

فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتعزيز الأمن النفسي لدى المراجعات النفسية

The effectiveness of a behavioral cognitive counseling program to enhance psychological security in reviews of psychiatric.

إعداد الباحثة/ أروى عبد الكريم عبد الرحمن القفاري

باحثة دكتوراه في الإرشاد النفسي، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية

Email: arwaggfff@icloud.com

مستخلص الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تعزيز الأمن النفسي لدى عينة من المراجعات النفسية، واستخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي بتصميم المجموعتين المتكافئتين (ضابطة وتجريبية) باختبار قبلي وبعدي. وتتمثل مشكلة الدراسة بمدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتعزيز الأمن النفسي لدى المراجعات النفسية. استخدمت الباحثة في تنفيذ الدراسة الحالية الأدوات التالية: 1/ مقياس الأمن النفسي الذي أعده ماسلو وأعاد صياغته وتقنيته وتطبيقه على البيئة السعودية الدكتور فهد الدليم، 2/ المقابلة التشخيصية الموجهة. 3/ البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي من إعداد الباحثة. وتكونت عينه الدراسة من (24) مراجعه للعيادة النفسية ممن حصلن على درجة مرتفعة في مقياس الأمن النفسي، تتراوح أعمارهن ما بين | (19 – 50) سنة كما تم تطبيق البرنامج في مستشفى الأمير محمد بن عبد العزيز في الرياض، خلال الفترة من 3 نوفمبر 2019 إلى 24 يناير 2020.

خلصت الدراسة الى النتائج التالية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأمن النفسي للمجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأمن النفسي للمجموعة الضابطة بين (القياس القبلي والقياس البعدي) لصالح القياس البعدي، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأمن النفسي للمراجعات النفسية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي. من خلال نتائج الدراسة توصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات التي تساعد المراجعات النفسية في زيادة درجات الأمن النفسي لديهم تتمثل في: ضرورة مساعدتهم في فهم العلاقة بين أفكارهم، ومشاعرهم وسلوكياتهم وتأثيرها على حالتهم المزاجية بشكل عام، تدريبهم على مهارة وفنية الاسترخاء وتأثيرها على خفض التوتر والقلق، من خلال تمرينات الاسترخاء، زيادة الوعي والاستبصار الذاتي بطريقة التفكير لديهم، زيادة الأنشطة السلوكية الإيجابية التي تحسن من حالتهم النفسية وتزيد وتعزز الأمن النفسي لديهم، محاولة تخليصهم من مشاعر الوحدة النفسية وتأثيرها على الحياة النفسية والاجتماعية والأسرية، وتدعيم مفاهيم الأمن النفسي كبديل إيجابي لها، أهمية تدريبهم على خطوات حل المشكلات، ومناقشتهم في فكرة طلب الكمال والتفوق في كل مجالات الحياة.

الكلمات المفتاحية: برنامج إرشادي، معرفي سلوكي، تعزيز، الأمن النفسي، المراجعات النفسية

The effectiveness of a behavioral cognitive counseling program to enhance psychological security in reviews of psychiatric.

By: Arwa Al-gaifary

Abstract

Study problem: How effective is a behavioral cognitive counseling program to improve psychological security in reviews of psychiatric? This study aims to identify the effectiveness of an indicative cognitive behavioral program in enhancing psychological security among a sample of those visiting the psychological. The researcher used the experimental method by designing the two equivalent groups (control and experimental) with pre and posttests. To carry out the study, the researcher used the following tools: 1. the psychological security scale of Maslow, re-edits, codified and applied to the Saudi environment by Dr. Fahd Aldulaim. 2. Targeted diagnostic interview. 3. Indicative behavioral cognitive program prepared by the researcher.

The sample of the study consisted of (24) female visitors of the psychological clinic who obtained a high degree in the psychological security scale, with age of (19-50) years old. The program was also implemented within spatial limits at Prince Mohammed bin Abdul-Aziz Hospital in Riyadh, and within time limits that extended from November 3, 2019 to January 24, 2020.

The results of the study showed the effectiveness of the proposed indicative program in enhancing psychological security and its ability to achieve its goal among the study sample.

Results of the Study: There are statistically significant differences in the degree of psychological security of the experimental group between pre and post measurement, where the post measurement was superior, there are statistically significant differences in the degree of psychological security of the control group between (pre and post measurement) where the post measurement was superior, There are statistically significant differences in the degree of psychological security in the visitors of the psychological between the experimental group and the control group in the post measurement.

Keywords: Counseling program, Behavioral cognitive, Improve, Psychological security, Reviews of psychiatric

1. مقدمة

إن الأمن النفسي من الحاجات النفسية الأساسية لدى الإنسان، والتي من خلاله يشعر فيها الإنسان باستقراره النفسي، وتقبله النفسي، والاجتماعي، وشعوره بالكفاءة الذاتية، وأيضا يؤدي بالفرد لحالة من السعادة والرضا لحياته، فالاستعداد لمستقبل واعد. (عثمان، 2014م، ص12) ويثبت ذلك قوله تعالى: ﴿وَإِذْ قَالَ إِبْرَاهِيمُ رَبِّ اجْعَلْ هَذَا الْبَلَدَ آمِنًا وَاجْنُبْنِي وَبَنِيَّ أَنْ نَعْبُدَ الْأَصْنَامَ﴾ [إبراهيم: 35].

فالأمن حالة وجدانية شبه دائمة من الاطمئنان، وعدم الخوف، والقلق، وهو تعبير عن الإشباع لدى الفرد للحاجات الأساسية، وأيضا العلاقات الحيدة مع الأشخاص المهمين له، والتقبل من حولهم، وشعورهم بالحرية في تفكيرهم وسلوكهم (صباح، 2010م، ص34).

ومن العلامات الدالة على صحة نفسية إيجابية والتي ترتبط بالأمن النفسي هي شعور الفرد بالفعالية والطمأنينة في إقامة العلاقات مع الآخرين ممن حوله، وأيضا تحقيق التوافق الاجتماعي والنفسي، في الانفتاح على من حوله. (السهلي، 2007 م، ص 82)

فغياب الأمن النفسي ينعكس أثره على الكثير من جوانب الحياة لدى الفرد والذي يؤدي للاغتراب عن الذات والقلق والخوف من مستقبله؛ وله تأثير كبير في التوافق النفسي والاجتماعي للفرد، ويؤدي غيابه أيضا إلى اضطرابات في شخصية الفرد عند تعامله مع غيره من أفراد المجتمع، فيؤدي لشعور الفرد بالعزلة والوحدة. (عبيد، 1998 م، ص 34).

فالنقص وعدم الإشباع لحاجات الأمن النفسي من العوامل المؤدية للشعور باليأس، والسخط والغضب والقنوط، ويشعر من يفتقر للأمن النفسي انه منعزلا عن البقية ممن حوله من الناس، وحتى إن كان يعيش في بيئة مليئة بالناس؛ وذلك لأنه يعيش منسجما بعالمه وحده، من غير أن يثق بمن حوله. (العيسوي، 1997 م، ص 114)

إن شعور الفرد بالأمن النفسي يتيح له المواجهة لمشاكله بطريقة متزنة من دون إصابته بالإحباط، ومن دون أن يكون فريسة للفوضى أو يختل توازنه، فهو فرد قادر على استغلال معلوماته وخبراته الماضية، ولديه الثقة بالنفس وتقبل الذات، ولديه القدرة على تحمل الإحباطات التي يصادفها في حياته اليومية دون أن يلقي باللوم على الآخرين بأخطائهم أو بممارسة أي سلوك غير صائب. (عبد الرحمن، 1998 م، ص 326).

فالشعور بالأمن النفسي حاجة نفسية مستمرة دائمة للفرد لكي يتمكن من مواجهة ما يهدده من المخاطر، والمخاوف التي تأتيه من بيئته التي يعيش فيها، والتي قد تأتيه من الداخل، أي من ذاته نفسها. (صبيح، 1997 م، ص 110).

أيضاً من الأسباب لفقدان الشعور بالأمن النفسي: فشل الفرد في إشباعه لحاجاته، وعدم قدرته على تحقيق ذاته، ومخاوفه الاجتماعية والضغط النفسي، والقلق وعدم استمتاعه بالحياة التي يعيشها (حمزة، 2001 م، ص 130).

ذكر ذلك بولبي بأن الصحة النفسية الإيجابية هي أساس بناء الأمن النفسي وهو أساس الثقة بالذات والانفتاح على الناس بعيداً عن العزلة. (حجازي 2000، ص 185).

كما أن ماسلو (Maslow, 1942)، وهو أشهر من تناول هذا الموضوع بالبحث والدراسة قد حدد أربعة عشر عاملا أو مؤشرا أساسيا لتحقيق الأمن النفسي وتتضمن:

- 1- شعور الفرد بأنه محبوب ومقبول في المجتمع.
 - 2- شعور الفرد بانتمائه وتفاعله إيجابيا مع الآخرين.
 - 3- انخفاض مستوى الخوف والتهديد والقلق.
 - 4- إدراك الفرد لإيجابية الحياة وجودتها.
 - 5- إدراك الفرد للآخرين بوصفهم أشخاصاً ودودين.
 - 6- ثقة الفرد بالآخرين والتسامح معهم.
 - 7- التفاؤل وتوقع الخير.
 - 8- سيادة مشاعر الرضا والسعادة.
 - 9- شعور الفرد بالاستقرار الانفعالي بعيدا عن التوترات.
 - 10- الميل إلى الانفتاح والتحرر.
 - 11- التقدير الذاتي والرغبة في تحقيق النجاحات الشخصية.
 - 12- التقبل الذاتي والتسامح مع النفس.
 - 13- الخلو من الاضطرابات النفسية.
 - 14- العناية بالاهتمامات الاجتماعية والتمركز حول الجماعات والمرجعيات المجتمعية.
- بل إن ماسلو يشير إلى مجموعة من الأعراض والتي صنفها لثلاث فئات والتي تعد الأساس لشعور الفرد بعدم الأمن النفسي:

- أ- أن يشعر الفرد بكونه أنه شخص غير محبوب وأن الآخرين يعاملونه باحتقار وبقسوة.
- ب- أن يشعر الفرد بأن هذا العالم يمثل خوفاً وتهديداً له.
- ج- أن يشعر الفرد بالوحدة.

يعد تصنيف ماسلو أن الشخص غير الأمن هو الفرد الذي يعاني من مشاعر الوحدة والعزلة الاجتماعية وبالتالي هو يدرك أن العالم من حوله هو مصدر للتهديد والخطر، فهذه الأعراض تستقل عن مصادرها الأصلية وتصبح سمة ثابتة إلى حد كبير وسيصبح الفرد غير مطمئن لأنه لم يجد في طفولته الأمن والطمأنينة النفسية الملائمة. (الدليم وآخرون، 1993، ص7).

ويتفق إريكسون (Erikson, 1963)، مع ماسلو في أن الأمن النفسي والثقة والحب في الآخرين يقابلها حاجات أساسية سيؤدي إشباعها خاصة في المراحل المبكرة من حياة الأفراد إلى الإحساس بالأمن والطمأنينة النفسية في المراحل العمرية القادمة. فالمرحلة الأولى هي الثقة ومقابلها عدم الثقة والمرحلة السادسة الود ومقابلها الانعزال، في التصنيف لدى إريكسون للمراحل الثمان في نمو الفرد النفسي الاجتماعي تعكس هذه الفكرة. (Erikson, 1963).

أما أدلر (Adler, 1942)، فيتناول مفهوم الأمن النفسي في البعد الاجتماعي، فهو يرى بأن الفرد كائن اجتماعي يسعى دوماً لإشباع الحاجات النفسية والاجتماعية من خلال تنميته لاهتماماته الاجتماعية ومن خلال تطويره لأسلوب حياة خاص به يجعله قادراً على التفاعل مع من حوله وبالتالي تحقيقه لحاجاته للأمن النفسي والحب والصحة والانتفاء وتجاوزه لمشاعر العزلة والاعترا ب. (Schwab, 1990).

أما هورناي (Horney, 1945) التي أعطت العوامل الاجتماعية والثقافية اهتماماً ملحوظاً فترى أن الأوضاع والظروف السلبية للفرد وخاصة في محيطه العائلي مثل الإهمال والوحدة قد تؤدي بالفرد لفقدان الأمن النفسي، والذي بدوره يؤدي بالفرد للقلق، وأكملت هورناي بأن تؤكد أن فقدان الأمن النفسي في العلاقة وخاصة التي تكون بين الطفل وأمه قد تتسبب في تكون مشاعر من الاضطراب والتي تظهر في شكل اتجاهات عصابية قد تؤدي لسلوك الفرد لأحد الاتجاهات الثلاث، فأما أن يتحرك نحو الآخرين أو أن يتحرك بعيداً عنهم أو أن يتحرك ضدهم .

ويرى جبر (1996) أن إحساس الفرد بأمنه النفسي مرتبط بحالته البدنية وعلاقاته الاجتماعية، وأيضاً مدى إشباعه لدوافعه وصنف جبر الأمن النفسي لمكونين، وهما داخلي ويتمثل في عملية توافق نفسي مع الذات وخارجي ويظهر في عملية تكيف اجتماعي مع من حوله من الآخرين وتفاعله معهم بعيداً عن الوحدة والتي تؤثر على التوازن النفسي للمراهقين والشباب وتؤثر أيضاً على مستواهم في توافقهم الاجتماعي.

1.1. مشكلة الدراسة:

تعد حاجة الفرد إلى الأمن النفسي من الحاجات الأساسية والتي يسعى الإنسان لتحقيقها بعد إشباع حاجاته البيولوجية، فإذا لم تتحقق الحاجة إلى الأمن النفسي أصبح العالم في نظره مليئاً بالخوف والتهديد، فإن انعدام الأمن النفسي للفرد قد يؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية وانفعالية، والأمن النفسي أحد العوامل المهمة التي تؤثر في شخصية الفرد، ودرجة شعور الفرد بأمنه النفسي ترتبط بحالته الصحية وعلاقاته الاجتماعية مع من حوله وعلى مدى إشباعه للدوافع لديه، إذ أن الأمن النفسي يتكون من شقين: الأول: وهو داخلي ويتمثل في عملية توافق الفرد النفسي مع ذاته أي قدرته على حل أي صراع يواجهه وتحمله للأزمات التي تمر عليه.

