

جامعة البصرة
كلية التربية
قسم العلوم التربوية والنفسية

فاعلية برنامج إرشادي في التخفيف من تأثير الاضطراب الصدمي لدى
ضحايا التعذيب في العراق

إعداد
ا. د. بتول غالب الناهي

المقدمة:

يواجه الإنسان في حياته اليومية ضغوطا نفسية متعددة و الضغط "stress" هو أحداث خارجة عن الفرد ، أو متطلبات استثنائية عالية . أو مشاكل أو صعوبات تجعله في وضع غير اعتيادي فتسبب له توتر أو تشكل له تهديدا يفشل في السيطرة عليه ، وينجم عنه اضطرابات نفسية متعددة (علوان ، ٢٠٠٤، ص٢٣) .

ولقد جرى تشخيص ، و دراسة هذه الاضطرابات بصورة منهجية تبعا لوضع الأعراض وشيوعها و التقدم العلمي في مجالي علم النفس و الطب النفسي . ويمكن تحديد " الهستريا " بوصفها أول اضطراب من مجموعة الاضطرابات التي تعقب الأحداث الضاغطة يتم دراسته وتوصف اعراضه بصورة منهجية فيما بعد اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (Post-trauma stress disorder) آخر اضطرابات في هذه المجموعة يتم الاعتراف به في التصنيف الطبية النفسية ، رغم وجود أفكار سابقة ذات علاقة به مثل " صدمة القنابل " " Shell shock " و "الصدمة العصبية " " Nervous shock " . (فليح، ٢٠٠٤، ص١٥) .

ففي العام ١٩٨٠ تم الاعتراف لأول مرة باضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD) و ذلك في الصورة الثالثة من المرشد التشخيصي الإحصائي DMS-III (Eysenk, 2000, p.691) ويعود السبب الرئيسي في التعرف إلى هذا الاضطراب بالوصف الذي عليه الآن إلى الحرب الفيتنامية . فلقد لوحظ في السبعينات (١٩٧٠) على الجنود الأمريكيين الذين شاركوا في حرب فيتنام . أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة ، و ذلك بعد تسعة أشهر إلى ثلاثين شهرا من تسريحهم من الخدمة العسكرية . وقد أثارت هذه الملاحظة دهشة الباحثين . فالتوقع هو حصول أعراض هذا الضغط أثناء المعركة أو بعدها بأيام ، و ليس بعد انتهاء الحرب بسنتين أو ثلاثة . بل أن قسما من أولئك الجنود ما يزالون يعانون أعراض هذا الاضطراب رغم مرور أكثر من ربع قرن على تلك الحرب تقدر الدارسات عددهم بنصف مليون من الجنود الذين شاركوا فعلا في حرب فيتنام (Weiten, 1998, p.534) .

و مع أن وسائل الإعلام في الولايات المتحدة جعلت انتباه الناس باتجاه ربط اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) بخبرات الحرب الفيتنامية ، إلا أنه لوحظ أن هذا الاضطراب يحدث استجابة لحالات أخرى من الضغوط الحادة . و توصلت بعض الدراسات إلى أنه يوجد في (٥) من كل (ألف) من الرجال و (١٣) من كل (ألف) من النساء في المجتمع بشكل عام (Gleitman 1995,p76) وقد دفعت نتائج البحوث هذه إلى التساؤل عن أنماط الضغوط الحادة - غير الحروب - التي ينجم عنها اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية . فوجد الباحثون إن السبب الأكثر شيوعا بين النساء هو الاغتصاب الجنسي ، إلى جانب أسباب أخرى مثل رؤية شخص ما يموت ، أو يتألم من جرح بليغ ، أو التعرض إلى حادثة خطيرة ، أو اكتشاف خيانة زوجية . فيما كانت الأسباب الأكثر شيوعا بين الرجال تعزي إلى خبرات المعارك أو رؤية شخص ما يحتضر . وان هذا الاضطراب (PTSD) يكون شائعا بين الناس عموما الذين يتعرضون إلى الكوارث الطبيعية و البيئية مثل الفيضانات و الزلازل و الحرائق و حوادث القطارات و الطائرات والانفجارات. (الكبيسي، ٢٠٠٤، ص٤٣) .

وهكذا أصبح الاضطراب معروفا بين الناس و معترفا به في التصنيف الطبية النفسية ، حيث و صفته الصورة المنقحة للمرشد التشخيصي الإحصائي (1987) بأنه أي حادثة تكون خارج مدى الخبرة المعتادة للفرد ، وتسبب له الكرب النفسي (Distress) تكون استجابة الضحية فيه متصفة - بالخوف الشديد - و الرعب ، و الشعور بالضجر فيما نهت آخر صورة لهذا المرشد الطبي النفسي (DSM-IV-1995) إلى ضرورة التمييز بين اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة و بين اضطراب الضغط الحاد ، حيث يستعمل الثاني لوصف الحالة التي يكون فيها تماثل سريع للشفاء من ضغط الحادث الصدمي ، فيما يستعمل اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) لوصف الحالة التي يحصل فيها شفاء سريع من هذا الضغط .. (DSM-IV-1995 P.248) .

مشكلة البحث

تتحدد مشكلة البحث الحالي في السؤال الآتي :-

-مامدى فاعلية البرنامج الإرشادي المصمم وفق استراتيجيات العلاج السلوكي الانفعالي المعرفي الديني في التخفيف من اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.

أهمية البحث:

انتشرت ظاهرة الاضطرابات النفسية و العقلية في المجتمعات منذ القدم و التي تصيب الأفراد في جميع الأعمار وبمختلف الأجناس نتيجة لظروف داخلية كالاستعداد الوراثي و البنية و التدخلات البنيوية الأخرى

وظروف أخرى خارجية كالضغوط النفسية والاجتماعية التي يفرضها المجتمع على الأفراد. و تترك الأحداث والنكبات والكوارث الطبيعية من فيضانات مدمرة وحرائق واسعة النطاق وزلازل وانفجار البراكين والعواصف الماحقة ورائها أثارا اجتماعية ونفسية على الأفراد والجماعات والأسر التي تعرضت لويلاتها، فالتشرد وفقدان المسكن وتقطع وصال الحياة العائلية للأسرة المفاجئ وفواجع الموت واليتم والتعرض للعوز وصعوبات الحياة ومشاعر التهديد كلها تعد اضطرابات تخلف ورائها أعراض نفسية مرضية صنفت نفسيا تحت أعراض ما بعد الصدمة النفسية(الحجار ٢٠٠٢، ص ٦) ، ولعل الشعب العراقي أكثر تعرضا من غيره من الدول العربية للازمات والصدمات النفسية الناجمة عن الحروب والكوارث، حيث تعتبر الأعمال المسلحة وأعمال العنف التي تعرض لها طيلة السنوات الماضية من أهم مسببات الضغوط الصدمية التي يعاني منها الفرد التي نلاحظ أثارها السلبية على شخصيته ومنها سرعة الغضب والانفعال والجوء للعنف لحل الصراعات بين الأفراد والنظرة السلبية للحياة (مركز البحوث النفسية، ٢٠٠١، ص ٢٩).

ويعد المجتمع العراقي من أكثر المجتمعات تعرضا لهذه الاضطرابات بسبب مظاهر الحروب والصراع و الأزمات الاقتصادية و السياسية التي مر بها سابقا و التي ازدادت في الاونه الأخيرة لاسيما بعد سقوط النظام و انتشار مظاهر العنف وعدم الاستقرار الأمني و التي تمخضت عن ازدياد حالات التفجيرات و الاختطاف و القتل العشوائي في صفوف المواطنين الأبرياء (الدفاعي، ٢٠٠٦، ص ٢٤)،

ويعتبر التعذيب الذي مارسه النظام السابق على السجناء وغيرهم من أقسى ضروب المعاملة الإنسانية وأكثرها وحشية وإن شرح المعاناة الإنسانية تحت وطأة التعذيب من الأمور التي تكاد تكون مستحيلة، حيث يمتد التعذيب في أصوله إلى أعماق التاريخ الإنساني وهو لا يقتصر على جنس دون آخر أو عمر دون آخر وإنما يشمل كافة الأعمار ومن كلا الجنسين ، وأياً كان السبب في ممارسة التعذيب فهو يتنافى مع الأخلاق الإنسانية ومواثيق الأمم المتحدة والاتفاقيات الدولية وغيرها من المبادئ التي تنص على منع التعذيب للسجناء لغرض الحصول على المعلومات (رضوان، ٢٠٠٥، ص ٥٤) .

إن الأشخاص الذين تعرضوا للتعذيب في السجون أثناء فترة اعتقالهم ومورست ضدهم أنواع التعذيب الجسدية منها والنفسية ، وبعد خروجهم من السجن يعانون من الاضطرابات النفسية والآلام الجسدية والآم المفاصل من جراء التعذيب والتي تؤثر سلباً على حياتهم وحياة عوائلهم وبالتالي تؤثر على اندماجهم في المجتمع وعدم إمكانية استثمار طاقاتهم التي يتمتعون بها من أجل أن يمارسوا حياتهم بصورة طبيعية من جهة وخدمة مجتمعهم من جهة أخرى هذه الأعراض تشبه الأعراض النفسية للناجين من الكوارث الطبيعية والاعتداء ومن هذه الأعراض

١. إعادة معايشة التجربة.
٢. التجنب التام للمنبهات المصاحبة للصدمة.
٣. الإيقاظ والانتباه الزائد.
٤. ضيق شديد وواضح وقصور وظيفي .

لقد أكدت دراسات أجريت في وزارة الصحة استمرار الوزارة في دعم الوضع الصحي و النفسي للمواطن العراقي من خلال استحداث مكتب المستشار الوطني للصحة النفسية في الوزارة منذ عام ٢٠٠٤ و الهيئة الوطنية للصحة النفسية وكذلك الهيئة الوطنية لمكافحة المخدرات . . بغية تحسين الواقع الصحي النفسي في العراق و تطوير و مساعدة العاملين في مجالات الصحة النفسية من أطباء اختصاصيين و باحثين اجتماعيين و نفسانيين و بقية

الكوادر الأخرى المساندة . (علوان، ٢٠٠٤، ص ٣٨)، فقد أشار (جار الله ٢٠٠٥) انه بالرغم من التحسن الملحوظ في مجال الخدمات الصحية النفسية إلا انه توجد هناك حالات و مشاكل و اضطرابات نفسية يعاني منها الكثير نظرا لازدياد العنف . . مبينا أهمية الحاجة إلى مزيد من جهود العاملين في مجال الطب النفسي في العراق . (جار الله، ٢٠٠٥، ص ٣٣)

إن المنظمة الدولية شددت على أهمية تنفيذ مبادئ الأمم المتحدة في هذا المجال و تفعيلها و التي تتضمن عدم التمييز بين الأفراد بسبب الأمراض النفسية ووجوب معالجة أي مريض و تقديم الرعاية له ضمن مجتمعه الذي يعيش فيه كلما أمكن ذلك ، فضلا عن إعطاء الحق لكل مريض يعاني من مرض نفسي في الحصول على المعالجة في أقل قدر ممكن من فرض قيود على حياته الشخصية و من التدخل بها ، و أوصى تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية بضرورة التدبير العلاجي للاضطرابات النفسية على مستوى الرعاية الأولية و توفير الأدوية والخدمات ضمن المجتمع و زرع الثقافة الصحية النفسية بين الجمهور و وضع تشريعات و سياسات وطنية في هذا المجال فضلا عن تنمية الموارد البشرية و الكوادر الطبية العاملة في مجالات الطب النفسي ورصد حالات الإصابة في المجتمع لغرض معالجتها و توفير العناية لها و كذلك تقديم مزيد من الدعم للبحوث التي تتناول واقع الصحة النفسية و الدراسات التي تعمل على الارتقاء به و توفير أفضل الخدمات للمواطنين ، كما أوصت المنظمة الدولية إلى أن الموارد المالية المتاحة في الكثير من البلدان تقف حائلا أو عائقا في طريق تنفيذ بعض التوصيات الأنفة الذكر فضلا عن قلة الكوادر الصحية و الطبية العاملة في مجال الصحة النفسية على النحو الكامل . . مؤكدا أن الميزانية المرسودة من قبل الحكومات في البلدان النامية و المتقدمة لا تتجاوز ١% حيث تصل إلى أدنى مستوياتها في الدول الفقيرة و تقل كثيرا عن هذه النسبة الأمر الذي لا يوتى بالثمار المطلوبة على الأمد القريب (الحجار ، ٢٠٠٤، ص ٤٣)

لقد اهتمت العديد من الدول والمنظمات الإنسانية بقضايا التعذيب وتعتبر منظمة أل (**IRCT**) المجلس الدولي لإعادة تأهيل ضحايا التعذيب وهي منظمة إنسانية غير حكومية مستقلة غير سياسية من أهم المنظمات التي تعنى بشؤون المعذبين وقضاياهم الإنسانية المتمثلة في المعاناة التي يلاقونها في السجون والاضطرابات النفسية والآلام الجسدية التي يعيشون معها بعد خروجهم من معتقلاتهم (Prip, Trved&Holten.1995).

انتشرت الـ (**IRCT**) في العديد من دول العالم عن طريق مراكزها التي اهتمت بشؤون هذه الفئة ويعتبر مركز التأهيل الطبي والنفسي لضحايا التعذيب في محافظة البصرة من بين المنات من المراكز المنتشرة في العالم الذي تأسس في عام ٢٠٠٥ وهو منظمة إنسانية غير حكومية مستقلة غير سياسية بعد العديد من الجهود المضنية والخطوات الحثيثة والتي أوصلت المركز إلى ما هو عليه الآن ، يضم المركز العديد من الكوادر الطبية والقانونية والتي تعمل مجتمعة لتحقيق هدف أوحده هو تأهيل المعذب من الناحية النفسية والجسدية والقانونية، كما تشمل كوادر المركز على طبيب ممارس وأطباء اختصاصيين في الجراحة والنفسية والمفاصل والعلاج الطبيعي والنسائية ومرشد نفسي وباحثات نفسيات وباحثات اجتماعيات وكذلك الكوادر القانونية والتي تقدم الاستشارات القانونية لهذه الفئة . (مركز التأهيل النفسي، ٢٠٠٦، ص ٢٤)، ولما كان هذا

المركز هو الأوحـد من نوعه في تقديم الخدمات لرواده من ضحايا التعذيب الذين هم بحاجة الى الرعاية النفسية إلى جانب الرعاية الصحية والجسمية حيث يعتبر الإرشاد والعلاج النفسي من اهم الخدمات التي يحتاج إليها ضحايا التعذيب لإعادة التوازن النفسي لهم ولتحقيق التوافق مع الذات والأخر من خلال تعليم المريض إستراتيجيات جديدة للتعامل مع المواقف الضاغطة تمكنهم من أن يتخذوا لأنفسهم أهدافا تتفق مع قدراتهم وإمكاناتهم وتساعدهم على أن يتفهموا حياتهم ويتحملوا المسؤولية حيال المجتمع الذي يعيشون فيه وحب الآخرين والتعاون معهم.

