الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف المسيلة

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي : ...../2017

# واقع التكفل النفسي بالأطفال ضحايا حوادث المرور

## دراسة إستكشافية بمستشفى الزهراوي بولاية المسيلة

مذكرة مكملة لنيل شهادة ليسانس في : علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

سهير هادي

إشراف الأستاذة:

فاطمة الزهراء بوعلاقة

السنة الجامعية: 2017/2016

# كلمة شكر

بعد الفراغ من العمل لا يسعنا إلا أن نحمد الله عز وجل الذي بنعمته تتم الصالحات , الذي وفقنا في مشوارنا لإنجاز هذا البحث الذي سدد الخطى لنخرج هذا العمل بعون وتوفيق منه , فله الحمد والمنى من المبتدى إلى المنتهى .

إذا كانت مساعدة الغير تعبر عن الفهم الإيجابي لكلمة إنسانية وإحترامها فإننا بذلك نتقدم بجزيل الشكر والتقدير للأستاذة المشرفة " فاطمة الزهرة بوعلاقة " التي لم تبخل علينا بمعلوماتها القيمة , التي كانت السند العظيم والموجه الحكيم , رافقتنا وتابعتنا في كل جزء من أجزاء هذه الدراسة , نتمنى لها التوفيق والنجاح الدائمين .

كما نتوجه بخالص الشكر إلى كل أساتذة قسم علم النفس .

# الإهـــداء

إلى أحلى ما في الوجود ...

إلى أحن صدر ... ألجأ إليه... إلى التي جعل الله الجنة تحت قدميها إلى أمي الحنونة إلى نور قلبي ...

وقرة عيني ... وتاج رأسي ...

إلى الذي علمني الوقار والشموخ إذا ما مشيت تذكرته إستقام المسار

وإذا أخطأت أدركني قبل أن يكون المدار إليك أبي الغالي إلى أعظم نعمة من الله عليا بها في الحياة إخوتي وأخواتي .

إلى أغلى كنز في حياتي زوجي العزيز أطال الله في عمره

إلى كل من أحبه قلبي ولم يذكره لساني

إلى كل من علمني حرفا وقدم لي عونا .

# فهرس المحتويات

## فهرس المحتويات

كلمة الشكر

الإهداء

ملخص الدراسة

المقدمة.....أ

# الجانب النظري

## الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

1- إشكالية الدراسة.....5

2- تساؤل الدراسة.....6

3- أهمية الدراسة.....6

4- أهداف الدراسة.....6

5- دوافع الدراسة.....7

6- تحديد المفاهيم.....7

7- الدراسات السابقة.....8

8- قراءة وتعليق على الدراسات السابقة.....10

## الفصل الثاني: حوادث المرور

تمهيد.....12

1- تعريف حوادث المرور.....13

2- أسباب حوادث المرور.....13

3- أنواع حوادث المرور.....16

4- الآثار التي تخلفها حوادث المرور.....17

5- إنعكاسات حوادث المرور على الأطفال.....20

خلاصة.....23

## الفصل الثالث: التكفل النفسي

تمهيد.....25
1- تعريف التكفل النفسي.....26
2- التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة معه.....26
3- الأخصائي النفسي الإكلينيكي.....27
4- العلاج النفسي وبعض أشكاله.....34
خلاصة.....42

# الجانب التطبيقي

## الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

تمهيد.....45
1- التذكير بتساؤل الدراسة.....46
2- الدراسة الإستطلاعية.....46
3- المنهج المستخدم.....46
4- البعد المكاني والزماني للدراسة.....46
5- أدوات الدراسة المستعملة.....47
6- مجموعة البحث.....84
خلاصة.....49

## الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تمهيد.....51
1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج المقابلة العيادية النصف موجهة مع مجموعة البحث .....52
خلاصة عامة.....61
توصيات وإقتراحات الدراسة.....62
قائمة المراجع.....64
الملاحق

## فهرس الجداول


| الرقم | عنوان الجدول | الصفحة |
|---|---|---|
| 01 | عرض وتحليل نتائج المقابلة العيادية نصف موجهة مع مجموعة البحث (محور إطار العمل) | 52 |
| 02 | عرض وتحليل نتائج المقابلة العيادية نصف موجهة مع مجموعة البحث (محور فريق العمل) | 54 |
| 03 | عرض وتحليل نتائج المقابلة العيادية نصف موجهة مع مجموعة البحث (محور التكوين) | 56 |
| 04 | عرض وتحليل نتائج المقابلة العيادية نصف موجهة مع مجموعة البحث (محور صعوبات التكفل النفسي) | 57 |

# الفصل الثاني

# حوادث المرور

**تمهيد**

**1- تعريف حوادث المرور**

**2- أسباب حوادث المرور**

**3- أنواع حوادث المرور**

**4- آثار حوادث المرور**

**5- إنعكاسات حوادث المرور على الأطفال**

**خلاصة**

# مقدمة

**مقدمة:**

تعتبر الحوادث المرورية أحد أبرز الكوارث التي تهدد حياة المجتمعات وأمنها وإقتصاديتها فقد أصبحت تشكل خطرا من نوع جديد على قدرات هذه المجتمعات. لذلك فهي تعد من أهم الأسباب لإستنزاف الموارد البشرية والمادية للدولة،حيث تم تصنيفها من قبل منظمة الصحة العالمية كأحد أهم الأوبئة الفتاكة في العقود الأخيرة .خاصة في الدول النامية لإرتفاع عدد الحوادث المرور لتصبح مشكلة من أهم الأسباب المعوقة للتنمية (**الحميدان.2006:ص 2**) وإنطلاقا من هذا ولخطورة هذه الظاهرة وفداحتها وإنعكاسها وإنتشارها خاصة في الآونة الأخيرة وبالخصوص في المجتمع الجزائري التي أصبحت تحتل المراتب الأولى في الحوادث المرورية على المستوى العالمي .حيث عرفت على بقية دول العالم تزايدا كبيرا في نسبة حوادث المرور وما تخلفه من خسائر مادية وبشرية وإجتماعية ونفسية غير أن الإهتمام بالآثار السلبية لحوادث المرور ينصب على الخسائر المادية والآلام والإعاقات الجسدية .أما ماتخلفه من الآثار النفسية السلبية فغالبا ما يتجاهلها الجميع وقد يقتصر الأمر فقط على تلقي الضحايا نوعا من المساندة الإجتماعية من الأشخاص المقربين كالأهل والأصدقاء ، وهذا قد يخفف من الآثار السلبية إلا أنه غالبا مايكون غير كاف. فقد يجهل المحيطون بالضحايا بالدرجة المناسبة من المساندة أو نوعها. إضافة إلى جهلهم لتفسير بعض الأعراض التي غالبا ما تظهر على الضحية ، خاصة فئة الأطفال ضحايا حوادث المرور حيث تشير دراسة (Hauschldt.2002) أجريت على 212 طفلا وقعوا ضحية حوادث الطرق بمدى عمر من 05- 17 عاما إلا أن 88 % من الأطفال و38 % من الوالدين ظهر لديهم عرض واحد على الأقل من أعراض إضطرابات مابعد الصدمة ، وقد أشارت الهيئة الدولية لدراسات صدمات الكرب المفاجئة (2005) أن الأطفال الصغار في سن 5 سنوات أو أقل الذين تعرضوا لحوادث صادمة كحوادث المرور يمكن أن تظهر عليهم حالات جديدة من الخوف والقلق من الإنفصال والخوف من الأغراب أو الحيوانات . كما يمكن أن يقوموا بتصرفات أصغر من عمرهم أو يفقدوا الخبرات التي إكتسبوها مسبقا مثل دخول الحمام بالنسبة ، للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 06-11سنة يمكن أن تختلط عليهم ذكريات أحداث الصدمة النفسية عندما يحاولون إسترجاعها من ذاكرتهم ، ويمكنهم أيضا الشكوى من الأعراض الجسدية التي ليس لها أسباب طبية مثل: آلام المعدة وهي بذلك أحد صور الأحداث الصدمية التي تخلفها حوادث المرور ، ومن هذا تظهر ضرورة التكفل والمتابعة النفسية للأطفال ضحايا حوادث المرور.

وعلى هذا الأساس قمنا بتقسيم بحثنا إلى ما يلي: الفصل الأول الإطار المنهجي للدراسة بما فيه إشكالية الدراسة تساؤل الدراسة ، أهمية الدراسة ، دوافع الدراسة ، تحديد مفاهيم الدراسة ، والدراسات السابقة ، قراءة وتعليق على الدراسات السابقة ، يليه الجانب النظري الذي يحتوي على فصلين في الفصل الثاني تطرقنا لمتغير حوادث المرور وذلك بتقديم بعض التعريف الخاصة بها وأسبابها ، وآثارها وأنواعها وإنعكاساتها على الأطفال . في الفصل الثالث تطرقنا لمتغير التكفل النفسي من خلال تعريفه وبعض المفاهيم المتداخلة معه والأخصائي النفسي العيادي والعلاج النفسي وبعض أشكاله.

أما الجانب التطبيقي فقد تناولنا فيه فصلين هما الفصل الرابع الذي يتضمن منهجية البحث الذي تطرقنا فيه للدراسة الإستطلاعية والمنهج المستخدم والبعد المكاني لإجراء الدراسة وأدوات البحث المستعملة ومجموعة البحث أما في الفصل الخامس فكان لغرض عرض وتحليل النتائج ومناقشتها حيث تم القيام بعرض وتحليل نتائج المقابلة مع مجموعة البحث و في الأخير خلاصة البحث والإقتراحات والتوصيات وقائمة المراجع ثم الملاحق بما فيها دليل المقابلة .

# الجانب النظري

# الفصل الأول

# الإطار المنهجي للدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- تساؤل الدراسة

3- أهمية الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- دوافع الدراسة

6- تحديد مفاهيم الدراسة

7- الدراسات السابقة

8- قراءة وتعليق على الدراسات السابقة

## 1- الإشكالية:

معظم دول العالم ومن بينها الجزائر تعرف إرتفاعا متزايدا في معدلات حوادث الطرقات ولقد بات واظحا أن عدد الضحايا من الوفايات والجرحى والمعاقين بسبب الحوادث المرورية تجاوز عدد الذين يقتلون أو يتأثرون سنويا بمختلف أشكال الصراعات والمنازعات الأمنية ، ورغم أنه غالبا ما تقدم الإسعافات والعلاجات الجسدية اللازمة للناجين من حوادث المرور إلا أننا نجد غيابا واضحا للإسعافات والعلاجات النفسية الظرورية لهم ، ويكفي أن ينظر المرؤ ليرى الآثار التي تنجر من ورائها , فهي تمس الناحية النفسية والجسمية للفرد، فالفرد عند تعرضه لحادث مروري يكون في مواجهة الموت وهذه المواجهة تؤدي إلى تغيرات عميقة في شخصيته ، كما أنها تخلق لهذا الفرد ردود فعل عشوائية سواء على صعيد سلوكه الشخصي أو الفيزيولوجي فمن الناحية النفسية فإن الصدمة النفسية هي اول حدث يتعرض له الفرد أثناء وبعد الحادث فهي تأتي دائما على أثر قطع الإنسان عن وسطه الطبيعي وعن عائلته وعن بيئته الإجتماعية.(**عدنان،2006:ص15**) وبالخصوص إذا كان ضحايا الحوادث المرور ية يمس فئة الأطفال لأننا لا نجد عملية إستعادة الحدث بالشكل المألوف كالكبار وإنما نجد عملية تمثيل الحدث أثناء اللعب أو نجد أحلاما مفزعة لا يستطيع الطفل ذكر محتواها.( **الهمص،2009:ص6**) وقد قام ديرجرروف (Dyregrov،2003) بإضافة بعض الأعراض الخاصة بالإستجابة للأحداث الصادمة ومنها: زيادة سلوكات التعلق بالوالدين والإخوة ، فقدان المهارات المكتسبة حديثا من خلال عملية التطور وخصوصا عند الأطفال الأصغر سنا والخوف الدائم مع تكرار الحدث الصادم وأخيرا الشعور بالذنب من الحدث الذي تعرض له هذا يظهر بشكل واضح عند الأطفال الأكبر سنا ، كما نجد بعض الأعراض الناتجة عند تعرض الأطفال لحوادث المرور وهي: التبول والتبرز اللاإرادي في الليل والنهار، مص الأصابع ، الخوف من الظلام ، فقدان الشهية ، العناد للوالدين والمدرسين،إضطرابات في الكلام كالتأتأة . (**أسامة ، 2011: ص17**).

فكل هذه الآثار السلبية الناجمة عن حوادث المرور قد تعيق إستعادة الضحايا ممارسة حياتهم بشكل طبيعي ، ومن هنا تظهر أهمية التكفل النفسي بالأطفال الذين خلفت لديهم حوادث المرور صدمات نفسية ، وهذا مادفعنا لطرح التساؤل العام : ما واقع التكفل النفسي بالأطفال ضحايا حوادث المرور داخل المؤسسة الإستشفائية ؟

2- **تساؤل الدراسة:**

**ما واقع التكفل النفسي بالأطفال ضحايا حوادث المرور داخل مؤسسة إستشفائية**[1] ؟

**3- أهمية الدراسة:**

لكل دراسة أو بحث علمي في أي مجال من مجالات المعرفة أهمية خاصة من وراء البحث فيه والتعمق في دراسته للإلمام بجوانب معينة لموضوع معين ، وأهمية هذه الدراسة تتجلى فيما يلي:

- إرتباط هذا الموضوع بجوانب الحياة الإجتماعية والجسدية والنفسية ، حيث أن الدراسة تستمد أهميتها من الموضوع نفسه وذلك من خلال الكشف عن دور التكفل النفسي في حماية ومساعدة الطفل عن تجاوز الصدمة النفسية التي تحدث له نتيجة حادث مرور غير متنقل من قبل .
- الصدمة الناجمة عن حوادث المرور وما يمكن أن تخلفه من آثار سلبية على أبعاد شخصية الطفل والتي يمكن أن تلعب الدور العامل المفجر لظهور إضطرابات نفسية مختلفة لاحقة.

**4- أهداف الدراسة:**

من الأهداف العلمية لإختيار الموضوع إبراز مدى خطورة حوادث المرور التي هي في تزايد مستمر يوما بعد يوم ومحاولة الحد منها عن طريق إظهار مخلفاتها على المستوى النفسي المتمثل في الصدمة النفسية وكذا معرفة التكفل النفسي في تجاوز الصدمة النفسية وتدعيم الدراسات السابقة حول الصدمة النفسية عن طريق إبراز فعالية التكفل النفسي الإيجابي في إجتيازها .

إبراز معاناة الأطفال ضحايا حوادث المرور في إكتساب إعاقة حركية التي تغير مجرى حياتهم وضرورة التكفل النفسي في توفير عامل التوافق والتكيف النفسي لتقبل الوضع الراهن والتخطيط للمستقبل .

التعرف على دور الأخصائي النفساني في تحقيق التكفل النفسي بالأطفال ضحايا حوادث المرور .

---

[1] غياب صياغة الفرضيات راجع إلى طبيعة الطريقة الإستكشافية التي من خلالها تبنى الفرضيات في ضوء النتائج المتحصل عليها في دراسات سابقة . إن عملية البحث الإستكشافي مرنة ويمكن معالجة إستفسارات جميع أنواع المساءل البحثية وكثيرا ما يستخدم البحث الإستكشافي لإنشاء الفرضيات الرسمية , تربط شيلدز وتاجالي البحث الإستكشافي بالإطار النظري لفرضيات العمل ( Chield,Tajalli,2006:P334 )

**5- دوافع الدراسة:**

تلخص دواعي إختيار هذا الموضوع فيما يلي:

- كون أن حوادث المرور في الجزائر في إزدياد ملحوظ إذ تحتل المرتبة الرابعة عالميا والأولى في الوطن العربي، وأن ماتخلفه حوادث المرور من ضحايا لم تخلفه الكوارث الطبيعية الأخيرة ككارثة غرداية (29 قتيلا) ، باب الواد (578 قتيلا) وزلزال بومرداس (2260 قتيلا) وهي أرقم تقل بكثير عن مخلفات حوادث المرور .
- إن معظم الدراسات النفسية في مجال الصدمة النفسية ركزت كثيرا عن الصدمات الناتجة عن الكوارث الطبيعية كالزلزال والفيضانات ومن خلال هذه الدراسة نحاول التركيز على الصدمات الناتجة عن حوادث المرور.
- التعرف على واقع التكفل النفسي بالأطفال ضحايا حوادث المرور بالمؤسسة الإستشفائية.

**6- تحديد المفاهيم:**

من الضروري قبل أن نتطرق لبعض جوانب موضوع الدراسة أن نحدد المفاهيم التي نراها تخدم الموضوع بشكل مباشر وتحديد المفاهيم من شأنها مساعدتنا على تحديد مسار الدراسة لأن الموضوع المفهوم معناه وضوح الهدف وهذه المتغيرات هي:

**6-1- تعريف حوادث المرور**: هي" جميع الحوادث التي ينتج عنها إزهاق للأرواح أو إصابات في الأجسام أو خسائر في الأموال ، أو جميع ذلك من جراء إستخدام المركبة".(**الرشيدي،2008: ص17**).

- كذلك يمكن تعريفها على أنها "كل
- الإصابات الناجمة عن إستخدام المركبة أثناء سيرها تحت ضروف معينة ، وينتج عنها آثار مدمرة للأرواح والممتلكات" .(**بوطبال ، 2012: ص106**) .
- حوادث المرور أو حوادث الطرق Les accidents de la route: هو كل واقعة مرورية تنجم عنها إصابة أو خسارة في الممتلكات بصورة عامة وبدون قصد مسبق سببتها المركبات أثناء حركتها أو توقفها في مكان ما ( **أبو إسماعيل ، 1997:ص2001**) .

**6-2- التكفل النفسي:**

- **التعريف الإجرائي:**

التكفل النفسي هو كل الطرق والأساليب العلاجية التي يقدمها الأخصائي الإكلينيكي للمعالجة النفسية العيادية والرعاية وإعادة التأهيل للمريض .

- **التعريف اللغوي:**

كفل أي ضمن ، تكفل بالشيء أي أوجبه على نفسه وإلتزم به .

**7- الدراسات السابقة:**

**7- 1- الدراسات الأجنبية:**

**7 -1 -1- دراسة (Pal Ulleberg et Torbjorn ,2003):**

حاولت هذه الدراسة التوحيد بين مختلف الأبحاث التقليدية المتعلقة بالمقاربة المهتمة بسمات الشخصية والمقاربة المهتمة بالمتغيرات الإجتماعية المعرفية. وهذا لفهم إستراتيجيات الشباب إزاء السلوكات الخطيرة في السياقة والمسببة لحوادث المرور ، شارك في هذه الدراسة ما يقارب 1932 من النرويج من خلال الإجابة على إستبيان يقيس العدوانية ، الحصر والقلق وعدم إحترام القواعد المرورية ، وقد أشارت النتائج إلى ما يلي:

- أن الشخصية تؤثر على سلوك الخطر في السياقة بطريقة غير مباشرة من خلال المواقف السلوكية .

- كذا وجوب التحدث عن حملات توعية متعلقة بالسلامة المرورية ( **الرشيدي ، 2010: ص26**)

(**Ulleberg et Torbjorn ,2003 :p427**).

**7 -1 -2- دراسة مكينا وهورسول (Mackenna et Horswill ,2006)** : بينت نتائج هذه الدراسة أن الحديث مع قائد السيارة أثناء السير أو الحديث في الهاتف الخلوي يزيد من أخطاء القيادة ، ويقلل الإستجابات السليمة أثناء قيادة السيارة لأن مثل هذه الأمور تصرف الإنتباه عن معالجة المعلومات الضرورية اللازمة لقيادة السيارة بأمان مثل كبح الفرامل والنظر في المرآة قبل التحول ، أو الإنحراف على جانبي الطريق ، أو ملاحظة إشارة المرور أو الحفاظ على السرعة المقررة أو ربط أحزمة الأمان أو الإلتزام بالمسرب ( **الرشيدي ، 2010: ص25**) .

**7- 2- الدراسات العربية:**

**7 -2-1- دراسة ( الغامدي1997) :**

بعنوان الأسباب والآثار لحوادث المرور في المملكة العربية السعودية هدفت إلى إستعراض مشكلة حوادث المرور في المملكة العربية السعودية وقد توصل إلى النتائج التالية:

- توصل الباحث إلى أن أسباب الحوادث المرورية تمثلت في السرعة الزائدة ، التجاوز والتوقف الخاطئين والمسكرات وأسباب أخرى .