الثاني: وهو خارجي ويتمثل في عملية تكيف الفرد الاجتماعي، أي قدرة الفرد على التأقلم والتكيف مع بيئته الخارجية التي يعيش فيها والتوفيق بين متطلبات الغريزة وعالمه الخارجي والانا الأعلى. (العقيلي، 2004، 23).

ونظراً لأهمية الأمن النفسي في التوافق النفسي والاجتماعي، وأهمية الحاجة لمساعدة فاقد الشعور بالأمن النفسي، قامت الباحثة بالبحث عن أساليب وفتيات علاجية إرشادية في التعامل مع مشاعر وأفكار وسلوك المراجعات لتعزيز الأمن النفسي لديهن وقد وجدت أن الإرشاد القائم على النظرية المعرفية السلوكية في علاج الحالات النفسية أكثر فاعلية في تعزيز الأمن النفسي لديهن، وتتناول الباحثة في هذه الدراسة تعزيز الأمن النفسي فهي تحاول من خلال الدراسة التأكد من مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في تعزيز الأمن النفسي للمراجعات النفسيات. إذ أن العلاج المعرفي السلوكي هو من الأساليب العلاجية الحديثة والتي يهتم بشكل أساسي على المدخل المعرفي في الاضطرابات النفسية والتي تهدف إلى إزالة الإحساس بالألم النفسي وما يصاحبه من إحساس الفرد بالضيق والحزن وذلك عن طريق التعرف على مفاهيم وإشارات ذاتية خاطئة لدى الفرد وتحديد العمل على تصحيح هذه الأفكار ومن ثم التعديل. (الغامدي، 2011).

فالعلاج المعرفي-السلوكي يعمل على تغيير المعتقدات اللاعقلانية ليستطيع الفرد تحقيق أكبر قسط من القبول الذاتي لأن كل ما يفكر به الأشخاص وما يقولونه عن أنفسهم وأيضاً اتجاهاتهم وآرائهم إنما هي أمور مهمة وذات صلة مباشرة بسلوكهم السوي والغير سوي. فالعلاج المعرفي السلوكي يساعد المريض على استخدام طرق حل المشكلات،

فوصفات العلاج قد توضع في صورة مبسطة فالمعالج النفسي يساعد الفرد في أن يتعرف على أفكاره الشخصية ويتعلم الطرق الأكثر واقعية لصياغة خبراته ومن خلال هذه الطريقة يستطيع الفرد أن يستخدم معرفته عن المفاهيم والتفسيرات الخاطئة في وقت مبكر لديه.

ومن هنا انبثقت مشكلة الدراسة لما للأمن النفسي من أهمية وتأثير كبير على حياة الأفراد وعلى صحتهم النفسية بشكل خاص وكذلك من قلة الدراسات التي بحثت واقع تأثير ودور البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في تعزيز الأمن النفسي على المراجعات النفسية، وكذلك من خلال خبرة الباحثة الميدانية، كونها تعمل كأخصائية نفسية في القطاع الصحي، إذ أدركت حجم المشاكل النفسية التي تتعرض لها المراجعات للعيادات النفسية في ظل غياب الأمن النفسي ومدى تأثير الأمن النفسي على الصحة النفسية لديهم.

وفي ظل ذلك تبلورت مشكلة الدراسة بالتساؤل الرئيس:-

" ما مدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتعزيز الأمن النفسي لدى المراجعات النفسية ؟"

وللإجابة عن هذا التساؤل تم صياغة الفرضيات التالية:-

2.1. فرضيات الدراسة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأمن النفسي لدى المراجعات النفسية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأمن النفسي لدى المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأمن النفسي لدى المجموعة الضابطة بين (القياس القبلي والقياس البعدي).

3.1. أهداف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة بشكل أساسي للتحقق من مدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي يعتمد على فنيات الإرشاد النفسي المختلفة، وذلك لهدف تعزيز الأمن النفسي للمراجعات النفسية.

4.1. أهمية الدراسة:

1.4.1. الأهمية العلمية:

ترتكز الأهمية العلمية في هذه الدراسة فيما تضيفه إلى أدبيات البحث العلمي في علم النفس حول دور برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي في تعزيز الأمن النفسي الذي ينعكس إيجاباً على الصحة النفسية.

2.4.1. الأهمية التطبيقية:

تتجلى الأهمية العملية للدراسة الحالية في البرنامج الإرشادي الذي تقدمه كدليل ومرجع لتعزيز الأمن النفسي لدى المراجعات للعيادات النفسية باستخدام فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي وتعميمه على العيادات النفسية.

5.1. حدود الدراسة:

تمثلت حدود الدراسة الحالية بالآتي:

الحدود البشرية: المراجعات للعيادة النفسية.

الحدود المكانية: العيادات النفسية في الرياض

الحدود الزمانية: سيتم إجراء الدراسة بين سنة 1440 - 1441 هـ.

الحدود الموضوعية: تقتصر الدراسة على تصميم برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتعزيز الأمن النفسي للمراجعات النفسيات ودراسة مدى فعاليته.

6.1. مفاهيم الدراسة ومصطلحاتها:

الفعالية:

الفعالية: وهي القدرة في تحقيق نتائج مقصودة طبقاً للمعايير المحددة مسبقاً، وتزداد الفعالية كلما أمكن تحقيق التنمية تحقيقاً كاملاً (بدوي، 1982م، ص 12).

برنامج إرشادي:

عرفه "عارف" بأنه البرنامج الذي يعمل وفقاً لنظريات الإرشاد النفسي والذي يقوم على المساعدة والتبصير للأفراد على فهم جميع مشاكلهم، والتي تكون السبب في سوء التوافق لديهم، وتكون مهمة البرنامج في تبصير الأفراد على حل مشكلاتهم فيما يحقق لهم السعادة مع الآخرين، والتي تهدف إلى إيصال الأفراد إلى أفضل مستويات التوافق والرضا والصحة النفسية لهم. (عارف، 2003م، ص 249).

أما التعريف الإجرائي للبرنامج: فهو عبارة عن مجموعة من الجلسات العلاجية الإرشادية المترابطة والقائمة على نظريات العلاج المعرفي السلوكي، متضمنة مجموعة من الأنشطة تطبق ضمن حدود زمنية ومكانية وبشرية، بهدف تعزيز الأمن النفسي.

العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive behavioral therapy) هي طريقة من طرق العلاج النفسي والتي تعتمد على حديث يدور بين المراجع والمعالج النفسي، ويكون بهدف تغلب المراجع على مشاكله ويكون عن طريق تغييره لطريقة تفكيره وسلوكه. وفي العلاج المعرفي السلوكي يستخدم عدة فنيات، ويستند في الأساس في مساعدة المراجع على إدراكه لطريقة تفكيره الخاطئة؛ وذلك لهدف التغيير لأفكار أو قناعات إيجابية وأكثر واقعية.

تعزيز:

هي العملية التي تدعم سلوك الفرد المناسب وزيادة الاحتمالات لتكراره في المستقبل بإضافة مثيرات إيجابية أو إزالة أي مثيرات سلبية بعد حدوثه ووظيفة التعزيز لا تقتصر على زيادة الاحتمالات وتكرار السلوك في المستقبل، فهي ذات أثر إيجابي في الناحية الانفعالية كذلك (حيث يؤدي التعزيز لتحسين مفهوم الذات) وهو يستثير الدافعية ويقدم تغذية راجعة بناءة.

التعريف الإجرائي:

استخدام الفنيات المعرفية والسلوكية لدعم وزيادة وإكساب السلوكيات المناسبة التي تؤدي إلى الشعور بالأمن النفسي.

الأمن النفسي:

يعرف الخضري (2003م، ص 9) الأمن النفسي بأنه الشعور بالطمأنينة النفسية لدى الفرد، وذلك من خلال شعور الفرد بالرضا عن الذات، وتقبلها، وأيضاً بالقناعة بإشباع قدر كافي من الحاجات النفسية والعضوية لديه، وتحرره من أي ألم نفسي، وتحقيقه للقدر الكافي من توافقه مع ذاته وبيئته المحيطة به، ومقدار من السكينة النفسية عند تعرضه للأزمات وقدرته على مواجهتها.

التعريف الإجرائي:

الدرجة التي تحصل عليها المراجعة للعيادة النفسية في مقياس الأمن النفسي - ماسلو.

المراجعات النفسية:

هن السيدات اللواتي تعرضن للإصابة بأحد أنواع الاضطرابات النفسية واللواتي تم تشخيصهم من قبل الأطباء المتخصصين بالأمراض النفسية، ويتلقين علاجهم في العيادة النفسية.

2. الإطار النظري والدراسات السابقة:

1.1. الإطار النظري:

الأمن النفسي كعامل أساسي من عوامل الصحة النفسية:

إن الأمن النفسي يعتبر مفهوم أساسي في علوم الصحة النفسية وهو مرتبط بالأمن الاجتماعي وأيضاً بالصحة النفسية ارتباطاً موجباً. فالأمن النفسي يعني الطمأنينة النفسية للإنسان الأمن نفسياً هو إنسان يعيش في حالة من التوازن والاستقرار النفسي. (زهرا، 2003م، ص 86)

الأمن النفسي يتكون من شقين اثنين:

- الأول: وهو داخلي ويتمثل في عملية توافق نفسي مع الذات.
- الثاني: وهو خارجي ويتمثل في عملية التوافق الاجتماعي، أي قدرة الفرد على التكيف مع بيئته الخارجية. (جبر، 1996م، ص 49).

أبعاد الأمن النفسي:

ويشمل الأمن النفسي أبعاد أساسية أولية وهي:

- شعور التقبل من الآخرين وعلاقات المودة معهم.
- شعور الانتماء إلى جماعة.
- شعور السلامة.
- لعب الدور المناسب له مع الجماعة.
- ثقته في الآخرين وحبهم وحسن تعامل معهم.
- شعور المسؤولية الاجتماعية وممارستها.
- تقبل الذات والتسامح معها والشعور بالفائدة والنفع في الحياة ومساعدة الآخرين. (زهرا، 2003م، ص 82)

مهددات الأمن النفسي:

الخطر أو التهديد بالخطر، والذي يثير الخوف والقلق عند الفرد ويجعله أكثر حاجة للشعور بالأمن. الأمراض الخطيرة وما يصاحبها من - توتر وقلق وخوف وحزن وإحساس عام بافتقار الأمن. الاضطراب النفسي يدفع بالفرد لافتقار الإحساس بالأمن والاستقرار وذلك بسبب التوتر والقلق النفسي الذي يشعر به بشكل مستمر. الأمن النفسي وبعض المفاهيم النفسية. (عكاشة، 1989، ص34)

1- الأمن النفسي والقلق:

يسبب القلق للفرد عدة اضطرابات نفسية، ويعتبر القلق مصدراً هاماً لافتقار الإحساس بالأمن النفسي، وهو يتوقف على نسبة استجابة الفرد لأي خطر قد يهدده. إن أي استجابة للخطر بأي طريقته مثل الهروب الدفاعي، والهجوم الإيجابي قد لا يكون المسبب للقلق النفسي للفرد، ولكن في حال عجز الفرد عن الاستجابة للخطر بسلوك غير منتظم فقد يصاب بقلق نفسي والذي قد يستقل. (دواني وديراني، 1983: 48)

2- الأمن النفسي والتوتر:

يعتبر التوتر ظاهرة نفسية ناجمة عن مواقف ضاغطة والتي تهدد حاجات الفرد والتي تتطلب من الفرد نوعاً من إعادة التكيف من خلال تغيرات جسمية وسلوكية، فالتوتر هو "الأساس الدينامي الذي يكمن وراء الإحساس بتهديد الطمأنينة وما يترتب من تحفيز للقضاء على هذا التهديد. أي أنه توجد علاقة وثيقة بين الأمن النفسي والتوتر، فالشعور لدى الفرد بافتقار الأمن والطمأنينة ينشأ من خلال اختلال في التوازن بالجهاز النفسي عنده. (سويف، 1968م، ص 26)

3- الأمن النفسي والتكيف النفسي والتوافق الاجتماعي:

إن التوافق النفسي عملية ديناميكية مستمرة فهي تتناول السلوك والبيئة بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد والبيئة وللتوافق أنواع وهي:
التوافق الشخصي: يتضمن سعادة مع النفس ورضا عن الذات وإشباع للدوافع الداخلية الفطرية وغيرها ويعبر عن سلام داخلي لدى الفرد.