ان حاجة العملية الإرشادية إلى البرامج الإرشادية هي حاجة لايمكن الاستغناء عنها إذ أن مثل هذه الضغوط تتطلب وجود برامج مخطط لها بشكل جيد تستند الى الموضوعية العلمية للتعامل معها ، ولقد أثبتت العديد من الدراسات التي استخدمت البرامج الإرشادية فاعليتها في خفض مستوى الضغوط حيث أشارت دراسة ألعابى(٢٠٠٨) الى وجود اثر للبرنامج الإرشادي غي خفض الضغوط الصدمية لدى طلبة المرحلة المتوسطة .(ألعابى،٢٠٠٨،ص ٥) وأشارت دراسة الدفاعي وآخرون (٢٠٠٦) الى وجود اثر لإستراتيجية التمثيل النفسي في خفض اضطراب مابعد الضغوط الصدمية لدى طلبة وطالبات الجامعة المستنصرية.(الدفاعي وآخرون،٢٠٠٦) ، كما أشارت دراسة (عسكر ٢٠٠٢) الى وجود فاعلية للبرنامج الإرشادي باستخدام استراتيجيات الإرشاد العقلاني المعرفي في تعديل مفهوم الذات لدى طلبة الجامعة .(عسكر ،٢٠٠٢) وأشارت دراسة كامل وآخرون ٢٠٠٥الى فاعلية البرنامج الإرشادي الانفعالي العقلاني في خفض أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من طلبة الجامعة.

من كل ما تقدم تتضح أهمية البحث الحالي من خلال كونه محاولة رائدة في مجال دراسة أ(PTSD) لضحايا التعذيب في المجتمع العراقي ، ومن خلال مركز طبي و علاجي متخصص في التأهيل النفسي و البدني و التي بحد ذاتها تمثل ريادة في هذا الجانب حيث لم توجد هناك دراسات تناولت هذا الموضوع في المجتمع العراقي ، ولهذه الفئة من المرضى بالذات.

كما تبرز أهمية البحث الحالي في معرفة مدى انتشار حالات (PTSD) عند ضحايا التعذيب النفسي و الجسدي من المرضى في المجتمع العراقي والبصري بالتحديد، وخلال فترة زمنية تمتد لأكثر من ٢٥ عام ، فضلا عن التعرف على أهمية دور بعض العوامل و المتغيرات الشخصية و الصحية والاجتماعية و الاقتصادية في تطور أو تقليل حالات أ(PTSD) لدى هؤلاء المرضى ، و من خلال معرفة مدى ارتباط و علاقة هذه المتغيرات أنفة الذكر مع مرضى حالات أ(PTSD) ودلالاتها المعنوية بالإضافة الى تصميم برنامج إرشادي نفسي مبني على إستراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي الديني لمعرفة اثره في التخفيف من تأثير الاضطرابات الصدمية لدى ضحايا التعذيب..حيث تأكد أن أكثر العلاجات النفسية فائدة وتأثيراً، هي ما أرتبط منها بالدين والثقافة والبيئة.. ولقد لاحظنا من خلال ممارساتنا الإرشادية وفي مجال الدعم النفسي ان بعض المرضى يعالجون أنفسهم ذاتيا بقراءة القرآن بعمق وخشوع وتأمل لمعانيه ، وأنهم ينجحون غالباً في خفض درجة توترهم والتغلب على مشاعر الخوف والقلق والوساوس التي تسيطر على أذهانهم بدرجة كبيرة تساند العلاج الدوائي وأساليب العلاج الأخرى.

أهداف البحث :

يهدف البحث الحالي إلى:-

- ١- قياس اضطرابات ما بعد الضغوط الصدمية (ptsd) لدى الأشخاص من مرضى ضحايا التعذيب.
- ٢- تصميم برنامج إرشادي مبني على أساس إستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي الديني في التخفيف من تأثير الاضطراب الصدمي لدى عينة من ضحايا التعذيب.
- ٣- التعرف على اثر البرنامج الإرشادي المبني على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي الديني في التخفيف من تأثير الاضطراب الصدمي لدى ضحايا التعذيب وتنبثق من هذا الهدف الفرضيات الآتية:-
 - ١- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والضابطة في درجات الاختبار القبلي على مقياس آل(ptsd)
 - ٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والضابطة في درجات الاختبار البعدي على مقياس آل(ptsd)
 - ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في درجات الاختبار القبلي على مقياس آل(ptsd).
 - ٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة في درجات الاختبار البعدي على مقياس آل(ptsd).

حدود البحث :

يحدد البحث الحالي بالمرضى الذين يراجعوا مركز التأهيل لأغراض التأهيل الطبي و النفسي بالمدة الزمنية المحصورة ما بين (٢٠٠٨/١١/١٥) ولغاية (٢٠٠٩/٤/٣٠)

تحديد المصطلحات:-

أولا البرنامج الإرشادي:-

عرفه الدوسري، ١٩٨٥:

بأنه مجموعة من الخدمات الإرشادية وضعت بشكل منظم لتحقيق النمو السوي وتعديل السلوك الاجتماعي والمهني. (الدوسري، ١٩٨٥، ص٢٣٨)

- عرفه سيف، ١٩٩٨:

بأنه مجموعة نشاطات مخططة ومنظمة على أسس علمية، تقدم للأشخاص الأسوياء عبر وسائل وطرائق مختلفة لغرض زيادة قدراتهم على اتخاذ القرارات وتحمل مسؤولياتهم الاجتماعية، ولتسهيل توافقه الشخصي والاجتماعي.

(سيف، ١٩٩٨، ص١١)

عرفه الموزاني، ٢٠٠٦:

بأنه نشاط منظم يقوم به مجموعة من الأفراد بحضور مرشد، ويتكون من مجموعة من الخدمات الإرشادية المصممة لبحث أي موضوع يختص بالفرد والمجتمع ووضعت بشكل منظم لتحقيق النمو السوي وتعديل السلوك الاجتماعي والمهني ويقوم بتخطيطه وتنفيذه مجموعة من المختصين المؤهلين.

(الموزاني، ٢٠٠٦، ص٣٦)

وتعرف الباحثة البرنامج الإرشادي:-

----- مجموعة الإجراءات والأنشطة والجهود اللفظية لتنفيذ عملية الإرشاد التي تشمل علي الاستراتيجيات الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي الديني والتعليمات والتغذية الراجعة التي استعملت لمساعدة ضحايا التعذيب بهدف التخفيف من الاضطراب الصدمي والتي يمكن الاستدلال عليها من خلال الأداة المعتمدة في هذا البحث.

- (الاضطرابات النفسية مابعد الضغوط الصدمية PTSD):-

وهي الاضطرابات النفسية التي تحدث عندما يتعرض الإنسان لصدمة كبيرة وعنيفة خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية وتعرف أيضا (برد فعل طبيعي لوضع غير طبيعي) وتكون مدة الأعراض التي يتعرض لها الشخص لأقل من شهر وتعتبر الحالة حادة (acute ptsd) إذا زالت الأعراض خلال ثلاثة أشهر وتعتبر الحالة مزمنة (chronic ptsd) إذا زالت الأعراض بعد ثلاثة أشهر وتعتبر الحالة اضطرابات مابعد الصدمة المتأخرة (delayed ptsd) إذا كانت بداية الأعراض بعد ستة أشهر من الصدمة. (DsmIV1994)

- **ويعرفه (حسن ٢٠٠٤)** على انه تطور أعراض مميزة بعد المرور بخبرة حدث صدمي أو أحداث خارج نطاق الخبرة الإنسانية التي تعد طبيعية . وتتضمن هذه الأعراض معايشة حدث الصدمة بصورة متكررة. (حسن ٢٠٠٤، ص ١) **ضحايا التعذيب:-** أولئك الأشخاص الذين تعرضوا للتعذيب في السجون أثناء فترة اعتقالهم ومورست ضدهم أنواع التعذيب الجسدية منها والنفسية ، وبعد خروجهم من السجن يعانون من الاضطرابات النفسية والآلام الجسدية والآم المفاصل من جراء التعذيب والتي تؤثر سلباً على حياتهم وحياة عوائلهم وبالتالي تؤثر على اندماجهم في المجتمع وعدم إمكانية استثمار طاقاتهم التي يتمتعون بها من اجل أن يمارسوا حياتهم بصورة طبيعية من جهة وخدمة لمجتمعهم من جهة أخرى هذه الأعراض تشبه الأعراض النفسية للناجين من الكوارث الطبيعية والاعتداء . (مركز التأهيل النفسي، ٢٠٠٦، ص ٦)

الخلفية النظرية ودراسات سابقة عن الاضطراب مابعد الصدمة

مدخل عام

الصدمة النفسية لها نقطة بداية واضحة مرتبطة بالحدث الذي ولّدها ، لكن هناك سؤال محير ، وهو لماذا الكثير من الناس الذين عايشوا نفس الحدث لم يتأثروا به ؟ يعيشون الحدث كحالة خطر هدد حياتهم ويتولد لديهم ضغط نفسي ، لكن يتغلبون عليه ويتكيفون مع الموقف الناتج عن ذلك ، بينما آخرون يغوصون في تلك القصة التي أرعبتهم، إن ذلك ليس مرده إلى خطورة الكارثة وشدة الضغط النفسي المتولد عنها فقط ، بل إلى الكيفية التي عايش الفرد فيها الكارثة ماذا فعل .. وماذا كان يجب أن يفعله ، مما يجعل منها صدمة نفسية دائمة أو عابرة . إن مرجعيتهم النفسية من عقيدة وتقاليده عائلية واجتماعية ومختلف مكتسابهم التعليمية والثقافية عموماً؛ مكتنهم من التكيف، بفضل توظيف معارفهم الأساسية السابقة الذكر . ان الضغط النفسي عقب الصدمة ، يبدأ من الخوف الشديد ليصل إلى حالة الرعب والذهول. وصيرورة الأعراض النفسية والجسدية رغم مضي شهر عليها وتمتد على مدى عدة سنوات ، تجعلنا نصنف الحالة ضمن اضطراب الشدة عقب الصدمية (عبد الرحمن، ٢٠٠٠، ص ٢٥)

١- **الحدث المرعب:** يمكننا أن نتكلم عن اضطراب الشدة عقب الصدمية ، بذكر الحوادث الأكثر شيوعاً، التي ينجم عنها ذلك . كوارث الحروب ، حوادث وسائل النقل عموماً ، الاغتصاب الجنسي لدى الإناث ، الكوارث البيئية مثل

الحرائق والزلازل ، الفيضانات ، العواصف العاتية والبراكين ... فتخلف الجرحى والموتى ، فقدان المسكن وبالتالي التشرد والتقطع المفاجئ للتواصل الأسري وانقطاع المدد بمستلزمات الحياة ؛ فتتولد مشاعر التهديد والخوف الشديد نتيجة فواجع الموت والعوز وصعوبات الحياة اليومية والمستقبلية وهذا ماخلفه العدوان الأمريكي على الكثير من أبناء الشعب العراقي .

٢- صعق الحواس : إن قوة وشدة المنبه وبصفة فجائية هي صعق للحواس . ويخص حاسة واحدة أو عدة حواس . في حالة الزلزال ، فإن فجائية العوارض المحسوسة وشدتها ، هي صعق لأعضاء الحس المركزية . سماع صوت مدوي كأنه إنفجار قوي وبعيد ، ارتجاج الأرض من تحت الأقدام واختلال توازن الوقوف ، ارتجاج كل ما هو محيط بالفرد . بعد هذا الصعق المرتبط بزمان الحادثة ، يليها الصعق الثاني المرتبط بعواقب الكارثة ، في الفترة اللاحقة مباشرة (أحيانا تتداخل المرحلتين) . رؤية الجدران والمباني بأكملها تغادر مكانها لتعود إلى ماكانت عليه أكواما على الأرض ، سماع صوت ارتطامها المفزع مع صراخ الولدان وأصوات لكل الأعمار ، كان هذا الصعق الثاني للحواس .

ذكرنا مرحلتين من الصعق ؛ لأن هناك احتمال كبير لحدوث صعق للحواس بالعوارض المحسوسة الأولى دون الثانية ، وبالتالي الاضطراب النفسي عقب الصدمة الحاد أو المزمّن الذي سيتبع ذلك ، لن يكون بنفس الحدة والتأثير النفسي والبدني على المصاب ، وكل متتبع لأحداث العدوان الأمريكي الأخير على العراق ، علم بالأسلوب العمدي الذي لجأت إليه القوات الأمريكية والخاص بإلقاء قنابل من ميزتها الأساسية (صعق الحواس) ، الغاية منها العواقب النفسية والبدنية على الشعب العراقي ، وخاصة على نفسية الأجيال الصاعدة من الأطفال الذين تعرضوا لهذه الصدمات .

٣- الضغط النفسي : إن حالة الضغط مهمة جدا ، وهي التي تهئ الفرد وتجعله في حالة استنفار أمام خطر يهدد حياته . وتتمثل في رد فعل بيولوجي وفيزيولوجي ونفسي ؛ ينتج عن افراز شحنات من الأدرينالين التي تعطي من الناحية الفيزيولوجية تسارع دقات القلب ، إنفتاح القصبات الهوائية وعمق التنفس ، توتر العضلات ، تدفق الدم إلى الأعضاء الحساسة . من الناحية النفسية ؛ زيادة النباهة والتركيز ورهافة الإحساس ، أثناء مواجهة واقع الموت المفاجئ في لحظة ما وزواله ثم عودته المتكررة فعلا أو معايشته باستعادته ، يفتت صلابة النفس ويفقد حتى النفس المرنة كيفية التعامل مع هذا النوع من الصدمات . هول الكارثة يجعل الفرد لا يستطيع أن يتحكم في سلوكاته ولا يدري إن كانت موفقة أم لا ، فيكون الفرد في حالة ذهول لأن توظيف أفضل المعارف المكتسبة لاتنفع ولا تجنب الفرد تعرضه للضغط . (AMAYA-JACKSON 1998.P43) .

٤- تشخيص اضطراب الشدة عقب الصدمة

الصدمة تملأ النفس رعبا بما حملته من خطر هدد كيان و وجود الفرد ، بصفة فجائية وسريعة . فتسري في نفسيته أحاسيس معبرة عن هذه التجربة المخيفة المؤدية إلى الموت . هذه الصورة الذهنية تصبح بمثابة جسم غريب

في نفسية الفرد وتبرز إلى الوعي مصحوبة بالحالة النفسية التي أحدثتها أثناء الصدمة .هذه الصورة تعطي اضطرابات نفسية وجسدية تعرف باسم (اضطرابات الشدة عقب الصدمة).

الأعراض النفسية والجسدية : ان فجائية الكارثة(هي هجوم مباغت على أعضاء الحس ، وقعها في النفس يترسخ في الذاكرة وبكل تفاصيلها .) وتتمثل الأعراض ب الآتي:-

. تكرار معايشة الكارثة:-

كمن في حالة استرخاء فكري(مثلا، عندما يكون أمام شاشة التلفزيون، أو منشغلا بعمل مدرسي وهو العنصر الأساسي الدال على الحالة المرضية. فالأطفال يعبرون عن صدمتهم بتمثيل ذلك في رسوماتهم ، وفي ألعابهم . معايشة الحدث حسيا ، خاصة عندما يكون الطفل شارد الذهن ، وأثناء النوم).