- ومن آثار الحوادث المرورية الوفاة المرورية ، حيث أن (81 % ) من الوفيات في المستشفيات الناتجة عن حوادث المرور ، والخسائر الإقتصادية التي تخلفها حوادث المرور وصلت إلى (21) مليار **ريال** بفاقد محلي بلغ ( 7.4%) ( **الرشيدي ، 2010: ص ص22،23**).

**7– 2 – 2 – دراسة ( الثيان 1997) :**

بعنوان مدى إسهام التلفزيون السعودي في التعريف بأخطار الحوادث المرورية للطلاب وسبل الوقاية منها .

أجريت على عينة من الطلاب في المراحل المختلفة في التعليم العام الحكومي ما قبل الجامعي بمدينة الرياض بلغ حجمها ( 450 ) طالبا أستخدم منهج الدراسة المسيحية وقد توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج أهمها:

- يمثل العنصر البشري والسائق والمشاة والراكب وخاصة السائق أهم عناصر الحادث المروري .
- من الآثار السلبية للحوادث المرورية ، الآثار الإقتصادية والآثار الإجتماعية .
- يعد ضحايا الحوادث المرورية من فئة صغار السن هم الأكثر عددا مقارنة بباقي الفئات العمرية الأخرى من الضحايا . وكذلك يشكل الطلاب في هذه الفئة النسبة الأكبر خاصة في المملكة العربية السعودية .

**7 – 3 – الدراسات الجزائرية :**

**7 – 3–1– دراسة ( بوظريفة وآخرون 1991):**

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مختلف العوامل النفسية والإجتماعية المؤثرة على سلوك السائق ، ضمن عينة قوامها ( 1000) سائق من مدينة الجزائر وضواحيها ، وخلصت نتائج دراستهم إلى ما يلي:

- نقص تدريب السائقين من الناحية النفسية ( الثقة في النفس ...).
- كما توصلوا أيضا إلى أن معظم السائقين يميلون إلى الإنفعال والعناد ( المنبه الصوتي، أو الضوئي ) ويواصلون قيادة السيارات على الرغم من شعورهم بالتعب ، وقلة التركيز والإنتباه ،كما أن بعضهم لا يحترم قوانين المرور ، ولا يبالي بها ، بدافع أنه يستطيع الفرملة في الوقت المناسب. ( **بوظريفة وآخرون 1991**) .

**7 – 3–2– دراسة ( عائشة عبد العزيز نحوي 2014):**

بعنوان التكفل النفسي بضحايا حوادث المرور بتقنية البرمجة العصبية اللغوية ، خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- إن التكفل بضحايا حوادث المرور ليس بالأمر الهين ، إلا أنه فعال في تقديم السند
- النفسي للحالات من خلال تطبيق تقنية البرمجة العصبية اللغوية ،لاحظت الباحثة أن التقنية تتبع المنهج التكاملي وتأخذ من الإتجاهات الأربعة للعلاج النفسي أي تهتم بالجانب الدينامي والسلوكي المعرفي والنسقي والإنساني تقنية مختصرة وفعالة مع الفرد المعاصر هذا الفن المتطور ، يقدم دون توقف بروتوكولات جديدة ، ونماذج لتضع كل فرد في إشكالية خاصة تسهل مساعدته بالطريقة التي يرغبها ، للوصول إلى ما يبحث أن يناله من عرضه .
- الأسس القاعدية للبرمجة العصبية اللغوية ، نوعية الإتصال وهو أحد الأسس الكبرى في سر العلاج ونجاحه **( نحوي،2014: ص9)**

**8 – قراءة وتعليق على الدراسات السابقة :**

إن الدراسات التي تناولت موضوع حوادث المرور تناولته من عدة جوانب يمكن تقسيمها إلى ما يلي:

1- دراسات إهتمت بالأسباب السيكولوجية التي تؤدي إلى حوادث المرور.
2- دراسات ركزت على الآثار الإجتماعية والإقتصادية والبشرية التي تخلفها حوادث المرور .
3- دراسات ركزت على أهمية الحملات التوعوية في التقليل من نسبة حوادث المرور .
4- دراسات إهتمت بالتكفل النفسي بالنسبة لضحايا حوادث المرور الأكبر سنا ، وهذه الدراسات قليلة .

**تمهيد :**

أصبحت الحوادث المرورية تمثل وبشكل كبير هاجسا وقلقا لكافة أفراد المجتمع ، حيث أضحت واحدة من أهم المشكلات التي تستنزف الموارد المادية والطاقات البشرية وكذا تستهدف المجتمعات في أهم مقومات الحياة والذي هو العنصر البشري ، إضافة إلى ما تخلفه من آثار ونفسية وخسائر مادية ضخمة مما أصبح لزاما العمل على إيجاد الحلول والإقتراحات ووضعها موضع تنفيذ للحد من هذه الظاهرة أو على الأقل تقدير معالجة أسبابها والتخفيف من آثارها .

## 1- تعريف حوادث المرور:

**التعريف الإجرائي:** هو كل واقعة تحدث من جراء إصطدام سيارة بسيارة ، أو براجل أو بشيء آخر، ويكون ذلك بسبب ممارسات وتصرفات خاطئة من طرف السائقين وينتج عنها خسائر مادية وبشرية .

- هو تورط السائق دون معرفة أو توقع في حادث مروري يؤدي إلى أضرار تصيب المركبة أو الشخص أو كلاهما ، أو هو حالة طارئة تنتج عن عدم السير الطبيعي والأمن للمركبة تتميز بالمفاجئة والسرعة في حدوثها وتؤدي إلى خسائر مادية وبشرية.(**بوظريفة ، 1991:ص35**)
- تعرف حوادث المرور على أنها حدث إعتراضي يحدث بدون تخطيط مسبق من قبل سيارة (مركبة) واحدة أو أكثر مع سيارات ( مركبات)أخرى أو منشأة أو حيوانات أو أجسام على طريق عام أو خاص( **شهلي ، 2011: ص34**) .
- هو كل حادث ينتج عنه أضرار جسمية أو مادية دون قصد جراء إستخدام المركبة
- وفي حالة حركة (**سالم، 2010: ص70**) .
- كما عرفه j,leplat على أنه نتيجة غير مرغوب فيها ولم تكن أن تحدث لو أن النظام المعين سار بالطريق سار بالطريق المستهدفة من طرفه مصممه يمكن إعتبار الحادث كثمرة لعدم عمل النظام ( **بوعافية ، كباسي ، 2004: ص04**).

ومن التعاريف السابقة يمكن القول أن نظام حادث المرور يتكون من ثلاث عناصر أساسية هي الإنسان والمركبة والمحيط وكل هذه العناصر سواء على حدى أو مع بعضها البعض تشكل السبب الرئيسي لحوادث المرور .

## 2 – أسباب حوادث المرور:

إن تحديد الأسباب المؤدية للحوادث المرورية بكيفية دقيقة يتطلب فعلا عملا مهنيا وإحترافيا بدءا من المصالح المكلفة بالتدقيق في الحوادث إلى المميزات والخصوصيات التي تشترط في شبكات الطرقات ومن بين أهم الأسباب:

### 2-1- الأسباب المباشرة لحوادث المرور:

يتضح لنا من الإطلاع على إحصائيات حوادث المرور بالجزائر أنه من الأسباب المباشرة لوقوع هذه الحوادث على المستوى الوطني أن العنصر البشري هو المتسبب الرئيسي حيث يتحمل القسط الأعظم من المسؤولية في وقوع الحوادث بنسبة تقدر سنة 2010 بـ 93.65 % من إجمالي أسباب حوادث المرور ، بينما أسباب متعلقة بحالة

المركبة تأتي بالمرتبة الثانية بنسبة 3.60% بينما يتسبب المحيط بنسبة 2.75% من الحوادث ( **بوجلال، 2011: ص12**) .

**2-1-1-الأسباب المتعلقة بالعامل البشري:**

تبقى سلوكات الأفراد تؤثر بشكل مباشر على تصرفاتهم في الطريق خاصة في ظل التكوين المتواضع الذي يتلقونه في المدارس المتخصصة، حيث تظهر الإحصاءات أن تداخل هذه التصرفات مع بعضها قد يتسبب في حوادث خطيرة ، وبالتالي يمكن تلخيصها حسب درجة الخطورة كالآتي:-

تأتي على رأس القائمة ( ماينسب عادة إلى الشباب) الإفراط في السرعة ففي عام 2009 أخذ عامل السرعة 24.84% وقد ينتج عن هذا الإفراط في السرعة فقدان السيطرة على المركبة ، ما يمثل 13.91% من نسبة الحوادث ، كما يبدو أن عدم إحترام إشارات المرور سبب في وقوع الحوادث بنسبة 10.82% لا مبالاة المشاة ومزاحمة المركبات والسير على الجزء المخصص لها يمثل نسبة 10.39% من إجمالي الحوادث . كما أفرزت سلوكات المناورات الخطيرة للسائقين بنسبة 3.47% من عدد الحوادث ، او تدفع السائق إلى التجاوز الخطير الذي يمثل 10.33% كما أن إستعمال بعض السائقين المواد المسكرة أو المخدرة قد تدفع إلى تغيرات مهمة في التصرفات التي تخلق بدورها عدم تحكمه في المركبة ، وحسب الإحصائيات فهذه الحالة تمثل نسبة 1.60% من مجمل أسباب حوادث المرور بالإضافة إلى الأسباب التي تخص المكوث أو التوقف الخطيرين ، جنحة الفرار ، الحمولة الزائدة ، إستعمال الهاتف النقال أو التصنت الإذاعي ، كانت نسبها على التوالي:0.72% ، 0.67% ، 0.26% ، 0.20%

**2-1-2-الأسباب المتعلقة بالمركبة:**

تحتل المركبة مكانا أساسيا بين عناصر النظام المروري الذي يشمل السائق والطريق والبيئة التي تنظم العلاقة بين هذه العناصر فالمركبة أصبحت ضرورة ملحة في حياتنا المعاصرة لا يمكن الإستغناء عنها ، إلا أن حالة المركبة قد تؤثر هي الأخرى بشكل مباشر في وقوع الحوادث خاصة إذا كانت مرفقة بسلوك لا وقائي كالثقة الزائدة في النفس للتحكم في المركبة . فقد يؤدي إنفجار الأطر في حالة السرعة المفرطة إلى إنقلاب السيارة أو فقدان السيطرة عليها ، وقد تؤدي الكوابح المعطلة عدم القدرة على تفادي عائق الطريق خاصة بعد إنتشار الطرق وتوسع المناطق الحضرية ، ويعد التطور المذهل في أعداد المركبات المسجلة عبر السنوات دليلا على أهمية دور المركبة كوسيلة نقل أساسية ، فعلى سبيل المثال تطور عدد المركبات المسجلة في الجزائر2.947.517 مركبة في عام

2000 إلى 5.919.726 مركبة في عام 2009 ونتيجة طبيعية لهذا التطور تضاعف الإقبال على إستخدام المركبة ، ويعد الخلل الميكانيكي من أهم المشاكل الظاهرية المتعلقة بالمركبة ، حيث أن هذا الخلل عادة ما يصيب المركبات القديمة بسبب فاعلية الصيانة لها نظرا لعدم صلاحية عدم أجزائها وكذلك من الأسباب إنفجار الإطارات المطاطية لعدم مراقة الضغط في العجلات أو لقدمها وكذلك إنكسار محاور العجلات أو وقوع خلل في أجهزة الكبح وأثبتت التجارب في فرنسا أن العينة التي وضعت للدراسة هي عشرة آلاف سيارة وان ما يعادل 33% من إجمالي عدد السيارات المتسببة في حوادث المرور القاتلة كانت نتيجة لسبب العطل الميكانيكي ، وتتراوح هذه النسبة بسبب العطل الميكانيكي من 40% إلى 72% في الولايات المتحدة الأمريكية ومن بين الأسباب الأخرى نذكر مفعول أكسيد الكربون حيث أن تركيزه في الغازات المحترقة تقدر 10% ويمكن لهذا الغاز أن ينفذ في هيكل السيارة أو عبر الزجاج المفتوح حيث يؤدي إلى الخمول وبالتالي يتأثر السائق والركاب (**كمال ، 2007: ص9**)

**2-1-3- الأسباب المتعلقة بالمحيط:**

يعتبر المحيط عاملا مساعدا على زيادة الحوادث حتى ولم يكن العامل الأساسي حيث أن عدم صلاحية أجزاء من الطريق أو إنعدام الإشارات والإنارة قد يؤدي إلى وقوع حادث ، خاصة عند سوء الأحوال الجوية كتهاطل الأمطار وهبوب الرياح أو الزوابع الرملية أو الضباب فقد تغير من إتجاه السائق وتعيق التحكم في المركبة مع إحتمال حدوث إنزلاقات وأعطال تصيب بعض المركبات الأمر الذي يؤدي غالبا إلى حدوث عرقلة للسير ولا يستبعد وقوع حوادث مرورية ( **الهماش ، 2003: ص44**) .

وتعتبر درجة الحرارة التي تنشأ عن الشمس أو غيرها من العوامل المساعد على إنخفاض معامل الإحتكاك مما يجعل الطريق زلق خلال النهار في فصل الصيف وهذا ما يؤدي إلى حوادث المرور ( **السيف وآخرون، 1990: ص92**).

**2-2- الأسباب الغير المباشرة لحوادث المرور:**

بعد تناولنا للأسباب المباشرة لوقوع حوادث المرور نتطرق الآن للأسباب الغير مباشرة والمتمثلة في:

**2-2-1- الإختلال بين حجم حظيرة المركبات وسعة المنشآت القاعدية:**

إن زيادة الطلب يؤدي بالتبعية إلى الإتجاه لتعقيد مشاكل النقل ومن ثم إنخفاض مستوى الخدمة ، فزيادة ملكية السيارات لمقابلة الإحتياجات المتزايدة للنقل يؤدي إلى تعقد مشاكل المرور وبالتالي زيادة الحوادث ومقابلة هذه المشكلة تكون عن طريق توفير تسهيلات ووسائل أكبر لحركة المرور ووضع التنظيمات العلمية المناسبة وتعد الحظيرة

الوطنية للمركبات في الجزائر هامة جدا نظرا للعدد الذي بلغته سنة 2009 حيث بلغ 5.919.726 مركبة أي مسجلة زيادة بنسبة 9.19% في سنة 2008 ، فيما لم تواكب شبكة الطرقات هذه الزيادة في عدد المركبات ، و أصبح الإزدحام والإكتظاظ سببا في حوادث المرور ( **البكري ، 2001: ص51**).

**2-2-2 – قلة فعالية منظومة التكوين والتدريب على السياقة:**

إن المعاينة الميدانية التي قامت بها مصالح المراكز المتخصصة ، أثبتت أن طريقة التكوين والإمتحانات تتميز بنقائص كبيرة لها عواقب وخيمة على الأمن المروري ، كما أثبتت أن عددا هائلا من السائقين وحتى المحترفين منهم ينقصهم التكوين الكافي والتدريب اللازم لإكتساب المهارات والمعارف الضرورية على التحكم في سياقة المركبة ( **بوجلال ، 2011: ص20**).

**2-2-3- قلة فعالية العمليات التوعوية:**

بالنظر إلى أهمية العمليات التوعوية ودورها الفعال الإيجابي في تحقيق السلامة والأمن المروريين ، إلا أننا نرى من البديهي أن كل افجراءات المتعلقة بالتوعية في هذا المجال لا يمكن ان تكون فعالة إلا إذا وضعت في إطار إستراتيجية مدروسة ومرفقة بإجراءات مكملة في مجالات أخرى ( **بوجلال ، 2011: ص20**).

**2-2-4- عدم تنصيب اللجان الولائية:**

تجدر الإشارة إلى أن النشاط كان ضئيلا وهذا لعدم تنصيب اللجان الولائية التي توكل لها مهمة التحضير للعمليات التوعوية ودراسة مشاكل السلامة المرورية والتنسيق بين مختلف القطاعات العاملة في مجال السلامة المرورية على المستوى وبصفة عامة تطبيق وتنفيذ البرامج المسطرة على المستوى المركزي ( **بوجلال، 2011: ص20**).

**3 – أنواع حوادث المرور**: هناك عدة أنواع نذكر منها:

أولا حسب أنواعها:

- تصادم بين سيارات متقابلة ( وجها لوجه)
- تصادم على شكل زاوية ( تصادم بين سيارات عن التقاطعات)
- تصادم من الخلف ( السيارات تسير في نفس الإتجاه )
- تصادم جانبي
- تصادم أثناء الدوران ( الإلتفاف)

- دهس المشاة
- صدم جسم ثابت
- حادث سيارة واحدة ( عادة إنقلاب أو فقدان السيطرة على السيارة)
- صدم دراجة ( **العسيري وآخرون،2005: ص5**)

**ثانيا حسب نتائجها:**

- حادث وفاة: وهو الحادث الذي ينتج عنه وفايات إما السائق أو الركاب أو المشاة
- حادث إصابة: وهو الحادث الذي ينتج عنه إصابات أو إعاقات أو عاهة مستديمة ولا تؤدي إلى وفاة .
- حادث تلفيات: وهو الحادث الذي ينتج عنه تلفيات في المركبة والممتلكات الخاصة والعامة ( **الهماش،2003: ص16**) .

ومما سبق يمكن القول أنه مهما تنوعت مسببات حوادث المرور سواء كانت أسباب بشرية تخص السائق أو المشاة ، أو أسباب هندسية كان السبب فيها الطريق ، أو أخطاء ميكانيكية تعود إلى المركبة فكلها تؤدي إلى نتائج وآثار سلبية .

## 4- الآثار التي تخلفها حوادث المرور:

إن كثرة حوادث المرور وإرتفاع نسق تطورها بشكل مفزع وخطير وإزدياد الضحايا من قتلة وجرحى إلى درجة أن البعض قد وصفها " بحرب الطرقات " في إشارة ليست بالخافية إلى تشابه نتائج إستعمال المركبات بنتائج الحروب من حيث الخسائر البشرية والمادية وبالفعل فإن الناظر على الإحصائيات التي تنشر سنويا إلى مئات آلاف الضحايا ولا يقتصر الأمر عن مجرد وفاة الشخص فقد يكون هذا المتوفي رب أسرة ، فتحرم هذه الأسرة من عائلها وتجد نفسها في معاناة كبيرة ، ويزداد الأمر صعوبة عندما يكون الضحايا أطفال الذين هم بحاجة إلى كل الرعاية والحماية والأمن ، ومن الآثار التي تخلفها حوادث المرور مايلي:

### 4- 1 – الآثار الإقتصادية:

إن تقدير تكلفة الحوادث المرورية والفاقد الإقتصادي منها خطوة مهمة نحوى تحديد الآثار الإقتصادية لمشكلة حوادث المرور في أي بلد ، ومدى تأثير ذلك على الناتج المحلي ، كما أنها مطلب ضروري في ترتيب أولويات تحسينات السلامة المرورية وقياس فعالية الحلول المقترحة لهذه التحسينات ( **العسيري،2005: ص06**).

وتكمن خطورة الحوادث المرورية فيما يظهر لنا من خلال الإحصائيات الرسمية التي تؤكد إرتفاع عدد المتوفين والمصابين وأثرها في فقدان القوى البشرية وهكذا فإن الأثر المباشر للحوادث المرورية يتمثل في فقدان العنصر البشري سواء بالوفاة أو العجز بنسبة كبيرة تعيقهم عن آداء العمل وحاجة هؤلاء المعوقين لمن يقدم لهم الرعاية ، وقد يصبح الكثير من المصابين في حوادث المرور على على المجتمع بدلا من كونهم عناصر إيجابية وفعالة تسهم في تنمية المجتمع وتطوره ( **السيد، 2008: ص126**).

