

جامعة الجزائر2: أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

فاعلية برنامج إرشادي

في تخفيض الضغط النفسي و تحسين التوافق الزوجي

لدى والدي الطفل المريض بالسرطان

**The Effectiveness of a Group Counselling Program
in Reducing Psychological Stress and Improving Dyadic
Adjustment, Among Parents of Children with Cancer**

أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس

تخصص: علم النفس الاجتماعي

لجنة المناقشة

لقب واسم الاستاذ	الرتبة العلمية	الصفة	مؤسسة اللاحق
حماش الحسين	أستاذ التعليم العالي	رئيسا	جامعة الجزائر 2
فرشان لويزة	أستاذة التعليم العالي	مشرفا مقرا	جامعة الجزائر 2
لعبودي صالح	أستاذ التعليم العالي	عضوا	جامعة الجزائر 2
سليمانى جميلة	أستاذة التعليم العالي	عضوا	جامعة الجزائر 2
بوجملين حياة	أستاذة التعليم العالي	عضوا	جامعة تيزي وزو
بودينار ليندة	أستاذة محاضرة أ	عضوا	جامعة تيزي وزو

إشراف الأستاذة:

- أ.د. فرشان لويزة

إعداد الطالبة:

- ناصري وردة

السنة الجامعية 2022-2023

كلمة شكر

أتقدم بخالص تشكراتي ومنتهمي عرفاني

لأستاذة المشرفة :

أ.د لويزة فرشان

على كل ما قدّمته لي من خلال:

ما علمتني وحرّستني إياه خلال العام النظري للماجستير

ومن خلال تشرّيفها إياي بالإشراف على رسالة الماجستير

ولقبولها الإشراف على هذا البحث، وعلى توجيهاها واثرائها لمحتواها

وخصوصا على شجاعت التحفيز والدافعية التي كانت تُمدّني بها على الدوام

فلما كل الشكر والامتنان والعرفان،

وأسأل الله أن يجازيها عن كل ما قدّمته بالرضا والسعادة في الدنيا و بالرضوان في الجنان.

كما أتقدم بالشكر الجزيل للسادة الأساتذة المحكّمين على ملاحظاتهم وتوجيهاتهم القيمة.

وكذا الأخوانية النفسية ، وعضو المجموعة التطوعية على مساهمتهم في تدريب الأفراد

و لا يفوتني شكر أفراد عينة البحث على قبولهم المشاركة في هذا البرنامج بصورة طوعية

وعلى تفاعلهم وانضباطهم أثناء تنفيذ البرنامج.

وفي الأخير؛ الشكر موصول لكل من ساعدني على اتمام هذا البحث

من قريب أو من بعيد؛ ولو بالكلمة الطيبة.

لكم مني خالص الشكر

وردة ناصري

المخلص:

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي جماعي في تخفيض الضغط النفسي وتحسين التوافق الزوجي، لدى عينة من والدي الأطفال المرضى بالسرطان. وانتهج المنهج الشبه التجريبي لعينيتين متكافئتين مع قياس قبلي وبعدي، وتمثلت عينة الدراسة في 18 فرد، تم توزيعهم عشوائيا إلى مجموعة تجريبية و ضابطة. وتم تطبيق كل من مقياس الضغط النفسي، ومقياس التوافق الزوجي، قبل وبعد تنفيذ البرنامج، وبعد إنهاءه بمدة شهر. ثم تم تطبيق على المجموعة التجريبية في 10 جلسات إرشادية.

وخلصت النتائج إلى وجود فروق في متوسط درجات الضغط النفسي والتوافق الزوجي بين كل من: القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، و بين المجموعة الضابطة والتجريبية على القياس البعدي. كما انتهت النتائج إلى عدم وجود فروق في القياس البعدي والتتبعي بعد شهر على كل من المقياسين للمجموعة التجريبية. مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المطبق في تخفيض الضغط النفسي، وتحسين التوافق الزوجي، واستمرار أثره بعد شهر من انتهاء البرنامج.

الكلمات المفتاحية:

-برنامج إرشادي -الضغط النفسي - التوافق الزوجي - والدي الطفل المريض بالسرطان

Title:

The Effectiveness of a Group Counselling Program in Reducing Psychological Stress and Improving Dyadic Adjustment Among Parents of Children with Cancer

Abstract

The study sought to validate the efficacy of a group counselling program in reducing psychological stress and improving marital adjustment among parents of children with cancer. The sample's study consisted of 18 individuals, who were randomly distributed into experimental and control group. The program was applied to the experimental group in 10 counseling sessions, with measuring the degree of stress, marital adjustment, before and after the program, and after completing it for a month.

The results concluded that there are differences in the degrees of psychological stress and marital adjustment after implementing the program for the experimental group, and between the control and experimental groups. The results also concluded that there were no differences between the post and follow-up measurement after one month.

Keywords:

- Group counselling program - psychological pressure - Dyadic Adjustment
- parents of a child with cancer.

الفهرس

الفهرس

	الفهرس	
	قائمة الجداول والملاحق	
أ	مقدمة	
	الجانب النظري	
الفصل التمهيدي: الإطار العام لإشكالية البحث		
5	الإشكالية	1
16	الفرضيات	2
16	أسباب اختيار الموضوع	3
17	أهداف البحث	4
17	أهمية البحث	5
18	تحديد مصطلحات البحث	6
19	حدود البحث	7
20	الدراسات السابقة	8
42	تعقيب على الدراسات السابقة	9
الفصل الأول: الطفل المريض بالسرطان وأسرتة		
46	تمهيد	
47	ماهية مرض السرطان	1
47	تعريف السرطان	1-1
48	نشوء التسرطن	2-1
48	تصنيف السرطان	3-1
50	أسباب السرطان	4-1
51	أعراض السرطان	5-1
52	علاج السرطان	6-1
54	الطفل والسرطان	2
54	خاصية السرطان عند الطفل	1-2
54	أنواع السرطان عند الطفل	2-2

55	مضاعفات العلاج عند الطفل	3-2
55	عبور الطفل لتجربة السرطان	4-2
57	الاستشفاء	5-2
58	تجربة المرض في الأسرة	3
58	الطفل والوالدين	1-3
60	تأثير المرض على الأسرة	2-3
65	احتياجات الوالدين لمواجهة أعباء وتكاليف المرض	3-3
66	خلاصة الفصل	
الفصل الثاني: الضغط النفسي		
68	تمهيد	
69	تعريف الضغط النفسي	1
72	مصادر الضغط النفسي	2
76	آثار الضغط النفسي	3
78	النظريات المفسرة للضغط النفسي	4
86	الخصائص العامة للضغوط النفسية	5
87	أساليب مواجهة الضغط النفسي	6
89	خلاصة الفصل	
الفصل الثالث: التوافق الزوجي		
91	تمهيد	
92	تعريف التوافق الزوجي	1
96	جوانب التوافق الزوجي	2
97	مجالات وأبعاد التوافق الزوجي	3
99	العوامل المؤثرة على التوافق الزوجي	4
103	النظريات التي تناولت التوافق الزوجي	5
107	تحليل عملية التوافق الزوجي	6
111	خلاصة الفصل	
الفصل الرابع: الإرشاد النفسي		
113	تمهيد	
114	الإرشاد النفسي	1

114	تعريف الإرشاد النفسي	1-1
115	أهداف الإرشاد النفسي	2-1
116	مبادئ الإرشاد النفسي	3-1
117	مناهج الإرشاد النفسي	4-1
117	الأسس العامة التي تقوم عليها العملية الإرشادية	5-1
118	الإرشاد المعرفي السلوكي	2
118	تعريف الإرشاد المعرفي السلوكي	1-2
119	أهم التوجهات في الإرشاد المعرفي السلوكي	2-2
121	أساليب و فنيات الإرشاد السلوكي المعرفي	3-2
125	فعالية الإرشاد السلوكي المعرفي	4-2
126	الإرشاد الجماعي	3
126	تعريف الإرشاد الجماعي	1-3
127	أهداف الإرشاد الجماعي	2-3
127	خصائص الجماعة الإرشادية	3-3
128	خطوات بناء البرنامج الجماعي	4-3
130	خلاصة الفصل	
الجانب التطبيقي		
الفصل السادس: الإطار المنهجي للبحث		
133	تمهيد	
134	منهج البحث	1
134	الدراسة الاستطلاعية	2
135	إجراءات الدراسة الاستطلاعية	1-2
136	نتائج الدراسة الاستطلاعية	2-2
138	أدوات جمع المعلومات	3
138	مقياس الضغط النفسي الوالدي	1-3
142	مقياس التوافق الزوجي	2-3
147	البرنامج الإرشادي	4
147	خطوات بناء البرنامج	1-4
151	بناء وتصميم البرنامج الإرشادي	2-4

158	الدراسة الميدانية	5
158	عينة البحث الأساسية	1-5
161	تنفيذ البرنامج	2-5
178	جمع وتفرغ البيانات	6
179	خلاصة الفصل	
الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها		
181	تمهيد	
182	أولا عرض وتحليل النتائج	1
182	عرض نتائج التحقق من اختبار التوزيع الطبيعي لبيانات البحث	
183	عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى	1-1
187	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية	2-1
191	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة	3-1
193	عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة	4-1
195	عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة	5-1
196	عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة	6-1
197	عرض وتحليل نتائج تقييم البرنامج	7-1
199	مناقشة وتفسير النتائج	2
199	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى	1-2
207	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية	2-2
209	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة	3-2
212	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة	4-2
213	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة	5-2
215	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة	6-2
هـ	خاتمة	
	مقترحات الدراسة	
	قائمة المراجع	
	الملاحق	

قائمة الجداول:

ص	عنوان الجدول	
140	معامل صدق الاتساق الداخلي لعبارات مقياس الضغط النفسي الوالدي	01
141	نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس الضغط النفسي الوالدي	02
141	معامل ثبات غوتمان لمقياس الضغط النفسي الوالدي	03
142	نتائج معامل ثبات مقياس الضغط النفسي الوالدي بألفا كرونباخ	04
143	توزيع بنود مقياس التوافق الزوجي حسب الأبعاد	05
144	سلم تصحيح اختبار التوافق الزوجي لسبانييه.	06
145	صدق الاتساق الداخلي لعبارات مقياس التوافق الزوجي	07
146	نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس التوافق الزوجي.	08
146	يبين معامل ثبات غوتمان لمقياس التوافق الزوجي	09
147	نتائج معامل ثبات مقياس التوافق الزوجي بألفا كرونباخ	10
160	نتائج اختبار (ت) للفروق في متوسط درجات الضغط النفسي الوالدي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي.	11
160	يبين نتائج اختبار (ت) للفروق في متوسط درجات التوافق الزوجي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي	12
161	تصميم الجلسات	13
182	نتائج التحقق من التوزيع الطبيعي لبيانات البحث	14
183	يبين قيمة اختبار (ت) للفروق في درجات الضغط النفسي الوالدي بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.	15
184	يبين قيمة اختبار (ت) للفروق في أبعاد مقياس الضغط النفسي الوالدي بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية:	16
187	يبين قيمة اختبار (ت) للفروق في التوافق الزوجي بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.	17
188	يبين قيمة اختبار (ت) للفروق في أبعاد التوافق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية:	18
191	يبين قيمة اختبار (ت) للفروق في درجة الضغط النفسي الوالدي بين المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي.	19

192	يبين قيمة اختبار(ت) للفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الضغط النفسي الوالدي:	20
193	يبين قيمة اختبار(ت) للفروق في التوافق الزوجي بين المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي.	21
194	يبين قيمة اختبار(ت) للفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس التوافق الزوجي:	22
195	يبين قيمة اختبار(ت) للفروق في درجات الضغط النفسي الوالدي بين القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية:	23
196	يبين قيمة اختبار(ت) للفروق في درجات التوافق الزوجي بين القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية:	24
197	يبين النسب المئوية لإجابات أفراد العينة على أسئلة تقييم البرنامج	25

قائمة الملاحق:

رقم الملحق	عنوان الملحق
01	بنود مقياس الضغط النفسي الوالدي لأبيدين
02	بنود مقياس التوافق الزوجي لسبانييه
03	قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين، درجاتهم العلمية، والجامعة التي ينتسبون إليها
04	مطوية الأبعاد النفسية للضغط النفسي
05	مطوية الأبعاد المعرفية للضغط النفسي
06	مطوية تسجيل الأفكار اللامنطقية
07	مطوية استمارة تحديد المشكلات
08	مطوية الأبعاد الفيزيولوجية للضغط النفسي
09	مطوية الأبعاد الاجتماعية للضغط النفسي

مقدمة

مقدمة:

يعتبر الأولاد ثمرة العلاقة الزوجية، وركيزة استمرارها؛ فللطفل في حياة الزوجين دلالات عميقة تمس جوانب عدة أهمها: الدلالة الاجتماعية، الدلالة الوجودية، والدلالة النفسية، التي تصبغ حياة الوالدية بألوان زاهية، وتحفز لديهم نزوات الحياة والبقاء، بل وتدفع بهم إلى السعي للتطور والارتقاء، من أجل الحفاظ على هذا الطفل.

غير أن إصابة الطفل بمرض مزمن أو حاد قد يهدد كل هذه المعاني و الدلالات التي يحملها، خاصة اذا كان المرض قاتل ومميت مثل السرطان، حيث نجد أن لحظة تشخيص المرض عند الطفل تعتبر لحظة فارقة في سيرورة الحياة الأسرية، إذ يتأثر الوالدان تأثراً شديداً بإعلان التشخيص الذي يشكل صدمة نفسية كبيرة، مما يتولد عنها اضطراب ضغوطات ما بعد الصدمة (PTSD)، ثم تزداد هذه الضغوطات في التفاقم مع بداية التكفل الطبي بالطفل المريض، وبمرور الأيام تصبح رعاية هذا الطفل أمراً مُجهداً على الوالدين ومن كل النواحي؛ بدءً بالجانب العاطفي حيث يتأثر أياً تأثر بتألم ومعاونة الطفل الناتجة عن التدخلات الطبية القاسية، إضافة إلى الآثار الجانبية العنيفة للدواء الكيميائي على صحته الجسدية والنفسية، فتنخفض المعنويات وتعمُّ مشاعر اليأس والإحباط، ويحلُّ التردد والارتباك، وتبدأ أعراض الاضطرابات النفسية في الظهور على الوالدين من تقلب المزاج و الاكتئاب و الخوف، إضافة إلى الشكاوي الجسدية من قلة النوم والصداع. وغيرها، إضافة إلى كل هذا نجد تأثر الجانب المادي لهما بسبب رعاية الطفل المُكفلة؛ من أدوية ومصاريف النقل من جهة، ومن جهة أخرى نجد الغياب المتكرر عن العمل، وأحياناً ترك العمل أو التوقف عنه، خاصة بالنسبة للأم بسبب مرافقة الطفل في المستشفى، زد على ذلك نجد تأزم الجانب الأسري بسبب غياب الأم عن المنزل وبقاء إخوة الطفل المريض دون رعاية، وتدهور العلاقة الزوجية بين الأب والأم بسبب قلة التواصل وندرة فرص التواجد معاً. ولا يقتصر الأمر على ذلك، بل أيضاً نتيجة للاستشفاء الدائم وللرعاية المكثفة، يضطر الوالدان للبقاء في المنزل والمستشفى لفترات طويلة، مما يؤدي إلى عزلتهم عن المجتمع، وبالتالي شعورهم بالوحدة، إضافة إلى كل هذا يحدث تغيير آخر غاية في الأهمية؛ يتمثل في شعور الوالدين بأنهم على وشك أن يفقدوا سيطرتهم على حياتهم الخاصة، وأن هذه

السيطرة قد انتقلت إلى أشخاص آخرين، وذلك حين يجد الوالدان أن أفرادا غرباء عن الأسرة (أطباء، ممرضين، اختصاصيين) يتدخلون في اتخاذ القرارات الهامة التي تخص ابنهم بالدرجة الأولى، وهذا لا يحدث مع الطفل العادي، أما التغير الأهم فيحدث في المشاعر، حيث نجد في كثير من الأسر أنها قد وُصِمَت "stigmatiser" نتيجة لتشخيص أحد أفرادها بأنه مريض بـ"هذا المرض"، وكأنه وصمة عار في جبين الأسرة .

كل هذا يدفع إلى دق ناقوس الخطر على نظام الأسرة وثباتها، ويجعل من أمر التكفل بالوالدين مطلباً ذو أهمية قصوى، لا يقل عن أهمية التكفل بالطفل المريض، وذلك بُغية تحسين توافقه النفسي وتمكينهم من الثبات ورباطة الجأش حتى نهاية علاج الطفل.

ولا شك أنه توجد في ميدان علم النفس عدة طرق لتحقيق ذلك؛ مثل العلاج الفردي والإرشاد النفسي، خاصة الإرشاد المبني على التوجه المعرفي السلوكي الذي يحقق نتائج فعالة في علاج عدة اضطرابات لدى الأفراد، كما أن الصيغة الجماعية لهذا النوع من الإرشاد لها دور كبير في تحسين الحالة النفسية للجماعات من خلال الميزات التفاعلية والدينامية للمجموعة الإرشادية نظراً لكونها تشترك في نفس المعاناة ولها نفس الأعراض النفسية تقريباً.

لذلك سعت الباحثة لمحاولة المساهمة في إثراء مجال التكفل النفسي بهذه الفئة، نظراً لما تم تسجيله من درجات مرتفعة لهذه الضغوطات النفسية على كل المستويات والأبعاد: المعرفية والنفسية والاجتماعية والفيزيولوجية، وكذا ما تخلفه هذه الضغوطات من آثار على التوافق الأسري والزواجي لدى والدي الطفل المريض، وذلك من خلال ارتباط سوء التوافق الزواجي بارتفاع الضغوط الوالدية خلال فترة العلاج. وتجلى هذا سعي من خلال اقتراح تصميم برنامج إرشادي جماعي يستند إلى التوجه المعرفي السلوكي، للبلوغ بهم إلى تحقيق التوافق النفسي وتحسين صحتهم النفسية.

لذلك يأتي هذا البحث لاختبار مدى فاعلية البرنامج المقترح في تخفيض الضغط النفسي الوالدي وتحسين التوافق الزواجي لدى والدي الطفل المريض بالسرطان. وذلك من خلال تطبيق البرنامج المقترح على مجموعة من والدي الطفل

المريض، بهدف تحقيق تحسّن في درجات الضغط النفسي والتوافق الزوجي، بانخفاض قيمة الأولى وارتفاع الثانية، وكذا استمرار هذا التحسن بعد مدة من انتهاء البرنامج. و للتأكد من ذلك تم الشروع في إنجاز البحث وفق خطة ومسار محدد، بدءً بعرض الإطار العام لإشكالية البحث، ثم تناول متغيرات البحث من خلال أربعة فصول نظرية تناولت فيها ماهية كل من السرطان في الفصل الأول والضغط النفسي في الفصل الثاني و في الفصل الثالث تم تناول موضوع التوافق الزوجي وفي الفصل الرابع تطرقت الباحثة للإرشاد النفسي والإرشاد المعرفي السلوكي، ومُنهية الفصل بالإرشاد الجماعي، ثم عرجت إلى الجانب التطبيقي الذي حوى فصلين، فصل سادس تم فيه عرض إجراءات التحضير لتصميم البرنامج المقترح انطلاقاً من اختيار المنهج المناسب، وإنجاز الدراسة الاستطلاعية، واختيار الأدوات المناسبة لجمع المعلومات، ثم تصميم البرنامج الإرشادي، وانتهى الجانب التطبيقي بفصل سابع تم فيه عرض النتائج وتحليلها إحصائياً، ثم مناقشة هذه النتائج وتفسيرها. ليُختم البحث بخاتمة عرض فيها خلاصة ما تم إنجازه.

ولضمان السير الحسن للخطة المسطرة للبحث اعتمدت الباحثة على المنهج الشبه تجريبي لمجموعتين متكافئتين وقياس قبلي وبعدي، وذلك بهدف الكشف عن الفروق التي أحدثها البرنامج على المجموعة التجريبية.

وتم تصميم البرنامج بناء على نتائج عدة دراسات أثبتت نجاعة العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوطات، خاصة بصيغته الجماعية لدى والدي الاطفال ذوي الإعاقة أو الأمراض المزمنة أو الحادة على غرار الدراسات العديدة التي تناولت خفض الضغوط والتوتر الوالدي، إضافة إلى بعض الدراسات التي تناولت فاعلية هذا النوع من البرامج في تحسين التوافق الزوجي. وتم هذا بالرجوع إلى عدة مراجع تناولت أدبيات الموضوع بتنوعها؛ من كتب الإرشاد المعرفي السلوكي، إلى المقالات، إضافة إلى البحوث والأطروحات الجامعية.

ولقد تخلل إنجاز هذا البحث عدة صعوبات، تمثلت أساساً في إشكالية تطبيق المنهج الشبه تجريبي من خلال استحالت ضبط المتغيرات الدخيلة، خاصة مسألة زيادة تآزم الأوضاع أثناء تطبيق البرنامج بسبب تفاقم مرض الطفل مما أدى إلى عدم القدرة

على ضبط مصادر الضغط ودرجتها، إضافة إلى صعوبات إجرائية مثل، مشكل إيجاد المكان المناسب لإجراء الجلسات، رغم كون الباحثة هي الأخصائية النفسية للمصلحة، إلا أن هذا المشكل طرح نفسه بقوة، لكون مكتب الأخصائية لا تتوفر فيه الشروط، لذلك لم يتم توفير المكان إلا بعد عدة مفاوضات وتسويات خلصت إلى إجراء الجلسات في عطلة نهاية الأسبوع. أضف إلى ذلك مشكل الاتفاق على وقت واحد لجمع أفراد العينة التجريبية لإجراء الجلسات، كان سببا لتأخير بدء البرنامج، حيث أن طبيعة العلاج الكيميائي الذي تكون فيه البروتوكولات العلاجية مبرمجة وفق حصص خاصة لكل مريض، مما يجعل مواعيد التقاء أولياء جميع المرضى في نفس اليوم عائقا كبيرا. هذا فضلا عن مشكل غياب بعض الأفراد وانسحاب البعض الآخر من الجلسات.

هذا من جهة، ومن جهة أخرى نجد بعض العراقيل الإدارية، خاصة مع الطرف الصحي الطارئ خلال وباء كورونا أدى إلى تأجيل تنفيذ البرنامج لعدة مرات.

كما لا ننس كون الباحثة هي الأخصائية المسؤولة عن التكفل بالأطفال المرضى، خلق مشكل أخلاقي كبير في عملية اختيار أفراد المجموعة التجريبية والضابطة، وذلك لأنه قانونيا الكل له الحق في التكفل النفسي والاستفادة من خدمات الأخصائية.

وعموما تم بناء البرنامج وتصميمه وتنفيذه في أجواء حسنة، ويرجع الفضل في ذلك لكل من تعاون مع الباحثة في تنفيذ البرنامج وإنهاءه فلهم كل الشكر والعرفان.

الفصل التمهيدي:
الإطار العام للبحث

1- الإشكالية:

أضحت المشاكل الصحية من أهم الانشغالات العالمية في أيامنا هذه، وذلك لكون آثارها تتعدى الحالة الصحية للأفراد؛ لتشمل المجال الاجتماعي والاقتصادي ومنه السياسي للدول، خاصة من خلال استجداد أمراض وأوبئة أعجزت العلم عن إيجاد حل لها، ضف إلى ذلك كثرت انتشار الأمراض المزمنة على غرار السكري والضغط الدموي والأمراض الحادة مثل السرطان، والحيلولة دون القضاء عليها، بل نسبتها في الارتفاع عاما بعد عام، مما رفع تكاليف التكفل بها، وتأثيرها البالغ على مستويات الصحة البدنية والنفسية، الاجتماعية والاقتصادية على المستوى العالمي، ويعتبر السرطان قمة سلم الأمراض الحادة فهو الأكثر فتكا وتكالفا، حيث أشارت إحصائيات المنظمة العالمية للصحة إلى أنه يشكل 20% من مجموع انتشار الأمراض في العالم خلال العشر سنوات الماضية، وقد أصبح من أكثر الأمراض المسببة للوفيات، فقد تسبب ب وفاة 10ملايين شخص؛ أي ما يعادل سُدس الوفيات المرضية (نحو 13%) عام 2020. (World Health Organisation [WHO].int, 2022).

وفي الجزائر، أوردت الوكالة الدولية لأبحاث السرطان في تقريرها (The Global Cancer Observatory)، تسجيل 58 418 حالة إصابة جديدة سنة 2020، و 32 802 حالة وفاة أي بنسبة 56%، ويشكل نسبة 16% من الوفيات المرضية. (gco.int, 2021, p01). أما عن سرطان الأطفال فإن تقرير منظمة الصحة أورد أن السرطان يصيب أزيد من أربع مئة ألف (400.000) طفل ومراهق في العالم وهذا الرقم ضخم جدا، ويهدد النمو السكاني للبشرية خاصة الدول ذات الكثافة السكانية المنخفضة. ضف إلى ذلك يُعد السرطان أحد الأسباب الرئيسية لوفاة الأطفال والمراهقين. واحتمال بقاء الأطفال المُشخصة حالتهم بالسرطان على قيد الحياة يعتمد على المستوى الاقتصادي للبلد الذي يعيش فيه الطفل: ففي البلدان مرتفعة الدخل، يُشفى أكثر من 80% من الأطفال المصابين بالسرطان، وفي المقابل يشفى أقل من 30% منهم في البلدان متوسطة ومنخفضة الدخل، مع إمكانية الانتكاسة أو تطوير مرضا آخرا للناجين، وترى المنظمة في تقريرها أن تحسين رعاية سرطان الأطفال، بما يشمل الأدوية والتقنيات

الأساسية والتكفل النفسي والاجتماعي يعد أمراً عملياً ذو مردودية جيدة، ويمكن أن يحسن معدلات البقاء على قيد الحياة في جميع الأوساط. (who.int, 2022)

وفي الجزائر أوردت رئيسة مصلحة طب الأورام لدى الطفل بمركز مكافحة الأورام ببيار وماري كيوري (CPMC) بالجزائر العاصمة، البروفيسورة قاشي أنه يتم سنويا تسجيل أكثر من ألفي (2000) حالة جديدة لمرض السرطان لدى الأطفال على مستوى المراكز الطبية للبلاد، وهذا رقم ضخم بالنسبة لمرض قاتل وخطير كالسرطان، ويعد سرطان الدم بنسبة 30 إلى 40% من مجموع أمراض السرطان. (aps.dz.int, 2022) ونظرا لهذه الأرقام المخيفة، زاد الاهتمام بهذا المرض خاصة في المجال الطبي والعلوم الإنسانية، حيث استُحدثت تخصصات جديدة تهتم بهذا الميدان، أهمها تخصص علم نفس الأورام psycho-oncology، وازداد أيضا الاهتمام بدراسة التأثيرات النفسية على المريض وأسرته، خاصة إذا كان المصاب طفلا صغيرا.

ذلك لأن إصابة الطفل بهذا المرض يهدم كل آمال وأحلام الطفل ووالديه، حيث يحلم كل الآباء أن يروا أبناءهم يكبرون في سعادة وصحة وعافية، ويأتي نبأ تشخيص السرطان ليحطم هذا الحلم عندهما، فيجد الزوجين والطفل وكل الأسرة أنفسهم في مواجهة مرض مهدد للحياة، وعلاج صعب وطويل المدى وخطير العواقب. وتعاش مواجهة التشخيص وتجربة العلاج من طرف الأسرة كصدمة فعلية بكل ما تحمله من أخطار وأثار، فيصبح التكفل بالطفل المريض عاملا أساسيا في تغيير طريقة حياة الأسرة. (VanBroeck & Van Rillaer, 2012)

فعادة ما تعني إصابة الطفل بمرض السرطان للأسرة فقدان هذا الطفل، حيث يرى هذا الطفل يمشي على صراط الموت ويكون رحيله متوقعا في أي وقت، ضف إلى أن عملية التكفل به ليست بالأمر السهل على الكثير من الأولياء وأفراد الأسرة ككل، إذ يتحمل الأهل أعباء ومتطلبات إضافية للعناية بالطفل؛ من مسؤوليات صحية وعاطفية ونفسية ومالية واجتماعية، وغالبا ما يكون الوالدين لوحدهما من يتحمل كل هذه الأعباء، نظرا لطبيعة الأسرة النووية، فهما من يتولى الاعتناء به خلال إقامته في المستشفى، وعند رجوعه إلى المنزل، وعليهما أيضاً تقبل قسوة الإجراءات التشخيصية والعلاجية،

والتعامل مع الإجراءات الطبية المتكررة، وارتفاع التكاليف المادية للعلاج، ومصاريف التنقل إضافة إلى تشتت الأسرة بسبب المرافقة الاستشفائية.

ولقد أوردت وكالة إنقاذ الأرواح الأمريكية (MSD) في تقرير لها أن أثر تشخيص السرطان عند الطفل يكون شديد الوقع على عائلته، فعادة ما تسود أجواء من الضائقة على عائلة المريض، بسبب المتطلبات التي يستوجبها التكفل به، والتي يعجز عادة الأولياء عن تلبيتها كلها، إضافة إلى ما يكابده للاستمرار في مهنتهما وكذا رعاية إخوة المريض. (MSD, 2022)

وهذا كله يؤدي إلى تغيرات كبيرة في نظام العائلة، حيث يحدث تغيير في الأدوار لبعض أفراد الأسرة، فالأم تضطر للغياب عن البيت لمرافقة طفلها، ونتيجة لذلك يتحمل الأب أو البنت الكبرى أو الابن الأكبر مسؤولية العناية بباقي أفراد الأسرة، والقيام بالواجبات المنزلية اليومية، فيضطرون للتقليل من نشاطاتهم الاجتماعية، وعادة ما تضطر الأم العاملة لتركها عملها، كما يتحتم على الأب الغياب المتكرر، وهذا ما يعصف بالحالة المالية للأسرة، حيث أشار كريس ويل وآخرون (Creswell et al., 2014) إلى وجود علاقة بين رعاية الطفل مع مرض السرطان والمعاناة النفسية لدى القائمين على رعايته وأقل مظهر لهذه المعاناة هو الصعوبات المالية في هذه العلاقة.

وقد أشار زيدان (2000) إلى أن التهديد بفقدان الطفل يمثل ضغطاً وتوتراً كبيراً للوالدين وللأسرة برمتها خلال كفاحها ضد المرض، ما يعرضها للدخول في حالة مستمرة من التهديد والإحباط المزمن وتوقع الخطر، وتقل حالة الإحباط هذه من الشعور بوجود فرص الحياة والأمل بالشفاء، وتحتاج الأسرة في هذه المرحلة إلى الكثير والمزيد من الدعم والمساندة للوقوف أمام تحديات هذا المرض الخطير، غير أن ما يحدث هو العكس؛ حيث أن غياب الأم والطفل المريض عن المنزل بسبب الاستشفاء يضرب وحدة الأسرة ويؤدي بها إلى الانعزال عن المجتمع فتعيش العائلة وتشهد حالة سائدة من التوتر الدائم بسبب قلة الاتصال بالآخرين وانشغالهم بالطفل المريض وخوفهم المستمر على مستقبله. (زيدان، 2000، كما ورد في علاء الدين و عز الدين، 2011، ص 375)

لذلك نجد أن الأطفال المصابون بمرض السرطان وأسره، وبشكل خاص والديهم يواجهون ضغوطات كبيرة متعددة ومنتشرة، نتيجة الآثار الطبية الجانبية، والتغيرات الكبيرة في الأنشطة اليومية والاضطراب في الأدوار الاجتماعية والأسرية، إضافة إلى مسألة التهديد بالموت ومواجهته، التي تؤدي إلى تغيير في مخططاتهم المعرفية؛ من استثارة الأفكار الاكتئابية المرتبطة باحتمالية حدوث الموت للطفل. حيث أوضحت الحسن (2010) أن معظم أمهات الأطفال المصابون بالسرطان يعانون من الاكتئاب الحاد، ويشعرن بالخوف والقلق على أبنائهن، ومعظمهن تتوقعن موت أبنائهن في كل لحظة، ولهذا يتغير أسلوب حياتهن تغيراً جذرياً. كما أكدت دراسة أرنست وآخرون (Ernst, et al., 2013) على تفاقم مخاوف كل من الأطفال ووالديهم المصابين بالسرطان من الناحية النفسية والاجتماعية، وهذا ما أشارت إليه وودغات (Woodgate, 2003) حيث ترى أن أسر الأطفال المصابون بالسرطان يواجهون ضغطاً كبيراً يمس كل جوانب الحياة اليومية إضافة إلى اضطراب أدوارهم الأسرية والاجتماعية. (Bryant, 2003)

وتعرض هذه الضغوطات البالغة الوالدين لمخاطر الصعوبات النفسية قصيرة وطويلة الأمد، ففي دراسة لـ:باي وآخرون (Pai et al., 2006) وجد أن مرافقي المريض (Garde malade)، يسجلون معدلات عالية من التوتر والضييق النفسي، حيث أشارت الدراسة إلى أنها قد تصل إلى نسبة 51%، إضافة إلى ذلك فحسب دراسة لـ كازاك (Kazak et al., 2004) فإنهم قد يظهرون أعراض توتر ما بعد الصدمة كالتشاؤم، والاكتئاب والقلق والعزلة.

وما يزيد الطينة بلة عند الوالدين هي الحالة النفسية للطفل المريض الناتجة عن التجربة المليئة بالألم الجسدي والنفسي الشديدين، نظراً لإجراءات التمريض من حقن وتأثير سلبي للدواء الكيميائي، بالإضافة لتناقص المهارات الاجتماعية بالمقارنة مع أقرانهم، هذا ما يلقي على كاهل الوالدين عبئاً نفسياً إضافياً، مما يزيد من مصادر التوتر والمعاناة عندهم. (علاء الدين و عز الدين، 2011، ص 372)

مما سبق نلاحظ أن مواجهة مرض خطير كالسرطان قد يؤدي إلى خلق ضغط نفسي على أسرة المريض خاصة إذا كان طفلاً صغيراً.

فحسب دراسة **ساندلرو هابريغ** Sandler and Haburg (1988) ، فإن حدوث مشكلات أسرية مثل مرض أحد أفرادها قد تشكل مصدر للضغط النفسي للأسرة. (العنزي، 2010، ص 4).

وتعرف **الدعدي الضغط** بأنه: «تعبير عن استجابة الفرد والأسرة اتجاه الحدث الضاغط الذي يقتضي القيام بتمثّل الأوضاع والظروف الراهنة، وإجراء التعديلات الملائمة لمواجهته، وإن لم تكف الموارد الذاتية الأسرية لمواجهة متطلبات الحدث واحتياجاته يترتب عنه حدوث توتر، ثم اختلال التوازن النفسي، وبعده تبلور الضغط وعدم الاستقرار الانفعالي» (الدعدي، 2009، ص 21).

ويؤثر هذا الضغط على سياق سير الأسرة وعلى العلاقات داخلها خاصة بين الزوجين، حيث يرى **هوز** أن الضغوط من المتطلبات البيئية للمثيرات والاستجابات، ومتغيرات أخرى من عوامل الشخصية التي تؤثر على العلاقة بين الاثنين، مما قد يضعف قدراتهم على حل المشكلات الزوجية، والعجز عن تحمل المسؤوليات المنوطة بكل واحد منهما، وهذا ما يؤدي إلى اختلال التوافق الزوجي بينهما. (السهيلي، 2011، ص 18)

وهذا ما انتهت إليه دراسة **ناصرى** (2017) حيث وجدت هناك علاقة عكسية قوية بين الضغط النفسي والتوافق الزوجي لدى والدي الطفل المربض بالسرطان. (ناصرى، 2017).

لذا يمكن القول إن إصابة الطفل بالسرطان تشكّل أزمة للعائلة بأكملها، كما أنها تسبب اضطرابات في العلاقات الأسرية سواء بين الزوج والزوجة، أو بينهما وبين باقي أفراد العائلة، وبالتالي تعرّض توازن العائلة للاختلال. وهذا ما أشار إليه **فان بروك** حيث يرى أنه قبل مرض الطفل تكون العلاقات بين الزوجين عموماً مرضية وذات قيمة، ويعمل الطرفان على الحفاظ على العلاقة الحميمة في الزوج le Couple، غير أنه تهتز أركان هذه العلاقة بعد إصابة الطفل وسيرورة العلاج، حيث نجد أن لإصابة الطفل بهذا المرض آثار وخيمة على الحياة الشخصية والأسرية، فتدفع بهم لتغيير نظام حياتهم، إلى نظام جديد فيه الألم والمعاناة والانفصال، والانشغال الدائم، والترقب اليومي لتطورات المرض والأعراض الجانبية التي يسببها العلاج، وكذا

التكاليف في الجهد والوقت والمال، إضافة إلى تقبل البعد عن البيت وجو العائلة بالنسبة للطفل المريض والمرافق له بسبب ضرورة الاستشفاء، وإضافة إلى ذلك خطورة المرض، والتهديد بالموت وفقدان الطفل الصغير، كلها أمور تعرّض الأسرة لامتحانات صعبة قد تشكل ضغطاً نفسياً إضافياً على الأسرة، حيث سُجّلت عدة خلافات زوجية قد تصل إلى الطلاق بعد تشخيص المرض وخلال سيرورة العلاج (VanBroeck & Van Rillaer, 2012, p. 131).

ويُعزى تأثر جانب التوافق الزوجي بهذه الضغوطات لكون أهم ركائز العلاقة الزوجية هي قدرة الزوجين على حل المشكلات الزوجية وتصميم كلاهما على مواجهة المشاكل المادية والاجتماعية والصحية. (الطاهر، 2004، ص 583). وهذا ما ذهب إليه **صبرة وأشرف** حيث يريان بأن تحمل مسؤوليات الحياة الزوجية، والقدرة على حل مشكلاتها والاستقرار الزوجي مهم لتحقيق التوافق الزوجي. (صبرة وأشرف، 2005، ص 130).

من هنا يمكن أن نلاحظ أن التوافق الزوجي يتأثر كثيراً من الضغوطات اليومية عموماً، ويزداد التأثير إذا الضغط ناتج عن مرض طفل في العائلة، فهي تؤثر مباشرة في قدرة الوالدين على القيام بواجباتهم الأسرية والزوجية وتعجزهم عن حل مشكلاتهم. لذلك أصبح وبشكل متزايد نُظر للمرضى وذويهم من مقدمي الرعاية الأسريين على أنهم **ثنائي يشكّل وحدة متكاملة**، وأصبح التدخل النفسي لغرض التخفيف من أعراض الضغط النفسي للوالدين وما ينجم عنه من مشاكل واختلالات نفسية اجتماعية لأسرة المريض أمراً ضرورياً لا مناص منه، وهذا ما نادى به أهل الاختصاص؛ حيث تؤكد الوكالة الأمريكية لإنقاذ الأرواح أنه من الضروري وجود اختصاصي في علم النفس مع الفرق المعالجة للمرضى، يُمكنه مساعدة الطفل والأشقاء والآباء طوال فترة المعالجة كما يجب أن تتطوي العديد من فرق المعالجة على شخصٍ داعم للآباء أيضاً، ويمكن أن يكون هذا الشخص الداعم هو والد آخر سبق أن أُصيب أحد أطفاله بالسرطان، ويُمكنه أن يُقدّم الإرشاد للعائلات. (MSD,2022)

كما التفت إلى الأمر أهل الاختصاص في ميدان علم نفس الأورام، من خلال تطبيق عدة تقنيات علاجية والكثير من البرامج الإرشادية التي تعتبر من أنجح الطرق

لتخفيض الضغوطات. والإرشاد النفسي هو مجموعة من النشاطات التي يقوم بها المرشد النفسي في إطار خدمة نفسية، بُغية مساعدة الفرد على فهم نفسه وإدراك قدراته، واستثمار هذه القدرات في حل المشكلات التي يواجهها في مختلف جوانب حياته الشخصية والاجتماعية. (المصري، 2011، ص 11).

وقد عرّفت الجمعية الأمريكية لعلم النفس الإرشاد النفسي بأنه عبارة عن الخدمات التي يقدمها مختصين في علم النفس الإرشادي للعميل، وفق مبادئ وأساليب دراسة السلوك الإنساني خلال مراحل نموه المختلفة لتأكيد الجانب الإيجابي في شخصيته، وتحقيق التوافق النفسي لديه، واكتسابه مهارات جديدة تساعده على تحقيق مطالب النمو والتوافق مع الحياة وإتخاذ القرار. (أبو عطية، 2012)

وفي الأصل بدأت محاولات بناء البرامج الإرشادية انطلاقاً من بحوث تناولت استراتيجيات المواجهة، ثم أثمرت الدراسات التي اهتمت بالضغوط الوالدية واستراتيجيات التوافق معها، محاولات منظمة لتقديم تدخلات نفسية، وخدمات اجتماعية مصممة لأسر الأطفال، وكانت أكثر البرامج فاعلية تلك التي اتخذت التوجه السلوكي المعرفي قاعدة لها، حيث وجد أندرسون (Anderson, 1989) خلال دراسة تقييمية لمجال التدخلات وبرامج الإرشاد النفسي الجمعي لمقدمي الرعاية للأطفال المصابين بأمراض مزمنة ومنها السرطان، أن المجموعات الإرشادية المستندة إلى العلاج المعرفي السلوكي تقف في المقدمة وتحتل الصدارة .

والإرشاد المعرفي السلوكي يُعرف بأنه أحد التيارات الحديثة التي تهتم بصفة أساسية بالإرشاد من خلال الاهتمام بالاتجاه المعرفي للمشكلات النفسية. ويقوم هذا النوع من الإرشاد بإقناع العميل أن معتقداته غير المنطقية، وأفكاره الخاطئة هي التي تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التكيف، بهدف تعديل الجوانب المعرفية المشوهة، والعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملاءمة للتفكير، من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية ووجدانية لدى العميل. ويعرف أروون بيك (A.Beck) الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه أسلوب لتعديل السلوك لدى الفرد، من خلال التأثير على عمليات التفكير عنده، حيث يؤدي تغيير الأفكار إلى تغيير السلوك، وفي الوقت نفسه ينتج عن تغيير السلوك تغيير في الأفكار، وهنا يشير إلى أن الإرشاد المعرفي السلوكي عندما ركز على

الدور السلبي للتفكير في حدوث الانفعالات والسلوك لم يهمل دور تغيير السلوك في تغيير الانفعالات والتفكير. (مقداي، 2008، ص 220)

وفي هذا السياق نجد العديد من البرامج الإرشادية المعرفية السلوكية التي هدفت لخفض الضغوط النفسية وذلك من خلال استخدامها لمختلف الاستراتيجيات الإرشادية مثل (التعبير عن الحاجات والانفعالات، إعادة البناء المعرفي وتقييم الأحداث الضاغطة، التحصين ضد التوتر، النمذجة، حل المشكلات، لعب الدور، والاسترخاء...إلخ)

كما أجريت عدة دراسات تقييمية لهذه البرامج حيث قامت دراسة **موقليا-وكسلر وآخرون** (Muglia-Wechsler et al) بعملية تحليل لأربعة عشر مقالاً عن التدخلات النفسية التي تهدف إلى تعزيز التكيف النفسي للأطفال المصابين بالسرطان وأولياء أمورهم، ووجدت التحليلات أن معظم التدخلات كانت فعالة في تحسين التكيف النفسي للأطفال وأولياء أمورهم. (Muglia-Wechsler et al., 2014, p. 93)

ونوهت **كوتري وآخرون** (Coughtrey et al 2018) إلى أن التدخلات النفسية والاجتماعية فعالة في الحد من القلق وأعراض الاكتئاب وكذلك تحسين نوعية الحياة. بالإضافة إلى أن هذه التدخلات لها تأثير إيجابي على الأعراض الجسدية والتعافي، بما في ذلك الحد من الألم والقلق، وأكدت على ضرورة توفير برامج وتدخلات يحتمل أن تؤدي إلى نتائج صحية عقلية وجسدية أفضل. كما خلصت دراسة **كليند وآخرون** أن للتدخلات المقدمة لشركاء مرضى السرطان آثار إيجابية على كلا الشريكين والمرضى. (Kleined, et al., 2019, p. 52)

ولقد اهتمت هذه البرامج بالتخفيف من آثار الضغوط على المريض وأسرته حيث نجد عدة برامج تناولت الموضوع على غرار دراسة **خوزروبيجي وآخرون** (Khosorobeigi et al 2022) حول فعالية التدريب على التعاطف مع الذات، في تخفيف من اليأس وتحسين الجلد عند آباء الأطفال المصابين بالسرطان. ومن الجدير بالذكر هنا أن التدخلات النمائية والعلاجية، والبرامج الإرشادية لاقت انتشاراً واسعاً في صفوف المعالجين، والمهنيين المهتمين بتقديم خدمات الإرشاد الجمعي والأسري لأسر الأطفال المرضى بأمراض مزمنة والحادة وفي مقدمتها السرطان، غير أن معظمها اهتم بالاضطرابات الفردية للمريض و والديه، دون تناول العلاقة الزوجية التي كما رأينا

تتأثر كثيرا بمرض الطفل بالسرطان، رغم وجود عدة دراسات اهتمت بتحسين التوافق الزوجي والبحث عن مؤشرات اختلاله وعوامل تحسنه، لكن الدراسات أجريت لعينات أخرى تكون فيها طبيعة الضغوط أقل وطئاً منها عند والدي الطفل المريض بالسرطان. ومن ذلك نجد دراسة **جونسون Johnson** (2000) الذي وجد أن أكثر العوامل التي تحول دون بناء علاقة جيدة مع الآخرين هو ضعف قدرة الفرد في التعبير عن مشاعره مما يسبب مشكلات وخطلاً في بناء العلاقة مع الآخرين.

ويؤكد **بيرلسون و دنتون Burlison and Denton** (1997) أن العلاقة بين مهارات الاتصال والتكيف الأسري، تتضمن العديد من العوامل ذات الوظائف المختلفة، مثل المشكلات الأسرية، والجنس والمشكلات الزوجية، وأفراد الأسرة. وتلعب مهارات الاتصال دوراً أساسياً في التكيف الأسري. ويشير **كرستينزن وشينك Christensen and Shenk** (1991) إلى أن الوالدين اللذين يعتمدان على استخدام مهارات الاتصال في المناقشة والتعامل مع المشكلات المنزلية يكون التكيف الأسري بينهما إيجابياً، مقارنة بالوالدين اللذين لا يستخدمان مهارات الاتصال.

وأكدت دراسة **بلميهوب (2006)** أن من بين محددات اضطراب العلاقة الزوجية نجد اضطراب الاتصال أو عدم فعاليته في حل الصراعات الأسرية، فمثلاً عندما تناقش مواضيع الصراع يلجأ الأزواج ذوي المشكلات إلى انتقاد بعضهم البعض، ويفشلون في الاستماع بفعالية لبعضهم، ويميلون إلى الانسحاب.

ويعد التواصل من أهم المهارات الزوجية التي من شأنها تقوية الروابط بين الزوجين من خلال تقريب وجهات النظر حول القضايا المصيرية للأسرة وتقوية الروابط العاطفية بينهما، بما يحقق التوافق الزوجي والأسري عموماً. (حلوش، 2020)

فكما نرى حسب الدراسات تعتبر قضية التواصل بين الزوجين صمام الأمان الذي يضمن التماسك الداخلي لبنيان الأسرة وتمتين أواصر أفرادها بشكل كبير، مما ينعكس إيجابياً على الطمأنينة النفسية والسكينة الروحية، ويفعل دورها في بناء الإنسان المتزن انفعالياً. لذلك وجب خلال التكفل بأسرة الطفل المريض الاهتمام بآثار الضغوط على الوالدين من خلال تحسين العلاقة الزوجية عن طريق تحسين التواصل.

ونظرا لقلّة الدراسات التي اهتمت بمعالجة الضغوط وآثارها خاصة على العلاقة الزوجية اقتضت الضرورة وبرزت الحاجة إلى اقتراح برنامج إرشادي موجه لوالدي الطفل المريض بالسرطان وذلك من أجل مساعدتهما على مواجهة الضغوط النفسية، والتخفيف من حدة آثارها على العلاقة الزوجية.

ومن هنا عمّدت الباحثة لإجراء البحث الحالي، لاختبار مدى فاعلية برنامج إرشادي جماعي معرفي سلوكي مقترح، يتم بناءه وتطبيقه على والدي الطفل المريض بالسرطان، بوحدة مكافحة سرطان الأطفال بمستشفى بني مسوس، بهدف تخفيض الضغط النفسي وتحسين درجة التوافق الزوجي لدى والدي الطفل المريض بالسرطان. وعليه يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية من خلال السؤال العام التالي: ما مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المقترح، في تخفيض الضغط النفسي وتحسين درجة التوافق الزوجي لدى والدي الطفل المريض بالسرطان؟ ويتفرع عن هذا السؤال الأسئلة التالية:

- 1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الضغط النفسي الوالدي، قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد تطبيقه؟
- 2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس التوافق الزوجي، قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد تطبيقه؟
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الضغط النفسي الوالدي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح؟
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات مع المجموعة الضابطة على مقياس التوافق الزوجي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح.
- 5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الضغط النفسي الوالدي بين القياس البعدي والقياس التتبعي بعد مرور شهر واحد على انتهاء البرنامج.

6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس التوافق الزوجي بين القياس البعدي والقياس التتبعي بعد مرور شهر واحد على انتهاء البرنامج؟

2- الفرضيات:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الضغط النفسي الوالدي، قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد تطبيقه.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس التوافق الزوجي، قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد تطبيقه.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الضغط النفسي الوالدي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات مع المجموعة الضابطة على مقياس التوافق الزوجي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح.

5- لا توجد فروق في متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الضغط النفسي الوالدي بين القياس البعدي والقياس التتبعي بعد مرور شهر واحد على انتهاء البرنامج.

6- لا توجد فروق في متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس التوافق الزوجي بين القياس البعدي والقياس التتبعي بعد مرور شهر واحد على انتهاء البرنامج؟

3- أسباب اختيار الموضوع:

3-1 سبب شخصي: تعتبر رغبة الباحثة في سبر أغوار مجال الإرشاد المعرفي السلوكي، وبصيغته الجماعية سببا ودافعا لإنجاز هذا الموضوع، وذلك لما فيه من مزايا من ربح الوقت والجهد إضافة إلى فاعليته في علاج عدة اضطرابات.

3-2 سبب مهني: ويتمثل في الرغبة في حل مشكل الضغط النفسي وأثاره على والدي الطفل المريض بالسرطان، وذلك من خلال الممارسة المهنية للباحثة كأخصائية نفسية في وحدة مكافحة الأورام، ومن خلال إدراكها لمعاناة الوالدين من الضغوط النفسية

المتفائمة من جهة ومن آثارها الوخيمة على أسرة الطفل المريض مجملا وعلى الوالدين بشكل خاص، هذا ما دفع بالباحثة للتفكير في إيجاد حلول علمية للتكفل بهم، لذلك جاء اقتراح بناء برنامج يهدف لخفض الضغوط ومحاوله تحسين العلاقة الزوجية بين الوالدين.

3-3 سبب أكاديمي: وذلك لغرض إنجاز أطروحة الدكتوراه في مجال علم النفس الاجتماعي.

4- أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى:

- بناء برنامج إرشاد جماعي مستند إلى النظرية المعرفية السلوكية
- استقصاء مدى فاعلية ونجاعة هذا البرنامج في تخفيض الضغط النفسي وتحسين التوافق الزوجي لدى والدي الطفل المريض بالسرطان.
- وذلك من خلال تصميم وتطبيق برنامج إرشادي، يساهم في خفض حدة الضغوط النفسية لدى والدي الطفل المريض بالسرطان، أثناء تطبيق البرنامج وكذا بعد مدة من إنهاءه، لضمان استمرارية فاعليته.
- تبصير والدي الطفل المريض بالسرطان بطبيعة الضغوط النفسية التي يتعرضون إليها، وأساليب مواجهتها، وتخفيض الضغوط النفسية وتحسين التوافق الزوجي لديهم.

5- أهمية البحث:

تتبع أهمية البحث من خلال:

- تقدّم نموذج إرشادي قد يفيد المجال النظري، ويمكن أن يخدم المكتبة النفسية، ويوفّر للعاملين، والمهنيين، والمرشدين النفسيين، وأسر الأطفال المعلومات اللازمة لفهم ماهية السرطان عند الطفل والضغوطات الناجمة عنه، وكيفية التعامل معه.
- يعرض البحث مختلف المهارات والمعلومات المعرفية والخبرات، التي ترشد إلى الطرق السليمة لمواجهة الضغوط النفسية والتخفيف من وطأة آثارها على الوالدين والتي يمكن تطبيقها على بحوث وعينات متشابهة مستقبلاً.

- قد تفيد نتائج هذا البحث الأخصائيين النفسانيين العاملين بوحدة مكافحة أورام الطفل في المستشفيات أو الأسرة في التعرف على الفنيات القائمة على الأسس العلمية والإرشادية، التي تُساهم في تخفيض الضغوطات النفسية وكذا تنمية وتحسين التوافق الزواجي للوالدين.

وعموماً تتبع أهمية البحث في محاولة المساهمة بإضافة علمية لميدان علم النفس الاجتماعي، من خلال استغلال ميزات وخصائص دينامية الجماعة في المساهمة في تحسين التكفل النفسي والاجتماعي بأسرة الطفل المصاب بالسرطان، وذلك بتعميم هذه البرامج واعتمادها في التكفل بالطفل المريض ووالديه.

6- تحديد مصطلحات البحث:

6-1 التعريف الإجرائي للضغط النفسي الوالدي:

الضغط النفسي هو مجموعة الأحداث و لمثيرات و المواقف الذي يواجهها والدي الطفل المريض بالسرطان، والتي تؤدي إلى تغييرات متنوعة في سير الحياة الأسرية، والتي تتمظهر أساساً في أربعة جوانب هي: الجانب النفسي، والمعرفي، والفيزيولوجي، والاجتماعي.

ويقصد به في هذه الدراسة التوتر النفسي الذي يشعر به والدا الطفل المريض بالسرطان جزاء الضغوطات المرتبطة بمرض طفلهم. ويقدر الضغط في بحثنا هذا بمجموع الدرجات التي يسجلها المبحوثين على مقياس الضغط النفسي الوالدي المرتبط بمرض الطفل و رعايته لأبدين (Abidin).

6-2 التعريف الإجرائي للتوافق الزواجي:

هو تقبل العلاقة الزوجية، وقدرة الزوجين على تحمل مسؤوليات الحياة الزوجية، وتجاوز الصراعات، واتفاقهما على الأمور الحيوية، مثل تسيير شؤون الأسرة وقضاء الأوقات، وتربية الأولاد وعلاقتهم الجنسية وعلاقة كل طرف مع أهل الشريك. ونقصد به في بحثنا هذا الدرجة التي يحصل عليها المبحوثين على مقياس التوافق الزواجي للسبانييه (Spanier).

3-6 البرنامج الإرشادي:

ويقصد به مجموعة الإجراءات المنظمة والخطوات المتتابعة، التي تتضمن عددا من الفنيات والأساليب والمهارات، وتهدف لتقديم المساعدة بشكل مباشر لوالدي أطفال مرضى السرطان، بغية تبصيرهم بمشكلاتهم وتدريبهم على استخدام إمكانياتهم الشخصية، وتطوير مهاراتهم لكي يتمكنوا من مواجهة المواقف المسببة للضغوطات النفسية الناجمة عن التكفل بالطفل المريض والتخفيف من آثارها على حياتهم اليومية وتحسين توافقهم الزوجي.

4-6 فاعلية البرنامج الإرشادي:

هو مدى قدرة البرنامج على تخفيض الضغط النفسي وتحسين التوافق الزوجي لدى والدي الطفل المريض بالسرطان، من خلال فنيات وأساليب الإرشاد المعرفي السلوكي.

وتقاس الفاعلية من خلال التغيرات الناجمة بعد تطبيق البرنامج، وذلك بحساب الفرق بين درجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده.

5-6 والدي الطفل المصاب بالسرطان:

وهم الفئة المستهدفة للدراسة في بحثنا هذا، ونقصد بهم والدي كل طفل أُجري له تشخيص طبي (عيادي وسيتولوجي) يحدد لديه وجود أورام خبيثة تشخص على أنها سرطانية، وتستدعي تكفلا طبيا ونفسيا، ويتلقى أحد أنواع العلاج المخصص لذلك في أحد المصالح الاستشفائية المختصة بعلاج السرطان.

7- حدود البحث:

ي يتحدد بموضوعه الذي يدرسه، وهو التعرف على فاعلية برنامج إرشادي جماعي في تخفيض الضغط النفسي وتحسين التوافق الزوجي، كما يتحدد بالعينة المقصودة من البحث وهم والدي الطفل المريض بالسرطان، ويتحدد كذلك بالأدوات المستخدمة وهي مقياس الضغط النفسي الوالدي، ومقياس التوافق الزوجي والبرنامج الإرشادي الجماعي. ويتحدد بالفترة التي تم انجاز الدراسة الاستطلاعية والميدانية

والممتدة من 2019-2022، وبالمكان وهو المركز الاستشفائي الجامعي ببني مسوس بالجزائر العاصمة.

ولذلك نشير إلى أنه لتعميم النتائج المحصل عليها من هذا البحث، يجب مراعاة هذه الحدود، وبالتالي فإن النتائج المتوصل إليها تتعلق فقط بمجتمع له نفس خصائص العينة المدروسة.

8-الدراسات السابقة:

على كثرة الدراسات التي تناولت متغيرات بحثنا هذا من ضغط نفسي وتوافق زوجي، وتنوعها في طريقة تناول وعينة الدراسة، خاصة فيما يخص أولياء الأطفال المرضى عموماً، إلا أنه ونظراً لكون دراستنا الحالية نابعة من ممارستنا الميدانية في مصلحة أورام الأطفال، ونظراً لكون علم نفس الأورام من أحدث التخصصات في علم النفس، فإن ما يميز البحوث والدراسات في هذا الميدان هو القلة والندرة، خاصة في مجال علم النفس الاجتماعي، حيث نجد هناك عدة دراسات تناولت تأثير مرض الطفل على الحالة النفسية والاجتماعية والدراسية للطفل، من توافق نفسي، واكتئاب وقلق وتحصيل دراسي...إلخ لكن يندر أن نجد دراسة تناولت تأثير مرض الطفل بالسرطان على التوافق الزوجي للوالدين.

وهنا نورد بعض الدراسات التي تناولت متغيرات الموضوع:

8-1 الدراسات التي تناولت مرض الطفل والضغط النفسي الوالدي:

8-1-1 دراسة سلوبر Sloper (2000):

بعنوان تنبؤات الضغط لدى والدي الأطفال المصابين بالسرطان: هدفت للتحقيق من مستويات الضغط النفسي لدى آباء الأطفال المصابين بالسرطان، والعلاقة بين الضغط ومتغيرات المرض، والموارد النفسية والاجتماعية واستراتيجيات المواجهة، حيث مرر الباحث استبيانات على عينة تتكون من 68 أمًا و 58 أبًا، على مرحلتين هما: الشهر السادس بعد التشخيص والشهر الثامن عشر بعد التشخيص. وتحصل على مستويات عالية من الضغط لدى 51% من الأمهات وحوالي 40% من الآباء كانت واضحة في كلا النقطتين الزمنيةتين، مع تغير طفيف بمرور الوقت.

بالنسبة للأمهات، فإن تقييمهن لنوع المرض، وقدرتهن على التعامل معه، والتماسك الأسري كانا يُنبئان بالضغط، بشكل مترامن ومستقبلي، وفي الوقت الأول، كان الاستخدام الأكبر لاستراتيجيات التكيف الموجّهة ذاتيًا مرتبطًا بمستويات أعلى من الضغط. بالنسبة للآباء، كانت عوامل الخطر لمشاكل العمل (الوقت 1) وعدد مرات دخول الطفل إلى المستشفى (الوقت 2) كبيرة، إلى جانب التقييم والتماسك الأسري. وخلصت الدراسة إلى أنه استمرار المستويات العالية من الضغط بمرور الوقت يشير إلى أهمية تحديد أولئك المعرضين للخطر في مرحلة مبكرة وتوفير الدعم المستمر لهم (Sloper, 2000).

8-1-2 دراسة هونغ وآخرون (Hung et al 2004):

بعنوان: تقرير موجز يقارن مستويات التوتر لدى آباء الأطفال المصابين بالسرطان وآباء الأطفال ذوي الإعاقات الجسدية.

وهدفت الدراسة لتقييم ما إذا كان الضغط الوالدي يختلف بين آباء الأطفال ذوي الإعاقات الجسدية وأولياء الأطفال المصابين بالسرطان. حيث تم تطبيق مقياس مؤشر الضغط الوالدي النموذج المختصر على عينة من الوالدين (92 مع أطفال معاقين و89 مع أطفال مصابين بالسرطان) وانتهت النتائج: إلى وجود فروق في الضغط الوالدي، حيث وجد أن آباء الأطفال المصابين بالسرطان يعانون من مستويات أعلى من الضغط مقارنة بآباء الأطفال المعوقين. وخلصت الدراسة إلى أنه يجب إحالة معظم الآباء لمزيد من الدراسة التشخيصية المتعمقة والاستشارة المهنية في إدارة الضغوطات. (Hung et al., 2004)

8-1-3 دراسة كازاك وآخرون (Kazak et al 2005):

بعنوان: أعراض الإجهاد اللاحق للصدمة أثناء العلاج لدى آباء الأطفال المصابين بالسرطان.

هدفت الدراسة للتحقيق من وجود تناذر ما بعد الصدمة لدى آباء الأطفال الذين يخضعون للعلاج حاليًا، وعلاقته بكثافة العلاج وطول المدة منذ يوم التشخيص. وطبقت على عينة مكونة من 119 من الأمهات و52 من آباء الأطفال الذين يخضعون لعلاج ورم خبيث في مرحلة الطفولة، وقد تم تمرير مقاييس اضطراب تناذر ما بعد

الصدمة PTSS. وتمت مقارنة النتائج مع عينة من آباء الناجين من سرطان الأطفال من نفس المستشفى. وانتهت الدراسة إلى أنه أبلغ الجميع باستثناء أحد الوالدين عن تناذر ما بعد الصدمة. وأشارت النتائج إلى اعتدال في اضطرابات ما بعد الصدمة لكل من الآباء والأمهات؛ ففي العائلات التي تضم أبوين مشاركين، كان لدى ما يقرب من 80% منهم يوجد والد واحد على الأقل مصاب بتناذر ما بعد الصدمة (PTSS) المتوسطة إلى الشديدة. وكان هناك ارتباط ضئيل بين تناذر ما بعد الصدمة وطول الوقت منذ التشخيص. وخلصت الدراسة إلى أن تناذر ما بعد الصدمة شائع بين آباء الأطفال الذين يخضعون لعلاج السرطان. ونوهت الدراسة إلى إمكانية استخدام التدخلات النفسية والاجتماعية المستندة إلى علاج الصدمات لمساعدة المرضى والأسر (Kazak, et al., 2005).

8-1-4 دراسة فريموت فيرثما وآخرون (Vrijmoet-Wiersma et al., 2008):

بعنوان: تقييم الدراسات التي تناولت الضغط النفسي الوالدي، في مصلحة أورام الأطفال.

هدفت الدراسة لتقديم لمحة عامة عن الأدبيات بين عامي 1997 و2007 حول تفاعلات الضغط لدى الوالدين بعد تشخيص سرطان الأطفال لولدهم، حيث تم تقييم نقاط القوة والضعف المنهجي للدراسات. تم استخدام طرق قواعد بيانات PubMed و Psychinfo و Cinahl، وتم تضمين 67 من الدراسات. وكانت النتائج أنه اختلف تصور ضغوط الوالدين وتوقيت التقييم بشكل كبير بين الدراسات، مما يجعل المقارنة صعبة. وتظهر معظم ردود أفعال الإجهاد العاطفي في وقت قريب من التشخيص، كما أن الأمهات أبدين أعراض الضغط أكثر من الآباء كمجموعة، فالآباء أبدوا مرونة نسبية في التعامل مع الضغوط، على الرغم من أن مجموعة فرعية من الآباء أبلغوا عن استمرار الضغوطات إلى 5 سنوات أو أكثر بعد التشخيص. (Vrijmoet-Wiersma et al., 2008)

8-1-5 دراسة مناسك الحسن (2010):

بعنوان: الأثر النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

وهدفت الدراسة لمعرفة الآثار النفسية على الأم بعد إصابة الطفل بالسرطان وأوضحت الدراسة أن معظم الأمهات اللواتي لديهن أطفال مصابون بالسرطان يعانون من الاكتئاب الحاد، ويشعرن بالخوف والقلق على أبنائهم، معظم الأمهات يتوقعن موت أبنائهم في كل لحظة وتغير أسلوب حياة هؤلاء الأمهات كلياً ومعظم الأمهات يشعرن بالخوف من تأثير المرض على الأداء والتطور الأكاديمي لأبنائهم. (الحسن، 2010)

8-1-6 دراسة جورج (2012):

بعنوان: أعراض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان وعلاقتها ببعض المتغيرات.

هدفت الدراسة للكشف عن أعراض الضغوط، وكذا معرفة علاقتها ببعض المتغيرات. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: -تتسم أعراض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بالانخفاض. - توجد فروق ذات الدلالة الإحصائية بين أعراض الضغوط النفسية ومستوى تعليم أمهات الأطفال المصابين بالسرطان. -لا توجد فروق في أعراض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان تبعاً لنوع سرطان الطفل وتبعاً لعدد أبنائهن. (جورج، 2012)

8-1-7 دراسة بلوط (2011):

بعنوان: التعمق في تجربة أمهات أطفال مرضى السرطان في فلسطين. قامت الدراسة على المنهج الكيفي وذلك من خلال إجراء مقابلات معمقة باستخدام أسلوب النظرية المجذرة (Grounded Theory)، لعشر أمهات من أمهات أطفال مرضى السرطان في بيت لحم، وقد قامت الباحثة بتصنيف النتائج في أربعة محاور رئيسية هي: تأثير إصابة الطفل بمرض السرطان على الأمهات وعلى ديناميكيات الأسرة، ثانياً: أهم مصادر الدعم و المساندة لأمهات أطفال مرضى السرطان، ثالثاً دور الدين والثقافة في فهم إصابة الطفل بمرض السرطان من وجهة نظر الأمهات، وأخيراً دور الدعم الرسمي المؤسسي. وخلصت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها: -أن تشخيص الطفل بمرض السرطان يحدث تغيرات جذرية في حياة الأسرة ككل، وبالأخص بالنسبة لأمهات أطفال مرضى السرطان حيث - عبرت الأمهات عن شعورهن

بحالة من الاستنزاف النفسي ووجود مشاعر مختلطة من الغضب والقلق والخوف والذنب، بالإضافة لشعورهن بفقد السيطرة على الأمور، والشعور بالتهديد، وفقد المعنى من حياتهن. -حدوث تغييرات في العلاقة الزوجية، إلا أنه بعد استيعاب الصدمة، نوهت بعض الأمهات أن الزوج كان مساندا منذ بداية الأزمة، وأن الترابط قد ازداد عن السابق، أما البعض الآخر فقد أثرت إصابة الطفل على العلاقة الزوجية بشكل سلبي، بحيث يصبح الزوج أحد المعضلات التي تواجهها الأمهات بدل أن يكون مصدرا للدعم بالنسبة لهن، وأن دعم الزوج يعتمد على كثير من العوامل ومن ذلك علاقة الزوجين ببعضهما البعض قبل إصابة الطفل، والخلفية الثقافية والاجتماعية للزوج والسياق الذي قدم منه، كذلك قد يلعب التعليم والسمات الشخصية للأزواج دورا في كيفية إدراك المرض، ومن خلال ذلك يتوضح مدى الدعم المقدم من قبل الزوج، و أن الأزواج غير الداعمين وجدت لديهم توجهات سلبية حيال مرض السرطان، ولا يشاركون الأم في رعاية الطفل المريض وتحمل مسؤوليته، مما ينعكس بشكل سلبي على الحالة النفسية للأم. أهم مصادر الدعم المساندة للأمهات أطفال مرضى السرطان: الزوج ومساندة أمهات المرضى بعضهم لبعض. (بلوط، 2011، ص143)

8-1-8 دراسة جاكسون Jackson (2012):

بعنوان: المعاناة النفسية للأمهات وآباء الأطفال المصابين بالسرطان.

