



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب

كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي

فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي للرفع من تقدير الذات
لدى مرضى الجنف

تحت إشراف الأستاذ:
أ. مقداد اميرة

من إعداد وتقديم الطالبتين:
- معمر حنان
- مكعو نريمان فتيحة

تاريخ المناقشة:/..../..

تمت المناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من:

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
سني	أستاذ محاضر - ب	رئيسا
مقداد اميرة	أستاذ محاضر - أ	مشرفا ومقررا
بن عيسى رحال	أستاذ محاضر - ب	مناقشا

السنة الجامعية 2024-2025

الشكر و التقدير

بعد بسم الله الرحمن الرحيم و الصلاة و السلام على صاحب الشفاعة

سيدنا محمد النبي الكريم ، و على اله و صحبه

و من تبعوهم بإحسان إلى يوم الدين

اهدي ثمرة جهدي المتواضع

إلى من لم تدخر نفا في تربيتي امي الحنونة

إلى من تشقت يداه في سبيل رعايتي ابي الصمود

إلى إخوتي و أخواتي الكرام حفظهم الله

إلى كافة أصدقائي و زملائي و رفاق الدراسة وفقهم الله

إلى كل من كان لهم اثر على حياتي

إلى كل من نصحني ووجهني

و كل من ساهم في إتمام هذا البحث جزاكم الله على كل خير

اهداء

أشكر الله العلي القدير الذي أتم علي بنعمة العقل و الدين. القائل في محكم التنزيل "وفوق كل
ذي علم عظيم"

أهدي هذا التخرج لمن علمني أن أعطي و لمن أحمل إسمه بكل فخر، أتمنى أن يطيل الله حياتك
حتى ترى ثمارا حان وقت حصدها بعد انتظار وقت طويل "أبي العزيز"
وإلى ملاكي في الحياة، إلى أمي و مأمني إلى الحب و الحنان، إلى ابتسامة الحياة و سر
الوجود، إلى من كان دعائها سر نجاحي "أمي الحبيبة"
إلى سندي و مسندي و نجومي في سماء حياتي إخوتي
إلى لولوتي الصغيرة "كوثر"
إلى كل من علمني حرفا أنار لي به طريقي أساتذتي جميع

- معمر حنان -

اهداء

"وأخر دعواهم أن الحمد لله رب العالمين"

الحمد لله عند البدء و عند الختام

من قال أنا لها نالها

لقد كانت طريقا طويلة مليئة بالإخفاقات و النجاحات فخورين بكفاحنا لتحقيق أحلامنا

لحظة لطلما انتظرتها و حلمت بها في حكاية اكتملت فصولها

إلى من علمني العطاء بدون انتظار إلى من أحمل إسمه بكل افتخار إلى كلكه الله بالهيبه و

الوقار "والدي العزيز"

إلى حبيبتي و قره عيني إلى القلب النابض إلى من كانت دعواتها الصادقة سر نجاحي أمي

الغالية

إلى إخوتي و أختي سندي فالحياة أدامكم الله سندا ثابتا لا يميل ولا يزول

إلى أمي الثانية خالتي العزيزة شفاك الله و أطار عمرك

إلى كل هؤلاء أهدي هذا العمل

مكعو نريمان



فهرس المحتويات



الفهرس

الصفحة	العنوان
	الاهداء
	الشكر و العرفان
	فهرس المحتويات
	قائمة الجداول و الإشكال
	ملخص الدراسة
02	مقدمة
	الجانب النظري
	الفصل الأول :مدخل الدراسة
04	الإشكالية
06	فرضيات الدراسة
06	أهمية الدراسة
06	أهداف الدراسة
07	أسباب اختيار موضوع الدراسة
07	التعريف الإجرائية
08	الدراسات السابقة
	الفصل الثاني : مرض الجنف
12	تمهيد
12	لمحة تاريخية حول الجنف
14	تعريف الجنف
15	انواع الجنف
16	اسباب الجنف
17	اعراض الجنف
18	تأثير الجنف على الصحة النفسية و الجسدية
21	خلاصة
	الفصل الثالث : تقدير الذات
23	• تمهيد
23	تعريف تقدير الذات
23	اهمية تقدير الذات

24	اقسام تقدير الذات
25	مستويات تقدير الذات
27	سمات تقدير الذات
28	النظريات المفسرة لتقدير الذات
32	• خلاصة
الفصل الرابع : العلاج المعرفي السلوكي	
34	تمهيد
35	نبذة تاريخية حول العلاج المعرفي السلوكي
37	تعريف العلاج المعرفي السلوكي
37	الاطر النظرية المفسرة للعلاج المعرفي السلوكي
39	اسس البرنامج المعرفي السلوكي
39	مزايا و عيوب العلاج المعرفي السلوكي
41	اهم التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي
44	خلاصة
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية	
48	• تمهيد
48	الدراسة الاستطلاعية
48	الدراسة الاساسية
49	منهج الدراسة
49	حدود الدراسة
49	عينة الدراسة
49	ادوات الدراسة
53	تصميم البرنامج العلاجي
تقديم الحالات و مناقشة النتائج	
57	1- عرض حالات الدراسة
77	2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
81	• خاتمة
83	• توصيات و اقتراحات
85	• قائمة المصادر و المراجع
88	• الملاحق



قائمة الجداول و الأشكال



• قائمة الجداول :

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
47	التشوهات المعرفية حسب "بيك"	01
63	تقديم أولي للحالات	02
68	برنامج علاجي معرفي سلوكي بعد التحكيم	03
75	جدول المقابلات للحالة س	04
79	مقياس قبلي للحالة س	05
81	سير العلاج للحالة س	06
84	مقياس بعدي للحالة س	07
87	جدول المقابلات للحالة م	08
92	مقياس قبلي للحالة م	09
93	سير العلاج للحالة م	10
97	مقياس بعدي للحالة م	11
100	تفسير الفرضية الأساسية	12
101	تفسير الفرضية الفرعية الأولى	13
102	تفسير الفرضية الفرعية الثانية	14
103	تفسير الفرضية الفرعية الثالثة	15

• قائمة الأشكال :

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
30	مخطط يوضح أقسام تقدير الذات حسب فيليب فيرتون	01
36	مخطط يوضح هرم الحاجات الأساسية ماسلو	02
42	مثال ذكره بيك حول العلاج المعرفي السلوكي	03
45	نموذج علاجي سلوكي معرفي	04
100	أعمدة بيانية لنتائج القياس القبلي و البعدي للحالات	05

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الموضوعية أمامنا إلى معرفة مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي للرفع من تقدير الذات لدى مرضى الجنف.

حيث شملت الدراسة حالتين (02) من جنس إناث، تم التطبيق عليهن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي اقتبسته الطالبتين من التقنيات المعرفية السلوكية، و المحكم من طرف أساتذة جامعة عين تموشنت، كما تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياس كوبر سميث لتقدير الذات للعالم ستانلي كوبر سميث "Stanley cooprsmith" سنة 1967، و التحقق من فرضيات هذه الدراسة تم انتهاج المنهج العيادي و الشبه تجريبي مع العينة المستهدفة.

في خلاصة هذه الدراسة وجد أن هناك فعالية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في الرفع من تقدير الذات لدى مرضى الجنف وذلك من خلال مقارنة النتائج المتحصل عليها قبل و بعد تطبيق البرنامج العلاجي على كلتا الحالتين.

الكلمات المفتاحية: تقدير الذات-البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي-الجنف.

Abstract :

The present study aimed to examine the effectiveness of a cognitive-behavioral therapy (CBT) program in enhancing self-esteem among patients with scoliosis.

The study included two female cases who were subjected to the CBT program, which was adapted by the two students from established cognitive-behavioral techniques and validated by professors at the University of Ain Temouchent. The Coopersmith Self-Esteem Inventory (developed by **Stanley Coopersmith** in 1967) was used as the primary assessment tool.

To test the study's hypotheses, a clinical and quasi-experimental methodology was adopted with the targeted sample.

The findings concluded that the cognitive-behavioral therapy program was effective in improving self-esteem in scoliosis patients, as evidenced by comparing the results obtained before and after the application of the program to both cases.

Keywords: Self-esteem – Cognitive-Behavioral Therapeutic Program – Scoliosis.

مقدمة



يعد تقدير الذات من بين المقومات النفسية الأساسية التي تؤثر تأثيرا كبيرا وعميقا على جودة الحياة، خصوصا إلى الأشخاص الذين يعانون من أمراض جسدية مزمنة أو تشوهات جسدية ظاهرة نذكر على سبيل المثال الجنف؛ حيث أن الانحراف الجانبي للعمود الفقري لا يؤثر فقط على الجانب الصحي والجسدي بل يمتد ليشمل الجانب النفسي الذي يعتبر أكثر تعقيدا وبطبيعة الحال هذه الامتدادات تصل حتى الجانب الاجتماعي للفرد، تؤثر على حياته بشكل المعمم مما ينعكس سلبا على صورته الذاتية وتقديره لذاته

انطلاقا من مما ذكر ارتأت الطالبتين اختيار هذه الدراسة لتسليط الضوء على أهمية التدخلات النفسية أو بشكل أكثر وضوحا يقصد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات لدى مرض الجنف، إذا أثبتت المقاربة المعرفية السلوكية فعاليتها في علاج العديد من الاضطرابات النفسية وذلك من خلال تعديل الأفكار السلبية وتعزيز السلوكيات الإيجابية قصد دراسة هذه الفئة وزعنا هذه المذكرة على جزءين رئيسيين تمثلت في: الجانب النظري حيث تم تناول فيه أربعة فصول؛ يضم الفصل الأول مشكلة الدراسة والفرضيات وأهداف الدراسة أما الفصل الثاني تمت المعالجة فيه مرض الجنف من ناحية أنواعه وأسبابه وأعراضه وحتى تأثيره على الصحة النفسية جسدية، أما الفصل الثالث تم التركيز فيه على مفهوم تقدير الذات، أهميته، أقسامه وكذلك مستوياته وسماته دون أن ننسى النظريات المفسر له، أما الفصل الرابع خصص لعرض البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي من حيث تعريفه ومزايا وعيوب وآليات تطبيقه وكذا أسسه ...

الشق الثاني من المذكرة عرض فيه الجانب التطبيقي: حيث تضمن الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة، أدوات البحث وعينة الدراسة وحدودها وكذلك البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح من طرف الطالبتين أما الجزء الثاني من الجانب التطبيقي عرض فيه النتائج المستخلصة لحالات الدراسة الفصل الأخير ضم تحليل النتائج ومناقشتها في ضوء الفرضيات تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات لدى عينة من مرض الجنف، أملين أن تساهم نتائجها في إثراء الجانب العلاجي النفسي لهذه الفئة، وفتح آفاق جديدة للتكفل الشامل

الفصل الأول : مدخل الدراسة

✓ إشكالية الدراسة

✓ فرضيات الدراسة

✓ أهمية الدراسة

✓ أهداف الدراسة

✓ أسباب اختيار موضوع الدراسة

✓ المفاهيم الإجرائية للدراسة

✓ الدراسات السابقة



1. الإشكالية :

مما هو معروف ولا شك فيه أن الله عز وجل ميز الإنسان في خلقه عن باقي المخلوقات بعدة مزايا كالعقل و الجسم ،وذلك لكونه كائن اجتماعي لا يستطيع أن يعيش في معزل عن الآخرة؛ حيث أن طبيعة تلك العلاقة الجمعية تتوافق على مبدأ الفروق الفردية بين الأفراد و الاختلاف الناتج عنها، وهذه الإختلافات تظهر عند كل فرد دون الآخر ،فالرضيع ليس كالمراهق والمراهق ليس كالراشد أو المسن و هكذا ،نلاحظ هذه الإختلافات جسميا فجسم الإنسان في تغير دائم إذا لم يتغير بفعل الظواهر الطبيعية فسوف يكون التغير بفعل عامل مرضي لا محال منه ،وبالحديث عن الأعراض المرضية الظاهرة على جسم الإنسان هناك عدة أنواع فمنها ما يمس الجلد و آخر يمس الحواس و هناك ما يمس العظام فيشوه صورة الإنسان ،مذكر من بين هذه التشوهات الجسمية مرض يصيب العمود الفقري وعادة ما تظهر على شكل حرف S أو C يسمى هذا المرض بالجنف أو مصطلح "السكوليوز" ،حيث تعود هذه التسمية إلى الكلمة اليونانية (skoliosis) بمعنى اعوجاج والتواء ،يعرف الجنف بأنه تشوه معقد ثلاثي الأبعاد في العمود الفقري بمعنى انحراف جانبي في المستوى التشريحي التاجي /الجبهوي (coronal/frontal anatomical plan)) حيث يكون هذا الانحراف أكبر أو يساوي 10 درجات مع دوران للفقرات ،ويترافق عادة بنقصان الحداب الظهرى الطبيعي (. hypoky phosis)(ريم موسى قبه، 2023، ص.17)

وقد يؤدي هذا المرض إلى مضاعفات نفسية سلبية حيث أكدت ذلك (ريمة 2023) في دراستها، إذ أشارت إلى أن الذين يعانون من الجنف الشديد هم الأكثر عرضة للمشاكل النفسية مقارنة بالناس الذين يعانون منه بدرجات قليلة أو متوسطة.(بوصوار ريمة، 2023)

ومنه تعتبر الصحة النفسية شأنها شأن الصحة الجسمية حيث أن لها نفس أهميتها ،و التي يجب النظر إليها على أنها منتهى ما يسعى إليه الفرد ،حيث أن الصحة النفسية تعني الحالة الإيجابية و التي تتضمن التمتع بصحة العقل و الجسم وليست مجرد غياب أو خلو الفرد من أعراض المرض النفسي فقط ؛كما ترى منظمة الصحة العالمية على أنها حالة من الراحة الجسمية و النفسية و الإجتماعية وليست مجرد عدم وجود المرض .

ومن المتعارف عليه أن إصابة الإنسان بأي مرض سواء كان ظاهري أو غير ظاهري على المريض فإنه يساهم بشكل كبير في تدمير صحته النفسية كما هو حال مرضى الجنف ،حيث أنه

يمثل الجانب الظاهري الأكثر في جسم المصاب به وقد يساهم بشكل كبير في فقدان الثقة بالنفس أو الخجل و تدهور الصحة النفسية .

فتتمثل سلامة الصحة النفسية من سلامة الفرد و شعوره بالسعادة مع الآخرين و الذات ،أما تدهورها و هشاشتها فيتمثل من حزن الفرد و انخفاضه لتقدير ذاته ؛خاصة مع مرضى الجنف و بطبيعة الحال تختلف حياة الفرد المصاب بالجنف من شخص إلى آخر فإن التعايش مع Scolios "الجنف" يعد تحديا صعبا خاصة إذا تم تشخيصه في سن مبكر وقد يؤثر على حياتهم اليومية حسب نوع الانحناء و شدته و هذا له متاعب على الصحة النفسية ومستوى تقدير المريض لذاته حيث يشمل ذلك تغير في الحياة التي يمر بها مريض الجنف ولها تأثير على السلوك سواء كانت إيجابية أو سلبية.

حيث أن "Scoliose" قد يساهم بشكل كبير في فقدان تقدير المصاب به لذاته و احتقارها فقد عرف "كارل روجرز" مفهوم الذات بأنه المجموع الكلي للخصائص التي يمنها الفرد لنفسه و القيم الإيجابية و السلبية التي تتعلق بهذه الخصائص، كما يساهم هذا المرض بشكل كبير احتقار الذات و نقص تقديرها و بالحديث عن تقدير الذات نذكر تعريف "روزنبرج" "Rosenberg" له حيث يرى أن تقدير الذات هو الاتجاه نحو الذات ويكون إما يكون ايجابيا أو سلبيا و الذي يتمثل بشعور الفرد بأنه ذو قيمة و يحترم ذاته كما هي.(خوجة عادل وآخرون،2018،ص. 638)

وطبيعة الإنسان أنه كائن حساس و جب علينا الاهتمام به كوننا أخصائيين نفسانيين و خصوصا في هذه الحالات الحرجة لذلك و جب التوجه إلى العلاج النفسي لتعديل تقدير الذات المتدني عند مرضى الجنف و لا يمكننا الاعتماد إلى على العلاج المعرفي السلوكي في هذه الحالة حيث يعتمد هذا العلاج على تعلم سلوكيات جديدة انطلاقا من استبدال الأفكار الخاطئة بأخرى صحيحة و جديدة ، و يحدث كل هذا من خلال تقنيات تنتمي إلى هذا العلاج حيث يرى كل من "كروين"، "رويل" ،"الممر" (2008) و "كوبر"، "فيريرورن"، "هوكر" (2009) أن العلاج المعرفي السلوكي هو خطة علاجية يتحقق من خلالها أقصى استثمار لوقت المعالج مع أقل تكاليف للعميل أي أنه مفيد لكلا الطرفين.(مصطفى خليل محمود،2021،ص. 247)

وبناء على ما سبق ذكره يتبادر في أذهاننا تساؤلات عدة ومن خلالها نطرح الإشكال الجوهري

الآتي:

_السؤال الرئيسي: ما مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي للرفع من تقدير الذات لدى مرضى الجنف ؟

ومن هذا التساؤل تفرع عدة تساؤلات فرعية نذكر منها مايلي:

التساؤل الأول: هل يختلف تأثير البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على تقدير الذات لدى مرضى الجنف باختلاف مستوياتهم الدراسي؟

التساؤل الثاني: هل يختلف تأثير البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على تقدير الذات لدى مرضى الجنف باختلاف سن إكتشافهم للمرض؟

التساؤل الثالث: هل تختلف فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات لدى مرضى الجنف باختلاف درجة إعوجاج العمود الفقري ؟

2. فرضيات الدراسة:

1-2-1 الفرضية الأساسية:

للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية للمساهمة في الرفع من تقدير الذات.

2-2-2-الفرضيات الفرعية:

2-2-1-الفرضية الأولى : يوجد فرق في فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات لدى مرضى الجنف يعزى إلى اختلاف المستوى الدراسي.

2-2-2-الفرضية الثانية:يوجد فرق في فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات لدى مرضى الجنف يعزى إلى سن اكتشاف المرض.

2-2-3الفرضية الثالثة:يوجد فرق في فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات لدى مرضى الجنف يعزى إلى درجة الإعوجاج فالعمود الفقري.

3. أهمية الدراسة:

تستخلص أهمية الدراسة فالنقاط التالية:

- اكتساب الخبرة المهنية و تطبيق المهارات العلمية على أرض الواقع.

- تسليط الضوء على فئة مرضى الجنف لتعديل سلوكياتهم النفسية المشوهة .
- التأكيد على دور الأخصائي النفسي من خلال نجاح الدراسة.
- مساندة مرضى الجنف و تقديم الدعم النفسي لهم.
- أهمية المتغيرات المدروسة في هذه الدراسة.

4. أهداف الدراسة:

- تهدف الدراسة إلى التعرف على ما إذا كان يعاني مرضى الجنف من نقص تقدير الذات .
- تهدف الدراسة إلى معرفة ما إذا كان البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي متناسب مع مرضى الجنف الذين يعانون من تدني تقدير الذات .
- تهدف الدراسة إلى التعرف على فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات لدى مرضى الجنف يعزى إلى اختلاف المستوى الدراسي.
- تهدف الدراسة إلى التعرف على فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات لدى مرضى الجنف يعزى إلى سن اكتشاف المرض.
- تهدف الدراسة إلى التعرف على فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات لدى مرضى الجنف يعزى إلى درجة الاعوجاج في العمود الفقري.

5. أسباب اختيار موضوع الدراسة:

ترجع الأسباب إلى:

- الدوافع الذاتية بالدرجة الأولى ألا وهي مساندة شريحة مرضى الجنف.
- افتقار الوسط العلمي النفسي لدراسات تتناول الجنف.
- للمساهمة في المساعدة وتقديم الدعم النفسي في أقرب وقت .
- للتعرف أكثر بمثل هذه الحالات و إبرازها في المجتمع.
- لعدم تطرق البحوث السابقة لتطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي لدى مرضى الجنف .

6. المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة :

1-6-الجنف: هو حالة مرضية عضوية تدعى أيضا بمصطلح السكوليوز "Scoliose"، تتمثل هذه الحالة في تقوس وانحناء العمود الفقري، يكون في البداية بدرجات منخفضة ثم يبدأ في زيادة الإنحناء تدريجيا ليصبح واضحا و يشوه صورة الجسم.

2-6-تقدير الذات: هو درجة تقبل مريض الجنف لذاته وتقييمه لها حيث يظهر مستوى تقدير الذات بصورتين إما سلبية أو إيجابية، وذلك حسب إدراكه لنفسه تترجم هذه الإدراكات على شكل أفعال سلوكية يفسرها الأخصائي النفسي .

3-6-البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي: هو برنامج يبنيه الأخصائي النفسي وفق احتياجات المريض ، أي حسب الاضطراب الذي يعاني منه المريض ،يعتمد هذا العلاج بالدرجة الأولى على تعلم سلوكيات جديدة انطلاقا من تكوين أفكار جديدة لذا يجب في بناء هذا البرنامج التركيز على الأفكار كي تتغير السلوكيات و يحدث كل هذا بناء على تقنيات تنتمي إلى الاتجاه المعرفي السلوكي.

7. الدراسات السابقة:

لعدم وفرة الدراسات المشابهة للدراسة التي تطرقت إليها الباحثتين تعذر وجود دراسات سابقة تخدم نفس الأهداف البحثية التي تناولت فاعلية برنامج معرفي سلوكي في الرفع من مستوى تقدير الذات عند فئة مرضى الجنف ، إلى أنه يوجد عدة دراسات تناولت فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في الرفع من مستوى تقدير الذات ،لكن تم ربطها بمتغيرات أخرى دون الجنف.

من خلال البحث في المراجع لم نجد أبحاث تربط بين كل متغيرات دراستنا بالرغم من أنه موضوع ذو أهمية ، لذا ارتأت الباحثتين تقديم دراسات سابقة ربطت بين كل من متغير فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي و تقدير الذات ...

1-7-دراسات تناولت فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في الرفع من تقدير الذات:

-دراسة جهينة خنيش و عبد الرؤوف نقاش (2019): بعنوان فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين تقدير الذات لدى مرضى التلاسيميا ،هدفت الدراسة إلى تقديم برنامج علاجي معرفي سلوكي بغية تحسين تقدير الذات لدى مرضى التلاسيميا وكذلك معرفة مدى فاعلية هذا البرنامج العلاجي ،تكونت عينة الدراسة من حالتين ذكر يبلغ من العمر 18 سنة و أنثى بالغة من

العمر 23 سنة يعانون من الثلاثيميا ،في هذه الدراسة تم الاعتماد على المنهج العيادي المتمركز على دراسة الحالة ،تم استخدام الأدوات التالية: المقابلة العيادية ،مقياس كوبر سميث لتقدير الذات ،البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي تم إعداده من طرف الباحثين،توصلت النتائج في الأخير إلى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات لدى الحالتين ، وذلك من خلال الفروق الدالة بين النتائج الخاصة بالإختبار القبلي و البعدي لمستويات تقدير الذات

-دراسة كل من عبد الحكيم عثمان مرزوقي و عبدالكريم سعودي(2021):بعنوان فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في الرفع من تقدير الذات عند المريض المصاب بأمراض جلدية ،هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في الرفع من تقدير الذات عند فئة المصابين بالمرض الجلدي وكذلك التعرف على مدى وجود تأثير في مستوى تقدير الذات لدى المريض المصاب بمرض جلدي ،تكونت عينة البحث من 16 مريض شملت الفئة العمرية ما بين 25 إلى 35 سنة ،تم الاعتماد على المنهج شبه التجريبي حيث تضمنت الدراسة الأدوات التالية :مقياس روزنبرغ ، مقياس كوبر سميث ،البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المكون من 14 حصة علاجية ،توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :وجود تأثير للعلاج المعرفي السلوكي على الرفع من تقدير الذات لدى مرضى المصابين بمرض جلدي ، وذلك بعد استخدام مقياس تقدير الذات قبلي و بعدي ،حيث تم رفع الشعور بالثقة والتقدير الإيجابي و التعايش مع الإصابة الجلدية المرضية .

-دراسة صفاوي رشيدة و سعيدة فاطمة (2023):بعنوان فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعزيز تقدير الذات لدى المرأة المصابة بالحروق الجسدية ،حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعزيز تقدير الذات لدى المرأة المصابة بالحروق الجسدية و مساعدة النساء المصابات بالحروق في التخفيف من الآثار النفسية السلبية و تصحيح أفكارهم الخاطئة حول الذات وتأكيد السلوك الإيجابي .وقد تكونت عينة الدراسات من 3 حالات نساء تتراوح أعمارهم ما بين 29-36 سنة ، تم الاعتماد على المنهج العيادي ثم المنهج شبه تجريبي حيث تم استخدام أدوات الدراسة المتمثلة في الملاحظة العيادية و المقابلة العيادية و كذلك مقياس كوبر سميث لتقدير الذات . حيث توصلت الباحثين من خلال النتائج إلى أنه يوجد فاعلية للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي لتعزيز تقدير الذات لدى المرأة المصابة بحروق جسدية و ما أكد ذلك هو المقارنة بين نتائج الاختبار القبلي و البعدي .

