

فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض مستوى الشعور
بالذنب لدي عينة من المكفوفين المكتئبين

د. قطب عبده خليل حنور
مدرس الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة كفرالشيخ

مجلة كلية التربية . جامعة دمنهور المجلد الرابع العدد (٢) لسنة ٢٠١٢

فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض مستوى الشعور بالذنب لدى عينة من المكفوفين المكتتبين /د/ قطب عبده خليل حنور

فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض مستوى الشعور بالذنب
لدى عينة من المكفوفين المكتتبين

د. قطب عبده خليل حنور

ملخص:

الهدف من الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض مستوى الشعور بالذنب لدى عينة من المكفوفين المكتتبين، وكذلك الكشف عن مدى استمرار فعالية هذا البرنامج علي المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة التي وصلت شهرين.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الإجرائية من (٢٠) كفيفاً من المكفوفين المكتتبين تراوحت أعمارهم ما بين ١٨-٢٣ سنة من الذين يعانون من مشاعر الذنب عالية وغير سوية. مقسمين إلى مجموعتين هما: مجموعة تجريبية (١٠) طلاب من المكفوفين المكتتبين. مجموعة ضابطة (١٠) طلاب من المكفوفين المكتتبين.

أدوات الدراسة:

اختبار مشاعر الذنب. إعداد: آمال عبد السميع باظه (١٩٩٦)، مقياس بيك الاكتئاب إعداد: غريب عبد الفتاح غريب (٢٠٠٠)، البرنامج (العلاج المعرفي السلوكي) إعداد: الباحث.

نتائج الدراسة:

جاءت نتائج هذه الدراسة تؤكد علي فعالية العلاج القائم علي فنيات وتطبيقات العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى مشاعر الذنب العصابية أو غير السوية، وكذلك إمكانية استخدام العلاج المعرفي السلوكي وفنياته مع بعض الفئات الخاصة خاصة المكفوفين والاستفادة منه في تحسين مستوى الصحة النفسية لديهم من خلال التخلص من معاناتهم من بعض المشكلات والاضطرابات النفسية لديهم خاصة مشاعر الذنب العالية غير السوية أو العصابية.

The Effectiveness of a Cognitive-Behavioral program on reducing the level of guilt Feeling in a sample of the Depressed Blind

Dr. Kotb Abdu Khalil Hanuor
Lecturer of Mental Hygiene

Faculty of Education- Kafr elsheikh University

Abstract:

The objective of the study: The present study aims to reduce the level of guilt in a sample of blind depressed through the effectiveness of the program is based on the techniques and applications of cognitive behavioral therapy, and detection of the extent of the continued effectiveness of this program on the experimental group after follow-up period of up to two months.

Study Sample: The study sample consists of procedural (20) of the blind the blind depressed aged 18-23 years who suffer from feelings of guilt and high anomalous. Divided into two groups: the experimental group (n=10) depressed blind students. Control group (n=10) depressed blind students.

Study Tools: test the feelings of guilt. Setup / Amal Abdel Samie Baza (1996), Beck Depression Scale Setup / strange strange Abdel-Fattah (2000), program (CBT) preparation / researcher.

Results: The results of this study confirm the effectiveness of treatment based on the techniques and applications of cognitive-behavioral therapy in reducing the level of feelings of guilt neurotic or abnormal, as well as the possibility of using cognitive behavioral therapy and Vinyath with some special groups especially the blind and take advantage of it to improve the level of the mental health of their by getting rid of their suffering from some problems and mental disorders have special feelings of guilt or abnormal high neuroticism.

مقدمة:

تعد مشاعر الذنب حالة نفسية تتضمن مشاعر الحزن والألم النفسي الداخلي، مصحوبة بلوم الذات أو تأنيبها، ناتج عن قيام الفرد بأفعال وتصرفات، يرى أنها كانت خاطئة وغير أخلاقية وسيئة أو غير مقبولة اجتماعياً. فالشعور بالذنب أما يتعلمه الإنسان في مرحلة الطفولة من خلال عملية التنشئة الاجتماعية من القائمين بعملية التربية، أو يتكون الشعور بالذنب نتيجة لعلاقة الفرد بالآخرين وإدراكه للمواقف المسببة للشعور بالذنب وينمو عند الفرد بتفاعله أكثر مع المواقف الاجتماعية.

وتظل مشاعر الذنب في نطاق السوية ما دامت معتدلة الشدة بالقدر الذي يدفع الفرد إلى الالتزام بالمبادئ والمعايير وتتناسب مع مقدار الخطأ أو الذنب ويسعى الفرد فيها إلى إصلاح هذا الخطأ، وقد تكون مشاعر الذنب منخفضة وتدل على أن الفرد عنده شيء من اللامبالاة. في حين قد يحدث تضخيم الخطأ أو توهمه مما يؤدي إلى مشاعر ذنب عالية.

ويمكن تمثيل مستويات مشاعر الذنب بمتصل يمثل بثلاثة مستويات لمشاعر الذنب وما تؤدي إليه ارتفاعاً أو انخفاضاً.

١. مشاعر ذنب منخفضة: وتدل على اللامبالاة وعدم الشعور بالمسئولية تجاه الآخرين والذات والانفصال عن الواقع.

٢. مشاعر ذنب طبيعية: وتتضمن الرغبة في الإصلاح وتؤدي إلى التكيف مع الذات والآخرين.

٣. مشاعر ذنب مرتفعة: وتصل إلى درجة توهم الخطأ وتضخمه مثل مرضي الاكتئاب وتؤدي إلى الانسحاب وانخفاض تقدير الذات.

لا يهتم التحليل النفسي بواقعة اقتراف الذنب ولكن بالشعور بالذنب، أي بالحاجة الانفعالية التي تتلو خرق أمر أخلاقي وهو يهتم بوجه أخص بالشعور بالذنب (آمال عبد السميع باظه، ٢٠٠٥: ٢٠١).

يرى فرويد (١٨٥٦-١٩٣٩) أن الطفل بين السنتين الثالثة والخامسة من العمر، يبدأ باستدخال الأحكام والمعايير الأخلاقية وقواعد السلوك التي يتلقاها من والديه. وتتسأ بدايات الشعور بالذنب لديه عندما يقوم بتصرف يخالف القيم الأخلاقية وقواعد السلوك التي علمها له والداه. وقد يتطور بعدها من حالة الخوف من عقوبة خارجية في عقدة اوديب، إلى حالة الإحساس الذاتي بالذنب، فيكون مؤلماً ومتضمناً توجيه اللوم إلى الذات وانتقادها وتأنيبها، حين يقوم بانتهاك معايير السلوك الأخلاقي أو يتهم بانتهاكها (قاسم حسين صالح، ٢٠٠٤: ١٠). إن الشعور بالذنب نتاجاً نفسياً لنسق في الشخصية يتضمن في ذاته مكونين فرعيين هما: المثل الأعلى، الأنا والقوة الناقدة، ويرى فرويد أن الشعور بالذنب هو حكم من جانب الأنا يصدر عن الوظيفة النقدية للأنا (محمد نجاتي، ١٩٩٢: ٨٥).

ويطرح (اريك فروم) وجهة نظر اجتماعية نفسية، فيرى أن الناس يحترمون القانون لا بدافع الخوف فحسب، وإنما أيضاً لأنهم يشعرون بالذنب عندما يخرجون عليه ولا يمكنهم التخفيف منه إلا بعفو تمنحه السلطة، يكون مشروطاً بندم المذنب وعودته إلى الخضوع بعد إيقاع العقوبة به وتقبله لها (قاسم حسين صالح، ٢٠٠٤: ١٠).

ويرى علماء النفس الفرويديون أن الذنب يعزي للصراع القائم بين الأنا والصالح العقابي في الأنا الأعلى، وبلغة أخرى فإن الشعور بالذنب من المنظور الفرويدي يعتبر العاطفة الملازمة لعمل الأنا الأعلى الذي ينظم سلوك الإنسان وأن المبالغة في هذا الشعور هي الطريق المؤدي لتطور الأعراض النفسية المرضية (جهاد علاء الدين، ٢٠٠٣: ١٦٦).

ويرى بياجيه أن الضمير مجموعة من المعايير الذاتية في داخل النفس البشرية، تبدأ بالنضج لدى الطفل عندما يستطيع أن يميز وقيم الأخلاق على أساس المواقف التي يتعرض لها. وهذا مشروط بالتطور الإدراكي لتقويم الأخلاق واستجابة الفرد للقوانين بوصفها قرارات منطقية تخدم العدالة والمساواة في الشؤون الإنسانية. وهذا ما

يقود الفرد إلى الشعور بالذنب لدى مخالفته للمعايير الأخلاقية (قاسم حسين صالح، ٢٠٠٤: ١٠).

لقد استخدم أساليب عديدة لعلاج مشاعر الذنب منها العلاج بالمعني والعلاج المعرفي والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وكذلك العلاج السلوكي بالتعرض وكذلك العلاج المعرفي السلوكي. وبعد العلاج المعرفي السلوكي أكثر استخداماً لأنه يساعد الأشخاص علي التخلص من الصور والمعتقدات اللاعقلانية التي تسبب لهم الشعور بالذنب أو تخفيفها أو استبدالها بأفكار أخرى أكثر عقلانية (Dumont R,1996:82).

وتؤكد نتائج دراسة محمد سعيان (١٩٩٥) علي وجود علاقة ارتباطيه بين الأفكار اللاعقلانية والشعور بالذنب. وفاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في إمكانية تعديل الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية وهو ما يترتب عليه التخفيف النسبي من الشعور بالذنب.

لذا فمن المفيد التعرف أكثر علي فنيات وتطبيقات العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوي مشاعر الذنب لوجود علاقة بين الشعور بالذنب والأفكار اللاعقلانية وغير المنطقية، والتفكير السلبي.

يعد الشعور بالذنب مكوناً أساسياً في مدي واسع من الاضطرابات النفسية والعقلية مثل البارانويا والوسواس القهري والنرجسية والخجل والأمراض السيكوسوماتية (آمال عبد السميع باظه، ١٩٩٤)، (Jan, et, (Thomas, et al,2010)، (al,2007)، (Sandra, et al, 2003)، (Strelan,2007)، ويعتبر الاكتئاب أكثر الاضطرابات النفسية معاناة من الشعور بالذنب (Kayhan G, et al,2002)، (Lynn, et al,2002)، (منتهى مطشر عبد الصاحب علي: ٢٠٠٣)، (Webb, et, (Gojowy, et al,2011)، (al,2007). فالشعور بالذنب يعد من الأعراض المميزة للاكتئاب ويعتبر العامل الحاسم في تشخيصه.

وتري آمال عبد السميع باظه(٢٠٠١: ٢٠٠٠) أن تضخيم الأخطاء من أهم أعراض الاكتئاب، فهو العامل الأساسي في تشخيص الاكتئاب وهذا العامل المميز لمرض الاكتئاب عن باقي الاضطرابات الأخرى.

وقد يرجع ذلك لأن الشعور بالذنب عبارة عن مشاعر الآسي والندم وكره الذات والحاجة للعقاب ويعد مكون عقاب الذات هو المسئول عن هذا الشعور، والذي يدفع من يشعر به إلي أنه يستحق العقاب مما يؤدي إلي الشعور غير المحتمل باليأس والنفور وتحقير الذات والدونية مما يؤدي إلي المعاناة من الاكتئاب.

تعد حاسة البصر من الحواس المهمة لدي الإنسان في التواصل والتكيف مع البيئة المحيطة، فإن فقدان هذه الحاسة سواء بالفقدان الجزئي أو الفقدان الكلي يشعر الفرد بالعجز عن التكيف مع البيئة والآخرين، ويكون أكثر اعتماداً علي الغير الأمر الذي يجعله حساس أكثر من الآخرين، مما قد يعرضه للوقوع في المعاناة من الاضطرابات النفسية المختلفة خاصة الاكتئاب. إن معدل الاكتئاب لدى الأشخاص الذين يعانون فقدان البصر أعلى بكثير من عامة السكان، وأن حوالي ثلث البالغين المعاقين بصريا يظهر لديهم أعراض الاكتئاب (Rees,2012).

وتشير الدراسات التي أجريت علي ضعاف البصر إلي أن الاكتئاب لدي ضعاف البصر أكثر من المبصرين خاصة كبار السن مثل دراسة إفينس وآخرين (Evans J.D, et al(2007) التي أوضحت نتائجها إلي انتشار الاكتئاب بنسبة ١٣,٥% لدي ضعاف بصر مقارنةً ٤,٦% لدي المبصرين. كما أظهرت دراسة هايمان وآخرين (Hayman, et al,(2007) أن الاكتئاب ينتشر بحوالي ٢٩,٤% لدي ضعاف بصر. كما بينت دراسة ريس وآخرين (Rees et al (2007) أن حوالي ١٤,٧% من ضعاف البصر لديهم أعراض اكتئاب. كما بينت دراسة براتش وآخرين (Braich, et al,(2011) التي أجريت في الهند أن نسبة الاكتئاب لدي

المكفوفين تصل إلي ٤٨%، بينما نسبة انتشار الاكتئاب لدي ضعاف البصر تصل إلي ١٦%. وقد أشار برودي (Brody(2001 إلي أن نسبة انتشار الاكتئاب بين المعاقين بصرياً قد تصل إلي ٣٢,٥% من ضعاف البصر.