التوافق الاجتماعي: وهو السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع والمسايمة للمعايير الاجتماعية والامتثال لقواعد الضبط الاجتماعي وتقبل أي تغيير اجتماعي سليم والعمل لصالح الجماعة والذي يؤدي بذلك لتحقيق الصحة الاجتماعية. التوافق المهني: ويقصد به الاختيار المناسب للمهنة والاستقرار علماً وتدريباً لها والإنتاج والإنجاز بها. فالتوافق بأنواعه شخصي واجتماعي ومهني يعد محور شعور الفرد بالأمن النفسي. (زهران، 1978م، ص 31)

4- الأمن النفسي والتوازن الانفعالي:

إن هناك علاقة متبادلة بين الأمن النفسي وبين الاتزان الانفعالي، فالاتزان الانفعالي يعبر عن "الاطمئنان والاستقرار عند الفرد والتوازن النفسي عنده يظهر من خلال تنمية شخصية سوية، فالطريقة التي تساعد الفرد على خفض توتره وإشباع لدافعه ويكون فيها التفكير والشعور والسلوك غالباً منسقاً وفي انسجام مع مفهومه لذاته لإنجاز المهام. (مرسي، 1983م، ص15)

5- الأمن النفسي والثقة بالنفس:

إن الثقة بالنفس ترتبط ارتباطاً وثيقاً مع شعور الفرد بالطمأنينة والأمن النفسي فهي التي ترتبط بإحساس الفرد بسعادته، فالفرد الذي يفتقر للثقة بالنفس يكون غالباً عرضة للاضطرابات النفسية فالأمن يتضمن ثقة بالنفس وهدوء وطمأنينة نفسية نتيجة للشعور بانعدام للخوف من أي ضرر أو خطر. (أسعد، 1989م، ص 48)

6- الأمن النفسي ومفهوم الذات:

إن شعور الأفراد بالأمن والطمأنينة النفسية تزداد عندهم كلما كانت مفاهيمهم عن ذواتهم مرتفعة بإيجابية وعلى العكس تماماً فتزداد مشاعر خطر وتهديد وقلق عند الأفراد الذين يكونون مفاهيم سلبية عن ذواتهم، وأكدت على ذلك عدة دراسات في أن الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة في مفهومهم لذواتهم والتي تكونت بمفهوم إيجابي عن ذواتهم يكونون الأكثر شعور بالأمن النفسي من الأفراد ذوي الدرجات سواء متوسطة أو منخفضة. (الزعي، 1992م، ص 71)

7- الأمن النفسي والصحة النفسية:

يرتكز البناء في الصحة النفسية على الدعامتين الأساسيتين وهما: -الطمأنينة النفسية والمحبة فهي المسيرة للحياة الطبيعية عند العلماء في علم النفس والتي تتكون من مرحلة الطفولة وحتى مرحلة الشيخوخة، وعلى إن إشباع حاجة الأمن ضرورية لنمو نفسي سوي ولأجل التمتع بالصحة النفسية في كل مراحل حياة الفرد وتبين من خلال عدة دراسات في أن الأفراد الذين يشعرون بالأمن النفسي هم أفراد متفائلين وسعداء ومتوافقين مع مجتمعاتهم وأيضاً مبدعين بعملهم وناجحين في حياتهم بشكل عام، وعلى العكس تماماً فإن الأفراد غير الأمنين قلقين، ومعرضين للأمراض النفسية والأمراض السيكوسوماتية. (محمد ومرسي، 1986م، ص 89)

الإرشاد النفسي:

يعد الإرشاد النفسي فرع من فروع علم النفس التطبيقي فالإرشاد له نصيب واهتمام يحتل مكانة كبيرة في علم النفس، ويظهر ذلك من خلال علم النفس الإرشادي. حيث يعرف بأنه "العملية التعليمية والتي تساعد فيها الفرد على فهم ذاته بالتعرف على الجوانب الكلية لمشكلته الشخصية، وذلك لكي يكون فرداً متمكن من اتخاذ قراراته، ومن حله لمشكلاته بموضوعية مجردة، وذلك يساعده في النمو الشخصي وفي تطوره الاجتماعي والتربوي كذلك، من خلال العلاقة الإنسانية بين المراجع وبين المرشد النفسي.

وتذكر منال محروس أن "أليس" يرى أن الإرشاد النفسي عملية يطلب فيها من المرشد المدرب التدخل بقصد العلاج أو الإصلاح في حياة المسترشد لمساعدته على القيام بسلوك أكثر فاعلية، وتهدف العملية الإرشادية في النهاية إلى تقييم التقدم نحو تحقيق الأهداف وإعادة تحديد الأهداف إذا استلزم الأمر .

أبعاد الإرشاد النفسي:

قدم ملتون هان، 1955م في خطابه الرئاسي لشعبة من رابطة علم النفس الأمريكية نموذج لمهام أخصائي الإرشاد النفسي والذي يتكون من ثمانية أبعاد وهي:

- يهتم أخصائي الإرشاد النفسي بالمسترشد ويهتم كذلك بعامة الأفراد والذين يستطيعوا أن يوازررو أنفسهم ويتوافقوا بشكل طبيعي في المجتمع.

- أخصائي الإرشاد لا يعمل تحت إدارة مهنة أخرى فللعلم صفة الاستقلالية وللقائمين به أيضا.
- الأدوات في الإرشاد تقوم على قواعد معيارية أكثر مما هو واضح في ميادين أخرى .
- المرشد يميل لتأكيد نظرية التعلم في مستويات معرفية وعقلية مع عدم تجاهل أساس دينامي للشخصية ويقوم المرشد على مساعدة المسترشد في تغيير اتجاهات وأنسقه القيم ولكن من النادر أن يحاول تشكيل وإعادة بناء لشخصيته.
- المرشد يتعامل مع الحالات التي تعاني من قلق يتدخل مع النمو الإيجابي ليس على مستوى إعاقة أو عدم التكامل.
- إن المرشد من أكثر المهنيين مهارة في التقدير والتقييم للسمات الإنسانية في مجالات الحياة التربوية والمهنية والاجتماعية وذلك من خلال تقديم موازنة في مساعدة أي مسترشد على المساهمة في حياته الاجتماعية والاستفادة منها.
- المرشد يلتزم في متابعة المسترشد حتى خارج غرفة الإرشاد فعملية الإرشاد لا تكون مكتملة إلا عندما تكون خطة يتقبلها المسترشد ويقوم بها في المستقبل وتكون متابعته للتأكد من قيامه بهذه الخطة.
- المرشد يؤكد على نواحي القوة النفسية الإيجابية واستخداماتها سواء الشخصية والاجتماعية في مقابل التشخيص والعلاج لاضطراب العقل. (صالح بن عبد الله عباة، 2000م، ص10-11).
- ويعرف ريتشارد (Richard, 1997) الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي بكونه مجموعة من الفنيات والتي تبين التصورات عن التغيير وتضع الأهمية الأساسية في العمليات المعرفية، والتي تهدف لبعض الإجراءات العلاجية لتعديل المظاهر المعرفية. (صابر، 2009م-ص19)
- إن الإرشاد السلوكي المعرفي لا يستغرق وقتا طويلا، غالبا يكون بين 15 و20 جلسة وترتكز في الحالات المتوسطة للاضطرابات إلى الشديدة وقد تكون جلستين في كل أسبوع ولمدة 4 -5 أسابيع وبعدها تقل جلسة في الاسبوع لمدة 10-15 أسبوع، وكثير يتبع العلاج المعرفي السلوكي النافع جلسات متفرقة للمتابعة والحفاظ على النتائج التي توصلوا لها، أما الوقت المخصص للجلسات العلاجية يكون 45-50 دقيقة للجلسة ماعدا الجلسة الأولى التي تحتاج لوقت أطول. (Dattilio & Freeman, 2000)
- ويقصد بالإرشاد المعرفي السلوكي في إطار هذه الدراسة بأنه التدخل المهني المخطط، والمنظم باستخدام مجموعة من الأساليب الإرشادية للعمل مع المراجعين النفسيين وذلك بإحداث تغيير في العمليات المعرفية لمساعدتهم في خفض أعراض الضغط النفسي لديهم من خلال تغيير الأفكار اللاعقلانية، والمشاعر السلبية المرتبطة بالمرحلة الحالية.
- نشأة الإرشاد السلوكي المعرفي:**
- إن بداية الإرشاد المعرفي السلوكي عند فلاسفة اليونانيين، عند إدراكهم أن إدراك الأفراد للأشياء وليس الأشياء نفسها، لها دور مهم في تحديد نوع الاستجابة، فإدراكهم هو الذي يحدد سلوكهم إما أن يكون سويا أو مضطرباً. (ELLIS, 1989,15)
- وقد بين العلماء المسلمين دور التفكير في توجيه لسلوك الفرد وسعادته وشقائه، حيث أبرزوا الأهمية للعوامل المعرفية لتوجيه الاستجابات للأفراد للمثيرات الخارجية، ومن هؤلاء العلماء الغزالي، والتراث الإسلامي غني بالإشارات الواضحة لأثر التفكير (المحارب، 2000، ص41).

وبين بيك أن الإرشاد المعرفي يكون بدعائم فلسفية قديمة جدا تعود إلى وقت الرواقيين (stoics) الذين كانوا يعتبرون أن الاعتلال في مزاج الإنسان يعود لفكرة الإنسان عن الأحداث وليس الحدث نفسه، فالإنسان يحرف الواقع من خلال مقدمات خاطئة وافتراضات مغلوطة تؤدي لحدوث مشاكل نفسية، وتنشأ هذه الأوهام عن طريق التعلم الخاطئ خلال مراحل النمو. (Beck et al; 1979, 9-8).

فالإرشاد السلوكي المعرفي يعتبر اتجاه علاجي حديث نسبيا، فهو يقوم على دمج الإرشاد المعرفي بفنيات متعددة، كما يكون للتعامل مع مختلف الاضطرابات بأبعادها الثلاثة المعرفية، الانفعالية والسلوكية. بدأت تبرز معالم النظرية السلوكية المعرفية عندما استخدم بيك الفنيات المعرفية مع مزجها بالفنيات السلوكية وأكد على ذلك ما نشره في كتابه عام 1979م "العلاج المعرفي للاكتئاب" واعتمد إطاره النظري للإرشاد والعلاج السلوكي المعرفي على أساليب قدمها كل من "دونالد ميكنبوم. V. Raimy وفكتور رايمي beech وأرون بيك A. Ellis وألبرت أليس D. meichenbaum.

مسلمات رئيسية يتبناها الإرشاد السلوكي المعرفي :

- 1- المعرفة والسلوك مرتبطان ببعضهما.
- 2- التعلم البشري يكون عن طريق الجانب المعرفي.
- 3- أن من محاور فهم سلوك الفرد هي الاتجاهات المعرفية.
- 4- التنبؤ لأجل دمج السلوك المعرفة لهدف ظهور الفنيات العلاجية الناجحة.
- 5- وعي الفرد للصفة المراد تعديله.
- 6- يعمل كل من العميل والأخصائي بشكل متعاون لتقدير المشاكل ووضع الحلول.
- 7- أن تقدم خبرة متكاملة إلى الأفراد بكافة الجوانب معرفية وانفعالية وسلوكية ليستطيع الأفراد التغيير في سلوكيات الآخرين وردود أفعالهم، وبذلك يمكن تقديم الخبرة المتكاملة. (آمال باظة، 1999م، ص 273)
- 8- المشاركة العلاجية بين العميل والمعالج فهذا التعاون يعد مكونا أساسيا في الإرشاد السلوكي المعرفي ومن المهم الفهم المتشارك للعلاقة العلاجية بينهما. (Beck et al; 1979, 54).

فاعلية الإرشاد السلوكي المعرفي :

هناك أدلة كثيرة من مجموعة واسعة ومتنوعة من المعالجات السلوكية والمعرفية، على فاعلية الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي، والتي دلت على أنه المعالجة المفضلة للتعامل مع العديد من الاضطرابات، وقد أشارت أحجام الأثر لكل من العلاج العقلاني الانفعالي، وتقليل الحساسية التدريجي، وتعديل السلوك إلا أن العميل الذي يتلقى أيا من أشكال الإرشاد العلاجي المعرفي - السلوكي هذه سيكون أداءه الوظيفي أفضل بـ 75% على الأقل من أداء الذين لم يتلقوا أية معالجة أخرى، وقد توصلت دراسات التحليل البعدي الأحداث إلى نتائج مشابهة عبر مجموعة من الاضطرابات، إضافة إلى ذلك فإن غالبية دراسات التحليل البعدي التي قارنت فاعلية التقنيات السلوكية أو المعرفية - السلوكية بفاعلية أشكال أخرى من العلاج النفسي كالتحليل البعدي المتمركز حول العميل وجدت تفوقا بسيطا ولكن ثابتا للأساليب السلوكية والمعرفية السلوكية. (تيموثي. ج. ترول، 2007م، ص 659)

واليوم أصبح العلاج السلوكي المعرفي مصطلحا مطلقا يشمل على العديد من العلاجات المختلفة والمدعومة تجريبياً والتي تشترك في المبادئ الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي، ومع ذلك فإن العلاج السلوكي المعرفي لا يناسب كل أنواع المشكلات فهناك فروقا واضحة في الاستراتيجيات التي تستهدف مشكلات بعينها، ولكن على الرغم من هذه الفروق إلا أن الاستراتيجيات متأصلة في مدخل العلاج السلوكي المعرفي وتحديدًا في الارتباط السببي بين المعارف اللاكيفية، والانفعالات والسلوكيات، والفيزيولوجيا، وأن تصحيح المعارف اللاكيفية ينتج عن محو للمشكلات النفسية والسعادة النفسية بوجه عام، ولقد تم الحصول على أدلة علمية قوية عن هذا النموذج العام من مجال علم الأعصاب الانفعالي وبعدها التنظيم الانفعالي. (بالحسيني وردة، 2010م، ص 27)

النظرية السلوكية المعرفية:

تعتبر النظرية في العلاج السلوكي المعرفي من إنتاج دمج لثلاثة مدارس وهي مدرسة علاج سلوكي، و مدرسة علاج معرفي، ومدرسة علم نفس اجتماعي معرفي، وتركز على الإطار لنظرية باندورا لتعلم الاجتماعي فهو يرى العملية التعليمية تكون عن طريق إدراك الأفراد للمواقف في الحياة وعن طريق سلوكهم الذي كان نتيجة الظروف البيئية التي كان لها تأثير كبير في سلوكهم، والسلوك الذي كان التركيز عليه يعرف بالسلوك المستهدف وتبدأ بأحداث السلوكيات والتي سبقت المشكلة، والأحداث التي تأتي بعدها مباشرة تسمى بالنتائج، وفي النظرية التعلم الاجتماعي نستطيع عن طريق المشاعر والأفكار، تفسير السلوكيات. كيندال (Kendall) يرى أن الطريقة السلوكية المعرفية هي طريقة للدمج وتهدف لتحديد التأثير الإيجابي للنظرية المعرفية مع النظرية السلوكية لإحداث التغيير العلاجي المطلوب، فهناك ثلاثة من المدارس الرائدة في العلاج السلوكي _ المعرفي، والطريقة لأليس (Ellis) في العلاج الانفعالي العقلاني، وأيضاً طريقة ميكنبوم (Meichenbaum) في الإرشاد الذاتي، وطريقه بيك (beck) في العلاج المعرفي. (نفين صابرات، 2009م، ص 17-18).

