

جامعة ابن خلدون تيارت



كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم علم النفس والفلسفة والأرطوفونيا

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر الطور الثاني ل.م.د.

تخصص علم النفس العيادي

فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض القلق لدى المسنين

(دراسة عيادية لحالة بدار الأشخاص المسنين زيان قدور-تيارت-)

الإشراف: حوتي سعاد

من إعداد:

❖ رحمانى شيماء

❖ رمضان كريم

لجنة المناقشة

| <u>الصفة</u> | <u>الرتبة</u> | <u>الأستاذ(ة)</u> |
|--------------|-----------------|-------------------|
| رئيسا | أستاذ محاضر (ب) | بوراس كهينة |
| مشرفا ومقررا | أستاذ محاضر (ب) | حوتي سعاد |
| مناقشا | أستاذ محاضر (ب) | بوكصاصة نوال |

السنة الجامعية: 2022-2023



شكر وتقدير

الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه لتوفيقه لنا و تسخيره لأشخاص ساهموا من قريب و من بعيد في إنجاز هذا البحث.

نود أن نعرب عن إمتنانا وشكرنا الجزيل أولا للأستاذة حوتي سعاد التي أشرفت على هذا البحث.

نتمنى لك المزيد من النجاحات في مشارك العملي والعلمي.

شكر خاص نقدمه مسبقا للجنة التي ستقيم وتناقش هذا البحث. ملاحظتكم وآراءكم ستزيدنا إسرارا على تجاوز هفواتنا في بحوثنا المستقبلية والى كل أساتذة قسم علم النفس.

وبالأخص شكر موصول للأعضاء المحكمين للبرنامج العلاجي.

كما نشكر طاقم دار المسنين لولاية تيارت على حسن الإستقبال والمعاملة. ولا يفوتنا شكر حالة الدراسة على تفهمه وتعاونه في إنجاز هذا العمل.

وشكر خاص

إلى كل من وقف إلى جانبنا ودعمنا لإتمام بحثنا هذا.

إهداء

إلهي لا تطيب اللحظات إلا بذكرك وشكرك ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك ولا تطيب الجنة إلا برؤيتك

أهدي ثمرة جهدي وما خطته أناملي إلى الرجل الأبرز في حياتي من أحمل إسمه بكل
إفتخار والدي الحبيب

إلى من علمتني معنى الحياة وكانت السند المتين لي أُمي حفظها الله

إلى توأمي التي ساندتني وخطت معي خطواتي رغم بعد المسافات أختي وإبنتها أصال

إلى من يشاركونني لذة الحياة إخوتي حفظهم الله

إلى أعلى ما أملك أناهيد. رهف. سليل. لؤي. محمد رعاهم الله

إلى من شاركني جهد وتعب السنين أخي كريم وفقه الله في حياته

إلى إخواني الذين أهدتهم لي الحياة : نادية وصورية وهدى

إلى كل من ساهم من قريب أو بعيد في هذا العمل المتواضع.

شيماء

إهداء

للناس عيان ولي أربعة أعين فاللهم إحفظ والدي اللذان كانا لهما الفضل في وصولي لهذا
المقام وفي تربيتي أحسن تربية.

أهدي هذا العمل لإخوتي وأخواتي وعائلي "رمضان" و "وناس" كل بإسمه.

أهدي عملي للكتاكت أبناء وبنات إخوتي وإن شاء الله أراهم في مقام أحسن مني.

للناس أصدقاء ولي إخوة دائما ما أجدهم في كتفي فاللهم إحفظهم جميعا.

أهدي حبي وإمتناني لزملء و زميلاتي الدرب ومن درس معي.

و بطبيعة الحال لا يكتمل عملي بدون زميلتي التي كانت عوناً لي طيلة الخمس سنوات

فاللهم إحفظها يارب

كريم

قائمة المحتويات

| الصفحة | العنوان |
|---------------------------------------|--|
| | شكر وعرافان |
| | إهداء |
| | الملخص |
| | قائمة المحتويات |
| | قائمة الجداول |
| | قائمة الملاحق |
| أ | مقدمة |
| الفصل الأول: الإطار العام للدراسة | |
| 2 | (1) الإشكالية |
| 4 | (2) الفرضيات |
| 4 | (3) دوافع إختيار الموضوع |
| 5 | (4) أهمية الدراسة |
| 5 | (5) أهداف الدراسة |
| 5 | (6) المفاهيم الإجرائية |
| 5 | (7) الدراسات السابقة والتعقيب عليها |
| الفصل الثاني: العلاج التقبل والإلتزام | |
| 10 | تمهيد |
| 10 | (1) تعريف العلاج التقبل والإلتزام |
| 11 | (2) العلاج بالتقبل والإلتزام ومرتكزاته النظرية |
| 14 | (3) العلاج بالتقبل والإلتزام من النظري الى التطبيقي |
| 19 | (4) المبادئ الأساسية الستة للعلاج بالتقبل و الإلتزام |
| 20 | (5) أهداف العلاج بالتقبل والإلتزام |
| 22 | خلاصة |

| | |
|--|--|
| الفصل الثالث : القلق | |
| 24 | تمهيد |
| 24 | (1) تعريف القلق |
| 25 | (2) أسباب القلق |
| 27 | (3) أعراض القلق |
| 28 | (4) أنواع القلق |
| 28 | (5) النظريات المفسرة للقلق |
| 30 | (6) تشخيص القلق |
| 31 | (7) علاج القلق |
| 35 | خلاصة |
| الفصل الرابع : المسنين | |
| 37 | تمهيد |
| 37 | (1) تعريف المسنين |
| 37 | (2) معايير المسنين |
| 40 | (3) المشكلات النفسية والإجتماعية للمسنين |
| 41 | (4) النظريات المفسرة للمسنين |
| 44 | (5) المساندة النفسية والإجتماعية للمسنين |
| 42 | خلاصة |
| الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية | |
| 48 | تمهيد |
| 48 | (1) الدراسة الإستطلاعية |
| 48 | (2) أهداف الدراسة الإستطلاعية |
| 49 | (3) الدراسة الأساسية |
| 49 | (4) مجالات الدراسة |
| 49 | (5) منهج الدراسة |

| | |
|---|---|
| 49 | (6) حالات الدراسة |
| 50 | (7) أدوات الدراسة |
| 58 | خلاصة |
| الفصل السادس: مناقشة وتحليل نتائج الدراسة | |
| 60 | تمهيد |
| 60 | (1) عرض نتائج الدراسة |
| 62 | (2) تقديم الحالة |
| 63 | (3) عرض الجلسات العلاجية |
| 67 | (4) إستنتاج عام |
| 67 | (5) عرض و مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية والدراسات السابقة |
| 68 | خلاصة |
| 69 | خاتمة |
| 70 | توصيات والإقتراحات |
| 72 | قائمة المصادر والمراجع |
| 76 | الملاحق |

قائمة الجداول :

| الصفحة | عنوان الجدول | الرقم |
|--------|--------------------------------------|-------|
| 14 | ما يمكن وما لا يمكن الحكم به | 01 |
| 49 | البيانات الأولية للحالة | 02 |
| 50 | كيفية تفسير نتائج مقياس تايلور للقلق | 03 |
| 54 | قائمة المحكمين للبرنامج العلاجي | 04 |
| 60 | عرض المقابلات مع الحالة | 05 |
| 64 | نتائج القبلي والبعدي للقلق | 06 |

قائمة الاشكال

| الصفحة | العنوان | الرقم |
|--------|---------------------------------|-------|
| 17 | العمليات الستة للتقبل والالتزام | 01 |

ملخص الدراسة:

أجريت الدراسة الحالية بهدف تقصي فعالية العلاج بالتقبل والإلتزام في خفض القلق لدى كبار السن. بناءً على المنهج العيادي، تم بطريقة قصدية إختيار حالة واحدة من دار المسنين لولاية تيارت لعينة لتطبيق برنامج علاجي مصمم من 12 جلسة، صمم من طرف الباحثين.

إلى جانب هذا البرنامج تم إستخدام أدوات أخرى لجمع البيانات مثل المقابلة العيادية، الملاحظة العيادية و مقياس تايلور للقلق.

أسفرت نتائج البرنامج العلاجي على أن البرنامج القائم على التقبل و الإلتزام ذو فعالية في خفض القلق لدى المسنين.

الكلمات المفتاحية: العلاج بالتقبل والإلتزام،القلق ، المسنين.

Abstract:

This study has been conducted based on the clinical approach to explore the effectiveness of treating with acceptance and commitment therapy in lowering elderly anxiety levels. One participant was recruited by a purposive sampling method from a nursing home in Tiaret (an institution providing residential care for older people) to collect the data based on a 12 sessions self-designed treatment programme, face-to-face interviews, observations, and Taylor's scale. The data analysis has revealed that treatment based on acceptance and commitment is positively contributing to the decrease of old people's anxiety.

Key Words : acceptance and commitment therapy. Anxiety . old people

مقدمة

مقدمة:

يتميز الإنسان كغيره من الكائنات الحية بتعدد مراحل العمرية فيولد طفلاً صغيراً ثم شاباً قادراً ومن ثمة مسن. فالمسن في هذه المرحلة يتسم بإنحدار في قواه الجسمية والعقلية وحتى النفسية وهذا ناجم عن التغيرات التي تحدث له في هاته الفترة فيفقد معنى الحياة وتصبح عائقاً بالنسبة له ويصبح عالة على أسرته ومجتمعه. مما يؤدي به للذهاب إلى دور الرعاية أو المسنين قصد البحث عن الإحتواء بعد هجرهم والتخلي عنهم من طرف أسرهم، لأسباب مادية أو مرضية.

وتختلف الأسباب المرضية من نفسية إلى جسدية فمن بين هاته الإضطرابات نجد القلق الذي يتصدر قائمة الأمراض النفسية والذي يحتل المرتبة الأولى في الإضطرابات العصابية لدى شريحة المسنين. فيشكل هذا الأخير خطر على صحتهم وسلوكهم مما يؤدي إلى إختلال توازن حياة المسن فتظهر تغيرات في مختلف الجوانب. فيعتبر القلق من بين الإضطرابات التي ينبغي التكفل بها ومعالجتها و التخفيف من أعراضه.

وبالحديث عن الجانب الإنفعالي يتبادر إلى أذهاننا العلاجات المعرفية السلوكية خاصة تلك المتعلقة بالموجة الثالثة التي أولت دور هام للإنفعالات في العلاج، ويعتبر العلاج بالتقبل و الإلتزام من أهم العلاجات التي ظهرت في هذه الموجة فهو علاج تكاملي ونقطة إلتقاء بين هذه العلاجات، يستخدم أدوات سهلة وفعالة من أجل مساعدة أفراد يعانون من خبرات مؤلمة في أي جانب من جوانب الحياة، يقوم على تقبل الأحداث والخبرات النفسية المؤلمة والإلتزام بسلوكات في إتجاه القيم التي تعطي معنى لحياة الفرد. (خمار، نابتي، 2019:ص5)

وبهذا الصدد قمنا في دراستنا بتطبيق برنامج علاجي قائم على التقبل والإلتزام يهدف إلى خفض القلق لدى المسنين. حيث قسمت الدراسة الى جزئين: نظري وآخر ميداني فالجانب النظري تم التطرق فيه الى متغيرات الدراسة وتم تناوله في أربع فصول وهي:

الفصل الأول تم التطرق فيه إلى إشكالية الدراسة و فرضيتها، إضافة إلى أهميتها وأهدافها و أهم الأسباب التي تم من خلالها إختيار الموضوع وأخيرا تحديد المفاهيم الإجرائية.

والفصل الثاني الذي تضمن العلاج بالتقبل والإلتزام قسم إلى التعاريف،العلاج بالقبول والإلتزام ومرتكزاته النظرية، العلاج بالتقبل والإلتزام من النظري إلى التطبيق، الفنيات الستة الأساسية للتقبل والإلتزام و أخيرا أهداف العلاج بالتقبل و الإلتزام.

أما الفصل الثالث فقد خصص لمتغير القلق والذي قسم إلى التعاريف، الأسباب، الأعراض، الأنواع، النظريات، التشخيص و العلاج.

الفصل الرابع خصص لمتغير المسنين تطرقنا من خلاله إلى التعاريف، معايير المسنين، أبعاد المسنين، المشكلات النفسية التي يعاني منها المسنين، النظريات المفسرة، المساندة النفسية للمسنين.

أما بالنسبة للجانب الميداني فقد تم تقسيمه إلى فصلين:

الفصل الخامس والذي تضمن الإجراءات المنهجية للدراسة والذي كانت فيه الدراسة الإستطلاعية والهدف منها، الدراسة الأساسية و التي تضمنت حدود الدراسة، حالات الدراسة، المنهج المستخدم ، أدوات البحث والتي شملت المقابلة العيادية، الملاحظة العيادية، مقياس تايلور للقلق الصريح، عرض البرنامج العلاجي والذي تناولنا فيه تعريف البرنامج، أهدافه، أهميته، الفئة المستفيدة، الفنيات المستخدمة، تحكيم البرنامج، وفي الأخير عرض البرنامج العلاجي في صورته النهائية.

الفصل السادس والأخير فقد خصص لعرض وتحليل نتائج الدراسة الحالية التي تم جمعها إعتادا على أدوات الدراسة، ومن ثم مناقشة هذه النتائج وتفسيرها على ضوء الفرضية المنطلقة منها من جهة والدراسات السابقة لها من جهة أخرى. بالإضافة إلى تقديم جملة من التوصيات والإقتراحات في ضوء النتائج المتحصل عليها وخاتمة.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- (1) الإشكالية.
- (2) الفرضيات.
- (3) دوافع إختيار الموضوع.
- (4) أهمية الدراسة.
- (5) أهداف الدراسة.
- (6) المفاهيم الإجرائية.
- (7) الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

1) إشكالية الدراسة:

إن حياة الإنسان عبارة عن مرحلة نمائية يمر فيها بعدة مراحل، تبدأ بمرحلة الطفولة وصولاً إلى أواخر البلوغ والتي تسمى مرحلة الشيخوخة. فتعتبر الرحلة الأخيرة في عمر الإنسان و نقطة التحول، نتيجة التغيرات التي تطرأ على الفرد فيزيولوجيا وسيكولوجيا.

ومما لاشك فيه أن الفرد في هذه المرحلة يصبح أكثر عرضة للإصابة بمشاكل صحية وتغيرات بدنية. تساهم وبشكل بالغ في ظهور المشاكل و الاضطرابات النفسية ومن أهمها القلق. وذلك حسب دراسة دي بيورز و آخرون 2000 والتي هدفت إلى معرفة تأثير الصحة البدنية على التغير في أعراض القلق بالنسبة لكبار السن. وبلغت عينة الدراسة 2160 مسناً تراوحت أعمارهم بين 55 سنة فأكثر بحيث توصلت إلى أن الضعاف في الصحة البدنية هم أكثر عرضة للإصابة بالقلق كما أن الإصابة بأكثر من مرض مزمن تجعل المسن أكثر قلقاً وبالتالي فالأمراض الجسدية لا تؤدي فقط إلى الاكتئاب و لكن أيضاً تزيد من أعراض القلق.

فالقلق وكما عرفه ماسرمان Masserman: " بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد وراء التكيف" (الحكيمي وآخرون، 2007). وفي هذا السياق جاءت دراسة طه 2006 التي أجريت بمدينة الإسكندرية بهدف دراسة معدل إنتشار القلق والاكتئاب لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم ويرتادون نوادي المسنين وهؤلاء الذين يعيشون في دور المسنين. أسفرت نتائج هاته الدراسة أن نسبة ملازمة القلق للاكتئاب كانت أعلى نسبة وهي 34,1% لدى كبار السن الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم ويرتادون نوادي المسنين. و 57,1% لدى هؤلاء الذين يعيشون في دور المسنين.

وباعتبار القلق من أكثر الاضطرابات العصبية التي إنتشرت بكثرة لدى المسنين أقامت أزهار فوزي عارف جعفر سنة 2008 دراسة تحت عنوان الاضطرابات العصبية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين. هدفت إلى معرفة أثر المتغيرات التالية: (الجنس، العمر الحالة الإجتماعية، الحالة التعليمية والأحداث الصادمة التي تعرض لها المسنين والقدرة على العناية بالنفس ومدة الإقامة ونوع الأسرة) على الاضطرابات

العصابية لدى المسنين. توصلت الباحثة إلى أن الإضطرابات العصابية منتشرة بنسبة 100% موزعة على الإضطرابات التالية: القلق 29%، الإكتئاب 28%، توهم المرض 25%، والوسواس القهري 18%.

إن القلق يعد من أصعب الإضطرابات النفسية وأكثرها عند المسنين مما جعل المعالجين النفسيين يولونه إهتماماً خاصاً ويبحثون عن طرق علاجية بديلة عن الطرق العلاجية التقليدية السابقة التي بإمكانها مساعدة المسنين في التخفيف من حدة الإضطراب في هاته المرحلة. نظراً لتعدد أساليب العلاج النفسي في علاج القلق والتنوع فيه ظهر العلاج بالتقبل والإلتزام الذي يعتبر من أحدث العلاجات في المجال المعرفي السلوكي و أظهر فعاليته وكفائته في علاج العديد من الإضطرابات ومختلف المشاكل النفسية و الشخصية.

وهذا ما أكدته دراسة دهبانة (2019) Dehbaneh . حول فاعلية العلاج بالقبول والإلتزام في خفض المشاكل الشخصية وتحسين نوعية الحياة، وخفض القلق لدى المرضى الذين يعانون من إضطراب تشوه الجسم في إيران. تكونت عينة الدراسة من 39 مشاركاً تم متابعتهم كمجموعة تجريبية لمدة ثلاثة أشهر. أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج بالقبول والإلتزام في تحسين التغلب على المشاكل الشخصية، وتحسين نوعية الحياة، وخفض القلق لدى المرضى الذين يعانون من إضطراب تشوه الجسم.

كما أضافت وهدفت الدراسة التي قام بها كل من رفيع، وسدربوشان، وعبيدي (2013): إلى التحقق من تأثير العلاج بالقبول والإلتزام في الحد من أعراض القلق وعدم الرضا عن صورة الجسم لدى النساء البدينات. وتكونت عينة الدراسة من ثلاث سيدات يعانين من زيادة الوزن والسمنة المفرطة، وظهر لديهنّ درجة مرتفعة من القلق وعدم تقبل صورة الجسم. أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج بالقبول والإلتزام في خفض أعراض القلق، وتحسين نظرتهم إلى الصورة الذاتية، وظهرت مؤشرات إنخفاض الوزن لديهن.

ومن هذا المنطلق نرى أن القلق لدى المسنين المقيمين بدار العجزة من المواضيع التي لاقت رواجاً كثيراً و أصبح هذا الأخير يشكل لديهم حاجز يعيق نشاطاتهم اليومية وعليه فإنه

يستدعي العلاج النفسي لذلك تم إختيار والتطرق للتقبل والإلتزام في بحثنا هذا ومنه نطرح الإشكال التالي:

- هل يساهم العلاج بالتقبل والإلتزام في خفض القلق لدى المسنين بدار العجزة ؟

2- فرضية الدراسة:

- يساهم العلاج بالتقبل والإلتزام في خفض القلق لدى المسنين المقيمين في دار العجزة.

