج على محكمين بصورته الأولية عددهم (7).
10. تعديل البرنامج بناء على تعليمات .
11. إعداد الصورة النهائية للبرنامج.

### 8.8.3 إجراءات وأنشطة البرنامج

#	الجلسة	العنوان	وصف الجلسة
1	الجلسة الأولى	التعارف وبناء العلاقة المهنية.	التعارف على المشاركين، وتحديد الأدوار والتوقعات، وبناء العلاقة المهنية.
2	الجلسة الثانية	التثقيف النفسي حول العلاج المعرفي السلوكي وحول جودة الحياة.	التثقيف النفسي حول العلاج المعرفي السلوكي ومفهوم جودة الحياة.
3	الجلسة الثالثة	التثقيف النفسي حول اضطراب الاكتئاب.	التثقيف النفسي حول اضطراب الاكتئاب.

#	الجلسة	العنوان	وصف الجلسة
4	الجلسة الرابعة	صياغة العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب.	صياغة العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب.
5	الجلسة الخامسة	البدء بالتدخلات السلوكية (التنشيط السلوكي).	البدء بالتدخلات السلوكية (التنشيط السلوكي).
6	الجلسة السادسة	متابعة التدخلات السلوكية (التنشيط السلوكي).	متابعة التدخلات السلوكية (التنشيط السلوكي).
7	الجلسة السابعة	تحسين جودة الحياة وإدارة الضغوط بطريقة إيجابية.	تحسين جودة الحياة وإدارة الضغوط بطريقة إيجابية.
8	الجلسة الثامنة	تحسين مستوى الرفاه النفسي وتأثيره على جودة الحياة.	تحسين مستوى الرفاه النفسي وتأثيره على جودة الحياة.
9	الجلسة التاسعة	التدخلات المعرفية (التدريب على جدول الأفكار المشوهة).	التدخلات المعرفية (التدريب على جدول الأفكار المشوهة).
10	الجلسة العاشرة	التدخلات المعرفية (الوعي المعرفي الذاتي، وتعديل الأفكار بالأدلة).	التدخلات المعرفية (خلق الوعي المعرفي الذاتي، وتعديل الأفكار بطريقة الأدلة).
11	الجلسة الحادية عشر	التدخلات المعرفية (تعديل الأفكار بطريقة المنافع والأضرار وتحدي الأفكار السلبية).	التدخلات المعرفية (تعديل الأفكار بطريقة المنافع والأضرار وتحدي الأفكار السلبية).
12	الجلسة الثانية عشر	أسلوب حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي (الخطوة 1 و 2).	أسلوب حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي.
13	الجلسة الثالثة عشر	أسلوب حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي (الخطوة 3 و 4).	أسلوب حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي.
14	الجلسة الرابعة عشر	أسلوب حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي (الخطوة 5 و 6 و 7).	أسلوب حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي.
15	الجلسة الخامسة عشر	جلسة الانهاء والتقييم.	التقييم والانهاء.

وقد صنفت متغيرات الدراسة إلى ثلاثة فئات على النحو التالي:

أولاً: البيانات الأولية (المتغيرات الديموغرافية): و تشمل على (6) متغيرات كما هو مبين في التالي

- عمر المصاب بالسنوات.
- المستوى التعليمي (إبتدائي، إعدادي، ثانوي، دبلوم، بكالوريوس).
- نوع الإصابة (بسيطة، متوسطة، بالغة، مع تحديد طبيعة الإصابة).
- الحالة الاجتماعية (متزوج، أعزب، مطلق، أرمل).
- الوظيفة (يعمل، لا يعمل).
- الدخل الشهري للأسرة بالشيكل.

ثانياً: متغيرات (مجالات) مقياس جودة الحياة: وتشتمل على مجالات مبينة في جدول رقم(1).

ثالثاً: مقياس بيك للاكتئاب: ويشتمل على 21 عبارة.

يعرض جدول رقم (1) قائمة المجالات في مقياس جودة الحياة، وكذلك مقياس بيك للاكتئاب وعدد فقرات كل منها.

جدول (1) توزيع الفقرات على مجالات ومقاييس الدراسة

عدد الفقرات	المقياس	م
10	الجسدي	1
11	النفسي	2
9	الأسري	3
11	الاجتماعي	4
9	البيئي	5
50	مجموع فقرات مقياس جودة الحياة	
21	مقياس بيك للاكتئاب	

لقياس درجة استجابة مصابي مسيرات العودة الكبرى على كل فقرة من فقرات مقياس جودة الحياة، استخدمت الباحثة مقياس ليكرت (Likert Scale) الخماسي، والمكون من خمسة رتب تدرج

تتازلياً في تقييم درجة توافر الشعور الإيجابي نحو الفقرات التي تم صياغتها باتجاه إيجابي، وقد تم عكس الأوزان في حالة الفقرات التي تم صياغتها باتجاه سلبي، وهي ثمانية فقرات ذات الأرقام (9، 14، 16، 19، 21، 23، 26، 30) كما هو موضح في جدول رقم (2):

جدول (2) الأوزان الرقمية لدرجات التوافر في مقياس ليكرت الخماسي لمقياس جودة الحياة

أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً	درجة التوافر
1	2	3	4	5	الاتجاه الإيجابي
5	4	3	2	1	الاتجاه السلبي

كما استخدمت الباحثة مقياس ليكرت (Likert Scale) الرباعي، والمكون من أربعة رتب تتدرج تصاعدياً في تقييم درجة الاكتئاب بمقياس مندرج من صفر وحتى ثلاثة.

ولتصنيف درجات التوافر، فقد بلغ مدى تصنيف ليكرت الخماسي (4) وذلك لتدرجه من (1-5) ، وبقسمة المدى على خمسة درجات من التوافر؛ فإن طول فئة كل درجة توافر يساوي (0.8) و بوزن نسبي يبلغ (16%)، أما تصنيف ليكرت الرباعي فقد بلغ مداه (3) وذلك لتدرجه من (3-0) ، وبقسمة المدى على خمسة من التوافر؛ فإن طول فئة كل درجة توافر يساوي (0.6) و بوزن نسبي يبلغ (20%) و بالتالي فإن درجة التوافر لكل فقرة من فقرات المتغيرات صنف بناء على قيم التوزيع النسبي كما هو مبين في جدول رقم (3).

جدول (3) درجات التوافر للفقرات و المحاور بحسب المقاييس

درجة التوافر	الوزن النسبي لمقياس بيك للاكتئاب	الوزن النسبي لمقياس جودة الحياة
ضعيفة جداً	من 0 إلى 19.99	من 20 إلى 35.99
ضعيفة	من 20.0 إلى 39.99	من 36.0 إلى 51.99
متوسطة	من 40.0 إلى 59.99	من 52.0 إلى 67.99
كبيرة	من 60.0 إلى 79.99	من 68.0 إلى 83.99
كبيرة جداً	من 80.0 إلى 100	من 84.0 إلى 100

### 9.3 صدق المقاييس

يعبر صدق المقياس عن مدى قدرته على قياس ما وضع وصيغت فقراته من أجل قياسه، ودرجة تفسير القيم الناتجة من تطبيقه على الاستخدامات المقترحة للمقياس. استخدمت الباحثة ثلاثة اختبارات للتحقق من صدق مقاييس الدراسة وهي كالتالي:

#### أ. صدق المحكمين:

يعرف صدق أراء المحكمين أو الصدق الظاهري، و يهدف لاختبار مدى صلاحية المقياس لدراسة فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض أعراض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مصابي مسيرات العودة بمحافظة رفح.

عرضت الباحثة المقاييسين مرفقين بخطة الدراسة مبيناً فيها عنوانها، وأهدافها، وأسئلتها ومجتمعها على (7) محكمين كما هو موضح قائمة بأسمائهم في ملحق (1) بهدف الحكم على صلاحيتها لقياس ما صيغت من أجل قياسه من حيث وضوح صياغة فقراتها، وترتيبها، وارتباطها بعنوان المجال، وانسجام اتجاهات فقراتها، بالإضافة إلى كفاية خياراتها.

وقامت الباحثة بتصنيف تعليقات وتعديلات المحكمين، وبعد التشاور مع مشرف الدراسة، فقد استجابت الباحثة للتعديلات التي اتفق عليها غالبية المحكمين، واسترشدت ببقية التعليقات، وأجرت الباحثة التعديلات التالية على النسخة الأولية للمقياسين:

وبإتمام التعديلات، قامت الباحثة بتطبيق المقاييسين على العينة الاستطلاعية لاستكمال التحقق من صدقها وثباتها عن طريق بقية الاختبارات الإحصائية الملائمة كما يظهر في بقية هذا الفصل.

#### ب. صدق الاتساق الداخلي:

يقصد بصدق الاتساق الداخلي مدى اتساق (انسجام) كل فقرة من فقرات المقياس مع المجال الذي تنتمي إليه. وقد تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي من خلال اختيار عينة استطلاعية قوامها (30) مصاباً من مصابي مسيرات العودة في محافظة رفح، وقامت الباحثة بإيجاد معامل ارتباط بيرسون (Pearson's Correlation Coefficient) بعد التأكد من اعتدالية توزيع بيانات كل فقرة من فقرات مجالات مقياس جودة الحياة ومقياس بيك للاكتئاب.

جدول (4) معاملات ارتباط كل فقرة من فقرات المقياس مع مجموع المجال الذي تنتمي إليه، (ن=30).

القيمة الاحتمالية	معامل الارتباط	الأبعاد	الفقرة	القيمة الاحتمالية	معامل الارتباط	المجال	الفقرة
مقياس جودة الحياة							
0.003	*0.392	تابع المجال الثالث / الأسري	26	0.000	0*.652	المجال الأول / الجسدي	1
0.000	*0.643		27	0.000	*0.518		2
0.000	*0.516		28	0.000	*0.515		3
0.182	0.186		29	0.000	*0.496		4
0.000	*0.446		30	0.055	0.263		5
0.000	*0.592	المجال الرابع / الاجتماعي	31	0.111	0.217	المجال الثاني / النفسي	6
0.000	*0.509		32	0.000	0.476*		7
0.000	*0.460		33	0.000	0.600*		8
0.000	*0.676		34	0.014	0.331*		9
0.000	*0.696		35	0.000	0.501*		10
0.004	*0.381		36	0.000	0.616*		11
0.000	*0.646		37	0.000	0.534*		12
0.000	*0.646		38	0.000	0.473*		13
0.000	*0.528		39	0.000	0.668*		14
0.001	*0.440		40	0.000	0.690*		15
0.000	*0.544	41	0.000	0.522*	16		
0.000	*0.639	المجال الخامس / البيئي	42	0.000	0.611*		17
0.000	*0.642		43	0.000	0.553*		18
0.000	*0.653		44	0.000	0.469*		19
0.000	*0.583		45	0.000	0.540*		20

القيمة الاحتمالية	معامل الارتباط	الأبعاد	الفقرة	القيمة الاحتمالية	معامل الارتباط	المجال	الفقرة
0.001	*0.457		46	0.000	0.610*		21
0.000	*0.617		47	0.000	0.648*	المجال الثالث / الأسري	22
0.000	*0.498		48	0.257	0.156		23
0.000	*0.489		49	0.000	0.563*		24
0.000	*0.681		50	0.000	0.699*		25
مقياس بيك للاكتئاب							
0.000	0*.639	فقدان الاهتمام	12	0.000	0.698*	الحزن	1
0.000	0*.755	التردد	13	0.000	0.572*	التشاؤم	2
0.000	*0.563	إتعدام القيمة	14	0.000	0.720*	الفشل السابق	3
0.000	*0.601	فقدان الطاقة	15	0.000	0.714*	فقدان الاستمتاع	4
0.000	*0.594	تغيرات في نمط النوم	16	0.000	0.588*	مشاعر الإثم	5
0.000	*0.743	القابلية للغضب أو الانزعاج	17	0.000	0.561*	مشاعر العقاب	6
0.000	*0.686	تغيرات في الشهية	18	0.000	0.838*	عدم حب الذات	7
0.000	*0.686	صعوبة التركيز	19	0.000	0.620*	نقد الذات	8
0.000	*0.675	الإرهاق أو الإجهاد	20	0.000	0.680*	الأفكار أو الرغبات الإنتحارية	9
0.000	*0.641	فقدان الاهتمام بالجنس	21	0.000	0.572*	البكاء	10
				0.000	0.546*	التهيج أو الاستثارة	11

\*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة (  $\alpha = 0.05$  ).

يعرض جدول رقم (4) معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجالات مقياس جودة الحياة ومجموع المجال، وكذلك الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس بيك للاكتئاب ومجموع فقرات المقياس.

يتضح من النتائج في جدول رقم (4) أن هناك ارتباطاً دالاً إحصائياً عند مستوى معنوية (  $\alpha = 0.05$  ) بين كل فقرة من فقرات مجالات مقياس جودة الحياة ومجموع المجال، وكذلك الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس بيك للاكتئاب ومجموع فقرات المقياس، مما يشير إلى صدق الاتساق الداخلي لفقرات مقياسي جودة الحياة وبيك للاكتئاب.

### ج. الصدق البنائي

يختبر الصدق البنائي مدى الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مجال من مجالات مقياس جودة الحياة الخمسة مع الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة. وللتحقق من ذلك قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لكل مجال مع الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة كما هو مبين في جدول رقم (5).

جدول (5) معاملات الارتباط بين المجالات الخمسة لمقياس جودة الحياة والدرجة الكلية للمقياس، (ن=30).

م	الأبعاد	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية
1	المجال الأول: الجسدي	0.705*	0.00
2	المجال الثاني: النفسي	0.780*	0.00
3	المجال الثالث: الأسري	0.735*	0.00
4	المجال الرابع: الاجتماعي	0.816*	0.00
5	المجال الخامس: البيئي	0.787*	0.00

\*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha = 0.05$ ).

تظهر قيم معاملات الارتباط لكل مجال من مجالات مقياس جودة الحياة الخمسة مع الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة في جدول رقم (5) أن هناك ارتباطاً دالاً إحصائياً عند مستوى ( $\alpha = 0.05$ ) بين الدرجة الكلية لكل مجال من مجالات مقياس جودة الحياة الخمسة مع الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة، مما يدل على الصدق البنائي لمقياس جودة الحياة.

ودلت نتائج اختبارات صدق الأداة على صلاحية الاستبانة لدراسة فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض أعراض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مصابي مسيرات العودة بمحافظة رفح.



### 10.3 ثبات أدوات الدراسة

يقصد بثبات مقاييس الدراسة هو أن يعطي المقياس نفس النتيجة لو تم إعادة تطبيقه أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط، وبالتالي فإن ثبات المقياس يعني الاستقرار في نتائجه وعدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعها على أفراد المجتمع عدة مرات خلال فترات زمنية معينة. وقد تحققت الباحثة من ثبات مقاييس الدراسة من خلال التالي:

#### أ. معامل كرونباخ ألفا:

يقيس معامل كرونباخ ألفا ثبات الاتساق الداخلي للمقياس من خلال مؤشر رقمي تتراوح قيمته ما بين الصفر والواحد وتشير قيمة معامل كرونباخ ألفا التي تزيد عن (0.7) على ثبات الاتساق الداخلي للمقياس.

يعرض جدول رقم (6) قيمة معامل كرونباخ ألفا لكل مجال من مجالات مقياس جودة الحياة وكذلك للمقياس ككل، بالإضافة لمقياس بيك للاكتئاب.

نجد أن جميع قيم معاملات كرونباخ ألفا لكل مجال من مجالات مقياس جودة الحياة وكذلك للمقياس ككل، بالإضافة لمقياس بيك للاكتئاب مرتفعة جداً (أكبر من 0.7)، مما يدل على ثبات الاتساق الداخلي لمقاييس الدراسة.

جدول (6) معامل الثبات كرونباخ ألفا لمحاور مقياس جودة الحياة، ولمقياس بيك ككل.

م	المجال	عدد الفقرات	معامل كرونباخ ألفا
1	المجال الأول: الجسدي	10	0.702
2	المجال الثاني: النفسي	11	0.793
3	المجال الثالث: الأسري	9	0.716
4	المجال الرابع: الاجتماعي	11	0.796
5	المجال الخامس: البيئي	9	0.761
5	مقياس جودة الحياة	50	0.910
6	مقياس بيك للاكتئاب	21	0.936

## ب. طريقة التجزئة النصفية:

تعتمد طريقة التجزئة النصفية على حساب معامل الارتباط بين جزئي فقرات المقياس (الأسئلة ذات الأرقام الفردية، والأسئلة ذات الأرقام الزوجية)، ويتم تصحيح معامل الارتباط باستخدام معامل سبيرمان (Sperman's Coefficient) للمجالات ذات عدد الفقرات الزوجية وجتمان (Guttman's Coefficient) للمجالات ذات عدد الفقرات الفردية. يعرض جدول رقم (7) قيم معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية.

جدول (7) معامل الثبات (التجزئة النصفية) لمحاور مقياس جودة الحياة، ولمقياس بيك ككل.

م	الأبعاد/ المحاور	عدد الفقرات	معامل الارتباط	معامل الارتباط المعدل
1	المجال الأول: الجسدي	10	*570.0	*0.726
2	المجال الثاني: النفسي	11	*819.0	*0.900
3	المجال الثالث: الأسري	9	*720.0	*0.837
4	المجال الرابع: الاجتماعي	11	*785.0	*0.880
5	المجال الخامس: البيئي	9	*691.0	*0.817
5	مقياس جودة الحياة	50	*0.821	*0.902
6	مقياس بيك للاكتئاب	21	*923.0	*0.960

\*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha = 0.05$ ).

يظهر جدول رقم (7) أن معاملات الارتباط لجميع المجالات والمقاييس دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha = 0.05$ ). ومن هنا يمكن الاستنتاج أن قيم اختبارات الصدق والثبات لأدوات الدراسة تدل على صلاحيتها لدراسة فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض أعراض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مصابي مسيرات العودة بمحافظة رفح، وبالتالي تكون المقاييس في صورتها الحالية جاهزة لجمع البيانات من مجتمع الدراسة.

### 11.3 الأساليب والمعالجات الإحصائية

استخدمت الباحثة برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package for Social Sciences (SPSS) الإصدار 22 لتصميم نموذج المقاييس.

وخلال معالجة وتحليل البيانات استخدمت الباحثة مجموعة من الطرق والاختبارات الإحصائية كالتالي:

1. التكرارات، النسب المئوية، المتوسط الحسابي والانحراف المعياري (Frequency, Percentages, Mean and Standard deviation): وتستخدم لوصف التكرارات في عينة

الدراسة، وترتيب الأولويات في الإجابة على أسئلة الدراسة.

2. معامل ارتباط بيرسون (Pearson's Correlation Coefficient): لقياس درجة الارتباط،

واستخدمتها الباحثة لحساب الاتساق الداخلي للمقاييس وكذلك في طريقة التجزئة النصفية لقياس الثبات.

3. اختبار كرونباخ ألفا: (Cronbach's Alpha) لقياس ثبات فقرات مجالات مقياس جودة الحياة،

ومقياس جودة الحياة ككل ومقياس بيك للاكتئاب ككل.

4. معامل ارتباط سبيرمان برون (Spearman-Brown) لقياس ثبات المجالات والمقاييس بطريقة

التجزئة النصفية.

5. اختبار كولموجوروف - سمرنوف (Kolomogrove-Smirnov Test)، لاختبار اعتدالية توزيع

المجالات والمقاييس ككل.

6. اختبار فيشر المحدد (Fisher Exact test)، لاختبار تجانس المتغيرات النوعية في كلاً من

المجموعتين الضابطة والتجريبية.

7. اختبار ت لعينتين مستقلتين (Independent Samples t-test)، لاختبار الفرق بين

متوسطات المجالات والمؤشرات للمجموعتين الضابطة والتجريبية.

8. اختبار ت لعينتين مترابطتين (Paired Samples t-test)، لاختبار الفرق بين متوسطات

المجالات والمؤشرات القبلية والبعديّة والتتبعية للمجموعة التجريبية.

## الفصل الرابع

### نتائج الدراسة ومناقشتها

#### 1.4 مقدمة

يعرض هذا الفصل تحليل البيانات التي تم جمعها من خلال تطبيق أداتي الدراسة المتمثلتان بمقياس جودة الحياة ومقياس بيك للاكتئاب على عينة مكونة من (30) مصاب من مصابي مسيرات العودة في محافظة رفح. وقد تم الاختيار من بين أفراد عينة مقدارها (53) مصاب تم تطبيق أدوات الدراسة عليهم، ومن ثم اختيار المصابين الحاصلين على أقل قيم في مؤشر جودة الحياة والأكثر في مقياس بيك للاكتئاب.

ومن ثم تم توزيع العينة المكونة من (30) مصاب بشكل عشوائي منتظم إلى مجموعتين متساويتين، الأولى مجموعة ضابطة وعدد أفرادها (15) مصاب، والثانية مجموعة تجريبية عدد أفرادها (15) مصاب. حيث تم اختيار هؤلاء المصابين من كشوفات وزارة الصحة.

وينقسم هذا الفصل إلى ثلاثة أقسام، يعرض القسم الأول الخصائص الديمغرافية للمصابين في المجموعتين بهدف بيان تجانس تلك الخصائص بينهما، ويتناول القسم الثاني تجانس المجموعتين في الاختبارات القبليّة، بينما يعرض القسم الثالث الاختبارات الإحصائية لقياس فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض أعراض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مصابي مسيرات العودة بمحافظة رفح.

## 2.4 الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة

يعرض جدول رقم (8) التوزيع النسبي لأفراد العينة موزعين بحسب المجموعة والمتغيرات الديمغرافية النوعية، وكذلك قيمة اختبار فيشر المحدد Fisher's Exact test للتجانس. وتظهر النتائج أن القيمة الاحتمالية لاختبار جميع المتغيرات الديمغرافية تزيد عن 0.05، الأمر الذي يدل على تجانس أفراد كلاً من المجموعتين الضابطة والتجريبية عند مستوى دلالة 0.05.

وكان المستوى التعليمي لثلث العينة أقل من المرحلة الثانوية، فيما بلغت نسبة من يحملون درجة الدبلوم 10% فقط.

وتم توزيع أفراد العينة بحسب نوع الإصابة، حيث بلغت نسبة المصابين بإصابات بسيطة 13.3%، فيما كانت نسبة المصابين بصورة متوسطة 50%، بينما كانت نسبة المصابين بصورة بالغة 43.33%.

جدول (8) توزيع عينة الدراسة بحسب البيانات الديمغرافية (ن = 30)

اختبار التجانس		المجموعة الضابطة (ن=15)		المجموعة التجريبية (ن = 15)		المتغير	
القيمة الاحتمالية	قيمة الاختبار	(%)	ن	(%)	ن		
1.000	0.686	%13.3	2	%13.3	2	ابتدائي	المستوى التعليمي
		%20.0	3	%20.0	3	إعدادي	
		%53.3	8	%60.0	9	ثانوي	
		%13.3	2	%6.7	1	دبلوم	
296.0	2.392	%13.3	2	%0.0	0	بسيطة	نوع الإصابة
		%53.3	8	%46.7	7	متوسطة	
		%33.3	5	%53.3	8	بالغة	
0.521	1.454	%33.3	5	%20.0	3	متزوج	الحالة الاجتماعية
		%60.0	9	%60.0	9	أعزب	
		%6.7	1	%20.0	3	مطلق	
1.000	0.241	%20.0	3	%13.3	2	يعمل	طبيعة العمل
		%80.0	12	%86.7	13	لا يعمل	
1.000	0.000	%80.0	12	%80.0	12	500 أو أقل	الراتب الشهري (شيكل)
		%20.0	3	%20.0	3	أكثر من 500	

وتبين أن غالبية المصابين وبما نسبته (60%) كانت الحالة الاجتماعية لهم أعزب، بينما حوالي ربعهم (26.67%) متزوجون، فيما بلغت نسبة المطلقين (13.33%).

كذلك فإن الغالبية العظمى (83.33%) من المصابين بدون عمل، فيما بلغت نسبة الذين يعملون (16.67%)، وارتباطاً بذلك فإن (80%) من العينة يبلغ متوسط دخلهم الشهري (500) شيكل أو أقل، فيما تبلغ نسبة من يتحصلون على دخل شهري يزيد عن (500) شيكل (20%).

وبلغ متوسط عمر المصابين في المجموعة التجريبية (24.8) سنة، فيما بلغ متوسط عمر المصابين في المجموعة الضابطة (25.8) سنة، كما وتظهر نتائج اختبار ت لعينتين مستقلتين للفرق بين متوسطي العمر في المجموعتين الضابطة والتجريبية بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 كما هو مبين في جدول رقم (9)، بما يدل على تجانس أعمار المصابين في المجموعتين.

جدول (9) اختبار ت لعينتين مستقلتين للفرق بين متوسطي العمر للمجموعتين الضابطة والتجريبية

اختبار ت لعينتين مستقلتين		الفرق بين المتوسطين	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	ن	المجموعة
القيمة الاحتمالية	قيمة ت					
0.524	-0.641	-1.00	3.97	24.80	15	التجريبية
			4.55	25.80	15	الضابطة

#### تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية في المؤشرات القبلية

إن تحديد اختبار تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية في المؤشرات القبلية لكلا المقياسين المستخدمين في الدراسة يتطلب اختبار ما إذا كانت البيانات القبلية لتلك المؤشرات تتوزع توزيعاً طبيعياً أم لا. ويعرض جدول رقم (10) نتائج اختبار كولموجوروف - سمرنوف - Kolomogrove - Smirnov Test (K-S)، والتي تظهر أن جميع المجالات والمقاييس القبلية في كلاً من المجموعتين الضابطة والتجريبية تتبع التوزيع الطبيعي عند مستوى دلالة 0.05.

جدول (10) نتائج اختبار كولمجوروف - سمرنوف للتوزيع الطبيعي لمجالات ومقاييس الدراسة القبليّة

المجموعة الضابطة (ن = 15)		المجموعة التجريبية (ن = 15)		المجالات والمقاييس
القيمة الاحتمالية	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية	قيمة الاختبار	
0.200*	0.159	0.135*	0.194	المجال الأول: الجسدي
0.200*	0.103	0.200*	0.132	المجال الثاني: النفسي
0.192*	0.182	0.200*	0.141	المجال الثالث: الأسري
0.200*	0.112	0.050*	0.220	المجال الرابع: الاجتماعي
0.185*	0.184	0.200*	0.130	المجال الخامس: البيئي
0.200*	0.133	0.200*	0.108	مقياس جودة الحياة
0.200*	0.131	0.200*	0.141	مقياس بيك للاكتئاب

\* المتغير يتبع التوزيع الطبيعي عند مستوى دلالة 0.05.

وبالتالي فإنه سيتم استخدام الاختبار المعلمي (الباراميتري) "ت" لعينتين مستقلتين (Independent Samples t -test) للحكم على مدى تجانس المجموعتين كما هو مبين في جدول رقم (11).

جدول (11) اختبار ت لعينتين مستقلتين للفرق بين متوسطات المتغيرات القبليّة للمجموعتين الضابطة والتجريبية

اختبار ت لعينتين مستقلتين		الفرق بين المتوسطين	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	ن	المجموعة	المجال / المقياس
القيمة الاحتمالية	قيمة ت						
0.56	0.59	0.11	0.48	3.41	15	التجريبية	المجال الجسدي
			0.57	3.30	15	الضابطة	
0.45	-0.77	-0.19	0.76	3.16	15	التجريبية	المجال النفسي
			0.57	3.35	15	الضابطة	
0.58	-0.56	-0.10	0.53	3.65	15	التجريبية	المجال الأسري

اختبار ت لعينتين مستقلتين		الفرق بين المتوسطين	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	ن	المجموعة	المجال / المقياس
القيمة الاحتمالية	قيمة ت						
			0.41	3.75	15	الضابطة	
0.33	1.00	0.23	0.54	4.02	15	التجريبية	المجال الاجتماعي
			0.71	3.79	15	الضابطة	
0.32	-1.01	-0.27	0.77	3.04	15	التجريبية	المجال البيئي
			0.68	3.31	15	الضابطة	
0.84	-0.21	-0.03	0.45	3.47	15	التجريبية	مقياس جودة الحياة
			0.43	3.50	15	الضابطة	
0.89	0.14	0.03	0.46	0.95	15	التجريبية	مقياس بيك للاكتئاب
			0.66	0.92	15	الضابطة	

حيث تظهر النتائج في جدول رقم (11) تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية في المجالات والمقاييس القبلية، حيث أن قيمة اختبار ت لعينتين مستقلتين غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05.

#### فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي لخفض أعراض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة

يعرض هذا القسم التحليل الإحصائي الاستدلالي لقياس فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي المقترح لخفض أعراض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مصابي مسيرات العودة بمحافظة رفح، وذلك من خلال الإجابة على أسئلة الدراسة الفرعية.

ولتحديد الاختبارات الإحصائية المناسبة لقياس فاعلية البرنامج المقترح، لابد من اختبار ما إذا كانت البيانات البعدية والتتبعية لتلك المؤشرات تتوزع توزيعاً طبيعياً أم لا. ويعرض جدول رقم (12) نتائج اختبار كولموجوروف - سمرنوف Kolomogrove-Smirnov Test (K-S) للمؤشرات البعدية



والتي تظهر أن جميع المجالات والمقاييس البعدية في كلاً من المجموعتين الضابطة والتجريبية تتبع التوزيع الطبيعي عند مستوى دلالة 0.05.