بالإضافة إلى الخسائر المادية التي تتكبدها المجتمعات جراء هذه الحوادث الخطيرة والمؤثرة بما ينعكس سلبا على النتاج القومي فنجد مثلا طبقا للإحصائيات العالمية للحوادث المرورية فإن فاقد الناتج القومي في الولايات المتحدة الأمريكية من 1% إلى1.5 % وفي بريطانيا 1.7% وفي أستراليا 1.6% في السعودية 4.7 % وهذا ما يوضح مدى فداحة حجم الخسائر المادية المترتبة عن الحوادث المرورية ( **السيد، 2008: ص133**)

**4 –2 – الآثار الإجتماعية:**

تتمثل الآثار الإجتماعية للحوادث المرورية في خسارة أسرة الفرد وذويه وأصدقاء له وأيضا خسارة المجتمع له عندما يكون فردا منتجا فعالا ، فعندما يكون الفرد هو عائل لأسرته فان الخسارة على تلك الأسرة ستكون فادحة من جراء فقدان معيلها، كما تؤدي الحوادث المرورية إلى الآلام والحزن وتلك المشاعر والأحاسيس الإنسانية التي لا يمكن التعبير عنها ماديا ، كما أن لها إنعكاسات سلبية على سلوكيات ذوي المفقود. ولقد أثبتت دراسات عديدة أن من أبرز أسباب تصدع الكثير من الأسر و إنحراف سلوكيات الكثير من الشباب يعود إلى غياب رب الأسرة بسبب الوفاة أو غيرها ، ومن الآثار الإجتماعية للحوادث المرورية ترمل بعض النساء ضحايا حوادث المرور المتوفين وهذا يشكل مرحلة قاسية على حياة المرأة والأطفال فالمرأة بمفردها عاجزة عن السيطرة على الأسرة بالشكل المناسب في ما لو كان الأب مازال على قيد الحياة ، وهذا يؤثر على تنشأة الأطفال ، مما قد يعرضهم في الفشل في التعليم ومواصلة الدراسة ، والإتجاه نحو رفقاء السوء وبالتالي الوقوع في الإنحراف السلوكي ( **الصبحي ، 1998: ص113**).

فرب الأسرة له أهمية في أمن وإستقرار وتوازن الأسرة وحفظ أفرادها من التشرد الأمر الذي يؤدي إلى بروز آثار إجتماعية سلبية ، ومن بين تلك الآثار التي تتركها الحوادث المرورية التفكك الأسري ، المعاناة النفسية بسبب وفاة أو إصابة رب الأسرة أو تقييد حرية أحد أفرادها بإلقاء عقوبة السجن عليه بسبب إرتكابه لحادث مروري ( **Golias,1993p 07**).

**4 – 3 – الآثار الصحية:**

وتشمل الآثار الصحية الإصابات الجسدية التي يخلفها الحادث المروري كالخدوش الطفيفة والجروح ، مرورا بالجروح العميقة والكسور المركبة وإنتهاء بالوفاة . مما يؤثر بشكل أو بآخر على مستوى الخدمة التي تقدمها المستشفيات للمرضى العاديين. وهناك الخسائر المادية الناتجة عن الحوادث المرورية والتي تتمثل في تكلفة علاج المصابين ، ولا يتوقف الأمر عند العلاج بالمستشفى إنما أيضا هناك جانب آخر يبرز حجم المشكلة ومعاناة الجهات الطبية معها ، هذا الجانب يتمثل بإسعاف المصابين أي بالمرحلة التي تسبق مرحلة الوصول إلى المستشفى للعلاج ، وما يترتب على ذلك من كلف مادية باهضة ( **Al–Ashiekh ,1996 :P55**) .

ومن الآثار الصحية أن هناك ضحايا لحوادث المرور لم يسلموا من الإصابات فهناك حالات كثيرة في المستشفيات مصابة بغيبوبة طويلة ، وكسور أولية ومضاعفة وعاهات دائمة ، وحالات بتر بالأيدي و الأرجل أو شلل نصفي أو كامل ، وفقدان الذاكرة . وكم يصرف من الأموال الطائلة في سبيل معالجة هذه الإصابات ، بل كم يخسر المجتمع من رجاله ونساءه وأطفاله بسبب الحوادث ( **الهبدان ، 1994: ص63**) .

**4 –4– الآثار النفسية:**

إن الأعراض الناجمة عن الصدمات النفسية جراء الوقوع في حوادث المرور جعل علماء النفس يصنفونها من بين أحداث الحياة الضاغطة ولقد بذلوا جهودا كبيرة لتتبع الآثار المتأثرة على تلك الأحداث خاصة الخطيرة منها على صحة المرء النفسية والعقلية والعضوية ويرى الباحثون أن من المناسب أن نشرح للمصابين وعائلاتهم أن تلك المشاعر وردود الأفعال الطبيعية وأنها قد تتلاشى مع الوقت لكن إذا إستمرت لفترة زمنية تجاوزت الشهر أو كانت حدتها مقلقة بدرجة ملحوظة فمن المهم عند ذلك إحالة المصاب للخدمات النفسية لعلاجه من إضطراب ما بعد الصدمة ( PTSD) ، (**هوزاع، 2007: ص03**) .

كما يرى الباحثون أن إضراب ما بعد الصدمة من الأبعاد النفسية ذات الصلة بالحوادث المرورية التي اولاها علماء النفس إهتماما كبيرا فقد أشار(Blanchard et Hickling ,2003). أن حوادث السيارات هي السبب الأول في حدوث إضطرابات ما بعد الصدمة لدى عامة الناس، حيث يتعرض أكثر من ثلاثة ملايين شخص سنويا لإصابات ناجمة عن حوادث الطرق وأن ما نسبته 45.10 % من بين ما يتعرضون لإصابات تظهر لديهم لاحقا أعراض ما بعد الصدمة وكما أن إحتمال ظهور أعراض ما بعد الصدمة عند النساء (4 – 10%) أكثر من الضعف مقارنة بالرجال ( 5% ) وأن نسبة كبيرة من الناجين تظهر لديهم أعراض ما

بعد الصدمة أكثر إحتمالا لن يكونوا قد تعرضوا لحوادث مرور أو خبرات صادمة مقارنة بالعينة التي لم تتعرض لمثل تلك الحوادث . كما وجدا الباحثان أن عينة الناجين من حوادث السيارات يعانون من الإكتئاب أكثر من العينة الضابطة و أن 53 % ممن يعانون من إضطراب ما بعد الصدمة يعانون إكتئابا حادا وبينما كان ما يقارب 10% من الناجين من حوادث الطرق ممن ظهرت لديهم أعراض ما بعد الصدمة مكتئبين عند وقوع الحادث ، إلا أن مانسبته 43.5% من تلك العينة ظهرت لديهم أعراض الإكتئاب الحاد بعد وقوع الحادث ويخلص الباحثان إلى أن الإضطرابات النفسية مثل الإكتئاب تجعل ضحايا حوادث المرور أكثر إستعداد لأن تظهر لديهم إضطرابات ما بعد الصدمة (**هوزاع،2007: ص04**).

**5 – إنعكاسات حوادث المرور على الأطفال:**

صنف علماء النفس الحوادث المرورية من بين أحداث الحياة الضاغطة ، وقد بذلوا جهودا كبيرة لتتبع الآثار المترتبة على تلك الأحداث خاصة الخطيرة منها على صحة المرء النفسية والعقلية والعضوية (**هوزاع،2007: ص03**) ، كما يرى الباحثون أن إضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، من الأبعاد النفسية ذات الصلة بالحوادث المرورية ، فقد عرفت منظمة الصحة العالمية إضطرابات الضغوط التالية للصدمة (PTSD)على أنه من إضطرابات الحصر نتيجة التعرض لحدث مؤلم يصل بعضها إلى حد تهديد حياة الفرد ، وقد تشمل هذه الأحداث الإعتداءات الإرهابية وحوادث السيارات ، إعتداءات عنيفة ، إعتداءات جنسية ، فقدان أحد أفراد الأسرة إلى غير ذلك معايشة هذه المواقف أو مشاهدتها يولد لدى العديد من الفراد مشاعر خوف وعجز وغضب والعديد من الأعراض النفسية ( **سليمان ، 2009: ص ص21،22**) .

فالطفل عند تعرضه لحادث مرور أو معايشته لهذا الحادث يمكن أن تحدث له إصابات بدنية كنتيجة للصدمة ( حادث مرور ) بالإضافة إلى ذلك الضغط ما بعد الصدمة فالأطفال الصغار يمكن أن تتغير لديهم الأحلام المزعجة حول الحدث بعد عدة أسابيع ، إلى كوابيس معمقة حول الوحوش ، إنقاض الآخرين أو تهديدات للذات ، عادة لا يملك الأطفال الصغار الأحاسيس بأنهم يعيشون من جديد في الماضي عوض ذلك المعايشة للصدمة تحدث خلال اللعب المتكرر ( مثلا الطفل الذي تعرض لحادث مرور خطير ، يعاود بإستمرار إصطدام السيارات بسيارة اللعب ) ، كما أنه من الصعب على الأطفال أن يحكوا بان هناك إنخفاض في الإهتمام بالنشاطات المهمة والتقلص في الوجدان ، فهذه الأعراض يجب أن تقيم بحذر بإستعمال تقارير الآباء ، المعلمين وملاحظين آخرين عند الأطفال قد يقيم الإحساس بمستقبل مسود عند إعتقاد الطفل بأن الحياة قصيرة جدا لدرجة أنه يعتقد بأنه

غير ضروري إدراج حياة الرشد مستقبلا ، يمكن أن يستعرض الأطفال عدة أعراض جسمية , مثل الصداع وآلام البطن (DSM –IV-TR, 2004) .

سنقدم فيما يلي حسب (PTSD) أهم العواقب وردود الفعل المباشرة وطويلة المدى عندما يتعرض الأفراد ( الأطفال ) إلى حدث صادم ( حادث مرور) :

أ- **الآثار الفورية:** نريد قبل التطرق إلى الآثار المباشرة عن حدث صدمي أن نبين أنه في الحقيقة بدأ الإهتمام بالتأثيرات الأولية على الأطفال منذ أكثر من نصف قرن من الآن. يرى Heuyer في تقرير كتبه في 1947 عن الإضطرابات العقلية عند الطفل بسبب الحرب ، حالة ولد يهودي عمره ثمانية سنوات كان شاهد عيان على مقتل عشرون شخصا ، فإستطاع الفرار وتوجه مباشرة إلى الأمام ، وجدوه جنود الحلفاء لاحقا بعد مرور وقت ، " تائها ويتلفظ بكلمات لا نهاية لها (1996,Baily) .

واضح جدا أن الإهتمام بالأعراض التي تلي حدثا صادما فيما يخص الأطفال ليس حديثا كما كان يعتقد وإنما هناك ربما معطيات قليلة عن الآثار المباشرة للصدمة ، فأغلبية ردود الفعل المباشرة عند الأطفال تتضمن أعراضا نكوصية مثل التبول الثانوي ، مص الأصابع ، سلوك تتبعي إتكالي ( **بوقاف، 2011: ص98**) .

تستمر بعض من هذه السلوكات وتصبح مدمنة ، وهناك علاقة وطيدة بين هذه الأعراض وردود فعل الأولياء أثناء الحدث الصادم ، حيث أنه من الممكن الأطفال " أشكالا دراسيا من قلق الفرق " متشبثين جسميا بالأولياء رافضين الإبتعاد وحتى الذهاب إلى المدرسة . ( **بوقاف، 2011: ص98**).

**ب– الآثار متوسطة وبعيدة المدى:**

تتضمن العواقب ثلاث فآت رئيسية : إضطرابات نمائية ومعرفية ، إضطرابات سيرورة نمو الشخصية ، وأثر الصدمة على الميادين والتنشأة الإجتماعية للطفل لاحقا .

**ب–1 – إضطرابات نمائية ومعرفية** : أظهرت التجارب العيادية مع الأطفال المصدومين أن الإدراك والتحصيل الدراسي يأتي في الواجهة .كما بينت الدراسات أن من بين عواقب الصدمة هو إنخفاض إدراك الفرد لقدراته الشخصية وإمكانياته بالنجاح .

كما بينت دراسة (1971,Gardener) أن الأحداث الصادمة العنيفة التي يتعرض لها الأطفال قد تعرقل سير النمو العقلي للطفل على المدى البعيد ،كما أنه تخفض قدرات الطفل على التعلم والإستيعاب بشكل محفوظ ،

إضطرابات الذاكرة والتركيز مع شرود الذهن شبه تخلف عقلي مع تضاؤل القدرات العقلية أي تدهور في الذكاء ( **بوقاف، 2011: ص102**).

**ب–2 – إضطرابات صيرورة نمو الشخصية:**

حسب (1983,Terr) المؤشر الأكثر دلالة عن الصدمة الطفلية هو أن الأطفال المصدومين يجدون صعوبة في التطرق إلى مفاهيم وقضايا مستقبلية خاصة بهم ، فلا يمكنهم أن ينظروا إلى آفاق مستقبلية على عكس الأطفال الغير مصدومين كما أنهم لا يصفون مشاريعهم وطموحاتهم أي ماذا سيصبحون وماذا سيفعلون عندما يكبرون .

إن الأطفال الذين شاهدوا حدثا عنيفا دون أن يتعرضوا له مباشرة ، غالبا ما يميلون إلى تكوين هوامات أين يكون فيها فرد ثالث يتدخل لتغيير مسار مجرى الأحداث ، يمكن أن يتقمص الطفل برجال الحماية المدنية والشرطة والأطباء ( يصلحون ) وكذلك التقمص بالقضاة والمحامين بصفتهم يدافعون ضد الشر ( **بوقاف، 2011: ص102**).

**ب–3– تأثير الصدمة النفسية على التكوين الأخلاقي والنشأة الإجتماعية :**

ترى (1999,Yona) أن الأطفال الذين عانوا (PTSD) بعد حدث صدمي قد أثر سلبا على نموهم وعرقل إكتسابهم للمهارات الإجتماعية الضرورية للإستقلالية والإكتفاء الذاتي وكذلك القدرة على تكوين علاقات إجتماعية ( **بوقاف، 2011: ص106**).

**خلاصة:**

تبين لنا أنه مهما تعددت حوادث المرور وأختلفت أسبابها ، فإنها تترك آثار إقتصادية و إجتماعية وصحية ونفسية على أفراد المجتمع بالخصوص فئة الأطفال لأنهم في مرحلة نمائية ولا تزال مختلف وظائفهم النفسية والفيزيولوجية لم تكتمل بعد ، فالآثار السلبية التي تخلفها حوادث المرور على الصحة العضوية والعقلية والنفسية للأطفال جراء الصدمات المصاحبة لها ، سواء كانت هذه الآثار فورية ( معرفية ، إنفعالية ، فيزيولوجية ، إدراكية ) أو آثار متوسطة وبعيدة المدى ( إضطرابات نمائية ومعرفية ، إضطرابات سيرورة نمو الشخصية ) فكل هذه الآثار السلبية والأحداث الصادمة تجعلهم في هشاشة وتعرقل سير النمو العادي مما ينتج عنه مشاكل في المستقبل في سن الرشد ، لذا يصبح التكفل النفسي ضرورة مستعجلة كوقاية من الإضطرابات إذا كان مبكرا مباشرة بعد أو كعلاج لتجنب تفاقم المعانات إذ كان بعد فترة زمنية بعد الأحداث .

# الفصل الثالث

# التكفل النفسي

**تمهيد**

1- **تعريف التكفل النفسي**

2- **التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة معه**

3- **الأخصائي النفسي الإكلينيكي**

4- **العلاج النفسي وبعض أشكاله**

**خلاصة**

**تمهيد:**

تعتبر حوادث المرور من أخطر المشاكل التي تواجه المجتمع ، نتيجة الزيادة في عدد الحوادث والإصابات والوفايات الناجمة عنها ، حيث أصبحت تشكل تحديا سلبيا من حيث الإضرار بالإمكانيات المادية والبشرية فالأطفال ضحية هذه الظاهرة ( مصابين ، معاقين ، مضطربين نفسيا) . ونتيجة لهذه الآثار السلبية فإنهم يمكثون في المؤسسات الإستشفائية من أجل الرعاية والتكفل بهم طبيا ونفسيا وإجتماعيا بهدف علاجهم ومساعدتهم في حل مشاكلهم وإعادة دمجهم وتأهيلهم و إجتماعيا ، وفي هذا الفصل سوف نتطرق إلى مفهوم التكفل النفسي والأهداف التي يسعى إليها من خلال تطبيق تقنيات علاجية نفسية نحوى العميل ، إضافة إلى بعض العناصر التي سوف يتم التطرق إليها في هذا الفصل .

**1- تعريف التكفل النفسي:**

**لغة:** كفل ، يكفل ، تكفيلا ، أو كفالة فلان في حالة وإتفق عليه وقام بأموره وحافظ عليه ( **المعيري واخرون ، 1984: ص210**) .

**إصطلاحا:** يمكن أن يعتبر التكفل وظيفة ذات طابع تعديلي يسعى إلى تعديل السلوك وفقا للمعايير ، أي هي عملية لفهم إمكانيات الفرد وإستعداداته وإستخدامها في حل مشكلاته ووضع خطط لحياته من خلال فهمه لواقعه وحاضره ومساعدته في تحقيق أكبر قدر من السعادة والكفاية وتحقيق ذاته للوصول إلى درجة التوافق الذي يستقيه (**كامل، 1999:ص07**) .

- وهو مجموعة الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكانياته وقدراته الجسمية وميوله بأسلوب يشبع حاجاته ويحقق تصوره لذاته ويتضمن الفصل الأول من التكفل النفسي ميادين متعددة ، أسرية ، شخصية ، مهنية ، وهو عادة يهدف إلى الحاضر والمستقبل مستفيدا من الماضي وخبراته ( **جودت وسعيد، 1999: ص14**) .
- أو هو مجموعة التقنيات والمواقف العلاجية ومجموعة الحيل الذهنية التي يستعملها الفاحص ، وتكون علاجات عن طريق حيل عقلية بوضع برنامج خاص ينتمي إلى أحد النظريات العلاجية ، وذلك حسب النمط العلاجي الذي إختاره الفاحص ونوعية الحالة المطروحة أمامه (**Srusset ,1987,p 34**) .

**2 – التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة معه:**

نجد أن مصطلح التكفل متداخل مع بعض المفاهيم والمصطلحات المرادفة له لذا أردنا التطرق إليها بغرض التفريق بين المصطلحات.

**2-1- التأهيل:** ويعرف في معجم العلوم الإجتماعية ( 1975) بأنه " مجموع العمليات والأساليب التي يقصد بها محاولة تربية الشبان " ( **غانم،2009: ص195**).

كما يعرف أيضا على أنه " إعادة شخص غير سوي إلى وضع طبيعي" ( **الهاشم ، 2003: ص 15**).

كما انه عملية مساعدة الأفراد على الوصول إلى الحالة التي تريح بدنيا ونفسيا وإجتماعيا بأن ينهض بما تتطلبه المواقف المحيطة ( **غانم ،2009: ص43**).

**2 – 2 – الرعاية:**

الرعاية هي الخدمة التي تقدم جهود مشتركة ، يمتلك القائمين عليها القدرة والمعرفة والمهارة التي تؤهلهم لمساعدة المرضى من الأفراد أو المتحسسين منهم على معاودة نشاطاتهم التي كانوا عليها قبل المرض .( **أبو الخير ، 2002: ص21**)

**2 – 3– التكيف:**

لغة: يعني كلمة التآلف والتقارب ، فهي نقيض التخالف والتنافر أو التصادم ( **أبو دلو، 2008: ص77**).

وحسب ( فهمي ، 1987) فإنه " العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الشخص إلى أن يغير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقا مع بنيته وبين بيئته ".

أما ( عبد الله ، 2001 ) فيعرفه بأنه " مجموعة من الإستجابات وردود الأفعال التي يعدل بها الفرد سلوكه وتكوينه النفسي ، أو بيئته الخارجية لكي يحدث الإنسجام المطلوب ، بحيث يشبع حاجاته ويلبي متطلبات بيئته الإجتماعية والطبيعية ( **بطرس ، 2008: ص101**).

**3– الأخصائي النفسي الإكلينيكي:**

- هو الشخص الذي نشاطه المهني يمارس في إحدى مجالات علم النفس ، وعلم النفس تعليم صعب يتطلب من الذي يمارسه تطبيق المعارف الواسعة النظرية والتطبيقية ، كذلك القدرة على التفهم والتقارب اللذان يسمحان له بإقامة علاقة حقيقة مع الآخر ، أو فهم تصرفاته وسلوكه والأخصائي النفساني يشارك في التشخيص والمقابلات والإختبارات أو في تطوير الشخصية المساندة للعلاج النفسي ، كما لديه أيضا نشاطات في الوقاية ، الإعلام ، البحث والتكوين (**Sillamy ,2003 : p394** ).
- هو المختص النفساني الذي يتخرج في أحد أقسام الجامعة المختصة في مجال التشخيص والعلاج النفسي ويختص بالقياس النفسي وإجراء الإختبارات ودراسة سلوك العميل وإتجاهه العام ومساعدة المعالج النفسي ( **زهران ، 2003: ص13**).
- ويعرفه شحاتة بأنه " هو الحاصل على درجة جامعية في علم النفس من أحد الجامعات المعترف بها ومحمور إهتمامه وتخصصه في ميدان علم النفس الإكلينيكي ( الصحة النفسية الإكلينيكية) مع حصوله على تدريب في المجال العيادي" ( **شحاتة ،1989: ص13**).