2-7-دراسة أجنبية لمتغير الجنف :

حيث تناول الدراسة كل من إيفا ميسترسكا "Ewa Misterska" وماريك تومايوسكي "Marek Tomaszewski" و فيليب جورسكي "Filip Gorski" و ياكوب جابسا "Jakub Gapsa" و أنا سليز "Anna Slysz" ماجيك غواكي "Maciej Glowacki" (2024): بعنوان تقييم فعالية العلاج السلوكي المعرفي على صورة الجسم لدى المرضى المراهقين المصابين بالجنف باستخدام الواقع الافتراضي ، هدفت الدراسة إلى تقييم التغيرات في صورة الجسم لدى مرضى الجنف قبل وبعد الجراحة وكذلك إلى التحقق من وجود فروق في صورة الجسم لدى الإناث المصابات بالجنف بعد تطبيق العلاج السلوكي المعرفي، تضمنت عينة الدراسة في المرحلتين الأولى و الثانية من 36 حالة مصابة بالجنف ، أجريت الجلسات النفسية قبل وبعد الجراحة و أثناء الإقامة في المستشفى ، تم استخدام الأدوات التالية: تطبيق واقع افتراضي يدعى "Avatar" scolioses 3D و العلاج السلوكي المعرفي وكذلك التقييم الشعاعي بالإضافة إلى إختبارات لقياس مدى رضا المرضى عن شكل أجسادهم ؛ أظهرت النتائج وجود فرق كبير بين شكل الجسد الذي يرغب فيه المرضى و الشكل الفعلي بناء على الصور الشعاعية قبل الجراحة في كلا المجموعتين مع العلاج و بدونه ، كما تشير النتائج إلى أهمية تطوير المعايير لعلاج اضطرابات صورة الجسد لدى مرضى الجنف بغض النظر عن تلقي الدعم العلاجي ، تمكن المرضى من تقييم شكل أجسامهم بدقة قبل و بعد الجراحة حيث شعرو بعدم الرضا عن أجسادهم قبل الجراحة ،ولكم ليس بعدها ، كما أسفرت النتائج إلى أن التدخل الجراحي له تأثير على نفسيتهم .

3-7-التعقيب على الدراسات السابقة :

بعد عرض الدراسات السابقة استنتجت عدة ملاحظات تضمنتها هذه الدراسات نذكر منها :

3-7-1-من حيث الهدف:كانت أهداف الدراسات السابقة كثيرة و متنوعة ،كما أنها اختلفت في طريقة عرضها لمتغيرات الدراسة لكن اشتركت في كونها هدفت للوصول إلى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ؛نذكر كمثال على ذلك ما جاء في دراسة كل من جهينة خنيش و عبد الرؤوف نقاش (2019) حيث هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين تقدير الذات لدى مرضى الثلاثيميا ؛أما دراسة عبد الحكيم عثمان مرزوقي و عبدالكريم سعودي(2021) وهدفت إلى معرفة فاعلية برنامج معرفي سلوكي للرفع من تقدير الذات عند

المرضى المصابين بأمراض جلدية، نذكر أيضا دراسة كم من صفاوي رشيدة و سعيد فاطنة (2023) فتناولت هدف الفعالية التي يقدمها البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعزيز تقدير الذات عند المرأة المصابة بالحروق الجسدية؛ ولا ننسى الدراسة الأجنبية التي تناولها كل من إيفا ميسترسكا "Ewa Misterska" وماريك تومايوسكي "Marek Tomaszewski" و فيليب جورسكي "Filip Gorski" و ياكوب جابسا "Jakub Gapsa" و أنا سليز "Anna Slysz" ماجيك غواكي "Maciej Glowacki" (2024) التي هدفت إلى معرفة تقييم فاعلية العلاج السلوكي المعرفي على صورة الجسم لدى المرضى المراهقين المصابين بالجنف و ذلك باستخدام تقنية الواقع الافتراضي .

2-3-7- من حيث عينة البحث: لقد لاحظنا تباين في عدد العينات المأخوذة في كل دراسة وهذا ما ميز هذه الدراسات، وما يميزها أكثر هو الفارق العمري المتنوع حيث أخذنا دراسات سابقة تخدم جل الفئات العمرية .

3-3-7- من حيث المنهج: ما لاحظناه في المناهج المتبعة في الدراسات الموضوعية أمامنا هو أن الباحثين اعتمدوا على منهجين رئيسيين هما : المنهج العيادي و المنهج الشبه تجريبي.



الفصل الثاني : مرض الجنف

• تمهيد

1- لمحة تاريخية حول الجنف

2- تعريف الجنف

3- أنواع الجنف

4- أسباب الجنف

5- أعراض الجنف

6- تأثير الجنف على الصحة النفسية و الجسدية

• خلاصة



■ تمهيد :

يعد مرض الجنف من الأمراض التي قد يصاب بها الإنسان و هو عبارة عن تشوه او اعوجاج يصيب العمود الفقري الذي يعتبر عضو أساسي لتوازن الجسم حيث ان اهذا المرض آثار سلبية على الصحة النفسية للمصاب خاصة من ناحية تقبل المصاب لحالته المرضية و كيفية تأقلمه مع حالته ، و منه سوف نتطرق في هذا الفصل على مفهوم الجنف والتطور التاريخي للمرض مع ذكر أسبابه و مختلف آثاره على الصحة النفسية والجسدية للمريض .

1. لمحة تاريخية حول مرض الجنف :

كان مصطلح الجنف أو السكوليوز موجودًا منذ العصور القديمة عندما خضع المرضى لبعض أشكال العلاج المتطرفة. تتضمن الطريقة التي عولج بها مرضى الجنف في الماضي ربطهم بالعصي، وسحبهم، ودفعهم، وتمديدهم، وما إلى ذلك؛ ولحسن الحظ، تطور فهمنا للجنف وكيفية استجابته للعلاج على مر السنين.

فهو حالة مرضية قديمة تصيب العمود الفقري اعتقد اليونانيون أنها تشوه. لقد تطورت الطريقة التي يتم بها النظر إلى الجنف وتمثيله وعلاجه على مر السنين من الاستجابة الجراحية التقليدية إلى نهج العلاج المحافظ الحديث مع نتائج مثبتة. يتضمن تاريخ الجنف تحولاً في كيفية الاستجابة للحالة من حيث العلاج، ولكن أولاً يتم تحديد الحالة والمعايير التي يجب الالتزام بها من أجل الوصول إلى تشخيص الجنف الذي اعتبر حالة هيكلية في العمود الفقري تتضمن تطور منحني جانبي غير طبيعي في العمود الفقري، مع دوران وزاوية كوب لا تقل عن 10 درجات. العنصر الدوراني هو ما يجعل الجنف حالة ثلاثية الأبعاد، حيث أن العمود الفقري لا ينحني بشكل غير طبيعي إلى الجانب فحسب، بل يلتوي أيضاً من الخلف إلى الأمام، ومن الأمام إلى الخلف.

هناك ثلاثة أقسام رئيسية للعمود الفقري، ويمكن أن يحدث الجنف في أي منها، على الرغم من أن العمود الفقري الصدري هو الموقع الأكثر شيوعاً: عنق الرحم (الرقبة)، والصدر (منتصف / أعلى الظهر)، والقطني (أسفل الظهر).

زاوية كوب للمريض هي قياس يتم إجراؤها أثناء الأشعة السينية والذي يخبرني بمدى عدم محاذاة العمود الفقري الجنفي ويضع الحالات على مقياس الخطورة:

- الجنف الخفيف: قياس زاوية كوب يتراوح بين 10 و25 درجة
- الجنف المعتدل: قياس زاوية كوب يتراوح بين 25 و40 درجة
- الجنف الشديد: قياس زاوية كوب أكثر من 40 درجة
- الجنف الشديد جدًا: قياس زاوية كوب أكثر من 80 درجة

كلما ارتفعت زاوية كوب، زادت خطورة الحالة، ومن المرجح أن تكون الأعراض أكثر وضوحًا، وأصبح علاجها أكثر تعقيدًا. في تاريخ الجنف، يعد ظهور زاوية كوب أمرًا أساسيًا حيث أصبحت تُعرف باسم المعيار الذهبي لتقويم العظام في تقييم الجنف؛ تم اختراع طريقة زاوية كوب في عام 1948 من قبل الدكتور جون كوب.

بالإضافة إلى ذلك، كحالة تقدمية، فإن وجود الجنف في وقت التشخيص لا يشير إلى مكان بقائه؛ يمكن أن يتطور الجنف الخفيف بسهولة إلى حالة معتدلة أو شديدة أو شديدة جدًا إذا ترك دون علاج أو لم يتم علاجه بشكل استباقي. لذلك فإن كيفية الاستجابة لحالة ما، من حيث العلاج، يمكن أن يكون لها عواقب بعيدة المدى. تستجيب طرق العلاج المختلفة بشكل مختلف، مما يعكس أهدافها النهائية المختلفة: إما إيقاف التقدم أو تحقيق نتائج صحيحة.

هناك أنواعًا مختلفة من الحالات، لها مصادرها المسببة واحتياجاتها العلاجية، ولكن النوع الأكثر شيوعًا من الجنف هو مجهول السبب، لا نفهم تمامًا سبب تطوره في البداية؛ النوع وهو جنف المراهقين مجهول السبب، ويتم تشخيصه بين سن 10 و18 عامًا، لذلك، من أجل الوصول إلى تشخيص الجنف، يجب اكتشاف منحنى جانبي غير طبيعي للعمود الفقري، مع دوران وزاوية كوب تزيد عن 10 درجات. كما ذكرنا سابقًا فإن الجنف هو حالة كانت موجودة منذ العصور القديمة، حيث تعود أقدم الوثائق المعروفة إلى عام 400 قبل الميلاد. بواسطة أباقراط في اليونان. فهو مصطلح يوناني يعني ملتوي وقد صاغه جالينوس عام 200م.

كان الفكر المبكر حول الجنف ينظر إليه على أنه تشوه يحتاج إلى إصلاح، وكانت الدعامة واحدة من أولى المحاولات لتقويم العمود الفقري الجنفي الملتوي.

أما تاريخ تقويم الجنف فدعامات الجنف لا تزال تستخدم في العلاج، إلا أنه لا يتم إنشاء جميع الأقواس على قدم المساواة، ولحسن الحظ، قطعت دعامات الجنف شوطًا طويلاً منذ محاولات التقويم الأولى في عام 650 بعد الميلاد، والتي تضمنت ربط المرضى بالعصي الخشبية. ومن ربط المرضى بالعصي، كانت الخطوة التالية هي تصميم دعامة فعلية؛ أول دعامة للجنف معروفة

كانت معدنية وتم صنعها في فرنسا عام 1575. بين عامي 1950 و 2000، تم تصميم وتطوير مجموعة متنوعة من الأقواس، وأكثرها استخدامًا هي دعامة ميلووكي وبوسطن.

يعد التثبيت جزءًا مهمًا من تاريخ الجنف لأنه لا يمثل المحاولات الأولى لعلاج الحالة فحسب، بل لأنه كان أيضًا مقدمة للاستجابة الجراحية التقليدية للجنف، والذي كان لسنوات عديدة خيار العلاج السائد للمرضى. (scoliosisreductioncenter.com/blog/scolioses-history).

يعتبر مرض الجنف من الأمراض قديمة التشخيص التي قد يصاب بها الإنسان على مستوى العمود الفقري تطورت طرق تشخيصه و علاجه على مر السنوات من الطرق البدائية في العلاج الى الطرق التشخيصية الحديثة مثل الجراحة، العلاجات الفيزيائية و التقويمات الجفنية مساهمة في تحسين الحالة المرضية أو تقويمها .

2. تعريف مرض الجنف :

◆ التعريف الأول : تعود تسمية الجنف (سكوليوز) الى الكلمة اليونانية (**skoliosis**) (و تعني الاعوجاج أو الالتواء يعرف الجنف بأنه تشوه معقد ثلاثي الأبعاد في العمود الفقري يتمثل في انحراف جانبي في المستوى التشريحي التاجي / الجبهي (**anatomical plane , coronal / frontal**) اكبر أو يساوي 10 درجات من دوران الفقرات و يتوافق عادة بنقصان الحداب الظهرى الطبيعي) . (**hypokyphosis**).

◆ يصنف الجنف الى خلقي **congenital** و عصبى عضلي **Neuromuscular** ومجهول السبب **Idiopathic** ، حيث تختلف بالية حدوث المرض و تدبير كل منها).
J.C.cheng et al, Adolescen t idiopathic .scolioses, Nat Rev Dis Primers, VDL .1, Sep.2015, doc -10-1038/nrdp.2015.30).

◆ التعريف الثاني : يعد الجنف مشكلة طبية شائعة بنسبة 2 بالمئة أو 3 بالمئة تقريبا من عامة السكان ، يمكن تعريفه بأنه تشوه معقد ثلاثي الأبعاد في العمود الفقري حيث يحدث انحراف جانبي في المستوى التشريحي التاجي / الجبهي ، بزواية تكون على الأقل 10 درجات و يصاحبه عادة دوران في الفقرات و غالبا ما يترافق بنقصان في الحداب الظهرى الطبيعي (تسطح المنحنى الطبيعي المستدير في الجزء العلوي من الظهر). في المستوى التشريحي السهمي / الطولي .

□ التعريف الثالث : الجنف هو تشوه ثلاثي الأبعاد (three-dimensional distorsion) للعمود الفقري ، القفص الصدري و الحوض قد يتطور كانهاء أولي يشبه حرف (c) أو كانهائيين انحاء أولي مع انحاء آخر مرافق يشكل معه حرف (s) يعتبر التشوه مرضيا إذا تجاوز 10 درجات في الطائرات الأمامية أو السهمية في المستوى السهمي فالانحاء الطبيعي للعمود الفقري بين 20 و 40 درجة (Robin Satalov Korovine :2014).

□ بصفة عامة الجنف هو حالة مرضية تصيب العمود الفقري تتمثل في الانحاء الجانبي مع الالتواء في الفقرات في العادة يكون خفيفا او شديدا مؤثرا على المظهر الجسدي مسببا العديد من المشكلات الصحية . فهو من أكثر أمراض العمود الفقري انتشارا باختلاف مسمياته و أنواعه .

3. أنواع مرض الجنف :

تختلف أنواع مرض الجنف حسب الأعراض وشكل الانحاء و المسببات يمكن تصنيفه الى العديد من الأشكال أهمها :

□ **الجنف مجهول السبب :** يصيب هذا الجنف المراهقين يكون مجهول السبب من 2 بالمئة إلى 3 بالمئة من المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 10 الى 18 عام و هو الأكثر شيوعا بين جميع أنواع الجنف حيث يمثل تقريبا 80 بالمئة منها و هو الأكثر انتشارا عند الإناث ، حيث تزداد نسبة الإناث الى الذكور مع زيادة شدة المنحنى و تتمثل المنحنيات التي تزيد عن 30 درجة تسمى بـ مجهول السبب نظرة لكثرة العوامل والأسباب المؤدية إلى حدوثه سمي هذا النوع مجهول السبب لتداخل أنواع أخرى من الجنف في بعضها البعض مثل : الجنف الخلقي أو الجنف العصبي العضلي أو المرتبط بالأورام و ذلك عبر حدوث تشوهات البنيوية عظام الفقرات و الأنسجة العصبية المحيطة بها .

□ **الجنف الخلقي :** هو شذوذ بسبب عيوب في نمو العمود الفقري في رحم الأم بشكل عام، تكتمل مراحل تكوين و تجزئة نمو العمود الفقري في الأسابيع الستة الأولى من الحمل ينظر إليه نتيجة لعيوب تحدث في هذه المرحلة يحدد شكل التشوه و إمكانياته التقدمية الى مدى هذا الخلل مع التقنيات التصويرية الحالية يمكن الكشف عن هذه التشوهات في

الثالث الثاني من الحمل الى من ثلاثة إلى ستة أشهر بمعنى آخر هو تلك التشوهات التي تصاب بها فقرات العمود الفقري أثناء مرحلة نمو الجنين في الرحم الأم خلال الأشهر الأولى من الحمل . (McMaster MJ, Ohtsuka K.T.1982; 64, 8:1128-47.)

□ **الجنف العصبي العضلي** : يحدث هذا النوع نتيجة للتعرض لحالات مرضية أخرى منها : الشلل الدماغي أو ضمور العضلات أو إصابات الحبل الشوكي والتي تؤثر جميعا على الأعصاب و العضلات التي تتحكم في العمود الفقري تتضمن هذه الحالات عموما ضعف التحكم في العضلات أو مشاكل عصبية و قد تكون موجودة عند الولادة من بين الحالات الشائعة في هذا المنوع أورام العضلات و العظام الحميدة و الخبيثة يعني إذا نما الورم بشكل كبير بما يكفي لدفع العمود الفقري خارج و شلل الدماغ هو مجموعة من الاضطرابات التي تنطوي على اضطرابات في الرسائل التي يرسلها الدماغ عادة الى العضلات لتنظيم الحركة والتنسيق مما يؤدي إلى ضعف العضلات على تطور العمود الفقري و انحنائه . (Lonstien JE. S .1999 ; 81 (1) :114-23.)

4. أسباب مرض الجنف :

تعددت مسببات مرض السكوليوز سواء كانت ظاهرة او مجهولة المصدر سوف نتعرف على أهم أسبابه في الفقرة التالية :

□ **العوامل الوراثية** : من بين أسباب الإصابة بمرض الجنف يرتكز على ان العوامل الوراثية تلعب دورا في ظهوره خاصة في نوع الجنف مجهول السبب لكنه ليس مرضا وراثيا بسيطا ينتقل من جيل الى آخر بطريقة وراثية بل إنه ناتج عن تفاعل بين عدة جينات و عوامل بيئية (ينال أحمد ، 2023،) 27-28. تتمثل في:

□ **التاريخ العائلي**: الأشخاص الذين لديهم أحد أفراد العائلة مصاب بالجنف خاصة من الدرجة الأولى مثال أحد الوالدين أو الأشقاء .

□ **جينات مرتبطة بالجنف** : بعض الجينات تؤثر على إنتاج الكولاجين و البروتينات التي تلعب دورا في استقرار العمود الفقري .

□ **العوامل الوراثية والبيئية معا** : من المحتمل أن الوراثة تجعل بعض الأشخاص أكثر عرضة للإصابة إذ تم تحديد العديد من الجينات المرشحة التي تلعب دورا في الإصابة

به و لكن العوامل البيئية مثل نقص فيتامين د و الكالسيوم يؤدي نقص هذه الفيتامينات الى هشاشة وضعف العظام وهذا يؤدي الى عدم استقرار الفقرات و تطور الجنف ، النمو السريع خلال فترة البلوغ أو مشاكل عصبية عضلية قد تلعب دورا في تطور الانحناء (Cheng JC,Castelein RM, Chu WC ,et al.2015 ; 78 :31-7).

- **مشكلات منذ الولادة:** تأثر على تطور عظام العمود الفقري في مرحلة الحمل خاصة في الشهور الأولى في المرحلة الجنينية في مرحلة تطور الجنين قد يصاب بتشوهات في فقرات العمود الفقري مما يساهم في ظهور الجنف (ريمة بوصوار ، 2023 ، ص34).
- الخضوع لجراحة سابقة : في جدار الصدر أثناء الطفولة المبكرة

5. أعراض مرض الجنف :

أعراض مرض الجنف أو السكوليوز مختلفة الظهور من شخص الى آخر في اغلب الأحيان يكون الفحص البدني كافياً لتحديد تشخيص السكوليوز خاصة عندما يكون التشوه واضحاً عند المريض سوف نتطرق الى أهم أعراض مرض الجنف :

- من بين الأعراض الشائعة لمرضى الجنف هو التشوه الواضح في العمود الفقري. عادة ما يلاحظ في الحالات النموذجية يتطور الانحناء في منطقة الظهر (الصدرية) ومن الشائع أيضاً أن تتأثر منطقة أسفل الظهر (القطنية) و يتم إنقاذ منطقة الرقبة بشكل عام عادةً ما يكون هناك أيضاً دوران للعمود الفقري حول محوره (الدوران) بالإضافة إلى التروى الجانبي في هذه الحالات القفص الصدري يكون منتفخاً من جهة ومسطحاً من الجهة الأخرى.
- انحناء واضح في العمود الفقري عند النظر إلى العمود الفقري من الخلف
- عدم التماثل الواضح عندما يميل المريض إلى الأمام
- الاختلافات في ارتفاعات الورك والكتف
- مسافات مختلفة من الجسم إلى الذراعين
- صدر غير متماثل
- ارتفاع خلفي في إحدى لوجي الكتف
- ساق واحدة أطول من الأخرى

- آلام الظهر أو أسفل الظهر
 - ضيق في التنفس، ضعف، وسهولة التعب
 - الملابس غير الملائمة للجسم
- زيادة الضغط على الأعصاب بسبب الجنف يمكن أن يسبب آلام في الساق، والتعب، وتشنجات في عضلات الظهر والخصر. إذا تشوه القفص الصدري بسبب الجنف، فستواجه أيضًا مشاكل في القلب والجهاز التنفسي
- (<https://kamranaghayev.com/ar/scoliosi>).

6. تأثير الجنف على الصحة النفسية و الجسدية :

يمكن ان يؤثر مرض **scoliose** على أعضاء الجسم بشكل كبير من جهة و من جهة أخرى يؤثر بدرجة كبيرة على الصحة النفسية سوف نتعرف على تأثيراته من كلا الناحيتين

تأثير الجنف على الصحة الجسدية

تأثيره على الرئتين:

يمكن ان يؤدي الجنف الشديد الى إضعاف وظائف الرئة بشكل كبير ويرتبط حتى بفشل الجهاز التنفسي في مرحلة البلوغ حيث ان الانحناء الغير الطبيعي للعمود الفقري يعطل وظيفة الرئة العادية وتمثل هذا التعطيل الوظيفي في تقليلي حجم الرئة و الحد من حركة الحجاب الحاجز ، إضعاف عضلة جدار الصدر ، تضيق الشعب الهوائية ، التسبب في ضغط القبضات الهوائية .

القلب:

قد يسبب الجنف في تشوه القفص الصدري فانه يمكن ان يقيض غرفة القلب من ان تعمل بشكل صحيح فهو يجعل عضلة القلب تعمل بجهد أكثر من المعتاد لإنتاج نبضات القلب مما يؤدي غالبا الى هبوط الصمام التاجي الصمام الرئيسي المسئول عن صمامات القلب الأربعة التي تحافظ على تدفق الدم في الاتجاه الصحيح في حالة هبوط الصمام التاجي لا ينغلق صمام القلب و هذا يسمح للدم بالتسرب الى الخلف داخل الصمام و نتيجة لذلك قد يتلقى القلب تدفقا دمويا متناقصا و يعاني من نفخات (Dr.Micheal

Faloon received his doctorate in médecine and residency from Rutgers Universty. New jersey Medical School and Seton Hall University .He completed his fellowship in spine rgerly from New York Hospital for)

□ الدماغ:

يرتبط الجنف بانخفاض تدفق السائل النخاعي CSF الذي يغطي الدماغ و الحبل أشوكي ، يمكن ان يؤدي الانحناء الغير الطبيعي للعمود الفقري الى تعطيل التدفق السليم للسائل الدماغى أشوكي حيث انه يساهم بشكل كبير في تفاقم الجنف و العجز العصبي و الصداع

□ العضلات:

يؤثر السكوليوز على اختلال توازن العضلات حيث ان اختلالات العضلات في الظهر سببا محتملا للجنف و تأثيره عليه و الذي بدوره يمكن ان يؤدي الى تفاقم خلل توازن العضلات الموجود في الظهر بسبب الانحناء الغير الطبيعي للظهر ، يكون هناك إفراط في استخدام العضلات التي ينحني نحوها العمود الفقري في حين يتم الاستخدام العضلات الموجودة على الجانب الأخر بشكل غير كافي بهذه الطريقة تكون العضلات الموجودة على احد جانبي العمود الفقري أقوى من العضلات الموجودة على الجانب الآخر و هذا سوف يؤدي الى عدم توازن العضلات و تفاقم الجنف حيث ان الجانب الأقوى سيدعم العمود الفقري أكثر من الجانب الأضعف .

● الجهاز التناسلي:

العديد من الدراسات العلمية توصلت الى ان درجة تأثير الجنف تأثر بشكل كبير على الفئة الأنثوية من خلال تأثيره على مستويات هرمون البروجسترون الذي يعتبر من أهم الهرمونات الجنسية الأنثوية التي تأثر على الدورة التناسلية من خلال الإصابة بعصر الطمث مصاحب باللام شديدة و كذلك في فترة حمل المصابة يؤثر على وضعية الجنين .

● الجهاز الهضمي:

يؤثر الجنف على الجهاز الهضمي من خلال تقليص المساحة بين الأعضاء المتدخلة في عملية الهضم و تشمل هذه الأعضاء المرء و المعدة و الأمعاء الدقيقة ، فالانحناء الغير الطبيعي

للعمود الفقري يضغط و يضيق المرئ و المعدة و الأمعاء الدقيقة عن طريق تقصير الجذع

● الجهاز العصبي:

من مكونات الجهاز العصبي الدماغ و الحبل أشوكي إذ يعتبر العمود الفقري كحماية للحبل أشوكي الذي هو عبارة عن حزمة من الأعصاب التي ترسل رسائل من الدماغ الى الجسم و العكس بما ان الجنف من أهم أسبابه هو الإصابة في العمود الفقري فهو يعطل وظيفة الحبل أشوكي بما انه يؤثر على الجهاز الهيكلي فهو يثر أيضا على الجهاز العصبي .