تناولت الدراسة تناذر ضغوطات ما بعد الصدمة (PTSS)، والاكنتاب، وأعراض القلق في عينة من أمهات وآباء الأطفال المصابين بالسرطان. شاركت 153 أم و76 أب لـ154 طفلاً مصاباً بالسرطان، واستعملت مقاييس الإبلاغ الذاتي للاضطراب النفسي بين اليوم 12 واليوم 108 بعد التشخيص الأولي أو بعد الانتكاس. وأظهرت النتائج أن نسبة كبيرة من الأمهات والآباء يعانون من درجات كبيرة من ضغط ما بعد الصدمة الحاد بعد تشخيص طفلهم، وأن الآباء أقل عرضة لأعراض القلق الاكتئابي، وأن أكثر فترة يعاني فيها الآباء والأمهات من المعاناة النفسية هي الأشهر الأولى من تشخيص مرض أطفالهم، كما انتهت الدراسة إلى أن تدني الوضع الاجتماعي والاقتصادي يزيد من نسبة المعاناة النفسية. (Jackson, 2012)

8-1-9 دراسة إرين وآخرون Erin et al (2012):

بعنوان: مصادر الضغط المرتبطة بالسرطان للأطفال المصابين بالسرطان وآبائهم. هدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين الضغوطات لدى الأطفال المصابين بالسرطان وأولياء أمورهم، حيث تم تعيين مجموعة من الأمهات (ن=191) والآباء (ن = 95) الذين أبلغوا عن ضغوطاتهم وضغوط أطفالهم، والإجهاد العام المتصور، وأعراض ضغط ما بعد الصدمة. وكذا تم تعيين مجموعة من الأطفال (106) احتوت تقاريرهم الذاتية عن الضغوطات الخاصة بهم وأعراض ضغط ما بعد الصدمة. وانتهت الدراسة للنتائج التالية: توجد علاقة إيجابية بين التقارير الذاتية للأم والآب، لكن الأمهات أبلغن عن مستويات ضغوطات أعلى من الآباء. كما كانت تقارير الأطفال والآباء عن ضغوط الأطفال ذات ارتباط إيجابي، لكن الآباء صنفوا الآثار الجسدية على أنها أكثر إرهاقاً، بينما صنف الأطفال الضغوطات الوظيفية على أنها أكثر إرهاقاً. كما وُجدت علاقة إيجابية بين تقارير الآباء والأطفال عن الضغوطات بشكل إيجابي مرتبطة بالإجهاد العام المتصور وأعراض ضغط ما بعد الصدمة. (Erin, et al., 2012, p. 185)

8-1-10 دراسة مصاديح وآخرون Masa'Deh et al (2013):

بعنوان: منبئات الضغط عند والدي الطفل المصاب بالسرطان بالأردن. هدفت الدراسة للكشف عن الفروق في تنبؤات الضغط الملحوظ بين أمهات وآباء أطفال أردنيين مصابين بالسرطان. حيث شملت الدراسة مسح عينة من 300 زوج من والدي طفل مصاب بالسرطان. واستعملت مقياس الإجهاد المدرك، واستبيان ديموغرافي وذلك بغية قياس مستويات الإجهاد المتصورة للأمهات والآباء، واستكشاف العوامل المتنبئة المرتبطة بها مع مستويات عالية من الضغط الملحوظ وإجراء مقارنة بينها، وانتهت الدراسة إلى أن الأمهات عبّرن عن مستويات ضغط أعلى بكثير من الآباء. كما توصلت الدراسة إلى أن بعض العوامل المرتبطة بمستويات الإجهاد العالية للآباء والأمهات أثّرت على كلا الوالدين، غير أن تأثير حالة التوظيف على مستويات التوتر اقتصر على الآباء فقط. (Masa'Deh et al., 2013)

8-1-11 دراسة فيرناندا و آخرون Fernanda at al (2013) :

بعنوان: الضغط المرتبط بالرعاية: تأثير سرطان الأطفال على حياة الوالدين.

كان الهدف من الدراسة هو تقييم مستويات الضغط لدى آباء الأطفال المصابين بالسرطان وتحديد العلاقة بين البيانات الديموغرافية ومستويات القلق. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي، حيث أجريت في مؤسستين برازيليتين، على عينة (101) من الوالدين لأطفال مصابين بالسرطان. وتم تطبيق أداتين: هما تقييم مستويات الضغط للآباء (النسخة البرازيلية)، ومقياس قلق سمات الحالة لقياس القلق. وتم تقييم العلاقة بين الأدوات والمتغيرات الاجتماعية والديموغرافية للوالدين والأطفال باستخدام معامل ارتباط سبيرمان. وانتهت الدراسة إلى أن الآباء الصغار والأطفال سجلوا مستويات أعلى من الضغط والقلق مع وقت أقل منذ التشخيص. كان الخوف من الموت وتأثير المرض على حياة الطفل من أكثر الأحداث إرهاباً للوالدين. (Fernanda et al., 2013)

8-1-12 دراسة رزق الله وفرح (2016):

بعنوان: الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

هدفت الدراسة إلى التأكد من الخاصية العامة للضغوط النفسية لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان، والتعرف على الفروق في المتغيرات الديموغرافية المستوى التعليمي للأمهات، عمر الطفل ونوع السرطان المصاب به. وانتهجت المنهج الوصفي، واستخدم مقياس الضغوط النفسية الذي صممه الباحثة، وتم اختيار عينة قصدية مكونة من 36 أم من أطفال مصابين بالسرطان، وتوصلت الدراسة لنتائج عدة منها: أن أعراض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان تميزت بالوسطية في جميع المحاور ما عدا محور القلق، فقد اتسم بالإنخفاض، أما فيما يخص المتغيرات الديموغرافية المدروسة فانتهدت إلى عدم وجود فروق في درجات مقياس الضغوط النفسية لبدال أمهات تعزى لتلك المتغيرات. (رزق الله و فرح، 2016)

8-2 دراسات تناولت الضغط النفسي وعلاقته بالتوافق الزوجي، مع بعض

المتغيرات الأخرى:

8-2-1 دراسة أوسكار Oscar et al (1985):

حول الضغط والتوافق والأداء الزوجي لدى ولدي الأطفال المصابين بالسرطان. هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين الضغط، واستراتيجيات المواجهة الشخصية، واستراتيجيات المواجهة بين الزوجين، وتطابق أنماط التكيف للزوجين، وتقييماتهما

للأداء الزوجي. حيث تم إجراء مقابلات واستبيانات فردية، وقدم 32 من الأزواج معلومات تتعلق بتجاربيهم واستراتيجياتهم للتعامل مع سرطان أطفالهم. أفاد معظم الأزواج أن التماسك الأسري يتعزز من خلال تجاربهم مع سرطان الطفولة، وأن أزواجهم هم أهم مصدر للدعم الاجتماعي. ومع ذلك، مع زيادة عدد مرات دخول الطفل إلى المستشفى، تقل تصورات الدعم من الزوج وتقييم الجودة الزوجية. تصورات الزوجة عن الدعم من زوجها لها علاقة بمشاركة الزوج في رعاية الطفل، وتصور الزوج لدعم زوجته مرتبط بتوفر الزوجة في المنزل وليس في المستشفى. على الرغم من أن استراتيجيات المواجهة الشخصية لا علاقة لها بتقييم الأداء الزوجي، فإن بعض التطابقات بين المواجهة الشخصية والتعامل مع الزوج ترتبط بتصورات الجودة الزوجية والدعم من الزوج. (Oscar et al., 1985)

8-2-2 دراسة لون وآخرون Lone et al (2013) :

هدفت إلى تقييم التواصل المدرك لدى مرضى السرطان والقائمين بالرعاية الصحية، وبلغت عينة الدراسة 2202 مريضاً بالسرطان، وتوصلت النتائج إلى أن (24%) من العينة أظهروا مشكلات في التواصل مع المحيطين بهم، وأوصت الدراسة بالاهتمام بتوفير الخدمات الإرشادية و العلاجية لتلبية احتياجاتهم التواصلية. (Lone et al., 2013, p. 235)

8-2-3 دراسة سيلفا رودريغيز وآخرون Silva-Rodrigues et al (2016) :

بعنوان: تأثير سرطان الطفولة على ديناميات الوالدين الزوجية. وهدفت الدراسة إلى استكشاف وتحليل كيفية تأثر العلاقات الزوجية بالأزمة الناتجة عن التشخيص والأنظمة المكثفة المطلوبة في علاج الأطفال المصابين بالسرطان؛ حيث تم إجراء دراسة وصفية مع تحليل البيانات الكيفية، من خلال مقابلات فردية متعمقة مع 18 والدًا لأطفال مصابين بالسرطان. تم تحليل البيانات باستخدام تحليل المحتوى الاستقرائي. وكانت النتائج على النحو التالي: اندرجت تجارب الأزواج في ستة مواضيع هي: *التغيرات المفاجئة بعد تشخيص الطفل أدى إلى الإجهاد الزوجي والحاجة إلى التركيز على الحاضر. * كانوا بعيدون عن بعضهم رغم كونهم متحدون على مشكلة الطفل. * حدث تبادل الأدوار حيث اقتصر على العيش في

الدور الأبوي طوال الوقت * محاولة التركيز على الجانب الإيجابي للتجربة * محاولة إنقاذ العلاقة الزوجية. وخلصت الدراسة إلى أنه قد تخضع العلاقة الزوجية بين الوالدين لطفل مصاب بالسرطان إما لتغييرات إيجابية أو سلبية، مع تأثر العلاقة الحميمة والجنس سلبيًا بالمرض. وقد لوحظ زيادة الالتزام المتبادل لدى بعض الأزواج على الرغم من أن العلاقة قد تكون أكثر هشاشة بعد المرض. وتوصي الدراسة بأنه على المهنيين الصحيين أن يشملوا الآباء كمحور مهم في التكفل بالطفل المريض. ويوصى بإنشاء روابط قوية لتعزيز التواصل بين الأزواج كطريقة لتقديم إرشادات استباقية لمعالجة التغييرات المحددة في العلاقات الزوجية، تساعد فرص الحوار والشراكة الأزواج على استهداف احتياجاتهم والتعرف على نقاط قوتهم من أجل التخفيف من تأثير مرض الطفل. (Silva-Rodrigues et al., 2016).

8-2-4 دراسة ناصري (2017):

بعوزان: علاقة الضغط النفسي بالتوافق الزوجي لدى والدي طفل المريض بالسرطان. وهدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين الضغط النفسي والتوافق الزوجي لدى الوالدي، مع محاولة معرفة الفروق بين أفراد العينة في درجات الضغط والتوافق الزوجي وفقاً للمتغيرات، واستخدم لجمع البيانات كل من مقياس الضغط النفسي الوالدي لأبدين ومقياس التوافق الزوجي لسبانييه، إضافة إلى استمارة المعلومات السوسيوديمغرافية. وانتهت الدراسة إلى وجود علاقة عكسية قوية بين الضغط النفسي والتوافق الزوجي لدى العينة، كما توصلت إلى وجود فروق بين الآباء والأمهات في درجات الضغط لصالح الأمهات، وفي درجات التوافق الزوجي لصالح الآباء. (ناصر، 2017، الصفحة 34)

8-2-5 دراسة لافي وآخرون (2018):

بعنوان: الضغط والتوافق الزوجي في أسر الأطفال المصابين بالسرطان. هدفت الدراسة للبحث في تأثير العديد من الضغوطات (الضغط المالي، وتهديد الحياة، وكثافة العلاج، والأحداث المتعلقة بالعلاج، وأحداث الحياة السلبية) على مسار التوافق الزوجي خلال السنة الأولى بعد تشخيص الطفل بالسرطان. حيث تم فحص ما إذا كان متوسط درجات الضغوطات على مدار العام لها علاقة بمستويات التوافق

الزواجي في نهاية السنة الأولى من العلاج، وكذا معدل التغيير في التوافق الزواجي. تكونت العينة من 130 عائلة من الأطفال الذين تم تشخيص إصابتهم حديثاً بالسرطان، حيث من خلال استخدام نماذج لتقارير شهرية لمدة سنة، عبر أولياءهم عن مستوى توافقهم الزوجي والضغوطات التي يتعرضون لها. وانتهت الدراسة إلى أنه أشارت النتائج إلى أن التوافق الزواجي كان مستقرًا في بداية السنة الأولى في المتوسط، وكان متوسط الضغط الاقتصادي المرتفع مرتبطًا بالتوافق الزواجي المنخفض، كما ارتبط ارتفاع متوسط تواتر الأحداث المتعلقة بالعلاج وأحداث الحياة السلبية بتقليل التوافق الزواجي بمرور الوقت ليصل لأدنى مستوياته في نهاية السنة الأولى من العلاج. كما وجدت الدراسة ارتباط الضغط التراكمي المرتفع بالتوافق الزواجي المنخفض باستمرار مع مرور الوقت. (Lavi et al., 2018)

8-2-6 دراسة فلاديبوي (Fladeboe et al., 2018):

بعنوان: أنماط التدايعيات بين التوافق الزواجي والنزاع بين الوالدين والطفل أثناء علاج سرطان الأطفال.

تناولت الدراسة أنماط التدايعيات بين العلاقات الزوجية والعلاقة بين الوالدين والطفل بهدف التخفيف من النزاعات الأسرية. حيث تم اختيار عينة مكونة من 117 من عائلات لأطفال مرضى بالسرطان، للمشاركة في دراسة طولية مستقبلية قصيرة المدى. كان الأطفال المصابون بالسرطان تتراوح أعمارهم بين 2-10 سنوات، قدم مقدمو الرعاية الأولية تقارير عن نزاع بين الوالدين والطفل في الشهر الأول والسادس و12 شهرًا بعد التشخيص. وتوصلت الدراسة إلى أن التوافق الزواجي المنخفض بعد التشخيص بفترة وجيزة مرتبط بزيادة في الصراع بين الوالدين والطفل بعد 6 أشهر. وخلصت الدراسة إلى أن استهداف المشاكل في العلاقات الزوجية بعد التشخيص بفترة وجيزة قد يمنع الصراع من التطور في العلاقة (الوالدين-الطفل). (Fladeboe et al., 2018)

8-2-7 دراسة عتوت وآخرون (Atout et al., 2021):

بعنوان التجربة المعيشية لأفراد أسر الطفل المريض بالسرطان
هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف التجارب الحية لمقدمي الرعاية الأسرية في رعاية الأطفال المصابين بالسرطان. حيث تم إجراء مقارنة تفسيرية ظاهرية، مسترشدة بفلسفة

مارتن هايدجر. تم إجراء 14 مقابلة مع أفراد الأسرة: 09 من الأمهات، و 05 من الجدات والآباء من مقدمي الرعاية الأسرية في قسم الأورام العام للأطفال في بيت لحم بالأراضي الفلسطينية المحتلة. تم استخدام تحليل الظواهر التفسيري (IPA) لتحليل البيانات. وانتهت الدراسة إلى النتائج التالية: ظهرت ثلاثة مواضيع رئيسية من تحليل البيانات. كان الموضوع الأول هو تجربة الرعاية، والتي تضمنت ثلاثة مواضيع فرعية: تغيير الأولويات بمرور الوقت، وأهمية المعلومات المقدمة حول مرض الأطفال، إضافة إلى معاناة الآباء من العلاج القاسي للطفل. أما المحور الثاني، فكان التحديات التي تواجه الرعاية الفعالة، والتي توحى بأهم التحديات التي تواجه أثناء الرعاية، بما في ذلك تأثير العلاقات الأسرية والدعم العاطفي، والموضع الثالث تناول نظام الدعم؛ وجد مقدمو الرعاية الأسرية العديد من الموارد لدعمهم في رعاية أطفالهم، بما في ذلك تجارب الآباء الآخرين مع أمراض مماثلة، وبيئة المستشفى، ومعتقداتهم الدينية. (Atout et al., 2021)

3-8 الدراسات التي تناولت البرامج الإرشادية التي استهدفت تخفيض الضغوطات:

1-3-8 دراسة غيث وآخرون (2011):

حول فاعلية برنامج تدريبي معرفي سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالقبيلة السحائية. هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى النظرية المعرفية السلوكية في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات الأطفال المصابين بالقبيلة السحائية، حيث أجريت الدراسة على عينة من 30 فرد، تم توزيعهم على مجموعة تجريبية اشتملت على (15) مشاركة، تعرض للبرنامج التدريبي، ومجموعة ضابطة اشتملت على (15) مشاركة، لم يتعرض للبرنامج. وتم تطبيق مقياس الضغوط النفسية على مجموعتي الدراسة قبل التعرض للبرنامج وبعده ومتابعة بعد شهر من الانتهاء. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على الدرجة الكلية للمقياس، لصالح المجموعة التجريبية في القياسين البعدي، و كذا في

القياس بعد شهر، مما يشير إلى فاعلية البرنامج المطبق في خفض الضغوط النفسية. (غيث وآخرون، 2011، ص 303)

8-3-2 دراسة علاء الدين وعز الدين (2011):

بعنوان فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان.

هدفت هذه الدراسة للتحقق من مدى فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان . وتكونت عينة الدراسة من (20) أمماً لأطفال مصابين بسرطان الدم للمفاوي الحاد، قسمت عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين: المجموعة التجريبية التي تلقت برنامجاً إرشادياً يستند إلى المنهج المعرفي السلوكي، والمجموعة الضابطة التي لم يتلق أفرادها أي برنامج إرشادي. وأنتهت النتائج لوجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة ، على مقياسي الضغط والتشاؤم، حيث انخفض مستواهها لدى الأمهات في المجموعة التجريبية . كما أشارت نتائج المقارنات البعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى وجود فروق ظاهرة بين متوسطات القياسين البعدي والتتبعي، لصالح التتبعي على بعض المقاييس، فقد ارتفعت الدرجات سلباً على مقياس التوتر في حين انخفضت إيجابياً على مقياس التشاؤم.

(علاء الدين وعز الدين، 2011، ص 371)

8-3-3 دراسة موقليا-وكسلر وآخرون (2014) Muglia-Wechsler et al:

بعنوان فعالية التدخلات النفسية التي تهدف إلى تعزيز تكيف الأطفال المصابين بالسرطان وأولياء أمورهم: نظرة عامة.

هدفت الدراسة إلى تقديم لمحة عامة عن التدخلات النفسية التي تسعى إلى تعزيز التكيف النفسي للأطفال المصابين بالسرطان وأولياء أمورهم. لتحقيق هذا الهدف، قام الباحثون بمراجعة المقالات المنشورة بين عامي 1998-2010، باستخدام مجموعة من الكلمات الرئيسية التالية: التدخل النفسي والاجتماعي، والعلاج النفسي، والتجربة، والعلاج، والتعديل، والرفاهية، والتكيف، والسرطان، وسرطان الأطفال، القلق والاكتئاب في قواعد البيانات الإلكترونية: Sycinfo, Sci-elo, Medline, Lilacs Psicodoc.

وPsyarticles. وتم العثور على أربعة عشر مقالاً وتظهر التحليلات أن معظم التدخلات كان لها بعض الفعالية في التكيف النفسي للأطفال وأولياء أمورهم. تشير الدراسة إلى أنه هناك عدد محدود من العلاجات التي يمكن اعتبارها فعالة. (Muglia-Wechsler et .al., 2014, p.93)

8-3-4 دراسة رزق الله وفرح (2016 ب):

بعنوان: فاعلية برنامج إرشاد جمعي لخفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

هدفت الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي جمعي لخفض الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المصابين، كما هدفت للتعرف على الفروق حسب عدة متغيرات كل من: نوع الطفل المصاب بالسرطان، نوع السرطان الطفل، مدة المعرفة بالمرض، ونهجت الدراسة المنهج الشبه تجريبي، بعينة قصدية مكونة من 12 أم لطفل مريض بالسرطان واستخدمت لجمع المعلومات مقياس الضغط النفسي، وبرنامج إرشادي. وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق بين القياس القبلي والبعدي في الدرجات الكلية للضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال لصالح القياس البعدي في جميع الأبعاد، ماعدا بعد تحمل الأعباء، حيث لم تجد فروق. كما خلصت الدراسة إلى عدم وجود فروق في الضغط تعزى لمتغير نوع الطفل أو نوع السرطان، أو مدة المعرفة بالمرض في معظم المحاور. (رزق الله وفرح، 2016 ب)

8-3-5 دراسة أوراغي وياسين (2018):

بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من مستوى الضغوط النفسية للتلميذ المريض الماكث بالمستشفى وأمه المرافقة له.

هدفت الدراسة إلى تطبيق برنامج إرشادي جماعي مصغر على التلاميذ المرضى وأمهم المرافقات له، واستقصاء مدى فاعليته في خفض مستوى الضغوط النفسية. وقد استخدمت المنهج شبه التجريبي، حيث تم تصميم أداة بحث وبرنامج إرشادي من إعداد الباحثين. والأداتين تتمثلان في مقياس للضغوط النفسية موجه للتلاميذ المرضى الماكثين في المستشفى، وآخر موجه لأمهاتهم المرافقات لهم، كما

احتوى البرنامج الإرشادي على ثمان جلسات، استفاد منها تلاميذ تتراوح أعمارهم ما بين 09-10 سنوات، ونفس العدد من الأمهات المرافقات لهم وشكل هؤلاء أفراد المجموعة التجريبية، حيث تم اختيارهم بناء على حصولهم على أعلى الدرجات في مقياس الضغوط النفسية، وتم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة. وانتهت الدراسة إلى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والتجريبية على القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، مما يؤكد فاعلية البرنامج المطبق في التخفيض من مستوى الضغوط النفسية للأُم والتلميذ المريض. (أوراغي وياسين، 2018)

8-3-6 دراسة كوتري آخرون (Coughtrey et al 2018):

بعنوان: فعالية التدخلات النفسية الاجتماعية على الحالة النفسية في وحدات مكافحة أورام الأطفال.

وهدف الدراسة إلى تقييم فعالية وتأثير التدخلات النفسية والاجتماعية على الأطفال المصابين بالسرطان، واتبعت الدراسة البحث في أدبيات الموضوع حيث قامت بإحصاء ما مجموعه 12 تجربة سريرية عشوائية، وقد قيمت هذه التجارب النفسية على شكل التدخلات على الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا مع التشخيصات الحالية والسابقة للسرطان. وكانت النتائج كالتالي: -التدخلات على الحالة النفسية (على سبيل المثال، أعراض القلق والاكتئاب ونوعية الحياة واحترام الذات) والحالة الجسدية (على سبيل المثال، أعراض السرطان، التقيد بالعلاج، والألم) -تضمنت التدخلات المحددة العلاج السلوكي المعرفي (4 دراسات) -العلاج المعرفي السلوكي المشترك والعلاج الطبيعي بالتمارين الرياضية(د1) -العلاج الأسري(د2) -العلاج بالموسيقى(د2) - استراتيجيات التأقلم الذاتي(د1) -الدافعية للإنجاز(د1)، والعلاج الأسري المشترك والعلاج المعرفي السلوكي(د1). وانتهت الدراسة إلى أن تسع دراسات كانت فعالة في الحد من القلق وأعراض الاكتئاب وكذلك تحسين نوعية الحياة. بالإضافة إلى ذلك، وجدت ست دراسات أن التدخلات النفسية والاجتماعية لها تأثير إيجابي على الأعراض الجسدية والتعافي، بما في ذلك الحد من الألم وقلق. وخلصت هذه النتائج إلى أن أهمية الصحة النفسية في التماثل للشفاء لدى الأطفال مرضى الأورام، وأكدت

على ضرورة توفير برامج وتدخلات يحتمل أن تؤدي إلى نتائج صحية عقلية وجسدية أفضل. (Coughtrey et al., 2018).

8-3-7 دراسة كليند وآخرون (Kleined et al, 2019) :

بعنوان: التدخلات النفسية التي تستهدف أولياء مرضى السرطان، مراجعة منهجية. هدفت الدراسة إلى تقييم محتوى وتأثيرات التدخلات المقدمة كل من مرضى السرطان وذويهم. حيث تم إجراء بحث أولي في قواعد بيانات Web of Science و PsycINFO و PubMed. وتم تضمينها التجارب المعاشة، بالإضافة إلى الدراسات السابقة واللاحقة التي ركزت على تعزيز رفاة الشركاء، أو تقليل ضغوطات الأولياء. وتناولت الدراسة الدراسات المنشورة حتى ديسمبر 2017. تم تقييم الجودة المنهجية للتجارب باستخدام أداة تقييم EPHPP. وانتهت الدراسة إلى أنه هناك 09 دراسات حققت معايير الشمولية، وشملت موضوعات التدخل: الدعم الاجتماعي، وجودة العلاقة الزوجية وتوقعات الدور والمرونة العاطفية واستراتيجيات المواجهة الفعالة. كما وجدت آثار التدخل الإيجابية فيما يتعلق بالدعم الاجتماعي، والضيق العاطفي، وتحسين التواصل، والكفاءة الذاتية، والتكيف. على الرغم من معدلات الاستجابة المنخفضة إلى حد كبير، إلا أن التدخلات كانت مقبولة بشكل عام. وخلصت الدراسة إلى أنه قد يكون للتدخلات المقدمة لشركاء مرضى السرطان آثار إيجابية على والمرضى وشركائهم. (Kleined et al., 2019, p52)

8-3-8 دراسة ميشال وآخرون (Michel et al (2020):

بعنوان: العواقب النفسية، والوظيفة النفس-عصبي، وجودة الحياة المتعلقة بالصحة، للناجين من السرطان وذويهم.

وتهدف للحد من متلازمة ما بعد الصدمة في الناجين والآباء؛ حيث تم اختبار عدد قدره 30 من التدخلات النفسية على الناجين من سرطان الأطفال الصغار و/أو والديهم. وذلك باستخدام برنامج التدخل الكفاء للناجين من السرطان (SCCIP)؛ وهو تدخل يركز على الأسرة، ومبني على مبادئ النظرية السلوكية المعرفية، حيث تم تطبيق البرنامج لمدة يوم واحد، عبر 4 جلسات على عينة من (6-8) عائلات معًا. وانتهت الدراسة إلى أن الناجين الذين شاركوا في البرنامج لديهم أعراض أقل من المجموعة الضابطة، كما أن الآباء في المجموعة التجريبية كانت لديهم أفكار

تشاؤمية أقل من الآباء في المجموعة الضابطة. لم تكن هناك تأثيرات معنوية للبرنامج على الأمهات أو الأشقاء، ولم يؤثر البرنامج على درجة القلق لأي مجموعة. وخلصت الدراسة أنه يمكن استخدام المعايير النفسية والاجتماعية المنشورة حديثاً لرعاية الناجين من سرطان الأطفال كإطار لتنفيذ فعالية التدخلات في المستقبل. (Michel et al., 2020)

8-3-9 دراسة إريكو وتاداكا (Eriko and Tadaka 2021):

بعنوان فاعلية برنامج المذكرات اليومية على الإنترنت (ONDIARY) على الأسرة ومقدمو الرعاية لمرضى السرطان في المراحل المتقدمة للمرض.

وهدفت إلى تحديد تأثير برنامج المذكرات اليومية على الإنترنت (ONDIARY) على نوعية الحياة (QOL) لمقدمي الرعاية الأسرية للمرضى المصابين بالسرطان المتقدم في الرعاية التلطيفية في المنزل. حيث استخدمت هذه الدراسة تصميم شبه تجريبي مع مجموعة ضابطة على العينة من 60 عائلة من مقدمي الرعاية، اختيرت وفق معطيات مقصودة من مرضى مصابين بالسرطان المتقدم الذين يتلقون العلاج في المنزل بهدف الرعاية التلطيفية. حيث تم تعريض المجموعة التجريبية للبرنامج بالإضافة إلى الرعاية المعتادة، وتم تعيين المجموعة الضابطة للرعاية المعتادة. واستخدمت الدراسة مقاييس عدة هي مؤشر جودة الحياة لمقدم الرعاية للسرطان (CQOLC)، ومؤشر كيسلر النفسي المكون من ستة عناصر، ومقياس الاستغاثة (K6). وانتهت الدراسة إلى: أنه تم الحفاظ على جودة الحياة لدى عشرات من مقدمي الرعاية الأسرية في المجموعة التجريبية بعد التدخل، في حين أن أفراد المجموعة الضابطة تدنت درجاتهم. أما فيما يخص مؤشر الاستغاثة لم يكن هناك فرق كبير في درجات K6 بين المجموعتين.

وخلصت الدراسة إلى أن برنامج ONDIARY بالإضافة إلى الرعاية المعتادة لديه القدرة على أن يكون فعالاً في منع التدهور والحفاظ على جودة الحياة لمقدمي الرعاية الأسرية للمرضى المصابين بالسرطان المتقدم في المنزل إعدادات الرعاية التلطيفية.

ملاحظة: برنامج ONDIARY: هو برنامج تدخل يومي عبر الإنترنت لمدة 7 أيام يهدف إلى تعزيز الكفاءة العاطفية. (Eriko & Tadaka, 2021, p. 2)

8-3-10 دراسة خوزروبيجي وآخرون (Khosrobeigi et al 2022):

حول فعالية التدريب على التعاطف مع الذات، في التخفيف من اليأس وتحسين الجلد عند آباء الأطفال المصابين بالسرطان.

هدفت الدراسة للكشف عن مدى تأثير الحالة النفسية للوالدين، الذين يعتبرون مقدمي الرعاية الأساسيين لطفل مريض، على سلوك الطفل وعواطفه، حيث حللت هذه الدراسة فعالية التدريب على التعاطف مع الذات على اليأس والجلد لدى آباء الأطفال المصابين بالسرطان. واعتمدت الدراسة المنهج التجريبي مع تصميم الاختبار القبلي والبعدي ومجموعة ضابطة. شمل المجتمع الإحصائي جميع آباء الأطفال المصابين بالسرطان في مستشفى أمير كبير في أراك في عام 2020. وتألقت عينة البحث من 30 والداً لأطفال مصابين بالسرطان، تم تقسيم المشاركين بالتساوي إلى مجموعات تجريبية (ن=15) وضابطة (ن=15). واستخدم مقياس كونور-ديفيدسون للجلد (CD-RISC) ومقياس بيك للاكتئاب، حيث خضعت المجموعة التجريبية لثمان جلسات لمدة 90د، للتدريب على التعاطف مع الذات على أساس أسبوعي. وانتهت الدراسة إلى أنه كان للتدريب على التعاطف تأثيرات ملحوظة على الجلد واليأس لدى آباء الأطفال المصابين بالسرطان، وكذا كان للتدريب على العاطفة الذاتية، وتأثير إيجابي كبير على جلدهم، كما كانت فعالة في تقليل الاكتئاب. (Khosorobeigi et al., 2022)

8-3-11 دراسة بانغ وآخرون (2022):

بعنوان: فعالية وإدارة التدخلات الثنائية لمرضى السرطان ومقدمي الرعاية في تخفيض الضغوطات النفسية، من خلال مراجعة منهجية وتحليل بعدي. وهدفت الدراسة إلى إجراء عملية إحصائية للتدخلات الثنائية القائمة لتحسين الضغوطات النفسية لمرضى السرطان ومقدمي الرعاية، وتحديد الوسطاء المحتملين الذين يؤثرون على فعالية التدخل. وانتهجت الدراسة البحث المسحي حيث تم البحث في عدة منصات هي: PubMed ومكتبة كوكرين وشبكة العلوم وCINHAL وEmbase وكذا تتبع التجارب السريرية من أجل تحديد جميع التجارب المعاشة ذات الدلالة من البداية حتى يونيو 2021. تم استخدام أداة كوكرين لخطر التحيز لتقييم الجودة. وتم تضمين 28مقالة، شارك في مجموع عيناتها 4784 فرداً، من الذين لديهم تشخيص بالسرطان وقلق مرضى مرتبط بالضغط النفسي. وكانت النتيجة وجود تحسن بعد

التدخلات النفسية والاجتماعية المطبقة عليهم خاصة على المشاعر السلبية، وتخفيض الضغط النفسي لكلا أطراف الثنائي المريض وأسرته، لكن التأثير كان أكثر وضوحًا في المرضى منه في مقدمي الرعاية من الأسرة. ورغم ذلك اشارت الدراسة إلى أنه على المدى الطويل كانت الآثار متواضعة لكلا المجموعتين. (Pang et al., 2022)

8-3-12 دراسة فان شوز Van Schoorsa et al (2020):

بعنوان: الممارسة العائلية لتقديم الدعم بعد تشخيص سرطان الأطفال: تحليل مقابلة متعددة لأفراد الأسرة.

هدفت الدراسة إلى معرفة كيفية دعم أفراد الأسرة لبعضهم البعض، خلال تشخيص إصابة طفلهم بالسرطان حيث تم اعتماد منهج دراسة الحالة باستخدام المقابلات بشكل منفصل مع الأمهات والآباء والأشقاء، على عينة تكونت من أربع عائلات شارك فيها كلا الوالدين وشقيق واحد على الأقل. وتم استخدام تحليل مقابلة أفراد العائلة كإطار منهجي لتحليل المقابلات الفردية، مما يسمح بتحليل مفصل ومنهجي للخبرات العائلية المشتركة. وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية: كشف تحليل البيانات عن ثلاثة محاور:

- 1- التواجد معًا مهم: حددت العائلات الحاجة إلى أن يكونوا معًا جسديًا.
- 2- الحصول على الدعم في (عدم) التحدث: شرح تعقيد مشاركة المشاعر.
- 3- العمل معًا كفريق: وصفت العائلات العمل معًا كفريق واحد من أجل تنظيم كل شيء. (Van Schoorsa et al., 2020)

8-4 دراسات تناولت برامج لتحسين التوافق الزوجي:

8-4-1 دراسة حزين (2002):

بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي في حل بعض المشكلات الزوجية لدى عينة من المتزوجين حديثًا.

هدفت الدراسة إلى تحديد المشكلات التي تواجه المتزوجين حديثًا، والتي تصل بهم إلى حد الطلاق. ومحاولة بناء برنامج إرشادي يهدف إلى حل بعض المشكلات الزوجية. واعتمدت الدراسة التصميم التجريبي للمجموعة مع القياس القبلي والبعدي

والتتبعي، واشتملت عينة الدراسة على 40 فرد، 20 زوج وزوجاتهم من المتزوجين حديثاً ولديهم مشكلات زوجية ، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية تكونت من 20 فرد، 10 أزواج ، تم تطبيق البرنامج الإرشادي عليهم، والمجموعة الثانية ضابطة لم يطبق البرنامج الإرشادي عليهم. واستخدم الباحث مقياس الرضا الزوجي واستبيان التوافق الزوجي وبرنامج الإرشاد الزوجي من إعداد الباحث. وتم تطبيق البرنامج في ثمان جلسات، ويعتمد البرنامج الإرشادي على النظرية السلوكية المعرفية، وتوصل الباحث إلى النتائج التالية:

اختلفت العلاقة الزوجية بين حديثي الزواج المتوافقين والمشكلين والمطلقين من ثلاث زوايا هي:

أ/ الأسلوب العام التي وصفت به كل مجموعة الزواج.

ب/ الرابطة العاطفية السائدة في العلاقة الزوجية.

ج/ المصادر النوعية للضيق الزوجي.

كما اختلفت المشكلات الزوجية التي أسفرت عنها الدراسة.

وخلصت إلى أن البرنامج الإرشادي قد حقق نجاحاً في حل بعض المشكلات

الزوجية التي يواجهها المتزوجون حديثاً في حياتهم. (حزين، 2002)

8-4-2 دراسة الشوبكي وحمدي (2008):

بعنوان: فاعلية برنامج لتدريب الوالدين على مهارات الاتصال في خفض

الضغوطات النفسية وتحسين مستوى التكيف لدى الآباء وأبنائهم.

هدفت الدراسة لمعرفة مدى فاعلية برنامج تدريب الوالدين على مهارات

الاتصال في خفض الضغوطات النفسية، وتحسين مستوى التكيف لدى الآباء

والأبناء؛ وقد تكونت عينة الدراسة من (60) أمماً وأباً من أمهات طلبة الصف الثامن

الأساسي وأبنائهم، قسمت عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين من الآباء والأمهات:

المجموعة التجريبية التي تلقى أفرادها برنامجاً تدريبياً على مهارات الاتصال،

والمجموعة الضابطة التي لم يتلق أفرادها برنامجاً تدريبياً على مهارات الاتصال.

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين من الآباء، حيث انخفض

مستوى الضغط وتحسن مستوى التكيف لدى الآباء في المجموعة التجريبية بالمقارنة

مع الضابطة. كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة بين أبناء أفراد المجموعة التجريبية، وأبناء أفراد المجموعة الضابطة، في كل من درجة الضغوطات النفسية ودرجة التكيف، وقد كان التحسن في التكيف لدى الأبناء الذكور أعلى منه لدى الإناث. (الشوبكي و حمدي، 2008، ص 107)

8-4-3 دراسة جودة (2009):

بعنوان: برنامج إرشادي مقترح لتعزيز التوافق الزوجي عن طريق فنيات الحوار. وكان الهدف الأساسي للدراسة هو معرفة مدى فعالية برنامج إرشادي مقترح لتحسين التوافق الزوجي عن طريق فنيات الحوار. ولتحقيق هذا الهدف قامت الباحثة بتصميم برنامج إرشادي يتكون من (21) جلسة إرشادية منها (12) جلسة مشتركة (9) جلسات منفردة وقد تضمن البرنامج العديد من الفنيات منها (الحوار، السيكو دراما، التنفيس الانفعالي، المساندة الدينية الاجتماعية، التعزيز، حل المشكلات) وقد استغرق تطبيق البرنامج شهر ونصف كتطبيق بعدي وشهر آخر لمعرفة أثر بقاء البرنامج في التطبيق التتبعي. وقد طبق البرنامج على عينة من الأزواج بلغت (30) زوج منها (15) زوج (15) زوجة على التساوي، تم اختيارهم بطريقة قصدية من واقع سجلات المحاكم الشرعية بعد تطبيق استبانة التوافق الزوجي عليهم وقد تم اختيار الأزواج الذين حصلوا على أدنى درجات التوافق في المقياس. وقد طبق البرنامج على مجموعة واحدة وهي المجموعة التجريبية. ومن بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة وجود فروق لصالح الزوجات في الاستقرار الزوجي، لصالح الأزواج في المعاملة الإنسانية، وكذا وجود فروق في الرضا والسعادة. (جودة، 2009)

8-4-4 دراسة عليا وآخرون Alayia et al (2011):

بعنوان العلاقة بين مهارة الاتصال والتوافق الزوجي. كان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو تحديد العوامل التي تؤثر على توافق الأزواج، وتحديد العلاقة بين مهارات الاتصال والتوافق الزوجي. تم اختيار 132 طالبًا متزوجًا بشكل عشوائي، وتم تقديم قائمة مقياس سنايدر للرضا الزوجي المنقح (MSI-R)، وأظهر تحليل النتائج ارتباطًا كبيرًا بين الأزواج في مهارات الاتصال، وأظهرت النتائج

أيضًا أن الأزواج ذوي مهارات الاتصال القوية في مختلف جوانب العلاقة الزوجية أعلى بكثير من أولئك الذين لديهم مهارات اتصال أضعف. (Alayia et al., 2011)

8-4-5 دراسة جاهانشير ونيجاتيانب (Jahanshir and Nejatianb, 2015):

بعنوان: فاعلية التدريب على مهارات الاتصال في الخلافات الزوجية وجوانبها لدى المتزوجات.

هدفت الدراسة لتحديد مدى فاعلية التدريب على مهارات الاتصال في الخلافات الزوجية وجوانبها لدى المتزوجات اللاتي أحلن إلى المراكز الصحية في جونا باده في عام 2013. واعتمدت الدراسة المنهج التجريبي على عينة من 60 امرأة متزوجة قسمت إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وتم تمرير استبيان حول المعلومات الديموغرافية ومهارات الاتصال والنزاعات الزوجية. ثم تم تقديم عشر جلسات لمدة 45 دقيقة للمجموعة التجريبية حول مهارات الاتصال. في نهاية التدريبات التي استمرت لمدة أسبوعين، قامت المجموعتان بملء الاستبيانات. أظهرت النتائج بالمقارنة مع المجموعة الضابطة أن التدريب على مهارات الاتصال يقلل بشكل كبير من الخلافات الزوجية، كما أثرت هذه التدريبات أيضًا بشكل كبير على جوانب للنزاعات الزوجية بما في ذلك التعاون، والعلاقة الجنسية، وردود الفعل العاطفية، والتواصل الشخصي مع الأقارب، والأسرة التواصل مع الأزواج والأقارب والأصدقاء، لكن لم يؤثر على الجوانب الأخرى وهي دعم الأطفال والقضايا المالية. (Jahanshir & Nejatianb., 2015)

8-4-6 دراسة حلوش (2020):

بعنوان: دور التواصل الزوجي في تحقيق التوافق الزوجي، ومعالجة المشكلات الأسرية.

هدفت الدراسة للكشف عن دور التواصل الزوجي في تحقيق التوافق الزوجي ومعالجة المشكلات الأسرية، حيث تم اتباع منهج البحث المكتبي القائم على جمع المادة العلمية من المراجع وتنظيمها وتحليلها، وانتهت الدراسة إلى أن التواصل الزوجي من

أهم المهارات الزوجية حيث يعمل على تقريب وجهات النظر حول القضايا
المصيرية للأسرة وتقوية الروابط العاطفية بين الزوجين.(حلوش، 2020، ص 79)
8-4-7 دراسة الخيني(2020):

بعنوان: أنماط التواصل الزوجي وعلاقته بإدارة ضغوط الحياة كما تدركه
الزوجة العاملة.

هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين أنماط التواصل الزوجي بمحاورة
(الدكتاتوري، التجاهلي، المعتدل) وإدارة ضغوط الحياة كما تدركه الزوجة العاملة
بمحاورة (ضغوط زوجية، ضغوط العمل، ضغوط اجتماعية، ضغوط اقتصادية،
ضغوط تربية الأبناء) حيث تم استيفاء البيانات من خلال تطبيق أدوات البحث
التمثلة في استمارة البيانات الأولية للأسرة، استبيان أنماط التواصل الزوجي كما
تدركه الزوجات، و استبانة إدارة ضغوط الحياة، على عينة صدفية غرضية قوامها 280
امرأة عاملة من مدينة الرياض. وقد اتبع في هذه الدراسة المنهج الوصفي والتحليلي،
وانتهت إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين أنماط التواصل الزوجي بمحاورها، وإدارة
ضغوط الحياة لدى الزوجة العاملة بمحاورها؛ بينما وجدت علاقة موجبة دالة
إحصائياً بين النمط المعتدل وإدارة ضغوط الحياة بمحاورها؛ ما عدا محور ضغوط
تربية الأبناء لم يتبين وجود علاقة ارتباطية دالة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائياً بين
متوسط درجات الزوجات في أنماط التواصل الزوجي بمحاورها لصالح غير المشاركات؛
فيما عدا النمط المعتدل لصالح المشاركات، ووجدت فروق ذات دلالة إحصائياً بين متوسط
درجات الزوجات في إدارة ضغوط الحياة بمحاورها تبعاً للمشاركة في الإنفاق على الأسرة
لصالح المشاركات. وكذلك وجود تباين دال إحصائياً بين الزوجات في أنماط التواصل
الزوجي بمحاوره كما تدركه الزوجات عينة الدراسة تبعاً سن الزوجة لصالح أقل من 20
سنة). (الخيني، 2020، ص 50)

8-4-8 دراسة ولد محي الدين(2021):

بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي أسري لتعديل مهارات التواصل لدى الزوجات.
هدفت الدراسة لاختبار مدى فاعلية برنامج إرشادي أسري لتعديل مهارات التواصل
لدى الزوجات، حيث تم اعتماد المنهج الشبه تجريبي للمجموعة الواحدة، بقياس قبلي

وبعدي، من خلال تطبيق برنامج إرشادي أسري يتكون من 11 جلسة إرشادية على مدار شهرين ونصف، على عينة تطوعية قوامها (11) زوجة مدة زواجهن من 3-10 سنوات، وذلك بتطبيق مقياس مهارات التواصل الزوجي قبل وبعد تطبيق البرنامج وانتهت الدراسة إلى وجود أثر للبرنامج على مهارات التواصل الزوجي مهارة الاستماع ومهارة التحدث، والحوار الزوجي قبل وبعد تطبيق البرنامج. (ولد محي الدين، 2021)

تعقيب على الدراسات السابقة:

كما لاحظنا لقد تنوعت الدراسات واختلفت في مواضيعها وأدواتها وعيناتها حيث نجد: ***من حيث المتغيرات:** هناك دراسات عديدة تناول موضوع الضغط لكن الملاحظ أن معظمها ركز على موضوع الضغط النفسي أكثر من تلك التي تناولت موضع الضغط النفسي الوالدي كما توجد دراسات تناولت التوافق الزوجي لكن ما لاحظناه على معظمها هو ربط أحد المتغيرين ببعض المتغيرات الأخرى غير المتغير الثاني المعالج في دراستنا هذه. إلخ. كما ركزت معظم البرامج المقترحة على الاكتفاء بالعمل على تخفيض الضغط دون الالتفات إلى مسألة التوافق الزوجي لدى والدي الطفل المريض بالسرطان.

***من حيث العينة:** اختلفت أحجام وأشكال عينات البحث بين كبيرة ومتوسطة وصغيرة، وهذا قد يرجع أساسا إلى مجتمعات الدراسة التي أخذت منها، وكذلك لاختلاف المنهج المتبع والهدف من الدراسة.

***من حيث الأدوات:** استخدمت مقاييس مختلفة ومتنوعة في الدراسات، وهذا حسب طبيعة الدراسة ومجتمعها، فمنها ما كان مكيف ومنها ما كان معرب ومنها ما كان من تصميم الباحث، لكن ما لفت انتباهنا أن بعض الدراسات أشارت إلى إمكانية تأثير المقياس على نتائج الدراسة (مثل ذلك ما أشارت إليه **الدعدي** فيما يخص عدم وجود فروق في الضغط بين والدي الطفل المعاق والطفل العادي، وقد أوعزت ذلك لكون المقياس المستخدم في قياس الضغط هو مقياس عام للضغط النفسي)، وهذا ما دفع بنا إلى التحري الجيد والبحث عن مقياس خاص بالفئة المعنية بالدراسة في بحثنا.

***من حيث الأهداف** كما رأينا يوجد خمس مجموعات من الدراسات السابقة وهي:

-المجموعة الأولى: أكدت أثر مرض الطفل على الحياة النفسية لأسرته وخاصة والديه حيث يتعرضون لضغوط كبيرة لها عواقب وخيمة على تكيفهم النفسي والأسري والاجتماعي.

-المجموعة الثانية أشارت إلى أهم عوامل التوافق الزوجي، وكيفية تأثيره بالضغوطات

-المجموعة الثالثة تناولت الضغط النفسي الناجمة عن مرض الطفل وتأثيره في التوافق الزوجي لوالديه.

-المجموعة الرابعة بحثت في مدى فاعلية البرامج الإرشادية في تخفيض الضغوط، وكذا بحوث تقييمية لهذه البرامج عموماً.

-المجموعة الخامسة تناولت برامج لتحسين التوافق الزوجي: والتي أكدت على فاعلية بعض المهارات في تحقيق ذلك.

*من حيث النتائج: تنوع نتائج الدراسات، وذلك وفقاً لتنوع أهدافها، وقد اتفقت على مجموعة من الحقائق الآتية:

بشكل عام أكدت الدراسات السابقة على أثر الضغوطات الناتجة عن مرض الطفل بالسرطان على الأسرة وخاصة الوالدين، كما أشارت الدراسات إلى تعدي آثار الضغوطات إلى كل جوانب الحياة اليومية للوالدين بما فيها التوافق الزوجي لهما. لذلك أكدت العديد من الدراسات على ضرورة التكفل الثنائي مريض-ذويه واعتبارهما وحدة واحدة في الرعاية الصحية.

كما أكدت الدراسات على ضرورة توفر خدمات إرشادية للتخفيف من هذه الضغوطات، وتحسين تكيف الطفل المريض وأسرته.

وبيّنت أن أكثر البرامج فاعلية مع هذه الفئة هي تلك القائمة على الإرشاد الجماعي وفق الفنيات والأساليب المعرفية السلوكية مثل: المحاضرات والنمذجة ومهارات حل المشكلات، ومهارات الاتصال... الخ.

وكما رأينا من خلال استعراض الدراسات السابقة يتجلى لنا أثر ومفعول البرامج الإرشادية المبنية على مبادئ النظرية المعرفية السلوكية، في تحسين الحالة النفسية

خاصة فيما يخص خفض درجة الضغوط النفسية. وبالخصوص فاعلية البرامج الجماعية في التأثير على مرضى السرطان وشركائهم وكذا تحسين التوافق النفسي. كما لاحظنا فاعلية التدريب على مهارات الحوار والتواصل في تحسين التوافق الزوجي وهوما يبرر اعتماد الباحثة على الفنيات الإرشادية المعرفية والسلوكية لبناء البرنامج الإرشادي المستخدم في البحث، والمقدم لوالدي الأطفال المصابون بالسرطان.

*مكانة البحث الحالي:

مما سبق نجد أن البحث الحالي يتفق مع القليل من البحوث في متغيرات الدراسة: الضغط النفسي والتوافق الزوجي، غير أنه يختلف عنها في تناوله لآثار الضغط النفسي، وهومن البحوث القليلة التي التقت لمسألة التوافق الزوجي للوالدين وعلاقته بالضغط النفسي الناتج عن مرض الطفل بالسرطان (في حدود علمنا) يتفق مع بعض البحوث في استخدام نفس الأدوات لجمع المعلومات وتحليلها؛ كما يتفق مع العديد من البرامج في استخدام فنيات وأساليب الإرشاد المعرفي السلوكي الجماعي.

الفصل الأول: الطفل والسرطان

تمهيد:

الطفل كائن في مرحلة النضج والتطور، يحتاج خلالها إلى ثلاث مستويات لتحقيق الصحة وهي: الجانب البيولوجي الجسدي والجانب النفسي والجانب الاجتماعي، هذه الجوانب هي التي تشكل وحدة الإنسان المنسجمة والمتكاملة، وفي حالة اختلال أحدها كالمرض الجسدي يؤدي إلى اختلال السلوك التوافقي للفرد، وإصابة الطفل بمرض خبيث وخطير كالسرطان يعتبر قمة ذلك الاختلال، وهذا لأنه يجتمع فيه في آن واحد مصطلحين متناقضين تماما هما: **الطفولة والموت**، الأمر الذي يعتبر غير منطقي وغير طبيعي، لأنه يسبب تغير كبير على المستوى الجسدي للطفل يؤدي إلى اضطراب على الجانب النفسي يمس الطفل وكل المحيطين به والقائمين على رعايته، خاصة والديه، اللذان يريان في السرطان نهاية طفلهما، فتتشابك الأمور لديهما وتتدافع تساؤلاتهما في اتجاهات مختلفة بين الصدمة الناتجة عن التشخيص احتمال موت الطفل، وسبب الإصابة وإمكانية الشفاء، وما المغزى من العلاج...، وهنا يتقرر المضي في العلاج رغم خطورته، فتظهر مجموعة من المشاعر المختلطة بين: تحمل رؤية طفلهما يعاني، مع شعورهما بالعجز عن مساعدته، وبين مشاعر تأنيب الضمير التي تدور حول إمكانية كون لهما دور في سبب الإصابة بالمرض، وبين مشاعر الشك في دورهما ومدى شرعية هذا الدور في نظر طفلهما. إضافة إلى هذا تخليهما عن اهتماماتهما (المادية والاجتماعية والعلائقية والمهنية..)، وواجباتهما (الزوجية والوالدية والمنزلية...)، فهم يتخلون عن كل هذا سعيا للبقاء مع الطفل المريض والحرص على رعايته والتكيف مع احتياجاته.

1- ماهية مرض السرطان:

1-1 تعريف السرطان:

استعملت كلمة سرطان في البداية لوصف الأنواع المختلفة من الأورام، وبالرغم من أنه في أغلب الأحيان يعتقد أن السرطان هو عبارة عن مرض واحد، إلا أنه في الحقيقة تعبير يستعمل لوصف ما يزيد عن 200 مرض مختلف. (Nezu et al., 2003, p. 26)

والسرطان ليس مرضاً منفرداً، بل هو مصطلح يعبر عن مجموعة من الأمراض التي تطل أياً من أنسجة الجسم، ويشمل مجموعة متنوعة من الأورام الخبيثة التي تكون فيها الخلايا غير طبيعية تنقسم بطريقة لا يمكن السيطرة عليها، وتتصف بسرعة تكاثر الخلايا على نحو غير منتظم. يمكن أن تغزو هذه الخلايا السرطانية الأنسجة القريبة ويمكن أن تهاجر عن طريق الدم أو الجهاز الليمفاوي إلى أجزاء أخرى من الجسم. (Eyre et al., 2009)

وبتحليل التعريف نجد ثلاثة عناصر هي:

أولاً: أن الخلايا يجب أن تكون غير طبيعية، لأن الخلية غير الطبيعية قد تصنع أو لا تصنع هي خلية خبيثة، العنصر الثاني تنقسم بدون سيطرة، ومنه فإن الخلايا غير الطبيعية تكون أكبر عدد من المعتاد، والعنصر الثالث وهو الغزو أو الانتشار والانبثاث وبالتالي يمكن أن تنتشر الخلايا الخبيثة أيضاً إلى أجزاء أخرى من الجسم من خلال الدم والجهاز الليمفاوي. فهو داء خبيث تتحول فيه الخلية الطبيعية إلى خلية مشوشة تنمو نمواً شاذاً وفوضوياً إذا لم تستأصل، وهذا النمو والتكاثر الدائم يوجد عدد كبير من الخلايا السرطانية تعمل على غزو الأنسجة السليمة، وعند وصول الورم إلى الدورة الدموية واللمفاوية في الجسم فستنتشر عن طريق هذه الدورة إلى الجسم.

فكلمة السرطان تشير إلى مجموعة من الأمراض الورمية المتشابهة في خواصها والتمثالة في نمط سلوكها، والتي تنشأ بخلايا الجسم، الوحدة الأساسية في تركيبه البنية الجسدية، والتي بدورها تتكون من خلايا متعددة مختلفة الأنواع والوظائف، وتولد هذه الخلايا وتتكاثر طبيعياً، وتنمو وتصل أطوار البلوغ والنضج، وتقنى حسب نظام يتحدد نمطه وفقاً لحاجات الجسم، الأمر الذي يحفظ سلامته، و تتكاثر مختلف

الخلايا وتنمو بوتيرة سريعة خلال السنوات الأولى من العمر، وتتفاوت تبعاً لنوعها، وإلى أن يصبح الشخص بالغا، يتم إنتاج خلايا جديدة بأغلب أجزاء الجسم عند الحاجة لاستبدال الخلايا المهلكة والميتة أو لإصلاح الجروح.

1-2 نشوء السرطن:

السرطن عملية متعددة الخطوات تؤدي إلى النمو غير المنضبط وانقسام الخلايا غير طبيعي. يمكن أن تبدأ هذه العملية بجينات وراثية طفرة أو تلف الحمض النووي الناجم عن عامل خارجي، مثل التعرض لمادة مسرطنة مادة كيميائية أو إشعاعية. بالإضافة إلى ذلك، هناك العديد من التأثيرات الخارجية، مثل التعرض البيئي أو التغذية، يمكن أن تغير التعبير الجيني دون تغيير تسلسل الحمض النووي هذه التعديلات، يشار إليها باسم التغيرات اللاجينية. (Eyre et al., 2009)

وينشأ السرطن حين تصبح خلايا نسيج ما بالجسم شاذة، تنمو وتتكاثر دون تحكم وتخرج عن خط النمو الطبيعي، وبدلاً من أن تموت في النهاية، تستمر في التكاثر منتجة لخلايا شاذة جديدة، فتتكدس الخلايا وتكون كتلة، أو تضخما يسمى بالورم، يقوم بالضغط على الأنسجة المجاورة وإزاحتها، ويمكنه أن يغزو ويدمر الخلايا الطبيعية، يستنتى من ذلك بعض الأنواع، مثل خلايا سرطان ابيضاض الدم، التي لا تكون كتلا ورمية، وإنما تنشأ في الأعضاء المنتجة للدم، وتنتقل عبره إلى بعض الأنسجة والأعضاء الأخرى. يمكن لبعض الخلايا الورمية أن تخرج من محيطها، وتنتقل إلى أعضاء أخرى بالجسم لتواصل نموها الشاذ وغير الطبيعي والخارج عن التحكم، حيث تستقر وتتوالد، لتكون أوراما مثيلة في الموضع الجديد، ويسمى هذا الانتقال بالانتشار أو الانبثاث Metastasis، وتسمى الأورام الناتجة عقب الانتقال عادة بالأورام الثانوية تمييزاً لها عن الأورام الأصلية. (مقاتلي، 2008، ص 25)

1-3 تصنيف السرطان:

لاحظنا عند تشخيص السرطان كثيرا ما يختلط الأمر على المرضى في تسمية السرطانات، وعدم التمييز بين مصطلحاتها، لذلك لابد من الإجابة عن السؤال: ما هو الفرق بين المصطلحات المختلفة؟

ولابد من التطرق إلى التسميات التي عادة تطلق على أي نمو غير طبيعي وهي:
أ- الورم Tumor: وهو أي نمو أو تضخم غير طبيعي، أو ظهور كتلة غريبة في الجسم،
ويعتبر الورم مرادف لكلمة تنشؤ Neoplasm، يقصد بالورم التنشؤ الصلب، وتوجد تنشؤات
غير صلبة مثل اللوكيميا لا تنتج أوراما.

ب- التنشؤ Neoplasm: وهي كلمة انجليزية، تعتبر أكثر دقة من كلمة ورم، وتعني
تكاثر الخلايا ذات الطفرات الجينية، والخلايا المنتشرة نوعان:

* - تنشؤ ورمي حميد Bénin: هو تنشؤ يتصف بأن نموه وتكاثره محدود وغير
غازي ولا يتميز بالانتشار، يمكن استئصاله دون أن يعود للنمو ثانية في أغلب الأحوال،
والأهم من ذلك أنه نادرا ما يعد مهددا للحياة.

* تنشؤ ورمي خبيث Malignant: وهو ما يقصد به السرطان، وهو النوع الخطير الذي
يتميز إضافة إلى البنية والنمو الشاذين بالقدرة على غزو الأنسجة أو الأعضاء
الحيوية سواء المجاورة لموضع نشوئه أو البعيدة، والتأثير عليها وأحيانا تدميرها،
وذلك لمقدرة خلاياه على اختراق الأنسجة والانتشار والانتقال من مواضع نشوئها
إلى مواضع أخرى بالجسم، وفي الأغلب يتم انتقالها إلى المواضع البعيدة عبر الدورة
الدموية والجهاز اللمفاوي.

ويكون تصنيف السرطانات بناء على التشابه بين الخلية السرطانية والسليمة كما يلي:

- **سرطانة Carcinoma**: وهي سرطانات تنبع من الخلايا الظاهرية وهي تشكل أكبر
مجموعة من السرطانات عامة، وخصوصا سرطان الثدي، القولون والمعدة والجلد
والبروستاتا والرئة و البنكرياس.

- **ساركومة Sarcoma**: وهي سرطانات تنبع من العضلات والعظام والغضاريف
والأنسجة الضامة، أو من خلايا اللحم المتوسطة.

- **ميلوما Myeloma**: وهو تنشؤ خبيث، ينشأ في الخلايا البلازمية للنخاع العظمي.

- **ليمفوما lymphoma**: هو سرطان ينبع من الجهاز اللمفاوي، مثل سرطان الغدد
الليمفاوية هودجكين وغير هودجكين.

- **اللوكيميا leukemia**: وهو سرطان ينبع من خلايا الدم والجهاز الليمفاوي هو المكان

الذي تنشأ فيه الأورام اللمفاوية والورم النخاعي وسرطان الدم. (Ang & Tay, s.d.)

1-4 أسباب السرطان:

هناك مجموعة من العوامل المسببة والمسهلة لحدوث السرطان نذكر منها:

1-4-1- العوامل الكيميائية: وهي مواد تحدث طفرات، تسمى بالمواد المطفرة، وعند تراكم عدة طفرات في الخلية قد تصبح سرطانية، وتسمى المواد التي تحدث طفرات بالمواد المسرطنة، هناك مواد محددة مرتبطة بسرطانات محددة، مثل التدخين بسرطان الرئة، والتعرض لحجر الأسبوتس قد يؤدي إلى حدوث أورام الميزوثيليوما Mesothelioma، أما الكحول فهو من المواد المسرطنة، وغير المطفرة، ويعتقد أن هذه المواد تؤثر على الانقسام الميتوزي وليس على المادة المورثة، فهي تسرع من انقسام الخلايا الذي تمنع أي تدارك لإصلاح أي تلف في المادة المورثة.

1-4-2 العوامل الإشعاعية: التعرض إلى الأشعة قد يسبب السرطان، ومثال ذلك الإشعاعات المنبعثة من غاز الرادون المشع أو التعرض إلى الأشعة فوق البنفسجية من الشمس. والإشعاعات المؤينة التي تستخدم في التصوير بالأشعة السينية.

1-4-3 الأمراض المعدية: بعض السرطانات تنتج من عدوى فيروسية ومن أهم الفيروسات المرتبطة بالسرطانات هي فيروس الورم الحليمي البشري، والتهاب الكبد الوبائي B وC، وفيروس اللمفومة وبيضاض الدم. وتنقسم السرطانات التي سببها عدوى فيروسية بحسب تغيير الفيروس الخلية السليمة إلى خلية سرطانية إلى قسمين، أولهما سرطانات فيروسية حادة التغير، وثانيها سرطانات فيروسية بطيئة التغير، في السرطانات الفيروسية حادة التغير، يحمل الفيروس جين يحفز من إنتاج بروتين من جين ورمي وعندها تتحول الخلية السليمة إلى خلية سرطانية، وفي المقابل تتكون السرطانات الفيروسية البطيئة عندما يلتحم جينوم الفيروس في مكان قريب من جين ورمي أولي في الخلية السليمة، وبما أن الفيروس يقوم بتشفير جيناته، فبسبب تجاوز الجين الفيروسي والجين الورمي يتم أيضا تشفير الجين الورمي، وقد تم مؤخرا اكتشاف ارتباط بين سرطان المعدة والبكتيري الملوية البوابية *Helicobacter pylori* والتي تحدث التهاب في جدار المعدة، وقد تؤدي إلى إصابتها بالسرطان.

1-5-4 عوامل هرمونية: قد يحدث الخلل الهرموني آثار تشبه آثار المسرطنات غير المطفرة، فهي تزيد من سرعة نمو الخلايا، وتعد زيادة الاستروجين التي تعزز حدوث سرطان بطانة الرحم من أحسن الأمثلة على ذلك.

1-5-5-5 العوامل الوراثية: وهي انتقال جين يحمل طفرة من أحد الأبوين إلى الابن، وتعد من أهم المسببات لمعظم السرطانات من أمثلة السرطانات المرتبطة بطفرة نجد متلازمة داون، التي تتطور إلى سرطان اللوكيميا أو الخصية.

1-5-6 التاريخ العائلي: تواجه بعض العائلات خطرًا كبيرًا للإصابة بمرض السرطان. تعود الزيادة في خطورة الإصابة بالمرض أحيانًا إلى جين محدد، وتعود أحيانًا إلى جينات متعددة تتفاعل سوية. قد تغير العوامل البيئية -التي تؤثر على جميع أفراد العائلة- هذا التفاعل الجيني، وتؤدي للإصابة بالسرطان.

1-4-7 النظام الغذائي: هناك بعض المواد الغذائية أن تزيد من خطر الإصابة بالسرطان، الأغذية الغنية بالدهون غير المشبعة، قد تسبب سرطان القولون، وسرطان الثدي، وربما سرطان البروستات. كما أن الكحول قد يسبب الإصابة بسرطان الدماغ والعنق والمريء، الأطعمة المدخنة والمخللة و اللحوم المشوية تزيد من خطر الإصابة بسرطان المعدة. (Gale, 2022)

1-5-5 أعراض السرطان:

هناك مجموعة من الأعراض المرتبطة بمرض السرطان، يمكن تصنيفها كما يلي:

1-5-5-1 أعراض ناتجة عن النمو السريع وغير الطبيعي للخلايا:

تؤدي وتيرة النمو السريع وغير الطبيعي للخلايا السرطانية إلى استهلاك طاقة الجسم بشكل كبير واستنزاف موارده، لتغذية هذه الوتيرة المتسارعة للنمو على حساب احتياجات بقية أعضاء الجسم ووظائفها الحيوية وهذا قد يسبب: فقدان الدم نتيجة الاستهلاك المتزايد، الإنهاك والتعب، نقصان الوزن والنحول، فقدان الشهية، عسر الهضم، إمساك أو إسهال، حرارة غير عادية، مع ضعف الحالة العامة للجسم، التي يصعب التحكم فيها بالعلاج بالمضادات الحيوية، آلام متناقلة ومتواترة الحدوث دون أسباب معينة. (Schweitz & Dantzer, 2003, p. 3)

1-5-2 أعراض ناتجة عن فقدان وظيفة العضو المصاب:

إن الخلايا السرطانية لا تؤدي وظائفها بصفة طبيعية، إنما تؤديها بشكل مضطرب على هيئة زيادة غير طبيعية في معدلات العمل مثل: الإفراز الزائد لبعض الغدد (مثل الغدة الدرقية أو البنكرياس)، أو نقص في الأداء أو توقفه بشكل كامل، مثلما يحدث بالفشل الكلوي أو الرئوي أو قصور الكبد، وأتحلل مكونات الدم، كما قد تتجمع هذه الخلايا بسبب النمو السريع مُشكِّلة كتلة تحتل حيزاً ليس لها، فتُعرق عمل العضو المصاب، كأن تتشكل كتلة في الأمعاء فتسدها، أو كتلة داخل الرأس تضغط على المناطق العصبية فتعطلها، أو ظهور كتل ليفية على مستوى الثدي أو الغدة الدرقية. (Schweitz et Dantzer, 2003, p.3)

1-5-3 أعراض ناتجة عن الانتشار والتأثير على الأعضاء الأخرى:

- الغزو المباشر؛ أي أن تنمو الخلايا مخترقة الأنسجة إلى أنسجة أخرى مجاورة، وفي طريقها قد تصطدم بأي شيء يقف في طريقها.
- حدوث تمزقات في الأوعية الدموية ومن ثم نزيف.
- ضغط على المناطق العصبية وحدوث آلام شديدة.
- نفث دم متكرر، نزيف رحمي، بول دموي، نزيف شرجي.
- تقرحات جلدية، أو تقرحات مخاطية. (Schweitz & Dantzer, 2003, p. 3)

1-6-6 علاج السرطان:

يعتبر مرض السرطان مجموعة من الأمراض، لذلك فعلاجه كذلك يستوجب مجموعة من العلاجات، والتي تختلف حسب مكان السرطان ودرجته ومرحلته وحالة المريض، وفيما يلي نذكر أهم هذه العلاجات:

1-6-1 العلاج الجراحي: ويستهدف العمل الجراحي الوصول إلى موضع الورم من

أقصر الطرق، وأقلها تأثيراً على الأنسجة السليمة، ومن ثم التحقق من تسرطن الورم، عبر استخلاص خزعة وتحليلها، تمهيدا لاستئصال أكبر كم ممكن منه.

1-6-2 العلاج الكيميائي: هو نوع من الأدوية التي تُوقف نمو الخلايا، وتمنع انبثاقها

وانقسامها، وهو نوع من السُمِّية للخلايا، حيث تصيب الخلايا النامية بالتلف، ومشكلة

العلاج الكيميائي أن سُمّيته تطل الخلايا السرطانية وغير السرطانية، وبالذات الخلايا ذات النشاط الحيوي والمتجددة. وقد يستعمل العلاج الكيميائي تلطيفيا لتصغير الأورام، ولتخفيف الألم وتقليل الأعراض، كما قد يستعمل قبل الجراحة أو بعدها.