وهناك نظريات جمعت بين الأساليب النظرية السلوكية وأيضاً المعرفية للعلاج ومنها (النظرية للتعديل المعرفي للسلوكي) والتي أسسها دونالد هيربرت مايكنبوم (Donald Meichenbaum Herbert) وتعتمد النظرية السلوكية في حل المشكلات على الخبرات السابقة للفرد وما تتكون عنده من الاستجابات والتي تساعده في وصوله لحل المشكلة، ويمكن ان يلجأ إلى الأسلوب في المحاولة و الخطأ وفيه تتعزز الاستجابات أو المحاولات التي توصل إلى الهدف، وتزول (تنطفئ) الاستجابات الخاطئة، وكذلك بالإمكان تعلم سلوك حل المشكلات عن طريق الأشراف الإجرائي أما النظرية المعرفية فإن التعامل فيها مع المواقف التي تتطلب حل المشكلة يعتمد على عمليات معرفية عليا كالاستبصار والتفكير بجميع أشكاله والتي تدخل في حل المشكلة على الأبنية المعرفية المتوفرة لدى الفرد، وإذا لم تكن الأبنية المعرفية المتيسرة قادرة على الاستيعاب (تمثل الموقف) فنتيجة التفاعل بين هذه الأبنية المعرفية والموقف تتشكل في أبنية معرفية جديدة أكثر كفاية في استيعاب الموقف وتمثيله، وتتم عملية حل المشكلات من خلال التعديل المتواصل للأبنية المعرفية ومن خلال التفاعل مع الخبرة الجديدة حتى يتم التوصل للحل، (ماجد خياط وملوح السميحات، 2012، ص 5-7).

أساليب الإرشاد السلوكي المعرفي:

الأساليب السلوكية المعرفية: -

الأساليب التي تم توظيفها في هذا الإطار السلوكي المعرفي هي :

صياغة معرفية سلوكية للحالة، والمكونات للعلاج السلوكي المعرفي، وبناء للجلسات فهناك أربع من المحاور الأساسية والتي تمثل الأساليب للتدخلات علاجية في الإطار للعلاج السلوكي المعرفي وهي :

أ- الأساليب المعرفية: كالأاليب في التنفيذ للأفكار السلبية، والرصد للأفكار السلبية والمناقشة لها .

ب- الأساليب السلوكية: مثل الأساليب في المراقبة الذاتية للنشاطات سوى سارة أو مزجة وتمارين منزلية .

ج- الأساليب المعرفية السلوكية: مثل مناقشة للأفكار السلبية أو تجارب سلوكية .

د- الأساليب الوقائية: تتضمن التحديد للافتراضات، ومواجهة هذه الافتراضات وتخطيط للمستقبل. (مصطفى، 2009م، 127).

وسوف أعرض هذه الأساليب كما يلي :

1- الصياغة المعرفية السلوكية للحالة: يقصد بالصياغة المعرفية السلوكية للحالة compartmental cognitive مهارات كتابة تقرير نفسي عيادي للمريض النفسي يعكس تكامل النظرية النفسية التي يعتنقها المعالج النفسي مع ممارسة المهنة العيادية، ويعكس تكامل تعقيد الخبرة النفسية المرضية البشرية التي يروها المريض النفسي، وتوظيف الأسلوب الشخصي للمعالج النفسي المعرفي في الكتابة العلمية المهنية، وفي مهارات الفحص الشامل، والتقدير النفسي الإكلينيكي وفي مهارات وضع خطط العلاج النفسي من المنظور المعرفي. ولتحقيق الصياغة المعرفية للحالة يقوم المعالج بجمع كمية كبيرة من المعلومات عن المريض وعن مشكلته ليس على أساس المعلومات اللفظية فقط لكن أيضا من خلال مشاهدات المعالج للعيادة عن الحالة ويتم إجراء تقدير نفسي إكلينيكي شامل للحالة في فترة مبكرة قبل العلاج، وبناء على تلك المعلومات والمشاهدات يتم تكوين تصور أو مفهوم معرفي سلوكي عن المشكلة. (محمود عيد مصطفى، 2009، 128).

وهناك خمس مكونات أساسية للصياغة المعرفية السلوكية للحالة المرضية، وتمثل مراحل متتالية تبدأ بتحديد مشكلات الحالة، والتشخيص ثم وضع لفروض العاملة، ثم تحديد مصادر القوة للحالة منتهية بوضع الخطة العلاجية المناسبة للحالة، وسنعرض تفصيل لهذه المكونات الخمسة :

أولاً: قائمة المشكلات: هي قائمة شاملة للمشكلات أو الصعوبات التي تعاني منها الحالة بحيث يتم وصفها بوضوح .

- مصطلحات معرفية سلوكية ويجب أن تتضمن مشكلات الحالة الجوانب التالية: الأعراض النفسية، والطب نفسية والأمراض الطبية، ومشكلات التفاعل بين الشخص ومشكلات العمل، والمشكلات الأسرية، والمشكلات المالية والمشكلات الجنائية والمشكلات المعيشية و أوقات الفراغ وهذه القائمة تساعد المعالج في الوصول للعلاقات السببية بين المشكلات وبعضها بعضا. (محمود عيد مصطفى، 2009، 129).

ثانياً: التشخيص: التشخيص الطب النفسي: (Psychiatric Diagnosis) ليس جزءاً أساسياً من عملية الصياغة المعرفية السلوكية للحالة، إلا أنه يجب الإشارة إليه وأفراد جزء من الصياغة له لأسباب منها أنه يمكن أن يؤدي إلى صياغة بعض الفروض المبدئية بالإضافة إلى ذلك فإن التشخيص يمكن أن يمدنا ببعض المعلومات المهمة عن طبيعة التدخلات المساعدة .

ثالثاً: الفروض العاملة: فروض العاملة hypotheses de travail هي قلب الصياغة المعرفية السلوكية للحالة وفيها طور المعالج نظرية مصغرة عن الحالة، وهي تصف العلاقات بين المشكلات بعضها ببعض في قائمة المشكلات فهذه الأخيرة قد لا تنشأ عن المخططات لكنها قد تكون ناتجة عن بعض المشكلات الأخرى .

رابعاً: القوة ومصادر القوة: تتضمن المهارات الاجتماعية الجيدة والقدرة على العمل بشكل جيد وتعاوني والحس الفكاهي، ويجب أن يقوم المعالج بجمع معلومات دقيقة عن هذه المكونات، وهذا النوع من المعلومات يساعد المعالج على تنمية وصياغة الفروض العاملة وأيضا يساعده في وضع الخطة العلاجية .

خامساً: الخطة العلاجية: تتضمن الخطة العلاجية عدة مكونات هي: الأهداف (objectives) والوسائل العلاجية (modalities) والتكرار (frequency) والتدخلات (intervention) والعلاجات المساعدة (treatments appoint) والمعوقات (obstacle) وتعتبر الأهداف والمعوقات أهم مكونين فالأهداف غالبا ما تحدد قائمة المشكلات وقد تبدو الأهداف العلاجية على أنها حلول للمشكلات في القائمة الشاملة، ويجب أيضا تقدير مدى التقدم في الأهداف العلاجية وذلك عن طريق التقارير الذاتية أو المقاييس الموضوعية. وتعتبر المعوقات المكون الأخير من الخطة العلاجية وهنا يستخدم المعالج كلا من قائمة المشكلات والمخططات والفروض العاملة للتنبؤ بالمعوقات والصعوبات التي يمكن أن تواجه العلاقة العلاجية أو أي من المكونات العلاجية مستقبلا. (محمود مصطفى، 2009، ص130-134).

إعادة بناء معرفي: جوهر العملية العلاجية المعرفية السلوكية هي المساعدة للفرد حتى يتمكن من إعادة للبناء المعرفي، ومساعدة الفرد في تعلم الجوانب المعرفية الجديدة والتي ترتبط بمشاكله لكي يتمكن من توظيف لهذه الأفكار الجديدة في حياته اليومية. (نيفين صابر، 2009، 4، 10، 20).

الفنيات السلوكية المعرفية:

- **المكافأة/ التعزيز:** المقصود بالتعزيز هو مكافأة يحصل عليها الإنسان كنتيجة لقيامه بسلوك معين ومن خلالها تقوية الرابطة بين الفعل والنتيجة، وحجم المكافأة هو الذي يحدد مدى تكرار سلوك معين يصدر عن الإنسان من عدمه، وحيث أن نظرية الإرشاد السلوكي قائمة على مبادئ التعلم، وهو ما يشير إلى أن ما تم اكتسابه بالتعلم يمكن إزالته بالتعلم. (فضل خالد أبو هين، 2008، 21).

- **التدعيم الإيجابي:** هو الفعل أو الحادثة للفرد والتي ارتبط ظهورها بتغيير في سلوك مرغوب فيه ويفضل عادة التدعيم الإيجابي لسهولة تطبيقه لعدم وجود آثار جانبية سلبية له. (عبد الستار إبراهيم، 1978، 73).

والتدعيم الإيجابي هو أسلوب في العلاج المعرفي السلوكي يتم لكل مرة يؤدي فيه سلوك مرغوب ويكون بالتأكيد على نجاحه الكلي والجزئي كذلك، فالشخص يريد تدعيم إيجابي حيث أنه سيزيد من الاحتمالية لحدوث سلوك مرغوب عدة مرات وهذا ما يعمل المعالج على زيادة تكراره. (نيفين صابر، 2009، 21).

- **تدريب على الاسترخاء:** تستخدم فنية الاسترخاء كأسلوب للعلاج أو تكون متضمنة في البرنامج العلاجي، وتعتمد فنية الاسترخاء ببديهة فسيولوجية معروفة، فالانفعالات القوية هي تعبير عن وجود توتر عضوي وعضلي. (إبراهيم عبد الستار، 1978، ص64-65).

تفيد هذه التقنية مع العملاء الذين يعانون من اضطرابات انفعالية فمن خلالها يتعلم العميل كيف يقلل الشعور بالخوف والقلق وكيف يسترخي ويمارس التنفس العميق ثم إثارة الدافع لديه للتعامل مع الموقف (نيفين صابر، 2009، 21).

الواجب المنزلي: يحدد واجب منزلي مثل قراءة كتب معينة لمساعدة العميل على تغيير سلوكه، ومساعدته على التغيير في الأهداف بناء على عنوان المقابلة ويتم مكافأته على أدائه في كل مرة. (نيفين صابر، 2009، 21).

- **النمذجة:** تزداد فاعلية التعلم بالنمذجة عند عرض نموذج سلوكي مصحوب بالإرشادات اللفظية والتي تصف المشاعر المصاحبة (إبراهيم عبد الستار، 1978، 97) يمكن أن يكتسب العميل السلوك أو يتخلص منه بسهولة من خلال ملاحظة النموذج وبالتالي يقدم المعالج نمودجا تعليميا للتدريب على مهارات معينة (نيفين صابر، 2009، 21).

- **التدريب على أسلوب حل المشكلة:** من خلاله يتم التدريب على خطوات حل المشكلة، كيف نحددها ونحدد الأهداف وأخيرا اختيار الحل المناسب وتصميم الخطة و ممارستها .

- **لعب الدور:** هو أحد أساليب التعلم وهو يتكون من التدريب للعميل لأداء عدة جوانب من سلوك اجتماعي يمكن أن يتقنه ويكتسب المهارة فيه. (نيفين صابر، 2009، ص21).

ويستخدم في الحالة التي تتطلب أن يتدرب المسترشد على تحمله للإحباطات، ويكون بواسطة الإثارة لمواقف في الجلسات الإرشادية بطريقه التخيل التأملي التي من شأنها إثارة الغضب. (بومجدان نادية، 2016، 194).

- **فنية التحديد للأفكار التلقائية و تصحيحها:** الأفكار التلقائية هي أفكار تسبق مباشرة الانفعال الغير سار، وتأتي بصورة مباشرة وتلقائية، وقد تحدث من غير أن يلاحظها الفرد، وهي الأفكار غير المعقولة، وتهدف لمحاولة تعرف على هذه الأفكار الغير معقولة واستبدالها بالأفكار الإيجابية لتؤدي لنهاية حسنة، فيطلب من العميل أن يدون المهام المنزلية اليومية على ورقة (قتيبة الجلي، يحي، 1996، 271).

- **مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية:** نطلب من المراجع تذكر حادث أو موقف مرتبط بالموضوع الانفعالي لديه، شرط أن يتذكرها جيدا ويصفها بالتفصيل، هنا يحاول المعالج أن يتذكر المراجع أفكار مرتبطة بظهور واستمرار رد الفعل الانفعالي .

- **استخدام التخيل لإعادة الخبرة الانفعالية:** هنا يطلب المعالج من المريض تخيل الموقف أو أن يمثله، ويمكنه من طلب المساعدة من الآخرين عندما يكون الموقف تفاعلي مع الناس، لكي يلعب دور مع المريض. (المحارب، 2000، 192)

- **فنية المراقبة الذاتية:** هنا يقوم المريض بتسجيل ما يؤديه في مفكرة، أو في النماذج المعدة من قبل المعالج تبعا لظروف أو مشكلة المريض، وتسمح بخفض لمعدل التكرار للسلوكيات الغير مرغوبة عند المريض.

- **فنية المتصل المعرفي:** وفيها يتم الطلب من المريض أن يفسر كيف يرى نفسه مقارنة بالآخرين، وهي فعالة لاستبدال الأفكار التلقائية (المحارب، 2000، 114، 192).