● تأثير الجنف على الصحة النفسية

أثار مرض الجنف لا تعتمد فقط على التأثير الجسدي للمريض و إنما كذلك التأثير على نفسية و الصحة النفسية للمريض خاصة في الحالات التي يكون تأثيره الجسدي أكثر وضوحا أهم هذه التأثيرات النفسية :

● الاكتئاب و القلق :

يعاني المصابين بمرض الجنف خاصة الفئة الشبابية و المراهقين من حالات الاكتئاب المرتفعة مقارنة بأقرانهم بسبب التعليقات السلبية حول مظهرهم الخارجي الذي يجعلهم أكثر عرضة للتنمر خاصة في حالات الانحناء المرئية ، بالإضافة إلى الآلام المزمنة المرتبطة بالجنف التي تساهم بطريقة مباشرة في رفع من معدلات القلق لدى المصابين (Ramirez N , Johnston CE,Browne RH. 1997; 22, 18:883-8.)

□ تأثير الجنف على الثقة بالنفس :

المظهر الخارجي و تأثيره بالجنف لدى المصابين يجعل المصابين الذين يمتلكون صلابة نفسية ضعيفة يعانون من مشكلات نفسية في تقبل ذاتهم و مظهرهم الخارجي و تقديرهم الذاتي .

□ العزلة الاجتماعية:

أغلب المصابين الذين يعانون من مشكلات تقبل ذاتهم يفضلون الانعزال عن المجتمع خوفا من نظرات و التعليقات السلبية حول شكلهم الخارجي فهم يعانون من مشكلات في تكوين العلاقات الاجتماعية.

□ خلاصة الفصل :

نستخلص مما سبق ذكره أن مرض الجنف هو من الأمراض المستعصية و المؤثرة على الصحة الجسدية للمريض و النفسية خاصة الذين يعانون من ضعف صلابتهم النفسية .

الفصل الثالث : تقدير الذات

• تمهيد

1. تعريف تقدير الذات

2. أهمية تقدير الذات

3. أقسام تقدير الذات

4. مستويات تقدير الذات

5. سمات تقدير الذات

6. النظريات المفسرة لتقدير الذات

• خلاصة

• تمهيد:

يعتبر تقدير الذات احد الأبعاد الأساسية لشخصية الإنسان و التي اهتم بها العلماء النفس ، حيث ان عاملا أساسيا للنجاح الفرد سواء في حياته الشخصية و العملية و الاجتماعية من خلال مواجهته المصاعب و المشاكل اليومية ، في هذا الفصل سوف نتعرف على ماهية تقدير الذات و النظريات المفسرة لها ومستوياتها في بناء شخصية الفرد .

1. تعريف تقدير الذات :

• **التعريف اللغوي:** تتكون عبارة تقدير الذات (**self-esteem**) من كلمتين الأولى وهي الذات التي تصف الخصائص التي يكون عليها الشخص والثانية هي التقدير وتعني تقيما لهذه الخصائص و الصفات ومنه فمصطلح تقدير الذات تمثل القيمة التي يعطيها الفرد لنفسه .

• **التعريف الاصطلاحي:** لقد بينت وتنوعت تعاريف من طرف الباحثين في الدراسات النفسية لاسيما المهتمين بمجال الشخصية حول تعريف تقدير الذات يمكن ان نشير الى جانب من هذه التعاريف نحو التالي :

• **كارل روجز 1969** عرفه من خلال اتجاهات الفرد نحو ذاته و التي تشتغل على مكونين الأول سلوكي أما الثاني انفعالي .

• **كوبر سميث** عرف تقدير الذات هو ذلك التقييم الذي يعطيه الفرد لنفسه و يتفق هذا التعريف مع التعريف السابق في كون تقدير الذات هي توجه الفرد الايجابي والسلبى نحو ذاته .

• **الجمعية الوطنية الأمريكية لتقدير الذات (NSE 2002)** تقدير الذات يحدد بالخبرة التي يملكها الإنسان حتى يصبح قادرا على مواجهة تحديات الحياة

• **عادل الأشول 1984** مفهوم الذات لدى الفرد يتكون و ينمو نتيجة الخبرات التي يمر بها الفرد في تنشئته الاجتماعية و هو يشكل المجال الظاهري الذي يعيش الفرد في ثناياه و يعي به ذاته كما انه يتأثر بما يتمتع به من قدرات عقلية و دوافع نفسية تحكم سلوكه و توجيهه .

2. أهمية تقدير الذات :

صفة تقدير الذات عن الإنسان من الصفات التي لها أهمية كبيرة في شخصية الأفراد سنتعرف فيما يلي أهمية تقدير الذات في النقاط التالية :

مفهوم تقدير الذات يعد احد الأبعاد الهامة للشخصية بل يعتبره العلماء من أكثر الأبعاد أهمية و تأثيرا في السلوك فلا يمكن ان نحقق فهما واضحا للشخصية او السلوك الإنساني بوجه عام حيث ان يرى البورت (**ALPORT**) ان تقدير الذات يدخل في كل الصفات و الجوانب الوجدانية للفرد و يعتبر البعد ان تقدير الذات الايجابي هام و أساسي الى درجة ان كل البناءات الشخصية تلعب دورا في تنظيمها و يشير جيرجن (**GERGAN**) من جهته الى ان تقييم او تقدير الفرد لذاته يلعب دورا أساسيا في تحديد سلوكه و يضيف روجرز (**ROGERS**) ان الدافع الأساسي للإنسان هو تحقيق الذات و تحسينها .

3. أقسام تقدير الذات :

• تقدير الذات المكتسب :

هو التقدير الذي يكتسبه الشخص من المحيط الذي يعيش فيه و تفاعله مع أفراده في مختلف مناحي الحيات و التجارب التي يواجهها سواء كانت من الجانب الايجابي او السيئ هذا ما جعله يحقق انجازاته التي تمكنه من الوصول الى الرضا عن ذاته .

• تقدير الذات الشامل :

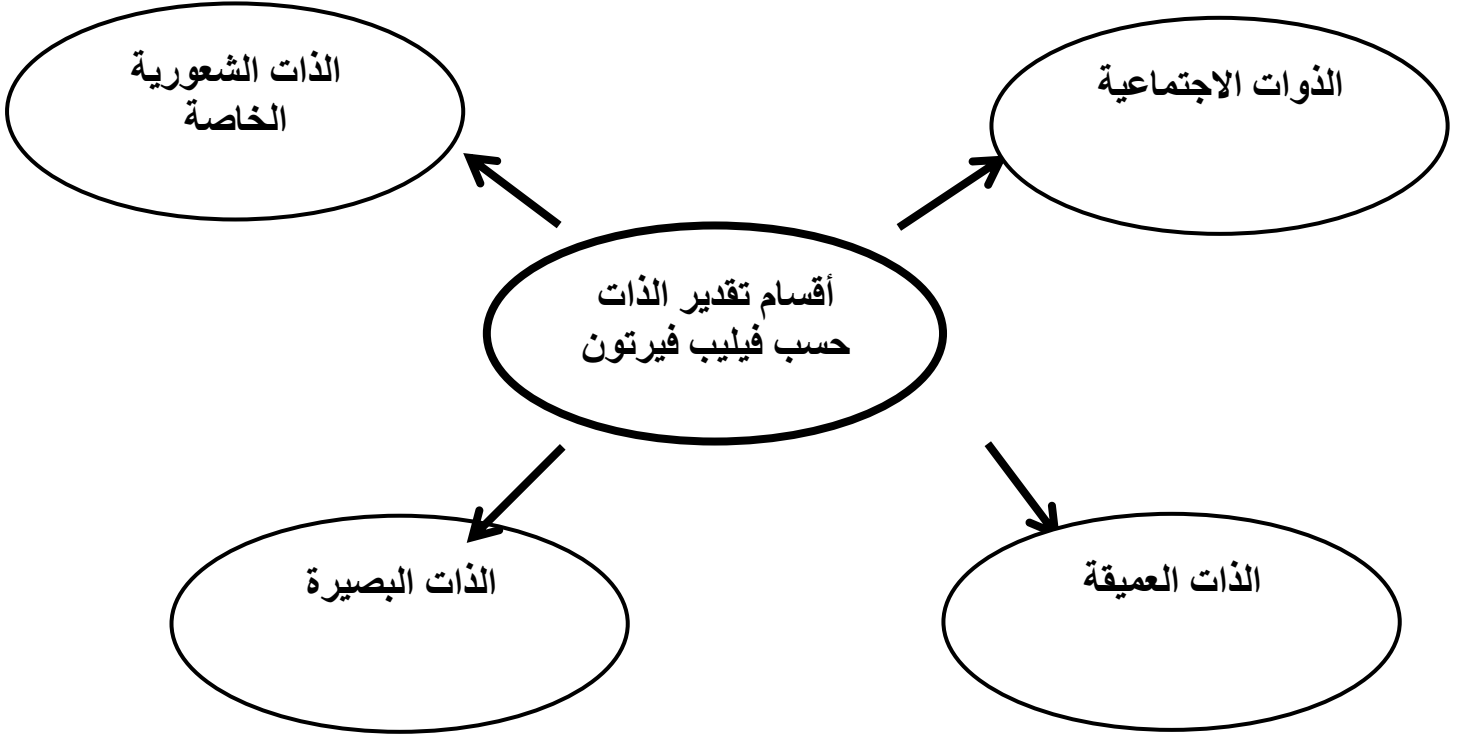
يعود الى الحس و الافتخار بالذات فهو ليس مبنيا أساسا على مهارة محددة او انجازات معينة فهو يعني ان الأشخاص الذين اخفق في حياتهم العلمية لا يزالون ينعمون يدفئ التقدير الذاتي العام و حتى ان أغلق في وجوههم باب الاكتساب و الاختلاف الأساسي بين المكتسب و الشامل يكمن في التحصيل و الانجاز الأكاديمي ففكرة التقدير الذاتي المكتسب و الشامل تقول ان الانجاز يأتي أولا ثم يتبعه التقدير الذاتي .

• تقدير الذات حسب فليب فيرتون (1963) من أهم التفسيرات المفسرة لنظرية الذات

من نتائجها ان للذات مستويات مختلفة لدى الفرد الذي يشعر ان له مركزية او ذات خاصة تختلف عن الذات الاجتماعية التي تكشف للناس مستويات الذات حسب

فيرتون (حامد عبد السلام ، زهران ، 2002 ، ص 99)

- الذات الاجتماعية : هي التي يعرضها الفرد لعامة الناس
 - الذات الشعورية الخاصة : هي التي يدركها الفرد عادة و يعبر عنها لفظيا و يشعر بها و هذه يكشفها الفرد عادة للأصدقاء المقربين فقط .
 - الذات البصيرة : التي يتحقق منها الفرد عادة عندما يوضع في موقف تحليلي شامل مثل مايجري أثناء عملية الإرشاد او العلاج النفسي المركز على الشخص
 - الذات العميقة : التي يتم التوصل إليها من خلال طرق التحليل النفسي .
- الشكل (01) : مخطط يوضح أقسام تقدير الذات حسب فيليب فيرتون من انجاز الطالبتين



4. مستويات تقدير الذات :

• **تقدير الذات المرتفع :** حسب MOWAL (1972) الأشخاص الذين يتمتعون بتقدير مرتفع للذات يتقبلون آراء و انتقادات الناس لهم بصدق ورحب و ايجابية فهم يتميزون بالمبادرة الفردية و الحيات الاجتماعية يسعون للمشاركة في مختلف التجمعات الاجتماعية. بالإضافة الى الشعور بالثقة بالنفس و احترام ذاتهم و تقديرها .

أما حسب BRAHAM (2004) الفرد ذو التقدير المرتفع واثق بنفسه يحترم ذاته ، كما يضع أهدافا واقعية و يطمح الى تحقيقها موجهة الى ذاته كما انه يتميز بانفعال اجتماعي جيد ، فالأشخاص الذين يتمتعون بمستويات عالية من تقدير الذات ووعي الذات و مشاعر الرضي و السيطرة على حياتهم فهم أكثر الناس تحملا للمسؤولية .(رضا إبراهيم الأشرم ،2008، 79).

فحسب كل من MOWAL و BRAHAM الفرد ذو التقدير المرتفع لذاته اقل تأثرا بالموثرات الخارجية مقارنة بذوات التقدير المنخفض .تقديرهم لنفسهم راجع الى التغذية النفسية الصحيحة التي تمكنهم من التعامل مع مختلف مشاكلهم بكل ثقة و أريحية بالإضافة الى قدرتهم على التعبير عن مشاعرهم و أفكارهم بكل ثقة من خلال تعاملهم مع الناس سواء في العمل و أماكن الدراسة ، الشارع ، الأماكن العامة خلال الملتقيات المهنية و العلمية .

• تقدير الذات المنخفض :

يوكد سيد خير الله (1981) ان الفرد ذو التقدير المنخفض لذاته انه ذلك الشخص الذي يفقد الى الثقة بذاته و قدراته هو الذي يكون بانسا لأنه لا يستطيع ان يجد حلا لمشكلاته و يعتقد ان معظم محاولاته ستبوء بالفشل (سيد خير الله ، 1981 ، 159).

أما تقدير الذات المنخفض حسب ALEJANDRA (2004) هو الافتقار الى تقدير قيمة الذات و السيطرة على الذات الداخلية و مشاعر السخط و يرى كل من LAURENCE (1996) و KARA (2003) ان الأفراد ذوي تقدير الذات المنخفض يفتقرون الى الثقة في قدراتهم على النجاح لذلك يتجنبون المواقف الصعبة .

حسب كل من ROSEN و BRAHAM الفرد ذو التقدير المنخفض لذاته يفضل الابتعاد على النشاطات و الحياة الاجتماعية و لا يجسد مناصب المسؤولية كما انه يتصف بالخجل و الحساسية المفرطة و قلة الثقة بالنفس و الميل الى العزلة و الوحدة ، قليل التصريح

براءه أمام الآخرين و التحكم في نفسه و من الناحية الاجتماعية يؤكد BRAHAM بأنهم منعزلون يشعرون بعدم تقييم الآخرين لهم و يتأثرون بالآخرين بسهولة لديهم تكرر عاطفي و مزاج متقلب مقارنة بالآخرين .

كما يرى شاز SCHATZ و ويجنس WIGGINS (1994) ان الأفراد ذوي التقدير المنخفض للذات يقعون بسهولة تحت قيادة الآخرين و يصبحون محبطين بسرعة و لا يلومون الآخرين (رضا إبراهيم الأشرم ، 2008 ، ص 79 .)

عموما الشخص الذي يعاني من نقص تقديره لذاته يعاني من مشاكل نفسية ضاغطة على تقديره لقدراته و ما يستطيع القيام به نحو ذاته خاصة و الآخرين عامة .ينعكس هذا على شخصية التي تصبح ضعيفة و ومتأثرة بالآخرين .

5. سمات تقدير الذات :

• السمات العامة لمن لديهم تقدير ذات مرتفع:

لا يخشى الأفراد ذوي تقدير الذات المرتفع من المجازفة و يواجهون التحدي بثقة و اقتدار و لديهم اتجاهها سليما نحو الفشل و الاستفادة من أخطائهم و غالبا ما يستمتعون بالتعامل مع المجهول و لا يخافون من المبادرة و دائما لديهم توقعات عالية و يحاولون ان يكونون الأفضل و أداء أعمالهم على أكمل وجه بسبب رغبتهم في النجاح و إيمانهم بقدرتهم على تحقيق هذا النجاح و هنالك سمات عديدة (ريم شعبان و أمل السياسي ، تقدير الذات مذكرة تخرج مقدمة الى الجامعة 08 ماي 1945 ، قالمة ، 2017 ، ص 27 .)

• لديهم القدرة على الانجاز و المثابرة في تحقيق الأهداف .

• علاقتهم مع و لديهم ايجابية و مشبعة و يشعرون فيها بالأمن و التقدير .

• لديهم القدرة على التنظيم الذاتي و الضبط الانفعالي .

• لديهم مهارات اجتماعية .

• القدرة على إقامة صداقات و الحفاظ عليها .

• يستطيعون في مرحلة المراهقة ان يحقق هويتهم .

• تقل لديهم الأعراض المرضية خاصة الاكتئاب و القلق و المخاوف المرضية .

• السمات العامة لمن لديهم تقدير الذات المنخفض :

من السهل ان تميز بين الأفراد الذين لديهم تقدير متدني لذاتهم ومن الذين لديهم تقدير مرتفع لذاتهم فمن صفاتهم :

• لا يحبون المغامرة.

• يخافون من المناقشة و التحديات .

• مترددون.

• الافتقار إلى الثقة و الشعور بنقص.

• الافتقار إلى الوعي بالإمكانيات و القدرات .

• الشعور بالعجز و عدم الفاعلية .

• عدم القدرة على تقييم الموضوعي لنقاط القوة و الضعف.

• رفض روح المخاطرة .

• تجنب الاحتكاك الاجتماعي .

• كما توجد فئة من الأشخاص تقع بين هاذين النوعين السابقين وهي فئة الأشخاص ذوي التقدير المتوسط حيث وجد كوبر سميث ان هناك ثلاث مستويات لتقدي الذات وهي المستوى المرتفع و المستوى المنخفض للذات و المستوى المتوسط .(ريمة شعبان و أمل السياسي ، تقدير الذات لدى مرضى السكري ، مرجع ذكر سابقا ، ص 28 .)

6. النظريات المفسرة لتقدير الذات :

• نظرية التحليل النفسي:

تقوم نظرية التحليل النفسي على ثلاث مسلمات أساسية عن الطبيعة الإنسانية أولها ان السنوات الخمس الأولى من حياة الفرد هي مهمة و أكثر تأثيرا في سلوكه في المرحلة التالية من حياته سواء كان سلوكا سويا او شاد .ثانيها ان الدوافع الغريزية للفرد هي

محددات أساسية لسلوكه و ثالثها ان الجانب الأكبر من سلوك الفرد تحكمه محددات لا شعورية أعطى فرويد مكانة بارزة للانفاي بناء الشخصية و يرى الشهري ان الأنا تقوم بدور وظيفي و تنفيذي اتجاه الشخصية إضافة الى انها تحدد الغرائز لتقوم بإشباعها و تحدد أيضا الى جانب ذلك كيفية إشباعها . كما تقوم أيضا بمنع تفريغ الشحنة حتى يحين الوقت المناسب لتفريغها و تقوم بالاحتفاظ بالدوافع النفسية بين متطلبات الصراع الأخلاقي للشخصية و بين الدوافع الطبيعية و لها القدرة على الاحتفاظ بالتوافق و الضمير. (نواف، الزبني ، 2023 ، ص 11)

يرى الشناوي ان هناك مفهومين لنظرية فرويد و يذكر ان :

1/ الشخصية والغرائز فيرى ان الطاقة النفسية لا تختلف عن الطاقة البدنية لان كل منهما يمكن ان يتحول الى صورة أخرى

2/ الشعور و الاشعور فيرى ان جانبا من حياة الفرد يقع خارج نطاق وعيه و هو ان الشخصية تتألف من ثلاث أنظمة رئيسية أطلق عليها فرويد مسميات اللهو و الأنا و الأنا الأعلى و ان هذه الأنظمة على الرغم من استقلاليتها الا انها تتفاعل مع بعضها تفاعلا يصعب معه فعم تأثير كلي منها .

• نظرية كارل روجرس :

تقوم نظرية روجرس على النظرة لطبيعة الإنسان تلك النظرة التي تفترض وجود قوة دافعة لدى الإنسان وهي النزعة الى تحقيق الذات و الذات هي جوهر الشخصية الإنسانية و ان مفهوم الذات حجر الزاوية الذي ينظم السلوك الإنساني و يعتقد روجرس ان مفهوم الذات يتأثر بخبرات الفرد و غيم الآباء و أهدافهم و فكرة المرئ عن نفسه و هي ارتقائية منذ الميلاد و تتميز بالتدرج خلال مرحلتي الطفولة و المراهقة و هناك ثلاث مصادر لتكوين صورة الفرد عن نفسه (مجلة التربية العلمية والصحة النفسية ، المجلد 4 ، العدد 137 .)

1/ قيم الآباء و أهدافهم و التصورات التي يواجهها الفرد للمجتمع المحيط

2/ خبرات الفرد المباشرة

3/ التصورات التي تكون الصورة المثالية التي يرغب ان يكون عليها

و يقوم مفهوم الذات لدى الفرد بوظائف مختلفة :

- وظيفة دفاعية هي التي تحفز المرء على السلوك لتحقيق الأهداف؛
- وظيفة تكاملية تؤدي الى تكامل السلوك الفردي بما يحقق صورة الفرد عن نفسه وهو يرى ان الفرد إذا أدرك نفسه على ان يتصرف في مختلف المواقف بما يتلاءم مع صورته فانه يشعر بالكفاية و الجدارة و الأمن إما إذا شعر بأنه يتصرف خلف فكرته عن نفسه يشعر بالتهديد و الخوف، يرى أيضا ان وظيفة الذات هو العمل على وحدة و تماسك الجوانب المختلفة للشخصية و إكسابها طابعا مميزا كما يقوم مفهوم الذات بتنظيم الخبرات التي يكتسبها الفرد في أبطار متكامل .

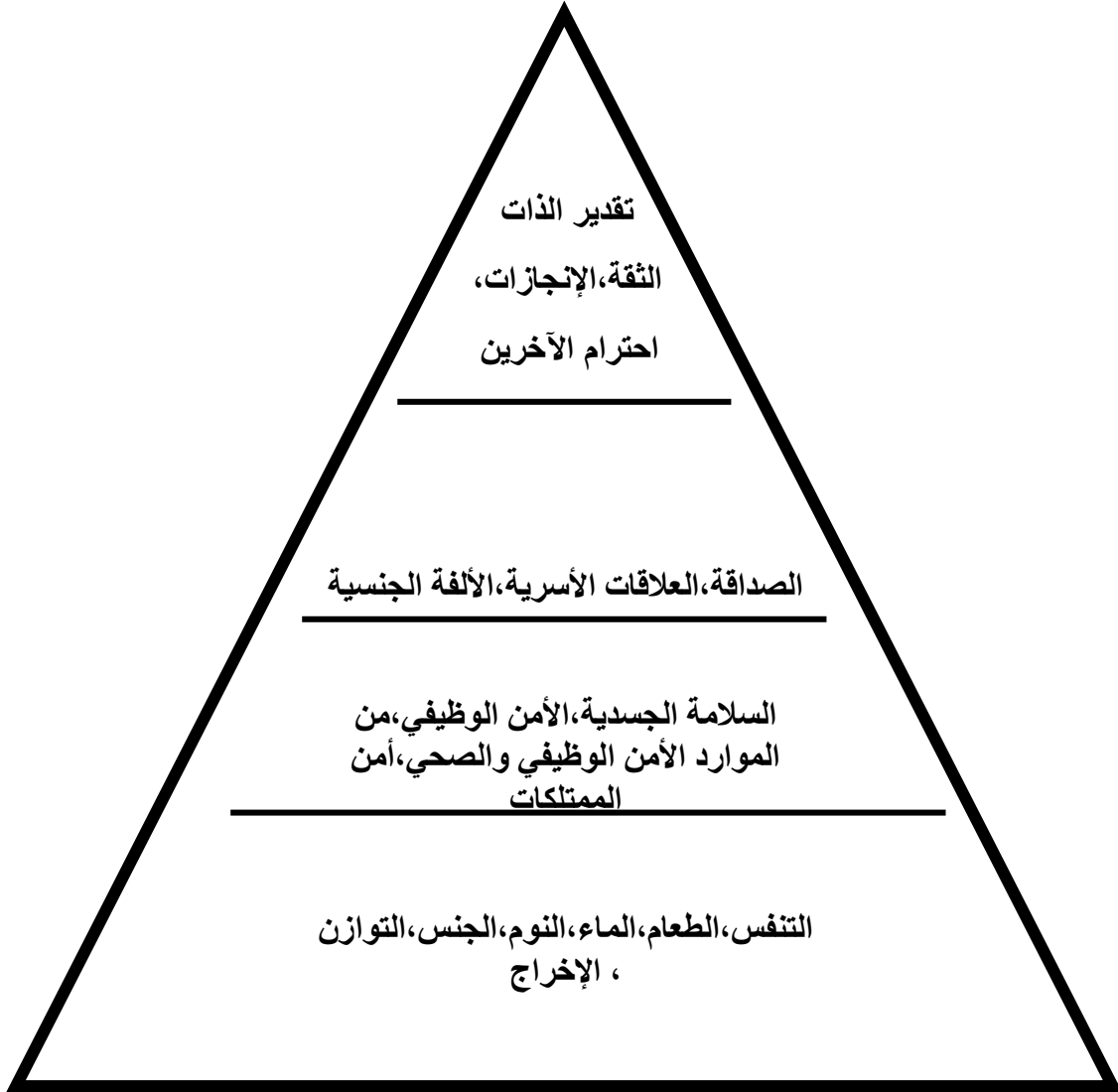
• نظرية كوبر سميت :

اعتنى كوبر بدراسة تقدير الذات عند أطفال مرحلة ما قبل الدراسة وهو ما يؤكد بان تقدير الذات يشمل عدة عمليات تتمثل في تقييم الذات وردود الأفعال و الاستجابات الدافعية و هذا على عكس روز نبرج المشير الى ان تقدير الذات المشير الى ان تقدير الذات مفهوم متعدد الجوانب الذي قسم تعبير الفرد على تقديره لذاته الى قسمين التعبير الذاتي و المتمثل في إدراك الفرد لذاته ووصفه لها و التعبير السلوكي المشير الى الأساليب السلوكية التي تفصح عن تقدير الفرد لذاته والتي تكون متاحة للملاحظة الخارجية و يميز كوبر بين نوعين من تقدير الذات الحقيقي الذي يتميز به الأفراد الذين يشعرون بقيمة ذاتهم و تقدير الذات الدافعي الذي يتميز به من لم يشعرون بقيمة الذات كما افترض أربع محددات لتقدير الذات تتمثل في النجاحات و القيم و الطموحات، الدفاعات .(مجلة التربية و الصحة النفسية، مرجع سبق ذكره، العدد 135 .) .