1-6-3 العلاج الإشعاعي: يوظف العلاج الإشعاعي التطبيقات المختلفة للإشعاع في تدمير بنية الخلايا السرطانية ومعالجة الأورام، سواء باستخدام العناصر والنظائر المشعة، أو توليد دفق إشعاعي عالي الطاقة وتسلطه على الأنسجة والخلايا الورمية، بغيرية القضاء عليها نهائيا أو تقليص كتلة الورم لتخفيف تأثيراته، يمكن أن يحدث هذا العلاج آثارا جانبية مثل الغثيان، التقيؤ، إسهال، فقدان الشعر، فقر الدم، ويمكن لهذه الآثار الجانبية أن تتبدد بعد أن تأخذ الخلايا وقتا لتجدد وتستأنف نشاطها الطبيعي (Nezu & al, 2003, p. 269)

1-6-4 العلاج المناعي: يعرف أيضا بالعلاج الحيوي أو المعدل للاستجابة الحيوية، وهو علاج يقوم على تفعيل آليات عمل الجهاز المناعي المختلفة، خصوصا الآليات المتعلقة بتمييز الخلايا الدخيلة، وإثارة ردود الفعل المناعي، وذلك باستخدام مركبات حيوية تفرزها خلايا المنظومة المناعية طبيعيا.

1-6-5 علاجات أخرى:

أ- العلاج بواسطة زراعة النخاع العظمي: يهدف هذا العلاج إلى استبدال خلايا المنتشأة بالنخاع المصاب بالسرطان أو المحبب بالعلاجات، بخلايا سليمة ومعافاة قادرة على النمو و التكاثر و إنتاج خلايا الدم.

ب- العلاج الهرموني: وذلك لبعض الأورام المتأثرة بالنشاط الهرموني مثل علاج التاموكسفين لسرطان الثدي، علاج البروجسترون السرطان البروستات.

ج- العلاج الجيني: ويستهدف هذا العلاج الجينات التي تؤدي إلى طفرة التحول.

د- العلاج الموجّه: وهي مجموعة من الأدوية الموجه التي تستهدف أجزاء نوعيّة من الخلايا السرطانية و تدمرها، ويجري استخدامها في كثير من الأحيان لعلاج السرطان عند الأطفال.

2- الطفل والسرطان:

2-1 خاصية السرطان عند الطفل:

ينشأ السرطان لدى الطفل بنفس المواضع تقريباً حيث تنشأ أورام البالغين، غير أن بعض الأنواع شائعة أكثر لدى الأطفال، ومن جهة أخرى تختلف أورام الأطفال عن أورام البالغين، ولا تنتهج سلوكاً مشابهاً بشكل دائم ولا تتم معالجتها بنفس الخطط العلاجية، كما أنها لا تستجيب للمعالجات بنفس الوتيرة، إضافة إلى ارتفاع معدلات الشفاء القياسية مقارنة بأورام الكبار، لذلك ينصح الأطباء بضرورة تجنب القراءة عن أورام الكبار بغية التعلم عن أورام الأطفال أو التكهن بفرص الشفاء الممكنة لحالة أي طفل مريض، إذ تختلف الخطط العلاجية ومؤشرات التكهن بالمرءود العلاجي وتطورات المرض عند الأطفال بشكل كبير عنها لدى البالغين، حيث تبلغ معدلات الشفاء القياسية لدى أورام الأطفال في المتوسط نسبة 75% وترتفع هذه النسبة إلى أكثر من 90% عند بعض الأنواع، بينما تبلغ لدى الكبار في المتوسط 60%، ويعتقد أن هذا الفرق ناتج عن حقيقة كون أورام الأطفال أكثر استجابة وتفاعلاً اتجاه العلاجات. (Oppenheim, 1996, p. 18)

2-2 أنواع سرطان الأطفال:

يُعد السرطان في الطفولة نادراً مقارنةً بالسرطان لدى البالغين، ولكنه يعتبر أحد الأسباب الرئيسية لوفاة الأطفال والمراهقين، أكثر من أي عامل آخر. وسرطانات الأطفال الأكثر شيوعاً هي اللوكيميا (وسرطان الدم النخاعي الحاد LAM)، ابيضاض الدم اللمفاوي (LAL) وتشكل حوالي 30%، وتشكل LAL نسبة 80% من اللوكيميا وعادة نجدها عند الفئة العمرية بين 2-5 سنوات، وأورام المخ والحبل الشوكي وتشكل حوالي 30% من سرطانات الأطفال، وعادة تصيب الأطفال الأقل من 15 سنة وتعتبر أورام الجهاز العصبي المركزي أكثر الأورام الصلبة انتشاراً بنسبة 90%، ثم نجد الورم الأرومي العصبي (Neuroblastoma) وورم ويلمز (الورم الرومي الكلوي): (Néphroblastoma) التي تصيب أطفال فئة 0-5 سنوات. (Vassal et al, 2009)

كما نجد أنواع أخرى أقل انتشاراً، مثل الأورام الليمفاوية (بما في ذلك كل من هودجكين وغير هودجكين)، والساركوما العضلية المخططة (Rhabdomyosarcoma)، الورم الأرومي الشبكي (Retinoblastoma)، سرطان العظام (بما في ذلك الساركوما العظمية وساركوما إوينغ). أما الأنواع الأخرى المتبقية من السرطانات نادرة عند الأطفال، لكنها تحدث أحياناً. في حالات نادرة جداً، قد يصاب الأطفال بسرطانات أكثر شيوعاً عند البالغين (American Cancer Society int, 2022).

2-3 مضاعفات العلاج عند الطفل:

يستخدم الأطباء نفس العلاجات المذكور عند الراشد تقريبا ، بما في ذلك الجراحة والمُعَالَجَة الكِيمِيائيَّة والمُعَالَجَة الإشعاعية، لكن باعتبار الطفل لا يزال في مرحلة النمو، قد يكون للعلاج المناعي والعلاج المُوجَّه تأثيرات جانبية لا تحدث عند البالغين؛ فعلى سبيل المثال، قد لا يحدث نمو بالحجم الكامل لذراع أو ساق جرت معالجتها بالأشعة، وإذا جرت مُعَالَجَة الدماغ بالأشعة، فقد لا يكون النمو العقلي طبيعياً. كما أنَّ الأطفال الذين نجوا من السرطان يكون أمامهم أيضاً سنوات أكثر من البالغين تحدث فيها عواقب طويلة الأجل للمُعَالَجَة الكِيمِيائيَّة والمُعَالَجَة الإشعاعية، وهي تنطوي على: العقم، ضعف النمو، ضرر في القلب، الإصابة بسرطان ثانٍ (يحدث هذا عند عدد ما يتراوح بين 3 إلى 12% من الأطفال الذين نجوا من السرطان)، إضافة إلى المشاكل نفسية واجتماعية. ونظراً إلى أنَّ مثل هذه العواقب الشديدة تكون مُحتملةً وتكون المعالجة معقدة، فإن مُعَالَجَة الأطفال الذين يُعانون من السرطان تكون أفضل في المراكز التي يمتلك الاختصاصيون فيها خبرة في مُعَالَجَة السرطانات عند الأطفال. كما يستند احتمال حدوث سرطان ثانٍ إلى نوع السرطان الأول وإلى نوع أدوية المعالجة الكيميائية التي جرى استخدامها لمعالجة السرطان الأول. (Gale, 2022).

2-4 عبور الطفل لتجربة السرطان:

لا يمكن للطفل أن يفهم الشروح المتعلقة بمرضه وبالعلاج إذا لم يصل إلى درجة من النضج المعرفي. يحدد الطفل المرض كحالة انزعاج عامة "un malaise"، إنه مريض حين لا يشعر بالراحة، من سن ست إلى سبع سنوات إلى عشرة وإحدى عشرة

سنة يستطيع الطفل تقديم تعريفات أكثر موضوعية عن المرض بالإشارة إلى بعض الأعراض مثل: التقيؤ، ارتفاع الحرارة... يدرك المرض كحدث داخلي ناجم عن ظروف محددة، متقبلاً تفسيرات الراشدين للأسباب المنطقية للمرض هذا لا يعني أنه سيفهمها ويكيف سلوكياته مع صعوبات العلاج.

في حوالي السنة الحادية عشر إلى الثانية عشر يحصل الطفل على فكرة عامة عن المرض، تبقى أهميته وخطورته مرتبطة بعواقبه: علاج، استشفاء محتمل..

بإمكانه مع المراهقة تفسير المرض بمفاهيم بيولوجية، وفيزيولوجية، وبالخلل الوظيفي. ويرى أوبنهايم Oppenheim (1996) أن السرطان يعمل على إبراز تساؤلات قديمة كما يؤدي إلى تساؤلات جديدة تحت الضوء العنيف للموت المحتمل، تصدر هذه التساؤلات عن الواقع الملموس للمرض ولا تتلخص في الشكل الكاريكاتوري (أن نخبره أونخفي عنه الحقيقة) إنما تذهب إلى أبعد من معرفة اسم المرض والتنبؤ به، إنها تساعد الطفل على استرجاع المبادرة وعلى استرجاع ملكية المعنى للحياة.

لكن إذا لم يملك الوسائل لمعرفة ومتابعة سيرورة العلاج، يفقد ثقته في المعالجين وفي والديه ثم في ذاته فيتخلى عن الرغبة في فهم ما يجري، وفي مواجهة هذه التساؤلات، يسلم جسمه للمعالجين وانشغالاته للوالدين (ينطوي في حزن وسلبية ولن يضطرب مستقبلاً لأية مسألة فيصبح السرطان مجرد حكاية طبية تكفل بها المعالجون). (Oppenheim, 1996, p. 33)

حين يضعف الوالدان والإخوة أو يفقدون معالمهم، يفقد الطفل ركائزه ويبقى وحيداً في مواجهة المرض رغم تواجد الأسرة، أياً كان سن الطفل فهو متقطن لكل ما يجري في جسمه، وحوله، وبينه وبين والديه يبحث عن فهم الحاضر وفهم ماضيه من خلال الوضعية الحالية، يمكن استخدام أي شيء كعلامات نداء مثل: تغير الطبع السلوكي، تساؤلات مباشرة أو منوّهة، طريقة اللباس، اللعب، الرسم والكلمات التي قد لا يكون لها أية علاقة ظاهرة بالمرض.

لا يمكننا فهم نفسية الطفل المريض بالسرطان، إلا إذا أرجعت هذه التجربة التي تحمل إمكانية التعرض لموت الذات، إلى حدود التحمل، إلى المعنى، وإلى تشقق البنية الأسرية والمكانة التي يحتلها، وإلى خطر إضاعة الشعور بالهوية والانتماء إلى الرابطة

البشرية. قد يتساءل لما لم يستطع والداه حمايته ومنع السرطان عنه، أليست لهما القدرة المطلقة، إذن بما وفيمن سيق؟ أم أنهما أصبعا لا يرغبان في عيشه؟ بهذا تهتز معالمه ويضعف يقينه، تتغير صورة جسمه شعوريا ولا شعوريا فيشعر بهشاشته بفعل هذا الدخيل، إن تطور السرطان بداخله وآثار العلاج (تساقط الشعر، وبتر عضو) يفقده حبه لجسمه ويفقده ثقته فيه، ويتخلى عن الرغبة في إظهاره وفي استعماله بحرية، لا يشعر بالراحة فيه ولا يتعرف فيه على نفسه.

على الطفل أن يدرك ويسمي هذه الأحاسيس غير المعتادة والشديدة وأن يسمع تساؤلاته للآخرين: ما الخطأ الذي ارتكبه ليحمل السرطان؟ أما زال هو نفسه فيزيولوجيا ومعنويا، أم تغير؟ أما زال والداه يتعرفان عليه؟ أم هو من لم يعد بمقدوره أحيانا التعرف عليهما؟ هل أصبح بالنسبة لهما جسم مريض، وطفل مريض، ومستقبل معوق، وطفل خان آمالهما، أم طفل يكتشفان معه الحب مجددا؟ (Oppenheim, 1996, p. 29)

إن نظرتة للعالم لم تعد نفسها، فهو معرض لتساؤلات جديدة دون إمكانية الارتكاز على الأقارب الفاقدين مثله لأسلحتهم، عليه فهم عالم الطب، ومواجهة الموت المحتملة، ومواجهة الألم، والانفصال، والفقدان، والغياب، والحزن، "وأمام هذا يكتشف أن معرفته بكل هذا ومعرفة أقاربه لا تعينه، وأن الحضور المهم والقريب للآخرين لا يحميه من هذه الوحدة الجذرية، إنه الوحيد المحتمل موته" (Oppenheim, 1996, p. 29)

إذا شفي الطفل لا يكون الشفاء أمرا بسيط، فقد يشعر بالتخوف من إيقاف العلاج، وكل التساؤلات التي كانت معلقة ستبرز من جديد: هل سيصبح حملا، وموضوع عار، وشفقة وتوتر؟ لما هو بالذات؟ لما لم يصب إخوانه وأخواته؟ أليسوا مسؤولين أوفرحين؟ أليسوا غيورين كونه استحوذ على كل اهتمام الوالدين؟ وإذا كان عليه التضحية من أجل مرضه، ألن يشعر بالعار أو الذنب؟ كيف السبيل للحفاظ على علاقة عادلة بالوالدين، والأجداد والإخوة؟ هل يعمل السرطان على الإخلال بالتوازن الأسري وبقواعد الحياة؟

2-5 الاستشفاء:

يعرف الاستشفاء بأنه المدة التي يقضيها الفرد داخل المستشفى أو أي قطاع استشفائي ويسمى الخاضع للاستشفاء بالنزيل، الذي تستدعي حالته الصحة الدخول للمستشفى. وقد ذكر ستون Stone (1985) أن الأطفال المرضى يحتاجون إلى تقبل من

آبائهم باستمرار، حتى يشعروا بأنهم مثل الآخرين ولا ينقصهم شيء. (Stone ، 1985 ، كما ورد في الشويخ، 2007، ص 97)

فدعم الأبوين للطفل المريض في حالة استشفاء من الأمور المهمة، إذ تُمكن معظم المستشفيات الآن الأبوين من المكوث فترة أطول لدى زيارة أبنائهم، من خلال منح الآباء الحق في الزيارة في أي وقت على مدار الأربع والعشرين ساعة.

وقد وجد تيببي وآخرون، Tebbi (1985) في دراستهم أن الأمهات يقدمن 80% من المساندة لأبنائهم الذين يخضعون للبر كعلاج لأورام العظام، ثم يليها الأطباء بـ 59%، ثم الأصدقاء. (Tebbi ، 1985، كما ورد في الشويخ، 2007، ص 183)

لذلك وضعت الجمعية الأوروبية (E.A.C.H) قانون مكيف تنص مادته الثانية والثالثة على أن أي طفل في المستشفى له الحق في تواجد الآباء إلى جانبه ليلاً ونهاراً كيفما كانت حالته ومهما كان سنه، وتشجع الآباء على البقاء بجانب أطفالهم، وتهيئ وتسهل لهم الإمكانيات.

3- تجربة المرض في الأسرة:

3-1-1-3 الطفل والوالدين:

3-1-1-3-1 الطفل المريض:

إن إصابة الطفل بقصور خلقي أو عاهة، أو مرض خطير قد يفجر قلق الأم والوالدين كليهما من خلال إثارة نقصهما اللاواعي، عاهة الطفل تتخذ دلالة إلحاق الأذى بصورة الذات وتكاملها عند أحد الوالدين، وخصوصاً الأم التي يجسد الطفل جزءاً من جسدها، ونتاجاً لهذا الجسد. وتتفاقم المسألة إذا كانت صورة الجسد تعاني من الاضطراب أصلاً، هنا تتشكل علاقة مرضية بينها وبين الطفل المصاب، الذي يمثل في إصابته التعبير الخارجي عن النقص اللاواعي عندها، ويكون نتيجة هذا التشكل مواقف دفاعية متعددة ومتجاذبة في آن معا: نبذ الطفل، الشعور الشديد بالإثم وتفجر القلق، الحماية الزائدة، تفجر العدوانية ضد الظروف الخارجية، أو الوقوع في أمل الشفاء السحري من المرض، في كل الحالات هذه تبعد العلاقة عن الواقعية الكفيلة بتوفير أفضل الحلول، ويتوقف المرض في النهاية على موقف الأب ومدى التأزر الزوجي، في حالة الغياب أو إدارة الظهر للرباط الزوجي، وللعلاقة مع الأبناء يقع بعض هؤلاء

أسرى مآزق الأم المرضي، أما إذا كان للأب حضوره النفسي والرعايي الكافي فإنه يعدل من وطأة تشكل الرباط المرضي، والعكس صحيح بالنسبة لحضور الأم في علاقة الأب بالأبناء، فهي قد تعدل هذه العلاقة، مما يحمي الأبناء، وأوتركها تتفاقم وتدخل في حالة مأزقية. (حجازي، 2000، ص 209)

3-1-2- حاجة الطفل المريض لوالديه:

لقد اشتد المرض على الطفل وطالت فترته، وأصبح ملازما فراشه يتناول الحبوب ويتحمل آلام الحقن ووخزاتها ومشاهدة الممرضات والأطباء، وبدلا من أن يلعب مثل بقية الأطفال، يضطر إلى البقاء لا يتحرك إلا أقل الحركة وببطء شديد، فيمس شغاف القلوب ويشيع في نفوس ذويه الانكماش، والأسى وينعكس هذا الأسى على الطفل نفسه، وأشد ما في هذا الأسى أن الأم وكذا الأب لا يستطيعا أن يقتنعا نفسيهما بعدم الاهتمام لأن المسألة ليست بسيطة أو من صنع الخيال، وإنما هي مسألة حقيقية واقعية بنيت على أساس ما قاساه الطفل وعلى ضوء تحذيرات الأطباء، فربما كان الطفل معرضا للوفاة، أو ربما يكون قد هدّه المرض فتركه هشاً ضعيف المقاومة أو التحمل أو يكون معرضا للنكوص بعد شفائه، أولهذه العوامل مجتمعة. وفضلا عن هذا فإن هناك ما يشغل بال الأبوين أكثر من حالته الجسمية ذلك أن انقضاء عام أو عامين أو بضعة شهور هي في الواقع فترة لا يستهان بها بالنسبة إلى حياة الطفل التي عاشها وهكذا فإن الطفل مضطر لملازمة الفراش، كما أنه مرغم على أن يخسر من نشاط مرحلة الطفولة المرححة ما كان ينبغي أن يستمتع به فيقضيه في سعادة إن الطفل المريض يمس القلوب ويحز في نفسية والديه. (السبيعي، 1985، صفحة 575)

وإذا ترك الوالدين نفسيهما غارقين في بحر من الأسى، فإنهما يعرضان طفلهما لتأثير عاطفي قد يطول، ويشتد أكثر من التأثير الجسدي ولا شك أن شعور الطفل بالمرض سيكون من نفس شعور ذويه تجاه المرض، فإذا كان اتجاه ذويه وتصرفهم سليما، يصبح الطفل سليم العاطفة بالرغم من ضعف جسمه، وإلا فإنه يضطر إلى تحمل المعاناة الجسدية والنفسية. وقد يتمكن الطبيب المعالج من إرشاد الأبوين فيما يتعلق بالمشكلات العاطفية الناجمة عن المرض، ونعلم أن لكل طفل خصائصه الفردية التي

تجعله يختلف في التعامل مع المرض عن طفل آخر، ومع ذلك فإن هنالك مبادئ عامة للصحة النفسية يمكن معرفتها وتطبيقها. (السبيعي ، 1985 ، ص 576)

3-2 تأثير المرض على الأسرة:

يقول عادل صادق: «نحن بصدد موضوع شديد الحساسية، فنحن لسنا بصدد مريض واحد، ولكننا نواجه أسرة المريض بأكملها، كما أن هذا المريض ليس شابا أو رجلا أو امرأة ولكنه طفل، وهذا يجعل الألم أشد سواء ممن يعرفونه أو ممن لا يعرفونه، فأكثر المواقف صعوبة يتعرض لها الأطفال وعائلاتهم هي الإجهاد النفسي، وخاصة في العام الأول بعد تشخيص المرض ومعرفتهم بحقيقة المرض. ويتوقف رد الفعل النفسي للإجهاد العصبي أولا: على الصدمة الأولية التي تؤدي إلى تغيرات نفسية يصاحبها تفاعلات عاطفية من القلق والشعور بالخطر، ثانيا: إيجاد طريقة لنفسه يستطيع بها التعامل مع الموقف الصعب الذي يعرضه للأذى، فإذا نجح فيتحسن قلقه، أما في حالة فشله فيستمر الضغط العصبي مما يؤدي إلى الاكتئاب ويؤثر على السلوك، وتبدو المساعدة الاجتماعية هي العامل الواقي الذي يقلل من صدمة الضغط النفسي. أن مصادر الضغط النفسي للطفل مريض السرطان كثيرة منها:

- اعتباره وصمة عار، - إشاعة أنه غير قابل للشفاء أو مميت أو أن العلاج غالي التكاليف، - أن التعامل مع حالات المرض معجزة ومؤلمة، - توقع المضاعفات، - التعامل مع المستشفيات، - التعامل مع بروتوكولات علاجية، - التعامل مع الهيئة الطبية من أطباء وممرضات، - الوقت، - العوامل الاجتماعية والنفسية.

وتشير الأبحاث أن أمراض السرطان عند الأطفال لها تأثير قوي على التوازن النفسي للأطفال ولعائلاتهم، كما أن الأطفال الذين تظهر عليهم حدة المشاكل النفسية تزيد فيهم نسبة الوفيات ويصبح الأطفال وعائلاتهم محبطين نفسيا، وخاصة في العام الأول بعد تشخيص المرض، وتقل الأعراض خلال العام الثاني، كما ينام الأطفال أقل من المعتاد، ويشعر الأب والأم بالإجهاد والقلق وقلة النوم، ويؤكد الدكتور "عادل صادق" على أن هذه الأبحاث تظهر أهمية التنبيه إلى الاحتياج للتدخل المبكر للأطفال وذويهم إذا ظهر فشل المساعدة العامة في تقديم مساعدة كافية وهذا قد يتضمن المساعدة لتقليل خوف الأطفال من الحقن أو القيء المستمر وصعوبة بلع

الأدوية، وكذلك تؤكد الأبحاث أن الأعراض العقلية الناتجة من أمراض السرطان في 30%-50% من المرض تتطلب تشخيصا نفسيا، وهذه النسبة تقل مع مرور الوقت، وهناك مستوى كاف من التكيف النفسي الاجتماعي من مرضى السرطان الذين يعيشون مدة طويلة. (حجازي، 2000)

3-2-1 ردود الفعل الأولية للوالدين:

أ- الصدمة والتشويش والارتباك: لا يتوقع الوالدان أبدا أن يكونا جاهزين لحقيقة أن طفلهم مصاب بمرض خطير ومهدد للحياة كالسرطان، وحسب معلوماتهم السابقة أخبراتهم حول السرطان قد يعتبرون التشخيص بمثابة حكم بالموت على الطفل، ويدركون أن مصيبتهم داهمة قد حلت بهم ويشعرون بأن العائلة جميعها مقبلة على أيام عصيبة وأن طفلهم سيعاني أشد المعاناة، وفي لحظات المحنة الأولى لا يتذكر الآباء ولا يفهمون إلا القليل من شروحات الطبيب الأولية عن مرض الطفل وتنشأ لديهم حالة الخدر وشبه الحلم التي يمر بها كل شخص في وضع مماثل. (Oppeinheim, 2003, p. 232)

يقوم دماغ الإنسان تلقائيا بوضع حماية ذاتية من الخدر والتشوش لمنع الثقل الشعوري الضاغط عند سماع التشخيص، مما يسمح بتحليل المعلومات وما يسمعه المرء بجمل صغيرة وغير مخيفة وتدرجيا، ويعرف كل أطباء الأورام هذه الظاهرة ويتفهمون ردود الفعل هذه، ويعيدون شروحاتهم عادة ويكررون توصياتهم في أوقات لاحقة، والواقع أن حالة الخدر هذه مفيدة في التخفيف من حدة المشاعر المؤلمة التي تولدها معرفة التشخيص ويعطي الأمهات وقتا للتعاطي تدريجيا مع هذه المشاعر والانفعالات. (CPMC, 2003, p. 51)

ب- الإنكار وعدم التصديق: عقب الفترة التالية للتشخيص وفي أغلب الأحيان تظهر شكوك لدى الآباء حول دقة التشخيص، فهم ببساطة لا يستطيعون التصديق، وأحيانا قد لا تظهر أعراض المرض على طفلهم بشكل كبير يبرر إمكانية وجود السرطان ومن المعتاد أن يشك الآباء في دقة التحاليل ويرغبوا في إعادتها، ويتساءلون عما إذا كانت التحاليل تخص طفلا آخر، وقد يتحرون عن مصداقية الفريق الطبي ومؤهلاته، وخبراته وعما إن كانوا بالمستوى المفترض خصوصا إن كان السرطان من النوع صعب التصنيف دون إجراء فحوصات معمقة أكثر، والواقع أن الرفض والإنكار عاملان

مساعدان جدا ودرع لحماية الآباء من الحقيقة المؤلمة للواقع المستجد ولكسب بعض الوقت للتعامل مع الأزمة وانفعالاتها، ولا يعتبر مشكلة إلا حين يؤدي إلى تأخير مباشر بالمعالجات وتردد الآباء في اتخاذ القرارات، ومن المعتاد أن يبدأ الآباء التعامل مع الوضع حال تأكدهم من ثبوت حقيقة السرطان لدى الطفل، وتقبلهم لتفاؤل الأطباء وتشجيعهم وإطلاعهم على المعلومات والإحصائيات المتعلقة بالمرض. (Oppenheim, 2003, p. 233)

ج- الشعور بالعجز: يسلب التشخيص بالسرطان الأولياء استقرار الحياة اليومية ويغير بشكل جذري نمط حياة العائلة الروتيني، حيث وفجأة يدخل الوالدين في دوامة عالم جديد كلياً، مليء بأشخاص عديدين من أطباء ومعالجين، إضافة إلى مصطلحات طبية معقدة، والإجراءات العلاجية، والأدوية والتحليل المختلفة والمربكة، ولحين التأقلم مع الوضع الجديد يشعر الآباء بالعجز التام عن فعل أي شيء، إذ يرون أطباء لا يعرفونهم مسبقاً يتخذون قرارات مصيرية ستؤثر على حياة طفلهم وهو مصاب بمرض خطير ومهدد، ولا تجد المقدرة ولا الوقت الكافي لاستيعاب ما يجري معهم ولا لترتيب حياة العائلة، أو أعمالها بما يتلاءم مع الحالة أو التعامل مع الأزمة إضافة إلى مخاوفهم وشكوكهم مما يحمله المستقبل وقلقهم حول توفير الموارد المالية، وتجد أن حياتهم انقلبت رأساً على عقب، ومن المعتاد أن تبدأ هذه الوضعية في الانتهاء عقب البدء في المعالجات، ويبدأ الوالدان في اتخاذ القرارات، ويتعمقون في معرفة الحقائق المتعلقة بالمرض، وتتمو لديهم الثقة بالفريق الطبي المعالج. (Oppenheim, 1996, p. 149)

د- الشعور بالحزن والأسى: يعاني الآباء من شعور حاد بالضيق، أو الخسارة عند تشخيص الطفل بالسرطان، ويشعرون بعدم المقدرة على مواجهة احتمال موت الطفل، ويعد الشعور بالأسى على الطفل أمر شائع، حتى حين يتم إحراز نجاحات ملموسة أثناء المعالجات، كما يحزن الآباء لفقدان طفلهم للتماثل مع أقرانه، وكذلك عدم عودة الحياة السابقة، إضافة إلى شعورهم بضيق أحلامهم وطموحاتهم المستقبلية كما أن بعض الآباء يشعرون بالخجل والإحراج من مرض الطفل، ونشير إلى أن الخلفية الثقافية والاجتماعية والدينية، إضافة إلى مزاج الأشخاص وطبائعهم وحيوية العائلة، كلها عوامل تؤثر في تكوين هذه المشاعر، وهي ردود فعل ومشاعر طبيعية عند

حدوث الأزمات، وأغلبية الناس يتخطونها عندما تبدأ الآمال في الظهور والازدياد.
(Oppenheim, 1996, p. 149)

ه- التوتر العصبي والغضب: يصبح الكثير من الآباء عصبيين، ويعد ذلك من التفاعلات وردود الفعل الشائعة عند تشخيص سرطان الطفل، والتي يصعب كبتها أو تقاديتها، ومن الطبيعي أن تنشأ ردود فعل عند أي شخص حين يتعرض طفله للمهاجمة من أي شيء بما في ذلك المرض، ولعل أكثر ما يزيد من التوتر العصبي عند الآباء هو شعورهم بالعجز اتجاه مرض كلسرطان وما من شيء يلام على إصابة الطفل. (CPMC, 2003, p. 52)

و- الشعور بالذنب: يظهر الشعور بالذنب عقب تقبل الوالدين لحقيقة سرطان الطفل، ويعد من ردود الفعل والأحاسيس الشائعة والعادية، وينبع من اعتقادهما بأن إصابة طفلهما ناتجة عن أخطائهما أو تقصيرهما أوتى ذنوبهما خاصة عندما تتدخل التفسيرات الدينية السلبية لمفهوم البلاء والابتلاء، ويشعر الوالدان بأنهما فشلا في حمايته، ويتساءلون عما فعلوه أو لم يفعلوه وساهم في نشوء السرطان، وتتتابهم الهواجس من أن السرطان نشأ نتيجة شيء فعله أحدهما، أو أن المرض ناتج عن وجود مورثات مختلة لدى أحدهما، وتبرز العديد من الأسئلة مثل: كيف كان بمقدوري منع حدوث هذا؟ ما الخطأ الذي اقترفته؟ كيف لم ألاحظ الأعراض؟ كيف لم احضره مبكرا إلى الطبيب؟ كيف فاتني أن أجري تحاليل الدم مبكرا؟ هل ورث هذا المرض مني؟ ويركزان كثيرا وقلق على طرق معالجتها السابقة للطفل، أو اللقاحات والتطعيمات التي تناولها، وقد يتفاقم الشعور بالذنب حين يلوم أحدهما نفسه (خاصة الأم) باعتبارها التي تعنتي به دائما، وعلى تأخرها في ملاحظة الأعراض أو عدم اهتمامها بشكل كاف به، أو عدم استشارتها الأطباء المختصين منذ البداية، ويبدلان جهودا كبيرة لفهم سبب إصابة طفلهما بالسرطان، متسائلين خصوصا عن نمط معيشتهم أو موضع السكن، أو مصادر المياه أو التلوث البيئي بمنطقتهم، أو أعمالهم ووظائفهم أو عاداتهم الشخصية (كالتدخين)، ومن الطبيعي أن يسعى المرء لمعرفة المسببات وراء أي مشكلة تواجهه، وربما يكون من الصعب تفهم حقيقة أن المرض غير قابل للشرح، والمسألة المهمة في هذا الصدد أن يعلم الآباء أنهم على حد ما وصل إليه العلم الحديث، فإنه الشيء مما فعلاه أولم

يفعله قد يسبب السرطان لطفلهما، ولا يستطيع العلماء تأكيد أي سبب محدد لنشوء السرطان لدى الطفل، كما يجب على الوالدين أن لا يسمحا للشعور بالذنب أن يشتت جهودهما في معالجة الطفل، ويعيق قيامهما بالمهام الكثيرة التي تنتظرهما.

(Oppenheim, 1996, p. 150)

وبطبيعة الحال يختلف الآباء في تعبيرهم عن هذه المشاعر فبعضهم قد يكتمها، أو ينكرها باعتبار ذلك تصرفا غير لائق، بينما يظهرها البعض بشكل متفجر وعدائي، وهنا نلاحظ الاختلاف في طرق الاستجابة للضغوط وكذا تأثيرها على الحياة النفسية الاجتماعية للوالدين.

3-2-5- الآثار المترتبة عن وجود الطفل المريض بالأسرة:

إن وجود طفل مريض بمرض خطير كالسرطان في الأسرة وما يترتب عنه من مستلزمات علاجية وترتيبات خاصة جدا للتكفل به، فإن كل هذا لا شك أنه يترك آثارا تختلف من أسرة إلى أخرى، وحتى داخل الأسرة ذاتها ويمكن ذكر أهمها:

أ- **الآثار النفسية:** تتمثل فيما تعانیه أسرة المريض من ضغوط وردود فعل مختلفة، فضلا عن الأساليب والاستراتيجيات المختلفة التي تستخدمها الأسرة للتعيش مع المرض والعلاج، وبصفة عامة يرتفع مستوى الضغوط النفسية عند الأسر التي لديها فرد مريض مقارنة بالأسر العادية. (الدعدي، 2009، ص 51)

وتظهر عليهم عدة أنواع من الاستجابات التي تدل على تعرضهم لمستويات من الضغط، فمعظم الآباء قد يؤدي بهم تشخيص طفلهم إلى فترة من الاكتئاب والحزن، كما رأينا حيث يصبح المرض مصدرا للقلق والخوف.

ب- **الآثار الاجتماعية:** وتتمثل فيما يشكله مرض الطفل من تهديد للأسرة، واضطراب في العلاقات بين الأفراد داخل وخارج الأسرة، مثل: الصراعات الزوجية، وسوء توافق الاخوة، وميل الأسرة إلى الانعزال عن الأسر الأخرى، وزيادة معدلات الطلاق. (عبد النبي، 2007، ص 149)

ج- **الآثار الاقتصادية:** تتمثل فيما يترتب على مرض الطفل من أعباء اقتصادية إضافية ووقت ورعاية أكثر، وقد يكون ذلك فوق طاقة العديد من الأسر مما يشكل آثارا سلبية على الوالدين والإخوة معا (عبد النبي، 2007، ص 25).

ويضيف "نصر الله" أن والدي الطفل المريض يواجهان صعوبات مادية كبيرة نتيجة العناية الطبية الخاصة من حماية مفرطة، وتغذية نوعية، وشروط تنقل، وإقامة، خاصة بسبب ضعف مناعتهم والتي تكون مكلفة جدا، ويصعب توفيرها عادة. (نصر الله، 2002، ص 121)

3-3 الاحتياجات الوالدين لمواجهة أعباء وتكاليف المرض:

إن الوالدين يحتاجون إلى الكثير من الخدمات كي يمكنهم التعامل مع مرض أطفالهم بفاعلية وتخفيض الجهد المبذول لرعايتهم في نفس الوقت. وقد أوضحت النتائج تعدد احتياجات أولياء الأمور، ومن أهم الاحتياجات نجد:

1- **الاحتياجات المادية:** وتحتل المرتبة الأعلى، وهو أمر منطقي إذا أخذنا في الاعتبار أنها لا تقتصر على الأمور المالية، بل تمتد لتشمل الخدمات الطبية والترويحية والمواصلات.

2- **الاحتياجات المعرفية:** وتأتي في مرتبة ثانية، لأن وجود المرض يجعل الطفل مختلفا عن أقرانه، وبالتالي تصبح لديهم حاجة ملحة للتعرف على خصائص هذا الطفل وطبيعة نموه وحاجاته الخاصة وكيفية التعامل معه، ولا يتأتى ذلك إلا بتوافر المعلومات المناسبة من خلال الكتيبات المبسطة والبرامج المسموعة والمرئية والإرشاد.

3- **الاحتياجات الاجتماعية:** ويقصد بها التكافل الاجتماعي ووجود الأهل والأصدقاء بما يقدمونه من دعم للوالدين، حيث إن وصول الوالدين إلى حالة من الاتزان الانفعالي والتكامل الأسري تتأثر إيجابيا بشبكة الدعم الاجتماعي غير الرسمية للأسرة. (حلمي، 2011، ص 11)

خلاصة الفصل:

في وضع بئس كحال تشخيص الطفل بمرض خبيث وخطير، يجد الوالدين أنفسهم في دوامة مربكة إذ ينبغي اتخاذ العديد من القرارات وخلال وقت قصير، فضلا عن استيعابهما كل المعلومات الأساسية، والتي تنهمر عليهم في وقت واحد، وعلى سبيل المثال لا الحصر ينبغي اتخاذ القرار بنوع المعالجات ودراسة الخيارات وهل ثمة معالجات وما هي أفضلها، وما هي الخطط العلاجية الممكنة ومعدلات الشفاء، والكثير من المسائل المتشعبة.

من الضروري أن يصبح الأهل شركاء في العمليات العلاجية، يؤدون دورهم الكامل جنبا إلى جنب مع الفريق الطبي(ولا يتخذون دور المقترح السلبي، فالمرض نفسه لا يسمح بذلك بتاتا)، وبهذا الصدد يجد الوالدين أنفسهم في وضعية جديدة بدون سابق إنذار، لا يتمكنون من استيعاب كل معطياتها بسبب الصدمة والانفعالات الناتجة عنها، تتمثل هذه الوضعية في ملازمتهم لأطفالهم أثناء المرحلة الاستشفائية وتخليهم عن اهتماماتهم الأخرى من أجل العناية بأطفالهم المرضى إذ يكون عليهم الاستفسار عن كل ما يتعلق بمرض الطفل، ويقوم الطبيب المختص بمناقشة هذه الخطط مع الوالدين وشرحها قبل البدء في أي من خطواتها، بما في ذلك شرح العوائد العلاجية المتوخاة والمتوقعة، والمخاطر الممكنة للمعالجات والمضاعفات والتأثيرات الجانبية إضافة إلى التحدث مع الطفل نفسه (حسب مستواه الإدراكي وعمره).

ومنه فإن إصابة الطفل بأي مرض خطير يستدعي استشفاء طويل المدة، يفرض على الوالدين التواجد إلى جانبه لرعايته والتخلي عن واجباتهم الأخرى وعن كل اهتماماتهم ليتفرغا للعناية بطفلهم المريض ما يجعلهما في حالة ضغط، فماذا عن حالة والدي الطفل المصاب بمرض خبيث مهدد لحياته يرادف اسمه الموت كالسرطان، وهل ستؤثر هذه الرعاية والتكفل الطبي والعلاجي بكل إجراءاته على الحالة النفسية للوالدين؟ وهل سيشكل ضغط عليهما؟ وهل سيؤثر هذا الضغط على سير حياتهما الزوجية؟

الفصل الثاني: الضغط النفسي

تمهيد:

إننا اليوم نعيش في عصر التطور الحديث في العلم، وتنتقل المصطلحات والمفاهيم من العلم إلى اللغة المتداولة العامة، على الرغم من أن محتواها غالبا ما يكون غير معرف أوفي حالة تبدل، هذا هو حال الكلمة الصغيرة "ضغط"، والتي تطورت في العقود الأربعة الأخيرة إلى مفهوم جامع مستحدث للتعبير عن الإرهاق والإعياء، عن الغيظ والقلق، عن وقوع الفرد تحت وطأة المتطلبات.

وبعد عدة عقود من إدخال مفهوم الضغط في الطب والبيولوجيا، كتعبير عن تكيف الكائن الحي مع متطلبات ما، يتوصل سيلبي(1976) إلى إثبات مفاده أن الضغط يظهر عند كل إنسان، ولكن لا أحد يكاد يعرف ما هو بالضبط الضغط، وحاليا يوجد أكثر من 100 تعريف مختلف له، حيث نجد أن هناك من تحدث عن مصادره حيث يرى إنما هي مجموعة العوامل والمثيرات الداخلية والخارجية التي تتسم بالديمومة، وتؤدي إلى الشعور بالتوتر، ويفقد الفرد من خلالها قدرته على التوازن، ويحاول البحث عن ردود أفعال من شأنها الإقلال من الشعور بهذه الضغوط، مما يثقل القدرة التوافقية. وهناك من تحدث عن الضغوط كاستجابة لهذه المثيرات، حيث ينظرون للضغط على أساس أنه يصبح مرادفا للفظ "الإجهاد"، فنجد الضغط النفسي تعبير عن استجابة الفرد أو الأسرة تجاه الحدث الضاغط والذي قد لا يكون بالضرورة سيئا وغير سار، ومع هذا يقتضي في الفرد أو الأسرة القيام بتمثل الأوضاع والظروف الراهنة، واتخاذ وإجراء التعديلات الملائمة لمواجهته، فحينما تبدو الاستعدادات والموارد الذاتية الأسرية غير كافية لمواجهة متطلبات الحدث واحتياجاته، فإن ما يترتب عليه هو حدوث التوتر، فاختلال التوازن النفسي، فتبلور الضغط وعدم الاستقرار الانفعالي. وهناك من جمع بين الجانبين السابقين أثناء تناوله الضغوط، حيث أشاروا إلى أن الضغوط النفسية إنما هي مجموعة من المثيرات التي يتعرض لها الفرد مضافا إليها الاستجابة المرتبة عليها، علاوة على تقدير الفرد لمستوى الخطر، وأساليب التكيف مع الضغوط، وأنواع الدفاعات التي يستخدمها الفرد أثناء تعرضه لهذه المواقف، لذلك نجد أنه قد تطرق لهذا المفهوم العديد من الباحثين والعلماء، لذلك نجد تعاريف وعدة تفسيرات للضغط النفسي، وهذا ما سنعرضه في هذا الفصل.

1- تعريف الضغط النفسي:

1-1- التعريف اللغوي:

كلمة (Stress) مقتبسة من علم الفيزياء والميكانيكا وهي تعني القوة التي تضغط على شيء آخر، وقد تغير من شكله أو حجمه"، أما في علم النفس فنقصد هذه الكلمة "التوتر النفسي الشديد. (الزرد، 1984)

1-2- التعريف النفسي للضغط:

هناك عدة تعاريف للضغط النفسي تختلف باختلاف التوجهات والتناولات النظرية، وفي المجمل رصد ثلاث نماذج طرحت مفاهيم للضغط وهي:
أ- نموذج الاستجابة: الذي يتعامل مع الضغط على أنه متغير تابع (أي نتيجة) ويصف الضغط في صورة استجابة الشخص لبيئات مضايقة أو مزعجة له، حيث يعرف معجم علم النفس والتحليل النفسي الضغوط النفسية بأنها: «وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء بكليته أو على جزء منه وبدرجة توجد لديه إحساساً بالتوتر، وحينما تزداد حدتها قد يفقد الفرد قدرته على التوازن ويغير نمط سلوكه إلى نمط جديد ولها آثار على الجهاز البدني والنفسي للفرد». (شقيير، 1998، ص 3)
ومن بين العلماء الذين تبّنوا هذا التوجه:

*هانز سلي Selye: الذي تناول موضوع الضغط من حيث أنه استجابة لأحداث بيئية مثيرة، واهتم بالاستجابات التي تصدر عن الفرد.

*كانون Cannon: الذي يعرف الضغط بأنه: رد الفعل في حالة الطوارئ بسبب ارتباطه بانفعال المواجهة"، وقد كشفت أبحاثه عن وجود ميكانيزم في جسم الإنسان يساهم في احتفاظه بحالة من الاتزان الحيوي (أي القدرة على مواجهة التغيرات التي تواجهه) بانتهاء المواقف المسببة لهذه التغيرات، ومن ثم فإن أي مطلب خارجي بإمكانه أن يخل بهذا التوازن إذا فشل الجسم في التعامل معه. (عسكر، 1998، ص 26)

كما يرى رابكين Rabkin الضغط بأنه نظام استجابات لحالات ضاغطة أولضواغظ تتكون من نظام تفاعلات فسيولوجية ونفسية سواء مباشرة أومرجأة. (الرشيدي، 1999)

ويشير أتواتر Atwater: للضغط النفسي بأنه نموذج من الاستجابات غير المحددة والتي يقوم بها الفرد تجاه المثيرات التي تفقده توازنه. كما ويعرف شافير Shafeer الضغوط: بأنها إثارة العقل والجسد رداً على مطلب مفروض عليها، يوضح هذا التعريف أن الضغوط موجودة دائماً، وأنها خاصة للحياة، فالإثارة هي جزء حتمي من الحياة، والدليل على ذلك أننا نفكر دائماً ونعمل لدرجة ما من الإثارة، ويشير هذا التعريف أيضاً إلى طبيعة الضغوط، فالإثارة تشمل كل أعضاء الجسم والأفكار والمشاعر. (طه و سلامة، 2006، ص 21)

أما واتكنس وماير Watkins et Mayer فيرى مفهوم الضغط النفسي بأنه "اصطلاح واسع يصف تحدي الفرد مع البيئة، والعوامل الكامنة في الضغط تقود الفرد لمحاولة التوافق مع البيئة أو محاولة الهروب والانسحاب لتجنب هذه الضغوط. (علي، 1997) ومنه فإن الضغط يعرف وفق هذا النموذج على أنه رد فعل الفرد للضواغط، ليشكل نوع من التحدي للظروف التي تحيط به أو تطراً عليه، وذلك بغية تحقيق التوافق مع الذات أو البيئة.

ب- نموذج المثير: الذي يصف الضغط في صورة مثير يتمثل في خصائص تلك البيئات المضايقة أو المزعجة ومن ثم فإنه ينظر إلى الضغط على أنه متغير مستقل، حيث أشار ميلسوم Milsum إلى أن الضغوط النفسية مؤثر نفسي بيولوجي اجتماعي يستدل عليه من مجموعة السلوكيات التي يأتي بها الفرد نتيجة إدراكه لتهديد البيئة. ويعرفه هنكل Hinkle بأنه: «التوترات أو الأحمال الثقيلة التي تُلقى على كاهل الفرد»، ويؤكد على أن الضغط أو الخبرات الضاغطة يمكن معرفتها من خلال المحرك للاستجابة (سبب الضغط) والاستجابة، وتكون لهذه الاستجابة تأثيرها على الأجهزة البيولوجية والنفسية للفرد». (علي، 1997، ص 207)

ويعرف حسن عبد المعطي الضغوط: بأنها تعبر عن الحادث ذاته، أي وقوع الضغط بفاعلية الضواغط أي أن الفرد قد وقع تحت طائلة ضغط ما. (عبد المعطي، 2006، ص 19)

ج . النموذج التكاملي: الذي ينظر إلى الضغط على أنه انعكاس لنقص التوافق بين الشخص والبيئة، أي ينظر إليه كمتغير وسيط بين المثير والاستجابة حيث أن الضغط ينشأ من علاقة خاصة بين الفرد وبيئته. (D'Zurilla & Nezu, 1982)

يقول كل من ليفين وسكوتش (Levin and Scotch) أن الضغط النفسي هو حالة من الاضطراب وعدم كفاية الوظائف المعرفية للفرد التي تتضمن مواقف يدرك الفرد فيها بأن هناك فرقاً بين ما يُطلب منه وقدرته على الاستجابة لها.

كما يذكر كوفر وأبلاي (Cofer and Appley) أن الضغط حالة تكون فيها الحالة العامة والشخصية معرضة للخطر، ويكسر الفرد كل حيويته للحماية منها.

أما كوكس وماكاي (Kox and Mackay) فيريان في الضغط بأنه ظاهرة تنشأ من مقارنة الفرد للمتطلبات التي تطلب منه وقدرته على مواجهتها، وعندما يحدث عدم توازن في الآليات الدفاعية الهامة لدى الفرد أي الاستسلام للأمر الواقع يُحدث ضغطاً وتظهر الاستجابات الخاصة، وتدل محاولات الشخص النفسية والفسولوجية المتضمنة حيل سيكولوجية ووجدانية على حدوث الضغط. (الرشيدي، 1999، ص 20)

ويرى "هوز" Hughes أن الضغوط النفسية هي المظلة التي تغطي مدى واسعاً من المتطلبات البيئية للمثيرات والاستجابات ومتغيرات أخرى مثل عوامل الشخصية التي تؤثر على العلاقة بين الاثنين، ولا ينبغي أن تشير الضغوط إلى متغيرات السبب والنتيجة فقط، ولكن يجب النظر إليها على أنها وصف عام في مجال الدراسة، يتكون من متغيرات العوامل الضاغطة والتقييمات والاستجابات والعواطف الشخصية والعلاقة بينهما. (Hughes, 2006, p. 911)

وقد اقترح لازاروس Lazarus تعريفاً تفاعلياً للضغط على النحو الآتي: يحدث الضغط عندما تكون هناك مطالب على الفرد تفوق أوتزيد على إمكانياته التكيفيه. (الشناوي وعبد الرحمن، 1994، ص 17)

وهو بذلك يرى أن الضغوط النفسية تجمع بين مجموعة المثيرات التي يتعرض لها الفرد والاستجابة المترتبة عليها، علاوة على تقدير الفرد لمستوى الخطر وأساليب التكيف مع الضغط والدفاعات التي يستخدمها أثناء تعرضه لهذه المواقف. (شقيير، 1998، ص 3)

وقد أنصبَّ اهتمام لازاروس على التقييم الذهني ورد الفعل من جانب الفرد للمواقف الضاغطة، واتفق مع كانون على أن الضغط يحدث نتيجة للتفاعل بين الفرد والبيئة المحيطة، وأكد بصورة خاصة على التقييم الذهني من جانب الفرد ومن الحكم على الموقف المواجه وتصنيفه فيما يتعلق بالضغط. (عسكر، 1998، ص 30)

مما سبق يتبين لنا أن الضغط النفسي قد ينتج عن طريق تفاعل الفرد مع البيئة المحيطة والاستعداد، والإدراك الجيد للموقف له دور كبير في تخطي المواقف الضاغطة، ولذلك نجد كلما كان التعامل مع الضغوط أكثر إيجابية قل خطرهما، أما إذا تعامل الفرد مع الضغوط بطريقة سلبية فلا شك أنها قد توصله إلى الأمراض النفسية والجسدية.

وعلى الرغم من الكتابات المختلفة عن الضغط من جانب المهتمين بالصحة النفسية والطب، إلا أن عبارة أومفهوم الضغط، أو الضغوط لا تعني الشيء نفسه لهم جميعاً، ومع ذلك يمكن القول بأن العامل المشترك في تعريفات العديد من المهتمين والباحثين في الجانبين المذكورين هو "الحمل" الذي يقع على كاهل الكائن الحي وما يتبعه من استجابات من جانبه للتكيف، والتوافق مع التغيير الذي يواجهه، وبما أن التغيير هو أحد الحقائق الثابتة في الحياة، فإنه يمكن القول بأن التعرض للضغوط بدوره جزء من المعيشة اليومية للفرد. (عسكر، 1998، ص 25)

ويمكن القول أن الضغوط مرتبطة بالمشكلات التي يتعرض لها الفرد في بيئته، تعتمد على مدى استجابة الفرد لتلك المشكلات وتفاعله معها، وأن ردود الأفعال تجاه الأحداث هي التي تحدد ضغوطنا اليومية.

2- مصادر الضغط النفسي:

- من الناحية التخطيطية، يجب التمييز بين مصادر الضغط المختلفة:
- متاعب البيئة (تعدد المهام، الظروف المعيشية والعلاقات وغيرها).
 - أحداث الحياة الإيجابية أو السلبية (مجال عمل، الأسرة والصحة) متغيرة وفقاً لشدتها ومدتها.
 - صعوبات الحياة المزمنة (الصراع الدائم مع أحد أفراد الأسرة والمرض المزمن.. وغيرها).

- الأحداث المؤلمة (حادث، اعتداء، انفصال، الخ). (Servant, 2007).

فالبينة المحيطة التي يعيش فيها الإنسان تتزخر بأسباب ومصادر الضغوط بشتى أنواعها، وقد تناول الباحثون هذه الأسباب من خلال الجوانب التي يرغبون إلقاء الضوء عليها سواء كانت هذه الجوانب مهمة أو مراحل عمرية، تعددت تصنيفات مصادر الضغط واختلفت من فرد لآخر، ومن مرحلة عمرية لأخرى، وإن كل مرحلة لها ظروفها، وأيضا اختلاف مصادر الضغوط من بيئة لأخرى، لأن البيئة الاجتماعية والثقافية تلعب دورا هاما فيها.

يرى سبيلبرغ Spielberg أن المواقف الاجتماعية هي أهم مصادر الضغط النفسي؛ وهي التي تؤدي إلى الإحباط أو تشكل تهديداً بالإحباط للأفراد ، والتي يمكن أن تؤثر شدتها ومدتها على جودة العلاقات والتواصل بين الأشخاص واستقرارها وتوازنها. وما يصاحبه من اضطرابات في صحتهم البدنية. أما لازاروس فقد أشار إلى مصدرين أساسيين للضغط، هما:

1- **العوامل الفيزيولوجية:** وتشمل على سبيل المثال: الحرارة، والطقس البارد، والجراثيم الدقيقة التي تنتشر في الجسم، والإصابات الجسدية، والالتهابات البكتيرية والفيروسية. في هذه الحالة، تتحرك آليات المقاومة في الجسم للتغلب على الأضرار الجسدية والحفاظ على الصحة.

2- **الظروف البيئية والاجتماعية:** وتشمل عدداً من العوامل ، بعضها يتعلق بالفرد ، حيث تعتمد على تكوينه النفسي والجسمي ، والبعض الآخر يتعلق بالبيئة الخارجية ، والتي غالباً ما تكون ضغوطاً عامة على الجميع الناس.

ويشير سيلبي Selye إلى مجموعة من العوامل التي يعتبرها من المصادر الرئيسية للضغوط: وهي المدرسة، العلاقات الإنسانية، المناخ الاجتماعي، الازدحام، الضيق والملل، الوحدة والانعزال، تغير المكان، القلق. كما حدد مويلر Miller مصدرين أساسيين للضغوط هما :

1- **الضغوط الداخلية:** ويقصد بها تلك الضغوط التي تنشأ نتيجة الافتراضات الغير واقعية والناבעة من الذات.

2-الضغوط الخارجية: ويقصد بها الصراع الذي يحدثه الاختلاف بين القيم والمبادئ التي يتمسك بها الفرد وبين الواقع.

وهناك من يرى أن المواقف الضاغطة هي مصادر أساسية للضغطوتسمى الدوافع المسببة للضغط، والبعض الآخر يرى أن الخوف والتهديد والإحباط والصراع مصادر أساسية للضغوط النفسية، بالإضافة إلى أحداث الحياة واضطراب العلاقة بين الناس، ومواقف النبذ، والإخفاق في الطموح.

وعليه فالضغوط أو الأحداث الضاغطة تنشأ من مصادر نلخصها فيما يلي:

2-1- العوامل النفسية: إن تعرض الفرد لمستوى عالي من الضغط عادة ما يصاحبه الشعور بالقلق والإحباط والتعب والإرهاق والاكنتاب والانفعال والأرق، وانخفاض تقدير الذات. ويمكن التركيز على عاملين نفسيين أساسيين كمصدر للضغوط هما:
أ- **الإحباط:** هو إعاقة أو تعطيل التقدم نحو هدف ما، لذلك يعتبر مصدرًا من مصادر الضغوط، و الإحباط يحدث عندما يواجه الفرد عقبات تقف في وجه إشباع حاجاته، وهذه العقبات التي تمنعه من تحقيق هدفه. قد ينشأ الإحباط من عدة مصادر مثل:

-الحالة المالية : قلة المال والدخل مما لا يسمح بتوفير الحاجات الشخصية المعيشية للفرد، أو فقدان الدخل سواء بسبب التسريح أو عدم القدرة على العمل.

-الحالة المرضية : مثل حدوث الإعاقات الجسدية أوالعاهات التي تمنع الأفراد من تحقيق طموحاتهم.

-الأوضاع الاجتماعية: تتجلى في القواعد والقوانين والأعراف والأنظمة التي يضعها المجتمع ، وفي الميول نحو التحيز أو التعصب بين الناس.

-الظروف المهنية: مثل ظروف العمل ومتطلبات الترقية ، وعدم التوافق بين الوظائف والمؤهلات أو الخبرة.

- العلاقة بين الأشخاص: وذلك فيما إذا كانت هذه العلاقة قائمة على التنافس وعدم فهم الآخرين للشخص أوعدم التعاون معه.

ب- **الصراع:** هو الرغبة في السير في اتجاهين مختلفين في نفس الوقت بدوافع متضاربة أو متعارضة، وفي أي وقت أو موقف يواجه الإنسان اختيار يجد نفسه في

دائرة صراع مع النفس طبعًا، وهناك بعض الصراعات يسهل حلها، وخياراتها واضحة والتردد قصير، إلا أن البعض الآخر تكون صعبة التعامل، وتضيف ضغوطًا على الفرد، حيث أن التردد هو الذي يطيل أمد الصراع، لذلك كلما كان الصراع مهمًا وطويل الأمد، و لا يمكن حلها بسهولة، تصبح سببا لإثارة الضغوط.

2-2-العوامل الاقتصادية: تلعب المشكلات الاقتصادية الدور الأكبر في تشتيت جهود الإنسان وإضعاف تركيزه وقدرته على التفكير، خاصة عندما يواجه أزمة مالية ويفقد وظيفته في نهاية المطاف. إذا كان هذا هو مصدر رزقه، فهذا ينعكس في حالته النفسية، مما يؤدي إلى عدم قدرته على تحمل متطلبات الحياة، ومنه تتولد لديه ضغوطا جديدة.

وقد أوضحت دراسة لـ: **هابورغ Habburg** بأن الأفراد الذين يعانون الضغوط النفسية هم الأفراد الذين يعيشون مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض، ويعيشون في منطقة مزدحمة بالسكان، وأن هؤلاء يعيشون اضطرابات أسرية، ويعانون من ارتفاع معدل الإصابة بالأمراض النفسية والجسمية. كما أشارت دراسة **رانشور Ranchor** إلى أن انخفاض المستوى الاقتصادي وعدم القدرة على توفير الاحتياجات الأساسية من العوامل المؤدية إلى ارتفاع مستوى الشعور بالضغط النفسي.

2-3- عوامل أسرية: وقد أيد هذا المصدر نتائج دراسة كل من **ساندلر Sandler** و**هبرورغ Harburg** من أن حدوث ضغوط اجتماعية ومشكلات أسرية تنتج عن أسباب متعددة داخل الأسرة مثل مرض أحد أفراد الأسرة أو غياب أحد الوالدين عن الأسرة أو الطلاق، كلها مصادر للضغوط النفسية.

2-4 عوامل اجتماعية مثل ضعف العلاقات مع الآخرين وصعوبة تكوين صداقات اجتماعية، ويرى علماء السلوك أن العلاقات الشخصية الجيدة القائمة على الدعم والثقة والدعم والتعاون تساعد في خلق بيئات اجتماعية صحية والعكس صحيح، سواء كان سوء الثقة أو عدمها قد يؤدي إلى نشوء علاقات متوترة، يسودها الحقد والكراهية وبذلك تصبح العلاقات بين الأفراد مصدرًا من مصادر الضغوط.

2-5 عوامل صحية: مثل الأمراض العضوية أو التغيرات الفزيولوجية التي تحدث للفرد وتؤدي إلى عدم تحقيق الأهداف المرجوة بشكل دائم أو مؤقت، كالإعاقات الجسمية،

أوالتدخلات الجراحية، أو الصداع، أو زيادة معدل ضربات القلب، أو أعراض الدورة الدموية وتصلب الشرايين، أو الإعاقة المتعلقة بسوء التغذية كفقر الدم الذي يسبب الشعور التعب والتهيج والاكتئاب وضعف التركيز.

2-6 عوامل دراسية: المتعلقة بظروف الدراسة مثل صعوبة التعامل مع الزملاء والمعلمين ، وصعوبة التحصيل الدراسي، قلة التركيز، وعدم القدرة على أداء الواجبات المنزلية والفشل في الامتحانات، وغيرها.

2-7 عوامل مهنية: تستخدم كلمة الضغوط عند تناول الموضوع من الناحية المهنية للدلالة على حالتين مختلفتين هما:

* ظروف العمل المادية والاجتماعية التي تحيط بالفرد في مكان عمله، وتسبب له نوع من الضيق، ومن ثم فهي ترتبط بالعوامل الخارجية.
* عور بعدم الراحة الذي يشعر به الفرد بسبب هذه العوامل.(عسكر، 1998، ص83)

3-آثار الضغط النفسي:

كان تركيز سيلبي على التأثيرات السلبية للضغوط على الجوانب الجسمية دون التركيز على تأثيرات الضغوط على النواحي النفسية، لكن الدراسات الحديثة أوضحت تأثيرات نفسية عديدة للضغوط النفسية على النواحي الانفعالية والمعرفية والسلوكية والاجتماعية على النحو التالي:

3-1 الآثار الجسمية: مثل العرق الزائد والصداع بأنواعه وآلام العضلات، وعدم الانتظام في النوم، وآلام أسفل الظهر، اضطرابات الجهاز الهضمي، والقرحة والتغير في الشهية واضطرابات في الدورة الدموية وارتفاع ضغط الدم، وزيادة إفراز الغدد.

3-2 الآثار الاجتماعية: وتشمل أساسا إنهاء العلاقات والعزلة والانسحاب، عدم القدرة على تحمل المسؤولية، الفشل في أداء الواجبات اليومية المعتادة.

3-3 الآثار النفسية: وتبرز الآثار الفعلية بجلاء في الجانب الانفعالي؛ فالضغط يؤدي إلى فقدان قدرة الفرد على الاستثمار في الحياة، ويفقده الأمل، ومن ثم تظهر اضطرابات انفعالية مختلفة تؤثر على نفسية الإنسان، مما يجعله يواجه الاضطرابات

- العصبية والمزاجية، وقد ذكر العديد من الباحثين مظاهر متعددة للاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها الفرد تحت الضغوط الحادة ومنها ما يلي:
- 1- زيادة التوتر: تقل القدرة على إرخاء العضلات ، ثم يظهر القلق.
 - 2- زيادة معدل الوسواس القهري: يميل الفرد إلى التظاهر بالأمراض جنباً إلى جنب مع الاضطرابات الواقعية، وتختفي مشاعر الصحة والسعادة، وتغلب عليه السلوكيات القهرية، على سبيل المثال. ب. تأكد من إغلاق الباب عدة مرات وما إلى ذلك .
 - 3- تغير سمات الشخصية: فيتحول الأفراد اللذين يتسمون بالدقة والحرص إلى أناس مهملين وغير مباليين أوغير مكترئين، والتسلط بعد أن كانوا متسامحين.
 - 4- زيادة المشكلات الشخصية: زيادة معدل القلق ويصبح الفرد أكثر حساسية وعدوانية وقد يلجأ إلى العنف.
 - 5- زيادة القيود الانفعالية والأخلاقية: يظهر في زيادة النوبات الانفعالية ، والعجز على التحكم في السلوك والاندفاعات غير المرغوبة.
 - 6- ظهور الاكتئاب والإحساس بالتعب: أن تنخفض بشدة حيوية الفرد ويزداد لديه الإحساس بالعجز تجاه تأثيره في الأحداث أوالمشاعر المرتبطة بها.
 - 7- انخفاض الإحساس بتأكيد الذات بشكل حاد: فينمو الإحساس بانعدام الكفاءة أوالشعور بعدم القيمة.
 - 8- التهيج (التهيج المفرط أوغير السوي): سرعة الانفعال، والعصبية، وانفجار الغضب والصراخ وكثرة البكاء.
 - 9- الخوف ونوبات الهلع والذعر وانعدام القيمة.
 - 10- الشعور بالذنب والتشاؤمية المتزايدة والشعور باليأس وفقدان الأمل وفقدان الثقة بالنفس.
 - 11- الحركات العصبية والارتعاش والتكشيرة البادية على الوجه.
 - 12- الأرق الليلي وعدم القدرة على النوم.
 - 13- فقدان الشهية أوالإفراط في تناول الطعام.
 - 14- الإحساس بالإحباط وتكرار السلوكيات النمطية، مما يؤدي إلى الإحساس بعدم التوافق وهزيمة الذات.

15- الشكوى من مشكلات جسمية غير واقعية، وتوهم المرض، والإحساس بالوهن والتعب المتواصل واليقظة والوعي فيما يتعلق بوظائف الأعضاء. (عبد المعطي، 2006، ص 84)

4- النظريات المفسرة للضغط النفسي:

يقول كلاوس وشراينيك Klaus et Schreinicke، أنه انطلاقاً من فروع العلم

المختلفة يوجد في الغالب عدة توجهات تناولت مفاهيم مختلفة للضغط وهي:

1- مفاهيم للضغط ذات توجه فيزيولوجي. (سيلي، 1936، ليفي، 1974، سوفوروف، 1975)

2- مفاهيم للضغط ذات توجه طبي: الطب النفسي- البدني- الطب القشري- الحشوي، (ف.آيف، 1976، باومان، 1978)

3- مفاهيم للضغط ذات توجه نفسي مرتبط بالشخصية: سلوك النمط أ، الأنماط المهددة من الشخصية (شيفر/ بلومكا، 1977، نظريات القلق المختلفة)

4- مفاهيم للضغط ذات توجه فيزيولوجي- سلوكي. (لازاروس، 1966، هاكر، 1975، شونفلوغ، 1980)

5- مفاهيم للضغط ذات توجه سوسولوجي: أبحاث الحدث الحياتي (ماك غارت، 1970)

6- مفاهيم للضغط ذات توجه بيوكيميائي. (فرانكنهويزر، 1971، هيشت، 1980، أنوخينا، 1981)

7- مفاهيم للضغط ذات توجه نفسي- فيزيولوجي. (سيمونوف، 1976)

وفيما يلي سوف نتناول بعض من وجهات النظر التي تمثل الأنساق الفكرية التي اهتمت بتفسير الضغوط على النحو الآتي:

4-1- أعراض المواجهة أو الهروب لكانون (Cannon):

يطلق عليه هذا الاسم لأن هذه الاستجابة تجعل الفرد إما أن يواجه الموقف أو أن يتجنبه و يهرب منه. (الطلاع، 2000، ص 17)

يُنسب إلى كانون كونه أول من دمج الوصف العلمي لاستجابات الجسم لضغوط الفزيولوجية (1920) في دراسته لاستجابة الفرد لتهديد خارجي ، ووجد أن هناك أنشطة متسلسلة تحفز الغدد والأعصاب لتحضير الجسد لمواجهة الخطر أو الفرار منه ، وقد أطلق على تلك الاستجابة المزدوجة اسم أعراض المواجهة أو الهروب، وهو يرى أن ويعتقد أن منطقة ما تحت المهاد هي المركز الأصلي لاستجابة الضغط هذه ولها وظيفة مزدوجة في حالات الطوارئ ، وهي التحكم في الجهاز العصبي اللاإرادي وتنشيط الغدة النخامية. لذلك ، يسمى المهاد مركز الإجهاد والجهاز العصبي. الجهاز العصبي اللاإرادي مسؤول عن تنظيم و حدوث الاستجابات الفسيولوجية من خلال عدد من الوظائف المهمة التي يؤديها عندما يكون الفرد تحت الضغط ، وهي قيام الجهاز العصبي المستقل بعملية تنظيم فاعلية أعضاء الجسم وإفراز مادة الأندروفين (Endorphin) ثم إفراز مادة الأدرينالين (Adrenaline).

4-2- أعراض التكيف العام (G.A.S) لسيلي Selye:

ينظر سيلي إلى الضغط على أنه استجابة لأحداث بيئية مثيرة، ويبركز اهتمامه على الاستجابة التي يعتبرها دليل على أن الفرد يقع فعلاً تحت ضغط من بيئة مضايقة، فينظر للاستجابة على أنها الضغط أو الحدوث المتأني للضغط. (الشناوي و عبد الرحمن، 1994، ص 6)

وهو يرى أن الضغط متغير غير مستقل بناءً على رد فعله على البيئة الضاغطة، وأن هناك أنماط استجابة معينة يمكن من خلالها استنتاج أن الفرد تحت تأثير موقف ضاغط، وتعتبر هذه الاستجابة ضغطاً، كما أن اضطرابات الاستجابة الفيزيولوجية للضغوط هدفها هو المحافظة على الفرد. (الرشيدي، 1999، ص 50)

وقد قسم سيلي الأعراض التوافقية للضغط (رد الفعل الدفاعي تجاه الموقف الضاغط) إلى ثلاث مراحل هي:

- 1_ مرحلة الإنذار أو التنبيه (Alarm Stage) .
- 2_ مرحلة المقاومة (Resistance Stage) .
- 3_ مرحلة الإنهاك أو الانهيار (Exhaustion Stage) .

وتمثل مرحلة الإنذار رد الفعل الأول للموقف الضاغط عندما يدرك الفرد التهديد الذي يواجهه عن طريق الحواس التي تنتقل منها إشارات عصبية إلى الغدة النخامية، حيث يظهر الجسم تغيرات واستجابات تتميز بها درجة التعرض المبدئي للضاغط، وقد تحدث الصدمة العضوية بسبب الانفعالات الحادة، وهي مرحلة قصيرة وسريعة جداً، ونتيجة لهذه التغيرات تقل مقاومة الجسم.

