



◆ إصدارات مئوية الدولة الأردنية 2021 ◆

## د. مي أحمد مهيدات

برنامج الدعم والتأهيل المُقدم للمرأة الأردنية  
بعد مرور مئة عام على تأسيس الدولة الأردنية

« الأرامل أنموذجاً »



**برنامج الدعم والتأهيل  
المقدم للمرأة الأردنية بعد مرور مئة عام  
على تأسيس الدولة الأردنية**

«الأراامل أنموذجًا»

• برنامج الدعم والتأهيل المُقدم للمرأة الأردنية  
بعد مرور مئة عام على تأسيس الدولة الأردنية «الأرامل أنموذجاً»  
دراسات

• المؤلف: د. مي أحمد مهيديت  
• الناشر: وزارة الثقافة

عمان - الأردن  
شارع وصفي التل  
ص . ب 6140 - عمّان  
تلفون : 5699054/5696218  
فاكس : 5696598

بريد إلكتروني: info@culture.gov.jo

رقم الإيداع لدى دائرة  
المكتبة الوطنية  
٢٠٢١ / ٧ / ٣٦٩٣

٣٦٢, ٨٣ المهيديت، مي أحمد علي برنامج الدعم والتأهيل المُقدم للمرأة الأردنية/ د. مي أحمد علي المهيديت - عمان: وزارة الثقافة، ٢٠٢١. ص (٢٨٩) ر.أ. ٢٠٢٠ / ٢ / ٣٦٩٣ الواصفات: / المرأة // برامج الدعم // الخدمات الاجتماعية // الأردن / ❖ يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى
--

• الإخراج الفني: نسرين العجو.

رقم الردمك (4- 652 - 94 - 9957 - 978)

• جميع الحقوق محفوظة للناشر: لا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو أي جزء منه أو تخزينه في نطاق استعادة المعلومات أو نقله بأي شكل من الأشكال، دون إذن خطي مسبق من الناشر.

• All rights reserved. No part of this book may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means without the prior written permission of the publisher.

دراسات

د. مي أحمد مهيدات

**برنامج الدعم والتأهيل  
المُقدم للمرأة الأردنية بعد مرور مئة عام  
على تأسيس الدولة الأردنية  
«الأراامل أنموذجًا»**

2020



## المحتوى

7	تمهيد
15	الفصل الأول: واقع النساء الأرامل في الأردن
85	الفصل الثاني: الدراسات العلمية ذات الصلة بالنساء الأرامل
	الفصل الثالث: الطرق والإجراءات المستخدمة في برنامج الدعم والتأهيل للنساء الأرامل في الأردن
99	
133	الفصل الرابع: نتائج برنامج الدعم والتأهيل المستخدم مع النساء الأرامل في الأردن
	الفصل الخامس: النتائج والتوصيات التي تم الوصول إليها بعد دراسة النساء الأرامل في الأردن ومناقشتها
153	
164	- النتائج (التوصيات)
167	- قائمة المراجع
187	- الملاحق



## تهيّد

تبوأت المرأة مكانة مرموقة منذ مجيء الإسلام والذي أنقذها بتعاليمه السمحة والإنسانية من جميع أشكال الظلم والاستبداد الذي لحق بها، فأعاد لها إنسانيتها وكرامتها التي أكرمها الله فيها لتسهم في إعمار الكون إلى جانب نصفها الآخر وهو الرجل.