**3-1 – سمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي:**

هناك سمات كثيرة يجب أن يتسم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي ومنها ما أوردته اللجنة الخاصة بالتدريس لعلم النفس الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكي وكذلك ما أوضحته قائمة (كارل روجرز) عن خصائص وسمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي وهو كما يلي: ( **شقير ، 2002: ص ص26،27**) .

1. الرغبة في مساعدة الآخرين ومعاونتهم .
2. أن يتمتع بقدر عالي من الإستبصار .
3. أن يتمتع بصفة التسامح وإحترام وجهات نظر الآخرين .
4. أن يتمتع بمستوى عالي من الضبط الإنفعالي والذاتي .
5. أن يكون على مستوى أكاديمي عال ومستوى لائق من الذكاء الإجتماعي .
6. أن تكون لديه القدرة على المرونة والقيادة والإبداع والصبر وحسن الإصغاء .
7. القدرة العلمية والأكاديمية الممتازة .
8. حب الإستطلاع .
9. القدرة على تكوين العلاقات الطيبة مع الأخرين .

**وأنه يتعين على الأخصائي النفسي أن يتمتع بخصائص وسمات شخصية من أهمها:**

1. الإهتمام بالناس والرغبة في معاونة الآخرين ومساعدتهم في حل مشكلاتهم .
2. القدرة على إقامة علاقات فعالة مع الآخرين .
3. أن يتمتع بقدر عالي من الإستبصار الذاتي لدوافعه ورغباته وحاجاته ومشاعر إذ أن العوامل الذاتية لها تأثير كبير في ممارسته الإكلينيكية على الفرد ( المفحوص).
4. كما أن الضبط الإنفعالي لدى الإكلينيكي يشكل مطلبا ضروريا يجب توافره وخاصة على مستوى الممارسة لأن ردود فعل الفرد تتأثر بشكل أو بآخر بذاتية الممارس وإنفعالاته .
5. أن يكون مخلصا أمينا في ممارسته وفي مساعدته للمرضى مستخدما كافة مهاراته ومرونته ومعلوماته من أجل وقاية مريضه وشفائه .
6. الإحساس بالمسؤولية المهنية والإلتزام بمعايير المهنة تقنيا وأخلاقيا .

7. الإهتمام بعلم النفس عامة والإهتمام الخاص بالجوانب الإكلينيكية في علم النفس ( **عباس، 1994: ص75**).

كما أوضحت الدراسات والبحوث التقويمية يكون المعالج فعالا بقدر ما يكون واعيا بنفسه وقادرا على توظيف خصائصه وقدراته كوسيلة تغيير العميل ولقد لخص كومبس ثلاثة عشرة دراسة كانت التقويم لعمل المرشدين في عدد من البيآت المتنوعة وقد دعمت نتائج هذه الدراسة فكرة انه هناك فروقا بين معتقدات المرشدين الفعالين وغير الفاعلين فالمرشدون الفعالون مهتمون ويلتزمون بتحصيل المعرفة المتخصصة في الحقل ويعتقدون انها ذات مغزى على المستوى الشخصي ويعتقدون أن العملاء الذين يستشيرونهم أناس قادرون ذو كفاءة ويستحقون الإحترام ويمكن الإعتماد عليهم ويتسمون بالود والمشاعر الطيبة مع الآخرين هذا من ناحية آرائهم في مسترشديهم أما من ناحية آرائهم في أنفسهم فهم يركزون على الجوانب الإيجابية في شخصياتهم ولديهم ثقة في أنفسهم وفي قدراتهم وفي جدارتهم وهم يحبون الناس ولديهم مشاعر إيجابية نحوهم أما عن أهدافهم من العلاقة الإرشادية فهم حريصون على أن يكون أفق نظر المسترشدين رحبا بدلا من أن يكون ضيقا وأن يكون عملائهم واضحين قادرين على المواجهة بإيجابية وشجاعة بدلا من الجمود الخوف والتردد واللامبالاة أو الإنسحاب ، وهم ملتزمون بالعمل على تحرير عملائهم بدلا من التحكم فيهم ، وهم لذلك يندمجون معهم بإيجابية وموضوعية ولا يغتربون عنهم أو يرفضونهم .(**Gombs,1986 :PP51.61**)

**3-2- الأدوار التي يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي:**

إن للأخصائي النفسي الإكلينيكي الكثير من الأدوار والتي منها ما هو أساسي ومنها ماهو فرعي ، وقد حدد جولدنبرج ( Goldenberg) حدد الأدوار التي يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي على النحو التالي :

1. عمل الإختبارات النفسية والمقابلات الإكلينيكية من أجل تشخيص الحالة.
2. الإرشاد والعلاج النفسي للأفراد والأزواج والأسر والجماعات .
3. عمل البحوث النفسية عن نمو الشخصية ووظائفها ، وأسباب المرض النفسي وغيرها.
4. إختيار وتدريب الجماعات غير المهنية كالمساعدين في مجال الصحة النفسية والجماعات التطوعية والإشراف عليهم .
5. تقديم الإستشارات النفسية للمؤسسات العلاجية من أجل وضع برامج للعلاج والوقاية من الإضطرابات النفسية (**Goldenberg ,1973 :p5**) .

وفي ذات الإتجاه يحدد جوليان روتر الأدوار التالية:

1. قياس الذكاء والقدرات العامة وهذا النشاط لا يتضمن مجرد قياس القدرة الحالية للفرد، بل يتضمن أيضا تقدير إمكاناته ، وكفاءاته ، وأثر المشكلات أو الضروف الأخرى التي تحيط به في قيامه بوظائفه العقلية .
2. قياس الشخصية ووصفها وتقويمها ، وما يتضمنه من تشخيص وما يمكن أن نطلق عليه السلوك المشكل أو الشاذ أو غير التوافقي .
3. العلاج النفسي ( **روتر، 1989: ص ص25،26**) .

وقد حدد قاموس اللقاب المهنية في الولايات المتحدة الأمريكية واجبات الأخصائي النفسي الإكلينيكي فيما يلي:

1- تشخيص إضطرابات الأفراد العقلية والإنفعالية في العيادات والسجون والمؤسسات الأخرى.
2- تنفيذ برامج العلاج .
3- مقابلات المرض ودراسة تاريخهم الطبي والإجتماعي .
4- ملاحظة المرضى أثناء اللعب والمواقف الأخرى .
5- إنتقاء الإختبارات الإسقاطية والنفسية الأخرى وتطبيقها وتفسيرها لتشخيص الإضطرابات .
6- وضع خطة العلاج ومعالجة الإضطرابات النفسية لإحداث التوافق بإستخدام أفضل أنواع العلاج مثل علاج البيئة ، والعلاج باللعب ، والسيكو دراما وغيرها .
7- إختيار الأسلوب الذي يستخدم في العلاج الفردي مثل العلاج الموجه والعلاج غير الموجه والعلاج المساند ، ويخطط عدد مرات العلاج أسبوعيا وعمقه ومدته .
8- يتعاون مع التخصصات المهنية الأخرى كالأطباء ومنهم النفسيين ، والأخصائيين الإجتماعيين والمساعدين لتطوير برامج علاج المرضى التي تعتمد على تحليل البيانات الإكلينيكية .
9- تدريب الطلبة الإكلينيكيين الذين يؤدون فترات الإمتياز في المستشفيات والعيادات وتطوير التصميمات التجريبية والبحوث في ميدان تطور الشخصية ونموها والتوافق .
10- تشخيص وعلاج الأمراض العقلية والإشتراك في الوقاية منها .
11- الإستشارات في المؤسسات الإجتماعية والتربوية والترفيهية والمؤسسات الأخرى .
12- تقويم وتطوير برامج الصحة النفسية والتخطيط لها .
13- وقد يستخدم مهاراته في التدريس والبحث والإستشارة ( **عطوف ، 1986: ص ص96، 97**).

ومن المهام التي يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي ما يلي:

**أ- المساهمة في تشخيص الأمراض النفسية والعقلية المختلفة :**

وهنا يستخدم الأخصائي عددا من الإختبارات الملائمة لأغراضه بجانب عدد آخر من الوسائل مثل الملاحظة والمقابلات الشخصية ودراسة الحالات وتتعدد الأهداف من التشخيص فلا تقتصر على وضع المريض في فئة تصنيفية من فئات الإضطراب بل يجب أن يشمل على عملية تقويم شاملة للشخصية بحيث يسمح التقرير الإكلينيكي بحالة معينة من معرفة الكثير من العوامل المسببة للمرض ومصدر الإضطراب وظيفيا أو عضويا ومن ثم وضع المناهج العلاجية المناسبة للمرضى (**إبراهيم ، 1988: ص26**) .

**ب- العلاج :**

لم تصبح هذه الوظيفة جزءا من عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلا بعض الحرب العالمية الثانية إذ بدأ الطلب الشديد عليهم وخصوصا للأمراض ذات الطابع النفسي الإكلينيكي لمواجهة الإحتياجات الإكلينيكية للمجندين وعصاب الحرب يستخدم فيها مناهج نظرية التحليل النفسي ونظريات التعلم والنظريات الإنسانية والمعرفية والعقلاني أو الجمع بين النظريات أو بعض منها في العلاج (**إبراهيم ، 1988: ص27**)

**ج- البحث:**

يمثل القيام بالبحوث وظيفة هامة من الوظائف التي يجب أن يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي .

وهناك خمسة أنماط من البحوث ذات الطابع الإكلينيكي التي يجب أن تتوفر لديه:

1- إجراء التجارب السلوكية على الحيوانات بهدف الوصول إلى فروض محددة عن الطبيعة البيولوجية في الإضطرابات النفسية والعقلية .

2- التحقق من الفروض التي توضح طبيعة الإضطرابات النفسية في مختلف الجماعات والفئات المرضية .

3- التفحص والتدقيق العملي في دراسة أسباب الإضطراب النفسي .

4- المقارنة بين الأشكال المختلفة من العلاج .

5- الكشف عن العلاقات التي يمكن الحكم بها على إمكانية شفاء مريض معين ( **إبراهيم ، 1988: ص29**).

**د- تفسير الإضطرابات السلوكية:**

يعتبر البحث في أسباب الإضطرابات السلوكية وكيفية نشأتها وتطورها أحد التحديات التي تواجه فريق العمل في المجال الإكلينيكي ولا يقل دور الأخصائي الإكلينيكي عن زملائه في فريق العمل فيما يتعلق بالبحث عن

أسباب الأمراض النفسية والسلوكية بل قد يزيد عنهم بإعتبار أن عددا كبيرا من النظريات والمناحي النفسية ومنها منح التحليل النفسي والسلوكي والمعرفي والوجودي والفردي والإجتماعي وما لاشك فيه أن الأخصائي المدرب يستطيع أن يتعاون مع بقية الفريق في تقديم إستبصارات جديدة عن الأسباب المحتملة التي تفسر حالة المريض الذي يتعاملون معه مما يعين في التشخيص والعلاج والتنبؤ بالحال ( **يوسف ، 2000: ص378**) .

**3-3- مهارات الأخصائي النفسي الإكلينيكي:**

يلاحظ أن نجاح المعالج أو المرشد في إقامة التواصل بينه وبين المسترشد أو العميل هو الذي يسمح للأخير بأن يتواصل مع نفسه وهكذا فإن نجاح العملية الإرشادية كلها يتوقف على حدوث التواصل الصحيح بين المعالج أو المرشد والمريض أو المسترشد وبين العميل ونفسه ، ولذا فإنه لابد أن يتوفر لدى المعالج أو الأخصائي النفسي الإكلينيكي عدة مهارات لضمان نجاح العملية العلاجية بأفضل وبأسرع وقت ممكن ولكي تسير العملية العلاجية في إطارها الصحيح وتوتي نتائج إيجابية ومن بين تلك المهارات المطلوب توافرها عند الأخصائي النفسي الإكلينيكي ما يلي:

**أ- الإتصال البصري:**

إن الإتصال البصري (Eye Contact) الجيد ليس هو تلك النظرة الجامدة أو التي لا معنى لها ولكنها المحفوظة بالإنتباه ويفسرها المسترشد على أنها نظرة إهتمام وإنصات وتعاطف وحرص على المساعدة وتعطي العميل ثقة في العملية العلاجية وقد أثبتت الدراسات أن النظرات المتبادلة الفعالة تحدث بدرجة أكبر حينما تكون هناك مسافة فيزيقية أكبر بين المعالج أو المسترشد ، ولكن يراعي في ذلك عدم التباعد ،( **كفافي ،1991:ص 56**).

**ب - لغة الجسم:**

إن وضع لغة الجسم وتوجهه يمكن أن يشجع أو يثبط التفاعلات التشخيصية وحركة الجسم القليلة إلى الأمام مع الإتصال البصري تستقبل من قبل المريض أو المسترشد بإيجابية لأنها توصل إليه رسائل تتضمن إهتمام المرشد به ( **Egan ,1982 : P45**)

**ج- المسافة الشخصية:**

والمسافة الشخصية بين المعالج والعميل أيضا تؤثر على الإتصال وهناك منطقة إرتياح قصوى يمكن الإحتفاظ بها وهذه المسافة محكومة إلى حد ما قبل الإتصال البصري – بالإعتبارات الثقافية ، وفي الثقافة الأمريكية تبلغ هذه

المسافة طول الذراع وعندما يقترب شخصان إلى أقل من هذه المسافة يشعر كلاهما بعدم الإرتياح وتشير بعض الدراسات أن اللمس يجعل العميل يشعر بالرغبة في الإنفتاح والمشاركة وأمام المعالجين أساليب كثيرة ينقلون من خلالها إلى عملائهم الرسالة بأنهم موضع الإهتمام ولا بد أن يكون المعالج واعيا بالأساليب المتكلفة أو المصطنعة وأن يبتعد عنها (**كفافي ، 1991: ص57**) .

**د- النغمة الصوتية:**

والنغمة الصوتية جانب من الجوانب المعبرة عن الإهتمام وبالتالي عن التواصل بين المعالج والعميل فالصوت العالي الجاف مع الإيقاع السريع ينقل الثقة بالنفس بينما الصوت الناعم الهادى مع النبرة المنخفضة والإيقاع البطيء ينقل إنخفاض الثقة بالنفس وهذه العلامات الدالة على الثقة بالنفس تؤثر في إدراك العميل للمعالج وخبرته وجاذبيته وجدارته بالإحترام وللإشباع الذي يتوقعه العميل من العلاقة العلاجية (**كفافي ، 1991: ص58**).

**هـ- الإفصاح الذاتي:**

هو أن يفصح الفرد عن مشاعره وأفكاره الخاصة إلى شخص آخر وتتفاوت درجة الإفصاح مع درجات قرب احدهم من الآخر من عدمه وهو من الصفات أو الإتجاهات التي يرى بعض العاملين في مجال الصحة النفسية أنها تساعد المعالج على أن يكون أكثر نجاحا لأن المرشد عندما يفصح عن ذاته لمسترشده فإنه يعمق الصلة بينهما وينبغي أن يكون ذلك الإفصاح أصيلا يفيد المسترشد في قدرته على الحركة والتحرر والفهم بحيث لا يعيق العملية الإرشادية أو يزيد من مستويات القلق عند المسترشد ( **Cormier ,1991 :P55**)

**و- المواجهة:**

هي المهارة التي يضطر المرشد أو المعالج لإستخدامها عندما يرى أن هناك تناقضا في سلوك المسترشد أو العميل أو رسائل مختلطة ومزدوجة تصدر عنه أو أنه ليس واقعيا ويميل إلى المبالغة والتضخيم في جوانب دون أن ينتبه إلى ذلك عندما يتحدث عن الجوانب الأخرى ويواجه المعالج عميله ليعيده إلى الواقع أو ليحجم مبالغته وقد تكون المواجهة مباشرة أو غير مباشرة حسب حالة العميل والموقف العلاجي (**Egan ,1982 : p185**) .

**ز- المباشرة:**

وهناك بعض الإتجاهات في حال توافرها المرشد أو المعالج أن يؤدي عمله بكفاءة أكبر وعلى رأس تلك الإتجاهات توافر الوعي بالذات فمعرفة المرشد أو المعالج لذاته وفهمه لها ومعرفته كذلك للبيئة التي يعيش فيها أمر بالغ الأهمية في تمكينه من توفير خدمة إرشادية وعلاجية أفضل والمرشد أو المعالج الفعال هو الذي يستطيع أن يسترخي كما

أنه قادر على أن ينقل القدرة إلى مسترشده أو عميله وذلك عن طريق توتير العضلات وإرخائها بالتبادل ومن الخصائص التي تميز المرشد أو المعالج الفعال: روح الفكاهة – والتأثير في روح مسترشده أو عميله بالدرجة المتجهة مع العملية العلاجية والإلتزام كذلك بالإحترام (**Cormier ,1991 :P50 ,51**) .

إن توفر هذه المهارات والسمات في الأخصائي النفسي الإكلينيكي تساهم في نجاح عملية التشخيص وبناء علاقة علاجية فعالة بينه وبين العميل وبالتالي الوصول إلى النتائج والأهداف المسطرة .

## 4– العلاج النفسي وبعض أشكاله:

إن تقنيات العلاج النفسي ووسائله متعددة ومتنوعة ويتم تطبيقها حسب كل حالة ولمعرفة المزيد عن العلاج النفسي من حيث الأهداف والخطوات والأشكال خصصنا له في هذه الدراسة عنصرا سوف نتطرق فيه إلى ما يلي:

### 4– 1– تعريف العلاج النفسي:

#### 4–1–1 – لغة:

إن كلمة العلاج النفسي في اللغة الإنجليزية مكونة من مقطعين إغريقيين Psycho- therapy حيث يعني المقطع الأول Psycho: نفس، أما الثاني therapy فيعني "خادم"وفي فعله "يخدم"، فالعلاج النفسي يشير في أصله اللغوي إلى عملية يقوم فيها شخص بدور المساعدة لشخص آخر وبعبارة أخرى يعني "علاج العقل". (**مليكة ,2009:ص11**)

وفي هذا الصدد يمكن الإشارة إلى أن العلاج therapy عبارة عن مصطلح طبي بالأساس ويقصد من وراءه مجموعة الإجراءات ضمن إطار طبي ( إستخدام العقاقير ، الجراحات) أما مبدأ العلاج النفسي Psychotherapy فيقوم على قوانين عامة للنمو الإنساني والدعم الإجتماعي وبناء العلاقات البين إنسانية . (**مليكة،2009:ص19**)

#### 4–1–2 – إصطلاحا:

فالعلاج النفسي كمصطلح سيكولوجي ركز على الطريق التي يتحقق فيها تأثير سيكولوجي على الشخص الذي يخضع للعلاج ، فهو لا يدرج التأثيرات الفيسيولوجية كما يحدث في إستخدام العقاقير المهدئة أو المضادة للإكتئاب مثلا ، بينما يعتبر القرص Placebo الخداعي طريقة من طرق العلاج النفسي ( **مليكة ، 2009:ص33**).

كما عرفه فريدمان (1967): " نوع من العلاجات للأمراض العقلية والإضطرابات السلوكية التي ينشىء فيه المعالج عقدا مهنيا مع المريض. ومن خلال إتصال علاجي محدد يحاول المعالج أن يخفف من إضطرابات المريض الإنفعالية وتغيير الأنماط السلوكية وتنمية شخصيته وتطويرها " ( **غانم ، 2009: ص587**).

أما " روتر Router (1971) فيعرفه على أنه النشاط المخطط الذي يقوم به السيكولوجي هادفا منه إلى تحقيق تغيرات في الفرد تجعل حياته أسعد وأكثر أوكليهما ".

وقاموس " لاروس" في علم النفس يعرفه بأنه " تطبيق منهجي لتقنيات نفسية محددة لإعادة التوازن العاطفي " (**زعتر، 2009: ص54**).

وحسب مدحت أبو النصر " فهو عملية إحداث تغيرات نفسية في المريض بواسطة وسائل تقنية ، ويكون عنصر المعالج هو علاقة المعالج ( الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي ) بالمريض ، ويحاول المعالج أن يخفف من الإضطرابات النفسية للمريض ، ويغير أو يعكس أنماط سلوكية سيئة التكيف ، ويشجع نمو شخصيته وتطوره ( **أبو النصر ، 2005: ص222**).