خطوات التدخل المعرفي السلوكي:

يتضمن التقدير والتدخل المعرفي السلوكي الخطوات التالية :

- 1- تحديد السلوكيات الإشكالية.
- 2- التقدير ويتضمن تصور عن السلوك الخاطئ والنظر إلى المقدمات التي تثير السلوك ثم نتائج ذلك، لهذا تعتبر التقارير اليومية أداة مفيدة لتوضيح ماذا حدث، وماذا فعل العميل، وما قاله هو، وكيف كان راضيا عن النتائج، فيستطيع حينئذ أن يقيم رضائه عن تصرفاته .
- 3- تحديد الهدف حيث يعمل المعالج والمريض معا لتحديد أهداف التغيير.
- 4- التدخل فهو يتضمن التكنيكيات التي تجعل العميل قادر على أن يصل إلى الهدف الذي تم وضعه.

5- تدعيم التغيير فاكتساب السلوكيات الجديدة الإيجابية يحتاج تدعيم إيجابي فيشجع العميل على الاندماج في سلوكيات جديدة مرغوبة .

6- لمنع الانتكاسة يتم التدريب على المهارات التي تساعد على ذلك. (نيفين صابر، 2009، 21).

مراحل العملية الإرشادية في الإرشاد المعرفي السلوكي:

1- الجلسات التمهيديّة: ويتم خلالها بناء العلاقة الإرشادية ويتم خلالها ما يلي:

- تقييم المشكلة التي يعاني منها الفرد

- تحديد العوامل التي تسهم في تطور المشكلة.

- مساعدة الفرد على التحديد الدقيق لمشكلته. ويتم ذلك باستخدام المقابلات التشخيصية والتقييم السيكو متري.

2- المرحلة الثانية: من العملية الإرشادية يتم خلالها تدريب المسترشد على استخدام مجموعة من الاستراتيجيات السلوكية المعرفية التي تساعده على إدارة ومواجهة ردود أفعاله، وتعزيز سلوك المسترشد من خلال ضبط النفس وإقناعه بإمكانية التغيير .

3- المرحلة الثالثة: هنا يقوم المرشد بالصياغة المعرفية للأعراض المرضية للاضطراب الذي يعاني منه المسترشد، وبعدها إجراء مناقشات حول إسهام هذه المعاني في إحداث خبرات معينه، ومحاولة القيام بإعادة البناء المعرفي للتخلص من الأفكار السلبية اللاعقلانية، واستبدالها بأخرى إيجابية وعقلانية، بالإضافة إلى استخدام استراتيجيات المواجهة للتخلص من مشكلة المسترشد.

4- المرحلة الأخيرة: إقامة وتعزيز منظور جديد لمشكلة الفرد مع التأكيد على استراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية وإعادة تدريب المريض عليها، فهي تمنع الانتكاسة بعد نهاية البرنامج (عبد الله، 2000م).

2.2. الدراسات السابقة:

تباينت الدراسات التي تناولت موضوع البحث (فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تعزيز الأمن النفسي) وهنا سألقي التركيز لأهم الدراسات العربية والدراسات الأجنبية وذلك لتعرف على نتائج الدراسات التي تم الوصول إليها من الباحثين في المجال الإرشادي العلاجي لتعزيز الأمن النفسي.

دراسة (فاطمة فرج أحمد، 2017) فاعلية برنامج إرشادي لتحسين الأمن النفسي لعينه من الأطفال مرتفعي الاكتئاب، وتهدف الدراسة اعداد برنامج ارشادي لتحسين الأمن النفسي لدى الأطفال مرتفعي الاكتئاب في الفئة العمرية (9-12 سنة) وتوخي فاعليته في ذلك والكشف عن بقاء تأثيره عبر الزمان في تحسين الأمن النفسي. واعتمدت هذه الدراسة على المنهج التجريبي، بهدف اختبار فاعلية البرنامج الإرشادي الذي أعد في هذه الدراسة لتحسين الامن النفسي لدى الأطفال مرتفعي الاكتئاب وتكونت عينه الدراسة من (30) طفل طبق عليهم مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي إعداد (محمد البحيري)، والبرنامج الإرشادي لتحسين الأمن النفسي لدى عينة من الأطفال مرتفعي الاكتئاب ومقياس الأمن النفسي ومقياس الاكتئاب وأسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج في تحسين الأمن النفسي لدي عينة من الأطفال مرتفعي الاكتئاب.

دراسة (ناصر الدين زبدي، 2016) فاعلية برنامج الصحة النفسية للراشدين لتحقيق الأمن النفسي للأفراد الراشدين الذين يعانون من الاختلال في صحتهم النفسية وتم ذلك عن طريق تطبيق البرنامج الإرشادي العلاجي وذلك للمساعدة في التوافق والأمن النفسي،

فمن خلال الدراسة قام الباحث بتقديم البرنامج العلاجي النفسي والذي هدف لتنمية الصحة النفسية للراشدين لتحقيق الأمن النفسي لهم عن طريق التنمية للأبعاد الثمانية للأمن النفسي، كما اعتمد الباحث في قياس فاعلية البرنامج على مقياس الصحة النفسية للراشدين، ومقياس الأمن النفسي، وتوصلت الدراسة إلى مدى الفاعلية للبرنامج الإرشادي العلاجي في تحقيق الأمن النفسي بناء على نتائج المقياس.

دراسة (ابو السعود 2015) الفاعلية للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي لتحسين مستوى الصلابة النفسية لدى عينة من المراهقين. وهدفت الدراسة لمعرفة تأثير البرنامج في قياس الصلابة النفسية، وتكونت عينة الدراسة من (20) مراهق، مقسمين لمجموعتين الأولى تجريبية والثانية ضابطة، واتبعت الدراسة المنهج التجريبي، واستخدم الباحث مقياس الصلابة النفسية، والبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي وتوصلت الدراسة لوجود الفروق الدالة إحصائياً بين المتوسطات لرتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في قياس بعدي لمقياس الصلابة النفسية بعد تطبيق برنامج إرشادي لصالح المجموعة التجريبية. **دراسة (التركي، نازك عبد الصمد، 2015)** فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي لخفض الوحدة النفسية وتحسين الأمن النفسي لدى طلاب المرحلة الثانوية وهدفت هذه الدراسة لإعداد البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي، ومدى الفاعلية في خفضه للوحدة النفسية ولتحسينه للأمن النفسي عند الطلاب للمرحلة الثانوية، وكان ذلك بالتعرف على فروق المجموعتين التجريبية والضابطة في أمنهم النفسي والوحدة النفسية بعد تطبيق البرنامج ومدى تأثيره عليهم. وكانت عينة الدراسة (20) طالبا قسمت لمجموعتين الضابطة والتجريبية التي تلقت البرنامج العلاجي وتم استخدام المنهج شبه التجريبي من قبل الباحثة، وكانت أدوات الدراسة هي: المقياس للوحدة نفسية، والمقياس للأمن النفسي، وبرنامج إرشادي معرفي سلوكي. وبينت النتائج للدراسة لوجود فروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في الوحدة النفسية بعد تطبيق البرنامج، وكذلك فروق في الدرجة للأمن النفسي بعد تطبيق البرنامج وكانت لصالح المجموعة التجريبية، من حيث انخفاض شعورهم بالوحدة النفسية وارتفع لشعورهم بالأمن النفسي للأفراد في العينة التجريبية ويشير ذلك لفاعلية البرنامج.

دراسة (أسماء محمود سعود 2015) فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح لتخفيف من اكتئاب أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية وتهدف الدراسة للتعرف على الفعالية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لمدى التخفيف من الاكتئاب للأمهات التي لديها طفل مصاب بتشوه خلقي ومسجل في جمعية فلسطين المستقبل بمحافظة غزة، وكذلك مدى استمرار الفاعلية بعد فترة المتابعة، مدة شهر بعد انتهاء تطبيق الجلسات العلاجية. وكانت العينة محور الدراسة (30) أمهات أطفال مصابين بتشوهات خلقية، والمسجلون في جمعية فلسطين المستقبل بمحافظة غزة، وقد تم التقسيم لمجموعتين، المجموعة التجريبية وتكونت من (15) أمماً، والمجموعة الضابطة وتكونت من (15) من الأمهات، حيث تم اختيارهن من بين (60) أمماً من أمهات الأطفال المسجلين في جمعية فلسطين المستقبل، وتم اختيارهن بطريقة قصدية. وللتحقق من صحة فروض الدراسة استخدمت الباحثة في دارستها مقياس بيك للاكتئاب، والبرنامج المقترح الذي أعدته الباحثة، واستمارات خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي، واستخدمت الباحثة في دارستها المنهج التجريبي، وتوصلت النتائج للدراسة لفاعلية البرنامج العلاجي في تخفيف اكتئاب الأمهات للأطفال المصابين بالتشوهات الخلقية.

دراسة (شهيرة توفيق 2012) فعالية البرنامج المعرفي السلوكي لتنمية الأمن النفسي والاجتماعي لدى مجموعة من الأطفال المصابين بعيوب الكلام من بيانات مختلفة " وهدفت الدراسة إلى اختبار فاعلية البرنامج في تحسين الأمن النفسي لدى الأطفال المصابين بعيوب الكلام وتكونت العينة من (4) أطفال تتراوح أعمارهم من 9- 12 عام طبق عليهم البرنامج واختبار الذكاء المصور ومقياس الأمن النفسي وأسفرت النتائج إلى وجود تغير إيجابي على حالات المجموعة التجريبية باستخدام البرنامج المعرفي السلوكي.

دراسة (كيلرست جروين وتولين 2010) فاعلية برنامج إرشادي للعلاج المعرفي السلوكي لتخفيف الاكتئاب والقلق لعينة من الأطفال. وهدفت هذه الدراسة للتعرف إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي لخفض الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) ولقد تكونت عينة الدراسة من الأطفال (91) طفلاً وقسمت العينة إلى ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى تجريبية على الأطفال، والثانية تجريبية على الأطفال وأبائهم والثالثة مجموعة ضابطة، وأظهرت النتائج فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي للأباء والأطفال في تخفيف الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب).

دراسة كينار بيتي وكلاك (Kenner and klark, 2009) بعنوان فاعلية علاج معرفي سلوكي للحد من أعراض الاكتئاب لعينة من الشباب. هدفت الدراسة للتعرف على فاعلية علاج معرفي سلوكي لعلاج الاكتئاب، وكانت العينة (443) من الشباب أعمارهم بين 14 و 18 عاماً واستخدم الباحثان الأدوات الدراسية التالية: برنامج علاجي من اعداد الباحثين ومقياس هاملتون للاكتئاب، وأوضحت النتائج للدراسة إلى فاعلية البرنامج العلاجي لخفض الاكتئاب .

دراسة انترز (Arntez A, 2003) بعنوان فاعلية كل من علاج معرفي سلوكي والتدريب على الاسترخاء لعلاج مرضى اضطرابات القلق، وهدفت الدراسة التعرف إلى مدى فاعلية كل من علاج معرفي سلوكي والتدريب على الاسترخاء في علاج مرضى اضطرابات القلق، وتألفت العينة من (45) مريضاً من المراجعين في العيادات النفسية تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى: مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، والثانية مجموعة الاسترخاء، وقد تضمن البرنامج العلاجي 12 جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعاً. وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود تحسن ملحوظ لأفراد المجموعتان بعد العلاج، كما أوضحت نتائج الدراسة إلى تحسن خلال فترة المتابعة، وإن فنية التدريب على الاسترخاء أظهرت تحسناً أفضل من العلاج المعرفي السلوكي خلال فترة المتابعة والتي استمرت ستة أشهر، وهذه النتائج تؤكد على أن طريقتي الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي لها تأثير واضح في خفض مستوى اضطراب القلق .

دراسة (الزهراني، 1414هـ) عنوان الدراسة فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لزيادة الإحساس بالأمن النفسي ولتخفيف شعور الوحدة وكانت العينة من الطلاب في المرحلة الثانوية، وعددهم (456) طالب، وتم استخدام المنهج التجريبي وتطبيق المقاييس (مقياس الطمأنينة النفسية ومقياس الوحدة النفسية) وأظهرت النتائج للدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي لتخفيف درجة الوحدة ولزيادة الإحساس بالأمن النفسي لطلاب المرحلة الثانوية.

التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للدراسات التي تناولت مدى فاعلية البرامج العلاجية المعرفية السلوكية في خفض من الاضطرابات النفسية وزيادة الأمن النفسي، تم التعليق على الدراسات من عدة أوجه:

- 1/ من ناحية الاهداف: تقارب الأهداف للدراسات في العمل لإيجاد الوسيلة الإرشادية الملائمة لتعامل مع الاضطرابات النفسية وتعزيز الأمن النفسي، وتقارب معظم الدراسات في إحداث التغيير من الناحية المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تساعد الافراد ليكونوا اقل اضطرابا وأكثر امانا و اقل قابلية للاضطرابات في المستقبل بوجود الأمن النفسي منها.
- 2/ من ناحية مجتمع الدراسة: اختلفت معظم الدراسات بمجتمع الدراسة، فهناك دراسات ركزت على فئة المراجعين للعيادات، منهم الطلاب ومنهم نزلاء المعاهد ومنهم الأطفال.
- 3/ من ناحية العينة: استخدمت أكثر الدراسات السابقة عينات صغيرة الحجم وهناك بعض الدراسات التي تتميز بكبر حجم العينة.
- 4/ من ناحية المنهج: جميع الدراسات استخدمت المنهج التجريبي الذي تتضمن المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة الا ان هناك دراسات استخدمت المنهج شبه التجريبي). ذو التصميم الواحد.
- 5/ من ناحية الأساليب الإحصائية: اختلفت الأساليب الإحصائية في هذه الدراسات طبقا لتنوع الهدف منها، ومن أكثر الأساليب شيوعا في هذه الدراسات حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الارتباط وتحليل التباين واختبار "ت" لعينة واحدة او عينتان، وبعضها استخدم التحليل العاملي .
- 6/ من ناحية طريقه التدخل: جميع الدراسات استخدمت تقنيات وأساليب العلاج المعرفي السلوكي وبالأخص منهج أرون بيك الذي ركز على إعادة للبناء المعرفي والأطوار التخطيطية لإكساب المريض الوعي والكشف للتفكير و لتبديل الأفكار السلبية، فالنماذج في العلاج المعرفي السلوكي لا تتعامل مع الأعراض فقط بل تتعامل مع الأفكار الأكثر عمومية لدى المريض في حياته، وبذلك تهيب المريض ليتجنب الوقوع في الاضطرابات الانفعالية وأيضا عدم استقرار الاحساس بالأمان بسبب أفكاره، وبذلك يكون الفرد قادر على ان يتعامل مع أي صعوبات تواجهه في مستقبله نتيجة للعوامل الداخلية او الخارجية، وكانت الدراسات السابقة استخدمت العلاج الجمعي وهناك من استخدم العلاج الفردي، وفي النهاية اتفقت الدراسات السابقة والحديثة من حيث التدخل العلاجي.
- 7/ من ناحية أدوات الدراسة: استخدمت جميع الدراسات الأدوات من إعداد الباحثين أنفسهم وخاصة برامج إرشادية، اما أدوات القياس فمعظم الدراسات -على حد علم الباحثة -اعتمدت على المقاييس المعدة من قبل الباحثين او المقاييس المقننة على البيئة.
- 8/ من ناحية النتائج: أظهرت نتائج جميع الدراسات مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في مساعدة الافراد في خفض او تخفيف او التخلص من الاضطرابات النفسية التي يعانون منها .

