

# فعالية برنامج إرشادي جماعي في التخفيف من الضغوط النفسية والاكتئاب لدى ذوي الشلل النصفي

د.سمية عيسى مزغيش، جامعة الحدود الشمالية- المملكة العربية السعودية

## ملخص:

يهدف البحث الحالي إلى دراسة أثر فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من الضغوط النفسية و الاكتئاب لدى ذوي الشلل النصفي. للتحقق من فرضية البحث استخدمنا مقياس بيك للاكتئاب ومقياس الضغوط النفسية على عينة مكونة من 20 فردا من الذين تعرضوا لحادثة وعائية دماغية أو إصابة في الحبل الشوكي ونتج عنها شلل نصفي دون حدوث اضطرابات معرفية أولغوية. اعتمدنا في بحثنا الحالي على نموذج حل المشكل في تصميم البرنامج الإرشادي وذلك للتخفيف من الضغط النفسي و الاستجابة الاكتئابية المصاحبة للإصابة بالشلل النصفي. قمنا بقياس شدة الاكتئاب والضغط النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج، لعينة تراوح سنها بين 20 و60 سنة. وأسفرت نتائج التحليل الإحصائي على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات العمرية قيد الدراسة . بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في شدة الاكتئاب وفي الضغط النفسي لصالح القياس البعدي، مما يؤكد فاعلية البرنامج الإرشادي.

الكلمات المفتاح: الشلل النصفي ، الاكتئاب، البرنامج الإرشادي

Abstract :

The current research aims to study the impact of effective mentoring counseling program is based on the Model of Problem-Solving with, Hemiplegia and the number of people living with 20 people who were subjected to cerebral vascular accident or injury in the spinal cord. Adopted in our current to the Model of Problem-Solving mitigate the response of depressive paralysis. We measured degree of depression and stress before and after the practice of the program resulted in instructional and results on the existence of statistically significant differences in the

degree of depression and stress for distance measurement, which confirms the effectiveness of the counseling program. Statistical analysis showed sincerity research hypothesis that there is a difference and differences in the severity of depression after the application of collective guidance program.

**Key Words : Hemiplegia, Depression, stress, guidance program.**

## مقدمة:

تشكل الإعاقة بمختلف أنواعها وأشكالها ومستوياتها أحد أهم التحديات الطبية في العصر الحالي. فما من شك أنّ لأحد من البشر يرغب في أن يُنتقص كماله الجسدي أو النفسي خلال مرحلة من مراحل حياته. إلا أنه ورغم قسوة هذه الحقيقة إلا أنها تبقى موجودة وذات صدق في حياتنا اليومية. ولقد اهتم المختصون في علم النفس بمشكلات الفرد النفسية الجوهرية التي تلازم أي شخص في مسار حياته ، ومع الصعوبات التي يواجهها الفرد والتي تلقي بمنعكساتها السلبية و/أو الإيجابية على وتيرة الحياة، فتؤثر بشكل أو بآخر على الرفاهة النفسية وعلى الحياة الطبيعية الخالية من المنغصات ومن الضغوط النفسية. وأمام عدم القدرة على مواكبة البيئة الخارجية وتلبية متطلباتها الضرورية للعيش بوتيرة مناسبة نجد أنّ ذو الإعاقة الحركية وجها لوجه أمام معوقات بيئية تحد من حركته ومن نشاطه البدني والاجتماعي زيادة على قصوره الجسدي المتمثل في إعاقة. وبهذا تتراكم الصعوبات والمشكلات أمام الفرد ذو الإعاقة ليجد نفسه معاقا إعاقة حقيقية وبشكل آخر يفرضها عليه المجتمع، فلا الكفاءة البدنية تؤهله للنشاط ولا المتغيرات البيئية تسهل له هذا الأخير. فينزع إلى الانعزال عن المجتمع وانخفاض وتيرة نشاطه الاجتماعي المناسب لحالته. وهكذا دأبت الدول والحكومات لبذل الكثير من أجل جزء لا يتجزأ من المجتمع، وطاقة كفيلة بأن تستغل في الاستثمار وفي العطاء مثلها مثل باقي الأفراد دون تمييز ودون شروط.

فحسب أبو مصطفى (2000) أنّ الاهتمام بالأفراد غير العاديين -ذوو الإعاقة- من أجل تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص بين جميع الأشخاص العاديين وغير العاديين مطلب هام؛ حتى يتمكن الجميع من المشاركة في بناء المجتمع حسب طاقاته وإمكانياته. الأمر الذي يكفل للأفراد بشكل عام وذوو الإعاقة بشكل خاص الرضا عن الذات وممارسة الحياة بشكلها الطبيعي. لذا وحسب المدهون (2003) أنّ الفرد ذو الإعاقة

في أمس الحاجة إلى عون خارجي واع مرتكز على أسس علمية وتكنولوجية، تعيده إلى المستوى الطبيعي أو إلى ما يقرب منه، وأن المسؤولية تقع على عاتق الدولة أولاً، وعلى عاتق الأسرة ثانياً، وعلى دور الرعاية ثالثاً، وعلى المحيط الاجتماعي رابعاً، دون أن ننسى ما هو مطلوب من المعاق نفسه. فالأسرة والمجتمع لهما الدور البارز والفعل في تلبية حاجات المعاقين سواء من الناحية الجسمية أو النفسية أو الاجتماعية أو الأكاديمية أو المهنية. ويشير أبو مصطفى (2000) أنه يمكن تحقيق السعادة للمعاق بإزالة المعوقات التي تعوق نموه وحياته وإعادته إلى مجتمعه من خلال تكييفه النفسي والاجتماعي والأسري حتى يصبح صالحاً، ليتقبل وضعه ذاتياً ويتقبله الناس كإنسان لا يختلف عنهم إلا بقدر ما يختلف بعضهم عن بعض عندما يصاب بمرض من الأمراض، وذلك عن طريق إعادة تكييف الفرد غير العادي مع نفسه ومع مجتمعه وإتاحة الفرصة له للتعليم والتدريب بما يتناسب وقدراته البدنية والعقلية.

وعليه تجمع جل الدراسات النفسية على ضرورة جعل الشخص ذو الإعاقة شخصاً طبيعياً وسوياً. فحسب بسيوني (2001) فإنّ هذا توجه اجتماعي يهدف إلى إتاحة الفرصة أمام الشخص ذو الإعاقة للحياة مثل باقي الأشخاص العاديين مع ضمان لحقوقهم الإنسانية والمدنية، وهذا يعني إعطائهم الفرص، ومساواتهم في الحقوق وجعل الظروف المحيطة بهم عادية، وعدم إساءة معاملتهم بأي شكل من الأشكال.

إذ أنّ عزل جزء ليس بالبسيط من أفراد المجتمع يخل بوتيرة النمو الاجتماعي والاقتصادي للدول عامة ولل فرد خاصة الأمر الذي تؤكد نتائج الدراسات النفسية والتربوية من سلبيات وجود ذو الإعاقة في معزل عن باقي الأفراد كما أنّ مظاهر نفسية كثيرة تتولد عن هذا الانعزال أثبتتها دراسات نفسية متعددة؛ فلقد أسفرت نتائج دراسة كوبكوفاف،(2000) Koubekova على أنّ الأطفال المعاقين حركياً يظهرون قدرًا عاليًا من السلوكيات المضادة للمجتمع، بالإضافة إلى التّجنب والعزلة عن باقي الأطفال العاديين، كما اتّضح أنّ الفتيات من المعاقات كن يواجهن صعوبات في التوافق الاجتماعي أكثر من أقرانهم من الذكور المعاقين. بالإضافة أيضًا، إلى أنّ المعاقات كن يعانين من قدر أكبر من تدني مستوى تقدير الذات، وكن أقل رضا عن أنفسهن وكن يشعرن بعدم تقبل آبائهن ومعلماتهن وزميلاتهن لهن. وعليه فلن يختلف اثنان في أن المشكلات المرضية بما فيها الإعاقة تشكل أحد منابع الاضطرابات النفسية للفرد والسلوكيات المضادة للمجتمع.