جدول (12) نتائج اختبار كولموجوروف - سمرنوف للتوزيع الطبيعي لمجالات ومقاييس الدراسة البعدية

المجموعة الضابطة (ن = 15)		المجموعة التجريبية (ن = 15)		المجالات والمقاييس
القيمة الاحتمالية	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية	قيمة الاختبار	
0.200*	0.162	0.200*	0.180	المجال الأول: الجسدي
0.096*	0.203	0.052*	0.218	المجال الثاني: النفسي
0.200*	0.114	0.200*	0.154	المجال الثالث: الأسري
0.200*	0.175	0.051*	0.218	المجال الرابع: الإجتماعي
0.052*	0.218	0.055*	0.217	المجال الخامس: البيئي
0.200*	0.122	0.200*	0.163	مقياس جودة الحياة
0.200*	0.154	0.145*	0.191	مقياس بيك للاكتئاب

\* المتغير يتبع التوزيع الطبيعي عند مستوى دلالة 0.05.

ويعرض جدول رقم (13) نتائج اختبار كولموجوروف - سمرنوف Kolomogrove-Smirnov Test (K-S) للمؤشرات التتبعية والتي تظهر أن جميع المجالات والمقاييس التتبعية في كلاً من المجموعتين الضابطة والتجريبية تتبع التوزيع الطبيعي عند مستوى دلالة 0.05.

جدول (13) نتائج اختبار كولمجوروف - سمرنوف للتوزيع الطبيعي لمجالات ومقاييس الدراسة التتبعية

المجموعة الضابطة (ن = 15)		المجموعة التجريبية (ن = 15)		المجالات والمقاييس
القيمة الاحتمالية	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية	قيمة الاختبار	
0.200*	0.142	0.200*	0.166	المجال الأول: الجسدي
0.200*	0.154	0.065*	0.213	المجال الثاني: النفسي
0.200*	0.153	0.184*	0.184	المجال الثالث: الأسري
0.200*	0.125	0.200*	0.132	المجال الرابع: الاجتماعي
0.051*	0.218	0.200*	0.154	المجال الخامس: البيئي
0.200*	0.108	0.200*	0.142	مقياس جودة الحياة
0.200*	0.148	0.200*	0.124	مقياس بيك للاكتئاب

\* المتغير يتبع التوزيع الطبيعي عند مستوى دلالة 0.05.

وبناء على النتائج المبينة في الجدولين السابقين، فإنه سيتم استخدام الاختبارات المعلمية (البارامترية) كاختبار ت لعينتين مستقلتين (Independent Samples t -test) واختبار ت لعينتين مرتبطتين (Paired Samples t -test) للإجابة على الأسئلة حول فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي كما هو مبين في التالي.

#### 3.4 مناقشة النتائج

السؤال الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.5$ ) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على مقياسي جودة الحياة والأعراض الاكتئابية لدى مصابي مسيرات العودة في القياس البعدي.

بناء على نتائج اختبار التوزيع الطبيعي في جدول رقم (13)، فإن اختبار ت لعينتين مستقلتين (Independent Samples t -test) هو الاختبار الإحصائي الأنسب للإجابة على السؤال الأول.

ويعرض جدول رقم (14) الإحصاءات الوصفية وكذلك نتائج اختبارات لعينتين مستقلتين للفرق بين متوسطات المتغيرات البعدية للمجموعتين الضابطة والتجريبية. وتظهر النتائج زيادة بقيمة الوسط الحسابي لمقياس جودة الحياة ومجالاته في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما وتظهر نتائج اختبار "ت" أن هذا الفرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، حيث أن القيمة الاحتمالية كانت لا اختيار مقياس جودة الحياة ومجالاته تساوي 0.00، الأمر الذي يعكس التحسن في مؤشر جودة الحياة في القياس البعدي للمجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة مما يدل على ان البرنامج المعرفي السلوكي المستخدم فعال في العمل على تحسين جوانب متعددة من جودة الحياة بالنسبة للمصابين، كذلك تحسين جودة حياتهم بشكل عام، وقد يكون هذا التحسن نتيجة النشاطات الجماعية التي شاركوا بها خلال فترة التدخل والذي طور من بعض المهارات لديهم للتفاعل الاجتماعي والنظر للمستقبل بشكل إيجابي، وأن البرنامج يلعب دور إيجابي في توعية الشباب المصابين في كيفية تخطي الاصابات التي اصابتهم خلال مسيرات العودة من خلال التغلب عليها والتعايش معها دون أن تؤثر على حالتهم النفسية والاجتماعية والتأقلم على الوضع الحالي دون التأثير بالأصابة والعمل على سير حياتهم بشكل يتلاءم مع حياتهم الطبيعية وهذا بدوره يعكس ايجاباً على سيرة الحياة بشكل يتلاءم مع حياتهم دون التعرض للصدمات والتعايش مع جميع أفراد المجتمع.

وتتنفق الدراسة في هذه النتيجة مع الأدبيات السابقة حيث أثبتت دراسة (أحمد، 2018) حول فاعلية البرنامج الارشادي المعرفي السلوكي لتنمية مهارات التفكير الإيجابي لتحسين جودة الحياة وخفض قلق المستقبل أن هناك تحسن في جودة الحياة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية 0

كذلك أظهرت النتائج نقص قيمة الوسط الحسابي لمقياس الاكتئاب في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، حيث أن هذا الفرق كان دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، الأمر الذي يعكس انخفاض في مقياس الاكتئاب في القياس البعدي للمجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة. وهذا يدل على مدى الاستفادة من البرنامج الذي تم استخدامه حيث ان المشاركين انتظموا في الجلسات الجماعية بشكل دوري وقاموا بالعديد من النشاطات التي قد ساهمت بشكل كبير في خروجهم من العزلة الاجتماعية بشكل دوري وقاموا بالعديد من النشاطات التي قد ساهمت بشكل كبير في خروجهم من العزلة الاجتماعية وكذلك طورت من مهاراتهم في التعبير عن ذاتهم والاستماع للمشاركين الآخرين الذين يعانون من نفس المشاكل. كذلك يدل انخفاض أعراض الاكتئاب على تحسين مزاج المشاركين من خلال مشاركتهم الفعالة في تلك الجلسات الجماعية التي تعتمد على تدعيم تقدير الذات

والتعبير بحرية عما بداخلهم وتقدير ذاتهم بأنهم أصحاب عزيمة وأصرر على مواصلة الحياة رغم الاصابة والتأكيد على العيش بكرامة من أجل الحصول الحقوق وحق فلسطين التاريخية وهذا بدوره يعزز لدى الشباب الفلسطيني بالمشاركة بانتزاع حقوقهم من المحتل الاسرائيلي وأن فلسطين أرض المحشر والمنشر وحق مقدس للشعب الفلطيني لذلك رغم أصابتهم تجد لأهمية لاصابتهم مقابل حقوهم الشرعية وهذا بدورهم يخفض من حد الاكتئاب لديهم وأن البرنامج المعد فعال بشكل يساعد المصابين بتخطي العقبات بكل اريحية.

وهذا ما أكدت عليه دراسة (سليمان،2014) حول فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى عينة من مرضى الاكتئاب حيث وجد أن هناك فروق دالة احصائيا في اعراض الاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي0

جدول (14) اختبارات لعينتين مستقلتين للفرق بين متوسطات المتغيرات البعدية للمجموعتين الضابطة والتجريبية

اختبارات لعينتين مستقلتين		الفرق بين المتوسطين	اختبارات لعينتين مستقلتين	الوسط الحسابي	ن	المجموعة	المجال / المقياس
القيمة الاحتمالية	قيمة ت						
0.00*	26.88	2.49	0.20	4.21	15	التجريبية	المجال الجسدي
			0.30	1.71	15	الضابطة	
0.00*	10.52	2.34	0.62	4.32	15	التجريبية	المجال النفسي
			0.60	1.98	15	الضابطة	
0.00*	9.18	1.83	0.56	4.00	15	التجريبية	المجال الأسري
			0.53	2.17	15	الضابطة	
0.00*	27.37	2.54	0.19	4.26	15	التجريبية	المجال الاجتماعي
			0.30	1.72	15	الضابطة	
0.00*	13.82	1.90	0.42	3.58	15	التجريبية	المجال البيئي
			0.32	1.68	15	الضابطة	
0.00*	22.13	2.24	0.23	4.09	15	التجريبية	مقياس جودة الحياة
			0.32	1.85	15	الضابطة	
0.00*	-23.26	-1.82	0.13	0.27	15	التجريبية	مقياس بيك للاكتئاب
			0.27	2.09	15	الضابطة	

يتضح من الجدول ان قيمة  $\text{sig} = 0.00$  أقل من  $0.05$  وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس بيك للاكتئاب لدى مصابي مسيرات العودة لصالح المجموعة التجريبية.

ترى الباحثة بأن هذه الفروق تعزى للبرنامج المعرفي السلوكي لخفض الاعراض الاكتئابية، فالخبرات والأنشطة التي تلقاها أفراد المجموعة التجريبية من خلال البرنامج الإرشادي الجماعي الذي تم تطبيقه أتاح فرصة التفاعل والحوار واكتساب الخبرات المتبادلة، وتقييم ردود أفعاله والحكم عليها بصورة منطقية ومقبولة، حيث تمت عملية الإرشاد لأفراد المجموعة التجريبية من خلاله وهذا ما لم تتعرض له المجموعة الضابطة، كما أن الفنيات والأساليب الإرشادية المتنوعة التي تضمنها البرنامج المعرفي السلوكي ساهمت بقدر كبير بخفض الأعراض الاكتئابية التي كان يعاني منها أفراد العينة، منها إعادة البناء المعرفي، والضبط الذاتي، والاسترخاء، وحل الواجبات، التحفيز الذاتي التي تم توظيفها في الجلسات الإرشادية بشكل مخطط ومنظم أتاحت الفرصة لتعديل أفكارهم وانفعالاتهم وحالتهم المزاجية وسلوكهم ونظرتهم للحياة وبنثت في نفوسهم الأمل والتفاؤل، كما ان جلسات البرنامج تضمنت مجموعة من المعلومات المفيدة حول الأفكار المتعلقة بالاكتئاب، وطرق وقف الأفكار السلبية والغير منطقية، فضلاً عن الحديث الذاتي الايجابي لما لها من تأثير على البيئة المعرفية التي تعطي نسق معاني ومفاهيم جديدة.

وقد لاحظت الباحثة تفاعل أفراد المجموعة مع جلسات البرنامج، واهتمامهم بها حيث حقق البرنامج مجموعة من الأهداف أهمها إدراك العلاقة بين المشاعر والأفكار والسلوك، وبالتالي يدرك أفراد المجموعة تأثير كل منها على الأخرى، ومساعدتهم على تقييم أفكارهم وتخييلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالمشكلة.

كذلك ساعدت الجلسات الإرشادية أفراد المجموعة التجريبية على وصف المشكلة بشكل دقيق، وهو مفتاح الوصول إلى حلول وبدائل حولها، واستدعاء بعض الخبرات السابقة في فهم الموقف الحالي ومواجهته، وهذه العوامل والاستراتيجيات كان لها أثر واضح على أسلوب حل المشكلات لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وقد جاءت نتائج الدراسة الحالية لتؤكد كفاءة البرنامج المعرفي السلوكي وتتفق مع ما جاء في نتائج الدراسات السابقة التي أكدت على فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي لخفض الأعراض الاكتئابية بطريقة مقبولة.

وهذا ما تدعمه دراسة (بولكويرات، 2018) التي أكدت على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض الاكتئاب والقلق لدى مرضى التصلب اللويحي وذلك من خلال استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي.

**السؤال الثاني:** هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.5$ ) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي جودة الحياة والأعراض الاكتئابية لدى مصابي مسيرات العودة في القياسين القبلي والبعدي.

بناء على نتائج اختبار التوزيع الطبيعي في الجدولين رقم (10 و 12)، فإن اختبار ت لعينتين مرتبطتين (Paired Samples t -test) هو الاختبار الإحصائي الأنسب للإجابة على السؤال الثاني، وكما هو مبين في جدول رقم (14)، تظهر النتائج أن هناك زيادة بقيمة الوسط الحسابي لمقياس جودة الحياة ومجالاته في المقياس البعدي مقارنة بالمقياس القبلي للمجموعة التجريبية. كما وتظهر نتائج اختبار "ت" أن الفرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، لكل من المجال الجسدي والمجال النفسي ومقياس جودة الحياة بشكل عام حيث أن القيمة الاحتمالية لهذين المجالين والمقياس تساوي 0.00، بينما كان الفرق في كلاً من المجال الأسري والمجال الاجتماعي والمجال البيئي غير دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، وقد يعزى ذلك لطبيعة النشاطات خلال تطبيق البرنامج حيث أن الجلسات تعتمد أكثر على التعبير عن الذات وبناء الثقة بالنفس وليس بالضرورة على التفاعل الأسري الاجتماعي إضافة أن هناك بعض المشكلات التي يعاني منها المنتفعين في هذه المجالات وبالتالي يصعب على الباحثة ضبط كل مجالات جودة الحياة وخاصة المجال البيئي. كذلك بعض الجوانب الاجتماعية قد تحتاج مدة أطول حتى تتطور من خلال المشاركة الجماعية، كذلك قد يكون الاهتمام بالجانب البيئي اقل من الجوانب الأخرى. وقد يعزى ذلك أيضاً أن مجتوى الجلسات ركزت بشكل أساسي على تغيير الأفكار المشوهة لدى المصابين حول صورة الجسد بعد الإصابة إضافة إلى الاهتمام بالجوانب النفسية ومحاولة التقليل من أعراض الحزن والتشاؤم والكآبة، ولكن على الصعيد البيئي فهي أمور تتعلق أكثر بالبيئة المحيطة والتي يصعب على الشخص التحكم بها لأنها تقع على عاتق المسؤولين، أما على الصعيد الأسري فقد لاحظت كباحثة وجود بعض المشكلات الأسرية المتجذرة لدى المصابين كالطلاق أو وفاة أحد الوالدين وغيرها ولكن قامت الباحثة بتصحيح بعض المعتقدات الخاطئة حول تلك المشكلات قدر الامكان، أما المجال الاجتماعي فمن الطبيعي أن يكون هناك نشاط محدود نوعاً ما نظراً لطبيعة الإصابة التي تقيد أحياناً المشاركة في بعض الأنشطة الاجتماعية، ولذلك تجد المصابين الذين يذهبون دون علم أهلهم وخاصة المنفصلين لا أحد يعمل لهم إهتمام ولكن رغم ذلك تجدهم يبحثون عن أبنائهم وتقديم كافة الرعاية الصحية وكافة ما يحتاجونه لذلك

كانت الفروق لصالح لجودة الحياة الجانب الاسري، لوجود إهتمام لهم واعتبارهم هم جزء منهم لا يمكن الاستغناء عنهم.

أظهرت النتائج نقص قيمة الوسط الحسابي لمقياس الاكتئاب في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي للمجموعة التجريبية، حيث أن هذا الفرق كان دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، الأمر الذي يعكس التراجع في مقياس الاكتئاب في المقياس البعدي للمجموعة التجريبية مقارنة بالمقياس القبلي. وقد يكون ذلك الانخفاض في الأعراض الاكتئابية نتيجة تحسين مزاج المشاركين وتفاعلهم خلال المجموعة والاهتمام الذي تلقوه خلال فترة تطبيق البرنامج، كذلك قد يكون لخروجهم من المنزل والحضور للمشاركة بشكل منتظم أثر إيجابي في التقليل من الأعراض الاكتئابية حيث أن البرنامج وجلساته كان لها دور فعال في هذا التغيير في الأعراض وقد كان ذلك جلياً خلال مشاركة المصابين بقصصهم والتعبير عن ذاتهم بشكل حر دون قيود وذلك لتفهم المجموعة المشاركة والدور الفعال الذي قامت به الباحثة في خلق بيئة داعمة للمشاركين وتوفير الفرصة المناسبة للتحدث، إضافة الى تعلم واكتساب المشاركين خلال الجلسات مهارات وفنيات مختلفة تساعدهم على التعامل مع مشكلاتهم في الحياة اليومية والتأكيد على تطبيق مثل هذه الفنيات بعد انتهاء الجلسات وهذا ما أكدته القياس البعدي.

وتتنفق هذه الدراسة مع دراسة (حامد، 2018) حول فاعلية برنامج معرفي سلوكي في فض أعراض الاكتئاب بوجود فروق دالة احصائياً بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية وذلك لصالح القياس البعدي.

جدول (15) اختبارات لعينتين مرتبطتين للفرق بين الوسط الحسابي للمتغيرات القبلية والبعديّة للمجموعة التجريبية

اختبارات لعينتين مستقلتين		الفرق بين المتوسطين	اختبارات لعينتين مستقلتين	الوسط الحسابي	ن	المجموعة	المجال / المقياس
اختبارات لعينتين مرتبطتين	قيمات						
0.00*	-5.26	-0.79	0.48	3.41	15	القبلي	المجال الجسدي
			0.20	4.21	15	البعدي	
0.00*	-3.94	-1.16	0.76	3.16	15	القبلي	المجال النفسي
			0.62	4.32	15	البعدي	
0.16	-1.50	-0.35	0.53	3.65	15	القبلي	المجال الأسري
			0.56	4.00	15	البعدي	
0.10	-1.74	-0.24	0.54	4.02	15	القبلي	المجال الاجتماعي
			0.19	4.26	15	البعدي	
0.07	-2.00	-0.53	0.77	3.04	15	القبلي	المجال البيئي
			0.42	3.58	15	البعدي	
0.00*	-4.12	-0.63	0.45	3.47	15	القبلي	مقياس جودة الحياة
			0.23	4.09	15	البعدي	
0.00	7.07	0.68	0.46	0.95	15	القبلي	مقياس بيك للاكتئاب
			0.13	0.27	15	البعدي	

ويتضح من الجدول اعلاه ان قيمة  $\text{sig} = 0.00$  أقل من 0.05 وهذا يدل على وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس بيك للاكتئاب لدى مصابي مسيرات العودة لصالح القياس البعدي وذلك من أهم النتائج التي حققها البرنامج حيث أن المصابين من خلال مشاركتهم اكتسبوا العديد من الاستراتيجيات التي كان لها الأثر الأكبر في تحسين الحالة المزاجية وبالتالي التخلص من حالة الاكتئاب.

ويتضح أيضاً أن حجم التأثير للبرنامج في القياس القبلي والبعدي كبير، أي أن هناك أثراً كبيراً لفاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض الاكتئاب لدى مصابي مسيرات العودة في محافظة رفح لدى أفراد المجموعة التجريبية، كما تشير النتائج اعلاه إلى أن حجم الفاعلية بين القياس القبلي والقياس البعدي



لمقياس بيك للاكتئاب لدى المجموعة التجريبية كبير، أي أن هناك أثر كبير لفاعلية البرنامج في القياس البعدي، وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى الأجواء التي عاشها أفراد العينة فترة إجراء البرنامج التي غلب عليها الأمن والطمأنينة والمرح والمشاركة، حيث تفاعلوا مع أنشطة الجلسات المختلفة، واكتسبوا مهارات وخبرات ومعلومات تساعدهم في فهم حالتهم، وتحمل مسؤولياتهم تجاه أنفسهم، وتجاه الآخرين من حولهم؛ مما ساهم في خفض الأعراض الاكتئابية لدى أفراد عينة الدراسة، إضافة إلى الفنيات والتقنيات الإرشادية المستخدمة مثل المناقشة الجماعية والتدريب على الاسترخاء فضلاً عن الإرشاد الديني والتشجيع وإعادة البناء المعرفي التي ساعدت أفراد العينة على اكتساب مهارة الاستبصار بذواتهم، وتغيير نظرتهم للحياه، وإعادة رؤية الأمور بطريقة مختلفة قد ظهر هذا في انخفاض مشاعر الحزن وانخفاض الضيق والكدر، وزاد من قدراتهم وقواهم الذاتية، فكان لعبارات التحفيز الذاتي وترديد العبارات مثل " أنا واثق بنفسي، وأحترم ذاتي، وأملي في الله كبير"، الأثر الكبير لدى أفراد المجموعة التجريبية أن تبني أفكار تثير في النفس الثقة وتقدير الذات والتفاؤل هي أفضل وسائل لمواجهة أسباب الاكتئاب، كما اسلوب حل المشكلات في تطوير شخصيات المشاركين لتمكنوا من مواجهة تحديات الحياه، وهذا ما اكتسبه أفراد المجموعة التجريبية خلال الجلسات، ولم يكونوا على دراية كافية بأسس علمية ومنظمة ومخططة. وتتفق هذه النتيجة مع الدراسات السابقة اعلاه.

**السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.5$ ) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي جودة الحياة والأعراض الاكتئابية لدى مصابي مسيرات العودة في القياسين البعدي والتتبعي.**

بناء على نتائج اختبار التوزيع الطبيعي في جدول رقم (12 و 13)، فإن اختبار ت لعينتين مرتبطتين (Paired Samples t -test) هو الاختبار الإحصائي الأنسب للإجابة على السؤال الثالث، كما هو مبين في جدول رقم (15). وتظهر النتائج أن هناك تراجع بقيمة الوسط الحسابي لمقياس جودة الحياة ومجالاته في المقياس التتبعي مقارنة بالمقياس البعدي للمجموعة التجريبية. كما وتظهر نتائج اختبار "ت" أن الفرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 لكل من المجال الجسدي والنفسي والأسري ومؤشر جودة الحياة بشكل عام حيث أن القيمة الاحتمالية لها تساوي 0.00، بينما كان الفرق في كلاً من المجال الاجتماعي والمجال البيئي غير دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، وهذا يدل على أن البرنامج المطبق على أفراد العينة فعال فقط خلال فترة التطبيق ولا تستمر فعاليته

لفترة طويلة بعد التطبيق، وقد يرجع ذلك لعدة أسباب منها عودة المصابين لنفس البيئة وكذلك لقلّة الاهتمام الذي يتلقونه بعد فترة التطبيق، كذلك عدم المواظبة على النشاطات والواجبات المنزلية التي قد تكون أساسية لضمان تمتعهم بصحة نفسية أفضل، كذلك قد تكون البيئة التي يعيشون بها سواء من الأصدقاء أو من الأهل غير داعمة بشكل كافي. كذلك قد يكون هناك حاجة لجلسات تنشيطية مستقبلية وذلك بهدف الاستمرار في النشاطات المطبقة في البرنامج، وأن البرنامج يتمتع بدرجة عالية الدقة والمصداقية في التعامل مع جميع المصابين بتقديم الارشادات التي يحتاجونها فيما يتعلق بحاتهم اليومية التي كان لها الأثر الأكبر على نتائج جودة الحياة في القياس التتبعي نظراً للأوضاع الصحية الغير مستقرة.

بينما أظهرت النتائج تراجع طفيف في قيمة الوسط الحسابي لمقياس الاكتئاب في القياس التتبعي مقارنة بالقياس البعدي للمجموعة التجريبية، حيث أن هذا الفرق كان غير دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، وقد يكون استمرار انخفاض أعراض الاكتئاب حتى بعد تطبيق البرنامج والانتهاه منه نتيجة تدعيم الذات وتعزيز الثقة بالنفس لدى المصابين والذي كان له الأثر الإيجابي على المستوى البعيد. ولكن الانخفاض الطفيف في تلك الأعراض قد يحتاج المزيد من الجلسات التتبعية التنشيطية للمحافظة على مستوى أفضل من تحسين المزاج وتعزيز الثقة بالنفس والمشاركة الاجتماعية الفعالة، هذه النتيجة تعد أمراً طبيعياً في ضوء ما يتضمنه البرنامج من فنيات واستراتيجيات وأساليب وتدريبات، وما أبدته الباحثة في فترة المتابعة، والتي تم من خلالها تأكيد الخبرات والمهارات والأنشطة والفنيات والممارسات التي يتضمنها البرنامج المستخدم موضع الاهتمام من الدراسة الحالية، وهي مشاعر وخبرات وممارسات أدت إلى تقبل المشاركين لأنفسهم وشعورهم بذواتهم وقدرتهم على التفاعل الإيجابي مع الآخرين وحل مشاكلهم بطرائق فاعلة ومراقبة الذات، والقدرة على ضبطها والالتزان الانفعالي.

بدورها تؤكد الباحثة بوضع البرنامج ضمن اليات تفيد المصابين بشكل ايجابي يساعدهم على تخطي الإصابة التي أصيبوا بها خلال مسيرات العودة وبدورها يقلل من حدة الاكتئاب والاتجاه إلى حب الحياة واستكمال مسيرة دون النظر إلي الإصابة أو الإعاقة التي أصابتهم لذلك تجدهم مرتبطون بأرضهم وحبهم لوطنهم ينيسهم كل ما أصابهم خلال مسيرات العودة.

كما استخدمت الباحثة الجلسات الإرشادية الذي كان لها الأثر الفعال في تعديل المعتقدات والأفكار اللاعقلانية وتفنيدها لدى المشاركين، وقد أصبحت تلك الأفكار والمعتقدات إيجابية وفعالة وأكثر واقعية

بعد جلسات الإرشاد المستخدمة في البرنامج مما أدى إلى استمرار خفض احتمالات الأعراض الاكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج وحتى فترة المتابعة، وهذا يدل على فعالية البرنامج وكان لتطبيقه الأثر الإيجابي في تخفي المصابين بالإعاقة التي أصابهم خلال مسيرات العودة الكبرى.

جدول (16) اختبارات لعينتين مرتبطتين للفرق بين الوسط الحسابي للمتغيرات البعدية والتتبعية للمجموعة التجريبية

اختبارات لعينتين مستقلتين	الفرق بين المتوسطين	اختبارات لعينتين مستقلتين	الوسط الحسابي	ن	المجموعة	المجال / المقياس
0.00*	6.47	0.23	0.20	4.21	15	المجال الجسدي
			0.16	3.97	15	التتبعي
0.00*	6.72	1.07	0.62	4.32	15	المجال النفسي
			0.23	3.25	15	التتبعي
0.00*	4.39	0.66	0.56	4.00	15	المجال الأسري
			0.18	3.34	15	التتبعي
0.67	-0.44	-0.01	0.19	4.26	15	المجال الاجتماعي
			0.22	4.27	15	التتبعي
0.84	0.20	0.01	0.42	3.58	15	المجال البيئي
			0.41	3.57	15	التتبعي
0.00*	7.27	0.40	0.23	4.09	15	مقياس جودة الحياة
			0.13	3.69	15	التتبعي
0.39	0.89	0.02	0.13	0.27	15	مقياس بيك للاكتئاب
			0.11	0.25	15	التتبعي

يتضح من الجدول أن قيمة sig أكبر من 0.05 وهذا يدل على عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي على مقياس بيك للاكتئاب لدى مصابي مسيرات العودة، وهذا يدل على استمرار أثر البرنامج بعد إنتهاء مدة البرنامج، ولعل ذلك يرجع إلى إلتزام أفراد المجموعة التجريبية بالجلسات والمواظبة والاهتمام بالمواعيد والتفاعل الإيجابي والمشاركة وحل الواجبات والتدريبات والممارسة خارج الجلسات؛ مما أكسبهم الكثير من المهارات كحل المشكلات والتفكير الإيجابي والاسترخاء وسبل شغل الفراغ وغرس اتجاهات إيجابية لديهم. كما يرجع ذلك إلى جودة جلسات البرنامج المعرفي السلوكي المخططة والمتنوعة والشاملة

لفنيات معرفية وسلوكية منها لعب الأدوار، الضبط الذاتي، المعرونة المعرفية وأسلوب حل المشكلات والمناقشة الجماعية والاسترخاء والتعزيز والتشجيع ساهم في بناء فكرة واضحة لدى أفراد المجموعة؛ مما ساعد في اكتساب المشاركين المهارات العقلية والسلوكية والخبرات الحياتية التي من شأنها ان تزيد من الثقة بالنفس، والقدرة على المواجهة والتفكير المنطقي والإيجابي. كما كان لالتزام المجموعة التجريبية بالواجبات والأنشطة خلال الجلسات والممارسة العملية الأثر البالغ لاستمرارية استفادة المجموعة من الجلسات وتحقيق أهدافها، علاوة على ذلك فإن الاهتمام بالجانب الروحاني والوازع الديني كان له الأثر الكبير في استمرارية نجاح البرنامج، حيث حثت الباحثة المشاركين على اللجوء إلى الله باستمرار، وأن الإيمان والصبر والتقوى هي السبيل الذي يساعدنا على تخطي هموم الحياة ومتاعبها، كما غلب على البرنامج المرونة والأهداف الواضحة والأنشطة المناسبة التي لامست اهتمامهم والتفويج المستمر للجلسات، كل ذلك ساعد في تقديم التغذية الراجعة للجلسات، مما كان له عميق الأثر في نفوس المشاركين وساعد على انتظامهم ومشاركتهم الفاعلة؛ وقد انعكس ذلك في نجاح الجلسات في أهدافها والتأكد من وصول محتوى الجلسة لأفراد العينة

إن تدريب المجموعة على آلية إشغال وقت الفراغ لديهم بشكل مفيد وإيجابي واكتساب الاستراتيجيات التي تم تدريبهم عليها خلال الجلسات بالشكل الدقيق والملائم لهم والشمولية التي كانت في البرنامج أيضا أثمرت بالشكل الإيجابي في التحسن الملحوظ، كل ذلك ساعد في استمرار أثر البرنامج الإرشادي، وبذلك تنفقت هذه النتيجة مع العديد من الدراسات السابقة.

