مجالات
الارشاد النفسي

تأليف

الاستاذ المساعد الدكتور

علي محسن ياس العامري

الجامعة المستنصرية / كلية التربية الاساسية

الطبعة الاولى / ٢٠٢٠م

مجالات
الإرشاد النفسي

إعداد

أ.م.د. علي محسن ياس العامري

الجامعة المستنصرية / كلية التربية الأساسية

الطبعة الأولى/ ٢٠٢٠

الناشر
مكتب زاكي للطباعة
كافة حقوق الطبع محفوظة
الطبعة الأولى ٢٠٢٠م

اسم الكتاب: مجالات الارشاد النفسي

رقم الإيداع في دار الكتب والوثائق ٢٩٨٨ لسنة ٢٠٢٠

هذا الكتاب

مجالات الارشاد النفسي

عدد الصفحات : ٤٩٧

إعــداد

أ.م.د. علي محسن ياس العامري

جميع الحقوق محفوظة

ولا يسمح بطبع الكتاب الا بموافقة من المؤلف

العراق – بغداد

الطبعة الأولى

٢٠٢٠م

{سَأَصْرِفُ عَنْ آيَاتِيَ الَّذِينَ يَتَكَبَّرُونَ فِي الأَرْضِ
بِغَيْرِ الْحَقِّ وَإِن يَرَوْاْ كُلَّ آيَةٍ لاَّ يُؤْمِنُواْ بِهَا وَإِن يَرَوْاْ
سَبِيلَ الرُّشْدِ لاَ يَتَّخِذُوهُ سَبِيلاً وَإِن يَرَوْاْ سَبِيلَ
الْغَيِّ يَتَّخِذُوهُ سَبِيلاً ذَلِكَ بِأَنَّهُمْ كَذَّبُواْ بِآيَاتِنَا
وَكَانُواْ عَنْهَا غَافِلِينَ }

صدق الله العلي العظيم
سورة الأعراف : الآية١٤٦

الفهرست

الفصل	العنوان	الصفحة
المقدمة		٧
الأول	مجال الإرشاد الديني	١١
الثاني	مجال الإرشاد المدرسي	٤٧
الثالث	مجال الإرشاد الأكاديمي الجامعي	٧٣
الرابع	مجال الإرشاد المهني	٨١
الخامس	مجال الإرشاد الألكتروني	١٠٩
السادس	مجال الإرشاد الأسري	١٢٥
السابع	مجال الإرشاد الزواجي	١٦٥
الثامن	مجال الإرشاد الوراثي	١٨١
التاسع	مجال إرشاد الأزمات والطوارئ	٢٢١
العاشر	مجال الإرشاد الأطفال	٣٠٣
الحادي عشر	مجال إرشاد المراهقين	٣٢٩
الثاني عشر	مجال إرشاد المسنين	٣٤٣
الثالث عشر	مجال إرشاد ذوي الأحتياجات الخاصة	٣٦٧
الرابع عشر	عشر مجال الإرشاد الصحي	٤٠٩
الخامس عشر	مجال الإرشاد البيئي	٤٣٩
السادس عشر	مجال الإرشاد الأمني	٤٧١
المصادر		٤٨٧

أثر التقدم والتطور العلمي والتقني والحضاري والثقافي والاجتماعي والتكنولوجي على سلوك الإنسان بشكل مباشر أو غير مباشر ، لم يجد معه الإنسان إلا مواكبة هذا التطور والقليل منهم من لاحقه الشعور بالتأخر، وفي ضوء التحديات والمستجدات في مجتمعنا فإننا نتوقع من المرشد النفسي الكثير، نتوقع أن يكون موجهاً نفسيًا و تربويًا واجتماعيًا، يعمل بذكاء و مثابرة، متحملا لمسئولياته كاملة، متعرفًا على جميع أنشطة المجتمع ومدركًا للمشكلات الحاضرة والمستقبلية، و هذا يتطلب منه مواصلة الاطلاع و إغناء ثقافته في كل ما يستجد من خبرات معرفية و تقنية و تغيرات اجتماعية وثقافية و مهنية ، فيصبح عالمًا متواضعًا و باحثًا ماهرًا، ولابد أن يكون له نشاط ملموس في جميع ميادين الحياة ويعرف الإرشاد النفسي بأنه " عبارة عن برنامج منظم مكون من مجموعة متكاملة من الخدمات التي تمكن الفرد من التأكد من حاجاته الأساسية و الثانوية، و من الإحاطة بمشكلاته المتعلقة بعدم إشباع هذه الحاجات خلال تفاعلاته مع الإمكانيات و الموارد المتاحة في البيئة التي يعيش فيها، و من ثم مساعدته في إيجاد أفضل السبل لإشباع هذه الحاجات وفقًا لتلك الإمكانيات ، وفقًا لقدراته، و استعداده حتى يحقق أسمى معنى للحياة ، و يتم ذلك من خلال علاقة إنسانية بينه و بين المرشد النفسي الذي يتولى دفع العملية الإرشادية إلى تحقيق الغاية منها بخبرات مهنية ، ومع هذا التقدم والتطور ظهر مجالات حديثة مثل مجال الإرشاد الوراثي الوراثة هي الطريقة التي تنتقل بها الصفات، والخصائص من الأصول إلى الفروع وتسبب تشابه الأحفاد، والأبناء بالآباء، والأجداد، أي "جميع العوامل الموجودة في الكائن الحي من اللحظة التي تتم فيها عملية تلقيح الخلية الأنثوية بالخلية الذكرية ، وهذه العوامل هي مجموعة الخصائص، والسمات الجسمية، والعقلية، والحسية، وغيرها والتي تنتقل عن طريق الجينات الناقلات الوراثية التي تحملها الكروموسومات وهذه الجينات تحدد السمات الوراثية عندما يخترق أحد الحيوانات المنوية الحاملة لـ (٢٣) كروموسوماً البويضة الأنثوية الحاملة أيضاً لـ (٢٣) كروموسوماً ، ويعرف هذا علمياً بطور البويضة المخصبة فتؤثر في الإمكانات، والاستعدادات الوراثية للفرد بشكل مباشر، أو غير مباشر في بناء شخصيته، وتحدد سماتها وخصائصها ، ومجال الإرشاد النفسي الإلكتروني وفي ظل هذا

التقدم في مجال التكنولوجيا المعلومات والاتصالات وتعدادتها بأوجه مختلفة في شتى مجالات الحياة، ومع تعدد خدمات شبكات الانترنت وتقنياتها التواصلية بين الأفراد، والتي قدمت إطاراً جديدا في مجال الخدمات الإرشاد النفسي مستعينة بتلك التقنيات لاسيما وقد اتسع نطاق استخدام الانترنت ، وبعد نجاح التجارب العالمية في هذا المجال يصبح من المفيد استخدامه للاستفادة منها في تنمية المهارات وتحسين وتعديل السلوك ، وتؤكد على مشاكل جديد مثل الابتزاز الإلكتروني والانتهاك الإلكتروني للخصوصية والتعدي والتنمر الإلكتروني، ومجال إرشاد الأزمات والطوارئ له أهمية كبيرة مع ظهور أزمات وكوارث طبيعية وصناعية مثل الحروب والإرهاب بإمكنة أن يقود إلى مشكلات وأزمات وكوارث بدأت تظهر ملامحها فعلاً في الأحداث السياسية العالمية التي اتصفت بعدم التمييز بين الإفراد والمؤسسات سواء أكانت المدنية أو الحكومية ، وراح ضحيتها مئات الإلف المواطنين الأبرياء بين قتيل وجريح ، وتشريد ونزوح وتهجير العديد منهم مع سيادة الرعب في نفوس المواطنين وتهديد أمنهم النفسي ، وتخريب ممتلكاتهم ، وأضعاف البنية التحتية للدولة ، ومجال الإرشاد الصحي بدأت تتحول الخدمات الإرشادية الصحية من الاعتماد على الأطباء والكوادر التمريضية الى الاعتماد على فئات اقل تأهيلاً مثل المشرف الصحي الزائر المسؤول على تقديم اللقاحات للتلاميذ الى مساعد الكوادر التربوية المتخصصة (المرشد النفسي والباحث الاجتماعي) لتقديم الخدمات الإرشادية الوقائية للحد من الأمراض الانتقالية المعدية وكذلك التعامل مع المشكلات النفسية وتقديم التوجيه والإرشاد النفسي الوقائي لبعض السلوكيات السلبية مثل التدخين والإدمان على المخدرات والسهر وأدمان الألعاب الإلكترونية وتأثيرها المباشر على صحة الفرد والعملية التعليمية، وبذلك تحولت من الأطباء والممرضين والعيادات والمستشفيات الى المؤسسات التربوية والتعليمية ومشاركة الأسرة التعليمية (المعلم المرشد) في تقديم الخدمات الإرشادية والتوجيهية للتلاميذ والطلبة من خلال المحاضرات الإرشادية والبوسترات والملصقات والنشرات الإرشادية ، ومجال الإرشاد النفسي البيئي والإرشاد النفسي البيئي محاولة علمية في حل المشاكل المتزايدة والعمل على تحسينها وتجميلها وتنميتها مما يبرز نشأة هذا المجال الناشئ ، وإن معظم مشاكل البيئة هي من ((صنع الإنسان)) ولذلك فإن علاج مشاكل البيئة يكمن في تعديل سلوك الناس واتجاهاتهم وميولهم وأفكارهم ومعلوماتهم ووعيهم حول البيئة ، ونمو حب البيئة والانتماء إليها والارتباط بها والشعور بالتوافق بين الإنسان والبيئة . ونحن وبيئتنا جزء واحد لا يتجزأ وكيان واحد ، والإيمان بأن إيذاء البيئة يرتد علينا وعلى غيرنا بالأذى والضرر، وضررها عام وشامل للطفل والكبير والشاب والغني والفقير، ومجال الإرشاد الأمني الحاجة إلى الأمن هي من أهم الحاجات النفسية للفرد، ومن أهم دوافع السلوك طوال الحياة، وهي من

الحاجات الأساسية اللازمة للنمو النفسي السوي والتوافق النفسي والصحة النفسية للفرد، والحاجة إلى الأمن هي محرك الفرد لتحقيق أمنه، وترتبط الحاجة الى الأمن ارتباطًا وثيقًا بغريزة المحافظة على البقاء ، وتتضمن شعور الفرد بأن بيئته صديقة، مشبعة للحاجات، وبأن الآخرين يحبونه ويحترمونه ويقبلونه داخل الجماعة ، والاستقرار الأمن الأسرى والتوافق الاجتماعي، وحل المشكلات النفسية والاجتماعية، وعلاج أي اضطراب نفسي، والاطمئنان في سكن ومستقر والى مورد رزق مستمر، والأمن الجسمي والصحة الجسمية والشفاء عند المرض، وتجنب الخطر والتزام الحذر، وأمن المخاطر الطبيعية، والشعور بالثقة والاطمئنان والأمن والأمان، وتتطلب الحاجة الى الأمن سعي الفرد المستمر للمحافظة على الظروف التي تضمن إشباع الحاجات الحيوية والنفسية، تحت تأثير شعوره بحاجته الى تامين نفسه وممتلكاته، ضمانا للاستقرار والطمأنينة، وحتى ينطلق الى السعي وراء عيشه وتطوير حياته، مستغلا طاقاته وقدراته في ظلال الأمن.

وفي الختام أذا كان هناك من شكر فهو لله وحده أولا وأخيرا الذي أعاننا ومدنا بالقوة والصبر على أتمام هذا العمل، راجين منه القبول والمغفرة ، كذلك راجين من الله أن يمدنا بالرضا ويزرع في قلوب أساتذتنا وزملائنا وطلبتنا وكافة القراء القبول لهذا الكتاب، فعلى الرغم من أننا حاولنا أن نصل إلى الكمال فيه لكن هذا أمر صعب المنال ، فالكمال لله وحده، وقد يجد القارئ خطأ هنا أوهناك أو إسهاب في موضع وقصور في موضع أخر، فما كان من تقصير بقدر ما كان من قصور فقد اجتهدنا وعلى الله السبيل.

المؤلف

الفصل الأول

الإرشاد النفسي الديني

المقدمة :

يعد الإرشاد الديني الهدف الأسمى من بعثة الأنبياء والرسل كافة، غايتها إصلاح شؤون المجتمع والارتقاء به إلى أعلى مستويات الخير والفضيلة والصلاح ، وكان القرآن الكريم الكتاب الإرشادي الأول للمسلمين كان من الجدير بنا إن نبحث به عن المعنى الإرشادي فيه ومن خلال بحثنا في القران الكريم وجدنا إن كلمة (رشد) وردت في القران الكريم (١٣) مرة ومنها قوله تعالى : {سَأَصْرِفُ عَنْ آيَاتِيَ الَّذِينَ يَتَكَبَّرُونَ فِي الأَرْضِ بِغَيْرِ الْحَقِّ وَإِن يَرَوْاْ كُلَّ آيَةٍ لاَّ يُؤْمِنُواْ بِهَا وَإِن يَرَوْاْ سَبِيلَ الرُّشْدِ لاَ يَتَّخِذُوهُ سَبِيلاً وَإِن يَرَوْاْ سَبِيلَ الْغَيِّ يَتَّخِذُوهُ سَبِيلاً ذَلِكَ بِأَنَّهُمْ كَذَّبُواْ بِآيَاتِنَا وَكَانُواْ عَنْهَا غَافِلِينَ }الأعراف/١٤٦ وقد جاءت كلمة الرشد على معان عدة وهي (الهداية، والصواب، والخير) ، وقد وردت كلمة (رشيد) (٣) مرات في القران الكريم ومنه قوله تعالى:{قَالُواْ يَا شُعَيْبُ أَصَلاَتُكَ تَأْمُرُكَ أَن نَّتْرُكَ مَا يَعْبُدُ آبَاؤُنَا أَوْ أَن نَّفْعَلَ فِي أَمْوَالِنَا مَا نَشَاء إِنَّكَ لَأَنتَ الْحَلِيمُ الرَّشِيدُ }هود٨٧، وقد جاءت هنا بمعنى استعمال العقل والتفكير بصورة صحيحة بعيدا عن الضلالة ، زيادة على انها من اسماء الله سبحانه الحسنى الرشيدُ : هو الذي أَرْشَد الخلق إلى مصالحهم أَي هداهم ودلهم عليها ، فَعِيل بمعنى مُفْعِل؛ وقيل: هو الذي تنساق تدبيراته إلى غاياتها على سبيل السداد من غير إِشارة مشير ولا تَسْديد مُسَدِّد.

اما كلمة (راشد) فقد وردت مرة واحدة في القران الكريم في قوله تعالى: {وَاعْلَمُوا أَنَّ فِيكُمْ رَسُولَ اللَّهِ لَوْ يُطِيعُكُمْ فِي كَثِيرٍ مِّنَ الْأَمْرِ لَعَنِتُّمْ وَلَكِنَّ اللَّهَ حَبَّبَ إِلَيْكُمُ الْإِيمَانَ وَزَيَّنَهُ فِي قُلُوبِكُمْ وَكَرَّهَ إِلَيْكُمُ الْكُفْرَ وَالْفُسُوقَ وَالْعِصْيَانَ أُولَئِكَ هُمُ الرَّاشِدُونَ }الحجرات/٧ ، في حين ان كلمة (مرشد) وردت في القران الكريم مرة واحدة في قوله تعالى : {ذَلِكَ مِنْ آيَاتِ اللَّهِ مَن يَهْدِ اللَّهُ فَهُوَ الْمُهْتَدِ وَمَن يُضْلِلْ فَلَن تَجِدَ لَهُ وَلِيّاً مُّرْشِداً }الكهف١٧.

فالمرشد الأول لنا الله سبحانه وتعالى اذا ما توفرت لدينا النية الخالصة والايمان الحقيقي ولما كان الانسان محاطا بسور من الشهوات وهوى النفس وتأثير الشيطان فقد هيأ الله سبحانه لنا مرشدين على مدى الازمنة وهم الانبياء والرسل عليهم السلام وقد تجلى الإرشاد الديني النفسي والتربوي بأسمى معانيه ومبادئه في الرسالة الإسلامية المحمدية الأصيلة. فقد بعث الله تعالى نبينا محمداً (o) رحمة للعالمين جميعاً قال تعالى: {وَمَا أَرْسَلْنَاكَ إِلَّا رَحْمَةً لِّلْعَالَمِينَ } الأنبياء١٠٧، وأن تفكروا في كلمة (رحمة) فكيف يمكن لبشر ممن خلقهم الله ان يكون رحمة للعالمين ، وقد تمثلت هذه الرحمة بإرشاد النَّاس ودعوتهم إلى الهداية والخير والصلاح ولذا فإنّ الإرشاد يعد هدفاً أساساً وعنصراً مهماً من

عناصر الدعوة الإسلامية ، قال تعالى: {لَقَدْ مَنَّ اللّهُ عَلَى الْمُؤمِنِينَ إِذْ بَعَثَ فِيهِمْ رَسُولاً مِّنْ أَنفُسِهِمْ يَتْلُو عَلَيْهِمْ آيَاتِهِ وَيُزَكِّيهِمْ وَيُعَلِّمُهُمُ الْكِتَابَ وَالْحِكْمَةَ وَإِن كَانُواْ مِن قَبْلُ لَفِي ضَلاَلٍ مُّبِينٍ }آل عمران١٦٤.

فكان النبي (o) هادياً للناس من الضلالة، ومرشداً لهم من الشر والشرك ومزكياً لأنفسهم من الأمراض النفسية التي عادة ما يبتلى بها الناس وقد تدرج الخطاب القرآني مع الانسان حول قضية الإرشاد في مراحل ثلاث: إذ أمره أولا أن يصلح نفسه ويعتني بهدايتها فقال تعالى : "يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُواْ عَلَيْكُمْ أَنفُسَكُمْ لاَ يَضُرُّكُم مَّن ضَلَّ إِذَا اهْتَدَيْتُمْ إِلَى اللّهِ مَرْجِعُكُمْ جَمِيعاً فَيُنَبِّئُكُم بِمَا كُنتُمْ تَعْمَلُونَ "المائدة١٠٥، والمرحلة الثانية امره بعد اصلاح نفسه ان يصلح أهله فقال تعالى :يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا قُوا أَنفُسَكُمْ وأهليكم نَاراً وَقُودُهَا النَّاسُ وَالْحِجَارَة ، والمرحلة الثالثة أي بعد ما أصلح الإنسان نفسه وأهله أمره سبحانه بان ينتقل الى المجتمع ويكون مرشدا ومصلحا له في قوله تعالى "إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ إِخْوَةٌ فَأَصْلِحُوا بَيْنَ أَخَوَيْكُمْ وَاتَّقُوا اللَّهَ لَعَلَّكُمْ تُرْحَمُونَ "الحجرات١٠، ويمكننا إيجاز أهم الأسس التي أكّد عليها الإسلام في عملية الإرشاد الديني بما يأتي:

١- النية الخالصة لله: لابد لمن يقوم بوظيفة الإرشاد أن يخلص نيته لله تعالى، فبدون النية الخالصة لا يحصل التوفيق من الله سبحانه لأداء العمل ، قال رسول الله (o) "إنّما الأعمال بالنيات ولكل أمريء ما نوى".

٢- ضرورة إمتلاك العلم الكافي والمعرفة الوافية والخلق الرفيع لدى المرشد الديني لأنّه يقوم بمهمة عظيمة تتطلب معرفة ودراية، قال تعالى{وَجَعَلْنَاهُمْ أَئِمَّةً يَهْدُونَ بِأَمْرِنَا وَأَوْحَيْنَا إِلَيْهِمْ فِعْلَ الْخَيْرَاتِ} الأنبياء٧٣.

٣- الحفاظ على سرية المعلومات في العملية الإرشادية ، والحفاظ على كرامة المسترشد .

٤- الكلمة الطيبة والموعظة الحسنة: قال تعالى: {ادْعُ إِلِى سَبِيلِ رَبِّكَ بِالْحِكْمَةِ وَالْمَوْعِظَةِ الْحَسَنَةِ وَجَادِلْهُم بِالَّتِي هِيَ أَحْسَنُ إِنَّ رَبَّكَ هُوَ أَعْلَمُ بِمَن ضَلَّ عَن سَبِيلِهِ وَهُوَ أَعْلَمُ بِالْمُهْتَدِينَ }النحل١٢٥.

٥- الشعور بالمسؤولية عند القيام بالتوجيه والإرشاد الديني ، فقال النبي (o) من أصبح ولم يهتم بأمور المسلمين فليس منهم" .

تعريف الإرشاد النفسي الديني

- أسلوب توجيه وإرشاد وتربية وتعليم ، يقوم على معرفة الفرد لنفسه ولدينه ولربه والقيم الروحية والأخلاقية والاجتماعية.
- مساعدة الفرد لاستخدام المعطيات الدينية للوصول إلى حالة من التوافق تسمح له بالقدرة على ضبط انفعالاته إلى الحد الذي يساعده على النجاح في الحياة.
- مجموعة من الأساليب والمعارف والخدمات يقدمها أخصائيون في الإرشاد الديني معتمدين على القرآن والسنة ؛ بهدف تحقيق التوافق والصحة النفسية.

خصائص الإرشاد النفسي الديني

١- عملية توجيه وإرشاد وتربية وتعليم .
٢- تتضمن تصحيح وتغيير السلوك السابق الخاطئ .
٣- إرشاد انموي وتدعيمي يقوم على استخدام القيم والمفاهيم الدينية والخلقية.
٤- يتناول فيه المرشد مع المسترشد موضوع الاعتراف والتوبة والاستغفار والاستبصار .
٥- تعلم مهارات وقيم جديدة تعمل على وقاية وعلاج الفرد من الانحرافات والاضطرابات السلوكية والنفسية.

عناصر الإرشاد النفسي الديني

١- الاستمرارية : أي أنه ليس حديثاً عارضاً بل هو مفهوم يتصف بالاستمرارية وتحتاج هذه العملية إلى فترات زمنية منتظمة حتى تتاح الفرصة للمرشد النفسي الديني أن يلاحظ ما قد يطرأ من التغيرات في سلوك المسترشد.
٢- عملية تعليمية: هو مساعدة المسترشد على تعلم كيفية عرض مشكلته ، وكيفية التعرف على جوانب شخصيته، وكيف يحل المشكلة.
٣- مساعدة : وهذا من أهم عناصر الإرشاد النفسي بل إن بعض المتخصصين يصفون المساعدة هي المفتاح الأساسي للعملية.
٤- العلاقة الإنسانية : الصلة الأخوية والمشاركة الوجدانية بين المرشد النفسي والمسترشدين يتوقف عليهما نجاح العملية الإرشادية.
٥- المرشد النفسي يكون مهنياً متدرباً : فالمرشد ينبغي أن يتصف بالخبرة ، ويفضل من عمل في مهنة التدريس أو الإرشاد والعلاج النفسي.

أهداف الإرشاد النفسي الديني

١- تحقيق وإزالة الأعراض المرضية.
٢- التغلب على الشعور بالوحدة.
٣- تغيير السلوك عن طريق السيطرة الواعية عليه من قبل المريض بمساعدة المجموعة.
٤- التكيف السليم (التصالح مع النفس، ومع المجتمع، ومع الله.
٥- النمو الشخصي، وزيادة الوعي، ومحاولة إطلاق المواهب، والقدرات الشخصية.
٦- تكوين فكرة مركزية قائمة على القيم، والمبادئ الإسلامية لدى كل فرد في المجموعة، ولدى المجموعة كلها بحيث يكون لهذه الفكرة قوة جذب كبيرة تجعل بقية نشاطات الفرد تدور في فلكها.
٧- الكشف عن الحاجات الحقيقية لدى الشباب والمشكلات التي يتعرضون لها.

٨- مساعدة الشباب على فهم أنفسهم في مراحل النمو المختلفة ، والوصول بنمو الشباب إلى أحسن مستوياته.
٩- إمداد الشباب بمجموعة من الخدمات مثل التعريف بالوسط التعليمي وبكيفيات بناء العلاقات الأسرية والاجتماعية والطلابية ، والمساعدة على وضع الأهداف الدراسية والمهنية.
١٠- اكتشاف واستخدام الوسائل الإرشادية المختلفة التي تدعم العملية التعليمية وتؤدي إلى الشوق والشغف بها.
١١- المساعدة على حل المشكلات النفسية والتعليمية التي يواجهها الشاب في الوسط التربوي والاجتماعي .

أسس ومبادئ الإرشاد النفسي الديني

١- أسس فلسفية تتعلق بطبيعة الإنسان وأخلاقيات الإرشاد النفسي.
٢- أسس نفسية وتربوية تتعلق بالفروق الفردية ومطالب النمو .
٣- أسس اجتماعية تتعلق بحاجات الفرد والمجتمع .
٤- أسس فسيولوجية تتعلق بالجهاز العصبي والحواس .
٥- أسس ومبادئ ومفاهيم دينية روحية وأخلاقية .

وظائف الإرشاد النفسي الديني:

١- تحقيق الاستقرار النفسي: فحينما يصاب الأفراد بالإحباط النفسي والصراعات الداخلية يحقق لهم الدين توازناً نفسياً عن طريق ما يسوقه من علاج نفسي ، وتوجيه إلهي ، لقول الله تعالى: " أَهُمْ يَقْسِمُونَ رَحْمَةَ رَبِّكَ نَحْنُ قَسَمْنَا بَيْنَهُم مَّعِيشَتَهُمْ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَرَفَعْنَا بَعْضَهُمْ فَوْقَ بَعْضٍ دَرَجَاتٍ لِيَتَّخِذَ بَعْضُهُم بَعْضاً سُخْرِيّاً وَرَحْمَتُ رَبِّكَ خَيْرٌ مِّمَّا يَجْمَعُونَ " (الزخرف ، ٣٢) .
٢- يؤدي الشعور الديني إلى الإحساس بالسعادة والرضا والقناعة والإيمان بالقضاء الله والقدر خيره وشره ، الذي يعين الفرد على مواجهة الضغوط النفسية والحياتية، ويمنح الثقة والقوة لمواجهة التحديات والأزمات التي تعترضه .
٣- يتدخل في الأحداث المهمة من أجل الأفضل دائماً ، الذي يتحقق للفرد من خلال الدعاء ، والصلاة ، والشكر مما يوفر له أسمى صور الدعم النفسي والطمأنينة.
٤- إن الإرشاد النفسي الديني وظائف وآثاراً نفسية واجتماعية على الفرد والمجتمع ، حيث يزود الفرد بنسق من القيم والمبادئ والمعايير والمحكات الاجتماعية التي توفر له التوافق مع محيطه الاجتماعي والمهني.

مبادئ الإرشاد النفسي الديني

١- احترام حرية الفرد في التفكير والمناقشة القائمة على النظرة الموضوعية للأفكار والمعتقدات.

٢- يعد الإرشاد النفسي الديني إرشاداً بنائياً ووقائياً وعلاجياً وموجهاً نحو المشكلات النفسية
٣- يقوم على نموذج تربوي وتعليمي حيث إنه في طريقته لإرشاد الأفراد ذوي المشكلات النفسية يولي اهتماماً أكثر لعملية التعلم بجانب عملية التفاعل، فالجلسة تبدأ بمادة تعليمية دينية ونفسية يلقيها المرشد النفسي مع الحرص على إعطاء مفاهيم وتصورات صحيحة للمبادئ والقيم الإسلامية ، كما يتم التعليم أيضاً من خلال القدوة.
٤- يقوم على التركيز على الحاضر" هنا والآن " على اعتبار أن القرآن والسنة موجودين في " هنا والآن " فالمنظور الإسلامي يقول : " أنا وأنت مع الله هنا والآن"
٥- تعتمد فنيات الإرشاد النفسي الديني على الفهم الصحيح للعبادات والمعاملات وممارستها ممارسة الرياضة الروحية .

أخلاقيات الإرشاد النفسي الديني :

لكل مهنة أخلاق ومعايير تحدّد سلوك القائمين عليها ولاسيما مهنة الإرشاد النفسي ، ومن خلال هذه المعايير تتضح كيفية التعامل مع كل من له صلة بمجال الإرشاد النفسي الديني، وينبغي للمرشد الديني أن يلتزم بحدود تلك الأخلاقيات والمعايير ولا يتعداها، ومن أهمها:

١- أن يقصد المرشد النفسي الديني من وراء عمله التقرّب إلى الله تعالى من خلال النية الخالصة لله ، أو خدمة الإنسانية (إن لم يكن مؤمناً بالله (ﷻ)) وأن لا تؤثر فيه الأهواء والمغريات.
٢- أن لا يقدم المرشد النفسي الديني إلى وظيفة التوجيه والإرشاد إلا بعد أن يكون مؤهلاً لذلك وممتلكاً للخبرة والمعرفة التي تؤهله للقيام بهذا الدور.
٣- أن يحافظ المرشد النفسي الديني على مبدأ المساواة والعدالة والمحافظة على مصلحة المسترشد، وألا يقوم بأي عمل يضر به.
٤- يجب المحافظة على سرية العلاقة الإرشادية وعلى المعلومات الناتجة عنها على وفق التزام المرشد النفسي الديني كشخص مهني.
٥- إخبار المسترشد بشروط الإرشاد أو العلاج ، وذلك قبل البدء بالعلاقة الإرشادية لاخذ الموافقة منه ان كان مدركا او من والديه ان كان قاصرا.
٦- للمرشد النفسي الديني الحق في استشارة أي من المهنيين الآخرين الموثوق بكفاءتهم إذا استدعى الأمر ذلك ، وعلى المرشد إذا استشار أحد المهنيين الآخرين أن يتجنّب أولئك الذين لهم علاقة أو مصلحة مع المسترشد.
٧- ينبغي للمرشد النفسي الديني أن ينهي علاقته الإرشادية إذا ما شعر بعدم قدرته على مساعدة المسترشد، أما بسبب قلة الخبرة، أو بسبب وجه من أوجه القصور، ويجب في هذه الحالة أن يحيل المسترشد إلى متخصص

مناسب، أمّا في حالة امتناع المسترشد عن قبول مثل هذا الاقتراح فان المرشد غير ملزم بالاستمرار في العلاقة الإرشادية.

العلاج النفسي – الإسلامي

أولاً: طبيعتــه:

يعتمد هذا النوع من العلاج على المنظور السايكولوجي في الإسلام، وعلى مصدرية المتمثلان (بالقرآن الكريم، والسنة النبوية المشرفة) (الذي يقوم على صورة الإنسان في الإسلام، والنظرة الشمولية للوجود والإنسان) ، وعلى الرغم من أنَّ هذا العلاج ليس بجديد من حيث المحتوى، حيث عدَّ الرسول الكريم محمد (o) أول معالج في الإسلام، وكذلك اتباع الرسول (o)، والسلف الصالح من علماء المسلمين، إلا أنّ هذا النوع من العلاج لم يبدأ بمنهجية واضحة وإجراءات معروفة إلا في بداية الثمانينات من القرن المنصرم ، حيث كانت المحاولة الأولى قد بدأها (أبو العزايم) في مستشفى العباسية بمصر، وقام (فخر الإسلام) بالمحاولة الثانية في مستشفى القصر العيني بمصر أيضاً ، ولكنها لم تستمر طويلاً لعدم انتظام الأعضاء ثم قام (الرضاوي) بممارسة هذا العلاج على نطاق واسع، ونشر عنه بحثاً، وبدأ تطبيق هذا النوع من العلاج في (المملكة العربية السعودية) عام ١٩٨١ تحت إشراف (الأطروني) و (أسامة الراضي) بمستشفى الصحة النفسية في الطائف، وكانت النتائج مشجعة بنسبة ٧٥% ثم استمر تطبيق هذا العلاج خصوصاً من قبل علماء الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية وأثبتت وجوده على نحو كبير.

إن العلاج النفسي – الإسلامي (الفردي – أو الجماعي) يتبنى أسلوب الإقناع عن طريق الموعظة ، (وهو إحدى وسائل العلاج النفسي – الروحي الذي يتعلم من خلالها الفرد طرائقاً أفضل من عادات التفكير، والاعتقاد، والسلوك في جو من الوعي المعرفي، والتوجه الإرادي، والسلام الروحي. ويهدف إلى مساعدة المريض على التغير فكرياً، وشعورياً، وسلوكياً، وروحياً، على نحو يساعد على التصالح العام مع نفسه، ومجتمعه، والكون، والتصالح مع الله ﷻ).

والعلاج النفسي – الإسلامي، لا يمكن وصفه كأحد أنواع العلاجات النفسية ، على الرغم من التقائه في الكثير من الإجراءات؛ إلا أنه يتميز تميزاً كاملاً عن تلك العلاجات في تصوره الشامل للإنسان، والمجتمع، والكون، والله سبحانه وتعالى، وهو مع هذا يجمع مميزات معظم هذه الأنواع من مدارس العلاج النفسي خصوصاً (الجمعي) مع فارق جوهري هو تجنبه لنظرتها المادية للإنسان، والمجتمع.

ثانياً- الأدلة الشرعية على جواز استخدامه:

١. القرآن الكريم: وردت في القرآن الكريم (ست) آيات تدل على جواز الاستشفاء بالقرآن الكريم، مع أنّ قسماً من العلماء يتخذها آيات علاجية ، إلا

أن الباحث يعتقد أنها آيات تدلنا، وترشدنا إلى القرآن الكريم بكليته أو عدد من آياته، وسوره للشفاء حسب العلة المرضية، (والله أعلم) والآيات الكريمات هي في قوله تعالى:

أ. وَيَشْفِ صُدُورَ قَوْمٍ مُؤْمِنِينَ (التوبة:١٤).
ب. وَشِفَاءٌ لِمَا فِي الصُّدُورِ (يونس:٥٧).
ج. يَخْرُجُ مِنْ بُطُونِهَا شَرَابٌ مُخْتَلِفٌ أَلْوَانُهُ فِيهِ شِفَاءٌ لِلنَّاسِ (النحل:٦٩).
د. وَنُنَزِّلُ مِنْ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِلْمُؤْمِنِينَ (الإسراء:٨٢).
هـ. وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِي (الشعراء:٨٠).
و. قُلْ هُوَ لِلَّذِينَ آمَنُوا هُدًى وَشِفَاءٌ (فصلت:٤٤).

٢. السنة النبوية الشريفة: فضلاً عن كون الرسول (o) كان يقوم بالعلاج بنفسه ؛ إلا ان هناك أحاديث نبوية صحيحة تؤكد جواز هذا العلاج، عن النبي محمد (o) قال: (إن الله لم ينزل داءً إلا أنزل له شفاء)، وعن النبي محمد (o) أنه قال: (لكل داء دواء فإذا أصيب دواء الداء برىء بأذن الله ﷻ).

خصائص العلاج النفسي – الإسلامي

يمتاز هذا العلاج من غيره من أنواع العلاج للأمراض النفسية بالآتي:

١- إنه علاج إيماني: أي يعتمد على ترسيخ، دعائم الإيمان في نفس الفرد، وللإيمان قيمة علاجية قوية، وقيمة، وقائية تجعل المؤمن يشعر بالأمن، والاطمئنان، والاستقرار، والهدوء والسكينة، والزهد في متاع الدنيا، وشهواتها، والرضا بقضاء الله وقدره.
٢- إنه علاج خلقي: يحترم في منهجه كرامة الإنسان، ويصونها، ويعتمد في الوقاية، والشفاء على بث المبادئ الخلقية، والفضائل الحميدة في نفس الفرد.
٣- إنه علاج امتثالي: أي يدعو الفرد للامتثال للقيم، والمبادئ والمثل العليا، والأعراف السائدة في المجتمع، بعد امتثاله لله سبحانه وتعالى، وسنة رسوله الكريم، وهذا من شأنه أن يحقق قمة التكيف في المجتمع.
٤- إنه علاج تعضيدي: فهو يقدم العون، والمساعدة ، والتأييد، والتشجيع للمريض حتى يرضى عن نفسه ويثق بها، ويتحرر من مشاعر النقص العدوانية.
٥- إنه علاج إقناعي: يقوم على أساس إقناع المريض بالحلول المنطقية العقلية، وهو بذلك يستعمل تأثير العقل إلى جانب التأثير في إرادة المريض وفي شعوره فهو يستعمل أساليب العلاج العقلي المعرفي، والعلاج بتقوية الإرادة والبصيرة ضمناً.

٦- إنه علاج سلوكي: يستهدف تعديل سلوك الفرد نحو العمل الصالح الذي يرضي الله (ﷻ)، ويطمئن النفس، والعلاج بالاسترخاء، واحدة من أساليبه.
٧- إنه علاج شمولي: حيث يتناول شخصية المسلم بكافة جوانبها الجسمية، والعقلية والروحية والخلقية والاجتماعية والعلمية والعملية والأسرية كافة.
٨- إنه علاج واقعي: أي لا يعتمد على الأمور الفلسفية أو الخيالية أو الوهمية.

ويضيف الباحث خصائص أخرى للعلاج النفسي – الإسلامي من خلال تجربته العملية لهذا العلاج:

أ. إنه علاج رحماني: أي لا يكفي لشفاء المريض كل ما يقوم به من سلوك وعقيدة إيمانية فحسب، وإنّما أولاً وأخيراً رحمة الله سبحانه وتعالى من دونها لا يحدث الشفاء.
ب. إنه علاج تقويمي: ويعتقد الباحث أن هذه الميزة الأساسية التي يختلف بها العلاج النفسي – الإسلامي عن كل العلاجات الأخرى، وهي سر نجاحه وفي الوقت عينه سبب فشل كل الأنواع الأخرى من العلاج، وهو اعتماد العلاج النفسي – الإسلامي على تقويم الإنسان وبيان هدفه من الحياة، والوجود، وهي من أكبر نعم الله سبحانه وتعالى على المسلمين.
جـ. إنه علاج تعزيزي: قال تعالى: وَابْتَغِ فِيمَا آتَاكَ اللَّهُ الدَّارَ الآخِرَةَ ولا تَنسَ نَصِيبَكَ مِنْ الدُّنْيَا (القصص:٧٧).

صفات المعالج النفسي المسلم

١- هو العامل الأول في العملية العلاجية، وعليه يقع العبأ الأكبر.
٢- العلاج النفسي – الإسلامي، موهبة وقدرة تنمى بالدراسة والممارسة.
٣- توافر شخصية قوية في المعالج النفسي – الإسلامي.
٤- أن يكون ملماً بقدر كافٍ بروح الإسلام، وتعاليمه وتصوراته وأهدافه وأن يكون مؤمناً حقيقياً بها.
٥- أنْ يكون قدوة للآخرين في هيأة وطريقة تفكيره ومشاعره وسلوكه.
٦- أن يكون دائم النشاط، والنمو والتطور، حتى يستطيع توجيه مريضه نحو السواء.
٧- أن يؤمن بأن عمله رسالة هي استمرار لرسالة الأنبياء والصالحين في إصلاح النفوس، وهداية القلوب.
٨- أن يكون واسع الصدر، له القدرة على استيعاب المتناقضات، وسماع الرأي الآخر دون تعصب.
٩- أنْ يكون قادراً على مصاحبة المريض، والاهتمام به وكأنه أحد إخوانه الأعزاء.

١٠- أن يكون وسطاً عدلاً (لا مسيطر ولا متفرج) مؤثراً، وفاعلاً إيجابياً.
١١- أنْ يكون دافئ المشاعر طيب القلب يأنس المريض بقربه.
١٢- أنْ يكون ذكياً فطناً يعرف كل مريض ما يناسبه من التوجيه، والمعاملة.
١٣- أنْ يواظب على العبادات لتكون له زاداً يعينه؛ لأن أمامه مسألة صعبة جاهد من أجلها الأنبياء، والرسل، والصديقين، والصالحين ومن تبعهم بإحسان.
١٤- أنّ يسعى في سبيل الحصول على أكبر قدر ممكن من تعليم أصول مهنة هذا العلاج، وأنْ يكون ذا ثقافة شمولية لجوانب كثيرة من أوجه الحياة، وأن يكون واعياً بمعان الأهداف الإنسانية في الحياة، وبعد الممات، وواعياً بنفسه، ومجتمعه وكونه وخالقه.
١٥- أنْ يديم الإطلاع على سيرة الرسول محمد (o)، وأصحابه، والشخصيات الإسلامية العظيمة حتى يتوسم في ذهنه دائماً مستويات العظمة البشرية في ظل التصور الإسلامي فيحاول الرقي إليها قدر طاقته، ويجذب معه مرضاه إلى تلك المستويات.
١٦- أن يكون القرآن الكريم زاده الفكري اليومي، ويتأدب بآدابه ويهتدي بهداه.

مراحل العلاج النفسي – الإسلامي

١. الاعتراف والتفريغ: Confession and Catharsis: من خلال تخلية النفس من عاداتها المذمومة وعيوبها وإخراج هذه العيوب إلى النور، كما قال موسى لربه، في قوله تعالى: قَالَ رَبِّ إِنِّي ظَلَمْتُ نَفْسِي فَاغْفِرْ لِي (القصص:١٦)، وكما نادى يونس في الظلمات، بقوله تعالى: لا إِلَهَ إِلا أَنْتَ سُبْحَانَكَ إِنِّي كُنتُ مِنْ الظَّالِمِينَ (الأنبياء:٨٧)، ويتضمن الاعتراف شكوى النفس طلباً للغفران، وتتم عملية الاعتراف والتفريغ من خلال:
أ- إشعار المريض بتقبله وحبه.
ب- تقبله هو لذاته واحترامه لها.
جـ- اعترافه وتفريغه.

٢. التوبة: Repentance: وهي تقابل المغفرة، وتمثل أمل المخطئ الذي يتحرر من ذنوبه فيشعر الفرد بعدها بالتفريغ النفسي والانفراج، وهي كما يقول الغزالي: (لها أركان ثلاث: علم وحال وفعل، فالعلم هو معرفة ضرر الذنب المخالف لأمر الله، والحال هو الشعور بالذنب، والفعل: هو ترك الذنب، والنزوع نحو الفعل الخير)، قال تعالى في التوبة: قُلْ يَاعِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَى أَنْفُسِهِمْ لا تَقْنَطُوا مِنْ رَحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا إِنَّهُ هُوَ الْغَفُورُ الرَّحِيمُ(الزمر: ٥٣)، ويقول الرسول الكريم محمد (o) (التائب حبيب الله، والتائب من الذنب كمن لا ذنب له).

٣. الاستبصار: أي الوصول بالمريض إلى فهم أسباب شقائه ومشكلاته النفسية وإدراك الدوافع التي أدت به إلى حالته المضطربة وفهم ما ينفعه من خير وشر وتقبل المفهومات الجديدة، وكذلك تكوين ذات اجتماعية جديدة ، ومجاهدة النفس المريضة بامتدادها.

رابعاً. تكوين، واكتساب اتجاهات وقيم إيمانية إسلامية جديدة: ومن خلالها يتم تقبل الذات، وتقبل الآخرين، والقدرة على تحمل المسؤولية، وعلى تكوين علاقات اجتماعية مبنية على الثقة المتبادلة والقدرة على التضحية، وخدمة الآخرين، وكذلك اتخاذ أهداف واقعية في الحياة، مثل القدرة على الصمود، والعمل المثمر والإنتاج، والشعور بالسعادة.

عناصر الإرشاد العلاج النفسي – الإسلامي.

١- التوبة:إن التوبة إلى الله (سبحانه وتعالى) تغفر الذنوب، وتقوي في الإنسان الأمل في رضوان الله فتخفض حدة قلقة، ثم أنها تدفع بالإنسان إلى إصلاح الذات، وتقويمها، حتى لا يقع مرة أخرى في الأخطاء، والمعاصي، ويساعد ذلك على زيادة تقدير الإنسان لنفسه، وزيادة ثقته بها ورضائه عنها، مما يؤدي ذلك إلى بث الشعور بالأمن، والطمأنينة في النفس. قال تعالى: وَمَنْ يَعْمَلْ سُوءًا أَوْ يَظْلِمْ نَفْسَهُ ثُمَّ يَسْتَغْفِرْ اللَّهَ يَجِدْ اللَّهَ غَفُورًا رَحِيمًا (النساء:١١٠).

٢- تصحيح التصورات والمفهومات: إنّ من سمات الحياة العصرية، تداخل، وتضارب، واختلاط التصورات، والمفهومات، وفي المريض النفسي ذاته تزيد حدّة هذه الظاهرة، فهو يأتي إلى المعالج تائهاً مضطرباً حائراً، وقد تلوث، وعيه بكم هائل من الأفكار، والتصورات المشوهة، والخاطئة ،ومهمة المعالج هو تخلية نفس المريض من تلك التصورات المريبة في بداية العملية العلاجية، ليس هذا فحسب بل تحليتها وتغذيتها بالمفاهيم، والتصورات الصحيحة.

٣-الإيمان: قال تعالى: هُوَ الَّذِي أَنْزَلَ السَّكِينَةَ فِي قُلُوبِ الْمُؤْمِنِينَ لِيَزْدَادُوا إِيمَانًا مَعَ إِيمَانِهِمْ (الفتح:٤) ، لا أحد ينكر تأثير قوة الإيمان بالله في الصحة النفسية للإنسان فهذا التأثير حقيقة أزليّة أصبحت من المسلمات التي لا تحتاج إلى دليل، ونظراً لالتزام الباحث بالمنهج العلمي في البحث فلابد من إيضاح هذه النقطة من خلال العوامل النفسية الناتجة عنها:

أ- إن الإيمان الصحيح يمنح الإنسان أعظم علاقة حب وأروعها مع الله (سبحانه وتعالى) ومن ثم الناس وكل المخلوقات. وقد دلت الدراسات على أن للإيمان قيمة عظيمة على صحة الفرد النفسية والعقلية والجسمية، وأن له أثراً علاجياً في تحقيق شفاء المرضى النفسيين.

ب- الإيمان يوقظ في الإنسان الكثير من العواطف الإيجابية مثل الحب والرحمة والتسامح والإيثار والتضحية .

ج- الإيمان يشيع الأمل وروح التفاؤل تجاه الحاضر والمستقبل، وهو يطمئن من مغفرة الله للماضي.

د- يتمتع المؤمن بالقوة الروحية التي تحافظ على تماسك الشخصية وتناسق عمل مكوناتها.

هـ-يتمتع المؤمن بقوة إصدار القرار الصحيح وسرعة اتخاذه في الزمان والمكان المناسبين. قال تعالى:فَإِذَا عَزَمْتَ فَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُتَوَكِّلِينَ(آل عمران:١٥٩).

و- الإحساس بالقرب من الله وإمكانية مناجاته بالدعاء والاستغفار والتوبة وقد أثبت أخر الأبحاث العملية في مراكز الطب النفسي الأوربية والأمريكية، أن الأشخاص الذين يتمتعون بإيمان قوي بالله تعالى ويقين بأن كل شيء بيد الله يتخلصون من المخاوف وتزيد فرص شفاؤهم من الأمراض، خصوصاً (الاكتئاب والقلق).

ز- يعطي الإيمان للفرد إحساساً باحترام الذات قال تعالى: الَّذِينَ آمَنُوا وَلَمْ يَلْبِسُوا إِيمَانَهُمْ بِظُلْمٍ أُوْلَئِكَ لَهُمْ الأَمْنُ وَهُمْ مُهْتَدُونَ (الإنعام:٨٢). وقال تعالى: الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ (الرعد:٢٨).

٤-الصلاة: قال تعالى: إِنَّ الصَّلاةَ تَنْهَى عَنْ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ(العنكبوت:٤٥)، معناها وجود صلة بين الإنسان وخالقه العظيم، وهي مناجاة روحية بين العبد وخالقه بصورة مباشرة ومن خلال هذا الموقف السامي يشعر الإنسان بصفاء روحه واطمئنان قلبه واستقراره ، وإن أداء الصلاة بمواقيتها تعد محطات راحة واسترخاء وتجديد للنشاط في طريق الحياة القاسي، وقد أثبت علمياً فائدة الصلاة العلاجية للأمراض النفسية، فقد اتضح من دراسة نشاط المخ بوساطة جهاز رسم المخ الكهربائي، إن كمية النوم الحالم تزيد في الجزء الأخير من الليل، وإن هناك علاقة بين زيادة كمية النوم الحالم وبين الاكتئاب، وهناك وسيلة لعلاج الاكتئاب بأيقاظ المريض في أثناء النوم الحالم، ولذلك يلاحظ أن من يقومون لصلاة الفجر، يظلون طوال يومهم نشطين مستبشرين. وقال رسول الله (o) من فاتته صلاة الصبح فليس في وجهه نور، ومن فاتته صلاة الظهر فليس في رزقه بركة، ومن فاتته صلاة العصر فليس في بدنه قوة، ومن فاتته صلاة المغرب فليس في أولاده ثمرة، ومن فاتته صلاة العشاء فليس في نومه راحة).

قال تعالى: حَافِظُوا عَلَى الصَّلَوَاتِ وَالصَّلاةِ الْوُسْطَى وَقُومُوا لِلَّهِ قَانِتِينَ (البقرة:٢٣٨). وهذا يدلل على الأثر العلاجي للصلاة في الحالة النفسية والجسمية للفرد ، قال تعالى: وَاسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلاةِ وَإِنَّهَا لَكَبِيرَةٌ إِلاَّ عَلَى الْخَاشِعِينَ (البقرة:٤٥). وكان رسول الله (o) إذا حزّ به أمر فزع إلى الصلاة كما كان يقول (o) : (قم يا بلال فأرحنا بها) ،وفوائد الصلاة: (أنّها مجلبة

للرزق، حافظة للصحة، دافعة للأذى، مطردة للأدواء، مقوية للقلب، مبيضة للوجه، مفرحة للنفس، مذهبة الكسل، منشطة للجوارح، ممدة للقوى، شارحة للصدر، مغذية للروح، منورة للقلب، حافظة للنعمة، دافعة للنقمة، جالبة للبركة، مبعدة عن الشيطان، مقربة من الرحمن وبالجملة: فلها تأثير عجيب في حفظ صحة البدن والقلب، وقواهما، ودفع المواد الرديئة عنهما، وما أبتلى رجلان بعاهة أو داء أو منحة أو بلية إلا كان حظ المصلّي منهما أقل وعاقبته أسلم، لأن الصلاة من أكبر الأدوية والمفرحات).

إن وقوف الإنسان في الصلاة أمام الله (سبحانه وتعالى) في خشوع وتضرع يمده بطاقة روحية تبعث فيه الشعور بالصفاء الروحي، والاطمئنان القلبي والأمن النفسي، ففي الصلاة بخشوع، يتوجه الإنسان بكل جوارحه وحواسه إلى الله تعالى وما يشعر به من الإحساس الروحي لآيات القرآن من شأنه أن يبعث في الإنسان حالة من الاسترخاء التام وهدوء النفس وراحة العقل، ولحالة الاسترخاء هذه والهدوء النفسي التي تحدثها الصلاة، أثرها العلاجي المهم في تحقيق حدة التوترات العصبية، وفي خفض القلق الذي يعانيه بعض الناس.

ويقول الطبيب (توماس هايسلوب): (إن الصلاة أهم أداة علاجية عرفت حتى الآن لبث الطمأنينة في النفوس وبث الهدوء في الأعصاب)، مع أن هذا الرأي ليس للصلاة في الإسلام، التي لها معنى وطعم وفائدة علاجية لا تضاهي بأية صلاة أخرى. إذ إن واحداً من الفوائد العلاجية هو الاسترخاء العام الذي تحدثه الصلاة، وهو يماثل أو يفوق أسلوب العلاج النفسي – السلوكي، القائم على الاسترخاء في علاج التوتر والقلق مثل أسلوب (جوزيف ولبي) في الكف المتبادل (Reciprocal Inhibition) الذي يطلق عليه العلاج الاسترخائي أو (العلاج بالتقليل من الحساسية الانفعالية) .

إن أثر الصلاة يفوق كثيراً أثرالإرشاد والعلاج النفسي، فضلاً عن تحرر طاقة الإنسان النفسية من قيود القلق (وهو هدف العلاج النفسي) فإن الاتصال الروحي بين الإنسان وربه في أثناء الصلاة يمده بطاقة روحية تجدد فيه الأمل وتقوي فيه العزم وتطلق في نفسه قدرات هائلة تمكنه من تحمل المشاق والقيام بجلائل الأعمال.

ويقول الدكتور (كاريل): (لعل الصلاة هي أعظم طاقةٍ مولدةٍ للنشاط عُرفتْ إلى يومنا هذا – وقد رأيت بوصفي طبيباً- كثيراً من المرضى فشلت العقاقير في علاجهم، فلما رفع الطب يديه عجزاً وتسليماً تدخلت الصلاة فأبرأتهم من عللهم. وقد وجدت أنَّ الصلاة كمعدن (الراديوم) مصدر للإشعاع ومولد ذاتي للنشاط، وبالصلاة يسعى الناس إلى استزادة نشاطهم المحدود، حين يخاطبون القوة التي لا يغني نشاطها.

وتعد الصلاة من أكمل الأدوية وأعظم الأغذية التي تصبح علاجاً ناجحاً للقلوب السلمية والقلوب المريضة (إذا تابوا واستغفروا لذنوبهم ورجعوا عن غيهم). والصلاة رياضة للنفس والبدن جميعاً، فهي فضلاً عن تأثيرها في النفس، لها تأثير في البدن أيضاً لما تشتمله على حركات مختلفة للجسم، ولاشك أن الصلاة وما يتبعها من هذه الحركات المختلفة تعمل على تحليل المواد، والمعاونة على استخراج الفضلات وتقوية الجسم فتطرد الأرواح الضارة فينصلح الجسم كله ، والدليل الشرعي على الأثر العلاجي للصلاة، هو من السنة فضلاً عما ذكر من القرآن.

وإن لصلاة الجماعة أيضاً أثراً علاجياً هاماً فتردد الفرد على المسجد يتيح له فرصة التعرف على الناس وتكوين علاقات تؤدي إلى نمو الشخصية والنضج الانفعالي والوقاية من القلق.

فضلاً عن الفوائد العلاجية للصلاة، فإن الوضوء لغرض التهيؤ للصلاة له فوائد علاجية أيضاً، فحين ينظف المسلم يديه من الوسخ الظاهر وينظفهما كذلك مما اجترحا من أثام وهو يغسل عينيه لينظفهما من التراب والوسخ، كذلك يزيل عنهما كل نظرة آثمة أو نظرة خائنة... وهكذا لأعضاء الجسم الأخرى.

وقد كشفت الدراسات الحديثة عن أثر الوضوء في شعور الفرد بالهدوء والاسترخاء والسكينة والطهارة وإزالة مشاعر التوتر والقلق والتأزم النفسي والعصبي والعقلي، فالعلاج النفسي – الإسلامي بالضوء هو الأصل للعلاج النفسي الحديث الذي يعرف بـ (Water therapy)، إذ يستحم المريض مرات متعددة بالماء الفاتر ويضع نفسه تحت (الدش) لفترات يحددها الطبيب النفسي له قال تعالى: يَاأَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِذَا قُمْتُمْ إِلَى الصَّلاةِ فَاغْسِلُوا وُجُوهَكُمْ وَأَيْدِيَكُمْ إِلَى الْمَرَافِقِ وَامْسَحُوا بِرُءُوسِكُمْ وَأَرْجُلَكُمْ إِلَى الْكَعْبَيْنِ وَإِنْ كُنْتُمْ جُنُبًا فَاطَّهَّرُوا وَإِنْ كُنْتُمْ مَرْضَى أَوْ عَلَى سَفَرٍ أَوْ جَاءَ أَحَدٌ مِنْكُمْ مِنْ الْغَائِطِ أَوْ لامَسْتُمْ النِّسَاءَ فَلَمْ تَجِدُوا مَاءً فَتَيَمَّمُوا صَعِيدًا طَيِّبًا فَامْسَحُوا بِوُجُوهِكُمْ وَأَيْدِيكُمْ مِنْهُ مَا يُرِيدُ اللَّهُ لِيَجْعَلَ عَلَيْكُمْ مِنْ حَرَجٍ وَلَكِنْ يُرِيدُ لِيُطَهِّرَكُمْ وَلِيُتِمَّ نِعْمَتَهُ عَلَيْكُمْ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ(المائدة:٦).

وقال رسول الله (o) (إذا توضئ العبد المؤمن، فغسل وجهه خرج من وجهه كل خطيئة نظر إليها بعينه مع الماء أو مع آخر قطرة الماء، فإذا غسل يديه خرج من يديه كل خطيئة كانت بطشتها يداه مع الماء أو مع آخر قطرة الماء، فإذا غسل رجليه خرجت كل خطيئة مشتها رجلاه، مع الماء أو مع آخر قطرة الماء حتى يخرج نقياً من الذنوب).

وفضلاً عن الأثر النفسي للوضوء، فإن له أثراً فسيولوجياً، إذا تبين من التجارب الحديثة (اسامة الراضي، جمال أبو العزايم) ، إن الاغتسال بالماء خمس مرات يومياً وعلى مدد معينة من العمل اليومي تساعد على استرخاء العضلات وتخفيف حدة التوتر البدني والنفسي، ولذلك أوصى الرسول محمد

(o) بعلاج الغضب بالوضوء فقال:(إن الغضب من الشيطان وإن الشيطان من نار، وإنما تطفئ النار بالماء، فإذا غضب أحدكم فليتوضأ).

٥-الصوم: قال تعالى: شَهْرُ رَمَضَانَ الَّذِي أُنزِلَ فِيهِ الْقُرْآنُ هُدًى لِلنَّاسِ وَبَيِّنَاتٍ مِنْ الْهُدَى وَالْفُرْقَانِ (البقرة:١٨٥). وقال سبحانه وتعالى: كُتِبَ عَلَيْكُمْ الصِّيَامُ كَمَا كُتِبَ عَلَى الَّذِينَ مِنْ قَبْلِكُمْ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ(البقرة:١٨٣) ، وفي الحديث الشريف الرسول (o) قال: (الصيام جُنَّةٌ، فإذا كان أحدكم صائماً، فلا يرفث ولا يجهل، فإن أمرؤ قاتله، أو شامته فليقل: إني صائم (مرتين)، والذي نفس محمد بيده، لخلوف فم الصائم أطيب عند الله من ريح المسك، يترك طعامه وشرابه وشهواته من اجلي الصيام لي وأنا أجزي به، والحسنة بعشرة أمثالها) وقال (o) (من صام رمضان إيماناً واحتساباً غفر له ما تقدم من ذنبه).

ومن الفوائد الروحية للصوم، إنّه يعّود الصبر ويقوي عليه، ويعلّم ضبط النفس ويساعد عليه، ويُوجد في النفس ملكه التقوى ويربيّها، ومن فوائده الاجتماعية، يعود الأمة النظام والاتحاد وحب العدل والمساواة ويصون المجتمع من الشرور والمفاسد، والصائم يشعر بما يشعر به الفقراء والجياع والمحرومون، ومن ثم فهو يعطف عليهم ويحسن إليهم.

وينمي الصيام الإحساس بالطاعة لله سبحانه وتعالى، بحيث يشعر الفرد بالرضا والسعادة والأمان النفسي العميق، ويقول الأمام الغزالي رحمه الله : (إن الصوم: هو حبس النفس عن الشهوات وتعديل قوتها الشهوانية استعداداً لطلب ما فيه منتهى سعادتها ونعيمها، وفيه زكاة للنفس في حياتها، فالجوع يكسر من حدة الغضب وثوراته والظمأ يعلم الإنسان الصبر، ويذكره بالأكباد الجائعة من المساكين والفقراء، وهو يسكن ويهدأ كل عضو من أعضاء الجسم وكل قوة من قواه عن جموحها وإفراطها، بالصوم تلجم الجوارح جميعاً بلجام التقوى).

وفي الصوم قهر للشيطان لأن الشيطان يحب الشهوات ويحب فاعلها، وعندما تقل الشهوات في الصيام فإن الشيطان يعجز عن غواية بني آدم، لذلك يقول الرسول الكريم محمد (o) (إن الشيطان ليجري من أبن آدم مجرى الدم، فضيقوا مجاريه بالجوع)، وللصيام فوائد طبية علاجية، فالصيام يساعد على ضبط النفس والتحكم في الدوافع وإلى تقوية الإرادة والعزيمة وينمي القدرة على التحمل.

٦. الزكاة: قال تعالى: آمِنُوا بِاللَّهِ وَرَسُولِهِ وَأَنْفِقُوا مِمَّا جَعَلَكُمْ مُسْتَخْلَفِينَ فِيهِ (الحديد:٧). وقال تعالى: وَآتُوهُمْ مِنْ مَالِ اللَّهِ الَّذِي آتَاكُمْ(النور:٣٣) ، وقال تعالى:خُذْ مِنْ أَمْوَالِهِمْ صَدَقَةً تُطَهِّرُهُمْ وَتُزَكِّيهِمْ بِهَا (التوبة:١٠٣). فالزكاة تطهر النفس من دنس البخل والطمع والأثرة (وهي حب الذات والقسوة على

الفقـراء)، والزكـاة تنمـي الـنفس وترفعهـا بـالخيرات والبركـات الخلقيـة والعملية، حتى تكون بها أهلاً للسعادة الدنيوية والآخروية.

والزكاة فريضة على كل مسلم حر له من الملكية الخاصة (عشرون دينار ومئتا درهم – في معيار المسلمين الأوائل) مما يمضي عليها حولاً كاملاً وما يزيد على حاجته وحاجة عائلته. وهي لها أثر في الصحة النفسية، وهي وسيلة علاجية لتطهير النفس من الأثره وحب الذات، وأفضل الزكاة ما كانت سراً فلا يطلّع عليها غير الله ولا يرجو صاحبها إلى وجهه الكريم قال تعالى: لاَ تُبْطِلُوا صَدَقَاتِكُمْ بِالْمَنِّ وَالأذَى(البقرة:٢٦٤).

فعلامة فساد الصحة النفسية المن والأذى، وهذا يجعلها تشعر بالعجب والخيلاء ويمتلكها الغرور وتفقد الاعتدال والاستقامة، ويرى بعض علماء المسلمين أن إخفاء الصدقة من كنوز البر لأنّه يخلّص الإنسان من كثير من الآفات النفسية مثل الكِبَرْ والتجبّر والاستعلاء والشعور بالعظمة والاغترار والمن والأذى.

إن إعطاء الزكاة يشعر الفرد بعدم ملكيته المطلقة للمال، وإنّما الملك لله وحده، ويحاسب الإنسان على طرق اكتساب المال وإنفاقه وهذا يخفف من تعلق الإنسان بالمال وما يتبعه من قلق على تحصيله وخوفاً عليه حين يحصل وحجزه عن النفع العام وعن فقراء المسلمين.

وهناك آيات كريمات كثيرة تحذّر من اكتناز المال وعدم صرفه على الفقراء والمساكين أو صرفه بطريقة غير شرعية أو اكتنازه وحرمان الناس منه. قال تعالى: وَفِي أَمْوَالِهِمْ حَقٌّ لِلسَّائِلِ وَالْمَحْرُومِ (الذاريات:١٩).

٧. الحـج : قال تعالى: وَلِلَّهِ عَلَى النَّاسِ حِجُّ الْبَيْتِ مَنْ اسْتَطَاعَ إِلَيْهِ سَبِيلاً وَمَنْ كَفَرَ فَإِنَّ اللَّهَ غَنِيٌّ عَنْ الْعَالَمِينَ(آل عمران:٩٧). إن في الحج مراجعة للأهواء النفسية، ومغالبة الشهوات، والتوقف عن قبيح الكلام والابتعاد عن اللغو والعبث، وهو فرصة للنفس لتعيد حساباتها وترجع عن غيّها ليعتدل أمرها وتدخل في طاعة الله، ولو تمسك الحاج بأوامر الله لتغيرت نفسه، وَوِلَد ولادة جديدة وتخلص تماماً من أمراضه وأسقامه وآفاته ، وللحج فوائد علاجية كثيرة أهمها قهر النفس إزاء الرغبات، وكبح جماح النزوات، والبعد عن حياة الترف، وفي ابتهال الحج (لبيك اللهم لبيك) تهدئة للأعصاب وراحة للنفس ومناجاة لله وأدعية الحج تفريغ عن الأزمات النفسية.

إن جميع مناسك الحج تمد المسلم بطاقة روحية عظيمة تزيل عنه كروب الحياة وهمومها، وتغمره بشعور عظيم من الأمن والطمأنينة والسعادة.

٨. قراءة القرآن والاستماع إليه : قال تعالى: لَوْ أَنْزَلْنَا هَذَا الْقُرْآنَ عَلَى جَبَلٍ لَرَأَيْتَهُ خَاشِعًا مُتَصَدِّعًا مِنْ خَشْيَةِ اللَّهِ وَتِلْكَ الأَمْثَالُ نَضْرِبُهَا لِلنَّاسِ لَعَلَّهُمْ يَتَفَكَّرُونَ (الحشر:٢١). وقال تعالى: وَنُنَزِّلُ مِنْ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِلْمُؤْمِنِينَ (الإسراء:٨٢). وقال تعالى: يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَتْكُمْ مَوْعِظَةٌ مِنْ

رَبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِمَا فِي الصُّدُورِ (يونس:٥٧). وقال تعالى: وَإِذَا قُرِئَ الْقُرْآنُ فَاسْتَمِعُوا لَهُ وَأَنصِتُوا لَعَلَّكُمْ تُرْحَمُونَ (الأعراف:٢٠٤) ، وفي الحديث النبوي الشريف عن رسول الله (o) قال: ((إنَّ هذا القرآن مأدبة الله، فتعلموا من مأدبته ما استطعتم ، إن هذا القرآن هو حبل الله والنور المبين، والشفاء النافع، عصمة لمن تمسك به، ونجاة لمن اتبعه لا يعوّج فيقوم، ولا يزيغ فيستعتب، ولا تنقضي عجائبه، ولا يخلق من كثرة الرد. فأتلوه فإن الله تعالى يأجركم على تلاوته بكل حرف عشر حسنات، أما إنّي لا أقول (ألفٍ لام ميم) حرف ولكن: ألف ولام وميم، ولا أُلفينَّ أحدكم واضعاً إحدى رجليه يدع أن يقرأ سورة البقرة فإن الشيطان يَفرُّ من البيت الذي تقرأ فيه سورة البقرة، وإن أصغر البيوت لجَوف أصغر من كتاب الله).

وعن الرسول محمد (o) قال: (إنَّ البيت ليتسع على أهله وتحضره الملائكة وتهجره الشياطين، إن يقرأ فيه القرآن) ، وأما عن الأثر الشفائي للقرآن الكريم (قراءةً واستماعاً فقد ثبت شرعاً من القرآن والسنة النبوية الشريفة، كما سبقت الإشارة إليه (في الأدلة الشرعية، ص:) فضلاً عن الأحاديث النبوية الآتية: عن رسول الله (o) قال: (عالجيها بكتاب الله) ، وعن الإمام علي كرم الله وجه عن الرسول محمد (o) قال: (خير الدواء القرآن) ، وعن رسول الله (o) قال: (عليك بتقوى الله فإنها جماع كل خير، وعليك بالجهاد فإنه رهبانية المسلمين وعليك بذكر الله وتلاوة كتاب الله تعالى، فإنه نور لك في الأرض، وذكر لك في السماء، وأخره لسانك، إلا من خير، فإنك بذلك تغلب الشيطان) (وهناك شروط وآداب لتلاوة القرآن الكريم، يذكرها (النووي) بالآتي:

أ- المحافظة على تلاوته ليلاً ونهاراً ، وقد كانت للسلف الصالح عادات مختلفة في القدر الذي يختمون فيه القرآن، فمنهم كل شهرين، ومنهم كل شهر، وأسبوع.

ب- أفضل أوقات القراءة، هي في الصلاة (تطيل في القيام أفضل من أن تطيل في السجود) وفي الليل وفي النصف الأخير منه، أفضل من الأول والقراءة بين المغرب والعشاء محبوبة، أما قراءة النهار، فأفضلها ما بعد صلاة الصبح ولا إكراه في القراءة في أي وقت من الأوقات، ومن الأيام، الجمعة، الاثنين، الخميس/ يوم عرفة/ ومن الأعشار الشهرية: العشر الأول من ذي الحجة، والعشر الأخير من رمضان.

ج- يستحب الدعاء عند ختم القرآن.

د- عدم ترك القرآن وتعريضه للنسيان: وأن رسول الله (o) قال: (إنّما مثل صاحب القرآن كمثل الإبل المعُقلة، إن عاهد عليها أمسكها، وإن أطلقها ذهبت) ، وروى عن النبي (o) قال: ((من قرأ القرآن ثم نَسيَهُ لقي الله تعالى يوم القيامة أجْذَمّ) .

هـ- ومن آداب قراءة القرآن، الإخلاص في القراءة لله (سبحانه وتعالى) وأن لا يقصد أن يحصل على شيء. وأن يتأدب مع القرآن، ويستحضر في ذهنه إنّه يناجي الله (سبحانه وتعالى) ويتلو كتابه.

و- في قراءة القرآن الخشوع والتدبر والخضوع، ويستحب البكاء، فإن البكاء عند القراءة صفة العارفين وشعار عباد الله الصالحين، قال تعالى: وَيَخِرُّونَ لِلأَذْقَانِ يَبْكُونَ وَيَزِيدُهُمْ خُشُوعًا(الإسراء:١٠٩).

ز- إن قراءة القرآن في المصحف أفضل من حفظه.

ح- الجمع بين رفع الصوت في القراءة وبين الإسرار فيه.

ط- يستحب تحسين الصوت بالقراءة وتزينه ما لم يخرج عن حد القراءة بالتمطيط.

أما القدرة الشفائية والأثر العلاجي لقراءة القرآن الكريم والاستماع إليه، فقد ثبت بما لا يقبل الشك من خلال التجارب الفعلية العلمية، فضلاً عن الأدلة الشرعية (من القرآن الكريم والسنة النبوية)، وقد تم استعراض هذه التجارب والدراسات في فصل

٩. ذكر الله : قال تعالى: الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ (الرعد:٢٨) وقال تعالى: يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اذْكُرُوا اللَّهَ ذِكْرًا كَثِيرًا وَسَبِّحُوهُ بُكْرَةً وَأَصِيلاً (الأحزاب:٤١-٤٢). وقال تعالى: وَالذَّاكِرِينَ اللَّهَ كَثِيرًا وَالذَّاكِرَاتِ أَعَدَّ اللَّهُ لَهُمْ مَغْفِرَةً وَأَجْرًا عَظِيمًا (الأحزاب:٣٥).

وفي الحديث الشريف، ما روي قال: قال رسول الله (o): ((ألا أنبئكم بخير أعمالكم وأزكاها عند مليككم وأرفعها في درجاتكم وخير لكم من إنفاق الذهب والورق وخيرٌ لكم من أن تلقوا عدوكم فتضربوا أعناقهم؟ قالوا بلا، قال: ذكر الله تعالى)).

وقال رسول الله (o) ((لقيت إبراهيم ليلة أُسري ربي، فقال: يا محمد: أُقرَئ أُمَتك السلام وأخبرهم أن الجنّة طيبة التربة، عذبة الماء، وإنّها قيعان، وأن غراسها: سبحان الله، والحمد لله، ولا إله إلا الله، والله وأكبر)) .

وإن ذكر الله: هو شعور الإنسان بوجود الله معه طوال الوقت، مراقباً، ومؤانساً ومؤيداً، وهذه في الأساس صفة قلبية، يعززها ويغذيها ذكر الله باللسان في الأحوال المختلفة للإنسان.

إنَّ الذكر يحبه الله تعالى وتبسط له الملائكة أجنحتها، وهو الذي تتجلى أثاره على جوارح صاحبه وحركاته وأعماله ومنهجه في السلوك العام ، وذكر الله، هو من أفضل طرق العلاج في علم النفس الإسلامي، لأنه يصقل القلوب، إذ إنّه يبدّل الخوف أمناً والعداوة محبة ويحّول القلق والجزع والاضطراب إلى سكينة والرعب إلى طمأنينة.

وذكر الله هو غذاء روحي يُمّدُ النفس الإنسانية بما يحتاجه من سكينة وطمأنينة، وأن الإعراض عن ذكر الله يضرّ الإنسان ويؤدي إلى شقائه، يقول

تعالى: وَمَنْ أَعْرَضَ عَنْ ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنكًا وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى(طه: ١٢٤)، وقال تعالى: وَمَنْ يَعْشُ عَنْ ذِكْرِ الرَّحْمَانِ نُقَيِّضْ لَهُ شَيْطَانًا فَهُوَ لَهُ قَرِينٌ وَإِنَّهُمْ لَيَصُدُّونَهُمْ عَنْ السَّبِيلِ وَيَحْسَبُونَ أَنَّهُمْ مُهْتَدُونَ (الزخرف: ٣٦،٣٧).

إنَّ الذي يذكر الله ويتأمل في عظمته ويتصور قدرته، يلين قلبهُ ويخشع، ويطأطأ رأسه، فلا يصدر عنه من الأقوال والأعمال إلا ما فيه الخير والإصلاح، وهكذا تسري الطمأنينة في نفسه، ولا يكون للهم والقلق إلى قلبه من سبيل.

ومن فوائد (ذكر الله) العلاجية، هو تزكية النفس وصفائها وشعورها بالأمن والطمأنينة، وحينما يداوم المسلم على ذكر الله، فإنه يشعر بأنه قريب من الله تعالى وأنه في حمايته ورعايته، ويبعث ذلك في نفسه الشعور بالثقة والقوة والشعور بالأمن والطمأنينة والسعادة.

قال تعالى: فَاذْكُرُونِي أَذْكُرْكُمْ وَاشْكُرُوا لِي ولاَ تَكْفُرُونِ(البقرة:١٥٢).

وعن النبي (o) قال: ((لا يقعد قوم يذكرون الله إلا حفّتهم الملائكة وغشيتهم الرحمة، ونزلت عليهم السكينة، وذكرهم الله فيمن عنده) ، ويقول ((ذكر الله شفاء للقلوب))، ولذكر الله فضائل متعددة وآثار نفسية وثمرات جليلة، وهو يعين الإنسان على المصاعب، ويساعده في التغلب على العقبات، ويجعله قادراً على طرح رياء النفس جانباً، كما أنه يعمل على تخلية القلب من الآفات ويصرف عنها الخواطر المذمومة، ويدفع عن الإنسان غواية الشيطان ويزيل عنه الحقد والغِلْ والحسد والآفات النفسية الأخرى.

ومهما تكالبت على الذاكر الابتلاءات والمصائب والصدمات وأثقلته الحياة بمتاعبها، فإنه بالذكر يستريح ويطمئن ويقتنع ويرضى، ويعرف أن الشكوى لغير الله مذلة وأنه مع الله وهو المنتصر أبداً فلا يمتلكه يأس ولا اكتئاب، والذكر الجماعي يقوي العزائم ويعاف على البر والتقوى، لأن المؤمن قوي بإخوانه.

١٠. الدعاء :قال تعالى:وَقَالَ رَبُّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ إِنَّ الَّذِينَ يَسْتَكْبِرُونَ عَنْ عِبَادَتِي سَيَدْخُلُونَ جَهَنَّمَ دَاخِرِينَ(غافر:٦٠). وقال سبحانه وتعالى وَإِذا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِي فَلْيَسْتَجِيبُوا لِي وَلْيُؤْمِنُوا بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ (البقرة:١٨٦).

وفي الحديث النبوي الشريف قال النبي (o) [الدعاء هو العبادة، قال ربكم: "قَالَ رَبُّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ"].

وقال (o) : (إنَّ ربكم تبارك وتعالى حيي كريم يستحي من عبده إذا رفع يديه إليه ان يردها صفراً).

وقال (o) [ما من مسلم يدعو الله بدعوةٍ ليس فيها أثم ولا قطعية رحم، إلا أعطاه الله بها إحدى ثلاث: إمّا أن تعجّل له دعوته، وأمّا أن يدّخرها له في الآخرة وإمّا أن يصرف عنه من السوء مثلها، قالوا: إذن نكثرْ قال: (الله أكثر).

وفي الدعاء، يقوم الإنسان بمناجاة ربه ويبث إليه ما يشكوه وما يعانيه في حياته من مشكلات وأزمات ومصائب، تزعجه وتقلقه، وهو في هذه الحالة من الاسترخاء والهدوء النفسي يؤدي أيضاً إلى التخلص من القلق، وبصرف النظر عن كون الله تعالى قد استجاب فعلاً لدعاء الإنسان أو لم يستجب فإن مجرد التوجه إلى الله سبحانه وتعالى بالدعاء، وأمل الإنسان في استجابة الله تعالى له، يؤدي عن طريق الإيحاء الذاتي إلى تخفيف حدة قلقه، فضلاً عن استجابة الله له، وقال النبي (o) (الدعاء سلاح المؤمن، وعماد الدين، ونور السماوات والأرض) ، ويذكر الغزالي في (إحياء علوم الدين) آداب الدعاء بعشرةٍ هي:

أ- أن يترصد الإنسان الأزمان الشريفة (يوم عرفة – شهر رمضان – يوم الجمعة – الثلث الأخير من الليل – وقت الأسحار).

ب- أن يغتنم الأحوال الشريفة (السجود- التقاء الجيوش- نزول الغيث- إقامة الصلاة – بعد الإقامة – رقة القلب).

ج- استقبال القبلة ورفع الدين (ويمسح بهما وجهه في آخره).

د- ضعف الصوت بين المخافة والجهر.

هـ-أن لا يتكلف السجع، والأولى أن يقتصر على الدعوات المأثورة وقال البعض: (أدعو بلسان الذله والافتقار لا بلسان الفصاحة والانطلاق). ويقال إن العلماء والأبدال، لا يزيدون في الدعاء على سبع كلمات، ويشهد له ما ذكره الله سبحانه وتعالى في آخر سورة البقرة (ربنا لا تؤاخذنا إن نسينا أو أخطأنا إلى آخر الآية) ويستحب الإكثار من الدعاء مطلقاً.

و- التضرع والخشوع والرهبة قال تعالى: إِنَّهُمْ كَانُوا يُسَارِعُونَ فِي الْخَيْرَاتِ وَيَدْعُونَنَا رَغَبًا وَرَهَبًا وَكَانُوا لَنَا خَاشِعِينَ (الأنبياء:٩٠). وقال تعالى: ادْعُوا رَبَّكُمْ تَضَرُّعًا وَخُفْيَةً (الأعراف:٥٥).

ز- أن يلحَّ في الدعاء ويكرره ثلاثاً ولا يستبطي الإجابة.

ح- أن يجزم بالطلب ويوقن بالإجابة ويصدق رجاءه فيها.

ط- أنّ يفتح الدعاء بذكر الله تعالى. (ويزيد النووي – وبالصلاة على رسول الله (o) بعد الحمد والثناء عليه) ويختتمه بذلك كله.

ي- وهو أهمها والأصل في الإجابة، وهو التوبة ورد المظالم والإقبال على الله تعالى.

ويضيف علماء آخرون شروطاً أخرى للدعاء، فالقحطاني يضيف الآتي:

أ-عدم الدعاء على الأهل والمال والولد والنفس.

ب- فضلاً عن الاعتراف بالذنب، الاعتراف بالنعمة والشكر لله عليها.

ج-الوضوء قبل الدعاء إن تيسر.

د- عدم الاعتداء في الدعاء.

هـ-أن يبدأ الداع بنفسه إذا دعا لغيره.

و- أن يتوسل بأسمائه الحسنى وصفاته العلى، أو بعمل صالح قام به الداعِ نفسه أو بالدعاء له من رجل صالح حي حاضر.
ز- أن يكون المطعم والملبس والمشرب من حلال.
ح- أن يبتعد عن جميع المعاصي.
ويضيف (الطيبي) إلى ما سبق الآتي:
أ- إدبار الصلواة المكتوبة.
ب- عند صعود الإمام يوم الجمعة على المنبر حتى تقضي الصلاة في ذلك اليوم.
ج- آخر ساعة بعد العصر.
د- يفضل تقديم صدقة مع الدعاء.
هـ- يتوجب اتباع السنّة في الدعاء.

وهناك ثلاث دعوات مستجابة، كما ورد في الحديث النبوي عن الرسول محمد (o) قال: (ثلاث دعوات مستجابة لا شك فيهن: دعوة المظلوم، ودعوة المسافر، ودعوة الوالد على ولده).

ولا يبغي أن يفهم من الدعاء الاقتصار على الطلب في التوجه، وإنَّما معناه الواسع يجعله ممكناً خارج الصلاة وداخلها ومراعياً أن يدعو الإنسان بالهداية مع الطلب لقضاء الحوائج ومنها العافية والصحة.

١١. الصبر: الصبر في نحو (تسعين) موضعاً، وهو واجب بإجماع الأمة، وهو نصف الإيمان فالإيمان: نصف صبر ونصف شكر، وهذه المواضع (التسعين) مذكورة في القرآن الكريم على ستة عشر نوعاً :
أ- الأمر للعمل به: كقوله تعالى: يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلاةِ(البقرة:١٥٣).
ب- النهي عن ضده: لقوله تعالى: وَلا تَهِنُوا وَلا تَحْزَنُوا (آل عمران:١٣٩). دليل على عدم الصبر.
ج- الثناء على أهله: الصَّابِرِينَ وَالصَّادِقِينَ (آل عمران:١٧).
د- ايجابه سبحانه وتعالى محبته لهم، قال تعالى: وَاللَّهُ يُحِبُّ الصَّابِرِينَ (آل عمران :١٤٦).
هـ- إيجاب معيته لهم، وهي معية إلهية خاصة (الرعاية والإحاطة)، قال تعالى: وَاصْبِرُوا إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ (الأنفال:٤٦).
و- إخباره (o) بأن الصبر خير لأصحابه. قال تعالى: وَلَئِنْ صَبَرْتُمْ لَهُوَ خَيْرٌ لِلصَّابِرِينَ (النحل:١٢٦). وقوله تعالى: وَأَنْ تَصْبِرُوا خَيْرٌ لَكُمْ (النساء:٢٥).
ز- إيجاب الجزاء لهم بأحسن أعمالهم. قال تعالى:وَلَنَجْزِيَنَّ الَّذِينَ صَبَرُوا أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ (النحل:٩٦).

ح-ايجابه سبحانه وتعالى الجزاء لهم بغير حساب. قال تعالى: إِنَّمَا يُوَفَّى الصَّابِرُونَ أَجْرَهُمْ بِغَيْرِ حِسَابٍ(الزمر:١٠).

ط-إطلاق البشرى لأهل الصبر: قال تعالى: وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِنْ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِنْ الأمْوَالِ وَالأنفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرْ الصَّابِرِينَ (البقرة:١٥٥).

ي-الإخبار منه تعالى بأن أهل الصبر هم أهل العزائم. لقوله تعالى: وَلَمَنْ صَبَرَ وَغَفَرَ إِنَّ ذَلِكَ لَمِنْ عَزْمِ الأمُورِ (الشورى:٤٣).

ك-ضمان النصر والمدد لهم. لقوله تعالى: بَلَى إِنْ تَصْبِرُوا وَتَتَّقُوا وَيَأْتُوكُمْ مِنْ فَوْرِهِمْ هَذَا يُمْدِدْكُمْ رَبُّكُمْ بِخَمْسَةِ آلافٍ مِنْ الْمَلائِكَةِ مُسَوِّمِينَ (آل عمران:١٢٥).

ل-الإخبار منه سبحانه وتعالى، أنه ما يلقي الأعمال الصالحة وجزاءها والحظوظ العظيمة إلا أهل الصبر. لقوله تعالى: ثَوَابُ اللَّهِ خَيْرٌ لِمَنْ آمَنَ وَعَمِلَ صَالِحًا وَلاَ يُلَقَّاهَا إِلاَّ الصَّابِرُونَ (القصص:٨).

م-الإخبار إنه إنّما ينتفع بالآيات والصبر أهل الصبر. لقوله تعالى لموسى (A) (أَنْ أَخْرِجْ قَوْمَكَ مِنْ الظُّلُمَاتِ إِلَى النُّورِ وَذَكِّرْهُمْ بِأَيَّامِ اللَّهِ إِنَّ فِي ذَلِكَ لآيَاتٍ لِكُلِّ صَبَّارٍ شَكُورٍ (إبراهيم:٥).

ن-الإخبار بأن الفوز المطلوب المحبوب والنجاة من المكروه المرهوب، ودخول الجنة، إنّما نالوه بالصبر. لقوله تعالى: وَالْمَلائِكَةُ يَدْخُلُونَ عَلَيْهِمْ مِنْ كُلِّ بَابٍ سَلامٌ عَلَيْكُمْ بِمَا صَبَرْتُمْ فَنِعْمَ عُقْبَى الدَّارِ (الرعد:٢٣، ٢٤).

س-أنه يورث صاحبه درجة الإمامة: لقوله تعالى:وَجَعَلْنَا مِنْهُمْ أَئِمَّةً يَهْدُونَ بِأَمْرِنَا لَمَّا صَبَرُوا وَكَانُوا بِآيَاتِنَا يُوقِنُونَ(السجدة:٢٤).

ع-اقترانه بمقامات الإسلام والإيمان والتقوى والتوكل والشكر والعمل الصالح والرحمة، ولهذا كان الصبر من الإيمان بمنزلة الرأس من الجسد.

وفي الحديث النبوي، قال الرسول (o) ((قال الله إذا وجهت إلى عبد من عبدي مصيبة في بدنه وماله وولده، ثم استقبل ذلك بصبر جميل، استحييت منه يوم القيامة أن انصب له ميزناً أو أنشأ له ديواناً). وقال (o) ((إن النصر مع الصبر)).

والصبر: بهذه المعاني هو مفهوم إسلامي، لا يعرفه علم النفس الغربي، الذي لم يعرف غير الكَبتْ، الذي يختلف عنه الصبر كثيراً، فالكبت بالمفهوم الغربي هو عملية لا شعورية تدفع بالذكريات المؤلمة والرغبات الغريزية المرفوضة إلى أعماق اللاشعور محّملة بطاقةٍ تقلق الإنسان في محاولتها للخروج إلى مستوى الشعور، ومحاولة الجهاز النفسي كتمانها- أما الموقف الإسلامي فهو جداً مختلف، إذ إن المؤمن بتصوراته الصحيحة ونظام عباداته، ومعاملاته وأخلاقه يتناول معظم الأفكار والمشاعر والمؤثرات بإدراك واع منطقي وواقعي. فموقف الصبر موقف واع، وهو طريق مجاهدة وضبط النفس

وتقوية الإرادة، وهو موقف صحي، لا ينجم عنه ما ينجم عن الكبت عن مشكلات. والكابت غير الصابر، فالكابت يحمل نفساً مريضة، يخاف أن تفضحه وتكشف عن نزعاته الشهوانية، وأهوائه المتقلبة، وربما وقع في العلل والأمراض. أما الصابر فهو قوي بالله ومن الله وفي الله، والصابر ليس مستذلاً ولا مكبوتاً ولا جزعاً إنما هو متوكل على الله... راضي بما يأتيه من خير أو مصيبة، والجاهل إذا ما حّلت به مصيبة يضجر ويحزّن ويكتئب. أما العاقل فيتلمس وجوه الخير ويصبر لما يبتليه الله من الشدائد.

والصبر قوة عظيمة يستعين بها المسلم فيما يلاقيه من نكبات الزمن ومشقات الطريق، لذلك أمَرَ الحكيم الخبير المؤمنين أن يستعينوا به في حياتهم ، ومن فوائد الصبر العلاجية، إذا تعلم الإنسان الصبر على تحمل مشاق الحياة، ومصائب الدهر، والصبر على أذى الناس وعداوتهم، والصبر على عبادة الله وطاعته وعلى مقاومة شهواته وانفعالاته، والصبر على العمل والإنتاج، فإنه يصبح إنساناً ذا شخصية ناضجة متزنة متكاملة منتجة فعالة ويصبح عصياً على القلق وفي مأمن من الاضطرابات النفسية.

على أن الصبر لا ينبغي أن يفهم منه الخضوع والاستكانة والاستسلام والكسل والتراخي، وإنما الصبر الصحي الإيجابي وهو المرتبط بالمثابرة والجد والاجتهاد والجهاد والإصرار على تحقيق الأهداف المشروعة.

١٢. العمل الصالح : قال تعالى: فَمَنْ يَعْمَلْ مِثْقَالَ ذَرَّةٍ خَيْرًا يَرَه (الزلزلة:٧). وقال تعالى: وَالْعَمَلُ الصَّالِحُ يَرْفَعُهُ (فاطر:١٠). وقال تعالى:قُلْ يَاقَوْمِ اعْمَلُوا عَلَى مَكَانَتِكُمْ إِنِّي عَامِلٌ (الأنعام:١٣٥). وقوله تعالى:أَنِّي لا أُضِيعُ عَمَلَ عَامِلٍ مِنْكُمْ مِنْ ذَكَرٍ أَوْ أُنْثَى، وآيات كثيرة تؤكد الوجوب الإلهي للعمل الصالح.

إن العمل الصالح في التشريع الإسلامي يستهدف مصلحة العامل في الدنيا والآخرة، فهو بهذا المعنى طريق عدل للصحة النفسية، فلا يعمل العامل لرغبة إشباع ذاتي أو الترويج عن النفس (كما في العلاج بالعمل وفقاً للنظريات الغربية)، وإنّما هو الوسيلة الناجحة للاستقامة والاعتدال، كما أنه السبيل الطيب للثواب في الآخرة، وإذا فهم العامل ذلك جيداً ووعاه، فإنه سيقبل على عمله حتماً برضا واطمئنان وإخلاص وهذا مما لا شك فيه يحقق الصحة النفسية.

إنّ الله لا يقبل من العمل إلا ما كان له خالصاً وابتغى به وجهه، وقوله تعالى: لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلاً (الملك:٢). قال في معنى أحسن عملاً: أخلصه وأصوبه ، وقال: إنّ العمل إذا كان خالصاً ولم يكن صواباً، لم يقبل، وإذا كان صواباً ولم يكن خالصاً لم يقبل، حتى يكون خالصاً وصواباً.

والمعالج النفسي المسلم يستطيع أن ينّمي هذه الصفة (العمل الصالح) في مريضه بتكليفه بجدول يومي أو أسبوعي معين يلتزم المريض بأدائه في البداية تكلّفاً ثم يصبح عادة سلوكية صالحة.

١٣. الرقية الشرعية : هي من الأدوية التي تشفي من الأمراض، ما لم يهتدِ به أكابر الأطباء، ولم تصل إليها علومهم وتجاربهم في الأدوية القلبية والروحية، إن النظرة الإسلامية للعلاج النفسي تحتم الجانبين (الوقائي والعلاجي) وهي نظرة تمتد لتشمل الإنسان بكليته، وما دام المرض قد تم بقدر الله، فإن الشفاء يتم بقدره تعالى أيضاً، ولكي يحصل الشفاء يجب العمل بالدواء الإلهي، (والرقية الشرعية) نوع من الدواء الإلهي، لأنها من قدر الله ومشيئته.

والرقية الشرعية، هي المأخوذة من القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة التي تبين أهمية الاعتماد على الله والتوكل عليه والالتجاء إليه، فوجدوا لها من التأثير في الشفاء ما لم يصل إليه أكبر الأطباء، وتفعل ما لم تفعله الأدوية الحسية .

ولما كانت الأمراض تعالج بأضدادها بحسب الهدى الإلهي والنبوي، فإن استعمال الرقي، إنما هو دفاع مضاد، ضد بعض ما يتعرض له الإنسان من أزمات نفسية أو متاعب أو مشاكل... الخ.

ومن أوضح الأدلة على مشروعية الرقية بالقرآن الكريم، قوله تعالى: وَنُنَزِّلُ مِنْ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِلْمُؤْمِنِينَ وَلاَ يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلاَّ خَسَاراً (الإسراء:٨٢). فضلاً عن الأدلة القرآنية للآيات الشفائية التي ذكرت في القرآن ، أما أوضح الأدلة على مشروعية الرقية فضلاً عن القرآن الكريم، ما ورد في سنة المصطفى (o) فقد ورد إنَّ جبريل (A) أتى النبي (o) فقال: يا محمد أشتكيت؟ فقال: نعم. فقال جبريل (A) (باسم الله أُرقيك من كل شيء يؤذيك، من شر كل نفس أو عين حاسد، الله يشفيك، باسم الله أرقيك).

وعن رسول الله (o) قال: (اللهم رب الناس مذهب البأس، أشفي أنت الشافي، لا شافي إلا أنت أشفي شفاءً لا يغادر سقماً).

وعن رسول الله (o) قال: (صفّي يدك اليمنى على فؤادك وقولي: اللهم داوني بدوائك، وأشفني بشفائك وأغنني بفضلك عمّن سواك وأحذر عنّي أذاك (أي أبعد عني أذاك)

وهناك فرق بين الرقية الشرعية (من القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة) وهي رقية إيمانية وبين (الرقية غير الشرعية) وهي رقية كفرية، الأولى واجبة الإثبات والعمل بها والثانية واجبة الإنكار والتحريم، فعن عوف بن مالك، عن رسول الله (o) قال: (إعرضوا عليّ رقاكم، لا بأس بالرقي ما لم يكن فيه شرك).

ويصعب أحياناً للناس البسطاء من التمييز بين النوعيين، فالعلاج بالسحر، قائم على الرقية غير الشرعية، بسبب استعمال الساحر للعزيمة الكفرية التي يُستّرُ بها ويعلن فيها آيات قرآنية ليسمعها المريض فيضن إن علاجه بالقرآن، فيسلم لكل أمر يأمر به الساحر.

ولذلك هناك شروط في (الرقية الشرعية)، إذ إن العلاج بالرقي يكون بأمرين:

أ- أمر من جهة المريض.

ب- أمر من جهة المعالج.

فالذي من جهة المريض يكون بقوة نفسه وصدق توجهه إلى الله تعالى واعتقاده الجازم بأن القرآن الكريم شفاء ورحمة للمؤمنين، والتعوذ الصحيح الذي ينسجم به القلب واللسان. أما الأمر الثاني من جهة المعالج بالقرآن الكريم والسنة أن يكون فيه هذان الأمران أيضاً.

وقد أجمع العلماء على جواز الرقي عند اجتماع ثلاثة شروط هي:

أ- أن تكون بكلام الله (سبحانه وتعالى أو بأسمائه وصفاته أو بكلام رسول الله (o) وسننه.

ب- أن تكون باللسان العربي، أو بما يعرف معناه من غيره.

ج- ان يعتقد أن الرقية لا تؤثر بذاتها، بل بقدرة الله تعالى، والرقية إنما هي سبب من الأسباب.

شروطاً للراقي (المعالج بالرقية الشرعية) هي:

أ- أن يكون مؤمناً لم يلبس إيمانه بشرك، قال تعالى:الَّذِينَ آمَنُوا وَلَمْ يَلْبِسُوا إِيمَانَهُمْ بِظُلْمٍ أُوْلَئِكَ لَهُمُ الأَمْنُ وَهُمْ مُهْتَدُونَ (الأنعام:٨٢).

ب- أن يكون من الاستقامة على الطاعات محافظاً على صلاته، مؤدياً كل التكاليف الشرعية عن حب.

ج- أن يفوض أمره إلى الله وأن يستسلم بقلبه وجوارحه إلى الله تعالى.

د- أن لا يمد يده إلى الحرام.

هـ- لا يحرك لسانه بلغو أو زور أو كذب ولا تشغله الدنيا عن الآخرة.

و- إلزام الاعتقاد بأن كل ما يجري به القدر سابق في علم الله، وأنَّ الرقية لا ترد قدر الله إذا أراد إنقاذه، وأن المريض إذا شفاه الله، فأنَّ الرقبة تكون من قدر الله. قال تعالى: هَلْ أَتَى عَلَى الإِنسَانِ حِينٌ مِنَ الدَّهْرِ لَمْ يَكُنْ شَيْئًا مَذْكُورًا (الإنسان:١).

ز- ينبغي أن لا يقصد في رقيته التوصل إلى غرض من أغراض الدنيا. قال تعالى: مَنْ كَانَ يُرِيدُ حَرْثَ الآخِرَةِ نَزِدْ لَهُ فِي حَرْثِهِ وَمَنْ كَانَ يُرِيدُ حَرْثَ الدُّنْيَا نُؤتِهِ مِنْهَا وَمَا لَهُ فِي الآخِرَةِ مِنْ نَصِيبٍ (الشورى:٢٠).

ح- أن يتخلق بالأخلاق الحسنة التي ورد شرع فيها، من مكارم الأخلاق وطلاقة الوجه والصبر على المريض.

ط- على الراقي أن يبث في وجدان المريض، إن الله يبسط رحمته لمن التجأ إليه واستعان به، وأن المرض قد يكون كفّارة، وقد رفع الله به المريض درجات عنده، وإنَّ الاستغاثة بالله دليل على عمق الإيمان برحمته.

ي- إذا دخل الراقي على المريض يجب أن يبشرّه بالشفاء، وأن يغرس في نفسه الأمل.

ك- يستحب للراقي أن يصلي ركعتين قبل قراءة الراقية على المريض، وإذا كان المريض في وضوء فإن ذلك يكون أعجل على الشفاء.

طريقة إجراء العلاج النفسي – الإسلامي الجمعي

١. تعقد الجلسة في المسجد غالباً مرة أو مرتين إسبوعياً.
٢. تقوم المجموعة العلاجية في ضوء القيم والتقاليد والمبادئ الإسلامية.
٣. نوعية الاضطرابات التي يهتم بها هذا العلاج: (مرضى العصاب بصورة عامة وبعض حالات الذهان، واضطرابات الشخصية، والمدمنون، ويجوز ان يحضرها أشخاص ليسوا مرضى، وإنما لديهم الرغبة في تحسين وتطوير شخصياتهم نحو الأفضل فكرياً وشعورياً وروحياً وسلوكياً).
٤. محتوى التواصل: يتم التركيز على العلاقات داخل المجموعة مع التركيز على مبدأ (هنا والآن)، بشكل خاص لتعميق التفاعل ولتجنب هروب المريض في دهاليز الماضي أو خيالات المستقبل. وأحياناً تذكر أحداث الماضي إذا كان لها علاقة مباشرة بالحاضر أو لها تأثير إيجابي في الحاضر والمستقبل.
٥. العلاقات داخل المجموعة: تنمي العلاقات وتشجعها الطيبة الدافئة الحقيقية المخلصة. أما المشاعر السيئة الهدامة فيتم تناولها داخل المجموعة بروح التقبل والتسامح لتُقتلع بالتدريج.
٦. الإعتمادية: غير مسموح بالإعتمادية على شخص معين، بل يشجع الاعتماد على الله (القادر على كل شيء)، بشكل صحي بعيداً عن التواكل السلبي، وهذا لا يمنع من طلب النصح والمساعدة من المعالج وباقي أفراد المجموعة.
٧. دور المعالج:

أ- يكون دوره أساسياً في هذا النوع من العلاج، فليس هو دور الرفيق الذي يسير مع المريض، إذ يريد الأخير كما هو الحال في (العلاج المتمركز حول المريض) ولا هو دور (الواعظ) الذي يحدد أفكار المريض وخطواته تحديداً خانقاً بالمواعظ المتكررة، وإنّما هو دور المصحابة الراشدة والمرشدة والمتسامحة والمتقبلة للمريض في اتجاه واضح نحو هدف واضح معلوم يوضحه المعالج من وقت لآخر في أثناء رحلة العلاج.

ب- يعمل المعالج على تقليل الدفعات المرضية بتعريتها وتفسيرها وضربها في الوقت المناسب وبالجرعة المناسبة.

جـ- يعطي المعالج استجابات معينة لأقوال وأفعال المجموعة العلاجية ويبتعد قدر الإمكان عن النصح المباشر، لأن هذا من شأنه أن يشعر المريض بالدونية، وتغلق الباب بوجهه سريعاً، وعموماً فإن المريض

النفسي بحاجة إلى تهيئة وتمهيد وتقبل وإشعاره أن المؤمن للمؤمن كالبنيان المرصوص.

د- يهيأ المعالج جواً من التعاطف والمشاعر الدافئة والاحترام المتبادل داخل المجموعة العلاجية.

٨. العمليات الرئيسة للمجموعة العلاجية.

أ- الترابط والتلاحم: وهو أهم عامل في العلاج، لأنّه مطلب عقائدي وأخوي في آن واحد، ويجب التركيز عليه.

ب-اختبار الواقع ومعرفته: والواقع، ليس هو الحياة المادية التي نعيشها فقط (كما يصوره علم النفس الغربي)، بل يشمل الإنسان والمجتمع والحياة والكون والموت وما بعد الموت والله (سبحانه وتعالى) والإسلام فكل هذا في نظر المعالج المؤمن والمريض واقع لابد من معرفته واختباره.

ج- تحويل المشاعر نحو المجموعة: وهذا تدريب للمريض على جعل العالم الخارجي محّلاً لرؤيته ومشاعره، بدلاً من تركيزها داخل نفسه. فتركيز المشاعر على المجموعة ثم المجتمع ثم الحياة ثم الكون... الخ يخفف من ضغطها داخل حدود الذات الضيقة.

د- القدوة: للقدوة أثر كبير في التغيير، يفوق أثر الكلمة والموعظة، ولا بد أن ينتبه الفريق العلاجي (المعالج، المرشد الديني، والنفسي والاجتماعي) بأنهم قدوة للمريض ، والمريض يسير في طريق القدوة على مراحل: (يبدأ بالاقتداء بأحد أفراد المجموعة المتميزين في نواحي معينة، أو الاقتداء بالمعالج أو المرشد الديني أو النفسي والاجتماعي. ثم يقتدي برموز أخرى، ذات نطاق اجتماعي وروحي أكبر، ثم يتدرج في مستويات القدوة أثناء مراحل تطوره، محاولاً الاقتراب من القدوة العظيمة المتمثلة بشخصية سيد الكائنات محمد (o)، وكأن المريض في هذه الحالة، مثل شخص يحاول الوصول إلى الطريق الرئيس، من خلال الطرق الفرعية، التي تؤدي به في النهاية إلى الطريق الرئيس. ومهمة المعالج هنا هو إرشاد المريض إلى الطريق الرئيس. (القدوة العظيمة) حتى لا يتوه.

هـ-ضغط المجموعة: لتحسين سلوكيات أفرادها نحو الأفضل.

و- عقلنة (تصحيح التصورات الخاطئة) لجزء كبير من المشكلات الانفعالية وتهدئتها.

ز- التنفيس وإخراج الشحنات الانفعالية المكبوتة.

ح- غرس التصورات والقيم الإسلامية: بحيث تصبح هي الفكرة المركزية لأفراد المجموعة. وللمجموعة ككل.

٩. الوسائل

أ- اتباع طريقة الفرد داخل المجموعة: بحيث توضع مصلحة الفرد في الاعتبار مع مراعاة عدم التعارض مع مصلحة المجموعة، ومراعاة تضحية الفرد في سبيل المجموعة.

ب-الألعاب النفسية: (Games) والتي تزيد من بصيرة المريض نحو الألعاب النفسية الهدامة والدفاعات المريضة.

جـ- لعب الأدوار (Psychodrama):وهذه الوسيلة هي بالأساس (Morenono,1946)، كمنهج في العلاج الجمعي، إذ يتم تشجيع المرضى على ممارسة الأدوار وتمثيلها. وتستعمل هنا، عندما يعرض المعالج مشكلة أحد المرضى، ويأخذ المريض فيها دوراً معيناً، ويأخذ باقي المرضى، أدواراً أخرى، (دور الأب أو الابن أو الأخ أو الزوجة... الخ) ومن خلال هذه العملية، يكتشف المريض وزملاءه، أخطاءهم في التفاعل، ويكتشفون أيضاً، الكثير من الحلول البديلة والأفكار النافعة، ويخرجون في أثناء تفاعلهم الكثير من الشحنات الانفعالية الصادرة من (أو) الموجهة إلى الرموز التي تمارس الأدوار.

د- التركيز على مبدأ (هنا والآن)، مع اعتبار أن القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة حاضرة في (هنا والآن). ففي المدارس الأخرى (الوجودية والإنسانية) مثلاً، يقولون: (أنا وأنت هنا والآن)، أما في المفهوم الإسلامي فنقول: (أنا أنت مع الله وعلى هدى رسوله هنا والآن).

هـ-التواصل غير اللفظي بما يرضي الله، وانسجاماً مع سنة رسوله الكريم (o) عن طريق تعبيرات الوجه، لغة العينين... الخ).

و- التعليم: في هذا الأسلوب أو الوسيلة، تبدأ الجلسة العلاجية بمادة دينية ونفسية، بمحاضرة قصيرة يلقيها المرشد الديني، ويحرص المعالج على إعطاء مفاهيم وتصورات صحيحة طوال الجلسة. ويتم التعليم بطرق أخرى أيضاً من خلال القدوة، والطريقة السلوكية في تعليم المريض طرق الاستجابة الصحيحة، من خلال تعديل السلوك القائم على رفض أو قبول المجموعة لسلوك معين. وكذلك الطريقة المعرفية من خلال تصحيح المعتقدات الخاطئة وطرق أخرى.

ز- طريقة إحياء المعنى وفق التصور الإسلامي: وذلك بأن يكون لكل كلمة ولكل فعل في حياة المريض معنى وهدف، والأكثر من ذلك، أنّه يعطي معنى لما بعد هذه الحياة. (وهذه النقطة الأخيرة هي ميزة التصور الإسلامي عن ما جاء به –فرانكل- في العلاج بإحياء المعنى.

١٠.مراحل التغير في العلاج النفسي – الإسلامي الجمعي.

أ- المرحلة الأولى: تكوين البصيرة في أثناء هذه المرحلة يحاول المعالج مع المريض، رؤية عيوبه ومميزاته ويساعد أفراد المجموعة على

استبصار أنفسهم وموقعهم منها ومن الناس والحياة والكون والله سبحانه وتعالى، وهي مرحلة لتقويم الذات والآخرين.

ب- المرحلة الثانية: (اتخاذ القرار بالتغيير للأفضل) بعد أن يعي المريض، ويستبصر نفسه، ويكون أكثر وضوحاً لنفسه، ويرى إمكانياته الواقعية، وأهدافه، يبدأ في اتخاذ قرارات عدّة متعاقبة لتغيير طريقة تفكيره وسلوكه نحو الأفضل.

جـ-المرحلة الثالثة: (التطبيق) :لابد من أن يتبع اتخاذ القرارات، تطبيقاً عملياً، يمارسه المريض داخل المجموعة، بتدعيم من أفرادها، ومن المعالج والمرشد الديني. وأحياناً يشوب التطبيق بعض الأخطاء، يجب أن تصحح أولاً بأول، ويشجع المريض على عدم التراجع، إذا واجهته بعض الصعوبات.

تاسعاً: العلاج النفسي – الإسلامي من آثار الضغوط النفسية والشدائد (الصدمة النفسية)

١. الأدلة من القرآن الكريم والسنة النبوية المشرفة.

إنّ العلاج الإسلامي للآثار النفسية والأحزان الناتجة عن المصائب والكروب والابتلاءات، هو من أبلغ الطرق العلاجية وأنفعها للإنسان في دنياه وأخرته، قال تعالى: مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ فِي الأَرْضِ وَلا فِي أَنْفُسِكُمْ إِلَّا فِي كِتَابٍ مِنْ قَبْلِ أَنْ نَبْرَأَهَا إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ لِكَيْلاَ تَأْسَوْا عَلَى مَا فَاتَكُمْ وَلاَ تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ وَاللَّهُ لاَ يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ (الحديد:٢٢،٢٣). وقال تعالى: أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ إِلاَّ بِإِذْنِ اللَّهِ وَمَنْ يُؤْمِنْ بِاللَّهِ يَهْدِ قَلْبَهُ وَاللَّهُ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ (التغابن:١١).

وفي الحديث النبوي الشريف، الكثير مما يصلح علاجاً للآثار النفسية للضغوط النفسية والشدائد، فعن أم سلمة قالت: سمعت رسول الله (o) يقول: (ما من عبد تصيبه مصيبةٌ فيقول، إنا لله وإنّا إليه راجعون، اللهم أجرني في مصيبتي وأخلف لي خيراً منها، إلا آجره الله في مصيبته وأخلف له خيراً منها).

نظريات الإرشاد النفسي الديني

نظرية فرويد (Freud) :

أن الدين عند فرويد ينبع من عجز الإنسان عن مواجهة قوى الطبيعة في الخارج والقوى الغريزية في داخل نفسه، وهذا ما لاحظه في (الطوطمية) أول أساليب التنظيم الاجتماعي في الحياة البدائية، كما لاحظ أهم أمرين حرمتهما الطوطمية وهما (قتل الحيوان الطوطم، والاتصال الجنسي بأية امرأة من نفس زمرة الطوطم) وهما يتصلان بعنصر عقدة أوديب (رغبة قتل الأب، واتخاذ الأم زوجة) ومن هنا كانت نظريته في الطوطمية إجراء دفاعي ضد الدوافع الجنسية والعدوانية التي تتضمنها عقدة أوديب.

ومما أكد لدى فرويد صلة الطوطمية بعقدة أوديب (وليمة الطوطم) التي تمثل إحياء لذكرى الفعلة الرهيبة التي نبع منها شعور الإنسان بالذنب ، فهو بهذا يدخل نشأة الدين ضمن عقدة الأب، ولكن مع التطور لم يعد الحيوان الطوطم يقوم مقام الأب الأول، فأصبح ذلك الأب (الذي هو موضع الخوف، والبغض، والتقديس، والغيرة في آن واحد) نموذجاً .

كما يرى فرويد إن هذه النظرة لنشأة الدين تلقي ضوءاً قوياً على الأساس النفسي للديانة المسيحية التي لا تزال (وليمة الطوطم) توجد فيها مع شيء من التحريف في فكرة (التناول) حيث يتناول المؤمن رمزياً دم ولحم الآلهة، ويضيف فأن كل من الإنجيليين الأربعة ما يزال له حيوانه المفضل .

ويضيف فرويد لقد علمنا التحليل النفسي الصلة الصحيحة بين عقدة الأب والإيمان بالله، وتبرهن لنا الحياة اليومية كيف يفقد الشباب إيمانهم بمجرد أن تنهار سلطة الأب، ونحن بهذا نميز في العقدة الأبوية جذور الحاجة الدينية ، ويظهر لنا الله القدير العادل والطبيعة الرحيمة كإعلاء عظيم للأب والأم، أو بالأحرى كأحياء واستعادة للمفاهيم الطفولية عن كل من الوالدين، وترجع النزعة الدينية من الناحية الحيوية إلى الفترة الطويلة من اليأس، وحاجة الطفل الصغير إلى المساعدة، فالطفل عندما يكبر ويتحقق من قوة الحياة الهائلة يدرك ظروفه باعتباره في مرحلة الطفولة، ويحاول أن يخفي يأسه بواسطة أحياء نكوصي للقوى الحامية له في الطفولة .

إن التحليل النفسي للفرد يوضح إن إله كل إنسان يتشكل في صورة شبيهة بصورة الأب، وان علاقة الفرد بربه تعتمد على طبيعة العلاقة بينه وبين أبيه وأساسا فأن الرب هو ليس شيئاً أكثر من أب ذي مكانة ارفع .

وفي هذه العملية يُنمي الإنسان ما يطلق عليه فرويد اسم (الوهم) وهذا الوهم تؤخذ مادته من تجربته الفردية الخاصة عندما كان طفلاً، وكان يشعر إن أباه يحميه، أباه الذي يعتقد انه أوتي حكمة عالية وقوة، وهو يستطيع أن يكسب حب أبيه وحمايته بإطاعة أوامره، وتجنب نواهيه، وهكذا يكون الدين تكراراً لتجربة الطفل، حيث يتعامل الإنسان مع القوى المهددة له بنفس الطريقة التي تعلم بها وهو طفل أن يتعامل مع شعوره بعدم الأمان، وذلك بالاعتماد على والد يُعجب به ويخافه ، ويساوي فرويد في نظرته نحو الدين ونظرته نحو العصّاب (Neurosis) على أساس أن كلاهما يمثل كبتاً حدث أثناء نمو الأنا (ego) والنكوص إلى مرحلة الطفولة التي تتميز بسيادة مبدأ اللذة ، ويتضح ذلك عندما أشار فرويد إلى أن التحليل النفسي يرد أصل الدين إلى عجز الطفولة، وقلة حيلتها، ورَد مضمونه إلى بقاء رغبات الطفولة وحاجاتها حتى سن النضج .

ويضيف فرويد موضحاً بأن الدين هو عُصّاب البشرية التسلطي العام (Collective neurosis)، وانه ينبثق مثله مثل عصّاب الطفل عن عقدة أوديب، وعن علاقة الطفل بأبيه .

كما يؤكد فرويد في مقولة له (إن بحوث التحليل النفسي جعلت الكاثوليكية تنظر إليها باهتمام يشوبه الشك، وأنا لا أقول بأن هذا الشك ليس في مكانه ، فإذا كان بحثنا يؤدي إلى نتيجة تقلل من الدين، وتجعله في مستوى العصّاب الذي يصيب الناس، وتفسر قواه العظيمة بنفس الطريقة التي تفسر بها العصّاب القهري الذي يصيب مرضانا فأن ذلك يجعلنا متأكدين من إننا سنجلب اكبر السخط من السلطات القائمة) .

ويقول فرويد ايضاً (لقد قصرت ملاحظاتي على طراز واحد من الدين، هو دين الشعوب الغربية، وبصرف النظر إذا كانت معرفتي به من الكفاية ما يسمح لي بعرضه على وجه أفضل من هذا وأكمل، غير إني مقتنع كل الاقتناع إن أدق دراسة للمادة التي ترتكز عليها مشكلات الدين لا تستطيع أن تزعزع النتائج التي توصلنا إليها)).

ويشير (فروم) هنا تعليقاً على نظرية فرويد، إن موقف فرويد يتشابه مع الموقف الذي اتخذه (جون ديوي) الذي يفرق بين الدين والخبرة الدينية ، فهو يرى أن معتقدات الدين القائمة على الطبيعة قد أضعفت من موقف الإنسان الديني وأوهنته ويقول إن التعارض القائم بين القيم الدينية كما أتصورها، وبين الدين لا سبيل إلى رفعه ، ولأن تحرير هذه القيم من الأهمية بمكان، فأن التوحيد بينهما وبين عقائد الأديان ومعتقداتها ، أمر ينبغي فصمه.

نظرية فلوجل (Flugel) يؤكد إن الدين لا ينتج عن الإحباط الخارجي ولكنه ينتج عن الصراع الداخلي بين الأنا الأعلى (Super-ego) وبين الهو (Id) وطبقاً لهذا التفسير، فأن الأنا الأعلى يسقطه الفرد على الرب ويصبح الرب بذلك بديلاً عن الضمير، أي القوة الضابطة في الإنسان، قوى الخير والحق والحساب، ومن جهة أخرى يسقط الرغبات الغريزية على الشيطان، وكنتيجة لهذه العمليات فأن الفرد يشعر بأن الصراع خفت وطأته لأنه لم يعد صراعاً داخلياً، وإنما أصبح الآن قادراً على أن يتعامل مع الموقف بواسطة السلوك الخارجي بدلاً من أن يغير نفسه، أي إن الإنسان في هذه الحالة لم يعد عدواً لنفسه .

نظرية يونك (Jung) يصف منهجه في بداية كتابه علم النفس والدين (The Psychology and Religion) بقوله (لقد حصرت نفسي في ملاحظة الظواهر وامتنعت عن استخدام أية اعتبارات ميتافيزيقية أو فلسفية) ، ويصف موقفه بأنه ظاهري أي انه معني بالأحداث والحوادث والخبرات ، أي بالحقائق الواقعة فأية فكرة أو خبرة هي صادقة من الناحية النفسية مادامت موجودة، فسواء كان الله موجوداً أو غير موجود فليس المهم تقرير ذلك، ولكن بما أن معظم الناس يؤمنون بالله فأذن هي حقيقة صادقة ، وذلك لأن(الله حقيقة نفسية وغير فيزيقية واضحة، أي انه حقيقة يمكن إقامتها نفسياً وليس مادياً) .

وتعريف يونك للدين مشتركاً بينه وبين كثير من اللاهوتيين ، والذي يحدد فيه ، إن جوهر الخبرة الدينية هو الخضوع لقوة أعلى من أنفسنا، وبتفصيل أكثر فأن الدين هو الملاحظة الدقيقة المتحوطة لما اسماه رودولف اوتو (الخارق للطبيعة)، أي وجود دينامي أو اثر لا يسببه فعل جزافي من أفعال الإرادة، بل على العكس ، هذا الوجود يمسك ويتحكم في الذات الإنسانية التي هي دائماً ضحيته أكثر من إن تكو ن خالقته ، ويضيف يونك، إن الفرد يتعرف على الرب ليس كمفهوم لاهوتي، ولكن خبرة عن مفاهيم ومعاني تشكلت وتجمعت تدريجياً مع نمو الفرد .

وبعد أن يعرف يونك الخبرة الدينية بأنها شيء تسيطر عليه قوة خارجة عنا، يتقدم لتفسير تصور اللاشعور بوصفه تصوراً دينياً ، فهو يرى إن اللاشعور لا يمكن أن يكون مجرد شطر عن العقل الفردي، بل انه قوة تنتج عن سيطرتنا، وتؤثر على عقولنا، وبهذا فأن اللاشعور يصبح مصدر الوحي، ورمزاً لما تسميه اللغة الدينية بالإله نفسه، وما دمنا خاضعين لأوامر اللاشعور، فهو في حد ذاته ظاهرة دينية .

وهناك مستويان من اللاشعور في نظام يونك للشخصية: الأول هو اللاشعور الشخصي (Personal Unconscious) وهو لا يختلف عن ما يسميه فرويد ما قبل الشعور (Preconscious) إما المستوى الثاني فهو اللاشعور الجمعي.

إن مفهوم اللاشعورالجمعي، هو واحد من أكثر سمات نظرية يونك في الشخصية أصالة وابتكاريه وإثارة للجدل والخلاف، فاللاشعور الجمعي هو عبارة عن مخزن لكل التجارب البشرية منقولة لكل واحد منا، انه موروث الممارسات النفسية للجنس البشري، والذي يشترك فيه كل أفراد الجنس البشري، وبالتالي فأن الماضي البدائي للبشرية يصبح الأساس الأول لنفسية الفرد، والتي توجه وتؤثر في السلوك الحالي، وأن هذه التجارب السحيقة في القدم الموجودة في اللاشعور الجمعي، والتي تمثل مكوناته البدائية، والتي تظهر أو تعبر عن نفسها على شكل صور ذهنية يسميها يونك الأنماط الأولية، أو النماذج الأصلية (Archetypes) وان بعض النماذج الأصلية التي كان يونك مهتماً بها هي: السحر، البطل، الطفل، الله، الموت، السلطة، والشيخ الحكيم.

وقد درس يونك هذه الأنماط ورموزها في عدد كبير من الثقافات القديمة والحديثة، فلاحظ إن كثيرا من هذه الرموز تشير إلى وقائع خاصة ، ومن خلال دراسته لهذه الرموز أمكنه الإعلان عن وجود كثير من الطموحات الغامضة في اللاشعور الجمعي ، وتتساوق بعض شعارات الإنسان العامة ، ومن بين هذه الطموحات التي يؤكد عليها ، هي الحاجة إلى الاحتكاك بالمطلق أو النزوع الديني للإنسان، والذي يتضح من خلال إن كل إنسان في أعماق لا شعوره يوجد ميل نحو الحقائق فوق الطبيعية أو استعداد لقبولها .

ويعلق (فروم) هنا على موقف يونك هذا، بأنه قد أرهص به (وليم جيمس) في أنحاء شتى، حيث يصف الموقف الديني بأنه يتسم بالعجز والتضحية في آن واحد، حيث يجد الفرد نفسه مدفوعاً إلى اتخاذه نحو ما يدرك انه الهي، وهو يقارن مثلما يفعل يونك بين اللاشعور وبين التصور اللاهوتي للإله فيقول: وفي الوقت نفسه يجد ما يقوله اللاهوتي من أن الإنسان الديني تحركه قوة خارجية، يجد في هذا القول ما يبرره، ذلك انه في خصائص الغزوات الصادرة عن منطقة ما تحت الشعور أن تتخذ مظاهر موضوعية، وأن توحي إلى (الذات) بوجود سيطرة خارجية، وفي هذه الصلة بين اللاشعور أو (ما تحت الشعور في مصطلح جيمس) و الإله، يرى جيمس حلقة الوصل بين الدين وعلم النفس .

نظرية فروم (Fromm) : يوضح فهمه للدين فيقول (لا اعني به نظاما يتضمن مفهوماً معيناً للرب، أو لمعبودات بعينها، أو حتى نظاماً ينظر إليه باعتباره ديناً، وإنما اعني به نظاماً للفكر والعمل، أي نظام تشترك في اعتناقه جماعة من الناس، ويعطي لكل فرد من الجماعة إطارا للتوجه، وموضوعاً يكرس من اجله حياته).

وقد ميز فروم بين نوعين من الأديان، هما: الأديان الإنسانية (Humanistic) والأديان التسلطية (Authoritarian) والعنصر الجوهري في الدين التسلطي وفي الخبرة الدينية التسلطية، هو الاستسلام لقوة تعلو على الإنسان ، والفضيلة الأساسية في هذا النمط من الدين هي الطاعة، والخطيئة الكبرى هي العصيان، والإله في الدين التسلطي رمز القوة والجبروت .

وعلى العكس من ذلك فأن الدين الإنساني يدور حول الإنسان وقوته ، فعلى الإنسان أن ينمي قدرة عقله كي يفهم نفسه، وعلاقته بغيره من الناس وموضعه في الكون والخبرة الدينية في هذا النوع من الدين هي خبرة الاتحاد بالكل، القائمة على ارتباط الإنسان بالعالم ارتباطاً تدركه بالفكر والحب، والمزاج السائد فيها هو المرح، في حين أن المزاج السائد في الدين التسلطي هو الحزن، والشعور بالذنب.

ويؤكد فروم إن هناك اختلافاً مهماً بين العبادة الدينية والعُصّاب ، يجعل العبادة أسمى كثيراً من العصّاب من حيث الإشباع المكتسب، فأن وظيفة الأديان التوحيدية التي ينبغي أن تقوم بها، هي إنقاذ الإنسان من هذا الانتكاس (النكوص)، أليس الاعتقاد بالله واقياً من الارتداد إلى عبادة السلف، أو الطوطم، أو العجل الذهبي ..

وفي دراسة فروم لما طرحه كل من (فرويد) و (يونك) فيؤكد إن فرويد يرى اللاشعور هو في جوهره ما فينا من شيء سيئ مكبوت، يتناقض مع مطالب حضارتنا، ومع الأنا الأعلى، أما في مذهب يونك فأن اللاشعور يصبح مصدراً للوحي، ورمزاً لما تسميه اللغة الدينية بالإله نفسه، وفي رأيه إن كوننا خاضعين لأوامر اللاشعور هو في حد ذاته ظاهرة دينية، واعتقد إن كل هذين

التصورين للاشعور تشويهان متحيزان لجانب واحد من الحقيقة ، فلا شعورنا واعني بذلك الجزء من أنفسنا المستبعد يحتوي على الأدنى والأعلى، وعلى الأسوأ والأفضل، ولا ينبغي أن نقترب من اللاشعور بوصفه إلها علينا أن نعبده، أو تنيناً علينا أن نذبحه، بل يجب أن نقترب منه بتواضع دون فزع أو رهبة.

وان المحللين النفسيين الذين صرفوا اهتمامهم للطقوس الدينية على أساس إنها تتبع نفس الآلية (الميكانزم) الذي تتبعه ضروب القسر العصابية وبحثوا في الحوافز اللاشعورية، مثل الحقد التدميري لشخصية الأب كما تتمثل في الإله، فأنهم لم يصيبوا كبد الحقيقة في تفسيراتهم الخاصة، حيث فشلوا في كثير من الأحيان في رؤية إن الطقوس ليست بالضرورة من نفس الطبيعة اللامعقولة التي نجدها في القهر العصّابي، في حين إن هناك طقوساً معقولة تعبر عن تطلعات يعتقد الفرد أنها ذات قيمة، وبالتالي فأنها لا تملك صفة التسلطية القهرية ،وفيما يتعلق بالخبرة الدينية فان (فروم) يشير إلى ثلاثة جوانب في الخبرة الدينية هي:

١- جانب يتميز بالدهشة والانبهار والوعي بالحياة وبوجود الذات، وبتلك المشكلة المحيرة مشكلة صلة الإنسان بالعالم.

٢- وجانب آخر للخبرة الدينية هو ما أطلق عليه (بول تيليش) اسم (الهم الأساس) وهو الهم المتصل بموقف الدهشة، والذي يتصل بمعنى الحياة، وبتحقيق الإنسان لذاته، وبانجاز المهمة التي ألقتها الحياة على كواهلنا.

٣- ووراء جانبي الدهشة والهم الأساس، ثمة جانب ثالث في الخبرة الدينية هو الجانب الذي يعرضه المتصوفة كأوضح ما يكون العرض، ويصفونه وهو موقف توحدي لا في نفس الإنسان فحسب، ولا مع الآخرين فحسب بل مع الحياة كلها، ووراء الحياة، مع الكون بأسره، والموقف الديني بهذا المعنى هو أكمل خبرة للفردية ولنقيضها في آن واحد، وهو ليس امتزاجاً للاثنين بقدر ما هو استقطاب تنبثق الخبرة الدينية عما فيه من توتر، وهو موقف يتسم بالكبرياء والتكامل، كما يتسم في الوقت نفسه بالتواضع، الذي ينشأ عن معاناة الذات بوصفها ليست أكثر من خيط في نسيج الكون .

نظرية جيمس (James) :عرض وليم جيمس (William James) في كتابه أنماط الخبرة الدينية (The Experience Patterns of Religious) نماذج مختلفة ومتعددة للخبرة الدينية لأشخاص انغمسوا كلياً في الخبرة الدينية ، أي بمعنى إن استجاباتهم كانت استجابات كلية صادرة عن أفراد متكاملين في الخبرة الدينية ، بما يحقق أحد مزايا الخبرة الدينية، وهؤلاء هم الأنبياء والقديسون والمتصوفة.

واستند (جيمس) على ما خلفه هؤلاء من كتابات ومعلومات لخبراتهم ومشاعرهم ودوافعهم الدينية في مختلف الأحوال والمواقف، ومنها وهم في

حضرة الله يسمعون كلمته، أو عندما يشعرون إن ذواتهم قد توحدت مع الكون بأجمعه، ومن بين هذه الشخصيات المميزة ورد ذكر الإمام (الغزالي) حيث عَدَّهُ كفيلسوف ومفكر مما جعله يوضح بعض جوانب خبرته الصوفية .

ويؤكد (جيمس) في كتابه على الدين الشخصي للفرد والذي يمثل الجوانب الداخلية الدينية في الفرد نفسه، تميزاً له عن الدين الجماعي، الذي يمثل أشكال العبادات والطقوس والأنظمة الدينية التي تؤدى جماعياً، فهو يركز على الأفعال الشخصية لا الطقوس العامة ، وعليه فهو يركز على إن الجوانب الشخصية التي يجب أن يختص بها علم النفس الديني لا ظواهر الدين العامة .

ويرى (جيمس) إن الخبرة الدينية، هي ليست حالة نفسية خاصة قائمة بذاتها، وإنما هي مجموعة عواطف وانفعالات وأفعال عادية ، لكنها تتبلور حول موضوعات دينية، فالخوف الديني، والحب الديني، والرهبة الدينية، والمتعة الدينية ، هي جميعاً حالات نفسية عادية ، غير إن موضوعاتها دينية، فالحب الديني هو نفس الحب العادي، ولكنه موجه نحو موضوع ديني، كذلك الخوف الديني هو نفس الخوف الطبيعي، لكن مثيراته هنا ترتبط بالجوانب الدينية، وكذلك لبقية الجوانب النفسية الأخرى، وأهم الجوانب التي ركز عليها (جيمس) هي:-

١. يركز على الخبرة الشخصية لكل فرد من الناس ومن هذه الخبرات الفردية المختلفة نبحث الأنماط الدينية.
٢. إن التأكيد على الفردية والمواقف الشخصية الذاتية، يمكن أن نجدها أساسا في الشعور ومنافذ الشعور ومسالكه والتي من خلالها يمكن أن نرى حقائق هذه الخبرة وهي تتكون وتحدث، وعليه فأن الموقف الذاتي في الخبرة الدينية هو المنبع الأصلي للموقف الديني.

ويقول البورت (Allport) توضيحاً للمنهج الذي استخدمه جيمس (إن وليم جيمس في بحثه أنماط الخبرة الدينية، زودنا بتقسيم وتصنيف ممتاز لأشكال مختلفة من الخبرات الدينية، غير إن طرق إثبات أو برهنة ما توصل إليه من نتائج غير ممكنه) .

نظرية البورت (Allport) : يؤكد في كتابه الفرد ودينه (Individual and his Religion) الذي نشر عام (١٩٥٠) إن الدين هو الوسيلة الأكثر إقناعا التي توحد الأنشطة المختلفة للإنسان الفرد ، كما وجد من خلال دراسة قام بها إن (٨٢%) من مجموعة كبيرة من الناس توافق على إن الدين يمكن أن يكون الأساس لتكوين الفرد فلسفته في الحياة .

ويؤكد (البورت) على إن هناك اتفاقاً كبيراً جداً على إن الدين، قوة تؤثر في حياة الناس، والذي هو بالأساس (خبرة) وهذه الخبرة تتميز بالقداسة والخصوصية عن باقي الخبرات، التي نستطيع تميزها في حياتنا العامة.

وتأكيدا على ذلك يتساءل (البورت) فيقول: قبل أن نتحدث عن جذور الدين في حياة الفرد، لنتعرف أولا فيما إذا كان هناك شكل أساسي واحد أو أكثر للخبرة الدينية التي لا بد وأن توجد في أي جزء من الحالة الدينية، وأن أحد أفضل المحاولات المعروفة في هذا المجال ما كتبه شلاير مايخر (Shleir Macher) بان الخبرة الدينية هي الإحساس بالثقة الكاملة، كما إن اغلب السايكولوجيين الذين كتبوا عن الدين يبدو أنهم يوافقون على انه ليس علامة واحدة أو جانب واحد في العاطفة الدينية، ولكن مجموعة كبيرة من الخبرات التي تتجمع في الموضوع النصح والإرشاد الديني .

وحول ما قدمته النظريات المختلفة من تفسيرات لنشؤ الدين ووظائفه في حياة الأفراد يؤكد (البورت) في هذا الجانب إن فهمنا وتحليلنا النفسي للجوانب الدينية أوضح لنا تفاهة الرأي القائل ، إن الدين لدى الأشخاص الكبار، ما هو إلا تكراراً أو انعكاساً محدداً لتجارب الطفولة ، وكما يرى إن الطفل ربما قد يوسع أحيانا صورة أبيه الواقعية لتتخذ هيئة أو صورة الأب الروحي أو المقدس ، غير إن الإنسان السوي الذي يمتلك ذكاءً عادياً ورؤيا واضحة ونضجاً عاطفياً يدرك بأنه ليس بإمكانه أن يحل مشاكل حياته بالتمني أو أن يعالج ما يفتقده عن طريق الخيال ، وعليه فأن الشخصية المكتملة النمو لم تنسج دينها من بعض الجوانب الانفعالية ، ولكنها نسجته من خلال البحث عن تفسيرات نظرية للكينونة أو الوجود والتي تكون كافة جوانبها نظاماً ذو معنى.

وكما يؤكد (البورت) إن نضج العاطفة الدينية لا يمكن أن يتوضح من خلال إرجاعها إلى بعض الأحوال الامبريقية (Empirical) فهي ليست مجرد قضية اعتماد أو معيشة الفرد ضمن عائلته ، وهي ليست مجرد تطور أو نضج حضاري، كما أنها ليس سبيل إلى تخفيف السيطرة على مشاعر الخوف، كما لا يمكن تضيقها إلى حد يجعل منها نظاماً عقلانياً لمعتقد معين.

وعلى هذا الأساس فأن الصيغة الأحادية لا بد وأن تكون حالة جزئية، وذلك لأن نمو العاطفة الدينية هي مجموع لهذه الجوانب وجوانب أخرى تشكل بمجملها اتجاهاً شمولياً يجعل وظيفة الدين تتمثل بربط الفرد مع معاني الكينونة الكلية أو الوجود الكلي .

نظرية مالونسكي (Mallonski): إن الجوانب النفسية التي قدمها عالم الانثروبولوجيا مالونسكي (Mallonski) والتي تبرز من خلال الاتجاه الوظيفي للدين والذي ينطلق من المنظور النفسي الحضاري الذي يتمسك بأهمية الآثار النفسية لدعم تكامل الشخصية وتثبيت القيم وصيانتها من التحلل والضعف ، كما يبرز من خلال تحليله النفسي للتفاعل الحاصل بين الطقوس والعقائد والشخصية الإنسانية .

فالطقوس حسب نظرة مالونسكي وما يرافقها من عقائد ترتبط ارتباطاً وثيقاً بحاجات نفسية عميقة وهي إنما وجدت لإرضاء هذه الحاجات ، وعليه فأن

بحث هذه الأديان حسب رأيه ينبغي أن يتم على أساس ارتباطها الوثيق بالتركيب الحضاري للبشر باعتباره بناء موجهاً لإرضاء حاجات الناس الكامنة في الشخصية ، ويضيف أيضا إن الأديان تلطف من القلق الإنساني الناتج من ضعف السيطرة على عناصر الطبيعة واحتمالات المستقبل (تحديات الحياة) ، إضافة للوعي بحتمية الموت التي لا يهرب منها أي إنسان.

نظرية كارل ماركس (Karl Marx) في كتاباته يبدو الدين كاستجابة للاحباطات التي يتعرض لها الناس، ولهذا فإننا نجد نظريته عن الدين هي جزء من نظريته العامة عن الاغتراب (Alienation) التي استمد جزءاً منها من فلسفة هيجل (Hegel) ومفاهيمه للأشياء المادية .

فالاغتراب في نظر ماركس الذي يسيطر على الإنسان إنما هو نتيجة انسلاخ الإنسان عن إنسانيته الحقة، وعندما لا يصبح عمل الإنسان يعبر عن ذاته، كما إن كل ما يلهي الإنسان عن ذاته يساعد على سيطرة ودوام الاغتراب ، والاعتقاد الديني كما يرى ماركس هو تقبل اعتقاد خاص ونظام خاص للسلوك كأشياء صادقة ومطلقة ، هذا الاعتقاد الديني غالباً ما يكون مع الطبقة المُسْتَغَلَّة أكثر من مُسْتَغْلِيهُم، وهذا راجع إلى عدم استحواذهم على الملكية ، ومن ثم عدم التحكم في ظرف حياتهم، وهذا ينعكس في استسلامهم الديني، فاعتقادهم يُشَرِّع ويبرر لهم النظام الاقتصادي والسياسي الذي يجعلهم في حالة خضوع ويقدم لهم التعويض النفسي ، وقد لخص ماركس أفكاره عن الدين في عبارته الشهيرة (إن الدين هو أنين الكائن المضطهد، وقلب العالم عديم الرحمة، وحس الظروف القاسية، انه أفيون الشعوب) .

ويضيف أيضا ولهذه الأسباب نجد أن العناصر القوية المتحكمة في المجتمع تستغل الدين وتؤكد عليه من اجل جعل الفرد الضعيف تحت سيطرتها ، وعلى هذا الأساس أصبح الدين عنده كمخدر أو أفيون للشعوب، لأنه يجعلها تستمر في تقبل وضعها والاستسلام له.

الفصل الثاني

الإرشاد المدرسي

المقدمة:

يعتبر الإرشاد المدرسي أهم ركائز العملية التعليمية الحديثة لآن معظم نظريات التعلم الحديثة تركز على الطالب في قاعة الدرس ، وركزت المناهج الحديثة على عملية النمو المتكامل العقلي الجسمي والنفسي والاجتماعي للطالب داخل المدرسة وخارجها ، فكان لابد من وجود المرشد المدرسي في مختلف المراحل العمرية لمتابعة الجوانب النفسية والسلوكية والانفعالية فضلاً عن المشاكل الدراسية التي يعاني منها الطالب في عالم سريع التغير ، ويشترط توفر المرشد النفسي الكفوء المؤهل علمية له خبرة في معالجة المشاكل والاضطرابات والابتعاد عن العشوائية والتخبط لدى بعض الإدارات التربوية، ونعني بوضع الشخص المناسب في المكان المناسب ، وتبقى عملية الإرشاد النفسي من اختصاص المرشد المدرسي كما تبقى عملية التدريس من اختصاص المعلم أوالمدرس.

الإرشاد المدرسي

- هو عملية نفسية أكثر تخصصية وتمثل الجزء العلمي في ميدان الإرشاد المدرسي وتقوم على علاقة مهنية (علاقة الوجه للوجه) بين المرشد المدرسي والمسترشد في مكان خاص يضمن سرية أحاديث المسترشد وفي زمن محدود أيضا.
- عملية وقائية ونمائية وعلاجية تتطلب تخصصاً وإعدادا وكفاءة ومهارة، كون هذه العملية فرعاً من فروع علم النفس التطبيقي وان خدمات الإرشاد تجمل عادة في مفهوم واحد وهو التوجيه والإرشاد.
- الجمعية الأمريكية لعلم النفس: انه الخدمات التي يقدمها اختصاصيون في علم النفس الإرشادي وفق مبادئ وأساليب دراسة السلوك الإنساني خلال مراحل نموه المختلفة ويقدمون خدمات لهم لتأكيد الجانب الإيجابي بشخصية المسترشد واستغلاله لتحقيق التوافق ، وبهدف اكتساب مهارات جيدة تساعد على تحقيق مطالب النمو والتوافق مع الحياة ، واكتساب القدرة على اتخاذ القرار، ويقدم الإرشاد المدرسي لجميع الطلبة في المراحل العمرية المختلفة وفي المجالات المختلفة.
- عملية مساعدة الطالب في رسم الخطط التربوية التي تتلائم مع قدراته وقابلياته وميوله وأهدافه وأن يختار نوع الدراسة والمناهج المناسبة والمواد الدراسية التي تساعده في اكتشاف الإمكانيات التربوية وتساعده في النجاح وتشخيص المشكلات التربوية وعلاجها بما يحقق توافقه التعليمي و التربوي.

خصائص الإرشاد المدرسي

١- عملية نمائية متصلة أي أنها تمر في خطوات معينة بشكل متتابع ومتصل.
٢- عملية تعليمية أي أنها تهدف الى تعليم الطالب على مواجهة مشكلاته وحلها وتركز على تغير السلوك.
٣- عملية مساعدة أي أنها تقدم العون والمساعدة إلى المسترشد في أي وقت .
٤- المرشد المدرسي هو المخطط للعملية الإرشادية وهو شخص مؤهل تأهيلا علميا متخصصا.
٥- المسترشد طالب عادي بحاجة إلى مساعدة لحل المشاكل التي وتواجهه .
٦- العلاقة الإرشادية بين المرشد والمسترشد تقوم على التعاطف والأحترام المتبادل.
٧- البيئة المدرسية التي يتم فيها الإرشاد النفسي هي البيئة التربوية الصحيحة.
٨- يهتم الإرشاد النفسي بانتقال الخبرة من الموقف التعليمية إلى المواقف الحياتية التي يقف فيها المسترشد فيما بعد.

ويمكن تعريف الإرشاد المدرسي وفق خصائصه بأنه :عملية منظمة ومخططة تهدف إلى مساعدة الطالب لكي يفهم ذاته ويعرف قدراته وقابلياته ويطور مهاراته ويحل مشكلاته ويحقق أهدافه في إطار القيم المجتمعية والأهداف العامة للتعليم في المجتمع وبالتالي تحقيق التوافق النفسي والتربوي والمهني والاجتماعي للمسترشد.

مبادئ الإرشاد المدرسي

هذه المبادئ تتعلق بالسلوك البشري وهي متعددة ومتشابكة ومتبادلة الأثر والتأثير، وهي قواعد تقوم عليها أو تنطلق منها عملية الإرشاد النفسي لتعديل السلوك، وعلى المرشد المدرسي أن يجعلها نصب عينيه أثناء عملية الإرشاد النفسي وهي على النحو التالي:

١- ثبات السلوك الإنساني نسبياً ومرونته:

- السلوك كل ما يصدر عن الإنسان الحيّ من نشاط يتصل بطبيعته الإنسانية سواء كان جسمياً أو عقلياً أو اجتماعياً أو انفعالياً.
- السلوك متعلم (مكتسب) بالتنشئة والتفاعل.
- السلوك ثابت في الظروف العادية والمواقف المعتادة وهذا يساعد على التنبؤ به عند التعامل مع المسترشد ويسهل عملية الإرشاد النفسي (لكن هذا الثبات ليس ثباتاً مطلقاً).
- السلوك الإنساني مرن (أي أنه قابل للتغيير والتعديل) مما يشجع عملية الإرشاد النفسي.
- مرونة السلوك لا تقتصر على تعديل السلوك الظاهري فقط بل تتعداه إلى البنية الداخلية للشخصية (الذات) وتعديل مفهومها لدى المسترشد إلى الإيجابية والواقعية.

٢. السلوك الإنساني فردي وجماعي : فردي بمعنى أن السلوك يتأثر بفردية الإنسان (الشخصية) أي بما يتسم به من سمات عقلية أو انفعالية وجسمية ، وجماعي أي أنه يتأثر السلوك بمعايير الجماعة وقيمها وعاداتها وضغوطها واتجاهاتها أي أن سلوك الإنسان ناتج من تفاعل العوامل الفردي والجماعية، ومن خلال أساليب التنشئة الاجتماعية تتشكل لدى الإنسان اتجاهات معينة نحو الأفراد والجماعات والمواقف الاجتماعية ، وعلى المرشد النفسي أن يأخذ بعين الاعتبار عند تغيير سلوك المسترشد معايير الجماعة ومدى تأثيرها على المسترشد، إضافة إلى فهم شخصية الفرد بحيث يعيش المسترشد في توافق شخصي واجتماعي.

٣. تقبل المسترشد للإرشاد النفسي : الإنسان اجتماعي بطبعه ولذا فانه إذا استصعب عليه أمر فانه يستشير غيره ممن يتوسم فيهم الخبرة والمقدرة، والمرشد النفسي يفترض أن يكون من ذوي الخبرة ليقبل عليه المسترشد ويتقبله وهذا هو أساس نجاح العملية الإرشادية.

٤. حق المسترشد في الإرشاد النفسي: من حقوق الفرد على الجماعة أن تضبط سلوكه وأن ترشده إلى الطريق الصحيح ليكون عضوا سليماً فاعلاً فيها.

٥. حق المسترشد في تقرير مصيره: للفرد الحق في اتخاذ القرارات المتعلقة به دون إجبار من أحد، والإرشاد النفسي ليس نصائح ولا أوامر ولا إعطاء حلول جاهزة تحقيقاً لهذا فالإرشاد النفسي يعطي الحق للمسترشد أن يقرر مصيره بنفسه ، فيقدم الإرشاد بطريقة مرنة ، وهذا يعطي مساحة أكبر أمام المسترشد للنمو والتفكير واتخاذ القرارات المناسبة والاستقلال والاعتماد على النفس وتحمل المسؤولية.

٦. تقبّل المسترشد:أن يتقبل المرشد النفسي المسترشد كما هو وبما هو عليه لا كما ينبغي أن يكون (دون شروط) وهذا يعني أن يشعر المسترشد بالأمن النفسي والطمأنينة ليبوح بما لديه من معاناة في جو آمن قائم على الثقة والاحترام المتبادل ، والتقبل لا يعني تقبل سلوك المسترشد الشاذ بل يساعده على تغيير ذلك السلوك ، وإذا أقر المرشد مسترشده على سلوك شاذ أو ضار فان ذلك يعتبر تشجيعاً له على الممارسة الغير سوية وهذا مرفوض من جانب الإرشاد النفسي.

٧. استمرار عملية الإرشاد النفسي: عملية الإرشاد عملية مستمرة طوال مراحل العمر المختلفة يقوم بها (الوالدان –المعلمون – المرشدون) وعملية الاستمرار تعني أن يتابع المرشد النفسي تطورات المسترشد بصفة مستمرة لان الإرشاد النفسي ليس وصفة طبية ولا حلاً جاهزاً ولا نصيحة عابرة بل هو خدمة مستمرة ومنظمة.

٨. الدين ركن أساسي في عملية الإرشاد النفسي : إن تعاليم الدين الإسلامي ومعاييره أساسية في تنظيم سلوك الأفراد والجماعات والتمسك بها ،

والمعتقدات الدينية لكل من المرشد النفسي والمسترشد هامة وأساسية في عملية الإرشاد ، فالإرشاد يحتاج إلى المرشد الذي يخشى الله ويراقبه في عمله ويحتاج إلى المرشد الملم ببعض المفاهيم الدينية الأساسية مثل طبيعة الإنسان كما حددها الله سبحانه وتعالى وأسباب الاضطراب النفسي في رأي الدين مثل الذنوب وضعف الوازع الديني وقلة الحياء الأيماني والنفسي والأجتماعي، وأعراض الاضطراب النفسي كالانحراف والشعور بالإثم والخوف القلق والاكتئاب والوسواس وكيفية التخلص من الوزر والتوبة الصادقة ، وعلى المرشد أن يلم ببعض سبل الوقاية من الاضطراب النفسي في الإسلام كالإيمان والسلوك الديني الأخلاقي وكذلك خطوات الإرشاد النفسي الديني مثل الاعتراف بالذنب والتوبة والاستبصار بالذات والتعلم والدعاء والاستغفار وذكر الله والصبر والتوكل على الله، والاستشهاد بالأدلة من القرآن والسنة النبوية الشريفة والتي تساهم في تغير الاتجاهات وضبط السلوك.

أسس الإرشاد المدرسي:

أولا: الأسس الفلسفية

١. محاولة فهم طبيعة الإنسان: أن هذا المفهوم قد تخبطت فيه النظريات المختلفة ، فالتحليلية الفرويدية ترى أنه عدواني تتحكم فيه غرائزه، والإنسانية (كارل روجرز) ترى أنه خير بطبعه، والسلوكية ترى أنه محايد (سلبي) تحركه المثيرات فيستجيب لها، والنظرية المعرفية الانفعالية ترى أنه يؤثر ويتأثر وأن أفكاره غير العقلانية السبب في اضطرابه ، والمفهوم الصحيح هو ما جاء به الدين الإسلامي حيث ميز الله سبحانه وتعالى الإنسان بالعقل والتفكير وبصره وعلمه وكرمه على سائر المخلوقات، فهو مفطور على الخير ولديه شهوات، وهو محاسب على استخدام ذلك العقل، وفهم هذه الطبيعة يساعد المرشد النفسي على نجاح عملية الإرشاد وفهم المسترشد.

٢. الكينونة والصيرورة : الكينونة تعني ما هو كائن وموجود والصيرورة تعني ما سيصير (تغير)، والصيرورة والكينونة متكاملتان ولا تلغي أحدهما الأخرى، فمثلا الشخص الذي أصبح راشدا كان طفلاً، ويبقى ذلك الشخص رغم التغير الذي جرى عليه أي أن هناك أمورا في الشخص تبقى كما هي بينما تتغير فيه أشياء أخرى، والعالم دائم التغير، لذا فالصيرورة مفهوم دائم التغير، وحياة الإنسان مليئة بالمتغيرات الجديرة بالملاحظة والتأمل، والإرشاد النفسي ينظر إلى الشخص ككائن يتغير سلوكه رغم بقائه نفس الشخص.

٣. علم الجمال: يهتم المرشد النفسي بالجمال وبالنظرة إلى الحياة بتفاؤل وجمال وتطلع ايجابي لذا يساعد المرشد المسترشد على أن يتذكر الأشياء الجميلة في حياته دائما ويساعده على نسيان الذكريات المؤلمة.

٤. علم المنطق: يحتاج المرشد النفسي إلى الأسلوب الإرشادي المنطقي في مناقشته مع المسترشد أثناء المقابلة الإرشادية لتعديل السلوك، لذا يعتبر أسلوب الإقناع المنطقي من أهم وأرقى الأساليب الإرشادية حيث يحدد المرشد مع المسترشد أسباب السلوك المضطرب من أفكار ومعتقدات غير منطقية وغير عقلانية والتخلص منها بالإقناع المنطقي للمسترشد وإعادته إلى التفكير المنطقي، إذ أن كثيرا من الاضطرابات منشأها الانقياد للأفكار الخاطئة والغير عقلاينة.

ثانياً- الأسس النفسية والتربوية : يعتمد الإرشاد المدرسي على مجموعة من الأسس النفسية والتربوية التي يمكن تلخيصها كما يلي

١. الفروق الفردية : يتشابه الأفراد بعضهم بالبعض الأخر في جوانب كثيرة، إلا أن هناك فروقا واضحة بين الأفراد في مظاهر الشخصية كافة (الجسمية والنفسية والتعليمية واجتماعية) حيث لا يوجد اثنان في صورة واحدة طبق الأصل، حتى التوائم المماثلة تختلف عن بعضها جزئياً ، لذا ينبغي وضع الفروقات الفردية في الحسبان في عملية الإرشاد النفسي، فعلى المرشد أن يعرف ما يتصل بأسباب المشكلات النفسية مثلاً إذ أن بعض العوامل قد تسبب مشكلة عند فرد ما ولا تسبب مشكلة لدى فرد أخر.

٢. الفروق بين الجنسين: إن الفروقات بين الجنسين واضحة في الجوانب الفيزيولوجية والجنسية والاجتماعية والعقلية والانفعالية، وهذه الفروقات التي تعود إلى عوامل بيولوجية أصلاً والى عوامل التنشئة الاجتماعية التي تبرز هذه الفروقات أو تقلل من أهميتها، لذا فعملية الإرشاد النفسي ليست واحدة لكلا الجنسين لان ما ينطبق على الذكور قد لا ينطبق على الإناث، فالفروقات لها أهميتها ولا سيما في ميدان الإرشاد النفسي والمهني والأسري.

٣. مطالب النمو: يتطلب النمو السوي للفرد في مرحلة من مراحل نموه أن يحقق مطالب النمو التي تبين مدى تحقيق الفرد لذاته وإشباع حاجاته وفقاً لمستوى نضجه وتطور خبراته التي تتناسب مع مرحلة النمو ، ويؤدي تحقيق مطالب النمو إلى شعور الفرد بالسعادة ،كما أن عدم تحقيق مطالب النمو يؤدي إلى شعور الفرد بالشقاء والفشل ، وتختلف مطالب النمو من مرحلة إلى أخرى، فمطالب النمو في الطفولة هي تعلم المشي والمهارات الأساسية وتحقيق الأمن الانفعالي والثقة بالنفس وبالآخرين، أما في المراهقة تختلف مطالب النمو من حيث تميزها بتقبل التغيرات الجسدية والفيزيولوجية والتوافق معها وتكوين مهارات ومفاهيم ضرورية للإنسان واختيار نوع الدراسة أو المهنة المناسبة ومدى الاستعداد لذلك ومع معرفة السلوك الاجتماعي المقبول للقيام بالدور الاجتماعي السليم ، وفي مرحلة الرشد تتسم مطالب النمو باتساع الخبرات العقلية والمعرفية وتكوين الأسرة وتربية الأولاد والتوافق المهني وتحمل المسؤولية الاجتماعية والوطنية ، وفي مرحلة الشيخوخة تتلخص مطالب النمو

بالتوافق مع الضعف الجسدي والتوافق مع التقاعد عن العمل وتنمية العلاقات الاجتماعية القائمة .

٤.الفروق في الفرد الواحد: ليست قدرات الفرد واستعداداته وميوله واحدة من حيث درجة قوتها أوضعفها بل هي تختلف من خاصية إلى أخرى ، فالخصائص الجسدية قد لا تتوافق مع الخصائص الانفعالية أو العقلية ، فقد يتقدم النضج العقلي على النضج الجسمي والاجتماعي أو العكس.

ثالثا: الأسس الاجتماعية : تؤثر الجماعة المرجعية على سلوك الفرد إضافة إلى ميوله واتجاهاته ،لان الفرد يتأثر بالجماعة والسلوك فردي اجتماعي كما تؤثر ثقافة المجتمع والثقافة الفرعية التي ينتمي إليها الفرد من عادات وتقاليد وأعراف في ذلك الفرد وبالتالي على المرشد النفسي أن يراعي ذلك لكي يتمكن من فهم المسترشد وفهم دوافع سلوكه.

رابعا:الأسس العصبية والفسيولوجية: على المرشد أن يلم بقدر مناسب من الثقافة الصحية عن تكوين الجسم ووظائفه وعلاقته بالسلوك وخاصة الجهاز العصبي المركزي الذي هو الجهاز الرئيسي الذي يسيطر على أجهزة الجسم الأخرى ويتحكم في السلوك الإرادي للإنسان من خلال الرسائل العصبية الخاصة التي تنقل له الاحساسات الداخلية والخارجية ويستجيب بإصدار تعليماته إلى أعضاء الجسم ، فالجهاز العصبي الذاتي اللاإرادي يعمل بشكل لا شعوري أي لا تتدخل إرادة الإنسان في ذلك وهو مسئول عن السلوك الغير إرادي مثل حركة الأمعاء وهذا الجهاز يسيطر على جميع أجهزة الجسم التنفسي والهضمي والدوري والتناسلي وجهاز الغدد والجلد وهو يعمل وقت تعرض الجسم للخطر بما يشبه إعلان حالة الطوارئ.

فالإنسان جسم ونفس وكل منهما يؤثر في الاخر فالحالة النفسية السيئة تؤثر على العمليات الفسيولوجية مثل الغضب يؤدي إلى زيادة دقات القلب، والحزن يؤدي إلى انسكاب الدمع، كما أن الأمراض العضوية تؤدي إلى الحزن والى القلق، وعند زيادة انفعال الغضب واستمراره يتأثر الجهاز العصبي بشكل لاإرادي فتظهر الاضطرابات النفس جسمية (السيكوسوماتية) كاحتجاج لا شعوري مثل ضغط الدم والقولون العصبي والصداع النفسي وقرحة المعدة والسكري والربو وبعض الآلام الهيكلية أو بعض الاضطرابات الجلدية والجيوب الانفية ،والمرشد النفسي الكفوء ينتبه دائما إلى شكوى المسترشد ويتعرف على مصادر انفعالاته .

وأن درجة الانفعال إذا زادت تحولت عن طريق الجهاز العصبي المركزي إلى اضطرابات وأعراض جسمية واضحة نتيجة خلل في أعصاب الحس فيحدث ما يسمى بالهستيريا العضوية مثل العمى الهستيري، الصم ، الشلل ، التشنج الهستيري، الصراع الهستيري، الخرس، فقدان حاسة الذوق، فقدان

الذاكرة الهستيري وغير ذلك وعلى المرشد النفسي أن ينتبه لدوافع غضب المسترشد.

أخلاقيات الإرشاد النفسي المدرسي

تعتبر مهنة الإرشاد النفسي المدرسي هي المهام تطبيقية لعلم النفس الإرشادي ونظرياته، وتخصص يدّرس بدرجات علمية ، ولان هذه المهنة إلى جانب كبير من الأهمية والخطر في العلاقة مع المسترشد والإطلاع على أسراره فيتوجب أن يكون لها قواعد أخلاقية يتقيد بها كل من يمارس هذه المهنة ،لان هذه القواعد هي التي تنظم عمل المرشد النفسي وتضع الخطوط العامة التي تساعده على توخي الحذر من الوقوع فيما يلحق الضرر بالآخرين وكذلك تساعد على توفير الحماية للمهنة في حال وقوع انحرافات مع بعض زملاء المهنة ، وهنا سنعرض بعض أخلاقيات المرشد النفسي وهي على النحو التالي:

١- أن يتحلى المرشد النفسي بالأخلاق الفاضلة قولاً وعملاً، وأن يكون قدوة حسنة في الصبر والأمانة وتحمل المسؤولية دون ملل أو كلل أو يأس.

٢- أن يتحلى المرشد النفسي بالمرونة في التعامل مع حالات الطلاب، وعدم التقيد بأساليب محددة في فهم مطالبهم وحاجاتهم الإرشادية، فالمرونة المطلوبة هي الوسيلة التي يمكن للمرشد النفسي أن يتقبل ويسمع أصوات الطلبة واحتياجاتهم ومطالبهم، فهو الشخص الوحيد في المدرسة الذي يجب أن يتقبل ذلك مهما كان الطالب سيئاً أو مخطئاً ، وهذا لا يعني أن نوافق على السوء أو الخطأ ولكن أن تكون لدينا المرونة الكافية لاستيعاب الموقف واحتوائه حتى يمكن لنا التعرف على جوانب كثيرة من مطالبهم واحتياجاتهم لنتمكن من مساعدتهم بالحصول عليها بطريقة صحيحة بعيداً عن الخطأ.

٣- أن يتميز المرشد النفسي بالإخلاص وتقبل العمل في مجال الإرشاد النفسي كرسالة وليس كوظيفة بعيداً عن الرغبات والطموحات الشخصية ، لأن الوظيفة تقود المرشد النفسي إلى أداء عمل هو ملزم به دون محاولة الإبداع والتطوير، والرسالة هي التي تبني الشخص لقضية ما، والإيمان بأنها مهمة وسامية ، وهنا ينبغي أن يقف المرشدين وقفة جادة مع أنفسهم ويحددوا ماذا يريدون، هل اتجاههم للإرشاد من باب التغيير أم الهروب من العمل، أم هو إيمان تام بأهمية هذه المهنة ومن أجل المساهمة في إصلاح أفراد المجتمع والمساهمة في بناء الوطن ، والقرار هنا متروك لذوات المرشدين وينبع من الفرد ذاته وينطوي على مسؤولية النظر إلى الإرشاد النفسي كرسالة سامية ، وهو ما يحقق النجاح لمهنة الإرشاد بعد توفيق الله سبحانه وتعالى.

٤- أن يتجنب المرشد النفسي إقامة علاقات شخصية مع الطلبة ، وأن تكون العلاقة مهنية ، لان المرشد النفسي المدرسي أقرب شخص لأنفس الطلبة ، لذلك قد تنشأ علاقة شخصية ، ونظراً لطبيعة عمل المرشد النفسي وطبيعة بعض الطلبة فهذا يعد منزلقاً خطراً إذا وقع يتضرر منه المرشد والعملية

الإرشادية وعليه ينبغي أن يقيد المرشدين أنفسهم بحدود العلاقة المهنية دون تطويرها إلى علاقة شخصية خاصة.

٥- أن يبتعد المرشد النفسي المدرسي عن التعصب كافة والالتزام بأخلاقيات العمل المهني، فالمرشد يواجه مجموعة من الطلاب هم خليط من أفراد المجتمع منهم القريب له عائلياً أو مذهبيا أو فكريا ومنهم البعيد ومنهم من يعرفه أو قد يكون من الحي أو المنطقة التي يسكن فيها فعند الاتجاه إلى إقامة العلاقة المهنية من منظور تحكمه القرابة والمعرفة أو الانتماء فقد حكم المرشد على نفسه بالفشل.

٦- ألا يستخدم المرشد النفسي المدرسي أدوات فنية أو أساليب مهنية لا يجيد تطبيقها وتفسير نتائجها، وهنا لا مجال للاجتهاد على حساب الآخرين، فيجب عدم استخدام الاختبارات النفسية أو العقلية وأنت لا تملك الخبرة العملية التي تساعدك في التعامل مع هذه الاختبارات حتى لا يؤدي ذلك إلى الإضرار بالطلبة.

٧- عدم استخدام أجهزة التسجيل الصوتي بكل اشكالها أوالتسجيل الفيديوي أو أي أجهزة أخرى إلا بإذن مسبق من الطالب وبموافقته.

٨- عدم استفزاز الطلبة للكشف عن مشكلتهم مما يضعف الثقة بينهم .

٩- عدم تدخل المرشد النفسي المدرسي في ديانة المسترشد ومذهبه وطائفته واحترام جميع الديانات.

ثانيا: السرية

المرشد النفسي المدرسي سوف يتعرض لأسرار المسترشد في حياته العامة والخاصة ولأفراد أسرته من خلال التعامل مع دراسة حالته ، فعليه المحافظة على سرية المعلومات التي يحصل عليها وعندما يخفق المرشد النفسي في المحافظة على سرية المعلومات فقد أخل بشرط أساسي ومهم جداً من شروط وأخلاقيات مهنة الإرشاد النفسي وتشتمل السرية على تقيد المرشد النفسي المدرسي بالاتي:

- يلتزم بالأمانة على ما يقدم له أو يطلع عليه من أسرار خاصة بالمسترشد وبياناته الشخصية ومسؤولية تأمينها ضد إطلاع الغير عليها وبطريقة تصون سريتها.
- يلتزم المرشد النفسي عدم نشر المعلومات الخاصة بالحالات التي يقوم بدراستها ومتابعتها.
- عدم الإفصاح عن نتائج دراسة حالة المسترشد والاكتفاء بإعطاء توصيات لمن يهمه أمر المسترشد للتعامل مع حالته.
- في حالة طلب معلومات سرية عن حالة المسترشد من قبل الجهات الأمنية أو القضائية فعلى المرشد النفسي المدرسي الإفصاح عن المعلومات الفردية وبقدر الحاجة فقط وإشعار المسترشد بذلك

- إذا طلب ولي أمر المسترشد أو مدير المدرسة معلومات سرية عن المسترشد فعلى المرشد النفسي تقديم المعلومات الضرورية فقط بعد التأكد من عدم تضرر المسترشد من إفشائها.

يجوز للمرشد النفسي أن يخبر عن بعض الحالات بشكل قانوني في الظروف التالية:

١- عندما يشكل بعض المسترشدين خطراً على الآخرين أو على أنفسهم أو على أمن الوطن.

٢- عندما يعتقد المرشد النفسي أن المسترشد يمارس الشذوذ الجنسي ،أو تعرض لاغتصاب أو انتهاك حرمة طفل أو بعض الجرائم القانونية والأخلاقية الأخرى .

٣- عندما تكون المعلومات تشكل قضية قانونية وتدخل في عمل المحكمة.

ثالثا- العلم والمعرفة :

أن تتوفر لدى المرشد النفسي المدرسي معلومات وافية عن طبيعة البشر وسلوكياتهم ومراحل نموهم والمشكلات التي يواجهونها في حياتهم وأساليب التعامل مع تلك المشكلات والنظريات التي تفسر السلوك والأسباب المؤدية إلى المشكلات وكذلك معرفة واقع المجتمع والمؤسسة التي يعمل بها، وأن يعمل بشكل دائم على تطوير ذاته في الجوانب النفسية والإرشادية وذلك من خلال :

- الدورات التدريبية التخصصية والتعليم المستمر.
- المشاركة في المؤتمرات والندوات في مجال الإرشاد النفسي.
- مواكبة المجلات المتخصصة والمراجع الحديثة.
- الاستفادة من خبرات الآخرين والزملاء في المهنة الإرشاد النفسي .
- الدراسات العليا .

رابعاً- الخبرة : تعتبر الخبرة الجانب الأدائي في عملية الإرشاد النفسي المدرسي، لذا يحتاج المرشد النفسي إلى مجموعة من المهارات وفي مقدمتها مهارة تكوين العلاقة الإرشادية التي تشتمل على مهارات الملاحظة والإصغاء والتعبير وتكوين الألفة مع المسترشد وتوفيرالبيئة الإرشادية الآمنة ثم مهارات دراسة المشكلة وتشخيصها وإعداد الأهداف واختيار طريقة الإرشاد النفسي ثم تقويم العملية الإرشادية وأخيرا إنهاء العلاقة الإرشادية ، والمرشد النفسي الواعي الملتزم بقواعد مهنة الإرشاد لا يدعي أن لديه الخبرة والمهارة الكافية بل يسعى بكل الوسائل لتطوير مهاراته وقدراته تحت إشراف متخصصين.

خامسا- رعاية مصلحة المسترشد : بما أن المسترشد هو شخص لديه مشكلة ويحاول أن يجد المساعدة من المرشد النفسي بشأنها ، فعلى المرشد أن يساعده على الوصول إلى بر الأمان وأن يبذل المرشد النفسي كل ما في وسعه لمساعدته على النمو والنجاح وتجاوز المشكلات وتصحيح الأخطاء الادراكية والسلوكية وتحسين مشاعره وتبني القيم الايجابية ، وهو في جانب موقفه

الإرشادي عليه أن يدافع عن مصالح المسترشد ويمنع أي أذى قد يلحق به ، وأن يراعي عند إعداده للتقارير ما أؤتمن عليه من قبل المسترشد.

سادساً- العلاقة الإرشادية : تعتبر من أهم جوانب العملية الإرشادية فهي علاقة مهنية شخصية وتستوجب الحصول على المعلومات التي تساعد المرشد النفسي والمسترشد على فهم المسترشد وظروفه وواقعه والمتغيرات التي من حوله، فهذه العلاقة يجب أن تصان عن كل ما من شأنه زعزعة الثقة مع المسترشد ، ولكي تبدأ العلاقة بداية سليمة فان على المرشد النفسي المدرسي يجب :

- أن يدرك دوره ومسؤولياته بالنسبة للمسترشد وبالنسبة للمهنة .
- أن يتقبل المسترشد بغض النظر عن جنسه أو لونه وديانته أو غير ذلك من المتغيرات.
- أن يحاول في إطار العلاقة الإرشادية توفير كل ما من شأنه جعل العلاقة آمنة ولا يكون المسترشد في موضع الهجوم عليه أو توجيه النقد الحاد أو السخرية منه وخاصة في المراحل الأولى من العلاقة التي يبقى المرشد النفسي فيها بعيدا عن النقد أو إصدار الأحكام ، أما السخرية والعقاب فهي أمور لا نتصور أن تدخل كعناصر في أي علاقة إرشادية بل ستلحق أضراراً كبيرة بمهنة الإرشاد كلها.
- أن يمتنع عن الاستفادة من المعلومات التي حصل عليها من المسترشد لأغراض شخصية كما يمتنع أن يدخل في علاقات لا تتصف بالموضوعية كمحاولة الحصول على معلومات لن يستفيد منها المسترشد في موقف الإرشاد النفسي أو تكوين علاقة شخصية مثل الصداقة والزيارات المنزلية أو البيع والشراء أو تبادل المنافع.
- أن يتجنب سؤال المسترشد أمام زملائه عما فعل إزاء موقف معين بل عليه أن يترك مثل هذه الأسئلة داخل الجلسات وداخل غرفة الإرشاد النفسي.
- يمتنع المرشد النفسي المدرسي عن الدخول في علاقة إرشادية إذا كانت هناك رابطة مع هذا المسترشد من نوع العلاقة بين الزوجين والأخوة والأصدقاء وكذلك المرؤوس والرئيس إلا إذا تحقق عدم وجود مرشد النفسي أخر يقوم بهذا العمل.
- أن يتأكد عند دخوله في علاقة إرشادية مع المسترشد أن هذا المسترشد ليس فعلاً في إطار علاقة إرشادية مع مرشد أخر، وإذا كان المسترشد له علاقة إرشادية مع مرشد أخر فيجب على المرشد أن يحصل على إذن من ذلك المرشد أو أن ينهي العلاقة مع المسترشد إلا إذا اختار المسترشد أن ينهي علاقته مع المرشد السابق.
- أن يحترم حرية الاختيار للمسترشد إلا إذا وجد ما يمنع ذلك مثل نظام المدرسة وفي هذه الحالة يعلم المرشد المسترشد بهذه الحدود.

- أن يستشير زملائه في المهنة فيما يقابله من صعوبات أو مواقف يشعر فيها أن العلاقة تسير بشكل غير طبيعي أو أن المعلومات التي حصل عليها من المسترشد قد تحتاج لعرض على السلطات المختصة لوجود خطر قد يلحق بالفرد أو بالآخرين أو بالوطن.

سابعا- كرامة المهنة: أن العمل الإرشادي مهنة يشتغل بها العديد من الأفراد المتخصصين الذين يقفون في إطار علاقة تربطهم بشكل مهني وخاصة مع مسترشديهم، لذا يتطلب من المرشدين ان يتجنبوا كل ما من شأنه الإساءة إلى المهنة وسمعتها، وعلى المرشد النفسي المدرسي:

- أن ينأى المرشد النفسي بنفسه عن القيام بأي عمل من شأنه الإضرار بسمعة المهنة مثل ادعاء مهارات ليست لديه أو الإعلان عن ممارسته لطريق يعلم أنها غير ذات فعالية، أو الدعاية لنفسه في صورة غير مألوفة أو استغلال وسائل الإعلام للدعاية لنفسه من خلال برامج تثقيفية أو خاصة بالتوعية أوإضافة مؤهلات ليست لديه أو الإشارة لعضويته للجمعيات العلمية والمهنية على أنها ضمن مهاراته.
- الخروج بالعلاقة المهنية عن حدودها المهنية المتعارف عليها أو عدم الحفاظ على أسرار المسترشدين أو إهماله في حفظ المعلومات الخاصة بهم أو عدم حصوله على إذن مسبق بنقل هذه المعلومات للغير أو إجراء تجارب عليهم دون إذن منهم أو التسبب في حدوث أضرار نتيجة أخطاء الممارسة أو تطبيق اختبارات نفسية غير مناسبة أو تفسيرها بشكل غير دقيق.
- يمتنع المرشد النفسي عن التورط في أي عمل ينهى عنه الدين والخلق وتجرمه الأنظمة المعمول بها، وهو يدرك ويحترم حقوق الإنسان الذي يعمل معه، وأنه يعمل على وقايته من الأخطار التي قد تحيط به.
- إذا علم المرشد النفسي أن من بين المشتغلين بمهنة الإرشاد النفسي من يسيء التصرف أو يتورط في علاقات غير مشروعة مع المسترشدين أو يخالف القواعد والضوابط الأخلاقية المتعارف عليها في ممارسة المهنة فانه يتخذ الإجراء المناسب الذي قد يبدأ بالنصح والتعريف بموطن الخطر وقد يمتد إلى إخطار الجهات المسئولة درءاً للخطر عن المسترشدين وللمحافظة على المهنة وسمعتها.
- أن يحترم زملائه في المهنة ولا ينال أحداً منهم بالتجريح، وألا يدخل في صراعات مهنية مع زملائه، كما ينبغي عليه أن يمتنع عن الدخول في علاقة مع مسترشد يعلم أن له علاقة إرشادية مع مرشد آخر.
- يسعى بكل ما يمكنه إلى رفع أدائه بطلب العلم واكتساب المهارة بالإضافة إلى الميدان الذي يعمل فيه والإخلاص في عمله والتعاون مع زملائه.

حاجة المدرسة الى المرشد النفسي

ان الطالب السوي يقبل على طلب النصح والإرشاد من الأهل والمعلمين والمرشدين بغية المحافظة على نفسه من الوقوع في الخطأ ،ولمواجهة المشكلات التي تعترضه ولما كان الطالب يمر بتحولات كثيرة تحتاج الى من يرشده لتجنب المحاولات الفاشلة التي تسبب له الاحباط ، كان لابد من توفير الإرشاد النفسي في المدارس الابتدائية والمتوسطة والإعدادية الصباحية والمسائية للبنين والبنات:

١- مطالب الطلبة في مراحل العمر المختلفة : يمر الطلبة بمراحل انتقالية حرجة في حياتهم حيث ينتقل من حياة الأسرة الى حياة المدرسة
٢- ينتقل الطلبة من مرحلة إلى أخرى ولكل مرحلة مطالب معينة، وفي مراحل العمر المختلفة يمر الطلبة من مرحلة الطفولة الى مرحلة المراهقة الى الشباب ولكل مرحلة عمرية مطالب معينة تشعره بالقلق في حالة عدم تلبيتها فيصاب بالاحباط والصراع النفسي مما يؤدي الى عدم التوافق.
٣- كان للإرشاد النفسي دور بارز في مساعدة الطلبة على مواجهة القلق الذي يصيبه واستعادة توافقه النفسي.
٤- تطور التعليم وزيادة الاقبال عليه: ونمو العلوم والمعارف وتشعبها ،وتمركز التعليم حول الطالب وتلبية كافة مطالبه.
٥- اكتشاف اساليب جديدة للتعليم تعتمد على التعليم الإلكتروني واستخدام التكنولوجية الرقمية والفنية .

الكفايات المهنية للمرشد النفسي المدرسي :

أ- القدرة على إعداد برنامج إرشادي: من خلال

١- أن يكون لديه أطار نظري و معرفي يستند إليه في تفسير السلوك الانساني.
٢- الإلمام باساليب جمع المعلومات وبمتطلبات المرحلة العمرية.
٣- الإلمام بالاختبارات الإرشادية وتطبيقها وتفسيرها

ب- تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي: من خلال

١- تعريف المسترشد بالمجالات الدراسية التي تناسبه.
٢- تعريف المسترشد بالمهن المختلفة وكيفية التغلب على مشكلات الحياة.
٣- تكوين علاقات جيدة مع المدرسين والإدارة .

ت- إدارة الجلسة الإرشادية:

١- مهارة توجيه الأسئلة التي تتعلق بالمشكلة.
٢- المهارة في استعمال الأساليب الإرشادية اللفظية وغير اللفظية في التعامل.
٣- الإصغاء الجيد والتفكير المنفتح والنقاش المرن.

ث- تكوين علاقة الثقة بين المرشد النفسي والمسترشد

١- تقبل المسترشد كفرد له خصوصيته وإنشاء علاقة تتصف بالدفء معه
٢- القدرة على الاحتفاظ بسرية العمل.
٣- إصدار إحكام موضوعية باستعمال اسلوب القيادة الديمقراطية.

ج- **اتخاذ القرارات السليمة** : وتتم من خلال
١- توضيح نواحي القوة والضعف لدى المسترشد
٢- تفهم سلوك المسترشد ومساعدته في تحديد أهدافه.
٣- زيادة وعي المسترشد بمشكلاته وتبصيره بالحلول الممكنة لها.

الأدوار التي يقوم بها المرشد النفسي المدرسي

١- القيام بعملية الإرشاد النفسي الفردي والجماعي للطلبة وتفعيل الإرشاد الوقائي.
٢- يساعد الطلبة على فهم أنفسهم وميولهم وامكانتهم ومتابعة المسترشدين وتحسنهم.
٣- يشرف على أعداد السجلات الشاملة وتنظيمها والاحتفاظ بها في مكان أمن.
٤- يساعد في تشخيص وعلاج بعض الاضطرابات النفسية ضمن فريق علاجي و إحالة الذين لم يتمكن من إرشادهم الى الجهات المختصة.
٥- تقديم المعلومات التي توضح للطلبة الفرص التعليمية المتاحة لهم .
٦- الاهتمام بشكل رئيسي بحالات التأخر الدراسي المتكرر .
٧- تقديم الخدمات الإرشادية الإنمائية كالتعامل مع المتفوقين والموهوبين.
٨- تبصير المجتمع المدرسي بأهداف الإرشاد النفسي وخططه وبرامجه لضمان قيام كل عضو بمسؤولياته.
٩- مساعدة الطالب المستجد على التوافق مع البيئة المدرسية وتكوين اتجاهات ايجابية نحو المدرسة.
١٠- توثيق العلاقة بين البيت والمدرسة وتعزيزها واستثمار القنوات المتاحة جميعها بما يحقق رسالة المدرسة.
١١- إجراء البحوث التربوية التي يتطلبها عمل المرشد النفسي الميداني.

العلاقة المهنية الإرشادية:

١- علاقة المرشد النفسي المدرسي بالطلبة: علاقة المرشد النفسي بالطلبة علاقة مهنية تربوية ابوية تتلخص في تشخيص الطالب الذي يحتاج الى مساعدة نفسية او تربوية ومن ثم تشخيص مشكلته وبعدها مساعدته بالطرائق العلمية ، واستعمال الإرشاد النفسي الوقائي مع الطلبة عن طريق الندوات والنشرات فضلا عن تدوين الحالات التي يقوم بعلاجها مع اجراء مسح عام لكل يقدمه للطلبة وتسجيله.

٢- علاقة المرشد المدرسي بالإدارة: مدير المدرسة هو قائد العملية التربوية في المدرسة ، فبمقدار ما يملك من مواهب وقدرات وبعد تربوي بمقدار ما ينجح في إدارة مدرسته ، وتتضح العلاقة بين المرشد النفسي والادارة من خلال الاتي:

- الاقتناع بالدور الذي يؤديه المرشد النفسي المدرسي ، وما لم يكن مدير المدرسة مقتنعا بدور المرشد النفسي وبأهميته فإن العملية الإرشادية بالمدرسة ستصاب بالشلل والفشل.
- المدير هو المسئول الأول عن النواحي الإدارية فيما يخص المرشد النفسي من تأمين غرفة خاصة بالمرشد وتكون قريبة من الطلبة وما يلزم هذه الغرفة من أدوات وأثاث وغيره
- تأمين المبالغ الخاصة بشراء الاختبارات والمقاييس التي يستخدمها المرشد في قياس قدرات الطلبة وميولهم واستعدادهم الدراسي والمهني، وتأمين الهدايا والجوائز الرمزية لهم.
- عدم التوافق المرشد النفسي المدرسي بأي عمل يتعارض مع عمله المهني مثل الإشراف على الامتحانات أو اخذ غياب وحضور الطلاب أو تسجيل المتأخرين عن الحضور الصباحي مما يتعارض مع مهام عمله المهني .
- تشجيع المرشد النفسي المدرسي على القيام بإجراء الدراسات و البحوث التربوية التي لها مساس بالعملية التربوية مثل تكرار تأخر الطلاب صباحا، والتأخر الدراسي ، وغياب الطلاب والنوم في الحصص ، وبعض المظاهر التي تتعارض مع الخلق والدين والعادات والتقاليد.

٣- علاقة المرشد النفسي المدرسي بالمؤسسات والأفراد خارج المدرسة :

١- طلب الدعم والأسناد المعنوي منهم.
٢- احالة الطلبة الذين يعانون من الأمراض المعدية أو الوبائية الى المؤسسات الصحية المختصة.
٣- تزويد المجتمع المحلي بالبحوث والدراسات التربوية والنفسية.
٤- الاشتراك بدورات التقوية الفنية والعلمية.
٥- ممارسة خبراته خارج المؤسسة ان طلب منه.

المعلومات الأساسية للعملية الإرشادية

تعد وسائل جمع المعلومات في الإرشاد النفسي حجر الزاوية في عملية الإرشاد، اذ ان الحصول على معلومات دقيقة وكافية عن الطالب وعن مشكلته وعن بيئته يعد حلقة الوصل بين الجزء النظري والجزء العملي في الإرشاد النفسي وذلك لان عملية الإرشاد لا تتم الا اذا توافرت المعلومات التي تمكن من فهم الطالب والتي يحدد على اساسها تشخيص الحالة ، فالمرشد المدرسي لكي يقدم للطالب المساعدة لابد لن يتوافر لديه قدر وافي من المعلومات تتيح فهم

وتفسير سلوكه وفي الوقت نفس يحتاج الطالب معلومات عن ذاته ومواطن قوته ومواطن ضعفه تعينه على فهم نفسه وتخطيط مستقبله.

مصادر المعلومات :

١- المسترشد (الطالب): ممّا لاشك فيه أنّ المصدر الرئيس للمعلومات هو المسترشد نفسه فهو الأقدر على فهم ذاته ووصف مشاعره وعرض مشكلاته وصراعاته.

٢- الأسرة: يعد الوالدان مصدراً غنياً من مصادر المعلومات فهما إلى جانب معرفتهما بتفاصيل دقيقة عن حياة المسترشد ، إلا أنّها من أهم العوامل المؤثرة في بناء شخصيته سلباً أو إيجاباً.

٣- الأصدقاء: يميل الأفراد إلى بداية المراهقة إلى تكوين علاقات اجتماعية بالآخرين فيتحدث المراهق إلى أصدقائه ويفضي إليهم بمتاعبه الشخصية في الوقت الذي يرى فيه أن الوالدين لا يعطياه وقت كافيا من الاهتمام وفي مثل هذه الحالات يكون الأصدقاء مصدراً جيداً لجمع المعلومات.

٤- المدرسون: من المصادر المهمة في جمع المعلومات إذ إنّهم يعرفون الكثير عن سلوك التلميذ ونواحي القوة والضعف عنده، وعن تصرفاته واهتماماته وسلوكه العام.

٥- الأخصائيون: ويتضمن هذا كل من تعامل مع المسترشد وقدموا له خدمات نفسية أو اجتماعية مثل الأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي، والطبيب وتتحدد أهمية كل واحد منهم تبعاً لمدى الاستفادة منه في حل المشكلة.

٦- مصادر أخرى: قد تكشف الدراسة عن ضرورة الاتصال بمصادر أخرى لها علاقة وثيقة بالحالة، كالبيانات الخاصة بالمسترشد، ومنها السجل المدرسي المجمع، ومذكراته الشخصية، والوثائق الأخرى التي تلقي أبعاداً عن المشكلة.

سمات المعلومات وشروطها:

١- سرية المعلومات :امر مهم يجب ان يؤكده المرشد النفسي للطالب حتى يتحدث بحرية ،حيث تكتب المعلومات وتحفظ في سجلات لأنها قد تثير متاعب ثانوية ، فيجب أن تكون الكتابة رمزية فيلجأ بعض المرشدين الى كتابة ارقام للدلالة على الطالب ويستعمل البعض الاخر نظام كتابة الحروف الاولى من الاسماء او استعمال نظام الشفرة السرية.

٢- بذل اقصى جهد : يجب على المرشد النفسي بذل اقصى جهد للحصول على معلومات شاملة كافية واستخدام كافة الطرق والوسائل والادوات المناسبة ومن مصادرها السليمة المسؤولة المطلعة ،واستغلال إمكاناته ومهاراته وفنياته كلها في عملية جمع المعلومات.

٣- المهارات في جمع المعلومات : ويتضمن معرفة ماذا ولماذا ومتى ومن يسال واتمام عملية جمع الملومات بطريقة سهلة وطبيعية وهذا يحتاج الى تدريب وخبرة .
٤- الدقة والموضوعية : من اجل التشخيص التدقيق ومن اجل تقييم عملية الإرشاد النفسي بعد اتمامها حيث يمكن اعادة بعض الاختبارات مثلا لملاحظة مدى التغير الذي طرا على حالة الطالب ويتطلب ذلك حسن اختيار الوسائل و جمع المعلومات ومناسبتها.
٥- التكرار والاستمرار :ان المعلومات السلوكية المهمة هي التي تتسم بالتكرار (عدد مرات حدوث السلوك) والاستمرار (كم من الوقت استمر السلوك ؟وكم من الوقت مضى منذ حدوث السلوك؟ أخر مرة) ولذلك يجب على المرشد النفسي ان يهتم بحصر تكرار السلوك واستمراره وذلك لان السلوك العارض المؤقت ليس في أهمية السلوك المتكرر والمستمر.
٦- الاهتمام بالمعلومات الطويلة :ينبغي الاهتمام بالمعلومات الطويلة المتتبعة لان حياة الطالب وحدة متصلة مستمرة وسلوكه الحاضر له جذوره في الماضي ويؤدي الى سلوكه في المستقبل فأهمية خبرات الطفولة في حياة كل من المراهقة وأهمية خبرات المراهقة في حياة كل من الرشد والشيخوخة ...الخ .
٧- التأكد : من الضروري التأكد من توافر الادلة الكاملة على السلوك المرضي عند الطالب والاهتمام بالمظاهر الدائمة الطويلة المدى التي تؤثر في سلوك الطالب وعلى حياته كذلك يجب التأني في الحكم وعدم الاعتماد على الملاحظة العابرة او الصدفة او المؤقتة والتفرقة بين السلوك الاستكشافي والتجريبي وبين الشذوذ والاضطراب السلوكي الحقيقي وينبغي أيضا التثبت وتجنب التخمين او الاستنساخ الخاطئ واخذ المعلومات بحرص قبل اعتبارها نهائية .
٨- تجنب اثر الهالة: يجب تجنب اثر الهالة في الحكم على الطالب ،أي اثر الفكرة العامة على الطالب او الفكرة السابقة .
٩- تنظيم المعلومات وتسجيله : ومن المطلوب تنظيم المعلومات وربطها ببعض وتفسيرها في ضوء بعضها تفسيرا دقيقا يلقي الضوء على شخصية الطالب ومشكلته ويجب تلخيص الموضوعات وتسجيلها في سجلات لكي يسهل الرجوع اليها وتسجيل التواريخ عليها واسم المرشد النفسي .