3. الاجراءات المنهجية:

1.3. منهج الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج شبه التجريبي لصعوبة استخدام الاختيار والتعيين العشوائي التجريبي للتحقق من فروض الدراسة.

التصميم التجريبي: يتضمن المقارنة بين مجموعتين تجريبية وضابطة مع القياس القبلي والبعدي.

2.3. مجتمع الدراسة:

تكون المجتمع الدراسي من 48 مريضة نفسية (اكتئاب وسواس رهاب) اللاتي كن يترددن على العيادات النفسية.

3.3. عينه الدراسة:

تكونت العينة الدراسية من 24 مريضة نفسية ممن حصلن على الدرجات المرتفعة في مقياس الأمن النفسي وبعدها تم تقسيمهم بالطريقة العشوائية لمجموعتين 12 مريضة لكل مجموعة التجريبية والضابطة.

أساس اختيار العينة:

1/ أن يتم تشخيصها من قبل الطبيب النفسي على أنها حالة مرض نفسي.

2/ ألا تكون المريضة قد أصيبت بنوبة هوس أو هوس خفيف في أي فترة من فترات حياتها.

3/ ألا تكون المريضة لديها أي أعراض ذهانية أثناء المرض النفسي.

4/ ألا يقل عمرها عن 20 سنة ولا يزيد عن 50 سنة.

5/ أن تجيد القراءة والكتابة.

معايير الاستبعاد:

1/ أن تكون المريضة قد أصيبت بنوبة هوس خلال مراحل حياتها.

2/ أن تكون المريضة لديها أعراض ذهانية.

3/ أن يقل عمرها عن 20 سنة أو يزيد عن 50 سنة.

4/ أن تكون لا تجيد القراءة والكتابة.

4.3. أدوات الدراسة:

1/ المقابلة التشخيصية الموجهة:

وهي العلاقة المهنية والتي تكون بين الباحثة والمراجعة في مكان معين، وموعد محدد، ولمدة زمنية محددة، وذلك لتحقيق الأهداف من الدراسة.

2/ البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي من إعداد الباحثة:

وهو عدد من الجلسات الإرشادية المترابطة والقائمة على نظرية العلاج المعرفي السلوكي، متضمناً مجموعة من الأنشطة تطبق ضمن حدود زمنية ومكانية وبشرية، بهدف تعزيز الأمن النفسي.

3/ مقياس الأمن النفسي الدائم:

تم استخدام مقياس الأمن النفسي الذي أعده ماسلو وأعاد صياغته وتقنيته وتطبيقه على البيئة السعودية الدكتور فهد الدليم والدكتور فاروق عبد السلام والدكتور يحيى محمد والأستاذ عبد العزيز الفتة، حيث قاموا بالتقنين على (4156) فرد من ذكور وإناث في (27) من المدن السعودية، وهو مقياس مفيد من الناحية العلمية التطبيقية لاضطرابات نفسية وعقلية، وعدد فقراته (75) فقرة.

وهو يستخدم لقياس الدرجة في سلامة الفرد النفسية، ويتم استخدامه كالأداة الموضوعية المقننة للتشخيص للأمن النفسي للمرضى وللمترددين على العيادة النفسية، وأيضاً يتم استخدامه للبحوث في المجال النفسي والطبي النفسي والنفسي الجسمي. وتم استخدام مقياس الأمن النفسي - والذي يتكون من (75) من العبارات في الصورة النهائية بعد تقنيته ليخدم الأغراض التالية: تشخيص إكلينيكي للحالات المرضية، بحوث علمية، دراسات وبحوث تتعلق بأمن نفسي سواء في صورته مرضية أو سوية، اختيار مهني للمهن التي تتطلب حداً أدنى من الاضطراب النفسي أثناء أدائها.

تصحيح المقياس:

يكون التصحيح للمقياس في الاتجاه لدرجة الأمن النفسي بمعنى أن الدرجة العالية في هذا المقياس تدل على عدم أمن نفسي وعدم طمأنينة نفسية لدى المفحوص والعكس صحيح، وتعطى الدرجات التالية لاستجابات المفحوص على كل عبارة من عبارات المقياس:

دائم = 5، غالباً = 4، أحياناً = 3، نادرة = 2، أبداً = 2 وذلك باستثناء العبارات التالية:

(1-2-9-12-13-15-17-19-20-25-26-27-28-30-31-34-37-40-42-43-45-48-49-52-56-57-58-59-

62-65-67-71-72) فالتصحيح يكون بالصورة المعاكسة: دائماً = 1، غالباً = 2، أحياناً = 3، نادر = 4، أبداً = 5.

الخصائص السيكومترية لمقياس الأمن النفسي في الدراسة السابقة:

أجرى معد المقياس إجراءات الصدق والثبات على المقياس، وقد أظهرت النتائج ارتفاع مستوى الصدق والثبات للمقياس.

ثبات وصدق مقياس الأمن النفسي في الدراسة الحالية:

أولاً: حساب الثبات:

تم حساب ثبات مقياس الأمن النفسي بعدة طرق منها (تجزئة نصفية، المعامل ألفا لكرونباخ) وفيما يلي عرض للنتائج:

1- التجزئة النصفية:

تم استخدام معادلة سيبرمان براون للتجزئة النصفية بين البنود الزوجية والفردية لتصحيح طول التجزئة النصفية وكانت النتائج كالتالي:

جدول (1) معاملات ثبات التجزئة النصفية لمقياس الأمن النفسي

المقياس	معامل الارتباط بين الجزئين	معامل الثبات
مقياس الأمن النفسي	0.942	0.77

اتضح من الجدول السابق أن معامل الارتباط بين الجزئين من البنود في مقياس الأمن النفسي بلغ (0,942) وأن معامل الثبات بهذه الطريقة بعد تصحيح الطول قد بلغ (0,970) وهو معامل ثبات مرتفع ومقبول إحصائياً، وهو ما يعكس ثبات مقياس الأمن النفسي.

2- طريقه معامل ثبات ألفا لكرونباخ لمقياس الأمن النفسي:

تم حساب المعامل ألفا لكرونباخ إذا تم حذف العنصر، وأيضاً معامل الارتباط بين درجة العبارة مع الدرجة الكلية للمقياس والتي تنتمي آلية العبارة والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (2) معامل ألفا كرونباخ لفقرات مقياس الأمن النفسي إذا حذف فقراته

معامل ألفا كرونباخ إذا حذف العنصر	رقم الفقرة	معامل ألفا كرونباخ إذا حذف العنصر	رقم الفقرة	معامل ألفا كرونباخ إذا حذف العنصر	رقم الفقرة
0.988	51	0.988	26	0.988	1
0.988	52	0.988	27	0.988	2
0.988	53	0.988	28	0.988	3
0.989	54	0.988	29	0.988	4
0.988	55	0.988	30	0.988	5
0.988	56	0.988	31	0.988	6
0.988	57	0.988	32	0.988	7
0.988	58	0.988	33	0.988	8
0.988	59	0.988	34	0.988	9
0.988	60	0.988	35	0.988	10
0.988	61	0.988	36	0.988	11
0.988	62	0.988	37	0.988	12
0.988	63	0.988	38	0.988	13
0.988	64	0.988	39	0.988	14
0.988	65	0.988	40	0.988	15
0.988	66	0.988	41	0.988	16
0.988	67	0.988	42	0.988	17
0.988	68	0.988	43	0.988	18
0.988	69	0.988	44	0.988	19
0.988	70	0.988	45	0.988	20
0.988	71	0.988	46	0.988	21
0.988	72	0.988	47	0.988	22
0.988	73	0.988	48	0.988	23
0.988	74	0.988	49	0.988	24
0.988	75	0.988	50	0.988	25
0.988			الثبات العام لمقياس الأمن النفسي		

يتضح من الجدول (2) أن جميع عبارات مقياس الأمن النفسي ساهمت في زيادة الثبات لهذا المقياس حيث إن قيم الثبات لمفردات المقياس لم ترتفع عن (0.988) في حالة إذا تم حذفها، وقد بلغ الثبات العام لمقياس الأمن النفسي (0.988)، بما يدل على ثبات الاتساق الداخلي لمقياس الأمن النفسي، وصلاحيته للتطبيق الميداني.

ثانياً: صدق الاتساق الداخلي لمقياس الأمن النفسي

تم تقدير صدق مقياس الأمن النفسي في الدراسة الحالية باستخدام صدق الاتساق الداخلي أو صدق البناء الداخلي للمقياس وذلك بحساب قيم معاملات الارتباط بين فقرات الاختبار ودرجة كلية للمقياس وجاءت نتائج كالتالي:

جدول رقم (3) معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس الأمن النفسي بالدرجة الكلية للمقياس

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
1	**0.927	26	**0.891	51	**0.856
2	**0.920	27	**0.717	52	**0.866
3	**0.907	28	**0.744	53	**0.609
4	**0.836	29	**0.799	54	*0.641
5	**0.805	30	**0.830	55	**0.747
6	**0.749	31	**0.871	56	**0.862
7	**0.850	32	**0.646	57	**0.908
8	0.331	33	**0.541	58	**0.871
9	0.198	34	**0.623	59	**0.867
10	0.134	35	**0.859	60	**0.690
11	**0.927	36	**0.744	61	**0.773
12	**0.720	37	**0.711	62	**0.903
13	**0.825	38	**0.761	63	**0.807
14	**0.830	39	0.151	64	**0.849
15	*0.501	40	**0.824	65	**0.791
رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
16	**0.646	41	**0.754	66	**0.607
17	**0.884	42	**0.752	67	**0.678
18	*0.459	43	**0.703	68	**0.680
19	**0.838	44	**0.590	69	**0.805
20	**0.612	45	**0.906	70	**0.842

**0.860	71	**0.754	46	**0.535	21
**0.806	72	**0.882	47	**0.547	22
*0.503	73	**0.860	48	**0.950	23
**0.838	74	**0.824	49	**0.768	24
**0.817	75	**0.666	50	**0.905	25

** دالة عند مستوى (0,01) * دالة عند مستوى (0,05).

اتضح من الجدول السابق أيضاً أن جميع معاملات الارتباط بين المفردات المكونة لمقياس الأمن النفسي وبين المجموع الكلي جميعها دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، (0.01) فأقل ما عدا العبارات رقم (8-9-10-35)، ولكن لم يتم حذفها وذلك لأهميتها في المقياس من خلال دراسات الصدق التي أجريت من قبل بالصورة الأصلية للمقياس والدراسات الأخرى التي استخدمت المقياس نفسه، بالإضافة إلى أن معامل الثبات في وجودها مرتفع.

اختبار التكافؤ:

لتأكد من الصدق للاختبار والثبات تم إجراء اختبار تكافؤ للمجموعتين التجريبية والضابطة للتأكد من تكافؤهما وإمكانية المقارنة بينهما وقد تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (4) يبين اختبار التكافؤ للمجموعتين الضابطة والتجريبية

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي (م)	الانحراف المعياري (ع)	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار الإحصائي
الضابطة	12	288.67	14.59	0.24	22	0.81	غير داله إحصائياً
التجريبية	12	290.00	12.83				

يتضح من خلال النتائج الموضحة بالجدول أعلاه رقم (4) أن قيمة (ت) غير دالة حيث بلغت (0.24)، كما بلغت قيمة مستوى الدلالة (0.81) وهي أعلى من (0.05) مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الأمن النفسي لدى المراجعات للعيادة النفسية في كلا من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وهذا يدل على تكافؤ المجموعتين، أي أنه يمكن التطبيق والمقارنة بين المجموعة الضابطة والتجريبية.

ولصغر حجم العينة كان على الباحثة التأكد من نتائج اختبار ت بالاختبار اللابارامترية المماثلة له وهو اختبار مان - ويتني (U) للفروق بين متوسطي الرتب بديلاً عن تحليل اختبار "ت" وجاءت النتائج كالتالي:

جدول رقم (5) اختبار "اختبار مان - ويتني (U) للفروق بين متوسطي الرتب بديلاً عن تحليل اختبار "ت" لتوضيح الفروق بين الأمن النفسي لدى المراجعات للعيادة النفسية في كلا من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي

المقياس	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	قيمة مان وتني	مستوى الدلالة	القرار الإحصائي
الأمن النفسي	الضابطة	12.00	12.50	صفر	1.0	غير داله إحصائياً
	التجريبية	12.00	12.50			

يتضح من خلال النتائج الموضحة بالجدول أعلاه رقم (5) أن قيمة مستوى الدلالة (1.0) وهي أعلى من (0.05) مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات الأمن النفسي لدى المراجعات للعيادة النفسية في كلا من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وهذا يدل على تكافؤ المجموعتين، أي أنه يمكن التطبيق والمقارنة بين المجموعة الضابطة والتجريبية.