وتحدث مرحلة المقاومة عندما ينتقل الجسم من مرحلة المقاومة العامة إلى أعضاء حيوية معينة، قادرة على صد مصدر التهديد، وتحدث هذه المرحلة عندما يكون التعرض للضاغط متسقاً مع التوافق، وهنا تختفي التغيرات التي ظهرت على الجسم في مرحلة الإنذار ويحاول الجسم التوافق مع المطالب الفسيولوجية التي تقع على كاهله (مصدر الضغط)، وعندما يقاوم الفرد الضغوط النفسية تكون أعضاء جسمه في حالة تأهب قصوى استجابة لتأثير الضغوط،

وتحدث المرحلة الثالثة (الانهك والانهيار) عندما يكون الجسم قد توافق، إلا أن لطاقة الجسم تكون قد استنفذت، وتبرز هذه المرحلة إذا كانت الاستجابات الدفاعية شديدة واستمر التهديد واستنفذت الأعضاء الحيوية قواها اللازمة للصمود، فتظهر علامات الإعياء تدريجياً وتتوقف قدرة الفرد على التوافق، وقد ينتج عن ذلك أمراض التوافق، ويعتبر المرض في هذه الحالة ثمناً للدفاع ضد العوامل الضاغطة الأمر الذي يؤدي في حالات متطرفة إلى الموت. (الزباد، 1984، ص 42)

4-3- نموذج ليفي (Leavy):

يفترض ليفي أن العوامل النفسية والاجتماعية تلعب دوراً وسيطاً في العلاقة مع المرض العضوي، حيث يرى أن أي تغير نفسي اجتماعي يمكن أن يعمل كمصدر للضغط، أو كمثيرات لاستجابات بيولوجية غير محددة، وتصطدم هذه المثيرات للفرد مع البرنامج النفسي الفيزيولوجي (العوامل الوراثية، المؤثرات البيئية) وفقاً لنمط معين، وهذه الاستجابة تهيئ الفرد لنمط معين من النشاط البدني كالمواجهة أو الهروب في المواقف المختلفة، ومن ثم تعتبر استجابة الضغط غير المحددة مقدمة للمرض الذي يُعرف بأنه عجز أو فشل في النظام النفسي الفسيولوجي على القيام بمهام ضرورية. (عبد الرحمن، 1999، ص 304)

4-4 النسق النظري لسبيلبيرجر Spielberg:

يهتم سبيلبيرجر بالضغط باعتباره محفز، ويتعامل معه من حيث الخصائص المنبهة للبيئات التي ينظر لها على أنها مسببة للاضطرابات بشكل ما، وهو نموذج ذو طابع هندسي، حيث يؤدي الضغط الخارجي إلى استجابة الإجهاد لدى الفرد، و يدخل في لغة الحياة اليومية (لا أستطيع أن أتحمل الضغط الواقع علي)، وهو يتعامل مع الضغط كمتغير مستقل، ويعتبر فهم نظريته في القلق مقدمة ضرورية لفهم نظريته في الضغوط، فقد أقام نظريته في القلق على أساس التمييز بين نوعين من القلق هما قلق الحالة أو (القلق الموضوعي أو قلق الموقف)، وقلق السمة أو (القلق العصابي أو القلق المزمن). وسمة القلق استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد على الخبرات السابقة، في حين أن حالة القلق موقفية، تعتمد على الظروف الضاغطة، وهو يربط بين قلق الحالة والضغط، ويعتبر أن الضغط الناتج عن ضاغط معين مسبباً لحالة القلق، وما يثبتته في علاقة قلق الحالة بالضغط يستثنيه من علاقة قلق السمة أو القلق العصابي الناتج عن تجارب سابقة بالضغط، حيث أن الفرد يكون من سماته الشخصية القلق أصلاً. (الرشيدي، 1999، ص 53)

4-5 نموذج "راهي وآرثر" (Rahe et Arther):

يفترض راهي وآرثر أن مواقف الحياة تتأثر بالنظام المعرفي للفرد، والدعم الاجتماعي، والإمكانات الشخصية، والتي من المحتمل أن تكون نتيجة لتجارب الحياة الإيجابية، وعقباتها التي من المحتمل أن تكون نتيجة للخبرات الحياتية السالبة التي تعد دالة لخبراته الماضية. أما الخطوة الثانية فتشمل الآليات الدفاعية للأنا؛ حيث يفترض وجود آليات دفاعية مرتبطة بتقليل التنبيهات الفيزيولوجية، وبالتالي يقلل من احتمالية الإصابة بالمرض. وتشمل الخطوة الثالثة نمط الاستجابة السيكوفيزيولوجية؛ وهي الاستجابة المرتبطة بالوعي (التعرق) والاستجابة اللاواعية (الزيادة الخفيفة في ضغط الدم).

أما الخطوة الرابعة ترتبط بالاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد في خفض نمط الاستجابة السيكوفيزيولوجية (الاسترخاء والتمارين الجسمية والعلاج الطبي). يعتمد تطبيق هذه الاستراتيجيات من قبل الفرد على مستوى وعيه بالخطر الذي يهدد صحته، وإذا فشلت هذه الاستراتيجيات في التخلص من الاضطرابات الجسمية، تحدث الخطوة

الخامسة التي يوجه فيها الفرد انتباهه إلى الجسد لاسعياً للبحث عن الرعاية أو العلاج الطبي، أما الخطوة السادسة فتمثل التشخيص الطبي فعلياً. (عبد الرحمن، 1999، ص 305)

4-6- النسق الفكري لموراي (Murray):

يعتبر موراي كل من مفهوم الحاجة (Need) والضغط (Stress) مفهومان مركزيان ومتكافئان في تفسير السلوك الإنساني، حيث يلتقي كلاهما في حوار دينامي يظهر في مفهوم الثيما (Thema)؛ الذي يعني به وحدة سلوكية كلية تفاعلية تتضمن الموقف الضاغط والحاجة، ومن ثم يصعب دراسة الضغوط منفصلة عن الحاجات، ويرى أن الضغط خاصية أوصفة لموضوع بيئي أو لفرد تُيسر أو تعوق جهوده في تحقيق هدف معين، وترتبط الضغوط بالأفراد أو الموضوعات التي لها دلالات مباشرة تتعلق بمحاولات الفرد لإشباع متطلبات حاجاته، وان ضغط الموضوع هو ما يستطيع أن يفعله الفرد في أمر ما، ويميز في هذا الصدد بين نوعين من الضغوط هما: ضغط ألفا (Alpha Stress)، وضغط بيتا (Beta Stress). ويرتبط ضغط ألفا بخصائص الموضوعات والأفراد وأهميتها ودلالاتها كما توجد في الواقع، بينما يشير ضغط بيتا إلى دلالة الموضوعات البيئية كما يدركها الأفراد، ويرتبط سلوك الفرد غالباً بضغط بيتا، ومن المهم اكتشاف المواقف التي تتسع فيها الشقة بين ضغوط بيتا التي يستجيب لها الفرد وبين ضغوط ألفا الموجودة بالفعل. (الرشيدي، 1999، ص 65)

أي أن الفرد يشعر بالضغط النفسي عندما يدرك الموضوعات في البيئة الخارجية على أنها ضاغطة إذ أنها تفوق إمكاناته وقدراته، ومن ثم لا يستطيع إشباع حاجاته ومتطلباته

4-7- التقدير العقلي المعرفي للازاروس (Lazarus):

يشير لازاروس إلى أن الطريقة التي يفسر بها الفرد علاقته بالبيئة هي عبارة عن عمل عقلي، إذ أن التفكير يؤثر على الطريقة التي نشعر بها، وانفعالاتنا تتأثر بالطريقة التي ندرك بها العالم، وعلى ضوء ذلك فإن الانفعال (الشعور) يتبعه معرفة (تفكير) والعكس صحيح، والأساس في ذلك هو التفاعل الذي يحدث بين الفرد والبيئة،

كما أن هناك عمليتين تحددان المواقف الضاغطة الخاصة بالعلاقة بين الفرد والبيئة هما: عملية التقدير العقلي المعرفي، ومهارات المواجهة.

وبذلك فسرت هذه النظرية الضغوط وكيفية مواجهتها بسلسلة من التقديرات العقلية والمعرفية لعمليات المواجهة.

4-8- النظرية الانفعالية لسكولر (Schooler):

توضح هذه النظرية أن هناك ارتباطاً قوياً بين الضغوط النفسية ورد الفعل الانفعالي، حتى أن البعض ذهب إلى تعريف الضغوط النفسية ارتباطاً بتأثيرها الانفعالي بأنها "كل ما هو غير سار أو مقلق أو هي مطلب شديد الإلحاح"، وأكثر الانفعالات شيوعاً كردود الأفعال الانفعالية للمواقف الضاغطة هي القلق والغضب والاكنتاب وغيرها من الانفعالات غير السارة، وإذا استمر الموقف الضاغط فإن مواقف الفرد تزداد اضطراباً. (الطلاع، 2000، ص 23)

4-9- نموذج شوارتز (Schwartz):

طور شوارتز نموذجاً للسلوك البيولوجي يشرح من خلاله تأثير العوامل النفسية على الصحة والمرض، حيث رأى أن البيئة تضع مطالب على الفرد، لذلك يختار الجهاز العصبي الوظائف الضرورية للاستجابة لهذه المطالب (الضغوط)، بناء على طبيعتها، حيث تظهر استجابات جسمية محددة نتيجة استثارتها، بينما تكف استجابات أخرى، وتقوم التغذية الراجعة السلبية بإعادة التوازن المفقود، حيث تجبر الدماغ على تعديل توجيهاته لمساعدة الأعضاء المصابة، وهذه التغذية الراجعة السلبية يمكن أن تؤدي إلى الشعور بالألم. (عبد الرحمن، 1999، ص 307)

4-10- نموذج كوكس _ ماكاي (Cox et MacKay):

ويُعرف بنموذج التحويل بين الفرد والبيئة، وهو يصف الضغط كجزء من منظومة مركبة ودينامية من التحويلات (التعاملات) بين الفرد والبيئة، ويقدم وصفاً خاصاً ومميزاً لمنظومة الضغط، دمج فيها بين النظر للضغط على أنه مثير، و على أنه استجابة، ولكنه مع ذلك يركز على الطبيعة التفاعلية للظاهرة.

ويشتمل النموذج على خمس مراحل تُكوّن فيما بينها علاقة تغذية رجعية، والمنظومة دائرية أكثر من كونها منظومة خطية، وال مراحل الخمسة هي:

- 1_ مصادر الالتزام المرتبطة بالفرد التي تعتبر جزء من بيئته، ويسهم عدم التوازن بين الالتزامات المدركة والالتزامات الحقيقية دوراً في حدوث الضغط.
- 2_ إدراك الفرد للالتزامات وقدرته على التعامل معها، ويحدث الضغط عندما يفقد الفرد توازنه وقدرته على التوفيق بين الالتزام المدرك وإمكاناته وقدرته المدركة.
- 3_ مرحلة الاستجابة الجسدية للضغط، وهي المرحلة الأخيرة، حيث يرى أنها ضمن منظومة واسعة وكبيرة في طرق التعامل الممكنة للفرد.
- 4_ مرحلة نتائج ردود الفعل الخاصة بالتعامل والمواجهة.
- 5_ مرحلة التغذية الرجعية التي تحدث في كل المراحل، إذ أنها تسهم في تشكيل النتيجة عند كل مرحلة؛ كالفرد الذي يصاب بحروق يتولد لديه مستويات عالية من الجلوكوز في الدم كاستجابة لخبرة الضغط، ويؤدي استمرار ذلك إلى إتلاف الآلية المنظمة للسكر في الدم ونتيجة لذلك يقع الفرد ضحية الحروق الشديدة وقد يصبح مصاباً بالسكري. (عبد الرحمن، 1999، ص 308)

4-11- النظرية المعرفية للضغط والاستجابة:

تقوم هذه النظرية على أساس من العلاقة والعملية، فمن ناحية العلاقة فإنها تتضح في تعريف الضغط على أنه العلاقة بين الشخص والبيئة التي يقدرها بأنها تفوق إمكانياته وتمثل خطر على استقراره وسعادته، وكون هذه النظرية تبنى على أساس من عملية فإن هذا له معنيان بالنسبة لها: أن الشخص والبيئة في علاقة دينامية باستمرار، وأن هذه العلاقة ذات وجهة ثنائية من حيث كون الشخص والبيئة يؤثر كلاً منهما في الآخر. كما أنها تفترض وجود عمليتين هما التقدير المعرفي (Appraisal Cognitive) والتعامل (Coping) كوسيطين للضغط وللنتائج التكيفية المرتبطة به، ويتم تحديد أهمية الحدث من خلال عمليات التقدير المعرفي، وهناك نوعان رئيسان من التقدير هما: (التقدير المبدئي) حيث يقيم الفرد أهمية العلاقة لاستقرار الحياة (غير كافية أو إيجابية أو مرهقة) ويشار إليها بالتقديرات الأولية، ويجري عن طريق التقدير الثانوي تقويماً لإمكانيات التعامل واختياراته، وتشتمل إمكانيات التعامل على القدرات البدنية (صحة الفرد) والموارد الاجتماعية (شبكة العلاقات الاجتماعية) والإمكانات النفسية (المعتقدات) التي يرجع إليها الشخص لتقرير الإبقاء على تقدير الذات وكذلك

الإمكانات المادية (المال)، ويتقارب التقديران معاً ليُشكلا معنى كل مواجهة، ويشير التعامل أوالتجاوب إلى الجهود العقلية والسلوكية للسيطرة على المطالب التي يوجدها التعامل الضاغط بين الفرد وبيئته، كما أن التعامل يُعرّف مستقل عن نتائجه ويشير إلى الجهود لإدارة المطالب بصرف النظر عن نجاح هذه الجهود أوالإخفاق فيها. (الشناوي و عبد الرحمن، 1994، ص 25)

4-12- نموذج التوتر أو الإجهاد كابلان وآخرون (Caplan et al):

يوضح هذا النموذج أن العلاقة بين التوتر والضغط النفسي من جهة، والصحة أو المرض من جهة أخرى، هي علاقة معقدة للغاية، حيث أن الضغط النفسي يحفز إدراك الفرد لها والتي يدخل في إطارها كل من الدعم الاجتماعي ومفهوم الذات، وقدرة الفرد على المواجهة كعوامل وسيطة، ويصاحب ذلك تنشيط كل من هرمونات الغدة النخامية وما تحت المهاد، ونشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، وكلها تتعكس في جهاز المناعة، وهو المحدد الأساسي لصحة الفرد أومرضه. (عبد الرحمن، 1999، ص 310) من خلال العرض السابق للنظريات المفسرة للضغوط النفسية نجد أن بعض منها فسرت استجابة الضغط النفسي على أساس فزيولوجي اعتماداً على المهاد، ويمكن الاستدلال على وجود الضغط من نمط الاستجابة التي يقوم بها الفرد عند مواجهته للضغوط من خلال بعض المراحل التوافقية التي يمر بها، بينما حاولت بعض النظريات التنبيه إلى أهمية دور العوامل النفسية والاجتماعية والوراثية في الاستجابة الفسيولوجية للضغط حيث نجد أن البعض نظر إلى الضغط باعتباره مثير لحالة القلق الناتجة عن تعرض الفرد لموقف ما ضاغط،

واقترض البعض الآخر أن استجابة الضغط تتأثر بإدراك الفرد ومستوى المساندة الاجتماعية المقدمة له وإمكاناته الذاتية وميكانيزماته الدفاعية التي تؤثر في مستوى الاستجابة الفسيولوجية للضغط التي تتحدد بالاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد في مواجهة الضغوط اعتماداً على مدى إدراكه للخطر الذي يهدده، كما يشير البعض إلى ارتباط الضغوط النفسية بحاجات الفرد وأن العقل هو الطريقة التي تساعدنا في إدراك ومواجهة الضغوط التي نتعرض لها، كما ربط البعض الآخر بين الضغوط النفسية

والانفعالات وأن هناك تأثير للعوامل النفسية للضغوط على الصحة والمرض، ويؤكد آخرون على الطبيعة التعاملية للظاهرة، وينظر إلى الضغط على أنه مثير واستجابة. افترض آخرون أن استجابة الإجهاد تتأثر بتصورات الفرد ، ومستوى الدعم الاجتماعي المقدم لهم ، وإمكانياتهم الخاصة ، وآليات دفاعهم ، والتي تؤثر على مستوى الاستجابة الفسيولوجية للتوتر التي تحددها استراتيجيات الفرد المستخدمة للتعامل مع الإجهاد اعتماداً على مستوى الوعي بالخطر الذي يهدد الفرد وأن العقل هو الوسيلة التي تساعدنا على التعرف والتعامل مع الضغوط التي نواجهها ، مثل البعض الآخر ، وربط التوتر النفسي بالعواطف وأن هناك تأثيراً لـ الضغوط النفسية على الصحة والمرض ، وغيرها تؤكد على طبيعة المعاملات للظاهرة ، مع الإجهاد الذي يُنظر إليه على أنه مثير ومستقبل.

5 - الخصائص العامة للضغوط النفسية:

تتميز الضغوط النفسية ببعض الخصائص التي تم استخلاصها من المبادئ والنظريات التي اهتمت بدراسة الضغوط النفسية وهي:

5-1- المادية والشيئية: تأتي الضغوط النفسية من تفاعل عناصر مختلفة تنشأ من مثيرات تكمن في طبيعة بنية النظام الاجتماعي والسياسي والاقتصادي، وتنشأ من مثيرات حيوية بيولوجية كيميائية (جراثيم أو تغيرات هرمونية) أو من مثيرات نفسية (مطالب تتجاوز قدرة الفرد على تحملها)، وهذه الوقائع يمكن إدراكها المادي من خلال المعرفة الحسية وتجسدها الواقعي بصورة عيانية.

5-2- عامة ومنتشرة: بالرغم من وجود فروق فردية بين الأفراد إلا أن هناك شروطاً عندما تتوافر لا بد أن يعاني كل فرد من الشعور بالضغوط النفسية، وهنا تتحقق صفة العمومية.

5-3- تنشأ من مثيرات سارة ومؤلمة: ثبت أن الحوادث بصفة عامة تتطلب إعادة توافق وأن الخبرات السارة تُسبب ضغطاً، ولكنه أقل من الضغط الناتج عن الخبرات غير السارة مثل (النجاح الذي يلقي على صاحبه مسؤولية العمل الشاق أو الزواج أو ميلاد طفل جديد).

4-5- علاقة الضغوط بنواتجها دياكتيكية: ينتج عن الضغوط كثير من النواتج مثل القلق والإحباط، والتي لها تأثيرات فسيولوجية ونفسية واجتماعية، ومن أهم نواتجها الاضطرابات السيكوسوماتية والإنهاك العاطفي والانفعال، والإحباط والشعور بالتعب. إن التعرض لمستويات بسيطة أو متوسطة من الضغوط تؤدي إلى أن يكون الفرد أكثر قدرة على مواجهة ضغوط أكبر، أي أن هناك بعض الجوانب الإيجابية التي تعود على الفرد نتيجة تعرضه للضغوط.

5-5- عند حد معين تعتبر الضغوط دوافع إيجابية: إن ارتفاع مستوى قوة الدافع يجعل الأفراد أكثر حدة من الناحية الفسيولوجية، كما يحدث تغيرات في إفرازات الغدد وضربات القلب وضغط الدم وهذه هي التهيئة الفسيولوجية اللازمة لسلوك ما، وترتبط الدرجة التي تكون عليها هذه المتغيرات بدرجة الضاغط الخارجي الذي يتعرض له الفرد، فقد يظهر الطلاب ذوي الحاجات المرتفعة نشاطاً مرتفعاً مما يؤثر في اليقظة الذاتية لديهم.

5-6- الضغوط مؤشر ضروري للتوافق: إذا تضمنت المواقف الضاغطة مطالب في حدود قدرة الفرد واستطاع تحقيقها يحدث التوافق أما إذا كانت العكس يحدث سوء التوافق، ومن هنا ارتبطت الضغوط بالمطالب التي تفوق القدرة والاحتمال، كما أن تعرض الفرد لكثير منها في فترات زمنية متقاربة يؤدي إلى اضطرابه عن المعايير.

5-7- الضغوط ذات طبيعة وظيفية: تُعبر الضغوط عن جانب وظيفي لما يكون عليه البناء الاجتماعي من تكامل أوتفكك، وتحدث نتيجة فشل هذا البناء الاجتماعي في القيام بوظائفه ودفاعاته وقصور في وسائل الضغط الاجتماعي.

5-8- الضغوط ذات طبيعة ديناميكية: تتصف الضغوط بأنها ليست استقرارية وهي ظاهرة تتأثر بالجنس ودرجة الوعي الذاتي للأفراد ويختلف ترتيبها تبعاً لشدتها. (الرشيدي، 1999، ص14)

6- أساليب مواجهة الضغط النفسي:

المواجهة (Coping) كما يعرفها لازاروس وفولكمان (1984): تشير إلى تغيرات معرفية متسقة وجهود سلوكية متواصلة بهدف السيطرة على مطالب نوعية خارجية أوداخلية تدرك بأنها شديدة الوطأة، أوتجاوز إمكانيات الفرد.

ويعرفها "بيللنج" وزملاؤه (1983) بأنها: مجموعة المعارف والسلوكيات التي يستخدمها الفرد بهدف تقدير مصادر المشقة وتخفيف أثر الانعصاب الناتج عنها، وتعديل التنبيه الانفعالي المصاحب لخبرة المشقة، وهي عبارة عن استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الأفراد في التعامل مع المواقف الضاغطة، وأزمات حياتهم وتشمل هذه الاستراتيجيات على مجموعة من الأساليب والوسائل التي يتصدى بها الفرد للضغوط، ويتكيف معها، ويعرف الباحثون سلوك المواجهة أو سلوك التصدي، بأنه سلوك تكيفي متعلم يهدف إلى حل الموقف الضاغط وتجاوزه.

ويميز لازاروس (Lazarus) بين نوعين أساسيين من أساليب مواجهة الضغوط هما:
أ- المواجهة النشطة أوالمتمركزة حول المشكلة: يسعى الفرد فيها إلى تغيير الموقف مباشرة بغرض تعديل أواستبعاد مصدر الضغط والتعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة، إذ أن الفرد الذي يصيبه الانزعاج بسبب سلوك زميله غير المبالي يتحدث إليه ويشرح له موقفه، ومن الأساليب المتبعة في هذا النوع من المواجهة ما يلي: - البحث عن معلومات أوطلب النصيحة. - اتخاذ إجراء أوحل للمشكلة. - تطوير مكافآت أوإثابات بديلة.

ب- المواجهة السلبية أوالمتمركزة على الانفعال المصاحب: وتعني التعامل مع الانفعالات الناتجة من مصادر الضغوط والاحتفاظ باتزان وجداني وتقبل الفرد لمشاعره، وهذا النوع مفيد في المواقف التي تتجاوز قدرة الفرد على ضبطها والتحكم فيها، ومن ثم لا يمكن تغييرها من خلال أساليب مناسبة لحل المشكلة (مواجهة مرض مفضي إلى الموت)، ومن الأساليب المتبعة في هذا النوع من المواجهة مايلي:

- التنظيم الانفعالي كضبط الانفعالات وعدم الانشغال بالانفعالات المتصارعة.
- التقبل المذعن كالانتظار بعض الوقت للتخلص من المشكلة مع توقع الأسوأ وتقبل الموقف كما هو. - التفريغ الانفعالي مثل البكاء والانغماس في أنشطة كلامية موجهه إلى الخارج. (الشناوي و عبد الرحمن، 1994، ص 29)

خلاصة الفصل:

كما لاحظنا من خلال هذا الفصل يمكن تعريف الضغط النفسي من خلال ثلاث اتجاهات تتمثل في الضغط بوصفها استجابة، والضغط كمثير، والضغط كونه تفاعلا بين الفرد والمثير المسبب للضغط، وانطلاقا من هذه التناولات تعددت النظريات التي اهتمت بتفسير الضغوط النفسية انطلاقا من هذه الاتجاهات. ولقد تطرقنا في هذا الفصل أيضا إلى مصادر الضغوط النفسية التي يتعرض لها الإنسان في حياته اليومية: والتي تتعدد بين عوامل فيزيقية ومهنية وبيئية واجتماعية ونفسية داخلية، تسهم بقسط كبير في التأثير على الفرد ومنه تولد لديه ضغطا، مما يؤدي إلى آثار على الفرد تمس عدة جوانب من شخصيته وحياته، ومن هذه الآثار أوردنا الآثار السلبية التي تخلفها الضغوط النفسية على الفرد من الناحية الجسمية والاجتماعية والنفسية الانفعالية. ولذلك يمكن القول أن موضوع الضغط النفسي يعتبر من المواضيع التي شددت اهتمام علماء النفس في هذا العصر، وتعددت البحوث والدراسات التي تناولته نظرا لأهميته وخطورة عواقبه على الفرد ومنه على المجتمعات ككل.

الفصل الثالث: التوافق الزوجي

تمهيد:

يعتبر التوافق الزوجي أحد أهم مجالات التوافق العام، ويعرف بأنه وجود شخصين متزوجين، يميلون إلى تجنب المشاكل أو حلها أن وجدت، وقبول مشاعر بعضهما البعض، والمشاركة في المهام والأنشطة العائلية المألوفة، وتلبية التوقعات الزوجية لبعضهما البعض، وهو يتضمن التحرر النسبي بين الزوجين في الأمور الأساسية لحياتهما المشتركة، وكذلك المشاركة في أعمال وأنشطة مشتركة وتبادل العواطف.

والتوافق الزوجي لكونه يقوم على أساس علاقة متبادلة بين الزوجين، لكل منهما تنظيمه الخاص للشخصية، من حيث سماتها وإطارها المرجعي الذي يحدد الميول والاتجاهات والقيم وأساليب المعاملة الزوجية، لذا لا تخلو الحياة الزوجية السعيدة من بعض الاختلافات التي تتحول بالتفاهم والمصارحة إلى مدعم جيد ومنشط للتوافق بين الزوجين، وعلى قدر نجاح من تحقيق هذه المهمة يكون التوافق الزوجي.

1- تعريف التوافق الزوجي:

1-1- تعريف التوافق النفسي:

1-1-1 لغة: التوافق في اللغة يعني التآلف والتقارب واجتماع الكلمة، ونقيضه التخالف والتنافر والتصادم. (مرسي، 1995، ص 192)

1-1-2 - اصطلاحا: هو لفظ يشير إلى تكييف المرء مع نفسه وفقا للبيئة، بصورة تضمن له تحقيق احتياجاته ومطالبه بشكل مقبول. (سليمان، 2005، ص 21)

وينظر مصطفى عشوي: إلى التوافق على أنه عملية يقوم الفرد أثناءها بجهد حسب ما يتطلبه الموقف للتغلب على مختلف العوائق لتحقيق الرغبات وإشباع الحاجات، إذ يؤدي ذلك إلى تحقيق حالة من الرضا النفسي العام. (عشوي، 1999، ص 26)

وعليه فإن التوافق في معناه العام كما يرى سيلامي يشير إلى تكييف العضو مع محيطه. وبالتالي؛ فإن التوافق هو عملية تغيير الاتجاهات والسلوك لتلبية متطلبات الحياة بشكل فعال مثل:

إقامة علاقات شخصية ناجحة مع الآخرين، والاستجابة الفعالة للأحداث والمواقف، وتحمل المسؤوليات وتحقيق إشباع الحاجات والوصول إلى أهداف الشخصية. (سليمان، 2005، ص 10)

1-2- تعريف التوافق الزوجي:

1-2-1- التعريف اللغوي:

مصطلح التوافق الزوجي يتكون من لفظين هما: التوافق والزواج، ولتعريفه لابد من تعريف كل على حدا أولا:

* فالتوافق لغة يعني: التآلف والتقارب واجتماع وجهات النظر والأفكار، مما يقلل التنافر والخصام. ويعني أيضا: الاتفاق والتظاهر، والوفيق من الموافقة بين شيئين كالاتحاد والتآلف والتقارب، ونقيضه التخالف والتنافر والتصادم (ابن منظور، د س، ص 4884)

* الزواج: في اللغة اسم مصدر من زوج يزوج ومصدره تزويج، وكلها دالة على اقتران الشيء بشيء آخر، والزوج خلاف الفرد، ولفظ زوجي منسوب للزواج، وهو اقتران

الرجل بالمرأة. وعليه فمصطلح التوافق الزوجي في اللغة يدل على تقارب وتآلف بين زوجين اثنين (ذكر وأنثى)

1-2-2 - تعريف التوافق الزوجي وفق علماء النفس:

هناك عدة تعاريف تناولت مصطلح التوافق الزوجي، حيث اختلفت في الزاوية التي ينظر إليها لهذا الموضوع، فمنه من تناوله على أساس العلاقة، وآخر على أساس التفاعل بين الزوجين وآخر تناوله من خلال العناصر المشكلة له، فيما يلي نورد بعض التعاريف التي تناولت الموضوع:

يعرف LOU (1958) التوافق بأنه وجود زوجين لديهما ميل لتجنب المشكلات وحلها، وتقبل مشاعرهما المتبادلة، والمشاركة في الواجبات والأعمال اليومية، والسعي ليكون عند حسن ظن الشريك، ويكون هذا التوافق أيضا في الأفكار وفي التماسك وفي التعبير العاطفي لدى الزوجين، وفي إشباع حاجتهما الأساسية الجنسية العاطفية، بحيث تتحقق لهما السعادة والرضا. (LOU، 1958، كما ورد في العزيزة، 2000، ص 171)

أما كمال مرسي: فيرى بأن التوافق الزوجي : "هو قدرة كل من الزوجين على التلاؤم مع الآخر ومع مطالب الزواج، ويستدل عليه من أساليب كل منهما في تحقيق أهدافه من الزواج، وفي مواجهة الصعوبات الزوجية، وفي التعبير عن انفعالاته ومشاعره في إشباع حاجاته عند تفاعله الزوجي". (مرسي، 1995)

ويرى ماركمان Markman: بأن التوافق الزوجي يتضمن خلق مجموعة من التفاعلات بين الطرفين والتي تؤدي إلى الراحة الفردية لكل طرف، مما يساعد كل طرف على التكيف مع ضغوط الحياة كما تؤدي إلى إحساس كل طرف بالحميمية العاطفية والجسمية مما يؤدي إلى الحفاظ لمدى أطول على العلاقة في إطار السياق الثقافي الذي يعيش فيه الزوجين. (بلميهوب، 2006، ص 30)

أما ظريف شوقي فرج فينظر إلى الموضوع من خلال الانفعال، فيقول بأن التوافق الزوجي هو: «حالة وجدانية تعبر على مدى تقبل العلاقة الزوجية، وتعكس طبيعة التفاعلات المتبادلة بين الزوجين في المجالات المختلفة التي تتسم بالشعور بمدى الإشباع الجنسي، والتجانس الفكري، والتشابه القيمي، والتعبير المتبادل على المشاعر

الوجدانية، والاتفاق حول أساليب تنشئة الأطفال، واحترام أسرة الطرف الآخر، وإظهار الحرص على العلاقة». (فرج، 1998، ص 335)

ونجد تعريف **سناء الخولي**: من زاوية نوع العلاقة بين الزوجين: فترى بأن التوافق الزواجي هو التحرر النسبي من الصراع، والاتفاق النسبي بين الزوجين على الموضوعات الحيوية المتعلقة بحياتهما المشتركة، وكذلك المشاركة في أعمال وأنشطة مشتركة وتبادل العواطف. (الخولي، 2006، ص 210)

أما **صبرة وأشرف** فتناولوا الموضوع من خلال محصلته حيث يريان بأنه يتضمن السعادة الزوجية؛ ويتمثل في الاختيار والإشباع الجنسي وتحمل مسؤوليات الحياة الزوجية والقدرة على حل مشكلاتها والاستقرار الزواجي. (صبرة و أشرف ، 2005، ص 130)

وهناك بعض العلماء الذين تناول التوافق بشكل شمولي، حيث نجد تعريف **جاس وآخرون Gattis et al**: التوافق الزواجي مفهوم متعدد الأبعاد يتحدد من خلال درجة التشابه بين الزوجين في الشخصية، ولذلك فالفرد يبحث عن زوجة تتفق في سماتها وثقافتها وقيمها معه، ومن الملاحظ أنهم يركزون على الشخصية في حدوث التوافق الزواجي من خلال التشابه بين الزوجين، فكل زوج يبحث عن شريك مثله في الشخصية والبيئة والثقافة، مما يساهم في تقاربهما وتوافقهما. وهذا ما ذهب إليه أيضا **عبد المعطي** حيث يفصل في تعريف مكونات عملية التوافق فيقول: "التوافق الزواجي يتضمن التوفيق في الاختيار المناسب، الاستعداد للحياة الزوجية، الدخول فيها، الحب المتبادل، الإشباع الجنسي، تحمل المسؤوليات، القدرة على حل المشكلات، الاستقرار، الرضا الزواجي، السعادة الزوجية، التصميم على مواجهة مشكلاتهما، تحقيق الانسجام والمحبة المتبادلة بينهما، لذلك فالتوافق الزواجي ممتد منذ لحظة التفكير في الزواج وبدء عملية الاختيار، مع الاستعداد لذلك، ثم القدرة على تحمل أعباء ذلك الاختيار مع توافر الحب المتبادل، والإشباع الجنسي، مما يساهم في وجود السعادة الزوجية وتحقيق الرضا الزواجي". (عبد المعطي، 2006)

يتضح من التعاريف السابقة أن التوافق الزواجي أحد الأركان الهامة للزواج، والتوافق لا يعني التطابق بين الطرفين (الزوج والزوجة) أو التماهي بينهما بحيث يصبحان

شخصين في شخص واحد، هذا غير مطلوب لأننا نكون قد ألغينا شخصية الفرد وهذا غير منطقي.

وعليه فإنه يمكن تعريف التوافق الزوجي هو شكل من اشكال النظام الزوجي ، والذي يتضمن عدم وجود خلافات والاتفاق النسبي بين الزوجين على القضايا الهامة لحياتهم المشتركة ، وكذلك المشاركة في الأعمال والأنشطة وتبادل المشاعر. وهو حالة عاطفية وجدانية تعبر عن مستوى قبول العلاقة الزوجية، وتعكس طبيعة التفاعلات المتبادلة بين الزوجين في مختلف المجالات، والتي تتسم بالشعور بمدى الإشباع الجنسي والتجانس الفكري والتشابه القيمي، والتعبير المتبادل على المشاعر الوجدانية، والاتفاق حول أساليب تنشئة الأطفال واحترام عائلة الطرف الآخر، وإظهار الحرص على نجاح العلاقة.

1-3-3 بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم التوافق الزوجي:

1-3-1 التوافق الزوجي والرضا الزوجي: إن التوافق الزوجي شكل من أشكال التوافقات التي بواسطتها يسعى الفرد لإقامة علاقات منسجمة مع شريكه حياته، وليحقق كل واحد منهما لشريكه إشباع الحاجات، فيؤدي ذلك لبلوغ حالة من الرضا عن ذلك الزواج تسمى الرضا الزوجي، أي أن الرضا الأخير يشير إلى المحصلة النهائية للعلاقة، أما التوافق فيشير للأسباب المؤدية لتحقيق ذلك التوافق من عوامل ومصادر. (كفافي و جابر، 1999، ص 436)

وتشير بلميهوب (2006) أن بعض الدراسات ميزت الرضا الزوجي بأنه حالة عامة من الشعور بالارتياح والحال الحسن ، وهذا يختلف لحد ما عن السعادة كحالة وجدانية سارة وإيجابية، ويمكن تعريف الرضا على أنه تقييم معرفي لنوعية الحياة التي يعيشها الفرد ككل. (بلميهوب، 2006، ص 12)

1-3-2- التوافق الزوجي والاستقرار الزوجي:

يقصد باستقرار العلاقة الزوجية نجاحها خلوها من الضغوطات الاضطرابات الزوجية ، مما يجعلها محصنة من التعرض لأخطار الفشل التي تقضي إلى الطلاق. يتضمن الاستقرار الحرص على العلاقة الزوجية والتثبيت بها ،لأن كلا الزوجين يشعر بالتوافق والرضا والسعادة. في حين تكون العلاقة غير المستقرة حين يكون طرفيها غير

متوافقين وغير راضين عن علاقتهما وهم غير سعداء ببعضهم البعض. (بلميهوب، 2006، ص 7)

1-3-4 التوافق الزوجي والتفاعل الزوجي: التوافق الزوجي هو قدرة كل من الزوجين على التوائم مع الآخر، ومع مطالب الزواج فهو يتضمن سلوكيات إرادية لها دوافع تدفع إليها وأهداف تحققها، وهذا ما يجعله مختلفا عن التفاعل الزوجي الذي يعني الآثار النفسية التي تتركها هذه السلوكيات عند الطرف الآخر من خلال إدراكه لها، وتفسيره لدوافعها، فالتوافق يحدث إما بخضوع الزوجة لمطالب الزوج، أو خضوع الزوج لمطالب الزوجة، أو خضوع الزوجين لمطالب الزواج، أو بوصولهما إلى حلول وسط ترضي الطرفين وتتفق مع معايير المجتمع وتقاليد. (مدور، 2005، ص 11)

2- جوانب التوافق الزوجي:

1-2 الجانب العاطفي في التوافق الزوجي:

التوافق العاطفي ضروري جدا بين للزوجين ، ونعني به أن يشعر كل منهما بالحب والعاطفة والتقدير والاهتمام والارتباط النفسي والعاطفي بالآخر ، حتى تلعب العلاقات الزوجية والعائلية دورها. في حياتهم المشتركة، حيث أن وجود مستوى معين من العلاقات العاطفية المتبادلة يسمح بتوفر الراحة والسكينة بين الزوجين ، ويحثهم على التضحية والعطاء ويساعدهم على تحقيق الاستقرار الأسري ككل. (الدعدي، 2009، ص 41)

2-2 الجانب الجنسي في التوافق الزوجي:

يلعب العامل الجنسي دورا مهما في تكيف العلاقات الزوجية، والتكيف الجنسي يتوقف على عدة عوامل أهمها: التربية الجنسية السليمة التي تلقاها كل من الطرفين، والاستعداد الفكري والثقافي الذي يؤهل كلا منهما للدور الذي يلعبه في الأسرة، ويقتضي التوافق فهما ومعرفة وإدراكا لمعنى الجنس ودوافعه وأهدافه وغايته دون زيادة أو نقصان في تقدير أهميته، وعادة يتطلب تحقيق التوافق تعديلا للسلوك أحيانا.

2-3 الجانب المادي (الاقتصادي) في التوافق الزوجي:

إن الإدراك والتفاهم والتوافق والقبول والرضا والقناعة والتواضع أمور لا بد أن تتوافر بين الزوجين، كي يصلا إلى توافق اقتصادي يعيش فيه الزوجان ويسعدان بما

يتوافر لهما من مال، ويسعيان إلى تحقيق مزيد من التوافق الاقتصادي بطريق مشروع وسليم، حتى يحققا إشباعاً معقولاً ومقبولاً لحاجتيهما، وذلك كله على أساس من الشعور بالمسؤولية وعلى قدر كبير من الواقعية، وقدرة على تحقيق الموازنة السليمة بين المتطلبات والالتزامات المالية والمادية المتزايدة لأعباء الحياة وبين مواردهما المتاحة، حيث تؤكد عدة دراسات على وجود ارتباط دال بين المستوى الاقتصادي والاجتماعي والرضا الزوجي، كما تؤكد ارتباط سلوكيات تدبير الموارد المالية وإدراك الزوجين لكيفية تدبير الموارد المالية للأسرة باستجابات التوافق الزوجي، وأيضاً تأثير وعي الزوجين بحل مشكلات الموارد المالية على طبيعة العلاقات الزوجية، كما تشير إلى أن معدل العدا بين الزوجين يرتبط ارتباطاً دالاً مع نقص الدخل المستمر.

2-4 الجانب الثقافي والاجتماعي في التوافق الزوجي:

إن كلا من الزوجين ينتمي إلى أسرة تختلف عن الأخرى بقدر من الاختلاف، فمهما كانت ظروف كل منهما، ومهما تقاربت مستوياتها وتدرجها الاجتماعي، فخلفية أي من الزوجين الثقافية تؤثر على حياتهما المشتركة، لذلك يجب أن يكون التكيف بينهما على أساس من التقارب الثقافي الذي يجمع بينهما، والتكيف الثقافي المطلوب بين الزوجين يكون بالتقارب والتسامح، وبالإقرار بالقيم والاتجاهات المشتركة في حياتهم، وتمثل الاختلافات الثقافية بين الأزواج أحد أهم هذه الاختلافات عندما تتباين التقاليد والعادات والقيم لدى أسرة أحدهما عن الآخر، وقد بينت بعض الدراسات أن عدم الاستقرار بين الزوجين مرده إلى الاختلاف في الخلفية الاجتماعية.

3- مجالات وأبعاد التوافق الزوجي:

لوصف العلاقة الزوجية بالتوافقية لابد أن يشمل الآتي:

3-1 التوافق الأسري: وتشمل السعادة الأسرية التي تتمثل في الاستقرار والتماسك الأسري والقدرة على تلبية مطالب الأسرة، وسلامة العلاقات بين الوالدين كلاهما، وبينهما وبين الأبناء، وسلامة العلاقة بين الأبناء، عندما يسود الحب والثقة والاحترام المتبادل بينهم، ويشمل التوافق الأسري كذلك العلاقة الأسرية مع الأقارب وحل المشكلات الأسرية. (الشاذلي، 2001، ص 55)

3-2 التوافق العقلي: يعتبر الإدراك الحسي للفرد والتعليم والتذكر والتفكير والذكاء والاستعدادات أهم أبعاد التوافق العقلي، ويتحقق هذا الأخير بقيام كل عنصر من هذه الأبعاد بدوره متكامل مع بقية العناصر. (صبرة و أشرف ، 2005، ص 129)
وهنا قد يلعب مستوى التوافق العقلي لكل من الزوجين دورا في التأثير سلبيا أو إيجابيا على توافقهما الزوجي.

3-3 التوافق الديني: الجانب الديني جزء من التركيب النفسي للفرد، لذلك فتمسك أحد الزوجين بالتعاليم والسلوكات الدينية في حين إهمالها أو عدم المبالاة بها من الطرف الآخر قد يكون سببا بشكل أو بآخر نشوب الخلافات الزوجية.

3-4 التوافق الجنسي: للجنس دورا مهما جدا في حياة الفرد نظرا لتأثيره على السلوك والصحة النفسية، ذلك أن النشاط الجنسي يشبع كلا من الحاجات البيولوجية والسلوكية وكثيرا من الحاجات الشخصية والاجتماعية، ويعتبر إحباطه مصدر للصراع والتوتر الشديدين. وتختلف الطريقة التي تشبع بها الحاجات الجنسية ودرجة هذا الإشباع اختلافا واسعا باختلاف ظروف الحياة وتجارب التعلم التي تلقاها الفرد.

ويعتبر سوء التوافق الجنسي دليلا على سوء التوافق العام لدى الفرد، فضلا عن كونه عنصرا مهما وفعالاً للغاية في العلاقة الزوجية، باعتباره هو الطريقة الوحيدة لتلبية هذه تلك الحاجات في المجتمع، بطريقة شرعية؛ دينيا وقانونيا. (صبرة و أشرف ، 2005، ص 130)

3-5 التوافق الاقتصادي: إن التغير المفاجئ بالارتفاع أو الانخفاض في سلم القدرات الاقتصادية يحدث اضطرابا عميقا في أساليب توافق الفرد، ويلعب حد الإشباع دورا بالغ الأهمية في تحديد شعور الفرد بالرضا أو الإحباط، فيغلب على الفرد الشعور بالحرمان والإحباط إذا كان حد الإشباع عنده منخفضا، ويغلب عليه الشعور بالرضا إذا كان حد الإشباع عنده مرتفعا، خصوصا إذا تجاوز عدم الإشباع حد الفرد ليطول أسرته من زوجة وأولاد، فاختلف القدرة المادية للزوج كونه المسؤول والمكلف الأول لتلبية حاجات الأسرة لأي سبب من الأسباب أو عدم اتفاق الزوجين في طريقة التدبير أو التخطيط لتسيير الشؤون المالية أو المادية للأسرة يمكن أن يكون عاملا بارزا لعدم الانسجام بينهما. (صبرة و أشرف ، 2005، ص 131)

3-6 التوافق الاجتماعي: المقصود بالتوافق الاجتماعي قدرة الفرد على عقد صلات وعلاقات طبيعية مرضية مع الآخرين، وعلاقات تتسم بتحمل المسؤولية والقدرة على الاعتراف بحاجة الآخرين، وفي المجال الزوجي والأسري، يقصد به أن يقيم الرجل والمرأة علاقة زوجية تقوم على السكينة والطمأنينة، بحيث يشعر كل طرف بحاجة إلى الطرف الآخر، وينطبق ذلك على الآباء والأبناء، كما ينطبق على العلاقات الاجتماعية خارج أفراد الأسرة المصغرة ليشمل عائلتي الزوج والزوجة والأصدقاء والجيران لأن كل هذا قد يكون وثيق الصلة بالتوافق الزوجي للزوجين.

3-7 التوافق الثقافي: التقارب بين أفراد الأسرة في المستوى الثقافي لكل منهم أصبح من الأمور المهمة للتفاهم والانسجام والحب بينهم ولقد بينت كثير من الدراسات الحديثة أن من أهم العوامل المؤثرة في التوافق الزوجي والأسري، وثقافة الفرد بصورة عامة، وتعلم المرأة بصورة خاصة، ولذلك فإن الخلفية الثقافية لكل من الزوجين تؤثر في حياتهما المشتركة حيث يختلفان حول تنظيم الأسرة أو تحديد عدد الأبناء مثلا. (صبرة و أشرف ، 2005، ص187)

3-8 التوافق التروحي: يقوم التوافق التروحي في حقيقته على إمكانية التخلص من أعباء العمل ومسئولياته أو التفكير فيه خارج مكان العمل، والتصرف في الوقت بحرية أو ممارسة هواياته رياضية أو عقلية أو تروحية ويتحقق بذلك الانسجام. (صبرة و أشرف، 2005، ص 131)

فأخذ الزوجين قسطا من الترويح من وقت لآخر يساعدهما على التخفيف من أعباء الحياة ويكسر الروتين والرتابة ويساعد على التغيير ورفع الروح المعنوية وتجديد الطاقة مما يجعل الزوجان أكثر قدرة على القيام بواجباتهما نحو حياتهما المشتركة.

4- العوامل المؤثرة على التوافق الزوجي:

4-1 خبرات الطفولة: تؤثر خبرات الطفولة والماضي لكل من الزوجين على توافقهما سلبا وإيجابا، فالجو النفسي للأسرة التي عاش فيها كل من الزوجين قبل الزواج يعتبر من العوامل المؤثرة في سعادة الزوجين، كما أن الطريقة التي عوم بها كلاهما في طفولته من والديه، ومدى تعرضه للثواب والعقاب، والمعايير الاجتماعية التي أخضع سلوكه لها، ومدى إشباع أو إحباط حاجاته الأساسية الأولية، والحاجة للتقبل والانتماء،

والحاجة للأمان النفسي، وأيضا علاقة الوالدين ببعضهما وعلاقتهما بالآخرين تعتبر ضرورية لمعرفة توافق الزوجين أو عدم توافقهما.

4-2 اختيار الشريك: لكل مجتمع نظمه وأساليبه وأوضاعه التي تحكم الاختيار بين الأفراد من أجل الزواج، وهذه النظم والأساليب قابلة للتطور والتغير من خلال التغير الاجتماعي والثقافي في المجتمع، طبقا للعادات والتقاليد والقيم والأنماط التي تسود بين الناس، ومع ذلك فإن هناك مبدأ سائد وهو: أن كل إنسان يختار للزواج من يتناسب معه، ويذكر القواسمي أن هناك بعض الأشخاص يكون اختيارهم لشركاء حياتهم تحت ضغط مجموعة من العوامل، سواء فيما يتعلق برغبة الوالدين في اختيار شريك الحياة، أو فيما يتعلق بالوضع الاقتصادي، ولجوء الزوج أو الزوجة إلى شريك حياة يمكن أن يحقق معه قدرا من الراحة الاقتصادية، وغيرها من العوامل التي يهتم بها الفرد في علاقته الزوجية أكثر من اهتمامه بطريقة تفكير أو محتوى أفكار رفيق حياته. (القواسمي، 1995، ص 35)

وتشير الخولي إلى المقومات الأساسية للتوافق الزوجي التي أهمها: الاختيار الجيد للقرين، ليحقق التوافق الزوجي، وتأكيد استمرار العلاقة الزوجية، وإن الاختيار لا يتضمن فقط شخصية الفرد الآخر، ولكنه يتضمن أيضا أشياء أخرى مرتبطة به، مثل: الظروف التي سيعيش في ظلها الزوجان، ومتطلبات مهنتهما، ومكان السكن، ونمط أقاربهما. (الخولي، 2006)

4-3 السن عند الزواج: تدل الإحصاءات في المجتمع الأمريكي على أن معدلات الطلاق بين المتزوجين من المراهقين تصل إلى أربعة أضعاف حجم هذه النسبة لدى الأشخاص الذين هم في العشرينات من العمر، ومعنى ذلك أن نسبة النجاح أمام مثل هذا الزواج ليست عالية. ولقد جاءت نتائج عدد من الدراسات مؤكدة لذلك، حيث أثبتت أن الزواج المبكر يزيد من عدم الاستقرار الزوجي، كما أن الزواج المتأخر أيضا يبدو أقل استقرارا، ويشير القواسمي إلى أنه كلما وجد فرق معقول في عمر الزوجين، وذلك في حالة أن الزوج أكبر من الزوجة، فإن الزوج يكون أكثر نضجا في التفكير، مما يجعله قادرا على فهم الزوجة، وبالتالي يكون قادرا على التعامل مع أي صعوبات يمكن أن تصادف علاقتهما الزوجية بشكل مناسب، وفي هذا السياق فإن اختلاف الأعمار

بين الزوجين، وخصوصا عندما يكون الفرق كبيرا بينهما يؤدي إلى سوء الفهم بينهما في كثير من المجالات، والذي يؤدي بدوره إلى سوء التوافق الزوجي بينهما. (القواسمي، 1995، ص 34)

4-4 النضج الانفعالي: يمثل التوافق الزوجي المظهر السلوكي الظاهري للشخصية، وهو محصلة لدوافع وسمات عديدة أهمها: النضج الانفعالي للفرد والذي يعد مؤشرا مهما للمرونة وعدم الجمود، وبذلك فإن النضج الانفعالي يسهم في تحقيق التوافق الزوجي، لأن الشخص الناضج انفعاليا يمتلك وجهة نظر خاصة للحياة، وحتما عدم النضج الانفعالي لأحد الزوجين أو كلاهما يؤدي إلى عدم التوافق الزوجي عندهما، وأن أفضل الزوجات هي التي تتم بين شخصين يقدران على الزواج ويرغبان فيه، ويتوفر لديهما درجة كافية من النضج. (سيد سليمان، 2007، ص 60)

4-5 الإنجاب: يعتبر الإنجاب أحد العوامل التي تحقق التقارب والحب بين الزوجين، وتخلق رابطة بالغة العمق بينهما، فهو يساهم في تحقيق توافقهما النفسي والزوجي، حيث أن حيث أن الأمومة أو الأبوة كفترة انتقالية في حياة الفرد تؤدي إلى تغييرات كبيرة في دور الوالدين، بالإضافة إلى الأدوار السابقة كزوجين، وهذا التغيير يتطلب القدرة على التكيف مع تلك الأدوار، لذلك فإن دورهم الوالدي يتطلب الوفاء بالمسؤولياتهم، انطلاقا من اتخاذ قرارات مستمرة وسريعة لرعاية الطفل. والعمل على توفير مستلزماته ورعاية احتياجاته، وهذه وهذه المهام تعتبر من التكاليف التي تتطلب التوافق الدائم من كلا الزوجين.

4-6 مدة الزواج: لقد بينت بعض الدراسات أن الرضا الزوجي ينخفض انخفاضا حادا في وقت مبكر من الزواج، ويفسر هذا بأن الاعتراف بحقيقة أن الحياة تختلف بصورة جوهرية عن الصورة المثالية التي تقدم بها الأزواج إلى الحياة الزوجية، وهناك تفسير آخر لانخفاض التوافق الزوجي في وقت مبكر من الزواج وهو وجود الأطفال والروتين والالتزامات تجاه الأقارب، والاكتشافات المفاجئة لعادات الشريك، وعدم التواصل لمبدأ تقسيم الأدوار، وبعد ذلك ومع مرور الوقت فإن ألفة المعاشرة هي التي تجمع الزوجين من أجل تحقيق هدف مشترك، هو تربية الأبناء، وضمان حياة أفضل لهم، كما أن تدني التوافق الزوجي مع مرور الوقت إلى أن الزوجين يصبحان أقل

إدراكا للخصائص الشخصية المحببة لدى الآخر، وعلى العكس من ذلك فإنه وبمرور الوقت تنمو اتجاهات جديدة نحو الزواج، حيث أن التجربة المشتركة بين الزوجين تمدهما برباط قوي يوجد عالما خاصا بهما يتبادلان خلاله الأخذ والعطاء، ويتشاركان في مواجهة الأزمات ومعالجة الخلافات.

4-7- التوقعات حول الزواج: قد تكون اتجاهات أحد الزوجين سالبة عن الزواج، حيث يعتبره بأنه شر لا بد منه وأنه عبء على الإنسان يجب أن يحمله وأنه يتطلب تحمل المسؤولية والأعباء، وتربية الأطفال، والإنفاق، فإذا كانت مثل هذه التوجهات عند أحد الزوجين فإن عدم التوافق الزوجي سيكون أمرا قائما لا محالة. (العزيزة، 2000، ص 174)

وهناك عوامل كثيرة متضافرة منها الاجتماعية، والنفسية، والاقتصادية تجعل من الأفكار والتوقعات حول الذات وحول شريك الحياة والزواج توقعات غير عقلانية وغير واقعية إلى حد كبير، وهكذا يصاب الأزواج الجدد بالصدمات وخيبة الأمل، وفقدان التوازن النفسي، وبالتالي يقع التدهور السريع نحو إنهاء الزواج.

4-8- المستوى التعليمي لدى الزوجين: في الواقع اتضح أن المستوى التعليمي لكلا الزوجين يؤثر على التوافق الزوجي، لذلك يركز علماء الاجتماع عند دراستهم لمشاكل الأسرة على المستوى التعليمي لكلا الزوجين وأثر التباين فيه، في نجاح الزواج والسعادة الزوجية، حيث أن التباين الكبير في المستوى التعليمي لدى الزوجين يصيب الحياة بنوع من الفتور أو الضعف التفاعلي السلبي، مما قد يصل بهما إلى التفكك والانفصال. (الخولي، 2006)

4-9- أساليب المعاملة الزوجية: تلعب أساليب المعاملة الزوجية بين الزوجين دورا كبيرا في مدى توافق الزوجين، فالأساليب غير السوية القائمة على التسلط والقسوة والنبذ والإهمال والتدليل والحماية الزائدة تلعب دورا كبيرا في سوء توافق الزوجين واضطراب حياتهما، بينما نجد أن المرونة في المعاملة ومراعاة مشاعر الآخرين تزيد من التكيف بين الزوجين، وتعمل على نجاحه.

4-10- الاستعداد النفسي للزواج: اللازم لتحمل مسؤولياته، والاستعداد المادي من حيث تكاليفه ومطالبه.

4-11- إشباع الحاجات الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية للزوجين.

4-12- النضج الاجتماعي: ويتضمن فهم الذات وتقبلها، والاستقلال الذاتي، والنجاح في القيام بالدور الزوجي في إطار توقعات الطرف الآخر، وتحمل المسؤولية تجاه الزوج والأولاد، والقدرة على إقامة العلاقات الاجتماعية والاتصال والتفاعل اللفظي وغير اللفظي الموجب، وإزالة الحواجز بين الطرفين، ومراعاة الواجبات والحقوق الزوجية.

4-13- تكافؤ شخصيتي الزوجين وتكاملهما في عدد من الأبعاد مثل: التكافؤ في الصحة النفسية والجسمية، وتكافؤ الحاجات -بمعنى تكاملها لا تناقضها- وكما هو الحال بين الحاجة إلى السيطرة لدى الزوج والحاجة للخضوع لدى الزوجة وتوازيهما، وتقارب العادات والميول، وتقارب المستوى الاجتماعي والاقتصادي، وإن كان ثمة فارق طفيف فيكون في صف الزوج، والتكافؤ الثقافي - بمعنى تقاربهما أو يكون الزوج أعلى- والتكافؤ في السن - بمعنى التقارب مع زيادة قليلة في سن الزواج- والتجانس في الطول والوزن، والتكافؤ في الدين والعقيدة.

4-14- نمو كل من شخصيتي الزوجين معا: بحيث لا تنمو شخصية على حساب الآخر، والمشاركة النفسية في علاقة بناءة مبدعة، قوامها الإخلاص والتعاهد على العمل لإنجاح الزواج إلى آخر الحياة.

4-15- ضغط الأهل والأقارب مع عدم رغبة الفرد نفسه في الزواج.

5- النظريات التي تناولت التوافق الزوجي:

5-1 النظرية البنائية الوظيفية:

ترى هذه النظرية بأن المشكلات الزوجية تحدث نتيجة حدوث الاضطراب في نسيج العلاقات داخل البناء الأسري، حيث يصيب الأسرة التفكك والتصدع نتيجة فقدانها كثيرا من الوظائف التي انتقلت إلى مؤسسات اجتماعية أخرى مثل المدرسة وأماكن الترفيه والمصانع، ويرتبط التوافق الزوجي وفقا لمفهوم النظرية البنائية الوظيفية بمدى التزام الزوجين بأداء الوظائف المنوطة بهم في إطار الأسرة، وتقل درجة التوافق حسب درجة الإهمال والتقصير في هذه الواجبات، وتشير "سامية الخشاب" (1987) إلى أن عوامل الاستقرار داخل الأسرة تعود إلى نمط المجتمع الذي تنتمي إليه وأن عوامل

التغيير المرتبطة بالتصنيع في المجتمع تجعل الوحدة والاستقرار داخل الأسرة يواجهان بعض الصعوبات. (الخشاب، 1987، كما ورد في العنزي، 2010، ص 25)

5-2 نظرية التحليل النفسي:

أكد فرويد على أهمية الجانب الجنسي (الليبدو) في حياة الفرد، وذلك كبعد مهم من أبعاد التوافق الزواجي، فالفرد يمتلك الجانب الجنسي الذي يسعى الهو لإشباعه بأي طريقة، ولكن الأنا تعمل على لتوجه ذلك الإشباع، ولهذا فقد اعتبرت الغريزة الجنسية جانبا مهما في مدرسة التحليل النفسي لفرويد، حيث يجعلها فرويد ممسيرا وموجّها للسلوك الفردي، و تتمو تلك الغريزة (الجنسية) عبر عدة مراحل تنتهي بالمرحلة الجنسية التناسلية، والتي تميز حياة الراشد الجنسية، ويبحث الفرد فيها عن زوجة له، ويسيطر على تلك المرحلة فكرة الجماع الجنسي، ولذلك فالفرد يحاول إشباع تلك الغريزة (متطلبات الهو) وفق الإطار الشرعي (الأنا والأنا الأعلى)، فيبحث عن زوجة مناسبة له في إطار الزواج الصحيح خلال المرحلة الجنسية التناسلية كما يرى فرويد، وبذلك يتحقق التوافق الزواجي، مع العلم أن التوافق الجنسي يعد مهم للتوافق الزواجي، وكذلك فسوء التوافق الزواجي ينشأ من الفشل في تحقيق التوازن بين مكونات الشخصية، ولجوء الزوج لإشباع رغباته الجنسية بطريقة غير مقبولة أي تغلب الهو على الأنا كمكون للشخصية.

5-3 النظرية السلوكية:

السلوكيين يفسرون التفاعل الزواجي كمتطلب مهم لحدوث التوافق الزواجي من خلال الثواب والعقاب، حيث إن إثابة الفرد على سلوك ما غالبا ما يدعمه ويقويه للظهور مرة أخرى فعندما يتفاعل الزوجان ويعزز أحدهما الآخر فإنه يحفزه، وذلك يزيد من التقارب والتوافق الزواجي بينهما عكس إذا عاقب أحدهما الآخر أو حرمة من الثواب، فإنه يشعره بعدم الارتياح وبسوء التوافق بينهما، ولذلك فإن التوافق الزواجي يحدث إذا تفاعل الزوجان، وأشبع كل منهما الآخر مما يعود عليهما بالنفع، فالتوافق الزواجي بين الزوجين يمكن تعلمه من خلال مرور الزوجين بخبرات حياتية إيجابية، ومقابلة ذلك بالدعم والمساندة مما يعتبر معززا على سلوكه مرة أخرى. (غلاب، 2002، ص 169)

4-5 نظرية الذات لـ "روجرز":

اهتم روجرز بالذات، ومن هنا نظر للتوافق وسوء التوافق في ضوء رؤيته للذات، إن فكرة اتساق الفرد مع مفهوم ذاته تزيد تقديره لذاته، وبناء عليه يزيد التوافق الزواجي بينه وبين الشريك الآخر، بل من المفيد استخدام الإرشاد الزواجي لهما لرفع قيمة الذات والتوافق الزواجي لهما، كما أن مفهوم الذات عند الزوجين يتأثر بحالة العقم لدى الزوجين أو قدرتهما على الإنجاب، وقد أشار **القشعان** إلى أن الأسرة المنجبة أعلى من الأسرة غير المنجبة في مفهومهم وتقديرهم لذاتهم، حيث يزيد تقدير الذات لدى الزوج إذا كان يمتلك ولدا، ما يزيد الفرصة لوجود وزيادة التوافق الزواجي بينهما، ولهذا فإن نظرية الذات تنظر إلى التوافق الزواجي على ضوء اتساق الفرد مع ذاته وخبرته التي يمر بها، وكذلك قدرته على الإنجاب وتقبله لشريك حياته كجزء من ذاته. (زكي، 2008، ص 90)

5-5 نظرية التوازن المعرفي:

تعد الاتجاهات قضية مهمة في الانسجام بين الزوجين، والأزواج السعداء هم من اتفقت اتجاهاتهم، وينجم التوتر على العلاقات الزوجية بين الاتجاهات المتعارضة، حيث إن العواطف الايجابية تتحول تدريجيا إلى عواطف سلبية نتيجة لتباين هذه الاتجاهات والرغبة اللاشعورية في التخلص من التوتر. (بن سالم والعنزي، 2009، ص 26)

6-5 نظرية التبادل الاجتماعي:

تقوم هذه النظرية على التبادل الذي يعيشه الفرد بين المكافأة والتكلفة، حيث يشير "بور" Burr إلى أن المكسب الناتج عن التفاعل يؤثر على شكل العواطف بين الزوجين، فالعاطفة تكون ايجابية عندما يكون المكسب من تفاعل الزوجين على شكل مكافأة، أما إذا كان المكسب من التفاعل على شكل تكلفة، فإن العاطفة تكون سلبية، وهذا يعني أن التفاعل إذا كان إيجابيا ومبنيًا على الحب والعطف والتفاهم، فإنه يقود إلى التوافق والتناغم بين الزوجين، أما إذا كان التفاعل سلبيا ويقوم على الخوف والتوتر فإنه يقود إلى مزيد من الشحنة والنفور بين الزوجين. (بن سالم والعنزي، 2009، ص 26)

5-7 نظرية الربح النفسي الروحي:

هذه النظرية ذات أساس ديني، حيث أشار كمال مرسي (1995) إلى أن الربح النفسي الروحي عبارة عن شعور الفرد بالارتياح النفسي في عمل يرضي الناس ابتغاء مرضاة المولى عز وجل وأخذ الثواب من الله تعالى، وأن هذه النظرية تقوم على أربع مسلمات:

- أ- إشباع الحاجة للدين يدفع الفرد للقيام بعمل يرضى عنه المولى تعالى.
 - ب- حصول الفرد على ثوابه وأجره من الله تعالى يعزز سلوكه في باقي العبادات.
 - ج- إحسان الفرد لأخيه من العبادات التي يعززه الله تعالى عليه.
 - د- إذا قابل الفرد إساءة الآخر له بالإحسان فإن ثواب الله تعالى له سوف يزداد.
- ولهذا فإن الزوج يقابل مودة الطرف الآخر بالمودة، كما يقابل عداوته بالمودة، ويفسر ذلك حيث أن الفرد الزوج يرى أن الثواب الذي يحصل عليه من المولى تعالى يفوق أي عقاب أو خسارة يمكن أن تصيب الفرد في هذه الدنيا، ولهذا تقوى علاقة الزوجان معا ويراقب كل منهما ربه في الآخر، مما يزيد الفرصة للتفاعل الزوجي الجيد وتحقيق التوافق الزوجي. (مرسي، 1995، ص 100)

5-8 نظرية الدور:

عند توافق توقعات الدور يحدث الانسجام والتوافق بين الزوجين، وعند تعارض توقعات الدور لأحد الزوجين أو كلاهما قد يحدث عدم التوافق وتظهر المشكلات الزوجية، وينبثق عن نظرية الدور اتجاهان متباعدان، أحدهما: الاتجاه التفاعلي الرمزي، ويشير هذا الاتجاه إلى أن التوافق الزوجي يتحدد في درجة تحقق ما تتوقعه الزوجة من زوجها وحقيقة ما يدركه الزوج في زوجته، وفي هذا الإطار تشير الخشاب (1987) إلى أن مفهوم تناقض الدور يظهر حين لا يتطابق السلوك مع المعايير التي يراها الأفراد مناسبة، ما يؤدي إلى عدم التوافق الزوجي، وظهور المشكلات الزوجية التي تعود وفق نظرية الدور إلى عدم تقابل الرغبات المختلفة والمتطورة لأعضاء الأسرة أو اختلاف القيم، أما الاتجاه الآخر في نظرية الدور فهو الاتجاه السلوكي ويركز على دراسة السلوك الإنساني الذي يحدث في مواقف أسرية، وقد اعتبرت "

الخشاب" (1987) السلوك الإنساني غير متوافق إذا لم يتوافق مع تلك المواقف، لأن السلوك هو استجابة لذات الموقف. (بن سالم والعنزي ، 2009، ص 25)

6- تحليل عملية التوافق الزوجي:

يحدث التوافق الزوجي إما بخضوع الزوجة لمطالب الزوج، أو خضوع الزوج لمطالب الزوجة، أو خضوع الزوجين لمطالب الزواج، أو بوصولهما إلى حلول وسط ترضي الطرفين، وتتفق مع معايير المجتمع وتقاليد، لذا يعتبر الزوجان متوافقين زوجياً إذا كانت سلوكيات كل منهما مقبولة من الآخر، وقام بواجباته نحوه، وأشبع له حاجاته، وعمل ما يربطه به، والامتناع عن عمل ما يؤذيه، أو يفسد علاقته به أو بأسرتيهما، في حين يعتبر الزوجان متنافرين أو غير متوافقين أوسئياً التوافق معاً، إذا كانت سلوكيات كل منهما تؤذي الآخر، وأتحرمه من إشباع حاجاته، أولاً تساعدهما على تحقيق أهدافهما من الزواج، أو تفسد علاقتهما الزوجية، ويتم الحكم على التوافق الزوجي من ثلاث زوايا.

6-1 زوايا عملية التوافق:

توجد ثلاث زوايا لعملية التوافق الزوجي وهي: الزوج، الزوجة، وعملية الزواج.

أ- زاوية الزوج: ويقصد به ما يقوم به من سلوكيات في تفاعله مع الزوجة، وما يتحقق له من أهداف، وما يتعرض له من صعوبات وخلافات، وما يشبع له من حاجات.

ب- زاوية الزوجة: ويقصد به ما تقوم به من سلوكيات في تفاعلها مع الزوج وما يتحقق لها من أهداف، وما تتعرض له من صعوبات وخلافات، وما يشبع لها من حاجات.