المعلم المرشد

تتلخص فكرة المعلم المرشد في أنّه يعين لكل صف دراسي مرشداً من معلمي هذا الصف، يلتقي هذا المرشد بتلاميذه مرة على الأقل من كل أسبوع (في حصة تسمى الإرشاد) كما يخصّص عدداً آخر من حصص الجدول المعتاد للمقابلات الفردية لمن يرغب في ذلك من طلابه أولاً بأول، ولاستعمال

الأساليب النفسية التي تمهد للوقاية من الاضطرابات السلوكية وتجنب الانحراف ، ولا تختلف شخصية المعلم المرشد في طبيعتها وسماتها وفلسفتها التربوية في مختلف مدارسنا بل هو المدرس أو المعلم الحالي نفسه الذي يقوم مع التدريس ببعض طرائق الإرشاد النفسي ، ولابد من الاهتمام بالمعلم المرشد في أثناء الخدمة وذلك بإعطائه برنامج إرشادياً قصير الأمد يكون بداية لبرنامج إرشادي طويل الأمد ويُدرّب المدرس او المعلم المتحمس لعمله على ذلك البرنامج ليطبّقه كل يوم في أثناء عمله التعليمي.

والواقع أنّ المؤسسات التربوية في هذه الأيام أحوج من أي وقت مضى إلى المعلم المرشد نظراً لما يعانيه مدارسنا من نقص في المرشدين ، وما يعانيه مجتمعنا من تردي في الجانب التربوي والنفسي، ولذا ينبغي له إزالة ومحو الظواهر السلبية، وشرح وجهات النظر وتحليلها وإرشاد كل طالب سعياً نحو تحقيق عمل أفضل بروح وثّابة واعية ، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فأنّ المرشد النفسي تقع على عاتقه مهمة تبصير الطلبة بأهمية مستقبلهم العلمي وما يناسبهم من التخصصات على وفق مستوياتهم وقدراتهم العلمية، وهذا ما نفتقر إليه في هذه الأيام في مدارسنا، فمعظم الطلبة يتخرجون وهم لايعلمون أي التخصصات تناسبهم.

أهمية المعلم المرشد:

١. أن المعلم المرشد هو محور العملية التربوية والإرشادية: التربية والتعليم والإرشاد النفسي عمليات متكاملة بعضها يكمل بعضاً ولها أهداف موحدة ونلاحظ أنّ وظيفة المدرسة تغيّرت وتطوّرت عمّا كانت عليه سابقاً إذ أصبحت المدرسة هي التي تُعد وتُنمّي الطالب من الناحية الصحية والنفسية والعقلية والاجتماعية والروحية، ثم أخذت تهتم بالمشاكل الفردية والجماعية التي تواجه الطالب، وبذلك يكون المعلم المرشد متابعاً لشخصية الطالب راصداً لسلوكياته قادراً على توجيه النصائح والإرشادات المناسبة له والمؤثرة في نفسيته بوصفه الأب الروحي للطالب.

٢. المعلم هو أقرب شخص إلى للطالب: المعلم هو أدرى شخص بالطالب إذ إنّه يعرفه جيداً ويمكنه أن يؤثر به بشكل كبير ، وأن يضفي ألواناً جديدة على شخصيته وبذلك يثرى العملية التربوية والإرشادية ،وإنّ المعلم يمتلك مكانة متميزة في نفوس طلبته وهذا الأمر يعد حساساً بدرجة كبيرة إذ إنّ موقع المعلم يحتم عليه أنّ يتحلى بالأدب الرفيع والخلق السامي ليكون قدوة حسنة مؤثرة في طلبته.

المهام المعلم المرشد :

١- وضع خطة للقضاء على مشكلة التأخر الدراسي لبعض الطلبة أو التقليل من هذه الحالات.

٢- يستطيع أن يتناول مع طلبته صفه الموضوعات التي تتصل بالفرص الدراسية والمهنية التي تنتظرهم في البيئة المحلية ، ويبين خصائص كل دراسة أو مهنة منها.
٣- يمكنه إذا كان مؤهلاً ومعَداً إعداداً جيداً أن يوجههم فيما يرتبط بالمشكلات والصعوبات التي تطرأ عليهم في مجال نموهم الجسمي وما يصاحبها من تغيرات، ويضع لهم الحلول المناسبة.
٤- يمكنه أن يدير في بعض الحصص مناقشات مع الطلبة حول الطرائق والأساليب السليمة في الاستذكار والتحصيل والتغلب على الصعوبات التي تعترضهم في بعض المواد الدراسية ومشكلات توافقهم مع المجتمع الدراسي بنحو عام، وكذلك سائر الموضوعات التي يرغب الطلبة بمناقشتها والاستفسار عنها من أجل توجيه ميولهم ورغباتهم نحو أفضل السبل.
٥- ينبغي للمعلم المرشد أن يطبق بعض الاختبارات النفسية على طلبته للتعرف على قدراتهم ومزاياهم العامة والخاصة ، كما ينتظر منه أن يتولى الإشراف على استيفاء البيانات المتضمنة في البطاقة المدرسية التي تفيد في توجيه الطالب فيما بعد لتحديد مستقبلهم الدراسي والمهني.
٦- يعهد إلى المعلم المرشد إكتشاف التلاميذ الموهوبين والمتفوقين في الجوانب العلمية أو المهارية من أجل توجيههم إلى برامج خاصة داخل المدرسة وخارجها في سبيل الارتقاء بهم إلى أعلى المستويات.
٧- الاتصال بولي أمر الطالب الذي يسهم بشكل كبير في تذليل الصعاب التي تعترض طريق التلميذ، وبذلك تشترك المدرسة والأسرة في تكوين شخصيته.
٨- يتجلى الدور الجوهري للمعلم المرشد في تركيز المفاهيم الأخلاقية لطلبته قبل أن يقعوا فريسة الأفكار المنحرفة والمعتقدات الضالة.

طرائق وسائل جمع المعلومات

أ- المقابلة : وهي علاقة اجتماعية مهنية تكون وجهاً لوجه بين المرشد النفسي والطالب في جو تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع المعلومات من أجل حل مشكلة، كما يتم فيها تبادل للخبرات والمشاعر.

اولا/ أنواع المقابلة: للمقابلة أنواع متعددة بتعدد أهدافها ودرجة الاستعداد لها، إذ تقسم بحسب مستوياتها أو تدريجها على قسمين : المقابلة الأولية والمقابلة النهائية ، وتقسم بحسب درجة تنظيمها على ثلاثة أقسام : المقابلة الحرة، والمقابلة المقيدة، والمقابلة المنظمة وهي وسط بين الحرة والمقيدة ، وهناك تقسيم يقوم على عدد المشتركين وهو على قسمين: فردية وجماعية ، والتقسيم الأكثر شيوعاً على أساس أهداف المقابلة وأنواعه :

١- المقابلة التشخيصية: تهدف هذه المقابلة إلى الكشف عن العوامل المؤثرة في سلوك المسترشد والتي أدت إلى الوضع الحالي له ، ويخطط لهذه المقابلة

مسبقاً، وفي ضوء ذلك تصاغ الأسئلة الهادفة للحصول على معلومات عن ماضي المسترشد وحاضره وشخصيته وطبيعته مشكلته، والربط بين هذه المعلومات للخروج بأفكار تشخيصية عن سلوكه.

٢- المقابلة الإرشادية: تهدف هذه المقابلة إلى تمكن الفرد من الفهم نفسه وقدراته واستبصاره لمشكلاته والتعرف الى نواحي القوة والضعف عنده، وتستعمل هذه المقابلة في حل المشكلات الانفعالية التي لم تصل حد الاضطراب النفسي.

٣- المقابلة العلاجية: تهدف هذه المقابلة إلى استبصار المسترشد بذاته وبسلوكه، وبدوافعه، وتخليصه من المخاوف والصراعات الشخصية التي تؤرقه، وتحقيق الانطلاق له لمشاعره وأفكاره وانفعالاته واتجاهاته، ومساعدته في تحقيق ذاته وحل صراعاته.

٤- المقابلة المهنية "التوظيف": وتهدف هذه المقابلة إلى تحديد مدى صلاحية الفرد لمهنة أو دراسة معينة ، وتتمثل هذه المقابلة بجمع المعلومات عن بعض الجوانب الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية التي يتطلبها العمل.

٥- المقابلة المسحية "مقابلة البحوث": وتهدف هذه المقابلة إلى الحصول على بيانات ومعلومات عن متغيرات أو قضايا معينة اتجاهات الطلبة حول موضوع معين، أو مدى انتشار ظاهرة ما في المدرسة.

المعلومات المطلوب في المقابلة الإرشادية:

١- بيانات أولية : وتشمل معلومات كاملة عن أسم المسترشد، ومرحلته الدراسية ، وعنوانه وعمره وحالته الاجتماعية.

٢- المشكلة التي يعاني منها المسترشد.

٣- البيانات الأسرية: ويتضمن هذا معلومات عن أسرته، وعلاقته معهم.

٤- التأريخ التطوري الشخصي للمسترشد : ويتضمن هذا أهم القوى والمؤثرات الفاعلة التي أثّرت في بناء شخصية المسترشد ، المواقف المهمة التي مرت به.

٥- التاريخ التعليمي للمسترشد: ويتضمن ذلك إتجاهاته نحو الدراسة، وعلاقاته داخل المدرسة.

٦- القدرات العقلية: إذ إنّها تلعب دوراً مهماً في بناء شخصية الفرد.

٧- الصفات الجسمية والاجتماعية.

مزايا المقابلة الإرشادية المدرسية:

١- تمكن المرشد النفسي المدرسي من التعرف على شخصية المسترشد ككل "تحقيق النظرة الكلية" وهذا ماتعجز عنه طرائق القياس الأخرى.

٢- تشمل المقابلة مجموعة من المواقف السلوكية التي يستشف منها الكثير من الحقائق إذ يمكن للمرشد النفسي زيادة للمعلومات التي يحصل عليها نتيجة

الأسئلة ـ أن يلاحظ الجوانب الانفعالية والحركية، وحدة التعبيرات، وتفكير المسترشد ممثلاً في تسلسل أقواله أو انتقاله من فكرة إلى أخرى أو تناقض أقواله وغيرها.

٣- تتيح المقابلة الحصول على معلومات معينة تعجز عنها بعض الطرائق الأخرى، فعن طريق المقابلة نستطيع اكتشاف قدرة المسترشد على التعامل مع الآخرين، وقدرته التعبيرية، ومظهره العام.

٤- إنّ العلاقة المهنية الطيبة القائمة بين المرشد النفسي والمسترشد تساعد المرشد على الحصول على معلومات خاصة قد لا تتوافر بأساليب أخرى ، ففي المقابلة يتم بناء الثقة المتبادلة فيشعر المسترشد بالطمأنينة والأمن وسط تشجيع المرشد وقبوله فيدفعه إلى التحدّث بصراحة عن مشاكله وصراعاته، كما إنّ المقابلة تتيح للمرشد فرصة التعمق في دراسة المشكلة بأسئلة إضافية أخرى.

٥- تعد المقابلة أفضل أدوات جمع المعلومات إذا ما أحسن استعمالها.

سلبيات المقابلة الإرشادية:

١- إنخفاض معامل صدق وثبات نتائج المقابلة وخاصة في الظروف التي يقوم فيها أفراد غير مدربين على كيفية إجرائها.

٢- تأثر نتائج المقابلة بالذاتية.

٣- لا تصلح هذه الطريقة في حالات الأطفال وضعاف العقول.

٤- تعد أكثر الوسائل اعتماداً على مهارة المقابل، وأقلها خضوعاً للقياس الموضوعي.

٥- إنّها وسيلة مكلفة من حيث الوقت والجهد والمال.

دراسة الحالة: دراسة الحالة وسيلة شائعة الاستعمال لتلخيص اكبر قدر من المعلومات عن المسترشد وتعد أكثر الوسائل شمولا وتحليلا ، ويرى البعض إن دراسة الحالة ليست وسيلة جمع معلومات بالمعنى الحرفي لكنها اسلوب لتجميع المعلومات وتنظيمها التي تم جمعها بالوسائل الاخرى مثل الملاحظة والاختبارات والمقاييس والسيرة الشخصية.

وتعرف على انها : كل المعلومات التي تجمع عن الحالة ،والحالة قد تكون فردا او اسرة او جماعة وهي تحليل للموقف العام ككل وتنسيق للمعلومات .

مصادر المعلومات في دراسة الحالة :

١- الملاحظة :تتم ملاحظة الطالب من خلال المقابلة والفحص السايكولوجي، وملاحظة الآخرين له.

٢- البيانات الكمية والكيفية : المتمثلة بنتائج الفحوص الطبية والاختبارات السلوكية .

٣- البيانات التاريخية: المستمدة من السجلات والوثائق والمقابلات

وقد نحصل على كثير من المعلومات من خلال افراد العائلة وزملائه ومعلميه وأطبائه وهنا يكون من المفيد المقارنة بين المعلومات التي حصلنا عليها من مصادر مختلفة.

مهارة دراسة الحالة:

اولا/ تنظيم المعلومات يتوقف تنظيم المعلومات على عدة عوامل منها : خبرة المرشد النفسي، وعمر المسترشد، والهدف من دراسة الحالة ، وقد يختلف تنظيم المعلومات من مرشد الى مرشد اخر، لكن في اغلب التنظيمات تتخذ الصورة الاتية:

١- معلومات الأساسية ،الاسم، العمر، الجنس.....الخ.
٢- معلومات عن المشكلة واعراضها.
٣- معلومات عن البيئة الأسرية والعلاقة بين أعضائها.
٤- معلومات عن التاريخ العضوي للمسترشد مشتملة على الإمراض والإصابات التي المت به .
٥- معلومات عن التاريخ المدرسي مشتملة على مستويات التحصيل الدراسي ،النشاطات المدرسية التي شارك فيها ،والعلاقات بين المدرسين وجماعة الأقران .
٦- معلومات عن الخبرات المسترشد .
٧- التقويم العام للحالة ككل من حيث الفروض والتفسير والتحليل والتوصيات اللازمة للمسترشد.

تحليل المعلومات وتفسيرها

لما كانت دراسة الحالة تعد المحصلة النهائية لكل المعلومات التي تتعلق بالفرد فان مهارة تحليل المعلومات وتفسيرها تتطلب عناية فائقة تتمثل في مهارات تحليلية فرعية فمثلا مجموعة المعلومات الشخصية تحلل من حيث علاقة المشكلة بعمر المسترشد وجنسه ،اما معلومات البيئة الاسرية فتحلل من حيث علاقة المسترشد بوالديه، واخوته ، وعدد افراد العائلة، والحالة المادية والصحية لهم ومدى الانسجام معهم ومدى تأثير كل ذلك على مشكلته وهكذا نستمر في تحليل باقي المعلومات وتكمن مهارة المرشد ليس في جمع المعلومات وتحليلها وانما في تفسيرها كلُ على حدة ثم الربط بينها حتى تبدو في النهاية كصورة متكاملة .

الصعوبات التي تواجه المرشد المدرسي في دراسة الحالة:

١. عامل الوقت : يشكل عامل الوقت عقبة كبرى في دراسة الحالة اذ ان الوقت المستنفذ فيها قد يفوق الفترات الزمنية التي يجب ان تستثمر في المقابلات الإرشادية ، ان تباين المعلومات التي تجمع وتعدد مصادرها كفيل بان يطيل المدة المستعملة في تجميعها مما يجعل دراسة الحالة غير مجدي، فيضطر المرشد النفسي الى استبدال هذه الطريقة بأخرى.

٢. المعلومات المستهلكة: تعد المعلومات المستهلكة من الصعوبات الشائعة في دراسة الحالة ،فقد يصعب في كثير من الاحيان الوصول الى معلومات دقيقة عن حالة الطالب بسبب:

- صعوبة الحصول على معلومات دقيقة عن خبراته الطفولية.
- تغير الاماكن التي عاش بها وانتقال الافراد الذين كانوا يحيطونه في عدة اماكن.
- تكون المعلومات التي تصل إلى المرشد النفسي محرفة زيادة او نقصان ، كل هذه الامور كفيل باحداث تغيرات في المعلومات التي تصل الى الطالب مما يجعلها مهتزة وباردة او مبالغ فيها فتنتهي الى المرشد النفسي وهي مستهلكة.

٣.المعلومات المجردة : قد يكون المرشد النفسي قليل الخبرة او حديث التخرج ولم يبدأ في ممارستها بعد لذا نجد ان اهم الصعوبات التي تواجه المرشد المعلومات المجردة ويقصد بها : الحقائق التي حصل عليها المرشد النفسي من مصادرها المختلفة ، دون ان يأخذ بالحسبان مشاعر مسترشده وأحاسيسه وانفعالاته واتجاهاته ، وأن هذه المعلومات اخذت بمعزل عن المشاركة الفعلية لمشاعر المسترشد لذا تعد معلومات جوفاء مجردة لاننا نتعامل مع انسان له خصائصه المميزة.

السجل المدرسي المجمع

وهو سجل تراكمي تتبعي لمكونات شخصية الطالب جميعها، الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية، يعتمد عليها بدرجة كبيرة عند مناقشة بعض المشكلات العامة أو الحالات الفردية الخاصة، فهو متاح ومنظم للاستعمال المباشر السريع عند الحاجة إليه ، ويطلق عليه عادة البطاقة المدرسية فهو من أهم الوسائل في مجال الإرشاد النفسي، لأنه يحتوي على جميع البيانات التي جمعت عن الفرد طيلة حياته المدرسية.

لقد ظهرت الحاجة إلى السجل المجمع بعد تطور وظيفة المدرسة إذ أصبحت تهتم بتنمية شخصية الطالب بغية تمكينه من النمو المتكامل السليم وتحقيق استمراره في التعليم إلى أقصى حد تسمح به قدراته وتوجيهه إلى الدراسة والعمل المناسب له، وممّا يؤسف له أنّه على الرغم من أهمية هذا السجل إلا أنّ معظم المدارس لا تولي هذا السجل أية عناية ودقة، بل تملأ معلوماته كيفما اتفق، وبالتالي لا يستفيد منه الطالب في حياته الفكرية والنفسية.

محتويات السجل المجمع:

لما كان السجل المجمع أداة تشخيصية لأحوال الطالب وجوانب شخصيته، وهو وسيلة لتقديم الخدمات التوجيهية والإرشادية المتعددة، لذلك يجب أن يحتوي هذا السجل على بيانات مهمة تغطي مكونات شخصيته كافة، وأهم هذه البيانات:

١- البيانات الشخصية : وتشمل اسم الطالب، وتاريخ ومحل ولادته، وديانته، وجنسيته، ومدرسته، وفصله، واسم ولي أمره، وعلمه، ...الخ.
٢- ملخص التقارير عن الطالب في المراحل الدراسية السابقة: أي يخصص موجز عن حالة الطالب عند انتقاله إلى المرحلة التي تليها.
٣- البيانات الصحية : فقد ثبت أنّ للحالة الصحية أثراً واضحاً على قدرة الطالب على الانتباه والمتابعة والاستيعاب والتحصيل بنحو عام.
٤- بيانات عن النواحي الأسرية: ويتناول هذا الجانب تكوين الأسرة من حيث عدد أفرادها، ومن يعولها، ومع من يعيش، وكذلك الحالة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وأجواء المنزل.
٥- القدرات العقلية: وتشمل هذه البيانات اختبارات الذكاء والقدرات الخاصة مع تحديد أسماء هذه الاختبارات وتواريخ إجرائها وتقديرات المدرسين.
٦- بيانات عن التحصيل الدراسي: ويشمل بيانات عن درجات الطالب في المواد المختلفة، وترتيبه بين زملائه داخل الصف الدراسي، وكذلك المواد التي أظهر فيها تفوّقاً أو ضعفاً.
٧- بيانات عن السمات الشخصية : وتشمل هذه البيانات النفسية والاجتماعية التي لها أثر كبير في التحصيل.
٨- بيانات عن التزام الطالب: وتتضمن عدد مرات الدوام والتأخر في الدراسة، وأسباب ذلك، وارتباطه بالعوامل الأخرى.
٩- بيانات عن الميول والهوايات: وتشمل هذه البيانات معلومات عن هوايات الطالب البارزة، وميوله الثقافية والفنية والرياضية.
١٠- بيانات عن أهم المشكلات السلوكية: وتضم المشكلات التي تعرض لها الطالب والتوجيهات التي قدمت بهذا الصدد، مع ذكر أهم العوامل المؤثرة في هذه المشكلات.
١١- ملاحظات عامة: وتشمل أمنيات الطالب وتطلعاته، وسماته التي ينفرد بها عن غيره.

مزايا السجل المجمع:

١- يعد من أهم الأدوات التي تساعد على تبع تأريخ الفرد لمدة طويلة.
٢- يقلل من ذاتية، لأنّ المعلومات التي تُسجل في السجل لاتكون تحت تأثير ظرف واحد أو شخص معين، بل هو نتاج تسجيل متتابع في ظروف ومواقف متباعدة تغطي حياة الفرد.
٣- يزيد من استبصار الفرد بذاته، إذ يمكنه من وضع مستويات طموح واقعية وتخطيط سليم للمستقبل مبني على حقائق موضوعية عن الذات.
٤- ينمي العلاقة بين البيت والمدرسة.

نواع الإرشاد النفسي المدرسي

١. الإرشاد النفسي الفردي: وهو عملية إرشاد مسترشد واحد وجهاً لوجه في كل جلسة وتعتمد فعاليته أساساً على العلاقة الفعالية المهنية بين المرشد النفسي والمسترشد، ويستعمل عادة في الحالات الخاصة جداً والتي يتعذر فيها الإرشاد الجماعي.

وظائف الإرشاد الفردي:

- تبادل المعلومات والإثارة الداخلية لدى المسترشد.
- تفسير المشكلات.
- وضع خطط العمل المناسبة.

٢. الإرشاد النفسي الجماعي: وهو عملية إرشاد مجموعة من المسترشدين الذين تتشابه مشكلاتهم، ويعد الإرشاد الجماعي عملية تربوية إرشادية لأنّه يقوم على موقف تربوي ، ويستعمل عادة في توجيه الوالدين للمساعدة في إرشاد أولادهم، والإرشاد المهني في المدارس والمؤسسات الأخرى.

أنواع الإرشاد الجماعي :

- التمثيل النفسي المسرحي(السيكودراما): وهو عبارة عن تصوير تمثيلي مسرحي لمشكلات نفسية بشكل تعبير حر في موقف جماعي يتيح للمسترشد الإرشاد
- التنفيس الانفعالي والاستبصار الذاتي، وأهم ما في هذا النوع هو حرية السلوك لدى الممثلين (المسترشدين) ممّا يتيح لهم فرصة التعبير عن صراعاتهم وضغوطاتهم الداخلية.
- المحاضرات والمناقشات الجماعية: تعد المحاضرات والمناقشات الجماعية نوعاً من أنواع الإرشاد الجماعي والتعليمي إذ يغلب فيها الجو التعليمي، ويلعب فيها عنصر التعليم دوراً مهماً، والهدف منها هو تغيير الاتجاهات لدى المسترشدين.

مزايا الإرشاد الجماعي:

١- يعد من أنسب الأساليب لإرشاد المسترشدين الذين لا يتعاونون في الإرشاد الفردي.
٢- يوفر خبرات عملية وأوجه نشاط اجتماعي متنوعة مفيدة في الحياة اليومية.
٣- يتيح فرصة نمو العلاقات الاجتماعية في مواقف أكثر اجتماعية من الموقف الفردي.
٤- يجعل المسترشد يشعر بأنّه يعطي ولا يأخذ فقط.
٥- يعد من أفضل أساليب الإرشاد في البلاد التي تعاني من نقص شديد في عدد المرشدين النفسين.

عيوب الإرشاد الجماعي:

١- قد يحتاج إلى خبرة وتدريب خاص وهذا لا يتوافر لدى الكثيرين من المرشدين.
٢- لا يحدث تغييرات جوهرية في البناء الأساسي لشخصية المسترشد.
٣- صعوبة تطبيقه من الناحية الفنية.
٤- قد يشعر بعض المسترشدين بالخجل والحرج عندما يتكلمون عن مشكلاتهم أمام الآخرين.
٥- يتنافى وأخلاقيات الإرشاد النفسي من حيث سرية المعلومات.

الفرق بين الإرشاد الفردي والإرشاد الجماعي:

على الرغم من أنّ هناك تشابه بين الإرشاد الفردي والإرشاد الجماعي من حيث وحدة الأهداف العامة ووحدة الإجراءات الأساسية في عملية الإرشاد النفسي، إلا أنّ هناك فروقاً جوهرية يمكن إيجازها بما يلي:

ت	الإرشاد الفردي	الإرشاد الجماعي
١	يركز على الاهتمام بالفرد	يركز على الاهتمام بالجماعة
٢	يهتم بالمشكلات الفردية الخاصة	يهتم بالمشكلات الجماعية.
٣	تكون المواقف فيه مصطنعة	تكون المواقف فيه طبيعية
٤	دور المرشد يسير وغير معقد	دور المرشد صعب وفيه نوع من التعقيد
٥	تكون مدته أطول من الجماعي	تكون مدته أقصر من الفردي

الفصل الثالث

مجال الإرشاد الأكاديمي الجامعي

المقدمة:

أصبح للإرشاد النفسي الأكاديمي مكانة مهمة في العملية التعليمية من أجل بناء الشخصية المتكاملة والمتزنة في مختلف جوانبها للطالب الجامعي ، ومن أجل ذلك أصبح الإرشاد الأكاديمي جزءًا رئيساً في أي نظام تعليمي حيث قامت المؤسسات التعليمية بتعيين متخصصين في الإرشاد النفسي ، لتقديم الخدمات النفسية والإرشادية للطلبة ، وذوى الكفاءة وخبرة لتقديم الخدمات الإرشادية للطلبة لمساعدتهم على حل مشاكلهم الدراسية والنفسية والاجتماعية والأكاديمية .

وقد ظهر الإرشاد النفسي الأكاديمي بشكل رسمي عام ١٨٤١ م في كلية "كينون " بالولايات المتحدة الأمريكية وقد اقتصر تطبيقه في تلك الفترة على أحد مسئولي الكلية الذي تم تفريغه بشكل كامل لمهمة إرشاد الطلبة أكاديمياً ومساعدتهم في التعرف على الأنظمة الجامعية بشكل عام، وفي عام ١٨٦٧م أشركت جامعة "جونز " أعضاء هيئة التدريس في عملية الإرشاد النفسي الأكاديمي بل وجعلته جزءاً لا يتجزأ من مهام عضو هيئة التدريس، وقد استمر الإرشاد النفسي الأكاديمي بهذا الشكل وبإمكانات محدودة حتى بداية الثمانينيات والتسعينيات حيث يؤكد "بول وزملاء" أن الإرشاد النفسي الأكاديمي أنتقل إلى مرحلة متقدمة من التميز وأن المرشد الأكاديمي أصبح شريك حقيقي للطالب خلال مسيرته الدراسية ، ويرى كثيراً من المختصين في مجال التربية والتعليم وخصوصاً التعليم العالي بأن الإرشاد النفسي الأكاديمي هو روح العملية التعليمية حيث يضع الطلبة على المسار الصحيح ويجعلهم قادرين على اتخاذ القرار المناسب في الوقت المناسب ، ومع كثرة أعداد الطلبة المقبولين سنوياً من مخرجات وزارة التربية في التعليم الحكومي والأهلي، ظهرت مشكلة عدم توفر المرشد النفسي أكاديمي المتخصص في بعض الكليات ، والإرشاد الأكاديمي أسلوب علمي لرعاية طلبة الجامعة في كافة النواحي العلمية والاجتماعية والنفسية والثقافية ،وهو يعني توجيه النصح والمشورة إلى كل من يحتاجها ؛ لما للاستشارة من أهمية في مسيرة الطالب العلمية ، فما خاب من استشار ، وكلما كانت المشورة صادرة عن خبرة وعلم كانت نتائجها طيبة ، والمرشدون الأكاديميون لديهم رصيد كبير من الخبرة والمعرفة بالأسلوب الذي يساعد الطالب في الحصول على أفضل رأي ممكن، وهم لا يدخرون وسعاً في الإفادة من رأي وخبرة الأساتذة كل فيما يفيد فيه.

ينطلق الإرشاد النفسي الأكاديمي من الإيمان بأن كل فرد منحه الله الكثير من الإمكانات والقدرات ، وقد تَعَرف بنفسه على القليل منها، ولديه الكثير الذي يحتاج للكشف عنه ومعرفة أفضل الطرق لاستثمارها .

فالمرشد النفسي الأكاديمي يساعد الطلبة على معرفة الكثير من تلك القدرات ويسهل لهم استخدامها في حل ما قد يعترضون من مشاكل أو عقبات مما يحقق لهم النجاح والتفوق في الدراسة ، ومن ثم تزداد قوة انتمائهم للجامعة فتسهم بكفاءة واقتدار في تحقيق رسالتها في خدمة المجتمع.

ولقد اقتضى التقليد الجامعي تخصيص ساعات إرشادية للطلبة ضمن الجدول الأسبوعي الأكاديمي للأستاذ الجامعي ، فمثلا على كل تدريسي أن يقدّم ساعتين في الإرشاد الأكاديمي كل أسبوع ، حيث يتلقى الطلبة ثلاثين ساعة في الإشراف الأكاديمي في كل فصل دراسي من المشرفين الأكاديميين ، بينما تعيّن الجامعة مرشد نفسي أكاديمي في كل كلية أو قسم داخلي للطلبة .

تعريف الإرشاد الأكاديمي الجامعي :

- مساعدة للطلبة أثناء حياتهم الدراسية على التوافق مع البيئة الجامعية والتعرف عليها ، وتوعيته بقدراتهم وتمكينهم من تحقيق ذواتهم ووضع الخطة الدراسية لتخصصهم والإشراف على تنفيذها طول فترة الدراسة بالصورة التي تتفق مع ظروفهم وقدراتهم ورغباتهم في إطار قوانين الجامعة وأنظمتها.
- أسلوب علمي لرعاية طلبة الجامعة في كافة النواحي العلمية والاجتماعية والنفسية والثقافية، وهو يعني توجيه النصح والمشورة إلى كل من يحتاجها.
- تقدم المساعدة للطلبة الجامعة على معرفة الكثير من قدراتهم وقابلياتهم النفسية والفكرية من أجل توظيفها في حل مشاكل أو عقبات التي تواجههم مما يحقق له النجاح والتفوق في الدراسة الجامعية.

أهداف الإرشاد النفسي الاكاديمي :

١- تقديم الخدمات الإرشادية والنفسية والمعلومات الأكاديمية للطلبة وزيادة وعيهم برسالة الجامعة وأهدافها وأنظمتها.
٢- التعرف على المشكلات والعقبات التي تحول دون قدرة الطلبة على التفاعل الأيجابي مع المناخ الجامعي
٣- العمل على تغيير الأفكار والاتجاهات السلبية نحو الجامعة ، وتبني أفكار أكثر إيجابية.
٤- تزويد الطلبة بالمهارات الأكاديمية والشخصية التي تمكنهم من فهم ذواتهم وقدراتهم وميولهم وممارسة دور ايجابي في العملية التعليمية.
٥- تقديم الخدمات الإرشادية الوقائية والمعلومات العلمية للطلبة وزيادة وعيهم الصحي للوقاية من الآمراض الوبائية والمعدية.

مهام وحدات الإرشاد النفسي الاكاديمى

١- تعريف الطلبة بالحياة الجامعية و النظم والقوانين والتعليمات الجامعية ، ونظم الدراسة والامتحانات بخاصة.
٢- مساعدة الطلبة على حل مشاكلهم النفسية الاجتماعية والدراسية التي تؤثر بشكل مباشر في تحصيلهم الدراسي.
٣- مساعدة الطلبة على التّعرف على التخصصات العلمية التي تلائم استعدادهم الفكري والذهني والزمني.
٤- تزويد الطلبة بالخبرة والرأي العلمي حول تنظيم أوقاتهم وحسن استثمارها للحصول على أفضل الأساليب في المذاكرة والتحصيل الجيد.
٥- تشجيع المتفوقين على الاستمرار في التفوق.
٦- المساعدة على تنشيط الحياة الثقافية والاجتماعية داخل الجامعة بأساليب علمية بما يساعد على تنمية روح الانتماء والولاء للجامعة والمجتمع.

تعريف المرشد الأكاديمي

- مجموعة من الخدمات الإرشادية التي يقدمها الأستاذ الجامعي لطلبته ، في اختيار نوع التخصص ومتطلبات التخرج، وتقديم المساعدة والنصح لهم ، للتوافق مع البيئة الجامعية ، والتغلب على الصعوبات التي تعترضه ، وتوعيته بقدراته ، وتمكينه من تحقيق ذاته ، لاتخاذ القرارات المناسبة التي تتصل بحاجاته الدراسية والشخصية .
- مساعدة الطلبة على دعم خططهم الدراسية التي تتلائم مع قدراتهم واستعداداتهم ، وأن يختارون المناهج الدراسية المناسبة والمقررات التي تساعدهم على اكتشاف إمكاناتهم التربوية فيما بعد المستوى التعليمي الذي هو فيه ، ومساعدتهم على النجاح والتفوق.

مهام المرشد الاكاديمى (عضو هيئة التدريس)

١- اعداد ملف خاص لكل طالب من الطلبة الذين اوكلت اليه مهمة الاشراف عليهم ويحتوى الملف على استمارة بيانات الطالب وقائمة المقررات الدراسية.
٢- تحديد المقررات الاختيارية مع الطالب بناء على امكانياته وتوجهاته.
٣- التأكد من ان جميع الطلبة يعرفون المكان والزمان الذى تبدأ فيه المحاضرات.
٤- هو حلقة الوصل بين الطلبة شعبة التسجيل لحل أى مشكلة قد يتعرض لها الطلبة.
٥- عند حدوث أى مشكلة بين الطالب وأحد اعضاء هيئة التدريس يقوم المرشد الاكاديمى بالتدخل لمحاولة حل هذه المشكلة.
٦- تعريف الطلبة بالبنود التى تهمهم من اللائحة الدراسية مثل عدد ساعات المقرر – درجات اعمال السنة والعملى.. الخ .

٧- ان يعرف الطالب على متطلبات التخرج وكيفية استيفائها مثل التطبيق- أنجاز البحوث.
٨- مساعدة الطلبة على التوافق مع التخصص، وخاصة المستجدين، والعمل على تذليل العقبات، والمشكلات التي تواجههم.
٩- تعريف الطالب بالمعدل التراكمي، وبيان أسباب ارتفاعه وانخفاضه.

حالات تستدعى تدخل المرشد الاكاديمى

١- انخفاض مفاجئ فى الاداء الدراسى دون أسباب مبرره.
٢- طلب غير مبرر للتأجيل او الانسحاب من الكلية.
٣- شكاوى من قبل احد اعضاء هيئة التدريسية حول سلوكيات سلبية مستمرة يظهرها الطالب.
٤- ضعف قدرة الطالب على التعبير عن مشاكله او وصفها بشكل واضح.
٥- مظاهر بارزة لحالات عميقة من الارتباك أو الاحباط أو اللامبالاة أو اليأس.

العلاقة بين المرشد الأكاديمى والطالب

المرشد الأكاديمي: هو أحد السادة أعضاء هيئة التدريس بالكلية ويقوم بهذا الجهد من أجل مستقبل الطالب ، هناك بعض الألتزامات يجب على الطالب الجامعى التقيد بها مع مرشده الأكاديمى علماً بأن المرشد الأكاديمي يعمل لصالح الطالب وهو في منزلة الأب أو الأخ الأكبر للطالب منها:

١- الحرص على تحديد مواعيد المقابلات مع المرشد الأكاديمى الخاص بك والألتزام بحضورها جميعاً، وعدم التغيب عنها إلا لظرف طارئ.
٢- المشاركة مع المرشد الأكاديمي ومناقشته في كل ما يهم مستقبلك الأكاديمي.
٣- الحرص على الأنتفاع بالخدمات العامة التي توفرها الكلية والجامعة ، والتي يوجهك إليها المرشد الأكاديمي.
٤- الحرص على الأستماع لنصائح المرشد الأكاديمي.
٥- التوجه الى المرشد الاكاديمى عند حدوث أى مشكلة طارئة.
٦- وجود وسيلة اتصال مباشر بين المرشد الاكاديمى والطالب مثل الموبايل او البريد الالكترونى أو احدى وسائل الأتصال والتواصل الأجتماعي.
٧- عدم تخطى المرشد الاكاديمى عند حدوث أى مشكلة بالتوجه المباشر الى ادارة القسم.

طرق الإرشاد الأكاديمي :

١- اللقاءات المكتبية الفردية والجماعية في ساعات الإرشادية محددة سلفا كل أسبوع
٢- المراسلات بين المشرفين والدارسين عبر وسائل التواصل الاجتماعي أو البريد الإلكتروني

٣- يقدم الأساتذة بعض المحاضرات الإرشادية وخلق فرص المداخلات والأسئلة للطلبة.
٤- نقاشات عبر وسائل التواصل الأجتماعي أو الإنترنت يبادر بها المرشد الأكاديمي
٥- اللقاءات الأكاديمية المباشرة في شكل ندوات ومحاضرات وورش عمل .
٦- تنظيم جلسات إرشادية بين الدارسين أنفسهم أو مع المشرف الأكاديمي ضمن مواعيد متفق عليها مسبقا.
٧- أن يقوم المرشد الأكاديمي بالخروج مع طلابه في رحلات علمية قصيرة.

أهمية الإرشاد النفسي الأكاديمي

يعد تحسين فاعلية الإرشاد النفسي الأكاديمي أمرا ضروريا للعملية التعليمية بمجملها، كما أن مستقبل هذا النوع من الإرشاد يعتمد على توفير بيانات محسوسة حول فوائده ومحدداته.

ورغم أهمية الإرشاد النفسي الأكاديمي إلا أّنه يواجه العديد من العقبات ، حيث إن السبب في عدم استفادة بعض الطلبة من هذا النوع من الإرشاد النفسي بالشكل المطلوب قد يكون بسبب كثرة أعداد الطلبة ، وعدم قدرة المرشد النفسي الأكاديمي على متابعة الجميع والتواصل معهم .

ماهية الإرشاد النفسي الأكاديمي:

أن الإرشاد النفسي الأكاديمي تطور بشكل كبير منذ الستينيات حتى وصل إلى ما وصل إليه اليوم حيث أصبح المرشد النفسي الأكاديمي ينظر للطالب على أنه شريك في اتخاذ القرار وليس مجرد طالب مهمل وضعيف ويحتاج إلى العون والمساعدة وكذلك ركز "جوردون وزملاؤه "على ضرورة استخدام التكنولوجيا ووسائل التعليم الحديثة في توصيل المعلومات وفي التعامل مع الطلبة كما أوضح أن لذلك دور مؤثر جدا على العملية التعليمية بشكل عام وعلى الطلبة بشكل خاص فمع ازدياد أعداد الطلبة واتساع مداركهم وآفاقهم أصبح من الضروري متابعتهم بشكل يومي وبشكل منتظم دون الارتباط بحدود الزمان والمكان ، وكذلك مسايرة أفكارهم وطموحهم بمرشدين أكاديميين لديهم من العلم والمهارة والخبرة ما يجعلهم قادرين على أداء هذه المهمة ، ولابد أن يتنبه لها كل مرشد النفسي الأكاديمي عند إرشاد طلبته وهي على النحوالتالي:

١- التعرف على أهداف الطالب الحياتية وميوله.
٢- التعرف على الأهداف المهنية للطالب أو الطالبة.
٣- تحديد التخصص الأكاديمي للطالب.
٤- اختيار المقررات.
٥- جدولة هذه المقررات أو الساعات الدراسية.

وترى "بيزولاتو" أن أكبر مهمة للمرشد النفسي الأكاديمي هي القدرة على تحويل أهداف الطالب أو الطالبة من مجرد أفكار إلى واقع ملموس بمعنى ربط أهداف الطالب بواقعه بشكل واضح كما ترى أن من واجب المرشد الأكاديمي أن لا يخدع طلابه وطالباته الذين يرشدهم أكاديميا.

مهام وحدات الإرشاد النفسي الاكاديمى

١- تعريف الطلبة بالحياة الجامعية والنظام والتعليمات الجامعية بعامة ونظم الدراسة والامتحانات بخاصة.
٢- مساعدة الطلبة على حل مشكلاتهم النفسية الاجتماعية والدراسية التي تؤثر بشكل مباشر في تحصيلهم الدراسي.
٣- مساعدة الطلبة على التّعرف على التخصصات العلمية التي تلائم استعدادهم الفكري والذهني والزمني.
٤- تزويد الطلبة بالخبرة والرأي العلمي حول تنظيم أوقاتهم وحسن استثمارها للحصول على أفضل الأساليب في المذاكرة والتحصيل الجيد.
٥- تشجيع المتفوقين على الاستمرار في التفوق.
٦- مساعدة الطلبة على حسن الاستفادة مما تيسره لهم الجامعة من أساليب تساعد على التحصيل العلمي.
٧- المساعدة على تنشيط الحياة الثقافية والاجتماعية داخل الجامعة بأساليب علمية بما يساعد على تنمية روح الانتماء والولاء للجامعة والمجتمع.
٨- الإسهام في ابتكار بعض الأساليب لتطوير الحياة الجامعية على ضوء ما تسفر عنه الدراسات والبحوث العلمية.
٩- نشر ثقافة الإرشاد النفسي الأكاديمى وأهميته .
١٠- حث الطلاب على مراجعة المرشد النفسي الأكاديمى خلال الساعات المكتبية المعلنة.
١١- المشاركة في لجنة استقبال الطلبة الجدد وتوزيعهم على الأقسام العلمية .

مهمات المرشد النفسي الأكاديمي :

١- يساعد في حل المشكلات الاجتماعية التي تعيق تحصيل الطلبة الدراسي.
٢- يساعد في حل المشكلات النفسية والضغوط التي يتعرض لها الطلبة .
٣- يقدم نصائح للمشاكل العائلية التي تواجه الطلبة .
٤- يقدم الإرشاد المهني المناسب الى الطلبة فيما يتعلق بالتخصص الدراسي والعمل والمهنة.
٥- يحدث التوافق بين الطلبة ونفسهم ومجتمعهم وبيئتهم الدراسية .
٦- يساعد في حل المشكلات الدراسية داخل الكلية لبعض الطلبة.

مهام المرشد الاكاديمى (عضو هيئة التدريس)

١- اعداد ملف خاص لكل طالب من الطلبة الذين اوكلت اليه مهمة الاشراف عليهم ويحتوى الملف على استمارة بيانات الطالب وقائمة المقررات الدراسية.
٢- توجيه الطالب الى من يستطيع الرد على استفساراته .
٣- تحديد المقررات الاختيارية مع الطالب بناء على امكانياته وتوجهاته.
٤- التأكد من ان جميع الطلاب يعرفون المكان والزمان الذى تبدأ فيه المحاضرات.
٥- حلقة الوصل بين الطلاب وشعبة التسجيل الكلية لحل أى مشاكل قد يتعرض لها الطالب.
٦- عند حدوث أى مشكلة بين الطالب وأحد اعضاء هيئة التدريس يقوم المرشد الاكاديمى بالتدخل لمحاولة حل هذه المشكلة.
٧- تعريف الطلاب بالبنود التى تهمهم من اللائحة الدراسية مثل عدد ساعات المقرر ودرجات اعمال السنة والعملى.. الخ .
٨- يعرف الطالب على متطلبات التخرج وكيفية استيفائها مثل التطبيق- أنجاز البحوث.
٩- مساعدة الطلاب على التوافق مع التخصص، وخاصة المستجدين، والعمل على تذليل العقبات، والمشكلات التي تواجههم.
١٠- تعريف الطالب بالمعدل التراكمي، وبيان أسباب ارتفاعه وانخفاضه.
١١- العمل على رعاية الطلاب ذوي المواهب الخاصة وتنمية مواهبهم.
١٢- حث الطلبة على ربط العلم بالعمل، ومراعاة أهمية التربية بالقدوة المتمثلة في هيئة وسلوك الأستاذ، وكذا مراعاة الفروق الفردية بين الطلبة.
١٣- الدخول على النظام الشامل من خلال التقارير الخاصة بالمرشدين للنظر في السجلات اللازمة لمتابعة حالات الطالب.
١٤- التعرف على الظواهر المختلفة التي قد تظهر بين الطلبة ، والتعامل معها بما يحقق مصالح الطلبة ، والوحدة التعليمية، والجامعة والمجتمع.
١٥- تزويد الطلبة ، وبخاصة الطلبة المستوى الأخير بمعلومات عن مجالات عمل الخريجين، وكيفية الاستعداد لبدء الحياة الوظيفية.
١٦- تنمية الوعي الثقافي والمعرفي بين الطلبة ، وإعداد تقسيم الطلبة إلى المجموعات الآتية: المتفوقين،المتوسطين، المتعثرين، والعمل على مساعدة كل مجموعة على تحسين مستواها الدراسي، والتحصيلي. واتخاذ الإجراءات المناسبة المحققة لذلك.
١٧- إحالة الحالات الطلابية التي يرى ضرورة التعاون في رعايتها إلى المرشد النفسي الأكاديمي في الوحدة الإرشادية ، أو التوصية في رفعها للخدمات الطبية.

١٨- إعداد تقرير في نهاية الفصل الدراسي يتضمن ملخصاً بالأعمال والمقترحات، ويقدم التقرير لرئيس القسم العلمي.
١٩- التعريف بمعايير الجودة والاهتمام بها ، وحث الأساتذة والطلاب على التزامها.

الفصل الرابع

الإرشاد المهني

المقدمة:

يعتبر الإرشاد المهني من أقدم مجالات الإرشاد الذي يستهدف مساعدة الأفراد على اختيار مهن معينة وفقا لقدراتهم وميولهم وطموحاتهم وإعدادهم لها ضمان استمراريتهم فيها،وأن التفكير في العمل أو المهنة أو الوظيفة أصبح يشغل حيزا كبيرا من جهد الفرد ووقته، ومن هنا أصبح الإرشاد المهني مجالا ذا أهمية بالغة من بين مجالات الإرشاد النفسي المختلفة ، وبمعنى آخر فإن الإرشاد المهني لا يقتصر على مساعدة الفرد في اختيار مهنة معينة فقط بل يشمل بالإضافة إلى ذلك مساعدته وتأهيله لهذا العمل، ومن ثم مساعدته للحصول على العمل المناسب في المكان المناسب، ثم العمل على ضمان استمراره فيه ورضاه عنه قدرالإمكان.

تعريف الإرشاد المهني:

- عملية مساعدة تتضمن مجموع الخدمات التي تقدم للفرد لمساعدته في اختيار المهنة التي تتلائم مع قدراته وأهدافه وميوله ، وفي إعداده لها والتوافق معها ومواجهة المشكلات التي قد تعترضه في سبيل تحقيق ذلك، بغية تحقيق الرضا المهني والتوافق النفسي والاجتماعي، والكفاية الإنتاجية.
- يساعد الأفراد في تحقيق الكفاية الإنتاجية، والرضا الوظيفي، والتوافق النفسي والاجتماعي، حيث أن وضع الشخص المناسب في المكان المناسب يضمن له النجاح والتفوق في عمله والاستقرار فيه.

أهمية الإرشاد المهني :

١- تغير حاجة السوق، ففي هذا العالم المتغير في كل يوم تظهر أعمال ومهن ووظائف جديدة تحتاج إلى تأهيل وتدريب وقدرات جديدة مما يستوجب تدخل شخص مؤهل لإرشاد الأفراد وتوجيههم نحوها.

٢- تغير حال السوق فنجد أن مهنا وأعمالا تروج في فترة زمنية معينة تجعل الأفراد ينساقون نحوها، ثم تتغير الظروف والأحوال ويصيبها الكساد وتبرز الحاجة إلى أعمال أخرى مما يستوجب تدخل شخص مؤهل يمتلك العلم والمعرفة بالتغيرات التي تنتاب سوق العمل ويعمل على إرشاد وتوجيه الأفراد الوجهة السليمة.

أهداف الإرشاد المهني:

١- تقديم المعلومات المهنية إلى المسترشدين حيث يتم تزويدهم بمعلومات وافية وصحيحة عن المهن المتاحة وشروط ومتطلبات الالتحاق بها ومستقبلها بالإضافة إلى إعطاء صورة عن مردودها المادي والمعنوي.

٢- تعريف المسترشدين بأنفسهم من خلال تعريفهم بقدراتهم وأهدافهم وطموحاتهم وذلك باستخدام جميع الوسائل والأساليب الممكنة كل ذلك من أجل مساعدتهم في تحديد العمل المناسب.
٣- تدريب وإكساب المسترشدين المهارات المهنية وذلك من خلال توجيههم من أجل إعدادهم نظريا وعمليا للوصول إلى كفاءة علمية وعملية مناسبة.
٤- مساعدتهم في تحقيق التوافق المهني وذلك من خلال مساعدة المسترشدين لحل مشكلاتهم المرتبطة بالعمل أو بعلاقتهم مع الآخرين والتوافق مع المهنة مما يؤدي بالتالي إلى شعورهم بالرضا والسعادة ويزيد من فاعليتهم الإنتاجية واستمرارهم في العمل.

أهم خدمات الإرشاد المهني :

١- التربية المهنية :- ويقصد بذلك التعرض لخبرات واسعة على عدد كبير من المهن أو التعرف لخبرات مركزة لممارسة أساسيات مهنة واحدة وبذلك تتضمن التربية المهنية برنامجا تعليما مهنيا يدور حول محور رئيسي وهو توفير المعلومات المهنية فيما يتعلق بمتطلبات الشخصية ومتطلبات المهنة بأنواعها حتى يستطيع الفرد أن يتخذ في ضوء ذلك قرارا مهنيا سليما .
٢- تحليل العمل :- ويشتمل على تحديد ذلك العمل من مهارات عقلية وجسمية وحركية ومعرفة طبيعة وظروف وعوامل النجاح والتقدم فيه والمستقبل الأكاديمي والمهني .
٣-الاختيار المهني :- ويقصد بالاختيار المهني مساعدة الفرد في اتخاذ القرار الخاص بمهنة المستقبل ، وذلك بعد دراسة دقيقة لشخصيته من جهة وللمهنة من ناحية ثانية ليستطيع الملائمة بينهما .
٤- اكتشاف عالم المهن :- من الطبيعي أن يبدأ الأفراد باكتشاف عالم المهن في بداية حياتهم٠ ويلعب البيت والمدرسة دوراً أساسياً في تعريف الطفل بعالم المهن المختلفة ومدة التدريب اللازم لكل مهنة ،هذا ويستطيع الأطفال البدء بتكوين أفكار عن أنفسهم وعن عالم المهن من خلال تجاربهم المبكرة وعبر مراحل نضجهم .

دواعي الاهتمام بالإرشاد المهني

١- الاختيار الخاطئ عند كثير من الطلاب للتخصصات المناسبة لهم والتي تقودهم إلي المهن المناسبة لهم .
٢- فشل كثير من الطلبة نتيجة للاختيار الخاطئ.
٣- لطفرة العلمية والتكنولوجية والتقنية والرقمية.
٤- التطورات والتغيرات الاقتصادية في الدولة المصحوبة بتغيرات في سوق العمل.
٥- تنوع التخصصات العلمية المطروحة في مؤسسات التعليم العالي.
٦- قلة المعلومات عن المهن.

الحاجة إلى الإرشاد المهني

١- كل مرحلة من مراحل التعليم تحتاج إلى طرق إرشاد مختلفة لأن الأهداف تختلف من مرحلة إلى أخرى.
٢- برامج الإرشاد المهني في المرحلة الابتدائية يجب أن تهدف إلى زيادة وعي ومعرفة التلاميذ بالأدوار المهنية المختلفة ، وبدور العمل في المجتمع، وبالسلوك الاجتماعي والسلوك المسؤول.
٣- برامج الإرشاد المهني في المرحلة المتوسطة يجب أن تهدف إلى مساعدة الطلبة على تكوين مفاهيم عن المهارات الأساسية ، وتعلم مهارات صنع القرار ، والتعرف على عالم العمل والانتماء "النفسي" إليه.
٤- المرحلة الثانوية: برامج الإرشاد المهني في المرحلة الثانوية يجب أن تهدف إلى الاستمرار في تعريف الطلبة بالمهن ، والتعرف على البدائل المهنية والاستعداد للدخول في عالم العمل أو التخصص العلمي في الجامعة للاستعداد لمهنة معينة.
٥- المرحلة الجامعية: برامج الإرشاد المهني في المرحلة الجامعية يجب أن تهدف إلى مساعدة الطلبة على ترسيخ اختياراتهم المهنية وعلى تطوير مهارات مهنية معينة ومتخصصة وعلى إعادة تقييم ميولهم واستعداداتهم وعلى التخطيط للدخول في حقل مهني معين.
٦- الكبار أو الراشدين لديهم حاجة إلى الإرشاد المهني فبعض الراشدين يضطرون إلى تغيير مهنهم لأسباب مختلفة مثل البحث عن عمل ذا معنى ربما لان العمل الحالي لا يتناسب مع أهداف الشخص وحاجاته الشخصية ، أو لإحساس الشخص بالعزلة في مكان عمله الحالي ، أو لانعدام فرصة التقدم الوظيفي ، هذه الحاجة تؤيد ما يراه بعض الباحثين الذين يدعون إلى أن تكون برامج الإرشاد المهني مستمرة طيلة "دورة حياة" الفرد.

دور المرشد المدرسي

١- تبصير الطلبة بمهاراتهم وقدراتهم المختلفة التي تؤهلهم بالتالي لدخول التخصص العلمي المناسب له ، وكذلك الوظيفة التي تتلاءم مع استعداداتهم وميولهم في المستقبل.
٢- يساعد المرشد المدرسي الطلبة المقبلين على التخرج في تنمية مهاراتهم في كتابة السيرة الذاتية والاستعداد للمقابلة الوظيفية وتنمية مهاراتهم في البحث عن عمل.
٣- تزويد طلبة المرحلة الثانوية بمعلومات عن التخصصات المتوفرة في الجامعات ومجالات العمل في كل تخصص.
٤- عقد جلسات إرشاد مهني فردية وجماعية.
٥- مساعدة الطالب على اتخاذ قراره المهني بنفسه في ضوء ما توفر لديه من معلومات تتعلق بطالب الخدمة.

٦- يستخدم المرشد المدرسي في الإرشاد المهني وسائل عديدة وتقنيات حديثة لمساعدة الطلبة في قياس قدراتهم العقلية وميولهم المهنية وسماتهم الشخصية ، بحيث يوجه المرشد الطالب إلى مجموعة من التخصصات الملائمة له.
٧- تعريف الطالب بقدراته وميوله واستعداداته بمساعدة الهيئة التعليمية بالمدرسة وولي الأمر والممارسات الشخصية في جماعات الأنشطة والأعمال التي يزاولها خارج المدرسة وداخلها أو استخدام ترتيب هرمي لاهتماماته وميوله واستعداداته حسب أولوياتها أو نتائج مقاييس القدرات.
٨- مساعدة الطلاب في الحصول على المعلومات والبيانات المتعلقة باختيار المقررات والتخصصات وكذلك شروط الالتحاق بمؤسسات التعليم والمهن المختلفة وفرص العمل المتاحة.
٩- مساعدة الطالب بالموازنة بين المعلومات المتوافرة لديه وبين قدراته وميوله واستعداداته مع مراعاة بان يكون الاختيار متميزاً بالمرونة وإمكانية التوافق معه ومراعياً متطلبات المجتمع وظروفه الأسرية، وان يتيح هذا الاختيار فرصاً كثيرة للطالب.
١٠- مساعدة الطالب على اتخاذ القرار وتنفيذه وذلك بالالتحاق بالدراسة والتوافق معها.

التطور التاريخي للإرشاد المهني

يمكن أن نقسم تطور الإرشاد والتوجيه المهني إلى مرحلتين تاريخيتين

المرحلة الأولى : تبدأ من عام ١٨٥٠-١٩٤٠

تميزت بوجود الأحداث أو العوامل الآتية التي أسهمت في نشوء الإرشاد والتوجيه المهني: الثورة الصناعية- دراسة الفروق الفردية- جهود فرانك بارسونز- ظهور علم النفس الصناعي- حركة القياس النفسي (فرانسيس جالتون، ويليام فوندت، جيمس كاتل، الفرد بينيه):

الثورة الصناعية: أثرت على الأحوال الاجتماعية والعمالية في الولايات المتحدة وتسببت في بزوغ حركة التوجيه المهني ، الثورة الصناعية تسببت في أحداث تغيرات جذرية في المجتمعات الغربية حيث نمت المدن الصناعية وانتقل الناس من الأرياف إلى تلك المدن ، وكثير من الناس بدأو يشكون من ساعات العمل الطويلة ومن ظروف العمل وغيرها واستجابة لتلك التغيرات الاجتماعية السلبية فقد قام بعض العلماء بتوجيه اهتمامهم إلى دراسة السلوك الإنساني ودراسة الفروق الفردية.

دراسة الفروق الفردية (القدرات الإنسانية): فرانسيس جالتون في بريطانيا نشر كتابين عن القدرات الإنسانية (١٨٧٤)، فوندت في ألمانيا أسس معمل علم النفس لدراسة السلوك الإنساني (١٨٧٩) ، بينيه نشر مقالا يتحدث فيه عن القياس العقلي أو قياس القدرات والذكاء (١٨٩٦) ، وتلك الدراسات وغيرها

التي درست الفروق الفردية وجهت الاهتمام نحو الفرد ووجوب وضعه في المكان المناسب ، ومثلا في أمريكا جون ديوي دعا إلى إصلاح في نظام التعليم بحيث تعطى أهمية للفروق الفردية في الدافعية والميول والقدرات والنمو على وجه العموم ، إذا الاهتمام وجه نحو الفرد ووجوب دراسته وتحليله وتوجيهه وإرشاده إلى العمل المناسب له.

البرامج الأولى للتوجيه المهني Career Guidance: في الولايات المتحدة بدأت بعض المدارس الحكومية بتقديم برامج للتوجيه وتعيين بعض المرشدين للقيام بتوجيه الطلبة وإرشادهم تربويا ومهنيا وكانت تلك البرامج تركز على أهمية العمل الجاد وعلى أهمية توفير المعلومات عن المهن المختلفة للطلاب ، كل تلك البرامج والمحاولات كانت جيدة ولكنها كانت محاولات فردية ولذلك كانت هناك حاجة ماسة لإيجاد نظرية منظمة وعلمية للتوجيه المهني ، وهذا ما قام به بارسونز Parsons في بداية القرن التاسع عشر.

بارسونز Frank Parsons: في حوالي عام ١٩٠٩ تحدث بارسونز عن خطة منظمة للتوجيه المهني والتي مازالت موجودة حتى الآن بعد إدخال بعض التعديلات عليها ، وكان بارسونز من دعاة الإصلاح الاجتماعي الذين نادوا بالعدل بين الناس والمساواة في الفرص ، واقترح بارسونز عدة إجراءات أو خطوات لمساعدة الفرد على اختيار مهنة له بناء على ميوله واستعداداته وما يقدم له من معلومات عن المهن المتوفرة في المجتمع ، وفي عام ١٩٠٨ ألقى بارسونز محاضرة كان لها تأثير كبير على حركة التوجيه المهني وفي عام ١٩٠٩ تم نشر كتابه الشهير (اختيار مهنة Choosing a vocation)، اقترح بارسونز ٣ خطوات لمساعدة الفرد على اختيار مهنة له:

١- أن يعرف الفرد نفسه (استعداداته، قدراته، ميوله، مصادر قوته، حدوده أ أمكانياته).
٢- المعرفة بمتطلبات وشروط النجاح لكل مهنة أو مجموعة من المهن، وميزاتها وعيوبها والفرص والمزايا التي تتيحها.
٣- اتخاذ قرار واعي يعتمد على الموازنة أو المطابقة بين الحقائق والمعلومات التي تم جمعها في الخطوتين السابقتين ، وبمعنى آخر هذه الخطوة تتضمن تفكير حقيقي أو إرشاد للربط بين المعلومات الشخصية والمعلومات المهنية.

وأشار عدد من الباحثين والمؤلفين إلى أن هذه الخطوات الثلاث التي اقترحها بارسونز كان لها اثر كبير على الإجراءات المتبعة في الإرشاد المهني إضافة إلى أن وجهة نظر بارسونز أدت إلى نشوء اهتمام كبير بالتوجيه المهني في أمريكا.

ظهور علم النفس الصناعي: تطور أخر له علاقة بتطور حركة التوجيه المهني هو بداية علم النفس الصناعي على يد العالم الألماني "هوجو مونتسربرج" الذي نشر كتابه علم النفس والكفاية الصناعية عام ١٩١٢، أسس علم النفس الصناعي

كأحد الفروع المهمة لعلم النفس التطبيقي وقام باقتراح عدة طرق لتحديد الاستعدادات وخصائص الأفراد المناسبين لمهن معينة ، أيضا أكد على أهمية استخدام المقاييس النفسية لاختيار العمال والموظفين.

حركة القياس(1900-1940)Testing Movement : تصادف نمو وتطور حركة القياس مع تطور حركة الإرشاد المهني وكلاهما يشتركان في نفس الجذور، ومن أوائل العلماء المؤثرين كان الألماني "فوندت" الذي أسس أول معمل لعلم النفس (١٨٧٩) وأجرى تجارب عديدة ، وأيضا هناك العالم الألماني "ابينجهاوس" الذي تأثر "بفوندت" وصمم مقاييس عديدة ، كلا العالمين اسهم في حركة تقنين الاختبارات والمقاييس النفسية ، و"الفرد بينيه "كان أول من أسس أو بنى اختبار ذكاء في عام ١٩٠٥ وفي عام ١٩١٦ نشر "تيرمان" نسخة ستانفورد-بينيه المعدلة في جامعة ستانفورد، وفي عام ١٩٢٨ نشر "هل Hull " كتابه (قياس الاستعدادات) والذي خصص لاستخدام بطاريات اختبارات الاستعداد في الإرشاد المهني وركز على قضية الملاءمة بين خصائص الفرد ومتطلبات الوظيفة.

رباط أخر بين حركتي القياس والتوجيه يتمثل في ظهور وتطوير مقاييس الميول ، وفي عام ١٩٢٧ نشر "سترونج Strong" الطبعة الأولى من مقياسه للميول المهنية (مقياس سترونج للميول المهنية) حيث قام ببناء هذا المقياس من واقع استجابات أفراد كثيرين يشغلون مهن معينة واصبح هذا المقياس وسيلة مهمة استخدمها المرشدون النفسيون في التوجيه المهني ، وعلاوة على تلك المقاييس فقد استخدمت مقاييس التحصيل في المدارس كوسيلة من وسائل التوجيه المهني في العشرينات من هذا القرن ، وكذلك مقاييس الشخصية لعبت دورا وان كان اقل من غيرها.

بالرغم من أهمية مساهمة حركة القياس إلا أن هناك انتقادات وجهت إليها ومنها أنها جعلت بعض المرشدين أو الموجهين يعتمدون عليها اعتمادا كبيرا جدا ويهملون الوسائل الأخرى إلا أن هذا لا يقلل من أهمية الدور الذي لعبته حركة القياس وما أنتجته من مقاييس لقياس الفروق الفردية في دعم الإرشاد المهني.

المرحلة الثانية ١٩٤٠- وحتى الستينات: شهدت ظهور الإرشاد الموجه "لويليامسون" وظهورالإرشاد غير الموجه "لكارل روجرز" ، وظهور نظريات في النمو والاختيار المهني والتقدم الصناعي والتكنولوجي ، وكذلك تطور التربية المهنية والاهتمام بها:

الإرشاد الموجه Directive Counseling : من العوامل التي أثرت على الإرشاد المهني ظهور أسلوب الإرشاد الموجه "لوليامسون" هذا الأسلوب كان نوعا ما امتداد لطريقة بارسونز ، منهج "وليامسون" في الإرشاد المهني تلخص في الخطوات التسلسلية الست الآتية:

١- التحليل Analysis: جمع المعلومات عن الفرد أو المسترشد من كل المصادر.
٢- التركيب Synthesis: تلخيص البيانات والمعلومات عن المسترشد وتنظيمها بحيث تبين مشكلته ومصادر قوته.
٣- التشخيص Diagnosis: تشخيص المشكلة أو المشاكل المهنية لدى المسترشد (ليس لديه خيار، لديه خيار ولكنه غير متأكد، لديه خيار ولكنه خاطئ-تناقض بين الميول والاستعدادات أو القدرات)
٤- التنبؤ Prognosis: بمدى نجاح الفرد في تحقيق الأهداف التي وضعها (إذا كان لديه أهداف)
٥- الإرشاد Counseling: أو تقديم الاستشارة عندما يتبين للمرشد أن الفرد لم يوفق في اختيار مهنة أو تخصص مناسب (أي في وضع الأهداف)
٦- المتابعة Follow-up: لتحديد ما إذا كان الحل الذي اقترح من خلال عملية الإرشاد حل جيد قابل للتطبيق، إذا تبين أن الحل غير جيد فان كل الخطوات السابقة يجب أن تعاد من جديد، أي أن تعاد عملية الإرشاد المهني من بدايتها لتحديد المشكلة المهنية لدى الفرد.

الإرشاد غير الموجه (المتمركز حول المسترشد) لكارل روجرز:

بالرغم من أن أعمال كارل روجرز كانت مع المضطربين انفعاليا إلا إنها أدت إلى إعادة النظر في عملية الإرشاد المهني والافتراضات المتعلقة بها ،وجه بعض الانتقادات للإرشاد الموجه منها:

١- أن الإرشاد المهني يجب أن لا يقتصر فقط على الفكرة البسيطة المتمثلة في المزاوجة بين قدرات وسمات الشخص من جهة وبين متطلبات الوظيفة من جهة أخرى، بل يجب أن يشمل أشياء أخرى مثل الدافعية ، الصحة النفسية، والسلوك الانفعالي الخ
٢- يجب أن تكون الأهداف الرئيسية لعملية الإرشاد المهني زيادة تقبل المسترشد لنفسه وفهمه لذاته.
٣- يجب توجيه الاهتمام إلى التفاعل الذي يتم بين المرشد والمسترشد ، العلاقة الإرشادية يجب أن تنطوي على الاحترام المتبادل والتركيز على أن يتمكن المسترشد من فهم نفسه واتخاذ الخطوات التي تمكنه من تخطيط مستقبله والتحكم فيه بدلا من تركه للصدفة والعوامل الطارئة والاستسلام لها.
٤- الاهتمام بأساليب الإرشاد بدلا من التركيز على المقاييس والاختبارات ، وكذلك قلت التركيز على المرشد وعلى إظهاره على انه سيد الموقف ومصدر السلطة والقرارات.

إذا منهج روجرز يعتبر أول منهج ينتقد ويبتعد عن منهج بارسونز وطريقته البسيطة في التوجيه والإرشاد المهني ، وكثير من مفاهيم وأساليب منهج روجرز في الإرشاد غير الموجه تم بعد ذلك إدخالها واستخدامها من قبل مؤيدي

الإرشاد الموجه ، وكانت النتيجة إيجاد منهج موحد وشامل يتضمن التركيز على النمو الإنساني وخبرات الفرد بشكل أوسع.

-**الحرب العالمية الثانية:** احتاجت القوات المسلحة في أمريكا إلى المقاييس النفسية لتصنيف واختيار الجنود والموظفين وغيرهم لذلك فقد أنشأت أقسام للأفراد والمقاييس ، فقد انشأ الجيش الأمريكي برامج للإرشاد المهني وكان الهدف منها توجيه الأفراد إلى الأماكن المناسبة لهم من اجل رفع إنتاجيتهم واستخدام ما لديهم من قدرات وطاقات ، أيضا تم انشاء مركز إرشاد لمساعدة الأفراد أو المحاربين على العودة إلى حياتهم المدنية العادية عن طريق توجيههم إلى كليات أو وظائف معينة أو على الأقل اقتراح ذلك عليهم ، وفي عام ١٩٤٤ قامت إدارة شؤون المحاربين القدامى بإنشاء مراكز للإرشاد المهني ، وتم إنشاء عديد من تلك المراكز في رحاب الجامعات والكليات وأصبحت تلك المراكز بعد ذلك نموذج يحتذي به من قبل عديد من الجامعات التي ترغب في إنشاء مراكز للإرشاد المهني ، وفي عام ١٩٤٦ قرر الكونجرس الأمريكي تخصيص مبالغ مالية من اجل إنشاء برامج جامعية لتدريب المرشدين والموجهين المهنيين والتربويين أو الاستمرار في تقديمها.

حركة القياس بعد الحرب العالمية الثانية:

بعد الحرب العالمية الثانية نما وتطور علم النفس التطبيقي مما اثر على نمو وتطور حركة القياس وفروع مختلفة من علم النفس مثل علم النفس الصناعي-الإرشادي-المدرسي-التربوي أصبحت تدرس في الجامعات ومن المتطلبات الأساسية لها دراسة كورسات في أسس القياس النفسي ، وبدأت تتكون رغبة كبيرة في استخدام المقاييس مما كان له الأثر الكبير على حركة الإرشاد المهني وكان هناك تأكيد على أهمية الاستخدام التطبيقي للمقاييس مما أدى إلى ظهور الحاجة لتصميم وبناء مقاييس يمكن أن تستخدم في عملية الإرشاد النفسي.

أيضا بعد الحرب العالمية الثانية زادت أعداد الطلبة في الكليات والجامعات مما أدى إلى استخدام اختبارات كثيرة للدخول في الجامعات ، وتلك المقاييس التي كان الغرض منها التنبؤ بمدى قدرة الشخص على النجاح في الجامعة استخدمت أيضا كوسائل لمساعدة الطلبة على اختيار تخصصاتهم وبالتالي مهنهم ، وتلك المقاييس عادة تحتوي على أسئلة عن الميول المهنية والتخصصية (التخصص المرغوب فيه في الجامعة).

أيضا في عام ١٩٥٨ صدر مرسوم في الولايات المتحدة يدعو إلى التعرف على الطلبة الموهوبين مبكرا وإعطائهم الإرشاد والتوجيه المطلوب من اجل مساعدتهم على استثمار ما لديهم من مواهب وقدرات ، هذا المرسوم كان له اثر ملموس على الإرشاد المهني وعلى تقريب العلاقة بين القياس والإرشاد المهني.

وبعد الحرب ظهرت أيضا مجموعة من الكتب القيمة عن القياس العقلي لعلماء مثل "جودانف وثورندايك وسوبر " ومما زاد من قوة حركة القياس ، وكذلك ظهرت دور نشر متخصصة في نشر المقاييس والاختبارات ، وأيضا أدى التقدم التكنولوجي إلى سرعة تصحيح الاختبارات والمقاييس مما جعل استخدامها سهل في عملية الإرشاد المهني والتقدم العلمي والتكنولوجي واستخدام الفضاء الإلكتروني سوف يزيد من استخدام المقاييس في الإرشاد المهني ولكن يجب أن نؤكد على أن المقاييس يجب أن لاتكون الوسيلة الوحيدة التي تبني عليها عملية الإرشاد وإنما يجب أن يكون الإرشاد عملية شاملة.

نظريات النمو والاختيار المهني

Theories of Career Development & Choice

في بداية الخمسينات ظهرت نظريات في النمو المهني وفي الاختيار المهني وأسهمت بشكل كبير جدا في حركة التوجيه المهني ، ومن تلك النظريات نظرية سوبر ونظرية جينزبرج ونظرية آن روي ، وظهور تلك النظريات أدى إلى استثارة اهتمام الباحثين بالتوجيه المهني وإجراء بحوث عديدة في هذا المجال ، وبعد ذلك ظهرت نظريات أخرى مثل نظرية هولاند ونظرية تايدمان ، وتلك النظريات أصبحت بعد ذلك إطار نظري هام يجب أن يعتمد عليه الموجه والمرشد المهني كما أصبحت تناقش في الكثير من الندوات والمجلات العلمية.

وقد أسهمت نظريات النمو والاختيار المهني بشكل كبير في تطوير برامج التوجيه المهني وذلك لأنها ألقت الضوء على قضايا كثيرة مثل مراحل النمو والمهام المرتبطة بالانتقال من مرحلة إلى أخرى ، وأنماط الشخصية والبيئة المهنية المناسبة لكل نمط ، وطرق أو آليات صنع القرار.

حركة التوجيه المهني The Career-Guidance Movement

من الستينات حتى الآن خلال السنوات الماضية وسعت حركة التوجيه المهني دورها ومنظورها فاصبح هناك تركيز اكثر على الوجهة الإنسانية والوجودية وما تتضمنه من ضرورة جعل الحياة أو العمل ذا معنى للفرد ومساعدته على إدراك أهميته كعضو في المجتمع ومساعدته على استخدام ما لديه من قدرات وطاقات لكي يستطيع بالتالي تحقيق ذاته وتأكيدها وشق طريقه بنفسه.

علاوة على ذلك صدرت في الولايات المتحدة مثلا عدة تشريعات كان لها الأثر على تسريع حركة التوجيه المهني وتكلفت الحكومة بدفع تكاليف إنشاء مراكز كثيرة للتوجيه المهني مثل برنامج Headstart وغيره وكانت تلك البرامج توجد أحيانا في المدارس الابتدائية والثانوية والكليات المهنية وكليات المجتمع وغيرها.

التربية المهنية Career Education: في بداية السبعينات بدء في ما يسمى بالتربية المهنية نتيجة لانتقادات وجهت لنظام التعليم مثل انه لا يعد الفرد للعمل بطريقة مناسبة ، وبرامج التربية المهنية ركزت على قضايا مثل الوعي بالمهن أو معرفة المهن، استكشاف المهن، مهارات عمل القرار، التوجيه المهني، الاستعداد للمهنة الخ.

احتراف المرشدين المهنيين: في عام ١٩٧٢ بدأت عملية وضع معايير لإعداد المرشدين وتأهيلهم لممارسة المهنة وبدأت عملية المطالبة بإعطاء رخصة لمن يرغب في العمل كمرشد نفسي مهني. في عام ١٩٨٤ صدرت في الولايات المتحدة الشروط الواجب توفرها في الفرد لكي يحصل على رخصة للعمل كمرشد مهني.

التقدم التكنولوجي: استخدام التكنولوجية الرقمية اثر على حركة التوجيه المهني، واصبح بإمكان المرشد أوالموجه استخدام التكنولوجيه الرقمية للحصول على معلومات كثيرة عن المهن وعن برامج التعليم المتوفرة ، وأيضا استخدامه في تصحيح الاختبارات والمقاييس وتحليل نتائجها وكذلك تخزين معلومات كثيرة على الحاسوب والرجوع لها بسرعة كبيرة.

مقارنة بين الإرشاد المهني والعلاج النفسي:

لاحظ بعض الباحثين نزعة عدد من المرشدين المهنيين إلى ترك هذا المجال والاتجاه إلى مجال العلاج النفسي ، وأيضا مراكز الإرشاد ومؤسسات التعليم العالي دائما تتجاهل حاجة الطلبة إلى التوجيه المهني وتركز على الإرشاد النفسي والأسرى لهم ، وقد يكون السبب وراء هذه الظاهرة هو اعتقاد بعض المرشدين بان هذا المجال مجال بسيط ليس فيه فرصة للإبداع والابتكار، ولكن هذه النظرة خاطئة حيث أن هذا المجال يتطلب من المرشد الفهم العميق والجمع بين نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ويوضح بعض الباحثين أن:

١- الحاجة إلى الإرشاد المهني اكبر من الحاجة إلى العلاج النفسي.
٢- الإرشاد المهني يمكن أن يكون في بعض الأحيان علاجيا حيث أن الاستقرار الوظيفي مرتبط بالاستقرار النفسي والشخصي للفرد
٣- الإرشاد المهني يجب دائما أن يتبع العلاج النفسي لكي يكون هذا العلاج فعالا.
٤- الإرشاد المهني اكثر فعالية من العلاج النفسي أو على الأقل فرصة نجاح الإرشاد المهني اكثر من فرصة نجاح العلاج النفسي
٥- الإرشاد المهني اصعب من العلاج النفسي خصوصا عندما يستخدم المرشد برنامجا متكاملا فانه يدرك على انه مرشد مهني ومعالج نفسي في نفس الوقت.

إذا المرشد المهني المحترف يحتاج إلى خبرة في نظريات الإرشاد النفسي وأساليب الإرشاد المهني (الإرشاد الموجه أو أسلوب العوامل والسمات- أسلوب

الإرشـاد المتمركـز حـول المسترشـد-الأسـلوب السـيكوديناميكي-الأسـلوب السلوكي)، وأيضا المرشد المحترف يحتاج إلى معرفة بالشخصية والتعلم والنمو المهني وأيضا معرفة بالمهن وخصائصها والفرص التعليمية والوظيفية.

إذا هنالك دعوة للتقارب بين المرشدين المهنيين والمعالجين النفسيين حيث أن النظرة الإرشادية الحديثة تشير إلى أهمية التركيز على الفرد وشخصيته بصورة شاملة (التوافق الشخصي-المهني-الاجتماعي).

نظريات الإرشاد المهني:

١- نظرية سوبر (النمو المهني)

بدايات تأسيس النظرية وهي إحدى النظريات التي وظفت الإرشاد النفسي في المجال المهني تأثر سوبر في نظريته بكل من:

١. نظرية جينزبيرغ: حيث اعتقد سوبر أن أعمال جينزبيرغ فيها نقص كبير لكونها لم تأخذ بالحسبان تأثير المعلومات وخبرة الفرد على النمو والوعي المهني لديه.

٢. نظرية مفهوم الذات لكارل روجرز حيث اعتقد روجرز أن سلوك الفرد ليس إلا انعكاسا لمحاولة الفرد تحقيق ما يتصوره عن نفسه وأفكاره التي يقيم بها ذاته.

الأسس التي ارتكز عليها سوبر في تطوير وتشكيل نظريته:

١. **نظرية مفهوم الذات:** أخذ منها سوبر:

أ- **مفهوم الذات** وهو أن يدرك الفرد خصائصه بأنه شخص متميز ،ان يدرك الفرد التشابه والاختلاف بينه وبين الآخرين ، وأن يدرك الفرد أن مفهوم الذات غير ثابت بسبب نمو الفرد العقلي والانفعالي والتفاعل مع الآخرين واقتداءه بالآخرين.

ب- مفهوم الذات المهنية: أن الذات المهنية يجب أن تتطور بتطور الذات.

٢. **علم النفس الفارقي:** هو العلم الذي يهتم بدراسة الفروق الفردية بين الأفراد وخاصة في القدرات والذكاء ، وقد أخذ منه سوبر مراعاة الفروق الفردية ، وذكر بأن الفرد يكون أكثر كفاءة في الوظيفة التي تطابق ميوله وقدراته.

٣. **علم نفس النمو:** تأثر سوبر بجينزبيرغ وأخذ منه مراحل النمو، ومراعاة مراحل النمو، كما تأثر بكتابات بوهلر في علم النفس التي ذكرت أن الحياة يمكن أن ينظر إليها كتتابع لمراحل متتالية ، وهذا قاده لأن يقول بأن طريقة الفرد في التكيف في مرحلة من مراحل الحياة يمكن أن تساعد في التنبؤ في مراحل لاحقة.

مراحل النمو في حياة الإنسان عند سوبر:

مراحل الاختيار المهني

١- مرحلة البلورة (١٤ – ١٧): تكوين أفكار عن العمل المناسب – يطور مفهوم الذات المهني – تحديد الأهداف المهنية من خلال الوعي بقدراته وميوله.

٢- مرحلة التحديد والتخصص (١٨ – ٢١): تحديد الخيار المهني الخاص .

٣- مرحلة التنفيذ (٢٢ – ٢٤): يتم الانتهاء من التعليم والتدريب اللازمين للمهنة والدخول في مجال العمل المهني.

٤- مرحلة الثبات والاستقرار (٢٥ – ٣٠): الثبات في العمل – قد يغير من مستواه المهني دون تغيير المهنة.

٥- مرحلة الاستمرار والتقدم والنمو (٣٠سنة فأكثر): إتقان مهارات العمل – الشعور بالأمن والراحة النفسية.

افتراضات نظرية سوبر:

ذكر سوبر عشرة افتراضات لها علاقة في تحديد مراحل النمو المهني وهذه الافتراضات تمثل حياة الفرد المهنية وهي :

١- يختلف الأفراد في قدراتهم وميولهم وسماتهم الشخصية .

٢- يتأهل الأفراد بحكم الظروف لعدد من الوظائف .

٣- كل مجموعة من المهن تتطلب نمطاً متميزاً من القدرات والميول والسمات الشخصية .

٤- إن النمو والخبرة يلعبان دوراً أساسياً في تحديد مفهوم الذات وبالتالي تحديد المهنة ودرجة الكفاءة والنجاح ،

٥- يبدأ اكتمال الذات بدرجة كبيرة بنهاية مرحلة المراهقة المتأخرة .

٦- لخص سوبر عملية النمو المهني بخمس مراحل : النمو ، والاستكشاف ، الاستقرار ، الاستمرار ، الانحدار .

٧- تتحدد طبيعة ونمط المهنة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية بالإضافة إلى قدرات الفرد العقلية وحياته الشخصية والفرص المتاحة له .

٨- إن نضج القدرات والميول يعتبر عاملاً مكملاً لمساعدة المسترشد وإرشاده في تنمية مفهوم ذاته المهنية واختيار المهنة المناسبة له فعلاً.

٩- مفهوم الذات ناتج عن تفاعل الاستعدادات الموروثة وممارسة الأدوار المختلفة في الحياة بإيجابية واستحسان المحيطين به ، ويرى أن درجة نمو مفهوم الذات وتحقيقها يعتبر جوهر عملية النمو المهني .

١٠- يحتاج الفرد للموائمة بين الصفات الفردية والعوامل الاجتماعية لتحقيق مفهوم الذات المهني في مراحل النمو المهني ، وعند عملية الإرشاد المهني الأكاديمي ، وعند الالتحاق بعمل فعلي .

مفهوم النضج المهني عند سوبر:

١- الوعي بالحاجة إلى القيام باختبارات تربوية ومهنية .
٢- تقبل المسؤولية لعمل خطط واتخاذ قرارات مهنية.
٣- التخطيط والمشاركة في الحصول على المعلومات والتدريب اللازم للمهنة .
٤- فهم المعلومات الشخصية والمهنية من أجل استعمالها في اتخاذ القرار المهني.
٥- الواقعية في التفضيلات المهنية تبعاً لمستوى القدرات والميول .
٦- الرضا بالعمل الذي يلتحق به الفرد.

المتغيرات التي ترتبط بالنضج المهني:

١- العوامل البيولوجية والاجتماعية:(الذكاء – العمر).
٢- العوامل البيئية: (الأسرة – العوامل الثقافية – العوامل الاقتصادية)
٣- العوامل المهنية: (الآمال المهنية – درجة الاتفاق بين الآمال والتوقعات).
٤- تحصيل المراهقين: كلما زاد النضج المهني زاد التحصيل.
٥- مفهوم الذات: عندما يتناسب مفهوم الذات مع مفهوم الذات المهنية يميل الناس لأن يكونوا أفضل بأعمالهم.

تطبيقات النظرية في التوجيه والإرشاد النفسي:

١- مراعاة الفروق الفردية.
٢- مراعاة مرحلة حياة المسترشد ومستوى نضجه، فالمسترشد غير الناضج يرتكز إرشاده على التوجيه والاكتشاف، وأما المسترشد الأكثر نضجاً فيعتمد إرشاده على مساعدته في اتخاذ القرار واختيار الواقع والتطبيق.
٣- مساعدة المسترشد على تعديل مفهومه عن ذاته ضمن إطار مرحلة الحياة التي يمر بها.
٤- هناك علاقات متينة تربط بين التكيف العاطفي والانفعالات وإجراءات الإرشاد المهني .
٥- تحدث سوبر عن إرشاد الموهوبين وغير الموهوبين .
٦- اهتم سوبر بمشكلة التقاعد واقترح عددا من المشاكل التي تواجه المتقاعدين.
٧- عرض حلولا بديلة ومختلفة لهذه المشاكل تعتمد على مجال المهنة .
٨- اقترح سوبر استخدام مفهوم التقييم المهني وتشجيع استخدام الخبرات خارج مكتب الإرشاد واستخدام مصادر المجتمع وجمع المعلومات عن الكليات والمهن لمساعدة الأفراد على ملاحظة الخطوات المناسبة لاتخاذ القرار .
٩- حدد هدف الإرشاد المهني وهو مساعدة الفرد على أن يتقبل صورة لذاته وملائمتها لدوره في عالم المهن، بحيث يختبر هذه الصورة في الواقع.

تقييم نظرية سوبر:

أولاً- ايجابيات نظرية سوبر:

١- النظرية يمكن تطبيقها من خلال المرشد النفسي في المدارس وخصوصاً أن النظرية تركز في حيز كبير منها على الإرشاد المهني في المدرسة أو مع الطلبة.

٢- فسوبر لم يكن جامداً بل طوّر النظرية حيث اقترح عمل اختبارات باستخدام الألعاب مع الأطفال من خلال الأنشطة بهدف معرفة نواحي القوة والضعف لديهم .

٣- طور المفاهيم التي أعتمد عليها كمفهوم الذات والقول بأن كل فرد يختلف عن فرد آخر.

٤- نظريته مستندة إلى نتائج الدراسات والبحوث التي قام بها ، لذلك جاءت متناسقة أو منظمة بصورة جيدة ، مما أعطاها وضوحاً ومكانة في الإرشاد المهني .

٥- ميزت هذه النظرية بين الأسلوب الإرشادي مع الناضجين مهنياً وبين الأسلوب الإرشادي مع غير الناضجين .

٦- أخذت هذه النظرية بعين الاعتبار مفهوم الذكاء الذي عرفه سوبر أنه (القدرة على حل المشكلات) ، وبالتالي فهو مهم للتنبؤ بالنجاح في البرامج المهنية.

٧- إن هدف الإرشاد هو مساعدة الفرد على إنماء وتقبل صورته لذاته ، وأن تكون هذه الصورة متكاملة وملائمة لدوره في عالم العمل .

٨- أخذت بعين الاعتبار سعادة الفرد بغض النظر عن كمية وأنواع الإنتاج أو العمل وربط ذلك بالمنفعة العامة للمجتمع .

٩- حدد سوبر هدف الإرشاد المهني وهو: مساعدة الفرد على أن يتقبل صورة لذاته وملائمتها لدوره في عالم المهن، بحيث يختبر هذه الصورة في الواقع.

سلبيات نظرية سوبر:

١- لم تحدد مفهوما علميا واضحا للنضج المهني مثل باقي المفاهيم التي وردت في النظرية (مفهوم الذكاء – مفهوم الذات)

٢- كان متحيزا لمراحل النمو فسمى نظريته (النمو المهني) بالرغم أنه في داخل النظرية وجدنا مفاهيم أخرى مثل النضج المهني والاختيار المهني.

٣- لم يعطي أمثلة للمهن كتطبيقات على مراحل النمو.

٤- مراحل النمو لم تتماشى مع مراحل النمو المهني.

٥- أغفل بعض السنوات في مراحل النمو عرض أقل.

نظرية آن رو:

عرفت آن رو كعالمة نفس اكلينيكية ثم اصبحت من المهتمين بالنمو المهني ، من خلال دراستها للعوامل الشخصية المتعلقة بالإبداع الفني ، والتي قادتها

لإجراء مجموعة من الدراسات حول الخصائص الشخصية لمجموعة من العلماء المبدعين ، وقد اثر تتبعها للنظريات السابقة والمتعلقة بهذه الدراسات بشكل كبير على تطور وجهة نظرها عن الاختيار المهني ، وكما ان نظريتها تطورت من خلال سلسلة من الدراسات في شخصيات وخلفيات المسترشدين النمائية وبمختلف تخصصاتهم ، وقد تم تلخيصها في عدة مقالات واستنتجت ما يلي :

- ان معظم الفروق الشخصية بين علماء الفيزياء – البيولوجيا – وبين علماء الاجتماع تظهر في الدرجة الاولى في نوع تفاعلاتهم فهل تتجه نحو الافراد ام نحو الاشياء .
- ان الفروق الشخصية التي توجد بين العلماء في مختلف تخصصاتهم ناتجة عن خبراتهم والتنشئة الأسرية المبكرة للأطفال .
- تعد احدى نظريات التحليل النفسي التي تبحث في العلاقة بين اساليب الرعاية الوالدية مرحلة الطفولة المبكرة والميول المهنية والسلوك المهني .
- تفترض بأن العوامل الوراثية والتسلسل الهرمي للحاجة مشتركان في التأثير في الاختيار المهني كجزء من تأثيراتها في اسلوب الحياة ككل .
- درجة الدافعية نحو تحقيق الهدف المهني هو نتيجة لترتيب وشدة بناء الحاجة الهامة للفرد ، فدرجة دافعية الفرد لاتجاه مهني معين ربما يستدل عليها من خلال انجازاته.

الأفتراضات الأساسية لنظرية آن رو

١- الحاجات التي يتوفر لها الاشباع بشكل اعتيادي والتي تشبع بشكل متوازن ولا تصبح دوافع لا شعورية .

٢- الحاجات التي تقع في قمة هرم الحاجات كحاجة تحقيق الذات سوف تختفي اذا لم يتم اشباعها ، ولكن الحاجات التي تقع في ادنى الهرم اذا لم يتم اشباعها ستصبح دوافع مسيطرة، وبالتالي ستعيق ظهور الحاجات التي تقع في اعلى منها في الترتيب الهرمي وبالتالي ستؤثر على سلوك الفرد .

٣- الحاجات التي اشبعت بعد تأجيل او تأخير اشباعها ستصبح دوافع لا شعورية في ظروف معينة ، ويعتمد هذا على قوة الحاجة عند الفرد وزمن التأخير ودرجة الاشباع التي احس بها الفرد .

وتؤكد ان هناك علاقة بين اساليب التنشئة الاسرية والخبرات المبكرة واشباع حاجات الطفل من جهة ، وبين الاتجاهات والقدرات والاهتمامات وخصائص الشخصية من جهة اخرى ،وهذا يؤثر على اختيار الفرد لمهنة المستقبل وعلى رؤيته للمهنة التي تحقق له الرضا والاشباع .

وترى ان الجو الاسري يؤثر على نوع النشاطات المهنية ، وان احد اسباب الاختلاف في الاختيار المهني والاداء المهني هو اختلاف خيرات الحياة اليومية المتمثل في اختلاف واسلوب التنشئة الاسرية .

صنفت آن رو المهن الى توجهين رئيسيين :

- اما نحو الافراد او نحو الاشياء ووضعت عدة فرضيات مرتبطة بأساليب الرعاية الوالدية ومنها :

أ- الأسر التي تتميز بالحب والحماية والمتطلبات الزائدة (كمستوى عال من التحصيل ستؤدي الى توجه الطفل نحو الافراد في التوجه المهني .

ب- الأسرالتي تتميز بالرفض والاهمال والتقبل العرضي ستقود الفرد الى عدم التوجه نحو الافراد في التوجه المهني .

استخدامات نظرية الحاجات في الإرشاد المهني :

١- بشكل عام لم تقدم توصيات محددة في نظريتها يمكن استخدامها في الإرشاد المهني.

٢- ركزت على اهمية التغلب على الظروف والتي تعيق بناء الحاجات حيث الإرشاد المهني هنا سيتم توجيهه نحو اشباع هذه الحاجات.

٣- يمكن للمرشد المهني ان يقيم حاجات المسترشد من خلال المقابلة وتقييم الخلفية العائلية للطالب وذلك لتحديد هل الفرد يعيش في اسر طبيعية من حيث نمو الحاجات .

٤- يمكن للمرشد المهني ان يطلع على المواقف الاسرية الابوية ويربطها باتجاه ميل الافراد للتوجه نحو الافراد او بعيدا عنهم .

٥- اقترحت رو وسيلجمان بان عامل الفرصة او الحظ يلعب دورا كبيرا في الاختيار المهني من ما تم اقتراحه في الدراسات السابقة وهذا يقلل من دور المساهمات الإرشادية .

٦- ترجمة النظرية في تطبيقات إرشادية وذلك بما يتعلق بمشكلات الاختيار المهني ويظهر في سلسلة من النشاطات موجهة نحو التعرف على بناء حاجات الطالب النفسية ثم تحديد التسلسل الناجح للحاجات المتوفرة .

ويمكن للمرشد المهني تقييم الحقول المتنوعة او المحتملة لإشباع حاجات الطالب الحالية ، ومساعدته على إيجاد ترتيب هرمي مناسب لحاجاته من خلال إجراء بعض المقابلات .

نظرية الانماط لجون هولاند :

ولد هولاند جون فيليب (١٨٤١-١٩١٤).في مقاطعة كلير بأيرلندا قام بالتدريس في أيرلندا بين عامي (١٨٥٨ -١٨٧٢) ،وانتقل هولاند عام ١٨٧٣ إلى الولايات المتحدة حيث استقر في باترسون بولاية نيوجيرسي واشتغل بالتدريس ، وأسند إليه كأول من اخترع الغواصات حيث قدم خططه الأولى لإنتاج الغواصة إلى بحرية الولايات المتحدة عام ١٨٧٥، إلا أنها لم تلق قبولاً ، ولكن جمعية فينيان بالتي التي كانت تضم مجموعة من الأيرلنديين في الولايات المتحدة أبدت اهتمامها بالاختراع وساندت تجارب هولاند وأمدته بالمال ،

ويعتبر صاحب النظرية التي تؤكد على أهمية التوافق ما بين السمات الشخصية والميول المهنية.

الأسس التي تقوم عليها نظرية هولاند:

١- الأفراد يتجهون نحو المهن التي:

- تسمح لهم بممارسة مهاراتهم وقدراتهم وقابلياتهم التي يتميزون بها .
- تلبي حاجاتهم الشخصية الأساسية وتولد لديهم الشعور بالرضا والراحة النفسية .
- تعبرعن اتجاهاتهم وأفكارهم وقيمهم.
- تعبرعن مدى معرفتهم وإلمامهم بذاتهم .

٢- الدقة في اختيار المهنة تعتمد على:

- معرفة الذات
- معرفة المهنة ومتطلباتها
- التوافق وانسجام بين القدرات الشخصية للفرد مع متطلبات البيئة المهنية عند الاختيار المهني.

فرضيات نظرية هولاند

١- إن نظرية هولاند تفترض أن اختيار الإنسان لمهنة يكون نتاج الوراثة ، وعدد غير قليل من عوامل البيئية والثقافية والقوى الشخصية بما في ذلك الأصدقاء والطبقة الاجتماعية و الثقافية والبيئة الطبيعية.

٢- يفترض هولاند إلى أنه يمكن تصنيف الأشخاص على أساس مقدار تشابه سماتهم الشخصية إلى عدة أنماط كما أنه يمكن تصنيف البيئات التي يعيشون فيها إلى عدة أصناف على أساس تشابه هذه البيئات بعضها مع بعض ، وأن التوافق بين أنماط الشخصية مع أنماط البيئية التي تشبهها يؤدي إلى الاستقرار المهني والنفسي والتحصيل والانجاز والإبداع، ومن هنا أقترح جون هولاند ستة سمات شخصية تقابلها ستة بيئات مهنية يتوافق فيها الفرد ويميل إليها.

١- **البيئة الواقعية : يقابلها البيئة المهنية الميكانيكية أو الآلية:** ويتصف الأفراد ضمن هذه البيئة بـ: العدوانية والميل نحو النشاطات التي تتطلب تناسقا حركيا وقوة ومهارة جسمية ورجولية ، ويتجنب المواقف التي تتطلب مهارة لفظية أو لها علاقة بالتعامل مع الآخرين ، ويتميزون بخصائص بأنهم عمليون في التعامل مع مشاكل الحياة ، ويفضلون الأعمال اليدوية والتعاون مع المكائن والمعدات والنباتات والحيوانات ، ويكرهون المساعدة والفعاليات التعليمية ، ومحبي للاستطلاع عن الجوانب الفيزيائية ، ومستقرين ومسيطرين على أنفسهم ومتقبلين لذواتهم وطموحين ومثابرين ويستطيعون تنظيم أمورهم .

والهوايات التي يتمتعون بها: إعادة تأهيل الأثاث والأعمال الخشبية ، ورعاية النباتات والورود وممارسة الرياضة و الصيد ، وبناء المجسمات وتصوير مناظر طبيعية و مهارة تصليح المركبات والمكائن .

المهن الملائمة لهم: بحار - جزار - خياط - نجار - ميكانيكي - مهنة البناء - مهندس - متخصصون في مجال استزراع الأسماك -كهربائي - مختص في علم الوظائف الفضائية - سائق الشاحنات.

المجالات الدراسية: علوم البحار - علوم الحيوان - مسح كميات - هندسة أجهزة تحكم - هندسة إلكترونية - هندسة صناعية / ميكانيكية - هندسة كهربائية .

٢- **البيئة المستكشفة (العقلية): ويقابلها أصحاب التوجيه العقلي:** ويتصف الأفراد ضمن هذه البيئة بـ: يستمتعوا بنشاطات العمل الغامض ، ويهتمون بالبحث عن علل الأشياء وعلاقاتها ، كما يمتلكوا قيما واتجاهات غير تقليدية ويتجنبوا التفاعل الاجتماعي وتكوين العلاقات يستمتعون بجمع المعلومات أو إيجاد النظريات أو الحقائق وتحليلها وتفسيرها، ويفضلون التفكير في حلول للمشاكل أكثر من التصرف بها ويميلون إلى التنظيم والفهم أكثر من السلطة ، ويميلون إلى التنظيم والفهم ويهتمون بالبحث عن علل الأشياء وعلاقتها، ويفضلون المهن العلمية والفكرية

الهوايات التي يتمتعون بها: تجميع الأحجار وطوابع وعملات ، وحل الكلمات المتقاطعة ، وزيارة المتاحف ، وهواية الأتصال عبرالفضاء الألكتروني والاشتراك في المكتبات ، وأنهم يفضلون قراءة المجلات العلمية والبحثية واستخدام التكنولوجية الرقمية ،وإجراء التجارب المعملية وتحليل البيانات وعمل الأبحاث واستكشاف العديد من الأفكار .

المهن الملائمة لهم: طبيب - أخصائي تخدير - متخصص في الكيمياء الحيوية - محلل البرامجيات - متخصص في الآثار والأحياء - فني نفايات خطرة - متخصص في البيئة - مهندس مدني – أخصائي في الإرشاد والعلاج النفسي .

المجالات الدراسية: إحصاء – أشعة- تقنيات والبرامجيات الرقمية - جغرافيا - طب بيطري - الطب والعلوم الصحية - علم الجينات - علوم الأرض - الفيزياء - الكيمياء – الأحياء - نظم معلومات - هندسة كيميائية .

ويتميزون بخصائص فهم محبي للاستطلاع ومحللين بشكل منطقي وعلميين ودقيقين ومفكرين ولديهم ثقة بأنفسهم واسعي الأفق والتفكير .

٣- **البيئة الفنية: ويقابلها أصحاب التوجه الفني:** ويتصف الأفراد ضمن هذه البيئة بأنهم يتجنبون المواقف التي تتطلب مهارات جسمية ، ويظهرون قليلا من ضبط النفس ، ويفضلون العلاقات الغير مباشرة مع الآخرين، ويحبون التعامل مع مشكلات البيئة من خلال التعبير الذاتي ، ولديهم قدرة على التعبير العاطفي ، ويتجنبوا المشاكل التي تتطلب التفاعل مع الآخرين.

الهوايات التي يتمتعون بها: التصاميم الديكورات والمسارح والتصوير والتمثيل، والخياطة وزيارة المتاحف والمعارض الفنية والسفر وتعلم اللغات المختلفة ، ويستطيعون أن يكتبوا القصص والشعر والرسم

ويتميزن بخصائص بأنهم مبدعين، مدرك بالحدس ، خياليين ، غير تقليدي ، عاطفين ، عفوين ، منفتحين.

المهن الملائمة لهم:- أخصائي فنون تشكيلية - رسام – صحفي - فني إعلانات - كاتب/ محرر- معلم لغة إنجليزية - مصمم أثاث - مسؤول متحف - مصمم جرافيك - مصمم أزياء- مصور - مهندس تخطيط - مهندس ديكور.

المجالات الدراسية: الإعلان - تربية فنية - التصميم - التصوير - تقنية التعليم - صحافة وإعلام - الفنون - اللغات - هندسة معمار .

٤- البيئة الاجتماعية: ويقابلها أصحاب التوجه الاجتماعي: ويتصف الأفراد ضمن هذه البيئة بأنهم يفضلون التدريس والخدمات الاجتماعية والإرشادات النفسية، كما أن مهاراتهم المتعلقة بالمهارات الاجتماعية عالية وقيمهم، الأساسية هي إنسانية ودينية ، ويتجنبون المواقف التي تتطلب حل مشاكل بطريقة عقلية أو تتطلب مهارات جديدة ، ويمتلكوا مهارات لفظية جيدة بالإضافة إلى مهارات الاتصال التي يتميزون بها.

الهوايات التي يتمتعون بها: ممارسة الرياضة ، وحضور الحفلات والمشاركة في الاجتماعات ، والاعمال التطوعية ، ومساعدة الآخرين ، والتعرف على أصدقاء جدد ورعاية الأطفال ومساعدة الناس لحل مشاكلهم .

المهن الملائمة لهم: المعلم - الأخصائي الاجتماعي والنفسي - أمين مكتبة - حارس أمن - مساعد طبي - ضابط شرطة - معلم رعاية صحية - ممرض – معالج - مساعد علاج طبيعي - ضابط .

المجالات الدراسية: التربية وعلم النفس– التمريض - التوجيه المهني - خدمة اجتماعية - رياض الأطفال - شريعة وقانون - صحة منزلية - علاج طبيعي - علم اجتماع - علم مكتبات - معالجة النطق.

٥- البيئة المغامرة: ويقابلها البيئة الاقتصادية: ويتصف الأفراد ضمن هذه البيئة بأنهم يتميزون بالمقدرة الفائقة على توصيل أفكارهم وأرائهم إلى الآخرين ولديهم قدرة على التأثير وإقناع الآخرين ، ولديهم المهارات اللفظية التي بحاجة إلى جهود عقلية، ويفضلون العمل في نطاق القضايا الاجتماعية ، ويهتمون بالقوة والمركز الاجتماعي ويميلوا إلى الأعمال الغير عادية والخطرة .

الهوايات التي يتمتعون بها: قراءة الصحف التجارية، ومناقشة السياسة ،ومراقبة البورصة ، وبيع المنتجات ،وقيادة منظمات المجتمع المدني ،ويفضل صنع القرارات التي تؤثر على الآخرين وأن ينتخب للمنصب والفوز بمنصب قيادي ويترأس مجموعة من الناس ويحب مقابلة الأشخاص المهمين وتملك

السلطة أو المواقف ، ولديهم القدرة على إقناع الناس ويقدم الخطب والكلمات وينظم الأنشطة والفعاليات ويقود مجموعة من الأشخاص، ولذلك فهو يتميز بأنه نشيط ومتحمس وواثق وحازم واجتماعي ومقنع ومغامر.

المهن الملائمة لهم: الإعلان والتسويق ومديرو العلاقات ، صحفي - كاتب – مترجم - مضيف جوي - مدير مشروع تجاري - مدير فندق - ممثل علاقات عامة - رجل السياسة – المحاماة - مندوب مبيعات - مندوب مصانع - موظف سفريات.

المجالات الدراسية: إحصاء - إدارة أعمال - تجارة واقتصاد – تسويق – رياضيات - سياحة / ضيافة - صحافة وإعلام – قانون - علاقات عامة – لغات - محاسبة ومالية - هندسة التحكم.

٦- البيئة التقليدية: ويقابلها البيئة المهنية الملتزمة: ويتصف الأفراد ضمن هذه البيئة بأنهم يلتزمون و يتقيدون بالقوانين و القواعد و الأنظمة و يفضلون العمل مع أصحاب السلطة، ويتجنبون المواقف التي بحاجة إلى علاقات شخصية و مهارات جسدية، ويمتلكون قدرة على ضبط النفس ، ويفضلون النشاطات المتطلبة للتنظيم اللفظي و العددي ،وينجزون أعمالهم من خلال الامتثال بالطاعة ،ويحصلون على الرضا ويتجنبون الصراع والقلق ،ويميلون إلى الأعمال التي تتعلق بتنظيم الأشياء وترتيبها.

الهوايات التي يتمتعون بها: تنظيم سجلات العائلة وتوثيق تاريخ العائلة، وجمع القطع التذكارية ، وترتيب وتنظيم الأشياء المنزلية ، وجمع الأشياء وتركيبها ،ودراسة القوانين واللوائح التنظيمية ،وكما يفضل الشخص الذي ينتمي إلى هذا النمط أن يكون مسئولا عن التفاصيل ،وإتباع العرف والإجراءات واستعمال المعدات ومعالجة البيانات والطباعة وتلخيص الأشياء، ويستطيع أن ينجز الكثير من العمل المكتبي في وقت قصير ويعمل جيدا من خلال نظام محدد، ويدون السجلات بدقة، ويستخدم اللابتوب والبرامج الرقمية، ويتميز بأنه منظم ودقيق وميال للأرقام ومنهجي وكفء وملتزم ومطيع.

المهن الملائمة لهم: أمين مكتبة للفهرسة - منسق طبي - صراف -طباع - فني سجلات طبية - كاتب حسابات - محاسب - محلل مالي - مدقق مالي - مساعد إداري - مفتش جمارك - موظف معالج بيانات - مفتش مباني.

المجالات الدراسية: إدخال البيانات - أعمال السكرتارية - برمجة الرقمية - سجلات طبية - علم المكتبات - قانون - محاسبة - هندسة اتصالات - هندسة الأمن والسلامة.

تطبيقات نظرية هولاند في الإرشاد المهني:

١- لقد توسعت بحوث وتطبيقات نظرية هولاند لتشمل مستويات مختلفة من الأعمال والموهبة ، وتوسعت لتشمل عينات مختلفة من الأفراد بعد أن كانت تقتصر على مجتمع الطلبة.

٢- الاستفادة من نظرية هولاند في عملية الإرشاد النفسي والمهني.
٣- تدعو للتعرف على الخصائص المتمثلة في المؤسسة التعليمية.
٤- الاستفادة منها في معرفة خلفية المسترشد.

تقييم النظرية:

الجوانب الإيجابية للنظرية هولاند :

١- يستطيع الباحث عن طريق هذه النظرية التنبؤ باختيار الطالب المهني، وبعض صفاته الشخصية.
٢- الكثير من الصفات التي توقع هولاند وجودها في الأنماط ثبت وجودها.
٣- تعطي مفهوم الاختيار المهني بأوسع أشكاله.
٤- التوجهيات الشخصية مرتبطة بأنماط عائلية خاصة، وبسلوك الآباء والمعتقدات والطموحات التي يحددونها لأبنائهم.

الجوانب السلبية في نظرية هولاند:

١- أن الخوص البيئية والفردية ليست متنوعة فقط ولكنها عرضة للتغير و يعتقد أن التغير من نقاط الضعف الكبرى في نظريته .
٢- يركز على الذكاء والتقييم الذاتي في نظريته ولم يوضح عوامل أخرى لها أهميتها في الاختيار المهني مثل : الوضع الاجتماعي ،الوضع الاقتصادي و التنشئة الاجتماعية .
٣- لم تهتم بعملية تطور الشخصية ونموها ودور ذلك في الاختيار المهني وهذا مأخذ خطير لأن فهم نمو الشخصية مهم لفهم تطور المهنة .
٤- لم تقدم الكثير من الاقتراحات العلمية لمعالجة مشكلات الاختيار المهني أو تعريف أهداف إرشادية مهنية مرتبطة بهذه المشكلات.

أسباب النمو المهني غير السليم في نظرية هولاند :

١- الخبرات غير الكافية لاكتساب الميول والكفاءات المحددة والادراك الجيد للذات .
٢- الخبرات غير الكافية للتعلم عن بيئات العمل ومعرفتها .
٣- الخبرات الغامضة او المتناقضة عن الميول او الكفاءات او الخصائص الشخصية .
٤- المعلومات الغامضة او المتناقضة عن بيئات العمل .
٥- عدم وجود المعلومات عن الذات او الثقة الضرورية لترجمة الخصائص الشخصية الى فرص وظيفية .

نظرية الاختبارات المهنية لجينز بيرغ وزملائه:

تعتبر نظرية جينز بيرغ وزملائه من النظريات الاولى في مجال النمو المهني، حيث كانت النظرية ردة فعل مباشر لغياب نظرية شاملة في علم النفس المهني ، فقد اجتمع اربعة علماء من تخصصات مختلفة (اقتصادي ، طبيب نفسي ، اجتماعي ، عالم نفس) كفريق واحد للبحث عن نظرية مهنية شاملة

للاختيار المهني ، وقد تم الاعلان عن النظرية عام ١٩٥١ نتيجة للدراسات والبحوث التي تمت على الافراد ومدى تأثير الاختيار المهني عليهم ، وقد تأثرت بها العديد من النظريات في هذا المجال.

الأسس العلمية للنظرية:

١- الاختيار المهني عملية نمائية يستغرق حدوثها وقتا لا يقل عن عشر سنوات، وتتكون من مراحل ثلاثة هي (مرحلة الاختيار التخيلي، مرحلة الاختيار المبدئي أو المؤقت، مرحلة الاختيار الواقعي) وتمتد من الطفولة وحتى الخامسة عشرة تقريبا.

٢- إن القرارات التي اتخذت في لحظة ما تؤثر على القرارات التالية ولا يمكن الرجوع فيها.

٣- التوفيق بين جوانب متعددة هي الخاصية المميزة لكل اختيار.

٤- تأثر جينزبيرغ وزملائه بمفاهيم فرويد التحليلية الذي يقسم الشخصية إلى ثلاثة أبعاد: الهو والأنا والأنا الأعلى، حيث قام بناء على ذلك بتقسيم الشخصية إلى نوعان:

- جادة: تتوجه للعمل وتسعى إليه.
- غير جادة: لا تتوجه للعمل.

٥- هناك أربعة متغيرات تؤثر على عملية الاختيار المهني:

- **قيم الفرد الذاتية :** يقوم الفرد بإجراء مفاضلة بين قيمة الذاتية والقيم المختلفة للمهم فالفرد لا يمتهن مهنة لا تتناسب مع قيمته الذاتية .
- **العامل الواقعي:** وهو استجابة الفرد للضغوطات والظروف البيئية عند اتخاذه قرار معين في حياته .
- **العملية التعليمية :** من خلال عملية التعلم الذي اكتسبه الشخص تزداد مرونة الفرد في اختياراته المهنية وتصبح قراراته اكثر مرونة (القدرة على تقدير اهمية الوقت)
- **العوامل الانفعالية** : بمعنى ان العاطفة تلعب دورا في الاختيار المهني (القدرة على تأجيل الإشباع).

وتوصل جينز بيرغ(عالم في الاقتصاد) وجينسبيرغ (طبيب نفسي) واكسيلراد(عالم اجتماع) وهيرما (عالم نفس) الى اتفاق بان عملية الاختيار هي عملية لا يمكن الاستغناء عنها وليست وليدة اللحظة ، وانما عماية مستمرة طويلة المدى تحدث خلال فترات زمنية واضحة وتتبلور من خلال سلسلة من التوافقات التي يجريها الفرد ما بين ميوله من ناحية وامكانياته وقدراته من ناحية اخرى ، وتوصلوا الى عدد من المراحل تمر بها عملية الاختيار المهني ، ويحدث خلال هذه الفترة تطورين هامين وهما

أ-ادراك وتقدير اهمية الوقت : حيث يبدأ الأفراد بالحديث عن مهنهم بلغة الايام والساعات اثناء العمل أو خارج العمل وفي نفس الوقت يصبحون اكثر حساسية للالتزامات المهنية .

ب-يدرك الافراد في عمر ١٦ سنة بانهم يتعذر عليهم تغيير نماذجهم المهنية ويخططون من اجل التخلص من النشاطات المحيطة التي كانت نتيجة لاعتمادهم على والديهم .

مراحل النمو المهني عند جينز بيرغ :

١- **المرحلة الخيالية ٤-١٠ سنوات** : ان المهمة الاساسية التي يقوم بها الطفل خلال الفترة الاولى لنموه المهني هو التغير في التوجه من اللعب الى التوجه نحو العمل ، وهذا التوجه يكون مرافق للنضج العام للطفل ،وفي هذه الفترة يقررون بوضوح المهن التي يفضلونها والالعاب التي يمارسونها تعكس متعة الوظيفة كدافع للاهتمام والعمل ، وتمتاز هذه المرحلة بأنها تقوم على مبدأ اللذة عن طريق ممارسة الالعاب متعة العمل وكأن الطفل يحضر لمهنة معينة ، وعدم التفكير بإمكانياتهم وقدراتهم وهي تسمح لهم بالالتحاق بالمهنة ومن اهم المهام الاساسية والادوار المهنية : تشجيع لعب الاطفال حيث انه دافع للنمو المهني والتمثل والاقتداء بالآخرين اثناء اللعب .

٢- المرحلة التجريبية ١١- ١٨ سنة : ويمكن ان تقسم الى المراحل التالية :

- الميل: ١١-١٢ سنة يدرك ما يحب وما يكره ، ويبدأ الفرد بتحديد وحصر اختياراته ، ويبدأ الطفل بادراك اهمية الحاجة لتحديد توجهه المهني ، ويبدأ يأخذ اختياره للأشياء حجم ومقدار إمكانياته من اجل استغلالها لإشباع الحاجات التي يحبها فاختيارات الاطفال في هذه الفترة هي انعكاس لرغبات قوية لدى الوالدين ، وبنفس الوقت تكون غير ثابتة وغير مستقرة غالبا بسبب التغيرات الجسدية والانفعالية التي تحدث للطفل في تلك الفترة وهم بسبب حاجاتهم وامكانياتهم يقومون بتأجيل اختيارهم المهني حتى يكبروان ولكنهم في هذه الفترة يبدؤون بتحديد وحصر اختياراتهم .
- القدرة:١٢-١٤ سنة : حيث يدرك ان الاهتمام بالنشاط وحده لا يكفي ويبدأ بتقييم قدراته بتأدية للأعمال التي يحبها ،ويبدأ الاطفال يضعون بالحسبان مستوى قدراتهم في اختيارهم المهني ويقيمون قدراتهم بتأديتهم أعمالهم بشكل جيد في الميادين التي يحبونها اويميلون اليها ، ويدركون ان الاهتمام بالنشاط وحده لا يكفي لأن الكل عمل قدرات وقابليات معينة ومن الافضل الانتقال من نشاط لآخر اذا كانت قدراتنا لا تسمح بممارسته ، وفي هذه الفترة يقل تأثرهم بآبائهم وفي اختياراتهم المهنية ويزداد تأثرهم بالآخرين الذين يملكون نماذج معينة مختلفة كالمعلمين والزملاء والذين يحبونهم .
- القيم: ١٥- ١٦ سنة : حيث تدخل القيم عملية الاختيار وتسود على الاهتمامات والقدرات ، ويبدأ الفرد يعرف المكان المناسب لاستغلال قدراته

ومهاراته وتحدث في هذه الفترة على الطلبة تغيرات ملحوظة ، ويقتربون من اختياراتهم المهنية ويدركون ان المهن ليست للاستمتاع الذاتي فقط ن وانما هي مهن من اجل خدمة المجتمع ايضا ويقومون باختيار مهنهم واضعين بعين الاعتبار اهداف انسانية لخدمة الغير.

- الانتقال ١٧-١٨ سنة : حيث يصبح الافراد اكثر استقلالية وبشكل بارز في اختيار العمل الذي يريد، ويلاحظ البحث عن اماكن جديدة لممارسة المواهب والمهارات .

كما يلاحظ البحث عن المظاهر الخارجية للعمل كالراتب والحوافز التشجيعية والانماط الحياتية الناتجة عن المهنة ، وفي هذه الفترة تزداد الدوافع الجنسية ورغبة الفرد في الزواج المبكر ولكن هذه الرغبة تصطدم مع ضرورة تأجيل الزواج لأسباب تتعلق بظروف العمل والتحضير له .

٣- المرحلة الواقعية ١٨-٢١ سنة : وينطلق الاختيار في هذه المرحلة من التنسيق بين العوامل الواقعية والعوامل الشخصية ، ويمكن ان تقسم لثلاث مراحل وهي :

- مرحلة الاستكشاف : ١٨-١٩ سنة : وتبدأ هذه المرحلة عند الدخول الى الكلية وتتميز بأهداف اضيق للفرد من المراحل المبكرة ن لكنها تحتفظ بالمرونة في الاختيارات المهنية ، وينطلق الفرد في اختاره المهني هنا من اللذة والحياة ومصلحة المجتمع وقيمه الشخصية ، ويعمل الفرد على اكتساب خبرات اكثر ن والمهمة الاساسية هنا في اختيار نشاط واحد من نشاطين او ثلاثة يميل اليها الفرد ، وعند مواجهة الاختيار يزداد الخوف من الاختيار الاخير لأنه قد يكون غير مرضي والمعلومات تكون قليلة حول الرواتب والامتيازات ن ويشعر الطلبة بضغط الوقت لان وقت الدراسة سوف يبدأ وعليهم اختيار التخصص وهم يعتقدون بحاجة الى وقت إضافي لاختيار مهنية المستقبل .
- مرحلة البلورة: ٢٠-٢١ سنة : ويصبح الفرد اقرب الى تحديد التخصص الرئيسي وتصبح قراراته ثابتة وراسخة ، وتتضح لديهم المهن التي يجب ان يتجنبوها ولديهم خطوط حمراء ثابتة عنها ، واغلب الطلبة يصلون الى مرحلة البلورة في الوقت الذي يتخرجون فيه من الكلية ، وقد اشار جينز بيرغ وزملائه الى انه ليس بالضرورة ان يصل الطلبة الى مرحلة البلورة في وقت مبكر، لان بعض الطلبة قد يصلون الى مرحلة البلورة الكاذبة ، معتقدين ان قراراتهم قد تبلورت لكنها بالعكس لم تصل الى البلورة الحقيقية ، ولم يفسر جينز بيرغ وزملائه كيف يحدث التبلور الكاذب او غير الحقيقي ، ويحتاج الطلبة في هذه المرحلة الى تحديد اختياراتهم بدقة .

- مرحلة التحديد والتخصص :٢١-٢٢ سنة : اي التزام الفرد بتحقيق عمل معين ويحتاج الى ان يلتزم بنمط حياة المهنة التي سيعمل بها ، كذلك قد يصل بعض الطلبة الى التحديد الزائف بدلا من التحديد الحقيقي

تطبيقات النظرية في الإرشاد المهني:

١- مراعاة مراحل عمر الفرد.
٢- مراعاة ميول الفرد واستعداداته وقدراته.
٣- رسم صورة لفترات الخيارات المهنية يمكن الاسترشاد بها في الواقع.
٤- تحدد بعض الشروط المثلى لاختيار المهن.
٥- أن الإناث أكثر تعبيرا من الذكور نحو الاختيار المهني.

دور المرشد المهني انطلاقا من نظرية جينزبيرغ وزملائه:

١- ينمي اتجاهات ايجابية لدى الطلبة نحو المهن والعمل اليدوي
٢- يتعرف الطلبة على المهن السائدة في المجتمع
٣- يتعرف المرشد على ميول الطلبة واهتماماتهم المهنية .
٤- يوفر للطالب الفرص لاكتشاف بيئات مهنية مختلفة
٥- مساعدة الطالب في تحديد توجهات عامة لدية
٦- تعريف الطالب بذاته من حيث ميوله واستعداداته
٧- يتعرف الطالب على قدراته وميوله
٨- يتعرف على المهن المطلوبة في سوق العمل
٩- مساعدة الطالب في تحديد الاختيار المهني المناسب.

تقييم النظرية :

أيجابيات النظرية :

١- نظرتها لعملية الاختيار المهني ايجابية وعملية مستمرة .
٢- مراعاة العمر عند الاختيار المهني ففي مراحل الطفولة يكون خياليا ثم يصل إلى الواقعية كلما زاد عمر الفرد .
٣- رسم صورة لفترات الخيارات المهنية ممكن الاسترشاد بها في الواقع التعليم إلى حد ما .
٤- مراعاة أن الإناث أكثر تعبيرا عن خياراتهم المهنية .
٥- مراعاة ميل الفرد.

سلبيات النظرية:

١- المراحل التي تحدث عنها جينزبيرغ مراحل محددة تماما في حدوثها وهذا التقسيم للمراحل صعب لان مراحل النمو كالسلسلة متواصلة لا يمكن تقسيمها .
٢- لم يراعي الفروق الفردية بين الأفراد حيث لم يراعي أبناء الطبقة الفقيرة .
٣- إن الدراسة التي أجراها اشتملت عينات متجانسة عمريا واقتصاديا وثقافيا الأمر الذي حدد معطيات الدراسة ونتائجها سلفا.

٤- أن تفضيلات الفرد وقيود العمل قد تغيرت في هذه الأيام عما كانت عليه سابقا وهي أكثر تفاؤلا مما كانت عليه من قبل .
٥- أغفل جينزبيرغ في هذه النظرية دور العوامل العاطفية والثقافية في عملية الأختيار المهني بالرغم من أنهم قد أكدوا بأن لها دور في هذه العملية .

نظرية الاجتماعية للاختيار المهني

أصحاب النظرية العالم كورمبولتز وميشيل وجيلات ، وسميت النظرية الاجتماعية بهذا الاسم لأنها تضع تركيزها على العوامل الاجتماعية والثقافية وتميل إلى النظر للفرد على انه نتاج التفاعل بين تلك العوامل ، وهناك العديد من العناصر خارج قدرة الفرد (العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية) تلعب دورا هاما في مجرى حياته كلها بما في ذلك قراراته واختياراته المهنية والتربوية.

المفاهيم الأساسية للنظرية الأجتماعية:

١- درجة حرية الفرد في اختياره المهني هي أقل بكثير مما يعتقد الفرد وأن توقعات الفرد الذاتية ليست مستقلة عن توقعات المجتمع منه.
٢- المجتمع يقدم فرصا مهنية ترتبط بالطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها الأفراد.
٣- تأثير الأسرة عامل مهم يساعد على التنبؤ باختيار المهنة والتوافق معها .
٤- الأحداث الواقعة بالصدفة تلعب دورا هاما في التأثير على حياة الإنسان.
٥- الظروف الاجتماعية والصدفه لا تعمل في معزل عن الخصائص الفردية بل تتفاعل معا لتقرر أثر الصدفة على حياة الإنسان.
٦- تؤكد النظرية على العوامل الاجتماعية بإعتبارها المسؤولة عن اختيار الفرد لمهنته والاستمرار بها ورفضت كل من خبرات الطفولة وعلاقة الفرد بوالديه وتحقيق الذات وسعي الفرد لتحقيق صورته عن نفسه وطبيعة نمط الشخصية.

العوامل التي تؤثر في الاختيار المهني:

١- الطبقة الاجتماعية والثقافية التي ينتمي إليها الفرد.
٢- دخل الأسرة وثقافتها وطموحاتها .
٣- الخلفية العرقية والدينية والقومية .
٤- الأسرة وطموحات الوالدين، وأثر الأخوة والأخوات والقيم التي تؤمن بها.
٥- البيئة والثقافة الفرعية للمجتمع المحلي.
٦- المدرسة والأصدقاء.
٧- الضغوطات الاجتماعية والأقتصادية وفرص العمل المتاحة وتوزيع سوق العمل .
٨- إدراك الفرد لدوره كقائد أو تابع ومدى تطابق هذا مع إدراك الاخرين له.

٩- وضع المرأة ومكانتها في المجتمع وما يتاح لها من فرص .
١٠- منطقة السكن (الريف –المدينة).

تطبيقات النظرية :

١- اتخاذ القرار المهني مهارة يمكن تعلمها.
٢- الأفراد الذين يقومون بالاختيار المهني بحاجة للمساعدة والإرشاد المهني.
٣- النجاح في اتخاذ القرار يقاس على أساس المهارات الموجودة لدى المسترشد.
٤- المسترشدون يأتون من مجموعات واسعة ومتباينة .
٥- على المسترشد عدم الشعور بالذنب إذا أساء الاختيار .
٦- لا توجد مهنة كأفضل مهنة للفرد.

دور المرشد المهني في النظرية الأجتماعية:

١- الطالب بحاجة إلى مساعدة في اتخاذ قراره المهني.
٢- مراعاة مهارات وقدراته وقابليات الطالب في اتخاذ القرار.
٣- أعادة تأهيل الطالب الذي فشل في مهنة معينة.
٤- مراعاة المرشد المهني للظروف الاجتماعية والثقافية للطالب.
٥- مراعاة الفروق الفردية.

تقييم النظرية:

أيجابيات النظرية:

١- أعطت قدر للأسرة في التنبؤ لاختيار الفرد لمهنته.
٢- أشارت إلى دور المدرسة .

سلبيات النظرية:

١- لم تأخذ في الاعتبار عوامل عدة يبدو أن لها أثرا كبيرا على النمو المهني مثل قدرة الفرد وإمكاناته وطموحاته.
٢- يتجاهل إمكانية اثر عوامل مثل التخطيط الجيد، تطوير القدرات والاستعدادات، والدافعية على النمو المهني لأن ما سوف يحدث سوف يحدث".
٣- تنص على أن أشخاص كثيرون يسلكون السبيل الاسهل (الأقل مقاومة) ويلتحقون بفرص العمل التي يجدونها في طريقهم.
٤- لو أن المرشد اتبع المنحى الاجتماعي كمنهج وحيد فسوف يركز على مساعدة العميل على التقبل السلبي لما سوف تمنحهم اياه الصدفة.
٥- تناقض في دور الأسرة بين ما أكدته النظرية وما رفضته.
٦- كيف ترفض النظرية مفهوم الفرد عن ذاته وتضع بين افتراضاتها الاهتمام أو التأكيد على مهارات الفرد.

الفصل الخامس

الإرشاد النفسي الإلكتروني

المقدمة:

يشهد عالمنا اليوم تحولات كبيرة في ظل الثورة تكنولوجية الأتصالات والمعلومات الرقمية في مجال الاتصال والتواصل الأجتماعي والبحثي والعلمي بين مختلف المؤسسات العلمية والبحثية ، وقامت شبكات الأنترنيت الرقمية بدور فعال في إمداد الإنسانية بكثير من المعلومات والدراسات والبحوث والمكتبات الرقمية المتخصصة في مختلف البحوث ، نتج عن ذلك توجهات عديدة تنادي بالاستفادة من شبكات التواصل الاجتماعي لما توفره من فضاء إلكتروني حر، يستطيع بموجبها الأفراد التفاعل والحوار والنقاش والتعلم ، ضمن ما يطلق عليه (مجتمعات افتراضية)،ولم تعد العلاقات الانسانية مرتبطة بنطاق بيئي معين بل تجاوز ذلك لتصبح في حدود الكون الذي أصبح أشبه بقرية صغيرة حدودها شاشة الكمبيوتر مدعمة بشبكات التواصل الاجتماعي الحديثة ، واليوم اصبح الإرشاد النفسي إلكتروني داعم للعملية التعليمية والتربوية في مختلف المؤسسات العلمية حيث يستطيع المرشد النفسي التواصل مع المسترشدين في أي وقت ومن أي مكان من خلال الفضاء الألكتروني ، وتم الاستعانة بشبكات الانترنيت بفتح مسارات خاصة بالإرشاد النفسي الإلكتروني داخل المنصات الإلكترونية لتقديم الخدمات الإرشادية حول تشجيع الطلبة للمشاركة في التعليم الألكتروني وتذليل الصعوبات التي تواجههم من خلال المحاضرات الإرشادية النفسية والمعلوماتية الرقمية ، فضلاً عن المشاكل الكثيرة التي خلفها الأستخدام السيء للتكنولوجيا الحديثة على الفرد والأسرة والمجتمع ، مثل الأدمان الألكتروني الأبتزاز الألكتروني وانتهاك الخصوصية، والتعدي والتحرش.

والإرشاد النفسي الألكتروني قد بدأ في أواخر منتصف التسعينات القرن الماضي؛ وذلك من خلال بعض الجامعات الأوربية والأمريكية والمؤسسات غير الحكومية ، التي كانت تقوم بإرسال الخدمات النفسية والإرشادية والعلاجية الى المسترشدين على شكل الكتب وأشرطة التسجيل الصوتي والفيديو ومطويات ، ويقوم المسترشد بالتواصل باستخدام الطريقة نفسها، وكانت هذه المراكز تشترط حضور المسترشد لتلقي العلاج مباشرةً (وجها لوجه) من خلال الجلسات الإرشادية والعلاجية لمقرالمركز ، وهنالك مبررات عديدة إلى توسع الإرشاد النفسي الألكتروني هي:

- مبررات عالمية وتقنية : ويقصد بها ما نادت به توصيات مؤتمرات وندوات عالمية كثيرة لزيادة فرص تقديم الخدمات الإرشاد والنفسية لأفراد المجتمع

كافة ، بالإضافة إلى ما أشارت إليه الدراسات من نجاح هذا المجال من الإرشاد النفسي في دول متقدمة كبريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية واليابان.

- مبررات محلية : تزايد الطلب الاجتماعي على الإرشاد النفسي بجميع مراحله، جعل الإرشاد النفسي الألكتروني ضرورة ملحة أثناء الأزمات ومنها الأزمة الصحية ، وذلك تلافياً للتورط في المشكلات النفسية والصحية والاجتماعية الناتجة عن عدم توفر المعلومات الصحيحة.
- مبررات اقتصادية: حيث أظهرت خطط التنمية في العديد من البلدان أن عدم توفر الخدمات النفسية والإرشادية لشرائح عديدة من الناس ، كان أحد أبرز معيقات التنمية البشرية والاجتماعية الشاملة.
- مبررات صحية : بسبب تفشي الأمراض الوبائية والأنتقالية والمعدية الخطرة مثل أنتشار الفايروسات ، وحفاظ على سلامة الفرد والمجتمع .

وفي ظل هذا التقدم في مجال التكنولوجيا المعلومات والأتصالات وتعدداتها بأوجه مختلفة في شتى مجالات الحياة، ومع تعدد خدمات شبكات الانترنت وتقنياتها التواصلية بين الأفراد، والتي قدمت إطاراً جديدا في مجال الخدمات الإرشاد النفسي مستعينة بتلك التقنيات لاسيما وقد اتسع نطاق استخدام الانترنت ،وبعد نجاح التجارب العالمية في هذا المجال يصبح من المفيد استخدامه للاستفادة منها في تنمية المهارات وتحسين وتعديل السلوك.

بدايات الإرشاد النفسي الألكتروني

تعتبر الولايات المتحدة الأمريكية الدولة الرائدة في استخدام الأنترنيت في مجال الإرشاد والعلاج النفسي، فحسب موقع (Alexa.com) يوجد ما لا يقل عن ٣٠% من المواقع الأمريكية مهتمة بالصحة النفسية والعقلية تعتلي أعلى الترتيب في العالم، وقدمت الجمعية الأمريكية لعلم النفس والجمعية الأمريكية للإرشاد والعلاج النفسي وعدد من الجمعيات المحلية أكثر من دليل علمي وعملي على نجاح تجربة الإرشاد النفسي الألكتروني وتقديمها الخدمات النفسية والإرشادية والعلاجية بشكل فعال عبر منصات ومواقع الأنترنيت ، ولاقت التجربة أستحسان المسترشدين ،فضلاً عن أنها وفرت الجهد والمال والوقت ، واصبحت فيما بعد مراكز الإرشاد النفسي الألكتروني أكثر تخصصية ، فأصبحت مراكز متخصصة بعلاج الأدمان ، ومراكز متخصصة بعلاج الأكتئاب ، واخرى متخصصة بعلاج القلق وهكذا بأشراف كوادر متخصصة من الجامعات الأمريكية .

وحسب موقع (Alexa.com) المتخصص في تصنيف وترتيب المواقع الألكترونية وتصنيف (et al Barak)، فقد جاءت ثلاث مراكز لتقديم الخدمات النفسية والإرشادية والعلاجية المجانية بالمراكز الأولى وهي:

١- المواقع الإرشادية الأسرية:وهي مواقع الكترونية موجهة لمختلف أفراد الأسرة، بأشراف متخصصين في الإرشاد الأسري والتربوي والتعليمي والنفسي ، وتقدم الخدمات التخصصية في مواضيع الزواج وتربية الأولاد والصحة العامة والصحة النفسية والرياضة وغيرها من المواضيع التي تخص الأسرة ، ويظم الموقع اربع أقسام أساسية الأول مخصص للآباء والثاني للاطفال والثالث للمراهقين والرابع للمربين، والموقع متوفر باللغة الأنكليزية والاسبانية وأكثر هذه المركز متابعة هو موقع (:www.Kidshealth.com//http) ، ويتابع الموقع أكثر من اربعة ملايين متابع وهو تابع لمؤسسة (The Nemours Foundation) وهي مؤسسة غير حكومية قام بتأسيسها (Alferd l.dupont) .

٢- المواقع الإرشادية النفسية العامة : وهي مواقع متخصصة تقدم الخدمات الإرشادية النفسية الى المسترشدين في مواضيع مثل القلق ، الأكتئاب أو الضغوط أو الأدمان، وتتميز هذه المواقع بأنها على مستوى عالي من الحرفية لأنه يشار الى المصادر العلمية ويذكر أسم المتخصص المرشد النفسي او الباحث ومكان عمله ، وترشد وتعالج أعداد كبيرة من المسترشدين، وأهم هذه المواقعموقع(http:www.psychecentral.com) ويتابعه أكثر من أربع ملايين متابع ، وتم تأسيسه من قبل الدكتور (John M.Grohol) سنه ١٩٩٥ ويساعده في أدارة الموقع أستاذة متخصصين في الإرشاد والعلاج النفسي وعلم النفس العيادي والأسري ، ويعتبر أقدم مراكز الإرشاد الألكتروني التخصصية ، ويظم المركز قسم متخصص بالمقاييس النفسية يظم أكثر من ٤٤ مقياس محكم ومتعرف عليه وبأشراف أساتذه متخصصين في مجال المقاييس النفسية .

٣- المواقع الإرشادية النفسية المتخصصة : وهي مواقع أكثر تخصص من سابقاتها لأنها تركز على أضطراب سلوكي محدد وتحاول تقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية للمسترشدين مثل الإدمان ، ويكون بأشراف متخصصين من أبرز الجامعات الأمريكية ، وأبرز هذ ه المواقع موقع (http;www.drugabuse.com) ، وهو تابع الى المعهد الوطني لتعاطي المخدرات في الولايات المتحدة الأمريكية ، وتم المباشر بالموقع الإلكتروني عام ١٩٩٤ ، وهو أحد أبرز وأقدم مراكز الإرشاد الإلكتروني المتخصصة بموضوع الإدمان على مستوى العالم ، وهو متوفر باللغة الإنكليزية والإسبانية ، وتشرف على المركز الدكتورة (Nora D.Volkow) منذ عام ٢٠٠٣ ولحد الأن، ويظم المركزست أقسام فرعية متخصصة ، ومتابع من قبل أكثر من خمس ملايين متابع.

تعريف الإرشاد النفسي الإلكتروني:

- العملية التي يتم من خلالها تقديم المساعدات الإرشادية باستخدام تكنولوجيا الرقمية والاتصالات سواء بالموبايل وتطبيقاتة أو شبكة الإنترنت من المرشد للمسترشد.
- تقديم الخدمات الإرشادية والنفسية الوقائية والعلاجية وتعديل للسلوك يمتد ليشمل الاستشارات التي يتم تقديمها بواسطة أفراد متخصصين في المهنة الإرشاد النفسي إلى المسترشدين، وتقدم هذه الخدمة في صورة غير مباشرة دون اللقاء وجهاً لوجه من خلال أساليب التواصل التكنولوجية عن بعد كالموبايل ، أو البريد الإلكتروني غير المتزامن، أو غرف الحوار المتزامنة، أو مؤتمرات الفيديو المرئية.
- عملية مستمرة ومنتظمة تقوم على التخطيط وتحديد الأهداف وتوجيه الطالب والتواصل معه من خلال تكنولوجيا التواصل الإلكتروني.
- منصة إلكترونية يستطيع المرشد النفسي من خلالها التواصل مع المسترشدين إلكترونياً في أي وقت ومن أي مكان لتقديم الأستشارات النفسية والعلاجية والأكاديمية.
- التدخل الإرشادي عبر الأنترنيت عن طريق برنامج الكتروني ،يستعمل من طرف المسترشدين الذين يبحثون عن المعلومات والمساعدة النفسية والعلاجية لبعض الأضطرابات ويكون بأشراف متخصصين.

مزايا الإرشاد النفسي الإلكتروني:

١- مناسب للمسترشدين الذين ينتقلون إلى أماكن جغرافية مختلفة وبعيدة طلباً للإرشادات النفسية.
٢- يناسب المسترشدين الذين يشعرون براحة أكثر في استخدام الإنترنت كوسيط ، لامتلاكهم قدرات يمكن تفعيلها عن طريق هذا الأسلوب التباعدي.
٣- يناسب المسترشدين الذين يشعرون بحرج من طلب إرشادات الصحة النفسية بشكل مباشر.
٤- يساعد المسترشد على الأمانة والصراحة والتعاون من خلال الجلسة بتوفير البيئة الآمنة الخالية من الإحراج مما يشجعه على الكشف عن ذاته.
٥- يوفر آلية مساعدة لتحليل مستوى التقدم النفسي للمسترشدين عن طريق الاحتفاظ بسجلات التواصل القائمة على النص المكتوب .
٦- يعمل على توفير قاعدة بيانات إلكترونية عن كل المسترشدين وهذا يساعد المرشد النفسي في استدعاء ملف المسترشد بشكل إلكتروني والحصول على معلومات.
٧- يكسر الحاجز النفسي والخجل بين المسترشد والمرشد النفسي حيث يستطيع المسترشد مناقشة المرشد إلكترونياً في مواضيع قد لا يستطيع مناقشتها معه بشكل مباشر.

أهداف الإرشاد النفسي الألكتروني

١- تقديم الخدمات الإرشادية والنفسية والمعلوماتية الأكاديمية للطلبة وزيادة وعيهم برسالة الجامعة وأهدافها وأنظمتها.
٢- التعرف على المشكلات والعقبات التي تحول دون قدرة الطلبة على التفاعل مع التعليم الألكتروني والعمل على تغيير الأفكار والاتجاهات السلبية نحو التعليم الألكتروني وتبني أفكار أكثر إيجابية.
٣- تزويد المسترشدين بالمهارات الوقائية والشخصية التي تمكنهم من فهم ذواتهم وقدراتهم وميولهم وممارسة دور ايجابي في الحياة.
٤- تزويد الطلبة بالمعلومات الرقمية الحديثة التي تمكنهم من التفاعل مع اساتذتهم في الصفوف الألكترونية بكل سهولة ويسر.
٥- تقديم الخدمات الإرشادية الصحية الوقائية والمعلومات العلمية للمسترشدين، وزيادة وعيهم الصحي للوقاية من خطر الأمراض الوبائية.
٦- توجيه الطلبة ومتابعتهم خلال فترة العطل والأجازات الدراسية.
٧- تقديم الخدمات الإرشادية المعلوماتية والتقنية الى السادة اعضاء الهيئات التدريسية حول كيفية التفاعل مع التعليم الألكتروني .

أنواع الإرشاد النفسي الألكتروني

١- المباشر: ونقصد التواصل بين المرشد والمسترشد بوقت واحد عبر وسائل الأتصال المتعددة واستخدام الوسيلة المتاحة وسهلة الأستخدام من قبل المسترشد ، فتكون العلاقة بالصوت والصورة أو الرسائل أو الصوت فقط من خلال استخدام البصمات في الماسنجر أو الواتساب أو الفايبرأو البريد الألكتروني أو التليكرام ....وغيرها.
٢- الغير مباشر: التواصل بين المرشد النفسي والمسترشد في أوقات مختلفة ، لأتحاحة الحرية للمرشد النفسي من جهة والمسترشد من جهة أخرى لأختيار الوقت المناسب للرد على الرسائل أو الواجبات البيتي أثناء دراسة الحالة ،أو البصمات الصوتية ، فيكون الأتصال والتواصل في أوقات مختلفة.

أهمية الإرشاد النفسي الألكتروني

١- يقوم بربط الطالب بالمؤسسة التعليمية التي يتعلم بها متجاوزاً حدود الزمان والمكان والظروف الصحية.
٢- يبقى المرشد النفسي على تواصل مستمر مع طلبته المسترشدين حتى في أوقات الاجازات والعطل.
٣- يستطيع الطالب ومن خلال منصة الإرشاد النفسي الإلكتروني استشارة المرشد النفسي في أمور حياتية أخرى بعيداً عن الدراسة وبذلك ينتقل الإرشاد من أسوار المؤسسات التعليمية الجامعية إلى أفق الحياة الأوسع

ويتحول من كونه إرشاد أكاديمي بحت إلى إرشاد أكاديمي وتربوي ونفسي واجتماعي وأسري وصحي.

وسائل الإرشاد النفسي الألكتروني

تعد المنصات والمواقع الألكترونية الرسمية المرتبطة بالمؤسسات العلمية والمراكز البحثية والجامعات ، ومواقع التواصل الأجتماعي مثل الفيسبوك وتويتر واليوتيوب والفايبر والواتساب والماسنجر والبريد الألكتروني والمدونات ، من أبرز الشبكات الاجتماعية وأكثرها انتشاراً في العالم، ويعتبر موقع فيسبوك الشهير شبكة تواصل اجتماعي يتقابل من خلالها الأشخاص مع بعضهم البعض لتبادل المعلومات والصور ومناقشة الأفكار فيما بينهم ، ومن خلال تحليلها لمشاركات المسترشدين في مواقع الفيسبوك على أنها تركزت على تبادل المعلومات الأكاديمية والعملية، واللقاءات، وتقديم الدعم،وأن استخدام الطلبة لشبكات التواصل الاجتماعي يهدف لتحقيق خمس حاجات، هي حاجات معرفية ومعلومات ، حاجات وجدانية وسيكلوجية، حاجات شخصية براغماتية ، حاجات اجتماعية وتواصل ، حاجات الهروب من الواقع ملء الفراغ ، ومناسب أكثر الى الأفراد الذين يعانون من المشكلات النفسية في مجالات النمو الشخصي، والإنجاز، والإدمان، وحالات القلق النفسي، وحالات الخوف الاجتماعي، ومشاعر الإحساس بالذنب.

تأثير شبكات التواصل الاجتماعي

١- تتيح فرص للتعاون والتشارك والتفاعل في تحسين التواصل والتفاوض إيجاباً على المهارات المرتبطة بالذكاء الانفعالي

٢- فهم وضبط الذات وإدارة المشاعر والانفعالات لدى الأفراد ، حيث تتيح الشبكات الاجتماعية المجال لكل مستخدم للتعبير عن ذكائه من خلال هويته الرقمية لاسيما لدى ذوي الذكاء الانفعالي المنخفض في الحياة الحقيقية، والذين يشعرون بأنهم أفضل في العالم الافتراضي عبر الشبكات الاجتماعية،

٣- التعبير عن مشاعرهم وعواطفهم بطرق مختلفة وجديدة بسبب غياب الحواجز بينهم، وبالتالي غياب تأثيرها على عمليات التفكير،

٤- توفر فرصاً للفرد للفهم الجيد وإدراك لعواطفه من خلال التغذية الراجعة من خلال ردود فعل المشاركين، وتسمح لهم بالتعبير العاطفي عن عواطفهم بما يساعد على تنمية قدراتهم الإبداعية والابتكار، حيث يصبح لديهم قدرة على التعبير والإبداع لأنهم لا يخشون أي رقابة كما في العالم الحقيقي،

٥- يتطلب طرقاً جديدة للتوافق مع الوسائل المستعملة والتي يستخدمها الآخرون للتعبير عن أنفسهم

يمكن الأستفادة من خدمات الإرشاد النفسي الألكتروني في الوقت الحالي من خلال:

١- أفتتاح مركز للإرشاد النفسي الألكتروني في كل كلية من كليات الجامعة لتقديم المساعدة والخدمات الإرشادية النفسية والوقائية لمعالجة المشكلات التي تواجه الطلبة في مجال التعليم الألكتروني .

٢- تقديم المعلومات التقنية حول كيفية الدخول الى الصفوف الألكترونية من خلال المحاضرات الإرشادية الفردية والجماعية.

٣- تشجيع الطلبة على التعليم الألكتروني من خلال المنشورات والملصقات الألكترونية.

٤- تقديم المساعدة الإرشادية للوقاية من الأمراض الوبائية الخطر من خلال مجموعة من النصائح والتوجيهات.

٥- تقديم المساعدة الضروية الى أعضاء الهيئات التدريسية حول كيقية أستخدام المنصات الألكترونية وكيفية تقديم المحاضرات الألكترونية.

٦- معالجة المشكلات النفسية والآسرية والدراسية من خلال الإرشاد الفردي عن بعد.

مشكلات الإرشاد النفسي الألكتروني:

أولاً: الانتهاك الإلكتروني للخصوصية: عبارة عن سلوك عدواني متعمد يستخدم الوسائط الإلكترونية لغرض التحرش والمضايقة وإحراج وتخويف أو تهديد الآخرين.

يعاني كثيرون من مستخدمي الأجهزة الإلكترونية الموصولة بشبكة الإنترنت من تعرّضهم لأشكال مختلفة من المضايقات، بدءاً من الإلحاح بالتعارف من أشخاص لا يعرفونهم ، أو تعرّضهم للملاحقة والتعقّب من جانب آخرين ممن لديهم خلافات شخصية معهم ، أو من خصومهم السياسيين ، أو التعقّب من الجهات الأمنية ، وقد يتعرّض المرء للتحرّش من أشخاص معروفين له أو من مجهولي الهوية ، ونعرض في ما يأتي الحالة التي يكون فيها المعتدين معروفين من ضحاياهم .

ويُعرف الانتهاك الإلكتروني للخصوصية بأنه استخدام الوسائل الإلكترونية وشبكة الإنترنت في إزعاج الآخرين أو إيذائهم ، ويعرّف قانونياً بأنه استخدام وسائل تكنولوجيا المعلومات والاتصالات من جانب فرد أومجموعة في إيذاء الآخرين في شكل متعمّد .

وتشمل أشكال هذا الانتهاك ملاحقة الآخرين أو التشهير بهم، كتوجيه الرسائل التي تحتوي على مواد تسبب الإزعاج للمتلقي، سواء كانت تلميحاً الى الرغبة بالتعرف إلى المتلقي، لأهداف جنسية، أو كانت تحتوي على عبارات أو

شتائم، أو نشر صور الشخص من دون علمه، أو التهديد والابتزاز، أو الملاحقة والتجسس، أو التتبع بالتعليقات المسيئة، أو التشهير بالشخص عبر وسائل إلكترونية مختلفة، أو انتحال شخصيته بتزوير البريد الإلكتروني أو انتحال الحسابات على مواقع التواصل الاجتماعي.

بدأت ظاهرة الانتهاك الإلكتروني للخصوصية منذ بداية الإنترنت ، باستخدام البريد الإلكتروني، حيث بدأ مستخدمو هذا البريد بتلقي رسائل تُعرف عادة بـ Spam تدعوهم الى الصداقة والتعارف، أو تحتوي على مواد جنسية .

ومع انتشار الإنترنت أكثر، واكتشاف وسائل تواصل أكثر سرعة وانتشاراً ، تحوّل الانتهاك الإلكتروني من مجرّد رسائل بريدية ، إلى وسائل مثل غرف الدردشة، ومنتديات الإنترنت، ومواقع التواصل الاجتماعي مثل الـ فيسبوك و تويتر، والأنستكرام والرسائل الفورية على الهواتف الذكية مثل الـ واتس آب والفايبر والماسنجر والتليكرام ، وغيرها من برامج الاتصال المجاني، والصور الرمزية ، والإعلانات عبر الإنترنت، وروابط التحويل التلقائي التي تعترض الشخص عند تصفّحه شبكة الإنترنت ، والنوافذ المنبثقة Pop-ups التي تحتوي على إعلانات جنسية أو عبارات تحرّض على الكراهية .

كما تحوّل الانتهاك الإلكتروني للخصوصية من مجرّد التركيز على المواضيع الجنسية، والسرقات المالية إلى مواضيع سياسية وطائفية وتصفية حسابات شخصية من خلال التشهير والقذف .

أسباب الانتهاك الإلكتروني للخصوصية

١- لقد ساهم الانفتاح الهائل والمفاجئ على خصوصيات الأشخاص الآخرين، من خلال شبكات التواصل الاجتماعي، والأجهزة الإلكترونية التي يتوافر لديها اتصال مستمر بشبكة الإنترنت.

٢- سهولة الوصول إلى الآخرين في أي زمان ومكان، من خلال وسائل التواصل الفوري، في حدوث ما يُعرف بالصدمة الثقافية لدى مستخدمي هذه الشبكات.

٣- عدم القدرة على إدارة العلاقات مع الآخرين من خلال هذه الوسائل في شكل صحيح.

٤- عرض الذات والجهل من قبل المستخدمين مما جعلهم صيدا سهلاً لدى المنحرفين والمحترفين.

وتشير دراسات أُجريت على أشخاص يستخدمون الانتهاك الإلكتروني كوسيلة لإزعاج ضحاياهم، إلى أنهم يعانون من تقدير ذات متدنٍ، وليست لديهم قدرة على المواجهة وجهاً لوجه، وأنّ لديهم مقداراً من اضطراب الشخصية النرجسية الذي يقلل من قدرتهم على تقدير نتائج أفعالهم، فيرتكبون أفعالاً لا سقف لدرجة السوء الذي قد تؤدي إليه، طالما أنها تخدم شهوتهم للانتقام.

كما أنّ استخدامهم الانتهاك الإلكتروني للخصوصية يشعرهم بمزيد من القوة والسيطرة التي تتطلبها شخصيتهم السيكوباثية، وهوسهم المرضي بملاحقة ضحاياهم في كل زمان ومكان، وهو ما يوفره بسهولة الاتصال الدائم لهم ولضحاياهم على الشبكة العنكبوتية من خلال أجهزة الهواتف الذكية والأجهزة المحمولة الأخرى، المرتبطة بشكل دائم بالإنترنت؛ حيث تقوم إستراتيجيتهم في إيذاء الآخرين على الإصرار والمطاردة ، وتتبع أصدقائهم ومن يتفاعلون معهم على شبكات التواصل الاجتماعي ليروّجوا إشاعاتهم عن ضحاياهم وتشويههم أمامهم .

وهم غير قادرين على إدارة مشاكلهم الشخصية في شكل صحيح، ولديهم ميل مرتفع الى القلق الخارج عن السيطرة، والذي يؤدي إلى التهور في استخدام الوسائل الإلكترونية في شكل غير مدروس في تصفية الحسابات والإساءة الى الخصوم ، كما أنّ لديهم اعتقاداً بأن الوسائل الإلكترونية أسرع في نشر الفضائح أو التشهير بالآخرين ، وهم كذلك عرضة للاكتئاب أكثر وأسرع من غيرهم، ويشعرون بأن الإساءة الإلكترونية أكثر أماناً لهم، حيث يعتقدون أن من الصعب الوصول إليهم أو تحديد هويتهم الحقيقية .

كما أنّ انتشار ثقافة الاستعراض من خلال نشر الصور والمعلومات الشخصية بحثاً عن الاهتمام والانتباه من جانب الآخرين، والفراغ النفسي والعاطفي الذي يدفع الأشخاص لقضاء ساعات طويلة على شبكة الإنترنت أو في استخدام الأجهزة الإلكترونية، وتفاقم مشاكل الإدمان الإلكتروني، أدت إلى زيادة التحريض على ممارسة التعدي من خلال الإنترنت، وبالتالي زيادة إمكان تعرّض مستخدمي الشبكة والأجهزة الالكترونية .

الوسائط الإلكترونية المستخدمة للانتهاك الالكتروني للخصوصية:

١- البريد الكتروني : من خلاله يمكنك إرسال واستقبال والرد وإعادة توجيه الرسائل الكترونيا مع إمكانية إرفاق ملفات بتلك الرسائل.
٢- المنتديات الإلكترونية : فيها يتم طرح موضوعات للمناقشة فيتم إرسال المشاركة وتجد الردود من الآخرين.
٣- الرسائل الفورية : من خلالها يحدث اتصال فوري بين طرفين أو أكثر عن طرق الكتابة أو المحادثة الصوتية أو المرئية.
٤- الهواتف الذكية : عبارة عن هاتف محمول يمكن مستخدمه بالاتصال بالآخرين مع خدمات أخرى مصاحبة.
٥- التدوين الإلكتروني : عبارة عن سجل الإلكتروني خاص يدون به صاحب المدونة ما يشاء.
٦- مواقع الإنترنت : عبارة عن مجموعة من صفحات الويب التي قد تحتوى على نصوص وصور أو أصوات أو فيديو فمثلا :
٧- المواقع التواصل الاجتماعي : مثلFace Book تسمح بنشر معلومات خاصة للشخص صاحب الحساب.

أشكال الانتهاك الإلكتروني:

١- التخفي الإلكتروني : عبارة عن استخدام أسماء مستعارة لنشر تعليقات تهديد على المنتديات الإلكترونية، والبريد الإلكتروني، أو على مواقع إلكترونية أخرى.
٢- المضايقات الإلكترونية : عبارة عن رسائل عدائيه موجهة ضد شخص أو أكثر من المراهقين.
٣- الملاحقة الإلكتروني: عبارة عن إرسال العديد من الرسائل لأحد المراهقين بهدف التهديد أو التخويف أو إرسال تعليقات عدائيه بشكل متكرر.
٤- السب أو القذف الإلكتروني: عبارة عن نشر كلمات عدائية ومبتذلة ضد شخص أو أكثر من المراهقين على صفحات الأخبار الإلكترونية للمجموعات ، والمنتديات والبريد الإلكتروني، وعلى مواقع أخرى .
٥- التشهير الإلكتروني : عبارة عن عرض عام أو نشر أو مشاركة للمراسلات الشخصية أو الصور الخاصة لشخص أخر خاصة المراسلات التي تحتوى على معلومات شخصية حساسة ، أو الصور ذات الهيئة الجنسية .
٦- الاستثناء الإلكتروني : عبارة عن ضم بعض المراهقين الى مجموعة معينة ونبذ الآخرين .
٧- التهديد الإلكتروني: عبارة عن إرسال رسائل تهديدية المحتوى عن طريق الرسائل الإلكترونية.
٨- التعدي من خلال النص والدردشة: عبارة عن المحادثة عبر الإنترنت باستخدام نصوص وعبارات غير مرغوب منها.
٩- نشر صور غير لائقة : ظهور بعض الصور غير اللائقة لبعض الأشخاص أثناء التجول عبر مواقع الإنترنت.

أنواع السلوك السلبي على الإنترنت

تعرف الباحثون من خلال دراسات عديدة إلى أنواع محددة للسلوك الانترنيت الخطر، ووجدوا أن ازدياد أعداد بعض منها، وتكرارها، يزيد من أخطار الوقوع ضحية المضايقات الالكترونية ، وقد حدد أحد التحليلات تسعة أنواع من السلوك التي تحمل بعض الخطر المؤدي الى مضايقات أو تحرشات جنسية الكترونية ، وكلما ازدادت محاولات الصغار والفتيان الهادفة لإتباع هذه الأنواع من السلوك، ازداد ذلك الخطر ، وفي مايأتي نسبة مستخدمي الانترنت الذين يتبعون احد أنواع السلوك التالية:

- وضع معلومات شخصية على الانترنت ٥٦%.
- التفاعل مع الغرباء ٤٣%.
- وضع أسماء الغرباء في قائمة التراسل ٣٥%.
- إرسال تعليقات سيئة على الانترنت ٢٨%.

- إرسال معلومات شخصية إلى الغرباء ٢٦%.
- تنزيل صور من مواقع التشارك بالأفلام ١٥%.
- زيارة المواقع الإباحية ١٣%
- مضايقة وتخويف الآخرين الكترونيا ٩%.
- التحادث مع الغرباء حول الجنس ٥%.

وسائل مواجهة الانتهاك الالكتروني للخصوصية:

نظراً للمخاطر والأضرار التي تسببها وسائل الاتصال الالكترونية وخاصة الكمبيوتر والانترنيت على خصوصية الافراد، ومن أجل الحد من الأثر السلبي لهذه الوسائل، أقتضى الأمر إيجاد وسائل مناسبة لموجهة أو للحد من الانتهاك الالكتروني لخصوصية الأفراد، وهذه الوسائل تتمثل بالدور الذي تقوم به المنظمات الدولية والإقليمية لحماية الحق في الخصوصية، فضلاً عن الدور الذي تقوم به الدول لحماية الحق في الخصوصية .

ولذلك سنقسم هذا الموضوع إلى فرعين:-

الفرع الأول: يتمثل بالجهود الدولية والإقليمية لحماية الخصوصية المعلوماتية فنلاحظ بأن العديد من المنظمات الدولية عملت على تنظيم وحماية المعلومات الخاصة وتنظيم تدفق المعلومات وانتقالها، ومن هذه المنظمات "منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية" والتي بدأت منذ عام ١٩٧٨ بوضع أدلة وقواعد إرشادية بشأن حماية الخصوصية ونقل البيانات.

وكذلك مجلس أوربا، الذي كان له دور كبير في عقد الاتفاقية الأوربية لحقوق الإنسان والحريات العامة لعام ١٩٥٠، حيث أوجبت المادة "٨" من هذه الاتفاقية على حماية الحياة الخاصة بالنص على حماية الأفراد من التدخل والاعتداء على حياتهم الخاصة وحياة أُسرهم. كما قررت المادة "١٠" من هذه الاتفاقية على وجوب حماية حق الوصول ونقل المعلومات.

بالإضافة إلى ذلك فقد كان للاتحاد الأوربي دور كبير في حماية الحق في الخصوصية، إذ صدر عن الاتحاد عدة تعليمات بهذا الشأن منها:-

التعليمات المتعلقة بحماية الأفراد من أنشطة خزن ونقل البيانات والتعليمات المتعلقة بحماية الأفراد من أثر التطور التقني لمعالجة البيانات والتوجيه الأوربي رقم ٨٥ الصادر من البرلمان الأوربي في سنة ٢٠٠٢ والمتعلق بالمعالجة الآلية للبيانات وحماية الحياة الخاصة، هذا بالإضافة إلى الدور الكبير الذي تقوم به الأمم المتحدة ومنظمة التجارة العالمية بهذا الخصوص.

الفرع الثاني: الحماية الداخلية للحق في الخصوصية بالإضافة إلى الدور الذي تقوم به المنظمات الدولية والإقليمية في حماية الحق في الخصوصية، يوجد هناك حماية داخلية تتمثل بالتشريعات التي تصدر من بعض الدول التي تبين فيها تعريف الخصوصية وبيان أنواعها ووسائل حمايتها، موقف كل

من القانون الأمريكي والفرنسي والعراقي بهذا الخصوص ، بالنسبة إلى الولايات المتحدة الأمريكية فقد سنت الكثير من القوانين لحماية الأفراد من اقتحام الخصوصية ، ومن هذه القوانين قانون الخصوصية الفيدرالي الذي صدر سنة ١٩٧٤ وقانون حرية المعلومات لعام ١٩٧٠ وكذلك صدر قانون المقاضاة للكمبيوتر وحماية الخصوصية الصادرة سنة ١٩٨٨.

أما فرنسا فقد أصدرت قانون في ١٧يوليو ١٩٧٠ الخاص بحماية الحياة الخاصة، إذ نصت المادة "٢٢" من هذا القانون على إن لكل شخص الحق في احترام حياتهِ الخاصة، ثم صدر بعد ذلك القانون رقم ١٧ لسنة ١٩٧٨ والذي نظم حماية الحياة الخاصة للأفراد في مواجهة النظام الآلي للمعلومات.

أما بالنسبة إلى موقف المشرع العراقي فلم يعالج بشكل قانوني منظم موقع الخصوصية وحمايتها في مواجهة التطور الحاصل في أجهزة الاتصال الحديثة ، واكتفى بالإشارة إليها في قانون العقوبات رقم ١١١ لسنة ١٩٦٩ والذي أشار إلى ضرورة احترام حرمة المساكن وعدم الاعتداء على حرمة الجسم ، لكن يلاحظ بأن القانون المدني العراقي وإن كانت لا توجد فيه نصوص مباشرة تشير إلى الخصوصية ووسائل حمايتها، ولكنه وقع في نطاق المسؤولية التقصيرية أحكاماً تتعلق بتعويض الشخص المعتدى عليه وضرورة احترام إنسانية وكرامة الفرد وعدم الاعتداء عليهِ، مع ذلك يحتاج المشرع العراقي لمواكبة التطورات الحاصلة في تقنيات المعلومات والاتصالات أن يشرع نصوص تفصيلية واضحة لحماية خصوصية الأفراد ، وليكون على الأقل في هذا الجانب بالمستوى المطلوب والذي وصل إليه التشريع في بلدان أخرى.

ثانياً- إدمان الألكتروني:

تشهد الحياة المعاصرة تغيراً في نواحي عديدة إذ يواكب العالم تقدماً تكنولوجياً يصاحبه انفجار سكاني ومعرفي ، وقد أكدت دراسات عديدة أن تكنولوجيا الاتصال الحديثة وفي مقدمتها شبكة الانترنت قد فتحت عصراً جديداً من عصور الاتصال والتفاعل بين البشر وفي وفرة المعلومات والمعارف التي تقدمها لمستخدميها ، ولكن من الجانب الآخر هناك مخاوف من الآثار السلبية الجسمية والنفسية والاجتماعية والثقافية والأمنية والألكترونية التي تحدثها.

وبما أن الشريحة الأكبر التي تستخدم هذه التقنية هي من فئة الشباب الذين هم مستقبل وعماد التطوروالتقدم والإنتاج في العالم كان لابد من دراسة ظاهرة الإدمان على الشبكة ومعرفة آثارها المختلفة وخاصة الاجتماعية والثقافية عند الفئات المجتمع لنتمكن من محاصرتها وتحويلها من تقنية تستخدم بشكل سلبية عند البعض إلى تقنية إيجابية وبناءة حيث نستطيع الاستفادة من هذه الشبكة بأمور عديدة ومفيدة في تطور مجتمعنا وخدمة العلم والمعرفة.

والاهتمام بدراسة إدمان الألكتروني كظاهرة انتشرت بين الأفراد في المجتمعات المختلفة، وربما يرجع ذلك إلى ما لهذه الظاهرة من آثار متعددة

نفسية واجتماعية وصحية تؤثر على الأشخاص المستخدمين لهذه الشبكة فمع استمرار قضاء مستخدمي الإنترنت المزيد من الوقت على الخط المباشر من الطبيعي أنهم يخصصون وقتاً أقل للنشاطات الأخرى والأشخاص الآخرين في حياتهم مع عدم إغفال الدور الكبير الذي تقوم به، حيث تنقل كميات هائلة من المعلومات بين أبناء الجنس البشري بسرعة مذهلة حيث جعلت العالم قرية كونية صغيرة يتفاعل أهلها مع بعضهم البعض.

أسباب إدمان الألكتروني:

الملل والفراغ، والوحدة، والمشاكل الاقتصادية، والسرية ، والراحة ، والهروب ، والمغريات الكثيرة حسب ميول الفرد ، والقلق ،والكآبة ، والاستياء من الشكل الخارجي .

أعراض إدمان الألكتروني:

١- زيادة عدد الساعات أمام الإنترنت بشكل مطرد وتتجاوز الفترات التي حددها الفرد لنفسه.
٢- التوتر والقلق الشديدان في حال وجود أي عائق للاتصال بالشبكة قد تصل إلى حد الاكتئاب إذا ما طالت فترة الابتعاد عن الدخول والإحساس بسعادة بالغة وراحة نفسية حين يرجع إلى استخدامه.
٣- إهمال الواجبات الاجتماعية والأسرية والوظيفية بسبب استعمال الشبكة.
٤- التكلم عن الإنترنت في الحياة اليومية.
٥- استمراراستعمال الإنترنت على الرغم من وجود بعض المشكلات مثل فقدان العلاقات الاجتماعية والتأخر عن العمل.
٦- الجلوس من النوم بشكل مفاجئ والرغبة بفتح البريد الإلكتروني أو رؤية قائمة المتصلين في المرسال (المسنجر).

آثار الإدمان الألكتروني :

أ- الآثار الصحية:

١- الأضرار التي تصيب الأيدي من الاستخدام المفرط للفأرة.
٢- أضرار تصيب العين نتيجة للإشعاع الذي تبثه شاشات الحاسوب.
٣- أضرار تصيب العمود الفقري والرجلين نتيجة نوع الجلسة والمدة الزمنية لها مقابل أجهزة الحاسب.
٤- أضرار تصيب الأذنين لمستخدمي مكبرات الصوت.
٥- أضرار مترافقة مثل البدانة وما تسببه من أمراض مرافقة.

ب- الآثار النفسية:

١- الدخول في عالم وهمي بديل تقدمه شبكة الإنترنت مما يسبب آثاراً نفسية هائلة حيث يختلط الواقع بالوهم.
٢- تقليل مقدرة الفرد على خلق شخصية نفسية سوية قادرة على التفاعل مع المجتمع والواقع.

جـ الآثار الاجتماعية:

١- انسحاب ملحوظ للإنسان من التفاعل الاجتماعي نحو العزلة.
٢- الأثر في الهوية الثقافية والعادات والقيم مع هذا الغزو المعلوماتي الهائل.
٣- خسارة الأصدقاء.
٤- ضعف الرقابة الأسرية على الأبناء.
٥- التفكك والتصدع الأسري.

أكثر الناس قابلية لإدمان الألكتروني :

- حالات الاكتئاب.
- الحالات القلقلة.
- هؤلاء الذين يتماثلون للشفاء من حالات إدمان سابقة.
- الناس الذين لديهم قدرة خاصة على التفكير المجرد.
- الأشخاص الانطوائيين.
- الأشخاص الذين لديهم مشكلات عاطفية ونفسية.

المواقع التي يفضل الشباب الدخول إليها:

١- حجرات الدردشة chat rooms، ألعاب الإنترنت، المواقع الإباحية ، المنتديات، مواقع سياسية ورياضية.

إرشادات للتخفيف من الآثار السلبية:

١- تحديد وقت الاستخدام واستخدام أساليب إدارة الوقت.
٢- إيجاد نشاطاً بديلاً.
٣- صرف طاقة أكبر في التواصل مع أشخاص يقفون أمام الشخص مباشرة أكثر من الغرباء الموجودين على الشبكة، إيجاد الدعم من العالم الحقيقي.
٤- التخلص من أكثر عادات الإنترنت التي لها أثراً تدميرياً كالتخلص من البرنامج أو التطبيق الذي يدمن عليه الفرد.
٥- تعليم الآخرين عن الإدمان على الإنترنت.
٦- قراءة الكتب الحقيقية.
٧- استخدام بطاقات تذكيرية عن إيجابيات وسلبيات الإدمان على الإنترنت.
٨- اتخاذ خطوات ملموسة لمعالجة المشكلات.

الجوانب الإيجابية للشبكة الرقمية :

- التعلم الافتراضي (التعلم عن بُعد)
- القيام بأعمال التجارة والبنوك والأعمال الاقتصادية.
- عمليات جراحية والتصوير الطبي.
- عملية الاقتباس للاستفادة من البحوث العلمية.
- الدليل الإلكتروني.
- مجموعات المناقشة.

- تبادل الملفات.
- الصحافة.

مهارات التواصل الاجتماعي:

أهميتها: تعتبر الأساس لعملية التنشئة الاجتماعية حيث يتعلم الفرد والجماعة أنماطاً من السلوك المتنوع والاتجاهات التي تنظم العلاقات بين أفراد وجماعات المجتمع الواحد في إطار القيم السائدة والثقافية والتقاليد الاجتماعية المتعارف عليها

طرق اكتسابها:

من الاتصالات الواقعية المباشرة مع الآخرين عن طريق التعلم وبالممارسة خلال الزمن بدايات حياة الفرد في الكبر.

وسائلها:

١- وسائل لفظية: وتضم الكلام المحكي في نطاق اللغة المستخدمة بأشكاله وأنماطه المختلفة ويتأثر بالصوت والنبرة والمناخ المادي والنفسي السائدين وفرص التبادل والتفاعل.

٢- وسائل غير لفظية: كل ما هو غير لفظي ويشكل مثيراً لاستجابات سلوكية مختلفة تسهم في إحداث عملية التواصل الاجتماعي وتنشيطها أمثلة حركات الجسم والأطراف والإيماءات بالجسم والرأس واليدين وتعابير الوجه والملابس والألوان والجلوس والوقوف والملامسة الجسدية والاقتراب والابتعاد وتختلف دلالات وقيمة هذه الوسائط بالنسبة لعمليات التواصل ونتائجها من ثقافة لأخرى ومن جماعة الأخرى ومن فرد لآخر.

شروط حدوث التواصل الاجتماعي:

١- توفير موقف اجتماعية.
٢- أطراف التواصل. (شخصين أو أكثر).
٣- وسائطه اللفظية وغير اللفظية.
٤- العناصر المادية من مكان وزمان معينين.

مراحل التواصل الاجتماعي:

١- التعارف: التصنيف والتقدير وتبادل عبارات المجاملة والآراء العفوية الغير مخططة وسبر أغوار الطرف الآخر.
٢- التفاوض والمساومة: تحديد نوع العلاقة ومكاسبها.
٣- التوافق والاتفاق والالتزام: يقتنع كل طرف بالآخر من حيث المزايا والقيمة ويتوقف البحث عن أبدال أخرى.
٤- الإعلان عن العلاقة وتعزيزها وتثبيتها: تأكيد نمط العلاقة وتحقيقها عن طريق التواصل.

الفصل السادس

الإرشاد الأسري

المقدمة

أن الاستقرار الأسري مطلب كل نفس سوية على الرغم من أن الخلافات الأسرية أمر لا مفر منه سواء كانت مشكلة صغيرة عابرة أم مشكلة كبيرة متجذرة، والأمر المطلوب هو السعي لتجاوز هذه الخلافات سواء كانت من خلال الزوجين أنفسهم دون تدخل احد من خارج المحيط الأسري، أو يكون من خلال تدخل احد المرشدين الأسريين بطلب من الزوجين أو احدهما، أو بطلب من القاضي قبل إيقاع الطلاق بينهما، وهي مهمة صعبة وليست باليسيرة ولها تبعاتها العظيمة على الزوجين وعلى الأبناء والمجتمع بشكل عام، فضلاً عن أثرها على العمل الاجتماعي وتطوره.

لذا لا عجب أن الله (ﷻ) قد رغب في الإصلاح بين الناس في عدد من الآيات في محكم كتابه وأثنى على من يقوم بذلك طلباً لمرضاته ووعده بالأجر العظيم فقال عز من قائل (لا خير كثير من نجواهم ألا من أمر بصدقة أو معروفا أو أصلاح بين الناس ومن يفعل ذلك ابتغاء مرضات الله فسوف نؤتيه أجرا عظيما) (سورة النساء، آية ١١٤)، كما قال المصطفى (o) (ألا أخبركم بأفضل من درجة الصيام والصلاة والصدقة ، قالوا بلى، قال : إصلاح البين فان فساد ذات البين هي الحالقة).

أن مما لا شك فيه أن وسائل الإصلاح بين الناس تتعدد وتتنوع وتتجدد بتغير الزمان والمكان وطبيعة الإمكانات المتاحة ، كما أن السعي في مصالح الناس وتفريغ كربهم من أفضل الإعمال الصالحة التي يتقرب بها العبد إلى ربه (ﷻ) ، وهو مع ذلك جهد يشعر الإنسان (حينما يقوم به) بقدر من القيمة والتأثير في مجتمعه ، بخاصة حين يمن الله عليه ويوفقه في عملية الإصلاح ، ولم شمل الأسر المتصدعة ، وجمعها بعد شتات ، ويرى آثار عمله على ارض الواقع بشكل فوري من خلال سعادة زوجية وفرحة الأبناء أمام ناظريه.

ومن هنا كان الإرشاد الأسري احد الوسائل الإصلاحية في المجتمع ، التي يحرص عليها العديد من الناس سواء كان من المختصين أم غيرهم، كما انه عمل اجتماعي تفاعلي يتواصل فيه الفرد مع المجتمع بشكل مثمر ، ويمارس فيه دوراً اجتماعياً له أهميته في المجتمع.

وتعد خدمات الإرشاد الأسري، كعمل منظم حديثة جداً على المجتمع ، كما أنها مازالت في بداياتها المهنية ،أن هذه الخدمات التي يحتاجها المجتمع أيما احتياج في مثل هذه الفترة التي تمر بها الأسرة العراقية بمتغيرات كبيرة في

نوعها وكمها، فضلاً عن الإحصاءات التي تتحدث عن تزايد حالات الطلاق، وكثرة تردد الناس على المحاكم لحل المشكلات التي تعترض طريق أسرهم.

ويعتبر الإرشاد الأسري من التخصصات الدقيقة ويرتبط بأكثر من تخصص علمي، إذ يهتم به المتخصصون في الخدمة الاجتماعية والطب النفسي وعلم النفس، ولعل هذا ما ساهم في تسريع حركة تطوره كشكل من أشكال التوجيه والإرشاد النفسي؛ إلاّ أننا لا نستطيع أن نعمم هذه الفكرة على كافة المجتمعات، ففي الوقت الذي يتقدم فيه الإرشاد الأسري في الولايات المتحدة الأمريكية بشكل مضطرد، نجد شيئاً من العشوائية في ممارسة هذا التخصص لدى بعض الدول العربية ومنها العراق، حيث نجده يمارس على يد متخصصون في أي فرع من فروع العلوم الاجتماعية أو العلوم الشرعية؛ وهو ما يثير حفيظة الغيورين على التخصصات العلمية، وكذلك المهتمين بحقوق الإنسان لارتباط الموضوع بكرامة الأسرة ورفض فكرة التجريب على الإنسان، والعبث بمشاعر الناس وأحاسيسهم.

ولقد ساهمت تطورات الحياة ، والكوارث الطبيعية، وكثافة السكان في إحداث تعقيدات في الحياة، ثم في زعزعت الأسرة بشكل أو بآخر، حتى اتسمت أسر العصر الحديث بالتفكك مقارنة بالعقود الماضية، مما أحدث مشكلات لم تكن تعرف عند المجتمعات القديمة، كما تفشت مشكلات نفسية واجتماعية حاولت بعض المجتمعات المحافظة إخفاءها أو التقليل من خطورتها كل هذا وغيره جعل الحاجة ماسة إلى الشجاعة في الاعتراف بالواقع ومواجهته، وفي الوقت نفسه يؤكد على الحاجة الملحة إلى مراكز وخدمات الإرشاد الأسري ، فالأسرة هي نواة المجتمع الأولى، وهي البوتقة التي ينشأ ويتربى فيها أفراد المجتمع وقادته، فإذا لم تمنح هذه النواة الرعاية والاهتمام اللازم فكيف سيكون مصير جيل المستقبل من أبناء وبنات المجتمع ، ولو حاولنا الابتعاد عن بريق الغرب، فإننا سنجد أنفسنا مضطرين إلى ربط السياق، ونقل التجارب، ومحاولة الاحتكاك، وإلاّ فإننا سنتخلف عن الركب .

الجذور التاريخية للإرشاد الأسري

ظهر الإرشاد الأسري و استقر في الولايات المتحدة و دول غرب أوروبا منذ السبعينات، و منذ ذلك الحين و هو يكتسب آفاقا جديدة في أماكن شتى من خلال ما يكتب من أنصار جدد من المعالجين الذين يرون فيه علاجا أكثر كفاءة من غيره ، و لكن ينبغي الإشارة إلى أن الإرشاد بدأ كطريقة علاجية واضحة المعالم قبل فترة السبعينات في الولايات المتحدة الأمريكية، إذ يعود ذلك إلى فترة الخمسينات، رغم أن هناك بعض العوامل أيضا التي ساعدت في ظهور هذا النوع من العلاج قبل تلك الفترة وهي الفترة التي تميزت بسيادة الاتجاه التحليلي النفسي الذي استقطب اهتمام و جهود كثيرة من المعالجين والتحليل النفسي كما هو معلوم يعنى كثيرا بالاستبصار و أن جزءا كبيرا من هذا

الاستبصار يعني أن علاقات المريض الحالية و حتى علاقته بالمعالج ما هي إلا تكرار لعلاقاته الأصلية مع أسرته ، و بمضي الوقت تأكدت القناعة بان أسرة المريض الحالية و أسرته الأولية عامل هام جدا في نجاح العلاج.

ولعل من المألوف لدى العياديين ملاحظة حدوث حالات الشفاء لا بسبب العلاج بل بسبب أسرته ، و قد قام ناثان اكرمان (Ackerman.N) احد مشاهير التحليل النفسي بإنشاء أول مستشفى في الولايات المتحدة الأمريكية للصحة النفسية للأسرة، وقد ظهر من ملاحظاته الأساسية في مقابلاته مع الأطفال و الآباء و الأمهات أن نجاح علاج الفصام لا يتم إلا إذا كان نظام الأسرة يسمح بحدوث التغيرات السلوكية الدائمة التي يتطلبها العلاج، و إلا فان كل المحاولات العلاجية ستنهار و ينكص المريض بسبب التأثيرات الأسرية غير المرئية، و هكذا يمكن القول أن التقدم في العلاج الأسري قد حدث عندما بدأت الرؤية تنتقل من العضو المريض نفسه إلى رؤيتها في العلاقات المرضية مع والديه مثلا، أو في رؤيته على انه يعكس في اضطرابه جانبا محددا من مرض والديه أو أسرته ، هذا وقد كان لكثير من العلماء أمثال : سوليفان، فروم، ايريكسون، و هورني تأثيرا واضحا في العلاج الأسري من خلال نظرتهم إلى العصاب باعتباره اضطرابا في العلاقات الشخصية المتبادلة ، و من جهة أخرى فقد كان لظهور مهمة الإرشاد الزواجي عامل محفز و دفع لحركة الإرشاد والعلاج الأسري، وتأثرت كل حركة منها بالأخرى بصورة واضحة، و انتقلت كثير من الأساليب المستخدمة في الإرشاد الزواجي إلى حقل الإرشاد والعلاج الأسري، وينبغي التأكيد من أن العلاج الأسري- بالإضافة إلى ما سبق – قد استمد وجوده و بشكل واسع من النظريات النسقية .

وتعاظم دور الخدمة الاجتماعية في مجال التعامل مع الأسر وذلك مع ظهور وتطور الطب النفسي في العشرينات من القرن الماضي للارتباط الوثيق الذي حدث بين الطب النفسي والخدمة الاجتماعية خلال تلك الحقبة ، مما دعى وزاد من مسئولية الأخصائي الاجتماعي (المرشد الأسري) حيال الأسرة ، حيث كانت مسؤوليات تحديد المرضى سواء كانوا أطفال في عيادات التوجيه أو راشدين في المستشفيات العقلية تقع على عاتق الطبيب النفسي بينما يتعامل الأخصائيين الاجتماعيين مع الأسرة أو بتعبير أدق مع مناطق الخلل داخل الأسرة .

ومن ثم ظهرت حركة العلاج الأسري والتي تطورت حتى أنها ازدهرت في الخمسينات من هذا القرن وذلك في صورة منظور جديد لممارسة الخدمة الاجتماعية مع الأسر ، وقد أُعتمد الأساس النظري لهذا المدخل العلاجي ، وكذلك جوهر الممارسة نفسها على ما يسمى بالمدخل التعددي ، وقد صاحب نمو العلاج الأسري باستخدام المدخل التعددي نموًا مماثلاً في مراكز التدريب على ممارسة هذا النوع من العلاج ، كذلك البرامج والتنظيمات المهنية ومعايير

تأهيل المعالجين الأسريين ،هذا فضلاً عن نشأة الدوريات العلمية الخاصة بهذا النوع من العلاج ، ولذلك فإن تطور العلاج الأسري لم يكن يرجع لكونه مدخلاً علاجياً متماسكاً فحسب وإنما أيضاً لكونه مدخلاً علاجياً يجمع بين المداخل التنظيرية المختلفة والتي ساهمت في تحديد مضمون الأفكار الأساسية لذلك النوع من العلاج ، ومع أن ظهور العلاج الأسري أحدث تطوراً هائلاً في ممارسة الخدمة الاجتماعية إلا أنه تولّد عنه بعض الانتقادات التي وجُهت لنظرية الخدمة الاجتماعية وممارستها مثل ما حدث تماماً بالنسبة لحركة التحليل النفسي ، حيث ُحول بشدة اهتمام الأخصائيين الاجتماعيين للتركيز على العمليات النفسية الداخلية أكثر من تركيز الاهتمام على العوامل الدينامية الأخرى و التي لها علاقة بطبيعة المشكلة .

وعلى الرغم من اعتراف المعالجين الأسريين بأهمية أداء الفرد داخل الأسرة إلا أنهم لم يرحبوا بفكرة العلاقات العلاجية المنفردة في ضوء استخدامهم للعلاج الأسري مما ساعد على ضعف العلاقة بين المداخل الأسرية ، والمداخل الفردية ، ولذلك حاول " ينسوف " أن يطور نماذج علاجية تقوم على تحقيق التكامل بين العلاج الأسري والعلاج الفردي حيث لاحظ في ضوء تحليله التاريخي للعلاجات النفسية الأسرية الفردية أنها تعتمد على تبادل المفاهيم وكذلك تعتمد على تبادل الوسائل العلاجية ، ولذلك فقد أوضح أن المشكلات قد تكون نتيجة للتفاعل بين أعضاء الأسرة كأفراد أو بينهم وبين البيئة التي تشكل أنساقاً خارج دائرة الأسرة،

ولذلك فإن معظم المشكلات الأسرية هي نتيجة لتشابك عوامل معقدة بين الفرد وديناميكيات الأسرة والعوامل البيئية ، ومما دفع عدداً من المتخصصين والعلماء لتطوير المداخل النظرية للعلاج والإرشاد الأسري كي تتفادى الانتقادات الموجهة إليه ومن أمثلة هؤلاء " ماير " التي حاولت البحث عن إطار متماسك لممارسة الخدمة الاجتماعية ، ومن ثم دافعت عن استخدام منظور الأنساق البيئية الذي يوجه انتباه الأخصائي الأسري للتركيز على العلاقة بين الشخص والموقف في ضوء ديناميات ومتغيرات خاصة به وفي ضوء وجهة نظر " ماير " فإن الممارس يختار نموذج الممارسة وفقاً لما تحدده عوامل التفاعل الداخلي بين الشخص والموقف.

وقد أنشأ العديد من المراكز المتخصصة في الإرشاد والعلاج الأسري في العديد من المدن الأمريكية ، وقد سعت هذه المراكز إلى تحقيق هدفين مترابطين هما :

١- إحداث تغييرات في سلوك الفرد داخل بيئته الأسرية .
٢- تخفيف حدة التأثر السلبي للأفراد المحيطين على سلوك الشخص ذوي المشكلة أو المريض مع بيان شكل التفاعلات والاتصالات الأسرية الناجحة.

وفي منتصف الستينات بدأت مداخل متعددة للعلاج الأسري بعضها مداخل للتفاعلات الأسرية بالاسترشاد وبالتخصص في الصحة النفسية أو العلاج القصير أو التحليل النفسي لتفسير سلوك الأفراد داخل النسق الأسري أو اتجاه التركيز على المهام وغيرها ، ومع زيادة الكتابات في العلاج الأسري وزيادة الممارسة تطور البناء النظري والأساليب العلاجية إلا أن جميع الممارسين اتفقوا على أن مشكلة الفرد هي استجابة لموقف في الأسرة واعتبرت الأسرة نسق اجتماعي.