وفي الأردن انتهج الهاشميون نهج جدهم الرسول المصطفى، فمنذ تأسيس الدولة الأردنية على يد المغفور له الملك عبد الله الأول ابن الحسين طيب الله ثراه، وحتى يومنا هذا مُنحت المرأة مكانتها الملائمة لها في المجتمع، وتبوأت العديد من المواقع الهامة؛ فهي الوزيرة والمحامية والطبيبة والمعلمة، وعضو في البرلمان الأردني وغيرها الكثير من المناصب التي تشغلها المرأة الأردنية، ولم يكن هذا لولا اهتمام الهاشميون بها؛ من خلال تضمين هذا الاهتمام لنصوص الدستور الأردني، حيث كفل الدستور في مادته السادسة والثانية والعشرين حق المرأة في العمل والتعليم ضمن حدود إمكانياتها، كما ضمن حق المواطن رجلاً كان أم امرأة في تولي المناصب العامة، وقد أكد ذلك الميثاق الوطني الأول بضرورة المساواة بين الرجل والمرأة، وعدم التمييز بينهما في الحقوق والواجبات، كما أكد على أن المرأة شريكة الرجل في تنمية وتطوير المجتمع، وقد تمكنت المرأة الأردنية في عهد الملك عبد الله الثاني من تحقيق ذاتها؛ من خلال سلسلة من التحولات الإيجابية التي تتعلق بمصالحها، بالإضافة إلى سن العديد من التعديلات الدستورية الإيجابية، والتي تخص قضايا التعليم والحماية الاجتماعية والصحة والأسرة والقضاء.

يعيش الأردنيون منذ تأسيس الدولة الأردنية، وحتى اليوم في مجتمع يتميز بالترابط والتكاتف بين أفراده، ويقوم على مبادئ وضعها الهاشميون لرعاية أفرادهم، ونشر العدالة بينهم، وإحساسهم بالمسؤولية تجاه بعضهم البعض تحت مظلة التكافل الاجتماعي،



فمنذ اليوم الأول لتولي جلالة الملك عبد الله الثاني سلطاته الدستورية، وضع نصب عينيه الأسرة الأردنية وسُبل تطويرها وتقدمها، ففي جميع المحافل الدولية كانت الأسرة الأردنية والإنسان الأردني والمرأة الأردنية محور حديث جلالته، وهذا نهج الهاشميين جميعاً منذ تأسيس الدولة الأردنية، فخلال العقود الماضية، شهد الأردن نقلة نوعية في مجال تعليم الإناث، لا بل أصبح حق مكتسب للإناث في الدولة الأردنية؛ كونه واحداً من أبرز الحقوق الاجتماعية التي تُناطُ بالمرأة، واليوم وبعد مرور مئة عام على تأسيس الدولة الأردنية، فإنّ الأردن يباهي العالم بإنجازات المرأة الأردنية، ونجاحها المميز في مختلف المواقع والمناصب التي تشغلها، في ظل القيادة الهاشمية المظفرة، فالاعتزاز بمئوية تأسيس الدولة الأردنية؛ هو اعتزاز بنجاح وتطور المرأة الأردنية.

تشكل المرأة الأردنية جزءاً لا يتجزأ من أركان الدولة الأردنية الشامخة ونهوضها، حيث تُبرز العقود الماضية سعي الهاشميين لتأسيس كيان الدولة الأردنية وتحديداً في الحادي عشر من نيسان عام (1921)، هذا التاريخ الذي تأسست فيه المملكة الأردنية الهاشمية على يد الملك المؤسس عبد الله الأول ابن الحسين - طيب الله ثراه - وسار الهاشميون على درب الملك المؤسس، فتمكنوا من تحقيق النهضة الشاملة والمستدامة في جميع القطاعات، وكان للمرأة الأردنية الحظ الأوفر من الاهتمام والرعاية الهاشمية، فبفضل الرؤى الهاشمية الحكيمة؛ تحققت للمرأة الأردنية قفزات يُشار إليها بالبنان، من حيث نيل الحقوق وتحسين مستوى المعيشة، والسعي المستمر لتمكين المرأة؛ لتصبح قادرة على القيام بمهامها للمشاركة في إعلاء الصروح الأردنية.

وفي ظل هذه الرعاية المميزة للمرأة الأردنية من الهاشميين، إلا أنها تواجه بعض الصعوبات التي تتعلق بقضايا النوع الاجتماعي، وعلى الرغم من توجيهات المسؤولين في مراكز صنع القرار، وتوصياتهم بضرورة إزالة جميع العقبات المتعلقة بقضايا النوع الاجتماعي، إلا أن هنالك سبع قضايا للنوع الاجتماعي، ذات الصلة بالثغرات البرمجية المتعلقة بالمرأة وهي: (USAID, 2010)

1. الإطار القانوني القائم على التمييز.