. اضطرابات الوظيفة المعرفية:- إن الأطفال يسردون حالة الذعر والخوف التي مروا بها دون نسيان أدنى حدث ، لكن بصفة غير متتالية زمنيا، هناك اضطراب في سرد تتالي الوقائع ، نتيجة أفكار دخيلة ؛ مثل ، التوقع وبالتالي تأخير وتقديم سير تتالي وقائع الحادثة، أما الكبار فهي حالة توتر وقلق ، بطء فكري وحركي. أحيانا فرط حركي وتهيج .

. فرط النشاط العصبي:- ويتمثل في مجموعة من الأعراض . الأطفال المصابين بالصدمة يتميزون بفرط الحركة . ويشتركون مع الكبار في: نوبات قلق ، حالة استنفار وردود فعل سريعة مع ارتجاف .كما يجد الكثير من الأطفال صعوبة كبيرة في مراقبة دوافعهم ، أي غياب كل مراقبة ذاتية .

. اضطراب النوم .- ويتمثل في الأرق نتيجة حالة المقاومة المتمثلة في الإبقاء على حالة اليقظة ، وبالتالي منع حالة الاسترخاء اللازمة للدخول في أول مراحل النوم. وهناك حالات الإستيقاظ المتكرر من النوم ، بسبب الأحلام المزعجة ، ويصحب ذلك خفقان القلب ، قلق شديد ، تعرق ، دون تذكر الحلم المزعج .

. اضطراب في الغذاء:- يمكن أن يحدث فقدان الشهية ، أو عملية إختيار لنوعية الأكل .

. اضطرابات جسدية:من الأعراض الجسدية التي يشتكي منها المتعرض للصدمة، صداع ، ألم في البطن ، خفقان القلب، تعرق ، أحيانا تقيء .

. اضطرابات جنسية: ضعف جنسي نفسي ، اضطرابات في العادة الشهرية لدى المرأة ...

. اضطرابات تعليمية: بالنسبة للأطفال المتدربين ، نلاحظ فقدانهم لأدنى اهتمام بمتابعة التعليم(خاصة أطفال المرحلة الابتدائية). حالة التوتر وفرط الحركة وإضطراب التركيز ورهافة الإحساس، تمنع على المدى القريب من

الصدمة أو المتوسط ، انتظام قدرة الإستيعاب ؛ التي تستلزم حدا من الإستقرار النفسي والصحة البدنية . (- داي ١٩٨٦، ص ٤٦) ،

بالنسبة لـ (لينور تار) يقسم تناذر اضطراب الشدة عقب الصدمة ، حسب عدد مرات تعرض الفرد لذلك (خاصة الطفل) ؛ إما مرة واحدة أو تكرار تعرضه للصدمة .

- الصدمة من النوع الأول : صدمة واحدة حدثت للفرد .مثل:-اضطرابات متعددة ، قلق عام ، سلوك التجنب ، رهاب محدد خاص بالكوارث : رهاب الظلام، الماء، من الغرياء، من السيارات، من الفراغات الضيقة ،الكآبة، صعوبات تعليمية : اضطراب النباهة ، والتركيز ، الإستيعاب ، والحفظ، اضطراب السلوك والمعاملات : التهيج ، فرط الحركة والتفكير ،أو الخمول .
- الصدمة من النوع الثاني :التعرض المزمّن للصدمة .

حسب رأي (تار) ، يقوم الطفل بمحاولات عديدة من أجل الحفاظ على نفسه والأنا التي تعبر عنه آليات المقاومة والتكيف :كالرفض والمنع ؛ القهر ؛ الإيذاء الذاتي (محاولة الانتحار ، تعذيب الذات) ؛ الإيذاعات المختلفة (صراخ ، تهيج ، كسر الأشياء)،

أهم الأعراض :- تذكر الكارثة؛ الوهن النفسي ، غياب أي سند نفسي ، الانقطاع والانعزال ، تدني روح الإهتمام ؛ رهاب محدد وكآبة(واهم الأعراض الخاصة بهذا النوع غياب الإحساس بالألم (هناك تخدير نفسي إزاء الإحساس بالألم) ؛ قدرة على التنويم الذاتي ؛ فترات من انقسام في الشخصية ، ظهور سلوكيات جديدة لدى الشباب .

ومن عواقب الصدمات أيضا، اضطرابات نفس- بدنية (السيكوسوماتيك) مثل أمراض الهضم ، أمراض القلب ، داء سقوط الشعر ، الإكزيما ، ا، السكري ، الربو (HULL ET AL,2002.P78)

٥. التدخل الإستعجالي النفسي : إنها أصعب مرحلة ، التدخل السريع لعدة أفراد أخصائيين في علم النفس والطب النفسي ؛ تكمن في تحديد طرق التعامل مع المصابين وزمن التدخل ، فيكون الجهد المبذول موجه نحو تنظيم فرق العمل الطبية والنفسية.

في مثل هذه الحالات الكارثية، التدخل العاجل يكون من أجل ربط التواصل بين الأفراد والمؤسسات النفسية ، وفي موقع الكارثة . ثم الحفاظ على هذا التواصل لفترة تكفي للتكفل بالجانب النفسي . أثناء الفترة التي تفصل بين وقوع الكارثة وبداية ظهور الأعراض النفسية والبدنية ، كل حديث عن محتوى التجربة التي مرّوا بها ، أو تعبير عن الأحاسيس التي يشعر بها المعرضين للكارثة ، هي علاج نفسي .لأن ذلك يسمح لهم بتجنب بناء الآليات النفسية المرضية . أي أن لها دور وقائي - صدمة حديثة ، يلزم فقط أن نطلب من المريض عرض الواقعة بتفاصيلها. أي التفريغ الانفعالي ، لكي يضعف تأثير معاشة الصدمة من حين لآخر، التي تعتبر من الأسباب الرئيسية في المحافظة وديمومة اضطراب الشدة عقب الصدمة ثم تطوره إلى حالات أخطر .

٦. مراحل ردود الفعل والتكفل بالمريض النفسي :

التكفل بالمريض نفسيا، يكون تبعا لمراحل ردود الفعل النفسية عقب الصدمة ؛ ويمكن تقسيمها عموما إلى ثلاث مراحل (هناك تقسيمات متعددة).

١ - المرحلة الأولية الإستعجالية :وهي مرحلة الإنذار وحالة الاستنفار النفسية . مع العلم أن حضور الأخصائيين النفسانيين لوحده في موقع الكارثة وفي هذه الفترة ، له وزن من ناحية التخفيف من شدة الضغط النفسي لدى المصابين ،هذه الفترة العصبية، تتطلب رابطة اتصال وتبادل الحديث مع المصاب . بعض الأطباء النفسانيين ينصحون أيضا بتقديم أدوية معدلة للمزاج ، عندما يبلغ القلق مداه ، وهذا مهم جدا للتخفيف من حدة الانفعالات .

٢ - المرحلة القريبة الأمد (الشهر الأول)وهي مرحلة المقاومة بتطوير وسائل دفاعية ،وتوظيف السلوكيات والمعارف المكتسبة .وهي مرحلة حاسمة ، لأنه خلالها يتمكن الفرد من قهر الضغط النفسي الذي أرعبه ويتكيف مع الواقع . وإذالم يتمكن من السيطرة على الضغط النفسي ، الذي يتولد من فترة إلى أخرى ، مع نفاذ قوة الوسائل الدفاعية الذاتية ، وتحولها إلى عوامل مدعمة لديمومة الأعراض المضطربة ؛ عند ها تبدأ الحالة المزمنة .

٣ - المرحلة البعيدة الأمد (بعد شهر وعى مدى سنوات) :وهي مرحلة الإنهاك نظرا لعدم التكيف مع واقع الكارثة ونتائج الوخيمة، المعنوية منها والمادية .مما يؤدي إلى استمرار حالة معاشة الضغط النفسي ، وترسخ الجسم الغريب في النفس ، كما سبق تسمية ذلك . حالات القلق والضغط النفسي المتكررة ، تؤدي إلى اضطرابات نفسية مختلفة يمكن أن تصل إلى حد الكآبة والانتحار أو إلى مرض الفصام .وتسلتزم علاج نفسي يشرف عليه أخصائي في علم النفس الإكلينيكي أو الطبيب النفساني (VILA G., PORCHE ,1995,pp12).

انواع العلاجات النفسية الفعالة لعلاج الاضطراب مابعد الصدمة

=====

كل أنواع العلاج النفسي فعالة في أي من الأزمنة التي تلي التعرض للصدمة :

١ - العلاج النفسي الداعم والمساعد على التكيف والعودة للحياة العادية. مع الانتباه الشديد لضرورة متابعة تطورات الحالة في المستقبل.

٢ - العلاج بالاسترخاء ، وهو أكثر استعمالاً ، ويعطي نتائج مرضية .

٣ - العلاج بالتحليل النفسي تبعاً للخبرات النفسية السابقة للفرد ونظراً للحالة المزمنة للمرض

٤ - العلاج النفسي الأسري والجماعي ، بالنسبة للتجمعات وخاصة الأطفال .

٥ - العلاج السلوكي : مهم جداً ، خاصة عندما يصحب اضطراب الشدة عقب الصدمة ؛ حالات الرهاب والوساوس القهرية

٦ - العلاج المعرفي : يعتمد على تقنيات ترميم أبناء المفاهيم المعرفية وتأسيس مرونة في كيفية مواجهة الأحداث المختلفة .

٧ - العلاج السلوكي المعرفي الديني: حيث ستتبنى الباحثة هذا النوع من العلاج في الدراسة الحالية وستتناوله بالتفصيل حيث سيتم بناء البرنامج الإرشادي وفقاً لهذه الاستراتيجيات.

العلاج السلوكي المعرفي الديني

لقد تأكد أن أكثر العلاجات النفسية فائدة وتأثيراً، هي ما أرتبط منها بالدين والثقافة والبيئة.. ولقد لاحظنا من خلال ممارساتنا الإرشادية وفي مجال الدعم النفسي ان بعض المرضى يعالجون أنفسهم ذاتياً بقراءة القرآن بعمق وخشوع وتأمل لمعانيه ، وأنهم ينجحون غالباً في خفض درجة توترهم والتغلب على مشاعر الخوف والقلق والوساوس التي تسيطر على أذهانهم بدرجة كبيرة تساند العلاج الدوائي وأساليب العلاج الأخرى .

ولقد شجعنا هذا على الاستفادة من العلاج بالقرآن بابتكار أساليب علمية تستند إلى ما تدعو إليه بعض الآيات القرآنية مع طريقة عملية تقوم على التجريب والقياس العلمي المنضبط للعلاج بالقرآن .. بصورة ذاتية.. يمارسها الشخص بنفسه بعد أن يشرحها له المعالج ويدربه عليها.. أو بعد أن يطلع الشخص بنفسه عليها ويفهمها جيداً..

• والعلاج النفسي من خلال الدين موجود في الغرب من قديم الأزل على يد "أب الاعتراف" الذي كان يسمح للمريض بالتنفيس عن همومه وآلامه.. والتطهر من مشاعر الذنب.. والتخفف من وطأة الصراع النفسي.. وبالطبع فان ذلك يضغنا أمام مسئوليتنا وضرورة ابتكار وتطوير أساليب للعلاج النفسي مستمدة من ديننا الحنيف.. وهو ثرى بإرشاداته وتوجيهاته في التعامل مع النفس الإنسانية.. وكيفية تعديل مواطن الضعف والمرض والاعوجاج فيها.

• ولأن المرض النفسي عمله ذات وجهين أحدهما نفسي معنوي أخلاقي والآخر بيولوجي جسماني فان العلاج يجب أن يكون متكاملأ يعالج آلام النفس بالكلمة والمناقشة وتعديل التفكير والسلوك.. ويعالج الجسم الذي

أختلت وظائفه بالدواء مما يؤكد أهمية الدمج بين العلاج بالعقاقير والأدوية والعلاج النفسي والديني في علاج تكاملي شامل .

• ويرى "جلاس" وهو رائد مدرسة العلاج بالواقع.. أن الصحة النفسية ترتبط بأخلاقيات الفرد وبالقيم والمفاهيم التي يتبناها.. أكثر من ارتباطها بإشباع الغرائز.. وإن الصحة النفسية هي السلوك السوي الذي يمكن الفرد من إشباع حاجاته في إطار الواقع مع مراعاة حقوق الآخرين والمجتمع.. ويؤكد "جلاس" على ضرورة وجود علاقة إنسانية قوية صادقة بين الطبيب المعالج والمريض.. وليست بالطبع مثل تلك العلاقة العابرة التي يصف فيها الطبيب الدواء للمريض ويكتفي بذلك. (العزة ١٩٩٩، ص ٢٤٣). وهكذا لم نبعد كثيراً عما جاء به القرآن منذ مئات السنين!

• "ونزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين ولا يزيد الظالمين إلا خساراً". (الإسراء: ٨٢). وتتلخص أساليب الإرشاد النفسي الديني ب :

- ١٠- أسلوب: استبصار النفس بالملاحظة
 - ٢٠- أسلوب: العلاج بتأمل ذكر الله
 - ٣- أسلوب: تركية السمات والصفات الإيجابية .
 - ٤- تطبيق منهج الرسول . ص . في تعديل السلوك (باستخدام أسلوب النمذجة "تقديم نماذج عملية"، القصص، الأمثال، مهارات التواصل) البيانات العملية وكذلك أسلوب التدعيم والمكافأة .
 - ٥٠- الخلوة العلاجية والتأمل
 - ٦٠- الضبط الذاتي : التعلم والتحمل وعلاج الغضب (القوة النفسية)
 - ٧٠- أسلوب التشبع بالرضا .
- وهذه الأساليب لا تتعارض - بل تكمل - دور ووظيفة العلاج الدوائي الذي يصفه الطبيب المتخصص.. وهي تهدف إلى تنمية الوظائف الذهنية والمعرفية.
- ويمكن استخدام هذه الأساليب في العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية حيث يكون للمريض - في أغلب الحالات - الدور الرئيسي في تحمل مسؤولية العلاج وتنفيذ خطواته ، و هو الذي يقرأ القرآن ويردد الآيات المحددة .
- ويجب أن نحذر هنا من التطرف والمغالاة في الجوانب الدينية والعقائدية .. حيث ثبت - بما لا يدع مجالاً للشك - الأثر السلبي للتعصب والتطرف على سلامة التفكير وعملياته المختلفة . وضرورة إدراك أن العلاج الديني يقوم في الأساس على تنمية وغرس القد ره على التسامح وقبول الآخر والتوافق مع المجتمع .
 - علماً بأن اختيار الأسلوب المناسب يتوقف على الحالة المرضية أو المشكلة النفسية التي يعاني منها الفرد (طه، ٢٠٠٤، ص ٦٥)

• العلاج بتأمل ذكر الله :

• من خلال أبحاث ودراسات عملية وإكلينيكية استمرت أكثر من أربع سنوات في بداية (٢٠٠٠) تأكد لي بصورة

قاطعة التأثير المباشر لذكر الله وتأمل معاني القرآن على عمليات التفكير بدرجة يمكن الاستفادة منها في العلاج النفسي.