أهمية الإرشاد الأسري

أن الإرشاد الأسري يؤدي دورا أساسيا في درئ التصدعات التي تتعرض لها الأسرة وتقوية فضائها وتنمية قدراتها وتأهيلها للقيام بوظيفتها التربوية عبر:

١- إشاعة ثقافة أسرية هادفة وبناءة.
٢- تعزيز البناء التعاقدي والأخلاقي للأسرة وتمتينه.
٣- تحقيق الانسجام والتوافق بين الزوجين.
٤- تشجيع التماسك الأسري.
٥- إرشاد المقبلين على الزواج وتأهيلهم لإنشاء أسرة مستقرة.
٦- التدخل لإصلاح ذات البين.
٧- تبني القضايا العادلة لكافة أطراف الأسرة.
٨- تشجيع احترام الوالدين.
٩- إقرار مفهوم العدل والإنصاف والكرامة عوض المساواة المثلية والندية التي ترهق كل أطراف الأسرة وتهدد بتفكيكها.

مواصفات المرشد الأسري:

١- أن يكون لديه الشهادة أو المؤهل العلمي الذي حصل عليه في هذا المجال، ومرخص له فيه.
٢- أن يكون له أبحاث ودراسات وسمعة حسنة في هذا المجال.
٣- ألا يكون الأمر بالنسبة له هو مجرد تحصيل المال والرغبة في الربح فقط.
٤- أن يكون أمينا على أسرار من يسأله ويسترشد به متقناً لعمله متفوقا فيه.
٥- أن يكون مشهوراً بالسيرة الطيبة وحسن الخلق بصفة عامة مراعياً للقواعد المهنية والأخلاقية المرتبطة بهذا المجال.

فوائد الإرشاد الأسري :

تتمثل فوائد الإرشاد الأسري بفوائد على مستوى الفرد، وعلى مستوى الأسرة، وعلى مستوى المجتمع، وتتضمن:

- زيادة الوعي المجتمعي بمفهوم الأسرة السعيدة والصحية أو المتعافية.
- زيادة وعي الأسر بالمشكلات التي تؤدي إلى توتر العلاقات الأسرية، وأثرها على أداء الأسرة لدورها بفاعلية.

- الوقاية من المشكلات الأسرية، والعمل على معالجتها عند وقوعها.
- تشجيع مهارات الحوار والتواصل الفعال بين جميع أفراد الأسرة.
- تطبيق مهارات حل الصراعات والمشكلات في التعامل مع المشكلات والأزمات الأسرية.

أهداف الإرشاد الأسري:

١- تحسين التواصل الأسري وتهيئة المناخ لنجاح عمليات التواصل.
٢- تغيير السلوك الأسري وتدريب أعضاء الأسرة على كيفية التعامل معا.
٣- تحقيق سعادة واستقرار واستمرار الأسرة.
٤- الحفاظ على نسق الأسرة ومساعدتها ككل.
٥- مساعدة الأسرة في التغلب على المواقف الصعبة والمشكلات التي تواجههم.
٦- معرفة نقاط الضعف التي تؤثر في علاقات وتفاعلات الأسرة كنسق اجتماعي.
٧- العمل على تقوية القيم الإيجابية للأسرة التي تحقق التوازن والاستقرار في الأسرة.
٨- مساعدة الأسرة وأعضاءها على ترك وإهمال القيم السلبية.
٩- مساعدة الأسرة على رفع مستوى أدائها الاجتماعي.
١٠- العمل على تحقيق التوازن والتماسك في العلاقات الأسرية.

تعريف الإرشاد الأسري

- مساعدة أفراد الأسرة (الوالدين والأولاد وحتى الأقارب) فرادى أو كجماعة، في فهم الحياة الأسرية ومسئولياتها لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسرى، وحل المشكلات الأسرية .
- مدخل شامل للعديد من المداخل الإرشادية ،يتناول الأسرة كوحدة كلية إرشادية ، والتركيز على أفرادها الذين يتلقون الإرشاد.
- محاولة لتعديل العلاقات داخل النسق الأسرى، باعتبار أن المشكلات الأسرية ما هي إلا نتيجة لتفاعلات أسرية خاطئة وليست خاصة بفرد معين في الأسرة، فالفرد صاحب المشكلة عبارة عن حالة داخل نسق أسرى مضطرب يحتاج إلى الإرشاد فضلاً عن إرشاد الأنساق الفرعية له، فالمشكلة هي النسق الأسرى ذاته وليس الفرد.
- المدخل الإرشادى الذي يتخذ من الأسرة نقطة انطلاقه ومحور ارتكازه، وليس الفرد ، بل إن الأسرة ككل تحتاج إلى الرعاية بعد تشخيصها جيداً.
- مجموعة من التوجيهات العلمية التي تقدم لأسرة الطفل لاسيما الوالدين بهدف تدريب و تعليم أفراد الأسرة على اكتساب المهارات و الخبرات التي تساعدهم في مواجهتها.

- العمليات التي تتم داخل الأسرة كوحدة تشمل على مجموعة من الإفراد وفيه تلتقي الأسرة مع المرشد لمناقشة ديناميات كل فرد من حيث علاقاته وتفاعلاته مع باقي أعضاء الأسرة.
- محاولة تعديل العلاقات داخل النسق الأسري، باعتبار أن المشكلات الأسرية ما هي إلا نتيجة لتفاعلات أسرية خاطئة وليست خاصة بفرد معين في الأسرة.
- الإرشاد الذي يتناول فيه الأسرة كجماعة وتبذل فيه الجهود لتحسين فهم الجماعة لنفسها ولبعضهم البعض والتفاعل فيما بينهم.

القيم الأخلاقية لممارسة الإرشاد الأسري

١-احترام هوية الأسرة، وشخصيات أفرادها، وفردية كل منهم وحقوقهم واستقلاليتهم.

٢-توفير معلومات للأسرة عن طبيعة العمل (الإرشاد الأسري) وتوضيح مخاطره وحقوقهم ومسؤولياتهم وواجباتهم المترتبة على مشاركتهم في العمل.

٣- تشجيع أفراد الأسرة على المشاركة وأخذ دور فاعل في العملية الإرشادية.

٤- معاملة جميع أفراد الأسرة بالتساوي وعدم تفضيل أحد منهم على الآخرين لأي سبب.

٥- الالتزام بمبدأ السرية في العمل وحماية الهوية الشخصية للأسرة.

٦- الدفاع عن حقوق الأسرة وأفرادها وحمايتهم من الممارسات الخاطئة وغير الأخلاقية وغير القانونية من جانب زملاء المهنة.

٧- احترام المرشد لقدراته وإمكانياته العلمية والمهنية والعمل في حدودها.

٨- عدم استخدام سلطته لتحقيق أغراض شخصية ومكاسب مادية.

٩- عدم نقل معلومات خاطئة عن طبيعة عمله وقدراته ومهاراته إلى الأسرة أو أحد أفرادها.

مبادئ أساسية في الإرشاد الأسري

توجيهات للمرشد الأسري:

١- أن لكل أسرة روابط وقواعد وقوانين وشبكة اتصال وعلاقات وعادات فريدة خاصة بها.

٢- أن أفراد الأسرة يتصرفون داخل الأسرة بطرق وأساليب تختلف عن تصرفاتهم خارجها.

٣- أن البيئة الأسرية هي بيئة فريدة خاصة مقارنة بأي بيئة تجمع عدد من الأشخاص.

٤- أن الأسر تبحث عن التوازن أو الاتزان فعندما تتشكل العلاقات، والأدوار والمسؤوليات وتستمر لفترة زمنية معينة فإن الأسرة ترفض أي محاولة للتغيير، كما أن التغيير يتطلب من المرشد كسر هذا التوازن.
٥- أن أفراد الأسرة يمكن أن يدفعوا بعضهم إلى الجنون، فبعض الأفراد (المسترشد صاحب المشكلة على وجه الخصوص) تظهر لديه بعض الأعراض التي يستهدف من خلالها خفض درجة التوتر في الأسرة.
٦- أن الأعراض الأسرية (الأنماط) يمكن نقلها من جيل إلى آخر، وأن الأسر تتمسك غالبا وبدرجات متفاوتة بهذه الأعراض وترفض تغييرها بدرجات متفاوتة أيضا.
٧- وأنت ترشد مشكلة أحد أفراد الأسرة أن المشكلة يمكن أن تظهر لدى فرد آخر في الأسرة.
٨- أن الإرشاد الناجح يتطلب منك العمل على إعادة الأسرة إلى المسار السليم في طريقة اتصال أفراد الأسرة بعضهم ببعض.
٩- أن المرشد الناجح هو من يستخدم تقنيات إرشادية مختلفة بناء على حاجة الأسرة وكل فرد فيها.
١٠- أن تحقيق أفضل نتائج من الإرشاد الأسري يعتمد بدرجة كبيرة على مدى إدراك وفهم أفراد الأسرة لديناميات الجماعة وتواصلهم بشكل مستمر وبحرية، ودرجة تحملهم لمسؤولية تغيير السلوك.
١١- أن الإرشاد الأسري يمكن أن يوجه نحو الأسرة ككل أو نحو فرد من أفرادها أو نحو أفراد معينين.
١٢- أن بإمكانك أن تستخدم جميع الطرق الإرشادية للتعامل مع جوانب مختلفة في المشكلة الأسرية.
١٣- أن الإرشاد يمكن أن يشمل تعديل أو تغيير طريقة الاتصال والتفاعل بين أفراد الأسرة، كما يمكن أن يوجه نحو تغيير الأدوار والمسؤوليات، وتعديل السلوكيات، هذا بالإضافة إلى تعديل أو تغيير طبيعة العلاقات بين أفراد الأسرة.

الفرضيات الأساسية الإرشاد الأسري

١- إن جزءاً كبيراً من أهمية الإرشاد الأسري مستمد أساساً من أهمية الأسرة نفسها كأهم النظم الاجتماعية القائمة في المجتمع التي شهدت الانطلاقة الأولى لخدمة الفرد والتي لا يمكن إغفال قيمتها حتى على مستوى العلاج الفردي.
٢- تكمن أهمية الإرشاد الأسري في أنه لا يجوز الفصل بين تنمية وتغير كل من الفرد وأسرته فهماً دائماً يسيران في خط متوازي .
٣- يرى المؤيدون الإرشاد الأسري أن الخبرة الميدانية أوضحت أنه عندما يرشد الفرد الذي يعاني من مشكلة بعيداً عن الأسرة فإن أجزاء أو جوانب

هامة من المشكلة الكلية تظل غير واضحة ، كما أن الأسرة لا تهتم كثيراً بالإرشاد التي ليست هي طرفاً فيه ، وأن هذه المشاكل سرعان ما تزول إذا أخذت الأسرة في الاعتبار كجزء أساسي من البرنامج الإرشادي .

٤- إن العمل مع الفرد صاحب المشكلة في الأسرة ، وحدة متقدمة في الإرشاد بعيداً عن الأسرة قد يؤدي إلى معاناة فرد آخر لكي يعود التوازن للنسق الأسري ككل ، ولذا فإنه لا مناص من العمل مع الأسرة .

٥- جاء الإرشاد الأسري مصاحباً لتحول النظر من الاهتمام بالتعامل فقط مع الحالات الفردية إلى الاهتمام أيضاً بالجماعات الصغيرة .

٦- اهتم أنصار الاتجاه النفسي الاجتماعي في خدمة الفرد بكل من الجوانب النفسية والاجتماعية للفرد صاحب المشكلة ، غير أنهم كانوا عندما حاولوا تفسير سلوك هذا الفرد كانوا يعتمدون اعتماد شبه مطلق على نظريات " فرويد " في التحليل النفسي والاستيطان الداخلي ولقد وجد كثير من الأخصائيين الاجتماعيين في العلاج الأسري مما يساعدهم على تفسير سلوك الفرد في موقفه وبيئته الاجتماعية.

٧- إن زيادة الاهتمام بالعملية التشخيصية والحاجة إلى إجراء العديد من المقابلات التشخيصية يعتبر من ضمن العوامل التي دفعت إلى الاهتمام بالإرشاد الأسري الذي يساعد على إثراء المادة التشخيصية حيث تبدو المشكلات أثناء الجلسات الأسرية بصورة أوضح مما تبدو عليه اعتمادًا على التسجيل .

٨- يحدد الإرشاد الأسري بشكل واضح من هو المسترشد الذي يتمثل في الأسرة ككل ، بينما نجد أن ذلك يبدوا أمراً غير واضح في الاتجاهات التقليدية الأخرى ، فهل هو مقدم الطلب ، أو صاحب المشكلة ، أو الشخص ذو التأثير وكلها أمور تشكل صعوبة أمام الممارسين وقد تعوق خطة الإرشاد.

٩- إن المنطلق الأساسي في الإرشاد الأسري يكمن في كون الفرد يستجيب لموقفه الاجتماعي خاصة الجانب الأسري فيه ، لأهميته بالنسبة له ، هذا فضلاً عما يتصف بهذا الإرشاد بقدر كبير من المرونة حيث يمكن ممارسته بطرق متنوعة بطريقة مستقلة ، كما أن من الممكن ممارسته ضمنًا داخل أنواع الإرشاد الأخرى .

مراحل الإرشاد الأسري

المرحلة الأولى: الاهتمام في هذه المرحلة يكون مركزا على موقف الأسرة الحالي والصورة أو الوضع الذي عليه الأسرة وهنا قد يذهب المرشد لبحث تاريخ الأسرة وتحديد مصادر المساعدة التي يملكونها والتي تساعدهم للوصول إلى الحالة المرغوبة.

المرحلة الثانية: أثناء هذه المرحلة من الإرشاد فإن الأسر تبدأ في إدراك أن العلاقات ممكن تغييرها وأن الصراعات الهدامة داخل الأسرة ممكن أن تذكر.

المرحلة الثالثة: وهي في نهاية الإرشاد حيث يشعر المرشد والأسرة على أنها قادرة على أن تقود نفسها بنفسها وأن المرشد كمصدر مساعدة متاح لهم والأسرة تستقل عنه.

أدوار المرشد الأسري في مراحل العملية الإرشادية والعلاجية

مما سبق عرضه يمكن القول بأن أهم ما يميز كل مرحلة من أداء المرشد الأسري لدوره ما يلي:-

المرحلة الأولى : الغرض منها تكوين صورة عامة عن الأسرة ومشكلاتها ويشرح المرشد دوره للأسرة ونوع العلاقات بينهم وما هو متوقع منه ويبدأ في مناقشة مشكلاتهم وهذا يعني قيامه بما يلي:-

- الاستماع من كل طرف من خلال عقد المقابلات الفردية مع كل شخص على حده.
- يحدد نقاط الالتقاء المشتركة بين الطرفين ليبدأ بها في اللقاءات المشتركة التي سيتم المواجهة بين الأطراف من خلالها.
- التعرف على نقاط الاختلاف بين الأطراف حول الموضوعات المتعلقة بالموقف الاشكالى وكيفية التغلب على هذه الاختلافات من خلال الحلول التي يقبلها الأطراف المختلفة.
- التهيئة النفسية لعملية المواجهة وكيفية تخفيف حدة التوتر للإرشاد المشكلة من خلال حضورهم واستعدادهم وتقبلهم لآراء المرشد النفسي المهمة.

المرحلة الثانية

- الاستماع إلى المقترحات لكل منهم لكيفية التغلب على الصراع فيما بينهم.
- الوصول إلى تصور علاجي محدد من خلال مسئوليات محددة لكل طرف والتعهد بالالتزام أمام الطرف الآخر.
- الاتفاق على إبعاد المؤثرات من الأشخاص والمواقف التي تثير مرة أخرى ظهور الصراع.
- الاتفاق على كيفية الاتصال مع المرشد لمتابعة تنفيذ الخطة الإرشادية .

المرحلة الثالثة

- السؤال عن أحوال الأسرة بعد توزيع المسئوليات بين الأطراف المختلفة.
- معرفة معدلات الإنجاز في تحقيق الأهداف الإرشادية وإبرازها لتدعيم وتشجيع الأطراف للاستمرار في عملية الإرشاد الاسري.
- وضع خطة لإزالة الآثار النفسية التي ترتبت على حدوث الموقف الإشكالي.

- تنفيذ برنامج المتفق عليه بين أفراد الأسرة والمرشد النفسي لمشكلتها.

مهارات المرشد الأسري

اللقاء الأول مع الأسرة

يجب على المرشد القيام بما يلي:-

- التعرف على المشكلة من مصدر التحويل.
- جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات عن الأسرة من مصادر مختلفة.
- التأكد من أن الغرفة مريحة من حيث التهوية- الإنارة- المقاعد.
- التأكد من عدم دخول أي شخص آخر خلال الجلسة.
- التأكد من عدم تحول أي مكالمات هاتفية أثناء الجلسة.
- ترتيب المقاعد حسب عدد أفراد الأسرة.

أثناء الجلسة يجب على المرشد القيام بما يلي:-

- توفير جوانب الراحة والأمان لجميع أفراد الأسرة.
- عدم التدخل في جلسة أفراد الأسرة، أو ترك الخيار لهم أين يجلسون حيث يساعد على التعرف على طبيعة التحالفات الموجودة داخل الأسرة.
- التعرف على الذات وعلى المركز وطبيعة الخدمات التي يقدمها.
- التوجه إلى كل فرد من أفراد الأسرة للتعرف على ذاته، المدرسة، العمل، الهوايات، الأصدقاء.....إلخ.
- عدم الحديث عن المشكلة قبل التعرف على الجميع وخلق جو من الراحة والألفة مع أفراد الأسرة.
- العمل على إشعار كل فرد من أفراد الأسرة باهتمام المرشد بشكل فردي.
- يجب تفحص هيكلية الأسرة والأدوار والتفاعلات فيما بينهم.
- على المرشد النظر باهتمام لمزاج أفراد الأسرة ووجودها في الجلسة هل هم راغبين أم مرغمين على الحضور.
- التفحص ما بين الأسطر أنه في أغلب الحالات يحاول أفراد الأسرة عدم إظهار أسلوب تعاملهم مع بعضهم البعض.
- يجب على المرشد ملاحظة من أفراد الأسرة يحاول التقرب منه وجلبه إلى جانبه وجعله من حلفائه.
- يجب احترام الهيكلية الهرمية والسلطة الموجودة داخل الأسرة.
- يجب على المرشد المرونة في تحليل النتائج وفي وضع فرضيات مختلفة والعمل على فحصها خلال عملية الإرشاد المستمر.

اللقاء الثاني- تحديد المشكلة:

النقاط الأساسية التي يجب على المرشد أخذها في الاعتبار:

- العمل على أخذ وجهة نظر كل فرد من أفراد الأسرة في تعريفه وتحديده للمشكلة وكيف يراها.

- تلخيص كلام كل فرد للتأكد من أن وجهة النظر قد وصلت للمرشد لتعريف المشكلة.
- التوسع أكثر في تاريخ وتكرار المشكلة.
- التعرف على التغيرات التي حدثت في تلك الفترة.
- التعرف على ميكانيزمات الدفاع والتوافق مع المشكلة خلال هذه الفترة عند جميع أفراد الأسرة.
- في النهاية يتم تلخيص المشكلة من قبل المرشد وذلك لتحديد المشكلة.
- تحديد الأولويات التي يودون العمل معها.

اللقاء الثالث- تحديد الأهداف:

- يجب مشاركة جميع أفراد الأسرة في تحديد الأهداف.
- يجب التوسع في الأهداف التي تطرح وصياغتها بطريقة واقعية يمكن قياسها وتجزئتها من أجل تسهيل العمل معها.
- يجب تحويل التصرفات والكلمات إلى مشاعر يتطلب العمل معها وتحديدها ضمن أهداف واقعية يشعر بها جميع أفراد الأسرة.
- العمل على كسر الأنماط الموجودة عند الأسرة والتي تحافظ على بقاء المشكلة كما هي.
- يجب أن تكون الأهداف واضحة ومتفق عليها داخل الأسرة من أجل إنجاحها.
- العمل على تقسيم الأهداف إلى أهداف طويلة الأمد وأهداف قصيرة الأمد.
- يجب العمل مع الأسرة من أجل تحديد أولياتها وترتيبها بطريقة تضمن نجاحها مع محاولة تحديد الفترة الزمنية.

اللقاء الرابع :

١- تحديد الآليات (الطرق والخطوات المتبعة للوصول إلى الأهداف) وتتسم بـ:

- آليات تتطابق مع خصوصية كل حالة.
- تتطابق مع عادات وتقاليد وقيم وديانة الأسرة.
- الإمكانيات الاقتصادية المتوفرة لدى الأسرة.
- يجب أن تكون الآليات واقعية وسهلة التطبيق.

٢. تمكن المرشد من هذه الآليات ليساعد في تطبيقها بشكل أدق وأنجع.

٣. اختيار الأساليب الأمثل للوصول إلى أهداف الأسرة.

٤. التعرف على طبيعة التحالفات الموجودة في داخل ا لأسرة يساعد بشكل كبير في اختيار المهارات والآليات الواجب إتباعها فذلك يحدد كيفية تقسيم العائلة إلى مجموعات للعمل معها ضمن جلسات منفردة.

اللقاء الخامس: يجب أن تتوفر لدي المرشد مهارات قيادية عالية والتي نذكرها:-

- إمكانية قيادة الجلسة وضبطها وتوجيهها.
- لعب دور المعلم والمربي والمثل الأعلى لأفراد الأسرة خلال الجلسة.
- سرعة البديهة دون الملاحظة.
- التمكن العالي من مهارات الإرشاد وتطبيقها مثل: صياغة الجمل وعكسها، عكس المشاعر الموجودة بين الكلمات .
- تلخيص الكلام الدائر في الجلسة، الإصغاء الجيد .
- استخدام الأمثلة من أجل مساعدة الأسرة على الكلام مع بعضهم البعض بدلاً من التحدث معه.
- إجلاس أفراد العائلة بطريقة تسمح لهم برؤية بعضهم البعض.
- استخدام الكراس الفارغ لما له من إيجابيات كثيرة عند المنتفعين.
- استخدام حركات الجسم أثناء الجلسة لما لها من تأثير على قيادة الجلسة.

اللقاء السادس- الإنهاء والتقييم:-

مرحلة الإنهاء يجب أن تكون قد تم التمهيد لها خلال العمل مع العائلة:

- التقييم يجب أن يكون عملية مستمرة، أي أن التقييم يجب أن يتبع كل خطوة/ خطوات الإرشاد ، أي أن نصل إلى تقييم العمل النهائي.
- بسؤال الجميع عن التغيرات التي يلاحظونها في عائلاتهم، تقييمهم للخلل الذي كان موجود وكيف تم العمل عليه وما هي الأدوار التي قام بها كل فرد للتخلص من المشكلة، وكيف يرى كل واحد دور الآخرين في حل المشكلة.
- التعرف على التخوفات الموجودة عند كل فرد من أفراد العائلة فيما يخص أنها عملية الإرشاد.
- ما هي الخطوات الواجب إتباعها في حالة بروز مشكلة جديدة في داخل الأسرة.
- يجب تزويد العائلة بالتعزيز الإيجابي للدور الجيد الذي قامت به خلال عملية الإرشاد وإبراز الجوانب الإيجابية والإمكانيات الموجودة عندهم لحل مشاكلهم المستقبلية.
- إبقاء الباب مفتوح أمامهم أي أنهم، بإمكانهم الاتصال بالمرشد بأي فترة يحتاجونه.

فنيات الإرشاد الأسري:

١- المحاضرة: يتمثل التطبيق لهذه الفنية في تقديم معلومات لأعضاء النسق الأسري، وذلك بطريقة بسيطة يسهل فهمها لأعضاء الجلسة الأسرية، لزيادة استبصارهم بتلك المفاهيم بطريقة موضوعية، مما يشجعهم على تلقى المعلومات المتضمنة في المحاضرة، ذات الصلة بمشكلاتهم الخاصة، بما يهيئ لهم موقفا تعليميا يبدأ من شعورهم بأن احد أسباب مشكلاتهم هو

افتقادهم إلى معلومات عن تلك المفاهيم فيدفعهم ذلك إلى متابعة الجلسات، وخلق أهداف جديدة تتمثل في الرغبة في حل المشكلة التي يعانون منها الهدف التطبيقي لهذه الفنية

- إعادة البناء المعرفي لأعضاء الجلسة الأسرية.
- تهيئة بيئة أسرية تسهم في النمو النفسي السوي.

٢- الحوار والمناقشة: يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في استخدام المناقشة الجماعية كمنهج ملائم يمكن أن يخدم الحوار وتبادل الرأي وتغير المعرفة بشكل دينامي، والذي يؤدى إلى استثارة التفكير الذاتي لأعضاء الجلسة بما فيه أفكارهم واتجاهاتهم ، وبهذا تصبح المادة العلمية دافعا قويا نحو إثارة الموضوعات المختلفة للمناقشة الهدف التطبيقي لهذه الفنية:

- إعادة البناء المعرفي لأعضاء الجلسة الأسرية تعديل الأفكار الخاطئة.
- تعزيز التواصل بين أعضاء الجلسة من خلال تشجيعهم على الحوار والمناقشة.
- التعرف على آداب الحديث فتح قنوات التواصل بين أعضاء الأسرة.
- التحليل المنطقي للأفكار غير العقلانية.
- تفنيد الاستجابات غير الواقعية، ودحضها بالإقناع.
- تشجيع أعضاء الجلسة على تكوين أفكار منطقية تكون بمثابة حافز وإدراكه بالتقبل من أعضاء النسق الأسرى.

٣- إعادة الصياغة: يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في إعادة تشكيل المواقف التي تواجه عضو الأسرة و سبل حلها من زوايا مختلفة ، الهدف التطبيقي لهذه الفنية:

- يتمثل في إعادة صياغة الأفكار اللاعقلانية لعضو النسق الأسري.
- وتبنى رؤية جديدة.

٤- التجسيد الأسري: يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في التعرف على طبيعة أداء النسق الأسري، وطريقة التواصل، والعلاقات البين شخصية، من خلال تجسيد بعض المواقف الموجودة داخل النسق الأسرى، الهدف التطبيقي لهذه الفنية:

- يتمثل في العمل على زيادة وعي أعضاء الأسرة وخاصة الوالدين بطريقة تواصلهم.
- الصورة التي ينظرون بها إلى عضو الأسرة.

٥- التواصل: يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في العمل على تحسين التواصل بين أعضاء النسق الأسري، وذلك باستخدام عدة استراتيجيات منها إستراتيجية بناء التواصل الأسرى بهدف بناء قنوات تواصل في حالة عدم وجود قنوات تواصل بين بعض الأنساق داخل الأسرة أو خارجها، وغلق

قنوات تواصل خاطئة مثل التأكيد على ضرورة أن يتحدث كل عضو من أعضاء النسق عن نفسه فقط دون التطوع بالحديث عن شخص أخر، وإيجاد الفهم المتبادل للرسائل داخل الأسرة، وإتمام عملية التغذية الرجعية، وفهم التواصل اللفظي وغير اللفظي في الأسرة، بالإضافة إلى تدريب أعضاء النسق الأسرى (خاصة الوالدين) على طرق التواصل.

٦- التعزيز الإيجابي: ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم مدعمات إيجابية (مادية أو اجتماعية) لعضو الأسرة لدى قيامه بسلوك مرغوب. الهدف التطبيقي لهذه الفنية:

- يتمثل في تدريب الوالدين على كيفية استخدام ما يمنحانه لعضو الأسرة من اهتمام ومزايا) معنوية- مادية) بشكل منظم يؤدى إلى تعزيز السلوك.
- حث عضو الأسرة على إن ممارسة السلوك المرغوب يجب أن يصبح جزءا من سلوكه اليومي.

٧- لعب الأدوار: يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في إسناد دور ما لعضو الأسرة، ثم تبادل الأدوار بحيث يضع الفرد نفسه مكان الأخر، وبذلك يدرك هذا الآخر، وما دفعه إلى السلوك الذي قام به الهدف التطبيقي لهذه الفنية: يتمثل في معايشة عضو الأسرة للدور ومهامه.

٨- التغذية الراجعة: يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم تعديل مباشر لاستجابات عضو الأسرة، أي تقويم سلوك عضو الأسرة المرغوب منها وغير المرغوب بهدف تقويمه عن طريق كف للسلوك غير المرغوب فيه ودعما للسلوك الايجابي المرغوب فيه الهدف التطبيقي لهذه الفنية: ويتمثل في أن يتعرف عضو الأسرة على مدى قبول أو عدم قبول استجابته مباشرة

٩- النمذجة: ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تعليم عضو الأسرة سلوكا معينا من خلال ملاحظة شخص ما يمثل قدوة بالنسبة له وفقا للتوجيهات المعطاة له.

١٠- التدريب ألتوكيدي: ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تدريب عضو الأسرة على التعبير عن مشاعره وأفكاره واعتقاداته، والدفاع عن حقوقه بشكل ايجابي يحسن من مفهومه لذاته. الهدف التطبيقي لهذه الفنية:

- يتمثل في تدريب عضو الأسرة على الايجابية في العلاقات الاجتماعية.
- زيادة الوعي بالحقوق الشخصية والتمايز بين التوكيدية.

١١- الواجبات المنزلية: يشير هذا الأسلوب إلى التصرفات التي تطلب من أفراد الأسرة أن يقوموا بها فيما بين الجلسات وبذلك يتعود أفراد الأسرة على أن يفهموا أنهم إذا غيروا سلوكهم فإنهم يمكن أن يغيروا كيف يشعرون وكيف يفكرون كذلك وتعمل الواجبات المنزلية على إعادة بناء مسارات الأسرة بإعادة بناء التقارب وتغيير مسافة الود بين الأفراد.

١٢- التخطيط العرقي (الوراثي) هو مخطط تركيبي للعلاقات بين ثلاثة أجيال تدخل الأسرة بينها ويمثل هذا التخطيط خريطة توضح منظومة العلاقات في الأسرة أنها طريقة للوصول إلى القضايا الجوهرية في شكل خطوط بدلا من الكلام عنها وهى طريقة للتعرف على الحدود داخل الأسرة وبين الأسرة والعالم الخارجي وانتماء الأفراد للأسرة.

١٣- معالجة عدة أسر: وهو العمل مع عدة اسر في وقت واحد وهذا من شأنه أن يجعل الأسرة تشعر أن هناك اسر أخرى تعانى من مشكلات كما يجعل الأسرة تلعب دورا علاجيا فيما بينها ويخفف من التوترات تجاه المعالج إذا وجدت.

١٤- إعادة البناء المعرفي: يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية هو التغلب على الإدراكات والإحكام الخاطئة وخداعات الذات ويتعلم الفرد أن هذه الإدراكات الخاطئة هي السبب الرئيسي في المشكلات الانفعالية التي يعانى منها، مما يؤدى إلى الهدف التطبيقي لهذه الفنية في إعادة الجمل الداخلية أي) ما يقوله لنفسه) .

استراتيجيات الإرشاد الأسري:

الإستراتيجية الأولى توظيف مفاهيم نظرية الاتصال: تركز هذه الإستراتيجية على الاستخدام الفعال لقنوات الاتصال مرتكزة في ذلك على جهود المرشد الأسري في أن يوضح سوء الفهم وأسباب عدم تفهم مضمون الرسالة ومعرفة معانيها من خلال معرفة المزيد من العلاقات والتفاعلات .

الإستراتيجية الثانية تعديل البناء الأسري: أن هناك بعض المواقف والمشكلات التي تستدعي من المرشد الأسري أن يتدخل بشكل مباشر لتوجيه وتعديل بناء الأسرة ، والمقصود ببناء الأسرة هنا مجموعة المكانات والأدوار التي يشغلها كل عضو في النسق الأسري وخارجة وتأثير ذلك على المشكلات الأسرية ، ومن ثم فإن المحك الأساسي للمرشد في هذه الإستراتيجية يقوم على افتراض إن عدم التوازن في البناء الأسري يؤدي حتماً إلى عدم التوازن في إشباع الحاجات ، ومن ثم يؤثر على قيام الأسرة ككل بأدوارها وإشباع حاجاتها وحاجات أنساقها الفرعية فتظهر المشكلات .

الإستراتيجية الثالثة التوازن الأسري: يشار إليها أحياناً على أنها أساليب التوازن الأسري ومحتويات هذه الإستراتيجية توصيف التوازن الأسري القائم ، والتعرف على الأدوار القائمة ، واكتشاف النقص في ممارسة الأدوار ، وانعكاسات الأدوار وعلاقتها بالتوازن ، والمرونة في إحداث التوازن وقدرة الأسرة على مواجهة المشكلات غير المتوقعة ، وبناء أدوار جديدة ، وإعادة توزيع الأدوار القائمة ، واستثمار التغيرات القائمة في مساعدة الأسرة على استعادة التوازن ، وتهدف هذه الإستراتيجية إلى مساعدة الأسرة على الاستقرار المرن لتلبية المتطلبات الجديدة للنسق الأسري كنسق مفتوح ، ويستخدم المرشد

الأسري هنا مهاراته المتنوعة في المناقشة والتحليل والإيضاح لمعرفة مناطق الضعف في النسق الأسري التي تؤثر على أداء الأسرة لأدوارها بفاعلية ، ويسعى المرشد إلى إحداث التغيرات في ضوء توظيف أساليب التفاعل والاتصالات واستثمار طاقة الموارد والطاقات المتاحة في الأسرة وخارجها لاستعادة التوازن الأسري ومسايرة الأسرة لعمليات التغير المستمر.

الإستراتيجية الرابعة تغيير القيم أو إعادة بنائها: فقد يكون الاختلاف بين قيم أفراد الأسرة أو قيم المجتمع سبباً في حدوث العديد من المشكلات وبصفة عامة فإن هذه الاختلافات في القيم تؤثر على الأسرة ككل ، ويسعى المرشد الأسري إلى تحديد القيم العامة التي تؤدي إلى إحداث الصراع ويحاول بطبيعية الحال أن يدفع أفراد الأسرة إلى القيم البنائية المرغوبة التي تزيد من التماسك وتقلل من الصراع .

مهارات المرشد الأسري :

إن فاعلية الإرشاد الأسري يتوقف على مهارة وقدرة المرشد على تناول الإرشاد بصورة سليمة وقيادة الأسرة نحو تحقيق أهدافها فيرتبط المرشد الأسري بالأسرة باعتباره عضواً متفاعلاً في النسق الإرشادي ويقوم بتحليل النسق الأسري وتفهم طبيعة العلاقات ، وكيف أسهمت في خلق المشكلة ، كذلك يقوم المرشد الأسري بتكوين اتصالات إرشادية فعّالة ويتأكد من أن المسائل تم استقبالها بمعناها المقصود وأن يؤكد على أهمية الاتصال الواضح السليم بين أعضاء الأسرة وبينه هو وبين أعضاء الأسرة ككل والأنساق الخارجية في المجتمع ، ودور المرشد الأسري في الإرشاد الأسري يتطلب منه القيام بدور مزدوج هو دور الوسيط ودور الملاحظ .

فدور الوسيط كما يراه " زوك " يعني مناصرة أحد أفراد الأسرة والاهتمام به في مواجهة فرد آخر ، وهذا الدور هو من الأمور التي لا مفر منها في الإرشاد الأسري، وأن لذلك القيمة الإرشادية لإحداث التوازن داخل الأسرة والقضاء على مصدر هام من مصادر مشكلاتها ، ويتطلب هذا الدور من المرشد الأسري عدم الانحياز إلى أي نسق فرعي دون شرعية أو وجه حق مع تقديم وجهات نظر جديدة تساعد على توازن الأسرة وتماسكها ، أما دور الملاحظ فيعني أن يقوم المرشد بملاحظة كل ما يدور في الجلسات الأسرية وإدراك مدلوله، فالطريقة التي تختارها الأسرة للجلوس غالباً ما تعكس طبيعة العلاقات والتفاعلات في الأسرة.

دور المرشد الأسري في معالجة الخلافات الأسرية :

١- **الدور الوقائي :** تفادي المشاكل والأمراض الفردية ، والمشاكل الأسرية وذلك عبر:

- تعزيز العلاقات الأسرية .

- الإرشاد والتوجيه اللذين يعطيان الأطراف الاستبصار الكافي لحل المشاكل ولتفاديها
- التوعية والتثقيف الاجتماعي، الصحي ، التربوي لتفادي المشاكل الأسرية المختلفة .

٢- الدور العلاجي:

- معالجة المشاكل والأزمات الأسرية بالتعاون مع أصحاب المشكلة أنفسهم
- مساعدة أفراد الأسرة الذين يعاونون من مشاكل معينة على التوافق.
- المساعدة في التأهيل الجماعي للأسرة .

٣- الدور الإنمائي :

- تنمية الإمكانات والطاقات الشخصية الكامنة في أفراد الأسرة الواحدة .
- تمكين الأسرة بالأساليب العلمية المختلفة لحل مشاكلها المستقبلية وتعزيز الاستقلالية الذاتية للأسرة .
- المساعدة في تنمية البيئة الاجتماعية المحيطة بالأسرة وذلك عبر تفعيل الأدوار والمساعدات بين القطاع الأهلي الخاص والقطاع الرسمي.
- تحضير البرامج التنموية والاجتماعية والصحية التي تستهدف الأسرة .

نظريات الإرشاد الأسري

تركز نظريات الإرشاد الأسري على الفرد في الأسرة وعلى علاقاته وتفاعلاته معها، وعلى موقعه فيها وعلى صراعاتها وعلى طبيعة الاتصالات التي تحدث بين أفرادها ، وعلى نظامها وقوانينها :

١. **النظرية البنائية:Constructivist theory**

ارتبطت هذه النظرية بأبحاث سليفادور منيوش Minuchin. S حيث ركز على تفاعل أفراد الأسرة، كطريقة لفهم بناء وتنظيم الأسرة، وحث المعالجين الأسريين على محاولة معرفة كيف، ومتى، ولمن يستجيب كل فرد في الأسرة، ومن خلال ذلك يمكن تقدير بناء الأسرة والمشكلات التي تستدعي الإرشاد ، وتبحث هذه النظرية عن تغيير الأبنية (التركيبات) أي الاتحادات والانشقاقات داخل الأسرة، مع التركيز على الحدود بين الأنساق الفرعية داخل الأسرة، وخاصة الحدود بين الوالدين والطفل، وتفترض هذه النظرية أن معظم الأعراض تنتج نتيجة لفشل البناء داخل النسق الأسري، فالأعراض الفردية لا يمكن أن تفهم جيداً إلا من خلال النظر إلى نماذج التفاعلات داخل الأسرة، فالتغييرات البنائية لابد أن تحدث في الأسرة قبل إمكانية تحسين أو خفض الأعراض الفردية، ومن هنا فإن النظرية البنائية تنظر إلى الفرد صاحب (المشكلة) على أنه بمثابة مؤشر لبناء أسري يعاني من خلل، ولإحداث تغيير لدى الفرد، ينبغي أن يحدث التغيير ضمن بناء الأسرة، وما يتضمنه من أنساق فرعية، وبالتالي فالفرد الذي يعاني من اضطراب في الشخصية ما هو إلا مؤشر

لبناء أسري يعاني من خلل في أنساقه الفرعية، الأمر الذي يستدعي التدخل لتغيير بناء تلك الأنساق.

أي أنه يتوقع من أسرة معينة سلوك معين عندما يحدث تغير أو انفصال من موقف لآخر، وهذا المفهوم قد يكون في صالح الأسرة أو أعضائها أو على الأقل لبعض الوقت وقد يؤدى إلى خلق أو البقاء على بعض المشكلات، ويرتبط بهذا مفهومين هما التوازن وعدم التوازن أو الاضطراب ، فتسعى الأنساق إلى البقاء في حالة التوازن، ولكن عندما يحدث الاضطراب نتيجة لتغير البناء تحاول الأسرة أن تصل إلى التوازن والاستقرار مرة أخرى، ولكن قد لا يكون نمط التفاعل قادراً على الوصول بالأسرة إلى درجة مناسبة من التوظيف الاجتماعي، فالتوازن هو توازن دينامي وتشتمل هذه النظرية على المفاهيم التالية :

١- بناء الأسرة Family Structure البناء الأسري طريقة منظمة يتفاعل فيها جميع أفراد بانتظام، ويحوي أشكالاً أو نماذج من التفاعلات لا يمكن التنبؤ بها (غير واضحة)، مما يؤدي إلى وجود خلل في استجابات الأفراد للمؤشرات داخل النسق الأسري تعتبر الأسرة أساس النسق الإنساني .

٢- الأنساق الفرعية للأسرة Family Subsystems Spousal يتضمن العديد من الأنساق الفرعية، ومصطلح أنساق فرعية يشمل النسق الزواجي Extended والممتد ، Sibling أب وأم ، والأخوي Parental زوج وزوجة ، والوالدي الأجداد، الأقارب، وقد يمتد إلى علاقات دور العبادة والمدرسة ، وتتحدد هذه الأنساق الفرعية ببعض المتغيرات مثل السن، والجنس، الاهتمامات العامة، أداء الدور، وقواعد حدود تتلائم مع طبيعة كل نسق ، وتعرف بأنها الحواجز العاطفية التي تحمي وتعزز انسجام.

٣- الحدود الأفراد Boundaries تحكم هذه الحواجز مدى حدود العلاقة بالآخرين، ويمكن تصور الحدود الشخصية على أنها متصل يتراوح ما بين الحدود الجامدة إلى الحدود المنتشرة فالحدود الجامدة تؤدي إلى حواجز صماء بين الأنساق الفرعية داخل وخارج الأسرة، ويرجع ذلك إلى وجود فجوة بين الأجيال، فقد لا يكون لدى الأب والطفل القدرة على التفاهم والترابط فيما بينهم، ففي هذه العملية يشعر الأفراد أو الأنساق الفرعية بالعزلة، وتهديد للعلاقات بين الأفراد، وبالتالي يصبح أفراد الأسرة منعزلين ليس فقط فيما بينهم، وإنما أيضاً عن الأنساق الموجودة في المجتمع ، بينما تعرف الحدود المنتشرة بأنها تلك الحدود التي تسمح بتداخل أفراد الأسر في شؤون بعضهم البعض، وتتميز تلك الأسر بشيوع أساليب المعاملة الوالدية السالبة كالحماية الزائدة للأطفال، التي تنمي لدى أطفالهم التبعية وعدم الاستقلال.

تهدف النظرية البنائية إلى ما يأتي

.....

١- تأسيس بناء هرمي فعال في الأسرة:

- مساعدة الوالدين على التوافق وملائمة بعضهم ليظهروا بموقف موحد أمام أبنائهم.
- مساعدة الأطفال ليصبحوا نظام من الأقران.
- زيادة تكرار التفاعل والرعاية ضمن أفراد الأسرة.

ووفقاً لهذه النظرية فإن دور المرشد هو إعادة تنظيم البناء للأسرة، وهو محرك للتغيير ويرسم ويخطط للبناء فهو نشط مشارك للأسرة يسهل تطورها ، ومن التكتيكات التي يستخدمها المرشد هنا ما يسمي بخريطة العائلة ويفيد في معرفة الحدود وطبيعتها وتمثيل ولعب دور للصراع الذي يحدث داخل البيت، وتغيير الحدود بإعادة ترتيب الجلسة الإرشادية ، وتغيير أماكن الجلوس والمسافات بين أفراد الأسرة والانتباه إلى مركز القوى وعمل نوع من التوازن وخاصة لدى بعض الأسر الفوضوية التي يدبر الأعضاء بها مصائد ومكائد وخاصة للأطفال.

٢. نظرية الاتصال Communication Theory

تعد فريجينا ساتير رائدة هذه النظرية في الإرشاد الأسري، وتؤكد هذه النظرية على التواصل والخبرة الانفعالية للأسرة والطلاقة في التعبير والابتكار وانفتاح الفرد على الآخرين وخوض المخاطر، مما يشكل محاور أساسية في نظرية التواصل ووفقاً لهذه النظرية فإن أشكال التواصل داخل الأسرة تتبلور في ثلاثة أشكال أساسية هي:

الشكل الأول: يعتمد على التواصل الكلامي بمعنى استخدام الكلمات في نقل المعاني المراد إيصالها للطرف الآخر.

الشكل الثاني: وهو يرتبط بالشكل الأول، ويتضمن نقل المعاني عن طريق الكلمات أيضاً، ولكن ليس بالطريق المباشر الواضح، بل عن طريق تنغيم الصوت (خفض، ارتفاع) أو بالتشديد على مقاطع بعض الكلمات أو بالإسراع أو بالإبطاء في نطق بعض الكلمات بما يوحي بمعان معينة، وهذا ما يطلق عليه الجوانب التنغيمية في التواصل.

الشكل الثالث: يتضمن استخدام لغة الجسم(Body Language) بالتواصل التعبيري بمعنى نقل معاني الكلمات عن طريق الإيماءات وتعبيرات الوجه، وحركات اليد، والإشارات، وهذا ما يطلق عليه طرق التواصل غير اللفظي.

ويعد الاتصال من أهم الموضوعات التي يتم من خلالها تحديد الشكل العام للإرشاد الأسرى وأسلوب الإرشاد المتبع، وتتضمن دورة الاتصال خمس خطوات رئيسية هي:

- انبثاق فكرة أو خبرة من عقل فرد (مرسل (يحاول صياغتها بشكل يسمح بإرسالها إلى حيث يريد (مستقبل) .

- الصياغة اللفظية أو التحديد الشكلي لتلك الفكرة أو الخبرة بشكل معين متعارف عليه لغوياً وحركياً، أي في شكل ألفاظ ورموز مفهومة.
- تفسير المستقبل لهذه الرسالة ومحاولة إدراك معانيها أو فك رموزها وهنا تصبح الرسالة واضحة لهذا الفرد.
- تتمثل في استجابة الفرد لهذه الرسالة، وقد تكون الاستجابة سلباً أو إيجاباً بحيث يتحقق على وجه التحديد مدى قبول أو رفض المستقبل لرسالة الطرف الآخر المرسل.
- التغذية المرتدة أو رجع الصدى إلى المرسل.

أهم خصائص الاتصال في الأسرة

أ - يبدأ الاتصال في الأسرة بأنفسنا وكيف نصدق ما يراه أعضاء الأسرة فينا، وهذا التبادل في الأسرة مبنى على إدراكنا لبعض، وهذا يتضمن العديد من الجوانب:

- كيف يرى الإنسان نفسه؟
- كيف يرى الشخص الآخر؟
- كيف يرى الشخص الآخر نفسه؟
- كيف يراك الشخص الآخر؟
- كيف يعتقد الشخص الآخر رؤيتك له؟

ب- أن الاتصال في الأسرة قابل للعكس ولا يمكن تكرارها.

ج - يتضمن الاتصال في الأسرة جانبي المحتوى والعلاقة، فأي اتصال يتضمن محتوى معين، وأيضاً فيه تعبير عن إدراكنا للعلاقة بيننا.

د - يستخدم الاتصال في الأسرة للتعبير وكوسيلة لها أغراض فيستخدم فيها الاتصال التعبير عن المشاعر والاتصال بالناس والقيام بمهام.

ه - ليس بالضرورة أن يحقق الاتصال إشباع لأفراد الأسرة، فعملية الاتصال ليست بسيطة بحيث تفهم وتمارس بسرعة وفاعلية، فهي ليست مجرد أحاديث ولكنها تتضمن أشياء تؤثر سلبياً أو إيجابياً، وقد تختلف الرسالة المرسلة عن الرسالة كما يستقبلها الطرف الآخر.

تهدف نظرية التواصل إلى إعادة بناء أساليب التواصل الأسرية السالبة المتمثلة في أسلوب المصلح، (اللوام المحلل للمسؤولية، المثير للربكة) والتي توصف بأنها غير فعالة، وتعوق التواصل المباشر المفتوح، وحث الأسرة على تقليل الرسائل الخفية، حيث ترى ساتير أنه إذا كان هناك اتصال فإنه يوجد تواصل ولتعلم الاتصال فإن ساتير قامت بتعليم الأسرة سلسلة من ، (Eye contact) عيني التفاعلات عن أثر الاتصال وخاصة عند عدم النظر أو اللمس أو التكلم بانسجام، وهذه الخطوات تأتي على شكل لعبة وهي

- اجلس شخصين ظهر منهما ملاصق للآخر واطلب منهما أن يتكلما.

- اطلب منهما أن يرى كل منهما بعيون الآخر وبدون أن يتلامسا أو يتكلما.
- اطلب إليهما أن يلمس كل واحد الآخر دون كلام أو أن يرى أحدهما الآخر.
- يحدقا ببعضهما دون لمس.
- أخيراً يلمس ويحدق ويتكلم كل منهما للآخر ويناقشه.
- تدريب الأسرة على بناء الخبرة الانفعالية السارة في الأسرة.
- الطلاقة في التعبير والابتكار وانفتاح الفرد على الآخرين وخوض المخاطر.
- تدريب الأسر على السيطرة على المشاعر الشخصية.
- تحرير أعضاء الأسرة أنفسهم من الماضي.

وفى ضوء ما سبق عرضه فإن أساليب الإرشاد الأسرى المستمدة من نظريات الاتصال تتضمن الأساليب الرئيسة التالية :

- فتح قنوات اتصال جديدة.
- غلق قنوات اتصال حالية.
- تدعيم قنوات اتصالات قائمة موجودة .
- إبعاد الأحداث العارضة والمتغيرات المحيطة التي تؤثر في فهم محتوى الرسالة عن عملية الاتصال.
- الاتفاق على أسس الاتصال ورموز الرسائل ومفاهيم الحياة الأسرية.
- تصحيح إدراك بعض الرسائل بين أفراد الأسرة.
- تنمية وتدعيم عملية التغذية العكسية ضماناً لتصفية النفوس وتوضيح الأمور التي عليها خلاف في الأسرة .

وهناك أساليب أخرى تتعلق بتوضيح الحدود بين مستويات الاتصال في الأسرة، وذلك من خلال توضيح الحدود في مستوى الاتصال بين الزوجين، الزوجة وأهل الزوج، الزوجين والجيران، الزوجين والأصدقاء، الزوجين وزملاء العمل، الزوجة وأهلها، الزوجين والأسر الأخرى، الأسرة والأنساق الأخرى في المجتمع .

ومن خلال الإرشاد الأسرى وباستخدام نظرية الاتصال لابد من تعديل وتحسين عملية الاتصال والاهتمام بالتفاعل الأسرى، كما أن تنمية المهارة في الاتصال وإيجاد أساليب جديدة للتفكير والإحساس والإنجاز من شأنه أن يساعد على تحقيق الاعتماد المتبادل والتفاهم وتبادل الآراء بين أفراد الأسرة، وبالقدر الذي يساعد على تخفيف الضغوط الأسرية القائمة سواء من داخل الأسرة أو من خارجها.

٣. نظرية النظم System Theory

تبنى نظرية النظم أساساً على فكرة النسق العضوي(Organic System) وهى الفكرة التي مؤداها أن كل شيء سواء كان فرداً أو مجموعة صغيرة أو تنظيماً رسمياً ، يمكن النظر إليه باعتباره نسقاً كلياً متكاملاً يتكون من أجزاء

مثل الكائن الحي، وأن لكل نسق احتياجاته الأساسية التي لابد من الوفاء بها، وهذه الاحتياجات يمكن إشباعها وتحقيقها بواسطة عدة بدائل أو متغيرات، كما أن النسق لابد أن يكون دائماً في حالة توازن؛ ولكي يتحقق ذلك لابد أن تلبى أجزاء النسق المختلفة احتياجاته الأساسية .

وبناء على هذه النظرية تعتبر الأسرة في أي ثقافة نظام يتكون من مجموعة من العناصر (الأفراد) تربطها علاقات وظيفية تفاعلية، يدخلها الفرد عن طريق الزواج أو الولادة لتحقيق أهداف مشتركة وأخرى فردية ، ولا يخرج منها نفسياً إلا بالموت، ومن خصائص هذا النظام، ما يأتي:

- هناك قواعد عامة محددة تضبط سير هذه الأنظمة.
- لنظام الأسرة هدف مثل تنشئة الأطفال أو تقديم دعم مشترك.
- يحتوي النظام أنظمة فرعية يفترض لها حدود خاصة، تميزها عن بعضها البعض كنظام الزوجين، ونظام الأبوة ونظام الأخوة.. الخ.
- أن النظام يحتوي على عناصر أو أجزاء ، وهي مرتبطة بشكل مباشر وغير مباشر بشبكة سببية فالتغيير في جزء يسبب تغيراً في أجزاء أخرى داخل النظام ، ومن الصعب أن يعمل أي عنصر بمعزل عن النظام الكلي فالعناصر لا تعمل منفصلة، بل إنها متسلسلة مرتبة باتساق ومرتبطة مع بعضها البعض بنوع من العلاقة المتوافقة المنظمة وليست عشوائية.
- أنه يسمح بالنمو والتطور ويزداد تعقيداً مع الوقت وكذلك قابليته وقدرته على إعادة إنتاج نفسه ، ويمكن القول أن العناصر في نظام الأسرة ليست الأفراد وإنما سلوك هؤلاء الأفراد.
- أنه نظام اجتماعي أنشئ أو تم بناؤه بتكرار التفاعل بين الأعضاء، وهذه التفاعلات أسست أنماط (من كم وأين ولمن) من أعضاء الأسرة ذوي العلاقة.
- النظام العائلي، وكل نظام له حدود وفهم هذه الحدود فيها جامدة مثال على قيام الحدود: ممنوع التجول بعد الساعة العاشرة خارج البيت، أو لا يجوز الزواج من ثقافة أخرى.
- ميكانزمات الاتصال والتغذية الراجعة بين الأفراد مهمة في سير النظام.
- إن طبيعة العلاقات القائمة بين عناصر أفراد النظام الواحد هي علاقات غير خطية وشبه دائرية بحكم خصائص هذه العناصر.
- الهدف الأساسي من النظام هو المحافظة والوصول إلى الاتزان (Homeostasis)
- حالة التوازن باستخدام طرق متعددة كما في التغذية الراجعة، فالتغذية الراجعة للأم تؤثر على التغذية الراجعة للابن حتى تصل لحالة من التوازن.
- إن من خصائص نظام الأسرة أنه ينمو ويتسع مع دخول عناصر جديدة.

- إن من خصائص أي نظام وجود أهداف مشتركة توجه نشاطات العناصر وفعاليتها التي تؤدي إلى إشباع حاجات أفرادها المشتركة كحاجة الانتماء إلى جماعية وحاجات الأفراد الخاصة كالاستقلالية والفردية.

وقد استفاد الإرشاد الأسرى كأحد الاتجاهات الإرشادية الحديثة لخدمة الفرد من نظرية النسق في تكوين أساليب إرشادية تدور حول:

- تحديد متطلبات كل وظيفة في الأنساق الفرعية داخل الأسرة.
- تحديد متطلبات الأسرة في ضوء متطلبات كل نسق فرعي.
- تسهيل ممارسة الأدوار بين الأنساق الفرعية.
- مناقشة المفاهيم والمتغيرات الجديدة على النسق.
- تحديد أسلوب اتصال النسق الأسرى بالأنساق الأخرى.
- تحديد أساليب الاتصال المتبادلة بين الأنساق الفرعية للأسرة.
- مساعدة النسق الأسرى على حسن استخدام واستثمار الموارد الأسرية لإشباع احتياجات الأنساق الفرعية.

٤. نظرية آدلر : AdIers Theory Of Individual Psychology

تفترض هذه النظرية الافتراضات الآتية:

- السلوك غرضي وموجه إلى هدف، وكل سلوك يصدر من أحد أفراد الأسرة فله هدف معين محدد.
- غرض الهدف التحرك من الشعور بالنقص إلى الشعور بالكمال.
- كل فرد منا يختلف عن الآخر.
- الجانب الأكبر من الهدف لا يعيه الفرد موجود باللاشعور.
- كل منا له أسلوب حياة خاص به.
- نحن نحيا في مجتمع مع بشر آخرين لذلك فالمشاكل تنتج عن علاقات شخصية وليست داخلية، وهنا يظهر تركيز أدلر على دور الأسرة في حدوث المشكلات.
- يتميز سوء التوافق بالتركيز على الذات ونقص الميل الاجتماعي.
- كل فرد له واقعه الخاص به لذلك كل إنسان يفسر الأحداث بطريقة مختلفة وكل واحد له طريقته في تقييم بيئته وذاته.
- كل فرد لديه نظرة متفردة عن الآخرين ولا ينظر للأمور من خلال المبدأ (القانون العام للمجتمع) الذي يمكن تطبيقه على العديد من الناس .
- يبحث البشر عن المكانة في العائلة والمجتمع ، وهناك حاجات أساسية تشعرنا بالأمن والقبول ، ويحتاج الناس إلى أن يكتشفوا طريقتهم الفريدة في المشاركة بالأنشطة والمسئوليات ، وإذا لم نشعر بانتمائنا للجماعة فإن النتيجة تكون القلق ، وفي ذلك يرى أنه يجب أن نسيطر على خمس مهمات أساسية في حياتنا تساعد على تطوير شخصيتنا وهي:

.....

١- تحقيق ألفة بإقامة علاقات عائلية الجيدة.
٢- إنجاز الأعمال التطوعية.
٣- قبول الذات.
٤- الاتصال مع الآخرين أي عمل صداقات.
٥- تنمية البعد الديني والروحي .

٥. النظرية الإستراتيجية Strategic theory

تتسم هذه النظرية بأنها لا تركز على إعادة حل قضايا الماضي بل تركز على حل المشاكل الحالية (الآن في الحاضر) مع ميل الإرشاد إلى الاختصار، مركزاً على العملية أكثر من المحتوى، وتوجيهها إلى التعامل مع من يعمل، وتحت أي ظروف، والنظر إلى المشكلة المقدمة على أنها المشكلة الواقعية ومجازاً لأداء النسق الأسري وفيها يعطي المرشد الأهمية للقوة، الضبط، والهرمية في الأسرة، والجلسات الأسرية.

وتشتمل هذه النظرية على المفاهيم الأساسية الآتية:

- أن العرض المرضي الموجود يمثل المشكلة.
- هذه المشكلات (الأعراض) تنتج عن توافقات خاطئة في الحياة ، وخاصة في نقاط حرجة مثل الميلاد والموت.
- تستمر المشكلات لأن الحلول التي تجرب تزيدها عمقاً.
- على العكس من ذلك فإن الشفاء يوجد غالباً في العمل على تركيز المشكلة.

ويستخلص من هذه النظرية إلى أن المفاهيم تتمثل في التركيز على المشكلات الحالية الواقعية على أساس أنها تعبر عن أداء المنظومة النسق الأسري والتركيز على العملية أكثر من المحتوى، بالإضافة إلى مفاهيم القوة الهرمية في النسق الأسري.

وتؤكد هذه النظرية إلى أن المرشد الإستراتيجي يمر بمراحل خلال المقابلة التمهيدية ، ومنها ما يأتي :

- المرحلة الاجتماعية Social Stage بهدف جعل أفراد الأسرة يشعرون بالراحة لإشراكهم في الجلسة الإرشادية.
- مرحلة المشكلة The Problem Stage بهدف اكتشاف الأسباب التي تكمن خلف طلب الأسرة للمساعدة ، وطلب جميع الأفراد تغيير إدراكهم للمشكلة.
- مرحلة التفاعل الأسري Family Interaction Stage وفيها يعطي المرشد اهتماما عظيماً بكيفية تحدث أفراد الأسرة فيما بينهم عن المشكلة الحالية ، ويبدي المرشد اهتماماً خاصاً بنماذج السلوك التالية : القوة، الهرمية، نماذج التواصل، الجماعات الفرعية، بهدف تحديد الإستراتيجيات الإرشادية التي يمكن استخدامها في الجلسات المستقبلية.

- مرحلة وضع الهدف Goal-Setting Stage وفيها يعمل المرشد والأسرة معاً لتحديد طبيعة المشكلة ، وفي هذا الشكل الأخير من الجلسة الأسرية التمهيدية ، غالباً ما يتم الذي يحدد أهداف وطرق التدخل التي بمقتضاها تتحقق صياغة العقد أهداف الأسرة.

٦. نظرية العلاج الأسري السلوكي

Cognitive Behavioral Marital and Family Therapy

تطور الإرشاد والعلاج السلوكي المعرفي الأسري للمشكلات المتعلقة بالأطفال من أعمال باترسون Patterson حيث عمل تدريب سلوكي للإباء وكان التأكيد الأساسي في تدريب الإباء على استخدام مبادئ نظرية التعلم الاجتماعي لتعديل السلوك العدواني لدى أطفالهم.

وتطور الإرشاد والعلاج الزواجي السلوكي المعرفي على يد (١٩٦٩) Richard Stuart من خلال أعماله مع الأزواج الذين لديهم معاناة زواجية، وتم إيجاد العديد من التدخلات الإرشادية فيما يتعلق بتدريب الأباء والإرشاد الزواجي، وكذلك تم إجراء العديد من البحوث التطبيقية حول هذه التدخلات من قبل العديد من الباحثين ، ويقوم الإرشاد الأسري السلوكي المعرفي على افتراض أساسي هو أن السلوكيات والإدراكات المرضية أو المشكلة متعلمة وتستمر من خلال تكرار أنماط من التفاعل، هذه الأنماط من التفاعل قد تشتمل: التقليد، والإشراط الإجرائي والإشراط الكلاسيكي، أو اشتراك هذه الأنماط معاً .

ويساعد المرشد الأسري السلوكي المعرفي المسترشدين على عرقلة عمل أنماط التفاعل التي تحافظ على المشكلة من خلال تدريبهم على المهارات المطلوبة لتشكيل أو تعزيز السلوكيات المشكلة لدى أفراد الأسرة الآخرين وتحدى الأفكار والمعارف السلبية لديهم.

المفاهيم الأساسية للنظرية

١- الأفكار الآلية: Automatic Thoughts هي أفكار لا شعورية تظهر تلقائياً لدى الفرد وتلح عليه ولا يستطيع الفرد إيقافها ، وتعمل على ضبط حاجاته وسلوكياته ، مثلاً الأفراد المحبطين لديهم أفكاراً سلبية حول أنفسهم، والعالم ومستقبلهم هذه الأفكار السلبية تظهر على شكل التشوهات المعرفية.

٢- التشوهات المعرفية : Cognitive Distortionsهي أخطاء في معالجة المعلومات، يمارسها الأفراد وتسبب لهم الشعور بالضيق والألم ومنها:

- التعميم الزائد: حيث يعمم الفرد ما يحصل معه من موقف واحد على جميع المواقف ، مثلاً عندما يرفض الابن البالغ من العمر ٥ سنوات تعليمات والدته بأن يترك اللعب، فإن الأم تعتقد إن إبنها لا يستمع لها ولا يلبي طلباتها أبداً ، إن التفكير بهذه الطريقة يجعلها تشعر بالغضب ، لاحقاً على الأم أن تدرك الموقف من منظور أوسع، وكذلك تعرف أن إبنها يطيع أوامرها أحياناً، ويرفضها أحياناً أخرى وليس دائما.

- الشخصنة: وفيها يعزو الفرد حصول الأحداث لنفسه، بينما هي في الحقيقة ليس كذلك قراءة ما في عقول الآخرين: حيث يدعي الفرد أنه يعرف ما يجري في أذهان الآخرين دون أن يفصحوا عن ذلك .
- المبالغة والتضخيم: المبالغة في أهمية شيء أكثر مما هو عليه حقيقة، كان ينظر للخطأ البسيط على أنه كارثة.
- التقليل من الأمر أو التصغير من شأنه: ويقصد به التقليل من أهمية شيء بالرغم من أهميته، كان ينظر إلى السلوكيات التي أصبحت أفضل بالنسبة لشخص ما أو الأشخاص آخرين على أنها ليست ذات قيمة.يقوم المعالج بمساعدة العملاء على الوعي بالتشوهات المعرفية في طريقة تفكيرهم، ومن ثم تعلميهم كيفية تحدي هذه التشوهات أو الأفكار السلبية.فما يتعلق بالتعامل مع الأسر والأزواج تظهر التشوهات المعرفية على شك
- الانتباه الانتقائي، حيث يتم اختيار جزء من سلوك الفرد والتركيز عليه، مثال ذلك: الأم في المثال السابق التي ركزت إنتباهها على سلوك ابنها الذي لم يسمع تعليماتها المتعلقة بترك اللعبة، ولم تنتبه للمرات التي استمع فيها لتعليماتها.

٣- أساليب العزو: كيف يفسر الفرد أسباب حدوث الأحداث أو المواقف، وهل يعزوها لأسباب شخصية أوعلاقاتية، أم لأسباب خارجية ، حيث يميل الأزواج التعساء لعزو السلوكيات السلبية لشركائهم على أنها تعود لصفات ثابتة وعامة لدى شركائهم ، يشتمل العزو هذا على وجود صفات سلبية لدى الشريك مرتبطة بدرجة المعاناة المستقبلية للأفراد ، والاتصال السلبي مع الشريك.عندما يعزو أفراد الأسرة المشكلات في العلاقة لصفات سلبية لدى الآخرين في الأسرة فإن هذا سيقلل من فرص السير نحو التغيير. كما أن لوم الآخرين على حصول المشكلات، وأنهم المتسببون بحصولها يجعل الأفراد ينتظرون التغيير من الآخرين وليس من قبلهم هم.

٤- التوقعات: وهي تعني أن يقوم الفرد بالتنبؤ بوقوع أحداث معينة في المستقبل القريب أو البعيد دون وجود دليل على ذلك ، وإن التوقعات السلبية للأزواج حول مقدرتهم على حل المشكلات في العلاقة بينهم ترتبط بمستويات عالية من المعاناة في العلاقة على المرشد أن يساعد الأزواج والأسر على تحديد هذه التوقعات ومن ثم فحص مدى صدقها.

٥- الأبنية المعرفية:Schema يهتم المرشد السلوكي المعرفي بكيفية اعتماد الأفكار على السكيمات، وهي معتقدات قديمة أو هي أبنية معرفية تكون لدى الفرد صفات وخصائص عن الناس وعن الأشياء والعلاقات .

السكيمات هي طرق ثابتة تبين فهم الفرد لعالمه، وتتضمن معتقدات حول كيف يتعامل الفرد مع الآخرين، وكيفية أدائه لوظائفه ، وهذه السكيمات أو الأبنية المعرفية تتطور منذ فترة الطفولة، وتعتمد على الخبرات التي تكون لدى

الفرد من خلال تفاعله مع الآخرين، أو في مجالات مختلفة في العالم من حوله، وتؤثر خبرات الحياة اللاحقة في تغيير بعض الأبنية المعرفية ، ولكن تشير البحوث إلى أن المعتقدات التي نشأت بقوة لدى الفرد، تكون مقاومتها مرتفعة للتغيير، ومن الأمثلة على السكيمات أو الأبنية المعرفية المتعلقة بالأزواج والأسر:

- الأدوار الجنسية المتعلقة بدور كل من الرجل والمرأة.
- متعقدات حول كيفية الحب أو التعبير عن مشاعر الحب.
- معتقدات حول السلوك المناسب للأفراد في الأدوار الأسرية المحددة، مثل الطفل.
- ومعتقدات حول الزواج الجيد.

هناك فئتان كبيرتان من الأبنية المعرفية فيما يتعلق بالأزواج والأسر هما: الافتراضات والمعايير.

- الافتراضات: وهي معتقدات يكونها الفرد حول وجود خصائص معينة لدى الناس أو الأشياء، وطبيعة العلاقة بينهم ، وتكون هذه الافتراضات عبارة عن مفاهيم حول كيف تبدو بعض المجالات في العالم وكيفية عملها ، مثلاً الطفل الذي يلاحظ الناس من حوله لمدة زمنية طويلة ، فإنه يطور مفاهيم حول أفكار الناس، ومشاعرهم وسلوكهم، وتختلف هذه المفاهيم من فرد لآخر ويعتمد ذلك على الناس الذين لاحظهم هذا الطفل.
- المعايير: وهي معتقدات حول كيف يجب أن تكون الأحداث، والعلاقات والناس ، حيث يطور الفرد معايير حول نفسه وطبيعة العلاقات، من خلال خبرات الحياة المتعلقة بعلاقات الأفراد في العائلة الأصلية أو ملاحظاته لطبيعة العلاقات بين أفراد آخرين، أو خصائصهم، وكذلك الإعلام (الكتب، المجلات، والتلفاز، والأفلام، والأغاني وعلاقات الرفاق والمعلمين، كل فرد له معايير تحدد نموذجه الشخصي فمثلا: (الآباء عليهم إن يعتنوا بأطفالهم ويتجنبوا الإساءة لهم). وعندما تكون المعايير غير واقعية أو سلبية فإنها تؤدي لحصول مشاكل، فعندما يكون لدى الفرد معتقدات حول كيف يجب إن يكون العالم أو الناس فإن هذا يؤدي لإصابة الفرد بالإحباط والألم إذا لم تكن الأمور كما يريد أن تكون.

الأسرة الصحية في الإرشاد الأسري السلوكي المعرفي

١- لا يوجد لديهم تشوهات معرفية حول الأحداث التي تجري في علاقاتهم.
٢- لديهم معايير واقعية حول الطريقة التي يتصرفون بها.
٣- يعملون بروح التعاون.

٤- لـديهم مهـارات جيـدة فـي التواصـل والعمـل معـاً لإعـادة حـل الصـراعات والمشكلات ، وقد يحصل صراع بين الأفراد أو حتى في داخل الفرد نفسه بين الحاجات الفردية والمجتمعية.
٥- يتمتع الأفراد في الأسرة الصحية بوجود فهم واقعي لحاجاتهم الخاصة، وحاجات الأفراد الآخرين في الأسرة .
٦- يمتلكون أساليب مرنة في التفكير حول وتجاه بعضهم بعضاً من أجل حل المشكلات التي تظهر، حيث إن المرونة المعرفية، والعقلانية الواضحة تتيح لهم فرصة الاندماج بإيجاد حلول مبدعة للمشكلات.

الأسرة المضطربة في الإرشاد الأسري السلوكي المعرفي:

الأسر المضطربة أو ذات الخلل الوظيفي فإن الأفراد ينخرطون بأنماط سلبية من التفاعل والسلوكيات فيما بينهم، كما يسود وجود الإدراكات والأبنية المعرفية السلبية، حيث يتم الاختيار السلبي للمواقف ويتضمن وجود أنماط خاصة من التوقعات والعزو والافتراضات ومعايير متعلقة بالعلاقات الأسرية والتي تعمل على استمرارية أنماط السلوكيات السلبية في الأسرة.

ويظهر في هذه الأسر الأبنية المعرفية السلبية المرتبطة بالانتباه الانتقائي للنقاط السلبية لدى الآخرين، والقيام بالعزوالشخصي للسلوكيات السلبية، وبعزو السلوك الإيجابي للمواقف الخارجية أي أن الفرد مسؤول عن السلوك السلبي والسلوك الإيجابي هو ناتج عن الموقف نفسه وليس عن سلوك الفرد الإيجابي ، أيضاً تبنى توقعات سلبية حول أفراد الأسرة الآخرين، ووضع افتراضات حول كيفية جعل العلاقات الأسرية تتناسب مع بعض أفراد الأسرة الآخرين، ووضع معايير حول طريقة جعل العلاقات في الأسرة متناسبة قد لا يوافق عليها أفراد آخرون في الأسرة.

دور المرشد في نظرية الإرشاد الأسري السلوكي المعرفي

يلعب المرشد دوراً فعالاً في الإرشاد الأسري السلوكي المعرفي ، لأنه ينظر لعمله كأداة لإحداث تغيرات في السلوك لدى أفراد الأسرة ، يهتم المرشد بالمعارف والأبنية المعرفية الموجودة لدى الأزواج وأفراد الأسرة، وكذلك يساعد المسترشدين على الوعي بالتشوهات المعرفية الموجودة لديهم، ويساعدهم على فحص مدى واقعيتها ومنطقيتها.

أساليب الإرشاد الأسري السلوكي المعرفي

- التدريب على مهارات الاتصال :إن التدريب على مهارات الاتصال وحل المشكلات هو من العناصر الأساسية في الإرشاد السلوكي المعرفي للأسر

التي تضم مراهقين وأزواج، من خلال التدريب على مهارات الاتصال فإن المسترشدين يمارسون التواصل عن طريق النمذجة ولعب الدور وذلك بإرسال رسائل واضحة ومباشرة وبدقة لآبائهم، والاستماع بطريقة تعكس التعاطف وعكس محتوى رسائل آبائهم مما يؤكد صحة فهمهم لما يقول الآباء.

- التدريب على مهارات حل المشكلات: فيتم من خلال تدريب المسترشدين على تعريف المشكلات الكبيرة على أنها سلسلة من المشكلات الصغيرة القابلة للحل، وبالنسبة لكل مشكلة عليه أن يقوم بعصف ذهني للحلول الممكنة ومن ثم تقييم إيجابيات وسلبيات كل منها، ثم اختيار أفضلها، بعد ذلك تنفيذ الحل، ومراقبة التقدم وتعديل الحل إذا لم يكن فعالاً في حل المشكلة.
- إعادة البناء المعرفي: يستخدم هذا الأسلوب لمعالجة الإدراكات السلبية لدى أفراد الأسرة والعمل على تحديها، حيث يطلب من أفراد الأسرة إن يقوموا بمراقبة وتسجيل المواقف التي يظهر لديهم إدراكات خاصة حولها، ويوضح المرشد الأثر الناجم عن الإدراكات على مزاجهم وسلوكاتهم مع الآخرين ، وعندما يتم تحديد الإدراكات السلبية بهذه الطريقة فإن المرشد يقوم بتدريب المسترشدين على تحدي هذه الإدراكات والمعارف من خلال إيجاد الدليل والبرهان على دعم أو رفض هذه الإدراكات، وعندما لا يظهر هناك دعم للإدراكات السلبية على المسترشدين إن يقوموا بإستبدال هذه الإدراكات السلبية بأخرى جديدة وكذلك يطلب من المسترشدين تسجيل أثر الإدراكات الجديدة المعدلة على مزاجهم وسلوكاتهم مع الآخرين ضمن العلاج السلوكي المتكامل للأزواج هناك أسلوب بناء القبول: يستخدم هذا الأسلوب لمساعدة الأزواج على التعامل مع المجالات غير القابلة للتغيير في علاقتهم، ويشمل: التعاطف مع مشكلة الزوج ، والتحرر من المشكلة ، والعناية بالذات، والقدرة على التحمل.

وتوجد إجراءات عديدة من تنظيم الذات لضبط الغضب، القلق والاكتئاب، ومن الأساليب السلوكية المعرفية التقليدية مثل التدريب على الاسترخاء، وضع قائمة بالأحداث السعيدة، وتنويع المهمات ، وضمن الإرشاد السلوكي للأزواج يتم استخدام تنظيم المزاج السلبي للزوج الذي يشخص على إن لديه قلق أو اكتئاب، ويتم دعوة الطرف الآخر غير المضطرب لمساعدة الطرف المضطرب في التمارين المتعلقة بتنظيم الذات ويتم تدريب الآباء عند وجود أطفال لديهم قصور في القدرات العقلية، على أساليب من أجل تشكيل سلوكات جديدة.

٧-نظرية الإرشاد الاسري المتمركز حول الحل (المختصر)

يعتبر هذا الأسلوب الإرشادي من أحدث الأساليب الإرشادية المختصرة، إذ تعود نشأته إلى أوائل الثمانينات من القرن العشرين على يد مؤسسه Steve de Shazer العالم الأمريكي رئيس مركز العلاج الأسري بمدينة ميلواكي بولاية ويسكنس الأمريكية، وبالرغم من حداثة النشأة فإن تطبيقاته العملية وإسهامات الباحثين حول التقنيات التي يقدمها ومدى ملائمتها في التعامل مع الفئات الاجتماعية المختلفة تعتبر دليلاً على انتشاره (Murphy, 1997)

وخلاف الأساليب الإرشادية الأخرى، فإن هذا الأسلوب الإرشادي لا يستغرق في البحث عن الأعراض المرضية ولا عن العوامل التي ساهمت في نشأتها بقدر ما يتوجه مباشرة إلى الحلول التي تساهم في القضاء على المشكلة أو التخفيف من حدتها أو التكيف مع إفرازاتها ، ومن هنا فإنه علاج موجه ومباشر نحو الهدف النهائي الذي يسعى له المسترشد وهو الوصول إلى التوافق النفسي والاجتماعي مع الذات ومع البيئة المحيطة.

نشأة أساليب العلاج المختصرة:

وتشير أدبيات الإرشاد والعلاج النفسي إلى استخدام الممارسين لمجموعة من المسميات المختلفة للعلاج المختصر فنجد البعض يطلق مسمى Short-term Therapy العلاج قصير الأمد وهناك من يطلق مسمى العلاج محدود الوقت Time-limited Therapy. وعلى الرغم من تعدد هذه المسميات إلا أن المحور الذي يدور حوله العلاج المختصر هو تقديم عملية المساعدة بكفاءة وفاعلية في وقت قصير.

ويمكن الإشارة إلى بعض العوامل التي ساهمت في نشأة وتطور وشيوع استخدام الإرشاد والعلاج المختصر:-

١- قلة عدد المختصين في مجال مهن المساعدة الإنسانية وعدم توفر الخبرة الكافية لدى البعض منهم.

٢- ازدياد حجم ونوعية المشكلات الإنسانية التي يعاني منها الأفراد والجماعات والمجتمعات الإنسانية نتيجة للتحولات الاجتماعية والاقتصادية والتقنية المتسارعة والتي ساهمت في التأثير على نمط المعيشة وأنماط السلوك الإنساني.

٣- قلة عدد المؤسسات المجتمعية التي يتم من خلالها تقديم أوجه الرعاية الاجتماعية.

٤- نمط الحياة المتسارع والذي أصبح سمة هذا العصر فنجد معظم الأفراد ينشغلون بأمور حياتهم إلى الحد الذي لا يتيح لهم الدخول في علاقات علاجية طويلة الأمد وهو ما يميز الأساليب العلاجية التقليدية (Lieberman, 1979).

والعوامل التي ساهمت بقدر كبير في نشأة وتطور أساليب العلاج المختصرة في محاولة للتوافق مع التزايد المضطرد في أعداد المسترشدين

وتدني الموارد المادية والبشرية في مقابلة ذلك ، وبالرغم من أهمية العوامل سالفة الذكر في بلورة الإرشاد الاسري والعلاج المختصر إلا أن هناك عاملاً لا يمكن تجاوزه في هذا الصدد وهو الجانب الاقتصادي المتمثل في دور شركات التأمين الصحي في المجتمعات الغربية وما تمارسه من ضغوط على المؤسسات الاجتماعية والممارسين لتقنين عملية المساعدة وتقليص الإنفاق على جلسات الإرشاد والعلاج، بل إن الأمر تعدى ذلك إلى تخصيص عدد محدد من الجلسات على المرشد النفسي تقديم عملية المساعدة خلالها.

وتشير المصادر العلمية إلى أن الإرشاد والعلاج المختصر ارتبط بعلم النفس الدينامي ونظرية التحليل النفسي لفترة من الزمن وأنه لم ينقل إلا في الستينات من القرن الماضي، بيد أن العلاج المختصر يمكن أن يعزى إلى إسهامات Milton Erickson عندما أطلق عبارته

No general Theory, No general Client لا يوجد نظرية عامة ولا يوجد مسترشد عام.

ويشير Murphy إلى أن إسهامات Erickson كان لها قصب السبق في صياغة أساسيات العلاج المختصر ، ويضيف أن عبارة Erickson تتضمن أنه من الصعب الحصول على نظرية واحدة تستطيع تفسير السلوك الإنساني كما أنه من الصعب أن ينظر إلى المسترشدين نظرة واحدة حتى وإن كانت تبدو مشكلاتهم متشابهة ويرى (1994 Garfield) أن الإرشاد والعلاج المختصر فعال ومؤثر نتيجة للآتي:-

١-معظم الأفراد يلجأون لطلب الإرشاد لمشكلة محددة يواجهونها وليس من أجل الحصول على الاستبصار بتأثيرها فقط.

٢-معظم من يطلبون المساعدة يتوقعون النتائج العاجلة التي لا تستنزف الوقت والجهد.

ومما يجدر الإشارة إليه في تطور أساليب الإرشاد والعلاج المختصر الإسهامات الكبيرة التي قدمها معهد الأبحاث العقلية Mental Research Institute (MRI) في مدينة Palo Alto بولاية كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية منذ العام ١٩٦٧ ومن أبرز العلماء Bateson و Jackson و Weakland و Watzlawick وغيرهم ويرى(Goldenberg & Goldenberg, 1985)) ،أون الإرشاد والعلاج المختصر هو علاج محدود الوقت يتميز بالواقعية والتركيز على الحاضر والنشاط الموجه والتدرج في الوصول للأهداف ، ويقدم معهد الأبحاث العقلية نموذجاً يوضح كيفية تعامل المسترشد مع المشكلة التي تواجهه ومدى مساهمة هذه الطريقة في تفاقم المشكلة وازدياد حدتها .

نشأة العلاج المتمركز حول الحل:

ارتبط الإرشاد النفسي المتمركز حول الحل في بداية الثمانينات من القرن العشرين بالعالم الأمريكي Steve de Shazer وزملاءه في معهد العلاج الأسري المختصر Brief Family Therapy Center بولاية ويسكنسن الأمريكية. والمتتبع لهذا النوع من العلاج يلاحظ أن de Shazer وزملاءه استفادوا كثيراً من إسهامات Milton Erickso من خلال الآتي:-

١- التركيز على المستقبل بدلاً من التركيز على الماضي والاستغراق فيه.
٢- التركيز على الحلول بدلاً من التركيز على المشكلات.
٣- التركيز على قدرات وإمكانياته بدلاً من التركيز على مواطن الضعف.

وركز (de Shazer) ورفاقه الاهتمام بالجوانب الإيجابية في حياة المسترشدين واستثمارها إلى أقصى مدى حتى يتمكنوا من التغلب على الصعوبات التي تعوق أدائهم لوظائفهم الاجتماعية والقيام بأدوارهم الاجتماعية.

ويشير (Jeffrey Kottler (1997 إلى أن de Shazer بدأ في ملاحظة التغير الذي يحدث للمسترشدين بين الجلسات الإرشادية من خلال التركيز على الأوقات التي لا تحدث فيها المشكلة أو التي لا يتعرض المسترشد فيها للضغوط وذلك بحثا منه على الحلول المنشودة ، ومن هنا فهو لا يركز على المشكلة ولا على أعراضها بل إنه يعتبر ذلك مضيعة للوقت.

ومثال على ذلك أن المرأة التي تطلب الإرشاد النفسي نتيجة لسوء معاملة زوجها لها، يمكن أن تحدد بعض الأوقات التي يعاملها زوجها معاملة جيدة حتى وإن كانت تلك الفترات الزمنية قصيرة جداً ، ويؤكد (de Shazer 1988) أن المشكلة لا تستمر مع المسترشد طوال الوقت بل إنها تأتي وتذهب تبعاً للمؤثرات والعوامل التي تتسبب في حدوثها.

وخلاصة القول أن نشأة الإرشاد النفسي المتمركز حول الحل على خلاف غيره من الأساليب الإرشادية والعلاجية رغم حداثتها لاقت صدى كبيراً لدى الممارسين في مجال الإرشاد النفسي والخدمة الاجتماعية لعدة أسباب يمكن حصرها في الآتي:-

١- التركيز على المعطيات الحاضرة والتطلع إلى المستقبل.
٢- استغلال كل ما يحضره المسترشد للإرشاد النفسي وعدم الاستغراق في الماضي
٣- أنه إرشاد وعلاج مباشر وموجه وفعال.
٤- سهولة تطبيقه في الواقع الاجتماعي وتدريب الممارسين عليه.
٥- يتعامل مع مشكلات الحياة اليومية بفاعلية ولا يجهد المسترشدين أو يستنفذ أوقاتهم في جلسات العلاج الطويلة.

المفاهيم الأساسية:

لقد حاول كل من (Berg & Miller ،de Shazer (1987 1992) أن يحددوا ثلاثة مسلمات يقوم عليها الإرشاد والعلاج المتمركز حول الحل هي:

١-المسترشدين هم الذين يحددون أهدافهم الإرشادية والعلاجية ولا يجب أن تفرض تلك الأهداف من قبل المرشد أو المعالج النفسي ، وعلى هذا يجب أن يكون التركيز منصباً على مساعدة المسترشدين على الوصول إلى الحلول بدلاً من البحث في العوامل التي ساهمت في تفاقم المشكلة ، واتجاه المرشد أو المعالج النفسي نحو ذلك يجعل المسترشد يتجاوب مع الإرشاد أو العلاج ويمكنه من استثمار قدراته وإمكانياته.

٢-إذا عرفت ما الذي يحقق التغيير فالزمه وساعد المسترشد على عمل المزيد منه، ومعنى ذلك أن التغيير مهما كان بسيطاً هو الهدف المنشود والوصول إليه وشعور المسترشد بما يحدثه في حياته هو لب الإرشاد أو العلاج ويجب أن يستمر العمل من خلاله حتى يتحقق التغيير الكامل وهو زوال المشكلة أو على الأقل الحد من آثارها على المسترشد.

٣-إذا كان الإرشاد أو العلاج غير فعال ولم يحدث التغيير فلا تعاود محاولته مرة ثانية ، ومعنى ذلك أن على المرشد أو المعالج محاولة أسلوب آخر أو حل آخر غير الذي ثبت فشله وفي هذا خروجاً من الاحباطات التي يشعر بها المسترشد واستثاره لقدراته وإمكانياته في البحث عن حلول أخرى أكثر فاعلية في التصدي لمشكلته.

وبناء على هذه المسلمات يقدم(Kottlor,1997) خمسة مفاهيم أساسية يقوم عليها الإرشاد والعلاج المتمركز حول الحل وهي:-

١- أن يتمحور المفهوم الأول في الإرشاد والعلاج المتمركز حول الحل حول التركيز على ما يمكن تحقيقه وفقاً لمعطيات شخصية المسترشد والبيئة المحيطة ، وعلى هذا فالمرشد تقع عليه مسؤولية توجيه المسترشد نحو ما يمكن تحقيقه والنجاح فيه بدلاً من ما لا يمكن تحقيقه والفشل فيه ، ويشير أنصار هذا الاتجاه إلى ذلك بمقولة Solution talk حديث الحل بدلاً من Problem talk حديث المشكلة ، ومعنى ذلك أن عملية الإرشاد أو العلاج يجب أن توجه نحو الحل وكيفية الوصول إليه.

٢- المفهوم الثاني يدور حول التأكيد على أن كل مشكلة لها استثناءات (هي الأوقات التي لا تظهر فيها المشكلة) يمكن تحويلها والتعامل معها على أنها حلول ممكنة للمشكلة ، ويرى مؤسسي هذا النوع من الإرشاد أو العلاج أن المسترشدين يعتقدون خطأً أن المشكلات التي يعانون منها ملازمة لهم على الدوام بينما في الواقع تأثير المشكلة لا يستمر قوياً طوال الوقت بل إنه قد يتلاشى ثم يعاود ، والمشكلة تكمن في أن المسترشدين لا يلاحظون تلاشي المشكلة من حياتهم بالقدر الذي يشعرون بتأثيرها متى عاودت ، من

هنا فملاحظة المرشد لتلك الاستثناءات يعتبر الخطوة الأولى نحو الوصول إلى الحلول الممكنة لمساعدة المسترشد وتقديم عملية المساعدة ، والمفهوم الثالث الذي يرتكز عليه الإرشاد والعلاج المتمركز حول الحل يقوم على فكرة كرة الثلج Snow ball بمعنى أن التغيير البسيط في حياة المسترشد يؤدي إلى نجاح أكبر وصولاً إلى الهدف النهائي وهو التوافق النفسي والاجتماعي.

٣- المفهوم الرابع يدور حول أهمية الاعتراف بأن لكل مسترشد قدرات (Strengths) ، يستطيع استخدامها للتغلب على ما يواجهه من صعوبات ، وعلى هذا يجب على المرشد أن يعطي اهتماماً كبيراً نحو اكتشاف قدرات المسترشد وتجنب التركيز على مواطن الضعف فيه ، إن التركيز على القدرات يزيد من ثقة المسترشد بنفسه ومن قدرته على الاعتماد عليها فترتفع روحه المعنوية ويكبر الأمل والتفاؤل داخله ويصبح متطلعاً للمستقبل ومتخلصاً من آثار الماضي.

٤- يدور هذا المفهوم حول ضرورة صياغة أهداف المسترشد بصورة إيجابية Positive goals بدلاً من صياغتها بصورة سلبية Negative goals لأن هناك فرقاً شاسعاً بين النظر إلى نصف الكوب المليء بالماء وبين النظر إلى نصف الكوب الفارغ من الماء ، إن الطريقة التي ينظر بها الإنسان إلى الأشياء هي التي توجه إمكاناته وقدراته وهي بمثابة الوقود الذي يتزود منه الإنسان بالطاقة ، ومن هنا كان على المرشد أن يساعد المسترشد على صياغة أهدافه بطريقة إيجابية من خلال سؤاله عما يود فعله وليس ما لا يود فعله ، وهذا لأن المسترشدين يكتسبون القوة من خلال إنجاز الأهداف التي وضعوها لحل مشكلاتهم التي يواجهونها.

العلاقة بين المرشد الأسري والمسترشد:

يقوم المرشد الأسري المستخدم لأسلوب الإرشاد المتمركز حول الحل بدور فاعل ونشيط ويبذل جهداً أكبر مقارنة بالأساليب الإرشادية الأخرى ، ويتمحور الدور الأكبر المرشد النفسي حول مساعدة المسترشد في تحديد الأهداف العلاجية والمحافظة على تركيزه في إنجاز تلك الأهداف .

ومن المهارات التي يجب على المرشد أن يكتسبها في علاقته مع المسترشدين ما يلي:-

١- التعاطف والمشاركة الوجدانية (empathy) وفيها يظهر اهتمام المرشد بالمسترشد من خلال فهمه لمشكلته وتقديره لمشاعره والمعاناة التي يشعر بها ، مثال: المرشد: أقدر مشاعر الألم التي تشعر بها الآن وأعلم مقدار المعاناة التي تمر بها.

٢- الاستعداد لمناقشة كل شيء وأي شيء يود المسترشد مناقشته Readiness to discuss everything ولكن هذا الأمر لا يعني بالضرورة أن المرشد

يستطيع أن يرشد كل مشكلات المسترشد أو أن لديه إجابة لكل سؤال أو استفسار يطرحه المسترشد بل يعني أن المرشد لديه استعداد لبذل الجهد في محاولة مساعدة المسترشد.

٣- الهدوء ورباطة الجأش (Composure) وتعني أن يكون المرشد مرتاحاً من علاقته بالمسترشد بغض النظر عن اعتقاداته وآراءه الشخصية وبغض النظر عن الفوارق الاجتماعية أو الاقتصادية ، فالمسترشد في نهاية المطاف إنسان يجب احترامه والاهتمام به ، والهدوء هنا يجعل المرشد قادراً على التركيز في كل ما يقوله أو يشعر به المسترشد.

٤- التشجيع (encouragement) وهو الإيمان الكامل بأن لكل مسترشد قدرات وإمكانيات يستطيع استثمارها إلى أقصى حد من أجل التغلب على المشكلات التي تعوق تكيفه النفسي والاجتماعي ، وقيام المرشد النفسي بتشجيع المسترشد على تحمل المسؤولية يكسب الأخير الثقة بذاته وبقدراته كما أن ذلك يسهل عملية تقديم المساعدة.

٥- الهدفية (Purposefulness) وتعني أن يكون المرشد النفسي هادفاً في عمله فلكل نشاط يقوم به هدف وغاية يسعى إلى تحقيقها وتخدم مصالح مسترشديه ،كما يجب عليه أن يسعى إلى توضيح ذلك للمسترشدين الذين يتعامل معهم ، وكلما كانت تلك الأهداف واضحة لدى المرشد والمسترشد كلما كان ذلك أدعى لأن تصبح عملية المساعدة أكثر كفاءة وفاعلية ، وعلى هذا فالعلاقة المهنية بين كل من المرشد النفسي والمسترشد هي علاقة تبادلية (Reciprocal) بمعنى أن المرشد لا يفرض على المسترشد أهدافاً محددة ويجبره على تبنيها كما أن المسترشد ينظر إلى المرشد كشخص مقبول ومتفهم ويمكن الاعتماد عليه (Aguilera & Messick, 1986) ، وهذا النوع من العلاقة مهم لإنجاز الأهداف الإرشادية وإتمام عملية التدخل المهني ، ويمكن لنا أن ننظر إلى طبيعة العلاقة المهنية التي تربط المرشد بالمسترشد في الإرشاد المتمركز حول الحل من خلال معرفة طبيعة المسترشدين ويقدم كل من (Fisch et al, 1982) و (de Shazer,1988) تصنيفا للمسترشدين يقسمهم إلى ثلاثة أنواع :

١- المسترشد الزائر (Visitor) وهو المسترشد الذي لا يرغب في الإرشاد ولا يفعل شيئاً تجاه المشكلة التي يعاني منها ، ومثال ذلك الطالب الذي يرغم على مقابلة المرشد الطلابي من قبل مدير المدرسة.

٢- المسترشد كثير الشكوى (Complainant) وهو المسترشد الذي يعترف بوجود المشكلة وتأثيرها عليه ولكنه لا يرغب في عمل أي شيء لمواجهتها أو التصدي لها.

٣- المسترشد الزبون (Customer) وهو المسترشد الذي يعترف بوجود المشكلة ويرغب في حلها ولديه الاستعداد الكامل للتعاون مع المرشد في

حلها ، والسؤال المهني الذي يفرض نفسه هنا هو كيف تواجه كل نوعية من المسترشدين باستخدام الإرشاد المتمركز حول الحل ؟ وللإجابة على هذا السؤال يطرح Murphy1997)) عدداً من المهارات التي يمكن أن تساعد المرشد النفسي نوع المسترشد الوصف المهارات المسترشد الزائر

- لا يدرك المشكلة ويراها مرتبطة بشخص آخر.
- يأتي إلى العلاج مرغماً.
- ليس لديه التزام في العملية الإرشادية.
- الامتناع عن الاقتراحات التي تتضمن أفعال.
- تقدير الموقف ووجهة النظر التي يتبناها المسترشد
- مدح الجوانب الإيجابية في موقفه.
- نقاش المسترشد في المشكلة والأهداف بطريقة ذات معنى.
- ناقش مع المسترشد مواضيع محببة مثل هواياته.

المسترشد كثير الشكوى

- يعترف بالمشكلة وتأثيرها ولكن لا يرغب في المساعدة على حلها.
- يرى نفسه عاجزاً عن حل مشاكله.
- يرى أن مسؤولية حل مشاكله تقع على غيره.
- الامتناع عن الاقتراحات التي تتضمن أفعال.
- استمع وقدم المديح.
- قدم أسئلة وتوجيهات بأسلوب غير مباشر
- حاول مع المسترشد الوصول إلى حلول عن طريق الوصف الذهني
- أجعل المسترشد يتأمل في واقعه ويلاحظ الأحداث التي تدور حوله.

المسترشد الزبون

- يعترف بوجود المشكلة ويرغب في حلها.
- عنصر فاعل في عملية المساعدة اقترح مهام تتضمن أفعال.
- اكتشف واستخدم الأفكار التي يحضرها المسترشد معه أثناء المقابلة.
- الاتصال بالمسترشد وإطلاعه على التقدم الذي حصل.
- حاول أن تجعل المسترشد متصلاً بعملية المساعدة ومشاركا في كل مهامها.

تكنيكات الإرشاد الأسري:

إن التكنيكات التي يقدمها الإرشاد النفسي المتمركز حول الحل هي وسائل تعتمد بدرجة كبيرة على مهارة المرشد النفسي وعلى مدى استجابة المسترشد أثناء عملية المساعدة ، ومع عرضنا لهذه التكنيكات يظل هناك تساؤلاً حول مدى ملائمة تطبيقها في المجتمعات العربية حيث أنها نشأت وتطورت وتم

تطبيقها فأثبتت فاعلية في المجتمعات الغربية ، وهذا لأن المشكلات الإنسانية وإن تشابهت الأسماء يظل التراث الثقافي والاجتماعي عاملاً مؤثراً في الجانب التطبيقي فلكل مجتمع خصوصيته الثقافية والاجتماعية.

ومن هذه التكنيكات ما يلي:

١- إعادة التشكيل (Reframing)وهو أسلوب يستخدم من أجل مساعدة المسترشدين على تفهم مواقفهم وصياغة أهداف المسترشد الإرشادية.مثال:الطالب: لا أريد أن يوقفني المعلم أمام التلاميذ لأنني لم أقم بحل الواجب؟ (هدف سلبي) هذا الطالب صاغ هدفه بطريقة سلبية تجعله لا يتقدم في العملية الإرشادية والسبب أنه ربط الإيقاف في الفصل بعملية أنه لم يقم بحل الواجب ، وهنا على المرشد أن يساعد الطالب في تغيير هذا الهدف السلبي إلى هدف إيجابي كالآتي:- المرشد: كيف يمكن للمعلم أن لا يوقفك أمام التلاميذ ؟

٢- السؤال المعجزة (Miracle Question)أن الهدف الرئيسي من هذا التكنيك هو البحث عن الاستثناءات التي يمكن أن تقود المسترشد إلى عملية المساعدة ، ولقد قدم (de Shazer 1988) صيغة لهذا التكنيك كما يلي:- المرشد: تخيل أنك قمت من النوم في الصباح وقد انتهت المشكلة التي تواجهك ، ما الذي يمكن أن يتغير في حياتك ؟ من خلال إجابة المسترشد حول هذا الافتراض يمكن المرشد النفسي أن يبحث عن الحلول وفقاً لما يراها المسترشد ثم يقوم بمناقشة المسترشد حول إمكانية تطبيق تلك الحلول ، ولعل من الأمور التي تؤكد ضرورة تعديل الأساليب الإرشادية بما يتوافق مع البيئة الإسلامية هو تعديل بعض المسميات المرتبطة بتلك الأساليب والتكنيكات الإرشادية مثل السؤال المعجزة لعدم توافق ذلك مع المعطيات الإسلامية واقترح أن يسمى سؤال الحلم (Dream Question) فإن ذلك أدعى للقبول لدى الأفراد في المجتمعات الإسلامية.

٣- أسئلة ماذا بعد ؟ (What else questions): إن الهدف من هذه الأسئلة هو زيادة وتعزيز فرصة المسترشد في أن يجدوا الحلول الممكنة للمشكلات التي يواجهونها ، مثال:المسترشد: أريد أن أتخلص من كل المشكلات التي أعاني منها. المرشد: ماذا بعد أن تتخلص من كل المشكلات، ما الذي يمكن أن يتغير في حياتك؟

٤- خريطة العقل (Mind mapping) إن هذا التكنيك الإرشادي ما هو إلا رسم خريطة للأفكار التي تقود وتوجه المسترشدين وتصبغ سلوكهم ومشاعرهم ، ولكي يستخدمه المرشد ، فإن عليه أن يقوم باستدعاء سلوك المسترشد الإيجابي مهما كان صغيراً وتعزيز ذلك السلوك في حياة المسترشد ومطالبته بعمل المزيد منه ، هذا السلوك سوف يعمل بمثابة

الخارطة التي سوف تقود المسترشد وترشده إلى الوصول إلى النجاح في العملية الإرشادية وفيما يحقق أهدافها.

٥- توجيه النجاح (Cheer Leading)يعرف (Kottler 1997) هذا التكنيك بأنه مساندة وتشجيع نجاح المسترشد من خلال إسماع المسترشد كلمات المدح والثناء ، فالمسترشدين يحبون من يثني على ما يقدمون أو ما يقومون به من أفعال ، وذلك إن حدث يمنحهم الثقة بالنفس ويعتبر بمثابة الوقود الذي يدفعهم للمشاركة الفاعلة في عملية المساعدة ، ويمكن للمرشد أن يظهر هذا التكنيك من خلال:

١- رفع مستوى الصدق أثناء الحوار ليري المسترشد كيف أن عملية المساعدة تتقدم.

٢- التعبير للمسترشد عن السرور عندما يقوم المسترشد بمحاولة جادة للوصول إلى حل للمشكلة.

٣- إظهار الإعجاب بما يقدمه المسترشد من تفكير بناء ورشيد وناضج في المشكلة التي يواجهها. مثال:

١- المرشد: حقيقة فعلت ذلك

٢- المرشد: أنا بالفعل معجب بما قمت به

٣- المرشد: ما قمت به يستحق التقدير والاحترام

٦-المقياس (Scaling)هذا التكنيك يهدف إلى مراقبة التحسن الذي يطرأ على الحالة من مقابلة إلى أخرى أثناء العملية الإرشادية، ويتم ذلك من خلال الطلب من المسترشد أن يحدد على مقياس يبدأ من صفر إلى ١٠ بحيث أن الصفر يعني أنه لا يوجد تقدم أو تحسن في حل المشكلة بينما يعني رقم ١٠ أن المشكلة تماماً انتهت وتم التوصل إلى حل لها. وعندما يختار المسترشد رقماً بين طرفي المقياس يقوم المرشد النفسي بسؤاله عن سبب اختيار الرقم وعن مقدار التحسن الذي طرأ على الحالة. فمثلاً عندما يختار المسترشد في المقابلة الأولى صفر وفي المقابلة الثانية يختار الرقم ٤ يتم مساءلة المسترشد عما حدث من تقدم وما هي الأفعال والمهام التي قام بها في مواجهة المشكلة التي يعاني منها ، ثم عندما يذكر المسترشد بعضاً من تلك الأفعال التي ساهمت في عملية التغيير يطالبه المرشد بالاستمرار في فعل ذلك حتى تستمر حالة التغيير وصولاً إلى الأهداف الإرشادية.

تقييم الإرشاد الأسري المتمركز حول الحل:

بالرغم من النجاحات المتوالية التي تزخر بها أدبيات العلاج النفسي حول كفاءة وفاعلية الإرشاد المتمركز حول الحل في التعامل مع المشكلات الإنسانية في مجالات التربية والصحة العقلية والانحراف السلوكي وسوء التوافق الأسري، إلا أن تعميم تلك النجاحات في المجتمعات الإنساني ومع مختلف الثقافات لا يزال أمرا يحتاج إلى الكثير من البحوث ، وما من شك أن الإرشاد

المتمركز حول الحل إرشاد فعال وموجه نحو الحلول دون الاستغراق في ملاحظة الأعراض والاستغراق في البحث عن العوامل وإيجاد التفسيرات المنطقية لأنماط السلوك ، بيد أن المشكلات الإنسانية ليست دائما متماثلة أو متطابقة، كما وأن المسترشدين يتمايزون في قدراتهم الذاتية ويختلفون في بيئاتهم ، ومن هنا يتوجه النقد إلى الإرشاد المتمركز حول الحل في كونه أسلوبا إرشاديا تفاؤليا إلى حد المبالغة ، فهو ينظر إلى المسترشد على أنه يملك من القدرات والإمكانيات ما يؤهله للتغلب على الصعوبات التي تواجهه ، وفي هذا نوع من التفاؤل المفرط فالمسترشدين ليسوا في مستوى واحد من القدرات الصحية والنفسية والاجتماعية وبالتالي فمن المنطقي أن يختلفوا في مستوى استجاباتهم وردود أفعالهم.

ومن النقد الذي يوجه أيضا لهذا الأسلوب الإرشادي أنه يعتمد كثيرا على البحث عن الاستثناءات (الأوقات التي لا تظهر فيها المشكلة) ودفع المسترشد نحو ملاحظتها وإدامة فتراتها، وفي هذا هروب من مواجهة المشكلة ومحاولة للتوافق معها ومع تأثيراتها كما وأن ذلك يجعل المسترشد يقف موقفا سلبيا منها ، وما يهمنا في هذا المقام هو مدى ملائمة هذا النوع من الإرشاد في مجتمعاتنا العربية والإسلامية التي تتميز بخصوصيتها الثقافية والدينية ، وهذا الأمر من الصعوبة الخوض فيه، حيث أنه يحتاج إلى المزيد من الأبحاث التطبيقية والممارسة المهنية.

الفصل السابع

الإرشاد الزواجي

المقدمة

أن الزواج والحياة الزوجية من أهم الأحداث السلوكية في حياة كل فرد، فالزواج بالنسبة لمعظم الناس هو العلاقة الأكثر حميمية ، والتي يقيمونها بإرادة، وقد يكون إما أحسن أو أسوء ما يحدث للشخص ، فعندما تنجح العلاقة الزوجية ستكون مصدر إشباع للشخص ، وتشعره بأنه ينتمي للنصف الآخر وتمنحه القوة لمجابهة المصاعب ، وعندما تفشل فإنها تؤدي إلى التعاسة أكثر مما يتصوره الشخص .

وبالرغم من أن الزواج هو أقدم مؤسسة ، وأن الإرشاد الزواجي هو أقدم ممارسة ، فإن صياغة مفهوم للتفاعل الزواجي والإرشاد الزواجي من طرف المختصين هو تطور حديث جدا ،ويقول باولينو وماك كاردلي Paolino & Mccrady بالرغم من وجود العديد من الكتب والمقالات التي تركز على الإرشاد الزواجي ،هناك القليل نسبيا من المحاولات من طرف العياديين لصياغة الزواج كمفهوم.

مما يؤكد حداثة الدراسات في هذا الموضوع، فقد أصبح الإرشاد الزواجي تخصصا قائما بذاته في المجتمعات الغربية، بل وحتى في بعض الدول العربية التي نجدها قطعت أشواطا في مجال الإرشاد الزواجي اعتمادا على نتائج البحوث العلمية ، التي بينت كيف تنجح العلاقة أو تفشل مع مرور الوقت، كما استعملت لتطوير عدد من البرامج الناجحة لمساعدة الأزواج الذين يعانون من مشكلات زوجية لإصلاح علاقاتهم ، وتدعيم السعداء على أن يستمروا في الاستمتاع في سعادتهم ، وإرشاد المقبلين على الزواج حتى يحسنوا الاختيار بما يتلاءم مع خصائصهم.

فالمرشد النفسي الأسري غير معد للتكفل بالمشكلات الزوجية، فضلا عن أن الأزواج يلجؤون إلى الطرق التقليدية لحل مشاكلهم الزوجية بدلا من اللجوء إليه، فالزوجة التي تعاني من مشاكل مع زوجها ، قد ترجع ذلك إلى سحر أو عين أصابتها فتنفق أموالها على الدجالين عسى أن ينقذوا بيتها المهدد ، ولا تبذل أي جهد لمعرفة العوامل الموضوعية والمنطقية وراء توتر علاقتها الزوجية، التي قد تكون الصراعات المستمرة حول المال أو تربية الأولاد أو مشاكل مع الأهل، التي يمكن حلها بالاتصال بالمرشد النفسي الأسري عن طريق التدريب على مهارات الاتصال.

أما على مستوى البحوث العلمية فيوجد فراغ كبير في المكتبة المحلية والعربية في هذا الموضوع ، فالبحوث العلمية تكاد تكون قليلة جداً في تناول المشكلات الزوجية تشخيصا وعلاجا.

والإرشاد الزواجي من الفروع الجديدة في مجال الإرشاد النفسي، وقد تعاظمت الحاجة إليه هذه الأيام لأسباب عديدة، منها:

- انشغال الوالدين والأسر عن تأهيل الأبناء للزواج وكيفية بناء البيت السعيد المستقر.
- انشغال الأبناء أنفسهم بوسائل الاتصال والتواصل الأجتماعي الحديثة والعمل والدراسة
- عدم إعطاء موضوع الزواج والأسرة الاهتمام الكافي.
- ارتفاع نسب العنوسة في بعض المجتمعات رغم الوفرة المادية لدى العديد منها، وذلك لتكوين تصورات خاطئة حول الزواج أو رؤية تجارب سيئة في هذا المجال.
- ارتفاع نسب الطلاق بطريقة مخيفة في السنوات الأولى من الزواج لعدم معرفة العروسين بمتطلبات الزواج ومسؤولياته وحقوق وواجبات كل طرف وغيرها من الأمور الضرورية لإقامة أي بيت واستمراره.
- زيادة أعباء الحياة وارتفاع سقف الطموحات لدى بعض الشباب وعدم مناسبتها للإمكانات المتاحة.
- زيادة المشكلات وتشعبها وتعقدها مع اتساع شبكة العلاقات الأجتماعية ووسائل الأتصال والتواصل الرقمي الحديث .

كل ذلك وغيره خلق حاجة ماسة لدى الكثير من الأفراد والأسر والمجتمعات لضرورة التعامل والتجاوب مع الإرشاد الزواجي بصوره وأشكاله المتعددة، من أجل:

- تصحيح الكثير من المفاهيم الخاطئة حول الزواج والأسرة وتربية الأبناء ورعايتهم.
- حل بعض المشكلات الطارئة وهي لا بد منها لكن لابد أيضاً أن تعالج علاجاً صحيحاً حتى لا تتفاقم وتؤدي إلى خراب البيت لا قدر الله.
- بناء البيت على أسس سليمة تجعله مصدراً للاستقرار والسعادة والبهجة، وليس مصدراً للنكد والتعويق والتشتت وربما الضياع.
- اكتشاف مواطن القوة لدى أفراد الأسرة والسعي إلى الاستفادة منها في تنمية مواردها.

مواصفات المرشد الزواجي الفعال

١- أن تكون الشهادة أو المؤهل العلمي الذي حصل عليه في هذا المجال ، ومرخص له فيه.

٢- أن يكون له أبحاث ودراسات وسمعة حسنة في هذا المجال.
٣- ألا يكون الأمر بالنسبة له هو مجرد تحصيل المال والرغبة في الربح فقط.
٤- أن يكون أمينا على أسرار من يسأله ويسترشد به متقناً لعمله متفوقا فيه.
٥- أن يكون مشهوراً بالسيرة الطيبة وحسن الخلق بصفة عامة مراعياً للقواعد المهنية والأخلاقية المرتبطة بهذا المجال.

تعريف الإرشاد الزواجي:

- عملية تهيئة الفرد للاستعداد للدخول في الحياة الزوجية ، وتزويده بالخبرات والمعارف والمهارات اللازمة التي تساعده في فهم متطلبات الحياة الزوجية ، وتحقيق التوافق بين الزوجين، والقدرة على التغلب على المشاكل التي قد تطراء قبل الزواج وبعده ، ومساعدة الفرد على اختيار شريك حياته ،وبناء أسرة متماسكة ،والحد من مشكلات الطلاق والتفكك الأسري.
- عملية مساعدة الفرد في اختيار شريك حياته الأسرية وذلك بناء على فهم ومعرفة بنفسه وإمكاناته وظروفه الاقتصادية والاجتماعية، للدخول في حياة أسرية مستقرة مطمئنة؛ لتحقيق التوافق الزواجي، والمساعدة في حل المشكلات التي قد تتعرض لها هذه الشركة قبل وأثناء وبعد الزواج.
- مساعدة الزوج/ الزوجة لاختيار شريك الحياة، ضمن اعتبارات متعددة اقتصادية واجتماعية وثقافية ، وعقائدية ؛ لتحقيق الانسجام بينهما ، لصالح الأسرة وأطفالها، ولتحقيق أهدافها المنشودة مثل تحسين مستوى تقبل الفرد لنفسه، وتقبل الآخرين، الوعي بالحاجات الذاتية وحاجات الآخرين ومراعاتها والعمل على إشباعها بشكل تكاملي تعاوني، ضماناً لاستمرار الحياة الزوجية
- عملية مساعدة الفرد في اختيار زوج ، والاستعداد للحياة الزوجية، والدخول فيها، والاستقرار والسعادة وتحقيق التوافق الزواجي، وحل ما قد يطرأ من مشكلات زواجية قبل الزواج وأثنائه وبعده .
- عملية مساعدة الأزواج في اختيار شريك الحياة المناسب، وذلك بناء على فهم ومعرفة بأنفسهم وقدراتهم وإمكاناتهم وظروفهم الاجتماعية والاقتصادية؛ وذلك للدخول في الحياة الزوجية وتحقيق الاستقرار والتوافق والسعادة فيها، والمساعدة في حل المشكلات التي قد تعرقل الحياة الزوجية قبل الزواج أو أثناؤه أو بعده .
- مساعدة الفرد في الاختيار للزواج، والاستعداد للحياة الزوجية، والدخول فيها، والاستقرار والسعادة وتحقيق التوافق الزواجي في ضوء البرامج الإرشادية للمقبلين على الزواج .

أهداف الإرشاد الزواجي

١- تهيئة المقبلين على الزواج للاستعداد للدخول في الحياة الزوجية، من خلال تعريفهم بالأسس السليمة والصحية للعلاقة الزوجية.
٢- تزويد المقبلين على الزواج بمجموعة من المعارف والمهارات والمعلومات عن الحياة الزوجية، والتي يمكن أن تساعد في الوقاية من المشكلات مستقبلاً.
٣- مساعدة المقبلين على الزواج لفهم الأدوار والحقوق والواجبات لكل منهم ،لتحقيق فهم واقعي لطبيعة الحياة الزوجية.
٤- تحقيق التوافق الاجتماعي والنفسي لكل من طرفي العلاقة الزوجية.

أهمية الإرشاد الزواجي

إن دراسة العوامل التي تسهم في تحقيق استقرار الحياة الزوجية ، ومن خلال استعمال مقاييس موضوعية لتشخيص المشكلات التي يواجهها الأزواج ، ومن ثم وضع البرامج الوقائية والعلاجية المناسبة على مستوى الأزواج والأفراد.

وفي الواقع فإن مما يساهم في تفاقم المشكلات الزوجية وارتفاع نسب الطلاق في العراق ،هو عدم لجوء الأزواج لتحكيم الأهل، إلا عند تفاقم المشكلات بين الأزواج، وعدم اللجوء للاستشارة النفسية الأسرية والزواجية بسبب عدم توفرها بسهولة ، ولعدم رغبة الأزواج في اطلاع الآخرين على أسرارهم ، والخوف من كلام الناس وسقوطهم في نظر الآخرين.

فقد بينت هذه الدراسة أن نسبة الأزواج الذين يطلبون الاستشارة النفسية في العراق لا تتعدى ٣% ، ومهما يكن، فإن تعقد الحياة ، وخاصة في المدن وارتفاع نسب الطلاق ، يستدعيان ضرورة تدريب الأزواج على كيفية الاستمتاع بالحياة الزوجية من مختلف الجوانب وليس من جانب اللذة فقط ، وهذا يستدعي فهم حاجات كل طرف ، وتفهم موقفه ، مما يستدعي التدريب على مهارات التواصل وخاصة مهارة الاستماع للطرف الآخر، وتفهم موقفه ووجهة نظره ، وكيفية نظره للقضايا وإدراكه لها.

ولا شك أن توفير الإرشاد الزواجي على مستوى عيادات خاصة أو حكومية تابعة لوزارة العدل أو وزارة العمل والشؤون الاجتماعية أو تابعة لمحاكم الأحوال الشخصية، مثلا سيمكن الأسر على اكتساب آليات ومهارات تساعدهم على تحقيق الاستقرار الزواجي ، والاستفادة منها وتربية أطفال متوافقين نفسيا واجتماعيا ، كما سيساعد الشباب المقبل على الزواج أو المتزوج قريبا على اكتساب المهارات التالية :

- اختيار الشريك المناسب واتخاذ القرارات المرتبطة بالزواج وتكاليفه.
- حل الخلافات وإدارة النزاعات قبل وأثناء الحياة الزوجية.

- حل المشكلات العائلية وغيرها من المشكلات العامة.
- اكتساب المهارات الاجتماعية وفن التواصل مع الآخرين وخصوصاً الشريك.
- اكتساب مهارات الحوار الزواجي البناء.

يعتبر الفهم الجيد للزواج من المتطلبات الأساسية لكل فرد بالغ ، ففي الوقت الذي يسعد فيه الكثير بالزواج في بدايته ، نجد عددا كبيرا منهم يلجؤون إلى الطلاق فيما بعد ، فقد وجدت دراسة ماك دو Mc Donald 1995 ، أن نسبة الطلاق قد قاربت ٥٠% في العقود القليلة الماضية ، حيث أن ٥٥%من الأمريكيين و ٤٥% من الاستراليين و ٤٢% من الانجليز و ٣٧% من الألمان، تنتهي زيجاتهم بالطلاق ،أو يستمرون في علاقات غير مرضية ،وهذه النسب المرتفعة من الطلاق ، لا تقتصر على الدول الغربية فقط ، بل نجد كذلك في الدول العربية تزايدا لحالات الطلاق ، ففي مصر بلغت نسبة الطلاق في القاهرة وحدها ٦٠٠٠٠ حالة سنويا ، وفي المجتمع السعودي سجلت أعلى نسبة في الطلاق حيث بلغت ٦٨٣٠ حالة ، أما في الجزائر فإن معدل الطلاق في تزايد مستمر؛ فمن سنة ١٩٩٤ إلى ٢٠٠٢ بلغ معدل الطلاق ٢٤٥٦١ سنويا. وبلغ ٢٥٦٢١ حالة طلاق سنة ٢٠٠٢ وتعرف العاصمة أعلى نسبة، حيث تسجل ١٩٩٩ حالة سنويا. وبلغت ٢١٥٨ حالة طلاق سنة ١٩٩٨ إحصائيات وزارة العدل ٢٠٠٤، وكشفت إحصائية رسمية، عن ارتفاع تاريخي لمعدلات الطلاق في العراق، خلال عام ٢٠١٨، بمعدل غير مسبوقالإحصائية التي كشف عنها مجلس القضاء الأعلى، أشارت إلى تسجيل ٧٣ ألف و٥٦٩ حالة طلاق خلال العام الماضي، مقابل ٢٤٥ ألف و٢٩٦ حالة زواج في مختلف محافظات البلاد، وتصدرت العاصمة بغداد، محافظات العراق بعدد حالات الطلاق بأكثر من ٣٠ ألف حالة، تلتها البصرة بأكثر من ٥٨٠٠ حالة ثم بابل بأكثر من ٥ ألاف، فيما جاءت خلفهم نينوى بـ ٤ ألاف ٧٤٠ حالة.

مما يجعل فهم وتقييم المسار التطوري للزواج من المواضيع الأساسية للباحثين والعياديين الذين يعملون مع الأزواج والعائلات ، فمن المعروف جيدا الآن الآثار السلبية للصراع الزواجي على الأزواج والأطفال في نفس الوقت ، كما بينت ذلك دراسات عديدة منها، دراسات ايميري Emery ودراسات جوتمان وكاتز Gottman & Katz1988 ودراسات هويز وماركمان Howes & Markman 1989 وحاول السيكولوجيون البحث في العوامل التي تجعل البعض يسعد بعلاقته الزوجية ، بينما يشقى البعض الآخر بها ، فلا شك أن هناك عوامل موضوعية مسؤولة عن ذلك، وليست المسألة مسألة حظ أو صدفة ، ومن هنا انطلقت البحوث منذ الثلاثينات من القرن الماضي للبحث عن العوامل المسؤولة عن تحقيق الاستقرار الزواجي ، حيث ركزت في البداية على

العوامل الديموغرافية ، مثل طول مدة الزواج، الدخل، المهنة، التربية، والتي توصلت إلى اعتبارها كعوامل ذات دلالة للتنبؤ بنتائج الزواج.

وركزت بحوث أخرى على عوامل الشخصية مثل دراسة "كيلي وكونلي Kelly & Conely1987الطولية التي استغرقت خمسين سنة فوجدت بعض الخصائص الفردية مثل التوافق النفسي، والتشابه في التوقعات حول الزواج ، كعوامل للتنبؤ بالرضا الزواجي ، ولكن الملاحظات العيادية فيما بعد أي في نهاية الخمسينات، بينت أن الوضع المالي والعمل ، يمارسان تأثيرهما من خلال عمليات وسيطة ، فعندما يتقدم الزوجان لطلب الإرشاد الزواجي ، يبدو ظاهريا ، أن هناك زواجا مستقرا فالزوجان يشعران عموما بالرضا عن العلاقة بينهما غير أن لديهما مشاكل مالية ، والمال في حد ذاته يعتبر أقل من حيث الأهمية مقارنة بقدرة الطرفين على إدارة مواضيع أعمق في علاقتهما ، التي قد تكون مرتبطة بالمال ، مثل الاحترام لرأي كلا الطرفين والمساواة في اتخاذ القرارات.

لذلك بدأت البحوث الحديثة في التركيز على ما يقوم به الأزواج بعد زواجهم فقد فحص كارني وبرادبوري ١٩٩٥ Karney & Bradbury في تحليل متعدد ل ١٥٥ دراسة طولية ، توصل إلى أن الرضا عن العلاقات الجنسية والسلوك الايجابي مثل التشجيع، الحوار الفعال، وسلوك الرعاية ،هي من أفضل العوامل للتنبؤ بالاستقرار الزواجي ،أما السلوك السلبي ، مثل تبادل الانفعالات السلبية والحوار الهدام فهو مرتبط بالزواج الفاشل والتوتر والطلاق.

كما يعتبر عدم الرضا الزواجي أحد أهم العوامل التي تنبئ بعدم الاستقرار الزواجي ، ومن أهم الدراسات الطولية التي حددت العوامل الخاصة والسلوك المنبئ بالاستقرار في الزواج، مشروع دنفر للتطور العائلي ، وهي دراسة قام بها Markman ماركمان١٩٩٣ ، تتبعت هذه الدراسة الأزواج مدة عشر سنوات، وبدأت قبل الزواج ، وتوصلت إلى ما يلي: الرضا الزواجي عموما يتقهقر خلال السنوات الأولى من الزواج ، قبل أن يستقر حوالي ثلاث سنوات ،بعد التقدير الأول الذي تم قبل الزواج بعد هذه النقطة يبدو أن الرضا عن الزواج يستقر ولا يحدث أي تقهقر دال بعد ذلك، في التقديرات التتبعية عبر الوقت و ٢٠% من العينة يصلون إلى الطلاق ، مما يشير إلى أهمية المتغيرات قبل الزواج في التنبؤ بتفكك الزواج ، وخلصت هذه الدراسة إلى أهم عوامل التنبؤ بتفكك الزواج والمتمثلة في ما يلي :

- عدم صدق انفعالات الزوج إلى جانب السلبية.
- عدم صدق عواطف الزوجة .
- نقص مهارات حل المشكلات.
- سن الزوجة عند الزواج.

كما تشير هذه الدراسة إلى أنه ليس يهم وجود الصراع ، ولكن المهم كيفية التعامل مع الانفعالات السلبية وكيفية حل الصراع ، وتوصلت هذه الدراسة ،

إلى أنه عندما يطلب الزوجان المساعدة النفسية ،والزوج تكون لديه مشاعر الكراهية وانتقادات هدامة لزوجته، فإن الزوجة تكون لديها صعوبات في المساهمة في إيجاد الحلول ، وعندما لا يملك الطرفان القابلية للإحساس بالحاجات العاطفية ، والاستجابة للآخر، تكون العلاقة في حالة هشاشة.

وخلصت الدراسة إلى ضرورة تزويد الزوجين بمهارات الإصغاء والاهتمام، والاستجابة لحاجات كل طرف، والتحدث مع البعض، وحل المشكلات بطريقة بناءة واعتبرتها أهدافا أساسية للمرشد الأسري ، لخفض الخطورة التي تتعرض لها العلاقة.

كما وجدت الدراسات أن العوامل التي تنبئ بنوعية العلاقة، هي نفسها التي تنبئ باستقرارها، ما عدا عاملا واحدا ، وهو المدة الذي يرتبط سلبا بالرضا ولكن إيجابا بالاستقرار.

فبينما ترتبط مدة الزواج عكسيا بنوعية الزواج أي كلما زاد الوقت قل الرضا عن الزواج، فإن الزواج الطويل هو أقل ميلا للانفصال، ويميل إلى الاستقرار أكثر، حسب دراسة كارني وبرادبوري Karney & Bradbury، مع أن الاستمرار في العلاقة والنوعية ، هما ظاهرتان مرتبطتان بشكل واضح، فإنهما يتميزان باختلافات نوعية ، مما يشير إلى أهمية إرشاد الأزواج في تطوير علاقات فعالة وصحية أحسن من علاقات أطول فقط ، يقصد باستقرار العلاقة الزوجية نجاحها ، وسلامتها من الاضطراب والتوتر الزواجي ، مما يجعلها في منأى عن التعرض للتهديد بالفشل، وما ينتج عنه من طلاق، فالاستقرار يتضمن التمسك بالعلاقة الزوجية ، لأن كلا الطرفين يشعر بالتوافق والرضا والسعادة ، أما العلاقة غير المستقرة، فهي العلاقة التي يشعر فيها الطرفان بأنهما غير متوافقين، وغير راضين عن علاقتهما ، وأنهما تعساء مع بعضهما.

إن انتشار الإرشاد الزواجي في المجتمع العالمي بالشكل الذي بدأ يؤرق الكثير من أبناء المجتمع، دليل على وجود تغيرات اجتماعية كبيرة تسارعت خطاها دون الوعي بها من أبناء المجتمع، أو دليل تحول كبير في المجتمع يهدد بناءه الاجتماعي واستقراره، هذا التحول أو التغيرات تعيد تشكيل المجتمع وبناؤه ونظمه من جديد وفق المعطيات الاجتماعية وغيرها التي يعيشها المجتمع.

كما أن انتشار الإرشاد الزواجي في المجتمع ، وبناء على معطيات هذه النظرية، نتيجة طبيعية لحدوث بعض الظواهر الاجتماعية المؤدية له، كما أنه نتيجة لعجز الزواج عن الاستمرار في تأدية وظيفته وتحقيق أهدافه، أو عجز بعض النظم الاجتماعية التي تحيط بمؤسسة الأسرة عن تحقيق أهدافها ووظائفها.

ومن المعلوم أن الفرد حينما يمارس الحياة الزوجية ويسعى لها يكون بذلك ملبياً لمجموعة من الاحتياجات التي يريد إشباعها، وأهم هذه الاحتياجات التي يحققها الزواج هي: تحقيق الاستقرار العاطفي والوجداني، الهروب من الوحدة، الرغبة في الإنجاب، الحصول على الحماية، الهروب من أوضاع غير مرغوب فيها، تحقيق مركز اجتماعي، الحصول على المال، تحقيق رغبة الوالدين، الإشباع الجنسي، الحصول على الصحبة والصداقة ، فإذا عجزت المؤسسة الزوجية عن تحقيق هذه الاحتياجات أو بعضاً منها والتي وجِدتْ من أجلها لكل من الطرفين أو لواحد على الأقل منهم، تحدث الخلافات الزوجية، ذلك أن مؤسسة الأسرة التي سعى لها كل من طرفي العلاقة لم تحقق الأهداف التي من أجلها وجدت.

والنظام الزواجي لا يقوم بوظائفه في معزل عن النظم الرئيسية الأخرى كالدينية والأسرية والاقتصادية، والسياسية، والتربوية وغيرها، بل أنه يعمل معها ومن خلالها ليحقق التوازن والاستقرار الذي يسعى له طرفي الزواج ، والنظم الاجتماعية العامة في المجتمع، كما ترى النظرية الوظيفية، تتفاعل مع بعضها في نوع من الانتظام والتناغم التام ملبية بذلك المتطلبات الدنيا أو ما فوقها للفرد والمجتمع وفق مقتضيات ومعطيات المرحلة الزمنية والمكانية، وهي بذلك تمثل البيئة الاجتماعية المحيطة المؤثرة عليه، ويكون تقبل الأسر لتأثيرات هذه النظم المختلفة في شكل (ثقافة المجتمع) متفاوت بين القبول المطلق أو الرفض بدرجات مختلفة، وذلك نظراً لتفاوت ظروف كل أسرة واحتياجاتها.

وفي الوسط الاجتماعي من المعلوم أن الأسرة تسعى لتحقق هدفين كبيرين لتكوينها الداخلي واستقرارها الاجتماعي، يتمثل الهدف الأول في تكوين نوع من المودة والألفة اللازمة بين صاحبي العلاقة الزواجية وذريتهما، أما الثاني فيتمثل بالمسؤولية الاجتماعية المناطة بالأسرة لإخراج ذرية مستقرة عاطفياً ومفيدة اجتماعياً، وحين يختل هذان الهدفان تحدث الخلافات الزوجية، وذلك لفقدان التوازن والتكامل والاستقرار والتساند الذي أكدت عليه نظرية النسق.

وتعريف Both كان مفهوم عدم الاستقرار الزواجي في الماضي يستخدم بشكل تبادلي مع المفاهيم الأخرى مثل الانحلال الزواجي low marital quality وعلى الرغم من الانحلال الزواجي يقصد به العمل القانوني لإنهاء الزواج عن طريق الطلاق، أو الانفصال النهائي ، من جانب آخر هناك التفكك الزواجي ، ويقصد به التفكك الطوعي للزواج من خلال الوفاة أو التخلي عن الطرف الآخر، أما الزواج ذو النوعية المتدنية ، فالمقصود به التقييم الكيفي للزواج، وهو مؤشر لدرجة منخفضة ، من التوافق في الزواج.

والزواج ذو النوعية المتدنية لا يعني بالضرورة أن هناك ميلا كبيرا للطلاق أو الانفصال أو التخلي عن الطرف الآخر، فهناك العديد من الزيجات المتدنية النوعية التي تظل سليمة وزيجات ذات نوعية عالية تنحل.

وعليه عرف عدم الاستقرار الزواجي:هو ميل الزوجين لإنهاء الزواج الحالي على الرغم من أن إنهاء أو انحلال الزواج ، قد لا يحدث في النهاية، بمعنى أنه تكون هناك رغبة في انحلال الزواج ولكن يمكن أن لا يحدث كفعل أو إجراء من قبل الزوجين ، يعني الاضطراب والتوتر في العلاقة الزوجية بينما يعني الاستقرار الزواجي تحقيق الرضا والتوافق والسعادة الزوجية.

يتضمن هذا التعريف قيمة ضمنية لطول مدة العلاقة أي استقرار العلاقة واعتبارها مكونا أساسيا لعلاقة صحية ، فمعظم الناس يدخلون الزواج آملين أن تدوم علاقتهم مدى الحياة ، إن الأزواج القادرين على الحفاظ على علاقة طويلة المدى ومرضية للطرفين عادة ما يكونون أحسن من الذين ليس لهم مثل هذه العلاقة ، وأبعد من هذا توفر العلاقة الطويلة المدى والمرضية للطرفين علاقة حميمية انطلاقا من التاريخ المشترك ، هذه الحميمية التي تقدر غالبا من طرف الأزواج الذين يعيشون مع بعضهم البعض.

ويعرف (Benun,2000) اللاتوافق الزواجي بعدم الانسجام الزواجي، وأنه عبارة عن تقديرات منخفضة للسلوك المتبادل، ومهارات حل المشكلات، وتقديرات مرتفعة للصراع والسلبية المتبادلة ، كما يتسم أيضا بمهارات اتصال ضعيفة وتقديرات منخفضة للأنشطة الترفيهية المشتركة ،فالأزواج المتوافقون هم أزواج متكيفون في علاقاتهم الزوجية ومنسجمون مع بعضهم البعض مما يجعل علاقاتهم مستقرة.

وإن التعبير عن السعادة مقترن بالصحة النفسية والجسدية، ويزداد بوجود علاقات اجتماعية معينة ، ويقل بفقدان هذه العلاقات ، وبازدياد وطأة أحداث الحياة.

وتعتمد البحوث على التقديرات الذاتية للأفراد، فإذا قالوا عن أنفسهم أنهم سعداء فهم بالفعل سعداء ، وإذا قالوا أنهم تعساء فهم بالفعل تعساء، رغم عدم اتساق التقديرات الذاتية مع تقديرات الآخرين.

ولا يستطيع المرء أن يشعر بالسعادة والتعاسة في آن واحد ، غير أن هناك استقلالا نسبيا للمشاعر الايجابية والمشاعر السلبية ، ففي مجال الرضا عن الزواج، يمكن للأزواج أن يخبروا مشاعر إيجابية قوية، ترتبط مثلا بالعلاقات الجنسية ، ومشاعر سلبية قوية ، ترتبط بالمشاحنات الزوجية مثلا.

وتعريف السعادة بوصفها انعكاسا لدرجة الرضا عن الحياة أو بوصفها انعكاسا لمعدلات تكرار حدوث الانفعالات السارة، وشدة هذه الانفعالات وليست السعادة عكس التعاسة تماما.

وميزت بعض الدراسات الحديثة بعدا عاما يتضمن حالة عامة من الشعور بحسن الحال، وهذا يختلف إلى حد ما عن السعادة كحالة انفعالية إيجابية.

ويمكن تعريف الرضا على أنه تقدير عقلي لنوعية الحياة التي يعيشها الفرد ككل ، أو الحكم بالرضا عن الحياة ، ويمثل هذا البعد خلفية عامة للعديد من الاستبيانات النوعية للرضا كالرضا عن العمل أو الزواج أو الصحة.

النظريات الإرشاد الزواجي

اولا - مدرسة التحليل النفسي :

يعتبر فرويد رائدا لمدرسة التحليل النفسي ولقد قسم الجهاز النفسي الى ثلاثة اقسام هي الهو وهو مستودع الغرائز والدوافع الفطرية ، والانا الاعلى هو مستودع المثاليات والاخلاقيات والضمير والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية ، اما الانا فهو مركز الشعور والمشرف على الحركة والادارة والمتكفل بالدفاع عن الشخصية وتوافقها وحل الصراع بين مطالب الهو وبين مطالب الانا الاعلى وبين الواقع وان الشخص المتوافق هو من يشبع متطلبات الهو بوسائل مقبولة ، اي يستطيع التوفيق بين متطلبات الهو وضوابط الانا الاعلى ، اما سوء التوافق فينشأ من الفشل في تحقيق حالة التوازن بين مكونات الشخصية الثلاثة وهي الهو والانا والانا الاعلى وذلك اساس حدوث الاضطرابات المختلفة ، وتحدث ايضا عن اهمية الغريزة الجنسية لما لها اثر في توجيه السلوك ، واضطرابها ومشكلاتها وعدم اشباعها تؤدي الى امراض نفسية ،ويقول فرويد ان الهدف الرئيسي للزواج هو الاشباع الجنسي .

ويلاحظ ان فرويد استخدم مصطلح (اللبيدو) على الطاقة الجنسية بمعناه الواسع مشيرا الى اي نوع من النشاط يجلب اللذة باشباع الحاجات الجسمية ، لقد قلل يونك من شأن سيطرة الميول الجنسية في الحياة النفسية وان لم ينكر اهميتها ، ورفضت هورني فكرة اللبيدو وعقدة اوديب ولكنها لم تغفل اهمية الغريزة الجنسية ، ولم يوافق رانك على اهمية الغريزة الجنسية كدافع اساسي للسلوك ، ونقد فروم التركيز على الغريزة الجنسية واظهر اهمية النواحي الاجتماعية في تحديد السلوك ، كما اهتم فرويد ب (اللاشعور) والذي يشكل حسب رأيه معظم الجهاز النفسي وهو يحوي ما هو كامن وليس متاحا ومن الصعب استدعاؤه وان المكبوتات تسعى الى الخروج من اللاشعور الى الشعور في الاحلام وفي اعراض واضطرابات سلوكية عديدة .

وان الكثير من المخاوف والصراعات اللاشعورية الموجودة في العلاقة الزوجية مشتقة من علاقات الطفولة المبكرة ، فالماضي هام جدا وله تأثيره القوي على العلاقات الحاضرة ومشاعر الانسان وافكاره ولا تحدث عشوائيا ولكن لها جذورها واصولها في تاريخ وخبرات الفرد فالماضي جزء من الحاضر .

واما آدلر فيرى ان الشعور بالنقص منذ الطفولة يدفع الفرد الى تبني انماط غير مناسبة من السلوك للتعويض عن مشاعر النقص وهذا يدفع الفرد الى التعويض وخاصة عند وجود نقص عضوي او بسبب تدليله واهماله من والديه وهذا لا يساعده على تحقيق اهدافه في الحياة الامر الذي ينمي عنده اساليب فاشلة لمواجهة المشكلات التي تصادفه ويقلل من ميله الاجتماعي وعزلته ويمنعه من التفاعل مع الاخرين ويصبح انانيا ومتمحورا حول نفسه وان شعوره بالتعاسة واليأس والاستسلام وعدم القدرة على تحقيق اهدافه الاجتماعية يقوده الى اضطرابات سلوكية في حياته الزوجية مستقبلاً.

ثانيا- المدرسة السلوكية :

تؤكد النظرية السلوكية على المثير والاستجابة وان كل سلوك (استجابة) له مثير فأذا كانت العلاقة بين المثير والاستجابة سليمة كان السلوك سويا اما اذا كانت العلاقة بينهما مضطربة كان السلوك غير سوي وان الاضطرابات السلوكية هي سلوكات متعلمة شأنها في ذلك شأن السلوك المتعلم السوي وهي نتاج تعلم خاطيء في التربية ، وان الفرد بحاجة لتفسير سلوكه وخططه منطقيا فأذا سبب هذا التفسير المنطقي لديه الشعور بالقلق والاحساس بالذنب فانه سيميل لايجاد تفسيرات مخالفة للحقيقة الامر الذي يقود الى العصاب اما اذا تناسبت تفسيرات الفرد مع القيم الاجتماعية السائدة فانها سوف تعزز وتبقى وبذلك ينخفض مستوى القلق عند الفرد .

وترى النظرية السلوكية ان الكبت هو استبعاد شعوري ومقصود الى حد ما للافكار غير المقبولة وطردها من الشعور والوعي وان لايدع الفرد الافكار والمشاعر السلبية في بؤرة انتباهه وهو اسلوب من اساليب الدفاع الادراكي حيث تخضع ادراكات الفرد لدوافعه وحاجاته ، ويعتبر التجاهل واحد من اساليب الدفاع الادراكي وهو اهمال المثيرات التي من شأ نها ان تكدر الفرد وان تثير لديه القلق.

ويعتبر السلوكيون التفاعل الزوجي مطلب مهم لحدوث التوافق الزوجي من خلال الثواب والعقاب ، حيث ان اثابة الفرد على سلوك ما غالبا ما يدعمه ويقويه للظهور مرة اخرى فعندما يتفاعل الزوجان ويعزز احدهما الاخر فأنه يحفزه وذلك يزيد من التقارب والتوافق الزوجي بينهما لان التعزيز يقوي ويدعم ويثبت السلوك بالاثابة، وبالعكس اذا عاقب احدهما الاخر او حرمه من الثواب فأنه يشعره بعدم الارتياح ويسوء التوافق بينهما ، ولذلك فأن التوافق الزوجي يحدث اذا تفاعلا الزوجان تفاعلا ايجابيا واشبع كل منهما الاخر.

ثالثا- نظرية الذات (روجرز) :

يرى روجرز ان التوافق النفسي يتوفر عندما يكون الفرد متسقا مع مفهوم ذاته ، لذا فأن مفهوم الذات الموجب يعبر عن التوافق النفسي والصحة النفسية وأن تقبل الذات و فهمها يعتبر بعدا رئيسيا في عملية التوافق الشخصي ، وان

الخبرات التي تتفق وتتطابق مع مفهوم الذات ومع المعايير الاجتماعية تؤدي الى الراحة والخلو من التوتر والى التوافق النفسي ، اما الخبرات التي لاتتفق مع الذات ومفهوم الذات والتي تتعارض مع المعايير الاجتماعية يدركها الفرد على انها تهديد ويضفي عليها قيمة سالبة وعندما تدرك الخبرة على هذا النحو تؤدي الى تهديد واحباط وزيادة التوتر والقلق وسوء التوافق النفسي وتنشيط وسائل الدفاع النفسي التي تعمل على تشويه المدركات والادراك غير الدقيق للواقع.

وللاحترام والتقدير بين الزوجين اهمية كبيرة وانه مطلب عام عند كل البشر ويسعى الجميع للحصول على تقدير ايجابي من الاخرين وعلى ضوء هذا التقدير يطور الفرد تقديره لذاته ويكون هذا التقدير ايجابيا ، وقد يحدث احيانا تعارض بين حاجة الفرد للتقدير من الاخرين مع قيمه الخاصة ، فقد يكون لدى الفرد سلوك لايرضى عنه الاخرون مع انه بحاجة الى تقديرهم وهو يحاول تجنب هذه الخبرات او نكرانها ويعتبر هذه القيم قيمه وبناءا على ذلك فأن الفرد قد يضفي قيمة ايجابية حتى لو كانت غير مشبعة اوغير مرضية له ويضفي قيمة سلبية على بعض الخبرات حتى لو كانت تشبع حاجاته .

رابعا- نظرية التعلم الاجتماعي (باندورا) :

ان نظرية التعلم الاجتماعي تنظر الى التطور البشري كتأثير متراكم لمجموعة من التجارب التعليمية المتداخلة لتكون الشخصية ، يحدث التعلم من خلال التقليد فأن الناس يقلدون سلوك الاخرين الذين يعجبون بهم او يحترمونهم ، ان الذين يؤمنون بنظرية التعلم الاجتماعي يؤكدون اهمية التعزيز والمكافأة في تثبيت السلوك اضافة الى ذلك ان منظري التعلم مهتمون بدور النموذج الذي يختاره الافراد ليقلدوه ، ويحصل مثل هذا التعلم عن طريق ملاحظة الاخرين ، وفي هذه الطريقة يكتسب الناس عددا هائلا من الاستجابات الروتينية والآداب والقواعد الاجتماعية والاساليب السلوكية المرتبطة بالادوار الاجتماعية للنساء والرجال والازواج والاباء.

وان البيئة الأسرية والاجتماعية والثقافية التي يعيش فيها الفرد هي التي تعلم الافراد ان يسلكوا سلوكا معينا ، ومن هنا نجد ان هذا السلوك مع الوقت يصبح جزءا من ثقافة مجتمعية سائدة تشكل سلوك افراده واتجاهاتهم نحو تلك الممارسات التي تصبح مع الوقت امرا عاديا لايثير الاهتمام او يلفت الانتباه ويصبح السلوك اكثر تثبيتا اذا اندمج بتفاعلات اخرى مثل التدعيم غير المقصود من جانب الاخرين ، وترتبط المشاكل والخلافات ارتباطا موجبا ببعض عوامل التنشئة الأسرية والاجتماعية مثل معايشة الابناء للخلافات الزوجية وتبادل الاهانات والاتهامات واستخدام الضرب وسوء المعاملة والحرمان بينهما اي ان الفتاة التي تلاحظ والدتها تتعرض للاهانات والضرب والتجريح وهي ساكتة ولا ترد ولاتتخذ اي اجراء يعتبر سلوكا اعتياديا وسوف تقوم بتقليد والدتها في

المستقبل ، اما الابن الذي يرى ويلاحظ سلوك والده في التربية وفي توجيه النقد والضرب والاهانة الى افراد الاسرة فسوف يعتبره سلوكا طبيعيا.

خامسا : - نظرية التبادل الأجتماعي Social Exchange Theory

تعتبر نظرية التبادل الأجتماعي من النظريات الأجتماعية المعروفة وابرز منظريها جورج هومانز Homans وبيتر بلاو Blau اللذين اهتما بدراسة الجماعات الصغيرة ، ثم تطورت النظرية في السبعينيات من خلال كثير من الأعمال التي استفادت من فرضيات كليهما وقد اتفقا على ان التفاعل سواء كان تفاعلا ضيقا بين الأفراد او واسعا بين مؤسسات يقوم على مبدأ تبادل شيء بشيء آخر .

ويفهم التفاعل في الأسرة على وفق هذا المنظورعلى انه تفاعل لايخلو من تبادل المنفعة ، لقد ركزت دراسات الأسرة النابعة من المنظور التبادلي في البداية على دراسة المصادر (الموارد) التي يستخدمها اطراف التفاعل في الأسرة في عملية حساب التكلفة والعائد ، فلهذه الموارد قيمة تبادلية يمكن ان توجه مجرى التفاعل في الأسرة .

وتفرق البحوث بين المصادر(الموارد)الخارجية (الذرائعية) مثل الحالة الأقتصادية او المهنية اوالأجتماعية للزوج والزوجة وبين المصادر غير الأقتصادية المرتبطة بالحب والعاطفة والجاذبية والناحية النفسية ، وقد اتضح من احد البحوث المبكرة في هذا السياق ان المصادر غير الأقتصادية اي تلك المتصلة بالجانب التعبيري اكثر من اتصالها بالجانب الذرائعي (الأداتي) تؤثر في التفاعل داخل الأسرة ، فهذه المصادرغير الأقتصادية لها قيمة تبادلية ومن ثم فأنها تؤثر على بناء القوة ونمط اتخاذ القرار داخل الأسرة مثلها مثل المصادر الخارجية (الذرائعية).

ولقد اكد هومانزعلى مبدأ العدالة التوزيعية حيث ان تكاليف العدالة الأجتماعية يجب ان تكون مساوية الى ارباح العلاقة لكلا الجانبين ، واذا اختل ميزان التكاليف والنفقات فان هذا سيؤدي في رأيه الى الحاق الظلم الأجتماعي بجانب معين من جوانب العلاقة وبالتالي قيام ذلك الجانب بتوتير علاقته مع الجانب الآخر كذلك بالنسبة الى الخصومات والنزاعات واستعمال العنف والقوة بين افراد الجماعات فأن العدالة التوزيعية تنص على ان استعمال القوة والتهديد من قبل الجانب الآخر واذا لم يستعمل الجانب المهدد اسلوب العنف والتهديد من قبل الجانب الآخر فأن هذا سيؤدي الى هدر حقوقه وهذا لايتفق مع مبدأالعدالة التوزيعية مطلقا ومع مبدأ كرامة الأنسان والجماعة .

وان نظرية التبادل الأجتماعيSoical Exchange Theory وتطلق عليها احيانا بعض المصادر بنظرية الربح والخسارة Psychic Profit Theory في علم النفس الأجتماعي لتفسير كيف يتطور التفاعل الأجتماعي في الجماعات الصغيرة الى الأيجابية فيظهر التعاون والتماسك او الى السلبية

فيظهر الصراع والتفكك واتفقوا في ذلك مع علماء التعلم على ان اثابة السلوك تدعمه وتقويه وعدم اثابته تضعفه وتطفئه لكنه اشترط في الثواب ان يكون ذا قيمة نفسية عند الشخص المثاب حتى يشعر بالربح النفسي ولايشعر بالخسارة النفسية التي يتعرض لها عندما يعاقب او يحصل على ثواب بسيط من التفاعل مع الآخرين .

وافترض هومانز ان الشخص يستمر في التفاعل الأجتماعي اذا كانت الأثابة مساوية او تفوق في قيمتها النفسية قيمة السلوك الذي بذله في الحصول عليها اي عندما يكون رابحا نفسيا ، ويتوقف عن التفاعل او يتفاعل تفاعلا سلبيا اذا عوقب او حصل على ثواب اقل من التكلفة اي عندما يكون خاسرا نفسيا .

وحسب نظرية التبادل الأجتماعي ان الزوجين يستمران في التفاعل معا ويشعران بالتعاون والتماسك ، عندما يجد كل منهما نفسه رابحا في تفاعله مع الآخرفأنه يستمر في التفاعل معه ، ويتوقفان عن التفاعل أو يأخذ تفاعلهما شكلا عدائيا عندما يجد احدهما او(كلاهما) نفسه خاسرا نفسيا من هذا اتفاعل.

وتتأثر حسابات العائد والتكلفة والربح في التفاعل بين الزوجين بعوامل نفسية من اهمها توقعات احد الزوجين من الآخر وادراكه لتوقعات الآخرمنه فعندما يجد الزوج في ردود افعال زوجته ماكان يتوقعه من اثابة يشعر بأنه ربح نفسيا ويدرك ان العائد اكثر من التكلفة ويشعربقيمة هذا العائد ويقدره وكذلك تحصل الزوجة على الربح النفسي واذاوجدت في ردود افعال زوجها ماكانت تتوقعه من اثابة وتشعر بقيمة العائد من سلوكياتها وعندما يشعرالزوجان بالربح النفسي في التفاعل بينهما يعدل كل منهما سلوكياته وافكاره ومشاعره حتى يقترب من سلوكيات وافكار ومشاعر الآخر ويتعلم كيف يرضيه وكيف يتحمله حتى يستمر التفاعل الأيجابي بينهما والعلاقة بين رضا احد الزوجين عن الآخر وحصوله على الربح النفسي من التفاعل معه علاقة تأثير متبادل فيسودهما التعاون والتآزر والتكامل وتزداد ارباحهما النفسية من التفاعل الزوجي .

أما عندما تقل قيمة المكافأة من تكلفة السلوك (أي كانت أقل مما كان متوقعا) فأنها تثير الغضب وتدفع الى النفور والتفكك وتجعل التفاعل بين الزوجين مكلفا نفسيا وتعرضه للانحراف او التوقف لأن في استمراره خسارة نفسية لايقدرعلى تحملها كلا الزوجين او احدهما وتؤد ي الخسارة النفسية التي يتعرض لهااحدالزوجين او(كلاهما) في التفاعل الزوجي الى التمرد النفسي Psychological Rebellion على الزوج الذي تسبب في منع الربح او في الخسارة ، ويأخذ تفاعلهما معا شكل التنافس الذي قد يؤدي الى خضوع احدهما للآخر وانصياعه له بالأكراه ودفعه الى ما اسماه سومنز (التعاون العدائي) فعندما يكون الزوج رابحا نفسيا والزوجة خاسرة نفسيا وتقبل الزوجة الهزيمة النفسية وتستسلم للأمر الواقع وترضى بسيطرة زوجها وتخضع له فأنها لاترفع الراية البيضاء ولا تقبل السلام لأنها تستسلم استسلام المقهور الحاقد وتتسم

ردود افعالها في التفاعل بالسلبية والأهمال والرياء والتملق والطاعة العمياء للزوج وقد يدفعها حقدها احيانا الى الخيانة الزوجية .

وعندما لايقبل الزوجان الخسارة النفسية يتحول تفاعلهما معا الى الصراع بسبب تضارب مصالحهما وتعارض دوافعهما ويسعى كل منهما الى هدم الآخروالأنتقام منه ويستمر الصراع بينهما حتى ينتصر احدهما على الآخر او ينفصلان عن بعضهما بعضا ، لكن عندما لايستطيع اي من الزوجين حسم الصراع لصالحه فأنه يضطر الى مهادنة الزوج الآخر والتعاون معه من اجل تحصيل مصالح شخصية من تفاعله معه او درء خسائر مادية او نفسية قد يتعرض لها ان انفصل عنه او توقف عن التفاعل الزوجي معه ، وهكذا قد نجد زوجين متعاونين وغير سعيدين بحياتهما الزوجية من أجل اولاد لهما او تجارة بينهما او مصالح مادية واجتماعية اخرى لاتتحقق لأي منهما الا من خلال تفاعلهما معا ويحكم التفاعل في هذه الحالة مبدأ(المباريات التي تكون حصيلتها صفرا) اي التي لاينتهي الصراع فيها عادة بغالب ومغلوب ويضطر المتصارعون (افرادا أو جماعات أو دولا) الى التوقف عن الصراع وقبول التعاون معا من اجل وقف خسائر الصراع وتحقيق مصالح مشتركة من التعاون.

الفصل الثامن

الإرشاد الوراثي

المقدمة

الوراثة هي الطريقة التي تنتقل بها الصفات، والخصائص من الأصول إلى الفروع وتسبب تشابه الأحفاد، والأبناء بالآباء، والأجداد، أي "جميع العوامل الموجودة في الكائن الحي من اللحظة التي تتم فيها عملية تلقيح الخلية الأنثوية بالخلية الذكرية ، وهذه العوامل هي مجموعة الخصائص، والسمات الجسمية، والعقلية، والحسية، وغيرها والتي تنتقل عن طريق الجينات الناقلات الوراثية التي تحملها الكروموسومات وهذه الجينات تحدد السمات الوراثية عندما يخترق أحد الحيوانات المنوية الحاملة لـ (٢٣) كروموسوماً البويضة الأنثوية الحاملة أيضاً لـ (٢٣) كروموسوماً ، ويعرف هذا علمياً بطور البويضة المخصبة فتؤثر في الإمكانات، والاستعدادات الوراثية للفرد بشكل مباشر، أو غير مباشر في بناء شخصيته، وتحدد سماتها وخصائصها.

وأشارعلماء الوراثة إلى أن هناك خصائص وسمات جسدية تنتقل عن طريق الوراثة مثل لون العينين ، والشعر، وشكل الأنف، حيث دلت الأبحاث العلمية على أن الأولاد يرثون الطول، والقصر، والضخامة، والنحالة، ولون الشعر، ولون العين، واتساعها، أو ضيقها، والصلع عند الرجال، وتفلطح القدمين، وقصر الأصابع، وغيرها من الصفات.

وأثبتت الدراسات أن الوراثة مسؤولة عن بعض الأمراض الجسمية السائدة ، أو الأمراض الجسمية المتنحية، والأمراض المرتبطة بكروموسوم الجنس، مثل مرض ضمور العضلات المعروف باسم "دودشات"، وهذا المرض يصيب الأطفال دون سن الخامسة، ويؤدي إلى ضمور العضلات، وموت المريض في العشرينات من العمر بسبب فشل التنفس، وضمور عضلات الرئة، وهو ناتج عن أب طبيعي، وأم حاملة لجين المرض، كما ثبت أن مرض الكساح له علاقة مباشرة بالجينات الوراثية .

ويستدل بأثر الوراثة في بناء الشخصية من الجانب النفسي والسلوكي في علم النفس بالدراسات التي أجريت على المنحرفين نفسياً، حيث قدمت أدلة على وجود معطيات وراثية عندهم، ومن هذه الأدلة وجود خلل بيولوجي فسيولوجي عند بعض المنحرفين نفسياً، حيث يتم توريث هذا الخلل من الآباء إلى الأبناء، بالإضافة إلى زيادة معدلات الاتفاق في الانحرافات النفسية عند التوائم المتماثلين أكثر من التوائم غير المتماثلين، فإن انتشار الانحرافات النفسية في اسر المنحرفين نفسياً أكثر من الأسر التي لا يوجد فيها انحراف، فإحدى الدراسات تشير إلى أن (١٠%) من أبناء الأسر والذين يعانون من مرض

الفصام كان أحد الوالدين يعاني من مرض الفصام، وترتفع هذه النسبة إلى (٥٠%) من الأبناء إذا كان الوالدان فصاميين، ووجد أن معدلات الاتفاق بالإصابة بمرض الفصام عند التوائم المتشابهة تتراوح بين (٦-٨٦%)، بمتوسط قدره (٥٠%)، وبين صفر و(١٩%) بمتوسط قدره (١٢%) عند التوائم غير المتشابهة.

فالأثر لا يدل على تأثير الوراثة في الجوانب العقلية والنفسية والسلوكية خاصة، وإنما يدل على الحرص على ضمان سلامته من الأمراض والعاهات الوراثية ، ففي التغريب تزداد الأجسام صلابة وقوة وتماسكاً، في حين أن الزواج من القريبات ولأسباب وراثية يجعل النسل ضعيفاً من حيث الجسم والذكاء، وقد يورث الأولاد صفات خلقية ذميمة وعادات اجتماعية مستهجنة .

ويقول علماء الوراثة إن الزواج بين الأقارب من الدرجة الأولى ينقل الأخطاء في المورثات أو الضعف أو الأمراض أو العاهات إلى الأجيال بنسبة خمسين بالمئة، والزواج من الأقارب من الدرجة الثانية بنسبة اثني عشر بالمئة، ومن الدرجة الثالثة بنسبة ستة بالمئة .

وقد أثبت العلم الحديث أن زواج الأقارب ينتج ذرية لدى أفرادها استعداد كبير للأمراض والتشوه بعيوب خلقية ، وأن درجة التناسل تقل حتى قد تصل إلى العقم، في حين أن زواج الأباعد ينتج ذرية تفوق أياً من الأبوين على السواء، كما ثبت أن زواج الأقارب يظهر العديد من الأمراض مثل الصم والبكم والتهاب الشبكية، والصرع والقزمية وضيق عظام المخ، وحساسية الجهاز التنفسي، والشعر الهش وضعف الذاكرة واضمحلال عضلات الأطراف.

التصور الطبي لمفهوم الوراثة

أدَّت الاكتشافات الحديثة واختراع المجهر إلى تبين أن أنسجة الجسم مكونة من خلايا ، وكل خلية تحتضن نواة هي المسئولة عن حياة الخلية ووظيفتها ، كما بينت هذه الاكتشافات الحديثة أن النواة في كل خلية تحوي المادة الوراثية بداية من الخواص التي تجمع بين الجنس البشري ، وانتهاء بالتفصيلات التي تختص بالفرد فلا يشاركه فيها آخر ، منذ خلق الإنسانية إلى انتهائها .

وتسكن المادة الوراثية كشبكية ملتفة في نواة الخلية ، وتتكون من أجسام صغيرة جداً يسميها العلماء الصبغيات CHROMOSOMES أو (الكروموسومات) وهي تراكيب تشبه الخيوط في نواة الخلية حينما تكون على وشك الانقسام ويوجد في كل خلية من خلايا الجسم الإنساني ٤٦ صبغاً (كروموسوما) وهي على صورة ثلاثة وعشرين زوجاً فرد من الأب وفرد من الأم ، وقد تمكن العلماء من التعرف على هذه الأجسام الصغيرة ، وترتيبها حسب تسلسلها ، ابتداء من الزوج الأول وانتهاء بالزوج الثالث والعشرين .

وتنقسم الكروموسومات إلى مجموعتين :

الأولى: الكروموسومات الذاتية : وهي (٢٢) زوجاً تتشابه تشابهاً تاماً في كل من الذكر والأنثى وهي التي تؤثر في الصفات الجسدية ، كطول القامة ولون الشعر ولون العين ولون البشرة ، والقابلية للأمراض .

الثانية :الكروموسومات الجنسية ، وعددها زوج واحد ، وهو متماثل في الأنثى يسمى: كروموسوم X، بينما يختلف هذا الزوج في الذكر ، ففرد من هذا الزوج يسمى: كروموسوم X وهو مماثل لكروموسوم X الموجود عند الأنثى ، والفرد الآخر الأقصر يسمى: كروموسوم Y ، والكروموسومات الجنسية هي المسئولة عن الصفات الجنسية

وبينت البحوث العلمية أن العوامل الوراثية تنتقل من خلية إلى خلية أخرى أثناء الانقسام الخلوي . والانقسام الخلوي ينقسم إلى نوعين أحدهما الانقسام الخيطي أي الفتيلي أو غير المباشر وهو يؤدي إلى إيجاد خلية تماثل الخلية السابقة ، الخلية الأم ، وتحتوي نفس عدد الكروموسومات ، أي (٤٦) كروموسوماً ، وهذا النوع من الانقسام الخلوي يحدث في كل خلايا الجسم الإنساني ـ عدا الخلايا الجنسية ـ أثناء النمو ، والتئام الجروح ، وتعويض الفاقد ، والأنقسام الثاني الانقسام الاختزالي وهو يؤدي إلى إنتاج خلايا مختلفة عن الخلايا الأم ، وبه يتم اختزال الكروموسومات الـ (٤٦) إلى نصفها ، وهو: (٢٣) كروموسوما .

وهذا النوع من الانقسام يحدث أثناء تكوين الأمشاج في كل من خصية الرجل ومبيض الأنثى ، ولهذا فإن النواة في كل من البيضة والحيوان المنوي تحتوي العدد النصفي من الكروموسومات ، فإذا تم تلقيح البيضة بالحيوان المنوي فإن الخلية الناتجة أي الملقحة أو المخصبة تكون النواة فيها محتوية للعدد الكامل للكروموسومات وهو: (٢٣) زوجاً ، أي: (٤٦) كروموسوماً .

ما هو الجين؟

يتكون الكروموسوم (الصبغ) من سلسلتين من الحامض النووي يرمز له باسم: (DNA) أو الدَّنا تلتفان على بعضهما البعض بشكل حلزوني وتكوِّنان لولباً مزدوجاً ، ويقدر مجموع (DNA) في كل خلية بشرية على شكل شريط كاسيت طوله (٢٨٠٠)كم.

والجين (المورِّث) هو جزء من هذا الحامض النووي الموجود في الكروموسوم تقدَّر نسبته بما يعادل (٧٠%) من طول الدنا (DNA) فقط ، ويختص بحمل المعلومات الوراثية، أما البقية الباقية من الدنا فلا يزال علماء الوراثة يجهلون وظيفتها.

ويتكون الجين (المورِّث) من مجموعة كبيرة من النيكلوتيدات مرتبة ترتيباً خاصاً ضمن سلسلة الدنا ، ومنها ما يصل عددها في الجين الواحد إلى (٢٠٠٠) نيكلوتيده تقريباً .

ويتحكم الجين كما أسلفت في الصفات الوراثية من طول الجسم وقصره وشكله ولونه، بل ونبرة الصوت ولون العين وحدَّة شمِّ الأنف ، وغير ذلك ، وكذا الإصابة بالمرض الوراثي ، ويشترك في إبراز كل صفة من الصفات جينات متعددة .

ويعتقد الباحثون أن عدد الجينات (المورِّثات) في كل خلية من خلايا الجسم يتراوح ما بين (٦٠.٠٠٠-٧٠.٠٠٠) لكن ما يعمل منها عدد محدود في كل خلية حسب حاجة الخلية وتركيبها .

كما وجد الباحثون أن (٢٠%) من الجينات (المورِّثات) تقريباً تعمل في كل الخلايا لأنها تقوم بالوظائف الحيوية المهمة للخلية ، فيما تختلف الـ (٨٠%) الباقية حسب الوظيفة والموقع والزمن

يقول البروفيسور دانيال كوهن : "ما نعرفه تماماً أن ما يمكننا قراءته واستيعابه علمياً حتى الآن تقدر نسبته بـ١% من(DNA) ما هو فعال في جسم الإنسان فيقدر بـ (٥-١٠%) منه في الوقت الذي تبقى فيه النسب المتبقية (٩٠-٩٥%) قيد الفرضيات .

مشروع الجينوم البشري :

اجتاز علماء الوراثة مراحل كبيرة في معرفة الجينوم البشري ، والكشف عن أسراره، وفي كل يوم تطالعنا المجلات العلمية وشبكات المعلومات والصحف بالمستجدات في هذا المجال فلا نزال نسمع الجديد عن عدد هذه الجينات ، وموقع كل واحد منها على الخريطة الجينومية ، ومهمته التي يقوم بها ، والخطر المحدق بالإنسان عند نقصه أو فقده .

ولأهمية هذا الموضوع ظهر على السطح مشروع الجينوم البشري ، وهو مشروع ضخم تتعاون فيه الدول الكبرى الغنية وتتبادل فيه المعلومات لتحديد موقع كل جين ، وفك الشفرة الخاصة به ، وتبلغ تكلفة هذا المشروع ثلاثة آلاف مليون دولار ، وابتدئ في تنفيذه عام ١٩٩٠، وتم الانتهاء منه في عام ٢٠٠٥ ، ومن فوائد هذا المشروع :

١ ـ معرفة أسباب الأمراض الوراثية .

٢ ـ معرفة التركيب الوراثي لأي إنسان بما في ذلك القابلية لحدوث أمراض معينة كضغط الدم والنوبات القلبية والسكر والسرطانات وغيرها .

٣ ـ العلاج الجيني للأمراض الوراثية .

٤ ـ إنتاج مواد بيولوجية وهرمونات يحتاجها جسم الإنسان للنمو والعلاج .

مفهوم الصبغات الوراثية والأمراض الوراثية :

الصبغات الوراثية هي المادة التي تأتينا عن طريق الأب والأم وهذه الصبغات الوراثية هي المسؤولة عن جميع وظائف الجسم بشتى أنواعها وهي تحدد طول الإنسان وحجمه وتقاسيم جسمه وهي موجودة في كل خلية من خلايا الجسم داخل ما يسمى بالنواة ، وتتكون هذه الصبغات من أجزاء أصغر تعرف

بالجينات أو المورثات، وتتكون هذه الجينات بدورها من أحماض نووية متناهية في الصغر.

والصبغة الوراثية عند فحص DNAتجتمع مع بعضها لتكون حمض الصبغات بطرق خاصة في المختبر تظهر على شكل خيوط ويعتبر عددها الطبيعي ٤٦صبغة (كروموسوم) (٢٣ منها يأتي من الأب و ٢٣ من الأم) ويتم ترتيبها إلى ٢٣ زوجا من الصبغات ترقم من ١ إلى ٢٣والزوج الثالث والعشرون هو المسؤول فإن الجنين يكون أنثى XX عن تحديد جنس الجنين، فإذا كانت الصبغتان XY فإن الجنين يكون ذكرا بإذن الله.

إن الصبغات الوراثية تتكون من أجزاء أصغر تعرف بالمورثات (الجينات)، ويوجد في كل خلية من خلايا الجسم ٢٣ زوجا من الصبغات الوراثية، فإن هذا يعني وجود زوج من كل مورث (جين) في كل خلية من خلايا الجسم أحدها يأتي من الأب والآخر من الأم، ويقدر عدد الموروثات (الجينات) في الإنسان ما بين ثلاثين إلى خمسة وثلاثين ألف مورث (جين) مسئولة بالكامل عن جميع وظائف الجسم.

وبناء على هذا فإن المرض الوراثي هو كل مرض ينتج عن خلل في الصبغة الوراثية الموجودة في كل خلية من خلايا الجسم المعروفة علميا بالكروموسومات أيا كان نوع هذا الخلل.

وأهم أنواع المرض الوراثي هو النوع الذي يركز عليه فحص ما قبل الزواج وهو النوع الناتج عن وجود خلل في المورثة الواحدة أو الجين الواحد، وهذا النوع ينقسم إلى:

- أمراض سائدة.
- أمراض متنحية.
- أمراض تتعلق بالصبغة الوراثية الأنثوية.

الأمراض السائدة تظهر أعراضها عند وجود خلل في واحدة من المورثتين سواء كانت المورثة من الأب أو الأم، أما **الأمراض المتنحية** فلكي تظهر أعراضها لا بد من وجود خلل في كلتا المورثتين اللتين تأتيان من الأم ومن الأب معا.

وهناك ثلاث احتمالات في كل حمل فإما:

- أن يكون الطفل سليما إذا ورث الموروثتين السليمتين .
- إما أن يكون حاملاً للمرض إذا ورث إحدى المورثتين غير السليمتين سواء من الأب أو الأم .
- الاحتمال الأخير أن يورث الطفل المورثتين غير السليمتين من الأب والأم وبالتالي يظهر عنده المرض.

تعريف الإرشاد الوراثي؟

- أحد الخدمات الإرشادية الوقائية التي تقدم لمن يرغبون في الزواج من بعضهم البعض، وللوالدين اللذين يرغبان في إنجاب أطفال آخرين بعد إنجاب طفل معوق أو مصاب بمرض وراثي أو خِلقي ، وللآباء والأمهات الذين انحدروا من أسر أنجبت أطفالاً معاقين ، وللأمهات اللاتي تزيد أعمارهن عن أربعين عاماً ، أو غيرهم ممن يمكن اعتبارهم ممن يواجهون احتمالات خطر إنجاب أطفال معاقين.
- هو أحد الخدمات الإرشادية الوقائية للرعاية الصحية الهامة والتي أصبح لا غنى عنها، وينبغي توفيرها للأفراد والزوجين والأسرة.

ويتضمن الإرشاد الوراثي توفير المعلومات والنصائح والإرشادات الطبية المتعلقة بالأمراض الوراثية واحتمالات حدوثها أو تكرارها في حمل آخر للأسر التي لديها أشخاص مصابون بأمراض وراثية أو عيوب خلقية وكذلك الأسر المعرضة لإنجاب أطفال مصابين بمرض وراثي من أي نوع وكذلك تقديم الدعم المعنوي لهم ومساعدة هؤلاء الأفراد على اتخاذ القرارات الشخصية المتعلقة بهم واحتمالات ونتائج الحمل المختلفة لديهم ويكون الإرشاد الوراثي مسانداً للفرد والعائلة ، أما اتخاذ القرار فيكون للعائلة بعيداً عن أية مداخلات من أخصائي الإرشاد الوراثي.

أخصائي الإرشاد الوراثي الإكلينيكي؟

هو/هي أحد أعضاء الفريق الطبي وقد تم إعداده أكاديمياً وطبياً لتقديم خدمات الإرشاد الوراثي للأفراد والأسر الذين يبحثون عن معلومات تخص احتمالات تكرار أو حدوث مرض وراثي أو تشوهات عند الولادة.

ما هي طبيعة عمل أخصائي الإرشاد الوراثي؟

يختلف دور أخصائي الإرشاد الوراثي بحسب طبيعة عمله فهناك أخصائيو الإرشاد الوراثيون العاملون في المجال الإكلينيكي والبعض في مجال الدراسات والبحوث والآخرون في مجال المختبرات الجزيئية الوراثية وغيرها.

توجد عيادات خاصة بالإرشاد الوراثي تعرف بعيادة الإرشاد الوراثي وتكون تابعة لقسم الطب الوراثي في الغالب ، تعنى هذه العيادات بتقديم المشورة الوراثية للمصابين بأمراض وراثية أو اعتلالات في الكرموسومات وكذلك تقديم المشورة والدعم للأسرة ككل ، تستقبل هذه العيادات المرضى من مختلف التخصصات والتي لها علاقة بالوراثة كالأعصاب والكلى والجهاز الهضمي والقلب وغيرها ، فيتمحور دور أخصائي الإرشاد الوراثي في شرح طبيعة المرض وأسبابه، أخذ تاريخ العائلة إضافة إلى حساب نسبة تكرار المرض في الحمل القادم ، كما أن من مهام أخصائي الإرشاد الوراثي هو عمل الفحوصات

الوراثية بالاستشارة مع طبيب الوراثة لمعرفة الطفرات الوراثية لكل أسرة ومن ثم استعراض طرق الوقاية المتاحة ومناقشتها مع الزوجين أو المقبلين على الزواج فيما لو كان كلا الطرفين حامل للطفرة الوراثية ، يطول الحديث عن أخصائي الإرشاد الوراثي فهو حلقة الوصل بين الطبيب والمختبر والأسرة وله دور كبير في المشاركة في البحوث العلمية وإقامة المؤتمرات والندوات الإرشادية والتوعية بالإضافة إلى الانخراط في السلك التعليمي.

الحالات التي يتم قبولها في عيادة الإرشاد الوراثي تشمل التالي:

١- الأطفال المصابون بأمراض وراثية معروفة ومحددة.
٢- الأزواج الحاملون لخلل في الكروموسومات ولديهم أطفال مصابون.
٣- الأسر التي يوجد لديها تاريخ بوجود مرض وراثي من نوع معين في الأجيال السابقة أو الأقارب.
٤- الأمهات اللاتي يعانين من إسقاطات متكررة أكثر من ٣ أو وفيات أثناء الحمل.
٥- الأمهات اللآتي تجاوزن ٣٥ عاماً من العمر (لزيادة احتمال الأمراض الكروموسومية لدى الأطفال).
٦- الأسر الذين تم اكتشاف الإصابة في أبنائهم بعد عمل الفحص المبكر للمواليد.
٧- الأشخاص المقبلين على الزواج ولهم الرغبة في عمل فحوصات وراثية توضح إذا كانوا حاملين للمرض الوراثي الموجود في أسرهم .
٨- الرغبة في الإنجاب عن طريق التلقيح الصناعي والفحص المبكر قبل الغراس.
٩- الرغبة في متابعه الحمل وعمل الفحوصات المناسبة أثناء الحمل لمعرفه إذا كان الجنين سليماً أو مصاباً بمرض وراثي معين.
١٠- طلب الاستزادة بالمعلومات في جانب التحاليل الوراثية أو طرق الوقاية بالإضافة إلى الدعم المعنوي ومساعدة الزوجين على اتخاذ قراراتهم وذلك بالإجابة على تساؤلاتهم.

إن ما نرجوه حقا هو تجنيب الأسرة المعاناة المادية والنفسية والاجتماعية الناتجة عن وجود أكثر من طفل مصاب في العائلة أو تكرار الوفيات والإجهاضات التي من شأنها أن تؤثر على استقرار الأسرة.

أهداف الإرشاد الوراثي :

١- نشر الوعي الصحي الوراثي بين الناس عن وجود هذه الأمراض وضرورة الوقاية منها.
٢- الحد من انتشار هذه الأمراض الوراثية في المجتمع والعمل على بناء مجتمع صحي سليم.

٣- الحد من الأعباء الاقتصادية لهذه الأمراض على الفرد والأسرة و المجتمع.
٤- تجنيب الأسر المعاناة النفسية والاجتماعية المصاحبة للأمراض الوراثية.
٥- الإجابة عن تساؤلات الوالدين بشأن تكرار حدوث الإعاقة في طفل آخر بعد أن تكون الأسرة قد أنجبت طفلاً يعانى من أحد الاضطرابات المرضية الحادة .
٦- التقليل من حدوث ولادات الأطفال المهيئين لأن يكونوا معوقين إعاقات حادة أو الوقاية من الولادات المعوقة .
٧- تحديد الأفراد المعرضين للإصابة بالأمراض الوراثية ، وتقديم كل الفحوصات المتاحة والنصائح الكافية حول الأخطار المستقبلية .
٨- لفت الانتباه لبعض حالات الخطر الخاصة التي يمكن أن تولد مع الطفل ، وذلك من أجل التشخيص المبكر الذي يمكن أن يبدأ قبل الولادة، ومن ثم اتخاذ الاحتياطات العلاجية الممكنة .

المعلومات اللازمة للإرشاد الوراثي ما يلي :

١- تشخيص دقيق لحالات الإعاقة أو للاضطراب الموجودة في الأسرة فعلاً أو ما يحمله الوالدان من عوامل وراثية ناقلة لبعض الاضطرابات المرضية.
٢- تاريخ الأسرة : التعرف على بعض حالات الإعاقة أو الحالات المرضية الموجودة في العائلة ، وذلك من خلال دراسة شجرة العائلة ، والتنبيه للمخاطر المحتملة ، وأخذ الاحتياطات اللازمة لذلك .
٣- التعرف على عمر الأم : فالعمر المثالي للإنجاب : مابين ٢٠-٣٥ سنة ، فغالباً ما تكون احتمالات إنجاب الأمهات في سن ما بعد الأربعين لحالات عرض داون واردة بنسبة عالية، إذ تضعف في هذا السن خلايا البويضة أو تتلف على مر السنين ، وضعف القدرة الجنسية مما يجعل تخصيب البويضة يتأخر إلى اللحظات الأخيرة من حيويتها .
٤- الفحوص المخبرية : حيث يتوفر الآن فحوصاً مخبريه دقيقة تكشف عن العوامل الوراثية والجينات الناقلة لبعض أنواع الإعاقة أو المرض قبل الحمل وأثناءه ، وذلك بأخذ عينة من السائل الإمنيوتى المحيط بالجنين من رحم الأم خلال الفترة ما بين الأسبوع الثاني عشر والرابع عشر من بداية الحمل ، وبالتالي تقديم المعلومات الدقيقة للوالدين بشأن حالة الجنين ، مع ترك القرار النهائي للوالدين نحوه.

فوائد الإرشاد الوراثي:

تتمثل الفوائد من إجراء الفحص الجيني قبل الزواج في الوقاية من الأمراض الوراثية المنتشرة في المجتمع، وذلك بمعرفة حاملين الجينات المعتلة، فإذا كان الرجل المقدم على الزواج حاملاً لجين معتل، وكذلك المرأة حاملة

للجين المعتل نفسه، فإن هذا يؤدي إلى احتمال إصابة بعض ذريتهما بمرض وراثي ، مع كونهما سليمين من هذا المرض، ولا يشتكون من أي أعراض له ، وحينئذ ينصح الراغبان في الزواج بالعدول عنه، تجنباً لإصابة الذرية بالأمراض الوراثية، فإن أصرا نصحا بأهمية فحص الخلايا الجنسية قبل الحمل، وكذلك الجنين في أثناء الحمل، للتأكد من سلامته من المرض، فإن كان مصاباً، فإنه يصار إلى العلاج الجيني .

وهذا كله يؤدي إلى تقليل عدد المصابين بالأمراض الوراثية، وذلك بطريقتين أولهما : عدم الزواج بين حاملي الجينات المعتلة نفسها، وهذا الطريق أدى إلى انخفاض كبير في نسبة الأمراض الوراثية المنتشرة في بعض البلدان التي قامت بتطبيق الفحص الجيني قبل الزواج، ثانيهما : إجراء الفحوصات للخلايا الجنسية عند الرغبة في الإنجاب ، وبهذا يتبين أن الفائدة من الفحص الجيني قبل الزواج هو الوقاية من الأمراض الوراثية المنتشرة في المجتمع، وذلك بتقليل حالات الزواج بين حاملي المورثات المعتلة نفسها، للحصول على ذرية سليمة من الأمراض الوراثية ، ونلخص الفوائد بما يلي:

١ـ الحد من اقتران حاملي المورِّثات المعتلة ، وبالتالي الحد من الولادات المصابة بالمرض الوراثي ، وفي ذلك تحقيق لمبدأ الوقاية الصحية المطلوب شرعاً .

٢ـ إثراء المعرفة العلمية عن طريق التعرف على المكونات الوراثية وتفسيرات وظائفها في حالات الصحة والمرض ، ومعرفة أساسيات الاعتلالات المرضية ونمط حيودها .

٣ـ الاكتشاف المبكر للمرض ، ومن ثم التمكن من منع وقوعه أصلاً أو المبادرة لعلاجه أو التخفيف منه قبل تفاقمه وانتشاره وذلك بفضل الإرشاد الجيني الوراثي .

٤. تقليل مساحة المرض داخل المجتمع بنشر الوعي الصحي عن طريق الاستشارة الوراثية والإرشاد الجيني .

أضرار الإرشاد الوراثي :

ذكر بعض أهل الاختصاص أن للفحص الوراثي محاذير هي على النحو الآتي :

١- إيهام الناس أن إجراء الفحص الوراثي سيجنب ذريتهم الأمراض الوراثية وهذا غير صحيح، لأن الأمراض الوراثية تزيد على ثمانية آلاف مرضاً، والفحص الوراثي لا يكون شاملاً لجميعها، بل يكون لبعضها المنتشر في المجتمع، فإذا أثبت الفحص سلامة الراغبين في الزواج، فإن هذا يوهم إنجاب ذرية سليمة من الأمراض الوراثية، ثم يفاجئون عند الإنجاب بذرية مصابة بأمراض وراثية أخرى .

يناقش هذا المحذور بعدم التسليم، وذلك بإمكان توعية الناس وإفهامهم أن الفحص الوراثي إنما هو لبعض الأمراض الوراثية المنتشرة في المجتمع، وهذا يضمن- بمشيئة الله – سلامة النسل من هذه الأمراض، ولا يتعدى غيرها من الأمراض الوراثية الأخرى.

٢- إحجام الشباب وعزوفهم عن الزواج عند ظهور صفة وراثية مريضة في أحد الخاطبين، فإذا أخبر الطبيب الخاطب أو المخطوبة بنتائج الفحص، وأن أحدهما مصاب بمرض وراثي، فإن هذا يؤدي إلى عدم إتمام الزواج في الغالب، كما أن الطرف الآخر السليم قد ينتشر نتيجة الفحص بين الناس، مما يتسبب في امتناع الناس من تزويجه إن كان رجلاً، أو التزوج بها إن كانت امرأة.

٣- أن الفحص الوراثي مكلف من الناحية المادية، وهذا يقتضي تحميل الراغب في الزواج أعباء مالية زيادة على أعباء الزواج، وربما أدى ذلك إلى عدوله عن الزواج .

أننا لا نسلم ذلك، لأن الفحص الوراثي يجري في المستشفيات الحكومية دون مقابل مالي، وإن احتاج الأمر إلى المستشفيات الخاصة، فالواجب على الجهات المسؤولة قصر صلاحية إجرائه على بعض المراكز المعتمده رسمياً وذلك بمبلغ مالي محدد يكون مناسباً لكل المتقدمين على الزواج، بحيث لا يكون ذلك مانعاً من إجرائه.

٤- سهولة الحصول على الشهادة الطبية التي تثبت سلامة الشخص من العيوب الوراثية دون إجرائه، وذلك برشوة تدفع لبعض القائمين عليه، وهذا يهدم الغرض من إجراء الفحص الوراثي قبل الزواج .

أن الواجب على وزارة الصحة وضع مواصفات معينة للعاملين في هذا المجال من الأطباء وغيرهم، بحيث تتوفر فيهم الأمانة، حتى تنتفي هذه المفسدة وغيرها من المفاسد.

وبناء على ما تقدم، يتضح ، أن هذه المحاذير لا ترجع إلى ذات الفحص الوراثي ، وإنما هي متعلقة بالفهم الخاطئ له ، أو الإجراءات المتخذة عند تطبيقه.

طرق الإرشاد الوراثي

من خلال التقدم العلمي الحاصل في علوم الوراثة وفي مجال التقنية البيولوجية فقد تم الكشف عن الأسس المرضية لأمراض الوراثة .

وتنقسم الأمراض الوراثية استناداً إلى مسبباتها على النحو التالي :

١- اعتلالات تركيبية أو عددية تحدث للصبغيات نتيجة لحيودها عن عددها المعروف بست وأربعين صبغة في الخلية لدى الإنسان .

٢- اعتلالات المورِّثة المفردة وهي مجموعة من الأمراض الوراثية التي تنتشر وتتكاثر في مناطق معينة في مجموعة عرقية معينة ، ويتم توارث هذه الأمراض الوراثية من خلال اقتران حامليها كنمط وراثي محدد .
٣- الأمراض عديدة المسببات وهذه الأمراض تحدث نتيجة تفاعل عوامل عدة وراثية وبيئية .

كما أمكن تحديد بعض الأسباب الرئيسية للأمراض الوراثية وهي كما يلي :

١- مورِّثات معتلة يتوارثها الأبناء عن الآباء .
٢- طفرات ناتجة عن :

أ ـ التعرض لأشعة: إكس .
ب ـ التعرض للأشعة فوق البنفسجية .
ج ـ التعرض للكيماويات .
د ـ بعض العقاقير .
هـ ـ عوامل بيئية .
و ـ تأخير سن الإنجاب .
ز ـ الإصابة بالفيروسات .
ح ـ طفرات ذاتية .

استطاع العلماء حصر الأمراض الوراثية المنتقلة عبر جين واحد بـ (٦٦٧٨) مرضاً ، ولازالت قائمة هذه الأمراض تزداد يومياً باكتشاف المزيد منها بسبب تسارع البحث العلمي في مجال الجينات .

طرق العلاج :

لقد أدى تفسير تركيب المادة الوراثية إلى إحراز تقدم علمي ملحوظ في مجال التشخيص المختبري للأمراض الوراثية ، وأمكن توفير وسائل وطرق عدَّة ـ ترقى إلى نسبة عالية من الدقة وتشمل خيارات متعددة ـ لا جراء الفحوص والوقاية منها في مراحل مختلفة من العمر، وفيما يلي نذكر بعضاً من هذه الطرق مع بيان فوائد ومساوئ كل طريقة منها:

أولا : المسح الوراثي الوقائي :ويتمثل هذا في تشخيص الأمراض الوراثية على نطاق واسع من المجتمع في مراحل مختلفة من العمر باستخلاص عينة دم للتشخيص الوراثي ، فوائده : يهدف هذا المسح إلى الحدِّ من اقتران حاملي المورِّثات المعتلة، وبالتالي الحدِّ من الولادات المصابة بالمرض .