2. الوضع القانوني للمرأة كقاصر.

3. العنف المبني على النوع الاجتماعي.
4. محدودية الوصول إلى الخدمات واللجوء إلى العدالة.
5. عدم وجود البيئة الملائمة للتمكين.
6. الانطباعات السلبية حول قضايا النوع الاجتماعي.
7. ضعف تمثيل المرأة في مواقع صنع القرار.
8. ضعف التمكين الاقتصادي والمشاركة الاقتصادية للمرأة.
9. تداخل موضوعات عدم المساواة بين الجنسين مع أشكال أخرى المساواة.

وخلال مسيرة المرأة الأردنية وسعيها الدؤوب للنهوض بأسرتها، فإنها قد تواجه بعض الصعوبات التي تأتي بنتائج سلبية على الأسرة الأردنية، ومن أبرز هذه الصعوبات مشكلة فقدان الزوج (الترمل)، والذي يُعتبر واحداً من أصعب الخبرات التي تعيشها الأسرة الأردنية.

وفي الأردن، فإن الأسرة الأردنية هي اللبنة الأساسية لقيام المجتمع الأردني، وحيث أن الأسرة تتكون من الزوج والزوجة والأبناء؛ فإن بعض هذه الأسر قد تتعرض للتعكك الاجتماعي لعدة أسباب، والتي من أبرزها وفاة أحد الزوجين، فتجد المرأة نفسها قد أصبحت أرملته تُناط بها مسؤوليات أسرية جمّة، كان يقوم بها الزوج قبل وفاته، مما يولد لديها العديد من الضغوط وما يرافقه من تردي الأوضاع المعيشية لها ولأسرتها، لذا فقد أدركت الدولة الأردنية مبكراً ضرورة رعاية النساء الأرمال، وأهميّة توفير العديد من المعونات والخدمات، من خلال برامج رعاية النساء الأرمال، وأسر الأطفال الأيتام؛ من مأكّل ومشرب وملبس ورعاية صحية وتعليمية، وتعاقد الجهود لتتكامل مع وجود الجمعيات الخيرية، التي تسعى إلى حشد الموارد المالية المحلية وتنمية قدرة الإنسان؛ للتعامل مع المشكلات التي تعاني منها بعد وفاة الزوج، هذا وتقوم الدولة الأردنية بتقديم الدعم والرعاية للبرامج الاقتصادية والاجتماعية والتنمية والتوعوية، من خلال الالتزام ببرنامج المعونات المالية وتشجيعها على إقامة المشاريع الاقتصادية، وتوفير أخصائيين نفسيين واجتماعيين؛ من أجل مساعدة المرأة الأرملة على التعامل

مع المشكلات التي تواجهها في فترة رعايتها لأبنائها، وتنمية قدراتها الذاتية، وتقديم محاضرات وندوات تعريفية لكل طارئ، وكذلك للمشكلات المتعلقة بالأرامل وأسرهن، بالإضافة إلى استعانة هذه الجمعيات والمراكز بالخبراء من ذوي الاختصاص في عدة مجالات، وترى الباحثة أن على الحكومات الأردنية واجباً في ضرورة تأمين الرعاية الصحية المناسبة، وتوفير البيئة المناسبة للعيش الكريم، والعمل المناسب للنساء الأرامل، وتوفير البيئة الملائمة الحاضنة التي تخلو من العنف وسوء المعاملة، ولا بد من أن تتصدر احتياجاتهن أولويات صنّاع القرار، وأن تتصدر قوائم الرعاية المجتمعية.