#### -نتائج المقابلات

استخدمت الباحثة المقابلات الفردية المعمقة لتدعيم نتائج البحث، حيث تم اجراء مقابلات مع جميع المصابين، حيث تعتبر المقابلة من أهم الأدوات التي يستخدمها الباحث للحصول على المعلومات وتدعيم النتائج.

#### آلية المقابلة:

قامت الباحثة بمقابلات فردية للمنتفعين والذي يبلغ عددهم(15) منتفع وذلك في مركز رفح للصحة النفسية المجتمعية، حيث اتبعت الباحثة نظام الأسئلة المفتوحة حيث تسمح للمنتفعين بأن تكون استجاباتهم على تلك الأسئلة مفتوحة واستخدمت الباحثة تلك النوع من المقابلات نظرا لأنه يتناسب مع البحث وطبيعته التي تركز على المعلومات النوعية وليست الكمية.

وتناولت الباحثة خلالها عدة محاور وهي:

- ما مدى الاستفادة من تقنيات واستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي التي تم التدريب عليها.
- ما مدى رضى المصابين عن حالتهم المزاجية وهل الأعراض الاكتئابية لا زالت منخفضة 0
- هل هناك تحسن طرأ على مجالات جودة الحياة التي كانت منخفضة كالمجال البيئي والأسري وهل لا زالت المجالات الأخرى جيدة.
- ما هي الصعوبات التي تواجههم كمصابين داخل المجتمع.
- ما هي الحلول المتوقعة لزيادة فاعلية مثل تلك البرامج لهذه الفئة على المدى البعيد.

**أولاً: - ما مدى الاستفادة من تقنيات واستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي التي تم التدريب عليها.**

الكثير من الأمراض والمشاكل النفسية يكون سببها الرئيسي هو الأفكار الخاطئة للمريض حول نفسه أو حول ما يدور حوله، ودور العلاج المعرفي السلوكي هو تصحيح تلك الأفكار واستبدالها بأفكار صحية تساعده على التغلب على مشاكله. يستخدم العلاج المعرفي السلوكي في حالة الإصابة بالاكتئاب، والقلق، والرهاب وغيرها الكثير من الاضطرابات النفسية 0

ومن خلال سؤال الباحثة للمصابين حول مدى الاستفادة من تلك التقنيات أفادوا أن هناك استفادة كبيرة جدا من تلك التقنيات وتوضيفها في التعامل مع كثير من مواقف الحياة اليومية ولا سيما ان مثل تلك التقنيات عملت على تعديل الأفكار الخاطئة والغير منطقية لديهم وأصبحوا يساطيعون النظر للمواقف وتحليلها بطرق إيجابية وبالتالي ذلك انعكس على سلوكهم مع محيطهم حيث عبروا عن استحسان الأهل حول هذا التغيير الكبير في السلوك والأفكار والكثير منهم عبر بمواقف حصلت له وكيف كان يتصرف سابقا بطريقة مندفعة ودون أن يعطي مساحة للتخلص من الأفكار السلبية وغير المنطقية وكيف أصبح يتصرف الآن بعدما تدرب على تلك المهارات والتقنيات حيث الإيجابية في التفكير وبالتالي انتاج السلوك الإيجابي، حيث عبر المصابين أن بعد انتهاء الجلسات قاموا بنقل تلك المهارات للأهل والأصدقاء لما لها من أهمية فعلية في تغيير طريقة التفكير السلبي بشكل كلي 0 وعند سؤالهم عن تلقيهم مثل تلك البرامج لدى المؤسسات الأخرى أجابوا بأن تلك خبرة جديدة ورائعة جدا لم يسبث لهم معرفتها وكانت تقتصر برامج المؤسسات على الجانب الترفيهي فقط 0

حيث يقول المنتفع صقر "ذهبت للعديد من المؤسسات ولكن لم أتلقي أي معلومات حول العلاج المعرفي السلوكي وأن تلك خبرة جديدة قامت بتغيير شخصيتي وأفكاري ومعتقداتي 180 درجة وأنا سعيد بها جدا وأتمنى لو لا تزال تلك الجلسات مستمرة."

### ثانيا: ما مدى رضى المصابين عن حالتهم المزاجية وهل الأعراض الاكتئابية لا زالت منخفضة

تساهم تقنيات العلاج المعرفي السلوكي بالتقليل من الاعراض الاكتئابية باستخدام عدة مهارات كإعادة التنشيط السلوكي على سبيل المثال، حيث أوضح المصابين أن حالتهم المزاجية لازالت جيدة واختفت تلك الأعراض التي كانوا يعانون منها مسبقا وذلك نتيجة للاستمرار في تطبيق تلك الأنشطة ومحاولة الاندماج في المحيط والعودة الي حياتهم الطبيعية دون النظر للإصابة على أنها عائق بل تقبلها ومحاولة الانخراط مجددا في المجتمع حيث أكد لي المنتفع عبد الهادي بقوله "كنت شخص منعزل لا أحب مخالطة الآخرين ولا أجد متعة في أي شيء بالحياة اما الآن وبعد تلك الجلسات أصبحت لدي صداقات وأخرج وأقضي وقت مع أصدقائي" وهذا ما لاحظته زملاؤه عليه في المجموعة 0 فكثير منهم قالوا أنهم افتتحوا مشاريع بسيطة وأنهم يشعرون بالسعادة والرضى الذاتي عن أنفسهم ولا سيما أنهم اجتازوا مرحلة صعبة من حياتهم وبدأوا يتقبلون اصابتهم وعادوا إلى أنشطة الحياة اليومية وأن ذلك قضاء وقدر ولا داعي لمشاعر الحزن حيث أصبح إدراكهم للواقع أفضل بعد تغيير أفكارهم السلبية حول أنفسهم والمحيطين ومستقبلهم وبالتالي لديهم رضا داخلي 0حدثت المنتفع رزق بقوله "كنت أحجل سابقا من إصابتي وعندما أخرج من البيت أشعر بنظرات الآخرين الغير مقبولة وذلك يجعلني أفضل البقاء في المنزل، الآن أنا متقبل لاصابتي أشعر أيضا بتقبل الآخرين لي وهذا بعد استبدالي أفكاري السلبية حول ذاتي والآخرين بأفكار إيجابية جعلتني أنظر لنفسني بصورة جيدة وكذلك للآخرين"

كما يقول المنتفع عمر " أشعر بأنني شخص منتج وأنه بإمكانني ان أقدم شيئا للمجتمع وأن إصابتي لا تمثل عائقا أمامي في تحقيق طموحاتي وأسعى الآن لافتتاح مشروعني الذي أحلم به منذ سنوات طويلة في تربية الأسماك، في المرحلة السابقة كدت أن انسى ما أطمح إليه لان النظرة السوداوية للحياة كانت تسيطر على تفكيري الآن وبعدما تلقيت تلك المهارات والاستراتيجيات بالعلاج المعرفي السلوكي لدي طاقة إيجابية كافية لكي أبدأ من جديد.

ثالثاً: هل هناك تحسن طراً على مجالات جودة الحياة التي كانت منخفضة كالمجال البيئي والأسري وهل لازالت المجالات الأخرى جيدة.

بما أن تقنيات العلاج المعرفي السلوكي فعالة في علاج الأعراض الاكتئابية فهي أيضاً فعال في تحسين بعض من مجالات جودة الحياة، وإذا اطلعنا على بعض مجالات جودة الحياة كالمجال النفس والمجال الجسدي سنجد أنها مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالأعراض الاكتئابية فإذا تحسنت تلك الأعراض تلقائياً سوف تتحسن تلك الجوانب من جودة الحياة، وعند إجراء المقابلات عبر المصابين عن تمتعهم بجودة حياة جيدة بالحد المتوسط ولك لأن المجال الجسدي لديهم أصبح جيداً لهم اهتمام بأنفسهم وتقبل ذواتهم والمداومة على متابعة إصاباتهم والكشف عنها بشكل دوري إضافة أن الجانب النفسي لديهم تحسن لديهم شعور بالرضا بالإضافة أن الحالة الانفعالية السلبية كالعصبية المفرطة انخفضت بشكل كبير وذلك نتيجة التغير في طريقة تفكيرهم وهذا التغيير ينعكس على الانفعالات والسلوك حسب العلاج المعرفي السلوكي، أما بالنسبة للمجال الأسري عبر بعض المصابين عن تحسن كبير في علاقتهم الأسرية بل وتخطي بعض المشكلات التي كانت تحول دون الترابط الأسري حيث كان المصابين يشعرون بسعادة بالغة وهم يتحدثون عن تجاوزهم تلك المشكلات وكيف تكون ردود أفعالهم أكثر إيجابية حيث يستطيعون قدر الإمكان احتواء المواقف ولكن عند بعض المنتفعين وجدنا تحسن منخفض في المجال الأسري وذلك لوجود بعض المشكلات المتجذرة ولكنهم يحاولون التكيف معها وتقبلها حيث يقول المنتفع محمود "والدتي متوفية وأبي متزوج من أخرى واعيشت أنا وأخوتي بمفردنا ولا أستطيع تغيير هذا الواقع ولكنني أصبحت متقبلاً له، ويكمل قوله لقد كنت بالسابق بعلاقة سيئة مع والدي لكن الآن أفكر بطريقة عقلانية ومنطقية وأدركت أن ذلك حقه وتحسنت علاقتي به بشكل ممتاز"، أما عن المجال الاجتماعي فكان هناك تحسن لدى المصابين فهم يستطيعون المشاركة بالأنشطة الاجتماعية والانخراط في المجتمع ولكن بعض المصابين يجدون صعوبة في المشاركة ببعض الأنشطة الاجتماعية نتيجة طبيعة الإصابة التي بدورها تفرض عليهم بعض القيود في التنقل وغير ذلك ولكن ذلك لا يمنعهم بشكل كلي عن المشاركة ويحدثني المنتفع خليل عن تجربته بقوله "أنا شخص اجتماعي جداً وأحب المشاكة بالأنشطة الاجتماعية وأكد أن لا أترك أي مناسبة اجتماعية بالسابق قبل الإصابة الا وأذهب إليها ولا زلت ولكن إصابتي بالغة في قدمي حجت من مشاركتي لبعض المناسبات الاجتماعية وذلك فقط لأنني أجد صعوبة في التنقل بالمواصلات العامة وقدمي تحتاج لعناية وحرص"، بالنهاية نتحدث حول المجال البيئي فبعض المصابين لم يبدوا أي تحسن في هذا المجال نتيجة أنه يقع على عاتق الدولة وما توفره لتلك المصاب من خدمات وتسهيلات لهم

ولعائلاتهم ولكن يوجد مجموعة من المصابين أظهروا تحسن بسيط في هذا المجال نتيجة تلقيهم بعض الخدمات من الدولة ولكنها لفترة قصيرة الأمد وهذا ما يجعل التحسن بالمجال البيئي ضئيل0 حيث أفاد وأجمع المنتفعين ومنهم موسى بقوله" تلقيت دعما ماديا مدة بسيطة جدا ساعدتني في مصروفات علاجي ولكن الآن لا أحد يساعدني وأحاول العمل مع والدي كي أساعد نفسي"

#### رابعاً: ما هي الصعوبات التي تواجههم كمصابين داخل المجتمع

من خلال المقابلات التي أجرتها الباحثة مع المصابين تحدثوا حول العديد من الصعوبات التي تواجههم داخل المجتمع ومن أهمها تهميش تلك الفئة وعدم النظر إليهم كأشخاص قادرين على العطاء، غياب الإمكانيات المالية التي تحول دون تقديم خدمات أفضل لأولئك المصابين، الوصمة ونظرة المجتمع لهؤلاء المصابين وعدم تقبلهم أحيانا، الفقر والوضع الاقتصادي المتدني نتيجة عدم توفر فرص عمل تناسب هذه الفئة وتراعي طبيعة الإصابة وبالتالي ارتفاع نسبة البطالة بشكل كبير بين المصابين، عدم توفر بعض الخدمات في الأماكن العامة لتلك المصابين مما يجعلهم غير قادرين على التنقل بسهولة وخاصة الفئة التي تعاني من بتر في أحد الساقين او كلاهما، عدم توفر مراكز خاصة تتبنى هؤلاء المصابين لاعادة تأهيلهم بعد الإصابة والتنسيق مع مؤسسات المجتمع المختلفة لمي تساعدهم على الانخراط والعمل داخل المجتمع حيث أن شريحة واسعة من هؤلاء المصابين يتمتعون بمهارات وقدرات خاصة تجعلهم قادرين على الإنتاج والعمل داخل المجتمع.

#### خامساً: ما هي الحلول المتوقعة لزيادة فاعلية مثل تلك البرامج لهذه الفئة على المدى البعيد:

أن تعمم مثل تلك البرامج في مؤسسات المجتمع المختلفة وتصبح بوتوكولا يعتمد في التعامل مع فئة المصابين، تدريب جميع العاملين في المجال النفسي على تلك البرامج خاصة ممن يتعاملون مع فئة المصابين، دمج الأسرة في مثل تلك الجلسات، ان تكون هناك متابعة بعيدة المدى لتلك البرامج أي لسنوات مع تكتشف المهارات والاستراتيجيات، أن يقوم أشخاص مصابين تلقوا مث هذه البرامج بتعليمها ونقل الخبرة لأشخاص مصابين آخرين ولكن بمساعدة ذوي الخبرة في هذا المجال.



## الفصل الخامس

### الاستنتاجات والتوصيات

#### 5.1 نتائج الدراسة

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.5$ ) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس بيك للاكتئاب لدى مدمني الترامادول لصالح المجموعة التجريبية.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.5$ ) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس بيك للاكتئاب لدى مصابي مسيرات العودة.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.5$ ) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي على مقياس بيك للاكتئاب لدى مصابي مسيرات العودة، مما يدل على استمرار تأثير البرنامج على أفراد عينة الدراسة بعد الانتهاء من البرنامج.

## 5.2 توصيات الدراسة

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج فإن الباحثة توصي بما يلي:

1. وضع البرنامج الإرشادي المستخدم في هذه الدراسة ضمن البرامج الإرشادية التي يقدمها الأخصائيون في مراكز علاج مصابي مسيرات العودة من أجل تحسين الوضع النفسي لهم، وخفض الأعراض الاكتئابية.
2. توظيف الأخصائيين النفسيين لتنفيذ البرنامج المعرفي لخفض الأعراض الاكتئابية في مراكز علاج مصابي مسيرات العودة.
3. أن تعقد مؤسسات الصحة النفسية الحكومية والأهلية الدورات التدريبية للأخصائيين لرفع كفاءتهم في تنفيذ برامج العلاج المعرفي السلوكي للتعامل مع مصابي مسيرات العودة.
4. تفعيل دور وزارة الشباب والرياضة في توفير الأنشطة الرياضية والثقافية والاجتماعية لمصابي مسيرات العودة.
5. العمل على تكثيف الأنشطة الاجتماعية، والترفيهية للمصابين من خلال مؤسسات المجتمع المحلي.
6. إعداد برامج تدريبية للأخصائيين النفسيين العاملين في المراكز المختلفة والتي تتعامل بشكل مباشر مع المصابين، وتنفيذ البرامج الإرشادية حسب أسس علمية.
7. ضرورة الاهتمام من قبل الباحثين بدراسة الاستراتيجيات المختلفة التي تعزز فاعلية البرامج الإرشادية على المدى البعيد.
8. تفعيل دور العلاج المعرفي السلوكي في مؤسسات المجتمع المختلفة.
9. ضرورة توفير خطط كاملة وشاملة للطوارئ تتناسب الوضع الحالي الذي تعيشه محافظات غزة، وخاصة في مسيرات العودة والاجتياحات والقصف الصهيوني المتكرر.

### 5.3 دراسات مستقبلية مقترحة

انطلاقاً من ان البحث العلمي بناءً تراكمياً، تقترح الباحثة بعض الدراسات ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة الحالية، يرى ان يتم اجراؤها في المستقبل ومنها:

1. فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض الأعراض الاكتئابية على عينة من الاناث.
2. فاعلية برنامج ارشادي تدريبي لخفض الانتكاسة لدى مصابي مسيرات العودة.
3. التشوهات المعرفية وعلاقتها بالأعراض الاكتئابية لدى عينة من مصابي مسيرات العودة.
4. تقييم دور برنامج سلوكي في تعزيز العلاقة مع مصابي مسيرات العودة .
5. فاعلية جودة الحياة في خفض الاكتئاب لدى مصابي مسيرات العودة.
6. تقييم دور المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة حول مصابي العودة في مسيرات العودة الكبرى.
7. فاعلية الخدمات المقدمة للمصابين أثناء المواجهات خلال المسيرات وموقوفات تطبيقها.
8. تقييم الإنجازات الاستراتيجية لمسيرات العودة الكبرى لمحافظات فلسطين الجنوبية.

## المصادر والمراجع

1. القرآن الكريم
2. أحمد، ع. (2018). برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية مهارات التفكير الإيجابي لتحسين جودة الحياة وتخفيف قلق المستقبل لدى طلبة المرحلة الثانوية، مجلة البحث العلمي، 5(19)، 123-143.
3. أحمد، ف. (2017). فاعلية برنامج إرشادي لتحسين الأمن النفسي لدى عينة من الأطفال مرتفعي الاكتئاب، مجلة البحث العلمي، ع18، 183-198.
4. إس جي، ه. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، ترجمة مراد علي عيسى.
5. إسماعيل، ع. (2016). فاعلية برنامج إرشاد علاجي معرفي سلوكي لعلاج الاكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الإيدز دراسة تجريبية على المرضى بولاية جنوب دارفور، مجلة العلوم التربوية، 17(1)، 100-115.
6. البري، م. (2015). فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي سلوكي لتحسن جودة الحياة لدى طالبات دبلوم التوجيه والإرشاد بجامعة الملك خالد، مجلة الإرشاد النفسي، ع43، 269-301.
7. برييس، ك. (2008). الدليل الصحي الشامل لكل ما يتعلق بالاكتئاب، الولايات المتحدة الأمريكية، Ftw publication.
8. بشيش، ص. (2018). إدمان الإنترنت وعلاقته بالاكتئاب والحدة النفسية لدى طلبة الجامعات في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
9. البناء، ج. (2020). اتجاهات الشباب الجامعي نحو دور المواقع الاخبارية الفلسطينية في تشكيل معارفهم حول مسيرات العودة وكسر الحصار دراسة ميدانية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
10. بولكيرات، ص. (2018). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من استجابة القلق والاكتئاب لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي: دراسة حالة، مجلة دراسات نفسية، ع15، 76-94.

11. الجريسي، م. (2003). الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظات غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
12. الجوالدة، ف. (2013). فاعلية برنامج تربوي قائم على نظرية العقل في تحسين جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقات التطورية والفكرية، مجلة العلوم التربوية، 40(1)، 388-409.
13. حامد، ع. (2018). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب لمدمني المخدرات: دراسة تجريبية بمستشفى السلاح الطبي بمدينة أم درمان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم درمان، السودان.
14. حبل، س. (2019). تقييم الأداء والإعاقة والصحة بين جرحي مسيرات العودة في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
15. حرارة، ن. (2017). الحاجات النفسية والاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى اللاجئين السوريين في محافظات غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
16. حمزة، ع ويونس، س. (2019). "فاعلية برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة لأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مجلة التربية الخاصة، 8(31)، 2-30.
17. حنور، ق. (2019). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي أسري لتخفيف حدة الاكتئاب لدى الأطفال المضمومين لأحد الوالدين، 19(3)، 269-288.
18. خلف الله، ع. (2015). جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بمراكز التربية الخاصة محلية الخرطوم، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة السودان للعلم، السودان.
19. دبابش، ع. (2011). فاعلية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية وأثره على تقدير الذات. رسالة ماجستير. غزة. جامعة الأزهر .
20. الراعي، أ. (2019). مدى رضى جرحى مسيرات العودة عن جودة الرعاية التمريضية لبرنامج الزيارات المنزلية من قبل جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية بعد العمليات من وجهة نظر الجرحى، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
21. رصاص، ع. (2019). الحساسية الانفعالية والكفاءة الاجتماعية وعلاقتها بالقدرة على حل المشكلات لدى جرحى مسيرات العودة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

22. زرويق، غ. (2018). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيض أعراض الاكتئاب لدى مستأصلات الثدي، مجلة دراسات نفسية، ع15، 64-75.
23. زهران، ع. (1977). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، عالم الكتب للنشر والتوزيع، القاهرة.
24. الزهراني، س. (2016). فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض مستوى الاكتئاب لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، المجلة التربوية المتخصصة، 5(12)، 269-287.
25. زيد، أ. (2012). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين، مجلة المصرية للدراسات، 74(22)، 25-68.
26. السعيدة، ن. (2016). جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، مجلة العلوم التربوية، 43(3)، 2031-2043.
27. سعدالله، س. (2019). الحساسية الانفعالية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المتقاعدين في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
28. سعود، أ. (2015). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
29. سلامة، ف. (2016). مفهوم الذات وعلاقته بالقلق والاكتئاب لدى متعاطي الترامادول في محافظات قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
30. سليمان، م. (2014). فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمحافظة شمال غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
31. سليمان، م. (2014). فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمحافظة الشمال، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
32. سويعد، م. (2016). الحصانة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل وجودة الحياة لدى الشباب في مراكز الإيواء في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

33. السيد، م (2019). تأثير بيئة العمل على أداء الكادر الطبي خلال مسيرات العودة الكبرى في قسم الاستقبال والطوارئ - مجمع الشفاء الطبي - قطاع غزة - فلسطين، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
34. الشاعر، م (2014). صورة الجسم والاكنتاب وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى جرحي الحروق في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
35. الشبانات، ن (1996). تقييم فعالية العلاج العقلاني الانفعالي لحالات الرهاب الاجتماعي، رسالة ماجستير غير منشورة، المعهد العالي للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة العربية السعودية.
36. شنب، م (2017). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض اليأس وأثر على جودة الحياة النفسية لدى طالبات كلية الاقتصاد المنزلي جامعة المنوفية ذوات والدين مطلقين، مجلة دراسات في علم النفس، ع89، 23-66.
37. الصالحي، ن (2019). تقييم خطط طوارئ المستشفيات الحكومية الرئيسة في محافظات غزة للتعامل مع أحداث مسيرات العودة الكبرى من وجهة نظر المديرين، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
38. ضميري، م (2019). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تحسين جودة الحياة النفسية لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين.
39. طشطوش، ر، ومحمد أ (2016). نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكر في الأردن، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 13 (2)، 133-155.
40. الطلاع، ر وعلوان، ن (2014). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الثقة بالنفس وأثره في زيادة المرونة الإيجابية " دراسة على عينة من أفراد الشرطة الفلسطينية . مجلة جامعة الأقصى ( سلسلة العلوم الإنسانية ) . 18 (2) 175-176.
41. العاوور، ص والنواجحة، ز (2018). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية بعض أشكال الإيجابية في جودة الحياة لدى عينة من المراهقين بمحافظة غزة، مجلة جامعة القدس المفتوحة، 10(27)، 2-17.
42. عبدالحميد، س (2018). فاعلية برنامج مقترح في تحسين بعض أبعاد جودة الحياة لمعلمة رياض الأطفال وأثره على الكفايات المهنية لديها، المجلة العربية للإعلام، ع4، 151-216.

43. عبدالستار، أ. (1998): الاكتئاب واضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاج، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون، الكويت.
44. العبيد، م ومتولي، ف. (2018). جودة الحياة النفسية لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم وعلاقتها بالتحصيل الأكاديمي، ع4، 47-88.
45. العجمي، م. (2018). الفرق في الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى مرتفعي ومنخفضي المهارات الاجتماعية من الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بدرجة بسيطة، مجلة الطفولة العربية، ع77، 62-80.
46. العروقي، أ. (2015). الاغتراب النفسي وجودة الحياة لدى الأسرى المحررين المبعدين إلى قطاع غزة ضمن صفقة وفاء الأحرار، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
47. عزام، إ. (2019). تقييم استجابة دائرة الإسعاف والطوارئ للأزمات والكوارث في جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني وأثرها على جودة الخدمة من وجهة نظر مقدمي الخدمة دراسة حالة مسيرات العودة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
48. العزامي، خ. (2018). فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تخفيف حدة أعراض الوسواس القهري لدى عينة من المرضى، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
49. عطائه، ح والكثيري، ه. (2017). الكمالية العصبية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من طالبات جامعة الملك سعود، مجلة البحث العلمي، ع18، 548-554.
50. علاء الدين، ج. (2017). أثر الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي على خفض القلق والاكتئاب وتحسين الدعم الاجتماعي لدى مريضات النوع الثاني من السكري وضغط الدم المرتفع، (125)23، 193-238.
51. الغوله، س. (2019). مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الإعاقة بجامعة الملك عبد العزيز والجامعة الأردنية في ضوء بعض المتغيرات، مجلة جامعة القدس المفتوحة، 10(28)، 73-83.
52. فايد، ر. (2010). فاعلية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
53. الفنيخ، ل. (2019). أثر برنامج إرشادي سلوكي على كل من جودة الحياة والتحصيل الدراسي لدى عينة من طالبات جامعة القصيم، ع63، 45-64.



54. القراء، ز. (2015). خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتها بقلق الموت لدى حالات البتر في الحرب الأخيرة على غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
55. كريزم، أ. (2018). البروفيل النفسي لمرضى الاكتئاب الرئيسي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
56. متولي، ر. (2017). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تحسين التوافق النفسي وخفض أعراض قلق المستقبل والاكتئاب لدى عينة من طالبات كلية التربية بالزلفى، مجلة دراسات عربية، ع89، 159-205.
57. محمد، ع. (2000). العلاج المعرفي السلوكي (أسس وتطبيقات)، دار الرشاد، القاهرة.
58. محمد، م. (2018). الاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد في ضوء بعض المتغيرات، مجلة العلوم التربوية والنفسية، 9(2)، 83-108.
59. مريم، ر. (2016). الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طالبات جامعة الملك سعود، دراسات عربية في التربية وعلم النفس، (74).
60. مشرف، ر. (2016). الأطر الخبرية لحصار غزة في الصحف الفلسطينية اليومية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
61. مكنزي، م. (2013). الاكتئاب، المجلة العربية، الرياض، ترجمة زينب منعم.
62. منظمة الصحة العالمية. (2009). تقرير بعثة الأمم المتحدة لتقصي الحقائق بشأن الصراع في غزة.
63. مهلة، م. (2016). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات وتخفيف الاكتئاب لمرضى الاكتئاب الخالي من الأعراض الذهانية بمستشفيات الصحية بولاية الخرطوم، مجلة العلوم التربوية، 17(3)، 16-32.
64. النجمة، ع. (2008). مدى فعالية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
65. النعيم، ع. (2014). جودة الحياة لدى عينة من الشباب في مدينة الرياض، مجلة الآداب، 26(2)، 168-198.

66. الهجين، ع. (2016). أثر الاندماج المعرفي السلوكي على جودة الحياة المدرسية للتلاميذ المعاقين سمعياً في مدارس الدمج، 16(5)، 1-94.
67. الهرياي، م. (2016). فعالية برنامج إرشادي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى النساء ذوي البيوت المهمة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
68. الهور، ع. (2016). فاعلية برنامج إرشادي نفسي إسلامي لخفض أعراض الاكتئاب النفسي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
69. يونس، إ. (2013). الذكاء الاجتماعي وعلاقته بالتفكير الناقد وجودة الحياة لدى معلمي مرحلة التعليم الأساسي بمحافظة خانيونس، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
70. Abeleira, M. T., Pazos, E., Ramos, I., Outumuro, M., Limeres, J., Seoane-Romero, J., ... & Diz, P. (2014). Orthodontic treatment for disabled children: a survey of parents' attitudes and overall satisfaction. *BMC oral health*, 14(1), 98.
71. Ahmmad, M. R., & Islam, M. N. (2014). Impact of Disability on Quality of life of urban disabled people in Bangladesh. *International Journal of U-& E-Service, Science & Technology*, 7.
72. Alexopoulos, G. S., Raue, P. J., McCulloch, C., Kanellopoulos, D., Seirup, J. K., Sirey, J. A., ... & Areán, P. A. (2016). Clinical case management versus case management with problem-solving therapy in low-income, disabled elders with major depression: a randomized clinical trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(1), 50-59.
73. Beck, A. (1995). *Cognitive therapy. Basics and beyond* New York. guil for press
74. Bolach, B., & Prystupa, T. (2014). Evaluation of perception of quality of life of disabled athletes. *Physical education of students*, 18(1), 13-16.
75. Chandravanshi, G., Sharma, K. K., Jilowa, C. S., Meena, P. S., Jain, M., & Prakash, O. (2017). Prevalence of depression in mothers of intellectually disabled children: A cross-sectional study. *Medical Journal of Dr. DY Patil University*, 10(2), 156.
76. Civan, A. (2015). The relation between self-esteem levels and life quality levels of disabled and non-disabled tennis sportsmen. *Educational Research and Reviews*, 10(3), 351.