• نظرية ماسلو :

تعتمد نظرية ماسلو على تمييزه بين نوعين رئيسيين من الحاجات الأساسية كالجوع و العطش و الجنس و الأمن و التحصيل ، الحاجات الفوقية كالحق و الخير و الجمال و النظام و الوحدة و تعد الحاجات الأساسية حاجات كافية أما الحاجات الفوقية فتعد حاجات نمو و تسهيل فإذا أشبعت بتطور الإنسان تطورا كاملا ووصل الى تحقيق الذات فذلك هو الدافع الفكري ، يشير ماسلو الى ظهور بعض تلك الحاجات يعتمد على إشباع بعضهما و ان الحاجات التي تشبع تسيطر على الفرد و سلوكه كما يرى ان الإنسان في سعيه المستمر ينشد تحقيق ذاته و ان هذا السعي يمر بمراحل متدرجة في التنظيم الهرمي لماسلو جعل الإنسان يتطلع

الى هذه الغاية التي بينها الحاجة الى تقدير الذات وهي حاجة كل فرد الى تكوين رأي صائب عن ذاته و احترام الآخرين له و الشعور بكفاءة الشخصية و اعتبار ان حاجات تقدير الذات تعمل كدافع فقط عندما تتشبع الدوافع الثلاث الأدنى الى الحد المناسب يؤكد ان الاعتراف الحقيقي للذات يعتمد على الكفاية و الانجاز و ليس السمعة الخارجية كما أعاد ماسلو تفسير التكرار ألقسري لأي سلوك بأنه نتيجة جهود الغير الموفقة للحصول على السيادة و التقدير. (مجلة التربية و الصحة النفسية ، مرجع ذكر سابقا ، العدد 136 .)



• الشكل (02) :مخطط يوضح هرم الحاجات الأساسية ماسلو من انجاز الطالبين .

• نظرية (Zeller) زيلر:

تعتبر نظرية زيلر (1969) من بين أهم نظريات تقدير الذات إذ تفترض ان تقدير الذات ينشأ و يتطور بلغة الواقع الاجتماعي و هو ينظر الى تقدير الذات من زاوية نظرية المجال في الشخصية. حيث لا يحدث تقييم الذات حسبه الى في الابتكار المرجعي الاجتماعي و تصف النظرية تقدير الذات بأنه تقدير يقوم الفرد لذاته و يلعب دور المتغير الوسيط او انه يشغل المنطقة المتوسطة القائمة بين الذات و العالم الواقعي و على ذلك فعندما تحدث تغيرات في بيئة الشخص الاجتماعية فان تقدير الذات هو العامل الذي يحدد نوعية التغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعا لذلك كما يرى انها مفهوم يربط بين تكامل الشخصية من ناحية و قدرة الفرد على على الاستجابة لمختلف المتغيرات التي يتعرض لها من ناحية أخرى و على هذا الأساس فقد افترض ان الشخصية التي تتمتع بدرجة عالية من التكامل من تقدير الذات مما يساعد ها في تأدية و وظائفها بكفاءة عالية لقد أعطت إسهامات زيلر في تناولانه لمفهوم تقدير الذات دفعا قويا للعوامل الاجتماعية التي لم تعطي حقها في نشأة و نمو تقدير الذات (الحميدي ضييدان، 2008، 23).

. خلاصة الفصل :

كخلاصة تقدير الذات هو تصور الإنسان لذاته و مدى شعوره بقيمة ذاته و احترامها الذي يتأثر بهم من خلال تجاربه الشخصية و طريقة تفكيره و تفاعله مع الآخرين أهم عنصر يتميز به الإنسان الذي يتمتع بتقدير ذات مرتفع هو ثقته بنفسه و ما يستطيع القيام به اتجاه نفسه و محيطه فهناك العديد من العوامل المساهمة في ذلك الصحة النفسية للفرد بالإضافة الى مختلف الضغوطات التي واجهها منذ طفولته الى غاية عجزه و التجارب الشخصية و مستوى جلده لذاته .

الفصل الرابع : العلاج المعرفي السلوكي

• تمهيد

1. نبذة تاريخية حول العلاج المعرفي السلوكي
2. تعريف العلاج المعرفي السلوكي
3. الأطر النظرية المفسرة للعلاج المعرفي السلوكي
4. أسس البرنامج المعرفي السلوكي
5. مزايا و عيوب العلاج المعرفي السلوكي
6. أهم التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

• خلاصة

• تمهيد :

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي أحد أكثر العلاجات النفسية المهمة ، وهو إستراتيجية فعالة تساهم بشكل كبير في التعامل مع المشكلات النفسية ؛حيث يحتوي على تقنيات عديدة تخدم المنحى العلاجي، يقوم على جلسات إكلينيكية تتم بين المعالج و المريض،وفيما يلي سوف نقدم حوصلة حول هذا العلاج .

1. نبذة تاريخية عن العلاج المعرفي السلوكي :

العلاج المعرفي السلوكي هو العلاج الذي يستند إلى النموذج المعرفي ،الذي يرى أن ادراكات الأحداث للفرد تتأثر بفعل الانفعالات و السلوكيات حيث يصرح كل من **كلارك "clarc"** و **بيك "Beck"** و **ألفورد "alford"** بظهور العلاج المعرفي السلوكي نتيجة للممارسة الإكلينيكية مع نهاية الستينات و بداية السبعينات حيث شهد لهذا التوجهان العلاجيين بأنهما أكثر اتساقا من العلاج النفسي المعرفي ،وتمثل هذان التوجهان في توجه **ألبرت إليس "A.ellis"** و **آرون بيك "A.Beck"** اللذان هجرا توجههما متوجهين إلى العلاج المعرفي .(زيري ، 2018،ص.36)

قام **آرون بيك** بتطوير شكل من أشكال العلاج النفسي في أوائل الستينات القرن 20 وقد أطلق عليه في الأصل مصطلح **"العلاج المعرفي"** الذي يستخدم الآن مرادفا لمصطلح **"العلاج المعرفي السلوكي"** من قبل الكثير من المختصين في المجال النفسي ،ابتكر بيك علاجا نفسيا منظما قصير الأمد يهدف إلى حل المشكلات الحالية و تعديل التفكير و السلوك الغير سليم (غير مقيد/غير دقيق) وذلك في **1964** ، ومنذ ذلك الوقت نجح هو و آخرون في تعميم هذا العلاج مع مجموعة متنوعة بشكل مدهش من السكان الذين كانوا يعانون من جملة من الاضطرابات والمشاكل ،أدت هذه التعديلات إلى تغيير التركيز و التقنيات و طور العلاج ،باستثناء الافتراضات النظرية فقد ظلت ثابتة وفي جميع أشكال العلاج السلوكي المعرفي الممتدة من نموذج بيك .

يعتمد هذا العلاج على الصياغة المعرفية و المعتقدات و الاستراتيجيات السلوكية التي تميز اضطراب معين من الاضطرابات ،كما يعتمد أيضا على تصور و فهم المرضى وذلك من خلال فهم معتقداتهم و أنماط سلوكهم المحددة.

استعان بيك بمجموعة من المصادر المختلفة كالفلسفة الأوائل مثل: **إبيسيتون** و المنظرين مثل **كارين هورني** و **"الفريد أدلر"** و **"جورج كيلى"** و **"ألبرت إليس"** و **"ريتشارد لازاووس"** و **"ألبرت باندورا"** بهدف تطوير هذا الشكل من العلاج .

لقد تم إختبار العلاج السلوكي المعرفي على نطاق واسع منذ أن نشر أول دراسة نتائج و ذلك سنة 1977 (راش ،بيك ،كوفاكس،وهولون ،1977) حيث أثبتت في هذه المرحلة أكثر من 500 دراسة نتائج فعالية العلاج السلوكي المعرفي لمجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية والمشاكل النفسية وحتى المشاكل الطبية التي تحتوي على مكونات نفسية .
(Aaron T.Beck,2011,.2-4)

2. تعريف العلاج المعرفي السلوكي :

يعرف العلاج السلوكي المعرفي بأنه : أحد التيارات العلاجية الحديثة التي تقوم على الإشتراط العقلي الإجرائي في تعديل الاضطرابات النفسية و السلوكية ، حيث يهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات الإنفعالية ، يسعى هذا الفرد إلى إقناع الفرد أن أفكاره سلبية و عباراته ذاتية التي تترجم على شكل ردود الفعل الدالة على سوء التكيف، وبذلك عليه أن يعمل على أن يحل محلها طرقا أكثر ملائمة للتفكير و ذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية و سلوكية و انفعالية لدى الفرد من خلال التدريب على إثارة الحوار الداخلي الإيجابي ، و بالتالي يكتسب مهارات معرفية جيدة للتعامل مع المواقف الضاغطة و محاولة التوضيح للعميل دور الفكر المشوه في إثارة السلوكيات الغير سوية (محمود عطاء الله،2021،ص.246)

حيث يركز العلاج المعرفي السلوكي على فكرة رئيسية بسيطة تتمثل في أن استجاباتنا السلوكية و الوجدانية تتأثر كثيرا بأفكارنا ، بطريقة أخرى أوضح نحن نشعر بالقلق أو الغضب أو الحزن وذلك عندما يكون لدينا مبرر لذلك بمعنى آخر ليس الموقف في حد ذاته ، و إنما مدركاتنا و توقعاتنا و حتى تفسيراتنا لذلك الموقف هي مسؤولة عن وجدانياتنا ويمكن توضيح ذلك من خلال المثال التالي الذي ذكره بيك Beck 1976 (هوفمان إ س جى ،2012،ص.17)

ربة المنزل:

سمعت ربة البيت طرقة على الباب ، طرأت أفكار عديدة الى ذهنها ،وقالت " ربما تكون سالي عادت من المدرسة ،ربما يكون لص ،ربما هبت الريح و فتحت الباب". يعتمد الافتراض المرغوب فيه على أخذها في الاعتبار كل الظروف ذات صلة به. ومع ذلك ، فإن العملية المنطقية لاختبار الغرض ربما يعطلها الميل النفسي لربة البيت . فإذا سيطر على تفكيرها مفهوم الخطر، فقد نخلص الى أن الطارق لص . فقد تصل الى استنتاج اعتباطي . على الرغم من أن هذا الاستنتاج قد يكون صحيحا ، فإنه يعتمد بشكل رئيسي على العمليات المعرفية الداخلية وليس على المعلومات الحقيقية . فإذا جرت واختبئت ، فإنها ربما ترجئ او تخسر الفرصة لعدم إثبات (أو التأكيد على) هذا الافتراض

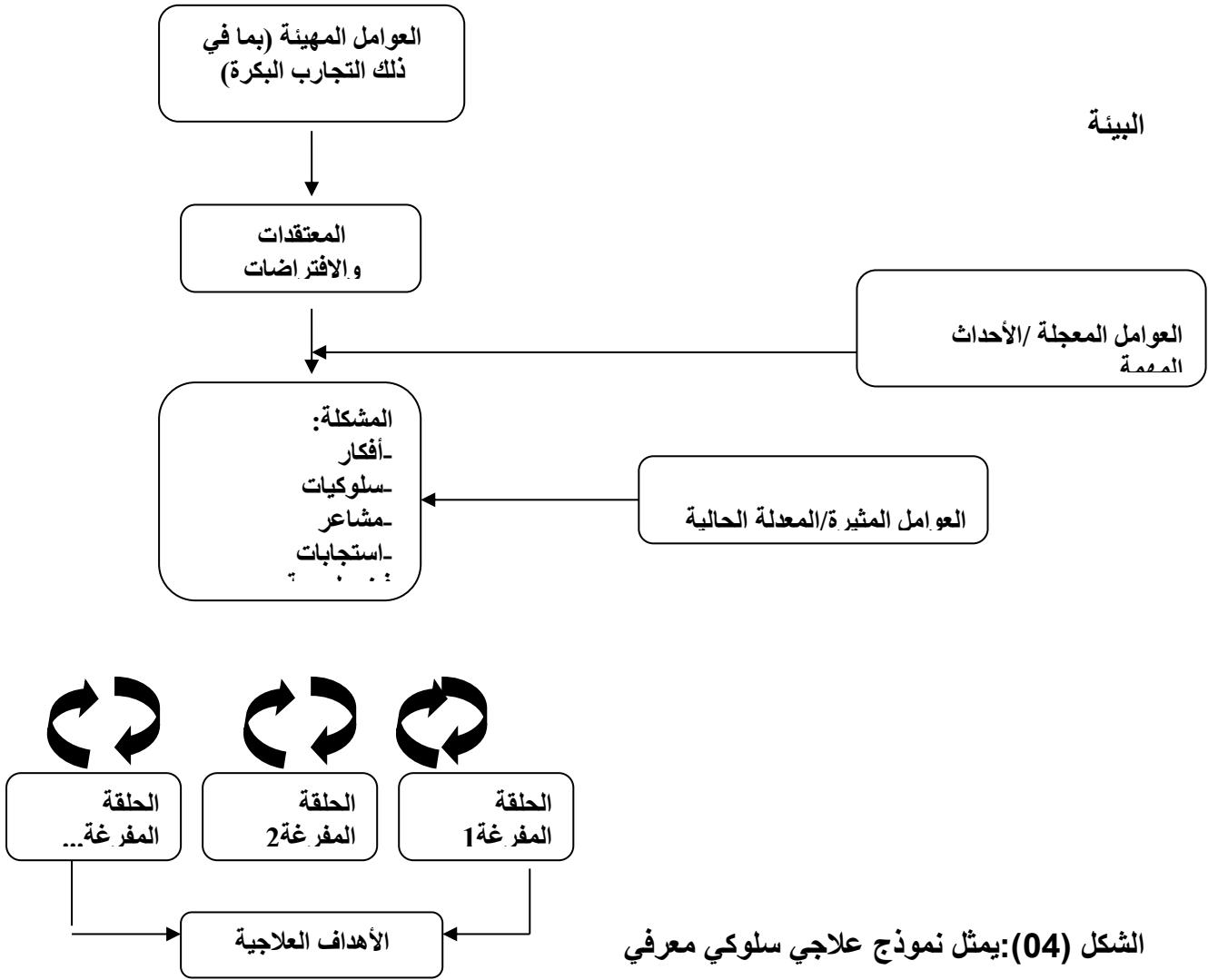
الشكل (03) :يمثل مثال ذكره بيك حول العلاج المعرفي السلوكي

نذكر كذلك التعريف الذي قدمه مؤسس العلاج المعرفي السلوكي " أرون بيك " حيث يرى بأنه عملية علاجية منظمة تهدف إلى تحديد و تعديل الأفكار الغير منطقية أو الواقعية ،مما يؤدي هذا إلى تحسين المشاعر و تعديل السلوكيات (Beck et al,1975)

كما يصف جيرالد كوري العلاج المعرفي السلوكي بأنه علاج موجه نحو المشكلات ،يركز على التفاعل بين الإدراك و السلوك ويهدف إلى تطوير استراتيجيات فعالة للتأقلم بهدف مواجهة المشكلات التي يمر بها الفرد يوميا (corey,2013)

أما سبيرز فحسبه أن العلاج المعرفي السلوكي هو علاج موجه نحو الأهداف ،يركز على تعديل الأفكار الغير مفيدة وكذلك السلوكيات الغير مرغوبة وذلك بواسطة إستراتيجيات قائمة على أدلة علمية مدروسة (Spears,2017) .

لخص Neil rection العلاج المعرفي السلوكي في التعريف التالي حيث عرفه على أنه مقارنة علاجية مكثفة تكون في مدة قصيرة من 6 إلى 20 حصة و موجهة نحو المشكل ، صمم لعدة أهداف منها : ليكون سريعا عمليا و موجهها نحو الهدف و لتزويد الأشخاص بمهارات تبقيهم في صحة جيدة على المدى الطويل، حيث يركز على "هنا و الآن" أي تلك المشاكل التي تظهر في الحياة اليومية للشخص ،يساعد هذا العلاج الأشخاص على رؤية كيف يقومون بتأويل و تقييم ما يحدث حولهم و تأثير هذه المدركات على حياتهم اليومية(نيل ريكور، د ت ،ص.04)



الشكل (04): يمثل نموذج علاجي سلوكي معرفي

(مكماتوس، 2023، ص.36)

3. الأطر النظرية المفسرة للعلاج المعرفي السلوكي:

3-1-1- نظرية الخرائط المعرفية: "آرون بيك"

يركز الأسلوب العلاجي في هذه النظرية على الاستبصار، كما يؤكد "بيك" على أن تغيير الأفكار السلبية و المعتقدات المرضية لدى الفرد ، حيث يعتمد على النظرية العقلانية التي ترى بأن الناس يشعرون و يتصرفون على وعيهم و تفسيرهم لخبرتهم .كما نرى في هذه النظرية أن بيك طور نظريته لكن بعيدا عن "أليس" لكنهما تبادلا الأفكار ، رغم هذا قدر "بيك" زميله "أليس" في تقديمه المفاهيم الأساسية التي سلطت الضوء على العوامل المعرفية كأساس لتغيير المشاعر و السلوكات .

الأساس النظري للأسلوب العلاجي عند بيك يرى بأنه لابد من معرفة المحتوى المعرفي للفرد من حيث ردة فعله اتجاه تلك الأحداث المزعجة بغية فهم طبيعة الاضطرابات ، يوجد نوعان من التفكير ركز عليهما هما: الآلية و المعتقدات المضمرة. (عزى ، صادقي ، 2019، ص.662،661،660)

قام هذا الأخير بوصف جملة من التشويهات المعرفية التي تعتبر أفكار غير منطقية تتمثل في :

التشويهات المعرفية	معناها
*التجريد الانتقالي Selective obsraction	هو الوصول إلى استنتاجات من خلال حادثة واحدة فقط
*التعميم المبالغ Over generalisation	هو تبني معتقدات ما من خلال حادثة واحدة فقط و تعميمها على حوادث لا تشبهها
*التضخيم والتضعيف Magnifivaion and mininization	هو إدراك موقف أو حالة بطريقة أكبر أو أقل مما تستحق
*النزعة نحو الذات	هو تسليط الأحداث الخارجية على النفس حتى ولم يكن لديه علاقة بالموضوع
*العنونة الخاطئة	هو تصور هوية الفرد على أساس أخطاء الفرد و عيوبه التي وقعت فالماضي
*التفكير ذو القطب الواحد	هو التفكير و التفسير للأحداث بطريقتين إما مأساوية أو ممتازة (لا حل وسط بينهما)

جدول (01) يمثل التشوهات المعرفية حسب "بيك"

(عزى ، صادقي ، المرجع نفسه، ص.162،161)

ومنه يؤكد "بيك" في نظريته على أهمية التعرف على مضمون الأفكار وذلك من خلال استجاباته لمختلف المواقف أو حتى للأفكار المزعجة حتى نتعرف على ماهية المشكل ، هناك نوعان من الأفكار أفكار أوتوماتيكية و أخرى اعتقادات مسيطرة تكمن معرفة العلاقة بينهم في التعرف على المخططات المعرفية و التي تشمل تنظيمات فكرية معقدة و هي المحرك للسلوك إذ تعرف بأنها بناء تنظيمي يعمل على استرجاع البيانات و تنظيمها ، حيث تشمل عدة طرق للتفكير لدى الشخص و كيفية إبراز المشاعر و كيفية أداء السلوك و إدراك ذاته و المحيط الخارجي (صفاوي ، سعيد ، 2024، ص.57)

2-3- النظرية السلوكية :

يحدث الإكتئاب حسب هذا الإتجاه عندما يكون الأفراد قليلي الشعور باللذة في حياتهم ،وذلك إما من خلال تقديم المدعم الإيجابي أو تجنب المدعم السلبي من البيئة .كما يسعى إلى تعريف الفرد بالأنشطة الممتعة التي تهدف إلى إضافة المتعة و الفائدة لحياته . كما استخدمت هذه النظرية لإمداد مرض الكبد المتدهن بمجموعة من التقنيات التي يستطيعون من خلالها تعديل عاداتهم الغذائية و أنشطتهم ،معتمدة بذلك على مبدأ أن سلوكيات مريض الكبد مسنونة عن السمنة ،لهذا نستطيع إعادة تعلم هذه السلوكيات أو تعديلها (عطية ، إسماعيل ، د ت ،ص.01)

3-3- النظرية المعرفية :

ترى بأن التفكير السلبي هو المسبب للاكتئاب و التغيرات السلوكية و الجسمية و الوجدانية ماهي إلى نتائج للاختلال الوظيفي المعرفي .لهذا يسعى العلاج المعرفي على أن يجعل المريض في حالة نشاط و يحل المشاكل التي تواجهه ،يعي و يعدل الأفكار الخاطئة أو المتشائمة وكذا المعتقدات الاكتنابية. (محمود عطية محمود إسماعيل ،المرجع نفسه ،ص 03)

4. أسس البرنامج المعرفي السلوكي:

قامت "جوريث بيك" J.Beck بوضع جملة من الأسس و المبادئ نشرتها في الدليل العلاجي المفصل الذي نشرته سنة 1995 و أعادت طباعته سنة 2011 نذكر منها مايلي:

- ✓ أن تكون الجلسات محددة البناء .
- ✓ التأكيد على الوقت الراهن و المشكلات الحالية .
- ✓ وضع أهمية للمشاركة و التكتف الفعال .
- ✓ تعليم المريض أن يعتمد على نفسه وذلك ب: تحديد أفكاره و المعتقدات المضطربة و يقيما و كذلك يستجيب لها .
- ✓ توجيه العلاج نحو أهداف تخدم و تركز على المشكلات .
- ✓ التقيد بزمان محدد .
- ✓ إظهار التحالف العلاجي .
- ✓ تعليم المريض أن يكون معتمد على نفسه بمعنى :طبيب نفسه بغرض منع الانتكاسة.

✓ الاستناد إلى صياغة دائمة التطور عن طريق مصطلحات معرفية لحل مشكلات المريض. (زيري السيد إبراهيم، 2018، ص. 37)

5. مزايا و عيوب العلاج المعرفي السلوكي :

5-1- مزايا العلاج المعرفي السلوكي :

- يرتكز على المشكل و يتوجه نحو الهدف .
- يؤكد على أهمية العلاقة العلاجية الجيدة و التعاونية .
- يعلم الأشخاص استراتيجيات مجربة.
- متراكب في تقنياته و استراتيجياته. (ريكتور، دون تاريخ، ص. 07)
- أقل تكلفة إقتصاديا مقارنة بالعلاج الدوائي ،حيث أكدت ذلك الجمعية الأمريكية للطب النفسي في دراسة نشرتها مفادها أن CBT يمكن أن يكون بديلا فعالا اقتصاديا للعلاج الدوائي ،خاصة على المدى الطويل. (David et al.,2018,p.4,9)
- متناسب مع جميع الفئات العمرية :حيث يمكن تطبيقه مع الأطفال ،المراهقين ، الكبار مما يجعله علاجا مرنا. (kazdin,2017)
- عدم وجود آثار جانبية جسديا : يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على تغيير التفكير و السلوك دون آثار جسدية سلبية على عكس بعض الأدوية النفسية التي تسبب آثار جانبية كالإرق،زيادة الوزن... (Cuijpers et al .,2016,p375-383)

5-2- عيوب العلاج المعرفي السلوكي:

- تتمثل عيوب هذا العلاج في بعض المعوقات التي يمكن أن تواجه العملية العلاجية منها :
- ◆ وجود صعوبة في تحديد أفكار المريض .
 - ◆ صعوبة تحديد و تمييز الانفعالات و تحديد شدتها .
 - ◆ إيجاد صعوبة في التعامل مع الإنفعالات العنيفة .
 - ◆ التغيب عن الحصص العلاجية .