أكد أبو أسعد والختاتنة (2011) على أن موت أحد الشريكين، سيؤدي إلى تغير في الدور الاجتماعي للشريك الباقي على قيد الحياة، إلا أن الدور الجديد للأرملة، يُعد أكثر صعوبة في مجال التوافق سيكولوجياً واجتماعياً؛ إذا ما قورن بدور الرجل الأرملة. ومنذ تأسيس وقيام الدولة الأردنية، وحتى يومنا هذا، هنالك تقدم مستمر ودائم من الحكومات الأردنية؛ من أجل كفالة حقوق النساء الأرامل، وضمان حصولهن على حقوقهن المشروعة في الموارد والمعاشات التقاعدية والحماية الاجتماعية، وتوفير العمل الكريم والأجر المناسب، بالإضافة إلى توفير فرص التعليم والتدريب؛ من أجل تمكين المرأة الأرملة من إعالة نفسها وعائلتها والتخفيف من ظروف الفقر.

إن المرأة المعيلة لأسرتها نتيجة وفاة الزوج، تُعتبر أكثر عرضة من الإناث الأخريات للانخراط في سوق العمل؛ من أجل توفير العيش الكريم لها ولأطفالها، وعملت الدولة الأردنية بمختلف مؤسساتها وقطاعاتها، على رعاية فئة الأرامل ضمن الإمكانيات المتاحة، وشجعت المراكز والجهات الخيرية على تقديم كافة الخدمات والمساعدات لهن؛ من أجل تذليل الصعاب التي تواجهها المرأة الأرملة.

ومن أجل دراسة واقع النساء الأرامل بشكل مفصل وواقعي؛ قامت الباحثة بالتواصل مع مركز الوسطية للخدمات المجتمعية، وهو مركز يُعنى بتقديم خدمات الرعاية للنساء الأرامل ولأطفالهن الأيتام وللأسر الفقيرة في لواء الوسطية؛ أحد ألوية محافظة إربد، وهو يتبع لجمعية المركز الإسلامي ومقره في منطقة قميم في لواء الوسطية، وقد تبين أن وزارة التنمية الاجتماعية وصندوق المعونة الوطنية والعديد من الجهات

الخيرية المانحة، وتوجيهات ملكية سامية، يعملون جميعاً لتقديم أفضل أنواع الرعاية والمتابعة لهذه الشريحة المهمة من المجتمع، والتي هي في تزايد مستمر، بالإضافة إلى تشجيع كافة فئات المجتمع؛ من أجل الاستنفار للتفاعل مع قضية الأرامل، والمتمثلة بتقديم المساعدات المادية والنفسية من خلال المنح الشهرية المقدمة لهن، وسداد الديون المستحقة، ودفع أقساط المدارس والجامعات لأبنائهن، وإكراميات عيدي الفطر والأضحى، وتوفير كسوة الشتاء، وتقديم خدمات التعليم للأطفال، وهذا كله تحت مظلة التكافل الاجتماعي، الذي يعتبر نظاماً يُعنى بمسؤولية كل فرد من أفراد المجتمع تجاه الأفراد الآخرين في المجتمع، ويشمل جميع جوانب الحياة بنشاطات البشر على اختلافها، جامعاً بين الأمور المادية والمعنوية معاً.

كما وتعمل هذه الجهات جاهدة على تنسيق التعاون ما بين الجهات الراعية والداعمة؛ بهدف تحسين نوعية الخدمات المقدمة للمرأة الأرملة، بالإضافة إلى تحسين وتطوير أساليب الرعاية المقدمة لها بحيث لا تقتصر على الدعم المالي والنقدي فقط، بل تقديم الدعم النفسي المناسب لها، وذلك من خلال تفعيل برامج بناء القدرات وتعليم المهن الحرفية؛ حتى تتمكن المرأة الأرملة الأردنية من السعي لكسب الرزق وإعالة أسرته التي أصبحت مسؤولة عنها.