77. Faivre, F., Joshi, A., Bezard, E., & Barrot, M. (2019). Self-awareness and depression are contradictory to their five major factors of personality for university students. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 96, 335-352.
78. Hammell, K. W. (2015). Quality of life, participation and occupational rights: A capabilities perspective. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(2), 78-85.
79. Kazmi, S. F., Perveen, S., Karamat, S., & Khan, A. B. (2014). Depression and quality of life of parents of disabled children. *Annals of Pakistan Institute of Medical Sciences*, 10(3), 125-127.
80. Min, J. H., & Han, H. J. (2015). A Study on Effects of the Convergence of musculoskeletal disorders Women with Disabilities on Quality of life in Jeon-nam Area. *Journal of digital convergence*, 13(9), 497-504.
81. Mushtaq, S., & Akhouri, D. (2016). Self Esteem, Anxiety, Depression and Stress among Physically Disabled People. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(4), 125-132.
82. Pagán, R. (2015). The impact of holiday trips on life satisfaction and domains of life satisfaction: Evidence for German disabled individuals. *Journal of Travel Research*, 54(3), 359-379.
83. Ramazani, A., Doorbash, B. A., Kamali, N., & Yusefi, E. (2019). An investigation into the effectiveness of acceptance treatment on the reduction of depression among the disabled. *Independent Journal of Management & Production*, 10(2), 397-410.
84. Sekercioglu, N., Shaikh, S., Guyatt, G. H., & Busse, J. W. (2017). Derivation and validation of a prognostic model for workers disabled by depression. *JOURNAL OF CLINICAL AND ANALYTICAL MEDICINE*, 8(4), 351-356.
85. Skordilis, E. K. (2015). Quality of life, depression and involvement in physical activity of parents with disabled children in Greece. *RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (27), 193-196.
86. Waggoner, J. (2019). " The Seriously Injured of Our Civic Life": Imagining Disabled Collectivity in Depression-Era Crip Modernisms. *MFS Modern Fiction Studies*, 65(1), 89-110.
87. Wang, M., He, B., Wang, Y., Wu, F., Chen, X., Wang, W., & Yang, X. (2016). Depression among Low-Income Female Muslim Uyghur and Kazakh Informal Caregivers of Disabled Elders in Far Western China:

Influence on the Caregivers' Burden and the Disabled Elders' Quality of Life. PloS one, 11(5).

88. Wegner, D. A., Steidl, E. M. D. S., Pasqualoto, A. S., & Mancopes, R. (2018). Quality of psychological life for pupils with learning difficulties and its relationship to academic achievement. *Codas*. Vol. Jun, 11(30), 3.

## الملاحق

### ملحق (1) أسماء محكمي الاستبانة

م	الاسم	طبيعة العمل
1	د. مصطفى المصري	طبيب نفسي
2	د. سامي عويضة	طبيب نفسي
3	د. سمير قوتة	دكتور علم نفس
4	د. عطف أبو غالي	دكتور علم نفس
5	د. أمجد جمعة	استاذ مساعد في علم النفس
6	د. محمد الحلو	استاذ دكتور في علم النفس
7	د. باسل الخصري	دكتور في علم النفس

## ملحق (2) مقياس جودة الحياة

### تعليمات المقياس:

عزيزي المفحوص/ة

يحتوي المقياس على العديد من الفقرات أرجو منك أن تجيب على كل عبارة بما يناسب شعورك بوضع دائرة حول الخيار الذي يناسب شعورك مع أول انطباع يتبادر إلى ذهنك مع العلم أنه لا يوجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة.

م	الفقرات	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
1.	ما زلت أشعر بالحيوية والنشاط					
2.	أملك طاقة كافية للقيام بوظائفي الحياتية في الوقت الحالي					
3.	تأثرت ممارستي للرياضة بشكل كبير بعد الإصابة					
4.	أشعر بالرضا تجاه الخدمات الصحية المقدمة لي أثناء فترة علاجي					
5.	اتناول العلاج بانتظام أثناء الإصابة					
6.	أحافظ على نظافة وسلامة جسمي					
7.	أذهب لإجراء فحص طبي بشكل منتظم لمتابعة إصابتي					
8.	أشعر بالرضا عن صحتي الجسمية بعد تعرضي للإصابة					
9.	أعاني من التعب والأرق عند النوم					
10.	ألتزم بنظام غذائي صحي					
11.	أشعر بالأمن النفسي في حياتي اليومية بعد الإصابة					
12.	أثق بنفسي جيداً بعد الإصابة					
13.	أشعر بالتفاؤل الآن					
14.	الحياة اليومية ترهقني نفسياً					
15.	لدي القدرة على التركيز في أعمالي ونشاطاتي في الوقت الحالي					

م	الفقرات	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
16.	أشعر بالمرض دون وجود سبب عضوي					
17.	أشعر أن حياتي الآن أفضل من أي وقت مضى					
18.	أحب الحياة وأنظر لها نظرة تفاؤلية					
19.	أعاني من الأحلام المزعجة أثناء النوم					
20.	لدي القدرة على ضبط انفعالاتي					
21.	أشعر بالقلق بشأن إصابتي					
22.	أشعر بالرضا عن حياتي الأسرية					
23.	أشعر بالعجز تجاه متطلبات الحياة					
24.	علاقتي الأسرية يسودها التفاهم والاحترام المتبادل					
25.	أستشير أفراد أسرتي في قراراتي					
26.	أشعر بالاضطراد من أفراد أسرتي					
27.	أحصل على دعم عاطفي من أسرتي.					
28.	أشعر بالفخر لانتمائي لأسرتي.					
29.	أفضل أن أفضي وقت فراغي مع أصدقائي أكثر من أسرتي					
30.	أشعر بتجاهل كل فرد في أسرتي لمشكلة الآخر.					
31.	أشعر بالرضا عن علاقاتي الاجتماعية					
32.	يتسم سلوكي مع الآخرين بالتسامح					
33.	مستوى حياتي المعيشية أفضل مما كنت أتمناه أو أتوقعه					
34.	أشعر بالمسئولية اتجاه الآخرين					
35.	لدي المقدرة علي مساعدة أصدقائي في حل مشكلاتهم					
36.	أحظى بالاحترام والتقدير من قبل الآخرين					
37.	أهتم بتوفير وقت للنشاطات الاجتماعية					
38.	أقبل انتقاد الآخرين لي بصدر رحب					

م	الفقرات	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
39.	يوفر المجتمع وسائل العيش الآمن					
40.	أجد نفسي مقبولاً لدى الآخرين (يتقبلني الآخرون)					
41.	أشارك بالأنشطة الاجتماعية					
42.	توفر لي الحكومة وسائل العيش الآمن					
43.	توفر لي الحكومة الخدمات المطلوبة لدعم أسرتي					
44.	أشعر بالرضى عن جودة الحياة بعد الإصابة					
45.	استطيع تحقيق طموحاتي برغم إصابتي					
46.	تتوافر المراكز الصحية بشكل كافي وتتناسب مع الكثافة السكانية					
47.	أشعر بالرضى اتجاه الخدمات الصحية المقدمة من المراكز الصحية.					
48.	أشعر بالفخر لانتمائي لوطني					
49.	هناك اهتمام من المسؤولين بإدارة الازمات ومعالجتها					
50.	التعاون والمساندة هو المبدأ السائد بين أفراد مجتمعي					

### نشكر لكم حسن تعاونكم

الأبعاد: البعد الجسمي، البعد النفسي، البعد الأسري، البعد الاجتماعي، البعد البيئي



ملحق (3) مقياس بيك الاكتئاب

العمر .....	الحالة الاجتماعية .....
مصادر الدخل .....	المهنة .....
قيمة الدخل الشهري للأسرة .....	

**تعليمات:**

يتضمن هذا الاختبار 21 مجموعة من العبارات الرجاء أن تقرأ كل مجموعة من العبارات بعناية، ثم تختار من كل مجموعة عبارة واحدة والتي تصف بطريقة أفضل الطريقة التي تشعر بها خلال الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم. ضع دائرة حول الرقم جوار العبارة التي اخترتها، ولو بدا لك أكثر من عبارة في مجموعة العبارات تنطبق عليك بطريقة متساوية.

الدرجة	البند
0	لا أشعر بالحزن.
1	أشعر بالحزن.
2	أنا حزين طوال الوقت ولا أستطيع الخروج من هذه الحالة.
3	أنا حزين جداً وغير سعيد لدرجة أنني لا أستطيع تحمل هذه الحالة.
0	لا أشعر بأن عزمي ضعيفة تجاه المستقبل.
1	أشعر بأن عزمي ضعيفة تجاه المستقبل.
2	أشعر أنه لا يوجد شيء أتطلع إليه في المستقبل.
3	أشعر أن المستقبل ميؤوس منه، وأنه لا سبيل إلا أن تتحسن الأمور.
0	لا أشعر بالفشل.
1	أشعر أنني واجهت من الفشل أكثر مما يواجه الشخص العادي.
2	عندما استرجع حياتي الماضية فكل ما أراه هو الكثير من الفشل.
3	أشعر بأنني شخص فاشل تماماً.
0	لا أزال أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل.
1	لا أستمتع بالأشياء كما اعتدت أن أستمتع بها من قبل.
2	لم أجد متعة حقة في أي شيء بعد.
3	أشعر بعدم الرضا والملل من كل شيء.
0	لا أشعر بالذنب بوجه خاص.

الدرجة	البند
1	أشعر بالذنب لفترات طويلة من الوقت.
2	ينتابني الشعور بالذنب تماماً معظم الوقت.
3	أشعر بالذنب طوال الوقت.
0	لا أشعر أن عقاباً يحل بي الآن.
1	أشعر وكأن عقاباً قد يحل بي.
2	أتوقع أن يحل بي العقاب.
3	أشعر أن عقاباً قد يحل بي الآن.
0	لا أشعر بأن ألمي قد خاب في نفسي.
1	أشعر بأن ألمي قد خاب في نفسي.
2	أشعر بالاشمئزاز من نفسي.
3	أكره نفسي.
0	لا أشعر بأنني أسوأ من أي شخص آخر.
1	أنتقد نفسي على نقاط ضعفي أو أخطائي.
2	ألوم نفسي طوال الوقت على أخطائي.
3	ألوم نفسي على كل شيء سيئ سيحدث.
0	لا تراودني أي أفكار للتخلص من حياتي.
1	تنتابني أفكار للتخلص من حياتي ولكنني لن أنفذها.
2	أرغب في قتل نفسي.
3	لو أتاحت لي الفرصة بالانتحار فسوف أفعل ذلك.
0	لا أبكي أكثر من المعتاد.
1	أبكي الآن أكثر مما تعودت.
2	أبكي الآن طوال الوقت.
3	تعودت أن أكون قادراً على البكاء، أما الآن فلا أستطيع البكاء حتى لو أردت ذلك.
0	لست مستثاراً الآن أكثر مما كنت دائماً.
1	أصبح منزعجاً أو مستثاراً بسهولة أكثر مما كنت معتاداً.
2	أشعر بأنني مستثار الآن طوال الوقت.

الدرجة	البند
3	لا تثيرني بالمرّة الأشياء التي تعودت أن تثيرني.
0	لم أفقد الاهتمام بالآخرين.
1	أهتم بالآخرين أو بالأمر أقل من قبل.
2	فقدت معظم اهتمامي بالآخرين.
3	فقدت كل اهتمامي بالآخرين.
0	أخذ القرارات بنفس الكفاءة التي كنت أصدرها بها.
1	أقوم بتأجيل القرارات أكثر مما تعودت.
2	أجد في اتخاذ القرارات صعوبة أكبر مما كنت أجد من قبل.
3	لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات.
0	لا أشعر بأنني أبدو أسوأ مما كنت.
1	أنا قلق لأنني أبدو أكبر سناً أو أقل جاذبية.
2	أشعر أن هناك تغيرات دائمة في مظهري تجعلني أبدو غير جذاب.
3	أعتقد انني أبدو قبيحاً.
0	أستطيع أن أعمل بنفس الكفاءة التي كنت أعمل بها من قبل.
1	أشعر أن البدء في عمل أي شيء أصبح يتطلب مني الآن جهداً إضافياً.
2	أضطر إلى أن أضغط على نفسي بشدة كي أعمل أي شيء.
3	لا أستطيع القيام بأي عمل على وجه الإطلاق.
0	أستطيع النوم بشكل جيد كما تعودت.
1	لا أنام جيداً كما كنت معتاداً.
2	أستيقظ مبكراً ساعة أو ساعتين عن المعتاد، ثم أجد صعوبة في العودة إلى النوم.
3	أستيقظ مبكراً عدة ساعات عما تعودت، ثم لا أستطيع العودة إلى النوم ثانية.
0	قابليتي للغضب أو الانزعاج لم تتغير عن المعتاد.
1	قابليتي للغضب أو الانزعاج أكبر من المعتاد.
2	قابليتي للغضب أو الانزعاج أكبر بكثير من المعتاد.

الدرجة		البند
3	قابليتي للغضب أو الانزعاج طول الوقت.	18- تغيرات في الشهية
0	شهيتي ليس أقل من المعتاد.	
1	شهيتي أسوأ قليلاً من المعتاد.	
2	شهيتي أسوأ كثيراً الآن.	
3	ليست لي شهية على الإطلاق.	
0	أستطيع التركيز بكفاءة المعتادة.	19- صعوبة التركيز
1	لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة المعتادة.	
2	من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة.	
3	أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.	
0	لست أكثر إرهاقاً أو اجهداً من المعتاد.	20- الإرهاق أو الاجهاد
1	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد بسهولة أكثر من المعتاد.	
2	يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عملها.	
3	أنا مرهق أو مجهد جداً لعمل أغلب الأشياء التي اعتدت عليها.	21- فقدان الاهتمام بالجنس
0	لم ألاحظ أي تغير في اهتمامي بالجنس حديثاً.	
1	أنا أقل اهتماماً بالجنس مما اعتدت.	
2	أنا أقل اهتماماً بالجنس الآن بدرجة كبيرة.	
3	فقدت الاهتمام بالجنس تماماً.	

ملحق (4) برنامج معرفي سلوكي لخفض أعراض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مصابي  
مسيرات العودة

مخطط جلسات البرنامج الإرشادي

#	الجلسة	العنوان	وصف الجلسة
1.	الجلسة الأولى	التعارف وبناء العلاقة المهنية.	التعارف على المشاركين، وتحديد الأدوار والتوقعات، وبناء العلاقة المهنية.
2.	الجلسة الثانية	التثقيف النفسي حول العلاج المعرفي السلوكي وحول جودة الحياة.	التثقيف النفسي حول العلاج المعرفي السلوكي ومفهوم جودة الحياة.
3.	الجلسة الثالثة	التثقيف النفسي حول اضطراب الاكتئاب.	التثقيف النفسي حول اضطراب الاكتئاب.
4.	الجلسة الرابعة	صياغة العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب.	صياغة العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب.
5.	الجلسة الخامسة	البدء بالتدخلات السلوكية (التنشيط السلوكي).	البدء بالتدخلات السلوكية (التنشيط السلوكي).
6.	الجلسة السادسة	متابعة التدخلات السلوكية (التنشيط السلوكي).	متابعة التدخلات السلوكية (التنشيط السلوكي).
7.	الجلسة السابعة	تحسين جودة الحياة وإدارة الضغوط بطريقة إيجابية.	تحسين جودة الحياة وإدارة الضغوط بطريقة إيجابية.
8.	الجلسة الثامنة	تحسين مستوى الرفاه النفسي وتأثيره على جودة الحياة.	تحسين مستوى الرفاه النفسي وتأثيره على جودة الحياة.
9.	الجلسة التاسعة	التدخلات المعرفية (التدريب على جدول الأفكار لتحديد الأفكار المشوهة).	التدخلات المعرفية (التدريب على جدول الأفكار لتحديد الأفكار المشوهة).
10.	الجلسة العاشرة	التدخلات المعرفية (الوعي المعرفي الذاتي، وتعديل الأفكار بالأدلة).	التدخلات المعرفية (خلق الوعي المعرفي الذاتي، وتعديل الأفكار بطريقة الأدلة).
11.	الجلسة الحادية عشر	التدخلات المعرفية (تعديل الأفكار بطريقة المنافع والأضرار وتحدي الأفكار السلبية).	التدخلات المعرفية (تعديل الأفكار بطريقة المنافع والأضرار وتحدي الأفكار السلبية).
12.	الجلسة الثانية عشر	أسلوب حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي (الخطوة 1 و 2).	أسلوب حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي.

#	الجلسة	العنوان	وصف الجلسة
13.	الجلسة الثالثة عشر	أسلوب حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي (الخطوة 3 و4).	أسلوب حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي.
14.	الجلسة الرابعة عشر	أسلوب حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي (الخطوة 5 و6 و7).	أسلوب حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي.
15.	الجلسة الخامسة عشر	جلسة منع الانتكاسة والانهاء.	التقييم والانهاء.

## الجلسة الأولى: التعارف وبناء العلاقة المهنية.

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

الهدف العام للجلسة: التعارف على المشاركين، وتحديد الأدوار والتوقعات، وبناء العلاقة المهنية.

### الأهداف الفرعية:

✓ التعارف بين الباحثة والمشاركين، وبين المشاركين أنفسهم.

✓ تحديد الأدوار والتوقعات.

✓ كسر الجمود وبناء العلاقة المهنية.

الأدوات المستخدمة: أقلام فلماستر، ورق بريستول، ورق A4، أقلام، طاوولات وكراسي، كرة صوف.

الأساليب والفنيات المستخدمة: المناقشة والحوار، طرح التساؤلات، مهارات المقابلة الإرشادية.

### سير الجلسة وإجراءات التنفيذ:

- تعريف الباحثة بنفسها: تقوم الباحثة في البداية يتم الترحيب بالمشاركين، وشكرهم على قبول المشاركة بالبرنامج، ومن ثم تقوم الباحثة بالتعريف عن نفسها وطبيعة عملها ودوره خلال الجلسات الإرشادية.

### نشاط افتتاحي (نشاط الشبكة العنكبوتية):

- تتفد الباحثة مع المشاركين نشاط "الشبكة العنكبوتية"، بهدف التعارف على المشاركين، حيث تطلب الباحثة من المشاركين الوقوف في دائرة وتقف الباحثة في المنتصف، وتقوم بشرح النشاط وآلية تطبيقه والهدف منه، حيث ترمي كرة الصوف على أحد المشاركين وتطلب منه لف الصوف على أصبعه والتعريف بنفسه وعمره واللون المفضل وهواياته، ومن ثم يطلب منه القيام برمي كرة الصوف على شخص آخر والتعرف عليه، ويطلب الاستمرار في رمي كرة الصوف حتى يتم التعارف بين كافة المشاركين.
- قواعد العمل في المجموعة الإرشادية: حيث تشارك الباحثة جميع المشاركين في وضع أهم قواعد العمل التي تساعد على تنفيذ الجلسة الإرشادية الجماعية بطريقة منظمة، وتركز الباحثة على أهم قواعد العمل المتعلقة بالمشاركة والتفاعل، والسرية والخصوصية، والالتزام بالجلسات ومواعيدها والواجبات البيتية.

▪ نشاط مركزي (تأمل افتتاحي) / الاسترخاء التنفسي العميق:

تهيئة المشاركين:

▪ "الآن سنقوم بتمرين الاسترخاء الذي يساعدنا على الشعور بالراحة والهدوء، تطلب الباحثة من كل مشارك أن يجلس بهدوء وحالة استرخاء، والاستماع للتعليمات بينما تقوم الباحثة بقراءة التعليمات ببطء.

الشرح:

▪ تقوم الباحثة بعمل تمرين استرخاء للمشاركين، حيث تطلب منهم إغماض أعينهم، وأخذ نفس عميق من الأنف ببطء وهدوء وإخراجه من الفم، بحيث يتم تكرار ذلك أكثر من مرة، دون الانتباه لأي فكرة قد تخطر في البال، مع التركيز على عملية التنفس، كما يطلب منهم ترديد عبارات إيجابية مثل: (أنا مرتاح، أنا سعيد) ثم يتم التذكير بأخذ نفس عميق من الأنف، وإخراجه ببطء من الفم أكثر من مرة، ومن ثم يطلب منهم فتح أعينهم مع رسم ابتسامة على وجوههم ويسألهم عن شعورهم بعد ذلك.

التوجيه:

- يتم سؤال كل مشارك، كيف تصف مشاعرك قبل وأثناء وبعد الانتهاء من التمرين، بصيغة كيف تشعر الآن.
- التعرف على التوقعات ومناقشتها: تقوم الباحثة بالتعرف على توقعات المشاركين وكتابتها على اللوح الأبيض، ومناقشة المشاركين فيها.

نشاط مساند 1/ (تحديد توقعات المشاركين)

يقسم الباحث المشاركين إلى مجموعتين، يوزع عليهم أوراق بروسنول وأقلام فلوماستر ويطلب منهم تحديد توقعاتهم من البرنامج الإرشادي.



ما توقعاتك من البرنامج الإرشادي؟

.....

.....

.....

تطلب الباحثة من المشاركين كتابة توقعاتهم على ورق البرستول، حيث سيتم عرض توقعات كل مجموعة على حده للتعرف إلى توقعاتهم.

- يتم مناقشة التوقعات مع المشاركين في البرنامج.
- تربط الباحثة توقعات المشاركين بالبرنامج الذي سيتم تطبيقه.
- يتم الاحتفاظ بالتوقعات التي سجلوها على ورق برستول من خلال تعليقها في المكان.

• نشاط مساند رقم 2/ التعرف على الأدوار العلاجية (مسئوليات وواجبات):

تطلب الباحثة من المشاركين تكوين مجموعتين، ويقوم بإعطائهم ورق برستول وتطلب منهم تحديد دور المعالج في البرنامج الإرشادي وتحديد أدوارهم أي: (المسئوليات والواجبات).

✚ أكتب المسئوليات التي تتوقع قدرتك على تحملها خلال تنفيذ جلسات البرنامج الإرشادي؟

.....

.....

✚ ما واجباتك خلال تنفيذ البرنامج الإرشادي؟

.....

.....

✚ ما طبيعة المسئوليات التي تتوقع من الباحثة تحملها خلال جلسات البرنامج الإرشادي؟

.....

.....

■ التعريف بالبرنامج: تقوم الباحثة بشرح طبيعة البرنامج، والهدف النهائي له، وعدد الجلسات ومدتها، ومكان تنفيذها، وكافة التفاصيل المتعلقة بالبرنامج، وكذلك الإجابة على تساؤلات المشاركين.

■ توضيح الأدوار والمسؤوليات: تقوم الباحثة بتوضيح دورها خلال الجلسات الإرشادية ومسؤوليتها في مساعدة المشاركين وشرح التفاصيل وتثقيفهم نفسياً، واكسابهم المهارات اللازمة، وكذلك توضيح دور المشاركين في الالتزام بجلسات البرنامج ومواعيدها، والمشاركة والتفاعل، وتطبيق الواجبات البيتية وتطبيق المهارات التي تم اكتسابها خلال الجلسات، وابداء الموافقة الشفوية أو كتابية (مرفق نموذج) من قبل جميع المشاركين، واعطائهم فرصة لطرح أي سؤال أو تعليق أو استفسار.

#### نشاط فحص المشاعر:

■ تقوم الباحثة بقياس مستوى المزاج لدى جميع المشاركين، كجزء من القياس والمتابعة خلال الجلسة، حيث يطلب من كل مشارك وضع درجة المشاعر على خط مستقيم يمتد من صفر إلى 10، حيث تمثل درجة صفر أدنى درجة المزاج المنخفض والحزين، وتمثل درجة 10 أعلى درجة للمزاج المرتفع والسعيد، وتسجل هذه النتائج ضمن ملفات المجموعة الإرشادية، وتقديم الدعم والمساندة للمشاركين.

## نموذج تعاهد سلوكي:

التاريخ /

اليوم /

أقر أنا السيد /.....

في الالتزام بكافة بنود التعاهد السلوكي مع الباحث أحمد محمود والتي تتمثل في الالتزام بما يلي خلال فترة تنفيذ البرنامج الإرشادي:

• الالتزام بمواعيد الجلسات الإرشادية.

• المشاركة والتفاعل مع أعضاء المجموعة.

• تقبل آراء الآخرين واحترامهم.

• الالتزام بالواجبات المنزلية وتطبيقها.

توقيع الأخصائي

توقيع المشارك

.....

.....

■ ملخص الجلسة: تقوم الباحثة بتلخيص عناصر الجلسة التي تمت خلال اليوم، كالتالي:

○ قمنا بالتعارف على بعضنا البعض.

○ حددنا قواعد العمل الجماعي.

○ ناقشنا التوقعات الخاصة بنا، وتعرفنا على البرنامج الإرشادي.

○ حددنا الأدوار والمسؤوليات.

○ قمنا بقياس درجة الاكتئاب كجزء للتعرف على سير الجلسات ومقدار التقدم الحاصل.

○ وتعرفنا على درجة المزاج الخاصة بنا خلال جلسة اليوم.

○ هل هناك أية تساؤلات، أو استفسارات، أو إضافات.

■ الواجب البيتي: لا يوجد واجب بيتي للجلسة الأولى.

**الجلسة الثانية: التنقيف النفسي حول العلاج المعرفي السلوكي ومفهوم جودة الحياة.**

**مدة الجلسة: 90 دقيقة.**

**الهدف العام للجلسة: تعريف المشاركين بالعلاج المعرفي السلوكي، ومفهوم جودة الحياة.**

**الأهداف الفرعية:**

✓ التعرف على ماهية العلاج المعرفي السلوكي.

✓ التعرف على العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك ABC.

✓ التعرف على الأفكار المشوهة وعلاقتها بنتائج الأحداث التي يمر بها الشخص.

✓ التعرف على مفهوم جودة الحياة ومصادرها.

✓ التعرف على مقومات جودة الحياة وأساليب تحقيقها للمصابين.

✓ التعرف على مهارات التعايش مع الذات والآخرين بشكل سليم.

**الأدوات المستخدمة: أقلام فلماستر، ورق برستول، ورق A4، أقلام، نشرات ومطويات (مادة نظرية**

**تتحدث عن جودة الحياة وأخرى حول أسلوب العلاج المعرفي السلوكي).**

**الأساليب والفنيات المستخدمة: المحاضرة، والمناقشة والحوار، طرح التساؤلات، العصف الذهني،**

**مجموعات العمل، مهارات المقابلة الإرشادية.**

**سير الجلسة وإجراءات التنفيذ:**

■ **البداية والترحيب:**

○ ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الالتزام والحضور.

○ تقوم الباحثة بعرض ملخص سريع لمحتوى الجلسة السابقة، وتقوم بربطه بالجلسة الحالية.

**نشاط فحص المشاعر:**

■ تقوم الباحثة بقياس مستوى المزاج لدى جميع المشاركين، كجزء من القياس والمتابعة خلال الجلسة،

حيث يطلب من كل مشارك وضع درجة المشاعر على خط مستقيم يمتد من صفر إلى 10،

حيث تمثل درجة صفر أدنى درجة المزاج المنخفض والحزين، وتمثل درجة 10 أعلى درجة

للمزاج المرتفع والسعيد، وتسجل هذه النتائج ضمن ملفات المجموعة الإرشادية، وتقديم الدعم

والمساندة للمشاركين.

- ثم تطلب الباحثة من المشاركين الوقوف بشكل دائري ويقوموا بترديد عبارة "أنا واثق بنفسي وأحترم ذاتي ألمي بالله كبير"، وبعد ذلك يتم سؤالهم عن مشاعرهم بعد قول تلك الكلمات.

#### نشاط افتتاحي/ التأمل الافتتاحي:

- تقوم الباحثة بعمل تمرين استرخاء للمشاركين، حيث تطلب منهم إغماض أعينهم، وأخذ نفس عميق من الأنف ببطء وهدوء وإخراجه من الفم، بحيث يتم تكرار ذلك أكثر من مرة، دون الانتباه لأي فكرة قد تخطر في البال، مع التركيز على عملية التنفس، كما يطلب منهم ترديد عبارات إيجابية مثل: (أنا مرتاح، أنا سعيد) ثم يتم التذكير بأخذ نفس عميق من الأنف، وإخراجه ببطء من الفم أكثر من مرة، ومن ثم يطلب منهم فتح أعينهم مع رسم ابتسامة على وجوههم ويسألهم عن شعورهم بعد ذلك.