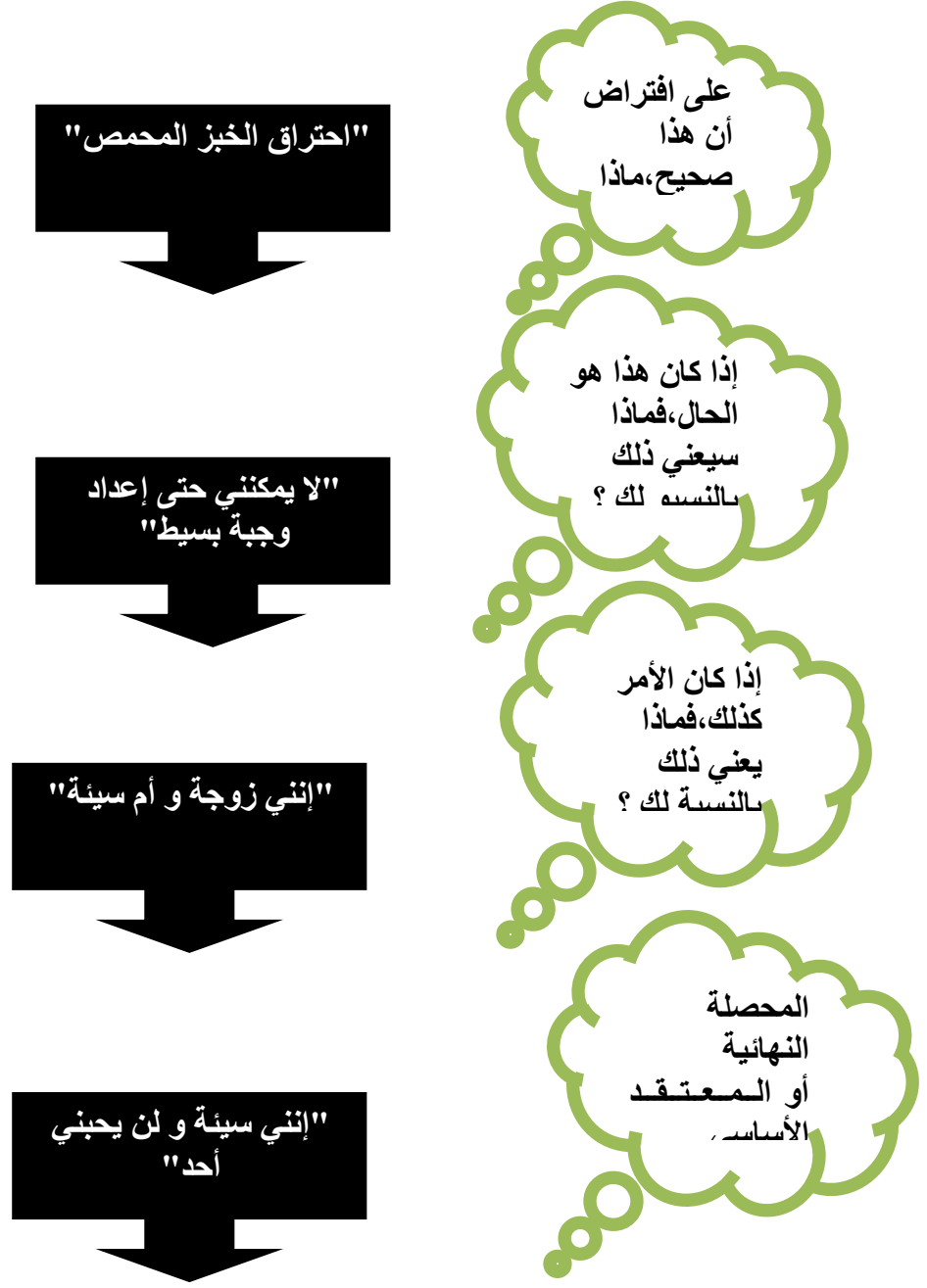
- ◆ ظهور مشاكل مالية تواجه المريض .
- ◆ تهاون المريض في أداء الواجبات المنزلية .
- ◆ وجود فكرة مترسخة في الأذهان مفادها أن الخضوع للعلاج النفسي هو وصمة عار.
- ◆ عدم الوثوق و قلة الأمل فالتحسن . (زيري السيد إبراهيم، المرجع السابق، ص.43)
- ◆ قد لا يكون فعالا مع جميع الحالات كالأضطرابات الفصامية أو اضطراب ثنائي القطب دون دعم دوائي . (Morrion et al.,2014,p.1395-1403)
- ◆ قد يثير مشاعر سلبية في بداية العلاج وذلك بتوليد مشاعر مؤلمة عند مناقشة أفكار وتجارب صعبة ، مما يسبب أو يزيد من القلق و الإكتئاب مؤقتا قبل تحسن الحالة (Brewin,2016,p.1-6).

6. أهم التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

1-6-تقنية السهم النازل: "the downward arrow technique"

يعتبر هذا الأسلوب من الأساليب الشائعة قام بابتكاره بيرنز (1990) "Burns" يعرف أيضا بمصطلح السهم الرأسي "Vertical arrow technique" وذلك سنة 1989 ،يقوم المعالج بتحديد فكرة آلية وبعد ذلك بدلا من أن يحاول تعديلها بإحدى الأساليب العلاجية الأخرى يقوم المعالج بالاحتفاظ بالفكرة مؤقتا و يسأل العميل كما يلي: "افتراض أن هذا صحيح فماذا كان سيعني لك هذا " يتم الاسمرار في هذا النمط من الأسئلة حتى يتم الوصول إلى أحد المعتقدات ،هناك نماذج أخرى من الأسئلة مثلا: "ماذا سوف يقول عنك"،"ماذا سيحدث عندئذ" ،"ولو كان كذلك ما الخطأ في ذلك"؛ الاحتمال الأكثر ترجيحا أن يتم الوصول إلى أحد المعتقدات الوسيطة وذلك لاختبارها بسؤال عن ماذا تعني الفكرة للعميل و منه نصل للمعتقد المحوري وذلك بالسؤال التالي: "ماذا تعني الفكرة للعميل "

مما هو معروف أن بعض الأفكار الآلية قد تكون وثيقة الصلة بالمشكلات و الصعوبات الانفعالية للعميل أكثر من غيرها ،باختصار فإن هذا الأسلوب هو الأكثر ملائمة لعلاج الأفكار الآلية التي تكون قوية بارتباطها بمشكلات العميل .(بيرني كوروين وآخرون،2008،ص.127،126)



الشكل (04): يمثل مثال عن أسلوب السهم النازل (فريدا مكماتوس، المرجع السابق، ص.67)

2-6- تقنية إعادة التربية المحدودة :

تعتمد العلاقة العلاجية على تقنية إعادة التربية المحدودة، تفترض هذه التقنية علاج المخطط الذي ينشأ عندما لا يتم إشباع الحاجات الأساسية، الهدف منه هو إشباع هذه الحاجات و ذلك من خلال مساعدة المريض في العثور على التجارب التي فقدها في مرحلة الطفولة المبكرة التي بدورها

أدت به إلى ظهور الصيغ السيئة، كذلك للتعرف على الأساليب المسيرة المصاحبة لهذه الصيغة، تشجع هذه التقنية على وضع ارتباط آمن مع المعالج في الإطار الإكلينيكي، نجد في طيات هذه التقنية الدفء و الحنان، الحزم و اللعب و أهم عنصر المواجهة، كما تختلف باختلاف المراحل العلاجية. (عزة صالح نعيمة، صادقي فطيمة، 2019، ص. 667)

3-6-3- تقنية وقف التفكير:

مفاد هذه التقنية هو التخلص من الأفكار و التعليمات الذاتية السلبية و استبدالها بأفكار ايجابية .

"باين" "Bian" هو من اقترح هذه التقنية سنة 1928 ثم طورها "تايلور" "Taylor" عام 1963 بوصفه طريقة للتكم في الأفكار، أساس هذه التقنية هو أن يستطيع الفرد التحكم في مجرى تفكيره بصورة إرادية في موضوع معين في لحظة ما و تحويله إلى مسار آخر .

عند استحضار أفكار سلبية بعقله فيمكنه استبدالها بأخرى، يشمل هذا الأسلوب خمسة جوانب أساسية هي :

3-6-1- منطلق العلاج: قبل استخدام هذه التقنية يجب أن يكون المريض واع بطبيعة أفكاره القاهرة للذات، وهنا يأتي دور المعالج التي تتمثل في الإشارة إلى أن أفكار المريض لا جدوى لها و عليه التخلص منها .

3-6-2- وقف التفكير الموجه بواسطة المعالج (المقاطعة الظاهرة): في هذه المرحلة يتولى المعالج دور مقاطعة الأفكار و ذلك باستخدام كلمة "توقف" حيث يقولها بصوت مرتفع، كما أنه يمكن استبدال هذه الكلمة بالتصفيق أو الطرق على الطاولة. حيث يساعد هذا الأسلوب المريض في تحديد النقطة التي ينتقل عندها من التفكير السلبي إلى الإيجابي وتجرى هذه المرحلة على النحو التالي :

- إعطاء تعليمة للمريض بأن يجلس وظهره مستند على الكرسي و يدع الأفكار تأتي إلى ذهنه.
- التحدث بصوت مرتفع عن هذه الأفكار .
- عندما يتطرق المريض إلى فكرة أو صورة القاهرة للذات يقاطعه المعالج قائلا "توقف" أو يصفق أو يطرق الطاولة .
- يشير المعالج إذا كانت المقاطعة غير متوقعة فعالة في محو الأفكار السلبية و التخيلات .

ثم بعد ذلك يستخدم المريض الإشارة و يستغني عن الكلام و يكون هذا بالإشارة باليد أو بمؤشر ليعلم ببداية الأفكار أو التخيلات، تتمثل خطوات هذه المرحلة في:

- جلوس المريض وترك الأفكار تأتي بشكل طبيعي إلى ذهن .
- توجيه العميل إلى الإشارة برفع يده أو إصبعه عندما تبدأ الأفكار السيئة بالظهور .
- عندما يرى المعالج المريض قد رفع يده (بداية الأفكار السيئة) يقاطعه قائلاً توقف .
- تتواصل هذه المراحل إلى أن يصل المريض إلى ضبط الأفكار .

6-3-4-وقف التفكير بواسطة العميل (المقاطعة الضمنية): في بعض الأحيان يصبح استخدام المقاطعة الظاهرة غير لائق، لذا يلجأ المريض إلى وقف أفكاره سرا أو ضمناً (مقاطعة داخلية) تتكون هذه المرحلة من خطوتين :

- ترك العميل للتخيلات التي تأتي في ذهنه .
- يقوم العميل بوقف الفكرة السلبية بقوله في نفسه سرا: "توقف" دون أن يسمعه أحد . (محمود خليل محمود عطا الله، المرجع السابق، ص. 254، 53، 252)

6-4- تقنية الإسترخاء العضلي:

كان للإسترخاء العضلي صد و مكانة في الدراسات العلمية حيث عرف علمياً على أنه توقف كامل لكل الإنقباضات و التقلصات العضلية التي تكون مصاحبة للتوتر.

كان " **Jacobson** " يرى أن الاسترخاء هو أهم إجراء مضاد للقلق، كما كان يقر أن خبرة الشخص الانفعالية هي نتاج عن تقلص أو انقباض للعضلات التي تصاحب الحالة الانفعالية، كما وجد أن الاسترخاء هو الحالة المضادة و المعاكسة لحالة الانفعال يتوافق رأي **Jacobson** مع تعريف سويني " **Sweeny** " 1987 مفاده أن الاسترخاء هو :حالة استجابة مدركة ايجابية يشعر فيها الشخص بالتخلص من التوتر و الإجهاد .

يعتمد هذا الأسلوب على النظرية القائلة بأنك إذا تمكنت من إرخاء عضلاتك فسوف يصل الدهن إلى حالة من الهدوء و ذلك من خلال خفض نشاط الجهاز العصبي (محمود عطية محمود إسماعيل، المرجع السابق، ص.15).

خلاصة الفصل:

نستنتج من خلال ما تم التطرق إليه في هذا الفصل أن العلاج المعرفي السلوكي هو محور التطور في المجال النفسي الإكلينيكي، وذلك لما يحتويه من أهمية و نتائج إيجابية حصدها في علاج مختلف الاضطرابات النفسية التي مفادها الأفكار الخاطئة الراسخة التي بطبيعتها تترجم إلى سلوكيات سلبية، إذ يساهم هذا الأخير في تعديلها، ولا يستخدم إلا بإتباع برنامج علاجي مقنن وفق شروط إكلينيكية؛ بدأ من التعرف على الحالة وصولاً إلى تحليل النتائج و علاجها.

الجانب التطبيقي





الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة

• التمهيد

1. الدراسة الإستطلاعية .
 2. الدراسة الأساسية.
 3. منهج الدراسة .
 4. حدود الدراسة
 5. عينة الدراسة .
 6. أدوات الدراسة.
 7. تصميم البرنامج العلاجي
- 
-
-

■ تمهيد:

بما ان مرض الجنف من الأمراض الظاهرة التي تظهر أثاره على المصاب به هذا ما يجعله أكثر عرضة للضغوطات النفسية خاصة فئة المراهقين و الشباب هذه الفئة التي تكون أكثر حساسية تجاه شكل الجسم و تقبل الذات و لمعرفة درجة تأثيره على الحالة النفسية للمصابين به و كيفية التقليل من تلك الضغوط النفسية ، سوف نتطرق في هذا الفصل إلى الإجراءات المنهجية و خطوات الدراسة المستعملة المنهج العيادي و بالإضافة إلى تحديد مكان إجراء هذه الدراسة .

1. الدراسة الاستطلاعية:

تم اختيار الدراسة الاستطلاعية بما انها من أهم الخطوات في البحث العلمي للتعرف على عينة البحث و الحصول على المعلومات الأولية و الأساسية فيما يخصها و ظروفها ، من خلال استخدامها حيث انطلقت هذه الدراسة من التساؤل الاستكشافي التالي: هل يعاني مرضى الجنف من نقص تقدير الذات؟

- إذ تم تحديد أهداف الدراسة المتمثلة في :

- الاطلاع على الظروف المحيطة التي تتعايش معها عينة الدراسة .
- التعرف على الصعوبات و المشاكل التي تواجهها أثناء تطبيق الدراسة
- تحديد حجم و نوع عينة الدراسة الأساسية حيث وجدنا خلال الدراسة الاستطلاعية 3 حالات ذكر واحد و 2 إناث .

- اعتمدنا في هذه الدراسة على الأدوات التالية :

- شبكة الملاحظة .
- مقياس كوبر سميث لتقدير الذات .
- دليل المقابلات .

2. الدراسة الأساسية:

تم تعيين عينة الدراسة الأساسية من المجتمع الخاص بولاية عين تموشنت ، وذلك لوجود حالات تخدم دراستنا و تتوافق مع فرضيات الموضوع و نكون بهذا إعتمدنا على:

3. منهج الدراسة :

تم استعمال المنهج العيادي كلمة عيادي المشتقة من كلمة عيادة بمعنى انه يشمل الحالات التي تتراد العيادة و لا تتراد العيادات فهو منهج يعتمد على التشابه فهو الدراسة العميقة للحالة الفردية في بيئتها و من أهم أهداف هو تحديد طرق العلاج يستخدم هذا المنهج في أطار المساعدة النفسية للإحاطة الشاملة بتفاصيل الحالة من المنظور الدينامي - علائقي - والتاريخي كما يستخدم في البحث العلمي من اجل دراسة تفاصيلها بشكل دقيق . (شاردي ، جامعة سعد دحلب - بليدة .)

وكذلك إستخدمنا المنهج الشبه تجريبي الذي مفاده دراسة ظاهرة موجودة .

4. حدود الدراسة :

1- الحدود المكانية: الحالة م: المنزل /الحالة س:المنزل.

2- الحدود الزمنية: أجريت الدراسة في الفترة الممتدة من 2025/01/01 الى غاية 2025/05/18.

3- الحدود البشرية: عينة من المجتمع مصابين بالسكوليوز (حالتين)

4- الحدود القياسية: مقياس كوبر سميث.

□ **عينة الدراسة :** تم اختيار حالتين من المصابين بمرض الجنف بطريقة اختيارية تتوفر فيهم الخصائص التالية :

الحالات	السن	الحالة الاجتماعية	المستوى التعليمي	نوع السكوليوز (نسبة التقوس)
الحالة (س)	18 سنة	عزباء	باكالوريا	اعوجاج C فقرات صدرية عليا بنسبة 60 %
الحالة (م)	23 سنة	عزباء	ماستر 02	اعوجاج S فقرات صدرية و قطنية بنسبة 20 %

جدول(02):يمثل تقديم أولي للحالات

5. أدوات الدراسة:

1-الملاحظة العيادية

1-1تعريف الملاحظة العيادية:

تُعدّ الملاحظة العيادية من بين الأدوات الأساسية التي يعتمد عليها الأخصائي النفسي في جمع المعلومات الأولية حول الحالة النفسية للمراجع. وهي تتمثل في مراقبة السلوك الظاهر للفرد في موقف معين، بهدف استخلاص مؤشرات دالة على حالته النفسية أو وجود اضطرابات معينة. وتتميز هذه الأداة بكونها تتيح فهماً أولياً مباشراً لتفاعل الفرد مع محيطه دون الاعتماد الكلي على ما يصرّح به (مرسي، 2000، ص.101)

تنقسم الملاحظة العيادية إلى أنواع متعددة، منها الملاحظة المنظمة التي تُبنى وفق معايير وأدوات محددة كجداول السلوك، ومنها غير المنظمة التي تعتمد على التلقائية والخبرة المهنية للملاحظ (إبراهيم، 2003، ص. 67).

كما يمكن تصنيفها إلى مباشرة تتم داخل المقابلة العيادية، وغير مباشرة تستند إلى تقارير المحيطين بالمراجع (محجوب، 2004، ص. 90)

2-أهمية الملاحظة العيادية:

تكمن أهمية الملاحظة في كونها أداة مكملة لباقي وسائل التشخيص كالمقابلة والاختبارات، إذ تساعد في كشف التناقضات بين التصريحات والسلوك الفعلي، وتوفر معلومات دقيقة حول الانفعالات، طريقة التواصل، والنشاط الحركي للمراجع (منصور وآخرون، 1995، ص. 131)

2-المقابلة العيادية :

تعد المقابلة العيادية من أقدم وأكثر الأدوات استخداماً في مجال التشخيص النفسي، حيث تُستخدم لجمع معلومات شاملة حول الحالة النفسية للمفحوص من خلال التفاعل المباشر بين الأخصائي النفسي والمفحوص. تتميز بمرونتها وقدرتها على الوصول إلى أعماق النفس الإنسانية (محجوب، 2004، ص. 88).

2-1 تعريف المقابلة العيادية:

تعرف المقابلة العيادية بأنها "موقف تواصلية موجه يهدف إلى فهم شخصية الفرد ومشكلاته من خلال استكشاف مشاعره وسلوكياته وتجاربه الحياتية (الشافعي، 2006، ص. 115).

وهي أداة تستند إلى مهارات الإصغاء، وطرح الأسئلة، والملاحظة .

2-2 أنواع المقابلة العيادية

تنقسم المقابلة العيادية إلى عدة أنواع، أبرزها:

- المقابلة الأولية (الاستكشافية): تُستخدم في بداية العلاقة المهنية لجمع معلومات عامة.
- المقابلة التشخيصية: تهدف لتحديد طبيعة الاضطراب أو المشكلة النفسية.
- المقابلة العلاجية: تُستخدم أثناء سير العلاج .
- مقابلة المتابعة: تُجرى بعد انتهاء العلاج لتقييم الاستفادة (محبوب، 2004، ص. 91)

2-3 شروط وخصائص المقابلة العيادية:

من أهم الشروط الواجب توفرها في المقابلة العيادية:

- السرية التامة.
- التقبل غير المشروط للمفحوص.
- الحياد والموضوعية.
- التهيئة النفسية والمكانية المناسبة.
- تعتمد فعاليتها على كفاءة الأخصائي في بناء علاقة مهنية قائمة على الثقة (إبراهيم، 2003، ص. 132)

4-2- شبكة الملاحظة:

شبكة الملاحظة هي أداة منهجية تُستخدم في البحث التربوي والاجتماعي لمراقبة سلوك الأفراد أو المجموعات في سياقات محددة، وفق معايير محددة مسبقاً.

تتكوّن عادة من جدول أو مخطط يحتوي على فئات سلوكية أو مؤشرات يُراد مراقبتها، مع خانات لتسجيل التكرار، المدة، أو طبيعة السلوك أثناء فترة الملاحظة.

وتهدف إلى جمع بيانات كمية أو وصفية بشكل دقيق ومنظم يساعد في تحليل الظواهر المدروسة بشكل موضوعي (عبد الرحمن، 2010، ص 252-253)

3- مقياس النفسي المعتمد:

تم الاعتماد فالدراسة الحالية على مقياس كوبر سميث :

يعد تقدير الذات من المفاهيم الأساسية في علم النفس الإكلينيكي والتربوي، لما له من دور مهم في التوافق النفسي والاجتماعي. وقد قام ستانلي كوبر سميث

عام 1967 بتطوير أحد أكثر المقاييس شيوعاً لقياس تقدير الذات، وهو مقياس كوبر سميث لتقدير الذات (Coppersmith Self-Esteem Inventory)

يركز المقياس على إدراك الفرد لقيمه الذاتية في سياقات متعددة، ويُستخدم بشكل واسع في الدراسات النفسية والتربوية (Coppersmith, 1967, p. 4)

3-1- التعريف بالمقياس:

مقياس كوبر سميث لتقدير الذات بنسخته (Coopersmith Self-Esteem Inventory) المختصرة (25 بنداً) هو أداة نفسية تُستخدم لقياس مدى تقدير الفرد لذاته، وهو مأخوذ عن النسخة الأصلية التي طورها كوبر سميث عام 1967، ثم تم تبسيطها وتكييفها لاستخدامها مع الفئات العمرية المختلفة، خصوصاً الأطفال والمراهقين. (Coppersmith, 1967, p.48-43)

3-2- طريقة التصحيح:

الإجابات الموجبة = تقديرًا مرتفعًا للذات*

إذا أجاب بـ "صح" → درجة واحدة

إذا أجاب بـ "خطأ" → صفر

الإجابات السالبة = تدني تقدير الذات*

إذا أجاب بـ "خطأ" → درجة واحدة

إذا أجاب بـ "صح" → صفر

الدرجة الكلية للمقياس تتراوح من 0 إلى 25

من 0 إلى 10: تقدير ذات منخفض*

*من 11 إلى 17: تقدير ذات متوسط

من 18 إلى 25: تقدير ذات مرتفع*

(coopersmith,1981, p.56-62)

3-3- الخصائص السيكومترية:

الثبات: الصدق الداخلي*

استخدم كوبر سميث طريقة التجزئة النصفية، وكانت معاملات الثبات تتراوح بين 0.80 و0.92 حسب العينة.

● الصدق:

تم التحقق من الصدق باستخدام أساليب متعددة، أهمها الصدق التلازمي مع أدوات أخرى لقياس تقدير الذات والذكاء والانضباط (عبدالرحمن، 2000، ص.95-97).

6. تصميم البرنامج العلاجي:

يحتوي البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على تقنيات معرفية سلوكية، حيث يقترح هذا البرنامج العلاجي من طرف الطالبين كخطة علاجية موجهة خصيصا للأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية مرتبطة بمرض الجنف، يهدف البرنامج إلى تعديل الأفكار السلبية و المعتقدات الخاطئة التي يتبناها الفرد حول ذاته و مظهره الخارجي، وتعزيز آليات التكيف الإيجابي من خلال مجموعة من الجلسات العلاجية التي تعتمد على تقنيات معرفية سلوكية مدروسة، يركز البرنامج على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي الحديثة و يراعى فيه الفروق الفردية و احتياجات النفسية و الاجتماعية للمستفيدين، مما يساهم في تحسين جودة حياتهم النفسية و تعزيز تقدير الذات.

تم عرضه على محكمين 2، وقد تم أخذ ملاحظاتهم بعين الاعتبار، وفي الأخير تحصلنا على شكله النهائي المتمثل في الجدول التالي: حيث تمثلت ملاحظات الأساتذة في:

-يجب وضع في الاعتبار أنه يمكن إستغراق الخطة العلاجية مدة أطول مما تم تسطيره وحتى مدة الجلسة يمكن أن تأخذ مدة أطول.

<p>-كسب ثقة المريض من أجل مواصلة البرنامج العلاجي بسلاسة -تعرف الحالة أكثر على البرنامج العلاجي -التفاهم مع الحالة حول الوقت المناسب لاستبعاد الغيابات عن الحصص العلاجية.</p>	<p>-بناء علاقة علاجية مع الحالة -شرح للحالة البرنامج العلاجي وذلك بذكر أهميته ونتائجه (ذكر نماذج نفع معها العلاج) -وضع خطة علاجية مناسبة</p>	<p>45د</p>	<p>الجلسة الأولى</p>
<p>- تقليل التوتر خصوصا أنها أول حصة علاجية -استخراج الأفكار الخاطئة واستبدالها بأخرى صحيحة -متابعة الحالة خارج الحصص العلاجية ومعرفة ردود الأفعال</p>	<p>-تطبيق تقنية الاسترخاء كأول خطوة -تقنية إعادة الهيكلة المعرفية -واجب منزلي متضمن تقنية جدول المراقبة الذاتية و التدريب على الاسترخاء في المواقف المقلقة</p>	<p>45د</p>	<p>الجلسة الثانية</p>
<p>-التذكير بالمجريات الحصة السابقة. --تغيير الأفكار أولا ثم تغيير السلوكيات. -دعم و مساندة المريض لمواصلة العلاج. -تعرفه على نقاط ضعفه ثم يصححها بنفسه.</p>	<p>-مراجعة ما تم التطرق اليه سابقا. -تقنية إعادة الهيكلة المعرفية المواصلة في تغيير الأفكار تقنية التعزيز- -واجب منزلي (وضع جدول يحتوي على خانتين، خانة تحتوي على نقاط الضعف و الخانة الأخرى تضم طرق للتخلص منها)</p>	<p>45د</p>	<p>الجلسة الثالثة</p>
<p>-التذكير بمجريات الحصص السابقة. التخلص من الأفكار المزعجة والخاطئة للمساهمة في رفع تقدير الذات -زرع الثقة بالنفس عند مشاهدة المريض لحالات أخطر من حالته</p>	<p>-مراجعة ما تم التطرق اليه سابقا -المواصلة في تقنية إعادة الهيكلة المعرفية -واجب منزلي (مشاهدة فيديو هات لحالات تعاني من الجنف المتطور مع تحديد رتبته ضمن هذه الحالات)</p>	<p>45د</p>	<p>الجلسة الرابعة</p>
<p>-التذكير بما قمنا به سابقا. -مناقشة نتائج الواجب المنزلي مع الحالة و التعرف على نسبة ادراكها. -تغيير الصورة الذاتية الخاطئة.</p>	<p>-مراجعة ما تم التطرق اليه سابقا. -مراجعة نتائج الواجب المنزلي مع الحالة استخدام تقنية التصور الذهني - واجب منزلي (التنفيس الإنفعالي)</p>	<p>45د</p>	<p>الجلسة الخامسة</p>

<p>-التذكير بما قمنا به سابقا. -معرفة درجة تطور منحى العلاج خارج الحصص العلاجية -التنقيص- -التنقيص-.</p>	<p>-مراجعة ما قمنا به سابقا. -مناقشة الواجب المنزلي. -تقنية وقف الأفكار واجب -منزلي (ممارسة الرياضة)</p>	<p>45د</p>	<p>الجلسة السادسة</p>
<p>-التذكير بما قمنا به سابقا. -التخفيف من الضغط- -تدوين شعور الحالة بصفة عامة -تعريف الحالة على نماذج من الواقع تجاوزت المشكل</p>	<p>-مراجعة ما قمنا به سابقا. -تقنية الاسترخاء لتقليل الضغط -مراجعة نتائج وأحداث الواجب المنزلي وشعورها أثناء القيام به تقنية النمذجة-.</p>	<p>45د</p>	<p>الجلسة السابعة</p>
<p>-تذكير الحالة بما قمنا به سابقا. -اتاحة الفرصة للحالة من أجل التعبير وإدراك لما وصلت له من تطور إيجابي دعم الحالة وتعزيزها-</p>	<p>-مراجعة ما تم عرضه. -ترك الحالة تعبر عن النقاط التي تغيرت فيها منذ أن بدأ البرنامج -تقنية التعزيز</p>	<p>45د</p>	<p>الجلسة الثامنة</p>
<p>-التذكير بكل ما قمنا به. -معرفة نسبة نجاح البرنامج العلاجي ونسبة تقدير الذات الحالية للحالة</p>	<p>-مراجعة الحصص السابقة باختصار. -تطبيق مقياس بعدي لكوبر سميث.</p>	<p>45د</p>	<p>الجلسة التاسعة</p>
<p>-ختم البرنامج العلاجي مع الحالة. -منع حدوث انتكاسة- -شكر الحالة على التعاون معنا</p>	<p>- تقديم للحالة بطاقة منع الانتكاسة تضم التقنيات التي تجاوزت معها الحالة. -تشجيع الحالة على ما وصلت اليه من نتائج حتى ولو كانت بنسبة قليلة</p>	<p>45د</p>	<p>الجلسة العاشرة</p>

الجدول رقم (03) يمثل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بعد التحكيم

خلاصة الفصل:

ختامًا، تناول هذا الفصل أهم الأسس المنهجية التي انبنت عليها الدراسة الاستطلاعية ذات الطابع العيادي، حيث تم اختيار المنهج العيادي لما يتيح من إمكانيات لفهم الظاهرة النفسية في سياقها العميق والمعقد، خاصة ما تعلق بتأثير الإصابة بالجنف على الذات. وقد تم اعتماد عينة قصدية مكونة من حالتين مشخصتين بالجنف، بما يتماشى مع متطلبات البحث العيادي الذي يركّز على التحليل الفردي العميق .