وتقوم الجهات المانحة والمقدمة للدعم بعدة أنشطة وتدريبات، أبرزها دورات محو الأمية، والتدريب على المهارات المختلفة؛ بهدف إكساب المتدربات الأرامل وسائل تعينهن على كسب العيش الكريم؛ مثل دورات تعليم الخياطة وتفصيل الملابس وتعليم الحرف اليدوية وتعليم الأعمال اليدوية، كما أن الرسالة التي تستند إليها الجهات المعنية بتقديم الدعم والرعاية للنساء الأرامل؛ هي الارتقاء بالعمل الاجتماعي وتحسين نوعية حياة أفراد المجتمع الأردني؛ من خلال رسم السياسات الاجتماعية والأطر التشريعية المتكاملة، وتوظيف المعلومات والمعرفة لتوفير الخدمات الاجتماعية المستمدة، وتعزيز الشراكات المحلية والدولية القائمة على بنية متطورة، وكوادر بشرية متخصصة ومؤهلة تعزز عملية التنمية المستدامة ([www.mosd.gov.jo](http://www.mosd.gov.jo)).

أدركت الحكومات الأردنية بتوجيهات ملكية سامية ضرورة توفير دخل ثابت؛

لضمان مستوى معيشي مناسب للأسر التي لا تجد معيلاً، بالإضافة إلى ضرورة تطوير خدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة من الجمعيات الخيرية والمواطنين، لذا فقد سعت الحكومات الأردنية منذ وقت مبكر لإيجاد نظام معونة وطنية، يوفر معاشات شهرية للأفراد والأسر المستحقة لها من أيتام وأرامل وفقراء وذوي احتياجات خاصة، وغيرهم من الأفراد الذين هم الأحق بالمساعدات.

وتتولى جهود صندوق المعونة الوطنية؛ من خلال برامج المساعدات النقدية الشهرية التابعة للصندوق، والذي يُعد البرنامج الأكبر بين أنواع برامج المساعدات النقدية، التي يقدمها الصندوق للأردنيين الأكثر هشاشة، وهم الأشخاص ذوي الإعاقة الكاملة/ المؤقتة، والمطلقات، وأسرى السجناء والمعتقلين، والسجناء المفرج عنهم مؤخراً، والأسر ذات الأحوال المدنية الخاصة (www.naf.gov.jo).

وقد أطلقت الحكومة الأردنية توسعة لصندوق المعونة الوطنية، بحيث يشمل (85000) أسرة إضافية في عام 2021م بتكلفة تصل إلى (200) مليون دينار أردني؛ بهدف التخفيف من التحديات الاقتصادية، وكانت في عام 2018م قد تشاركت اليونيسيف مع البنك الدولي في رئاسة فريق عمل لدعم صندوق المعونة الوطنية في تعديل منهجيته (www.unicef.org).

وفي دراسة تم إجراؤها لرصد واقع النساء الأرامل في منطقة الجنوب الأردني، أي في محافظات الكرك، ومعان، والطفيلة، والعقبة، أظهرت النتائج أن المستوى التعليمي الأكثر تكراراً للأرامل هي الأمية، يليها فئة إعدادي أو أقل، وأن مصدر الدخل للمرأة الأرملة يأتي من صندوق المعونة الوطنية، وأن أبرز المشكلات التي تواجهها المرأة الأرملة، هي مشكلة تحمل مسؤولية دور الأب والأم في آن واحد، بالإضافة إلى مشكلة عدم مناسبة الدخل الشهري مع معدل المصاريف المطلوبة منهن لرعاية أبنائهن، أما على الصعيد النفسي فقد احتلت مشكلة القلق على مستقبل الأبناء الترتيب الأول لدى الأرامل (أبو درويش، وأبو تايه، والطراونة، والحروب، 2016).

وفي الأردن، وبحسب إحصائيات نهاية عام 2019م فإن هنالك (252) ألف أرملة وأن هنالك (308.739) ألف أسرة ترأسها النساء أي ما نسبته (14.1%) من النساء يتحملن

مسؤولية إدارة أسرهن من أصل (2.190) مليون أسرة، وهن بحاجة إلى دعم مجتمعي، خاصة وأن العديد منهن يعانين من ضعف في التعليم، أو عدم القدرة على تعليم أبنائهن (ammannet.net).

وبناءً على ما سبق، وانطلاقاً من قلة مصادر الدعم النفسي المقدم للنساء الأرمال؛ فإن الباحثة سعت لوضع برنامج إرشادي يهدف إلى تحسين الدعم النفسي المقدم للنساء الأرمال في الأردن بمناسبة مرور مئة عام على الدولة الأردنية.