3- دوافع إختيار الموضوع:

- الرغبة في دراسة هذا الموضوع خاصة أنه يمس شريحة المسنين.
- معرفة فعالية البرنامج العلاجي القائم على التقبل والإلتزام في خفض القلق لدى المسنين
- دراسة مشكلة تعد من أهم المشكلات النفسية وأكثرها شيوعا وهي القلق

4- أهمية الدراسة: تتحدد أهمية الدراسة في جانبين:

الجانب النظري:

- تسليط الضوء على شريحة المسنين المقيمين بدار العجزة.
- تقديم نظرة شاملة حول متغيرات الدراسة إستنادا على دراسات وبحوث نظرية لها علاقة بالموضوع.
- تتجلى قيمة الدراسة في أهمية موضوع القلق لدى المسنين عامة والمقيمين بدار العجزة خاصة.
- إكتسبت هذه الدراسة أهميتها بتناول موضوعين غير واردين بكثرة في المجال العلمي وهما المسنين والعلاج بالتقبل والإلتزام .

الجانب التطبيقي:

- يتوقع أن يساعد البرنامج في تعليم المسنين أساليب وفنيات جديدة تمكنهم من السيطرة على القلق والتخفيف منه.
- يمكن إستفادة الباحثين والأخصائيين النفسيين من نتائج المتوقعة للدراسة وهي فعالية العلاج بالتقبل والإلتزام في خفض القلق لدى المسنين.

5-أهداف الدراسة : تتمثل أهداف الدراسة في ما يلي :

- تقييم فاعلية البرنامج العلاجي القائم على التقبل والإلتزام في خفض القلق لدى المسنين

6-المفاهيم الإجرائية :

- التقبل و الإلتزام: أسلوب من الأساليب العلاجية الحديثة في العلاج المعرفي السلوكي يحتوي على فنيات تساعد في علاج العديد من الإضطرابات، وقد بني البرنامج العلاجي على مبادئ العلاج بالتقبل والإلتزام المكونة من إثنتا عشرة جلسة بمعدل جلستين كل أسبوع.

- القلق: إضطراب عصابي يتميز بالتوتر والإنفعال لأسباب مختلفة يصاحبها أعراض نفسية وجسمية و هو ما كانت نتيجته على مقياس تايلور للقلق 35 درجة فما فوق.

- المسنين: الأفراد الذين يتجاوز أعمارهم 65 سنة فما فوق. تكون حالته مصاحبة لتغيرات فيزيولوجية ونفسية تجعله عاجز عن القيام بمهامه اليومية مما يجعله يلازم دار المسنين.

7-الدراسات السابقة والتعقيب عليها:

الدراسات الأجنبية :

- دراسة لوفيلنس(LOVELANCE,1997): تحت عنوان القلق والإكتئاب للمرضى المقيمين من كبار السن في دور الرعاية والتي هدفت إلى التعرف على مستوى القلق والإكتئاب لدى هذه الفئة العمرية، وطبقت الدراسة على فئة عمرية تبدأ من 60 سنة فأكثر في إحدى دور الرعاية وأوضحت الدراسة بأن إهمال عملية تشخيص الإكتئاب لدى هذه

الشريحة يؤدي إلى العته والخبل وكذلك يؤدي إلى الإنتحار، وأثبتت كذلك إلى أن أعراض القلق قد تكون مفتاحا للكشف المبكر عن الإكتئاب مع وجود فروق دالة بين متوسطات درجات أعراض القلق والإكتئاب بين كبار السن و المسنات لصالح المسنات في حين أن المسنات هن أكثر قلقا و إكتئابا قياساً بكبار السن. (بن سالم،2020:ص23)

دراسة إيمانيل وستيلا(Stella & Emmannel,2004): دراسة " أثار القلق في حياة كبار السن وإنتشار ظاهرة الأرق كإحدى نتائج القلق ". هدفت الكشف عن مدى انتشار مشكلة الأرق لدى كبار السن الذين تزيد أعمارهم عن 65 عاما في منطقة في شمال اليونان وعلاقة ذلك بمتغيرات ديمغرافية ونفسية وصحية وقد تكونت عينة الدراسة من (201) مسن وآخرين أعمارهم أقل من 50 عاما وإستخدم مقياس للأرق مكون من (28) فقرة وقد أشارت نتائج الدراسة لإنتشار ظاهرة الأرق بين أفراد العينة كبار السن وأن هناك عوامل مرتبطة بذلك مثل الشعور بالقلق ووجود أمراض عضوية كما تبين أن الأرق منتشر أكثر بين كبار السن ممن هم أصغر سنا. (عارف،2008: ص89)

دراسة مايكل وجينيفر(MICHEL&JENNIFER ,2015): هدفت الدراسة إلى بحث التغيرات في المرونة النفسية أثناء العلاج بالتقبل والإلتزام لإضطراب الوسواس القهري، أظهرت نتائج الدراسة أن أثار العلاج تدريجية، كانت لديها نتائج أفضل بكثير للعلاج بالقبول والإلتزام، تمكن الباحثون من متابعة تحسن المرونة النفسية وإنخفاض الوسواس القهري خلال ثمان جلسات علاجية.(بوقفة،2020: ص21-22)

الدراسات العربية:

دراسة إبراهيم(2004): تحت عنوان الفروق بين الإضطرابات النفسية (الوحدة النفسية – سمة القلق – الإكتئاب) بين المسنين المقيمين بدور الرعاية الإجتماعية. في ضوء إختلاف بعض الظروف الخاصة بهم و التي تتمثل في: الجنس، السن، المستوى التعليمي الحالة الزوجية، وجود الأبناء معاملة الأبناء لهم، القدرة على خدمة النفس، وجود أحد الأمراض المزمنة، إستخدم الباحث في المنهج الوصفي الإرتباطي المقارن على عينة مكونة

من 100 من 78 المسنين المقيمين بدور الرعاية الإجتماعية بمدينة (القاهرة وطنطا) 49 ذكور و 51 إناث، إشمطت عينة الدراسة على فئتين من المسنين قادرين على خدمة أنفسهم وغير قادرين على خدمة أنفسهم. أسفرت الدراسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المسنين في الإضطرابات النفسية (الوحدة النفسية - سمة القلق - الإكتئاب) وفقا لإختلاف السن والجنس والمستوى التعليمي ووفقا الحالة الزوجية، كما أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين المسنين في الإضطرابات النفسية تعزى إلى قدرة المسن على خدمة نفسه. (عارف، 2008:ص77)

دراسة عبد الرحمان طه(2006): تحت عنوان القلق والإكتئاب لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم ويرتادون بمفردهم في منازلهم ويرتادون نوادي المسنين وكذلك الذين يعيشون في دور المسنين. وبلغت عينة الدراسة 164 من نوادي المسنين و 168 من دور المسنين، وتم تشخيص القلق والإكتئاب لدى كبار السن بإستخدام مقياس هاملتون للقلق والإكتئاب، وأسفرت النتائج أن ملازمة القلق والإكتئاب كانت أعلى نسبة وبلغت 34% لدى كبار السن الذين يعيشون بمفردهم ويرتادون نوادي كبار السن و 57% لدى هؤلاء الذين يعيشون في دور المسنين. بينما الإكتئاب بمفرده يمثل 22% لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم ويرتادون نوادي المسنين و 23% لدى المسنين الذين يعيشون فالدور. (بن سالم، 2020:ص20).

دراسة محمد عطية (2011): تحت عنوان فعالية العلاج بالتقبل والإلتزام في التخفيف من حدة الإكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. تكونت عينة الدراسة 20 من أمهات التوحد قسمت إلى مجموعتين متساويتين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية. أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية برنامج العلاج بالتقبل والإلتزام في تخفيف حدة الإضطراب لدى المجموعة التجريبية، وإتضح ذلك في القياس البعدي والتتبعي. (بوقفة، 2020:ص 14)

دراسة العربي محمد عمارنة، معافي عبد القادر(2020): تحت عنوان أثر البرنامج الترويجي الرياضي المقترح للتخفيف من درجة القلق العام لدى المسنين. شملت عينة

الدراسة 15 مسنا تتراوح أعمارهم بين (60) إلى (65) سنة من المقيمين بدار الأشخاص المسنين بتيارت. أسفرت نتائج الدراسة إلى أن عينة الدراسة يتميزون بدرجة عالية من القلق وعمل البرنامج على تخفيف درجة القلق من المستوى العالي إلى المستوى المتوسط. (دامو، دويس، 2021: ص07)

التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد عرض الدراسات السابقة العربية منها والأجنبية والتي إتفقت مع متغيرات الدراسة فمنها من إشتملت على متغيرين مثل دراسة لوفيلنس 2004 وعبد الرحمان 2006 ومنها ما كانت تشتمل على متغير واحد مثل دراسة مايكل وجينيفر 2015 . ورغم ما قاما به الباحثين من الإطلاع على الدراسات المتعلقة بموضوع البحث إلا أنه كانت هناك صعوبة في إيجاد دراسة تخص علاج القلق بالتقبل والإلتزام لدى فئة المسنين ولعل أقرب الدراسات التي كانت تتفق مع دراستنا الحالية هي دراسة محمد عطية 2011. فنستنتج بأن الدراسات السابقة إختلفت من حيث المنهج والعينة مع دراستنا لكن إتفقت من حيث النتائج.

الفصل الثاني: العلاج بالتقبل والالتزام

تمهيد

- 1) تعريف العلاج بالتقبل والالتزام
- 2) العلاج بالتقبل والالتزام ومرتكزاته النظرية
- 3) العلاج بالتقبل والالتزام من النظري الى التطبيقي
- 4) المبادئ الأساسية الستة للعلاج بالتقبل والالتزام
- 5) أهداف العلاج بالتقبل والالتزام

خلاصة

تمهيد:

مر العلاج المعرفي السلوكي بثلاث مراحل علاجية، فالموجة الأولى ركزت على الجانب السلوكي، والموجة الثانية كان جل إهتمامها على العمليات المعرفية فجاءت الموجة الثالثة أخذت فيها الإنفعالات دور كبير في العلاج ومن هذه العلاجات نجد العلاج بالتقبل والالتزام الذي وهذا ما سنتعرض له في هذا الفصل.

1) تعريف العلاج بالتقبل والالتزام:

سينسر سميث Smith Spences: "هو فرع من العلاج المعرفي السلوكي، وهو نموذج للتدخل المهني، يستند على التقبل، وإستراتيجيات الذهن، مع الإلتزام وإستراتيجيات تغيير السلوك بهدف تحسين المرونة النفسية، (senser. Hayes.2005;79)

ستيفن هاينز Hayes Steven: "هو أسلوب علاجي وظيفي، يرتكز على نظرية الإطار العلائقي التي ترى أن السبب الرئيسي للموقف الإشكالي للعميل هو عدم المرونة النفسية والجمود النفسي، ويستهدف العلاج تقديم تدخلات علاجية لفظية غير مباشرة، من خلال التقبل، وتحسين الشعور بالتسامي بالذات، والتركيز على الحاضر والإهتمام بالقيم". (hayes .steven.2006: 29)

2) العلاج بالقبول والالتزام ومرتكزاته النظرية:

تمتد جذور هذا الأسلوب العلاجي (العلاج بالتقبل والالتزام) إلى فلسفة الديانات الشرقية خاصة البوذية التي يعود تاريخها إلى مايزيد على 2000 سنة، إلا أن إندماجه في الرعاية الصحية الحديثة، والمجتمعات المتطورة قد أصبح واقعا ملموسا، إذ يمارس هذا الأسلوب بشكل واسع في كل المجتمعات دون إستثناء.

إن العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) صيغة مستحدثة ومبتكرة من صيغ العلاج المعرفي السلوكي (CBT)، شكلت لتوفيق أوضاع الذات من مظاهر الضيق والإستياء الإنفعالي، للتخفيف من مظاهر التعاسة والضيق الإنفعالي، عن طريق تنمية المرونة المعرفية

والإنفعالية والسلوكية، وعلى ذلك يمثل العلاج القائم على التقبل والالتزام صيغة من صيغ "علاجات الجيل الثالث" للعلاج المعرفي السلوكي إضافة إلى العلاج الموجه لتنمية اليقظة العقلية، والعلاج الجدلي السلوكي، والعلاج المرتكز على الشفقة، ولكل صيغة من صيغ علاجات الجيل الثالث المشار إليها ضمن صيغ أخرى كثيرة، منطلقاتها النظرية وفنيتها وإجراءاتها ومجالات تطبيقها وطرائق تقييم فعاليتها، فقد استخدمت في علاج مدى واسع من الإضطرابات النفسية والسلوكية خاصة القلق والإكتئاب والمشكلات المرتبطة بهما.

ومنه نجد أن للعلاج بالتقبل والالتزام مصدرين متمثلين في: العلاج المعرفي السلوكي والبدايات الأولى هي تقنيات التأمل من أصول بوذية.

وحسب دايموند وآخرون إن هايز هو من وضع هذا النموذج في العلاج المعرفي السلوكي وهو طالب جامعي كان يعاني من رهاب إجتماعي وكان يطبق العلاج المعرفي السلوكي للتخلص من هذا الرهاب. كما لجأ إلى تقنيات التأمل البوذية، حيث إكتشف أن ملاحظة أفكاره ومشاعره هي الحل الأفضل لتلك المشكلة، بدل البحث عن الأسباب أو تغييرها، بحيث تدرب ليفرق ويفصل بين أفكاره والتجربة الحسية التي يعيشها، وقام بإدخال التجارب التي قام بها على نفسه في العلاج المعرفي السلوكي ودرسها كنظرية للعلاج المعرفي السلوكي، وفي سنة 1980 حيث كون مع تلاميذه نظرية (ACT) إبتداءً من منطلقات BECK في العلاج المعرفي السلوكي للإكتئاب حيث وجد أن هذه النظرية والعلاج أكثر فعالية. (بوسعيد، 2020:ص 51-56)

صمم هايز وستراوسل وويلسون نموذج للقبول والالتزام العلاج (ACT)، الذي يقوم على فكرة أن التجنب هو ما يكمن وراء العديد من أنواع الأمراض النفسية، وهذا القبول هو نهج بديل فعال للتعامل مع الأفكار والمشاعر. في حين أن العديد من العلاجات السلوكية المعرفية تهدف إلى الحد من تجنب الأحاسيس والمواقف، والهدف الصريح من هذه العلاجات هو تقليل تواتر وشدة نوبات الهلع، وبالتالي فإن بعض جوانب هذه التدخلات موجهة نحو التحكم (على سبيل المثال، إعادة تدريب التنفس، إعادة الهيكلة المعرفية). في

المقابل يعتبر الهدف الصريح لل (ACT) الحد من محاولات الرقابة الداخلية والتجنب التجريبي، مع زيادة السيطرة السلوكية والإستعداد. (بوسعيد، 2020:ص 51-56)

ومن خلال أعمال هايز وبارنز هوملز المنجزة بعد سنوات، ومن خلال نظرية الإطار العلائقي وأعماله حول هذه النظرية المعرفية والدراسات المنجزة حولها نجد 150 دراسة منه ماهو منشور. فإن العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) هو علاج يتم داخل سياق أو إطار معين، لأن الطريقة الأكثر فعالية لتطبيقه تتم داخل سياق، بحيث تركز على نظرية الإطار العلائقي مبادئه وعملياته والتي تم تطويرها إلى عدة نماذج تسمح بإستعمالها داخل (ACT) إنها مثل منزل بعدة طوابق قاعدته فلسفية خاصة بالسياقية الوظيفية والتحليل السلوكي والإطار العلائقي.

كما أن العلاج بالتقبل والالتزام تم تقديمه للعامة عن طريق الباحث والمؤلف هايز بصفته علاج سلوكي تجريبي وإنساني، ويسمح بالتفسير السلوكي مباشرة التوظيف مع العميل في الوقت الحاضر هنا والآن، بحيث يقوم المعالج بتدريب العميل على الإنفعال والمباعدة عن أفكاره ومشاعره وذكرياته التي تجعله يتألم، بحيث يقوم بتجديدها وإستحضارها بطريقة جديدة تخلصه من ألامه وتخفف تأثير تلك الأفكار والمشاعر والذكريات، بحيث تمكنه من التحرر والإنطلاق نحو تحقيق أفعال جديدة وجذب إنتباهه نحوها والالتزام بها، عن طريق تقبل الامه والتعايش معها بسلام وعدم مقاومتها. إن العلاج بالتقبل والالتزام يزود العميل بالقدرة على إختيار أفعاله والالتزام بها، وللتقدم نحو الإلتزام بالفعل وبحضور الأفكار السلبية والمشاعر غير المرغوبة والذكريات الصادمة.

أو المشاعر المؤلمة، بحيث يتم ذلك بإستخدام العلاج بالتقبل والالتزام لزيادة المرونة النفسية إذ يعتبر تريب تدريجي للتقدم نحو تطوير المرونة النفسية للمساعدة في التقدم نحو قيمه الهامة في الحياة بحيث يمثل الشكل الجزء الداخلي المتعلق بالتجربة الداخلية، المعاناة والقيم الهامة والجزء الخارجي يمثل التجربة الخارجية الحسية مع الحواس الخمسة للفرد.

بمعنى الأعمال التي نمارسها والنتائج التي نلاحظها مباشرة بحيث أن العلاج بالتقبل والالتزام يهدف إلى موازنة الأفعال التي نقوم بها للمقاومة والتحكم في المعاناة.

وعلى العكس ما يتصور البعض، فإن المعالج النفسي المنطلق من المدخل المعرفي السلوكي الآن يتم تدريبه، بالإضافة إلى مشتملات العلاج المعرفي السلوكي بتقنياته وفتياته المتعارف عليها على العلاج القائم على التقبل والالتزام، والعلاج الجدلي السلوكي، العلاج المركز على الشفقة، والعلاج الموجه لتنمية اليقظة الذهنية، الأمر الذي يوفر ما يقربه من المنحى الإنتقائي في علاج المشكلات النفسية بتنوعاتها المختلفة بدءاً من اضطراب القلق المعمم، وعصاب الوسواس والأفعال القهرية، واضطراب الهلع، والقلق الاجتماعي، والقلق على الصحة، والصدمات واضطرابات الأكل ومشكلات النوم والإكتئاب.

وحسب هايز وآخرون يعد العلاج بالتقبل والالتزام أحد نماذج مدخل العلاجي السلوكي المعرفي الحديث، والذي يستخدم التقبل والالتزام بنجاح على عدد المشكلات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية، وتظهر التحليلات البعدية الحديثة للتجارب الإكلينيكية أن العلاج بالتقبل والالتزام مفيد في العديد من الاضطرابات، وثبت أن حجم التأثير يفوق حجم تأثير العلاج السلوكي المعرفي التقليدي.

إن العلاج القائم على التقبل والالتزام نمط من العلاجات النفسية، يمكن الشخص من تقبل المتاعب والمصاعب التي تأتي بها الحياة، دون إدارة الظهر لها أو إنكارها أو تجاهلها أو محاولة كبتها وعلى الرغم من أن أسس العلاج النفسي القائم على التقبل والالتزام معروفة من فترة زمنية طويلة، إلا أنها لم تقدم كصيغة علاجية بعد أن أثير حولها إهتمام إعلامي واسع النطاق. (بوسعيد، 2020:ص 51-56)

وما يمكن التنويه إليه، أن العلاج القائم على التقبل والالتزام يصنف بصورة عامة تحت العلاج المرتكز على اليقظة الذهنية. كمحدد لتنمية الهناء وطيب الحياة عبر التغلب على الأفكار والمشاعر السلبية. ويركز العلاج القائم على التقبل والالتزام على وصف وتحليل سمات وسلوكيات المسترشد لمساعدته في تقليل أساليب المواجهة أو التوافق القائمة على

التجنب كما يستهدف الإلتزام الذاتي والإداري للتغيير، وما يمكن أن يقوم الشخص لتحقيق أهدافه المتسقة مع قيمه.