كما تم توظيف باقة من الأدوات العيادية الملائمة لطبيعة الدراسة، شملت الملاحظة المنظمة، المقابلة العيادية، مقياس تقدير الذات لكوبر سميث، إلى جانب تصميم برنامج علاجي يهدف إلى دعم الصحة النفسية للمفحوصتين وتعزيز مستوى تقدير الذات لديهم. وتعدّ هذه الإجراءات المنهجية ركيزة أساسية لفهم النتائج التي ستعرض لاحقًا وتحليلها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، بما يسهم في إغناء المعرفة النفسية المرتبطة بـ التدخلات العلاجية .



تقديم الحالات و مناقشة النتائج

1. عرض حالات الدراسة

2. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

. خاتمة

. توصيات و اقتراحات

. المراجع

. الملاحق



1- تقديم الحالات:

تقديم الحالة الأولى:

● البيانات الأولية:

- الاسم: س
- اللقب: خ
- السن: 18 سنة
- الجنس: أنثى
- الحالة المدنية: عزباء
- المستوى الدراسي: باكالوريا
- المستوى الاقتصادي: متوسط
- عدد الإخوة: واحد
- المرتبة بين الإخوة: الثانية

● شبكة الملاحظة:

المظهر والسلوك:

- اللباس: ملابس جيدة و نظيفة جدا
- بنية الجسم: ممتلئة و متوسطة القامة
- النشاط النفسي الحركي: نشيطة
- التواصل البصري: جيد جدا

- كلام المريض:

- السرعة: تتكلم الحالة بشكل عادي
- نبرات الصوت: منخفضة
- النطق: واضح

- المزاج: متقلب
- وجدان: تقلب وتغير في الحالة المزاجية .
- الأفكار: مميزة و تدل على فهم عميق
- جري الأفكار: سريع
- مضمون الأفكار: أفكار تأثير
- الاستبصار: مستبصرة
- الذاكرة: غير مضطربة
- الوعي بالزمان و المكان: غير مضطرب

الرقم	المدة	المحتوى	التقنيات المستخدمة
01	01 ساعة	الترحيب بالحالة جمع البيانات الأولية حول حالة تطبيق المقياس القبلي لكوبر سميث	شبكة الملاحظة، دليل المقابلة، مقياس كوبر سميث
02	50 دقيقة	الترحيب بالحالة، بناء علاقة علاجية مع الحالة، جمع معلومات حول التاريخ المرضي للحالة	شبكة الملاحظات، دليل المقابلة
03	30 دقيقة	الترحيب بالحالة، شرح لها البرنامج العلاجي (هدفه)، وضع خطة علاجية مناسبة	البرنامج العلاجي المصمم من طرف طالبين
04	44 دقيقة	ترحيب الحالة، تعديل الأفكار السلبية وتحويلها إلى إيجابية، التقليل من التوتر والقلق لدى الحالة، إعطاء الحالة واجب منزلي من أجل تدعيم الحصص العلاجية متمثل في جدول للمراقبة الذاتية بهدف ضبط سلوكياتها و كذلك التدرج على الإسترخاء	تقنية إعادة الهيكلة المعرفية، تقنيات الإسترخاء أما في الواجب المنزلي طبقنا تقنية جدول المراقبة الذاتية + الإسترخاء
05	ساعة و 15 دقيقة	الترحيب بالحالة، مراجعة جميع ما تم تطرق إليه في الحصة السابقة،، مراجعة الواجب المنزلي، الموصل في تغيير الأفكار السلبية لحاله مع تعزيز ردود أفعالها، تقديم واجب منزلي يحتوي على جدول يتكون من خانتين : الخانة الأولى تدون فيها نقاط الضعف و الخانة الأخرى تدون فيها استراتيجيات التخلص منها	تقنية إعادة الهيكلة المعرفية ،، تقنية التعزيز اما الواجب المنزلي الجدول عبارة عن جدول وما يقابلها من حلول
06	28 دقيقة	الترحيب بالحالة، مراجعة ما تم تطرق إليه سابقا، المواصلة في تغيير الأفكار السلبية واستبدالها بأخرى إيجابية، أعطي لي حل واجب منزلي يتمتع في مشاهدة فيديو لحالات تعاني من جنف متطور مع تحديد رتبته من بينهم بهدف زرع الثقة في النفس عند مشاهدة المريض لحالات أخطر من حالته	تقنية الهيكلة المعرفية واجب منزلي مشاهدة فيديو لحالات تعاني من الجنف
07	56 دقيقة	الترحيب بالحالة، مراجعة ما قمنا به سابقا،، مراجعة نتائج الواجب المنزلي التعرف على نسبة إدراكها، تغيير صورة الذات للحالة ، في نهاية الجلسة تقديم للحالة واجب منزلي بهدف التنفيس الإنفعالي	تقنية التصور الذهني ، واجب منزلي: التنفيس الإنفعالي

08	36 دقيقة	ترحيب بالحالة، مراجعة ما قمنا به سابقا مراجعة نتائج الواجب المنزلي التعرف على درجة تطور منحى العلاج خارج الحصص العلاجية تدريب الحالة على طريقة وقف الأفكار الخاطئة + أعطاء الحالة واجب منزلي يتمثل في نشاطات رياضية	تقنية وقف الأفكار ، واجب منزلي: ممارسة الرياضة
09	30 دقيقة	الترحيب بالحالة، تطبيق تقنيات للإسترخاء ، مراجعة نتائج الواجب المنزلي للتعرف على شعور الحالة أثناء القيام به مع إعطاء نماذج عن حالات تعايشت مع حالتها المرضية	تقنية الإسترخاء، تقنية النمذجة
10	ساعة و 20 دقيقة	الترحيب كالعادة بالحالة وتذكر الحالة بما قمنا به سابقا ترك الحالة تعبر بكل أريحية عما قمنا به سابقا بمعنى إتاحة الفرصة للتعبير عن نفسها وإدراك ما وصلت إليه من تطور إيجابي مع تعزيزها	شبكة ظه، تقنية تعزيز
11	24 دقيقة	الترحيب بالحالة مجددا، مراجعة جميع الحصص السابقة باختصار، تطبيق مقياس كوبر سميث لمعرفة درجة التطور فالعلاج	مقياس بعدي لكوبر سميث
12	24 دقيقة	الترحيب بالحالة ، تقديم مجموعة تقنيات تجاوبت معها الحالة في شكل بطاقة بهدف منع حدوث الانتكاسة ،، تشجيع الحال على ما وصلت إليه من نتائج.	بطاقة منع الانتكاسة

• جدول المقابلات :جدول(05)

□ ملخص المقابلات العلاجية:

تم إجراء مع الحالة 12 حصة، حيث تم أولاً بالتعرف على الحالة وبناء علاقة من أجل ضمان
سلاسة في سير البرنامج العلاجي، قمنا كذلك بتطبيق مقياس قبلي لكوبر سميث، وقبل البدء تناقشنا
معها حول ما سنقوم به من خلال هذه الحصص قصد التفاهم معها على الوقت وتبيان أهدافه.

بعد تلك الحصص الأولية تم الشروع في الحصص العلاجية حيث لاحظنا تجاوب كبير معها لأنها
كانت ترغب بشدة في تغيير وضعيتها

ابتدأنا الحصص العلاجية بتقنية الإسترخاء التي تعتبر كتمهيد و طمأنينة في نفس الوقت حيث
طلبنا منها وضع يدها على صدرها و التنفس بعمق ثم إخراج ذلك النفس ببطء أيضاً، ثم بعدها طبقنا

تقنية إعادة الهيكلة المعرفية وأول فكرة بدأنا بها هي: لبس الملابس بدون الشعور بالخجل. حيث كانت الحالة ترفض لبس أي لبس دون أن تقيسه، قمنا بتحليلها و تغييرها إلى أفكار إيجابية .

أما الفكرة الثانية فكانت لا أستطيع ربط شعري وإظهار إصابتي خصوصا بالمناسبات.

أما الفكرة الثالثة فكانت "كل من ينظر لي سيسخر مني" وهذه الفكرة تلقينا صعوبة في تغييرها لأن معتقداتها كانت مرسخة عند ختم هذه التقنية بعد عدة حصص صرحت الحالة أن طريقة تفكيرها تغيرت تماما و أن هذه التقنية ساعدتها في حياتها أما الواجبات المنزلية ساهمت بشكل كبير في التأقلم و التجاوب حيث صرحت أنها شعرت بالسعادة عند تطبيقها و بأنها حقا طريقة مفيدة أضيفت في حياتها. استعملنا معها جدول المراقبة الذاتية و الهدف منه وعي و إدراك الحالة بنفسها وتغيير أفكارها دون الاعتماد على الغير، وعند بدأ كل حصة علاجية كنا نراجع ما تم التطرق إليه بالإضافة إلى أحداث الواجبات المنزلية ومناقشتها معها. أما تقنية التصور الذهني فكانت متنفسا لها حيث صرحت أنها شعرت بالراحة و كأنها في متنزه على شاطئ البحر، حيث طلبنا منها أن تتخيل أنها في مناسبة رفيقة أقرانها و أنها تبدو جميلة بحيث يمدحها كل من يراها قمنا بتكرار هذه التقنية لعدة مواضع خصوصا و أنها أعجبتها .

أما ممارسة الرياضة فلم تكن تفضلها لكن بالتكرار و الترغيب استطعنا إقناعها بها، أما تقنية التعزيز فمن خلال ملاحظتنا لها كانت بمثابة تحفيز لها ،وبعدها قمنا بتقنية وقف الأفكار التي من خلالها طلبنا منها التفكير في فكرة سلبية و من ثم التصفيق وبهذا تتغير الفكرة تلقائيا ،أما فنية النمذجة فكانت بذكر حالة مشابهة لها لكن استطاعت التغلب على أزمته و ضغوطاتها وتحدث إعاقته وحققت نجاحات في حياتها ،في المقابلات الأخيرة تركنا الحالة تعبر عن شعورها حيال الحصص العلاجية و ذكر النقاط التي تغيرت فيها مع تعزيز ردود أفعالها.

ثم قياس تقدير الذات بعد هذه الحصص بواسطة المقياس البعدي و في الختام تم إعطائها بطاقة لمنع الانتكاسة.

● تحليل المقابلات:

- التاريخ الاجتماعي:

الأسرة:

□ الأم: علاقة عادية في اغلب الأحيان مزعجة بالنسبة للحالة و ذلك بسبب عدم تقبل الأم لحالتها.

□ الأب : العلاقة الكلاسيكية بين الأب و الابنة علاقة محدودة في توفير متطلباتها المادية لاغير و في نفس الوقت تجنبيه من طرف الحالة .

□ الأخت : علاقة انعدام الثقة بسبب إعادتها لكل ما يحدث و يقال بينها و بين الحالة .

□ التاريخ النفسي:

من خلال المقابلات التي أجريت مع الحالة تبين أنه قد عانت منذ طفولتها بضغوط نفسية , وهذا راجع إلى أعراض المرض التي بدأت تظهر منذ ذلك الحين .فقد لاحظت الأم أن ظهرها غير طبيعي عند تحميمها ,من خلال التعمق مع الحالة تبين أن علاقتها مع أبيها مضطربة حيث صرحت أنه لا يقدرها فقالت في هذا السياق "بابا ميبغيني ما يفهمني ،ميحسش بيا نحس روجي مشي بنته و يبغي ختي كثر مني "أما عن أختها فقالت "ختي منديرش فيها كونفيونص " وهددا مايدل على سوء العلاقة.

منذ بدأ رحلتها مع المرض وهي تعيش في ضغط بسبب شكلها و تصرفات أمها التي كانت تذكر إصابتها في كل مناسبة أو كلما تكون برفقتها .صرحت أيضا أن القميص الخاص بتعديل إوجاج ظهرها الذي كانت تتضايق و تخجل به ,ونظرت الناس و زملائها كانت تشكل لها عقدة أخرى حيث كانت ترفض ربط شعرها و هذا لكي تخفي أثر المرض وهذا ما جعلها تتجنب كل التجمعات العائلية أو حتى تجمعات الأصدقاء .

□ نتائج المقياس القبلي:

تم تطبيق مقياس كوبر سميث لقياس تقدير الذات و عند حسابنا لنتائج المقياس تبين أن الحالة

تعاني من تقدير ذات منخفض حيث ترجمت نتيجته بـ32 درجة والتي تنحصر بين الفئة من: 20-

.40

تقديم الحالات الدراسة

×		لا تضايقتني الأشياء عادة	1
×		أجد من الصعب علي أن أتحدث أمام مجموعة من الناس	2
	×	أود لو استطعت أن أغير أشياء من نفسي	3
×		لا أجد صعوبة في اتخاذ القرارات بنفسي	4
×		يسعد الآخرون بوجودهم معي	5
	×	أضايق بسرعة في المنزل	6
×		احتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الأشياء الجديدة	7
	×	أنا محبوب بين الأشخاص من نفس سني	8
×		تراعي عائلتي مشاعري عادة	9
×		استسلم بسهولة	10
×		تتوقع عائلتي مني الكثير	11
	×	أجد من الصعب أن أظل كما أنا	12
×		تختلط الأشياء كلها في حياتي	13
×		يتبع الناس أفكارني عادة	14
	×	لا أقدر نفسي حق قدرها	15
	×	أود كثيرا لو أترك المنزل	16
	×	اشعر بالضيق من عملي غالبا	17
	×	مضهري ليس وجيها مثل معظم الناس	18
×		إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله فاني أقوله عادة	19
×		تفهمني عائلتي	20
	×	معظم الناس محبوبون أكثر مني	21
	×	اشعر عادة كما لو ان عائلتي تدفعني لعمل الأشياء	22
	×	لا ألقى التشجيع عادة فيما أقوم به من الاعمال	23

	×	ارغب كثيرا ان اكون شخصا آخر	24
×		لا يمكن للاخرين الاعتماد علي	25

جدول(06):مقياس قبلي للحالة س

<p>-تقنية إعادة الهيكلة المعرفية . - تقنية الاسترخاء. -واجب منزلي.</p>	<p>الترحيب بالحالة و القيام بتعديل الأفكار السلبية و تحويلها الى أفكار ايجابية مع توضيح العلاقة بين هذه الأفكار السلبية و نقص تقدير الذات و ذلك من خلال استخدام تقنية إعادة الهيكلة المعرفية ، مع تطبيق تقنية الاسترخاء كأول خطوة للتقليل من التوتر و القلق لدى الحالة حيث انه عند التحدث مع الحالة على البرنامج العلاجي ظهر عليها القليل من التوتر ، إذ ان تقنية الاسترخاء تساعد الحالة على الاسترخاء و من ثم إعطاءها واجب منزلي يتضمن جدول المراقبة الذاتية و التدريب على الاسترخاء في المواقف القلقة .</p>	<p>44دقيقة</p>	<p>01</p>
<p>-تقنية اعادة الهيكلة المعرفية. -تقنية التعزيز. -واجب منزلي.</p>	<p>الترحيب بالحالة كالعادة و إلقاء التحية ومراجعة ماتم التطرق إليه الحصة السابقة بالإضافة الى مراجعة الواجب المنزلي ، إعادة استخدام الهيكلة المعرفية و ذلك للمواصلة في تغيير الأفكار السلبية للحالة مع استخدام تقنية التعزيز المتمثلة في دعم و مساندة المريض لمواصلة العلاج في آخر الجلسة إعطاء واجب منزلي يتمثل في وضع جدول يحتوي على خانتين ، خانة تحتوي على نقاط الضعف و خانة أخرى تضم التخلص منها .</p>	<p>ساعة و15دقيقة</p>	<p>02</p>
<p>-تقنية إعادة الهيكلة المعرفية. -واجب منزلي "مشاهدة فيديوهات</p>	<p>الترحيب بالحالة ومراجعة ماتم التطرق إليه سابقا مع المواصلة في تقنية الهيكلة المعرفية في آخر الجلسة يتم إعطائه واجب منزلي وهو مشاهدة فيديوهات لحالات تعاني من جنف متطور مع تحديد رتبته ضمن هذه الحالات الغرض منه هو زرع الثقة في النفس عند مشاهدة المريض لحالات اخطر من حالاته</p>	<p>28 دقيقة</p>	<p>03</p>

<p>-تقنية التصور الذهني. -واجب منزلي "تنفيس انفعالي "</p>	<p>الترحيب بالحالة والمراجعة لما تم التطرق إليه سابقا مع مراجعة نتائج الواجب المنزلي مع الحالة و التعرف على نسبة إدراكها ومن تم استخدام تقنية التصور الذهني لتغيير صورة الذات في نهاية الجلسة إعطاء واجب منزلي المتمثل في التنفيس الانفعالي</p>	<p>56 دقيقة</p>	<p>04</p>
<p>-تقنية وقف الأفكار. -واجب منزلي "ممارسة الرياضة"</p>	<p>الترحيب بالحالة و المراجعة لما قمنا به سابقا مع مناقشة الواجب المنزلي ومعرفة درجة تطور منحى العلاج خارج الحصص العلاجية، و استخدام تقنية وقف الأفكار السلبية وفي آخر الحصة إعطاء واجب منزلي متمثل في حصة رياضية.</p>	<p>36 دقيقة</p>	<p>05</p>
<p>-تقنية الإسترخاء. -تقنية النمذجة.</p>	<p>الترحيب بالحالة و المراجعة لما قمنا به في الجلسة السابقة ، استخدام تقنية الاسترخاء و التقليل من الضغط مع مراجعة نتائج وإحداث الواجب المنزلي و التعرف على شعور الحالة أثناء القيام به مع استخدام تقنية النمذجة بإعطاء أمثلة عن حالات وتعريفها بنماذج من الواقع تعايشت مع حالتها المرضية .</p>	<p>30 دقيقة</p>	<p>06</p>
<p>-شبكة الملاحظة. -تقنية التعزيز.</p>	<p>الترحيب كالعادة و تذكير الحالة بما قمنا به سابقا ، في هذه الجلسة يتم ترك الحالة تعبر بكل أريحية عما قمنا به في الجلسات السابقة بمعنى إتاحة الفرصة للحالة من التعبير عن نفسها بكل حرية و إدراك ما وصلت إليه من تطور ايجابي مع استخدام تقنية التعزيز</p>	<p>ساعة و 20 دقيقة</p>	<p>07</p>

-مقياس بعدي لكوبر سميث	الترحيب بالحالة و مراجعة الحصص السابقة باختصار مع تطبيق مقياس بعدي لكوبر سميث و التي أظهرت نتائجه تغير ملحوظ في مستوى تقدير الذات لدى الحالة	24 دقيقة	08
-بطاقة منع الانتكاسة.	الترحيب بالحالة مع تقديم للحالة بطاقة منع الانتكاسة التي تضم التقنيات التي تجاوزت معها و تشجيع الحالة على ماوصلت إليه من نتائج	24 دقيقة	09

□*جدول سير العلاج:جدول (07):

□نتائج الإختبار البعدي:

تم تطبيق مقياس كوبر سميث لتقدير الذات البعدي للحالة-س- ومنه قمنا بإحتساب نتائج
المقياس فتبين أن الحالة تحصلت على الدرجة 56 التي ترجمت على أن تقدير الذات عندها
متوسط .

جدول(08):المقياس البعدي للحالة س

تقديم الحالات الدراسة

الرقم	العبارات	تنطبق	لا تنطبق
1	لا تضايقني الأشياء عادة	×	
2	أجد من الصعب علي أن أتحدث أمام مجموعة من الناس		×
3	أود لو استطعت أن أغير أشياء من نفسي		×
4	لا أجد صعوبة في اتخاذ القرارات بنفسني		×
5	يسعد الآخرون بوجودهم معي	×	
6	أضايق بسرعة في المنزل		×
7	احتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الأشياء الجديدة		×
8	أنا محبوب بين الأشخاص من نفس سني	×	
9	تراعي عائلتي مشاعري عادة		×
10	استسلم بسهولة		×
11	تتوقع عائلتي مني الكثير		×
12	أجد من الصعب أن أظل كما أنا		×
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي		×
14	يتبع الناس أفكارني عادة		×
15	لا أقدر نفسي حق قدرها	×	
16	أود كثيرا لو أترك المنزل	×	
17	اشعر بالضيق من عملي غالبا	×	
18	مضهري ليس وجيها مثل معظم الناس	×	
19	إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله فاني أقوله عادة		×
20	تفهمني عائلتي		×
21	معظم الناس محبوبون أكثر مني	×	
22	اشعر عادة كما لو أن عائلتي تدفعني لعمل الأشياء	×	

	×	لا القى التشجيع عادة فيما اقوم به من الاعمال	23
	×	ارغب كثيرا ان اكون شخصا آخر	24
	×	لا يمكن للاخرين الاعتماد علي	25

2- تقديم الحالة الثانية:

□ البيانات الأولية:

- الاسم: م
- اللقب: ر
- السن: 23
- الجنس: أنثى
- الحالة المدنية : عزباء
- المستوى الدراسي : ماستر
- المستوى الاقتصادي: متوسط
- عدد الإخوة : أربعة
- المرتبة بين الإخوة: الثانية

□ سيمولوجية الحالة :

- المظهر و السلوك

- إلباس: ملابس جيدة و نظيفة
- بنية الجسم: ضعيفة و متوسطة القامة
- النشاط النفسي الحركي: في المجمل متوسطة النشاط
- التواصل البصري: جيد

- كلام المريض:

- السرعة: تتكلم الحالة بشكل عادي.
- نبرات الصوت : منخفضة جدا
- النطق: واضح
- المزاج :معتدلة المزاج
- وجدان: متلبد.
- الأفكار:مميزة و تدل على فهم عميق
- جري الأفكار:ضعيف
- مضمون الأفكار:أفكار تأثير
- الاستبصار:مستبصرة
- الذاكرة:غير مضطربة
- الوعي بالزمان و المكان:غير مضطرب
- جدول المقابلات :

جدول (09):الحالة م

الرقم	المدة	الهدف	التقنيات المستخدمة
01	ساعة ونصف	الترحيب بالحالة جمع البيانات الأولية حول حالة، جمع المعلومات حول التاريخ المرضي لها، تطبيق المقياس القبلي لكوبر سميث	شبكة الملاحظة، دليل المقابلة، مقياس كوبر سميث
02	ساعة ونصف	الترحيب بالحالة، بناء علاقة علاجية مع الحالة، تعريف الحالة عن طبيعة البرنامج العلاجي	شبكة الملاحظات، دليل المقابلة، البرنامج العلاجي المصمم من طرف طالبين
03	ساعة ونصف	تدريب الحالة على نشاطات للإسترخاء، تغيير الأفكار الخاطئة و تصحيحها	تقنية الاسترخاء، تقنية إعادة الهيكلة المعرفية
04	45 دقيقة	الترحيب بالحالة، المواصلة في تغيير الأفكار الخاطئة، إعطاء الحالة أمثلة عن حالات مشابهة لحالتها المرضية و تخطت مشكلتها النفسية لتعزيز ثقافتها بنفسها، شرح للحالة الواجب المنزلي بحيث تقوم بوضع جدول يضم خانتين خانة لنقاط الضعف و الخانة الأخرى لما يقابلها من حلول	تقنية إعادة الهيكلة المعرفية، تقنية النمذجة، واجب منزلي
05	36 دقيقة	الترحيب بالحالة، مراجعة جميع ما تم تطرق إليه في الحصة السابقة، مراجعة الواجب المنزلي، الموصل في تغيير الأفكار السلبية لحاله مع تعزيز ردود أفعالها، تقديم واجب منزلي يتمثل في مشاهدة فيديوهات لحالات تعاني من الجف المتطور و وضع رتبته من بينهم	تقنية إعادة الهيكلة المعرفية، تقنية التعزيز، الواجب المنزلي
06	01 ساعة	الترحيب بالحالة، مراجعة ما تم تطرق إليه سابقا، مناقشة أحداث الواجب المنزلي، المواصلة في تغيير الأفكار السلبية واستبدالها بأخرى إيجابية بإستخدام المرأة، أما الواجب المنزلي فكان عبارة عن الخروج في نزهة للترويح عن النفس	تقنية الهيكلة المعرفية واجب منزلي
07	نصف ساعة	الترحيب بالحالة، مراجعة ما قمنا به سابقا، مراجعة نتائج الواجب المنزلي التعرف على نسبة إدراكها، تغيير صورة الذات للحالة، في نهاية الجلسة تقديم للحالة واجب منزلي بهدف التنفيس الإنفعالي	تقنية التصور الذهني، واجب منزلي: التنفيس الإنفعالي
08	28 دقيقة	ترحيب بالحالة، مراجعة ما قمنا به سابقا مراجعة نتائج الواجب المنزلي التعرف على درجة تطور منحي العلاج خارج الحصص العلاجية تدريب الحالة على طريقة وقف الأفكار الخاطئة بهدف إعتماها على نفسها+ إعطاء الحالة واجب منزلي يتمثل في نشاطات رياضية	تقنية وقف الأفكار، واجب منزلي: ممارسة الرياضة
09	30 دقيقة	الترحيب بالحالة، تطبيق مع الحالة استراتيجيات للإسترخاء، مراجعة نتائج الواجب المنزلي للتعرف على شعور الحالة أثناء القيام به مع إعطاء نماذج عن حالات تعايشت مع حالتها المرضية	تقنية الإسترخاء، تقنية النمذجة، واجب منزلي

جدول ملاحظة، تقنية تعزيز	الترحيب كالعادة بالحالة وتذكير الحالة بما قمنا به سابقا ترك الحالة تعبر بكل أريحية عما قمنا به سابقا بمعنى إتاحة الفرصة للتعبير عن نفسها وإدراك ما وصلت إليه من تطور إيجابي مع تعزيزه السلوكيات التي تحسن	20 دقيقة	10
مقياس بعدي لكوبر سميث	الترحيب الحالة مجددا، مراجعة و تلخيص جميع الحصص السابقة باختصار، تطبيق مقياس كوبر سميث البعدي لمعرفة درجة التطور فالعلاج	24 دقيقة	11
بطاقة منع الانتكاسة	الترحيب بالحالة ، تقديم مجموعة تقنيات تجاوزت معها الحالة في شكل بطاقة بهدف منع حدوث الانتكاسة ، تشجيع الحال على ما وصلت إليه من نتائج، ختم الحصص العلاجية	01 ساعة	12

□ ملخص المقابلات العلاجية:

مجموع الحصص التي أجريت مع الحالة كانت 12 جلسة.