5.3. المعالجات الإحصائية:

لتحقيق أهداف البحث وتحليل البيانات التي تم جمعها تم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية المناسبة باستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، والتي يرمز لها اختصاراً بالرمز (SPSS).

تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لقياس صدق الاتساق الداخلي لأدوات البحث.

معامل ألفا كرونباخ (Alpha Cranach): لقياس مدى ثبات أداة الدراسة، وصلاحياتها للتطبيق الميداني.

- تمثلت الأساليب الإحصائية المستخدمة في الأساليب التالية:

1- التكرارات والنسب المئوية للتعرف على الخصائص الشخصية والوظيفية لأفراد العينة.

2- اختبار "ت" Independent Samples Test للمجموعات المستقلة.

3- اختبار "ت" Paired Samples Test للمجموعات المرتبطة.

4- مان - ويتني (U) Mann-Whitney للمجموعات المستقلة.

5- ويلكوكسون (W) Wilcoxon للمجموعات المرتبطة.

4. نتائج الدراسة ومناقشتها

1.4. البيانات المتعلقة بوصف أفراد عينة الدراسة:

1-المستوى التعليمي:

جدول (6) توزيع أفراد الدراسة وفق متغير المستوى التعليمي

المجموع	التجريبية	الضابطة	التكرار والنسبة	المستوى التعليمي
14	6	8	التكرار	أقل من ثانوي
%58.3	%25.0	%33.3	النسبة	
1	0	1	التكرار	دبلوم
%4.2	%0.0	%4.2	النسبة	
9	6	3	التكرار	بكالوريوس
%37.5	%25.0	%12.5	النسبة	
24	12	12	التكرار	المجموع
%100.0	%50.0	%50.0	النسبة	

يتضح من الجدول أعلاه أن أغلب العينة المستهدفة مستواهم التعليمي (أقل من ثانوي) بعدد (14) ونسبة (58.3%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة منهم عدد (8) ونسبة (33.3%) من المجموعة الضابطة وعدد (6) ونسبة (25%) من المجموعة التجريبية، بينما جاء أفراد عينة الدراسة اللذين مستواهم التعليمي (بكالوريوس) بعدد (9) ونسبة (37.5%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة منهم عدد (6) ونسبة (25%) من المجموعة التجريبية وعدد (3) ونسبة (12.5%) من المجموعة الضابطة، وأخيراً وجد أن أفراد عينة الدراسة اللذين مستواهم التعليمي (دبلوم) بعدد (1) فقط ونسبة (4.2%) وهو من المجموعة الضابطة.

2-الوضع الاجتماعي:

جدول (7) التوزيع لأفراد الدراسة وفق متغير الوضع الاجتماعي

الوضع الاجتماعي	التكرار والنسبة	الضابطة	التجريبية	المجموع
عزباء	التكرار	5	3	8
	النسبة	20.8%	12.5%	33.3%
متزوجة	التكرار	5	6	11
	النسبة	20.8%	25.0%	45.8%
مطلق/ة	التكرار	2	3	5
	النسبة	8.3%	12.5%	20.8%
المجموع	التكرار	12	12	24
	النسبة	50.0%	50.0%	100.0%

يتضح من الجدول أعلاه أن أغلب العينة المستهدفة من (المتزوجات) بعدد (11) ونسبة (45.8%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة منهم عدد (6) ونسبة (25%) من المجموعة التجريبية وعدد (5) ونسبة (20.8%) من المجموعة الضابطة، بينما جاء أفراد عينة الدراسة من (العزبات) بعدد (8) ونسبة (33.3%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة منهم عدد (5) ونسبة (20.8%) من المجموعة الضابطة وعدد (3) ونسبة (12.5%) من المجموعة الضابطة، وأخيراً وجد أن أفراد عينة الدراسة من (المطلقات) بعدد (5) فقط ونسبة (20.8%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة منهم عدد (3) ونسبة (12.5%) من المجموعة التجريبية وعدد (2) ونسبة (8.3%) من المجموعة الضابطة.

2.4. النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة وهي:

التحقق من صحة الفرضية الأولى والتي تنص على:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأمن النفسي لدى المراجعات النفسيات بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي.

نظراً لعدم توفر شروط استخدام الاختبار اللابارامترية فقد استخدمت الباحثة الاختبارات اللابارامترية (اللامعلمية) وهو اختبار مان - ويتني (U) للفروق بين متوسطي الرتب بديلاً عن تحليل اختبار "ت" وجاءت النتائج كالتالي:

جدول رقم (8) اختبار " اختبار مان - ويتني (U) للفروق بين متوسطي الرتب لتوضيح الفروق بين الأمن النفسي لدى المراجعات النفسية في كلا من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي

المقياس	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان وتني	قيمة Z	مستوى الدلالة	القرار الإحصائي
الأمن النفسي	الضابطة	12	18.50	222.00	صفر	4.16	0.01	دالة عند
	التجريبية	12	6.50	78.00				0.01

اتضح من خلال الجدول السابق أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي في درجات الأمن النفسي لدى المراجعات للعيادة النفسية لصالح التطبيق البعدي في المجموعة التجريبية التي تم تعرضهم لبرنامج إرشادي معرفي سلوكي لتعزيز الأمن النفسي حيث بلغ متوسط الرتب (78) في التطبيق البعدي للمجموعة التجريبية، في حين بلغ متوسطات الرتب للتطبيق البعدي للمجموعة الضابطة (222)، وبلغت قيمة (z) المحسوبة (4.16) وأن مستوى الدلالة (0.01) وهي أقل من (0.05)، الأمر الذي يشير إلى أن هذه الفروق في درجات الأمن النفسي لدى المراجعات النفسية لدى المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي ترجع إلى استخدام برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتعزيز الأمن النفسي.

وبذلك تتفق مع نتيجة اختبار "ت" لنتيجة الباحثة إلى النتائج التي توصل إليها.

وعليه يتم قبول الفرض الذي نصه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأمن النفسي لدى المراجعات النفسية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي".

وتفسر الباحثة ذلك بان البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي لتعزيز الأمن النفسي، قد ساهم بآثار ايجابية لدى أفراد المجموعة التجريبية - دون أفراد المجموعة الضابطة - حيث أدى إلى مساعدتهن في وضوح العلاقة بين أفكارهن، ومشاعرهن وسلوكياتهن وتأثيرها على حالتهم المزاجية بشكل عام، كما اكتسبن القدرة على تنفيذ فنية الاسترخاء من أجل خفض التوتر والقلق. كما تمكن من فهم أضرار التفكير اللاعقلاني.

تتفق نتيجة هذه الفرضية مع نتيجة دراسة (ابو السعود 2015) التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الصلابة النفسية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح المجموعة التجريبية. ومع نتيجة دراسة (التركي، نازك عبد الصمد، 2015) التي توصلت إلى وجود فروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة الأمن النفسي بعد تطبيق البرنامج وكانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية. **التحقق من صحة الفرضية الثانية والتي تنص على:**

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأمن النفسي لدى المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي

نظرا لعدم توفر شروط استخدام الاختبار اللابارامترى فقد استخدمت الباحثة الاختبارات البارامترية وهو اختبار ويلكسون للرتب Wilcoxon Signed Ranks Test وقد أسفرت نتائجه عن:

جدول رقم (9) نتائج اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) وإيجاد قيمة (Z) ودلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات الأمن النفسي لدى المراجعات للعيادة النفسية في المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي

المقياس	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
الأمن النفسي	(الرتب السالبة)	a0	0.00	0.00	3.06	0.01
	(الرتب الموجبة)	b12	6.50	78.00		

يتضح من خلال النتائج الموضحة بالجدول أعلاه وباستخدام معادلة ويلكوكسون لحساب قيمة (z) كانت (3.06)، واتضح وجود دلالة إحصائية لقيمة Z عند مستوى (0.01) مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لرتب درجات الأمن النفسي ويتبين أن الفروق لصالح التطبيق البعدي للمجموعة التجريبية (التي تم تعرضهم لبرنامج إرشادي معرفي سلوكي لتعزيز الأمن النفسي).

وبذلك تتفق مع نتيجة اختبار "ت" لذا يطمئن الباحثة إلى النتائج التي توصل إليها.

وعليه يتم قبول الفرض الذي نصه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأمن النفسي لدى المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي " .

وتفسر الباحثة ذلك بأن أفراد المجموعة التجريبية بعد تعرضهن لجلسات البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي لتعزيز الأمن النفسي، ظهرت عليهن تغيرات ملحوظة في نتائج الاختبار البعدي، فقد أصبح لديهن مستويات معقولة من الحوار مع الذات (السلبي، الإيجابي) وفهم تأثير ذلك على المشاعر والسلوك بطريقه مباشرة أو غير مباشرة. وأيضا فهم معنى الوحدة النفسية وتأثيرها على حياتهن النفسية والاجتماعية والأسرية، وكذلك قيمة الأمن النفسي عليها. وأيضا تعلمن خطوات التفكير الجيد، الإيجابي، المرن، والتدرب على خطوات حل المشكلات بأنفسهن بشكل مرتب.

تتفق نتيجة الفرضية السابقة مع نتيجة دراسة (فاطمة فرج أحمد 2017) التي توصلت إلى فاعلية البرنامج في تحسين الأمن النفسي لدي عينة من الأطفال مرتفعي الاكتناب. ومع نتيجة دراسة (شهيرة توفيق 2012) التي توصلت إلى وجود تغير إيجابي على حالات المجموعة التجريبية باستخدام البرنامج المعرفي السلوكي. ومع نتيجة دراسة (الزهراني، 1414هـ) التي توصلت إلى وجود فاعلية للبرنامج في تخفيض درجة الوحدة النفسية للمجموعة التجريبية وزيادة الأمن النفسي لديهم.

التحقق من صحة الفرضية الثالثة والتي تنص على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأمن النفسي لدى المجموعة الضابطة بين (القياس القبلي والقياس البعدي).

وقد تم اختيار مدى صحة هذا الفرض باستخدام اختبار "ت" للمجموعة الواحدة ذات القياس القبلي والبعدي، من خلال برنامج (SPSS) وقد أسفرت نتائج تطبيق الاختبار عن النتائج التالية:

نظرا لعدم توفر شروط استخدام الاختبار البارامترية فقد استخدمت الباحثة الاختبارات اللابارامترية (اللام علميه) وهو اختبار وليكسون للرتب Wilcoxon Signed Ranks Test وقد اسفرت نتائجه عن:

جدول رقم (10) نتائج اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) وإيجاد قيمة (Z) ودلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات الأمن النفسي لدى المراجعات النفسيات في المجموعة الضابطة في التطبيق القبلي

المقياس	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
الأمن النفسي	(الرتب السالبة)	a1	1.00	1.00	2.70	0.01
	(الرتب الموجبة)	b9	6.00	54.00		

يتضح من خلال النتائج الموضحة بالجدول أعلاه وباستخدام معادلة ويلكوكسون لحساب قيمة (z) كانت (2.70)، واتضح وجود دلالة إحصائية لقيمة Z عند مستوى (0.01) مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة الضابطة في التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لرتب درجات الأمن النفسي ويتبين أن الفروق لصالح التطبيق البعدي للمجموعة الضابطة (التي خضعت لجلسات من برنامج علاجي سلوكي). وبذلك تتفق مع نتيجة اختبار "ت" لذا يطمئن الباحثة إلى النتائج التي توصل إليها.

وعليه يتم قبول الفرض الذي نصه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأمن النفسي لدى المجموعة الضابطة بين (القياس القبلي والقياس البعدي)".

وتفسر الباحثة ذلك بان أفراد المجموعة الضابطة قد تلقين جلستين من جلسات برنامج علاجي من دون تعزيز الأمن النفسي، والذي كان لها بعض الآثار الإيجابية على سلوكياتهن والتي اتضحت من خلال نتائجهن في الاختبار البعدي، حيث أظهر بعض التحسن في مستوى الأمن النفسي لديهن، وان كان التحسن لا يرتقي للمستوى الذي وصلت إليه أفراد المجموعة التجريبية. تتفق نتيجة هذه الفرضية مع نتيجة دراسة (ناصر الدين زبدي، 2016) التي توصلت إلى فاعلية البرنامج الإرشادي العلاجي في تحقيق الأمن النفسي بناء على نتائج المقياس.

5. خلاصة الدراسة ونتائجها وتوصياتها

1.5. خلاصة الدراسة:

هذه الدراسة احتوت على خمس من الفصول وإلى مراجع.

وتناول الفصل الأول كمدخل لدراسة المشكلة للدراسة والأهمية والأهداف، والتساؤلات التي أوجب عليها، وأهم المصطلحات التي تم استخدامها في البحث، والمفاهيم لدراسة وتحديد لأهداف الدراسة، ولتحقيق الأهداف سعت هذه الدراسة للإجابة على الفرضيات الآتية:

توجد الفروق ذات الدلالة الإحصائية في الدرجة للأمن النفسي لدى المراجعات النفسيات. بين المجموعتين تجريبية وضابطة في القياس البعدي.

توجد الفروق ذات الدلالة الإحصائية في درجة الأمن النفسي للمجموعة التجريبية بين قياسها القبلي والبعدي لصالح قياسها البعدي.

لا توجد الفروق ذات الدلالة الإحصائية في درجة الأمن النفسي للمجموعة الضابطة بين (قياس قبلي وقياس بعدي).
والفصل الثاني ناقش الإطار النظري للدراسة كذلك أشتمل الدراسات السابقة للدراسة.

والفصل الثالث تناول المنهجية للدراسة وإجراءاتها، وفي الدراسة تم استخدام منهج شبه تجريبي، وتم توضيح المجتمع والعينة للدراسة، واستخدام لأداة الدراسة (مقياس الأمن النفسي) إعداد الدكتور فهد عبد الله الدليم، وهو مقياس الطمأنينة النفسية، وتحديد الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل بيانات للدراسة.