ثانيا : التشخيص قبل الزواج :المقصود به معرفة الحاملين لأمراض وراثية في مجموعة عرقية معينة أو في بلد معين حتى يتجنب ظهور الأمراض الوراثية ، ويكتشف المرض بواسطة تحليل الدم والرَّحَلاَن الكهربائي ، وكلفتها محدودة وإجراؤه قبل الزواج ممكن ، فوائده : تظهر فوائد إجراء الفحص الطبي قبل الزواج إلى تقليل عدد المصابين بكثير من الأمراض الشائعة في المجتمع كالتلاسيميا أو المنجلية إما بعدم تزاوج حاملي الجين أو إجراء الفحوصات عند الرغبة في الإنجاب ، وكلفتها محدودة مقدور عليها ، وعيوبه :

١- إيهام الناس أن إجراء الفحص الطبي سيقيهم من الأمراض الوراثية ، وهذا غير صحيح لأن الفحص الطبي الوراثي لا يبحث سوى انتشار مرض

واحد أو اثنين في مجتمع معين ، لذا فمن المستحيل أن يستطيع أحد القول بأن الفحص الطبي قبل الزواج سيؤدي إلى ذرية سليمة مائة بالمائة .

٢- عدم التحكم في سرية نتائج الفحوصات وبالتالي يحدث أضراراً بأصحابها بعدم قيام شركات التأمين بالتأمين على المصابين في الجينات أو بمضاعفة المبالغ المطلوبة منهم ، وفي ذلك ظلم لهؤلاء الأشخاص الذين لم يكن لهم يد في تكوينهم وحملهم لهذه الصفات الوراثية.

٣- تأثيرات ذلك الفحص على إحجام الشباب وعزوفهم عن الزواج وخاصة عند ظهور صفة وراثية غير مرغوب فيها في أحد الخاطبين وانتشار ذلك بين الناس مما يحدث مشاكل اجتماعية ونفسية لا تحمد عقباها .

ثالثا : التشخيص قبل زرع النطفة بعد الإخصاب خارج الرحم (الفحص قبل الانغراز) :وتتميز هذه الطريقة بأنها تتجنب الإجهاض وهو أمر مرفوض شرعاً ، وأما عيوبها :

١- أنها باهظة التكاليف .

٢- أنها ترهق الأسرة وتعطل أعمالها .

٣- أن هذا الفحص غير متوفر إلا في مراكز محدودة.

رابعا : التشخيص في أثناء الحمل :

(أ) بواسطة الزغبات المشيمية : يتم إجراؤه في الأسبوع السابع والثامن إما عن طريق المِهْبَل أو عن طريق البطن بالاستعانة بالموجات فوق الصوتية ، بفحص خلايا الزغبات المشيمية لأي خلل كروموسومي أو لمعرفة المرض الوراثي المحتمل حدوثه ، وميزة هذا الفحص أنه يتم في فترة مبكرة من الحمل وبالتالي يمكن أن يتم الإجهاض لمن يسمح بالإجهاض قبل نفخ الروح في حالة وجود مرض خطير .

(ب) إزالة السائل الأمينوسي وفحصه :عند وجود مرض وراثي في الأسرة أو عند وجود خلل كروموسومي في ولادة سابقة أو عندما تكون المرأة الحامل قد تجاوزت الخامسة والثلاثين، ويتم ذلك بسحب السائل بالجنين في الأسبوع الخامس عشر من الحمل ، وميزة هذا الفحص سهولته ويسره وتوفره في معظم دول العالم ، وعيوبه : أنه يتم في مرحلة متأخرة من الحمل نسبياً بحيث لا يسمح بالإجهاض بأي حال من الأحوال .

(ج) فحص دم الجنين : يتم إجراؤه بأخذ عينة من دم الجنين من الحبل السري وبذلك يتمكن من معرفة العديد من الأمراض الوراثية والاستقلالية، وميزته أنه يتم بسهولة ويسر ونسبة حدوث المضاعفات فيه قليلة ، وعيبه أنه يتم إجراؤه في الأشهر الأخيرة وبالتالي فلا فائدة منه في إتاحة فرصة الإجهاض لمن كانت تحمل جنيناً مشوهاً .

الآثار الاجتماعية للفحص الوراثي

مما لا شك فيه أن وجود طفل مريض أو معوق لدى الأسرة يترك آثارا مباشرة وغير مباشرة على أفرادها ، فهي أول من يتأثر بوجوده ، وهي الوحدة الاجتماعية الأولى المسئولة عن رعايته وتنشئته ، وفي هذا الصدد يشير (Siminson,1981) إلى حدوث ردود أفعال متباينة وتغيرات كثيرة بين أفراد أسرة الطفل المريض أو المعوق تؤدي إلى انبثاق مفاهيم متباينة حيالها من بينها مفهوم " الأسرة المريضة" وهي التي يعتبر أحد أعضائها مريضا أو معوقا.

من المشكلات التي تواجهها أسر الأطفال المرضى أو المعوقين: الضغوط النفسية، وتدني مستوى الدخل، والطلاق والانتحار، وتبادل الاتهامات بين الزوجين، والشعور بالإحراج من نظرات الآخرين، وعبارات الشفقة وتدخلات الآخرين غير المبررة، والانسحاب الاجتماعي، تقليص المشاركات والنشاطات الاجتماعية والترويجية ، فقد توصل (Holroyd & McArthur إلى أن اسر المعوقين أكثر تعرضا للضغوط النفسية والاجتماعية من بقية الأسر ، كما وجد (Price & Addison)) أن معدلات الطلاق والانتحار تزداد بين آباء وأمهات الأطفال المتخلفين عقلياً. وتوصل دراسة إلى أن أسر المعوقين تواجه صعوبات مادية كبيرة نتيجة الحاجة إلى أدوات وعناية طبية وبرامج خاصة ، وتوصل ((Holroyd إلى أن أسر المعوقين تواجه جملة من الأغراض الإنفعالية أهمها: القلق والإكتئاب والغضب والشعور بالذنب.

ومما تجدر الإشارة إليه أن الآثار الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والصحية التي يسببها تواجد الطفل المعوق لدى الآسرة تتفاوت حدتها بطبيعة الحال من أسرة إلى أخرى حسب خصائص الأسرة الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية،وفي هذا الصدد يشير: Rabkin&Streuning، إلى الضغوط الأسرية الناجمة عن وجود المعوق لدى الأسرة تتأثر بالمستوى الاقتصادي ودرجة الذكاء والمهارات اللفظية والمعنويات والسمات الشخصية والخبرة الماضية والعمر والمهنة والدخل للوالدين ، كما توصل((Rosenberg إلى أن العوامل الأسرية مثل انخفاض المستوى التعليمي للوالدين ومحدودية الدخل والحاجة إلى العمل الشاق ومعاناة الوالدين من الإكتئاب أو الاضطرابات النفسية والمرض المزمن وانخفاض القدرات العقلية هي التي تحدد مستوى التأثيرات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والصحية للمرض والإعاقة على الأسرة ، كذلك توصل (Lee) إلى إن الأسرة الممتدة أقل معاناة من وجود المريض أو المعوق لديها مقارنة بمعاناة الأسر النووية ، إذ تفتح العلاقات الاجتماعية المتعددة للأسر الممتدة الطريق أمامها للحصول على مصادر دعم من أطراف مختلفة تخفف من حدة آثار الإعاقة على أفرادها.

الآثار السلبية على المجتمع:

تبدو آثار الأمراض الوراثية على المجتمع ذات طبيعة إقتصادية في المقام الأول، إذ تقدر الإحصائيات أن ما تنفقه الدولة كإعانات للمصابين بأمراض الدم

الوراثية سنوياً، الآثار الاجتماعية الايجابية للفحص الوراثي إنطلاقاً مما سبق يتضح أن للفحص الوراثي آثار اجتماعية ايجابية عديدة يمكن إجمالها في الآتي:

- بناء الأسرة على أسس صحيحة ونفسية واجتماعية سليمة تجعل من حياة الزوجين أكثر سعادة ومتعة وأكثر قابلية للاستمرار.
- الحد من معدلات الإصابة بالأمراض الوراثية وما ينجم عنها من وفيات.
- الحد من مظاهر الخوف والتوتر والقلق لدى الوالدين.
- حفظ معدلات الطلاق التي تقع للحيلولة دون ولادة المزيد من الأطفال المصابين.
- القضاء على الحزن الشديد الذي يشعر به الوالدان.
- القضاء على مظاهر الشعور بالعجز وقلة الحيلة التي يشعر بها الوالدان أما الحالة المرضية للطفل.
- الحد من العزلة الاجتماعية للوالدين والطفل وتوسيع دائرة علاقاتهما الاجتماعية.
- الحد من الضغوط على القدرة الاستيعابية للمستشفيات.
- ولادة أطفال أصحاء.
- الحد من ظاهرة الضغوط الاقتصادية المصاحبة.
- الحد من الضغوط النفسية للوالدين.
- الحد من شعور أفراد الأسرة بالإحراج من نظرات الآخرين وعبارات الشفقة وتدخلات الآخرين غير المبررة.
- زيادة التواصل الاجتماعي للأسرة وتمديد مشاركتها في النشاطات والمناسبات الاجتماعية والترويحية.
- الحد من شعور الوالدين بالقلق والاكتئاب والغضب وعقدة الذنب.
- توفير المخصصات من ميزانية الدولة للصرف على رعاية وعلاج المصابين بأمراض وراثية وصرفها في مجالات أخرى.

الآثار النفسية للفحص الوراثي

إن مشروع الجينوم البشري بداء في عام ١٩٩٠، وكان الهدف بداية هو اكتمال فك كامل سلسلة المورثات الجينية البشرية بحلول عام ٢٠٠٥ ، إلا أن سرعة تقدم التكنولوجيا ومنافسة الشركات للعمل في ذلك أدى إلى فك السلسلة مبكراً بحلول عام ٢٠٠٠.

كما أن الغرض الأكيد من فك السلسلة الجينية للإنسان هو تطور إستراتيجية فاعلة للوقاية والعلاج من الأمراض الوراثية.

وبما أن الفحص الطبي متعارف لدا جميع العاملين في الحقل الطبي، إلا أن الفحص الوراثي أو الجيني يختلف عن الفحوصات الطبية الأخرى والتي

يستدعى من جميع العاملين في الحقل الطبي وخاصة أطباء الوراثة والأطفال من الاهتمام والحذر منها في نفس الوقت.

فهناك عدة جوانب ينبغي اعتبارها عند إجراء الفحص الوراثي:

أولاً: أن المعلومات الوراثية تعتبر أُسرية (عائلية) ولذلك فإن نتائج الفحص الوراثي لشخص ما لها علاقة وانعكاسات مباشرة على كل من له علاقة جينيه (نسبيه)

ثانياً: خطورة الفحص الوراثي أو نتائجه قد لا تبدو واضحة في بداية الأمر، لأن الخطورة قد تنعكس على الناحية النفسية والاجتماعية والمادية.

فمن الخطورة النفسية على سبيل المثال الشعور بالذنب، القلق، فقدان الثقة، الوصمة الاجتماعية والوظيفية، والتأمينات بشكل عام.

ثالثاً: أن المعلومات الوراثية لها قدرة استكشاف محدودة حيث أن المورثات تتفاعل مع عوامل البيئة بطرق معقدة غالباً ما يجعل التنبؤ والاستكشاف عن حدوث الأمراض أو مضاعفتها غير ممكن.

رابعاً: إن كثير من الأمراض الوراثية تبقى صعبت العلاج أو الوقاية منها مما يجعل قيمة المعلومات الوراثية محدودة (قاصرة) للعناية بصحة الإنسان في الوقت الحاضر.

وبعد كل هذه المعطيات فإن المفتاح لهذه الإشكالات هو وجودالإرشاد الوراثي الواضح والمفصل لكل شخص بحسب حالته الصحية مع إعطاء المعلومات الكافية عن المرض الوراثي لديه وجميع الجوانب الإيجابية والسلبية سواء قبل الفحص أو بعده.

أخذ الإقرار بالموافقة لإجراء الفحص الوراثي وتحمل المسؤولية الكاملة بعد إعطاء المعلومات الكافية والناتجة من انعكاسات الفحص الوراثي سواء كانت إيجابية أم سلبية.

سرية المعلومات الوراثية وأن لا تعطى لأي أحد كان إلا بعد إذن صاحب هذه المعلومات أو ما نص عليه النظام الصحي.

وبما أن الأطفال غير قادرين بمفردهم على التمييز في قيمة المعلومات الوراثية في حياتهم، فإن على الوالدين وأطباء الأطفال وأطباء الوراثة الأخذ بعين الاعتبار لذلك والعناية بهذا الأمر عند اخذ إقرار الموافقة في إجراء الفحص الوراثي لهم.

من فوائد الفحص الوراثي المتوقعة:

- تشخيص الحالة أو المرض.
- تحديد الأشخاص الحاملين لمورث المرض.
- تحديد الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي والإصابة بالمرض مستقبلاً.
- وضع إستراتيجية محددة للعلاج أو الوقاية إن أمكن.

- التقليل من إجراء الفحوصات الكثيرة والمتقدمة للمريض.
- إعطاء معلومات كافية عن المرض للفرد أو الأسرة أو القبيلة.
- إجراء البحوث العلمية والعلاجية.
- إحصاء الأمراض الوراثية الشائعة بالمجتمع وبالتالي وضع إستراتيجية للوقاية والعلاج منها.
- التخطيط المستقبلي للفرد المصاب أو الأسرة التي لديها استعداد وراثي كبير من الإصابة بالمرض سواء من الناحية الاجتماعية و الوظيفية والمادية.
- الاطمئنان النفسي بعدم حمل المورث للفرد أو الأسرة أو القبيلة.

من القضايا الأخلاقية في الفحص الوراثي:

- إجراء الفحص الوراثي للأطفال والإلزامية.
- الفحص الوراثي لحاملي الطفرات لمرض معين.
- الفحص الوراثي للأفراد أو الأسر التي لديها استعداد وراثي لبعض الأمراض، أو للأمراض متأخرة الحدوث.
- الفحص الوراثي من أجل التوظيف أو من أجل التأمين.
- سرية المعلومات الوراثية.

أخلاقيات فحص الأطفال لبعض الأمراض الوراثية:

إن الهدف من الفحص الوراثي للأطفال هو التقليل من حدوث وظهور المضاعفات والوفيات بإذن الله والناتجة من بعض الأمراض الوراثية المحدودة.

مثل مرض تليف الحويصلات (CF)، مرض نقص هرمون الغدة الدرقية، مرض فينايل كيتون يوريا، تضخم الغدة الكظرية الوراثي، الأنيميا المنجليه ... الخ.

وينقسم الفحص الوراثي للأطفال إلى أربعة مجموعات بناء على سبب استخدام الفحص:

أولاً: إذا كان الفحص يقدم فوائد طبية مباشرة للطفل (كالوقاية أو العلاج).

مثال على ذلك مرض القولون الأسري فإن إزالة القولون المصاب في سن المراهقة ضروري لمنع حدوث السرطان، وفي حالة مرضى ارتفاع الكولسترول في الدم فإن الحمية واستعمال الأدوية تقلل من مستوى الكولسترول في الدم.

ثانياً: عدم وجود الفائدة الطبية المباشرة للطفل ولكن الفحص يفيد الطفل مباشرة في اتخاذ القرار المناسب للإنجاب.

مثال على ذلك الفحص الوراثي على الأمراض الوراثية لحاملي المورثات التي لها علاقة بصبغة (×) أو التي لها بالصبغات الجسدية سواء كانت سائدة أو متنحية.

وكذلك مثل مرض تليف الحويصلات (CF) أو متلازمة انكسار صبغة أكس، وكذلك الفحص الوراثي قبل ظهور أعراض الأمراض المتأخرة الحدوث للبالغين مثل مرض هانتنجتون.

ثالثاً: الفحص بدون أي فائدة للطفل لكن الوالدين أو الطفل يطلب ذلك. مثل حالة طلب الوالدين لفحص أطفالهم الذين هم دون سن البلوغ عما إذا كانوا حاملين لمورث مرض تليف الحويصلات (CF) أو مرض هانتجتون وذلك من أجل الإنجاب أو طلب الطفل المراهق للفحص الوراثي من أجل التخطيط للعمل أو الاستعداد لكونه والداً أو والدة.

رابعاً: الفحص من أجل فائدة أفراد العائلة فقط.

وهذا في حالات التأكد من أن أحد أفراد العائلة يحمل المورث أو لا يحمله وذلك بفحص عدد من أفراد الأسرة سواء كان مصاباً أو غير مصاب وفي بعض الأحيان يُفحص بعض الأطفال لإجراء التشخيص المبكر لأحد أخوته وهو في رحم أمه (جنين) بطريقة التحليل بالتقارب (linkage analysis) لمعرفة عما إذا كان لديه المورث أو لا.

والجدل الأخلاقي القائم بخصوص فحص المواليد هل يجب إلزامه أو يكون اختيارياً ، فالمبرر الأساسي لجعل الفحص إجبارياً عند البعض هو اعتبار أن مصلحة المجتمع والالتزام بتطوير وتحسين العناية الصحية للأطفال من خلال الكشف المبكر وعلاج الأمراض المراد فحصها فوق مصلحة الوالدين في رفض الفحص ، أما الرأي المخالف بذلك يجعل الفحص الوراثي اختيارياً هو أن الوالدين لهم الخيار الطبيعي والأولى في اتخاذ القرار في العناية بصحة أطفالهم.

ففي أمريكا جُعل الفحص للمواليد لبعض الأمراض الوراثية اختيارياً، ففي ١٣ ولاية فقط يخبرون الوالدين بإجراء الفحص ما عدا ولايتين تقوم بإجراء إقرار خطي بالموافقة من أحد الوالدين ، وتم السماح للوالدين برفض الفحص والتوقيع على الإقرار بالرفض بعد شرح العواقب نتيجة عدم الفحص وتحمل مسئولية ذلك.

ومجملاً فإن الوالدين وعامة الناس متى قُدمت لهم المعلومات الكافية للمخاطر والمنافع لأي فحص فغالباً ما تكون الاستجابة بالقيام بالفحص أكبر وأفضل، حيث لا يأخذ من الوقت للقيام بذلك إلا ٥ دقائق أو أقل.

وبعد كل هذا فإنه لا توجد معايير متعارف عليها بين الأطباء أو في المجتمعات في أكثر بلدنا العالم عن إجراءات الفحص الوراثي للأطفال والمراهقين، ومن الذي يقرر المصلحة هل الأطباء أم الوالدين أو أولياء أمورهم، وكيف تقاس رغبة الوالدين أو أولياء الأمور مقابل مصلحة الطفل أو المراهق.

كل هذه الاستفسارات وغيرها لا توجد لها حلول أو إجابات واضحة لقلة الدراسات ونتيجة لحداثة مواضيع الفحص الوراثي وتطوره السريع للكبار والصغار، ولا زالت الدراسات قائمة بالبحث في هذه القضايا.

أخلاقيات الفحص الوراثي لحاملي الطفرات:

استطاعت التكنولوجيا الطبية من القدرة على تحديد الأشخاص الحاملين للطفرات الوراثية لكثير من الأمراض مثل : الأنيميا المنجليه، أنيميا البحث المتوسط (الثلاسيميا)، أمراض اضمحلال العضلات أو ضعفها، مرض تاياساكس، تليف الحويصلات الرئوية (CF) الخ...

ففي أكثر دول الغرب يجرى الفحص لحاملي الطفرات إلى جانب الاسترشاد الوراثي لكل فرد حتى يكون على علم بجميع الخيارات المتاحة سواء للوقاية أو العلاج أو لإنجاب الأطفال.

فهناك جوانب أخلاقية سلبية تنشاء من جراء تحديد الحاملين للطفرات الوراثية منها:

- فهم الأفراد أو المجتمع على أن الحامل للطفرة الوراثية مصاب بالمرض.
- الوصمة الاجتماعية للفرد أو الأسرة التي لها علاقة جينية (نسبيه).
- التفرقة العنصرية في مجال التوظيف والتأمينات هذا إلى جانب، ردة الفعل النفسية للشخص وأسرته.

ومثال ذلك تجربة الولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٧٠م في برنامج الفحص الإلزامي لحاملي الطفرة الوراثية لمرضى الأنيميا المنجليه والذي نشاء عنه سؤ الفهم لكثير من أفراد المجتمع وأرباب الأعمال، وشركات التأمين أنهم مصابون بالمرض- أو سوف يصابون بالمرض مما نتج عن ذلك حالات كثيرة من التفرقة العنصرية، والوصمة الاجتماعية للأشخاص الحاملين وأسرهم .

هذا حصل في مجتمع منفتح وكثير من مبادئهم تنشاء على التصور المادي فقط فما بالكم في مجتمعاتنا العربية والقبلية والتي توجد فيها الأمية بنسب عاليه فلنتصور حجم الضرر الناتج عن ذلك

أخلاقيات الفحص الوراثي للأمراض متأخرة الحدوث:

استطاعت التكنولوجيا الوراثية تشخيص اعتلالات تظهر بعد عمر الطفولة والبعض الأخر يظهر فقط في سن النضوج (٣٥-٤٠ سنة). مثال على ذلك: الحمل والتوتر العضلي (myotonic dystrophy)، الحويصلات الكلوية المتعددة، مرض هانتنجتون، وبعض السرطانات.

وكذلك تمكن العلماء من التعرف على العوامل والمورثات الجينية التي تزيد من احتمالية حدوث أمراض وراثية شائعة مثل أمراض الشريان التاجي للقلب، السكري، ارتفاع ضغط الدم، الجلطات، مرض ألزهايمر، وبعض أنواع

سـرطان الثـدي والقولـون، وعـدد مـن الأمـراض النفسـية وبعـض أمـراض الروماتيزم.

لذا فإن التوقعات أن الفحص الوراثي لبعض هذه الأمراض ومعرفة نسبة حدوثها للإنسان قد يساعد على التقليل من نسبة المضاعفات أو الوفيات منها بإذن الله.

كما أن أفراد الأسر التي لديها استعداد وراثي ربما نتيجة للفحص عن المورثات قد يرتاح نفسياً إذا لم يثبت أنه يحمل لهذه المورثات أو حتى لو ثبت أنه يحمل للمورث فإنه بالإمكان التخفيف من ذلك نفسياً بالقول أن المرض ليس حتمي وليس مؤكداً حدوثه حتى لو كان الإنسان يحمل هذا المورث.

ورغم كل هذا إلا أنه لم يتضح أن الفحص الوراثي للمورثات متعددة العوامل ساعدت على التقليل من نسبة الوفيات أو المضاعفات.

كما أنه لا زال غير واضحاً من أن التوصيات عن الوقاية والكشف المبكر للأمراض الوراثية الشائعة لدى الأسر التي لديها استعداد وراثي كبير لها فاعلية كبيرة.

إضافة إلى أن العلم بزيادة نسبة الخطورة عند الفرد أو الأسرة ربما يبعث إلى ردة فعل نفسية عكسية ووصمة من قبل شركات التأمين والتوظيف وغيرهم.

ولهذه الأسباب وغيرها كان تطبيق الفحص الوراثي عملياً لأمراض سرطان الثدي وسرطان القولون للبالغين غير مشجع.

فلقد اختار كثير من البالغين عدم إجراء الفحص الوراثي عن الأمراض المتأخرة الحدوث معللين ذلك بأنهم لا يستفيدون هم ولا أطفالهم أي شي من جراء الفحص .

وكذلك بالنسبة للأطفال فأنه من غير المناسب فحص الأطفال مبكراً لأن ذلك يلغي عنهم خيار الاستقلالية لنفسه إلى جانب الوصمة الاجتماعية والتفرقة العنصرية.

لذا فإن تعقيدات الفحص الوراثي، وعدم الجزم بنسبة الخطورة والفوائد المرجوة منها جعل الإرشاد الوراثي ذو أهمية كبيرة قبل إجراء أي فحص وراثي عند أي فرد من أفراد الأسر التي لديها الاستعداد الوراثي من بعض الأمراض الوراثية.

لذا ينبغي على أطباء الأطفال وأطباء الوراثة القيام برفض أي طلب للوالدين أو أولياء أمورهم عن الفحص الوراثي لأطفالهم للأمراض المتأخرة الحدوث إلا إذا تبين لهم أن هناك فائدة واضحة تعود على الطفل نتيجة لإجراء الفحص، أو إذا بلغ الطفل سن الرشد ويختار لنفسه ما يشاء من الفحص أو عدمه.

سرية المعلومات الوراثية:

يجب حفظ المعلومات الوراثية لكل إنسان في مكان أمن، وتعامل هذه المعلومات بشكل سري ولا ينبغي أن يصل إليها أي شخص كان إلا بعد أخذ الموافقة من صاحب هذه المعلومات أو ما أتفق عليه في إقرار الموافقة للفحص أو ما نص عليه النظام في البلد.

ففي أمريكا وبعض دول أوروبا كالنمسا وبريطانيا وسويسرا وفرنسا جمعيهم أكدوا على سرية المعلومات الوراثية ، ففي فرنسا يمنع كشف المعلومات الوراثية مباشرة للآخرين إلا بعد إذن صاحب هذه المعلومات ، وفي بريطانيا وسويسرا والنمسا لا يسمحون بالكشف عن المعلومات الوراثية إلا في ظروف معينة، إذا كان الكشف عن هذه المعلومات يمنع حدوث مضار شديدة للآخرين لهم العلاقة الجينية.

أما في الولايات المتحدة الأمريكية فتعتبر المعلومات الوراثية سرية إلا انه يسمح بالكشف عنها حتى لو رفض صاحب هذه المعلومات عندما يكون الراجح ظهور مضار شديدة وملموسة للآخرين لهم العلاقة الجينية وتحدث بسرعة ، وفي سويسرا يعتبر الكشف عن المعلومات الوراثية مقبولاً إذا ثبت أن هناك مضار شديدة وحقيقية وتحدث في أي لحظة للآخرين مع إمكانية التدخل المفيد لهم.

الفحص قبل الزواج

يعتبر الفحص قبل الزواج للكشف عن الاعتلالات المرضية في مرحلة مبكرة والتدخل المبكر وسيلة فعالة للحد من المضاعفات المرضية ، وكذا الكشف عن حاملي المورثات المعتلة واتخاذ الإجراءات الوقائية في ضوء ذلك.

ومن الأهمية بمكان كذلك، تحديد مدى الضعف أو القصور أو الإعاقة لدى الطفل في مراحل مبكرة للتخفيف من وطأتها صحياً واجتماعياً ونفسياً على الأسرة، والتدخل المبكر من خلال الوسائل الملائمة للحالة كالعلاج الطبيعي أو الجراحي أو علاج النطق أو العلاج النفسي ، والعمل على إشراك الأسرة في جهود الرعاية والتأهيل.

وتأتي أهمية برامج الفحص الوراثي المبكر والتدخل العلاجي المبكر والاستشارة الوراثية الوقائية للحد من الأمراض الوراثية والإعاقات في المجتمع كوسيلة فعالة لخدمة الجوانب الاجتماعية والصحية والاقتصادية ، ويتطلب ذلك المساهمة الفعالة من جميع فئات المجتمع والقطاع العام وعلى مختلف المستويات لتؤتي الجهود المبذولة للحد من الإعاقة ثمارها المرجوة .

وبالنظر إلى كون الأمراض الوراثية أمراضاً مستعصية على العلاج الناجع ـ وسبباً مباشراً للإعاقة ـ فإن ذلك يتطلب تشخيصاً مبكراً ثم تدخلاً مبكراً للتقليل من آثارها، ويكون ذلك حسب أنماط العوامل المسببة للأمراض وفي مراحل عمرية مناسبة تبعاً لذلك.

أهداف الفحص الطبي قبل الزواج

١- تعتبر هذه الفحوصات من الوسائل الوقائية الفعالة جداً في الحد من الأمراض الوراثية والمعدية الخطرة.
٢- تشكل حماية للمجتمع من انتشار الأمراض والحد منها، والتقليل من أي أضرار تحدث من الناحية الإنسانية أو الاقتصادية أو الاجتماعية أو النفسية للأفراد والأسر والمجتمعات، خاصة لدى ارتفاع نسب المعاقين في المجتمع، وتأثيره المالي والإنساني من كون متطلباتهم أكثر من حاجات الأفراد الأسوياء.
٣- ضمان إنجاب أطفال أصحاء سليمين عقلياً وجسدياً.
٤- قابلية الزوجين المؤهلين للإنجاب من عدمه، بصورة عامة وإلى حدٍ مَا.
٥- التحقق من قدرة كل من الزوجين المؤهلين على ممارسة علاقة جنسية سليمة مع الطرف الآخر بما يشبع رغبات كل منهما بصورة طبيعية، والتأكد من عدم وجود عيوب عضوية، أو فيزيولوجية مرضية.
٦- التحقق من عدم وجود أمراض مزمنة مؤثرة على مواصلة الحياة بعد الزواج، مثل السرطانات وغيرها مما له دور في إرباك استقرار الحياة الزوجية المؤلمة.
٧- ضمان عدم تضرر صحة كل من الخاطبين نتيجة معاشرة الآخر جنسياً، وحياتياً، والتأكد من سلامتهما من الأمراض الجنسية والمعدية وغيرها من الوبائيات.

مفهوم الفحص الطبي قبل الزواج:

يهدف الفحص الطبي بصفة عامة إلى التوصل إلى تشخيص المرض أو الكشف عن إمكانية الإصابة أو احتمال حمل الصفة المرضية بمرض ما لدى الشخص الذي يجرى له الفحص مما قد يعرض الذرية لهذا المرض. ويستخدم مسمى المسح الطبي الذي يجري للمواليد للكشف عن بعض الأمراض الوراثية والذي يتم إجراؤه في منطقة معينة نتيجة زيادة حدوث مرض معين في تلك المنطقة.

ويمكن تقسيم الفحص إلى نوعين من الناحية الطبية الوراثية وهما:

- الفحص الطبي الوراثي
- الفحص الطبي الغير الوراثي.

فترات إجراء الفحص الطبي الوراثي:

يمكن إجراء الفحص الطبي الوراثي في مراحل عمرية مختلفة منها:

- فحص الجنين أثناء الحمل
- فحص البويضة الملقحة ما قبل زراعتها في الرحم
- فحص ما قبل الزواج
- فحص المواليد

الفحص الطبي الوراثي ما قبل الزواج:

الفحص الطبي قبل الزواج:

- هو عبارة عن مجموعة من الفحوصات المخبرية والسريرية التي يقترح عملها لأي شريكين قبل ارتباطهما بعقد الزواج، وذلك لتقديم النصح بهدف الوصول إلى حياة زوجية سعيدة و أطفال أصحاء وبالتالي أسرة سليمة ومجتمع سليم.
- هو أن يقدم الرجل والمرأة المقبلين على الزواج بإجراء فحوصات معينة يكون الغرض الأساسي منها تجنب إنجاب ذرية مصابة بأمراض وراثية وهذا النوع لا يخلو من أحد الحالات التالية:

١- معرفة إذا كان الرجل أو المرأة أو كلاهما حاملين لصفة وراثية مرضية قد تنتقل منهما إلى الذرية بإرادة الله، وهناك نسب معينة للإصابة بالمرض لدى الذرية بناء على نوع الصفة الوراثية المرضية، وهذا النوع من الفحص هو الأكثر شيوعا .

٢- معرفة إذا كان الرجل أو المرأة أو كلاهما مصابين بمرض وراثي معين وذلك أن بعض الأمراض الوراثية قد لا تظهر بشكل واضح حتى عند البالغين ما لم يتم إجراء فحص سريري ومخبري دقيق. هذا النوع يعتبر نادر الاستخدام.

أهمية الفحص الطبي الوراثي ما قبل الزواج:

تأتي أهمية هذا الفحص من نواحي متعددة ومنها :

- الأمراض الوراثية في مجملها أمراض مستعصية يصعب علاجها وتستمر مدى الحياة كما أنها تحتاج إلى رعاية طبية مستمرة ويأتي مرض الأنيميا المنجلية والتلاسيميا في مقدمة هذه الأمراض التي تحتاج إلى الكثير من العناية والجهد المستمر لعلاجهما.
- إن انتشار هذه الأمراض في أي مجتمع يؤثر سلبا على إنتاجية هذا المجتمع وصحته ويشكل عبئا ماليا كبيرا على القطاعات الصحية.
- الزواج في الإسلام ركيزة أساسية في بناء الأسرة والمجتمع وميثاق غليظ له حقوقه وواجباته ومن الأمور المعروفة شرعا أنه يجب عدم كتم العيوب الظاهرة والخفية في الزوجين ويستدل على ذلك بقول أم سلمه (I) عندما خطبها الرسول (o) "إني امرأة قد أبدر سني وإن أم أيّام وأنا شديدة الغيرة" وقول الرسول (o) لرجل خطب امرأة حيث قال له: ا"نظر إليها فإن في أعين الأنصار شيئا ".

ومن هذا كله يتضح أهمية الفحص الوراثي قبل الزواج كوسيلة وقائية مهمة تتماشى مع المتطلبات الصحية والاقتصادية والأخلاقيات الإسلامية.

الأمراض الوراثية التي يمكن فحصها بصفة عامة:

الأمراض الوراثية كثيرة جدا وهناك حقائق مهمة لا بد أن نعرفها :

- لا يمكن لأي فحص مهما بلغت دقته أن يضمن خلو الشخص من جميع الأمراض الوراثية وبالتالي لا يمكن لأي فحص أن يستثني احتمال حدوث جميع الأمراض الوراثية في الذرية.
- كما ذكرنا سابقا فإن فحوصات ما قبل الزواج هي في الغالب للكشف عن حمل الشخص لمرض وراثي ما، وهذا يعني بالضرورة أن الأمراض التي يمكن فحصها هي التي يمكن لنا تحديد الشخص الحامل لها بفحص مخبري دقيق.

قد يكون هذا سهلاً لبعض الأمراض الوراثية مثل: الأنيميا المنجلية وقد يكون في غاية الصعوبة في مرض مثل ضمور العضلات الخلقي حيث يتطلب تحليلاً جينيا دقيقا يصعب توفره حتى في المراكز الطبية المتقدمة.

من المهم مراجعة الطبيب المختص وخاصة أطباء الأمراض الوراثية قبل عمل الفحص حتى يتم أخذ التاريخ المرضي لعائلة طالب الفحص الأمر الذي يساعد على معرفة الأمراض الموجودة، وبالتالي توجيه الفحص في المسار الصحيح.

أما الأمراض الوراثية الأكثر شيوعا والتي يمكن فحصها قبل الزواج فهي مرض الأنيميا المنجلية والاعتلالات الثلاسيمية ، وهي أمراض وراثية متنحية . وهناك أمراض أخرى يمكن الفحص عنها إذا كان بالإمكان تحديد حاملي المرض بدقة مثل أمراض التمثيل الغذائي وهي منتشرة أيضا بنسب أقل من أمراض الدم الوراثية وذلك حسب التاريخ المرضي للعائلة.

الأمور الصحية الخافية على الطبيب والشريك لابد من فحص مخبري

١- الأمراض الوراثية

أ- خلل رئيسي ظاهر الأثر

- ثلاسيميا كبرى
- فقر الدم المنجلي
- المنغولية

ب- خلل ذو درجة أقل أكثر من خمسة آلاف خلل.

مرض فقر الدم المنجلي الوراثي

يعد من أمراض الدم الوراثية التي يمكن السيطرة على انتشارها بالفحص الطبي قبل الزواج، كما هو الأمر بالنسبة لمرض الثلاسيميا.

وهذا المرض ينتج عن حدوث اختلال في أحد الأحماض الأمينية التي تدخل في تركيب بروتينات الهيموغلوبين حيث ينتج عن ذلك هيموغلوبين ذو صفات غير طبيعية، والهيموغلوبين كما هو معروف هو المادة التي تمنح الدم لونه الأحمر وتعمل على نقل الأوكسجين من الرئة إلى بقية أجزاء الجسم ، وهناك جينان مسؤولان عن الهيموغلوبين عند كل إنسان يأتيان أصلاً من الوالدين فإن كان الوالدان يحملان جينات سليمة وطبيعية فالذرية تكون سليمة من هذا المرض .

وإن كان الوالدان غير ذلك أي يحملان جينات هيموغلوبين فيها خلل منجلي فسينتقل المرض للذرية فمنهم من يصاب بالمرض كاملاً ومنهم من يصبح حاملاً لمرض فقر الدم المنجلي.

وهذا الأمر يمكن تجنبه ببساطة إذا قام الخاطبان بالفحص الطبي قبل الزواج واتبعا إرشاد الطبيب المختص ، يشعر المصاب بفقر الدم المنجلي بالتقيء والإجهاد أثناء مزاولته للعمل ولو كان بسيطاً ، كما أن الضغط الذي تولده الكريات المنجلية يسبب نوبات ألم متكررة كما يظهر شحوب في لون الجلد والشفتين واللثة وتضخم الطحال كما يتسبب في تسارع النبض وارتفاع صوت دقات القلب والشعور بالدوخة، وربما تؤدي الإصابة بهذا المرض إلى تكون حصى في المرارة و انسداد الدورة الدموية للدماغ والتهاب شديد في الرئة، وهناك بعض المضاعفات الخطيرة التي يمكن أن تهدد حياة المريض.

لا يوجد إمكانية لعلاج هذا المرض تماماً لحد ألان، لكن الدراسات على قدم وساق عليه وعلى أمثاله من أمراض الدم الوراثية ومن الأمور المركز عليها حالياً الهندسة الوراثية وزراعة نخاع العظام على ما فيهما من مخاطر ، ولكن الأدوم والأسلم والأوفر مادياً ومعاناة للأفراد والجماعات يكمن في الوقاية، فدرهم وقاية خير من قنطار علاج، وهذا يمكن أن يتم من خلال الفحص الطبي قبل الزواج.

زواج الأقارب والأمراض الوراثية

إن احتمال الإصابة بالأمراض الوراثية المتنحية يزيد لدى وجود ظاهرة زواج الأقارب وذلك لأن الأقارب يشتركون في نسبة من المورثات (الجينات) لأن هذه المورثات أساسا مصدرها واحد وهم الأجداد ، هذه النسبة تصل إلى ٢٥% في أبناء العم والخال في نفس الوقت، بمعنى آخر لو أن لدى الإنسان ثلاثين ألف مورثة فإنه يشترك في ٧٥٠٠ مورثة مع ابن عمه وخالته، أما إذا كانت القرابة من جهة واحدة فقط أي أن يكون ابنا للعم أو الخال فإن الاشتراك سيكون في ثمن عدد المورثات الجينات وفي هذه الحالات فإن احتمال حمل المورثة ذاتها غير السليمة لدى الشخص وأبناء عمه وخاله يكون عاليا ً بالتالي احتمال نقلها من الطرفين إلى الذرية يكون عاليا أيضا ، لهذا يعد زواج الأقارب أحد الأساليب الرئيسية لزيادة انتشار الأمراض الوراثية المتنحية في مجتمعنا.

مع تطور العلم في مجال الوراثة الطبية ووجود الكفاءات المتميزة أصبح بالإمكان تشخيص الكثير من الأمراض الوراثية والنادرة على مستوى العالم وتوفير الرعاية الطبية للمرضى ، كما وأنه خلال السنوات القادمة بإذن الله سيصبح بالإمكان التعرف على الطفرات الجينية والاختلالات الكروموسومية بشكل متسارع وباستخدام وسائل أسرع وأدق من السابق ، فكما هو معروف فإن نسبة زواج الأقارب في مجتمعاتنا العربية تعد عالية فقد تبين من خلال

الدراسات أن نسبة زواج الأقارب في الدول العربية قد تجاوز ٥٦ % بنسبة تصل إلى ٣٣.٦ % بين أبناء العم والخال بينما تشير دراسات أخرى إلى أعلى من ذلك مع الأخذ بالاعتبار إلى الاختلاف في نسبة زواج الأقارب ، وعلى أي حال تعد هذه النسب عالية مقارنة بباقي دول العالم . لاشك في أن زواج الأقارب له ميزاته إلا أن من نتائجه السلبية هو احتمال أعلى لإنجاب أطفال مصابين بأمراض وراثية ويعد هذا سبباً رئيسياً في زيادة نسبة الأمراض الوراثية في مجتمعاتنا العربية. وعلم الإرشاد الوراثي يلعب دوراً رئيسياً في الاستفادة من هذا التطور والتقدم العلمي للحد من انتشار الأمراض الوراثية وتوعية المجتمع باستخدام جميع طرق الوقاية الطبية الوراثية في هذا المجال.

علاقة الأمراض الوراثية بزواج الأقارب :

كثر الكلام عن وجود علاقة بين زواج الأقارب وبين الأمراض الوراثية في الذرية وذلك نتيجة للتقدم العلمي في علوم الوراثة في عصرنا الحاضر، وما صاحب هذا التقدم من اكتشاف كثير من الحقائق العلمية التي لم تكن معروفة من قبل .

وترجع أهمية هذا الموضوع إلى كثرة الزواج بين الأقارب في المجتمعات العربية والإسلامية، والمقصود بزواج الأقارب هو زواج أبناء العمومة والخؤولة، فهو الزواج من بنات العم، أو بنات العمة، أو بنات الخال، أو بنات الخالة .

لقد أثبتت الدراسات الوراثية أن احتمال ظهور الأمراض الوراثية في زوج الأقارب أكثر منه في زواج الأباعد، والسبب في ذلك أن كل إنسان يحمل ما بين أربعة إلى ثمانية جينات معتلة، لا يعاني من أي ضرر منها، لأنها متنحية ولكن المرض يظهر عند التقاء هذه الجينات المعتلة مع جينات معتلة مماثلة لها فإذا كان كل من الزوجين حاملاً للجينات المعتلة نفسها، فإن المرض الوراثي يظهر في الذرية .

وفي زواج الأقارب يكون الاحتمال كبيراً في كون الزوجة حاملة للجين المعتل نفسه مما يؤدي إلى ولادة طفل مصاب بأحد الأمراض الوراثية ، لأن الجينات تكون متشابهة بين أبناء العم والخال ، إذ إن كل فرد يشترك مع أعمامه، وعماته ، وأخواله ، وخالاته في ربع المورثات، ويشترك مع أولاد العم والعمة والخال والخالة في ثمن المورثات، ومن ثم تزداد نسبة اجتماع المورثات المرضية من الأب مع مورثات مماثلة من الأم ، والعكس صحيح ، فإذا بعد الأفراد بعضهم عن بعض في القرابة قل عدد المورثات المتشابهة بين الزوجين.

فإذا تزوج إحدى قريباته، وكان كل منهما يحمل الصفة المرضية المتنحية، فإنهما تتجمعان مما يؤدي إلى إنجاب أطفال مصابين بأمراض وراثية، ويتضاعف الاحتمال في زواج الأقارب عند وجود حالة مرضية وراثية في

العائلة، ومما يؤكد ذلك أن الأبحاث التي أجريت على زواج الأقارب وزواج الأباعد في بلدان مختلفة أثبتت أن الأطفال المصابين بأمراض وراثية تربط آبائهم صلة قرابة أكثر نسبياً من الأطفال الذين لا تربط آبائهم صلة قرابة .

وقد دلت النتائج على أن فوارق النسب في ظهور الأمراض الوراثية بين زواج الأقارب وبين زواج الأباعد قليلة، حيث إن احتمال زيادة الأمراض الوراثية في زواج الأقارب يزداد إلى ما يقارب ٤%، أما في زواج الأباعد فهي في حدود ٢% إلى ٣% .

وفي دراسة بحثية للإعاقة تبين أن الوراثة من أسباب الإعاقة، وأن هناك علاقة إحصائية قوية بين زواج الأقارب والإعاقات ، وفي بحث آخر أثبت أن زواج الأقارب يضاعف نسبة التشوهات الخلقية، ويضاعف نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة .

والخلاصة أن الطب أثبت أن معظم الأمراض الوراثية تكون أوسع انتشاراً في زواج الأقارب ، وهذا لا يعني أن كل زواج بين الأقارب سينشأ عنه ظهور أمراض وراثية، بل هناك نسبة كبيرة من زواج الأقارب، كانت الذرية سليمة من الأمراض الوراثية، ولكن زواج الأقارب يعد عاملاً مؤثراً في تجميع المورثات المتشابهة المرضية، وإظهار تأثيرها في النسل، لأن المصدر الذي تنتقل منه واحد ، وهو الجد الذي يجتمع فيه القريبان، فإذا ما كان المورثان المتشابهان في الزوجين سليمين، كانت الذرية سليمة، أما إذا كان أحد المورثين أو كلاهما معتلاً، فإن المرض يظهر في الذرية.

واحتمال اجتماع حاملي الجين المعتل يكون عالياً بين الأقارب، ويكون منخفضاً بين غير الأقارب، وتقدر هذه النسبة بحوالي ١ : ٨ بين الأقارب، وتقل هذه النسبة بكثير في غير الأقارب، فتكون ١: ٢٥ .

وزواج الأقارب له دور في إظهار الأمراض التي سببها الجينات المتنحية، لأنه لابد لظهور المرض المتنحي من وجود زوج من الموروثات المرضية ، أما الأمراض التي سببها المورثات السائدة ، فزواج الأقارب لا تأثير له ، لأن وجود جين واحد معتل يؤدي إلى ظهور المرض، ومن ثم فإن زواج الأقارب له ارتباط بظهور الأمراض المتنحية، وهذا بشرط أن تكون المورثات المرضية المتنحية موجودة في الزوجين .

ولا يشكل على هذا وجود عائلات شاع فيها زواج الأقارب، ووع هذا جاء النسب قوياً سليماً من الأمراض الوراثية، لأن زواج الأقارب في ذاته ليس سبباً في إضعاف النسل، أو إصابته بالأمراض إذا كانت السلالة نفسها قوية وسليمة من العيوب الوراثية، ففي هذه الحالة يظل النسل قوياً نقياً على مدى الأجيال، بل يؤدي إلى عزل السلالات ذات الصفات الوراثية القوية، وحينئذ إذا كان الأبوان يحملان صفات جيدة، فإنها ستنتقل إلى الأبناء بدرجة عالية من القوة، لكن علم الوراثة أثبت ندرة مثل هذه الحالات التي تظل فيها الأسرة صحيحة قوية، فهي

حالات شاذة، لا يبني عليها حكم، والقاعدة هي إضعاف النسل بتكرار زواج الأقارب، فتصبح الأجيال ضعيفة مصابة بالأمراض الوراثية .

وبهذا يظهر ضرورة تقييد القاعدة المتعلقة بزواج الأقارب التي وضعها بعض المختصين بناء على دراسة أجراها ، وهي: "حسنة أحسن، وسقيمة أسقم"، ومعناها: أن الزوجين إذا كانت صفاتهما الوراثية جيدة، كان النسل قوياً ، وإذا كانت صفاتهما الوراثية معتلة، كان النسل ضعيفاً .

فالشق الأول من القاعدة، وهي حسنة أحسن، مسلم بقيد أن لا يستمر الزواج بين الأقارب جيلاً بعد جيل، لأن علم الوراثة أثبت أن ذلك قد يؤول إلى ضعف الذرية وإصابتها بالأمراض الوراثية ، وأما الشق الثاني من القاعدة، وهي سقيم أسقم، فهي صحيحة، لأن وجود حالة مرضية في العائلة يزيد من احتمال إصابة الذرية بمرض وراثي.

الأمراض الخافية : الأمراض الخافية تقسم إلى نوعين رئيسين:

الأول: الأمراض الوراثية

حثت الشريعة السمحة علي حسن اختيار الزوجة الصالحة والتي بدورها تعتبر نواة لتكوين أسرة سعيدة قرة عينها أنجاب ذرية صالحة يسودها الحب والوئام، فلا يتفانى الزوجان في توفير ما هو أفضل لحياة أبنائهم، ويستميتا في إذلال كل الصعوبات من أجل سلامة وخلو أبنائهم من الأمراض بحيث ينشدا أقصى درجات الرعاية الوقائية الصحية. أذا فلا مانع من حرص الإنسان على أن يكون نسله سليما معافى من كل عيب جسدي أو عضوي،هذا يمكن تجنبه بإجراء عمليات الفحص الوراثي اللازمة. وقبل أن نلقى الضوء على دلالات الفحص الوراثي لابد لنا من أعطاء نبذة عن هذه الأمراض.

أنواع لأمراض الوراثية:

١.أمراض وراثية تحدث نتيجة لقلة أو زيادة في عدد الصبغيات أو نتيجة تغير في تركيبة الصبغيات .(Chromosomes Disorder) وتقدر نسبة هذه الأمراض بنسبة ١ لكل ٢٠٠ حالة (٠.٥%) بالنسبة للأطفال حديثي الولادة، مثال للأمراض الصبغيات: متلازمة داون (Down Syndrome) زيادة في عدد الكروموسومات (ثلاثي الكروموسوم ٢١).

في هذه الحالة المرض لا يعتبر مرضاً وراثياً ينتقل عبر الأجيال و لا تتكرر الإصابة به في اغلب الأحيان، واحتمالية التكرار بها المرض تتراوح بين ١% إلى ٢% في كل مرة تحمل فيها المرأة في المستقبل نتيجة لوجود كروموسومين متلاصقين ببعضها البعض (كروموسوم مركب) وهذا ينتج عن حمل أحد الوالدين للكروموسومين المتلاصقين. في هذه الحالة نسبة احتمال تكرار الإصابة في المستقبل تزيد وتختلف النسبة بين الوالدين الموزيك (Mosaic) وجود نوعين أو أكثر من الخلايا،يمكن أن تكرر بنسبة ١%.

٢. أمـراض وراثيــة أحاديــة المورثــات (Monogeneic or Mendelian Disorders) وهذه الأمراض تنتج نتيجة لخلل أو طفرة في مورثة واحدة Single Gene وتقدر هذه الأمراض بـ ١٠ لكل ١٠٠٠ حالة بالنسبة للأطفال حديثي الولادة. ولا تخلو هذه الأمراض بأن تكون طريقة انتقال مورثتها(Inheritance Pattern) بين الأجيال عن:

- وراثة متنحية ((Autosomal Recessive وتقدر هذه الأمراض بـ ٢.٥ لكل ١٠٠٠ حالة.
- وراثة سائدة((Autosomal Dominant وتقدر هذه الأمراض بـ ٧ لكل ١٠٠٠ حالة
- وراثة متنحية/ سائدة ومرتبطة عن طريق الكرموسوم الجنسي (X-linked or Y-linked) وتقدر هذه الأمراض بـ ٠.٤ لكل ١٠٠٠ حالة.

٣. أمراض شائعة ومعقدة (Complex Diseases) تحدث نتيجة تداخل عدة عوامل منها العوامل الوراثية(المورثات) والعوامل البيئية(كالضغوط النفسية، والنظام الغذاء واللياقة البدنية..الخ).

٤.أمراض تنتقل عن طريق الميتوكوندريا (Mitochondrial Inheritance) وطريق ثوارثها عبر الأجيال يكون عن طريق الأم فقط

وهي مجموعة كبيرة من الأمراض التي تظهر على الإنسان نتيجة خلل في المادة الوراثية عنده، انتقلت إليه من الأم أو من الأب أو من كليهما أو ظهرت بشكل طفرة دون أن يكون لها أساس سابق عند الوالدين وهذه الأمراض الوراثية تكون بصفة سائدة أو بصفة منتحية.

وقد ذكر "دانييل كيفلي " في كتاب) الشفرة الوراثية للإنسان (أن الصفات الخلقية للإنسان تحكمها مجموعة كبيرة من الجينات) مائة ألف جين(، لمعرفة هذه الجينات من حيث العدد والموقع والمسؤولية الوراثية صحة أو مرضاً كان ما سمي بمشروع الجينوم البشري حيث اشتركت به الدول العظمى وأنفقت عليه مليارات الدولارات، وسيكون لهذا المشروع وما ينتج عنه من الخارطة الجينية للإنسان بصمات واضحة في كشف وتشخيص ومعالجة الأمراض الوراثية في مجال الهندسة واستنساخ الجينات لأغراض شتى.

والخارطة الجينومية هي عبارة عن وصف لترتيب الجينات والدلائل الجينية على كل الكروموسومات في الإنسان، وقد أثبتت هذه الدراسة أن الخارطة الجينومية البشرية تحوي أكثر من ألف) ١٠٠٠ (معلَم مرجعي (Maker)يتبع كل معلَم مرجعي ثلاثة ملايين وحدة نيوكليوتايد. كما يوجد مائة جين بين كل معلَمين وقد أظهرت الدراسة أن أي خلل في جين واحدة من المائة ألف عند الإنسان يمكن أن ينتج عنه مرض وراثي واحد على الأقل، علماً أن بعض الفحوصات أثبتت أن عطلاً واحدًا في جين معين يؤدي إلى ظهور مجموعة من الأمراض الوراثية المختلفة عند صاحبها أو ذريته -فيما بعد-

ونتيجةً لذلك فقد عرف الآلاف من الأمراض الوراثية عند الإنسان للآن، وهي بازدياد تبعاً للتقدم العلمي والطبي ولذلك فإن الكشف عنها يحتاج إلى تكاليف باهظة وجهدٍ كبير.

ولذلك فالبحث عن كل هذه الأمراض قبل الزواج أمر غير ممكن، بل يصبح من معقدات الزواج، ويؤدي إلى ضرر أكبر وتأخير للزواج غير محمود، بل ربما يسبب بعض الأمراض والانحرافات ، لذلك لا بد من موازنة الأمور، وحساب الأولويات، والبحث عن المخرج المفيد الذي يمكن أن يساعد في حماية الجيل الجديد من بعض الأمراض دون أن ندخله في متاهات جديدة، آخذين بعين الاعتبار الإمكانات العلمية والمادية لما نريد عمله.

لهذا فمن المفيد التركيز على بعض الأمراض الوراثية المنتشرة، والتي لها آثار طبية واجتماعية واقتصادية واضحة، وبصمات إعاقية على الأطفال وذويهم، ثم جدولتها حسب الأهمية والإمكانية، ثم البدء بتطبيق الممكن عملياً ، ومثال ذلك فقر الدم الوراثي لحوض البحر الأبيض المتوسط.

مرض الثلاسيميا :وهو مرض وراثي ينتقل من الأبوين، وفي حالاته الرئيسية يصاب الطفل بفقر الدم المزمن الذي يحتاج معه إلى الدم وبعض العلاجات بشكل دوري، مع معاناة و آلام له ولوالدية لا نهاية لها ما دام حياً ، علماً أن عدد الحالات المسجلة رسمياً قد زادت عن ثمانمائة حالة، ولا شك أن هناك حالات أخرى لم تعرف .

وبصرف النظر عن مقدار النسبة فإنها تشكل كارثة على مستوى الأسرة والمجتمع، فهي في نطاق الأسرة ركام من الآلام والبؤس، وفي المجتمع عبءٍ مادي ثقيل، فبدلاً من أن يكون مثل هذا المريض فاعلاً منتجاً أصبح عاطلاً مكلفاً.

إمراض ترايسومي ٢١ وترايسومي ١٨ ناتجة عن تأخير الزواج عند الأنثى فالمرأة إذا تزوجت في سن الخامسة والعشرون فما دون فإن نسبة طفل من كل ألفين سيصاب بمرض المنغولي(ترايسومي ٢١) ولكن إذا تزوجت في سن الأربعين فستكون النسبة طفلاً واحداً من كل أربعين طفل .

الأمراض الوراثية:

تعرف الأمراض الوراثية بأنها مجموعة غير متجانسة من الأمراض المزمنة ذات الأعراض الصحية المستعصية على العلاج الناجع، يتم توارثها من الوالدين إلى الأبناء والبنات عن طريق تناسل المادة الوراثية (الحقيبة الوراثية) وتمثل طيفًا عريضًا من الأمراض يكون في إحدى طرفيها اعتلال المادة الوراثية بنسبة ضئيلة وفيها تكوِّن العوامل المعدية النسبة الغالبة وفى الجانب الأخر تمثل الاعتلالات الوراثية الغالبية العظمى للأسباب المرضية.

ونورد فيما يلي أمثلة للاعتلالات الوراثية المختلفة وأنواعها:

الاعتلالات الولادية : هي اعتلالات تركيبية أو وظيفية تحدث نتيجة لعوامل متعددة قبل أو أثناء الحمل وتشمل جميع الاعتلالات الوراثية والتي قد تكون مصحوبة بعيوب خلقية.

العيوب الخلقية: هي عبارة عن عيوب تركيبية تظهر عند الولادة أو تصبح ظاهرة إكلينيكيا بعد أيام أو شهور أو حتى سنوات من الولادة.

الاعتلالات الوراثية: هي اعتلالات تعبر عن خلل في الحامض النووي (DNA) مما يؤدي إلى ظهور حالات مرضية وتتميز هذه الاعتلالات بإمكانية توارثها من الوالدين إلى الأبناء والبنات وهى على أنواع عديدة.

أنواع الاعتلالات الوراثية:

تنشأ هذه الاعتلالات نتيجة اختلالات في تركيب الحامض النووي (DNA) وما يترتب عليه من خلل في المورثات والصبغيات ، كما تساهم الطفرات التي تحدث في المورثات وكذلك المؤثرات البيئية في حدوث هذه الاعتلالات ، وبناءً على ذلك يمكن تصنيفها إلى ما يلي:

١- اعتلالات تركيبية: تحدث نتيجة لحيود الصبغيات عن عددها المعروف بست وأربعين صبغية في الخلية البشرية.

٢- اعتلالات المورثة المفردة: منها النوع الذي يحمل طفرات اعتلالية وحيدة القاعدة ، أو تلك التي فقدت بعض تركيبات المورثات ـ كلياً أو جزئياً.

٣- طفرة الخلية الجسدية: تنشأ عن طفرة تحدث للخلايا الجسدية والمسئولة عن تكوين جميع الأنسجة غير الجنينية بالجسم وتتميز بعدم انتقالها إلى الأجيال القادمة بواسطة طرق جنسية، ومن أمثلتها الأورام الخبيثة والتي تحدث نتيجة لطفرة في أحد المورثات المسئولة عن انقسام الخلايا وينتج عنه انقسام مستمر لا يمكن التحكم فيه وبالتالي تكوين الأورام السرطانية.

٤- الاعتلالات عديدة المسببات: تنشأ عن تفاعلات بيئية مع مكونات وراثية معتلة ، وعادة ما تحدث في مرحلة متأخرة من العمر.

٥- اعتلالات المتقدرات (الميتوكوندريا): تدخل المتقدرات ضمن التركيب الأساسي للخلايا وتحتوي على ٣٧ مورثة تختص بإنتاج بروتينات تتعلق بعملية التنفس الخلوي لإنتاج الطاقة اللازمة لإتمام العمليات الحيوية بالخلية، ويتم توارث اعتلالات هذه المورثات عن طريق الأم للأبناء والبنات وذلك كونها تتواجد في سائل البويضة من الأم، ومن أمثلة هذه الاعتلالات العمى الليلي، وضمور ليبر البصري.

كيفية نشوء الأمراض الوراثية:

تنشأ الأمراض الوراثية نتيجة طفرات في الحمض النووي، تختلف أنواعها وتأثيراتها، وتنعكس هذه الطفرات على بناء منتجاتها البروتينية وبالتالي وظائفها الحيوية مما يؤدي إلى ظهور الأعراض المرضية

كيفية انتقال الأمراض الوراثية :

يتم توارث الصفات المتنحية من الآباء والأمهات وينعكس النمط الجيني كمرض في النمط الظاهري في حالة تماثل المورثات كجينات معتلة ، و" تتنحى" فيه الصفة المعتلة في النمط الظاهري فلا تظهر كمرض (حيث تغلب عليها الصفة السائدة السليمة التي تتواجد معها) ، ويعود هذا النمط في التوارث للصفات في مرحلة زوجيات الصبغيات الثلاثة والعشرين المتواجدة لدى الأم (في البويضة) والأب (في الحيوان المنوي) فإن تم التلقيح بين الأمشاج الذكرية (الحيوان المنوي) والأنثوية (البويضة) الحاملين للمورثات المعتلة، كان نتاج ذلك وليد معتل (مريض) لوجود المورثات المعتلة وغياب المورثات الصحيحة لديه.

الفحص الطبي الوراثي لحاملي المرض

قد يعلم البعض بأن الأمراض الوراثية كثيرة جداً، ولا يمكن لأي فحص مهما بلغت دقته إلى الآن أن يضمن خلو الشخص من جميع الأمراض الوراثية وبالتالي لا يمكن لأي فحص أن يستثني احتمال حدوث جميع الأمراض الوراثية في الذرية.

ففحوصات حاملي المرض الوراثي هي في الغالب للكشف عن حمل الشخص لمرض وراثي ما، وهذا يعني بالضرورة أن الأمراض التي يمكن فحصها هي التي يمكن لنا من خلالها تحديد الشخص الحامل لها بفحص مخبري دقيق، قد يكون هذا سهلاً لبعض الأمراض الوراثية مثل الأنيميا المنجلية وقد يكون في غاية الصعوبة في مرض مثل متلازمة زيلوجر حيث يتوجب معرفة الطفرة الوراثية المسببة لهذا المرض في أسرة الشخص الذي يطلب الفحص كي نستطيع معرفة ما إذا كان هذا الشخص حاملاً لهذا المرض أم لا، وهذا الأمر يتطلب تحليلاً جينياً دقيقاً قد يصعب توفره حتى في بعض المراكز الطبية المتقدمة.

من المهم مراجعة الطبيب المختص وخاصة أطباء الأمراض الوراثية أو أخصائي الإرشاد الوراثي قبل عمل الفحص حتى يتم شرح الفحص والأمراض الوراثية المفحوص عنها وحتى يتم أخذ التاريخ المرضي لأسرة طالب الفحص، الأمر الذي يساعد على معرفة الأمراض الموجودة وبالتالي توجيه الفحص في المسار الصحيح، وكما يعلم الجميع أن الأمراض الوراثية الأكثر شيوعاً والتي يمكن الفحص عنها قبل الزواج هي مرض الأنيميا المنجلية وأنيميا البحر المتوسط المعروف بالثلاسيميا، إلا أن هناك أمراضاً وراثية أخرى يمكن الفحص عنها إذا كان بالإمكان معرفة الطفرة الوراثية في الجين المسئول عن المرض وبالتالي يمكن تحديد حاملي المرض بعمل فحوصات للراغبين في الزواج مثل أمراض التمثيل الغذائي، وذلك حسب التاريخ المرضي للأسرة. ويتم تقديم المشورة الوراثية الوافية من قبل أخصائي الإرشاد الوراثي لكل طرف ويظل قرار الزواج من عدمه بيد كلا الطرفين، كما وأنه بمعرفة الطفرة

الوراثية يمكن أن يقدم الفحص والمشورة الوراثية أيضا لأقارب المريض في زيارة خاصة لعيادة الإرشاد الوراثي وتعامل نتائج فحوصاتهم بخصوصية تامة.

إن من الأهداف المرجوة من الفحص الطبي الوراثي لحاملي المرض الوراثي والفحص ما قبل الزواج هو نشر الوعي الصحي عن وجود هذه الأمراض وتحديد حامليها والحرص على فهم الأشخاص الحاملين عن نسبة حدوث المرض في الذرية فيما لو تم اقتران الزوجين الحاملين للمرض الوراثي وكذلك تثقيفهم بطرق الوقاية للحد من ولادة طفل مصاب، كما وأن من الأهداف أيضا هو تجنيب الأسر المعاناة النفسية والاجتماعية والحد من الأعباء الاقتصادية المترتبة على الفرد والأسرة والدولة، لذا فمن الضروري جداً العمل على تثقيف ونشر الوعي لدى المجتمع للتقليل من انتشار هذه الأمراض.

برامج الوقاية من الأمراض الوراثية

تطور علوم الوراثة أصبح بالإمكان علاج بعض حالات الأمراض الوراثية ولكن تظل الوقاية من جميع الأمراض هي الخيار الأمثل بما فيها الأمراض الوراثية، وكما أسلفنا سابقا أن طبيعة معظم الأمراض الوراثية مستعصية إذ لا علاج شافيا لها وإنما تتطلب الرعاية مدى الحياة لذا من الأفضل الوقاية منها خاصة وان الأهالي يعانون على الصعيد المادي والنفسي والاجتماعي.

هناك برنامجان للوقاية من إنجاب أطفال مصابين بأمراض وراثية شريطة أن يكون بالإمكان عمل تحليل مختبري يتم من خلاله الكشف عن الخلل في الكروموسومات أو التعرف على الطفرة الوراثية في الجين المسؤول عن المرض الوراثي فبمجرد التوصل إلى مسبب المرض الوراثي عندها تصبح خيارات الوقاية متاحة للزوجين، ومن هذه الخيارات:

١- التلقيح الصناعي والفحص ما قبل الغرس

عادة يتم تحويل والدة الطفل المصاب بعد التعرف على الخلل في الجين أو الكروموسوم إلى عيادة العقم والإخصاب حيث تعطى هرمونات لتنشيط وحث المبيض لإنتاج أكبر عدد ممكن من البويضات وبعد فترة يحددها الأطباء تخضع المريضة (الأم في هذه الحالة) إلى عملية سحب البويضات وتلقيحها بالحيوانات المنوية من الزوج ويتم وضع البويضات الملقحة في حاضنات خاصة وتركها لمدة ٣ أيام لحين انقسامها إلى ٦-٨ خلايا وحينها يتم ثقب جدار الخلية الملقحة وسحب خلية واحدة وفحصها لتحديد ما إذا كانت سليمة أو مصابة، فإذا كانت الخلية مصابة يتم استبعادها وإذا كانت سليمة يتم إرجاعها لتنغرس في الرحم تقريبا عند اليوم الخامس من تاريخ السحب ، وإذا نجح الغرس فبإذن الله يكون الجنين سليماً .

تقدر النسبة المقدرة على التعرف على الطفرة الوراثية بنحو ٩٧ % وتظل هناك نسبة لحدوث أي خطأ أو عدم وضوح الخلل في الجين أثناء الفحص وتقدر

هذه النسبة ب ١-٣ % ولكنها تظل بسيطة ولله الحمد ، كما وأن نسبة حدوث حمل وإنجاب طفل أنابيب سليم قد خضع لفحص وراثي قبل الغرس يمكن أن تصل إلى ٤٠%.

ومن أهم النقاط التي يجب أن يدركها الأهالي الراغبون في عملية التلقيح الصناعي والتشخيص قبل الغرس هو أن عملية فحص الخلايا تتم للمرض الموجود في العائلة فقط ولا يشمل الفحص جميع الأمراض الوراثية أو بعضا منها، ويتساءل الكثيرون إذا كان سحب العينة يحتاج إلى تنويم ونستطيع القول بأنه لا حاجة لتنويم المريضة بعد سحب العينة كل ما تحتاجه فقط الراحة لمدة يومين وأن لا تمارس تمارين قوية .

وتعمل الجهات المعنية في مختلف المجتمعات على توفير خدمات وقائية عن طريق التوعية الصحية وتبيان الأنماط الوراثية ـ في حالات خطر الإصابة بالأمراض الوراثية ـ في ضوء نتائج الفحوص الطبية والتحاليل المخبرية، وذلك من خلال التشخيص الوراثي الوقائي وبخاصة في مرحلة ما قبل الزواج لاكتشاف الحاملين للمورثات المعتلة.

والتشخيص قبل زرع النطفة (الانتقاء كوسيلة لولادة أطفال أصحاء):يتم تلقيح البويضة المأخوذة من الزوجة بالحيامن المأخوذة من الزوج خارج الرحم ، ويتم استكثار الخلايا في مستنبت ثم يؤخذ عدد من الخلايا في عمر ثلاثة أيام ، ويتم إجراء التشخيص الوراثي عليها للتأكد من خلوها من الاعتلالات الوراثي٠ وعند ثبوت خلوها من الاعتلالات الوراثية يتم زرع الخلايا المتكاثرة في رحم الزوجة لولادة طفل سليم بإذن الله. وتمكن هذه الوسيلة الأسر ، وبخاصة من لديهم مصابين بأمراض وراثية متنحية ، من إنجاب أطفال أصحاء .

٢- التشخيص أثناء الحمل

ويعتمد على أخذ عينات في أسابيع معينة من الحمل واستعمال هذه العينات في دراسة وجود الطفرة الوراثية أو الخلل في الكرموسومات من عدمها أو بقياس مستوى الإنزيم المفقود أو المتدني عن المستوى الطبيعي والمسبب للمرض الوراثي الموجود في الأسرة.

ففي الأسبوع ١٠-١٢ من الحمل يتم أخذ خزعة من المشيمة وفحصها لوجود الخلل في الجين من عدمه، والفحص الآخر يتم ما بين الأسبوع ١٥-١٦ من الحمل ويتم أخذ جزء من السائل الامنيوسي المحيط بالجنين وفحصه لوجود الطفرة من عدمها .

تكمن المعضلة في كون الفحص أثناء الحمل يجرى ـ في العادة ـ عن طريق فحص عينة من الزغابات المشيمية خلال الأسابيع من الثاني عشر إلى الرابع عشر من الحمل ، وتحمل الفحوصات خطر الإجهاض والتشوه الجنيني إن أجري التحليل قبل ذلك ، ويمثل إجراء ونتيجة الفحص أثناء الحمل معضلة

شرعية ، إن ثبت إصابة الجنين بمرض وراثي ، وفي حالة خلو الجنين من الاعتلالات الوراثية يتم طمأنة الوالدين.

وتهدف الفحوصات الوراثية التي تجرى أثناء الحمل إلى التشخيص المبكر للاعتلالات الوراثية المسببة للإعاقات بهدف وضع الاستراتيجيات الملائمة للتدخل المبكر، سواء جراحياً أو باستخدام العلاج بالمورثات، لتصحيح بعض الاعتلالات الوراثية للحد من ولادة أطفال يعانون من الأمراض الوراثية أو المقعدة أو التخفيف من حدتها ومضاعفاتها وتشمل هذه الفحوصات بعض التحاليل الكيميائية وتحليل الحمض النووى للجنين المأخوذ من السائل الأمنيوسى وكذا الفحص بالموجات فوق الصوتية للأم. وتستخدم هذه الفحوصات للتشخيص المبكر لبعض الاعتلالات الوراثية أثناء الحمل مثل متلازمة داون وعيوب الأنبوب العصبى والاعتلالات الصبغية وغيرها٠

وفي كلا الفحصين السابقين هناك حرص على وجوب معاملة هذه العينات بصفة خاصة والحصول على النتائج قبل حلول ١٩ أسبوعاً أي ١٢٠ يوماً وهي الفترة التي تنفخ فيها الروح، فإذا كان الجنين سليماً تتم طمأنة الأهل وإذا كان الجنين مصاباً تتم مناقشة الحالة والنظر فيها إذا كانت من ضمن الأمراض التي لا خلاف عليها من ناحية الإجهاض ، أما سوى ذلك فيكون الأهل على دراية مبكرة بإصابة الجنين وعليهم التهيؤ لذلك.

٣-الفحص المبكر للمواليد

من الضروري جداً فحص جميع المواليد الجدد بعد الولادة؛ لأن بعضا منهم قد يبدو سليماً ولا تظهر عليه أية أعراض مرضية، ولكنه في الحقيقة يكون مصابا بأحد الأمراض التي لا تظهر أعراضها بعد الولادة مباشرة، ولقد أظهرت الدراسات أن هناك أكثر من ٣٠٠ مرض من أمراض التمثيل الغذائي الوراثية في العالم، وأن القليل منها فقط هو ما يمكن معالجته، وأن هذه الأمراض تتسبب في حالات مرضية شديدة ووفيات كثيرة بين الأطفال حديثي الولادة، وتكون هذه الأمراض مسؤولة عن ٢٠% من الحالات المرضية لدى حديثي الولادة، الذين يتطلبون عناية خاصة طوال الحياة وتسبب ١٨% من حالات التخلف العقلي و٢٥% من حالات متلازمة الوفاة المفاجئة.

لاشك في أن الأمراض الوراثية في مجملها أمراض مستعصية يصعب علاجها لذلك لابد من الكشف المبكر عنها أوالوقاية منها لضمان حياة أفضل للطفل والأسرة، تشير الإحصائيات الحديثة عن وجود مولود مصاب لكل ١٠٠٠ طفل يولد سنويا وتعد هذه النسبة عالية جداً مقارنه بباقي دول العالم، فيما يخص طريقة الفحص المبكر للمواليد ونوع العينة المطلوبة يتم الفحص بأخذ قطرات دم من كعب المولود وتنقط على كرت النشاف بين ٤٨ إلى ٧٢ ساعة من الولادة وترسل العينة لمختبر متخصص في فحوصات المواليد الوراثية ليتم فحصها باستخدام تقنيات حديثة ، وقد يحتاج المختبر إلى إرسال

عينة أخرى من الطفل فهنا لا داعي للقلق فهذا لا يعني بالضرورة أن الطفل مصاب ولكن بعض العينات قد لا تكون سحبت بالطريقة الصحيحة وفي الوقت المناسب أو قد يحتاج المختبر إلى عينة ثانية للتأكد من النتيجة الأولى وإنشاء التقرير الخاص بالتحليل بصوره نهائية.

ويقوم المختبر بإرسال النتيجة للطبيب المعالج ويقوم الطبيب بدوره بإبلاغ النتائج لأسرة الطفل وتوجيههم للخطوات الأخرى التي يلزم إتباعها، أما النتائج الطبيعية فترسل إلى الطبيب المعالج وذلك خلال وقت لا يتجاوز الأسبوعين من ظهورها، إن البدء في العلاج المبكر والانضباط في برنامج الحمية العلاجية يحد من الإعاقة الذهنية والجسدية ويوفر حياة مستقرة للطفل والأسرة ،كما أن التشخيص المبكر للمواليد يتيح لنا اكتشاف المرض خلال الأيام الأولى من عمر المولود وبالتالي معرفة الطفرة الوراثية في وقت قياسي ومن ثم اتخاذ سبل الوقاية في الحمل القادم وكذلك البدء في فحص بقية أفراد الأسرة والأقارب خاصة المقبلين على الزواج.

التشخيص عند الولادة :

يتم التشخيص عند الولادة بأخذ عينة دم من الحبل السري للمولود وإجراء الفحص المخبري والوراثي لها بهدف التشخيص المبكر للاعتلالات الوراثية ومن ثم وضع برامج التدخل المبكر سواء جراحياً أو علاجياً لتصحيح الاختلالات الوراثية التي قد تؤدي إلى الإعاقة وكذلك وضع برامج التأهيل الملائمة لها.

وتهدف الفحوصات المخبرية والوراثية التي تجرى عند الولادة إلى التشخيص المبكر للاعتلالات الوراثية المسببة للأمراض المزمنة والإعاقات وذلك بهدف وضع الاستراتيجيات لخطة الرعاية والتأهيل الملائمة للمصابين لتقليل فرصة حدوث الإعاقات أو التخفيف من حدتها ومضاعفاتها وإتاحة المجال للتدخل الجراحي (للتشوهات الجسدية) أو العلاج الدوائي أو بالمورثات (إن أمكن) لتصحيح بعض الاعتلالات الوراثية وتشمل بعض هذه الاعتلالات التي يمكن تشخيصها عند الولادة - باستخدام بعض التحاليل الكيميائية وتحليل الحامض النووى - الأمراض التي يمكن تشخيصها وراثيًا عند الولادة

- اضمحلال العضلات (مرض دوشين)
- مرض الفنيل كيتونوريا
- هشاشة الكروموسوم إكس
- نقص إفراز الغدة الدرقية
- مرض هنتنجتون
- الاختلالات الاستقلابية

- الاضمحلال التوتري للعضلات
- التليف الحويصلي
- الهيموفيليا (الناعور)
- الثلاسيميا
- متلازمة داون
- صبغة الدم المنجلية

ويتم الكشف عن الأمراض الوراثية والتشوهات لدى المواليد ـ والتي قد تسبب إعاقات بدنية أو ذهنية في مراحل مبكرة ـ وعادةً خلال الأربع وعشرون ساعة التالية للولادة ويتم التأكد في بعض الحالات خلال الأسبوع الأول من ذلك التاريخ٠

وتشمل الاختبارات التي تجرى في هذه المرحلة المبكرة اختبارات مختبريه لعينة الدم للكشف عن الأمراض الوراثية والمزمنة والمقعدة السائدة في المجتمع ٠ ومع تفاوت هذه الأمراض في نسبة حدوثها من مجتمع لآخر، إلا أن هناك اتفاقاً عاماً للكشف عن عدد من الاعتلالات المرضية

أما موضوع زواج الأقارب، فقد ثبت علمياً أن نسبة ظهور الأمراض الوراثية النادرة، ترتفع كلما زادت صلة القرابة بين الزوجين، وكلما تكررت عبر أجيال متتالية في الأسرة والحقيقة العلمية للأمراض الوراثية تفيد بأن كل زواج معرض لإنجاب تخلقات غير طبيعية أو أمراض وراثية، وهذه الاحتمالية تكون ٢% في زواج الأغراب و ٤% في زواج الأقارب من أبناء العمومة الأولى.

وعند الحديث عن زواج الأقارب، فلا بد من الإيغال بهذا الموضوع برفق وموضوعية، فهو ليس السبب ابتداءً في حدوث الأمراض الوراثية ، ولكنه يركِّز أي حالة وراثية في الأسرة إذا تكرر تزاوج أبناء العمومة الأولى ، والغالبية العظمى من زيجات الأقارب كمثل غيرها من الزيجات إلا أن للأمر وجهاً آخر غير الأمراض الوراثية، أراد الإسلام تحقيقه من الزواج، ويقصر زواج الأقارب عن تحقيقه ، مثل تمازج الشعوب والقبائل واكتساب صفات جسمية وخصال حميدة وقال تعالى "وجعلناكم شعوباً وقبائل لتعارفوا إن أكرمكم عند الله أتقاكم" الحجرات ١٣،" وتوسيعاً لدائرة التعارف الفردي والجماعي، وزيادة في الإطلاع على المعارف والعادات والتقاليد الإيجابية الجديدة، وتمتيناً للروابط الاجتماعية.

لذا فهو يشجع تغريب الزواج واعتماد الأساس الذي وضعه لنا رسول الله (o) بقوله : "إذا جاءكم من ترضون دينه وخلقه فزوجوه إن لم تفعلوا تكن فتنة في الأرض وفساد عريض "

ومع قناعتنا بعدم استطاعتنا المادية والعلمية عمل الفحوصات المختلفة لكافة الأمراض الوراثية، إلا أننا اعتقد لو استطعنا ذلك فعلاً، فلا يجب عمل كل هذه الفحوصات، بل إجراء الفحص الضروري الذي يمكن أن يقترح من أهل الاختصاص للخاطبين، ليكشف عن حالة مرضية موروثة في عائلة أي من الشريكين، وبعدها وبناءً على نتائج الفحوصات، والتاريخ المرضي للعائلة، يمكن للمختص أن يقدم نصحه وإرشاده بشكل سري وشخصي للمعنيين فقط، وبهذا نكون قد ساعدنا بالتخفيف من احتمالا ت حصول الإعاقات، دونما زيادة في التكاليف والجهود غير الضرورية.

دواعي الفحص الوراثي:

١. الإعاقة العقلية (Mental Retardation).
٢. الأطفال أو البالغين الذين لديهم ُإعاقة أو عيوب خلقية قد تكون جزء من إعراض مرض وراثي (Multiple Anomalies) .
٣. الأمراض الأستقلابية أو التمثيل الغذائي (Metabolic Disorders).
٤. حالات الإجهاض المتكررة (Miscarriages) أو ولادات المواليد الميته (Stillborn).
٥. الزوجين الغير قادرين على الأنجاب رغم عدم وجود أسباب عضوية تمنع ذلك ((Couples with unexplained infertility.
٦. الأمراض العصبية (Neurological Disorders).
٧. الحالات (الأطفال أو البالغين) التي لديها تأخر في تطور النمو (Developmental Delay) أو عندهم صعوبات تعليمية (Learning Difficulties).
٨. الأشخاص (البالغين) الذين لديها تاريخ عائلي بوجود سرطان أسري (Familiar Cancer Syndromes) عبر الأجيال، كسرطان الثدي والقولون.
٩. الأبوين الذين لديها أبناء أو بنات مصابون بمرض (Genetic Disease) وراثي أو حاملين لصبغيات مركبة غير طبعيه (Chromosome Abnormality) الأبوين الذين لديها ابناء أو بنات مصابون بالعمي الوراثي (كنتيجة لضمور العصب البصري أو مرض ليبر) أولديهم أعاقه سمعية.
١٠. أصحاب المهن الخطرة كالذين يعملون في مجال الإشعاعات والمصانع الكيماوية التي ثبت تأثيرها علميا علي الصبغيات أو المورثات وبالتالي يمكن أن تنتقل عبر الأجيال.

برنامج الفحص الوراثي :

سلبيات برنامج الفحص الوراثي الحالي:

١.أن الفحص الوراثي الحالي يركز علي مرضين وراثيين هما الأنيميا المنجلية(Sickle Cell Anemia) والثلاسميا (Thalassemia) وكذالك الأمراض المعدية وفصائل الدم.
٢.بالنظر إلي التركيبة السكانية نجد أن الفحص الحالي يخدم شريحة معينة من السكان وبالأخص مناطق انتشار أمراض الدم الوراثية.
٣.هنالك أمراض كان من الأجدر شملها بالفحص الوارثي نظرا لانتشارها وخطورتها أكثر من أمراض الدم، وعلي أساس انتشارها بين أفراد المجتمع.
٤.الأعباء المالية والاقتصادية الباهضة والمترتبة علي تعميم الفحص الحالي والتي لا تستند إلى أسس علمية بحته.
٥.نتائج الفحص الحالي قد تفسر تفسير خاطئ مما قد يوهم بخلو المعنين بالفحص من الأمراض الوراثية مما يترتب علي ذلك عواقب وخيمة.
٦.الطريقة الحالية التي تتداول بها الفحص الوراثية لا تحفظ الحقوق الفردية للمعنين بالفحص مما قد يؤدي الى تسرب نتائج الفحوصات الإيجابية والتي تعود بالضرر علي أصحابها اجتماعيا أو نفسيا.
٧.لا توجد خطط صحية متكاملة وبديلة للمعنين بالزواج أو الاقتران حال تمسكمها بإتمام عملية الزواج أو الاقتران رغم ثبوت أجابية حمل كل منهما بالمرض الوراثي.

سؤال: هل من الممكن جعل برنامج الفحص الوراثي الحالي ناجح ومتكامل؟

اقتراحات وتوصيات تطوير برامج الفحص الوراثي:

١.أعداد برامج توعوية إعلامية بالوسائل المختلفة المسموعة منها والمرئية تشجع وتنشر الوعي الثقافي الصحي الوراثي وأهدافه بين أفراد المجتمع تحت أشراف متخصصون من الطب الوراثي.
٢.أمكانية أعداد برامج تعلمية أكاديمية بين القطاعات الصحية كوزارة الصحة والشؤون الصحية الأخرى وبالتعاون مع الجهات التعليمية ممثلة بالجامعات وبالأخص كليات الطب والعلوم الطبية حيال تطوير برامج من أجل أعدادا لكفاءات المتخصصة في طب الوراثة من أطباء وعلماء وفنين ومرشدين وراثين يساهمون بالوعي الوراثي.
٣.تقديم الدعم المالي والمعنوي والتسهيلات لتشجيع المعنين بالطب الوراثي بعمل مسح ميداني لدراسة الأمراض الوراثية الشائعة والمنتشرة بين مختلف شرائح المجتمع السكاني من قبائل وعشائر وعوائل ، والابتعاد قدر الإمكان عن نسخ وتقليد الدراسات الغربية التي لا يمكن الأستفادة منها محليا.
٤.جعل الفحص الوراثي نواة لمشروع وطني يمكن من خلاله إلزام جميع الأطفال المواليد وحديثي الولادة وطلاب وطالبات المدارس والجامعات بالفحص الوراثي ،بحيث الأستفادة من هذا المشروع ببناء قاعدة بيانات معلوماتية يمكن الأستفادة منها برسم الخطط الإستراتجية بعيدة المدى التي

تساهم بتحسين الخدمات الصحية المستقبلية. وأيضا هذه البيانات يمكن الأستفادة منها بتحديد مدى لياقة الفحص الوراثي بين الراغبين بالزواج أو الأقتران دون الحاجة الى تعريضهم اللضرر الأجتماعي والنفسي.

٥. أعداد المراكز الطبية الوراثية المتخصصة علي اعلي المستويات لمواكبت إحتياجات المجتمع.

٦. أعداد أساليب علاجية بديلة لمن أراد الزواج أو الأقتران من حاملى الأمراض الوراثية شريطة جوازها شرعيا كأطفال الأنابيب (IVF)أو بالكشف علي الأجنة وراثيا(PGD) في الشهور الأولي من الحمل.

وقد ينتج عن الأمراض الوراثية ولادة أطفال يعانون من قصور أو عجز أو إعاقة عن الأداء السوي للأعمال الجسمانية أو العقلية، تختلف في شدتها ومضاعفاتها الصحية باختلاف مسبباتها وأنواعها وقد يسبب بعضها عاهات مستديمة وأمراض مزمنة مستعصية على العلاج والتأهيل.

أمراض الدم الوراثية كمعضلة صحية واجتماعية و نفسية واقتصادية:

من المعروف أن مشكلة أمراض الدم الوراثية لا تقتصر على الجانب الصحي وما ينتج عنه من اعتلال للمصاب ومضاعفات مزمنة له، بل تتعدى ذلك إلى الجانب الاجتماعي والنفسي والاقتصادي، بالإضافة إلى المضاعفات السلبية على المصاب نفسه وأسرته ومجتمعه حيث تطال جميع جوانب الحياة وتؤثر سلباً في جميع منا شطها بصفة عامة.

وبكل المقاييس، تعتبر الأمراض الوراثية المزمنة والمستعصية على العلاج وتلك المؤدية منها إلى الإعاقة الجسدية أو العقلية كارثة فردية وعائلية وذلك لما يحمله مفهوم الإعاقة من تعقيدات صحية واجتماعية ونفسية وما تسببه من تأثيرات اجتماعية واقتصادية.

كما تمثل الأمراض الوراثية عبئًا اقتصاديًا على الأسرة والمجتمع نظراً لعدم توفر وسيلة العلاج الناجع منها ، فعلى سبيل المثال بالنسبة لأمراض الدم الوراثية فإن نسبة نجاح عمليات زرع النخاع لا تتعدى ٥٠ %، كما أن العلاج بالمورثات لا يزال يكتنفه الكثير من الصعوبات الفنية التي تحول دون الإفادة منه.

الأمراض الوراثية الأكثر انتشارا بالبلدان العربية:

تعتبر اعتلالات صبغة الدم المنجلية والاعتلالات الثلاسيمية والاعتلالات الإنزيمية هي الأكثر انتشارا بين الاعتلالات الوراثية في البلدان العربية، في حين توجد الاعتلالات الوراثية الأخرى (متلازمة داون، التليف الحويصلي، اعتلال استقلاب الأحماض الأمينية، نقص إفراز الغدة الدرقية الخلقي ٠٠٠الخ) بنسب متفاوتة.

ثانياً-الإمراض المعدية بين الزوجين

وهي أكثر الأمراض انتشارًا في العالم، وخاصة مجموعة الأمراض المنقولة بواسطة الجنس، وقد زاد عددها للآن عن أربع وعشرين مرضاً، وهي تؤذي الجسم بعامة وتتلف الأعضاء الجنسية بخاصة والتي تسبب العقم والإجهاض المتكرر للنساء والتشوهات الخلقية للأطفال ، ومن هذه الأمراض ما له علاج ومنها ما ليس له ، وقد سبق وأن أعلنت منظمة الصحة العالمية أن عدد الذين يصابون بالأمراض الجنسية سنوياً يزيد عن (٧٥٠) مليون إنسان ، فالزهري لوحده يصيب خمسين مليون شخص سنوياً، أما السيلان فهو أكثر الأمراض البكتيرية انتشارًا بين الشباب، حيث تزيد عدد الإصابات السنوية به عن مائتي مليون إصابة ويسميه الدكتور سومرز بالعقم الأكبر، وأما الالتهابات بالجهاز التناسلي التي تسببها جرثومة الكلاميديا، فالإصابات بها فاقت كل توقع، حيث تصل سنوياً إلى خمسمائة مليون إصابة ، وهذه المجموعة من الأمراض هي من مسببات العقم والإجهاض المتكررة ، وأما ثالثة فتتمثل بالإيدز، الذي أصيب به عشرات الملايين للآن ومات عشرات الملايين غيرهم، وخلّف ملايين الأيتام خاصة في إفريقيا ، أما برميل الإيدز الأضخم بدأت تظهر ملامحه في الهند وروسيا وبعض الجمهوريات الروسية التي استقلت حديثاً.

هذا المرض الذي باءت كل المحاولات لإيجاد طعم واقٍ منه بالفشل- تماماً كما حصل مع بعض الأمراض الجنسية الأخرى كالسفلس والسيلان، كما لم تشفع آلاف المختبرات وملايين العلماء الدارسين ولا مليارات الدولارات لإيجاد علاج شافٍ منه للآن ، ورغم كل التكنولوجيا الطبية والتقدم في التشخيص وإغلاق بعض المنافذ التي ينتقل بواسطتها كالدم وعلاج الناعور وغيرها، إلا أن الأعداد بازدياد مستمر على مستوى العالم ، ولذلك فهو مرض جنسي معدٍ ولا علاج له لحد ألان ويجب على الناس بعامة والخاطبين بخاصة أخذ كل الاحتياطات اللازمة لتجنب الإصابة به.

وهناك بعض الأمراض المعدية ولكنها لا تنتقل جنسياً ولا ذنب للمريض فيها، ولكنها تنتشر بسبب تردي وتخلف المستويات الصحية فمثلاً مرض الحصبة الألمانية يسبب العديد من الأجهاضات والتشوهات للأطفال بل هو أكثر الأمراض المعدية المسببة لذلك، ويمكن تلافيه بالفحص المسبق أو التطعيم إما قبل الزواج أو على الأقل قبل الحمل والإنجاب .

وهناك أمراض أخرى مشابهة لا مجال لذكرها ولكن رفع المستوى العام في الممارسة الصحية، والثقافة الصحية عند الناس له الأثر الأكبر في تلافي أضرارها في المجتمعات ، فمن أجل أن يكون الزواج سعيدًا منتجاً لذرية سليمة ونسل قوي، كان لا بد من انتباه كلا الطرفين لصحة الطرف الآخر، لأن الإسلام أعطى كلاً من الزوجين حق مفارقة صاحبة إذا كان مصاباً بمرض معدٍ أو منفر، فكيف بمن لم يتزوج أو يرتبط بعد؟ فلا شك أن حقه وواجبه أكبر في الوقاية وتجنب الأسباب المؤدية إلى الوقوع في التهلكة.

وتنقسم الأمراض المعدية إلى:

- إمراض معدية وقاتلة لا علاج لها (الإيدز).
- إمراض معدية ومنفرة (الجذام).
- إمراض معدية ومؤثرة على الذرية (تشوه أو إجهاض أو عقم).
- الأمراض المنقولة بالجنس :الزهري- السيلان-الكلاميديا-الهربس
- الأمراض المعدية غير المنقولة بالجنس- الحصبة الألمانية- الهربس- التكسوبلازما - اللستيريا- التهاب الكبد الوبائي

الفصل التاسع

إرشاد الأزمات والطوارئ

المقدمة:

أن الإرهاب بأمكانة أن يقود إلى مشكلات وأزمات وكوارث بدأت تظهر ملامحها فعلاً في الأحداث السياسية العالمية التي اتصفت بعدم التمييز بين الإفراد والمؤسسات سواء أكانت المدنية أو الحكومية ، وراح ضحيتها مئات الإلف المواطنين الأبرياء بين قتيل وجريح ، وتشريد ونزوح وتهجير العديد منهم مع سيادة الرعب في نفوس المواطنين وتهديد أمنهم النفسي ، وتخريب ممتلكاتهم ، وأضعاف البنية التحتية للدولة .

والعنف موجود في كل زمان ومكان ، وان بلداننا العربية في معظمها شهدت درجات متزايدة من العنف ، وصل بعضها إلى حالة الصراع الاجتماعي المفتوح (الحرب الأهلية) ، وخصوصاً في العراق وسوريا واليمن وليبيا ومصر وتونس والجزائر، ورافقها اندلاع الصرع والمواجهات وقمع وانتهاك حقوق الإنسان بلغت في بعض الأحيان مرتبة المذابح ، وعمليات الإبادة الجماعية ، والتطهير العرقي والنزوح الجماعي للسكان سواء كمتشردين من مناطق نائية ، أو كلاجئين من خلال عبور الحدود إلى الدول المجاورة ، وصاحب كل ذلك مطالبة المجتمع الدولي لتقديم المساعدات الإنسانية لهم، وشهد العراق بشكل واضح تغيرات هائلة في شتى الميادين وخصوصاً بعد أحداث ٩ / ٤ / ٢٠٠٣ ،واجه العراقيون اشد عمليات السلب والنهب والقتل والتهجير والتعذيب ، وتفجير السيارات ، والعبوات الناسفة ، وإطلاق العيارات النارية وحوادث الحرق والدهس ، والاختطاف، وما يلحقه من إجراءات أمنية.

إن للحرب والأزمات تأثير كبير على حياة الأفراد خاصة التأثير النفسي ، وان العراق يمر بأزمة تفوق طاقة تحمله نتيجة لما شهده من حروب مدمرة منذ عام ١٩٥٨ مروراً بعام ٢٠٠٣ ولحد ألان نتج عنه الإصابة بمتاهة الحياة (Puzzle Life) والتي كثيراً ما تحدث نتيجة الخوف والقلق الشديد بسبب اقتحام المنازل والسرقة والقتل والاغتصاب وإلقاء القبض على احد أعضاء الأسرة كالزوج أو الأخ أو الأب فضلا عن تهجير العوائل، وحدث في الكثير من مدن العراق ولا زال يحدث لحد ألان ، وأن ما مر به بلدنا العراق من حصار وحروب يشكل ضغطاً اقتصادياً ونفسياً واجتماعياً ويؤدي إلى ظهور العديد من المعاناة على جميع شرائح المجتمع ، ويجعلهم يمرون في أزمة يحتاجون إلى خدمات الإرشاد النفسي وخصوصاً إرشاد الأزمات والطوارئ من خلال تقديم المساعدة للأفراد الذين يتعرضون لتلك الحالات ، وهذا كله ألزم العاملين في النظام التربوي بأن يكيفوا وسائلهم وأدواتهم لتتلائم مع أية تغيرات

أو احدث مستجدة من اجل تفعيل العملية التربوية عامة والإرشادية خاصة وصولاً إلى تحقيق أهداف المؤسسة التربوية والإرشادية فاستعمال التقنيات الحديثة تساعد المرشدين في التعامل مع التغيرات والإحداث المستجدة والطارئة ، وتساعد الطلبة على نمو شخصياتهم بجوانبها كافة ، فالعملية الإرشادية في ظل الظرف الحالية التي يعيشها بلدنا من أحداث طارئة ، وأوضاع أمنية تتطلب من المرشد النفسي أن يكون لديه المهارة والاستعداد لمثل هذه المواقف ، وظهرت الحاجة إلى الاهتمام بموضوع إرشاد الأزمات والطوارئ، ليواكب التطورات والتغيرات ويرفع من مستوى الدور الذي يلعبه المرشد النفسي للتخفيف من حدة واثر هذه الحالات على الأفراد والطلبة بشكل خاص.

وأن الأزمات موجودة ومتوقعة والإرشاد النفسي يسهم في مواجهة هذه الأزمات وإرشاد الطوارئ محور كل العمليات التربوية والنفسية الطارئة والمفاجئة.

لذا لا يمكن التفكير في التربية والتعليم من دون التوجيه والإرشاد النفسي ولا يمكن الفصل التام بينهما فالتربية تتضمن عناصر كثيرة من التوجيه والتدريس يتضمن عناصر كثيرة من الإرشاد وعملية الإرشاد تتضمن التعليم ، والتعلم كخطوة هامة في تعديل وتغير السلوك وان التوجيه والإرشاد حاجة نفسيه هامة لدى الإنسان، ومن مطاليب النمو السوي إشباع هذه الحاجة وعلى هذا ، فالإرشاد حقٌ من حقوق كل فرد حسب حاجته في أي مجتمع ديمقراطي ، وان الفرد من حقه على المجتمع أن يعامله كإنسان ، وتؤدي العملية الإرشادية دوراً كبيراً وفعالاً لتضيق الفجوة بين النظامين التربوي والاجتماعي وهذا ما جاء في المؤتمر الاستشاري الثالث لليونيسيف (١٩٩٤) من خلال تأكيده على أهمية العملية الإرشادية في تقليل التوتر والصراع الحاصل بين النظامين التربوي والمهاري التي تحتاجها العملية التربوية ، وان نجاحها يعتمد على المرشد النفسي والمسترشد ، ولا سيما المرشد النفسي وما يتمتع به من مهارات إرشادية وتفاعلية مع المسترشد في المقابلة الإرشادية.

ويؤدي المرشد النفسي دوراً كبيراً في العملية التربوية وفي التنمية والتطور الذي يمر به العراق بصورة خاصة والأمة العربية بصورة عامة ، فالدور الذي يؤديه المرشد النفسي داخل المدرسة هو في مساعدة الطلبة الأسوياء الذين يعانون من مشكلات الحياة اليومية ومساعدتهم في الوصول إلى التوافق في المجالات التعليمة والمهنية والشخصية والاجتماعية ، وأن مسؤوليات المرشد النفسي في التعليم الثانوي كبيرة جداً لأن على عاتقهم تقع أهمية الأخذ بيد الجيل الجديد والعمل معه ليأخذ مكانته اللائقة في المجتمع الذي يعيش فيه ويقدم الخدمات للطلبة في المدرسة ، وهنا تبرز العلاقة بين المرشد النفسي والمدرسة فالعلاقة بينهما تتأثر من خلال فحص المهام الإرشادية ودور

المرشد النفسي فيها الذي يجب أن ينسجم مع التغيرات والإحداث الطارئة والمستجدة والمفاجئة التي تتعرض لها المدرسة.

وأكد (مالتن) على أهمية المرشد النفسي في مساعدة الطلبة على التوافق مع بيئاتهم ومساعدتهم في معرفة حقوقهم داخل المدرسة ومساعدتهم في التوافق مع الحياة الاجتماعية المستجدة الطارئة ، لذا تتجلى أهمية المرشد التربوي في العمل على تعميق إدراك الفرد بأنه جزء من كل ، وزيادة شعور الطلبة بالمسؤولية وقبول تحملها والعمل على تقليل التناقض بين الأقوال والأفعال والعمل على عدم تفكك الروابط الاجتماعية واستمرار تبادل الثقة من خلال التأكيد على الروابط الدينية والقيمية والأخلاقية والسياسية بين الطلبة ، وأكد (كولودنر) على أن المفتاح لتطبيق تلك الأدوار والمهام من خلال التوازن بين المهام والأدوار التي يقوم بها المرشد النفسي مع الواقع الذي يعيشونه ، وفي الآونة الأخيرة ونتيجة للتغيرات التي شهدها القرن الواحد والعشرين ازدادت المهام الموكلة للمرشدين من أجل مساعدة الطلبة مما أدى إلى زيادة أعباءهم لحل المشكلات والأزمات والضغوط.

فأحداث ما بعد الحرب والتي شهدها العراق ولدت تهديداً داخلياً لدى الفرد يشعره بالافتقار إلى الاستقرار النفسي والعاطفي ويولد لديه نوع من القلق النفسي وفقدان الأمل والشعور بالتهديد المرتبط بالخوف، وهذه الإحداث لم تبعد العاملين في المدرسة والطلبة عن الاستمرار في تحقيق أهدافهم وولدت عند كثير من الأفراد واقعاً لتحقيق طموحاتهم والشعور بضرورة التضحية من أجل الوطن ، وارتباط فقدان الأمل بالقلق فالأفراد الذين واجهوا أحداث ما بعد الحرب تتولد لديهم مشاعر الرعب والتشويش وتخيل الأحداث التي مرت بهم وكثرة الكوابيس والأرق وكثرة الاستيقاظ أثناء النوم ، والجمود العاطفي ، يرافقها أحيانا الجمود الفكري.

أن الأحداث المتمثلة بالحرب وما بعدها أحدثت تهديداً داخلياً لدى الطلبة الذين واجهوا ضغوط أو أحداث ما بعد حرب ، وأن الطلبة لديهم صعوبة في التعايش والتوافق والسيطرة على نوبات الغضب مع جميع من يحطيون بهم ويتصف تعاملهم مع أحداث الحياة بالعدائية والإحساس بالتهديد والخوف من المستقبل والنظرة التشاؤمية ، وبين (ريتشارد) أن الأفراد يتباينون في طبيعة استجابتهم للأحداث أو الضغوط فقد يتوافق بعض الأفراد للأحداث أو الضغوط التي تمر بهم ويصبحون أكثر تحملاً وقوةٌ في حين أن البعض الأخر يصبحون عصابين وتلازمهم نوبات القلق والاكتئاب وغيرها من الأعراض العصابة ، والكثير من ضحايا الحوادث الطارئة أو الكوارث الطبيعية يفقدون حياتهم خلال وقوع الحادث أو أثناء نقلهم إلى المستشفى وذلك يجعل من حول المصاب أن يؤدون ما ينبغي لإنقاذه فالدقائق الأولى من الحادث تتحكم بحياة المصاب وهذا يتطلب أن يكون كل مواطن ملم بالإجراءات الصحيحة الواجب اتخاذها لانقاد

حياة المصاب ، ونظراً لما يعيشه العراق من ظروف في السنوات الماضية وانطلاقاً من تأثير تلك الظروف على المواطن العراقي ، برزت الحاجة إلى مواجهة هذه الأخطار ومن بين وسائل المواجهة هو تدريب المرشد النفسي على مهارات مواجهة الأزمات والحالات الطارئة في مكان عمله ، وتحسين المستوى المهاري للعاملين في التربية كل حسب اختصاصه ، ورفع المستوى المهاري والسلوكي والعلاقات الإنسانية والعلمية بين الطلبة، وتغير الدور الذي يلعبه المرشد النفسي لدى المدارس على وفق الظروف الاجتماعية التي تحكم تلك المدارس ، ويساعد المرشد النفسي في تقويم ذاته وعمله ، وعملية التفاعل الاجتماعي التي تحكمه وتكوين أفكار صحيحة للعاملين في المجال النفسي داخل المؤسسات التربوية ، واستثمار المهارات المتوفرة من الطاقة البشرية والأجهزة والأدوات من اجل خدمة التعليم ، وتحديد الخدمات الإرشادية والتوجيهية من اجل حل مشكلات الطلبة ورفع مستوى كفاءة المؤسسات التربوية، وتحديث المعالجات التي تتبعها المؤسسات الصحية والاجتماعية ، وتحقيق المعرفة المهنية والاجتماعية للعاملين في المؤسسات التي تؤهلهم إلى التعامل مع الأزمات والحالات الطارئة للمجتمع وتطوراته .

أن حالات الطوارئ والأزمات التي كثرت في الآونة الأخيرة إذ تمثل ذلك بالقتل والتهجير والنزوح والتهديد لأعضاء الأسرة التعليمية أوالإدارية بالمدرسة ، فضلاً عن الاختطاف والسيارات المفخخة والعبوات الناسفة والقتل لذوي الطلبة أو للطلبة أنفسهم ، وان المهام الإرشادية في حالات الطوارئ يوسع المهام التي يقوم بها المرشد النفسي ويؤدي إلى احتواء الحالات الطارئة سواء أكانت هذه المهام وقائية أو علاجية وتتمثل المهام الوقائية بالمهام التي يقوم بها المرشد النفسي قبل حدوث الحالات الطارئة والأزمات ، إما المهام العلاجية فتتمثل بالمهام التي يقوم بها المرشد التربوي إثناء وبعد حدوث الحالات الطارئة ، وهذه المهام المضافة تعد انطلاقة مهمة وضرورية لمسيرة المرشد النفسي لكونها توسع من مدارك المرشد وتجعل دوره مواكب لتطورات الإحداث التي يمر بها البلد.

تعريف حالات الطوارئ (Emergency Functions)

- المواقف المفاجئة والمربكة التي تحدث للطالب داخل المدرسة أو بالقرب منها وتؤثر بشكل سلبي على الطلبة، وتحتاج إلى حل سريع أو تدخل من لدن المرشد النفسي ، وتتطلب استعمال طرائق خاصة تختلف عن الطرائق التقليدية ، وتشمل حالة فقدان عزيز وسماع دوي الانفجارات قوية أو إطلاق العيارات النارية أو التعرض لحالة الاختطاف له أو احد أفراد أسرته ، أو التهجير أو النزوح القسري .

إرشاد الطوارئ (Emergency Counseling) :

- مجموعة التدابير والإجراءات الإرشادية التي يقدمها المرشد النفسي في المدرسة استعداداً لمواجهة المخاطر المحتملة والأزمات وحل المشكلات قبل وقوعها ، ويهدف إلى تقليل من الخسائر إلى اقل حد ممكن .

إرشاد الأزمات (Counseling Crisis)

- مجموعة الخدمات الإرشادية النفسية والصحية والإسعافات الفورية العلاجية والنفسية المقدمة من قبل فريق أدارة الأزمات إلى المسترشدين (أفراد، طلبة)، أثناء وقوع ألازمة، من اجل المحافظة على أرواح الباقين وأخلاء الجرحى إلى المستشفيات القريبة بسرعة وكفاءة وفاعلية.

يمكن استنتج مجموعة نقاط من التعريف آنف الذكر الأتي :-

١- هنالك مجموعة من الحالات الطارئة تحدث داخل المدرسة أو بالقرب منها وتحتاج إلى إرشاد من نوع خاص .

٢- وجدنا أن هذا المفهوم متضمن ومتداخل مع المفاهيم المتقاربة له أو التي يعد جزءاً منها.

٣- أن إرشاد الطوارىء مجموعة من التدابير والإجراءات التي يقوم بها المرشد النفسي داخل المدرسة في تعامله مع الإحداث والحالات الغير متوقعة قبل وقوع الأزمة.

٤- يهدف إلى الاستعداد لمواجهة المخاطر المحتملة ، و إلى تقليل من الخسائر إلى اقل حد ممكن .

٥- أن إرشاد ألازمات هي مجموعة الخدمات الإرشادية المقدمة أثناء حدوث الأزمة.

٦- أن هذه الخدمات مقدمة من فريق أدارة ألازمات حسب الخطة الموضوعة مسبقاً.

أهداف إرشاد الأزمات والطوارئ:

١. توفير القدرة العلمية على استقراء واستكشاف مصادر التهديد والخطر، والتنبؤ بالأخطاء والاستثمار الأمثل للموارد والإمكانيات المتاحة للحد من تأثيرها الضار.

٢. تحديد دور الأجهزة المعنية بتنظيم الأزمة وإدارتها وقت الآمان ووقت الأزمة، والعمل على عدم تكرارها.

٣. توفير الإمكانيات المادية والفنية للاستعداد والمواجهة وسرعة أعادة الأمور إلى طبيعتها بأقل كلفة.

٤. الاستعداد لمواجهة الأزمة من خلال التنبؤ بالمشكلات وتمكين الإدارة من السيطرة على الموقف والمحافظة على ثقة جميع الأطراف المعنية.

٥. التعامل الفوري مع الأحداث لوقف تصاعدها وتحجيمها من خلال تحليل الموقف ورسم السيناريوهات (الخطط)، وتحليل نقاط القوة والضعف والفرص، والتهديدات الناتجة عن كل حدث، والاستعداد المستمر للتعامل معها.
٦. وضع الخطط الكفيلة لتقديم الخدمات الإرشادية النفسية والصحية والإسعافات الفورية ،بسرعة وفاعلية.
٧. تشخيص نقاط القوة والمواجهة عند حدوث أزمات والحالات الطارئة.
٨. معرفة أدوات المواجهة التي يمكن استعمالها من قبل الطلبة عند حدوث حوادث مأساوية.
٩. العمل مع فريق أدارة الأزمات على اختيار الإستراتيجية المناسبة لمواجهة الأزمة.
١٠. المحافظة على الاستقرار النفسي والهدوء لكافة أعضاء فريق أدارة الأزمة .

المهارات اللازمة لإرشاد الأزمات

على المرشد النفسي أن يكون لديه المعرفة والخبرة الكاملة في المهارات التالية:-

١- مهارة التفريغ والتنفيس الانفعالي عن طريق الإصغاء.
٢- مهارة التعزيز (التقبل والفهم والدعم) والعناية والاهتمام بالمسترشد.
٣- مهارة الاتصال الصادق والمفتوح وإعطاء التفسيرات المناسبة للمرحلة العمرية دون غموض أو إبهام.
٤- مهارة الدعم المناسب في الوقت المناسب.
٥- مهارة بناء الألفة.
٦- مهارة خفض التوتر.
٧- مهارة المواجهة من خلال المساندة الاجتماعية ، السلوك المركز على المهمة البعد العاطفي ، الحديث الذاتي المعرفي ، الإيثار .
٨- مهارة التوافق مع الخسارة وجعلها واقعًا وتقبل ردود الأفعال المشاركة.
٩- مهارة الاحتفاظ والسيطرة.
١٠- مهارة التخطيط ،واختيار الإستراتيجية المناسبة للتعامل مع الأزمة.
١١- مهارة رسم خطة الطوارئ ودور كل عضو فيها من أعضاء فريق أدارة الأزمات.

أهمية إرشاد الأزمات والطوارئ

تنبع أهمية إرشاد الأزمات والطوارئ من أنها توفير الإجراءات الوقائية التي تجعل المنظمات أكثر قدرة وكفاءة على مواجهة التحديات والمتغيرات التي يتسم بها عالمنا المعاصر ، وان الأهمية تبرز من خلال:

- أنها تظهر جوانب القصور والضعف في المنظمة لتلافيها والحد من مخاطرها.
- الإسراع بعملية التغيير في المنظمة نحو الأفضل لتحقيق أهدافها.
- إتاحة الفرصة لبعض العاملين للمشاركة في صناعة القرارات ممن تتوفر لديهم المهارات والكفاءة في مواجهة الأزمة.
- تحقيق النجاح المشترك ما بين القيادات الإدارية والعاملين للتغلب على التحديات.
- إخراج المنظمة من الوضع الأزموي إلى الاستقرار النسبي وإعادة التوازن.
- الارتقاء بأداء المنظمة نحو الأفضل.
- الاحتفاظ بحيوية المنظمة واستمرارها.
- تقويم جوانب القصور والخلل في بعض قطاعات الكيان الإداري.
- رفع كفاءة المنظمة على المستوى الفردي والجماعي.

أن أهمية إرشاد الأزمات تتضح من خلال أتباع المنهج العلمي في كيفية احتواء الأزمة والتعامل معها والحد منها ما أمكن ذلك، كما أنها تعمل على تحقيق عنصري الانتماء والمشاركة الفعلية ما بين القيادة والعاملين عند بناء فريق العمل لمواجهة الأزمة، فضلاً عن أن إرشاد الأزمات تجعل المنظمة ذات خبرة لمواجهة أي موقف قد يتحول إلى أزمة فيما بعد.

قواعد التعامل مع الأزمات والطوارئ:

١- تقديم الدعم والإسناد العاطفي والمادي الى الشخص أو الاشخاص الذين تعرضوا الى أزمة.
٢- الاستماع والإصغاء وتشجيع المسترشد للتعبير الكامل عن مشاعره وعواطفه.
٣- تشجيع الشخص الواقع في أزمة الإجابة عن أسئلة المرشد النفسي لتوضيح ومعرفة الحادث بدقة وهذه الخطوة تضع المشكلة في مجال العمل الفوري.
٤- الوعي حول المشكلة بعد التعرف عليها بدقة.
٥- حوار عقلاني متبادل ونقاش حول ظروف الحادث بين المرشد والمسترشد الواقع في الأزمة وتلخيص الأفكار والإستراتيجيات.
٦-مساعدة المسترشد الواقع في الأزمة باختيار البدائل المطروحة أمامه وأهدافه وتزويده بالدعم في كل مرحلة.
٧- التعرف على حجم الأزمة ومدى تأثيرها على المسترشد.
٨- زيارة المصاب في المستشفى أو في البيت وتقديم الخدمات الإرشادية النفسية له ولعائلته.

واجبات المرشد النفسي أثناء حدوث الأزمة:

١- يقوم بتهدئة الطلبة وطمأنتهم.

.....

٢- يقوم بخفض حالة التوترات لدى أولياء أمور الطلبة.
٣- أن يتأكد من عدم وجود أي رد فعل لدى الأسرة من شأنه أن يزيد حالة توتر الطلبة.
٤- متابعة الطلبة الذين يعانون من البكاء والخوف الشديد والقلق الزائد والمتوترين.
٥- أن يقوم بعمل بعض الأنشطة التي من شأنها أن تزيل التوتر مثل تمارين الاسترخاء.
٦- أن يقوم فور انتهاء الحدث بتدوين ملاحظاته حول الطلبة المصدومين والمتأثرين من الحدث.
٧- متابعة الطلبة المصابين في المستشفيات ، والتعرف على نوع الإصابة.
٨- البدء في الأيام التالية بمتابعة هذه الحالات من خلال جلسات الإرشاد المختلفة.
٩- تقيم الأوضاع والخسائر البشرية والمادية.
١٠- معرفة سبب الحادث الطارئ أو الأزمة بشكل أولي.

كيفية التعامل مع الأطفال من متضرري الأزمات والكوارث:

يختلف التعامل مع الأطفال المتضررين من الأزمات والكوارث عن التعامل مع المتضررين الكبار، وذلك من حيث الأعراض التي تظهر عليهم وكذلك من حيث الطريقة التي يجب علينا أتباعها في التعامل مع ما يظهر عليهم من أعراض ، ويرجع اختلاف طريقة التعامل مع الأطفال عن الكبار إلى عدة أسباب منها:

١- انخفاض قدرة الطفل على التعبير، بمعنى أنه لا يعرف كيف يعبر عن آلامه وما يعانيه في صورة كلمات أو ألفاظ لغوية.
٢- أن ما يظهره الطفل من علامات ومؤشرات ظاهرة كالبكاء أو ما يظهر عليه من علامات للتعبيرعن الخوف، يمكن تفسيره في أكثر من فئة، بمعنى أن البكاء ربما يعبر به عن القلق النفسي أو عن الحاجات الفسيولوجية كالجوع مثلا... أو قد يعبر به عن رغبته في أن يلفت نظر الآخرين له.
٣- إن مساعدة الطفل في التخلص من معاناته لا يصلح معها أيضا الكلام المباشر، وذلك لانخفاض قدرته على إدراك ما يقع خلف الكلمة من محاولة للتخفيف؛ فمن الصعب على الطفل فهم المحاولات الكلامية المباشرة لتعديل أفكاره وجعله يتقبل ما يتعرض له.
٤- إن الطفل بوجه عام وفي الظروف الطبيعية يحتاج لطريقة خاصة في التواصل والتفاعل معه؛ فالتعامل معه يحتاج لمهارة من الفرد الذي يرغب في إقامة علاقة معه.

اعتبارات هامة للمرشد النفسي لكيفية التعامل مع الأطفال أثناء حدوث الأزمات والطوارئ ، وفي حالة رغبتك في تكوين علاقة إرشادية مع الطفل المتضرر يجب عليك أخذ ما يلي في الاعتبار:

١- إن الطفل يفهم ويشعر بمدى رغبتك في مساعدته واستعدادك لتقبله مهما كانت حالته ، وعلى هذا فيجب أن تكون لديك رغبة صادقة في التفاعل مع الأطفال واستعداد لبذل جهد لتحقيق ذلك؛ لأنك مهما تحاول اصطناع ذلك دون وجود رغبة حقيقة فسوف يكتشفها الطفل، مما يعوقك عن تكوين علاقة معه.

٢- ابتعد عن اقتحام الطفل بصورة مباشرة في اللحظات الأولى للقاء ، فالأطفال في الظروف الطبيعية يخشون الاحتكاك بالكبار من اللحظات الأولى؛ فما بالك بهؤلاء الأطفال الذين ربما فقدوا ذويهم أو فقدوا منازلهم ، ومعنى هذا ألا تحاول حمل الطفل مباشرة قبل محاولة اجتذابه؛ لأن ذلك يزيد من قلقه ونفوره ويطيل من وقت تكوين العلاقة معه.

٣- حاول أن تجذب الطفل من على بعد ، ولا مانع من استخدام بعض الأشياء المحببة للأطفال في بداية الأمر لجذب انتباهه لك، كالحلوى وبعض الألعاب التي من الضروري وجودها معك.

٤- لا تكتفي بجذب طفل واحد لك، بل حاول واجتهد في اجتذاب آخرين، وذلك بأن تحاول أنت والأول إحداث بعض الأصوات التي تصدر عن لعبة كلامية أو أن ترفع صوتك بأنك سوف تروي قصة أو حكاية عن أرنوب أو (اختر ما يحلو لك من حكايات منتشرة في يميل لها مع الأطفال) ، ولا مانع إذا كنت في خيمة أو مكان به أطفال عدة من أن تقوم بإجراء حوار بصوت مرتفع مع الطفل الأول، أو أن تروي الحكاية وكأنك تقولها لكل الأطفال، على أن تكون الرواية شيقة، ثم اخفض صوتك عند جزئية معينة لها أهميتها حتى يحاول البعض أن يقرب منك ليعرف ماذا حدث .

٥- عند تواصلك مع الأطفال حاول أن تبالغ قليلا في صوتك وانفعالاتك، بحيث تعبر ملامح وجهك بأكملها عند الفرح مثلا في حالة تحدثك عن شيء مفرح في إحدى القصص التي ترويها. فهذا الشيء يسعدهم، كما أنه ينشط حواسهم لك، ليس ذلك فقط، بل يخرجهم من الحالة التي تؤثر عليهم.

٦- لا مانع من لمس الطفل في أثناء الرواية أو اللعبة التي تمارسها معهم وذلك بهدوء وبدون افتعال أو قصد، إلا أن للمس أهمية كبيرة في إحساس الطفل بالأمان والقرب.

٧- حاول أن تساعد الطفل في قضاء حاجاته الفسيولوجية إذا استطعت، فساعده في دخول الحمام إن هو طلب ذلك، أو ساعده في تناول طعامه في حالة رغبته؛ فقضاء الحاجة الخاصة بالطفل يساوي من وجهة نظره الحب، ويشعره بالتقارب.

٨- اسمح للطفل بالتحدث حتى لو كان حديثه يبدو غير متماسك، فليس هدفك في هذه المرحلة هو تشخيصه أو فحصه؛ فالمطلوب فقط هنا هو بناء علاقة، وفي ذلك حاول أن تظهر انتباهك واهتمامك ورغبتك في أن يكمل ما لديه.ويمكنك في ذلك استخدام إيماءات تعبر عن رغبتك في الاستماع، وذلك بأن تهز رأسك، أو تستخدم كلمات مثل... وبعدين.... هاه....كل ما سبق يمكنك من إقامة علاقة جيدة بالطفل تسمح لك بالتعرف على ما يعانيه الطفل، كما تسمح لك أيضا بالتدخل لمساندته.

وعلى الرغم من عمومية ما سبق أنه يصلح كخطة للتعامل مع معظم الأطفال من متضرري الحوادث الطارئة والكوارث الطبيعية والأزمات، فإن ذلك لا ينفي أن تأخذ في اعتبارك خصوصية كل طفل.

يعتبر اللعب كوسيلة من وسائل التشخيص: اللعب أحد المجالات المهمة في حياة الطفل بوجه عام ليس في إدخال المرح والسرور على حالته النفسية فقط، بل إن اللعب وسيلة لتعلم الطفل بعض الأدوار التي سوف يقوم بها ، كالطفلة التي تهتم بدميتها كما تقوم أمها بذلك نحوها وللعب دور كبير في تنفيس الطفل عن نفسه، فنجد الطفل يضرب عروسته أو دميته ليعلمها الأدب كما تفعل معه أمه ووالده.

ولهذا يمكن أن نستخدمه في التشخيص والفهم كما يمكن أن نستخدمه في العلاج كوسيلة لتفريغ الطفل للشحنات التي تقع داخله، سواء كانت شحنات غضب أو عدوان أو قلق أو كيف يظهر اللعب الحالة النفسية للطفل؟

يلجأ الطفل للعب للتعبير عن حالته بصورة مختلفة، فقد يلعب الطفل لعبة يخبر بها عما رآه أو ما تعرض له في صورة قهرية أو رغما عنه، فنجده يكرر الحدث في صورة لعبة فيمسك الأشياء ويقذفها أو يضرب الأشخاص أو يصيح بالكلمات التي سمعها في أثناء المشهد الذي تعرض له.

كيف تشجع المسترشد للتحدث عن معاناته النفسية؟

- لغة الجسم: هامة من حيث قربك من المسترشد بدرجة مناسبة، ونغمة صوتك الباعثة على الاطمئنان من العوامل التي تساعد الآخرين على الكلام معك.
- الاستماع الفعال: أنت تحاول استخراج ما بداخل الشخص فيما يخص الصدمة، وهنا يأتي دور الاستماع الفعال؛ يعني أن تعطي من هو أمامك الفرصة كي يعبر عن رأيه، وعليك أن تقاطعه في حالة أنه يكرر ما قاله أو يتحدث في أمور خارج موضوع النقاش، وحين يتوقف الشخص عن الحديث استشعر هل انتهى من حديثه بالفعل أم أن لديه مشاعر وانفعالات عميقة من الصعب أن يتحدث عنها، وهنا اصمت أنت أيضا وإن لم يبادر بالحديث كرر آخر جملة قالها كي تحفزه على الاستمرار، وتشعره أنك تريد أن تستمع إليه.

- مقابلتك للمسترشدين تعتبر فرصة لاستخراج الصدمات الدفينة والحزن المبكر، ضع في اعتبارك أن أمثالنا العربية تقول "اللي فات مات"، وقد تجد الأهل يحاولون معه لينسى ما حدث، لذا ضع في اعتبارك أن حوارك قد يكون هو الفرصة الوحيدة كي يعبر الناجي عن آلامه، وقد يسترجع ذكريات مؤلمة مر بها قبل الكارثة بفترات قد تطول أو تقصر، وقد يسترجع خبرات لم تكن مؤلمة لكنه يشعر بها الآن على أنها خبرات صعبة.
- بعض الأشخاص يكونون في حالة نفسية متدهورة تجعله مستثارا وعصبيا، وقد يشتم ويقول لك إنه في غنى عن خدماتك، ودورك هنا أن تستمع إليه حتى ينهي كلامه دون أن تأخذ الموضوع بشكل شخصي، ولا تسأله أو تصر على أن تخفف عنه فاستماعك وتفهمك لحالته وتحملك غضبه هو أفضل دعم نفسي في هذه اللحظة، وأخبره أنك ستأتي في يوم آخر لتطمئن عليه، ومن المهم أن تزوره بالفعل، وهنا سيكون الحديث والتشخيص أكثر يسرا.
- حينما تستمع إلى من تحاول تشخيص حالته، فقد لا تكون جميع الأعراض ظاهرة أمامك من خلال الملاحظة أو حتى من خلال كلامه معك، وقد تجد مجموعة أعراض من أنواع مختلفة؛ أي تجد مثلا مشاعر حزن (أعراض اكتئاب) مع تذكر متكرر لصوت الصواريخ (أحد أعراض اضطراب ما بعد الصدمة)، وهذا أمر طبيعي ، اسأل نفسك ما هي الأعراض التي تتعبه أكثر؟ فإن كانت مشاعر الحزن فاسأله عن باقي أعراض الاكتئاب.

دور المعلم في الأزمات والحوادث الطارئة:

لا شك بأن التواصل هو من أكثر الوسائل تأثيرًا في مساعدة الطلاب للتغلب على خبراتهم الأليمة، والحيلولة دون انغماسهم في مشاعر العزلة والعجز والسلبية ، هنالك ثلاثة أهداف يسعى المعلم إلى تحقيقها بتدخله:

- مساعدة التلاميذ اوالطلاب على التعبير عن خبراتهم ومشاعرهم المرتبطة بالحادث أو الأزمة.
- مساعدة التلاميذ أوالطلاب على تطوير فهم معرفي ملائم بشأن الظرف الصعب.
- تمكين الطلاب من تعزيز قدرتهم على التأقلم والتوافق مع ظروف حياتهم اليومية.

مهارة الاتصال اللفظي للمعلم:

- اظهرْ اهتمامًا خاصًا في الحديث مع الطلاب للتعرف على خبراتهم بعد وقوع الحادث، مستخدمًا التواصل بالأعين واستخدام العبارات المشجعة والابتسام والإيماء بالرأس.

- امنحهم فرصة كافية للتحدث وأعطهم أدوارًا منتظمة تتيح لغالبية طلاب الصف المشاركة في التعبير عن الحادث.
- أظهر تقبّلك للطلاب وقم بتشجيعهم على التعبير عن قصصهم وانفعالاتهم، وحياتهم الماضية، والصعوبات الحالية التي يواجهونها. إذ أن هذا يمنحهم الإحساس بالاحترام والتقدير والشعور بأهمية خبراتهم.
- تجنب حث الطلاب على الإجابة عندما يكونون غير راغبين في ذلك، بل اترك لهم حرية الاختيار في الإجابة بالشكل الذي يرتأونه.
- قم بالتعقيب على مشاركة الطلاب بتلخيص ما يتحدثون به بكلماتك، مستخدمًا عبارات تشجيعية ومتعاطفة.
- قم بتشجيع الحوار المفتوح بعبارات مثل: "ماذا حدث بعد ذلك"؟ و"كيف شعرت عندما حدث ذلك"؟
- قم بتوجيه أسئلة للطلاب تدور حول أسوأ ما اختبروه في الأحداث الطارئة، وعما يفعلونه لحماية ومساعدة أنفسهم أثناء وقوع الحدث، وما يرغبون في عمله في الوقت الحالي.
- استخدم وسائل اتصال مختلفة لتسهل عملية تعبير الطلاب عن أنفسهم ومنها الرسم والإنشاد والكتابة والتمثيل.
- اشكر الطلاب على مشاركتهم في نهاية النشاط .

مهارة الاتصال غير اللفظي:

يعتبر هذا النوع من الاتصال مهمًا جدًا وعلى الدرجة نفسها من أهمية التواصل بالكلام، ومن وسائل هذا الاتصال ما يلي:

- تعبيرات الوجه: الوجه المبتسم يعطي الطفل إحساسًا بالأمل والتشجيع والاهتمام بما يقوله أو يفعله، على خلاف الوجه العبوس الذي يعكس عدم الاهتمام والرفض.
- الدعابات والضحك: الدعابات والضحك والابتسامات تساعد الطفل على الاسترخاء والوثوق بنا وتخلق أجواء مريحة دافئة.
- التواصل بالنظر: التواصل بالأعين مع الطفل خلال التحدث إليه، مع مراعاة الاقتراب منه بشكل تدريجي وعدم التحديق فيه، خاصة بالنسبة للأطفال شديدي الخجل الذين يحتاجون إلى وقت أكبر لاستعادة ثقتهم بأنفسهم وبالآخرين.
- استخدام اللغة البسيطة:التحدث مع الطفل بلغة بسيطة ومفهومة .
- الصمت: احترام رغبة الطالب في اختيار مشاركته، وتجنب حث الطلاب على التحدث رغمًا عنهم، والسماح لهم بأخذ وقت كافٍ لإشراك الآخرين في خبراتهم .

العلاقة بين المعلم والطالب أثناء الأزمات:

من الضروري المحافظة على علاقة جيدة بين المعلم والطالب، حيث تعمق مثل هذه العلاقة الشعور بالأمان والطمأنينة اللذين يفتقدهما الطالب نتيجة الأحداث العنيفة والمؤلمة والأزمات ،التي مرت عليه، ومن أهم مظاهر هذه العلاقة:

- تقبل الطلبة والإحجام عن أهانتهم أو رفضهم أو السخرية منهم، بالرغم من بعض السلوكيات الخاطئة التي قد تبدر منهم.
- تشجيع الصفات الحميدة لدى الطلبة وتعزيزها عن طريق توجيه الثناء والمديح.
- إظهار التعاطف والحب والاحترام لهم.
- مشاركة الطلبة بطرق إيجابية وملائمة في أوقات مناسبة.

البيئة الصفية:

تعتبر البيئة الصفية والتحضير المسبق لها من الأمور التي تدعم الخطوات السابقة وتشمل:

- توفير نظام تعليم ثابت في المدرسة، مما يساعد الطلاب على الإحساس الاستقرار النفسي والأمان.
- التحضير للحصة تحضيرًا جيدًا بطريقة تثير اهتمام الطلاب وتقوي مشاركتهم.
- إيقاف التعليق المستمر على السلوك الصفي السيئ واستبداله بتعزيز السلوك الجيد.
- توجيه الانتقاد فقط عند ارتكاب الأخطاء الكبيرة والامتناع عن إهانة أو معاقبة الطالب أو مقارنته مع طلاب آخرين.
- عدم إخراج الطالب من الصف، بل تشجيعه على القيام بشيء يحبه.
- الثناء على إنجاز الطالب، الأمر الذي يشعره بالسعادة والتقدير وينمي لديه الثقة بالنفس.
- إرساء قواعد الاحترام المتبادل في التعامل مع الطلاب مما يشعرهم بقبولنا لهم ويعزز ثقتهم بأنفسهم وبنا باعتبارنا معلمين.
- من الضروري أن يتعرف الطالب على قوانين وأنظمة المدرسية، حتى في الظروف الصعبة، وضرورة المحافظة عليها، إلا في حالات الطوارئ القصوى، فهذا يشعره أيضًا بالاستقرار والثبات.

هنالك بعض المحاذير التي يجب على المعلم ان لا يقدم عليها:

- التخفيف على الطالب ومشاعره، باستعمال عبارات مثل (انس الأمر، لقد انتهى كل شيء الآن، أنت بطل)، وعوضا عن ذلك يمكنك أن تقول مثلا "أفهم أنك حزين وأرغب في مساعدتك.
- قوْل أي شيء غير حقيقي أو واقعي، مثلا أن القصف سوف يتوقف قريبًا.

.....

- إثارة آمال أو وعود وتوقعات يصعب تحقيقها.
- الحدة في النقاش أو المقاطعة .
- التسرع في إصدار الأحكام.
- تقديم النصيحة قبل أن يطلبها الطالب.
- ترك انفعالاتك تنعكس بشكل مباشر على الطلاب.

كما أن هنالك بعض الأمور المرغوبة التي يستحسن أخذها بالاعتبار:

- ضرورة ضبط المعلمين لردود أفعالهم أمام التلاميذ في أوقات الأزمات والحوادث الطارئة.
- مشاركة الطفل في إيجاد حلول لمواقف صعبة، يساعدهم في الاعتماد على أنفسهم، وزيادة قدرتهم على حل المشكلات مما يؤدي إلى بناء ثقتهم بأنفسهم.
- تكليف الطفل ببعض المهام التي يمكن أن ينفذها بنجاح بهدف تعزيز تقدير الطفل لذاته.
- إعطاء الطفل مجالا لّلعب فرديًا وجماعياً، والحفاظ على نمط يومي ثابت، يساعد في استعادة الاستقرار العاطفي.
- انخراط الأطفال والفتيان في نشاطات مجتمعية، والقيام بأعمال تطوعية لمساعدة الآخرين، يساعد الأطفال والفتيان على التغلب على الأزمات.
- إعطاء الأطفال الفرصة لممارسة استقلاليتهم.

مخطط لكيفية التعامل مع الأزمات والطوارئ:

- وفاة أو إصابة طالب داخل أسوار المدرسة .
- انفجار سيارة مفخخة أمام المدرسة.
- وفاة تحدث نتيجة مثلا (إصابة بالرصاص ، شظايا صواريخ).
- انتشار احد الأمراض المعدية.
- اختطاف احد الطلبة أو احد أعضاء الهيئة التدريسية أو الإدارية.
- اقتحام المدرسة من قبل مسلحين.
- اندلاع حريق أثناء الدوام .
- حدوث زلازال قوي.

خطة الإجراءات للتدخل:-

١- التحقق من صحة المعلومات حول وفاة الطالب قبل إعلام أي أحد وينبغي أن يجمع الفريق أكبر قدر من الحقائق حول الحادثة من الوالدين والمصادر الأخرى (الشرطة ، المستشفيات) تتركز المعلومات التي يتم جمعها حول:

أ. متى وأين وكيف وقع الحادث؟

ب. هل شهد الحادث طلبة آخرون.

.....

٢- إعلام المشرف التربوي المسؤول عن المدرسة بالحدث.
٣- يستدعي مسؤول فريق الأزمات.
٤- التنسيق مع المسؤول الأمني للمنطقة وإبلاغه.
٥- تنفيذ خطة الأزمات من قبل فريق الطوارئ.
٦- فريق الطوارئ يجري تقييمًا ل:
أ. الأثر الأولي على الطلبة زملاء الطفل في مدرسته ، كادر المدرسة ، وغيرهم.
ب. مدى حاجة الطلبة أو الكادر لمساعدة متخصصة.
ج. الحاجة لتدخل مساعدة خارجية (الإسعاف الفوري، الإطفاء ، الشرطة،أولياء الأمور)
٧- تنشيط خطة التدخل فيما تبقى من اليوم:
أ. توفير الدعم في غرفة الصف.
ب. تقديم معلومات خطية قدر الإمكان بهدف تعزيز تلك التي زود به الطلبة في مرحلة سابقة.
٨- دعم الأشخاص ذوي العلاقة المباشرة بالحدث (أولا التحدث معهم) .
٩- نظم اجتماعًا مع الفريق لمناقشة الخطط لليوم التالي واحرص على حضور الجميع لهذا الاجتماع.

المتابعة في اليوم التالي:

١- البدء بتقييم اليوم الأول ومن ثم وضع الخطط.
٢- نظم زيارة منزلية لأسرة الطفل لمواساتها.
٣- تنظيم اجتماعات للطلبة الصف للتحدث عن الحدث.
٤- تكوين مجموعة صغيرة من الطلبة المتأثرين.
٥- اجلس مع المتأثرين في نهاية اليوم الأول:
أ. لتزويدهم بآخر الخطط.
ب. لمساعدتهم في التعبير عن أفكارهم وردود أفعالهم لإعلامهم عن مصادر المتابعة المتوفرة.
٦- حدد موعدا للأسرة ليعلموا أنك ستزورهم لتقديم الدعم.

الحوادث ذات النطاق الواسع:في الأيام التي تلي اليوم الأول للازمة على المرشد النفسي أن:

١- يستمر في تقديم الخدمات الإرشادية للجماعات والأفراد (الأطفال و الأسر) .
٢- يقدم مواد مكتوبة ونشرات توعية.
٣- يراقب الأطفال للتعرف إلى من يكون منهم بحاجة إلى مزيد من العناية.
٤- يوفر وسائل ومرافق تمكن الأفراد من التعبير (حصة الرسم والأنشطة التي تستثير الرغبة في العمل والتنفيس) .

المرشد النفسي عند المتابعة طويلة الأمد:

١- قيم مدى تقدم الطلبة التحصيلي ونشط الوسائل التي تسهم في تشجيعهم على تحقيق التقدم.

٢- وفر خطة لعودة آمنة للطلبة المتأثرين للمدرسة:

- ساعد في إعادة دمج الطفل بالمناخ المدرسي.
- ساعد الأطفال المحتاجين للتغلب على الصعوبات الدراسية الناجمة عن التأثر بالحادث .

٣- قدم الإرشاد للأسر حول الآثار طويلة الأمد للأزمة عليهم.

٤- حدد إجراءات واضحة لتحويل الأطفال المحتاجين للجهات الطبية والنفسية وذلك لتوفير المساعدة لتجاوز آثار الأزمة.

٥- كن مهيئًا للتغلب على الآثار النفسية السلبية التي يمكن أن تحدثها الأخبار والتقارير والتحقيقات الصحفية التي قد تعيد الأحداث المؤلمة إلى الذاكرة.

٦-تأكد من تناول الموضوعات الأكثر حساسية (الفقدان ، الحزن ، اللوم) والمشاعر المؤلمة بحكمة عند التطرق إليها.

نظرية التدخل وقت الأزمات

المقدمة:

تعد الأزمة والتدخل في الأزمات قديمتين قدم الإنسان على الأرض، فمساعدة الآخرين في أوقات الأزمات من الخصائص الأساسية للإنسان، ذلك أن التدخل في مواقف الأزمات فعل أنساني يوجد في الثقافة الإنسانية على مر العصور، من أهم الأسس العلمية التي تستند إليها نظرية الأزمة نظرية التحليل النفسي ونظرية سيكولوجية ألانا والطب النفسي العسكري والطب النفسي الوقائي ومدخل الصحة العامة.

وترجع الأصول الأولى لهذه النظرية إلى بعض رواد علم النفس ومنهم هارتمان وماسلو واريكسون وبياجيت في بداية القرن الماضي،وقد تعاملت خدمة الفرد مع الأزمات عام ١٩١٨ على يد العالم رينولز، ويعد "ايركسون" وهو عالم انثر وبولوجي ومحلل نفسي من أهم العلماء الذين اثروا كثيراً في هذه النظرية حيث يشير إلى أن الفرد يمر بسلسلة من الأزمات أطلق عليها "اريكسون" اسم أزمات الحياة أو أزمات الهوية، ووصف ثماني مراحل يمر بها الفرد خلال دورة حياته ، وبين انه في كل مرحلة تسيطر عناصر معينة من الهوية تضع الفرد في نوع من التحدي للتوفيق بين قطبين متعارضين، وان حاجات كل مرحلة تبقى ساكنة ولكنها تميل إلى السيطرة في أوقات الانشغال القوية وفي كل مرحلة تتطور أزمة حتى يصل الفرد إلى حل في النهاية، وعندما يتم التوصل إلى هذا الحل الذي يحقق التوازن الدينامي بين القطبين المتعارضين فأن الفرد (في هذه الحالة فقط) يكون قادراً على التحرك بحرية نحو المرحلة القادمة.

وبين "اريكسون" أن كل أزمة من أزمات الحياة توفر فرصاً جديدة لإعادة النظر في الحلول القديمة السابقة،لذلك فأن الأزمة التي لم تحل حلاً مناسباً في مراحل سابقة من النمو قد يعاد حلها بشكل جديد خلال أزمات الهوية التالية، وينظر "اريكسون" إلى الأزمات الحياة بأنها تمثل فترات من الأمل والتحدي إلى جانب كونها فترات من التوتر والقلق، ففي كل مرحلة هناك مشاكل يجب مواجهتها، ومهام يجب تنفيذها، كما يتم اكتشاف احتمالات وإمكانيات جديدة، وكل من هذه الجوانب يمكنها أن تضيف ثراء وتطويراً للهوية ، كما تأثرت الإعمال النظرية الأولى المتعلقة بالأزمات بدراسة (ليندمان،١٩٤٤) حول الاكتئاب الحاد التي نتجت عن حريق نادي (كوكونات غروف) في بوستون بالولايات المتحدة الأمريكية عام١٩٤٣ ، كما تأثرت بدراسات (تايهورست،١٩٥٧) حول المراحل الانتقالية ، فقد تناولت هذه الدراسات الآثار الناتجة عن موت الإفراد أو فقدانهم الإفراد والأسر، كما وقفت إمام تجربة (الثكلى) نتيجة الحروب والكوارث.

وأن هذه المفاهيم لم تتطور ألا بعد أن نشرت أعمال "كابلن" ١٩٦٤ في كلية الصحة العامة التابعة لجامعة هارفارد ، ثم تحولت هذه المفاهيم إلى نظرية تطبق على نطاق واسع في مجال الصحة النفسية، كما ساهمت أعمال " رابابورت وباراد" في تطوير وتحديد نظرية التدخل وقت الأزمات، ثم تطورت نظرية التدخل وقت الأزمات في دراسات الخاصة بالإسكان والجماعات والمجتمعات التي تواجه كوارث ، مثل الفيضانات والأعاصير والحروب.

ونظرية التدخل في الأزمات هي " مجموعة المفاهيم المتعلقة بردود أفعال الأشخاص عندما يواجهون بتجارب غير مألوفة" ، وقد تكون هذه التجارب على هيئة كوارث طبيعية أو فقدان معنى ما أو تغييرات في البناء الاجتماعي أو تغييرات في دورة الحياة ، ونظراً لان مفاهيم نظرية الأزمة قابلة للتطبيق على الفرد وعلى الأسرة أيضا، فقد قامت العديد من البحوث بدراسة تغير حياة الأسرة تحت تأثير الأزمة، ونظراً لان المفاهيم الخاصة بالبناء الأسري وتفاعله وأدائه الوظيفي ، لها صلة وثيقة مباشرة بالتعامل مع وحدة الأسرة التي في موقف الأزمة، فأن نظرية الدور لها مكان مهم في نظرية الأزمة فيما يتعلق بتحليل ادوار الأسرة ، وطالما أن العجز في الأداء الوظيفي للدور الاجتماعي يكون عادة نتيجة من نتائج الأزمة ، كما أن مفهوم انتقال الدور وتعاقب تغير الأدوار طوال دورة الفرد يعتبر احد إبعاد الضغوط النفسية التي تعجل بحدوث الأزمة عند الفرد أو الأسرة، وقد استفادت نظرية الأزمة من نظرية الدور في هذه المفاهيم واستخدامها.

وقد جاء مفهوم التدخل في الأزمات استجابة لحاجة الأفراد والجماعات للمساعدات خلال فترات التغيير المفاجئ والعنيف من وضع حياتي امن إلى وضع حياتي مهدد، ومن بين الأوضاع الحياتية كالكوارث الطبيعية والاجتماعية

والحروب والهجرة القسرية والنزوح الجماعي بسبب الفيضانات والحروب، والأزمات الناشئة عن التطور.

وقد قدم "كولن،١٩٧٨" تصوراً لتدخل في وقت الأزمات والذي حددت فيه أهم فروض النظرية وهي:

١- أن أي فرد أو جماعة أو منظمة يتعرضون لازمات خلال حياتهم.
٢- أن الإحداث الخطرة التي يمر بها الإنسان تمثل المشكلات الأساسية التي تمهد لحدوث الأزمة.
٣- أن الإحداث الخطرة يمكن التنبؤ بها أو توقعها (كمرحلة المراهقة، والزواج،والانتقال للتقاعد ، والحروب)، كما أن هناك إحداثا غير متوقعة (كالموت المفاجئ،والطلاق والكوارث البيئة والاجتماعية والإمراض).
٤- أن الضغوط النفسية من هذه الإحداث تتضح عندما يفتقد ضحاياها ، أشياء معينة منها:

- فقدان التوازن النفسي والعقلي في قدراتهم على معالجة الأزمات التي تصيبهم.
- تبذل الجهود لإعادة التوازن ولكن الفشل فيها قد يترتب عليه توترات وضغوط نفسية مع كل حالة فشل ، كما أن تراكم حالات الفشل قد يضاعف من حالات التوتر مما قد يساعد في زيادة اشتعال الأزمة.
- مظاهر الأزمة أو إعراضها ،قد توحي إلى المرشد النفسي بأنها الأزمة الحقيقية بينما هي أعراض لازمة أخرى أساسية، وبالتالي يجب البحث عن الأزمة الحقيقية وليس عن أعراضها.
- أن النجاح في التغلب على الأزمة في الماضي يساعد على التغلب عليها في المستقبل ، بينما عدم النجاح في حل الأزمات في الماضي يؤدي إلى المزيد من الوقوع في ألازمات مستقبلاً.
- الأشخاص الذين يواجهون أزمات هم أكثر انفتاحاً لتقبل المساعدة من الذين لا يواجهون مثل هذه الأزمات.
- أن التدخل في وقت حدوث ألازمة أكثر نجاحاً من أي وقت أخر.
- أن الوقوع في ألازمات والتغلب عليها ، يتعلم منها الناس طرقاً جديدة لحل المشكلات بصورة أكثر فعالة، كما يحسن من قدراتهم على التوافق مع الأزمات مستقبلاً.

مفهوم الأزمة حسب تفسير نظرية الأزمات :

تعرف الأزمة في معجم العلوم الاجتماعية "أنها توقف الحوادث المنتظمة والمتوقعة واضطراب العادات والعرف مما يستلزم التغيير السريع، لإعادة التوازن وتكوين عادات جديدة أكثر ملائمة".

وتعرف أيضا بأنها " اضطراب عاطفي حاد يؤثر في قدرة الفرد على التصدي عاطفياً أو معرفياً أو سلوكياً، ويؤثر كذلك في قدرته على حل مشاكله بالوسائل العادية لحل المشكلة ، والأزمة ليست مرضاً عاطفياً أو عقلياً.

ويوضح التعريف لنا أن الشخص الذي يكون في موقف الأزمة يعاني من اضطراب عاطفي، ويعجز عن حل مشكلات الحياتية بالطرق العادية لحل المشكلة ، فالحياة الصحية السعيدة تتطلب أن يكون الشخص قادراً على حل مشكلاته بفعالية، وان تتوفر له الحاجات الأساسية التي تحقق له الصحة النفسية والجسدية الجيدة ، فضلاً عن مساندة الأصدقاء والأسرة والأقارب والإحساس بهويته وبالانتماء للمجتمع وتراثه الثقافي .

ومعاناة الشخص من الأزمة تكون نتيجة لفقدان مفاجئ للمساندة النفسية وغيرها من المساندات الأخرى،حيث يفقد أو يخشى إن يفقد احد أو بعض الحاجات الأساسية ، ففقدان إنسان عزيز(أب ،أم ، أخ،أخت ،صديق....الخ) في حادث أو بسبب نوبة قلبية أو بسبب الموت أو الأسر في الحرب أو الاختطاف وغير ذلك، قد تسبب للشخص صدمة وتجعله يشعر بالضياع أو العجز عما يجب عليه عمله، فقد احتفى مصدر المساندة والراحة التي كان يوفرها له الشخص المفقود دون سبق إنذار، ودون أن يترك له الوقت الكافي للتوافق والتغيير.

وقد تحدث صدمة مشابهة في الحالات الاستجابة لانتحار صديق أو الإصابة بمرض معدي ومميت مثل الايدز،ا و كوفيد ١٩ أو أجراء عملية جراحية مثل استئصال الثدي التي تشوه صدر المرأة ، فالشخص المصاب بالايدز (على سبيل المثال) لم يفقد صحته واحتمال موته بعد وقت قصير، ولكنه قد يواجه بهجر أسرته وأصدقائه وبالازدراء من يمكنهم مساعدته.

كما يمكن للشخص أيضا أن يقع في أزمة بسبب وجود تهديد بفقدان شيء يعتبره مهما وأساسيا في حياته ومن الأمثلة الشائعة على هذا النوع تهديد الرجل لزوجته بالطلاق أو بالعكس، وتهديد بالحالة على التقاعد أو الطرد من العمل، ومما سبق يمكن القول أن الأزمة تحدث لبعض الأشخاص عندما يواجهون حادثاً نفسياً اجتماعياً يمثل بالنسبة لهم تحدياً معيناً، فالأزمة بالنسبة لهؤلاء الأشخاص تمثل دعوة لفعل جديد لا يستطيعون مواجهته بمواردهم الحالية ، فالفرد يسعى دائماً إلى المحافظة على حالة من التوازن من خلال سلسلة من الجهود التوافقية الحياتية ، تسعى أنشطة حل المشكلة من خلالها إلى إشباع الحاجات الأساسية للفرد، فطوال دوره حياة الإنسان تحدث العديد من المواقف التي تؤدي إلى اضطراب التوازن أو انعدامه ورغم أن الفرد يكون له ميكانزمات التوافق أو التوازن المناسبة ، فأن الأنشطة العادية لحل المشكلة لا تصلح لمهمة استعادة التوازن بسرعة عندما يكون الفرد في حالة أزمة كما أن الإحداث الخطرة أو العوامل الضاغطة التي تعجل بحدوث الأزمة ، تتطلب من

الفرد التواصل إلى حل جديد على خبرات الحياة السابقة وعلى ذخيرته العادية من الميكانزمات حل المشكلة.

وبناءً على ما سبق فان هناك ثلاثة عوامل تنتج الأزمة وهي:

١- حدث أو موقف اوسلسلة من الإحداث الخطرة تفرض على الفرد نوعاً من التهديد.

٢- تهديد الحاجات الأساسية الحالية أو الماضية التي ترتبط بشكل رمزي بالتهديدات المبكرة التي تنتج عنها اضطراب أو صراع.

٣- عجز الفرد عن استخدام ميكانزمات التصدي للازمة.

لذلك يمكن النظر إلى الأزمة والمشاعر التي تصاحبها على أنها:

- تهديد : وقد يكون موجهاً نحو الحاجات الأساسية للفرد أو نحو إحساسه بالتكامل أو الاستقلال ، وفي هذه الحالة ترتبط بقدر كبير من الشعور بالقلق.
- فقدان: وقد يكون فقدان لشخص ، أو خبره لحرمان شديد وفي هذه الحالة يصاحبها شعور بالاكتئاب والحزن.
- تحدي: وقد يكون من اجل المحافظة والبقاء ، أو النمو، أو السيادة والتعبير عن الذات، وفي هذه الحالة يصاحبها بعض القلق ولكنها تحمل معها مقوما مهما للأمل وتحرير الطاقة من اجل حل المشكلة وتحقيق السيادة.

وتركز نظرية التدخل أثناء الأزمة على مفاهيم أساسية هي:

١- أن الأشخاص الذين يكونون في مواقف الأزمات أشخاص طبيعيون أساسا حتى لو كانوا على درجة عالية من التوتر والقلق،فعلى الرغم من أن الأشخاص الذين يعانون من الضيق أو الاضطراب الحاد أو يمرون بأزمة ، قد يكون لديهم اضطراب عاطفي أو عقلي قبل حدوث أو ترتب على حل الأزمة نتائج سلبية تؤدي لمثل هذه الاضطرابات ، فأن ذلك لا يعني أن الشخص الذي في الموقف الأزمة مصاب بالضرورة باضطراب عاطفي ، لذلك فأن لا يعني أن الشخص الذي في موقف الأزمة مصاب بالضرورة باضطراب عاطفي ، لذلك فأن من المهم أن نميز بين الأزمة وبين الإشكال المختلفة من الإمراض العاطفية والعقلية حتى لا توحي الإشارة "بعلاج" الأزمة بأن الأشخاص الذين في موقف الأزمات يدخلون في عداد "المرضى".

٢- أن الأشخاص الذين يكونون في مواقف الأزمات لديهم القدرة والرغبة في مساعدة أنفسهم ، وان هذه القدرة والرغبة قد ينتابها قدر متفاوت من الضعف ،وان قدرتهم على تحقيق النمو خلال هذه الأزمة يمكن أن تدعم عن طريق الحصول على مساعدة مؤقتة من جانب الأسرة والأصدقاء والجيران وأحيانا من جانب بعض الأخصائيين المؤهلين (المرشدين) للتدخل في مواقف الأزمات، كما أن الفشل في الحصول على هذه المساعدة

قد يعوق النمو ويؤدي إلى نتائج سلبية للازمة تأخذ إشكالا مختلفة مثل إيذاء النفس أو الاعتداء على الآخرين وغيرها من أنواع السلوك السلبي الضار، أن رغبة الشخص القوية في تقرير مصيره وتحقيق النمو بالإضافة إلى المساعدة التي يحصل عليها من الآخرين ، يؤثران عادة على توجيه نتائج الأزمة نحو الاتجاه السليم ،وعدم الاعتراف بأن الأشخاص الذين يكونون في المواقف الأزمات لديهم القدرة والرغبة في مساعدة أنفسهم قد يحول دون الحصول إلى نتائج ايجابية للازمة فتشجيع الشخص على الإسهام النشط للسيطرة على الأزمة والوصول إلى حل ايجابي لها أمر مطلوب وبخاصة عندما يكون الخوف من فقد السيطرة على النفس والإحداث جزاءاً رئيسياً من خبرة الأزمة.

٣- يمكن أن يكون لجهود الأشخاص الذين يشتركون في التدخل في مواقف الأزمات مثل الإباء والأقارب والجيران، والمرشدين وغيرها ،فائدة عظيمة إذا امنوا بإمكانية الكبيرة الموجودة في كل شخص ، وبأن الأزمة تحمل في ثناياها الفرصة للنمو بجانب الخطر ، لذلك فأن عليهم ، إذا أرادوا أن يحققوا النجاح لتدخلهم في مواقف الأزمات أن يساعدوا الأشخاص في تلك المواقف على اخذ فرصهم للنمو وتجنب الخطر المتضمن الأزمة.

كيفية حدوث الأزمة حسب النظرية:

١- يخضع الإنسان سواء كان فرداً أو أسرة أو جماعة في مراحل عمره المختلفة لضغوط متنوعة سواء كانت هذه الضغوط داخلية أو خارجية يتأثر بها ويتفاعل معها ويحاول إزالتها أو التقليل من تأثيرها وإشباع احتياجاته ، وتحقيق التوازن وأداء مسئوليات أدواره الاجتماعية بشكل مقبول.

٢- يؤدي ازدياد هذه الضغوط إلى إحداث اضطراب في توازن الفرد ويصحب محاولات الإنسان لاستعادة التوازن ارتفاع معدل التوتر، وكلما زاد اختلال التوازن ارتفع معدل التوتر.

٣- يلجاء الإنسان إلى كل ما هو متاح لديه من مصادر وإمكانيات ، ويجند كل قواه إلى أساليب جديدة لاستعادة التوازن ، فإذا فشل في استعادة التوازن فان التوتر يتصاعد إلى إن يصل إلى ما يسمى (نقطة التحول)، حيث يعيش الإنسان مرحلة من الاضطراب والاختلال التوازن وبذلك يدخل في مرحلة الأزمة.

٤- ينظر الفرد إلى موقف الأزمة على انه تهديد لوجوده ولاحتياجاته الأساسية ومشاعره.

٥- تؤدي معايشة الإنسان لهذا الموقف إلى مشاعر سلبية قوية تظهر في صورة اكتئاب ويأس وفقدان الأمل.

٦- تضعف خلال مواقف الأزمة العمليات الدفاعية ، ويصبح الإنسان أكثر استعداداً لقبول التأثير الخارجي، بحيث يصبح الحد الأدنى من التدخل قادراً على إحداث الحد الأقصى من التغيير.
٧- قد تؤدي الأزمة إلى إثارة بعض المشكلات القديمة والماضي القريب أو البعيد ، حلت أو تركت بدون حل أو تم حلها بشكل جزئي ، وعلى هذا فأن موقف الأزمة يمكن إن تكون فرصة لحل هذه المشكلات.

تصنف الأزمة حسب النظرية:

فمن حيث المستوى:الأزمة الفردية ، والأزمة الجماعية المجتمعية ، والأزمة المادية ، والأزمة المعنوية.

و تصنيف الأزمة حسب كابلن الى

- الأزمة المتوقعة كالإحالة على التقاعد
- الأزمة المفاجئة مثل المرض المفاجئ أو انهيار منزل أو الفيضانات.

وتصنيف الأزمة حسب جاكبسون الى الأزمة عامة ، والأزمة فردية.

ويعتمد تطبيق النظرية التدخل أثناء الأزمة على نوع الأزمة وقد أورد "كوتوتون" ثلاثة أنواع من الأزمات:

١- الأزمة الحادة: حيث تتعطل أدوات التوازن الجسدي عند الفرد وتتوقف عن العمل إلى حد العجز معه الفرد عن التوافق مع هذه الحالة أو التغلب عليها.
٢- الأزمة العادية: وهي جزء من عملية النمو.
٣- الأزمة الوضعية: وهي رد فعل إزاء وضع معين كالمرض أو الكارثة.

ويمكن اعتبار الأزمة كنوع من التهديد أو الخسارة أو التحدي ، فالفرد يواجه تهديد سلامته ومتطلباته الذاتية بالقلق ، كما يواجه الخسارة أو الحرمان بالحزن والاكتئاب في حين انه يواجه التحدي بالنشاط الهادف إلى حل المشكلة وبالحيوية والتحرك. وهناك العديد من الخصائص التي يجب إن تتوفر في الموقف أو المشكلة حتى يمكن ، إن نطلق عليها (أزمة) ومن أهم هذه الخصائص:

١- وجود تركيبة من القوى التي تضغط على الإنسان ،وقد تكون هذه القوى جسمية أو نفسية أو اجتماعية.
٢- أن ينظر الإنسان إلى هذه القوى على أنها تشكل تهديدات لحياته ولأمنه ولأهدافه الأساسية والمستقبلية في الحياة.
٣- أن يلتقي موقف الأزمة على من يتعرضون لها مسؤوليات تخرج من نطاق الإمكانيات العادية المتاحة وإمكانيات الأشخاص الآخرين الذين يلجئون، إليهم في طلب المساعدة.
٤- أن يشعر الإنسان تجاه هذه المواقف باليأس والعجز وعدم القدرة على التعامل معه.
٥- قد يفقد الإنسان في معظم الحالات ثقته في نفسه.

٦- قد يؤدي موقف الأزمة إلى ظهور إعراض سلوكية مرضية كفقدان العلاقات الاجتماعية والإصابة بالاكتئاب والقلق.

خطوات التدخل الإرشادي وفق نظرية التدخل أثناء الأزمات:

١- تقدير الموقف

٢- تحديد الأهداف الإرشادية مع المسترشد: يمكن أن يتم تحديد الأهداف الإرشادية من خلال تحديد الأدوار التي يعجز المسترشد عن أدائها أو الأدوار المسببة للازمات، ويمكن تحديد الأهداف الإرشادية كالتالي:

- مساعدة المسترشد في التخلص من الشعور بالعزلة الاجتماعية.
- مساعدة المسترشد في تخفيف حدة التغيرات الناجمة عن فقدان دوره الوظيفي.
- التعرف على العجز المسترشد عن أداء أدواره الاجتماعية الأخرى المتأثرة بفقدانه أدوره كعامل.
- تحسين مستوى الأداء الاجتماعي للأدوار المسترشد.
- شغل أوقات الفراغ بطريقة سليمة ، ويستخدم المرشد عدة أساليب إرشادية ، مثل الإقناع ، التوضيح، التنبيه، من اجل تزويد المسترشد بمعلومات جديدة أو تصحيح بعض المعلومات الخاطئة لديه.

٣- وضع الأولويات بين الأهداف ومتطلباتها: بعد تحديد الأهداف الإرشادية، يعمل المرشد بمشاركة المسترشد على تحديد الأولويات بين تلك الأهداف، والتي هي في الواقع أولويات بين الأهمية النسبية للأدوار المختلفة، ويمكن للمرشد النفسي عند تحديد تلك الأولويات الاستعانة بالمحكات التالية ، والتي تفيد في معرفة مدى أهمية كل دور:

- هل اختار المسترشد ذلك الدور بنفسه ؟ أم فرض عليه؟
- متطلبات الدور، ونوعية الأعباء التي يفرضها على العميل.
- القيم والمعايير الاجتماعية المرتبطة بذلك الدور.
- معاونة العميل على أداء أدواره الاجتماعية:لكي يقوم المرشد النفسي بمعاونة المسترشد على أداء أدواره،وفق التوقعات المجتمعية السائدة فأن الأمر يتطلب منه بعض العمليات التالية وفقاً للمتطلبات الفردية لكل حالة وهذه العمليات هي:

١- تعديل فهم المسترشد لدوره ودور المرشد في العملية الإرشادية.

٢- معاونة المسترشد على فهم توقعات دوره ، والأسلوب الإرشادي المناسب هنا كالأتي:

- معرفة تصورات المسترشد عن متطلبات دوره ، وتصوره الذاتي لحقوق وواجبات ومسؤوليات دوره، وكيفية تصوره أدائها.

- مساعدة المسترشد على تصحيح تصوراته غير السوية عن تلك الأدوار من خلال التوضيح والإقناع وإيراد الأمثلة والنماذج الحية والواقعية، والقريبة من مجالات أنشطة المسترشد المختلفة.

٣- إزالة غموض الدور: لعل من أكثر المجتمعات معاناة من مشكلات غموض الدور هي المجتمعات المتحررة، أم في المجتمعات العربية والإسلامية ، فان الأمثلة التي يعاني المسترشد من غموض الدور ليست كثيرة.

٤- إيجاد الدافع للمسترشد للقيام بأدواره الاجتماعية: يمكن للمرشد النفسي أن يعمل على تبصير المسترشد بالفوائد التي تعود عليه من ممارسة دوره ، وأيضا ما قد يترتب على القيام بهذا الدور من أضرار.

٥- إزالة صراع الدور: إذا كان السبب في المشكلة المسترشد يرجع إلى الصراع بين أدواره المختلفة، فأنه يمكن العمل على حل هذا الصراع عن طريق:

- معاونة المسترشد على وضع أولويات تبين الأهمية النسبية لأدواره.
- أعادة توزيع وقت المسترشد وجهده على تلك الأدوار، طبقاً لأهميتها النسبية.
- التخلي عن الدور الأقل أهمية، إذا استحال الاحتفاظ به في وجود الدور الآخر.
- العمل على أعادة توزيع بعض الأدوار ، بين المسترشد وأسرته.

٦- رفع قدرة المسترشد على أداء أدواره:ويستخدم المرشد النفسي هذا الأسلوب في حالات عدم كفاية الدور عندما لا يمتلك المسترشد الإمكانات أو القدرات أو المهارات اللازمة بذلك الدور، ويكون مساعدة المسترشد على:

- اكتساب القدرات اللازمة للأداء الدور مثل توفير فرص التدريب للمسترشد الذي يحتاج إليه ، أو توفير مساعدة اقتصادية ، أو العلاج عند تسبب مرضه في إعاقته من القيام بدوره، أو مساعدته في معرفة المؤسسات التي يمكن أن يعمل به.
- التخلي تماماً عن هذا الدور، أذا لم يكن بوسعه القيام به ولا توجد أمكانية لاكتسابه القدرة على ذلك، وفي هذه الحالة يجب إتاحة الفرصة أمام المسترشد للقيام بدور أخر أكثر مناسبة لإمكاناته وقدراته أو زيادة كفاءته في ادوار أخرى يقوم بها فعلاً.

٧- إحداث التوازن بين ادوار المسترشد والأدوار المحيطين به: من الضروري أن يسعى المرشد النفسي إلى تفهم دقيق ليس لادوار فحسب ولكن أيضا لادوار المحيطين به، وكيفية أدائهم لها، ولاسيما أسرة

المسترشد، وعليه أن يساعد كلا منهم على أداء أدواره ، والذات تلك التي تتصل بالمسترشد.

٨-وقف وإعاقة ادوار المسترشد المشكلة: يمكن للمرشد النفسي أن يعيد ترتيب العوامل البيئية في حياة المسترشد، بشكل من شأنه وقف أو على الأقل إعاقة قيام المسترشد بأدواره المشكلة، كإيجاد عمل جديد للمسترشد يتفق مع إمكاناته وقدراته أو أعطائه مسؤوليات داخل المؤسسة.

الإسعافات الأولية النفسية(Psychological First Aid-PFA)

المقدمة:

تبنت الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام ١٩٩٣ قراراً حول الدعم النفسي لضحايا الكوارث والأحداث التي تعتبر ضغوطاً نفسية في الحياة والتي قد تؤدي إلى اضطرابات نفسية ، وفي وقت لاحق أبرزت سلسلة من حالات النزاع مجموعة أخرى من الأشخاص الذين يتأثرون نفسياً بالكوارث، وهم موظفو الإغاثة ، ثم أصبح الأمر ملحاً بشكل متزايد لتقديم الرعاية لمندوبي الصليب الأحمر والهلال الأحمر في حالات الكوارث والأزمات الإنسانية المعقدة مثل عملية رواندا ، فبدأ الدعم النفسي للمندوبين يشكل تحدياً رئيساً.

ومنذ عام ١٩٩٣، اعترف على نطاق واسع وتدريجي ببرنامج الدعم النفسي للمندوبين ضمن الجمعيات الوطنية والأمانة العامة للاتحاد ، وعن طريق الأسطر القليلة أعلاه تبين مدى أهمية الدعم النفسي قبل التوجه للالتحاق بمهمات الدعم النفسي وفي أثنائها وبعد الانتهاء منها.

وهنالك دراسات استعملت التفريغ النفسي في علاج الصدمة النفسية(Psychological debriefing) ، والتفريغ النفسي (Catharsis) هو التنفيس عن الانفعالات الحسية التي تصاحب خبرات معينة، ويكون أما على المستوى الشعوري بأن يقول الشخص ما يزعجه ويضايقه ويطلق العنان لانفعالاته ليعبر بها عن حقيقة مشاعره أو على المستوى اللاشعوري باستدعاء الخبرات والذكريات المؤلمة أو الصادمة، ويعيش انفعالاته بأن يفهم أبعادها والطريقة التي تسببت له في الأعراض التي يشكو منها وهذه المعايشة لها تشفيه منها فتزول عنه الأعراض المرتبطة بها.

ويتضح أن الكوارث الطبيعية والأزمات لها بصمات وخيمة على الصحة النفسية وتترك آثاراً سيئة على هذه الصحة تستمر لكثير من السنين وأحيانا طوال العمر إذا لم يعالج الصدمة النفسية بأسرع وقت، فالخوف المتعلم لا يمكن إزالته إلا بالعلاج النفسي السلوكي الذي اثبت فاعليته من بين جميع أنماط المعالجات النفسية.

فالغوث في الكوارث يجب أن لا يقتصر على العون المادي المتمثل في المداد الغذائي والكسائي والإسكاني فقط، كما هو جار في غالبية الكوارث والأزمات التي تلحق ببعض البلدان، بل لا بد من فريق إسعاف نفسي طبي

يتكفل بتقديم العلاج النفسي سواء أكان هذا الفريق من البلد المنكوب أو من البلدان المغيثة كالأمم المتحدة وغيرها، وقد أظهر زلزال أرمينيا، أن الصدمة النفسية ذات نتائج وخيمة على الذين تعرضوا للنكبة إذ أنها تعطل الوظيفة النفسية – الاجتماعية، وقد تحدث عاهات نفسية اجتماعية دائمة إذا لم يعالج المصابون بتلك الصدمات النفسية باكراً.

وتوضح المعالجة النفسية الارمنية في نيسان عام ١٩٩٠ أن إعراض الصدمة النفسية عند المنكوبين بالزلزال في أرمينيا لم يكن من الممكن تحسينها آو إزالتها عن طريق المعالجة النفسية، لأنها تبلورت وترسخت وأصبحت مزمنة، فالأولاد الصغار الأرمن كانوا يتخوفون من عودة الهزة الأرضية (اشراط الخوف fear conditioning)، ويتعرضون إلى كوابيس مخيفة متكررة، فضلا عن أعراض ضعف التركيز والانتباه والشرود الذهني ، وعند أولاد ومراهقين آخرين، كانت أعراض متلازمة الصدمة النفسية تظهر بصورة إحياء راجع ذهني للمشاهد الحزينة التي نتجت عن الزلزال، مما كان يمنعهم من تركيز ذهنهم في الدروس.

وكثير من هؤلاء كانوا يشكون من أحلام تدور حول موت أقاربهم وأفراد أسرهم يناجونهم بالعودة إليهم ثانية (على مستوى التحليل النفسي يفسر الحلم على أساس مشاعر الإثم التي يعيشها الحي الناجي من الكارثة).

وكان الإرشاد النفسي العلاجي فاعلاً عند بعض الأولاد الذي يشكون من أحلام سيئة ومخاوف من عودة الزلزال بحسب قول المعالجة كاركشيان ، ومع ذلك فقد كانت هذه المعالجة تشك في إمكانية تحرر هؤلاء الأولاد المنكوبين والمصدومين من أعراضهم النفسية ، ولمتابعة معالجة الصدمة النفسية بفعل الزلازل انشأ غويجيان عيادة دائمة للطب النفسي في مدينة لينيناجن Lenninnagan القي على عاتق الهيئة المعالجة فيها متابعة علاج مرض الزلزال وتدريب الاختصاصيين المهنيين النفسيين الأرمن على علاج المتلازمة النفسية التي تعقب التعرض للشدة المرضية المسماة اختصاراً (PTSD). وان العلاج يقوم على أساس مداخلات علاجية سلوكية ومعرفية وأيضا تدريب المختصين على هذه الأنماط عن العلاجات السلوكية الفاعلة.

وعن طريق الإطلاع على الدراسات الأجنبية المتوافرة في هذا المجال نلاحظ أن علم نفس الكارثة الطبيعية والأزمات وما يعقبها من أعراض وطرق علاج قد تحول إلى اختصاص متفرد نظرا لتداخل وتشعب انعكاسات الكارثة وانتشار هذه الانعكاسات على شكل أوبئة نفسية وجسدية واجتماعية.

أما على الصعيد النفسي فإن الكارثة الأكبر، لشخص ما تتمثل في موته الشخصي ، وهكذا فإن طبيعة الصدمة النفسية هي تلك الصدمة التي تهدد حياة الشخص وتسلبه الأمان النابع عن اعتقاده بأن موته مؤجل ، فالإنسان في طبيعته الاعتيادية يعلم أنه سائر إلى الموت ولكنه يختبئ خلف فكرة ((إني سأموت حقاً

ولكن ليس الآن)) فإذا ما وجد هذا الشخص نفسه في خضم الكارثة انقلب هذا الشعور لديه ليصبح متلخصاً بفكرة: ((إني سأموت حتماً والآن)).

إن هذه المواجهة مع الموت عن طريق (الكارثة) تؤدي إلى حدوث تغيرات عميقة في شخصية المتعرض لها ، كما إنها تخلف لدى الشخص ردود فعل عشوائية سواء على صعيد سلوكه الشخصي أو على الصعيد الفيزيولوجي ، وتنجم عن هذا الاضطراب النفسي الفيزيولوجي أحاسيس جسدية-وظيفية (أحياناً عضوية) تدفع بالشخص إلى محاولة تبرير خوفه من الموت منطقياً ، فيلجأ إلى الخوف من المرض وبهذا يصل إلى مرحلة عصاب توهم المرض (المراق) ، وتفصيل ذلك إن هذا الشخص يحاول أن يكبت خوفه من الموت فيظهر هذا الخوف على أنه خوف من المرض.

أما على الصعيد الاجتماعي فإن طبيعة الكارثة مع ما يتبعها من قلق الموت تؤدي إلى إهمال الشخص للعالم الخارجي وتركيز كامل تفكيره على عالمه الداخلي. وبذلك يتحول الشخص إلى حالة من الشلل الاجتماعي التام.

وفي حالة الكوارث العامة (الحروب ،الزلازل، الفيضانات،الأعاصير المدمرة، الانفجارات الكبرى، الأمراض الوبائية المميتة ،الخ) فإن هذا الشلل الاجتماعي يأخذ طابع العمومية فيصيب أعداداً كبيرة من الناس بحيث يؤدي إلى شلل اجتماعي عام ، ومثل هذا الشلل يهدد المجتمع عامة وقيمه على وجه الخصوص.

ومن الملاحظ أن الدراسات المحلية في هذا المجال قليلة للغاية ولم تكن دراسات مسحية كافية ، مثل دراسة الكبيسي وآخرين (١٩٩٥) التي طبقت على مراجعي العيادة الخارجية النفسية لمستشفى الرشيد العسكري التعليمي وابن رشد التعليمي إذ أظهرت إصابة ٥٣% من المراجعين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية من أصل (١٥٠) مريض ، وفي دراسة أخرى أظهرت إصابة ٤٣% من المراجعين لمركزي الأنبار والتأميم للتأهيل باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية من أصل (١٠٠) مريضاً ، وأظهرت دراسة أخرى إصابة ٦٣% من المصابين بالعوز المناعي البشري الموجب باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية من أصل (١٦) مريضاً ، وفي دراسة على عينة من أقارب وأصدقاء ضحايا ملجأ العامرية بحجم (١٥٠) طالبا و طالبة موزعين بالتساوي بين الجنسين، ظهرت إصابة ٣٧% من العينة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. أما فيما يتعلق بمتغير درجة القربى فقد كانت نسبة الإصابة لدى الذين فقدوا أفرادا من عوائلهم أو أقاربهم (٦٥%) مقابل (١٩%) من الذين فقدوا أصدقاءهم.

وفي دراسة الكرخي (١٩٩٤) التي هدفت إلى إيجاد مدى انتشار اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لدى مراجعي العيادات الخارجية النفسية والعيادات الخارجية غير النفسية، أسفرت النتائج عن وجود الإصابة لدى ٤٥% من أفراد

العينة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية بحسب المراجعة الثالثة المعدلة للكراسة التشخيصية والإحصائية لجمعية الأطباء النفسية الأمريكية (DSM-III-R) ووجد أن هذا الاضطراب شائع بين أفراد العينة العسكرية والمدنية، وكذلك بين الذين هم تحت عمر ٣٨ سنة، والمتزوجين والعاطلين عن العمل. ووجد كذلك ميل المصابين إلى زيادة تناول الكحول وسوء استعمال العقاقير الفاعلة نفسياً.

لقد أجمعت الدراسات السريرية ودراسات علم الأوبئة على الاعتقاد السائد بان الأشخاص الذين عانوا أحداثا مليئة بالضغوط من قبل معرضون أكثر من غيرهم للإصابة بأعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ، وعُدّ الأشخاص الذين عانوا من النزاعات المسلحة Combat Traumatic Stress، وأسرى الحرب وضحايا الكوارث الطبيعية، فضلاً عن الأشخاص الذين مروا بتجربة طلاق، أو موت شخص عزيز أو إصابة بمرض مميت أو الذين عانوا من تصرفات عوائلهم العنيفة، وضحايا الاغتصاب الجنسي أو أي أذى جنسي آخر هؤلاء معرضون أكثر للإصابة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية أو أعراضه.

وهكذا فإن هذه الدراسات مجتمعة أغنت مكتبة الطب النفسي والإرشاد والعلاج النفسي بمئات الدراسات والملاحظات والحالات السريرية المتعلقة بموضوع الضغوط الصدمية.

وما أحوج العالم العربي إلى هذا الاختصاص الضغوط الصدمية لاسيما المجتمع العراقي والسوري والمصري واليمني والليبي والتونسي، اللذين عاشوا ويعيشون تحت ضغوط نفسية كبيرة تسبب اضطراب الضغط الحاد واضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.

فقد يجد الشخص المكروب صعوبة في الحديث عن أفكاره، والخيالات، وردود الأفعال العاطفية القوية ، ولكن عن طريق التفاعل والمساندة الفاعلة يمكن تطوير الفهم المتبادل بين المصدوم والمسعف ، وبهذا يكون المسعف قدم مساعدة كبيرة قد تجنب أو تقلل أو تخفف عن المصدوم آثارا كبيرة كالاضطرابات النفسية التي قد تصبح مزمنة.

الوقاية من الحالات الطارئة:

ويمكن تقسيم الوقاية إلى الوقاية الصحية والوقاية النفسية

الوقاية الصحية: وتقتضي تحديد طبيعة الأمراض الخطرة والأدوية والعلاجات التي يتلقاها الفرد قبل تعرضه للحالة الطارئة ودرجة تراجع نشاطه الجسدي الوظيفي والتي بموجبها سنتمكن من تحسين العناية الطبية به ، ويتجه الطب حالياً اتجاهاً وقائياً ، نأمل من خلاله زيادة الصرف المخصص للوقاية من الأمراض انطلاقاً من قاعدة " الوقاية خير من العلاج".

الوقاية النفسية: وتقتضي تحديد طبيعة الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الفرد قبل تعرضه للحالة الطارئة وتحديد حدة المرض وأزماته والعلاج الذي

يتلقاه ودرجة تراجع فعاليته النفسية والجسدية ، والانتباه إلى سوابق الإدمان لدى الفرد وأثر هذا الإدمان عليه في الوقت الراهن ، أن للاهتمام بالوقاية النفسية لها ما يبررها فتطور المجتمع والتقدم العلمي والتقني وثورة الاتصالات ، تفرض ضرورة التوجه بهذا الاتجاه فالجلوس والانتظار إلى أن يخطئ الطالب أو يصاب بأضطراب نفسي لنشرع بالعمل يتطلب جهداً ومالاً كبيرين والذي يخطى يكون له ماضي يصعب بموجبه أعادة تأهيله ورجوعه إلى المجتمع بشكل طبيعي فالخوف يكون بشكل تقبل المجتمع له والنظر أليه بشخص له ماضي و أن الشخص المضطرب لا يمكن لأفضل الاخصائين إرجاعه إلى سابق عهده ويقضي بذلك على مستقبله .

فالوقاية النفسية شهدت اهتماماً متزايداً من لدن المعنيين لما لها من أهمية في تحقيق هدف السلامة أو الصحة ، فقد استنتج (آركر وجماعته) ١٩٨٧ من مسح للأبحاث والكتابات المتعلقة بهذا الموضوع " أن وصول الفرد إلى أقصى أداء في الوظائف الإنسانية يتضمن الجسم والعقل والروح" ، ومن الانموذجات لمفهوم الصحة أنموذج أردل (Ardell) 1988 والذي يشمل ثمانية أبعاد { النفسي ، الجسمي واللياقة البدنية ، الرضا عن العمل ، العلاقات الاجتماعية ، الحياة الأسرية ، أوقات الفراغ ، معالجة الضغوط } ، والمعنيين في مجال الإرشاد النفسي والتوجيه يهتمون بجميع جوانب النمو العقلية والنفسية والجسمية فيقتربون بذلك من جماعة الصحة والطب النفسي ، وهذا ما تشير أليه تعاريف الإرشاد الحديثة ، وأكد رميلي) ((Remley1991) أن مهنة الإرشاد النفسي بدأت ترفض الأنموذج الطبي المرضي وتسير وفق فلسفة ترى بأن الإرشاد النفسي للجميع ،ولا يقتصر على الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية ، وتؤكد على الأسلوب الإنمائي الوقائي ، فقد أكدت منظمة الصحة العالمية إن (٥٠ %) من المشكلات العقلية والعصبية والنفسية يمكن الوقاية منها والتي تنعكس بصورة ايجابية في التقليل من الأمراض الجسمية.

مفهوم الإسعافات الأولية النفسية:

أن الرعاية الإنسانية العادية والتدخل المتخصص تختلف بعضهما عن البعض الآخر. فالرعاية الإنسانية لها تأثير وقائي قد يهّون من ردود الأفعال العاطفية التي قد يعاني منها ضحية الأزمة ، إلا إنَّ التدخل المتخصص ضروري عندما تبدأ ردود الأفعال العادية بالتحول إلى أعراض فعلية.

والإسعاف الأولي النفسي (Psychological First Aid-PFA) هو نوع من الدعم الذي يمكن للجميع تقديمه في مواقف الحياة الحرجة لخلق شعور من الأمان والأمل ، وأساس الإسناد لا يكون في تطبيق بعض الأساليب ،حسب، ولكن أيضا في علاقاتنا مع الأفراد الآخرين.

ومع أن الإسعاف الأولي النفسي عملية بسيطة إلا أنَّ الغالبية غير متأكدين مما يجب عمله عند مقابلة شخص يحتاج للإسعاف. وعادة" ما يسأل الشخص المسعف الأسئلة الآتية:

- هل أملك المقدرة الكافية لتقديم الإسعاف والإسناد؟
- هل يجب أن يقدم الإسناد شخص أقرب مني للمصاب؟
- هل سينهار الشخص إذا ما سألته عن مشاعره تجاه الموقف؟
- هل يجب أن أصمت، أم أضمه أم أبقى بعيدا؟
- هل يجب على الاختصاصي أن يقدم الإسعاف له؟

ولكن يجب أن يتأكد المسعف من أن الإسعاف الذي يمكن أن يوفره مهم جداً وكاف وهو أفضل من أن يبقى مكتوف الأيدي. والهدف هو أنه من الممكن دعم الأشخاص المتأثرين بأزمة عن طريق استعمال طرائق بسيطة للغاية يمكنها أن تحدث فيهم تأثيراً إيجابياً.

وأن الأحداث التي تهدد نمط الحياة قد تثير أزمة تنتج بسبب أحداث مروعة وغير متوقعة، أو بسبب أحداث متعلقة بالحياة اليومية ، ولهذا الحدث ردود أفعال مثل:

- الأرق
- أعراض قلق مثل الصداع، آلام المعدة، الخفقان القوي، والتوتر العضلي.
- الانعزال عن البيئة، وعدم الرغبة في الاختلاط.
- الاكتئاب المتصف بالشعور القوي بأن الحياة لا معنى لها.
- الشعور بالذنب والغضب بسبب أفكار تخطر على الذهن بأنه كان من الواجب التعامل مع الموقف بشكل مختلف.
- انزعاج من الآخرين.
- صعوبة في التركيز.

وعند محاولة فهم التجربة المؤلمة للمصاب، على المسعف أن يتبع وسائل الاتصال الجيد مع المصاب لكي يكون قادراً على إسعاف الآخرين.

كما يجب أن يحدد المسعف ماذا يريد أن يعرف ، فلربما لا يمكن معرفة كل شيء مرة واحدة ولكن على المسعف أن يستمر بالعملية في وقت لاحق.

والاتصال هو استعمال مهارات في الاتصال ، ويجب أن يكون المسعف حساساً ومؤهلاً ، ويجب التذكر بان للناس مشاغلها لذلك فمن الأفضل جعل الفقرات واضحة وسهلة ، أما وسائل الاتصال الجيد فهي على وفق الآتي:

- النظر إلى المصدوم والمحافظة على صلة العيون لإظهار الاهتمام والاحترام (أي ملاحظة المصدوم هل يبدو سعيدا أم خائفا أم قلقا الخ).
- الإنصات

- التعلم: استعمال المسعف لما رآه وسمعه للتقرب من الآخرين بشكل إيجابي ، (أي يجب أن يتفهم المسعف أسباب اعتقاد الآخرين في أولوية شيء أو مشكلة ما حتى لو كان المسعف لا يتفق معهم) ولهذا:
- ينبغي أن يتعلم المسعف مما رآه وسمعه، ولا يكون شخصاً مصدراً للأحكام.
- ينبغي أن يتعلم كيف يغير أفكاره مع تغير الظروف ويتعلم من أخطائه.

المشاركة وتطوير الأفكار: ينبغي أن يحاول المسعف أن يفهم مشاكل الناس وان يراها كما يرونها بحيث يستطيع ملاءمة أفكاره مع الظروف المتغيرة.
إظهار الاهتمام: ينبغي توفير الراحة الجسدية والمساندة وإظهار الاهتمام بالناس. مع التذكر بان الاهتمام بالأشخاص شديدي الاحساس والتعاطف معهم هو أفضل علاج أولي لهم.
معرفة كيفية التنظيم: التعاون مع الآخرين في حل المشاكل مع التذكر بان ما يقوم به المسعف هو إثارة الحماس فيهم وليس استفزازهم.

ألا أن هناك بعض الحواجز التي تعيق الاتصال الجيد ومنها عدم أتفاق الناس مع بعضهم على موضوع معين وخصوصاً عندما تتضارب مصالح أو احتياجات الأفراد ، ولكن هناك بعض الطرق للتغلب على هذه العراقيل وكالآتي:

- ينظر المسعف إلى الموقف بدقة.
- يستمع إلى ما يقوله الناس بالضبط لكي يتجنب سوء الفهم ولا يستمع إلى الشائعات.
- أن يكون مستعداً للمرونة والتأقلم.
- احترام آراء الناس لان أولوياتهم صحيحة من وجهة نظرهم.
- بقاء المسعف هادئاً وان يتعلم التعبير عن آرائه برفق.

وهنالك بعض النقاط التي من الممكن أن تكون مبادئ أو قواعد معدة لهذه الجلسات وظيفتها التأكيد على دور المعالج وزرع الثقة في العملية الإرشادية أو العلاجية وتنظيمها وتناسقها ، كما أنها تضمن حقوق وسلامة الأفراد وحمايتهم وهي على وفق الآتي:.

- لا يجبر المشاركون أو المصدومون على قول أي شيء ، ولكن يبينون فقط ما الذي علموه عن الحادث، وكيف كانوا على اتصال بالوضع، وماذا كان دورهم في الحادث.
- اللقاء ليس تقديماً انتقاديا أو تكتيكياً لما أنجز ولكن يركز بقوة على ردود الأفعال والانطباعات لدى المشارك.
- أخذ الموافقة الخطية من كل فرد يروم المشاركة في البرنامج الإرشادي أو العلاجي وله حق الانسحاب في أي وقت يشاء.

- الحفاظ على سرية معلومات المشارك الشخصية التي يبوح بها.
- التزام المعالج الحيادية في العلاج بغض النظر عن جنسه أو دينه أو عرقه أو عمله الخ.