ج- زاوية الزواج: ويقصد به ما يتحقق من أهداف للزوجين والأسرة، في ضوء قيم المجتمع ومعايير الدينية والقانونية، والتوافق الزوجي مثل التفاعل الاجتماعي، يتأثر بأساليب التواصل بين الزوجين، وبكفاءة كل منهما في القيام بأدواره الزوجية، وفي مساندة الزوج الآخر في القيام بمسؤولياته، ولعب أدواره عند الضرورة، كما يتأثر بتوافقهما الجنسي، وبقدرتهما على المسايرة والتعاطف معاً، وبقدرة الزوج على الإنفاق والرعاية والحماية، وبرغبة الزوجة في طاعة زوجها، وقبول قوامته ورئاسته للأسرة، ومساندتها له، وقدرة الزوجين على تحقيق التوازن بين مسؤولياتهما في العمل خارج

البيت والواجبات الزوجية، وتربية الأولاد، ورعاية شؤون المنزل، وهذه العوامل تعمل عملها في التوافق الزوجي من خلال عملها في التفاعل بين الزوجين، فإذا أدت إلى التفاعل الزوجي الايجابي كان التوافق الزوجي حسنا، وإذا أدت إلى التفاعل الزوجي السلبي كان النفور وعدم التوافق أوالتوافق السيئ بين الزوجين. (مرسي، 1995، ص 196)

وصعوبة التوافق الزوجي مسألة نسبية، تختلف من زوج إلى آخر بحسب نظرة كل منهما للأزمة، وتفسيره لها، وفهمه لقدراته، وعلاقته بالزوج الآخر وأهدافه من الزواج، فالزوج الناضج لا يغضب بسرعة عندما يحبط، أوواجهه عقبات في حياته الزوجية، ويصبر على الزوج الآخر، ويعدل من سلوكياته وأهدافه لكي يتغلب على العوائق ويجتاز الأزمات، ويحل المشكلات التي تواجه حياته الزوجية، ويقصد بالأزمة بين الزوجين ظهور عائق يمنعهما أو يمنع أحدهما من إشباع حاجات أساسية، أوتحقيق أهداف ضرورية، أوتحصيل حقوق شرعية، فيشعر بالحرمان والإحباط، ويدرك التهديد وعدم الأمن في علاقته الزوجية، وينتابه القلق أوالغضب في تفاعله الزوجي، ويسوء توافقه مع الآخر.

ويسمى ظهور العائق في الحياة الزوجية الحادث الضاغط، أما ما ينتج عنه من مشاعر توتر وقلق وضغط وتهديد وظلم وحرمان وألم، فيسمى "إدراك الأزمة" والانفعال بها. وليس بالضرورة كل حادث ضاغط يتسبب في أزمة، فقد يتعرض الزوجان لأحداث ضاغطة ولا يتأزمان، ولكن كل أزمة في الزواج ناتجة من أحداث تضغط الزوجين نفسيا أوجسما أواجتماعيا أودينيا.

وتختلف الأزمات في مستواها ومداها وطبيعتها، فمن حيث المستوى قد تكون الأزمة شديدة أومتوسطة أوخفيفة، ومن حيث المدى قد تكون مزمنة أوطارئة، ومن حيث الطبيعة قد تكون متوقعة أوغير متوقعة.

ويختلف تأثير الأزمات على العلاقة الزوجية والتفاعل بين الزوجين، فالأزمات الشديدة والمزمنة أشد خطرا على الزواج من الأزمات الأخرى، لأنها تدل على استمرار التأزم، وصعوبة التغلب عليه، أو التأقلم معه، أما الأزمات الخفيفة والمتوسطة فهي شائعة بين

الوالدين، ومفيدة في تنمية الزواج وتقوية العلاقة الزوجية، واكتساب الخبرات التي تجعل التفاعل إيجابيا، والتوافق الزوجي حسنا في الأزمات التالية.

كما تختلف الأزمات من زيجة إلى أخرى، فبعض الزيجات تهدمها الأزمة ويحدث الطلاق، وبعضها الآخر يتأقلم الزوجان مع الأزمة ويخضعان لها، ولا تعود علاقتهما الزوجية إلى سابق عهدها، وزيجات ثالثة يتغلب الزوجان على الأزمة ويتخلصان من كل آثارها، وتعود العلاقة بينهما إلى ما كانت عليه أو أفضل مما كانت عليه، فبعض المتزوجين يخرجون من الأزمات أكثر نضجا، وأحسن كفاءة في وقاية الزواج من التأزم، وفي علاج الأزمات الجديدة. إذا فالعلاقة تختل تدريجيا عند إدراك الأزمة إلى أن يحدث الطلاق، أو يستطيع الزوجان التأقلم معها والتغلب عليها، فتعود العلاقة الزوجية إلى ما كانت عليه، أو أفضل منها أو دون ذلك.

6-2 النجاح في الزواج:

يتم تقويم نمو الزواج وتحديد مستويات نجاحه على أساس استمرار عقد الزواج، وما ينتج عن التفاعل بين الزوجين من مشاعر مودة وتعاون وسعادة (توافق حسن)، أو مشاعر نفور وكراهية وعداوة وشقاء (توافق سيء)، حيث يعتبر التفاعل الزوجي الايجابي والتوافق الحسن مع مواقف الحياة الزوجية عاملين أساسيين في نمو الزواج بشكل قوي وسريع، بينما يعتبر التفاعل السلبي والتوافق السيئ عاملين أساسيين في توقف الزواج عن النمو، أو نموه بطيئا منحرفا يعاني من مشاكل كثيرة.

وتختلف معدلات نمو الزواج من زيجة إلى أخرى، فبعض الزيجات تنمو بسرعة، ويكتمل نموها في فترة قصيرة، وبعضها الآخر تنمو ببطء، ويستغرق نضجها وقتا طويلا، وزيجات ثالثة يتوقف نموها من البداية أو يختل مساره، ولا يسير في مساره الطبيعي، ويستمر زواجا مريضا، لا يحقق أهدافه في الأمن والمودة والرحمة بين الزوجين.

ويستند تقويم مستوى النجاح في الزواج على أساس مدة الزواج، وأساليب توافق الزوجين وتفاعلها معا وينقسم النجاح إلى ثلاثة مستويات نلخصها في الآتي:

-المستوى الأول: يقصد به الزواج السعيد الذي تستمر فيه العلاقة الزوجية، مع التفاعل الايجابي بين الزوجين في مواقف أسرية كثيرة، وسيادة مشاعر الرضا والمودة

في التوافق الزوجي الحسن، والشعور بالسعادة في معظم المواقف التي يتفاعل فيها الزوجان معاً، وهذا لا يمنع من وجود خلافات بينهما في بعض المواقف، لكنها خلافات بناءة، يمكنهما التغلب عليها دون أن تفسد ودهما أو تُخل بتفاعلهما الزوجي، فكل من الزوجين السعيدين يحسن الظن بنفسه وبالزوج الآخر، مما يجعله يتحمل الخلافات برضا وتفاؤل، ويدل هذا المستوى على أن الزواج يسير في مساره الطبيعي، أو اكتمل نموه وتحقق التكامل بين الزوجين.

-المستوى الثاني: يقصد به الزواج العادي الذي تستمر فيه العلاقة الزوجية، مع التفاعل الايجابي بين الزوجين في بعض المواقف، والتفاعل السلبي في مواقف أخرى، فالنجاح من المستوى الثاني يتضمن استمرار العلاقة الزوجية، مع شعور الزوجين بالمودة والتعاون والرحمة في بعض المواقف، وشعورهما بالنفور وعدم الرضا في أخرى.

-المستوى الثالث: (التصدع النفسي أو الطلاق العاطفي): يقصد به الزواج غير السعيد الذي تستمر فيه العلاقة الزوجية، مع وجود الشقاق والنشوز، والصراع في تفاعل الزوجين معاً، وشعورهما بالعداوة والنفور والعصيان والغضب من وجودهما معاً، وقد يستسلم أحدهما للأمر الواقع، ويتوافق مع سلوكيات الزوج الآخر وعاداته التي لا يوافق عليها، لأنه يئس من إصلاحها أو تعديلها، ولا يجد مفراً من الخضوع والتعايش معها للمحافظة على كيان الأسرة، خاصة في مراحل الزواج المتقدمة وبعد إنجاب الأطفال.

خلاصة:

من خلال ما تم تناوله في الفصل يمكن القول بأن التحليليون يرون أن التوافق بين الزوجين يتمثل في حالة التوازن بين مكونات الشخصية، وقدرة الأنا على إشباع متطلباته (الجنسية) بطريقة مقبولة، أي عن طريق الزواج السوي، ولا شك أن إشباع الفرد جنسياً من خلال الزواج السوي يدعم التوافق الزوجي، أما السلوكيون فيفسرون التوافق الزوجي على ضوء عملية التعلم وما يجده الزوج من إثابة لسلوكه اتجاه الطرف الآخر، مع توافق الظروف البيئية المناسبة لحدوث التوافق الزوجي، أما إذا لم يعزز السلوك المناسب للزوج من قبل الطرف الآخر، فإن ذلك منذر بسوء التوافق الزوجي، أما روجرز فنظر إلى التوافق الزوجي على ضوء اتساق الزوج مع مفهوم الذات له، وذلك من خلال الخبرات التي يمر بها، حيث توجد علاقة ايجابية بين المفهوم الذاتي للزوج والتوافق الزوجي لديه، فوجود مفهوم ذاتي ايجابي للزوج يساعده في التعامل مع الزوج الآخر بفاعلية، مما يزيد الفرصة للتقارب والتوافق الزوجي بينهما، في حين نظرية التبادل الاجتماعي فتركز على ضرورة تعزيز الزوج للسلوك المرغوب من الطرف الآخر، وذلك يقوي العلاقة بين الزوجين، ويجعل كليهما يقبل على الآخر عن طيب نفس، وذلك من شأنه تنمية التوافق الزوجي بينهما. كما أضافت نظرية الربح النفسي الروحي بعداً روحياً للعلاقة الزوجية وتحقيق التوافق الزوجي، حيث يقابل الزوج سلوك الطرف الآخر بما يرضي المولى تعالى أي يقابله بالإحسان طلباً للثواب من المولى عز وجل، حيث إن أي خسارة يخسرها الفرد لا تقارن بما يحصل عليه الفرد من ثواب من الله تعالى فيما بعد.

ومع ذلك فلا نستطيع الاقتصار على وجهة نظر واحدة في تفسيرها للتوافق الزوجي، بل من الضروري تكامل تلك الآراء، وإن كانت نظرية الربح النفسي الروحي أقربها للواقع الذي نعيشه كمجتمع إسلامي، فالدافع وفق هذه النظرية تشمل الدينية والدنيوية، بل لا بد أن يتغاضى الزوج عن بعض هفوات الطرف الآخر حتى تسير الأمور مع الوضع في الاعتبار أن ذلك ابتغاء مرضاة الله تعالى، وحينما يعرف الزوج الآخر ذلك فيسارع بالسلوك الطيب، حتى يفوز بالثواب من الله عز وجل ولا ينفرد به طرف دون آخر مع ضرورة توفير البيئة المناسبة لنمو كلا الزوجين من خلال الخبرات الحياتية التي يمران بها.

الفصل الرابع: الإرشاد النفسي

تمهيد:

ظهر علم النفس الإرشادي، باعتباره تخصصًا تطبيقيًا داخل جمعية علم النفس الأمريكية (APA) في الأربعينيات، وتم الاعتراف به باعتباره تخصصًا من قبل APA منذ عام 1946. وأورد جون وايتلي أن جذور الارشاد تعود علم النفس المهني والتوجيه، والصحة العقلية، حيث كان تطور علم النفس الإرشادي مدفوعًا بالطلب على الخدمات النفسية التي قدمها المحاربون القدامى العائدون من الحرب العالمية الثانية. وفي عام 1952 أدت المفاوضات بين ممثلين من أقسام علم النفس الإكلينيكي (APA 12) ومنظمة مديري البرامج التدريبية في الإرشاد النفسي علم النفس الإرشادي SCP المسماة "القسم 17" (Division 17) (التي كانت تسمى آنذاك الاستشارة والتوجيه) وما كان يُعرف وقتها بموظفي المكتب المركزي لعلم النفس العيادي التابع لإدارة المحاربين القدامى إلى إنشاء منصب جديد لعلماء النفس في نظام VA، وهو «استشاري علم النفس المهني» لمساعدة قدامى المحاربين في إعادة تكيفهم مع الحياة المدنية. وقد ساهم هذا المنصب الجديد في الدفع بالإرشاد النفسي للتمييز عن الطب النفسي وعلم النفس العيادي وأدى إلى نمو حركة التوجيه المهني. في عام 1946، اعترفت APA بالقسم 17 (قسم الاستشارة والتوجيه). ومن ثمة بدأت مواضيع علم النفس الإرشادي تتم مراجعتها بانتظام في المجلة السنوية لعلم النفس تحت هذا العنوان. ساعدت المراجعة السنوية لعلم النفس على إضفاء المزيد من الشرعية من خلال خلق مكان للتقييم الروتيني للأدب. وفي عام 1951 عقد علماء النفس الإرشادي أول مؤتمر رئيسي حول علم النفس الإرشادي، وهو مؤتمر نورث وسترن. (Frederick e t al., 2008)

1- الإرشاد النفسي:

1-1-1 تعريف الإرشاد النفسي:

1-1-1-1 تعريف الإرشاد لغة:

ورد في معجم لسان العرب في معنى كلمة **رشد**: رشد في أسماء الله تعالى الرشد: هو الذي أرشد الخلق إلى مصالحهم أي: هداهم ودلهم عليها، والرشد والرشد والرشد: نقيض العي. رشد الإنسان - بالفتح - يرشد رُشداً - بالضم - ورشد - بالكسر - يرشد رُشداً ورشاداً، فهو راشد ورشيد، وهو نقيض الضلال، إذا أصاب وجه الأمر والطريق وأرشده الله وأرشده إلى الأمر ورشده: هداه. واسترشده: طلب منه الرشد. ويقال: استرشد: طلب منه الرشد. (ابن منظور، د س)

1-1-2 تعريف الإرشاد اصطلاحاً:

لقد تباينت تعريفات المختصين في تعريف الإرشاد، فمنهم تناول العملية الإرشادية، ومنهم من تناول العلاقة الإرشادية ودور المرشد، ومنهم من يركز على أهداف الإرشاد، وفيما يلي عرض لبعض التعريفات:

أ- **تعريف روجرز (Rogers)**: يعرف الإرشاد بأنه العملية التي يحدث فيها تعديل لبنية الذات لدى العميل في إطار الأمن الذي توفره العلاقة مع المرشد والتي يتم فيها إدراك الخبرات المستبعدة في ذات جديدة (حسين و طه، 2004)

ب- **تعريف باترسون**: يرى باترسون أن الإرشاد يتضمن مقابلة بين شخصين هما المرشد والعميل يستمع فيها المرشد لمشكلات العميل ويحول فهم شخصيته ومعرفة ما يمكن تغييره بطريقة أو بأخرى، ويجب أن يعاني العميل من مشكلة ويكون لدى المرشد المهارة والخبرة لمساعدة العميل في الوصول إلى حل مشكلته (حسين و طه، 2004، ص 15)

ج- **حامد زهران (2002)**: عرف زهران الإرشاد بأنه عملية بناءة، تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي إمكاناته، ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصياً وتربوياً ومهنياً وزواجياً وأسرياً (زهران، 2002)

د- **قلانزر (Glanzer)**: عرف قلانزر الإرشاد النفسي بأنه عملية تفاعلية تنشأ علاقة بين فردين أحدهما متخصص هو المرشد، والآخر المسترشد، يقوم المرشد من خلال هذه العلاقة

بمساعدة المرشد على مواجهة مشكلة تغيير سلوكه وأساليبه أو تطويرهما في التعامل مع الظروف التي يواجهها (المصري، 2011، ص 10)

هـ- تعريف سهير كامل: ترى أنه عملية توجيه وارشاد الفرد لفهم إمكاناته وقدراته واستعداداته، واستخدامها في حل مشكلاته وتحديد أهدافه، ووضع خطة حياته المستقبلية من خلال فهمه لواقعه وحاضره، ومساعدته في تحقيق أكبر قدراً من السعادة والكفاية، من خلال تحقيق ذاته والوصول إلى أقصى درجة من التوافق بشقيه الشخصي والاجتماعي.

كما تشير عملية الإرشاد إلى العلاقة المهنية التي يتحمل فيها المرشد مسؤولية المساعدة الايجابية للعميل - من خلال تغيير أنماطه السلوكية السلبية بأنماط سلوكية جديدة أكثر إيجابية، ومن خلال فهم وتحليل استعداداته وقدراته وإمكاناته وميوله والفرص المتاحة أمامه وتقوية قدرته على الاختيار واتخاذ القرار، وإعداده لمستقبله بهدف وضعه في المكان المناسب له لتحقيق أهداف سليمة وحياة ناجحة ومواطنة صالحة. (كامل، 2000، ص 07)

وبتحليلنا للتعريف السابقة نخلص لما يلي:

الإرشاد عملية بناءة تعتمد على التخطيط المنطقي، تمر في خطوات محددة وتتم بمقابلة شخص لشخص (وجها لوجه)، أحدهما يكون متخصصاً مؤهلاً وهو المرشد الذي يكون مدرباً ولديه مهارات وخبرة في مساعدة الشخص الثاني وهو المسترشد الذي يعاني من مشكلة وقد تتعدى هذه العلاقة أحياناً لتشمل أكثر من شخصين.

1-2 أهداف الإرشاد النفسي:

يهدف الإرشاد النفسي إلى ما يلي:

- تسهيل تغيير السلوك: يهدف الإرشاد إلى مساعدة المسترشد على تغيير سلوكه، وهذا من شأنه أن يجعله أكثر إنتاجية قانعا بحياته ومستقبله.
- تنمية مهارات المسترشد: إن كل الأفراد يواجهون صعوبات أثناء عملية النمو وقليل منهم الذين ينجزون جميع مهاراتهم النمائية.
- تحسين اتخاذ القرارات لدى المرشد: يساعد الإرشاد بعض الأفراد على اتخاذ قراراتهم الصعبة في المواقف التي تستوجب ذلك.
- تحسين العلاقات الاجتماعية للمسترشد: إن الجزء الأكبر من حياتنا هو تفاعل اجتماعي مع الآخرين، وعليه فإن المرشد يساعد العميل على تحسين علاقته الاجتماعية مع الآخرين، وعليه فإن

المرشد يساعد العميل على تحسين علاقته الاجتماعية مع الآخرين سواء كان ذلك على نطاق تفاعل الفرد مع زملائه أو مع أسرته.

- تنمية قدرات المسترشد: فالمرشد يساعد العميل في تعليم كيفية التغلب على المشكلات التي تواجهه، مثال ذلك كيف يتغلب على الخجل أو على الكآبة، والأزمات التي تواجهه وكيف يتغلب على مشكلاته الشخصية والانفعالية. (رشاد والدسوقي، 2013، صفحة 7)

1-3 مبادئ الإرشاد النفسي:

تقدم الخدمات الإرشادية في ضوء ومبادئ يتطلب مراعاتها تقديم هذه الخدمات، ومن أهم هذه الأسس والمبادئ ما يلي:

- 1-السلوك الإنساني ثابت نسبياً، ويمكن التنبؤ به عند الشخص العادي.
- 2-السلوك الإنساني مرن، وقابل رغم ثباته النسبي للتعديل، وفي ضوء هذا يتم وضع البرامج الإرشادية لأن السلوك المرن هو السلوك القابل للتعديل.
- 3- السلوك الانساني فردي واجماعي معا حيث يهتم الإرشاد النفسي عند التشخيص بفهم موقع مشكلة المسترشد من الفردية/ الاجتماعية ثم العمل على إحداث التوازن بينهما، وتختلف آثار المشكلة النفسية، الاجتماعية والأخلاقية باختلاف مصدرها، وهذا يتطلب معرفة مصدر المشكلة.
- 4- للفرد استعداد للإرشاد، وهذا يتضمن وجود الدافعية والرغبة في التغيير.
- 5- الارشاد حق من حقوق كل فرد حسب حاجته.
- 6- يتوقف نجاح العملية الإرشادية على عدة عوامل بعضها خاصة بالمسترشد وبيئته مثل الخصائص البيئية والاجتماعية والتعليمية وهناك عوامل خاصة بالمرشد النفسي مثل إعداده، وكفاءته المهنية، واتجاهاته نحو العميل، والتزامه بمسؤولياته المهنية والاجتماعية.
- 7- توجد فروق داخل الشخص نفسه وبين الشخص والآخرين وبين الجنسين، وهذه الفروق توجد على أشكال مختلفة كالتالي:
 - فروق داخل الشخص نفسه في خصائصه الجسمية، والانفعالية، والعقلية، والاجتماعية. أو استعدادهم، أو ميولهم، أو في سمات الشخصية.
 - فروق بين الأشخاص سواء في قدراتهم.
 - فروق بين الجنسين في بعض مظاهر النمو والاهتمامات وفي الاستعدادات و طاقة العمل ونوع المشكلات أحيانا.

1-4-4 مناهج الإرشاد النفسي:

1-4-4-1 المنهج النمائي: ويتضمن الإجراءات التي تؤدي إلى النمو السوي، لدى الأسوياء، من خلال رحلة نموهم طول العمر، حتى بغية الوصول بهم إلى النضج والسعادة والصحة النفسية والتوافق النفسي وذلك من خلال رعاية نمو الفرد النمو الكامل.

1-4-4-2 المنهج الوقائي: ويهتم بوقاية الأصحاء من حدوث المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية وله ثلاثة مستويات الأول منع أو محاولة منع حدوث الاضطراب بإزالة أسبابه، والثاني محاولة كشف مبكر للاضطرابات والسيطرة عليها قبل تفاقمها، أما الثالث فهو محاولة تقليل أثر الاضطرابات.

1-4-4-3 المنهج العلاجي: ويتضمن دوره في علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية، ويهتم المنهج العلاجي بنظريات الاضطراب والمرض النفسي وأسبابه وتشخيصه وطرق علاجه وتوفير المرشدين والمعالجين والمراكز النفسية. (سفيان، 2004، ص 199)

1-5-1 الأسس العامة التي تقوم عليها العملية الإرشادية:

تقوم العملية الإرشادية على أربعة عناصر أساسية هي:

العلاقة الإرشادية، التعبير عن المشكلة، التبصير بالمشاعر، والسلوك الجديد:

1-5-1-1 العلاقة الإرشادية: وهي تتمثل في علاقة دافئة وودية بين المرشد والعميل، ولأجل أن تتم هذه العلاقة يجب أن تتوفر في أي موقف إرشادي العوامل التالية:
أ- أن يكون المرشد اختصاصياً، بمعنى أن يكون قد حصل على تدريب خاص وخبرة ومعرفة بالسلوك المضطرب.

ب- أن يعمل المرشد على تقديم الخدمات اللازمة لصحة العميل النفسية، وألا يصور أحكاماً تحتوي على نقد أو لوم أو عتاب لتصرفات العميل ومشاعره وسلوكه.

1-5-1-2 التعبير عن المشكلة: التعبير عن المشكلة يجب أن تتخذ الخطوات الكافية لتشجيع العميل على التعبير عن مشاكله، ومن الممكن أن يتم ذلك بتوجيه أسئلة أو بدراسة تاريخ الحالة، أو بتشجيع العميل أن يروي قصته، ويمكن للعميل أن يعبر عن مشاعره بطريقة أسرع إذا أتاح له المرشد قيادة الطريق في الحديث.

1-5-3 **التبصير بالمشاعر:** إن عمل المرشد يتركز أساساً على تبصير العميل بمشاعره وبهذه الطريقة يصبح العميل أكثر وعياً بمشاعره، وينمي بصيرته، وبالتالي يصبح أكثر قدرة على الاستفادة من الخبرات وذلك عن طريق التعرف على المشاعر وتفسيرها.

1-5-4 **السلوك الجديد:** يبدأ العميل في أن يسلك طرق جديدة خارج نطاق العلاقة الإرشادية، حيث يبدأ في استبدال الأنماط الجذرية اللاتوافقية بأشكال من السلوك الأكثر توافقاً، وإلى الحد الذي تكون هذه الأعمال الجديدة ناجحة وتثبت جدواها، فإنها تشكل خبرة انفعالية مصححة، ومن الممكن قياس نجاح العلاقة الإرشادية بنجاح وثبات سلوك العميل الجديد. (كامل، 2000)

2- الإرشاد المعرفي السلوكي:

في أوائل الستينيات من القرن الماضي، طور آرون بيك (Beck) شكلاً من أشكال العلاج النفسي أطلق عليه في الأصل اسم "العلاج المعرفي". ثم ابتكر علاجاً منظماً قصير المدى، لعلاج حالات للاكتئاب، موجه نحو حل المشكلات الحالية وتعديل التفكير والسلوك غير الوظيفي. ومنذ ذلك الوقت عكف آرون بيك (Beck) وعلماء آخرون على تكييف هذا العلاج بشكل فعال مع الأشخاص الذين يعانون من عدة اضطرابات حيث تباينت هذه التعديلات بين تغيير في التقنيات ومدة العلاج وشكله، لكن بقيت الافتراضات النظرية ثابتة في جميع أشكال العلاج السلوكي المعرفي المشتق من نموذج بيك (Beck) وهي:

* يعتمد العلاج على الصياغة المعرفية، والمعتقدات والاستراتيجيات السلوكية التي تميز اضطراباً معيناً. * ويعتمد العلاج أيضاً على تصور أوفهم للمرضى (معتقداتهم وأنماط سلوكهم المحددة). * كما يسعى المعالج بعدة طرق لإنتاج تعديل التغيير المعرفي في نظام تفكير المريض ومعتقداته لإحداث تغيير انفعالي وسلوكي دائم. واعتمد بيك (Beck) على عدد من المصادر المختلفة عندما طور هذا النوع من العلاج النفسي، بما في ذلك الفلاسفة الأوائل، مثل إبيسيتوس، والمنظرين، مثل كارين هورني، وألفريد أدلر، وجورج كيللي، وألبرت إيليس، وريتشارد لازاروس، وألبرت باندورا. (Beck, 2011)

2-1 تعريف الإرشاد المعرفي السلوكي: يُعرّف الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه "الارشاد

النفسي الذي يجمع بين الارشاد المعرفي والسلوكي من خلال تحديد أنماط التفكير الخاطئة أوغير القدرة على التكيف أوالاستجابة الانفعالية أوالسلوك واستبدالها بأنماط مرغوبة من

التفكير أو الاستجابة الانفعالية أو السلوك. والارشاد السلوكي المعرفي (CBT) هونوع من الارشاد النفسي يساعد الناس على تعلم كيفية تحديد وتغيير أنماط التفكير المدمرة أوالمزعجة التي لها تأثير سلبي على سلوكهم وانفعالاتهم. (Hofmann et al., 2012)

ويركز الارشاد السلوكي المعرفي على تغيير الأفكار السلبية التلقائية التي لها تأثير على المزاج ويمكن أن تساهم في تفاقم المعاناة العاطفية والاكتئاب والقلق، من خلال العلاج السلوكي المعرفي (CBT)، يتم تحديد الأفكار الخاطئة وتحديدها واستبدالها بأفكار أكثر موضوعية وواقعية. (Kendra, 2022)

إن الفرضية الأساسية التي تقوم عليها النظرية السلوكية المعرفية هي أن الناس أنفسهم الذين يوجدون المشكلات كنتيجة للطريقة التي يفسرون بها الأحداث والمواقف التي تواجههم لذلك يقوم العلاج السلوكي المعرفي بعملية إعادة للتنظيم المعرفي حيث يقوم على عدد من العمليات المعرفية التي يمارسها الفرد مثل التفكير والإدراك والتخيل والاستبصار وغيرها، وهذه العمليات المعرفية تؤثر بشكل مباشر في سلوك الفرد.

2-2 أهم التوجهات في الإرشاد المعرفي السلوكي:

تم توسيع عمل بيك (Beck) من قبل الباحثين والمنظرين فانبثقت عنه عدد من أشكال من العلاجات المشتقة من نموذج بيك (Beck)، ولكن تصوراتها وتأكيداتها في العلاج تختلف إلى حد ما. ونذكر منها: العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني (إليس)، العلاج السلوكي الجدلي (لينهان)، علاج حل المشكلات (D'Zurilla & Nezu)، العلاج بالقبول والالتزام (Hayes)، العلاج بالتعرض (Foa & Rothbaum)، المعالجة المعرفية للعملية (Resick & Schnicke)، نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (McCullough)، وتعديل السلوك المعرفي (Meichenbaum) وغيرها.

وسنذكر أكثر النماذج تداولاً:

2-2-1 نموذج آرون بيك للإرشاد المعرفي: يركز الإرشاد المعرفي على تحديد وتغيير أنماط التفكير غير الدقيقة أو المشوهة والاستجابات العاطفية والسلوكيات.

- الإرشاد السلوكي: يعالج العلاج السلوكي الجدلي (DBT) الأفكار والسلوكيات المدمرة أوالمزعجة مع دمج استراتيجيات العلاج مثل التنظيم العاطفي واليقظة. (Rnic et al., 2016)

2-2-2--العلاج متعدد الوسائط: يقترح العلاج متعدد الوسائط أنه يجب معالجة المشكلات النفسية من خلال معالجة سبع طرائق مختلفة ولكنها مترابطة: السلوك، والتأثير، والإحساس، والتخيل، والإدراك، والعوامل الشخصية، والاعتبارات الدوائية/البيولوجية.

2-2-3- نموذج (ABC) أو الارشاد العقلاني الانفعالي لإليس (ELLIS): ويتضمن تحديد المعتقدات غير المنطقية والمساعدة على التغلب عليها، والتزود بالأفكار الصحيحة، مع تنمية قدرات الفرد على تحمل الإحباط المرتبط بالأفكار والعادات.

فنموذج إليس هو نموذج تعليمي يعمل على تعليم الفرد كيف يرتبط اضطرابه الانفعالي بكل من الأحداث الضاغطة ونسق التفكير لديه، فالحرف A يشير إلى الأحداث أو الخبرات المنشطة وهي عادة خبرات مؤلمة وغير سارة، هذه الخبرات ممكن إدراكها في جو غير عقلائي وبذلك تكون خبرة لاعقلانية.

الحرف B ويعني نسق الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية لدى الفرد والتي تؤدي إلى إثارة الاضطراب الانفعالي.

الحرف C ويقصد النتيجة الانفعالية لدى الفرد وهي دائما تكون مرتبطة بنسق المعتقدات والأفكار فإذا كان نسق المعتقدات غير عقلائي كانت النتيجة هي اضطراب نفسي. بينما يتخذ كل نوع من أنواع العلاج السلوكي المعرفي منهجًا مختلفًا، تعمل جميعها على معالجة أنماط التفكير الأساسية التي تساهم في حدوث ضائقة نفسية.

2-2-4- أسلوب حل المشكلات لـ دي زوريلا وجولد فرايد (Goldfried،Dzwrilla): يرى الباحثان أنه لإعادة البناء المعرفي لابد من التركيز على التعرف على غياب مهارات تكيفية ومعرفية معينة (حل المشكلات)، وبذلك يهتم هذا الاتجاه على تعليم المسترشدين مهارات حل المشكلات عن طريق التعرف على المشكلة، توليد البدائل الخاصة بالحلول واختيار واحد منها ثم اختبار كفاءة هذا الحل. وفي أسلوب حل المشكلات فإن المسترشد يتعلم كيف يواجه ويحل مشكله في مواقف مستقبلية، بينما تركز طريقة (مكينبوم) على التدريب على مهارات المواجهة، وبذلك يتم التعلم في موقف أزمة أو مشكلة حقيقية.

2-2-5- التدريب التحصيني ضد الضغوط: يحدد هذا المفهوم على أنه تدخل وقائي يسعى إلى تقوية إمكانات الفرد على الاستجابة للمواقف الضاغطة وعلى التعامل مع آثارها وخبراتها.

2-3 أساليب وفنيات الإرشاد السلوكي المعرفي:

تتنوع أساليب الإرشاد السلوكي المعرفي بتنوع النماذج التي تنتمي إليها، فنجد منها بعض الفنيات السلوكية والتقنيات المعرفية التي تقوم أساساً على التدريب على بعض المهارات، إضافة إلى بعض الفنيات التعليمية التي تهدف إلى تثقيف المسترشد ونورد هنا أهم هذه الفنيات والأساليب.

2-3-1 التدريب على حل المشكلات: أسلوب حل المشكلات يعد نشاط فكري يستخدمه الفرد خلاله المعلومات والمهارات والخبرات السابقة للوصول إلى غاية محددة. ويعرف قاقن ويكوفيش (GAGN AND YEKOVICH,1998) أسلوب حل المشكلات على أنه عمل فكري يتم خلاله استخدام مخزون المعلومات والقواعد والمهارات والخبرات السابقة في حل تناقض وتوضيح أمر غامض أو تجاوز صعوبة تمنع الفرد من الوصول إلى غاية معينة. (زغلول و زغلول، 2003، ص 268)

ويعمل هذا الأسلوب من خلال تطوير استراتيجيات عامة مناسبة للتعامل مع المشكلات وإيجاد الحلول لها في حالة مواجهته، وتسير هذه العملية عبر عدة خطوات، تبدأ بالتوجه نحو المشكلة، والاعتراف به وإدراكه، ثم تعريف المشكل وتحديد بالضبط، ثم القيام بإنتاج مجموعة من الحلول الممكنة، ثم اتخاذ القرار لأنسب الحلول الممكنة، وفي الأخير تنفيذ الحل الذي تم اختياره. (Arthur et al., 2013)

2-3-2 التدريب على مهارات المواجهة: وتعرف باستراتيجيات المواجهة، ويعتبر لازاروس وفولكمان، (Lazarus and Folkman,1984)، من أوائل العلماء الذين صنفوا أساليب المواجهة التي يستخدمها الأفراد للتعامل، إلى نوعين هما:

* استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة التي تتضمن المعارف والسلوكيات، التي تعالج المشكلة المسببة للضغط، وتعدّ أفضل الوسائل لمواجهة الضغوط التي تدرك أنها قابلة للسيطرة عليها.

* واستراتيجيات المواجهة المركزة على المشاعر التي تتضمن تنظيم الانفعالات والمشاعر المرتبطة بالضغط، وهي من أفضل الوسائل لمواجهة المواقف التي تدرك أنها غير قابلة للسيطرة عليها. وكأسلوب للمواجهة الفعّالة. (علاء الدين و عز الدين، 2011، ص 374)

2-3-3 التحصين ضد التوتر: تعمل هذه المهارة على تزويد الفرد بمجموعة من المهارات للتكيف مع الحالات المستقبلية، ويتكون من ثلاث مكونات هي: تثقيف الفرد حول طبيعة ردود الفعل الناتجة عن التوتر، والتدريب على مهارات التكيف المعرفية والجسدية، ومساعدة الفرد على تطبيق هذه المهارات عند التعرض للموقف الضاغط.

وتشتمل هذه العملية على مواجهة الشخص للمثيرات التي تبعث على القلق وذلك في جلسات علاجية، بهدف تعميم ردود الفعل الجديدة والمعدلة المكتسبة أثناء المعالجة، على المواقف التي يتوقع أن يواجهها مستقبلاً. (علاء الدين وعز الدين، 2011)

2-3-4 مهارة إعادة البناء المعرفي: تهدف هذه التقنية إلى تعليم الفرد كيفية التعرف على أنماط التفكير الخاطئة، وتطوير طرق أكثر عقلانية لفهم المواقف الضاغطة؛ أي تعديل أفكار العميل الخاطئة. فالمعالج يساعد العميل على تحديد المعتقدات غير المنطقية حول اضطرابه وتأثير هذه المعتقدات على تفسيره للأحداث و يناقش معه التأثير السلبي لهذه المعتقدات على سلوكه وتوافقه النفسي، ويتضمن هذا البناء المعرفي تحديد المعتقدات والأفكار السلبية لدى المريض، ومناقشة هذه الأفكار وتوليد أو إيجاد نماذج أو أفكار معرفية إيجابية حول طبيعة مشكلته. (الوكيل وعياد، 2013)

وهذا الأسلوب لا يعتبر تقنية في حد ذاتها، ولكنه مجموعة من التقنيات المختلفة للمساعدة في تحسين التفكير؛ يمكن أن تتضمن تقنيات تتبع الأفكار أثناء المواقف الضاغطة، وتحديد التشوهات المعرفية، والانخراط في تجارب سلوكية لاختبار ما إذا كانت تلك الأفكار صحيحة (Pientangelo & Legg, 2019)

2-3-5 النمذجة: ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في عرض نماذج سلوكية إيجابية تبرز من خلال المناقشات بين أفراد العينة حول طبيعة مشكلاتهم، وما يجب عليهم عمله للتوافق والتعايش والتغلب على هذه المشكلات، وبالتالي فإن هذه الفنية تهدف إلى إرشاد العينة إلى مجموعة من السلوكيات الجديدة، والأساليب السوية التي تساهم في تحسين مستوى توافقهم النفسي والاجتماعي والتخفيف من حدة الضغوط النفسية. (الوكيل وعياد، 2013)

2-3-6 تنمية الدعم الاجتماعي: يعتبر الدعم الاجتماعي عملية ديناميكية لزيادة التأثير المتبادل بين الفرد وشبكة العلاقات الاجتماعية التي تمده بالدعم في المواقف الاجتماعية المختلفة. ويؤكد لاروكو وآخرون (LaRocco) أنه على الرغم من وجود مظاهر مختلفة ومتعددة للدعم والمساندة الاجتماعية، والتي يتمثل بعضها في المساعدة المالية والمشاركة الوجدانية

أوالعاطفية والتفاهم، وتوفير المعلومات، والإرشاد والتوجيه... إلخ، إلا أن معظم نتائج الدراسات، والبحوث السابقة في هذا المجال تركز على الدعم الوجداني أوالعاطفي لأهميته ولأنه يمثل أهم بعد في حياة الفرد. (علاء الدين وعز الدين، 2011، ص 374)

2-3-7 تقنيات الاسترخاء وتقليل التوتر: الاسترخاء حالة خالية من التوتر، تتوقف فيها الصراعات الداخلية، وكذلك مشاعر القلق والغضب والخوف المزعجة، وتنتشر فيها حالة من الهدوء، والاسترخاء أيضا هو عودة العضلات إلى حالتها الطبيعية بعد فترة من التقلص. ويعتبر الاسترخاء مصدرا للمساعدة على التعرف على تعقيدات المشكلات المرتبطة بالضغط، ويعد كذلك مصدرا للطاقة اللازمة لحل هذه المشكلات. كما تذكر " مارثا ديفيز " أنه لا يمكنك الشعور بالدفء والصحة في نفس الوقت الذي تعاني فيه من التوتر النفسي، لذلك فالاسترخاء يقلل من ضربات القلب، ويقلل من ضغط الدم، ويخفض من إفراز العرق، ويقلل أيضا من عملية التنفس، والاسترخاء العميق للعضلات، عند القيام به بشكل جيد يمكن استخدامه عقارا مضادا للقلق ". (الحويلة، 2009)

2-3-8 التنفيس الانفعالي: وهو أحد الأساليب الهامة التي تُستخدم في مجال الإرشاد النفسي، ويقصد به السماح للفرد بالتخلص من المواقف والمشاعر المشحونة عاطفياً التي يحملها داخله، ومساعدته على إطلاق العنان للأفكار التي تطارد ذهنه، والتعبير عن توجساته ومخاوفه، والبوح عن مكونات نفسه التي تزعجه. أي أن التنفيس الانفعالي ينطوي على إطلاق جميع المشاعر والانفعالات داخل الفرد ؛ وهو عبارة عن التخلص من الأثقال النفسية لديه، وتطهير للشحنات الكامنة من الانفعال في داخله.

يعتبر التفريغ الانفعالي أحد أفضل الطرق وأكثرها فاعلية لتحسين الحالة النفسية للناس. وذلك لأنه يسمح للفرد التحرر من مسببات حزنه ودوافع غضبه وكل الأسباب التي تشحنه بالطاقة السلبية. (زهران، 2002)

2-3-9 لعب الأدوار: هو إتاحة الفرصة للفرد كي يعبر عن اتجاه جديد أو معتقد عقلائي مناسب، وأن يعيد ويكرر ذلك، وحينها فإن الاتجاه الجديد سيتحول في الغالب إلى خاصية دائمة، ويرجع أن التغيير الناتج عن لعب الدور إلى خاصية استباق الأحداث قبل وقوعها، فالفرد حين يقوم بلعب أدوار مختلفة تجسد المواقف التي يمكن أن تولد لديه ضغوطات، سيتمكن من أن يستبقها من خلال التفكير في هذه المواقف والتغيير أو السلوك الذي سيحدث، ومن ثم فسيعيش المواقف الجديدة بثقة أكبر، فضلاً عن هذا فإن المشاعر الإيجابية التي

تسيطر عليه بعد أن يتقن تمثيل الدور بطريقة انفعالية وسلوكية مناسبة ستطلق بشكل مباشر على القاعدة الرئيسية في العلاج وهي : أن التفكير في حدوث الأشياء بشكل مخيف، أسوأ من الأشياء نفسها، وأن الاضطراب يتولد بسبب طبيعة التفكير في الأمور، أكثر مما يتولد من تلك الأمور ذاتها، كما أن لعب الدور يساعد الفرد على تعلّم المهارات الاجتماعية المصاحبة للدور. (علاء الدين وعز الدين، 2011)

2-3-10 تسجيل الأفكار: وهو قيام المفحوص بتسجيل ومراجعة المعتقدات والأفكار التشاؤمية والأحاديث الذاتية السلبية، فتسجيل أفكاره سوف يساعده في زيادة استبصاره بنفسه وبالخطأ في هذه الأفكار، والهدف هو جعل المفحوص قادر على أن يراقب ويسجل أحاديثه وأفكاره بصورة صحيحة، وعندما يشعر المعالج بأن المفحوص قد أصبح قادراً على البدء في تحديد أفكاره أثناء الجلسة فبالإمكان أن يطلب منه أن يراقب تفكيره الخاص ويقوم بتسجيل هذه الأفكار، وتوجد عدة طرق يتم من خلالها تسجيل الأفكار السلبية ومنها الصيغة التي وضعها "بيك" وآخرون حيث يطلب من المفحوص كتابة قائمة بالمواقف، والتفكير السلبي المصاحب لها والانفعالات الناتجة عنها، علماً بأن الكثير من المرضى يجدون صعوبة في التعبير عن أفكارهم المشوهة بطريقة مكتوبة وخاصة في المراحل المبكرة من العلاج. وعندما يتمكن العميل من تسجيل أفكاره السلبية أو المشوهة والانفعالات السلبية المصاحبة لها يتم توجيهه نحو ما هو سلبي من هذا الأفكار وضرورة تعديلها واستبدالها بأفكار جديدة أكثر إيجابية وفاعلية (الوكيل وعياد، 2013، ص 149)

2-3-11 المحاضرة: ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم معلومات مبسطة وواضحة حول طبيعة الاعاقة العقلية، وأسبابها وخصائصها وصفات المعاقين عقلياً، وحاجاتهم ومشكلاتهم السلوكية والضغط الناتجة عن التعامل معهم، علاوة على شرح لأسباب معاناة أولياء أمور الأطفال المعاقين من الضغوط النفسية وانخفاض مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لديهم واستراتيجيات التغلب عليها. (الوكيل وعياد، 2013)

2-3-12 المناقشة الجماعية: ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تبادل الرؤى حول موضوع المحاضرة بين الباحث وبين العينة من ناحية، وبين أفراد العينة وبعضهم البعض من ناحية أخرى، وذلك من أجل فتح مجال للحوار وتبادل الأفكار والمعلومات بينهم مما يساهم بدرجة كبيرة في التفريغ الانفعالي وتعديل الأفكار والآراء والاتجاهات. وتعتبر هذه الفنية نوع

من الإرشاد السلوكي المعرفي الذي يستهدف تعديل الأفكار والتصورات الخاطئة حول طبيعة مشكلة ما. (الوكيل وعياد، 2013)

2-3-13 والواجبات البيئية: ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تكليف أفراد العينة بالقيام ببعض الواجبات في ختام كل جلسة علاجية، بهدف مساعدتهم على نقل التغيرات والأفكار والمعتقدات والاتجاهات الإيجابية الجديدة التي تكونت لديهم أثناء الجلسات الإرشادية، وتعميمها على المواقف والمثيرات الموجودة في البيئة من حولهم، وفي سبيل تحقيق هذه الأهداف يتم تكليف أفراد العينة بالقيام بمجموعة من الواجبات الخارجية أو المنزلية التي تتضمن وضع تصور لما يجب عليهم عمله عند مواجهتهم لمشكلة ما (الوكيل وعياد، 2013)

2-3-14 التعزيز الإيجابي والتغذية الراجعة: يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في مساعدة أفراد العينة على التفكير الإيجابي في مشكلاتهم، ويتمثل ذلك في تقديم مدعّمات (ثناء-مدح -مشاركة وجدانية ومساندة) للمجموعة عندما يشتركوا في الحوارات والمناقشات بطريقة إيجابية، فمشاركة العينة في هذه الحوارات، والإجابة عن هذه الاستفسارات بطريقة جيدة يتبعه بالضرورة تقديم مساندة وتدعيم معنوي لهم. (الوكيل وعياد، 2013)

2-3-15 مهارات الاتصال: يوضح كتاب وفان جيلستي Knapp and Vangelisti (1995) أن هناك أسلوبين رئيسيين لتحسين مهارة الاتصال عند الأفراد وهما:

- زيادة المهارات الشخصية للفرد بشكل مستمر عند بناء العلاقات مع الأفراد الآخرين.
- زيادة الفعالية الذاتية وتحقيق الفرد لطاقاته وذاته من خلال تفاعله مع الآخرين حيث يؤثر فيهم ويتأثر بهم. وهناك عدة طرق للتعبير عن المشاعر يأخذ بعضها شكل السلوك اللفظي، وبعضها الآخر السلوك غير اللفظي، ويجب أن يكون بينهما تناسق خلال اتصال الفرد مع الآخرين، لأنّ معظم مشكلات الأفراد تحدث نتيجة عدم التناسق بين طرق التعبير، نورد أهم مهارات التواصل وهي: مهارة السلوك غير اللفظي، مهارة الإصغاء الفعّال، مهارة عكس المشاعر، مهارة التعاطف، مهارة عكس المحتوى، مهارة المواجهة، مهارة الاستيضاح، ومهارة التغذية الراجعة. (الشوبكي وحمدي، 2008، ص 114)

2-4 فعالية الإرشاد السلوكي المعرفي:

- يعد الإرشاد السلوكي المعرفي أحد أكثر أشكال الإرشاد المتداولة حالياً، لقد ثبت أنه فعال في علاج مجموعة من الحالات العقلية، بما في ذلك القلق والاكتئاب واضطرابات الأكل

والأرق واضطراب الوسواس القهري واضطراب الهلع واضطراب ما بعد الصدمة واضطراب تعاطي المخدرات.

- تشير الأبحاث إلى أن الإرشاد السلوكي المعرفي هو الإرشاد الرائد في علاج اضطرابات الأكل.

- لقد ثبت أن الإرشاد المعرفي السلوكي مفيد للأشخاص الذين يعانون من الأرق، وكذلك أولئك الذين يعانون من حالة طبية تتداخل مع النوم، بما في ذلك أولئك الذين يعانون من الألم واضطرابات المزاج مثل الاكتئاب.

- ثبت علمياً أن الإرشاد السلوكي المعرفي فعال في علاج أعراض الاكتئاب والقلق لدى الأطفال والمراهقين.

- أثبتت دراسة أن الإرشاد السلوكي المعرفي ساعد في تحسين الأعراض لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق، بما في ذلك اضطراب الوسواس القهري واضطراب ما بعد الصدمة.

- يتمتع الإرشاد السلوكي المعرفي بمستوى عالٍ من الدعم التجريبي لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات، ويساعد الأشخاص الذين يعانون من هذه الاضطرابات على تحسين ضبط النفس، وتجنب المحفزات، وتطوير آليات التأقلم مع الضغوطات اليومية.

يعد الإرشاد المعرفي السلوكي أحد أكثر أنواع العلاج التي يتم البحث عنها، ويرجع ذلك جزئياً إلى أن هذا العلاج يركز على أهداف محددة جداً ويمكن قياس النتائج بسهولة نسبياً. (Kendra, 2022)

3- الإرشاد الجماعي:

3-1 تعريف الإرشاد الجماعي:

يعرف زهران الإرشاد الجماعي بأنه إرشاد عدد من العملاء الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعات صغيرة كما يحدث في جماعة إرشادية أوفي فصل (زهران، 2002، ص321)

ويعتبر غازدا (Gazda) الإرشاد الجماعي بأنه العملية الديناميكية الشخصية المتبادلة بين أعضاء المجموعة الإرشادية، والمركزة على الأفكار الشعورية والسلوك وما يتصل بذلك من إجراءات علاجية، كالتنقيس الانفعالي، والثقة المتبادلة والاهتمام والتفهم والتقبل والمساندة،

والتأييد المتبادل بين أعضاء المجموعة من أجل تحقيق النمو النفسي لهؤلاء الأعضاء ومساعدتهم في مواجهة مشكلاتهم. (جمل الليل، 2001، ص 11)

فالإرشاد الجماعي هو طريقة لتوفير الدعم والتوجيه لعملاء منتظمين في جماعة ما مقابل الإرشاد الفردي. (كفاي و جابر، 1999، ص 488)

ويتم استخدامه في حالة تشابه المشكلات التي يعاني منها المسترشدون، وذلك من أجل مساعدتهم على إحداث التغيير المناسب في سلوكهم، حسب ما يرى (الخطيب، 2013)

3-2 أهداف الإرشاد الجماعي:

- 1- يساعد الفرد على معرفة حقيقة ذاته.
- 2- ينمي ثقته في إدراكات الآخرين له وللمجتمع من حوله.
- 3- يساعده على فهم الآخرين بشكل أفضل، بل ويتعلم كيف يحسن الاستماع إليهم وما يعبرون عنه، بطريقة تتكامل مشاعر وأفكار الفرد نحو ذاته ونحو الآخرين.
- 4- من خلال المشاركة في الإرشاد الجماعي يتعلم الفرد أن يكون أكثر فاعلية ونشاطا للمشاركة في المواقف الاجتماعية بحيث لا يخشى مقابلة الناس ومشاركتهم الحديث.
- 5- يساعد في إعادة اختبار قيم الفرد الإيجابية وبناء قيم جديدة تزوده بمناخ، وأفكاره ليتعلم كيف يكون مسؤولاً عن سلوكه للتحكم في مشاعره. (حسين، 1998)

3-3 خصائص الجماعة الإرشادية:

- لكي يحقق الإرشاد الجماعي فاعليته لابد من توفر شروط وخصائص في الجماعة الإرشادية أهمها:
- إجراء البرنامج في مكان محدد يجمع كل الأفراد، بحيث يتيح للجماعة التفاعل أثناء العملية الإرشادية ويسمح بخلق دينامية تفاعلية.
 - تحديد عدد أعضاء الجماعة الإرشادية بحيث لا يقل عن ثلاثة ولا يزيد عن خمسة أعضاء.
 - التفاعل الدينامي الذي تولده المشاركة في الجماعة يلعب دور كبير في العلاج.
 - اشتراك أفراد الجماعة في نفس المشكل الذي يواجهونه.
 - استغلال التفاعل الدينامي للجماعة فيتحقيق الهدف المنشود للإرشاد.

3-4 خطوات بناء برنامج جماعي:

حدد خوجة (2012) عدة خطوات متسلسلة لبناء برنامج ارشادي وهي:

3-4-1 تحديد الهدف من البرنامج:

ويكون تحديد الهدف وفقا لطبيعة المشكلة ونوعها، ووفقا لتشابه مشكله بعض الأفراد، وهنا قد يستخدم بعض الاستبيانات والمقاييس لمعرفة المشكلة وحجمها وتحديد الأفراد الذين يعانون من مثل هذه المشكلة، وهذه هي أول خطوة لبناء برنامج إرشادي.

3-4-2 الإعلان عن الجماعة الإرشادية:

يبدأ المرشد بإجراء لقاءات مع الأفراد الراغبين في الانضمام إلى هذه المجموعة ويؤكد على صفات الفرد الذي سيشارك بالمجموعة من حيث الرغبة والالتزام ونوع المشكل وأثرها على المجموعة عليه والرغبة في طرح مشكلته والاستماع إلى تغذية راجعة من المجموعة ومدى مساهمة المشكلة في تقديم التغذية الراجعة للآخرين، والعلاج الجماعي يسهم بشكل فاعل من خلال اكتشاف الفرد أن الآخرين يعانون مثل ما يعاني وأن للآخرين خبرات وتجارب ناجحة أو مفيدة ويمكن أخذ بعضها وتطبيقها على مشكلته.

3-4-3 تحديد حجم الجماعة:

يحدد المرشد حجم المجموعة من حيث العدد وهل المجموعة مغلقة أم مفتوحة وفي حالة كونها مغلقة لا يستقبل أعضاء جدد فيمكن تحديد عدد الجلسات والاتفاق على الأمور الإدارية والإجرائية مع الأعضاء مثل الوقت المناسب للجميع.

3-4-4 تدوين الملاحظات حول الافراد: مشكلاتهم ودرجتها:

يأخذ المرشد كل ملاحظاته وبياناته والمعلومات التي جمعها عن أفراد الجماعة، ثم يبدأ بدراسة ومراجعة الأدب المتعلق بالمشكلة وينظر إلى الدراسات والبحوث التي ستمده بالمبادئ النظرية في الإرشاد لمعرفة الاستراتيجيات التي يمكن أن يتبعها مع كل فرد.

3-4-5 تحديد تفاصيل إجراء البرنامج الإرشادي:

يحدد طريقة تدوين محتوى الجلسات هل يكون كتابيا أو عن طريق التسجيل المرئي، كما يحدد الأخلاقيات التي تحكم سير الجلسات من ثقة وسرية، وعوامل تماسك الجماعة ويحدد أهدافها.

3-4-6 الحرص على نجاح الجلسة الأولى:

وذلك بالحديث عن الإرشاد الجماعي كأسلوب وطريقة بتوفير أسباب النجاح من الثقة والاحترام والسرية، وكذا بحث أدوار كل فرد من أفراد الجماعة، وحماية الأفراد من بعضهم البعض من خلال التأكيد على الاستماع وحرية التعبير وإصغاء الجميع لبعضهم.

3-4-7 بناء المجموعة الإرشادية:

قبل المشاركة في الإرشاد الجماعي يجب الاهتمام بموضوع الثقة فعلى المرشد أن يقوم باختيار الأعضاء الذين يمكن الثقة بهم، والذين يمكن أن يتحدثوا عن أنفسهم بكل حرية وانفتاح والحرص على أن يؤكد الأعضاء حضورهم للجلسات وعدم الغياب.

3-4-8 المقابلة الأولية:

والهدف منها هو التعرف على الجماعة من أجل تحديد إمكانية مساعدتهم والتقرير، أي المجموعات أكثر مناسبة لكل فرد. وفي المقابلة الأولية يتوقع المرشد أسئلة من قبل مسترشدين وعلى المرشد أن يناقش معه مثل هذه الأسئلة وأن يكون لديه مبررات علمية متصلة بالأدب النفسي

3-4-9 إجراءات جلسة المجموعة:

المرشد كقائد للمجموعة يمكن أن يستخدم الإجراءات التالية لبدء الجلسة يطلب من المشاركين: ذكر ما يريدون تحقيقه من الجلسة باختصار، أن تعطى الفرصة للأفراد للتعبير عن الأفكار التي لديهم فيما يتعلق بالجلسة الماضية، أو التعامل مع أي قضية لم تحل خلال الجلسة السابقة من المشاركين.

ربما يهدي المرشد بعد الملاحظات عن الجلسة السابقة أو يريد مناقشة بعض الأفكار والقضايا والمشكلات التي طرحت في الجلسة السابقة.

3-4-10 إنهاء الجلسة الجماعية:

في نهاية الجلسة لابد أن يكون هناك وقتاً لتقييم ما تم تناوله في الجلسة، والاتفاق على الأمور التي يمكن للمشاركين عملها من الآن وحتى الجلسة اللاحقة أو ما يسمى بالواجبات المنزلية. إن مهارات إنهاء الجلسات تؤثر على تماسك المجموعة وتساعد في الانسجام العام الذي يحدث خلال الجلسة. (خوجة، 2012)

خلاصة:

من خلال ما سبق نستخلص أن الإرشاد النفسي عملية تفاعلية تهدف لمساعدة الفرد لفهم نفسه وحل مشكلاته، او تعديل سلوكه، أو تنمية قدراته. ويعد الارشاد المعرفي السلوكي من أكثر اتجاهات الارشاد النفسي نجاعة في حل العديد من المشكلات والتخفيف من الكثير من الاضطرابات؛ مثل الاكتئاب والضغط النفسي والادمان، وذلك عن طريق تصحيح الافكار الخاطئة وتعديل طرق التفكير اللاعقلاني واستبدالها بطرق التفكير العقلانية المنطقية مستخدما عدة أساليب وتقنيات تعتبر مزيج بين العلاج السلوكي والمعرفي من خلال العمليات التعليمية والتدريب على المهارات. ويكون هذا التدريب إما من خلال مقابلات فردية أو من خلال الإرشاد الجماعي الذي يعد أحد من أهم اشكال الإرشاد الرائدة والحديثة نسبيا في علاج العديد من الاضطرابات النفسية، إذ تهدف إلى الحد من تعشي الاضطرابات النفسية، خاصة الضغوط النفسية وذلك باستثمار مزايا التفاعل الجماعي ودينامية المجموعة الارشادية وباستغلال المهارات والفنيات المعرفية السلوكية التي اثبتت نجاعتها وفعاليتها.

الجانب التطبيقي

الفصل السادس:
الإطار المنهجي للبحث

تمهيد:

يعتبر تحديد الإطار المنهجي لأي بحث علمي أمراً ضرورياً، لأنه من خلاله تتحدد طبيعة وقيمة كل بحث، وبه يتسنى للباحث تحقيق الأهداف التي سطرها لبحثه والغرض المحدد من ورائه والمتمثل أساساً في دراسة الظاهرة دراسة علمية دقيقة ومنظمة، وهذا كله يكون بإتباع خطوات منهجية متسلسلة ومضبوطة.

لذلك حرصت الباحثة خلال هذا الفصل على تحديد أهم الأدوات طبقاً لطبيعة البحث ومتطلبات الإجراءات الميدانية، والتي يمكننا استخدامها قصد الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تفي بالأغراض المنشودة.

وجاء هذا الفصل لنعرض فيه إجراءات الدراسة التطبيقية بكل خطواتها، انطلاقاً من الدراسة استطلاعية وصولاً إلى الدراسة الميدانية الأساسية.

1- منهج البحث:

يرى شروخ أن المنهج وهو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة من أجل اكتشاف الحقيقة. (شروخ ، 2003)

فالمنهج إذا هو مسار بحث، يتبع دوما خصائص الموضوع المدروس، ولأن البحث الحالي يسعى لتأكد من مدى فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغط النفسي وتحسين التوافق الزوجي فإن الباحثة اعتمدت على المنهج الشبه تجريبي في تصميم البحث، واعتمدت التصميم الثنائي لمجموعتين متكافئتين (مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة). مع القياس القبلي والبعدي والتبعي لكل من مقياس الضغط النفسي والتوافق الزوجي، للمجموعة التجريبية والضابطة.

2- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية بمثابة دراسة كشفية أو تمهيدية، وتعتبر أول خطوة في سلسلة البحث العلمي، ويتوقف العمل في مراحل البحث الأخرى التي تلي الدراسة الاستطلاعية على البداية الصحيحة والملائمة التي تخطوها هذه الدراسة، ومن أهدافها نجد:

- استطلاع الظروف المحيطة بالمشكلة التي يزعم الباحث دراستها.
- تحديد جوانب القصور في إجراءات تطبيق المنهج وأدوات جمع بيانات البحث، بحيث يمكن تعديل تعليماتها في ضوء ما تسفر عليه الدراسة الاستطلاعية.
- التعرف على الصعوبات التي يمكن أن تواجه الباحث في الدراسة المستقبلية وكيفية حلها

- تقدير ما يمكن أن تستغرقه الدراسة الميدانية من وقت. ثالثا: سمات الدراسة الاستطلاعية. (خضر، 2013، ص 77)

لهذا الغرض قامت الباحثة ببحث استطلاعي للتأكد من سلامة منطلقات البحث ومساره وصلاحيته أدواته، للتأكد من إمكانية تنفيذه في الواقع.

وفيما يلي نعرض أهم خطوات الدراسة الاستطلاعية وما خلصت إليه من نتائج:

2-1- إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

*تم إجراء الدراسة الاستطلاعية على خطوات، وهي:

أ-**الخطوة الأولى:** في البدء انطلقت إجراءات الدراسة الاستطلاعية استنادا إلى دراسة سابقة قامت بها الباحثة مع أفراد من نفس المجتمع الإحصائي (ناصر، 2017) وفي البداية انطلقت الدراسة الاستطلاعية من وحدات مكافحة الأورام، بمصالح طب الأطفال، بالمركز الاستشفائي الجامعي ببني مسوس، مركز مكافحة السرطان بمصطفى باشا، و المركز الاستشفائي ببارني، و ذلك من خلال تواجد الباحثة الدائم بمصلحة مستشفى بني مسوس من خلال الممارسة المهنية كأخصائية نفسية، وبالارتباط المستمر مع الزملاء في المستشفيات الأخرى المذكورة، وبعد اطلعنا على تفاصيل الأمور في المستشفيات، من خلال عدد المرضى، أعمارهم، أنواع الأمراض التي تصيبهم، وطرق علاجهم، إضافة إلى المناطق التي يفيدون إليهم، قررت الاكتفاء بدراسة عينة من مرضى مستشفى بني مسوس، وذلك للأسباب التالية:

- تعتبر مصلحة طب الأطفال ببني مسوس من المصالح الأكثر استقبالا لهذه العينة من الأمراض، إضافة إلى تغطيتها للمرضى على كل مستوى القطر الوطني؛ من الشمال إلى الجنوب ومن الشرق إلى الغرب، عكس المستشفيات الأخرى التي تقتصر على منطقة وسط البلاد وبعض الحالات من الجنوب الجزائري، وهذا ما يجعل عينة بني مسوس الأكثر تنوعا وانسجاما وتمثيلا للمجتمع الإحصائي، هذا من جهة.

- ومن جهة أخرى وبهدف ربح الوقت والجهد، وبحكم التواجد اليومي للباحثة في المصلحة من خلال ممارستها المهنية، ولتجنب الاعتماد على الوسطاء في جمع البيانات ارتأت الاقتصار على أفراد من مصلحة مستشفى بني مسوس.

ولذلك خلصت الباحثة إلى شروط لانتقاء أفراد عينة البحث وكذا اختيار المقاييس المناسبة لجمع المعلومات (سنذكرها لاحقا).

ب-**الخطوة الثانية:** انطلقا من شهر جانفي 2019 إلى جوان من نفس السنة، بدأت في التحضيرات بهدف وضع خطة لتصميم البرنامج الإرشاد، وتمثلت فيما يلي:

- تم توزيع 37 نسخة من كل مقياس من مقياسي البحث وتم استرجاع 32 نسخة وذلك بهدف اختبار وجود المشكل والحاجة للبرنامج، وكذا التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياسين.

- عقد اجتماعات مع بعض أفراد العينة من والدي الأطفال، بغية التأكد من ظروف إجراء البحث التجريبي: من توقيت ومكان، وإمكانية ضم الأعضاء في جلسات.

2-2 نتائج الدراسة الاستطلاعية:

خلصت الدراسة الاستطلاعية إلى ما يلي:

2-2-1 فيما يخص أدوات البحث:

تقرر اختيار استخدام:

- مقياس الضغط النفسي الوالدي المرتبط بالأعباء الوالدية، لمصممه أبدين **Abidin**, 1995.

- مقياس التوافق الزوجي: **Dyadic Adjustment Scale (DAS)** لمصممه: **غراهام سبانييه** **Graham Spanier** وذلك بعد تجربة تمرير عدة مقاييس، اتضح أن هذين المقياسين هما الأكثر ملائمة لعينة الدراسة نظرا لخصوصياتها.

وعموما كانت هناك سهولة نسبية في تمرير المقاييس على أفراد العينة خاصة الأمهات بحكم مرافقتهن للطفل المريض في المستشفى، غير أننا كان هناك نوع من الصعوبة في تمريرها لبعض الأفراد نظرا للأسباب التالية:

- انتقال الطفل للعلاج خارج الوطن في المستشفى مما أدى إلى عدم إرجاع النسخ الموزعة.

- الموت المفاجئ للطفل المريض مما يحول دون إرجاع الاستمارات من الوالدين.
- إضافة إلى ذلك رفض بعض الآباء الإجابة على مقياس التوافق الزوجي أو بعض بنوده، على أساس أنه يمس أمور خاصة جدا (حميمية)..

- إلغاء بعض النسخ نظرا لعدم اكتمال الإجابات على كل البنود فيها، حيث نجد بعض البنود تُركت بدون إجابة وأخرى تم وضع علامة الموافقة على خيارين من الإجابة.

وعليه توجب تمرير المقياسين على أكبر قدر ممكن من الأفراد عند إجراء الدراسة الأساسية.

2-2-2 فيما يخص العينة: خلص الاستطلاع إلى ضرورة اختيار أفراد من أولياء أطفال تتوفر فيهم الشروط التالية:

أ- أن يكون الطفل المريض يتواجد بانتظام في المصلحة من خلال تلقي علاج خاص بالسرطان من جهة، ومن جهة أخرى ارتأينا إلى اختيار عينة أولياء الأطفال الذين:

* ألا يكون المرض عبارة عن انتكاس بعد شفاء سابق (Rechute) ، لأن الضغط النفسي ودرجته تختلف كثيرا عنها في مراحل الاستشفاء لأول مرة، كذا أهداف العلاج التي تكون في الأول عبارة عن رغبة وأمل في الشفاء التام، أما بعد الانتكاس فعادة ما تكون بهدف المعالجة التلطيفية لا غير.

* ألا يكون الطفل في حالة المراحل النهائية للمرض (Stade final) لأن في هذه المراحل تكون أعراض الاكتئاب واليأس أكثر منها في المراحل العلاجية الأخرى.

كما خلص الاستطلاع إلى ضرورة:

ب- أن يكون البرتوكول العلاجي للطفل يدوم أكثر من أربعة أشهر على الأقل: وذلك لتمكين الباحثة من إجراءات تنفيذ البرنامج إلى غاية القياس البعدي بعد مدة (شهر) من تنفيذ البرنامج للتأكد من مدى صلاحيته.

ج- أن يكون مآل المرض للتعافي، وذلك للاحتياط من موت الطفل، لأنه هناك بعض أنواع السرطان تكون فتاكة بسرعة.

2-2-3 فيما يخص تطبيق البرنامج:

أ- مكان تطبيق البرنامج: انتهت الدراسة الاستطلاعية إلى عدم إمكانية تطبيقه في مكتب الأخصائية النفسية، لضيق المكان وعدم توفره على طاولة اجتماعات، فضلا عن بعده عن مكان مكوث الطفل المريض، لذلك قررت الباحثة تغييره بقاعة اجتماع الأطباء Bureau medical، الذي يتوفر على الشروط أعلاه. إضافة إلى العمل على حجز قاعة الاستشفاء اليومي (L'hôpital du jour) وذلك لإجراء جلسة الاسترخاء، نظرا لتوفرها على كراسي قابلة للطي (Fauteuil garde malade).

ب- توقيت الجلسات: نظرا للنشاطات الطبية الأكاديمية والعلاجية الكثيرة في المصلحة؛ من تأطير لطلبة الطب وتربصات بحكم التواجد في مركز استشفائي جامعي، فإنه تقرر إجراء الجلسات أيام العطل الأسبوعية، وذلك لنقص المعالجات الطبية على الطفل المريض التي تستدعي مرافقة الأم مثل التحاليل والأشعة والعمليات الجراحية. إضافة إلى تفضيل إجراءها في فترة الظهرية، وذلك لضمان إتمام الإجراءات العلاجية الروتينية للطفل من تحاليل أو حقن دواء أو نقل الدم، إضافة إلى أن هذا الوقت تكون فترة الزيارة اليومية بحيث نضمن وجود أحد الأقارب الذي يعوض الوالدين في مرافقة الطفل.

3- أدوات جمع المعلومات:

لجمع المعلومات استخدمت الباحثة مصدرين أساسيين هما:

* **المصادر الثانوية:** لإنجاز الإطار النظري اعتمدت الباحثة على البحث في الكتب والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة، ومواقع الأنترنت المختلفة للبحث للاطلاع على المقالات والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة.

* **المصادر الأولية:** لمعالجة الجوانب التحليلية لموضوع البحث لجأت إلى جمع البيانات الأولية من خلال المقياسين كأداة رئيسية للبحث، وذلك من خلال النسخ الموزعة على الأفراد، والتي تم اعتماد (30) نسخة منهم من أولياء أطفال مرض السرطان بمصلحة طب الأطفال بمستشفى بني مسوس بالجزائر.