أما الفصل الرابع فقد تناول عرض وتحليل نتائج الدراسة متناولاً الإجابة على أسئلتها ومناقشة نتائجها.

والفصل الخامس في الدراسة تم عرض التلخيص للدراسة، وعرض النتائج، والاقتراحات وأبرز التوصيات.

2.5. نتائج الدراسة:

(أ) ملخص النتائج المتعلقة بخصائص أفراد الدراسة:

- توصلت نتائج الدراسة إلى أن أغلب العينة المستهدفة مستواهم التعليمي (أقل من ثانوي) بنسبة (58.3%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة منهم (33.3%) من المجموعة الضابطة و(25%) من المجموعة التجريبية، كما وجد أن أفراد عينة الدراسة اللذين مستواهم التعليمي (دبلوم) بنسبة (4.2%) وهو من المجموعة الضابطة.
- كما أن أغلب العينة المستهدفة من المتزوجات بنسبة (45.8%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة منهم (25%) من المجموعة التجريبية و(20.8%) من المجموعة الضابطة، كما وجد أن أفراد عينة الدراسة من المطلقات بنسبة (20.8%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة منهم (12.5%) من المجموعة التجريبية و(8.3%) من المجموعة الضابطة.

(ب) ملخص النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة:

- الفرضية الأولى** والتي تنص على: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأمن النفسي لدى المراجعات النفسيات بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي.
- توصلت النتائج إلى قبول الفرض البديل الذي نصه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأمن النفسي لدى المراجعات النفسيات بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي "
- الفرضية الثانية** والتي تنص على: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأمن النفسي لدى المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.
- توصلت النتائج إلى قبول الفرض البديل الذي نصه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأمن النفسي لدى المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي ".
- الفرضية الثالثة** والتي تنص على: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأمن النفسي لدى المجموعة الضابطة بين (القياس القبلي والقياس البعدي).

- توصلت النتائج إلى قبول الفرض البديل الذي نصه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأمن النفسي لدى المجموعة الضابطة بين (القياس القبلي والقياس البعدي)".

3.5. توصيات الدراسة:

من خلال نتائج الدراسة توصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات التي تساعد المراجعات النفسية في زيادة درجات الأمن النفسي لديهم تتمثل في:

ضرورة مساعدتهم في فهم العلاقة بين أفكارهم، ومشاعرهم وسلوكياتهم وتأثيرها على حالتهم المزاجية بشكل عام. تدريبهم على مهارة وفنية الاسترخاء وتأثيرها على خفض التوتر والقلق، من خلال تمرينات الاسترخاء. زيادة الوعي والاستبصار الذاتي بطريقة التفكير لديهم. زيادة الأنشطة السلوكية الإيجابية التي تحسن من حالتهم النفسية وتزيد وتعزز الأمن النفسي لديهم. محاولة تخليصهم من مشاعر الوحدة النفسية وتأثيرها على الحياة النفسية والاجتماعية والأسرية، وتدعيم مفاهيم الأمن النفسي كبديل إيجابي لها. أهمية تدريبهم على خطوات حل المشكلات، ومناقشتهم في فكرة طلب الكمال والتفوق في كل مجالات الحياة.

4.5. المقترحات:

وضعت الباحثة مجموعة من المقترحات التي قد تساهم في حل مشكلة تدني الأمن النفسي لدى المراجعات النفسية ومنها: إعداد برامج إرشادية قائمة على النظريات المعرفية السلوكية في تعزيز الأمن النفسي على المراجعين النفسيين. إجراء دراسات ارتباطية بين الشعور بالأمن النفسي والاضطرابات النفسية. إجراء المزيد من الدراسات عن مدى تأثير الاضطرابات النفسية على مستوى الشعور بالأمن النفسي.

6. قائمة المصادر والمراجع:

1.6. المراجع العربية:

- إبراهيم، عبد الستار، (1998). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه. الكويت: عالم المعرفة. أسعد، يوسف ميخائيل) د. ت. (: الثقة بالنفس، دار نهضة مصر للطباعة والنشر: القاهرة . الاغا، احسان؛ الأستاذ محمود، (2004). مقدمة في تصميم البحث التربوي، غزة: فلسطين. أنجلر، باربرا، (1991). مدخل إلى نظريات الشخصية. ترجمة فهد عبد الله الدليم. الطائف: دار الحارثي. باظة، أمال، (1999). بحوث وقراءات في الصحة النفسية. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية . بالحسيني، وردة، (2010). أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينه من طلبة الجامعات، دكتوراه غير منشورة، ورقلة، الجزائر . بدوي، احمد، (1980م). معجم مصطلحات التربية والتعليم. القاهرة: دار الفكر العربي. بومجدان، نادية، (2015). بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية المتزوجة، رسالة دكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر .

- تيموثلي.ج. ترول، (2007). علم النفس الإكلينيكي. ترجمة فوزي طعيمة، جنان عز الدين. عمان: دار الشروق.
- جبر، محمد، (1996). بعض المتغيرات الديموغرافية المرتبطة بالأمن النفسي، مجلة علم النفس، السنة العاشرة، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب .
- جبر، محمد، (1996). بعض المتغيرات الديموغرافية المرتبطة بالأمن النفسي. مجلة علم النفس. السنة العاشرة. 390 (1996) 80 – 93.
- الجلبي، قتيبة؛ يحيى، فهد، (1996). العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي. الرياض: الشركة الإعلامية للطباعة والنشر.
- جهاد الخضري، (2003). الأمن النفسي لدى العاملين بمراكز الإسعاف بمحافظة غزة ببعض سمات الشخصية ومتغيرات أخرى. رسالة ماجستير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية غزة.
- حجازي، مصطفى، (2000). الصحة النفسية: منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة. الدار البيضاء: المركز الثقافي العربي.
- حسن، أحلام، (1985). سمات الشخصية لطلبة الجامعة، دراسة عاملية. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية الرياضية للبنات، جامعة حلوان.
- حمزة جمال، (2001). سلوك الوالدين الإيذائي للطفل وأثره على الأمن النفسي له، مجلة علم النفس. العدد (58)، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة 123-143.
- الخضري، جهاد، (2003م). الأمن النفسي لدى العاملين بمراكز الإسعاف بمحافظة غزة وعلاقته ببعض سمات الشخصية. رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الإسلامية، فلسطين.
- خياط، ماجد محمد؛ السليحات، ملوح مفضي، (2012). فاعليه برنامج تدريبي سلوكي معرفي في خفض الضغوط النفسية لدى طلبة كلية الأميرة رحمة الجامعية، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، مجلد20، عدد2، ص 4-5 .
- الدليم، فهد؛ عبد السلام، فاروق؛ مهني، يحيى، والفتة، عبد العزيز، (1993). مقياس الطمأنينة النفسية. الطائف: مطابع الشهري.
- دواني، كمال؛ وديراني، عيد، (1983). اختبار ماسلو للشعور بالأمن، مجلة دراسات العلوم الإنسانية، المجلد10، العدد 2، عمان: الجامعة الأردنية.
- الزعيبي، أحمد محمد، (1994). الإرشاد النفسي: نظرياته، اتجاهاته، مجالاته. ط1، بيروت: دار الحرف العربي.
- زغبوش، إسماعيل علوي ابن عيسى، (2009). العلاج النفسي المعرفي. عمان: علم الكتاب الحديث.
- زهران، حامد عبد السلام، (1977). علم النمو "الطفولة والمراهقة". القاهرة: عالم الكتب.
- زهران، حامد، (1989). الأمن النفسي دعامة للأمن القومي العربي، مجلة دراسات تربوية، مجلد 4، عدد 19، القاهرة: عالم الكتب .
- زهران، حامد، (2003). علم النفس الاجتماعي. ط6، القاهرة: عالم الكتب للنشر والطباعة.
- زهران، حامد، (2003). دراسات في الصحة النفسية والإرشاد. ط1، القاهرة: عالم الكتب للنشر والطباعة.

- السرسى، أسماء؛ عبد المقصود، أماني، (2001). مقياس الحاجات النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- سكران، ماهر، (2006). استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال، مجلة كلية التربية، مجلد 1، عدد 35، ص 66 .
- السهلي، ماجد، (2007). الأمن النفسي وعلاقته بالأداء الوظيفي. رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض .
- سويف، مصطفى، (1968). التطرف كأسلوب للاستجابة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- السيد، نيفين صابر عبد الحكيم، (2009). ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللاتوافقي للأطفال المعرضين للانحراف، مجلة كلية الآداب، جامعة حلوان، عدد 26، ص 17 .
- الشناوي، محمد محروس، (1996). نظريات الارشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- صباح، عيسى، (2010). فاعليه برنامجين إرشاديين معرفي وسلوكي لتنمية الأمن النفسي والإيجابية لدى طلبة الجامعات بمحافظات غزة. رسالة دكتوراه جامعة الدول العربية، معهد البحوث والدراسات العربية، القاهرة .
- صبيحي، سيد، (1997). الإنسان وصحة النفسية. القاهرة: دار الكتب للطباعة والنشر.
- الصميلي، حسن بن إدريس عبده، (2009). فاعليه برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض السلوك الفوضوي لدى عينه من طلاب المرحلة الثانوية بمنطقة جازان التعليمية، رسالة دكتوراه، جامعة أم القرى، مكة المكرمة .
- عادل، عبد الله محمد، (2000). العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات. مصر: دار الرشاد .
- العازمي لافي، (2013). الأمن النفسي. مفهوم أبعاده ومعوقاته. الكويت: دار المسيلة للنشر والتوزيع.
- أبو عباة، صالح بن عبد الاله؛ نيازي، عبد المجيد بن طاش، (2000). الإرشاد النفسي والاجتماعي. الرياض: مكتبة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.
- عبد الخالق، احمد، (2006). الصدمة النفسية. الكويت: دار اقرأ للطباعة والنشر.
- عبد الرحمن، محمد، (1998). نظريات الشخصية. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.
- عبد الله، عادل، (2000). العلاج المعرفي السلوكي الحديث اساليبه وميادينه التطبيقية. القاهرة: الدار العربية لنشر والتوزيع.
- عبيد، محمد، (1998). مقدمة في الإرشاد النفسي. القاهرة: مكتبة الانجلو.
- عثمان، ابو عبيدة. (2014م). الامن النفسي لدى السودانيين المقيمين في بلاد المهجر دراسة تطبيقية للآباء والامهات بمدينة الرياض. مجلة افاق الهجرة.
- عطاري، عارف؛ عيسان، صالحه، (2003). في البحث عن بدائل للتعلم: المدرسة المتعلمة نموذجاً، محاضر ندوة أنماط التعلم الحديثة، اتحاد الجامعات العربية وجامعة السلطان قابوس، مايو 2003.
- العقيلي، عادل، (2004). الاغتراب وعلاقته بالأمن النفسي، رسالة ماجستير، قسم العلوم الاجتماعية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

عكاشة، احمد، (1989). الطب النفسي المعاصر، ط8. القاهرة: الأنجلو المصرية
العيسوي، عبد الرحمن، (1997). علم النفس الاجتماعي- دراسات في الشخصية العربية. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
الغامدي احمد، (2011)، العلاج النفسي السلوكي المعرفي
فرغلي، علاء الدين بدوي، (2008). مهارات العلاج المعرفي السلوكي. ط2، القاهرة: مكتبة النهضة.
المحارب، ناصر إبراهيم، (2000). المرشد في العلاج الاستعراضي السلوكي. الرياض: دار الزهراء.
محمد، عودة؛ مرسي، كمال، (1986). الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام. ط2، الكويت: دار القلم.
محمود، عيد مصطفى، (2009). العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب، برنامج علاجي فصلي. ط1، القاهرة: ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
مخيمر، عماد محمد، (2003). استبيان الأمن النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
مرسي، سيد عبد الحميد، (1985). الشخصية السوية. ط 1، القاهرة: مكتبة وهبة.
موسى، رشاد علي عبد العزيز؛ الدسوقي، مديحة منصور، (2013). علم النفس العلاجي. ط1، القاهرة: عالم الكتاب.
أبو هين، فضل، (2008). أثر استخدام تقنيات الإرشاد السلوكي الجمعي في علاج مشكلة الأرق الناتج عن الصدمة النفسية لدى عيئة من طلبة جامعة الأقصى بغزة، مجلة جامعة الأزهر، سلسلة العلوم الإنسانية، المجلد 10، العدد B1-، 21، كلية التربية .

2.6. المراجع الأجنبية:

- Adler, A. (1929) Problems of Neurosis. London. Kegan. Beck, A. et Al (1979): cognitive therapy of depression, New York, the Guilford press.
- Beck, A. T (1976): cognitive therapy and the emotional disorders, international universities press, New York.
- Christine. E et Al (1999): e. Reilly; Leslie sokol; Andrew, g. butler, a cognitive approach to understanding. And theating anxiety.
- Dattilio, Frank and Freeman, Arthue (2000): cognitive- behavioral, strategies in crisis intervention, the Guilford press, New York.
- Dobson k. S (ED) (1988): handbook of cognitive behavioral therapies, New York, Guilford press. Erikson, E.H: Childhood and Society. New York. Norto1963
- Freeman, Arthur, Lurie, Mazel (1994): depression A cognitive therapy approach, New Brida, communications, New York.
- Glass et Shea (1986): cognitive therapy and pharmacological Treatment for. Shyness and. Social anxiety, in. w.h. yens imcheak; s.r. briggs and treatment, New York.

-
- Schwebel, A., Barocas, A. & Reichman.W. (1990). Adjustment and growth. NY: WM, C. Brow publishers, Pp.180-188.
 - Horney, K. Our inner conflicts. New York. Norton. 1945 Maslow, A. "The dynamics of psychological security-insecurity. Character and personality. 10. (1942). 331-344.
 - Meichenbaum, Donald (1974): cognitive- behavioral modification, Morristown, N, J: general learning press.
 - Richard Cloutier (1982): psychology de adolescence; edition Eska, Paris.

Doi: doi.org/10.52133/ijrsp.v4.37.12