فقد يجد الشخص المكروب صعوبة في الحديث عن أفكاره، والخيالات، وردود الأفعال العاطفية القوية ، ولكن عن طريق التفاعل والمساندة الفاعلة يمكن تطوير الفهم المتبادل بين المصدوم والمسعف ، وبهذا يكون المسعف قدم مساعدة كبيرة قد تجنب أو تقلل أو تخفف عن المصدوم آثارا كبيرة كالاضطرابات النفسية التي قد تصبح مزمنة.

تعريف الإسعافات الأولية النفسية:

أولاً- تعريف الإسعاف الأولي:

- هو كل خدمة تقدم للمصاب من لحظة وقوع الإصابة وحتى وصول المصاب إلى الطبيب، ويقدم هذه الخدمة أي شخص موجود في مكان الحادث ولديه إلمام ومعرفة بأعمال الإسعافات الأولية مستخدما أي أداة موجودة في مكان الحادث.
- تقديم المساعدة والرعاية الفورية الفعالة للذين يصابون بحوادث أو أمراض فجائية من لدن أناس مدربين على تقديم الإسعافات الأولية للمصابين على أسس طبية سليمة ولديهم استعداد نفسي وأنساني لمساعدة الآخرين ، وتوفير الرعاية الصحية في مكان الحادث " .

ثانياً- تعريف الإسعافات الأولية النفسية:

- تعريف كندسن Knudsenوآخرين، (١٩٩٧) هي نوع الدعم الذي يمكن للجميع تقديمه في مواقف الحياة الحرجة وجوهره هو التفاعل والتواجد لخلق شعور من الآمان والأمل.
- وتعرف أيضا: بأنها نوع من التداخل والدعم والإسناد النفسي الأولي الذي يقدمه أي شخص لديه إلمام ومعرفة بأعمال الإسعافات الأولية النفسية الى المصدوم في حالة تعرض الفرد إلى ضغط نفسي شديد (صدمة نفسية شديدة) وذلك عن طريق تواجده قرب المصدوم لحفظ حياته أولا ولطمأنته وأشعاره بالأمان.

ثالثاً- تعريف اضطراب الضغط الحاد (Acute stress disorder):

- تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي : هو استجابة نفسية لضغوط خارجية عنيفة كما يشار إليه أحيانا بالاستجابة العامة للضغوط، وهو يتضمن أنواع عصاب صدمات الحروب واستجابات القتال وكذلك استجابات الكوارث المدنية ، ويحدث الاضطراب خلال أربعة أسابيع من التعرض للحدث الصادم، ويستمر لمدة تتراوح بين يومين وأربعة أسابيع.

- تعريف منظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO)): هو اضطراب عابر، على درجة كبيرة من الشدة، يحدث لدى الشخص من دون وجود أي اضطراب نفسي واضح آخر، كاستجابة لكرب استثنائي جسمي أو نفسي أو كليهما، ويتلاشى عادة في ساعات أو أيام، وقد يكون مسبب الكرب عبارة عن تجربة شديدة تحمل تهديداً خطيراً للامان أو السلامة الجسمية للشخص أو واحد أو أكثر من أحبائه (على سبيل المثال كارثة طبيعية أو حادث أو معركة أو اعتداء أجرامي أو اغتصاب)، أو تغير مفاجئ ومهدد في الوضع الاجتماعي أو الشبكة الاجتماعية للشخص (على سبيل المثال وفيات متعددة أو حريق بالمنزل أو الخ). ويزداد احتمال الإصابة بهذا الاضطراب إذا تواكب مع إجهاد جسمي أو عوامل عضوية (على سبيل المثال لدى كبار السن).
- والاستعداد الشخصي للتأثر والقدرة الشخصية على الصمود لهما أثر في ظهور التفاعلات الحادة للكرب وشدتها، والأمر المتفق عليه أن ليس كل من يتعرض لكرب شديد يصاب بالاضطراب. وتظهر الأعراض تبايناً شديداً، ولكن الأعراض النموذجية تتضمن حالة أولية من التبلد Daze مع بعض التحدد في مساحة الوعي والانتباه، وعدم القدرة على فهم المنبهات، والتوهان Disorientation. وقد يلي هذه الحالة أما انسحاب متزايد من الموقف المحيط أو تهيج وزيادة في النشاط (هروب أو شرود). وتشيع أعراض نشاط الجهاز العصبي المستقل (الاوتونومي) المميزة للقلق الهلعي (سرعة ضربات القلب، التعرق، أو الاحتقان) وتظهر الأعراض عادة في دقائق من حدوث التنبيه أو الحدث المسبب للكرب، وتختفي في يومين أو ثلاثة أيام (وغالباً في خلال ساعات) ، وقد يحدث فقدان ذاكرة جزئي أو كلي في حالة النوبة.

رابعاً: اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية Post traumatic stress disorde

- الجمعية الأمريكية للطب النفسي في تصنيفها الرابع (DSM-IV,1994) هو اضطراب ينتج عند تعرض الفرد إلى صدمة نفسية وهو رد فعل شديد ومتأخر للضغط ويتميز باستمرار إعادة خبرة الحدث الصدمي وتجنب متواصل للمثيرات المرتبطة بالصدمة من أفكار أو مشاعر أو أماكن أو أشخاص وتراخ في القدرة على الاستجابة (كالتذكر والعجز والانعزال وقصور في المشاعر الوجدانية) والمعاناة من أعراض الاستثارة الدائمية كصعوبات في النوم أو التركيز أو ازدياد التوتر والتيقظ وتكون مدة ظهور الأعراض من أسبوع إلى أكثر من أربعة أسابيع وهو بثلاث مستويات من الشدة:(الحاد والمزمن والمتأخر الظهور): ويؤثر الاضطراب على سلامة الأفراد بشكل كبير من النواحي الاجتماعية والأكاديمية والمهنية.

- اضطراب ناتج من تعرض الفرد إلى صدمة نفسية أو جسدية شديدة مهددة لحياته ولسلامته الشخصية.
- هو رد فعل شديد مطول ومتأخر للضغط عادة، ويكون الضغط من الشدة بحيث يصبح مرهقاً، مثل التعرض للكوارث الطبيعية وحوادث الطرق المروعة أو آثار الحروب والاعتداء المروع على شخص مثل الاغتصاب، ومن أعراضه القلق المزمن وسرعة الانفعال والتجنب والإنكار والنفور والانعزال والفتور العاطفي.
- استجابة مؤجلة أو طويلة الأمد لحدث شديد أو موقف له تأثير شديد التهديد أو له طبيعة المصيبة التي تسبب الضيق الشديد لأي شخص، مثل الحوادث الشديدة، الزلازل والحرائق، جرائم القتل، الحروب والاغتصاب والتعذيب الخ.
- مجموعة من الأعراض المرضية (إعادة خبرة الحدث الصدمي، زيادة اليقظة، اضطراب النوم، ضعف التركيز والانتباه)، تظهر بعد التعرض إلى الحوادث والأزمات التي قد لا يستطيع الإنسان أن يستوعبها، وتزداد الأعراض مع الأطفال وكبار السن الذين يجدون صعوبة في تحمل الأحداث والصدمات الشديدة والأفراد الذين تكون علاقاتهم الاجتماعية محدودة.
- مجموعة من الأعراض النمطية، نوبات من اجترار الحادث من خلال ذكريات اقتحامية (ارتجاعات زمنية) مع أحلام أو كوابيس، والتي تحدث على خلفية مستمرة من الإحساس بالخدر والتبلد الانفعالي والانفصال عن الآخرين وعدم الاستجابة للعالم المحيط، وعدم التمتع مع تجنب النشاطات والمواقف التي قد تذكر بالحادث).

خامساً- الضغط الصدمي:-Traumatic Stress

تعرض الفرد إلى حدث مفاجئ وغير متوقع ويتوافر فيه الشرطان الآتيان:-

أ- خبر الفرد أو شهد أو جوبه بحدث أو أحداث تتضمن موتاً محققاً أو تهديداً به، أو إصابة خطيرة، أو تهديداً لسلامته أو سلامة الآخرين الجسدية به، (مثل تعرض الشخص إلى الكوارث الطبيعية كالزلازل أو الفيضانات أو الكوارث البشرية كالحروب والأسر أو حوادث السيارات أو السطو المسلح أو الاغتصاب الجنسي أو القتل المتعمد أو الحرائق...الخ).

ب- رد فعل الشخص يتضمن الخوف الشديد أو العجز أو الرعب.

وتعنى الإسعافات الأولية وممارساتها بالاتي :-

١ - الفرق بين الحياة والموت .

٢ - الفرق بين العجز المؤقت والعاهة الدائمية .

٣ - الفرق بين الشفاء العاجل أو المرض .

٤ - تخفيف الآلام والمعاناة

.....

٥ - طمأنة المريض وتقديم الحماية .
٦ - تسهيل إجراءات العلاج للمصابين .

أهم ما يجب أن يتوفر في الأفراد الذين يعدون للقيام بالإسعافات الأولية

١ - ممارسة طرق الوقاية الصحية في إصابات الحوادث لمنع حدوث الضرر .
٢ - سرعة تقديم الرعاية للمصابين بالحوادث والأمراض الفجائية لمنع المضاعفات .
٣ - الإلمام بجميع الإجراءات التي يجب أن تتبع في حالة وقوع الحوادث .

أهداف الإسعافات الأولية النفسية

١- خفض شدة أعراض اضطراب الضغط الحاد ASD.
٢- جعل الناس يدركون أهمية الاهتمام ببعضهم في أوقات الأزمات الشخصية، كالموت المفاجئ، والاعتداءات العنيفة، والأمراض الخطيرة، والطرد من العمل والقضايا الأخرى المهددة للحياة والاستقرار، التي تعد من الأحداث المثيرة للأزمة النفسية لمن يتعرض لها.
٣- التركيز على ضرورة شعورنا جميعا بالمسؤولية عن طريق توفير الإسناد للأشخاص المصابين بأزمة.
٤-إظهار مدى سهولة تقديم الإسناد والوسائل العملية التي تقي الضحايا من الخروج عن أطوارهم بسبب حزنهم أو خسارتهم.

الأسباب التي تدعو إلى الاهتمام بالإسعافات الأولية

١ - إن الحوادث وما تتركه من أثار تكون سبباً رئيسياً في المآسي .
٢ - خسائر الأرواح والممتلكات .
٣ - زيادة عدد المعوقين مما يزيد من عبء الأسرة والمجتمع .
٤ - أمكانية تقليل اثر الحوادث وذلك بسرعة إسعاف المصاب .
٥ - الزيادة السكانية المضطردة والتي قد تأتي معها زيادة الحوادث .

المزايا التي تعود على الشخص المسعف

أن التدرب على الإسعافات الأولية يجعل الشخص ملماً بنوعية المخاطر التي تحيط بالمجتمع وتنمي نوعاً من الاهتمام والوعي لدى المسعف ، وتمكنه من الحد من وقوع الحوادث بقدر الإمكان ، وتكون لديه المقدرة لتحليل الحوادث إلى عناصر التالية :-

١ - أسباب حدوث الحوادث / ويتم من خلال تسليط الضوء على جميع العناصر التي تساعد على وقوع الحوادث لتكوين رؤية واضحة تساهم في وضع ألأسس والأساليب التي تقلل أو تخفف من وقوع الحوادث .
٢ - التأثيرات الناتجة عن وقوع الحادث / من خلال تحليل نوعية الحوادث التي يمكن وقوعها يؤخذ في نظر الاعتبار الآثار المترتبة على وقوع الحادث في المدى القصير والبعيد لمعرفة أمكانية تقليل من أثارها .

٣ - طرق الوقاية من الحوادث هو تحديد بعض الطرق لمنع وقوع الحوادث ، أو التخفيف من أثارها وهذا يحتاج إلى وضع كل المقاييس والظروف والمواقف تحت الدراسة المستمرة للتعرف على نقاط الضعف والتخلص منها.

المزايا التي نحصل عليها من الإسعافات الأولية :

١- مساعدة الآخرين: أن التدرب على الإسعافات الأولية وطرق الإنقاذ المختلفة يعد الشخص المسعف لمساعدة الآخرين وفق الإرشادات والتعليمات السليمة ويزرع في نفوسهم الرغبة في السلامة ويشعرهم بالرضا والارتياح في مساعدة الآخرين ، وبأهمية المساعدة في أبعاد المآسي وإزالة الألم .

٢ - مساعدة النفس أن إلمام الشخص المسعف بالإسعافات الأولية يمكنه من مساعدة نفسيه عندما يتعرض إلى حادث طارئ أو يمكنه من توجيه الآخرين عن الطرق ، والأساليب السليمة لإسعافه.

٣ - الأعداد للحالات الطارئة وللأزمات وللكوارث / أن للإسعافات الأولية مواقف وطنية لأنقاد حياة البشر فالشخص المسعف تكون له أهمية عند تعرض البلاد للحالات الطارئة وللازمات وللكوارث ، فالحاجة للخدمات الطبية في مثل المواقف ضرورة حتمية .

إرشادات عامة للمسعفين :

١- يتطلب الموقف أحيانا قرارات وأعمال تكون مختلفة بما يتوافق مع الظروف التي تحيط بها من أشخاص ونوعية البيئة ومدى توفر المساعدة الطبية .

٢- يتطلب الموقف أحياناً سرعة التصرف لأنقاد حياة المصاب .

٣- عند وجود عدد من المصابين في الموقف الطارئ الواحد فيتم وضع الألوية للإصابات الخطيرة ثم الأقل خطورة وهكذا .

٤- الطلب من الأشخاص المحيطين بالمصابين الاتصال بالشرطة والجهات المختصة .

٥- يجب على المسعف أن يلم بجميع أرقام تلفونات الطوارئ .

٦- أعطاء الصورة الواضحة والدقيقة عن الحالة الطارئة وإعطاء اسمك ورقم تلفونك ، ونوعية المساعدة التي تحتاجها .

ويمكن تلخيص خطوات إدارة الكوارث والأزمات:

خطوات إدارة الكوارث الإجراءات

- الشروع في إدارة الكوارث

١- سن القوانين والسياسات

٢- تعريف المهمة

٣- تشكيل فريق العمل

٤- شرح المسؤوليات والإمكانيات وتحليل الموارد وتتم من خلال الأتي:
• حصر الموارد المختلفة
• تحديد القدرات ومدى توفر الموارد
• تسخير الموارد
• المخاطر المحتملة والأخطار التي قد تنتج عنها
١- تحديد المخاطر وعواملها وأنواعها
٢- تحديد المشاكل المحتملة لكل حالة من حالات الطوارئ
٣- تحديد الأسباب يتم في هذه المرحلة جمع المعلومات عن الخطر المحتمل وإعداد الخرائط المساعدة في
٤- تطوير إستراتيجية الوقاية
٥- تطوير استراتيجة التعامل والخروج من الكوارث.
• تحديد الخطر ، وذلك لتحديد أماكن وحجم الأخطار،
• ومن ثم يتم إجراء دراسات لتقييم
• قابلية الإصابة للإنسان والممتلكات بالإضافة إلى تقدير وتقييم الإمكانيات والمصادر المحلية.
• تحديد مستويات الأخطار التي يمكن تقبلها واحتمالها
• اتخاذ إجراءات تنفيذية مناسبة وفق أولويات وطنية ومراحل تنفيذ واضحة.
في هذه الخطوة يجب عرض كافة المعلومات المتوفرة على صانعي القرار بشكل مناسب حتى يتم الاطلاع واتخاذ القرار المناسب.
• خطط الجاهزية وضع خطط على المدى القريب مثل تشكيل لجان وحملات توعية وتدريب وغيرها.
• على المدى البعيد مثلا في حالة الزلازل كاعتماد الكودات والمواصفات الزلزالية،
• ووضع سياسة لاستخدامات الأراضي وتأهيل المباني القائمة.
هي الخطط التي تقوم بوضعها الحكومة للتعامل مع الكوارث سواء على المدى القريب أو المدى البعيد.
• فحص الخطة يتم من خلال إجراء مناورات أو سيناريوهات وهمية لكوارث محتملة، وذلك لحماية الخطة من اللامبالاة والتدخلات السياسية التي يمكن
• أن تظهر في فترات الهدوء بين الكوارث.
العبر المستفادة مراجعة جميع الخطط والتأكد من الجاهزية والاستفادة من الحوادث السابقة.
من العبر المستفادة يجب أن تمتاز خطط إدارة الكوارث بالاتي:
أن تكون الخطة
• بسيطة التعبير والاستذكار.
• سهلة الإتباع والتنفيذ.

.....

- سريعة التوزيع والتطبيق.
- مجدية وقابلة للتحقيق والإثبات.
- مرنة في المراجعة والتحديث.

الخدمات الإرشادية المقدمة أثناء الكوارث والأزمات :

ويتضمن قسمين من الخدمات هما:

أولاً:إسعافات أولية نفسية:وتكون إجراءاتها آنية.

هناك بعض النقاط الأساسية التي تتبع في الإسعافات الأولية النفسية الآنية وهي كالأتي:

(أ). إعادة الأمان النفسي (Restore Psychological Safety) :أن الخطوة الأولى هي إسعاف المصاب بان يدرك أن الخطر قد زال وانه ألان في أمان ومن المفيد أن نثبت له ذلك ونقولها له. " انك ألان في أمان " وذلك للتقليل من الإحساس بالخوف الشديد ، مع تذكر استعمال وسائل الاتصال الجيد.

وأن مجرد حضور أو تواجد المسعف TO BE PRESENT مع المصاب يمكن أن يعد احد النقاط المفيدة في أعادة ألامان النفسي ، كما أن الأفعال العادية يمكن أن تنتج انطباعاً فريداً، على سبيل المثال أن تكون بقرب الشخص المصاب ، والإسناد الجيد لا يحتاج لعلاقة حميمة بين المتأثرين ومقدمي الإسعاف ، وكذلك يمكن تقديم الإسناد BEING SUPPORTIVE من أشخاص لا يتوقع الشخص المكروب الإسعاف منهم.

(ب). السيطرة على ما يجري TO GET HOLD OF REALITY: هو عدم ترك المصدوم وحده مع خبرته الصادمة. بغض النظر عن المستوى الذي يقدم فيه الإسناد في هرم الصحة العقلية المتعلق بالكوارث، فإن أهم وسيلة هي الإنصات وفهم خبرة الشخص المتأثر بالحدث المثير للصدمة النفسية.

(ج). التعاطف مع الآخرين EMPATHY: التعاطف مع الآخرين هو أهم ميزة يجب أن يتصف بها المسعف ، فمثلاً عندما نقابل شخصاً يحتاج إلى دعمنا غالبا ما نسأل أنفسنا: "كيف نتفاعل؟"، "كيف نقدم الإسناد بأفضل طريقة ممكنة؟" ، عند محاولتنا فهم الخبرة المؤلمة للمصاب، علينا بوصفنا مسعفين أن نستمع إليه بعناية مهما كانت طريقة المتحدث ، وفي الوقت نفسه نلاحظ الإشارات التي يستعملها ، لذا فان التعاطف:

- عادة ما يحدث تلقائيا إلا أنه يمكن أن يستعمل على أنه وسيلة.
- يعطي انطباعاً جيداً عما يحتاج إليه ضحية الأزمة.
- هو وسيلة مهمة عندما نريد توفير الرعاية.

(د). تقديم المعلومات Provide Information : في حالة العلاج تكون حاجة المصاب الشديدة إلى معلومات دقيقة ومفصلة عن حالته الصحية والآخرين وبعض الأمور المهمة ، بسبب إدراكه للأمور بصورة خاطئة ، لذا فبالإمكان

تزويده بالمعلومات الحقيقية وتصحيح الانطباعات الخاطئة، وتزويده بخارطة معرفية ليفهم ما حدث.

وأما نوع المعلومات التي يحتاج إليها الشخص المصدوم فهي المعلومات الضرورية والنافعة التي تعطيه شعوراً بأنه يسيطر على الموقف ، والمعلومات التي لا حاجة لها يجب ألا تذكر لأنها تقوي الشعور بالفوضى.

والمعلومات الواضحة والملائمة هي ما يحتاج أليه الشخص المصاب في الموقف المؤلم، كالتي تقولها للطفل عندما يكون بحاجة لخلق الأمان حوله ، فأنك على الأغلب ستبدأ محادثتك بإخباره عن اسمك ، بعد ذلك ستجلس بقربه ليصبح أمام ناظريك قبل أن تسأله عن اسمه ، بعد ذلك ستتأكد من أخباره أنك لا تنوي المغادرة قبل أن يحضر أبواه ، ثم تحاولان سوية معرفة ما حدث مع إظهار أن كل شيء مسيطر عليه. لأنه يحتاج إلى معرفة أنه سيتم العثور على أبويه. أجب عن أي فقرة بصدق. ولا حاجة للبوح بكل شيء تعرفه إلا إذا كان يهم المصاب، فقولك أن شخصاً آخر تأذى بشدة لا معنى له. والتعبير عن مخاوفك بالتفصيل أمر خارج عن الموضوع. أخيرا يجب أن تحاول التعبير عن نفسك بكلمات مألوفة للمصاب بحسب عمره ، وعلى المسعف التأكد من إعلام الأقارب عن الوضع ، إذ أن الشخص المكروب سيشعر بالتحسن إذا علم أن أقاربه بخير وأن بإمكانه الاتصال بهم ، لأن ذلك يخلق شعوراً بالأمان والاطمئنان ، ولكن أحيانا يحاول الأشخاص المصابون بصدمة التأكيد على العودة إلى منازلهم مع أنهم غير قادرين على ذلك ، وفي مثل هذه اللحظات من المهم التأكيد على أنه ستتم إعادتهم في أسرع وقت ممكن ، وعند انتهاء مرحلة الصدمة، يحتاج الشخص المكروب إلى المزيد من المعلومات ليتذكر ما حدث بهدف المعالجة لأنه بأمس الحاجة إلى معرفة المزيد من التفاصيل عن الموضوع المحدد الذي كان يعذبه بشكل فظيع.

(هـ). تصحيح الانطباع الخاطئ Correct Misattributions : أن الناجون من الصدمات يفكرون عموماً بأنفسهم وبالحادث. ويكثرون من لوم الذات (إنها غلطتي أو أني فقدت كل شيء). ويعاني المصاب من الشعور بالذنب من الأخطاء التي سببت له الإصابة. لذا يستوجب هنا على المسعف إدراك طبيعة الصدمة وتصحيح الانطباعات الخاطئة والكشف عن مسبب القلق والشعور بالذنب والغضب.

(و). إعادة التوافق الفاعل ودعمه Restore And Support Effective Coping : أن التكلم حول الصدمة مع المصاب واستجاباته الاندفاعية مفيد وان الثقافة النفسية للمصاب وأسرته وأصدقائه الذين يتكلمون حول الاستجابات العادية للصدمة يمكن أن تعيد للمصاب الراحة النفسية وان تطرح المخاوف جانبا.

وإن أسرة المصدوم وأصدقاءه يحتاجون إلى معرفة أن دعمهم أينما يكون فهو ضروري وان استعمال بعض العبارات من قبلهم قد تقلل من خجل أو حياء المصاب أو خوفه وعندها يتقبل المصاب الدعم. كما يجب أن يشجع المصاب على المشاركة في العناية الصحية والعلاجية لان ذلك يساعد المعالج على وضع أسس العلاج.

(ز). تأمين الدعم الاجتماعي Ensure Social Support: أن المراجعات يجب أن تتضمن المساعدة في تعزيز الحاجات والوقاية والغذاء.

ثانياً: إسعافات أولية نفسية لاحقة عن طريق تطبيق الجلسات العلاجية باستعمال طريقة التفريغ النفسي.

أن برنامج الإسعاف الأولي النفسي هو برنامج مصمم ومخصص لتقليل المعاناة أو خفضها أو إيقافها والحفاظ على الصحة ومنع الأمراض وتعزيز إمكانات المجتمع وتطوير موارده لتلبية الحاجات الجسمانية والنفسية للأفراد ، ويتضمن ست جلسات علاجية بواقع جلستين في الأسبوع. وتستغرق الجلسة العلاجية (٤٥) دقيقة بشكل عام.

وتقسم الجلسة العلاجية زمنيا إلى:

١- ٥. دقائق لمقابلة المريض للاستفسار عما طرأ عليه منذ الجلسة السابقة وتطبيق مقياس الضغط الحاد.

٢- ٣٠ دقيقة للقيام بإجراءات عملية التفريغ النفسي.

٣- ١٠ دقائق لتقويم الجلسة يصف فيها المريض ما كان يشعر في أثنائها.

وتنفذ كل جلسة بشكل عام على النحو الآتي:

- مقابلة قصيرة يستفسر فيها من المريض عن الشكوى ونتائج الجلسة السابقة (ان لم تكن أول جلسة)، وما يود أن يطرحه.
- تقويم الجلسة بسؤال المريض عما شعر به، والاتفاق على الموعد القادم.
- الاتفاق على بعض الواجبات البيتية بين الجلسات باستعمال تمارين الاسترخاء.
- تنفيذ الجلسات بشكل فردي.

أما التفريغ النفسي(Psychological Debriefing PD) :هو مجموعة من اللقاءات لإعادة الانطباعات وردود أفعال الناجين أو المصدومين Bereaved أو القائمين بعمليات الإنقاذ أو المسعفين بالخبرات الصدمية في أثناء الحوادث الحرجة أو الكوارث أو بعدها ، وهدف التفريغ النفسي هو التخفيف أو التقليل من التبعات النفسية للأحداث.

إذ بعد التعرض للكوارث تكون هناك خدمات شاملة ومتنوعة للصحة النفسية للضحايا. والحاجات تتراوح بين حاجات جسدية وروحية وعاطفية Emotional وتعتمد على نوع الكارثة والناجين وأهالي الضحايا ، وكذلك

المساهمين في المساعدة في مسرح الكارثة أو مع الضحايا يجب أن يحصلوا على الدعم على المستويين القصير والبعيد المدى ، ويشمل ذلك خدمات المعلومات (النشرات والكراسات ونتاجات الإعلام والمقابلات العامة) ، والتشاور في حالة الطوارئ والدعم والتدخل في الأزمات.

وهذا البرنامج معد لفائدة من، ممن كانت لديهم خبرة صدمية لكي يخفف من الآم الأشخاص على المدى الطويل لا سيما أولئك الذين اشتركوا أو عانوا من حادث كبير.

والتفريغ النفسي PS هو نوع من التداخل أثناء الأزمة وذلك بعقد اللقاءات مع ضحايا الكوارث.

وتعقد جلسة التفريغ النفسي عندما يكون العلاج (جماعياً أو فردياً) مبنياً على محادثات تهدف إلى منع تطور الحالة أو تفاقمها ، وتُقدم هذه الجلسات التعاطف والتفهم.

تعقد هذه الجلسة عندما تتعرض مجموعة أو شخص إلى أحداث غير مألوفة وعنيفة ، ويمكن أن تعقد هذه الجلسة في أماكن العمل لإظهار التعاطف نحو الموظفين وأنه من الممكن مشاركة الآخرين بمشاعرهم مما ينتج عنه نتائج جيدة.

ويتمكن المصدوم في هذه الجلسة من التحدث عن فهمه للحدث العنيف في حين يستمع المسعف أليه بانتباه ، تناقش المعلومات وما تم سماعه ورؤيته والتفكير فيه بشكل كامل ، كما وتناقش ردود الأفعال أيضا ، وأخيرا، يجب مناقشة ما تم تعلمه من الحدث بالنسبة له.

ويمكن وصف هذه الجلسة على أنها تعبير عن المشاعر وردود الأفعال من دون القلق عما يقال. ويدير هذه الجلسة شخص واحد، ولها نقطة بداية ونهاية مما يسهل تعبير المشترك عن أفكاره ومشاعره ، لقد أصبح مألوفا أكثر وأكثر أن يشترك الأقارب في هذه الجلسة ليكون كل المشتركين جاهزين للحديث عن الحادثة في وقت لاحق.

مقومات عملية التداخل أثناء الأزمات والطوارئ: وهي:

١- التداخل السريع (Rapid Outreach) :ينصح عادةً بإقامة التفريغ النفسي في اليومين التاليين للكارثة ولا يجوز أن يعقد في يوم الكارثة نفسه ، وذلك لان الضحايا يمرون بدرجات مختلفة من الصدمة والوهم وربما لا يزالون في حالة متغيرة من الوعي التي يكون فيها أخذ المعلومات وتشغيلها مختلفاً عن الحالة الطبيعية.

وهذا لا يعني القول أن التداخل النفسي الذي يشمل الإسعافات الأولية في المجال العاطفي للضحية، يجب أن يتأخر لمدة يوم بعد الحادث.

ففي يوم الحادث يجب أن يكون هناك تداخل للأزمة للتأكد من غياب ردود الأفعال التي يمر بها الأشخاص بصورة شائعة في المراحل الأولية من الصدمة

.....

، وكذلك لتقديم الفرصة للتعبير الشفوي عن الخبرة الصدمية ، ومن المهم كذلك أن يعطى الضحايا المباشرين الفرصة ليتحدثوا عن انطباعاتهم وتجاربهم، ويجب انتظارهم حتى يستوعبوا الحادث الذي كانوا جزءاً منه.

٢- التركيز على الحاضر Focusing On The Present :يجب تركيز التفريغ النفسي على الحدث الحالي وعواقبه (نتائجه) وفي بعض الأحيان يجب مناقشة الصدمات السابقة، لان هذا مفيد في مراجعة كيفية التغلب على المصاعب التي واجهها الضحية لمعرفة ما إذا كانت مفيدة ومؤثرة أو غير ذلك.

٣- تعبئة الموارد Mobilization Of Resources: يجب أن يكون هنالك تنسيق في الجهود التي تبذل من العائلة والأصدقاء في التدخل في أثناء الأزمة و بعدها، ويجب أن نؤكد على نقطة وهي أن الناس في الكارثة هم أشخاص طبيعيون مروا بحدث غير طبيعي.

وقد أشارت كثير من المنظمات التي تعمل ضمن هذا المجال إلى أن التفريغ النفسي (يعمل على تقليل أثر المرض والعودة السريعة إلى ممارسة النشاطات الطبيعية ضمن المنظمة).

وفي الدول المتقدمة أنشئت مراكز لتقوم بتدريب محترفين للتعامل مع الكوارث وليكونوا مستعدين بشكل أفضل لوقوع الكارثة. وفكرة التفريغ النفسي أصبحت جزءاً من الوظيفة الطبيعية.

جلسات الإرشادية والعلاجية باستعمال طريقة التفريغ النفسي Structure Of Debriefing

فتكون على وفق الآتي: الجلسة الأولى

أولاً. المقدمة Introduction :يمكن أن تكون هذه الجلسة أهم الجلسات التالية لان هدفها هو كسب ثقة المصاب وتجاوبه للحضور إلى الجلسات القادمة وحتى نهاية البرنامج العلاجي. ولا بد أن تكون لهذه الجلسة مقدمة أو افتتاحية جيدة فمن دون توضيح أسباب وهدف الحضور سيكون دافع المشاركة والتجاوب قليلا من المصدوم.

وتتميز بالخطوات الرئيسة الآتية:

(١). تقديم المعالج نفسه وتخصصه العلمي للمصاب.

(٢). إعطاء فكرة أو شرح موجز عما أصاب المفحوص جراء الصدمة ، وتبعاتها في حالة عدم علاجها، وعن إمكانات المعالجة

(٣). توضيح هدف وخطة البرنامج العلاجي ، بهدف إزالة الرهبة وبث الطمأنينة والإيحاء له بأنه مقبل على خبرة مفيدة وتعلم طريقة تفكير جديدة، يدرك عن طريقها ذاته وما حوله على نحو يجعله أكثر سعادة واستمتاعاً.

(٤). توقيع استمارة الاتفاق بين المصاب والمعالج على الجلسات العلاجية، من حيث الزمان والمكان والتأكيد على الالتزام بذلك.

.....

(٥). إملاء استمارة المعلومات الخاصة بالمريض.
(٦). التطبيق القبلي لمقياس اضطراب الضغط الحاد.

ثانيا. التوقع والحقيقة (Expectation And Fact) :تقدم الفقرات الآتية إلى المصدوم الذي يقدم بدوره وصفا لهذه الفقرات عن طريق الإجابة عليها؟

(١). كيف بدأ الموقف؟
(٢). كيف شاهدت تعاقب الأحداث من منظورك؟
(٣). ما الأفكار والتوقعات أو الاحتمالات التي بدت في ذهنك حينها عندما استجبت للمشهد؟
(٤). ما مدى التطابق بين ما توقعت وما حدث بالفعل؟

الجلسة الثانية: الأفكار والقرارات (Thoughts And Decisions): عندما توصف الحقائق في النقطة الثانية يسأل المعالج ويركز على قرارات المشارك وعملية التفكير. سائلاً الآتي:

أولا. بم فكرت لأول وهلة وأنت تصطدم بمشهد الحادث ثم بعد أن أصبحت جزءاً منه؟
ثانيا. ماذا قررت أن تفعل؟
ثالثا. لماذا قررت أن تفعل ذلك؟

وهذه الفقرة غالباً تقدم حقائق عن الحدث لتخفيف اللوم عليه وقد وصف أحد العاملين الضغط النفسي الذي تعرض له من رؤسائه في المدينة الأقرب لأنهم طلبوا منه مرات عدة التحري عن عدد القتلى البالغين والأطفال الذين كانوا في موقع الحادث وكان عليه أن يأمر أحد الموظفين لينظر إلى الجثث جميعها مرات عديدة ليعرف الرقم الصحيح. وهذا ما سبب توتراً للضابط الذي كان عليه أن يفحص الجثث جميعها. وعن طريق عملية التفريغ النفسي نتج مقدار كبير من الراحة والفهم وجعله أكثر معرفة بالموقف ووحد تجاربه الشخصية وساعده في فهم دوره ودور المساهمين الآخرين).

الجلسة الثالثة: الانطباعات الحسية (Sensory Impressions) :في نهاية هذا الدور يتحول الانتباه إلي انطباعات المصدوم عن المشهد أو الحدث. ومن المهم تفصيل الانطباعات الحسية كافة لأنها تشكل الأساس للصور والتخيلات والأفكار المقحمة في المدة التي تلي الكارثة ، فتكون الفقرة هي هل هناك طعم مزعج تتذوقه؟ أو رائحة كريهة تشمها دائماً ؟ أو صوت مزعج تسمعه ؟ أو منظر مزعج تتخيله دائما؟ وما هو؟ ماذا رأيت وشممت وسمعت ولمست؟

وإن هذا العمل المفصل في أثناء الانطباعات الحسية مهم جداً في التداخل في الأزمات الفردية والجماعية. وتبدو هذه طريقة أفضل لمنع سيطرة هذه الذكريات للوعي. وإنها تمثل أيضاً طريقة لتنظيم الخبرة معرفياً ويبدأ بإزالة العقد النفسية ويجعل المشارك يتحدى الخبرة الصدمية.

الجلسة الرابعة: ردود الفعل العاطفية (Emotional Reactions) :الفقرات التي تتعلق بالأفكار والانطباعات تقود إلى أجوبة شعورية ومثال ذلك أحد المصابين يصف شعوره بالخوف والعجز الذي مرَّ به
" لا أدري فيما إذا كنت أنقذ أم أسلب حياة الناس "
" كان يجب علي أن أصرخ عليهم بان يبقوا في مكانهم لننقذهم، ولكني أعرف في داخلي باني كنت أكذب ".
فيسأل المعالج (ما هو أسوأ شيء حصل معك؟) فيتوصل المعالج إلى جوهر ردود الفعل لدى المصدوم ، وعادةً تأخذ الانطباعات ذات العلاقة وردود الأفعال الجزء الأطول من عملية التفريغ النفسي. وفي هذه المدة يجد المصاب أن ردود أفعاله مشابهة للآخرين ، وعملية التفريغ النفسي توفر له أنموذجا عن كيفية التكلم عن أحداث أقل خطورة في المستقبل.
وعلى المعالج(في طور رد الفعل) أن يلاحظ أي مشارك يعاني من شيء أو أي أعراض غير اعتيادية أو كان صامتاً ، أن هذا المشارك يمكن توجيهه بلطف بعد اللقاء.
يجب أن توصف بدقة الأعراض وردود الأفعال التي يصفها المشارك، ويطلب من المشارك أن يربط ردود أفعاله العاطفية والذهنية والجسدية التي انتابته في أثناء الحادث وبعده وعند عودته للبيت وفي أثناء الليل وفي وقت الجلسة ، ولا بد من الإشارة إلى أن المتعرضين لكارثة يعانون من إحباط كبير في أثناء عودتهم للبيت وتفاعلهم مع عوائلهم ، (ولهذا ينصح بترتيب لقاءات مع العائلة باستعمال التفريغ النفسي للتركيز على التكامل العائلي في أثناء الحادث. وكذلك إعطاء مادة مكتوبة لتأخذها العائلة إلى البيت وهي ذات فائدة لها في فهم إدراك حاجة المصابين لمثل هذا العمل).
الجلسة الخامسة: العودة إلى الحالة الطبيعية (Normalization) و الإرشاد التوقعي (Anticipatory) : في هذه الجلسة يقوم المعالج بالربط بين الانطباعات (Impressions) وردود الأفعال (Reactions) التي تكلم عنها المصدوم و ينجز ذلك بالإشارة إلى الأشياء الشائعة في ردود أفعالهم مستعملا أمثلة يعطيها. ويقوم بربط تجارب الآخرين الذين مروا بالموقف نفسه مبنيا على خبرة المعالج الخاصة والمعرفة المتوافرة عن طريق دراسة ردود أفعال الناجين من الكوارث. وهنا يعزز شعور المشارك بكونه طبيعياً ويصبح سهلاً عليه تقبل ردود أفعاله. ويؤخذ أيضاً تعزيز طرق التكيف مثل المرح (Humor) والتباعد (Distancing) والتركيز على بعض الواجبات أو المهمات القليلة.
ردود الأفعال التي يتوقع المشاركون أن يمروا بها في الأسابيع التالية أو في أثناء الوقت فأنها توصف عندئذ أيضا، مثل الأوهام والتصورات المقحمة التي تزيد من التأثر والقلق(لا سيما خوفهم من فقدان عزيز عليهم)، اضطرابات في

النوم، صعوبة التركيز، التهيج، الخجل وتغير القيم. كلها تفسر على أنها ردود أفعال طبيعية تزول أو تقل بمرور الوقت.

وعند وصف ردود الأفعال هذه، يقوم المعالج بإخبار المصدوم بأنه لا حاجة لأن يقوم برد فعل مصطنع ولكن رد الفعل الطبيعي يكون كافياً ليكون طبيعياً، ولكن من الطبيعي أن يقوم برد فعل. وبتوفير نصائح لهؤلاء الذين كانوا شهوداً على حادثة حرجة معرفة لما يتوقعوه فأنهم يكونون قادرين بصورة أفضل على التكيف مع ردود أفعالهم هذه.وهذا الإرشاد التوقعي هو جزء مهم من التداخل في أثناء الأزمة.

الجلسة السادسة: التخطيط للمستقبل (Future Planning): يكون المصدوم فاعلاً في نهاية جلسة التفريغ النفسي عندما يناقش التخطيط المستقبلي وتناقش هنا الجوانب التي تتعلق بتجسيد ودعم العائلة والأصدقاء وزملاء المدرسة أو الكلية. وأهمية مناقشة العائلة (وبضمنها الأطفال) ومشاركتها. وأظهرت الدراسات السابقة أن كثيراً من التوتر الذي يصاب به المصدوم يأتي نتيجةً من البيئة الاجتماعية التي تكون غير ساندة للناجين والمحرومين.

هنا نحاول أن نحشد الدعم الاجتماعي للأفراد المتأثرين كلهم (وفي الوقت نفسه يجب أن نعرف أنه في حالة الحوادث الكبيرة قد نحتاج إلى دعم إضافي اكبر مما هو عليه في اللحظة الراهنة كأن تحتاج إلى اختصاصيين آخرين يساعدون في الدعم الاجتماعي نفسه).

التحرر (Disengagement): في نهاية التفريغ النفسي تناقش كل النقاط غير المطروقة والأسئلة والاستفهام عن كيفية البحث عن إسعاف إضافي إذا:

(١). كانت الأعراض لم تختف بعد (٤-٦) أسابيع.

(٢). كانت الأعراض تزداد بمرور الوقت.

(٣). كان الشخص غير قادر على العمل بصورة كافية وفي محيط العائلة.

(٤). كانت خبرات الشخص تؤشر تغيرات الشخصية أو بتعليق الآخرين على ذلك.

وقبل الانتهاء من هذه اللقاءات من المهم أن يعرف المصدوم من أين يحصل على إسعاف أضافي ، ويجب أن نعطيهم أرقام هواتف وعناوين للاتصال ، وغالباً ما يكون لقاء المتابعة مرتباً.

بداية الاهتمام باضطراب الضغط الحاد: (Acute Stress Disorder (ASD

ليس من السهل أن نجد تعريفا شاملا متفقاً عليه للضغط النفسي، فمصطلح الضغط قد تناوله الأفراد والجماعات بمعان مختلفة تبعا لمجالاتهم وموضوعاتهم. إن الأطباء والمهندسين وعلماء النفس، والمتخصصين في الإدارة واللغة، كل منهم يستعمل الكلمة تبعا لتخصصه ومجاله، فيتحدث عنها الأطباء في إطار الميكانيزمات الفسيولوجية، ويستعملها المهندسون للإشارة إلى مدى التحمل (الخرساني، مثلاً) ويتناوله علماء النفس أحيانا في ضوء تغيير

السلوك، والإداريون بمعنى التحدي لنظام Organization Challenge، ويتناوله اللغويون للتأكيد على المقطع Syllable emphasis أما الأفراد العاديون أو غير المهنيين Lay people فيعني المصطلح لديهم – غالبا – أي شي تحت الشمس Anything under the sun . أو حين يستعمل بصدد عمل موازنة مالية للمنزل، فقد يستعمل المصطلح في الدلالة على قصور الآباء في الإنفاق على أطفالهم. وبهذا يكون استعمال المصطلح في الجانب المرغوب والطبيعي (المهندسون، واللغويون) والبعض الآخر يعد استعماله مؤشرا على ما يعاني منه الأفراد (الأطباء والأفراد غير المهنيين).

ويبدو أن المصطلح قد اشتق من الكلمة الفرنسية القديمة Distress والتي تشير إلى معنى الاختناق والشعور بالضيق أو الظلم. وقد تحولت في الإنجليزية إلى "Stress" التي أشارت إلى معنى التناقض، أما استعمال (Distress) فكان للإشارة إلى الشيء غير المحبب أو غير المرغوب. وفي الأصل استعمل للتعبير عن معاناة وضيق أو اضطهاد، وهي حالة يعاني فيها الفرد من الإحساس بظلم ما ، أما في الإنجليزية الحديثة، فان الحاجة قد ظهرت لوجود مصطلح يعطي معنى الضغط Pressureوالتوكيد Emphasis في آن واحد، وذلك لوصف الألم الكامن والمتضمن في الكلمة الأولى، وأيضا الاعتدالية المتضمنة في الكلمة الثانية.

وعبر الوقت استعمل مصطلح Stress ليعطي هذا المعنى. وفي الأدب التقني Technical Literature فقد كان الإجماع على أعطاء مصطلح Stress معنى الضغط أو التأكيد على الشيءEmphasis/Pressure أكثر من أن يحل محل الكلمتين اضطهادOppression / وبذلك فقد أعطى معنى أكثر بلاغة للمصطلح. وإذا مثل الضغط النفسي على متصل، فان احد طرفيه يمثل التحديات، والذي بدونه تصبح الحياة لكثير من الناس كئيبة ولا قيمة للعيش فيها، وأما الطرف الآخر للمتصل فيمثل الضغط النفسي الذي تمثله تلك الظروف التي عندها يكون للأفراد متطلبات مفروضة عليهم لا يمكنهم الوفاء بها فيزيقيا أو نفسيا، وهذا يؤدي إلى الشعور بالإحباط واللامبالاة. ولهذا فان احد طرفي المتصل يشير إلى الضغط النفسي بوصفه واقيا للحياة أو محافظا عليها، وأما الطرف الآخر فيشير إليه على اعتبار انه سبب من مسببات تدمير هذه الحياة. لذلك يجب أن يوضع هذان البعدان للضغط عند محاولة فهم الضغط النفسي وأبعاده.

لذا فالضغط عبارة عن العنصر المجدد للطاقة التكيفية لكل من العقل والجسم، فإذا كانت هذه الطاقة قادرة على احتواء المتطلبات والتمتع بالاستثارة المتضمنة فيها فأن الضغط يكون مقبولا ومفيدا، أما إذا كانت لا تستطيع، ووجود الاستثارة يضعفها، فان الضغط لا يكون مقبولا وغير مفيد، بل يكون ضاراً.

وهذا التحديد يعد مفيداً في ثلاثة اتجاهات:

أ. انه يجعل من الواضح أن الضغط ليس فقط كلا من الحسن أو السيئ (أو شئ ما بينهما)، ولكنه يعبر عن مدى متسع جدا من الأشياء المحددة بمتطلبات تتعلق بكل من العقل والجسم. (فمن طفل الجار الذي يدق جرس الباب ويجري، إلى التهديد بوقوع حرب عالمية ثالثة) هناك إذا مدى واسع من مصادر الضغط النفسي أو العوامل الضاغطة.

ب. إن الأحداث ليست هي التي تحدد ما إذا كان الإنسان تحت الضغط أم لا، ولكن ما يحدد ذلك هو ردود الأفعال تجاه هذه الأحداث.

ج. إن الضغط هو مطلب من مطالب الطاقة الجسمية. وتبعا لطبيعة ومدى هذه الطاقة (شيء ما داخلنا) تتم الاستجابة على نحو ما، فإذا كانت طاقة الفرد جيدة وكافية، فانه يستجيب بطريقة جيدة، وإذا لم تكن كذلك فانه يستسلم أو ينهار.

أما فيما يتعلق بردود الفعل النفسية الحادة فقد اهتم بهذا الاضطراب منذ القدم واخذ تسميات عدة ولكن لم يفرد له اسم معين (وذلك لتشابه أعراضه الاضطرابات التي تعقب الصدمات النفسية لاسيما اضطراب الضغط ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress Disorder) بضمن تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD-10حتى عام ١٩٨٧ بضمن التسمية أعلاه في التسلسل (F43.0)، وكما افرد له الاسم نفسه في تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي في عام ١٩٩٤ (DSM-1V-1994-APA). وللتشابه الكبير بينه واضطراب الضغط ما بعد الصدمة -Post Traumatic Stress Disorder PTSD فان تاريخ الاهتمام به يعود إلى المراحل والتسميات نفسها التي مر بها اضطراب الضغط ما بعد الصدمة التي يمكن إجمالها

موقع اضطراب الضغط الحاد(ASD) في التصنيفات العالمية:

عندما تتكرر ظاهرة ما، أو مجموعة من الظواهر، بأشكال مختلفة يصبح من العبث ردها إلى مبدأ الصدفة. فهذا التكرار للظواهر كان دائماً مصدر بحث الباحثين الذين استثارهم هذا التكرار فعمدوا إلى دراسته ودراسة آلياته وعلاقتها بالظواهر. والأمر ذاته ينطبق على ظاهرة الازدياد الملاحظ في نسب الإصابة بالأمراض الجسدية والنفسية إبان الحروب والكوارث. والسجلات الطبية غنية جداً بالإحصاءات التي تشير إلى اقتران أوضاع الكارثة بارتفاع الإصابات المرضية لدى المتعرضين للكارثة. حتى أن بعض الدراسات تشير إلى اختلاف نوعية الإصابة المرضية باختلاف نوع الكارثة واختلاف الشعوب والأعراق واختلاف الشخصيات والحضارات واختلاف موقف اللاوعي الجماعي من الكارثة. فالارتجاف الهستيري كاد أن يكون عاماً لدى الجنود الألمان في الحرب العالمية الأولى، وكانت القرحة المرض المشترك بين الجنود الألمان وجنود الحلفاء في الحرب العالمية الثانية. أما حرب فيتنام فقد كان مرض الجنود الأميريكيين فيها هو مرض الشرايين (الانسداد وارتفاع

الضغط)..الخ. إلا أن ظهور المرض لا يقتصر على الكوارث العامة بل أنه يظهر أيضاً على صعيد الكوارث الشخصية مثل الترمل وفقدان الإنسان العزيز والإحالة على التقاعد الخ. وكان من الطبيعي إلا يكتفي الباحثون بتسجيل الأرقام الدالة على زيادة الإصابات المرضية إبان الكوارث. لذلك فإنهم تخطوا مبدأ الملاحظة إلى مبدأ التعليل. فجاءت محاولتهم للإجابة عن السؤال ((لماذا تقترن الكوارث بهذه الزيادات المرضية))؟

وفي جوابهم على هذا السؤال طرح العلماء فرضيات عديدة كانت أهمها فرضية الربط بين الشدة النفسية (الناجمة عن الكارثة) وبين ظهور المرض.

وفيما يأتي عرض لمختلف التصنيفات المعاصرة والمقترحة لتشخيص حالات الضغوط الصدمية. ثم نأتي بعد هذا العرض إلى إبداء ملاحظاتنا حولها. ونبدأ بـ:

أ. تصنيف جلدر وآخرين: هنالك أعراض عاطفية (انفعالية) كثيرة هي ردود أفعال لخبرات ضاغطة، وعلى الرغم من أنها لا يمكن أن تسمى اضطرابات نفسية، إلا أنها من الشدة بحيث يحتاج المعانون منها إلى العون. وهناك ثلاثة أنواع من الاستجابات للضغط هي العاطفية والجسدية والنفسية. الاستجابتان العاطفية والنفسية هما النوعان الرئيسان ، إذ أن الاستجابة العاطفية للخطر هي الخوف، وللأحداث المهدِّدة القلق، وعندما تكبت هاتان العاطفتان (الخوف والقلق) فان الاستجابة العاطفية تتمثل بالاكتئاب. أما الاستجابة الجسدية لهذه المحفزات فتتعلق بالجهاز العصبي التلقائي (اللاإرادي autonomic arousal) وتتمثل بزيادة في نبض القلب وتوتر العضلات وجفاف الفم. وقلة الفعالية البدنية والتعب. أما الاستجابة الثالثة فتمثلها مجمل العمليات النفسية التي تقلل من وقع الصدمة. وتشمل هذه عمليات التكيف (Coping Strategies) وآليات الدفاع (Mechanisms of defense) ويشير مصطلح عمليات التكيف إلى الفعاليات التي يقوم بها الشخص وهو واعٍ بها، أما آليات الدفاع فهي العمليات الذهنية اللاواعية.

وتتمثل عمليات التكيف بتجنب الفرد لكل ما يسبب الهم والحزن ، وذلك عن طريق إجراءات (آليات) التكيف الكامن (Potentially adaptive) مثل تجنب العمل في أثناء المشاكل، أو عن طريق تجنب غير تكيفي (Maladaptive) مثل استعمال الكحول أو الأدوية بإفراط، أو اتخاذ السلوك الرحامي (Histrionic behavior) أو العدواني (Aggression) أو إيذاء الذات بتعمد (Deliberate Self-harm).

أما آليات الدفاع (والذي وضعها فرويد في الأصل) فتتحفز أكثر عند الظروف الضاغطة (distress) وهي النكوص (Regression) والكبت والإنكار أو الرفض (Denial) والإزاحة (Displacement) والإسقاط (Projection).

ب. هناك تصنيف آخر لردود أفعال الخبرات الصدمية يعتمد على طبيعة الحالة. ويمكن تصنيفها إلى ثلاثة فئات رئيسة هي:-

أولاً. ردود الأفعال الحادة (Acute Reaction):وهي ردود الأفعال المباشرة والقصيرة الأمد التي تستمر لساعات أو أيام قلائل، بوصفها رد فعل مباشر لحدث ضاغط شديد لدى شخص لا يعاني من اضطراب سريري نفسي في الوقت ذاته.

فعندما يمر الشخص بحادث صدمي فان رد الفعل الطبيعي يتمثل باستجابة عاطفية مصحوبة بعملية تكيف وآلية دفاع لتقليل شدة الاستجابة العاطفية المتمثلة بالانفعال العاطفي وهو الخوف والقلق أو الاكتئاب. إذ أن الخوف والقلق هما رد فعل طبيعي للخبرة الخطرة والمهددة للحياة، أما الاكتئاب فهو رد فعل طبيعي للفقدان. إن كلتا الاستجابتين قد تحصلان عندما يتضمن الحدث الضاغط الخطر والفقدان.

وهناك أنواع عديدة من الحوادث تسبب رد الفعل الحاد للضغط مثل حوادث الطرق أو الحرائق أو حادث شخصي شديد مثل قطع علاقة عاطفية مع فرد من الجنس الآخر، أو التعرض لأذى جسدي أو جنسي كالاغتصاب أو عند حدوث كوارث طبيعية مثل الفيضانات أو الهزات الأرضية. أو خبرات أفراد الجيش والمدنيين في أثناء الحروب.

ثانياً. اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (Post Traumatic Stress Disorder):

هو رد فعل شديد ومطول ومتأخر للضغط عادةً، ويكون الضغط من الشدة بحيث يصبح مرهقاً. مثل التعرض للكوارث الطبيعية وحوادث الطرق المروعة أو آثار الحروب والاعتداء المروع على شخص مثل الاغتصاب. ومن المعروف أن ليس كل شخص يمر بخبرة صدمية يصاب باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، لان ذلك يظهر بين الذين خبروا الموقف الأكثر ضغطاً في الكارثة أو من يعانون من اضطراب نفسي سابق.

وهناك ثلاث مجاميع من المظاهر السريرية لهذا الاضطراب:

(١). خليط مختلف من الأعراض كالقلق المزمن وسرعة الانفعال والأرق وضعف التركيز وأحيانا نوبات من السلوك العدواني.

(٢).مجموعة التجنب والإنكار وتشمل تجنب الأشخاص الذين يذكرونه بالحادث، وضعف الذاكرة، وأفكار وخيالات اقتحامية شديدة على شكل صور استرجاعية للأحداث (Flashbacks) وأحلام مزعجة بالحادث.

(٣).النفور (Detachment) والانعزال والفتور العاطفي وعدم القدرة على الحب وقلة النشاطات الاجتماعية والمهنية عند بعض الأشخاص التي تسببها النقطتان المذكورتان سابقاً.

وأن اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية قد يبدأ ويستمر مباشرة بعد استجابة الضغط الحاد أو قد يظهر بعد أيام عدة (ونادراً بعد ستة أشهر) ، ويختفي هذا الاضطراب عادة في أشهر وقد يستمر لسنين عدة.

ثالثا. اضطرابات التوافق (Adjustment disorders):هي ردود الأفعال التي تظهر في عملية التكيف لظروف جديدة، مثل تغيرات الحياة التي تثير اضطرابات التوافق كالطلاق والانفصال، والتغير الكبير في العمل. ويلاحظ هنا بان الأعراض تشابه أعراض رد الفعل للضغط الحاد ولكن الدورة الزمنية تختلف. إذ تبدأ اضطرابات التوافق بطريقة تدريجية أكثر وتبقى زمناً أطول وأعراضها تشمل القلق والتخوف (Worry) وضعف التركيز والاكتئاب وسهولة الانفعال وأعراض تحفز الجهاز العصبي اللاإرادي (التلقائي) كالخفقان٠ والارتجاف. والأعراض الأخرى كالتجنب الإنكار وفي أحيان أخرى هناك الآليات الدفاعية غير التكيفية (maladaptive coping mechanisms) مثل السلوك الرحامي والعدواني وإيذاء النفس أو الإفراط في شرب الكحول أو الأدوية.

ج_تصنيف منظمة الصحة العالميةWHO:

اضطرب الضغط الحاد (Acute Stress Disorder ASD) الذي وضع تحت تسلسل (F43.0):

هو اضطراب عابر، على درجة كبيرة من الشدة، يحدث لدى الشخص من دون وجود أي اضطراب نفسي واضح آخر، استجابة لكرب استثنائي جسمي أو نفسي أو كليهما، ويتلاشى عادة في ساعات أو أيام، وقد يكون مسبب الكرب عبارة عن تجربة شديدة تحمل تهديداً خطيراً للامان أو السلامة الجسمية للشخص أو واحد أو أكثر من أحبائه (على سبيل المثال كارثة طبيعية، حادث، معركة، اعتداء إجرامي، اغتصاب)، أو تغير مفاجئ ومهدد في الوضع الاجتماعي أو الشبكة الاجتماعية للشخص (على سبيل المثال: وفيات متعددة، حريق بالمنزل، الخ). ويزداد احتمال الإصابة بهذا الاضطراب إذا تواكب مع إجهاد جسمي أو عوامل عضوية (على سبيل المثال، لدى كبار السن).

والاستعداد الشخصي للتأثر والقدرة الشخصية على الصمود لهما أثرٌ في ظهور وشدة التفاعلات الحادة للكرب، والأمر المتفق عليه، أن ليس كل من يتعرض لكرب شديد يصاب بالاضطراب. وتظهر الأعراض تبايناً شديداً، ولكن الأعراض النموذجية تتضمن حالة بدائية من التبلد Daze مع بعض التضييق في ساحة الوعي والانتباه، وعدم القدرة على فهم المنبهات، والتوهان Disorientation. وقد يلي هذه الحالة إما انسحاب متزايد من الموقف المحيط (يصل إلى حد الهول التفارقي (الانشقاقي) Dissociative) أو تهيج وزيادة في النشاط (تفاعل هروبي أو شرود) وتشيع أعراض الجهاز العصبي المستقل (الأوتونومي) المميز للقلق الهلعي (سرعة ضربات القلب، عرق، أو احتقان)

وتظهر الأعراض عادة في دقائق من حدوث التنبيه أو الحدث المسبب للكرب، وتختفي في يومين أو ثلاثة أيام (وغالباً في ساعات). وقد يحدث فقدان ذاكرة جزئي أو كلي في حالة النوبة.

أما فيما يخص الدلائل التشخيصية فيجب أن توجد علاقة زمنية مباشرة وواضحة بين وقوع الحدث المسبب للكرب وبداية الأعراض، ولا تتجاوز هذه المدة عادة سوى بضع دقائق، إن لم تكن فورية، فضلا عن ذلك، فان الأعراض تشمل ما يأتي:

أولا.تعكس نمطاً مختلطاً وغالباً ما يكون متغيراً فإلى جانب حالة "التبلد" الابتدائي، قد نشاهد اكتئاباً وقلقاً وغضباً ويأساً وزيادة في النشاط وانسحاباً. ولكن أيا من هذه الأعراض لا يظل بارزاً مدة طويلة.

ثانيا.اختفاء سريع للأعراض (في بضع ساعات على الأكثر) في تلك الحالات التي يمكن إبعادها عن المحيط المسبب للكرب. أما في الحالات التي يستمر فيها الكرب أو لا يمكن بحكم طبيعته أن ينفرج، فان الأعراض عادة تبدأ في النقصان بعد ٢٤ – ٤٨ ساعة وتصبح ضئيلة جداً عادة بعد حوالي ثلاثة أيام.

ولا يستعمل هذا التشخيص لوصف انتكاس الأعراض المفاجئة في الأفراد الذين تظهر عليهم أعراض تستوفي شروط أي اضطراب نفسي آخر، وذلك عدا الأعراض المذكورة ضمن الفئة (اضطرابات الشخصية). ومع ذلك فان وجود تاريخ اضطراب نفسي سابق لا يحول دون استعمال هذا التشخيص ، ويشمل التفاعل الحاد المتلازمات الآتية:

- تعب المعركة Combat fatigue.
- حالة الأزمة Crisis state.
- الصدمة النفسية.

د.تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي(DSM-1V-1994- APA):

٣. النماذج الخاصة بالضغوط: لقد اختلف العلماء في تحديد طبيعة الضغوط وماهيتها، كما اختلفوا في تحديد أنواعها. ويمكن أن نجمل وجهات النظر هذه في ثلاثة نماذج نظرية هي:-

أ.أنموذج المثير The stimulus model: تركز وجهة النظر هذه على الصفات المشتركة للأحداث وتجعل منها عوامل ضاغطة على الأفراد ، فعندما تتجاوز شدة المثير قابلية الفرد على التكيف معها تكون عامل ضغط عليه وتصبح عبئاً كبيراً "Over Load". وتظهر علامات الضغوط الجسمية (كارتفاع ضغط الدم وزيادة إفراز الحوامض)، أو النفسية (كالقلق أو الاكتئاب).

وتعد الكوارث الطبيعية كالفيضانات أو الزلازل، أو حوادث الانفجارات، أو سقوط الصواريخ أو القنابل في أثناء الحروب، أو حوادث الاغتصاب الخ ،أمثلة على هذه الأحداث الخطرة التي تهدد حياة الفرد، والصفة المشتركة الأخرى

للعوامل الضاغطة هي الأحداث التي لا يتمكن الفرد من السيطرة عليها، وتشعره بالعجز. وبينت دراسة موركان Morgan وآخرين (١٩٨٦)، أن الضغط الذي ينتج عن مثير لا يستطيع الفرد السيطرة عليه، يؤدي إلى زيادة تأثير المثير عليه.

ب. أنموذج الاستجابة للضغط Stress - Response Model: يعرف هانز سيلي (1956 H. Selye) الضغط بأنه رد فعل غير محدد، يظهر عند التعرض إلى العوامل الضاغطة التي تصنف إلى أصناف ثلاثة هي:-

أولا.عوامل الضغط النفسي - الجسدي: مثل الأصوات المزعجة، أو الإصابات، أو الجروح، أو الحوادث، أو الآلام الجسدية... الخ.

ثانيا.عوامل الضغط النفسي: مثل القلق والمخاوف (على أنواعها) والأخطار (ولاسيما ما يهدد الحياة منها) والوحدة والإرهاق الفكري...الخ.

ثالثا.عوامل الضغط الاجتماعي: مثل الصراعات المهنية والظروف الحياتية المعيشية الصعبة والخلافات العائلية وصعوبات العلاقات الاجتماعية الشخصية والعزلة الاجتماعية...الخ.

وقد وضحت تأثيرات الضغط عن طريق العلاقة بين الانفعال وعدم التوافق الفسيولوجي المصاحب له بمراحل ثلاث أطلق عليها متلازمة التكيف العام (((General Adaptation, Syndrome (GAS) ليصف بها ردود الأفعال تجاه العوامل الضاغطة وهي:

أولاً.مرحلة الإنذار (أو رد فعل المنبه أو المنذر) The Alarm Stage: وتتمثل بردة فعل هي بمثابة الإنذار تتجلى بتحريك قدرات الجسد للتصدي للعوامل الضاغطة. وتظهر في سرعة خفقان القلب وانخفاض في حرارة الجسم... الخ. وبذلك تتناقص المقاومة الفسيولوجية وقتاً قصيراً في حين يستجمع الجسم قواه (الجيش المدني) للمقاومة.

ثانياً. مرحلة المقاومة The Stage of resistance:تأتي هذه المرحلة لتعقب سابقتها في حال استمرار تأثير عوامل الضغط وهي تقتضي تعبئة قدرات الجسم كافة لمواجهة هذه العوامل. وتعتمد إلى درجة كبيرة قوة الفرد ولكن إذا اجبر على الاستمرار زمناً طويلاً فانه يمر بالمرحلة الآتية.

ثالثاً.مرحلة الإنهاك (الاستنزاف، الاستنفاذ) The stage of exhaustion: تتميز باستنفاذ قدرات الجسم على التكيف مع العوامل الضاغطة، فتجعله عاجزاً عن التفاعل أو حتى عن إعطاء استجابات لهذه المثيرات. وفي حال استمرارها يمكن أن يؤدي ذلك إلى الموت .

وهذا في الأساس أنموذج بيولوجي، إذ تتمثل الاستثارات أو مصادر الضغط (رد فعل) فتثير النشاط الاتونومي (مرحلة المقاومة) وإذا استمر هذا النشاط لمدة طويلة يحدث التلف أو الخسارة والانهيار (مرحلة الإنهاك).

أن الانحدار في أثناء المرحلة الأولى (أ. مرحلة رد فعل المنذر) يشير إلى التعرض الأولى للعامل الضاغط، وهنا فأن المقاومة الفسيولوجية تتناقص لمدة وجيزة، بينما يستجمع الجسم قواه (الجيش) للمقاومة ، ودوام المرحلة الثانية (ب. مرحلة المقاومة) يعتمد إلى درجة كبيرة على قوة الفرد، ولكن إذا اجبر على الاستمرار لمدة طويلة (ج. المرحلة الثالثة) فأن (مرحلة الإنهاك) بشكل مؤكد سوف تحدث ، من جانب آخر فان هذا النموذج البيولوجي يعد مفيدا عند الحديث عن الجوانب النفسية في مواجهة مصدر الضغط الذي عادة ما يتوقف مؤقتا (لمدة طويلة أو قصيرة، اعتمادا على التعقد والفورية الخاصين بمصدر الضغط) إذ يقوم الفرد بالتقييم المعرفي أو الإدراكي بمجرد المواجهة، وهناك مرحلة المقاومة مع العامل الضاغط أو مصدر الضغط، يتبعه (إذا طالت لأبعد من طاقة الفرد على التحمل) مرحلة الانهيار النفسي. وبمجرد الوصول إلى الانهيار فان المقاومة النفسية قد تتوقف عن الأداء المفيد أو الفعال كليا.

ونتيجة للصلة الوثيقة بين الجوانب الفسلجية والنفسية. فان المراحل أ، ب، ج يمكن أن تصور لنا تماما المراحل النفسية نفسها لتكون هي ذاتها (أ، ب، ج) ذلك بالنسبة للغالبية العظمى من البشر- فالطاقة الفسيولوجية والطاقة النفسية لا يمكن فصل أحداهما عن الأخرى، من هنا فأن الاستنزاف الذي يحس به فيزيقيا أو جسديا نتيجة لضغط يؤدى إلى استنزاف نفسي أكبر، والعكس بالعكس. ولكن قلة من الأفراد تستسلم نفسيا بمجرد إحساسهما بالإشارة الأولى بوصفها إنذاراً فسيولوجياً، أما في الطرف الآخر، فنجد القليل القادر على الاستمرار لأبعد من مرحلة الانهيار الجسماني، وهم الذين لديهم القدرة الأكبر على التحمل الذي يعزى إلى ما يسمى ((قوة الإرادة)) Will power.

وفي ضوء التأثيرات النفسية المفيدة أو الضارة للضغط، فأن الأولى تتعلق بجانب أو نقطة تبرز في أثناء تمثيل المرحلة الثانية. (ويرتبط ذلك بتقييم الفرد المعرفي لفائدة العامل الضاغط، وعلى قوة المقاومة لديه، والحاجة للتحدي).

أما التأثيرات الأخرى (الضارة) فهي تستمر حتى المرحلة الثالثة. وهذه التأثيرات الضارة تختلف من فرد إلى آخر، ولكن أكثرها أهمية يمكن تلخيصه على وفق الآتي الذي يصف التأثيرات التي تتم مع عمليات التفكير أو العمليات المعرفية (تأثيرات معرفية)، وتأثيرات تحدث الانفعالات (تأثيرات انفعالية)، وتأثيرات تتضمن جانباً معرفياً بجانب البعد الوجداني بالتساوي (تأثيرات سلوكية عامة)، وأن الأنواع الثلاثة من التأثيرات تتداخل فيما بينها، علماً أن التصنيف هو نوع من التبسيط العلمي أكثر من كونه نزعة نحو الدقة الأكاديمية.

التأثيرات المعرفية للضغط الحاد Cognitive Effects

١- نقص مدى الانتباه والتركيز: يجد العقل صعوبة في أن يظل في حالة تركيز، وتضعف قوة الملاحظة.

٢- ازدياد اضطراب القدرة: يفقد الفرد نسبيا ضبط التفكير، أو ما يفكر فيه أو ما يقال، حتى في منتصف الجملة.
٣- تدهور الذاكرة قصيرة المدى: تتناقص مدى الذاكرة، ويقل الاستدعاء والتعرف حتى على ما هو مألوف.
٤- يصبح من الصعب التنبؤ بسرعة: تقل سرعة الاستجابة الفعلية.
٥- قرارات متسرعة يزداد معدل الأخطاء في ضوئها: ونتيجة لما تقدم تزداد الأخطاء في المهام المعرفية والمعالجات، وتصبح القرارات مشكوكا فيها.
٦- تتدهور قوى التنظيم والتخطيط: يصبح العقل غير قادر على التقييم بدقة للظروف الراهنة، أو التنبؤ طويل الأمد: بالتتابعات المستقبلية.
٧- تزداد الاضطرابات الفكرية والوهم: يصبح اختيار الواقع أقل كفاءة، وتقل عناصر النقد والموضوعية، وتصبح أنماط التفكير مضطربة ولا عقلانية أو غير منطقية.

الأثار الانفعالية للضغط الحاد : Emotional Effects

١- يزداد التوتر الفسيولوجي والنفسي: تقل القدرة على انسجام واسترخاء العضلات.
٢- يزداد معدل الوساوس: ينزع الفرد إلى الشكوى التخيلية، بجانب الاضطرابات الواقعية، ويختفي الإحساس بالصحة والسعادة.
٣- تحدث تغيرات في السمات الشخصية: يتحول الأفراد الذين يتسمون بالدقة إلى أناس غير مبالين ومهملين، ويتحول الذين يتسمون بالحرص إلى غير مكترثين، والديمقراطيين إلى متسلطين.
٤- تزداد المشكلات الشخصية: يزداد معدل القلق، ويصبح الفرد أكثر حساسية وعدوانية.
٥- تضعف القيود الأخلاقية والانفعالية: يقل التحكم في رموز السلوك ويقل التحكم في الدفاعات الجنسية (أو على العكس يصبح الفرد أكثر جمودا على نحو غير مطلوب) مع تزايد النوبات الانفعالية.
٦- يظهر الاكتئاب والعجز: تنخفض بشدة حيوية الفرد، ويزداد الإحساس بالعجز تجاه تأثير الأحداث أو المشاعر المرتبطة بها.
٧- ينخفض الإحساس بتأكيد الذات: ينمو الإحساس بالعجز أو اللاكفاءة، وينمو الشعور بعدم القيمة بشكل حاد.

الأثار السلوكية العامة للضغط الحاد:

١- تزايد مشكلات الكلام: تزداد المشكلات المتمثلة في التلعثم والتأتأة والفأفأة، وقد تظهر عند أفراد لم تكن لديهم مثل هذه المشكلات.
٢- نقص الميول والحماس: يتخلى الفرد عن أهدافه الحياتية، وقد يتوقف عن ممارسة هواياته، وقد يتخلص من أمتعته أو ممتلكاته.

٣- يزداد سوء استعمال العقاقير: يصبح واضحا ميل الفرد لتناول الكحول والكافيين أو مواد نيكوتينية، سواء بطرق شرعية أو غير شرعية.
٤- ينخفض مستوى الطاقة: تنحدر مستويات الطاقة، وقد تنقلب بطريقة ملحوظة من يوم لآخر ولسبب غير واضح.
٥- تضطرب عادات النوم: يعاني الفرد من مشكلات النوم.
٦- يزداد عدم الاطمئنان أو الشك: يزداد الميل لإلقاء اللوم على الاخرين.
٧- تجاهل المعلومات الجديدة: يميل الفرد إلى الرفض المستمر حتى للضوابط المفيدة أو التطورات الجديدة فيردد ((أنني مشغول جدا لدرجة أني لا أستطيع الاهتمام أو التعامل مع أشياء مثل هذه)).
٨- توزيع المسؤوليات على الآخرين: يزداد الميل لإعادة رسم الحدود، مع إقصاء الواجبات المكروهة من أعماله أو اختصاصاته.
٩- حل المشكلات بأسلوب سطحي: يتبنى الفرد حلولا غير نهائية وقصيرة الأجل ويتخلى عن محاولة البحث في عمق وجذور المشكلة، وفي بعض الأحيان يستسلم الفرد لأي حلول.
١٠- تبرز الأنماط السلوكية الشاذة: يطفو السلوك ذو الطابع الشاذ والغريب ويتسم بعدم التوقع ولا يناسب الموقف.
١١- ربما محاولة التهديد بالانتحار: حيث تظهر عبارات مثل (لكل شئ نهاية) وحماقات متعددة.

أن حدوث أو وقوع هذه التأثيرات بمستوى معين يختلف من فرد لآخر، قليلاً جدا من الناس حتى في أقسى حالات الضغط سوف لا يظهر عليهم كل ما تقدم من تأثيرات، كما أن درجة أو حدة هذه التأثيرات تختلف من شخص إلى أخر، ولكن ظهور هذه الأعراض يشير إلى أن الفرد قد وصل أو في طريقه إلى الوصول لاضمحلال قواه التكيفية العامة. فمن الممكن القول أن هذا يمثل أشارة خطر.

أنموذج التفاعل للضغط Interaction Model:

يحاول هذا الأنموذج الجمع بين الأنموذجين السابقين في تفسير الضغط عن طريق التفاعل بين الفرد والبيئة وقدرته على التوافق ، وقد أكد ولسون (Wilson) وزملاؤه (١٩٨٥) التفاعل بين الفرد وبيئته وذلك عن طريق إدراك الفرد بان حدثاً ما سوف يشكل تهديداً له ، ويصبح هذا التهديد بمثابة ضغط عليه، وعندها يحتاج إلى السيطرة على ردود الأفعال الجسمية والاضطرابات الانفعالية والإدراكية والتكيف للتعامل معها ، وتعتمد ردود الأفعال هذه مدى إدراك الفرد للضغط الذي يهدده ، وعلى وفق هذا الأنموذج فان أي حدث، لكي يشكل عامل ضغط على الفرد، لابد أن يتوافر فيه شرطان:-
أولا. أن يدرك الفرد أن هناك تهديداً لحاجاته المهمة أو دوافعه.

ثانيا.أن يتمكن من التكيف مع هذه العوامل الضاغطة، وتؤكد وجهة النظر هذه طبيعة العلاقة بين المنبهات البيئية (المتمثلة بأحداث الحياة الضاغطة) وردود أفعال الفرد (الجسمية أو الانفعالية والمعرفية) وتعد عناصر حيوية في فهم الضغوط وتفسيرها. فإذا ما أدرك الفرد أن الحدث الواقع في البيئة يشكل تهديداً لحاجاته الشخصية المهمة أو دوافعه فانه يمثل عامل ضغط ،وعليه فان الفرد يختار استجابة لهذا المثير (العامل الضاغط) ويكون ذلك على شكل سلوك قد يكون خاطئاً كالإدمان على الكحول مثلاً أو يكون السلوك صحيحاً يتمكن الفرد عن طريقه أن يتجاوز الموقف الضاغط .

ويعتمد ذلك على قدرة الفرد على التوافق لمثل هذه الأحداث. لذا فان حجم الضغط الذي يشعر به الإنسان يعتمد الموازنة بين متطلبات العوامل الضاغطة والمهارات اللازمة للتوافق معها.

والضغط إذن بحسب هذا الأنموذج هو أية قوة أو متغير يشكل عبئاً على الجسم (سواء أكان هذا المتغير داخلياً فسلجياً أم اجتماعياً نفسياً) والاستجابة له، وان ردود الأفعال لهذا الضغط تعتمد كيفية أدراك الفرد أو تقويمه للأذى أو التهديد الذي يواجهه.

النظريات التي فسرت الضغوط الصدمية:

تتعدد وجهات النظر في تفسير أسباب اضطراب الضغط الحاد نوجز أهمها بالتالي، علما أن تفسير وجهات النظر هذه هي مشابهة لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية PTSD ماعدا بعض الأعراض والمدة الزمنية:

نظرية التحليل النفسي (Psychoanalytic Theory):

عَدَّ فرويد صدمة الولادة وما يصاحبها من إحساس الوليد بالاختناق أولى تجارب القلق في حياة الإنسان. ثم عاد وتناول موضوع العصاب الصدمي في مناسبات مختلفة. فمنذ ١٨٩٥ وفي كتاب (دراسات في الهستيريا)، ومن ثم بعد الحرب العالمية الأولى في كتاب (ما وراء مبدأ اللذة) (١٩٢١) وفرويد لا ينكر مفهوم العصاب الصدمي، بل انه اعترف به قبيل وفاته. وترتكز نظرية فرويد في تفسير العصابات على أنها تعود اصلاً إلى العقد النفسية الطفولية ، وهكذا فان مبدأ العصاب الصدمي الناجم عن صدمة نفسية حديثة العهد (ولا علاقة لها بالطفولة) يتعارض نظرياً مع طروحات التحليل النفسي. ومع انه اعترف بوجود هذه العصابات وسماها (العصابات الراهنة)، إلا انه عدها شواذ القاعدة التحليلية وغير قابلة للشفاء بالعلاج التحليلي الذي يركز جهوده على العقد الطفولية.

اهتمت مجموعة من العلماء أمثال هارتمان (Harttman)، وكريس (Kriss)، وليوفنشتاين (Leownstein))، ورابا وآنا فرويد (Anna Freud) وفروم (Fromm)، وايركسون (Erikson) وغيرهم بأعمال فرويد الأخيرة وركزوا (بصفة خاصة) على الدور المركب للانا في الشخصية.

وعلى الرغم من أن هؤلاء العلماء لم يقللوا من أهمية الغرائز، ولم يرفضوا فكرة الطبيعة الحتمية للسلوك، إلا أن أعمالهم تمثل انتقالاً من الاهتمامات الفرويدية الأولية إلى جوانب أخرى من الشخصية، فاهتموا بالأنا أكثر من الهو وبالعمليات الثانوية أكثر من العمليات الأولية.

لقد حاول هوروتز (Horowitz, 1986) تفسير هذا الاضطراب بنظرية نفسية دينامية خلاصتها أن الحادث الصدمي يمكن أن يجعل الفرد يشعر أنه مرتبك تماماً، ويسبب له الفزع والإنهاك. ولان ردود الفعل هذه تكون مؤلمة فان الفرد يلجأ إلى كبت الأفكار الخاصة بالحادث الصدمي أو قمعها عمداً. غير أن حالة الإنكار هذه لا تحل المشكلة، لان الفرد لا يكون قادراً على أن يجعل المعلومات الخاصة بالحادث الصدمي تتكامل مع معلوماته الأخرى، وتشكل جزءاً من الإحساس بذاته ، ويبدو أن الجانب القوي في التوجه النفسي الدينامي لهوروتز انه استطاع بطريقته فهم بعض الأعراض الرئيسة في هذا الاضطراب (PTSD).

أعاد المحللون في ميدان الاضطرابات السيكوسوماتية (نظرية السيكوسوماتيك التحليلي) طرح موضوع العصابات الراهنة. وكان مدخلهم في ذلك إعادة قراءة (لحالة دورا) تلك المريضة المشهورة التي عالجها فرويد وكتب عن حالتها كتاباً ما يزال مستعملاً في تعليم التحليل النفسي. لقد تعمق هؤلاء المحللون في دراستهم لحالة دورا فرأوا إنها كانت تعاني من عصاب هستيري (كما قال فرويد) ولكنها كانت تعاني من مشكلات عصابية أخرى تنتمي إلى ميدان العصابات اللانمطية. وهذه العصابات هي المسؤولة عن الاضطرابات السيكوسوماتية (الجسمية - النفسية) لدى دورا. ومن هنا جاءت تسمية هذه العصابات بالسيكوسوماتية ، وهم يقسمون هذه العصابات إلى العصاب السلوكي، والعصاب الطبائعي ، ويقول المحللون أن المصاب بهذه العصابات يكون اقل قدرة على تحمل الصدمات وذلك بسبب خلل جهازه النفسي المسؤول أصلا عن إصابته بالعصاب، ومن الممكن أن يصل إلى حدوث الموت.

النظرية الحياتية (البايولوجية) (Biologiccal Theory) :

أولاً. الوراثة:

يقوم هذا التوجه على افتراض أن هناك عوامل وراثية (Genetic factors) تؤدي إلى حدوث اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ، ولقد تم التحقق من هذا الافتراض بإجراء دراسات متعددة على التوائم فلقد وجد (Skre et al.1993) اتفاقاً اكبر في اضطراب (PTSD) بين التوائم المتطابقة (Identical twins) بالمقارنة مع التوائم المتآخية (Fraternal twins) .واستنتج (skre) وزملاؤه أن "النتائج تدعم فرضية مساهمة الوراثة في تسبيب (Causation) اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD)".

ولقد توصل ترو وآخرون١٩٩٣ إلى الاستنتاج نفسه في دراسة أجروها على عينة اكبر من التوائم استهدفت التعرف على التأثيرات التي يحدثها التعرض إلى المعارك. فوجدوا أن نسبة الاتفاق كانت اكبر بين التوائم المتطابقة مقارنة بالتوائم المتآخية. وكانت معاملات الارتباط لأعراض الاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية يتراوح مابين (+٠.٢٨ إلى ٠.٤١) في التوائم المتطابقة، فيما تراوحت هذه المعاملات بين التوائم المتآخية مابين (+٠.١١ إلى +٠.٢٤).

وعن طريق مراجعات الأفراد، الذين تعرضوا إلى المعارك، بهدف العلاج، توصل فاو Foa وجماعته إلى أن ما يقرب من ثلثي الأفراد المصابين باضطراب ما بعد الضغوط النفسية بسبب تعرضهم إلى المعارك، ينتمون إلى عوائل فيها أفراد مصابون باضطرابات نفسية، وتكون قابلية أو شدة تأثرهم النفسي بالأحداث الصدمية عالية. فتؤدي به إلى الإصابة باضطراب (PTSD).

ثانياً. العوامل الحياتية الكيميائية (Biochemical Theory) :

لقد افترض عدد من المنظرين (Krystal et al.,1989) أن التعرض لحادث صدمي (Traumatic event) يؤدي إلى إلحاق الضرر بجهاز ونظام إفراز الغدة الكظرية ، وتحديداً إلى زيادة في مستويات النورادرينالين (Noradrenaline) والدوبامين (Dopamine) وزيادة مستوى الإثارة الفسيولوجية، فينجم عن هذه التغيرات استجابة مروعة من الخوف والجفلة تظهر على الفرد بشكل سريع.

وطرح العالم النفساني كلوس ميكزيك في مؤتمر الجمعية الأمريكية النفسية السنوي الذي انعقد في مدينة بوسطن عام ١٩٩٩ بحثاً حول تبدل كيميائية الدماغ على المستوى الجيني . فعندما تتفاعل الفئران أو الجرذان – وافتراضاً أيضاً البشر، فان هذه الخبرة تبدل كيميائية الدماغ على المستوى الجيني.

أن مثل هذه النتائج لها مضامين مهمة في الأبحاث التي تجري على الإنسان ذلك لأنها تزودنا بالعلاقة الكائنة بين سوء استعمال الأدوية النفسية أو المخدرات والعدوان، وأيضا توضح لنا تأثير البيئة في صياغة السلوك.

كما اكتشفوا أن مستويات الناقلين العصبيين الدوبامين والسيروتونين تزيد أو تقل في المستوى في مناطق معينة من الدماغ لدى الحيوانات المنتصرة والمهزومة.

ووصف العالم كلوس ميكزيك أيضاً ما اسماه النوبات العدائية (Aggressive episodes) بتأثيرها على الأمينات الدماغية والتعبير الجيني (gene expression) إذ لاحظ انه بعد المواجهة المباشرة للخطر لدى الفأر، وفي أثنائه، يشعر بألم اقل مما كان عليه هذا الألم قبل الانهزام. ولكن بعد مضي أيام وأسابيع يصبح الحيوان أكثر حساسية في شعوره بالألم.

كذلك وجد انه عن طريق التعرض للهجوم وبعد أن تنهزم حيوانات التجربة فإنها تبدي احساساً اقل بالألم ، وعند معاينة نسيج دماغ هذه الحيوانات

بعد نصف ساعة من تعرضها للهزيمة أو للتهديد ، وجد الباحثون تعبيراً للجين المسمى (C-fos) بنسبة تعادل مرتين أو ثلاث مرات منه .

وتوصل عن طريق التجربة إلى أن شيئاً ما يحدث في الدماغ نتيجة لخبرة مهمة فردية. فبهذه التبدلات في الكيميائية العصبية الدماغية ليست فقط شاملة وطويلة الأمد بل نوعية في بعض المناطق في الجهاز العصبي المركزي، ولكنها -أي التبدلات- تبدو مهمة على المستوى السلوكي فيما يتعلق بالقضايا المتعلقة بتحمل الأدوية المخدرة وسوء استعمالها.

وعند قياس النشاط الكيميائي للناقلين العصبيين الدوبامين والسيروتونين وجدوا أن المستويات العالية من الدوبامين والمستويات المنخفضة من السيروتونين تكون مقرونة بالسلوك العدواني عند الحيوان والإنسان على حد سواء.

أن هذه النتائج تؤكد على أثر الخبرة في صياغة السلوك. فالخبرات المهمة، مثلاً خبرات الهزيمة والعدوان أو الخبرات الفردية يمكن أن تحدث تبدلات كبيرة وطويلة الأمد على مستوى كيميائية الدماغ. ففي دقائق عدة نجد انطلاق التعبير الجيني الذي ذكرناه ليؤدي فعله حيث التبدلات التشريحية العصبية قد ظهرت ومن ضمنها تحمل الدواء المخدر والحساسية الناجمة عن تناول مقادير أعلى من المخدر مثل استعداد الحيوان للقتال وللأمراض المصاحبة للشدة .

وإذا ما أردنا أن نعمم هذه الآلية على كيميائية دماغ الإنسان نجد الدور المرضي لمشاعر العدوانية أو الهزيمة والاحباطات على الصحة النفسية للإنسان وهذا يمكن تعميمه على الأمم والشعوب في الحكم على صحة أفرادها وشعوبها النفسية عندما تتعرض للعدوان أو للهزيمة أو تكون مهددة بالعدوان. وتلك كلها هي ضغوط نفسية .

ولقد توصلت الدراسات التي أجريت على الحيوانات عند تعريضها للضغوط، وكذلك الدراسات السريرية التي أجريت على الإنسان ، إلى أن أنظمة النواقل العصبية* (Neurotransmitter systems) لها علاقة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. وتشمل النواقل العصبية النورابنفرين (Norepinphrine) والدوبامين (Dopamine) والمورفينات الذاتية** (endogenous Opiate) ومستقبلات البنزودايازيبن (Benzodiazepine)، وكذلك محور ما تحت لمهاد(Hypothalamic) - النخامي (Pituitary) - الكظري (Adrenal Axis) .

وقد توصلت الدراسات السريرية إلى أن نظام النورادرينالين (Noradrenergic) والمنظومة الافيونية (Endogenous opioids) ومحور ما تحت المهاد - النخامي - الكظري (Hypothalamic, Pituitary-Adrenal Axis) تكون مفرطة الفعالية والنشاط عند المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.

كما توصلت نتائج الدراسات الأخرى إلى وجود النشاط والاستجابة المتزايدة للجهاز العصبي اللاإرادي (التلقائي) (Autonomic nervous system) عند المرضى المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية عن طريق ضربات القلب المتزايدة وقراءات ضغط الدم. وكذلك عبر اضطرابات النوم التي توصلوا إلى معرفتها باستعمال جهاز تخطيط الدماغ *(EEG).

وتفيد الدراسات بوجود بعض الأدلة التي تدعم هذه النظرية الحياتية (البايولوجية). فلقد وجد كوستين وزملاؤه (Kosten et al, 1987) أن مستوى النورادرينالين والأدرنالين كان عالياً لدى المرضى باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD). وكان كولك وزملاؤه (Kolk et al, 1985) قد وجدوا زيادة في مستويات الدوبامين والنورادرينالين لدى الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب. وأشارت دراسات أخرى إلى زيادة في ضربات القلب وارتفاع في ضغط الدم وزيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي لدى المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. وتوصلت دراسات أجريت على حيوانات، عند تعرضها للضغوط، إلى أن الموصلات العصبية يضطرب عملها لدى الأفراد المصابين بهذا الاضطراب .

ويستنتج Eysenck من استعراضه لعدد من الدراسات بان المرضى المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية يختلفون فعلاً عن الأفراد العاديين في القراءات الخاصة بالمقاييس الفسيولوجية والبايوكيمياوية ، ومع ذلك –يضيف ليزنك- فان هذه التغيرات الحياتية لا ترينا بأنها السبب في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) ، وان التوجه الحياتي (البايولوجي) يحتاج إلى توسيع اكبر يأخذ بالحسبان الفروق الفردية في التحسس إلى أو قابلية الإصابة بهذا الاضطراب.

ثالثاً. المناعة النفسية Psycho immunology:

هناك فرضية جديدة تربط الحالة النفسية بالبيولوجيا (الضغط وعلم المناعة)، وخلاصتها أن الجهاز المناعي لدى الأفراد الذين تظهر عليهم اضطرابات نفسية بعد الكارثة يكون ضعيفاً. وان ضعف المناعة النفسية يجعل الفرد غير قادر على مواجهة كارثة أو حادث صدمي. ويبنى الافتراض على أساس وجود علاقات بين الجهاز العصبي والجهاز الهرموني وجهاز المناعة .

وتعتقد إليزابيث موسون (E.K. Moussong) بان سبب ظهور الاضطراب النفسي بعد الكارثة يعود إلى الجهاز المناعي للأفراد ، إذ قامت بتحليل الآثار الحيوية والنفسية والاجتماعية المعقدة بشكل منهجي ، وكتبت موسون ١٩٦١، بصفتها عضواً في فريق هنكاري لدراسة آثار الاعتقال على أسرى الحرب العالمية الثانية تقريراً قدمته في ليبج بلجيكا ، وتناول التقرير وصفاً لبعض الشذوذ الذي لاحظته في التخطيط الدماغي لقسم من هؤلاء

الأسرى ، وكان هذا الشذوذ مصحوباً بعلائم اختلال التوازن النفسي- المناعي واضطراب المزاج.

مما لاشك فيه أن الأحداث الضاغطة تكون غالباً منشأ العديد من الأمراض (كالقرحة وارتفاع الضغط والانهيار) فضلاً عن دلائل كثيرة تجمع على أن الضغط يؤثر على قدرة الجسم على مقاومة الالتهابات والأورام (أي على جهاز المناعة) ، كما أن هناك دراسات تدل على أن الأشخاص ضعيفي القدرة على مواجهة الشدة يظهرون استجابات مناعية ضعيفة تجاه اللقاح وانخفاضاً في عدد الخلايا الدفاعية الطبيعية (القاتلة للميكروبات) وفي نشاطها ، كما أن إنتاج الخلايا اللمفاوية (Lymphocytes) للأجسام المضادة يكون أدنى لدى ضعيفي القدرة منه لدى الذين يملكون قدرة قوية على المواجهة ، ومنذ أن أثبتت الدراسات التجريبية وجود تفاعلات مزدوجة بين الدماغ - وبين الضوابط المناعية، أصبح موضوع الضبط النفسي - العصبي - الغددي المناعي محوراً للأبحاث الدائرة حول الضغط وانعكاسه ، وقد ثبت أن الأحداث الضاغطة تتسبب في إطلاق افيونات المخ (الاندورفين) من مصادر مركزية (واقعة في الدماغ) ومحورية (خارج الدماغ) مما يتسبب في قمع ردود الأفعال المناعية لدى ذوي القدرة المحدودة على المواجهة ، فكلما ازدادت هذه القدرة انخفض إفراز الاندورفين ، وفي المقابل يمكننا ملاحظة انخفاض إنتاج النورادرينالين (في الدماغ الأوسط للحيوانات) في أثناء مرحلة النشاط الأقصى لرد الفعل المناعي (نتيجة للضغوط المناعية التي يطلقها جهاز المناعة).

النظرية السلوكية (Behavioral Theory):

يؤكد العلماء السلوكيون على العوامل البيئية وأهمية التعلم بنوعيه (الاشتراط الكلاسيكي والاشتراط الإجرائي) في تحديد السلوك بنوعيه، السوي وغير السوي، واللذين يخضعان لقانون واحد هو التعلم.

وبناءً عل هذه النظرية يكون الحدث الصدمي بمثابة منبه غير مشروط (Unconditional Stimulus) يظهر الخوف والقلق مقرونا بالاستجابة اللاشرطية أو الطبيعية (Unconditional Response) ويصبح المنبه غير الطبيعي (خبرة ما اقترنت بالحدث الصدمي مثل الأصوات العالية أو سيارات الإطفاء وغيرها من المثيرات) منبهاً مشروطاً تظهر الاستجابات العاطفية المشروطة المتمثلة بالخوف والقلق(Conditional Emotional Response) التي يشعر المريض بسببها بعدم الراحة، وتؤدي به إلى أن يسلك سلوكاً تجنبياً سلبياً.

وعلى أساس هذا الافتراض أجريت دراسات متعددة من بينها دراسة كين وجماعته على وفق المنهج ألاشتراطي في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) فان الاشتراط الكلاسيكي في زمن وجود حادث صدمي، يتسبب في اكتساب الفرد استجابة خوف شرطية لتنبيه طبيعي (غير مشروط).

النظرية المعرفية (Cognitive Theory):

يقوم المنظور المعرفي على افتراض أن الاضطرابات النفسية ناجمة عن تفكير غير عقلاني فيما يتعلق بالذات وأحداث الحياة والعالم بشكل عام.

وعلى أساس هذا الافتراض، وضع فوا (Foa) وزملاؤه نظرية معرفية في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، خلاصتها أن الأحداث الصدمية تهدد افتراضاتنا العادية أو السوية (Normal) فيما يتعلق بمفهومنا للامان ومن هو الآمن.

ويعتقد ليتز وكين (Litz & Keane) أن الأفراد المصابين بالاضطراب يعانون من خلل في شبكة المعلومات الخاصة بالصدمة Trauma network (الإدراك) فيؤدي هذا إلى معالجة الفرد للمعلومات بصورة خاطئة بحيث يعي الفرد المصاب الأشياء المهددة على نحو مبالغ فيه، ويقوم بتفسير بعض الأشياء والتلميحات المبهمة على أنها تهديد ولذلك يصبح من السهل إثارة غضبه ويتسبب ذلك في سلوك تجنبي.

وبحسب رؤية هورويتز (1977) (Horowitz) للضغط فان الأحداث الصدمية تحدث اضطراباً لإدراك الفرد للواقع، وقد أشار إلى أن الناجين من الضغوط الصدمية

وبحسب رؤية هورويتز (1977) (Horowitz) للضغط فان الأحداث الصدمية تحدث اضطراباً لإدراك الفرد للواقع، وقد أشار إلى أن الناجين من الضغوط الصدمية يعانون من الأعراض في مراحل معينة لاسيما الأشخاص الذين اظهروا تأخرا في إدراك واستيعاب وفهم الحادث ، وأكد أن رد الفعل المباشر قد يكون عبارة عن اضطراب عاطفي يعقبه رفض التصديق وخدر في الأحاسيس. وقد يحدث بعد ذلك مرور الفرد بفترات يعاني فيها من أفكار أو صور أو مشاعر اقتحامية وفتور عاطفي وأحاسيس مستمرة بالرفض وخدر المشاعر وتغيرات في السلوك. وتعد كل هذه آليات دفاعية ذاتية ناتجة عن عدم أدراك الفرد للحقائق بشكل كامل.

لقد وسع كل من جانوف Janoff وبلمان 1985 Bulman هذه النظرية، موضحين على نحو أدق بان الأحداث الصدمية تنتج حالة عدم التوازن التي تتصف بالضغط والقلق الشديدين والناتجة عن عدم أدراك الفرد للصدمة وعدم توقعه لها. فالمصاب لا يستطيع أن يدرك ويستوعب الحادث.

وعلى وفق هذه النظرية فان الحدث الصادم، يدرك على انه معلومة جديدة وغريبة عن المخطط الإدراكي، أي غير موجودة في الذاكرة لكي يتم التعامل معها. فالفرد لا يكون مهيئاً لمواجهة تلك الأحداث الصدمية لأنها تقع خارج مدى الخبرة الإنسانية الاعتيادية وبالتالي فهو لا يتوقع حدوثها. وعند حدوثها فأنها تكون غريبة على ذلك المخطط بحيث لا يملك الفرد وسائل للتعامل معها وبذلك تهدد الفرد ويضطرب سلوكه. ولكي يتمكن الفرد من استعادة توازنه

يجب ان يستوعب تلك الصدمة داخل المخطط الإدراكي عن طريق معرفة الوسائل التكيفية الصحية المناسبة لتلك الصدمة فيؤدي ذلك إلى خفض تدريجي لتأثيرات الصدمة. أما إذا لم يتمكن الفرد من استيعاب وتمثل الصدمة فان تأثيرات تلك الأحداث ستبقى داخل مخزن الذاكرة النشط وتبقى معرضة للظهور.

العوامل الاجتماعية (Social factors):

يرى بعض الباحثين أن احد العوامل التي تساعد في تحديد ما إذا كان فرد ما، سبق وأن تعرض إلى حادث صدمي، سيصاب باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية أم لا، على مدى حصول هذا الفرد على الإسناد الاجتماعي.

وقد توصل سولومون وزملاؤه (Solomon , Mikulincer and Avitzur, 1988) في دراستهم التي أجروها على الجنود الإسرائيليين الذين اشتركوا في الحرب اللبنانية، أن الأفراد الذين حصلوا على مستويات عالية من الإسناد الجماعي، كانت لديهم أعراض قليلة من أعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD). وان الجنود الذين اظهروا عدداً قليلاً من أعراض هذا الاضطراب، كانوا قد حصلوا في ثلاث سنوات على أفضل إسناد اجتماعي ، ويشير ايزنك إلى أن هنالك دراسات أخرى توصلت إلى النتيجة نفسها.

نظرية التعلق Attachment Theory:

ركزت هذه النظرية على الارتباط العاطفي ذي المنشأ البايولجي بين الوالدين وبين الطفل. وبحسب دراسة بولبي ١٩٦٩ فان الحاجة الإنسانية إلى ارتباط عاطفي عميق ينشا من اجتماع عوامل متعددة تشمل التنشئة الاجتماعية، والتركيب الوراثي، والمحتوى البايولوجي الذي يدفع (الطفل) إلى الارتباط العاطفي والالتصاق بمانحي الرعاية له (الوالدين)، وذلك من اجل حمايته ووقايته. إذ يمنح الوالدان إشارة السلامة والفرصة للطفل بان يكتشف العالم المحيط به من دون الإصابة بأذى أو خوف.

وعند تعرض الفرد إلى المواقف المتسمة بالأذى أو الصدمات فأنها تتحدى إشارة السلامة هذه فينشا صراع عاطفي يتطلب من الطفل أن يقوم بمناورات نفسية ليعيد تكوين إحساسه بالأمان والسلامة. وحين لا تنجز هذه العملية بسهولة فقد يتبع ذلك القلق والاكتئاب.

ويرتبط التأثير الأقصى لهذا الصراع بصعوبة تكوين العلاقات الاجتماعية بمرحلة البلوغ. وقد ينجم عن ذلك صعوبات أو خوف من الاختلاط بالآخرين وإقامة علاقات صداقة معهم.

أنواع الأساليب الإرشادية والعلاجية المستخدمة للضغوط :

أ. اعادة التوازن: خلال العقود الأولى من القرن الماضي قدم (فرويدS. Freud) إسهامات رائدة في دراسة سلوك الإنسان وعلاج الاضطرابات العاطفية، ووضع الأسس للنظر إلى الإنسان بكونه كائناً معقداً وقادراً على اكتشاف

ذاته وعلى التغيير، وأوضح الأثر العميق لخبرات الحياة المبكرة على النمو في المراحل التالية لها، ووجد فرويد أن الناس يمكنهم حل الصراع النابع من الأحداث الأليمة في الطفولة ومن ثم يمكنهم أن يعيشوا بشكل أفضل.

أما التحليل النفسي – وهي طريقة العلاج التي طورها فرويد قد بينت أن النسق الثلاثي للشخصية: الهو، والانا، والانا الأعلى يجب أن يبقى في حالة توازن (equilibrium) ليتجنب آليات الدفاع غير الصحية، التي غالباً ما تؤدي إلى المرض النفسي. وعلى الرغم من إفادة نظرية الضغط من مفهوم التوازن، إلا أن هناك اعتراضات كثيرة على مفهوم الحتمية النفسية في النظرية الكلاسيكية للتحليل النفسي، فقد بنى هذا المفهوم على فكرة مؤداها أن خبرات الطفولة المبكرة هي التي تقرر شخصياتنا ومشكلات الحياة التي ستواجهنا فيما بعد.

لقد بنيت وجهات نظر علماء نفس الأنا عن المشاكل الإنسانية على دراسة الأفراد العاديين بدلاً من الأفراد المضطربين وركزوا على قدرة الإنسان على التعلم والنمو طوال الحياة، وقد استفادت نظرية الأزمة من جهود هؤلاء العلماء، ومن كل التطورات التي حدثت في نظرية سيكولوجيا الأنا، وفي بناء الأساس الفلسفي لها.

ب. العلاج الموقعي (الطب النفسي العسكري) (Military Psychiatry): في أثناء كل من الحرب العالمية الثانية، والحرب الكورية، كان علاج الجنود الذين تواجههم مواقف صعبة ضاغطة يتم في مواقعهم نفسها في الخطوط الأمامية لميدان المعركة كلما أمكن ذلك؛ بدلاً من إعادتهم إلى أوطانهم للعلاج في مستشفيات الطب النفسي.

وكشفت الدراسات إن هؤلاء الجنود استطاعوا العودة إلى واجبهم القتالي بعد تلقيهم مساعدة سريعة (أي تدخل في موقف الأزمة) فردية أم جماعية.

ويفترض المدخل الخاص بالطب النفسي العسكري، إن ميدان القتال هو المجال الطبيعي للجندي، وان الجندي سوف يعود لأداء واجبه القتالي على الرغم من المشاكل المؤقتة التي تواجهه ، وعلى الرغم من إن الطب النفسي العسكري يستعمل للتدخل في مواقف الأزمات أساسا للتعجيل بتحقيق الأهداف النامية إلا انه حقق اكتشافاً مفيداً ومهماً في مجال التدخل في مواقف الأزمات كلها.

ج. العلاج النفسي السلوكي – المعرفي: من المعروف أن العلاج السلوكي - المعرفي يأتي في طليعة الممارسات العلاجية المختلفة المدارس في العالم وحتى أن ظلاله بدأت تكتسح أوربا، بينما انكمش العلاج النفسي التحليلي الديناميكي انكماشاً واضحاً في الولايات المتحدة الأمريكية.

تنبع قوة العلاج السلوكي المعرفي من منطقه وعقلانيته ومعطياته التجريبية على الحيوان والإنسان وقابليته للقياس. ولقد لبى هذا النوع من العلاج كل

التوقعات تقريباً المتوقعة والواعدة في الممارسات السريرية في "العصابات" النفسية وبشكل خاص في الاضطرابات الرهابية والسلوكية والعادات الضارة بالصحة، وفي التدبر بالشدائد النفسية والتدريب التحصيني ضد هذه الشدائد وغيرها.

وفي عملية مسحية مقارنة أجرتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي أتضح لها أن نسبة نجاح العلاج السلوكي تجاوزت ٨٠% من الحالات يقابل ذلك فقط من ٤٠-٥٠% من العلاج الديناميكي. ونسبة الانتكاس في العلاج السلوكي لا تتعدى ٧-٩% من الحالات بينما نسبة الانتكاس في العلاج التحليلي الديناميكي بين ٢٠-٣٠% من الحالات.

من هنا جاء رواج العلاج السلوكي- المعرفي على نطاق واسع جداً يماثل رواج العلاج التحليلي حتى بداية الستينات من القرن العشرين.

وهناك دراسة هدفت إلى تطبيق برنامج للعلاج النفسي السلوكي – المعرفي على المجتمع السوري على عينة مكونة من ١٥٢٠ حالة بين عام ١٩٨٩-١٩٩٩.ولم يستطع الباحث مقارنة علاجه بالعلاجات السلوكية المعرفية في البلدان العربية. واستخلص الباحث نجاح هذا العلاج من جهة والصعوبات التي واجهها من جهة أخرى. إذ لاحظ أن نسبة نجاح المعالجة كان ٧٠% من الحالات التي عالجها، وتحسن الأعراض بنسبة ٨٥%، والشفاء بعد متابعة سنة ٥٥%، أما فيما يخص الانتكاس بسبب عدم الاستمرار بالتدريبات بعد انتهاء المعالجة ومنع المريض من المتابعة العلاجية فقد بلغ نسبة ١٧%.

طرق ووسائل المداخلات العلاجية والإرشادية النفسية للمنكوبين والمصدومين من الكوارث الطبيعية والأزمات :

نالت الطرق العلاجية النفسية الطبية السلوكية والمعرفية القدح المعلى في علاج هذا الصنف من الاضطرابات النفسية الصدمية وأكثرها فاعلية ، وتتلخص المداخلات العلاجية بالأخذ بالأساليب الآتية:

أ. العلاج النفسي الجماعي والفردي الداعم المعرفي:

Individual and group supporting cognitive psychotherapy:

يستهدف هذا العلاج (الإرشاد النفسي الجماعي)، الذي يقوم به المعالج، تقديم الدعم النفسي للمنكوبين الكبار (نسوة ورجال) لتقوية الأنا، ورفع مستوى التحمل للمصيبة أو زيادة الفاعلية الذاتية في مقاومة الأفكار الكارثية التي تكون عادة محور تفكير المصدومين وأحاديثه مع ذاته التي هي المسؤولة عن تخليد واستمرار الاضطراب النفسي بأشكاله المختلفة كالقلق والاكتئاب والوساوس وغيرها.

ويطلب المعالج أو المرشد النفسي في جلسات جماعية أن يفصح كل مصدوم عن الأفكار المزعجة التي تراوده وتسيطر على تفكيره أمام رفاقه ومن ثم يحدد

له محتوى التفكير الذي يسبب له الاضطراب النفسي ومن ثم يلجأ المعالج إلى طرح الأفكار البديلة المناهضة للأولى التي عليه أن يرددها ويكررها والمناهضة للاضطراب النفسي الذي تحدثه الأفكار الانهزامية الكارثية. فالمعالج يسعى إلى تبديل بنية المريض المعرفية، المسببة للاضطراب النفسي، أي إكسابه المهارات المعرفية المناهضة للتفكير الكارثي ، وعن طريق هذا التدريب الجماعي الذي فيه يطرح كل المصدوم أفكاره التي تزعجه، يكتسب الأفراد بفعل هذا التفاعل التدريبي الجماعي الأفكار الجديدة التكيفية التي تضعف اضطراباتهم النفسية.

أن تكرار المريض في تدريباته الذاتية الأفكار الجديدة يومياً ولمدة يحددها المعالج (cognitive rehearsal) تجعله أكثر استبصاراً بالواقع، وهذا ما يضعف إلى حد بعيد اضطرابه النفسي الناجم عن التفكير الكارثي المولد لمشاعر القلق واليأس والاكتئاب. وتطبق هذه التقنية العلاجية على المستوى الفردي حينما يتطلب العلاج ذلك.

قام ليندمان (Lindman.E) عام ١٩٤٤ بدراسة آثار الكارثة التي سببتها الحرائق المروعة في مدينة بوسطن وقتل فيها (٤٩٢) شخصاً، حيث فحص ليندمان تأثير الموت والفقدان (Loss) على الأفراد والأسر وخبرة حرمان الأشخاص من أعزاء عليهم. ووجد ليندمان أن الناجين من هذه الكارثة قد أصيبوا بالعديد من الأمراض النفسية ، وذلك لفشلهم في تخطي عملية الأسى (Process of Griefing) المعتادة التي بين ليندمان إنها تتمثل في الحداد على الشخص المفقود، والمرور بخبرة الألم الذي يسببه هذا الفقدان ومن ثم تقبل هذا الفقدان والتوافق مع الحياة في غياب الشخص أو الموضوع المحبوب، وبين ليندمان أن تشجيع الناس على السماح لأنفسهم بالمرور بهذه العملية الطبيعية للأسى يمكن أن يجنب الأفراد والأسر النتائج السلبية لازمة الفقدان ، وقد أفاد العاملون في مجال الطب النفسي الوقائي من هذه الدراسة وتمكنوا من تطبيق نتائجها على أي فرد يعاني من فقدان مفاجئ أو خطير، وبذلك فان دراسة ليندمان قد أرست لهم القواعد والأسس لنظرية الأزمة المعاصرة.

ب. تقنية إيقاف الأفكار المزعجة الوسواسية: وعلى المستوى الفردي والجماعي يدرب المعالج الأفراد المنكوبين على رصد الأفكار التي تزعجهم، ومن ثم يتعلمون فردياً أو جماعياً أهمية إيقاف هذه الأفكار عن طريق الانشغال بأفكار أخرى سارة ، أي طرد الفكرة ارادياً وإشغال ساحة الوعي بأفكار سارة أو حيادية ، وهذه التقنية من شأنها أضعاف الأفكار الدخيلة الوسواسية للقلق والاكتئاب استناداً إلى مبادئ التعلم إذ تفيد في أضعاف العادات الفكرية عن طريق المنع من تكرار التفكير بها.

ج. تقنية التفريغ الانفعالي للحوادث Abreaction : وهذه التقنية يدرب فيها الفرد على الاسترخاء إذ يحاول المعالج والفرد تحت تأثير الاسترخاء العميق

استثارة الحوادث الصدمية المكبوتة في اللاوعي عن طريق وصفها للمريض ومحاولة تخيلها بشدة وكأن المريض يعيش فيها حالياً.

وبالطبع أن هذه التقنية تحتاج إلى خبرة علاجية، وقد تتم تحت تأثير مادة تخديرية لإزالة المقاومة النفسية للمريض وتحقيق أعلى درجة من استثارة العناصر الصدمة النفسية المكبوتة ، تستخدم هذه الطريقة في معالجة الصدمات النفسية القتالية وصدمات الأسر والاعتقالات.

د.العلاج السلوكي بالتعريض التخيلي للمواقف الصدمية:هذه التقنية فاعلة وتستعمل في علاج المخاوف بأنواعها، إذ يدرب المريض على تخيل الموقف الصادم على وفق أسلوب يتبعه المعالج ويعتمد على إثارة المخاوف بالاسترخاء. ويستمر التعريض على هذا النحو حتى ينخفض قلق المريض إلى الصفر عندما يتخيل الموقف الصدمية المؤلمة.

وتعد الطرق السلوكية المعرفية من الطرق التي أثبتت نجاحها وفاعليتها لأنها تزيل الصدمة النفسية المتعلم بوساطة قوانين التعلم ذاتها.

إن العلاج السلوكي يعتمد باختلاف أشكاله على فكرة أن المرض ناتج عن تعلم نمط سلوكي خاطئ، ويهدف هذا العلاج الى إعادة اشرط أو حل الاشراط السابق الخاطئ. وتسمى هذه الطريقة تعديل أو تحوير السلوك Modification Behavior ، إذ يمكن أن يستعمل لإطفاء الاتجاهات والعادات التي تولد أو تزيد من التوتر الانفعالي ، وبناء اتجاهات وعادات جديدة تحل محل القديمة بطريقة تجعله يتكيف معها .

ومن الطرائق العلاجية السلوكية الأوسع انتشاراً هي طرق السيطرة على الجسم التي تضم عدداً من تقنيات الاسترخاء كالتغذية الإحيائية المرتدة Biofeed Back واليوغا والتأمل والاسترخاء العضلي المتدرج .

وتوجد عدة طرائق للسيطرة على الجسم بوصفها وسيلة علاجية لمقاومة حالات التوتر والانفعال والغضب والقلق وغيرها من الحالات التي يصاحبها توتر عضلي أو أنفعالي في الجسم. وفي أدبيات أخرى تسمى تقنيات الاسترخاء.

والقول بالسيطرة على الجسم لا يعني تبريراً للأفتراض بثنائية العقل والجسم أو تأييداً لحكم العقل على الجسم وإنما يعني التوكيد على العلاقة المتبادلة والمتواصلة بين الجسم والعقل، أو كما عبر عنها ليوتود Lieutod (إن العقل والجسم يمارس الواحد منهما سلطة متبادلة على الأخر غير إننا لا نعرف مداها). وهكذا فإن طرائق العلاج التي تستهدف الجسم إنما تقرّ بمكانة الجسم وأهميته في الحياة الإنسانية، وفي تكوين الشخصية المتكاملة للفرد، وفي الإبقاء على توازنه النفسي وصحته العقلية، عن طريق تقليل التوتر العضلي والأستثاره العصبية الذاتية Autonomic Arousal .

فالإنسان يسلك في محيطه البيئي بوصفه وحدة نفسية وجسمية إذ تتأثر الحالة النفسية بالحالة الجسمية والعكس صحيح في توازن تحت الظروف العادية

لشخصية سوية متوافقة. والجسم يعدّ وسطاً بين البيئة الخارجية وبين الذات بوصفها كياناً نفسياً، ويؤدي الضغط الشديد المزمن وأضطراب الشخصية الى إضطراب هذا التوازن نتيجة للتوترات العصبية التي تحدث ، وان هذه التوترات لاتحدث في فراغ، كما أنها لا تقوم برمتها في دخيلة الجهاز العصبي بل أنها توجد في نطاق جميع أجهزة الجسم. فالتوتر العصبي إذن جسمي في طبيعته وهذا هو السبب في أن كثيراً جداً من الأمراض الجسمية تحدث نتيجةً الصراعات الانفعالية.

ولا يستعيد الناس صحتهم تلقائياً بالتخلص من الصراع الانفعالي لان الصراعات الداخلية تستمر على شكل عادات تتمثل في السلوك الظاهري. فالتوترات تتراكم بطريقة معينة عبر السنين، وتؤثر هذه التوترات - أي التوافقات غير الناضجة فيما بين أعضاء الجسم - في أفكار الشخص ويقوم بتوجيه العقل الى ما يفكر فيه ، ولكي يتسنى للإنسان أن ينهج بطريقة سوية فلابد له من فك التوترات الانفعالية الكامنة تحت تلك الأعراض. لان بقاء هذه التوترات يسبب أعراضا جسمية ويتطور بعضها بحيث يحدث تغيراً دائماً في الأنسجة يصعب شفاؤه.

نماذج التعامل مع الأفراد (المصدومين) وعائلاتهم:

أ. السيناريو الأجتماعي: شبكة المساندة الاجتماعية:تؤكد إستراتيجية تأهيل الأشخاص والأسر ممن خبروا أحداثاً صدمية، على سياسة الصحة النفسية للتعامل مع الأحداث الصدمية والضغوط المتبوعة بصدمة على المستوى المجتمعي والوطني. وهذه تهدف في الأساس إلى تعبئة المصادر المجتمعية المختلفة في إطار نظام شبكي للمساندة الاجتماعية يتضمن الهيئات والمؤسسات والتشريعات والمصادر الثقافية والدينية، وتوظيفها على نحو يساعد الفرد والمجتمع على استعادة فاعليتها.

وتتوقف فاعلية استثمار مصادر المجتمع والثقافة في مواجهة آثار الصدمة النفسية على توظيف شبكة المساندة الاجتماعية Social support network بوصفها مدخلا وظيفيا للاستراتيجيات الوقائية والعلاجية للضغوط التالية للصدمة. وتتضمن المساندة الاجتماعية للمصدوم المكونات الآتية.

أولا. المساندة الانفعالية Emotional support :وتقوم على تزويد المصدوم بالمعلومات التي يستعيد عن طريقها إدراكه لذاته وأدراك الآخرين له بأنه شخص محبوب، وموضع رعاية وتقدير من الآخرين؛ وكذلك توفير الفرص المناسبة أمامه للتعبير عن مشاعره وأفكاره.

ثانيا. تبادل الالتزام Reciprocity of obligation :ويتضمن هذا المكون المساندة وتقديم المعلومات التي تعزز من شعور الفرد بالمعية والمشاركة والانتماء والولاء، وبأنه جزء من نظام للتكافل في المجتمع يقوم على العون والالتزام المتبادلين.

ثالثا. المساعدة الموجهة نحو أداء المهام Task oriented assisstance:وتقوم على تقديم المساعدة المباشرة، وماتتضمنه من تقدير لعامل الوقت ومن المعلومات والمواد.

رابعا. المعلومات المتعلقة بالتعامل مع خبرات الصدمية:

Coping – relatred information

وتتحقق عن طريق توفير معلومات التغذية الراجعة Information feedback عن ملاءمة مخاوف الفرد ومعتقداته وآرائه كرد فعل طبيعي للصدمة، وعن تعديل مخططاته المعرفية.

وبهذه المكونات أو العناصر يحدد سيناريو المساندة الاجتماعية، على أساس انه نظام توفره كل من الأسرة والآخرين المعنيين من الأقارب والأصدقاء والزملاء، ويعني ((الدرجة التي يدرك عندها الفرد انه يمكن أن يعتمد على فرد أو أكثر من اجل المساعدة سواء مساعدة عملية أو مادية ملموسة أو مساعدة انفعالية أو كليهما، وذلك في الأوقات التي تنشأ فيها الحاجة إلى الحصول على المساعدة من الآخرين)).

أما الشبكة الاجتماعية فهي السياق الذي يجري فيه أداء نظام المساندة الاجتماعية لوظائفه؛ وتشير إلى المجتمع الشخصي للمصدوم وعلاقاته بالأقارب والأصدقاء والجيران والمعارف وزملاء الدراسة أو العمل، وغير ذلك من الآخرين المعنيين الذين يتفاعل معهم.

وهنا تبتدئ وظيفية المساندة الاجتماعية إذ تعمل على أنها حواجز أو مصدات تقي الفرد (المصدوم) والجماعة الاجتماعية (الأسرة) من الاضطراب أو الانهيار، أو التخفيف من وطأة تأثير الحدث الصدمي ومن تداعياته، كما تعمل بالتالي على تيسير عملية التكيف وتقوية مهارات المواجهة أو التعامل مع الضغوط.

أما وظائف المساندة الاجتماعية، فيحددها برنامج جامعة بوردو بالولايات المتحدة الأمريكية في خمس وظائف رئيسة تبدو على درجة كبيرة من الأهمية لأي فرد في الأوقات التي تنشا فيها الحاجة إلى المساندة الاجتماعية، ولا سيما للأفراد الذين تعرضوا لأحداث صدمية مثل الأسر والتعذيب ؛ وتشكل هذه الوظائف الأساس لأداة تشخيصية تعرف بـ ((مقياس بوردو للمساندة الاجتماعية)) Purdue Social Support Scale برنامج بحثي واسع. وفي ذلك توجه سيناريوهات المساندة الاجتماعية إلى تحقيق الوظائف الآتية:

أولا. وظيفة المساندة الانفعالية Emotional Support:وهي إبداء الرعاية والارتياح والحب والتعاطف مع الشخص الضحية. وتعني هذه الوظيفة المدى الذي تتوافر لنا عنده قناعة بان الشخص المساند يقف إلى جانبه.

ثانيا.وظيفة التشجيع Encouragement: وتتضمن التقدير والإطراء والمديح وغير ذلك من نواحي المعززات الموجبة التي يقدمها الشخص المساند.

وتعني هذه الوظيفة كذلك المدى الذي يمكن عنده استنهاض الهمة، عن طريق تشجيع الشخص المساند، لدى الأشخاص المصدومين كي يشعروا بالشجاعة والأمل، وكي يغالبوا المواقف الصعبة التي يواجهونها.

ثالثا. وظيفة النصح Advice:وهي عبارة عن معلومات مفيدة لأجل حل مشكلة من المشكلات؛ وهي تعني أيضا المدى الذي يشعر عنده الفرد بالحصول على معلومات أفضل عن طريق التفاعل مع الشخص المساند.

رابعا.وظيفة الرفقة Companionship: وتعني ببساطة مقدار الوقت الذي يقضيه المصدوم أو الأشخاص المصدومون مع الشخص المساند، وكذلك الأشياء أو المهام التي يؤدونها معا ويدركونها على انها مُبْهِجَة أو سارة؛ وبالتالي تعني هذه الوظيفة أيضا ذلك المدى الذي لا نشعر عنده بالوحدة أو العزلة.

خامسا. وظيفة المساندة العملية الملموسة:وتتضمن مصدرا عمليا يقدمه الشخص المساند، مثل تقديم المساعدة في أعمال يومية مختلفة، وتوفير المواصلات، وتقديم أو إقراض النقود، وشراء اللوازم والاحتياجات الضرورية، أو غير ذلك من المساعدة المحددة والملموسة، وبالتالي تعني هذه الوظيفة ذلك المدى الذي نشعر عنده بالتخفيف عن كواهلنا إزاء بعض الأعباء.

تلك وظائف رئيسة يمكن أن تحققها المساندة الاجتماعية للأشخاص الناجين من الكوارث والأحداث الصدمية لان نظام المساندة الاجتماعية يرتبط بوضوح بالاستقرار الانفعالي لدى الناس بصفة عامة وبسرعة الاستشفاء واكتماله لدى الأشخاص ضحايا الأحداث الصدمية بصفة خاصة ولهذا أيضا تعد المساندة الاجتماعية جوهر المساندة الأسرية.

ب. سيناريوهات تفعيل دور الأسرة في مساعدة (المصدوم) (سيناريوهات الزوجة أو الأم بوصفها مرشداً أو معالجاً):

تعمل الأسرة بصفة خاصة ونظام المساندة الاجتماعية الكلي بصفة عامة ظهيراً مضاداً لتأثير خبرات الصدمة على المصدوم وبخاصة اضطراب الضغوط التالية للصدمة؛ وتتحقق إستراتيجية توظيف الأسرة في التعامل مع الضغوط التالية للصدمة عن طريق أساليب عدة؛ من أبرزها استثمار دور المرأة – زوجة أو أما – كي تمارس عملا إرشاديا أو علاجيا مع الزوج أو الابن المصدوم، وبمساعدة وتدريب وتوجيه من اختصاصيين مهنيين. ومن هنا يتأكد ان الأشخاص الناجين من الكوارث والأحداث الصدمية يجاهدون في سبيل التحكم في الانطباعات والذكريات التي تغمرهم وفيما يسميه ((فيجلى)) بالاستقراء الصدمى Traumatic induction وهو دمغ الانطباعات والإحساسات والانفعالات المتعلقة بالخبرة الصدمية وبالشعور بالعجز وبفقدان القدرة على الضبط. ولهذا فان الشخص المصدوم يسعى في مجاهدته إزاء الضغوط التالية للصدمة إلى محاولة الإجابة عن خمسة أسئلة وهي:

.....

أولا. ما الذي حدث لي ؟
ثانيا. كيف حدث ذلك ؟
ثالثا.لماذا أنا ؟
رابعا. لماذا تصرفت بالطريقة التي سلكت بها ؟
خامسا. ما الذي سوف افعله إذا وقعت كارثة أو أحداث أخرى ؟

ويعد ((فيجلى)) الإجابة عن هذه الأسئلة بمثابة ظهير مضاد لتأثيرات الصدمة النفسية وخبرات مدة الصدمة النفسية ولاسيما اضطراب الضغوط التالية للصدمة. وتعبر هذه الإجابات عن عمليات من المجاهدة المعرفية ــ Cognitive struggle لدى الأسرى وضحايا الكوارث والصدمات، كما تعكس الأساليب التي يحاول بها هؤلاء الأشخاص وأسرهم أن يتحكموا في العوامل الضاغطة المختلفة أو أن يواجهونها. وهنا يقرر ((فيجلى)) انه قد طبق نموذج المجاهدة المعرفية هذا على فئات الكوارث والأحداث الصدمية المختلفة التي تشمل: أمراض الطفولة المزمنة، والموت، والبطالة، والاغتصاب، والكوارث الطبيعية، والحروب، والأسرى، وضحايا الإرهاب. وبناء على ذلك، يحدد ((فيجلى)) عدة أساليب تحقق الأسرة عن طريقها وظيفتها في مساعدة أعضائها من الأسرى أو من المصدومين نتيجة الصدمة النفسية وفي معالجة الضغوط التالية للصدمة، فيما يأتي:

أولا. استكشاف الأعراض Detection of Symptoms: فما تتمتع به الأسرة من خصائص فردية، مثل الوحدة والحب والتقارب والألفة والمماثلة بين أعضائها، يجعل أعضاء الأسرة أكثر إرهافا وحساسية لمشاعر بعضهم بعضا ولتصرفاتهم، الأمر الذي يجعلهم قادرين على الفور على استشفاف ما يعن لأحدهم أو لبعضهم عن متاعب أو صعوبات، وبالتالي يحاولون اتخاذ انسب الأساليب لمساعدتهم. وتبدو أهمية ذلك لاسيما في التعامل مع الأحداث الصدمية مثل الحروب والأسر والتعذيب وأحداث الحياة.

ثانيا. مواجهة المشكلة Confrontation of the problem:يحتل أعضاء الأسرة موقعا رئيسا يمكنهم من حث الشخص الضحية من أفراد الأسرة على مواجهة المشكلة ومساعدته على ذلك. فأعضاء الأسرة يستطيعون، بطريقة منظمة وبأساليب متنوعة، دفع بعضهم بعضا إلى مواجهة المشكلة والتعامل معها.

ثالثا. الإعادة المختصرة للحدث الصدمي Recapitulation:يتمثل الأسلوب الثالث، الذي تقدم به الأسرة مساندة اجتماعية للضحية أو الضحايا من أفرادها، في المساعدة على إعادة النظر في الأحداث الصدمية ومراجعتها – وهو ما يعرف بعملية الإعادة المختصرة. وفي ذلك يمتلك أعضاء الأسرة القدرة على مساعدة الشخص الضحية على استدعاء المزيد من المعلومات الإضافية التي تفيد في النظر إلى الأحداث الصدمية من منظور أكثر وضوحا، وفي تصحيح

الانطباعات والصور ووجهات النظر التي ارتبطت بمشاعر الذنب وكراهية الذات وعدم تقدير الذات وغير ذلك من دلائل اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

رابعا. حل الصراعات التي تستدعيها الصدمة Resolution of the trauma inducing conflicts –:وتفيد الأسرة بشكل كبير، في هذا الأسلوب وذلك بالعمل على استيعاب الخبرة والصراعات الصدمية والتعامل معها ومواجهتها. وهنا يعمل عضو الأسرة بمثابة مُيَسّر (على أساس من السلبية أو الإيجابية، أو الكشف عن الذات المتبادل أو من جانب واحد، أو المواجهة أو عدم المواجهة) للشخص المصدوم في الأسرة عن طريق تشجيعه على الإفصاح عن خبراته المضطربة في الوقت نفسه الذي تجري فيه عملية إعادة بناء أفكاره وتصوراته ومعتقداته، وذلك بوساطة:

١- إيضاح الاستبصارات
٢- تصحيح التحريفات المعرفية
٣- تقييم الاتجاه نحو لوم الذات أو نحو المبالغة في تقديرها وذلك بطريقة أكثر موضوعية
٤- تقديم أو دعم أفكار جديدة أو أكثر دقة وإيجابية عن الحدث وظروف الصدمة المختلفة. ومثل هذه الأساليب الوظيفية التي تستعملها الأسرة في التحكم في الضغوط الصدمية ومواجهتها.

وترتكز إلى عدد من الخصائص يحددها ((فيجلى)) فيما يأتي:

١- تقبل الحدث الصدمي
٢- المشكلة المتمركزة في الأسرة
٣- المشكلة الموجهة نحو الحل
٤- درجة عالية من التحمل
٥- الالتزام والمسؤولية مع تأكيد الروابط الوجدانية
٦- التواصل
٧- التماسك
٨- الأدوار المرنة
٩- الإفادة من المصادر واستعمالها
١٠- تجنب العنف وسوء استعمال العقاقير

وعلى وفق هذه الخصائص، تتوافر البيئة الأسرية المواتية لأداء الأسرة لوظائفها في تقديم المساندة والدعم لواحد أو لبعض من أعضائها من لمصدومين وممن يعانون من التأثر الصدمي وتداعياته لأحد أفراد الأسرة.

وأن ثمة نقطة ضعف في دور الأسرة في مساندة أعضائها، قد تقلل من فاعليتها في أداء هذا الدور. وتلك مفارقة تستحق النظر فيها؛ ذلك انه للأسباب نفسها التي على أساسها تقوم الأسرة بدور فاعل في مساندة أعضائها على

مواجهة الضغوط التالية للصدمة، تكون الأسرة ذاتها مستهدفة كذلك لان تخبر ضغوطا صدمية في سياق هذه العملية نفسها؛ والسبب في ذلك هو عامل الحب والتعاطف الوجداني Empathy اللذان يميزان نظام العلاقات المتبادلة في الأسرة فجوانب القوة وكذلك جوانب الضعف تكمن في هذا العامل؛ وبالتالي فان أعضاء الأسرة يقومون بدور فاعل في مساندة بعضهم بعضا، ولكنهم مستهدفون أيضا لعواقب تلك المساعدة عن طريق تلك الآلية نفسها (الحب والتعاطف الوجداني) التي تجعلهم فاعلين للغاية في أداء هذا الدور ولهذا كثيرا ما تنتقل آثار الخبرة الصدمية من العضو الضحية (المصدوم) إلى بقية أو بعض أعضاء الأسرة، اذ يتحولون الى ضحايا كذلك عن طريق ما يعانيه المصدوم من خبرة صدمية – وتلك تداعيات لتأثير الخبرات الصدمية والضغوط التالية للصدمة ينبغي ان توضع في الحسبان في خطة التدريب والتحصين المستمرين للزوجات أو الأمهات في أثناء مساعدتهن لأزواجهن أو أبنائهن المصدومين .

نماذج الإرشاد والعلاج النفسي لاضطراب (PTSD)

إن خصوصية الإرشاد والعلاج النفسي تتضمن إقامة علاقة مهنية بين المعالج النفسي والمسترشد والاتصال بينهما يتم على أساس المساعدة في حل المشكلة ، إذ يقوم المعالج أو المرشد النفسي بتعليم المسترشد كيفية إدارة الأفكار أو السيطرة عليها والتي تصاحب المشاعر الناتجة عن صدمة الحدث وهذا هو جوهر الإرشاد والعلاج النفسي لحالات اضطراب (PTSD).

١- أهداف الإرشاد والعلاج النفسي : تتضمن أهداف الإرشاد والعلاج النفسي في التصدي لاضطراب (PTSD) عدة نقاط منها:-

١- تخفيف الأعراض المرضية أو إزالتها إلى أكبر قدر ممكن.
٢- تغيير أو تعديل الأنماط السلوكية غير المتوافقة أو سيئة التكيف.
٣- تقليل الظروف البيئية الضاغطة أو إزالتها، والتي تسهم في إحداث أو إدامة السلوك غير المتكيف.
٤- حل الصراعات الذاتية للمسترشد .
٥- تحسين كفاية العلاقات العامة مع الآخرين.
٦- العمل على تحقيق النضج الشخصي والشعور بالكفاية.
٧- تعديل التصورات الشخصية الخاطئة عن الذات وعن الآخرين والعالم المحيط به.
٨- المساعدة في تكوين صورة إيجابية عن الذات.
٩- تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي المناسب.

٢- المنظور الذي يفسر اضطراب (PTSD): ويشمل المنظور الذي يفسر اضطراب (PTSD) أربع أنواع علاجية رئيسية هي:-

- **أسلوب بالعلاج النفسي دينامي (التحليلي):**

يتضمن هذا النوع في خططه العلاجية تحديد الأسباب وأهداف العلاج، ثم يعطي الأساليب العلاجية في التصدي للاضطراب فيعزي أسباب الاضطراب إلى صراع في اللاشعور بين المنظومات الثلاث (هو، الأنا، الأنا العليا) فإن كان هذا الصراع غير متناغم، بمعنى ضعف الأنا في التوفيق بين الهو والأنا العليا، تحدث الضغوط المسببة للاضطراب. لذا يحدد هذا المنظور هدف العلاج في سحب الصراع الذي يحدث بين المنظومات الثلاث من اللاشعور إلى الشعور حتى يتمكن الفرد من السيطرة عليه والتخلص من الضغوط الناتجة عنه.

ويستعمل هذا الأسلوب في تحقيق ذلك، فنيات متعددة منها التفريغ الانفعالي (التداعي الحر) والتحليل الذي يشمل تحليل الأحلام وتفسيرها وتحليل المقاومة التي تصدر عن المراجع وكذلك تحليل التحويل الذي يقوم به المراجع من خلال تحويل الانفعالات سواء كانت سلبية أو إيجابية نحو المعالج وهي في أصلها ليس على المعالج وإنما على الشخص المسبب للمرض.

وهنا يشير فرويد بأنه يجب على كل من يمارس أسلوب التحليل النفسي في العلاج أن يخضع هو شخصياً للتحليل النفسي قبل ممارسته العلاج ويعطي فرويد أسباب ذلك، حتى لا يكون هناك تحويل مضاد أي ما يسقطه المعالج على المراجع في أثناء سير العملية العلاجية.

أسباب الإصابة باضطراب (PTSD)

يعزي فرويد أسباب الإصابة بأعراض (PTSD) إلى عصاب (هستيري) كما شخص حالة (دورا)، إذ أن الفرد المتعرض للصدمة لديه استعداد مسبق لذلك، أي أنه حسب رأي فرويد من عائلة فيها مصابين بالعصاب، بالإضافة إلى ذلك الصراع الذي يحدث بين المنظومات النفسية الثلاث وخبرات الطفولة المؤلمة والتي كبتت في اللاشعور، ويرى فرويد عندما يتعرض الفرد إلى حدث صدمي ولديه مقومات الإصابة بالأعراض فإنه يلجأ إلى الآليات الدفاعية من أجل تخفيف حدة الضغوط الناتجة من الحدث، فإذا فشل في تحقيق ذلك ضعفت دفاعات (الأنا) وتصبح غير قادرة على منع المكبوتات من الظهور إلى حيز الشعور، وفي ذلك تكون بداية الإصابة بأعراض اضطراب (PTSD) وإن لم تظهر، فهنا يكون العصاب إما في بداية تكوينه أو يكون كامن يظهر بعد فترة من الزمن.

الإرشاد النفسي المتبع الأسلوب التحليلي في العلاج

يستعمل هذا النوع من المعالجة في أنواع متعددة من المشاكل تحتاج إلى اتخاذ القرار مثل الطلاق أو ترك مهنة، وبعض المشاكل تحتاج إلى التوافق مثل الانتقال إلى بيئة غير مألوفة أو بدأ العمل في مجتمع غريب.

أما الطرائق المتبعة في جلسات الإرشاد النفسي فهي تحتوي على نفس عناصر العلاج النفسي الداعم زائد المساعدة في إحداث تغيير في المسترشد أو

أسلوب حياته وبذلك يجب بناء علاقة سليمة مع المسترشد وإعطائه المعلومات اللازمة وتشجيعه على التعبير عن مشاعره واستعادة معنوياته ثم تراجع المشاكل وتوضع أهداف للمعالجة على وفق خطة معدة لحل المشاكل ذات خمس مراحل هي:-

١- توضيح طبيعة المشاكل وتكتب في جدول.
٢- يطلب من المسترشد اختيار واحدة منها.
٣- يطلب منه وضع قائمة من البدائل لحل المشكلة.
٤- يختار المسترشد أفضل هذه البدائل التي يمكن أن تساعد في حل المشكلة.
٥- تقييم نتائج حل المشكلة، فإذا نجح ينتقل إلى مشكلة أخرى وإذا لم ينجح تعاد دراسة البديل الذي نفذ ويعاد تجريبه .

●الأسلوب السلوكي:

يتبع المعالجون النفسيون المتخذين الأسلوب السلوكي كمنهج علاجي لهم، خطط علاجية تتضمن في البدء تحديد الأسباب التي أدت إلى نشوء الاضطراب، ثم تحديد أهداف ونوع العلاج المستعمل، ففي هذا المنهج يعزي سبب نشوء اضطراب (PTSD) إلى سلوك غير مرغوب فيه متعلم أو عادة سيئة متعلمة، ويرى السلوكيون أنه بالإمكان تعديل السلوك أو العادة المتعلمة إذا توفرت الظروف الملائمة للتغيير، أي أن طبيعة المشكلة لن تضيق من نطاق استعمال هذا المنهج، ولكنها تؤثر في اختيار الطريقة المعينة للعلاج.

أما هدف العلاج السلوكي يتضمن تعديل السلوكيات الخاطئة وهنا يعترض بعض علماء النفس المتبنين وجهات علاجية أخرى، على النظر إلى الاضطرابات العصابية في إطار التعلم على أساس أن بعض التعاريف تبالغ في التبسيط ومنها مثلاً تعريف ايزنك للأعراض العصابية بوصفها مجرد عادات متعلمة فليس هناك عصاب يكمن وراء الأعراض ولكنها مجرد أعراض ذاتها والتخلص منها يزيل العصاب.

الخصائص العامة لمنحى تعديل السلوك

١- التركيز على السلوك الظاهر:

إن من الخصائص المركزية للمنحى السلوكي هي تعديل السلوك الظاهر القابل للملاحظة، فعملية تعديل السلوك تشتمل على التطبيق المنظم للتكنيكات المنبثقة عن مبادئ التعلم بغية إحداث تغييرات مهمة في السلوك الظاهر، إن المظاهر السلوكية التي يتم تحليلها وعلاجها في ميدان السلوك تتفاوت من البسيط الظاهر إلى المعقد الخفي، ولكن السلوك المعقد أو الخفي يتم صياغته على نحو يسمح بملاحظته وقياسه والتحقق من حدوثه أو عدم حدوثه بأساليب موضوعية يمكن الوثوق بها.

٢- التقويم المستمر لإجراءات تعديل السلوك: فمن الخصائص الأساسية لمنحى تعديل السلوك القياس المتكرر للسلوك المستهدف واعتماد التغيير الذي يطرأ عليه كمحك أساسي للحكم على فاعلية تكنيكات تعديل السلوك المستعملة.
٣- التعامل مع السلوك بوصفه لا يحدث بالصدفة: إن السلوك الإنساني لا يحدث عشوائياً أو بالصدفة ولكن له أسباباً محددة، فالسلوك يحدث على وفق قوانين معينة وتلك القوانين هي التي توجه كافة النشاطات العلمية في مجال تعديل السلوك، لذا فمن الأهداف الرئيسة لهذا المنحى اكتشاف القوانين التي يخضع لها السلوك.
٤- التعامل مع السلوك بوصفه محكوماً بنتائجه: يرى السلوكيون أن السلوك الإنساني هو وظيفة لنتائجه فإذا كانت نتائج السلوك إيجابية أصبح الفرد أكثر ميلاً لتأدية ذلك السلوك في المستقبل.
٥- التعامل مع السلوك سوياً كان أم شاذاً بوصفه متعلماً:في عملية تعديل السلوك ينظر للسلوك الشاذ على أنه يخضع لنفس القوانين التي يخضع لها السلوك السوي فالسلوكيات الإنسانية متعلمة، والسلوك في كلتا الحالتين الشاذ والسوي إذا تم تعزيزه سيقوى وإذا تم معاقبته سيضعف.
٦- أجراء تعديل السلوك في المواقف التي حدث فيها مع مراعاة الفروق الفردية: ينبغي إجراء عملية تعديل السلوك في البيئة التي يظهر فيها السلوك لأن محددات السلوك موجودة هناك ويراعى في ذلك فردية الفرد لأن تغيير السلوك يتم من خلال تغيير المثيرات البيئية ذات الأثر الواضح في حياة الفرد.

أسس العلاج السلوكي:هناك أربعة نماذج أساسية للتعلم تشكل أسس العلاج السلوكي وهي:

١- أنموذج الاشتراط الكلاسيكي Classical conditioning Model: يركز هذا الأنموذج على تبديل المنبهات القديمة بمنبهات تستثير سلوكاً جديداً، وتشكل العلاقات بين المثيرات القبلية والسلوك الاستجابي ومبادئ التعلم هذه تفسر أشكال التعلم البسيط، أي تلك الاستجابات التي تحدثها مثيرات بيئية معينة، ولقد انبثقت عن هذه المبادئ أثر كبير على ميدان تعديل السلوك، ومن النماذج المعروفة التي انبثقت عن هذه المبادئ الأنموذج المعروف باسم سلوكية المثير – الاستجابة .
٢- أنموذج الاشتراط الإجرائي Operant conditioning Model: وهو يركز على دور التعزيز في تغيير قوة استجابة سابقة، ويتحقق تعديل السلوك إما عن طريق تغيير مباشر في عواقب السلوك أو عن طريق أساليب إضافية تخضع السلوك لضبط منبهات سبق أن خبرها المراجع مرتبطة بعواقب تعزيزية معينة.

٣- أنموذج التعلم الاجتماعيSocial Learning Model: يعد هذا الأنموذج الرئيس في ميدان تعديل السلوك الذي وضع أسسه البرت باندورا (A. Bandura) حاول باندورا فيه دمج النماذج السابقة جميعاً بهدف تطوير نظرية تتصف بالشمولية، تشتمل على العوامل البيلوجية والبيئية والمعرفية الوسيطية في عملية التعلم أو تعديل السلوك.

لذا فإن التعلم يحدث دون تدريب مباشر وإنما من خلال الملاحظة أو التعلم بالمحاكاة النمذجة لسلوك الآخرين ويرى علماء النفس أن التعلم بالملاحظة هو أجدى نفعاً من النماذج السلوكية الأخرى، وذلك لأن الفرد يتعلم دوره الاجتماعي من خلال ملاحظة الآخرين يمارسون هذا الدور، دون أن يتدرب على ذلك وهذا ينعكس على عملية تعديل السلوك، إذ يمكن تعديل السلوك غير المرغوب من خلال عرض أنموذج يمارس السلوك المطلوب في موقف اجتماعي،ويتم ملاحظة ذلك السلوك من قبل المسترشد، سواء كان الأنموذج حي أو رمزي ففي الحالتين يتم تعلم السلوك الجديد وكلما كان التشابه بين الأنموذج والمراجع أكبر كان التعلم أسرع وأفضل.

٤- أنموذج التنظيم الذاتيSelf – Regulation Model: يحدد الفرد لنفسه في هذا الأنموذج معايير يلتزم بها، فإنه عندما يريد أن يغير سلوكه غير المرغوب ذاتياً، ينبغي عليه أن يحدد طرق تتوائم مع المعايير التي وضعها لنفسه، وفي نفس المواقف التي تحدث فيها لديه صراعات قوية وتسبب له اضطرابات عصابية.

الإرشاد النفسي المتبع السلوكية في العلاج

يرى كثير من المعالجين والمرشدين النفسيين أن المنهج السلوكي يدخل في صلب المشاكل اليومية التي يتعرض لها الفرد، فهو يؤمن بمبدأ (هنا والآن) ويترتب على ذلك أن المشاكل التي تعصف بالفرد هي (موقفية) وليس من نتاج الماضي، وأن فترة العلاج المستغرقة في هذا الأسلوب قصيرة قياساً بالمناهج الأخرى لذا هو يكون ضالة المعالجين والمرشدين النفسيين في كثير من الحالات التي تتطلب أسلوب علاجي بسيط وتدخل مباشر، فمن خلال جلسات علاجية قليلة يتم فيها إبطال سلوك متعلم غير مرغوب وإحلال مكانه سلوك متعلم مقبول اجتماعياً.

ففي هذا المنهج تكون العلاقة بين المرشد والمعالج علاقة (المعلم بالتلميذ) ويستعمل في العلاج فنيات عدة منها، التعرض التدريجي أو إغراق، والتحسس التدريجي، والعلاج بالتنفير، وتشكيل السلوك والنمذجة بالإضافة إلى الاشراط بنوعيه التقليدي والإجرائي.

ولدعم فنيات العلاج يستعمل هذا الأسلوب أشكال التعزيز المختلفة من أجل تحقيق السلوك المطلوب ، لذا يعد هذا الأسلوب من أفضل الأساليب المستعملة في الإرشاد النفسي في تعديل سلوك المراجعين سواء كان (فردي أو جماعي)

كما أنه لا يشعر المراجع بأنه في مرحلة علاج وإنما يشعره بأنه يساعده في تعديل سلوكه الشاذ إلى سلوك سوي.

- **الأسلوب السلوكي المعرفي :**

يعد الأسلوب السلوكي المعرفي من الأساليب الشائعة الاستعمال من قبل المعالجين والمرشدين النفسيين، ويستند العلاج السلوكي المعرفي على أبحاث كل من ارون بيك (A. Beck) والبرت اليس (A. Allis) وتشترك النظريات السلوكية المعرفية في اتفاقها على المبدأ القائل بأن السلوك الإنساني يعتمد على ما يؤمن به الفرد وما يفكر به، إن هذه النظريات تفترض أن الأفراد الذين يعانون من مشكلات في الصحة النفسية يمتلكون أنماطاً غير التوافقية من التفكير، تؤدي بدورها إلى تغييرات في السلوك، لذا فإن هذا المنهج يعزي أسباب المرض إلى وجود مفاهيم خاطئة وقصور في المهارات التوافقية.

أما هدف العلاج المعرفي السلوكي هو تعديل المفاهيم الخاطئة وتعديل الأفكار غير المناسبة لدى المراجع، بعد تحديدها من قبل المعالج أو المرشد النفسي ومن ثم وضع أساليب العلاج المناسبة لها، ومن هذه الأساليب إعادة بناء المفاهيم الخاطئة وجعلها أكثر واقعية، وتطوير المهارات التوافقية وكذلك التدريب على حل المشكلات التي يتعرض لها الفرد.

- **طريقة إيقاف الأفكار الخاطئة**

في هذا النوع من العلاج السلوكي المعرفي يقوم المعالج أو المرشد النفسي بتدريب المراجعين على رصد الأفكار الخاطئة التي تسبب لهم الضغوط النفسية، ثم يتعلمون فردياً أو جماعياً طريقة إيقاف هذه الأفكار عن طريق (الحديث الذاتي)، أي بمعنى يقوم الفرد بطرد الفكرة غير المرغوبة إرادياً وإشغال ساحة الوعي بأفكار سارة أو مرغوبة بالنسبة له، وهذه الطريقة من شأنها إضعاف الأخيلة المسببة الضغوط النفسية، فهي تضعف العادات الفكرية عن طريق منع التفكير بها.

إن حث المسترشد على تكرار تدريباته الذاتية في إيقاف الأفكار المزعجة وإبدالها بأفكار جديدة يومياً لمدة يحددها المعالج أو المرشد النفسي تجعله أكثر استبصاراً بالواقع، وهذا ما يضعف إلى حد بعيد اضطرابه النفسي الناجم عن التفسير الخاطئ لأحداث الصدمة المولدة لمشاعر القلق والخوف، وتطبق هذه التقنية على المستوى الفردي حينما يتطلب العلاج ذلك.

- **التدريب على حديث الذات**

التدريب على الحديث الذاتي هو أحد أشكال التنظيم المعرفي يهدف إلى تدريب الفرد على الاستجابات اللفظية الضابطة (Verbal Controlling Stimuli) على افتراض بأن ذلك سيؤدي إلى تعديل السلوك غير المرغوب اجتماعياً، لذا أخذ الاهتمام بالتعلم الذاتي ينصب على التحدث مع الذات باعتبارها العنصر الأساسي في توجيه السلوك والضبط الذاتي.

لقد طور هذا الأسلوب عالم النفس دونالد ميكنبوم (D. Meichenbaum)، إذ توصل من خلال الأبحاث والدراسات التي قام بإجراءها على كثير من المرضى، بأن التفكير والمعتقدات والمشاعر والحديث الذاتي وتوجيهات الفرد لنفسه، أي بمعنى إعطاء أوامر لنفسه، لها دور كبير في عملية التعلم الإيجابي، وقد جعل مرضاه يتحدثون مع ذواتهم ويقوموا بتوجيه أوامر لأنفسهم لتغيير معتقداتهم الخاطئة، وركز ميكنبوم على أهمية (التلقين الذاتي) وكيف يتمكن الفرد من تغيير تفكيره ومشاعره ليتم بعد ذلك تعديل السلوك غير المرغوب، وإن الهدف من ذلك هو كسر أنموذج الهزيمة (هزيمة الذات) وجعلها أكثر سيطرة على ضغوط الصدمة.

لذلك يشير ميكنبوم بأن تعديل السلوك بهذه الطريقة يكون متسلسل يبدأ بالحوار الداخلي أي إقناع النفس بخطأ السلوك المراد تغييره وتتطلب هذه العملية أن يتبنى الفرد سلوكاً جديداً بديلاً للسلوك القديم، وهنا يقوم الفرد بتوجيه تعليمات لنفسه بصوت عالي، ويتكلم مع نفسه ليتمكن من إقناعها في خطأ السلوك الحالي، ويتم ذلك من وجهة نظر ميكنبوم من خلال التقليد والنمذجة أي رؤية سلوك الآخرين الصحيح وتطبيقه في نفس المواقف التي أحدثت هذا السلوك .

دور الإرشاد السلوكي المعرفي

اتخذ بعض العلماء السلوكيين في السنوات الأخيرة من نمو النظرية السلوكية، نوع جديد لي أسلوب العمل الإرشادي، إذ أدخلوا العمليات الداخلية من التفكير ومعتقدات الفرد في العلاج وهذا الأسلوب الجديد يعتمد على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يتضمنه من فنيات علاجية مختلفة.

وتعد العمليات المعرفية هي أعمدة تعديل السلوك وفق هذا المنظور، فإنها تلعب دوراً حاسماً في تشكيل السلوك الظاهر، ولذلك يجب اعتمادها في عملية العلاج حتى لو لم تكن قابلة للملاحظة المباشرة والدراسة الموضوعية.

إن مجال تعديل السلوك المعرفي يقوم على افتراض أن الإنسان ليس سلبياً، فهو لا يستجيب للمثيرات البيئية فحسب، ولكنه يتفاعل معها ويكون مفاهيم حولها وهذه المفاهيم تؤثر في سلوكه، من خلال التفاعل المتواصل بين المؤثرات البيئية والعمليات المعرفية والسلوك.

ويفسر هذا المنظور الاضطراب النفسي كحاصل لمعتقدات إدراكية خاطئة، أي أن مدركات الفرد حول الحدث تكون مشوهة وهذا يجعل أفكار الفرد مضطربة، ولما كان التفكير هو الاستجابة المتوافقة للفرد مع بيئته فإن اضطراب التفكير يؤدي إلى سوء توافق هذه الاستجابة، فينتج عنه سلوك غير متوافق.

وفي هذا الصدد يشير بيك (Beck) أن القلق هو نتاج لمحتوى تفكير الفرد، فالفرد الذي يعاني من القلق يعاني اضطراب في معتقداته الفكرية ، لذا ينطلق هدف العلاج والإرشاد النفسي على وفق هذا المنظور على محورين أساسيين هما تعديل المفاهيم الخاطئة وتعديل الأفكار غير العقلانية، ويترتب على ذلك أن يتخذ المرشد النفسي في العلاج خطين هما:-

الخط الأول : تطوير المهارات التوافقية والتي تشمل تدريب المسترشد على التوافق مع واقع الحدث، لأن الضغوط النفسية هي نتاج لهذا الحدث فإن استعمل الفرد التفكير الواقعي والموضوعي من خلال (الحديث الذاتي) في إقناع نفسه بأن ما يحمله من أفكار غير عقلانية عن الحدث هي خاطئة في أصلها وأن يأخذ على عاتقه إلغاء هذه الأفكار غير المتكيفة مع الواقع ويجد لنفسه تفسيراً أكثر واقعية للحدث، وذلك لأن التفسير للأحداث من وجهة نظر شخصية ذاتية يخرج من واقع الأحكام الموضوعية، ويجعل الفرد يفكر بصورة متطرفة فيها شيء من المبالغة وبالتالي الاستنتاج الخاطئ.

الخط الثاني : التدريب على حل المشكلات وتعد هذه المهارة الأساسية في التفكير العقلي المنظم والمحور الأساسي في برامج الإرشاد المختلفة، إذ يطلب فيها المرشد من المسترشد اقتراح عدد من الحلول لمشكلته وأن يختار أنسب حل منها، وهنا يكون دور المرشد تقديم الدعم للمراجع في حل مشكلته من خلال التشجيع ويشمل هذا الأسلوب تنمية مهارات حل المشكلات وتطوير استراتيجيات عامة مناسبة للتعامل مع المشكلات وإيجاد الحلول المناسبة في حال حدوثها.

وقد حدد (Terry ١٩٩٧) عدد من الفنيات في مواجهة المشكلات التي يتعرض لها الفرد في حياته اليومية هي: التقويم الذاتي، ممارسة التمرينات، الغذاء المناسب، الراحة الجسدية، مواجهة الضغوط النفسية.

- **الأسلوب الوجودي في العلاج :**

يعد أسلوب العلاج الوجودي من أساليب العلاج النفسي التي تهدف إلى تعزيز المعرفة الذاتية لدى المسترشدين وتمكنهم من اتخاذ أسلوب خاص لحياتهم العامة، وقد طور هذا الأسلوب فرانكل وآخرون وجعلوا منه أسلوباً علاجياً ناجحاً تصدى لكثير من الاضطرابات العصابية، منها تعويق قدرة الفرد على تحقيق الذات، وانعدام الاحترام الإيجابي بين الآخرين، وتعود الفرد على العزوف عن الاختيار الحر وتحمل المسؤولية.

هدف العلاج الوجودي

يرمي العلاج النفسي الوجودي إلى مساعدة الفرد في تحقيق (ذاته) والشعور بقدراته وإمكانياته الواقعية، والشعور بقيمته أي بمعنى يشعر الفرد بأن له قيمة بين الآخرين، وتوضيح وإعادة تقويم فهم الحياة والمشكلات التي

تعترض حياته اليومية والحدود المفروضة على إمكانياته وقدراته الموروثة بوجوده في العالم.

ويرى مي ويالوم (May and Yalom 1989) أن عرض العلاج الوجودي هو مساعدة المسترشدين على مواجهة وتذليل القلق الناتج من الضغوط التي تظهر من خلال محاولات الفرد الانسجام مع معطيات الوجود .

معنى الوجود في العلاج

أشار أصحاب النظرية الوجودية بأن هناك أربع معطيات للوجود لها علاقة مباشرة بالعلاج النفسي هي: (الموت لكل البشرية، والحرية لصنع الحياة السعيدة، والفردية، واللامعنى في الحياة)، ولذلك فهم ينظرون للصراع الداخلي للإنسان هو ليس من نتاج الغرائز المكبوتة في حياة الفرد المبكرة وإنما الصراع هو بين الفرد ومعطيات الوجود.

تكنيكات العلاج الوجودي

يحاول العلاج الوجودي دفع المسترشد إلى أن يتقبل المسؤولية اتجاه نفسه وأفعاله، إذ أن هذا النوع من العلاج يتعامل مع المعارك الروحية أي مع المشكلات الفلسفية الوجودية التي لا يمكن التخلص منها إلاّ بالتركيز على جذورها المرضية أو نتائجها الجسمية والنفسية، وما يحتاجه المعالج أو المرشد النفسي هو مقابلة المراجع بأمانة وإخلاص، وذلك لأن العلاج الوجودي يهتم بالمشكلات التي تتعلق بالمعنى في مظاهره وجوانبه المتنوعة، لذا فهو يهدف إلى جعل الفرد واعياً بمسؤولياته ومدركاً لقدراته في مواجهة الحياة.

أما التكنيكات المستعملة في العلاج الوجودي فهي تتمثل في:-

١- القصد المعاكس أو المناقض: ويعتمد هذا التكنيك على فك الارتباط أو الاشراط ويتم ذلك من خلال تشجيع المسترشد على أن يعرض نفسه للمواقف المخوفة له حتى تنكسر هالة الخوف التي كونها لنفسه قبل العلاج، ويؤدي ذلك إلى انطفاء الخوف المتوقع، وهنا يكون دور المعالج تقديم الدعم والإسناد للمسترشد ، بالإضافة إلى ذلك يطلب منه أن يبدي شجاعة إزاء المواقف التي يخافها، وفي هذا الصدد يشير (مي ويالوم) إلى أن المسترشد يجب عليه التعرف على كيف ينظر الآخرون إلى سلوكهم من خلال التغذية الراجعة، وأن يتعلم كيف يغير الآخرون سلوكهم.

٣- صرف التفكير أو الانتباه: إن الخوف من الانعزال الوجودي والدفاعات ضده تشكل أساساً لكثير من الضغوط النفسية وبالتالي الاضطرابات المرضية، لذا يدخل هذا التكنيك من خلال صرف الانتباه أو التفكير عن المشكلة والتركيز على التفكير الإيجابي أي بمعنى يستبدل الفرد النشاط الخاطئ (الخوف من الانعزال الوجودي) بنشاط أكثر إيجابية كالحب والصداقة والتعاون، وهي وسائل التخفيف من ألم خوف الانعزال عن العيش مع الآخرين.

دور الإرشاد والعلاج النفسي الوجودي

يركز الإرشاد أو العلاج الوجودي على القصد الحر أي قدرة الإنسان على الاختيار، ويرى المعالجون الوجوديون أن بإمكان الفرد أن يختار نوع الشخصية التي يريدها ويحاول المعالجون أو المرشدون النفسيون أن يعطوا المسترشدين الشجاعة على الاختيار واتخاذ القرارات المناسبة، وهذا النوع من العلاج يركز على مفاهيم (الموت والحرية والانعزال واللامعنى) وهي هموم الفرد في الوجود.

ويرى يالوم Yalom أن العلاج الوجودي ليس نظاماً نفسياً متكاملاً وإنما يوفر إطاراً يتم في ضوئه فهم معاناة المسترشد ، إذ يقوم المعالج الوجودي بوضع افتراضات حول مصادر الألم التي يعاني منها، ويقوم المسترشد على وفق منظور إنساني وليس سلوكي، ولكنه قد يطبق أي من التقنيات المستعملة في الطرق العلاجية الأخرى ولاسيما تلك التي تتسق مع الافتراضات الوجودية الأساسية والمواجهة الإنسانية الأصيلة بين المعالج والمسترشد.

ويضيف يالوم (Yalom) أن من الخطوات الهامة في العلاج هي مساعدة الأفراد على مجابهة الانعزال الوجودي والانغمار في مشاعر الفقدان والوحدة، ومن خلال ذلك يكتشف الأفراد أن العلاقات الاجتماعية تخفف العزلة ولكنها لا تقضي عليها إذ يجد الكثير من المسترشدين صعوبة في قضاء الوقت لوحدهم، لذلك فهم يكونون في حالة بحث مستمر عن العلاقات الإنسانية، إنهم في الواقع لا يحبون الآخرين دائماً بل يستغلون ذلك لتجنب أو تخفيف بعض الآلام المصاحبة للوحدة، وهنا يجب على المعالج المتبني هذا الأسلوب أن يجد طريقة لمساعدة المسترشد على مجابهة الانعزال بشكل مباشر وأن يشجعه على ذلك.

ويرى أصحاب العلاج الوجودي أن البشر يمتلكون القدرة الكاملة على توجيه سلوكهم وتطورهم نحو الأحسن، ومهما كان هذا السلوك مضطرباً أو عصابياً فإن المسترشد قادر على فهم ذاته، وفي النهاية تعديل سلوكه، ويضيفون على ذلك بأن الناس يوجهون حياتهم الخاصة حسب إراداتهم.

لذا ينبغي على المعالج أو المرشد النفسي أن لا يخبر المسترشد بما يجب عليه القيام به وإنما يحدد ذلك المسترشد نفسه ثم القيام بتنفيذه، ويجري كل ذلك دون تدخل المرشد أو المعالج لأن دوره في العلاج غير سلطوي أو غير متسلط، وهذا يساعد المسترشد على اتخاذ الاتجاه الخاص به ويجعله أكثر وعياً بمشاعره ومن ثم اكتشاف العواقب الممكنة للسلوك الذي ينوي تطبيقه.

لهذا أشار روجرز صاحب طريقة الإرشاد الممركز حول المسترشد بأن مصطلح (مريض) يوحي باليأس والعجز في حين أن الإرشاد الوجودي يتطلب المشاركة الفاعلة والواعية من قبل المسترشد، لأن من سمات البشر هي

السيطرة على أفعالهم وسلوكهم أي بمعنى لديهم القدرة على توجيه السلوك وتعديله بأنفسهم دون تدخل المعالج أو المرشد النفسي في تحقيق ذلك.

الفصل العاشر

إرشاد الأطفال Child counseling

تعود أهمية إرشاد الأطفال إلى أهمية المرحلة العمرية التي يمرون بها وما يصاحبها من تغيرات جسمية وعقلية وانفعالية واجتماعية سريعة تحدد مسار نموهم وملامح شخصياتهم، وبها تتشكل قدراتهم واتجاهاتهم، وفيها يتعلمون مفاهيم الالتزام والانتماء والعطاء، وبمعنى آخر تعتبر هذه المرحلة أساس عملية التنشئة الاجتماعية والتي يمكن من خلالها تحديد السواء والانحراف.

ويواجه الأطفال مشكلات عديدة منها: مشكلات صحية (كسوء التغذية، والتبول اللاإرادي، وفقدان الشهية) ومشكلات نفسية انفعالية (كالغيرة، والخوف، والغضب، والحزن، والإحباط) ومشكلات اجتماعية (كمشكلات سوء العلاقة مع الآخرين، والخجل، وقلة الكلام، والعزلة، والكذب، والغش، وفقدان أحد الوالدين بالطلاق أو الموت، وإساءة المعاملة) ومشكلات تعليمية (كالتأخر الدراسي، وصعوبات الكلام، وصعوبة القراءة، والغياب، والانقطاع والتأخر) ، تستدعي التدخل معها ومواجهتها منعا لتفاقمها واستفحالها.

ويختلف إرشاد الأطفال عن إرشاد الكبار في جوانب متعددة أهمها:

١- أن نمو الطفل ونوعية السلوكيات التي يكتسبها والمشكلات التي يواجهها تعود في معظمها إلى المعاملة التي يتلقاها من الكبار (الوالدان والمجتمع)، حيث يعتمد الأطفال على لآخرين لإشباع حاجاتهم ونادرا ما يكونوا مستقلين أو أحرارا في تصرفاتهم، ولهذا فإن تدخل المرشد مع هذه الفئة لا يقتصر على الطفل فقط بل ينبغي أن يشمل أيضا الأشخاص الآخرين أصحاب العلاقة وأصحاب التأثير المباشر في حياته.

٢- إن الأطفال غالبا ما يكونوا محدودي القدرة على التعبير والتحدث عن مشاعرهم وصراعاتهم ومشكلاتهم وحاجاتهم وبالتالي فإن أساليب التدخل معهم ينبغي أن تراعي هذه الخصوصية. ولهذا يمكن القول أن مجال إرشاد الأطفال يعتبر من أصعب مجالات الإرشاد الذي يحتاج إلى مرشد متمرس يمتلك المهارة اللازمة التي تساعده على دراسة مشكلاتهم والتعامل معها بصبر وحكمة ودقة وموضوعية.

تعريف إرشاد الأطفال

- بأنه علاقة فريدة وقريبة مبنية على التقبل بين المرشد والطفل، بحيث تركز هذه العلاقة على دراسة اتجاهات الطفل وحاجاته ودوافعه وتوجهاته، بهدف تعزيز نموه وتوافقه النفسي والاجتماعي، وحل مشكلاته، وتتم عملية إرشاد الأطفال إما بشكل فردي أو جماعي، للطفل أو لوالديه أو لهم جميعا.

- بأنّه عملية المساعدة في رعاية الأطفال نفسيا وتربيتهم اجتماعيا وحل مشكلاتهم اليومية، ويهدف إلى مساعدة الطّفل لتحيق نمو سليم متكامل متوافق سوي.
- بأنّه عملية مساعدة الأطفال، وذلك بتقديم الخدمات المختلفة عبر برامج وقائية وإنمائية وعلاجية لتحقيق النمو السليم بمظاهره المختلفة وبناء الشخصية الفاعلة المتوافقة.

ومن خلال هذا التعريف نلاحظ أن إرشاد الأطفال يعتمد على قيام المرشد النفسي بتكوين علاقة إرشادية متميزة مع الطفل تتسم بالتقبل وحسن العلاقة والمودة واللطف تمكنه من دراسة مشكلات وحاجات الطفل ومن ثم تقديم الخدمات الإرشادية المناسبة. كما يبرز التعريف أهداف الإرشاد للطفل والتي تتمثل في الجانبين الإنمائي (تعزيز النمو والتوافق النفسي والاجتماعي) والعلاجي (حل مشكلاته النفسية والاجتماعية)، كما يؤكد التعريف على استخدام طرائق الإرشاد المختلفة الفردي منها والجماعي والأسري حسب الحاجة للوصول للأهداف الإرشادية المرسومة.

أهداف إرشاد الأطفال: يمكن تحديد أهم أهداف إرشاد الأطفال في ثلاثة جوانب أساسية هي:

١- التعامل مع حاجات النمو.
٢- التعامل مع الحاجات الطارئة.
٣- التعامل مع الحاجات العلاجية.

فحاجات النمو تتمثل في تنمية الإحساس والشعور باحترام الذات، والقدرة على التعبير عن المشاعر والتعامل معها بطريقة بناءة وصحيحة، وتعلم كيفية تحمل المسؤولية، وتعلم كيفية اكتساب الثقة بالآخرين، وتعلم الأدوار الاجتماعية السليمة، وتعلم كيفية التكيف مع المواقف الجديدة ، أما الحاجات الطارئة فتتمثل في التكيف مع التغيرات الأسرية المختلفة، والتكيف مع الحوادث والخبرات النفسية السيئة والحوادث الاجتماعية المختلفة، أما الحاجات العلاجية فتتمثل في التغلب على الصعوبات والمشكلات السلوكية المختلفة كالخجل والعدوان وغيرها، وتقبل جوانب القوة والضعف لديه، وحل مشكلاته الاجتماعية كالسرقة والهروب والكذب والغش ونحوها.

خطوات التدخل الإرشادي: تتلخص خطوات التدخل في مجال إرشاد الأطفال في التالي:

١- تحديد المشكلة من خلال تعريفها وتحديدها تحديدا دقيقا وربطها بوظيفة ودور المرشد.
٢- تحديد العوامل ذات العلاقة بالمشكلة وبيان الأسباب والعوامل التي أدت إلى حدوثها واستمرارها.

٣- تحديد الأهداف وذلك من خلال شرح الأهداف أو النتائج التي يراد الوصول إليها من خلال عملية التدخل.
٤- تحديد العوامل أو الجوانب التي سيتم التعامل معها وذلك من خلال تحديد العوامل التي تم اختيارها بهدف تعديلها أو تغييرها لإحداث التغيير وإنجاز الأهداف.
٥- تحديد أساليب التدخل وذلك من خلال وضع خطة توضح ماذا يريد المرشد عمله ؟ وكيف سيتم ذلك ؟ ومن سيشترك فيه ؟ هذا بالإضافة إلى تحديد مسؤولية ودور كل طرف في هذه العملية.
٦- التقويم حيث يقوم المرشد في هذه المرحلة بتحديد أساليب التقويم التي سيتم استخدامها، ومصادر المعلومات التي سيعتمد عليها للقيام بهذه العملية.

أسس الإرشاد النفسي للأطفال

١. الأسس النفسية والتربوية: يقوم الإرشاد على أسس نفسية وتربوية تعد أساس عملية الإرشاد النفسي للاطفال وهي:

أ. الفروق الفردية: إن الفروق الفردية مبدأ وقانون عام ، فلكل طفل عالمه الخاص وشخصيته الفردية وحاجاته وقدراته وميوله ورغباته المختلفة عن الآخرين.

ب. مطالب النمو : يتطلب النمو النفسي السوي للطفل في كل مرحلة نمو عدة أمور يجب عليه أن يتعلمها لكي يكون ناجحاً في حياته ، ويلاحظ أن مطالب النمو تحتاج إلى فهم ونضج وإلى تعليم ، وفي الوقت ذاته فإن عدم تحقيق مطالب النمو أو تأخرها يؤدي إلى نشوء مشكلات تربوية أو نفسية.

ج. الخصائص الجسمية والنفسية للطفل: ليست قدرات الطفل واستعداده وميوله واحدة من حيث درجتها وقوتها أو ضعفها، فالخصائص الجسمية تختلف عن الخصائص الانفعالية.

٢. الأسس الأسرية والاجتماعية: الطفل كائن اجتماعي بالطبع منذ الولادة وبفضل التنشئة التي تقوم بها الأسرة وتشارك فيها مؤسسات أخرى، مثل الرفاق والروضة والمدرسة، يعيش الطفل ضمن جماعة يتأثر بها، ويؤثر فيها. وبهذه العملية التفاعلية يتكون سلوك الطفل الذي يتسم بالفردية والجماعية معاً.

وظائف الإرشاد النفسي للأطفال

١- فهم الطفل: إن هدف التربية هو تنمية الشخصية حتى تعبر عن نفسها تعبيراً كاملاً، وتفتيح طاقاتها إلى أقصى حد ممكن ، ولكي يتحقق هذا الهدف لا بد من فهم طبيعة الشخصية ودورها الذي تقوم به ، كما لا بد للفهم أن يسبق الإرشاد وفهم الطفل ليس بالعملية السهلة، فهو لا يتوقف على نتائج بعض الاختبارات، بل يتطلب جمع المعلومات الكاملة عن الطفل.

٢- الوظائف الوقائية والإنمائية: وهي تهدف إلى تجنب الإضرار بالطفل، وذلك يأخذ اتجاهين.

الاتجاه الأول: هو الأسلوب الإنمائي وهو يعني دعم أساليب تنمية التفكير والسلوك التي تساعد الطفل على النمو الكامل لجميع جوانب شخصيته.

الاتجاه الثاني: الأسلوب الوقائي الذي يعني تحديد العوامل التي تؤدي إلى المشكلات لغرض الوقاية منها بشكل مبكر قبل وصولها إلى مرحلة متطورة.

٣- التوافق النفسي والاجتماعي : إن الأطفال جميعاً يحتاجون إلى الإرشاد من حين إلى آخر والفرق بينهم هو في مقدار المساعدة الإرشادية لا في نوع المساعدة ولكن الهدف العام يبقى هو دعم الطفل لحل مشكلاته الخاصة بذاته ، ولكن في بعض الحالات يعاني الطفل من سوء توافق ملحوظ في سلوكه في البيت والروضة والمدرسة ، وهنا ينبغي أن تتعاون الأسرة والمرشد النفسي لوضع برنامج لمواجهة المشكلة.

المسلّمات التي يجب على المرشد النفسي مراعاتها

يتميز الطفل في مرحلة الروضة بخصائص مختلفة عن الأطفال في المراحل الأخرى، ينبغي مراعاتها.

١- الأطفال بطبعهم فضوليون يحبون معرفة أشياء جديدة واكتشاف العالم، وعلينا أن نفسر لهم ونساعدهم على اكتشاف العالم من حولهم.

٢- يختلف الأطفال في سرعة نموهم، أي أن هناك فروق فردية في النمو، وعلى المرشد النفسي والمعلم أن يراعي مثل هذه الفروق.

٣- يتميز النمو الجسمي بتسارعه بشكل كبير في هذه المرحلة ، ولذلك ينبغي للمرشد النفسي والمعلم أن يعلم الأطفال المهارات التي تتناسب مع هذا النمو.

٤- يعد اللعب أهم وسيلة للتعلم وهذا يتطلب توفير أدوات أو مكان يتيح ممارسة اللعب الحر والجماعي، وهذا ما ينبغي توافره.

٥- يتعلم الطفل بالعمل وليس بشكل نظري وهذا يتطلب توفير أدوات يقوم الأطفال بتركيبها وتصميمها.

٦- الأطفال اجتماعيون في هذا السن وهذا يتطلب توفير خبرات اجتماعية تهدف إلى تنمية التفاعل الاجتماعي.

٧- الأطفال هذه المرحلة مرنون ويحبون تغيير الأنشطة اليومية بستمرار وهذا يتطلب التنويع في الخبرات والأدوات في اللعب والتعليم.

٨- يتعلم الأطفال من خلال الخبرات الأولية من اللمس والشم والتذوق والسمع والبصر، لذلك على المعلم تعليمهم من خلال هذه الحواس.

٩- إن معرفة خصائص الطفل في هذه المرحلة تعد أمراً ضرورياً للمعلمين في رياض الأطفال كما هي هامة لأي عمل توجيهي أو إرشادي.

أساليب إرشاد الأطفال

كثيرة هي أساليب الإرشاد، فمنها الإرشاد الفردي والإرشاد الجماعي والإرشاد باللعب، ويعد الإرشاد باللعب أفضل أسلوب لإرشاد الأطفال والإرشاد باللعب طريقة شائعة الاستخدام لدى مرشدي الأطفال على أساس أنها تستند إلى أسس نفسية وتربوية واجتماعية ، وهي مفيدة في تعليم الطفل وفي تشخيص مشكلاته والأساس الذي يقوم عليه، والإرشاد باللعب هو أن الطفل يقوم وهو يلعب بعملية لعب الأدوار أو تمثيلها ، وهو بذلك يعبر عن مشكلاته ومشاعره بشكل عفوي.

أساس الإرشاد باللعب

يقوم على أسس علم نفس النمو وعلم النفس العلاجي، ويستخدم اللعب لدعم نمو الطفل جسمياً وعقلياً وانفعالياً، ولإشباع حاجاته المختلفة. ولذلك يلجأ المربي والمرشد إلى استخدام اللعب كطريقة لضبط سلوك الطفل وتعديله، ويحتاج الإرشاد باللعب إلى مرشد مدرب ومؤهل ويتمتع بخصائص، أهمها القدرة على فهم الأطفال والصبر والمرح والإحساس بالأبوية.

المجالات التي يفيد بها الإرشاد باللعب

١- الشخصيات الانسحابية: مثل الأطفال الخاملين أو السلبيين أو غير الاجتماعيين فهؤلاء لا يعبرون عن الحب أو العدوان ، إن مثل هذا النوع من الأطفال يحتاج إلى مشاركة الجماعة في اللعب، كما أن اللعب مع الجماعة يساعد الطفل على الإقدام والإيجابية والنشاط.

٢- الشخصيات غير الناضجة: هم الأطفال الذين يتمتعون بحماية زائدة من الآباء أدت في النهاية إلى سلوك طفلي، من مظاهره عدم القدرة على تحمل الإحباط ونقص التعاون والدخول في عراك مستمر. ويمكن لهؤلاء خلال اللعب الجماعي تعلم التعاون والتفاهم، وفي النهاية يتعدل سلوكهم.

٣- الأطفال ذوي العادات السيئة: مثل مص الإصبع أو قضم الأظافر ومشكلات الأكل والتلعثم. هذه العادات هي تعبير عن رغبة في الاستقلال والتعبير عن الذات بحرية.

أساليب الإرشاد باللعب

يهيئ المرشد النفسي والمعلم الجو النفسي الملائم الذي يسوده التقبل والتسامح، ويصحب الطفل إلى حجرة اللعب، ويتبع الأساليب التالية:

أ. اللعب الحر: وهو غير محدد. وتترك الحرية فيه للطفل كي يختار ما يشاء من اللعب.

ب. اللعب المحدد: وهو لعب موجه ومخطط، وفيه يحدد المربي مكان اللعب، ويختار الألعاب بما يتناسب مع عمر الطفل وخبرته.

ج. اللعب بطريقة الإرشاد السلوكي: وهو يستخدم في حالات مثل الخوف من الحيوانات، وهنا يمكن تحصين الطفل تدريجياً بتعويده اللعب بدمى هذه الحيوانات حتى تتكون لديه الألفة، وتذهب الحساسية والخوف بشكل تدريجي.

مشكلات السلوك الاجتماعي عند الأطفال

هي عبارة عن مشكلات في مخالفة ما يرضي المجتمع ومنافاة قيمه، وعادة ما تكون أشد المشكلات هي:

١- العناد وعدم الطاعة، أو ما يسمى أحياناً بالعصيان.
٢- نوبات الغضب، وقد تكون رد فعل للإحباط ووجود نموذج عدواني في فعل الآباء.
٣- السرقة وعدم الأمانة، وتحدث بسبب الفقر ونقص الدعم الاقتصادي للأسرة أو أحياناً المرض النفسي.
٤- الغش: وهو سلوك شائع الاستخدام في الصغر. ويتميز صاحب هذه الشخصية بالبراعة في التلاعب والغش وإنكار القيام بهذا العمل الخاطئ.
٥- اللغة غير المناسبة: وتقسم إلى الكلام غير المناسب أو الكلمات الفاحشة المتصلة بالأمور الجنسية، وتكون عند الصغار بدافع اللهو.
٦- التخريب: يشمل التكسير والتدمير للممتلكات. وقد يكون عند الأطفال بدافع اللعب.
٧- الهرب: وقد يكون الهرب من المدرسة أو البيت بسبب شعور بعض التلاميذ بالملل والرتابة.
٨- وقد يحدث بسبب الدفاع عن النفس، وله أخطار كثيرة على مستقبل الطفل التربوي.

أخيراً فإن اساليب التنشئة الأسرية والعلاقة الوالدية مع الطفل هي حصيلة ردود الفعل التي يقوم بها الطرفان إزاء تصرف كل منهما نحو الآخر، وتتوقف طبيعة هذه العلاقة على نوع الاستجابات والمثيرات المقدمة من الأسرة.

مفهوم اللعب:

يعتبر علماء الاجتماع والانثروبولوجيا أن الإعداد الثقافي والاجتماعي للفرد يحدث من خلال اللعب ، فمنه يتعلم الكثير عن نفسه وعن العالم المحيط به ، فاللعب يصغر هذا العالم الى أجزاء تكون طوع أمره ، فالفرد يولد ولديه غرائز وميول موروثة تدفعه لسلوك معين ، والحركة هي أشد ميول الفرد فطرياً، وأبقاها في مراحل نموه ، فهي التي تدفع الفرد لأكتشاف بيئته ومعرفة كل ما يدور حولها .

ويعد اللعب مدخلاً وظيفياً لعالم الفرد ويؤثر في تكوين شخصيته ، فمن خلاله يمكن أن يتعلم كثيراً من جوانب الحياة الاجتماعية ، فاللعب يمنح الفرد

مواقف حياتية تتيح له الفرصة ليتعلم النموذج الأمثل في تكوين العلاقات المتبادلة كالمشاركة والتعاون.

واللعب يساعد على بناء شخصية سوية عن طريق مشاركة الفرد الفاعلة في النشاطات التلقائية الحرة وبصورة ممتعة ومهمة ، فاللعب يشجع على تنمية لغة الحوار والمحادثة ويدعم مهارات ما قبل القراءة كالتطبيق والتمييز البصري ، ويشجع على تنمية التعاون والمشاركة بين الأفراد، ويرى (كروس Gross) أن اللعب بالنسبة للأفراد هو عملية غريزية لأكتساب أنماط من السلوك ترتبط بالمواقف التي تواجهه في مراحل فعلية من العمر .

وتعرف (سوزان ميلر) اللعب على أنه عمل الفرد وهو الوسيلة التي ينمو بها، ويرتقي بواسطتها ، كما اعتبرت نشاط اللعب رمزاً للصحة العقلية ، وترى(هلدبراند) أن اللعب يعطي للأفراد فرصة لتعلم مفاهيم جديدة .

ويرى (سلاد) أن الفرد يقوم بتكوين علاقات أبداعية تنمو من خلال اللعب أبتداءاً من سن السادسة من عمره ، حيث يتجه نحو تكوين إيقاعات العمل ، ويعرف جانييه اللعب بأنه شكل من أشكال النشاط الذي يمكن تقويته عندما ينشد اللاعب نجاحاً سهلاً .

ويعد اللعب نشاط حر موجه يمارسهُ الأفراد لغاية التسلية والمتعة ، ويستثمره الكبار عادةً كي يسهم في إنماء شخصيات أطفالهم بأبعادهم العقلية والجسدية والانفعالية والاجتماعية ، ويشكل بالنسبة للطفل مسألة حيوية في غاية الأهمية حيث إن هنالك صلة وثيقة بين عملية نمو الطفل وبين اللعب .

كما أن التعلم عن طريق الاستماع فقط لا يجدي بنفس الدرجة مثل التعلم بالعمل وان الفرد يميل الى اللعب حيث يتيح له الفرصة ليعبر خارجياً عن نزعاته وميوله الداخلية ، وأن توفر الألعاب الحركية في بيئة مناسبة تحقق للأفراد مجموعة من الأهداف ، ففي المجال النفسي الحركي سيتم تنمية العضلات من خلال نشاط عضلي قوي ، كما تنمي لدى الأفراد القدرة على الجري والمحاورة والتوقف المنضبط ، ويتعلم الأفراد أدارة الجسم أثناء ضغوط المنافسة ، وفي المجال المعرفي يكتسب الأفراد التيقظ الذهني وهم يستجيبون إستراتيجياً لمواقف الألعاب ، كما يتعلم الأفراد تفهم القوانين وتتابعها ، وينمون القدرة على تطبيق هذه المعلومات تلقائياً أثناء اللعب ، أما في المجال الانفعالي فيتعلم الأفراد اللعب مع الآخرين بأسلوب أجتماعي صحيح ، ويفهم الأفراد الحاجة الى اللعب النظيف وأظهار الروح الرياضية .

والإرشاد باللعب طريقة منظمة للحصول على التبصر والوعي بعالم الطفل ، وقد أهتم علماء الإرشاد النفسي باللعب بأعتباره واحداً من أهم الأساليب التي يمكن من خلالها تحقيق النضج الاجتماعي والمساعدة في أكتشاف بيئة الفرد والتفاعل معها ، فهو من الناحية الجسمية أداة تساعد في نمو الجسم وتدريب أعضائه ، وأكسابها مهارات حركية ذات أهداف تربوية ، كما تساعد في تطور

الجانب الانفعالي للفرد وأتزانه وتخليصه من بعض حالات التوتر والقلق والاضطرابات والنزعات العدوانية والكبت والحرمان وتبعده عن تمركزه حول ذاته.

وتؤكد الدراسات النفسية الحديثة كدراسة (بياجيه وباندورا) على أهمية اللعب في حياة الأفراد ودوره في بناء شخصية الفرد وتكوين سلوكه ، حيث تركز هذه الدراسة المستندة على نظرية باندورا في التعلم بالملاحظة أو الاقتداء ، على أن اللعب يزود الأفراد بطريقة أفضل للتفاعل مع البيئة أو التحكم بها ، كما أنه يعطيهم فرصاً أكبر للتفاعل مع الكبار الذين يمثلون اتجاهات مختلفة لديهم .

وتحدث (أوزوبل)عن الألعاب على أنها تمثل نشاطاً جمعياً يكون فيه الفرد مشتركاً مع الآخرين لإنجاز بعض الأهداف العامة مؤكداً على أهمية أستخدام الألعاب التنافسية في البيئة الصفية من أجل تحقيق المهام التربوية المتمثلة في كل من زيادة التفاعل مع المواد الأكاديمية والمهنية واستثارة دافع الطفل نحو التعلم وزيادة قدرته على الانجاز وحثه على أستخدام أساليب التعلم طبقاً لخصائص الموقف التعلمي وصفاته ، وزيادة أدراكه ووعيه لجوانب التحصيل والانجاز مما يجعل سلوكه يتخذ شكلاً معيناً نتيجة التعزيز غير المباشر الذي توفره له تلك الألعاب ، فهو يتفق بذلك مع وجهة نظر (بياجيه) الذي يعتبر اللعب أساس النمو العقلي للفرد ، فعن طريق اللعب يحاول الفرد أكتساب نماذج معينة عن الأشياء والأنماط البيئية في بنيته المعرفية.

ويرى (بياجيه) في اللعب تعبيراً عن تطور الفرد ومتطلباً أساسياً له مؤكداً أن اللعب يرتبط بمراحل النمو عند الفرد ، ولكل مرحلة نمائية أنماط لعب خاصة بها وهذه الأنماط تختلف من مجتمع الى آخر ومن فرد الى آخر ، ويمثل اللعب وسطاً بيئياً مناسباً يسهم في تطوير البنية المعرفية للفرد ، وعن طريق اللعب يتفاعل الفرد مع بيئته ويطور لغته وعلاقاته الاجتماعية ، فاللعب إذاً أداة معرفة يمكن أن ينظر إليه على أنه واقعي ، ووسيلة تعلم يقوم على ما لدى الطفل من إمكانات وقدرات كما يعنى بكل ما في البيئة من عناصر .