مما سبق ذكره نلمس ذلك التطور في العلاج بالتقبل والالتزام الذي كانت منطلقاته النظرية من النظرية المعرفية السلوكية حيث إرتكزت النتائج التي إستندت عليها على العديد من التجارب المطبقة من طرف الباحثين وأثبتت فاعليتها في العديد من الإضطرابات النفسية، ليصل العلاج بال(ACT) إلى ما هو عليه الآن. (بوسعيد، 2020: ص 51-56)

(3) العلاج بالتقبل والالتزام (من النظري إلى التطبيق):

يعتبر العلاج بالتقبل والالتزام من العلاجات المحدودة بالوقت، والذي يتطلب المشاركة النشطة للعميل حيث أن هذا الأخير لا بد ان يعلم ويوافق على السيرورة النشطة لإجراءات العلاج. فعلى سبيل المثل يجب أن يشارك العميل في العديد من التمارين، مثل تمارين الوعي الكامل والمراقبة الذاتية والكتابة أثناء تواجده في العيادة وفي منزله، وبالتالي لا بد من أخذ موافقة لفظية أو خطية منه بهذا الخصوص.

كما يجدر الإشارة إلى أنه لا يوجد بروتوكول ثابت وبترتيب معين لكل مرض، وعليه فإن للمعالج الحرية التامة في إختيار تسلسل التمارين، وذلك حسب نقاط القوة والضعف عند العميل. فأهم شيء لا بد أن يتميز به المعالج هو الإبتحاح والمرونة في التعامل مع الحالات النفسية، فيكون نموذجاً لعميله. لأن الهدف الأساسي من العلاج هو رفع المرونة النفسية، فمن غير المنطقي وضع إطار صارم لتسلسل العلاج للحصول على المرونة النفسية.

البياس الإبداعية: عادة ماتكون هذه أول مرحلة للعلاج، حيث في البداية يبدأ العميل في عرض مشكلته: الأفكار، الصور، الذكريات أو الإحاسيس الجسدية المزعجة والتي دفعته للبحث عن المساعدة، ويقوم المعالج بسؤال العميل عن كل المحاولات التي قام بها للتخلص من مشكلته أو مواجهتها. وهنا يشير المعالج على فكرة مفادها وجود العميل بالجلسة العلاجية هو دليل قاطع على أن الحلول التي قام بها ليست فعالة على المدى البعيد، وإلا ماكان بصدد البحث عن حلول جديدة. وفي هذه المرحلة يحاول المعالج أن يوضح للعميل

أن كل السلوكيات التي قام بها كانت من مبدأ التحكم فيما يشعر أو يفكر، وأن محاولة التحكم في حد ذاتها هي المشكلة وليست الحل.

التحكم هو المشكلة: إن هذه المرحلة ترتبط بشكل مباشر بالمرحلة السابقة، فالتمارين التجريبية والإستعارات تؤدي بالعمل بشكل تدريجي إلى الوعي بأن مايشعر به من ضغط نفسي، وصراع لا يرجع فقط لخبراته الداخلية السلبية من أفكار ومشاعر وأحاسيس جسدية، بل إن محاولة التخلص منها هي الأخرى تجعل الأمر أكثر تعقيدا. إن زيادة وعي العميل بأن محاولة التحكم والسيطرة فيما يشعر به تمنعه من القيام بما هو مهم بالنسبة له، تكون مقدمة لمرحلة جديدة من العلاج.

يرى راس هريس (Russ Harris) أنه من الأفضل إستبدال مصطلح التحكم بمصطلح الصراع بهدف تجنب بعض الملاحظات، وهدفنا هو تقوية الأشخاص، ولا بد لنا من مساعدتهم على التركيز على الأمور التي باستطاعتهم السيطرة عليها، ولذلك نحاول في العلاج بالتقبل والالتزام أن نساعد العملاء على:

تحديد الأمور التي يمكنهم التحكم فيها والأمور الخارجة عن سيطرتهم.

التخلي عن التحكم في الأمور التي لا يمكن التحكم فيها.

ممارسة التحكم بشكل نشط على ما يمكننا التحكم فيه.

وفيما يلي جدول يشرح ما سبق ذكره:

الجدول رقم 01 يمثل ما يمكن وما لا يمكن التحكم فيه

| | |
|---|---------------------------------------|
| أستطيع التحكم فيه (يحتمل). | خارج عن تحكمي. |
| الكيفية التي أستجيب بها لإنفعالاتي ومشاعري. | الغالبية العظمى من إنفعالاتي ومشاعري. |
| الكيفية التي أستجيب بها لأفكاري. | الغالبية العظمى من أفكاري. |
| الكيفية التي أستجيب بها لأحاسيسي. | الغالبية العظمى من أحاسيسي. |

| | |
|---|---|
| ذكرياتي. | الكيفية التي أستجيب بها لذكرياتي. |
| تحقيق ما أريده أو عدم تحقيقه. | ماذا يمكن أن أقول أو أفعل لأرفع من إحتمالية تحقيق ما أريد تحقيقه. |
| أن أشعر بالإرتياح لما أنا بصدد القيام به. | كم أركز وأندمج مع ما أقوم به. |
| ماذا يفعل أو يقول الآخرون. | ماذا أفعل أو أقول لأؤثر على الآخرين. |
| كيف يحكم على الآخرين أو ينظرون إلي. | أن أتصرف كالشخص الذي أريد أن أكون أو عكسه. |
| ماذا سيحدث في المستقبل. | ماذا أقول أو أفعل للتأثير على المستقبل. |
| ماذا حدث في الماضي. | كيف أستجيب للأفكار المتعلقة بالماضي. |
| الفقد المؤلم. | كيفية التعامل مع ذاتي بتعاطف في مواجهة الفقد. |
| أن أحصل أولاً على ما أريده في الحياة. | القيم التي أعيش بها أتصرف من خلالها سواء حصلت على ما أريده في الحياة أو لم أحصل عليه. |
| صعوبات الحياة المختلفة مثل: (مشاكل العمل، الأمراض، الإصابات، معاناة شخص، عزيز ومقرب، الكوارث الطبيعية، الأزمات الاقتصادية، الإحتباس الحراري...). | القيم التي نعيش بها ونسلك من خلالها في مواجهة مختلف صعوبات الحياة، ودرجة تعاطفي مع ذاتي أثناء حدوثها. |

من خلال الجدول أعلاه، نشير إلى أن مصطلح (يحتمل) في الجزء العلوي الأيسر للجدول، يقصد به أنه يحتمل أن تتحكم في هذه الأمور إذا لم تكن في حالة إندماج معرفي كلي، مما ينتج عنه سلوكيات هروبية تجنبية، وبناءا عليه كلما إرتفعت المرونة النفسية وزادت درجة الوعي بالصراع النفسي، إرتفعت القدرة على التحكم في العناصر المذكورة في الجزء الأيسر من الجدول.

الإستعداد لإستقبال المعاناة الشخصية: في هذه المرحلة يمكن للعميل أن يتخذ وضعية إنفتاحوتقبل للخبرات السلبية، بدلا من الإستثمار في التحكم والسيطرة أو بالأحرى في الصراع النفسي.

الوعي التام: كان ينصح سابقا برفع الوعي التام لدى العميل بالإستعانة بتمارين مكثفة ولفترات طويلة، إلا أن الدراسات في مجال العلاج بالتقبل والالتزام أثبتت فعالية التمارين القصيرة والتي تلعب دورا فعالا في رفع الوعي لدى العميل، كالملاحظة والوعي بمبدأ هنا والآن، وكذا تمارين الأنا الملاحظ والأنا كسياق، بالإضافة إلى فك الإندماج من خلال إستخدام الأستعارات، والتدرب على الإنفتاح وفسح المجال للخبرات الداخلية وتقبلها. والوعي التام هو حالة عقلية خاصة تجمع بين الإدراك والإنفتاح، وينطوي على ثلاث مهارات أساسية:

المهارة الأولى: "إبطال الفعالية": عندما تتعلم إبطال فاعلية الأفكار الأليمة وغير السارة، والمعتقدات المقيدة للذات، والإنقاد الذاتي، فسوف يقل تأثير هذه الأمور عليك.

المهارة الثانية: "التوسع": ويقصد به تخصيص مساحة للأفكار والمشاعر الأليمة، والسماح لها بالسريان بداخلك بدون الإنجراف معها.

المهارة الثالثة: "الإتصال": وهذا يعني العيش التام في الحاضر بدلا من الركون إلى الماضي أو القلق من المستقبل. إن كل من إبطال الفعالية والتوسع و الإتصال تعرف معا بالوعي التام.

المماثلة والإستعارات: تساعد المماثلة والإستعارات على نقل وظيفة مثير إلى مثير آخر، أو من شبكة معقدة إلى شبكة أخرى، وذلك من خلال تحديد العلاقات بين الوضعيتين. حيث تكشف هذه الأدوات عن إشراك اللغة والإندماج المعرفي، وتساعد على التعلم من خلال التجريب بدل التعلم من خلال التلقين. ولا يجب التردد في كثرة إستخدام المماثلات والإستعارات، بهدف مساعدة العميل على الوعي بما يحصل معه، وعن وضعيته الحالية وكذا الطرق التي يمكن أن يتبعها.

التمارين في البيت: إن القيام بالتمارين بالبيت أمر في غاية الأهمية، فهو يساعد العميل على إستيعاب ما تم تدريبه خلال الجلسة العلاجية، ويمكن أن تتمثل في تمارين لمراقبة الأفكار، تمارين لرفع الوعي الكامل، تمارين لتوضيح القيم والاندماج في سلوكيات في إتجاه القيم. وإذا رفض العميل القيام بالتمارين في البيت فيمكن إستخدام هذه الوضعية من خلال دمجها في القيم وسؤاله ما إن كان سلوكه يقربه مما هو مهم أم يبعده عنه.(بوقفة، 2020:ص 52).

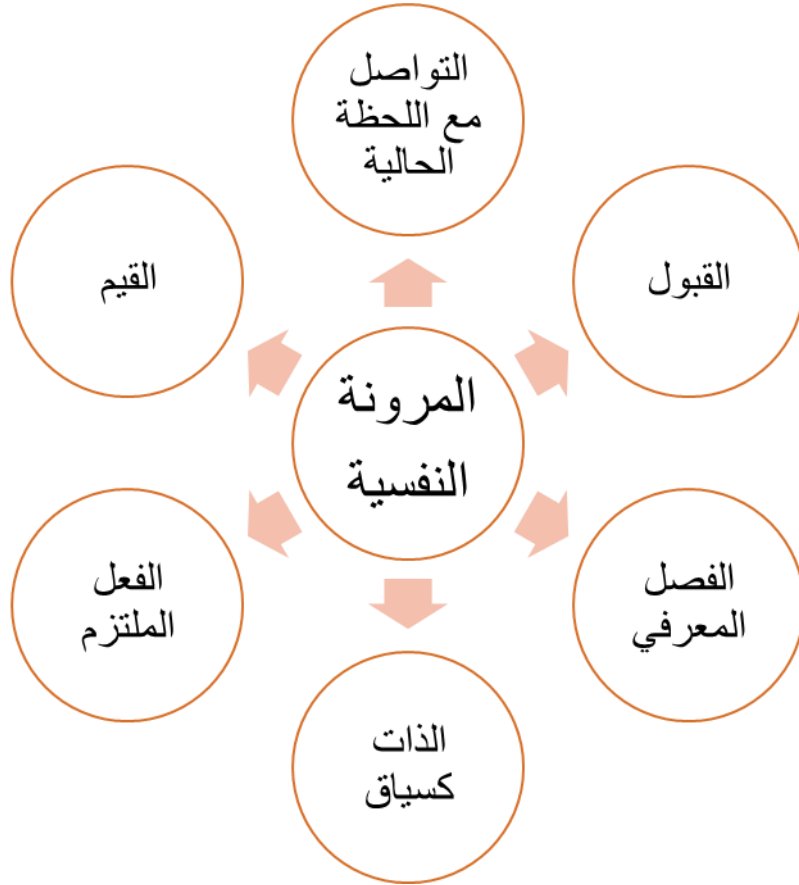
المبادئ الأساسية الستة للعلاج بالتقبل والالتزام:

ذكرت دراسة حامد، وآخرون (2013) أن العلاج بالقبول والالتزام يهدف إلى زيادة المرونة النفسية، وتحسين قدرة الفرد على التواصل مع اللحظة الراهنة بشكل كامل وواع. ويتم تحقيق المرونة النفسية بإستخدام ست عمليات أساسية، وهذه الفنيات أو العمليات هي:

- **القبول Acceptance:** يعتبر القبول بديلا لتجنب الخبرات، ويتضمن التقبل النشط والواعي للأحداث الخاصة بحياة الفرد والتي قد ترتبط بماضيه، دون محاولات لتغييرها، أي أن القبول ليس هو الغاية وإنما وسيلة لتحفيز الأفعال المرتبطة بقيم الفرد. كما يعني القبول أن يحدد الفرد الأشياء الخارجة عن سيطرته والتي لا يستطيع تغييرها، ويتقبلها كما هي، لأن محاولات تغيير ما هو خارج عن السيطرة سيتسبب في إحباط الفرد من فشله، وتتكون إنفعالات سلبية تؤثر على حياته بشكل عام.
- **الفصل المعرفي Cognitive Defusion:** وتهدف هذه الفنية إلى تغيير وظائف الأفكار الخاصة بحدث ما، بدلا من تغيير ذلك الحدث، أو عدد مرات حدوثه أو الحساسية الموقفية لهذا الحدث. ويمكن تكرار الكلمة حتى تفقد محتواها الإنفعالي، أو يتم التعامل معها وكأنك ملاحظ خارجي أو أنها لا تعنيك. وينتج عن الفصل المعرفي تقليل المصادقية لفكرة ما، أو التعلق بها.

- **عيش الحاضر Being Present:** وتهدف هذه الفنية إلى أن يعيش الفرد الحاضر دون إطلاق الأحكام، وأن تكون السلوكيات أكثر مرونة، والأفعال متسقة مع الأقوال والقيم التي يتبناها الفرد.
- **الذات كسياق Self as Context:** إن استخدام أشكال من التعبير مثل (أنا- أنت)، (الآن- آنذاك)، (هنا- هناك)، وغيرها هو الذي يؤدي لتفسيرات مختلفة لنفس الموقف. وقد نشأت عن هذه الفكرة مفاهيم عديدة مثل: التعاطف، نظرية العقل، والإحساس بالذات.
- **القيم Values:** وهي صفات مختارة لأفعال هادفة، لا يمكن الحصول عليها كشيء، ولكن يمكن تفعيلها لحظة بلحظة. أي يبني الفرد إختياراته على قيمه هو وليس قيم الآخرين، وذلك حتى يلتزم بتحقيقها.
- **الالتزام Commitment:** ويشجع على تنمية أنماط السلوكيات الفعالة المرتبطة بالقيم المختارة للفرد، ويستخدم فنيات مثل (العلاج بالتعرض، إكتساب المهارة، طرق التشكيل، وضع الأهداف، والواجب المنزلي الخاص بأهداف طويلة ومتوسطة وقصيرة المدى).

ويمكن توضيح هذه الفنيات من خلال الشكل التالي:



الشكل رقم 01: مخطط يوضح العمليات الستة للعلاج بالتقبل والالتزام.

4) أهداف العلاج بالتقبل والالتزام:

يهدف كل علاج نفسي إلى التغيير بينما يبحث العلاج بالتقبل والالتزام عن زيادة تقبل الأحداث الخاصة (الأفكار، الصور، الإحساسات الجسدية) غير المرغوبة والتي يؤدي تجنبها إلى التخلي عن الأفعال التي نتج عنها القيام بالالتزام هو إختيار حالي لقدرة أو عادة مستقبلية والتي يمكن أن تتسبب بعدم الراحة على المدى القصير لكنها تساهم في التوجه الذي يرغب أن يعطيه الفرد لحياته. فالعلاج لا يهدف إلى تغيير محتوى الأحداث الخاصة لكنه يهدف إلى تعديل السياق لاسيما في السياق الحرفي حيث أن الأصوات التي تشكل الكلمة أو الجملة تكتسب الوظائف الإدراكية للحقائق التي تشير إليها، وفي حالة نجاح هذه الحركة فهي تسمح بتقبل الأحداث الخاصة غير المرغوبة بشكل أسهل وبالتالي فالتجنب لم يعد الحل الوحيد والالتزام بالأفعال في خدمة القيم المختارة يصبح ممكنا. وبالتالي فالعلاج بالتقبل والالتزام يهدف إلى تعديل علاقة الفرد مع خبرته الداخلية: أفكار، عواطف، ذكريات

أو أحاسيس. عندما تتميز هذه العلاقة بالصراع غير الفعال من أجل تغيير الشكل، التكرار أو الشدة، بدلا من إقترح إستراتيجيات جديدة للتحكم في هذه الخبرة، فالعلاج بالتقبل والالتزام يعمل على زيادة الانفصال عن محتوى الخبرة، وهذه المسافة تسمح بالتقبل الأفضل تماشيا مع قيمة الشخصية، فالهدف من العلاج بالتقبل و الالتزام مساعدة الفرد على العمل بإنسجام مع قيمه حتى بوجود الخبرات الداخلية غير المريحة أو المؤلمة وهذا ما يسميه العلاج بالتقبل والالتزام ب "المرونة النفسية". وتعرف المرونة النفسية على أنها " القدرة على الحضور في وعي تام والانفتاح على الخبرة الذاتية وعلى المحيط والالتزام بالأفعال في إتجاه القيم.

فالهدف من هذا العلاج إذن هو الخروج من حالة الإنسداد بقبول الإنفعالات بدلا من الهروب منها أو تجنبها ومن جهة أخرى تحديد القيم التي تسمح بحياة مرضية أكثر. وبالتالي إضعاف هيمنة السلوك اللفظي بدلا من الإسترشاد الأعمى بمحتوى الأفكار لإدراك العالم. (خمار، نابتي، 2019: ص 63-64).

تفسير نشأة الإضطرابات النفسية من وجهة نظر العلاج بالقبول والالتزام:

يمكن القول أن هناك العديد من الأسباب التي قد تؤدي لحدوث المشكلات النفسية وفقا لرؤية العلاج بالقبول والالتزام منها:

1. رفض العملاء الإفصاح عن أعراض القلق الطبيعي، أو الخبرات الخاصة التي أدت لحدوث القلق الطبيعي.
2. إعتبار العملاء أن الأحداث المرتبطة بالقلق الطبيعي مصدرا لتهديد الصحة يجب إزالته أو التحكم فيه.
3. قد تزداد حدة القلق إلى مستويات غير مقبولة نتيجة محاولة العميل التحكم في الأحداث المرتبطة بالقلق.
4. تكرار إستخدام التجنب والهروب الإنفعالي للحصول على راحة قصيرة المدى من القلق، قد يؤدي إلى ضيق نفسي وسلوكي شديد وفقدان جودة الحياة.

في حين قدم (Hayes et al, 2006 , 5) نموذجا لتفسير نشأة الإضطرابات النفسية من وجهة نظر العلاج بالقبول والالتزام، حيث يرون أن عدم المرونة النفسية تنتج عن سيطرة المخاوف الماضية والمستقبلية وضعف المعرفة الذاتية، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث التجنب المعرفي والدمج المعرفي، مما يترتب عليه فقدان الشعور باللحظة الحالية والتعلق بالذات، ونقص القيم، مما ينتج عنه عدم القيام بالفعل والإندفاعية والتجنب.

ويضيف أن عملية التجنب الخبراتي هي: الهروب أو تجنب الأحداث الخاصة، حتى عندما تكون محاولة القيام بذلك تسبب ضرر نفسي. ويمكن أن يفعل الفرد ذلك بسهولة عن طريق تجنب المواقف التي حدثت في الماضي، كما يرى أن عملية التجنب الخبراتي هي: "الميل إلى محاولة تغيير شكل أو تكرار أو الحساسية المفرطة للتجربة السلبية الخاصة بكل من (العواطف، الأفكار، الذكريات، الأحاسيس، المشجعات، والصور وما إلى ذلك)، حتى عندما تتسبب محاولات القيام بذلك في ضرر نفسي وسلوكي". (قرني، 2019:ص243-245).