مشكلة الدراسة:

بات الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة أمراً ضرورياً ومساعدتهم في تخفيف معاناتهم من المشكلات والاضطرابات النفسية والتي قد تكون مصاحبة للإعاقة، فالمعاقين البصرية خاصة المكفوفين يعانون من بعض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإعاقة وأكثرها أهمية وانتشاراً الاكتئاب.

وتعد مشاعر الذنب من المتغيرات النفسية ذات الأهمية الخاصة بالحالات المرضية والاضطرابات النفسية خاصة الاكتئاب إلا أنها لم تلق الاهتمام الكافي في الدراسات النفسية حتى الآن. برغم أن مشاعر الذنب تسبب كثير من المتاعب للفرد الذي يعاني منها فتؤدي إلي ضياع للوقت والجهد وتتداخل جوهرية في أنشطة الحياة اليومية السوية؛ فهي تعمل علي تدهور في قدرة الفرد علي الإنجاز والعمل كما تؤثر في توافقه النفسي. وعدم التمتع بمباهج الحياة والشعور بعدم الأهمية والتقليل من قيمة الذات والشعور بالدونية وتحفيز الذات مما يؤدي إلي الاكتئاب.

لذا فإنه من الضروري البحث عن علاج لتخفيف أو خفض هذه المشاعر العصابية أو غير السوية، التي تؤدي بدورها إلي تخفيف حدة اضطراب الاكتئاب لديهم. و يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل الرئيسي التالي:

- ١- ما مدي فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض الشعور بالذنب العصابي لدي عينة من المكفوفين المكتئبين؟
- ٢- هل يؤثر خفض مستوي الشعور بالذنب العصابي في تخفيف حدة اضطراب الاكتئاب لدي المكفوفين المكتئبين؟

٣- ما مدى استمرارية فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى الشعور بالذنب العصابي لدى المكفوفين المكتتبين للمجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة؟

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية إجراء الدراسة الحالية في عدة مبررات نظرية وعملية نجملها في

النقاط التالية:

١- أنها تتناول بالدراسة والتدقيق متغير لم يلق الاهتمام الكافي وهو متغير الشعور بالذنب الذي يعد من أكثر المتغيرات تأثيراً في حياة الفرد عند ممارسته لمختلف أنواع الأنشطة ومعاناته منه في كثير من الاضطرابات النفسية خاصة اضطراب الاكتئاب، والذي ينشأ نتيجة لمحاسبة الإنسان لنفسه لتوهمه ارتكاب خطأ أو ذنب أو اثم أو معصية مما يؤدي إلى محاسبة وعقاب الذات والشعور بالدونية وتحقير الذات والمزاج الاكتئابي. ويعد هذا قيمة نظرية تمثلت في ندرة الدراسات المختلفة التي تناولت هذا المتغير (في حدود علم الباحث).

٢- أن هذه الدراسة تتناول تطبيقات وفنيات العلاج المعرفي السلوكي وقياس أثرها في خفض مستوى الشعور بالذنب مما يشهم في خفض الاكتئاب لدى هذه العينة. ويعد هذا قيمة تطبيقية تمثلت في ندرة الدراسات المختلفة التي تناولت هذا المصطلح (في حدود علم الباحث).

٣- أنها تتناول فئة من أهم الفئات ذوي الاحتياجات الخاصة ألا وهي فئة المكفوفين المكتتبين، وذلك من خلال خفض مستوى الشعور بالذنب لديهم مما قد يؤدي إلى تخفيف اضطراب الاكتئاب و تحسين مستوى الصحة النفسية لديهم مما يجعلهم أكثر توافقاً مع أنفسهم والمجتمع وأكثر تقبلاً للإعاقة وبالتالي يساعد على استغلال قدراتهم لأقصى درجة ممكنة وأكثر دمجاً في المجتمع.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى خفض مستوى الشعور بالذنب لدى عينة من المكفوفين المكتئبين وذلك من خلال فعالية برنامج قائم علي فنيات وتطبيقات العلاج المعرفي السلوكي، والكشف عن مدي استمرار فاعلية هذا البرنامج علي المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة التي قد تصل إلي شهرين.

مصطلحات الدراسة:**١- مشاعر الذنب *Guilt Feelings*:**

هو شعور بالتأنيب يتناسب مع مخالفة الفرد الفعلية لمسئوليته للقواعد الأخلاقية والشعور بالذنب الباثولوجي، هو استجابة مبالغ فيها للمخالفات الحقيقية أو المتخيلة. وهذا النوع من مشاعر الإثم في التحليل النفسي يعرف الصراع بالأنات وسلطاتها الخفية وهي الانا الأعلى ويتضمن الشعور بالإثم في معظم الحالات فقدان تقدير الذات، والحاجة للتعديل والإصلاح(جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفاي، ١٩٩٠: ١٤٦٢). وشعور باستحقاقه اللوم والعقاب إزاء اتهامات مضادة باتجاه الذات حيال ما ارتكبه الفرد من أخطاء(Barnhart, 1990: 946).

وهو حالة انفعالية تنشأ عن ندم الإنسان علي ارتكابه فعلا ما ولومه لنفسه، وتمنيه أنه لم يفعل ذلك وهذا الشعور يلعب في دوره تقويم شخصية الإنسان ودفعه إلي تجنب الأفعال المشينة وارتكاب الذنوب التي تسبب لوم الذات والندم (محمد نجاتي، ١٩٩٢: ١٠٦). كما أنه شعور بالألم والندم يرتبط بإدراك الفرد بأنه قد صدر عنه تجاوز يخالف ما ارتضاه لنفسه من قواعد (Jones & Kugler, 1992: 246).

• التعريف إجرائياً:

ويعرف الشعور بالذنب بأنه ألم نفسي داخلي أي حوار بين الفرد ونفسه وقد يكون شعوراً وهمياً مبالغاً فيه وغير مرتبط بخطأ واقعي، وأحياناً أخري يقل الشعور بالذنب إلي درجة عدم اللامبالاة وعدم تحمل المسؤولية، ويرتبط الشعور بالذنب إما بأخطاء تتعلق بالفرد ذاته أو المحيطين به (آمال عبد السميع باظه، ١٩٩٦: ١٣٨) والدراسة الحالية تتبنى هذا التعريف والمقياس المعد لقياسه.

٢- الاكتئاب Depression

هو حالة انفعالية من الحزن المستمر التي تتراوح بين حالات الخوف المعتدلة نسبياً واللجوء إلي أقصى مشاعر اليأس والقنوط، وغالباً ما تكون هذه المشاعر مصحوبة بفقدان المبادأة وفتور الهمة والأرق وفقدان الشهية وصعوبة في التركيز واتخاذ القرارات (جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفاقي ، ١٩٩٠: ٩١٦). واكتئاب يصيب النفس وكساد في القوي الحيوية والحركية، وهبوط في النشاط الوظيفي وقد يكون له أعراض أخري كتوهم المرض وأوهام اتهام الذات والهلوسة والاستثارة وللاكتئاب ثلاثة مستويات من الشدة، هي الاكتئاب الخفيف والحداد، والذهول الاكتئابية ومن أخطر سمات الاكتئاب الميل للانتحار وهو ميل موجود طوال فترة الإصابة بالمرض، وفي دور النفاهة (عبد المنعم الحفني، ١٩٩٤: ٢٠٦).

وهو حالة تشير إلي الكآبة والقنوط وانخفاض الحيوية والنشاط واليأس وقد يحدث الاكتئاب بصورة و حقيقة و دون حدوث تأثيرات طويلة المدى، إلا أن الاكتئاب الشديد الحاد يعد مشكلة صحية ونفسية خطيرة (رشاد علي عبد العزيز موسي، ٢٠٠١: ٦٧).

ويعرف الدليل الإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية والنفسية (DSM III) الاكتئاب بأنه اضطراب يتضمن الأعراض المعروفة الآتية نقص في الدافعية والحزن - تقدير الذات المنخفض - الشكوى الجسدية وصعوبة التركيز وذلك علي

عكس نوبة الهوس وتتضمن الزيادة في النشاط والسلوكيات الشاذة غير المتوقعة (آمال عبد السميع باظه ، ٢٠٠٥ : ١٤٢).

• التعريف الإجرائي:

وهو الدرجة التي يحصل عليها الفرد علي مقياس الاكتئاب والذي يتكون من الأبعاد التالية (الحزن - التشاؤم - الشعور بالفشل - عدم الرضا - الشعور بالذنب - عدم حب الذات - إيذاء الذات - الانسحاب الاجتماعي - التردد - تغير صورة الذات - صعوبة النوم - التعب - فقدان الشهية) (غريب عبد الفتاح غريب، ٢٠٠٠).

٣- العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy:

يعرف العلاج المعرفي السلوكي أنه تدخل معرفي في إطار العلاج السلوكي ولعل أفضل ما يمكن الوصول إليه من تصنيف لهذا التدخل المتمايز هو أنه استراتيجيات تدخل علاجي سلوكي مشتقة من نموذج معرفي في علم النفس المرضي، وأنه علي الرغم من تركيز الأهداف المبدئية لهذه الاستراتيجيات علي المعتقدات والعمليات المعرفية والمدرجات العقلية التي يفترض أنها أساس الاضطرابات النفس، فإن عديد من الفنيات السلوكية النوعية يتم استخدامها أيضا في إطار هذا التدخل (Kaplan, et al,1988:2151).

كما يعرف أيضاً علي انه أحد المناهج العلاجية التي تهدف لتعديل السلوك الظاهري لدي العميل من خلال التأثير في عمليات التفكير عن طريق: التدريب علي مهارات مواجهه، التحكم في القلق، التدريب علي حل المشكلات، وقف الأفكار السلبية، التعلم الذاتي وأسلوب بيك المعرفي في علاج الاكتئاب والقلق،.... إلخ (لويس كامل مليكة ، ١٩٩٠ : ١٧٤).

وأن العلاج المعرفي السلوكي مدخل يتم من خلاله تحديد وتقييم وتتابع السلوك ويركز هذا المدخل علي تطور وتكيف السلوك أيضا نتيجة لسلوك غير تكيفي من خلال هذا المدخل يتم تعديل العديد من المشكلات الكليينكية مثل

القلق، الاكتئاب، والعدوان، وغيرها من الاضطرابات، ويستخدم هذا التكنيك في تعديل سلوك كل الأشخاص ويشمل ذلك الأطفال والمراهقين والكبار وفي المنزل والمدرسة والعمل، وقد وجد تداخل بين كل من الأساس المعرفي والعلاج السلوكي المعرفي والنظرية المعرفية ، حيث أن كلا منهما يتضمن نفس المحتوي حيث أنهما يعتمدان علي العمليات المعرفية وتخيل السلوك المشكل ووضع خطة للعمل علي علاجه حيث أن العلاج السلوكي المعرفي يعمل علي تغيير السلوك بعدة طرق واضحة هي(التدخل المعرفي- لعب الدور- التعزيز الإيجابي) (Nekazdin, 1994:4).

ويعد العلاج المعرفي السلوكي من أشكال العلاج النفسي الحديث نسبيا ويركز علي كيفية إدراك الفرد للمميزات المختلفة وتفسيرها، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة. ويستند هذا النمط العلاجي علي نموذج التشغيل المعرفي للمعلومات (العمليات العقلية الذي تري أنه خلال فترة التوتر النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر جمودا وأكثر تشوها، ويصبح أحكامه مطلقة ويسيطر عليها التعميم الزائد، كما تصبح المعتقدات الأساسية للفرد حول نفسه والعالم من حوله في رده بدرجة كبيرة) (عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠١ : ٢١).

يعرفه بيك (١٩٧٦) علي أنه مجموعة من المبادئ والأسس التي تؤثر في السلوك وهذه المبادئ هي: العمليات المعرفية(تفكير ، تخيل، التذكر، الإدراك،....) ذات علاقة بالسلوك المختل وظيفيا. تعديل هذه العمليات يكون وسيطا مهما لإنتاج تغيير في السلوك ؛ فالسلوك المختل الناتج عن نماذج تفكير متفرقة، ثم الإبقاء عليها وهي أي مصادر معرفية سلبية وغير واقعية أي توقعات سلبية(آمال عبد السميع باظه ، ٢٠٠٢ : ٢٦٩).

• التعريف الإجرائي:

تعريف العلاج المعرفي السلوكي علي أنه أحد التيارات العلاجية الحديثة والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات الانفعالية، ويهدف هذا

الأسلوب إلي إقناع الفرد أن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الفعل الدالة علي سوء التكيف، وذلك بهدف تعديل الجوانب المعرفية المشوهة، ويعمل علي أن يحل محلها طرقا أكثر ملائمة للتفكير ، وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية، سلوكية، وانفعالية لدي الفرد (صبحي عبد الفتاح الكفوري، ٢٠٠١: ٢٣).

٤ - المكفوفون: Blind

يعرف المكفوفين بأنهم الذين فقدوا حاسة البصر أو كان بصرهم من الضعف بدرجة يحتاجون معها أي أساليب تعليمية لا تعتمد علي استخدام البصر ولا يستطيعون التعامل البصري مع مستلزمات الحياة اليومية بالقدر الذي يتيح لهم الأخذ والعطاء في يسر وكفاءة (إبراهيم عباس الزهيري، ١٩٩٨: ١٩٠). فهي تعنى بتحديد فئات المعاقين بصريا وفق الأغراض التعليمية والتربوية المناسبة لدرجة الإعاقة. والأطفال المكفوفون هم الذين يتعلمون باستخدام "طريقة" بريل" والوسائل الأخرى دون استخدام البصر (Salvia & Ysseldyke, 2004: 254).