### 4-2 – أهداف العلاج النفسي:

إن معظم إجراءات العلاج النفسي العلمي للمرضى المضطربين جدا تتم في المستشفيات أما الغالبية الكبرى من المرضى الذين يعانون من العصاب النفسي كالهستيريا والحصر والوسواس والفوبيات وكذلك مدمني الخمور والمجرمين تتم رعايتهم خارج جدران المستشفيات وبصورة عامة يسعى العلاج النفسي إلى نمو الشخصية وسيرها نحو النضج والكفاءة وتحقيق الذات غالبا عن طريق المرور بالعمليات الآتية:

- زيادة وعي الفرد وإستبصاره وفهمه .
- حل أو تصفية الصراعات التي تسبب عجزه.
- تقوية عامة للذات الوسطى وبنائها عن طريق الملائمة والتصور بالأمان.
- توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشاكل .
- زيادة قبول الفرد لذاته ( **العيسوي ،20011: ص21**) .
- زيادة القدرة على حل الصراع النفسي والتغلب على الإحباط والتوتر وتقليله .
- تعزيز وتدعيم نواحي القوة والتصرف على القدرات وتنميتها .

- زيادة تقبل وتحمل المسؤولية الشخصية ( **زهران ، 1997: ص31**) .
- إزالة أسباب المرض وعلاج أعراضه .
- تعديل السلوك غير السوي واللا توافقي للمريض وتعلم السلوك السوي والتوافقي وتحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلمة .
- إعطاء الفرصة للمرض أن يتعلم أساليب متنوعة من السلوك المتوافق .
- تدعيم نواحي القوة وتلافي نواحي الضعف في الشخصية .
- تهيئة المناخ المشبع بالمن النفسي وإزالة القلق والتخلص من السلوك المرضي .
- العمل على إتمام الشفاء ( **سري ، 2000: ص85**).

## 4-3 – خطوات العلاج النفسي:

### 4-3-1- خلق جو وعلاقة علاجيين:

ويتضمن هذا إعداد حجرة العلاج أو مكتب الطبيب بحيث يكون هادئا ومناسبا لإجراء المقابلة أو المناقشة. وينبغي أن يعتنق المعالج إتجاها وديا فيه قبول وتسامح للمريض وآراءه من شأن هذا أن ينمي الشعور بالثقة في المريض وبذلك يشعر بالأمان أمام الإفصاح عن مشاكله الحقيقة وعلى المعالج أن يخطط أو يبني الموقف العلاجي بمعنى يحدد الوقت والتكاليف والمسؤوليات وما إلى ذلك .

### 4-3-2- الإرتياح الإنفعالي أو التنفيس الإنفعالي:

في الجو التسامحي يستطيع أن يستدعي المريض مشاكله , ويعبر عن عداوته ومخاوفه وذنوبه وغير ذلك من الإنفعالات .

وعندما يتحدث عن هذه الإنفعالات التي لم يكن يدركها كليا من قبل فإنها تطفو على السطح ( من خلال عملية الإفصاح talking out ) هذا التصريف أو التنفيس أو الفضفضة ، وكذلك التعبير اللفظي أساسي في فاعليات العلاج النفسي ، ويمهد الطريق نحوى الإستبصار ، والإجراءات الإيجابية لكل مشاكل المريض ، وما لم يخرج المريض هذه الإنفعالات من صدره فإن التوتر والصراع المرتبط به يسدان الطريق نحو تحقيق التكيف السليم وللمساعدة في عملية الكشف عن الصراعات الإنفعالية وإطلاق صراح التوترات هناك عدة أساليب تستخدم منها الأسئلة والتفسير والتداعي الحر والتنويم المغناطيسي ...إلخ.

### 4-3-3-عملية الإستبصار:

ما إن تصبح صراعات المريض الإنفعالية مكشوفة في العلن ويستطيع أن يراها كما هي بالفعل فإنه تلقائيا يكشف قدرا كبيرا من الفهم في دوافعه وسلوكه ، فلأول وهلة يدرك منها أن مستوى طموحه عال علوا غير منطقي وأن هذا يجعله يتسم دائما بعدم المواءمة وبالنقص هذا الفهم أو الإستبصار ربما يصاحبه تفسيرات من قبل المعالج وتقديم لبعض الأسس الصالحة للعمل الفعلي .

إنه فقط عن طريق فهم المريض لذاته ولمشاكله يستطيع أن يحسن من أساليبه في التكيف.

### 4-3-4- إعادة التعلم الإنفعالي:

من العمليات التي تساعد في شفاء المريض إعادة تعليمه إنفعاليا . وتقتضي هذه العملية إزالة تلك العادات الإنفعالية الخاطئة التي تعلمها المريض ، وتعليمه عادات أخرى إيجابية ، وإعتناق أساليب وتقنيات جديدة للتعامل مع مشاكله ، ولكن إعادة التعلم عملية شاقة وبطيئة وقد تبدأ بتعلم عادات بسيطة كتعلم الفرد التعبير عن عداوته أو عدوانه بأسلوب مقبول إجتماعيا وذلك أفضل من حبس العدوان في الداخل ، لأن الضغط يولد الإنفجار ومن شأن هذا التعلم الجديد إلى مزيد من الشعور بالثقة بالنفس .

### 4-3-5- توقف العلاج:

عندما يحل المريض صراعاته ويحقق مزيدا من التكيف الشخصي الفعال عندئذ يصبح على العلاج النفسي أن يتوقف ويصبح هذا التوقف سهلا إذا كان المريض يشعر بالثقة بنفسه ، وأنه يستطيع أن يسير بمفرده ، ولكن المهم أن يترك الباب مفتوحا للمريض لكي يعود للمعالج حين يشاء .

وهكذا نرى أن عملية العلاج مهما إختلفت إتجاهاتها تتضمن خلق موقف علاجي ، وإتاحة الفرصة لإخراج الطاقات الإنفعالية وإستبصار المواد الغير المكتشفة في لاشعور الفرد

وإتخاذ خطوات إيجابية للإصلاح الإنفعالي لكسر العادات القديمة ووضع محلها أنماط إيجابية من الإستيجابات ( **العيسوي ،2011: ص ص24,22**) .

**4-4- أشكال العلاج النفسي**: تعدد طرق العلاج النفسي حسب تعدد مدارسه ونظرياته ومن بين هذه الأشكال العلاجية مايلي:

**4-4-1- العلاج الجماعي:**

**تعريف موسوعة كرسيني 2001 للعلاج النفسي يرى ( 2001Coollye Christoph)** أن العلاج النفسي يهدف إلى حدوث تغيير في شخصية المريض من خلال فنيات وتقنيات معينة تنشأ في الغالب ومريض ( في العلاج الفردي ) ومعالج ومجموعة من المرضى( في العلاج الجماعي) وأن الهدف هو الوصول بأفراد الجماعة إلى حالة من الإستبصار والسيطرة على ما يحدث في ذواتهم وصولا إلى حالة من السواء مع الذات والآخرين .(**غانم،2009:ص ص 45،48**).

ويعرف أنه لعلاج عدد من المرضى يستحسن أن تتشابه مشكلاتهم وإضطراباتهم معا ، ويستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد إلى ما يقوم بين أفراد الجماعة وتأثير متبادل بين بعضهم البعض ، وبينهم وبين المعالج أو أكثر من معالج ، يؤدي إلى تغيير سلوكهم المضطرب وتعديل نظرتهم إلى أمراضهم ( **العناني ، 2000: ص189**).

**4-4-1-1- أساليب العلاج النفسي الجماعي**: تتعدد أساليب العلاج النفسي الجماعي ومنها:

**أ- السيكودراما Psychodrma**:

التمثيل النفسي المسرحي هو عبارة عن تصوير مثيلي مسرحي لمشكلات نفسية في شكل تعبير حر في موقف جماعي يتيح فرصة التنفيس الإنفعالي التلقائي والإستبصار الذاتي ورائد هذا الأسلوب هو يعقوب مورينو Moreno الذي يرى أن أهم ما في التمثيل النفسي المسرحي هو حرية السلوك لدى الممثلين ( المرضى) وتلقائيتهم حين يعبرون عن إتجاهاتهم ودوافعهم وصراعاتهم وإحباطاتهم مما يؤدي في النهاية إلى تحقيق التوافق والتفاعل الإجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الجماعية .

وفي هذا النوع من العلاج يترك للمرضى الحرية في إختيار التمثيلية النفسية ، ويكون تلقائيا حسب الموقف ، وقد يساعد المعالج في التأليف ، أما الحوار فيترك لتلقائية وإبتكار المرضى أثناء التمثيل ( **سري ، 2000: ص ص 134،137**).

فتطبيق العلاج بالسيكودراما على الأطفال الذين تعرضوا لحادث مرور أو فقدوا أحد أفراد العائلة في حادث طريق ما ، وذلك عن طريق إعادة تمثيل تجربة الصدمة النفسية الناتجة عن الحادث المروري في موقف جماعي يتيح

لهم فرصة التنفيس الإنفعالي التلقائي ويسمح لهم أن يعبروا تلقائيا عن صراعاتهم الداخلية مما يؤدي إلى تحقيق التوافق والتفاعل الإجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الجماعية .

**ب- العلاج الأسري:**

العلاج الأسري أسلوب من أساليب العلاج النفسي الجماعي ، يتناول أعضاء الأسرة كجماعة وليس كأفراد وهذا العلاج يعمل على كشف المشكلات والإضطرابات الناتجة عن التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق إجتماعي ومحاولة التغلب على هذه المشكلات عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة كمجموعة على تغيير أنماط التفاعل المرضية داخل الأسرة ( **سري ، 2000: ص139**)

فتطبيق العلاج الأسري بالنسبة للأطفال ضحايا حوادث المرور قد يعزز شفاءهم ، حيث يصمم العديد من الإكلينيكيين الآن على أهمية العلاج الأسري لأنه يقدم لأعضاء الأسرة التوجيه والتدريب والنصيحة العملية والمساندة الإجتماعية ويساعدهم على أن يصبحوا يدا واحدة وأكثر رضا بمحاولة عمل نماذج جديدة من التفاعل والإتصال وعلى مدى سير العلاج كما تحتاج الأسر ذات الأطفال ضحايا حوادث المرور خارج المساندة الإجتماعية ، مساعدة من أقاربهم وعدد من جماعات المساندة الأسرية وبرامج الأسرة التعليمية التي أنشأت ويأتي أعضاء الأسرة معا ومع آخرون في نفس الموقف ، للمشاركة في أفكارهم وإنفعالاتهم ويتلقون المساندة ويتعلمون كيف يتعاملون مع أطفالهم ضحايا حوادث المرور

**4-4-2- العلاج الفردي:**

يحتوي العلاج النفسي الفردي على جلسات نفسية بصفة منتظمة بين المريض والمعالج النفسي ( الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي أو الأخصائي الإجتماعي) ، ويرتكز الحديث أثناء الجلسات عن المشاكل الحديثة أو الماضية وإظهار الأحاسيس والأفكار والعلاقات المختلفة التي تدور حول المريض ، وبمشاركة هذه الأحاسيس مع المعالج وبالكلام عن عالمه الخاص مع فرد آخر من خارج العالم .

فالطفل ضحية حادث المرور يمكن له أن يتكلم عن وقائع الحادث في الماضي عن أحاسيسه وإنفعالاته لحظة وقوع الحادث المروري أو معايشته له وعن كل الذكريات والمخاوف التي تولد لديه جراء هذه الصدمة .

ومن بين الأساليب العلاجية الأكثر إستخداما :

### 4-4-2-1-العلاج السلوكي:

العلاج السلوكي قديم قدم محاولات تعديل وتغيير وضبط السلوك عن طريق الثواب والعقاب ، وبصورة أخرى فالعلاج السلوكي هو تطبيق علمي لقوانين ومبادىء وقواعد التعلم في ميدان العلاج النفسي ( **أبو الخير ،2002: ص77**)

### 4-4-2-2-العلاج المعرفي:

إن العلاج المعرفي هو العلاج الذي يعتمد فيه على تصحيح الأفكار الخاطئة عند المريض بأسلوب المريض ذاته الذي إعتاد من خلاله حل مشاكله ، إذ يعتمد المعالج على العمليات العقلية للمريض كالتخيل والتذكر بالنسبة للدوافع والإنفعالات بحيث يعتمد على المفاهيم الموجودة لدى المرضى كما هي مشوهة وخاطئة ، ويتم إعادة بنائها وتشكيلها بمدركات تغير سلوكه بكل بساطة عن طريق سياغة أكثر واقعية للخبرات بواسطة تقنيات معرفية أخرى ( **الحجار،1998: ص32**).

كما يعرف العلاج المعرفي على انه حزمة علاجية مشتقة من النظرية المعرفية ، تهدف إلى تحديد ، ومحاربة الأفكار الذاتية السلبية ، للعمل على تنمية أفكار بديلة أكثر دقة وأكثر تكيفا ، وتشجيع الإستجابات المعرفية والسلوكية المعتمدة على تلك الأفكار التكيفية (**ابراهيم، 2005: ص164**).

فتطبيق هذا النوع من العلاج بالنسبة للأطفال المصدومين جراء حوادث المرور له أهمية في تحقيق فعالية العلاج الناجح لأنه يعتمد على العمليات العقلية للطفل كالتخيل والتذكر ، وكذلك على المفاهيم المشوهة والخاطئة ، حيث يتم إعادة بنائها وتوظيفها بمفاهيم سليمة تغير تلك الأفكار والمفاهيم الذاتية السلبية وبالتالي تغيير نظرته لذاته بطريقة إيجابية وكذلك لواقعه ومستقبله .

### 4-4-2-3-العلاج باللعب:

يمثل اللعب مكانة هامة في حياة الطفل ، حيث يعيش ولا يميز بين نشاطاته من حيث هو عمل أم لعب – خاصة اللعب الحر الذي لا يتدخل فيه الكبار بمعاييرهم وضوابطهم – والتي تحد من تلقائية الطفل في لعبه .

واللعب هو الوسيلة التي يفهم بها الأطفال عالم الكبار ، وكيفية التفاعل مع الآخرين ، وإكتساب اللغة ، ولعب الأدوار.

واللعب الحر يعطي الطفل حرية الإبتكار وينمي عنده الخيال متمثلا في اللعب الإيهامي ( **سري ، 2000: ص151**) .

يعتبر اللعب أسلوبا علاجيا هاما للأطفال ضحايا حوادث المرور حيث أنهم يقوموا بإعادة تمثيل تجربة الصدمة النفسية في تصرفاتهم أثناء اللعب ، فاللعب وأدوات اللعب تثير الطفل فتجعله يتكلم أو يمثل خبراته وصراعاته بطريقة درامية ، مما يتيح فرصة التعبير والتنفيس الإنفعالي عن التوترات التي تنشأ جراء الحادث المروري ، وكذلك يساعد على التدريب والإعداد للمهارات وللحياة المستقبلية ، ويفيد اللعب في إستبصار الطفل بمشكلاته ومعرفة أسبابها ، وكيفية إيجاد حلول لها .

**4-4-2-4- (EMDR):**

أدخلت هذه التقنية في الولايات المتحدة الأمريكية من طرف F.Shapiro في 1985 ، تسمى Eye Moyement Desensitization and reprocessing ، وبدأ إستعمالها في فرنسا عام 1995 من طرف F. Bonnel تحت تسمية

"désensibilisation et restructuration par les mouvements .oculaires rapides"

يطلب من الفرد تخيل حدث صدمي ، وعليه أن يركز على الأفكار والإستجابات الوجدانية ، وفي نفس الوقت يتبع حركات أصابع المعالج السريعة من اليمين إلى اليسار أو العكس ، وفي نهاية كل جزء أو مشهد ( séquence) ، يصف الفرد بدقة الأفكار وردود الفعل الإنفعالية .

تتكرر المشاهد ( les séquences) حتى يتوقف الفرد عن الإحساس بالقلق ويتمكن من تبني أفكار موجبة في نفس الوقت الذي يستمر فيه تخيل المشاهد الصدمية .

تشرح Shapiro الفرضية العصبية الفيزيولوجية لعملية " هضم " المعلومات الصدمية من طرف النصف الأيمن والنصف الأيسر للدماغ ، إلا أن السند النظري لازال غير مؤكد من طرف بحوث علمية . يبقى الهدف من تقنية EMDR هو تفكيك الذكرة عن الإنفعال عن طريق حركات العينين بإتباع حركات أصابع المعالج النفساني ( **بوقاف،2011: ص140**) .

**خلاصـــة:**

مما سبق التطرق إليه نجد أن التكفل النفسي بالأطفال ضحايا حوادث المرور يكون في عدة جوانب ويعتمد على عدة وسائل وتقنيات: نفسية ، طبية ، إجتماعية حيث يهدف العلاج الدوائي إلى التقليل والتخفيف من الأعراض الجسمية (كسور ، رضوض ، كدمات ، جروح.....إلخ) ، أما العلاج النفسي فيزيد من القدرة على حل الصراعات والتغلب على الإحباطات ومواجهة الحرمانات وتحمل الصدمات وتهيئة المناخ المشبع بالأمن النفسي وإزالة القلق والتخلص من المخاوف ، إضافة إلى برامج إعادة التأهيل النفسي والإجتماعي لإعادة دمجهم في المجتمع والعمل على تقبل الأطفال لحقيقة إصابتهم الجسدية وكيفية التعامل مع هذه الحقيقة وإكتسابهم الدافعية لمواجهة الحياة من جديد وعدم الهروب من الواقع الذي يعيشون فيه ، وذلك من خلال مواصلتهم لمشوارهم الدراسي والتخطيط لمستقبلهم.

# الجانب التطبيقي

## ملخص الدراسة:

التكفل النفسي هو مجموعة من الخدمات النفسية التي تقدم للفرد، وفقا لإمكانياتك وقدراتك الجسمية والعقلية، الأفراد ضحايا حوادث المرور عامة والأطفال خاصة بحاجة ماسة إلى التكفل بهم ونفسيا وإجتماعيا بهدف علاجهم وإعادة دمجهم وتأهيلهم نفسيا وإجتماعيا وذلك داخل المؤسسات الإستشفائية.

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع التكفل النفسي بالفصامي داخل المؤسسة الإستشفائية، وتم إجراء الدراسة بمستشفى الزهراوي بولاية المسيلة وذلك بستخدام المنهج الوصفي ( إستكشافي) والمقابلة الإكلينيكية نصف موجهة لمجموعة البحث المكونة من 4 أخصائيين نفسانيين، (03) إناث و (01) ذكور.

وكانت النتائج التالية:

يرتكز التكفل النفسي بالأطفال ضحايا حوادث المرور داخل مؤسسة إستشفائية على العلاج الدوائي بالدرجة الأولى، أما العلاج النفسي فلم يعتمد على أساليب تشخيصية وتقنيات علاجية نفسية معينة بل هيا مجرد نصائح وإرشادات، مساندة نفسية، وقد يرجع هذا إلى الصعوبات التي يواجهها الأخصائين النفسانيين من نقص خبرتهم وتكوينهم السيكولوجي ، وعدم تعاون أسر المرضى بالإضافة إلى نقص الإمكانيات المادية داخل المؤسسة الإستشفائية.

# الفصل الرابع

# الإجراءات المنهجية

**تمهيد**

1- **التذكير بتساؤل الدراسة**

2- **الدراسة الإستطلاعية**

3- **المنهج المستخدم**

4- **البعد الزماني والمكاني للدراسة**

5- **أدوات الدراسة المستعملة**

6- **مجموعة البحث**

**خلاصة**

**تمهيد:**

بعد الإنتهاء من الجانب النظري للموضوع المتناول واقع التكفل النفسي بالأطفال ضحايا حوادث المرور ، سيتم التعرف على الجانب التطبيقي وعرض منهجية البحث المتناولة المتمثلة في الدراسة الإستطلاعية ، مكان وزمان إجراء البحث مجموعة البحث وأدوات البحث .

**1-التذكير بتساؤل الدراسة:**

ما واقع التكفل النفسي بالأطفال ضحايا حوادث المرور داخل المؤسسة الإستشفائية ؟

**2-الدراسة الإستطلاعية:**

تعد الدراسة الإستطلاعية من أهم الخطوات التي يقوم بها الباحث خلال بحثه.ففيها يتعرف الباحث على ميدان بحثه ، الظروف ، الإمكانات المتوفرة ومعرفة مدى صلاحية الوسائل المنهجية المتبعة ، أيضا معرفة ما إذا كان موضوع البحث قابل للدراسة .