بعد إجراء الحصص الأولى التي تضمنت التعرف على الحالة والتي طبقنا من خلالها أيضا الإختبار القبلي لتقدير الذات كما تمت المناقشة معها حول مجريات البرنامج المعرفي السلوكي وتسطير أهدافه لتحفيزها أكثر ذكرنا لها حالتان خضعتا للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وهرت نتائجها الإيجابية ،ومن هذا المنطلق استطعنا كسب ثقة الحالة وبناء علاقة علاجية بفعل التفاهم والتحاور ،حيث لاحظنا تحمس الحالة للبدء في العلاج النفسي لأنها كانت مقتنعة بأنه الحل الأنسب لها و المخرج الوحيد لتحسين حالتها النفسية.

بعد الحصص التمهيديّة تم الشروع بالعلاج حيث تم اعتماد تقنية الإسترخاء كأول خطوة لتهدئة الحالة و التقليل من توترها و طمأننتها أكثر ،حيث طلبنا منها الجلوس في مكان تفضله بحيث يكون مريح لها ثم تغمض عينيها و بعدها طلب منها أخذ نفس عميق من الأنف ببطء و عليها أن تحبسه 3ثواني ثم تخرجه من الفم بنفس الوتيرة كررنا العملية 4مرات حيث لاحظ على الحالة كانت متوترة في الأول لكن بدأت أعراض التوتر تخف تدريجيا ،ثاني خطوة في هذه التقنية تم التركيز فيها على الجسد حيث طلب منها أن تركز على وجهها وذلك بإرخاء عضلات الوجه،الحاجب،الفك وبدأنا بالهبوط إلى الأكتاف وصولا إلى الظهر الذي يعتبر مركز الألم ورافقنا هذه التقنية بجملة

تحفيزية كان محتواها "أنا نبغي روعي كيما راني" وكآخر خطوة في هذه التقنية طلبنا منها أخذ نفس عميق و تحريك أصابع اليد ثم الرجلين ثم فتح العينين بهدوء .

كما تم استخدام تقنية إعادة الهيكلة المعرفية التي تمثلت في استخراج الأفكار الخاطئة و تغييرها بأخرى صحيحة حيث أخذنا أول فكرة قمنا بعلاجها التي كانت على النحو التالي "ظهري مشوه خصوصا كي نلبس حاجة سيرري نحسهم كامل يشوفو فيا " تمت تحليل هذه الفكرة مع الحالة بطرح عدة تساؤلات من بينها ما الدليل على أن كل الناس يسخرون منك /هل هناك من يحبك ويحترمك /في رأيك هل كل شخص مختلف في الشكل يعاني من السخرية/ وهل هذا الاختلاف يلغي قيمتك.

وبعدها مباشرة قدمت لها الفكرة البديلة التي ترجمت كالتالي :قد يكون مظهرك مختلف لكن هذا لا يعني أنك أقل قيمة أو أن الجميع يسخر منك ،أنت جميلة بكل حالاتك و تستحقين الاحترام .

ثم بعدها تم شرح لها فكرة الواجب المنزلي التي كانت عبارة عن جدول المراقبة الذاتية بهدف وعي الحالة بأفكارها و تأثيرها وملاحظة الأنماط المتكررة والعمل عليها بالإضافة لتقنية الإسترخاء في الحالات المقلقة ،بعد هذه الحصة تم مراجعة ما تم العمل عليه فالحصة السابقة،استغرقت تقنية إعادة الهيكلة المعرفية 4 جلسات في كل جلسة عالجت فكرة من الأفكار كما استخدمت تقنية التعزيز حيث استخدمنا التعزيز الاجتماعي الذي تمثل في مدح الحالة وتشجيعها لأنها استطاعة التجاوب مع الحصص العلاجية،ثم تم اعطائها واجب منزلي بحيث تسجل في جدول كل نقاط الضعف التي تراها في شخصيتها ثم تقترح حولا،عند البدء في الحصة الموالية قمنا بمراجعة الواجب المنزلي مع الحالة حيث كانت متفاعلة معه فقالت:"عجبي بزاف هذالك الواجب حسيت روعي نعرف نتصرف" ثم بعدها تطبيق تقنية التصور الذهني لتحسين نظرتها لجسدها حيث طلب منها أن تتخيل أنها في مناسبة و تبدووا في غاية الجمال وظهرها لا يشكل لها أي بشاعة و أن ابتسامتها هي من تغطي كل العيوب التي تراها هي،كررت هذه التقنية مع عدة صور إيجابية ،أما الواجبات المنزلية ففي كل جلسة تكلف بواجب كمشاهدة فيديو لحالات مصابين بمرض الجنف و يجب عليها وضع ترتيبها من بينهم حسب شدة و درجة الإضطراب .بالإضافة إلى ممارسة الرياضة بحيث كانت من بين وصايا الطبيب أيضا .

أما تقنية وقف الأفكار فتمثلت في:الطلب منها استحضار فكرة مزعجة بشأن إصابتها و بمجرد مرادة هذه الكلمة لها نصفق ثم بعدها تغير الفكرة مباشرة بفكرة أخرى إيجابية حيث لاحظنا على الحالة أنها مستمتعة بهذه التقنية و كانت من بين التقنيات الفعالة .

في الحصص الاخرى تم تكرار كل من تقنية النمذجة و الإسترخاء مع مناقشة أحداث ومجريات الواجب المنزلي في كل مرة، ثم بعدها تخصيص حصة تعبر فيها الحالة عن النقاط التي تغيرت منذ بدأ الحصة العلاجية و تعزيزها على ردود أفعالها، فالحصة ما قبل الأخيرة تم تطبيق مقياس كوبر سميث البعدي لمعرفة درجة التطور في المنحى العلاجي حيث سجلت نتيجة إيجابية أما الحصة الاخرى فكانت عبارة عن تقديم بطاقة منع الإنتكاسة تناولت كل من التقنيات المطبقة وذلك لمنع حدوثها؛ وبهذا نكون قد ختمنا الحصص العلاجية .

□ تحليل المقابلات:

- التاريخ الاجتماعي:

□ الأسرة:

- الأم: علاقة الحالة بالأم علاقة جيدة إذ تربطهم علاقة صداقة حيث صرحت الحالة ان أمها هي الداعم الأول لها خاصة عند معرفتها بالمرض
- الأب: علاقة عادية بين الأب والابنة علاقة مبنية على الماديات لا غير ليست له أي دراية بحالتها المادية
- علاقتها مع الإخوة : علاقة طبيعية إختوتها هم الداعمين لها من جانب الدعم النفسي فيما يتعلق بحالتها المرضية .

- التاريخ النفسي:

من خلال المقابلات التي أجريت مع الحالة والتي تم الاعتماد من خلالها على الملاحظة،المقابلة العيادية ولا ننسى الاختبار النفسي تبين أن الحالة عانت من ضغوطات نفسية بسبب إصابتها بالمرض كونها أول حالة أصيبت به في عائلتها،وأكدت هذا عندما قالت: "نخلعت ومعرفتش شوالا هذا باسمو مكانش فلافامي لي مرسض بيه "إلا أن الطبيب أكد لها من خلال الفحوصات الطبية أن حالتها لم تكن تشكل خطورة كبيرة لكنها لم تدرك الأمر ولم تصدقه خصوصا وأنها لم تكن تملك أدنى فكرة حول هذا المرض لقولها: "الطبيب كي شافني نخلعت قالي بنتي ما عندك والو عندك نقص فالفيتامين D كايين دوا تشرييه كايين لي كثر منك ونصحك بالرياضة" وهذا دليل على الصدمة التي تعرضت لها .

أكدت لنا الحالة أن عائلتها كانت تساندها و تقدم لها الدعم المعنوي و المادي.

صرحت الحالة أنها بدأت الرياضة كما أوصى الطبيب وواصلت حياتها رغم الصعوبات التي كانت تتلقاها في بعض الأحيان خصوصا فالمناسبات حيث صرحت قائلة: "دايمن نحشم كي نلبس غوب سواغي سيرري نحس روجي ناقصة و عوجة و الناس يشوفو فيا".

□ نتائج المقياس القبلي:

قمنا بتطبيق مقياس كوبر سميث لقياس تقدير الذات و عند حسابنا لنتائج المقياس تبين أن الحالة تعاني من تقدير ذات منخفض حيث ترجمت نتيجته ب36 درجة والتي تنحصر بين الفئة من: 20-40.

جدول (10): مقياس قبلي للحالة م

تقديم الحالات الدراسة

الرقم	العبارات	تنطبق	لا تنطبق
1	لا تضايقني الأشياء عادة	×	
2	أجد من الصعب علي أن أتحدث أمام مجموعة من الناس		×
3	أود لو استطعت أن أغير أشياء من نفسي	×	
4	لا أجد صعوبة في اتخاذ القرارات بنفسني	×	
5	يسعد الآخرون بوجودهم معي	×	
6	أضايق بسرعة في المنزل	×	
7	احتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الأشياء الجديدة	×	
8	أنا محبوب بين الأشخاص من نفس سني	×	
9	تراعي عائلتي مشاعري عادة	×	
10	استسلم بسهولة		×
11	تتوقع عائلتي مني الكثير	×	
12	أجد من الصعب أن أظل كما أنا		×
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي	×	
14	يتبع الناس أفكارني عادة		×
15	لا أقدر نفسي حق قدرها	×	
16	أود كثيرا لو أترك المنزل		×
17	اشعر بالضيق من عملي غالبا	×	
18	مضهري ليس وجيها مثل معظم الناس	×	
19	إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله فاني أقوله عادة	×	
20	تفهمني عائلتي		×
21	معظم الناس محبوبون أكثر مني	×	
22	اشعر عادة كما لو أن عائلتي تدفعني لعمل الأشياء	×	

	×	لا القى التشجيع عادة فيما اقوم به من الاعمال	23
	×	ارغب كثيرا ان اكون شخصا آخر	24
	×	لا يمكن للاخرين الاعتماد علي	25

□ جدول سير العلاج:الجدول (11)

رقم الحصة	الوقت المستغرق	مضمونها	التقنيات المستخدمة
01	ساعة و نصف	<p>الترحيب بالحالة في هذه الجلسة تم تطبيق تقنية الاسترخاء على الحالة و ذلك لكثرة توترها كأول خطوة حيث تم الطلب من الحالة الجلوس في مكان هادئ تفضله و تغمض عينيها ثم أخذ نفس عميق من الأنف و تحبسه 3 ثواني ثم تخرجه من الفم بنفس البطئ ثم بعدها تم التركيز على الجسد لإرخائه ،حيث ابتدأت العملية بعضلات الوجه ثم الأكتاف وصولا للظهر في الأخير تحريك أصابع القدمين و اليدين ثم فتح العينين بهدوء و بعد هذه التقنية تطبيق تقنية إعادة الهيكلة المعرفية. إذ ان الحالة متمسكة بأفكارها الخاطئة و السلبية أذ انها لا تستطيع الجلوس مع أشخاص غرباء عنها لأنهم سوف يكتشفون مرضها و انها لا تستطيع ارتداء نوع معين من الملابس لكي لا تلفت أنظار الآخرين فيمل يخص اعوجاج بارز ولذلك تم تطبيق هذه التقنية لاستخراج هذه الأفكار السلبية و استبدالها بأفكار جديدة ايجابية مثل تشجيعها على الاندماج في المجتمع و ان ترتدي مايليق بها دون الاهتمام لرؤية الآخرين لها ، إعطاء الحالة واجب منزلي يتضمن جدول مراقبة الذاتية و التدريب على الاسترخاء في المواقف</p>	<p>-تقنية إعادة الهيكلة المعرفية . - تقنية الاسترخاء . -واجب منزلي.</p>

<p>-تقنية إعادة الهيكلة المعرفية. -تقنية التعزيز. -واجب منزلي.</p>	<p>الترحيب بالحالة مراجعة مع الحالة ماتم التطرق إليه سابقا خلال الجلسة السابقة وتطبيق إعادة الهيكلة المعرفية مع الحالة للتخلص من الأفكار السابقة السلبية لدى الحالة و إعادة ثققتها بنفسها و المواصلة في تغيير الأفكار مع التأكيد على إعطائها أمثلة من حالات مشابهة لها لتعزز ثققتها بنفسها في آخر الحصة يتم إعطاء واجب منزلي للحالة يتمثل في وضع جدول يحتوي على خانتين خانة تحتوي على نقاط الضعف و خانة تحتوي طرق التخلص</p>	<p>45دقيق ة</p>	<p>02</p>
<p>-تقنية إعادة الهيكلة المعرفية. -واجب منزلي "مشاهدة فيديوهات"</p>	<p>الترحيب بالحالة مع مراجعة ماتم التطرق له سابقا مع مواصلة مع الحالة في تقنية إعادة الهيكلة المعرفية حيث ان خلال هذه الجلسة صرحت الحالة انها أصبحت تشعر بنوع من التحفيز في روتينها اليومي مع إعطاء واجب منزلي وهو مشاهدة فيديوهات لحالات تعاني من الجنف المتطور مع تحديد رتبها ضمن الحالات</p>	<p>36دقيق ة</p>	<p>03</p>
<p>-تقنية إعادة الهيكلة المعرفية. -تقنية التعزيز. -واجب منزلي "الخروج في نزهة"</p>	<p>الترحيب بالحالة كالعادة مراجعة ما تم التطرق له خلال الجلسة السابقة إذ صرحت الحالة خلال هذه المقابلة انها كانت مندهشة خلال مشاهدتها لفيديوهات لحالات أكثر تعقيدا منها و انها تحمد الله انها أحسن من غيرها حيث طلبت في هذه الجلسة مها رأيها في نفسها وكيف ترى نفسها من خلال المرأة مع استخدام التعزيز مع الحالة لزرع ثققتها بنفسها إعطاء منزلي للحالة الخروج في نزهة و اختيار المكان الذي تحبه مع الأشخاص المقربين</p>	<p>ساعة واحدة</p>	<p>04</p>
<p>-تقنية التصور الذهني. -واجب منزلي "التنفيس الإنفعالي"</p>	<p>الترحيب بالحالة مع مراجعة ماتم التطرق إليه من خلال الجلسة السابقة مع مراجعة نتائج الواجب المنزلي مع الحالة و استخدام تقنية التصور الذهني مع الحالة لمعرفة نسبة ذكاء الحالة و إدراكها لذاتها حيث طلب من الحالة تصور نفسها في المكان الذي تريد ان تكون فيه مع إعطاء واجب منزلي التنفيس الانفعالي</p>	<p>30دقيق ة</p>	<p>05</p>

<p>-تقنية وقف الأفكار. -واجب منزلي"ممارسة الرياضة"</p>	<p>الترحيب بالحالة مراجعة ما تم التطرق له سابقا مع مناقشة الواجب المنزلي و استخدام تقنية وقف الأفكار السلبية أي الطلب منها عدم التفكير في أشياء سلبية و استبدالها بأفكار ايجابية مع إعطاء واجب منزلي ممارسة الرياضة</p>	<p>28دقيق ة</p>	<p>06</p>
<p>-تقنية النمذجة. -تقنية الإسترخاء.</p>	<p>الترحيب بالحالة مع التأكيد على مراجعة الواجب المنزلي و نتائجه مع استخدام تقنية الاسترخاء لتقليل الضغط و استخدام تقنية النمذجة و هي إعطاء أمثلة عن حالات مشابهة تعودوا على تقبل التعايش مع المرض</p>	<p>30 دقيقة</p>	<p>07</p>
<p>-شبكة الملاحظة. -تقنية التعزيز.</p>	<p>الترحيب بالحالة من خلال هذه الجلسة تم السماح للحالة للتعبير عن حالتها كما تشاء و التحدث عن النقاط التي تغيرت فيها منذ بدا البرنامج حيث انها صرحت انها أصبحت تشعر بتحسن من خلال تشغيل وقتها مع استخدام تقنية التعزيز</p>	<p>20دقيق ة</p>	<p>08</p>
<p>-مقياس بعدي لكوبر سميث لقياس تقدير الذات.</p>	<p>الترحيب بالحالة و تطبيق مقياس لكوبر سميث كمقياس بعدي لمعرفة تطور منحى العلاج</p>	<p>24 دقيقة</p>	<p>09</p>
<p>-بطاقة منع الإنتكاسة.</p>	<p>الترحيب بالحالة وتحليل نتائج المقياس المطبقة ، تقديم الحالة بطاقة انتكاسة لمنع وقوعها او تعرضها للانتكاسة تضم التقنيات التي تتجاوب معها الحالة مع تشجيع الحالة على المواصلة خاصة عندما توصلنا إلى نتائج حتى و لو كانت قليلة</p>	<p>01 ساعة</p>	<p>10</p>

□ نتائج الإختبار البعدي:

تم تطبيق إختبار بعدي خاص بمقياس كوبر سميث لتقدير الذات على الحالة-م- ثم بعد ذلك قمنا بحساب نتائج المقياس فتبين أن الحالة قد تحصلت على الدرجة 44 بحيث ينتمي إلى الفئة 40-60 وهي تدل على أن تقدير الذات عندها متوسط .

جدول (12): مقياس بعدي

تقديم الحالات الدراسة

الرقم	العبارات	تنطبق	لا تنطبق
1	لا تضايقني الأشياء عادة	×	
2	أجد من الصعب علي أن أتحدث أمام مجموعة من الناس		×
3	أود لو استطعت أن أغير أشياء من نفسي		×
4	لا أجد صعوبة في اتخاذ القرارات بنفسني	×	
5	يسعد الآخرون بوجودهم معي	×	
6	أضايق بسرعة في المنزل		×
7	احتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الأشياء الجديدة	×	
8	أنا محبوب بين الأشخاص من نفس سني	×	
9	تراعي عائلتي مشاعري عادة	×	
10	استسلم بسهولة		×
11	تتوقع عائلتي مني الكثير	×	
12	أجد من الصعب أن أظل كما أنا		×
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي	×	
14	يتبع الناس أفكارني عادة		×
15	لا أقدر نفسي حق قدرها	×	
16	أود كثيرا لو أترك المنزل		×
17	اشعر بالضيق من عملي غالبا	×	
18	مضهري ليس وجيها مثل معظم الناس	×	
19	إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله فاني أقوله عادة	×	
20	تفهمني عائلتي		×
21	معظم الناس محبوبون أكثر مني	×	
22	اشعر عادة كما لو أن عائلتي تدفعني لعمل الأشياء	×	

	×	لا القى التشجيع عادة فيما اقوم به من الاعمال	23
	×	ارغب كثيرا ان اكون شخصا آخر	24
	×	لا يمكن للاخرين الاعتماد علي	25



عرض و مناقشة الفرضيات



مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

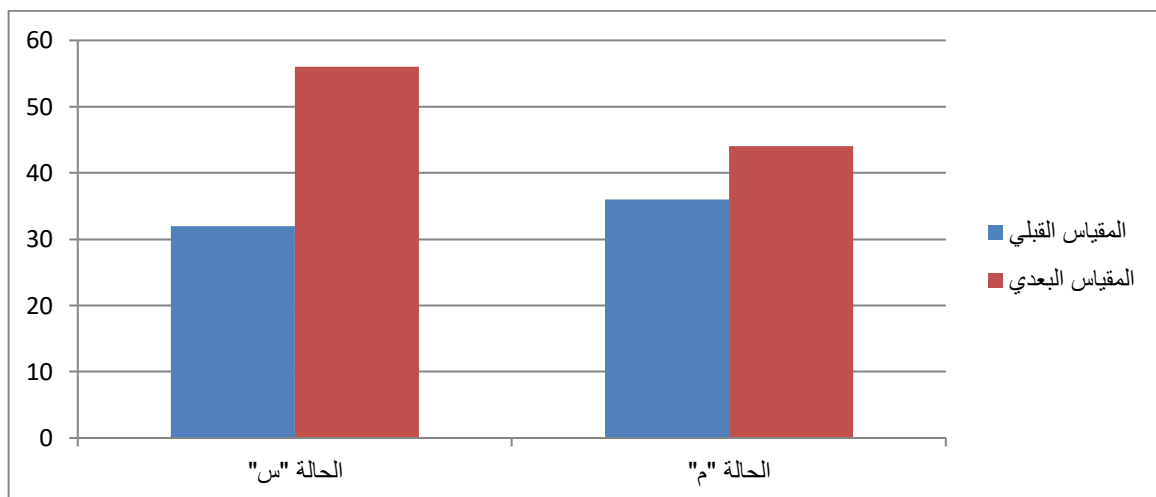
• مناقشة نتائج على ضوء الفرضية الرئيسية :

التي مفادها البرنامج للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية المساهمة في رفع من تقدير الذات وبهذا تكون حقيقت هذه الفرضية حيث تبين بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على الحالتين يوجد فرق في نتيجة كل من القياس القبلي والبعدي .

حيث لاحظنا عند قياسنا لتقدير الذات لكلتا الحالتين ان درجتى وهو منخفضة لكن بعد تطبيق البرنامج ارتفاع إلى الدرجة المتوسطة وبهذا نكون قد سجلنا تطور ملحوظ وهذا ما إن دل يدل على نجاح البرنامج العلاج المعرفي السلوكي المقتبس من طرف الطالبتين ولا ننسى الإرادة القوية للحالتين .

نتائج القياس البعدي	نتائج القياس القبلي	الحالات
56	32	الحالة "س"
44	36	الحالة "م"

وهذا مما يحفز على دراسة تتبعية



شكل (05) يمثل الاعمدة البيانية لنتائج مقياس البعدي و القبلي للحالات

- مناقشة الفرضيات الجزئية :
- الفرضية الاولى :

والتي مفادها يوجد فرق في فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات لدى مرضى الجنف يعزى إلى اختلاف المستوى الدراسي : تحققت هذه الفرضية ولكن بزواوية معاكسة وذلك لأنه سجننا تباين في نسبة تطور المنحل علاجي على كل من الحالتين ،حيث هنالك ارتفاع ملحوظ في نتائج القياس البعدي عند الحالة س أكثر من الحالة م وهذا ما إن دل يدل على اختلاف المستوى الدراسي حيث أن الحالة "س" مستواها الدراسي متوقف فطور بكالوريا أما الحالة "م" فهي طالبة ماستر ،نرجع أسباب هذه النتائج إلى انه قلة المعرفة قد تزيد من قبلية التعلم والتأثير .