خلاصة:

لقد حققت العلاجات المعرفية السلوكية نجاحا كبيرا على مستوى الفعالية العلاجية، وهذا ما جعله محور إهتمام الأخصائيين النفسيين وفي موجته الثالثة إنبثق عنه العلاج بالتقبل والالتزام الذي أثبت فعاليته في الإضطرابات الإنفعالية خاصة القلق والإكتئاب، ويختلف عن العلاج المعرفي السلوكي بتقبل الخبرة النفسية المؤلمة ثم الإنفصال عنها وهذا ما يحقق المرونة النفسية.

الفصل الثاني: القلق

تمهيد

- 1) تعريف القلق
- 2) أسباب القلق
- 3) أعراض القلق
- 4) أنواع القلق
- 5) النظريات المفسرة للقلق
- 6) تشخيص القلق
- 7) علاج القلق

خلاصة

تمهيد:

يتعرض الإنسان خلال مراحل حياته لأحداث ومشاكل ضاغطة تؤدي تؤدي به إلى ظهور أمراض وإضطرابات نفسية من أهمها القلق، وهو الإضطراب الذي يحتل الصدارة في قائمة البحوث الاكلينيكية و النفسية نظرا لأهمية تأثيره على الوظائف الجسمية والسيكولوجية.

فالقلق هو حالة نفسية إنفعالية مصحوبة بتغيرات فيزيولوجية مختلفة تعددت أسبابها وطرق علاجها، وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل.

1. تعريف القلق:

لغة: ورد في لسان العرب لابن منظور معنى القلق هو الإنزعاج، وأيضا أنه ما لا يستقر في مكان واحد وهو لا يستمر على حالة واحدة.

ويعرف القلق بأنه: عدم الإستقرار العام نتيجة للضغط النفسي الذي يقع على عاتق الفرد، مما يسبب إضطرابا في سلوكه ويصاحبه مجموعة من الأعراض النفسية والجسمية.

يعرف احمد عكاشة القلق على انه: شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة، ضيق في التنفس، الشعور بنضبات القلب أو الصداع.

أما فرويد FREUD : فيرى أن القلق هو نوع من الإنفعال المؤلم يكتسبه الفرد و يكونه خلال المواقف التي يصادفها، فهو يختلف عن بقية الإنفعالات غير السارة) كالشعور بالإحباط، أو الغضب، أو غيره) لما يسببه من تغيرات جسمية داخلية يحس بها الفرد، وأخرى خارجية تظهر على ملامحه بوضوح.

كما يمكن تعريفه: بأنه الشعور بالضيق والإضطراب وعدم الإستقرار النفسي يصحبه شعور مبهم بالخوف من شيء غير محدد أو من توقع حدوث شيء ما، وهو يتفاوت في الشدة من مجرد شعور بالإضطراب إلى شعور مرعب يعجز الإنسان معه عن أداء أي شيء.

2. أسباب القلق:

أولاً: الإستعداد الوراثي:

تؤكد الأبحاث الحديثة على تأثير العامل الوراثي على ظهور أمراض القلق، فلقد أثبتت دراسات التوائم عن مشابهة الجهاز العصبي اللاإرادي، إستجابته للمنبهات الخارجية والداخلية، كذلك أوضحت دراسة العائلات أن (15%) من آباء وأخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض وقد لاحظ العالم النفساني شيلدز (1966) وسيلتر (1962) أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة تصل إلى 50% وأن 65% يعانون من سمات القلق، وقد اختلفت النسب في التوائم غير المتشابهة فوصلت إلى 4% فقط، وقد يكون ذلك مؤشراً إلى أن الوراثة تلعب دوراً مهماً في الإستعداد للإصابة بمرض القلق العادي.

ثانياً: العوامل البيولوجية:

تشير الدراسات إلى حوالي أن حوالي (25%) من حالات القلق يمكن أن تكون ناجمة عن أسباب جسدية كسرطانات الدماغ والخلل في إفرازات الغدة الدرقية والغدد الأخرى، حيث يمكن لمرضى فرط التدرق Hyperthyroidisme أن يشكو من تعكر مزاجه ومن العصبية والتعرق وتسرع القلب والتعب، مثلما هو الحال عند المريض بإضطراب القلق. وقد قام (kalan .h & sadoch , B , 1996) بحصر العوامل البيولوجية المسببة للقلق، وهي:

1. زيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي لاسيما الشق السمبثاوي.
2. زيادة إطلاق مواد الكاتيكول أمين Catécholamines في الدم.
3. ارتفاع نسبة نواتج أيض النورأدرينالين.
4. انخفاض الفترة الفاصلة بين بدء النوم وظهور حركة العينين السريعة أثناء النوم " نوم الأحلام" وإنخفاض مدة النوم الرابعة (النوم العميق) كما في الإكتئاب.
5. انخفاض تركيز حامض (جاما بيوتيريك) مما يؤدي إلى زيادة نشاط الجهاز العصبي المركزي.
6. إزدیاد ناقل السيروتونين العصبي بسبب القلق.

7. ظهور بؤرة نشطة في الفص الصدغي.

8. إزدياد نشاط البقعة الزرقاء الموجودة في النخاع المستطيل (حركة العصبونات النورادرينالية).

ثالثا: السمات الشخصية:

يشير الأنصاري إلى وجود فروق فردية ثابتة نسبيا في الإستهداف للقلق أي فروق بين الناس في الميل إلى إدراك المواقف العصبية على أنها خطيرة أو مهددة، فبعض الأشخاص يكونون أكثر إنفعالا وحساسية تجاه المواقف المختلفة بصورة تفوق غيرهم، فقد تتم إستثارتهم الإنفعالية، والفيسيولوجية بشكل أسرع، فيحتاجون وقتا أطول حتى يهدءوا، كما أن هناك بعض الأشخاص الذين إكتسبوا في طفولتهم من آبائهم المبالغة في الشعور بالقلق والتوتر، وبعض الأشخاص يتسم بأبعاد شخصية يكتسبون بها بصيرة في مواجهة مشكلاتهم بسهولة، وإحداث تغيرات ذات دلالة في علاقاتهم، مما من شدة قلقهم.

رابعا: عامل السن:

الحقيقة أن نتائج البحوث التي درست العلاقة بين العمر والقلق بينت أن العمر وحده ليس عاملا حاسما في القلق... لكن تغيرات العمر والأزمات التي تزداد في مراحل عمرية معينة دون المراحل الأخرى هي التي تلعب المسؤولية الأولى في نوعية هذه العلاقة و إتجاهها.

فيزيد المرض مع عدم نضوج الجهاز العصبي في الطفولة، وكذلك مع ضموره في المسنين، فيظهر القلق في الأطفال بطباع تختلف عن الناضجين. فيكون في هيئة خوف من الظلام، والعزباء والحيوانات والأطفال الكبار، أو الخوف من أن يكون الطفل وحيدا بالمنزل، أو يظهر في هيئة أحلام مزعجة، أو فزع ليلي، أما في المراهقة فيأخذ القلق مظهرا آخر من الشعور بعدم الاستقرار، والحرص وتصرفاته ومحاسبة نفسه والناس على كل شيء.

خامسا: قدر الضغط العصبي الذي نتعرض له:

قد يتعرض الفرد لمشكلة واحدة كبيرة أو مجموعة من المشكلات الصغيرة التي قد توقعه تحت قدر كبير من الضغط العصبي، هذا ويمكن قياس الضغط العصبي إلى حد ما من خلال قدرة التغيير الذي طرأ على حياتك مؤخرا، فالتعب البدني والإرهاق وتعرضك للعديد من التغييرات والأزمات يجعلك أكثر عرضه للإصابة بالقلق.

كما أن المخاوف الشديد في الطفولة المبكرة، والشعور بالعجز والنقص، وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة، وأحيانا قد يؤدي فشل الكبت إلى القلق، وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي، الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة، والصراع بين الدوافع و الإتجاهات، والإحباط والفشل إقتصاديا أو زواجيا أو مهنيا، والحلول الخاطئة وكثرة المحرمات الثقافية. (جبر، 2012: ص 31-33)

3. أعراض القلق:

يمكن تصنيف أعراض القلق بإختصار حسب ' دافيد شاهين' كالاتي:

الأعراض البدنية:

- سرعة في ضربات القلب.
- نوبات من الإغماء.
- تتميل اليدين أو الذراعين أو القدمين.
- اضطراب المعدة.
- الشعور بألم في الصدر.
- فقد السيطرة على الذات.
- نوبات العرق.
- سرعة النبض أثناء الراحة.
- الأحلام المزعجة.
- التوتر العالي.

الأعراض النفسية:

- نوبة من الهلع التلقائي.
 - الإكتئاب وضعف الأعصاب.
 - الإنفعال العالي.
 - عدم القدرة على الإدراك والتمييز.
 - إختلاط التفكير وزيادة الميل إلى العدوان.
- (بغيجة، 2006:ص 151-152)

4. أنواع القلق

1. قلق عادي أو موضوعي:

وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف، وهو قلق واقعي.... خارجي المصدر وموجود بالفعل ويحدث لدى الأسوياء والعاديين مثلا في مواقف الإنتظار عملية جراحية.

2. قلق مرضي عصابي:

وهذا النوع الذي نقصده كمرض نفسي حيث أنه داخلي المصدر لا يمكن تجنبه أو تجنب مصدره، فأسبابه لا شعورية، دوافعه مكبوتة غير معروفة وهو نتاج الصراع القائم بين الدوافع المكبوتة في (الهو) وبين قوى الكبت في (الأنا). (عماري، 2013: ص 11)

5. النظريات المفسرة للقلق :

1.5. التحليل النفسي:

كان فرويد من أكثر علماء النفس إستخداما لمصطلح القلق، بل إن إذاعة هذا المصطلح وشيوعه يعود في جزء كبير منه إليه، وينظر فرويد إلى القلق بإعتباره إشارة إنذار بخطر قادم يمكن أن يهدد الشخصية ويكدر صفوها، فمشاعر القلق عندما يشعر بها الفرد تعني أن دوافع اللهو والأفكار غير المقبولة والتي عملت الأنا بالتعاون مع الأنا الأعلى على كبتها، وهي دوافع وأفكار لا تستسلم للكبت، بل تجاهد لتظهر مرة أخرى في مجال الشعور، تقترب من منطقة الشعور والوعي وتوشك أن تتجح في إختراق الدفاعات، وعلى هذا تقوم مشاعر القلق بوظيفة

الإندار للقوى المكدره، والمتمثلة في الأنا والأنا الأعلى لتحشد مزيدا من القوى الدفاعية لتحول دون المكبوتات والنجاح في الإفلات من أسر اللاشعور، وعلى أية حال فإن المكبوتات إذا كانت قوية فإن لهذه القوة أثرها السلبي على الصحة النفسية، لأنها إما أن تتجح في إختراق الدفاعات والتعبير عن نفسها في سلوك لا سوي أو عصابي، أو تنتهك دفاعات الأنا بحيث يظل الفرد مهياً للقلق المزمّن المرهق والذي هو صورة من صور العصابي أيضا.

2.5. المدرسة السلوكية:

يركز السلوكيون على عملية التعلم، ويؤكدون أن الإنسان يتعلم القلق والسلوك المرضي، كما يتعلم السلوك السوي، يرى (سكينر) أن القلق والإضطرابات النفسية عموما ترجع إلى تعزيز ميكانيزمات الإشرط الإجرائي.

أما السلوكيون الجدد أمثال (دولار وميلر) فيعتبران القلق دافع مكتسب أو قابل للإكتساب، وهو ينتج عن توقع الألم، ويحدث نتيجة الصراع بكافة أشكاله. (الكتاب)

وقد إستطاع (جون واطسن) زعيم المدرسة السلوكية أن يخلق خوفا لدى الطفل "البرت" الذي كان يبلغ من العمر أحد عشر شهرا وكان قد تعود اللعب مع أحد حيوانات التجارب ثم شرط واطسن رؤية الطفل هذا الحيوان بمثير مخيف في أصله وهو سماع صوت عالي ومفاجئ... وبعد حدوث الإشرط أصبح الطفل يخاف من الحيوان الذي كان يسر لرؤيته من قبل.

ويعتبر الحيوان في هذه التجربة بمثابة الموضوعات المثيرة للقلق عند الراشدين مع أنها كانت موضوعات محايدة في أصلها، ولكنها إرتبطت بموضوعات مثيرة للخوف مع تعرض رابطة الإشرط في النسيان.

3.5. القلق لدى المعرفيين:

يشير كلارك وآخرون إلى أن خبرات الطفولة المؤلمة تجعل الطفل يكون صيغة سلبية إجمالية عن الذات Negative-Self تظهر في تركيز الطفل إنتقائيا وتخيله وترديده للأفكار التي تتضمن توقعا للمخاطر والتهديد، مما يجعله يحرف كل الخبرات التي يمر بها في إتجاه التوقع المستمر للخطر، فيصبح الخوف من كأمن الموقف، أو خطرا قادما من المستقبل، وهذا

التوقع المستمر للخطر يتدخل في تقييم الفرد للمواقف المثيرة للقلق تقييما موضوعيا فهو يبالغ في تقدير الخطر الكامن في الموقف، ويقلل من قدرته على مواجهة هذا الخطر، مما يجعله في حالة قلق مستمر، وهذا جعل بيك يعتقد أن توقع الكوارث وتوجس الفرد هو مؤشر هام ذو دلالة للتنبؤ بالقلق، أما موقف "كلي" من القلق فينظر إليه على أنه محفز أو منبه ولكنه محفز لإعادة تنظيم البنى المعرفية، ويركز على جانب واحد فقط الجانب الإدراكي وتهمل الجوانب الأخرى، أما ماندر يؤكد على حالة العجز التي تحصل عند الفرد وسببها الضغوط المعرفية المتأتية من ضعف القدرة على التوقعات أو بسبب الأشكال في المفاهيم المتشابهة وتعارضها مع إمكانية الفرد. (مجدي، 2013: ص 50-54)

(6) تشخيص القلق

تتضمن عملية تشخيص حالة القلق خطوات عدة يمكن إجمالها فيما يلي:

-فحص طبي شامل: والغرض من هذا إستبعاد أي أمراض طبية أو مشاكل جسمية تسبب هذه الأعراض، إنه كثير إما يفترض المرضى أن المشكلة سايكوسوماتية أو نفسجسمية أو عصبية في الأصل ليكتفوا فيما بعد فقط أنها الأعراض الأولى لمرض طبي ثم أن كثير من الأمراض الشائعة الغريبة ومن أمثلتها التسمم الدرقي و أورام الغدد الدرقية فوق الكلوية والصرع وبعض الأمراض المعدية كمرض البروسيل والإضطرابات العصبية كالتصلب المنتشر قد تسبب أعراضا مثل أعراض القلق.

- التعرف على الأدوية التي يتعاطاها المريض وجرعاتها ومدتها.
- تطبيق بعض الإختبارات النفسية والشخصية على الحالة لمعرفة سمات الشخصية والميول والعادات والإتجاهات.
- الإحالة إلى المختص في المرض العضوي الذي تظهر أعراضه على المريض والتي تسبب شكواه وذلك للتأكد هل هي أعراض لمرض عضوي حقيقي أم هي أعراض القلق الجسمية.

• التفرق بين القلق كإضطراب نفسي وبين أي مرض نفسي آخر قد يتشابه معه في الأعراض وهذا هو ما يطلق عليه التشخيص الفارق، ولذلك يجب أن يستقي من المريض كل البيانات اللازمة وفحصها بدقة.

• ينبغي التفريق بين القلق العادي وبين القلق العصابي والشديد وبين القلق المزمن.
• يجب التفرقة بين نوبات القلق كإضطراب نفسي وبين الأعراض الطارئة التي قد تشبه أعراض القلق لكنها لا تتكرر كثيرا مثل ذلك الأعراض التي يعاني منها بعض الأشخاص عندما يفرون في تناول المنبهات والمنشطات. (بوزاك،رزوقة،2021: ص42-43)

7) علاج القلق:

1.7. العلاج الديني:

لقد بين القرآن الكريم السكون والطمأنينة يزيل القلق والهم والغم والحزن واليأس، وجاء ذلك في مواضيع متفرقة من كتاب الله تعالى ومن بين هذه العلاجات ما يلي:

- الإيمان بالله تعالى
- الإيمان بالقضاء والقدر
- التقوى والعمل الصالح
- التوكل على الله والثقة به
- الذكر وقراءة القرآن
- الصبر
- التفاؤل وعدم اليأس

2.7. العلاج النفسي:

إن أهم ما يتخذ تمهيدا للعلاج هو تقصي تاريخ المريض وفحصه فحصا شاملا، ويهدف العلاج النفسي

أكثر إلى تطوير شخصية المريض حتى يصير أكثر تكيفا مع نفسه ومع الآخرين وهو أهم أنواع العلاج في

هذا المرض والذي يعتمد على التفسير، الإيحاء، التوجيه، التشجيع، والإستماع إلى صراعات المريض ومحاولة حلها.

3.7. العلاج التحليلي:

يرى فرويد بأن للقلق أهمية كبيرة في فهم الأعراض المرضية النفسية، حيث يقول بأنه عملة متداولة تبتهل بها كل الحالات الإنفعالية التي خضعت للكبت وبالتالي يهدف العلاج الفرويدي إلى إخراج تلك المكبوتات من ساحة اللاشعور إلى الشعور لكي يعيه الفرد ويتعامل معه، ولجأ فرويد إلى طريقة النداعي بغية إعادة الذكريات الماضية إلى ساحة الشعور وبالتالي الوصول إلى الشفاء.

4.7. العلاج المعرفي السلوكي:

يتبنى الكثير من الباحثين والمعالجين هذه الطريقة، بحيث يفترض السلوكيون في القلق أن الإضطرابات الإنفعالية ماهي إلا ردود أفعال متعلمة يتغلب بها الشخص على مختلف المواقف العصبية، كم يفترضوا بأن السلوكيات الناجمة عن سوء التكيف ماهي إلا عبارة عن أساليب يتعلمها الفرد للتكيف مع التوتر الذي يعانیه وبالتالي توجد عدة تقنيات في العلاج السلوكي منها:

5.7. إزالة الحساسية:

تعد هذه التقنية عالية الفعالية في منع أو إزالة المخاوف والرهبان، أن مبدأ العلاجين الذي يعتمد عليه هذين الإجرائين هو: إبدال الإستجابة (رد الفعل) المتصارعة مع الإنفعال (القلق)، أي بمعنى إستبدال الإستجابة المتضمنة للإنفعال بإستجابة أخرى وهي: الإسترخاء

6.7. تقنية العلاج بالتعرض:

وهذا هو المبدأ الذي تستند عليه طريقة التعرض، إذ تفترض أن القلق يتدنى بدخول وبقائه في موقف القلق الاجتماعي حتى تزول رغبته في تجنب هذا الموقف.

8.7. نموذج الإقضاء:

إن مشاهدة سلوك مثالي لشخص ما (سواءا أكانت هذه المشاهد مباشرة أو مصورة على شريط فيديو...) هي أسلوب فعال في خفض المخاوف وتعليمهم مهارات جديدة.

9.7. المحو أو الإطفاء:

ويشتمل المحو على تقليل السلوك تدريجيا من خلال إيقاف التعزيز الذي كان يحافظ على إستمراريته في الماضي.

10.7. الإسترخاء:

كما يتضمن أيضا العلاج السلوكي تدريب المريض على عملية الإسترخاء في بضع جلسات، تبدأ بإدراكه لفكرة الشد في العضلة مقابل إرخائها، ويبدأ التدريب بعضلات الذراع حتى تشمل جميع المجموعات العضلية في الجسم، كما يتعلم المريض أن يتنفس تنفسا هادئا منتظما، أن تسترخي جميع أطرافه وكل عضلات جسمه ويعرف المعالج المريض بأن الإسترخاء يناقض القلق مباشرة، ويشجعه على تحقيق الإسترخاء لكل العضلات التي تكون في حالة إستخدام أو نشاط في جميع الأوقات (مع ضرورة التأكيد على الإسترخاء حينما يتعرض للقلق).