## الفصل الأول

### واقع النساء الأرامل

#### مقدمة

في ظل التقدم والتطور الذي يشهده العالم اليوم في كافة المجالات الحياتية، وفي ضوء ما تحتاجه الحياة من متطلبات يجب على الفرد القيام بها؛ لضمان مستوى حياة معين، ظهرت العديد من المتغيرات التي قد تحدث في حياة الأفراد والأسر، والتي تؤثر سلبًا على طبيعة الحياة ونوعيتها، وفي مقدمتها فقدان الأسرة لأحد أفرادها، وبخاصة فقدان الزوجة لزوجها، والذي يتبعه العديد من المشكلات جرّاء هذا الفقد، مما يؤثر في علاقاتها الاجتماعية والأسرية، حيث تتناها الضغوط النفسية والاضطرابات المختلفة؛ مثل القلق والاكتئاب وغيرها من الاضطرابات الأخرى؛ التي تحمل معاناة وضيق نفسي يؤثر في مجريات الحياة بمجملها، إن كانت الاجتماعية أو الاقتصادية أو النفسية أو الثقافية.

ويعتبر فقدان الأسرة لأحد أفرادها نتيجة الوفاة، أحد أصعب الخبرات المؤلمة التي تواجهها الأسرة خلال دورة حياتها، وخاصةً إذا كان هذا المتوفى يشكل ركنًا أساسيًا في بناء هذه الأسرة، كأحد الزوجين حيث إن فقدان القرين (الزوج)، والمرتبط بالحرمان من الحب، هو أشد العوامل المؤثرة في الحالة النفسية للمرأة الأرملة، فتجد نفسها أمام مجموعة من التحديات العاطفية المتعلقة بتجارب الفقد والاكتئاب والقلق، كما تعاني المرأة الأرملة من سوء الصحة البدنية نتيجة هذا الحدث المؤلم (Holm, Berland, 2019).

ويرتبط فقدان الزوج بنتائج صحية سلبية متعددة، قد تؤثر في الأرملة بشكل



واضح وسلبي؛ وأهمها انخفاض مستوى الرفاهية الجسمية، ومستوى الرغبة في الحياة، وزيادة مخاطر الوفاة نتيجة الإصابة بالعديد من الأمراض الخطرة؛ كالنوبة القلبية، والسكتة الدماغية وتصلب الشرايين (Stahl & Schulz, 2014).

ويعتبر التفكير المنطقي العقلاني واحداً من المهارات التكيفية، التي تساعد الفرد على ضبط انفعالاته وحل مشكلاته؛ حيث ثبت بالتجربة أنه ومن خلال سلسلة من جلسات الإرشاد الجمعي المنتظمة، والقائمة على التدريب على التفكير العقلاني والمنطقي، يمكن تعليم الآخرين وتدريبهم على التفكير العقلاني وتطبيقها على أنفسهم، وتأكيداً على ما سبق؛ فإن العلاجات المعرفية وتحديدًا العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، هو العلاج النفسي الذهني لمختلف الاضطرابات (David & Szentagotai, 2006).

## العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

يعتبر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) نهج لتقديم المشورة، يركز بشكل خاص على الطريقة التي يفكر بها الأفراد في محاولة لفهم استجاباتهم العاطفية، تأسس عام 1955م، من قبل الدكتور ألبرت أليس عالم النفس السريري الأمريكي، والذي أمضى أكثر من (45) عامًا في تعليم الأفراد مبادئ الصحة العقلية الجيدة؛ من خلال مساعدة العملاء على فهم مشكلاتهم النفسية ومعالجتها (Dryden, 2014).

يُعدّ العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أحد البرامج التي طُورت بهدف التدريب على تعديل الأفكار اللاعقلانية، من خلال التحليل المنطقي للأفكار اللاعقلانية، والتدريب والتعليم على تبني أفكار عقلانية ومنطقية، استنادًا إلى نظرية ألبرت أليس (Ellis)، المعروفة بالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (Corey, 2009).