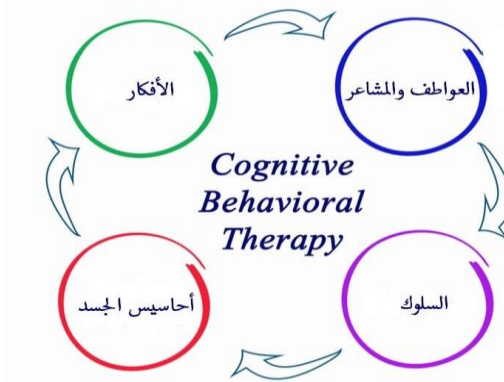
#### نشاط مركزي: (مادة تنقيفية حول أسلوب العلاج المعرفي السلوكي، مفهوم جودة الحياة ومقوماتها)؟

- تقوم الباحثة بشرح ماهية العلاج المعرفي السلوكي، من خلال الحديث التالي:
- العلاج المعرفي السلوكي هو أحد أساليب العلاج النفسي الذي يستخدمه المعالجين والمرشدين، والذي يركز على توضيح للشخص دور الأفكار السلبية في التأثير على شعور الفرد وسلوكياته بشكل سلبي، ومن ثم تعليمه كيفية تحديد تلك الأفكار والعمل على تعديلها ليصبح الشخص أكثر قدرة على إدارة أحداث حياته، ويعتبر فعال جداً مع حالات القلق والاكتئاب، ويتم وفق أجندة (جدول عمل معين) يحاول المعالج تنفيذه قدر المستطاع، ولهذا تكون جلساته من (20-8) جلسة بواقع جلسة أو جلستين اسبوعين.
- ويعتبر هذا النوع من العلاج (تعليمي) يهدف لجعل الشخص معالج ذاته، كما أنه يهتم كثيراً بتزويد الشخص بالمهارات اللازمة، بالإضافة إلى أنه يقوم على بناء الثقة والعلاقة العلاجية والاحترام الصادق بين المعالج والشخص.
- كما أن التعاون والمشاركة النشطة والعمل كفريق بين الشخص والمعالج ذو أهمية كبيرة، فالشخص هنا شريك أساسي بالعملية العلاجية، ويتحمل المسؤولية بنسبة 50% من التحسن.
- وحتى تتضح فكرة هذا الأسلوب، سنأخذ مثال بسيط لتوضيح كيفية عمل هذا النوع من العلاج: لنفترض مثلاً أنك مررت يوماً في طريق؛ فإذا بشخص تعرفه مر بجانبك وقام بتجاهلك تماماً ولم يرد عليك السلام، فماذا سيحدث؟؟

- بالتأكيد هذا الحدث أو الموقف سيؤدي إلى مجموعة من الأفكار والمشاعر والسلوكيات التي تؤثر عليك وعلى طريقة تفكيرك وفهمك لهذا الموقف. وهذا سيكون إما بطريقة ايجابية (مفيدة) أو سلبية (غير مفيدة). وذلك كالتالي:

#	الطريقة السلبية (غير المفيدة)	الطريقة الإيجابية (المفيدة)
الأفكار	ستفكر أنه تجاهلك لأنه لا يحبك مثلاً	ستفكر بأنه ربما لديه مشكلة ما
المشاعر	ستحزن وتغضب	ستقلق على صديقك وتهتم بأمره
الأعراض الجسدية	ستزيد دقات قلبك وستعرق ويضيق صدرك	لن يحدث شيء من الأعراض الجسدية
السلوكيات	ستذهب للبيت وتتجنبه	ستتصل للاطمئنان عليه

- وهنا يتضح أن نفس الموقف أدى لنتيجتين مختلفتين بناءً على طريقة تفكيرك وتفسيرك للموقف، فنجد أن طريقة تفكيرنا أثرت على مشاعرنا وسلوكياتنا. وهنا يوجد استكمال لذلك الموقف، فلو ذهبت للبيت وأنت بحالة سيئة؛ فإن تفكيرك بشكل سلبي سيزيد كثيراً وسيطور حتى يؤثر على نظرتك للآخرين والأصدقاء بشكل سلبي وكذلك نظرتك لنفسك بأنك غير كف أو غير ناجح، وهذا قد يحدث عندما تُفسر الأشياء ونحن بحالة من التوتر والغضب.
- ولهذا فالعلاج المعرفي السلوكي يساعدنا في تعلم طرق لتعديل تفكيرنا السلبي الذي يؤثر بالتالي على مشاعرنا وسلوكنا بطريقة سلبية.



- تقوم الباحثة بتوضيح أهم الأفكار المشوهة والأكثر شيوعاً خاصة لدى اضطراب الاكتئاب:
- 1. **قراءة الأفكار أو العقل Mind Reading**: وهنا أنت تفترض أنك تعرف ما يفكر فيه الناس دون أن يكون لديك دليل كاف على أفكارهم، مثل: "هو يعتقد أنني منحوس".
- 2. **معرفة الغيب Fortune Telling**: وهنا أنت تتنبأ بالمستقبل، أي أن الأشياء ستكون أسوأ أو أن هناك خطراً قادمًا "كمن ينشغل بأفكار بأنه سوف يرتكب خطأ بالاختبار وسيرسب بهذا الفصل".
- 3. **التفكير الكارثي أو المأساوي Catastrophizing**: أنت تعتقد أن ما حدث أو سوف يحدث سيكون مرعباً ولا يمكن تحمله، ولن تستطيع إيقافه.
- 4. **التسمية أو العنونة أو الطابع Labeling**: أنت تتسبب السمات السلبية العامة لنفسك وللآخرين، فهو إصدار حكم نهائي على الذات أو الغير والشعور والتصرف بناء على أساسه.
- 5. **التهويل مقابل التهوين Maganification & Minimization**: وهنا فإنه يميل للتضخيم أو المبالغة للأمور السلبية مقابل التقليل من الإيجابيات أو إسقاطها من حسابه.
- 6. **الفترة أو التنقية العقلية Mental Filter**: وهنا يركز دائماً ويولي اهتمام وانتباه على السلبيات وينشغل بها بشكل شديد ومتجاهلاً أي من الجوانب الإيجابية الأخرى، فهو لا يرى الصورة بشكلها الكلي وإنما يركز فقد على الجانب السيئ.
- 7. **المبالغة في التعميم Overgeneralization**: وهنا يقوم بتعميم شامل على كل المواقف من خلال موقف واحد.
- 8. **تفكير الكل أو اللاشيء أو ثنائية التفكير All Or Nothing Thinking (Dichotomous Thinking)**: وهنا النظر للنفس والآخرين والمواقف والعالم وفقاً لفئات متطرفة وكأن الأشياء محصورة في احتمالين فقط -أبيض أو أسود.
- 9. **الشخصنة أو العزو الشخصي واللوم للغير Personalization & Blame**: بالشخصنة يلوم الفرد نفسه على كل ما يحدث من أخطاء ويربطها بعجزه وعدم كفاءته الشخصية.
- 10. **عبارات يجب ولازم (اللوازم والحتميات) Should Or Must Statements**: ويكون عند الفرد هنا أفكار ثابتة ومحددة حول الكيفية التي يجب أن يتصرف بها هو والآخرين.
- 11. **الاستنتاج العاطفي Emotional Reasoning**: وهنا يستنتج ويستدل من خلال مشاعره وأحاسيسه القوية في الحكم على أمر ما متجاهلين أي دلائل على إمكانية حدوث العكس.

- تقوم الباحثة بتقديم شرح مبسط حول مفهوم جودة الحياة، ثم تقسم المشاركين إلى مجموعتين وتطلب منهم الإجابة على التساؤلات التالية:

1- ماذا يعني مفهوم جودة الحياة للمصابين؟

2- ما أهمية جودة الحياة، وكيف يمكن تحقيقها؟

3- ما هي الآثار الإيجابية الناتجة عن جودة الحياة؟

- بعد الانتهاء تقوم كل مجموع بعرض ما تم كتابته بواسطة قائد للمجموعة، ثم تعقب الباحثة على ما تم عرضه، حيث تعزز الباحثة المشاركين على التفاعل في هذا النشاط.

**نشاط مساند (وصف الذات، ارسم نفسك الآن):**

- تطلب الباحثة من المشاركين وصف شخصياتهم الآن من خلال الرسم، ومدى إدراكهم لقدراتهم بعد الإصابة، وأثرها على شخصيتهم.
- ما هو وضعه، وموقعه في سياق نظم الثقافة، والقيم التي يعيش فيها كشخص مصاب؟
- كيف تتعكس الجوانب المختلفة لتجربة الإصابة على علاقاتك مع الآخرين؟
- ما مدى قدرتك على أداء دورك كاملا نحو نفسك، أسرته، ومجتمعك بعد تجربة الإصابة؟
- هل يمكن تعديل الجوانب السلبية وكيف يتم ذلك؟

**نشاط ختامي:** تطلب الباحثة من المشاركين تعبئة التمرين الخاصة بالأفكار والمشاعر والسلوك التالي:

ملاحظاتك	كيف تصرف	كيف شعرت	كيف فكرت	موقف مزعج تعرضت له
عندي تهويل	قاطعته	حزن وضيق	هو لا يحبني	مثال: صديقي لم يزورني من زمان.

- ملخص الجلسة:** تقوم الباحثة بتلخيص عناصر الجلسة التي تمت خلال اليوم، كالتالي:
  - ✓ تعرفنا على ماهية العلاج المعرفي السلوكي، والعلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك.
  - ✓ تعرفنا على الأفكار المشوهة وعلاقتها بنتائج الأحداث التي يمر بها الشخص.
  - ✓ تعرفنا على مفهوم جودة الحياة ومصادرها، ومقومات جودة الحياة وأساليب تحقيقها للمصابين.
  - ✓ تعرفنا على مهارات التعايش مع الذات والآخرين بشكل سليم.
- الواجب البيتي:** على جميع المشاركين قراءة النشرة الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي، ومفهوم جودة الحياة.



الجلسة الثالثة: التنقيف النفسي حول اضطراب الاكتئاب.

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

الهدف العام للجلسة: تعريف المشاركين باضطراب الاكتئاب.

الأهداف الفرعية:

✓ مراجعة الواجب البيتي

✓ التعرف على ماهية اضطراب الاكتئاب.

✓ التعرف على معدل الانتشار في المجتمعات.

✓ التعرف على الأعراض الرئيسة للاكتئاب.

✓ التعرف على الثالوث المعرفي الخاص بالاكتئاب.

الأدوات المستخدمة: أقلام فلماستر، ورق برستول، ورق A4، أقلام، نشرات ومطويات (مادة نظرية عن الاكتئاب).

الأساليب والفنيات المستخدمة: المحاضرة، والمناقشة والحوار، طرح التساؤلات، العصف الذهني، مجموعات العمل، مهارات المقابلة الإرشادية.

سير الجلسة وإجراءات التنفيذ:

■ البداية والترحيب:

○ ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الالتزام والحضور.

○ تقوم الباحثة بعرض ملخص سريع لمحتوى الجلسة السابقة، وتقوم بربطه بالجلسة الحالية.

○ تقوم الباحثة بمراجعة الواجب البيتي مع المشاركين، ومعرفة المعوقات إن وجدت ومناقشتها.

نشاط فحص المشاعر:

■ تقوم الباحثة بقياس مستوى المزاج لدى جميع المشاركين، كجزء من القياس والمتابعة خلال

الجلسة، حيث يطلب من كل مشارك وضع درجة المشاعر على خط مستقيم يمتد من صفر

إلى 10، حيث تمثل درجة صفر أدنى درجة المزاج المنخفض والحزين، وتمثل درجة 10

أعلى درجة للمزاج المرتفع والسعيد، وتسجل هذه النتائج ضمن ملفات المجموعة الإرشادية،

وتقديم الدعم والمساندة للمشاركين.

## نشاط افتتاحي " التأمل الافتتاحي "

يقوم الباحثة بعمل تمرين استرخاء للمشاركين، حيث يطلب منهم إغماض أعينهم، وأخذ نفس عميق من الأنف ببطء وهدوء وإخراجه من الفم، بحيث يتم تكرار ذلك أكثر من مرة، دون الانتباه لأي فكرة قد تخطر في البال، مع التركيز على عملية التنفس، ثم يطلب منهم ترديد عبارات إيجابية لأنفسهم مثل : (أنا مرتاح، أنا سعيد) ثم يتم التذكير بأخذ نفس عميق من الأنف، وإخراجه ببطء من الفم أكثر من مرة، ومن ثم يطلب منهم فتح أعينهم مع رسم ابتسامة على وجوههم ويسألهم عن شعورهم بعد ذلك.

## نشاط مركزي (مادة تثقيفية حول اضطراب الاكتئاب):

- تقوم الباحثة بعرض مادة تثقيفية حول اضطراب الاكتئاب لإكساب المشاركين التقبل وفهم طبيعة الاضطراب، والتي يمكن ان نتناول:
- يُعرف الاكتئاب بأنه: (فقدان الاهتمام والاستمتاع بالأنشطة، بالإضافة لأعراض مصاحبة لمدة أسبوعين على الأقل، وذلك كل يوم وأغلب ساعات اليوم؛ وتشتمل الأعراض على تغير بالشهية والوزن والنوم ونشاط حركي ونقص بالنشاط وشعور بفقدان الهمة وتدني الذات وصعوبة التركيز والانتباه والتفكير بالموت أو محاولات انتحارية، بالإضافة لتغير بالأداء الوظيفي).
- نسبة انتشاره بالعالم (15%) وعند الإناث أكثر بنسبة (25%) وأكثر من عمر (20-50).

## معايير التشخيص:

A- تواجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لنفس الاسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة.

(1) مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويُعبّر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعاً).  
ملاحظة: يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار.

(2) انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً، (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

(3) فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل، التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً.

ملاحظة: ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع، عند الأطفال.

(4) أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.

(5) هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتململ أو البطء).

(6) تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

(7) أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهمياً) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه شخصاً.

(8) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

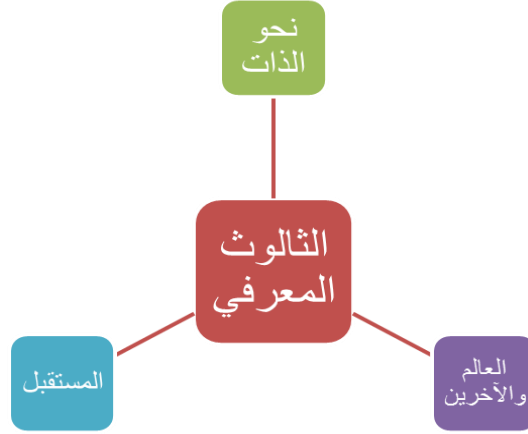
(9) أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

B- تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C- لا تُعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى. المعايير A-C تشكل نوية اكتئابيه جسيمة.

### الثالثوث المعرفي الخاص بالاكتئاب:

- تقوم الباحثة بتوضيح ماهية الثالثوث المعرفي، الأفكار السلبية الثالث التي يكونها شخص الاكتئاب، حيث تمثل هذه الأفكار توجه سلبي عام نحو (الذات - العالم والآخرين - المستقبل).



■ تقوم الباحثة بالتعرف إلى وجهة نظر المشاركين حول الاضطراب، وتصوراتهم حول العلاج، حيث تشجيع المشاركين للتحدث عن مشاكلهم وافكارهم، وكيف تؤثر الأفكار على المشاعر والسلوك، وكذلك الاطلاع على حالات تم شفاؤها من الاكتئاب، ومن ثم الحصول على تغذية راجعة ومناقشة المشاركين والاجابة عن التساؤلات.

#### نشاط مساند (مجموعات عمل):

■ تقوم الباحثة بتقسيم المشاركين إلى ثلاث مجموعات، وتقوم كل مجموعة بالحديث عن الأفكار والمعتقدات السلبية حول الإصابة وكيف آثرت بدورها على الحالة الانفعالية والسلوك.

■ مناقشة الأعراض، والمواقف المسببة لظهور الأعراض، وما هي الأفكار التلقائية التي تحدث أثناء الموقف، والسلوك الذي قام به، توضح الباحثة للمشاركين أن تلك المواقف يتعرض لها العديد من الأشخاص، ولكن كل شخص يختلف بطريقة تفكيره وسلوكه عن الآخر، والمبالغة في هذه الأفكار ينتج عنه الانفعال السلبي وبالتالي الشعور بالاكتئاب والحزن والضيق.

■ ملخص الجلسة: تقوم الباحثة بتلخيص عناصر الجلسة التي تمت خلال اليوم، كالتالي:

✓ قمنا بعمل ملخص للجلسة السابقة وربطنا ذلك بالجلسة الحالية.

✓ قمنا بمراجعة ومناقشة الواجب البيتي.

✓ تعرفنا على ماهية اضطراب الاكتئاب.

✓ تعرفنا على معدل الانتشار في المجتمعات.

✓ تعرفنا على الأعراض الرئيسة للاكتئاب.

✓ تعرفنا على الثالث المعرفي الخاص بالاكتئاب.

- الواجب البيتي: على جميع المشاركين تعبئة النموذج التالي بالمنزل، ومن ثم سنقوم بمناقشة هذا الجدول في الجلسة التالية:

أهم الأفكار التي تراودك عن المستقبل	أهم الأفكار التي تراودك عن الآخرين	أهم الأفكار التي تراودك عن ذاتك

### الجلسة الرابعة: صياغة العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب.

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

**الهدف العام للجلسة:** تعريف المشاركين بالصياغة المعرفية لاضطراب الاكتئاب.

**الأهداف الفرعية:**

✓ مراجعة الواجب البيتي.

✓ التعرف مفهوم فقدان في النظرية المعرفية السلوكية.

✓ المكتتب من وجهة نظر المعرفية السلوكية.

✓ التعرف على الصياغة المعرفية السلوكية للاكتئاب.

**الأدوات المستخدمة:** أقلام فلماستر، ورق برستول، ورق A4، أقلام، نموذج الصياغة المعرفية.

**الأساليب والفنيات المستخدمة:** المحاضرة، والمناقشة والحوار، طرح التساؤلات، مهارات المقابلة الإرشادية.

**سير الجلسة وإجراءات التنفيذ:**

■ البداية والترحيب:

○ ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الالتزام والحضور.

○ تقوم الباحثة بعرض ملخص سريع لمحتوى الجلسة السابقة، وتقوم بربطه بالجلسة الحالية.

○ تقوم الباحثة بمراجعة الواجب البيتي مع المشاركين، ومعرفة المعوقات إن وجدت ومناقشتها.

**نشاط فحص المشاعر:**

■ تقوم الباحثة بقياس مستوى المزاج لدى جميع المشاركين، كجزء من القياس والمتابعة خلال الجلسة،

حيث يطلب من كل مشارك وضع درجة المشاعر على خط مستقيم يمتد من صفر إلى 10،

حيث تمثل درجة صفر أدنى درجة المزاج المنخفض والحزين، وتمثل درجة 10 أعلى درجة للمزاج المرتفع والسعيد، وتسجل هذه النتائج ضمن ملفات المجموعة الإرشادية، وتقديم الدعم والمساندة للمشاركين.

### تقوم الباحثة بتوضيح الصياغة المعرفية للاكتئاب كالتالي:

- يتطور الاكتئاب نتيجة أفكار سلبية عند الشخص.
- خبرات فقدان (شخص أو شيء) بالطفولة لها دور هام بالتهيئة للاكتئاب.
- مفهوم الفقدان في النظرية المعرفية السلوكية:
  - إما يكون واضح (كفقد زوجته، وتُفسر أنها خبرة بها إنقاص لذاته).
  - وإما أن يكون غير واضح (كفشل الشخص بأن يوجد توازن بين ما يبذله عاطفياً وعائد هذا البذل، بين ما يمنحه للآخرين وما يتلقاه منهم، بين ما يفرضه من أهداف وما يحقق، بين ما يُعطيه وما يأخذه).
- الفقدان قد يكون شيء ناتج عن أمر خيالي (كالطموح العالي)
- يتأثر الفقدان بنوع المعاني المرتبطة بالشخص المُفقد وشدهتها (كمن يعتبر أن زوجته جزء منه وهي كل شيء وأنه يستمتع بالحياة بفضلها) وهذه المعاني منها الواقعي ومنها الخيالي، وحرمانه من زوجته أو انفصاله عنها يجعله يُضخم تأثير الفقدان ويولد مزيد من الحزن.
- يُكون الأشخاص بمراحلهم المبكرة مفاهيم سلبية، وإن لازمته لفترة طويلة قد تتحول لبناء معرفي (سكيما) بحالة كمون لفترة طويلة، ولكن قد تنشط عند تعرض الفرد لظروف مشابهة للخبرات السابقة، والتي بدورها تؤدي لظهور الاكتئاب.
- هذه السكيما النشطة تؤثر على الشخص ويبدأ بالتشوهات المعرفية (كالتركيز على السلبيات وتجاهل الإيجابيات، والفلترة، والكل أو لا شيء)؛ (كالذي لديه اعتقاد "إذا لم أنجح تماماً فأنا شخص فاشل" فسيكون معرضاً للاكتئاب إذا ما فشل في شيء ما).
- وتتكون الأفكار السلبية للشخص في (3 جوانب -الثالوث المعرفي The Cognitive Tread) وهي كالتالي:
  - النفس: بأن يرى نفسه تافه وغير مرغوب بسبب العيوب التي لديه.

- العالم والآخريين من حوله: بأن يرى العالم عبء ثقيل عليه بحول بينه وبين تحقيق أهدافه.
- للمستقبل: باعتقاده بأن مشاكله الحالية سوف تستمر إلى ما لا نهاية.
- كما يُظهر الرغبة بالانتحار للتخلص من الوضع الذي لا يتحمله.
- كما يقل نشاطه ويفقد طاقته ويشعر بالتعب لاعتقاده وتوقعاته السلبية بأن كل محاولاته ستنتهي بالفشل.
- بالإضافة لعزو تردده عند اتخاذه قرار إلى اعتقاده بأنه غير قادر على اتخاذ قرارات مناسبة.
- يرى (بيك) أن الاكتئاب سببه الأفكار السلبية والمشوهة الخاصة بالتأثير المعرفي، والتي تحدث دون أسباب معقولة للغير؛ ولكنها مقبولة من وجهة نظر الشخص.
- كما أن هذه الأفكار -التي هي عبارة عن مجموعة من التنبؤات بأن جهود الشخص محكوم عليها بالفشل والخسارة مهما فعل- هي الأساس بالإحباط وفقدان النشاط والعجز وضعف الإرادة حتى إذا ما أراد مساعدة نفسه.
- المشكلة هنا أن المكتئب يكون واقعي أكثر مما يجب (حيث يكون لديه تحيز معرفي إيجابي أكثر من غيره، ولكن عندما يتحول للاكتئاب يتم ابطال مفعول الإيجابية، ويبدأ بظهور التحيز المعرفي السلبي).

#### المكتئب من وجهة نظر المعرفية السلوكية:

أولاً: لديه استعداد نفسي: يتمثل في:

1. امتلاكه اعتقادات سلبية -قبل وأثناء وبعد الاكتئاب.
2. قدرة الموقف الحالي على إثارة:
  - أ. السكيما السلبية التي تكونت بالخبرات المبكرة واستعادة الأعراض بنفس الأعراض التي حدثت بالنوبة الأولى.
  - ب. نوع الشخصية: وهما المستقلة (وهنا يُفضل الاستقلالية ولهذا يتأثر أكثر بالفشل) والاعتمادية (وهنا يُفضل قبول الآخرين ولهذا يتأثر أكثر بالرفض).

#### ثانياً: المحتوى المعرفي:

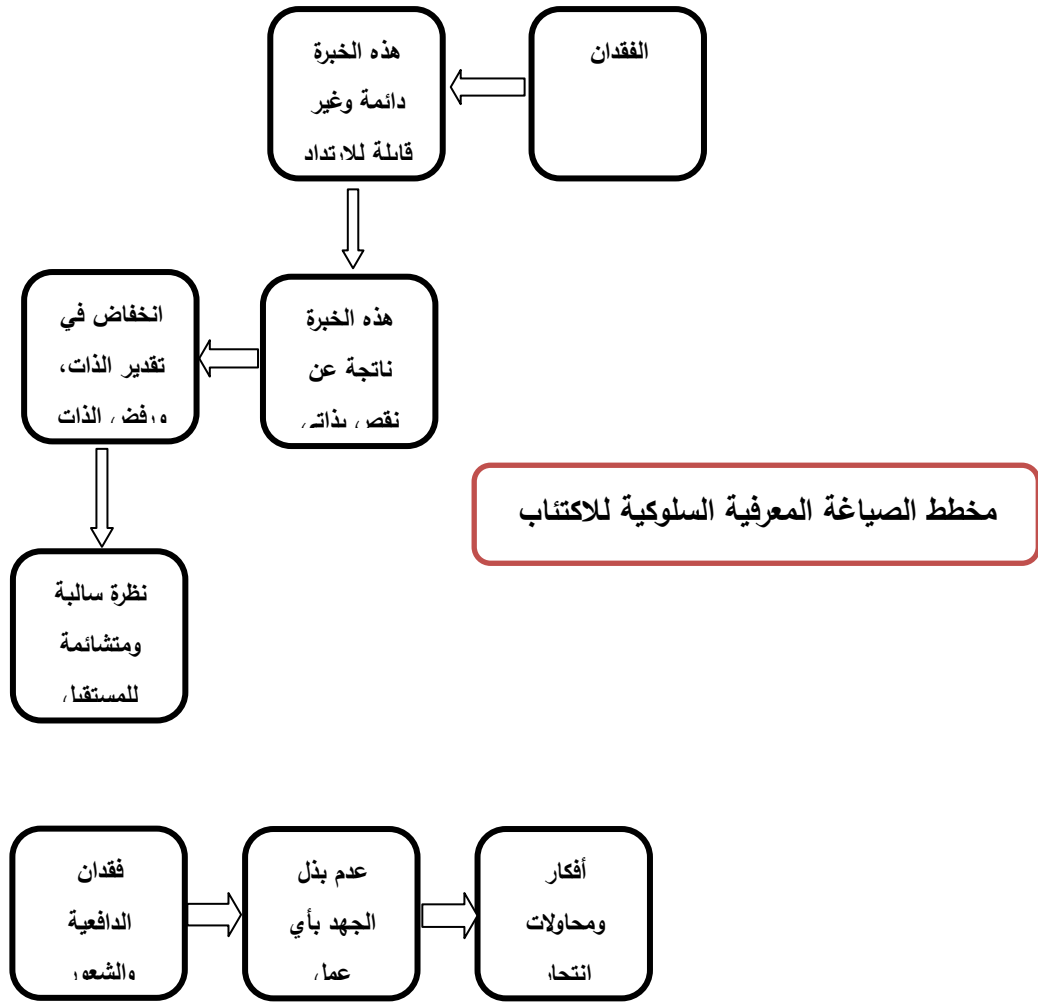
1. فالمكتئب لديه أفكار سلبية أكثر من غيره.
2. لديه تمسك بالأفكار السلبية واستبعاد للإيجابية.

3. لديه ثلوث معرفي مكتئب.
4. أفكاره سلبية تلقائية متكررة لا يستطيع التحكم بها بسهولة.
5. تتمحور الأفكار حول فقدان والخسارة.
6. لديه فلترة وانتقاء للجوانب السلبية بالمواقف.

### مثال لهذه الصياغة:

1. خبرة فقدان بمرحلة الطفولة (واعتبارها دائمة وغير قابلة للارتداد).
1. اعتقادات أساسية محورية (أنا شخص ناقص).
2. اعتقادات وسيطة (إذا لم أفعل ما يريده الآخرون سيرفضونني)
3. التعرض لموقف غير سار (مشاكل عائلية أو مالية).
4. أفكار تلقائية سلبية (أنا السبب في كل ما حدث، سأبقى وحيداً للأبد، لا أستطيع القيام بشئون حياتي، أنا غبي)
5. ظهور الأعراض (الوقوع بحلقة مفرغة).
6. المحافظة على استمرارية الأعراض، والأعراض تدعم الاعتقادات والأفكار.





▪ ملخص الجلسة: تقوم الباحثة بتلخيص عناصر الجلسة التي تمت خلال اليوم، كالتالي:

✓ قمنا بعمل ملخص للجلسة السابقة، وراجعنا الواجب البيتي.

✓ تعرفنا مفهوم الفقدان في النظرية المعرفية السلوكية

✓ تعرفنا على ماهية المكتئب من وجهة نظر المعرفية السلوكية.

✓ تعرفنا على الصياغة المعرفية السلوكية للاكتئاب.

▪ الواجب البيتي: على جميع المشاركين تحديد عناصر الصياغة الخاصة به بحسب مخطط

الصياغة السابق.

## الجلسة الخامسة: البدء بالتدخلات السلوكية (التثقيط السلوكي).

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

الهدف العام للجلسة: تعريف المشاركين بماهية الأنشطة السلوكية ومحتواها.

الأهداف الفرعية:

- ✓ مراجعة الواجب البيتي
- ✓ تدريب المشاركين على ممارسة الأنشطة السلوكية بأنواعها الثلاث (رياضية، ترفيهية، اجتماعية)، بهدف تحسين المزاج لديهم.
- ✓ توضيح العلاقة بين الحركة والنشاط والمشاعر.
- ✓ مساعدة المجموعة على إعداد جدول الأنشطة وممارسته بشكل منتظم.
- الأدوات المستخدمة: أقلام فلماستر، ورق برستول، ورق A4، أقلام، نماذج الأنشطة السلوكية.
- الأساليب والفنيات المستخدمة: المحاضرة، والمناقشة والحوار، طرح التساؤلات، مهارات المقابلة الإرشادية لعب الأدوار والتجارب السلوكية.

سير الجلسة وإجراءات التنفيذ:

### ■ البداية والترحيب:

- ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الالتزام والحضور.
- تقوم الباحثة بعرض ملخص سريع لمحتوى الجلسة السابقة، وتقوم بربطه بالجلسة الحالية.
- تقوم الباحثة بمراجعة الواجب البيتي مع المشاركين، ومعرفة المعوقات إن وجدت ومناقشتها.