3-1 مقياس الضغط النفسي الوالدي:

3-1-1 وصف المقياس:

بعد الاطلاع على العديد من المصادر والكتب التي تطرقت إلى الضغط النفسي، إلى جانب العديد من الدراسات المشابهة، وانطلاقاً من نتائج الدراسة الاستطلاعية لقياس درجة الضغط لدى أفراد العينة تم تبني مقياس التوتر الوالدي، المستمد من مقياس التوتر المرتبط بالأعباء الوالدية للأطفال مرضى السرطان، لمصممه Abidin، ويهدف المقياس إلى قياس التوتر المرتبط بالأعباء الوالدية الناجمة عن رعاية الطفل المصاب بالسرطان، من خلال

قياس التوتر الوالدي بأبعاده الأربعة المختلفة: البعد الفسيولوجي، البعد المعرفي، البعد النفسي وبعد الدعم الاجتماعي.

ويذكر مصمم المقياس أن الغرض منه هو تحديد الآباء الذين يحتاجون إلى التوجيه والدعم، وتحديد العلاقات المختلة المحتملة بين الوالدين والطفل، وتحديد الأطفال المعرضين لخطر المشاكل التنموية العاطفية والسلوكية. مع مرور الوقت، وجد أن المقياس مفيدة أيضاً كأداة لتخطيط العلاج وكوسيلة لتقييم التدخلات الفردية والجماعية. (Abidin, 2006, p297)

ويتألف المقياس من 40 فقرة (أنظر ملحق رقم 01)، منها عشر (10) فقرات إيجابية (الفقرات ذات الأرقام: 2، 15، 17، 18، 21، 24، 25، 27، 29، 31)، وتصحح هذه الفقرات الإيجابية بصورة عكسية. ويطلب من المفحوصين تقدير إجاباتهم على فقرات المقياس على سلم تقدير "ليكرت" المؤلف من 05 درجات: (كثيراً جداً) = 05 درجات، (كثيراً) = 04 درجات، (أحياناً) = 03 درجات، (نادراً) = 02 درجة، (أبداً) = 01 درجة. تدل الدرجات الكبيرة للمقياس ككل أو للمقاييس الفرعية على درجة عالية جداً من الضغط الوالدي، وتتراوح الدرجة العامة للمقياس من 40-200 درجة.

وتتوزع الفقرات الأربعين (40) على أربعة أبعاد بالتساوي (عشرة بنود لكل بعد) هي:

* **البعد الفيزيولوجي:** ويتمثل في الأعراض الجسدية: كاحمرار الوجه، وصعوبة التنفس، والصداع، والتعرق، وعدم الانتظام في ضربات القلب، ويتضمن الفقرات ذات الأرقام: 3، 9، 14، 19، 22، 26، 29، 34، 38، 40. ومن الأمثلة على فقرات هذا البعد: الفقرة (3): "أعاني كثيراً من الصداع."

* **البعد المعرفي:** ويشمل عمليات معرفية مثل النسيان، وضعف التركيز، وتشتت الانتباه، ويتضمن الفقرات ذات الأرقام: 4، 8، 12، 20، 21، 25، 27، 28، 37، 39، ومن الأمثلة على فقرات هذا البعد الفقرة رقم (4) "كثيراً ما أتجنب اتخاذ أي قرار"

* **البعد النفسي:** ويشمل أعراضاً نفسية مثل القلق و الخوف و الحساسية الزائدة واضطرابات النوم ويتضمن الفقرات ذات الأرقام: 1، 6، 7، 10، 11، 16، 23، 32، 33، 35. ومن الأمثلة على فقرات هذا البعد الفقرة رقم (1) "يتغير مزاجي بسرعة دون سبب ظاهر".

*الدعم الاجتماعي، ويشتمل على: الاتصال وخبرات المساندة والتشجيع والمشاركة والتفاعل، ويتضمن الفقرات ذات الأرقام: 2، 5، 13، 15، 17، 18، 24، 30، 31، 36. ومن الأمثلة على فقرات هذا البعد الفقرة رقم (13) "أجد صعوبة في التعامل مع الناس". وتتراوح الدرجة الكلية لكل مقياس من المقاييس الفرعية الأربعة من 10-50 درجة. ولقد قامت الباحثة بالتحقق من الخصائص السيكومترية من شروط الثبات والصدق للمقياس، حيث تم قياس كل من:

3-1-2 صدق مقياس الضغط النفسي:

أ- صدق الاتساق الداخلي:

- جدول رقم(01): يبين معامل صدق الاتساق الداخلي لعبارات مقياس الضغط النفسي الوالدي:

الدعم الاجتماعي		البعد النفسي		البعد المعرفي		البعد الفسيولوجي	
الارتباط	الرقم	الارتباط	الرقم	الارتباط	الرقم	الارتباط	الرقم
0.715	2	0.694	1	0.566	4	0.696	3
0.749	5	0.901	6	0.845	8	0.761	9
0.713	13	0.891	7	0.915	12	0.700	14
0.414	15	0.550	10	0.659	20	0.649	19
0.608	17	0.300	11	0.458	21	0.793	22
0.815	18	0.833	16	0.391	25	0.543	26
0.235	24	0.887	23	0.585	27	0.734	29
0.473	30	0.865	32	0.550	28	0.830	34
0.706	31	0.814	33	0.800	37	0.478	38
0.722	36	0.839	35	0.734	39	0.740	40

المصدر SPSS22

نلاحظ من الجدول رقم(01) أن قيم معامل الارتباط بيرسون جاءت متفاوتة بين عبارات الأبعاد، حيث جاءت قيمة الارتباط ما بين (0.478-0.830) في بعد البعد الفسيولوجي، وما بين (0.391-0.915) في البعد المعرفي، وما بين (0.300-0.901) في البعد النفسي، وما بين (0.235-0.815) في بعد الدعم الاجتماعي، وكما نرى وجاءت كل القيم بين القيمة (-1) و (1) مما يعني أنها دالة احصائياً.

ب- صدق المقارنة الطرفية:

جدول رقم (02) يبين نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس الضغط النفسي الوالدي:

الفئات	العدد	المتوسط ح	الانحراف م	قيمة T	مستوى الدلالة
العليا	10	164.7	11.63	-9,197	0.000
الدنيا	10	90.0	20,51		

المصدر SPSS22

نلاحظ من الجدول رقم (02) أن المتوسط الحسابي للمجموعة العليا قدر بـ (164.7) والانحراف المعياري لها قدر بـ (11.63) بينما المتوسط الحسابي للمجموعة الدنيا قدر بـ (90.0) والانحراف المعياري قدر بـ (12.90)، ويتضح من خلال الجدول أن قيمة $t=9.19$ عند مستوى الدلالة 0.000، وهي دالة عند المستوى 0.05 مما يعني توجد فروق دالة إحصائية بين الفئة العليا والفئة الدنيا وهذا ما يدل على أن المقياس له خاصية التمييز بين الأفراد في الضغط النفسي.

3-1-3 ثبات مقياس الضغط النفسي:

أ- حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

لتقدير ثبات الأداة استخدمنا طريقة التجزئة النصفية:

الجدول رقم (03): يبين معامل ثبات غوتمان لمقياس الضغط النفسي الوالدي

البنود	عدد البنود	معامل الثبات	الارتباط بين النصفين	تصحيح معامل الارتباط غوتمان
النصف الأول	20	0.918	0.925	0.96
النصف الثاني	20	0.913		

المصدر SPSS22

يتبين من الجدول رقم (03) أن معامل الارتباط المصحح بمعادلة غوتمان (تساوي التباين بين النصفين هو 0.960، ويعتبر معامل ثبات قوي جداً، وعليه فالمقياس يتمتع بقدر كبير من الثبات، ويمكن الاعتماد عليه في الدراسة الأساسية.

ب حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

وقد تم حساب ثبات مقياس الضغط النفسي بهذه الطريقة وكانت النتيجة كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (04) يبين نتائج معامل ثبات مقياس الضغط النفسي بألفا كرونباخ

الأداة	عدد الفقرات	معامل ألفا α
مقياس الضغط النفسي	40	0.956

المصدر SPSS22

نلاحظ من الجدول رقم (04) أن معامل ثبات مقياس الضغط النفسي وفق معادلة ألفا كرونباخ كان مساويا ل $(\alpha = 0.95)$ وهي قيمة أكبر من القيمة المعتمدة (0.70)، مما يعني أنها قيمة دالة إحصائيا، وهذا ما يؤكد تمتع المقياس بمستوى جيد من الثبات.

2-3 مقياس التوافق الزوجي: Dyadic Adjustment Scale (DAS)

المؤلف: غراهام سبانييه Graham Spanier،

تعريب: الباحثة بلميهوب كلثوم (جامعة الجزائر)

1-2-3 وصف المقياس:

يعتبر مقياس التوافق الزوجي لسبانييه من أوسع المقاييس استعمالا، سواء في مجال البحث أو في المجال العيادي والعلاج الأسري. وقد تمت ترجمة المقياس إلى لغات متعددة، واستخدامه في مجتمعات مختلفة وفي إطار ثقافات متنوعة. قلة عدد بنوده نسبيا ومنه وقصر الوقت اللازم لتمريره وتصحيحه. مع إمكانية تحويل نتائجه ومقارنتها بمقاييس أخرى في نفس المجال.

وضع هذا المقياس سنة 1976 أعده سبانييه وكان الهدف منه قياس جودة العلاقة الزوجية (أو العلاقة الثنائية خارج إطار العلاقة الزوجية). وحسب واضح المقياس فإن التوافق الزوجي هو سيرورة ومحصلة تفاعل عوامل أربعة؛ درجة مرتفعة من الاتفاق بين الزوجين، ودرجة منخفضة من الشجار والخصام والتفاعل السلبي، ودرجة مرتفعة من الأعمال المشتركة، وعدد قليل من المشكلات ذات العلاقة بالجانب العاطفي والجنسي.

يتكون المقياس من 32 بندا لقياس التوافق الزوجي (أنظر ملحق رقم 02)

من خلال قياس نوعية العلاقة كما يدركها الزوجين، ويخدم هذا المقياس عدة أغراض فيمكن استخدامه كمقياس عام للرضا عن العلاقات الحميمة باستخدام النقطة الكلية، ويمكن تكييف الاختبار لاستخدامه في المقابلة. ويمكن تفسير درجات الأفراد على مقياس التوافق الزوجي في ضوء مؤشر التعاسة الزوجية الذي قدرته الدراسات الإرشادية بين 92 أو 107. ويمكن أيضا الاستفادة من المقياس للمقارنة بين درجة التوافق بين الزوج والزوجة من نفس العلاقة الزوجية. (منصوري، 2017، الصفحات 214-226)

كما بين التحليل العملي على تضمنه لأربعة عوامل تمثل أربعة مظاهر للعلاقة الزوجية موضحة في الجدول الآتي:

جدول رقم (05): يبين توزيع بنود مقياس التوافق الزوجي حسب الأبعاد

• الأبعاد	• البنود
• الرضا بين الطرفين • Dyadic satisfaction	• 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 31، 32
• الانسجام بين الطرفين • Dyadic cohesion	• 24، 25، 26، 27، 28
• الإجماع بين الطرفين • Dyadic consensus	• من 1 إلى 15 ما عدا 4 و6
• التعبير عن العواطف • Affectional expression	• 4، 6، 29، 30

- طريقة تصحيح المقياس: يطبق المقياس بصفة فردية، وتتبع في ذلك التعليمات التالية: يشار بالعلامة (x) إلى الإجابة المناسبة، علما بأن البنود موضوعة في جدول مرقم من 01 إلى 32 ويجب الفرد حسب سلم متدرج، مؤلف من عدة احتمالات متدرجة، تعطى علامة لكل احتمال على النحو التالي:

جدول رقم (06): يبين سلم تصحيح مقياس التوافق الزوجي

احتمالات الإجابة							البند
دائماً نختلف	الأوقات	معظم نختلف	كثيراً ما نختلف	أحياناً نتفق	معظم الأوقات نتفق	دائماً نتفق	البند من 15-1
00		01	02	03	04	05	
أبداً		نادراً	أحياناً	عدة مرات	معظم الوقت	كل الوقت	البند: 16،17،20،
05		04	03	02	01	00	21،22
		أبداً	نادراً	أحياناً	معظم الأيام	كل يوم	البندين: 19-18
00		01	02	03	04	05	
		ولا واحدة منها	القليل جداً منها	البعض منها	معظمها	كلها	البند 24-23
		00	01	02	03	04	
بداً		نادراً	أحياناً	عدة مرات	معظم الوقت	كل الوقت	
00		01	02	03	04	05	28-25
			لا			نعم	البندين: 30-29
			00			01	
درجة الكمال	منتهى السعادة	سعيد جداً	سعيد	تعييس	تعييس جداً	منتهى التعاسة	البند 31
06	05	04	03	02	01	00	
	الخيار 6	الخيار 5	الخيار 4	الخيار 3	الخيار 2	الخيار 1	البند 32
	00	01	02	03	04	05	

الدرجة النهائية هي مجموع كل البنود التي تتراوح بين 0 و 151 نقطة، والدرجات المرتفعة تدل على علاقة جيدة، كما تُشير الدرجة دون المئة (100 نقطة) على عدم التوافق الزوجي. (منصوري، 2017)

3-2-2 صدق مقياس التوافق الزوجي:

أ- صدق الاتساق الداخلي لمقياس التوافق الزوجي :

جدول رقم(07): يبين معامل صدق الاتساق الداخلي لعبارات مقياس التوافق الزوجي

التعبير عن العواطف		الإجماع بين الطرفين		الانسجام بين الطرفين		الرضا بين الطرفين	
الارتباط	الرقم	الارتباط	الرقم	الارتباط	الرقم	الارتباط	الرقم
0.897	4	0.607	1	0.834	24	0.829	16
0.919	6	0.800	2	0.869	25	0.772	17
0.761	29	0.502	3	0.829	26	0.925	18
0.614	30	0.659	5	0.869	27	0.760	19
		0.641	7	0.889	28	0.875	20
		0.880	8			0.734	21
		0.576	9			0.785	22
		0.882	10			0.657	23
		0.790	11			0.782	31
		0.896	12			0.595	32
		0.412	13				
		0.840	14				
		0.750	15				

المصدر SPSS22

نلاحظ من الجدول رقم(07) أن قيم معامل الارتباط بيرسون جاءت متفاوتة بين عبارات الأبعاد، حيث جاءت قيمة الارتباط ما بين (0.595-0.925) في بعد الرضا بين الطرفين، وما بين (0.829-0.889) في بعد الانسجام بين الطرفين، وما بين (0.412-0.896) في بعد الاجماع بين الطرفين، وما بين (0.614-0.919) في بعد التعبير عن العواطف.

وكما نرى وجاءت كل القيم بين القيمة (-1) و (1) مما يعني أنها دالة احصائياً.
ب- صدق المقارنة الطرفية:

جدول رقم (08): يبين نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس التوافق الزوجي.

الفئات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
العليا	10	112.4	16.53	11.67	0.000
الدنيا	10	43.60	8.60		

المصدر SPSS22

نلاحظ من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي للمجموعة العليا قدر بـ (112.4) والانحراف المعياري لها قدر بـ (16.53) بينما المتوسط الحسابي للمجموعة الدنيا قدر بـ (43.60) والانحراف المعياري قدر بـ (8.60)، ويتضح من خلال الجدول أن قيمة ت=11.67 عند مستوى الدلالة 0.000، وهي دالة عند المستوى 0.05، مما يعني توجد فروق دالة إحصائياً بين الفئة العليا والفئة الدنيا وهذا ما يدل على أن المقياس له خاصية التمييز بين الأفراد في التوافق الزوجي.

3-2-3 ثبات مقياس التوافق الزوجي:

أ- حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

لتقدير ثبات المقياس استخدمنا طريقة التجزئة النصفية:

الجدول رقم (09): بين معامل الثبات غوتمان لمقياس التوافق الزوجي:

البنود	العدد	معامل الثبات	الارتباط بين النصفين	تصحيح معامل الارتباط غوتمان
النصف الأول	16	0.93	0.94	0.97
النصف الثاني	16	0.94		

المصدر SPSS22

يتبين من الجدول أن معامل الارتباط المصحح بمعادلة غوتمان (تساوي التباين بين النصفين هو 0.97، ويعتبر معامل ثبات قوي جداً، وعليه فالمقياس يتمتع بقدر كبير من الثبات يمكن الاعتماد عليه في الدراسة الأساسية.

ب- حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

وقد تم حساب ثبات مقياس التوافق الزوجي بهذه الطريقة وكانت النتيجة كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (10) يبين نتائج معامل ثبات مقياس التوافق الزوجي بألفا كرونباخ:

الأداة	عدد الفقرات	معامل ألفا α
مقياس التوافق الزوجي	32	0.970

المصدر SPSS22

نلاحظ من الجدول السابق أن معامل ثبات مقياس التوافق الزوجي وفق معادلة ألفا كرونباخ كان مساويا ل $(\alpha = 0.95)$ وهي قيمة أكبر من القيمة المعتمدة (0.70)، مما يعني أنها قيمة دالة إحصائيا، وهذا ما يؤكد تمتع المقياس بمستوى جيد من الثبات.

4- البرنامج الإرشادي:

4-1 خطوات بناء برنامج:

يعتبر البرنامج الإرشادي مزيج من عدة جوانب تعمل لنجاح العملية الإرشادية وهي: الأهداف الخاصة والفرعية المطلوب تحقيقها، والأساليب والتقنيات الإرشادية المستعملة، والخطة المناسبة لتحقيق الأهداف؛ ويتم التخطيط وفقا لنوع المشكلة وخصائص الأفراد، والأهداف المراد تحقيقها، ومحتوى الجلسات الإرشادية (المعلومات، التدريبات، النشاطات)، الترتيبات العملية لتنفيذ البرنامج (عدد الجلسات، مدتها، مواعيدها، أدواتها، تكاليفها، ثم تنفيذ البرنامج الإرشادي، وفي الأخير تقييم البرنامج الإرشادي والتقرير النهائي للبرنامج الإرشادي.

4-1-1 أهداف البرنامج الإرشادي المقترح:

تمّ بناء البرنامج الإرشادي المقترح لمساعدة والدي الأطفال المصابين بالسرطان في التعامل مع الضغوطات النفسية التي يواجهونها خلال رعايتهم وتكفلهم بطفلهم المريض، وذلك لتحقيق الهدفين التاليين:

-الهدف العلاجي من خلال التخفيف من أعراض الضغوط وحدّتها، والتقليل من آثارها خاصة فيما يخص تأثيرها على جانب الزوجي، حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية. وذلك من خلال مساعدتهم على اكتساب مهارات تُمكنهم من إتباع بعض طرق التكيف الإيجابية في التعامل مع الضغوط النفسية.

-الهدف الوقائي وهو تعليمهم طرق ومهارات جديدة للتحسين من الضغوط، من خلال تعميم هذه المهارات في الممارسة اليومية.

وتتدرج تحت هذين الهدفين أهداف إجرائية تتمثل في:

أ-الأهداف المعرفية: حيث يهدف البرنامج الى:

-توفير المعلومات الضرورية اللازمة لإشباع الحاجة المعرفية لوالدي الأطفال المصابين بالسرطان فيما يخص مرض الطفل ووضعيته الحالية ومآل مرضه، وكذا طرق التكفل به ورعايته.

- تقديم معلومات لأفراد المجموعة التجريبية حول الضغط النفسي، وآثاره على التوافق النفسي والاجتماعي وكذا على الصحة الجسدية والعقلية لهم، وتبصيرهم بمصادره.

- تزويدهم بمعلومات علمية عن مهارة الاسترخاء، وتدريبهم على طريقة الاسترخاء وتشجيعهم على ممارستها يوميا.

- تزويدهم بمعلومات عن مصادر الدعم الاجتماعي المتاحة.

- تزويدهم بمعلومات علمية عن مهارات التواصل، وتدريبهم عليها، وحثهم على ممارستها في الحياة اليومية.

ب-الأهداف الوجدانية:

ويهدف للبلوغ بوالدي الطفل لدرجة الرضا والتقبل الوجداني لمشكلة الطفل، ومعالجة ما يترتب على المعيشة اليومية لتجارب الفشل والتجاذبات الوجدانية وسوء توافقهم النفسي والزوجي.

ج-الأهداف السلوكية:

وتختص بمساعدة الوالدين على التكيف مع مرض طفلهم، والتحرر من الاستجابات والأنماط السلوكية غير الملائمة للتعامل مع المشكلات التي تواجههم، وذلك بتدريب الوالدين على سلوكيات جديدة وتطوير مهارات أكثر فاعلية.

د - الأهداف الاجتماعية:

ونعني بها تعريفهم بأهمية الدعم الاجتماعي، وتعليمهم مهارات تمكنهم من طلب الدعم الاجتماعي والتواصل مع الآخر، ومحاولة اخراجهم من العزلة والوحدة التي يعيشونها.

هـ - الأهداف العملية:

- وضعت الباحثة أهدافا عملية يسعى لتحقيقها البرنامج المقترح وتتمثل أساسا في:
- منح فرصة للأفراد للتعبير عن مشاعرهم وانشغالاتهم في أجواء مريحة من خلال التنفيس الانفعالي.
 - مساعدة الأفراد في تحديد مصادر الضغوطات والجوانب الأكثر تعرضا للضغط عندهم وأنواع التشويشات المعرفية، وطرق التفكير الخاطئة.
 - تدريب الأفراد على المهارات، والإستراتيجيات التي تمكنهم من السيطرة على مشاعرهم السلبية، ومواجهة المواقف الضاغطة بفاعلية، وتدريبهم على تعلم طرق جديدة للتعامل معها ومساعدتهم على فهم العلاقة بين الأفكار والمعارف والسلوك.
 - توجيه الأفراد لمصادر الدعم الاجتماعي المتاحة في المجتمع.
 - حث الأفراد على تعميم ما تعلموه من خلال جلسات البرنامج على ما يُستقبل من ضغوطات الحياة.

4-1-2 اختيار البرنامج المناسب:

بعد الاطلاع على أدبيات الإرشاد النفسي: التي أكدت فاعلية الإرشاد المبني على التوجه المعرفي السلوكي خاصة بصيغته الجماعية، فهو أحد أساليب الإرشادية الذي تتم من خلاله العملية الإرشادية بين المرشد وعدد من الأشخاص الذين يتشابهون في نوع المشكلة التي يعانون منها، وتتضمن هذه العلاقة طرح الانشغالات ومناقشة المشكلات وسرد الخبرات والمشاعر لتي يتشاركها أفراد المجموعة، مما يساعدهم على التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم، وذلك بهدف تعديل أو تغيير إدراكهم وطريقة استجاباتهم. (الحنفي، 1994)

لذلك اعتمدت الباحثة في تنفيذ البرنامج الحالي على أسلوب الإرشاد الجماعي، باعتباره أحد طرق الإرشاد النفسي، حيث يتم جمع أفراد المجموعة التجريبية مع بعضهم

وتدريبهم في مواقف جماعية، مما يساعدهم على تفرغ انفعالاتهم وتبادل خبراتهم، وعلى تغيير أفكارهم واتجاهاتهم السلبية، وبالتالي تطوير قدراتهم على التعامل مع الضغوط النفسية الناتجة عن مرض طفلهم.

وتم اختيار طريقة الإرشاد النفسي الجماعي وذلك نظرا لبعض الميزات فيه مثل:
- توفر الإطار الذي يتيح للجماعة التفاعل أثناء العملية الإرشادية: من خلال التواجد في قاعة واحدة، وطريقة جلوس الأفراد معا، وهذا ما يساهم في بناء وتطوير العلاقة الإرشادية التفاعلية بينهم.

- التفاعل الدينامي بين أعضاء المجموعة (الأفراد والباحثة والأعضاء الآخرين) يكسب الفرد خبرات إيجابية تتيح الفرصة لتحقيق الهدف المنشود للإرشاد، حيث من خلال أجواء الطمأنينة والثقة التي تُبنى خلال الجلسات يكتسب العميل مهارات تمكنه من إدراك مشكلته وتُرشده لأفضل السبل المؤدية للتخلص منها من خلال المناقشات والتدريبات الجماعية، ويكسبه مهارات المواجهة، وسبل استغلال موارد الدعم الاجتماعي .

- كما أن هذا التفاعل بين أعضاء المجموعة يحفز كل فرد لمواجهة المواقف ضاغطة بإيجابية من خلال الدعم المعنوي الذي يكتسبه من الأفراد الآخرين.

- يتيح الإرشاد الجماعي للمشاركين فرصة للتفاعل مع أفراد لديهم نفس المعاناة، مما يقود غالباً إلى تخفيف مستوى التوتر لديهم، فالجلسات الجماعية تجلّي للفرد أنه هناك من يعاني مثله وأن مشكلته عامة (إذا عمت خفت) فيقل شعوره بالانزعاج، لكون الجماعة الإرشادية تضم أفراد يتقاسمون المعاناة نفسها ويواجهون مشكلات متشابهة.

- التماسك الذي يتولد من كون المجموعة مكونة من عدد محدود من الأفراد (لا يتجاوز 12 فرد) فيؤدّد عندهم الشعور بالاتحاد والانتماء للمجموعة.

- دور الجلسات في تعزيز السلوكيات الصحيحة لأفراد المجموعة وذلك من خلال منح كل فرد الفرصة للتفرغ الانفعالي: حيث يشترك الأعضاء المجموعة في سرد الأحداث الضاغطة وتقاسم الانشغالات وتبادل المشاعر .

- الطاقة النفسية التي تمنحها التفاعلات في الجلسات، فكما هو معلوم فإن طاقة الجماعة أكبر من مجموع طاقات أفرادها، وهذا ما يمنح كل الفرد فرص للنمو والتطور

- الشخصي واستثمار طاقته بشكل فاعل في مشاكله، حيث تجمع بين خبرات الأفراد والشخصية وبين الواقع الاجتماعي فتمكنه من نقل الخبرات المكتسبة إلى الحياة الواقعية.
- الجماعة تكسب الفرد أحسن الطرق اللازمة لحل مشاكله من خلال تعلم كيفية استخدام التقنيات والمهارات التي تدرب عليها.
 - يمكن الباحثة من ربح الجهد والوقت بشكل فعال.
 - يفسح المجال للمشاركين للتعبير عن عواطفهم في أجواء مريحة.
 - يعمل المشاركون بمثابة نماذج إيجابية، لبعضهم البعض. (حمدي و داوود، 2005)

4-2 بناء وتصميم البرنامج الإرشادي:

- أ- تم تصميم جلسات البرنامج انطلاقاً من:
 - ب- نتائج الدراسة الاستطلاعية.
 - ج- تم الاستفادة في تطوير البرنامج من تجربة الباحثة خلال ممارستها المهنية ومقابلاتها العيادية مع أفراد العينة. وذلك:
- * من خلال تمرير مقياس الضغط النفسي، وذلك بالنظر إلى البنود التي تحصل فيها الأفراد على أعلى الدرجات، وكذا نتائج مقياس التوافق الزوجي، باعتماد البنود التي حصلت على أدنى الدرجات.
- * بالتركيز على استجابات سابقة لبعض الأفراد الذين استعملوا بعض الاستراتيجيات التي كانت فعالة، فقامت الباحثة بالعمل على تعزيزها.
- د.* عرض البرنامج على مجموعة من الخبراء لتحكيمه، بغرض التأكد من مدى مناسبة المحتوى والمدة والتوقيت والأنشطة والأساليب لتحقيق أهداف البرنامج، وتدوين ملاحظاتهم واقتراح تعديلات أخرى.

4-2-1 تحكيم البرنامج:

- من أجل التحقق من دلالة صدق المحتوى من عدمه قامت الباحثة بعرض مقترح لجلسات البرنامج على مجموعة محكمين من أساتذة علم النفس من عدة جامعات جزائرية.
- (أنظر ملحق رقم 03)

وتم الأخذ بآرائهم وملاحظاتهم -التي كانت مفيدة جداً- والتي انصبت أساساً حول:

أ- التركيز على اكتساب المهارات، بدل العمل على تخفيف من آثار الضغط حسب البنود. حيث اقترح الباحثة العمل في الجلسات على التخفيف من آثار الضغط حسب الجوانب التي يشملها من: جانب نفسي ومعرفي واجتماعي وفيزيولوجي وصولاً لتحسين التوافق الزوجي، بحيث تمنح لكل جانب حصتين؛ الأولى يتم فيها تناول مصادر الضغط وآثاره على الجانب المراد العمل عليه، وفي الحصة الثانية يتم تدريب الأفراد على المهارات التي تمكن من التعامل مع مصادر الضغوطات والتخفيف من آثارها. غير أن رأي المحكمين كان باقتراح العمل على التركيز على تدريب الأفراد على اكتساب المهارات والتقنيات.

ب- عدم توحيد الوقت بين الجلسات: حيث نصح المحكمين بالعمل على توحيد مدة الجلسات، وكذا التركيز على التوزيع المتساوي بين النشاطات. ج- تغيير عدد الجلسات ومدة المحاضرات أثناء الجلسات، حيث رأى المحكمون أنها تأخذ وقتاً كبيراً من زمن الجلسة.

د- أكد المحكمون على ضرورة مراقبة الواجب المنزلي في بداية كل جلسة. هـ- وكذلك أبدى بعض المحكمين رأيه فيما يخص ترتيب بعض الجلسات، مثل جلسة النمذجة التي اقترح جعلها في أوائل الحصص. ومنه أجريت تعديلات على البرنامج المقترح، حيث تم تغيير عدد الجلسات من 13 جلسة مقترحة إلى 10 جلسات، كما تم إعادة النظر بالزمن المخصص للمحاضرة خلال الجلسة الإرشادية، وإنقاص مدتها، وكذلك أجريت تغييرات في محتوى الجلسات وهدفها.

4-2-2 الفنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج:

يستند البرنامج المقترح إلى مجموعة افتراضات نظرية تم التوصل إليها من دراسات سابقة شبيهة بالدراسة الحالية، ومن نتائجها الميدانية، لأن جزءاً من الافتراضات لتلك البرامج أثبتت فاعلية بعض الأساليب في توجيه الممارسات لخفض مستوى الضغوط النفسية، وتتمثل هذه الفنيات والأساليب في مزيج ثلاثي يتضمن استراتيجيات معرفية، وأخرى سلوكية وثالثة انفعالية وهي:

***المحاضرة:** ويتم خلالها تقديم معلومات مبسطة وبعبارات تتناسب مع والدي الأطفال المرضى بالسرطان عن مرض طفلهم، وكيفية مساهمتهم في التخفيف من تأثير المرض

على طفلهم، وأساليب رعاية الأطفال والتكفل بهم، والضغط النفسية التي يسببها التكفل الطبي للطفل، وأساليب التعامل معها، والأفكار الخاطئة وخاصة الأحكام المسبقة والتعميمات الخطأ عن السرطان وكيفية تعديلها، والخدمات المتاحة لهم ولأطفالهم من خلال مؤسسات المجتمع المدني.

والهدف من هذه الفنية إلى تزويد والدي الأطفال بالمعرفة التي تساعدهم على التعامل مع الضغط النفسي المرتبطة بمرض طفلهم، الأمر الذي يسهم في تحقيق توافقهم نفسيا واجتماعيا.

*** المناقشة والحوار:** وهي طريقة لمنح والدي الأطفال المرضى بالسرطان فرصة المشاركة في الجلسات، وتهدف لزيادة ثقة الأفراد في أنفسهم عندما يشعرون أن الآخرين يستمعون إلى آرائهم ومشورتهم، وتسهم في تدريبهم على الإدراك الموضوعي للمشكلات، وتبادل المعلومات والخبرات، والتشجيع المتبادل والشعور بالأمن.

ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تبادل الآراء حول المحاضرة، وتوضيح النقاط المبهمة، والإجابة على الأسئلة، من أجل التعرف على المشكلة، وتعديل الأفكار الخاطئة، وتشجيعهم على المشاركة والتفاعل بشكل إيجابي في المناقشة، إضافة إلى تحسين التواصل والتفاعل، وتشجيعهم على التعبير عن انفعالاتهم.

*** التعزيز الإيجابي:** يبدأ التعزيز من خلال تشجيع الأفراد على المشاركة والاندماج في حوارات ومناقشات أثناء الجلسات، فالإيماء بالرأس أو ابتسامة الباحثة تعمل على تعزيزهم إيجابيا من ناحية الكلام والثقة والانفتاح. كما يتم تعزيز سلوك والدي الأطفال بتقديم الثناء والمدح عند تعلمهم كيف يغيرون السلوك بطريقتهم الخاصة، وعندما يقدمون الإجابات الصحيحة والمناسبة أثناء المناقشة، ويهدف هذا الأسلوب لتشجيع الوالدين على التفكير والرغبة في السلوك الصحيح بحيث يصبح جزءًا من يومياتهم.

*** التنفيس الانفعالي:** وهو عملية قوية من التعبير عن المشاعر المكبوتة ومواد الصراع، في وجود أشخاص حيادين ليس لهم علاقة بأصل هذه المشاعر، وهي بالتالي عملية معرفية وعضوية بنفس الوقت، حيث تشمل استرجاع واستنكار المادة المكبوتة، مع ترافق التعبير العضوي عن ذلك بالضحك أو الصراخ أو الدموع. فوجود الأفكار التلقائية المقترحة يعكس وجود تشويه في البنية المعرفية عند الشخص مثل: وجود الأفكار السلبية، أو

العلاقة السببية التي تثير الشعور بالذنب، فالشكوك والتساؤلات حول الحدث الضاغط يمكن أن تقتسم وتشارك من خلال عملية التفريغ، بدلا من أن تكبت داخليا، وبالتالي تبقى دون أي أجوبة.

ويتضمن تطبيق هذه الفنية إتاحة الفرصة للأفراد لسرد ما جرى أثناء وبعد الحدث الضاغط، والحديث عن المشاعر والاستجابات التي وردت بعد وقوعه، ويتم فيها أيضا التركيز على وسائل التكيف التي قاموا بها، وكذلك التركيز على استراتيجيات المقاومة الصحية التي استخدموها.

* **النمذجة:** وتهدف هذه التقنية التعلم عن طريق تقديم نموذج يشجع الوالدين ويحفزهم لانتهاج سلوكيات جديدة تكيفية، وذلك من خلال قدرة الملاحظ على إعادة أو ممارسة السلوك الذي تم نمذجته، ولقد فضلت الباحثة احضار النموذج الحي للاعتبارات التالية:
- إمكانية الملاحظة المباشرة الحية لاستجابات النموذج.

- زيادة الدافعية لدى المجموعة الإرشادية، مما يسهل عملية اكتساب سلوكيات جديدة.
* **التغذية الراجعة:** من خلال إعطاء الباحثة التغذية الراجعة حول السلوكيات والعبارات التي استخدمها الوالدان أثناء جلسة الإرشاد، كما يتلقون التعليقات والردود من بعضهم البعض بإعطاء تغذية راجعة للسلوكيات والجميل التي يستخدمها الوالدان في أثناء الجلسة الإرشادية والهدف من هذه الفنية هو أن يقوم الوالدان بتجربة سلوكيات جديدة بناء على افتراضات جديدة. وكما تستخدم هذه التقنية في آخر الجلسة؛ حيث تطلب الباحثة من الأفراد التعليق على الجلسة ككل، والتعبير عن رأيهم، وتلخيص ما تم تعلمه.

* **الواجبات المنزلية:** يتم تكليف أفراد المجموعة الإرشادية ببعض المهام، وذلك لهدفين هما: إما لتعميم ممارسة بعض السلوكيات الجديدة، أو التحضير للجلسة القادمة حيث يقدم الأفراد تقارير في كل جلسة عن المشاعر والأفكار التي تمس جانب من جوانب الضغط المراد دراستها.

* **المطويات الإرشادية:** تقوم الباحثة بتوزيع مطويات إرشادية في نهاية الجلسة من خلال واجب منزلي. والهدف من استخدام هذه الفنية تهيئة الأفراد للجلسة القادمة، وبعض المطويات تهدف لتعليم الأفراد تعميم السلوكيات الإيجابية المكتسبة والمهارات في الحياة الواقعية اليومية.

***إعادة البناء المعرفي:** وتم استخدام هذه التنقية وفق نموذجين:

أ- نموذج بيك لتعديل الأفكار: عزى بيك الاضطراب النفسي إلى التشوّهات المعرفة التي تكونت في المخططات المعرفية التي تحتوي المعتقدات والمفاهيم والافتراضات لدى الفرد، يرى ان الاضطراب لا ينشئ من الحدث بذاته بل ينشأ من التفسيرات غير الصحيحة التي يعطيها الفرد للموقف وهي عبارة عن افكار أوتوماتيكية، فتشوه المعرفي هو نتيجة الافكار التلقائية السلبية وهذه التشوهات هي التي تولد الضغط النفسي لذلك للقضاء على الضغط لابد من التعديل المعرفي وذلك عن طريق تعديل التفكير السلبي، وإحلال الأفكار الإيجابية بدلاً من الأفكار السلبية، والتدرب على التفكير بطريقة إيجابية. ويتم التعديل وفق عدة أساليب حددها بيك مثل: التعرف على الافكار المشوهة التلقائية، الإبعاد والتركيز، ملء الفراغات، تدقيق الاستنتاجات، التفسير، تغيير قواعد، والتحويل.

ب- نموذج إليس: يفسر النموذج العقلاني، حدوث الضغوط النفسية من خلال إدراك الفرد وتفاعله مع الأحداث، فالطريقة التي يفكر فيها الفرد ويفسر من خلالها الأحداث، وما يحمله من معتقدات هي السبب في المشاعر السلبية والمشكلات التكيفية، إذ تتكون المشكلة نتيجة لإدراكاتنا وتفاعلاتنا معاً للأحداث وطريقة تفسيرنا لها. (Ellis, 1994)

حيث يفترض إليس أن أنماط التفكير غير العقلانية هي السبب في إحداث السلوك المضطرب، فالسلوك الإنساني عبارة عن مزيج من الأفكار العقلانية والأفكار غير العقلانية في وقت واحد، فالناس يتصرفون في مواقف الحياة حسب إدراكهم لتلك المواقف، وبالتالي فإن الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي يهدف إلى تعديل الاعتقادات غير العقلانية وغير الواقعية وتعليم الفرد أساليب تفكير أخرى أكثر عقلانية وأكثر إيجابية عن طريق الحوار الفلسفي والطرق الإقناعية من خلال الأسئلة والاستنتاج، أي أن طريقتنا في إدراك الأحداث تلعب دوراً في تفاعلنا معها وفي تحقيق أو عدم تحقيق تكيف نفسي أفضل.

لذلك سعت الباحثة من خلال البرنامج التدريبي إلى استخدام إعادة البناء المعرفي لتعديل السلوك من خلال تعديل التفكير وعقلنته.

*** التدريب على حل المشكلات:** يعمل هذا الأسلوب على تطوير مهارات حل المشكلات من خلال تطوير استراتيجيات عامة مناسبة للتعامل مع المشكلات وإيجاد الحلول لها في حالة

مواجهتها، وتسير هذه العملية عبر الخطوات. لذلك ونظرا لما كان يعانيه والدي الطفل من حالة من التيه بسبب تعدد وتراكم المشاكل التي لا يجدون حلا لها، مما يشكل مصدرا للضغوطات، وهذا ما يزيد عجزهم عن ايجاد استراتيجية لحلها، لذلك رأت الباحثة أنه من الناجع تدريب المجموعة على أسلوب حل المشكلات لـ "دي زوريللا و كولد فرايد" من خلال الخطوات الخمس لاستراتيجية حل المشكلات وهي: التعبير عن المشكل، تحديد الاهداف، إعداد قائمة بالبدائل، استعراض النتائج تقييم النتائج. ويشير ماثيو وآخرون إلى أنه يمكن الاستفادة من هذه التقنية في نفس اليوم الذي يتم تعلمها فيه، وبعد عدة اسابيع من ممارستها يصبح تنفيذها تلقائيا. (ماثيو وآخرون، 2010/2007، ص 192)

* **تنمية الدعم والمساندة الاجتماعية:** من خلال شرح أهمية إقامة علاقات مُرضية فعالة، والحفاظ عليها مع الآخرين، وتتميز تلك العلاقات بالمودة والعطاء والمحبة، وطلب تقديم الدعم بكل أنواعه المادي والعاطفي والمعرفي، ما يؤدي إلى تطوير شبكة الدعم الاجتماعي وبنائها، والتخلص من العزلة والوحدة التي يعيشونها.

* **تقنية الاسترخاء:** وذلك بطريقتين هما:

- التنفس العميق: ووفقا لهذه المهارة يجري التدريب على التنفس البطني العميق والذي يمكن من خلاله ردع استجابة الضغوط.

- الاسترخاء العضلي التدريجي لأن هذه المهارة لا تحتاج إلى أي تخيل، أو قوة إرادة أو إياحاء، وإنما تقوم على افتراض أن رد فعل الجسد على الأفكار والأحداث المثيرة للتوتر والقلق يتمثل في التوتر العضلي، وإذا تمكن الفرد من إرخاء العضلات فإن ذهنه سيصل إلى حالة من الهدوء والراحة من خلال خفض الجهاز العصبي الذاتي.

* **التدريب على مهارة التواصل وفنيات الحوار:** بالاعتماد على جانبين رئيسيين، أحدهما وصف لأفكار الفرد ومشاعره وردود فعله وكيفية تمثيله للرموز، والآخر وصف للأحداث التي يعيشها الفرد عندما يتبادل الرموز أو الرسائل مع الطرف الآخر.

4-2-3 مدة البرنامج:

استغرق البرنامج مدة قدرها شهر؛ أي ما يعادل خمسة أسابيع بمعدل جلستين أسبوعيا، واستغرقت الجلسة الواحدة مدة ساعة ونصف، باعتبار أن البرنامج المقترح جماعي أين يتراوح زمن الجلسة الواحدة بين 45-90 دقيقة، وكما أشار بيترو فيسا (Pietro

(Fesa,1984)، أن الفترة الزمنية المثالية في الجلسة الواحدة من الإرشاد الجماعي تقدر بساعة ونصف حتى تسمح لكامل الأعضاء، بالمشاركة ويحصل المسترشد على الاهتمام الذي كان يتوقعه من الإرشاد الجماعي. (الخطيب، 2013، ص 203)

5- الدراسة الميدانية:

بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية، التي سمحت بالتحقق من وجود المشكل، وكذا إمكانية اختبار الفرضيات في الميدان، وإمكانية الوصول للعينة المقصود دراستها، إضافة إلى اختبار صلاحية الأدوات المستخدمة في البحث، وبعد إكمال تصميم جلسات البرنامج، شرعت الباحثة في العمل على إجراءات الدراسة الأساسية للبحث، والمتمثل في تطبيق البرنامج الإرشاد على العينة وذلك من خلال الخطوات الآتية ذكرها:

1- اختبار عينة البحث الأساسية.

2- تطبيق البرنامج.

3- القياس البعدي.

4- تفرغ البيانات.

5- تحليل البيانات.

6- عرض النتائج، وتحليلها.

5-1 عينة البحث الأساسية:

للإجابة على تساؤلات البحث والتحقق من فروضه قمنا بتطبيق أدوات القياس على

العينة التي تم اختيارها، وذلك وفق الآتي:

أ- **مجتمع الدراسة:** يشمل مجتمع البحث والدي الأطفال المرضى بالسرطان الذين يعالجون في المستشفيات الجزائرية، ويمثل مجتمع البحث أولياء أطفال مرضى السرطان بمصلحة طب الأطفال بمستشفى بني مسوس بالعاصمة الجزائر.

ب- **عينة البحث:** يعرف **بوحفص (2011)** العينة بأنها "مجموعة من الوحدات المستخرجة من المجتمع الإحصائي بحيث تكون ممثلة بصدق لهذا المجتمع وبعبارة أخرى فالعينة مجموعة من الوحدات التي يجب أن تتصف بنفس مواصفات مجتمع الدراسة. (بوحفص، 2011، ص 136)

لذلك يجب على الباحث تحري الطرق السليمة التي تسهل عليه انتقاء الأفراد الذين يود إجراء الدراسة عليهم، لذلك اعتمدنا في انتقاءنا للعينة على الطريقة التالية:

ج- طريقة اختيار عينة الدراسة الميدانية: نظرا لخصوصية العينة المستهدفة في البحث الحالي (لكونهم والدي طفل يعاني من مرض خطير ومميت)، وكذا كثرة الأعباء والمعاناة التي يواجهها أفراد العينة، والتجربة المريرة التي يعيشونها من جهة، ونظر الصعوبة الاتصال ببعض الأفراد (هذا وفق ما خلصنا إليه من خلال الدراسة الاستطلاعية). نظرا لكل هذه المعطيات اعتمدنا أساسا لاختيار عينة بحثنا على المقابلات العيادية التي كنا نجريها في مصالح طب الأطفال ببني مسوس (وحدة مكافحة الأورام)، وذلك وفق طريقة المعاينة القصدية بحيث تم اختيار مجموعة من الأفراد المتطوعين من الذين وافقوا على إجراء الدراسة عليهم، وقد أكد عدة باحثين 1982 Ganthieret أن استعمال هذه الطريقة شائعة في البحوث النفسية خاصة في المجالات التي تكون فيها التجربة مؤلمة أو صعبة، لذلك فلقد تم اعتماد الأفراد الذين وافقوا على الإجابة على المقاييس بصفة تطوعية.

د- حجم العينة: تم توزيع 57 نسخة من كل مقياس من مقاييس البحث، بغرض تحديد الأفراد الأكثر تعرضا للضغط النفسي، والأكثر تأثرا من ناحية التوافق الزوجي، ومنه يتم انتقاء أفراد عينة البحث، وكذلك بغرض الحصول على درجات القياس القبلي للعينة التي ستعتمد.

وبعد استرجاع النسخ والقيام بحساب درجات كل فرد على المقاييس، تم تحديد 35 فردا من الأفراد الأكثر ضغطا (درجة الفرد على مقياس الضغط النفسي الوالدي تفوق 100) والأقل توافقا (درجة الفرد على مقياس التوافق الزوجي أقل من 100)، وبعد عرض مشروع البرنامج الإرشادي عليهم، تم الموافقة الطوعية من طرف 23 فردا للتطوع للتجربة. وبما أن البحث يتناول دراسة تجريبية قائمة على تجربة فاعلية برنامج علاجي جماعي والذي عادة يُعتمد فيه عدد الأفراد بين 08-12، ولتحقيق شرط تكافؤ المجموعات، تم اختيار عدد زوجي (22 فرد) لتشكيل المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بتقسيمهم تقسيما عشوائيا إلى مجموعتين متكافئتين:

المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية، حيث تحوي كل مجموعة على 11 فردا: 09 أمهات و02 آباء). وللتأكد من تكافؤ العينتين، تم حساب الفروق بين نتائج المجموعة الضابطة ونتائج المجموعة التجريبية على مقياسي الضغط النفسي الوالدي، ومقياس التوافق الزوجي كالاتي:

* حساب الفروق بين نتائج المجموعة الضابطة ونتائج المجموعة التجريبية على مقياس الضغط النفسي الوالدي في القياس القبلي:

الجدول رقم (11): يبين نتائج اختبار (ت) للفروق في متوسط درجات الضغط النفسي الوالدي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي.

الفئات	العدد (n)	المتوسط الحسابي M	الانحراف المعياري SD	قيمة الفرق	قيمة T	مستوى الدلالة P
مج تجريبية	11	149,44444	21,47737	1,111111	-0,093	0,928 غير دالة
مج ضابطة	11	150,5556	21,37821			

المصدر SPSS20

من خلال الجدول نجد أن قيمة ت (T=0.93)، و هي دالة عند المستوى (P=0.928)، وهذا ما يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسط درجات الضغط النفسي الوالدي بين المجموعة التجريبية والعينة الضابطة عند القيمة 0.05. مما يعني تكافؤ العينتين.

* حساب الفروق بين نتائج المجموعة الضابطة ونتائج المجموعة التجريبية على مقياس التوافق الزوجي في القياس القبلي.

الجدول رقم (12): يبين نتائج اختبار (ت) للفروق في متوسط درجات التوافق الزوجي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي

الفئات	العدد (n)	المتوسط الحسابي M	الانحراف المعياري SD	قيمة الفرق	قيمة T	مستوى الدلالة P
مج تجريبية	11	49,2222	16,09952	1,22222	-0,230	0,824 غير دالة
مج ضابطة	11	50,4444	13,63003			

المصدر SPSS20

يتضح من خلال الجدول نجد أن قيمة ت (T=0.230)، وهي دالة عند المستوى (0,824)، وهذا ما يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسط درجات التوافق الزوجي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة عند القيمة 0.05. مما يعني تكافؤ العينتين.

ومنه نستخلص أن شرط تكافؤ المجموعتين محقق.

5-2 تنفيذ البرنامج:

تم تنفيذ البرنامج المقترح في مدة شهر امتدت من 21 أكتوبر 2022 إلى 19 نوفمبر 2022، ثم تم انتظار مدة شهر لإجراء القياس التتبعي أي يوم 18 ديسمبر 2022. بمعدل جلستين كل أسبوع.

5-2-1 تصميم الجلسات:

جدول رقم (13): يبين تصميم الجلسات

ترتيب الجلسة	محتوى الجلسات	عنوان المرحلة	
1	التعارف	التعارف	1
2	محاضرات تثقيفية	التهيئة المعرفية	2
3	النمذجة		
4	وفق نموذج بيك	التدريب على	3
5	وفق نموذج اليس	تعديل الأفكار	
6	التدريب على حل المشكلات	التدريب على اكتساب لمهارات	4
7	التدريب على تقنية الاسترخاء		
8	التدريب على تنمية الدعم الاجتماعي		
09	التدريب تنمية مهارة التواصل		
10	انهاء وتقييم البرنامج	انهاء وتقييم	5

انطلاقاً من هذا التصميم، تم الشروع في تنفيذ البرنامج وفق الآتي:

5-2-2 محتوى جلسات البرنامج:

وكانت الجلسات وفق الآتي:

الجلسة الأولى:

الجلسة الافتتاحية

*مدة الجلسة: 90 د

*الهدف من الجلسة:

- خلق جو من الألفة والأمان بين الأفراد.

-تهيئة التعليمية المعرفية.

-التعريف بالبرنامج الإرشادي وأهدافه وأهميته في تخفيف الضغط النفسي الوالدي وتحسين التوافق الزوجي.

-عرض محتوى البرنامج من حيث عدد جلساته ومدته ومكان انعقاده وزمن الانعقاد لكل جلسة.

-الاتفاق على الخطوط العريضة الرئيسية التي تتم في ضوءها الجلسات الإرشادية من حيث نظام سير الجلسات وأهمية حضورها وضرورة القيام بالواجبات المنزلية، وتشجيعهم على ذلك.

-إعطاء دافعية للأفراد لتحفيزهم للمشاركة في البرنامج بجدية.

الغنيات المستخدمة:

-المحاضرة

-الحوار والمناقشة

الجماعية.

-التعزيز

-التنقيس الانفعالي

محتوى الجلسة:

*تم استقبال أفراد العينة من طرف الباحثة والترحيب بهم، وشكرهم على الموافقة على المشاركة في البرنامج.

*تم تقديم الباحثة لنفسها، والطلب من كل فرد تقديم نفسه والعمل على إزالة الحواجز بينهم.

وبعدها باشرت الباحثة في شرح طبيعة البرنامج، وتقديم محاضرة حول البرنامج الإرشادي الجماعي وأهدافه وأهميته.

*وبعدها تم فتح المجال لمناقشة دور كل واحد في هذا البرنامج، والتأكيد على أهمية دور المشاركين.

*وبعدها قامت الباحثة بعرض وتوضيح نظام الجلسات والاتفاق على شروط نجاحها، مثل الاحترام المتبادل والتزام السرية واحترام المواعيد وإنجاز الواجبات.

*ختم الجلسة بالتأكيد على قدرتهم على التخفيف من وطأة الضغط النفسي الوالدي وتحسين توافقهم الزوجي.

الجلسة الثانية:

التهيئة المعرفية

مدة الجلسة: 90 د

الهدف من الجلسة:

-تنمية معارف الوالدين حول:

*السرطان وتأثيراته على الطفل المريض.

*تأثير رعاية الطفل والتكفل به على والديه واسرته عموماً

-تنمية معارف الوالدين حول الضغط النفسي ومصادره وآثاره الجسيمة على التوافق النفسي للوالدين وطرق التخفيف منه.

الفنيات المستخدمة:

-المحاضرة

-الحوار والمناقشة الجماعية.

-التعزيز الإيجابي.

-التنفيس الانفعالي.

محتوى الجلسة:

قُسمت الجلسة إلى حصتين تخللتها استراحة خفيفة.

أ- الحصة الأولى: تناولت التهيئة المعرفية لأفراد المجموعة حول السرطان حيث تم تقديم محاضرة من اعداد الباحثة تناولت التعريف بالسرطان من حيث آثاره النفسية على الطفل ووالديه.

فتح المجال للمناقشة والحوار .

استراحة لمدة 10 د

ب- الحصة الثانية: تناولت التهيئة المعرفية لأفراد المجموعة حول التعريف بالضغط النفسي ومصادره وآثاره- محاضرة من إعداد الباحثة.

فتح المجال للمناقشة والحوار .

*وفي الأخير طُلب من كل فرد تلخيص ما تم الاستفادة منه، ومنح الفرصة للتعبير عما يجول بخاطره

*تقديم واجب منزلي: للتحضير للجلسة القادمة، من خلال مطوية الأبعاد النفسية للضغط النفسي. (ملحق رقم 04)

الجلسة الثالثة:

النمذجة

مدة الجلسة: 95 د

الهدف من الجلسة:

- تعريف الأفراد بالبعد النفسي للضغط.
- التعلم من خلال الملاحظة والتقليد لسلوك الآخر.
- التقليل من السلوكيات غير المرغوب فيها، واكتساب سلوكيات جديدة.

الفنيات المستخدمة:

-المحاضرة

-الحوار والمناقشة

-الجماعية.

-التعزيز الإيجابي

-التنفس الانفعالي

-النمذجة

محتوى الجلسة:

*تم تقييم الواجب المنزلي بعرض كل فرد لإجاباته على أسئلة المطوية، ومنه تم التعرف على البعد النفسي للضغط، استخلاص وجود مشكل الضغط من الناحية النفسية، وفسح المجال للأفراد للتحدث عنه وكيفية معاشته، بغية التنفس الانفعالي.

*تقديم النموذج: أظهرت الأبحاث أن تأثير وفعالية النمذجة يمكن تحسينها عندما يكون هناك تشابه كبير بين النموذج والمسترشد، لذلك انتقت الباحثة النموذج من والدي أطفال مرضى بالسرطان. حيث تم عرض نموذج لأم كان لها طفلين مرضا بالسرطان الواحد تلو الآخر. ومن خلال المتابعة النفسية الروتينية مع الأخصائية أثناء التكفل بطفليها، تم تدريبها على بعض المهارات، تمكنت من خلالها من تحقيق التكيف النفسي والاجتماعي. لذلك اختيرت هذه الأم لعرضها كنموذج لتحفيز أفراد المجموعة التدريبية على مواجهة الضغوطات واستثمار مكتسباتهم المعرفية ومهاراتهم العملية في تجاوز الوضع الراهن.

حيث تم دعوه السيدة (ع)، لغرض إلقاء كلمة لأفراد المجموعة التجريبية، وضع نموذج حي يحتذى به، ولقد حيث تم عقد مقابلتين في مكتب الباحثة قبل انعقاد الجلسة للاتفاق على ما يتم عرضه وقوله في الجلسة الإرشادية.

ثم خلال الجلسة تم تقديم النموذج من طرف الباحثة لأفراد العينة. كما تم تنبيههم لضرورة تسجيل بعض الملاحظات الهامة، للاستفادة منها.

ثم تم إحالة الكلمة للسيدة (ع): حيث عمدت إلى سرد المواقف الضاغطة التي عاشتها خلال مرض الطفلين ومناقشه كيفية الاستجابة لها:

عرضت السيدة أحداث مرض الطفل الأول، وكيف عاشت وقع صدمة، ثم عرضت أهم الضغوطات التي عاشتها في المصلحة؛ بسبب تقادم مرض الطفل، والتأثير الدوائ عليه وكذلك من ناحية اضطراب الحياة الأسرية حيث تركت أخته الصغيرة في منزل جدتها، وأنها اضطرت لتترك عملها مع كون الزوج بطال مما خلق صعوبات مادية كثيرة إضافة إلى ضغوطات اجتماعية تمثلت أساسا في وسمة العار والتشفي التي وسمتها عائله زوجها "يستشفواو فيا"، وتحدثت السيدة عن كيف تجاوزت كل هذه الصعوبات حتى تعافي الطفل

الأول. ثم بعد شهرين مرضت أخته بنفس نوع السرطان وهو سرطان الدم، مما فجر الأمور مرة ثانية وبحدة أكثر، فإضافة إلى كل المشاكل المعاشة سابقا انفجرت الخلافات الزوجية بسبب الشكوك في وجود العامل الوراثي لمرض الأطفال مما جعل الزوج يفكر في الطلاق أوفي زوجة ثانية، وكانت استجابة الزوجة خلال هذه المعاشة الثنائية الضغوطات الناجمة عن مرض طفليها أن تصدت للأمور بالصمود والإصرار وعدم اليأس والتوكل على الله، كما عملت على تنمية الدعم الاجتماعي حيث طلبت المساعدة من الأهل ووسعت للانفتاح على الجمعيات الخيرية، وكذلك بناء علاقات طيبة مع أمهات الأطفال المرافقات لأولادهن في المصلحة، إضافة إلى تحسين العلاقة مع الفريق الطبي وحتى تقنيي المخبر ساهم في تسهيل عده أمور لها، ونصحت الأمهات على التركيز على هذا الأمر "اعرفي كيفاش تكسيهم".

ومع الزوج تحلّت بالتأني والصبر مع إصرارها على خضوعه لمتابعة نفسية وهذا ما أدى إلى تحسن الأمور بينهما. كما أشارت إلى تغيير تقييمها لما يقوله الناس على مرض طفلها وعدم الاكتراث بكلام الناس وتشفي أهل الزوج. كما ذكرت أن لحصص التنفس العميق التي تعلمتها من خلال المتابعة النفسية ساهمت كثيرا في منحها قسط من الراحة الجسدية إضافة إلى حرصها على العبادات من صلاة ومداومة سماع القرآن الذي كان يريحها كثيرا، كما أوردت أنها كانت تلعب دور الموجّه للأمهات الأخريات بحكم تكرارها للتجربة المرض مرتين (الأقدمية).

ونشير هنا أن خلال عرض النموذج للأحداث الضاغطة وكيف التعامل معها تخللها مناقشات وحوارات ثرية جدا وكانت الأسئلة تتهاطل عليها من أفراد المجموعة التجريبية حيث كانوا يركّزون على كيف تمكنت من اكتساب هذه المهارات وكيف تمكنت من تجاوز الوضع.

والآن بعد مرور خمس سنوات من تعافي الطفلين، وتذكر السيدة أن الأوضاع الصحية لأولادها تحسنت كما تحسنت الأوضاع المادية حيث أصبح الزوج يعمل وكذلك تحسنت العلاقة مع أهل الزوج.

*بعد عرض النموذج وما تخلله من حوارات، تم فتح المجال لكل فرد للتعبير عن رأيه فيما قالت والتعبير عن شعورهم الحالي.

* واجب منزلي:

- العمل على تحويل ما تم تعلمه من النموذج في الحياة اليومية، وذلك من خلال استدخالها كمعاني معرفية إدراكية "ديرها في راسك"، وكذا من خلال الأوامر اللفظية والأحاديث الذاتية، كاستجابات المتكررة لتصبح سلوك.
- الإجابة عن مطوية الأبعاد المعرفية للضغط النفسي. (انظر ملحق رقم 05)

الجلسة الرابعة:

إعادة البناء المعرفي وفق نموذج بيك:

تصحيح الأفكار الخاطئة

مدة الجلسة: 95 د

الهدف من الجلسة:

- تعريف الأفراد بالبعد المعرفي للضغط.
- التنفيس الانفعالي للأفراد.
- تحديد التحريفات المعرفية والأفكار التلقائية.
- العمل على التخلص من الأفكار الخاطئة، -واستبدالها بأفكار صحيحة

الفنيات المستخدمة:

-المحاضرة

-الحوار والمناقشة

-الجماعية.

-التعزيز الإيجابي

-التنفيس الانفعالي

-تقنية إعادة البناء المعرفي (تغيير الأفكار)

محتوى الجلسة:

- * من خلال مراجعة الواجب المنزلي يتم تحديد آثار الضغوطات على الجانب المعرفي، والتحدث عنها بالتفصيل، وذلك من خلال المناقشة والحوار، وهذا ما يمنح الافراد فرصة التنفيس الانفعالي.

* وباستخدام تقنية نموذج بيك يتم تحديد الأفكار التلقائية من خلال تحديد التحريفات المعرفية التالية:

-التعميم الزائد: من خلال إطلاق أحكام مطلقة "راهم يموتوا قاع"، "مستحيل يستجيب طفلي للدواء".

- الكل أو لا شيء : خاصة عند التذمر من الأوضاع في المصلحة، حال غياب الطبيب -شخصنة التأويلات (عزو نتائج السلبية لنفسه) والتي تولد الإحباط خاصة فيما يخص سبب مرض الطفل الذي قد يرى أنه عقاب بسبب ذنوب وخطايا اقترفوها؟، هل هو مشكل وراثي ورثه الطفل عنهم؟

-التفسير السلبي من خلال عدم تتمين الايجابيات :العلاج غير فعّال ، الدواء غير أصلي -التفكير الانتقائي : يلتقط السلبيات.

- الاستنتاج الاعتباطي دون دليل، خاصة فيما يخص الشفاء ومآل المرض، هنا الباحثة دائماً تسأل من قال لك، وتذكر بما طرحه النموذج.

- التنبؤ بالمستقبل سلبياً : من خلال توقع الأسوء، الخوف من موت الطفل الخوف من اضطراب إخوته نفسياً وسلوكياً، الخوف على تدهور العلاقة الزوجية....

-التفكير المأسوي الكارثي الحدث : (مهول والقادم مرعب) ، (لا يمكن تحمله لا يمكن إيقافه) ، مثلاً قول الأم : اذا أصيب بمرض نتيجة تأثير الدواء كالتشنج العصبي أوالسكري، (حتى وإن نجى من السرطان لن يشفى من هذا المرض) ، أو قول أحدهم (كيف سأصبر على فراقه) ، والباحثة هنا تطرح نماذج لأمهات تجاوزن الأزمة.

وفي كل مرة يتم تصحيح هذه الأفكار إما من طرف الأعضاء مع بعضهم، أوبتدخل الباحثة. وذلك من خلال التقنيات التالية:

-التعرف على الأفكار المشوهة التلقائية.

الإبعاد والتركيز: حيث يقوم بأن الفكرة خاطئة وليست واقعية وأبعدها عن الواقع والتركيز على تعديلها.

-ملء الفراغات: من خلال الحديث عن الحدث الضاغط وردود الفعل وعرض الأحداث المثيرة، تكون هناك فجوة في الأفكار والمعتقدات فمثلاً إعلان التشخيص عن مرض الطفل يؤدي إلى صدمة كما يقولون ☹ ضربت على عقلي ماصبتوش)، وكذلك الإنكار من

خلال تقرير الأفراد (يتغير مزاجي دون سبب ظاهر) هنا لابد من الإجابة وملء الفراغ هناك أسباب لكن ينكرها.

-تدقيق الاستنتاجات: تعليم الأفراد كيفية الحصول على المعلومات الدقيقة، مثلا قولهم (علاج ابني ميؤوس منه) هنا لابد من التدقيق من هذه المعلومة: من أين لك بهذه المعلومة؟ وهل هي صحيحة؟ كذلك الشعور بالوحدة والعزلة لابد تدقيق الاستنتاج ربما أنت من عزل نفسك.

-التفسير: وهو أكثر من التصحيح، نجد فرد لم يكن على وعي بتلك الأفكار ومن خلال المناقشة مع أحد الافراد يستنتج أنها كانت لديه تفسيرات خاطئة.

-تغيير قواعد: مثلا (سبب المرض هو عقاب من الله)، هنا تغير بأنها ابتلاء وليست عقاب مثلا (أشعر بأن الآخرين لا يهتمون بي)، نغيرها ب(ربما أنت من عزل نفسه).
مثلا في الجانب الاجتماعي (لا ألجأ لطلب المساعدة من أحد)، نجد هنا ام النموذج أوضح أن طلب المساعدة يساهم كثيرا في تخفيف الضغوط.

- التحويل: وهو تحويل اهتمام الفرد من التركيز على الواجبات المسببة للضغط إلى نشاطات أخرى مثلا: من خلال التكافل بين الأولياء في المصلحة، بعض الأمهات يقمن بتحضير الطعام والطهي، واللاتي يعملن معلمات يقمن على تعليم وتدریس الاطفال المرضى، والآباء يتكافلون فيما بينهم بقاء الحوائج خراج المصلحة من اخذ تحاليل واحضار نتائجها، وكذا التسوق مع بعض. كذلك بالنسبة للأشخاص القاطنين خارج العاصمة يمكنهم برمجة خرجات مع الزوج والطفل للتجول في المدينة...الخ.

*وفي الأخير تم فتح المجال للأفراد لتلخيص ما استفادوه.

*** واجب منزلي:**

-تحديد الأفكار الخاطئة، من خلال تدوينها ومراقبتها، ومن ثم تصحيحها.
-الحث على تعميم استخدام طريقة بيك لتصحيح الأفكار الخاطئة، واستبدالها بأخرى واقعية في المواقف اليومية من خلال سجل الأفكار التلقائية لماثيو وآخرون. (أنظر ملحق رقم06)

الجلسة الخامسة:

إعادة البناء المعرفي وفق نموذج أليس:

تعديل نمط التفكير اللاعقلاني

مدة الجلسة: 95 د

الهدف من الجلسة:

-مراقبة الواجب المنزلي.

-تحديد الأفكار غير العقلانية.

-العمل على التخلص منها واستبدالها بأفكار منطقية.

الفنيات المستخدمة:

-المحاضرة

-الحوار والمناقشة

الجماعية.

-التعزيز الإيجابي

-التنفيس الانفعالي

-تقنية إعادة البناء المعرفي (تعديل التفكير اللاعقلاني).

محتوى الجلسة:

*مراقبة الواجب المنزلي

*ثم تم الشروع في عمليه إعادة البناء المعرفي من خلال تحديد الأفكار غير العقلانية التي يعمل به أفراد المجموعة التجريبية، حدد إليس مجموعة من الافكار غير اللاعقلانية التي يجب معالجتها مثل:

- يجب ان اكون كاملا أي طلب المثالية فنجد الكثير من الأمهات تتعامل مع الطب على أساس أنه علوم دقيقة، فلا بد أن يكون البروتوكول مضبوط بدقة ونتائجه حتمية وهذا غير معقول.

-بعض الأشخاص الأشرار: وهذه الفكرة وتكرر دائما في العلاقة مريض-معالج حيث يعتبرون الممرضات والفريق الطبي والأطباء وأهل الزوج ومسؤول العمل كل هؤلاء أشرار لأنهم لم يوافقوهم فيما يريدون، في حين لابد من تغيير هذه الفكرة وتقبل أنهم في وضع

استثنائي وخاص، ويتجاوز قدراتهم لذلك حتما سيصدر منهم تقصير وتهاون في أداء المهام الاعتيادية، كما سيرتفع سقف طلباتهم بحيث قد يعجز الآخرون عن فهمها أو تليبيتها.

-إنها مصيبة أن لا تكون الأمور كما أريد، فعدم استجابة الطفل للدواء، وعدم الحصول على الدم إلخ هذه الأفكار اللاعقلانية تشكل مصدر ضغط كبير. لذلك لابد من برمجة الفرد لنفسه لتقبل حالات الخطأ وتقبل النتائج النسبية والرضا بها.

-العزو الخارجي حيث يؤكد الكثير من الافراد أن الكثير من أمور حياته خارج عن نطاق سيطرتهم وهنا لابد من تعقيل الأمور، بحيث لابد من مواجهة المواقف التي يكون الفرد هو المسؤول عنها، وكذا لابد من انجاز المهام التي يتحتم عليه إنجازها.