والكفيف هو من تطبق عليه الشروط التالية:

١. فقد البصر التام.
 ٢. حدة إبصار أقل من ٦٠/٦ في العينين معا أو في العين الأقوى بعد التصحيح بالنظارات الطبية (رشاد على موسى، ٢٠٠١: ٢٤٢).
- المكفوفون هم الفئة التي تكون حدة إبصارها المركزية تقل عن ٢٠/٢٠٠ قدم أو ٦٠/٦ متر في أقوى العينين بعد التصحيح أي بعد استخدام العدسات أو النظارات ، ومجال الرؤية ٢٠ درجة أو أقل (Tatman , 2005:321). والكفيف من الناحية المهنية يعرف بأنه ذلك الفرد غير القادر علي ممارسة عمله بسبب ضعف أو عجز في بصره الأمر الذي يؤدي إلى عجزه الاقتصادي بحيث لا يستطيع كسب عيشه (سعيد حسني العزة، ٢٠٠١: ١٨٠).

١. التعريف الإجرائي للمكفوفين المكتئبين:

هي الشخص الذي فقد الإبصار قبل الميلاد أو بعد فترة قليلة من الميلاد وحدة الإبصار لديه في أقوى العينين بعد استخدام معينات بصرية ٢٠/٢٠٠ قدم أو ٦/٦٠ متر وممن يحصلون علي درجة عالية علي مقياس الاكتئاب.

الدراسات السابقة:-

وتشمل ثلاثة محاور هي:

- المحور الأول: دراسات وبحوث تناولت الشعور بالذنب وعلاقته بالاكتئاب.
- المحور الثاني: دراسة وبحوث تناولت أساليب العلاج المختلفة للشعور بالذنب.
- المحور الثالث: دراسات تناولت الاكتئاب لدي المكفوفين والمعاقين بصرياً.

أولاً: دراسات وبحوث تناولت الشعور بالذنب من حيث علاقته بالاكتئاب:

هدفت دراسة زان - واكسلر وآخرين (Zahn - waxler, et al,1990) إلى الكشف عن الأشكال التكيفية وغير التكيفية للشعور بالذنب لدي الأطفال، من خلال مقارنة مجموعتين من الأطفال (أطفال أمهات عاديات) ، (أطفال أمهات مصابات بالاكتئاب)، مع محاولة الكشف عن العلاقة بين الشعور بالذنب وبعض الانفعالات الأخرى كالتقمص العاطفي والعدوانية، تكونت عينة الدراسة من (٨٧) طفلاً تراوحت أعمارهم بين الخامسة والتاسعة ، كشفت النتائج أن الأم المصابة بالاكتئاب تغرق طفلها - في سياق تفاعلها معاً - في جو من القلق وخيبة الأمل والإحباط ومشاعر الذنب، حيث كشفت النتائج عن أن النبات كن أكثر ميلاً من البنين إلي الشعور بالذنب وبالتقمص الوجداني والمشاركة الاجتماعية، وهذه المشاعر تجعلهن أكثر عرضة من البنين لأن يكون شعوراً بالذنب ، وأكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب.

في حين جاءت دراسة بيوبي وآخرين (Bybee JZ, et al(1996) حول الأحداث التي تثير الشعور بالذنب، الاكتئاب واضطراب الأكل. استهدفت الدراسة الكشف

عن العلاقة بين الشعور بالذنب والاكتئاب واضطراب الأكل و درجة الاستجابة للأحداث التي تثير الشعور بالذنب. اشتملت العينة علي (٨٥) طالبة من طالبات الجامعة في أمريكا يصفون الأحداث التي تؤدي إلى الشعور بالذنب خلال المرحلة الدراسية. وأشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية بين الشعور بالذنب واضطراب الأكل واضطراب الاكتئاب لدي طالبات الجامعة.

وكشفت دراسة ألبيرت (Albert S.D(1999) عن الفروق بين الشخصية الخجولة والشخصية المتسمة بمشاعر الذنب في المتغيرات مثل القلق والاكتئاب والمخاطرة. اشتملت العينة علي (٢٣١) طالباً من طلاب الجامعة في أمريكا. أسفرت النتائج إلي أن الشخصية المتسمة بالخجل تحقق نتائج أعلى في مقياس القلق والاكتئاب عن الشخصية المتسمة بمشاعر الذنب. وأن الشخصية المتسمة بالخجل تحقق نتائج أعلى في الارتباط الخطي للمتغيرات الثلاثة.

وجاءت دراسة كايهان وآخرين (Kayhan G, et al(2002) التي هدفت إلي فحص طبيعة الشعور بالذنب وتحديده في الاكتئاب الأساسي بالمقارنة بمرضي القلب المرض المزمن ومجموعة ضابطة . تكونت العينة من ثلاث مجموعات مجموعة الاكتئاب الأساسي ن = ٥٣٤ ، ومجموعة المرض القلب المزمن ن(٥٢٢) ، ومجموعة ضابطة ن(٥٢٠) مريضاً. وأسفرت النتائج عن وجود فروق بين المجموعات الثلاث في الشعور بالذنب لصالح مجموعة الاكتئاب الأساسي خاصة في الذنب الوهمي والشعور بالذنب الناتج عن المعايير الأخلاقية.

وقارنت دراسة لين وآخرين (Lynn E. O, et al(2002) بين المكتئبين وغير المكتئبين في الشعور بالذنب والخوف من التقييم السلبي والاستسلام والتعاطف. تكونت العينة من مجموعتين مجموعة من المكتئبين ن(٥٢) منهم (١٨ رجل - ٣٤ امرأة) ، ومجموعة غير المكتئبين ن = ٥٠ منهم (٢٠ رجل - ٣٠ امرأة) ، متوسط أعمارهم ٢٠,٢ سنة وانحراف معياري ٥,٦ سنة.أسفرت النتائج إلي وجود

فروق بين المجموعتين المكتئبين وغير المكتئبين لصالح المكتئبين في الشعور بالذنب والخوف من التقييم السلبي والاستسلام عن غير المكتئبين .

وكشفت دراسة منتهى مطشر عبد الصاحب علي (٢٠٠٣) عن العلاقة بين الشعور بالذنب والاكتئاب لدى طلاب الجامعة ، ومعرفة مستوى انتشار مشاعر الذنب والاكتئاب لديهم . تكونت عينة الدراسة من (٤٣٠) طالباً وطالبة من طلاب جامعة ببغداد، منهم (٢٢١ من الذكور - ٢٠٩ من الإناث). وكشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين أعراض الاكتئاب والشعور بالذنب لدى طلاب الجامعة . ووجود فروق دالة إحصائية في العلاقة بين الشعور بالذنب والاكتئاب وفقاً لمتغير الجنس ولصالح الإناث مع ارتفاع مستوى الشعور بالذنب والاكتئاب لدى طلاب الجامعة.

وكشفت دراسة وايب وآخرين (Webb M, et al(2007) عن العلاقة بين الشعور بالذنب والخجل والأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة المساء معاملتهم في الطفولة. تكونت العينة من (٢٨٠) مشارك منهم ٢١٢ طالباً جامعياً منهم ٦٥% طالبات ، يتراوح أعمارهم من ١٨ - ٤٤ سنة ، متوسط أعمارهم (٢٠,٩) سنة وانحراف معياري (٤,٦) سنة. وأسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين أعراض الاكتئاب والخجل والشعور بالذنب لدى طلاب الجامعة . وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين سوء المعاملة في الطفولة وأعراض الاكتئاب والخجل بالشعور بالذنب لدى طلاب الجامعة.

ثانياً: دراسات وبحوث تناولت أساليب العلاج المختلفة للشعور بالذنب:

يعد علاج مشاعر الذنب غير السوية لم تلق اهتمام كبير من قبل الباحثين فجاء بعض الدراسات في أواخر القرن الماضي تحاول علاج مشاعر الذنب باستخدام مداخل مختلفة منها دراسة خيرى حافظ ومجدي محمود (١٩٩٠) التي استخدمت العلاج النفسي الجماعي ومدى ما يحرز من تحسن لدى جماعة من العصائبيين وذلك فيما يتعلق بتقدير الذات والشعور بالذنب والطمأنينة الانفعالية.

أجريت علي عينة من (١٥) فرداً من طلاب كلية آداب عين شمس. وكشفت النتائج عن فاعلية العلاج النفسي الجماعي في إحداث تغيير ايجابي في متغير تقدير الذات وتوكيدها ، وانعدام الطمأنينة الانفعالية ، أما فيما يتعلق بالشعور بالذنب وما يتعلق به من لوم وتحقير للذات وميل إلي عقابها، فقد كشفت النتائج عن وجود انخفاض في الشعور بالذنب، غير أن الفروق بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني لم تصل الي حد انعدام دلالة هذه الفروق بأن الشعور بالذنب إحساس أليم مسيطر علي ذات الفرد ويصعب التخلص منه في فترة قصيرة نسبياً عبر جلسات علاج نفسي جماعي، والأفضل أن يتم ذلك علي نحو فردي وأن يمتد العلاج لفترة أطول.

وجاءت دراسة محمد سعفان (١٩٩٥) التي كشفت عن العلاقة الارتباطية بين درجات الأفكار اللاعقلانية ودرجات الشعور بالذنب. وفاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوي الشعور بالذنب. بلغت العينة (٧٠) طالباً وطالبة من مرتفعي الشعور بالذنب. وكشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود أثر لتفاعل مستوي التعليم والجنس علي درجة الأفكار اللاعقلانية وعلي درجة الشعور بالذنب ، ووجود علاقة ارتباطيه موجبة بين درجة الأفكار اللاعقلانية ودرجة علي أبعاد مقياس الشعور بالذنب. وقد أثبتت الدراسة فاعلية برنامج العلاج العقلاني الانفعالي في إمكانية تعديل الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية وهو ما يترتب عليه التخفيف النسبي من الشعور بالذنب.

في حين استهدفت دراسة كيوباني(1997) Kubany اختبار فاعلية العلاج المعرفي لتخفيف مشاعر الذنب بعض المحاربين القدماء في فيتنام واستمرار فاعلية العلاج خلال فترة المتابعة. تكونت العينة من (٥) من جنود في الحرب الفيتنامية يعانون من مشاعر الذنب، طبق عليهم مقياس مشاعر الذنب الناتج عن الصدمة ، تعرض للعلاج المعرفي لمدة ثمانى شهور و فترة متابعة تصل إلى(٢٢) شهراً). وكشفت النتائج عن فاعلية العلاج المعرفي في تخفيف مشاعر الذنب

الناجمة عن الصدمة لدى العينة التجريبية. واستمرار فعالية العلاج المعرفي في تخفيف مشاعر الذنب الناتجة عن الصدمة لدى المحاربين القدماء.

وجاءت آخر دراسة في القرن الماضي دراسة سمير Smith C A (1999) التي كشفت عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية وتخفيف مشاعر الذنب لدى المراهقين. وأجريت علي عينة من (٦٢) فرداً المراهقين الذين يعانون من ارتفاع مشاعر الذنب، تم تقسمهم بشكل عشوائي إلي مجموعتين (ضابطة - تجريبية). وأسفرت النتائج عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف مشاعر الذنب الشخصي لدى العينة التجريبية. وفعالية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى العينة التجريبية. كما وجدت علاقة سلبية بين المهارات الاجتماعية و مشاعر الذنب. وجود تأثير دال للبرنامج علي تخفيف الاكتئاب و تحسين التواصل بين المراهقين.

وجاءت دراسة منال عبد الخالق جاب الله (٢٠٠٧) تبين إمكانية استخدام برنامج علاجي مستند إلي نظرية العلاج بالمعنى أسسها الفلسفية مفاهيمها في محاولة تخفيف الشعور العصابي بالذنب لدى طلاب الجامعة. تتكون عينة الدراسة من (٢٠) طالبا وطالبة من يعانون الشعور العصابي بالذنب وتم تقسيمهم إلى مجموعتين. المجموعة التجريبية قوامها (١٠) طلاب (٥ ذكور - ٥ إناث) المجموعة الضابطة قوامها (١٠) طلاب (٥ ذكور - ٥ إناث). وكشفت النتائج عن فعالية العلاج بالمعنى في تخفيف مشاعر الذنب العصابية لدي طلاب الجامعة.

ثالثاً: دراسات تناولت الاكتئاب لدي المكفوفين والمعاقين بصرياً

قام أبو الفتوح وتلمسان (١٩٩٣) بدراسة الخصائص النفسية والاجتماعية والاكتئاب بما في ذلك الموقف نحو عاهاتهم لدي عينة من المكفوفين والصم، أجريت الدراسة علي عينة قوامها ١٥٢ طالبا منهم في معهد للمكفوفين (ن = ٤٤) ومعهد للصم (ن = ١٠٨) في مدينة أبها بالسعودية. كانت الأعمار

الطلاب المكفوفين والصم و ١٥،٧٠ - ١٣،٠٤ عاما على التوالي. وقد ولد حوالي ٩١٪ - ٧٥٪ من الطلاب مكفوفين وصم على التوالي. بينت النتائج أن الاكتئاب أكثر انتشارا بين المكفوفين بنسبة (١٤ ٪) من بين الطلاب وبنسبة (٦،٥ ٪) عند الصم. وكان صعوبات التنقل المشكلة الرئيسية بين الطلاب المكفوفين (٤٤ ٪)، في حين تجد صعوبة في التواصل مع الناس هو المشكلة الرئيسية بين الطلاب الصم (٥٢ ٪).