وبهذا يتزايد الاتجاه الإنساني الذي ينادي بالمساواة والمشاركة الكاملة من خلال مفهوم «المجتمع للجميع»

من خلال هذا تتضح لنا الضرورة الملحة لدمج هؤلاء الأفراد في المجتمع بما يكفل لهم الرفاهة والراحة النفسية والاجتماعية التي ينشدها كل فرد داخل مجتمعه. لذا يهدف هذا البحث إلى تقديم المساعدة النفسية لذوي الشلل النصفي لتخطي المرحلة الحرجة التي تتبع الإصابة بالشلل النصفي والتي لها انعكاساتها السلبية النفسية ليمتد تأثيرها على حضور حصص إعادة التأهيل الوظيفي للمصابين.

## 1- إشكالية الدراسة

عكفت الدراسات النفسية على توفير ما هو مناسب للفرد من رفاهة وأمن نفسي، خال من المنغصات ومن الضغوط والتوتر النفسي الناجم عن أسباب داخلية المنشأ أوعارجية. ويعد القلق النفسي والاكتئاب أحد مظاهر هذا العصر. فالحياة اليومية بمختلف جوانبها تعرض لمشكلات ومثيرات قد يعجز الفرد على مواجهتها وفق ماتتطلبه المواقف لمواجهتها من قدرات نفسية وبدنية ومادية يدفع بها عن نفسه هذه الضواغط. فيستسلم للحزن واليأس تعبيراً عن عدم قدرته على دفع الضرر الذي يعاينه مما يولد لديه عرضية اكتئابية واضحة.

ويعد بيك، (1979)، Beck، من أكثر الباحثين الذين اهتموا بدراسة الاكتئاب، إذ أنه صاحب النظرية المعرفية والعلاج المعرفي للاكتئاب. و يصفه هذا الأخير بأنه «اضمحلال لغريزة الحفاظ على الذات والغرائز الأمومية، وانطفاء الدوافع البيولوجية القاعدية للغضب وللجنس. ويصبح النوم أمراً صعباً وشاقاً، وتخفي الغرائز الاجتماعية كجذب الآخرين والحب والحنان، ويضيع الفرد قدرته على الاستجابة بابتهاج أو بغضب في وضعية تتطلب منه هذا أو ذاك، كما يبدي سلبية ورغبة في الهروب. ويتحول لديه دافعي الجنس والجوع إلى اشمئزاز و في النهاية تعوض الرغبة في الحياة بأمل في الموت». ص ص103-104. وبهذا يتزامن حدوث الاكتئاب مع التوترات النفسية التي تكون لأسباب خارجية المنشأ أو داخلية. وتعد الصحة الجسدية للفرد أحد أهم مقومات الشعور بالأمن النفسي، إذ أن صحة جسدية سليمة كفيلة بأن تدفع عن الفرد مشكلات قد يقع فيها ولا يمكن دفعها، كما أنها تحفظ للفرد وتيرة حياة طبيعية تمكنه من التفاعل الاجتماعي والشعور بالتوافق النفسي والاجتماعي. وتعد الإصابة بالشلل النصفي أحد معوقات الحياة الطبيعية

للفرد، إذ يفقد فيها بعضاً من أدائه الحركي الذي سيشكل تغييراً في نمط حياته. ولقد أكدت دراسات نفسية عديدة الارتباط بين الاكتئاب والإصابة

(جملة مبتورة) بالأمراض المزمنة من جهة والحالة الصحية عامة من جهة أخرى؛ فكانت دراسة شولبرغ وآخرين، (1987) Schulberg et al، ودراسة شيربورن وآخرين، (1995) Sherbourne et al، ودراسة براون وآخرين، (2000) Brown et al، نقلاً عن باركو وآخرين، (2003) Barkow, et al إذ أنّ الإعاقة الحركية تحمل صفة الإزمان وليست إصابة عرضية يمكن الشفاء منها بشكل كلي.

وبين هذا وذاك، نجد الضغوط النفسية هي الأخرى أحد أهم المسببات الرئيسية في ظهور معظم الاضطرابات والمشكلات النفسية. وهي الأخرى تلقي بانعكاساتها السلبية على الحياة النفسية والاجتماعية للمرضى والأصحاء بشكل عام.

ولقد عرّف إيفرلي وروزنفلد، (1987) Everly & Rosenfeld، الضغط النفسي بأنه استجابة نفسجسمية لمثير ما. وهذا نقلاً عن الرشيدى، (1999)

و أشار العديد من الباحثين كالطريرى ، (1994) والزراد، (2000) إلى أنّ أهم مصادر الضغوط النفسية تتمثل في المشكلات الذاتية للفرد وأهمها هي :

1- **المشكلات النفسية** : حيث إنّ تعرض الفرد لمستوى عالي من الضغط عادة ما يصاحبه الشعور بالقلق والاحباط والتعب والإرهاق والاكتئاب والتوتر والانفعال والأرق ، وانخفاض تقدير الذات.

2- **المشكلات الاقتصادية** : فالمشاكل الاقتصادية لها الدور الأعظم في تشتيت جهد الإنسان وضعف قدرته على التركيز والتفكير ، وخاصة حينما يتعرض لأزمات مالية أو فقدان العمل بشكل نهائي إذا ما كان مصدر رزقه فينعكس ذلك على حالته النفسية ، وينجم عن ذلك عدم قدرته على مسايرة متطلبات الحياة.

3- **المشكلات الاجتماعية** : المتمثلة في سوء العلاقة بالآخرين ، وصعوبة تكوين صداقات اجتماعية ، ويرى علماء السلوك أنّ العلاقة الجيدة بين الأفراد المبنية على التأييد والثقة والمساندة والتعاون تسهم في خلق بيئة اجتماعية صحية. وعكس ذلك سواء كان سوء الثقة أو عدمها قد يؤدي إلى نشوء علاقات متوترة ، يسودها الحقد والكراهية وبذلك تصبح العلاقات بين الأفراد مصدرًا من مصادر الضغوط.

4- **المشكلات الصحيّة** : كالأعراض العضوية أو التغيرات الفيزيولوجية التي تحدث للفرد وتسبب له إعاقة نحو الوصول إلى الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها أما

بشكل دائم أو مؤقتة كالإعاقات الجسمية، أو العمليات الجراحية، أو الصداع، أو ارتفاع معدل ضربات القلب، أو أعراض الدورة الدموية كتصلب الشرايين، أو الإعاقة المتعلقة بسوء التغذية كالأنيميا التي تسبب الشعور بالإجهاد ، وسرعة الاستثارة ، ونوبات من الاكتئاب.

وعليه لايمكننا عزل الجوانب النفسية عن الجانب الصحي والجسدي لذا، يعتبر الشلل النصفي أحد مظاهر الإعاقة الحركية ولقد عرّفه بيلكوت،(1993)Bileckote بأنه فقدان مهم للحركة الإرادية لنصف الجسد مما يؤدي إلى شلل نصفي أيمن أو أيسر (الوجه، الأطراف العلوية،الأطراف السفلية). ويحدث الشلل النصفي بشكل مفاجئ وحاد لأسباب خارجية كحوادث المرور، الإصابات الدماغية، ارتفاع الضغط الدموي. وتؤكد إيشال وآخرين،(2008) Eschle et al، أنّ السبب الرئيس للإعاقة المكتسبة والمتمثلة في الشلل النصفي لدى الراشد بسبب الحادثة الوعائية الدماغية Accidents CérébroVasculaires(AVC) الناجمة عن الأورام الدماغية أو العلقة الدموية المتخثرة التي تؤدي إلى انسداد شرايين الدماغ. وبالإضافة إلى المشاكل الحركية التي تنجم عن هذه الإصابة التي تكون في بعض الحالات مرفقة باضطرابات معرفية ولغوية وحتى نفسية سلوكية كاضطرابات المزاج .