-يجب أن أكون قلقا أمام خطر حقيقي، والتفكير في إمكانية حدوث خطر وفي التفكير في استجابة الطفل للدواء الكيميائي وعدم استجابة الطفل للرجيم قد يسبب مرض مزمن. من السهل بالنسبة لي تجنب مواجهة بعض الصعاب والهروب وهذا يتجلى من خلال تجنبك خالد القرار والصعوبة في التعامل مع الناس.

- يجب أن اعتمد على الآخرين، نجد هذه الفكرة ترد عند أفراد العينة بصيغتها العكسية حيث عبر الكثير عن شعورهم بأن الآخرين لا يهتمون بما يعانون منه.

- الماضي يحدد لي سلوكي الحالي: الكثير من افراد يردد عبارة (من بكري ماعنديش الزهر)، وهنا لابد من تغيير هذه الفكرة.

هذه هي أهم الأفكار اللاعقلانية، فمن خلال محاولة حذف عبارات الإلزام: «يجب» و«لازم» من المفروض"، وذلك من خلال إحصائها والعمل على حذفها، فسبب بقاء الضغط هو التفكير اللاعقلاني، لذلك سعت الباحثة إلى تحديد هذه الأفكار ومحاولة العمل على حذفها. كما عملت على محاولة إيجاد إجابات لبعض الأفكار المبهمة ولم يجد لها الافراد إجابة. ونشير هنا أن محاوله تعديل التفكير اللاعقلاني للأفراد صعب جدا، لذلك يجب العمل على التقليل من الأفكار غير العقلانية خاصه الأسئلة التي لم يجد لها العميل اجوب.

***واجب منزلي:**

- تحديد أنماط التفكير غير العقلانية ومحاولة استبدالها بأفكار أكثر واقعية.

-ملء استمارة لقوائم المشاكل التي يعاني منها الأفراد، مقتسبة من النموذج الذي اقترحه
(ماثو، 2010، ص 195) لتحديد المشاكل. (ملحق رقم 07)

الجلسة السادسة:

التدريب على مهارة حل المشكلات

مدة الجلسة: 95 د

الهدف من الجلسة:

-التعرف على المشكلات التي يعاني منها الأفراد.

-توضيح أنجع الطرق للتعامل مع المشكلات.

-العمل على حل هذه المشكلات.

الغنيات المستخدمة:

-المحاضرة

-الحوار والمناقشة الجماعية.

-التعزيز الإيجابي

-التفيس الانفعالي

-أسلوب حل المشكلات.

محتوى الجلسة:

*مراقبة الواجب المنزلي.

ومن ثم الشروع في التدريب على استراتيجية حل المشكلات، وفق نموذج دي زوريللا:

الخطوة 1: حيث تم فتح المجال للأفراد للتعبير عن المشاكل التي تم إحصاؤها في القوائم

مثل: مشكل قلق الطفل، نوم الطفل، الأعراض الجانبية للدواء، المشاكل المادية، مشكل

اخوة الطفل، مشكل الغياب عن العمل، المشاكل الفيزيولوجية التي يعاني منها الأفراد،

العلاقات الاجتماعية المترابطة مع الشريك...

الخطوة 2: تم تحليل المشكل (أين؟ من السبب؟ وكيف حدث؟ ولماذا؟، ماذا يمكن أن

أفعل، كيف أشعر، ثم السؤال المفصلي: ماذا تريد؟ ليتم بعدها توليد البدائل

خطوة 3: تقييم البدائل المقترحة، وتقييم ما يمكن تنفيذ في الواقع.

خطوة 4: اختيار الحل الأكثر واقعية، والاسهل في التنفيذ.

خطوة 5: العمل على وضع خطوات عملية لتنفيذ الحلول المقترحة.

واجب منزلي:

الطلب من الأعضاء، العمل على تنفيذ الحلول لكل المشاكل التي تم إحصائها في الاستمارة.

بل وتعميم ذلك على مشاكل أخرى كانت متراكم من قبل.

- ملئ مطوية الأبعاد الفيزيولوجية للضغط النفسي. (أنظر ملحق رقم 08)

الجلسة السابعة:

التدريب على تقنية الاسترخاء

مدة الجلسة: 95 د

الهدف من الجلسة:

- تخفيف آثار الضغط من الجانب الفيزيولوجي

- تعريف الأفراد بآثار الضغط على الصحة الجسدية.

- التعرف بتقنية الاسترخاء وأهميتها.

- التدريب على كيفية ممارستها وإتقانها.

الفنيات المستخدمة:

-المحاضرة

-الحوار والمناقشة الجماعية.

-التعزيز الإيجابي

-التنفس الانفعالي

- أسلوب حل المشكلات.

محتوى الجلسة:

نشير هنا أنه تم تغيير قاعة الاجتماع إلى قاعة المستشفى اليومي لتوفرها على

الكراسي القابلة للطي (Fauteuil garde malade).

تم خلال هذه الجلسة:

*مراقبة الواجب المنزلي.

* ثم تم تحديد آثار الضغوطات من الجانب الفيزيولوجي، والتحدث عن الأعراض التي يشعر بها الأفراد: من صداع وقلة نوم وتزايد ضربات القلب... وغيرها، وشرح كيف أن الانفعال يؤثر على الإفرازات الهرمونية والتي بدورها تؤثر على وظائف الأعضاء الجسدية.

التحدث عن أهمية ضرورة اعتناء المرء بصحته الجسدية.

التعرف على الطرق الناجعة للتخفيف من الآثار الفيزيولوجية للضغط.

* حصة التدريب على الاسترخاء: (تم تقديمها من طرف أخصائية نفسية متدربة)

حيث تم من خلالها تقديم تعريف بتقنية الاسترخاء، وأهميتها في زيادة القدرة على خفض الضغط.

- عرض لخطوات الاسترخاء.

- ثم تدريب الأفراد على ممارسة التنفس العميق والاسترخاء العضلي.

- ثم تم سؤال الأفراد عن أحاسيسهم الجسدية، وشعورهم النفسي.

* واجب منزلي:

- تكليف الأفراد بممارسة الاسترخاء في المنزل.

- الإجابة على مطوية الأبعاد الاجتماعية للضغط النفسي. (أنظر ملحق رقم 09)

الجلسة الثامنة:

التدريب على تنمية الدعم الاجتماعي

مدة الجلسة: 95د

الهدف من الجلسة:

- تعريف الأفراد بآثار للضغط على الجانب الاجتماعي.

- تشجيع الأفراد على التخلص من العزلة من خلال تغيير أفكارهم السلبية نحو الآخر.

- توجيه الأفراد لمصادر الدعم الاجتماعي المتوفرة.

- تشجيع الأفراد للانفتاح على الأصدقاء والأقارب ومؤسسات المجتمع المدني.

الغنيات المستخدمة:

-المحاضرة

-الحوار والمناقش الجماعية.

- التعزيز الإيجابي
- التنفيس الانفعالي
- أسلوب تنمية الدعم الاجتماعي.

محتوى الجلسة:

مراجعة الواجب المنزلي ومنه:

*تم تحديد آثار الضغوطات من الجانب الاجتماعي.

-التحدث عنها بالتفصيل، من الناحية الوجدانية والمعلوماتية والمالية والمادية، التحدث عن أهمية كون الإنسان اجتماعي وحاجته إلى السند الاجتماعي، وتبين أثر العزلة والوحدة عليه. والعمل على تصحيح الأفكار الخاطئة عن العزلة والوحدة عليه. وتحويلها إلى أفكار صحيحة وأكثر إيجابية.

-تعريف الدعم الاجتماعي وفوائده، وتبصير الأفراد بأشكال الدعم المتوفرة: مادي، وجداني، معلوماتي، وارشادي، من خلال عرض لأهم الخدمات المتوفرة والجمعيات الناشطة في مجال التكفل بمرضى السرطان في الوطن.

- طرح نموذج للدعم الاجتماعي: من خلال عرض موجز من طرف إحدى النشاطات في المجال الخيري التطوعي. ثم فتح مجال للتداول والنقاش معها.

-إعطاء الفرصة للأفراد لإبداء رأيهم حول الموضوع.

*واجب منزلي:

-الطلب من الأفراد العمل على خلق أجواء تشاركية بينهم خلال تواجدهم بالمصلحة، وحتى بعد الخروج منها

-وكذلك الطلب منهم محاولة الانفتاح والتواصل مع الجمعيات التطوعية الناشطة في الميدان.

الجلسة التاسعة:

*التدريب على مهارة التواصل:

مدة الجلسة: 95د

الهدف من الجلسة:

-التعريف بمهارات التواصل.

-تحسين التوافق الزوجي باستعمال مهارة التواصل.

-تدريب الأفراد على فنيات الحوار.

الفنيات المستخدمة:

-المحاضرة

-الحوار والمناقشة الجماعية.

-التعزيز الإيجابي

-التنفيس الانفعالي

-أسلوب تنمية مهارة الاتصال.

محتوى الجلسة:

بعد تقديم عرض حول عملية التواصل وشروط نجاحها من خلال ممارسة مهاراتها مثل: مهارات المشاهدة، والإصغاء، والاستجابة، وعكس المشاعر، والوعي الذاتي، والقواعد الأسرية، والاجتماعات الأسرية، والمناقشات.

تم التحدث عن أهمية التواصل في تعزيز العلاقات، خاصة تحسين التوافق الزوجي وذلك بالإنصات لكلام الطرف الثاني، وتفهم وجهة نظره، وبتقبل فكرة الاختلاف والرأي الآخر، إضافة إلى التماس الأعذار. ويتم ذلك كله من خلال تنمية أسلوب الحوار.

-ثم تم الاستماع لراي الافراد حول الموضوع.

-واجب منزلي:

-حث الافراد على محاولة تطبيق ما تم تعلمه من ا التواصل في البيت، خاصة مع الزوج.

كم تم حث الأفراد على استعمال مهارة التواصل والحوار في علاقاتهم اليومية.

الجلسة العاشرة:

* ختم البرنامج الارشادي:

مدة الجلسة: 90 د

الهدف من الجلسة:

- تقييم البرنامج

- حث الأفراد على استثمار ما تعلموه في حياتهم اليومية.

- إجراء القياس البعدي.

-إنهاء جلسات البرنامج.

محتوى الجلسة:

تم فتح المجال للأفراد للتعبير عن رأيهم في البرنامج وتقييمه، من خلال الحوار والمناقشة، كما تم تسليم استمارة تقييم البرنامج لملاها.

كذلك تم حث الأفراد على تعميم المكتسبات لما يُستقبل من مواقف وأحداث الحياة.

وبعدها تم توزيع نسخ المقياسين لغرض إجراء القياس البعدي.

وتم الاتفاق على إعادة القياس بعد شهر.

5-2-3 تقييم البرنامج:

تقييم البرنامج هو عملية مهمة، تؤكد فعالية البرنامج ومدى نجاحه في معالجة المشكلة. ويحتاج المرشد خلال عمله إلى معيار مرجعي لتقييم مدى نجاحه في تنفيذ البرنامج ومستوى التحسين الذي حققه في ضوء الأهداف المتفق عليها. ومن الضروري قياس التحسن بعناية وفق عدة معايير أهمها: المعيار الأول العميل نفسه؛ وذلك من خلال سلوكه الخارجي والداخلي وحكمه على نفسه محسب رأيه، المعيار الثاني: يتجلى في الانطباع الذي يتركه المسترشد على من حوله، المعيار الثالث: حكم ذوي الاختصاص على المسترشد. (العاسمي، 2009، ص 260)

تم توزيع استمارة تقييم البرنامج في نهاية الجلسة الختامية، يبين من خلالها الأفراد المشاركين مدى استفادتهم من البرنامج ومدى شعورهم بانخفاض مستوى الضغط النفسي، وتحسن العلاقة الزوجية، بعد انتهاء الجلسات.

وقبل عرض نتائج تقييم البرنامج نشير إلى أنه صادفت الباحثة صعوبات كبيرة في ضبط أفراد العينة، حيث انسحب خلال الجلسات فردين (الأبوين)، من أفراد المجموعة التجريبية، وهذا ما أخل بشرط تكافؤ المجموعتين، مما دفع بخفض عدد أفراد المجموعة الضابطة إلى 09 أفراد ن واستبعاد الأبوين الآخرين.

6- جمع وتفريغ البيانات:

تفريغ البيانات والنتائج المتحصل عليها:

بعد القيام بالقياس البعدي للأفراد على مقياسي البحث في الجلسة الختامية تم جمع النسخ وتصحيحها، وحساب درجات كل فرد على كل مقياس، ثم قامت الباحثة بتفريغ البيانات في الحاسوب بغرض معالجتها وتحليلها وباستخدام مجموعة الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية «SPSS» وذلك بغرض إيجاد التحليلات الإحصائية التالية:

- اختبار شابيرو ويلك، للتأكد من التوزيع الطبيعي للبيانات، تحديد أي الأدوات الإحصائية التي ستعتمد لاختبار الفروق.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
- اختبار (ت) T. Test.

خلاصة الفصل:

تعد إجراءات تطبيق الدراسة الخطوة الأساسية في الجانب الميداني، للحصول على معلومات أكثر دقة وموضوعية لذلك اعتمدنا في دراستنا على المنهج الشبه تجريبي للتأكد من فاعلية البرنامج المقترح، وذلك بالاعتماد على أدوات قياس موضوعية هي مقياس الضغط النفسي الوالدي لمعرفة درجة الضغط لدى كل فرد، ومقياس التوافق الزوجي لقياس درجة توافق الفرد زوجيا وقد تم اختيار العينة من مجموع والدي الطفل المريض بالسرطان، ممن وافقوا على المشاركة في الاختبار، ثم تم تقسيمهم إلى مجموعتين متكافئتين.

وبعد القياس البعدي تم مباشرة تنفيذ البرنامج الذي احتوى على عشر جلسات تم تنفيذها في مدة أربع أسابيع، ثم تم بعدها إجراء القياس البعدي. وبعد شهر تم إجراء القياس التتبعي.

وتم الاستعانة بالحاسوب باستعمال البرنامج الإحصائي spss22 لوصف خصائص العينة المدروسة، وكذا التحقق من صحة الفروض من خلال حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية، واختبار (ت) للتأكد من صحة الفرضيات.

هذا ما تم تناوله في هذا الفصل وسيتم في الفصل الموالي عرض النتائج المتحصل عليها ومناقشتها.

الفصل السابع:

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد:

يعتبر هذا الفصل الجزء الحيوي لبحثنا هذا، ذلك لأنه يتناول النتائج الإحصائية التي خلصت إليها الدراسة الميدانية، والتي تعتبر دليلاً علمياً مبنياً على أساس منهجي ومنطقي، فبعد تنفيذ البرنامج العلاجي وإجراء القياس القبلي والبعدي والتتبعي بعد شهر بالاعتماد على المقاييس العلمية المضبوطة بالخصائص السيكو مترية (من صدق وثبات) لجمع البيانات، وذلك من خلال مقياس الضغط النفسي الوالدي لـ **أبيدين (Abidin)**، ومقياس التوافق الزوجي لسبانييه (Spanier).

سنتناول في هذا الفصل تحليل هذه النتائج بغية إثبات صحة أو خطأ الفرضيات التي وضعناها لهذا البحث، لنخلص في النهاية إلى استنتاج عام حول فاعلية البرنامج المقترح. وينقسم هذا الفصل إلى شطرين أساسيين هما:

- 1- عرض وتحليل النتائج المتحصل عليها، حسب فرضيات البحث.
- 2- تفسير ومناقشة النتائج.

وهذا ما سنشرع في تفصيله في هذا الفصل.

1- عرض وتحليل النتائج:

* عرض نتائج التحقق من اختبار التوزيع الطبيعي لبيانات البحث:

وهذه الخطوة مهمة جدا لتحديد الأدوات الإحصائية التي سيتم اعتمادها لاختبار فروض البحث.

جدول رقم (14) يبين نتائج التحقق من التوزيع الطبيعي لبيانات البحث

اختبار التوزيع الطبيعي						
Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnov ^a			
Sig.	df	Statistic	Sig.	d f	Statistic	
.956	9	.978	.200*	9	.128	مج ضابطة قياس قبلي للضغط النفسي
.932	9	.975	.200*	9	.154	مج تجريبية قياس قبلي للضغط النفسي
.471	9	.929	.179	9	.232	مج ضابطة قياس بعدي للضغط النفسي
.817	9	.962	.200*	9	.165	مج تجريبية قياس بعدي للضغط النفسي
.291	9	.906	.146	9	.239	مج ضابطة قياس قبلي للتوافق الزوجي
.542	9	.936	.200*	9	.167	مج تجريبية قياس قبلي للتوافق الزوجي
.381	9	.919	.159	9	.236	مج ضابطة قياس بعدي للتوافق الزوجي
.110	9	.865	.188	9	.230	مج تجريبية قياس بعدي للتوافق الزوجي

بما أن حجم العينات عندنا صغير جدا (09 أفراد) فإننا سنعمد قيم نتائج اختبار شابيرو ويلك (Shapiro-Wilk) لمعاينة التوزيع الطبيعي.

يتضح من الجدول 14 أن القيم الاحتمالية لاختبار شابيرو ويلك كلها أكبر من العتبة 0.05، أي أنها غير دالة عند 0.05 وعليه فإننا نقبل الفرضية الصفرية التي تقول إن العينة المدروسة تنتمي على جمهرة موزعة توزيعا طبيعيا، ومنه فإن التباين متجانس بين العينتين الضابطة والتجريبية. ومنه تتحقق شروط استخدام اختبار ت (T test) لعينتين مستقلتين للتحقق من صحة الفرضيات.

1-1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية على مقياس الضغط النفسي الوالدي، قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد تطبيقه.

الجدول رقم (15): يبين قيمة اختبار (ت) للفروق في متوسط درجات الضغط النفسي الوالدي بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

الفئات	العدد (n)	المتوسط الحسابي M	الانحراف المعياري SD	قيمة الفرق	قيمة T	مستوى الدلالة P
القياس القبلي	9	149.44	21.47	48,88	8,867	0.000 دالة
القياس البعدي	9	100.55	6.61			

المصدر: برنامج SPSS 22

من الجدول 15 نجد أن قيمة ت (T=8,867)، وهي دالة عند المستوى (P=0.000)، وهذا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية عند القيمة 0.01.

ولمعرفة اتجاه الفروق نجد أن إحصائياً درجات الضغط النفسي الوالدي للمجموعة التجريبية في القياس القبلي قدرت بـ (M=149.44)، مع انحراف معياري (SD=21.47)، في حين نجد انخفاضاً في متوسط درجات الضغط في القياس البعدي الذي قدر بـ (M=100.55) مع انحراف معياري (SD=6.61)، مما يعني أن هذه الفروق لصالح القياس البعدي، وقدرة قيمة هذا الفرق بـ 48,88 درجة.

كما نشير هنا إلى أن متوسط درجات الضغط النفسي على القياس البعدي تعتبر مساوية للمتوسط الكلي لدرجات الضغط النفسي الوالدي المقدر بـ (M=100). ومنه يمكن أن نقول إن المجموعة التجريبية تمكنت من تحقيق مستوى ضغط معتدل بعد تعرضها للبرنامج الإرشادي.

وعليه فإن الفرضية الجزئية الأولى محققة، مما يعني توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية على مقياس الضغط النفسي الوالدي، قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي.

ولمعرفة أي جوانب الضغط النفسي أكثر تأثراً بالبرنامج الإرشادي، نبحث في الفروق على مستوى أبعاد مقياس الضغط النفسي، والجدول التالي يوضح:

جدول رقم (16): يبين قيمة اختبار (ت) للفروق في متوسط درجات أبعاد مقياس الضغط النفسي

الوالدي بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية:

الأبعاد	القياس	العدد (n)	المتوسط الحسابي M	الانحراف المعياري SD	قيمة الفرق	قيمة T	مستوى الدلالة P
البعد النفسي	القبلي	9	35.55	6.06	11,55	7.036	0.000
	البعدي	9	24.00	1.80			
البعد الاجتماعي	القبلي	9	39.00	5.67	11,55	8.00	0.000
	البعدي	9	27.44	2.29			
البعد فيزيولوجي	القبلي	9	39.00	7.95	12,89	6.57	0.00
	البعدي	9	26.11	3.48			
البعد المعرفي	القبلي	9	35.88	4.91	12,88	9.14	0.00
	البعدي	9	23.00	1.65			

المصدر: برنامج SPSS 22

أ- اختبار الفروق على البعد النفسي لمقياس الضغط النفسي الوالدي:

من الجدول رقم (16) نلاحظ أنه توجد فروق في متوسط درجات البعد النفسي بين القياس القبلي و البعدي، حيث قدرت قيمة ت (7.036)، و هي دالة عند المستوى (P=0.000)، وهذا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند القيمة 0.01.

ولمعرفة اتجاه الفروق نجد أن إحصائيات متوسط درجات البعد النفسي للضغط النفسي الوالدي للمجموعة التجريبية في القياس القبلي هي (M=35.55)، مع انحراف معياري

(SD=6.06) في حين نجد أن متوسط درجات البعد النفسي للضغط النفسي الوالدي للمجموعة التجريبية في القياس البعدي قدر بـ (M=24.00) مع انحراف معياري (SD=1.80)، مما يعني أنه هناك انخفاض في متوسط درجات القياس البعدي يقدر بـ 11.55 درجة. كما نلاحظ أن متوسط درجات البعد النفسي على القياس البعدي هي أقل بقليل من المتوسط الكلي للبعد النفسي والمقدر بـ (M=25.00).
مما يعني أن المجموعة التجريبية تمكنت من تحسين الجانب النفسي للضغوط وتحقيق معدل أقل من المعدل العام (25 > 24).

ب- اختبار الفروق في البعد الاجتماعي لمقياس الضغط النفسي الوالدي:

من الجدول رقم (16) نلاحظ أنه توجد الفروق في متوسط درجات البعد الاجتماعي بين القياس القبلي و البعدي، حيث قدرت قيمة ت (T=8.00)، و هي دالة عند المستوى (P=0.000)، وهذا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند القيمة $\alpha=0.01$. ولمعرفة اتجاه الفروق نجد أن إحصائيات متوسط درجات البعد الاجتماعي للضغط النفسي للمجموعة التجريبية في القياس القبلي هي (M=39.00)، مع انحراف معياري (SD=5.67)، في حين نجد أن متوسط درجات البعد الاجتماعي للضغط النفسي للمجموعة التجريبية في القياس البعدي قدر بـ (M=27.44) مع انحراف معياري (SD=2.29)، مما يعني أنه هناك انخفاض في متوسط درجات القياس البعدي يقدر بـ 11,55 درجة. كما نلاحظ أن متوسط درجات البعد الاجتماعي على القياس البعدي هي أكبر بقليل من المتوسط الكلي للبعد الاجتماعي والمقدر بـ (M=25.00)، مما يعني أن المجموعة التجريبية تمكنت من تحسين الجانب الاجتماعي للضغوط، غير أنها لم تحقق معدل أقل من المعدل الطبيعي (25 < 27.44).

ج- اختبار الفروق في البعد الفيزيولوجي لمقياس الضغط النفسي الوالدي:

من خلال الجدول رقم (16) نلاحظ أنه توجد الفروق في متوسط درجات البعد الفيزيولوجي بين القياس القبلي والبعدي، حيث قدرت قيمة ت (T=6.57)، وهي دالة عند المستوى (P=0.000)، وهذا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند القيمة $\alpha=0.01$. ولمعرفة اتجاه الفروق نجد أن إحصائيات متوسط درجات البعد الفيزيولوجي للضغط النفسي الوالدي للمجموعة التجريبية في القياس القبلي هي (M=39.00)، مع انحراف معياري

(SD=7.95)، في حين نجد أن متوسط درجات البعد الفيزيولوجي للضغط النفسي الوالدي للمجموعة التجريبية في القياس البعدي قدر بـ (M=26.11) مع انحراف معياري (SD=3.48)، مما يعني أنه هناك انخفاض في متوسط درجات القياس البعدي يقدر بـ 12.89 درجة. كما نلاحظ أن متوسط درجات البعد الفيزيولوجي على القياس البعدي هي أكبر بقليل من المتوسط الكلي للبعد الفيزيولوجي والمقدر بـ (M=25.00) مما يعني أن المجموعة التجريبية تمكنت من تحسين الجانب الفيزيولوجي للضغط، غير أنها لم تحقق معدل أقل من المعدل الطبيعي (25 < 26.11).

د- اختبار الفروق في البعد المعرفي لمقياس الضغط النفسي الوالدي:

من خلال الجدول رقم (16) نلاحظ أنه توجد الفروق في متوسط درجات البعد المعرفي بين القياس القبلي والبعدي، حيث قدرت قيمة ت (T=9.14)، وهي دالة عند المستوى (P=0.000)، وهذا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند القيمة ($\alpha=0.05$). ولمعرفة اتجاه الفروق نجد أن إحصائيات متوسط درجات البعد المعرفي للضغط النفسي الوالدي للمجموعة التجريبية في القياس القبلي هي (M=35.88)، مع انحراف معياري (SD=4.91)، في حين نجد أن متوسط درجات البعد المعرفي للضغط النفسي الوالدي للمجموعة التجريبية في القياس البعدي قدر بـ (M=23.00) مع انحراف معياري (SD=1.65)، مما يعني أنه هناك انخفاض في متوسط درجات القياس البعدي يقدر بـ 12.88. كما نلاحظ أن متوسط درجات البعد المعرفي على القياس البعدي (M=23.00) هي أقل من المتوسط الكلي للبعد المعرفي والمقدر بـ (M=25.00)، مما يعني أن المجموعة التجريبية تمكنت من تحسين الجانب المعرفي للضغط بشكل جيد حتى أنها تمكنت من تحقيق معدل أقل من المعدل الطبيعي (25 > 23).

وعليه يمكننا ترتيب الأبعاد حسب تأثرها حيث انخفض البعد الفيزيولوجي بـ 12.89 درجة، ثم البعد المعرفي بـ 12.88 درجة ثم يليه البعد النفسي بـ 11.56 درجة، ثم البعد الاجتماعي بـ 11.55 درجة.

2-1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية على مقياس التوافق الزوجي، قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد تطبيقه.

الجدول رقم (17): يبين قيمة اختبار (ت) للفروق في متوسط درجات التوافق الزوجي بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

القياس	العدد (n)	المتوسط ح M	الانحراف م	قيمة الفروق	قيمة T	الدلالة P
القبلي	9	50,44	13,63	-21,00	8,457	0.000 دالة
البعدي	9	71,44	8,84			

المصدر: برنامج SPSS 22

من الجدول رقم (17) نلاحظ أن قيمة ت (T=8,457)، وهي دالة عند المستوى (P=0.000). وهذا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند القيمة (α=0.05).

ولمعرفة اتجاه الفروق نجد أن إحصائيات درجات التوافق الزوجي الوالدي للمجموعة التجريبية في القياس القبلي تقدر بـ (M=50,44)، مع انحراف معياري (SD=13,63) في حين نجد ارتفاع في متوسط درجات التوافق الزوجي في القياس البعدي الذي قدر بـ (M=71,44) مع انحراف معياري (SD=8,84)، وذلك بدرجة قدرت بـ (-21,00) مما يعني أن هذه الفروق لصالح القياس البعدي.

كما نشير هنا إلى أن هذه الدرجة (M=71,44) تعتبر درجة منخفضة بالنسبة للمتوسط الكلي لمقياس التوافق الزوجي الوالدي المقدر بـ (M=100) حسب ما حدده واضع المقياس. ومنه يمكن أن نقول أن المجموعة التجريبية تمكنت بعد تعرضها للبرنامج الإرشادي من تحسين معدل التوافق الزوجي لها غير أنها تبقى بعيدة عن تحقيق درجة التوافق المقبول. وعليه فإن الفرضية الجزئية الثانية محققة. مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية على مقياس التوافق الزوجي الوالدي، قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي.

ولمعرفة أي جوانب التوافق الزوجي أكثر تأثراً بالبرنامج الإرشادي، نبحت في الفروق على مستوى أبعاد مقياس التوافق الزوجي، والجدول التالي يوضح:

الجدول رقم (18): يبين قيمة اختبار (ت) للفروق في أبعاد التوافق الزوجي بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية:

الأبعاد	القياس	العدد (n)	المتوسط الحسابي \bar{x}	الانحراف المعياري SD	قيمة الفروق	قيمة T	مستوى الدلالة p
بعد الرضا	القبلي	9	16.00	5.87	-10,	3.873	0.005 دالة
	البعدي	9	26.00	4.18			
بعد الانسجام	القبلي	9	4.88	1.69	-3,22	3.736	0.006 دالة
	البعدي	9	8.11	1.83			
بعد التعبير عن العواطف	القبلي	9	4,3333	2,23607	-0.33	-0,320	0,757 غير دالة
	البعدي	9	4,6667	2,17945			
بعد الاجماع	القبلي	9	25.33	7.27	7.44-	4.042	0.004 دالة
	البعدي	9	32.77	4.024			

المصدر: برنامج SPSS 22

أ- الفروق في بعد الرضا بين الطرفين لمقياس التوافق الزوجي:

من الجدول رقم (18) نلاحظ أنه توجد الفروق في متوسط درجات بُعد الرضا بين القياس القبلي والبعدي، حيث قدرت قيمة ت (T=3.873)، وهي دالة عند المستوى (P=0.005)، وهذا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند القيمة ($\alpha=0.05$).

ولمعرفة اتجاه الفروق نجد أن إحصائيات متوسط درجات بُعد الرضا للمجموعة التجريبية في القياس القبلي هي (M=16.00)، مع انحراف معياري (SD=5.87)، في حين نجد أن متوسط درجات بُعد الرضا للمجموعة التجريبية في القياس البعدي قدر بـ (M=26.00) مع انحراف معياري (SD=4.18)، مما يعني أنه هناك ارتفاع في متوسط درجات بُعد الرضا على القياس البعدي يقدر بـ (10) درجات.

كما نلاحظ أن متوسط درجات بُعد الرضا على القياس البعدي ($M=26.00$) هي أكبر نوعاً ما من المتوسط الكلي لبُعد الرضا والمقدر بـ ($M=24.00$)، مما يعني أن البرنامج تمكن من تحسين التوافق الزوجي في بعد الرضا بين الطرفين بشكل جيد.

ب- الفروق في بعد الانسجام بين الطرفين لمقياس التوافق الزوجي:

من خلال الجدول رقم (18) نلاحظ أنه توجد الفروق في متوسط درجات بُعد الانسجام بين الطرفين بين القياس القبلي والبعدي، حيث قدرت قيمة t ($T=3.736$)، وهي دالة عند المستوى ($P=0.006$)، وهذا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند القيمة ($\alpha=0.05$).

ولمعرفة اتجاه الفروق نجد أن إحصائيات متوسط درجات بُعد الانسجام للمجموعة التجريبية في القياس القبلي هي ($M=4.88$)، مع انحراف معياري ($SD=1.69$)، في حين نجد أن متوسط درجات بُعد الانسجام للمجموعة التجريبية في القياس البعدي قدر بـ ($M=8.11$) مع انحراف معياري ($SD=1.83$)، مما يعني أنه هناك ارتفاع في متوسط درجات القياس البعدي يقدر بـ ($-3,22$) درجة.

كما نلاحظ أن متوسط درجات بُعد الانسجام على القياس البعدي ($M=8.11$) هي أقل نوعاً ما من المتوسط الكلي لبُعد الانسجام والمقدر بـ ($M=10$)، مما يعني أن البرنامج تمكن من تحسين التوافق الزوجي في بعد الانسجام بين الطرفين، غير أنه لم يصل بالمجموعة التجريبية للتحقيق معدل الانسجام المقبول.

ج- الفروق في بعد التعبير عن العواطف بين الطرفين لمقياس التوافق الزوجي:

من خلال الجدول رقم (18) نلاحظ أنه لا توجد الفروق في متوسط درجات بُعد التعبير عن العواطف بين القياس القبلي والبعدي، حيث قدرت قيمة t ($T=3.873$)، وهي دالة عند المستوى ($P=0,757$)، وهذا يعني عدم وجود دلالة إحصائية عند القيمة ($\alpha=0.05$).

وبالنظر إلى إحصائيات متوسط درجات بُعد التعبير عن العواطف للمجموعة التجريبية نجد قيمتها في القياس القبلي هي ($M=4,3333$)، مع انحراف معياري ($SD=2,23607$)، كما نجد أن متوسط الدرجات بُعد التعبير عن العواطف للمجموعة التجريبية في القياس البعدي قدر بـ ($M=4,6667$) مع انحراف معياري ($SD=2,17945$)، وهي قيم متقاربة جداً، حيث الارتفاع في متوسط درجات القياس البعدي يقدر بـ (0.33)، وهي قيمة صغيرة جداً تكاد

تتعدم، مما ينفي وجود فروق ذات دلالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة بعد التعبير عن العواطف.

كما نلاحظ أن متوسط الدرجات بعد التعبير عن العواطف على القياس البعدي ($M=4,6667$) تعتبر منخفضة عن المتوسط الكلي بعد التعبير عن العواطف والمقدر ب ($M=6.00$) مما يعني أن البرنامج لم يوفق في تحسين الجانب العاطفي في العلاقة الزوجية.

د- الفروق في بُعد الإجماع بين الطرفين لمقياس التوافق الزوجي:

من خلال الجدول رقم (18) نلاحظ أنه توجد الفروق في متوسط درجات بُعد الإجماع بين الطرفين بين القياس القبلي والبعدي، حيث قدرت قيمته ($T=4.042$)، وهي دالة عند المستوى ($P=0.004$)، وهذا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند القيمة ($\alpha=0.05$).

ولمعرفة اتجاه الفروق نجد أن إحصائيات متوسط درجات بُعد الإجماع بين الطرفين للمجموعة التجريبية في القياس القبلي هي ($M=25.33$)، مع انحراف معياري ($SD=7.27$)، في حين نجد أن متوسط درجات هذا البعد للمجموعة التجريبية في القياس البعدي قدر ب ($M=32.77$) مع انحراف معياري ($SD=4.024$)، مما يعني أنه هناك ارتفاع في متوسط درجات القياس البعدي يقدر ب (7.44) درجة.

كما نلاحظ أن متوسط درجات بُعد الإجماع على القياس البعدي ($M=32.77$) تقترب جدا من المتوسط الكلي للبعد المعرفي والمقدر ب ($M=32.50$)، مما يعني أنه هناك تحسن طفيف في التوافق الزوجي على بعد الإجماع بين الطرفين.

*وعليه يمكننا ترتيب الأبعاد حسب تأثرها: حيث ارتفعت درجة متوسط التوافق الزوجي على كل من بُعد الرضا بين الطرفين ب 10 درجات، ثم يليه بعد الإجماع بين الطرفين ب 7.44 درجة، وبعده نجد بعد الانسجام بين الطرفين 3.22 درجة ليأتي في الأخير بعد التعبير عن العواطف ب 0.33 الذي لم يحدث فيه تحسن.

3-1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة على مقياس الضغط النفسي الوالدي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح.

الجدول رقم (19): يبين قيمة اختبار (ت) للفروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية في متوسط درجات الضغط النفسي الوالدي على القياس البعدي.

المجموعة	العدد (n)	المتوسط الحسابي M	الانحراف المعياري SD	قيمة الفروق	قيمة T	مستوى الدلالة P
الضابطة	9	162.44	13.44	61.89	-11.16	0.00 دالة
التجريبية	9	100.55	6.61			

المصدر: برنامج SPSS 22

من خلال الجدول رقم (19) نلاحظ أن قيمة ت (T=11.16)، وهي دالة عند المستوى (P=0.000)، وهذا ما يعني أنه توجد فروق دالة إحصائية في متوسط درجات الضغط النفسي الوالدي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة عند القيمة ($\alpha=0.05$). ولمعرفة اتجاه الفروق نجد أن متوسط درجات الضغط النفسي الوالدي للمجموعة الضابطة في القياس البعدي بـ (M=162.44)، مع انحراف معياري (SD=13.44) في حين نجد أن متوسط درجات الضغط النفسي الوالدي للمجموعة التجريبية في القياس البعدي بـ (M=100.55)، مع انحراف معياري (SD=6.61) وهذا يعني انخفاض في متوسط درجات الضغط في القياس البعدي للمجموعة التجريبية الذي قدر بـ 61.89 درجة. وللتأكد من أن هذه الفروق نتيجة لتأثير البرنامج، نعرض نتائج المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج:

جدول رقم (20): يبين قيمة اختبار (ت) للفروق بين القياس القبلي والبعدي في متوسط درجات الضغط النفسي الوالدي للمجموعة الضابطة:

المجموعة الضابطة	العدد (n)	المتوسط الحسابي M	الانحراف المعياري SD	قيمة الفروق	قيمة T	مستوى الدلالة P
ق قبلي	9	150,55	21,37		-3,966	0,004 دالة
ق بعدي	9	162.44	13.44			

المصدر: برنامج SPSS 22

من الجدول رقم (20) نجد أن قيمة ت ($T=-3,966$)، وهي دالة عند المستوى ($P=0,004$)، وهذا ما يعني أنه توجد فروق دالة إحصائية في متوسط درجات الضغط النفسي الوالدي بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة عند القيمة ($\alpha=0.05$). ولمعرفة اتجاه الفروق نجد أن متوسط درجات الضغط النفسي الوالدي للمجموعة الضابطة في القياس القبلي قدرت ب ($M=150,55$)، مع انحراف معياري ($SD=21,37$)، في حين نجد أن متوسط درجات الضغط النفسي الوالدي للمجموعة التجريبية في القياس البعدي ($M=162.44$)، مع انحراف معياري ($SD=13.44$)، وهذا يعني ارتفاع في متوسط درجات الضغط في القياس البعدي للمجموعة الضابطة الذي قدر ب 11.88 درجة. مما يعني أن حالة المجموعة الضابطة تدهورت على مستوى الضغط النفسي. وعليه فإن الفرضية الجزئية الثالثة محققة، مما يعني توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة على مقياس الضغط النفسي الوالدي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

1-4 عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة على مقياس التوافق الزوجي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح.

الجدول رقم (21): يبين قيمة اختبار (ت) للفروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية في متوسط درجات التوافق الزوجي على القياس البعدي.

المجموعة	العدد (n)	المتوسط الحسابي M	الانحراف المعياري SD	قيمة الفروق	قيمة T	مستوى الدلالة P
الضابطة	9	46,1111	16,84076	25.33	4,217	0.003
التجريبية	9	71,4444	8,84747			

المصدر: برنامج SPSS 22

يتضح من الجدول رقم (21) أن قيمة ت (T=4,217)، وهي دالة عند المستوى (P=0.003)، وهذا ما يعني أنه توجد فروق دالة إحصائية في متوسط درجات التوافق الزوجي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة عند القيمة ($\alpha=0.05$). ولمعرفة اتجاه الفروق نجد أن إحصائيات متوسط درجات التوافق الزوجي للمجموعة الضابطة في القياس البعدي ب (M=46,1111)، مع انحراف معياري (SD=16,84) في حين نجد أن إحصائيات متوسط درجات التوافق الزوجي للمجموعة التجريبية في القياس البعدي قدر ب (M=71,44)، مع انحراف معياري (8,846.61) وهذا يعني ارتفاع في متوسط درجات التوافق الزوجي في القياس البعدي للمجموعة التجريبية الذي قدر ب (5.33) درجة.

وللتأكد من أن هذه الفروق في درجات التوافق الزوجي تُعزى لأثر البرنامج، نعرض نتائج المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج:

جدول رقم (22): يبين قيمة اختبار (ت) للفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس التوافق الزوجي:

المجموعة الضابطة	العدد (n)	المتوسط الحسابي M	الانحراف المعياري SD	قيمة الفرق	قيمة T	مستوى الدلالة P
ق قبلي	9	49,22	16,09	3,11	5,776	0,000 دالة
ق بعدي	9	46,11	16,84			

المصدر: برنامج SPSS 22

من الجدول رقم 22 نجد أن قيمة ت ($T=-5,776$)، وهي دالة عند المستوى ($P=0,000$)، وهذا ما يعني أنه توجد فروق دالة إحصائية في متوسط درجات التوافق الزوجي بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة عند القيمة ($\alpha=0,05$).

ولمعرفة اتجاه الفروق نجد أن متوسط درجات التوافق الزوجي للمجموعة الضابطة في القياس القبلي ب ($M=49,22$)، مع انحراف معياري ($SD=16,09$) في حين نجد أن متوسط درجات التوافق الزوجي لذات المجموعة في القياس البعدي ($M=46,11$)، مع انحراف معياري ($SD=16,84$)، وهذا يعني انخفاض في متوسط درجات التوافق الزوجي في القياس البعدي للمجموعة الضابطة الذي قدر ب ($3,11$) درجة. مما يعني أن حالة المجموعة الضابطة تدهورت على مستوى التوافق الزوجي.

وعليه فإن الفرضية الجزئية الرابعة محققة، مما يعني توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية و متوسطات المجموعة الضابطة على مقياس التوافق الزوجي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

1-5 عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:

لا توجد فروق في متوسطات المجموعة التجريبية على مقياس الضغط النفسي الوالدي بين القياس البعدي والقياس التتبعي بعد مرور شهر واحد على انتهاء البرنامج.

الجدول رقم (23): يبين قيمة اختبار (ت) للفروق في متوسط درجات الضغط النفسي الوالدي بين القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية

المجموعة التجريبية	العدد (n)	المتوسط الحسابي M	الانحراف المعياري SD	قيمة الفرق	قيمة T	مستوى الدلالة P
ق بعدي	9	100.55	6.61	0.11	0.029	0.978 غير دالة
ق تتبعي	9	100.44	9.24			

المصدر: برنامج SPSS 22

نلاحظ من الجدول رقم (23) أن قيمة ت (T=0.029)، وهي دالة عند المستوى (P=0.978). وهذا ما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية عند القيمة ($\alpha=0.05$).

وهذا ما توضحه نتائج المتوسطات، حيث نجد أن متوسط درجات الضغط النفسي الوالدي للمجموعة التجريبية في القياس البعدي بـ (M=100.55)، مع انحراف معياري (SD=6.61) في حين القياس التتبعي قدر بـ (M=100.44) مع انحراف معياري (SD=9.24)، مما يعني أن هذه المتوسطات تكاد تكون متساوية في الدرجة.

وعليه فإن الفرضية الجزئية الخامسة محققة، مما يعني لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية على مقياس الضغط النفسي الوالدي في القياس البعدي، والقياس التتبعي بعد شهر من انتهاء البرنامج.

1-6 عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة:

لا توجد فروق في متوسطات المجموعة التجريبية على مقياس التوافق الزوجي بين القياس البعدي والقياس التتبعي بعد مرور شهر واحد على انتهاء البرنامج.

الجدول رقم (24): يبين قيمة اختبار (ت) للفروق في درجات التوافق الزوجي بين القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية:

المجموعة التجريبية	العدد (n)	المتوسط الحسابي M	الانحراف المعياري SD	قيمة الفرق	قيمة T	مستوى الدلالة P
ق بعدي	9	71,4444	8,84747	-2,44	-1,537	0,163 غير دالة
ق تتبعي	9	73,8889	8,73848			

المصدر: برنامج SPSS 22

من الجدول رقم (24) نجد أن قيمة ت ($T=1.986$)، وهي دالة عند المستوى ($P=0.082$). وهذا ما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس التوافق الزوجي بين القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية عند القيمة ($\alpha=0.05$). وهذا ما توضحه نتائج المتوسطات، حيث نجد أن متوسط درجات التوافق الزوجي للمجموعة التجريبية في القياس البعدي ب ($M=75.11$)، مع انحراف معياري ($SD=9.19$) في حين القياس التتبعي قدر ب ($M=78.33$) مع انحراف معياري ($SD=9.32$)، مما يعني أن هذه المتوسطات تكاد تكون متساوية في الدرجة. وعليه فإن الفرضية الجزئية السادسة محققة، مما يعني لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية على مقياس التوافق الزوجي في القياس البعدي، والقياس التتبعي بعد شهر من انتهاء البرنامج.

2-7 نتائج تقييم البرنامج:

الجدول رقم (25): يبين النسب المئوية لإجابات أفراد العينة على أسئلة تقييم البرنامج

الإجابة ب: لا		الإجابة ب: نعم		الأسئلة التقييمية
النسبة المئوية	عدد الإجابات	النسبة المئوية	عدد الإجابات	
0	0	100	9	هل استفدت من هذا البرنامج الإرشادي؟
0	0	100	9	هل يرتبط موضوع التدريب برعاية طفلك؟
11.11	1	88.88	8	هل أصبحت لديك معلومات أفضل عن مرض طفلك وخصائصه؟
22.22	2	77.77	7	هل أصبحت لديك قدره أكبر على تقبل مرض طفلك؟
22.22	2	77.77	7	هل أصبحت أكثر تفاؤلاً بمستقبل طفلك؟
11.11	1	88.88	8	هل أصبحت أكثر قدره على التحكم بانفعالاتك، ومزاجك؟
0	0	100	9	هل ساعدك البرنامج على إعادة ترتيب أمور حياتك؟
11.11	1	88.88	8	هل ساعدك البرنامج في تحسين صحتك الجسدية؟
11.1	1	88.88	8	هل ساهم البرنامج في تحسين شبكه علاقاتك الاجتماعية لديك؟
55.55	5	44.44	4	هل ساعدك البرنامج في تحسين العلاقة مع الشريك؟
33.33	23	66.66	6	هل كان الوقت ملائماً وكافياً؟
0	0	100	9	هل ترغب في الالتحاق ببرامج إرشادية أخرى مستقبلاً؟

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن أفراد المجموعة التجريبية اتفقوا جميعاً على استفادتهم من البرنامج عموماً، حيث جات إجاباتهم بـ «نعم» بنسبة 100%، كما أكدوا على أن البرنامج ساهم في مساعدتهم من عدة نواحي على غرار: ارتباط الموضوع برعاية الطفل، وكذا تمكّنهم من إعادة ترتيب أمور حياتهم وتنظيمها.

- كما أشار معظم الأفراد إلى تحقيق تحسن في صحتهم الجسدية وعلاقاتهم الاجتماعية، حيث قدرت الإجابة بنعم بـ 88.88%

غير أن بعض الأفراد صرّحوا بعدم كفاية البرنامج في تحقيق بعض الأمور خاصة تلك المتعلقة بالجانب النفسي والمعرفي؛ مثل تقبل مرض الطفل والتقاؤل بمستقبله، حيث جاءت الإجابة بنعم بنسبة: 77.77% و88.88% على التوالي.

كما أكد معظم الأفراد عن عدم تحقيق تحسن فيما يخص العلاقة الزوجية حيث طغت الاجابات السلبية على ردودهم فجات الاجابة ب «لا» بنسبة 55.55%.

أما فيما يخص توقيت البرنامج ومُدته فتباينت الآراء، حيث جاءت الإجابة بنعم بنسبة 66.66%. وفي الأخير أبدى الجميع رغبته في الالتحاق ببرامج مماثلة مستقبلا، (100%).

2- مناقشة وتفسير النتائج:

2-1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

خلُصت النتائج إلى وجود فروق دالة احصائياً في متوسط درجات الضغط النفسي الوالدي بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية، حيث قُدرت قيمة الفروق ب (48,88) درجة، مما يعني أن البرنامج تمكّن من تخفيف الضغط لدى المجموعة التجريبية.

وجاءت هذه النتائج متوافقة مع عدة دراسات تناولت برامج الإرشاد المعرفي السلوكي لخفض الضغوط على غرار دراسات كل من (أوراغي، 2018؛ الشوبكي، 2008؛ علاء الدين، 2011؛ غيث وآخرون، 2011؛ Atout, 2021)، إضافة إلى عدة دراسات مسحية تناولت المراجعات المنهجية للبرامج العلاجية مثل الدراسات التي أجراها كل من (Coughtrey et al., 2018; Kleined et al, 2019; Muglia-Wechsler et al, 2014) التي أثبتت فاعلية هذا النوع من البرامج في تحسين التكيف لدى أولياء الأطفال المرضى.

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال الآتي:

أولاً كون البرنامج بُني استناداً لنتائج الدراسات السابقة التي أرشدت الباحثة إلى أكثر الفنيات والأساليب المعرفية السلوكية الفعّالة في تخفيض الضغوط لدى فئة البحث، على غرار ما ذكرته الدراسات السابقة التي أشارت إلى فاعلية بعض الاستراتيجيات والمهارات مثل حل المشكلات، أسلوب إعادة البناء المعرفي، تقنية الاسترخاء، الدعم الاجتماعي، وتنمية مهارات التواصل، إضافة إلى اعتماد أساليب محفزة في تسيير الجلسات مثل المحاضرات والنقاشات والتنفيس الانفعالي والتعزيز الإيجابي والنمذجة والواجبات المنزلية.

أ-فانطلاقاً من تبني البرنامج للمنى المعرفي السلوكي الذي يقوم أساساً على عملية التعلّم وزيادة الوعي المعرفي لدى أفراد المجموعة حيث كان اندماج أفراد المجموعة في العملية التعليمية من خلال:

*المحاضرة التي تناولت التعريف بالإرشاد، والتي ساهمت في اكساب الأفراد المعارف الجديدة عن الإرشاد النفسي وفنياته، مما ساهم في تقبل البرنامج والتهيؤ لتنفيذ أنشطته

المسطرة من طرف الباحثة خلال الجلسات وكذا خلال تنفيذ الواجبات اليومية ن وهذا ما أعطى لهم دافعية وتحفيز للاندماج والتفاعل مع الأنشطة.

*المحاضرة التي تناولت مرض السرطان، وخصوصيته عند الطفل، وطبيعة المرض وخطورته، جعلتهم يتجاوبون وجدانيا وبشكل واقعي مع الأحداث، حيث عبّر الكثير من الأفراد عند مساهمة هذا التثقيف في إثراء معارفهم التي ساهمت في ترتيب أمورهم والعمل على استعدادهم لمواجهة كل الصعاب المستجدة، فأصبح الأفراد على دراية بالكثير من الأعراض والتطورات التي تحدث خلال العلاج خاصة المرض وآثار الدواء الكيميائي مثل النزيف والتشنج العصبي وظهور أمراض مزمنة أخرى هذا ما ساهم في استعدادهم المسبق لتلقي الأحداث والمواقف الصعبة، مما خفّف وقع عنصر المفاجئة فيها، ومنه تخفيف أثر المفعول الصدمي للأحداث.

* المحاضرة التي تناولت الضغوط النفسية وخاصة مصادرها وآثرها، عملت على لفت انتباه أفراد المجموعة إلى أن الضغوط النفسية هي ظاهره إدراكيه بالدرجة الأولى، وهذا ما يُفسر الفروق والاختلافات في الآثار والاستجابات النفسية والاجتماعية والمعرفية والفيزيولوجية التي تُحدثها نفس المواقف الضاغطة، وهذا ما ساهم كثيرا في تخفيض الضغوط لدى المجموعة، فكما يقال: «إذا عرف السبب بطل العجب». فالدور التعليمي مهم جدا في التكفل بالمرضى وهذا ما أشارت إليه دراسة كوين. (kuan, 2008, p. 355)

ب-التنفيس الانفعالي: كان لمنح الافراد الفرصة للتعبير عن آراءهم ومشاعرهم، وللمشاركة في المناقشات الجماعية التي تخللت الجلسات كان لها دور كبير في التنفيس الانفعالي لأفراد المجموعة.

فكان لهذه الفنية دور في إدراك الأفراد لمصادر الضغط، حيث أتاحت الفرصة لكل فرد لتناول مشكلته بكل حرية وعفوية وطرح انشغالاتهم وتساؤلاتهم، واسترجاع التجارب القاسية التي عاشوها منذ إعلان تشخيص المرض، وتخلل هذا التفريغ التعبير عن مشاعر الحزن والأسى في أجواء جماعية تفاعلية، وهو ما ساهم في تفريغ المكبوتات والتنفيس الانفعالي وتقاسم الهموم مع الجماعة التي ساعدت في إعطاء تفسير عقلائي للأحداث وللمواقف، خاصة فيما يخص مشاعر اللوم ومشاعر العجز عن تحمل الأعباء الناجمة عن رعاية الطفل المريض.

واعتمدت هذه الفنية خلال معظم الجلسات بهدف تحديد دقيق للجوانب والمواقف الضاغطة ومحاولة مراقبتها وضبطها ومواجهتها وكذا بهدف بعث مشاعر الارتياح والاسترخاء النفسي لدى الأفراد في أجواء آمنة ومُطمئنة.

ج- إن تدريب الأفراد على أسلوب حل المشكلات، وجعلهم يتبنونه كطريقة للتعامل مع الضغوط النفسية، حيث أصبحوا ينظرون إلى الضغوطات على أنها مشكل لا بد له من حل، بدلا من النظر إليها على أنها مثير يجب الاستجابة لها، أو أنها مصدر تهديد يحتاج إلى الاستعداد للدفاع، فمن خلال التدريب على هذه المهارة استطاع أفراد المجموعة التعرف على مصادر الضغوط وتحديدتها وجمع المعلومات عليها ومن ثم اقتراح حلول لها، فساهم هذا في زيادة قدرتهم على مواجهة الضغوطات النفسية ومحاولة إيجاد حل للمواقف الضاغطة. وهذا ما انتهت إليه عدة دراسات مثل دراسة (الشوبكي والصريرة، 2010)

كما أن كون البرنامج جماعي ساعد الأفراد على التخلص من بعض المشكلات من خلال التعلم من الأفراد الآخرين، حيث يكتسب طرق حل مشكلات الأفراد الآخرين بطريقة غير مباشرة، من خلال الاطلاع على بعض الحلول الناجعة التي استخدمها أفراد آخرون، ومنه ساهم هذا التفاعل في توليد الكثير من الحلول والبدائل لحل المشكلات التي واجهوها، كما ساهم هذا التفاعل والدينامية في تعلم الأفراد سلوكيات جديدة واستجابات جديدة من خلال ملاحظتهم للطرق التي يسلك بها الأفراد الآخرين أثناء المواقف الضاغطة وطريقة استجاباتهم لمصادر الضغط.

د-التعزيز الإيجابي والتغذية الراجعة:

تضمّن البرنامج فنية التعزيز الإيجابي التي من خلالها قامت الباحثة بمدح الأفراد على الإجابات الصحيحة أثناء النقاش وتشجيعهم على الاستجابات الملائمة، وكذا تحفيزهم على التفكير السليم والسلوك المرغوب فيه بحيث يصبح جزءا من حياته. إضافة إلى التعزيز استخدمت الباحثة أسلوب التغذية الراجعة التي من خلالها تم تقديم الإجابات الصحيحة وتثبيتها وتصحيح الإجابات الخاطئة.

ولقد استخدمت هذه الفنيات في عدة دراسات مثل (عبد القادر،؛ مظلوم، 2009؛ ملحم، 2014) وكان لهما أثر كبير في نجاح برامج الإرشاد.

هـ * فنية إعادة البناء المعرفي:

ساهمت مهارة إعادة البناء المعرفي في تغيير الأفكار حول المواقف الضاغطة والتعامل معها، إضافة إلى ذلك ساهمت في تغيير أفكار المجموعة التجريبية حول الدعم الاجتماعي ومصادره، وأدى ذلك إلى تغيير فكرة عدم وجود دعم اجتماعي وفكرة رفض الآخرين لدعمهم، فعمد الأفراد للسعي والمبادر لطب الدعم. إضافة إلى ذلك عملت هذه الفنية على تعديل إدراكهم لمصادر الضغط حيث أصبح الفرد أكثر فهما لهذه الضغوط ووعيا بها، مما أدى إلى تغيير الأفكار التشاؤمية حول مستقبل الطفل إلى التفكير بإيجابية، والسعي لتحسين التكفل به والابتعاد عن الأفكار والأحاديث السلبية التي تولد مشاعر الإحباط واليأس.

ومن جهة أخرى لعب التدريب على تغيير نمط التفكير اللاعقلاني الذي كان يتبناه بعض الأفراد، وتعديله بطريقة تفكير واقعية مبنية على استنتاجات منطقية وليست ظنية وعشوائية، مما أدى إلى تغير طريقة تفكير أفراد العينة في مستقبل الطفل ومستقبل العائلة ككل، كما ساهم في الحد من الضغوط التي كان مصدرها حمل هم المستقبل مما أدى إلى مشاعر اليأس والإحباط.

و* النمذجة:

ساهمت طريقة النمذجة التي تبنتها الباحثة في تصميم البرنامج بشكل كبير في تبصير الأفراد بعدة جوانب للضغط، وإدراكهم لمصادر الضغوط، وفي التعامل معها ومواجهتها، وذلك من خلال العمل على ملاحظة ما طرحته النموذج من أفكار وأساليب عملية واقعية أدت إلى مقاومتها للضغوط، وحسنت مواجهتها للمواقف والأحداث التي عايشتها خلال تكفلها بطفليها تحسن حالتها.

كما كان لوجود النموذج الأثر الكبير في رفع المعنويات، وبث روح الأمل والتفاؤل لدى أفراد العينة خاصة بعد رؤيتهم لتعافي طفلي النموذج من السرطان، وتعافي أسرته من الآثار الوخيمة للضغوطات التي عاشوها، هذا ولد لديهم شحنات من الطاقة الإيجابية والعزيمة والإرادة والثبات للمضي قُدماً وبنفس متفائلة لإكمال علاج الطفل والبلوغ به لبر الأمان، وللحفاظ على تماسك الأسرة وتوحيدها. وكلهم أمل في الله بأن القادم سيكون أفضل.

ي* أسلوب تنمية الدعم الاجتماعي:

حيث كان للتدريب على تنمية الدعم الاجتماعي دور واضح في فك عزلة الأفراد على أنفسهم من جهة، من خلال إعادة التفكير في نظرتهم لمسألة تخلي الأقارب والأصدقاء عنهم في هذا الظرف العصيب، إضافة لدور الجماعة في العمل على بناء علاقات حسنة مع أولياء المرضى الآخرين خاصة بين أفراد المجموعة التجريبية، وهذا ما ساهم في تشكل علاقات جديدة مريحة تتسم بالتفاعل الإيجابي والمساندة لبعضهم البعض، فشكل هذا الأمر مصدر دعم كبير فيما بينهم، وهذا ما أشارت إليه عدة دراسات مثل (بلوط، 2011؛ Atout et al., 2021)

كما كان للعرض الذي قدمته عضوة المجموعة التطوعية الأثر الكبير في معرفة مصادر الدعم المادي والمعنوي للأفراد، وكذا معرفة أن هذا العمل لا فضل ولا منة لأحد فيه عليهم، بل هو مساهمات من أناس خيريين مجهولين هذا ما جعلهم يبادرون لطلب المساعدة المالية والخدماتية، مما ساهم في تخفيف الضغوطات ذات المصدر الاجتماعي عليهم.

وفي الأخير نشير إلى الدور الذي لعبته الباحثة كمصدر للدعم النفسي خلال البرنامج، حيث اعتُبرت الباحثة كسند نفسي لهذه المجموعة، وهذا ما صرح به الأفراد، وهذا ما تشير إليه الدراسات حيث تؤكد على دور المرشد في الإطار العلاجي لأنه يلعب دور القائد والسند لأفراد المجموعة المسترشدة.

ز* التدريب على مهارات التواصل:

ساهم هذا التدريب على التخفيف من الضغوطات على أفراد المجموعة التجريبية وذلك من خلال وتحسن مستوى التكيف النفسي، والقدرة على ضبط الذات وهذا ما ذكرته دراسة **ويبل وويلسون 1996** (Whipple and Wilson) أنه بعد تطبيق البرنامج التدريبي علة مهارة التواصل سجل انخفاض في درجات الضغوطات النفسية، والاكنتاب لدى الآباء.

وتتوافق هذه النتيجة أيضا مع دراسة ماكميلان وآخرين ((Macmillan, et.al., 1991)) التي أشارت نتائج الاستبانة في الاختبار البعدي، إلى تحسن مستوى التكيف للآباء، وانخفاض مستوى الضغوطات النفسية. وكذا دراسة **سترايهورن وويدمان** (Strayhorn and Weidman

(1991) ومن خلال المتابعة أشارت تقارير الآباء إلى تحسن في مستوى سلوكيات الأبناء وانخفاض مستوى التوتر والاكتئاب.

وبالتحليل العميق لنتائج الفرضية الأولى نجد أن البرنامج حقق نتائج إيجابية على كل بعد من أبعاد الضغط النفسي الوالدي حيث نجد:

***البعد النفسي:** حقق أفراد المجموعة التجريبية نتائج إيجابية على البعد الفيزيولوجي، حيث انخفضت درجة الضغوط على هذا البعد بـ(11.55) درجة

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال الآتي:

- ساهمت المناقشات الجماعية في خفض مشاعر الخوف واليأس والإحباط لدى أفراد المجموعة التجريبية، وهذا ما أشار إليه **أحمد رفعت الجبر** أن أسلوب المناقشات الجماعية ناجح في علاج مشكلات المرضى من الناحية النفسية مثل الحزن نتيجة بعدهم عن المنزل ومرض الطفل. كما ساهم هذا الأسلوب في التقليل من إحساس الوالدين بالحرَج من مرض طفلهم الذي صار وسماً تتسم به العائلة، وأصبح لديهم تقبل أكثر لطفلهم ومرضه.

ومن جهة أخرى نجد عملية إعادة البناء المعرفي ساهمت في استبدال المشاعر السلبية من اليأس والإحباط والخوف، بمشاعر إيجابية مثل التفاؤل والأمل فيما هو آت، إضافة إلى إعادة تنظيم المخططات المعرفية على الرضا بما هو مكتوب والعمل على تقديم كل الأسباب وترك النتائج على الله.

كما أن للتدريب على مهارة الاسترخاء دور كبير في تحسين مزاج الأفراد، وتقليل نوبات الغضب السريع.

إضافة إلى كل هذا فإن استخدام أسلوب النمذجة ساهم كثيراً في تزويد الأفراد بنموذج حي واقعي عن بقاء الطفل على قيد الحياة، وهنا نشير إلى دور الجانب الإيماني وإعطاء المعنى الروحي للوضع التي تعيشه خاصة قضية كونهم ممن اصطفاهم الله لهذا الإمتحان واستشعار مكانتهم عند الله واحتسابهم لأجر الصبر العظيم.

***البعد الاجتماعي:** كانت قيمة الفروق في متوسط درجات البعد الاجتماعي لمقياس الضغط النفسي الوالدي هي (11.55) درجة. وتفسر هذه النتيجة من خلال الآتي:

- الصيغة الجماعية للبرنامج منحت الفرد الشعور بالانتماء حيث ذكرت (خولة غنيم، 2005) أن الجماعة الإرشادية تخرج الفرد من العزلة وتمنحه الشعور بالانتماء للجماعة التي لها نفس المعاناة، فدينامية الجماعة غيرت شعور الأفراد بالوحدة والانعزال لتصبح جماعة متحدة في مواجهة مرض الطفل.

- كما ساهمت المحاضرة المقدمة من الباحثة في تنمية البعد الاجتماعي بقسط كبير أين تم التحدث عن البعد الاجتماعي على أساس أنه يؤثر في الصحة تأثيرا مباشرا، ويعتبر عنصرا مهما جدا للصحة النفسية وذلك من خلال المساعدة والمساندة المادية والمعنوية المقدمة.

وأشارت الباحثة إلى أن الدعم الاجتماعي لا يحدث آليا بل هو عملية تفاعلية لا بد من فعل ورد فعل، فالعلاقة تبنى على أساس ثنائي (الفرد / الفرد الآخر) وتكون فيها التغذية الراجعة من الآخر، لذلك فإن عدم وجود الدعم كان بسبب إحساس الوالدين بأنهم في مركز ضعف واعتقادا بأن الآخرين لا يرغبون في تقديم الدعم لهم، لذلك عملت الباحثة على توضيح أنه لا بد من طلب الدعم من الآخرين، وفي حالة عدم الاستجابة لا بد من التماس الأعذار لهم فلكل فرد أسبابه وظروفه.

- كما عملت الباحثة على توجيه الأفراد إلى طلب الدعم خارج إطار العائلة والأقارب والأصدقاء، وذلك من خلال بناء علاقات فعالة مع الفريق المعالج وبين أولياء أمور المرضى ومع هيئات المجتمع المدني، والجمعيات الخيرية والدينية، وذلك بغية الحصول على الدعم بمختلف أشكاله انطلاقا من المعنوي، والمعلوماتي إلى المالي والمادي. إضافة إلى هذا كان للكلمة التي القتها عضوة المجموعة التطوعية بالغ الأثر في تحفيز الأفراد على التشجع لطلب المساعدة وعدم الاستحياء من مد يد هم للجهات المخولة بذلك.

وجاءت نتيجة الدراسة متفقة مع عدة دراسات على غرار دراسة كل من أوراغي (2018) وآخرون، غير أن النتائج لم تتوافق مع دراسة علاء الدين (2011) حيث بين أن البرنامج المطبق لم يحقق نتائج إيجابية في تخفيض الضغوط على جانب البعد الاجتماعي وأرجع ذلك إلى خلو البرنامج المنجز من الباحث من مكونات خاصة بتدريبهم على كيفية الاستفادة من هذا الدعم. في حين استدركت الباحثة الأمر من خلال إحضار نموذج

لمتطوعين لهم شبكة علاقات واسعة داخل وخارج الوطن تمكّنهم من توفير الأموال وتوفير سيارة الإسعاف لنقل المرضى وتوفير الأدوية المفقودة داخل وخارج الوطن كذلك توفير الدم والصفائح الدموية وهذا ما يفسر تحقيق البرنامج للنجاح في بعده الاجتماعي إلى أبعد الحدود.

***البعد الفيزيولوجي:** حقق أفراد العينة نتائج إيجابية على البعد الفيزيولوجي، حيث انخفضت درجة الضغوط على هذا البعد ب(12.89) درجة، ويفسر هذا اعتماد البرنامج على مهارة الاسترخاء كأحد الفنيات المهمة في مواجهة الضغوط، حيث تشير عدة دراسات إلى دور الاسترخاء في مواجهة الأعراض الفيزيولوجية الناتجة عن الضغوط، مثل دراسة **كوبر وكارترايت** Cooper and Cartwright (1998) التي أكدت إن الضغوط لها تأثير على الوظائف الجسدية، كما توصل **ماكوين** (Mc Wen, 1993) إلى أن الضغط يؤدي إلى تسارع العامل المسبب للسرطان، وفي دراسة **لتاوس** (Tuesh;1995) أكدت أن الأشخاص الذين يمارسون الاسترخاء يمتلكون مشاعر وأفكار إيجابية عن الماضي والحاضر ويبعث الاسترخاء فيهم الأمل والانشراح والتخلص من الأمراض الجسدية. (بومجان، 2016) فالاسترخاء يؤدي إلى تخفيف الشد العضلي، وزوال التعب والإرهاق، ويساعد على النوم، كما يعمل الاسترخاء على تنظيم التنفس ويهدي الأعصاب مما يزيل الصداع، وينظم نبضات القلب. ويجعل من الفرد شخص هادئ وإيجابيا في الحياة اليومية، وتكون لديهم ذكريات طيبة تساعدهم على التصالح مع الماضي مما يساهم في تحسين نظرهم للحاضر وتقاؤلهم فيما هو آت، كما يعمل الاسترخاء على إكساب الأفراد الثقة بالنفس. لذلك نجد أن الوالدين تفاعلوا بإيجابية مع التدريب على هذه المهارة، وحرصوا على مداومة ممارستها خارج الجلسات، حتى أن بعضهم قاموا بتعليمها لأطفالهم أثناء المعالجات التمريضية مثل الحقن والخزعة، بهدف تخفيف الألم. وهذا من ثمار المحاضرة التعليمية التي نوهت بدور الاسترخاء في مواجهة الضغوط والألم.