في حين حدد كارشمير وكوينز (2000) Karshmer & Koenes مدي حدوث وانتشار الاكتئاب لدي المراهقين المكفوفين مقارنة بالمبصرين، لدي عينة قوامها ٢٢ مراهقاً لديهم كفاف منذ الولادة، و(٢٩) مراهقاً من المبصرين، تراوحت أعمارهم من (١٨-٢٢) سنة، بينت النتائج أن معدل انتشار الاكتئاب بين المراهقين المكفوفين كان أعلى من حالات الاكتئاب بين المراهقين المبصرين، ولم تكن هناك علاقات مهمة بين المتغيرات الديمغرافية والاكتئاب، هذه الدراسة بمثابة نموذج تجريبي لمزيد من البحوث المستقبضة التي يمكن توسيع قاعدة تجريبية لفهم الاكتئاب وعلاقته بضعف وفقدان البصر في صفوف المراهقين.

وجاءت دراسة إفينس وآخرين (2007) Evans , et al التي تهدف إلى دراسة انتشار الاكتئاب والقلق لدي المعاقين بصرياً والمبصرين، أجريت الدراسة علي عينة من الايطاليين قوامها ١٣٩٠٠ مفحوصاً يزد أعمارهم عن ٧٥ سنة، أسفرت النتائج عن انتشار الاكتئاب بنسبة ١٣،٥% لدي المعاقين بصرياً بالمقارنة ٤،٦% لدي المبصرين، وانتشار القلق بنسبة ٩،٣% لدي المعاقين بصرياً بالمقارنة ٧،٤% لدي المبصرين، وكذلك وجود ارتباط موجب دال إحصائياً بين شدة الإعاقة البصرية والاكتئاب، وعدم وجود ارتباط بين القلق وشدة الإعاقة البصرية.

وحددت دراسة هايمان وآخرين (2007) Hayman , et al انتشار الاكتئاب لدى عينة من كبار السن مع ضعف البصر ومعرفة من العلاقة بين الإعاقة

الجسدية والبصرية والاكنتاب. تحليل بيانات أساسية ٣٩١ مشاركا تراوحت أعمارهم ٧٥ سنة فأكثر، مع حدة إبصار قدرها ٦ / ٢٤ (٨٠/٢٠) أو أقل، وأسفرت النتائج إلي انتشار الاكنتاب في حوالي ٢٩,٤ % (١١٥ من ٣٩١) من المشاركين، ووجود ارتباط دال إحصائيا بين الإعاقة البصرية والاكنتاب لدي كبار السن.

وهدفت دراسة ليوتكو وآخرين (Lutakko, et al,2007) إلي دراسة الاكنتاب لدي المعاقين بصريا وسمعياً لدي عينة من كبار السن، وأجريت الدراسة علي عينة مكونة من ٥٧٠ مشاركا تراوحت أعمارهم ٧٥ سنة فأكثر، وأشارت النتائج إلي أن نسبة انتشار الاكنتاب لدي المعاقين بصريا ٢٠%، وعند المعاقين سمعياً ١٢%، وفي الإعاقة المزدوجة تصل ١٨%، في الإعاقة الجسمية تصل إلي ١٥%، ووجود علاقة قوية بين الإعاقة البصرية والسمعية والاكنتاب.

وقام فيراندو وآخرون (Ferrando, et al(2010) بتحديد انتشار أعراض الاكنتاب لدى عينة من كبار السن من ضعاف البصر ومعرفة العلاقة بين الإعاقة الجسدية والبصرية والاكنتاب. أجريت علي عينة من ٣٩١ مشاركا تتراوح أعمارهم ٧٥ سنة فأكثر مع ضعف في الإبصار قدرة ٦ / ٢٤ (٨٠/٢٠) أو أقل، وأسفرت النتائج انتشار الاكنتاب في حوالي ٣٩,٤ % من المشاركين، ووجود ارتباط دال إحصائيا بين الإعاقة البصرية والاكنتاب لدي كبار السن. وأن الاكنتاب شائع لدي كبار السن الذين يعانون من ضعف شديد في البصر، وتشير نتائج تحليل الانحدار أن الشخص الذي يعاني من إعاقة بصرية أو جسدية أكثر عرضة للمعاناة من الاكنتاب.

وهدفت دراسة بينجابورن (Benjaporn(2010) إلي دراسة الاكنتاب لدي الأطفال المعاقين بصريا وكذلك العوامل التي تساهم في المعاناة من الاكنتاب لديهم. أجريت الدراسة علي عينة من الأطفال قوامها (١٣٥) كفيلاً متوسط أعمارهم ١٤,٥٨ بانحراف معياري ٣,٤٥ سنة، وأسفرت النتائج إلي أن ٨١,٤%

لديهم كفاف خلقي، و ٣٢,٦% لديهم تاريخ عائلي للمعاناة من الاكتئاب، ٢٢,٢% لديهم أبناء مدمنون الكحول وتاريخ من الجريمة، و ٥,٦% اعترفوا أن لديهم أفكار انتحارية سابقة. كذلك وجد أن الإناث أكثر عرضة للمعاناة من الاكتئاب بالمقارنة بالذكور.

وجاءت دراسة ريس وآخرين (Rees, et al(2010) لتحديد مدى انتشار الاكتئاب لدى عينة من البالغين من المعاقين بصرياً والتنبؤ بأعراض الاكتئاب لدى المعاقين بصرياً، من خلال تحليل بيانات عينة من ١٤٣ مشاركاً تراوحت أعمارهم ٢٠-٣٥ سنة فأكثر من المعاقين بصرياً في استراليا، وأسفرت النتائج عن أن حوالي ١٤,٧% (٢١ من ١٤٣) من المشاركين لديهم أعراض اكتئاب و ٢٧,٣% (٣٩ من ١٤٣) لديهم اكتئاب حاد، وأن السن والصحة البدنية والحياة السلبية منبئاً لأعراض الاكتئاب لدى المعاقين بصرياً.

وكشفت دراسة غرانت وآخرين (Grant, et al(2011) تأثير إعادة التأهيل للمعاقين بصرياً علي أعراض الاكتئاب لديهم، أجريت علي عينة قوامها ١٨ مشاركاً تراوحت أعمارهم ٤٥-٧٨ سنة، منهم (١٠كور-٨إناث) مسجلين في برنامج إعادة التأهيل باستراليا، نسبة الإعاقة البصرية لديهم (١٢٦/٢٠)، أسفرت النتائج إلي وجود ارتباط موجب دال بين مستويات الاكتئاب وتغير مستويات التكيف مع الإعاقة البصرية، أي أن الاكتئاب كان مرتفع في قبل التأهيل وانخفض مستوي الاكتئاب بعد حدوث تغيير ايجابي بعد التأهيل.

وجاءت دراسة براتش وآخرين (Braich , et al(2011) تهدف إلي معرفة نسبة انتشار الاكتئاب لدى عينة من المكفوفين كلياً وضعاف البصر من الهند، أجريت الدراسة علي عينة من (٥٢٢) كفيفاً كلياً، نسبة الإبصار في أقوى العينين ٢٠/٢٠ و (٥٠٢) من ضعاف البصر من الهند. أسفرت النتائج إلي أن نسبة الاكتئاب لدي المكفوفين تصل إلي ٤٨%، بينما نسبة انتشار الاكتئاب لدي ضعاف البصر تصل إلي ١٦%.

٢. التعقيب على الدراسات السابقة:

أشارت نتائج الدراسات إلي انتشار الاكتئاب لدي المعاقين بصرياً سواء ضعاف البصر أو المكفوفين، حيث جاء في دراسة أبو الفتوح وتلمساني (1993) Telmesani&Abolfotouh، دراسة ليوتكو وآخرين، Lutakko, و et al (2007)، انتشار الاكتئاب لدي المكفوفين مقارنة بالمعاقين بصرياً. وكذلك في دراسة كارشمير وكوينز (2000) Karshmer& Koenes، دراسة إفينس وآخرون (2007) Evans, et al التي أشارت إلي انتشار الاكتئاب لدي المعاقين بصريا مقارنةً بالمبصرين.

- ١- أن الشعور بالذنب من الأعراض المهمة لدي المكتئبين وأنهم أكثر معاناة من مشاعر الذنب بالمقارنة بالمضطربين الآخرين ما جاء في دراسة: بيوي وآخرون (1996) Bybee, et al، دراسة ألبيرت (1999) Albert، دراسة كايهان وآخرين (2002) Kayhan, et al؛ دراسة: لين وآخرون (2002) Lynn, et al، دراسة منتهى مطشر عبد الصاحب علي (2003)، دراسة جوجوي وآخرون (2011) Gojowy, et al.
- ٢- قلة الدراسات التي تناولت علاج أو خفض مشاعر الذنب غير السوية، فبعض الدراسات استخدمت العلاج النفسي الجمعي كما في دراسة خيربي حافظ ومجدي محمود (1990)، ثم استخدم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي كما في دراسة محمد سرفان (1995)، والبعض استخدم العلاج المعرفي كما في دراسة كيوياني (1997) Kubany ثم جاء استخدم العلاج المعرفي السلوكي في دراسة سميز (1999) Smith، واستخدم العلاج بالمعني كما في دراسة منال عبد الخالق جاب الله (2007).
- ٣- لم تتطرق الدراسات السابقة إلي علاج مشاعر الذنب أو الاكتئاب لدي المعاقين بصريا خاصة المكفوفين برغم معاناتهم منها.

٣. فروض الدراسة:

- بناءً على الاستعراض السابق لمشكلة الدراسة وتساؤلاتها وبالرجوع إلى الدراسات السابقة أمكن صياغة الفروضها على النحو التالي:
- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المكفوفين المكتئبين في المجموعة الضابطة ومتوسطات رتب درجات المكفوفين المكتئبين في المجموعة التجريبية لصالح المجموعة الضابطة على مقياس مشاعر الذنب بعد تطبيق البرنامج.
 - ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المكفوفين المكتئبين في المجموعة التجريبية للقياسيين (القبلي - البعدي) على مقياس الشعور بالذنب لصالح القياس القبلي.
 - ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المكفوفين المكتئبين في المجموعة الضابطة للقياسيين (القبلي - البعدي) على مقياس الشعور بالذنب.
 - ٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المكفوفين المكتئبين في المجموعة الضابطة و متوسطات رتب درجات المكفوفين المكتئبين في المجموعة التجريبية لصالح المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج.
 - ٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المكفوفين المكتئبين في المجموعة التجريبية للقياسيين (القبلي - البعدي) على مقياس الاكتئاب لصالح القياس القبلي.
 - ٦- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المكفوفين المكتئبين في المجموعة التجريبية للقياسيين (البعدي - التنبعي) على مقياس مشاعر الذنب.

إجراءات الدراسة:

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الإجرائية من (٢٠) كفيلاً من المكفوفين المكتئبين تراوحت أعمارهم ما بين ١٨-٢٣ سنة من الذين يعانون من مشاعر الذنب عالية وغير سوية. مقسمين إلي مجموعتين هما: مجموعة تجريبية (١٠) من المكفوفين. مجموعة ضابطة (١٠) من المكفوفين.

ويشترط في العينة مجموعة من الشروط وهي كالتالي:

١. أن تكون العينة من المكفوفين كلياً وولادياً.
٢. أن يحصلوا علي درجة مرتفعة علي مقياس الاكتئاب، أي يعانون من اضطراب الاكتئاب.
٣. أن تكون العينة ممن حصلوا علي درجة مرتفعة علي مقياس مشاعر الذنب.
٤. أن تخلو أفراد العينة من أي إعاقة سمعية أو حركية أو مرض مزمن.

اشتقاق العينة:

تم اشتقاق العينة طبقاً للشروط السابقة كما يلي: -

- تم اختيار العينة بعد تطبيق مقياس بيك الاكتئاب إعداد/غريب عبد الفتاح غريب (٢٠٠٠) علي المكفوفين، حيث بلغ عددهم (٤٨) ذكراً، (٤٥) أنثي من مدرسة النور وجمعية رعاية المكفوفين وأسرههم بمدينة كفرالشيخ.
- وتم اختيار المكفوفين المكتئبين وفقاً للمقياس السابق وكان عددهم ٢٥ منهم (١٠ ذكور - ١٥ إناث).
- قام الباحث بتطبيق مقياس مشاعر الذنب إعداد / أمال عبد السميع باظه (١٩٩٦) علي مجموعة المكفوفين المكتئبين الذين تم اختيارهم سابقاً (ن = ٢٥).
- تم اختيار الأفراد الذين حصلوا علي درجات عالية علي مقياس الشعور بالذنب وهم ٢٥ كفيلاً منهم (١٠ ذكور - ١٥ إناث).
- تأكد الباحث من خلو العينة من الإعاقات السمعية والبدنية والحركية والأمراض المزمنة، وأن الإعاقة البصري ولادية، من خلال الملف الخاص

لكل حالة، وتم استبعاد (٢ ذكور - ٣ إناث) لمعاناتهم من أمراض مزمنة وإعاقة سمعية.

- وصل عدد الأفراد بعد الاستبعاد إلي (٢١) منهم (٨ ذكور - ١٣ إناث) قام الباحث بأخذ آراء الطلبة في رغبتهم في الاشتراك في البرنامج وذلك في الجلسة الأولى للبرنامج ، ووافق الجميع علي الاشتراك في البرنامج.

- وتم تقسيم العينة بشكل عشوائي إلي مجموعتين، المجموعة التجريبية قوامها " ١٠ " (٤ ذكور - ٦ إناث)، المجموعة الضابطة قوامها (١١) منهم (٤ ذكور - ٧ إناث)، وتم المساواة بين المجموعتين في العدد من خلال استبعاد مشترك من المجموعة الضابطة ،حيث أصبحت (٤ ذكور - ٦ إناث).