11.7. العلاج المعرفي السلوكي:

يرى إبراهيم الستار وآخرون أن العلاج المعرفي السلوكي هو أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك، والتحكم في الإضطرابات النفسية من خلال تعديل الأفكار اللاعقلانية التي تدور في ذهن المريض لنفسه وبيئته.

ويذكر كفاي علاء الدين: من بين الأساليب العلاجية المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي ما يلي:

12.7. إعادة البناء المعرفي:

ويقوم هذا المبدأ على فكرة أن الناس يضطربون لأنهم يقبلون أفكارا غير عقلانية وما أن يتبنى الفرد هذه الأفكار فإن الأسرة من الممكن أن تتبنى هذه الأفكار ويمكن للمعالج أن يقوم بإعادة بناءها من خلال:

- ✓ تغيير الطريقة التي يفكر بها الفرد أو الأسرة ويحاول أن يوضح للأعضاء أنما نقوله لأنفسنا يصبح مانعته ويتحكم في تصرفاتنا.
- ✓ فحص الأفكار الغير العقلانية التي يمكن أن تكون عند الفرد والأسرة.
- ✓ دحض الأفكار اللاعقلانية وإستبدالها بأفكار أكثر عقلانية.
- ✓ تشجيع الفرد أو الأسرة على إشعارهم بأن التمسك بالأفكار اللاعقلانية نتيجة مشاعرهم ويربط بين المظاهر السلوكية والإنفعالية.
- ✓ يحاول أن يتعرف الفرد أو الأسرة على التطبيقات السلوكية.

13.7. العلاج البيئي الاجتماعي:

ويعتمد على إبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي وعن المثيرات المسببة لآلامه إنفعالاته، وكثيرا ما ينصح بتغيير الوسط الاجتماعي والعائلي كما يمكن للمجتمع مساعدة المريض على تغلب المرض وإعادة تكيفه من جديد في حياته ومن خلال توفير جو مناسب كذلك يسوده الحب والمودة والتفاهم ويشعر فيه بالإرتياح ويحسسه بالأمان ويخفف من شدة الآلام التي يعانيتها. (شعبي،مراح،2019: ص74-79).

خلاصة:

من خلال ما تم التطرق إليه في هذا الفصل نستنتج أن القلق من الإضطرابات التي لها تأثير جسدي ونفسي على الفرد وهو يلازم الشخص في كل الظروف والمواقف لأنه سمة أساسية في معظم الإضطرابات والأمراض.

الفصل الثالث: المسنين

تمهيد

- 1) تعريف المسنين.
- 2) معايير المسنين.
- 3) المشكلات النفسية والاجتماعية للمسنين.
- 4) النظريات المفسرة للشيخوخة.
- 5) المساندة النفسية والاجتماعية للمسنين.

خلاصة

تمهيد

تعتبر مرحلة المسنين من المراحل التي يصاب فيها الإنسان بالعجز نتيجة لحدوث تغيرات فيزيولوجية وسيكولوجية تجعله يشعر بالنقص في أداء المهام اليومية.

(1) تعريف المسنين:

يعرف على أنهم: هم أولئك الفئة من الناس الذين يدخلون مرحلة من النمو والنضج ويطلق عليها العمر الثالث وهي مرحلة طبيعية من عمر الإنسان.

المسن: هي حالة يصبح فيها الإنحدار في القدرات و الوظيفة البدنية و العقلية للإنسان واضحاً وتعكس أثارها على العمليات التوافقية. (دحام، 2017:ص 243)

عرفه عسكر 2008: هم الأفراد الذين يقعون ضمن مرحلة زمنية من مراحل العمر المتتابعة، يصل إليها الإنسان بعد سن الخامسة والستين وهي عملية حيوية طبيعية تتأثر بنمط الحياة. (دحام، 2017: ص 242)

حامد محمد زهران: مجموعة من التغيرات الجسمية والنفسية تحدث بعد سن الرشد في الحلقة الأخيرة من الحياة، ومن المتغيرات "العضوية" الضعف العام في الصحة ونقص القوة العضلية وضعف الحواس، وضعف الطاقة الجسمية والجنسية بوجه عام، ومن المتغيرات النفسية ضعف الإنتباه والذاكرة وضيق الإهتمامات والمحافظة وشدة التأثر الانفعالي والحساسية النفسية. (لكحل، 2008:ص 40)

(2) معايير المسنين:

لقد اختلفت وتعددت الآراء حول الوقت الذي تبدأ فيه مرحلة المسنين، فأعراضها سواء كانت صحية أم عقلية أو نفسية قد تبدأ في مرحلة من مراحل العمر، مما شكل ذلك الإختلاف صعوبة في تحديد هذه المرحلة وتناولها تجريبياً، وبالتالي تنوعت المعايير المستخدمة لتحديد سن الشيخوخة، ولا يوجد إتفاق واحد من قبل جميع المهتمين حول معيار محدد، ولعل أهم المعايير التي تحدد سن المسنين هي:

1.2. العمر الزمني: يعد العمر الزمني، معياراً لتحديد عمر المسن الزمني، وقد إعتمدت الأمم المتحدة هذا المعيار الزمني لتمكين الدول من التحرك نحو التعامل مع قضايا كبار السن بإيجابية وواقعية، ونظام متقن تستطيع بموجبه وضع الإستراتيجيات و الخطط.

ومما لا شك فيه أن تحديد بداية مرحلة المسنين بسنة معينة قد يختلف من مجتمع لآخر. كما أن تحديد عمر التقاعد والإحالة على المعاش التقاعدي يتفاوت من فكرة مهنية إلى أخرى.

إن الإعتماد على العمر الزمني وحده في تحديد مفهوم المسن هو معيار غير دقيق، فهو معيار واحد وليس وحيد للحكم على تسمية الكبار في السن، ولكنه معيار صادق ونسبي. ففي القرن (20) كان من يبلغ الخمسين يعد مسناً، ولكن في بداية القرن (21) لا يعد مسناً إلا عند بلوغه سن الثمانين أو أكثر.

2.2. العمر الوظيفي: يسود حالياً إستخدام مفهوم "العمر الوظيفي" كمعيار لمستوى القدرات. إذ قد يكون أحدهم في الأربعين من عمره في حالة جسمية وصحية ماثلة لمن هو في الثلاثين، أو قد يتساوى معدل إنتاجيته في العمل بمن هو في العشرين من عمره. في هذه الحالة، نستطيع القول أن عمره الوظيفي يتراوح بين (30.25) سنة وليس (40) سنة.

3.2. العمر البيولوجي: يستخدم العمر البيولوجي أو الحيوي، في تحديد بداية مرحلة المسنين العضوية. وهو مقياس وصفي يقوم على أساس المعطيات البيولوجية لكل مراحل عمر الإنسان ويتحدد من خلال ظهور تلف أو مرض أو اضطراب ناجم عن الشيخوخة في الخلايا أو الأنسجة، أو بسبب قصور عمليات كيميائية وحيوية، مثل معدل عمليات الأيض الأساسية ومعدل نشاط الغدد الصماء وتغيير قوة دفع الدم، والتغيرات العصبية، وتغيير السعة الهوائية للرئتين.

يبدأ التقدم في العمر من الناحية البيولوجية عندما يصل الفرد إلى السن 25 حيث ذروة النضج الجسمي وبعدها يبدأ بالتراجع، وتبدأ تغييرات نمائية في الإتجاه نحو التناقص، إذ تبدأ الأجهزة العضوية في فقدان (1%) من قدراتها على الأداء كل سنة. فالإمكانات الحيوية

تتضاءل بصورة أكبر مما يحدث مع الإمكانيات النفسية والاجتماعية، وتبدأ في الإنحدار تدريجياً.

وعلى الرغم من هذا الإنحدار البيولوجي، إلا أن الأمراض الجسمية لا تظهر إرتفاعاً سريعاً في الإنتشار حتى سن السبعين، إلا أن جميع الأجهزة العضوية تحتوي على إمكانات احتياطية هائلة.

4.2. العمر النفسي: يتضمن العمر النفسي المهارات التكيفية، ومهارات حل المشكلات والذكاء التي تتعكس في سلوك الفرد في المواقف الحياتية المختلفة. ويعرف بأنه: "مقياس وصفي يقوم على مجموعة من الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد، وعواطفه وأفكاره، وقياس الإضطرابات النفسية والعقلية ويستخدم في تحديد الشيخوخة النفسية." ويصل النضج النفسي، ذروته في سن الخامسة والثلاثين، كما يقاس بالقدرة على التعلم والذكاء والأداء الإبداعي والمهارات. ويتراجع التقدم النفسي في السن بمعدلات أبطأ مقارنة بالتقدم البيولوجي في السن، لأن الأفراد يتعلمون ويكسبون قدرات إمكانات تعويضية.

5.2. العمر الإجتماعي: هو مدى قوة علاقة الفرد بالآخرين ومدى توافقه الاجتماعي، وقد عرفه "برين" من زاوية النشاطات التي يقوم بها الفرد بحسب القيم والمعايير الاجتماعية المتوقعة، وكذلك إستجابة لمطالب النمو المختلفة ويبلغ النضج الاجتماعي ذروته في سن الخامسة والخمسين، مقاساً بالدخل الشهري وعدد الأدوار الاجتماعية المهمة، والتقدم والترقيات في الوظائف. ويستطيع الأفراد بصورة عادية أن يحتفظوا بأدوار إجتماعية في سنهم السبعين والثمانين.

6.2. العمر المدرك: ويقصد به "العمر الذي يدركه الفرد عن ذاته" وهو في العادة أقل من العمر الزمني بعشرة إلى خمسة عشر عاماً، إذ أظهرت كثير من الدراسات أن ما يدركه الأفراد عن أعمارهم هو أكثر تأثيراً في سلوكهم عن أعمارهم الزمنية الفعلية. من الجهة الأخرى، لجأ بعضهم الآخر إلى تحديد مرحلة الشيخوخة من خلال مجموعة الصفات والتغيرات التي تبدو على الفرد الذي يقع ضمن هذه المرحلة. ولكن هذه الصفات لم يتفق عليها بشكل نهائي، بل

ترك أمر تحديد طبيعتها مرهونا بمجموعة من العوامل الاجتماعية والإقتصادية والصحية التي تميز بيئة الفرد.

وبعد تطرقنا إلى معايير مرحلة المسنين رأينا إختلاف في تفسير الأعمار فقد قسمت إلى عدة أنواع، فهناك من أرجعها للعمر الزمني الذي يعد معيار متعامل به، وأيضا العمر البيولوجي الذي يحدد فترة الشيخوخة من الجانب العضوي، وهناك من أرجعها إلى العمر الوظيفي خاصة في تقدير قدرات الفرد. (بركة، عرقة، 2022 - ص 49-51).

3) المشكلات النفسية والاجتماعية للمسنين:

أوردت تقارير منظمة اليونيسكو الإقليمي للتربية في الدول العربية لعام (1990) أن المشكلات التي يعاني منها الأفراد أثناء مرحلة الشيخوخة تكمن فيما يمكن إختصاره في الآتي:

- ✓ فقدان الإعتبار للذات، بفقدان المركز والدور الإنتاجي وما يرافقهما من شكوك حول قيمة المسن أو أهميته لأسرته ومجتمعه.
 - ✓ فقدان الإحساس بالأمن مع الإحساس بعدم القدرة على الوفاء بمستلزمات العيش.
 - ✓ صعوبة التكيف مع الإنتقال من وضع المنتج إلى وضع المتقاعد.
 - ✓ الإحساس بالعجز الصحي.
 - ✓ تدني المقدرة على مقاومة الضغوط الناشئة عن التغير الاجتماعي كالإنتقال في أماكن السكن أو فقدان أحد أفراد العائلة.
 - ✓ عدم القدرة على إيجاد منافذ لقدرته بغية توظيفهما والحصول على المتعة الشخصية.
- بالإضافة إلى هذا نورد بعض المشكلات الأخرى:

- ✓ ضعف الذاكرة.
- ✓ ضعف الإدراك.
- ✓ الشعور بالفشل والتشاؤم والكآبة ورغبة المسن في العزلة.
- ✓ زهان الشيخوخة.
- ✓ إضطرابات العلاقات الاجتماعية.

- ✓ الشعور بقرب النهاية حيث يعيشون متحسرين على شبابهم وكأنهم ينتظرون النهاية.
 - ✓ تتجمع كل هذه المشكلات النفسية والاجتماعية من عجز صحي وإقتصادي ونفسي وقصور في العلاقات والتواصل مع الآخرين، لتعرقل تكيف المسن مع محيطه.
- (عياش، 2021: ص56).

4) النظريات المفسرة للمسنين:

4.1 النظرية البيولوجية:

من المؤكد أنه في السن المتقدمة يحدث تناقص في عدد الخلايا النشطة مما يؤدي إلى شيخوختها وضعف الجهاز المناعي وتغيرات في عمل الغدد، وهذه التغيرات البيولوجية تؤدي على تغيرات في شكل الجسم وفي الأعضاء الداخلية والأنسجة، والشيخوخة الجسدية إذا تركنا جانبا الناحية المرضية فهي تؤدي إلى ثلاثة أنواع من التأثيرات "النتائج النفسية"

أولا: فإن لها تأثيرا على القدرات الذهنية، والشعور بالقلق على الصحة وإمكانات المستقبل.

ثانيا: التغيرات البيولوجية تسبب تأثيرا غير مباشر من حيث أنها تؤثر على علاقة الآخرين بالمسن.

ثالثا: تأثير التغيرات البيولوجية يؤدي إلى نتائج ثانوية على الشخص نفسه، الذي يصبح ضحية هذه التغيرات.

لكن التغيرات البيولوجية التي تصحب التقدم في السن لا تكفي وحدها لوضع نظرية كاملة حول الشيخوخة.

4.2. النظرية الاجتماعية:

هناك نظريات إجتماعية، وإجتماعية نفسية تحاول أن تأخذ في الاعتبار التغيرات المرتبطة بالشيخوخة، منها نظرية "كمنغر kamingez" التي تقول بأن هناك منحى من جانب الفرد للتححرر من سلطة المجتمع، وفي الوقت نفسه يظهر المجتمع عدم الإكتراث بالفرد المتقدم في السن إلى عدم المساهمة في أعمال هذا المجتمع هذا المجتمع الذي هو في الوقت نفسه يترك

له قليلا من المكانة والأدوار، فإن لم يستطع الحصول على تلك الأهداف فإن هذه الحالة قد تؤدي به إلى عدم التكيف والإستلاب من هنا تأتي أهمية نظرية النشاط حيث للمتقدم في السن وظائف ما.

4.3. النظرية المعرفية:

إهتم علم النفس المعرفي بدراسة معالجة المعلومات عند المتقدمين في السن، وتناولت هذه الأعمال الناحية الوظيفية مثل: الذاكرة، حل المشكلات... وقد بينت النتائج أن بعض القدرات يصيبها الوهن، بينما قدرات أخرى قد تزيد كفاءتها. ووجد الباحثون أن طريقة التعويض هي الأكثر إستخداما من أجل المحافظة على القدرات الذهنية والتخلص من الآثار السلبية لمرحلة التقدم في السن، فالمسن قادر على التكيف وهذا يتطلب إستخداما للقدرات المكتسبة سابقا بالإضافة إلى تطوير إستراتيجيات جديدة لمحاربة الوهن الذهني.

وأرادت النماذج السيكولوجية أن تحدد التغيرات التي تطرأ على الشخصية وعلى المظاهر الإنفعالية مع التقدم في السن، وترتبط الشيخوخة على العموم بصلاية الطباع والعدائية والإنطوائية.

4.4. نظرية التحليل النفسي:

نظر "فرويد" إلى الشيخوخة كونها تمثل تصلب الشخصية، وعدم قبول كبار السن الخضوع للتحليل النفسي بالإضافة إلى عدم قبول المسن بالواقع. بالرغم من الموقف السلبي الذي قدمه فرويد للشيخوخة فإن بعض المحللين النفسيين إهتموا بالآليات النفسية والصراعات التي تحدث في الشيخوخة وقد إقترحوا للبعض مقاربة علاجية.

بالإمكان تمييز ثلاثة مستويات من المقاربة في التحليل النفسي للشيخوخة:

إمتداد لأعمال "فرويد" عن التغيرات التي تحدث مع التقدم في السن فيما يتعلق بالتنظيم الاقتصادي وإستثمار الشهوات، ودراسة الشيخوخة لا تتناول اللاوعي ولكنها تهتم بالأنا ووظائفها وعلاقتها بالواقع، يظهر هذا التطور في علاقات كبير السن بالآخرين ومع جسده

الذي تغطي عليه النرجسية وسيطرة آليات الدفاعية، أما التغيير الذي يصيب التطور النفسي فإنه يظهر من خلال التنظيم النفسي.

والبعض الآخر من المحللين النفسيين أمثال "نوغواز" عرف الشيخوخة بشعور الفرد بضعف قدراته. تكمن البداية في الشعور بتغيير سلبي في الذات وهذا الشعور يجب القبول به، فالشيخوخة هي الحالة التي تصيب النرجسية حيث تتهدم بعض التمثيلات وبعض القيم وهذا يتطلب استخدام آليات دفاعية.

وكان "اركسون" على وعي بالعديد من التوقعات التي ينبغي على المتقدم في السن أن يحققها جسميا واجتماعيا وهو على وعي أيضا بأنهم لم يعودوا في نشاطهم السابق نفسه، لكن تأكيداتهما تناولت الصراع الداخلي لهذه الفترة وليس التوافق الخارجي، الصرع الذي دون إمكانيات النمو ويعوق الحكمة. وهو يطلق على هذا النوع من الصراع تكامل الأنا في مقابل اليأس وعندما يواجه الكبار الموت فإنهم ينشغلون كما يذكر "اركسون" بما أسماهم رجعة الحياة، فهم ينظرون خلفهم ويتساءلون عما إذا كانت حياتهم تستحق في العملية أنهم يواجهون اليأس اللامتناهي، والإحساس بأن أساليب الحياة، وكثير من الكبار يشعرون بالإشمئزاز والبؤس من أقل الأشياء بحيث يكون عندهم صبر للصراع مع الآخرين، مثل هذا الإشمئزاز يعني إحتقارهم لأنفسهم.

أما "يونغ" فيرى أنه مع التقدم في السن يبدأ التأمل والتفكير وإنعكاس الصور الداخلية في لعب دور كبير في حياة الإنسان، في أواخر العمر يترك الفرد شريط الذكريات يعبر أمام عيون العقل ويحاول أن يفهم طبيعة الحياة أو مواجهة الموت، وإعتقد "يونغ" أننا لا نستطيع مواجهة الموت بشكل صحي ما لم تكن لدينا صورة عما يحدث مستقبلا، وعندما أشار "يونغ" إلى أن الكبار يستمتعون بالتفكير في ما بعد الحياة، ولم يدعي "يونغ" بأنه يقدم وصفة لبعض المهدئات الإصطناعية لأن العقل الباطن نفسه له النمط الأولي الخاص بالأبدية والذي ينتهي مستعدا كلما إقترب الموت. (خمقاني، 2022:ص14-15).