ولقد أكّدت دراسات نفسية وطبية عديدة بين متلازمة الحادثة الوعائية الدماغية والاكتئاب إذ توصلت دراسة شانغ، (2005) Chang، أنه بعد الحادثة الوعائية الدماغية فإنّ شدة الاكتئاب تراوحت لدى المفحوصين بين الاكتئاب المتوسط إلى الاكتئاب الحاد.كما أنّ دراسة العيادي وآخرين، (2008) Layadi et al توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين الاكتئاب الناجم عن الإصابة بالحادثة الوعائية الدماغية والمؤدية للشلل النصفي وبين التأهيل الوظيفي، إذ أنه كلما ارتفعت شدة الاكتئاب كلما كان المريض أقل استمرارا في متابعة حصص التأهيل الوظيفي مما ينعكس سلبا على استعادة المهارات الوظيفية للأعضاء المصابة. الأمر الذي أثبتته من قبل لنخروست وآخرين،(1999) Lankhrost et al، إلى وجود علاقة سلبية ودالة بين الاكتئاب ومقياس إعادة التأهيل الوظيفي لدى المصابين بالشلل النصفي.

وحسب إيشال وآخرين،(2008) Eschel et al، فإنّ المصابين بالشلل النصفي يعانون من استجابة اكتئابية واضحة مع اضطرابات في النوم قد يضطر الطبيب المعالج لوصف مضادات الاكتئاب.

كما أنّ بارات،(1996) Barat، أكّدت على ضرورة عدم إهمال الاكتئاب المصاحب للشلل النصفي الناجم عن الحادثة الوعائية الدماغية.

من جهة أخرى نجد أنّ الأدبيات النفسية لم تهمل الاكتئاب كعرض أو كمرض إذ حضي هذا الأخير باهتمام الباحثين والدارسين في علم النفس باعتباره يشكل أحد مظاهر الحياة المعاصرة، ولخطورة هذا الشعور و هذه الاستجابة النفسية على الفرد لانعكاساتها البعيدة المدى بتوليدها لمشكلات نفسية واجتماعية مختلفة ومنشبكة فيما بينها.

ويؤكد الربيعه،(1997) أنّ الاكتئاب يعكس اضطرابا في العلاقات والمهارات الإجتماعية للأفراد كما أنه يرتبط بدرجة كبيرة مع الضغوط النفسية وفقدان الثقة بالنفس وكذلك بالشعور بالوحدة النفسية.

ويرى كرنس و باكر ، (1993) Crairns & Baker) أنّ المكتئبين يفقدون علاقاتهم بالمحيطين بهم، كما أنهم لا يحسنون التعبير عن ذواتهم ويفقدون مصادر المساندة الاجتماعية، إلى جانب نظرتهن اللاتوافقية لذواتهم مع ارتفاع أشكال العزلة الاجتماعية لديهم.

من جهة أخرى نجد دراسة لبنيديتو وآخرين،(2006) Benedito et al) قد توصلوا إلى أنّه بعد النجاة من إصابة قلبية حادة فإنّ أعراض الاكتئاب تظهر بشكل واضح على المصابين. كما توصلوا إلى وجود علاقة ارتباطية قوية بين الاكتئاب والقلق الحاد. أمّا دراسة كيمل،(2002) Kimmel) أكدت على أنّ المصابين بالقصور الكلوي يعانون في الغالب من اكتئاب حاد ومزمن.

بالإضافة إلى هذا ، أثبتت دراسة موري وراسكيند، & Murray (2008) Raskind) ارتباط الاكتئاب مع العديد من الأمراض العصبية كمرض باركينسون والسكتة الدماغية مما يولد انخفاضا في قيمة الحياة لدى المرضى إذ تتداخل الأعراض المرضية والنفسية بشكل حاد وكبيرتشمل اضطرابات النوم وقلة الشهية إلى الطعام البكاء المتواصل، الحزن المستمر. ويظهر الاكتئاب في هذه الإصابات كاضطراب في المزاج . كما أنّ موري وراسكيند، & Murray (2008) Raskind) أكدوا أنّ الاكتئاب المصاحب للسكتة الدماغية يولد الانسحاب الاجتماعي والعزلة لدى المصاب.

ولا يقتصر الأمر على هذا الحد بل يمتد إلى جعل المكتئب يفكر في الانتحار كحل لما يعانيه من توتر نفسي ومن مشكلات خارجية إجتماعية أو بيئية، الأمر الذي أكدّه مونتقومري وآخرين، (2000) Montgomery et al) وحسب كرنس وباكرا (1993) Cairns & Baker) أنّ احتمال الانتحار يتراوح بين اثنين إلى

سنة مرات أكثر لدى ذوي الشلل النصفي الناجم عن إصابة الحبل الشوكي عن باقي الإصابات الأخرى.

كما نجد أن لارا و كلاين،(1999، Lara & Klein) توصلا في دراستهما حول المعتقدات السلبية التي يحملها المكتتب حول ذاته وأنه كلما امتدت مدة الاكتئاب في الزمن وطالت كلما كانت التفاعلات الاجتماعية سلبية Negative Social Interactions

ولقد أكد العزة،(2001) في دراسته أن من بين الخصائص النفسية لذوي الإعاقة الحركية؛ مشاعر الحزن، الاكتئاب، عدم الرضا عن الذات وعن الآخرين، الشعور بالذنب والعجز والقصور. ونجد أن إبراهيم،(1998) أشار إلى أنه وفق الدليل التشخيصي الأمريكي DSM-IV فإنه يحدث ما يسمى بالاكتئاب العصابي الذي يمتزج بخليط من المشاعر العصابية بما فيها القلق، الخوف من المستقبل، التهديد والإحباط مع الشعور باليأس. إذا ماتجوزت مدة الاستجابة الاكتئابية الأسبوعين مما ينعكس سلبا على توافق الفرد نفسيا واجتماعيا مما يؤدي إلى انحسار تفاعلات الفرد الاجتماعية. وعليه فإن المصاب بالشلل النصفي يعاني من هذه المشاعر السلبية التي تمتد عبر الزمن لتصبح استجابة اكتئابية عصابية مما يثبت ما أشارت إليه الذي أكدته دراسة لايادي وآخرين،(2008، Layadi et al). من جهة أخرى نجد أن دراسة بلانس وآخرين،(2009، Blanes et al) توصلت إلى أن نمط الحياة السلبي لدى المصابين بالشلل النصفي يرتبط بتقدير الذات السلبي لديهم. لذا فأمام الإصابة بالشلل النصفي والاكتئاب المصاحب لها وسعيًا منا على دمج الفرد المعاق في المجتمع بالشكل الذي يوفر له التوافق النفسي والاجتماعي الذي يطمح إليه كل فرد. فإننا نتساءل هل بعد تطبيق برنامج إرشادي علاجي جماعي لذوي الشلل النصفي تنخفض شدة الاكتئاب والضغط النفسي لديهم؟

## 2- فرضيات الدراسة:

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة الاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة إدراك الضغط النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي.
- 3- يوجد فروق في الاكتئاب والضغط لدى أفراد العينة تبعًا لمتغير السن.