لقد عرفتها " **هناء أحمد محمد شويخ** " بأنها أهم الخطوات المنهجية المعتمدة ،بحيث تمكن الباحث من ضبط عدة متغيرات خاصة ببحثه ، تساعده على صياغة أسئلة المقابلة ، التأكد من سلامة محتواها وصياغتها ( **شويخ،2009: ص90**).

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى الإطلاع ، الكشف عن الظروف المحيطة بالظاهرة موضع الدراسة ، ليتمكن الباحث من صياغة دقيقة تمهيدا لبحثها بحثا متعمقا في مرحلة تالية ( **غانم ، 2004: ص117**)

**3-المنهج المستخدم:**

يتحدد اختيار منهج البحث وفقا لطبيعة مشكلة البحث المراد دراستها من طرف الباحث للوصول إلى نتيجة معينة، نظرا لطبيعة بحثنا وما يتعين عنه من دراسة.وقد اتبعت الباحثة المنهج الوصفي(*) بإعتباره المنهج المناسب لهذه الدراسة ويعرف المنهج الوصفي " بأنه مجموعة الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع إعتمادا على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها , وتحليلها تحليلا كافيا ودقيقا لإستخلاص دلالتها والوصول إلى نتائج عن الظاهرة أو الموضوع محل البحث " ( **الرشيدي,2000: ص59**).

**4-البعد المكاني و الزماني للدراسة:**

تم إجراء الدراسة بمستشفى الزهراوي قسم الأطفال وقسم الجراحة ومكتب الفحص الطبي إبتداءا من 2017/04/08 إلى غاية /2017/10 وذلك بعد الحصول على التصريح بالزيارة من طرف جامعة محمد بوضياف بالمسيلة وإدارة قسم العلوم الإجتماعية قسم علم النفس .

* . البحث الإستكشافي غرضه هو الوصول إلى معرفة الظواهر وإكتساب رؤية جديدة من أجل الوصول إلى صياغة أكثر دقة للمشاكل أو تطوير فرضيات ,وإذا كانت الفرضية تحدث بشكل عام جدا أو بشكل خاص جدا فإنه لا يمكن أن يتم تشكيل فرضية . لذلك فهناك حاجة للبحث الإستكشافي لإكتساب الخبرة التي من شأنها أن تكون عاملا مساعدا في الفرضيات ذات الصلة بالبحث الإستكشافي الذي يعتبر عملية مرنة ويمكن معالجة إستفسارات جميع أنواع المسائل البحثية ( الماهية والسبب والطريقة ) ( Chield,Tajalli,2006:P334 ) .

**5- أدوات الدراسة المستعملة :**

- المقابلة العيادية نصف الموجهة.

**5-1- المقابلة العيادية:**

يمكن تعريف المقابلة العيادية على أنها مناقشة لها موضوع وغرض معين ، حيث يوجه فيها شخص معين ( الفاحص) الحديث بالشكل المرغوب في أن تتم به و أن يكون مستمعا لحديث الشخص الذي تجري معه المقابلة ( **عزيز ، 2005: ص90**) .

إرتأينا في هذا البحث إلى إستخدام المقابلة العيادية نصف الموجهة كونها مقابلة تساعد على جمع معلومات حول الحالة المدروسة تسمح للمفحوص الإجابة على أسئلة المحاور الموجودة في دليل المقابلة نصف الموجهة .

**5-2- المقابلة العيادية نصف موجهة:**

تعرف المقابلة العيادية نصف موجهة بأنها الأكثر شيوعا في المجال الإكلينيكي ، حيث يسند أن تكون شكل المقابلة مقنن / غير مقنن ، لأن ذلك يتحدد في ضوء مستوى خبرة المعالج وطبيعة مشكلة العميل ( **خليل ، 2004: ص67**) .

إعتمدنا في هذا البحث على المقابلة العيادية نصف الموجهة كونها أكثر التقنيات إستعمالا وتفضيلا من طرف الباحثين ، إذ أنها تتوسط جميع المقابلات فهي ليست توجيهية تماما ولا هي مفتوحة ، حيث تسمح بضبط الأسئلة تطبق على كل الحالات ، كما تسمح للمفحوص بكل إرتياح وطلاقة .

إن الهدف من إستعمال المقابلة العيادية نصف موجهة هو:

- جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول أفراد مجموعة البحث ، أي الأخصائيين النفسانيين .
- تساعد على كشف على واقع التكفل النفسي بالأطفال ضحايا حوادث المرور .

وقد إحتوت المقابلة على خمسة محاور متكاملة فيما بينها وتمثلت في :

المحور الأول: إطار العمل يهدف إلى الكشف عن وجود المكتب الخاص بالممارسة النفسية ( التكفل النفسي ) وكذلك التجهيز المادي والشرط الفيزيقية للمكتب النفسي .

المحور الثاني: أساليب التشخيص والتقنيات العلاجية يهدف إلى معرفة أساليب التشخيص والتقنيات العلاجية المستخدمة من طرف الممارسين النفسانيين أثناء التكفل النفسي بالأطفال ضحايا حوادث المرور.

المحور الثالث: فريق العمل يهدف إلى التعرف على فريق العمل الذي يمارس معه الأخصائي النفساني دوره داخل المصلحة ودور علاقة الزمالة في عملية التكفل النفسي .

المحور الرابع: التكوين الجامعي والتكوين ما بعد التدرج يهدف إلى التعرف عن مدة التكوين الجامعي للأخصائي النفسي والتكوين ما بعد التدرج وكذلك التكوينات التي قام بها والتكوينات الخاصة بالصدمة كون الطفل ضحية حادث المرور يعاني من صدمات نفسية على غرار الإصابات الجسمية .

المحور الخامس: صعوبات التكفل النفسي الهدف من هذا المحور هو الكشف عن الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي في عملية التكفل النفسي والتي تنعكس على آدائه وعلى نجاح العملية.

**6- مجموعة البحث:**

**6-1- الحالة الأولى:**

الحالة (N) أخصائية نفسية تبلغ من العمر 27 سنة ، تعمل بمستشفى الزهراوي – قسم الأطفال حاصلة على شهادة ليسانس في علم النفس العيادي وهي تعمل منذ خمس سنوات

**6-2- الحالة الثانية:**

الحالة (D) أخصائية نفسية تبلغ من العمر 35 سنة تعمل بمستشفى الزهراوي – قسم الأورام حاصلة على شهادة ليسانس في علم النفس العيادي وهي تعمل منذ تسع سنوات .

**6-3- الحالة الثالثة:**

الحالة (S) أخصائية نفسية تبلغ من العمر 26 سنة تعمل بمستشفى الزهراوي حاصلة على شهادة ليسانس في علم النفس العيادي و ماستر في علم النفس العيادي وهي تعمل منذ عامين .

**6-4- الحالة الرابعة:**

الحالة (T) أخصائي نفسي بالغ يعمل بمستشفى الزهراوي حاصل على شهادة ليسانس في علم النفس العيادي و ماستر في علم النفس العيادي وهو يعمل منذ 7سنوات .

**خلاصة:**

بعد أن تم التعرف في هذا الفصل على المنهج المعتمد المتمثل في المنهج الوصفي الإستطلاعي، كذا الآداة المستعملة المتمثلة في المقابلة النصف موجهة سيتم في الفصل الموالي عرض النتائج المتحصل عليها مع تحليلها ومناقشتها .

# الفصل الخامس

# عرض وتحليل ومناقشة النتائج

**تمهيد**

1- **عرض وتحليل ومناقشة نتائج المقابلة العيادية نصف موجهة مع مجموعة البحث**

**تمهيد:**

في هذا الفصل سنتطرق إلى عرض وتحليل نتائج مجموعة البحث الأربعة المتحصل عليها من خلال الإجابات عن أسئلة المقابلة نصف موجهة .

1- **عرض وتحليل نتائج المقابلة العيادية نصف موجهة مع مجموعة البحث :**

**الجدول رقم (01): عرض وتحليل نتائج المقابلة نصف موجهة مع مجموعة البحث (محور إطار العمل)**

| العبارة | التكرار | النسبة المؤوية |
|---|---|---|
| لا يوجد مكتب خاص بالتكفل النفسي | 4 | %100 |
| المكتب غير موافق لشروط المكتب النفسي (الإضاءة ، التهوية، السجلات،الآثاث، الأجهزة) | 4 | %100 |
| الطفل غير موجه من طرف العائلة | 4 | %100 |
| الطفل موجه من طرف أخصائيين (الطبيب المختص، الطبيب العام) | 1 | %25 |

من خلال الإجابات الملخصة في الجدول رقم(01) نلاحظ أن 100 % من النفسانيين الممارسين (N.D.S.T)صرحوا بغياب المكتب الخاص بالتكفل النفسي على مستوى المصلحة في قولهم ( **لا يوجد مكتب خاص بالتكفل النفسي على مستوى المصلحة**) وأنه غير موافق لشروط المكتب النفسي ( الإضاءة ، التهوية، السجلات،الآثاث، الأجهزة) ، في قولهم ( **المكتب الذي نعمل على مستواه مكتب مشترك مع رئيس المصلحة والذي لا تتوفر فيه شروط المكتب النفسي لا من حيث الإضاءة ولا التهوية ولا السجلات ولا الآثاث أو الأجهزة** ) أما 100% صرحوا أن الطفل ضحية حادث المرور لا يكون موجه من طرف العائلة ، ( **نحن نقوم بالبحث عن الأطفال ضحايا حوادث المرور على مستوى المصلحة وفي وجود الفرد الذي يرعى الطفل مع مجموعة من الأطفال الذين يعانون مختلف الأمراض يبقى متحفظ عن حالة طفله** ) وهذا ما يؤدي إلى إعاقة عملية التشخيص والعلاج النفسي ومن ثم التكفل النفسي ، و 25% من الأخصائيين النفسانيين صرحوا بأن الطفل ضحية حوادث المرور يكون موجه من طرف الطبيب العام أو الطبيب المختص.

**إستنتاج:**

من خلال ما صرح به الأخصائيين نجد عدم توفر المكتب النفسي الخاص بعملية التكفل النفسي على مستوى المصلحة ويبقى المكتب المشترك مع رئيس المصلحة يفتقد لشروط المكتب النفسي من حيث (الإضاءة ، التهوية السجلات،الآثاث، الأجهزة) وهذا يعمل على إعاقة دور الأخصائي العيادي في عملية التكفل النفسي بالإضافة إلى عدم تعاون الأسرة والأخصائيين ( الطبيب العام والطبيب المختص) في عملية التكفل النفسي .

**محور أساليب التشخيص والتقنيات العلاجية:** من خلال تحليل محتوى المقابلة مع النفسانيين الممارسين (N.D.S.T) صرحوا أن الإجراءات المتبعة مع الطفل ضحية حادث المرور عند دخوله المصلحة تقتصر على الإرشادات والنصائح والتدخل في محاولة تقبل الطفل للعلاج الدوائي والتحضير النفسي قبل إجراء عمليات جراحية في حالة الإصابة ( كسور عميقة ) ( **نقوم بتقديم بعض النصائح والإرشادات للطفل والأم في أغلب الأحيان في ظل وجود الطفل ضحية حادث المرور في غرفة تحتوي على أكثر من خمسة أطفال مع أمهاتهم تبقى هذه النصائح والإرشادات بشكل عمومي)** وبالنسبة للتكفل النفسي فقد صرحوا على عدم وجود تكفل نفسي على أكمل وجه بالطفل ضحية حادث المرور وذلك بسبب وجود الطفل مع العديد من الأطفال في غرفة واحدة والذين يعانون من مختلف الأمراض وكل هذا يعيق عملية التكفل النفسي في قولهم :( **نقوم بأخذ الطفل إلى المكتب المشترك مع رئيس المصلحة لإجراء مقابلة تشخيصية فيقوم رئيس المصلحة بالدخول فتتوقف المقابلة فيفقد الطفل الثقة بنا كإخصائيين نفسانيين** ).

وبالنسبة لأساليب التشخيص فهي مقتصرة على الملاحظة وإختبارات الذكاء وذلك لعدم توفر أدوات التشخيص على مستوى المصلحة وتبقى هذه الأدوات شخصية فقد صرح الممارسين النفسانيين(N.D.S.T) ( **نستعمل في أغلب الأحيان الملاحظة وإختبارات الذكاء وتبقى هذه الإختبارات شخصية فلا يوجد أي إختبار نفسي على مستوى المصلحة)**

وفيما يخص تقنيات العلاج ( العلاج بالعمل واللعب ، السيكودراما ، العلاج المعرفي والسلوكي والعلاج بتقنية EMDR ) فهي غير مطبقة ويستخدم فقط التنفيس الإنفعالي والعلاج المتمركز حول العميل وتقديم النصائح والإرشادات للطفل والشخص المرافق له على مستوى المصلحة مع عدم التركيز على أي تقنية معينة أثناء التكفل النفسي ووضع الخطة العلاجية يكون على أساس العمر ونوع الإصابة الجسمية جراء حادث المرور في قولهم ( **لا نطبق هذه العلاجات بل نستخدم التنفيس الإنفعالي والعلاج المتمركز حول العميل وتقديم النصائح والإرشادات للطفل والشخص المرافق له والخطة العلاجية تكون على أساس العمر ونوع الإصابة).**

**إستنتاج:**

من خلال ما صرح به الممارسين النفسانيين (N.D.S.T) يمكن القول أنه لا توجد أي إجراءات متبعة مع الطفل ضحية حادث المرور عند دخوله المصلحة ( **تقديم النصائح في ظل وجود مجموعة من الأطفال**) ، كما أن عملية التكفل النفسي لا تتم كما ينبغي وذلك لغياب أساليب التشخيص كإستعمال الإختبارات النفسية ولعدم تطبيق تقنيات علاجية معروفة (العلاج بالعمل واللعب ، السيكودراما ،العلاج المعرفي والسلوكي والعلاج بتقنيةEMDR ) كما أنهم لا يرتكزون على تقنية وخطة علاجية معينة أثناء التكفل النفسي وذلك لعدم وجود مكان مخصص للتكفل النفسي.

**الجدول رقم (02): عرض وتحليل نتائج المقابلة العيادية نصف موجهة مع مجموعة البحث (محور فريق العمل)**

| العبارة | التكرار | النسبة المؤوية |
|---|---|---|
| لا توجد إجتماعات تخص فريق العمل | 3 | %75 |
| لا يوجد تشخيص وعلاج تكاملي مع فريق العمل | 3 | %75 |
| لا يوجد تبادل إستشارات مع فريق العمل أثناء عملية التكفل النفسي | 3 | %75 |

من خلال تحليل محتوى المقابلة مع الأخصائيين النفسانيين الممارسين (N.D.S.T) إتضح لنا أنهم يعملون ضمن الفريق الطبي المتواجد على مستوى المصلحة ، كما بينت الإجابات الملخصة في الجدول رقم (02) صرح 75% من الأخصائيين النفسانيين (N.D.S) بعدم وجود أي إجتماعات أو تنسيق بين أعضاء الفريق الطبي في قولهم: ( **لا يوجد إجتماعات أو تنسيق بين أعضاء الفريق ، الأخصائي في هندسة المستشفى غير موجود منذ البداية فكيف يعترف بدوره كإخصائي ، لا وجود أي إجتماعات تخص فريق العمل**) أما الأخصائي T فقد صرح ( **لا يوجد إجتماعات رسمية بل حسب الحالة بيني وبين الطبيب العام والطبيب أخصائي العظام وهذا اللقاء فرضه عملي كطبيب بيطري سابقا ألم بعدة جوانب كالتشريح وعلم الأعصاب بالإضافة إلى كوني أخصائي رجل مكنني من الإحتكاك بالأطباء في مختلف الظروف** ) أما بالنسبة إلى

التشخيص والعلاج التكاملي مع فريق العمل فقد أكد 75% من الأخصائيين النفسانيين (N.D.S) على عدم وجود التشخيص والعلاج التكاملي ( **لا يقوم فريق العمل بإستدعاءنا أثناء التشخيص الطبي وذلك بعذر وجود عدد كبير من الأفراد على مستوى المصلحة)** وصرحوا بعدم تبادل الإستشارات مع فريق العمل من أجل التكفل بالطفل ضحية حادث المرور(**علاقتنا متوترة مع الفريق الطبي ، علاقتي حسنة نوعا ما مع فريق العمل ليس لي علاقة جيدة مع فريق العمل** ) وأن علاقات الزمالة الجيدة تلعب دورا مهما في عملية التكفل النفسي والعلاقات المتوترة تعيق دور الأخصائي النفساني في التشخيص والعلاج التكاملي مع بقية أفراد فريق العمل وهذا يؤثر سلبا على التكفل بالطفل ( **العلاقات المتوترة مع الفريق لعدم إعترافهم بدورنا كإخصائيين نفسانيين على مستوى المصلحة** ) أما الأخصائي النفسي فقد صرح أن التشخيص والعلاج التكاملي مع الطبيب الأخصائي في العظام فقط ( **عملي السابق كبيطري مكنني من فرض وجودي** ) وبالنسبة لتبادل الإستشارات مع الفريق الطبي ( **يطلب مني الأطباء التدخل قبل وبعد إجراء العمليات الجراحية للطفل ضحية حادث المرور وكذلك أثناء العلاج الدوائي أين لا يتقبل الطفل تناول الدواء** ) وعلاقاتي الحسنة مع الفريق الطبي سهلت عملية التكفل النفسي .

**إستنتاج:**

يتضح لنا من خلال الإجابات على دليل المقابلة نصف الموجهة من طرف الأخصائيين النفسانيين (N.D.S.T) أنهم يعملون ضمن الفريق الطبي وأنه لا توجد إجتماعات رسمية تخص فريق العمل من أجل التكفل النفسي بالأطفال ضحايا حوادث المرور والتشخيص والعلاج غير تكاملي وذلك لإضطراب العلاقات مع فريق العمل وأكدوا أن العلاقات الجيدة تلعب دورا مهما وفعالا في عملية التكفل النفسي والعلاقات المتوترة تعيق وتحد من نشاطنا كإخصائيين نفسانيين .

**الجدول رقم(03): عرض وتحليل نتائج المقابلة العيادية نصف موجهة مع مجموعة البحث (محور التكوين)**

| الأخصائي | التكوين الجامعي | التكوين ما بعد التدرج |
|---|---|---|
| N | ليسانس علم النفس العيادي 3 سنوات | لا يوجد |
| D | ليسانس علم النفس العيادي 4 سنوات | لا يوجد |
| S | ليسانس علم النفس العيادي 3 سنوات | ماستر عيادي 2 سنوات |
| T | ليسانس علم النفس العيادي 3 سنوات | ماستر عيادي 2 سنوات |

يتبين لنا من خلال الإجابات الملخصة في الجدول رقم (03) أن 50% من الممارسين النفسانيين (N,D) متحصلين على شهادة ليسانس عيادي( 3 سنوات ،4 سنوات) فقط و 50% من الممارسين النفسانيين (S,T) متحصلين على شهادة ليسانس عيادي لمدة 3 سنوات و ماستر عيادي لمدة عامين. أما بالنسبة للتكوينات الخاصة فقد صرح الممارسين النفسانيين (N.D.S.T) على التوالي بما يلي:(**N**) **تكوين خاص بالتوحد مدته 20 يوما**

(**D**) **تكوين خاص في العلاج السلوكي المعرفي مدته 6 أيام وتكوين في الفحص النفسي في الوسط الإستشفائي وغير الإستشفائي مدته 3 أيام** ، (**S**) **لم أقم بأي تكوين** (**T**) **طبيب بيطري وتكوين خاص بالتوحد** . من خلال هذه التصريحات يظهر لنا الضعف في التكوينات الخاصة وإذا وجدت فهي قصيرة من حيث المدة ومتشابهة نوعا ما من حيث المواضيع ، أما بالنسبة للتكوينات التي توفرها المؤسسة الإستشفائية فقد صرح الممارسين النفسانيين (N.D.S.T) ، ( **المؤسسة لا توفر أي تكوينات ولا أيام علمية ودراسية** ) من خلال هذا نجد أنه هناك ضعف في التكوين السيكولوجي لأغلبية الأخصائيين النفسانيين

أما بالنسبة للتكوينات الخاصة بالصدمة فقد صرح الأخصائيين النفسانيين (N.D.S.T) بأنه ( **لا توجد أي تكوينات خاصة بالصدمة ونحن دائما نجد أنفسنا غير قادرين على التكفل النفسي عند فقدان الطفل لأحد أفراد العائلة**). من خلال هذه التصريحات يمكن القول التكوينات الخاصة بالصدمة مهمة في عملية التكفل النفسي لأن أغلبية الأطفال ضحايا حوادث المرور يعانون من صدمات نفسية .