نشاط فحص المشاعر:

- تقوم الباحثة بقياس مستوى المزاج لدى جميع المشاركين، كجزء من القياس والمتابعة خلال الجلسة، حيث يطلب من كل مشارك وضع درجة المشاعر على خط مستقيم يمتد من صفر إلى 10، حيث تمثل درجة صفر أدنى درجة المزاج المنخفض والحزين، وتمثل درجة 10 أعلى درجة للمزاج المرتفع والسعيد، وتسجل هذه النتائج ضمن ملفات المجموعة الإرشادية، وتقديم الدعم والمساندة للمشاركين.

■ توضح الباحثة هدفنا اليوم التدريب على ممارسة مجموعة من الأنشطة السلوكية التي تساعدنا في كيفية إدارة الضغوط والصعوبات التي نواجهها، وتحسين درجة المزاج لدينا، من خلال الأنشطة السلوكية المساعدة والتي سنتحدث عنها بعد قليل بالتفصيل.

### تحليل الأنشطة التي يمارسها المشاركون:

- تقوم الباحثة بالتعرف على ماهية الأنشطة اليومية التي تمارسها المجموعة بشكل اعتيادي، وتأثير ذلك على المزاج والضغوط التي يمرون بها.
- (مثال/ قبل أن نتحدث عن الأنشطة السلوكية وماهيتها، أريد التعرف على أنشطتكم اليومية، مثلاً ماذا تفعلون بالفترة الصباحية؟ بفترة منتصف النهار؟ بالفترة المسائية؟ من يريد البدء...)
- جيد... وبالوضع الحالي كيف يبدو مزاجكم؟ هل تشعرون بشكل أفضل؟ جيد. أذن نحن بحاجة إلى تغيير نمط سلوكنا، فيبدو أن ما تعودنا على ممارسته لا يساعد كثيراً في شعورنا بشكل أفضل... لننتعرف أذن عن الأنشطة السلوكية.

### الأنشطة السلوكية:

■ يقوم الباحثة بتوضيح ماهية الأنشطة السلوكية، هدفها، أنواعها، وكيف تنفذ، حيث توضح أنه عبارة عن مجموعة من النشاطات والتمارين التي تساعدنا في تحسين الحالة المزاجية بحسب الدراسات النفسية، كما تساعدنا في إدارة الضغوط والصعوبات التي نمر بها، حيث أن الدراسات توضح بأنه كلما مارسنا أنشطة سلوكية ايجابية انعكس ذلك على مزاج أفضل والعكس صحيح، وأعتقد أنها من أهم التدخلات المجدية بالفترة الحالية، وهي ثلاث أنواع:

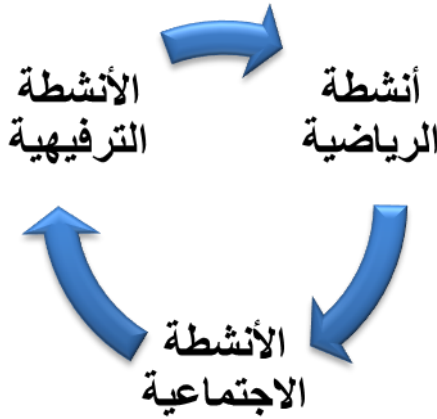
1- **الأنشطة الرياضية/** وهي أنشطة بسيطة جداً مثال/ المشي، والسبب لممارستها: أن هناك علاقة واضحة بين حركة الجسم والمزاج، فكلما تحرك جسمنا كان مزاجنا أفضل والعكس صحيح، وسيكون النشاط الرياضي يومياً وهو (المشي لمدة نصف ساعة على الأقل).

2- **الأنشطة الاجتماعية/** وهي أنشطة لها علاقة بالتواصل مع الأصدقاء والأحباء والعلاقة معهم، والسبب لممارستها/ أننا كبشر نشعر بشكل أفضل عندما نكون في جو اجتماعي مع أناس نحبهم ونرتاح لهم.

ملاحظة/ مثال الأنشطة الاجتماعية هو الطلب منكم عمل زيارة بالأسبوع على الأقل وعندها من يحدد موعد وتوقيت الزيارة هو الشخص نفسه، وكذلك من الشخص المزار، فيجب أن يكون شخص مريح ومقرب من الحالة وتشعر بالارتياح للقاءه والحديث معه، فهي ليست زيارة اجتماعية اعتيادية او واجب.

**3-الأنشطة الترفيهية/** وهي نشاطات تهدف للتنزه والمتعة والخروج لأماكن مريحة، والسبب لممارستها/ أننا نرتاح عندما نأخذ راحة من أعباء الحياة اليومية ونجدد نشاطنا مرة أخرى، وهذه رغبة فطرية لدينا.

ملاحظة/ نلاحظ عندما نطلب من أي حالة الخروج للتنزه مرة بالأسبوع الانتباه للظروف الاقتصادية التي تمر بها، والشخص نفسه من يختار الموعد والمكان التي سيذهب إليه، ويمكنك أن تساعد في إيجاد بديل مناسب وغير مكلف، نحو/ الخروج للبحر مشياً، أو الخروج لمكان به أشجار قريب. ولكل شخص مكانه المريح والمفضل فانتبه لخيارات المجموعة ورتبتهم دون تدخل لفرض رأيك الخاص.



#### جدول الأنشطة السلوكية:

■ تقوم الباحثة بمساعدة المجموعة في إعداد جدول الأنشطة السلوكية، حيث أن جدول الأنشطة به ثلاث أنواع من الأنشطة لأسبوع كامل، فالنشاط الرياضي سنقوم به كل يوم، أما النشاط الاجتماعي والترفيهي سنقوم به مرة واحدة خلال الأسبوع، وأمام كل نشاط سنضع درجة للإنجاز والمزاج على شريط يمتد من صفر إلى عشرة، مثلاً:

درجة الإنجاز/ إذا كان النشاط تم تنفيذه وإنجازه بشكل كامل يأخذ درجة قريبة من 10، وأن كان تنفيذ النشاط تنفيذ جزئي وغير مكتمل أو غير منفذ يأخذ درجة قريبة من 0.

درجة المتعة والمزاج/ إذا كان النشاط أشعرك بالمتعة وحسن المزاج يأخذ درجة قريبة من 10، وأن كان لم يشعرك بالتحسن او المتعة يأخذ درجة قريبة من 0.

#### التدريب على تنفيذ وتطبيق جدول الأنشطة السلوكية:

▪ فيما جدول به ثلاث أنواع من الأنشطة لأسبوع كامل، فالنشاط الرياضي سنقوم به كل يوم، أما النشاط الاجتماعي والترفيهي سنقوم به مرة واحد خلال الأسبوع، وأمام كل نشاط سنضع درجة للإنجاز والمزاج على شريط يمتد من صفر إلى عشرة.

10

5

0

الناتج	ما هو النشاط بالضبط؟	نوع النشاط
درجة الإنجاز (....)، درجة المزاج (....)	1. ....	النشاط الرياضي
درجة الإنجاز (....)، درجة المزاج (....)	2. ....	
درجة الإنجاز (....)، درجة المزاج (....)	3. ....	
درجة الإنجاز (....)، درجة المزاج (....)	4. ....	
درجة الإنجاز (....)، درجة المزاج (....)	5. ....	
درجة الإنجاز (....)، درجة المزاج (....)	6. ....	
درجة الإنجاز (....)، درجة المزاج (....)	7. ....	
درجة الإنجاز (....)، درجة المزاج (....)	.....	النشاط الاجتماعي
درجة الإنجاز (....)، درجة المزاج (....)	.....	النشاط الترفيهي

▪ ملخص الجلسة: تقوم الباحثة بتلخيص عناصر الجلسة التي تمت خلال اليوم، كالتالي:

✓ قمنا بعمل ملخص للجلسة السابقة، وراجعنا الواجب البيتي.

✓ تدرينا على ممارسة الأنشطة السلوكية بأنواعها الثلاث (رياضية، ترفيهية، اجتماعية).

✓ تعرفنا على كيفية إعداد جدول الأنشطة وممارسته بشكل منتظم.

▪ الواجب البيتي: على جميع المشاركين تطبيق جدول الأنشطة لمدة أسبوع.

## الجلسة السادسة: متابعة التدخلات السلوكية (التنشيط السلوكي).

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

الهدف العام للجلسة: متابعة جداول الأنشطة السلوكية، وتأثيرها على المزاج والوظائف.

الأهداف الفرعية:

✓ مراجعة الواجب البيتي.

✓ التعرف على مدى تأثير الأنشطة السلوكية على المزاج والوظائف.

✓ تنمية مهارة المراقبة الذاتية للعلاقة بين الأنشطة والمزاج والوظائف بشكل عام.

✓ تدريب المشاركين على مهارة التجارب السلوكية.

الأدوات المستخدمة: أقلام فلماستر، ورق برستول، ورق A4، أقلام، نماذج الأنشطة السلوكية.

الأساليب والفنيات المستخدمة: المحاضرة، والمناقشة والحوار، طرح التساؤلات، مهارات المقابلة

الإرشادية، لعب الأدوار والتجارب السلوكية.

سير الجلسة وإجراءات التنفيذ:

■ البداية والترحيب:

○ ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الالتزام والحضور.

○ تقوم الباحثة بعرض ملخص سريع لمحتوى الجلسة السابقة، وتقوم بربطه بالجلسة الحالية.

○ تقوم الباحثة بمراجعة الواجب البيتي مع المشاركين، ومعرفة المعوقات إن وجدت ومناقشتها.

نشاط فحص المشاعر:

■ تقوم الباحثة بقياس مستوى المزاج لدى جميع المشاركين، كجزء من القياس والمتابعة خلال الجلسة،

حيث يطلب من كل مشارك وضع درجة المشاعر على خط مستقيم يمتد من صفر إلى 10،

حيث تمثل درجة صفر أدنى درجة المزاج المنخفض والحزين، وتمثل درجة 10 أعلى درجة

للمزاج المرتفع والسعيد، وتسجل هذه النتائج ضمن ملفات المجموعة الإرشادية، وتقديم الدعم

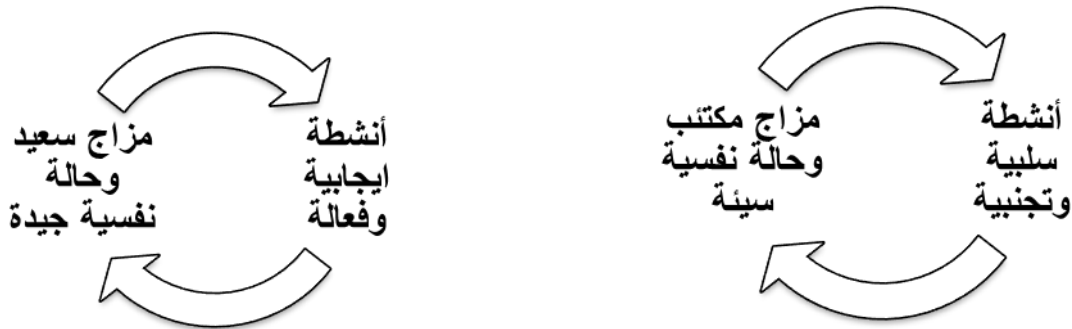
والمساندة للمشاركين.

نشاط افتتاحي: البالونات

تقوم الباحثة بتوزيع بالونات على المشاركين، وتطلب من كل مشارك كتابة ثلاث كلمات إيجابية، ومن ثم إطلاق البالونات في الهواء، يقوم كل شخص بعد ذلك بأخذ بالون وتكوين جملة من الثلاث كلمات، ومن ثم تقوم الباحثة بفحص مشاعر المشاركين على مقياس المشاعر.

#### نشاط مركزي: مراجعة جداول الأنشطة لدى المشاركين:

- تطلب الباحثة من جميع المشاركين الحديث عن جدول الأنشطة السلوكية الذي تم تطبيقه خلال الأسبوع الماضي.
- تناقش المشاركين في ملاحظاتهم على جداول الأنشطة وخاصة العلاقة بين الأنشطة الإيجابية وتأثيرها على المزاج.



#### توضح الباحثة أهم النتائج التي تسعا إليها من تطبيق جدول الأنشطة السلوكية:

- فحص بعض الأفكار مثل (أنا لا أعمل أي شيء).
- توضيح العلاقة بين المزاج والنشاط (من خلال درجة المتعة والقدرة).
- تخطيط النشاطات اليومية القادمة بهدف زيادة مستوى استمتاعه ونشاطه، ورفع درجة شعوره بقدرته على التحكم في أمور حياته.
- إيقاف اجترار الأفكار، وجعل السكيما غير مفعلة وكامنة.

## نشاط مساند: فنية التخيل ولعب الأدوار

يقوم أحد المسترشدين بتمثيل دور أمام زملائه يوضح من خلال هذا الدور موقف صادم أو ضاغط تعرض له خلال حياته اليومية، وما هي الأنشطة السلوكية التي يمكنه استخدامها للخروج من هذا الموقف الضاغط.

### مهارة التجارب السلوكية:

- تقوم الباحثة بتوضيح أنه الأساليب التي تحتوي على إجراء سلوكي، بحيث يتم توضيح للشخص مثلاً عند استخدامه للتنشيط السلوكي (أنا بحاجة لتجريب هذا الأسلوب ومعرفة مدى تحقيقه لتحسين المزاج لدينا)، فهو مقدمة لمبدأ العلاج المعرفي السلوكي حول التجريب.
- قد يصل الشخص لأفكار بديلة حول أفكاره التلقائية، ولكن درجة تصديق الشخص بهذه الأفكار ضعيف، وبالتالي لم تؤدي تلك الأفكار البديلة لخفض درجة المشاعر السلبية. ولهذا فهذه الطريقة تكون هي المفيدة.

### خطوات تنفيذ التجارب السلوكية: حيث تقوم الباحثة بتوضيح هذه الخطوات كالتالي:

1. تحديد الفكرة التي سوف يتم فحصها بالتجربة السلوكية.
2. مراجعة الأدلة التي تؤيد الفكرة والتي تناقضها.
3. صمم تجربة محددة وواضحة لاختبار صحة التوقعات الموجودة للشخص بطريقة يكون احتمال التوصل لنتائج إيجابية فيها كبير جداً، فمثلاً لاختبار صحة الفكرة (إذا أخبرت زوجتي بما أشعر به فعلاً فسوف تغضب مني)، وتكون التجربة هنا كالتالي:
  - أ. مناقشة الكيفية التي تُعبر بها الزوجة عن شعورها.
  - ب. قيام الباحثة باستخدام فنية لعب الأدوار للتأكد من قدرة الحالة على القيام بما هو مطلوب منها في التجربة.
  - ت. مساعدة الحالة على توقع العوائق التي يواجهها وكيفية التعامل معها.
  - ث. مساعدة الحالة على تفهم انفعالاته بحال أن التجربة السلوكية أدت لإثبات اعتقاداته الأصلية.
4. لاحظ النتيجة: وهنا يجب تصميم التجربة بطريقة تضمن ألا يكون الحالة خاسر مهما كانت النتائج (ففي حال مرت التجربة بسلام ولم تغضب الزوجة: يقول المعالج للشخص تعلمنا هنا أن الأفكار ليست صحيحة دائماً).



5. مساعدة الشخص على تقييم تجارب سلوكية أخرى بناء على التعلم الناتج عن التجارب السلوكية.

- ملخص الجلسة: تقوم الباحثة بتلخيص عناصر الجلسة التي تمت خلال اليوم، كالتالي:
  - ✓ قمنا بعمل ملخص للجلسة السابقة، وراجعنا الواجب البيتي.
  - ✓ تعرفنا على مدى تأثير الأنشطة السلوكية على المزاج والوظائف.
  - ✓ تعرفنا على مهارة المراقبة الذاتية للعلاقة بين الأنشطة والمزاج والوظائف بشكل عام.
  - ✓ تعرفنا على مهارة التجارب السلوكية.
- الواجب البيتي: على جميع المشاركين الاستمرار في تطبيق جدول الأنشطة لمدة أسبوع.

**الجلسة السابعة: تحسين جودة الحياة وإدارة الضغوط بطريقة إيجابية.**

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

**الهدف العام للجلسة:** اكساب المشاركين المهارات الإيجابية لإدارة الضغوط لتحسين جودة الحياة لديهم.

**الأهداف الفرعية:**

- ✓ مراجعة الواجب البيتي
- ✓ التعرف على العلاقة بين جودة الحياة وإدارة الضغوط النفسية
- ✓ التعرف على ماهية الضغوط التي نواجهها.
- ✓ التعرف على التأثيرات المختلفة للضغوط على جودة الحياة بشكل عام.
- ✓ التعرف على الخطوات والمهارات العملية لإدارة ضغوط الحياة بطريقة إيجابية.

**الأدوات المستخدمة:** أقلام فلماستر، ورق برستول، ورق A4، أقلام، نماذج إدارة الضغوط.

**الأساليب والفنيات المستخدمة:** المحاضرة، والمناقشة والحوار، طرح التساؤلات، مهارات المقابلة الإرشادية.

**سير الجلسة وإجراءات التنفيذ:**

▪ البداية والترحيب:

- ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الالتزام والحضور.
- تقوم الباحثة بعرض ملخص سريع لمحتوى الجلسة السابقة، وتقوم بربطه بالجلسة الحالية.

○ تقوم الباحثة بمراجعة الواجب البيتي مع المشاركين، ومعرفة المعوقات إن وجدت ومناقشتها.

### نشاط فحص المشاعر:

■ تقوم الباحثة بقياس مستوى المزاج لدى جميع المشاركين، كجزء من القياس والمتابعة خلال الجلسة، حيث يطلب من كل مشارك وضع درجة المشاعر على خط مستقيم يمتد من صفر إلى 10، حيث تمثل درجة صفر أدنى درجة المزاج المنخفض والحزين، وتمثل درجة 10 أعلى درجة للمزاج المرتفع والسعيد، وتسجل هذه النتائج ضمن ملفات المجموعة الإرشادية، وتقديم الدعم والمساندة للمشاركين.

10

0

### نشاط افتتاحي: (دولاب المشاعر)

- يتم تصميم دائرة تحمل مجموعة من المشاعر (الحب، الألم، الحزن، الغضب، الفرح إلخ....) ثم يقوم كل مشارك بالتحدث عن المشاعر التي يتوقف عليها الدولاب مرة بالمشاعر الإيجابية وآخري بالسلبية، ثم علينا مساعدة المشاركين على تعديل أفكارهم السلبية.

### نشاط مركزي: الضغوط النفسية:

■ توضح الباحثة الضغوط بان هي ردود فعل جسمية أو نفسية أو عاطفية طبيعية تجاه بعض الأحداث أو المتطلبات الحياتية، والتي تحدث عادة نتيجة تعرض الشخص لأحداث ومواقف ومتطلبات لا تتناسب إما مع قدراته أو مع الوقت المتاح لإنجازها والقيام بها، وهي أمر طبيعي ويحدث للجميع، ومن الممكن أن تكون هذه الضغوط إيجابية تبعث على الإنجاز، أو سلبية تحدث نتائج سلبية تؤثر على الشخص وكفاءته، وبموضوعنا الحالي سنتعلم كيفية التعامل مع هذه الضغوط وتحويلها لضغوط إيجابية لإنجاز المهام والمتطلبات بشكل فعال.

■ وتتنوع الأسباب التي توصلنا لحالة الضغط الشديد، والتي قد تكون أسباب لها علاقة بالجسم نحو المرض والتعب، وأسباب لها علاقة بالأسرة، أو الدراسة أو العمل أو حتى البيئة والمجتمع، لكننا بحاجة للتعرف عن تأثير هذه الضغوط علينا في جوانبها مختلفة.

## نشاط التأثيرات المختلفة للضغوط:

تقوم الباحثة بالطلب من المشاركين بتعبئة النموذج التالي ومن ثم مناقشته.

التأثيرات المختلفة للضغوط عليك			
السلوكية	المعرفية (العقلية)	النفسية	الجسمية
مثلاً: تجنب الناس ..... .....	مثلاً: قلة تركيز ..... .....	مثلاً: شعور بالذنب ..... .....	مثلاً: صداع ..... .....

### الخطوات الأولى:

توضح الباحثة أن أولى الخطوات التي تساعدك في إدارة الضغوط بطريقة إيجابية هي:

- ✓ التعرف على مصادر الضغوط التي توصلك لحالة الضغط الشديد.
- ✓ تعرف على تأثيرات الضغوط عليك وعلى نشاطاتك وعلى من حولك أيضاً.
- ✓ كن واعياً للطرق التي تستخدمها في إدارة هذه الضغوط ونتائجها.

### الاهتمام بالصحة الجسمية:

- توضح الباحثة أن أول مسببات الضغط، وكذلك أول الأشياء التي تساعدك في إدارة الضغوط بطريقة إيجابية، ولكي تهتم بصحتك الجسمية عليك أخذ قسط من الراحة والعلاج في حال وجود أمراض أو أوجاع جسمية.

### التواصل مع الآخرين:

- توضح الباحثة أننا بحاجة بشكل دائم للتواصل والدعم من الآخرين نحو الأسرة والأصدقاء والمقربين، وهي من العوامل التي تساعدك في تعزيز رفاهك وصمودك النفسي، حيث أن التواصل مع المحيط يخفف من حدة الضغوط وخاصة إذا ناقشت بعض هذه الضغوط مع شخص أهل للثقة.

### راجع أفكارك عندما تمر بالضغوط:

- توضح الباحثة أن من أهم الأسباب التي تساعد الناس في إدارة الضغوط بطريقة إيجابية، هي ما يحملونه من أفكار ومعتقدات تجاه هذه الضغوط وتجاه قدراتهم على التعامل معها، دعنا نتعرف على أنواع هذه الأفكار:

أنواع الأشخاص	الشخص ذو التفكير الإيجابي	الشخص ذو التفكير السلبي
الأفكار عن الضغوط	<input checked="" type="checkbox"/> الضغوط أمر طبيعي. <input checked="" type="checkbox"/> الضغوط هي فرصة للتحدي. <input checked="" type="checkbox"/> الضغوط يمكن التعامل معها بسهولة.	<input checked="" type="checkbox"/> الضغوط أمر منهك جيداً. <input checked="" type="checkbox"/> الضغوط تدمر قدراتي. <input checked="" type="checkbox"/> لا يمكن حلها، والأفضل تركها تحل وحدها.
الأفكار عن الذات	<input checked="" type="checkbox"/> أنا لدي قدرات جيدة للتعامل معها. <input checked="" type="checkbox"/> لدي خبرة سابقة مشابهة لذلك. <input checked="" type="checkbox"/> بقليل من الجهد يمكنني التعامل	<input checked="" type="checkbox"/> لا يمكنني التعامل مع الضغوط. <input checked="" type="checkbox"/> لا أثق في أي حل يمكنني التفكير به. <input checked="" type="checkbox"/> أنا متأكد بأنني سأكون ضحية لها.
النتائج المتوقعة	التعامل مع الضغوط وتجاوزها وإنجاز الأهداف	الإحباط والغضب، والإنهاك وعدم الإنجاز

■ ثم تناقش الباحثة المشاركين في هذه المهارة وكيفية تطبيقهم لها في حياتهم اليومية.

#### نشاط تعرف على مصادرك في الحياة لتحقيق أهدافك:

■ وهذا تطلب الباحثة من المشاركين رسم شجرة المصادر والموارد، والتي يوضحون عليها:  
 الجذور: وهي الأساسيات والأشياء التي تقويك وتساعدك في الحياة، ومنها المعتقدات وقيم الوالدين وغيرها.

الفروع: وهي العلاقات الاجتماعية الداعمة لك، نحو العلاقة بالوالدين والأهل والأصدقاء وغيرهم.

الأوراق: وهي صفاتك الإيجابية التي عليك ان تحافظ عليها وتعزز بها دائماً.

الثمار: وهي تلك الأهداف التي تسعى لتحقيقها في حياتك.

الأوراق المتساقطة: هي تلك الأفكار السلبية.

#### التعامل مع الضغوط أول بأول:

■ حيث توضح الباحثة أننا عندما نمر بضغوط مختلفة ومنوعة في البيت والدراسة والعمل وغيرها، علينا التعامل مع هذه الضغوط أول بأول، وعدم تركها لتتراكم، وعلينا ترتيبها حسب الأولوية، ولا بأس الاستعانة بشخص نثق به للمساعدة في التعامل مع هذه الضغوط او إنجاز المهام بالشكل المطلوب، وهذا أفضل من تراكمها بطريقة يصعب التعامل معها جميعاً في وقت واحد.

■ ثم تناقش الباحثة المشاركين في هذه المهارة وكيفية تطبيقهم لها في حياتهم اليومية.

## رفض الطلبات غير المهمة وقت الضغوط:

- حيث توضح الباحثة أنه عليك ان تقول كلمة (لا) عندما تكون مضغوطاً وبحاجة للوقت لإنجاز الكثير من المهام، فالاستجابة المبالغ فيها لطلبات الآخرين وقت الضغوط تجعل قدرتك ضعيفة في إدارة الوقت، ولا تساعدك في تحقيق المهام بالشكل المطلوب.
- ثم تناقش الباحثة المشاركين في هذه المهارة وكيفية تطبيقهم لها في حياتهم اليومية.

## حافظ على وقت للهدوء والراحة والاسترخاء:

- حيث توضح الباحثة أنه بوجود ضغوط كبيرة أنت بحاجة لتخصيص وقت محدد لنفسك، ذلك الوقت سيكون بمثابة الفترة التي تعطيك الطاقة والقوة للاستمرار بالحياة وتساعدك في تحقيق أهدافك، هذا الوقت هو فقط للراحة والهدوء أو ممارسة تمارين الاسترخاء البسيطة.
- ثم تناقش الباحثة المشاركين في هذه المهارة وكيفية تطبيقهم لها في حياتهم اليومية.

## نشاط ختامي: (كلمات السعادة)

- يأخذ كل مشارك ثلاث ورقات ملونة صغيرة ويكتب عليها ثلاث كلمات إيجابية كالفرح والحب مثلا ويقوم كل مشارك بطيها ثم يتم تجميعها ووضعها في صندوق، يختار كل مشارك ثلاث بطاقات ويقوم بتكون جملة إيجابية من الكلمات المدونة على البطاقات.
- ملخص الجلسة: تقوم الباحثة بتلخيص عناصر الجلسة التي تمت خلال اليوم، كالتالي:
  - ✓ قمنا بعمل ملخص للجلسة السابقة، وراجعنا الواجب البيتي.
  - ✓ تعرفنا على العلاقة بين جودة الحياة وإدارة الضغوط النفسية
  - ✓ تعرفنا على ماهية الضغوط التي نواجهها، والتأثيرات المختلفة للضغوط على جودة الحياة بشكل عام.
  - ✓ تعرفنا على الخطوات والمهارات العملية لإدارة ضغوط الحياة بطريقة إيجابية.
- الواجب البيتي: على جميع المشاركين تطبيق مهارات إدارة الضغوط في حياتهم اليومية خلال الأسبوع.

**الجلسة الثامنة: تحسين مستوى الرفاه النفسي وتأثيره على جودة الحياة.**

**مدة الجلسة: 90 دقيقة.**

**الهدف العام للجلسة:** اكساب المشاركين مهارات تطوير مستوى رفاههم النفسي من أجل تحسين جودة الحياة لديهم.

**الأهداف الفرعية:**

✓ مراجعة الواجب البيتي

✓ التعرف على ماهية الرفاه النفسي.

✓ التعرف على مكونات الرفاه النفسي.

✓ التعرف على الخطوات العملية لتطوير مكونات الرفاه النفسي وتحسين جودة الحياة.

**الأدوات المستخدمة:** أقلام فلماستر، ورق برستول، ورق A4، أقلام، نماذج إدارة الضغوط.

**الأساليب والفنيات المستخدمة:** المحاضرة، والمناقشة والحوار، طرح التساؤلات، مهارات المقابلة الإرشادية.

**سير الجلسة وإجراءات التنفيذ:**

▪ **البداية والترحيب:**

○ ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الالتزام والحضور.

○ تقوم الباحثة بعرض ملخص سريع لمحتوى الجلسة السابقة، وتقوم بربطه بالجلسة الحالية.

○ تقوم الباحثة بمراجعة الواجب البيتي مع المشاركين، ومعرفة المعوقات إن وجدت ومناقشتها.

**نشاط فحص المشاعر:**

▪ تقوم الباحثة بقياس مستوى المزاج لدى جميع المشاركين، كجزء من القياس والمتابعة خلال

الجلسة، حيث يطلب من كل مشارك وضع درجة المشاعر على خط مستقيم يمتد من صفر

إلى 10، حيث تمثل درجة صفر أدنى درجة المزاج المنخفض والحزين، وتمثل درجة

10 أعلى درجة للمزاج المرتفع والسعيد، وتسجل هذه النتائج ضمن ملفات المجموعة

الإرشادية، وتقديم الدعم والمساندة للمشاركين.