## منهج البحث وإجراءاته :

استخدمنا في بحثنا الحالي أحد أنواع التّصميمات التجريبية ويعرف باسم أسلوب المجموعة الواحدة ويستخدم هذا الأسلوب مجموعة واحدة فقط ، تتعرض لاختبار قبلي لمعرفة حالتها قبل إدخال المتغير التجريبي ، ثم نعرضها للمتغير المراد قياسه ونقوم بعد ذلك بإجراء اختبار بعدي ، فيكون الفرق في نتائج المجموعة على الاختبارين القبلي والبعدي ناتجاً عن تأثيرها بالمتغير التجريبي. مجذوب،(1998) وفي بحثنا الحالي يعتبر المتغير التجريبي البرنامج الإرشادي الجماعي الذي نود معرفة فاعليته من خلال قياس شدة الاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج.

## 3- أدوات الاختبار:

### 3-1 مقياس بيك للإكتئاب Beck Depression Inventory

تتكون الصورة الأصلية للمقياس من 21 مجموعة ذي شدة تتراوح بين أربعة درجات لكل عرض. ولقد أظهر مصداقية جيدة وثبات داخلي عال أما الصورة المختصرة للمقياس فتتكون من 13 مجموعة تعطي جميع الأعراض الإكتئاب بصورة شاملة وتركز في الوقت نفسه على المحتوى المعرفي . ليفنس وآخرون (1990، Lewinson et al )،

### 3-1-2 الخصائص السيكومترية للمقياس :

اعتمدنا على النسخة المترجمة من طرف غريب عبد الفتاح غريب (1985) وهي نسخة مترجمة ومكيفة للبيئة العربية ولقد أظهر صدقا وثباتا عاليين قدر ب0,96

### 3-1-3 تنقيط المقياس :

تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين 0 و39 درجة وتقوم طريقة التصحيح على الجمع الجبري لدرجات البنود التي يحصل عليها المصيب في المجموعات الثلاثة عشرة بعد اختياره لإجابته واحدة من كل مجموعة وهذا دون تحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية . ويتم تحديد وجود الاكتئاب من عدمه من خلال الدرجة الفاصلة Cut off Scores إذ تشير الدرجة المرتفعة إلى وجود اكتئاب شديد والدرجة المنخفضة جدا تشير إلى عدم وجود الاكتئاب وتكون كمايلي :

0----4 لا يوجد اكتئاب (الحد الأدنى)

5----7 اكتئاب معتدل وغير حاد

8---15 اكتئاب متوسط

أكثر من 16 اكتئاب شديد

### 2-3 مقياس الضغط النفسي:

أما المقياس الثاني فهو مقياس إدراك الضَّغط PSS «Percieved Stress Scale»

الذي صمم من طرف كوهين وآخرين،(Cohen et al,(1989).

يحتوي هذا المقياس على عشر (10) بنود تقيس درجة اعتقاد الفرد في أنّ موقفا من مواقف الحياة اليومية يعتبر ضاغطا وهذا خلال الشهر الأخير . كوهين، (Cohen,(1994).

### مفتاح التصحيح:

يختار المجيب واحدة من الإجابات و تتدرج هذه الأخيرة على النحو التالي من: 0 إلى 4. كما يلي:

جدول رقم(2) مفتاح تصحيح مقياس إدراك الضغط

أبدا	تقريبا أبدا	في بعض الأحيان	في أحيان كثيرة	دائما
0	1	2	3	4

أعلى درجة يمكن أن يتحصل عليها المفحوص هي 40 وأدناها 0 يشير المجموع الجبري إلى شدة الضغوط التي يعاني منها أفراد العينة بدرجة فاصلة وهي 22 درجة.

### 3-3-البرنامج الإرشادي :

تمّ تصميم البرنامج الإرشادي من قبل الباحث. ولقد اعتمدنا في ذلك على نموذج حل المشكل الذي تم اختياره بناء على دراسة هوسين و لورنس، Hussian & (1981, Laurance) التي استعملت هذا النموذج على المكتئبين وثبتت فعاليته في التخفيف من شدة الاكتئاب.

## 1-2-4 الإطار النظري للبرنامج الإرشادي :

يعرف زهران، (1998) البرنامج الإرشادي بأنه « برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات المباشرة». ويعد الإرشاد الجماعي عملية إرشاد لعدد من المسترشدين الذين غالباً ما تشابه مشكلاتهم ويستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد. ويحدث أثناء التفاعل نوع من التفريغ الانفعالي بالإضافة إلى المشاركة الوجدانية وشعور الأفراد بأنهم يشتركون في نفس المشكل. سفيان، (2004).

ويُلخص معوض، (1996) أهداف الإرشاد السلوكي المعرفي في :  
تعديل إدراكات العميل المشوهة، ويعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملاءمة للتفكير وذلك من أجل إحداث تغييرات سلوكية ومعرفية وانفعالية لدى العميل.

محاولة إكساب المسترشد ممارسة فنيات معرفية وسلوكية متنوعة تساعده على التخلص من مشكلاته الحالية ومواجهة أية مشكلات نفسية أخرى في المستقبل.

وتتفق هذه الرؤية مع ما ذهب إليه الخطيب، (2003) في إشارته إلى أنّ كثيراً من المشكلات السلوكية هي نتيجة لإدراكات خاطئة، ويمكن للمدخل المعرفي أن يعدل أو يطفئ المشاكل من خلال تصحيح الإدراك الخاطئ للمثيرات البيئية، ويمكن القول أن تعديل السلوك المعرفي هو عملية ذاتية موجهة تعتمد على إعادة التنظيم للمجال الإدراكي، أو تغيير الأفكار الخاطئة و غير العقلانية لتخفيف أو إطفاء أنماط السلوك المشكل، ومن هنا يمكن النظر إلى الإرشاد على أنه عملية تعلم داخلية تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة.

وهكذا فإنّ دراسة العلاقة بين المثيرات والاستجابات بحد ذاتها لا تكفي، ولكن لابد من دراسة العمليات المعرفية التي تتوسط هذه العلاقة .

وفق ما قدمه دزوريلا و قولدفريد، (1971، D'Zurilla & Goldfried) لتصميمهما لنموذج حل المشكل Model of Problem-Solving ولقد عرفاه بأنه عملية سلوكية إما ظاهرة معبر عنها بشكل صريح ومباشر، وإما ذات طبيعة معرفية. ويمتاز هذا النموذج بصفتين أساسيتين :

- 1- توفر مجموعة من الاستجابات البديلة Alternative responses ذات الفاعلية القوية والتي تمكن الفرد من التعامل مع الوضعية الإشكالية.
- 2- الرفع من احتمال القدرة على انتقاء الاستجابة الأكثر فعالية من بين البدائل المتعددة.

ولقد أكد دزوريلا ونيزو، (1982، D'zurilla & Nezu) أنّ نموذج حل المشكل لا ينطبق فقط على حل المشاكل التي تظهر على مستوى العلاقات بين الأشخاص فقط ، ولكنّه صالح أيضا لمعالجة المشاكل الفردية أو الشخصية.

وعليه فإنّ البرنامج الإرشادي اعتمد على المراحل العلاجية لنموذج حل المشكل التي يعتمدها الأخصائي الاكلينيكي في تطبيقه للعلاج النفسي وفق هذا النموذج.

### **1- مرحلة تحديد الاتجاه أو المسار الذي يأخذه المشكل :**

وهي مرحلة تأسيس المرشد لعملية الإرشاد بحيث يساعد المرشد المرشد المسترشد على تسهيل عملية إنجاز تقنية حل المشكل.

### **2- مرحلة التعريف بالمشكل وصياغته:**

ويعتقد دزوريلا و قولدفريد، (1971، D'Zurilla & Goldfried) أنّ مدى فعالية ونجاح تطبيق نموذج حل المشكل تتوقف إلى حد كبير على مدى وضوح المشكل والتعريف به في هذه المرحلة.