**إستنتاج:**

يتضح لنا من خلال المعطيات المتحصل عليها أن مجموعة البحث تعاني من نقص في التكوين الجامعي والتكوين ما بعد التدرج والتكوينات الخاصة تبقى قليلة وقصيرة وأن المؤسسة لا توفر أي تكوينات ولا أيام دراسية ويبقى غياب التكوين الخاص بالصدمة يمثل أكبر إعاقة يواجهها الأخصائي النفساني في عملية التكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور من حيث أساليب التشخيص وتقنيات العلاج المناسبة مع الأطفال المصدومين من جراء حوادث المرور .

**الجدول رقم (04): عرض وتحليل نتائج المقابلة العيادية نصف موجهة مع مجموعة البحث (محور صعوبات التكفل النفسي)**

| الأخصائي النفسي العيادي | فيما تكمن صعوبة التكفل | نعم | لا |
|---|---|---|---|
| N | – سوء تجهيز المكاتب (الإضاءة،التهوية،الأثاث،الأجهزة،الألعاب،الطلاء،السجلات) | × | |
| | – قلة المكاتب والأماكن المخصصة للتكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور | × | |
| | – غياب المقاييس والأدوات الخاصة بالتشخيص وتقييم الحالات | × | |
| | – تجاهل دور الأخصائي النفسي من بعض أعضاء فريق العمل | × | |
| | – عدم تعاون الأسرة في عملية التكفل النفسي | × | |
| | – وجود تدخل وتسلط على عمل الأخصائي من طرف رئيس المصلحة وباقي الفريق | × | |
| | – كثافة العمل | × | |
| D | – سوء تجهيز المكاتب ( الإضاءة، التهوية، الأثاث، الأجهزة، الألعاب، الطلاء، السجلات) | × | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | – قلة المكاتب والأماكن المخصصة للتكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور | × | |
| | – غياب المقاييس والأدوات الخاصة بالتشخيص وتقييم الحالات | × | |
| | – تجاهل دور الأخصائي النفسي من بعض أعضاء فريق العمل | × | |
| | – عدم تعاون الأسرة في عملية التكفل النفسي | × | |
| | – وجود تدخل وتسلط على عمل الأخصائي من طرف رئيس المصلحة وباقي الفريق | × | |
| | – كثافة العمل | × | |
| S | – سوء تجهيز المكاتب (الإضاءة، التهوية، الأثاث، الأجهزة، الألعاب، الطلاء، السجلات) | × | |
| | – قلة المكاتب والأماكن المخصصة للتكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور | × | |
| | – غياب المقاييس والأدوات الخاصة بالتشخيص وتقييم الحالات | × | |
| | – تجاهل دور الأخصائي النفسي من بعض أعضاء فريق العمل | × | |
| | – عدم تعاون الأسرة في عملية التكفل النفسي | × | |
| | – وجود تدخل وتسلط على عمل الأخصائي من طرف رئيس المصلحة وباقي الفريق | × | |
| | – كثافة العمل | × | |
| T | – سوء تجهيز المكاتب (الإضاءة،التهوية،الأثاث،الأجهزة،الألعاب،الطلاء،السجلات) | × | |
| | – قلة المكاتب والأماكن المخصصة للتكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور | × | |
| | – غياب المقاييس والأدوات الخاصة بالتشخيص وتقييم الحالات | × | |
| | – تجاهل دور الأخصائي النفسي من بعض أعضاء فريق العمل | × | |
| | – عدم تعاون الأسرة في عملية التكفل النفسي | × | |
| | – وجود تدخل وتسلط على عمل الأخصائي من طرف رئيس المصلحة وباقي الفريق | × | |
| | – كثافة العمل | × | |
| | – سوء تجهيز المكاتب (الإضاءة،التهوية،الأثاث،الأجهزة،الألعاب،الطلاء،المساحة) | × | |

أما عن الصعوبات التي يجدها النفسانيون الممارسون (N.D.S.T) أثناء عملية التكفل النفسي كما هو موضح في الإجابات الملخصة في الجدول رقم(04) حيث نلاحظ أن الأخصائيين يشتكون من قلة المكاتب والأماكن المخصصة للتكفل النفسي بالأطفال ضحايا حوادث المرور بالإضافة إلى سوء تجهيز المكاتب من حيث الإضاءة والتهوية والألعاب والطلاء والمساحة مع غياب المقاييس والأدوات الخاصة بالتشخيص وتقييم الحالات وتجاهل دور الأخصائي النفسي من بعض أعضاء الفريق وكذلك عدم تعاون الأسرة وتدخل وتسلط رئيس المصلحة وباقي الفريق في عمل الأخصائي النفسي ضف إلى ذلك كثافة العمل.

**إستنتاج:**

من خلال الإجابات التي قدمها الممارسين النفسانيين يتضح لنا أنهم يعانون من جملة من الصعوبات وعلى رأسها تجاهل دور الأخصائي النفسي من طرف فريق العمل وهذا ما يؤثر على دافعيته للإنجاز بالخصوص في عملية التكفل النفسي في ظل غياب المقاييس والأدوات الخاصة بالتشخيص وتقييم الحالات بالإضافة إلى كثافة العمل وغياب المكاتب والأماكن المخصصة لعملية التكفل النفسي وعدم تعاون الأسرة في عملية العلاج النفسي وذلك لتحفظها ولعدم تفريقها بين الأخصائي النفسي وطبيب الأمراض العقلية ، وكل هذه الصعوبات تشكل عائقا كبيرا في سيرورة عملية التكفل النفسي .

# خلاصة عامة

**خلاصة عامة :**

وفي ختام دراستنا الموسومة بـ" **واقع التكفل النفسي بالأطفال ضحايا حوادث المرور داخل مؤسسة إستشفائية** " نستنتج أن التكفل النفسي داخل المؤسسة الإستشفائية يرتكز على العلاج الدوائي من الدرجة الأولى والعلاج النفسي ما هو إلا تقديم توجيهات وإرشادات ونصائح للطفل ضحية حوادث المرور وأسرته ، في ظل غياب المكاتب والأماكن المخصصة بالتكفل النفسي مع عدم إستخدام أساليب تشخيصية وتقنيات علاجية معروفة في عملية التكفل النفسي وتجاهل الدور الفعال للأخصائي النفسي في التشخيص والعلاج والتكفل النفسي من طرف أعضاء فريق العمل بالإضافة إلى نقص الخبرة والتكوين السيكولوجي من جهة ونقص الإمكانيات المادية داخل المؤسسة من جهة أخرى ، وعدم تعاون أسر الأطفال خاصة في تطبيق العلاج الأسري بالإضافة إلى كثافة العمل .

وعليه فالتكفل النفسي بالأطفال ضحايا حوادث المرور يحتاج إلى متابعة نفسية معمقة وشاملة من قبل الأخصائي النفسي الذي بدوره يجب أن يكون ملما بكل أساليب التشخيص وتقنيات العلاج النفسي بالإضافة إلى التكوين الجيد والخبرة السيكولوجية هذا من جهة ومن جهة أخرى ضرورة تعاون وإشتراك فريق العمل مع الممارس النفساني وذلك لتكوين علاقات جيدة تساعد على نجاح عملية التكفل النفسي ، وتوفير الإمكانيات المادية وتغطية النقائص الموجودة داخل المؤسسة الإستشفائية .

وهذه الدراسة ماهي إلا مساهمة بسيطة للتعرف على واقع التكفل النفسي بالأطفال ضحايا حوادث المرور داخل مؤسسة إستشفائية ، ويبقى هذا الموضوع بحاجة إلى دراسات معمقة وفتح المجال أمام الباحثين والمختصين والأخذ بعين الإعتبار النقائص وتغطيتها لتحسين عملية التكفل النفسي بهذه الفئة داخل المؤسسات الإستشفائية.

**توصيات وإقتراحات الدراسة:**

في ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية تم إدراج بعض التوصيات والإقتراحات التي يرجى أن تؤخذ بعين الإعتبار .

1. الوسائل الإعلامية المختلفة تلعب دورا كبيرا في توعية الناس وتعريفهم بمخاطر حوادث المرور وآثارها السلبية على صحة الفرد الجسمية والنفسية .
2. توعية الأسرة بدورها الكبير في عملية العلاج النفسي والتكفل النفسي.
3. العمل على التأهيل الأفضل في الجامعات ومجالات التدريب عند التخرج للأخصائيين النفسيين العياديين .
4. توفير الأجهزة والمقاييس والأدوات الخاصة بالعلاج النفسي في المستشفيات .
5. توفير المكاتب المناسبة لدراسة الحالات للأخصائيين النفسانيين الإكلينيكيين .
6. توفير دورات تدريبية للأخصائيين النفسانيين في المستشفيات .
7. توفير الإمكانيات المادية لخطط وبرامج التكفل النفسي في المستشفيات .
8. توضيح أدوار الأخصائي النفسي للمرضى وذويهم .
9. تحديد دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي ضمن الفريق العلاجي.
10. العمل على تحسين وتطوير العلاقة المهنية بين الأخصائي النفسي وفريق العمل .
11. جراء المزيد من الدراسات والبحوث المستقبلية حول واقع التكفل النفسي بالأطفال ضحايا حوادث المرور في المستشفيات.
12. التنسيق بين الجامعات وإدارة المستشفيات على تطوير وتأهيل الأخصائي النفسي.
13. الفصل بين أدوار الأخصائي النفسي والطبيب النفسي وذلك بوضع آلية عمل جديدة تحدد لكل مختص مهامه .

# قائمة المراجع

# قائمة المراجع:

## 1/ الموسوعات والمعاجم:

1. **عبد القادر المعيري وآخرون** ، (**1984**): القاموس الجديد ، الشركة التونسية للتوزيع ، ( د ، ط) ، تونس.

## 2/المراجع باللغة العربية :

2. **الشريف حمود هوزاع** ، (**2007**): الآثار النفسية للحوادث ، مكتب التربية العربي لمكتب الخليج والمنظمة العربية للسلامة المرورية، جامعة الملك سعود ، السعودية.

3. **القرني بن عبد الله سالم** ، (**2010**): التأمين ضد حوادث المرور في المملكة العربية السعودية ، رسالة ماجستير ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية , الرياض

4. **إبراهيم الهبدان** ، (**1994**): إدخال حالات حوادث المرور بمستشفى الملك فهد الجامعي بالخبر، سجلات الندوة العالمية لحوادث الطرق مستتشفى قوى الأمن ، الرياض .

5. **إجلال محمد سري** ، (**2000**) : علم النفس العلاجي ، عالم الكتب للنشر والتوزيع، ط2 ، مصر.

6. **إلهام عبد الرحمن خليل** ، (**2004**): علم النفس الإكلينيكي ، المنهج والتطبيق ، إيتراك للطباعة والنشر ، ط1 ، مصر ، القاهرة.

7. **أكرم عبد القادر أحمد أبو إسماعيل** ، (**1997**): دور المؤسسات التربوية في حملات التوعية المرورية ، الندوة العلمية الأربعين أساليب ووسائل الحد من حوادث المرور ، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض .

8. **بشير صالح الرشيدي** ، (**2000**) :مناهج البحث التربوي، رؤية تطبيقية مبسطة، دار الكتاب الحديث(د،ط)، الكويت.

9. **بطرس حافظ بطرس** ، (**2008**): التكيف والصحة النفسية للطفل ، دار الصفاء للنشر والتوزيع ، ط1 ، عمان ، الأردن .

10. **جار الله سليمان** ، (**2009**): الصدمة النفسية وأثرها على منظور الزمن ، مذكرة ماجستير ، جامعة فرحات عباس ، سطيف ، الجزائر .

11. **جمال أبوا دلو** ، (**2008**): الصحة النفسية ، دار أسامة للنشر والتوزيع ، ط1 ، عمان ، الأردن.

12. **جوليان روتر** ، (**1909**): علم النفس العيادي ترجمة عطيب محمود هنا ، دار الشرف ، ( د ، ط) ، القاهرة.

13. **حامد عبد السلام زهران** ، (**1997**): الصحة النفسية والعلاج النفسي ، عالم الكتب ، ط3 ، القاهرة ، مصر .

14. **حامد عبد السلام زهران** ، (**2003**): الصحة النفسية والعلاج النفسي ، عالم الكتب ، ( د ، ط) ، مصر.

15. **حب الله عدنان** ، (**2006**): الصدمة النفسية أشكالها العيادية وأبعادها الوجودية ، دار الفرابي ، ط1 ، لبنان .

16. **حموا بوظريفة** ، (**1991**): دراسة عن أسباب حوادث المرور في الجزائر، المطبعة الجامعية ، الجزائر .

17. **حنان عبد الحميد العناني** ، (**2000**): الصحة النفسية ، دار المكر للطباعة والنشر والتوزيع ، ط1 .

18. **داود عزيز** ، (**2005**): مبدئ البحث العلمي التربوي ، دار أسامة للنشر والتوزيع ، ( د ، ط) ، عمان .

19. **راضي عبد المعطي السيد** ،(**2008**): الآثار الإقتصادية لحوادث المرور مركز الدراسات والبحوث ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض .

20. **زيزي السيد إبراهيم** ، (**2005**): العلاج المعرفي للإكتآب ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، ط1 ، القاهرة .

21. **زينب شقير** ، (**2002**): علم النفس العيادي والمرضي للأطفال والراشدين ، الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، ط1 ، عمان ، الأردن .

22. **سهيل أحمد كامل** ، (**1999**): التوجيه والإرشاد النفسي ، مركز الإسكندرية للكتاب ، ( د، ط) ، مصر .

23. **سيد جمعة يوسف** ، (**2000**): الإضطرابات السلوكية وعلاجها ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، ( د ، ط) ، القاهرة .

24. **عادل كمال** ، (**2007**): الوقاية من حوادث المرور ، مذكرة نهاية الدراسة لنيل شهادة مفتش رئيس ، المدرسة الوطنية لتطبيق تقنية النقل البري ، باتنة .

25.**عايد علي الحميدان، (2006)**: الآثار الإجتماعية للحوادث المرورية ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية مركز الدراسات والبحوث ، الرياض.

26.**عباس فيصل عباس ، (1994)**: " أضواء على المعالجة النفسية بين النظرية والتطبيق ، دار الفكر اللبناني ، ( د ، ط) ، بيروت .

27.**عبد الجليل السيف والشربيني ، زكرياء ، وملانيل ، (1990)**: دراسة أسباب إرتفاع نسبة إصابات حوادث المرور في منطقة مكة المكرمة ، المنطقة الشرقية ، مطابع جامعة الملك سعود ، الرياض .

28.**عبد الرحمن العيسوي ، (2011)**: مرض الزهايمر والذهانات الأخرى ، منشورات الجلي الحقوقية ، ط1 ، بيروت ، لبنان .

29.**عبد الستار إبراهيم ، (1988)**: علم النفس الإكلينيكي " مناهج التشخيص والعلاج النفسي " ، دار المريخ للنشر ، ( د ، ط)، السعودية ، الرياض .

30.**عبد العزيز الصبحي ، (1998)**: الأثر الإجتماعي للحوادث المرورية للمملكة العربية السعودية ، دراسة مقارنة بين الرياض وجدة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض .

31.**عبد الفتاح الهمص ،(2009)**: إضطرابات ما بعد الصدمة عند الأطفال – الأساليب والحلول ، الجامعة الإسلامية ، (د ط) ، فلسطين .

32.**عبد الكريم أبو الخير، (2002)**: التمريض النفسي ، مفهوم الرعاية التمريضية ، دار وائل للطباعة والنشر ، ط1 ، عمان ، الأردن .

33.**عزة عبد الهادي جودت وحسني عزة سعيد ، (1999)**: مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي ، مكتب الثقافة للنشر والتوزيع ، ط 1 ، عمان ، الأردن .

34.**علاء الدين كفافي ، (1991)**: رسالة مقدمة إستكمالا لمتطلبات درجة الماجستير في الصحة النفسية ، مكتب جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض .

35.**علاء عبد الرحمان البكري ، (2001)**: الندوة العلمية حول حجم حوادث المرور في الوطن العربي ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، السعودية .

36.**علي بن ضبيان الرشيدي ، (2008)**: مهارات محقق الحوادث المرورية وأثرها في نجاح القضايا المرورية أثناء التحقيق كلية التدريب ( قسم البرامج التدريبية) ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، عمان .

37.**فرينة عمر أسامة** ، (**2011**): القيمة التشخيصية لإختبار رسم الشخص في تمييز إضطرابات ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال ، مذكرة ماجستير في علم النفس العيادي ، الجامعة الإسلامية فلسطين .

38.**فضيل بوجلال** ، (**2011**): محاولة تقييم التكلفة الإقتصادية للحوادث المرورية في الجزائر، مذكرة ماستر غير منشورة ، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير ، جامعة حاج لخضر باتنة ، الجزائر .

39.**لزهر بوعافية** ، **عبد الله كباسي** ، (**2004**): دراسة إحصائية حول حوادث المرور و الطرق الوقائية ، مذكرة نهاية الدراسة ، المدرسة الوطنية لتطبيق تقنيات النقل البري ، جامعة باتنة ، الجزائر.

40.**لويس كامل مليكة** ، (**2009**): العلاج النفسي ، دار الفكر للنشر والتوزيع ، ط1 ، عمان ، الأردن .

41.**محمد حسن غانم** ، (**2004**): مناهج البحث في علم النفس ، المكتبة المصرية ( د، ط) ، الإسكندرية .

42.**محمد حسن غانم** ، (**2009**): مقدمة في علم النفس الإكلينيكي ، المكتبة الرسمية ط 1 ، القاهرة .

43.**محمد حمدي الحجار** ، (**1998**): مدخل إلى علم النفس المرضي ، دار النهضة للنشر والتوزيع ، ط1 ، بيروت .

44.**محمد ربيع شحاتة** ، (**1989**) : المسؤولية المهنية ومشروع ميثاق أخلاقي للإختصاص النفسي في السعودية ، جامعة الملك سعود ، ( د ، ط) ، الرياض

45.**محمد ياسين عطوف** ،(**1986**): علم النفس العيادي ، دار العلم للملايين ، (د ، ط) ، بيروت .

46.**مدحت أبوا النصر** ، (**2005**): الإعاقة النفسية ، مفهوم وأنوع وبرامج الرعاية ، مجموعة نبيل العربية ، مدينة نصر ، ط1 ، القاهرة .

47.**مسعودة بوقاف** ، (**2014**): أثر التكفل النفسي على مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف الإرهابي- دراسة تقييمية ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي ، جامعة الجزائر (2) .

48.**مطلق الهماش** ، (**2003**): المرور ثقافة ، تقنيات متقدمة – قواعد نظامية ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، ( د، ط )، الرياض ، السعودية .

49.**مقرن سعود مطفي الرشيدي** (**2016**) : إنعكاسات تعديلات أنظمة المرور والسائقين ، دراسة ميدانية على منطقة حائل بالمملكة العربية السعودية ، مذكرة ماجستير ، جامعة مؤتة .

50.**نور الدين زعتر** ، (**2009**): فعالية نموذج علاج نفسي إسلامي مفتوح في تخفيف القلق ، ( قلق ما قبل العملية الجراحية) ، رسالة ماجستير جامعة محمد خيذر ، يسكرة .

51.**هلموت بينتشي، ترجمة أنطوان الهاشم** ، (**2003**): علم النفس ، المكتبة الشرقية ، ط1 ، بيروت لبنان.

52.**هناء أحمد محمد شويخ** ، (**2009**): برنامج تطبيقي لتحسين المتغيرات النفسية والفيسيولوجية لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي ، دار الوفاء الإسكندرية ، ط1 ، مصر.

53.**يازيد شهلي**، (**2011**): المراقبة التقنية للمركبات ودورها في تخفيض حوادث المرور بالجزائر، مذكرة ماستر ، جامعة باتنة ، الجزائر .

54.**ياسر عبد الله العسيري وآخرون** ، (**2005**): حوادث السيارات في الرياض ، جامعة الملك سعود ، ( د، ط) ، المملكة العربية السعودية .