وأوضحت دراسة (براندز وفيليب) (Brandes and Philips) أن للألعاب دوراً هاماً في تشجيع الاتصال والحوار مع الآخرين ، وبخاصة عند الأشخاص الغرباء والأشخاص الخجولين الذين يحتاجون الى التشجيع والتواصل مع الآخرين، وتشير دراسة جونز (Johns) الى أن الألعاب والمحاكاة يمكن أن تسهم أسهاماً خاصاً في التربية لأنها تتصف بالعمل والأسلوب ، ولا تقتصر على تذكر الحقائق ولان الطلبة يشاركون في عملية التعلم برغبة ونشاط وهمة عالية ، إذ يؤثر ذلك تأثيراً ايجابياً في كل من الطلبة والمعلمين.

ويركز (برونر) على أهمية تكوين المفاهيم لدى الفرد ، وتكمن أهميتها في أن أغلبية التبادلات الفكرية تتضمن التعامل مع فئات الأشياء أكثر من التعامل

مع الأشياء أو الموجودات بمفردها . وشدد (برونر)على الخبرة الملموسة للمتعلم وممارسته ولعبه بالمواد التعليمية ، وقدم في ذلك ثلاث مراحل للتعلم باللعب تتمثل في التمثيل العملي ، والتمثيل الصوري، والتمثيل الرمزي ، والتي تتبع من تفسير(بياجيه) لإستراتيجية نمو التفكير عند الفرد باللعب وتعامله مع المواد المحسوبة .

ويرى علماء علم النفس التكويني أمثال (جيزل – Geezel) في اللعب تعبيراً عن نمو الفرد ومتطلباته، فكل نوع من أنواع اللعب يرتبط أرتباطاً وثيقاً بمتطلبات نمو الفرد هذه ، فقد أعتبر(جيزل Geezel) أن للعب حاجات داخلية ملحة تقود الفرد الى الحركة والنشاط ، وطالب بضرورة أعطاء الحرية للفرد في أن يلعب حسب رغبته دون أن يكره على ألعاب معينة تفرض عليه فرضاً ، وأعتبر أن الأفراد يظهرون أنفسهم بوضوح أكثر من خلال ألعابهم المشوقة ، وأنهم لا يلعبون لأمر يفرض عليهم من الخارج وإنما يلعبون نتيجة حاجات ملحة ومؤثرة في داخلهم.

أما دراسة هات (Hutt) التي نشرت في جامعة أكسفورد حول (الاستكشاف واللعب لدى الأفراد) فقد توصلت الى نتائج قيمة في تفسير ظاهرة اللعب وكيفية حدوثها وأثرها الفعال في قيادة الفرد الى البحث والاستكشاف ، حيث أكدت إن الفرد عندما يحاول أن يتعامل مع أية لعبة جديدة فأنه يحاول أن يستحضر في ذهنه السؤالين التاليين:-

١. ماذا يعمل هذا الشيء (أي اللعبة الجديدة)؟

أو ما هذا الشيء ؟ ثم يحاول الطفل الى الشعور الأكثر حيوية وفاعلية بالنسبة له فيسأل .

٢. ماذا أستطيع أن أعمل مع هذا الشيء (اللعبة الجديدة) .

وتؤكد دراسة)سكارف (Scarf أن اللعب يمتلك كل خصائص العملية التربوية الكاملة ، فهو يوفر التركيز لفترة كبيرة من الوقت ، وينمي المبادرة والمخيلة ، والاهتمام الشديد في خبرة عقلية هائلة ، وانكماش انفعالي كامل ، وما من نشاط آخر يدفع الى التكرار بطريقة عميقة وينمي الشخصية على نحو متميز مثل اللعب ، كما أنه ما من نشاط آخر يستدعي كل الجهد والطاقة الكامنين مثل الصيد ، فاللعب أكثر العمليات التربوية أكتمالاً ، لأنه يؤثر في عقل الفرد وأنفعالاته وجسده.

أما دراسة (أريكسون) فأوضحت أن اللعب وبخاصة في فترة الطفولة هو تعبير عن المظهر العقلي للقدرة البشرية ، وذلك لهضم خبرات الحياة ، إذ يمر الطفل في نموه بخبرات يصعب عليه هضمها فيخلق في لعبه مواقف نموذجية يسيطر بواسطتها على الواقع بالتجريب والتخطيط.

وأخيراً توضح دراسة)تايلور- (Taylor بأن اللعب هو أنفاس الحياة بالنسبة للفرد ، أنه حياته ، وليس مجرد طريقة لتمضية الوقت وإشغال الذات ،

فاللعب للطفل كما التربية والاستكشاف والتعبير عن الذات ، والترويح والعمل للكبار.

الأهمية التربوية والنفسية والتنموية للعب:-

أولى المتخصصون في التربية وعلم النفس اهتماماً واضحاً باللعب لما يمثله من مكون أساسي من مكونات طرق التدريس المختلفة. فاللعب له من الأهمية التربوية ما يجعله من أهم الوسائل الفعالة في تربية وتنمية الفرد ، فمن خلاله يتم تحقيق إسهامات تربوية وتنموية للفرد كالنمو الحركي الاجتماعي والمعرفي والعقلي ، وتنمية شخصية الفرد وتطوير صحته وتنمية الإبداع والابتكار لديه ، كما أن مواجهة الفرد لبيئته تكون عن طريق اللعب ، فمن خلال تقليده باللعب لما يريده ويسمعه ويختبره ، إنما يكتسب المعرفة المتصلة بالواقع وينمي قدراته الفعلية والبدنية .

كما يتيح له اللعب فرصاً لتكوين مشاعر ايجابية نحو الآخرين ونتائج تعليمية وتربوية لنشاطه ونمو ذاته ، و النشاط الحركي للفرد يعني الحياة ، إستكشاف الذات ، وإستكشاف البيئة المادية والاجتماعية المحيطة به ، كما يعني له الحرية و الأمان ، والاتصال ، والسرور والمرح ، والقبول الاجتماعي .

كما إن اللعب يعمل على التعرف على التكوين النفسي والعقلي والثقافي لأن اللعب يتفاعل مع كل ما في بيئة الطفل من أشخاص وأشياء وأفعال وأفكار مما يؤدي الى تنمية مفاهيمه عنها ومن ثم يتعرف على ذاته من خلال المفاهيم المتطورة ، كما يتطور اللعب مثل بقية مظاهر النمو ، فهو في البداية يكون نشاطاً غير موجه أو هادف ، ثم يتطور الى خطة سلوكية يمكن أستغلالها لتنمية إمكانات الطفل وتطورها.

وترجع أهمية اللعب الى الحقائق الآتية:-

١. الميل الطبيعي الذي يدفع اللاعب (الفرد) لمزاولة اللعب .
٢. أن الفرد يجد في اللعب فرصة للتعبير عن النفس وهذا يحقق له المرور والاستمتاع ويجلب ما يمكن تسميته بالسعادة .
٣. الحاجات الأساسية للإنسان فهو طريق الفرد لأكتساب الخبرة ووسيلة طبيعية لاستنفاد طاقات الشباب الزائدة وحاجة أساسية لا يمكن إغفالها بالنسبة للكبار .
٤. أثره في تكوين الشخصية المتزنة وتنميتها :- وهو الغرض الأساسي للعب المنظم ، حيث يعد استخدام اللعب من الأساليب الصحية السليمة سبباً قوياً يساعد على تقوية الجسم وتحسين الصحة والنمو العقلي وخلق الروح وإتاحة الفرصة للتغير الاجتماعي وتقويم الأخلاق .
٥. يعمل اللعب على رفاهية المجتمع ، حيث تتيح الشخصية المتزنة المتمتعة بالعلاقات الطيبة مع الغير الفرص الكثيرة التي تولد الاتحاد والانسجام

والمتميزة عادةً بالروح الطيبة والمشاركة الوجدانية فالسعادة والسرور اللذين ينبثقان من اللعب في جماعات متآلفة منسجمة لها الأثر البعيد على المجتمع.

وظائف اللعب

يمكن تلخيص ما ينميه اللعب والنشاط في شخصية الفرد فيما يأتي :-

١. اللعب ينمي المهارات العقلية والمعرفية :- حيث يؤكد أرنست أن الألعاب تعمل على تحسين إستراتيجية حل المسألة وتعزيزها ، ويؤكد الباحثون أن أسلوب اللعب له علاقة وطيدة بمهارات التعلم في حل المسألة ، وأبرز هذه المهارات هي :-

أ. مهارات القراءة :هناك ارتباطاً وثيقاً بين مهارات قراءة المسألة والقدرة على حلها .

ب. مهارات التفسير :- فالتعرف على المسألة وخصائصها والمعلومات التي تكمن فيها يعتبر ذا أهمية بالغة في الانتقال الى الخطوة التالية .

ج. مهارات التنظيم :- من حيث تحديد المعلومات اللازمة والمعلومات وثيقة الصلة وتحديد الخطوات الوسيطة

د. مهارات التفكير في الحل :- من خلال الاستخدام الفعال لأنواع مختلفة من الألعاب والألغاز والأنشطة الأخرى.

ه- مهارات اتخاذ القرارات :- وترتبط بعملية حل المسألة حيث تتطلب من اللاعبين أختبار أو اقتراح بديل من بين عدة بدائل متنافسة ، والبديل الأفضل هو القرار .

و. مهارات التنبؤ:- بعض القواعد والقوانين اللازمة لحل المسألة التي يستعين بها الفرد للقيام بأداء منظم لحل مشكلةٍ ما أو تفسير الظاهرة أو التنبؤ بالسلوك

ز. مهارات تقييم الإستراتيجية :-وتساعد الفرد على تعديل الإستراتيجية المستخدمة في حل المسألة المنتظمة في الألعاب فنجاح الفرد أو فشله في حل المسألة يعتمد بالدرجة الأولى على الإستراتيجية المستخدمة ومدى ملائمتها بخصائص الموقف المشكل .

٢. تنمية المهارات اللغوية التي تحقق التواصل مع الآخرين ومع اللعبة: ففي أثناء اللعب يعبر الفرد عن انفعالاته وآرائه من خلال محادثاته للعبه أو للأفراد الآخرين فيعبر عن الغضب والقبول والرفض وينهي ويأمر ،وهذا الاحتكاك يجعله ينقص اللغة.

٣. يتيح اللعب للفرد ممارسة كل العمليات المعرفية والعقلية: حيث يقوم الفرد بعمليات التجريب ، محاولة وخطأ حتى يصل الى النتائج ، ويتذكر طريقة عمل اللعبة ، وتشغيلها ويجدد ويبتكر ويستحضر الصور الذهنية التي مرت بخبرته .

٤. يساعد الفرد في إحداث تفاعل بينه وبين عناصر البيئة : لغرض تعلم الفرد وإنماء شخصيته وسلوكه وجعله أكثر توافقاً مع متطلبات المحيط الذي يعيش فيه وتخليصه من الأنانية والتمركز حول الذات . ويعد اللعب أداة تعبير وتواصل بين الأفراد بغض النظر عن الاختلافات اللغوية والشفافية فيما بينهم، كما أنه أداة تواصل بين الكبار والصغار.

فوائد اللعب :-

١. تنمية خبرة الفرد ونموه الاجتماعي :- ففي سياق اللعب يكون لدى الفرد الفرصة للعب الأدوار ، وفي اللعب الإيهامي يقوم الفرد بأدوار التسلط وأدوار الخضوع كدور الوالد ودور الرضيع مثلاً ، وغير ذلك كدور الأسد ودور الفريسة، وهم في كل ذلك يجدون ويختبرون ويتعلمون أنواع السلوك الاجتماعي التي تلائم كل موقف .

٢. يتمكن الفرد من خلال اللعب أن ينمي عضلات جسمه ويزيد في مهاراته الحركية ، من خلال القفز والجري ، والرسم ، كما يستفيد من حواسه المختلفة لمعرفة الأشياء والأحداث ، مما يجعل اللعب بالنسبة له ممتعة .

٣. للعب فوائد علاجية :- حيث يعالج الاضطرابات المختلفة لدى الأفراد ، منها القلق والاضطرابات السيكوسوماتية أي تلك الأعراض التي تنشأ من أسباب نفسية وتتخذ أعراضها شكلاً جسمياً ، ومن ذلك السمنة وضغط الدم المرتفع والصداع النصفي ، وكذلك اضطرابات الخلف أو السلوك وفصام الشخصية.

٤. يهيئ اللعب فرصة فريدة للفرد للتحرر من الواقع المليء بالالتزامات والقيود والإحباط والقواعد والأوامر والنواهي لكي يعيش أحداثاً كان يرغب في أن تحدث ولكنها لم تحدث ، أو يعدل من أحداث وقعت له بشكل معين وكان يرغب في أن تحدث له بشكل آخر ، ويمثل اللعب أيضاً انطلاقة للتحرر من قيود وقوانين الطبيعة ، وفرصة للفرد كي يتصرف بحرية دون التقيد بقوانين الواقع المادي والاجتماعي .

٥. يساعد الفرد على الاستبصار بطريقة تناسب عمره .

العوامل المؤثرة في اللعب :-

هناك مجموعة من العوامل المختلفة التي تؤثر في اللعب ، فاللعب يتأثر بعدد من العوامل المجتمعة أو المنفردة التي تجعل منه نشاطاً مقيداً بمحددات معينة تفضي الى تباين في أنواعه وكيفيته وأساليبه ، ولعل أبرز هذه العوامل ما يلي:-

١. مراحل النمو :- يتصل اللعب اتصالاً وثيقاً بمراحل نمو الفرد ، فلكل مرحلة عمرية ألعابها الخاصة التي تلبي متطلباتها ، وتنسجم مع أمكانية الفرد في تلك المرحلة فما يثير اهتمام الفرد في السنة الأولى من عمره (مرحلة الحضانة) يختلف عما يمكن أن يثيره في عمر الخمس سنوات ، فحتى لو استخدم الفرد البالغ خمس سنوات من العمر الألعاب التي يلعب بها في

مرحلته السابقة ، إلا إن تعامله معها يختلف بسبب نمو إمكانياته الجسدية والذهنية والنفسية.

٢. عوامل ذاتية:- رغم كون اللعب من سمات الطفولة العامة ، فان للفروق الفردية بين فرد وآخر ، مثل الحالة الانفعالية ، والصحية ، والنفسية ، تأثيرها على اللعب ، فالتوتر الزائد يعيق اللعب ، كما وجد مندل (MENDEL) أن هناك علاقة عكسية بين مستوى القلق وبين اللعب والحالة الانفعالية المعتدلة عند الفرد تعتبر أساساً ضرورياً للعب سعيد فعال ، والفرد الهادئ ذو الخيال الخصب أقدر على ممارسة اللعب التمثيلي مثلاً ، فقد وجد سنجر (SINGER) على سبيل المثال أن الفرد ذو الخيال الخصب يمكن أن يجلس بهدوء لمدة أطول من تلك التي يمكثها الفرد ذو القدرة الأقل من حيث التخيل ، ولا يخفى أن الفرد المريض يفقد الرغبة في اللعب ، وعلى ذلك يمكن القول إن اللعب يعتبر من هذه الزاوية معياراً للدلالة عل سلامة الطفل العقلية.

٣. عوامل بيئية اجتماعية:- وتشمل القيم والمعايير التي تسود المجتمع ، أي النظرة السائدة في البيئة الاجتماعية عن اللعب ودوره في حياة الفرد ، كما تشمل وجود أماكن للعب والساحات الفارغة ، أو عدم وجودها ، ومستوى الأهل الثقافي والاقتصادي لتشجع الفرد على اللعب أو منعه، فهذه الأمور كلها عوامل تؤثر مباشرة على اللعب .

٤. عوامل تقنية :-هي عوامل مرتبطة بمادة اللعب بحد ذاتها من حيث: تقنيتها، وفائدتها ، وتركيبها ، وموضوعها ، أو طريقة استخدامها ، رغم أن التقنية الحديثة أغنت عالم الطفولة بالألعاب ، ووفرت العديد منها لتلبي مختلف النواحي ، لكن يبقى وجود العديد من الألعاب البسيطة المصنوعة أو المركبة من الأدوات البيتية ، أو البيئة المحيطة ذات فائدة مهمة ، والعبرة تكمن في مردود اللعب المعرفي الحركي على الفرد .

النظريات التي فسرت اللعب

نتيجة لاختلاف آراء العلماء والباحثين حول تفسير اللعب وأهميته للمصابين بالاضطرابات النفسية كالمصابين بالحرمان العاطفي ، فقد ظهرت وجهتا نظر مختلفتان في تفسير اللعب لما يمثله اللعب الرياضي من أهمية بوصفه وسيلةً للتفريغ الانفعالي ، ونتيجة لاستخدامه من العلماء والباحثين في دراساتهم أمثال (فرويد) و(لورنز) و (منغر) (و (ريتشارد) ،لذا فان الباحثة ارتأت أن تقدم عرضاً مفصلاً لأهم النظريات التي فسرت اللعب وحسب وجهتي النظر المشار أليهما آنفاً وهما :-

أولاً- وجهة النظر الأولى : وتمثل المنظور الكلاسيكي لتفسير اللعب، وأهم نظرياتها :-

١. نظرية اللعب كوسيلة للاستجمام والراحة بعد العمل :

وتقترن هذه النظرية بأثنين من المفكرين الألمان هما (شيلر-Schaller) و (لازروس) (Lazarus) وحاولا بها تفسير ميل الإنسان الى اللعب ، وكان (شيلر) يرى إن اللعب يهدف أساساً الى التخفيف من توتر العضلات والترويح عن النفس بعد فترة طويلة من التعب والجهد ، واللعب بهذا المفهوم ليس إلا وسيلة لتجديد القوى واستعادة الطاقة للعمل ، وهذا التفسير يجعل من اللعب والعمل جهدين متقابلين ، فلا لعب بدون عمل ولا عمل بدون لعب ، وهما معاً يحققان للفرد قدراً من التوازن يمكنه من الاستمرار في العمل الذي هو الهدف الرئيسي في حياته.

ومن الواضح إن هذا التفسير البسيط للعب لا يستطيع أن يوضح لنا لماذا يلعب الأطفال وهم لا يعملون أصلاً عملاً معيناً ، بل إننا نجد إن الأطفال يلعبون دون توقف فترات طويلة ، فإذا ما استراحوا من اللعب فترة ما عادوا إليه مرة ثانية ولا يكفون عن اللعب إلا عندما يحل بهم التعب ، فيرتاحون قليلاً ليعودوا إليه مرة أخرى ، وهكذا فان العلاقة بين اللعب والتعب ليست علاقة متناقضة كما يحاول ان يقدمه لنا هذا التفسير ولكن اللعب والتعب متلازمان في الكثير من الأحيان خاصة بين الأطفال في جميع مراحل طفولتهم .

٢. نظرية اللعب كوسيلة لتصريف الطاقة الزائدة عن الحاجة :

يرى أصحاب هذه النظرية وعلى رأسهم الشاعر الألماني (فريدرك فون شيلر ١٧٥٩-١٨٠٥) والفيلسوف الانكليزي (هربرت سبنر - ١٨٢٠ - ١٩٠٣) إن الفرد يجد في جسمه ونفسه طاقة لا يعرف كيف يصرفها ، أو ماذا يعمل بها فيلجأ الى اللعب الذي لا هدف من ورائه سوى أن يتخلص منها ، وكأن الفرد - من وجهة النظر أصحاب هذه النظرية – أشبه ما يكون بوعاء كبير فوقه غطاء حبس فيه قدر كبير من بخار الماء يحاول أن يجد له متنفسا يخرج منه ، وكلما وجد هذا البخار لنفسه متنفساً كلما قل احتمال انفجار الوعاء، ومن البديهي أن تبرز هذه النظرية خطر حبس الطاقة الزائدة عند الطفل وتحسب حساب الأضرار النفسية والجسمية التي تنتج عن كبتها وعدم تصريفها فتدعو الى "تفريغ" هذه الطاقة الزائدة ، ونجد في اللعب وسيلة مقبولة لتحقيق هذا الغرض.

ومن الملاحظ إن هذه النظرية تبدو عكس النظرية السابقة ، فالأولى تجعل من اللعب وسيلة لاستعادة ما يكون قد استنفذه الفرد من طاقة وجهد عن طريق العمل ، بينما ترى النظرية الثانية إن اللعب يخلص الفرد من الطاقة التي يختزنها ولا يجد سبيلاً لتصريفها ، ولكن مع ذلك ومن خلال الملاحظة البسيطة لسلوك الأفراد تنفي هذا التفسير في كثير من الأحوال ، إذ كثيراً ما نرى الصغار يندفعون الى لعبة جديدة يقدمها لهم الكبار رغم إنهم يكونون متعبين أو مرهقين بعد رحلة طويلة مجهدة .

٣. نظرية اللعب كتلخيص لسير التطور الإنساني:

ويرى أصحاب هذه النظرية إن أشكال اللعب الإنساني وصوره المختلفة تمر بمراحل تشبه مراحل التعاون الإنساني ككائن حي له نشاط خاص يسعي الى كسب قوته والدفاع عن نفسه وحماية حياته ، ومن ابرز أنواع هذا النشاط الإنساني على مختلف أدوار الحياة ، الصيد والقنص وزراعة الأراضي والقتال وبناء المساكن والتعليم .. الخ ، لهذا فان العاب الصغار تسير في ذات المسار الذي سار فيه هذا النشاط الإنساني وتلخصه في مراحل الطفولة المختلفة ، أي إن الطفل إنما يلخص عن طريق اللعب بشكل غير جدي تأريخ الحياة الجدية للنوع الإنساني منذ نشأته حتى عصرنا هذا .

ولهذه النظرية جانب تربوي إذ أنها بعد أن أوضحت لماذا يميل الأفراد الى اللعب ولماذا يهتمون به ، طلبت بتخليصهم من هذا الميل الموروث حيث لم يعد يناسب ظروف الحياة المعاصرة وأصبح واجباً على المربين أن يهتموا بتزويد الأفراد بألعاب تتناسب مع متطلبات العصر وتتفق مع مشاكله واحتياجاته وقد اهتم ستانلي هول المربي الأمريكي (١٨٤٦ - ١٩١٣) الذي كان أول من عرض هذه النظرية في هذه الصورة بنوع الدمى التي يفضلها الصغار وبمدى سرعتهم في اختيار أسماء لها كوسيلة جيدة لتعليمهم وتربيتهم .

٤. النظرية الإعدادية أو نظرية الإعداد للحياة المستقبلية:

يرى واضع هذه النظرية كارل غروس (Karl Gross) إن اللعب للكائن الحي هو عبارة عن وظيفة بيولوجية هامة ، فاللعب يمرن الأعضاء ، وبذلك يستطيع الفرد أن يسيطر سيطرة تامة عليها وان يستعملها استعمالاً حراً في المستقبل .

فاللعب إذاً إعداد للكائن الحي كي يعمل في المستقبل الأعمال الجادة المفيدة، ومثالنا على ذلك تناطح الحملان في لعبها إنما هو تمرين على القيام بالتناطح الجدي في المستقبل والدفاع عن النفس ، وتراكض الجراء وعض بعضها بعضاً كأنها تتدرب على القتال ، وصغار الطير تضرب بأجنحتها بما يشبه حركات الطيران وكذلك القطط التي يطارد بعضها بعضاً في أثناء اللعب فهي تقوم بحركات تشابه الحركات التي تقوم بها بالمستقبل بقصد الحصول على الطعام ومطاردة الفريسة .

والطفلة في عامها الثالث تستعد بشكل لاشعوري لتقوم بدور الأم حين تضع لعبتها وتهدهدها كي تنام ، وهكذا فان مصدر اللعب هو الغرائز أي الآليات البيولوجية ، وقد أكد وجهة النظر البيولوجية هذه كثير من العلماء مع إجراء تعديلات طفيفة عليها .

ومما يثبت صحة هذه النظرية من الأدلة ، إن اللعب يأخذ شكلاً خاصاً عند كل نوع من أنواع الحيوانات ، ولو إن اللعب مجرد التخلص من الطاقة الزائدة لجاءت الحركات بصورة عشوائية عند الحيوانات جميعها ولما اختلفت

من كائن الى آخر ، وترى هذه النظرية إن الإنسان يحتاج أكثر من غيره الى اللعب لان التركيب الجسمي أكثر تعقيداً وأعماله في المستقبل أكثر أهمية واتساعاً ، ولهذا فهو طيلة فترة طفولته يلعب ويتمرن ، وترى إن اللعب من خصائص الحيوان الراقي ، بينما الكائنات الحية غير الراقية تولد غير مكتملة النمو وغير قادرة على مواجهة صعوبات الحياة بنفسها من دون مساعدة كبارها بينما الكائنات الحية الراقية تولد بالغة مكتملة النمو تقريباً وتكون مستقلة عن كبارها وهذا يغنيها عن اللعب.

وهكذا نرى إن نظرية غروس هذه يصح تطبيقها على الحيوان مع احتفاظنا بالفارق بين حياتي الإنسان والحيوان ، فحياة الإنسان غنية بعناصرها وتفاعلاتها وحاجاتها المختلفة إذا ما قورنت بحياة الحيوان البسيطة والمحدودة.

٥. النظرية التنفيسية :

وهي نظرية التحليل النفسي الفرويدية وتركز على ألعاب الصغار بخاصة ، إذ ترى إن اللعب يساعد الفرد على التخفيف مما يعانيه من القلق الذي يحاول كل إنسان التخلص منه بأي طريقة ، واللعب إحدى هذه الطرق ، وتشبه هذه النظرية الى حد ما نظرية الطاقة الزائدة .

واللعب عند مدرسة التحليل النفسي تعبير رمزي عن رغبات محبطة أو متاعب لاشعورية وهو تعبير يساعد على خفض مستوى التوتر والقلق عند الفرد الذي يكره أباه كراهية لاشعورية قد يختار دمية من الدمى التي يعدها الأب فيفقأ عينيها أو يدفنها في الأرض وهو بهذه الحالة يعبر عن مشاعره الدفينة بواسطة اللعب ، وترى الولد الذي يغار من أخته التي تقاسمه محبة والديه ، يضمر لها عداء يعبر عنه دون قصد بالقسوة على دميته التي يتوهم فيها شخص أخته .

لذا فالأم تستطيع أن تعرف شيء عن حالة أبنها النفسية من الطريقة التي يعامل بها دميته ، فهو يضرب دميته أو يأمرها بعدم الكلام أو يقذفها من الباب ، وهذه كلها رموز تدل على أشياء تسبب له القلق ، وعن طريق اللعب يصحح الفرد الواقع ويطوعه لرغباته (إن دميتي تنام متى تشاء) وبواسطته يخفف من أثر التجارب المؤلمة (عوقبت الدمية إذا أجريت لها عملية اللوزتين) وبه يكتشف حوادث المستقبل ويتنبأ بها (ستعاقبين يا دميتي لأنك لم تسمعي كلمة ماما).

ورسوم الصغار الحرة هي عبارة عن نوع من اللعب وتؤدي وظيفة للعب نفسها ، فالفرد قد يرسم عقرباً أو يقول هذه (زوجة أبي)، والفرد الذي يشعر بالوحدة يرسم أفراد العائلة كلهم داخل المنزل باستثناء شخص متروك خارجه ، ولاشك إن الفرد يتغلب على مخاوفه عن طريق اللعب ، فالفرد الذي يخاف أطباء الأسنان يكثر من الألعاب التي يمثل بها دور طبيب أسنان إذ إن تكرار الموقف الذي يسبب الخوف من شأنه أن يجعل الفرد يألفه . والمألوف لا يخيفنا

لأننا نتصرف حياله التصرف المناسب ولدينا متسع من الوقت لهذا التصرف بخلاف غير المألوف ، والأفراد الذين يخافون من الأطباء يعطون لعبة تمثل المريض وسماعته ليفحصوا بها وليمثلوا دور الطبيب بأنفسهم وبذلك يستطيعون التغلب على مخاوفهم من الأطباء بواسطة ألعابهم .

ولنذكر على سبيل المثال حاله تظهر كيف يكون اللعب مسرحا يمثل عليه الطفل متاعبه النفسية رمزياً طفل في منتصف الثانية من عمره كانت أمه تتركه وحده فترات طويلة فكانت لعبته المحببة هي أن يمسك ببكرة يوجد عليها خيط فيرمي بها تحت السرير حتى تختفي هنا وهناك يصبح منزعجا ثم يجذبها فيفرح بعودتها مرحباً بظهورها ، فالطفل في لعبته المذكورة يمثل رمزياً المأساة والأحزان التي يعاني منها ، ويصور بسلوكه هذا خبرة مؤلمة يكابدها هي مأساة اختفاء أمه وعودتها وبذلك كان يخفف من القلق الذي ينتابه .

وترجع نظرية مدرسة التحليل النفسي الى عهد الفيلسوف اليوناني المشهور أرسطو الذي كان يرى إن وظيفة التمثيليات المحزنة هي مساعدة المشاهدين على تفريغ أحزانهم من خلال مشاهده ما فيها من أحداث ووقائع ، وقد أستخدم (Eroud) اللعب لأول مرة مصادفة في العلاج النفسي ، وكان لآرائه عن اللعب في أنواع العلاج المختلفة آثار مباشرة ، فقد طبقت على الأفراد المضطربين نفسياً ، ومعظم أنواع هذا العلاج استخدم فيها اللعب التلقائي واللعب الخيالي.

واستخدمت (هلموث) ظاهرة اللعب في علاج الأطفال المضطربين عقلياً بغرض ملاحظتهم وفهمهم ، أما (ميلان كلاين) فقد استخدمت اللعب التلقائي في علاج الأفراد المضطربين نفسياً ، وافترضت إن ما يقوم به الصغير خلال اللعب الحر يرمز الى الرغبات المكبوتة والمخاوف والصراعات غير الشعورية ، وبذلك أصبح اللعب التلقائي بديلاً مباشراً عن التداعي الحر اللفظي الذي استخدمه (فرويد) في علاج الكبار .

ومن الواضح إن النظرية المذكورة لا تكفي لتفسير اللعب ، فليس مقبولاً أن تكون وظيفة اللعب مقصورة على مجرد التنفيس.

٦. نظرية النمو الجسمي :

يرى العالم كارت (Cart) الذي تنسب إليه هذه النظرية إن اللعب يساعد على نمو الأعضاء ولاسيما المخ والجهاز العصبي ، فالإنسان عندما يولد لا يكون مخه في حالة متكاملة واستعداد تام للعمل لان معظم أليافه العصبية لا تكون مكسوة بالغشاء الدهني الذي يفصل ألياف المخ العصبية بعضها عن بعض ، وبما إن اللعب يشتمل على حركات تسيطر على تنفيذها كثير من المراكز المخية فمن شأن هذا أن يثير تلك المراكز إثارة يتكون بفضلها تدريجيا ما تحتاج إليه الألياف العصبية من هذه الأغشية الدهنية.

هذا ملخص بسيط لأهم النظريات التي حاولت تقديم تفسير منطقي لأسباب اللعب ، وصحة أي واحدة منها أو خطؤها إنما يعتمد على الأدلة التي يقدمها

مؤيدوها لتفسير ظاهرة اللعب ، غير انه يمكن القول إنه من الممكن أن تشترك أكثر من نظرية في تفسير أسباب اللعب .

ثانياً. أما وجهة النظر الثانية : فتمثل المنظور الحديث لتفسير اللعب ، وأهم نظرياتها :-

١. النظرية السلوكية ١٨٧٨-١٩٣٨

انبعثت النظرية السلوكية من أعمال سكنر (Skinner) وأتباعه أمثال ثورندايك (Thorndike) وهل (Hull) وقد ركز هؤلاء اهتمامهم على الدور الذي تلعبه البيئة في تشكيل السلوك، وكأنه التركيز الأول الذي يمكن ملاحظته وقياسه ، وأصحاب النظرية السلوكية يؤكدون على دور البيئة في التأثير على الفرد ، أو بالنسبة لهم يمكن النظر الى المميزات الخارجية على إنها مصدر النمو والتعبير .

ويقول سكولسكري (Scholskery) إن اللعب يخضع لنفس القواعد الأساسية للتعلم والتي يتم تطبيقها على الفئات الأخرى من السلوك، وبشكل عام فالسلوكيون يعتبرون الدافع للوفاء بالاحتياجات الجسمية هو الدافع القوي والأساسي وراء السلوك الإنساني، فالدوافع تدفع الإنسان الى أن يظل نشيطاً متوتراً حتى تشبع حاجاته ويظل هكذا إذا لم يشبع دوافعه.

وقد أكد (باندورا و ولتر) (bandura and Walter) على أهمية دور المحاكاة في اكتساب السلوك الذي لا يمكنه تجاهل دوره في اللعب الرمزي عند الأطفال.

وإن السلوكيين لا يتعاملون مع مفاهيم مثل التفكير والانفعالات ، لأنهم لا يؤمنون إلا بما هو ظاهر وواضح وجلي، أما التفكير والانفعالات فهي لا تلاحظ بشكل مباشر ، والعقل عندهم يمكن تشبيهه بصندوق العجائب .

٢. نظرية الجشتالت

نسبت هذه النظرية الى علماء النفس الألمان (فرتهايمر، كوفل، وكوهلر) وتعني (الجشتالت) الهيأة أو الصيغة أو الشكل أو الكل ، وقد توصلت هذه النظرية الى مجموعة من القوانين التي تحدد العلاقات بين الأجزاء والكليات وقد أفضت هذه القوانين الى إن العلاقات القائمة بين مكونات المجال الإدراكي هي التي تحدد الإدراك ، وانصب اهتمام هذه المدرسة على موضوع (الإدراك الحسي) وان الإدراك يكون الكليات أولاً ثم تتميز بعد ذلك الأجزاء(الجزيئات) داخل ذلك الكل، كما إن الكل يختلف عن مجموع الأجزاء، وان خصائص الكليات لا يمكن أن تكون في أجزائها.

أما قوانين هذه النظرية فهي عديدة منها قانون التقارب، والتشابه، والاستمرارية، والإغلاق . ، ففي سنة (١٩٢٤) قام احدهم (كوفكا) بتطبيق مبادئ هذه النظرية على نمو الأطفال ويشير احد هذه المبادئ الى أن الاستجابة تتأثر لمجرد أن يحدث الإدراك لأن كلاً منها ينتمي الى شكل واحد ، فعلى سبيل

المثال إن رؤية البيانو، والضرب على مفاتيحه ينتميان الى شكل واحد (نمط واحد) لهذا فأن الإدراك يثير الاستجابة لأن هناك علاقة ابتدائية مباشرة بين إدراك مخطط معين والفعل الملائم له، وهذا يصلح الى حد كبير في تفسير ما يعرف بـ(المحاكاة) مثل مناغاة الرضيع استجابة لصوت أمه، أما (اللعب التخيلي) فأنه يحدث لان عالم الطفل بطبيعته يكون اقل تمايزاً عن عالم الراشدين، فالطفل لا يرى أي تناقض في أن يهدد على عصار وكأنها طفل رضيع ولا يهم عدم تطابق ملامح هذه الخشية من الوليد ، ويلحق بهذه النظرية تفسير عالم النفس الألماني (كيرت ليفين) الذي كان احد أعضاء (الجشتالت) إذ قام بتوسيع وتنمية كثير من مفاهيم الجشتالت بنظريته، عندما رأى أن سلوك الفرد يعتمد على الموقف الكلي الذي يجد نفسه، ويختلف في استجاباته تبعاً لسنه وشخصيته وحالته الراهنة، فضلا عن جميع العوامل الموجودة في بيئته في لحظة معينة، فعلى سبيل المثال يتوقف اعتبار (منطاد) على انه دمية مسلية أو شيء ينطوي على خطر تبعا لسن الطفل ودرجة نموه، والسياق الذي يراها فيه ، إذ قد يكون الطفل سلبيا في موقف، وخجولا في موقف ثانٍ، وعلى سجيته في موقف ثالث، وان اتجاه أفعال الطفل يتحدد بواسطة التكافؤات الايجابية والسلبية في المجال السيكولوجي ، فاللعب التي يكون لها مكافئ ايجابي يقترب منها الطفل ، أما الشيء ذو القيمة السلبية فهو الذي يكون له مكافئ سلبي ينزع الطفل الى الاستجابات والابتعاد عنه ، الأمر الذي يجعل بعض خصائص لعب الأطفال تنتج من خلط الواقع بالرغبات إذ يكون عندئذٍ معنى الأشياء والأدوار الخاصة للطفل مختلفة، فقطعة من الخشب مثلا يمكن أن يهديها الطفل الى طفل صغير في موقف ثم يلقي بها بعيدا في موقف آخر .

إن إمعان النظر في نظرية (ليفين) يؤشر إنها ليست إلا تطويراً لمفاهيم الجشتالت ، الأمر الذي يجعل كثيراً من المصادر تورد النظريتين وكأنهما نظرية واحدة ، وتعتقد الباحثة إن نظرية (ليفني) على الرغم مما احتوته من مفاهيم جشتالتية بقيت مثل نظرية الجشتالت غير متكاملة ولم تقدم تفسيرا علمياً متكاملاً للعب.

٣. نظرية بياجيه في اللعب

تنسب هذه النظرية الى (بياجيه) وتعد لصيقة بتفسير نمو الذكاء عند الأطفال إذ يسلم بوجود عمليتين اعتقد إنهما أساسيتان لكل نمو عضوي هما التمثل (Assimilation) والموائمة (Accommodation) ، ويقصد بالأولى في ميدان النمو عملية تمثل للمعلومات الجديدة التي يستقبلها الإنسان حتى يستطيع هضمها فتصبح جزءاً من تكوين معرفي لديه، بينما يقصد بالثانية عملية تكيف أو موائمة أو توافق يقوم بها الإنسان كي يتلاءم مع العالم الخارجي ، ويحدث النمو العقلي عند الإنسان نتيجة التبادل المستمر بين هاتين العمليتين (التمثل و الموائمة) فعندما تتوازن العمليات ينشأ عن ذلك تكيف واتزان لدى

الإنسان وعندما تطغى الموائمة على التمثل ينتج عن ذلك ما يعرف بـ (المحاكاة) وهي معكوس اللعب، بينما ينتج طغيان التمثل على الموائمة ما يعرف بـ (اللعب) وبذلك يرى (بياجيه) اللعب تبعاً لهذا التصور فمثلاً للمعلومات من اجل التلاؤم مع متطلبات الفرد في وضعه الجديد.

إن هذه النظرية ترى إن (اللعب) له وظيفة بيولوجية باعتباره تكراراً نشيطًا وتدريباً لعمل ما يقوم به الإنسان من اجل التلاؤم معه، كما أفرزت هذه النظرية مفاهيم عديدة ألقت الضوء على مفهوم اللعب يمكن إيجازها بالاتي:-

١- يرتبط اللعب بالنمو العقلي والذكائي عند الفرد.
٢- اللعب عملية عضوية يهدف الى تكيف الإنسان مع نفسه، وعالمه ويمكن أن يؤدي دورا بارزا في الصحة النفسية عند الإنسان.
٣- اللعب عملية تعلمية تعليمية يمكن الإفادة منها في ميدان التعلم والتعليم.
٤- اللعب صورة للحيوية والنشاط لدى الإنسان.
٥- اللعب عملية منظمة ومنطقية وليس نشاطا عشوائياً.
٦- اللعب عملية حسية حركية ذات بناء نفسي نشيط.

وأن نظرية (بياجيه) في اللعب يطغى عليها الجانب البايولوجي إذ إنها فسرت هذه الظاهرة (اللعب) في ضوء حيثيات علوم الحياة الذي طغى على النظرية ولم يكن لعلم النفس فيها نصيب وافر ، الأمر الذي جعلها قاصرة في تفسير (اللعب) عموماً.

٤. نظرية التعلم الاجتماعي:-

تعد نظرية التعلم الاجتماعي من النظريات الحديثة التي اهتمت بالاضطرابات النفسية (كالحرمان العاطفي مثلاً) ، وان فهم الاضطرابات النفسية يتطلب فهم الشروط المحيطة بالشخص ، وليس بالجوانب الداخلية الموجودة لديه فحسب ، وان المثيرات المزعجة تودي الى نشاط انفعالي عند الإنسان ، غير إن هذا لا يقود حتماً الى الاضطراب النفسي ، وإنما يسلك الإنسان في مثل هذه الحالة على وفق ما تعلمه من التجارب السابقة ، وهذا ما يسمى بالتعلم الاجتماعي .

ويرى أصحاب هذه النظرية إن الفرد لديه استعداد لاكتساب الاضطرابات النفسية ومن ثم ينوع ويطور أساليبها طبقا لأسس وقواعد التعليم التي تعتمد عليها عناصر التعويض والتكرار والربط والتدعيم ، ونتيجة لقناعة أصحاب النظرية بان الاضطرابات النفسية مكتسبة . لذلك افترضوا انه من الممكن أن يتعلم المسترشد السلوك غير المضطرب المباشر من خلال أبراز أنماط هذا السلوك وتعزيزه ، وان تطفئ النتائج التي تعزز الاضطرابات النفسية.

كما توصل أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي الى إن العلاقة التي تربط بين حدوث الاضطراب النفسي والعوامل الاجتماعية والبيئية من جانب وقواعد التعلم من جانب آخر له أهمية اجتماعية ، ويمكن التحكم بالاضطرابات النفسية

من خلال الحياة الاجتماعية ، فضلاً عن توجيه عمليات التعلم الوجهة الصحيحة لكي تمنع حدوث الاضطراب النفسي ، لذا اتفق اصحاب هذه النظرية أنه من الممكن السيطرة على الاضطرابات النفسية والتحكم بها ، وهذا ما أثبتته نتائج بعض الدراسات كدراسة ، التي أشارت الى أهمية دور الوالدين ومجموعة الأقران في منع حدوث الاضطراب النفسي .

ويرى منظرو التعلم الاجتماعي ومنهم (Rotter,1954) أن السلوك المضطرب يخضع لقواعد التعلم الاجتماعي ، ولا يحتاج إلى أسس أخرى معينة لاستيعابه وتفسيره ، و يرى أيضاً أن هذا السلوك قد أكتسبه الفرد من بيئته الاجتماعية وبالاعتماد على الأهداف التي اكتسبت قيمة نتيجة لعلاقتها بالآخرين.

وعلى الرغم من إن (Rotter) استخدم عدداً من قوانين التعلم من النظريات الاشتراطية ، إلا انه جعل مفهوم التوقع (Expectation) ينال أهمية مناسبة في تحليله للسلوك الاجتماعي.

ويعرف التوقع بأنه : احتمال الفرد الذاتي بأن تعزيزاً معيناً سيحدث نتيجة لسلوك معين من جانبه ، ويعرف التعزيز بأنه درجة تفضيل الفرد للحافز " التعزيز " أذا كانت احتمالات حدوثها متساوية .

لقد افترض (Rotter) إن توقع ظهور سلوك معين من فرد ما لا تحدده الأهداف والحوافز بل يتأثر بتوقع الفرد والحصول على الأهداف ، إذ أن حدوث السلوك الإنساني يرجع إلى ما يسمى بالتطبيع الاجتماعي والخبرة الموجودة مع ذلك الفرد أي التعامل مع الموقف ، وهذا الافتراض يمثل القاعدة التي تبنى عليها مفاهيم النظرية مثل التوقع (Expectation) ، وقيمة التعزيز أو الحافز (Reinforcement Value) واحتمال حدوث السلوك او القوة الكامنة (Behavior Potential) والموقف (Situation) .

وبناء على ذلك فقد افترض (Rotter) إمكانية حدوث سلوك ما أو مجموعة من أنواع السلوك في موقف معين تعتمد على توقعات الفرد بأن السلوك سوف يحقق هدفاً ما أو إشباعاً معيناً ، وعلى قيمة الإشباع بالنسبة له وعلى القوة النسبية لإمكانيات السلوك الأخرى في الموقف نفسه .

وافترض (Rotter) بأن التوقع (ت) يتأثر بمفهومين احدهما التوقع من الموقف (ت) ، والتوقع المعمم (ت ع) ويكون التوقع في الموقف نتيجة لجدول التدعيم في الموقف المعين . بينما ينشأ التوقع المعمم في الموقف الآخر من التدعيم في المواقف الأخرى ، والذي يمكن تطبيقه بالمثل على الموقف الحاضر.

واستنتج (Rotter) بأن يتمخض عن قيمة التدعيم تعديل في السلوك عند ثبات التوقع ، وكذلك توقع أن التغير النسبي في قيمة التعزيز قد يحدث تأثيراً نسبياً في تعديل السلوك ، على اعتبار إن سلوك الإنسان يتحدد في ضوء

أهدافه ، فالسلوك غالباً ما يتصف بالاتجاهية ، فالفرد يتأثر بالسلوك الذي تعلم انه سوف يحقق له درجة مناسبة من الإشباع في موقف معين .

وأضاف (Rotter) بأنه تتشكل لدى الفرد بالتدريج عدد من الحاجات المتميزة تتراوح بين الحاجات النوعية جداً أو الحاجات العامة جداً ، وكلما كانت الأهداف تتضمنها الحاجة النوعية ، أمكن التوقع بقوة أنماط السلوك أو الأهداف الأخرى ، وكلما كان المفهوم يمتاز بالعمومية قلت دقة التوقع بسلوك معين من سلوك آخر .

ومن وجهة نظر هذه النظرية يصبح للحاجة ثلاثة مكونات أساسية هي :-

١- أمكانية الحاجة : وهي مجموعة السلوك الموجه نحو نفس الهدف أو أهداف مشابهة أو أهداف ذات صلة .

٢- حرية الحركة : وهي التوقعات بأن أنواع معينة من السلوك سوف تودي الى اشباعات أو أهداف لها قيمتها لدى الفرد .

٣- القيمة (قيمة الحاجة) : وهي الدرجة التي يفضل بها فرد من مجموعة من الاشباعات عن المجموعة الأخرى .

وأشار (Rotter) الى انه ليس من الضروري تقويم سلوك الفرد في التشخيص فقط ، بل لابد من أن نقوّم توقعاته والمبادئ التي يضعها للأهداف المختلفة ، ومن الضروري أيضاً أن نفهم كيف تتبدل هذه التوقعات من موقف الى آخر ، وكيف إن الحصول على عدد من الاشباعات لا ينسجم مع الاشباعات الأخرى ، فضلا عن ذلك فإن من الضروري لأهداف العلاج أن نفهم كيف اكتسبت التوقعات بالمبادئ والأهداف لكي نعرف كيف نعدلها بأنسب الأساليب ، وأخيراً أشار الى إن ليس الحاجات هي الدليل القاطع في الفروق الفردية ، لان الفرد يختلف في ميوله واتجاهاته نحو الأفراد المختلفين (الاتجاهات الاجتماعية) وفي أساليب استجابتهم للتعزيز القوي أو في توقعهم للتعزيز القوي وفي الأساليب التي ينسجمون بها مع مختلف المواقف المتشابهة من وجهة نظر حل المشكلات ، وهذا المفهوم الأخير يطلق علية التوقع المعمم في نظرية التعلم الاجتماعي.

وفي مجال الإرشاد يرى (روتر) الى انه يهدف الى تقديم العون للمسترشد لكي يوجه حياته الوجهة الصحيحة ، وان يعيش حياة ايجابية فعالة يفيد بها مجتمعه ، ويرفع من إمكاناته في التفوق ، ويزيد من مشاعر الود والوئام والعون نحو الآخرين ، فضلاً عن مساعدة المسترشد في إبراز السلوك الاجتماعي المرغوب فيه وتعزيزه .

وقد حدد (روتر) القيم التي يجب أن يلتزم بها المرشد أثناء الجلسات الإرشادية وكالآتي :-

١- توقع تأثير سلوكه في سلوك المسترشد وفي قيمه وقواعده الأخلاقية وتحمل بعض المسوؤلية في هذه التأثيرات .

.....

٢- العمل على توجيه سلوك المسترشد نحو الطموحات التي تنال قيمة ضرورية في ذات المسترشد ، وبالتالي تحقق له أعلى إشباع .
٣- الابتعاد على الأهداف التي يشعر بأنها تشكل ضرراً على الآخرين في المجتمع .
٤- يضع في حسبانه بان المسترشد يتمكن من أن يقدم بعض العون للمجتمع في مقابل ما يحصل عليه من المجتمع من اشباعات .

كما حدد (Rotter) وظيفة المرشد أثناء قيامه بالعملية الإرشادية بالآتي :-

١- أن يزيد من حرية الحركة ، أي نزيد من التوقعات بان أنماطاً معينة من السلوك سوف تحقق اشباعات أو أهدافاً لها قيمتها لدى الفرد .
٢- يقلل من قيمة الحاجة ، وهي الدرجة التي يفضل بها فرد من مجموعة من الاشباعات على مجموعة أخرى.
٣- يقوم بتغيير التوقعات ، وهي بصفة أساسية توقع الإشباع عن طريق السلوك البديل أو الجديد وبصفه ثانوية يعمل على تقليل توقع الإشباع الخاص بالسلوك غير المتوافق .
٤- تغيير قيم التعزيزات .

كما أشار (Rotter) الى أن انخفاض حرية الحركة يرجع الى جملة أسباب منها :-

١- قلة إمكانية المسترشد على اكتساب طرق السلوك المناسبة لتحقيق أهدافه .
٢- نتيجة لطبيعة الهدف نفسه الذي يتمخض عنه أحياناً عقوبات قاسية في مجتمع معين .
٣- ينتج من التقويم الارتجالي الذي لا يستند الى الأسلوب العلمي للحاضر بسبب الخبرات المبكرة.

أما في مجال التنفيذ (تكنيكات الإرشاد) أوضح (Rotter) الى إن هناك العديد من التكنيكات العامة التي تستخدم داخل إطار التعلم الاجتماعي ومنها :

١. التنظيم : ويتضمن قيام المرشد بأداء الفنيات الإرشادية الآتية :-

- يحدد الأهداف والإجراءات المراد تحقيقها ومن ثم مناقشتها لكي يحدد جوانب القوة والضعف فيها قبل القيام بعملية العلاج .
- يحدد الخطط والأساليب المراد استخدامها في تحقيق الأهداف .
- يحدد ادوار المرشد والمسترشد أثناء الجلسة الإرشادية .
- يوضح للمسترشد بأن هدف الإرشاد هو مساعدته في فهم نفسه وأهدافه وردود أفعاله ، وإعطاء البدائل الممكنة للمشكلة .
- يحدد للمسترشد القيود التي لا تسمح للعلاج ولا للمرشد تجاوزها .

- أن يستمر المرشد في عملية التنظيم طوال مدة العلاج ، لكي يعزز ثقة المسترشد بجدوى العلاج ، ومعالجة الانتكاسات التي قد تظهر على المسترشد بعد التحسن الذي ظهر لديه خلال الجلسات السابقة .

٢. التحول (النقل) : يمكن أن يحدث النقل بحسب نظرية التعلم الاجتماعي من خلال الآتي :-

- أن يشعر المسترشد بالاطمئنان تجاه المرشد ، وان تتكون لديه القناعة بان المرشد يعمل من اجل تقديم العون والمساعدة له .
- خلق جو من الألفة والمودة بين المرشد والمسترشد الذي ينتج عنه زيادة توقعات المسترشد بأنه سوف يحصل على التعزيز المباشر من قبل المرشد.
- يعد التحول وظيفة مباشرة لكمية التعزيز التي يحصل عليها المسترشد بالفعل أو يتوقع الحصول عليها من جانب المرشد .

٣. التنفيس: ويقصد به استخراج الطاقة النفسية المشحونة والمكبوتة حاليا من خلال استذكارها والمرور بها ثانية أو أدائها بادوار سايكودرامية أو ممارسة الألعاب الرياضية ، فيحدث نتيجة ذلك التعلم الجديد والمدعم بالتعزيز الايجابي من جانب المرشد .

٤. الاستبصار: ترى نظرية التعلم الاجتماعي إن تعبير المسترشد عن مدى فهمه للمبادئ والقوانين التي تمثل خلفية سلوك ما ، سيؤدي الى توقعات جديدة من خلال إعادة تصنيف الخبرات السابقة ، وبشكل عام فان هذا الإجراء سوف يؤدي الى إضعاف توقع الإشباع عن طريق السلوك اللا اجتماعي ، ومن ثم يؤدي الى التقليل من إمكانية حدوث مثل هذا السلوك ، ولا تؤكد هذه النظرية إحداث استبصار في دوافع المسترشد الخاصة فقط ، وإنما استبصاره في دوافع الآخرين.

٥. التفسير: عند استخدام التفسير في تعديل السلوك لابد للمرشد إتباع ما يأتي:

- أن يقدم العون والمساعدة للمسترشد أثناء قيامه بالتداعي الحر عن خبراته المكبوتة ، كأن يجلب انتباهi الى بعض الخبرات بصورة مباشره أو غير مباشره .
- يكون فعالاً ونشطاً باعتدال ، بحيث يستطيع تقديم الحقائق والأفكار ، وان يبني نوع من العلاقات الاجتماعية الجديدة .
- يقلل من تقديم التفسيرات للمسترشد كلما حقق الأخير تقدما إثناء الجلسات .
- ينظم التفسيرات بشكل مدرج متسلسل ومترابط .
- يتجنب استخدام العبارات القوية والجازمة .
- يشجع المسترشد على تكوين علاقات جديدة بين الأشياء بنفسه .
- أن يكون واعياً في كيفية التخلص من مشكلة التعارض بين الرغبة في زيادة سرعة العلاج وبين عدم الرغبة في الإسراع .

- يتجنب التفسيرات العميقة لأنها تودي الى نوع من الإحباط ومن ثم الى استخدام المسترشد الحيل الدفاعية .
- يتجنب التفسيرات المهددة وخاصة عندما تكون العلاقة ضعيفة بين المرشد والمسترشد لأنها تؤدي الى نوع من اللا توافق .
- أن تكون محتوى التفسيرات عامة لا تتحدد في مجال .

الخصائص الأساسية لتطبيق نظرية التعلم الاجتماعي لـ (Rotter) في الإرشاد النفسي وكالآتي :-

١. الأسلوب الإرشادي يجب أن يكون ملائماً مع المسترشد ، وهذا يتطلب من المرشد أن يكون مرناً في تجريب أساليب متنوعة في الإرشاد ، إذ لا يتوفر أسلوب محدد يمكن استخدامه في جميع الحالات.
٢. لابد للمرشد من أن يعرف بأن مشكلات المسترشد غالبا ما تكون قابلة للحل ، لذا يتوجب عليه إستخدام المهارات الخاصة بحل المشكلات لكي يتم معرفة حاجات المسترشد وحاجات الأفراد الآخرين .
٣. دور المرشد يجب أن يكون فعالاً نشطاً ، موجهاً لعملية التعلم ، فمن واجبه تقديم التفسير والنصح والتدعيم المباشر لأنواع السلوك الايجابي الذي يصدر من المسترشد أثناء العلاج ، فضلاً عن تقديم بدائل جديدة لحل المشكلات، ولكي يتمكن المرشد من تحقيق ذلك لابد من خلق جو يسوده الألفة والمحبة بينه وبين المسترشد .
٤. لإحداث تعديل في سلوك المسترشد وأهدافه وقيمه لابد للمرشد من أن يركز على كيفية ربط هذه الأهداف بالاشباعات المستقبلية لأنه يحقق مظاهر الاستبصار .
٥. لابد للمرشد من أن يضع في حساباته بأن الاستبصار يحدث عند المسترشد في البيئة الواقعية أكثر من غرف العلاج ، لذا عليه أن يستخدم التغيير في البيئة استخداماً واسعاً لكي يحقق فرصاً اكبر لإحداث التغيير في الشخصية، لذلك على المرشد أن يأخذ بنظر الاعتبار الخبرات الحالية للمسترشد ، فضلاً عن ضبط متغيرات البيئة وتوجيهها توجيهاً صحيحاً لصالح.
٦. من جهة نظر (Rotter) أن الإرشاد النفسي هو تفاعل اجتماعي قائم على أساس تبني الأسس والقواعد التي يمكن استخدامها في المواقف التفاعلية المتبادلة ، والتي يكون فيها المرشد فعالاً ونشطاً في العملية الإرشادية ، وان يستخدم قواعد التعلم ليساعد المسترشد على أن ينال أفضل الطرق للتعامل مع مشاكل الحياة .

كذلك أشار (Rotter) الى إن المرشد النفسي يمكن أن يؤثر في المسترشد في جملة نقاط هي :-

١- يساعده في فهمه لنفسه ولأساليب سلوكه المختلفة وطموحاته الأخلاقية
٢- تغيير سلوك المسترشد من ثم توجيه هذا التغيير والسيطرة عليه .

٣- إشباع حاجات المسترشد وأهدافه أو التي تشبعه في حدود إمكاناته .
٤- منع المسترشد من اكتساب أنواع من السلوك اللا اجتماعي الذي يضر به .
٥- تقديم العون للمسترشد كي يستطيع تحمل مسؤوليته في المجتمع بالدرجة التي تمكنه من تقديم العطاء للآخرين بالقدر الذي يقدمونه له .

الفصل الحادي عشر

إرشاد المراهقين

المقدمة :

لا تخلو فترة المراهقة من التوترات والمشكلات النفسية التي يمكن أن تصل إلى حد الأضطراب النفسي، وتقريبا لا يوجد شخص لم يمر بالكثير من الأزمات في فترة المراهقة، ولكن بطبيعة الحال تختلف حدتها من شخص إلى آخر، ومن المعروف أن التغيرات الفسيولوجية والنفسية البالغة التي تحدث في فترة المراهقة ، والتي ينتقل فيها الطفل من مرحلة الطفولة إلى بداية النضج تؤدي إلى أعراض نفسية متعددة مثل القلق والتوتر وصولا إلى الإحباط ، وفي هذه الفترة الحرجة من العمر يكون المراهق في أشد الاحتياج إلى المساعدة ، سواء من العائلة أو الأصدقاء أو المختصين في تقديم النصح والإرشاد في اجتياز تلك المرحلة بسلام والعبور منها إلى النضج ، ومرحلة المراهقة مرحلة انتقال بين الطفولة والرشد لها خصائص تميزها عما قبلها وما بعدها، وأن مرحلة المراهقة مرحلة توتر وعواصف وبها أزمات نفسية واحباطات وصراعات وضغوط اجتماعية ومشكلات كثيرةأنها مرحلة تحقيق الذات وحب ومرح ونمو شخصية،أي أنها مرحلة نمو ولكن فيها كثير من المشكلات ، ولذلك فالحاجة ماسة إلى إرشاد المراهقين ليعيشوا في سعادة متمتعين بالصحة النفسية.

تعريف إرشاد المراهقين

- عملية المساعدة في رعاية وتوجيه نمو المراهقين نفسيا وتربويا ومهنيا واجتماعيا ، والمساعدة في حل مشكلاتهم اليومية.
- تقديم الخدمات الإرشادية النفسية والوقائية والنمائية والعلاجية الى المراهقين بهدف تحقيق التوافق السوي ونمو الشخصية بشكل سليم ومتكامل .

أهداف إرشاد المراهقين

١- مساعدة المراهقين في تحقيق نمو سليم متكامل وتوافق سوى شامل.
٢- وتحقيق أفضل مستوى من السعادة والصحة النفسية.
٣- مساعدة المراهقين على حل المشاكل الدراسية.
٤- مساعدة المراهقين على اختيار التخصص المناسب وفق قدراتهم وميولهم.
٥- مساعدة المراهقين على تجاوز المشاكل النفسية الأسرية.

الحاجة إلى إرشاد المراهقين

١- لابد من فهم مرحلة المراهقة على أن يكون هذا الفهم من وجهة نظر المراهقين.

٢- هذه المرحلة مرحلة انتقالية حرجة وهذه نقطة ضعف لذا يحتاج المراهق إلى مساعدة لكي يكون متوافقا.
٣- الحاجات الأساسية للمراهق الحاجة إلى الإرشاد النفسي وذلك للتغلب على مشكلاته وتمتعه بالصحة النفسية.

مشكلات المراهقين

١- مشكلات جنسية :التأخر الجنسي ونقص المعلومات الجنسية ونقص التربية الجنسية وممارسة العادة السرية والجنسية المثلية.
٢- مشكلات صحية : كنقص الرعاية الصحية والنمو الصحي المنحرف والسمنة المفرطة خاصة عند الفتيات وظهور بثور الشباب(حب الشباب).
٣- مشكلات انفعالية :كالحساسية الانفعالية وسهولة الاستثارة والتناقض الانفعالي والغضب والتمرد والاكتئاب واليأس والخجل والخوف والقلق.
٤- المشكلات الأسرية : كالخلافات الأسرية والطلاق بين الوالدين وموت احد الوالدين والتسلط والقسوة والنبذ والتفرقة.
٥- المشكلات الدينية والخلقية :كالشك والإلحاد وعدم أداء الشعائر وما يصاحبه من قلق وصراع ومشاعر ذنب وعدم بر الوالدين والتقصير في صلة الأرحام وسوء معاملة الجيران.
٦- المشكلات الاجتماعية : كالاغتراب وعدم شغل وقت الفراغ وزيادته ومصاحبة أقران السوء والتدخين والإدمان والسرعة الزائدة والتفحيط.
٧- المشكلات المدرسية :عدم القدرة على الاستذكار وسوء التوافق الدراسي والسرحان وفلق التحصيل وقلق الاختبار والتخلف الدراسي وكثرة الغياب والتأخير ونقص الضبط والربط ونقص الالتزام في داخل المدرسة.
٨- المشكلات المهنية : نقص التعليم والتدريب ونقص التأهيل المهني وسوء التوافق المهني وظهور ظاهرة البطالة والاعتماد على الآخرين.
٩- وجود صراعات بين قيم الطفولة وقيم الرجولة وصراع بين الرغبة في الإشباع الآني أو المباشر لدوافعه والإشباع المؤجل . والمعروف أن الصراع حالة نفسية تتجاذب فيها الإنسان أهداف متعارضة إذا حقق أحدها تعذر عليه تحقيق الهدف الآخر. ويستطيع المرشد أن يوجه المراهق للاختيار الموضوعي الصائب.

خدمات إرشاد المراهقين

لابد من إرشاد المراهقين لتحقيق مستوى أفضل من الصحة النفسية لهم ، ولابد أن يكون المرشد النفسي على أعلى مستوى بفنيات وخدمات والخصائص العمريه للمراهقين ، ومن هذه الخدمات مايلى:

١- رعاية النمو : يجب الاهتمام برعاية النمو في كافة مظاهره المختلفة.
٢- التربية الجنسية : يجب أن تقدم التربية الجنسية للمراهقين حسب أصولها العلمية والتربوية والنفسية والاجتماعية والدينية.

٣- خدمات الإرشاد الصحي : يجب الاهتمام بالوعي الصحي والقضاء على الأمية الصحية والاهتمام بالطب الوقائي والفحوصات الطبية.
٤- خدمات الإرشاد العلاجي : يجب الاهتمام بتهيئة المناخ النفسي المشبع بالحب والعطف وتحقيق الذات وحل المشكلات الجنسية والصحية والاجتماعية.
٥- خدمات الإرشاد التربوي: تشجيع المراهقين على التحصيل والاستذكار الجيد ومساعداتهم في حل المشكلات التربوية المختلفة.
٦- خدمات الإرشاد المهني : الاهتمام بالتربية المهنية وتوفير المعلومات المختلفة للمهن وذلك لتحقيق التوافق المهني.
٧- خدمات الإرشاد النفسي الديني : محاولة نشر الثقافة الدينية والاهتمام بالدين والشعائر الدينية
٨- خدمات إرشاد وقت الفراغ : عن طريق مساعدة المراهقين في شغل أوقات فراغهم بطريقة ايجابية.
٩- خدمات الإرشاد الزواجي والأسرى: يجب الاهتمام بالإرشاد الزواجي والأسرى وذلك للاستقرار الزواجي والأسرى المستقبلي للمراهقين والتغلب على المشكلات الزواجية والأسرية التي تواجههم.
١٠- التربية الاجتماعية :وذلك لتوفير الرعاية الاجتماعية في الأسرة والمدرسة والمجتمع والاهتمام بعملية التنشئة الاجتماعية وتعليم المعايير الاجتماعية السليمة.

خطوات الإرشاد النفسي للمراهقين

١- يجب مراعات قدرات وامكانيات المراهق، لأن تكليفه بأعباء فوق طاقته تزيد حالته سوءًا، ولذلك ينبغي مراعاة قدراته وإمكاناته ، بحيث يقع الإرشاد النفسي في نطاق قدراته الطبيعية وخبراته.
٢- مراعات مبدأ الفروق الفردية بين المراهقين ، فليس جميع المراهقين نسخة واحدة، وإنما يختلفون فيما بينهم في كمية ما يمتلكون من الذكاء العام والقدرات والاستعدادات، والميول ، والسمات، الشخصية ، والظروف الاجتماعية والاقتصادية ، وفي كيفية استخدامهم لذلك كله.
٣- أقامة علاقة ودية دافئة قوامها الثقة المتبادلة والاحترام بين المرشد النفسي وبين المراهق، حتى تساعد هذه العلاقة أو تلك الرابطة العاطفية على إفصاح المراهق عما يجول في صدره من أسرار أو خبايا.
٤- لا بد أن يفهم المراهق أن المرشد النفسي يهدف مساعدته، والأخذ بيده، وأنه يختلف عن رجال السلطة أو الإدارة.

مبادئ الإرشاد النفسي للمراهقين

١- مبدأ التدرج في سير خطوات الإرشاد النفسي ، فلا يصح أن تكون طفرية أو فجائية، ولكن لا بد من التسلسل والتدرج من مطلب إلى آخر، أو من مشكلة فرعية إلى أخرى، أو من خطوة إلى أخرى.

٢- إجراء تشخيص دقيق للحالة قبل علاجها ، وذلك بالاعتماد على الوسائل الموضوعية الدقيقة في جمع المعلومات، كالاختبارات، والمقاييس والمقابلات، ودراسة تاريخ الحالة..الخ.

مفهوم المراهقة

مصطلح المراهقة مشتق من كلمة لاتينية تعني التدرج نحو النضج الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي والسلوكي.

- تفسيرات المراهقة :حدد العلماء المراهقة في ضوء تفسيرات مختلفة هي ، التفسير الزمني ، النمائي ، النفسي ، الاجتماعي ، والتفسير العام .

- التفسير الزمني للمراهقة بأنها فترة امتداد تبدأ من حوالي السنة الحادية عشرة أو الثانية عشرة تقريباً حتى العشرينيات من عمر الفرد متأثرة بعوامل النمو البيولوجية والفسيولوجية وبالمؤثرات الاجتماعية والحضارية.
- التفسير النمائي للمراهقة فيشير إلى أنها مرحلة من النمو تقع بين الطفولة والرشد، وهي مرحلة نمائية انتقاليه من عالم الطفولة إلى عالم الكبار.
- التفسير النفسي للمراهقة وتعني لدى علماء النفس فترة معينة تترتب عليها مقتضيات جديدة في السلوك لم يألفها الفرد من قبل .
- التفسير الاجتماعي للمراهقة فهي فترة انتقال من طور الطفولة المتصف بالاعتماد على الآخرين إلى طور بلوغ مرحلة الالتفات إلى الذات، على اعتبار أنها مرحلة متميزة عما كانت عليه أيام الطفولة المعتمدة على غيرها اعتماداً كلياً .
- المراهقة بمعناها العام هي المرحلة التي تبدأ بالبلوغ أي نضوج الغدد التناسلية واكتساب معالم جسمية جديدة وتنتهي بالرشد ، فهي لهذا عملية بيولوجية حيوية عضوية في بدئها، وظاهرة اجتماعية في نهايتها.

- متى تبدأ مرحلة المراهقة ومتى تنتهي ؟

من السهل تحديد بداية مرحلة المراهقة ولكن من الصعب تحديد نهايتها ، والسبب في ذلك أن بداية المراهقة تتحدد بالبلوغ الجسمي ، بينما تتحدد نهايتها بالوصول إلى النضج في مظاهر النمو المختلفة (العقلية والجسمية والانفعالية والاجتماعية).

الفرق بين مصطلحي البلوغ والمراهقة

يخلط البعض بين مصطلحي البلوغ والمراهقة ، إلا أن الفرق بينهما هو على النحو التالي : مصطلح " البلوغ " يعني الجانب العضوي الفسيولوجي للمراهقة والذي يحدث بسبب نضج الوظيفة التناسلية والتي ترجع إلى نشاط الجهاز العصبي ، والغدد وخاصة الغدة التيموسية والصنوبرية والهرمونات ، ويعتبر البلوغ نقطة تحول وعلامة انتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة المراهقة .

أشكال المراهقة

١ – المراهقة المتوافقة : يمتاز المراهقين في هذا الشكل بميلهم للهدوء النفسي والاتزان الانفعالي والعلاقة الاجتماعية الايجابية بالآخرين ، وحياته غنية بمجالات الخبرة وبالاهتمامات العملية الواسعة التي يحقق عن طريقها ذاته ، كما أن حياته المدرسية موفقة، وغير مسرف في أحلام اليقظة أو غيرها من الاتجاهات السلبية ، ويرجع ذلك إلى المعاملة الأسرية القائمة على الاتزان وتفهم حاجات المراهق واحترام رغباته ، وتوفير قدر كاف له من الاستقلال وتحمل المسئولية والاعتماد على النفس .

٢ – المراهقة الإنسحابية المنطوية : ويكون المراهق في هذا الشكل ميالاً إلى العزلة والانطواء والنشاط الانطوائي مثل قراءة الكتب وكتابة المذكرات التي يدور أغلبها حول انفعالاته ونقده لما حوله من أساليب معاملة ، وغيرها، تنتابه هواجس كثيرة وأحلام يقظة تدور موضوعاتها حول حرمانه من الملابس أو المأكل أو المركز المرموق فهو يحقق أمانيه وطموحاته من خلالها.

٣ – المراهقة العدوانية المتمردة : وتمثل هذا النوع من المراهقة ما يتسم به بعض المراهقين من تمرد وعدوان موجه ضد الأسرة والمدرسة بل لأي شكل من أشكال السلطة بل أحياناً ضد الذات ، ويهمل واجباته المدرسية بشكل كبير، ويقوم المراهق بأعمال تخريبية ، وبمحاولات انتقامية ، واختراع قصص المغامرات ، التي يحاول فيها إظهار قوته ، وقد يرجع ذلك إلى إحساس المراهق بالظلم وإهمال الآخرين له (وخاصة الأسرة) ، أو أن أحداً لا يهتم به ، كما أن أساليب التنشئة الأسرية الضاغطة القائمة على النبذ والحرمان والقسوة ، وكثرة الإحباطات (شعور المراهق بالفشل) دوراً كبيراً في هذا النوع من المراهقين العدوانية .

٤- المراهقة المنحرفة: ويكون المراهق في هذا النوع من المراهقة ، منحل أخلاقيا ومنهار نفسياً ، منغمس في ألوان مختلفة من السلوك المنحرف كالإدمان على المخدرات أو السرقة أو تكوين عصابات منحلة أخلاقياً ، ويبدو إن المراهقين في هذه المجموعة قد تعرضوا إلى خبرات مؤلمة أو صدمات عاطفية عنيفة أثرت على تفكيرهم ووجدانهم لبعض الوقت ، كما أن انعدام الرقابة الأسرية أوضعفها، والقسوة الشديدة في المعاملة

(الاستخدام المستمر للعقاب) ، وتجاهل الرغبات والحاجات أو التدليل الزائد، والصحبة السيئة، كلها عوامل مؤثرة تؤدي إلى مراهقة منحرفة.

مرحلة المراهقة

كان معتقدا وحتى وقت قصير أن المراهقة مرحلة واحدة متجانسة تبدأ بوصول الولد أو البنت إلى مرحلة البلوغ ، وتنتهي بالوصول إلى النضج القانوني (سن الرشد) إلا أن البحوث الحديثة التي أجريت لدراسة التغيرات في السلوك خلال مرحلة المراهقة أكدت على أن معدل سرعة التغيرات التي تحدث في بداية المراهقة أسرع منها في نهايتها .

- لذا لجأ البعض إلى تحديد المراهقة بالمرحلة العمرية من (١٣-١٩سنة).
- بينما لجأ البعض الأخر إلى تقسيم مرحلة المراهقة إلى ثلاث مراحل ، وهي : المراهقة المبكرة من ١٢- ١٤ سنة ، والمراهقة الوسطى من ١٥ - ١٧ سنة ، والمراهقة المتأخرة من ١٨- ٢١ سنة ، وذلك على أساس ربطها بالمراحل التعليمية (المرحلة المتوسطة - المرحلة الثانوية - مرحلة التعليم العالي) .

كما فضل البعض الآخر من العلماء تقسيم مرحلة المراهقة إلى مرحلتين هما :

- المراهقة المبكرة (١٢ - ١٨)
- المراهقة المتأخرة (١٨ - ٢٢) .

أهمية مرحلة المراهقة

تحظى المراهقة بأهمية كبيرة، حيث أنها تنال وتحتل مكانة كبيرة بين مختلف الثقافات والبيئات والشعوب، وذلك لأنها تؤهل الفرد للدخول في مرحلة الشباب ليصبح عضواً ينخرط في خدمة مجتمعه ، فهذه المرحلة تعتبر الأساس لمرحلة الرشد الذي يصبح فيها الفرد مسئولا عن أسرة ، وعن مهنة ، وعضوا منتجا يسهم في تقدم المجتمع ورقيه.

مراحل نمو المراهقة المبكرة

مع بداية المراهقة المبكرة لا يعتبر الطفل نفسه طفلا بسبب ما يطرأ على جسمه من تغيرات جسمية وفسيولوجية سريعة ، إلا أن الوالدين والمعلمين ما زالوا ينظرون إليه على أنه طفلا . ، وعادة ما يؤدي هذا التناقض إلى الشعور بالإضطراب النفسي لدى المراهقين وإلى سلوكيات غير مرغوب فيها .

النمو الجسمي: يتسم النمو الجسمي في المراهقة المبكرة بالسرعة الكبيرة ، وتستمر طفرة النمو في المراهقة المبكرة لفترة زمنية تبلغ (٣ سنوات) ، وذلك بعد النمو الهادئ في المرحلة السابقة (الطفولة المتاخرة) ، وتصل أقصى سرعة للنمو الجسمي في المراهقة المبكرة لدى الذكور في سن (١٤ سنة) ، ولدى الإناث في سن (١٢ سنة) ، ويتأثر النمو الجسمي في المراهقة

المبكرة بعوامل عديدة من أهمها الوراثة و نوع الجنس والتغذية وإفرازات الغدد ، وخاصة الغدة النخامية وإفرازها لهرمون النمو .

النمو الحركي: نتيجة للنمو الجسمي السريع في مرحلة المراهقة المبكرة ، الذي ينعكس أثرة على النمو الحركي ، تتسم حركات المراهق بما يلي :

١ـ الافتقار للرشاقة : ويظهر ذلك في الحركات التي تتطلب حسن التوافق بين أجزاء الجسم .

٢ـ نقص هادفية الحركات : حيث لا يستطيع المراهق تنظيم حركاته لمحاولة تحقيق هدف معين

٣ـ الزيادة المفرطة في الحركات : حيث يبذل المراهق جهدا كبيرا في أداء الحركات و التي لا تتطلب بذل هذا الجهد ، الأمر الذي يشعره بسرعة التعب مع أقل مجهود .

٤ـ عدم الاستقرار الحركي : فالمراهق يجد صعوبة في المكوث أو الجلوس لفترة طويلة صامتا ، فنلاحظ أنه دائم الحركة بيديه ، وينشغل باللعب بما و أمامه من أدوات أو أشياء .

النمو العقلي: ينمو الذكاء وتنضج القدرات العقلية الخاصة ، ويكون قادر على القيام بالعمليات العقلية العليا كالتفكير والتذكر والتخيل ، والتفكير المجرد ، ويستمر نمو الجانب الموروث من الذكاء حتى سن السادسة عشر تقريبا ، أما الجانب المكتسب فيستمر في النمو طوال عمر الإنسان طالما أنه يتعلم ويتدرب ويكتسب المعلومات و الخبرات ، ينتمي المراهق في المراهقة المبكرة إلى مرحلة العمليات الصورية في نموذج بياجية للنمو المعرفي .

ويمكن توضيح نمو العمليات العقلية في المراهقة المبكرة كما يلي :

١ـ الإدراك : يعبر هذا المصطلح عن عملية تفسير المثيرات الحسية المختلفة وإعطائها معنى محدد ، وينمو الإدراك في هذه المرحلة ويتحول من المستوى الحسي إلى المستوى المعنوي المجرد .

٢ـ التذكر: يعبر هذا المصطلح عن القدرة على استدعاء الخبرات أو المواقف التي حدثت في الماضي ، وتنمو عمليه التذكر لدى المراهق وتزداد قدرته على الاستدعاء والتعرف من حيث المدى والمدة ، كما ينمو التذكر اعتمادا على الفهم .

٣ـ التفكير : هو القدرة على إدراك العلاقات بين الأشياء والمواقف ، ويتأثر تفكير المراهق بالبيئة التي يعيش فيها وعلى حل المشكلات التي تواجهه .

ويهتم المراهق في هذه المرحلة اهتماما شديدا بالمدرسة وتكون قدرته على التحصيل كبيرة نتيجة تعطشه لمعرفه الحقائق ويهتم بالتفكير ، إذ يبدأ فعلا في إدراك قدرته على التفكير .

النمو الانفعالي : تختلف انفعالات المراهق في هذه المرحلة عن انفعالات الطفولة ، وانفعالات مرحلة الشباب .

- يقوم المراهق بحركات لا تدل على الاتزان الانفعالي .
- تتأثر انفعالات المراهق بالنمو العضوي الداخلي وخاصة ضمور الغدة الصنوبرية بعد نشاطها لفترة طويلة . وكلها عمليات فسيولوجية داخلية تؤثر في انفعالات المراهق .
- نتيجة للتغيرات الجسمية التي تطرأ على المراهق يشعر أنه لم يعد طفلا يخضع سلوكه لرقابة الأسرة ويرغب في الاستقلال والاعتماد على النفس ، إلا أن الأسرة تود أن تمارس رقابتها وإشرافها بهدف توفيرالحماية له .
- يعاني المراهق من التضارب بين حاجته للشعور بالاستقلال والاعتماد على النفس ، وبين حاجته إلى التقبل الاجتماعي من الآخرين واحترامهم له ، وثقتهم به .
- يهرب المراهق من عالم الواقع إلى عالم الخيال عن طريق " أحلام اليقظة " والتي يشبع فيها حاجاته ورغباته التي لا يستطيع إشباعها في الواقع ، وبالتالي فهي تمثل خليطا بين الواقع والخيال .
- ولا خطر على المراهق من أحلام اليقظة طالما تتم بصورة متقطعة ولا تتعارض مع أعماله ولا تعوقه عن تأديه واجباته

النمو الاجتماعي

تعتبر حياة المراهق الاجتماعية أكثر اتساعا وشمولا من حياة الطفولة ، ففي هذه المرحلة تستمر عمليات التنشئة الاجتماعية للمراهق ، حيث تستمر عمليات اكساب المراهق القيم الخلقية والدينية ، والمعايير الاجتماعية وخاصة من الأشخاص المهمين في حياته مثل الآباء والمعلمين .

ومن مظاهر النمو الاجتماعي في المراهقة المبكرة :

١ ـ الاهتمام الشديد بالمظهر والملبس .

٢ ـ الخضوع لجماعة الأصدقاء والزملاء .

٣ ـ اتساع دائرة التفاعل الاجتماعي .

ويهتم المراهق بالأنشطة الاجتماعية ، فيشترك في الأنشطة المدرسية المختلفة ، وفي مشروعات خدمة البيئة ، كما يهتم بالمشاهير ، ويحاول التعرف عليهم ومراسلتهم ، ويكون مثله الأعلى منهم بل يعمل على التوحد مع شخصياتهم ، وتتسم هذه المرحلة بالمسايرة الاجتماعية حيث يحاول المراهق مجاراة المعايير السلوكية التي تحددها الجماعة مع محاولاته المستمرة للانسجام مع الوسط الاجتماعي المحيط .

النمو الخلقي : يختلف المراهق عن الطفل في أنه لا يتقبل أي مبدأ خلقي دون مناقشة ، فالمراهق يناقش في صراحة كل ما يصدر عن والديه من أعمال ، فيقبل منها ما يتمشى مع منطقه ويرفض الباقي .

ويرتبط النمو الخلقي ارتباطا وثيقا بالنمو الاجتماعي ، وبالنمو الديني ، وبمدى ارتباط المراهق بالشعائر الدينية ، وبمدى ما تعرض له من سمات خلقية تكونت لديه في مراحل الطفولة

وفي بعض الأحيان نجد تباعدا بين السلوك الفعلي للمراهق ، وبين ما يعرفه من معايير السلوك الأخلاقي ، فيعتبر المراهق أن الغش في الامتحانات نوع من التعاون مع الزملاء ، وربما يرجع ذلك إلى التناقض بين القول والعمل في سلوك بعض المحيطين به وخاصة الوالدين والمعلمين ، ولذلك يجب على الوالدين والمعلمين الاهتمام بالتربية الخلقية التي تقوم على المبادئ الأخلاقية والفضائل السلوكية .

دور المربين تجاه المراهقة المبكرة

١ ـ الإعداد المعرفي والثقافي والنفسي للمراهق خلال مرحلة الطفولة المتأخرة .

٢ـ تعريف المراهق كيفية التعامل مع نفسه خلال تلك المرحلة ومع الآخرين أيضا

٣ ـ إتاحة الفرصة للمراهق لكي يمارس الأنشطة التي تساعده على استنفاذ طاقته الجسمية والانفعالية والتنافس الإيجابي .

٤ـ مراعاة الفروق الفردية بين المراهقين .

٥ـ الاهتمام بتدريب المراهق على كيفية حل مشكلاته المادية والنفسية والاجتماعية بنفسه .

٦ـ تدريب المراهق على كيفية اتخاذ القرارات المناسبة وخاصة فيما يتعلق بمستقبله التعليمي والمهني .

المراهقة المتأخرة

تتميز مرحلة المراهقة المتأخرة بأنها مرحلة اكتمال النضج ، حيث يتمتع الفرد في هذه المرحلة بقمة القوة الصحة والشباب ، كما تتميز بأنها مرحلة اتخاذ القرارات الصعبة ، حيث يتخذ المراهق قرار اختيار تخصصة الأكاديمي ، أوقرار مهنتة ، أو قرار الزواج .. وغيرها من القرارات التي تتعلق بمستقبله .

النمو الجسمي والفسيولوجي : ينخفض معدل سرعة النمو الجسمي في هذه المرحلة ، وذلك بعد الإنجاز الكبير الذي تحقق في مرحلة المراهقة المبكرة ، فيزداد الطول زيادة طفيفة عند كلا الجنسين ، ويصبح الذكور أطول من الإناث، ويبلغ متوسط طول الذكور (١٧٠.٨ سم) تقريبا في سن ٢١ سنة ، ويبلغ متوسط طول الإناث (١٥٩.٣سم) في سن ٢١ سنة ، ويبلغ متوسط وزن الذكور (٦٥.٣ كج) تقريبا في سن ٢١ سنة ، كما يبلغ متوسط وزن الإناث (٥٥.٨ كج) تقريبا في سن ٢١ سنة ، ويلاحظ على المراهق في هذه المرحلة التناسب بين أعضاء الجسم الذي كان مفقودا في المراحل السابقة حتى يصل في نهاية المرحلة إلى النسب الصحيحة كما تقاس بمعايير الراشدين ، ومن

الملاحظات الواضحة خلال هذه المرحلة إقبال المراهق على الطعام بشراهة لحاجة النمو الجسمي إليه ، ويمكن وصف هذه المرحلة بأنها مرحلة صحة جيدة ومقاومة للأمراض ، و وللمعلمين والأنشطة المدرسية دورا مهما في توجيه النشاط الجسمي للمراهق في أنشطة مفيدة كالأنشطة الرياضية وممارسة الهوايات المفيدة مع الاهتمام بالوعي الصحي للمراهق .

النمو الحركي: النمو الحركي يأخذ في الاستقرار نتيجة الاستقرار التدريجي في النمو الجسمي والنفسي بعد الطفرة الكبيرة في النمو الجسمي والفسيولوجي خلال المرحلة السابقة ، وينعكس هذا الاستقرار على التآزر الحركي فلا يشعر المراهق بالإضطراب الحركي الذي كان سائدا في المراهقة المبكرة .

ومن أهم ملامح النمو الحركي في مرحلة المراهقة المتأخرة ما يلي :

١ ـ التوافق والإنسجام الحركي .

٢ ـ التحكم في أجزاء الجسم بكل دقة .

٣ ـ الزيادة في القوة الجسمية والعضلية .

وتظهر الفروق بين الجنسين في النمو الحركي حيث يصل البنين إلى مستويات عالية في الأداء البدني الذي يحتاج إلى قوة عضلية ، بينما تصل البنات إلى المستويات العالية في المهارات التي تحتاج إلى توافقات دقيقة كالأصابع .

النمو العقلي: يتزايد الاهتمام بالتحصيل الدراسي في هذه المرحلة وخاصة في نهاية المرحلة الثانوية ، وتزداد قدرة المراهق على التحصيل ، وتزداد سرعته في القراءة ، ويستطيع استخدام مصادر المعرفة المختلفة ، مثل الكتب ، والإنترنت ، ووسائل الإعلام المقروءة ، والمسموعة والمرئية ، وينمو التفكير المجرد ، والتفكير المنطقي نتيجة زيادة الخبرات واتساع المدارك ونمو المعارف ، وتنمو قدرة المراهق على الطلاقة الفكرية والتي تعني (القدرة على استدعاء أكبر عدد من الأفكار في موقف معين) وهي أحد قدرات التفكير الابتكاري ، وقد أظهرت الكثير من الدراسات عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى الذكاء ، إلا أن الدراسات دلت على وجود فروق بين الجنسين في القدرات الخاصة ، فالبنات يتفوقن على البنين في القدرة اللفظية اللغوية والقدرة الكتابية ، والقدرة التذكرية بينما يتفوق البنين على البنات في إدراك المسافات والقدرة الحسابية و الهندسية والميكانيكية ، ويرجع الاختلاف بين الجنسين في القدرات العقلية إلى الاختلاف في نشاط النصفين الكرويين للمخ ، فالبنين يسيطر عليهم النصف الأيمن من المخ بينما البنات يسيطر عليهم النصف الأيسر ، ومن أهم ما يشغل تفكير المراهق في هذه المرحلة مستقبلة التعليمي والمهني ، وتمثل ضغوط الوالدين على المراهق لحثه على الإنجاز الأكاديمي دورا هاما في المشكلات التي يتعرض لها المراهق والتي ترتبط بمسألة التوجيه الأكاديمي

والمهني ، لذا يجب على الكبار المساهمة في تنمية قدرة المراهق على التفكير لنفسه تفكيرا مستقلا بدلا من التفكير له .

النمو الانفعالي : من أهم مظاهر النمو الانفعالي في مرحلة المراهقة المتأخرة ، هو الاستقرار الانفعالي ، فتخف تدريجيا الحساسية الانفعالية وحالات التقلب الوجداني ، ويتأثر النمو الانفعالي للمراهق بالعلاقات العائلية المختلفة التي تهيمن على أسرته ، فأي نزاع أسري بين الوالدين يؤثر في انفعالاته وتكرار هذا النزاع يؤخر نموه السوي الصحيح ويعوق اتزانه الانفعالي ، ويتأثر النمو الانفعالي للمراهق بأساليب المعاملة الوالدية التي تتسم بالسيطرة على أمور حياته اليومية والاستمرار في معاملته كطفل صغير يحتاج إلى إرشاد في كافة تفاصيل حياته اليومية والدراسية مما يؤثر تأثيرا سلبيا على نموه الانفعالي ، أما أساليب المعاملة الوالدية السوية التي تتيح الفرصة للمراهق أن يتحمل بعض المسئوليات التي تتماشى مع قدراته ، وتشعره بأنه أكثر نضجا عما قبل ، تسهم في النموو الانفعالي السوي للمراهق .

النمو الاجتماعي : تتسع دائرة المعارف والأصدقاء بصفة عامة لدى المراهق ، مع نمو القدرة على المشاركة الاجتماعية ، كما يكون للمراهق أصدقاء مقربين في أضيق الحدود ، ويميل إلى العمل الاجتماعي ومساعدة الآخرين والمشاركة الوجدانية لهم ، ويميل أيضا إلى مساعدة المحتاجين ، وتعتبر هذه النواحي فرصة هامة لتعويدة على المسئولية الاجتماعية ، ويصبح المراهق أكثر حساسية تجاه ما يوجه إليه من نقد ، ويميل إلى معارضة السلطة في المنزل والمدرسة لذلك تكثر مشاجراته مع والديه أو مضايقة بعض المدرسين في المدرسة وخاصة أولئك المدرسون الذين لا يعطون الفرصة للمراهق في المناقشة والسؤال والمشاركة في أنشطة الفصل أو الأنشطة اللاصفية ، وينمو الذكاء الاجتماعي بشكل كبير في هذه المرحلة ، فيكون قادر على ملاحظة سلوك الأخرين وفهم مشاعرهم ، وتذكر الأسماء والوجوه ، ومن أهم العوامل المؤثرة في النمو الاجتماعي للمراهقة المتأخرة الأسرة والمدرسة والأقران.

وتساعد جماعة الرفاق المراهق على القيام بأدوار اجتماعية لا يتيسر له القيام بها خارج الجماعة ، فهي تساعد الفرد على تحقيق أهم مطالب النمو الاجتماعي وهو الاستقلال والاعتماد على النفس ، وتحمل المسئولية الاجتماعية.

النمو الخلقي :ينتمي الفرد في هذه المرحلة إلى مرحلة " اتباع القواعد الأخلاقية العامة " حيث الصواب هو مسايرة القوانين ، ويتحدد السلوك الأخلاقي بناء على ما يمليه الضمير وبما يتفق مع المبادئ الأخلاقية التي اختارها الشخص ، ويكون المراهق في هذه المرحلة " مثل أعلى " وهذه المثل ما هي إلا تجميع لخبراته التي بدأت في مرحلة الطفولة ، ثم تبلورت في مرحلة المراهقة ، ويرتبط النمو الأخلاقي للمراهق بالنمو الديني ، ويرتبط بالاتجاهات الدينية

لأسرته ومجتمعه ، فالأخلاق المستمدة من الدين هي التي تنظم سلوك الفرد والجماعة وتنمي الضمير الفردي لدى المراهق .

حاجات المراهقين الإرشادية

١ـ الحاجة إلى الاستقلال : يشعر المراهق أنه وصل إلى درجة من النضج الانفعالي التي تؤهله للاستقلال النفسي عن الوالدين ، والتي يطلق عليها (الفطام النفسي) ومما يساعد المراهق على تحقيق هذا الاستقلال اتساع عالمة وزيادة خبراته وتجاربة وتعدد أصدقائه وكثرة الأنشطة التي يمارسها .

٢ـ الحاجة إلى الانتماء: تعبر الحاجة إلى الانتماء عن نفسها في ميل المراهق إلى توسيع دائرة علاقاته الاجتماعية لتشمل رفاق اللعب والجيرة وشلة الأصدقاء .

٣ـ الحاجة إلى التقبل الاجتماعي: يحتاج المراهق إلى الشعور بالتقبل الاجتماعي حتى ينجح في مرحلة النمو التي يمر بها ، ويعتبر شعور المراهق بتقبل الوالدين والأسرة له من أهم عوامل تحقيق الحاجة إلى التقبل الاجتماعي للمراهق .

٤ـ الحاجة إلى النجاح والإنجاز: المراهق في حاجة إلى أن يشعر بالنجاح والثقة بالنفس ، ويمكن تحقيق ذلك بتوجيهه إلى الدراسات الأكاديمية التي تتناسب مع قدراته ومهاراته العقلية واستعداداته وميوله حتي يستطيع تحقيق النجاح والإنجاز .

٥ـ الحاجة إلى الأمن النفسي : يتحقق الأمن النفس للمراهق عندما يتاح له المناخ الأسري الحاني العطوف ، وإذا وجد التقدير والقبول في المجال الاجتماعي ، والشعور بأن حياته مستقرة .

٦ـ الحاجة المهنية :إن تحقيق الاستقلال يعتمد بدرجة كبيرة على أن يصبح المراهق قادرا على الاعتماد على نفسه اقتصاديا ، لذلك تأخذ الميول المهنية في الظهور والتبلور في أواخر الطفولة وبداية المراهقة .

ابرز المشكلات والتحديات السلوكية في مرحلة المراهقة:

١- الصراعات الداخلية التي يكشف عنها سلوكه الظاهر مثل إصراره في الانفصال عن الاسرة شيئا فشيئا واعتماده عليهم في ذات الوقت لعدم إمكانية استغناءه عنهم

٢- الصورة التي يصبح عليها جسم المراهق من الغرابة عما كانت عليه وتأثره الشديد بهذه الصورة التي يبدو عليها جسمه ثم تأثره بالانطباع الذي يتركه مظهر صورته لدى الآخرين حسب تقديره هو، ومن هنا نجده يهتم كثيرا بجماله وثيابه وتراه ينظر كثيرا إلى المرآة ليرى شكله الجديد ويحكم عليه . ومما تجدر إليه الإشارة إن الاهتمام بالجسم ليس عيبا في حد ذاته قال تعالى : {قُلْ مَنْ حَرَّمَ زِينَةَ اللهِ الَّتِي أَخْرَجَ لِعِبَادِهِ وَالْطَّيِّبَاتِ مِنَ الرِّزْقِ قُلْ هِي لِلَّذِينَ آمَنُواْ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا خَالِصَةً يَوْمَ الْقِيَامَةِ كَذَلِكَ نُفَصِّلُ الآيَاتِ

لِقَوْمٍ يَعْلَمُونَ } لكن ما يؤخذ علي المراهق تأثره الشديد حتى يرتقي ذلك إلى مشكلة في سلوكه .

٣- التأثر الشديد بالنظرات التي توجه عليهم والتوجيهات التي تعطى لهم إلى حد يبلغ ببعضهم من التأثر أن الناظراليه يسحره وهذا بالطبع ليس كلهم إذ أن المرهقين ليسوا نسخة واحدة .

٤- المزاج المتقلب الذي يدعو إلى الحيرة والقلق للمحيطين به ومن ثم انعكاس هذا المزاج المضطرب وضغوطاته الى نظام المدرسة والعلاقات الاجتماعية ونظام نومه وغذائه وما إلى ذلك

٥- تكوين شخصيته إذ يريدها شخصية ذات هوية متميزة ومنفردة فانه يحب إن يرى نفسه وقدا صبح معروفا بماله من اتجاهات وطموحات وتجارب وهوفي سبيل بلورة ذلك ، وهذا في حد ذاته ليس بقبيح لكنه يتعدى به حدوده إلى إن يصبح مشكلة سلوكية غير مقبولة لتسببها في التواء خلقه في التعامل مع الآخرين

٦- التمرد النفسي والأسري دخلوا المرهق في كثير من المجادلات مع أبويه وبقية أسرته ويظهر لنا من ذلك إن المرهق مولع بالمعاندة والمعارضة وانه متكبر وطائش وجوهر الأمر ليس كذلك.

أسباب مشكلات المرهقة :

١- الصراعات الداخلية التي تتسبب في جنوح المراهق إلى الانفصال عن الأسرة والتمرد وغيره

٢- التغييرات في شكل صورة جسم المراهق وتتسبب في تأثره الشديد في نفسه لما يبدو له من الصورة الجديدة .ويترك في نفسه انطباع سلبي نحو الآخرين

٣- التحسس الزائد والفهم الخاطئ لدى المراهق و يكون سبب في كثير من المشكلات

٤- أساليب التنشئة الأسرية الخاطئة

٥- التفكك الأسرى ، كالمشاكل بين الأبوين أو الطلاق

٦- القدوة السيئة وسوء فهم المراهق

٧- المشكلة الصحية وسوء التغذية

٨- الخوف لدى المراهق

٩- الكبت والضغوط النفسية والاكتئاب والأرق

١٠- المشكلة الجنسية وتناميها لدى المراهق

١١- دعاء الوالدين على أبنائهم وهو من اخطر أسباب المشكلات ..

١٢- مشكلة أزمة الهوية

الفصل الثاني عشر

الإرشاد النفسي للمسنين

المقدمة:

اعتبرت منظمة الصحة العالمية أنّ مرحلة الكهولة أو الشيخوخة تبدأ من عمر الخامسة والستين فما فوق، وعادة ما يقلّ نشاط الأفراد في هذه المرحلة ويغلب على أجسامهم الضعف والوهن ويعتبرون أنفسهم غير منتجين بعد أن كانوا أساساً للعطاء وقد يظنّون بأنّهم أصبحوا عالةً على المجتمع بشكل عام وعلى أسرهم بشكل خاص، وكل هذه الأمور تنعكس سلباً على صحتهم وحالتهم النفسيّة، وتبدأ مرحلة القلق والتفكير في المستقبل وما يخبئه لهم. آثار الكهولة على المسّن عادة ما يرافق الكهولة تغيرات تنعكس بدورها على حالة المسن الصحية والنفسية لذلك ينبغي على مقدّم الرعاية للمسنّ مراعاتها جيداً ومنها: التغيرات الفسيولوجية: ومنها، ضعف وظائف القلب والأوعية الدموية، وضعف الجهاز التنفسي، ووظائف الرئة، وكذلك ضعف الخواص الحسية لديهم، وزيادة مشاكل ضعف السمع والبصر، وكذلك يصاب بضعف الذاكرة بالنسبة للأحداث الحاليّة وتذكّر أحداث الماضي بشدّة. التغيرات النفسية: التي تصيب المسن بسبب عدم قدرته على التكيف مع وضعه الجديد فعادة ما يشعرون باليأس من الحياة، وبالوحدة والانعزال وقد تتطوّر حالته إلى الاكتئاب، وأحياناً يحدث انفصام عقلي يصعب على المسنّ فيه الاندماج بالواقع. ضعف وظائف الجسم الحيوية: وفقدان الكثير من أجهزة الجسم خصائصها الطبيعة يصبح كبار السن أكثر عرضة للأمراض من غيرهم من الفئات العمرية، ومن هذه الأمراض: مرض الزهايمر: ويعتبر نموذجاً من الخرف الأكثر شيوعاً بين كبار السن ويمثل ما يقارب ٥٠% إلى ٨٠٠% منها، ويمثل فقداناً عاماً للذاكرة وغيرها من القدرات الحيويّة الفكرية التي تؤثّر على سلوكه في الحياة اليوميّة. كيفية التعامل مع كبار السن كما ذكرنا سابقاً بأنه عادة ما يشعر كبار السن بالقلق والوحدة والاكتئاب، وبأنهم يشكلون عبئاً ثقيلاً على من حولهم، لذلك يتوجب علينا إثبات عكس ما يعتقدون من خلال المعاملة الطيبة والتقرّب منهم وعمل أشياء يحبونها، فتخصيص وقت كل يوم للجلوس معهم والاستماع إليهم ومعرفة ما يضايقهم ومحاولة إيجاد حلولاً لهم تساعدهم في التخلّص ممّا يزعجهم فهذا كله يجعلهم يشعرون بالسعادة وأنّهم مهمّون بالنسبة لنا، وكذلك الأخذ بمشورتهم ونصائحهم في بعض أمور الحياة يشعرهم بأنّ أهمّيّتهم و مكانتهم ما زالت محفوظة بين أفراد العائلة والمجتمع بشكل عام، ولا ننسى الابتسامة في وجوههم وتقديم الشكر لهم دائماً على ما قدموه من أجلنا، ويمكن لاصطحابهم معنا في المناسبات الاجتماعية أن يزيدهم سروراً التحدث مع كبار السن عادة ما

يصاب كبار السن بالنسيان وضعف الذاكرة فتجده يتحدّث إليك بنفس الموضوع مرات عديدة أو أن يقاطعك أثناء حديثك، فعليك التزام الهدوء وعدم الشعور بالضجر منهم، بل أعطهم فرصة للحديث والتكّلم عما في داخلهم فهم يرغبون بالفضفضة والحديث عن مشاكلهم. يجب تجنّب الحديث أمام المسنّ بصوت منخفض فقد يظن أنّك تتكلّم عنه. ساعدهم بالتعرف علة مشاكلهم وإيجاد الحلول لها ولا تتردّد من الإجابة على أسئلتهم إن كانت مكرّرة أو مملة. انظر اليهم وهم يتكلمون حيث يشعر المسن بأنّك مهتمّ به ولكلامه. حاول قضاء حاجاتهم وطلباتهم في نفس وقت الطلب ولا تشعرهم بالغضب أو الضجر.

وشهدت المجتمعات خلال العقود القليلة الماضية تحولا ملموسا في توزيع فئات الأعمار التي تميزت بسرعة تزايد أعداد المسنين فيها، وإذا حدث أنْ تجاوزت بالفعل فترة حياة الانسان معدلاتها الحالية ترتب على ذلك حدوث زيادة كبيرة في أعداد المسنين، فإنَّه يجب على المجتمعات أنْ تعد نفسها من الآن لمواجهة احتياجات، ومشاكل مختلف فئات المسنين، وعلينا التخلي عن النظرة الشائعة التي نرى بها المسنين كما لو كانوا يمثلون فئة من الناس أصيبوا بمختلف أنواع الأمراض، والاضطرابات، وتم عزلها اجتماعيا، وتُعَد هذه النظرة غير واقعية ؟ لان معظم الناس يبلغون سن الشيخوخة بنجاح دون أنْ ينتموا إلى هذه الفئات،ومع هذا فانَّ الواقع الانساني يدلنا على أنَّ المسنين مهيئون بطبيعتهم ؛ لان يكونوا معرضين لكثير من المخاطر التي أصبحت تمثل لنا في وقتنا الحاضر إحدى القضايا الاجتماعية الكبرى، وهذه بدورها أصبحت تستدعي تقديم العناية اللازمة للتغلب عليها من قبل المهن القائمة على مساعدة الانسان، وفي ضوء هذه الحقيقة الاجتماعية يهمنا أن نأخذ بعين الاعتبار الحاجة إلى ضرورة العمل على وضع سياسة اجتماعية متوازنة تصمم خصيصا لمواجهة احتياجات المسنين، ويجب أنْ تستند هذه السياسة إلى تلك القيم، والمبادئ التي تنادي بأنَّ تراث الحياة الطويلة يجب أنْ يكون ممثلا في العيش داخل مكان أمن يحفظ للإنسان كرامة، ويؤكد من احترام ذاته هذا إلى ضرورة شعور المسن بالانتماء إلى مكان ما، وبأهمية المجتمع الذي قضى فيه سنوات عمره.

وقد اختلفت النظرة إلى المسنين حسب طبيعة المجتمع المتواجدين فيه، فالانسان له كيانه المستقل المميز، وله طابعه الاجتماعي الذي يؤكد ذاته، ويجسد وجوده الخاص، فحياة الفرد هي من حياة المجتمع، وحياة المجتمع هي تجسيد، وبلورة الحياة الفرد، فالإسلام أكد وضمن الفردية والاجتماعية، ووفق بينهما، ودعا إلى حق الانسان، وحريته في إطار الجماعة، والنسيج الاجتماعي المتشابك ، حيث قال الرسول الكريم (o)"كلكم راعي وكلكم مسؤول عن رعيته."

كما أكد الإسلام على الرعاية الأسرية، والتكاتف الأسري، وكفل الوالدين لاسيما في مرحلة الشيخوخة بضمان المعاملة الحسنة، والعيش المحترم من سكن وإطعام، ومداراة تجسيد لقوله تعالى (وَقَضَى رَبُّكَ أَلاَّ تَعْبُدُواْ إِلاَّ إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِندَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلاَهُمَا فَلاَ تَقُل لَّهُمَآ أُفٍّ وَلاَ تَنْهَرْهُمَا وَقُل لَّهُمَا قَوْلاً كَرِيمًا) (الإسراء: ٢٣).

وقد ورد ذكر الشيخوخة في القرآن الكريم في عدد من الآيات منها : ((وَمِنْكُمْ مَنْ يُرَدُّ إِلَى أَرْذَلِ الْعُمُرِ لِكَيْلَا يَعْلَمَ مِنْ بَعْدِ عِلْمٍ شَيْئًا)) (الحج :٥)، وفي سورة أخرى جاء وصف الشيخوخة وصفاً دقيقاً في رحلة تطوره على هذه الأرض تمهيداً لرحلته إلى العالم الآخر : ((اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ)) (الروم : ٥٤)، فالانسان يبدأ من ضعف ثم ينمو ويشتد عوده ثم يعود إلى أصله بعد أن يبلغ أرذل العمر إلى حالة من الضعف عند وصوله إلى مرحلة آخر أيام حياته.

وللمسن دور كبير لتهيئة نفسه لمرحلة الشيخوخة وتخفيف حد الأعراض المعالجة لها قال رسول الله (ص) (خذ ما شبابك لهرمك من صحتك لمرضك) وهذا يعني ان يعد المرء العدة المناسبة ليعيش ويحافظ على صحته ونشاطه بمداولة الحركة المفيدة كممارسة الرياضة والاسترخاء ولا يهلك جسده في تواصله العمل الشاق والإجهاد الدائم وان يتحرى التغذي الجيدة التي تمد جسمه بما يحتاج دون إفراط أو نقصان.

إن كل التشريعات السماوية والبشرية تركز على أهمية المسن واحترام كبار السن ورعايتهم والتعامل معهم تعاملاً يتناسب مع طبيعة العطاء الذي قدموه لأسرهم أو مجتمعاتهم، فقد ورد في القرآن الكريم: ((وَقَضَى رَبُّكَ أَلاَّ تَعْبُدُوا إِلاَّ إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلاَهُمَا فَلاَ تَقُلْ لَهُمَا أُفٍّ وَلاَ تَنْهَرْهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلاً كَرِيمًا (٢٣) وَاخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا)) (سورة الإسراء: ٢٣-٢٤).

وقد كفل الإسلام كنظام وسلطة سياسية للعاجزين من الشيوخ والفقراء من كبار السن العيش المناسب من سكن وكساء وأمن وغذاء ودواء من المال العام ولوقف الإسلامي.

فإذا كان الإسلام من الناحية النظرية والمبدئية يعامل كبار السن والمسنين بهذه الصورة الانسانية من الرعاية والتوقير فالسؤال الذي يُطْرَحُ ما هو موقع الشيوخ وكبار السن في المجتمع الإسلامي من الناحية الواقعية حالياً يجب علينا الاعتراف بالتناقض الحاد بين المبدأ، والتطبيق، وبين النظرية، والممارسة الواقعية العملية، فالمساعدات المالية من خلال أموال الزكاة، والصدقات لضمان العيش للفقراء، والمساكين، والعاجزين، وأبناء السبيل لاسيما المسنين ضعيفة.

بل تكاد تكون غائبة في الريف، والحضر، والمجتمعات الإسلامية تشكو ضعفا في التطبيقات العملية لمبادئ الإسلام.

وتعيش المجتمعات الإسلامية تخلفا حضاريا، وغزواً ثقافيا تغلب عليه سيطرة القيم المادية، وانتشار الأنانية، وحب الذات مما يؤدي إلى سقوط النظام القيمي، والأخلاقي الموروث، والذي يمثل عماد المجتمعات الإسلامية، وجوهر ثقافتها، ففي المجتمعات الإسلامية كما قال المصلح الديني الكبير محمد عبده (نرى مسلمين ولا نرى إسلاما أي لا نرى تطبيقا وممارسة لتعاليمه وأخلاقه) .

أما في المجتمعات الغربية التي أخذت بالمنهج العلمي في معالجة مشاكلها الاجتماعية، فإنَّنا نجد أنَّ كبار السن يعيشون حياتهم الخاصة التي تم التخطيط لها قبل الإحالة على المعاش، وترك الخدمة، فقد هيأت الدولة للمسنين دور استراحة، وأماكن مخصصة لرعايتهم، ولاهتمام بشؤونهم تتوفر فيها كل وسائل الراحة، والعيش المحترم من مأكل، وملبس، ومشرب، ومسكن، ومكتبة، وتسلية، ورياضة بدنية، وعقلية من خلال الرعاية الاجتماعية والضمان الاجتماعي. إنَّ ما يعوز كبار السن، ويفتقرون إليه في المجتمعات الغربية هو الرعاية العائلية، وغياب صلة الرحم، وابتعاد الأصدقاء عنهم مما يسبب لهم حالة نفيسة من عدم الرضا وغياب السكينة، وانَّ مكانة كبار السن في المجتمعات الغربية على العموم تؤكد مقولة الشيخ محمد عبده "إنَّ كثيراً من ممارسات الغرب في تعاون أفراد المجتمع وتناصرهم وفي النظافة وحب النظام هي من تعاليم الإسلام ولو أنَّ القوم ليسوا مسلمين".

وأصبح مجال رعاية المسنين من المجالات الرئيسة في المجتمعات المعاصرة حيث اهتمت المجتمعات برعاية كبار السن وذلك من خلال النظم واللوائح التي نظمت أوجه رعايتهم بحيث لم تعد تقتصر تلك الرعاية على توفير المعونات المادية فقط، بل امتدت مظلة خدمات المسنين إلى جميع النواحي بما يوفر السعادة للمسن ويرفع من روحه المعنوية لتشمل هذه الخدمات البرامج الترويحية والصحية والغذائية والاجتماعية والنفسية وغيرها من صور الرعاية والعناية المختلفة.

والإرشاد النفسي في مجال رعاية المسنين بأنه أحد مجالات الإرشاد التي يتدخل فيها المرشد مع المسنين في مؤسسات رعايتهم وفق أسس معرفية ومهارية وقيمية لمساعدتهم على إشباع حاجاتهم وحل مشكلاتهم وتحقيق أفضل تكيف ممكن مع بيئتهم النفسية والاجتماعية.

الدلالات اللغوية والاصطلاحية لمفهوم المسنين :

استعمل العرب كلمة مسن للدلالة على الرجل الكبير فنقول (أسن الرجل : كبرت سنه) ، والشيخ في اللغة هو من استبانت فيه السن ، وحدود هذه المرحلة من خمسين عامًا إلى آخر عمره أو حتى الثمانين ،والشيخ من استبانت فيه

السن وكبر وشاب أو من خمسين وإحدى وخمسين إلى آخر عمره أو إلى الثمانين والشيخ من كبر حتى ترهل جسمه وضعفت قواه .

وهناك ألفاظ مرادفة أخرى مثل المعمر، الهرم ، الكهل ، وأرذل العمر وقال (o) (بادروا بالأعمال سبعًا هل تنتظرون إلا فقرًا منسيًا أو غنى مطلقًا أو مرضًا مفسدًا أو هرمًا مقعدًا أو موتًا مجهزًا).

الدلالة الاصطلاحية لمفهوم المسنين :

اختلف بعض المختصين في المفهوم فمنهم من يرى أن المسنين لا يحددون بعمر زمني ولكنهم أناس انتفت عنهم القدرة على العمل والمساهمة في إضافة شيء للحياة ، كما أنهم بدأوا بالانحدار نحو الاستهلاك والمطالبة بأن يرد لهم المجتمع ما ساهموا وهناك من يرى أن المسنين لا يصابون بالضرورة بأمراض الشيخوخة لمجرد بلوغهم سنًا معينا ، ولكن هناك عوامل (بيولوجية، نفسية، اجتماعية، وتربوية) تجعلهم يصلون إلى حالة العجز وهذه قد تحدث في أي سن ، فهناك شيخوخة مرضية تظهر في سن الطفولة أو المراهقة ، ونلاحظ أن هناك أشخاص في السبعين أو الثمانين من العمر لا تظهر عليهم علامات الهرم .

وهناك من يرى تصنيف المسنين على حسب أدائهم الوظيفي وإقبالهم على الحياة وليس حسب عمرهم الزمني ، ومنهم من قال إن المسنين هم الذين يتحولون من أشخاص ذوى عطاء إلى أشخاص في حاجة إلى تلقى المساعدة في المجتمع ، وهناك من يرى أن الصعوبة تكمن في تحديد سن معين للشيخوخة لذا فيمكن اعتبار سن التقاعد عن المعاش ممثلا للشيخوخة ، ومنهم من يعتبر المسن هو الذي بلغ عمره ٦٥ عامًا .

تعرف إرشاد المسنين

- خدمات مهنية متخصصة تسعى إلى مساعدة المسن والوصول به إلى أقصى مستوى نفسي واجتماعي وصحي ممكن ليعيش حياته في صحة ورضا، وذلك في حدود قدراته وإمكانياته، ومساعدته في حل المشكلات التي تعترض سبيله، والوفاء بحاجاته الصحية والنفسية والاجتماعية.
  هم الأفراد الذين يقعون ضمن المرحلة التي يحدث فيها تغيرات في القدرة الجسدية، والطاقات التي تلازم الفرد إذ تؤدي به تدريجيا إلى الموت بأسباب عرضيه، أو أحداث احتياطيه.
- بأنه حالة من التحسس الذاتي يدركها المرء على شكل شعور من الضيق، وعدم الارتياح تجاه الموضوعات المتصلة بالموت، والاحتضار لدى الشخص، أو ذويه مما يؤثر على صحته النفسية، واداء التزاماته، ووظائفه الحياتية.

- هم الأفراد الذين يقعون ضمن مرحلة زمنية من مراحل العمر المتتابعة. يصل إليها الإنسان بعد سنين الخامسة والستين، وهي عملية حيوية طبيعية تتأثر بنمط الحياة.
- كل من أكمل الستين من العمر بالنسبة للذكور، والخامسة والخمسين بالنسبة للإناث، وأنْ يكون سالماً من الامراض الانتقالية والعقلية .

أهداف إرشاد المسنين:

١- زيادة قدراتهم وتنمية ما تبقى من مهاراتهم النفسية والاجتماعية لحل مشكلاتهم والتكيف مع أوضاعهم الحالية.
٢- مساعدتهم على إزالة الصورة المشوهة عنهم والصور النمطية الشائعة عن هذه المرحلة العمرية وما يكتنفها من عوامل.
٣- مساعدة في تغيير أسلوب تفكير كبارالسن وسلوكياتهم وطريقتهم في أداء الأعمال وأسلوبهم في الحياة وطريقتهم في التكيف مع الموقف النفسية والاجتماعية المختلفة.
٤- مساعدتهم في تحديد جوانب القوة الكامنة لديهم والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن بما يرفع من مستوى كفاءة الذات لديهم.
٥- مساعدتهم في تحديد الموارد والخدمات والبرامج المجتمعية المتاحة، ومساعدتهم في الحصول عليها والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن.
٦- العمل على إحداث التغييرالاجتماعي خاصة فيما يتعلق بحاجات المسنين من الخدمات والبرامج المجتمعية التي ترتبط بحاجاتهم الجسمية والنفسية والاجتماعية.
٧- مساعدتهم في تحسين عملية التفاعل مع الأفراد المحيطين بهم في المواقف المختلفة التي يتعرضون لها، والتعامل مع المشاعر المؤلمة الناجمة عن المواقف الاجتماعية المختلفة.
٨- مساعدتهم في تعلم بعض المهارات والسلوكيات الجديدة التي تساعدهم في التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة وتجعلهم أكثر قدرة على الاستجابة لمن حولهم.
٩- تقديم البرامج الترويحية والثقافية المتنوعة

احتياجات الإرشادية النفسية والاجتماعية للمسنين:-

في مقدمة ما يجب أن يعنى به المجتمع الحديث المتحضر تكريم المواطنين من كبار السن، واستثمار ما لديهم من قدرات وخبرات، والافادة منهم ، ويمكن أن نستعرض حاجات المسنين فيما يأتي :-

١- أن يفهموا أنفسهم، وينبغي أن يدرك المسنون كل ما يتصل بعملية النضج في العمر حتى يمكنهم أن يدركوا معنى التغيرات التي تؤثر في قدرتهم العقلية، والجسمية، وبناء شخصيتهم وعليه تنعكس على حالتهم النفسية،

ومكانتهم الاجتماعية الأمرالذي يُعد ضرورياً حتى يتقبلوا هذه التغيرات، والآثار، ويعترفوا بها، وبذلك يتحقق لهم أقصى تكيف اجتماعي ممكن.

٢- يحتاج المقبلون على سن التقاعد إلى التعرف على فرص العمل ، والتطوع بعد التقاعد ، كما يحتاجون إلى التعرف على طرق المحافظة على الصحة الجيدة ، وإتباع أساليب معيشية تلائم التقدم في السن وطرق تجنب الأمراض المزمنة، والوقاية منها ، كما يحتاجون إلى تأمين الموارد المالية اللازمة عن طريق تنظيم صرف المعاشات، والمساعدات الحكومية ، والرعاية الطبية.

٣- توفير علاقات اجتماعية سواء في داخل الأسرة أو خارجها، ويستدعي ذلك توعية المجتمع بأمراض الشيخوخة، ومشكلات المسنين، وان الفكرة السائدة عند بعض الأشخاص أن كبار السن فئة غير منتجة ليست لديها أي قدرات يمكن تنميتها ، أو يمكنها الإسهام بأي جهد ، وهكذا يسخر الناس من قدرتهم على ممارسة النمو، ويغرسون في أنفسهم الإحساس بالنقص ، والإحباط، والقلق التي ينتج عنها كل اضطرابات الشخصية والأمراض النفسية والجسمانية.

وهذا يستدعي التدخل المهني مع المسنين اعداد المرشدين والأخصائيين الاجتماعيين المؤهلين للعمل معهم ، ويحتاج المرشد النفسي والأخصائي الاجتماعي إلى معرفة الظواهر النفسية، والفسيولوجية المصاحبة للتقدم في السن، وكذلك الإلمام بالموارد، والامكانيات المختلفة التي يمكن استغلالها، وضرورة التعرف بالدراسة، والتحليل للمشكلات التي يعاني منها المسنين في حالة عدم إشباع الاحتياجات السابق الاشارة إليها، ويمكن بلورة أهم المشكلات النفسية والاجتماعية فيما يأتي:

أ. الحاجات الإرشادية النفسية للمسنين :- تتمثل تلك الحاجات النفسية في الاحتياجات التي يحتاجها الفرد ليعيش في أمان مع نفسه ومع الآخرين متحررا من كل الضغوط النفسية، ومن أهم هذه الحاجات الشعور بالأمن والحاجة إلى التقدير، والحاجة إلى الشعور بالعطف، والمحبة ، أي إشباع الجانب الوجداني للفرد، فهو محتاج دائماً إلى أن يحب، وأن يُحب، وان يعترف، به ويحس أنه ذو نفع للجماعة، وأنها في حاجة إليه بما يؤدي إلى إحساسه بكيانه ، وما يتعرض له المسنون من تغيير في كثير من الوظائف العقلية يجعلهم عرضة للخوف، والقلق، فالأمراض المزمنة التي يعانون منها، وإحالتهم إلى التقاعد، وافتقاد بعض الأصدقاء، وعدم تحقيق التكيف الشخصي، والاجتماعي على وجه سليم فضلاً عن ذلك أن المسن كثيرٌ ما يفقد شريك الحياة، وهو ما يجعله يشعر بالعزلة، وافتقاد السند، أو المعين، والتقدم في السن تصاحبه ديناميات نفسية تتصف بنقص الكفاءة الوظيفية، وما يصاحبها من نكوص وهياج وعمليات دفاعية ، وترتبط الاحتياجات النفسية

للمسن بمشكلات عدم التوافق مع وضعه الجديد ، وتتضح الآثار النفسية ، والأخلاقية في ظل زيادة وقت الفراغ في مرحلة الشيخوخة، ومن أمثلة المشكلات النفسية :-

١- مشكلة سن القعود : وهو ما يعرف عادة باسم سن اليأس، ويكون مصحوبا باضطراب نفسي، أو عقلي قد يكون ملحوظا، أو غير ملحوظ، وقد يكون في شكل الترهل، والسمنة، والإمساك، والذبول، والعصبية، والصداع، والاكتئاب النفسي، والأرق.

٢- مشكلة التقاعد : وهو ما يشعر الفرد بالقلق على المستقبل، والحاضر، والخوف، والانهيار العصبي لاسيما إذا فرضت عليه حياته الجديدة بعد التقاعد أسلوباً جديداً من السلوك لم يألفه من قبل، ولا يجد في نفسه المرونة الكافية لسرعة التوافق معه، لاسيما إذا لم يتهيأ لهذا التغيير، وإذا شعر، أو أشعره الناس أنه قد أصبح لا فائدة منه بعد أن كان يظن أنه ملء السمع والبصر.

٣- ذهان الشيخوخة: وفيه يصبح الشيخ أقل استجابة، وأكثر تركزا حول ذاته، ويميل إلى الذكريات، وتكرار حكاية الخبرات السابقة، وتضعف ذاكرته، ويقل اهتمامه، وميوله، وتقل شهيته للطعام والنوم، وأيضا تضعف طاقته، وحيويته، ويشعر بقلة قيمته في الحياة، وهذا يؤدي إلى الاكتئاب، والتهيج، وسرعة الاستثارة، والعناد، والنكوص، إلى حالة اعتماد الآخرين وإهمال النظافة، والملبس، والمظهر، وباختصار يبدي الشيخ صورة كاريكاتيرية لشخصيته السابقة.

٤- الشعور الذاتي بعدم القيمة وعدم الجدوى في الحياة : والشعور بأن الآخرين لا يقبلونه، ولا يرغبون في وجوده، وما يصاحب ذلك من تصعيد، وتوتر، فقد يعيش البعض، وكأنهم ينتظرون النهاية المحتومة.

٥- الشعور بالعزلة والوحدة النفسية : هناك حاجات انفعالية عامة تميز كبار السن منها الحزن، والأسى الناتج عن الوحدة من فقد حب الآخرين، والشعور بالذنب الناتج عن الوحدة من الحوادث الماضية، أو قد يكون الشعور بالوحدة لعدم وجود من يتحدث معهم نتيجة زواج الأولاد وانشغالهم، وموت الزوج، وتقدم العمر، والمرض أحيانا.

ب. الحاجات الإرشادية الاجتماعية للمسنين :-

إن الانسان يعاني من الحرمان الاجتماعي عندما يفقد القدرة على حرية الاتصال الاجتماعي طبقا لحاجته، ورغباته، والمسن يُعد من أكثر فئات المجتمع تعرضا للحرمان الاجتماعي، نظرا لقلة موارده المالية، وضعف قواه الجسدية، ويزيد من حدة المشكلات الاجتماعية شعور المسن بالوحدة، والعزلة عن حياة المجتمع، ويبدأ هذا الشعور بحياة الحرمان من العلاقات العائلية التي كانت

تؤلف جزءاً كبيراً من نشاطه، واهتماماته اليومية. مما يضع القيود على تحركات المسنين، وعلاقاتهم الشخصية بأفراد المجتمع.

والحاجات الاجتماعية هي التي يتطلبها الفرد ليكّون علاقات اجتماعية سوية مع الأفراد من أجل أن يعيش متوافقاً مع محيطه بقيمه، ونظمه، ومؤسساته. وتشكل الحاجات الاجتماعية للمسنين خاصية أخرى من خصائص الشيخوخة. التي تشمل نوعية من المشكلات أهمها اغتراب المسنين عن المجتمع نتيجة لعدم استجابة المجتمع لاحتياجات كبار السن، أو عدم توفير الفرص لهم للاشتراك في اتخاذ القرارات الهامة المتعلقة بإشباع متطلباتهم، فينشأ ما يسمى (باغتراب المسنين عن المجتمع) ويتبع هذا الاغتراب ما يأتي:

١- قلة الاهتمامات الاجتماعية للفرد فيما يتعلق بالجهود، والأنشطة التي تخدم مجتمعه.
٢- قلة مشاركاته في المنظمات الاجتماعية، أو محاولاته إيجاد المنظمات الأكثر فاعلية في إشباع حاجاته.
٣- عدم الثقة الكافية في المقدرة على تغيير الأوضاع السيئة في المجتمع.

ونتيجة لاغتراب المسنين عن مجتمعهم، واضطراب علاقاتهم يميل المسنون إلى الاتصاف بمجموعة من الخصائص الاجتماعية من أهمها :-

• العزلة والوحدة، ويزيد عن عزلة المسن زواج الأبناء، أو موت أحد الزوجين، والضعف البدني.
• يفتقد المسنون مراكزهم في العلاقات العائلية، ويفقدون تأثيرهم على الأسرة، وانسحاب المسن، وانقطاعه عن المجتمع سمة من سمات التقدم في السن، ويكون هذا الانسحاب متبادلاً بين المسن والمجتمع ككل، وقد يرجع ذلك لنظرة المجتمع، واتجاهاته إلى الاختلاط الاجتماعي بالمشاركة مع أفراده

مشكلات المسنين:

يواجه كثير من المسنين بعض المشاكل التي تعجز قدراتهم وإمكانياتهم عن مواجهتها رغم أن هذه المشكلات تعتبر عادية بالنسبة للأفراد العاديين ولكنها تمثل مشكلة بالنسبة لهم، ولهذا وجب التدخل معهم من جانب أشخاص مؤهلين لمساعدتهم على حل تلك المشكلات والصعوبات والتعامل معها. ومن أهم تلك المشكلات ما يلي:

١- المشكلات الصحية (كمرض فقر الدم، وأمراض القلب، وأمراض الجهاز الدوري والعصبي والهضمي، وأمراض الحواس وغيرها).
٢- المشكلات الاقتصادية (كعدم وجود مصدر دخل الكافي).
٣- المشكلات الاجتماعية (كمشكلة التقاعد، والترمل، والطلاق، وفقد الدور، والحرمان الاجتماعي، وضعف العلاقات الاجتماعية).
٤- المشكلات النفسية (كالقلق والاكتئاب والانطواء).

٥- المشكلات العاطفية والجنسية (كالوحدة وعدم التكيف مع الوضع الجديد وضعف الطاقة الجنسية والإحساس بفقد العاطفة).
٦- المشكلات العقلية (كضعف الذاكرة والنسيان).
٧- المشكلات المتعلقة بنقص الخدمات التي تسهل لهم القيام بشعائر الدين (كبعد المسجد وصعوبة الوصول إلى من يفقههم في الأمور التي تخصهم).
٨- المشكلات الخاصة بوقت الفراغ .
٩- المشكلات المرتبطة بالأدوية (ككثرة العقاقير،واختلاف مواعيد تناولها، وأعراضها الجانبية).

وأهم المشكلات السيكولوجية التي تواجه المسنين: تواجه المسنين مشكلات اجتماعية كثيرةنها الفقر وموت الزوجة ، والتفكك الأسرى ، والمسكن ، والعزلة الاجتماعية ، والرفض.

أ -المسكن :يحتاج المسن إلى الغرفة الخاصة الملائمة له لسهولة الحركة وتلقى الخدمات من الأبناء والأقارب والجيران ويكون هذا المسن آمن ، ويفضل المسنون الأدوار الأرضية المزودة بوسائل الراحة التامة .

ب – العزلة الاجتماعية : تحدث العزلة للمسن من عدم الزواج أو عدم الإنجاب أو بعد وفاة الزوج أو الزوجة ، مما يؤدى إلى الاكتئاب والإحباط والشعور بالعجز .

ج -الرفض الاجتماعي : تبدأ عمليات الرفض بترك المشاورات للمسن وزيادة التوترات والمشاجرات التي يحدثها المسنون نتيجة لتدخلهم في شئون حياة الصغار مما يؤدى إلى إهمال المسنين، وعدم سماع كلامهم ، وعدم الاهتمام بهم فهذا يسبب لهم تنغيصًا مستمرًا .

د- خوف المسنين من الجريمة : يعتبر المسنون أكثر الفئات الاجتماعية إحساسًا بالخوف من الوقوع كضحايا للجريمة وهذا الخوف تبرره ظروفهم الخاصة الصحية والنفسية والاجتماعية خصوصًا الإقامة المنفردة في بيوت لا يشاركهم فيها أحد .

دور المرشد النفسي في مجال رعاية المسنين

١- تقديم خدمات مباشرة تهدف إلى إشباع حاجات المسنين الاقتصادية والصحية والنفسية والعاطفية والبيئية والاجتماعية، واضعا في اعتباره أن كل مرحلة عمرية لها قيمها وحاجاتها.
٢- الدفاع عن حقوق المسنين ومصالحهم من خلال تحديد القضايا والمشكلات التي تواجههم والمطالبة لدى الجهات المختصة لمساعدة المسن في الحصول على الخدمات الملائمة.
٣- مساعدة المسن على التعامل مع مشاعره التي تؤثر سلبا على حياته كالشعور بالذنب والحزن ومساعدته على الاستمرار للاستمتاع بنفس الفرص الممتعة والمتاحة للأصغر سنا، ومساعدته بإعطائه دورا أو أدوارا جديدة وفرصا

لحمايته من المخاوف والقلق والمشكلات التي يعيش فيها نتيجة فقدان الزوج وفقدان الأقارب والأصدقاء والأبناء والعمل.

٤- قيام المرشد النفسي بدوره في إحداث التغيير الاجتماعي الموجه نحو المواقف التي يتخذها المجتمع حيال كبار السن كتوجيه الاهتمام بتوفير مسكن مناسب وعيادات متخصصة ومؤسسات لرعايتهم.

٥- مساعدة كبار السن في تطوير وتنمية مهارات جديدة لديهم والتركيز على نقاط القوة التي تمكنهم من مواجهة مشكلاتهم وتشعرهم بكيانهم وقدرتهم على مواجهة مشكلات الحياة والمشاركة مع الآخرين في تنمية مجتمعهم.

٦- المساهمة في التخطيط لبرامج وخدمات الرعاية الاجتماعية للمسنين، ونشر هذه الخدمات بحيث تصل إلى كافة المستفيدين.

الاتجاهات الإرشادية الحديثة في رعاية المسنين :

الأتجاه الأول : التوافق والانسجام : يتزعم هذا الاتجاه كل من (ليكرفنى ١٩٧٤ ، وشمبلر ، ١٩٧٣ وشنكر ١٩٧١) الذين يرون أن اندماج المسن في المجتمع يجنبه العزلة ، ويجدد الأمل في نفسه ويدفع عجلة التنمية في المجتمع، لأن المسنين يحملون خبرات ومعارف ومعلومات كثيرة ، وأن عدم إزاحتهم من المجتمع يشعرهم بأن أدوارهم في المجتمع لم تنقطع وأن عطائهم مستمر ، لذا فلابد من تأهيلهم وتوعيتهم عن طريق برامج التعلم المستمر في مراكز خدمة المجتمع التابعة للجامعات والمعاهد والمؤسسات الأهلية المجتمعية.

الأتجاه الثاني : الدور والمكانة : أن المسنين قد تقدموا في العمر وأدوا ما عليهم من حقوق لذا فلابد أن يتركوا الميدان لغيرهم ليفيدوا المجتمع بحصيلة ما تعلموا من خبرات حديثة ، وأن هذه الحياة تحتاج إلى الشباب ليجددوا لها دمائها القديمة ويواكبوا كل تقدم وتطور حضاري بسواعد مليئة بالحيوية ، وما يحدث من أزمات اجتماعية وضغوط نفسية لدى المسنين هو أمر طبيعي نتيجة لفقدان أدوارهم في الحياة ، وهنا يأتي دور التربية في علاج المشكلات التي تنشأ لديهم مثل الانسحاب من المجتمع والعلاقات الاجتماعية والشعور بالوحدة والامتناع .

الأتجاه الثالث: البدائل لرعاية المسنين : يذهب أنصار هذا الاتجاه إلى أن كبار السن بحاجة إلى إيجاد بدائل في الأمور التي فقدوها نتيجة لتقدمهم في السن مثل" الوظائف، وأصدقاء العمل، والزوج ، والزوجة التي انتقلت إلى رحمة الله تعالى ...الخ " وهنا يأتي دور التربية في إيجاد البدائل المناسبة التي تعوضهم عما فقدوه عن طريق نوادي (للمسنين ، والجمعيات الخاصة بهم والدور الآوية لهم).

الأتجاه الرابع : الإسلامي لرعاية المسنين : قد مضت سنة الله في خلقه أن جعل الإنسان يمر بمراحل متعددة في رحلته الدنيوية فيبدأ وليدًا ضعيفًا ثم شابًا قويًا ، وتنتهي حياته شيخًا ضعيفًا قال تعالى (الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفًا وشيبة يخلق ما يشاء وهو العليم

القدير) ، الروم ،الآية٥٤ ، وقد اعترف الإسلام برعاية الإنسان طوال حياته ، وأوصى بالمسنين بمزيد من الرعاية والاحترام والتوقير بالمسنين لأن الفرد فيها يتصف بالضعف والحاجة للآخرين لخدمته والقيام بشؤونه الدنيوية فهي مرحلة عصيبة ، حيث تزداد الضغوط النفسية ، والأزمات الاجتماعية على الإنسان ، وقد تعوذ المصطفى (o) منها فقال (اللهم إني أعوذ بك من الجبن ، وأعوذ بك من البخل وأعوذ بك من أرذل العمر، وأعوذ بك من فتنة الدنيا وعذاب القبر)، هذا وقد اعتنت التربية الإسلامية بالمسنين من كافة الجوانب الجسمية ، والنفسية ، والتربوية ، والاجتماعية، والصحية .

دور المؤسسات التربوية والاجتماعية في رعاية المسنين :

الرعاية المتكاملة في المجتمعات تحتاج إلى وسائل تتحقق من عديد من الاستراتيجيات التي تشبع حاجات المسنين ، وهذا يتم من خلال خدمات فردية وجماعية داخل مجموعة من المؤسسات التربوية الرسمية وغير الرسمية التي تنحصر في النقاط التالية :

١- الأسرة :تعد الأسرة أفضل مكان يحتضن فيه المسن لأن كل أفرادها من إنتاج المسن وله الفضل - بعد المولى (ﷻ) - في وجود أفراد هذه الأسرة على ظهر هذه البسيطة ، فهنا يكون الواجب رد المعروف المقدم من قبل الوالدين والأبناء والأحفاد ، قال تعالى : (هل جزاء الإحسان إلا الإحسان) . الرحمن ، آية ٦٠ ، أما إذا كان المسن أحد أقارب الأب أو الأم فإن الإسلام يرشدنا إلى التكافل والتعاضد بين أفراد المجتمع الواحد حتى تتماسك المجتمعات من الداخل ويتوفر الأمن والطمأنينة والتقدير للجميع ، هذا كما أن رعاية المسن هي أحد واجبات الأقارب إذا انعدم الابن أو البنت الأقرب فالأقرب كصلة رحم ، ولتبقى الصلات بين الأرحام والأقارب فقد دعت التربية الإسلامية إليه لقوله تعالى (ولا يأتل ألو الفضل منكم والسعة أن يؤتوا أولى القربى والمساكين والمهاجرين في سبيل الله وليعفوا وليصفحوا ألا تحبون أن يغفر الله لكم والله غفور رحيم) النور، آية ٢٢، وهل مشكلاتنا اليوم إلا بسبب تبدد وزوال القيم الضائعة وتسيب العادات والتقاليد السليمة ، قال تعالى :(فهل عسيتم إن توليتم أن تفسدوا في الأرض وتقطعوا أرحامكم أولئك الذين لعنهم الله فأصمهم وأعمى أبصارهم). سورة محمد ، الآية ٢٢،٢٣

٢- المدرسة :تعتبر المدرسة مؤسسة تربوية أنشأها المجتمع لتخدم أفراده لذا فان القائمين عليها يلزمهم أن يقدموا ما يخدم هذه الفئة من خلال البرامج المطروحة والأنشطة التربوية المتنوعة فلابد أن يضع خبراء المنهاج الدراسي مجموعة من المبادئ التي ترغب الأبناء بالعناية بكبار السن ، وعلى المدرس أن يبين لطلابه من خلال الشرح أهمية الرعاية بهذه الفئة ،

ومن هنا لابد أن تقدم المدرسة قيم تشجع الطلبة على رعاية المسنين تطبيقيًا مع أبيه أو جده أو عمه المسن أو جاره أو أحد أقاربه .

٣- مؤسسات غير الرسمية الخاصة بالمسنين : إن المجتمع بمؤسساته المتنوعة مطالب بالوقوف بجانب المسنين وقفة فاعلة لتقديم ما يلزمهم ، فشباب اليوم مسني الغد فهنا يلزم الدور والتسلسل في الاحتياج إلى هذه الرعاية التربوية " فكما تدين تدان ". (ومن يعمل مثقال ذرة خيراً يره ، ومن يعمل مثقال ذرة شراً يره) الزلزلة، الآية ٧،٨ نتيجة للفروق التي قد تواجهها بعض الأسر التي تعوقها عن توفير الرعاية للمسنين وجد المجتمع نفسه أمام حاجة ملحة لوجود مؤسسات أخرى تنوب عنها في توفير الرعاية الكافية للمسنين فكلف عديد من الأجهزة الحكومية والأهلية لتقوم بتلك المهمة كل في مجال اختصاصه ، فكان من بين هذه المؤسسات:

أ - دور الإقامة الكاملة للمسنين (الدور أو المؤسسات الايوائية) :وقد أطلق على هذه الدور مسميات عديدة منها [ملاجئ العجزة -بيوت المسنين- دور الإحسان- مؤسسات الوفاء ....الخ] وتوفر هذه الدور الخدمات التالية : الإقامة الكاملة (المأكل والمسكن والمشرب) ، كما توفر خبرات ومشرفين ملازمين للمسنين لديهم خبرة وصفات محددة وتوفر مجموعة وسائل الترفيه المناسبة والبسيطة وتوفر مكتبات مزودة بكتب مناسبة لميولهم واهتماماتهم .

ب- جمعيات ونواد وقرى المسنين: وتقوم هذه الجمعيات بتقديم وسائل الترفيه والثقافة بالإضافة إلى إتاحة الفرصة للمسنين لممارسة بعض هواياتهم والأنشطة، وتقدم نوادي المسنين خدمات مثل " البرامج الدينية ، والتعليمية والمهنية ، وبرامج ثقافية ، واجتماعية ، ونفسية، وترويحية ، وصحية .... الخ " ،وتعد جمعيات نواد المسنين من البرامج الداعمة لهم حيث يجتمع أعضاء النادي الذين يفترض أنهم من أعمار متقاربة فينسجمون بتبادل الأحاديث ، ويطرحون المشكلات ويستمعون من بعضهم البعض إلى التجارب والخبرات التي مرت بهم وهى فرصة للتفريغ الانفعالي حاجة المجتمع لدور الإيوائية للمسنين القادرين على خدمة أنفسهم: يتأثر موضوع رعاية المسنين في مجتمعنا بعوامل عديدة أهمها :

١- التغيرات الاجتماعية العميقة التي لحقت بالمجتمع العربي والتي أدت إلى تبدلات جوهرية في نسق القيم السائد وفي اتجاهاته الناس وميولهم إزاء المسنين ، ففي ظل قيم المجتمع كان من الصعب على الأسرة العربية أن تتخلى عن الآباء والأجداد ، فقد كان ايداعهم في مؤسسات كبار السن يبدو عقوقًا للوالدين ، لقوله تعالى (فهل عسيتم إن توليتم أن تفسدوا في الأرض وتقطعوا أرحامكم ، أولئك الذين لعنهم الله فأصمهم وأعمى أبصارهم) . محمد ،الآية ٢٢،٢٣ ، وهذا يدل على أن المكان السليم للمسن بين أولاده أو

أحفاده أو أقاربه ، الأقرب فالأقرب ولكن هناك ضروريات جعلت من دور الإيواء بديً لا مهما عند فقد العائلة والأقارب ، وقد بدأت هذه الدور العمل في العصر العباسي عندما اتسعت الدولة الإسلامية وأصبح المسلمون يتنقلون في أرجائها للجهاد ، أو التعليم ، أو المجاورة ، أو غير ذلك مما أدى إلى ضرورة وجودها في كثير من المدن مثل " دمشق وبغداد ومصر وغيرها ."

٢- وفي الآونة الأخيرة وتحت وطأة صعوبات الحياة وارتفاع تكاليف المعيشة وتزايد خروج المرأة للعمل ، والتفكك الاجتماعي جعل من وجود الدور الإيوائية للمسنين أكثر قبوً لا لدى بعض المسلمين وقد وصل هذا إلى مطالبة البعض الآخر من دولهم بضرورة التوسع في إنشاء الدور الخاصة بالمسنين للأصحاء منهم والمرضى .

ج - دور وسائل الإعلام في خدمة المسنين : تهتم وسائل الإعلام بالأطفال بشكل ملحوظ ، وقد لوحظ أنها تغفل فئة كبار السن ، فلم تقدم لهم برامج خاصة على النحو المطلوب ، وبالكيفية المرادة ، باستثناء بعض المشاهد في المسلسلات التي تظهر في السلوك الشاذ ، ولتصرفاتهم خلال حياتهم مع الأبناء أو الأحفاد وتصوره على انه عالة على المجتمع وغير مرغوب فيه في الأسرة وأن دورهم انتهى بانتهاء عصرهم ، ولكن المطلوب من أجهزة الإعلام الحكومية والأهلية " المسموعة والمرئية والمقروءة " أن تكثف جهودها في الآتي :

١- بيان المراكز والجمعيات والنوادي التي تقدم خدمات للمسنين وكيفية الاستفادة منها.

٢- المساعدة في توعية الجمهور لتقديم الخدمات والاحتياجات للمسنين.

٣- التركيز على القيم الإسلامية التي تحدث عن رعاية المسنين بين أفراد الأسرة

٤- بيان التغيرات التي تطرأ على المسن وكيفية التعامل معها.

إن وجود مثل هذه المؤسسات أصبح ضرورة ملحة لوجود في المجتمع ونتيجة طبيعية للاهتمام المتزايد بهذه الفئة حيث يلتقى فيها المسنون مع بعضهم البعض ليقضوا أوقات فراغهم في جو متناغم ويتحدثون عن همومهم ومشاكلهم فينفسون عن انفعالاتهم ، كما أن المسنين يمكنهم الاستفادة من البرامج الترويحية ، والتربوية ، والاجتماعية ، والصحية ، والنفسية التي تقدم لهم ، ومن واجبات الدولة أن تقدم الرعاية التربوية الشاملة للمسن كما قال الرسول الكريم صل الله عليه واله وسلم : (كلكم راع وكلكم مسئول عن رعيته) ،والمسئولية هنا شاملة الجوانب الاقتصادية ، والأجتماعية ، والصحية والنفسية .

فشل وسائط التربية المباشرة وغير المباشرة في تقديم المضمون التربوي للمسنين رغم كل ما تقدمه وسائل التربية ومؤسساتها الرسمية ، وغير الرسمية من خدمات متنوعة لرعاية المسنين إلا أنها فشلت في تقديم المضمون التربوي المتكامل للأمور التالية :-

١- لا يزال هناك ضبابية حول تحديد مفهوم المسن ، وتحديد بداية مرحلة الشيخوخة .
٢- أنها تقدم برامج خدماتية لصقل قدرات المسنين .
٣- لقد أهملت الخبرات المتنوعة التي يحملها الشيوخ والتي كلفت الفرد والمجتمع الغالي والنفيس حتى وصلوا إليها .
٤- لم تحدد مساوئ عزل المسنين عن المجتمع .
٥- تحضير الأفراد لهذه المرحلة العمرية ، ولم تبين لهم مظاهرها ومطالبها .
٦- بيان دور المسن في المجتمع .
٧- توعية المسن بفن التعامل مع الآخرين .
٨- إظهار احتياجات المسن لأفراد المجتمع .
٩- تعليم المسن الطرق السليمة لقضاء وقت الفراغ بما ينفع ويعود عليه بالنفع .
١٠- قلة اهتمام التربية بفئة المسنين إذا قورنت باهتمامها بالفئات الأخرى.
١١- قلة الاهتمام بأبعاد واستراتيجيات التربية" الصحية، والجسمية ، والنفسية، والاجتماعية ،والعقلية .... الخ " .
١٢- عدم تضافر جهود مؤسسات التربية في توعية أفراد المجتمع بالأصول الإسلامية للرعاية المتكاملة للمسنين .

البعد النفسي لرعاية للمسنين :

يعانى المسنون من أمراض نفسية عديدة أبرزها ،الشعور بالوحدة ، والاكتئاب ، والإحباط ، والشعور بالدونية ، والإجهاد النفسي ، والحرمان من البيئة الطبيعية ، والقلق ، والشعور بالتعاسة ، وفقدان الذاكرة ..الخ ، وهذه الأمراض وغيرها تظهر على المسن كردة فعل للضغوط النفسية التي تأخذ أشكاً لا متنوعة من المشكلات ، فالمسن الذي يجد نفسه عالة على غيره متجرد من المسئوليات لا يشارك في صنع القرار العائلي بما يؤثر على نشاطه الاجتماعي في المجتمع ، وسيتحدث الباحث في عجالة عن أكثر الأمراض النفسية شيوعًا بين المسنين على سبيل المثال لا الحصر .

١- الاكتئاب: ينشأ الاكتئاب كنتيجة حتمية للضغوط النفسية الزائدة عند فقد الأزواج أو الأصدقاء ، أو الوصول إلى سن التقاعد أو العوز أو عند ضعف القوة الجسمانية والحواس وهبوط المعنويات وتوهم المرض ، ويترتب على ذلك ظهور بعض الأعراض عليهم مثل : الإحساس بعدم الرغبة في الاختلاط بالآخرين ، وعدم الاستمتاع بأي نشاط ،وفقدان الشهية للطعام ، واضطراب النوم في صورة أحلام وكوابيس مفزعة ، أو سيطرة فكرة

الانتحار عليهم ، ويساعد على استمرار حالة الاكتئاب عند المسن ابتعاد أسرته عنه ، أو تخلى أصدقائه عنه ، أوعدم وجود الدعم الاجتماعي . ويعد الاكتئاب أوسع الأمراض انتشارًا عند المسن فنجده مع كل مرض جسمي أو نفسي ومع كل مشكلة يعانى منها المسن .

٢- مرض الزهير :ينشأ عن اضمحلال المخ ولا تتوقف صورته عند ضعف الذاكرة بل تتعداها إلى تدهور في التوجه الزماني والمكاني وينتهى بتدمير تام للحياة العقلية والسلوكية للمسن).

٣- فوبيا الكبار (مخاوف الكبار) : مخاوف الكبار كثيرة من بينها الخوف من الموت ، والخوف من المجهول ، والخوف من المستقبل ، والخوف من وقوع الجريمة عليهم.....الخ ، ويأتي الخوف نتيجة لصراع الأدوار وصراع القيم ،وللظروف الصحية والنفسية والاجتماعية القاسية التي يعيشها المسن ، وترتبط المخاوف بأسلوب الحياة وطرق التعامل مع البيئة المحيطة بهم .

٤- الحيرة والارتباك والتردد : يصاب المسن بالارتباك الحاد الذي يشوش على الذهن ويشل عملية التفكير إذا أصيب بمرض حاد مثل الالتهاب الرئوي ، ويؤدى ذلك إلى زيادة الإحساس بالألم نتيجة التغيرات الذهنية للمسنين مما يمهد للبطء في التفكير وتبلد العواطف ، ويحدث ذلك عند زيادة لشعور بالوحدة وافتقاد الحنان والشعور بعدم الأهمية في الأسرة وفقدان المكانة أو المنصب .

وأن الأزمات النفسية تحدث اضطرابًا في التوازن ، وتظهر هذه الأزمات في صور لفشل الاجتماعي أو فقدان المعونة النفسية والمادية من قريب أو جار أو فقدان الثقة وفقدان عزيز . وهنا يأتى دور الإرشاد النفسي في تخفيف المعاناة النفسية عن المسنين وذلك من خلال الآتي :

- فن تعامل المسنين مع الآخرين ويتلخص في الآتي :على المسن إخفاء مشاعره الحقيقية ليكون أكثر قبو ً لا من قبل أفراد الأسرة فمث ً لا يفضل ألا يصر على رأيه في المواقف التي يمكن أن يظهر فيها المرونة وتقديم مصلحة أفراد الأسرة على مصلحته ، والاهتمام بمشكلات الأبناء والأحفاد ومحاولة المشاركة في وضع الحلول المناسبة لها ، وكلما كان المسن كريمًا كلما تجمع أقاربه نحوه بزيادة وعليه ترك الأبناء والأحفاد يعيشون لزمانهم الجديد ، ولا يكثر الانتقادات فإن هذا يضر بمصلحته بل يقدم التوجيه والإرشاد والنصح بطريقة سليمة قال تعالى (ولو كنت فظًا غليظ القلب لانفضوا من حولك فاعف عنهم واستغفر لهم وشاورهم في الأمر) سورة آل عمران ، آية ١٥٩.
- فن تعامل الآخرين مع المسنين : حتى يحتفظ المسن بشخصيته وكيانه ينبغي معاملته كإنسان مكرم قال (o) " ما أكرم شيخًا لسنه إلا قيضّ الله له

من يكرمه عند سنه " ، ومن الأمور المهمة كذلك إدخال السرور والفرح على نفوس المسنين ، فقال عليه الصلاة والسلام : (أفضل الأعمال أن تدخل على أخيك المؤمن سروراً أو تقضى عنه ديناً أو تطعمه خبزاً) ، فالمسن المؤمن له مكانة عند الله كما بين الرسول (o) : (ألا أنبئكم بخياركم قالوا بلى يا رسول الله قال : خياركم أطولكم أعماراً ، وأحسنكم أخلاقًا) ،وقوله (o) : (خيركم من طال عمره وحسن عمله) ، كما أوصت التربية الإسلامية أن نعاملهم بحياء قال عليه الصلاة والسلام :(إن الله يحب أبناء السبعين ويستحي من أبناء الثمانين ، فلا نعذبهم ، ولا تنقبض نفوسنا عند رؤيتهم وعلينا أن نوقرهم ونتشبه بهم في ، الأمور الحسنة) كما قال: (خير شبابكم من تشبه بكهولكم ...) ، أن للمسن منزلة عند الله فكيف عند العباد ، قال (o) : (من شاب شيبة في الإسلام في سبيل الله كانت له نوراً يوم القيامة) .

البعد الجسمي للرعاية التربوية للمسنين :

تنظر التربية الإسلامية للإنسان على أنه جوهرة نفيسة مكرمة ، قال تعالى " ولقد كرمنا بنى آدم وحملناهم في البر والبحر " (سورة الإسراء ، آية ٧٠) وتعد عافية الجسد والأبدان نعمة من الله ، قال (o) : (نعمتان مغبون فيهما كثير من الناس: الصحة والفراغ) ، فعلى الأسرة أن تهتم بنظافته بصفة دورية يوميًا ويشمل ذلك نظافة بدنه وملابسه وفراشه وكافة الأدوات التي يستخدمها لأن في ذلك راحة نفسية له ، ووقاية من الميكروبات والجراثيم ، ويجعل الآخرين يقبلون عليه ولا ينفرون منه . كما قال عليه الصلاة والسلام : (إن لجسدك عليك حقًا) ،وقد اعتنت التربية الإسلامية بالمسنين من كافة الجوانب أهمها :

١- النظافة العامة للمسنين : فالإنسان حينما يتقدم في السن يحتاج إلى من يرعاه ، ولابد أن تشكل النظافة للمسن وازعًا داخليًا تمسكًا بالفطرة السليمة، قال (o): (عشرة من الفطرة ، قص الشارب ، وإعفاء اللحية ، والسواك، واستنشاق الماء ، وقص الإظفار ، وغسل البراجم ، ونتف الإبط ، وحلق العانة ، وانتقاص الماء ، فهذا يدل على نظافة المظهر والمخبر كذلك ، على المسن الابتعاد عن التلوث البيئي والغبار والدخان ومصادر الإزعاج كلها .

٢- النشاط والرياضة للمسنين : تحمل الرياضة والنشاط للمسنين فوائد عظيمة منها انشراح الصدر وراحة في التنفس ،وتقلل من أوقات الفراغ والتخلص من الكسل والهم والغم ، وتساعد الجسد على القيام بوظائفه بصورة صحيحة وتخلصه من الأمراض المزمنة وتكسبه القوة والمنفعة ، وتجنب الجسم من تجلطات الدماغ ، وأمراض القلب وضمور المخ وفقدان الذاكرة ، وهشاشة العظام وأمراض الغضاريف ، كما أن الرياضة والنشاط يجب أن تكون

وفق قدرة المسن وطاقته ، قال تعالى (ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة) البقرة ،آية ١٩٥ ، وعلى المسن أن يزاول النشاط المحبب له وهو صحيح من الناحية الصحية والنفسية وعليه أن يعتبر هذه الرياضة عبادة قال تعالى (وما خلقت الإنس والجن إلا ليعبدون) الذاريات ، آية ٥٦ . وتظل الرياضة مفتاح الوقاية من أغلب الأمراض وانشغال بما فيه فائدة للجسم والعقل والروح والنفس .

٣- النوم للمسنين : يقدم النوم الراحة الجسدية للمسن وأنفعه ما كان في الليل لقوله تعالى (وجعلنا الليل لباسا والنهار معاشا) النبأ الآيتان ١٠،١١ ، ففيه تسكن الأعضاء وتهدأ النفوس لتستعيد نشاطها وحيويتها ، وقد تلبى له آدابًا خاصة عناية به فقال (إذا أتيت مضجعك فتوضأ وضوءك للصلاة ثم اضطجع على شقك الأيمن) ، وقال :(اللهم أسلمت نفسي إليك ووجهت وجهي إليك وفوضت أمري إليك ، وألجأت ظهري إليك رغبة ورهبة إليك ، لا منجى ولا ملجا منك إلا إليك ، آمنت بكتابك ، الذي أنزلت ، ونبيك الذي أرسلت) ، وقد نهى النبي (o) عن الاضطجاع على البطن .

٤- تغذية المسنين : يحظى موضوع تغذية المسنين باهتمام بالغ من قبل الأسرة والمختصين في هذه الفئة ،حيث عملوا على علاج المشكلات التي يعانى منها المسنين سوء التغذية التي لها أسباب عدة منها : فقدان الشهية ، وضمور الفكين ،وفقدان الأسنان مما يعوق مضغ الطعام وبلعه ، وكذلك اضطرابات الجهاز الهضمي ، وفتق الحجاب الحاجز ،والتهابات المعدة ، والقولون المزمن ، والربو وأمراض الجهاز التنفسي ... الخ هذه الأمراض وغيرها تجعل لكل مسن طبيعة كيميائية وفسيولوجية خاصة به يترتب عليها أن يكون لكل جسم احتياجاته ولابد من وضع خطة خاصة لإرشاد كل مسن بالطريقة المناسبة للتمثيل الغذائي تحتوى على أهم العناصر التي يحتاجها ، آخذًا بعين الاعتبار المجهود الجسماني والذهني المبذول ،أظهرت الدراسات أن المسن الذكر العادي يحتاج إلى (٢٤٠٠) سعرًا حراريًا تقريبًا بينما نجد أن احتياج الأنثى المسنة يوميًا (٢٩٠٠) سعرًا حراريًا ، كما بينت نتائج دراسة (جوستيكا، ١٩٧٤) أن الذكور والإناث المسنين يلزمهم تناول (٤١,٨) جرامًا يوميًا من البروتين ، كما يجب إلا تزيد نسبة الدهون في(٣٠ %) من مجموع السعرات الحرارية التي يتناولونها يوميًا ، أما فيما : طعام المسنين عن (٢٠) يخص المعادن والأملاح فيحتاجون إلى (الكالسيوم والحديد والبوتاسيوم) هذا وقد تبين أن ٥٦ % من السيدات مقابل ٢٥ % من الرجال المسنين يعانون من نقص في الأملاح نتيجة سوء التغذية ، أما الفيتامينات فقد توصلت الدراسة إلى أن هناك نقص في فيتامين (د ، ج) وكذلك وجد أن السمنة من أخطر مسببات بعض الأمراض مثل [

التهاب المفاصل ، ومرض السكر ، وزيادة الضغط ، والتهاب الجلد ، وأمراض الجهاز التنفسي ، وارتفاع الكولسترول في الدم .... الخ .

٥- الحمية الغذائية : إن الحمية الغذائية لازمة للتخلص من الوزن الزائد كضرورة حتمية لكل إنسان وخاصة المسن ، فالمحافظة على الرشاقة والقوامة تجنب الكثير من الأمراض ، فقد قال (o) (ما ملأ آدمي وعاءً شراً من بطنه) ، هذا وقد بين الرسول (o) كيفية المحافظة على وزن الإنسان فقال (ما ملأ آدمي وعاءً شراً من بطنه ، حسب الآدمي لقيمات يقمن صلبه ، فإن غلبت الآدمي نفسه فثلث للطعام ، وثلث للشراب وثلث للنفس) ، كما وبين أهمية الحمية قائلا (المعدة بيت الداء ، والحمية خير دواء) ، كما قال (o) : (المؤمن يأكل في معي احدٍ ، والكافر يأكل في سبعة أمعاء) ، ولقد تضافرت الأحاديث على تنظيم تناول الطعام والإقلال منه في كافة مراحل العمر ، وقد نبه الآباء إلى أن مرحلة الشيخوخة مرحلة هدم لا مرحلة بناء للجسم ونصحوا المسنين بالإقلال من أكل الدهنيات والسكريات واللحوم ، كما نصحوا بالإكثار من تناول الخضراوات الطازجة ، والاعتدال في أكل الزلاليات والفاكهة كثيرة السكر ، وعدم الإكثار من تناول الأملاح كالطراشى والمخللات ... الخ ، كما نهى المولى (ﷻ) عن شرب الخمر ولعب الميسر والتدخين للصغار والكبار فقال : (يا أيها الذين آمنوا إنما الخمر والميسر رجسٌ من عمل الشيطان فاجتنبوه) ، والكبير في السن قد يتقاعد من عمله فيلجأ إلى الميسر والخمر هروبًا من الواقع المرير الذي يعيشه أحيانًا .

البعد الصحي للرعاية التربوية للمسنين:

يبدأ الوهن يطرق على الإنسان بابه شيئًا فشيئًا مصداقًا لقوله تعالى (الله الذي خلقكم من ضعف ، ثم جعل من بعد ضعف قوة ، ثم جعل من بعد قوة ضعفًا وشيبة يخلق ما يشاء وهو العليم القدير) . الروم ، آية ٥٤ (ولقد سأل الأعراب رسول الهدى (o) : هل علينا جناح أن لا نتداوى ؟ قال (A) عباد الله تداووا فإن الله سبحانه لم يضع داءً إلا وضع معه شفاء، إلا الهرم ، قالوا يا رسول الله ما خير ما أعطىَ العبد ، قال خلق حسن) ، فمن الطبيعي أن يصل الإنسان إلى مرحلة الشيخوخة بعد أن عملت أجهزة جسمه عمً لا مضنيًا ، وقد جعل الله (ﷻ) لكل شيء بداية ونهاية ، وهذه سنة الله في الخلق ، قال تعالى (وتلك الأيام نداولها بين الناس) ، وقال تعالى: (وإذا جاء أجلهم لا يستأخرون ساعةً ولا يستقدمون) فكبار السن تبدأ قواهم بالضعف بعد الأربعين شيئًا فشيئًا ، كما قال (ﷻ) (ووصينا الإنسان بوالديه إحسانا حملته أمه كرهًا ووضعته كرهًا وحمله وفصاله ثلاثون شهراً حتى إذا بلغ أشده وبلغ أربعين سنة قال رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت عليّ وعلى والدي وان أعمل ، (صالحًا

ترضاه وأصلح لي في ذريتي إني تبت إليك وإني من المسلمين (الأحقاف ، ١٥)، وكلما تقدم الفرد في العمر ازدادت الحاجة إلحاحا إلى الرعاية الطبية ، ولا مجال للشك بأن للمسنين أمراضًا خاصة بهم تبدأ عادة في منتصف العمر ويزداد معدل حدوثها بتقدم العمر مثل أمراض القلب ، والمخ ، والأمراض التي تصيب الأوعية الدموية وباقي أجهزة جسم الإنسان بالإضافة إلى أمراض الأذن والعيون والأسنان ، واحتباس البول ، والأمراض الصدرية ، وضعف البصر ، وآلام المفاصل ، وتبدأ الرعاية الصحية للمسنين بالاكتشاف المبكر لهذه الأمراض قبل أن تصبح مزمنة خاصة وأن أعراضها قد تكون غير واضحة ، في البداية تشكل بدايات المشكلة وقد لا يحسن المسن التعبير عنها ، وتؤثر الحالة الصحية الجيدة للمسنين على باقي أنشطة الحياة ، فالراحة النفسية تقلل من خلافاتهم مع أنفسهم، ومع الأبناء والأهل والأصدقاء ، ومن يتعامل معهم عمومًا ، كما أن الاكتشاف المبكر لأمراض المسنين يخفف كثير من الأعباء الصحية الناتجة عن التأخير مثل قلة زيارة العيادات أو السفر للعلاج في الخارج أو زيادة صرف العلاج وما ينتج عنه من مصاريف مالية كبيرة كما أن الأمراض تسبب كثير من المصاعب النفسية والتربوية والجسمية ، التي تعيق أنشطتهم اليومية ، هذا وقد زادت الدعوات في الآونة الأخيرة لإنشاء تخصصات خاصة بالرعاية الصحية (كطب المسنين ، وتمريض المسنين ، وأخصائيين نفسيين وتربويين واجتماعيين ... الخ) ، ومن أمراض الشيخوخة التي يكثر يردد المسنين إلى المستشفيات بسببها ما يلي : (قروح الفراش، أو الموت بردًا ، أو نوبات السقوط على الأرض، أو فقدان الذاكرة ، أو فقدان الوزن ، أو التحكم في البول ،أو الأورام السرطانية ، أو مرض باركنسون، أو الاختلال العقلي ، أو السدة البرازية في المستقيم ، أو التعثر ، او أمراض أجهزة الجسم المتنوعة ، كفقر الدم ، وأمراض الأيض ، والغدد الصماء ... الخ) هذا، ويعد المسنون أكثر الفئات استخدامًا للدواء مثل المضادات الحيوية ، الفيتامينات أو المسكنات الخاصة ببعض الأمراض (كالروماتيزم) ، وهنا لابد أن ننوه إلى أن كثير من الأمراض التي تصيب المسن هي بفعل تأثيرات نفسية " إيحاءات وتوهمات للمرض " نتيجة لسماعه عن مرض معين أصاب شخصًا ما .

وتزداد علة المريض المسن أحيانًا عندما يستخدم جرعات علاجية زيادة عما حدده الطبيب له تحسبًا منه أن الزيادة سوف تعجل الشفاء له ، أو قد يلجأ إلى استخدام بعض الوصفات الطبية الشعبية التي تضره أكثر مما تنفعه ،وهنا بات دور التربية الوقائية في إرشاد المسن بكيفية المحافظة على تناول العلاج في وقته وعدم استخدام العلاج إلا بوصفة طبيب متخصص والابتعاد عن الوصفات الشعبية والاعتقادات والخرافات في استخدام طرق العلاج وأنواع الأدوية ، وليعلم أن الشفاء لا يكون إلا بيد الله قال تعالى : (وإذا مرضت فهو يشفين) (الشعراء ، ٣٦).

الأبعاد الجمالية للرعاية التربوية للمسنين:

يعد الجمال مطلبًا مهمًا وقد رعته التربية الإسلامية خير رعاية ، وقد بين الرسول (o) مظاهر الجمال التي يحبها الله تعالى فقال : (لا يدخل الجنة من كان في قلبه مثقال ذرة من كبر، قال رجلَ للرسول (o): إن الرجل يجب أن يكون ثوبه حسنًا ونعله حسنًا ، قال : (إن الله جميل يحب الجمال) ، ومن الأمورالمهمة التي أكدت عليها التربية الإسلامية في رعاية المسنين ما يأتي .

أ - فروق الشعر وترجيله : وقد كان الرسول (o) يأمر بفرق الشعر وترجيله ، قال (o) (من كان له منكم شعر فليكرمه) ، وهذا يكون للصغار والكبار .

ب - وصل الشعر: نهى الرسول (o) عن إضافة شعر إلى شعر الرأس الكثير(لعن الله الواصلة والمستوصلة ، والواشمة والمستوشمة) .

ج - خضاب الشيب ونتفه : يعتقد المسن أن الشيب يقف حجر عثرة في جمال الشكل الخارجي له ، وقد لبت التربية الإسلامية للمسنين رغباتهم وحاجاتهم بتغيير الشيب فيجوز لهم تغيير أو تخضيب شعر الرأس واللحية ، بالسفرة أو الحمرة أما السواد فمنهى عنه ، (جيء بأبي قحافة للنبي (A) يوم الفتح كأن رأسه ثغامة بيضاء فقال غيروه وجنبوه السواد) ، كما نهى الرسول (o) عن نتف الشيب فقال (لا تنتفوا الشيب ، ما من مسلم يشيب شيبة في الإسلام ، إلا كانت له نوراً يوم القيامة ، وقال في حديث يحيى إلا كتب الله له بها حسنة وحط عنه بها خطيئة) ، ولعل الحكمة في ذلك خوفًا من التغرير بالآخرين ، ولابد أن يعرف المسن مظاهر المرحلة التي يمر بها ولا يجزع ،ولقد كان الشيب يعتلي رأس أنبياء الله ولا ينتفونه فهذا زكريا (A) يخاطب ربه قائلا : (قال رب إني وهن العظم مني واشتعل الرأس شيبًا ولم أكن بدعائك رب شقيًا) مريم، الآية ٤.

د -المساحيق والعمليات التجميلية للنساء : ما نسمع به اليوم ونشاهده على شاشات التلفاز من استعمال بعض النساء المسنات لمساحيق التجميل وما يقمن به من عمليات شد البطن وإزالة الترهل والتجاعيد وفرد الوجه والتخلص من الصلع ووصل الشعر بقصد تغرير الناس والجمهور لتبدو المسنة صغيرة في عيون العامة ، ما هي إلا زينة مؤقتة سرعان ما تنكشف الحقيقة فيحتقرونها ، وصدق الشاعر حين يقول :عجوز تمنت أن تكون صبية وقد نحل الجنبان واحدودب الظهر فراحت إلى العطار تبغى شبابها وهل يصلح العطار ما أفسد الدهر يحتاج المسنون إلى التوقير والاحترام والتقدير وعليهم أن يرضوا بواقعهم وأن يعيشوا في المرحلة العمرية التى وصلوا إليها لا في المراحل العمرية التي مروا بها سابقًا وما عليهم إلا الدعاء والتضرع إلى الله.

البعد الاقتصادي للرعاية التربوية للمسنين :

يؤدى فقدان الاستقلال الاقتصادي للمسنين إلى اعتماده كليًا أو جزئيًا على مساعدة الغير ، فيؤثر ذلك في كثير من الأحيان على مكانته في الأسرة خاصة والمجتمع عامة وإحساسه بالعجز ومساعدة الآخرين . وهذا التأثير إما يكون ظاهرًا أو متخفيًا تحت عباءة المجاملات الأسرية أو المجتمعية ، ومن المعروف أنه كلما كان هناك استمرار اقتصادي كلما ساعد على استقرار أحوال المسنين ، وزادت الروابط الاجتماعية بينهم وبين الآخرين في المجتمع ، ولعل الحكمة من وراء تأخير توزيع تركة المسن بعد موته لورثته أن تبقى الأموال والعقارات وما يمتلكه في حياته في حوزته يقتات منها ويلتف ورثته له فيقومون برعايته رغبة منهم في عطائه ورهبة من حرمانهم لميراثه لأن في ذلك ضمان له بعدم تخلى أقاربه عنه حين ضعفه قال تعالى " للرجال نصيب مما ترك الوالدان والأقربون وللنساء نصيب مما ترك الوالدان والأقربون مما قل منه أو كثر نصيبًا مفروضًا" النساء، آية ٧ ،كما عالجت التربية الإسلامية قضية النفقة على المسنين ، وجعلت الابن وما يملكه من ممتلكات الأب ،(جاء رجل للنبي (o) يخاصم أباه فقال: يا رسول الله هذا احتاج إلى مالي ، فقال رسول الله (o): أنت ومالك لأبيك) ، كلما استطاع المسن الاعتماد على نفسه في مصروفاته اليومية ، كانت حياته أكثر سعادة من الذين يعتمدون على غيرهم ، وفي المأثور من الدعاء (اللهم زد في رزقي آخر حياتي) ومساعدته لأبنائه أو حفدته أو أقاربه يوثق الروابط الاجتماعية لأن المساعدات المالية في الغالب يقابلها المساعدون بمساعدات معنوية في الغالب ، ويرتزق كثير من المسنين الموظفين في عصرنا الذي نعيشه من مرتبات التقاعد عند نهاية خدمته ، وكثير منهم تلتزم بعض الوزارات " مثل الشئون الاجتماعية والأوقاف، أو بعض الجمعيات الأهلية " بدفع مبالغ زهيدة لا تكفي لسد الفواتير الشهرية التي يدفعها المسن مثل" المياه، والكهرباء، والهاتف" مما يجعلهم بحاجة إلى مساعدة الأبناء أو الأقارب ، لذا فعلى الحكومات أن تعمل جاهدة على رعاية المسنين بزيادة معاشات المتقاعدين كلما زادت الأسعار وكلما تغير الواقع الاجتماعي لأن في ذلك أكبر الأثر في نفوسهم وسد حاجياتهم لتكملة حياتهم بكرامة ويسر دون اللجوء إلى الآخرين.

وخلاصة القول أن الله سبحانه وتعالى لم يخلق حي وينساه من فضله ولا يموت حي حتى يستكمل رزقه ، قال تعالى (إن الله عنده علم الساعة وينزل الغيث ويعلم ما في الأرحام ، وما تدرى . نفس ماذا تكسب غداً وما تدرى نفس بأي أرض تموت إن الله عليم خبير) لقمان ، ٤٣ ، والمسن الذي أكرمه الله وأنعم عليه ينبغى أن ينفق على لبسه ومأكله مما رزق " إن الله يحب أن يرى أثر نعمته على عبده ..) حتى يأتيه الأجل.

البعد الجنسي لرعاية المسنين :

عندما بتقدم الإنسان بالسن يقل ميله للقيام بالأعمال الشاقة ومن ثم تضعف الميول الجنسية وتضعف القدرة على الاتصال الجنسي كما يمر الإنسان في هذه المرحلة الحرجة بأزمات نفسية وجسمية منها أمراض المفاصل والبول السكري وأمراض القلب ونحوها ، مما لها من أثر على النشاط الجنسي وما يترتب على ذلك من صعوبة في عملية الجماع أو أنها تصبح شاقة وغير ممكنة ، ناهيك عن بعض الأمراض الجنسية التي تصيب المسن [البرود الجنسي – أو الوهن الجنسي] وقد تصاب المرأة بجفاف المهبل أو فقدان حساسية اللذة .. الخ ، أضف إلى ذلك قد يموت أحد الشريكين مما تزيد حاجة المسن أو المسنة إلى الإشباع الجنسي ، وهنا يبرز دور التربية الإسلامية في تذكيره وتخويفه من الانجراف مع تيار الشذوذ أو الإباحة والإستنماء واشتهاء الأطفال والمردان قال تعالى (ولا تقربوا الزنا إنه كان فاحشة وساء سبيلا) الإسراء ،الآية ٣٤ ، وقوله (o) (لا يزني الزاني حين يزني وهو مؤمن ، ولا يسرق حين يسرق وهو مؤمن ، ولا يشرب الخمر حين يشربها وهو مؤمن والتوبة معروضة) ، نلمس من النصوص السابقة رعاية إسلامية للإنسان في مراحل حياته ، وقد خصصت الرعاية الجنسية للمسنين للحفاظ على جسمه ووضعه موضع التوقير في المجتمع بدءً لا من النظر إليه على أنه شاذ وإباحي وفي ذلك وقاية للأعراض أن تهتك وحفظًا للأنساب أن تختلط واحترامًا لمكانته الاجتماعية ، قال (o) (ثلاثة لا يكلمهم الله يوم القيامة ولا يزكيهم ، ولا ينظر إليهم ولهم عذابٌ أليم ، شيخٌ زانٍ ، وملكٌ كذاب ، وعائلٌ مستكبر) ، وقال (o) (يا معشر المسلمين اتقوا الله وصلوا أرحامكم ، فإن ليس من ثواب أسرع من صلة الرحم وإياكم والبغي فإنه ليس من عقوبة أسرع من عقوبة البغي ، وإياكم وعقوق الوالدين ، فإن رفع الجنة يوجد من مسيرة ألف عام والله لا يجدها عقاق ، ولا قاطع رحم ، ولا شيخ زان ،ولا جارإزاره خيلاء إنما الكبر لله رب العالمين).

البعد الاجتماعي لرعاية المسنين:

الرعاية الاجتماعية للمسنين هي انعكاس لكافة العوامل الاقتصادية والنفسية والروحية والصحية والثقافية والحضارية فمن الملاحظ أن إقامة المسن بين أبنائه وأحفاده داخل الأسرة لها أثر إيجابي عظيم على حياته اليومية فهذه ميزة حملتها الفطرة الإنسانية السليمة وأكدتها الشرائع السماوية وما قصة إبراهيم مع أبيه بغريبة عنا ، ولا قصة إسماعيل مع أبيه إبراهيم هي الأخرى ببعيدة عنا، فكل منهما تدل على طاعة الابن لأبيه . فراحة الأب عند كبره في بيوت أبنائه ، ثم حفدته ثم أقاربه ولا يوازي ذلك أي مؤسسة ايوائية حتى لوكانت تملك متخصصين مهرة في رعاية المسنين وكما يقولون نار بيوت الأقارب خير من جنة المؤسسات الايوائية قال تعالى :(وصاحبهما في الدنيا معروفًا) لقمان ، الآية ١٥ ، فسعادة المسن في احترامهم وتوقيرهم وتقديرهم له ، إذ يشعر المسن بأن سلطته ومسئوليته بدأت تنسحب منه عندما يتقاعد من

عمله ، وأن مكانته في الأسرة بدأت تضعف عندما بدأ دخله المادي يقل أو ينقطع كما أن سلطته الأبوية بدأت تنهار وبدأ هذا يظهر في أسلوب تعامل الأبناء معه، فتبدأ تنتاب المسن الحساسية الزائدة من تصرفات الأبناء وسلوكياتهم لذا يتوجب على الأبناء مراعاة هذه الناحية والامتثال لقوله تعالى (ووصينا الإنسان بوالديه ، حملته أمه وهنًا على وهن ، وفصاله في عامين أن اشكر لي ولوالديك إلى المصير) لقمان، الآية ١٤ ، فهذه وصية من الله لكل إنسان ليبر والديه ويحسن إليهما ، ويفعل ما يرضيهما .

١- أساليب معاملة الأبناء لآبائهم المسنين : يستطيع المتمعن لقوله تعالى (وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا، إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما ،فلا تقل لهما أفٍ ولا تنهرهما ،وقل لهما قولاً كريمًا ، واخفض لهما جناح الذل من الرحمة ، وقل ربِ ارحمهما كما، رباني صغيراً) الإسراء ، آية ٢٤ ، أن يستشف أساليب معاملة الأبناء لآبائهم عند كبرهم مثل الإحسان إليهما وعدم التأفف من طلباتهما ، وعدم هجرهما وعدم إحزانهما ، حتى والنظر إليهما أو حبسهما أو لعنهما وكل ما يحمل معنى عقوقهما وعقوق الوالدين : هو الخروج عن طاعتهما وإهمال حقهما وفعل ما لا يرضيهما وإيذاؤهما ولو بكلمة) أفٍ) أو نظرة تحقير لهما أو تهوين لشأنهما .

٢- أدب الابن مع والديه المسنين : لقد طالب المولى (ﷻ) الأبناء التأدب مع آبائهم في القول والعمل في اليقظة والمنام في الحركات والسكنات وذلك امتثالا لقوله تعالى : (واخفض لهما جناح الذل من الرحمة ، وقل ربِ ارحمهما كما رباني صغيراً) الإسراء ، آية ٢٤.

٣- توقير المسنين واحترامهم : قال بعض العلماء القيام للكبير من باب الإجلال والامتثال تكسب الود ، من توقيرهم وتقديمهم في الجلوس والطعام والشراب ، وقد أمر الله (ﷻ) توقير المسنين واحترامهم ، وهو خطاب عام لمن يعامل المسن القريب أو البعيد قال تعالى : (وقل لهما قولاً كريمًا) ، وعن طاووس قال : إن من السنة أن توقر العالم ، وذا الشيبة والسلطان ، والوالد .

٤- مصاحبة المسنين لفعل الطاعات : من الأمور التي تقوى الجوانب الاجتماعية بين الصغار والمسنين المرافقة لفعل الطاعات وهذا يتمثل في قصة (ابن المقعدين الكبيرين) الذي كان يحملهما ليصليا جماعة مع الرسول (o)، وذات يوم تفقدهما عليه الصلاة والسلام فلم يجدهما ، فلما علم أن ابنهما الذي كان يحملهما قد مات ، قال عليه الصلاة والسلام : (لو بقى أحد لأحد لبقى ابن المقعدين لهما) .

٥- حفظ ود الوالدين بعد موتهما : من الأمور التي تقوى الصلة بين أفراد المجتمع بعد وفاة الوالدين المسنين حفظ ودهما قال (o) : " أَبرَّ البرَّ صلةُ المرء أهل ودِّ أبيه . بعد إذ يولى "

الفصل الثالث عشر

إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة

المقدمة:

الإعاقة مشكلة واسعة ومنتشرة أكثر مما هو معروف عنها بشكل عام فهناك على الأقل شخص واحد من كل عشرة أشخاص لديه حاله من حالات الإعاقة في الظروف الطبيعية ، ويبلغ عدد المعاقين حركياً المسجلين رسمياً في مراكز تأهيل العوق في وزارة الصحة العراقية حوالي (٠٠٠، ٦٠٠) معاق ولكن عدد المستفيدين من الخدمات الصحية والتربية الخاصة وإرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة المقدمة لهم هو (٠٠٠، ١٠٠) معاق ، أما عدد المعاقين الدارسين في معاهد وزارة العمل والشؤون الاجتماعية ووزارة التربية فلا يتجاوز (٠٠٠ ، ١٠) دارس ودارسة وعدد المعاقين منهم في معاهد وزارة العمل والشؤون الاجتماعية منهم هو (١٨٧) دارساً ودارسة في بغداد .

وتعدّ الإعاقة واحدة من المشكلات التي لها تأثير بالغ على الأفراد إذ تؤدي إلى اضطرابات نفسية واجتماعية نوعية لهم ولأسرهم وللمجتمع فالإعاقة ذات تأثير بالغ على سلوك الفرد وتصرفاته ، ومن المشكلات التي قد تزيد من تأثير الإعاقة السلبي على الفرد هي الخجل ، وأن هناك مجموعة من الأفراد قد يعانون من الخجل بسبب وجود إعاقات أو تشوهات خلقية بارزة .

وقد يفقد المعاق مكانته الأسرية وخارج الأسرة في البيئة التي يعيش فيها نتيجة عجزه عن الاستقلال وعجزه عن الاعتماد على النفس في قضاء حاجاته الضرورية وصعوبة حركته ، كما أن الإعاقة تعمل على تقليل اتصال المعاق مع غيره من أفراد المجتمع ، وتؤثر في طريقة تعامل هؤلاء الأفراد معه فالإعاقة تعطل الفرد عن أداء وظائفه وتلقي عليه أعباءً قد تقلل من كفاياته الأمر الذي يسبب له إرهاقا ، فضلاً عن ذلك الشعور بالإحباط والحسرة ، كما أن شعور الأفراد الآخرين ونظراتهم إلى مجهوداته الإضافية تؤثر بدرجة كبيرة في سلوكه ، إذ تؤثر الإعاقة في السلوك الاجتماعي الايجابي للمعاقين ، فينتابه الشعور بالذنب ويشعر بأن إعاقته نوع من أنواع العقاب أو يتخذ موقفاً عدوانياً إزاء بيئته الأسرية والأجتماعية وكثير من الأفراد المعاقين قد يجدون عجزهم ملاذاً يتخذون منه عذراً لتجنب بذل أي مجهود في مقدورهم القيام به ، ولهذا نجد مجموعة من المعاقين تستغل ظروفها لاستدرار العطف من الأبوين والأقارب ويصبح متطفلا على المجتمع ، إذ إن من أهم المشكلات النفسية التي تواجه المعاقين هي ضعف تقبل إعاقتهم ، فقد يعاني بعضهم من الشعور بالغيض من القيود الحركية والاجتماعية التي تفرضها الإعاقة وربما تنعكس

أحاسيسهم العدوانية بصوره مؤلمة على الوالدين والمحيطين بهم ، وقد يكون للإعاقة تأثيراً سلباً في اتجاهات الفرد وميوله وتؤدي إلى زيادة حساسيته وشعوره بالنقص حين يقارن حالته الجسمية بحالة الأفراد الآخرين ، وينشأ عنها العجز عن التوافق في المواقف الجديدة.

ومن الجدير بالذكر أن مشكلة تدني القدرات العقلية أو الجسمية أو الحسية لدى الأفراد تمثل ظاهره أسرية واجتماعية خطيرة ، ولا تقل خطورتها عن المشكلات الأخرى كالتشرد والإجرام ولكن مع تطور الفكر الإنساني والنظام الديمقراطي والنجاحات التي حققها الطب النفسي والإرشاد والعلاج النفسي والتربية الخاصة منذ القرن الماضي وإلى الوقت الحاضر، بدأت هذه الفئات تأخذ جزءاً من حقها الطبيعي في الرعاية والتوجيه والتأهيل لحياة يستطيع المعاقون معها أن يكون لهم دور ايجابي في المجتمع ، وأن يعيشوا الحياة على وفق ما لديهم من إمكانات ، فأن ما يحصلون عليه من خدمات يحول إمكاناتهم وطاقاتهم إلى قوى منتجة في المجتمعات تسهم بشكل فاعل في عملية الإنتاج وتجعلهم يشاركون بأدوار اجتماعية قائمة على الفاعلية والايجابية .

وقد حرص المجتمع الإنساني على أن يولي المعاقين ما يستحقونه من رعاية فأصدرت الأمم المتحدة إعلان حقوق المعاقين عام ١٩٧١ ثم أعلنت حقوق المعاقين عام ١٩٧٥ وقد ترتب على هذا لفت انتباه أغلب دول العالم إلى أهمية رعاية المعاقين وتنمية قدراتهم وشارك كل مجتمع بجهود متفاوتة في هذا المضمار ، ولم يتخلف العراق عن الركب فقد نفذ العديد من البرامج التربوية والتأهيلية والإرشادية من خلال المنشآت والمؤسسات التعليمية بتقديم الخدمات بمختلف أنواعها لإعادة تأهيل المعاقين ورعايتهم ، ولكن تلك المسيرة في العراق بعيدة عن الطموح ونأمل أنها ما زالت ماضية نحو الأفضل.