### **3- مرحلة تأسيس البدائل:**

الهدف من هذه المرحلة هو إيجاد قائمة من الحلول ذات القدرة الفعلية في حل المشكل. وتتوقف هذه المرحلة على أهداف ثلاثة وهي تأجيل الحكم.

### **4- مرحلة اتخاذ القرار:**

وهو مرحلة ترجيح اختيار البدائل التي حددها المرشد للمسترشد لحل المشكل

### **5- مرحلة تنفيذ الحل والتحقق :**

وتتضمن الأداء ، الملاحظة والتقييم. حيث يجد المرشد تطابقا بين النتائج المرجوة بعد تطبيق النموذج وبين أهداف التصميم . من جهة أخرى نجد المرشد يشعر بالرضى مما يشجعه على التعزيز الذاتي لطريقة حل المشكل.

### **5- إجراءات البحث:**

تضمنت إجراءات البحث خطوات ثلاث:

#### **المرحلة الأولى :**

قمنا فيها بتطبيق مقياس الاكتئاب على ذوي الشلل النصفي وذلك لمعرفة شدة الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج.

## المرحلة الثانية :

تطبيق البرنامج الإرشادي الذي دامت عدد حصصه 10 حصص مدة 60 دقيقة بواقع حصتين أسبوعياً على نفس المجموعة .

## المرحلة الثالثة :

إعادة تطبيق مقياس بيك لمعرفة شدة الاكتئاب والضغط النفسي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

## - عينة الدراسة :

تتكون عينة الدراسة من 20 مصاباً بالشلل النصفي الناجم عن إصابة الحبل الشوكي من جراء الحوادث، المقيمين في المستشفى والذين يعانون من شلل نصفي سواء كان ناجماً عن حادث سير أو ماشابه، و/أو إصابة بحادثة وعائية دماغية . قمنا باستبعاد المرضى المصابين بحبسة أو اضطرابات معرفية أخرى. لذا فإن اختيار العينة كان بشكل قصدي ضمن حدود مستشفى بن عكنون ومصحة التأهيل الوظيفي. قدر متوسط سن أفراد العينة بـ 44 وانحراف معياري قدر بـ 11,83 سنة مع قيم متطرفة تراوحت بين 24 و60 سنة. مع العلم أن كل أفراد العينة من نفس الجنس وهو الجنس الذكري بامتداد زمني لمدة الإصابة بالشلل النصفي التي لم تتجاوز السنتين.

ونلخص خصائص العينة في الجدول التالي:

جدول رقم (1) توزيع أفراد العينة حسب السن

النسبة المئوية	العدد	السن
60%	12	39---20
40%	8	60---40
100%	20	المجموع

من الجدول أعلاه يتبين أن نسبة 60% من أفراد العينة يتراوح سنهم بين 20 و39 سنة في حين قدرت نسبة 40% من أفراد العينة تتراوح بين 40 و60 سنة. وعليه فإن متوسط سن أفراد العينة قدر بـ 37 سنة

## 6- الأساليب الإحصائية المستعملة :

لاختبار فرضية البحث اعتمدنا على الرزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية Statistical Package for Social Science مستعملين الأساليب التالية:

1. -الإحصاء الوصفي

2. -اختبار ويلكوكسن Wilcoxon test لعينتين غير مستقلتين.

## 7- عرض نتائج البحث

أسفر التحليل الإحصائي بعد تطبيق الاختبار القبلي والبعدي على المجموعة الواحدة عن النتائج التالية للفرضيتين السابقتين فكانت النتائج كما هو مبين أدناه:

### الفرضية الأولى:

جاءت الفرضية الأولى مؤكدة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في شدة الاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي فكانت النتائج كالتالي للإحصاء الوصفي لشدة الاكتئاب للقياس القبلي والبعدي مبينة في الجدول أدناه:

جدول رقم (1) الإحصاءات الوصفية لشدة الاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج:

شدة الاكتئاب	أعلى درجة	أدنى درجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة
قبل التطبيق	32	12	21,26	6,34	20
بعد التطبيق	18	9	13,73	2,46	

يتضح لدينا من الجدول أعلاه شدة الاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي؛ إذ أنه قبل تطبيق البرنامج تحصلنا على أعلى شدة للاكتئاب وقدرت بـ32 درجة، مع العلم أن أعلى درجة في مقياس بيك للاكتئاب يمكن أن يتحصل عليها المجيب هي 39 درجة. وقدرت أدنى درجة بـ18 درجة وهذه تصنف ضمن الاكتئاب الشديد وفق تصنيف بيك للاكتئاب. وعليه فإن من خلال الجدول يتضح أن أفراد العينة يعانون من اكتئاب شديد إذ قدر المتوسط الحسابي بـ21,26 وانحراف معياري قدر بـ6,34 وهو يؤكد لنا ارتفاع شدة الاكتئاب عند أفراد العينة قبل تطبيق البرنامج الإرشادي.

بينما بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، تحصلنا على أعلى درجة في مقياس بيك للاكتئاب قدرت بـ18 ومع ذلك تبقى مرتفعة وتشير إلى وجود إكتئاب شديد، في حين أن أدنى درجة هي 9 وتشير إلى وجود اكتئاب متوسط، وهذا وفق تصنيف

بيك للاكتئاب. ولقد قدر المتوسط الحسابي للاكتئاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي بـ 13,73 وانحراف معياري قدره 2,46 ؛ وعليه فإن المتوسط الحسابي لدرجات الاكتئاب بقي متوسط الشدة وهذا وفق تصنيف بيك «Beck» مع تشتت طفيف لدرجات الأفراد عن المتوسط ، دلت عليه قيمة الانحراف المعياري بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

جدول رقم (3) : نتيجة اختبار ويلكوكسن لعينتين غير مستقلتين للاكتئاب

مستوى الدلالة	قيمة Z
0,001	-3,300

من خلال نتيجة اختبار ويلكوكسن للفروق لعينتين غير مستقلتين. وذلك من خلال القياس القبلي والبعدي لشدة الاكتئاب وبعد تطبيق الاختبار تحصلنا على قيمة Z التي قدرت بـ (-3,300) وهذه القيمة دالة عند مستوى 0,001 وهي أقل من 0,05 لذا فإننا نقبل بالفرض البديل الذي يؤكد وجود فرق واختلاف في شدة الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، ونرفض الفرض الصفري الذي ينفي عدم وجود اختلاف في شدة الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

وعليه تشير النتائج الإحصائية على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في شدة الاكتئاب لصالح القياس البعدي الأمر الذي يعود للمتغير المستقل المتمثل في البرنامج الإرشادي بعد إدخاله على الأفراد للتخفيف من شدة الاكتئاب لدى المصابين بالشلل النصفي

### الفرضية الثانية:

جاءت الفرضية الثانية مؤكدة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في شدة إدراك الضغط قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي فكانت النتائج كالتالي لإحصاء الوصفي لإدراك الضغط النفسي للقياس القبلي والبعدي مبينة في الجدول أدناه:

جدول رقم (3) الإحصاءات الوصفية لإدراك الضغط قبل وبعد تطبيق البرنامج:

العينة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	أدنى درجة	أعلى درجة	إدراك الضغط
20	5,15	28,00	12	35	قبل التطبيق
	3,56	21,90	18	30	بعد التطبيق

يتضح من الجدول ان أعلى درجة تحصل عليها المرضى هي 35 درجة في القياس القبلي وأدناها وهي 18 رغم الفارق الواضح بينهما إلا أنهما تبقيان مرتفعتان باعتبار أن الدرجة الفاصلة قدرت بـ22 درجة. مع متوسط حسابي قدر بـ 28,00 درجة وانحراف معياري قدر بـ 5,15 وبهذا تتضح لنا جليا ارتفاع إدراك الضغط لدى عينة البحث قبل تطبيق البرنامج الإرشادي.