5) المساندة النفسية والاجتماعية للمسنين:

إن تقديم المساندة النفسية والاجتماعية للمسن من شأنها أن تمنحه تحصين نفسي ضد مختلف الأمراض العضوية والنفسية التي يمكن أن يتعرض لها. ومن أبرز الدراسات التي توصلت إلى أهمية المساندة النفسية والاجتماعية في حياة المسن دراسة كراوس وزملائه (1990) التي كانت تهدف إلى معرفة الفروق بين المسنين بما يتعلق بمرتقي ومنخفضي الشعور بالوحدة النفسية الإكتئابية وعلاقتها بإدراك المسن للمساندة الاجتماعية وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج، كان أهمها زيادة عدد الإتصالات الاجتماعية بالزوجة والأبناء والأصدقاء، التي تترك الأثر الإيجابي على نفسية المسن بحيث تمنحه الحضانة النفسية من الأزمات وتقيه من الوقوع في مشكلات الشعور بالوحدة النفسية والإكتئاب. وفي دراسة أجراها نفس الباحث على عدد من المسنين الأرامل توصل إلى نتيجة مؤداها أنه كلما أدرك المسن أنه يتلقى عددا من سبل الدعم والمساندة من الآخرين خفف من ذلك من الإحساس بالشعور بالوحدة النفسية. وتتفق نتائج الدراسات المذكورة أعلاه مع ما توصلت إليه دراسة محمد غانم (2009) حول طبيعة إدراك المسن للمساندة الاجتماعية بأنواعها المختلفة (المساندة بالمعلومات، المساندة الأدائية، الوجدانية والمساندة بالتكامل الاجتماعي) وقد يختلف هذا الإدراك باختلاف طبيعة إقامة المسن (أسر طبيعية، دور إيواء)، حيث توصلت الدراسة إلى أن الإدراك الجيد للمساندة الاجتماعية وأبعادها، يعد مؤشرا مهما على تمتع الفرد بالصحة النفسية، حيث كلما زاد إدراك المسن بأنه مازال يتلقى أنواعا مختلفة من المساندة الاجتماعية، كلما كان قادرا في الوقت نفسه على العطاء والتفاعل مع الآخرين. نتيجة لذلك تقل لديه الإحساسات الضاغطة بالتوتر والقلق والإضطرابات النفسية المختلفة.

ويشير عطف محمود ياسين إلى إختلاف الدول في مواقفها ورعايتها لفئة المسنين، فتجد مثلا في الدول المتطورة كالسويد، الدنمارك، اليابان، أستراليا وأمريكا، مئات المراكز لرعاية أفراد هذه الفئة من الجنسين وتخطيط القرى والمدن النرويجية لهم وتزويدها ببرامج ثقافية ورياضية وترفيهية للإستفادة من عقول المسنين الذين وصلوا إلى مرحلة الحكمة والتجارب الكافية للإستفادة منها حتى أن بعض الدول تستفيد من خبراتهم ومهاراتهم في المجالس الإستشارية

والتخطيط وتسمى بعض المؤسسات هذا العمر الذي وصل إليه المسنون بالعمر الذهبي وهم فوق الستين من العمر. بينما تتجه دول العالم الثالث إلى إهمال الكهول وتتبرأ من الشيوخ. (سني، 2015: ص 85-86).

خلاصة:

من خلال ما سبق إتضح لنا أن مرحلة الشيخوخة أكثر المراحل العمرية حساسية لدى الإنسان، بحيث يصعب على المسن أن يتأقلم مع تغيراته البيولوجية والنفسية وحتى الصحية وبيئته الاجتماعية، وهذا مايشعرهم بالألم لحالهم لذلك وجب علينا أن نخصهم بالرعاية النفسية والصحية والإهتمام أكثر بهم.

الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

- 1) الدراسة الإستطلاعية.
- 2) أهداف الدراسة الإستطلاعية.
- 3) الدراسة الأساسية.
- 4) مكان وزمان الدراسة.
- 5) منهج الدراسة.
- 6) حالات الدراسة.
- 7) أدوات الدراسة.

خلاصة الفصل

تمهيد:

في هذا الفصل سيتم عرض الخطوات المنهجية التي تم إتباعها في إجراء البحث التطبيقي حيث قمنا أولاً بحدود الدراسة، التي تتضمن الدراسة الإستطلاعية ثم تقديم مكان وزمان البحث الذي إختارنا منه حالة الدراسة والذي أجرينا فيه البحث، ثم تحديد منهج الدراسة الذي يتناسب مع دراستنا، ثم تحديد حالة البحث، قمنا بتقديم تقنيات البحث التي إعتدنا عليها في إستخراج بياناتنا.

1) الدراسة الإستطلاعية:

تعد الدراسة الإستطلاعية أهم خطوة قبل الشروع في أي بحث علمي، وتهدف الى جمع أكبر عدد من المعلومات حول موضوع البحث. فحسب "عبد الرحمن العيسوي" الدراسة الاستطلاعية هي دراسة إستكشافية تسمح للباحث بالحصول على معلومات أولية حول موضوع بحثه، كما تسمح له كذلك بالتعرف على الظروف والإمكانات المتوفرة في الميدان ومدى صلاحية الوسائل المنهجية المستعملة قصد ضبط متغيرات البحث.

وقد تم إجراء الدراسة الاستطلاعية بعد تحديد عنوان الدراسة ومتغيراتها بدار المسنين زروقي بن عامر لولاية تيارت بتاريخ 29 مارس 2023 بعدما تم تقديم الطلب تم الموافقة عليه.

أهداف الدراسة الإستطلاعية:

تهدف الدراسة الإستطلاعية إلى:

- ❖ التعرف على مكان إجراء الدراسة والظروف المتوفرة فيه وأخذ البيانات والمعطيات المتعلقة بالحالة.
- ❖ تحديد حالة الدراسة و التي يجب أن تتوفر فيها المواصفات والخصائص التالية:
- ❖ أن يكون الشخص مسن، مصاب بالقلق ، مقيم بدار المسنين.
- ❖ التأكد من إستيعاب الحالة للبرنامج العلاجي ومدى تقبله له.
- ❖ تحديد المجال الزمني والمكاني لتطبيق البرنامج العلاجي.

2.1. مجالات الدراسة الأساسية :

• المجال المكاني للدراسة:

لقد تمت هذه الدراسة بدار الأشخاص المسنين زروقي بن عامر بولاية تيارت.

• المجال الزمني للدراسة:

إستغرق تطبيق البرنامج العلاجي للتقبل والإلتزام مدة 6 أسابيع بمعدل جلستين كل أسبوع خلال الفترة الممتدة بين 2 أفريل حتى 9 ماي 2023.

3.1. منهج الدراسة:

يعرف المنهج على أنه مجموعة من القواعد التي تم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة في العلم وأنه الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لإكتشاف الحقيقة. (عمار، 2007: ص99).

تم إستخدام المنهج العيادي لكونه يتلائم ويتوافق مع متطلبات البحث بحيث يرتكز هذا الأخير بدوره على دراسة الحالة والتي تعتمد على أدوات مختلفة كالملاحظة والمقابلة العيادية والإختبارات النفسية .

4.1. حالات الدراسة:

تم تحديد حالة الدراسة بطريقة قصدية من قبل أخصائية المركز بعد التأكد من المواصفات المطلوبة في البحث بحيث توفرت فيها الشروط التالية : أن يكون الحالة شخص مسن، مصاب بالقلق، مقيم بالمركز .

الجدول رقم 02 يمثل البيانات الأولية للحالة

| الحالة | السن | الحالة الإجتماعية | الحالة الصحية |
|--------|------|-------------------|---------------|
| ب. ع | 68 | منفصل | مصاب بالربو |

2.2. أدوات الدراسة الأساسية:

1.2.2 المقابلة العيادية:

هي عبارة عن حوار يدور بين الباحث والشخص الذي تم مقابلته، يبدأ هذا الحوار بخلق علاقة وثام بينهما ويضمن الباحث الحد الأدنى من تعاون المستجيب، ثم يشرح الباحث الغرض من المقابلة وبعد أن يشعر الباحث بأن المستجيب على استعداد للتعاون يبدأ الباحث بطرح الأسئلة التي يحددها مسبقاً، ثم يسجل الإجابة بكلمات المستجيب. (قواجلية، 2013: ص 64).

2.2.2 الملاحظة العيادية:

عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظواهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية، ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقاتها بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف. (ربحي، غنيم، 2000: ص 112).

3.2.2 مقياس تايلور للقلق الصريح :

وصف المقياس:

يعد مقياس تايلور للقلق أحد المقاييس الهامة التي تقيس مستوى القلق النفسي، يتكون هذا المقياس من 50 فقرة مقتبسة من إختبار مينوستا المتعدد الأوجه، تمت ترجمته من قبل مصطفى فهمي ومحمد أحمد غالي و إعداده في صورته المستخدمة في اللغة العربية.

تصحيح المقياس:

- تعطى الدرجة (1) لكل إجابة بنعم أما الإجابات ب لا فلا تعطى أي درجة.
- يتم جمع وحساب درجات المفحوص.
- تفسر درجة القلق لدى المفحوص وفق الجدول التالي:

الجدول رقم 03 يوضح كيفية تفسير نتائج مقياس تايلور للقلق

| الدرجة | مستوى القلق |
|--------|---------------|
| 16-0 | لا يوجد قلق |
| 20-17 | قلق منخفض |
| 26-21 | قلق متوسط |
| 29-27 | قلق شديد |
| 50-30 | قلق شديد جداً |

(بوختاش، 2015: ص 37)

صدق وثبات المقياس:

قاما مصطفى فهمي وأحمد غالي بإجراء الدراسات اللازمة عن الاختبار بحيث تأكد لهما ثباته وصدقه بدرجة مكنتهما من وضوح هذا الإختبار سنة 1993. بعد تقنيه على البيئة المصرية وقام محمد خير السيد بتعديل بنود المقياس الى اللغة العربية وقام بتقنيه على البيئة السودانية. تميز بمعدلات صدق وثبات جيدة إذ بلغ معدل ثباته "0.857" وتميز المقياس بما يلي:

- تضمينه كافة الأعراض الجسمية
- درجة الثبات العالية للإختبار
- إحتوائه على الأعراض النفسية للقلق
- قدرة الإختبار العالية في التفريق بين الأشخاص القلقين والغير القلقين

وتم تقدير الإتساق الداخلي بإستعمال معامل كرونباخ ألفا وكانت قيمته تساوي "0.86"، وقيمة معامل الثبات كانت باستخدام التجزئة النصفية تساوي "0.79". (عباد، سراردي، 2017: ص 36-34).

البرنامج العلاجي للتقبل والإلتزام بصورته النهائية:

(1) التعريف بالبرنامج:

قام الباحثان ببناء برنامج علاجي في ضوء نظريات العلاج بالتقبل والإلتزام لخفض درجة القلق لدى المسنين بدار العجزة، حيث قسم البرنامج على 12 جلسة.

(2) أهمية البرنامج:

تبرز أهمية البرنامج العلاجي القائم على التقبل والإلتزام في بحثنا من خلال الفنيات والتقنيات التي يقوم عليها العلاج ومدى فعاليتها وكفاءتها في خفض القلق لدى المسنين بدار العجزة.

(3) أهداف البرنامج:

– تزويد كبار السن بمعلومات حول الشيخوخة والتغيرات الفسيولوجية والسيكولوجية المصاحبة لها، والقلق (مفهومه، أسبابه، أعراضه، إستراتيجيات المواجهة)، والعلاج بالتقبل والإلتزام.

– مساعدة المسن في التعرف على طرق بديلة لمواجهة القلق.

– مساعدة المسن على الملاحظة الذاتية لأفكاره و مشاعره

– رفع المرونة النفسية وزيادة الثقة في النفس لدى كبار السن

– إيصال الحالة لدرجة كبيرة من الرضا النفسي.

(4) الفئة المستهدفة من البرنامج:

• المسنين بدار العجزة الذين يعانون من القلق

(5) الفنيات المستخدمة:

• القبول: وتعني قبول المشاعر والأحاسيس والأفكار غير المرغوبة بدلا من تجنبها.

• الفصل المعرفي: وتهدف إلى الفصل بين الأفكار السلبية وكل من الأفعال والأحداث الشخصية.

- الإسترخاء: مجموعة من الأساليب والطرق تسعى لإحداث التكيف الجسدي والعقلي لمنع التقلصات.
- التواصل مع اللحظة الراهنة: توجيه إنتباه الحالة حول ما يحدث في قلب اللحظة الراهنة وداخله هو في حد ذاته وداخل محيطه.
- الذات كسياق: إدراك الفروق بين تجاربه الشخصية والسياق الذي تحدث فيه هذه التجارب، بحيث يتمكن من الفصل بينهم.
- إختيار القيم: هي أنواع مختارة من التصرفات الهادفة لا يمكن الحصول عليها كشيء مادي، وقد تكون مطلوبة لحظة بلحظة ويركز على القيم الإيجابية عند الحالة.
- التصرف الملتزم: وهي المطالب الضرورية والأولويات التي يسعى الفرد لتحقيقها.
- الضبط الانفعالي: مجموعة من العمليات يسعى فيها الفرد الى ضبط وتعديل الاستجابات الانفعالية وفق الموقف او المحيط الموجود فيه.
- إيقاف الافكار: التركيز على فكرة أو موقف مزعج لوقت قصير، ثم إيقافها فجأة وإفراغ الذهن منها.

جدول يبين البرنامج العلاجي المصمم

(6) محتوى الجلسات للبرنامج:

| عنوان الجلسة | الاهداف | محتوى الجلسات | الفنيات | المدة |
|--------------|---|--|--------------------|-------|
| تمهيد وتعارف | -التعارف بين الباحثين والحالة -الاتفاق على خطة وسير العمل في الجلسات | -التعرف على الحالة الذي يعاني من القلق وأخذ البيانات الأولية | المناقشة والمحاضرة | 60د |

| | | | | |
|-----|---|---|--|---|
| 60د | المناقشة والمحاضرة | -تطبيق مقياس تايلور للقلق اقتراح البرنامج العلاجي على الحالة بتعريفه وخطوات إجرائه والأهداف المنتظرة منه | -شرح أهمية البرنامج العلاجي والاتفاق عليه - القياس القبلي للقلق | التعرف على العلاج بالتقبل والالتزام |
| 60د | محاضرة واجب منزلي | -افساح الحالة لمجال عواطفه ومشاعره والتعبير عنها والتحرر منها دون الاحساس بالمعاناة اتجاهها | -تدريب الحالة على مفهوم القبول -تدريب الحالة على فنية اليأس الابداعي -تدريب الحالة على مفهوم التجنب الخبراتي | التدريب على القبول |
| 60د | إسترخاء تخيل الإيجابي | -التنفيس عن المشاعر المكبوتة عن طريق الاسترخاء | -تعريف الحالة على اهمية الاسترخاء في الحفاظ على الراحة والهدوء -تدريب الحالة على كيفية الاسترخاء العضلي -التدريب على الاسترخاء العقلي بالتخيل الايجابي | الاسترخاء |
| 60د | المحاضرة التغذية الراجعة واجب منزلي | -مراقبة الافكار وادراكها كما هي دون الحكم عليهما وصفها ومحاولة التخلص منها دون قلق | -تعرف الحالة على مفهوم الفصل المعرفي -ممارسة الحالة لتدريب وصف الافكار والمشاعر -ممارسة الحالة لتدريب الترك | التدريب على الفصل المعرفي |

| | | | | |
|-----|---------------------------|--|---|------------------------------------|
| | | | على تيار او شريط اسود -اعادة البناء المعرفي للحالة | |
| 60د | المناقشة المحاضرة | -تركيز الحالة على الحاضر وما يحدث الان مع زيادة الوعي لديه | -تعرف الحالة على مفهوم التواصل مع اللحظة الراهنة -تدريب الحالة على عيش الحاضر -ممارسة الحالة لتدريب المسح الجسدي | التواصل مع اللحظة الراهنة |
| 60د | المحاضرة واجب منزلي | -جعل الحالة أكثر مرونة في التعامل مع أفكارها والنظر الى الذات بصفة خارجية لادراك الافكار والتصرفات والصورة الذاتية | -تعرف الحالة على مفهوم الذات كسياق -تدريب الحالة على ملاحظة الذات -ممارسة الحالة لتدريب لعبة الشطرنج | الذات كسياق |
| 60د | المحاضرة التدعيم | -اعادة توجيه التركيز على الاشياء التي تهم العميل بشدة | -التدريب على المرونة النفسية -تدريب الحالة على الثقة بالنفس -تعرف الحالة على خطوات حل المشكلات | إختيار القيم |
| 60د | المناقشة | -استثمار الحالة لطاقته وافكاره لبناء قيم شخصية من خلال | -تعرف الحالة على اساليب تعديل السلوك | التصرف الملتزم |

| | | | | |
|-----|-------------------------------|--|--|--------------------|
| | التعزيز | تعديل الافكار اللاعقلانية واكتساب مهارات جديدة | -تدريب الحالة على اكتساب المهارات -تدريب الحالة على فنية شد الحبل | |
| 60د | المحاضرة التجنب المعرفي | - تعليم الحالة كيفية التخلص من القلق وضبط النفس | - بتعرف الحالة على مفهوم واساليب واهمية الضبط الانفعالي - تدريب الحالة على ضبط النفس | الضبط الإنفعالي |
| 60د | المناقشة التدعيم | - مساعدة الحالة للتخلص من افكاره السلبية التي تثير القلق واستبدالها بافكار ايجابية | - تدريب الحالة على التخلص من الافكار السلبية - إحلال الافكار الايجابية بدل السلبية | إيقاف التفكير |
| 60د | المناقشة الحوار | - إعادة تطبيق مقياس القلق على الحالة - تقييم البرنامج العلاجي | - مناقشة الحالة عن التغيرات التي حدثت من خلال تطبيق البرنامج - المقياس البعدي للقلق | إنهاء البرنامج |

تحكيم البرنامج العلاجي المصمم:

تم عرض البرنامج العلاجي في صورته الأولية بعنوان " فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض القلق لدى المسنين" على مجموعة من الأساتذة و المحكمين من ذوي الإختصاص وهم أساتذة من جامعة ابن خلدون تيارت، وهذا من أجل إعطاء رأيهم حول البرنامج المصمم من قبل الباحثين وذلك من خلال النظر إلى محتواه والأهداف المراد تحقيقها من البرنامج.

جدول رقم 04 يبين قائمة الاساتذة المحكمين للبرنامج العلاجي

| الدرجة العلمية | التخصص | الإسم واللقب | الرقم |
|-------------------|-------------------|----------------|-------|
| استاذة تعليم عالي | علم النفس العيادي | قريصات الزهرة | 01 |
| أستاذ مساعد أ | علم النفس الإجرام | قاضي مراد | 02 |
| أستاذ محاضر أ | علم النفس العيادي | دوارة أحمد | 03 |
| أستاذ محاضر أ | علم النفس العيادي | بلباد سيد أحمد | 04 |
| أستاذ محاضر ب | علم النفس العيادي | بوكصاصة نوال | 05 |

خلاصة الفصل:

بعد التطرق لجميع الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة الميدانية بدءا بالدراسة الإستطلاعية ثم الأساسية والمنهج المستخدم بحيث إعتدنا على المنهج العيادي في دراستنا كونه يخدم دراستنا هذه، وكذا مختلف الأدوات المستخدمة من مقابلة عيادية ، ملاحظة عيادية ومقياس القلق لتايلور. منه سيتم الإطلاع في الفصل الموالي على النتائج المتحصل عليها قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي مع تحليلها ومناقشتها.