• وفى الغرب ظهرت في الآونة الأخيرة عدة دراسات تؤكد دور التفكير والعوامل الذهنية المختلفة في الاضطرابات النفسية - وهو ما ذكرناه من قبل - .. وتدحض وتفند في نفس الوقت آراء التحليل النفسي والنظريات المماثلة التي ربطت شخصية الفرد وسلوكه بإحداث الطفولة، والعقد الجنسية واللاشعور ودرجة إشباع الغرائز .. الخ. لقد أيدت دراسات حديثة وتجارب علماء معاصرين إمكانية تعديل أفكار ومفاهيم الفرد وسلوكه .. والتحكم في عمليات التفكير أثناء حدوثها بالإيقاف أو طرد الأفكار غير المرغوبة ، مع غرس أفكار أو عبارات تحل محل الأفكار الانهزامية أو المرضية غير المرغوبة.

• أيضا أثبتت التجارب "دولا رد" و"ميلر" أن الاستجابة الانفعالية للشخص تتوقف على استخدام اللغة والاستدلال الرمزي .. وعلى المعاني التي يقولها الفرد لنفسه ويقتنع بها . ويرى عالم النفس "كانفر" بأن فاعلية الأنماط الرئيسية في العلاج النفسي الحديث تعود إلى طريقة وأسلوب التفكير .. وقناعة المريض بمعاني ومعتقدات معينة.. مما يؤثر بالتالي على إدراك المريض للواقع أن كان محايداً أو يحمل في طياته عناصر تهديد وخطر .

• ويجدر أن نستعرض أخطاء التفكير الشائعة التي تؤدي إلى أغلب الاضطرابات النفسية ، والتي يمكن للعلاج بتأمل ذكر الله مساعدة الشخص على طردها من الذهن أو إعاقة تأثيرها السلبي أو إيقافها أو إبدالها بأخرى إيجابية .. كالاتي:

• الأول: أخطاء متعلقة بمحتوى الأفكار والمفاهيم والمعتقدات .

• الثاني: أخطاء تتعلق بأسلوب وطريقة التفكير .

• أولاً: الأخطاء المتعلقة بمحتوى الأفكار والمفاهيم:

• وتشمل أخطاء محتوى التفكير الكثير من المعتقدات والمفاهيم والأفكار الخاطئة ووجهات النظر غير المنطقية أو المبالغ فيها، وكذلك التصورات الخاطئة والاتجاهات المريضة التي تنتهي بهزيمة الفرد في مواجهة مواقف الحياة المختلفة. مثل أن يعتقد الفرد أنه أفضل من الآخرين ويجب أن يحترمه الجميع، أو أن يعتقد أنه مضطهد من الجميع لأنه فقير أو من أسرة غير معروفة، أو يعتقد أن جميع النساء يجب أن يعاملن بالقسوة، أو مثل المرأة التي تعتقد أن جميع الرجال خائنون ولا أمان لهم .. الخ.

• ثانياً: الأخطاء المتعلقة بأسلوب وطريقة التفكير:

• * التطرف في الأحكام: حيث يرى الفرد الأشياء إما سوداء أو بيضاء، وهو يكره ويحب دون توسط أو اعتدال.

• * التصلب: ومواجهة المواقف المختلفة المتنوعة بطريقة تفكير واحدة.

• * المبالغة: مثل المبالغة في تفسير الموقف مما يؤدي إلى إثارة انفعالات القلق أو الخوف، وكذلك المبالغة في تقدير الآخرين سلباً أو إيجاباً مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة بهم.

• * التعميم: وهو أسلوب من التفكير يؤدي تعميم الخبرات الجزئية تعميماً سلبياً مما يؤدي بالتالي إلى العديد من الأنماط المرضية خاصة الاكتئاب والفصام.

• * الثنائية والازدواجية: وهي جزء من معاناة الشخصية المتسلطة ضيقة الأفق التي تفتقد إلى المرونة، لذا

- تضطر دائماً أن تمارس دوراً في العلن وتتبنى عكسه في الخفاء.
- التجريد الانتقائي: حيث يعزل الفرد خاصية معينة من سياقها ويؤكد في سياق آخر مثل الذي يؤكد على أنه غير مرغوب فيه من الجميع إذا لم يرحب به أحد الحاضرين.
- أخطاء الحكم والاستنتاج.
- الحساسية للنقد وتضخيم المواقف والأحداث.
- ويؤكد أغلب الباحثين أن استمرار التفكير والتخيل بطريقة خاطئة بتحول إلى عادة مرضية يفقد معها الفرد إدراكه الموضوعي للواقع وتقييمه الصحيح للذات، وإلى اعتياد المبالغات الانفعالية مع توقع الخطر من مثيرات لا تتضمن أي تهديد للذات، وينتج عن تبنى أساليب التفكير الخاطئة هذه انفعالات ومشاعر سلبية عديدة (كالخوف، التوتر، الحزن).
- وأخطاء التفكير المذكورة إذا تزايدت تسببت في تشويه صورة الذات والواقع وحركت وجدان الفرد وانفعالاته وسلوكه في الاتجاه المرضي.. وإذا أستم هذا التزايد في تشويه وتحريف الواقع تحولت هذه الأفكار إلى ضلالات وهذات يصعب مناقشتها أو تعديلها بالمنطق (Meichenbaum,1974,p47).
- ومن العوامل التي تساعد على تحول أخطاء التفكير إلى أعراض مرضية التربية التي تعتمد على التمرکز حول الذات والعجز عن فهم الآخر والتعاطف معه، وما يترتب على ذلك من رغبة وشك وسوء تفسير كل موقف يتفاعل فيه الفرد مع الآخرين. (عسكر، ٢٠٠٢، ص ٥٤)
- أسلوب "العلاج يتأمل ذكر الله" .. تقوم فكرته على تدريب المريض أو صاحب المشكلة على التحكم في عمليات التفكير وتنمية قدراته على طرد وإيقاف الأفكار الهدامة السلبية ، بغرس آيات القرآن والأذكار لتحل محل أو تطرد أو توقف الأفكار المرضية السلبية، وذلك في جو يسمح بالتأمل الذهني والتخيل الإيجابي والتحكم في درجة الوعي وعمليات التفكير المختلفة .
- إن العديد من مدارس العلاج النفسي الناجحة والمنتشرة في العالم الآن تضع برنامجاً تهدف إلى علاج الفرد من خلال تعديل تفكيره وتنمية قدرته على الضبط الذاتي وإيقاف سلسلة الأفكار الاقتحامية السلبية التي تثير مراكز الانفعال، بالاستعانة بعدة طرق مثل تكرار عبارات تساعد على الإيحاء الذاتي أو كأن يقوم المريض بتوجيه انتباهه لمثير آخر.
- الخلوة العلاجية ... و التأمل:
- وتتضمن الخلوة العلاجية تدريب الشخص على التخلص من الأفكار السلبية الانهزامية المعوقة والمخاوف والوساوس المزعجة والمواقف والذكريات المؤلمة ، بحيث يصل إلى درجة أن يأمر ذهنه بالتوقف فوراً عن التفكير في هذه الأفكار السلبية أو أن يطردها من ذهنه ويحل محلها أفكاراً إيجابية تشحن طاقاته النفسية وتحفزها للانطلاق من جديد في الاتجاه الصحي السليم وتكملة مشوار الحياة بعزيمة وإرادة لا تلين .
- والخلوة العلاجية أسلوب علاجي نابع من ميراثنا الديني والثقافي وقد اثبت فعاليته بل وتفوقه على أساليب العلاج النفسي الأخرى المستوردة من الغرب والتي تخفى في ثناياها مفاهيم وأفكار لا تتناسب مع طبيعة وظروف الشخصية العربية.
- لقد كان الهدف من استخدام أسلوب الخلوة العلاجية هو تحويل النصائح والمواظ والأفكار الإيجابية إلى أفكار

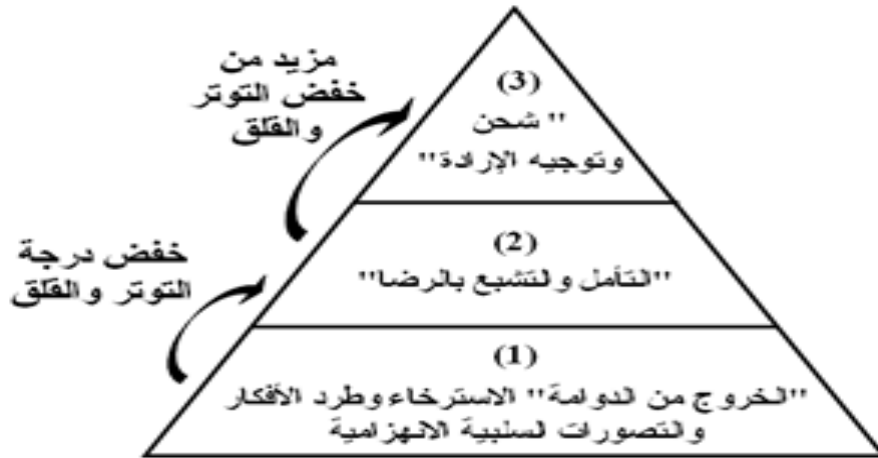
نشطة وفعالة بغرسها في الذهن عن طريق التأمل والتكرار في حالة من التركيز الذهني العالي وفي جو من الهدوء والاسترخاء يسمح بتحويل هذه المنظومات الأخلاقية والصياغات اللفظية مفاهيم ومعتقدات تدفع الفرد دائماً إلى السلوك المرغوب .

ويمثل الحوار الذاتي أهمية قصوى في الخلوة العلاجية حيث يعتبر تعديل الحوار الذاتي - مايقوله الشخص لنفسه - إلى جمل ايجابية حماسية متفائلة من أهم خطوات الخلوة العلاجية حيث يقوم الفرد ببناء وتصميم هذه الجمل والعبارات الايجابية الصحية ويكررها بتركيز ذهني عالي ويجعلها محل الجمل والعبارات السلبية التي يقولها لنفسه ، والتي تتسبب في التوتر والاكتئاب وهزيمة الذات (موسى ، ٢٠٠٠، ص ٨٣) .

• ولقد اختبرت الخلوة (إكلينيكية) كأسلوب في العلاج النفسي الذاتي يعتمد على معطيات مدارس العلاج النفسي الحديثة، ومع عشرات من المرضى وعدد من المتطوعين الراغبين في تنمية قدراتهم على الضبط الذاتي وتعديل أخطاء التفكير وتحسين الأداء الذهني والاجتماعي ، كما استخدمتها كعلاج اساسي وأحياناً تكميلي مع الأدوية النفسية في علاج عدد كبير من الاضطرابات النفسية وكانت نتائجها ممتازة بل وأكثر من المتوقع .

• أيضاً استخدمت الخلوة العلاجية مع عدد من الطلاب الراغبين في زيادة قدرتهم على التركيز ومع عدد من رجال الأعمال الراغبين في تحقيق درجات أعلى من الثبات الانفعالي وتحمل الضغوط وزيادة مهارات التعامل الاجتماعي وخفض سرعة الاستثارة والقابلية للقلق.

• أن الخلوة العلاجية تقوم على أسس أساليب العلاج النفسي الحديثة وأسس علم نفس التعلم مثل التدعيم والتكرار وخلافه لذلك فهي الوسيلة الأمثل لتعديل الحوار الذاتي وإعادة برمجة العقل وتحقيق أعلى درجات الثبات الإنفعالي والهدوء والتركيز الذهني الذي يسمح للفرد بتنظيم أفكاره وأهدافه وإعادة برمجتها ومتابعة تنفيذ خطته وتعديله حذف ما لا يستحق منها .



شكل (١) يوضح خطوات الخلوة العلاجية (طه، ٢٠٠٤)

وتعتمد ممارسة خطوات الخلوة بالتفصيل على حالة الشخص وظروفه المختلفة لذلك تختلف الخطوات من حالة إلى أخرى،

دراسات سابقة

لقد تعددت الدراسات حول موضوع الاضطرابات الصدمية ففي عام ١٩٦٧ درس ليفتون الآثار السلبية التي خلفتها القنبلة الذرية على اليابان أثناء الحرب العالمية الثانية وحدد أربع مراحل لاضطراب مابعد الصدمة وقلق الموت:-

- الاستغراق في فكرة الموت والعدم

- التلوث غير المنظور والخوف الشديد من انتشار الإشعاع الذري

- الآثار اللاحقة التي ستطال الأجيال القادمة مما يترك انطباع بان لامفر من الخطر والإصابة بالسرطان

التوحد مع الشخص الميت والشعور بالذنب لأنه أقاربهم وأصدقائهم وهم بقوا على قيد الحياة فيتصرفون وكأنهم موتى (يعقوب، ١٩٩٩، ص ٢٠)

- كما أجريت دراسة حول الأسرى بهدف التعرف على نسبة إصابتهم اضطراب مابعد الشدة من قبل جولدستون وزملائه عام ١٩٧٨ على ٤١ أسير أمريكي نجو من السجون اليابانية في الحرب العالمية الثانية حيث توصلت الدراسة إلى أن ٥٠% من الأسرى يعانون من الاضطراب على الرغم من انقضاء أربعين عام على أسرهم .

وفي عام ١٩٩٠ قام بلاك وزملائه بدراسة على ١٦١ محارب من القدامى في فيتنام وكوريا والحرب العالمية الثانية ووجد أن هناك ٤٦% من جنود فيتنام يعانون من اضطراب مابعد الصدمة مقابل ٣٠% لحرب كوريا و ٢٨% للحرب العالمية الثانية. وفي دراسة قام بها فونتانا ١٩٩٢ على ١٧٠٩ من الجنود الأمريكيين من المحاربين القدامى في فيتنام تبين له انه عندما كان المحارب هدفا للقتل أو الإصابة من قبل الفيتناميين أو لاحظ وقوع الخطر على الآخرين فإن أعراض اضطراب ال PTSD تبدو هي الواضحة عليه في حين إذا كان المقاتل يقوم بدور الفاعل أي من يقوم بالقتل أو إصابة الآخرين أو يقوم بدور حماية احد أصدقائه ويخفق فإن أعراض الأسى العام والكرب النفسي والاكتئاب هي التي تكون واضحة (عبد الخالق ١٩٩٤، ص ١٧٣) وأجرى كل من (كوكس وكرتش دراسة ١٩٩٢) بلغت العينة ١٢٤ شخصا من الناجين حيث توزعت العينة على ثلاث مجموعات -مجموعة معسكرات الاعتقال -مجموعة مراكز التعذيب -مجموعة الأشخاص الذين كانوا يختبئون ويهربون من المواجهة.