## نشاط افتتاحي " التأمل الافتتاحي "

- يقوم الباحثة بعمل تمرين استرخاء للمشاركين، حيث يطلب منهم إغماض أعينهم وأخذ نفس عميق من الأنف ببطء وهدوء وإخراجه من الفم، بحيث يتم تكرار ذلك أكثر من مرة، دون الانتباه لأي فكرة قد تخطر في البال، مع التركيز على عملية التنفس، ثم يطلب منهم ترديد عبارات إيجابية لأنفسهم: (أنا مرتاح، أنا سعيد) ثم يتم التذكير بأخذ نفس عميق من الأنف، وإخراجه ببطء من الفم أكثر من مرة، ومن ثم يطلب منهم فتح أعينهم مع رسم ابتسامة على وجوههم ويسألهم عن شعورهم بعد ذلك.

## النشاط المركزي: الرفاه النفسي:

- تعرف الباحثة الرفاه النفسي بأنه حالة من السلامة والسواء النفسية، فهي حالة تدل على حسن الحال والاستقرار والصحة النفسية في جوانب حياة الشخص المختلفة والتي تشمل: الصحة العامة، الصحة الجسدية، الصحة الانفعالية، الصحة الاجتماعية، الصحة النفسية، مما تساعد هذه الحالة الشخص في قدرته على التعايش والتأقلم مع نفسه ومع محيطه بالمجتمع.
- ثم توضح بأنه كي تساعد أنفسنا، علينا أن نتعرف على مكونات الرفاه الخمس (جسمك، عقلك، عاطفتك، روحك، وعملك).

## نشاط الاهتمام برفاهك الجسمي:

- حيث تطلب الباحثة من المشاركين تعبئة الجدول التالي:

الخطوات	كيف يمكن ذلك؟	أنشطة أخرى / اكتبها
1. أحصل عن نوم كافٍ.		
2. أحصل على غذاء جيد.		
3. قم بتحريك جسمك.		
4. استرخ قليلاً.		

■ ثم تقوم الباحثة بمناقشة المشاركين في الأنشطة التي سجلت وكيف يمكنهم تطبيقها في حياتهم العملية.

#### الاهتمام برفاهك العقلي:

■ توضح الباحثة أن الاهتمام بالرفاه العقلي مهم جداً، إن أكثر ما يجهد العقل يرهقه هو التفكير، وكون التفكير عملية تلقائية فإنه يصعب التحكم بها بشكل مباشر، لكن هناك مجموعة من الأنشطة التي يمكنها المساعدة في تخفيف كمية وسرعة التفكير، وجعل عقلك يشعر بالهدوء مما يساعدك على التركيز والتفكير المنظم خاصة بفترات التوتر والتي منها:

○ حرك جسمك او مارس أي نشاط حركي.

○ ركز على هنا والآن.

○ مارس نشاط الكتابة أو الرسم.

○ عبر عن أفكارك ومشاعرك لشخص تثق به.

○ أجعل لنفسك تحدياً جديداً.

#### الاهتمام برفاهك العاطفي:

■ حيث توضحا لباحثة ان الاهتمام بالرفاه العاطفي يمكن من خلال عدة خطوات:

○ الانضمام إلى مجموعة جديدة ومشاركتها الأنشطة.

○ فعل شيء تستمتع به من هوايات أو رغبات خاصة.

○ تحديد محسنات ومحفزات مزاجك، والبحث عن الأشياء التي تجلب السعادة دوماً.

○ تقبل ذاتك كما هي بإيجابيتها وبعيوبها وحاول تطويرها باستمرار.

#### الاهتمام برفاهك الروحي:

■ حيث توضحا لباحثة ان الاهتمام بالرفاه الروحي يمكن من خلال عدة خطوات:

○ شارك في إسعاد الآخرين وسعادتهم.

○ قم بعمل تطوعي لموضوع وقضية تؤمن بها.

○ اهتم بالعبادات والتقرب من الله.

○ اقض وقت مع أشخاص بحاجة للدعم.

#### الاهتمام برفاهك في العمل:

■ حيث توضحا لباحثة ان الاهتمام بالرفاه الروحي يمكن من خلال عدة خطوات:



- أحصل على وقت للراحة من العمل المتراكم والصعب.
- أطلب المساعدة، وقم بالتفويض المهام لأشخاص آخرين.
- قول كلمة (لا) للطلبات المتعبة والتي لا يمكنك الإيفاء بها.

نشاط مساند: لتحسين عناصر الرفاه النفسي: حيث تطلب الباحثة من المشاركين تطبيق النشاط ومناقشته:

مكونات الرفاه	أشياء يجب وقفها	أشياء يجب أن تبدأ	أشياء يجب أن تستمر
الجانب الجسدي	..... .....	..... .....	..... .....
الجانب العقلي	..... .....	..... .....	..... .....
الجانب العاطفي	..... .....	..... .....	..... .....
الجانب الروحي	..... .....	..... .....	..... .....
جانب العمل	..... .....	..... .....	..... .....

■ ملخص الجلسة: تقوم الباحثة بتلخيص عناصر الجلسة التي تمت خلال اليوم، كالتالي:

- ✓ قمنا بعمل ملخص للجلسة السابقة، وراجعنا الواجب البيتي.
- ✓ تعرفنا على ماهية الرفاه النفسي.
- ✓ تعرفنا على مكونات الرفاه النفسي.
- ✓ تعرفنا على الخطوات العملية لتطوير مكونات الرفاه النفسي وتحسين جودة الحياة.
- الواجب البيتي: على جميع المشاركين تطبيق خطوات تطوير مكونات الرفاه النفسي وتحسين جودة الحياة.

**الجلسة التاسعة: التدخلات المعرفية (التدريب على جدول الأفكار لتحديد الأفكار المشوهة).**

**مدة الجلسة: 90 دقيقة.**

**الهدف العام للجلسة:** اكساب المشاركين على كيفية التعرف على الأفكار السلبية من خلال جدول الأفكار.

**الأهداف الفرعية:**

✓ مراجعة الواجب البيتي

✓ التعرف على النموذج المعرفي ABC.

✓ التعرف على سجل الأفكار التلقائية وكيفية تطبيقه.

✓ مناقشة الأفكار والمعلومات التي سجلها المشاركون.

**الأدوات المستخدمة:** أقلام فلماستر، ورق برستول، ورق A4، أقلام، جدول الأفكار لتلقائية.

**الأساليب والفنيات المستخدمة:** المحاضرة، والمناقشة والحوار، طرح التساؤلات، مهارات المقابلة الإرشادية، لعب الأدوار.

**سير الجلسة وإجراءات التنفيذ:**

■ البداية والترحيب:

- ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الالتزام والحضور.
- تقوم الباحثة بعرض ملخص سريع لمحتوى الجلسة السابقة، وتقوم بربطه بالجلسة الحالية.
- تقوم الباحثة بمراجعة الواجب البيتي مع المشاركين، ومعرفة المعوقات إن وجدت ومناقشتها.

**نشاط فحص المشاعر:**

- تقوم الباحثة بقياس مستوى المزاج لدى جميع المشاركين، كجزء من القياس والمتابعة خلال الجلسة، حيث يطلب من كل مشارك وضع درجة المشاعر على خط مستقيم يمتد من صفر إلى 10، حيث تمثل درجة صفر أدنى درجة المزاج المنخفض والحزين، وتمثل درجة 10 أعلى درجة للمزاج المرتفع والسعيد، وتسجل هذه النتائج ضمن ملفات المجموعة الإرشادية، وتقديم الدعم والمساندة للمشاركين.

## نشاط افتتاحي: البالونات

■ تقوم الباحثة بتوزيع البالونات على المشاركين، وتطلب من كل مشارك كتابة ثلاث كلمات إيجابية، ومن ثم إطلاق البالونات في الهواء، يقوم كل شخص بعد ذلك بأخذ بالون وتكوين جملة من الثلاث كلمات، ومن ثم تقوم الباحثة بفحص مشاعر المشاركين على مقياس المشاعر.

## نشاط مركزي: شرح نموذج ABC

تقوم بالباحثة شرح نموذج ABC من خلال توضيح أن كل شخص منا يمر بالعديد من المواقف الضاغطة والمؤلمة التي تكون جزء من حياتنا اليومية، والتي تؤدي بالفرد إلى الإحساس بحالة من التوتر والاضطراب، والذي بدوره يظهر بصورة: حزن، ضيق، انفعال، غضب، قلق وغيرها الكثير من الانفعالات السلبية المرتبطة بتلك المواقف، أما على الصعيد الفسيولوجي تظهر على الفرد أعراض: صداع، ارتفاع ضغط الدم، آلام في المعدة، تعرق، زيادة نسبة السكر وغيرها من الاضطرابات الفسيولوجية التي تعود بالأساس لعوامل وأسباب نفسية، حيث أن (A) هو الحدث أو الواقعة أو الخبرة المنشطة (هنا والآن) مثل: وفاة . طلاق . رسوب.

و (B) هي نظام التفكير لدى الفرد أو تلك الأفكار أو الأقاويل التي يقولها الفرد لنفسه حول الحادث (A) ونظام المعتقدات لديه فقد تكون ايجابية فيقول ( هذه أحداث واردة ومحتمل حدوثها في الحياة) أو يكون غير ايجابية فيقول : ( هذه أحداث غير واردة وغير متوقعة) فإذا تضمن نظام المعتقدات غير ايجابية نحو الخبرة تلك أدى ذلك إلى نتيجة انفعالية.

أما (C) فهي النتيجة ( الاستجابة الانفعالية) أو ردود الفعل التي يستجيب بها الفرد سواء كان ساراً وإيجابياً (صبر . رضا . إصلاح) أو غير ايجابي (حزن . توتر . قلق) فإنه في الواقع يكون هذا الانفعال سواء أكان انفعالا ساراً أو غير ذلك ليس نتيجة للحدث الذي سبقه (A) وإنما هو نتيجة للفكرة الخاطئة (B) أو بعبارة أخرى فإن النتائج الانفعالية والسلوكية في حياتنا إنما يحكمها نظام التفكير لدينا.

تقوم الباحثة بتوزيع أوراق عمل على المشاركين، لقوموا بكتابة الأحداث الصادمة، حيث تمثل A الحدث الصادم أو الموقف الضاغط، B تمثل الفكرة حول تلك الحدث، أما C تمثل النتيجة، تناقش الباحثة المشاركين وتشجعهم على ذكر حديثهم الذاتي في تلك المواقف وتدوين أفكارهم تبعاً لنموذج (ABC).

## نشاط مساند: فنية التخيل العقلاني ولعب الأدوار

يقوم أحد المسترشدين بتمثيل دور أمام زملائه يوضح من خلال هذا الدور موقف صادم أو ضاغط تعرض له خلال حياته اليومية، حيث نتج عن هذا الموقف فكرة أو أفكار سلبية، حيث يقوم بإظهار الطريقة التي تم بها التعامل مع هذه الأفكار السلبية وذلك باتباع الأسلوب التي تم التدريب عليه، يقوم في المقابل مشارك آخر بالتفكير بشكل ايجابي في نفس الموقف، هنا يتم تبصير المشاركين بمشاعرهم من خلال سؤال كل مشارك عن مشاعره.

### سجل الأفكار:

- حيث تقوم الباحثة بتوضيح ماهية جدول الأفكار وكيفية تطبيقه، وتطرح على المشاركين المعلومات التالية:
  - يعتبر سجل الأفكار التلقائية من الفنيات الهامة بالعلاج المعرفي السلوكي.
  - يوفر للشخص آلية لتحديد الأفكار التلقائية غير الفعالية.
  - يحرص المعالجون على البدء بتقديم سجل الأفكار للشخص بمراحل مبكرة.
  - كلما زاد عدد سجلات الأفكار التلقائية التي تم إكمالها كلما كان التحسن أسرع.
  - قبل البدء باستخدامه يجب التأكد من قدرة الشخص على اكتشاف أفكاره التلقائية من خلال أمثلة واقعية خلال الجلسة.
  - اشرح للشخص أسباب استخدام سجلات مكتوبة للأفكار: كطريقة لإشراكه وتعاونه بعملية العلاج، وتحديد وتقييم استجاباته للمواقف المختلفة، وللتعرف على أفكاره ومشاعره وسلوكه.
  - شجع الشخص على الاستمرار باستخدام سجل الأفكار كطريقة للمتابعة الذاتية.
  - ساعد الشخص على استخدام طريقة حل المشكلات للتعامل مع عوائق استخدام سجل الأفكار.

### آلية تطبيق جدول الأفكار التلقائية:

- حيث تقوم الباحثة بمساعدة المشاركين على كيفية تسجيل ومراقبة الأفكار السلبية والمشاعر والسلوك، والتي تبدأ فيها الباحثة بمساعدة المشاركين في تسجيل أفكاره الأوتوماتيكية، بهدف: زيادة الوعي بذاته وبأفكاره، وكيف يفكرون ويشعرون ويتصرفون بالمواقف التي تسبب القلق أو التوتر أو الإزعاج، وهذا التسجيل يكون فقط للمواقف التي لها علاقة بمشكلة الشخص، وتساعد فيها الشخص في تعلم كيفية التسجيل عبر جداول الأفكار التي تسجل فيها الأفكار واحدة تلو

الأخرى ولا تسجل فيها مجموعة دفعة واحدة، فإن لم يستطع الشخص تسجيل الأفكار المتعلقة بمشكلته، يمكننا أن نجعله بالبداية يسجل أفكار في مواقف عادية حتى يتقن مهارة التسجيل، ومن ثم البدء في تسجيل الأفكار والمشاعر والسلوكيات ذات العلاقة بمشكلته.

- تساعد الباحثة المشاركين في تسجيل أفكارهم السلبية الأوتوماتيكية وفيها يمكن في خانة المشاعر أن يوضح الشخص درجة هذا الشعور على مقياس من 10 درجات، فإذا كان يشعر بالكآبة والاحباط يمكنه أن يوضح درجة هذا الشعور بالاحباط من 10 على أن تكون درجة صفر تعني (لا احباط) ودرجة 10 تعني (أعلى درجة الاحباط) كالتالي:

اليوم والتاريخ	الحدث	الفكرة التلقائية	الشعور	السلوك/التصرف
			درجة الشعور:	
			5 10 0	

#### مناقشة الأفكار والمعلومات التي سجلها المشاركون:

- توضح الباحثة هدف التقنية وهي زيادة وعي المشاركين بالعلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، حث عليهم ملاحظة واستنتاج العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك الذي تم تسجيل من خلال التجريب مع الباحثة في الجلسة.
- وهنا على المشاركين تجريب استخدام جدول الأفكار التلقائية في الجلسة، وذلك بمساعدة الباحثة.
- ثم تقوم الباحثة بمراجعة ما تم تسجيله ومناقشة المشاركين في ملاحظاتهم وطريقة تسجيلهم.
- ملخص الجلسة: تقوم الباحثة بتلخيص عناصر الجلسة التي تمت خلال اليوم، كالتالي:
  - ✓ قمنا بعمل ملخص للجلسة السابقة، وراجعنا الواجب البيتي.
  - ✓ تعرفنا على النموذج المعرفي ABC.
  - ✓ تعرفنا على سجل الأفكار التلقائية وكيفية تطبيقه.
  - ✓ ثم ناقشنا الأفكار والمعلومات التي سجلها المشاركون.

- **الواجب البيتي:** على جميع المشاركين تطبيق جدول الأفكار التلقائية بشكل أسبوعي وإحضاره خلال الجلسات القادمة، والتي ستركز على تدريب المشاركين على كيفية التعامل مع هذه الأفكار السلبية.

**الجلسة العاشرة: التدخلات المعرفية (خلق الوعي المعرفي الذاتي، وتعديل الأفكار بطريقة الأدلة).**

**مدة الجلسة: 90 دقيقة.**

**الهدف العام للجلسة:** اكساب المشاركين مهارة الوعي المعرفي الذاتية وطريقة تعديل الأفكار السلبية بالأدلة.

**الأهداف الفرعية:**

✓ مراجعة الواجب البيتي.

✓ التعرف على طريقة ملاحظة الايجابية مهما كانت.

✓ التعرف على طريقة الأدلة لتعديل الأفكار السلبية.

✓ التعرف على طريقة الأسئلة العشرة لتعديل الفكرة ذاتياً.

**الأدوات المستخدمة:** أقلام فلماستر، ورق برستول، ورق A4، أقلام، نموذج الأدلة ونموذج الأسئلة العشرة.

**الأساليب والفنيات المستخدمة:** المحاضرة، والمناقشة والحوار، طرح التساؤلات، مهارات المقابلة الإرشادية، لعب الأدوار.

**سير الجلسة وإجراءات التنفيذ:**

▪ **البداية والترحيب:**

○ ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الالتزام والحضور.

○ تقوم الباحثة بعرض ملخص سريع لمحتوى الجلسة السابقة، وتقوم بربطه بالجلسة الحالية.

○ تقوم الباحثة بمراجعة الواجب البيتي مع المشاركين، ومعرفة المعوقات إن وجدت ومناقشتها.

**نشاط فحص المشاعر:**

▪ تقوم الباحثة بقياس مستوى المزاج لدى جميع المشاركين، كجزء من القياس والمتابعة خلال

الجلسة، حيث يطلب من كل مشارك وضع درجة المشاعر على خط مستقيم يمتد من صفر إلى

10، حيث تمثل درجة صفر أدنى درجة المزاج المنخفض والحزين، وتمثل درجة 10 أعلى درجة

للمزاج المرتفع والسعيد، وتسجل هذه النتائج ضمن ملفات المجموعة الإرشادية، وتقديم الدعم والمساندة للمشاركين.

### نشاط افتتاحي " التأمل الافتتاحي "

- يقوم الباحثة بعمل تمرين استرخاء للمشاركين، حيث يطلب منهم إغماض أعينهم وأخذ نفس عميق من الأنف ببطء وهدوء وإخراجه من الفم، بحيث يتم تكرار ذلك أكثر من مرة، دون الانتباه لأي فكرة قد تخطر في البال، مع التركيز على عملية التنفس، ثم يطلب منهم ترديد عبارات إيجابية لأنفسهم: (أنا مرتاح، أنا سعيد) ثم يتم التذكير بأخذ نفس عميق من الأنف، وإخراجه ببطء من الفم أكثر من مرة، ومن ثم يطلب منهم فتح أعينهم مع رسم ابتسامة على وجوههم ويسألهم عن شعورهم بعد ذلك.

### ملاحظة الايجابية مهما كانت **Catching The Positive**:

- بعد أن قام المشاركون بكتابة سجل الأفكار التلقائية لمدة أسبوع على الأقل، تقوم الباحثة بمساعدة المشاركين على رصد وملاحظة أي إيجابيات من خلال الفترة الماضية مهما كانت بسيطة وقد يكون ذلك:
  - مدى الالتزام بالجلسات.
  - تحسن في الاهتمام بالذات والآخرين.
  - تحسن العلاقات.
  - الالتزام بالواجبات المنزلية.
  - تحسن درجات المزاج في الفحص الأولى في كل الجلسات وهكذا.

### نشاط مركزي: بناء مقياس للأفكار السلبية:

- وهذه التقنية تعتمد الباحثة خلالها على الأفكار السلبية التي سجلها الشخص، حيث يقوم بملاحظة كل الأفكار السلبية، ويعيد كتابتها مره أخرى على ورقة خارجية ويعيد ترتيبها من الأسهل تغييراً إلى الأصعب تغييراً.
- ثم يقوم الشخص بأخذ فكرتين وضعهم على المقياس المرتب من الأسهل لأصعب، ولا تتدخل الباحثة في اختياره، ثم تنتقل الباحثة لتدريب المشاركين على طريقة الأدلة لتعديل الأفكار السلبية.

## طريقة الأدلة Evidence:

وفي هذه الطريقة تستخدمها الباحثة لإيجاد اثبات أو نفي الفكرة بالأدلة، وذلك من خلال جدول معين كالتالي:

الفكرة السلبية/..... درجة الاعتقاد فيها (.....)

ما يدعم ويثبت الفكرة	الفكرة السلبية	ما ينفي الفكرة

صياغة فكرة بديلة أو معادلة/.....

وبهذه الطريقة يجب ملاحظة عدم تدخل الباحثة في إثبات أو نفي الأفكار حتى لا يصبح عمليه غسيل دماغ، ولكن بعض الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب قد لا يجدون أدلة لنفي الفكرة السلبية وهنا يمكن للباحثة أن تساعد في إيجاد الأدلة التي تنفيها، وكل فكره لها ما يثبتها ولها ما ينفيها أو يضعفها على الأقل.

## طريقة الأسئلة العشرة لتحدي الأفكار السلبية

▪ حيث تقوم الباحثة بتدريب المشاركين على طرح الأسئلة العشرة كاملة على كل فكرة مزعجة يقومون بتحليلها، حيث عليهم التفكير بروية في إجابة كل تساؤل، وعدم الاستعجال حيث أن بعض الأسئلة قد تحتاج لبعض الوقت، ويتم التدريب عليها خلال الجلسة من خلال الطريقة التالية:

الفكرة المزعجة:..... درجة الاقتناع بها من 100: (....)

الشعور المصاحب للفكرة:..... درجة هذا الشعور من 100: (....)

1. هل هذه الفكرة دقيقة فعلاً، بمعنى هل صحيح أن (الموقف) يعني (فكرتك المزعجة)؟

.....

2. هل لديك خبرات من الماضي توصلك لاستنتاج آخر غير فكرتك المزعجة؟

.....

3. هل هناك حقائق ومعلومات تدعم فكرتك المزعجة وتؤيدها؟



.....  
4. هل هناك حقائق ومعلومات لا تدعم فكرتك المزعجة وتعارضها؟  
.....

5. هل هناك تفسير بديل للموقف بخلاف فكرتك المزعجة هذه؟  
.....

6. هل لو تعرض مجموعة من الأشخاص لنفس الموقف سيصلون لنفس استنتاجك؟  
.....

7. هل هناك احتمالية حقيقة لحدوث ما تخشى من هذا الموقف، أم أن هناك مبالغة؟  
.....

8. هل تعتبر هذه الفكرة مفيدة وتساعدك في حياتك بشكل إيجابي؟ حاول كتابتها  
.....

9. هل مضار للفكرة المؤرقة على حياتك بشكل سلبي؟ حاول كتابتها  
.....

10. هل لديك مهارات يمكنها ان تساعدك في معالجة الموقف بطريقة مختلفة؟  
.....

بعد الإجابة على التساؤلات السابقة، أجب عما يلي:

○ درجة الاقتناع بالفكرة السلبية: (.....) درجة الشعور المصاحب للفكرة من 100:  
(.....)

هل يمكنك صياغة فكرة بديلة

لآن:.....

▪ ملخص الجلسة: تقوم الباحثة بتلخيص عناصر الجلسة التي تمت خلال اليوم، كالتالي:

✓ قمنا بعمل ملخص للجلسة السابقة، وراجعنا الواجب البيتي.

✓ تعرفنا على طريقة ملاحظة الايجابية مهما كانت.

✓ تعرفنا على طريقة الأدلة لتعديل الأفكار السلبية.

✓ تعرفنا على طريقة الأسئلة العشرة لتعديل الفكرة ذاتياً.

- الواجب البيئي: على جميع المشاركين تطبيق طريقة الأدلة وطريقة الأسئلة العشرة كواجب بيئي، بعد أن يقوم المشاركون باستكمال تطبيق سجل الأفكار التلقائية.

**الجلسة الحادية عشر: التدخلات المعرفية (تعديل الأفكار بطريقة المنافع والأضرار وتحدي الأفكار السلبية).**

**مدة الجلسة: 90 دقيقة.**

**الهدف العام للجلسة:** اكساب المشاركين مهارة تعديل الأفكار بطريقة المنافع والأضرار وتحدي الأفكار السلبية.

**الأهداف الفرعية:**

- ✓ مراجعة الواجب البيئي.
- ✓ التعرف على طريقة المنافع والمضار لتعديل الأفكار السلبية.
- ✓ التدريب على طريقة تحدي الفكرة الكارثية.
- ✓ استخدام منهجية الأسئلة السقراطية والاكتشاف الموجه لزيادة عي الشخص بالأفكار السلبية وتعديلها.

**الأدوات المستخدمة:** أقلام فلماستر، ورق برستول، ورق A4، أقلام، نموذج النافع والأضرار.

**الأساليب والفنيات المستخدمة:** المحاضرة، والمناقشة والحوار، طرح التساؤلات، مهارات المقابلة الإرشادية، لعب الأدوار.

**سير الجلسة وإجراءات التنفيذ:**

▪ البداية والترحيب:

- ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الالتزام والحضور.
- تقوم الباحثة بعرض ملخص سريع لمحتوى الجلسة السابقة، وتقوم بربطه بالجلسة الحالية.
- تقوم الباحثة بمراجعة الواجب البيئي مع المشاركين، ومعرفة المعوقات إن وجدت ومناقشتها.

**نشاط فحص المشاعر:**

- تقوم الباحثة بقياس مستوى المزاج لدى جميع المشاركين، كجزء من القياس والمتابعة خلال الجلسة، حيث يطلب من كل مشارك وضع درجة المشاعر على خط مستقيم يمتد من صفر إلى

10، حيث تمثل درجة صفر أدنى درجة المزاج المنخفض والحزين، وتمثل درجة 10 أعلى درجة للمزاج المرتفع والسعيد، وتسجل هذه النتائج ضمن ملفات المجموعة الإرشادية، وتقديم الدعم والمساندة للمشاركين.

10

0

### نشاط افتتاحي " التأمل الافتتاحي "

- يقوم الباحثة بعمل تمرين استرخاء للمشاركين، حيث يطلب منهم إغماض أعينهم وأخذ نفس عميق من الأنف ببطء وهدوء وإخراجه من الفم، بحيث يتم تكرار ذلك أكثر من مرة، دون الانتباه لأي فكرة قد تخطر في البال، مع التركيز على عملية التنفس، ثم يطلب منهم ترديد عبارات إيجابية لأنفسهم: (أنا مرتاح، أنا سعيد) ثم يتم التذكير بأخذ نفس عميق من الأنف، وإخراجه ببطء من الفم أكثر من مرة، ومن ثم يطلب منهم فتح أعينهم مع رسم ابتسامة على وجوههم ويسألهم عن شعورهم بعد ذلك.

### نشاط مركزي: طريقة المنافع والمضار Advantage & Disadvantage:

- تقوم الباحثة بتوضيح ماهية التقنية بأنها تستخدم لتحديد منافع ومضار الأفكار السلبية، مثلاً: ما الفائدة عندما تفكر بأنك فاشل؟ وماذا ستخسر؟، وماذا ستخسر لو فكرت بأنك ناجح؟ وما الفائدة منه؟
- تعرض نموذج المنافع والأضرار على المشاركين.
- تطلب الباحثة تجريب النموذج على إحدى الأفكار السلبية في جداول الأفكار التلقائية التي تم تسجيلها خلال الأسبوع الماضي.

الفكرة السلبية/..... درجة الاعتقاد فيها (.....)

فوائد ومنافع الفكرة	الفكرة السلبية	اضرار وسلبيات الفكرة

صياغة فكرة بديلة أو معادلة/.....

## تحدي كارثية الفكرة:

■ وهنا تسعد الباحثة المشاركين على التأمل الجيد في الأفكار السلبية التي تسجلها والقدرة على تحدي هذه الأفكار بطريقة منطقية، مثلاً فكرة: أنا فاشل.....ماذا يعني بأنك فاشل.....يعني بأني أسوأ إنسان بالعالم.....ولو أنك أسوأ إنسان بالعالم ماذا سيحدث.....وتبقى معه الباحثة بهذه الأسئلة حتى يصل لعدم قدرة الشخص للإجابة عن التساؤلات، وهناك يعرف الشخص بأن أسوأ شيء يمكن أن يتخيله لا يعبر عن شيء حقيقي سيحدث وان الكارثية هي فقط برأسه وليست بالواقع.

### نشاط مساند: الأسئلة السقراطية والاكتشاف الموجه:

■ وهنا تقوم الباحثة بتدريب المشاركين على اكتشاف الجوانب الغائبة وغير الملاحظة من قبل المشاركين، حيث تقوم بعرض مجموعة من التساؤلات المساعدة كالتالي:

1. تسأل الشخص أسئلة يمكنه من الإجابة عنها.
2. تقوم بلفت نظر الشخص لمعلومات ذات صلة بالموضوع ولكنها ليست حالياً في دائرة انتباهه.
3. تحرك بالأسئلة من الخاص للعام (المجرد): فالشخص الذي لديه فكرة (أنا فاشل) أقوم بسؤاله (ماذا تقصد بأنك فاشل؟)
4. تساعد الشخص على إعادة تقييم الموضوع والتوصل لاستنتاج جديد.
5. تساعد الشخص لتكوين منظور جديد بناء على المعلومات الناتجة منه وليس من المعالج.
6. تساعد الشخص بتكوين بدائل تفسير متعددة لخبراته من خلال فحص الأدلة وتوليد البدائل.
7. تساعد على تطوير قدرة الشخص على التقييم عن طريق خلق الشك بدل اليقين.
8. تلخيص المعلومات المكتشفة (ليتم التأكد من إن كانت الباحثة فهمت الشخص أم لا؟).

### فنية صرف الانتباه:

■ تضح الباحثة بأنها تقنية تستخدم هذه الفنية لأهداف محددة وقصيرة المدى، وتستخدم عندما يكون الشخص لديه تفكير بفسله (اجترار أفكار)، فيتم الطلب منه أن يقوم بصوت مسموع بوصف محتويات الغرفة أو التركيز على شيء معين (أين هو بالضبط؟ ما حجمه؟ ما لونه؟ أو يقوم بطرح 7 من 100 كل مرة).