وعليه، تحصلنا على النتائج المدونة أعلاه بعد تطبيق البرنامج فكانت أعلى درجة هي 30 وأدناها هي 18 مع متوسط حسابي قدر بـ 21,90 وانحراف معياري قدر بـ 3,56 جدول رقم (4) : نتيجة اختبار ويلكوكسن لعينتين غير مستقلتين لإدراك الضغط

مستوى الدلالة	قيمة Z
0,008	-2,67

من النتيجة أعلاه لاختبار ويلكوكسن لعينتين غير مستقلتين من خلال القياس القبلي والبعدي لإدراك الضغط تبين أن قيمة ( $Z = 2,67$ ) وهي دالة عند 0,008 وهي أقل من 0,05 لذا فإننا نقبل بالفرض البديل الذي يؤكد وجود فرق واختلاف في شدة إدراك الضغط النفسي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، ونرفض الفرض الصفري الذي ينفي عدم وجود اختلاف في شدة إدراك الضغط النفسي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

مما يعني أن شدة إدراك الضغط قد تباينت بتطبيق البرنامج الإرشادي عن المرحلة الأولى القبلية ومن خلال النتيجة السابقتين للفرضيتين فإننا سنناقشهما على ضوء الدراسات السابقة في هذا المجال.

### الفرضية الثالثة:

يوجد فروق بين أفراد العينة في الاكتئاب والضغط حسب السن لاختبار هذه الفرضية استخدمنا اختبار t لعينتين مستقلتين فكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (5): نتائج اختبار t لشدة الاكتئاب لدى الفئتين العمريتين

المتغيرات	مستوى الدلالة	قيمة "t"	الانحراف المعياري	الفرق في المتوسطات	المتوسط الحسابي	السن
شدة الاكتئاب	0,670	0,43	5,26		27,58	39-20
			5,26	1,244	19,82	60-40

من الجدول أعلاه يتبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد الذين يتراوح سنهم بين 20 و 39 سنة وبين الفئة التي يتراوح سنها بين 40 و 60 سنة، إذ قدرت قيمة (  $t=0,43, \alpha)0,670$  ) وهي نتيجة غير دالة إحصائياً مما يعني يعني أنه لا فرق في شدة الاكتئاب وفق الفئة العمرية . رغم أن الفرق في المتوسط بين الفئتين في شدة الاكتئاب قدرت بـ 1,244 وهي لصالح الفئة الأصغر سناً 20 و 39 سنة مع انحراف معياري قدر بـ 5,26 لكلا الفئتين. ونجد في الجدول التالي نتائج شدة إدراك الضغط وفق فئة العينة كمايلي:

جدول رقم (6): نتائج اختبار t لشدة إدراك الضغط النفسي لدى الفئتين العمريتين

المتغيرات	مستوى الدلالة	قيمة "t"	الانحراف المعياري	الفرق في المتوسطات	المتوسط الحسابي	السن
الضغط النفسي	0,272	1,13	4,19		21,16	39-20
			2,13	1,833	23	60-40

من الجدول أعلاه يتبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد الذين يتراوح سنهم بين 20 و 39 سنة وبين الفئة التي يتراوح سنها بين 40 و 60 سنة إذ قدرت قيمة (  $t=1,13, \alpha)0,272$  ) وهي نتيجة غير دالة إحصائياً مما يعني يعني أنه لا فرق في شدة الاكتئاب وفق الفئة العمرية . رغم أن الفرق في المتوسط بين الفئتين في شدة الاكتئاب قدرت بـ 1,833 وهي لصالح الفئة الأكبر سناً 40 و 60 سنة مع انحراف معياري قدر بـ 2,13

وعليه ومن خلال نتائج الفرضية الثالثة نجد أنه لافروق بين الفئات العمرية لأفراد العينة في إدراك الضغط والاكتئاب. لذا فإن الفرضية الثالثة لم تتحقق إذ أن صياغتها كانت تؤكد على وجود الاختلاف بين مراحل السن في إدراك الاكتئاب وفي إدراك الضغط.

وعلى ضوء هذه النتائج سنناقش ماتوصلنا إليه.

## 8- تحليل ومناقشة النتائج :

من الملاحظ أنه قبل تطبيق البرنامج الإرشادي تحصلنا على شدة اكتئاب عالية الأمر الذي يفسره المتوسط الحسابي المقدر بـ 21,26 وهو يدل على اكتئاب شديد لدى أفراد العينة. وكما أشرنا إليه سابقاً فإن مدة الإصابة التي يعاني منها ذوو الشلل النصفي لا تتجاوز السنتين؛ بينما نجد أنّ شدة الاكتئاب انخفضت بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مقارنة بالشدة التي كانت عليها قبل تطبيق البرنامج الإرشادي قدرت بـ 13,73. الأمر الذي يؤكد أنّ واقع الصدمة وواقع الإعاقة بالنسبة للشخص الذي كان سليماً في وقت سابق غير متقبل ولا يمكن تجاوزه بسهولة كما أنه يثير مشاعر الحزن والشعور باليأس من الحياة .

كما أن نتائج إدراك الضغط جاءت هي الأخرى مرتفعة إذ أنه قبل تطبيق البرنامج الإرشادي تحصلنا على شدة إدراك الضغط عالية الأمر الذي يفسره المتوسط الحسابي المقدر بـ 28 وهو يدل على إدراك ضغط شديد لدى أفراد العينة. بينما نجد أنّ شدة إدراك انخفضت بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مقارنة بالشدة التي كانت عليها قبل تطبيق البرنامج الإرشادي قدر متوسطها الحسابي بـ 21,90. ورغم أنها لازالت مرتفعة نوعاً ما إلا أن انخفاض المتوسط دليل على بعض الأثر الذي أحدثه البرنامج الإرشادي. ولقد جاءت النتائج دالة للاختبار القبلي والبعدي في قياس إدراك الضغط والاكتئاب بعد تطبيق البرنامج الإرشادي. من جهة أخرى لم نجد فروقا دالة بين الفئات العمرية في إدراك الضغط والاكتئاب.

ولقد جاءت نتائج الدراسة الحالية التي كانت تتمحور حول فاعلية برنامج إرشادي جماعي في التخفيف من الاكتئاب والضغط النفسي لدى ذوي الشلل النصفي متطابقة وفرضية البحث الحالي. إذ أسفر التحليل الإحصائي على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح البرنامج الإرشادي، مما يؤكد انخفاض شدة الاكتئاب والضغط النفسي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الجماعي. ورغم ندرة تناول الدراسات النفسية

لموضوع الاكتئاب والضغط المصاحب للشلل النصفي إلا أننا وجدنا بعض الدراسات المتقاربة ومحتوى الموضوع الحالي.

إذ توافقت دراستنا مع دراسات نفسية متعددة تخص هذا الجانب. ونذكر منها ماتوصل إليه كامل،(2005) في دراسته حول فعالية برنامج إرشادي في تحسين التوافق النفسي لدى الأمهات المصابات لأطفالهن المعاقين عقليا. إذ وجد فروقا ذات دلالة إحصائية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، كما وجد تحسناً في سلوك الأمهات نحو أبنائهن المعاقين عقليا.

ودراسة المزروع،(2003) حول فعالية برنامج إرشادي لتنمية المهارات الاجتماعية في تخفيف حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى إذ توصلت إلى وجود فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الشعور بالوحدة النفسية بعد تطبيق برنامج تنمية المهارات الاجتماعية.

وتوافقت و دراسة أمي،(2007، Amy) إلى أنّ مستويات الاكتئاب تنخفض لدى المسنين بعد تطبيق برنامج إرشادي لتحسين تصورات الوضع الصحي التي يحملها المسنون عن ذواتهم الصحية.