وتوصل الباحثان إلى أن ١% من أفراد المعسكرات يعانون من اضطراب مابعد الصدمة مقابل ٦٥% لمراكز التعذيب وتبين أن الناجين من التعذيب يعانون أكثر من سواهم أكان ذلك من حيث شدة العوارض او الاضطراب النفسي وتبين أيضا أن عددا منهم يعاني من الصداع والغثيان واضطرابات في الجهاز الهضمي و ٨٠% من الثلاث مجموعات يتناولون المهدئات العصبية والعقاقير .(القرشي، ١٩٩٣، ص ٨٧).

منهجية البحث

سوف يتم اعتماد منهج البحث التجريبي بعد التعرف على نسبة ومستوى الاضطراب الصدمي لدى أفراد العينة و سيتم تصميم برنامج إرشادي وفق إستراتيجيات العلاج الانفعالي السلوكي المعرفي الديني والذي سيتم تعريض أفراد عينة تجريبية من المرضى لمعرفة أثره في التخفيف من مستوى ال PTSD .

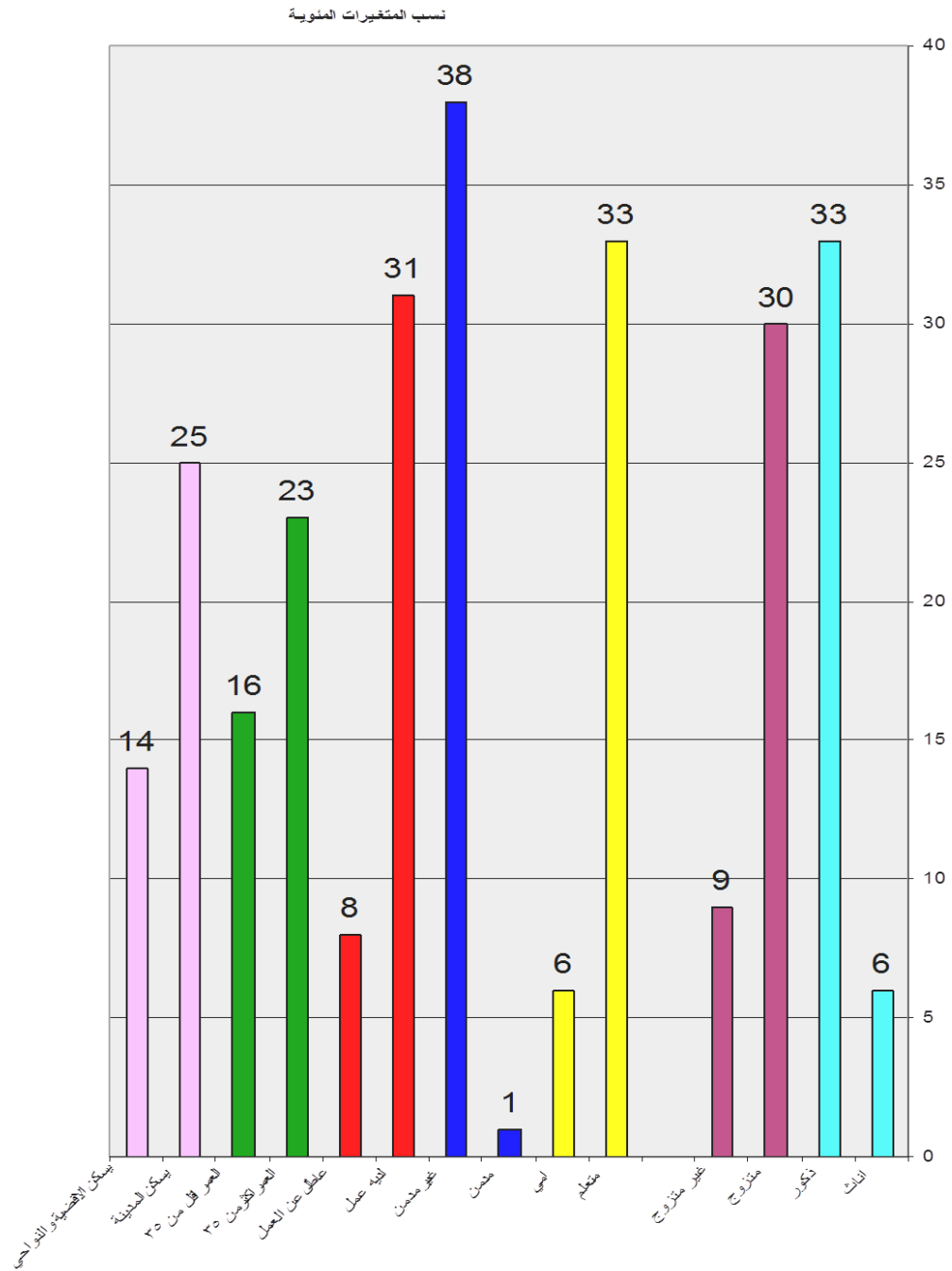
- مجتمع وعينة البحث :

لقد تحدد مجتمع البحث الحالي لجميع المرضى الذين راجعوا مركز التأهيل الطبي و النفسي للفترة ما بين (٢٠٠٨/١١/١٥) ولغاية (٢٠٠٩/٤/٣٠) و من الذين يعانون من آل (ptsd) من مقطوعي الأذن أو من ضحايا التعذيب النفسي و الجسدي و البالغ عددهم (٣٩) و من كلا الجنسين (ذكر و أنثى) و كما يوضحها الجدول (١) والشكل (١) في أدناه.

جدول (١)

العدد الكلي لمجتمع البحث من المرضى المراجعين لمركز الفؤاد خلال ستة أشهر

الجنس	العدد	النسبة المئوية
الذكور	٣٣	%٩٠
الإناث	٦	%١٠
المجموع	٣٩	%١٠٠



شكل (٣) يوضح عينة البحث الحالي حسب نوعها و عددها ونسبها المئوية

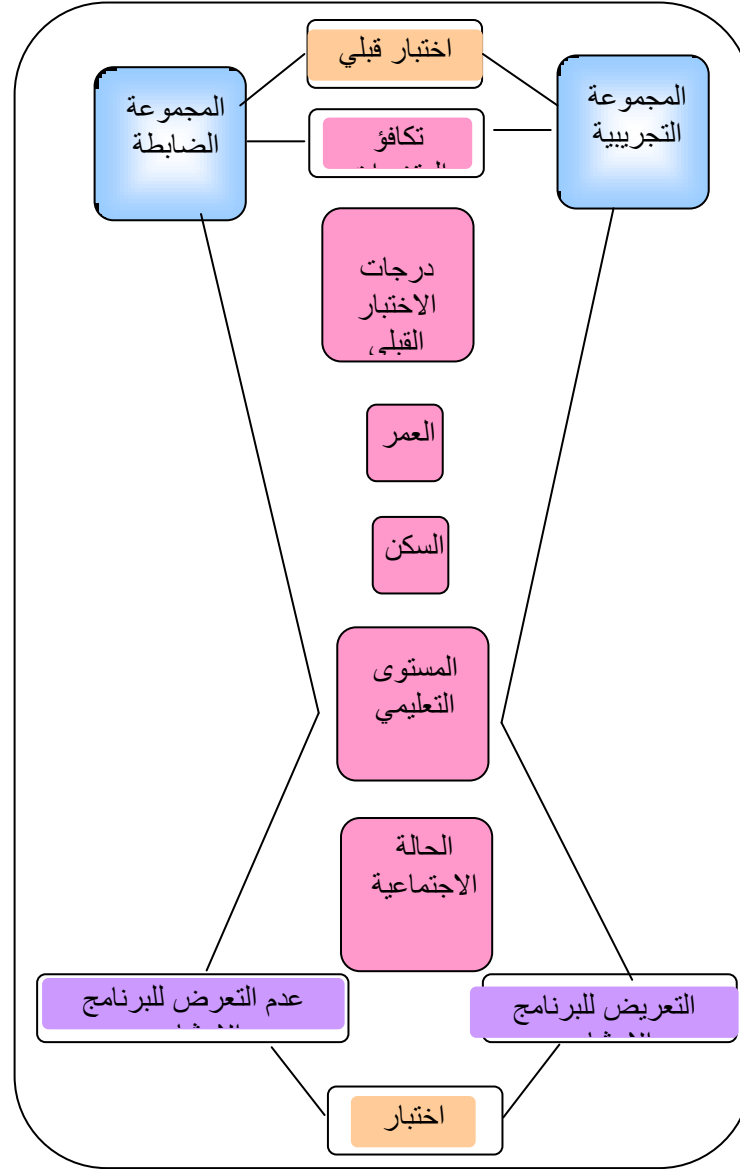
عينة البحث:-

أ_ العينة الأساسية:- تم اختيار مجتمع البحث بأكمله عينة للدراسة الحالية.

ب- محاينة البرنامج: اشتملت عينة البحث الخاصة بالبرنامج الإرشادي على (٣٠) مريض من الذين تم تطبيق مقياس PTSD عليهم، والذين كانت درجاتهم أعلى من الوسط الفرضي للمقياس بدرجتين معياريتين وتم تقسيمهم بصورة عشوائية إلى مجموعتين أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة، وبواقع (١٥) لكل مجموعة .

- التصميم التجريبي :

لغرض اختبار فرضيات البحث قامت الباحثة باستعمال التصميم التجريبي وهو تصميم المجموعة الضابطة مع اختبار قبلي - بعدي شكل (٣)



شكل (٣)

التصميم التجريبي للبرنامج الحالي

، وقد صمم على وفق الخطوات التالية:

١- تم اختيار عينة البرنامج والبالغ عددهم (٣٠) من خلال تطبيق المقياس على عينة البحث الأساسية.

٢- توزيع أفراد العينة إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية بشكل عشوائي كل مجموعة تضم (١٥) أفراد من المرضى الذكور.

٣- إجراء اختبار قبلي بتطبيق PTSD على أفراد المجموعتين.

٤- إجراء التكافؤ للمجموعتين في بعض المتغيرات.

٥- تتعرض المجموعة التجريبية للمتغير المستقل (البرنامج الإرشادي)، في حين لم يقدم البرنامج الإرشادي للمجموعة الضابطة.

٦- إجراء اختبار بعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية وذلك لمعرفة الفرق بين القياسين البعدي والقبلي ودلالة تلك الفروق بين المجموعتين..

وقد اعتمدت الباحثة على هذا التصميم لأنه من التصميمات التجريبية ذات الضبط المحكم، فالعامل الأساسي في هذا التصميم هو التوزيع العشوائي للمجموعتين وذلك لاستبعاد الفروق بين أفراد المجموعتين الناتج عن أسلوب الاختيار والتي يكون لها تأثير على الفروق في النتائج، وإجراء التكافؤ في عدد من المتغيرات، مما يوفر درجة عالية من الضبط التجريبي، بالإضافة إلى إنه يوفر الكثير من الوقت والجهد.

أدوات البحث: لغرض الحصول على البيانات ذات العلاقة بمتغيرات و عوامل المرضى فقد تم استخدام الأدوات و المقاييس الآتية :

١- استمارة المريض:

تتضمن هذه الاستمارة . النموذج على بعض المعلومات الأساسية المتعلقة بالواقع الاجتماعي و الاقتصادي و الأسري و الصحي للمريض ، و هي استمارة موحدة في معلوماتها و مقننه ، وتوجد في ملفه المريض الشخصية ، ، تم إعدادها و تطويرها في مركز التأهيل الطبي والنفسي لضحايا التعذيب ، و في أقسامه الطبية و النفسية ، و يتم الحصول على معلومات وبيانات شخصية عن المريض من خلال ملئ هذه الاستمارة في الزيارة الأولى للمريض وإجابته على فقراتها ومضمونها .

٢- التحخيص الطبي: و تتضمن هذه العملية احد الأدوات التي يخضع خلالها المريض للفحص و المعاينة و التشخيص الطبي و بجوانبه الجسمية و النفسية . و من خلال فريق طبي متخصص في هذه الجوانب يقرر الصورة النهائية لوضع المريض ، و من خلال التشخيص وإصدار الأحكام و القرارات.

٣- مقياس PTSD . تم استخدام مقياس (Alsaftar.2003) الذي تم ترجمته إلى اللغة العربية من قبل الباحثة وتم التحقق من صدق الترجمة بعرضه على مجموعة من أساتذة اللغة الانكليزية في كلية التربية (يتكون المقياس من ثلاث مجالات الأول (التفاعل) (interaction) ويحتوي على ست فقرات (٢١، ١٨، ١٠، ٩، ٧، ٥).

والمجال الثاني التجنب (avoidance) ويتكون من ثمان فقرات (٢٢، ١٩، ١٥، ١٤، ١١، ٣، ٢، ١)

والمجال الثالث كثير الإثارة (hyperarousal) ويتكون من ثمان فقرات (٢٠، ١٧، ١٦، ١٣، ١٢، ٨، ٦، ٤). وضع أمام كل فقرة ميزان رباعي (كلا أبدا ، أحيانا، كثيرا ، كثيرا جدا) . وقد تم التحقق من إجراءات الصدق من خلال الصدق التلازمي بين التشخيص الطبي وبين استجابة المريض على المقياس حيث بلغ معامل الارتباط (٠.٧٨). كما تم استخراج الثبات للمقياس بطريقة إعادة الاختبار على عينة من المرضى بلغ عددهم ٢٥ مريض وحسب معامل الارتباط بين الاستجابتين حيث بلغ (٠.٨٢)

-تكافؤ المجموعتين (التجريبية والضابطة):

إن توفر التكافؤ بين مجموعات البحث أمر ضروري لتصميم البحث إذ يسعى الباحث إلى أن تكون مجموعات البحث متكافئة حتى لا تكون الفروق في أداؤها راجعة إلى الفروق بين المجموعات. (أبو علام، ١٩٨٩، ص ١١٤)

ولغرض التأكد من صحة التوزيع العشوائي لأفراد العينة إلى مجموعتين متكافئتين فقد تم إجراء التكافؤ بين أفراد المجموعتين في المتغيرات التالية:

١- درجات الاختبار القبلي:

لغرض التأكد من تكافؤ المجموعتين على هذا المتغير فقد تم استعمال الاختبار التائي لعينتين منفصلتين حيث كانت القيمة المحسوبة (١,٥٦١) والقيمة الجدولية (٢,٠٤٨) عند مستوى دلالة (٠.٠٥) وهي غير دالة إحصائيا مما يشير ذلك إلى أن المجموعتين متكافئتين في هذا المتغير، والجدول (٢) يوضح ذلك.

جدول (٢)

التكافؤ بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في متغير درجات مقياس PTSD

نوع المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية قبلي	١٥	٦٠,١٢	١.٩	١,٥٦١	٢,٠٤٨	٠,٠٥
المجموعة الضابطة قبلي	١٥	٦١,٢٦	٢.١			

٢- العمر: تم مكافئة العمر لأفراد العينة والتي تراوحت أعمارهم بين (٣٥-٤٥) سنة وتم استعمال لمعرفة دلالة الفرق بين أعمار المجموعتين عند هذا المتغير، فتبين ان القيمة المحسوبة (١,٨٥) وهي اصغر من القيمة الجدولية (٢,٠٤٨) عند مستوى دلالة (٠.٠٥) وهي غير دالة إحصائيا مما يشير إلى تكافؤ المجموعتين في العمر. والجدول (٣) يوضح ذلك

جدول (٣)

التكافؤ في متغير العمر لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية.