نبذة تاريخية عن رعاية المعاقين

لقد عرف الإنسان الإعاقة منذ أقدم العصور، فشلل الأطفال مثلاً عرف منذ أكثر من خمسة ألاف سنة ، إلا أن أول وصف عيادي واضح له ظهر سنة ١٧٨٩م ، وأول حملة واسعة النطاق للتطعيم بلقاح السالك المضاد لشلل الأطفال (Salk vaccine) نفذ سنة ١٩٥٦م ، وبعد أن كان شلل الأطفال أكثر أسباب الإعاقات شيوعاً في عقد الأربعينيات ،تم القضاء عليه تقريباً في بعض دول العالم في سنة ١٩٦٦ ، وكانت معاملة المجتمعات للأفراد المعاقين في الحقب التاريخية المتعاقبة لا تختلف عموماً عن معاملة ذوي الإعاقات المختلفة ، ففي الماضي البعيد كان المعاقون يتعرضون لإساءة المعاملة بدنياً ونفسياً ، إذ كانت المجتمعات الأولى تتخلص من الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة بقتلهم أو تركهم وحدهم ليموتوا ، ففي الحضارتين اليونانية والرومانية كان التخلص من الأفراد المعاقين أمراً اعتيادياً بوصفهم أفراداً غير صالحين لخدمة المجتمع ، علماً أن بعض المجتمعات كالمصريين القدماء لم يقتلوا هؤلاء الأشخاص ولكنهم

كانوا يعرضّونهم للحرمان ويسيئون معاملتهم بشكل أو أخر وكان العلاج في حال تقديمه محصلة للاعتقادات الخرافية ، فلم يكن المعاقون مقبولين اجتماعياً في المجتمعات القديمة إذ كانت تلك المجتمعات تعدهم عبئاً عليها ولهذا كانت تتخلص منهم بأشكال متنوعة ، ولكن بعد ذلك حدثت تغيرات تدريجية في معظم المجتمعات ليس بسبب فهم الإعاقة الحركية بشكل أفضل وإنما بسبب تغير حاجات المجتمع ، فرافق ذلك تغير الاتجاهات نحو المعاقين فأصبحوا يعاملون بوصفهم أفراداً لهم حقوقهم ويجب تفهم تلك الحقوق والعمل على تلبيتها ، وفي بادئ الأمر أصبحت المجتمعات الإنسانية تقدم الخدمات العلاجية الطبية خاصة في القرن التاسع عشر، ونتيجة للاهتمام والرعاية الطبية بدأت المجتمعات تقدم خدمات إرشادية نفسية وتربوية وتدريبية للمرضى في المستشفيات والبيوت فقد أسس جيمس نايت سنة ١٨٦٣م مستشفى للرعاية والعناية بالأطفال المعاقين في مدينة نيويورك لتقديم المساعدات الطبية وتعليم هولاء الأطفال داخل المستشفى .

إذن فالخدمات الإرشادية والنفسية والتربوية للمعاقين حديثة العهد ففي الولايات المتحدة مثلاً افتتح أول صف دراسي للمعاقين في المدارس عام ١٨٩٩م ، ثم انبثقت الخدمات التربوية المنظمة في العقود الأولى من القرن العشرين ، ثم بدأت جمعيات الأهالي والمهنيين تظهر تدريجياً وتبذل جهوداً كبيرة لتبني تشريعات تؤكد حق المعاقين في الحصول على تربية مناسبة ، وانبثق عن هذه الجهود ظهور برامج ومدارس خاصة، كما نشطت الاهتمامات في مختلف الدول الأوربية والدول النامية ، ويعد الاهتمام بإرشاد ذوي الحاجات الخاصة في القرن العشرين ثمرة للتيارات التربوية والطبية والسياسية في أوربا ، وكذلك نتيجة لتقدم العلوم في ميادين علم النفس والإرشاد والعلاج النفسي والتربية والاجتماع والطب والقانون فتطورت طرائق التشخيص للإعاقات وإعداد البرامج التربوية والمهنية ، وتطور هذا الاتجاه نحو إدماجهم في المدارس الاعتيادية وأزداد الاهتمام بشكل واضح للعناية بالمعاقين بعد منتصف القرن العشرين ليصبح اتجاهاً عالمياً يدعو لفهم أفضل وتوفير الخدمات الإرشادية الصحية والنفسية والاجتماعية والتربوية والمهنية ، وقد ساعد ظهور هذا الاتجاه مجموعة ممن اهتموا بالمعاقين كالأطباء وعلماء الإرشاد والعلاج النفسي والتربية والاجتماع ، واشتركت جهات كثيرة في توعية الناس بتقديم الدعم لهم فضلاً عن المؤسسات التعليمية والتربوية كوسائل الإعلام والأجهزة المرئية والمسموعة والمقروءة ..

أما في العراق فقد نفذت الحكومة العراقية قانون التعليم الإلزامي رقم (١١٨) لسنة ١٩٧٦ إذ جاء في إحدى مواده (تعمل وزارة التربية على الاهتمام في التربية الخاصة في مستوى مرحلة التعليم الابتدائي وتكييف التعليم لأحوالهم وحاجاتهم) فتم تأسيس العديد من المعاهد لرعايتهم وتأهيلهم إذ بلغ عددها في

نهاية سنة ١٩٩٣ (٤٥) معهداً لشتى أنواع الإعاقة ، فضلاً عن تأسيس خمس ورش وجمعيتين تعاونيتين إنتاجيتين ، ونفذت الحكومة العراقية قانون وزارة العمل والشؤون الاجتماعية رقم (٩٥) سنة ١٩٧٨ وأصبح ارتباط معاهد المعاقين في القطر كافة بدائرة رعاية المعاقين التابعة لوزارة العمل والشؤون الاجتماعية ولم تقتصر رعاية المعاقين على الجانب التعليمي فقط بل شملت التأهيل ايضاً ، فضلاً عن ذلك هنالك عدد من المعاقين يتلقون تعليمهم في المدارس الاعتيادية والجامعات .

الحاجة الى إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة

تؤثر الإعاقات المختلفة على الجوانب الجسمية والصحية والمعرفية والنفسية والإجتماعية للفرد من ذوي الإحتياجات الخاصة ، ولايقتصر أثر تلك الإعاقات على الفرد من ذوي الإحتياجات الخاصة نفسه ، وإنما يشمل أيضاً الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه ،ولتلبية الإحتياجات الخاصة للأفراد من ذوي الإحتياجات الخاصة بفاعلية ، والوصول بهم إلى أقصى درجة من النمو تسمح به طاقاتهم وقدراتهم ، لابد من تنفيذ برامج متنوعة وبمستويات مختلفة تأخذ بعين الإعتبار الجوانب التي تأثرت بالإعاقة بحيث تشمل برامج التربية الخاصة والتدخل الإرشادي والعلاجي وبرامج التأهيل المختلفة ، ويعتمد نجاح تلك البرامج وفاعليتها على مدى ماتحققه للأفراد من ذوي الإحتياجات في النهاية من تكيف وقدرة على العيش بإستقلالية في أسرة متفهمة ومجتمع داعم .

وحيث أن للإعاقات المختلفة آثار نفسية وإجتماعية واضحة تنعكس على الأفراد من ذوي الإحتياجات الخاصة وعلى أسرهم ، فلابد من التعامل مع هذه الآثار عن طريق توفير برامج الإرشاد النفسي والتأهيل الذي لاتقل أهمية عن البرامج التربوية والعلاجية، وإن نوع الإعاقة وشدتها له أهمية كبيرة في التعرف على مايمكن أن تحدثه هذه الإعاقة من تأثير في الجوانب النفسية والإجتماعية والأسرية ، وكذلك فإن العمر الذي تحدث فيه الإعاقة يؤثر أيضاً على مدى إستجابة الفرد لتلك الجوانب ، فالإعاقة التي تولد مع الفرد أو تحدث معه في مراحل الطفولة المبكرة ربما يختلف تأثيرها عن تلك التي تحدث عند الفرد في مراحل عمرية لاحقة .

أصبح الإهتمام بتحسين الظروف والأوضاع البيئية والأسرية للافراد ذوي الإحتياجات الخاصة جزءاً لايتجزأ من خدمات إرشاد ذوي الحاجات الخاصة ، كما أصبحت البرامج الموجهة إلى الأسرة، وبرامج الرعاية المنزلية للطفل من أهم استراتيجيات التدخل المبكر سواء كوسيلة للحد من الإعاقة لدى الأطفال المعرضيين للأخطار النمائية ، أو للسيطرة عليها لدى الأطفال من ذوي الإحتياجات الخاصة .

وتركز برامج التدخل المبكر المتمركزة حول الأسرة عليها ، إما بإعتبارها مسترشدين في حاجة إلى الدعم ، أو وسيطاً نشطاً يشارك في تقديم الرعاية الإرشادية والعلاجية والتعليمية للطفل ، أو كمسترشد ووسيط في الوقت ذاته .

وتشمل الخدمات الموجهة إلى الأسرة كمسترشد مختلف أشكال الدعم الأسري العاطفي والإجتماعي والإقتصادي والإرشادي بهذف تحسين نوعية حياتها، ومساعدتها على فهم حالة الطفل من ذوي الإحتياجات الخاصة ومشكلاته وتقبله ، وتحسين أنماط الإتصال والتفاعل المبكر بين الوالدين والطفل، وتهيئة بيئة منزلية مواتية ومعززة لنموه الصحي والمتكامل.

تعريف إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة

- بأنه عملية المساعدة في رعاية وتوجيه نموهم نفسياً وتربوياً ومهنياً و زواجياً وأسرياً وحل مشكلاتهم المرتبطة بحالات إعاقتهم أو تفوقهم أو الناتجة عن الاتجاهات النفسية الاجتماعية تجاههم وتجاه حالتهم بهدف تحقيق التوافق والصحة النفسية .
- علاقة مساندة بين المرشد النفسي مدرب ومؤهل ووالدي طفل غير عادي، يعملون للوصول إلى فهم أفضل لإهتمامهم ومشاكلهم ومشاعرهم الخاصة .
- عملية تعليمية تركز على إستشارة وتشجيع النمو الشخصي الذي عن طريقة يساعد المرشد النفسي الوالدين ، لإكتساب وتنمية واستخدام مهارات واتجاهات ضرورية للوصول إلى حل مرضي لمشكلتهم أو إهتماماتهم .
- يساعد الإرشاد الوالدين على أن يصبحوا ذو فعالية تامة لخدمة طفلهم ، وعلى أن يقدروا قيمة العيش المنسجم ، كأعضاء في وحدة أسرية مكتملة التوافق.

أهداف الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة :

١- تحسين الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل عن طريق الوالدين وتبصيرهما بخصائص نموه وتدريبهما على كيفية التعامل معه وتشجيعهما على تجاوز مرحلة الأزمة في تقبل الطفل.

٢- مساعدة الوالدين على تنمية استعداداتهما النفسية وعلاج مشاكلهما الزوجية والأسرية وغيرها حتى تكون أسرة متماسكة قادرة على رعاية طفلها من ذوي الإحتياجات الخاصة ، وبالتالي يجب على المرشد النفسي أن يدرك شخصية وقيم ودوافع الوالدين واتجاهاتهما نحو طفلهما حتى يستطيع تحديد حاجاتهما الإرشادية والإسلوب المناسب في تبصيرهما وتقديم المشورة والمعلومات اليهما للقيام بمسؤولياتهما تجاه الطفل وقائياً وعلاجياً وإرشادياً وتعديل اتجاهاتهما نحو الطفل ونحو إعاقته .

٣- مساعدة أخوة وأخوات الطفل من ذوي الإحتياجات الخاصة وإرشادهم نفسياً وتربوياً لتقبل حالة أخيهم ومطالب نموه وتخفيف مشاعر القلق والتوتر التي

تنتابهم وإرشادهم بأهمية تعليم وتدريب وتأهيل أخيهم في مرحلتي الطفولة والمراهقة .

٤- وتدريب الأخوة على معاملته معاملة حسنة وتكوين إتجاهات إيجابية نحو أخيهم وزيادة تقبلهم النفسي له.

٥- مشاركة الوالدين في جماعات آباء الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة ، مايعرف بإسم الإرشاد الجمعي Group Counselling وله نتائج إيجابية مع الوالدن الذين يشعران بالعزلة عن الآخرين نتيجة مايعانيه طفلهم من المعايير غير السوية .

ويتم تنفيذ إجراءات الإرشاد بالخطوات التالية

١- إن عملية الإرشاد تمتد لفترة زمنية طويلة فقد تبدأ في فترة مبكرة في حياة الفرد وتستمر حتي فترة متأخرة من حياته

٢- توزيع عملية الإرشاد علي مجموعة من الأفراد فلا تشمل فقط الأخصائيين القائمين بعملية الإرشاد ولكن تتضمن أيضاً الأفراد الذين يتصلون بالفرد المعاق

الخدمات الإرشادية لذوي الاحتياجات الخاصة

يقوم بإرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة فريق من المتخصصين طبياً ومهنياً وتربوياً واجتماعياً ويعملون علي تقديم الخدمات النفسية والاجتماعية والتأهيلية والتربوية والصحية وتتضمن ما يلي :

١- خدمات صحية : وتتضمن توفير الأجهزة التعويضية مثل السماعات الطبية والنظارات الطبية والأطراف الصناعية وتوفير الرعاية الصحية الشاملة لهم.

٢- الخدمات الإرشادية النفسية: مساعدة المعاق والوالدين على تجاوز الضغوط النفسية والتوتر والأنفعال التي سببتها الأعاقة على الأسرة.

٣- خدمات تأهيلية : وتتضمن التوسع في مؤسسات التأهيل المهني للمعاق وشمولها بحيث تغطي فئات الإعاقة المختلفة

٤- خدمات تربوية: وتتضمن التوسع في تعليم ذوي الاحتياجات والتعرف علي قدراتهم وإمكاناتهم والعمل علي تنميتها وتقديم البرامج التربوية الملائمة لهم حسب نوع الإعاقة ودمجهم في فصول العاديين

و أهداف الدمج هي :

- عدم عزل المعاق عن المجتمع
- تهيئة المعاق للإندماج في الحياة الطبيعية
- التخلص تدريجياً من نظرة العاديين السلبية إلي المعاق
- كسر حاجز الخوف لدي الطفل العادي من التعامل مع زميله المعاق
- اكتشاف المواهب والقدرات التي يمتلكها المعاق وتظهر في تفاعله مع الطفل العادي

- تنمية روح الحب والثقة وتكوين لغة تفاهم بين الطفل بين الطفل المعاق والطفل العادي
- تنمية إحساس التلميذ العادي بالمسئولية تجاه زميلة المعاق

٤- خدمات دينية واجتماعية : وتتضمن تدعيم الإيمان بالله وتقبل الواقع باعتباره قضاء وقدراً ، والعمل علي إدماج المعاقين في الحياة العامة وعدم عزلهم

٥- خدمات أسرية: وتتضمن تهيئة الأسرة نفسياً لقبول الطفل المعاق ، ثم توجيه أفراد الأسرة إلي معرفة كيفية التعامل معه ومعرفة احتياجاته

أنواع الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة

١- الإرشاد الفردي

يعرف الإرشاد الفردي بأنه " العملية التي يقوم بها شخص مدرب – المرشد النفسي – بتكوين علاقة تسودها الثقة مع شخص آخر – المسترشد – يحتاج إلي مساعدة ، وهذه العلاقة تركز علي معني الخبرة الشخصية والمشاعر والسلوك حيث يعطي الفرصة للأفراد للإستكشاف والتعبير عن أفكارهم ومشاعرهم وهو عملية تنظيم تهتم بالعلاقة بين شخصين اجتمعا ليساعد أحدهما الآخر في حل مشاكلها

ويستخدم الإرشاد الفردي في الحالات التالية

- عندما تتطلب حالة المسترشد السرية التامة بحيث تنحصر بينه وبين مرشده النفسي
- عندما يكون المسترشد خجولاً انطوائياً عاجزاً عن التحدث أمام جماعة من الناس
- عندما يشعر المسترشد بأن حالته تسبب له الخجل عند مناقشتها أمام الغرباء مثل الشذوذ والانحراف الجنسي
- عندما تكون حالة المسترشد معقدة جداً وتحتاج إلي تركيز خاص واهتمام بالغ من المرشد النفسي

أسس الإرشاد الفردي

يقوم هذا الإرشاد علي أسس أهمها وجود فروق فدية بين الأفراد حيث أن كل مشكلة من المشكلات النفسية لها أسبابها المختلفة

٢- الإرشاد الجماعي

يعرف الإرشاد الجماعي بأنه طريقة من طرق الإرشاد النفسي تقوم علي إرشاد مجموعة من المسترشدين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم النفسية ، وتتضمن تلك العلاقة عرض ومناقشة موضوعات ذات أهمية خاصة أو عامة للجماعة مما يساعدهم علي التنفيس عن مشاعرهم وانفعالاتهم وتعديل اتجاهاتهم وأنماط سلوكهم

وترجع أهمية هذا الأسلوب إلي أن الإنسان اجتماعي بطبعه يهتم بتكوين علاقات اجتماعية ، فلا يستطيع أن يعيش بمفرده أو بمعزل عن الآخرين لإشباع حاجاته ، ومن ثم فلابد أن يتفاعل مع الآخرين ويؤثر فيهم ويتأثر بهم.

أسس الإرشاد الجماعي

١- الفرد المسترشد هو عضو في جماعة يعيش معها من قريب أو بعيد ويتأثر بها ويؤثر فيها
٢- رغم وجود الفروق الفردية بين المسترشدين فهناك مجموعة منهم تتشابه أنماط حياتهم العامة وتتشابه بعض مشكلاتهم واضطراباتهم وحاجاتهم للإرشاد جميعاً في مواقف متشابهة
٣- يحاول الإرشاد في شتي طرائقه إكساب المسترشد روح التعاون والانسجام مع الآخرين من حوله ، وهذه مهارات تعاملية تتم في نطاق الجماعة تعليمياً وتدريباً
٤- تعتبر العزلة الاجتماعية سبباً هاماً في حدوث المشكلات والاضطرابات النفسية للفرد

مميزات الإرشاد النفسي الجماعي

١- يتيح الفرصة أمام أعضاء الجماعة الإرشادية لتعلم مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي وبناء صداقات ناجحة بين أفراد بين أفراد الجماعة
٢- يتيح الفرصة للفرد في أن يقيم نفسه ويصحح أخطاءه حتي يحافظ علي مكانته داخل الجماعة
٣- يساعد أعضاء الجماعة الإرشادية في التنفيس عن مشاعرهم وانفعالاتهم
٤- يساعد أفراد الجماعة علي تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي من خلال التأثير المتبادل والتفاعل بين أفراد الجماعة
٥- يفيد في تعديل اتجاهات وسلوك أفراد الجماعة الإرشادية
٦- يتيح الفرصة للفرد لتعلم أنماط جديدة من السلوك وتعلم كيفية حل مشكلاته
٧- يوفر الوقت والجهد والمال حيث يتم تقديم الخدمات الإرشادية لمجموعة ذات مشاكل مشاكل متشابهة معاً في جلسة إرشادية بالقياس إلي تكلفة جلسات الإرشادية بالقياس إلي تكلفة جلسات الإرشاد الفردي
٨- يقلل من حدة تمركز العميل حول ذاته ويوفر الفرصة لتحقيق الذات مما ينمي الثقة في النفس وفي الآخرين
٩- يؤدي بالفرد إلي أن يغير من فكرته عن ذاته مما يهيئ له النجاح في علاقاته الاجتماعية مع الآخرين
١٠- تقديم الخدمات الإرشادية إلي عدد من المسترشدين في نفس الوقت يقضي علي النقص في أعداد المرشدين النفسيين

عيوب الإرشاد النفسي الجماعي

١- لا يركز علي الفرد وحده وإنما يركز على كل الأعضاء
٢- إن الإرشاد الجماعي يهتم بالمشكلات العامة علي حساب المشكلات الشخصية لأفراد الجماعة

٣- لا يصلح استخدامه مع الأفراد الذين يعانون من الانحراف الجنسي وحالات الضعف العقلي الشديد وحالات الهوس الشديد
٤- لا يتعرف المرشد النفسي علي العضو الأكثر اضطراباً من غيره لإنشغال الجميع في المناقشات
٥- قد يضيع وقت الجماعة في مناقشات لا جدوي منها
٦- لا يصلح استخدامه مع بعض الحالات التي تستدعي درجة عالية من السرية والخصوصية

وبصفة عامة يهدف الإرشاد إلي مساعدة المعاق علي ما يلي :

أ- إرشاده تعليمية وتربوياً - لمساعدته علي استغلال قدراته العقلية والعملية والعلمية
ب- إرشاده نفسياً- لمساعدته علي التكيف مع إعاقته وعجزه ، وكيفية مواجهة بعض المشكلات التي تعترضه في حياته سواء كانت مشكلات إنسانية أو انفعالية تتصل بنوع الإعاقة ودرجتها
ج- اكتشاف مواهبه وطاقاته واستعداده لتحديد نوع المهنة بما يتفق مع إعاقته
د- تبصير المعاقين بما لهم من حقوق تعمل الدولة على توفيرها سواء في النواحي التعليمية أو توفير فرص العمل الذي يتلاءم معهم

مسئوليات المرشد النفسي وواجباته

يكون المرشد مسئولا عن حل مشكلات المعوقين عن طريق تحليل هذه المشكلات وتفسيرها ويتعدي الأمر إلى تحليل بيئة المسترشد

واجبات المرشد

١- إعطاؤه الحق في أن يتخذ قراراته بنفسه
٢- احترام فردية الشخص وكيانه ، والتحرر من التعصب والتحيز الديني والاجتماعي والسياسي
٣- تنمية الشعور بالرضا من خلال مساعدة الأفراد على مشكلات التكيف الخاصة بها
٤- القدرة علي فهم المسترشد : ويتوقف ذلك على مهارة المرشد في النواحي الأتية

أ- جمع المعلومات
ب- تحليل المعلومات
ج- الوصول إلي استنتاجات تتعلق بطبيعة المشكلة

٥- مساعدة المسترشد : وعلى المرشد أن يختار الوسيلة الإرشادية التي تتناسب مع المسترشد
٦- تسجيل المعلومات التي حصل عليها
٧- استخدام المعلومات المتعلقة بالبيئة :توضيح الفرص المهنية وفرص التدريب وتسهيلات التشغيل

٨- معرفة مصادر تحويل الحالات : يجب أن يتعرف المرشد على المؤسسات أو الأشخاص التي يحتمل تحويل الحالات لها

شخصية واتجاهات المرشد النفسي هي :

أولاً : الصفات الشخصية :

١- القدرة علي المرونة والتوافق الشخصي
٢- القدرة علي الحكم الصادق السليم
٣- القدرة علي الإيحاء بالثقة وتنمية روح التعاون والتفاهم
٤- القدرة علي التعاون مع الآخرين
٥- القدرة علي تحسين مستوي السلوك الإنساني
٦- الفهم الجيد والعميق بالاهتمام بالمشكلات الخاصة بمختلف الجماعات مع إدراك الظروف الاجتماعية والاقتصادية بالمجتمع
٧- الرغبة في تحسين مستوي المهنة وتطويرها باستمرار
٨- الاحتفاظ بالموضوعية في إطار العلاقات الإنسانية

ثانيا : الاتجاهات

١- الاهتمام بزيادة المعرفة الخاصة بشئون المجتمع من جميع الجوانب الاجتماعية والاقتصادية ومشكلات المجتمع الذي يواجهها
٢- تقبل المسترشد على فهم الذات وتقبلها
٣- الاعتراف بمبدأ الفروق الفردية وتقبله باعتبار أن كل فرد يختلف عن الآخر
٤- الاتجاه الموضوعي الناضج نحو المسترشدين والمدرسين والإشراف بالمدرسة وأولياء الأمور
٥- القدرة علي الاهتمام بمشكلات التوافق.

نماذج من الإرشاد النفسي لذوي الأحتياجات الخاصة

أولاً: صعوبات التعلم

تعريف صعوبات التعلم

- مصطلح عام يشير إلي مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات تظهر علي شكل صعوبات ذات دلالة في اكتساب واستخدام مهارات الاستماع ، والكلام، والقراءة ، والكتابة ، والتعليل ، والمفاهيم ، والرموز الرياضية ، وهذه الاضطرابات نابعة من داخل الفرد ويفترض أنها تعود إلي خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي.
- مجموعة من الاضطرابات عند الفرد وليس اضطراباً واحداً وتظهر هذه الاضطرابات علي شكل قصور في التفكير أو استخدام اللغة ، وعس القراءة أو حبس الكلام أو الكتابة أو العمليات الحسابية .

أسباب صعوبات التعلم

أجمعت الدراسات على ارتباط صعوبات التعلم بإصابة المخ البسيطة أو الخلل الوظيفي البسيط وأن هذه الإصابة ترتبط بواحدة أو أكثر من العوامل الأربعة الآتية:

١- إصابة المخ المكتسبة : إن أكثر الأسباب المؤدية إلي صعوبات التعلم يعود إلى إصابة المخ والتلف الدماغي الذي يؤثر علي بعض جوانب النمو العقلي، فالتلف الدماغي الشديد يؤدي إلى حالة من الإعاقة العقلية

٢- العوامل الوراثية أو الجينية : ولقد أشار علماء الوراثة إلى أن الوراثة تتحكم في لون العينين والشعر والجلد والطول ولون البشرة وغيرها من الخصائص الفسيولوجية ، ولقد أثبتوا أن بعض الأمراض تنتقل بالوراثة كالضعف العقلي والذي يؤدي بدوره إلى وجود صعوبات في التعلم لدى الأطفال

٣- العوامل الكيميائية الحيوية : حيث تشير الدراسات إلى أن الجسم الإنساني يفرز مواد كيميائية لكي يحدث توازناً داخل الجسم ، وهذا ما يطلق عليه بالكيمياء الحيوية ممثلاً ذلك بإفرازات الغدد تصب في الدم مباشرة ، وكذلك فإن إفرازات زائدة في الغدة الدرقية يؤدي إلي التخلف الدراسي ، ويرى بعض الأطباء أن تناول بعض الأطعمة المصنعة والمشروبات التي يضاف لها مواد كيميائية كالأصباغ والنكهات في أغلب أطعمة الأطفال خاصة أعمار الولادة وحتى سن عامين تسبب سعة إصابة الطفل بحالة صعوبات التعلم ، والنشاط المفرط أو التخلف العقلي البسيط والاضطرابات البسيطة ، وفسر كوت Cott صعوبات التعلم لدى الطفل نتيجة صعوبة تدفق الدم بصورة صحيحة إلى الدماغ وأنحاء الجسم ، ونتيجة لذلك تختل النسبة الطبيعية للفيتامينات الموجودة في الدم فتترسب في مكونات الدم.

٤- الحرمان البيئي والتغذية : تشير بعض الدراسات إلى أن الأطفال الذين يعانون من سوء تغذية شديدة في سن مبكرة من حياتهم يعانون من إعاقات في تعلم بعض المهارات الأكاديمية وغير قادرين علي الاستفادة من الخبرات المعرفية المتوفرة لغيرهم ، كما أن عوامل بيئية أخرى تعمل على وجود صعوبات تعلم عند بعض الأطفال مثل تدخين الأم وتناول بعض الكحوليات أو المخدرات ، ويرى بعض الباحثين أن صعوبات التعلم أكثر شيوعاً في بيئة الأطفال من ذوي الطبقات الأجتماعية متدنية الدخل.

تصنيفات صعوبات التعلم :

أولاً: صعوبات التعلم النمائية : وتظهر قبل دخول الطفل المدرسة ويمكن التعرف عليها عندما يفشل الطفل في تعلم الموضوعات الأكاديمية المدرسية، ومن الصعوبات الأولية التي تظهر باضطرابات لأنها تؤثر على التفكير واللغة الشفهية

- الانتباه: هو القدرة على اختيار العوامل الوثيقة ذات الصلة بالموضوع من بين مجموعة من المثيرات (السمعية – اللمسية – البصرية – الإحساس بالحركة) فحين يحاول الطفل الانتباه لعدة مثيرات يصبح الطفل مشتتاً ومن الصعب عليه أن يتعلم إذا لم يتمكن من تركيز انتباهه على المهمة أو الموضوع.
- الذاكرة : هي القدرة على استدعاء ما تم سماعه أو مشاهدته أو ممارسته بالتدريب ، فالأطفال الذين يعانون من مشكلات في الذاكرة السمعية أو البصرية نجد لديهم مشكلات في تعلم القراءة والكتابة والعمليات الحسابية.
- العجز في العمليات الإدراكية : ويتضمن إعاقات في التناسق البصري – الحركي والتمييز البصي والسعي واللمسي وغيرها من العوامل الأكاديمية
- اضطرابات التفكير: وتتألف من مشكلات في العمليات الفعلية إجراء العمليات الحسابية ، والاستدلال ، والتفكير الناقد ، واتخاذ القرار ، وأسلوب حل المشكلات

ثانياً : صعوبات التعلم الأكاديمية

١- صعوبات القراءة: يعاني هؤلاء الأطفال من قلة التركيز وضعف الانتباه والذي يحدث أثراً كبيراً على مقدرة الطفل في القراءة ، وكذلك من صعوبات الذاكرة أي اضطرابات في عملية التذكر يبدو واضحة في الضعف الأكاديمي

وتتمثل صعوبات القراءة في النقاط التالية:

- ضعف القراءة الشفوية لدى الطفل.
- ضعف في فهم ما يقرأ.
- انخفاض معدل التحصيل الدراسي عن معدل عمره العقلي
- ضعف في معدل سرعة القراءة
- يعكس الحروف والكلمات والمقاطع عند القراءة والكتابة
- يعكس الحروف والأرقام عند الكتابة
- صعوبات في التهجئة

٢- صعوبات الكتابة: وتم تصنيف هذه الصعوبة إلي مجموعتين:

- المجموعة الأولي تتألف من الصعوبات التي تنتج عن التدريس الضعيف والبيئة غير المناسبة
- المجموعة الثانية تتعامل مع العوامل الناشئة عن وجود مشكلة عند الطفل مثل عجز الضبط الحركي ، والإدراك المكاني والبصري ، والعجز في الذاكرة البصرية ، واستخدام اليد اليسري في الكتابة ، والعجز في الذاكرة البصرية واستخدام اليد اليسري في الكتابة ومن أجل تعلم الكتابة لابد من إكتساب الطفل بعض المهارات الكتابية العامة وتتمثل فيما يلي :

- المهارات الكتابية : وتشمل :
- القدرة على تمييز التشابه والاختلاف بين الأشكال
- القدرة على اللمس
- القدرة على استعمال إحدى اليدين بكفاءة
- المهارات الكتابية : وتشمل :
- مسك القلم
- تحريك أداه الكتابة
- كتابة الإسم باليد
- نسخ الجمل والكلمات
- القدرة على نسخ الحوف
- توصيل الحروف مع بعضها
- صعوبات خاصة بالحساب: والشخص الذي لا بميز بين الأرقام والرموز يصبح لديه عسر الرياضيات ويعني عدم القدرة على التعامل مع الأرقام والمعادلات الرياضية وعدم القدرة على جمع الأرقام بشكل صحيح ووجود صعوبة في اختيار الحل المناسب لمعادلة سليمة

العوامل التي ترتبط بالصعوبات الخاصة بالرياضيات :

١- اللغة
٢- التكامل الحسي
٣- الانتباه

خصائص ذوي صعوبات التعلم

١- الخصائص اللغوية : حيث يعاني هؤلاء الطلبة من صعوبة في الاستقبال وفهم اللغة ، وفي التعبير عن النفس ، وقد تكون الصعوبات اللغوية هي أظهر السمات وأكثرها وضوحاً عند من يعاني من صعوبات التعلم .
٢- الخصائص المعرفية: إن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم لديهم انخفاض ملحوظ في التحصيل الدراسي في مادة أو أكثر من (الكتابة ، أو القراءة، أو الحساب).
٣- الخصائص الحركية:إن الأطفال ذوي صعوبات التعلم لديهم ضعف عام في التآزر الحركي ، ويتضمن ذلك ضعفا في التناسق ، أو ضعفاً في التوازن يظهر الفرد غير متوازن في حركاته وفي المشي ، فالمشكلات الحركية سواء كانت حركات صغيرة والتي تظهر شكل طفيف في الرسم والكتابة ، أو كبيرة قد تكون لتلف بسيط يكون الفرد مصاباً به في الدماغ يظهر من خلالها مشكلات التوازن العام تتمثل في المشي أو الجري أو القفز
٤- الخصائص الاجتماعية والسلوكية : تتمثل في الحركة الزائدة وعدم الاتزان الانفعالي والاندفاع ، وعدم ضبط النفس ، كما يظهر هؤلاء بعض

السلوكيات غير الاجتماعية التي لا تتفق مع مبادئ وقيم ومعايير المجتمع والتي لا ترضي الآخرين ، وبالإضافة إلى أن ذوي صعوبات التعلم يعانون من النشاط الزائد وعدم الاستقرار الانفعالي، الإعاقة الحركية الإدراكية ، اضطراب الانتباه ، صعوبة ضبط المشاعر ، اضطراب الذاكرة والتفكير ، وانخفاض في الدافعية ، والسلوك غير الاجتماعي.

الخدمات الإرشادية والتربوية لأطفال ذوي صعوبات التعلم

التعليم الفردي ويشمل الأمور التالية:

- المستوي الحالي لأداء التلميذ التعليمي ، وذلك لتسهيل تحديد البدء بالتدريب ، ويجب عدم إضاعة الوقت على مهارات يتقنها التلميذ
- تحديد وكتابة الأهداف طويلة المدى ، كأن يكون الهدف سنويا مثل أن يتوقع الطالب إتمام منهج القراءة للصف الثالث مع نهاية هذا العام.
- تحديد وكتابة الأهداف قصيرة المدى ، حيث قد يحتاج تحقيق الهدف إلى يوم يوم دراسي أو أسبوع فالإحساس بالتقدم والنجاح في تحقيق الأهداف يقدم دعماً معنوياً للتلميذ والمدرس أيضاً ، حيث أن هذه الأهداف ، تحدد لنا مواطن الضعف والقوة لدى التلميذ.
- تحديد خدمات التربية الخاصة التي سوف تقدم ومن سيقدمها ، فمن خلال معرفة وضع الطفل وتحديد الأهداف نستطيع تحديد الخدمات التي يحتاجها الطفل ، وبالتالي اختيار شخص مدرب قادر علي تأدية هذه الخدمات بمرونة ونجاح.
- تحديد الموعد المناسب للشروع بالعمل ، وكذلك تحديد المدة المتوقعة.
- وجود محكات مناسبة وإجراء تقويم يحكم في ضوئها مدى تحقيق الأهداف التعليمية.

وهناك ثلاث طرق لتنظيم برامج الأطفال ذوي صعوبات التعليم وهي:

١- مراكز التربية الخاصة النهارية : إن مراكز التربية الخاصة يقوم بإدارتها معلمو التربية الخاصة المتدربون لتعليم هذه الفئة من فئات غير العاديين ، حيث يقومون بتعليم البرامج والمناهج التربوية لفئة من ذوي صعوبات التعلم داخل الصفوف بحيث يتراوح عدد التلاميذ في الصف ما بين ٦-١٢ تلميذاً يعانون من صعوبات التعلم .

٢- الصفوف الخاصة للأطفال ذوي صعوبات التعلم في المدرسة العادية: لقد وجدت صفوف خاصة ملحقة بالمدرسة العادية من أجل تغيير الاتجاهات السلبية نحو ذوي صعوبات التعلم وتحويلها إلي اتجاهات إيجابية مقبولة ، حيث يلتحق هؤلاء التلاميذ بالمدرسة العادية ولكن في صفوف خاصة بهم حسب درجة الصعوبة لديهم ، ومن ثم يقوم المعلمون بتدريب هؤلاء التلاميذ.

٣- دمج الأطفال ذوي صعوبات التعلم في الصفوف العادية : يقوم أسلوب الدمج على إفتراض أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يمكن أن يستفيدوا من مناهج الفصل العادي مع تقديم بعض الخدمات الخاصة ، فالطفل من خلال تفاعله مع أقرانه العاديين يكتسب بعض المهارات السلوكية الملائمة.

أثر صعوبات التعلم على الأسرة:

تدل الدراسات أن نسبة كبيرة جداً من حالات الانفعال أو الطلاق تعزي إلى وجود طفل يعاني من صعوبات في التعلم ، حيث أن أغلب وقت الآباء ينصب على الاهتمام بحالة الطفل ، الأم الذي يؤدي إلى عدم تماسك الآباء وضعف العلاقات الأسرية ووجود اضطرابات انفعالية ونزعات بسبب حالة الطفل، مما يؤدي بالطفل إلى انخفاض مفهوم الذات وشعوره بالإحباط ، والميل إلي الإنطواء ، وقد نجد بعض الآباء لا يوافقون في كثير من الأحيان على مخالطة طفلهم الذي يعاني من صعوبات في التعلم للأطفال الآخرين في بعض الأنشطة وعلى العكس من ذلك فهناك بعض الأسر المتماسكة ترى أن سبب تماسكها يعود إلى وجود طفل معاق بينهم وغالباً ما يتعرض آباء الأطفال المعوقين لضغوط نفسية وجسمية ومالية تجعل أطفالهم أكثر عرضة من غيرهم من الأطفال لإساءة المعاملة والإهمال.

أهمية الكشف المبكر عن ذوي صعوبات التعلم

تشكل قضية الكشف المبكر عن ذوي صعوبات التعلم أهمية بالغة ، حيث تشير التقارير أن فعاليات التدخل العلاجي تتضاءل مع تأخر الكشف عن ذوي صعوبات التعلم ، ومشكلات الكشف المبكر عن ذوي صعوبات التعلم تتمثل ب:

أولاً : غموض التشخيص : تفتقر إجراءات تحديد وتشخيص ذوي صعوبات التعلم غالباً إلى الدقة أو الحنكة ، وخاصة مع صغار الأطفال من المستويين الخفيف والمتوسط منهم

ثانياً: الفروق أو الاختلافات النمائية : تشكل الفروق أو الاختلافات النمائية مشكلة أخرى تواجه الكشف المبكر عن ذوي الصعوبات من حيث

- يمكن أن تظهر أنماط نمائية أحادية خلال الجهاز العصبي المركزي بشكل بطئ.
- النمو العقلي لا يواكب النمو الجسمي أو الحركي أو الانفعالي.

وبالتالي فإن تشخيص الطفل يجب أن يقوم على أسس سليمة وصحيحة ، فإذا كان التشخيص صحيحاً فإن ذلك يجعل الطفل يستفيد من الخدمات والبرامج التربوية التي تقدم له

ثالثاً: التسميات : تعد مشكلة التسميات من المشكلات الكبري بسبب صعوبة التأكد من دقة التشخيص والكشف المبكر عن ذوي صعوبات التعلم ، وقد أدى إلى أن العديد من الأطفال أطلقت عليهم تسميات غير حقيقية أو غير مطابقة لوضعهم الحقيقي فضلاً عن الآثار السلبية التي تتركها هذه التسميات ومنها:

- تؤثر هذه التسميات على توقعات المدرسين بالنسبة لهؤلاء الأطفال وعلى نظرتهم مما يؤثر تأثيراً سلبياً على تقدير الأطفال لذواتهم.
- ينتقل تأثير هذه السلبيات إلى الأسرة فتظهر ردود الأفعال في الاتجاه غير المرغوب.
- تؤثر هذه التسميات على الطموحات الأكاديمية للطفل وتوقعاته من النجاح.

دور الإرشاد النفسي لذوي صعوبات التعلم :

إن الإعاقة بشكل عام تؤثر على الجوانب الجسمية والصحية والمعرفية والنفسية والاجتماعية للفرد المعاق ، ولا يقتصر أثر تلك الإعاقة على الفرد المعاق نفسه وإنما يشمل أيضاً الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه ، ولتخفيف تلك الآثار يجب تقديم برنامج إرشادي لمساعدتهم على مواجهة مشاعرهم السلبية وإيجاد الحلول العملية للمشكلات التي يواجهونها ، ويعتمد نجاح البرنامج وفاعليته على مدى ما يحققه للأفراد ذوي صعوبات التعلم من توافق وقدرة على العيش واستقلالية في أسرة متفهمة ومجتمع داعم.

إن البرنامج الإرشادي النفسي يتضمن مساعدة الطفل ذوي صعوبات التعلم في الجوانب التربوية والتحصيلية التي يعاني منها ، بالإضافة إلى مساعدة الوالدين في تقبل حالة طفلهما والإجراءات التي من شأنها مساعدته في المنزل بالإضافة إلى العمل والتنسيق مع المعلمين في المدرسة والمختصين في مجال صعوبات التعلم ،مساعدة التلميذ في الموضوعات المدرسية عن طريق التنوع في أساليب التعليم بحيث تصبح عملية التعلم أكثر تشويقاً للمتعلم وذلك من خلال توظيف الأسلوب الذي ينسجم مع رغبات وميول المتعلم ، وكذلك التدرج في المهارات التعليمية والتقليل من خبرات الفشل مع مواصلة التشجيع واستخدام أسلوب التعزيز عند تخطي التلميذ المهمة التي أمامه، وتضمن أسلوب التعزيز تقديم مدعمات (ثناء- مدح) للأطفال ذوي صعوبات التعلم على الاستجابات الملائمة والصحيحة ، والهدف من ذلك حث الأطفال على التفكير السليم والصحيح والسلوك المرغوب بحيث يصبح جزءاً من حياتهم ، ويحتوي البرنامج لذوي صعوبات التعلم على ما يلي:

- وصف أداء الطفل الحالي في المجالات المختلفة المراد تطويرها.
- وصف أداء الطفل السنوي.
- وصف أهداف قصيرة المدى.
- تحديد بداية المساعدة.
- امكانية دمج طفل صعوبات التعلم مع أقرانه العاديين.
- تحديد زمن تحقيق الأهداف.
- تحديد المسؤولين عن تحقيق البرنامج.
- تحديد مستوى أداء الطفل الحالي ويتطلب ما يلي:

- جمع المعلومات عن مشكلة الطفل في الأداء عن طريق المقابلات والاختبارات والملاحظات.
- الكشف عن مستوى الصعوبة التعليمية لدى الطفل.
- تقييم تطوير أداء الطفل بصفة مستمرة.

أما في مجال الإرشاد النفسي الأسري لذوي صعوبات التعلم فإنه يجب مساعدة الوالدين في تفهم طبيعة صعوبات التعلم وتأثيرها على تعلم وتطور سلوك الطفل ، بالإضافة إلى تفهم أولياء الأمورلشعورهم نحو أبنائهم وكذلك فهم وتطبيق المعلومات التي يحصل عليها أولياء الأمور للمساعدة في نمو طفلهم من خلال التعامل اليومي بين الطفل ووالديه مما يساعد الوالدين أيضاً في استيعاب وتفهم الطرق التي يجب عليهم التعامل مع طفلهم من خلالها ومن أجل القيام بدوهما الأبوي بطريقة تساعد الطفل على النمو والتعلم، ومن الاحتياجات الخاصة لأسر الأطفال ذوي صعوبات التعلم ما يلي:

١- الحاجة إلى عدم الإحساس بالفشل في إنجاب الطفل الذي يعاني من عجز في التعلم والحاجة لتقبل حقيقة الأمر والتعاون والاقتناع بإمكانية العلاج.
٢- الحاجة إلى بناء علاقة مناسبة لتنظيم علاقة الأسرة مع الطفل.
٣- عدم مقارنة الطفل بأطفال آخرين.
٤- دعم إرشاد إخوة الطفل الذين قد يشعرون بالخجل لوجود مشكلة لدى أخيهم ، فهم بحاجة إلى الشعور بالطمأنينة لوجود حلول لهذه المشكلة بالتعاون مع الوالدين والمعلمين والمساهمة بفاعلية في البرنامج العلاجي لشقيقهم.
٥- إرشاد الأسرة نحو أسباب صعوبة التعلم لدى طفلهم وأهمية إجراء فحوصات طبية للدماغ والأعصاب وأهمية اللجوء للأخصائيين في علاج صعوبات التعلم.
٦- دعم الشعور النفسي للأسرة بالإطمئنان على طفلهم بوجود فرص عديدة غير المدرسة العادية التي لا يستطيع طفلهم الاستمرار فيها مثل الدراسة المهنية والتأهيل.

ثانيا : الإرشاد النفسي لذوي الإعاقة العقلية

تعريف الإعاقة العقلية: انخفاض في الأداء العقلي عن المتوسط انخفاضاً ذا دلالة وينشأ في مرحلة النمو المبكرة ، ويتسم فيه الفرد بعدم القدرة على التوافق مع البيئة.

أسباب التخلف العقلي

١- الوراثة – تتضمن الاضطرابات الجينية ٥%.
٢- اختلال نمو الجنين – يتضمن متلازمة داون ومتلازمة الجنين المدمن على الكحول والالتهابات (٣٠%).
٣- مشاكل الحمل ١٠%
٤- التهابات ما بعد الولادة والإصابات والتسمم ٥%.

٥- الظروف البيئية ما بعد الولادة والاضطرابات العقلية الأخرى كالتوحد (١٥-٢٠%) أو إصابة الأم الحامل بعدوى الزهري والالتهاب السحائي أو تناولها العقاقير والمخدرات أو تعرضها لأشعة X

تصنيفات الإعاقة العقلية

١- التخلف العقلي البسيط : ويطلق على هذه الفئة ذوي التخلف العقلي القابلين للتعلم ، وتقع درجة ذكاء هذه الفئة بين (٥٥- ٧٠) ولا يكتشف تخلفهم العقلي إلا بعد دخول المدرسة.

٢- التخلف العقلي المتوسط: ويطلق على هذه الفئة القابلين للتدريب ، وتقع درجة ذكاء هذه الفئة بين (٤٠-٥٠ درجة) ويكتشف تخلفهم في مرحلة الحضانة .

٣- التخلف العقلي الشديد : وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين (٢٥- ٤٠درجة) وتعاني هذه الفئة من قصور شديد في السلوك التوافقي ، ويمكن تدريبهم على بعض المهارات الخاصة بالعناية بالنفس كاستخدام دورات المياة وتناول الطعام والشراب وارتداء الملابس.

٤- التخلف العقلي الحاد :وهم الأفراد الذين يحصلون على نسبة ذكاء متدنية جداً تقل عن(٢٥درجة) ، ويعانون من قصور حاد في السلوك التوافقي ، ولديهم قصور شديد في النمو والكلام وصعوبة في التواصل مع الآخرين ، ولا يستطيعون الاعتماد على أنفسهم ومعظمهم يقضون حياتهم راقداً على السرير أو على كرسي متحرك ويحتاجون إلى رعاية متواصلة طوال اليوم.

خصائص المعاق عقلياً

١- الخصائص الجسمية : يعاني ذوو الإعاقة بتأخر في النمو الجسمي وبطئه وصغر حجم الجسم ، وصغر حجم الدماغ ، ووزنهم أقل من العاديين ، ويحدث تشوهات في شكل الجمجمة والعين والفم وأطراف الأصابع ويعانون من عدم الاتزان الحركي ، واضطراب في المهارات الحركية ، حيث يتأخر الطفل ذو الإعاقة العقلية في الجلوس والوقوف والمشي والكلام ، لذلك يحتاج إلى تدريبات لتنمية التوازن الحركي والقدرات الحركية ، ويعانون من ضعف البص أو السمع أو عدم تكامل نمو الأسنان والعضلات ، وعدم إكتمال النمو الجسمي نتيجة لإصابة المخ.

٢- الخصائص العقلية :من الخصائص العقلية للمعاقين عقلياً أنهم يعانون من تأخر في النمو العقلي وانخفاض نسبة الذكاء إلى حد كبير ، وكذلك فيما يتعلق بالقدرات العقلية الأخرى مثل ضعف الانتباه والذي يؤثر بشكل مباشر في القدرة على التعلم.

٣- الخصائص الاجتماعية: من الخصائص الاجتماعية للمتخلفين عقلياً أن لديهم ضعفاً في القدرة على التوافق الاجتماعي ، ونقصاً في الميول والاهتمامات وعدم تحمل المسئولية ، كما يتسمون بالانسحاب والعدوان ، واضطراب في مفهوم الذات حيث ينظر لنفسه على انه أقل من غيره ولا قيمة له وهذه النظرة الخاطئة تتوقف على مدى دور الإرشاد النفسي تجاه الطفل المعاق عقلياً.

٤- الخصائص النفسية الانفعالية : تتصف انفعالات المعاقين بالتذبذب والحدة والاضطراب الانفعالي وعدم الثبات الانفعالي وفيما يلي بعض الخصائص الانفعالية للمعاقين عقلياً من فئة التخلف العقلي البسيط.

- الانسحاب والعدوان : هذه الفئة تميل للإنسحاب والانطواء والبعد عن المشاركة الاجتماعية ، وبعضهم يتميز بالسلوك العدواني.
- النشاط الزائد: تعاني هذه الفئة من الحركة الزائدة وكثرة التنقل وعدم الاستقرار في مكان معين ، فلا يكفون عن الحركة المستمرة نظراً لوجود تلف في الجهاز العصبي المركزي.
- الجمود : إن فئة التخلف العقلي البسيط يتصفون بالجمود ، حيث يظهرون ميلاً للقيام بالأعمال الروتينية .

الأسرة والإعاقة العقلية

تلعب التنشئة الاجتماعية والأسرية دوراً هاماً في تربية الأبناء وإعدادهم للحياة وتنمية شخصياتهم ، فمن خلال الأسرة يتعلم الفرد قيم وعادات وتقاليد المجتمع وأساليب إشباع الحاجات ، وغياب دور الأسرة تجاه أبنائها المعوقين له أخطاره النفسية والاجتماعية على شخصياتهم المستقبلية.

الإرشاد النفسي لذوي الأطفال المعاقين عقلياً

يمكننا إجمال أهم ضرورات ودواعي الإرشاد النفسي لذوي الأطفال المتخلفين عقلياً وأسرهم فيما يلي :

١- التأثير العميق للوالدين في التعليم المبكر للطفل : إن الطفل ينشأ في رحاب أسرته ، وأول من يتفاعل معهما ويتعلم منهما والدية وهما المصدر الأول لإشباع احتياجاته النفسية والحب والتفهم، ويمكن القول أن إرشاد آباء وأسر الأطفال المتخلفين عقلياً جزء ضمن برنامج التدخل المبكر لرعاية الطفل لتخفيف الآثار السلبية المترتبة على ميلاد الطفل وإرشادهم إلى تقبل الطفل والاندماج معه وإكساب الوالدين النماذج السلوكية الملائمة في رعاية الطفل.

٢- ردود الأفعال الوالدية السلبية إزاء أزمة ميلاد الطفل المعاق عقلياً : إن ميلاد طفل معاق عقلياً يعد كارثة مؤلمة تؤرق حياة الوالدين ، حيث تشير بصورة عامة إلى أن ميلاد الطفل المعاق يؤدي إلى أثارانفعالية لدى الوالدين ، وإن هذه الاستجابات لن تكون متشابهه عند جميع الأسر، وفيما

يلي بعض هذه المشاعر: الصدمة ،الرفض أو الإنكار ، الشعور بالذنب ، النبذ ، الغضب ، التقبل والتوافق.

أهداف الإرشاد النفسي لذوي الأطفال المعاقين عقلياً

١- زيادة استبصار الوالدين بحالة الطفل عن طريق تزويدهما بحصيلة مناسبة من المعلومات اللازمة عن:
- مشكلة الطفل وأسبابها.
- خصائص الطفل وإمكاناته
- مطالب نمو الطفل واحتياجاته الخاصة
- سبل إشباع احتياجاته واستراتيجيات التعامل مع مشكلاته

٢- تعريف الوالدين بحقوقهم كآباء لأطفال معاقين عقلياً من خلال :
- إمداد الوالدين بالمعلومات الخاصة ببرامج التعليم والتأهيل لحالة الطفل
- تبصير الوالدين بمصادر الخدمات المجتمعية التي تشبع حاجات الطفل المعاق

٣- تبصير الوالدين بواجباتهما في رعاية الطفل ويتحقق ذلك من خلال:
- تشجيع الوالدين على دمج الطفل مع الأطفال الآخرين من خلال بعض الأنشطة
- تدريب الوالدين على كيفية تشجيع الطفل على ممارسة بعض المهارات الأساسية كالاستقلالية والاعتماد على الذات.
- تشجيع الوالدين على توفير بيئة أسرية سليمة

٤- مساعدة الوالدين على الاستبصار بطبيعة الضغوط المرتبطة بإعاقة الطفل وانعكاساتها السلبية على أداء الأسرة ويتطلب الإرشاد بعض المهارات الأساسية لإرشاد أسر ذوي الإعاقة العقلية.

المبادئ الأساسية التي تقوم عليها الخدمات الإرشادية للأسرة

١- احترام فردية الأسرة من حيث القيم والحاجات والخبرات والمعتقدات.
٢- توجيه الجهود المبذولة لتلبية حاجات كل من الطفل وأسرته على نحو شامل.
٣- احترام كل فرد من أفراد الأسرة وتفهمه.
٤- مساعدة الأسرة على تقوية مصادرها الذاتية ودعمها وتعزيز ثقتها بنفسها.
٥- النظر إلى الوالدين بوصفهما شريكين حقيقيين في علاقة مهنية هادفة.
٦- تزويد الأسرة بكل المعلومات الممكنة لتصبح قادرة على اتخاذ القرارات المناسبة.
٧- البدء بتقديم الدعم والإرشاد للأسرة بعد اكتشاف الإعاقة مباشرة.

اعتبارات الإرشاد النفسي للأسرة الطفل المعاق عقلياً:

١- مساعدة الوالدين على تحقيق أهداف واقعية ممكنة.

٢- توضيح طبيعة المشكلة التي يعاني الطفل منها لوالديه بصراحة.
٣- التعامل مع الوالدين بطريقة ايجابية .
٤- على المرشد النفسي أن يعود نفسه على أن يسمع أكثر مما يتكلم.
٥- تزويد الوالدين بكل المعلومات عن طفلهما ما لم يكن هناك مبرر لحجب بعض المعلومات عنهما.
٦- التصرف أمام الوالدين بطريقة مهنية ناضجة.
٧- إعطاء الوالدين الوقت الكافي لفهم مشكلة طفلهما.
٨- عدم توجيه الاتهامات للوالدين أو إشعارهما أنهما سبب مشكلة طفلهما.
٩- النظر إلى مشكلة الطفل من وجهه نظر والديه.
١٠- يحاول المرشد أن يجمع بين الأب والأم إذا سمحت الظروف بذلك

الإرشاد النفسي للأفراد المعاقين عقلياً

يوجه الإرشاد النفسي لفئة الأفراد المعاقين عقلياً من ذوي الإعاقة البسيطة والمتوسطة القابلين للتعلم والتدريب ، إذ أن خدمات الإرشاد النفسي لذوي الإعاقة العقلية تكون محدودة ، فالأفراد المعاقون إعاقة بسيطة لديهم انخفاض في القدرة العقلية ونقص في السلوك التكيفي وضغوط اجتماعية تفرضها طبيعة الإعاقة العقلية وردود الفعل المتوقعة للمشكلات النمائية للمعاقين عقلياً ، ويمكن أن يستخدم الإرشاد الجماعي كأحد أساليب الإرشاد النفسي مع المعاقين عقلياً حيث تتم العملية الإرشادية في موقف جماعي مع أباء الأطفال المتخلفين عقلياً أو الأطفال المعاقين عقلياً أنفسهم لمناقشة همومهم وانفعالاتهم لتبصيرهم بمفهوم الإعاقة ومساعدتهم على تعديل أو تغيير اتجاهاتهم.

ويتميز الإرشاد النفسي الجماعي بمميزات عديدة من أهمها :

- كسر طوق العزلة الاجتماعية الذي ربما فرضته أسرة الطفل المتخلف حولنفسها والانفتاح علي الآخرين ممن لهم ظروف مماثلة.
- يسهم الإرشاد النفسي الجمعي في مساعدة الوالدين من أجل تقبل حالة طفلهما المعاق ، ومساعدتهما علي التخطيط الفعال لمستقبل أبنائهم التربوي والمهني.

ثالثاً: الإرشاد النفسي للأطفال المتوحديين

يعرف كانر التوحد بأنه حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم ، ويوصف أطفال التوحد بأن لديهم اضطرابات لغوية حادة.

وحدد روتر ثلاث خصائص للتوحد وهي

- نمو لغوي متأخر
- إعاقة في العلاقات الاجتماعية
- سلوك طقوسي أو استحواذي أو الإصرار على التماثل.

أسباب التوحد:

أكثر الدراسات يشير إلي أن هناك أسباب عضوية بيولوجية ، وبعضها يرد الأسباب إلي عوامل نفسية واجتماعية

أشكال التوحد: هناك ثلاث أنواع للتوحد وهي ما يلي:

١- المتلازمة التوحدية الكلاسيكية ، يظهر الأطفال في هذه المجموعة أعراضاً مبكرة ولكن لا تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة

٢- متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحدية ، ويشبه أطفال هذه المجموعة النوع الأول ، ولكن العمر عند الإصابة يتأخر.

٣- المتلازمة التوحدية المعاقة عصبياً ، وتظهر لدي أطفال المجموعة الثالثة مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات أيضية ومتلازمات فيروسية مثل الحصبة والحرمان الحسي (الصمم والعمي)

تشخيص الاضطراب التوحدي:

تبدأ أعراض هذا الاضطراب مبكراً قبل سن ٣٠ شهراً ، ومن الأعراض البارزة في هذه الاضطراب أن الطفل يعاني من ضعف التواصل وفي العلاقات الاجتماعية ، وإظهار بعض السلوكيات غير الملائمة ، ويعاني من مشاكل في اللغة والتخاطب ، ويعانون من عيوب معرفية ، عاجزاً عن نقل المثيرات الخارجية إلى جهازه العصبي ، ويتسم بحدة المزاج وسرعة الغضب ، والبكاء والصراخ وتحطيم الأشياء إزاء أي تغي في البيئة من حوله.

أعراض التوحد

١- الخمول التام أو الحركة المستمرة
٢- عدم التركيز
٣- تأخر الحواس
٤- الرقابة
٥- عدم اللعب الابتكاري
٦- مقاومة التغيير
٧- الصراخ الدائم المستمر بدون سبب
٨- الصمت
٩- عدم الإحساس بالحر والبرد
١٠- اللامبالاة وتجاهل الآخرين
١١- الانعزال الاجتماعي ورفضه التفاعل مع أسرته والمجتمع
١٢- الخوف من بعض الأشياء

الإعاقات المختلطة مع الاضطراب التوحدي

١- التخلف العقلي : كثيراً ما يصاحب حالات التوحدية تأخر عقلي كنتيجة للمرض مما يزيد عملية التشخيص تعقيداً.

٢- الشيزوفرينيا (الفصام) : نادراً ما يحدث الفصام في مرحلة الطفولة ، فهناك تشابه بين المرحلة الأولى للتوحد أوالطفولية لمرحلة الانفصام فالطفل التوحدي يظهر عليه بعض الأعراض مثل العزلة الاجتماعية والانسحاب والآلية المتكررة للأفعال ، أما الفصام يصاحبه ضلالات وهلاوس وتهيؤات ، والأطفال المصابون بالفصام يتميزون بمعدل ذكاء أعلى.

٣- إعاقات سمعية وبصرية واضطرابات في نمو اللغة والكلام: فالأطفال التوحديين يتكلمون غالباً في وقت متأخر ، وينمو اكتسابهم للغة والكلام ببطء شديد بالمقارنة مع الأسوياء فالعديد من الأطفال التوحديين يملكون القليل من اللغة في الخامسة والسادسة من العمر ويظهر عندهم في التواصل غير اللفظي ويترتب علي ذلك ضعف الانتباه

٤- اضطراب الانتباه : فالطفل التوحدي يستجيب لمنبهات ولا يستجيب لمنبهات أخرى.

مشكلات التوحد

- العزلة الاجتماعية : فهو ليس لديه المقدرة علي التواصل مع الآخرين سواء كان في المنزل أو خارج المنزل
- الخوف : بعض الأطفال المتوحديين يخاف من أشياء غير ضارة كصوت جرس أو صوت الموسيقي وهناك أشياء لا يخاف منها مثل المشي في وسط الطريق السريع
- اللغة والتواصل: يعتبر ضعف اللغة والتواصل من الخصائص التي تميز الأطفال التوحديين خاصة في مرحلة المدرسة فبعضهم يعانون ضعفاً في التواصل غير اللفظي وفي الأداء السلوكي المنخفض .
- السلوك الانفعالي: أن الأطفال التوحديين تتصف استجابتهم الانفعالية بأنها غير عادية وغير مناسبة مقارنة باستجابة الأطفال الآخرين لمثل هذه المواقف.
- التحصيل الأكاديمي أو الإنجاز المدرسي: قد يعاني التوحديون من صعوبات الفهم والاستيعاب ، وفي استخدام اللغة.
- نوبات الغضب أو إيذاء الذات: إن الطفل التوحدي يمضي ساعات طويلة مستغرقاً في أداء حركات نمطية أو منطوياً على نفسه ، لا يكاد يشعر بما يجري من حوله ، فإنه أحياناً يثور على رعايته أو تأهيله ، وقد يأخذ هذا السلوك شكل العض أو الخدش أو الرفس ، وقد تشكل عدوانيته إزعاجاً مستمراً لوالديه بالصراخ وعمل ضجة مستمرة أو عدم النوم ليلاً لفترات طويلة مع إصدار أصوات مزعجة في شكل تمزيق الملابس أو الكتب أو بعثرة الأشياء على الأرض ، وكثيراً ما يتجه العدوان نحو الذت حيث يقوم الطفل بعض نفسه ، أو يضرب رأسه في الحائط ، أو بعض الأثاث بما

يؤدي إلي إصابة الرأس بجروح أو كدمات ، أو قد يتكر ضربه أو لطمه علي وجهه بإحدي أو كلتا يديه.

- مقاومة التغيير : الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد يتضايقون من تغيير البيئة المحيطة بهم ، ويرفضون تغيير اللعب ، وهذا الرفض قد يؤدي إلى الثورة والغضب ، كما أنهم يرتبون ألعابهم وأدواتهم في وضع معين ويضطربون عند تغييره.
- مقاومة التعليم والسلبية: الطفل التوحدي في سن مبكرة يقاوم تعلم أي مهارة جديدة ، ويظهر مقاومته أو انعزاليته عن التعليم ، وأن بعض الأطفال يظهرون مقاومة أكثر من الآخرين.

أثر التنشئة الإجتماعية علي الطفل التوحدي

١- يؤدي التوتر داخل الأسرة إلى عدم الشعور بالأمن والإنتماء وقد يصاحبه أنماط سلوكية غير مرغوب فيها.
٢- منع الطفل من التعبير عن ذاته يؤدي إلى الإنطواء والانسحاب.
٣- نبذ الطفل يؤدي إلى وقوعه فريسة للشعور بالوحدة وعدم الثقة في ذاته والآخرين.
٤- مقارنة الطفل بغيره ممن هم أكفأ منه تؤدي إلي مشاعل الإحباط والشعو بالنقص والدونية.
٥- التمييز في المعاملة بين الطفل وأخوته يؤدي إلى خلق الغيرة والحقد والكراهية.
٦- التدليل الزائد والاهتمام بالطفل يؤدي بالطفل إلى الاعتماد على عيره وعدم الاستقلالية.
٧- النظام الصارم والعقاب الشديد الذي لا يتناسب مع الذنب الذي اقترفه يؤدي إلى مشاعر نفور وسخط تجاه الوالدين مما يجعل الفرد يميل إلى السلوك المضاد للمجتمع.
٨- التفكك الأسري بمظاهره المختلفة يؤدي إلى انحرافات اجتماعية لدى الطفل.
٩- المناخ الأسري غير الآمن يؤدي إلى شعور الفرد بعدم الأمان والاستقرار.
١٠- التنشئة الأسرية غير السليمة المتعلقة بالتربية الجنسية يؤدي إلى أعراض جنسية مرضية تؤثر على حياة الطفل وقدرته الجنسية عند الكبر.

وقد انتهت دراسة فرستر إلى أن والدي الطفل التوحدي قد فشلا في تنشئة طفلهما من خلال الثواب والعقاب ، ويركزت دراسة آخرى على أن الانحراف في العلاقات والتفاعلات داخل أسرة الطفل التوحدي ناتج عن إصابة الطفل لهذا الإضطراب ، فالتعامل مع الطفل على هذا النحو يربك الوالدين ويحدث الخلط عن كيفية الاستجابة لهذا الانسحاب الاجتماعي للطفل.

البرنامج الإرشادي الفردي للطفل التوحدي

إن الهدف من وضع خطة فردية للطالب المصاب بالتوحد هو خلق برنامج إرشادي وتربوي يتناسب مع احتياجاته وقدراته ، وعنده وضع خطة إرشادية وتربوية لابد أن نمر بالمراحل التالية:

١- تقييم قدرات ومستوى التلميذ الحالي.
٢- وضع الأهداف العامة واختبار الأنشطة المناسبة وأساليب التواصل وتعديل السلوك.
٣- تحليل الأهداف الخاصة (الأنشطة) من الأسهل إلي الأصعب.
٤- عرض النشاط على الطفل.
٥- تقييم الخطة الفردية.

وبعد إعداد البرنامج الإرشادي والتربوي الفردي في غاية الأهمية للأطفال التوحديين ، لأنه يتطلب من المدرسة أن تطور البرنامج وتنفيذه من خلال أشخاص مدربين ومؤهلين بهدف تحقيق الحاجات الخاصة للأطفال التوحديين.

الإرشاد النفسي لذوي الطفل التوحدي

أشارت الدراسات إلى أن الأمهات يعانين من ضغط نفسي وخيبة الأمل عندما لا تتحقق آمالهم بوجود هذا الطفل ، وقد يوجهون اللوم للمرشدين والمعالجين على تقصيرهم في تحسين حالة أطفالهم.

إن المرشد النفسي يجب أن يضع خطة إرشادية أو برنامج إرشادي يتضمن إشراك الأهل ، وهناك طريقتان لإشراك الأهل في العلاج الأولى عيادية والثانية منزلية ، وتستند الطريقة الإكلينيكية العيادية على استعمال مركز التدريب وتعليم الوالدين طرق التدريب والتعامل مع الطفل، أما الطريقة الثانية تعتمد على المنزل وفيها يتعلمون طرق التعامل كما يقوم المتخصصون بتعديلها حسب الحاجة لتناسب المواقف المتنوعة.

إن مساعدة الآباء في التوجيه والإرشاد النفسي يهدف إلي تحقيق التوافق أو الموائمة مع البيئة والأشخاص المحيطين به، وكل منا بحاجة إليه وإلا شعر بالضيق وعدم الرضا ، وبذلك يرمي الإرشاد النفسي إلى مساعدة الفرد المعاق ومواجهة ما يعيقه والتغلب على المشكلات التي تواجهه سواء في البيت اوالمدرسة .

النموذج الرابع الإرشاد النفسي لذوي الإعاقة الحركية

مفهوم الإعاقة الحركية

تعرف الإعاقة الحركية بأنها عبارة عن عائق خلقي أو مكتسب يصيب أطراف الفرد أو عضلات جسمه تجعله غير قادر على القيام بالوظائف الجسمية المطلوبه منه قياساً مع الأسوياء

أسباب حدوث الإعاقة الحركية

١- عوامل وراثية : والتي تسبب خللا كروموسومياً ينتقل من الآباء إلي الأبناء.
٢- نقص الأكسجين عن دماغ الطفل : سواء قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها ويسبب ذلك تلفاً في دماغ الطفل يؤثر على المراكز العصبية الخاصة بالحركة.
٣- تعرض الأم الحامل للإصابة بالأمراض المعدية : كالحصبة الألمانية.
٤- اختلاف عامل الريزيسي : وهو اختلاف دم الطفل عن دم الأم.
٥- تعرض الأم لتسمم أثناء الحمل : وارتفاع ضعف الدم ونسبة الزلال.
٦- صعوبة الولادة : والتي ينتج عنها مشكلات كالخلع الوركي أو إصابة الطفل برضوض في الدماغ.
٧- سوء التغذية للأم الحامل : وتعاطي الكحوليات والتدخين .
٨- تعرض الأم الحامل لأشعة × السينية.
٩- تناول الأم الحامل بعض العقاقير أو الأدوية : والتي تسبب تشوهات جسمية.
١٠- الولادة المبكرة : وعدم اكتمال نمو الطفل.
١١- إصابة مختلفة : ناتجة عن الحوادث البيئية.
١٢- ضعف الحيوانات المنوية في الذكر : وهرم البويضة الملقحة.

تصنيف الإعاقة الحركية :

تصنف الإعاقة الحركية إلي :

١- إعاقة الجهاز العصبي المركزي وتتضمن : الشلل الدماغي، وسوء التكوين الخلقي للعمود الفقري، وشلل الأطفال، وتصلب الأنسجة المتعددة، وإصابة العمود الفقري، والصرع
٢- إعاقة الجهاز العضلي العظمي.. وتتضمن ما يلي: البتر ،وخلع مفصل الفخذ، والتهاب المفاصل،والضمور العضلي، وانحرافات القوام
٣- الإصابة الصحية وتشمل: الربو،والتليف الحويصلي، وإصابات القلب، ومتلازمة داون ،والشلل الدماغي هو" اضطراب نمائي ناجم عن خلل في الدماغ ويظهر علي شكل قصور أو عجز حركي مصحوب باضطرابات جسمية أو معرفية أو انفعالية"

تصنيف الشلل الدماغي على أساس الضعف العقلي

تصنف الأكاديمية الأمريكية للشلل الدماغي على أساس الضعف العقلي كما يلي:

١- الشلل الدماغي التشنجي ويتصف هذا النوع بما يلي:

- ضعف عضلات الجسم بسبب عدم استخدامها.
- المشي على أصابع الأقدام بسبب انقباض عضلة بطة الرجل.

- تشوهات مثل انحناء الظهر أو تشوه الحوض أو الأصابع أو القدمين أو الركبتين
- انقباض شديد في العضلات.
- يؤثر على السمع والبصر والإدراك والتفكير.

ويقسم الشلل الدماغي التشخيصي إلى أنواع كما يلي:

أ- الشلل الدماغي التشنجي الرباعي: وهذا النمط من الشلل يتسم بتوتر عضلي متزايد ، وعادة ما يكون السبب إصابة في العصب الحركي وهي تمثل إحدى حالات الشلل المخي الشديدة وأكثرها انتشاراً في الأطراف العليا تكون أشد من الأطرراف السفلي ، وفيه لا يستطيع الطفل التحكم في رأسه ، ولا يستطيع التنقل بشكل فعال ، ولا يستطيع الحفاظ على توازنه ، ويعاني من عدم الشعور بالأمن، ليس لديه القدرة في التعبير عن حاجاته.

ب- الشلل الدماغي التشنجي السفلي : وتظهر أعراض هذا المرض في عمر ٦-٨ شهور ، وفيه يكون الفرد قادراً علي التحكم بالرأس والكلام ، ولديه صعوبة في ضبط حركات العين.

ج- الشلل الدماغي النصفي : لا يستطيع الفرد المصاب أن يحرك رجله المصابة ، حيث يصاب بتيبس وتصلب في القدم والرجل خاصة عند الوقوف ، وتكون يد المصاب مغلقة ولا يستطيع فتحها.

٢-الشلل الدماغي الإلتوائي أو التخبطي أو اللاانتظامي : ويترتب على هذا النوع من الشلل المخي درجة من العجز، وفيه لا يستطيع المصاب أن يتحكم في ضبط الفم وبالتالي سيلان اللعاب ، ويعاني من صعوبات في النطق والكلام وتكون قدرتهم علي الكلام مجوده ، ويعاني من انبساط في أصابع اليد وانحناء الرأس إلي الخلف وصعوبات سمعية

٣-الشلل الدماغي التخلجي أو اللاتوازني :وفيه تقع الإصابة في المخيخ وهو الجزء المسؤل عن التوازن وتؤدي الإصابة فيه إلي تعطيل وظيفة حفظ توازن الجسم ، ويترنح المصاب باستمرار مما يجعله يسقط علي الأرض بشكل متكرر.

٤- الشلل الدماغي الارتعاشي : ويتميز هذا النوع من الشلل المخي بارتعاش الأطراف وتحركها بشكل لا إرادي وقد يكون الارتعاش شديداً أو خفيفاً ، وهذا النوع نادر الحدوث.

٥- الشلل الدماغي التيبسي : وهو أكثر حالات الشلل المخي شدة وفيه يكون جسم المصاب في حالة تصلب وتشنج ، وزيادة في مستوي التوتر العضلي مما يؤدي إلى تشنج الأطراف وتيبسها ويصاحب هذا النوع تخلف عقلي شديد.

أسباب الشلل الدماغي

أ- عدم توافق العامل الريزيسي.

ب- تعرض الأم الحامل للأشعة السينية.
ج- إصابة الأم بمرض تسمم الحمل.
د- الزواج قبل سن ١٦ أو بعد ٤٠ سنة.
ه- الوضع الصحي العام للأم الحامل
و- تناول العقاقير أثناء فترة الحمل دون استشارة الطبيب
ز- نقص الأكسجين في دم الأم الحامل

أسباب الشلل أثناء الولادة

أ- الولادة العسرة
ب- إصابة المرأة بالنزيف
ج- نقص الأكسجين أثناء الولادة
د- الولادة المتكررة
ه- الولادة القيصرية غير الطبيعية
و- الرضوض وإصابات رأس الطفل أثناء الولادة

أسباب الشلل الدماغي بمرحلة ما بعد الولادة

أ- الحوادث المنزلية وحوادث السير
ب- تسمم الطفل ببعض المواد الكيميائية واستنشاق المواد السامة
ج- تعرض الطفل للعقاب الجسمي العنيف
د- إصابة الطفل باستسقاء الدماغ أو الأورام الدماغية
ه- التهاب السحايا والدماغ
و- إصابة الرأس أو الأورام الخبيثة

طرق الوقاية من الشلل الدماغي فيما يلي :

- التثقيف الصحي للأم الحامل.
- تحصين المرأة الحامل ضد الأمراض الفيروسية.
- إجراء الاختبارات الجنينية للعامل الريزيسي قبل الزواج.
- تقديم الرعاية الصحية للطفل باستمرار.
- تقديم الإرشاد والتوجيه للطفل المصاب وأسرته معرفة أسباب الإعاقة وطرق التعامل معها.
- مساعدة أطفال هذه الفئة على التأهيل والتدريب.
- توفير العلاج الطبيعي والأدوات المساندة لهم.

مشكلات المعاقين حركياً

تتحدد مشكلات المعاقين حركياً فيما يلي :
١- المشكلات الاقتصادية
٢- المشكلات الاجتماعية
أ- المشكلات الأسرية

ب- المشكلات الترويحية
ج- مشكلات الصداقة
د- مشكلات مهنية
٣- المشكلات التعليمية
٤- المشكلات النفسية
٥- المشكلات الصحية

الإرشاد النفسي لأسر الأطفال المعاقين حركياً

تقدم خدمات الإرشاد لذوي الإعاقات الجسمية وأسرهم من أجل تعريف الوالدين بطبيعة الإعاقة التي يعاني منها الطفل وكيفية مساعدته، ومساعدتهم على مواجهة مشاعرهم السلبية عن طريق مشاركتهم في المسئولية بالنسبة لطفلهم وإيجاد الحلول العملية للمشكلات التي يواجهونها، وإن دور المرشد في هذا المجال هو تغيير اتجاهات الوالدين ومواقفهم السلبية من الطفل المعاق جسمياً أو حركياً أو صحياً واستبدالها باتجاهات إيجابية تساعد علي تقبل الطفل ومنها إمكانياته وقدراته وما هو متوقع منه.

النموذج الخامس :الإرشاد النفسي للموهوبين

تعريف الموهبة :

- هي سمات معقدة تؤهل الفرد للإنجاز المرتفع في بعض المهارات والوظائف – فالموهوب هو الذي يملك استعداداً فطياً وتصقله البيئة الملائمة ، ولذلك تظهر الموهبة في مجال الموسيقي أو الشعر والرسم وغيرها.
- الفرد الذي يتميز بقدرة عقلية عالية حيث تزيد نسبة ذكائه عن (١٣٠) ويتميز بالقدرة على التفكير الإبداعي.
- الطفل الموهوب هو ذلك الفرد الذي يملك القدرة العقلية العالية على الإبداع ، والقدرة على الإلتزام بأداء المهمات المطلوبة منه.

ويذكر رينزولي أن الموهبة تتألف من تفاعل ثلاث مجموعات من السمات الإنسانية وهي:

١- قدرات عامة فوق المتوسط
٢- مستويات عالية من الدافعية
٣- مستويات عالية من الإبداع

يمتاز الطفل الموهوب

- القدرة العقلية العالية
- القدرة على القيام بمهارات متميزة
- القدرة على التحصيل الأكاديمي المرتفع

- القدرة المثبرة والالتزام ، والدافعية والاستقلالية في التفكير ، وسمات شخصية تميز الموهوب عن غيره.

خصائص الموهوبين

١- الخصائص الجسمية : أشارت الدراسات إلى أن الخصائص الجسمية للموهوبين أنهم أكثر صحة ووزناً ، وطولاً ، وحيوية ، وقدرة حركية عالية ، ونضج مبكر ، أكثر تفوقاً في التآزر البصري – الحركي.

٢- الخصائص العقلية: قوة التركيز ،وتحصيل أكاديمي مرتفع ،والقراءة والكتابة في عمر مبكر، وقوة التذكر،وحب الاستطلاع والانتباه،والمشاركة في الأنشطة،والتعامل مع الأفكار المجردة

٣- الخصائص الإنفعالية: التوافق ،وقدرة معرفية وانفعالية متقدمة لتصور وحل مشكلات اجتماعية ،وحساسية غير عادية تجاه مشاعر الآخرين ،والوعي الذاتي ، وتوقعات عالية من الذات والآخرين ،والنزوع نحو الكمال،والالتزام بالمهمات المكلفين بها ،والنقد البناء ،والانفتاح على العالم الخارجي ،والقيادية ،وحسن الدعابة.

٤- الخصائص السلوكية:

- القيادة : محبوب من قبل زملائه ، تحمل جيد للمسئولية ، مشارك ومتعارف مع المعلمين والزملاء.
- التعلم : حصيلة عالية كماً ونوعاً من المفردات ، واهتمام شديد بالقراءة ، وطموح للمعرفة.
- المثابرة : القدرة علي المشاركة في الأنشطة.
- الإبداع : حب الاستطلاع والمغامرة.
- مرونة التفكير : استجابة سريعة ، قدرة قوية في الحكم على الأشياء.

الكشف عن الموهوبين:

إن الطفل الموهوب قد يجلس في حجرة الصف مع الطلاب العاديين ، ويستطيع أن يفهم بسرعة المهام المطلوبة ، وقد يحكم عليه بأنه مشاغب في الصف نتيجة حبه للإستطلاع وكثرة التساؤلات في بعض الموضوعات والقضايا الجديدة التي قد تسبب ارتباكاً لمعلم الفصل أو يلجأ إلي كبت هذه الرغبات والتساؤلات تجنباً من عقاب المدرس أو توقعات اللوم عليه بحجة أن يثير الشغب

الوسائل المستخدمة في الكشف عن الموهوبين

١- مقاييس الذكاء العام
٢- مقاييس الذكاء الجماعي
٣- مقاييس السمات الشخصية
٤- مقاييس التفكير الابتكاري

٥- ملاحظات الآباء

البرامج التربوية للموهوبين المتميزين

يحتاج الأطفال الموهوبين إلى برامج تربوية خاصة تتناسب مع إمكاناتهم

أولاً: برنامج الإثراء : وهو أسلوب من أساليب تنمية الموهبة والتفوق من خلال إضافة موضوعات أو تزويد الطلبة الموهوبين بخبرات متعمقة ومتنوعة ونشاطات مختلفة تفوق المناهج المدرسية العادية بطريقة منظمة وهادفة ، وينقسم الإثراء إلي نوعين:

١- الإثراء الأفقي : ويعني تزويد التلاميذ بخبرات غنية في عدد من الموضوعات المدرسية

٢- الإثراء العمودي: ويعني تزويد التلاميذ الموهوبين بخبرات غنية في موضوع معين من الموضوعات المدرسية ، أو تكليف تلميذ أو مجموعة من التلاميذ الموهوبين بإيجاد حل مشكلة ما من خلال البحث المكثف لها.

ثانياً المدارس الخاصة: وهي صفوف خاصة بالموهوبين لتقديم خدمات تعليمية للطلبة الموهوبين لتلبي احتياجاتهم ، ولكن بعض الدراسات أثبتت عدم جدوى هذه البرامج وذلك للأسباب التالية :

- حرمان فئة كبيرة من الطلبة من فرص التنافس في الصف العادي
- لها أبعاد انفعالية سيئة علي الطلبة
- صعوبة تكيف الطفل الموهوب مع العالم المحيط بعد خروجه من المدرسة الخاصة

ثالثاً : غرفة المصادر : برنامج الإثراء المدرسي الشامل وهي من أكثر البرامج فعالية كونها تقدم الفائدة للمتميزين فيقومون بدورهم بنقل الفائدة للأطفال العاديين في غرفة الصف العادية.

رابعاً : برنامج التسريع : وفي هذا البرنامج يسمح للتلميذ الموهوب بالالتحاق بمرحلة تعليمية ما في عمر زمني أقل من المعتاد ، أو اجتيازه مرحلة تعليمية في مدة زمنية أقل من المدة التي يحتاجها العاديون ومن بين أساليب الإسراع في تعليم الموهوبين

١- الالتحاق المبكر في رياض الأطفال والمدرسة

٢- اجتياز بعض الصفوف الدراسية

مشكلات الموهوبين

هناك مشكلات يتعرض لها الموهوبون وهي كما يلي:

١- مشكلات ناجمة عن الأسرة : من المشكلات التي يواجهها الموهوب في أسرته ضغط الأهل عليه لإختيار التخصص الدراسي الذي يرضي ميوله .

٢- مشكلات ناجمة عن صفات خاصة بالموهوبين : فالمشكلات ذات المنشأ الخارجي تعود إلى أسباب أسرية ومدرسية ناجمة عن تفاعل الطفل الموهوب مع أسرته وزملائه والبيئة الثقافية المحيطة به ، أما المشكلات ذات المنشأ الداخلي للموهوبين مثل المشكلات الجسمية حيث يفوق النمو العقلي للموهوب النمو الجسمي ، وقد لا تساعده المهارات الجسمية التي يمتلكها على تحقيق هدفه مما تسبب له الإحباط ، كما أن عدم التوازن بين النضج الانفعالي والنضج العقلي يؤدي إلي مشكلات نفسية.

شخصية الموهوب :

الموهوب شخص ذكي ، يميل إلي المنظرة ، يميل إلي الإنطواء ، متكيف ذاتياً ، متوتر لا يميل إلي تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين، وهو شخص مرح ، سريع النكته ، حاضر البديهة ، متوافق مع الآخرين ، متعاون ، صريح ، يمكن الاعتماد عليه والثقة به ، له آراؤه الشخصية ، واضح في سلوكه ، قوي الإرادة.وغالباً ما يقرأون كتب الكبار ومجلاتهم ، ويقل ميلهم إلى قراءة مجلات الأطفال في سن مبكرة عن زملائهم من نفس السن ، وفي سن الثامنة أو التاسعة يقضي الأطفال الموهوبين في القراءة ثلاثة أمثال الوقت الذي يقضيه أقرانهم ، وهم هواة للقراءة في كل الأعمار.

الخدمات الإرشادية للموهوبين

١- مضايقة زملائهم الطلبة لهم بالسخرية وكثرة الانتقادات.
٢- شعورهم بالاختلاف وعدم التقبل من جانب الآخرين.
٣- الشعور بالملل من قضاء الوقت في المدرسة.
٤- الشعور بالقلق لإحساسهم الشديد بمشكلات المجتمع والعالم وعجزهم عن الفعل والتأثير فيها.
٥- التوقعات المرتفعة التي يصنعها لهم الآباء والمعلمون والرفاق.
٦- الشعور بالحيرة والتردد في مواجهة موقف الاختيار الدراسي الجامعي أو المهني وكثرة الفرص الممكنة.
٧- عدم إدراكهم لمعني الموهبة والتفوق وعدم تعريفهم ذلك.
٨- الشعور بالعزلة واللجوء إلى إخفاء تفوقهم من أجل التوافق مع الرفاق.
٩- مبالغتهم في نقد الآخرين في المواقف التي لا تنسجم مع توقعاتهم أو معاييرهم للعدالة والمساواة.

البرامج الإرشادية

تهدف البرامج الإرشادية للموهوبين والمتفوقين إلى مساعدتهم على التوافق في مختلف المجالات المعرفية والمهنية والانفعالية ، ومساعدتهم على النمو السوي ، بالإضافة إلى مساعدة الوالدين والمعلمين على فهم خصائصهم في التعامل معهم وتلبية احتياجاتهم ، ومن هذه الأهداف ما يلي:

١- توعية الوالدين بخصائص الطلبة الموهوبين والمتفوقين وكيفية التعامل مع مشكلاتهم.

٢- توعية المعلمين بخصائص الطلبة الموهوبين والمتفوقين وأساليب الكشف عن حل المشكلات التي تعترضهم .
٣- تطوير مهارات الاتصال مع الآخرين.
٤- تطوير مفهوم العلاقات الإنسانية.
٥- تنمية المهارات الاجتماعية والإحساس بالمسئولية.
٦- تحمل المسئولية ، وتطوير مفهوم الذات ليكون أكثر واقعية.
٧- تنمية التفكير الناقد الإبداعي وتنمية مهارات وأساليب خفض القلق والتوتر.
٨- مساعدتهم في تحسين مستوى التحصيل الدراسي والإنجاز الأكاديمي وغير الأكاديمي.
٩- تنمية مهارات أسلوب حل المشكلات من خلال التفكير الإبداعي.

البرامج الخاصة لتربية الموهوبين والمتفوقين ذوي الإعاقات الخاصة

١- تدعيم مفهوم الذات لديهم :إن الأطفال الموهوبين والمتفوقين قد ينظرون إلى أنفسهم نظرة دونية بسبب رفضهم الاجتماعي من قبل أقرانهم ، ولتخطي هذا الأمر لابد من توجيه المدح والثناء لهم وتشجيعهم علي الإنجازات والأعمال التي يقومون بها.
٢- تنمية مهارات التفكير المجرد: ويتطلب ذلك أن يقدم للمتفوقين من ذوي الاحتياجات الخاصة طرائق ووسائل تعليمية تشجع على تطوير مهارات التفكير المجرد ، والتفكير النقدي والتحليل ، والتركيب ، والتقويم ، والتعميم ، والإبداع.
٣- التقليل من معوقات الاتصال:ويعني التقليل بقدر المستطاع من أثر الإعاقات لديهم والتي قد تكون عائقاً في تقدم نموهم العقلي والتحصيلي.
٤- دور الوالدين: يلعب الوالدان دوراً هاماً في البرنامج التربوي الخاص بالتفوق ، فإذا قدم الوالدين لطفلهما المتفوق تعليماً مكثفاً بصورة مستمرة فإن هذا يزيد من تطوهم الحسي والمعرفي لدى الطفل وهذه ميزة حسنة ، ولكن في المقابل إن المشاعر الإنسانية للأبوين التي تتعلق بالنجاح والفشل للطفل قد تدفع أحد الوالدين إلى تقديم مساعدات كثيرة للطفل ، وفي مثل هذه الحالة فإن الطفل قد يحرم من مهارات التعلم الذاتي وبناء الاستقلال والثقة بالنفس

الأساليب الإرشادية للموهوبين :

من الضروري رعاية الموهوبين بشكل مبكر لما له آثار وقائية ، وأيضاً العمل على توجيه الآباء وإرشادهم لمعرفة قدرات وميول واحتياجات أبنائهم الموهوبين وعدم فرض القيود واستخدام أسلوب الإقناع والمحاورة بدلاً من أسلوب العقاب والتسلط ، ومن أهداف الإرشاد النفسي للطفل الموهوب:

١- التقبل :على المرشد النفسي أن يتقبل الطفل الموهوب كما هو، وعدم استخدام أسلوب الضغط أو اللوم أو التأنيب.
٢- التواصل:على المرشد النفسي مساعدة الطفل علي اكتساب التواصل مع نفسه ومع المحيطين به سواء تواصل لفظي أو غير لفظي ، بما يدعم احترامه لذاته.
٣- الفهم العاطفي:على المرشد النفسي أن يدرك ما يعانيه الطفل من مشكلات تتعلق بعدم توافقه مع البيئة التي يعيش فيها ، والتي قد تعيق من تقدمه ونبوغه.
٤- المهارات الإرشادية:على المرشد النفسي أن يساعد الطفل علي التعبير الحر عن ذاته بأسلوبه ، وتتطلب المهارات الإرشادية الصمت والإنصات الجيد ، ودور المرشد النفسي في إرشاد الموهوبين في خمس نقاط هي:

أ- تقييم الأطفال الموهوبين لتحديد درجة موهبتهم ، وذكائهم ، ومستوي قدراتهم واستعداداتهم وميولهم.
ب- ممارسة الإرشاد النفسي الفردي مع كل طفل موهوب علي حدة لتحقيق إشباعاته الخاصة وممارسة الإرشاد النفسي الجماعي مع الأطفال الموهوبين ذوي الحاجات المتشابهة.
ت- تحديد المواد البشرية والتسهيلات المكانية ، والأدوات الإرشادية التي تساعد الأطفال الموهوبين في إشباع حاجاتهم.
ث- اكتشاف الحاجات التي لم تشبع عند الأطفال الموهوبين ، وتحديد الرغبات التي يرغبون في تحقيقها بما يتلائم مع موهبتهم ونبوغهم.
ج- الاستعانة بالإرشاد الأسري للاستفادة من خبرة الآباء وإسهاماتهم في مساعدة أطفالهم الموهوبين لتحقيق طموحاتهم.

النموذج السادس الإعاقة البصرية

تعريف الإعاقة البصرية على أنها حالة يفقد فيها الفرد المقدرة علي استخدام حاسة البصر مما يؤثر سلباً في أدائه ونموه ، ويمكن إلقاء الضوء علي بعض التفسيرات العلمية المتعددة لما هيه الإعاقة البصرية ، وذلك علي النحو التالي:

١- التعريف القانوني (وهو من وجهة نظر الأطباء) وهو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره عن ٢٠/٢٠٠ قدم مع وضع النظارة على العين .
٢- التعريف التربوي يعرف المكفوف تربوياً بأنه الشخص الذي فقد قدرته البصرية بالكامل ، ولذا فإن عليه أن يعتمد علي الحواس الأخري للتعلم ، ويستطيع المكفوف أن يتعلم القراءة والكتابة على طريقة برايل، أما ضعيف البصر من الناحية التربوية هو الشخص الذي لا يستطيع تأدية الوظائف المختلفة دون اللجوء إلى أجهزة بصرية مساعدة تعمل علي تكبير المادة التعليمية.

٣- التعريف من المنظور اللغوي : هناك ألفاظ كثيرة في اللغة العربية تستخدم للتعريف بالشخص الذي فقد بصره مثل الأعمي ' الضري ، العاجز المكفوف ، الكفيف ، الأكمه .

٤- الإعاقة البصرية من المنظور الفسيولوجي : وتعني الحالة التي يفقد فيها الشخص سواء جزئياً أم كلياً القدرة على الرؤية بالعين ، والأسباب الفسيولوجية التي تعطل العين عن أداء وظيفتها فيمكن تقسيمها إلي قسمين:

- أسباب خارجية تتعلق بكرة العين.
- أسباب داخلية تتعلق بالعصب البصري الموصل والمراكز العصبية في الدماغ.

وفيما يتعلق بالأسباب الخارجية بكرة العين فتشتمل على العيوب التي تصاب بها الأجزاء المكونة للعين كالقرنية والشبكية والعدسة ، وأما الأسباب الداخلية فتشتمل على العيوب التي يصاب بها العصب البصري نتيجة الإصابات والحوادث فيتعذر بذلك وصول الإحساس البصري إلي المراكز الحسية في الدماغ، وسنتناول فيما يلي مكونات العين

١- القرنية : وهي الجزء الجزء الأمامي الذي يحمي ويغطي القزحية وبؤبؤ العين (إنسان العين ، الحدقة).

٢- القزحية : هي الجزء الملون من العين وتعطي اللون الخاص لها وتسمح بمرور الأشعة الضوئية داخل البؤبؤ (إنسان العين ، الحدقة) على تضييق أو توسيع فتحته حسب الأشعة الساقطة عليه.

٣- العدسة : وهي الجزء الذي يستقبل الأشعة الضوئية المارة بالبؤبؤ ، وهي عدسة محدبة لامة للأشعة شفافة ووظيفتها تجميع الأشعة وتركيزها نحو البقعة الصفراء الموجودة على الشبكية.

٤- الشبكية : وهي الطبقة الداخلية للعين وتتصف بكونها رقيقة وتحتوي على عشرة طبقات مكونة من الخلايا العصبية والألياف العصبية وخلايا المستقبلات الضوئية وخلايا المستقبلات الضوئية نوعان ، العصي والمخاريط يوجد في الشبكية حوالي ١٣٠ مليون من العصي و٧ملايين من المخاريط فالعصي حساسة للضوء ذي الشدة البسيطة (الرؤية الليلية) بينما المخاريط تستجيب للضوء ذي الشدة العالية (الرؤية النهارية).

٥- الحدقة : وهي فتحة منتظمة دائرية في مركز القزحية وتتسع هذه الفتحة في الظلام وتضيق في الضوء ، وتحدد الحدقة كمية الضوء الداخلة إلي العين.

تصنيفات الإعاقة البصرية :

يصنف المعوقون بصرياً إلى فئتين رئيسيتين:

أ- الفئة الأولى : وهي فئة المكفوفين وتنطبق علي هذه الفئة التعريف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية.

ب- الفئة الثانية : هي فئة المبصرين جزئياً وهم أولئك الذين يستخدمون عيونهم للقراءة ، أي تستطيع هذه الفئة القراءة باستخدام وسيلة تكبير أو نظارة طبية ، وتتراوح حدة أبصار هذه الفئة ما بين ٧٠/٢٠ إلى ٢٠٠/٢٠ قدم في العين الأقوي حتى مع استعمال النظارة الطبية.

مظاهر الإعاقة البصرية:

تتعدد مظاهر وأشكال الإعاقة البصرية ومنها:

١- طول النظر : وفيه يصعب على الفرد رؤية الأجسام القريبة بسبب سقوط صورة هذه الأجسام المرئية خلف الشبكية ، ومثل هذه الحالة لابد من استخدام النظارة الطبية ذات العدسات المحدبة أو العدسات اللاصقة لمعالجة المشكلة

٢- قصر النظر: وفيه يعاني الفرد من صعوبة رؤية الأجسام المرئية أمام الشبكية ومثل هذه الحالة تستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المقعرة أو العدسات اللاصقة لمعالجة المشكلة

٣- الجلوكوما: وتعرف الجلوكوما باسم المياة السوداء وهي زيادة حادة في ضغط العين مما يحد من كمية الدم التي تصل إلي الشبكية مما يؤدي إلي تلف الخلايا العصبية وبالتالي العمى ، وتصنف المياه السوداء إلي نوعين رئيسيين هما:

أ- المياة السوداء الولادية : وتوجد منذ لحظة الولادة وتحتاج إلى جراحة مباشرة

ب- المياه السوداء لدي الراشدين : وفي هذه الحالة يعاني الأفراد المصابون من الصداع في الجزء الأمامي من الرأس ، ويمكن معالجة هذا النوع بقطرة العيون التي تعمل على خفض الضغط.

٤- الماء الأبيض : ويقصد بها عتامة عدسة العين ويحدث ذلك نتيجة تصلب الألياف البروتينية المكونة للعدسة ، وتؤدي إلي صعوبة رؤية الأشياء ، ويتم علاجها عن طريق العمليات الجراحية ، ويتم بعد ذلك تركيب أو زرع عدسات.

٥- انفصال الشبكية : وتؤدي إصابات الرأس وقصر النظر ومرض السكري إلى حالة انفصال الشبكية ، ومن أعراضها ضعف الرؤية والآلام الشديدة.

٦- الحول : وهو عبارة عن اختلال وضع العينين أو العينين أو أحدهما بسبب صعوبة قيام عضلات العين بالتحكم في كريات العين ، وقد يأخذ الحول أحد الشكلين إما أن يكون تكوين العينين نحو الداخل أو يكون توجيه العينين نحو الخارج.

٧- التراخوما : هو التهاب مزمن ومعد في الملتحمة ، من أسبابه قلة النظافة وعدم توفر العناية الصحية ، وتنتقل العدوي فيه بواسطة الأيدي والمناشف ، ومن أعراضها انتفاخ الجفون واحمرار الملتحمة والدماغ ، والتحسس للضوء وغالباً ما يقتصر العلاج على قطرات السلفا .

نسبة انتشار الإعاقة البصرية:

تشير الإحصاءات إلي أن هناك ما يزيد عن (٣٥) مليون مكفوف وحوالي (١٢٠) مليون ضعيف بصر في العالم وأن ٨٠% من المعوقين بصريا هم من دول العالم الثالث وهذه النسبة تزداد مع تقدم العمر

قياس وتشخيص الإعاقة البصرية

توجد بعض المؤشرات التي تدل على وجود مشكلة بصرية عند الطفل ومن هذه المؤشرات ما يلي:

١- احمرار العينين
٢- فرك العينين بشكل مستمر
٣- كثرة إسالة الدموع
٤- تحاشي الضوء أو الطلب بزيادة الضوء
٥- تقريب أو إبعاد الأشياء لرؤيتها
٦- الاصطدام بالأشياء بشكل متكرر
٧- الشعور بالتعب أثناء القراءة والإحساس بالصداع
٨- كثرة الأخطاء في القراءة والكتابة
٩- التوتر أثناء القيام بالمهمات البصرية
١٠- يخلط الأرقام والأشكال المتشابهة
١١- انتفاخ الجفون وظهور شحاد العين بشكل متكرر
١٢- تدلي جفون العين
١٣- وضع غير طبيعي للرأس أثناء المشي

ومن المقاييس التي تستخدم في تشخيص الإعاقة البصرية طريقة لوحة سنلن Snellenchart وهي لوحة تتكون من ثمانية صفوف من الحروف ويطلب من المفحوص أن يحدد اتجاه فتحة الحروف.

خصائص المعاقين بصرياً

أولا : الخصائص العقلية : إن فقدان الطفل الكفيف القدرة على الإبصار لا يعني فقدانه لكل القدرات الأخرى كالقدرات العقلية ، فهذه القدرات على استعداد للظهور لو توافرت البيئة الاجتماعية المناسبة ، وتشير الدراسات أنه لا توجد فروق كبيرة بين ذكاء المعوقين بصرياً والأفراد العاديين على الجانب اللفظي، وإن كان المعوقين بصرياً يواجهون بعض المشكلات في مجال إدراك المفاهيم وتصنيف الموضوعات المجردة خاصة المكان والمسافة ، إلا أن الانتباه والذاكرة السمعية من العمليات العقلية التي يتفوق فيها المعاقين بصرياً على المبصرين.

ثانياً: الخصائص اللغوية: إن التطور اللغوي المبكر للطفل ذي الإعاقة البصرية لا يختلف بشكل كبير عن تطور الطفل المبصر ، فعدم القدرة على استكشاف

البيئة ، والحاجة للقيام ببحث لمسي عن الأشياء الجديدة عادة ما يؤخر اكتساب الكلمات ، ولذا يواجه المعاق بصرياً مشكلات في اكتساب اللغة غير اللفظية ويجدون صعوبة في التواصل مع الآخرين ، فهم لا يرون تعبيرات الوجه والحركات والإيماءات الصادرة عن الآخرين مما يؤدي إلى صعوبة تواصلهم مع الآخرين

ثالثاً : الخصائص الحركية : يواجه المعاقون بصرياً مشكلات في القدرة على الحركة والانتقال من مكان إلي آخر ، فعندما يدخل الأطفال المعوقون بصرياً المدرسة فنجدهم يفتقرون إلى المهارات الحركية للتعرف على البيئة مما يدفعهم إلي تجنب التنقل في الأماكن غير المألوفه وللتغلب على هذه المشكلة يستلزم بذل جهود تعليمية لتعويض هذا القصور من خلال:

١- مساعدة الكفيف على التعرف على مكونات بيئته.
٢- تدريب الكفيف على الاستعانة بكل حواسه.
٣- إكسابه مهارات التوجه والانتقال.
٤- تحاشي التغير المفاجئ في البيئة التي يحيا فيها.
٥- إعطاء معرفة كافية للكفيف عن طبيعة المكان الذي يتحرك فيه.
٦- تشجيعه على استخدام الوسائل المساعدة التي تناسب ظروفه الخاصة.

رابعاً: الخصائص الأكاديمية : يعتمد تأثير الإعاقة البصرية على التحصيل الأكاديمي للفرد المعاق بصرياً علي شدة الإعاقة والعمر عند الإصابة ، فالأطفال المصابون بإعاقة بصرية جزئية يحتاجون إلى مواد تعليمية ذات حروف تعليمية ذات حروف مكبرة وواضحة ، أما الأطفال المكفوفون فيحتاجون إلي طريقة برايل للحصول علي المعرفة.

خامساً : الخصائص الاجتماعية والانفعالية : تؤثر الإعاقة البصرية في السلوك الاجتماعي للفرد تأثيراً سلبياً نتيجة للصعوبة في عمليات النمو والتفاعل الاجتماعي وفي اكتساب المهارات الاجتماعية نظراً لمحدودية قدراتهم الحركية وعدم استطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين، ولهذا يجب على الأسرة أن تبث الثقة في نفس طفلها وأن تشجعه على تكوين علاقات طيبة مع جميع الناس ، وتعويده على أن يتقبل ذاته ، ومن الخصائص الاجتماعية والانفعالية التي يعاني منها المعاقين بصرياً أن مفهوم الذات لديهم سالب حيث أن الشخصية ضعيفة بالاضافة إلى انتشار القلق والاكتئاب والحساسية الزائدة ، بالاضافة إلى الانطواء والسلوك العدواني ، فالتوافق الاجتماعي للطفيف يتأثر بالاتجاهات الاجتماعية.

سادساً : الخصائص التربوية للمعاقين بصرياً : تتضمن البرامج التربوية للمعاقين بصرياً تعليمهم وتدريبهم على عدة مهارات وتدريبات وهي ما يلي :

١- التدريب على التعرف والتنقل : فالتنقل من مكان لآخر من المشكلات التي تعوق المعاق بصرياً على التوافق.

٢- التدريب على مهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل
٣- تقوية وتدريب الحواس الأخري : مثل حاسة السمع واللمس تعويضاً عن حاسة البص
٤- التدريب على القيام بمهارات الحياة اليومية: مثل تناول الطعام والتعرف على أنواع الطعام من خلال حاسة الشم أو لمسها ، وتدريبه أيضاً على تنمية مهارات الاستحمام ، والعناية بالشعر والأظافر وارتداء الملابس وكيفية التعامل بالنقود وغير ذلك من الاعتماد على النفس، ويتضح أن الاتجاهات نحو المكفوفين تميل إلى السلبية وتنصب الاهتمامات على ما يعجز الإنسان عن عمله لا على ما يستطيع عمله، ولمواجهة هذه السلبيات بحيث تحقق أهداف التربية الاجتماعية للكفيف المعاق بصرياً ولتحقيق ذلك يجب أن تضع الأسرة في اعتبارها الحقائق التالية :

١- إن الإعاقة البصرية تحد من الحياة العقلية ، لذلك يجب أن تكون الملاحظات الحسية هي القاعدة الأساسية للتربية العقلية.
٢- يجب أن تزود الأسرة طفلها الكفيف بالخبرات المتنوعة التي تساعده في الاعتماد على نفسه وتسهل تكيفه النفسي والاجتماعي.
٣- جب على الأسرة أن تستخدم مبدأ العدالة والمساواه بين الطفل الكفيف وإخوته دون تمييز حتي لا يشعر الطفل بالدونية والنقص.
٤- يجب أن تسهم الأسرة في إزالة كل الموانع والعقبات التي تعترض الكفيف داخل المنزل حتي تمكنه من الحركة بحرية ودون قلق أو تردد.
٥- على الأسرة أن تتيح لطفلها الكفيف اللعب مع زملائه المكفوفين والمبصرين حتي تتاح له الفرصة في إثبات ذاته.
٦- يجب على الأسرة أن تبدأ مبكراً بتدريب طفلها الكفيف علي اكتساب الخبرة في مجال اللمس.
٧- على الأسرة أن تعلم طفلها الكفيف اللغة مبكراً باعتبارها عامل آثاره وحاملاً للثقافة ووسيلة للتفكير والمعرفة.
٨- أن تعمل الأسرة على حماية طفلها الكفيف من العادات السيئة مثل حركة الانحناء إلى الأمام أو إلى الخلف.
٩- يجب أن تمتد مسئوليات الأسرة لتشمل تأهيله للحياة في المجتمع تبعاً لنظمه العامة حتي يصبح التوافق الاجتماعي سهلاً ممتداً.
١٠- يجب على الأسرة أن تنمي في طفلها الكفيف القيم الخلقية ، وتجعله يدرك ما هو حق وما هو باطل وما هو جميل وما هو قبيح.

إرشاد ذوي الإعاقة البصرية

الإرشاد النفسي من أهم المجالات التي تقدم للمعاق بصرياً ، فهناك الإرشاد الأسري للوالدين وإرشادهم زواجياً بحيث يستطيع كل منهما معرفة ما لدى كل شخص من قدرات وعيوب ويحتوي ذلك على إجراء بعض الفحوصات

الطبية ومعرفة العامل الرئيسي لكل منهما وتطابقه وعدم تطابقه ، ويشمل الإرشاد أيضاً تدريب أسرة الطفل المعاق بصرياً على كيفية تقبله والتعامل معه وتعريفهم بطرق التنشئة الاجتماعية.

دمج الطلاب المعاقين بصرياً مع الطلاب المبصرين

أثبتت الدراسات التي أجريت للمقارنة بين المدارس الداخلية والمدارس الملحقة بها صفوف خاصة بالمعاقين بصرياً ، إن هناك فروقاً في التوافق الانفعالي للمقيمين إقامة داخلية من المعاقين بصرياً أقل من درجة التوافق التي أحرزتها المدارس النهارية، ومن الفوائد الهامة لعملية الدمج ما يلي:

١- يساعد المعاقين بصرياً على إعدادهم للعيش بهذا العالم بفاعلية وذلك من خلال تزويدهم بالمهارات الضرورية التي تسهم في توافقهم الاجتماعي مع المحيطين.
٢- يساعد الطلبة العاديين على تفهم طبيعة الإعاقة وتفهم قدرات وخصائص المعاقين بصرياً.
٣- قد يساعد الدمج على إحساس المعاق بصرياً وشعوره بأنه جزء لا يتجزأ من المجتمع الذي يعيش فيه.
٤- يساعد الدمج على تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدي المعاق بصرياً ، وإبعاده عن العزلة والتقوقع مع ذاته.
٥- يساعد الدمج على تحسين مفهوم الذات لدي المعاق بصرياً.

إن نجاح عملية الدمج يتوقف علي قبول المعلمين العاديين على تقبل هذه الفكرة

الأسرة والإعاقة ودور الإرشاد النفسي

ردود الفعل النفسية لدي ذوات الإعاقات:الصدمة، والرفض أو الإنكار،والشعور بالذنب ،والنبذ،والحزن ، والتقبل والتوافق.

وعموماً هناك استراتيجيات يجب على المرشد النفسي والأخصائيين في مجال التربية الخاصة في التعامل مع ردود الفعل الوالدية نحو الإعاقة ، ومن بين هذه الاستراتيجيات التواصل مع أسرة المعاق ومعرفة أسباب الإعاقة والعمر الذي حدثت فيه الإعاقة أو الإصابة والآثار المترتبة عليها وكيفية التعامل معها ، وإن معرفة الأشياء تجعل المرشد النفسي ناجحاً في التغلب على مثل هذه المشكلات الناجمة عن ردود الفعل تجاه طفل معوق وتحويل الآثار السلبية المترتبة على الإعاقة إلي اتجاهات ايجابية وأولي هذه الاتجاهات التقبل ، فتقبل الطفل المعوق والبحث عن الخدمات الملائمة له وأفضل مصادر الدعم المقدمة إليه يؤدي إلى نوع من الاستقرار النفسي ويمحو الاتجاهات السلبية نحو الاعاقة، ولذلك يجب على آباء الأطفال المعوقين أن يكونوا على وعي بمشاعرهم نحو إعاقة الطفل قبل تقبلهم له ، والعوامل التي تؤثر في ردود الفعل

النفسية لأولياء أمور ذوي الاحتياجات الخاصة ، وتعتمد طبيعة الأسرة ورد فعلها واستجابتها للإعاقة على عدد من العوامل اهمها:

١- المستوى الاقتصادي والاجتماعي والتعليمي للأسرة.
٢- تلعب الخلفية الدينية للوالدين دوراً هاماً، فالإيمان بالله وقدره من شأنه أن يبعث درجة عالية من الرضا بالواقع.
٣- العمر عند حدوث الإعاقة وسبب الإعاقة.
٤- توفير المعلومات والدعم الذي تتلقاه الأسرة من الأقارب والأصدقاء من شأنها مساعدتها علي التعايش مع الإعاقة
٥- درجة الإعاقة.
٦- عدد الأطفال في الأسرة.

مصادر الضغوط النفسية التي تواجه الأسرة:

١- عدم معرفة أسر هؤلاء الأطفال بمصادر الخدمات المتاحة لأبنائهم.
٢- القلق والتشاؤم حول مستقبل أبنائهم ذوي الاحتياجات الخاصة.
٣- الأعباء المادية التي تقع على الآباء نتيجة إعاقة طفلهم وما تتطلبه من رعاية طبية.

خطوات إرشاد وتدريب أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

١- تحديد المشكلات السلوكية لدي الطفل ذي الاحتياجات الخاصة من وجهة نظر الوالدين ثم يتم ترتيب تلك المشكلات حسب الأولوية.
٢- تحديد الأوضاع البيئية التي يحدث فيها السلوك عادة.
٣- التعرف على العوامل التي يبدو أنها تعمل على استمرار حدوث المشكلات السلوكية.
٤- تدريب الوالدين على استخدام الأساليب الصحيحة لملاحظة وتسجيل المشكلات السلوكية وتطبيق تلك الأساليب لتقييم المشكلات السلوكية في البيت من حيث مدة حدوثها أو تكرارها أو شدتها.
٥- من برامج تدريب الوالدين توضيح الظروف التي يجب أن يتم فيها إجراء تعديلات على أساليب تعديل السلوك المستخدم.

وتتمثل أهمية مشاركة الوالدين في البرامج الإرشادية لطفلهم فيما يلي:

١- أن مشاركة الآباء في برامج الإرشاد النفسي لا تقتصر فوائدها على الطفل فقط بل تمتد إلى الإخوة العاديين في المنزل.
٢- الاقتناع بأهمية البيئة الأسرية خاصة في السنوات المبكرة من حياة الطفل.
٣- حاجة الآباء إلى معرفة المزيد من المعلومات عن الإعاقة وكيفية مواجهة المشكلات الناجمة عنها.

أهداف الإرشاد الأسري لذوي الاحتياجات الخاصة

يلعب الإرشاد الأسري دوراً في تخفيف من الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأسرة ، واتخاذ التدابير للوقاية من حدوث المشكلات أو التخفيف منها ومن بين هذه التدابير ما يلي:

١- تزويد الأخوة بالمعلومات اللازمة عن حالة الإعاقة.
٢- عدم التمييز في المعاملة لصالح الطفل المعوق وتجنب إسقاط الانفعالات الناتجة عن إعاقته على أخوته.
٣- أن يقوم الاختصاصيين بتشجيع الأسر للتعامل مع الأسر الأخري التي لديها أطفال معوقين ومحاولة الإفادة من خبرات وتجارب تلك الأسر.

الفصل الرابع عشر

الإرشاد النفسي الصحي

المقدمة

يعتبر مجال الإرشاد النفسي الصحي من المجالات المهمة في الإرشاد النفسي لانه يمس صحة وحياة الناس بشكل مباشر ، وقد ظهر ذلك من خلال الأزمة الصحية الأخيرة وأعلان منظمة الصحة العالمية عن انتشار فايروس كرونا (COVID-١٩) وباء عالمي وانتشاره في دول متقدمة في الجانب الصحي وكذلك متقدمة في جانب الوعي الصحي للمواطن مثل (ايطاليا،أسبانيا،الصين ، كوريا الجنوبية،أيران،السويد، الولايات المتحدة الأمريكية و بريطانيا) ، كل هذه الدول بالرغم من تقدمها الكبير في المجال الطبي الأ انها أعلنت أنهيار أنظمتها الصحية أمام هذا الوباء بسبب سرعة انتشاره وعدم تقيد المواطن بألاجراءات الوقائية.

كل هذا يظهر الحاجة الماسة الى الأهتمام بألإرشاد النفسي الصحي في المؤسسات الرسمية وغيرالرسمية ومنها التعليمية وقت الأزمات والطوارئ لنشر الثقافة والوعي الصحي بين الطلبة في المدارس والجامعات، لان الإرشاد النفسي الوقائي الصحي هو لخدمة المواطن والمجتمع ومنع انتشار الأمراض الوبائية المعدية داخل المدرسة والجامعة من خلال المساعد في تقديم النصح والتوجيه والإرشاد والمعلومات العلمية الصحيحة للوقاية بالدرجة الأولى ، فنحن بحاجة ماسة الى تقديم المساعدة المواطنين بشكل عام والطلبة بشكل خاص في نشر الوعي الصحي الوقائي لحماية الطلبة والمواطنين والمجتمع من نتشار الأمراض المعدية.

بداية الإرشاد النفسي الصحي:

بداءت تتحول الخدمات الإرشادية الصحية من الأعتماد على الأطباء والكوادر التمريضية الى الأعتماد على فئات اقل تأهيلاً مثل المشرف الصحي الزائر المسؤول على تقديم اللقاحات للتلاميذ الى مساعد الكوادر التربوية المتخصصة (المرشد النفسي والباحث الأجتماعي) لتقديم الخدمات الإرشادية الوقائية للحد من الأمراض الأنتقالية المعدية وكذلك التعامل مع المشكلات النفسية وتقديم التوجيه والإرشاد النفسي الوقائي لبعض السلوكيات السلبية مثل التدخين والأدمان على المخدرات والسهر وأدمان الألعاب الألكترونية وتأثيرها المباشر على صحة الفرد والعملية التعليمية ، وبذلك تحولت من الأطباء والممرضين والعيادات والمستشفيات الى المؤسسات التربوية والتعليمية ومشاركة الأسرة التعليمية (المعلم المرشد) في تقديم الخدمات الإرشادية

والتوجيهية للتلاميذ والطلبة من خلال المحاضرات الإرشادية والبوسترات والملصقات والنشرات الإرشادية.

تعريف الإرشاد الصحي

- تقديم الخدمات الإرشادية هدفها حثُّ الناس على تبنّي نمط حياة وممارسات صحية سليمة ، من أجل رفع المستوى الصحي للفرد والمجتمع ، والحدّ من انتشار الأمراض الوبائية والمعدية .
- تعريف الناس بأخطار الأمراض ، وإرشادهم إلى وسائل الوقاية منها ، ويُستعان على ذلك بوسائل مختلفة ، مثل : اللقاءات المفتوحة مع الناس ، والمحاضرات والندوات ، وعرض الأفلام التلفزيونية والسينمائية ، وتوزيع النشرات الصحية والكتيبات والصحف والمجلات وغيرها من وسائل الإعلام.
- مجموعة من الخبرات التي تُسهّل عملية تبني السلوكيات المعزّزة لصحة الأفراد والجماعات.
- مجموعة من الأنشطة التي تهدف إلى رفع المعرفة الصحية وغرس السلوكيات الصحية في الأفراد والمجتمعات.
- تعريف المرشد الصحي: وهو الشخص الذي ينقل المعلومات للآخرين ويُثقّفهم،ويكون شخصاً مُدرّباً ولديه قدرة خاصة لإيصال المعلومات، ويجب على المرشد الصحي الإيمان بالرسالة التي يريد إيصالها ، كما يجب أن تكون لديه معرفة كافية بها، إضافة إلى وجود مهارات الإتصال اللازمة لإيصال المعلومة للمتلقي.
- تعريف الصحة: لا تُعدّ الصحة تعبيراً عن خلو الجسم من الأمراض فحسب، وإنما هي تعبير عن التكامل البدني والعقلي والنفسي والاجتماعي والروحي.
- تعريف الثقافة الصحية: ويُقصد بها تقديم حقائق ومعلومات ترتبط بالصحة والمرض للناس جميعاً.
- تعريف الوعي الصحي: هو اهتمام الناس وإلمامهم بالحقائق الصحية، إضافة إلى تحقيق الهدف المرجو من الإرشاد والتثقيف الصحي وهو زيادة شعور الأفراد بالمسؤولية اتجاه صحتهم وصحة من حولهم.
- تعريف العادة الصحية: وهي سلوك الفرد الذي يؤدّيه بدون تفكير أو شعور؛ وذلك لكثرة تكراره.
- تعريف الممارسة الصحية: وتُعرف بالسلوك الصحي، وهي ما يؤدّيه الشخص عن قصد ويكون سلوكه نابع من تمسُّكه بعادات وقِيَم صحية معينة.

أهداف الإرشاد الصحي

١- توجيه الأفراد لاكتساب المعلومات الصحية الدقيقة.
٢- حث الأ فراد على تغيير مفاهيمهم الصحية الخاطئة.
٣- توجيه الأفراد لإتباع السلوك الصحي السليم .
٤- مساعدة الأفراد على تحسين سلوكهم عن طريق التأثير على معتقداتهم واتجاهاتهم، وتطبيق ذلك ليس على مستوى الفرد فحسب وإنّما على مستوى الأسرة والمجتمع أيضاً.
٥- تعزيز ورفع الوعي الصحي بتزويد الأفراد بالمعلومات والخبرات الصحية بهدف التأثير في ميولهم ومعرفتهم وسلوكهم الصحي الخاص بهم وبالمجتمع.
٦- تقديم المعلومات للقضاء على حواجز الجهل والمفاهيم الخاطئة عن الصحة والمرض.
٧- التعرف على الاحتياجات والمشاكل الصحية وكذلك تقرب المسافة بين الاحتياجات الفعلية والاحتياجات المحسوسة مما يساعد على مشاركة المجتمع في التخطيط للرعاية الصحية الأولية.
٨- حث الأفراد على تغيير المفاهيم الخاطئة ، فإن مجرد تعريف الأفراد عن الصحة ليس كافياً لإحداث التغييرات المطلوبة في السلوك، لذلك يجب أن يوفر المرشد الصحي التجارب التعليمية التي تؤثر على اختيار البدائل فيما يخص الصحة واتخاذ القرار.
٩- تشجيع الأفراد على إتباع نظام غذائي وصحي ورياضي لتقوية الجهاز المناعي للجسم.

أهمية الإرشاد الصحي:

١- تحسين الصحة على مستوى الافراد والمجتمعات ، وبناء اتجاهات صحية سليمة.
٢- مساعدة الأفراد في حل المشاكل الصحية التي يواجهونها باستخدام الإمكانات المتاحة.
٣- غرس قيم السلوك الصحي السوي وترسيخها، بالإضافة إلى تغيُّر السلوكيات الخاطئة منها.
٤- مساعدة الأفراد على تحديد المشاكل الصحية الواقعة عليهم وتحديد احتياجاتهم.
٥- نشر المفاهيم الصحية السليمة بين أفراد المجتمع. تحسين نوعية الحياة التي يعيشها الفرد في المجتمع.
٦- خفض مستوى الإعاقات الولادية والتشوهات الخلقية من خلال التشجيع على الفحص الطبي للجينات الوراثية قبل الزواج وخفض معدّلات حدوث الأمراض.

عناصر الإرشاد الصحي

١- الإرشاد الصحي للأفراد: وفيه يتم إرشاد وتثقيف الأفراد بأمور التغذية، ومسببات الأمراض، وطرق الوقاية منها، إضافة إلى الحفاظ على النظافة الشخصية.
٢- الإرشاد الصحي الأسري: وهو الإرشاد والتثقيف الصحي الذي يغرس المفاهيم الصحية السليمة في الأفراد منذ صغرهم داخل اسرهم .
٣- الإرشاد الصحي للمجموعات: وهو التثقيف الذي يهتمّ بالمجموعات التي تضمّ أفراداً متشابهين من حيث الجنس أو العمر أو الوظيفة، أو المجموعات التي تضم أشخاصاً مُصابين بمشاكل صحية مثل أطفال المدارس و طلبة الجامعات والأفراد المدخنين؛ والأفراد المدمنين حيث يتم إرشاد وتثقيف المجموعة كاملة.
٤- الإرشاد الصحي المجتمعي: وهو الذي يتم من خلال وسائل الإعلام على اختلافها، سواء كانت مرئية أو مسموعة أو وسائل التواصل الآجتماعي بهدف إيصال المعلومة الصحية لأكبر عدد ممكن من الأفراد مهما اختلفت مستوياتهم.

السلوك الصحي

إنّ تغيير السلوك الصحي للفرد واتباعه لسلوكٍ جديد يجب أن يَمرّ بمراحل عدة، وعلى الفرد أن يُدرك هذه المراحل خلال رحلة تغييره لسلوكه، ومراحل التغيير هي:

١- مرحلة الوعي: وهي المرحلة التي يتم فيها الإلمام بالمعلومة الصحية.
٢- مرحلة الاهتمام: وفيها يبحث الفرد عن تفاصيل المعلومة الصحية التي يريدها ويكون متشوّقاً لقراءتها أو سماعها.
٣- مرحلة التقييم: وفيها يتم تحديد إيجابيات وسلبيات السلوك المُقترح وتحديد مدى مرجوعه بالفائدة على الفرد، يلي ذلك اتّخاذ القرار باتباع السلوك الجديد أو رفضه.
٤- مرحلة المحاولة: وهي مرحلة التنفيذ؛ حيث يقرّر الفرد أن يتبع السلوك بطريقة عملية، وفيها يحتاج الفرد دعماً معنوياً ممن حوله للتغلب على صعوبات التطبيق.
٥- مرحلة الاتّباع: وفيها يقرر الفرد اتباع السلوك الجديد بشكل دائم.

مسؤولية الصحة تتحمّلها وزارة الصحة والهيئات والمنظمات الصحية المحلية والعالمية ، إلّا أنّ هذه المسؤولية لا تقع على هذه الجهات فقط، وإنّما تقع مسؤولية الصحة على الفرد أيضاً، فالصّحة مسؤولية فردية قبل أن تكون مسؤولية جماعية؛ ممّا يعني أنّ الفرد مسؤول عن صحته في المقام الأول، ثم تصبح الصحة مسؤولية الأسرة، تليها المؤسسة التعليمية سواء كانت مدرسة أو

جامعة، وتنتقل بعد ذلك إلى النادي ثم إلى القطاع الخاص أو الجهة الحكومية التي تقدّم الخدمات الصحية.

والإرشاد الصحي يختص بتقديم التوعية الوقائية من المخاطر والأمراض التي يتعرض لها العاملين في أي مجتمع بشري يتواجد فيه عدد كبير من الناس معاً (كالمدارس والجامعات المصانع والتجمعات) وغيرها من المواقع التي تتطلب توافر مرشد صحي متخصص لا يشترط أن يكون طبيب و لكن هو أحد أفراد العاملين أنفسهم و يكون معلم في حال التعامل مع الطلاب في المدارس و يتم تدريب المرشد الصحي من خلال دروات تخصصية تساعده على تفهم طبيعة مهمات المرشد الصحي والدور الهام الذي يقوم به في المؤسسة من خلال عمل ندوات للتوعية بأهمية الحفاظ على الصحة وتجنب مسببات المخاطر والأمراض وشرح وتوضيح أهم المشكلات الصحية المرتبطة بالموسم أو بطبيعة العمل أو بيئته و يقوم المرشد الصحي كذلك بمتابعة كافة الأفراد من خلال استمارات وملفات تحمل كافة المعلومات المرتبطة بالحالة الصحية للأفراد الذين لديهم مشكلات صحية مزمنة وعدد مرات المتابعة لهؤلاء الأفراد، ومدى تعرضهم لمشكلات صحية ناتجة عن التواجد في العمل أوالمدرسة و يتواصل المرشد الصحي بشكل دائم و مستمر مع الطبيب المقيم والمراكز الطبية المعنية بمتابعة تلك الحالات المرضية سواء كانت جهات تأمين صحيأوغيرها من المراكز الطبية المقدمة للخدمة الصحية، كما يقوم المرشد الصحي بتوزيع نشرات صحية متخصصة على المتواجدين لتعزيز التوعية بأهم المشكلات الصحية التي يمكن ان يتعرضوا لها و كيف يمكنهم التعامل معها و تتواجد غرفة متخصصة و مزودة بأدوات للإسعاف الأولي و مكان للاستراحة مجهز و معد لاستقبال الحالات الطارئة و من خلال متابعة المرشد الصحي لحالة العاملين الصحية يمكنه اتخاذ قرار بعزل أحد من يتشكك في إصابتهم بمشكلات صحية قد تكون ذات طابع معدي، و يتم عمل تقارير بتلك الحالات وعرضها على الجهات المختصة لاتخاذ القرار المناسب، ولا تقتصر خدمات الإرشاد الصحي عند ذلك بل تمتد لتشمل تغطية الفعاليات العالمية المرتبطة بالصحة (كاليوم العالمي لمرضى القلب ، الصحة النفسية ، والتدخين ، والأدمان) و غيرها من المناسبات التي يستفيد منها المرشد الصحي في تعزيز المفاهيم و نشر الثقافة الصحية و التوعية ضد مخاطر الأمراض ، و كيفية تجنب الإصابة بها نتيجة العوامل البيئية و النفسية و وصلاً لمرحلة العلاج و الشفاء أو السيطرة على المرض و التعايش معه حال عدم إمكانية الشفاء الكامل منه، ويقوم المرشد الصحي بتسجيل كافة الدورات و الندوات وغيرها من صور النشاط المختلفة التي يقوم بها في سجلات متخصصة تبرز دوره الهام في رفع مستوى الإيجابية الصحية لدى العاملين معه أو لدى الطلاب وبما يساعد في توصيل مفهوم

الصحة للجميع لدى كافة فئات المجتمع ،وتفهم أهمية الصحة كعامل أساسي من عوامل البناء و الإعمار في المجتمع و تقدمه و نهضته.

ويعتبر الإرشاد الصحي أحد الركائز الأساسية في منظومة العمل الصحي و التي ينظر إليها باعتبارها مدخل من مداخل تحقيق التوعية الصحية و نشر مفاهيم الحياة السليمة و تعزيز الوعي نحو أسباب الأمراض وسبل الوقاية منها ويعرف المفهوم العام للصحة بخلو الفرد من الاضطرابات الصحية و النفسية و قد بدأ الاهتمام بمجال الإرشاد الصحي من خلال المجتمع المدرسي باعتبار أن الأطفال هم مستقبل المجتمع وهم كذلك رسل التوعية في بيوتهم مع ذويهم و لكي يحقق المجتمع مستوى مقبول من الصحة فإن ذلك يستلزم توافر قدر من الوعي الصحي والبيئي ، تتوفر من خلال الإرشاد الصحي والذي تمتد خدماته لتشمل معظم المؤسسات التي يتواجد بها العديد من الأفراد الذين يحتاجون للتوعية بأهمية الحفاظ على الصحة العامة و ضرورة التخلص من الانفعالات السلبية و مشاعر القلق و التوتر و غيرها.

ونظم الإرشاد الصحي ليس فقط تقديم المعلومات الصحية بل تمتد أهمية نظم الإرشاد الصحي لتشمل الإقناع و تقديم الفعاليات التي من شأنها تعزيز الرغبة لدى الأفراد في تطبيق تلك المعلومات الصحية التي يحصلون عليها ، وتتضمن نظم الإرشاد الصحي العمل على تفعيل مفاهيم الحفاظ على الصحة المتضمنة في محتوى المقررات الدراسية لتصبح جزء من الأنشطة الصفية وغير الصفية في المدرسة أو من خلال عقد ندوات للتوعية الصحية في المؤسسات المتنوعة و نشر لوحات إرشادية متنوعة تتضمن توجيهات أساسية للحفاظ على الصحة ، وتسهم نظم الإرشاد الصحي تقديم عدد من الخدمات الطبية المدعمة و التي تشمل المتابعة الصحية المستمرة في المدارس وغيرها من المؤسسات للتعرف على حالات الإصابة المبكرة من جانب أو التعرف على التطورات الصحية لدى المرضى من جانب آخر، و يتم إعداد تقارير وسجلات بهذا الشأن تطلع عليها الجهات المختصة بالمتابعة و الإشراف على منظومة الإرشاد الصحي.

و تعتبر نظم الإرشاد الصحي جزء من الجهود الكبرى المبذولة لتلبية متطلبات التوعية الصحية لدى أفراد المجتمع تقاس مدى فاعلية تلك النظم بما تحققه من نتائج على مستوى التقدم الصحي في المجتمع والتي تحقق العديد من الفوائد وتشمل توافر مجتمع صحي ، ويضم نسبة قليلة من المرضى و يرتبط بذلك تخفيف الأعباء المالية المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية والتي تتسم بالارتفاع المستمر وتمثل منظومة الرعاية الطبية عبأً على كاهل الحكومات بما في ذلك الدول المتقدمة وينطبق في نظم الإرشاد الصحي مقولة الوقاية خير من العلاج كما تسهم نظم الإرشاد الصحي في تحقيق التنمية المستدامة في المجتمعات من خلال توافر القوى العاملة القادرة على العمل حيث يسهم ارتفاع

المستوى الصحي للأفراد في دفع عجلة الإنتاج والتنمية الاقتصادية و يتم الحرص على توافر مسؤول عن تقديم خدمات الإرشاد الصحي في مختلف المؤسسات لديه تدريبات متخصصة وقدرة على التعامل مع المواقف الأزمات الطارئة بشكل سريع ومناسب كما يكون لديه صلاحيات التواصل مع المؤسسات الطبية المختصة حال الحاجة لذلك، ويعبر ما سبق على الأهمية الكبيرة التي تتمتع بها نظم الإرشاد الصحي في مختلف المؤسسات.

الوعي الصحي

الصحة نعمة عظيمة وهبها الله سبحانه وتعالى للإنسان الذي أهتم بها تارة و أهملها تارة أخرى وتقول الحكمة (الصحة تاج فوق رؤوس الأصحاء) فالإنسان السليم إنسان قوي فعال عقلا و جسما و نفسا ، وشهدت الانسانية في العقود الماضية تغيرا جذريا في أنماط الأمراض وانتشارها بين أفراد المجتمع من الأمراض المعدية إلى الأمراض المزمنة لا سيما الأمراض التي يعبر عنها بأمراض النمط المعيشي وأمراض القلب ، الضغط ، السكري والكثير من هذه الأمراض تعود لسلوكيات صحية خاطئة في حياة الأفراد.

وقاد التوجه نحو المنشأ المرضي الى اهمال التوجه نحو الصحة لفترة طويلة و المتمثلة في التيارات والتطورات التي عصفت بالامداد الصحي وعلوم الصحة في النصف الثاني من القرن العشرين ، وما زالت أنظمة الصحة في غالبيتها تقوم على هذه الروؤيا ، فنحن نعرف الكثير جداً عن الامراض واعراضها و وسائل معالجتها ، ولكننا (لا نعرف الا القليل عن الصحة) .

والتوجه الافراد نحو الصحة يمكن في الخوف من المرض والخوف في أوقات كثيرة من حياة الانسان يعد شعور مكتسب من خلال المشاهدات والخبرات السابقة، أي من خلال مشاهدة الفرد لنتيجة سيئة في موقف سابق ،ولقد حدثت في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين تحولات كبيرة في فهم الصحة وتنميتها وإمكانية التاثر فيها على مستوى الفردي ، ومن اجل ذلك تعد دراسة وفهم الممارسات السلوكية المضرة بالصحة والمنمية لها والتوجه نحو الصحة والسلوك الصحي ،الخطوة الأولى نحو إيجاد الموارد المنمية للصحة والعمل على تطويرها ، وتحديد العوامل والاتجاهات المعيقة للصحة من اجل العمل على تعديلها الامر الذي ينعكس في النهاية على النمو الصحي وتحقيق التنمية الصحية وتطوير برنامج الوقاية المناسبة .

ويمكن القول ان الصحة عبارة عن حالة إيجابية يتأثر فيها الفرد من خلال تفاعله مع الظروف الاجتماعية والثقافية السائدة دورا فعالا في تحقيقها او غيابها ، ويقول المثل العربي (ان درهما من الوقاية خير من قنطار علاج) وهذا يعني ان الصحة اهم بكثير من المرض ، والمبدا العام في الحياة هو السعي الدؤوب للإنسان نحو تحقيق الصحة وتجنب المرض ، أي العمل على ان لا يمرض الانسان.

تعريف الوعي الصحي :-

- لغوياً: الوعي كما ورد في لسان العرب " من وعي الشيء ، والحديث يعيه وعيا ، و أوعاه أي حفظه وفهمه وقبله واع ، وفلان أوعى من فلان أي أحفظ و أفهم "
- اصطلاحا :-"الوعي الصحي مفهوم يقصد به المام المواطنين بالمعلومات و الحقائق الصحية ، و أيضا احساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم ، وصحة غيرهم من المواطنين ، وهو أيضا الممارسة الصحية عن قصد نتيجة الفهم ، والاقتناع ، وتحول تلك الممارسات الصحية إلى عادات تمارس بلا شعور ، أو تفكير" .
- "وهو ادراك المعارف والحقائق الصحية و الأهداف الصحية للسلوك الصحي أي أنه عملية ادراك الفرد لذاته ، وادراك الظروف الصحية المحيطة وتكوين اتجاه عقلي نحو الصحة العامة للمجتمع
- الصحة تعني " الحالة الناتجة من التفاعل الكلي للفرد ، مع بيئته والتي تمكنه من الحياة بفاعلية ونجاح "
- الصحة من قبل منظمة الصحة العالمية بأنها " حالة التكامل البدني والعقلي و النفسي و الاجتماعي وليست فقط الخلو من الأمراض والعاهات "
- أما كلمة الوعي الصحي فنقصد بها ترجمة المعارف و المعلومات ، والخبرات الصحية إلى أنماط سلوكية لدى الأفراد .
- أما التربية الصحية بأنها " محصلة الخبرات التعليمية للفرد التي تؤثر تأثيرا ايجابيا في معلوماته وعاداته و اتجاهاته التي ترتبط بصحة الفرد وصحة المجتمع بواسطة الوسائل التعليمية
- التثقيف الصحي : الشخص المثقف صحيا بأنه الشخص الذي يفهم الحقائق الأساسية الخاصة والمرض والذي يحافظ على صحته وصحة من يرعاهم والذي يعمل على تقدم الصحة في المجتمع.

أنواع الصحة:-

أولا:- الصحة الجسمية: نصل اليها من خلال المناهج:-

١- المنهج العلاجي: هو ما يتبعه الفرد العادي للتخلص من المرض.

٢- المنهج الوقائي: هو ما يتبعه الفرد لكي يتجنب الإصابة بمرض ما .

٣- المنهج الانشائي او الإيجابي: هو ما يتبعه الفرد العادي حتى تقوى صحته ويزيد نشاطه ويتمتع بالشعور بالقوى والحيوية.

ثانيا:-الصحة النفسية: ونصل اليها من كذلك من خلال ثلاث مناهج:-

١- المنهج العلاجي: وهو ما يتبع لعلاج الفرد العادي حتى تقوى صحته ويزيد نشاطه ويتمتع بالشعور بالقوة والحيوية .

٢- المنهج الوقائي: وهو الطريق الذي يسلكه الفرد مع نفسه ومع غيره حتى يقي نفسه وغيرهمن الوقوع في حالة الاضطراب النفسي .
٣- المنهج الانشائي: هو ما يحتذيه المرد ليزيد شعوره بالسعادة وليزيد كفاءته الى اقصى حد مستطاع .

الأسس والمبادئ التي يجب ان نسير عليها لكي نكون اصحاء نفسيا ونتوجه نحوها لكي نحقق الصحة :-

١- ان يتخلص من الفرد من الصراع الداخلي وهو تعارض بين دوافع ورغبات الانسان بحيث اذا حقق الهدف الأول عجز عن تحقيق الهدف الثاني ، واذا أراد تحقيق الهدف الثاني عجز عن تحقيق الهدف الأول والصراع يخلق التوتر والقلق لدى الانسان .
٢- الخوف من الله تعالى في اعمالنا فأن الدين يسر وليس عسر ، كما ان الدين معاملة ويجل الصدق مع الله تعالى ومع النفس ومع الاخرين .
٣- حب الحياة ان حب الحياة شيء جميل وهي الأساس في الصحة.
٤- الشعور بالسعادة مع النفس والاخرين ، وتتمثل في الشعور بالسعادة والراحة النفسية مع النفس و الاخرين واشباع الحاجات والدوافع النفسية الأساسية للفرد ،حب الاخرين والثقة فيهم واحترامهم وتقبلهم.

نظريات الإرشاد الصحي :- وتتضمن أتجاهين

الأول: أتجاه النظريات النفسية المفسرة لإرشاد الصحي وتتضمن :

١- النظرية المعرفية – الاجتماعية Social Cognition theory

وفقا لهذه النظرية فإن اداك الخطر يتطلب تأثيرا واقعيا أضعف مما تستدعيه فاعلية الكفاءة الذاتية ، لذلك تؤدي الثقة في كفاءة الذات دورا كبيرا لتنظيم المتطلبات الصعبة و لذلك تعد الموارد و أهم مورد هو اليقين بكفاءة التصرف الذاتي عاملا مهما يستطيع الفرد يمتلكها أن يقود سلوكه بنفسه بدلا من تركه بصورة سلبية للقدر وهذه هي أهم الأفكار التصرف الصحي لباندورا لذلك فأن هناك ثلاث سمات في أثناء طور الدافع تسهم في تحديد نية الهدف هي :

- ادراك الخطر
- توقع النتائج
- الكفاءة الذاتية

ويرى باندورا ان نية الفرد من أجل القيام بالسلوك الصحي لا تتولد إلا عندما يمتلك فضلا عن توقعات النتيجة الممكنة توقعات الكفاءة في الوقت نفسه أي ان على الفرد أن لا يعتقد ان التدخين مضر بالصحة من أجل أن يتوقف عنه انما عليه أن يكون مقتنعا على أنه قادر على تحمل عملية الاقلاع الصعبة عن التدخين ، فإن شدة النية مرتبطة إلى حد كبير بالكفاءة الذاتية وقد كانت هناك محاولات لا كما لطور الدافع من خلال عمليات ما بعد النية ، وهي ثلاث مستويات :-

المستوى المعرفي المستوى القائم على الفصل مستوى موقفي (ففي طور – ما قبل التصرف يتم تخطيط السلوك المقصود ويتم تحديد كيفية ومكان التصرف وسميت طور ما قبل التصرف أيضا (نوايا التغيير) الذي يترافق أيضا مع توقعات الكفاءة الذاتية .

وفي طور السلوك يرى الفرد فيما إذا كان يجد نفسه قادرا على القيام بسلوكيات معينة بدون أن يكون النجاح مؤكدا ثم نعقد النية على القيام بسلوك ما، إذا ما تعلق الأمر بالتخلي عن سلوك خطر على الصحة مثل تناول العقاقيرالمخدرة ويحتاج ذلك السلوك إلى قوة إرادة ، وفي أثناء هذا الطور يحدث ضبط مستمر لتنفيذ السلوك ، أما من طور ما بعد التصرف فإنه يحدث تقويم إذا يتم فيه تسجيل النجاح أو الفشل و تفسيرها ، فالسلوكيات لا تحدد من خلال المعرفة وحدها بل من خلال المعطيات المعرفية والمهارات التي يمتلكها الفرد ، والفرد مثلاً لا يستطيع ممارسة الرياضة إذا لم تتوفر الكفاءة المطلوبة لذلك.

وفقا لهذه النظرية أيضاً فأن ادراك الخطر يتطلب تأثيرا دافعيا اضعف مما نستدعيه فعالية الكفاءة الذاتية ، لذلك تؤدي الثقة في كفاءة الذات دورا كبيرا لتنظيم المتطلبات الصعبة ،ولذلك تعد الموارد واهم مورد هو اليقين والثقة بكفاءة السلوك الذاتي عاملا مهما يستطيع الفرد الذي يمتلكها ان يقود سلوكه بنفسه بدلا من تركه بصورة سلبية للقدر، وهذه هي اهم الأفكار في نظرية السلوك الصحي لباندورا.

اذ يقوم ادراك الخطر على التقدير الذاتي لدرجة شدة المرض والقابلية الشخصية للإصابة بحاله صحية ما والناجمة عن درجة محدد من التهديد (اخشى من إمكانية إصابتي بمرض ما) مما يثير عمليات معرفية يقوم الفرد من خلالها السلوكيات ونتائجها ، ومثل هذه النتائج قد تكون معيقة للوقاية (عندما استمر في التدخين سوف يحبني أصدقائي) ، واسترد عافيتي اما الإحساس بالخطر وتوقعات النتائج غالبا ما تبقى بدون فاعلية ، اذا لم ترفق بتوقعات الكفاءة انني متاكد من قدرتي على الامتناع عن التدخين حتى اذا ألح علي الاخرون .

٢- نظرية السلوك المخطط Planned Behavior Theory

احدى النظريات التي حاولت ان تربط السلوكيات الصحية بشكل مباشر هي نظرية السلوك المخطط، وبناءآ على هذه النظرية فأن السلوك الصحي هو النتيجة المباشرة للنوايا السلوكية .

وقد نادى (Ajzen) بوجهة نظره التي تؤكد على ان "جزءآ كبيرآ من سلوكنا موجه نحو هدف ومقاد داخلياً" وبأن الناس يبنون نوايا محددة تحدد السلوك ، اللاحق ، وبناءآ على هذه النظرية فأن النوايا السلوكية تتشكل من ثلاث مكونات هي:

- الاتجاهات التي يحملها الفرد تجاه أفعال محددة.
- المعايير الذاتية تجاه الفعل.
- الضبط السلوكي المدرك .

فالأتجاهات التي يحملها الفرد نحو الفعل تستند الى المعتقدات حول النتائج المحتملة للسلوك والتقييمات لهذه النتائج ، أما المعايير الذاتية فترتبط بمعتقدات الفرد بخصوص ما يرى الاخرون ان عليه القيام به (المعتقدات المعيارية) وبدافعيته للامتثال لها ، اما الضبط المدرك فهو ما يحدث عندما يحتاج الفرد السلوك للشعور بأنه قادر على أداء الفعل المطلوب ، وأن السلوك المتبع سيحقق النتيجة المرجوة.

لذا فأن النوايا السلوكية هي مجموعة من المعتقدات الموجودة لدى الفرد ، اذ يكون الشخص مقتنعا بأنه يملك بيده تغيير الأشياء وفقا لكفائته الذاتية، وان هذه النظرية تتنبأ بالالتزام بمدى واسع من السلوكيات الصحية بما في ذلك الفحص الدوري للكشف عن الامراض ، والسلوكيات التي ترتبط بخطر التعرض لمتلازمة فقدان المناعة المكتسبة والتدخين والفحص الصحي العام.

٣- نظرية المعتقدات الصحية

يعد نموذج المعتقدات الصحية من اهم الاتجاهات في تفسير السبب الذي يدفع الناس لممارسة السلوك الصحي ، لذا فأن معرفة الفرد فيما اذا كان سيقوم بممارسة السلوك الصحي تتحقق من خلال عاملين هما:

- ادراك التهديد : الدرجة التي يدرك فيها الفرد بأنه معرض لتهديد صحي
- تقويم السلوك :ادراك الفرد بأن ممارسات صحية معينة ستكون فعالة في التقليل من هذا التهديد .

ان ادراك الفرد المتعلق بالتهديد الصحي يمكن ان يتأثر بثلاثة عوامل هي:-

١- القيم الصحية العامة تتضمن الاهتمام والحرص على الصحة .
٢- المعتقدات التي يحملها الفرد بخصوص إمكانية اصابته بمرض محدد.
٣- المعتقدات حول النتائج التي تترتب على التعرض للمرض .

فالأفراد قد يغيرون من نظام الغذاء الخاص بهم ليحصلوا على غذاء فيه نسبة متدنية من الكورلسترول ، اذا اعتقدوا ان امراض القلب تشكل خطرا شديدا.

اما فيما يتعلق بتخفيف التهديد المدرك فأن المعتقدات التي يحملها الفرد حول دور الفحص الصحي في تقليل التهديد يمكن تقسيمها الي فئتين من العوامل:-

١. العوامل المتعلقة بأعتقاد الفرد بأن الممارسة الصحية لها فوائد قيمة وفعالة في تخفيف الإصابة من الامراض.

٢. النتائج التي تتحقق من عملية الفحص ، فالفرد الذي يشعر بأنه معرض للإصابة بالسكتة القلبية ،وان عليه ان يغير نظام غذائه ولكنه يعتقد بأن تغيير النظام الغذائي لوحده قد لايقلل من مخاطر الإصابة وان التغيير قد يتدخل في سعادته بدرجه كبيرة عند ذلك سوف يعد نظام التغيير غير مسوغ ، لذا فان الاعتقاد الذي يحمله الفرد حول وجود قابيلة كبيرة لديه للإصابة لايكفي لاحداث تغيير اذا كان ايمانه ضعيفا بأن التغيير في نظام التغذية سوف يقلل من الخطر لذلك فأنه لن يقوم بالتغيير.

٤- نظرية المنشأ الصحي

تعد نظرية المنشأ الصحي لانتونوفسكي من ابرز النظريات التي اهتمت بموضوع الصحة والتي ظهرت قبل حوالي عقدين من الزمن ،كمحاولة لتفسير الصحة وكيفية المحافظة عليها .

انطلقت نظرية المنشأ الصحي في عملية تفسيرها للصحة من التساؤلات:

١- لماذا يضل الناس اصحاء على الرغم من وجود الكثير من المؤثرات المضرة بالصحة؟

٢- كيف يستطيع الناس تحقيق الشفاء من المرض؟

٣- ما خصائص اولئك الناس الذين لا يمرضون على الرغم من تعرضهم لضغوط شديدة ؟ لصياغة ،هذه التساؤلات شكلت منطلق اعمال نظرية لأنتونوفسكي هذه النظرية وعملية تفسيرها للصحة الاعتقاد بوجود تهديد صحي

- قيم صحية عامة لديه اهتمام بصحتي .
- معتقدات حول قابلية الاصابة بالمرض .
- معتقدات حول شدة المرض .

سلوك صحي الاعتقاد بأنه سلوكا صحيا قد يقلل من التهديد بالخطر سوف اتوقف عن

- مراعاة معايير صحية معينة قد يكون لها اثر فعال في ايقاف الخطر.
- الاعتقاد بأن الفائدة التي تحققها مراعاة معاييرالتوجه الصحي سوف اتوقف عن

وتساهم نظرية المنشأ الصحي في مساعدة الافراد على مواجهة المشكلات التي تعترضهم ،وكيفية التغلب عليها في مجال الصحة ، وتعزيز الجانب الصحي و الارتقاء به من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة للفرد ، وهناك اتجاهان في فهم الصحة:-

الاتجاه الأول:-الاتجاه القائم على المنشأ المرضي ينطلق هذا الاتجاه السائد في الطب من ثنائية الصحة والمرض، ويرى ان الانسان اما ان يكون صحيحا او مريضآ، اما ان يعاني من اعراض معينة او لايعاني منها ، من خلال هذا الاتجاه يمكن ان نعرف الصحة من خلال غياب المرض كما ان نفهم الصحة

من خلال فهم منشأ الامراض وتطورها وكيفية علاجها وضرورة الابتعاد عن السلوكيات التي تؤدي الى ظهور الامراض وتجنبها.

الاتجاه الثاني:-الاتجاه القائم على المنشأ الصحي كل لحظة من لحظات حياته صحيحا بدرجة ما ومريضا بدرجة ما ، وبمقدار ما يتجه باتجاه الجانب الصحي على المسترشد يكون اكثر صحة ، وبمقدار ما يتجه نحو الجانب المرضي على المسترشد يكون مريضا، ويتسدل هذا الاتجاه على رأيه بأنه حتى عند وجود المرض يبقى الانسان ممتلكا لمساحات من السلوك تمكنه من التعامل مع المرض وعواقبه بنجاح.

فالصحة من هذا المنظور ليست عبارة عن حالة توازن طبيعية تتحقق من تلقاء نفسها وانما عبارة عن حدث مرن وفعال ومنظم لنفسه بصورة ديناميكية ، وهذا يعني انه لابد من بناء الصحة بأستمرار ، وفي الوقت نفسه اعتبار فقدانها عملية طبيعية وموجودة في كل مكان كما ان المسألة المهمة هنا هي ليست في فقدان الصحة انما سعي الانسان نحو تحقيق التوازن وبناء الصحة ، أي ان يكون الانسان اكثر اقترابا من حالة الصحة على المسترشد واكثر ابتعاداً عن المرض.

ان الاتجاه القائم على أساس المنشأ المرضي السائد في الطب يصعب عليه ال بحث في عوامل تعزيز الصحة، والارتقاء بها وانما يبحث في أسباب الامراض وتشخصيها كالاسباب الوراثية او ناقلات العدوى ،الجراثيم والفيروسات او نمط الحياة غير الصحي كالتدخين، والسهر وتناول الكحول او الضغوط والصراعات النفسية ، كما ان انتونوفسكي يرى أهمية التركيز على العوامل التي تدعم صحة الانسان ورفاهيته بدلا من التركيز على العوامل المسببة للأمراض ، فالدعم المقدم من المحيط الأسري والاجتماعي والأعلامي للأنسان وأسناد ودعم الاخرين معه يؤدي بالأضافة الى القوة الذاتية للفرد شأناً كبيراً في الحفاظ على صحته.

مفاهيم نظرية المنشأ الصحي

أولا:-مشاعر التماسك Sense of coherence : وفقا لنظرية المنشأ الصحي فأن حالة الصحة اوالمرض لدى الافراد تتحدد من خلال اتجاه عام للفرد نحو العالم ، وحياته الخاصة او من خلال نظرته للحياة ، وتعد الظروف والعوامل الخارجة عن أرادته كالحروب والفقر والمشكلات الاجتماعية والضغوط الحياتية اليومية من العوامل التي تعرض الصحة للخطر، ولكننا مع ذلك نجد فروقا في الحالة الصحية لدى الافراد ، كما ان مدى تشابه الظروف الخارجية تعتمد على مدى استغلال الانسان لموارده الموجودة من اجل الحفاظ على الصحة ومدى وضوح الاتجاه المعرفي والانفعالي-الدافعي الذي يتمثل بمشاعر التماسك، وتمثل مشاعر التماسك بالنسبة لنموذج المنشأ الصحي وكيفية نشوء الصحة والحفاظ عليها ،وان الشعور بالاحساس او التماسك يعد

نوعا من الميل التفاؤلي تجاه الأشياء الصعبة وغير القابلية للضبط ونوع من الثقة بوجود إمكانات للمواجهة .

ويشير انتونوفسكي الى ان مشاعر التماسك تتضمن الثقة بأنه يمكن السيطرة على الاحداث الحياتية المستقبلية من خلال الدعم الاجتماعي او الجهود الذاتية ، فضلا عن ان القناعة الفردية التي يمتلكها الفرد بخصوص الاحداث المستقبلية التي سيواجهها والجهود المبذولة لمواجهة الاحداث كل ذلك يتطلب التوافق مع العوامل الصعبة او المسببة للارهاق والضغط النفسي وكيفية تجنبها .

ان مشاعر التماسك تعد عنصر مهم في توافق الفرد مع ما يعترضه من مشكلات في حياته وخصوصا المشكلات الصحية ، لا بل انها سمة من سمات شخصية الانسان ، كما ان ارتفاع مشاعر التماسك يرتبط بالاحساس الذاتي بالصحة النفسية والجسمية وبالرضا عن نوعية الحياة والمساندة النفسية والاجتماعية ، على العكس من ذلك فأنخفاض مشاعر التماسك يعد إشارة خطر او انذار للأمراض النفسية والجسمية وهذا ماشارت اليه منظمة الصحة العالمية والعديد من الدراسات.

ثانيا :- الضغوط النفسية

يعتقد انتونوفسكي ان الضغوط تقود الى احداث حالة من التوتر الفسيولوجي واذا يمكن ان يعزى الى ان الافراد لايعرفون الكيفية التي يستجيبون بها في موقف معين ، وان مهمتهم هي مواجهة حالات التوتر ، فأذا ما استطاع الافراد من تحقيق عملية مواجهة لحالات التوتر عند ذلك سيكون لها تأثير محافظ ومنمي للصحة ، واذا ماأخفقت المواجهة ينشأ عند ذلك موقف مرهق للشخص وبما ان مواجهة التوتر لا تحدث دائما ، لذلك تعد المواقف الحياتية الصعبة منتشرة ويمكن ان يكون لها تأثير إيجابي ومنمي للصحة الجمع بين الوظيفة والزواج يعد منمي لصحة الرجل النفسية والجسمية .

والضغوط حسب انتونوفسكي هي مطلب قادم من الداخل والخارج يقود الى اختلال توازن الفرد ، فالافراد يختلفون فيما بينهم في كيفية تحمل الضغوط ، وربما يعود ذلك الى وجود احتياطات او موارد لدى الشخص يتم حشدها ضد الإرهاق او الضغط هذه الطاقة الكاملة ترفع من احتمالية المحافظة على الصحة، فالافراد يقيمون الاحداث التي تواجههم بناءا على أهمية الحدث إيجابي او سلبي ، محايد وفقا لما يحدثه من تأثيرات على الفرد وما يمكن ان يقود اليه من تاثيرات إيجابية ومنمية للصحة وهذا هو التقييم الاولي ، وفي الوقت نفسه يقوم الافراد بأجراء تقييمات ثانوية لبما يمتلك الفرد من إمكانات التعامل مع المرهقات ، فالتقييم الثانوي هو مايقوم به الافراد لتقييم ما لديهم من إمكانات تعامل وخيارات ما اذا كانت تكون كافية لتخفيف الأذى والتهديد الذي ينشا على الحدث.

يميز انتونوفسكي بين نوعين من الضغوط :-

- الضغوط الفيزياوية والبيوكيمياوية كالتأثيرات الناجمة عن الجوع والسموم ومسببات المرض او الحروب ويمكن ان يكون لها تأثير شديد على الحالة الصحية للفرد ويمكن مواجهتها عن طريق الاتجاه المرضي .
- الضغوط النفسية والاجتماعية ولها أهمية كبيرة في نظرية المنشأ الصحي وتحتل موقع الصدارة على أساس تناقض مخاطر الضغوط الفيزياوية مشاعر التماسك في والبيوكيمياوية ، وهنا يوظف انتونوفسكي مواجهتها فالافراد الذين يمتلكون مشاعر عالية من التماسك دائما ما يقيمون المثيرات المؤثرة بالصحة بأنها حيادية ويشعرون بأنهم يسيطرون على صحتهم ، اما الافراد الذين يمتلكون مشاعر تماسك ضعيفة فأنهم يقيمون المثيرات على وتبين الدراسات التي أجريت انها حالات توتر.

وان الضغوط لها تأثير على الصحة النفسية والجسمية وتشكل عامل مهم في حدوث المعاناة النفسية وتطور امراض القلب والشرايين والسرطان وظهور الامراض النفسية مثل القلق ةالتوتر والأكتئاب، كما يمكن ان تؤدي ضغوطات العمل او الجمع بين عدة أدوار في نفس الوقت او البطالة ، المشكلات الاسرية، عدم توفر المساندة الاجتماعية كل ذلك يمكن ان يقود الى تدهور في الوضع الصحي.

ثالثا:- مورد الحفاظ على الصحة (موارد المقاومة)

حدد انتونوفسكي مجموعة من العوامل التي تساهم في التغلب على حالات التوتر التي يتعرض لها الافراد والتي تساهم في الحفاظ على الصحة وتحسينها وتتمثل هذه العوامل في:-

١- العوامل الفردية : كالعوامل الجسدية ، الذكاء ، استرتيجيات المواجهة.
٢- العوامل الاجتماعية و الثقافية: كالدعم والأسنادالاجتماعي ،الإمكانات المادية ثقافة الفرد.

ان توافر مواد المقاومة يؤدي الى تعزيز مشاعر التماسك من خلال مواجهة الضغوط بينما قلة هذه الموارد يؤدي الى حدوث حالة التوتر وبالتالي يؤثر على مشاعر التماسك سلبا ، وعلى النحو مشابه يمكن التمييز بين نوعين من موارد الحفاظ على الصحة هما

- الموارد التنظيمية والتي تتمثل بالظروف الواقعية التي يعدل وينمي ضمنها الفرد قدراته الفردية من خلال المواجهة الفعالة مع الإمكانات القائمة وهي تتضمن ضبط الموقف ، الدعم الاجتماعي.
- الموارد الشخصية المنمية للصحة وتتمثل في أنماط السلوك الثابته موقفيا والمرنة في الوقت نفسه .

ثانياً: أتجاه النظريات الأجتماعية المفسرة لإرشاد الصحي وتتضمن :

١ - المنظور البنائي الوظيفي:

يمكن تشبيه المجتمع البشري بالكائن الحي من حيث التركيب والوظائف التي يؤديها كل منهما ، والمنظور جعل البعض من علماء الاجتماع الطبي يرون ان المرض والصحة والمؤسسات الصحية يمكن تحليلها ضمن الاطار المرجعي للنسق الاجتماعي المتغير.

وينظر بارسونز الى المجتمع كنسق اجتماعي يحتوي على انساق فرعية تربطها علاقات تبادلية مع الانساق الاخرى تعمل جميعها على تحقيق توازن النسق الاجتماعي العام والمحافظة عليه ، ويرى بارسونز ان خروج احد الانساق عن المعايير وعدم ادائه لوظيفته، يقود الى الانحراف الاجتماعي، الذي يهدد النسق بالانهيار بيد ان هذا الانحراف، في نظره يمكن اصلاحه بوساطة اليات تقودها الانساق الفرعية الاخرى من شأنها مقاومة الانحراف، واعادة النسق المنحرف الى حالته الطبيعية لأداء وظيفته على النحو الذي يضمن التوازن والاستقرار الاجتماعي للنسق الكلي.

وقدم بارسونز لعلم الاجتماع الطبي اسهاما متميزا بواسطة صياغة النظرية البنائية الوظيفية ، سعى بارسونز الى تحليل سلوك الافراد في سياق النظم الاجتماعية الكبرى المؤثرة في التفاعل الاجتماعي. انصب اهتمامه على الاعتلال الصحي فيما يتعلق بتأثيره في الوظائف الاوسع للمجتمع، مما يمنع الناس من اداء ادوارهم الاجتماعية.

وعرف تالكوت بارسونز المرض او الاعتلال بانه ظاهرة اجتماعية قبل ان تكون ظاهرة بيولوجية. وعرف الصحة بانها تعني المقدرة القصوئ لدى الفرد على اداء ادواره الاجتماعية الاعتيادية .

وعلى اساس هذا المنظور يرى بارسونز ان المريض له ادواريؤديها قبل اصابته بالمرض، وعند التعرض للمرض تتعطل تلك الادوار ، وتبعا لذلك يصبح من الضروري ايجاد الية اجتماعية تقوم باصلاح اي خلل يصيب افراد المجتمع من اجل اعادتهم الى حالتهم الاعتيادية.

ولتفسير هذه النقطة المهمة قام بارسونز بتطوير نموذج بنائي وظيفي يتضمن مفهوم "دور المريض".

دور المريض والعلاقة بين الطبيب والمريض:

احد التفسيرات الاكثر اتساقا لسلوك الاعتلال في المجتمع الغربي هو مفهوم دور المريض المستنبط من جانب بارسونز ، رغم ان المرض قد يكون نتيجة الاصابة بالعدوى او الحوادث ، يصبح من الضروري على المريض عند اصابته بالمرض ان يسعى الى الحصول على استشارة طبية والتعاون مع

الطبيب المعالج ، وتبعا لذلك يصف بارسونز دور المريض بانه يتألف من اربعة عناصر اساسية :.

١- المريض معفو من ادواره الاجتماعية الاعتيادية
٢- المريض غير مسؤول عن حالته او حالتها المرضية .
٣- المريض يجب ان يطلب المساعدة للتخلص من المرض.
٤- المريض عليه ان يسعى الى طلب مساعدة مهنية فعالة ويتعاون مع الطبيب،

ومع ذلك فأن الاستثناء الذي يحصل عليه الشخص المريض من ادواره الاجتماعية الاعتيادية، يتطلب اثبات صحة مرضه بشهادة صادرة من الطبيب المشرف على العلاج.

ونيجة لذلك ، يرتبط المريض مع الطبيب بعلاقة ادوار متكاملة ولكنها ليست متكافئة ، فالعلاقة متكاملة لان كلا من الطبيب والمريض بحاجة الى الاخر لتلبية متطلبات ادوارهما الخاصة ، وهي ليست متكافئة لان الطبيب يتمتع بسلطة عليا او قوة توجيهية على سلوك المريض.

مفهوم بارسون لدورالمريض مقاربة اجتماعية مفيدة لسلوك المرض لانه يصورالعلاقة بين الطبيب والمريض ضمن اطارمرجعي للادوار الاجتماعية ، المواقف والانشطة التي تجعل الطرفين في مواجهة مع البعض الاخر في موقف الاعتلال ، ودور المريض يثيرمجموعة من التوقعات المنتظمة التي تحدد المعايير والقيم المناسبة للمريض، لكل من الفرد والاخرين المتفاعلين مع الشخص المريض ، وهكذا، فان سلوك اولئك المنخرطين يوضع بطريقة تفاعلية يمكن التنبؤ بها.

والى جانب اسهام بارسونز في فهم سلوك الاعتلال ايضا يصف وظيفة المهن الطبية كنوع من الضبط الاجتماعي ، ويرى بارسونز ان الاعتلال يعرقل وظيفة المجتمع لانه يمثل حالة تمكن الناس من التهرب عن مسؤولياتهم الاجتماعية بعض الناس حتى يرغبون في المحافظة على دور المريض على نحو دائم من اجل تبرير الفشل ، فضلا عن الاعفاء من الالتزامات الاعتيادية والحصول على امتيازات اخرى تمنح عادة للمريض ، ولهذا السبب يصبح الطب الية يتمكن النظام الاجتماعي بواسطتها من اعادة المرضى الى حاتهم الطبيعية.

واما دور الطبيب فينصب على تقديم افضل الخدمات الممكنة للمرضى من اجل شفائهم وتحقيق الحياة السليمة لهم جميعا، وهذا يتطلب منه مستوى عالي من التخصص والممارسة العلمية والخبرة فضلا عن مراعاة الجوانب الانسانية في عند التعامل المرضى.

وحفز مفهوم بارسون لدور المريض عددا من الباحثين الى متابعته واتخاذ مواقف مختلفة منها الايجابية ومنها السلبية ، على الرغم من ذلك لا يزال المفهوم مهما كنمط مثالي تجرى على ضوئه الدراسات الاخرى.

النماذج المتعددة لانماط التفاعل الاجتماعي بين المريض والطبيب:

حاول كل من هولندر وزاز تطوير نموذج بارسونز الاحادي البعد الى تحديد ثلاثة اشكال من العلاقة العلاجية بين المريض والطبيب :الاولى هي العلاقة السلبية ـ الايجابية، والثانية التعاون الموجه والثالثة المشاركة المتبادلة.

وان العلاقة بين الطبيب والمريض لا تكون قائمة على التعاون فقط بل يسودها الصراع والعداء احيانا كذلك. كما حدد فريديون ثلاثة انواع من الشرعية للشخص المريض.

وشرعية مشروطة اعفاء المرضى تماما ، شرعية غير مشروطة، اعفاء المرضى من واجباتهم بصورة دائمية ويسمح لهم بالحصول على امتيازا اضافية لانهم مصابون بامراض غير قابلة للشفاء العاجل،وعدم الشرعية اعفاء المنحرفين من بعض التزاماتهم الاعتيادية.

واكد فريدسون بان ردود الافعال نحو المرض، وتوقعات الشخص المريض قد تختلف من جماعة الى اخرى حسب اختلاف الانساق الثقافية لكل منهما حيث ينتمي الطبيب الى النسق المرجعي العلمي الكوني ، واما المريض فينتمي الى النسق المرجعي المحلي.

سلوك طلب الخدمات الطبية المهنية:

سلوك طلب العلاج قضية قائمة على حقيقة ان بعض المرضى يسعون حالا ، عند ظهور الاعراض ، الى طلب المساعدة من الاطباء في حين ان اخرين يترددون او يمتنعون عن ذلك، مع انهم في نفس الحالة المرضية ، ورغم ذلك ،فأنهم يكونون اكثر ميلا نحوطلب المساعدة الطبية عندما يضطرب اداوْهم العضوي الوظيفي الاعتيادي اكثر من تأثرهم بطبيعة الاعراض المرضية الجانبية.

ويوْكد ميكانيك على ان الخبرة المرضية تتشكل من خلال عوامل اجتماعية-ثقافية ، واجتماعية نفسية ، بغض النظر عن ابعادها الفسيولوجية او الوراثية او اية عوامل عضوية اخرى ، ولغرض تسليط الضوء على هذه القضايا، نقوم بعرض سلوك المرض لدى ميكانيك.

تحليل سلوك المرض:

يعرف ميكانيك سلوك المرض بانه حالة مرضية تقلق صاحبها وتثير رغبته في معرفة اعراضها وتقييم مضومنها والتعرف حيالها باللجوء الى طبيب

لغرض العلاج الرسمي او الشعبي ، ويحدد ميكانيك عشرة عوامل مؤثرة في سلوك المرض.

١- ظهور الاعراض:اظهرت عدة ابحاث وجود علاقة قوية بين حدة اعراض المرض وسرعة طلب المساعدة الطبيبة.

٢- ادراك خطورة الاعراض: الامراض الاكثر خطورة تدفع صاحبها الى طلب العلاج اكثر من غيرها .

٣- مدى تعطيل المرض للانشطة الاجتماعية: كلما ازداد تاثير المرض في الانشطة الاجتماعية ، ازداد المريض سرعة في طلب العلاج اللازم، خوفا من الاصابة بالعجز الدائم.

٤- تكرار الاعراض واستمرارها: عندما يشعر المريض باستمرار الاعراض المرضية هرع الى طلب المساعدة الطبية.

٥- درجة التساهل تجاه المرض: يختلف الافراد من حيث قدراتهم على تحمل الام المرض فالبعض منهم عندما يلاحظ اية مؤشرات حقيقية على المرض يسارعون في البحث عن علاج في حين ان اخرين يمتنعون عن ذلك الا في حالة ظهور اعراض خطيرة.

٦- معايير التقييم: تعتمد الاستجابة للمرض (بخاصة النفسي) على المعلومات والافتراضات الثقافية للقائم بعملية التقييم. ويؤثر مدى وعي الفرد وثقافته وسعة اطلاعة على الامور الطبية في درجة الحافز نحو طلب العلاج.

٧- دوافع الاخفاء : هناك انواع من الامراض التي تجعل بعض الافراد يخفونها عن الاخرين منها الاضطربات النفسية. فالزوجة او الزوج مثلا يخفي او تخفي هذه الاعراض عن الطرف الاخر خوفا من تأثر الرابطة الزوجية، او تحاشي العار من قبل الطرف الاخر.

٨- الحاجات المتناقضة : في بعض الاحيان قد يلجأ الفرد الى الموازنة بين الحاجات التي قد تبدو متناقضة او متضاربة ، كتفصيل رئيس الاسرة الانصراف الى مواصلة اعماله المعاشية على طلب الرعاية الصحية على الرغم مما يعانيه من حالة مرضية حرجة وذلك حرصا منه على اعالة افراد اسرته.

٩- التفسيرات البديلة: يلجا الافراد المحيطون بالمريض، خاصة في حالة الامراض النفسية، الى مجموعة من التفسيرات المختلفة للمرض، وكثيرا ما يخفف الناس من خطورة الاعراض على حياة المريض وقد تستمر هذه التاويلات فترة طويلة مدى الزمن حتى تشتد حالته الصحية تدهورا فيسارعون ، عندئذ، الى طلب العلاج في نهاية المطاف.

١٠- امكانية الحصول على العلاج: تعتمد امكانية الحصول على العلاج على مدى توافره النسبي وامكانية الحصول عليه والاستفادة منه . فكلما زادت الصعوبات امام الحصول على الخدمة الطبية قل الاعتماد عليها

والبحث عن مصادر اخرى للعلاج. وتتضمن العراقيل التي تحول دون الحصول على العلاج التكاليف المالية، الوقت ،الجهد والبعدعن مكان العلاج وغير ذلك.

ويحاول سوشمان تحليل سلوك المرض من خلال الانماط الاجتماعية المصاحبة للبحث عن الرعاية الطبية، والاستفادة منها، ويقسم سوشمان مراحل الاستجابة للمرض الى خمس مراحل وهي:

١- مرحلة ادراك المرض :يلاحظ المريض في هذه المرحلة وجود الم عضوي او عدم ارتياح ووجود تغير في بعض المظاهر الحسدية كالاحساس بالضعف ووجود صعوبة في فهم الاعراض وتفسيرها، فضلا عن الشعور بالخوف والقلق.

٢- بدء الدخول في دور المرض

في هذه الحالة يبدا المريض في البحث عن وسائل للتخفيف من مرضه من خلال الرعاية الشخصية والاستفادة بافراد اسرته والاصدقاء والمعارف وكلما زادت درجة الثقة المتبادلة معهم لجا الى الاخذ بنصائحهم وإرشاداتهم والعكس صحيح.

٣- مرحلة طلب الرعاية الطبية

في هذه المرحلة يقرر المريض، بعد فشل جهوده كافة ،البحث بجدية عن الرعاية الطبية العلمية وليست الرعاية الطبية العادية(الطب الشعبي) فيعرض نفسه على الطبيب المعالج لغرض اجراء اللازم.

٤- مرحلة دور المريض الفعلي

في هذه المرحلة يتولى الطبيب المعالج تقديم الرعاية الصحية واتخاذ الاجراءات المتعلقة بالعلاج والإرشادات الصحية للمريض وفي هذه الحالة يدخل في عملية تفاعل اجتماعي معقدة مع المريض قد تستمر عن وقوع خلافات بينمها بخصوص التشخيص والعلاج. اما بخصوص المتغيرات الديمغرافية ، فقد وجد ان الناس الكبار والنساء كانوا اكثر احتمالا لزيارة اطباء. متغيرات مثل التركيب الاثني والطبقة الاجتماعية كانت مهمة ايضا. وهناك دراستان مؤثرتان في هذا المجال هما دراسة(Schuman) ودراسة (Koos) ، درس سوشمان مدى اهمية المعتقد الديني وقبول الطب الحديث بين عدة جماعات اثنية في مدينة نيويورك ، فوجد ان الاشخاص المنحدرين من اصول حضرية رفيعة المستوى لديهم مواقف علمية حول الطب الحديث، اما الاشخاص المنتمون الى جماعات محلية فلديهم معتقدات شعبية او غبر علمية.

ومقاربة اخرى لدراسة سلوك طلب المساعدة الطبية ،هو ارتباطها بالطبقة الاجتماعية.الدراسة المهمة هنا هي دراسة كوس صحة ريجنفيل (Koos) حيث وجد ان الاشخاص من الطبقة العليا والوسطى كانوا اكثر احتمالا في ادراك الاعراض المرضية التي تثير اهتمام الطبيب ، ويبدو ان افراد الطبقة

الدنيا غير قادرين على طلب المساعدة الطبية بسبب الكلفة، الخوف من الاطباء ، والحاجة النسبية المحددة بواسطة العمر ودور الشخص المريض. الصغار والكبار والكاسبون كانوا اكثر احتمالا في الحصول على علاج طبي ، والى جانب العمر، الجنس ، والطبقة الاجتماعية، متغيرات اخرى كالتعليم ،الحالة الزواجية ، القدرة على الدفع ،والوقت، والطاقة ،والجهد المطلوب للوصول الى الطبيب، وجد انها مهمة جميعا في بعض الدراسات.

ثانيا: نظرية التفاعل الرمزي

ابتكر اصحاب نظرية التفاعل الرمزي لعلم الاجتماع الطبي منظورا جديدا مهما عن الصحة والاعتلال.على سبيل المثال ،يميز اصحاب التفاعل الرمزي بين مفهومي المرض { disease } والاعتلال{ illness } فالاول يشير الى امراض معينة تصيب جسم الانسان، في حين ان الثاني يدل على المضامين الاجتماعية المنسوبة لذلك المرض ، بما فيها الخبرات المكتسبة والعلاقات الاجتماعية وانماط السلوك المتعلقة بالمريض ، وفي جوهره ، ينبع منظور التفاعل الرمزي الى حد كبير من اعمال جورج هربرت ميد وهربرت بلومر، والقضية الرئيسية لاصحاب التفاعل الرمزي هي ان النفس البشرية هي نتيجة التفاعل القائم بين اعضاء المجتمع .الناس لهم الدرة على التفكيروالابداع وتحقيق الذات وتقرير المصير لدرجة كبيرة ، وطورجارلس كولي (Cooley,ch) نظرية المراة العاكسة للذات للاشارة الى ان الناس لهم القدرة على معرفة انفسهم من خلال ردود افعال الاخرين .

هذا المنظور الاجتماعي اثر في اثنين من مشاهير علماء التفاعل الرمزي هما:انسلم شتراوس وارفنج جوفمان ، وتتجلى اسهامات شتراوس في عمله المشترك مع جوفمان و هورد بيكر واخرين في دراستهم الاعداد في المدرسة الطبية، وحقق ستراوس انجازه في النظرية وطرق البحث في عدد من الميادين بضمنها عمله المشترك مع كليزرعن العملية الاجتماعية للوفاة والموت صورا فيها معاناة المرضى قبل وفاتهم ، وما يلاقونه من اهمال من جانب القائمين على رعايتهم من اطباء وممرضات.

وكما اشترك مع هورد بيكر في كتاب الدخلاء (Becker, et al . Outsiders1963)، ويعد المفكر الرئيسي وراء نظرية النعت او الوصمة التي تشير الى ان السلوك المنحرف لا يمثل الفعل الحقيقي وانما هو بالاحرى نتيجة تعريف الاخرين بالانحراف. هذا المفهوم مفيد على وجه الخصوص في علم الاجتماع الطبي فقد استخدمه توماس شي (Thamas Scheff,1966) في دراسته (المصاب بالمرض العقلي) فوصف الاعراض الطبية النفسية للمريض بانها سلوك مغاير للمعاييرالاجتماعية المعترف بها ثقافيا.

واما جوفمان، الذي اصح منظرا رئيسيا في علم الاجتماع عموما، فقد بدا عمله في البحث في علم الاجتماع الطبي بمتابعة احوال المرضى عن كثب

في مستشفى الامراض العقلية ، وفي دراسته الاولى بهذا المجال، المارستانات قدم مفهوم (المؤسسات الكلية) الذي عبر فيه عن الحالة الاجتماعية لأناس محتجزين بواسطة مؤسسات تمارس عليهم ضغطا شديدا ، كما ابتكر فكرة المنظور المسرحي في علم الاجتماع الذي يصور (الحياة كمسرح والناس ممثلين على خشبة المسرح) وقد استخدم هذا المنظور في مجال علم الاجتماع الطبي.

وتميز جوفمان باستعمال مفهوم الوصمة وهي في سياق الطب النفسي، تعني وصمة العار التي تلصق بالناس المصابين بالامراض العقلية عادة او الناس غير الطبيعيين في تصرفاتهم عموما.الناس الموصومون بالعارلايملكون قبولا اجتماعيا كاملا،ويسعون دائما الى التوافق مع انماط هوياتهم الاجتماعية مع المحيط الاجتماعي العام .

ويحدد جوفمان ثلاثة انواع من الوصمة: السلوكية ، والبدنية والجماعية .يمثل الاول انحرافات في سمات الشخصية مثل الاطرابات النفسية او الادمان على المخدرات والكحول ، اما النوع الثاني فيشمل التشويهات الخارجية للجسم او الجذام او البدانة او النحافة المرضية ، واما النوع الثالث فيصيب المرء بسبب انتمائه الى جماعة عنصرية اوديانة او شعب معين كما يلحق بالخارجين على العادات والتقاليد القبلية.

ويمكن ملاحظة تأثير جوفمان في علم الاجتماع الطبي في البحث عن المواجهة الطبية ، وهي الحالة التي يتقابل فيها شخصان او اكثر وجها لوجه ، فقد اكد على ان هذا يجب ان يكون ميدانا رئيسيا الإرشاد والبحث الاجتماعي ، وكما شدد على ان علم النفس الاجتماعي يجب ان ينصب على تحديد وفهم القواعد والمعايير التي تحكم اية عملية تفاعل اجتماعي مهما كان نوعها، بضمنها عملية التفاعل بين الاطباء والمرضى.

ثالثا: النظرية الصراعية:

تقوم على الافتراض بأن المجتمع متكون من جماعات متنافسة من اجل الحصول على الموارد والسلطة والجاه ، وان الوصول الى الموارد غير متكافئ بطبيعته، وان اصحاب السلطة يسعون الى المحافظة على امتيازاتهم ، وهكذا فأن المنظرين الصراعيين يتوقعون ان يحدث التغير الاجتماعي عن طريق الثورة بدلا من التغير الاجتماعي.

ويعتبر كارل ماركس مؤسس الفكر الصراعي، وعلى الرغم من انه لم يكتب صراحة حول الصحة والمرض،الا ان افكاره اثرت في الابحاث المعاصرة المتعلقة بالاقتصاد السياسي للصحة ، كما ان الكتابات المبكرة لفردريك انجلز عن الاحوال الصحية المتدهورة للطبقة العاملة في انكلترا خلال القرن التاسع عشر، وعمله المشترك مع كارل مركس، يمثل نقدا للصحة

والطب خلال هذه الفترة ممثلا احدى النظريات الاجتماعية الحقيقية للاعتلال والمرض.

وفي الوقت الحاضر، وضعت منظمة الصحة العالمية منظورا عن الصحة حددت فيه دور العوامل الاجتماعية في الصحة والمرض، وفي تطبيق هذه المقاربة على علم النفس الاجتماعي الطبي، فانها تقودنا الى ما يسمى "بالمحددات الاجتماعية للصحة"، حيث ينظر الى الاحوال الصحية للسكان بانها تخضع لتاثير مجموعة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والبيئية والثقافية ، وفي الاونة الاخيرة، انصب اهتمام الباحثين في هذا السياق على صياغة نظريات متوسطة المدى لتفسير توزيع الامراض وتشمل الاطر النظرية الرئيسية الاربعة:

١- النظرية النفسية الاجتماعية: الاطار النفسي الاجتماعي يوجه الاهتمام نحو ،البيئة الاجتماعية المكونة من عوامل نفسية اجتماعية ناجمة عن التفاعل البشري ، ويدخل ضمن ذلك الهيمنة الطبقية ، والتفكك الاجتماعي والتغير الاجتماعي السريع المكانة الهامشية في المجتمع بضمنه الاستبعاد الاجتماعي والعزلة الاجتماعية ، يرى كاسل ان هذه العوامل النفسية الاجتماعية مجتمعة تفسر السبب في اصابة جماعات معينة بصورة غير متكافئة ببعض الامراض دون غيرها ، وهكذا فان الاطار المرجعي النفسي الاجتماعي يوجه الاهتمام نحو الاستجابات البيولوجية الداخلية للتفاعلات الاجتماعية ، فهو منصب على الاستجابات للضغوط وعلى الناس الخاضعين للضغوط المحتاجين الى الموارد النفسية الاجتماعية.

الفقر وامراضه: ان الحالة الصحية للافراد و لفئات المجتمع وطبقاته المختلفة تتناسب مع الوضع الاجتماعي الاقتصادي لهذه الجماعات اي ان الحالة الصحية تكون اكثر تدهورا كلما كانت هذه الفئات في وضع اجتماعي اقتصادي منخفض والعكس صحيح.

وتشير الدراسات الحديثة الى ان الضغوط النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها الفقراء قد تزيد من مخاطر الاصابة بالعديد من الامراض على سبيل المثال ان الضغط النفسي المزمن الناجم عن العيش في محيط يتصف بالفقر والعوز يزيد من استعداد الفرد للاصابة بانسداد الشرايين التاجية، والاكتئاب والداء السكري.

ويرى لبتون ان المرض يعود الى الحرمان والفقروهما سببان رئيسيان في انتشار الامراض والاعتلال الصحي وعائقان عن الحصول على الرعاية الصحية الضرورية ، كما ان العلاقة نعود الى ارتباط الصحة بعوامل اخرى ذات صلة وثيقة بالفقر مثل قلة المعلومات والثقافة الصحية المتعلقة بالممارسات المناسبة للمحافظة على الصحة كالتدخين وتعاطي الكحوليات وقلة الحركة.

٢-االمحددات الاجتماعية للامرض : تتمثل المحددات الاجتماعية للصحة في الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي يعيش الناس في ظلها والتي تحدد صحتهم، والخدمات الاجتماعية والصحية التي يتمكنون من الحصول عليها.

والعوامل الاولية التي تحدد صحة الناس ليست معالجات طبية او خيارات طراز الحياة بل بالاحرى ظروف معيشتهم المختلفة وهذه الظروف تعرف " بالمحددات الاجتماعية للصحة".

وتتحدد صحة الناس بواسطة توزيع الدخل والثروة والحالة العملية وظروف العمل والخدمات الصحية والاجتماعية التي تحصل عليها وبقدرتهم في الحصول على تعليم جيد غذاء وسكن، شبكة امان اجتماعية .

٣-نظرية الاقتصاد السياسي للصحة : يؤكد اصحاب منظور الاقتصاد السياسي للصحة على انه في ظل الرأسمالية تكون علاقات الافراد بوسائل الانتاج امرا مهما لفهم مراكزهم الاجتماعية في سلم الهرم الاجتماعي فضلا عن امكانياتهم في الحصول على الثروة والتمتع بالصحة السليمة ، وفي تفسيرهم للفروق الصحية يشددون، على الدور الاساسي لأصحاب السلطة والنفوذ في توزيع الموارد النادرة التي تشكل نوعية وتوزيع المحددات الاجتماعية للصحة .

الفرضية الاساسية لهذه المقاربة هي ان المؤسسات الاقتصادية والسياسية والقرارات التي تنجم عنها تفرض امتيازات اقتصادية واجتماعية لدى جماعات معينة وتحرم فئات اخرى منها، وهي تشكل الاسباب الرئيسية للفروق الاجتماعية في الاحوال الصحية .

اما هارولد ويتزكن فقد اعتبر المؤسسة الطبية بمثابة احد مصادر القوة الاجتماعية لدى الرأسماليين ، ولما كان المجتمع الراسمالي قائما على المنافسة الاقتصادية الحرة فان السباق نحو السيطرة على النظام الصحي تدر على اصحاب رؤوس الاموال ثروات هائلة ، مما حدا بقادة النظام الصحي الى الانخراط بالعملية الراسمالية وهكذا ، فان النظام الصحي، بكل ما يتضمنه من خبرات عملية وتقنية وعملية. سيصبح حتما تحت سيطرة الراسماليين.

وهناك تحليلات اخرى انصبت على معالجة الفروق الاجتماعية الناجمة عن التمييز العنصري والجنساني والتركيب الاثني للسكان ،الى جانب الهيمنة الذكورية، وانعكاساتها السلبية على الصحة.

وقد انطلقت موْخرا حركات اجتماعية انسانية ذات طابع عالمي متصدية للمخاطر التي تهدد عدالة البيئة وسلامة الجنس البشؤي مثيرة اهتماما كبيرا بالقرارات المشتركة للحكومات الغربية في نقل التلوث والفقر الى البلدان الفقيرة والى مناطق متدهورة داخل البلدان الغنية وبخاصة الجماعات ذات الاقليات السكانية، ومن اهم مصادرها :التلوث البيئي، العولمة، الهجرة القسرية العالمية والحروب واعمال العنف وغير ذلك.

تأثير الحروب والنزاعات على الصحة:

اهتم الصراعيون بدراسة تأثير الحروب و الصراع العنيف على الصحة ، تظهر الاثارة المدمرة للصراع على الصحة البشرية في الاصابات المباشرة والاعتلال الصحي والوفيات، الناجمة عن تدهور الصحة العامة، كما تشمل العواقب الصحية للصراع العنيف المدنيين والعسكريين كما تمتد اثار للحروب ايضا الى الصحة البيئية بضمنها التلوث البيئ، المبيدات، الاشعاع الذري فضلا عن التعرض لمخاطر الامراض المعدية. وفي تدمير الانظمة الايكولوجية للمناطق المجاورة.