**المراجع باللغة الأجنبية:**

**Dictionnaires :**

55. **Sillamy(n),(2003) :** Dictionnaire de la psychotherapie,en La rousse Bardean .

**Les Livres:**

56. **AL, Ashiekh , M.(1996) :**Analys is of traffic in juries and fatalities in ryadh : Epidemiological Study , collag of ang , King Saud University , Ryadh.

57. **Cormier , W .et Cormier , L.(1991) :**Interviewing strategies For helpers .Brooks /cole publishing company pacific Grove.

58. **Egan ,G(1982) :**The skilled Helper . Monterey , CA : Brooks / Cole.

59. **Goldenberg ,H.(1973) :** Contemporary Clinical Psychology, Monterey Caliph : Brooks / Cole.

**Les revues :**

60. **Patricia shields and Hassan Tajalli, (2006) :** Intermediate Theory :The Missing Link in Successful Student Scholarship , Jornal of Public Affairs Education , Vol(12),No(3),p334

61. **Srusset , (1987) :** psycho analyse et psychotherapie en Paris .

62. **Combs, A,(1986) :** What makes a Good Helper ? A person cen – lered Approach ,Peron – Genterd Review , 1(1), 51– 61.

63. **Golias , N ,(1993) :**Aspects of Rood Accident Death Analyse , Journal of Transpiration Engineering A S C E , Vol (18), No,(2) ,pp 299 – 311.

# الملاحـــق

**المقابلة كما وردت**

**الحالة الأولى:**

س1: صباح الخير

ج1: صباح الخير

س2: هل عندك مكتب خاص بالتكفل النفسي على مستوى المصلحة ؟

ج2: لا يوجد أي مكان مخصص للأخصائي النفسي ، بل نعمل في مكتب رئيس المصلحة.

س3: هل المكتب موافق لشروط المكتب النفسي ؟

ج3: المكتب غير موافق لشروط المكتب النفسي لعدم توفر التجهيزات المادية .

س4: هل الطفل الذي تستقبلينه على مستوى المصلحة يكون موجه من طرف أخصائيين ( طبيب عام ، طبيب مختص ) أو موجه من طرف العائلة ؟

ج4: نادرا ما يقوم الطبيب العام بتوجيه الحالات إلينا أما العائلة تبقى متحفظة دائما .

س5: كإخصائية نفسية ماهي الإجراءات التي تتبعينها مع الطفل ضحية حادث المرور عند دخوله المصلحة ؟

ج5: التدخل في تقبل المريض للحالة والعلاج ولوجود مكتب مشترك مع رئيس المصلحة لا يسمح لنا بإجراء المقابلات التشخيصية .

س6: كيف يتم التكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور داخل المصلحة من قبلك؟

ج6: لا يوجد تكفل نفسي بالطفل على أكمل وجه لأن الطفل يكون موجود في غرفة مشتركة مع العديد من الأطفال لذا يقتصر التكفل على بعض الإرشادات والنصائح .

س7: ما هي أساليب التشخيص المستخدمة ؟

ج7: أساليب التشخيص الملاحظة وإختبارات الذكاء وذلك لعدم توفر أدوات التشخيص وتبقى هذه الأدوات شخصية .

س8: ماهي تقنيات العلاج المستخدمة (العلاج السلوكي،العلاج المعرفي ، العلاج باللعب ، العلاج بالسيكودراما ، العلاج العائلي، العلاج بتقنية EMDR) ؟

ج8: لا توجد تقنيات علاج محددة .

س9: هل ترتكزين على تقنية معينة أثناء التكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور؟

ج9: لا توجد تقنية معينة للتكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور .

س10: على أي أساس تضعين الخطة العلاجية ؟

ج10: حسب الأعراض ومن خلال التشخيص .

س11: ماهو الفريق الذي تعملين معه داخل المصلحة ؟

ج11: الممرضين ، الطبيب العام ورئيس المصلحة.

س12: هل يوجد إجتماعات تخص فريق العمل؟

ج12: لا توجد أي إجتماعات تخص فريق العمل.

س13: هل يوجد تبادل الإستشارات مع فريق العمل أثناء عملية التكفل النفسي ؟

ج13: لا يوجد تبادل بين أعضاء الفريق .

س14: هل التشخيص والعلاج تكاملي مع فريق العمل؟

ج14: لا يوجد تشخيص وعلاج تكاملي مع فريق العمل .

س15: كيف تلعب علاقات الزمالة دور في التكفل النفسي للطفل ضحية حادث المرور ؟

ج15: العلاقات مع الفريق متوترة وبالتالي الدافعية للعمل غير موجودة .

س16: ماهي مدة التكوين الجامعي والتكوين ما بعد التدرج؟

ج16: ثلاثة سنوات تخصص علم النفس العيادي، لا يوجد تكوين ما بعد التدرج .

س17: ماهي التكوينات الخاصة ( مواضيعها ومدتها )؟

ج17: تكوين خاص بالتوحد مدته عشرون يوم.

س18: هل المؤسسة توفر تكوينات ؟

ج18: لا توجد أي تكوينات .

س19: هل هناك تكوينات خاصة بالصدمة النفسية ؟

ج19: لا توجد أي تكوينات خاصة بالصدمة النفسية .

س20: هل الصعوبات التي تواجهينها كإخصائية نفسية للقيام بعملية التكفل النفسي تكمن في ؟

قلة المكاتب والأماكن المخصصة للتكفل النفسي بالأطفال ضحية حوادث المرور .

ج20: نعم .

سوء تجهيز المكاتب ( الإضاءة ، التهوية ، الألعاب ، الطلاء ، المساحة ....إلخ).

ج20: نعم .

غياب المقاييس والأدوات الخاصة بالتشخيص وتقييم الحالات .

ج20: نعم .

تجاهل دور الأخصائي النفسي من بعض أعضاء فريق العمل .

ج20: نعم .

عدم تعاون الأسرة في عملية التكفل النفسي .

ج20: نعم .

وجود تدخل وتسلط على عمل الأخصائي من طرف رئيس المصلحة وباقي الفريق الطبي .

ج20: نعم .

كثافة العمل

ج20: نعم .

**المقابلة كما وردت**

**الحالة الثانية:**

س1: صباح الخير

ج1: صباح الخير

س2: هل عندك مكتب خاص بالتكفل النفسي على مستوى المصلحة ؟

ج2: لا يوجد مكتب خاص بالتكفل النفسي .

س3: هل المكتب موافق لشروط المكتب النفسي ؟

ج3: المكتب غير موافق لشروط المكتب النفسي من حيث الإضاءة ، التجهيز ، التهوية.

س4: هل الطفل الذي تستقبلينه على مستوى المصلحة يكون موجه من طرف أخصائيين ( طبيب عام ، طبيب مختص ) أو موجه من طرف العائلة ؟

ج4: يوجد طبيب عام واحد يقوم بتوجيه الحالات إلينا، أما بالنسبة للعائلة فهي لا تقوم بتوجيه الطفل.

س5: كإخصائية نفسية ماهي الإجراءات التي تتبعينها مع الطفل ضحية حادث المرور عند دخوله المصلحة ؟

ج5: الإجراءات المتبعة هي تقديم بعض النصائح للأم التي ترعى طفلها على مستوى المصلحة.

س6: كيف يتم التكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور داخل المصلحة من قبلك؟

ج6: يقتصر التكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور بتقديم بعض النصائح والإرشادات لتقبله العلاج الدوائي .

س7: ما هي أساليب التشخيص المستخدمة ؟

ج7: نستخدم المقابلة مع الطفل والشخص الذي يقوم برعايته وفي تواجد الأطفال الذين يعانون من مختلف الأمراض.

س8: ماهي تقنيات العلاج المستخدمة (العلاج السلوكي،العلاج المعرفي ، العلاج باللعب ، العلاج بالسيكودراما ، العلاج العائلي، العلاج بتقنية EMDR) ؟

ج8: نستخدم في أغلب الأحيان التنفيس الإنفعالي .

س9: هل ترتكزين على تقنية معينة أثناء التكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور؟

ج9: لا توجد تقنية معينة للتكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور .

س10: على أي أساس تضعين الخطة العلاجية ؟

ج10: حسب حالة الطفل.

س11: ماهو الفريق الذي تعملين معه داخل المصلحة ؟

ج11: الممرضين ، الطبيب العام ورئيس المصلحة.

س12: هل يوجد إجتماعات تخص فريق العمل؟

ج12:لا توجد أي إجتماعات تخص فريق العمل .

س13:هل يوجد تبادل الإستشارات مع فريق العمل أثناء عملية التكفل النفسي ؟

ج13: لا يوجد تبادل إستشارات بين أعضاء فريق العمل.

س14: هل التشخيص والعلاج تكاملي مع الفريق ؟

ج14: لا يوجد تشخيص وعلاج تكاملي مع فريق العمل .

س15: كيف تلعب علاقات الزمالة دور في التكفل النفسي للطفل ضحية حادث المرور ؟

ج15: العلاقات مع الفريق متوترة وبالتالي الدافعية للعمل غير موجودة .

س16: ماهي مدة التكوين الجامعي والتكوين ما بعد التدرج ؟

ج16: أربع سنوات تخصص علم النفس العيادي ولا يوجد تكوين ما بعد التدرج.

س17: ماهي التكوينات الخاصة ( مواضيعها ومدتها )؟

ج17: تكوين خاص في العلاج السلوكي المعرفي مدته ستة أيام وتكوين في الفحص النفسي في الوسط الإستشفائي والغير إستشفائي مدته ثلاثة أيام.

س18: هل المؤسسة توفر تكوينات ؟

ج18: المؤسسة الإستشفائية لا توفر أي تكوينات ولا أيام علمية أو دراسية .

س19: هل هناك تكوينات خاصة بالصدمة النفسية ؟

ج19: لا توجد أي تكوينات خاصة بالصدمة النفسية .

س20: هل الصعوبات التي تواجهينها كإخصائية نفسية للقيام بعملية التكفل النفسي تكمن في ؟

قلة المكاتب والأماكن المخصصة للتكفل النفسي بالأطفال ضحية حوادث المرور .

ج20: نعم .

سوء تجهيز المكاتب ( الإضاءة ، التهوية ، الألعاب ، الطلاء ، المساحة ....إلخ).

ج20: نعم .

غياب المقاييس والأدوات الخاصة بالتشخيص وتقييم الحالات .

ج20: نعم .

تجاهل دور الأخصائي النفسي من بعض أعضاء الفريق الطبي .

ج20: نعم .

عدم تعاون الأسرة في عملية التكفل النفسي .

ج20: نعم .

وجود تدخل وتسلط على عمل الأخصائي من طرف رئيس المصلحة وباقي الفريق الطبي .

ج20: نعم .

كثافة العمل

ج20: نعم .

**المقابلة كما وردت**

**الحالة الثالثة:**

س1: صباح الخير

ج1: صباح الخير

س2: هل عندك مكتب خاص بالتكفل النفسي على مستوى المصلحة ؟

ج2: لا يوجد مكتب خاص بالتكفل النفسي .

س3: هل المكتب موافق لشروط المكتب النفسي ؟

ج3: المكتب غير موافق لشروط المكتب النفسي من حيث الإضاءة ، التجهيز ، التهوية.

س4: هل الطفل الذي تستقبلينه على مستوى المصلحة يكون موجه من طرف أخصائيين ( طبيب عام ، طبيب مختص ) أو موجه من طرف العائلة ؟

ج4: لا يقوم الأخصائيين( طبيب عام ، طبيب مختص) بتوجيه الحالات إلينا كإخصائيين نفسانيين بل نقوم عن هذه الحالات على مستوى المصلحة ، أما العائلة فلا تقدم أي طلب للمساعدة النفسية .

س5: كإخصائية نفسية ماهي الإجراءات التي تتبعينها مع الطفل ضحية حادث المرور عند دخوله المصلحة ؟

ج5: الإجراءات المتبعة هي تقديم بعض النصائح للأم التي ترعى طفلها على مستوى المصلحة.

س6: كيف يتم التكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور داخل المصلحة من قبلك؟

ج6: يقتصر التكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور بتقديم بعض النصائح والإرشادات لتقبله العلاج الدوائي .

س7: ما هي أساليب التشخيص المستخدمة ؟

ج7: نستخدم المقابلة مع الطفل والشخص الذي يقوم برعايته وفي تواجد الأطفال الذين يعانون من مختلف الأمراض.

س8: ماهي تقنيات العلاج المستخدمة (العلاج السلوكي،العلاج المعرفي ، العلاج باللعب ، العلاج بالسيكودراما ، العلاج العائلي، العلاج بتقنية EMDR) ؟

ج8: نستخدم في أغلب الأحيان التنفيس الإنفعالي .

س9: هل ترتكزين على تقنية معينة أثناء التكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور؟

ج9: لا توجد تقنية معينة للتكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور .

س10: على أي أساس تضعين الخطة العلاجية ؟

ج10: حسب حالة الطفل.

س11: ماهو الفريق الذي تعملين معه داخل المصلحة ؟

ج11: الممرضين ، الطبيب العام ورئيس المصلحة.

س12:هل يوجد إجتماعات تخص فريق العمل ؟

ج12:لا توجد أي إجتماعات بيننا وبين أعضاء فريق العمل.

س13:هل يوجد تبادل الإستشارات مع الفريق الطبي أثناء عملية التكفل النفسي ؟

ج13: لا يوجد تبادل بين أعضاء الفريق .

س14: هل التشخيص والعلاج تكاملي مع الفريق الطبي؟

ج14: لا يوجد تشخيص وعلاج تكاملي مع الفريق الطبي .

س15: كيف تلعب علاقات الزمالة دور في التكفل النفسي للطفل ضحية حادث المرور ؟

ج15: العلاقات مع الفريق ليست جيدة وبالتالي تؤثر سلبا في عملية التكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور.

س16: ماهي مدة التكوين الجامعي ؟

ج16: خمس سنوات.

س17: ماهي التكوينات الخاصة ( مواضيعها ومدتها )؟

ج17: لا توجد أي تكوينات خاصة.

س18: هل المؤسسة توفر تكوينات ؟

ج18: المؤسسة الإستشفائية لا توفر أي تكوينات ولا أيام علمية أو دراسية .

س19: هل هناك تكوينات خاصة بالصدمة النفسية ؟

ج19: لا توجد أي تكوينات خاصة بالصدمة النفسية .

س20: هل الصعوبات التي تواجهينها كإخصائية نفسية للقيام بعملية التكفل النفسي تكمن في ؟

قلة المكاتب والأماكن المخصصة للتكفل النفسي بالأطفال ضحية حوادث المرور .

ج20: نعم .

سوء تجهيز المكاتب ( الإضاءة ، التهوية ، الألعاب ، الطلاء ، المساحة ....إلخ).

ج20: نعم .

غياب المقاييس والأدوات الخاصة بالتشخيص وتقييم الحالات .

ج20: نعم .

تجاهل دور الأخصائي النفسي من بعض أعضاء الفريق الطبي .

ج20: نعم .

عدم تعاون الأسرة في عملية التكفل النفسي .

ج20: نعم .

وجود تدخل وتسلط على عمل الأخصائي من طرف رئيس المصلحة وباقي الفريق الطبي .

ج20: نعم .

كثافة العمل

ج20: نعم .

**المقابلة كما وردت**

**الحالة الرابعة:**

س1: صباح الخير

ج1: صباح الخير

س2: هل عندك مكتب خاص بالتكفل النفسي على مستوى المصلحة ؟

ج2: لا يوجد مكتب خاص بالتكفل النفسي .

س3: هل المكتب موافق لشروط المكتب النفسي ؟

ج3: المكتب غير موافق لشروط المكتب النفسي من حيث الإضاءة ، التجهيز ، التهوية.

س4: هل الطفل الذي تستقبلينه على مستوى المصلحة يكون موجه من طرف أخصائيين ( طبيب عام ، طبيب مختص ) أو موجه من طرف العائلة ؟

ج4: الطفل يكون موجه من طرف الطبيب المختص ( طبيب عظام ) وذلك عندما لا يتقبل الطفل العلاج الدوائي أو إذا برمجت له إجراء عملية جراحية بسبب الحادث المروري ، أما بالنسبة للعائلة فهي لا تقوم بأي توجيه.

س5: كإخصائي نفسي ماهي الإجراءات التي تتبعها مع الطفل ضحية حادث المرور عند دخوله المصلحة ؟

ج5: الإجراءات المتبعة هي محاولة العمل لتقبل الطفل لإصابته الجسمية والتقليل من آثار الصدمة جراء حادث المرور.

س6: كيف يتم التكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور داخل المصلحة من قبلك؟

ج6: يتم التكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور حسب السن وحسب طبيعة الإصابة .

س7: ما هي أساليب التشخيص المستخدمة ؟

ج7: المرافقة الحينية ، التخفيف من آثار الصدمة ويتم ذلك حسب عمر الطفل والحادث .

س8: ماهي تقنيات العلاج المستخدمة (العلاج السلوكي،العلاج المعرفي ، العلاج باللعب ، العلاج بالسيكودراما ، العلاج العائلي، العلاج بتقنية EMDR) ؟

ج8: أستخدم مقابلات ، جلسة عيادية مؤطرة ، علاج متمركز حول العميل لكارل روجز وكل هذا يتم على مستوى المكتب الخاص بالأخصائيين النفسانيين ( ثلاثة أخصائيين) وفي حالة الطفل الذي يستطيع التنقل من المصلحة إلى المكتب والذي يفتقد لكل شروط المكتب النفسي ولا نستخدم بقية التقنيات العلاجية .

س9: هل ترتكز على تقنية معينة أثناء التكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور؟

ج9: لا توجد تقنية معينة للتكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور .

س10: على أي أساس تضعين الخطة العلاجية ؟

ج10: حسب سن الطفل وطبيعة الحادث المروري .

س11: ماهو الفريق الذي تعمل معه داخل المصلحة ؟

ج11: الممرضين ، الطبيب العام و أخصائي العظام ورئيس المصلحة.

س12:هل يوجد إجتماعات تخص فريق العمل ؟

ج12: توجد إجتماعات ولكن ليس بصفة رسمية.

س13:هل يوجد تبادل الإستشارات مع الفريق الطبي أثناء عملية التكفل النفسي ؟

ج13: يوجد تبادل الإستشارات بين أعضاء الفريق الطبي وذلك لدرايتي بالجانب الفيزيولوجي والعصبي والتشريحي لكوني طبيب بيطري سابقا بالإضافة للخبرة المهنية .

س14: هل التشخيص والعلاج تكاملي مع الفريق الطبي؟

ج14: نعم التشخيص والعلاج تكاملي مع الفريق الطبي .

س15: كيف تلعب علاقات الزمالة دور في التكفل النفسي للطفل ضحية حادث المرور ؟

ج15: تلعب علاقات الزمالة الجيدة دورا مهما في تسهيل عملية التكفل النفسي بالطفل ضحية حادث المرور .

س16: ماهي مدة التكوين الجامعي ؟

ج16: خمس سنوات ( علم النفس العيادي ).

س17: ماهي التكوينات الخاصة ( مواضيعها ومدتها )؟

ج17: طبيب بيطري ، أستاذ مشارك بالجامعة ، في صدد تحضير رسالة الدكتورة علم النفس الصحة ثلاثة أيام.

س18: هل المؤسسة توفر تكوينات ؟

ج18: المؤسسة الإستشفائية لا توفر أي تكوينات ولا أيام علمية أو دراسية .

س19: هل هناك تكوينات خاصة بالصدمة النفسية ؟

ج19: لا توجد أي تكوينات خاصة بالصدمة النفسية .

س20: هل الصعوبات التي تواجهينها كإخصائية نفسية للقيام بعملية التكفل النفسي تكمن في ؟

قلة المكاتب والأماكن المخصصة للتكفل النفسي بالأطفال ضحية حوادث المرور .

ج20: نعم .

سوء تجهيز المكاتب ( الإضاءة ، التهوية ، الألعاب ، الطلاء ، المساحة ....إلخ).

ج20: نعم .

غياب المقاييس والأدوات الخاصة بالتشخيص وتقييم الحالات .

ج20: نعم .

تجاهل دور الأخصائي النفسي من بعض أعضاء الفريق الطبي .

ج20: نعم .

عدم تعاون الأسرة في عملية التكفل النفسي .

ج20: نعم .

وجود تدخل وتسلط على عمل الأخصائي من طرف رئيس المصلحة وباقي الفريق الطبي .

ج20: نعم .

كثافة العمل

ج20: نعم .