نوع المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
تجريبية	١٥	٣٨	٢,٢٢	١,٨٥	٢,٠٤٨	غير دال
ضابطة	١٥	٣٧	١,١٩			

٣- السكن: لمعرفة دلالة الفرق بين متغير السكن لأفراد العينة استعمل اختبار (مربع كاي) ، وتبين أن القيمة المحسوبة (٠,٢٢٣) وهي أصغر من القيمة الجدولية (٣.٨٤) عند مستوى دلالة (٠.٠٥) ، مما يدل على أن الفرق غير دال إحصائياً بين المجموعتين على متغير السكن لأفراد العينة والجدول (٤) يوضح ذلك.

جدول (٤)

يبين القيم الإحصائية لاختبار مربع كاي لمتغير السكن لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعتان	السكن		عدد الأفراد	قيمة كاي المحسوبة	قيمة كاي الجدولية	مستوى الدلالة ٠.٠٥
	مركز	خارج المدينة				
تجريبية	٦	٩	١٥	٠.٢٢٣	٣.٨٤	غير دال
ضابطة	٧	٨	١٥			

٤- المستوى التعليمي: لمعرفة دلالة الفرق بين المستوى التعليمي للمرضى استعمل اختبار (مربع كاي) وتبين أن القيمة المحسوبة (٠.٢٢) وهي أصغر من القيمة الجدولية والتي تساوي (٣.٨٤) عند مستوى دلالة (٠.٠٥) ، وبذلك لم يظهر فرق دال إحصائياً بين المجموعتين على هذا المتغير، مما يدل على أن المجموعتين متكافئتين في المستوى التعليمي ، والجدول (٥) يوضح ذلك.

الجدول (٥)

يبين القيم الإحصائية لاختبار مربع كاي لمتغير التحصيل الدراسي للأب

المجموعتان	المستوى التعليمي			عدد الأفراد	قيمة كاي المحسوبة	قيمة كاي الجدولية	مستوى الدلالة ٠.٠٥
	متوسطة	إعدادي	جامعي				
تجريبية	٤	٥	٦	١٥	٠.٢٢	٣.٨٤	غير دالة
ضابطة	٤	٦	٥	١٥			

٤ - البرنامج الإرشادي.

قامت الباحثة بإعداد برنامج إرشادي لخفض PTSD لدى المرضى الناجين من التعذيب متبنية نموذج التخطيط والبرمجة والميزانية لأنه يُعد من الأساليب الإدارية الفعالة في التخطيط لأنه يسعى للوصول إلى أقصى حد من الفعالية بأقل التكاليف . ، والشكل (٤) يوضح ذلك .

Needs Assement تحديد الاحتياجات

تطبيق فقرات مقياس PTSD لمعرفة حاجاتهم

٢

Selected Priorities اختيار الأولويات

ترتيب الحاجات تنازلياً واختيار أعلى نسب منوية فيها لتحويلها الى موضوعات لجلسات البرنامج الإرشادي

٣

Deficeand write Goals and objective تحديد الأهداف وكتابتها

١- الهدف العام ٢- أهداف خاصة (سلوكية)

٤

إيجاد برامج ونشاطات لتحقيق الأهداف

Develop Activities Programs to meet goals and objectives

اختيار الاستراتيجيات الإرشادية وتحديد الأساليب الفنية الملائمة في خفض مستوى PTSD

٥

Evaluate Result تقويم النتائج

١-التقويم البنائي

يكون في نهاية كل جلسة

٢- التقويم النهائي

الاختبار البعدي+المؤتمر العلاجي

شكل (٤)

خطوات تخطيط البرنامج الإرشادي لخفض مستوى PTSD

١- تحديد الاحتياجات: إن تحديد الاحتياجات في عملية التخطيط لبناء البرنامج الإرشادي يُعد حجر الأساس في بناء البرنامج، وقد حددت حاجات المستفيدين التي يُراد تقديم الخدمات الإرشادية لهم من خلال إجاباتهم على مقياس PTSD، وذلك باستخراج الوسط المرجح والوزن المنوي لكل فقرة من فقرات المقياس، والجدول (٦) يوضح ذلك.

ترتيب الفقرات تنازلياً حسب أوزانها المنوية والوسط المرجح لها

الوزن المنوي	الوسط المرجح	الفقرات	ترتيبها الجديد في المجال	تسلسلها الجديد في المقياس	تسلسل الفقرة في المقياس	المجال
٩٧.٥	٣,٩٠	تولد لدي شعور وكأن أحداث الماضي تتكرر	١	١	١٨	مجال- إعادة معاشة الأحداث
٩٦.٧٥	٣,٨٧	عاودتني الذكريات المؤلمة باستمرار	٢	٢	٩	
٩٦	٣,٨٤	حلمت أحلاماً مزعجة	٣	٣	٧	
٩٥.٥	٣,٨٢	كان لدي إحساس إن الأحداث الماضية تتكرر	٤	٤	١٠	

المجال	تسلسل الفقرة في المقياس	تسلسلها الجديد في المقياس	ترتيبها الجديد في المجال	الفقرات	الوسط المرجح	الوزن المئوي
مجال- تجنب المواقف والأماكن التي تذكر بالحدث الصادم	٢١	٥	٥	ألحت علي الذكريات السيئة	٣,٣٠	٨٢.٥
	٥	٦	٦	ان تذكر بعض الأشياء من الأحداث الماضية قد سبب لي ردود فعل جسدية	٣,٢٨	٨٢
	٢٢	٧	١	شعرت بنفسني غريبا عن محيطي	٣,٨٨	٩٧
	١	٨	٢	وجدت صعوبة في إظهار مشاعري	٣,٧٣	٩٣.٢٥
	١٩	٩	٣	شعرت بالغربة تجاه الآخرين	٥٣,٣	٨٨.٢٥
	١٤	١٠	٤	حاولت تجنب المشاعر الخاصة بالأشياء التي حدثت سابقا	٣,٣٠	٨٢.٥
	١٥	١١	٥	أتجنب الأوضاع التي تذكرني بالأحداث السابقة	٣,٢٣	٨٠.٧٥
	١١	١٢	٦	شعرت بانعدام المستقبل	٣,٢٠	٨٠
	٢	١٣	٧	حاولت تجنب التفكير في الأحداث الماضية	٣,١٥	٧٨.٧٥
	٣	١٤	٨	لم أتذكر أشياء هامة من الأحداث السابقة	٣,١٢	٧٨
مجال- كثرة الإثارة من جاء ماتعرض له من حدث ضاغط	٤	١٥	١	أصبحت سريع الانفعال	٣,٨٣	٩٥.٧٥
	٨	١٦	٢	فقدت الاهتمام في قضايا مهمة	٣,٨٢	٩٥.٥
	١٢	١٧	٣	كانت لدي صعوبات في التركيز الفكري	٣,٧٩	٩٤.٧٥
	١٣	١٨	٤	أصبحت أخاف بسهولة	٣,٦٠	٩٠
	١٦	١٩	٥	لدي صعوبة في السيطرة على نفسي	٣,٥٨	٨٩.٥
	٢٠	٢٠	٦	صرت حذرا من الآخرين	٣,٥٥	٨٨.٧٥
	١٧	٢١	٧	أعاني من صعوبة في النوم	٣,١٩	٧٩.٧٥
	٦	٢٢	٨	شعرت بصعوبة في النوم	٣,٠٤	٧٦

٢- تحديد الأولويات :

تم ترتيب فقرات المقياس بعد تطبيقه على أفراد عينة البرنامج بشكل تنازلي بحسب الوزن المئوي والوسط المرجح، إذ عُدَّت الفقرة التي حازت على وسط مرجح (٣,٥) فما فوق ووزن مئوي (٨٢,٥) هي بمثابة حاجة تشير إلى شدة PTSD لدى المرضى وتبين أن هناك فقرات تمثل أولوية الحاجات بالنسبة لعينة البرنامج. والجدول (٧) يوضح ذلك.

الجدول (٧)

يوضح الفقرات التي حازت على أولوية حاجات فقرات مقياس PTSD

الوزن المنوي	الوسط المرجح	الفقرات	ترتيبها	تسلسل الفقرة في المقياس
٩٧.٥	٣،٩٠	تولد لدي شعور وكان أحداث الماضي تتكرر	١	١٨
٩٧	٣،٨٨	شعرت بنفسي غريباً عن محيطي	٢	٢٢
٩٦.٧٥	٣،٨٧	عاودتني الذكريات المؤلمة باستمرار	٣	٩
٩٦	٣،٨٤	حلمت أحلاماً مزعجة	٤	٧
٩٥.٧٥	٣،٨٣	أصبحت سريع الانفعال	٥	٤
٩٥.٥٦	٣،٨٢	فقدت الاهتمام في قضايا مهمة	٦	٨
٩٥.٥	٣،٨١	كان لدي إحساس أن الأحداث الماضية تتكرر	٧	١٠
٩٤.٧٥	٣،٧٩	كانت لدي صعوبات في التركيز الفكري	٨	١٢
٩٣.٢٥	٣،٧٣	وجدت صعوبة في إظهار مشاعري	٩	١
٩٠	٣،٦٠	أصبحت أخاف بسهولة	١٠	١٣
٨٩.٥	٣،٥٨	لدي صعوبة في السيطرة على نفسي	١١	١٦
٨٨.٧٥	٣،٥٥	صرت حذراً من الآخرين	١٢	٢٠
٨٨.٢٥	٣،٥٣	شعرت بالغيرة تجاه الآخرين	١٣	١٩
٨٢.٥	٣،٣٠	ألحت علي الذكريات السيئة	١٤	٢١
٨٢.٢	٣،٢٨	حاولت تجنب المشاعر الخاصة بالأشياء التي حدثت سابقاً	١٥	١٤

٣- تحديد الأهداف:

يهدف البرنامج إلى إعادة تأهيل الضحايا الذين تعرضوا إلى التعذيب نفسياً واجتماعياً ويتم ذلك من خلال الجلسات (المقابلات) العلاجية التي تهدف إلى إزالة الآثار النفسية الناجمة عن التعذيب ويتم هذا من خلال الإجراءات السيكولوجية التي يقوم بها المعالج (المشددة النفسية) والتي تتمثل ب:-

١. خفض القلق المرتبط بتجارب التعذيب
 ٢. خفض المخاوف العصابية المرتبطة بتجربة التعذيب
 ٣. تعديل نظرة الناجي من التعذيب لنفسه من خلال مساعدته على التخلص من الشعور بالدونية من جراء العوق الذي الحق به من جراء التعذيب.
 ٤. رفع مستوى تقدير ذات الناجي لنفسه.
 ٥. مساعدة الناجي من التعذيب على كسر حاجز العزلة النفسية الاجتماعية
 ٦. تعديل النظرة التشاؤمية للحياة للفرد الذي تعرض للتعذيب ،
- ٤- إستراتيجيات ونشاطات البرنامج:

تم اختيار الأنشطة التي تساهم في تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي التي حددت من خلال تحديد الحاجات المهمة للمرضى وتم توزيعها ضمن الجلسات الإرشادية ، وقد تضمنت استراتيجيات المناقشة الجماعية والحوارات والتطمين التدريجي والتعزيز وضبط الذات ولعب الدور والاسترخاء وتعديل الأفكار الخاطئة والنمذجة والواجبات

البيئية وهي تقع ضمن إستراتيجيات العلاج السلوكي الانفعالي المعرفي الديني(إستراتيجية التأمل بذكر الله وإستراتيجية الخطوة العلاجية .

٥- تنفيذ البرنامج:تتحدد المراحل التي مرت بها إجراءات تنفيذ البرنامج العلاجي للناجين من التعذيب

بالخطوات الآتية:-

١ . (التحليل) جمع المعلومات اللازمة عن الحالة وذلك بالاطلاع على استمارة المعلومات الشخصية واستمارة

تفاصيل الصدمة ونتائج المقاييس

٢ . (التركيب) : ترتيب المعلومات بصورة تعطي تصور واضح عن شخصية الناجي من التعذيب بما فيها من نقاط ضعف وقوة.

٣ . (التشخيص) : في هذه المرحلة يتم تحديد مدى حاجة الحالة للعلاج باعتبارها تعاني من اضطرابات مابعد الصدمة

٤ . (المواجهة العلاجية) : يتم تحديد الزمان والمكان لمقابلة المريض بحيث يتلاءم مع وقت المريض وقد سارت المقابلات العلاجية الفردية (الجلسات) وفق النسق الآتي :

 الجلسة الأولى:-

التعرف على المريض والتأكد من المعلومات التي أدلى بها (في الاستمارات الأولية) بصورة غير مباشرة وتوضيح الغاية من اللقاءات التي تعقد معه وضرورة الالتزام بالوقت المحدد واحترام خصوصية المركز وخصوصيته كمريض وسرية المعلومات التي يدلي بها ودوره في عملية العلاج وذلك من خلال مساهمته المتمثلة بسرد وقائع ماضيه الصادم . وتكون الغاية من هذه المحادثات في المواجهة الأولى هي إقامة جسور علاقة مبنية على أساس التقبل والتفهم والثقة المتبادلة مما ييسر سير العملية العلاجية النفسية ويبعث الطمأنينة والراحة في نفس المريض مما يشجعه على الحديث بتلقائية عن المشاعر السلبية التي يعاني منها(DANIELI,1984,KRYSTAL,1971) وبعد الانتهاء من المواجهة الأولية يتم تحديد موعد للقاء الثاني .

 الجلسة الثانية والثالثة:

(مساعدة المريض على تذكر الصدمة) نبدأ بالترحيب بالمريض (الناجي من التعذيب)وتلخيص مدار في اللقاء السابق وترك الفرصة أمامه للحديث عن معاناته وحين يشعر المريض بالأمان والثقة بالمعالج(المرشدة النفسية) ينتقل العلاج تلقائيا إلى جوهر الصدمة ونحرص هنا على دفع المريض إلى إعادة ترتيب الأحداث الصادمة مع مراعاة قدرته وطاقته على التحمل مع حرص المرشدة النفسية على ان تكون متصلة بصورة غير لفظية مع المريض (الاتصال العيني والجسمي) لتشعره بالاهتمام لما يدلي به من أحداث صادمة. ويتم التركيز على أحلامه المتكررة المتعلقة بالتعذيب والأحداث اليومية التي تثير لديه الذكريات المؤلمة عن التعذيب (MONTGORMERY.1990).

الجلسة الرابعة والخامسة:

(تذكر تفاصيل الأحداث) في هذه الجلسة حاولت المرشدة النفسية تشجيع المريض ودفعه إلى الحديث عن تفاصيل حياته السابقة للسجن والتعذيب وعن الأسباب التي أدت إلى دخوله للسجن وما هو رد فعل العائلة ورد فعله هو أيضا حول هذا الموضوع. وهنا يكون دور المرشدة النفسية مساعدة الناجي على سرد الأفكار بتلقائية والحرص على أن تكون الأفكار مطروحة بشكل منطقي و منسجم ولهذا تطلب منها أحيانا إعادة وطرح أسئلة حول التفاصيل التي يذكرها المريض لكي يوجه محور الحديث لما هو مهم من الأحداث في تفاصيل حكايته.