- تراوحت أعمار العينة الإجرائية من ١٨-٢٣ سنة بمتوسط (٢٠,٥) سنة ، وانحراف معياري مقداره (١,٦٧٠) سنة.

وقد تم إجراء التجانس بين المجموعتين وفقاً للمتغيرات التالية:

جدول رقم (١) المجانسة بين المجموعتين (التجريبية - الضابطة) علي متغيرات (السن درجة علي مقياس الشعور بالذنب - الدرجة علي مقياس الاكتئاب)

متغير المجانسة	المجموعة	مج الرتب	م الرتب	قيمة "ي" الصغرى	مستوي الدلالة
السن	تجريبية ن=١٠	٩٤,٥٠	٩,٤٥	٣٩,٥٠	غير دالة
	ضابطة ن=١٠	١١٥,٥٠	١١,٥٥		
مشاعر الذنب	تجريبية ن=١٠	١٠٥,٠٠	١٠,٥٠	٥٠,٠٠	غير دالة
	ضابطة ن=١٠	١٠٥,٠٠	١٠,٥٠		
الاكتئاب	تجريبية ن=١٠	١٠,٥٥	١٠٥,٥٠	٤٩,٥٠	غير دالة
	ضابطة ن=١٠	١٠,٤٥	١٠٤,٥٠		

أدوات الدراسة:

- اختبار مشاعر الذنب إعداد: أمال عبد السميع باظه (١٩٩٦).
- مقياس بيك الاكتئاب إعداد: غريب عبد الفتاح غريب (٢٠٠٠).
- البرنامج (العلاج المعرفي السلوكي) إعداد : الباحث.

١- اختبار مشاعر الذنب (إعداد: آمال عبد السميع باظه (١٩٩٦)

وصف الاختبار: تكون المقياس من (٦٤) بند يتم الإجابة عليها بأربعة مستويات هي (لداً - أحياناً - بدرجة متوسطة - دائماً) تقابلها الدرجات التالية (٠-١-٢-٣) يقيس الاختبار الشعور بالذنب لدى الأفراد تجاه الآخرين وتجاه الذات وآثاره علي العلاقة بين الفرد والمجتمع من حوله وأثاره علي دافعيته للعمل وأمله في الحياة.

ثبات الاختبار: قامت معدة المقياس بحساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق علي عينة من طلاب كلية التربية كفر الشيخ السنة الأولى (٣٠) طالباً، (٣٠) طالبه بفاصل زمني شهر ووصل معامل الثبات إلي (٠,٧٥)، (٠,٦٩) لدي عينة الطالبة والطالبات علي الترتيب.

وقام الباحث في الدراسة الحالية بحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية من خلال إيجاد معامل الارتباط بين مجموع العبارات الفردية والزوجية علي عينة من المكفوفين قوامها (٤٥) كفيلاً منهم (٢٠ ذكراً - ٢٥ أنثى) ووصل معامل الارتباط (٠,٧٥٣) وهذا يمثل ثبات نصف المقياس، وبالتعويض في معادلة (سبيرمان - براون) وجد أنه مساو (٠,٨٥٩) وهو يمثل ثبات المقياس كله وهو معامل ثبات مقبول.

صدق الاختبار: قامت معدة المقياس بحساب صدق الاختبار من خلال صدق المحكمين بعرضه علي ثلاثة أساتذة في الصحة النفسية ، وتم الاتفاق علي أغلبية البنود وتم تعديل بعضها. وتم حساب الصدق التمييزي للاختبار بإيجاد دلالة الفروق بين متوسط درجات أعلى الحالات وأقل الحالات، واتضح من النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين لصالح مجموعة أعلى الدرجات.

وقام الباحث في الدراسة الحالية بحساب صدق المقياس من خلال صدق المحك الخارجي و ذلك باستخدام بعد مشاعر الذنب في مقياس الاكتئاب

متعدد الأبعاد (الصورة المختصرة) وضع هذا المقياس (Brendt, D, et al,1984) وأعدده للعربية محمد السيد عبد الرحمن، علي نفس عينة الثبات السابقة، وكان معامل الارتباط بين الدرجة الكلية مساوية (٠,٧٦٢) وهو ارتباط موجب دال إحصائياً، مما يدل علي صدق المقياس.

٢- مقياس بيك للاكتئاب BDI-II إعداد: غريب عبد الفتاح غريب (٢٠٠٠)

وصف المقياس: تكون المقياس في صورته النهائية من " ٢١ " بنداً ، ويتم تصحيح مقياس BDI-II بجمع التقديرات للبنود الـ ٢١ التي يتكون منها المقياس، ويتم تقدير كل بند على مقياس من ٤ نقاط من (٠ - ٣) ويعطي تقدير صفر (٠) للعبارة الأولى في كل بند ، ثم تأخذ العبارة الثانية تقدير (١) والثالثة تقدير (٢) والرابعة تقدير (٣). وإذا قام المفحوص باختيار متعدد لأحد البنود الـ ٢١ ، أي إذا اختار أكثر من عبارة داخل البند ، فإنه يتم حساب قيمة العبارة الأعلى.

ثبات المقياس: قام معد المقياس بحساب ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة التطبيق: بفاصل زمني مقداره أسبوعان على مجموعة فرعية قوامها (٥٥) طالباً وطالبة (٣١ طالباً و ٢٤ طالبة) ووصل معامل الثبات (٠,٧٤) للإناث ، و (٠,٧٥) للذكور ، و (٠,٧٤) للمجموعة الكلية . وجميعها دال عند مستوي ٠,٠٠١ ، وباستخدام طريقة الاتساق الداخلي بمعامل ألفا: ووصل معامل الثبات لمجموعة الإناث (٠,٨٨) ، ومجموعة الذكور (٠,٧٩) ، والمجموعة الكلية (٠,٨٣) .

وقام الباحث في الدراسة الحالية بحساب ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة التطبيق بعد (١٥) يوماً على نفس العينة المكونة من (٥٠ كفيف) من المكفوفين، ووصل معامل الارتباط بين التطبيقين مساوي (٠,٨٠) وهو ارتباط موجب دال إحصائياً .

صدق المقياس: قام معد المقياس بحساب صدق المقياس باستخدام طريقة صدق المحك الخارجي (مقياس القلق)، وكان معامل الارتباط (٠,٦٨) وهو دال عند مستوي ٠,٠٠١ وذلك على عينة مكونة من (١١٤) طالب وطالبة. وقام الباحث في الدراسة الحالية بحساب صدق المقياس من خلال صدق المحك الخارجي وذلك باستخدام مقياس الاكتئاب إعداد/ عادل عبد الله محمد (١٩٩٨) علي نفس عينة الثبات السابقة، وكان معامل الارتباط بين الدرجة الكلية مساوية (٠,٧٥٤) وهو ارتباط موجب دال إحصائياً، مما يدل علي صدق المقياس.

٣- البرنامج المعرفي السلوكي: Cognitive Behavior program إعداد: الباحث

أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج المستخدم في الدراسة إلى خفض مستوى مشاعر الذنب لدى عينة من المكفوفين المكتئبين وذلك من خلال تعديل الأفكار السلبية وغير العقلانية وأخطاء التفكير لديهم وما يترتب عليه من تغير في السلوك ونمط التفكير وبالتالي تخفيف مشاعر الذنب. وكذلك تخفيف اضطراب الاكتئاب من خلال تخفيف مستوى الشعور بالذنب لدى المكفوفين. حيث أكدت كثير من الدراسات على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى مشاعر الذنب مثل دراسة محمد سعفان (١٩٩٥) ، دراسة: كيوباني (Kubany,1997)، دراسة: سميز (Smith,1999) ، دراسة نيشيس وآخرون (Nishith, et al(2005).

الإطار النظري:

يقوم البرنامج المستخدم في الدراسة على النظرية المعرفية والنموذج المعرفي " آرون بيك Aren Beck " والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي " ألبرت إليس ". حيث يشير " بيك " إلى أن الاضطرابات النفسية تنشأ نتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي و بين المثيرات الخارجية التي يتعرض لها ذلك الفرد و تحليلها و تفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفي الداخلي التي تميزه و يبدأ في

الاستجابة للمواقف والأحداث المختلفة انطلاقاً من تلك المعاني التي تعطيها لها ، وقد تكون ردود فعل انفعالية متباينة للموقف الواحد باختلاف الأفراد بل من جانب نفس الفرد أيضاً في أوقات مختلفة كذلك فان كل موقف أو حدث يكتسب معنى خاصاً يحدد استجابة الفرد الانفعالية تجاهه(عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠١: ٦٧).

لذلك فالعلاج المعرفي " لبيك " مصمم لكي:

- يتدرب العملاء على رؤية العلاقة بين الأفكار والمشاعر .
 - يتدرب العملاء على رؤية الأفكار بصورة نقدية .
 - يتدرب العملاء على المراقبة الذاتية للأفكار والتخيلات السلبية وإخراجها إلى حيز التفكير .
 - يتدرب العملاء على كيف يستطيعون استبدال المعتقدات الخاطئة .
- والتصورات السلبية بمعتقدات ايجابية(محمد محروس الشناوى ، محمد السيد عبد الرحمن، ١٩٩٤: ٢٢٣).

ويعدمج النموذج المعرفي السلوكي بين الحقائق النظرية التي توصل إليها الاتجاه الذي اخذ من البيئة المعرفية والعمليات العقلية إطاراً مرجعياً وأساساً نظرياً لتفسير الشخصية و السلوك الإنساني فكان التفكير والتذكر والتخيل والاستنباط والاستنتاج و العمليات العصبية وما يكون عليه العقل من بنية هي وحداته التفسيرية ، وبين تلك الاتساق الفكري والنظريات التي أقرتها النظرية السلوكية فكان المثير والاستجابة والارتباط بينهما والتكرار وتكوين العادة والارتباط الشرطي الكلاسيكي، الإجرائي والثواب والعقاب والأثر الناتج عنهما وكذلك قوى البيئة ومؤثرات المجال هي وحدات تفسيرية لتفسير الشخصية والسلوك الإنساني والعمليات النفسية الأخرى حيث يصعب إرجاع شخصية الفرد وسلوكه إلى واحدة من هذه الوحدات بعينها دون غيرها ولكن تفاعلها الكلي الدينامي(هارون توفيق الرشيدى ، ١٩٩٩: ١٧٤).

ولذلك نجد أن مشاعر الذنب ناتجة عن عدم القدرة على التخلص من الأفكار المزعجة والسلبية عن الذات والأفكار غير العقلانية وكذلك عدم القدرة على التفكير الجيد و إتباع الأسلوب الأمثل لحل المشكلات التي تواجه الفرد في الحياة اليومية. لذلك تم اختيار بعض الفنيات التي يتضمنها البرنامج وذلك من خلال الآراء النظرية والدراسات السابقة في هذا المجال و من تلك الفنيات ما يلي:-

١- الاسترخاء العصبي العضلي: يعرف عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) الاسترخاء بالمعنى العلمي. بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر و الاسترخاء بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهري لأنه ليس من النادر أن نجد شخصا ما يرقد على الأريكة أو السرير لساعات معدودة لكنه لا يكف مع ذلك عن إبداء كافة الحركات و التقلب المستمر و الذهن المشحون بالأفكار والصراعات . و يساعد الاسترخاء العصبي العضلي في تخفيف القلق والتوتر الناتج عن مشاعر الذنب من خلال الاسترخاء هو توقف كامل لكل الانقباضات العضلية المصاحبة للتوتر أي التخلص من التوتر العضلي الذي ينتج عن مشاعر الذنب . لأن الشخص المتوتر يظل يقظا مدة طويلة، والضغط النفسية التي قد تكون سببا في المعاناة من مشاعر الذنب، كذلك يساعد الاسترخاء على زيادة قدرة الفرد على التخيل وبالتالي يساعد على اكتساب مهارات إيقاف التفكير والوعي الإنتقائي وإعادة البناء المعرفي.

٢- أسلوب حل المشكلات: حل المشكلات عند " جاني " هي عملية يستحضر فيها الأشخاص مفاهيم و قواعد من معرفتهم السابقة و يستخرجون منها قواعد على مستوى أعلى تساعدهم على حل المشكلات وهي أعلى صور التعلم و قمته. (محمد محروس الشناوى ، محمد السيد عبد الرحمن ، ١٩٩٤ : ٢٢٩). بالتالي تدريب الفرد على أسلوب حل المشكلات لمواجهة هذه المشكلة تساعد على تحقيق مشاعر الذنب من خلال مواجهة المشكلات اليومية وحلها

وقد يساعد لك في تخفيف الشعور بالذنب.

٣- إيقاف الأفكار: تعتمد مهارة إيقاف التفكير على مبدأ " الكف بالتبادل" حيث أن الشخص لا يمكن أن يكون قلقا ومطمئنا في وقت واحد، أي أنه لا يمكن أن يشعر بشعورين متناقضين في نفس الوقت، ولهذا فنحن نعلمه أن يسترخى عندما يواجه تهديد نفسي معين. هذا الاسترخاء يكف قلقه أو تخوفه الذي اعتاد أن يواجه به مثل هذه لتهديدات، ونفس الآخر ينطبق هنا على مجالات التفكير. فالشخص لا يمكن أن يفكر في فكرتين في وقت واحد، أي فكرته المرضية وتركيزه على صوت المعالج. وهو يهدف " توقف" وبالطبع يمكن استخدام هذا الأسلوب ذاتيا باستبدال أوامر المعالج بأوامر من الذات (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤: ٧٤).

وتفيد عملية إيقاف التفكير أو عملية الإيقاف المعتمد للأفكار غير المرغوبة في تخفيف مشاعر الذنب، حيث أن التخلص من الأفكار غير المرغوبة يساعد على تخفيف مشاعر الذنب، حيث أن هناك كثير من الأفكار غير المرغوبة التي ينتج عنها مشاعر الذنب، كذلك التدريب على مهارة إيقاف التفكير تمكن الفرد من القدرة على التحكم في اختيار الأفكار الايجابية والتخلص من الأفكار السلبية والمزعجة مما يساعد على زيادة فعالية الاسترخاء العضلي العصبي والعقلي.

٤- الوعي الانتقائي: الوعي الانتقائي هو تركيز الانتباه العقلي وتوجيه أفكارنا الانتباهية إلى المكونات العصبية يمكن أن تكون لها تأثير على كل العمليات الفسيولوجية، ويعطى الوعي الانتقائي تحكم شعوري في الانتباه يساعد على تطوير نمط التحكم في الضغوط بإبعاد العقل عن الإحساس بعدم التوافق وعن الأفكار التي تنتج استجابة الضغوط ، كما يسهم الوعي الانتقائي في تدعيم الخيال والإحساس المرتبط بالاسترخاء، بالتالي يمكن أن يعطى دافع عقلي يواجه الانتباه بعيدا عن الأفكار المزعجة إلى أنماط معرفية متوافقة تساعد على الاسترخاء والتعامل بفاعلية مع مواقف الشدة والخطر

(هارون توفيق الرشيدى ، ١٩٩٩ : ١٧٦).

٥- الحوار السقراطي : **Socratic Dialogue** ويمثل أحد فنيات العلاج المعرفي ويتضمن مساعدة المريض في التوصل إلى الاستنتاج المنطقي القائم على الأسئلة المطروحة أثناء الجلسات العلاجية والتي تركز على توضيح وتحديد وتعريف المشكلات، تحديد الأفكار الكامنة وراء المشكلات، فحص معاني الأحداث لدى المريض ، وتقييم النتائج التي يمكن أن تنتج عن الاحتفاظ بالأفكار والسلوكيات سيئة التكيف(سيد عبد العظيم محمد ، ١٩٩٨ : ٣٠٤-٣٠٥).

تساعد هذه الفنية في تحديد وتعديل أفكار اللاتكيفية حيث يعتبر المعالج والعميل باحثين مشتركين في محاولة استكشاف التفسيرات التي يمكن أن تساهم في حل مشكلة العميل أو تسببها(سيد عبد العظيم محمد وآخرون، ٢٠١٠ : ٢٠٤)، وذلك من خلال توجيه الأسئلة من جانب المعالج للعميل ، وتتعلق تلك الأسئلة عادة بالجوانب واللامنطقية والمختلة وظيفياً وغير المتسقة إمبيريقياً من اعتقادات العميل واللامنطقية .وتعمل مثل هذه الأسئلة على حث العميل على التفكير بنفسه وليس مجرد قبول وجهة نظر المعالج(عادل عبد الله محمد، ٢٠٠١ : ١٣٩).

٦- إعادة البناء المعرفي: تعتمد هذه العينة على أن المعتقدات و تفسير الأحداث الخارجية هي المسئولة عن مشاعر الأفراد وأن الاضطراب ينشأ نتيجة المعتقدات والأفكار غير العقلانية وليس الأحداث الخارجية فقط و يحاول كل من " اليس (1978) Ellis " فى نظرية العلاج العقلاني الانفعالي و" ميكينوم (1985) Meichinbaum " فى التدريب التحصيني ضد الضغط "ولازاروس (1976) Lazaur " فى العلاج ذو النموذج المتعدد واستخدام إعادة البناء المعرفي فى خفض الضغوط ، وتهدف هذه الفنية إلى إحلال مشاعر ايجابية محل

المشاعر السلبية و مهمة المعالج هي أن يعمل مع الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات أو الذين تثقل كاهلهم مشاعر القلق الشديد أن يوضح لهم: أن الصعوبات التي يعانون منها تنجم إلى حد كبير من إدراكهم المشوه وتفكيرهم غير المنطقي

أن هناك طريقة لإعادة تدريب إدراكهم وإعادة تفكيرهم من أجل القضاء على السبب الاساسى لصعوباتها وهذه الطريقة وأن كانت بسيطة نسبيا إلا أنها تتطلب بذل الجهد(محمد عبد الظاهر الطيب، ١٩٩٦: ١٨٧).

٧- فنية العمود الثلاثي **Triple Column Technique**: تعتمد هذه الفنية علي تحديد الأخطاء في التفكير مثل التعميم الزائد،.... وهي عبارة عن ثلاثة أعمدة يصف فيهم العميل حالته أثناء تعرضه لمثيرات تهديديه كالتالي:-
العمود الأول: يصف الموقف المسبب للاضطرابات والقلق.

العمود الثاني: يصف الأفكار الأوتوماتيكية.

العمود الثالث: يصف أنواع الأخطاء الموجودة في الأفكار.

ويمكن إضافة عمود آخر للبدائل، وتستخدم هذه الفنية أثناء الجلسات أو

كواجب منزلي.(سيد عبد العظيم محمد وآخرون، ٢٠١٠: ٢٠٧)

٨- الواجب المنزلي: **Home Work** : يعد الواجب المنزلي أحد الأساليب

المهمة التي تميز العلاج المعرفي السلوكي عن غيره من التدخلات العلاجية الأخرى ويهدف الواجب المنزلي للمشاركة من جانب الأفراد في تصميم الخطة العلاجية المتبعة وما يناسبها من أنشطة لتحقيق الأهداف العلاجية ولا بد من توجيه الفرد لتوظيف ما تعلمه من معتقدات ومفاهيم صحيحة ومهارات من خلال مواقف سلوكية.

يقوم بأدائها كالتدريب على ممارسة الأساليب العلاجية في خبرات حية فعالة مثل " الاسترخاء العضلي والعقلي والعمود الثالث وأسلوب حل المشكلات، إيقاف التفكير، الوعي الانتقائي والتي ترتبط بالبناء المعرفي الجيد والذي يشمل على

أفكار ومعتقدات وسلوكيات جديدة و قد اتفق المعرفيون على أهمية الدور الايجابي للمريض في اختيار النشاط المناسب للقيام به كواجب منزلي.

أسس بناء البرنامج:

مصادر البرنامج

اشتق الباحث الإطار العام للبرنامج العلاجي و مادته العلمية و فنيات العلاجية بعد الإطلاع على أساليب وفنيات العلاج المعرفي السلوكي لكل من " بيك " ، " أليس " على أساليب بإضافة إلى الدراسات والبحوث التجريبية التي أجريت في مجال العلاج المعرفي السلوكي لمشاعر الذنب منها دراسة كيوباني (Kubany(1997 ودراسة سميز (Smith(1999، وبالإضافة إلى الثوابت السيكولوجية عن مشاعر الذنب والعلاج المعرفي السلوكي لكل من عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) ، ومحمد محروس الشناوى ومحمد السيد عبدالرحمن(١٩٩٤)، هارون توفيق الرشيدى (١٩٩٩) ورثيفة رجب عوض (٢٠٠١) ودراسة فاطمة الزهراء محمد النجار (١٩٩٩)، ودراسة احمد الانصارى عبد الحليم (٢٠٠٤)، ودراسة محمد سعفان (١٩٩٥).

الملاح الرئيسية للبرنامج:-

اشتمل البرنامج على (١٦) جلسة لخفض مستوى مشاعر الذنب غير السوية لدى المكفوفين المكتئبين عن طريق تعديل محتوى التفكير والأسلوب المعرفي لديهم ، وبالتالي تعديل الأفكار الخاصة باللوم ومشاعر الذنب لدى المكفوفين الذين يعانون من الاكتئاب، وتراوح زمن الجلسة الواحدة من (٤٠-٥٠) دقيقة وذلك حسب موضوع الجلسة وظروف العينة، وتم تطبيق البرنامج على جلسات جماعية وفردية ، فالجلسات الخاصة بالتدريب على المهارات والوعي الانتقائي وإيقاف التفكير تم تطبيقها بصورة فردية وذلك بما يتناسب مع طبيعة هذه المهارات حيث أنها مهارات عقلية ويصعب التدريب عليها بشكل جماعي كذلك لا يستطيع تدريب الأفراد ذكور واناث وممارستها أمام الآخرين، بالإضافة لعدم

الحاجة للأنشطة والتفاعل الاجتماعي للتدريب عليها أما باقي الجلسات يتم تطبيقها بصورة جماعية. وتم تطبيق البرنامج على أربع مراحل هي:

أ- بداية البرنامج: تم فيها تحقيق قدر من الآفة والتماسك بين المعالج وأعضاء الجماعة العلاجية وبين الأعضاء بعضهم البعض كذلك رفع الروح المعنوية بين أعضاء الجماعة، و زيادة وعى الأعضاء باضطراب مشاعر الذنب، أضراره، أسبابه، كيفية التخلص منه بعض الفنيات العلاجية المعرفية والسلوكية التي تساعدهم على التخلص من مشاعر الذنب الذين يعانون منه.

ب- مرحلة تطبيق البرنامج: وتم من خلالها تدريب أعضاء المجموعة التجريبية على بعض الفنيات العلاجية المعرفية السلوكية التي تساعدهم على التخلص من الشعور الذنب غير السوي الذي يعانون منه.

ج- مرحلة تقييم البرنامج: وتم فيه معرفة الانجازات التي حققها البرنامج ومدى فاعليته فى تخفيف مشاعر الذنب لدى المكفوفين وكذلك الاكتئاب وذلك من خلال تطبيق القياس البعدي ومقارن الدرجات التي حصل عليها المكفوفين في المجموعة التجريبية بدرجات المجموعة الضابطة والتي لم يتم تطبيق البرنامج عليها.

د- مرحلة المتابعة: وفى هذه المرحلة تم التأكد من مدى استمرارية فاعلية البرنامج فى انخفاض مستوى مشاعر الذنب لدى المكفوفين وذلك من خلال تطبيق القياس التتبعي و مقارنته بالبعدي. بعد فترة زمنية تصل نحو (شهرين).

لغة البرنامج:

- تم تقديم البرنامج بلغة سهلة تتراوح بين العامية والفصحى حتى يمكن فهمها من جميع الأفراد، وبما يتناسب مع المكفوفين، وقد تم تحديد أهم المجالات التي يمكن أن يتضمنها البرنامج من خلال الفنيات المذكورة مرتكزة على مقياس مشاعر الذنب إعداد: آمال عبد السميع باظه(١٩٩٦).

• ترتيب جلسات البرنامج

جدول (٢) ترتيب جلسات البرنامج

رقم الجلسة ونوعها	موضوع الجلسة	الهدف من الجلسة
١- جماعية	التعارف بين أعضاء المجموعة والباحث	تحقيق مستوى من التعارف إلى حد الألفة بين الأعضاء إدراك الأساس النظري والهدف من البرنامج استثارة الرغبة لدى الأفراد للاشتراك في البرنامج
٢- جماعية	زيادة الروح المعنوية	زيادة التفاعل والانسجام بين الأعضاء خلق روح الفريق الواحد بين الأعضاء
٣- جماعية	التعرف على أهداف البرنامج	أن يعرف أعضاء المجموعة سبب وجودهم داخل المجموعة العلاجية أن يتعرف الأعضاء على البرنامج وأهدافه
٤- جماعية	التعرف على مشاعر الذنب مفهومه - أسبابه - كيفية التخلص منه	تبصير الأعضاء بأضرار مشاعر الذنب توجيه الأعضاء على معرفة أسباب مشاعر الذنب وكيفية التخلص منه
٧/٦/٥ فردية	التدريب على الاسترخاء العضلي والعصبي	تدريب الأعضاء على كيفية التخلص من التوتر العضلي عن طريق الاسترخاء
٩ / ٨ - جماعية	مهارة حل المشكلات	تدريب الأعضاء على مهارة حل المشكلات
١١/١٠ - جماعية	إعادة البناء المعرفي	١- تدريب الأعضاء على كيفية التخلص من الأفكار غير العقلانية
١٢ جماعية	العمود الثلاثي	التدريب على فهم المواقف الأفكار اللاعقلانية الناتجة عنها والمسببة لمشاعر الذنب وكيفية التخلص منها ببدائل مناسبة.
١٣ فردية	إيقاف التفكير	تدريب الأعضاء على التخلص من التفكير في الأفكار السلبية غير المرغوبة
١٤ فردية	الوعي الانتقائي	تدريب الأعضاء على انتقاء الأفكار الايجابية و طرد الأفكار السلبية
١٥ جماعية	الحوار السقراطي	مساعدة الأعضاء في التوصل إلى الاستنتاج المنطقي وتفنيد الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية من خلال الأسئلة المطروحة أثناء الجلسات العلاجية.
١٦ جماعية	ختام البرنامج	١- ختام البرنامج ٢- تقييم البرنامج ٣- تطبيق المقياس البعدي

نتائج الدراسة وتفسيرها:

• الفرض الأول:

ينص هذا الفرض علي " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المكفوفين المكتتبين في المجموعة الضابطة و متوسطات رتب درجات المكفوفين المكتتبين في المجموعة التجريبية لصالح المجموعة الضابطة علي مقياس مشاعر الذنب بعد تطبيق البرنامج"

لاختبار صحة الفرض الأول استخدم أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل في " اختبار مان ويتي " للدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المستقلة كما يلي:

جدول (٣) قيمة (ي) ودالاتها الإحصائية للفروق بين متوسط رتب درجات المكفوفين في المجموعتين (الضابطة - التجريبية) علي مقياس مشاعر الذنب بعد تطبيق البرنامج

المجموعة	مج الرتب	م الرتب	"ي" الصغري	مستوي الدلالة
الضابطة ن = ١٠	١٥٥	١٥,٥	صفر	دالة عند ٠,٠٠٥
التجريبية ن = ١٠	٥٥	٥,٥		

يتضح من الجدول السابق (٣) ما يلي:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المكفوفين المجموعتين (الضابطة - التجريبية) علي مقياس مشاعر الذنب بعد تطبيق البرنامج في اتجاه المجموعة الضابطة، فمن خلال حساب قيمة " ي " الصغري وجد أنها مساوية " صفر " و بالكشف عن دلالاتها الإحصائية وجد أنها دالة عند مستوي دلالة " ٠,٠٠٥ "، أي أن الفروق بين المجموعتين (الضابطة - التجريبية) فروق جوهرية علي مقياس مشاعر الذنب بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة الضابطة التي لم ينخفض مستوي الشعور بالذنب لديهم، وانخفاض الشعور بالذنب لدي المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج، وبالتالي تم قبول صحة الفرض الأول.

• الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني علي "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المكفوفين المكتئبين في المجموعة التجريبية للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس الشعور بالذنب لصالح القياس القبلي " لاختبار صحة الفرض الثاني استخدم أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل في " اختبار ولكوكسن " للدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المرتبطة كما يلي:

جدول (٤) دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات المكفوفين في المجموعة التجريبية للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس الشعور بالذنب

القياس	مج الرتب	مج الرتب " - "	مج الرتب " + "	مستوي الدلالة
القبلي	٥٥	٥,٥	صفر	دالة عند
البعدي				٠,٠٠٥

يتضح من الجدول السابق (٤) ما يلي:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المكفوفين في المجموعة التجريبية للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس مشاعر الذنب لصالح القياس القبلي، فمن خلال حساب مجموع الرتب الموجبة والأقل تكراراً وجد أنها مساوية "صفر" وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها دالة عند مستوي دلالة " ٠,٠٥"، وبذلك يتضح انخفاض مستوي مشاعر الذنب للمجموعة التجريبية بعد تلقياها للبرنامج المعرفي السلوكي، مما يؤكد علي فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض مستوي مشاعر الذنب لدي المكفوفين المكتئبين. بالتالي تم القبول صحة الفرض الثاني.

• الفرض الثالث:

ينص هذا الفرض علي " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المكفوفين المكتئبين في المجموعة الضابطة للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس الشعور بالذنب "

لاختبار صحة الفرض الثالث استخدم أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل

في "اختبار ولكوكسن " للدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المرتبطة كما يلي:

جدول (٥) دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات المكفوفين المجموعة الضابطة للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس مشاعر الذنب

القياس	مج الرتب	مج الرتب " - "	مج الرتب " + "	مستوي الدلالة
القبلي	٣٦	٢٥	١١	غير دالة
البعدي				

يتضح من الجدول السابق (٥) ما يلي:

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المكفوفين المجموعة الضابطة للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس مشاعر الذنب. فمن خلال حساب مجموع الرتب الموجبة والأقل تكراراً وجد أنها مساوية " ٣,٦٧ ، وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها غير دالة، وبذلك يتضح عدم انخفاض مستوي الشعور بالذنب لدي المجموعة الضابطة التي لم تتلقي أي تدخل علاجي. بالتالي يتم القبول بصحة الفرض الثالث.

• تفسير نتائج الفرض الأول والثاني والثالث:

أشارت نتائج الفروض الثلاثة السابقة (الأول-الثاني-الثالث) إلي فعالية البرنامج القائم علي تطبيقات وفنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوي الشعور بالذنب لدي المكفوفين المكتئبين إلي مستوي سوي.

وقد ترجع فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض وعلاج مشاعر الذنب غير السوية إلي الفنيات المستخدمة في البرنامج، حيث استخدم الباحث في البرنامج مجموعة من الفنيات المعرفية السلوكية التي كان لها تأثير فعالي في تعديل البناء المعرفي لدي العينة، فتم تعديل أسلوب التفكير وتحض الأفكار اللاعقلانية وغير المنطقية المرتبطة بالذنب وتوهمه لدي المكفوفين المكتئبين من خلال التدريب علي فنية العمود الثالث وإعادة البناء المعرفي والحوار السقراطي، كما أنه تم التحكم في محتوى الأفكار والتفكير من خلال التدريب علي فنية إيقاف الأفكار والوعي الانتقائي، حيث أسفرت نتائج دراسة محمد سعفان (١٩٩٥) عن

العلاقة ايجابية بين الأفكار اللاعقلانية الشعور بالذنب. وكذلك مساعدة الطفيف علي التحكم في توتره والتخلص منه من خلال التدريب علي الاسترخاء العضلي العصبي.

تعد العينة وطبيعتها دوراً كبيراً في فعالية البرنامج، لأن المكفوفون في حاجة ماسة للاعتماد علي الذات والتخلص من الاعتماد علي الغير، والرغبة الشديدة لديهم في التخلص من معاناتهم من الشعور بالذنب وتأثيرها السلبي علي توافقهم الذاتي واجتماعي، لذا كان استجابتهم للبرنامج سريعة.

وهذه النتائج جاءت متفقة مع نتائج دراسة كيوباني (Kubany, 1997)، دراسة سميز (Smith, 1999)، نيشيس وآخرون (Nishith, et al, 2005) التي أشارت إلي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مشاعر الذنب غير السوية.

• الفرض الرابع:

ينص هذا الفرض علي " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المكفوفين المكتتبين في المجموعة الضابطة و متوسطات رتب درجات المكفوفين المكتتبين في المجموعة التجريبية لصالح المجموعة الضابطة علي مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج "

لاختبار صحة الفرض الرابع استخدم أسلوب إحصائي لبارامتري متمثل في " اختبار مان ويتني " للدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المستقلة كما يلي:

جدول (٦) قيمة (ي) ودالاتها الإحصائية للفروق بين متوسط رتب درجات المكفوفين المكتتبين في المجموعتين (الضابطة -التجريبية) علي مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج

المجموعة	مج الرتب	م الرتب	"ي" الصغري	مستوي الدلالة
الضابطة ن = ١٠	١٥٥	١٥,٥	صفر	دالة عند ٠,٠٠٥
التجريبية ن = ١٠	٥٥	٥,٥		

يتضح من الجدول السابق (٦) ما يلي:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المكفوفين المجموعتين (الضابطة - التجريبية) علي مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج في اتجاه المجموعة الضابطة. فمن خلال حساب قيمة " ي " الصغري وجد أنها مساوية " صفر " وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها دالة عند مستوي دلالة " ٠,٠٠٥ "، أي أن الفروق بين المجموعتين (الضابطة - التجريبية) فروق جوهرية علي مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة الضابطة التي لم ينخفض مستوي الشعور بالذنب لديهم، وانخفاض الشعور بالذنب لدي المجموعة التجريبية، وبالتالي تم قبول صحة الفرض الرابع.

• الفرض الخامس:

ينص الفرض الخامس علي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المكفوفين المكتئبين في المجموعة التجريبية للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس الاكتئاب لصالح القياس القبلي "

لاختبار صحة الفرض الخامس استخدم أسلوب إحصائي لبارامتري متمثل في " اختبار ولكوكسن " للدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المرتبطة كما يلي:

جدول (٧) دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات المكفوفين في المجموعة التجريبية للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس الاكتئاب

القياس	مج الرتب	مج الرتب " - "	مج الرتب " + "	مستوي الدلالة
القبلي	٥٥	٥٥	صفر	دالة عند
البعدي				٠,٠٠٥

يتضح من الجدول السابق (٧) ما يلي:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المكفوفين في المجموعة التجريبية للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس الاكتئاب لصالح القياس القبلي، فمن خلال حساب مجموع الرتب الموجبة والأقل تكراراً وجد أنها مساوية " صفر " وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها دالة عند مستوي دلالة

" ٠,٠٥ "، وبذلك يتضح أن انخفاض مستوى مشاعر الذنب للمجموعة التجريبية أدى إلي انخفاض اضطراب الاكتئاب لديهم، مما يؤكد علي تأثير انخفاض مستوى مشاعر الذنب لدي المكفوفين علي الاكتئاب. بالتالي تم قبول صحة الفرض الخامس.

• تفسير نتائج الفرض الرابع والخامس:

أشارت نتائج الفرض الرابع والخامس إلي فعالية خفض وعلاج الشعور بالذنب في السوية إلي المستوي السوية في تخفيف حدة اضطراب الاكتئاب لدي العينة التجريبية من المكفوفين مقارنةً بالمجموعة التجريبية التي لم تتلقي أي علاج أو تتدخل لخفض مستوى الشعور بالذنب.

ويمكن تفسير هذه النتائج من خلال العلاقة الايجابية بين الشعور بالذنب غير السوية واضطراب الاكتئاب، حيث أشارت دراسة (Kayhan, et al,2002)،(Lynn, et al,2002)،(منتهى مطشر عبد الصاحب علي ٢٠٠٣)،(Webb, et al,2007)،(Gojowy, et al,2001) إلي أن الاكتئاب أكثر الاضطرابات النفسية معاناة من الشعور بالذنب. فقد يكون الاكتئاب سبباً في الشعور بالذنب أو قد يكون مشاعر الذنب العالية سبباً للاكتئاب. لذا كان تخفيف الشعور بالذنب غير السوي أثره في تخفيف اضطراب الاكتئاب لدي المكفوفين في المجموعة التجريبية من.

• الفرض السادس:

وينص هذا الفرض علي " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المكفوفين المكتئبين في المجموعة التجريبية للقياسيين (البعدي - التتبعي) علي مقياس مشاعر الذنب والاكتئاب " لاختبار صحة الفرض السادس استخدم أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل في " اختبار ولكوكسن " للدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المرتبطة كما يلي:

جدول (٨) دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية للقياسيين (البعدي - التتبعي) علي مقياس الشعور بالذنب والاكنتاب

الأدوات	القياس	مج الرتب	مج الرتب "+"	مج الرتب "-"	مستوي الدلالة
مقياس مشاعر الذنب	البعدي	٥٥	٣١,٥	٢٣,٥	غير دالة
	التتبعي				
مقياس بيك للاكتئاب	البعدي	٥٥	٢٤,٥	٢٠,٥	غير دالة
	التتبعي				

يتضح من الجدول السابق (٨) ما يلي:

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المكفوفين في المجموعة التجريبية للقياسيين (البعدي - التتبعي) علي مقياس مشاعر الذنب والاكنتاب فمن خلال حساب مجموع الرتب السالبة والأقل تكراراً لكلاً من المقياسين وجد أنها مساوية " ٢٣,٥ " ، " ٢٠,٥ " ، وبالكشف عن دلالتهم الإحصائية وجد أنهما غير دالتان ، و بذلك يتضح استمرار مستوي الانخفاض في الشعور بالذنب وكذلك الاكنتاب لدي المجموعة التجريبية خلال فترة المتابعة التي تصل إلى شهرين من تطبيق البرنامج، بالتالي تم قبول صحة الفرض السادس.

• تفسير الفرض نتائج السادس:

جاءت هذه النتائج متفقة مع دراسة كلا من دراسة كيوياني (1997)Kubany، دراسة سميز (1999)Smith التي أشار نتائجها إلي استمرار العلاج المعرفي والمعرفي السلوكي في خفيف الشعور بالذنب. وهذا يؤكد استمرار تأثير العلاج القائم علي فنيات العلاج المعرفي السلوكي علي المدي الطويل وليس تأثير وقتي. وكذلك استمرار تخفيف أعراض الاكنتاب لدي العينة التجريبية مع انخفاض مستوي مشاعر الذنب غير السوية لدي المجموعة التجريبية التي في أمس الحاجة إلي تحسين مستوي الصحة النفسية لديهم لزيادة توافقهم الذاتي والاجتماعي

واستغلال قدراتهم وإمكاناتهم لأقصى درجة ممكنة لكي يفد ويستفيد منهم المجتمع.

جاءت نتائج هذه الدراسة تؤكد علي فعالية العلاج القائم علي فنيات وتطبيقات العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى مشاعر الذنب العصابية أو غير السوية، وكذلك إمكانية استخدام العلاج المعرفي السلوكي وفنياته مع بعض الفئات الخاصة خاصة المكفوفين والاستفادة منه في تحسين مستوى الصحة النفسية لديهم من خلال التخلص من معاناتهم من بعض المشكلات والاضطرابات النفسية لديهم خاصة مشاعر الذنب العالية غير السوية أو العصابية وكذلك الاكتئاب الذي يؤثر سلباً علي قدرتهم علي التوافق مع أنفسهم ومع المجتمع من حولهم.

كذلك أكدت النتائج إمكانية خلال أو تخفيف أعراض الاكتئاب لدي مضطربي الاكتئاب من خلال تخفيف مشاعر الذنب العصابية أو غير السوية، حيث أشارت النتائج إلي أن خفض مستوى الشعور بالذنب العصابي أو غير السوي يؤدي إلي تخفيف حدة الاكتئاب واستمرار هذا التأثير خلال فترة المتابعة والتي قد تصل إلي شهرين. نظراً للعلاقة القوية بين مشاعر الذنب العصابية أو غير السوية والاكتئاب كما أشارت دراسة (Kayhan, et al, 2002)، (Lynn, et al, 2002)، (منتهى مطشر عبد الصاحب علي ٢٠٠٣)، (Webb, et al, 2007)، (Gojowy, et al, 2001).