كما أنّها تتوافق ودراسة أسعد و وفائي (2007) في دراستهما للسمات الشخصية لذوي الإعاقة البصرية والسمعية والحركية أن ذوي الإعاقة الحركية يبدون اجتماعية أكثر من غيرهم من ذوي الإعاقة الأخرى وأما عن سمات المعوقين حركيا يتضح من الجدول أن البعد الاجتماعي لدى عينة، المعاقين حركيا احتل المرتبة الأولى

وتوافقت ونتيجة دراسة علي وعبدالهادي،(1997) التي هدفت إلى دراسة نفسية على فاقد أعضاء الجسم عن طريق البتر لتأهيلهم مبكراً من خلال تقديم الخدمات النفسية والاجتماعية والمهنية والطبية وطبق على أفراد المجموعتين مقياس مفهوم الذات فتوصل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين على أبعاد المقياس لصالح المجموعة التي تلقت خدمات تأهيلية. أمّا بالنسبة للتوافق النفسي والاجتماعي فقد بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغيرات التوافق الجسمي والنفسي والاجتماعي والانسجام مع المجتمع لصالح مجموعة البتر الذين تلقوا خدمات.

كما أنه ومن خلال دراستنا الحالية يتضح لدينا استمرارية الاستجابة الاكتئابية والضغط النفسية رغم مرور الزمن على الإصابة بالشلل النصفي. إذ أنّ المتابعة

النفسية كقيلة بأن تدفع بالفرد لتقبل الإصابة من جهة وتحسيسه بإمكانية توافقه النفسي والاجتماعي ضمن بيئة آمنة وسليمة يكفلها له المجتمع بدءا بإصابته وانتهاء بجميع مايمكن أن يجعله يعيش حياة طبيعية خالية من العراقل والعوائق البيئية والنفسية.

من خلال ماسبق يتضح لدينا توافق نتيجة دراستنا الحالية ودراسات نفسية أخرى قمنا بعرضها في هذا الجانب. لذا تتضح فاعلية البرامج العلاجية والإرشادية النفسية في إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي الذي يكون مترافقا ومتزامنا مع التأهيل الوظيفي والتدخل الطبي. ويؤكد حنامة،(2006) ، على أنّ الإرشاد المعرفي السلوكي من أكثر أنماط الأساليب الإرشادية شيوعاً في الوقت الراهن في تناول مختلف المشكلات حيث تطرق هذا الأسلوب إلى كافة المشكلات تقريباً، حيث أكدت دراسات عديدة أنّ الإرشاد المعرفي السلوكي يعد الأكثر فاعلية قياساً بأساليب الإرشاد الأخرى، وذلك في تناول مختلف المشكلات، كما أنه يعتبر الأفضل على الإطلاق فيما يتعلق بالنتائج المرجوة على المدى الطويل حيث تقل بدرجة كبيرة احتمالات حدوث انتكاسة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي. وقد يرجع ذلك إلى أنه يستخدم عدة استراتيجيات للمواجهة كما أنه يركز على المكونات المعرفية والوجدانية والسلوكية التي يتضمنها أي اضطراب، ومن ثم تتنوع الفنيات المستخدمة خلال البرنامج الإرشادي لتشمل كل هذه المكونات معاً، وبالتالي نجد أن هناك تنوعاً في الاستراتيجيات المستخدمة بين الاستراتيجيات المعرفية والاستراتيجيات الانفعالية والاستراتيجيات السلوكية. كما أنه يركز على حدوث تغيير في السلوك يتم من جراء تصحيح وتعديل الأفكار المشوهة والاعتقادات المختلة وظيفياً التي تكمن خلف هذا السلوك وتعد المسؤولة ولقد أكدت دراسة العواملة، (2003) أنّ المعاقين حركياً يحتاجون إلى برامج طبية ونفسية ومهنية تساعدهم على تحقيق أهدافهم الحياتية، والعيش باستقلالية أكبر. لذا لا يمكننا عزل التدخل النفسي عن التدخل الطبي لأجل تقديم المساعدة التي تكفل لذوي الشلل النصفي التوافق النفسي والاجتماعي المنشود.

من جهة أخرى نجد صفة المرونة في تقبل البرنامج الإرشادي لدى الأفراد المصابين بالشلل النصفي، إذ أنه ورغم شدة الإصابة والإعاقة المزمنة التي ألمت بالفرد إلا أنّ قابلية التوافق وتقبل الإصابة والتعايش معها تجعل من هؤلاء الأفراد على استعداد لتجاوز هذا المشكل المولد للشلل النصفي. كما أن طبيعة الإصابة بحد ذاتها تجعل الأفراد أمام واقع حتمي لا مفر منه تلمسناه في عدم وجود الفروق الدالة بين أفراد العينة مع اختلاف فئاتهم العمرية فالشباب ذو العشرين سنة وذو الثلاثين او الستين يدرك حقيقة معنى الإعاقة ويعايشها نفسياً من خلال الاكتئاب والضغط.

## خاتمة:

من خلال ماسبق يجدر بنا التأكيد على التّدخل النفسي جنباً إلى جنب مع التّدخل الطبي وذلك لضرورة العلاج النفسي في تخفيف الاكتئاب على الفرد المصاب بالشلل النصفي وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي الضروري بعد أن فقد المصاب جزءاً مهماً من وظيفته الحركية. ومع هذا فإن قابلية التأهيل والتكيف النفسي لذوي الشلل النصفي تبقى ذات مسار إيجابي بسبب وجود الكثير من المؤسسات التي تهتم برعاية المعاقين حركياً من الناحية الرياضية والتعليمية والمهنية والاجتماعية، مما يدفعهم إلى طلب تلقي تلك الخدمات فيخرجون إلى المجتمع المحلي ويتفاعلون مع الناس بشكل مباشر، علاوة على نظرة المجتمع الإيجابية اتجاه تكيف المؤسسات المحلية العامة كالمدارس والجامعات والمساجد وغيرها من الأماكن، مما يشجع المعاقين حركياً على النزول للشارع بشكل أيسر وبمفردهم دون الحاجة لطلب المساعدة من الآخرين، حيث يقلل ذلك من سمة الحرج لديهم،

وهذا ما تؤكده دراسة علي وعبدالهادي،(1997) حول بعد الاستقلالية الذاتية على سلم قائمة السمات الخاصة بالمعاقين حركياً، حيث تأكد لديهم أنّ احتكاكهم الاجتماعي يساعدهم على الاستقلالية بشكل أكبر. بالإضافة إلى أنّ جهات كثيرة من الجهات المساعدة والداعمة لتكليف منازل المعاقين حركياً من الداخل والخارج وإمدادهم بالوسائل والأجهزة التعويضية، مما يجعلهم يعتمدون على أنفسهم بشكل واضح. وعليه فإنّ التّدخل العلاجي النفسي يتمشى جنباً إلى جنب و التأهيل الوظيفي لذوي الشلل النصفي.

- لذا نختم دراستنا هذه بجملة من التوصيات ضمن حدود ماقدمناه وهي:
- التّدخل النفسي المبكر للتخفيف من الآثار النفسية للإصابة بالشلل النصفي.
  - توفير البيئة المناسبة لما يتوافق مع الإصابة.