***البعد المعرفي:** حقق أفراد العينة نتائج إيجابية على البعد المعرفي، حيث انخفضت درجة الضغوط على هذا البعد ب (12.88) درجة، وتفسر هذه النتيجة بالتالي:
- كان للتدريب على إعادة البناء المعرفي دور في تغيير أفراد المجموعة لأفكارهم ومعتقداتهم عن المواقف الضاغطة التي واجهتهم، بمعتقدات وأفكار وانفعالات جديدة

إيجابية، وأصبحت الانطباعات عن المواقف التي كانت تسبب لهم الألم والتوتر والتهديد أصبحت ينظر لها على أنها تجارب ذات معنى يمكن التعلم منها ويمكن التحكم والسيطرة عليها، فالبرنامج بني على الإرشاد المعرفي السلوكي الذي يعتبر عملية تعليمية قائمة على إقناع الفرد بأن طريقة تفكيره مبنية على معتقدات خاطئة، وكذا حثه على مراقبة وضبط الحديث أو الحوار الذاتي الذي تبنى عليه الأفكار التي تؤدي بدورها إلى حدوث انفعالات تولد سلوكيات مضطربة، هذا من جهة ومن جهة أخرى عمل البرنامج على تزويد الأفراد بالمهارات التي تمكنهم من مواجهة المواقف الضاغطة أو من التقليل من أثارها على غرار مهارة الاسترخاء وفنية التنفيس الانفعالي، حيث تمكن الأفراد من استرجاع ثقتهم بأنفسهم فأصبحت لديهم القدرة على اتخاذ القرارات/ كما فتحت لهم المجال للمبادرة في البحث عن المعلومات من مصادر موثوقة مثل الأطباء والأخصائيين والجمعيات، إضافة إلى ذلك فالعملية التعليمية سمحت لهم بمعرفة الترتيبات اللازمة لرعاية الطفل المريض. كل هذا ساهم في خفض درجة الضغوطات على البعد المعرفي.

2-2 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

أسفرت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية على مقياس التوافق الزوجي، قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد تطبيقه. حيث قدرت درجة الفروق بين القياس القبلي والبعدي بـ(21,00) درجة لصالح القياس البعدي. وتفسر هذه النتائج بالدرجة الأولى إلى ما تم تحقيقه من نتائج على مستوى تخفيض الضغوط، وذلك نظرا لوجود ارتباط عكسي وثيق بينها وبين التوافق الزوجي، وهذا ما أكدته دراسة سابقة للباحثة (ناصرى، 2017)، حيث وجدت أنه كلما زاد الضغط النفسي الوالدي انخفض التوافق الزوجي عند والدي الطفل المريض بالسرطان. ولذلك كان من البديهي أن ترتفع درجة التوافق الزوجي للمجموعة التجريبية بعد وتدريبها على مواجهة الضغوط والتعامل معها.

*كما أن التدريب على تعديل الأفكار وحل المشكلات لعب دور كبير في تحسين العلاقة الزوجية من خلال تغيير الأفراد لتوقعاتهم فيما يخص الشريك، وكذا تغيير طريقة التعامل مع المشكلات الزوجية من خلال التركيز على المشكل بحد ذاته بدل التركيز على المشاعر.

إضافة إلى ذلك يمكن تفسير هذه النتيجة من خلال مهارات التواصل التي تم تدريب الأفراد عليها، والتي أثبتت عدة دراسات فاعليتها في تحسين التوافق الزوجي على غرار : دراسة نيلسون وليفنت Nelson and Levant (1991) التي أكدت تحسن مستوى التكيف والرضا الأسري عن طريقة التفاعل بين أفراد الأسرة. كما أكدت دراسة بيرلسون ودينتون Burleson and Denton (1997) أن التدريب على التواصل الفعال يلعب دورا كبيرا في حل الخلافات بين أفراد الأسرة، والمشكلات بين الزوجية مثل الجنس. كما أشارت دراسة كل من حزين (2002) ودراسة جاهنشير (2015) إلى أن التدريب على مهارات الاتصال يحسّن من التوافق الزوجي بشكل كبير، من خلال التقليل من الخلافات الزوجية بمختلف جوانبها الخمسة؛ من التعاون، العلاقة الجنسية، ردود الفعل العاطفية، التواصل الشخصي مع الأقارب والأسرة، والتواصل مع الأزواج والأقارب والأصدقاء، وكذا دراسة (Alayia et al., 2011) والتي أظهرت أن الأزواج ذوي مهارات الاتصال القوية في مختلف جوانب العلاقة الزوجية أعلى بكثير من أولئك الذين لديهم مهارات اتصال أضعف. ودراسة (حلوش، 2020) التي أكدت على أهمية التواصل في تقريب وجهات النظر حول القضايا المصيرية للأسرة وتقوية الروابط العاطفية بين الزوجين.

وكما أشرنا آنفا في تحليل النتائج فإن درجة التوافق الزوجي للمجموعة التجريبية على القياس البعدي ($M=71,44$) تعتبر درجة منخفضة بالنسبة للمتوسط الكلي لمقياس التوافق الزوجي الوالدي المقدر بـ ($M=100$) حسب ما حدده واضع المقياس. وهذا يعني أنه رغم تحسن التوافق إلا أنها لم تحقق المعدل المطلوب، ويمكن تفسير هذا بعدم كفاية الجلسات لتدريب الأفراد على مهارات الاتصال والمهارات الأخرى التي لها فاعلية في تحقيق التوافق الزوجي.

وبتحليل أبعاد التوافق نجد أن المجموعة التجريبية حققت تحسنا على كل الأبعاد ماعدا بعد تبادل العواطف، حيث ارتفعت درجة متوسط التوافق الزوجي على كل من بُعد الرضا بين الطرفين بـ (10) درجات، و بُعد الإجماع بين الطرفين بـ (7.44) درجة، بُعد الانسجام بين الطرفين (3.22) درجة، غير أن بعد التعبير عن العواطف لم يحدث فيه تحسن، ويمكن تفسير ذلك كون محتوى بنود هذا البعد تخص العلاقة الحميمة الزوجية، ونظرا لمرافقة الزوجة لابنها في المستشفى وغيابها عن المنزل، وما خلق من انفصال وفراق بين

الزوجين هذا كله يؤثر على العلاقة الحميمة وممارسة التعبير عن العواطف، من جهة ومن جهة أخرى حسب دراسة (Van Schoorsa et al., 2020) التي ذكرت أن الحاجة إلى التواجد معا (حددت العائلات الحاجة إلى أن يكونوا معًا جسديًا) تعتبر من أهم أسباب الدعم للعائلات لتحقيق التوافق النفسي، إضافة إلى كل هذا نشير إلى أن البرنامج المطبق في البحث لم يتناول التوافق الزوجي من خلال برنامج العلاج الزوجي للثنائي (thérapie de couple) و بما أن عناصر البعد العاطفي تخص العلاقة الثنائية والحميمة، فكان لابد من تخصيص بعض الجلسات الخاصة بالزوجين معا.

2-3 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

انتهت النتائج إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية ومتوسطات مع المجموع الضابطة على مقياس الضغط النفسي الوالدي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح، ويمكن تفسير ذلك من خلال البرنامج الجماعي الذي تعرضت له المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة، حيث خصصت الباحثة الجزء الأول منه للتعرف وإقامة العلاقات، مما خلق تفاعل إيجابي بين أفراد المجموعة، كما أن الباحثة في كل جلسة كانت تتيح لأفراد المجموعة التجريبية الفرصة للتعبير عن أفكارهم وانفعالاتهم مع التأكيد على الاحترام والتعاون والمحافظة على أسرار الآخرين.

*كما يمكن أن يفسر فرق الضغط بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة إلى البرنامج الهادف الذي كان منظم ومتنوع وفيه معارف جديدة، حيث تم تعليم المجموعة التجريبية معارف جديدة عن مواجهة الضغوط بطريقة أفضل إضافة إلى التنفيس الانفعالي والتفاعل والدينامية التي خلقتها الأجواء الجماعية والجو الآمن الذي كانت تجرى فيه الجلسات، إضافة إلى انخراطهم في الأنشطة التعليمية مثل تعلم الاسترخاء وبعض المهارات إضافة إلى الواجبات المنزلية.

*كذلك دور التفاعل الجماعي في تنمية الدعم الاجتماعي الذي ساهم في تطوير علاقات بين أفراد المجموعة فيما بينهم، ومع الباحثة، وكذا مع الفريق الطبي والشبه طبي المعالج، مما ساهم بدور كبير في خفض الضغوطات، إضافة إلى التواصل مع الجمعيات ومصادر الدعم الاجتماعي الذي قلل من الضغوطات الاجتماعية عندهم. وهذا ما أشارت إليه كل من دراسة (Atout et al, 2021)، ودراسة (بلوط، 2011).

*فنية التنفيس الانفعالي لها دورا كبيرا إلى جانب الفنيات الأخرى المستخدمة في البرنامج في تحسين وتخفيض الضغط النفسي لدى المجموعة التجريبية، كما أوضحت الباحثة أن الشكوك والتساؤلات حول الحدث الضاغط يمكن أن تقسم وتشارك من خلال عملية التفريغ، بدلا من كبتها داخليا، وهذا ما حقق الارتياح لأفراد المجموعة التجريبية دون الضابطة.

ونشير هنا إلى ارتفاع درجة الضغوط لدى المجموعة الضابطة وذلك حسب الجدول رقم (20)، حيث لوحظ عدم استقرار درجة الضغوط في النقطة التي سجلت في القياس القبلي يوجد فرق لكن بزيادة الضغط من (150.55) إلى (162.44)، أي ارتفعت درجة الضغط ب (11.88).

ويمكن تفسير هذا التدهور من خلال ما توصلت إليه دراسة (Sloper, 2000) التي أشارت إلى أن الضغوطات تستمر في الارتفاع خلال التكفل بالطفل المريض، ودراسة (بلوط، 2011) التي ذكرت أن الضغوطات تؤدي إلى حالة من الاستنزاف النفسي، ووجود مشاعر مختلطة من الغضب والقلق والخوف والذنب، بالإضافة إلى الشعور بفقد السيطرة على الأمور، والشعور بالتهديد، وفقد معنى الحياة. كما أشارت دراسة (مريم، 2006) إلى أنه هناك عوامل وسيطة تؤدي إلى تفاقم درجة الضغوط النفسية، وهي إما عوامل متعلقة بخصائص الموقف الضاغط وتتمثل في: الشدة والمدة والتكرار (عددها)، والتوقع، وإما خصائص متعلقة بالفرد، وتتمثل في إدراك الفرد للأمور، ونمط الشخصية، ومركز التحكم. وتحليلنا لهذه العوامل مع عينتنا نجد:

خصائص الموقف الضاغط لدى والدي الطفل المريض بالسرطان تتمثل في:
- من ناحية الشدة: والدي الطفل المريض بالسرطان يواجهون ازدياد حدة الضغوط بسبب تطور حالة الطفل، وعادة تتطور للأسوء، إضافة إلى ازدياد تكاليف الرعاية، بالمقابل تراجع الإمكانيات المادية للوالدين بسبب ترك العمل أو الغياب المتكرر عنه.
- من ناحية العدد: فوالدي الطفل المريض بالسرطان يواجهون ازدياد عدد المواقف الضاغطة المتعرض لها، حيث تتنوع المواقف، خاصة تفاقم الأعراض الناتجة عن العلاج وتأثيرات الأدوية الكيميائية على الطفل، إضافة إلى تدهور الحالة الأسرية من العلاقة

الزوجية وتدهور حالة إخوة الطفل المريض، خاصة الجانب الدراسي والجانب النفسي والاجتماعي لدى الإخوة، أي أنهم يعيشون كل يوم حدث ضاغط جديد.

-من ناحية المدة: نلاحظ ان المجموعة الضابطة طالت مده تعرضها للضغوط دون وجود فاصل أو فسحة لاسترجاع الأنفاس، فولدت هذه الاستمرارية خاصية التراكم في الضغوط، عكس المجموعة التجريبية التي شكّل البرنامج فاصلا حال دون استمرار تفاقم الضغوط، بل ولما كان البرنامج أصلا يستهدف تخفيف الضغوط فإنه منع خاصية التراكم.

-من ناحية التوقع: إن توقع الأحداث السيئة وانتظارها يؤدي إلى تأويلات سلبية، فكلا المجموعتين كانت لها توقعات وتنبؤات سيئة حول مآل المرض فالسرطان يعني الموت، لكن بتعرض المجموعة التجريبية للبرنامج اكتسبت مهارات سمحت لها بتقليل من مشاعر اليأس والاحباط خاصة من خلال النموذج من جهة، ومن خلال تعديل الأفكار من جهة أخرى، غير أن المجموعة الضابطة بقيت في تفكيرها السلبي نحو ما يُستقبل من أمور وأحداث. خاصة اليأس بسبب معاشة فقدان عدة أطفال في المصلحة، ورؤية انتكاسة بعض الذين كانوا قد تعافوا آنفا.

هذا من ناحية خصائص الموقف الضاغط، أما من ناحية خصائص الفرد نجد أن البرنامج أحدث فرقا كبيرا في إدراك الأمور لدى افراد المجموعة التجريبية، حيث أصبح لديهم تفسير وتقييم عقلاني للمواقف والأحداث، مما جعلهم يسعون للبحث عن حلول للمشكلات عكس المجموعة الضابطة التي مازالت تدرك الأحداث على أنها خطر وتهديد ما جعلها تسلك تجاه المواقف على أنها ضغوط تستجيب لها بأعراض نفسية وجسدية.

وعموما لوحظ فاعلية البرنامج من خلال تغير لدى المجموعة التجريبية في نظرتهم لمعاناتهم، كما انخفضت مشاعر الإحباط واليأس الناجمة من التفكير في مصير الطفل، وأصبح لديهم القدرة على تحمل أعباء رعايته، كما انخفضت لديهم الأفكار السلبية المحبطة المتعلقة بمستقبل أطفالهم، واحتمالية عدم شفائهم أو فقدانهم، وأصبح بإمكانهم التحكم فيها أو استبدالها بأخرى إيجابية، كما أصبح لديهم القدرة أكثر على تحديد مشكلاتهم وطرح الحلول الممكنة والعمل على تنفيذها.

2-4 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية ومتوسطات مع المجموع الضابطة على مقياس التوافق الزوجي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح.

يمكن تفسير ذلك من خلال ما حققه البرنامج من نتائج إيجابية مع المجموعة التجريبية من التمكن من التحكم في الضغوطات النفسية التي كانت سبب مهم من أسباب عدم التوافق الزوجي، وكذلك ما تعلمه الأفراد من مهارات وفنيات، وتعميم ذلك على التفاعلات الأسرية والزوجية وحتى الحياة اليومية، من إعادة بناء معرفي ومهارة حل المشكلات التي سمحت بتحكم أحد أطراف العلاقة الزوجية في الوضع المنفصل والمشتمت للأسرة، إضافة إلى تحويل نظر الأفراد إلى طلب الدعم خارج إطار الأسرة والزوج، وتوسيع دائرة الدعم الاجتماعي.

كل هذا مكن المجموعة التجريبية من التحسن على عكس المجموعة الضابطة التي تراجعت وتدهورت حالتها وفق نتائج الجدول رقم (22)، حيث نقصت درجة التوافق الزوجي للمجموعة الضابطة في القياس البعدي ب(3.11) درجة. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة كل من (بلوط، 2011؛ Silva-Rodrigues et al., 2016)

فالمرض يحدث تغيراً جذرياً في حياة الأسرة، خاصة التغير في نطاق العلاقة الزوجية، حيث يصبح الزوج أحد المعضلات، كما تصبح له توجهات سلبية نحو المرض. كما يؤدي إلى الإجهاد الزوجي فتصبح العلاقة الزوجية هشة، وتتأثر العلاقة الحميمة والجنس سلبيًا، وهذا كله يؤدي إلى سوء التوافق الزوجي.

كما أنه بمرور الأيام خلال علاج الطفل يقل الدعم الزوجي، حيث أن تصور الزوج لدعم الزوجة مرتبط بتواجدها في المنزل، وهذا غير متاح بسبب مرافقتها للطفل في المستشفى.

(Hughes, 2006)

2-5 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

انتهت النتائج إلى عدم وجود فروق في متوسطات المجموعة التجريبية على مقياس الضغط النفسي الوالدي بين القياس البعدي والقياس التتبعي بعد مرور شهر واحد على انتهاء البرنامج.

وتتفق هذه النتيجة مع عدة دراسات مثل (علاء الدين، 2011؛ غيث وآخرون، 2011)، وتفسر هذه النتائج من خلال الأهداف المسطرة للبرنامج أنفاً حيث تم برمجة الهدف الوقائي الذي يهتم بالوقاية من حدوث المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية من خلال محاولة الكشف المبكر للاضطرابات والسيطرة عليها قبل تفاقمها، ومحاولة تقليل أثر الاضطرابات، حيث عمل البرنامج على تزويد الأفراد بالمهارات المعرفية والسلوكية التي تمكنهم من مواجهة الضغوط، ومنع تفاقمها مهما كانت الأحداث والمواقف الحياتية، وذلك بالتركيز على العملية التعليمية وفق مبدأ " بدل أن تعطيه سمكة، علمه الصيد" فكان للبرنامج رؤية على المدى البعيد من خلال العملية التعليمية التي أدت إلى تثقيف الأفراد حول المرض ومآله ومضاعفاته، والتكفل بالطفل فكانت النتيجة الإدراك لمستجدات المرض والعلاج، بدل أن تكون عناصر تشكل صدمة نفسية تتولد عنها ضغوطات جديدة ومباغثة تقتحم الحياة اليومية، مما هيأ الأفراد لاستقبال الأحداث الضاغطة المستجدة وإدراكها وتحديدها والبحث عن حلول لها بدل الاستسلام لها، وكذلك نجد أن المحاضرات أدت إلى تثقيف الأفراد حول مصادر الضغط وجوانبه مما جعلهم يدركون كيفية التعامل معه.

هذا من جهة ومن جهة أخرى فمن خلال الهدف العلاجي للبرنامج، فإن العملية التدريبية التي من خلالها تم تدريب الأفراد على المهارات المعرفية والسلوكية، على غرار مهارة حل المشكلات التي ساهمت بقسط كبير في مواجهة المواقف الضاغطة مستقبلاً، فبعد ما كان يُتعامل معها باستجابات غير تكيفية صارت تدرك على أنها مشاكل لا بد من التعامل معها ومواجهتها و حلها، وكذا مهارات إعادة البناء المعرفي وممارسة هذه المهارة مكّنت الأفراد من التخلص من الأفكار الخاطئة وتعديل المشوهة التي كانت مولدة للضغط في الحياة اليومية، إضافة إلى ذلك نجد مداومة بعض الأفراد على ممارسة مهارة الاسترخاء بعد البرنامج ساهم في تحسين تكيفهم نفسياً وتحسنهم فيزيولوجياً.

لذلك فإن بعد تجربة الأفراد للبرنامج ومعايشتهم للعملية التفاعلية وديناميكية الجماعة أدى إلى نجاح البرنامج ورضا الأفراد بنتائجه، خاصة بعد ملاحظتهم الفروق المحسوسة بنتائجه مما دفع بهم إلى نقل أثر التعليم والتعميم لما تم تعلمه خارج أوضاع الجلسات التدريبية، وتعميمه وشموليته للحياة اليومية. فأنشطة البرنامج وأساليبه وتقنياته وكل ما تم تعلمه من المهارات المعرفية والسلوكية هي مهارات حياتية قابلة للتعميم خارج الدراسات والمجموعات المصممة لإكساب المشاركين مثل هذه الأساليب في إدارة الحياة والتعامل مع صعوباتها المختلفة.

هذا من جهة ومن جهة أخرى تفسر النتائج التبعية بدور الواجبات المنزلية، حيث كانت الباحثة في نهاية كل جلسة تكلف الأفراد بواجب منزلي، بهدف ممارسة ما تم تعلمه في الجلسة، ونقله من جلسات البرنامج إلى البيئة الأسرية والحياة اليومية التي يعيش فيها الفرد، حيث استخدمت هذه الفنية في كثير من الدراسات السابقة وثبت فاعلتها كدراسة (مظلوم، 2009)، ودراسة (ملحم، 2014) وهذا ما مكّن الباحثة من المتابعة والتقويم المرحلي، للتأكد من مدى تحقق أهداف كل جلسة، ومدى استفادتهم منها قبل بداية الجلسة الجديدة.

إضافة على ذلك نجد أن المهارات التي تعلمها الأفراد، ودوامهم على ممارستها من خلال المطويات التي كانت تحوي جداول لمراقبة الأفكار أو تحديد المشكلات وغيرها جعل الأفراد ينضبون في سعيهم للتحكم في مصادر القلق، هذا ما ترك الأثر الواضح في استقرار تكيفهم النفسي بعد شهر، وكان بالإمكان أن يحقق الأفراد نتائج أفضل لو لم تكن الوضعية التي يعيشونها تزداد ضغطا كل يوم، فتتحقق هذه النتائج المستقرة رغم تفاقم الوضع كل يوم عن الذي يقبله، يبين أن للبرنامج الفاعلية كبيرة في تخفيض الضغوط وضبط الأمور.

2-6 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة:

توصل البحث إلى أنه لا توجد فروق في متوسطات المجموعة التجريبية على مقياس التوافق الزوجي بين القياس البعدي والقياس التتبعي بعد مرور شهر واحد على انتهاء البرنامج.

وكما لاحظنا من خلال الجدول رقم (24) فإن درجة الفروق في متوسطات التوافق الزوجي بين القياس البعدي والتتبعي بعد شهر، كانت ضئيلة جدا: (2.00) درجة. وهذا ما يمكن تفسيره من خلال ما حققته المجموعة التجريبية للبحث الحالي من تخفيف في درجة الضغط، وهذا نظرا لارتباط درجة التوافق الزوجي بارتباط عكسي مع درجة الضغط النفسي الوالدي (ناصر، 2017)، فمن خلال ثبات درجات الضغوطات بعدم ارتفاعها على القياس التتبعي، نجد كذلك تبعه ثبات في درجة التوافق الزوجي بعدم انخفاضها.

كما أن التدريب على مهارة التواصل لعب دور كبير في إشباع بعض من احتياجات الفرد، مثل الشعور بالأهمية والشعور بالانتماء إلى أسرته والتفاعل مع الشريك بصورة ايجابية مما يعطي الدعم النفسي والمعنوي لمواصلة مسيرتهم. (Chelf & Deshler, 2000)

كذلك تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى استمرارية تأثير البرامج المعرفية السلوكية وجدواها بعد انتهاءها، إذ أنه عادة مستوى أفراد المجموعة التجريبية لا يتراجع مما يؤكد اكتسابهم للمهارات المتعلمة واستمرارهم في تنفيذها، مثل مهارة حل المشكلات التي تساعد في معالجة الخلافات الزوجية كلما ظهرت، وكذا فنية إعادة البناء المعرفي التي كوّنت عندهم طريقة جديدة في إدراك الأمور والصراعات ومعالجتها بإيجابية.

خاتمة

خاتمة:

إن معايشة والدي طفل مريض بالسرطان ليوميات التكفل الطبي بطفلهم تعتبر تجربة مريرة وشديدة القسوة، حيث يختبرون خلالها مواقف وأحداث يومية ضاغطة، على مستوى كل نواحي الحياة عندهم، ابتداء من علاقتهم مع طفلهم المريض ومع إخوته وبين الزوجين، لتصل إلى العلاقات الاجتماعية العامة، كل هذا يُحتم على المختصين التفكير في التكفل بهذه الفئة واقتراح برامج إرشادية لتحسين صحتهم النفسية.

لذلك جاء هذا البحث للتأكد من مدى فاعلية برنامج إرشادي جماعي في تخفيض الضغط النفسي الوالدي وتحسين التوافق الزوجي لوالدي الطفل المريض بالسرطان بمصلحة طب الأطفال لمستشفى بني مسوس بالجزائر العاصمة.

انجز البحث من خلال فصل تمهيدي تم فيه عرض الإطار العام لإشكالية البحث وأهميته وأهدافه، مُعرجاً إلى عرض أهم الدراسات السابقة التي أثبتت معظمها نجاعة الإرشاد النفسي الجماعي المبني على التوجه المعرفي السلوكي في التكفل بوالدي الطفل المريض بالسرطان، خاصة في ما يخص الضغوط النفسية الوالدية، وبعدها تم تناول متغيرات البحث في أربعة فصول؛ تم فيها عرض معلومات نظرية حول كل من السرطان والطفل المريض ووالديه والضغط النفسي والتوافق الزوجي خاتماً بفصل حول الإرشاد النفسي، ثم تم عرض الجانب التطبيقي من خلال فصلين؛ الأول تم تناول إجراءات التصميم وبناء البرنامج المقترح وخطوات تنفيذه من خلال الجلسات الجماعية، ليأتي الفصل الثاني والأخير أين تم فيه عرض النتائج التي انتهى إليها البحث ومناقشتها وتفسيرها .

وخلص البحث إلى النتائج التالية:

كان للبرنامج أثر ملحوظ في تخفيض الضغط النفسي الوالدي لدى والدي الطفل المريض بالسرطان، ويتجلى ذلك من خلال النتائج التي حققتها المجموعة التجريبية على القياس البعدي حيث سجلت انخفاضا ملموسا مقارنة مع القياس القبلي، إضافة إلى ذلك لمسنا أثر البرنامج من خلال مقارنة نتائج المجموعة الضابطة مع المجموعة التجريبية على القياس البعدي للضغوط والتي كانت لصالح المجموعة التجريبية التي انخفضت عندها درجة الضغوط وحققت درجة ضغوط معتدلة، على عكس المجموعة الضابطة التي ارتفع درجة الضغوط لديها.

كما حقق البرنامج نتائج إيجابية على مستوى تحسين التوافق الزوجي، حيث تم تسجيل ارتفاع في درجة التوافق الزوجي على القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية مقارنة بدرجةه على قياس القبلي، كما سجلت فروق عند مقارنة نتائج المجموعة التجريبية مع المجموعة الضابطة على القياس البعدي له. ونشير هنا إلى أنه رغم تحسن درجة التوافق الزوجي لدى المجموعة التجريبية إلا أنها لم تتمكن من تحقيق مستوى التوافق المقبول.

إضافة إلى ذلك حقق البرنامج نتائج إيجابية على مستوى القياس التتبعي بعد شهر من إنتهائه، ولاحظنا ذلك من خلال عدم تسجيل فروق بين القياس البعدي والتتبعي في درجة الضغط النفسي للمجموعة التجريبية. كما سجل البرنامج أثرا في تحسين التوافق الزوجي على مستوى القياس التتبعي بعد شهر من تنفيذ البرنامج. وهذا ما يعني تمكن الأفراد من تعميم ما تم تعلمه خلال جلسات البرنامج إلى الحياة الواقعية اليومية.

وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المقترح في تخفيض الضغط النفسي الوالدي ورفع وتحسين التوافق الزواج لدى والدي الطفل المريض بالسرطان. وفي الأخير ننوه إلى أهمية مثل هذه البرامج الإرشادية الجماعية المستندة للتوجه المعرفي السلوكي في تحسين الصحة النفسية وتحقيق التوافق النفسي لدى والدي المريض بالسرطان الذين يتعرضون لمواقف وأحداث تتسبب لهم ضغوطات كبيرة. بل وأكثر من ذلك يمكن تبني هذه البرامج وتعميمها للتكفل بكل الفئات التي تشترك في مشكله ما تؤثر على صحتها وتوافقها.

مقترحات الدراسة:

في ضوء نتائج التي توصل إليها الدراسة الحالية، يقترح ما يلي:

- ضرورة الاهتمام، بكل أفراد أسرة الطفل المريض خاصة والديه من ناحية التكفل النفسي، والرعاية الاجتماعية.

- ضرورة إدراج العلاج الجماعي ضمن بروتوكول التكفل النفسي للمرضى الذين هم في حالة استشفاء وذويهم، لما لهذا النوع من العلاج من آثار إيجابية على المرضى من جهة، ولما يوفره من جهد ووقت على الأخصائي النفسي من جهة أخرى.

- إمكانية تعميم تطبيق البرنامج المقترح، الذي أثبتت فاعليته، في مصالح أخرى لها نفس الخاصية (وحدات مكافحة الأورام في مستشفيات أخرى)

- العمل على استحداث طرق جديدة للتكفل النفسي الجماعي، وذلك باستغلال وسائل التواصل الرقمية الحديثة (من خلال تطبيق زووم أو غيره)، وذلك للتخلص من مشكل توفير مكان خاص، وكذا مشكل جمع الأفراد في مكان واحد.

قائمة المراجع

المراجع

-المراجع باللغة العربية:

- ابن منظور، الفضل. (د س). *لسان العرب* (ج2). دار المعارف القاهرة.
- أبو عطية، سهام درويش. (2012). *مبادئ الإرشاد النفسي* (ط2). الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر.
- أوراغي، فوزية وأمينة ياسين. (01 06، 2018). *فاعلية برنامج إرشادي في التخفيف من مستوى الضغط النفسى لدى التلميذ المريض الماكث بالمستشفى وأمه المرافقة له. دراسات نفسية وتربوية، 1، 61-85.*
- بلميهوب، كلثوم. (2006). *الاستقرار الزوجي دراسة نفسية*. الجزائر: منشورات الحبر.
- بلوط، سمر عيسى. (2011). *التعمق في تجربة أمهات أطفال مرضى السرطان في فلسطين ومدى التوافق النفسي لديهن* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة بير الزيت.
- بن سالم، فرحان و العنزي، بن ربيع. (2009). *أساليب التفكير ومعايير اختيار الشريك وبعض المتغيرات الديمغرافية في تحقيق مستوى التوافق الزوجي لدى عينة من المجتمع السعودي* [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة أم القرى.
- بوفحص، عبد الكريم (2011). *أسس و مناهج البحث في علم النفس*. الجزائر : ديوان المطبوعات الجامعية.
- بومجان، نادية. (2016). *بناء برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدى الاستاذة الجامعية المتزوجة* [أطروحة دكتوراه]. جامعة بسكرة .
- جمال الليل، جعفر محمد. (2001). *المساعدة الإرشادية*. السعودية : دار الفنون.
- جودة، سهير. (2009). *رنامج إرشادي مقترح لتعزيز التوافق الزوجي عن طريق فنيات الحوار* [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الإسلامية بغزة.
- جورج، وجدان يوسف. (2012). *أعراض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال السرطان* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة الخرطوم، قسم علم النفس. السودان.
- حجازي، مصطفى. (2000). *الصحة النفسية: منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة*. الدار البيضاء، المغرب : المركز الثقافي العربي.
- حزين، صالح السيد. (2002). *فاعلية برنامج إرشادي في حل بعض المشكلات الزوجية* [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة القاهرة.

الحسن، مناسك.(2010). الأثر النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان بالمركز القومي للعلاج بالطلب النووي. [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة الأحفاد، الخرطوم السودان.

حسين، سلامة و طه، عبد العظيم .(2004). الإرشاد النفسي. عمان: دار الفكر.

حسين، عزة.(1998). برنامج إرشادي لمواجهة العدوانية لدى المراهقين الجانحين. القاهرة: معهد الدراسات العليا للطفولة.

حلمي، عبد العزيز صلاح. (2011). التأثير النفسي والاجتماعي لأسر الأطفال ممن لديهم متلازمة داون. البحرين: الجمعية البحرينية لمتلازمة داون.

حلوش، مصطفى.(2020). دور التواصل الزوجي في تحقيق التوافق الزوجي ومعالجة المشكلات الأسرية. المجلة المغاربية للدراسات التاريخية والاجتماعية جامعة سيدي بلعباس، 12(01)، 79-100.

حمدي، نزيه و داوود، نسيمه. (2005). الارشاد الاسري لذوي الاحتياجات الخاصة. سلطنة عمان: ندوة وطنية.

الحنفي، عبد المنعم. (1994). موسوعة مدارس علم النفس. القاهرة: مكتبة مدبولي.

الحويلة، أمثال هادي.(2009). القلق والاسترخاء العضلي - المفاهيم والنظريات والعلاج. القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

خضر، أحمد إبراهيم(2013). إعداد البحوث و الرسائل العلمية من الفكرة حتى الخاتم. القاهرة: مطبوعات جامعة الأزهر.

الخطيب، صالح أحمد. (2013). الإرشاد في المدرسة أسسه و تطبيقاته. دار المسيرة.

الخنيني، منى بنت عبد العزيز. (2020). أنماط التواصل الزوجي وعلاقته بإدارة ضغوط الحياة كما تدركه الزوجة العاملة. مجلة آداب ذي قار. (33)، 50-95. <http://jart.utq.edu.iq/index.php/main/issue/view/43>

الخولي، سناء. (2006). الأسرة والحياة العائلي. بيروت: دار المعارف الجامعية.

خوجة، عبد الفتاح. (2012). برامج الإرشاد والعلاج الجماعي. عمان: دار البداية ناشرون وموزعون.

الدعدي، غزلان.(2009). الضغوط النفسية والتوافق الأسري والزواجي لدى أمهات وآباء الأطفال المعاقين [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة أم القرى،.

رزق الله، رفيدة مهدي و فرح، علي أحمد فرح. (2016أ). الضغوط النفسية لدى أمهات الاطفال المصابين بالسرطان. مجلة العلوم التربوية 17(03).1-11. <http://Scientific-journal.sustech.edu/>

رزق الله، رفيدة مهدي و فرح، علي أحمد فرح. (2016ب). فاعلية برنامج إرشاد جمعي لخفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان. مجلة العلوم التربوية، 17(04).1-15

- رشاد، علي موسى والدسوقي، مديحة منصور . (2013). *علم النفس العلاجي*. القاهرة: عالم الكتب.
- الرشيدي، هارون. (1999). *الضغوط النفسية (طبيعتها، نظرياتها، برنامج لمساعدة الذات في علاجها)*. القاهرة: المكتبة الأنجلو المصرية.
- الزرد، فيصل. (1984). *الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية*. بيروت: دار القلم.
- زغول، رافع النصير و زغول، عماد عبد الرحيم. (2003). *علم النفس المعرفي*. الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- زهران، حامد. (2002). *التوجيه والإرشاد النفسي (ط3)*. القاهرة: عالم الكتب.
- زيدان حمدي. (2000). *مدى فعالية برنامج إرشادي في التخفيف من حدة القلق لدى أسر الأطفال المصابين بالسرطان*. القاهرة: جامعة عين شمس.
- سفيان، نبيل صالح. (2004). *المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي*. القاهرة: إيتراك للنشر والتوزيع.
- سليمان، سناء محمد. (2005). *التوافق الزوجي واستقرار الأسرة من منظور إسلامي نفسي اجتماعي*. القاهرة: عالم الكتب.
- السهيلي، عبد الله. (1011). *أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من المرضى المترددين على المستشفى الطب النفسي [أطروحة دكتوراه غيرمنشورة]*. جامعة أم القرى المملكة العربية السعودية.
- سيد سليمان، عبد الرحمان. (2007). *معجم مصطلحات الاضطرابات السلوكية*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- الشاذلي، عبد الحميد محمد. (2001). *التوافق النفسي للمسنين*. مصر: المكتبة الجامعية.
- شروخ، صلاح الدين. (2003). *منهجية البحث العلمي للجامعيين*. الجزائر، عنابة: دار العلوم للنشر والتوزيع .
- شكير، زينب. (1998). *مقياس مواقف الحياة الضاغطة*. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- الشناوي، محمد وعبد الرحمن، محمد. (1994). *المساندة الاجتماعية والصحة النفسية: مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية*. القاهرة: المكتبة الأنجلو المصرية.
- الشويكي، نايفة حمدان وحمدى، نزيه. (2008). *فاعلية برنامج لتدريب الوالدين على مهارات الاتصال في خفض الضغوطات النفسية وتحسين مستوى التكيف لدى الآباء وأبنائهم*. مجلة البصائر، 12(01).
- الشويكي نايفة حمدان والصريرة، خالد شاكرا. (2010). *فاعلية برنامجي الوقاية من التوتر وحل المشكلات خفض الضغوطات النفسية وتحسين التكيف لدى أسر الأطفال المعاقين*. مؤتة للبحوث والدراسات سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 25(02)، 155-184.

الشويخ، هناء أحمد. (2007). أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية. مصر الجديدة: إيتراك للنشر والتوزيع

صبرة، محمد علي وأشرف، محمد عبد الغني. (2005). الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق. مصر: دار المعرفة الجامعية.

الطلاح، عبد الرؤوف. (2002). الضغوط النفسية وعلاقتها بالأمراض السيكوسوماتية لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين من السجون الإسرائيلية [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة عين شمس، القاهرة.

طه، عبد العظيم حسين و سلامة، حسين. (2006). إستراتيجية مواجهة الضغوط التربوية والنفسية. عمان: در الفكر.

العاسمي، رياض نايل. (2009). برنامج الإرشاد النفسي. دمشق: منشورات كلية التربية جامعة دمشق.

عبد الرحمن، محمد. (1999). علم الاضطرابات النفسية والعقلية (م2). القاهرة: دار قباء.

عبد القادر، نادية إبراهيم. (2002). فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم. مصر: جامعة عين الشمس.

عبد المعطي، حسن مصطفى. (2006). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

عبد النبي، حنفي علي. (2007). الإرشاد الأسري وتطبيقاته في مجال التربية الخاصة. القاهرة: المكتبة الأنجلوالمصرية.

عسكر، علي. (1998). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها. الكويت: دار الكتاب الحديث.

عشوي، مصطفى. (1999). مدخل إلى علم النفس. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

العزيزة، سعيد حسني. (2000). الإرشاد الأسري (نظرياته وأساليبه العلاجية). الأردن: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.

علاء الدين، جهاد وعز الدين، عبد الرحمن. (2011). فعالية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 7 (4)، 371-397.

علي، علي. (1997). المساندة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات. مجلة الدراسات النفسية، 7 (02). رابطة الأخصائيين المصريين النفسيين.

العنزي، أمل سليمان. (2010). أساليب مواجهة الضغوط عند الصغيرات والمصابات بالاضطرابات النفسجسدية [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة الملك سعود.

غيث، سعاد.م، المصري أناس.ر، و ميزاغوابيان، آني.أ. (2011). فاعلية برنامج تدريبي معرفي-سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالقليلة السحائية. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، 7(4)، 303-325.

فرج، ظريف شوقي. (1998). *توطيد الذات، مدخل لتنمية الكفاءة الشخصية*. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
القواسمي، هالة عبد الحليم. (1995). *علاقة بين التوافق الزوجي والأفكار اللاعقلانية لدى مجموعة من معلمي ومعلمات المدارس الحكومية في مدينة أربد* [رسالة ماجستير غير منشورة] جامعة اليرموك، إربد.
كامل، سهير أحمد. (2000). *التوجيه والإرشاد النفسي*. مصر: مركز الاسكندرية للكتاب.

كفاي، علاء الدين وجابر، عبد الحميد. (1999). *معجم علم النفس والطب النفسي*. القاهرة: دار النهضة العربية.
ماثيو، ماكايو مارتا ديفيز وباتريك، فانيونغ. (2010). *الأفكار و المشاعر المسيطرة على حالتك المزاجية و على حياتك: دليل عملي لتقنيات العلاج السلوكي* (ترجمة سليمان الغديان). الرياض: مكتبة جرير. (نشرت النسخة الأصلية في 2007)

الطاهر، محمد. (2004). *التدين في العلاقة الزوجية والتوافق الزوجي*. مجلة دراسات في علم النفس، 14(01).
غلاب، محمود عبد الرحيم. (2002). *العلاقة بين ضغوط العمل وكل من الرضا الزوجي و القلق والاكتئاب لدى عينة من الأزواج والزوجات*. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، 15(1)، 242-297.

مدور، مليكة. (2005). *وجهة الضبط وعلاقتها بأنماط التفكير* [مذكرة ماجستير]. جامعة باتنة.
مرسي، كمال ابراهيم. (1995). *العلاقة الزوجية والصحة النفسية في الإسلام وعلم النفس*. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

مريم، رجاء. (2006). *فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات ادارة الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض* [أطروحة دكتوراه غير منشورة] جامعة دمشق.

مظلوم، محمد. (2009). *فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى الأمهات وأثر ذلك على توافق أطفالها* ضعاف السمع [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الزقازيق مصر.

المصري، ابراهيم سليمان. (2011). *الإرشاد النفسي أسسه وتطبيقاته*. الأردن: عالم الكتب الحديث.
مقاتلي، جويده. (2008). *تصور مرافقة الطفل المصاب بالسرطان لدى الفرقة المعالجة بمستشفى باب الواد* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة الجزائر 2.

مقدادي، يوسف فرحان. (2008). فعالية برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من الطلبة. *مجلة جامعة القرى للعلوم التربوية النفسية*، 20(02).

ملحم، نسرین نبیه. (2014). فعالية برنامج تدريبي قائم على تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة دمشق.

منصوري، زواوي. (2017). مقياس التوافق الزوجي. *مجلة آفاق فكرية* (06). 214-226.

ناصری، وردة. (2017). علاقة الضغط النفسي بالتوافق الزوجي لدى والدي الطفل المريض بالسرطان. *مجلة دراسات نفسية وتربوية*، (19)، 34-51. www.asjp.cerist/en/submission/:117

ولد محي الدين، سعاد. (2011). فعالية برنامج إرشادي أسرى لتعديل مهارات التواصل لدى الزوجات دراسة ميدانية بمدينة المسيلة. *مجلة الجامع في الدراسات النفسية والتربوية*، 6(2)، 467-433.

الوكيل، سيد أحمد محمد و عياد، أحمد عبد الفتاح. (2013). بعض فنيات الارشاد النفس التكاملية وأثرها في خفض حدة الضغوط النفسية وتحسين مستني التوافق ي والاجتماعي لدي عينة من آباء وأمهات الاطفال المعاقين ذهنيا. *مجلة كلية الآداب*، (52)، 1460-1358.

يوسفی، حدة .. (2012). فعالية برنامج ارشادي معرفي سلوكي في تنمية المتغيرات الواقية من الضغوط النفسية [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة باتنة

-المرجع باللغة الأجنبية-

Abidin, R.F., & Austin, W.G. (2006). The Parenting Stress Index. In R. P. Archer (Ed.), *Forensic uses of clinical assessment instruments. Lawrence Erlbaum Associates Publishers*. 297-328.

Alayia, Z., Ahmadi, G.T., & Zad Khamen .A.B.(2011). Relation between communication skills and marital-adaptability among university students. *Procedia-Social and skills and marital-adaptability Behavioral Sciences*(30), 1959-1963. <http://doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.380>.

Anderson, B. (1989). Health Psychology's Contribution to Addressing the Cancer Problem Update on Accomplishments. *Health Psychology*8(6), 683-703.

<https://doi.org/10.1037/0278-6133.8.6.683>

Ang, P., & Tay, K. (n.d.). *Expert knowledge means better care for cancer*.

<https://oncocare.sg/en/blogs/carcinoma-sarcoma-myeloma-lymphoma-and-leukemia-what-cancer-is-that/>

- Aps.dz.(2022, 02 14). Retrieved from <https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/121246-2022-02-14-12-28-44#>
- Arthur, M., Nezu, C., & D’Zurilla, T. (2013). *Problem-Solving Therapy ,A Treatment Manual*. New York: Springer Publishing Company.
- Atout , M., Alrimawi, I., Mayada , A., & Daibes, C. (2021). The lived experience of family members who care for children with cancer: An interpretative phenomenological approach Abusalameh. *European Journal of Oncology Nursing*(52). <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101978>
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy, Basics and Beyond*. Guilford Press.
- Bryant, R. (2003). Managing Side Effects of Childhood Cancer treatment. *Journal of Pediatric Nursing*(18),113-125.
- Burleson, B., & Denton, W.H. (1997). The Relationship Between communication Skill and Marital Satisfaction: Some Moderating Effects. *Journal of Marriage & Family*, 59(4), 884-903.
- American Cancer Society .(2022). *cancer-in-children*. <https://www.cancer.org/cancer/cancer-in-children/types-of-childhood-cancers.htm>
- Chelf, J., & Deshler, A. (2000). Storytelling: A Strategy for living and coping with cancer . *Cancer Nursing*, 23(01), 1- 5.
- Christensen,A., & Shenk, J. (1991). Communication, Conflict, and Psychological Distance in Nondistressed, Clinic, and Divorcing Couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*(59), 458-463.
- Coughtrey, A., Millington, A., Bennett, S., Christie, D., Hough, R., Mareina, T., Constantinou M., & Sharfan, R. (2018, March). The Effectiveness of Psychosocial Interventions for Psychological Outcomes in Pediatric Oncology .ASystematic Review. *Journal of pain and symptom Management*, 55(03),1004.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.09.022>
- CPMC. (2003). *communication sur l’accompagnement en fin de vie l’enfant cancéreux*. Alger: Centre Pierre et Marie Curie (CHU) .
- Creswell, PD., Wisk LE., Litzelman K., Allchin A., & Witt,WP. (2014). Parental depressive symptoms and childhood cancer: the importance of financial difficulties. *Support Care Cancer*, 2(22), 503-511. [Doi: 10.1007/s00520-013-2003-4](https://doi.org/10.1007/s00520-013-2003-4). Epub 2013 Oct 8. PMID: 24101152; PMCID: PMC3947298
- D’Zurilla, T., & Nezu, A. (1982). Social Problem Solving in Adults. Dans P. Kendall, *Advances in Cognitive-Behavioral Research and Therapy* (pp. 201-274). New York: Academic Press.
- Eriko, I., & Tadaka, E. (2021). Effectiveness of the Online Daily Diary (ONDIARY) program

- on family caregivers of advanced cancer patients: A home-based palliative care trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*(46),1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101508>
- Erin, M. R., Madeleine, J.Dunn., Zukerman.,T., Vannatta, B. K., Gerhardt, C. A., & Compas, B.E. (2012). Cancer-Related Sources of Stress for Children With Cancer and Their Parents . *Journal of Pediatric Psychology*, 37(2), 185-197. [doi:10.1093/jpepsy/jsr054](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsr054)
- Ernst, J., Beierlein, V., Romer, G., Möller, B., Koch, U., & Bergelt, C. (2013). Use and need for psychosocial support in cancer patients: a population-based sample of patients with minor children. *Cancer*,119(12), 2333-41. [doi:10.1002/cncr.28021](https://doi.org/10.1002/cncr.28021)
- Eyre, R., Feltbower, E., Mubwandarikwa, T., Eden., & McNally, R. (2009). Epidemiology of bone tumours in children and young adults. *Journal Pediatric Blood and Cancer* 53(06), 941-953.
- Fernanda Daniela, D. S., Guiradello, E.B., & Kurashima, A. Y. (2013). Stress related to care: the impact of childhood cancer on the lives of parents.: Pediatric Inventory for Parents - Brazilian version, which assesses stress levels, and State-Trait Anxiety Inventory, for the measurement of anxiety. (R. Preto, Ed.) *Enfermagem*, 21(1). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000100010>
- Fladeboe, K.,Gurtovenko, K., Keim, M., Kawarmura, J., King, K.M., Friedman, D.L., Compas, BE., Breiger, D., Lengua, LJ., & Katz LF.(2018). Patterns of Spillover Between Marital Adjustment and Parent–Child Conflict During Pediatric Cancer Treatment. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(7), 769-778. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy011>
- Frederick, T., Altmaier, E., & Johnson, B. (2008). *Encyclopedia counseling –Changes and challenges for counseling in 21st Century* (Vol. 2). Los Angeles: ASGE Publication I.
- Gale, R. (2022). *Risk Factors for Cancer .MSD Manual Consumer Version*. <https://www.msmanuals.com/en-gb/home/cancer/overview-of-cancer/risk-factors-for-cancer>
- gco int. The Global Cancer Observatory. <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers.March2021>
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy. *A review of meta-analyses.Cognit Ther Res*,36(5),427-440. [doi:10.1007/s10608-012-9476-1](https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1)
- Hughes, J. (2006). *Teacher stress, teacher efficacy, and standardized testing, a study of New York City public school teachers. Fordham: ETD Collection for Fordham University*. <https://research.library.fordham.edu/dissertations/AAI3210270>
- Hung, J., Wu, Y.-H., & Yeh, C.-H. (2004, December). Comparing stress levels of parents of children with cancer and parents of children with physical disabilities. *Psycho-Oncology*, 13(12), 898-903.

- Jackson, D. (2012, December). Psychological distress in Mothers & Fathers of Children With Cancer: Posttraumatic Stress, Depression, and Anxiety Symptoms. *Journal of pediatric Psychology*, 37(10).
- Jahanshir, T., & Nejatianb, M. (2015). The Effectiveness of communication skills training on marital conflicts and its different aspects in women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*(171), 214-221.
- Johnson, D. (2000). *Reaching out, Interpersonal Effectiveness and Self- Actualization*. Boston: Allyn and Bacon.
- Kazak, A.E., Alderfer, M., Rourke, M.T., Simms, S., Streisand, R., & Grossman JR . (2004). Posttraumatic Stress Symptoms (PTSS) and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Families of Adolescent Childhood Cancer Survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(03), 211–219. [Doi: 10.1093/jpepsy/jsh022](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh022). PMID: 15131138
- Kazak, A., Boeving, A., Alderfer, M., Hwang , W.-T., & Reily, A. (2005). Post traumatic Stress Symptoms During Treatment in Parents of Children With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(30), 7405-7410.
- Kendra, C. (2022, August 10). *What Is Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ?* Retrieved from <https://www.verywellmind.com/our-editorial-process-4778006>
- Khosrobeigi, M., Hafezib, F.,Naderib, F .,Ehteshamzadehb, P. (2022). .Effectiveness of self-compassion training on hopelessness and resilience in parents of children with cancer. *Explore*(18), 357-361.
- Kleined, A.-K., Hallenslebena, N., Mehnerta, A., Honigb, C., & Ernsta, J. (n.d.). Psychological interventions targeting partners of cancer patients: A systematic review .Critical Reviews in Oncology / Hematology. *Journal homepage*(140),52-66.
- kuan, H. Y. (2008). *Identifying the needs of chinese family caregivers of children with cancer in hong kong*. hong kong: University hong kong.
- Lavi I., Fladeboe, K., King, K., Kawamura, J., Friedman, D., Compas, B., Breiger,D., Gurtovenko, K ., Lengua,L., & Fainsilber Katz,L. (2018, February 06). Stress and marital adjustment in families of children with cancer. *Psycho-Oncology*, 27(4), 1244-1250. [Doi: 10.1002/pon.4661](https://doi.org/10.1002/pon.4661)
- Lone, R., Morten, P., Anaa, J., Lousi, L., & Morgens, G. (2013). cancer patients' evaluation of communication: a report from the population -based study 'The Cancer Patient's World'. *Supportive Care in Cancer*, 21(1), 235-244.
- Masa'Deh, R., Collier, J., Hall, C., & Alhalaiqa, F. (2013, 8 18). Predictors of Stress of Parents of a Child with Cancer: A Jordanian Perspective. *Global Journal oh Health Science*, 5(6), 81-99. <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v5n6p81>

- Michel, G., Brinkman, T., Wakefield, C., & Grootenhuis, M. (2020, 07 05). Psychological Outcomes, Health-Related Quality of Life, and Neurocognitive Functioning in Survivors of Childhood Cancer and Their Parents... Survivors of Childhood Cancer and Their Parents. (E. Inc, Ed.) *Pediatric Clin*(67),1103-1134.
<http://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.07.005> pediatric.theclinics.com
- Muglia-Wechsler, M., Bragado-Alvarez, C., & Hernandez-Lloreda, M. (2014, January). Effectiveness of psychological interventions intended to promote adjustment of children with cancer and their parents: an overview., *anales de psicologia*, 30(1), 93-103.
[DOI: 10.6018/analesps.30.1.149161](https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.149161)
- MSD. (2022). *Overview of Pediatric Cancer*. <https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/pediatric-cancers/overview-of-pediatric-cancer>
- Nelson, W., & Levant, R. (1991). An Evaluation of A Skills Training Program for Parents in Stepfamilies. *Family Relation*, 40,, 291-296.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., & Geller, P.A. (2003). *Handbook of psychology* (Vol. 9). New Jersey: John Wiley and sons inc.
- Oppeinheim, D. (2003). *Grandir avec un cancer (l'expérience vécu par l'enfant et l'adolescent)*. Bruxelles: Edition de Boeckè-université.
- Oppenheim, D. (1996). *l'enfant et le cancer (la traversée d'un exil)*. Bruxelles: Edition de Boeck-université.
- Oscar , B., Hughes, D., & Chesler, M. A. (1985, May). Stress, Coping, and Marital Functioning among Parents of Children with Cancer. *Journal of Marriage and family*, 47(2),473-480. [DOI: 10.2307/352146](https://doi.org/10.2307/352146)
- Pai, A. L., Drotar, D., Zebracki, K., Moore, M., & Youngstrom, E. (2006). Meta-Analysis of the Effects of Psychological Interventions in Pediatric Oncology on Outcomes of Psychological Distress and Adjustment. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(9), 978-988. [Doi: 10.1093/jpepsy/isi109](https://doi.org/10.1093/jpepsy/isi109)
- Pang, X., Jin, Y., & Wang, H. (2022). Effectiveness and moderators of cancer patient-caregiver dyad interventions in improving psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Oncology Nursing*, 100-104.
<https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.100104>
- Pientrangelo, A., & Legg, J. (2019, December 12). *CBT Techniques for Better Mental Health*. Retrieved from <https://www.healthline.com/health/cbt-techniques>
- Servant, D. (2007). *Gestion du stress et de l'anxiété*. Masson SAS. .
- Silva-Rodrigues, F.M., Pan, R., Paccuilio Sposito, A..M., Alvarenga, W., & Nascimento, L. (2016). Childhood cancer: Impact on parents' marital dynamics. *European Journal of Oncology Nursing*(23),34-42.

- Sloper, P. (2000). Predictors of Distress in Parents of Children With Cancer : A Prospective Study. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(2), 79-91.
- Van Schoorsa, M., De Mol, J., Verhofstada, L., Gouberta, L., & Van Parysc, H. (2020). The family practice of support-giving after a pediatric cancer diagnosis: A multi-family member interview analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 44, 1-7.
- VanBroeck, N., & Van Rillaer, J. (2012). *L'accompagnement psychologique des enfants malades*. Paris: Odile, Jacob.
- Vrijmoet-Wiersma, C., Van Klink, J., Kolk, A., Koopman, H., Ball, L., & Egeler, R. (2008). Assessment of Parental Psychological Stress in Pediatric Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(7), 694-706.
- Vassal, G., Valteau-Couanet, D., Brugières, L et Grill, J. (2009). Prise en charge de l'enfant en Oncologie pédiatrique. *santé log – Petite Enfance* ,6, 1-20. www.santelog.com/id0630
- World Health Organisation[WHO]. (2022, March).

الملاحق

ملحق رقم 1:

مقياس الضغط النفسي الوالدي

رقم	الفقرات	كثيرا جدا	كثيرا	أحيانا	نادرا	إطلاقا
1	يتغير مزاجي بسرعة دون سبب ظاهر					
2	أصبحت أنقاسم المسؤوليات والصعوبات المرتبطة بمرض ابني مع الأسرة والأهل					
3	أعاني كثيراً من الصداع.					
4	كثيراً ما أتجنب اتخاذ أي قرار.					
5	أشعر بالوحدة والعزلة.					
6	أشعر بالإحباط وبخيبة الأمل في المستقبل بسبب مرض طفلي.					
7	طفلي(المريض) هو المصدر الرئيسي للتوتر في حياتي.					
8	أجد صعوبة في وضع واتخاذ الترتيبات اللازمة لرعاية طفلي المريض					
9	أشعر في كثير من الأوقات بالتعب والإعياء الشديدين.					
10	تسبب حالة طفلي (المريض) لي الإحراج.					
11	أتمنى لو أنني لست والد لطفل (المريض)					
12	وجود طفل مريض في أسرتي يزيد من المشاكل التي لا أستطيع حلها					
13	أجد صعوبة في التعامل مع الناس.					
14	كثيراً ما أشعر بتزايد في نبضات قلبي					
15	أبادل الاهتمامات ذات الصلة بطفلي مع الأصدقاء.					
16	أصبحت أغضب وأثور لأبسط الأسباب.					
17	أبحث عن المعلومات والمشورة من الأشخاص في الأسر الأخرى التي لديها طفل مريض بالسرطان.					
18	أشاور الأهل والأقارب في أموري					
19	نادراً ما أشعر بالاسترخاء التام.					
20	أشعر أن علاج ابني ميؤوسا منه.					
21	أبحث عن المعلومات والمشورة من طبيب العائلة.					
22	أشعر في كثير من الأوقات وكأن رأسي سينفجر.					
23	أشعر أن كثيراً من أمور حياتي خارجة عن نطاق سيطرتي.					
24	أبحث عن المساعدة من الجمعيات الخيرية التي تهتم بمساعدة الأسر التي تتعرض لوضع مماثل لحالة أسرتي.					
25	أعرف أسرتي بسير حالة طفلنا المريض بطريقة لا تثبط عزيمتهم.					
26	كثيراً ما ينتابني تصبب العرق بسبب حالة طفلي المصاب.					
27	أبحث عن الجانب المشرق من الأمور وأفكر في كل ما هو جيد.					
28	أشعر أنني بحاجة إلى معالج نفسي لمساعدتي.					

					أحس بأن أعصابي هادئة.	29
					تأخذ رعاية طفلي (المريض) مني وقتاً وجهداً كبيراً، ومع ذلك لا ألجأ لطلب المساعدة من أحد.	30
					دائماً أشارك الناس الآخرين في أفراحهم وأحزانهم.	31
					دائماً أشعر بعدم الارتياح.	32
					كثيراً ما أقلق وأخاف بشأن المستقبل.	33
					أشعر بالفشل في جسدي.	34
					أشعر باليأس.	35
					أشعر بأن الآخرين لا يهتمون بما أعاني منه.	36
					لدي شعور بأنني في حالة غريبة ولا أعرف ماذا أفعل.	37
					كثيراً ما أشعر بالارتخاء في أطرافي (أشعر بفشل في يدي ورجلي).	38
					أشعر بعدم التركيز فيما أقوم به من أعمال.	39
					أجد صعوبة في النوم ليلاً.	40

ملحق رقم 2:

مقياس التوافق الزوجي. لسبانيه

معظم الأزواج يعانون من خلافات في علاقاتهم، حاول (ي) من فضلك ن تشير (ي) إلى أي مدى تتفق (ين) أو تختلف (ين) مع زوجتك (زوجك)						
دائما نختلف	معظم الأوقات نختلف	كثيرا ما نختلف	أحيانا نتفق	معظم الوقت نتفق	دائما نتفق	درجة الاتفاق أو الاختلاف الأمر التي نتفق أو نختلف عليها
00	01	02	03	04	05	1- تسيير شؤون الأسرة
						2- كيفية قضاء أوقات الراحة
						3- الشؤون الدينية
						4- إظهار العاطفة (التعبير عن المشاعر)
						5- الأصدقاء
						6- العلاقات الجنسية
						7- الاتفاق حول مفهوم السلوك الصحيح
						8- فلسفة الحياة
						9- طريقة التعامل مع أهل الزوج (الزوجة)
						10- مدى الاتفاق حول الأهداف والأمر التي يعتقد أنها مهمة
						11- مدى الوقت الذي تقضيه مع بعض
						12- اتخاذ القرارات المهمة
						13- أشغال البيت
						14- أنشطة أوقات الفراغ
						15- قرارات العمل والمهنة
بدا	نادرا	أحيانا	عدة مرات	معظم الوقت	كل الوقت	
05	04	03	02	01	00	16- كم مرة فكرت أو تحدثت في الطلاق
05	04	03	02	01	00	17- كم مرة أنت أو زوجك تركت البيت بعد شجار بينكما
00	01	02	03	04	05	18- بشكل عام ما مدى اعتقادك أن الأمور بينك وبين زوجك هي في حالة جيدة
00	01	02	03	04	05	19- هل تبوح (تحكي وتقول) بكل شيء لزوجك
05	04	03	02	01	00	20- هل حدث لك أن ندمت على الزواج

05	04	03	02	01	00	21- إلى أي مدى تتشاجر أنت وزوجك
05	04	03	02	01	00	22- إلى أي حد يثير أحدهما أعصاب الآخر
	أبدا	نادرا	أحيانا	معظم الأيام	كل يوم	أشر إلى مدة حدوث الأمر التالي:
	00	01	02	03	04	23- هل تقبل زوجك (زوجتك)
	00	01	02	03	04	24- هل تقوم أنت وزوجك بنشاطات خارجية مع بعضكما
	بدا	نادرا	أحيانا	معظم الوقت	كل الوقت	ما مدى حدوث الأمور الآتية بينك وبين زوجك
00	01	02	03	04	05	25- تبادل الأفكار
						26- الضحك مع بعض
						27- مناقشة هادئة
						28- القيام بمشروع مع بعض
هناك بعض الأمور التي يتفق عليها الأزواج أحيانا ويختلفون أحيانا أخرى حولها، حدد إذا كان الأمرين التاليين قد سبب لكما الخلاف في الرأي في علاقتكما في الأسابيع القليلة الماضية						
		لا	نعم			
		00	01			29- أنا متعب كثيرا لممارسة الجنس
		00	01			30- عدم إظهار الحب
31- تمثل الأرقام التالية درجات مختلفة من السعادة في علاقتك مع زوجك، من فضلك أشر إلى الدرجة التي تعبر أكثر عن مدى سعادتك آخذا بعين الاعتبار كل الجوانب في علاقتك الزوجية						
		درجة الكمال	منتهى السعادة	سعيد جدا	سعيد	تعييس قليلا
		06	05	04	03	02 01 00
32- من فضلك ضع دائرة أمام واحدة من العبارات التي تصف شعورك بشكل أفضل حول مستقبل علاقتكما						
05	1-أريد جاها النجاج لعلاقتنا، وسأذهب إلى أبعد الحدود لكي يتحقق ذلك					
04	2-أرغب كثيرا لعلاقتنا أن تنجح، وسأبذل كل ما في وسعي لتحقيق ذلك					
03	3-أرغب كثيرا لعلاقتنا أن تنجح، وسأقوم بما علي كي يتحقق ذلك					
02	4-سيكون شيئا جميلا إذا نجحت علاقتنا، ولكن لا أستطيع أن أقوم بأكثر مما أقوم به حاليا كي تنجح					
01	5-سيكون شيئا جميلا إذا نجحت علاقتنا، ولكن أرفض أن أقوم بأكثر مما أقوم به حاليا كي احافظ على استمرارها					
00	6-علاقتنا لن تنجح أبدا وليس بالإمكان القيام بأكثر مما أقوم به للحفاظ على استمرارها					

ملحق رقم 3:

قائمة أسماء الأساتذة المحكمين:

الرقم	اسم الأستاذ	التخصص	الرتبة	الجامعة
1	بداد نادية	علم النفس العيادي	تأهيل جامعي	جامعة الجزائر 2
2	شريفة حليلة	علم النفس التربوي	أستاذ تعليم عالي	جامعة المسيلة.
3	زعرور لبنى	علوم التربية	أستاذ تعليم عالي	جامعة الجزائر 2
4	بن يردوح كوكب الزمان	علم النفس الاجتماعي	أستاذ تعليم عالي	جامعة أم البواقي
5	شلش نادية	علم النفس التربوي	أستاذ محاضر	جامعة قالمة
6	روينة سليمة	الارشاد والصحة النفسية	أستاذ محاضر	جامعة الجزائر 2
7	لولوش صليحة	علوم التربية	أستاذ محاضر	جامعة الجزائر 2
8	جازولي نادية	علوم التربية	أستاذ تعليم عالي	جامعة الجزائر 2
9	العقون كمال الدين	علوم التربية	أستاذ تعليم عالي	جامعة البلدية
10	كوسة فاطمة الزهراء	علم النفس الاجتماعي	أستاذ محاضر	جامعة البلدية
11	باشا ياسمين	علم النفس العيادي	أستاذ محاضر	جامعة الجزائر 2
12	بوشارب فوزية	علم النفس الاجتماعي	أستاذ محاضر	جامعة الجزائر 2

ملحق رقم 04:

مطوية الأبعاد النفسية للضغط النفسي

ضع درجة من 1-10 للإجابة المناسبة على كل فقرة

الدرجة: 1-10	الفقرات
	1 يتغير مزاجي بسرعة دون سبب ظاهر
	2 أشعر بالإحباط وبخيبة الأمل في المستقبل بسبب مرض طفلي.
	3 طفلي (المريض) هو المصدر الرئيسي للتوتر في حياتي.
	4 تسبب حالة طفلي (المريض) لي الإحراج.
	5 أتمنى لو أنني لست والد لطفل (المريض)
	6 أصبحت أغضب وأثور لأبسط الأسباب.
	7 أشعر أن كثيراً من أمور حياتي خارجة عن نطاق سيطرتي.
	8 دائماً أشعر بعدم الارتياح.
	9 كثيراً ما أقلق وأخاف بشأن المستقبل.
	10 أشعر باليأس.

ملحق رقم 05:

مطوية الأبعاد المعرفية للضغط النفسي

ضع درجة من 1-10 للإجابة المناسبة على كل فقرة

الدرجة: 1-10	الفقرات	
	كثيراً ما أتجنب اتخاذ أي قرار.	1
	أجد صعوبة في وضع واتخاذ الترتيبات اللازمة لرعاية طفلي المريض	2
	وجود طفل مريض في أسرتي يزيد من المشاكل التي لا أستطيع حلها	3
	أشعر أن علاج ابني ميؤوساً منه.	4
	أبحث عن المعلومات والمشورة من طبيب العائلة.	5
	لدي شعور بأنني في حالة غريبة ولا أعرف ماذا أفعل.	6
	أعرف أسرتي بسير حالة طفلنا المريض بطريقة لا تثبت عزيمتهم.	7
	أبحث عن الجانب المشرق من الأمور وأفكر في كل ما هو جيد.	8
	أشعر أنني بحاجة إلى معالج نفسي لمساعدتي.	9
	أشعر بعدم التركيز فيما أقوم به من أعمال.	10

ملحق رقم 06:
سجل الأفكار اللامنتطقية

أعادة تقييم المشاعر (100-0)	الأفكار البديلة ضع دائرة حول خطط العمل الممكن تطبيقها فعلا	النمط المحدد للتفكير	الأفكار التلقائية كيف كنت تفكر قبل وأثناء الشعور السلبى	المشاعر (ملخصة في كلمة واحدة) ضع درجة من 0-إلى 100	ذكر الموقف
					ماذا حدث؟
					متى حدث؟
					أين حدث؟
					مع من؟

(ماثيو وآخرون، 2010/2007، ص50)

ملحق رقم 07:

استمارة تحديد المشكلات

كبير	متوسط	قليل	لا يوجد	تحديد المشاكل	مجال المشكل
				-	الأوضاع الصحية
				-	
				-	الظروف المالية
				-	
				-	الأوضاع المعيشية
				-	
					ظروف العمل
					الظروف النفسية
					الترفيه
					العلاقات الاجتماعية
					العلاقات الأسرية

(ماتو، 2010، ص 195)

ملحق رقم 08:

مطوية الأبعاد الفيزيولوجية للضغط النفسي

ضع درجة من 1-10 للإجابة المناسبة على كل فقرة

الدرجة: 1-10	الفقرات	
	أعاني كثيراً من الصداع.	1
	أشعر في كثير من الأوقات بالتعب والإعياء الشديدين.	2
	كثيراً ما أشعر بتزايد في نبضات قلبي	3
	نادراً ما أشعر بالاسترخاء التام.	4
	أشعر في كثير من الأوقات وكأن رأسي سينفجر.	5
	كثيراً ما ينتابني تصبب العرق بسبب حالة طفلي المصاب.	6
	أحس بأن أعصابي هادئة.	7
	أشعر بالفشل في جسدي.	8
	كثيراً ما أشعر بالارتخاء في أطرافي (أشعر بفشل في يدي ورجلي).	9
	أجد صعوبة في النوم ليلاً.	10

ملحق رقم 09:

مطوية الأبعاد الاجتماعية للضغط النفسي

ضع درجة من 1-10 للإجابة المناسبة على كل فقرة

الدرجة: 1-10	الفقرات	
	أصبحت أتقاسم المسؤوليات والصعوبات المرتبطة بمرض ابني مع الأسرة والأهل	1
	أشعر بالوحدة والعزلة.	2
	أجد صعوبة في التعامل مع الناس.	3
	أبادل الاهتمامات ذات الصلة بطفلي مع الأصدقاء.	4
	أبحث عن المعلومات والمشورة من الأشخاص في الأسر الأخرى التي لديها طفل	5
	أشاور الأهل والأقارب في أموري	6
	أبحث عن المساعدة من الجمعيات الخيرية التي تهتم بمساعدة الأسر	7
	تأخذ رعاية طفلي (المريض) مني وقتاً وجهداً كبيراً، ومع ذلك لا ألجأ لطلب المساعدة	8
	دائماً أشارك الناس الآخرين في أفراحهم وأحزانهم.	9
	أشعر بأن الآخرين لا يهتمون بما أعاني منه.	10