كما أن العلاج المعرفي السلوكي بسيط وقابل للتكيف وهذا ما يدعم نسبة النجاح المحققة .

كما أن الأفراد دون المستوى الدراسي الأقل لا تتوفر لديهم مصادر دعم معرفية أو نفسية كيفية خارج نطاق البرنامج العلاجي لذلك البرنامج هو المصدر الوحيد للدعم النفسي .

هذه النتيجة تتوافق مع الدراسة الموسومة : **The role of educational level in the outcome of cognitive -behavioral therapy Dobrean, و كذلك دراسة , Anca; Turliuc, Maria Nicoleta (2012) تحت عنوان: The Efficiency of a Cognitive-Behavioral Program in Diminishing the Intensity of Reactions to Stressful Events and Increasing Self-Esteem and Self-Efficiency in the Adult Population.**

الحالات	المستوى الدراسي	نتائج القياس القبلي	نتائج القياس البعدي
الحالة "س"	بكالوريا	32	56
الحالة "م"	ماستر 2	36	44

الجدول (14) :يمثل تفسير الفرضية الفرعية الأولى

• الفرضية الثانية :

والتي مفادها يوجد فرق في فاعلية البرنامج العلاج المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات لدى مرضى الجنف يعزى إلى سن اكتشاف المرض :ومن خلال النتائج المستخلصة نجد أن هذه الفرضية تحققت حيث لاحظنا أن الحالة التي اكتشفت المرض في سن مبكر استجابت أكثر للعلاج وبهذا يكون تقدير الذات مرتفع أكثر حيث أن هذه الحالة عانت من ضغوطات نفسية وجسديا منذ طفولتها وبهذا تكون استجابتها للعلاج أحسن مقارنة بالحالة الأخرى التي اكتشفت المرض في سن 18، ويرجع ذلك لعدة أسباب نذكر منها :الهروب من الضغوط و كثرة تراكمات أظن بأنه وسيلة فعالة لتحسين حالتها النفسية .ولأنها رافضة للواقع

الحالات	سن اكتشاف المرض	نتائج القياس القبلي	نتائج القياس البعدي
الحالة "س"	في سن	32	56
الحالة "م"	في سن 18	36	44

الجدول (15):يمثل تفسير الفرضية الثانية

• الفرضية الثالثة :

و التي مفادها يوجد فرق في فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات لدى مرضى الجنف يعزى إلى درجة الاعوجاج في العمود الفقري :حيث تحققت هذه الفرضية تحت ظل النتائج المستخلصة من الدراسة ،إذ أنه يوجد تباين واضح في نسب تطور منحى العلاج حسب شدة الاعوجاج فمن خلال تحليلنا وجدنا أن الحالة التي تعاني من نسبة اعوجاج كبيرة هي التي استجابت للعلاج أفضل و السبب في ذلك هو المعاناة التي تعيشها حيث شعرت أن العلاج المعرفي السلوكي هو المنفذ الوحيد لخلاصها من هذه الحالة.

الحالات	درجة الإعوجاج	نتائج القياس القبلي	نتائج القياس البعدي
الحالة "س"	60	32	56
الحالة "م"	20	36	44

الجدول (16):يمثل تفسير الفرضية الثالثة



الختامة



إن الجنف لا يؤثر فقط على البنية الجسدية للفرد بل يترك أثرا نفسيا عميقا، خاصة على تقدير الذات والشعور في القبول الاجتماعي

وفي ختام هذه الدراسة التي سعت إلى استكشاف مدى فاعلية البرنامج العلاج المعرفي السلوكي في الرفع من تقدير الذات لدى مرضى الجنف، نأكدنا من أن التداخل بين الجوانب النفسية و الجسمانية له تأثير كبير على الصحة النفسية لهؤلاء المرضى وقد بينت نتائج الجانب التطبيقي فعالية البرنامج العلاجي في تحسين تقدير الذات وذلك من خلال عدة التقنيات طبقت على الحالتين إعادة الهيكلة المعرفية وتعزيز وتعديل الأفكار ووقف الأفكار وكذا الاسترخاء.

وهذا ما أثبتته كل من نتائج المقياس القبلي و ما يقابله من نتائج المقياس البعدي إذن جاءت هذه الدراسة لتظهر وتؤكد أن التكفل بمرضى الجنف يجب ا لا يقتصر على الرعاية الطبية و الجراحية فقط بل ينبغي أن يشمل أيضا الدعم النفسي و المعرفي .

إن الاعتماد على البرنامج ،المعرفي السلوكي بشكل وسيلة فعالة في تمكين المرضى من مواجهة مشاعر النقص و استعادة صورة ذاتية أكثر ايجابية .

وبهذا نأمل أن تساهم هذه الدراسة في تحفيز الباحثين و المختصين النفسيين للعمل على تطوير برامج مشابهة تأخذ بعين الاعتبار ،خصوصا فئة المرضى المصابين بالجنف، مع التأكيد على ضرورة تكامل العلاجات الطبية و النفسية



توصيات و اقتراحات



توصيات و اقتراحات:

• توصيات:

-توفير الدعم النفسي و الاجتماعي لمرضى الجنف من خلال فريق متكامل من أطباء و أخصائيين نفسيين وحتى أخصائيين إجتماعيين .

-إقامة حملات تحسيسية لتثقيف المرضى و أسرهم لتجنب آثاره النفسية و الاجتماعية السلبية ،وكذا تزويدهم بالمهارات اللازمة للتعامل مع هذا المرض.

-تصميم وتطوير برامج علاجية معرفية سلوكية مخصصة لمرضى الجنف لتحسين تقدير الذات .

-تسليط الضوء على مرض الجنف وإبراز أعراضه النفسية من أجل تبني هذه الفئة الهشة و مرافقتها نفسيا .

-توفير الموارد اللازمة لتنفيذ برامج علاجية معرفية سلوكية في المستشفيات والمراكز الصحية.

-توفير التدريب و التأهيل اللازم للمختصين النفسيين للتعامل مع مرضى الجنف.

-دعم الطلاب الراغبين في تبني مثل هذه الدراسات .

• اقتراحات:

-يقترح تقديم دراسة فرقية بين الذكور و الإناث تخدم نفس المتغيرات .

-يقترح تطبيق نفس البرنامج العلاجي على عينة أخرى.

-يقترح تطبيق برنامج علاجي مغاير عل نفس العينة .

-يقترح دراسة موضوع متعلق بمدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على مرضى الجنف في تعديل صورة الجسم المشوهة .



قائمة المصادر و المراجع



- قائمة المراجع:
- مراجع باللغة العربية :
- إبراهيم، ع. (2003). الأساليب الحديثة في تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية. القاهرة: دار القلم
- خوجة عادل وآخرون(2018). مستوى تقدير الذات لدى المعاقين حركيا الممارسين للنشاط الرياضي. جامعة محمد بوضياف بالمسيلة-الجزائر.
- دلال نواف عويس الزيني، تقدير الذات وعلاقته بالطمأنينة النفسية لدى عينة من طالبات المرحلة المتوسطة بمحافظة حي الباطن ، رسالة ماجستير مقدمة الى الجامعة حفر الباطن المملكة العربية السعودية ، سنة 2023 .
- ريم شعبان وأمل السياسي ، تقدير الذات مذكرة تخرج مقدمة الى الجامعة 08 ماي 1945 ، قالمة ، 2017 .
- ريمة بوصوار ، اضطراب ما بعد الصدمة لدى المصابين بالجنف ، ص 34 ، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستار مقدمة الى جامعة بلحاج بوشعيب ، 2023 .
- -زيري اليد إبراهيم (2018)،مهارات العلاج المعرفي السلوكي في سياق الممارسة العلاجية و الحياة اليومية،دراسات نفسية.
- الشافعي، سحر. (2006). مدخل إلى علم النفس العيادي. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- صفراوي رشيدة،سعيد فاطنة.فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعزيز تقدير الذات لدى المرأة المصابة بالحروق الجسدية مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس مقدمة إلى جامعة بلحاج بوشعيب،عين تموشنت،2024.
- عبد الرحمن، زينب شحاتة (2000). تقدير الذات وعلاقته بالسلوك الاجتماعي لدى الأطفال. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
- عبد الرحمن، محمد. (2010). مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية. القاهرة: دار الفكر العربي
- عزي صالح نعيمة،صادقي فاطمة(2019).مقاربة نظرية حول نظرية ارون بيك و جيفري يونغ مجلة الآفاق علمية،المجلد11العدد03 ،المركز الجامعي موسى أقي أخموك تمنراست .
- كاروين، ب.، رودل، ب.، و بالمر، س. (2008). العلاج المعرفي - السلوكي الموجز (م. ع. مصطفى، مترجم؛ م. ن. أ. الصبوة، مراجعة). القاهرة: دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع..

- مجلة التربية العلمية و الصحة النفسية ، المجلد 4 ، العدد 137
- محجوب، و. (2004). العيادة النفسية: أسسها وطرقها. عمان: دار الشروق-
- مرسي، ك. (2000). علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: دار النهضة العربية
- مصطفى خليل محمود عطا الله، العلاج المعرفي السلوكي وفقا لنموذج "دونالد ميتشنيوم": المفهوم، المبادئ الأساسية، الفنيات العلاجية.....
- منصور، ط.، وآخرون. (1995). مدخل إلى علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
- هوفمان إيس جي، لعلاج المعرفي السلوكي المعاصر الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية.
- هوفمان، أ. س. ج. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر: الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية (م. ع. عيسى، مترجم). القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- ينال احمد ، محاكاة مرض جنف المراهقين مجهول السبب باستخدام أداة ، synthea ، 27-28 ص ، رسالة ماجستير مقدمة الى الجامعة الافتراضية السورية ، 2023 .
- -Brewin, C. R. (2016). « Cognitive behavior therapy and PTSD: The problem of chronic outcomes. »
- -Morrison, A. P., et al. (2014).
- « Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: A single-blind randomized controlled trial. » The Lancet, 383(9926),
- Kazdin, A. E. (2017). Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. Guilford Press.
- -Adolescent idiopathic scoliosis, Nat Rev Dis Primers, Vol. 1, Sept. 2015.
- -Rachin Satlow, Scoliosis, 2014.
- -McMaster MJ, Ohtsuka K. The natural history of congenital scoliosis: a study of two hundred and sixty-one patients. The Journal of Bone and Joint Surgery. 1982; 64(8):1128–1147.
- -Lonstein JE. Neuromuscular scoliosis. The Journal of Bone and Joint Surgery. 1999; 81(1):111–123.

- -Cheng JC, Castelein RM, Chu WC, et al. The role of vitamin D in the pathogenesis of adolescent idiopathic scoliosis. Bone. 2015; 78:190–196
- <https://karenmchayell.com/ar/specialist>
- -Dr. Michael Falcon received his doctorate in medicine and residency from Rutgers University, New Jersey Medical School and Seton Hall University. He completed his fellowship in spine surgery from New York Hospital.
- <https://www.myspine.com/blog/1>
- -Ramirez, M., Johnston, C.E., Browne, R.H. (1997). The prevalence of back pain in children with idiopathic thoracic scoliosis. Spine, 22(8),
- -McMaster MJ, Ohtsuka K. The natural history of congenital scoliosis: A study of two hundred and fifty – one patients. The journal of Bone and Joint Surgery .1982; 64, 8:
- -Lonstien JE. Neuromuscular Scolioses. Teh journal of Bone and Joint Surgery .1999 ; 81 (1) :114-23*
- -Castelein RM, Chu WC ,et al .the role of vitamin D in the pathogenesis of adolescent idiopathic scoliosis .Bone .2015 ; 78 :31-7
- <https://kamranaghayev.com/ar/scoliosi> .<https://www.nyspine.com/blog-./>
- Ramirez N , Johnston CE, Browne RH .-The prevalence of back pain in children with idiopathic scoliosis .spaine. 1997; 22, 18:883-8
- -Coopersmith, S. (1967). The Antecedents of Self-Esteem. San Francisco: W. H. Freeman.)
- -Coopersmith, S. (1981). Self-Esteem Inventories: Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- -Cuijpers,P,el al (2016)."the effects of cognitive behavioral therapy in the treatment of adult depression:An updated meta-analysis."the lancet psychiatry,3(4) ,375-383.
- -David,D,Cristea,l,& Hofmann,S.G.(2018)."why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy" Frontiers in psychiatry ,9,4. doi: 10.1038/nrdp.2015.30 Journal of Anxiety Disorders, 44, 1-6.



الملاحق



الملحق 01:

دليل المقابلات:

-ما هو اسمك؟

-كم عمرك؟

-ما هو مستواك الدراسي؟

-كيف هي حالتك الإقتصادية؟

-منذ متى بدأت علامات السكوليز بالظهور؟

-كيف كانت ردة فعلك عند سماعك بالإصابة أول مرة؟

-هل هناك حالة مشابهة في العائلة؟

-كيف كانت ردة فعل عائلتك حقل هذا الخبر؟

-كيف هي معاملة أسترنتك لك؟

-هل تؤثر الإصابة على حياتك اليومية؟

-ماهي درجة أو حدة إصابتك بالسكوليز؟

-كيف كانت معاملة الأطباء لك خلال فترة تشخيصك و علاجك؟

-كيف أثرت إصابتك بالسكوليز على صحتك النفسية؟

-هل أنت راضية على شكل جسمك؟

-كيف مانت نظرتك لنفسك قبل وبعد الإصابة؟

-ماهي الأفكار التي تراودك عند النظر فالمرأة؟

-هل ترين أن إصابتك غيرت مجرى حياتك؟

-هل ترين أنك مختلفة عن الآخرين؟ فيما يتمثل هذا الإختلاف؟ هل هو إيجابي أو سلبي؟

-هل فكرت في زيارة الأخصائي النفسي من قبل؟ و لماذا؟

-كيف أثر عليك الجنف في حياتك الإجتماعية وعلاقاتك؟

-ماهو شعورك عندما تكونين مع أقرانك؟

-هل تتعاملين مع الناس بشكل طبيعي أم أنك تتخوفين من نظرتهم لك؟

الملحق 02:

مقياس كوبر سميث لتقدير الذات:

-الإسم:

-الجنس:

-السن :

المستوى الدراسي:

التعليمة: فيما يلي مجموعة من العبارات حول نفسك، ضع علامة x في الخانة المناسبة التي تبين مدى موافقتك على العبارات التي تصفك كما ترى نفسك.

إذا كانت العبارة تصف مل تشعر به عادة فضع x في خانة "تنطبق" و لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة إنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن شعورك الحقيقي.

الرقم	العبارات	تنطبق	لا تنطبق
1	لا تضايقتني الأشياء عادة		
2	أجد من الصعب علي أن أتحدث أمام مجموعة من الناس		
3	أود لو استطعت أن أغير أشياء من نفسي		
4	لا أجد صعوبة في اتخاذ القرارات بنفسني		
5	يسعد الآخرون بوجودهم معني		
6	أضايق بسرعة في المنزل		
7	احتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الأشياء الجديدة		
8	أنا محبوب بين الأشخاص من نفس سني		
9	تراعي عائلتي مشاعري عادة		
10	استسلم بسهولة		
11	تتوقع عائلتي مني الكثير		
12	أجد من الصعب أن أظل كما أنا		

		تختلط الأشياء كلها في حياتي	13
		يتبع الناس أفكاري عادة	14
		لا أقدر نفسي حق قدرها	15
		أود كثيرا لو أترك المنزل	16
		اشعر بالضييق من عملي غالبا	17
		مضهري ليس وجيها مثل معظم الناس	18
		إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله فاني أقوله عادة	19
		تفهمني عائلتي	20
		معظم الناس محبوبون أكثر مني	21
		اشعر عادة كما لو أن عائلتي تدفعني لعمل الأشياء	22
		لا ألقى التشجيع عادة فيما أقوم به من الأعمال	23
		أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر	24
		لا يمكن للآخرين الاعتماد علي	25

الملحق 03:

محكمي البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

اسم المحكم	بن عيسى رحال نوال	زاوي أمال
درجته العلمية	أستاذ مساعد أ	أستاذ محاضر أ
	جامعة عين تموشنت	جامعة عين تموشنت

الملحق 04:

البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

رقم الجلسة	متوسط زمن المقابلة	التقنيات المستعملة داخل المقابلة	الهدف من الجلسة
الجلسة الأولى	45د	-بناء علاقة علاجية مع الحالة -شرح للحالة البرنامج العلاجي وذلك بذكر, أهميته ونتائجه) ذكر نماذج نفع معها العلاج) -وضع خطة علاجية مناسبة	-كسب ثقة المريض من أجل مواصلة البرنامج العلاجي بسلاسة -تعرف الحالة أكثر على البرنامج العلاجي -التفاهم مع الحالة حول الوقت المناسب لاستبعاد الغيابات عن الحصص العلاجية.
الجلسة الثانية	45د	-تطبيق تقنية الاسترخاء كأول خطوة -تقنية إعادة الهيكلة المعرفية -واجب منزلي متضمن تقنية جدول المراقبة الذاتية و التدريب على الاسترخاء في المواقف المقلقة	- تقليل التوتر خصوصا أنها أول حصة علاجية -استخراج الأفكار الخاطئة واستبدالها بأخرى صحيحة -متابعة الحالة خارج الحصص العلاجية ومعرفة ردود الأفعال
الجلسة الثالثة	45د	-مراجعة ما تم التطرق اليه سابقا. -تقنية إعادة الهيكلة المعرفية (المواصلة في تغيير الأفكار). تقنية التعزيز-	-التذكير بالمجريات الحصة السابقة. --تغيير الأفكار أولا ثم تغيير السلوكات.

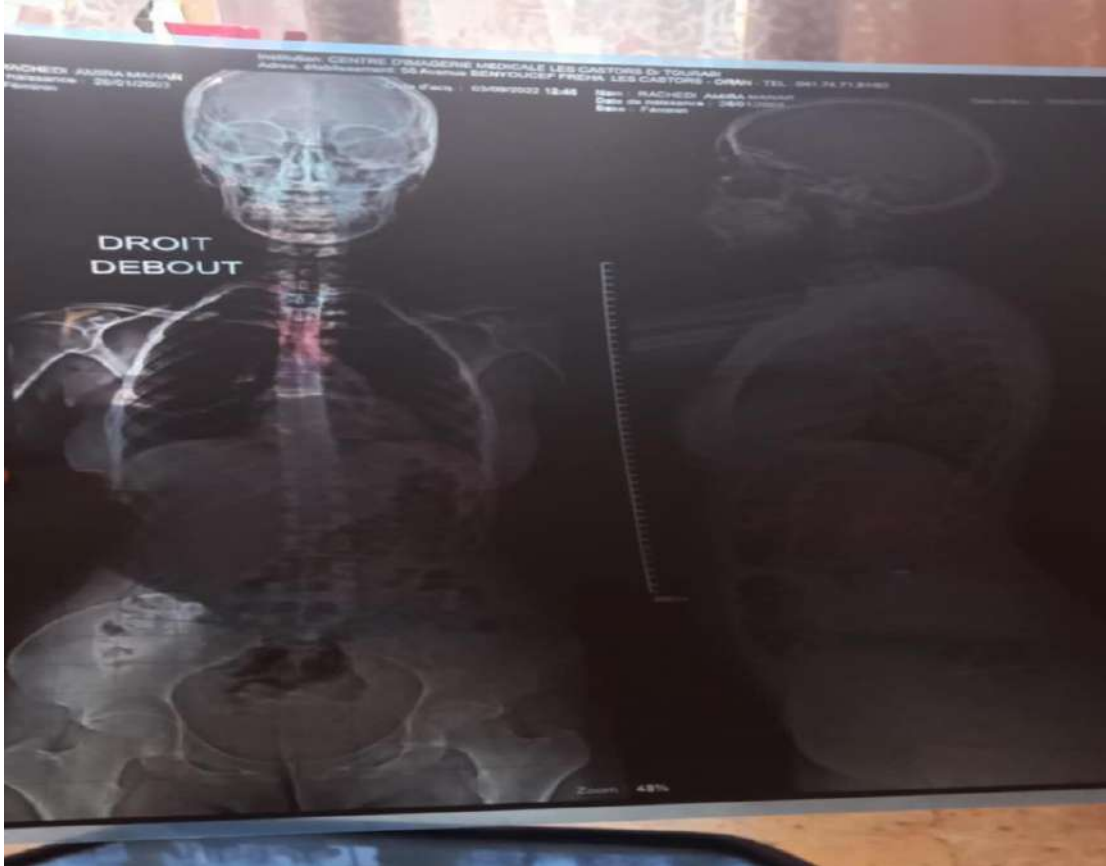
<p>-دعم و مساعدة المريض لمواصلة العلاج. -تعرفه على نقاط ضعفه ثم يصححها بنفسه.</p>	<p>-واجب منزلي (وضع جدول يحتوي على خانتين، خانة تحتوي على نقاط الضعف و الخانة الأخرى تضم طرق للتخلص منها)</p>		
<p>-التذكير بمجريات الحصص السابقة. التخلص من الأفكار المزعجة والخطئة للمساهمة في رفع تقدير الذات -زرع الثقة بالنفس عند مشاهدة المريض لحالات أخطر من حالته</p>	<p>-مراجعة ما تم التطرق اليه سابقا -المواصلة في تقنية إعادة الهيكلة المعرفية -واجب منزلي (مشاهدة فيديوهات لحالات تعاني من الجنف المتطور مع تحديد رتبته ضمن هذه الحالات)</p>	45د	الجلسة الرابعة
<p>-التذكير بما قمنا به سابقا. -مناقشة نتائج الواجب المنزلي مع الحالة و التعرف على نسبة ادراكها. -تغيير الصورة الذاتية الخاطئة.</p>	<p>-مراجعة ما تم التطرق اليه سابقا. -مراجعة نتائج الواجب المنزلي مع الحالة استخدام تقنية التصور الذهني- واجب منزلي (التنفيس الإنفعالي)</p>	45د	الجلسة الخامسة
<p>-التذكير بما قمنا به سابقا. -معرفة درجة تطور منحى العلاج خارج الحصص العلاجية -التنفيس-</p>	<p>-مراجعة ما قمنا به سابقا. -مناقشة الواجب المنزلي. -تقنية وقف الأفكار واجب -منزلي (ممارسة الرياضة)</p>	45د	الجلسة السادسة
<p>-التذكير بما قمنا به سابقا. -التخفيف من الضغط- -تدوين شعور الحالة بصفة عامة -تعريف الحالة على نماذج من الواقع تجاوزت المشكل</p>	<p>-مراجعة ما قمنا به سابقا. -تقنية الاسترخاء لتقليل الضغط -مراجعة نتائج وأحداث الواجب المنزلي وشعورها أثناء القيام به تقنية النمذجة-</p>	45د	الجلسة السابعة
<p>-تذكير الحالة بما قمنا به سابقا. -اتاحة الفرصة للحالة من أجل التعبير وإدراك لما وصلت له من تطور إيجابي دعم الحالة وتعزيزها-</p>	<p>-مراجعة ما تم عرضه. -ترك الحالة تعبر عن النقاط التي تغيرت فيها منذ أن بدأ البرنامج -تقنية التعزيز</p>	45د	الجلسة الثامنة

<p>-التذكير بكل ما قمنا به. -معرفة نسبة نجاح البرنامج العلاجي ونسبة تقدير الذات الحالية للحالة</p>	<p>-مراجعة الحصص السابقة باختصار. -تطبيق مقياس بعدي لكوبر سميث.</p>	45د	الجلسة التاسعة
<p>-ختم البرنامج العلاجي مع الحالة. -منع حدوث انتكاسة- -شكر الحالة على التعاون معنا</p>	<p>-تقديم للحالة بطاقة منع الانتكاسة تضم التقنيات التي تجاوبت معها الحالة. -تشجيع الحالة على ما وصلت اليه من نتائج حتى ولو كانت بنسبة قليلة</p>	45د	الجلسة العاشرة

الملاحق 05: يمثل الدواء الذي تتناوله الحالة "م" المتمثل في الفيتامين D



الملحق 06: صور إشعاعية لإعوجاج العمود الفقري للحالة "م"



الملحق 07: يمثل الدعامات المصححة للعمود الفقري الخاصة بالحالة "س":



الملحق 08: يمثل الصور الإشعاعية
الفقري للحالة "س":



الملحق 08: صور إشعاعية لإعوجاج العمود الفقري للحالة "س"



الملحق 09: شبكة الملاحظة

• -المظهر والسلوك :

-اللباس:

-بنية الجسم:

-النشاط النفسي الحركي:

-التواصل البصري:

-كلام المريض:

-السرعة:

-نبرات الصوت:

-النطق:

• المزاج :

• وجدان:

• الأفكار:

-جري الأفكار:

- مضمون الأفكار:

-الاستبصار:

- الذاكرة:

-الوعي بالزمان و المكان:



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنت - بلهاج بوشعيب



كلية الآداب و اللغات والعلوم الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

المرجع : المادة 07 من القرار رقم 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020 الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية و مكافحتها.

تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لانجاز بحث

أنا الممضي اسفله :

الطالب (ة)
الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم:
بدائرة
المسجل (ة) بكلية
و المكلف (ة) بانجاز مذكرة ماستر مذكرة ليسانس
عنوانها:
أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية و المنهجية و معايير الأخلاقيات المهنية و النزاهة الأكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور أعلاه.
التاريخ:

توقيع المعني (ة)