▪ من المهم تشجيع الشخص على تقييم مزايا هذه الطريقة (الشعور المؤقت بالارتياح) وعبوبها (ترك المشكلة دون حل).

▪ ملخص الجلسة: تقوم الباحثة بتلخيص عناصر الجلسة التي تمت خلال اليوم، كالتالي:

✓ قمنا بعمل ملخص للجلسة السابقة، وراجعنا الواجب البيتي.

✓ تعرفنا على طريقة المنافع والمضار لتعديل الأفكار السلبية.

✓ تدربنا على طريقة تحدي الفكرة الكارثية.

✓ تعرفنا على طريقة الاكتشاف الموجه لاكتشاف الأفكار وتعديلها.

▪ الواجب البيتي: على جميع المشاركين تطبيق طريقة المنافع والأضرار، وطريقة تحدي كارثية الفكرة، بعد أن يقوم المشاركون باستكمال تطبيق سجل الأفكار التلقائية.

**الجلسة 12 -14: أسلوب حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي.**

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

**الهدف العام للجلسة**: اكساب المشاركين مهارة أسلوب حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي.

**الأهداف الفرعية**:

✓ مراجعة الواجب البيتي.

✓ التعرف على التوجه العام نحو المشكلات لدى المشاركين وتعديله.

✓ إكساب المشاركين مهارة حل المشكلات بأسلوب علمي ممنهج.

✓ تحسين الأداء والانجاز في الوظائف الحياتية المختلفة لدى المشاركين.

**الأدوات المستخدمة**: أقلام فلماستر، ورق بريستول، ورق A4، أقلام، نماذج أسلوب حل المشكلات.

**الأساليب والفنيات المستخدمة**: المحاضرة، والمناقشة والحوار، طرح التساؤلات، مهارات المقابلة الإرشادية، لعب الأدوار.

**سير الجلسة وإجراءات التنفيذ**:

▪ البداية والترحيب:

○ ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الالتزام والحضور.

○ تقوم الباحثة بعرض ملخص سريع لمحتوى الجلسة السابقة، وتقوم بربطه بالجلسة الحالية.

○ تقوم الباحثة بمراجعة الواجب البيتي مع المشاركين، ومعرفة المعوقات إن وجدت ومناقشتها.

## نشاط فحص المشاعر:

- تقوم الباحثة بقياس مستوى المزاج لدى جميع المشاركين، كجزء من القياس والمتابعة خلال الجلسة، حيث يطلب من كل مشارك وضع درجة المشاعر على خط مستقيم يمتد من صفر إلى 10، حيث تمثل درجة صفر أدنى درجة المزاج المنخفض والحزين، وتمثل درجة 10 أعلى درجة للمزاج المرتفع والسعيد، وتسجل هذه النتائج ضمن ملفات المجموعة الإرشادية، وتقديم الدعم والمساندة للمشاركين.

10

0

## نشاط افتتاحي " التأمل الافتتاحي "

- يقوم الباحثة بعمل تمرين استرخاء للمشاركين، حيث يطلب منهم إغماض أعينهم وأخذ نفس عميق من الأنف ببطء وهدوء وإخراجه من الفم، بحيث يتم تكرار ذلك أكثر من مرة، دون الانتباه لأي فكرة قد تخطر في البال، مع التركيز على عملية التنفس، ثم يطلب منهم ترديد عبارات إيجابية لأنفسهم: (أنا مرتاح، أنا سعيد) ثم يتم التذكير بأخذ نفس عميق من الأنف، وإخراجه ببطء من الفم أكثر من مرة، ومن ثم يطلب منهم فتح أعينهم مع رسم ابتسامة على وجوههم ويسألهم عن شعورهم بعد ذلك.

## التدريب على خطوات حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي:

- تقوم الباحثة بتدريب المشاركين على أسلوب حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي، بحيث تقوم الباحثة بتطبيق خطوتين في كل جلسة وعلى مدار ثلاث جلسات متتالية.
- تقوم الباحثة بتوضيح بعض المعلومات حول المشكلات بشكل عام، فتقوم بتوضيح أن:
  - ✓ المشكلات موجودة بشكل يومي، وقد تخلق الإجهاد والشعور بالضيق والقلق وأحيانا الاكتئاب والانتحار.
  - ✓ المشكلات الصغيرة إن لم تحل تتحول لمشكلة أكبر تنتج الإحباط والقلق وفقدان الأمل.
  - ✓ المهارات الضعيفة لحل المشكلات تصيب الشخص بالمشكلات النفسية، وعندما يصاب الشخص بالاكتئاب تصبح المشكلات أكثر صعوبة.
  - ✓ في الأوضاع العادية يستطيع الإنسان أن يحل كثيراً من مشكلاته، لكن بالأوضاع الصعبة الأمر مختلف.

✓ التدريب على أسلوب حل المشكلات يساعد في السيطرة عليها ويعطي وقاية مستقبلية من الإصابة بالأمراض النفسية.

✓ خطوات حل المشكلات تساعد في علاج بعض الاضطرابات نحو القلق والاكتئاب وتساعد في الشعور بالأمل وتحسن المزاج.

#### تعريف أسلوب حل المشكلات:

أسلوب حل المشكلات هو عبارة عن طريقة مبنية على الحقائق النفسية الذي يمكن استخدامها في علاج وحل بعض المشكلات البسيطة والمتوسطة، ويتميز بأنه أسلوب تعليمي/ تثقيفي يمكن للشخص أن يتعلمه ويمارسه من تلقاء نفسه دون الحاجة لتدخل متخصص.

#### خطوات حل المشكلات السبع:

الخطوة الأولى: التوجه للمشكلة.

الخطوة الثانية: تحديد المشكلات.

الخطوة الثالثة: تحديد واختيار المشكلة وتعريفها.

الخطوة الرابعة: توليد الحلول المقترحة.

الخطوة الخامسة: مقارنة الحلول وتقييمها واختيار الحل.

الخطوة السادسة: وضع خطة لتنفيذ الحل.

الخطوة السابعة: تقييم الحل والخطة.

الخطوة الأولى: التوجه للمشكلة.

▪ حيث تقوم الباحثة بتوضيح ماهية التوجه بأنه ما ن فكر ونعتقد عن المشاكل بصفة عامة، وأيضاً ما نعتقد عن قدراتنا على حل المشكلات.

وأهمية معرفة ذلك: أن التوجه هو الذي يجعلنا إما أن نواجه المشاكل ونحاول حلها، أو أن نتجنبها أو نتجاهل وجودها، وأن هناك نوعين من التوجه:

التوجه الايجابي للمشاكل (نميل للنمط العقلاني المنظم) ولها عدة أفكار:

◆ أن المشاكل شائعة وهي جزء طبيعي من الحياة.

◆ أننا ننظر لها كتحديات وفرص للتغيير.

◆ أن لكل مشكلة حل.

◆ أننا نقدر على حلها.





العنيف والعصبية الدائمة وهذا كله يدلنا على وجود مشكلة ما، ثم اسأل الحالة عن العلامات التي تظهر عليها حالياً حسب الجدول:

#### قائمة الأعراض/ العلامات:

أفكار	مشاعر	سلوك	أعراض جسمية (فسيولوجية)
مثال/ أنا أب سيئ	حزن وضيق وغضب	انعزال/ ضرب الأبن الصغير	صداع/ ألم بالظهر

#### الجزء الثاني: تتبع مؤشرات المشاكل:

تقوم الباحثة بالطلب من الشخص التفكير في الوقت الذي سبق هذه المشاعر والأفكار والسلوكيات (التي بالجدول الأعلى)، وعندما ترجع بالتفكير للوقت السابق مثلاً قبل أسبوع أو اسبوعين وما الأحداث التي حدثت بالضبط، وعندها سيتم تحديد الظروف التي جعلت الحالة تصل إلى وجود هذه العلامات، وهذه الظروف هي فعلاً المشكلات التي نريد التعرف عليها، ويمكن تصنيفها لأحد المشكلات التالية بالجدول التالي:

#### قائمة المشاكل الحياتية

رعاية الذات	اجتماعية - علائقية	مهنية - دراسية	روحية (ثقافية، دينية)
		مثال/ مشكلة مستوى الأبن الدراسي.	

### الخطوة الثالثة: اختيار وتحديد وتعريف المشكلة: -

#### الجزء الأول: اختيار المشكلة:

- تساعد الباحثة الشخص في اختيار مشكلة من المشكلات بالجدول السابق، حيث يقول سنبدأ ببعض التعليمات حول كيفية اختيار المشكلة، فيفضل البدء بمشكلة سهلة فهذا يساعدك على التدريب على الأسلوب وستشعر بالإنجاز والنجاح، والبدء بمشكلة عملية، والبدء بالمشكلة الملحة أن وجدت، وبشكل عام ينصح البدء بمشكلة يمكن حلها وذات معنى وتكون مناسبة، بالنظر للقائمة أي المشكلات برأيك يمكن اختيارها الآن؟

#### المشكلة المختارة للحل:

مثال/ تدهور المستوى الدراسي للأبن

الأكبر.....

#### الجزء الثاني: تعريف المشكلة:

- ثم نقول الباحثة نريد الآن تعريفها بوضوح أكثر، ولعمل ذلك نبدأ بجمع كل الوقائع عن المشكلة، وهنا بعض الأسئلة التي تساعدنا في ذلك، نحو: من وماذا وأين ومتى... وما هي الطريقة المعتادة للحل وهل نجحت؟

#### تقييم وتعريف المشكلة:

	من المقصود بالمشكلة؟
	متى تحدث؟
	أين تحدث؟
	ماذا تتضمن؟
	كيف تولدت المشكلة؟
	ما هي طريقة تعامل الحالة مع المشكلة حتى الآن؟
	نتيجة تعامل الحالة مع المشكلة حتى الآن؟
	صياغة المشكلة:

#### الخطوة الرابعة: توليد الحلول:

▪ تقول الباحثة وصلنا للخطوة الرابعة وهي توليد الحلول لحل المشكلة التي اخترناها، والطريقة التي سنستخدمها هي العصف الذهني وهي طريقة لإيجاد أكبر عدد من الحلول والهدف من الحلول الكثيرة: هو أن ذلك يعطينا فرصة أكبر لاكتشاف الحل الأمثل، بدلا من أن نكتفي بفكرة واحدة أو اثنتين.

وأهم شروط العصف الذهني هو أن نولد أفكار كثيرة ولا نقوم بالحكم عليها، فلا يهمننا بهذه المرحلة إذا كان الحل جيد أو لا لكن سنكتب كل الأفكار وننشط الإبداع، حتى أن كانت أفكار جامحة، وهناك شرط آخر أن هذه الأفكار لا يجب أن تكون كاملة، فعليك اختيار الحلول التي تساهم في حل المشكلة ولو بصورة جزئية.

#### قائمة البدائل المقترحة للحل:

	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7
	8
	9
	10

#### الخطوة الخامسة: مقارنة الحلول واتخاذ القرار/ الحل: -

▪ تقول الباحثة وصلنا للمرحلة الخامسة وهي اتخاذ القرار وتعلم نظام تقييم الخيارات الموجودة، ومن ثم اختيار الحل الأمثل لحل المشكلة، وما نبحت عنه هو حل يمكن تطبيقه، ويمكن الوصول إليه واحتمالية أن يحل المشكلة أو يساهم في حلها، وأول شيء أنظري للحلول المكتوبة، والخطوة الأولى: هي أن تلاحظ إذا كان هناك ما نستطيع استثناءه لأنه لا يمكن تطبيقه الآن (شطب ومسح الحلول التي طرحت لكنها غير واقعية ولا يمكن تطبيقها).

والخطوة التالية/ نرى إذا كان من الممكن تجميع الحلول المتشابهة معاً، وذلك يسهل علينا عملية التقييم، مثلاً: هناك حلان يتعلقان بأنشطة يومية .... هل ترين أنشطة أخرى يمكن تجميعها معاً، وهنا تبقى خيارات أقل من الحلول بعد حذف الحلول غير الواقعية ودمج بعض الحلول المتشابهة. نريد الآن استنتاج الفوائد والأضرار المحتملة من الحلول، وسنعمل ذلك مع جميع الحلول المتبقية... حيث نقوم بجمع التأثير الإيجابي للحل، والتأثير السلبي، ثم نقيم هذه التأثيرات بطريقة رقمية، حيث أن كل فائدة أو تأثير إيجابي يأخذ علامة + وكل تأثير سلبي تأخذ علامة -، وأحياناً بعض الفوائد تكون أهم من غيرها ويمكن تأخذ علامتين أو حتى ثلاثة علامات + + +، وكذلك التأثير السلبي قد يأخذ علامتين وحتى ثلاثة علامات - - -.

### تقييم البدائل

مثال/ مناقشة الزوج لحل المشكلة .....

التأثير الإيجابي	الدرجة	التأثير السلبي	الدرجة
مثال/ تحسين علاقتي مع زوجتي	+++	مثال/ الجيران ممكن يسمعون صوتنا	-

ونقوم بهذه الطريقة التي بالجدول أعلاه مع جميع الحلول المتبقية، ثم نقوم بحساب درجات الايجابيات والسلبيات لكل حل، حتى نصل للحل المختار وهو الحل الذي حصل على أعلى درجات في التأثير الإيجابي وأقل درجات في التأثير السلبي.

الحل المختار: مثال/ مناقشة الزوج لحل المشكلة

### الخطوة السادسة: وضع وتنفيذ خطة العمل:

▪ تقول الباحثة نحن الآن على استعداد للبدء في الخطوة السادسة وهي وضع وتنفيذ خطة العمل، وخطة العمل هي الطريقة التي يحول فيها الحل المختار إلى واقع، ومن المهم وضع خطة عملية فمن الممكن أن يكون هناك بعض العوائق غير المتوقعة التي تحتاج إلى تخطيط للتغلب عليها، وهي تزودنا بخطوات عملية مفصلة لتطبيق الحل.

## خطة العمل:

ماذا؟	متى؟	مع من؟	بماذا؟	توقعات (نتائج، عقبات)
مثال/ مناقشة الزوجة بموضوع الأبن الأكبر	يوم الجمعة عصراً عندما يكون هادئ	مع الزوج	مناقشة تأخره الدراسي وكيف نساعد في التحسن	ممكّن يتقبل/ ونتفاهم على حل. ممكّن يعصب ويحملني المسؤولية. لو عصب راح اتفهّمه وممكن أأجل النقاش

\* المدى الزمني لتنفيذ الخطة: من ..... إلى: .....

\* موعد مراجعة الخطة: .....

### الخطوة السابعة: تقييم الحلول:

■ تقول الباحثة نلتقي اليوم لتقييم الحل، وتقييم الحل هو الخطوة السابعة في حل المشكلات، وهي خطوة مهمة حقاً، لأنها فرصة للاعتراف بمجهودك وانجازك في تنفيذ الخطة، وهي أيضاً فرصة لاكتشاف العوائق التي نشأت ولم نكن نأخذها في الاعتبار، وأيضاً أريد أن تعرفي أننا أحياناً نخطط ولكن الأمور لا تجري كما نريد، أو حتى لا ننجح في حل المشكلة، ومن الجيد أن نفهم أن ذلك لا يعني أبداً أنك فشلت، بل هو جزء طبيعي من حياتنا وأحياناً نضطر لاختيار عدة حلول قبل أن ننجح في حل المشكلة، إذن، تقييم الحل يتضمن فحص أن كنت تقدمت في الخطة، ومناقشة أي مصاعب وكيف تستمرين، أريد حقاً أن أسمع منك.

■ ملخص الجلسة: تقوم الباحثة بتلخيص عناصر الجلسة التي تمت خلال اليوم، وتستمر بنفس الطريقة خلال الثلاث جلسات الخاصة بأسلوب حل المشكلات، وتراجع في النهاية ما تم تحقيقه خلال الثلاث جلسات:

- ✓ تعرفنا على التوجه العام نحو المشكلات وكيفية تعديله.
- ✓ تعلمنا مهارة حل المشكلات بأسلوب علمي ممنهج.
- ✓ ساعدنا ذلك على تحسين الأداء والانجاز في الوظائف الحياتية المختلفة.

- الواجب البيتي: على جميع المشاركين تطبيق كل خطوة من الخطوات بشكل فردي بالمنزل ومراجعتها مع الباحثة في الجلسة التالية.

**الجلسة الخامسة عشر: التقييم والانتهاء.**

**مدة الجلسة: 90 دقيقة.**

**الهدف العام للجلسة:** مراجعة المهارات المكتسبة والتقييم والانتهاء.

**الأهداف الفرعية:**

✓ مراجعة الواجب البيتي (مهارة تطبيق أسلوب حل المشكلات).

✓ مراجع المكاسب (المهارات التي تم اكتسابها حتى الآن)

✓ إنهاء الجلسات بطريقة مهنية، والاتفاق على آليات المتابعة والتواصل

**الأدوات المستخدمة:** أقلام فلماستر، ورق برستول، ورق A4، أقلام.

**الأساليب والفنيات المستخدمة:** المحاضرة، والمناقشة والحوار، طرح التساؤلات، مهارات المقابلة الإرشادية.

**سير الجلسة وإجراءات التنفيذ:**

▪ البداية والترحيب:

- ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الالتزام والحضور.
- تقوم الباحثة بعرض ملخص سريع لمحتوى الجلسة السابقة، وتقوم بربطه بالجلسة الحالية.
- تقوم الباحثة بمراجعة الواجب البيتي مع المشاركين، ومعرفة المعوقات إن وجدت ومناقشتها.

**نشاط فحص المشاعر:**

- تقوم الباحثة بقياس مستوى المزاج لدى جميع المشاركين، كجزء من القياس والمتابعة خلال الجلسة، حيث يطلب من كل مشارك وضع درجة المشاعر على خط مستقيم يمتد من صفر إلى 10، حيث تمثل درجة صفر أدنى درجة المزاج المنخفض والحزين، وتمثل درجة 10 أعلى درجة للمزاج المرتفع والسعيد، وتسجل هذه النتائج ضمن ملفات المجموعة الإرشادية، وتقديم الدعم والمساندة للمشاركين.

## نشاط افتتاحي " التأمل الافتتاحي "

- يقوم الباحثة بعمل تمرين استرخاء للمشاركين، حيث تطلب منهم إغماض أعينهم وأخذ نفس عميق من الأنف ببطء وهدوء وإخراجه من الفم، بحيث يتم تكرار ذلك أكثر من مرة، دون الانتباه لأي فكرة قد تخطر في البال، مع التركيز على عملية التنفس، ثم يطلب منهم ترديد عبارات إيجابية لأنفسهم مثل: (أنا مرتاح، أنا سعيد) ثم يتم التذكير بأخذ نفس عميق من الأنف، وإخراجه ببطء من الفم أكثر من مرة، ومن ثم تطلب منهم فتح أعينهم مع رسم ابتسامة على وجوههم ويسألهم عن شعورهم بعد ذلك.

## نشاط مركزي (ملخص عن الجلسات السابقة وتطبيق المقاييس البعدية):

- تقوم الباحثة بتلخيص التدخلات التي تمت بالجلسات السابقة.
- ستطلب من المشاركين تقديم تغذية راجعة شفوية، وتقوم الباحثة بتعزيز النقاش والتغذية الشفوية
- تقديم التغذية الشفوية مكتوبة من خلال الاستبانات مع ضرورة التذكير بفحواها وأهدافها (أداة لقياس أثر البرنامج في التقليل من أعراض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة).
- يتم اعلامهم ان تقييم المقاييس جماعي وليس فردي وسيتم عرض النتائج بشكل جماعي وليس فردي حفاظا على الخصوصية
- تطلب الباحثة من المجموعة ضرورة ممارسة جلسات البرنامج بشكل مستمر وخاصة التمارين.
- الاتفاق مع المشاركين أنه سيتم عقد لقاء بعد شهر ونصف من الآن بهدف الاطمئنان عليهم وتعبئة الاستبانات(المقاييس التتبعية)، لمعرفة أثر البرنامج بعد انتهاء الجلسات.

## نشاط مساند(ارسم نفسك الآن):

- تطلب الباحثة من المشاركين أن يقوموا برسم أنفسهم الآن، وكيف يتطلعون إلى المستقبل، ثم مناقشة الرسومات ومقارنتها بالرسم التي تم رسمها في الجلسة الأولى، وفحص مشاعرهم.

## منع الانتكاسة:

- تقوم الباحثة بالحديث حول أهمية الانتباه للحفاظ على المهارات والمكاسب التي تم تحقيقها حتى الآن، وتقوم الباحثة بعدة خطوات كالتالي:
  - مراجعة المهارات المكتسبة خلال العملية العلاجية.
  - توضيح العوامل المنشطة وعوامل الاستمرارية للمشكلة.

- تشجيع المشاركين على الاستمرار بممارسة هذه المهارات بالحياة اليومية وعند التعرض لضغوطات الحياة.
- مساعدة المشاركين بأن يصبحوا معالجين لأنفسهم من خلال تقييم التقدم الذي أحرزه بطريقة موضوعية.
- تشجيع المشاركين على أن يصبحوا مساعدين للآخرين الذين يرونهم بالمجتمع ولديهم ضغوطات فيقومون بتعليمهم بعض مهارات المساعدة الذاتية.

### نشاط ختامي/ بطاقة تذكارية:

- حيث تحضر الباحثة أقلام وبطاقات فارغة، وتطلب من كل مشارك في البرنامج الإرشادي كتابة كلمات تذكارية للأشخاص الآخرين في الجلسة، بما في ذلك الباحثة.
- كما تقوم الباحثة أيضاً بكتابة بطاقة تذكارية تضع فيها كلمات إيجابية وداعمة للمشاركين.
- يتم تبادل البطاقات والتعليق عليها من الأشخاص الذين يرغبون في



### نهاية الجلسة:

- تشكر الباحثة في نهاية الجلسة افراد المشاركين على الحضور والالتزام والمشاركة الفعالة التي كانت من قبلهم.
- تقوم الباحثة بإعطاء المشاركين مكافآت رمزية.
- تأكيد على المشاركين أنه في حال شعورهم بأي مشكلة عليهم مراجعة الباحثة وتزويدهم بوسيلة اتصال.



## فهرس الجداول

- جدول (1) إحصاءات جرحي مسيرات العودة.....26
- جدول (1) توزيع الفقرات على مجالات ومقاييس الدراسة.....50
- جدول (2) الأوزان الرقمية لدرجات التوافر في مقياس ليكرت الخماسي لمقياس جودة الحياة.....51
- جدول (3) درجات التوافر للفقرات و المحاور بحسب المقاييس.....51
- جدول (4) معاملات ارتباط كل فقرة من فقرات المقياس مع مجموع المجال الذي تنتمي إليه،  
(ن=30).....53
- جدول (5) معاملات الارتباط بين المجالات الخمسة لمقياس جودة الحياة والدرجة الكلية للمقياس،  
(ن=30).....55
- جدول (6) معامل الثبات كرونباخ ألفا لمحاور مقياس جودة الحياة، ولمقياس بيك ككل.....56
- جدول (7) معامل الثبات (التجزئة النصفية) لمحاور مقياس جودة الحياة، ولمقياس بيك ككل.....57
- جدول (8) توزيع عينة الدراسة بحسب البيانات الديمغرافية (ن = 30).....60
- جدول (9) اختبار ت لعينتين مستقلتين للفرق بين متوسطي العمر للمجموعتين الضابطة والتجريبية 61
- جدول (10) نتائج اختبار كولمجوروف - سمرنوف للتوزيع الطبيعي لمجالات ومقاييس الدراسة القبلية 62
- جدول (11) اختبار ت لعينتين مستقلتين للفرق بين متوسطات المتغيرات القبلية للمجموعتين الضابطة والتجريبية.....62
- جدول (12) نتائج اختبار كولمجوروف - سمرنوف للتوزيع الطبيعي لمجالات ومقاييس الدراسة البعدية 64
- جدول (13) نتائج اختبار كولمجوروف - سمرنوف للتوزيع الطبيعي لمجالات ومقاييس الدراسة  
التتبعية.....65
- جدول (14) اختبار ت لعينتين مستقلتين للفرق بين متوسطات المتغيرات البعدية للمجموعتين  
الضابطة والتجريبية.....67
- جدول (15) اختبار ت لعينتين مرتبطتين للفرق بين الوسط الحسابي للمتغيرات القبلية والبعدية  
للمجموعة التجريبية.....71
- جدول (16) اختبار ت لعينتين مرتبطتين للفرق بين الوسط الحسابي للمتغيرات البعدية والتتبعية  
للمجموعة التجريبية.....74

## فهرس الملاحق

92.....	ملحق (1) أسماء محكمي الاستبانة.....
93.....	ملحق (2) مقياس جودة الحياة.....
96.....	ملحق (3) مقياس بيك الاكتئاب.....
	ملحق (4) برنامج معرفي سلوكي لخفض أعراض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مصابي
100.....	مسيرات العودة.....

## فهرس المحتويات

أ.....	إهداء
أ.....	إقرار
ب.....	شكر وعرفان
ج.....	الملخص
د.....	<b>Abstract</b>
1.....	<b>الفصل الأول خلفية الدراسة</b>
1.....	1.1 المقدمة
3.....	2.1 مشكلة الدراسة
4.....	3.1 مبررات الدراسة
4.....	4.1 أهمية الدراسة
5.....	5.1 أهداف الدراسة
5.....	1.5.1 الهدف العام
5.....	2.5.1 الأهداف الخاصة
6.....	6.1 أسئلة الدراسة
6.....	1.6.1 السؤال الرئيس
6.....	2.6.1 الأسئلة الفرعية
6.....	7.1 التعريفات الإجرائية للدراسة
7.....	8.1 محددات الدراسة
8.....	<b>الفصل الثاني الإطار النظري والدراسات السابقة</b>
8.....	مقدمة
9.....	الإطار المفاهيمي للدراسة:
10.....	<b>1.2 الاكتئاب</b>
10.....	1.1.2 مفهوم الاكتئاب
11.....	2.1.2 أسباب الاكتئاب
12.....	3.1.2 أعراض الاكتئاب
15.....	4.1.2 أنواع الاكتئاب
16.....	5.1.2 النظريات التي تفسر الاكتئاب:

17	2.2 جودة الحياة
18	1.2.2 الاتجاهات المختلفة المفسرة لجودة الحياة
19	2.2.2 مقومات جودة الحياة
21	3.2.2 مكونات جودة الحياة:
22	4.2.2 أبعاد جودة الحياة
22	5.2.2 العوامل الأساسية في تشكيل جودة الحياة
22	6.2.2 قياس جودة الحياة
23	7.2.2 البنود الثمانية لقياس جودة الحياة
23	8.2.2 تحسين جودة الحياة
24	3.2 مسيرات العودة
25	1.3.2 جرحي مسيرات العودة
25	2.3.2 مسيرة العودة الكبرى
26	3.3.2 بعض إحصائيات وزارة الصحة لجرحى وشهداء مسيرات العودة
27	4.3.2 الضغوطات والمخاوف التي يعاني منها جرحي مسيرات العودة
27	5.3.2 تحليل واقع التدخلات النفسية مع مصابي مسيرات العودة
28	6.3.2 فاعلية برنامج معرفي سلوكي
30	7.3.2 فاعلية برنامج معرفي سلوكي على خفض الاكتئاب
32	8.3.2 فاعلية برنامج معرفي سلوكي على جودة الحياة
34	9.3.2 فاعلية برنامج معرفي سلوكي على جودة الحياة وخفض الاكتئاب
34	10.3.2 مسيرات العودة
35	11.3.2 الإكتئاب
37	12.3.2 جودة الحياه
39	<b>الفصل الثالث منهجية الدراسة وإجراءاتها</b>
39	1.3 مقدمة
39	2.3 منهج الدراسة
40	3.3 مجتمع الدراسة
40	4.3 عينة الدراسة
41	5.3 العينة الاستطلاعية
41	6.3 حدود الدراسة

41	7.3 أدوات الدراسة .....
43	8.3 تعريف البرنامج الإرشادي .....
43	1.8.3 الهدف العام للبرنامج الإرشادي .....
43	2.8.3 الأهداف الخاصة المنشودة من البرنامج الإرشادي .....
44	3.8.3 أهمية البرنامج الإرشادي .....
44	4.8.3 الأسس التي يقوم عليها البرنامج الإرشادي .....
46	5.8.3 مراحل التطبيق البرنامج .....
47	6.8.3 حدود البرنامج الإرشادي .....
48	7.8.3 خطوات إعداد البرنامج الإرشادي .....
48	8.8.3 إجراءات وأنشطة البرنامج .....
52	9.3 صدق المقاييس .....
56	10.3 ثبات أدوات الدراسة .....
58	11.3 الأساليب والمعالجات الإحصائية .....
59	<b>الفصل الرابع نتائج الدراسة ومناقشتها</b> .....
59	1.4 مقدمة .....
60	2.4 الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة .....
65	3.4 مناقشة النتائج .....
80	<b>الفصل الخامس الاستنتاجات والتوصيات</b> .....
80	1.5 نتائج الدراسة .....
81	2.5 توصيات الدراسة .....
82	3.5 دراسات مستقبلية مقترحة .....
83	<b>المصادر والمراجع</b> .....
92	الملاحق .....
160	فهرس الجداول .....
161	فهرس الملاحق .....
162	فهرس المحتويات .....