٤-تأثير الثقافة في الصحة والمرض

يؤكد علماء الانثروبولوجيا على ان اسباب الامراض ، وسبل ادراكها وطرق معالجتها تختلف باختلاف البيئة الاجتماعية والثقافية للجماعة..ففي كثير من الشعوب البدائية يُعتقد بان الموت والصحة والمرض تعود الى فعل السحر، والحسد والجن والشعوذة وغيرها .

رابعا: النظرية النسوية في الصحة:

النظرية النسوية هي مجموعة مختلفة من الافكار والحركات الاجتماعية النسوية المتعلقة بالمساواة بين الجنسين سياسيا، واقتصاديا واجتماعيا وثقافيا وصحيا وفي جميع النواحي الاخرى ، وفي المجتمعات التقليدية النساء تابعات للرجال من حيث المكانة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، وكما انهن مستبعدات من اتخاذ القرارات، ولديهن قدرة محدودة في الوصول الى الموارد والسيطرة عليها ، فضلا عن ان قدرتهن على الحركة محدودة ، ويخضعن كثيرا الى التهديد واستعمال العنف من جانب الذكور، وعلى الرغم من التقدم المحرز،لا تزال المجتمعات في جميع انحاء العالم، ولا سيما المجتمعات النامية والمتخلفة، مقصرة كثيرا بحق المرأة في المراحل الاساسية من حياتها ولا سيما في مرحلتي المراهقة والكبر.

العوامل المحددة للصحة

في مجرى تأريخها تركزت الصحة العامة على ما كان يعتقد بأنه مصدر الوفيات الاكثر اهمية المرض الاصابة والعجز ، وفي اواخر القرن التاسع عشر ومطلع القرن العشرين، تركزت الصحة العامة على نحو الخصوص على البيئة الطبيعية التحسينات في الماء النقي، السكن الصحي، تعزيز الصحة العامة ، تأمين مكان العمل والتغذية الصحية ، وقد اسهمت جميعها في تحسين الاحوال الصحية ومن ثم الى زيادة سريعة في متوسط الحياة المتوقعة.

وفي العقد الاخير من القرن العشرين انصب الاهتمام على ضرورة توفير خدمات الرعاية الصحية ، من اجل اطالة المزيد من سنوات الحياة، بخاصة الحياة المتوقعة ، وفي العقود الحالية اظهرت الابحاث على نحو متزايد اهمية تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية في تحسين الوضع الصحي لدى مختلف شعوب العالم .

الحالة الصحية للنساء في العالم:

على الرغم من التقدم المحرز في مجال صحة النساء، في جميع المجتمعات البشرية ما زالت النساء يعاين من مشاكل صحية في مختلف مراحل حياتهن ولا سيما في مرحلتي المراهقة والكبر ، تلك هي النتائج التي توصلت اليها تقارير منظمة الصحة العالمية.

التباين بين النساء والرجال:

تتقاسم النساء والرجال تحديات صحية متشابهة كثيرة، ولكن هناك اختلافات مهمة ايضا فاعمار النساء اطول عموما من اعمار الرجال بحوالي ٥ سنوات بما لديهن من مزايا بيولوجية وسلوكية ، غير ان هذه المزايا تكاد تزول في بعض المناطق وخصوصا في بعض انحاء من اسيا ، بسبب التميز ضد النساء الى درجة تجعل حياتها المتوقعة عند الولادة اقصر من العمر المتوقع للرجال او يكاد يكون متساويا على العكس من بقية دول العالم ، ثم ان عمر النساء الاطول لا يعني بالضرورة انهن بوضع صحي افضل، حيث انهن يواجهن صعوبات اكبر من الرجال في الحصول على الرعاية الصحية الضرورية، فضلا عن حرمان النساء من التعليم وانخفاض مستوى الدخل وفرص التوظيف التي تحد من قدرتهن على الاعتناء بالصحة الشخصية.

الفروق بين البلدان في العالم:

توجد فروق صحية واضحة بين النساء بسبب اختلاف ظروف المعيشة في مختلف دول العالم ، فالنساء في البلدان الغنية يعشن حياة اطول، ولا يعانين من ضعف صحتهن الا قليلا ، بالمقارنة مع النساء في البلدان الفقرة ، ففي البلدان الغنية تنخفض بشدة معدلات الوفيات بين الفتيات والنساء ، وتحدث معظم الوفيات يعد سن الستين ،اما في البلدان الفقيرة فان الصورة مختلفة تماما فوسيط الاعمار اقصر في المتوسط ومعدلات الوفيات بين الاطفال اعلى، ومعظم وفيات الاناث تحدث اثناء فترة المراهقة وفي وفيات الامهات.

الجنوسة والصحة:

تشير منظمة الصحة العالمية الى ان الجنس يشير الى الخصائص البيولوجية كالتركيب البنيوي والفسيولوجية،اي وظائف الاعضاء، التي تميزالرجال والنساء، واما الجنوسة (gender) فتشيرالى الجنس من حيث (الذكورة والانوثة) ، وعلاقات الجنوسة تصف المعايير ، الادوار ،القيم ، والمواقف ، والتوقعات التي ترشد الناس الى كيفية التصرف ، وتحدد سبل التعامل معهم في مجتمع معين.علاقات الجنوسة ليست ثابتة وانما هي مختلفة من مجتمع لاخر ومن مكان وزمان الى اخر، لانها تمثل افكارا ومعتقدات اجتماعية بدلا من حقائق بيولوجية .

ادوار الجنوسة

ادوار الجنوسة هي الواجبات والمسؤوليات المحددة التي يقوم بها الرجال والنساء في المجتمع . ولها وظائف مهمة تؤديها في تحديد علاقات الجنوسة .

المحددات الاجتماعية للاختلافات الصحية بين الذكور والاناث

في المجتمعات التقليدية تقوم ابسط اشكال التمايز الاجتماعي على اساس الجنس من حيث توزيع الواجبات والمسؤوليات ، فالنساء يتولين بصورة رئيسية مسؤولية شؤون الاسرة والعمل المنزلي رعاية المسنين والمرضى والعاجزين وبالمقابل، الرجال يتولون القيام بالعمل الكاسب خارج المنزل وادارة حقوق وواجبات المواطنة.

المجتمعات تمنح قيما ومكانة مختلفة لهذه الادوار الجنوسية في معظم المجتمعات، انواع الانشطة التي يقوم بها الرجال تعطى قيمة اعلى من تلك التي تؤديها النساء ، رغم ان اعمال النساء لا تقل اهمية عن اعمال الرجال ولكنها نادرا ما تقيم بصورة دقيقة وعادلة ومنصفة.

في معظم المجتمعات لا توجد فروق فقط بين الجنسين بل لامساواة منطوية في صلب هذه التعريفات الاجتماعية الذكورية maleness ، والانثوية femaleness ، فالذكور يحظون بالافضلية على الاناث في كل شيئ تقريبا وتبعا لذلك ، العمل الذي تقوم به النساء في البيت، على سبيل المثال، بدون اجر،لانه يعتبر اقل اهمية من العمل الكاسب.هذه الاختلافات لها ان تؤثر في صحة كل من الذكور والاناث ، واللامساواة الاقتصادية تعني ان كثيرا من النساء يواجهن صعوبات في الحصول على المتطلبات الاساسية للحياة الصحية ، وفي الوقت ذاته الطبيعة الخاصة لعمل النساء قد يؤثر في صحة النساء كذلك العمل المنزلي ورعاية افراد الاسرة قد يؤدي الى تقليل ساعات النوم والارهاق مما تؤثرسلبيا في الصحة البدنية والعقلية وحتى العاطفية للنساء ، فقد اشارت احدى الدراسات الى ان التاثير المحتمل لدور الرعاية المنزلية في الصحة العقلية يمكن ان يفسر المعدلات العالية للاصابة بداء الكأبة لدى النساء في سن الانجاب.

وان المراة في العالم بدات تدخل الى القوى العاملة باعداد متزايدة بعد الحرب العالمية الثانية، ورغم ذلك ، فان نسبة مشاركتها في القوى العاملة لدى البلدان النامية لا تزال منخفضة ففي العالم العربي، لا تزال النسبة لا تزيد عن ٢٥% من مجموع القوى العاملة الا قليلا ، علاوة على ذلك، فان معظم هذه الزيادة محصورة في الاعمال الموقتة ، وفي الوقت الحاضر الاعمال الرئيسية للنساء في البلدن النامية مركزة في القطاعات التالية التعليم والصحة والخدمات العامة ، التمييز بين الذكور والاناث داخل سوق العمل لا يزال واسع النطاق، ولا يوجد تكافؤ في فرص العمل مع الرجال ،لا في التعيين والترقية، والدخل وضمان العمل ، فضلا عن الوظائف الادارية والتنفيذية العليا والاكاديمية.

الهيمنة الذكورية والتميز ضد النساء:

النساء يواجهن مخاطر كثيرة من جراء تعرضهن الى معاملة دونية لا انسانية في توفير الرعاية الصحية بخاصة اثناء الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة وفي سائر الاوقات الاخرى. علاوة على ذلك النساء معرضات ايضا الى معاملة سيئة في حالات حرماهن من الحرية بضمنا تسهيلات احتجاز المهاجرين او المؤسسات الصحية بسبب من هويتهن الجنائية والتوجه الجنسي ، كما ان اجسام النساء تستغل لاغراض ثقافية سياسية واقتصاديةومن امثلة الممارسات التميزية ، المؤثرة في صحة النساء والفيتات ختان الاناث وزواج القاصرات وحمل المراهقات، والتميز في الحصول على الرعاية الصحية ، والعنف ضد النساء في الاسرة وفي المدرسة ومكان العمل ، والحصول على معلومات وخدمات للتخطيط العائلي وايقاف الحمل ، والتميز وسوء معاملة خلال ولادة الاطفال في المؤسسات الصحية، واهمال وسوء معاملة الكبار بضمنها مؤسسات الرعاية الصحية ودور رعاية الكبار.

دور المؤسسة الطبية في الاختلاف بين الجنسين :

يؤكد اصحاب النظرية النسوية الثورية على ان المكانة المتدنية للنساء في المجتمع تعود الى عاملين هما الهيمنة الذكورية وتلبية حاجات النظام الراسمالي المتمثلة في سيطرة الاطباء والمؤسسة الطبية على النساء ، حيث ان معظم مراكز القوة محصورة بيد الاطباء الذين يستخدمون المعرفة العلمية كوسيلة للسيطرة على اجسام النساء والتحكم فيها ، وكما ان الاطباء يسيطرون ايضا على العملية الانتاجية ، بضمنها موانع الحمل وتكنولوجيا الانجاب ناهيك عن الاسواق التجارية للعقاقير الطبية فالطبيب على حد قوله فريدسون تحول الى تاجر والمؤسسةالطبية الى اداة قمع .

خامسا:نظرية ما بعد البنيوية

للفيلسوف الفرنسي ميشيل فوكو Foucault Michel ، دور رئيسي في تطوير علم الاجتماع الطبي، وقد انصب اهتمامه على دراسة العلاقة بين المعرفة والسلطة وما تنطوي عليه من اختلال في توازن القوى.

ففي كتابه الشهير ميلاد الطب السريري (١٩٩٤، ١٩٧٣) ميز فوكو بين اتجاهين في تقصيه للممارسة الطبية الطب البشري و طب الفضائات الاجتماعية ، الاول يصنف يشخص ويعالج الحالات المرضية ، والثاني يسعى الى منع وقوع الامراض الطب البشري اعتبر الجسم البشري موضوعا للدراسة والتدخل الطبي في حين ان طب الفضاء الاجتماعي اتخذ من الصحة العامة وسيلة للرقابة والتنظيم بواسطة السلطات المدنية والطبية .

وهكذا اصبحت الاجساد نفسها نحت نطاق سلطة الخبراء لمصلحة ، كما ان تحليل فوكو للجسم ادى الى ظهور اختصاص جديد، علم اجتماع الجسم ، حيث ترافق مع ظهور كتاب تيرنر الموسوم الجسم والمجتمع ، ميدان اخر للبحث هو التكوين الاجتماعي للاجسام، الاعتلال والعواطف.

وفي علم الاجتماع الطبي المقاربة البنيوية الاجتماعية الاقرب الى تحليل فوكو للجسم كنتيجة للقوة والمعرفة. هي تحري الطريقة التي يقوم الناس بها في تشكيل مظاهرهم ،تزيين ،عرض وتدبير اجسامهم وتقييمها اجتماعيا ، ويذكر ان الطبقة الاجتماعية لها تأثير كبيرفي كيفية تصرف الناس بأجسامهم والاعتناء بها.

اما العالم الاخر الذي اسهم في تطوير علم الاجتماع الطبي فهو بيير بورديو ، ومن بين اعماله الكثيرة يعتبر كتاب التمييزالاقرب صلة الى علم الاجتماع الطبي ، فقد تناول فيه تفسيراختلاف انماط الممارسات الثقافية بين الطبقات الاجتماعية الفرنسية وتأثيرها في الصحة، حيث يربط الممارسات الاجتماعية بالثقافة والتنظيم الاجتماعي والقوة ، ويتضمن تحليله عادات الطعام والرياضة البدنية التي تكشف عن تأثير السجايا الطبقية في المظاهر المختلفة للجياة الصحية .

ويشرح بورديو كيف ان انماط الحياة الصحية السلبية كانت بمثابة المحددات الاجتماعية الاولية في انخفاض امد الحياة في كل منولة عن هذه الحالة الحالة هم الرجال متوسطي الاعمارالمنتسبون الى الطبقة العاملة ان ظروف المعيشة لهؤلاء الرجال ومكانتهم الاجتماعية الواطئة ولدت لديهم سجايا سيئة دفعتهم الى مزاولة ممارسات غير صحية مثل قلة الاهتمام بالطعام و تعاطي الكحول والتدخين وعدم ممارسة النشاط البدني ، وقد ادت هذه العوامل مجتمعة الى خلق طراز حياة مفضي الى الاصابة بمرض القلب وما ترتب على ذلك من ارتفاع معدلات الوفيات، وبالتالي، تقصير امد الحياة لدى هذه البلدان ، هذه الانماط السلوكية التي عرضت حياة الناس للخطر انما هي معايير ترسخت من خلال التفاعل الاجتماعي للجماعة ،وتحددت بواسطة الفرص المتاحة لديها فاسفرت عن ظروف الحياة غير الصحية والوفيات المبكرة.

ويشدد بورديو على اهمية راس المال الاجتماعي في التاثير بصحة الناس من خلال التماسك الاجتماعي وزرع الثقة في النفوس وفي اندفاعهم نحو خدمة اعضاء الجماعة الواحدة وراس المال الاجتماعي يؤثر في الصحة بطرق متعددة من خلال تبادل المنافع والمساعدات وتقديم الخدمات الطبية والرعاية الاجتماعية للمحتاجين اليها ، وكما انه يؤثر في العوامل المتعلقة بالمخاطر الصحية مثل تجنب التدخين وتعاطي المسكرات او الادمان وتشجيع ممارسة الانشطة الرياضية ، ويضاف الى ذلك انه يؤثر في ممحدات اجتماعية اخرى كالتعليم والتشغيل الى جانب التخفيض من تاثير بعض الظروف المولدة للضغوط النفسية والاجتماعية.

وهنالك الية مهمة اخرى يؤثر راس المال الاجتماعي من خلالها في الصحة وهي قدرة وكفاءة اعضاء الجماعة الاولية في اتخاذ الاجراءات

المشتركة المعززة للصحة او غرس المعايير الاجتماعية الايجابية ومنع السلوك المنحرف المضر بالصحة ويتم ذلك من خلال الاعمال الخبرية والانشطة التطوعية واخيرا يؤثر راس المال الاجتماعي يوْثر في الصحة من خلال معلومات مفيدة للصحة وتعزيز الثقافة الصحية والنظافة الذاتية وتعزيز امن البيئة المحلية والمجتمعية، وقد اظهرت دراسات متعددة تاثير راس المال الاجتماعي في صحة الافراد والجماعات وفي مقدمتها منظمة الصحة العالمية .

أما انطوني جيدنز ،فيحدد الاطار النظري الى علم اجتماع الصحة والاعتلال في الميادين الرئيسية الثلاثة للبحث التطبيقي النصح بأستخدام العقار، خيارات الطعام ،ممارسات الاكل والاعتلال طويل الامد

الفصل الخامس عشر

الإرشاد النفسي البيئي

المقدمة :

ظهرالإهتمام بدراسة تأثيرالبيئة على سلوك الإنسان ، في إطار علم النفس التجريبي في المجتمعات الأمريكية والغربية منذ وقت مبكر، يرجع إلى الربع الأخير من القرن التاسع عشر، وظهر ذلك خلال نظرية المجال لكيرت ليفين في الأربعينيات من القرن العشرين وعمله على الجماعات البشرية وتفاعلها مع البيئة الداخلية والخارجية ،واهتمت مدرسة الجشطالت الألمانية في علم النفس بتأثير البيئة على السلوك ، ومن انصارها كهلر وكوفكا.

وظهرعلم النفس البيئي بوصفه دراسة علمية لتأثير البيئة بجمع اشكالها على سلوك الإنسان ، ولم يظهر في صورة علمية مستقلة إلا في نهاية الستينات من القرن العشرين ، وبدأ ظهوره في شكل إصدار مجلات علمية متخصصة في شؤون البيئة ، منها مجلة البيئة والسلوك التي صدرت عام ١٩٨١ ، وتأسيس هيئات علمية محلية وإقليمية وعالمية ترعى البحث السيكولوجي في مجال البيئي، وعلاقة الإنسان بها ، منها جمعية دراسة علاقات الإنسان بالبيئة، وكان أكثراهتمام بهذا العلم الناهض هو اعتبار الجمعية النفسية الأمريكية لعلم النفس البيئي احد اقسامها الرئيسية، كعلم النفس التربوي والمهني والمرضي والإرشاد والعلاج النفسي ، ولقد زاد اهتمام العالم كله بهذا الفرع الحيوي من فروع علم النفس النظرية والتطبيقية في الآونة الأخيرة.

وان تأثير البيئة في السلوك امر معروف علميا منذ أمد بعيد، فتأثير البيئة في السلوك ليس أمرا جديدا على العلم ، ولقد بدأ علم النفس التجريبي بدراسة تأثير أمور مثل الإضاءة والضغط والضوضاء والتلوث وغير ذلك. ولكن هذه التجارب لم تكن تحاكي الطبيعة تماما، وإنما كانت تدرس بوصفها مثيرات فيزيقية منعزلة لقياس إحساسات الإنسان ولكن كانت المؤثرات تعزل وحدها بعيدا عن محيطها البيئي ، ولقد كان كيرت ليفين هو أول من استخدم البيئة في بحوثه النفسية وإن كان قد استخدم البيئة الإجتماعية حيث اعتقد ان السلوك تحدده الشخصية والبيئة .

وفي الفترة من (١٩٥٠ – ١٩٧٠) ازداد استخدام لفظ البيئة ثراء عما تصوره كيرت ليفين وبعد ذلك ظهرت دراسات تناولت كيفية تكوين الصداقات وكيفية حدوث النمو الجماعي وفي إطار إقامة منزلية معينة استهدفت هذه الدراسات معرفة كيفية تأثير التصميم المعماري على الإستجابات البشرية ، وبحلول عام (١٩٧٠) ظهر عدد من العلماء الذين اطلقوا على انفسهم علماء النفس البيئي، وكانوا يهتمون بدراسة محتوى البيئي والسلوك الناجم عنها ، ومن

خصائص هذا العلم أنه ينظر للبيئة نظرة كلية إجمالية شمولية ، وليست مجرد مجموعة من المثيرات،وبعد ذلك نهضت دراسات ميدانية استهدفت التعرف على تأثير الضغوط النفسية والطبيعية التي تسقط على سكان المدن، وكذلك اثر التعرض للضوضاء في مواقف طبيعية، وتمت دراسة تأثير الزحام ، كما يحدث في بعض القطارات وفي مجالات العمل التي يتعرض فيها العمال لكثير من الضغط.

ورغم أن الإهتمام الأكبر كان بالظروف الواقعية وما فيها من مؤثرات إلا ان علماء النفس البيئي لم يتمكنوا من الاستغناء عن إجراء التجارب المعملية التي تجري داخل المعامل والمختبرات ولذلك تنوعت التجارب ، ومن خواص الإرشاد النفسي البيئي الإعتقاد بأن البيئة تؤثر وتحد أو تشجع السلوك ، ويختلف هذا التأثير من موقف لآخر، والإنسان أيضا يؤثر في البيئة في محاولة منه للتوافق معها، العلاقة بين السلوك والبيئة متبادلة ومتفاعلة ، والبحوث في هذا الحقل تستهدف حل المشاكل اليومية التي تسببها الضغوط النفسية والحياتية الواقعية في البيئة الأسرية والبيئة الأجتماعية والبيئة المهنية ، لأن نجاح عملية الإرشاد النفسي يحتاج الى تعديل البيئة المحيطة بالمسترشد .

المفاهيم الأساسية في الإرشاد النفسي البيئي

الحتمية البيئية : من بين المفاهيم الأساسية في الإرشاد النفسي البيئي مفهوم الحتمية ومن ذلك تأثير جمالية التصميم والشكل الهندسي على السلوك ، وفكرة الحتمية غير مقبولة على نطاق واسع بين العلماء في هذا المجال بسبب زعمها بتأثير البيئة في السلوك وليس العكس ، بمعنى إغفالها فكرة الأخذ والعطاء بين البيئة والسلوك أو فكرة التفاعل وتذهب الحتمية إلى القول بأن لكل مثير استجابة بالضرورة ، فالبيئة هي سبب السلوك مع إنكار حدوث التفاعل بين البيئة والسلوك ، والسلوك يصدر عما يوجد في البيئة من خواص.

الإثارة أو الإستثارة: من المفاهيم الأساسية في مجال الإرشاد النفسي البيئي فكرة الإثارة او الإستثارة ومعروف أن الإثارة تنجم عن الضغط النفسي وتعرف الإثارة بأنها عبارة عن زيادة في نشاط الدماغ والإستجابات الذاتية مثل معدلات ضربات القلب أو معدلات التنفس ، لأنها تترابط مع بعض الأحداث التي لا تسبب الضغط ، كذلك فإن الإثارة لا تحدث فقط نتيجة للمثيرات السيئة أو المزعجة، ولكنها ايضا تحدث نتيجة للمثيرات السارة أو السعيدة ، ولذلك يمكن وصف البيئة في إطار قدرتها على إثارة الإستثارة .

التعريف الإرشاد النفسي البيئي :

- هو مجال من مجالات الإرشاد والعلاج النفسي يهتم بدارسة العلاقة التفاعلية بين الإنسان وبيئته، بمعنى التأثير المتبادل بين عناصر البيئة المادية والإجتماعية والمهنية وبين المسترشد.

- مساعدة المسترشد على حل المشاكل القائمة بين السلوكه والمحتوى البيئي المحيط به الذي يحدث فيه هذا السلوك، ويشمل السلوك هنا بالطبع الأحداث الظاهرية الخارجية ، والأحداث الضمنية المستترة الباطنية ، ويشمل السلوك التفكير والتخيل والتصور والإدراك والإنفعال والتعلم والإبداع والتأمل وكافة الإستجابات وإفرازات الغدد.
- تقديم الخدمات الإرشادية الى المسترشد حول كيفية التعامل مع الظروف الفيزيقية المحيطة به ، وكذلك البيئة والأسرية والإجتماعية من ذلك دراسة الأسرة ودورها والجماعات المرجعية للفرد كجماعة الزملاء أو الأقران.
- جميع الخدمات النفسية والإرشادية المقدمة الى المسترشد للتعرف على العوامل البيئية المحيطة به والتي تؤدي الى شعوره بالراحة النفسية والسعادة ولها اثر في نموه الجسمي والنفسي ولأجتماعي.

دواعي الأهتمام بالإرشاد النفسي البيئي

١- أغلب المشاكل التي تواجه المسترشدين هي ضعف التوافق مع المحيط البيئي (الزواجي، الأسري، الأجتماعي، المهني ، الأكاديمي).
٢- حاجة المرشد النفسي الى التعرف على العلاقات البيئية المحيطة بالمسترشد لغرض تشخيص الحالة بشكل صحيح.
٣- حاجة المرشد النفسي الى تعديل بعض العلاقات المتوترة والمسببة الى مشاكل المسترشد من خلال بعض الاستراتيجيات والفنيات الإرشادية.
٤- التعرف على العلاقة بين البيئة وسلوك المسترشد ،ولأن البيئة لا تؤثر فقط في سلوك المسترشد ، وإنما تؤثر في نموه وتكوينه وبنائه وشخصيته وصحته الجسمية والعقلية والنفسية ومدى إصابته بالمرض او تمتعه بالصحة والعافية.
٥- تؤثرالبيئة المحيطة في إتجاهات المسترشد وميوله وأفكاره وآرائه ومعتقداته ، وفي سمات شخصيته.
٦- العلاقة بين المناخ وسلوك المسترشد، أي الحرارة والبرودة والأمطار والجفاف، وتأثير الكوارث والأزمات على نفسية المسترشد.
٧- الأخطار البيئية وتلوث الهواء والمكان الذي يعيش فيه المسترشد.
٨- تأثير الزحام وشدة الكثافة السكانية على صحة المسترشد وسلوكه.
٩- التعرف على البيئة الدراسية او تصميم الصفوف الدراسية وقاعات والمحاضرات والمعامل والمختبرات والمكتبات وتأثيرها على سلوك المسترشد.
١٠- الحاجة الى التعرف على تأثير العوامل البيئية على الصحة النفسية والعقلية للإنسان وحالته المزاجية أو الإنفعالية.
١١- الحاجة الى التعرف على تأثير المناخ الصناعي أو الظروف الفيزيقية المحيطة بالعمل على صحة العمال النفسية والعقلية والجسمية.

اهمية الإرشاد النفسي البيئي:

١- ان البيئة تؤثر في السلوك وان السلوك يؤثر في البيئة كحقيقة مهمة.
٢- تزايد مشكلات البيئة من اهمال وتدمير وتخريب جرّاء اعتداء الانسان لها من جهة فضلاً عن خطورة التلوث البيئي وتأثيره المباشر على صحة الانسان النفسية والعقلية والجسمية من جهة اخرى.
٣- قضية البيئة قضية نفسية تربوية سلوكية ومجتمعية يتعين على الجميع افراد المجتمع المحافظة عليها.
٤- التقدم التكنولوجي السريع والزيادة السكانية والنمو الاقتصادي واتساع ظاهرة التحضر وما يجري من تغييرات في الشكل وتوزيع عناصر المصادر الطبيعية جرّاء هذه الانشطة دعت الانسان الى ان يولي اهتماماً متزايداً لعلاقته بالبيئة.
٥- الفشل المستمر في معالجة مشكلات البيئة – السلوك نتيجة قلة الوعي البيئي ، وظهور بعض الدراسات التي حاولت الربط بين البيئة الفيزيقية (المادية) وبين المتغيرات النفسية.

التأثيرات البيئة على الإنسان:

١- تؤثر البيئة بشكل فعلي على تسيير العلاقات الطبيعية ؛ بحيث تجلب البيئة المريحة الطمأنينة عند الدخول إليها، مما يسهل عملية التعامل معهم.
٢- التأثيرعلى سلوكيات إذ يؤدي وجود بيئة عمل نظيفة إلى إنجاز العمل على أكمل وجه وبدون نقصان.
٣- التأثير على مزاج إذ أثبتت الدراسات أن البيئة ذات الإضاءة الجيدة؛ سواء كانت طبيعية أو صناعية يمكنها أن تعزز النتائج الصحية والتقليل من الاكتئاب.
٤- التأثير على مستوى التوتر والإجهاد لدى الإنسان.
٥- يؤثر التلوث البيئي على صحة الإنسان، ويعد أحد العوامل الرئيسية المؤثرة على متوسط العمر لديه.

تأثير الإنسان على البيئة

١- يؤثر الإنسان على البيئة بشكل كبير وذلك عن طريق العديد من العمليات والنشاطات الحيوية مثل أنبعاث الغازات السامة من المعامل.
٢- النمو السكاني المتزايد حول العالم .
٣- إزالة الكثير من الغابات إضافةً إلى الاستيلاء على الأراضي الزراعية الخصبة بحجة توفير مناطق سكنية ، وذلك يؤدي إلى التأثير على البيئة بشكل كبير، إذ تشتهر النباتات بقدرتها على امتصاص غاز ثاني أكسيد الكربون الضار واستبداله بغاز الأكسجين الضروري للحياة.

٤- الاحتباس الحراري هي أحد النتائج والآثار للنشاطات البشرية في البيئة، والسبب الرئيسي في ذلك يعود لنواتج احتراق الوقود، إضافةً إلى تراكم غاز ثاني أكسيد الكربون الضار، وبالتالي أدى ذلك إلى تدهور طبقة الأوزون في الغلاف الجوي، وتغيير المناخ.

٥- التلوث البيئي بأنّه دخول أي مادة سواء كانت صلبة، سائلة، غازية، أو حتى أي شكل من أشكال الطاقة إلى النظام البيئي بنسب لا يستطيع النظام تبديدها والتخلص منها.

الأثار النفسية والصحية للتلوث البيئي

أزدادت إساءة الإنسان إلى البيئة في الأفترة الأخيرة جراء الإهمال واللامبالاة وعدم تحمل المسؤولية والجهل والعبث تجاه البيئة عن قصد أو بدون قصد من ذلك خرق طبقة الأوزون وإلقاء النفايات والفضلات والمخلفات المنزلية والصناعية في مجاري المياه العذبة بما في ذلك نفايات المستشفيات المليئة بالجراثيم والعدوى ويلقى بها عبثا ، ومن ذلك غسيل الأواني في المياه النظيفة في الترع والأنهار إلى جانب قضاء الحاجة بها ، ولقد عمل الإنسان على القضاء على مناطق الخضرة والحدائق المنزلية وساعد في نشر تلوث الهواء وتلويث المياه مع إسرافه في إستخدامات الطاقة غيرالنظيفة كالبنزين ووالكاز والزيوت والشحوم وساعد في حدوث الزحام والتكدس السكاني وتلاصق المباني ، وضيق الشوارع والقضاء على الساحات الفسيحة تلك التي كانت تعمل عمل الرئة للمدن وأسهم في زيادة معدلات الضوضاء وزيادة حوادث التسمم وسرعة إنتقال الأمراض من الحيوان إلى الإنسان والعكس، إلى جانب التلوث الناجم من الإنفجارات النووية وتسرب الغبار النووي من المفاعلات ودفن النفايات في البلدان الفقيرة وإجراء التجارب النووية.

والإرشاد النفسي البيئي محاولة علمية في حل المشاكل المتزايدة بل والعمل على تحسينها وتجميلها وتنميتها مما يبرز نشأة هذا المجال الناشيء ، وإن معظم مشاكل البيئة هي من ((صنع الإنسان)) ولذلك فإن علاج مشاكل البيئة يكمن في تعديل سلوك الناس وإتجاهاتهم وميولهم وأفكارهم ومعلوماتهم ووعيهم حول البيئة ، ونمو حب البيئة والإنتماء إليها والإرتباط بها والشعور بالتوافق بين الإنسان والبيئة . ونحن وبيئتنا جزء واحد لا يتجزأ وكيان واحد ، والإيمان بأن إيذاء البيئة يرتد علينا وعلى غيرنا بالأذى والضرر، وضررها عام وشامل للطفل والكبير والشاب والغني والفقير.

ومن الآثار النفسية للبيئة التسمم بالرصاص الذي يؤدي إلى الضعف العقلي وكذلك دخول الإشعاعات يؤثر في الحالة العقلية والنفسية للإنسان كما يؤثر في الأم الحامل، والأمراض الناجمة عن التلوث الغذائي أو المائي تثر بدورها في الحالة العقلية ، كالسل والسرطان وفقر الدم والإيدز.

التلوث البيئي: هو احداث تغيير في البيئة التي تحيط بالكائنات الحية بفعل الانسان وانشطته اليومية حيث يعتبر الانسان المصدر الاول لحدوثه مما يؤدي الى ظهور بعض المواد التي لا تتلاءم مع المكان الذي يعيش فيه الكائن الحي يؤدي الى اختلالهِ.

وان مسألة السلوك الاخلاقي تعد بمثابة الركيزة الاساسية التي يقوم عليها اي نشاط انساني، لان افتقار الانسان للسلوك الاخلاقي الحسن ينعكس بصورة سلبية على تعاملاته مع البيئة المحيطة، فيما تكون سبباً في احداث اي نوع من انواع التلوث في البيئة التي يعيش فيها.

أضرار التلوث البيئي:

١- الاخلال بالنظام البيئي الطبيعي الذي يحقق التوازن بين عناصر البيئة.
٢- التأثير على صحة الانسان النفسية والعقلية والجسمية ، والاصابة بمختلف الامراض.
٣- التأثير على سلامة الكائنات الحية نباتية وحيوانية تأثيرها المباشر على صحة الانسان.
٤- تفاقم مشاكل تلوث البيئة وتفشي المسببات المرضية في حالة عدم وضع الحلول المناسبة لها.

الملوثات : هي العوامل المسببة للتلوث وهي تحول عناصر اي نظام ايكولوجي الى ملوثات إذا ما فقدت كثيراً من صفتها وكمياتها بالزيادة او النقصان، التي خلقت بها بحيث تصبح في صورته الجديدة عنصراً ملوثاً للبيئة ومصدراً للخطر، وانواع الملوثات : تلوث (الهواء / المياه / التربة):

١- طبيعية: وهي ناشئة عن الطبيعة كالعواصف المتربة والاعاصير والزلازل والبراكين والسيول والفيضانات.
٢- صناعية : وهي ناشئة عن الصناعة كالدخان والابخرة والغازات السامة للمصانع وعوادم السيارات والمخلفات الصناعية والكيمياوية السامة لبعض المعامل ومبيدات الآفات الزراعية والاسمدة الكيمياوية.
٣- بفعل انشطة الانسان الاخرى: كمخلفات المباني في الشوارع ومخلفات الصرف الصحي ومياه المجاري ونفايات القمامة في الساحات الخالية وترك او رمي الحيوانات الميتة في مصادر المياه وغيرها.
٤- التلوث السمعي: ويشمل الضوضاء والاصوات ذات الشدة العالية.
٥- التلوث بالاشعاع: من نواع التلوث الخطيرة وما يخلفه من امراض وراثية وسرطانية ومشاكل نفسية.

التفاعل بين الانسان والبيئة

يولي علم النفس البيئي والإرشاد والعلاج النفسي اهتماماً كبيراً لدراسة الفرد والبيئة في تفاعلهما معاً، وان البحث البيئي يتطلب ان يضع في الاعتبار كلاً من خصائص الفرد والبيئة وبنية الاماكن البيئية والعمليات التي يمكن ان

تحدث داخلها ، ويمكن ان نميز ثلاثة ابعاد رئيسية تحدد التفاعل بين الانسان والبيئة:-

البعد الاول / السلوك الانساني : ويشمل مجموعة الافتراضات :

١- الانسان نظام دينامي التنظيم.
٢- طبيعة الانسان ككائن معرفي.
٣- طبيعة الخبرة الانسانية وكيفية تكونها.
٤- المحددات الوجدانية للسلوك.
٥- عمليات الدافعية والسلوك.
٦- العلاقة بين التعلم والسلوك.

وان سلوك الانساني ناتج عن العلاقاته المتبادلة بين عملياتهِ ووظائفهِ المتفاعلة مع بعضها البعض، وهذه الوظائف ذات طبيعة فريدة تتمثل في قدرتهِ على التفكير والاحساس والشعور والتفسير واصدار الافعال والادراكات والتعبيرات الانفعالية (حب ، غضب ، كُره ، خجل).

ويتفق معظم علماء النفس البيئي على تمييز سلوك الانسان بتوجيهه نحو الهدف وتعمل صفة التوجه والإرشاد البيئي هذه على توحيد ودمج النشاط الانساني ، ويعبر عن طبيعة سلوك الانسان الموجه نحو الهدف بالدوافع والرغبات والحوافز ، ولا يقتصر دور الانسان على مجرد استقبال مثيرات البيئة من خلال حواسهُ المختلفة بل انهُ يقوم بتحليلها وتفسيرها والاستدلال منها وتخيلها، وهي تعد بمثابة تمثيل لواقعه الخارجي والداخلي تؤدي الى تراكم خبراته وتعينهُ على التفكير والتوقع والتنبؤ.

وتساهم الخبرات السابقة والقدرات والميول والمهارات المعرفية والسلوكية للأنسان من التنفيذ الناجح للسلوك ، ويتميز الانسان عن باقي الكائنات الحية هي قدرتهُ غير العادية على التعلم هذه القدرة ساعدتهُ في بناء بيئتهُ الخاصة به بل التحكم في بيئتهِ الطبيعية ايضاً.

العلاقات المتبادلة بين الفرد وبيئتهِ:- وتشمل:-

أ. الانماط السلوكية في علاقتها بالمواضع الفيزيقية.
ب. بقاء او استمرارية السلوك الأنساني.
ج. الوعي الفرد بالبيئة الفيزيقية والتوافق معها.

- المواضع الفيزيقية كالمكتبات وصفوف الدراسة وعيادات الاطباء وغيرها تحدد وتنبى انماط مميزة من السلوك تجاهها ، ولا تنشأ هذه الخاصية كمجرد استجابة فورية للمثيرات الحسية للموضع،انما تنبعث من خلال طبيعة الفرد المعرفية كمدرك لكل الخواص الرمزية للموضع الفيزيقي والدور الذي يقوم به فيه.
- البيئة الفيزيقية ليست مجرد بيئة سلوكية فحسب بل بيئة اجتماعية وثقافية ايضاً وهي بذلك لا تُعد نظاماً مغلقاً ذا حدود زمنية او مكانية ثابتة حيث

بالامكان إحداث التغيير في الانماط السلوكية تبعاً لتغيير النظم الفيزيقية والاجتماعية والتنظيمية للمشترشد ، وتبعاً لذلك يُعد تنوع الاساليب السلوكية عبر الزمان والمكان صفة بيئية هامة.

- يمكن القول ان سلوك الفرد وخبرته لا ينجم عن الصفات الفيزيقية لبيئته ، وانما ثمرة التفاعل المتبادل بين جميع الاحداث الموضوعية المدركة في البيئة الكلية .

العمليات النفسية في التفاعل بين الفرد والبيئة:-

وهي تتعلق باستجابة الفرد للمواضع الفيزيقية خاصة عند احداث تغييرات جوهرية بهذه المواضيع او عندما تكون مألوفة لهُ (كانتقاله الى السكن في حي جديد من احياء المدينة).

وتظهر هناك ستة مستويات أساسية من الاستجابات ذات علاقات قوية متبادلة ومتداخلة فيما بينها يمكن ان نميزها:-

١. المعرفة Cognition : هي العملية النفسية الاكثر حسماً في في التفاعل الانساني – البيئي وهي الوظيفة العقلية وما يرتبط بها من عملية ادراكية تمكننا من تحويل العالم الخارجي المشوش الذي ندركه بحواسنا الى عالم داخلي متماسك يمكننا التحكم فيه ، ومن مظاهر تعلم الواقع وادراكه ما يعرف (الخريطة المعرفية) التي تصف كيف تتكون الصور الذهنية لدينا عن بيئة ما وتحويل الواقع المدرك الى صورة معرفية ، والفهم المعرفي للواقع يتميز بالتراكمية والخبرة اي انهُ يتجمع ويتراكم بحيث يعطي المتغيرات البيئية نمطاً جديداً من الادراك الحسي للواقع لنعرف كيفية سنتعامل مع الاحداث البيئية.

٢. التوجه Orientation :- يعبر عن رغبة الفرد في معرفة مكانه الفيزيقي بالنسبة للوسط الكلي المحيط بهِ مثلاً التوجه للطرق المؤدية من المنزل الى اماكن انتظار سيارات الأجرة او الطرق الى الاسواق او الطرق المؤدية الى مواقع الجوانب الجمالية في الحي السكني كالحدائق ومواقع المشاهد السيئة فيه كأماكن تراكم المخلفات في بعض مساحات الارض الخالية ، ويحدث التوجه ايضاً في اماكن اصغر من هذه كأروقة المستشفيات ومؤسسات العمل غير المألوفة للفرد وغيرها.

٣. التصنيفCategorizing :- يقوم الفرد بتقويم الجوانب المختلفة للأماكن الجديدة ويصيغ معانيها الفريدة الخاصة بهِ ، ويربط الجوانب المختلفة للموضع الفيزيقي ربطاً وظيفياً بحاجاتهِ وقيمهِ وميولهِ ، مثلاً يتسم سلوك الجار القاطن في الجهة الامامية من منزله نحوه بالصداقة والمودة في حين لا يعيرهُ جارهُ القاطن في الجهة الخلفية من منزلهِ أدنى اهتمام .

ومثلاً هناك طريقان يؤديان الى موقف انتظار سيارات الاجرة احدهما طويل ذو ناحية جمالية تصطف الاشجار على جانبيه ويبعث البهجة لمن يعبرهُ

والآخر اقصر منه ولكنه خالٍ من اي ناحية جمالية إلا انه يعتبر اكثر فائدة لمعظم الافراد من الطريق الاطول والاكثر جمالاً.

٤. التنظيم Systemization :- وهي عملية متميزة في استجابات الفرد نحو المكان الفيزيقي الجديد ، فينظم الفرد ما حددهُ وصنفهُ من جوانب المكان المختلفة في شكل بُنى اكثر تعقيداً ومعزى ، فمثلاً القادم الجديد الى الحي السكني يُبنى بشكل ذاتي الجوار الخاص به ويربط كل خبراته الموجبة من وجود (شوارع آمنة ، اماكن توفر الخدمات ، جامع قريب من المنزل ، حديقة عامة) ، وتلك البُنى لاتعد مجرد تصور لأبعاد الحي السكني التقريبية وما بهِ من اماكن بل انها تحقق للفرد ادراك الجوار وفهمه ايضاً، بحيث يتنبأ به ويجعلهُ يعمل لصالحه ، مثلاً اذا كان منزلهُ بالقرب من مركز تجاري مهم عندها سيدرك الفرد بأنهُ لا يجد بسهولة موضعاً لسيارتهِ في موقف انتظار السيارات المجاور لهذا المركز خلال فترات ذروة العمل.

٥. معالجة البيئة Manipulation :- ترتبط قدرة الفرد على معالجة البيئة والتحكم فيها على :

أ. فعالية الفرد في تنظيم وترتيب هذه البيئة.

ب. الفرص واحتمالات الاختيار التي تقدمها البيئة للفرد.

فإذا كانت البيئة بالغة التعقيد بحيث لا يستطيع الفرد التنبؤ بها ولا تمنحهُ فرصاً مختلفة للاختيار، وعندها ستنخفض قدرة الفرد على ترتيبها وتنظيمها وامكانية معالجتها والتحكم فيها. ، واما اذا توصل الفرد الى فهم بيئته الجديدة بدرجة كبيرة فإنهُ يستطيع ان يطوعها لاشباع حاجاتهِ كما يمكن تغيير اي جزء منها ومعالجة اي جزء يصيبه العطل فيها.

ونلاحظ ان عملية (التشفير الاجتماعي) الخاصة بتسمية المكونات البيئية (كالشجرة ، الشارع ، المنزل ، السيارة) وتحديد خواصها الوضعية من (لون ، شكل ، حجم)، ستمكن الفرد بفطرته الاجتماعية من التعامل مع اقرانه على اساس قاعدة مشتركة من الفهم.

فاذا قال احدهم (شجرة كبيرة، شارع ضيق ، سيارة حمراء، منزل صغير) تكونت لدينا صورة وفكرة تقريبية مفهومة عما يتحدث عنهُ، ومهما اختلفت صور واشكال هذا التشفير وتسمح لنا هذه العملية بالتفكير في البيئة.

٦. الاستجابة الوجدانية Affect :- قد تتكون الاستجابة الاولى للفرد عند مواجهته لمكان جديد للمرة الاولى ورغم العوامل الكثيرة المؤثرة على مشاعر الفرد في هذا الموقف يوجد حدٍ أدنى من الوعي اوالتوتر المرتفع سببهُ الحاجة الى المعرفة والتنبؤ للشعور بالامن في مكان مجهول ، وقد تنبثق مشاعر اخرى عدا التفاعل الوجداني العام ، تحدثها الصفات الخاصة المميزة للمكان الجديد (كالاكتشاف المفاجيء لوجود مركز تجاري لجميع الاغراض يمكن ان يبعث

في الفرد السرور بينما يصاب بخيبة امل لرؤيته مجموعة من المنازل الخالية المهجورة).

كذلك هناك تشابه او تماثل بين الانتباه الانتقائي للأشياء والاماكن وبين الانتباه الانتقائي الاجتماعي الحادث بين الاشخاص (فالاشخاص الجدد يجذبون الانتباه والذين يرتدون الواناً زاهية وذوي الصفات المميزة الخاصة او المنعزلين داخل مجموعة ما، وذلك بمقتضى ما يُعرف بالندرة في السياق).

ويمكن القول ان الاحداث غير المتوقعة او غير المألوفة او الملامح البيئية البارزة للانتباه المباشر في المواقع الفيزيقية والمواقف الاجتماعية تعمل على تنبيه وتنشيط المدرك للمثيرات البيئة الهامة.

المنظور البيئي للتفاعل الاجتماعي :

الفرد كائن اجتماعي لا يستطيع ان يعيش وحيداً بمعزل عن الآخرين الذين يعتمد عليهم اعتماداً كبيراً في حياتهِ ، بحيث تتكامل علاقاتهِ المتبادلة فيما بينهم مع بقاءه ووجوده في الحياة ، واذا اخذنا في نظر الاعتبار ان الفرد عضو في الجماعات أو المؤسسات الاجتماعية المختلفة فإننا نتعرف عن مفهوم (التفاعل الاجتماعي)

- الاستجابات المختلفة المتولدة التي يتبادل الافراد احداثها مع بعضهم البعض وما تسفر عنهُ من تعديلات في سلوكهم.
- العملية التي يرتبط بها اعضاء الجماعة بعضهم مع بعض معرفياً وفي الرغبات والوسائل والغايات والحاجات وينشأ عنها تعديل في سلوكهم واتجاهاتهم ومشاعرهم واهم مظاهر هذا التعديل التقويم الذاتي وتقويم الآخرين.

ولكي يؤتى التفاعل الاجتماعي ثمارهِ المرجوة يجب ان تتوافر المودة والتعاطف والوفاق بين افراد شبكة التفاعل ومن ثم المشاركة في الاتجاهات والميول والقيم.

وقد تصل هذه المشاركة الى حد التماثل من التأثير الاجتماعي المباشر للافراد والآخرين المتواجدين بشكل متكرر في نفس الموقف لتغيير الاتجاه او السلوك نتيجة ممارسة (القوة الاجتماعية) لها.

- والقوة الاجتماعية :- هي قدرة الفرد ما او جماعة ما على احداث التأثير على سلوك فرد آخر او جماعة اخرى .

وتتخذ عمليات التفاعل الاجتماعي عدة اشكال وهي (الصراع، التنافس ، التعاون، الموا ئمة) ، والموائمة:- تشير الى انهاء صراع بين اطراف التفاعل بايجاد حل وسط او اخضاع احد الطرفين للآخر.

ومن العمليات الاجتماعية المهمة القائمة على التفاعل الاجتماعي عملية التطبيع الاجتماعي :- وهي عملية تعلم اجتماعي دينامية ومستمرة من الطفولة

الى الشيخوخة وتهدف الى تحويل الانسان من كائن بيولوجي الى كائن اجتماعي وتشكيل سلوكه ومشاعره واتجاهاته وادراكه للعالم الاجتماعي الذي ينتمي اليه.

ميكانزمات التفاعل الاجتماعي :-

١. الايحاء :- وهو قبول الفرد صاغراً لفكرة او القيام بعمل ما دون بذل الجهد في الاستجابة للمثيرات والعلاقات البيئية.

والايحاء اما مباشر دون تفكير ناقد أو تقويم ويحدث في حالة اضطراب او تعب بدرجة تعوق عن التفكير السليم ،أو غير المباشر حيث تم تحويل انتباه الفرد من التفكير في مشكلة اكثر اهمية والى انشغال التفكير في مشكلة أقل أهمية (تافهة).

٢. التقمص :- وهي عملية تنفتح فيها حدود ذات الفرد للاشياء والناس والرموز مثلاً يرى الانجليز ملكتهم رمزاً لوحدة الامبراطورية البريطانية ويوحدون انفسهم بالطابع الانكليزي الذي تمثله الملكة.

٣. المحاكاة :- وهي عملية قد تفسر التماثل في الجماعة ومنها نوعان:-

• المحاكاة البسيطة :اظهار نفس انواع الاستجابة السابق اكتسابها عندما تستثار بمثيرات متشابهة او مماثلة للاستجابة نفسها ، مثلاً نحاكي الجماعة في الضحك كأستجابة استثيرت بأصوات او حركات الآخرين لنفس السلوك .

• المحاكاة المركبة : وهي اكثر تعقيداً مما يتم اكتسابهُ من اعمال ، فالانسان يطمع في محاكاة الطرق الصحيحة في العمل والتفكير والتي تمثلها الشخصية الناجحة كنموذج مرغوب فيها.

٤. التيسير الاجتماعي:- ويقصد به اي تأثير على اداء الفرد بالتحسن او بالتدهور نابع من وجود الآخرين معهُ ، وقد ركّز (البورت) على الجانب الميسر من هذه الظاهرة حيث وجد تحسيناً في اداء الفرد في مهام معينة عند وجود الآخرين معهُ سواء ممن يؤدون نفس المهام او المشاهدين لهُ أثناء الاداء والمقارنة بمستوى ادائه عند عملهِ منفرداً.

لكن اظهرت نتائج بعض الدراسات ان وجود الآخرين يحدث تداخلاً في اداء الفرد اطلق عليه مصطلح (التداخل الاجتماعي) ،وهنا وضع (زاجونك) نظرية الحافز (الدافع) للتيسير الاجتماعي ، وأكد أن وجود الآخرين يرفع من مستوى دافعيتنا او استثارتنا مما يزيد من ميلنا الى اداء الاستجابات السائدة او الاقوى الي يزداد احتمال ادائها في موقف معين (مثل ميلك للابتسامة عندما تشاهد من يبتسم لك).

وتشير نتائج الدراسات ان هناك عدة تفسيرات مقترحة لزيادة الدافعية المسؤولة عن تحسين الاداء منها، وان وجود الآخرين المؤدين لنفس المهام او المشاهدين لهُ اثناء الاداء يولد لدى الفرد الشعور بالتنافس مقارناً اداءهُ راغباً في اداء الافضل مولداً لديه الشعور بالمنافسة الداخلية.

الا انه قد يحدث وجود الآخرين تحت ظروف معينة نوعاً من تشتت الانتباه مما يقلل من كفاءة اداء الفرد في هذه الحالة ويزداد تأثير هذا التشتت خصوصاً عند محاولة الفرد تعلم مادة جديدة التي تتطلب التركيز على مثيرات خارجية.

وهنا يمكن القول ان تأثير وجود الآخرين على اداء الفرد لمهمة ما يعتمد بقدر كبير على المهمة، فإذا كانت مألوفة وبسيطة بقدر ما تزيد الدافعية المسؤولة عن تحسين الاداء ، واما اذا كانت المهمة غير مألوفة وصعبة فإن الدافعية لها آثار معاكسة ومن ثم يضعف وينخفض الاداء

المجال الشخصي : ابتكر مصطلح المجال الشخصي من قبل (كانز) ولا يقتصر هذا المفهوم على علم النفس حيث ان لهُ جذور في علم الحياة وعلم الانثروبولوجي وفن العمارة.

عرّفهُ (ليتل) المجال الشخصي بأنهُ المنطقة المحيطة بالفرد مباشرةً والتي تحدث فيها معظم تفاعلاتهُ مع الآخرين، وانهُ يتحرك مع الفرد متسعاً ومتقلصاً وفقاً للظروف المحيطة به ، وهناك تفسيرات عديدة لهذا المفهوم منها:-

١- تفسير يخص الضغوط حيث يفترض ان الفرد يديم او يبقى مسافة شخصية لتجنب انواع من المثيرات التي تولد الضغوط النفسية المرتبطة بالقرب من الآخرين.
٢- تفسير قدمهُ باحثوا علم الانثروبولوجي ويشير الى ان المجال الشخصي هو شكل من اشكال وسائل الاتصال، وفق هذا التفسير فان المسافة بين الافراد وتحدد نوعية وكمية المثيرات المتبادلة.
٣- تفسير يبين ان المجال الشخصي هو منطقة تشبه الوهم او فقاعة غير مرئية تحيط بالفرد مباشرة تؤدي عدداً من الوظائف على انها حد غير مرئي لا يتجاوز عليه الآخرون.

وظائف المجال الشخصي:- يؤدي وظيفتين رئيسيتين :

الوظيفة الاولى دفاعية (Defensive) او حماية الذات: وذلك للمحافظة على الخصوصية او لتحاشي تحمل ما يفوق طاقة الفرد، او لاختزال الاجهاد او الضغط البيئي، فعندما يشعر الافراد بقدرتهم على التحكم في بيئتهم يعملون بشكل تلقائي على الاحتفاظ بمسافة اقل بينهم وبين الآخرين، ولكن عندما يشعرون انهم مضغوطون فانهم يحاولون الاحتفاظ بحيز شخصي اكبر.

الوظيفة الثانية يعمل كمنظم او مؤشر للتجاذب بين الأفراد وعلاقات الألفة والمودة بينهم او عدم الراحة والكراهية:فهناك من يجلس وحيداً منفرداً او على حافة المقعد بعيداً عن الآخر والبعض يجلسون في ازواج متقاربين في علاقة مودة والبعض الآخر يجلسون في جماعات كالاصدقاء، الفريق الرياضي، أعضاء نادي ما.

محددات سلوك المجال الشخصي:

وتُعرف احياناً بالاستخدام الشخصي للمجال اوالحيز، وتحدد للافراد درجة اقترابهم من الآخرين ومتى يستطيعون الاقتراب اوالابتعاد بدرجة اكبر من حد معين وفقاً لهذه المحددات وهذه المحددات هي:-

١. **صفات الفرد:** ومنها العمر فمن الناحية النمائية وجد بأن حقوق الحيز الشخصي لدى الاطفال غير موجودة حتى انهم يستمتعون بتدليل الغرباء المعجبين بهم ، وأيدت الدراسات هذا إذ وجدت دراسة (ايلو) التي فحصت ازواج من الاطفال في مستويات عمرية مختلفة اثناء مناقشهم لبرامجهم التلفزيونية المفضلة ، وجد بأن الاطفال الأصغر عمراً يتفاعلون مع بعضهم على مسافات متقاربة اكثر من الاطفال الأكثر عمراً ، وتأخذ مسافات التفاعل في الكبر مع التقدم في المستوى العمري الى ان تصبح مشابهة لمسافات الراشدين تقريباً ، والجنس واوضح (سيفري وآخرون) بالنسبة للفروق بين الجنسين ، وجد ان الفروق الجنسية تكون أقل ما يمكن لدى الصغار إلا انها تظهر لدى الاطفال ذوي العشرة اعوام حيث يتفاعل الفتيان على مسافات اكبر من الفتيات وكذلك تكون مسافات التفاعل قريبة لدى ازواج الافراد ذوات الجنس الواحد (ذكور وذكور) (إناث وإناث) بالمقارنة بمسافات التفاعل لازواج مشابهة ذات جنس مختلط (ذكور وإناث) ، وبصفة عامة يمكن القول بأن الذكور يحتاجون الى حيز اكبر من الاناث ، والذكاء بالنسبة لمستوى الذكاء فقد وجد ان الاطفال المتخلفون عقلياً يحافظون على حيز شخصي اقل بكثير من الاطفال ذوي مستويات الذكاء العادية كما اوضحت دراسة (بيرمس) ، والجوانب الانفعالية اوضح (كينسل) ان الجوانب الانفعالية والوجدانية للفرد تلعب دوراً في سلوك الحيز الشخصي ، فالافراد شديدي الانفعال الى درجة تصل الى العنف يحتاجون الى حيز او مجال شخصي اكبر من الحيز الذي يحتاجون اقرانهم ذوي المستوى الانفعالي العادي، وكذلك الحال للاشخاص الفصاميين والانطوائيين والقلقين يحتاجون لمجال شخصي اكبر من الاشخاص الطبيعيين.

٢. **صفات البيئة الفيزيقية:** أشار (ليبمان) الى ان صفات البيئة الفيزيقية تعد احد العوامل المؤثرة على معايير الحيز الشخصي وانماطِهِ السلوكية من حيث عدد الاشخاص وترتيبهم في الموضع والاثاث الموجودة فيه ، ففي تفاعل الترتيبات المكانية مع سلوك الحيز الشخصي لدى الجنسين وجد ان الذكور والاناث يختلفون في ردود افعالهم نحو هذه الترتيبات ، فعند الجلوس حول منضدة ما مع فرد آخر يعرفونه ويحبونهُ، فتميل الاناث الى الجلوس بجوار هذا الشخص بينما يختار الذكور المقعد المواجه لهُ ،وهذا يوضح تأثير ارتباط الحيز الشخصي بالموقع الفيزيقي.

٣. **المعايير الاجتماعية – الثقافية** والوضع الاقتصادي لمجتمع الفرد: تتباين معايير الحيز والمجال الشخصي من بيئة ثقافة لاخرى وتتأثر بشكل كبير بسلوك الدور وما يقتضيه من حيز ملائم لتنفيذهُ، فمثلاً علاقة الطبيب والمريض

تقتضي الاقتراب المقبول والملائم لدور السلوك المهني الموضوعي غير المتأثر بالشعور الشخصي ، وجدت دراسة (هال) بأن مسافة التخاطب العادية بين العرب تتراوح (١٣-١٤ بوصة) حوالي ١/٢ متر وهي تساوي نصف المسافة تقريباً التي يحافظ عليها الامريكيون والغرب اثناء التخاطب ، وقد يفسر هذا في ضوء ان ثقافات الدول العربية والبحر المتوسط يحدث فيها اتصال فيزيقي بين الافراد بصورة كبيرة في ضوء ازدحام الشوارع والاسواق ووسائل المواصلات.

٤. طبيعة علاقة التفاعل بين الافراد:- يتميز الحيز او المجال الشخصي بقابليته للتمدد والانكماش تبعاً للموقف والهدف الذي يرده الفرد ، وهذه الحاجة تختلف بأختلاف مواضع السلوك والافراد الآخرين وتوقيت التفاعل وطبيعة انواع الانشطة مع الآخرين ، وعلى سبيل المثال تزداد اجتماعية الفرد واحتكاكه بالآخرين في المناسبات مقارنة بأماكن العمل الرسمية ، ومثال آخر تقارب المسافات وصغر قطر الدائرة التي يجلس عندها الاطفال عندما تُقص عليهم القصص وقد وصف (هال) اربعة مسافات لكل منها مرحلة قريبة واخرى بعيدة وهي:-

أ. مسافة الحماية.

ب. المسافة الشخصية.

ج. المسافة الاجتماعية (للتفاعلات الرسمية).

د. العامة (مسافات الالقاء ، الخطباء، الرئيس).

السلوك المكاني:- اجريت دراسات ومحاولات عديدة لدراسة اسلوب الفرد في النظر الى العالم وكيفية انعكاس التعلم والخبرة في السلوك المكاني ، وأحد متغيرات الشخصية الذي اكتشف من حيث علاقتهِ بسلوك الفرد المكاني هو مركز السيطرة (الداخلي – الخارجي).

وترى نظرية مركز السيطرة توجه الفرد أما داخلي او خارجي على انهُ انعكاس يتعلق بأسباب الاحداث إذا كانت داخلية او خارجية، فيرى ذوو مركز السيطرة الداخلي ان التعزيزات تحت سيطرة الذات ، في حين يرى ذوو مركز السيطرة الخارجية ان التعزيزات تحت سيطرة المصادر الخارجية، هذا ويتأثر سلوك الفرد المكاني بعدة عوامل اهمها:

١- الادوار الثقافية التي تحكم وضعهِ في المكان.
٢- المسافات التي تفصل بينهُ وبين الآخرين.
٣- طبيعة الاوضاع الاجتماعية والثقافية والاقتصادية لمجتمع الفرد.
٤- طبيعة ظروف البيئة الفيزيقية المحيطة بالفرد.
٥- الفروق الشخصية والجنسية والعمرية.

البيئة السلوكية :

هي الاشياء المحيطة بالفرد والتي يستجيب لها ، اما الاشياء التي لايستجيب لها فلا تدخل ضمن هذا المفهوم ، ويتأثر المجال السلوكي او النفسي للفرد بما لديه من ذكاء عام وقدرات واستعدادات وميول واتجاهات وسمات الشخصية وايضاً يتأثر بعمر وجنس الفرد وظروفه الصحية الجسمية والعقلية والنفسية.

يقسم العلماء البيئة الى قسمين : البيئة الطبيعية او المادية والبيئة الاجتماعية

١. البيئة الطبيعية او المادية : ويطلق عليها البيئة الطبيعية او المادية او الفيزيقية او الجغرافية وهي كل ما يحيط بالفرد من عناصر او معطيات حية او غير حية ، وليس الفرد اي دخل في وجودها كالصخور وموارد المياه والمناخ والتربة والنبات والحيوان.

٢. البيئة الاجتماعية: وهي البيئة التي تتضمن النظم والعادات والتقاليد والقيم والقوانين والاعراف السائدة في اي بلد الى جانب الخصائص الاجتماعية للسكان كاللغة والدين والاوضاع الاقتصادية والسياسية والتعليم والآداب والظروف الصحية والخدمات، وتصنف البيئة الاجتماعية للفرد الى اربع اصناف:-

أ. البيئة الفيزيقية – اجتماعية: تشمل الادوات والعدد والآلات واجهزة الاتصال والمواصلات وتجهيزات المكتب.

ب. البيئة البيو اجتماعية: وتشمل الحيوانات المستأنسة والنباتات المنزلية والافراد الذين يؤدون خدمات للمجتمع.

ج. البيئة السيكو اجتماعية: بيئة اجتماعية نفسية وتشمل السلوك الباطني للفرد والعادات والتقاليد المناهج والاعتقادات والرموز واللغة والاختراعات والكتب والمجلات والصحف .

د. بيئة المؤسسات : هذه المؤسسات ذات انظمة وقوانين كالمؤسسات السياسية والاقتصاد والتربوية والمحلية والدينية.

آثار الحياة الحضرية البيئية على الفرد

١- العبء البيئي الزائد : يرى اصحاب هذه التصورات ان الأفراد يتعرضون الى الكثير من المثيرات السمعية والبصرية اليومية ، وايضاً من افعال الآخرين ومطالبهم ويواجهون بدائل لا حصر لها ليختاروا من بينها ، وكثيراً ما يتطلب هذا الكم من المثيرات ان تستخدم استراتيجيات للتصدي لها لكي تخفضها الى مستوى مناسب ومنها ان يحدد الفرد اولوياته وتوزيع الضغوط على الآخرين بحيث ينتبه للمثيرات الاكثر اهمية ، مثلاً تكوين جمعيات خيرية وهذا النوع من المثيرات قد يكون مكلفاً للفرد وله عواقب ونتائج كالتعب والانهاك والمرض ، وعندما يفشل الفرد في التصدي لهذه العواقب تستمر معاناتهِ النفسية والجسمية.

٢- الضغط البيئي: ان وجود مثيرات سالبة كالضوضاء والتلوث والازدحام لها تأثير كبير سلبي على حياة الفرد، وقد يخبر الافراد بهذه العناصر السبية

باعتبارها مهددة لهم وانها تثيراستجابات الاعتصاب والضغط لديهم ، ولهذه الاستجابات مكونات وجدانية وسلوكية وفسيولوجية تؤدي بدورها الى ستراتيجيات التصدي التي قد تكون بناءه كأن يستخدم الفرد وسائل مناسبة للسيطرة على مصادر الضغط او قد تكون سلبية وهدامة كالعدوان ، كذلك ان الضغوط البيئية تعمل على انخفاض التطوع للسلوك الايجابي الاجتماعي .

٣- القسر السلوكي: هذا المفهوم يفترض ان الأفراد يخبرون قيوداً على سلوكهم، كالتقيد بالقانون والخضوع لهُ، كحضر الصحي والأمني والالتزام بالدوام الرسمي ، التأخر نتيجة ازدحام مرور السيارات ، وهذه القيود لا يتعرض لها سكان الريف او تعرض بشكل بسيط ، والسؤال هنا ما النتائج التي تترتب على احساس الفرد بأنهُ مجبر ومقيد على سلوكهُ، وان هذا المفهوم يساعد على التنبؤ بأن الافراد الذين يخبرون في مواقف القسر سوف يشعرون بمشاعر سلبية وسيبذلون جهوداً لتأكيد حريتهم غير ان التنبؤ بنتائج بعيدة المدى قد يكون امراً صعباً ، وإذا اخفقت جهودنا في إعادة الثقة لانفسنا في عمليات الضبط والسيطرة على نمو متكرر،عندها سيقل احتمال محاولاتنا السيطرة على الموقف وقد يؤدي الى الشعور بالعجز والياس.

العمالة الزائدة: تحدث العمالة الزائدة في نظام معين مثلاً يزداد عدد المشاركين هذا النظام وقدرته ، ويستجيب الناس لهذا التصور بمشاعر التنافس والهامشية والاستبعاد وتحديد اولويات التفاعل ، وإذا اصبحت العمالة الزائدة أمراً مضاداً عندها ستصبح هذه الانماط السلوكية ضمن خصائص الحياة اليومية.

وتعمل هذه الآثار الاربعة مجتمعة على انخفاض التطوع للسلوك الايجابي الاجتماعي الا ان الى جانب هذه الآثار السلبية هناك آثار ومزايا ايجابية للمدينة منها:

١- المزايا الاقتصادية والثقافية والاجتماعية والصحية.
٢- مزيداً من وسائل الراحة والخصائص الجمالية.
٣- مزيداً من التمتع بالخصوصية والحيوية.
٤- اكثر قدرة على التوافق من سكان الريف.
٥- توفر الانشطة المنوعة الخدمات المنوعة وبالتالي زيادة فرص العمل.

نظريات الإرشاد البيئي

ان احدى وظائف النظريات الجديدة هي إعطاء تركيز على البحوث فقد عمل عدد من علماء النفس البيئيين جهوداً لبناء نماذج ونظريات حول علاقات البيئة – السلوك .

نظرية الضغوط البيئية :

منذ أكثر من نصف قرن قام العالم هأنز سيلي (Hans Selye, 1956) بإجراء العديد من البحوث في موضوع الضغوط البيئية، ويعد سيلي الرائد

الأول الذي قدم مفهوم الضغوط إلى الحياة العملية، ولكون سيلي عالم غدد وطبيب اختصاص في دراسة الإفرازات الهرمونية لغدد الجسم، فقد جعل من الضغوط البيئية مفهوماً أساسيا في مجالي الطب وعلم النفس وعد الضغط مفهوماً فسيولوجياً له جذور لعمليات بيولوجية تحدث داخل الكائن .

وفي ضوء ذلك فسر سيلي علاقة المرض بالضغط البيئي ، إذ أشار إلى أن الضغوط البيئية تسبب تغيرات في التركيب الكيمائي للجسم ، وأن استجابة الكائن الحي تمر بثلاث مراحل لمواجهة الضغوط هي:

١-مرحلة التنبيه الأولي (الاستجابة الأنذارية) (Alarm stage):وفي هذه المرحلة يواجه الجسم مثيرات أحداث الحياة الضاغطة والمتضمنة مُدّة الصدمة عندما تكون المقاومة ضعيفة (منخفضة) ، ومواجهة الصدمة عندما تكون الآليات الدفاعية للجسم فعالة ونشطة ، وتمثل هذه المرحلة خط الدفاع الأول للفرد ضد المواقف الضاغطة الجسمية مثل المرض، وفقدان القدرة على النوم ، أو المواقف النفسية مثل إلغاء علاقة حميمة.

٢-مرحلة المقاومة (stage of Resistance): في هذه المرحلة تحول آليات التوافق في الجسم للمقاومة المستمرة لمواجهة الضغوط البيئية اليومية ،ومحاولة استعادة التوازن النفسي للفرد، وفي حالة عدم جدوى هذه العمليات فعندئذ تصبح المقاومة غير فعالة ، ويصل الفرد إلى المرحلة الثالثة.

٣-مرحلة الإعياء أو الأنهاك (The stage Exhaustion): وهي مرحلة الإخفاق التي يمر بها الفرد في حالة عدم قدرته على التغلب على الموقف المهدد، وذلك نتيجة لاستهلاك الأعضاء لمصادرها الفسيولوجية وتتميز هذه المرحلة بأن الضغط البيئي يكون قوياً جداً ومؤثراً فلا يمكن مقاومته، وتتعطل فيه آليات التوافق عند الأنسان لغرض المواجهة، ويصبح الفرد غير قادر على حماية وجوده تحت المستويات العالية ،والمستمرة من الضغط البيئي وتمتاز هذه المرحلة بضعف المقاومة وإذا لم يُعد الجسم لمرحلة النقاهة في إثناء مرحلة الأنهاك فأن ذلك سوف يؤدي إلى الموت .

نظرية التقدير المعرفي البيئي

قدم العالم لازاروس (Lazarus, 1966) نظرية التقدير المعرفي للمثيرات البيئية ، وظهرت في كتابه بعنوأن الإجهاد النفسي وعملية المواجهة (Psychological stress and coping process) ومع ظهور هذا الكتاب أنتقلت نقاط البحث باطراد من المثيرات البيئية الخارجية إلى العوامل المؤثرة على الفرد وصولا إلى عمليات التقويم والتمثل البين نفسية،وفي إطار المبدأ التعاملي(Transaction)عُدَّ الضغط البيئي بناء علائقي (RelationalConstruct) ووفقا لهذا المبدأ يتشكل الضغط البيئي عندما تتجاوز متطلبات المحيط أو المتطلبات الداخلية موارد الفرد بشكل كبير٠ومن ثم فقد عَدّ الضغط البيئي عبارة عن عدم توازن بين المتطلبات والطاقة أو السعة ، وينتج عدم التوازن

هذا نتيجة لعملية تقويم، تحدد شدة ونوعية ردود الفعل الأنفعالية ، إذ توصل من خلال عمله المختبري أن الضغط البيئي ينشأ من التعامل بين الفرد والبيئة عندما تعد المنبه على أنه تهديد، أو أذى أو تحدي، وأن إدراك المتطلبات للمواقف الضاغطة تشكل عبء أو تجاوزاً للوسائل المتاحة له فضلا عن أن هذه المتطلبات المفروضة على الفرد قد تكون بأنماط مختلفة فقد تكون نفسية أو فسيولوجية أو حضارية وأن أساس أي تغير في التوازن يتطلب منه وسائل أخرى للتعامل معها ، ويرى لازاروس أن التعامل (Coping) كل ما يبذله الفرد من جهد للسيطرة على المتطلبات الخارجية والداخلية، وهو أحد المكونات التي بموجبها يتفاعل الفرد مع البيئة ،ويحاول السيطرة بإدراكه لمتطلبات التهديد الذي يواجهه ، ويؤكد لازاروس على التنظيم المعرفي أولاً، وتقييم الأنفعال ثانياً وعد التعامل مع الضغوط البيئية شيئا يتضمن استخدام استراتيجيات مناسبة لها، وأن التعامل مع الضغوط البيئية يتضمن المتحرك التعبيري للسلوك بهدف الحفاظ على تكامل الشخصية ، ويرى لازاروس أن الأحداث والمثيرات والمواقف البيئية قد تكون ضاغطة لدى فرد في حين إنها عادية عند فرد آخر وحسب رأي لازاروس إن تعرض الفرد للعوامل الضاغطة يمر بثلاث مراحل هي:

١- مرحلة التعرض للعوامل الضاغطة: أن الأفراد يتعرضون لنوعين من العوامل البيئية الضاغطة، هما:-

أ. المتطلبات البيئية: وتشمل الأحداث الخارجية (الأسرية والاجتماعية والاقتصادية) التي يواجهها الفرد في حياته وتتطلب منه التوافق معها.

ب. المتطلبات الشخصية: وتشمل طموحات الفرد وأهدافه، وقيمة الفعاليات التي يسعى لتحقيقها خلال حياته مثل تحقيق مستوى دراسي مرتفع.

٢- مرحلة تقويم وتقدير الموقف الضاغط:لقد أكد لازاروس على أهمية إدراك، وتقويم الموقف بوصفه موقفاً ضاغطاً من قبل الفرد نفسه، وقد أشار إلى وجود مرحلتين لتقويم الموقف الضاغط هما:

أ. التقييم الأولي أو الابتدائي: يشير إلى إصدارالفرد حكماً معيناً حول نوع الضغط ودرجة تهديده، فقد يقيم الفرد الموقف الذي يتعرض له على أنه سلبياً أو ايجابياً، شديداً أو ضعيفاً، ضاراً أو غير ضار مخيف أو غير مخيف.

ب. التقييم الثانوي: ويكتسب هذا التقييم أهمية أكبر من التقييم الأول عند لازاروس وجماعته، إذ يحدد الفرد في التقييم الثانوي مصادر التعامل مع المواقف البيئية الضاغطة وحرية الاختيار والتقييم، إذ يتم تقييم طرائق التعامل المتاحة مع المواقف الضاغطة وحرية الاختيار والتقييم، حيث يتم تقييم طرائق التعامل المتاحة ونتائج اختيار أي منها ،واحتمال نجاحها.

٣- مرحلة المواجهة ،أو الاستجابة للضغوط: وهي المرحلة الأخيرة في عملية التعرض للضغوط البيئية وفيها يحاول الفرد اختيار واحدا من البدائل

المتاحة (الفسيولوجية أو المعرفية أو السلوكية) بهدف التخلص من تأثير الوقف الضاغط .

ويرى كل من لازاروس و فولكمان أن الناس يستعملون إستراتيجيات تكيفهم مع البيئة التي يعيشون فيها في ضوء تقييمهم للحدث، فعندما يقيّم على أنه تهديد (Threat)، أو تحدي (Challenge)، أو أذى (Harm) فأنه يتطلب أساليب معينة للتعامل ويطلق عليها التعامل المرتكز على الأنفعال (Coping Emotion Focused)، لذا فأن استعمال الفرد إستراتيجيات التوافق لأحداث الحياة البيئية الضاغطة يكون بهدف الوصول إلى نتيجة للحدث، فإذا كانت نتيجة مرضية (إيجابية) فأنها تؤدي إلى أنفعال إيجابي ، وأنهاء فعالية الإستراتيجية التي يستعملها، وإذا كانت النتيجة غير مرضية (سلبية) فأنها تؤدي إلى الضيق والتعامل الإضافي للإستراتيجية أو استعمال إستراتيجيات جديدة وملائمة ، ويعرف لازاروس التوافق بأنه سلوك الفرد إزاء الضغوط البيئية الاجتماعية والشخصية التي تؤثر بدورها على التكوين والتوظيف النفسي له ، وجد لازاروس أن المضايقات اليومية المتكررة ، كتعطل حركة المرور والتخلف عن المواعيد، أو ضيق الوقت ،والإحداث السعيدة المفرحة تُعدّ مؤشرات منذرة تنبئ بما قد تؤول إليه الصحة البدنية والنفسية والحالة المعنوية، ورغم بساطتها الظاهرية فهي أكثر قوة وفاعلية في هذا المجال من أحداث الحياة البيئية .

نظرية الإحداث البيئية

اهتمت هذه النظرية بالإحداث البيئية ومتغيرات الحياة التي يتعرض لها الفرد من خلال مراحل حياته، وقد بدأ الاعتماد عليها في البحوث والدراسات التي قام بها ماير(Meye) إذ قام باستخدام قوائم خبرات الحياة اليومية عند دراسته وتشخيصه للحالات المرضية لتحديد الإحداث البيئية التي يحتمل أن تكون من مسببات الأمراض، وأبرز من عبر عن هذه النظرية هولمز وراهي (Holmes & Rahi) فقد وجها اهتمامهما إلى الأحداث ومتغيرات الحياة البيئية الضاغطة التي يحتمل أن يكون لها تأثير على الفرد في مجالات الحياة كافة، كالمجال العائلي، والمجال المهني، والمجال الاجتماعي والاقتصادي فضلا عن المجال التعليمي أو الدراسي. وأن هذه الأحداث التي تؤثر على الفرد والتي قد تكون ايجابية أو سلبية محزنة أو مفرحة ويمكن أن تؤدي إلى خطر زيادة تعرض الفرد للإصابة بالأمراض فقد أكدت الكثير من الدراسات أن الأحداث المفاجئة والعنيفة كالتي تحدث في زمن الحرب، والكوارث، والنكبات الطبيعية تؤدي إلى الإصابة بالأضطرابات النفسية ولأمراض.

نظرية الحدث البيئي الضاغط

قدمها العالم موراي (Murray) إذ يعرفالحدث البيئي الضاغط بأنه صفة ،أو خاصية لموضوع بيئي أو لفرد تيسر، أو تعيق جهود الفرد للوصول إلى

هدف معين، وترتبط الأحداث الضاغطة بالأفراد والموضوعات التي لها دلالات مباشرة تتعلق بمحاولات الفرد لإشباع حاجته.

أدرك موراي (Murray) أن الأشياء والأحداث البيئية تستطيع التأثير بقوة في نمو حاجات خاصة تستدعى في وقت لاحق من الحياة ، وقد أطلق على هذا التأثير بالحدث الضاغط لأن الحادثة تضغط على الفرد بطريقة معينة.

وهذه المجهدات محكومة بالوضع الأسري والوضع الاجتماعي والاقتصادي، وقد يؤدي التنافس بين الأفراد أيضاً إلى ضغوط من أنواع معينة أخرى ، وقد ميز موراي (Murray) بين نوعين رئيسين من الضغوط البيئية هما:

أ- ضغوط بيتا (Peta Press): تشير إلى دلالة الموضوعات، أو التأثيرات البيئية ،والأشخاص كما يدركها الفرد ويفسرها ذاتياً.

ب- ضغوط ألفا (Alpha Press): وتشير إلى خصائص الموضوعات البيئية ودلالتها كما تحدث في الواقع.

ويوضح موراي (Murray) أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول ويؤكد أن الفرد يصل إلى ربط موضوعات معينة لحاجات معينة، لذا فنحن نرى العالم الذي يحيط بنا وندركه ذاتياً، وقد يكون مفهومنا للأحداث والأشياء المحيطة بنا لا يتطابق دائماً مع الواقع، لأن تأثير الضغط البيئي في الفرد يمكن أن يدرك ويفسر بشكل ذاتي، أو موضوعي يعكس الحقيقة نفسها.

وإن الجزء الأساسي من نظرية هنري موراي (Murray) يستند إلى أن الأنسان له دوافعه التي يسعى من خلالها دائماً لتخفيض التوترات من حياته الناجمة عن الحاجات التي بداخله، ومن الضغوط البيئية في المجتمع مهما كأن مصدرها.

نظرية المنبهات البيئية

عد بص (Buss, 1962) الأحداث منبهات مؤذية تواجه الفرد في حياته اليومية من خلال المواقف المختلفة التي يمر بها الفرد ومن بين تلك الأحداث ما يتمثل بالاحباطات التي تعيق الاستجابة الوسيلة وعد الحرمأن deprivation والفقدان Loss من بين تلك الأحداث الغامضة التي يمر بها الفرد .

ويرى بص أن هناك أنواع محددة من المنبهات المؤذية (Noxious stimul) مثل الرفض الاجتماعي Social rejection والتهديد Threat إذ أعطى تلك المنبهات اهتماماً سواء كأن حدوثها لفظياً ،أو سلوكياً وعدها مؤثرة جداً (very Impressive) حيث إذ عد بص العدوان هو أحداث سابقة ضاغطة على الفرد وبشكل دائم ، ويرى بص أن الرفض يمكن أن يكون على أشكال عديدة منها:

١. الرفض الواضح الصريح Anvarnishe dismissal: ويقصد به مواجهة الموقف بصورة مباشرة مثل إجباره على ترك المكان أمام الآخرين، أو بدونهم.
٢. الرفض اللفظي غير المباشر Indirect verbal rejection: وهو غير مباشر يشعر به الفرد مثل المواقف التي يتعرض لها الفرد، مثل الاستهزاء بالآخرين والسخرية والتي يشعر أزاءها الفرد بالتقدير الواطئ للذات.
٣. النقد: وهي سلسلة الأنتقادات التي يتعرض لها الفرد في حياته مثل نقد الوالدين أو المعلمين بصورة لاذعة ،وهي مواقف لا تنسى، وقد يكون النقد على المظهر والملابس، أو على طريقة الحديث وكلها تؤدي إلى التقليل من شأن الفرد.

إما التهديد: فيتمثل بمواقف لفظية مثل تهديد الوالدين لأطفالهم بالضرب، والعقاب، ويعد التهديد مثيراً للذعر والخوف، فضلاً عن أن هذه المواقف يصعب على الفرد مواجهتها، او الرد بالمثل لأنه يفتقر إلى الشجاعة، والجرأة على المواجهة بصورة مباشرة.

ويرى بص أن التغيرات المفاجئة في الأحداث تشكل مصادر ضغط للفرد، وكذلك الإحباط الذي يعد نوعا من أنواع المنبهات المؤذية للفرد.

نظرية الإثارة البيئية

ان احد تأثيرات التعرض للأشياء التي تولد الضغوط البيئية هو الإثارة المتزايدة والتي تقاس فسيولوجياً بالفعاليات الذاتية اللاإرادية المضاعفة مثل زيادة معدل ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم وزيادة معدل التنفس وافراز الادرينالين وغيرها ، اوتقاس سلوكياً عن طريق زيادة النشاط او الفعالية الحركية او عن طريق التقرير الذاتي للفرد.

ومن المنظور الفسيولوجي العصبي يرى ان الإثارة البيئية هي زيادة نشاط او فعالية الدماغ بواسطة مركز الاثارة في الدماغ والذي يسمى (التكوين الشبكي Reticular Formation).

وقد العالم (بيرلاين) الإثارة على انها تقع على متصل مستمر احد طرفيه النوم والطرف الآخر أعلى نشاط او إثارة مضاعفة اثناء اليقظة ويفترض ان الاثارة متغير وسيط في كثير من انماط السلوك ، ولذلك اهتم كثير من علماء النفس البيئي بهذا المفهوم واستخدموهُ ليفسروا آثار البيئة على السلوك.

بالرغم من ان الاثارة البيئية هي إحدى تأثيرات التعرض لما يولد الضغوط فإن الكثير من السلوكيات يمكن تفسيرها عن طريق الإثارة فقط بدون مفهوم الضغط ، وهذا التمييز يصبح واضحاً عندما نأخذ بنظر الاعتبار ان نموذج الضغوط يتضمن تقييم معرفي للمثير على انهُ تهديد ، في حين ان المثير لا يحتاج ان يكون مهدداً لكي يزيد من الاثارة.

وان الاثارة البيئية تؤدي بأصحابها الى البحث عن معلومات عن حالاتهم الداخلية اي يحاولون تفسير طبيعة الاثارة واسبابها.

- هل هي سارة ام غير سارة؟ كما ان المثيرات غير السارة تزيد الاثارة فإن المثيرات السارة تعد إثارة ايضاً.
- هل تعزى الى المحيطين بهم أم الى تهديد مدرك؟
- هل تعزى الى بعض جوانب البيئة ؟

نحن نفسر الاثارة البيئية وفقاً للانفعالات التي تظهر على الآخرين حولنا فضلاً عن ذلك فإن الاسباب التي تعزى الاثارة اليها لها آثار ذات مغزى على سلوكنا.

العلاقة بين الاثارة البيئية والأداء :

هناك علاقة مهمة بين الاثارة البيئية والأداء حسب نظرية (لهل – سبينس) وعلى وفق هذه النظرية يكون لدينا في وقت معين عدد من بدائل الاستجابة المتيسرة لنا ، فعند التعرض للاثارة البيئية المتزايدة فإن الاستجابة الاكثر أهمية وهيمنة، ستكون الاكثر احتمالاً للحدوث.

وعلى وفق هذه الفكرة فان الاثارة البيئية المتولدة بيئياً ستسهل او تزيد من شدة الاستجابة المهيمنة ، وللاثارة البيئية نتيجة هامة بالنسبة للأداء وفقاً لقانون (بركس – دودسن) حيث يكون الاداء عند حده الامثل عند المستويات المتوسطة من الاثارة ثم يسوء تدريجياً اذا انخفضت الاثارة او ارتفعت عن هذا المستوى ، وفضلاً عن ذك فإن علاقة الحرف U المقلوب بين الاثارة والاداء تتفاوت بتفاوت تعقيد العمل.

- فالمستوى الامثل للاداء يحدث بالنسبة للاعمال المعقدة او المركبة عند مستوى اقل من الاثارة مقارنةً بالاعمال البسيطة.
- يتوقع ان تؤدي الاثارة البيئية الناتجة من الازدحام والضوضاء وتلوث الهواء الجوي تحسين الاداء او تدهورهُ ويتوقف هذا على استجابة الشخص المتأثر منها لمستوى الاثارة الأمثل سواء عندهُ او أعلى أو أقل منهُ بالنسبة لعمل معين.
- ان الانسان عموماً يسعى لمستوى متوسط من الاثارة ، وان الافراد او التفريط فيها غير مرغوب فيها.
- فاثارة المنخفضة لا تشجع على الاداء الامثل والاثارة العالية المفرطة تعوقنا عن التركيز على العمل الذي نقوم به.

العلاقة بين الاثارة والعدوان:

ان مفهوم الاثارة البيئية بوصفه وسيطاً يعد مهماً ايضاً لسلوكيات اخرى وبصورة خاصة العدوان، وعلى وفق العديد من النظريات في العدوان تشير الى

انـه اذا زاد احتمـال حـدوث الاسـتجابة العدوانيـة فـي موقـف معـين فـان الاثـارة العالية سوف تثير العدوان.

وقد وجد ان الضوضاء حين تزيد من الاثارة فانها قد تزيد العدوان ايضاً ، ويمكن التنبؤ بـالاداء والعدوان من تـأثيرات البيئيـة علـى الاثـارة ويمكـن تعميم الاثارة الى العديد من العوامل البيئية مثل (الضوضاء والحرارة والازدحام) .

ولكـن لسـوء الحـظ الاثـارة صـعبة القيـاس جـداً فالمؤشـرات الفسـيولوجية للاثـارة البيئيـة ليسـت متسـقة او ثابتـة الواحـدة مـع الأخـرى ، وفـي الغالـب غيـر متسقة مع مقاييس التقرير الذاتي للاثارة باستخدام الورقة والقلم.

وعندما يشير احد المقاييس الى اثارة متزايدة في موقف معين فان مقاييس اخرى قد تظهر اثارة متناقصة او غير متغيرة ، لذا فإن اختيار اي من المقاييس للتنبؤ بالسلوك يصبح مشكلة جدية.

نظرية الحمل البيئي

تشير نظريـة الحمـل البيئـي الـى ان هنـاك العديـد مـن العلاقـات بـين البيئـة والسلوك وخصوصاً تلك التي تؤدي الـى نتـائج سلوكية وانفعاليـة غيـر مرغوبـة تكـون دالـة علـى اثـارة كثيـرة مـن مصـادر عديـدة ، فيمـا اشـار العديـد مـن المنظرين الى ان الكثير من مشكلات بين البيئة والسلوك تنتج من اثارة قليلة جداً.

وقد اشارت دراسات الحرمان الحسي الان حرمان الافراد من كل الاثارة الحسية يؤدي الى قلق حاد وانواع اخرى من الشذوذ النفسي، وقد وثقت بحوث اخرى النتائج الضارة الاثارة المنخفضة على النمو والنضج لدى الصغار.

وبالاعتماد علـى هذه المصـادر فقد اشار بعض المنظرين الـى ان البيئـة يجب ان تكون فـي بعض الاحيـان اكثر تعقيداً واكثر اثـارة ، ومـن اجـل تجديد الاثارة والاحساس بالانتماء عند ادراك الافراد لبيئتهم ، وبـالرغم مـن ان المـدن قد تكـون لهـا البيئـة اجتماعيـة ذات اثـارة مرتفعـة فانهـا قد تخضـع السكان لبيئـة مادية ذات اثارة منخفضة.

فقد اكد الباحث (بار Par) ان الحقول والغابات والجبال تضم تنوعاً غير منتهي من النمـاذج المتغيـرة مـن الاثـارة البصـرية ، ولكـن منـاطق المدينـة تضـم نفس النماذج المتكررة في كل شارع.

وقد أكد (بـار وآخـرون) ان قلـة الاثـارة تـؤدي الـى الضـجر والـذي يكـون بطريقة ما مسؤول عن امراض المدينة مثل جنوح الاحداث والتخريب المتعمد للممتلكات العامة ، ومن اجل دراسة افضل لبعض من هذه المشكلات المتعلقة بالاثارة المنخفضة.

وأكد (هوول) قيـاس البيئـات علـى وفق عدد من ابعـاد الاثـارة علـى سـبيل المثال (الشدة ، الحداثة ، التعقيد، التنـوع أو التغيـر الـوقتي ، الدهشـة، التنـافر) ،

وقد تفسر الرغبة بهذه الانواع من الاثارة السبب في ترك الناس للمدن باعداد كبيرة ليعيشوا في بيئات طبيعية اكثر.

وان وجهة نظر الاثارة المنخفضة تساعد في التنبؤ ببعض العلاقات بين البيئة والسلوك ولكنها تقف موقفاً مغايراً بصورة ملحوظة من نظريات الضغوط والحمل التي تختبر نفس البيئات وتجد اثارة عالية.

نظرية مستوى التواؤم :

تبدأ نظرية مستوى التواؤم مع افتراض ان الفرد لا يرغب بالازدحام على الاقل في مناسبات معينة من ناحية اخرى اغلب الافراد لا يرغبون بالعزلة الاجتماعية التامة طوال اليوم ، ولذا تشير النظرية الى ان هذا ينطبق على كل انواع الإثارة من ضمنها درجة الحرارة والضوضاء وغيرها ، وهناك على الاقل ثلاثة انواع من العلاقات بين البيئة والسلوك يجب ان تتطابق مع فرضية المستوى الامثل وهذه الانواع هي:الاثارة الحسية ، والاثارة الاجتماعية ، والحركة.

فالاثارة الحسية الكثيرة جداً والقليلة جداً تكون غير مرغوبة وكذلك الحال بالنسبة للاتصال الاجتماعي والحركة الكثيرة جداً والقليلة جداً تكون غير مرغوبة ايضاً ، وبالمقابل تتباين هذه الانواع على طول ثلاثة ابعاد تمتلك المستويات المثلى وهذه الابعاد هي:

البعد الاول/ هو الشدة: عندما يكون مزعج نفسياً وكذلك الاثارة السمعية الكثيرة جداً أو القليلة جداً لها نفس التأثير غير المرغوب فيه مثل صراخ الاطفال العالي عند تحدث الكبار بأمور هامة.

البعد الثاني/ هو التباين او التنوع: حيث ان التباين او التنوع الكثير جداً غير مرغوب فيه والتباين او التنوع القليل جداً في محيطنا يولد لدينا الضجر والرغبة في البحث عن الاثارة.

البعد الثالث/هو النمذجة: مدى احتواء امتلاك الادراك على كل من البيئة او التركيب. فالغياب التام للبنية او التركيب التي يمكن ان تتوفر عن طريق ميكانزيمات معالجة المعلومات مثل (انتشار الضوء بشدة ثابتة او نغمة بصوت ثابت) قد يكون مزعجاً. كذلك النموذج المعقد جداً الذي لا ينظم بنية قابلة للتنبؤ يعد مزعجاً ايضاً ومثال على ذلك (البيئة المشيدة الحديثة او المعقدة والمتنوعة جداً) التي يجد صعوبة في فرض بنية ادراكية عليها ربما نشعر انها بيئة ضاغطة.

- وقد افترضت النظرية ايضاً ان كل فرد لديه مستوى امثل من الاثارة والذي يكون قائم على الخبرة الماضية. وان مستويات التكيف لا تختلف فقط من شخص لآخر كدالة الخبرة ولكن قد تتغير ايضاً مع الزمن بعد التعرض لمستوى مختلف من الاثارة.

- لذا كيفية تقييم الفرد لبيئة معينة ورد فعلهُ لهذه البيئة عن مستوى تواؤمه في ذلك البعد... فكلما انحرفت البيئة عن مستوى التواؤم كلما كان رد الفعل اشد لتلك البيئة.

التكيف والتوافق :

* يشير التكيف الى تغيير الاستجابة للمثير.
* بينما يشير التوافق الى تغيير المثير ذاتهُ.

فمثلاً عند درجات الحرارة العالية تتضمن:

- التكيف التعود التدريجي على درجات الحرارة العالية عند التعرض لها بحيث لاتفرز عرقاً كثيراً.
- اما التوافق فيتضمن ارتداء الملابس الخفيفة او تركيب نظام تبريد الهواء بحيث تنخفض المثيرات الحرارية التي نتعرض لها ... في المجتمع الحديث فان التوافق يفضل على التكيف.

نظرية القسر السلوكي:

لقد بينا ان الآثار البيئية المفرطة او غير المرغوب فيها تؤدي الى الاجهاد والتعب في تجهيز المعلومات وثمة نتيجة ممكنة لهذه الإثارة وهي فقدان الضبط المدرك perceired control على الموقف ، فعلى سبيل المثال اذا تعرضت لموجة من الحرارة الصيفية الشديدة وشعرت انك لا تستطيع ان تعمل شيئاً لمواجهتها ، أو هل اضطررت الى العيش او العمل في ظروف ازدحام شديد او الانتقال الى مكان عمل بعيد عنك وشعرت ان الموقف خرج من يديك ولا تستطيع ان تعمل شيئاً للتغلب عليه ، وان فقدان السيطرة المدركة على الموقف هو الخطوة الاولى لنموذج القسر السلوكي.

ان كلمة قسر هنا تعني ان ثمة شيئاً في البيئة يحدد الاشياء التي نرغب في عملها في البيئة او يعوق هذا العمل ، وهذا القسر يمكن ان يكون قصوراً في البيئة او اعتقاداً بإمكانات البيئة يقيدنا ويضع لنا الحدود، اما التفسير المعرفي للموقف فانه يتعدى قدرتنا على السيطرة ، ومتى ادركنا اننا نفقد السيطرة على البيئة فان ذلك يؤدي الى نتائج وعقاب واول ما تخبرهُ هو الضيق والمشاعر الوجدانية السالبة.

وقد تحاول اعادة تأكيد سيطرتك على الموقف فإذا كانت درجة الحرارة العالية مقيدةً لحريتنا قد نبقى في البيت او نستخدم وسائل تكنولوجية كأجهزة التبريد وإذا كان الازدحام مهدداً ومقيداً لحريتنا فقد نستجيب بإقامة عوائق فيزيقية او اجتماعية لكي نبعد الآخرين عنا واذا كان مكان العمل بعيد فنحاول الاستمرار به وفي كل هذه الحالات لكي نستعيد السيطرة على الموقف وتعرف هذه الظاهرة (بالمفاعلة او المقاومة السيكولوجية P. reactance) وهي الخطوة الثانية لنموذج القسر السلوكي.

ففي أي وقت نشعر ان حريتنا بالفعل مقيدة نحاول استعادة حريتنا بالمقاومة السيكولوجية ووفقاً لهذا النموذج ليس علينا ان نخبر فقدان السيطرة على الموقف لكي تبدأ المقاومة السيكولوجية ، بل ان ما نحتاجه هو ان نتوقع او نتنبأ ان عاملاً بيئياً معيناً سوف يقيد حريتنا فتبدأ المقاومة السيكولوجية ، ولكن ماذا يحدث اذا اخفقت جهودنا في اعادة تأكيد سيطرتنا على البيئة واستعادة حريتنا في الفعل؟

ان النتيجة النهائية لفقدان السيطرة وفقاً لنموذج القسر السلوكي هي تعلم (انعدام الحيلة او العجز Learnedhelplessness) وهي الخطوة الثالثة لنموذج القسر السلوكي.

اي انه اذا تكررت الجهود في محاولة اعادة السيطرة ولكنها اخفقت فقد نبدأ في التفكير بأنه لا أثر لافعالنا على الموقف ولذلك نتوقف عن محاولة السيطرة حتى لو بدأ من وجهة النظر الموضوعية اننا استعدنا القدرة على السيطرة. فالطلاب الذين يحاولون حذف مقررات دراسية معينة واضافة اخرى اذا رفضت محاولاتهم المتكررة من قبل الادارة فانهم سرعان ما يتعلمون انهم عاجزون امام موقف ادارتهم.

وبالمثل اذا اخفقت الجهود التي يبذلها فرد لمواجهة الازدحام فانه قد يتوقف عن بذل الجهد للحفاظ على خصوصيته ويتغير اسلوب حياتهِ وفقاً لذلك.

وفي البلاد التي تسقط فيها الثلوج خلال الشتاء البارد وجدت تقارير عن افراد ييأسون في محاولاتهم للحفاظ على الدفء بسبب نفاذ الوقود ويموتون نتيجة لذلك... وفي حالات كثيرة يؤدي الشعور بالعجز الناتج عن الاخفاق في السيطرة على الموقف الى الاكتئاب.

اما استعادة السيطرة على الموقف فانها تحسن الاداء والتوجه العقلي. ان نموذج القسر السلوكي يتألف من ثلاث مراحل او خطوات اساسية:

أ. الفقدان المدرك للسيطرة.

ب. المفاعلة او المقاومة السيكولوجية.

ج. تعلم انعدام الحيلة او العجز.

أستراتيجيات الإرشادية للتعامل مع الضغوط البيئية:

١- أستراتيجية الأستجابة للضغوط

برز العديد من العلماء والمنظرين في هذا المجال وهذه العلاقة، اذ أن أول من ركز على هذه الأستجابة للضغوط هو العالم الفسيولوجي والتركانون(Walter Cannon) ، الذي ركز على الجهاز السمبثاوي والآدرنالين النخاعي في تكوين الأستجابة الأنفعالية، ووصف عملية التنظيم الفسيولوجية في المحيط الداخلي للفرد وسماها بالاستقرار أو التوازن الحيوي (Homeostasis) وهي العملية التي بموجبها يتم المحافظة على توازن المحيط الداخلي للفرد.

وجاء بعد ذلك كل من ليف وماسون ((Levi and Mason لتوضيح دور الفسلجة في التوافق للأحداث البيئية الضاغطة في معظم أنواع التعامل من خلال الأستجابة الفسيولوجية والفعالية العصبية في عمل الجهاز العصبي المركزي، وذلك من خلال طرائق متعددة ومستويات من التكامل في عملها مع بعضها ومن ثم يؤدي إلى خفض الأستجابة الوظيفية عندما يختل توازن هذه الأنظمة.

كذلك أكدوا على دور المحاور العصبية للغدة النخامية وتبيّن أنها تظهر إستجابات لمختلف الأنفعالات ولمختلف الضغوط،اذ تعددت إفرازات الغدد الصماء ومنها هرمون النمو، والبرولاكتين،والكورتزول،والآندروجين، والآستروجين، وهرمون، الغدة الدرقية (الثيروكسين)، والآوكسيتوسين (معجل الولادة) والآدرنالين، والنورادرنالين، والأنسولين وغيرها من إفرازات الغدد للهرمونات ، التي يؤدي التباين في مستويات إفرازاتها إلى إنتاج نماذج غير متنبأ بها في الأستجابة للأحداث الحياتية الضاغطة والأنفعالات المختلفة، ففي الدراسات التي أجراها ماسون التي أحدث فيها حالات الضغط تجريبياً مثل: الحرارة العالية والبرودة، وإثارة الغضب، والتدريب المكثف، فوجد نماذج مختلفة لإفراز الهرمونات في كل استجابة.

٢- **أستراتيجية الأسترخاء :** يعد الاسترخاء Relaxation احدى التقنيات المستعملة في خفض حدة التوترات المختلفة، وانه يعمل على توقف الانقباضات الفعلية كافة المصاحبة للتوتر، ويتكون من تقنيات عديدة مختلفة منها (التخيل الصوري الموجه، الايحاء الذاتي، الموسيقى، الضغط بالاصابع، الاسترخاء العضلي) ، ويتمثل هذا الاسلوب للعديد من الناس في مساعدة انفسهم على التخلص من الاعراض الفسيولوجية المصاحبة للاحداث الضاغطة.

٣- **أستراتيجية الأسناد والدعم الأجتماعي**

تتمثل بقدرة الفرد في الحصول على المساعدة والمساندة وإعادة الطمأنينة من أفراد الأسرة والأصدقاء وكل الأشخاص الآخرين القادرين على تقديم المساعدة اجتماعياً أو نفسياً، أو طبياً أومادياً، إذ يلجأ بعضهم إلى الأهل والأقرباء أو حتى العشيرة للحصول على الدعم النفسي والأمني عند الشعور بالتهديد، ويتجه بعضهم إلى الدين طلباً إلى الإسناد الروحي أو الأجتماعي في التعامل مع أحداث الحياة البيئية الضاغطة التي تواجههم، ويتم ذلك على شكل إستشارات لرجال الدين وطلب مباركتهم، أو في صورة زيارة للمراقد الدينية أوعلى هيئة صلوات وأدعية.

وأشار هولاهان وموس (Holahan and Moos) إلى أن الإستجابة الأجتماعية المتمثلة بالإسناد والدعم تقوم بتلطيف الآثار النفسية للأزمة، وذلك لأن هناك علاقة قوية بين النقص في الإسناد وتزايد مستوى الكرب النفسي الناتج عن أحداث الحياة الضاغطة، فالإفراد الذين يتلقون إسناداً متزايداً في

محيطهم في أثناء تعرضهم إلى ضغوط الحياة الحادة يتمكنون من التعامل الأفضل معها، فالإسناد يساعد في استعمال أساليب بديلة للتعامل مع الأزمات.

وفي هذا الصدد أشار فيلدمان (Feldman) إلى أن علاقات الفرد مع الآخرين توفر المساعدة الكبيرة في عملية التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة، وأن الدعم الأجتماعي يساعد في زيادة قدرة الفرد على مواجهة الأزمات والتعامل معها.

ووجد موس وشافير (Moos and Schaefer,1986) أن الأشخاص الذين يعانون من الانسحاب الأجتماعي يحولون دون حصولهم على الدعم الأجتماعي الذي ينتج من المشاركة في جماعات معينة.

ولدراسة أحداث الحياة الضاغطة وإستراتيجيات التعامل والوسائل الأجتماعية لمقاومة الضغط، فقد توصلت دراسة سولمان إلى إن هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة بين أحداث الحياة والتعامل والمصادر الأجتماعية المتنوعة.

ولأن الإنسان أصلاً هو كائن إجتماعي،ومن ثم فهو يؤثر ويتأثر بكل الأحداث الإجتماعية التي تواجهه من البيئة المحيطة به، وعليه يجب أن تكون الأستجابة الصادرة منه مقبولة في الوسط الأجتماعي الذي يعيش فيه حتى يكون لها أثر واضح في نفسه والآخرين من حوله ليتمكن من العيش والتكيف مع كل الأحداث الضاغطة في الحياة.

٤- أستراتيجية الأستجابة النفسية

ان المنظرين يميلون إلى حالات عديدة في تفسير الأستجابة النفسية نتيجة لأختلاف القوى التي تمارسها الأحداث البيئية الضاغطة على الفرد وتختلف درجة الضغط للحدث الواحد من شخص إلى اخر، إذ يتوقف ذلك على مدى أدراك الفرد وقدرته في السيطرة على الموقف والوفاء بمتطلباته والأعتماد على إمكاناته الشخصية وخبراته السابقة وما يتوافر له من مصادر الدعم والمساندة الأجتماعية في بيئته.

يرى تانر Tanner أن وجود الضغوط في حياة المدن تعتمد على أحساس الفرد بها والسيطرة أو نقصان السيطرة التي يملكها لمواجهة هذه الضغوط، وهذا ما أكدته الدراسات التي أجريت في هذا المجال والتي أكدت العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والكثير من الأمراض والأضطرابات.

وترتبط الأستجابة النفسية لإستراتيجيات التوافق لأحداث الحياة الضاغطة بالأساليب المنطقية والواقعية التي يستعملها الفرد في التعامل الإيجابي مع مصادر الأحداث الضاغطة ، أي تتضمن قدرة الفرد على مواجهة الحدث الضاغط وتقويمه بصورة نفسية عقلانية وإعادة تنظيم إمكاناته وقدراته من اجل التوافق السليم معه ، والتي يشير إليها بعضهم بمهارات التعامل (Coping Skills) وهي بذلك تختلف عن الأساليب الدفاعية التي تتجه للتخفيف من مشاعر وشدة الحدث الضاغط دون مصدره.

كما يجد الكثيرون في التعبير عن المشاعر النفسية أساليب متعددة يتوافقون من خلالها مع الأزمات والأحداث الضاغطة.

إذ يرى شوبل (Schwebel) أن البكاء والصراخ يعدان من أكثر الأساليب التي يستعملها الأفراد في مرحلة الطفولة وحتى في مرحلة الرشد فأن التعبير عن الأنفعالات العميقة، ولاسيما المرتبطة بفقدان شخص عزيز تظهر في البكاء.

كذلك فان ريان (Ryan,1989) ترى أن التعبير عن المشاعر يمكن أن يكون بسلوك ظاهر مثل البكاء، أو بشكل ضمني غير ظاهر، مثل مشاعر الخوف، أو الحزن، أو الأسف، أو لوم الذات، أو الكبت.

وقد بين هولاهان (Holahan,1986) أن ثبات الوظائف النفسية تحت الضواغط العالية تتأثر بالمقاومة الشخصية والأجتماعية وهذه بدورها تؤثر في الأستجابة أو التعامل، حيث وجد في دراسة الشخصية، التعامل ووسائل العائلة والثقة بالنفس تلعب أدوارا مهمة في التوافق ومقاومة الضغوط والسيطرة عليها وتبعد الفرد من استعمال التعامل التجنبي.

٥- إستراتيجة التجنب وفقدان الأمل

طرح المنظرون الوجوديون بعض الأفكار التي يمكن للفرد من خلالها التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة التي تواجههم والتفاعل مع الآخرين، فمثلاً طبقاً لبنزوانكر(Binswanger) وبوس (Boss) ثمة بديلين هما (المشاركة-عدم الثقة)، وميز مادي (Maddi) بين المودة و الأستغلال، وقدم سارتر(Sartre) وهايدجر (Hidegger) بديلي الفردية والتقليدية، وقدم مارسل (Marcel) الطواعية والإخلاص، وعن طريق تقييم أساليب الحياة هذه يصل الوجوديون إلى مسألة الأخلاق ، ووجد ربيتو ورولاند (Repeto and Roland,1987) أن إستراتيجة التجنب وفقدان الأمل، فضلا عن إلى القدرية، وأحلام اليقظة، والأعتقاد الديني تؤدي إلى سوء التوافق، وعدم القدرة على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة.

وتتجسد جهود التعامل (Coping) للحفاظ على تكامل الشخصية بثبات التوازن بين الأحداث التي تفرضها البيئة والطاقة وقوة الوسائل التي يملكها الفرد في التعامل معها بشكل إيجابي.

٦- أستراتيجية الاستجابة المعرفية

تتمثل بالسلوكيات التي تتطلب التفكير والنشاطات المعرفية المتعددة من الشخص مثل حل المشكلات والتقييم الايجابي في مواجهة أمور الحياة ، وتدخل الاستجابة المعرفية أو الذهنية في أي قرار يتخذه الفرد حول الأسلوب المناسب الذي مفاده إن التعرض للحدث الضاغط لا يسبب الانزعاج بحد ذاته، بل إن نوعية رد الفعل من جانب الفرد هو الذي يحدد النتيجة النهائية.

والفرد يتقبل من خلالها الواقع الأساسي للموقف، ولكن يعيد بناءه ليكتشف شيئاً مفضلاً في هذا الموقف ، وقد أشارت اتواتر (Atwater) إلى ان إعادة تشكيل مفهوم المشكلة أو مفهوم الحدث الضاغط من الإستراتيجيات المهمة التي ينظر الفرد من خلالها إلى المشكلة على أنها قابلة للحل.

ولقد أشارت الأدبيات العلمية إلى أن من الإستراتيجيات الإرشادية المعرفية الفعالة في التوافق مع الأحداث الحياتية الضاغطة ، ما أشار إليه ميشانبوم (Meichanbaum) بإستراتيجية التدريب على التلقيح ضد الأزمة (Crises - Inoculation training strategy) ، اذ تكون الخطوة الأولى فيه زيادة وعي الفرد وتطويره حول سلوكه وأفكاره، وفي الخطوة الثانية يتم التدريب العقلي للفرد، والبدء بالتصرف بسلوك لا تشوبه أفكار لا عقلانية، ويتعلم الفرد عادات توافقية مع الأزمة بطريقة عقلانية، أما في المرحلة الأخيرة، فان الفرد يطبق ما قد تعلمه من مهارات في الخطوات السابقة على مواقف الأزمات الجديدة.

وإن من ابرز من درس الإستجابات المعرفية وأكد ها هو العالم لازروس، اذ يرى أن هناك ثلاثة أنواع للتقييم:

١- أن يكون ليس له علاقة.

٢- محايداً وايجابياً ويرتبط بإثارة الانفعال الايجابي.

٣- ضاغطاً يرتبط بإثارة الانفعال السلبي.

وقد تبين أن إستجابات التعامل المعرفية مع الأحداث الضاغطة توجه من قبل اللحاء، اذ تعمل مستويات اللحاء الدماغي على إستلام المعلومات المتأتية من البيئة، ويستعمل اللحاء الدماغي الذاكرة، والتمثيل الرمزي والتفكير وإعادة الحل، وتعمل مناطق ما قبل اللحاء باستلام الإشارات الكيميائية من الغدة النخامية والجهاز العصبي التشريحي بوساطةالهايبوثلاموس.

٧- أستراتيجية التربية البيئية: تتعرض البيئة في انحاء متفرقة من العالم لكثير من المشكلات ولا يمكن اعتبار مسألة المحافظ على هذه البيئة من المشكلات التي تهددها الجوانب العلمية والتكنولوجية وحدها وانما هي مسألة تربوية بالدرجة الاولى ، والتربية البيئة هي ((نشاط تقوم به المؤسسات التربوية يستهدف إحاطة الناس علماً بطبيعة وحجم المشكلات البيئية والبدائل السلوكية التي تخفف من وطأة المشكلات التي تعاني منها البيئة)) وتعديل سلوك الافراد وتنمية معلوماتهم ومهاراتهم واتجاهاتهم وقيمهم وميولهم نحو حماية وصيانة البيئة والمحافظة عليها والكف عن السلوك السلبي الضار بها وتجعلهم يحترمون القوانين بدافع داخلي منهم ورغبة في انفسهم بحيث تصبح جزء من تفكيرهم وسلوكهم وتركيب

شخصياتهم ، من هذا يتبين ان هناك حاجة ماسة للاهتمام بالتربية البيئية في مراحل التعليم المختلفة لإعداد الانسان المدرك لبيئتهِ على نحوٍ افضل.

اهداف التربية البيئية:

١. فهم واضح بأن الانسان جزء لا يتجزأ من نظام يتألف من الانسان والثقافة والبيئة البيوفيزيائية وان الانسان لهُ القدرة على تغيير العلاقات في هذا النظام.
٢. فهم واضح للبيئة البيوفيزيائية بشقيها الطبيعي الموضوعي ودورها في المجتمع المعاصر.
٣. فهم عميق وشامل للمشكلات البيئية التي تواجه الجنس البشري في الوقت الحاضر بجوانبها الفيزيائية والبيولوجية وكيفية المساهمة في حل هذه المشكلات ومسؤولية الافراد والجماعات نحو حلها او الحد منها .
٤. تكوين الاتجاهات المناسبة ازاء البيئة البيوفيزيائية التي تدفع الافراد بدافع فهم الى المشاركة في جل المشكلات البيئية.
٥. الوعي البيئي وهو وعي ايماني ادراكي عملي وجداني تطوري روحي يكوّن لدى الفرد والجماعة والفهم والاحساس بعناصر البيئة ومواردها من اجل المحافظة عليها.

٢- الحث البيئي المناسب: ويعني به العلاقات والتحذيرات التي تستخدم للحفاظ على البيئة والحيلولة دون الاضرار بها. وانواع الحث هي الاساليب التي تسبق تغيير السلوك، فتحدث قبل السلوك المستهدف ويعمل على زيادة احتمال وقوع الافعال المفضلة وانخفاض احتمال وقوع وحدوث الافعال المستهجنة ، اذن الحث نوعان حث الاقتراب من المرغوب فيه وحث تجنب المرغوب عنهُ ، بعض انواع الحث عامة مثل حافظ على نظافة مدينتك وبعضها محدود مثل السرعة القصوى ٨٠ كم للسيارات وبعضها عدد غرامة مالية او التعرض للمسألة القانونية.

هذه الانماط المختلفة من الحث تؤثر في طريقة سلوكنا وتخفف من سلوكنا البيئي الضار، كما انها تؤدي الى ابراز معايير اجتماعية معينة...مثلاً اننا نفهم بأن نرمي الفضلات في اماكن مخصصة لها في كل المواقف التي نتعرض لها.

وهناك محددات لفعالية انواع الحث فأكثر الحث شيوعاً يتخذ صغية الرسائل المكتوبة على اللافتات وهي فعالة لتقليل السلوك الضار. في بعض الظروف يؤدي الحث الى اثارة مقاومة الشخص لأداء الفعل المرغوب فيه فقد يصاغ الحث، الرجاء رمي الفضلات في اماكنها المخصصة ، وقد تصاغ الحثاياك ان ترمي الفضلات في غير موضعها هذه الصياغة الاخيرة تؤدي ببعض الافراد الى عدم مسايرة ما جاء فيها ، واهم عامل يؤثر على فاعلية الحث للحفاظ على البيئة هو الإرشاد والتوجيه وسائل الاعلام المختلفة كما ان

حالة البيئة النظيفة تؤدي الى مراعاة الناس للحفاظ عليها كما يعتبر سلوك الانسان الذي يحافظ على النظافة ... يدعم معيار المحافظة على البيئة.

٨- أستراتيجيات التعزيز: تستخدم اساليب التعزيز لتعديل السلوك الضار بالبيئة وتعد انواع الحث ستراتيجيات سوابق اما المعززات فهي ستراتيجيات لواحق ، اي انها تأتي بعد السلوك.

وافضل الجهود في تعديل السلوك الضار بالبيئة هي تلك التي استخدمت طرق التعزيز. التعزيز الايجابي، اسلوب يفضي تزويد الافراد بمثيرات موجبة قيمة عقب ادائهم اداءاً بيئياً قيماً، والهدف هو زيادة احتمال حدوث الاستجابة المرغوب بها مستقبلاً.

اما التعزيز السلبي فسيزيد السلوك المرغوب فيه لاننا باستخدامه نكون مجبرين لتجنب مثير منفر مثلاً دفع مبالغ كبيرة لما نستهلكه من طاقة.

واسلوب العقاب يتضمن استخدام مثير مؤلم مع اولئك الذين يستمرون في السلوك الضار بالبيئة مثلاً فرض غرامة مالية ، وعموماً فإن التعزيز الايجابي معرض لسلوك المقاومة بدرجة أقل من التعزيز السلبي والعقاب ، كما ان المعززات الايجابية مقبولة بدرجة اكبر للأفراد ، بالاضافة الى مونها افضل فعالية واقل تكلفة في استخدامها من المعززات السلبية من امثلة التعزيز الايجابي اعطاء قدراً من المال كمكافأة للفرد عند تحقيقه او انجازه هدفاً معيناً قيماً.

الفصل السادس عشر

الإرشاد الأمني

المقدمة:

الحاجة إلى الأمن هي من أهم الحاجات النفسية للفرد، ومن أهم دوافع السلوك طوال الحياة، وهي من الحاجات الأساسية اللازمة للنمو النفسي السوي والتوافق النفسي والصحة النفسية للفرد، والحاجة إلى الأمن هي محرك الفرد لتحقيق أمنه، وترتبط الحاجة الى الأمن ارتباطا وثيقا بغريزة المحافظة على البقاء، وتتضمن شعور الفرد بأن بيئته بيئه صديقة، مشبعة للحاجات، وبأن الآخرين يحبونه ويحترمونه ويقبلونه داخل الجماعة ، والاستقرارالأمن الأسرى والتوافق الاجتماعي، وحل المشكلات النفسية والاجتماعية، وعلاج أي أضطراب نفسي، والاطمئنان في سكن ومستقر والى مورد رزق مستمر، والأمن الجسمي والصحة الجسمية والشفاء عند المرض، وتجنب الخطر والتزام الحذر، وأمن المخاطر الطبيعية، والشعور بالثقة والاطمئنان والأمن والأمان، وتتطلب الحاجة الى الأمن سعي الفرد المستمر للمحافظة على الظروف التي تضمن إشباع الحاجات الحيوية والنفسية، تحت تأثير شعوره بحاجته الى تامين نفسه وممتلكاته، ضمانا للاستقرار والطمأنينة، وحتى ينطلق الى السعي وراء عيشه وتطوير حياته، مستغلا طاقاته وقدراته في ظلال الأمن.

ويحتاج إشباع الحاجة الى الأمن الى تماسك الجماعة، والشعور بالانتماء ووحدة الأهداف ، وسلامة السلوك، وسلامة الأدوار الاجتماعية، ووضوح العلاقات الاجتماعية، ويسر الاتصال، ولاشك أن ارتباط الفرد بالمجتمع والولاء له، مرهونان بإشباع الدوافع والحاجات التي تمكنه من العيش والسعي المنظم الآمن الى تأمين رزقه، وتوفير موارد عيشه، وتطوير السبل التي ترتقي بها مظاهر حياته .

تعريف الإرشاد الأمني

- مساعدة الافراد والجماعات من خلال تقديم الأسغافات النفسية الأولية عند تعرضها لأزمة تحمل في ثناياها خطر من الإخطار، كذلك شعورالفرد بالحماية من التعرض للأخطار الاجتماعية والاقتصادية والعسكرية.
- تقديم التوجيه والإرشاد للحفاظ على الطمأنينة النفسية أو الانفعالية أثناء وقوع الأزمات والكوارث الطبيعية .
- الأمن الشخصي أو أمن كل فرد يكون فيها إشباع الحاجات مضمونا وغير معرض للخطر وهو محرك الفرد لتحقيق أمنة وترتبط الحاجة الى الأمن ارتباطا وثيقا بغريزة المحافظة على البقاء.

- جميع الخدمات الإرشادية والنفسية والتوعوية المقدمة الى طلبة المدارس والجامعات لتعزيز الأمن النفسي والفكري والمجتمعي ضد جرائم الأنحراف والأرهاب.
- مجموعة من المحاضرات الإرشادية الوقائية للحد من انتشار بعض الجرائم بين المواطنين ومنها جرائم السرقة والأحتيال والأبتزاز الألكتروني وغيرها.

مبررات الحاجة الى الإرشاد الأمني

١- أن التقدم الكبير في مجال الأتصال والتواصل الرقمي التي أصبحت ضرورة من ضرويات الحياة المعاصرة ، أصبح ضرورة ماسة الى الإرشاد الأمني في مجال الأتصالات لتجنب وقوع الفرد في مشاكل عند استخدام الشبكة.
٢- ضرورة ملحة الى خدمات الإرشاد والتوجيه الأمني لتجنب الوقوع في الشبكات الأرهابية .
٣- ضرورة توفير الحماية الفرد والمجتمع من الأفكار المنحرفة والمتطرفة .
٤- ضرورة توعية الأفراد والمؤسسات بأحدث الأساليب الأجرامية للوقاية منها .

أهداف الإرشاد الأمني

١- توفير الأمن النفسي من خلال إزالة عوامل الخوف والقلق والتوتر من الأعمال الإجرامية والانحرافات في المجتمع .
٢- توعية وتثقيف الجمهور وضمان إطلاعه على الواقع الأمني من خلال الإحصائيات الرسمية، والجهود المبذولة وما تم تحقيق من نتائج إيجابية في توفير الأمن للمواطنيين .
٣- خلق رادع ذاتي للفرد، من خلال تنشئة المواطن وتعويده على الالتزام بالتعليمات والقوانين والأنظمة والتشريعات النافذة وتوفير عوامل التحصين الذاتي بجهد متكامل، بدءًا من الأسرة والمدرسة والجامعة والمسجد و منظمات المجتمع المدني .
٤- أن مهمة الأمن، هي مهمة كل فرد من أفراد المجتمع ، وإن المسئولية عنه مسئولية جماعية، فردًا كان أم جماعة، هيئة أم سلطة.
٥- الإجراءات الإرشادية الوقائية لمنع حدوث الجريمة من خلال المحاضرات والبرامج الأعلامية المباشرة وغير المباشرة .
٦- توعية طلبة المدارس والجامعات بالجرائم والمخالفات التي تهدد الامن الفكري عوقوبتها ونتائجها السلبية على المجتمع.
٧- تبلور الحس الأمني والإحساس بالمواطنة الصالحة لجميع المواطنين.

أبعاد الإرشاد الأمني:

أبعادالإرشاد الأمني متعددة ومنها: العسكرية، والاقتصادية، والاجتماعية، والتربوية، والثقافية ، والنفسية، والصحية والمعلوماتية والتقنية ، والأمن يتضمن الثقة والهدوء والطمأنينة النفسية نتيجة للشعور بعدم الخوف من أي خطر أو ضرر ، ويكون الإنسان آمنًا حين تتوافر له الطمأنينة على حاجاته الجسمية والفسيولوجية، والى العدل والحرية والمساواة والكرامة، وبغير هذا الأمن يظل الإنسان قلقا، ضالا، خائفًا، لا يستقر على أرض، ولا يطمئن الى حياة ، والإرشاد الأمني لدى الفرد وأثره على الأبعاد الأساسية الأولية التالية:

- الشعور بالتقبل والحب وعلاقات الدفء والمودة مع الآخرين ومن مظاهر ذلك الاستقرار والزواج والوالدية .
- الشعور بالانتماء الى الجماعة والمكانة فيها وتحقيق الذات والعمل الذي يكفى لحياة كريمة.الشعور بالسلامة والسلام وغياب مهددات الأمن مثل الخطر والعدوان والجوع والخوف .

ويشتمل الإرشاد الأمني على أبعاد فرعية ثانوية هي:

- إدراك العالم والحياة كبيئة سارة دافئة (يشعر بالكرامة، وبالعدل، وبالاطمئنان، والارتياح) .
- إدراك الآخرين بوصفهم ودودين أخيارًا (وتبادل الاحترام معهم).
- الثقة في الآخرين وحبهم (والارتياح للاتصال بهم، وحسن التعامل معهم، وكثرة الأصدقاء) .
- التسامح مع الآخرين (وعدم التعصب).
- التفاؤل وتوقع الخير والأمل والاطمئنان الى المستقبل .
- الشعور بالسعادة والرضا عن النفس، وفي الحياة
- الشعور بالهدوء والارتياح والاستقرار الانفعالي والخلو من الصراعات.
- الانطلاق والتحرر والتمركز حول الآخرين الى جانب الذات والشعور بالمسئولية الاجتماعية وممارستها .
- تقبل الذات والتسامح معها والثقة في النفس والشعور بالنفع والفائدة في الحياة.
- الشعور بالكفاءة والاقتدار والقدرة على حل المشكلات والشعور بالقوة وتملك زمام الأمور والنجاح.
- المواجهة الواقعية للأمور وعدم الهروب.
- الخلو من الاضطراب النفسي والشعور بالسواء والتوافق والصحة النفسية

العوامل المسببة في انعدم الشعور بالأمن:

١- أن انعدام الشعور بالأمن قد يكون سببًا في حدوث الاضطرابات النفسية، أو قيام الفرد بسلوك عدواني تجاه مصادر إحباط حاجته الى الأمن وقيامه باتخاذ أنماط سلوكية غير سوية من أجل الحصول على الأمن الذي يفتقر

أليه أو الانطواء على النفس أو الرضوخ واللجوء على الاستجداء والتوسل والتملق من اجل المحافظة على أمنه.

٢- تأثير انعدام الأمن يختلف من شخص الى آخر ومن مرحلة عمرية الى أخرى ومن مجتمع الى آخر.

٣- أن فقدان الشعور بالأمن والذي ينجم عن المواقف الحياتية الضاغطة والتعرض للحوادث والخبرات الحادة المفاجئة .

٤- عدم ثبات المدرسين والآباء في التعامل مع الأطفال فالتناقض ما بين معالجة بعض السلوكيات أو التذبذب بين المحبة والكراهية، وأهم القدرات المتعلمين والطلبة وبالتالي يتوقعون منهم مالا يستطيعون عمله أي يطلبون الكمال كما أن النقد المتعدد والمتكرر للأطفال كل ذلك يساعد على وجود القلق.

٥- ومما يساعد على عدم الشعور بالأمن والذنب الذي يتولد لدى الأطفال من خلال القيام بسلوكيات قد تخالف القوانين والمعاييرالاجتماعية كما أن للإحباط المستمر الذي يتعرض له الطفل من الوالدين أو المحيطين قد يعرضه للشعور بعدم الأمن.

٦- أن انعدام الشعور بالأمن النفسي قد يؤدي الى أن يصبح الفرد عدوانيًا من اجل كسب عطف الآخرين وودهم أو قد يلجأ الى الرضوخ والاستجداء من اجل استعادة أمنه المفقود، فقد نجد الموظف الذي يفتقر الى الإحساس بالأمن يسعى بكل وسيلة للحصول على رضا رئيسه، والطالب الغير آمن يسعى في الغالب بطلب التشجيع ولاستحسان من أستاذه، والزوجة الغير آمنه تلح على زوجها بشدة كي يقدم لها البراهين على صدق حبه لها.

٧- أن الحرمان من الأمن يختلف تأثيره على الصحة النفسية من شخص لأخر ومن مرحلة الى أخرى فإذا حدث الحرمان في مرحلة الرشد فان تأثيره السيئ قد يكون مؤقتًا يزول بزوال أسبابه وتوفر الأمن، قد لا يؤثر على الصحة النفسية إذا استطاع الشخص تغير مطالب أمنه ولم يشعر بقلق الحرمان أما إذا حدث الحرمان من الأمن في مرحلة الطفولة المبكرة خاصة فانه يعيق النمو النفسي ويؤثر تأثيرًا سيؤثر على الصحة النفسية في جميع مراحل الحياة لن الحرمان من الأمن يعني تهديدا خطيرا لإشباع حاجات الطفل الضرورية وهو ضعيف لا يقوى على إشباعها، فيشعر بقلق الحرمان الذي ينمى فيه سمات التوافق السيئ التي من أهمها سمات القلق والعداوة والشعور بالذنب .

خصائص الإرشاد الأمني:

١- يتحدد الإرشاد الأمني بعملية التنشئة الاجتماعية وأساليبها من تسامح وعقاب، وتسلط وديمقراطية، وتقبل ورفض، وحب وكراهية ، ويرتبط

بالتفاعل الاجتماعي ، والخبرات والمواقف الاجتماعية في بيئة آمنة غير مهددة.
٢- يؤثر تأثير حسنًا على التحصيل الدراسي للطلبة، وفي الإنجاز بصفة عامة.
٣- شعور الوالدين بالأمن النفسي في شيخوختهم يرتبط بوجود الأولاد وبقيمهم .
٤- نقص الأمن النفسي يرتبط ارتباطًا موجبا، بالإصرار والتشبث بالرأي والجمود العقائدي دون مناقشة أو تفكير.
٥- نقص الأمن النفسي يرتبط بالتوتر، وبالتالي بالتعرض لأمراض القلب، واضطرابات نفسية.

مهددات الأمن النفسي:

- التهديد بالخطر:أن الخطر أو التهديد به يثير الخوف والقلق لدى الفرد بشكل خاص والجماعة بشكل عام، ويجعلاه أكثر حاجة إلى الشعور بالأمن من جانبه، ومن جانب المسئولين عن درء هذا الخطر، وكلما زاد الخطر والتهديد، كلم ا استوجب زيادة تماسك الجماعة لمواجهته.
- الأمراض الخطيرة: يصاب الإنسان بالعديد من الإمراض التي قد يكون سببها متعلق بالوراثة أو العدوى أو بالمؤثرات البيئية المحيطة بالفرد، ومنها السكري والسرطان، وأمراض القلب حيث يصاحبها في كثير من الأحيان توتر وقلق مرتفع واكتئاب وشعور عام بعدم الأمن.
- الإعاقة الجسمية: حيث نقص الأمن والعصابية تكون أوضح عند المعوقين جسميًا منها عند العاديين

ألاساليب الإرشادية لتحقيق الأمن النفسي:

١- أسلوب عمليات الأمن النفسي : وهى أنشطة يستخدمها الجهاز النفسي لخفض أو التخلص من التوتر وتحقيق تقدير ألذات والشعور بالأمان، ويجد الفرد أمنه النفسي في انضمامه الى جماعة تشعره بهذا الأمن ، والأسرة السعيدة والمناخ الأسرى المناسب لنمو أفرادها نموًا سليمًا وإشباع حاجاتهم وخاصة الحاجة الى الأمن يؤدي الى تحقيق الأمن النفسي، وأسرة العمل والانتماء الى نقابة يزيد الشعور بالأمن النفسي، ويقابل هذا الانتماء إلى الوطن، كما أن جماعات الرفاق تدعم الأمن النفسي لأفرادها ويتضح ذلك في جماعات العمل في السلم والحرب والإنتاج، حيث يعتمد الأفراد بعضهم على بعض بشكل واضح، حتى يشعروا بدرجة أكبر من الأمن والاستقرار.
٢- أسلوب التحرر من الخوف : نمط سلوكي خاص بتلبية الحاجة الى الأمن النفسي فهو أن الشخصية تكون في حاجة الى التحرر من الخوف أيا كان مصدره، كما انه يكون آمنا في حالة اطمئنانه على صحته وعمله ومستقبله وأولاده وحقوقه ومركزه الاجتماعي ، فإذا حدث ما يهدد ذلك أو توقعه الفرد فقد شعوره بالأمن.

٣- أسلوب أشباع الحاجات الأولية والثانوية :كما هو معلوم فالإنسان يولد مزودًا بمجموعة من الدوافع منها الفطرية أو الولادية والتي تمتلك وظيفة الحفاظ على حياة الكائن البشري، وحمايته من الأخطار ومن هذه الدوافع على سبيل المثال، (دافع الجوع والعطش والدافع الجنسي ودافع الحاجة الى الهواء والحفاظ على حرارة الجسد والتخلص من التعب وتجنب الألم...الخ (، كما ويكتسب خلال مجرى حياته من خلال عملية التنشئة الاجتماعية او عن طريق الملاحظة مجموعة من الدوافع تطلق عليها تسمية الدوافع الثانوية، وهي دوافع يختص بها الإنسان دون غيره من الكائنات الحية ومن بينه ا: الحاجة الى الحب والاحترام والتقدير والأمن والإنجاز واللعب والاستقلالية والتخلص من التوتر.

٤- أسلوب أشباع الحاجات البايلوجية :أن الحاجة إلى الأمن تظهر أهميها بمجرد إشباع الحاجات البيولوجية وخاصة بالنسبة للكبار ، كما تظهر هذه الحاجة عند الأطفال عند تعرضهم للخوف، وتدفع الحاجة الى الأمن الناس الى الحرص والحذر، وهي التي تثير فينا الرغبة لتملك المال والعقارات والادخار هذا علاوة على الأمن الروحي الذي تبعثه الطقوس الدينية

٥- أسلوب الشعور بالراحة النفسية : من حاجات الأمن أي الحاجة إلى الشعور بالطمأنينة وزوال القلق الناجم عن جميع أنواع التهديد.

نظريات الإرشاد الأمني :

• نظرية ماسلو(Maslow) :

كتب ماسلو الكثير عن الدوافع الشخصية من وجهه النظر الانسانية تمخض عن ذلك وضع تفسير للحاجات الانسانيه ، وقد صنف الحاجات بصورتها النهائية بسبع مستويات تتماشى مع مبدأ التوازن ، واضعا الحاجات الفسيولوجية الاساسية في قاعدة الهرم وعند قمته حاجات تحقيق الذات .

واطلق ماسلو على الحاجات الاربع الاولى بالحاجات الحرمانية (Deprivation needs) في حين سمى الحاجات التي يسعى الفرد من ورائهاتحقيق اقصى طاقات النمو ليصبح فردا متكاملا بالحاجات النمائية (development need).

وضمن هذا الترتيب الهرمي تحكم الحاجات المختلفة علاقة ديناميكية ، أي على الرغم من ان الحاجات الفسيولوجية هي الاقوى والاكثر من غيرها في درجة الحاحها على الاشباع الا ان حاجات اعلى في الهرم قد تسيطر على سلوك الفرد بسبب الحرمان الشديد من اشباع بعض الحاجات والذي يؤدي الى ان تطغي على سلوك الفرد بغض النظر عن موقعها في الهرم .

وعد ماسلو الحاجة اساسية متى ما كان حرمانها يولد مرضا جسيما او نفسيا ،او اشباعها يمنع المرض ويعيد الصحة ، واذا كان المحروم منها يفضل

اشباعها على بقية الحاجات ، كما يحقق اشباعها شعورا لدى الفرد بالغبطه والاكتفاء والراحة.

المستوى الاول : الحاجات الفسيولوجية physiological need : وتتمثل بالحاجة اللازمة لاستمرار الانسان في الحياة والحفاظ على البقاء(كالطعام والشراب والنوم والجنس) وتعد اكثر الحاجات اساسية واكثرها قدره في الاشباع ، اذا ان الحرمان منها يجعلها تستحوذ على تفكير الفرد واهتمامه ، وتسبب له توترا مما يتطلب العمل بجد من قبل الفرد للتخلص من هذا التوتر ولتساعده في التقدم الى المستويات الاخرى من الحاجات واشباعها لضمان الصحة الجسمية والنفسية ، ورغم اشتراك الافراد بضرورة اشباعها الا انها تتشكل الى حد بعيد بتاثيرات البيئية وباساليب التنشئة الاجتماعية التي تناولتها بالتعديل من حيث مظاهرها ومثيراتهاا وطرائق اشباعها.

المستوى الثاني : الحاجة الى الامنsecurity need : حين تشبع الحاجات الفسيولوجية الاساسية اشباعا كافيا تظهر الحاجة الى الامن ، وتتضمن شعور الفرد بالطمانينة والاستقرار والحماية والنظام والتحرر من الخوف والقلق، كما تتضمن ادراك الفرد ان بيئتة امنة ودوره غير محبط ويشعر فيها بندرة التهديد والقلق، والشعور بالامن شرط ضروري من شروط الصحة النفسية، ولذلك يسعى الافراد لاحاطة انفسهم ببيئة اجتماعية منظمة تشيع الاستقرار والاطمئنان ، الى جانب سعيهم في الانتماء الى الجماعة والاعتماد على النفس في اداء مهماتهم دون الشعور بضرورة الاتكال على الاخرين .

وان عدم تحقيق اشباع الحاجة للامن سينعكس سلبيا على اشباع الحاجات في المستويات العليا ، فالحاجة الى تحقيق الذات مثلا مشروطة باشباع الحاجات التي تسبقها ، ويؤكد ماسلو ان الافراد الذين يفشلون في اشباع الحاجة الى الامن سيفشلون بالنتيجة في تحقيق ذاتهم ، وتتجه شخصيتهم الى الخوف من الاخرين واستخدام القوة الجسدية لايذاء الغير ومحاولة السيطرة عليهم ، وان اختيار المهنة التي توفر الضمان والاستقرار والاطمئنان بعيدا عن المخاطر هي من الاساليب التي يسلكها الفرد لاشباع حاجة الامن.

وقسم ماسلو الاعراض او علامات الشعور – عدم الشعور بالامن الى اعراض اساسية واخرى ثانوية ، تتمثل الاعراض الاساسية بـ (الشعور بالحب ، والانتماء ، والامن) وهذه تمثل الجانب الموجب في حين (الشعور بالنبذ ، والعزله ، والتهديد) تمثل الجانب السلبي ، وعد هذه الاعراض ذات اثر دينامي في تشكيل شخصية الفرد ، ومنها تنتج اعراض ثانوية نسبية حددها باحد عشر عرضا لكل جانب وهي:

أما الأعراض الإحدى عشر التالية فهي:أعراض الطمأنينة:-

١- إدراك الفرد للعالم والحياة بوصفها مكانا سار ودافئا يميل الناس فيه جميعا الى التآخي.

٢- إدراك الفرد للآخرين بوصفهم طيبين خيرين.
٣- شعور الفرد بالود والثقة بالآخرين تعاطف وتسامح مع الآخرين.
٤- ميل الفرد نحو السعادة والرضا.
٥- ميل الفرد إلى توقع حصول الخير أو التفاؤل العام.
٦- الشعور بالهدوء والارتياح والخلو من الصراعات والثبات الانفعالي.
٧- الميل الى الانطلاق والقدرة على ان يشمل الفرد باهتماماته كل العالم والأشياء والمشكلات بدل من التمركز حول الذات.
٨- تقبل الذات والتسامح إزاءها.
٩- رغبة الفرد في الكفاءة والاقتدار على حل المشكلات أكثر من الرغبة والاقتدار والسيطرة على الآخرين وشعور قوي باحترام الذات قائم على أساس سليم.
١٠- الخلو النسبي من الميول العصابية أو الذهانية والمواجهة الواقعية للأمور.
١١- اهتمامات اجتماعية، تعاون، تعاطف، اهتمام بالآخرين.

أما الأعراض التالية فهي:أعراض عدم الطمأنينة:

١- إدراك الفرد للعالم والحياة بوصفهما خطرًا يتهدده وأنها عدوانية ومتحدية، يعمل كل فرد ضد الآخر.
٢- أدراك الفرد للآخرين بوصفهم أشرار أنانيين نوعا من التهديد والتحدي للفرد.
٣-شعور الفرد إزاء الآخرين بعدم الثقة والغيرة والحسد والتعصب والكراهية.
٤- الميل الى توقع حدوث الأسوأ وتشاؤم عام.
٥- ميل الفرد نحو عدم السعادة وعدم الرضا.
٦- الشعور بالتوتر والإجهاد وما يترتب على التوتر من نتائج مثل العصبية والتعب والتهيج واضطرا بات السيكوسوماتية والكوابيس وعدم الثبات الانفعالي وغير ذلك.
٧- ميل الفرد الى أن يركز انتباهه نحو ذاته بصورة قهرية وتفحص الذات بصورة مرضية
شاذة.
٨- الشعور بالإثم والخطيئة، شعور بإدانة الذات ونزعات انتحارية والميل الى اليأس.
٩- اضطرابات تعتري جوانب تقدير الذات من قبيل اشتهاء القوة والمكانة والعدوان المبالغ فيه، التعطش الى المال أو المجد، والميل الى المنافسة أو من قبيل المظاهر المضادة لذلك مثل الميول الماسونية والاتكالية المفرطة، والخنوع الزائد ومشاعر الدونية والعجز.

١٠- التعطش الى السلامة والأمن والسعي المتواصل الى بلوغها، ميول عصابية مختلفة، أنواع من الكف، اللجوء الى الميول الدفاعية، ميول هروبية، ميول ذهانية، هذاءات هلاوس

والحاجة الى الامن تتطلب جهودا متواصلة وقدرة على السيطرة الذاتية ،والصبر على العمل الشاق اذ يرى ماسلو ان لخبرات الطفولة اهمية في تيسير او اعاقة النمو اللاحق، وان الاسراف في السيطرة او الحرية تؤدي الى عدم الطمانينة

المستوى الثالث :الحاجة للائتماء والحب Belonging and love need :وتتمثل في الحصول على الحب والعطف والسند والائتماء للجماعة اذ ان الاستجابة الايجابية للفرد تجاه الجماعة تجعله عنصرا مقبولا من قبل افراد مجتمعه فيعيش معهم بود وتفاهم ، ويتاتى ذلك من خلال توافقه مع معايير الجماعة التي ينتمي اليها .

المستوى الرابع : الحاجة للتقدير واحترام الذات (Esteem or esteem need): تتمثل بشعور الفرد بانه مقتدر ومعترف به ومقبول من الاخرين وبخلاف ذلك فانه يميل للشعور بالنقص كما ترتبط هذه الحاجة بضرورة اقامة علاقات مع الاخرين تتفق مع احترام الذات وتجنب الرفض والنبذ من الاخرين .

المستوى الخامس : الحاجة للمعرفة والفهم To know and understand need :تتمثل بالرغبة في اكتساب المعلومات والشغف المعرفي والفهم وحب الاستطلاع والمغامرة.

المستوى السادس : الحاجات الجمالية Aesthetic needs : تتمثل بما يرتبط بالاحساس بالجمال والارتياح للاشياء الجميلة والخيال والتناسق والنظام .

المستوى السابع : الحاجة الى تحقيق الذات Self Actualization :تتجسد بحصيلة التوظيف الفعال لامكانات الفرد خارج ذاته مثل البحث عن العدالة والحقيقة ، وتتضح اهميتها خلال العمل المنتج الهادف.

نظرية بورتر (porter): في الحاجات

طور بورتر(porter) نظريته في الستينات من القرن العشرين، وقد عكست هذه النظرية تأثر بورتر بمجمع الرخاء الأمريكي الذي كان سائدًا في تلك الحقبة، إذ يرى ان قلة من الناس تحرك سلوكياتهم الحاجات الفسيولوجية كالجوع والعطش باعتبار أن مثل هذه الحاجات لا تشكل مشابها لترتيب ماسلو مع فارق دافعًا لأن إشباعها حاصل ومضمون ولذا أتى ترتيب(porter) حذف الحاجات الفسيولوجية وإضافة "الحاجة إلى الاستقلالية " التي لم تكن مبرزة في تنظيم للحاجات وبذلك أصبح تنظيم (بورتر) للحاجات على النحو الآتي: (Maslow) ماسلو

١- الحاجة إلى الأمن:وتشمل أمورا مثل: الدخل المادي المناسب، والتقاعد، والتثبيت في الخدمة، والعدالة والتقييم موضوعي، والتأمين، ووجود جمعيات أو نقابات مهنية.
٢- الحاجة إلى الانتساب: وتشمل أمور مثل: الانتساب الى جماعة عمل رسمية أو غير رسمية أو الى جماعة مهنية، وصداقة، والقبول من زملاء النظام.
٣-الحاجة إلى تقدير الذات: وتشمل أمور مثل المكانة، والمركز، واللقب، والشعور باحترام الذات، والشعور باحترام الآخرين، والترقيات، والمكافآت.
٤-الحاجة الى الاستقلال: وتشمل أمورا مثل: ضبط الفرد لموقف عمله، وتأثير في النظام ومشاركته في القرارات المهمة التي تعينه، ومنحه صلاحية استخدام إمكانات النظام.
٥-الحاجة الى تحقيق الذات: وتشمل أمور مثل: عمل الفرد ضمن أقصى طاقته وإمكاناته والشعور بالنجاح في العمل، وتحقيق أهداف يرى الفرد أنها مهمة.

فإضافة (بورتر) البارزة هي "الحاجة الى الاستقلالية "التي تؤكد حاجة الفرد الى الشعور بتوافر فرص المشاركة في صنع القرارات التي تعينه وأن تكون لديه صلاحية السيطرة على موقف العمل الخاص به.

نظرية الدرفر (Aldefer)نظرية الكينونة والانتماء والنماء في الحاجات:

أن تأكيد ماسلو أن تنشيط دوافع المستوى الأعلى في تنظيمه للحاجات لا يتم إلا بعد إشباع حاجات المستويات الأدنى، وفي ضوء عدم توافر الدعم الميداني الكافي لوجهة نظر ماسلو في بطرح تصور معدل للتنظيم الهرمي للحاجات يشتمل تنظيم الحاجات، قام الدرفر(Aldefer) على حاجات محورية رئيسية ثلاث:

١- حاجات كينونة Existeance
٢- حاجات انتماء Relatedness
٣- حاجات نماء Growth

فحاجات الكينونة تهتم " ERG " ولذلك تعرف هذه النظرية في الأدب التربوي الغربي بتوافر متطلبات وجود الحاجات الأساسية للكائن الحي، التي أطلق عليها ماسلو الحاجات البيولوجية، والحاجة إلى الأمن ، أما المجموعة الثانية من الحاجات فهي حاجات الانتماء التي تشتمل على رغبة الفرد في وجود اتصال وعلاقات وطيدة بينه وبين الآخرين، على أن تتصف هذه العلاقات بالاستمرار والديمومة، وهذا إذا ما أريد تحقيقها وهذه تتفق مع ما اعتبره ماسلو حاجات محبة وتقدير ، فهي حاجات النماء وهي رغبة وأما الحاجات الثالثة في تصنيف الدرفر(Aldefer) جوهرية بالتطور الذاتي وهي ما أسماها ماسلو- (Maslow): بحاجة تحقيق الذات

أعراض الطمأنينة في اختبار ماسلو

١- شعور الفرد بأنه محبوب ومتقبل من الآخرين ويعاملونه بدفء ومودة.
٢- شعور الفرد بانتماء وأن له مكانًا في الجماعة
٣- الشعور بالأمن وندرة الشعور بالخطر والتهديد والقلق الشعور الدائم بالخطر والتهديد والقلق.

أعراض عدم الطمأنينة في اختبار ماسلو

١- شعور الفرد بأنه منبوذ من الآخرين وغير محبوب من قبلهم، ويعاملونه ببرود وجفاء أي شعور بالنبذ والاحتقار من الآخرين
٢- شعور الفرد بالعزلة والوحدة والبعد عن الجماعة.
٣- الشعور الدائم بالخطر والتهديد والقلق.

ويرى (ماسلو) ان الأعراض الثلاثة السابقة وهي الشعور بالنبذ والعزلة والتهديد على الجانب السالب، والشعور الحب والانتماء والأمن على الجانب الموجب عوامل سببية تنتج عنها أعراض ثانوية حددها بأحد عشر عرضا فهي نسبيًا تابعة أو ناتجة أو معلولات بمعنى أنها تلي في نشأتها وتترتب على الأعراض الثلاثة الأولى، مع ذلك فإن ، الأعراض الأولية والثانوية ذات أثر دينامي في تحديد شخصية الفرد

نظريات اتجاه التحليل النفسي Psycho- analysis approach

ويتمثل بوجهة نظر سيجموند فرويد (sigmund freud) وألفريد ادلر (Alfred Adler) وكارن هورني (Karn Horny) وهاري ستاك سوليفان (Hary stak salivan) وارك فروم (Arik froom) .

وفقا لفرويد (Freud) تتكون الشخصية من ثلاث مكونات هي ألهو (Id) والانا (Ego) والانا العليا (Super Ego) وتتنافس هذه العناصر من اجل الطاقة النفسانية المتاحه والشعور بالامن والطمأنينه يتحقق من خلال قدره الانا على التوفيق بين مكونات الشخصية المختلفة او في الوصول الى حل للصراع الذي ينشأ بين هذة المكونات بعضها مع بعضها الاخر وفي الصراع الذي ينشا بينها وبين الواقع .

واقام فرويد نظريته هذه على اساس صراع غريزي ، اذ ان الانا تواجه دائما النزعات الغريزيه للهو التي تحاول التعبير عن نفسها ويترتب على ذلك صراع داخلي في اعماق اللاشعور ونتيجة لخشية الانا من ان تقهر من النزعات الغريزيه للهو فان الشخصية تعيش في قلق دائم وذلك من مسببات عدم الشعور بالامن ، كذلك الصراع بين الانا والانا الاعلى عن طريق اصدار الاوامر والنواهي الذي قد ياخذ شكلا مرضيا وتستحوذ على الفرد افكار ملحه لاتهام الذات وعدم الشعور بالامن والطمانينه نتيجه لقلق الضمير الذي اصبح شيئا لايطاق ، ولكي يتحقق الشعور بالاطمئنان فان على الانا ان يوفق بين مطالب الهو والانا الاعلى وان نجح في هذه المهمه اتجهت الشخصية اتجاها سويا ، اما

اذا فشل الانا في التوفيق بين تلك المطالب ، اختل التوازن وعم الاضطراب في ثنايا الشخصية ، وذلك من مهددات الشعور بالامن والسلامة النفسية ، وبذلك فان الشخصية السليمة هي نتاج الانسجام بين الهو والانا والانا الاعلى والتي تتمكن من التحرر من اللوم الاجتماعي والشعور بالاثم ، وهي قادره على اشباع حاجاتها وعلى القيام بالعمل المثمر.

ويفترض فرويد ان الانسان تحركة الرغبه في اللذه وتجنب الالم (الشعور بالامن والاطمئنان) ، وقد يتم ذلك من خلال اللجوء الى الحيل الدفاعية ، والافراط في استخدامها يؤثر سلبيا على تفاعل الفرد مع الحياة ويدل على الضعف النسبي للانا .

وعند نمو الفرد تنتقل الطاقة النفسية (اللبيدو)وفق معيار زمني محدد الى مناطق مختلفة من الجسم ، ومن خلال حالة التثبيت (fixation) في المرحلة (الفمية او الاستية او القضيبية) او بلوغ مرحلة التناسل الجنسي، يتضح نمط الشخصية وخصائصها ، وبذلك فان عدم الشعور بالامن هو نتيجه الحرمان والكبت في الطفولة ، وبسبب تثبيت الفرد على أدوار معينه في عملية النضج .

اما ادلر (Adler) فقد اكد على ان الانسان يحركه االشعور الاجتماعي المتمثل بمشاعر التوحد مع البشر والمشاعر الاخوية ازاء الاخرين ، كذلك تمثل الذات عند ادلر نظاما شخصيا وذاتيا للغاية ، ويؤكد على تفرد الشخصية ، اذ ان كل شخص هو صياغه فريدة من الدوافع والسمات والاهتمامات ، كما جعل الشعور مركز الشخصية ، فالفرد السوي بحسب ادلر هو الذي يمكن ان يحرر نفسة من تاثير التخيلات و الأوهام ، ويواجه الواقع عندما تتطلب الضرورة ذلك، اما العصابي فيعيش في جو يفتقر الى الامن والاطمئنان لعدم وضوح الغاية النهائية بوصفها جوهر الفكر الذي يوقظ الشعور الاجتماعي والانفعالات.

ووفقا لادلر فان الفرد الامن هو الذي يتحرر من التهديدات ومخاطرها التي تمكنه من التطلع الى المستقبل ، أي تحركه توقعاته ، ويحكمه الشعور ، والشخصية السوية في نظره هي التي تعمل على إدامة علاقاتها بالآخرين عن طريق العمل الاجتماعي النافع ، اما الشخصية العصابية فتلجأ للتخلص من الشعور بالنقص الى محاولات تعويضية مرضيه هدفها تحقيق الامن ، عن طريق التفوق والسيطرة على الآخرين.

في حين اكدت هورني (Horney) على السياق الاجتماعي للنمو ، وان الخبرات تنتج أنماطا مختلفة من الصراعات والشخصية ، فالشعور بالقلق وعدم الطمأنينة ناتج عن العزلة والضعف وتظهر هذه المشاعر عندما تعترض العلاقات المبكرة النمو الداخلي عند الطفل وتخلق حاجات متناقضة نحو الناس، لذلك فهي ترى أن العوامل المسببة للعصاب يجب البحث عنها وراء الثقافة والظروف التي تسبب الانعزال والخوف والشعور بالضعف وفقدان الامن والسلام ، وتعتقد ان حل الصراعات العصابية وبالتالي الشعور بالامن

والاطمئنان ، الذي تعده (هورني) من الحاجات الضرورية في تكوين الشخصية يتم من خلال
الأساليب التوافقية الاتية :
١-التحرك نحو الناس
٢-التحرك ضد الناس
٣-التحرك بعيدا عن الناس .

كما ميزت نوعا اخر من الصراع أطلقت عليه اسم الصراع الداخلي المركزي ، وهو صراع بين الذات الحقيقية والذات العصابية وفي ذلك تقول ((ان كره الشخص لنفسه وابتعاده عن طبيعته الأصلية والتلقائية ، يجعل سلوكه لاينبع من خصائصه وسماته بل من قلقه ونضاله العصابي لاسترجاع أمنه وطمأنينته))، وتعتبر القلق المصدر الديناميكي للعصاب فهو في نظرها خوف ذاتي عنيف مؤلم يهدد أمن الشخص وطمأنينته .

اما فروم (Froom) فيؤكد على الجانب الاجتماعي ، ويرى أن شعور الطفل بالامن والانتماء يتحقق من خلال التوحد مع الوالدين والاعتماد عليهم ، وان انفصاله عنهم يمثل تهديدا لكيانه وهدماً للشعور بالامن ، وباعثا على الخطر والشعور بالعجز والقلق ، ويعتبر الشعور بالامان من متطلبات الصحة النفسية وان اعتماد الوسائل الدفاعية الهروبية كالانصياع ،هو مؤشر على فقدان الامن والاستقرار ، وافترض فروم خمس حاجات تنتج عن الارتداد بين حاجة الامن والحرية وهي (الحاجة الى الانتماء ،الحاجة الى التجاوز،الحاجة الى الارتباط بالجذور، الحاجة الى الهوية ،والحاجة الى الإطار المرجعي).

في حين يفترض سوليفان (Salivan) ان الشخصية مركز دينامي لعمليات أساسية هي الديناميات والتي يعدها انماط ثابتة نسبيا من تحولات الطاقة باشكال مختلفة ،معتبرا عدم الشعور بالامن والاستقرار توترات حاجات الكائن العضوي الناتجة عن القلق والذي يصفه بانه خبرة توتر مردها لاخطار حقيقية او موهومة تهدد إحساس الفرد بالامن وتختلف شدته باختلاف خطورة التهديد لفاعلية عمليات الامن التي تكون في حوزة الشخص ، وافترض ان الناس مدفوعون بنوعين من الحاجات هي حاجات الامن والحاجات البيولوجية ،ويؤكد على دور العلاقات الشخصية والثقافة في تشكيل الشخصية ، ويؤكد سوليفان ان مشاعر عدم الامن والقلق لدى الفرد تشوه إدراكه للواقع كما تؤثر على نمو شخصية .

نظريات الاتجاه السلوكي Behavioral Approach

ينحو السلوكيون منحى اخر ،حيث يركزون في وصف الشخصية على الحتمية البيئية الميكانيكية ،ويقللون من تأثير العوامل التكوينية والبايولوجية ، والسلوكية تعد الانسان جهازا اليا يقوم باستجابة محددة عند استثارة اي جزء

منه، واذا ما تعرفنا على مكوناته والمنبهات التي يتعرض إليها ، استطعنا التنبؤ بالسلوك وتفسيره ، طبقا الى ما اكده التصور السلوكي التقليدي.

وان السلوكيين لا يميلون الى ما تعتمده الاتجاهات الاخرى من أفكار عن مراحل النمو والنضج في تفسير السلوك الانساني ، ويعدون الفرد كائناً متيقظا يستقبل المنبهات ويتعامل معها بهدف الحصول على المتعة والفائدة وتجنب الالم (الشعور بالامن والطمانينه).

ومن الضروري معرفة ان بعض مؤيدي هذا الاتجاه يتبنى افتراض الارتباط اوالاقتران الفوري كشرط اساسي لحصول ارتباط جديد بين المثير والاستجابة كما في نظريه جثري ، في حين يؤكد البعض الاخر على التعزيز او الثواب الذي يصحب الاستجابه مثلما يؤكد هّل(Hell) ، كما يعتقدون أن استمرار أية استجابه يجب ان يقترن بمعزز ويكرر الفرد تلك الاستجابه للحصول على تعزيز، في حين يؤكد واطسن (Watson) ان القلق والخوف (اللذين يعدان من مهددات الامن والطمانينه) يرتبطان بالمعززات والاشتراطات التي واجهها الفرد خلال تاريخه التعليمي .

ووفقا الى لبافلوف (Pavlov) فان الفعاليات المعقدة هي مجموعه من الاستجابات المشروطه وكذا الحال بالنسبه لعدم الشعور بالامن النفسي هو حصيلة أنواع خاطئة من روابط بين المنبهات والاستجابات او أنواع خاطئة من التعزيزات وطبقا الى مبدا الاقتران الشرطي يتعلم الفرد الخبرات السارة اوالمؤلمة .

اما سكنر (skinner) الذي قال بالاشتراط الاجرائي فيعتقد ان التعزيزات التي يواجهها الافراد في بيئتهم بشكل عشوائي التي لا يمكن التنبؤ بها تؤدي الى العصاب ، ويفترض ان الفرد يركز على النتائج التي تعقب الاستجابة وليس على المنبه الذي يسبق الاستجابة كما يرى بافلوف ، ويفترض سكنر ان اعتقاد الافراد باداء استجابة معينه سيسهم في جلب تعزيز ، رغم ان العلاقة هنا قد تكون متوهمه الا ان المصادفة او الاتفاق للتعزيز الذي يلي الاستجابة ادى الى تعزيز جزئي وجعل من السلوك مقاوماً للانطفاء كربط الفشل بالامتحان برؤية شخص ما او لارتداء ملابس معينه ، ويقترن هذا السلوك بمشاعر الخوف والقلق وعدم الامن من (ضرورة توفر او خشية مواجهة) اشياء محددة يعتقد الفرد بانها تجلب النجاح او الفشل ، وهذا يتعارض مع مؤشرات الصحه النفسية في قدرة الفرد على الإنتاج المعقول في حدود إمكاناته واستعداداته واحتمال الاحباط والتحرر من الكسل والخمول للشعور بالطمانينه والسعاده.

ويشير دولارد وميللر (Dollard & miller) الى ان عدم الشعور بالامن النفسي هو استجابة لا توافقية متعلمة لصراعات تنمو في مراحل مبكرة و تعمم لمواقف مشابهة مستقبلا ، كما انهما يؤكدان على التاريخ التعزيزي للفرد وعلى

إدراكه لمثيرات معينه يعتبرانها معجله في شعوره بعدم الامن ، ويريان ان العلاج النفسي يجب ان يركز على اكتشاف مصدر التهديد او الصراع لمحو تعلم العادات والخبرات غير المرغوب فيها او المؤلمة.

اما ايزنك (Eysenek) فيؤكد على اهمية العوامل الوراثية والتكوينية التي تحدد حساسية الفرد وردود افعالة ازاء المثيرات المسببة لعدم الامن ، لذلك يعتقد بان بعض الافراد يميلون ان يكونوا اكثر شعورا بعدم الامان من غيرهم ويتعلمون استجابات الخوف بشكل اكثر تكرارا من غيرهم .

وبذلك فان وجهه نظر الاتجاه السلوكي تتجسد بان الشعور بالامن النفسي هو نتيجة لعمليات متتالية من التكيف الخاطئ في السلوك والتي تبدأ منذ عمر مبكر ، كما ويجد السلوكيون في التعلم المنطلق الاساس لفهم وتفسير السلوك الانساني بما يصاحبة من فكر وعاطفة .

ويعتقد السلوكيون ان الشعور بالامن النفسي يتم من خلال اكتساب الفرد عادات مناسبة تساعده على التعامل مع الاخرين ومواجهة المواقف والتوافق مع البيئة ويرون في الانسان تنظيما لعدد من وحدات صغيرة تمثل كل منها ارتباطا بين (مثير واستجابة).

ان الزام الفرد بالتصرف وفق ماهو شائع قد يتقاطع مع رؤى الفرد واتجاهاته مما يولد صراعا بين ما يقتنع به شخصيا وبين ما يتوقعه المجتمع منه وذلك من مسببات القلق والاضطراب والشعور بعدم الامن مما يستلزم عدم الامتثال المطلق لكل ما يسود الجماعه من تقاليد باليه وعادات هدامه لكي يكون الفرد قادرا على احداث تغييرات اصلاحية بناءة في بيئته وشؤون حياته .

الاتجاه المعرفي Cognitive Approach

وفق هذا الاتجاه بين علم النفس الجشتالتي و الحركة الوظيفية حيث ركز على العمليات الادراكية والانشطة العقلية والذاكرة بدلا من التركيز على ملاحظة السلوك الظاهر كما هو الحال لدى السلوكيين ، أي يؤكد على كيفية بناء المعرفة وليس المعرفة نفسها ، وينظر الى التعلم على انة عملية تنظيم ذاتية لحل الصراعات المعرفية الداخلية التي تصبح ظاهرة من خلال الخبرات المحسوسة والتأمل ، ولاجل ان يفهم السلوك الانساني لابد من دراسة ادراك الفرد لذاته ولبيئته ، بمعنى ان تفاصيل السلوك لاتفهم الا في اطار الكل ، فمنه تاخذ معناه ومن ترابطها في الكل تستمد تاثيرها ، وان الفروق الفردية ترجع لتباين العمليات الادراكية بين الافراد .

كما يفضل أصحاب هذا الاتجاه تسمية سمات الشخصية بالاستراتيجيات ،والتي تطورت بدورها من التفاعل بين التأثيرات البيئية والنزعات الفطرية معتقدين بامكانية تحديد استراتيجية لكل اضطراب ، ويرى هؤلاء أيضا بان الفرد الذي يعاني من عدم الشعور بالامن يحاول ان يحمل الاخرين مسؤولية ذلك منكرا الواقع وجاعلا له نظاما ومعنى بأسلوبه الخاص تمكنه من السيطرة

عليه ، ويؤكدون على اهميه التقييمات المعرفية في الشعور- عدم الشعور بالامن مقللين من دور المحددات الولاديه ، معتبرين التهديدات والضغوط التي يواجهها الفرد من المتغيرات المعجلة بعدم الشعور بالامن ،وتحدد تقييمات الفرد للتهديد على اساس الخبرات السابقه ،وهذه التقييمات بدورها تشتت الانتباه بكونها ارتباطات تهديديه ،وتدرك المثيرات بشكل مربك لاداء الفرد ولوظائفه الانفعاليه.

وينظر بياجيه الى الانسان باعتباره جزءا لايتجزأ من بيئته معتمدا في ذلك على المخططات schemas)) وهي البنى العقليه المتكونه وراثيا او قوانين محدده تنظم معالجه المعلومات والسلوك ،هذه المخططات تتكيف وتتغير وفق الارتقاء العقلي وتعمل بوصفها اطارا تاويليا وادراكات توجيهيه لتجارب الاتصال مع البيئة ،ويكون الاضطراب وعدم الشعور بالامن نتيجه لخبرات الطفولة السيئة التي يطور الفرد خلالها مخططات تكون فيه الذات والعالم والمستقبل في رؤية سلبيه ،وقد لايتضح ذلك الا بمواجهة الضغوط التي تنشط المخطط السلبي جاعله من المنظومة المعرفية السلبية اكثر سيطرة وذلك مدعاة لعدم الشعور بالامن والطمأنينة.

المصادر

أولاً:- المصادر العربية :-

القرآن الكريم .

- أبو عيطة ، سهام درويش (١٩٩٧) : مبادئ الإرشاد والتوجيه ، دار الفكر للطباعة ، عمان ، الأردن .
- أبو عطيه ،سهام درويش ، (٢٠٠٢)،مبادي الإرشاد النفسي ،ط٢ ،دار الفكر للطباعة والنشر ،عمان ،الأردن .
- أبو اسعد، احمد وعربيات، احمد (٢٠٠٩): نظريات الإرشاد النفسي والتربوي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن .
- أبو اسعد،احمد، والغرير، أحمد نايل (٢٠٠٩): التشخيص والتقييم في الإرشاد، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن .
- احمد عبد اللطيف صالح،٢٠٠٩، المهارات الإرشادية، دار المسيرة للطباعة والنشر ،عمان، الأردن.
- اسماعيل، عزت سيد(١٩٩٩): التغيرات السيكولوجية المصاحبة للشيخوخة، القاهرة المؤتمر الدولي للصحة النفسية للمسنين ، جامعة عين شمس.
- براهيم ، زكريا ، الزواج والاستقرار النفسي ، مكتبة مصر للطباعة والنشر، بدون سنة طبع
- الأسدي ، سعيد جاسم ومروان عبد المجيد (٢٠٠١) : الإرشاد التربوي ، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .
- ---------- (٢٠٠٣) : الإرشاد التربوي ، مفهومه – خصائصه – ماهيته، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن
- الآلوسي ، جمال حسين وأميمة ، علي خان (١٩٨٣) : علم النفس الطفولة والمراهقة ، بلا ، بغداد.
- الإمام ، مصطفى محمود (١٩٩١) : الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي ، جامعة البصرة ، دار الحكمة .
- اورانج كاي، رحمات بن داتو. (١٩٨٣): التفكير الديني في العالم. ترجمة روؤف شلبي، الدوحة: دار الثقافة.
- بيسكوف، ليدفوردج (١٩٨٤):علم النفس الكبار، ترجمة عايف حبيب، دحام الكيالي، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، الجهاز المركزي لمحو الأمية وتعليم الكبار .
- باترسون ، س.هـ (١٩٨١) : نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، ترجمة حامد عبد العزيز الفقي ، ط ١، دار القلم ، الكويت .

- باظة ، آمال عبد السميع مليجي (٢٠٠٢) : النمو النفسي للأطفال والمراهقين ، المكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، مصر .
- بطرس، بطرس حافظ (٢٠٠٨) :المشكلات النفسية وعلاجها، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .
- بيومي، محمد أحمد. (١٩٨١): علم الاجتماع الديني. الإسكندرية: دار المعارف الجامعية.
- حجار ، محمد حمدي (٢٠٠٤): فن الإرشاد النفسي السريري الحديث المختصر ، مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر والتوزيع ،بيروت ، لبنان .
- حسن، محمد علي(١٩٧٠) :علاقة الوالدين بالطفل وأثرها في جناح الأحداث، مكتبة الأنجلو، مصر .
- الحياني ، عاصم محمود (١٩٨٩) : الإرشاد التربوي والنفسي ، مطبعة وزارة التعليم العالي ، الموصل ، العراق .
- حمود، خضير كاظم. (٢٠٠٢): السلوك التنظيمي، ط١، دار الهناء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- الخضرا، بشير وآخرون. (١٩٩٥): السلوك التنظيمي، جامعة القدس المفتوحة، عمان، الأردن.
- الخطيب ،صالح احمد ،(٢٠٠٣): الإرشاد النفسي في المدرسة اسسة .نظرياته تطبيقاته .دار الكتاب الجامعي ،العين ،الإمارات العربية المتحدة.
- الخواجا. عبد الفتاح محمد،(٢٠٠٩):الإرشاد النفسي والتربوي ،دار الثقافة، ط٢ عمان.
- الخولي ، سناء ،(١٩٩٧):الزواج والعلاقات الأسرية ،دار المعرفة الجامعية ،الإسكندرية
- الخواجا ، عبد الفتاح محمد (٢٠٠٩): الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق مسؤوليات وواجبات – دليل الآباء والمرشدين ،عمان ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، ط٢.
- الطائي، نزار مهدي. (١٩٨٣): مقياس السلوك الديني. كراسة الأسئلة، الكويت: جامعة الكويت، شركة الربيعان للنشر والتوزيع.
- الداهري ، صالح حسن احمد(١٩٩٨) : مبادئ الإرشاد والنفسي والتربوي، وزارة التعليم
- الداهري، صالح حسن . (٢٠٠٥). سيكولوجية التوجيه المهني ونظرياته، عمان: دار وائل للنشر.
- الداهري، صالح حسن ،٢٠٠٨، سيكولوجية الإرشاد النفسي المدرسي أساليبه ونظرياته. ط١، دار صفاء للنشر والتوزيع ـ عمان

- دريفيون، جان .(٢٠٠٠). التوجيه التربوي والمهني ، بيروت : عويدات للنشر والطباعة.
- الراوي، مسارع حسن(١٩٩٩): سيكولوجية الشيخوخة وموقف الاسلام من كبار السن، بغداد.
- الرخاوي، محمد خالد (٢٠٠١): قضايا الشيخوخة، نظرة مستقبلية في التقدم في السن، دراسة اجتماعية نفسية، الكويت ، دار القلم.
- الرشيدي، أمين يوسف (١٩٩٧): الشيخوخة، جامعة دمشق: كلية الطب البشري.
- الزغبي ،احمد محمد (٢٠١١) :الإرشاد النفسي ،نظرياته ،أتجاهاته ،مجالاته،ط١،المملكة الأردنية الهامشية ،دار زهران للنشر والتوزيع .
- الزبون ، سليم عودة (١٩٩٦) : المرشد النفسي التربوي ومسؤولياته وواجباته ، مطبوعات الجامعة الأردنية عمان ، الأردن .
- زهران ، حامد عبد السلام (١٩٧٧) :علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة)، ط٢، عالم الكتب ، القاهرة
- ---------- ، (١٩٨١) : الإرشاد والتوجيه، عالم الكتب ، القاهرة .
- ---------- ، (١٩٨٢): الإرشاد والتوجيه التربوي، ط ٢، عالم الكتب .
- ---------- ،(١٩٨٦) : علم النفس الاجتماعي ،عالم الكتب ، القاهرة .
- ---------- ، (١٩٩٠) : علم نفس النمو ، ط ٥، عالم الكتب ، القاهرة .
- الزبادي ،احمد والخطيب ،هشام ،(٢٠٠١). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي " :عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- _____ ،(١٩٨٥). التوجيه والإرشاد النفسي ،الطبعة الثالثة : القاهرة ،عالم الكتب .
- زهران ،سناء ،(٢٠٠٤). إرشاد الصحة النفسية لتصحيح مشاعر ومعتقدات الاغتراب : القاهرة ، عالم الكتب.
- الزيود ،نادر، (١٩٩٨). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي :الاردن ،دار الفكر .
- سري رشدي بركات (٢٠٠٤): الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة' الرياض ، دار الزهراء للنشر والتوزيع.
- شريم ، رغدة (٢٠٠٩): سيكولوجية المراهقة ،دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان ، الأردن .
- الشناوي ،محمد محروس، (١٩٨٨). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للنشر والطباعة :القاهرة ،مصر ،الطبعة الاولى.
- _____ ،(١٩٩٤). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ،دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع :القاهرة .

- أحمد لطفي بركات ومحمود زيدان،التوجيه التربوي والإرشاد النفسي في المدرسة العربية ،القاهرة ،مكتبة الانجلو المصرية.
- جودت عبد الهادي وسعيد العزة، مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٤.
- هادي مشعان ربيع، الإرشاد التربوي- مبادئه وأدواته الأساسية، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٣.
- هدى الحسيني، المرجع في الإرشاد التربوي، بيروت، أكاديميا، ٢٠٠٠.
- يوسف مصطفى قاضي، الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، الرياض، دار المريخ.
- محمد محروس الشناوي، العملية الإرشادية، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع،١٩٩٥.
- نزيه عبد القادر حمدي، الإرشاد والتوجيه في مراحل العمر، عمان، منشورات جامعة القدس المفتوحة، ١٩٩٨.
- سهام درويش أبو عيطة،مبادئ الإرشاد النفسي،عمان،دار الفكر للطباعة والنشر ،١٩٩٧.
- سيد عبد الحميد مرسي،الإرشاد والتوجيه التربوي والمهني،القاهرة،مكتبة الخانجي.
- سعيد الاسدي ومروان إبراهيم،الإرشاد التربوي – مفهومه ،خصائصه ، ماهيته،عمان ،دار الثقافة للنشر والتوزيع ،٢٠٠٣.
- سعيد عبد العزيز وجودت عطيوي،التوجيه المدرسي،عمان،دار الثقافة للنشر والتوزيع،٢٠٠٤.
- عبد الفتاح محمد الخواجا،الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق،عمان،دار الثقافة للنشر والتوزيع،٢٠٠٢.
- جلال كايد ضمره،٢٠٠٨، الاتجاهات النظرية في الإرشاد ،ط١،مط دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان الأردن
- محمود عبد الله صالح، ١٩٨٩، أساسيات في الإرشاد النفسي، السعودية ـ الرياض، دار المريخ
- د.رمضان محمد القذافي،١٩٩٧، التوجيه والإرشاد النفسي، ط١، دار الجيل، بيروت
- أ.د سهير كامل أحمد،٢٠٠٠، التوجيه والإرشاد النفسي مركز الإسكندرية
- صموئيل ، أوزيباو ، والش بروسي (١٩٧٦) : استراتيجيات الإرشاد النفسي لتعديل السلوك الانساني ، ط١ ، دار المطبوعات الجديدة ، مصر .
- العاني، عبد اللطيف (١٩٨٩): دراسات في سيكولوجية المسنين، غريب لطباعة والنشر.

- عباس واخر ،حسين ماجد وجعفر ، (٢٠٠٧) :التخطيط للإرشاد التربوي والتوجيه المهني ،مصر،القاهرة.
- عايف ،حبيب ،(١٩٧٩):(علم نفس الكبار) خصائص الكبار النفسية والفسيولوجية وأثرها في التعليم .كلية التربية ،جامعة بغداد.
- عبد المجيد ، مروان ،(٢٠٠٣) : الإرشاد التربوي مفهومه ، خصائصه ، ماهيته ، الدار العلمية ، عمان.
- عبدالستار إبراهيم (٢٠٠٨). الاكتئاب والكدر النفسي: دليل معرفي للممارس (سلسلة الممارس النفسي). القاهرة: دار الفكر.
- عبدالستار إبراهيم (٢٠٠٨). العلاج المعرفي: دليل علاجي نفسي متعدد المحاور لتنمية المهارات العقلانية والإيجابية ،(سلسلة الممارس النفسي). القاهرة: دار الفكر.
- عبد الهادي، جورت، وأخرون، (٢٠١٤) ، التوجيه المهني ونظرياته،دار الثقافة للنشر،عمان.
- عبد الخالق، محمد (١٩٩٠) : العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، الفنية للطباعة والنشر، الاسكندرية.
- العزة، سعيد حسني، (٢٠٠٠)، الإرشاد الجماعي العلاجي، ط١،عمان ، الدار العلمية للنشر،.
- العزة ،سعيد حسين،(٢٠٠٠):الإرشاد الأسري (نظرياته وأساليبه العلاجية)، دار الثقافة للنشر والتوزيع الأردن.
- العزة، سعيد حسني و عبد الهادي، جودة (١٩٩٩): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار النشر والتوزيع، عمان، الأردن .
- العيسوي، عبد الرحمن (١٩٩٨): فن الإرشاد والعلاج النفسي، دار الراتب الجامعية، القاهرة، مصر .
- _____ (٢٠٠١): سيكولوجية الانحراف والجنوح والجريمة، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان .
- _____(٢٠٠٦) :الإرشاد والعلاج النفسي ، الدار الجامعية ، الاسكندرية ، مصر .
- عبد الله ، محمد قاسم ،(٢٠١٣). العملية الإرشادية ، الأسس النظرية ، البرامج والتطبيقات ،ط١ :عمان ، دار الفكر للنشر والتوزيع .
- العزة ، سعيد حسني وعبد الهادي ، جودت عزت، (٢٠٠٤). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع :عمان.
- عبد العظيم ،حمدي عبد الله، (٢٠١٣). البرامج الإرشادية للأخصائيين النفسيين وطرق تصميمها (مجموعة برامج عملية (نماذج تطبيقية): الجيزة، مكتبة اولاد الشيخ للتراث .

- عبد الرحمن عبد الفتاح عبد الله الجنيد (٢٠٠٧): الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة، الرياض ، مكتبة الزهراء
- عبد العزيز ، سعيد (٢٠٠٤) : إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة ، ط١ ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .
- الكندري ، احمد محمد مبارك ، علم النفس الأسري ، ط٢ ، مكتبة الفلاح للتوزيع والنشر، الكويت ، ١٩٩٢ .
- كازدين ، الان(٢٠٠٠) : الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين ، ترجمة :عادل عبدا لله محمد ، دار الرشاد ، القاهرة ، مصر .
- كفافي ،علاء الدين ،(١٩٩٩). الإرشاد والعلاج النفسي الاسري من المنظور النسقي الاتصالي ، ط١، الاسكندرية : مصر ،دار الفكر العربي.
- القذافي ، رمضان محمد، (٢٠٠١) .التوجيه والإرشاد النفسي ، ط٣، المكتب الجامعي الحديث :الاسكندرية.
- _____ ،(٢٠٠٢). التوجيه والإرشاد النفسي ، ط١، دار الجبل : بيروت .
- مرسي ،سيد عبد الحميد ، (١٩٨٩):الإرشاد النفسي والتوجه التربوي والمهني ،مكتبة الخانجي ،القاهرة.
- مليكة، لويس كامل (١٩٩٤) :العلاج السلوكي وتعديل السلوك، دار القلم، الكويت.
- ملحم ، سامي محمد (٢٠٠٧): مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي . ط١ . عمان ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة .
- المشعان، عويد (٢٠٠٣). سيكولوجية التوجيه المهني. الكويت: مكتبة الفلاح.
- المشعان، عويد سلطان . (١٩٩٣). التوجيه المهني ، الطبعة الأولى، الكويت: مكتبة الفلاح.
- المجالي، عودة. (٢٠٠٦). التوجيه والإرشاد المهني في المؤسسات التعليمية ،١٥ مايو ، وزارة التربية - ورقة مقدمة في ملتقى التوجيه المهني والتعليم، مسقط، سلطنة عمان.
- منصور، عبد المجيد سيد والشربيني ،زكريا أحمد(٢٠٠٠): الأسرة على مشارف القرن (٢١)، دار الفكر العربي ، القاهرة .
- مينا، طلعت زكي(١٩٨٩م) : التنشئة الأسرية وأثرها في حياة الأطفال ، مكتبة المحبة ،القاهرة
- الميلادي، عبد المنعم (٢٠٠٢): الابعاد النفسية للمسن، مؤسسة شباب الجامعة.

- نمر ، عصام وسماره ، عزيز(١٩٩٠م) : الطفل والأسرة والمجتمع ، دار الفكر للنشر والتوزيع ، عمان .
- هانت، سونيا ، وهيلين ، جينفر(١٩٨٨م) : نمو شخصية الفرد والخبرة الأجتماعية ، ترجمة عيسى النوري ، دار الشؤون الثقافية العامة ،بغداد .
- هويدي ، طايل (١٩٩٦) : أثر الإعاقة على الفرد والمجتمع ، مركز راشد لعلاج ورعاية الطفولة ، دبي ، الأمارات .

ثانياً - المصادر الانكليزية :

- Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood
- American Psychiatric Association (2000.) Diagnostic and statistical manual of mental
- Annandale, Ellen and J. Clark (1996). What is gender? The feminist Theory and the Sociology of Human Reproduction. “Sociology of Health and Illness” 18 (1):17-44
- Annandale, Ellen. (1998) The Sociology of Health and Medicine, Cambridge Polity Pres
- Armstrong, David. (1987) Bodies of Knowledge
- Armstrong, David. (2015) An outline of Sociology As applied to medicine. El Sevier
- Arthur .J.J John(1983) Principles of Guidance ,new York, Nc Grow hill book Company.
- Becker, Howard. (1973). Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance. New York, Free Press .
- Blumer, H. (1969) Symbolic Interactionism Perspective and Methods, ISBN
- Bourdieu, Pierre. (1984) Distinction (Translated by Wice, Richard
- Bruce M.L., Ten Have T.R., Reynolds C.F., et al. (2004). Reducing suicidal ideation and
- cases: an advanced guidebook for the practitioner. Chichester: Wiley.

- Cassel,j. (1976). the contribution of social environment in host resistance, American journal of epidemiology 104 p,107- 23-
- Charney D.S., Reynolds C.F., Lewis L., et al. (2003). Depression and Bipolar Support
- Clark, DM; Fairburn, CG. (1997.) Science and practice of cognitive behavior therapy.
- ……(2013) Sociological Theory in Medical Sociology in the early Twenty First century.
- Cockerham, William. (2007) Medical Sociology and Sociological Theory, Published Online .
- Cockerham, William. Medical Sociology (1981 (
- Cooley, Charles (1902). Human nature and Social Order, New York, Scribner.
- Dahrendorf, Ralf. (1959) Class and Conflict in Industrial Society – Stanford University Press .
- depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. JAMA; 288:2836-
- depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled
- disorders in late life. Arch Gen Psychiatry; 60:664-672.
- disorders, 4th ed.: DSM-IV. Washington, D.C.
- Doyal, Lesley (1996) Sex, Gender and Health, A Preliminary Conceptualization Framework.
- Durkheim, Emile. (1951(1897)) Suicide A Study in Sociology, Glenda Free Press .
- Engels,F. (1971, 1845) the Conditions of the Working Class in England Oxford Blackwell publishing
- Foucault, Michel. (1973) The birth of Clinic, London: Tavistock
- Frierson, Eliot (1970) Profession of Medicine, New York. Dodd and Mead
- ……..(1970) Profession of Dominance. Chicago Aldine
- …… (1975) Doctoring Together. New York Elsevier .

- Gabe, j. and Almeida j. (2015) in; Collyer F. (eds.) Handbook of social Theory in health and Illness and Medicine .Palgrave Macmillan London،.
- Glaser. Barney and Anselm Strauss (1965). Awareness of Dying, Chicago Aldine
- Goffman, Erving, (1961) Asylums. Anchor.
- Harvard University Press (
- International Review of Modern Sociology, Vo.11. No. 112, pp.231-250 .
- Jaime Lumpias Wolff (2017). Health and development in the third world
- Kasl, s.v. (1966). health behavior, Illness Behavior and sick role Behavior
- Koos, Earl. (1954). The health of Regions Ville. New York Columbia University press.
- Krieger Nancy. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century, Eco social Perspective, International Epidemiological Association, great Britain.
- Lippincott, Williams, and Wilkins.
- Lorber, Judith (1997). Gender and the social construction of Illness, London, Sage
- McKinley, John. (1984). Issues in the Political Economy of Health and care. London Sage.
- Mechanic, d. (1995). The Sociological Dimensions of Illness Behavior, Social Sciences and Medicine 41 9 1207-16
- Metzner,c. (1965). Choice of health care plans, University of Michigan School of Public Health
- Morgan,M. (1993). The doctor -Patient relationship
- Navarro, Vicente (1986). Crisis, Health and Medicine: A social critique. London Tailstock.
- Oxford: Oxford University Press.
- Parsons, Talcott. 91951). The Social System, New York free Press.

- References
- Roemer, M, (1960) editor on the sociology of medicine. m. d. publication New York .
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2003). Synopsis of Psychiatry, 9th Ed., Philadelphia, PA:
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2003). Synopsis of Psychiatry, 9th Ed., Philadelphia, PA: Lippincott،
- Schuman, Edward. (1965) Stages of Illness and Medical Care, Journal of Health and Human Behavior
- Steve et al (2001). Sick Behavior as a New Target for drug deviant.
- Stigma, Notes on the Management of Spoiled Identity, Englewood cliffs Prentice-Hall
- Szasz T. and Hollander, M (1956). A contribution to the Philosophy of Medicine, basic Models of the doctor _Patient Relationship. Journal of the American Association ،
- Tarrier N, Wells A, Haddock G., editors. (1998.) Cognitive behavior therapy for complex
- Thomas J. Schiff ,1966). Being mentally Ill, A sociological theory, Chicago , Aldine
- trial. JAMA; 291:1081-1091.
- Turner B. (1996). The body and Society of London Sage.
- Twaddle A. (1969). Health Decision and Sick Role Variations: An Exploration, Journal of Health and social Behavior ,10:105-14.
- Unuttered J, Kato W, Callahan CM, et al. (2002). Collaborative care management of late-life
- Waitzkin Howard. (1971) Latent Functions of the Sick Role in Various Settings, Social Sciences and Medicine 5:45-75.
- Williams, and Wilkins.
- World Health Organization, (2009,2010

- Young, J. t. (2004). Illness Behavior a Selective Review and Synthesis
- Zola Irving, (1966). Culture and Symptom, an analysis of Patient Presentation of Complaints, American Sociological Review 31:615-630
- Zunker, V. G. (2001). Career counseling: Applied Concepts of Life Planning. California: Brooks/Cole Publishing Company