الجلسة السادسة والسابعة:-

في هذه الجلسات سعت المرشدة النفسية إلى دفع الناجي من التعذيب على مواجهة الذكريات المؤلمة و عادة معايشة الحلم والكابوس بمساعدتها. وذلك من خلال استخدام استراتيجيات طرق تحفيز الخيال . وذلك بالطلب من الناجي من التعذيب وبعد ممارسة الاسترخاء العضلي (الذي يصاحبه سماع آيات مرتلة من الذكر الحكيم لها علاقة بقوة الإيمان والصبر) تخيل بعض الأحداث المثيرة بوضوح كامل ونطلب منه بان يحاول أن لا يؤثر تذكرها على حالة الاسترخاء لديه ونطلب إليه إذا لم تتمكن ارفع إصبعك مشيرا أن هذا الموقف الذي تتذكره يثير التوتر لديك بالإضافة إلى استخدام إستراتيجيات أخرى (كإستراتيجية الكرسي الخالي) تعينه على التنفيس الانفعالي لمحتوى حكايته الصادمة.

 الجلسة الثامنة والتاسعة (إعادة ثقة الناجي من التعذيب بنفسه والآخرين) في هذه الجلسة تم التركيز على ما موجود من ايجابية في شخصية الناجي من التعذيب والانطلاق منها كأساس لتعود له الثقة بالنفس والآخرين وتعديل أفكاره اللامنطقية تجاه نفسه والآخرين وتم استخدام إستراتيجية التأمل بذكر الله وقد تمت وفق الخطوات التالية:-

- أن يتنفس بانتظام وعمق وببطء.. وأن يلاحظ تنفسه الهادئ العميق.
 - أن يغلق عينيه خاصة خلال الدقائق الخمس الأولى على أن تتجه العين وهي مغلقة إلى الأمام ويمكن إن يفتحها بعد ذلك مع تركيز النظر على هدف ثابت لا يثير الانتباه.
 - أن يمنع العقل من الشرود والتفكير في أى موضوع أو مشكلة.. بان يركز في البداية على ملاحظة جسده المسترخي وأنفاسه المنتظمة.. والهواء يدخل ويخرج من انفه ورئتيه ببطء وعمق.
 - بعد ذلك يبدأ في ترديد وتكرار كلمات "ذكر الله" أو تكرار آيات قصيرة أو آية الكرسي بعمق بحيث يتردد صداها في أركان نفسه وكيانه.. وان يشبع عقله بها وان يطرد من ذهنه أى فكرة أخرى فور ظهورها في حيز الوعي.. ولا يعطى ذهنه أو تفكيره أى فرصة للشرود بعيداً.. وان يكون على يقين بأنه يقوم بطرد الأفكار السلبية السيئة من ذهنه الآن مستعينا بالآيات الكريمة .
- ويطلب من المريض أن يستخدم الجدول الآتي لتحديد شدة أفكاره السلبية

جدول يوضح تحديد شدة أفكارا لمريض السلبية يستخدم من قبل المريض

اليوم و التاريخ الوقت	درجة الانفعالات (توتر/ قلق/ حزن/ اكتئاب/ خوف) قبل ذكر الله (من ٠-١٠)	الأفكار السلبية الانهزامية درجة شدتها (من ٠-١٠)	الأفكار السلبية الانهزامية الانهزامية درجة شدتها (من ٠-١٠) بعد استخدام ذكر الله	(وانخفاض حدة الانفعالات) (من ٠-١٠)

كما يوضح للمريض بأنه يمكنه أن يستخدم الجدول في أي وقت من اليوم وإن كان يفضل أن يكون عقب شعور ه بانفعالات أو أفكار سلبية غير مرغوبة.. كما يستخدم قبل ممارسة جلسة العلاج بتأمل ذكر الله حسب الخطوات المذكورة من قبل.

- تستخدم الخانة الأولى لتحديد اليوم والتاريخ والوقت.
- تستخدم الخانتين الثانية والثالثة لتحديد الانفعالات السلبية والأفكار الانهزامية ودرجة شدتهما (٠-١٠)
- الخانات السابقة يتم تسجيل البيانات الخاصة بها قبل بدء جلسة العلاج بتأمل ذكر الله.
- الخانة الرابعة يسجل الفرد فيها نص الآيات أو الأدعية التي ردها والمدة التي أستغرقها، علما بأن البعض يحتاج لفترة تزيد عن النصف ساعة.
- الخانة الخامسة والأخيرة تستخدم بعد انتهاء الجلسة ويسجل الفرد فيها مقدار انخفاض حدة الانفعالات التي كان يعاني منها قبل جلسة العلاج (من صفر إلى ١٠ درجات).

 الجلسة العاشرة والحادية عشر والثانية عشر

- (تغيير النظرة التشاؤمية للحياة) باستخدام استراتيجيات تتعلق بالإرشاد الديني وتعديل أفكار الناجي من التعذيب حول المستقبل وتعليمه استراتيجية دحض الأفكار اللامنطقية التشاؤمية التي تسيطر عليه باستخدام إستراتيجية الخلوة العلاجية

• الخطوة الأولى: " الخروج من الدوامة "

• يوضح الهدف للمريض من الخطوة الأولى للإستراتيجية

- ١- الخروج الفوري من التوتر والقلق والانفعالات غير المرغوبة يطلب إلى المريض الاسترخاء والتنفس العميق ببطء.. ولمدة خمس دقائق تقريباً.
- ٢- الخروج أيضاً من لعبة تبديد وإهدار الطاقات النفسية والذهنية يطلب إلى المريض بان يصدر الأوامر لعقله ومخيلته بطرد جميع الأفكار الانهزامية السلبية وأن يطرد أيضاً وبحزم أي تخيل أو تصور مكروه أو مزعج أو مخيف.
- ٣- إصدار أوامر للعقل بالتسامح والعفو (مع تكرار الآيات الكريمة والأحاديث الشريفة التي تدعو لذلك).

•الخطوة الثانية : " التأمل والتشبع بالرضا "

•يوضح الهدف للمريض من الخطوة الثانية للإستراتيجية

١ - يطلب من المريض أن يتأمل ويستعرض النعم التي وهبها الله إياها.. وأن يستخدم مخيلته وذكريته في اجترار واستعراض هذه النعم.

٢- أن يكرر وهو يستعرض هذه النعم ما حققه من إنجازات - مهما كانت ضئيلة ومحدود - عبارة "الحمد لله .. الحمد لله".

•الخطوة الثالثة: " شحن وتوجيه الإرادة "

•يوضح الهدف للمريض من الخطوة الثالثة للإستراتيجية

١ - تعديل الحوار الذاتي وما يقوله الفرد لنفسه أثناء الخلوة بحيث يصيغ جملاً وعبارات حماسية وإيجابية تغرس في نفسه الحماس والعزيمة والأمل.

ب- إعادة صياغة الأهداف وخطوات تحقيقها... ويمكن أن يسجل الهدف المراد تحقيقه في ورقة متابعة يحتفظ بها المريض كنموذج لخطة عمل مبسطة تجعله يركز دائماً على هدفه ويتجنب التشتت في المشاكل والمشاكل الجانبية وأن يراعى

التدرج والاستمرارية بصبر لتحقيق ذلك الهدف وإن يستعين بالدعاء وطلب العون والمدد من الله تعالى.

٣- يوضح للمريض ان الخلوة العلاجية تمثل فرصة لمناجاة الخالق سبحانه وتعالى وتأمل آيات كتابه العظيم وأحاديث رسوله الكريم.

بعد الانتهاء من الجلسات الفردية لكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية تم تعريض أفراد

المجموعة التجريبية إلى جلسات الإرشاد الجماعي بهدف إعادة دمج الناجي من التعذيب

الجلسة الثالثة عشر والرابعة عشر والخامسة عشر

(إعادة دمج الناجي من التعذيب) من خلال جلسات العلاج الجماعي للناجين من التعذيب وعن طريق تعليمهم مهارات التعامل الاجتماعي مع الآخرين في مواقف الحياة المختلفة وتوجيههم لنبذ الغضب والحقد وروح الانتقام (يتخلل الجلسات الجماعية استخدام إستراتيجية لعب الدور ومناقشة للنشاطات المنزلية حيث يطلب إليهم تسجيل المواقف الاجتماعية مع أفراد الأسرة والأصدقاء والغرباء وتسجيل السلوك الذي تم من خلاله التعامل مع الآخرين للوقوف على مدى ملاءمته ومعايير مهارات التعامل الاجتماعي التي تعلموها وذلك من خلال تمثيل المواقف الاجتماعية التي يصر المريض على أنها صحيحة كما يتخلل الجلسات الجماعية عرض لأفلام توجيحية خاصة بالناجين من التعذيب

الجلسة الختامية(السادسة عشر)

بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي (الذي تتراوح عدد المقابلات فيه حسب حاجة الناجي

من التعذيب حيث تتراوح مدة المقابلة ٤٥ دقيقة) تم تطبيق المقاييس بعد انتهاء البرنامج

العلاجي ليتم تقييم مدى الفائدة من إجراء آت البرنامج الإرشادي العلاجي.

المتابعة تمت متابعة الناجي من التعذيب بعد انتهاء البرنامج العلاجي له ، من خلال تحديد

لقاءات وزيارات متباعدة له للمركز .

٦- التقويم : تضمنت عملية التقويم تقدير مدى كفاية البرنامج الإرشادي وحسب مايلي:-

١- تقويم بنائي: حيث قامت الباحثة عند نهاية كل جلسة إرشادية بإجراء تقويم على شكل توجيه أسئلة لأفراد العينة .

٢- تقويم نهائي: وهو معرفة مدى تحقيق الهدف العام من البرنامج

أ- وذلك بتطبيق مقياس PTSD بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج لمعرفة مدى التغير الحاصل لدى أفراد المجموعة التجريبية .

ب- من خلال الاجتماع العلاجي لتقييم المرضى بصورة نهائية حيث يعرض المريض مرة أخرى على الطبيب النفسي بعد انتهاء تعرضه للبرنامج الإرشادي لتقييم الحالة سريريا ثم يجتمع كادر العمل (الطبيب العام والطبيب النفسي والمرشد النفسي).

الوسائل الإحصائية :-تم استخدام كل من الوسائل الإحصائية الآتية(باستخدام الحقيبة الإحصائية spss)

حسب طبيعة و نوع المتغيرات و هدف البحث ، و كما يلي :

١- النسب المئوية

٢- معامل الارتباط الثنائي ومعامل ارتباط بيرسون

٣-الاختبار التائي ٤-اختبار مان وتني ٥- اختبار مربع كاي ٦- اختبار ولكوكسن

عرض النتائج ومناقشتها

يتضمن هذا الجانب عرضا و مناقشة للنتائج التي تم التوصل إليها ، وفي ضوء عمليات التحليل الإحصائي لبيانات المتغيرات و العوامل المرتبطة بالبحث ، و التي تم التطرق إليها في أهداف البحث ، و درجه (ptsd) عند المرضى من مراجعي المركز ، وكما يلي :

١- عرض النتائج :

الهدف الأول- قياس اضطرابات ما بعد الضغوط الصدمية (ptsd) لدى أفراد عينة البحث.

فقد أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى حصول أفراد العينة على وسط حسابي مقداره (٦٢) في مقياس (ptsd) (وبانحراف معياري مقداره (٦.٤١١) و عند مقارنة هذا الوسط الحسابي مع الوسط الحسابي الفرضي للمقياس و الذي مقداره (٥٥) وانحرافه المعياري الذي مقداره (١) نرى ان هناك فرقا بين هذين الوسطين ،ولأجل التعرف على هذا الاختلاف ، فقد تم إخضاعهما للاختبار التائي (t, test) حيث أشارت نتائج الاختبار التائي الى وجود حالات

(ptsd) لدى أفراد العينة ، إذ بلغت القيمة التائية المحسوبة (٨,٥٩٨) و هي اكبر من أقيمه التائية الجدولية(٢,٠٢١) عند مستوى دلالة (٠.٠٥) ودرجة حرية (٣٨) و الجدول (٨) يوضح ذلك .

الجدول (٨)

يوضح الدلالة الإحصائية لأفراد العينة في (ptsd)

المتغير المدروس	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	وسط المقاييس الفرضي	انحرافه المعياري	عدد أفراد العينة	قيمه (ت) المحسوبة	قيمه (ت) الجدوليه	الدلالة الإحصائية
حالات ptsd لدى المرضى من مراجعي المركز	٦٢	٦.٤١١	٥٥	١	٣٩	٨,٥٩٨	٢.٠٢١	دال إحصائيا

وهذا يعني أن أفراد عينة البحث الحالي لا زالوا يعانون من حالات (ptsd) ، ولم يتمكنوا من تجاوز حالات الاضطرابات ما بعد الضغوط الصدمية، إذ ما زالت علامات الخوف و القلق و التوتر و الشد النفسي و العصبي تشكل معظم الأساس العام لسلوكهم و خبراتهم في الحياة الاجتماعية التي يعيشونها مع الآخرين ، أو مع ذواتهم وأفراد أسرهم

الهدف الثاني:- - تصميم برنامج إرشادي مبني على أساس إستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي الديني في التخفيف من تأثير الاضطراب الصدمي لدى عينة من ضحايا التعذيب.

تم التحقق من الهدف الثاني وفق ماورد من إجراءات بناء البرنامج الإرشادي المشار إليه سابقا.

الهدف الثالث- التعرف على اثر البرنامج الإرشادي المبني على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي الديني في التخفيف من تأثير الاضطراب الصدمي لدى ضحايا التعذيب .

١ - لغرض تحقيق هذا الهدف ومعرفة أثر البرنامج الإرشادي في التخفيف من تأثير الاضطراب الصدمي لدى ضحايا التعذيب ، قامت الباحثة بالتحقق من صحة الفرضيات الصفرية وكما يلي:

١

- الفرضية الأولى:-

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس (ptsd) في

الاختبار القبلي

لغرض اختبار صحة هذه الفرضية تم تطبيق الاختبار التائي لعينتين منفصلتين واتضح أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في الاختبار القبلي بين المجموعتين الضابطة والتجريبية، إذ كانت القيمة المحسوبة تساوي (٠,٠٤٧) والقيمة الجدولية (٢,٠٤٨) عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، وبما إن القيمة المحسوبة اصغر من القيمة الجدولية فهذا يعني قبول الفرضية الصفرية والتي تشير إلى أن درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية متساوية في الاختبار القبلي على مقياس (ptsd) كما تم توضيحها مسبقا في إجراءات الدراسة جدول رقم(٢)

٢- الفرضية الثانية:-

لاتوجد فروق دالة إحصائياً بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس (ptsd) في الاختبار القبلي والبعدى.

وأظهرت النتائج أن متوسط درجات المجموعة التجريبية في الاختبار القبلي بلغ (٦٠,١٢) ومتوسط درجات الاختبار البعدى بلغ (٤٠,٣٧) على مقياس (ptsd).