## المراجع

1. أبو مصطفى، نظمي عودة. المدخل إلى التربية الخاصة، (غزة: مكتبة الشهداء، 2000)
2. حابس العواملة ، سيكولوجية الإعاقة غير العاديين،(الإعاقة الحركية) (عمان: دار الأهلية، 2003)
3. حامد زهران ، التوجيه والإرشاد النفسي. (القاهرة: عالم الكتاب. ط3-1998)
4. رامي نبيل ، أسعد إبراهيم. و وفائي ، محمد .والطو، علاوي.: السمات المميزة لشخصيات المعاقين سمعياً وبصرياً وحركياً في ضوء بعض المتغيرات.مجلة الجامعة الإسلامية سلسلة الدراسات الإنسانية. (المجلد الخامس عشر، العدد الثاني، 2007)
5. سعاد بسيوني ،: التكامل التربوي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء مبدأ «التربية للجميع». في دراسات في سيكولوجية الإعاقة . (مصر: مكتبة زهران الشرق، 2001)
6. سعيد حسني العزة ،: التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية (عمان: الدار العملية الدولية ودار الثقافة، 2001)
7. عبد الرحمن سليمان الطريري، الضغط النفسي مفهومه وتشخيصه ، وطرق علاجه ومقاومته . (الرياض: مطابع الصفحات الذهبية، 1994).
8. عبد الستار، إبراهيم، الاكتئاب إضطراب العصر الحديث ، فهمه وأساليب علاجه. (الكويت، سلسلة عالم المعرفة، 1998)
9. عبد الكريم المدهون، المساندة الاجتماعية كما يدركها المعاقون حركيا وعلاقتها بالصحة النفسية في محافظة غزة. مجلة مؤتمر التربية الخاصة للمعوقين - (القدس المفتوحة، 2003)
10. جمال، الخطيب، تنظيم الذات سلسلة التربية الخاصة المعاصرة) عمان:- دار وائل للنشر ، العدد الأول (2003)
11. علي، علي وعبد الهادي، أحمد.: دراسة نفسية لتأهيل فاقد أعضاء الجسم عن طريق البتر، مجلة علم النفس، العدد 42 ، (الهيئة المصرية العامة للكتاب 1997)
12. فاروق مجذوب.: طرائق ومنهجية البحث في علم النفس). لبنان : المطبوعات للتوزيع والنشر (2003)

13. فهد بن عبدالله، الربيعة، الوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من الطلاب وطالبات الجامعة : دراسة ميدانية .، مجلة علم النفس العدد434 (الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1997)
14. ليلي بنت عبد الله سليمان المزروع: فعالية برنامج إرشادي لتنمية المهارات الاجتماعية في تخفيف حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى ، مجلة الإرشاد. النفسي –المجلد (1) العدد4 – (القاهرة، ) 2003
15. محمد خير الزراد فيصل الأمراض النفسية –الجسدية ( أمراض العصر).). لبنان: دار النفائس، (2000)
16. محمد عابد علي حتاملة، أثر برنامج إرشادي سلوكي معرفي في تحسين مستوى التماسك الجماعي مخفض التوتر لدى لاعبي كرة الطائرة في الجامعات الأردنية. رسالة دكتوراه غير منشورة، الأردن عمان ،) الجامعة الأردنية، (2006)
17. محمد عبد التواب معوض، أثر كل من العلاج المعرفي النفسي الديني في تخفيف قلق المستقبل لدى عينة من طلاب الجامعة). رسالة دكتوراه غير منشورة (، جامعة المنيا ، كلية التربية . (1996)
18. -نبيل سفيان ، .:المختصر في الشخصية و الإرشاد النفسي .(مصر الجديدة: إيتراك للنشر والتوزيع. (2004)
19. هارون توفيق الرشيدى،.. الضغوط النفسية طبيعتها نظرياتها -برنامج لمساعدة الذات في علاجها- (القاهرة: مكتبة الأنجلو، (1999)
20. وحيد مصطفى كامل، فعالية برنامج إرشادي في تحسين التوافق النفسي لدى الأمهات المصابات لأطفالهن عقليا. دراسات نفسية . (العدد(15) رقم (2). (2005)
21. Amy,P,Y:A peer counseling program for the elderly with depression living in the community .Aging & Mental Health Vol11. N°1. (2007)
22. Barat M: L'hémiplégique Conférence de consensus. Congrès annuel de la Société Française de Médecine Physique et de Rééducation,( Limoges 11/9/1996/9/.)
23. Barkow, K., Maier,W., Bedirhan, T., Gansicke,M. , Heun, R: Risk factors for depression at 12-month follow-up in adult primary health care patients with major depression: an international prospective study.(Journal of Affective Disorders N°76. 2003)
24. Beck,A,T: Cognitive therapy and emotional disorders.( New York:New American Library. 1979) .

25. Benedetto, M,D., Lindnera,H, T., Hareb, D,L., Kent, S. Depression following acute coronary syndromes: A comparison between the Cardiac Depression Scale and the Beck Depression Inventory II. *Journal of Psychosomatic Research* .N°60. (2006)
26. Bileckot, R., Bassoumba, P., Okoninde, R., Zola J. M., Wassoumbou, S., Mouanga-Yidika G: Rééducation fonctionnelle de L'hémiplégie vasculaire à Brazzaville (CONGO) a propos de 109 cas. *Médecine d'Afrique Noire*. N°40.(1993) .
27. Cairns,D., Baker,J.: Adjustment to Spinal cord injury :A review of coping styles contributing to the process. *Journal Artical*. Vol 59. (1993)
28. Chang, T. : Prevalence of post stroke depression; A analysing study . *Neuropsychology* vol3. N°8(2000).
29. D'Zurilla, T,J., Goldfreid, M,R. Problem-Solving and behaviour modification. *Journal of psychiatry*. Vol 131.(1971).
30. D'Zurilla, T,J ., Nezu, A. Social problem solving in adults. In PO kendall (Ed). *Advances in cognitive behavioural research and therapy*. Vol1. New york: Academic press. Vol35. N°2. (1982)
31. Eschle, D., Gysi F, Jenni W : Les accidents cérébrovasculaires sont plus qu'une hémiplégie: symptômes et syndromes cognitifs d'ictus. *Cabinet* .Vol 8. N°36 (2008).
32. Hussian, R,A., Lawrence, P,S: Social reinforcement of activity and problem solving in the traitment of depressed institutionalized elderly patintts . *Cognitive therapy and research* .Vol 5. .(1981)
33. Koubekova, E.: Personal and social adjustment of physically handicapped pubescent psychologia Dietata. Vol 35 N°1(2000),
34. Kimmel, P, L: Depression in patients with chronic renal disease. What we know and what we need to know. *Journal of Psychosomatic Research*. N°53. .(2002)
35. Lara, M, E., Klein, D, N. Psychosocial Processes Underlying The maintenance and persistence of depression: Implications for understanding chronique depression. *Clinical Psychology Review*, Vol. 19, N°5, .(1999)
36. Lankhrost, V., Weg, E., Kink ,G. : Post stroke depression and functional outcome : A cohort study investigating the influence of depression on functional recovery from stroke. *Clinical Rehabilitation*. Vol 13. N°3(1999)

37. Layadi,A., Belabed,L. ,Lahouel,F.,Dali,A.,Salah,R., Bensalem,N. : Evaluation de la dépression chez les hémiplésiques vasculaires .Journal de réadaptation médicale.Vol12.N°54 (2008)
38. Lewinsohn,p. M., Gotlib , I. H : A behavioral theory and treatment of depression .In E .F. Becker &R. Leber (Eds) Hand book of depression Newyork : Guilford press. .(1995)
39. Montgomery, S, A., Schatzberg A F., Guelfic J.D., Kasperd S., Nemeroff C., Swann, I., Zajecka,J A.:Pharmacotherapy of depression and mixed states in bipolar disorder.Journal of Affective Disorders Vol 59. (2000)
40. Murray A. Raskind, MD:Diagnosis and Treatment of Depression Comorbid with Neurologic Disorders. The American Journal of Medicine N°121.(2008),
41. Michaud,L,J : Prescribing therapy services for children with motor disabilities. Pediatrics. Vol113 . N°6. .(2004)