الفصل السادس: مناقشة وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد

- 1) عرض نتائج الدراسة
- 2) تقديم الحالة
- 3) عرض الجلسات العلاجية
- 4) إستنتاج عام
- 5) عرض مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية والدراسات السابقة

خلاصة الفصل

خاتمة

تمهيد:

يعتبر الجانب التطبيقي من أهم مراحل البحث العلمي كونه يربط بين الجانب النظري والجانب الميداني للدراسة والتحقق والإجابة عن تساؤلات الدراسة وإثبات صحة الفرضية وهذا ما سيتم التعرف عليه في هذه المرحلة:

1) عرض نتائج الدراسة:

1.1) عرض وتحليل الحالة:

جدول يبين عرض المقابلات مع الحالة:

جدول رقم 05 يبين عرض وتحليل المقابلات مع الحالة

| رقم | تاريخ المقابلة | اهدافها | الملاحظات | المدة |
|-----|----------------|---|--|-------|
| 1 | 2023-04-09 | التعرف على الحالة مع أخذ البيانات الاولية مع الاتفاق على حدود السرية والثقة | استجابة وتفهم الحالة و ترحيبه بالعمل | 60د |
| 2 | 2023-04-12 | شرح البرنامج العلاجي والاتفاق على الجلسات مع تطبيق المقياس القبلي للقلق | تعامل الحالة بكل راحة وثقة مع الباحثين وتقبله للبرنامج المقترح | 60د |
| 3 | 2023-04-16 | تدريب الحالة على القبول وتعليمه كيفية الإفصاح عن المشاعر والتحرر منها | التفاعل الايجابي للحالة واستجابته بشكل جيد | 60د |
| 4 | 2023-04-18 | تعليم الحالة لكيفية الاسترخاء وتبيان اهميتها في التحكم في القلق | ترحيب الحالة بتطبيق التقنية و تجاوبه مع الخطوات بأريحية | 60د |
| 5 | 2023-04-20 | تدريب الحالة على الفصل المعرفي مع ممارسة بعض النشاطات لمراقبة الافكار | إفصاح الحالة المجال لمشاعره والتعبير عن أفكاره بكل راحة | 60د |

الفصل السادس: مناقشة وتحليل نتائج الدراسة

| | | | | |
|-----|---|--|------------|----|
| 60د | تقبل الحالة للحصة والتجاوب مع الحصة | تعليم الحالة كيفية التركيز على اللحظة الحالية | 2023-04-24 | 6 |
| 60د | ملاحظة الحالة لافكاره ومحاولة السيطرة عليها وتغييرها | تدريب الحالة على مراقبة الذات وملاحظتها ومحاولة تعليمه كيفية التعامل مع الافكار بمرونة | 2023-04-26 | 7 |
| 60د | فصح الحالة ن بعض الاعمال التي تحقق له الراحة النفسية مع تدعيمها من قبل الاخصائيين | اعادة التركيز على الاشياء التي تحقق له المرونة والراحة النفسية وتساهم في خفض القلق | 2023-04-30 | 8 |
| 60د | إستجابة الحالة لمراجعة الافكار ومحاولة تغيير سلوكه | تعليم الحالة لاساليب مراقبة السلوك ومراجعة الافكار اللاعقلانية | 2023-05-02 | 9 |
| 60د | ادراك الحالة لاهمية الضبط الانفعالي في التخلص من القلق ومحاولته لتدرب على ذلك | تثقيف الحالة حول اهمية الضبط الانفعالي وتدريبه على ضبط النفس وقت القلق | 2023-05-04 | 10 |
| 60د | مراجعة الحالة للافكار السلبية التي كانت تؤثر عليه مع التجاوب الايجابي مع البرنامج | اتباع فنية وقف التفكير ومحو الافكار السلبية مع استبدالها بافكار ايجابية | 2023-05-07 | 11 |
| 60د | إعجاب الحالة بالبرنامج الذي قدم له مع التعبير عن امتنانه وشكره للاخصائيين | إنهاء البرنامج العلاجي المتفق عليه مع تطبيق المقياس البعدي للقلق وإعطاء تقييم للبرنامج | 2023-05-09 | 12 |

تقديم الحالة

البيانات الشخصية:

الإسم: ب.ع

السن: 68 سنة

الجنس: ذكر

المستوى التعليمي: ثلاثة ثانوي

تاريخ دخول المركز: 2019

الحالة الاجتماعية: منفصل

المهنة: صانع ذهب سابق

عدد الإبناء: 08 عدد ذكور: 04 عدد الإناث: 04

مدة الزواج: 32 سنة

السيمولوجيا العامة للحالة:

الهيئة العامة:

اللباس: هندام نظيف ومرتب

الإيماءات و الملامح: تقطيب الحواجب كثير الاسئلة

الإشارات: كثيرة

الإتصال: سهل و بسيط

اللغة: واضحة ومفهومة

الحالة الصحية: مصاب بالربو و الإرتجاع المعدي الحاد

الحالة المرفولوجية: الحالة متوسط القامة رقيق الجسم أبيض البشرة

النشاط الحركي: كثير الحركة مع رفع الأرجل فوق الكرسي والوقوف عند كثرة الإنفعال

العلاقات الإجتماعية:

مع الزوجة: عدم التواصل ولا تربطهما اي علاقة

مع الأولاد: شبه مقطوعة

مع البنات: مستقرة لكن التواصل ليس دائم

في المركز: علاقاته جيدة ووطيدة مع الاصدقاء والعاملين محبوب من طرف الكل

عرض الجلسات العلاجية:

الجلسة الأولى:

تم التعرف على الحالة (ب.ع) البالغ من العمر 68 سنة وأخذ البيانات الأولية. دخل المركز سنة 2019 بعد مكوثه لمدة سنة ونصف في الشارع وهذا منذ طردته زوجته وأبناءه من المنزل بسبب عطله عن العمل لكبر سنه مصرحاً: " كي كبرت وماوليتش نطيق نخدم وهوما طلعت بيهم وولاو بدراهمهم ماولاوش يحتاجوني، ولاو يحتاقروني ويستصغرو بيا." الحالة كان ينفعل في بعض المواقف خاصة عندما يتذكر معاملة أبناءه وزوجته له وهذا ماجعله يترك المنزل قائلاً: " تبدلت المعاملة فالدار لي عشت معاها 32 سنة ولات محتاقرتني وماشي مقيمتي ومتقومش بحقوقها الزوجية من جيهتي وولاوي ولاو يعايروني وصلت بيهم قالولي نتا جايج وماشي مسؤول خرج حمل على روحك باش تعيش."

الجلسة الثانية:

الحالة في بداية المقابلة كان متعب بعض الشيء بحكم الصيام والسهر للعبادة كما صرح الحالة، وتم الإتفاق على خطة سير الجلسات ومضمون البرنامج رحب الحالة بالفكرة وأبدى

تفهمه وموافقته. بعدها تم عرض المقياس القبلي للقلق الذي قابله الحالة بالرفض قائلاً: " أنا ريحتكم ورائي باغي نقعد نجمع معاكم ونحكي ماشي تعطوني ورقة ونجاوب كيما لي جاو قبلكم يقابلوني يخزرو فيا وأنا نجاوب:" تم تغيير طريقة تطبيق المقياس بطرح أسئلته على الحالة وتجاوب معها بشكل عادي ."

الجلسة الثالثة:

كان محتوى الجلسة قائم على تدريب الحالة على القبول وذلك بتقبل أفكاره ومشاعره كما هي دون الحكم عنها أو التأثير بها مثال الحالة غير متقبل لتواجده بدار المسنين ورفضه فكرة طرده من المنزل خاصة من طرف الأبناء مصرحاً: " أنا بلاك غلظت معاهم مكنتش نجاورهم ونجمع معاهم بصرح الله غالب مكانش عندي الوقت كنت نخدم باش نكبرهم ونعيشهم مداروش حساب لتضحيات تاوعي وحاوزوني برا ."

الجلسة الرابعة:

تم من خلالها شرح فنية الإسترخاء للحالة وتبيان أهميتها مع شرح خطواتها وتدريب الحالة عليها، الحالة كان جد مهتم بالحصة حتى أنه صرح: " أنا عندي الربو مانقدرش نتنفس كي نتقلق نحس بلي التقنية هادي لي حكيتولي عليها غادي تقيدي بزاف حسيتها تتشبه لليوغا." خلال تطبيقنا لتقنيات الإسترخاء كان الحالة متجاوب معها ويطبق كل الخطوات التي كان الأخصائي يطلبها منه.

الجلسة الخامسة:

تدريب الحالة على الفصل المعرفي وهي الخطوة التي تمكن المفحوص من فصل أفكاره ومراقبتها والإفصاح عنها وقد تم الربط بينها وبين مختلف الإنفعالات التي تحدث له خاصة القلق وقد تحدث قائلاً: " خطرات كي نتفكر الكلام لي قالولي ولدي نتقلق بزاف كيما النهار لي قالي فيه روح تخدم حمل على روحك." دخل الحالة في إنفعال كبير بحيث كان يتكلم بصوت مرتفع وينهض كثيرا عن كرسيه وعندما أكمل الحالة كلماته قام الأخصائي بتهدئته والعمل معه على هاته النقطة بالذات بحيث تم تدريبه على فنيات اليأس الإبداعي والتجنب الخبراتي.

الجلسة السادسة:

في بداية الحصة كان الحالة جد مرتاح ومتشوق للعمل تم من خلالها تعليم الحالة كيفية التواصل مع اللحظة الراهنة تم التحدث عن إيجابيات وسلبيات التواجد لدار المسنين والتركيز على الأشياء التي ربحها وتسلط الضوء عليها حيث تجاوب الحالة وقال: ربحت بزاف حوايج هنا الحمد لله كامل يبغوني من مسيريين ومقيمين الشوابين هنا تخيل يعطوني حقهم تاع اللحم وماتجهمش كي مانكونش حاضر ويسقسو عليا وحتى المرة لي فاتت جانا الوالي وتصور معايا وقعد معايا في طابلة وحدة وهذا الشي لي بلاك كون ماكنتش هنا مايكونش. " الحالة كان مرتاح جدا وهو يتحدث بحيث كان الأخصائيين تدعيم كلامه والتحدث كثيرا عن الأمور الإيجابية وتدعيمها.

الجلسة السابعة:

تم تدريب الحالة خلال هذه الجلسة على الانا كسياق أي ملاحظة الحالة لافكاره ومشاعره وتصرفاته كما هي دون الحكم عليها او التمسك بها حيث تجاوب قائلا: "واه دايمين نتفكر لي صرالي وبلاك كون ماكانوش هاذوك المواقف ولا الأحداث مانكونش هنا ومانتعرفش على ناس كيما نتوما ولا كيما لي راني معاهم خطرات نقول الحمد لله وهذا الشيء كان مقدر يكون هاك بصح الله غالب الكبدة معندك مادير مطيقش تنسى خصوصا الكلمات لي قعدولي في راسي ومتخطيتهمش وغاضوني كيما نتا جايج لي جات من عند البننت لي نعرها".

الجلسة الثامنة:

ركز الأخصائيين على الأشياء التي تحقق للحالة المرونة النفسية والتي قال عنها الحالة أنه يقوم ببعض الأعمال التي تساعده في تحقيق التوازن النفسي وتجعله سعيد خاصة قربه من الله عزوجل بحيث وجد الوقت الكافي لتوطيد العلاقة بينه وبين الله حيث قال: "الحاجة لي نفرح بيها وبلاك ماكانتش كاينة كي كنت برا مالمقيتش وين نصلي وكان وقت الكورونا كلشي مبلع بصح

ضرك الحمد لله راني نصلي وقتي والزيادة ونقرا القرآن خصوصا كي نكون مقلق ولا نتفكر شصرالي". كان للحالة قيم دينية تم تدعيمها وتوجيهه جل إهتمامه لها.

الجلسة التاسعة:

تم من خلالها مراجعة الأفكار اللاعقلانية التي كان الحالة يتبناها خاصة التي كانت تدفعه للقلق ومحاولة تعديل سلوكه من خلال عمل أشياء مفيدة مثل الزراعة حيث قال أنه بصدد بناء مشروع إستثماري بمساعدة الطاقم البيداغوجي داخل المؤسسة وهو تربية الدجاج والاستثمار فيها، كان جد سعيد به وربطه مع أهداف الحصة بحيث تم تشجيعه على الفكرة.

الجلسة العاشرة:

تم في بداية الحصة عن الحديث عن أبرز المشاعر والعادات التي تركت الأثر في الحالة وتجعله يتوتر وينفعل عند تذكرها: "مازلت كي نتفكر ولادي نتقلق وتقعدهم مقابلتني كنت نفاعل ونبغي نضرب ولا نعيط عليهم و ندابز بصح ضرك كي تلاقيت بيكم ووليتو تعلموني كيفاش نتحكم في روجي راني كي نتقلق نكالمي روجي بالدخان بصح منكميش كيما كنت شحال من علبة فنهار ضرك راني نقص غير بالعقل".

الجلسة الحادي عشر:

تم العمل مع الحالة في هذه الجلسة على تحديد الأفكار التي تثير القلق لدى الحالة وتجعله في حالة توتر ومحاولة استبدالها بأفكار إيجابية تجعله أكثر مرونة في التعامل مع المواقف.

الجلسة الثانية عشر:

كان محتوى الجلسة الأخيرة متمركز حول إنهاء البرنامج مع تطبيق المقياس البعدي للقلق. بحيث عبر الحالة عن إمتئانه و إرتياحه في العمل ورضاه عن ما قدمه له البرنامج من تغيرات في أفكاره وسلوكياته.

نتائج القياس القبلي والبعدي للقلق:

جدول رقم 06 يبين نتائج المقياس القبلي والبعدي للقلق

| الحالة | القياس القبلي | القياس البعدي |
|--------|---------------|---------------|
| ب.ع | 35 درجة | 17 درجة |

من خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ حصول الحالة على نتائج أفضل في القياس البعدي للقلق مقارنة بالقياس القبلي، وهذا ما يدل على نجاح البرنامج ومنه يمكن القول أن الفرضية العامة قد تحققت والتي تنص على فعالية العلاج بالتقبل والإلتزام في خفض القلق لدى المسنين.

إستنتاج عام حول الحالة:

هدف البحث الحالي إلى قياس مدى فعالية العلاج بالتقبل والإلتزام في خفض القلق لدى المسنين، حيث طبق البرنامج العلاجي المصمم و أثبتت فعاليته من خلال نتائج القياسين القبلي والبعدي لمقياس القلق، الذي أكد تحقق الفرضية و ذلك إستنادا على النتيجة المتحصل عليها في القياس البعدي.

ترجع النتيجة الإيجابية الملتزمة للحالة من القياس البعدي للقلق إلى إجتهد الحالة في تطبيق جميع الفنيات والتقنيات الموجودة في البرنامج مع إفصاحه عن مكنوناته ومشاعره الداخلية بكل سهولة دون إبداء مقاومة منه في التعبير عن ما يجول في ذهنه. كما كان الحالة جد متحمس للجلسات العلاجية وفي كل جلسة يكون على إستعداد لتفريغ ما بداخله ومحاولته لتغيير سلوكياته وأفعاله هذا ما أدى إلى تحسن ملحوظ للحالة مقارنة بالقياس القبلي .

مناقشة النتائج على ضوء فرضية الدراسة والدراسات السابقة:

إنطلقت دراستنا من فرضية: "يساهم العلاج بالتقبل والإلتزام في خفض القلق لدى المسنين" بعد ما توصلنا إليه من نتائج تحليل المقابلات العيادية مع الحالة وبعد تفريغنا لدرجات المقياس القبلي للقلق.

قبل تطبيق البرنامج تبين لنا إرتفاع في نسبة القلق لدى الحالة حيث قدر ب35 درجة مقارنة بإنخفاضه بعد تطبيق البرنامج بنسبة 17 درجة. وهذا ما تناسب مع دراسة تركي بن سالم أحمد الشريف (2020) تحت عنوان فاعلية العلاج بالقبول والإلتزام لخفض أعراض الإكتئاب لدى

كبار السن، والتي توصلت إلى وجود فروق بين المجموعات الضابطة والتجريبية في الإكتئاب. ووجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي، كما أسفرت نتائجها على فعالية البرنامج وإستمرار تأثيره.

كما أنه تم العمل على رفع المرونة النفسية للحالة وزيادة الوعي بالذات وذلك البرنامج المصمم وهذا ما إتفق مع دراسة إيمان بوقفة(2020) التي كانت تحت عنوان فعالية العلاج بالتقبل والإلتزام في تخفيف من أعراض الوسواس القهري، و التي توصلت نتائجها إلى إنخفاض أعراض الوسواس القهري والإندماج المعرفي بشكل ملحوظ، و إرتفاع مستوى الوعي والمرونة النفسية وهذا ما أكد فعالية البرنامج.

لقد أثبت برنامجنا المصمم فعاليته في خفض القلق لدى المسنين من خلال النتائج المتحصل عليها و التحسن الذي أبداه الحالة خلال الجلسات العلاجية وتغيير الحالة لبعض العادات والسلوكيات و التصرفات خلال فترة تطبيق البرنامج بفضل التقنيات و الفنيات المعتمد عليها خلال الجلسات هذا ما أدى إلى إنخفاض القلق.

هذا ما يتفق مع دراسة بلميهوب (2011) تحت عنوان العلاج المعرفي السلوكي لإضطراب القلق المعمم والتي هدفت إلى معرفة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة أعراض إضطراب القلق المعمم وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الحالة تحسنت بشكل ملحوظ حيث أصبحت أكثر فهماً للقلق الذي ينتابها مما جعلها أكثر تحكما فيه من خلال المهارات التي تعلمتها في الجلسات العلاجية.

وبالتالي الفرضية تحققت والبرنامج العلاجي المصمم من قبل الباحثين أثبت فعاليته ونجاعته في خفض القلق لدى المسنين.

خاتمة:

لقد أثبتت العديد من الدراسات الحديثة فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من الأعراض المرضية للإضطرابات الإنفعالية خاصة القلق والذي يعتبر من أكثر الإضطرابات التي تمس غالبية الناس خاصة شريحة المسنين بحيث يجد هذا الأخير نفسه ضعيفا وفاقدا للقدرة على مزاوله أنشطة حياته اليومية مما يجعله عرضة للذهاب إلى دار المسنين وذلك بعد التخلي عنه فتزداد حدة الإضطراب لديه. هذا ما جعل الباحثين يولونه إهتماما كبيرا لذلك كان لابد لنا من التطرق الى الموضوع، وهذا بهدف البحث عن علاج يساهم في خفض أعراض القلق لدى هاته الشريحة لذلك أرتئينا أن تكون دراستنا المعنونة بفعالية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض القلق لدى المسنين لتبيان مدى أهمية العلاج النفسي وبالأخص التقبل والالتزام في رفع المرونة النفسية و تقبله لذاته وواقعه و إظهار فعاليته على المسن المصاب بالقلق باعتبارهم أساسا مهما في كل المجتمعات لما يمتازون به من خبرة وحكمة في مجالات الحياة كلها.

فقد أثبت البرنامج العلاجي المصمم إعتماذا على فنيات التقبل والالتزام فعاليته ونجاعته في خفض القلق لدى المسنين من خلال المقابلة، الملاحظة، ومن خلال تطبيق المقياس البعدي للقلق.