ولغرض اختبار صحة هذه الفرضية تم تطبيق الاختبار التائي لعينتين مترابطتين لمعرفة دلالة الفروق بين الاختبارين القبلي والبعدى، إذ تبين أن الفرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس (ptsd) في الاختبارين القبلي والبعدى، إذ بلغت القيمة المحسوبة (٥,٧٤) وهي أكبر من القيمة الجدولية (٢,٠٤٥)، وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة حيث تشير إلى أن درجات المجموعة التجريبية على مقياس (ptsd) في الاختبار البعدى أفضل من درجاتهم في الاختبار القبلي، وذلك لأنهم تعرضوا للبرنامج الإرشادى. و الجدول (١٦) يوضح ذلك.

الجدول (١٦)
درجات المجموعة التجريبية في الاختبارين القبلي ودلالة الفروق بينهما.

نوع المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية قبلي	١٥	٦٠,١٢	٩,١	٥,٩٥	٢,٠٤٥	٠.٠٥
المجموعة التجريبية بعدى	١٥	٤٠,٣٧	٤,٣٩٩			

٣- الفرضية الثالثة:

لاتوجد فروق دالة إحصائياً بين درجات المجموعة الضابطة على مقياس (ptsd) في الاختبارين القبلي والبعدى.

أظهرت النتائج أن متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس (ptsd) في الاختبار القبلي بلغ (٦١,٢٦) ومتوسط درجات الاختبار البعدى بلغ (٦٠,٨٦) على مقياس (ptsd)، ولغرض اختبار صحة هذه الفرضية تم تطبيق الاختبار التائي لعينتين مترابطتين لمعرفة دلالة الفروق بين الاختبارين القبلي والبعدى، إذ تبين أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، حيث بلغت القيمة المحسوبة (٠,٢٢٠) وهي أصغر من القيمة الجدولية (٢,٠٤٢)، وهذا يعني أن الفرق غير دال إحصائياً، لذا تقبل الفرضية الصفرية وكما هو

موضح في الجدول (١٧)، وتعزو الباحثة عدم وجود فروق بين الاختبارين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة وذلك لعد تعريض أفرادها لأنشطة واستراتيجيات البرنامج الإرشادي.

جدول (٢٧)
درجات المجموعة الضابطة في الاختبارين القبلي والبعدي ودلالة الفروق بينهما

نوع المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
المجموعة الضابطة قبلي	١٥	٦١,٢٦	٢,١	٠,٢٢٠	٢,٠٤٢	٠,٠٥
المجموعة الضابطة بعدي	١٥	٦٠,٨٦	١,٩٥٩			

٤- الفرضية الرابعة:

لا توجد فروق دالة إحصائية بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على المقياس (ptsd) في الاختبار ألبعدي.

أظهرت النتائج ان متوسط درجات المجموعة التجريبية يساوي (٤٠,٣٧) ومتوسط درجات المجموعة الضابطة يساوي (٦٠,٨٦) على المقياس (ptsd).

ولغرض اختبار صحة هذه الفرضية تم تطبيق الاختبار التائي فقد أظهرت النتائج أن الفروق دالة إحصائياً ولصالح المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي، إذ كانت القيمة المحسوبة تساوي (١٦,٤١) والقيمة الجدولية تساوي (٢,٠٤٨) عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، وبما إن القيمة المحسوبة أصغر من القيمة الجدولية فهذا يعني رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة والجدول (١٨) يوضح ذلك، وتعزو الباحثة انخفاض درجات أفراد المجموعة التجريبية في الاختبار ألبعدي لكونهم قد تعرضوا للمتغير المستقل وهو البرنامج الإرشادي على عكس أفراد المجموعة الضابطة التي بقيت خارج جلسات البرنامج.

الجدول (٢٨)

درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس (ptsd) في الاختبار ألبعدي ودلالة الفروق بينهما.

نوع المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية بعدي	١٥	٤٠,٣٧	٤,٣٩٩	١٦,٤١	٢,٠٤٨	٠,٠٥

			١٠,٩٥٩	٦٠,٨٦	١٥	المجموعة الضابطة بعدي
--	--	--	--------	-------	----	--------------------------

مناقشة نتائج البحث:

من خلال النتائج التي توصلت اليها الدراسة الحالية تبين إن المرضى الذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي قد أنخفض لديهم مستوى أَل (ptsd) بشكل ملحوظ، إذ كان المتوسط الحسابي للاختبار القبلي للمجموعة التجريبية (٦٠,١٢) وانخفض بعد تطبيق البرنامج إلى (٤٠,٣٧)، وتبين الأثر الايجابي للبرنامج من خلال المقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي.

وتعزو الباحثة السبب في ذلك إلى أن أسلوب الإرشاد الفردي والجمعي الذي أعتمد في البرنامج مع تنوع الأنشطة والأساليب الإرشادية التي تضمنتها الجلسات بالإضافة الى تعاون المرضى والتزامهم بمواعيد الجلسات وما يتمتعون به من شجاعة لمواجهة حالاتهم ، والتخلص من الاضطرابات التي يعانون منها كل ذلك كان له الأثر في تحقيق الهدف من البرنامج الحالي و الوصول الى نتيجة ايجابية .

بالإضافة إلى ذلك فإنه قد أشارت نتائج المؤتمر العلاجي النهائي للمرضى الى ان هناك أثرا للبرنامج الإرشادي.

الاستنتاجات: من خلال ماتوصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج تستنتج الباحثة ما يلي:-

١- ان البرنامج الإرشادي باستراتيجياته المتنوعة وجلساته الفردية والجمعية كان له أثرا فعالا في خفض مستوى أَل (ptsd). وهذا ما أكدته الاجتماع العلاجي لتقييم المرضى بصورة نهائية حيث قيمت الحالات التي تعرضت للبرنامج الإرشادي بان مستوى PTSD قد انخفض مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتعرض لجلسات الإرشاد النفسي.

٢- التفاعل الايجابي من قبل المرضى مع المرشدة النفسية ومع الأنشطة والالتزام بمواعيد الجلسات كل ذلك ساعد على تنمية الثقة بالنفس لديهم وخفض الاضطراب لديهم.

التوصيات:-

- ضرورة اهتمام مؤسسات الدولة بهذه الشريحة من خلال توفير فرص عمل تسهم في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي والاقتصادي لهم.

- اهتمام مؤسسات المجتمع المدني والمنظمات الإنسانية بهذه الشريحة من خلال توفير الدعم المادي متمثلا بتقديم قروض تسدد على المدى البعيد تعين هذه الشريحة على البدء بمشاريع صغيرة والإشراف على مدى تحقيقها .

- تقديم الخدمات الصحية من قبل وزارة الصحة المتمثلة بتحمل نفقات علاج المرضى من بعض التشوهات الناجمة من التعذيب داخل وخارج العراق.

المراجع:

في ضوء النتائج التي توصل إليها البحث الحالي تقترح الباحثة:-

- ١- إجراء دراسة تجريبية لمعرفة اثر البرنامج الإرشادي المقترح في خفض مستوى أَل ptsd للناجين من التعذيب من المرضى الذين يترددون على المركز.
- ٢- إجراء دراسة للتعرف على العلاقة بين الاضطرابات الصدمية وبعض السمات الشخصية.

المصادر العربية

- ١- أبو علام، محمود كويت. (١٩٨٩). مدخل إلى مناهج البحث التربوي، ط١، مكتبة الفلاح، الكويت.
- ٢- حسن، الحارث عبد الحميد، ٢٠٠٤. اضطراب مابعد الضغوط الصدمية عند الأطفال ، المراهقين ، الكبار ، مركز البحوث النفسية -بغداد-مجمع جامعة بغداد-الجادرية. العراق.
- ٣- رضوان ، سامر جميل ، ٢٠٠٥، الآثار النفسية للخبرات الصادمة ، المجلة العربية للطب النفسي ، المجلد السابع -العدد الاول مايو . عمان ، الاردن.
- ٤- عبد الرحمن ، محمد السيد ، علم الأمراض النفسية و العقلية ، دار قباء للطباعة و النشر ، القاهرة ، ٢٠٠٠ م .
- ٥- فليح ، اشرف مونس(٢٠٠٤) اضطرابات مابعد الضغوط الصدمية وعلاقتها بالسلوك العدواني، مركز البحوث النفسية ، المؤتمر القطري الثاني ،جامعة بغداد ، العراق.ولى ،دار الفارابي ، بيروت لبنان
- ٦- مركز البحوث النفسية،(٢٠٠١): اضطرابات الضغوط التالية للحدث الصدمي برنامج مابعد الضغوط الصدمية ، البحوث والدراسات ، الكويت ص ٢٩.
- ٧- سيف، أحمد (١٩٩٨). اثر برنامج ارشادي جمعي لتنمية المسؤولية الاجتماعية لدى طالبات جامعة صنعاء، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية ، الجامعة المستنصرية.
- ٨- مركز التاهيل النفسي، ٢٠٠٦، الناجين من التعذيب، الطبعة الأولى ،البصرة ، العراق.
- ٩- يعقوب، غسان ، ١٩٩٩ ، سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي (اضطراب ضغوط مابعد الصدمة) ، الطبعة الا
- ١٠- جار الله، سليمان ، ٢٠٠٥ الاضطرابات النفسية مابعد الضغوط الصدمية ، مجلة العربية للطب النفسي . المجلد الثالث -العدد الأول .
- ١١- داي ، ريتشارد . الأطفال و الحرب في لبنان المحنة و المعاناة أوضاع الأطفال النفسية و الجسدية ، دراسة نفسية لأطفال المياتم و المدارس ، منشورات الجامعة الأمريكية في بيروت ، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية ، الكويت ١٩٨٦ م .
- ١٢- عبد الخالق ، احمد (١٩٩٤): إدراك الآثار النفسية للعدوان العراقي لدى طلبة الجامعة الكويتية،مجلة دراسات خليج الجزيرة العربية، ع١٢ ص ٣٥
- ١٣- علوان ، طلال غالب (٢٠٠٤): قياس الاضطرابات مابعد الضغوط الصدمية ممن تعرضوا لصدمة الحرب، المؤتمر القطري الثاني ، مركز البحوث النفسية ، جامعة بغداد، العراق.
- ١٤- موسى، رشاد علي وحمود محمد(٢٠٠٠). العلاج الديني للأمراض النفسية . القاهرة:الفاروق الحديثة للطباعة والنشر.
- ١٥- ياكيسون ،لونة وكنوذ سميدت نيلسون(٢٠٠٠). الناجون من التعذيب الصدمات واعادة التاهيل المركز الدولي لاعادة تاهيل ضحايا التعذيب- المعهد العربي لحقوق الانسان

- ١٦- الدفاعي ، كاظم علي هادي ، ٢٠٠٦ ، دراسة اثر التمثيل الرمزي في خفض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ، اطروحة دكتوراه مقدمة الى مجلس كلية التربية ، الجامعة المستبصرية ، العراق .
- ١٧- القرشي، عبد الفتاح ، ١٩٩٣ . الضغوط التي تعرض لها الأطفال الكويتيون خلال العدوان العراقي وعلاقتها بعدم توافقهم النفسي والاجتماعي ، عالم الفكر ، المجلد ٢٢ ، العدد الأول ، الكويت.
- ١٨-الحجار ، محمد . تشخيص الأمراض النفسية . الطبعة الأولى . دار النفائس ، دمشق ٢٠٠٤ م .
- ١٩-الحجار ، محمد حمدي، ٢٠٠٢، الآثار الاجتماعية والنفسية الناجمة عن الكوارث الطبيعية ،مجلة الثقافة النفسية ، مركز الدراسات النفسية والنفس جسدية ، العدد التاسع والأربعون _ المجلد الثالث عشر - كانون الثاني /يناير ٢٠٠٢ .
- ٢٠-الدوسري، صالح جاسم (١٩٨٥) . الاتجاهات العلمية في تخطيط برامج التوجيه والإرشاد، مجلة رسالة الخليج العربي، العدد ١٥، السنة ٥، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- ٢١-الكبيسي ، ناطق فحل(٢٠٠٤) (اضطرابات ما بعد الضغوط الصدمية لدى طالبات كلية التربية للبنات)، المؤتمر العلمي السنوي الرابع، مركز البحوث النفسية ، جامعة بغداد، العراق.
- ٢٢-الموزاني، عبد الكريم زاير رسن (٢٠٠٦) . بناء برنامج ارشادي للطلبة المستفيدين في دور الدولة للرعاية الاجتماعية، اطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية ، جامعة البصرة.

المصادر الأجنبية

- 23-Suad Al-saffar Trauma, ethnicity and posttraumatic Stress disorder in outpatient Psychiatry. Stockholm. 2003
- 24 --AMAYA-JACKSON. L.MARCH.J.S., POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN ANXIETY HULL ET AL, 2002.P78)
- 25-- BAILLY L.LES CATASTROPHES ET LECTUR CONSEQUENCES PSYCHODRAMATIQUES Ed. ESF .PARIS 1996
- 26--D.S.M,(1995)(Diagnostic and statistical Manual of mental health (four edition), the association, Washington, Unciefe Jordan 995.
- 27-- DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS . Ed .MARCH 1995.
- 28-DANIEYALI,Y(1984)PHYSIOITHERAPEST PORTICIPATION IN THE CONSPIRACY OF SILENCE ABOUT THE HOLOCAUSL. PSYCHOANALYTIC -PSYCHOLOGY.L23-42.
- 29 -- ETAT DE STRESSE POST-TRAUMATIQUE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT. Ed. MASSON. PARIS.1999.
- 30-EYSENCK, M.W., KEANE, M.T.:(2000). COGNITIVE PSYCHOLOGY,4 EDITION NEW YOURK.USA.

31 -- FAIRE FACE AUX URGENCES MAJEURES - STRATEGIES ET APPROCHES DE L' O.M.S.

32-GLEITMAN,H.(1995).CLASSICAL AND INSTRUMENTAL CONDITIONING. IN :NORTON AND PSYCHOLOGY.NEW YORK.

33-KARDINER,A&SPIGEL.H(1974).WAR STRESS ANDNERUOTIC ILLNESS NEW YORK:PAUL B. HOEBER.

34-Meichenbaum,D(1977)cognitive-behavior Modification. An Integrative approach. NewYork:Pleaum .

35-MONTGOMERY.E (1992) CO-CREATION OF MEANING :THRAPHY OF WITH TORTURE SURVIVIOR:ASYSTEM-CONSTRUCTIONST VIEW.HUMMAN SYSTEM: THE JORNAL OF SYSTEMIC CONSTRUCTION &MANGMENT,3,27-33.

-36-PRIP,K,TRIVED,L&HOLTEN.N,EDS.(1995)PSHYSIOITHERAPY FOR TORTURE SURVIOURS:ABASIC INTRODACTION.COPENHAGEN:IRCT

37 -- VILA G., PORCHE L.M., MOUREN-SIMEONI M.C. L'ENFANT VICTIME D'AGRESSION.

38-WEITEN,W.(1998).THEM AND VARIATIONS. 4 EDITIONL.PACIFIC GROVE,CALIFORNA.

Brook/ cole publishing company.usA