• توصيات الدراسة:

يمكن الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية بوضع مجموعة من المقترحات التي قد تسهم في الحد من مشكلة مشاعر الذنب والاكتئاب لدي المكفوفين وهي كما يلي:

١- وضع برامج لتنمية الجوانب الايجابية لدي المكفوفين لمساعدتهم علي التخلص من الاضطرابات المصاحبة للإعاقة.

-
- ٢- إنشاء مراكز متخصصة لذوي الفئات الخاصة من المعاقين بصريا لمساعدتهم علي تقبل الإعاقة والاعتماد علي الذات في إدارة شئون حياتهم ، مما قد يقلل من الاضطرابات المصاحبة للإعاقة.
- ٣- إنشاء مراكز متخصص في علاج الاضطرابات النفسية لدي المكفوفين المصاحبة للإعاقة.
- ٤- تطبيق برامج دمج المعاقين بصريا مع المبصرين مما قد يساعدهم في التخلص من العزلة والشعور بالوحدة وتنمية قدرتهم الإيجابية.

المراجع

١. أحمد الأنصاري عبد الحليم (٢٠٠٤): فعالية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف حدة فقدان الشهية العصبي لدي عينة من المراهقات، رسالة ماجستير، كلية التربية - كفر الشيخ - جامعة طنطا.
٢. أحمد خيرى حافظ ومجدي حسن محمود (١٩٩٠): أثر العلاج النفسي الجماعي في ازدياد تأكيد الذات وتقديرها وانخفاض الشعور بالذنب وانعدام الطمأنينة الانفعالية لدي جماعة عصابية، مجلة علم النفس، العدد الرابع عشر، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ص ص ١٥٨-١٣٣.
٣. أمال عبد السميع باظه (١٩٩٤): مشاعر الذنب لدي عينة من الفصاميين البرانويديين وذوي الميل العصابي والأسوياء. مجلة كلية التربية، الجزء الأول، اكتوبر، بنها، ص ص ٢٢١-٢٤٨.
٤. أمال عبد السميع باظه (١٩٩٦): اختبار مشاعر الذنب، القاهرة، الانجلو المصرية.
٥. أمال عبد السميع باظه (١٩٩٧): الشخصية والاضطرابات السلوكية والوجدانية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
٦. أمال عبد السميع باظه (١٩٩٨): مشاعر الذنب. مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد السادس والأربعون، ص ١٣٨.
٧. أمال عبد السميع باظه (٢٠٠٢): الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، الانجلو المصرية.
٨. أمال عبد السميع باظه (٢٠٠٥): النمو النفس للأطفال المراهقين، القاهرة، الانجلو المصرية.
٩. جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفاقي (١٩٩٠): معجم علم النفس والطب النفسي، القاهرة، النهضة المصرية.

١٠. جهاد علاء الدين (٢٠٠٣): الشعور بالذنب وعقاب الذات لدى عينة من طلبة الجامعة الهاشمية، مجلة العلوم التربوية الجامعة الهاشمية الأردن، العدد ٤ ، أكتوبر، ص ص ١٦٥-١٩٤.
١١. رائيفة رجب عوض (٢٠٠١) : ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة، القاهرة ، النهضة المصرية ،
١٢. رشاد علي عبد العزيز موسي (٢٠٠١): معجم الصحة النفسية المعاصر، القاهرة، دار الفاروق الحديثة.
١٣. سعيد حسني العزة (٢٠٠١): التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية، عمان ، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
١٤. سيد عبد العظيم محمد (١٩٩٨): أثر الإرشاد المعرفي في خفض الشعور باليأس لدى عينة من المكفوفين ، مجلة الإرشاد النفسي ، العدد الثامن ، القاهرة ، تصدر عن مركز الإرشاد النفسي - جامعة عين شمس ، ص ص ٢٩٥ - ٣١٧.
١٥. سيد عبد العظيم محمد وفضل إبراهيم عبد الصمد ومحمد عبد التواب أبو النور (٢٠١٠): فنيات العلاج النفسي وتطبيقاتها، القاهرة، دار الفكر العربي.
١٦. صبحي عبد الفتاح الكفوري (٢٠٠١): فعالية برنامج للإدارة الضغوط النفسية لدى طلاب كلية التربية. مجلة البحوث النفسية والتربية، جامعة المنوفية ، ص ص ٤٩-١٥٩.
١٧. عادل عبد الله محمد (١٩٩٨): مقياس الاكتئاب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
١٨. عادل عبد الله محمد (٢٠٠١): العلاج المعرفي السلوكي اسس وتطبيقات، القاهرة ، دار الرشاد.

١٩. عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤): **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه و ميادين تطبيقه** ، القاهرة ، دار الفجر للنشر و التوزيع.
٢٠. عبد المنعم الحفني (١٩٩٤): **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**، القاهرة، مكتبة مدبولي.
٢١. غريب عبد الفتاح غريب (٢٠٠٠): **مقياس بيك للاكتئاب**، القاهرة، الأنجلو المصرية.
٢٢. فاطمة الزهراء محمد النجار (١٩٩٩): **أثر برنامج معرفي سلوكي في تخفيف بعض المخاوف لدى الأطفال**، رسالة ماجستير ، كلية التربية - كفر الشيخ - جامعة طنطا.
٢٣. قاسم حسين صالح (٢٠٠٤): **الشعور بالذنب وعلاقته بالأمراض النفسجسمية** ، مجلة الإنسان والمجتمع ، الصادرة عن الجمعية النفسية العراقية، العدد ٢٠٥، ص ١٠.
٢٤. لويس كامل مليكة (١٩٩٠): **العلاج السلوكي وتعديل السلوك**. الطبعة الثانية، الكويت، دار القلم.
٢٥. محمد سعفان (١٩٩٥): **فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الشعور الذنب**، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، مجلد ١٩، ص ٢٤٠-٢٥٣.
٢٦. محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٩٦): **في الصحة النفسية** ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.
٢٧. محمد محروس الشناوى و محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٤): **العلاج السلوكي الحديث "أسسه و تطبيقاته"**، القاهرة ، دار قباء للنشر والتوزيع.
- ١- محمد نجاتي (١٩٩٢): **القرآن وعلم النفس**، ط ٥، القاهرة ، دار الشروق.
٢٨. مصطفى فهمي (١٩٨٧): **الصحة النفسية . دراسات في سيكولوجية التكيف** ، القاهرة ، مكتبة الخانجي.

٢٩. منال عبد الخالق جاب الله (٢٠٠٧): فاعلية العلاج بالمعنى في تخفيف مشاعر الذنب لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه، كلية التربية جامعة بنها.

٣٠. منتهى مطشر عبد الصاحب علي (٢٠٠٣): الشعور بالذنب والاكنتاب لدي طلبة جامعة بغداد، رسالة ماجستير غير منشور، كلية التربية - جامعة بغداد، العراق.

٣١. هارون توفيق الرشيدى (١٩٩٩): الضغوط النفسية طبيعتها - نظرياتها برنامج لمساعدة الذات في علاجها، القاهرة، الأنجلو المصرية.

32. Abolfotouh M.A, Telmesani A,(1993): A study of some psychosocial characteristics of blind and deaf male students in Abha City, Asir Region, Saudi, **Public Health**, Vol.107, No(4), July, PP: 261-269.
33. Alane, Nekazdin, (1994): **Behavior modification in Applied settings** Bchmont California Dorsey press, U.S.A .
34. Albert.S.D,(1999): The difference between shame-prone and guilt-prone persons on measures of anxiety, depression and risk of alcohol abuse, **PhD** , The-University-of-Toledo.
35. Barnhart, T. (1990): **The world book dictionary**, vol-1 (A-K) , World book, Ink. Ascott fetzer company .
36. Benjaporn P, (2002): Depression among visually-impaired children, **Journal of The Psychiatric Association of Thailand**, Vol.47, No(1), P: 48.
37. Bierbraure, G – (1997): Reactions to viotion of normative standards: accorss – cultural analysts of shame and quilt , **international journal of psychology**, vol. 27, No(2), PP:181 – 193.
38. Braich S, Vikram L, Simon H, David R.A,(2011): Burden and Depression in the Caregivers of Blind Patients in India, **Ophthalmology**, Vol. 27, No(4), PP: 420-432.
39. Bybee, J.Z, E., Berliner, D., & Merisca, R. (1996). Guilt, guiltevoking events, depression, and eating disorders, **Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social**, Vol.15, PP: 113-127.

40. Dumont R. (1996): The sky is fooling understanding coping with phobias panic and obsessive – compulsive disorders New Yourk, Norton B company .
41. Evans J.R , Fletcher A.E , Wormald R.P,(2007): Depression and anxiety in visually impaired older people, **Journal of Ophthalmology** ,Feb, Vol.114, No(2), P P:283-312.
42. Ferrando P.J, Pallero R , Anguiano C , Montorio I,(2010): Assessment of depressive symptoms in old visually-impaired people: a study of the Geriatric Depression Scale, **Psicothema** ,Nov;22(4) ,PP:587-592.
43. Gojowy, A, Kowalska, R, Niedzielska, M, Rzepka M, Krysta K, Krupka M,(2011): Sense of guilt and anxiety in depression , **European Psychiatry**, Vol.26, Issue null, PP:644-683.
44. Grant, MS, William S, Janet P.S,(2011): Effect of depression on actual and perceived effects of reading rehabilitation for people with central vision loss, **Journal of Measuring Reading Rehabilitation**,Vol.48, No(9), PP: 1101-1108.
45. Hayman K.J, Kerse N.M, Mbchb L.s,(2007): Depression in Older People: Visual Impairment and Subjective Ratings of Health, **Journal of Optometry & Vision Science**, November , - Vol. 84, No. 11, pp: 1024-1030.
46. Kaplan HI, Freed A.M, Sadock B.I, (1988): **comparative textbook of psychiatry**, London, Willams & Wilkins, Baltimore .
47. Karshmer J.F, Koenes S.G,(2000): Depression: a comparison study between blind and sighted adolescents, **ssues Ment Health Nurs**, May; Vol.21, No(3), PP:269-279.
48. Kayhan. G, Rob. N , Cathy. M , Sue. O, Anthony. L,(2002): Defining guilt in depression: a comparison of subjects with major depression, chronic medical illness and healthy controls, **Journal of Affective Disorders**, Vol.68 ,PP: 307–315 .
49. Kubany, E. S. (1997): Application of Cognitive Therapy for Trauma-Related Guilt (CT-TRG) with a Vietnam veteran troubled by multiple. sources of guilt, **Cognitive and Behavioral Practice**, Vol.4, PP: 213-244.
50. Lutakko, T, Kautiainen H , Kautiainen H, Sulkava R,Sulkava R,(2007): Combined hearing and visual impairment and depression in a population aged 75 years and older, **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Vol.17,No(9), PP: 808-813.

51. Lynn E. O, Jack W.B, Joseph .W , Paul. G, (2002): Guilt, fear, submission, and empathy in depression, *Journal of Affective Disorders*, Vol.71, PP: 19–27 .
52. Nishith, P, Reginald D.V., Nixon,T, Patricia A. R, (2005): Resolution of trauma-related guilt following treatment of PTSD in female rape victims: A result of cognitive processing therapy targeting comorbid depression? , **Journal of Affective Disorders**, Vol. 86 , PP: 259–265 .
53. Peter Strelan,(2007): Who forgives others, themselves, and situations? The roles of narcissism, guilt, self-esteem, and agreeableness, **Personality and Individual Differences**, Vol.42, Issue 2, January, PP: 259-269.
54. Rees G, Hui W.T, Marella M, Eva F, Dirani M, Ecosse L.L,(2010): Vision-Specific Distress and Depressive Symptoms in People with Vision Impairment, **Published online before print February**, Vol.17, No(10), PP: 2891-2896
55. Rees G,(2012): **between vision loss and psychosocial issues**,<http://translate.google.com.sa/translate?hl=ar&sl=en&tl=ar&u=http%3A%2F%2Fwww.cera.org.au%2Fcareers%2Fresearcher-profiles%2Fgwyn-rees&anno=2>
56. Salvia, J. & Ysseldyke, E. (2004): **Assessment In Special And Inclusive Education**, Ninth Edition, Houghton Mifflin Company, Boston, New York.
57. Smith, C. K. (1999): Affective and cognitive implications of group membership becoming part of the self: New models of prejudice and of the self- concept, In D. Abrams & M. Hogg (Eds.), **Social identity and social cognition**, PP: 183-196.
58. Tatman , Patricia (2005): **Youth and Visual Impairment** .The University of Wyoming . New York .
59. Thomas A.F, David P.V, Patrick B.M, Simon J,(2010): Shame- and guilt-proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample ,**Journal of Anxiety Disorders**, Vol.24, Issue 8, December , PP: 811-815.
60. Webb M, Dawn H, Steve C, Sarah A, Trina A,(2007): Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological maltreatment, **Child Abuse & Neglect**, Vol.31, PP: 1143–1153 .
61. Zahn – waxler, ckochansk, G.8 krupnick, (1990): Patterns of guilt in children of depressed and well mothers, **Developmental psychology**, Vol.26 (1) , pp. (51-59) .

فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض مستوى الشعور بالذنب لدى عينة من المكفوفين المكتتبين /د/ قطب عبده خليل حنور