التوصيات والإقتراحات:

- الإهتمام بهذه الشريحة عامة وتقديم تكفل نفسي للمقيمين بدار المسنين خاصة.
- تكوين أخصائيين وتأهيل باحثين معالجين لتصميم وتطبيق مثل هذه البرامج العلاجية.
- إستثمار هذا البرنامج القائم على القبول والإلتزام ومساعدة المسنين في التخفيف من القلق.
- إقتراح برامج علاجية قائمة على التقبل والإلتزام في علاج اضطرابات مشابهة للقلق.
- توعية المسنين وإرشادهم بضرورة مواجهة المشاكل النفسية ومحاولة التخلص منها.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

1. باغيجة لياس، (2006)، إستراتيجية التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بمستوى القلق والإكتئاب لدى المعاقين حركيا، مذكرة لنيل شهادة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، جامعة الجزائر.
2. بركة منال، أحمد هرقة سلمى، (2022)، التوافق النفسي وتقدير الذات لدى المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، قسم علم النفس، جامعة 8 ماي 1945 قالمة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، علم النفس العيادي ، جامعة العربي بن مهدي، أم البواقي
3. بن سالم تركي احمد شريف،(2020)، فعالية العلاج بالتقبل والالتزام لخفض اعراض القلق لدى كبار السن، ماجستير علم النفس العيادي، المجلد 38، العدد 06
4. بوختاش يوسف،(2016)، التكفل النفسي بالقلق والإكتئاب للرجل المصاب بالعجز الجنسي، مذكرة لنيل شهادة الماستر، جامعة ابن خلدون، تيارت.
5. بوسعيد سعاد، (2020)، فاعلية برنامج تدريبي يستند على تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام لرفع القدرة على المحابهة الإيجابية لدى أمهات الأطفال المعاقين، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث، كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
6. بوقفة إيمان، (2020)، فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من أعراض الوسواس القهري، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، جامعة باتنة 1.
7. حاج لكحل راضية،(2008)، الصحة النفسية للمسنين،رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي،جامعة الجزائر.
8. خمار إيمان، نابتي فضيلة، (2019)، مدى فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الرجوعية لدى الأطفال المصابين بداء السكري(النوع الأول)، مذكرة لنيل شهادة الماستر

ومتطلبات الماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس تخصص علم النفس العيادي، جامعة 08 ماي 1945، قالمة.

9. خمقاني مليكة، (2019)، تناذر الهشاشة وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية لدى

المسنين، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، علم النفس العيادي، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

10. دامو، دويس، (2021)، قلق المستقبل وعلاقته بالامن النفسي لدى المسنين

المقيمين بدارالعجزة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، تخصص

علم النفس العيادي جامعة ابن خلدون ، تيارت

11. دحام زغير إكرام،(2018)، مشكلة الشعور بالوحدة لدى المسنين، العدد السابع، قسم

التربية الخاصة، الجامعة المستنصرية.

12. ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم،(2000)، مناهج وأساليب البحث العلمي،

دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان الأردن.

13. رزوقة نسيمة ، بوزاك جمعة، (2021)، القلق أثناء التعليم عن بعد لدى الطالب

الجامعي في ظل أزمة كورونا، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير ومتطلبات الماجستير، كلية

العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة أحمد دراية، أدرار.

14. سني أحمد، (2015)، تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المسن، رسالة لنيل

شهادة الماجستير، قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا علم النفس الاسري، جامعة وهران

2.

15. شعبي ساسي ، مراح علي،(2019)، أثر تقنية الإسترخاء العضلي المتدرج في

التخفيف من درجة القلق لدى الراشد المصاب بالسكري، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة

إبن خلدون، تيارت.

16. عارف فوزي جعفر ازهار،(2008)، الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في

المؤسسات الايوائية في محافظات شمال فلسطين، رسالة لنيل متطلبات الماجستير، جامعة

القدس، فلسطين

17. عباد وهيبة، سراردي ليندة، (2017)، علاقة القلق النفسي في ظهور القرحة المعدية

لدى الراشد، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة إبن خلدون، تيارت.

18. عماري حنان ، (2013)، قلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، مذكرة لنيل شهادة الماستر ، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
19. عياش صباح ، (2021)، المعاش النفسي لدى المسنين، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، علم النفس العيادي، جامعة 8 ماي 1945 قالمة.
20. قواجلية أية ، (2013)، قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية قسم العلوم الاجتماعية شعبة علم النفس، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
21. كامل قرني سيد سعاد، (2019)، فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض قلق المستقبل المهني لدى طلاب شعبة التربية الخاصة، المجلة العلمية في إدارة البحوث والنشر العلمي، المجلد 35، العدد 05.
22. مجدي هاشم الصفدي رولا،(2013)، المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى زوجات الشهداء والأرامل بمحافظات غزة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، كلية التربية برنامج ماجستير علم النفس، جامعة الأزهر، غزة.
23. يوسف مصطفى سلمة عوض الله، 2008، التدخين وعلاقته بمستوى القلق وبعض سمات الشخصية للأطباء المدخنين في قطاع غزة، كلية علوم التربية قسم علم النفس ماجستير جامعة الإسلامية غزة.

24. Sencer Sinith & Steven C. Hayes .2005. **Get Out of Your Mins and Into Your Life : The New Acceptance and Commitment Therapy**, U. S. A, Oakland, New Harbinger Publication.
25. Steven C. Hayes & Other .2006. **What is Acceptance and Commitment Therapy**, Op. Xit

الملاحق

الملحق رقم 01**مقياس القلق الصريح لتايلور**

اللقب:

الإسم:

الجنس:

السن:

المطلوب منك أن تقرأ العبارات الموجودة في الجدول التالي بتمعن وتضع إشارة (×) في حقل (نعم) إذا كانت العبارة تناسبك، وتضع إشارة (×) في حقل (لا) إذا كانت تناسبك، مع العلم أن هذه الإجابة لغرض البحث العلمي فقط، وسوف تخضع للسرية التامة.

| الرقم | العبارة | نعم | لا |
|-------|---|-----|----|
| 1 | نومي مضطرب ومتقطع | | |
| 2 | مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق | | |
| 3 | مخاوفي قليلة جدا مقارنة بأصدقائي | | |
| 4 | أعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس | | |
| 5 | تنتابني أحلام مزعجة (أو كوابيس) كل عدة ليالي | | |
| 6 | لدي متاعب أحيانا في معدتي | | |
| 7 | غالبا ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما | | |
| 8 | أعاني أحيانا من نوبات إسهال | | |
| 9 | تشير قلقي أمور العمل والعمال | | |
| 10 | تصيبني نوبات من الغثيان (غمامات النفس) | | |

| | | | |
|--|--|--|----|
| | | كثيرا ما أخشى أن يحمر وجهي خجلا | 11 |
| | | أشعر بجوع في كل الأوقات تقريبا | 12 |
| | | أثق في نفسي كثيرا | 13 |
| | | أتعب بسرعة | 14 |
| | | يجعني الإنتظار عصبيا | 15 |
| | | أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي | 16 |
| | | عادة ما أكون هادئا | 17 |
| | | تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلا في مقعدي | 18 |
| | | لا أشعر بالسعادة معظم الأوقات | 19 |
| | | من السهل أن أركز ذهني في عمل ما | 20 |
| | | أسعر بالقلق على شيء ما، أو شخص ما، طوال الوقت تقريبا | 21 |
| | | لا أتهيب الأزمات والشدائد | 22 |
| | | أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخرين | 23 |
| | | كثيرا ما اجد نفسي قلقا على شيء ما | 24 |
| | | أشعر أحيانا وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي | 25 |
| | | أشعر أحيانا أنني أتمزق | 26 |
| | | أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة | 27 |
| | | الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات | 28 |

| | | | |
|--|--|--|----|
| | | لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ | 29 |
| | | إنني حساس بدرجة غير عادية | 30 |
| | | لاحظت أن قلبي يخفق بشدة أحيانا تتهيج نفسي | 31 |
| | | لا أبكي بسهولة | 32 |
| | | خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيدائي | 33 |
| | | لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثرا شديدا | 34 |
| | | كثيرا ما أصاب بصداع | 35 |
| | | لا بد أن أعترف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها | 36 |
| | | لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد | 37 |
| | | لا أرتبك بسهولة | 38 |
| | | أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرة | 39 |
| | | أنا شخص متوتر جدا | 40 |
| | | أرتبك أحيانا بدرجة تجعل العرق يتساقط مني بصورة تضايقني جدا | 41 |
| | | يحمر وجهي خجلا بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين | 42 |
| | | أنا أكثر حساسية من غالبية الناس | 43 |
| | | مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها | 44 |
| | | أكون متوترا للغاية أثناء القيام بعمل ما | 45 |
| | | يادي وقدماي باردتان في العادة | 46 |

| | | | |
|--|--|--|----|
| | | أحيانا أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسى | 47 |
| | | لا تتقصرى الثقة فى النفس | 48 |
| | | أصاب أحيانا بالإمساك | 49 |
| | | لا يحمر وجهى أبدا من الخجل | 50 |

الملحق رقم: 02

مقياس تايلور القبلي للقلق

| لا | نعم | العبارة | الرقم |
|----|-----|--|-------|
| | + | نومي مضطرب ومتقطع | 1 |
| | + | مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق | 2 |
| + | | مخاوفي قليلة جدا مقارنة بأصدقائي | 3 |
| + | | أعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس | 4 |
| | + | تنتابني أحلام مزعجة (أو كوابيس) كل عدة ليالي | 5 |
| | + | لدي متاعب أحيانا في معدتي | 6 |
| | + | غالبا ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما | 7 |
| + | | أعاني أحيانا من نوبات إسهال | 8 |
| + | | تثير قلقي أمور العمل والعمال | 9 |
| | + | تصيبني نوبات من الغثيان (غمامات النفس) | 10 |
| | + | كثيرا ما أخشى أن يحمر وجهي خجلا | 11 |
| | + | أشعر بجوع في كل الأوقات تقريبا | 12 |
| | + | أثق في نفسي كثيرا | 13 |
| | + | أتعب بسرعة | 14 |
| | + | يجعلني الإنتظار عصبيا | 15 |
| | + | أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي | 16 |
| + | | عادة ما أكون هادئا | 17 |
| | + | تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلا في مقعدي | 18 |
| | + | لا أشعر بالسعادة معظم الأوقات | 19 |
| | + | من السهل أن أركز ذهني في عمل ما | 20 |
| | + | أسعر بالقلق على شيء ما، أو شخص ما، طوال الوقت تقريبا | 21 |

| | | | | |
|---|--|---|--|----|
| + | | | لا أتهيب الأزمات والشدائد | 22 |
| | | + | أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخرين | 23 |
| + | | | كثيرا ما اجد نفسي قلقا على شيء ما | 24 |
| + | | | أشعر أحيانا وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي | 25 |
| | | + | أشعر أحيانا أنني أتمزق | 26 |
| | | + | أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة | 27 |
| | | + | الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات | 28 |
| | | + | لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ | 29 |
| | | + | إنني حساس بدرجة غير عادية | 30 |
| | | + | لاحظت أن قلبي يخفق بشدة أحيانا تتهيج نفسي | 31 |
| + | | | لا أبكي بسهولة | 32 |
| | | + | خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيذائي | 33 |
| | | + | لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثرا شديدا | 34 |
| + | | | كثيرا ما أصاب بصداع | 35 |
| | | + | لا بد أن أعترف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها | 36 |
| + | | | لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد | 37 |
| + | | | لا أرتبك بسهولة | 38 |
| + | | | أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرّة | 39 |
| | | + | أنا شخص متوتر جدا | 40 |
| | | + | أرتبك أحيانا بدرجة تجعل العرق يتساقط مني بصورة تضايقني جدا | 41 |
| | | + | يحمّر وجهي خجلا بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين | 42 |
| | | + | أنا أكثر حساسية من غالبية الناس | 43 |
| | | + | مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها | 44 |
| + | | | أكون متوترا للغاية أثناء القيام بعمل ما | 45 |
| | | + | يادي وقدماي باردتان في العادة | 46 |

| | | | | |
|---|--|---|--|----|
| | | + | أحيانا أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسى | 47 |
| | | + | لا تتقصنى الثقة فى النفس | 48 |
| + | | | أصاب أحيانا بالإمساك | 49 |
| + | | | لا يحمر وجهى أبدا من الخجل | 50 |

الملحق رقم: 03

المقياس البعدي للقلق

| الرقم | العبارة | نعم | لا |
|-------|--|-----|----|
| 1 | نومي مضطرب ومتقطع | | + |
| 2 | مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق | | + |
| 3 | مخاوفي قليلة جدا مقارنة بأصدقائي | | + |
| 4 | أعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس | | + |
| 5 | تنتابني أحلام مزعجة (أو كوابيس) كل عدة ليالي | | + |
| 6 | لدي متاعب أحيانا في معدتي | | + |
| 7 | غالبا ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما | | + |
| 8 | أعاني أحيانا من نوبات إسهال | | + |
| 9 | تثير قلقي أمور العمل والعمال | | + |
| 10 | تصيبني نوبات من الغثيان (غمامات النفس) | | + |
| 11 | كثيرا ما أخشى أن يحمر وجهي خجلا | + | |
| 12 | أشعر بجوع في كل الأوقات تقريبا | | + |
| 13 | أثق في نفسي كثيرا | + | |
| 14 | أتعب بسرعة | | + |
| 15 | يجعلني الإنتظار عصبيا | | + |
| 16 | أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي | | + |
| 17 | عادة ما أكون هادئا | | + |
| 18 | تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلا في مقعدي | | + |
| 19 | لا أشعر بالسعادة معظم الأوقات | | + |
| 20 | من السهل أن أركز ذهني في عمل ما | + | |
| 21 | أسعر بالقلق على شيء ما، أو شخص ما، طوال الوقت تقريبا | | + |

| | | | |
|---|---|--|----|
| | + | لا أتهيب الأزمات والشدائد | 22 |
| | + | أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخرين | 23 |
| + | | كثيرا ما اجد نفسي قلقا على شيء ما | 24 |
| + | | أشعر أحيانا وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي | 25 |
| + | | أشعر أحيانا أنني أتمزق | 26 |
| | + | أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة | 27 |
| + | | الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات | 28 |
| + | | لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ | 29 |
| | + | إنني حساس بدرجة غير عادية | 30 |
| + | | لاحظت أن قلبي يخفق بشدة أحيانا تتهيج نفسي | 31 |
| | + | لا أبكي بسهولة | 32 |
| | + | خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيذائي | 33 |
| | + | لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثرا شديدا | 34 |
| + | | كثيرا ما أصاب بصداع | 35 |
| | + | لا بد أن أعترف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها | 36 |
| + | | لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد | 37 |
| | + | لا أرتبك بسهولة | 38 |
| + | | أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرة | 39 |
| + | | أنا شخص متوتر جدا | 40 |
| + | | أرتبك أحيانا بدرجة تجعل العرق يتساقط مني بصورة تضايقتني جدا | 41 |
| | + | يحمّر وجهي خجلا بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين | 42 |
| + | | أنا أكثر حساسية من غالبية الناس | 43 |
| + | | مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها | 44 |
| + | | أكون متوترا للغاية أثناء القيام بعمل ما | 45 |
| + | | يдаي وقدماي باردتان في العادة | 46 |

| | | | |
|---|---|---|----|
| + | | أحياناً أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسى | 47 |
| | + | لا تتقصرى الثقة فى النفس | 48 |
| + | | أصاب أحياناً بالإمساك | 49 |
| + | | لا يحمر وجهى أبداً من الخجل | 50 |

الملحق رقم: 04

الإستمارة الخاصة بالمحكّمين للبرنامج العلاجي في صورته الأوليّة

الأستاذ:

الدرجة العلمية :

التخصص:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

الموضوع: تحكيم برنامج علاجي قائم على التقبل والإلتزام في خفض القلق

لدى المسنين

لنا الشرف العظيم أن نضع بين أيديكم البرنامج العلاجي القائم على التقبل والإلتزام استاذتنا الأفاضل. وانه لمن دواعي سرورنا وارتياحنا أن تكونو سيادتكم المحكّمين لهذا البرنامج مع إبداء رأيكم الصائب من خلال ملاحظاتكم التي تهمننا لذلك أرجو من سيادتكم الموقرة الإطلاع على جلساته مع موافاتنا بتوجيهاتكم حول البرنامج.

لكم منا فائق عبارات الاحترام والتقدير وجزاكم الله خير.

من إعداد:

- رمضان كريم

- رحمانى شيمااء

الملحق رقم: 05



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة ابن خلدون * تيارت *

كلية العلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا والفلسفة

رقم القيد: 127 / ق ع ن أ . ف / 2023

إلى السيد المحترم: ...

زرور و حسن بن عبد السلام

الموضوع: طلب الترخيص بإجراء دراسة ميدانية

تحية طيبة وبعد:

في إطار ترمين وترقية البحث العلمي لطلبة قسم علم النفس والأرطوفونيا والفلسفة يشرفني أن أتمس من سيادتكم الترخيص لطلبة السنة الثانية ماستر ، تخصص علم النفس المدرسي وريادي
الآتية أسماؤهم:

- و. معنائه بكر بيو

- ن. جسام بيو بسماء

.....

.....

بإجراء بحث ميداني تحت عنوان:

..... فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تخفيف القلق لدى

..... المرشدين بد. ل. المصطفى

وفي الأخير تقبلوا منا أسمى عبارات الاحترام والتقدير.

تيارت في: 05 أفريل 2023



قندوز محمود

رئيس قسم علم النفس والأرطوفونيا والفلسفة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والفلسفة

جامعة ابن خلدون - تيارت

BAACHA Hassiba
Psychologue Clinicienne

BAACHA Hassiba

الملحق رقم 06



جامعة ابن خلدون - تيارت
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس و الأطفونيا و الفلسفة



تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(ملحق القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2020/12/27 المتعلق بالوقاية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا الممضي أدناه،

الطالب (ة) **رمضان عريم**

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 22400531. والصادرة بتاريخ: 13/02/2014

المسجل (ة) بكلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم: علم النفس والأطفونيا والفلسفة

و المكلف بإنجاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر عنوانها: 01 جوان 2023

عنوان البحث: **فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين القلق لدى**

المهنيين بداء العنكبوت

شعبة: علم النفس تخصص: علم النفس الوادعي

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية للنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ

إمضاء المعني

عن المجلس الشعبي البلدي
وبالتفويض منه
متصرف إقليمي
بن بصلينة أمينة

ملخص الدراسة:

أجريت الدراسة الحالية بهدف تقصي فعالية العلاج بالتقبل والإلتزام في خفض القلق لدى كبار السن. بناءً على المنهج العيادي، تم بطريقة قصدية إختيار حالة واحدة من دار المسنين لولاية تيارت لعينة لتطبيق برنامج علاجي مصمم من 12 جلسة، صمم من طرف الباحثين. إلى جانب هذا البرنامج تم إستخدام أدوات أخرى لجمع البيانات مثل المقابلة العيادية، الملاحظة العيادية و مقياس تايلور للقلق. أسفرت نتائج البرنامج العلاجي على أن البرنامج القائم على التقبل و الإلتزام ذو فعالية في خفض القلق لدى المسنين. الكلمات المفتاحية: العلاج بالتقبل والإلتزام ،القلق ، المسنين.

Résume:

Cette étude est basée sur une approche clinique pour étudier l'efficacité des traitements de thérapie d'acceptation et d'engagement pour réduire l'anxiété chez les personnes âgées. Un participant a été recruté dans une maison de retraite à Tiaret à l'aide d'une méthode d'échantillonnage cible. À l'aide d'un protocole de traitement conçu de manière programmatique impliquant 12 séances, entretien, observation, et échelle de Taylor, les informations ont été collecter. L'analyse des données a révélé que les approches de traitement basées sur l'acceptation avaient un effet positif sur la réduction de l'anxiété chez les personnes âgées.

Mot Clé: thérapie d'acceptation et d' engagement . anxiété . les personnes âgées

Abstract:

This study has been conducted based on the clinical approach to explore the effectiveness of treating with acceptance and commitment therapy in lowering elderly anxiety levels. One participant was recruited by a purposive sampling method from a nursing home in Tiaret (an institution providing residential care for older people) to collect the data based on a 12 sessions self-designed treatment programme, face-to-face interviews, observations, and Taylor's scale. The data analysis has revealed that treatment based on acceptance and commitment is positively contributing to the decrease of old people's anxiety.

Keywords: acceptance and commitment therapy. Anxiety . old people