يهدف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي إلى مساعدة العملاء على تخفيف مشاعرهم وسلوكياتهم المختلفة وظيفيًا، ومن ثم الحفاظ على هذا التحسن، وذلك

من خلال تضمين مجموعة من التقنيات؛ مثل إعادة الهيكلة المعرفية والفلسفية، التي تهدف إلى مساعدة العملاء، ليس فقط على التحسن بل ولتقليل انزعاجهم، ويعتبر من العلاجات الأكثر دوامًا؛ كونه يقوم على القبول الذاتي غير المشروط، وكذلك قبول الآخر غير المشروط، والتسامح العالي مع الإحباط (Dryden & Neenan, 2014)

وقام ألبرت أليس بتطوير العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وكان الدافع وراء ذلك رغبته في تطوير المزيد من العلاج النفسي الفعال؛ الذي يعالج بعض أوجه القصور في التحليل النفسي، مؤكدًا على أن معتقدات الأفراد حول الأحداث تؤدي إلى التفاعل العاطفي والسلوكي، وهنا وضع فلسفته في إطار (ABCDE)، حيث يتم تمثيل الحدث بالحرف (A) (تفعيل الحدث أو الشدائد)، ويتم تخصيص الحرف (B) للمعتقدات التي يحتفظ بها حول الحدث المنشط، ويتم تمثيل عواقب المعتقدات من قبل الحرف (C)، حيث أن هنالك ثلاث عواقب من هذا القبيل (العاطفية، والسلوكية، والتفكير)، وعندما يحمل العميل اعتقادًا بحدث نشط ما؛ فإنه يميل إلى تجربة الانفعال، وسوف يميل إلى التصرف بطريقة ما، وفي (D) يتم التحدي والمعارضة للمعتقدات غير المنطقية؛ للوصول إلى (E) وهو التأثير العاطفي والسلوكي والمعرفي الجديد نحو الحدث المنشط (الخواج، 2017).

ومن خلال هذا النموذج، الذي يُعرف بأنه وسيلة غير معقدة يصمد علميًا دور التقييم المعرفي في توليد العاطفة، حيث يتسنى للأفراد فهم السوابق لعواطفهم وسلوكياتهم، والأهم من ذلك أنه يمكن الأفراد من إدراك أن الأحداث الخارجية ليست هي التي تسبب ردود أفعالهم المختلة، وأن عليهم استبدال معتقداتهم غير المنطقية بمعتقدات منطقية، وبالتالي يتمكنون من السيطرة على كيفية استجاباتهم للشدائد، حيث لديهم حكم ذاتي على معتقداتهم (العاسمي، 2015).

ويتميز العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي نفسه عن غيره من الأساليب المعرفية عن طريق وضع المعتقدات العقلانية والمعتقدات غير العقلانية في صميمها، حيث يتم

تعريف المعتقدات العقلانية على أنها معتقدات مرنة وغير متطرفة ومنطقية (أي متسقة مع الواقع) وتعود الأفراد إلى التمتع بمستوى عالٍ من الصحة العقلية والناجحة مع الآخرين، كما أنها صحيحة وتعود الفرد إلى تحقيق أهدافه، وعلى النقيض من ذلك فإن المعتقدات غير المنطقية؛ هي معتقدات جامدة، ومتطرفة، وغير منطقية (تتعارض مع الواقع) وهذا المعتقدات تولد سوء تقدير للذات وتجنب لأنشطة الحياة القيمة (Turner, 2016).

وأكد أليس (Ellis, 2010) أن هنالك إحدى عشر فكرة غير عقلانية، هي التي تسبب الاضطراب لدى الأفراد من وجهة نظره بالطبع، وهذه الأفكار هي:

**الفكرة الأولى:** من الضروري أن يكون الفرد محبوباً ومحظياً برضى جميع أفراد المجتمع الذي يقطن به، وقد فُتد أليس هذه الفكرة بإقناع الأفراد أن إرضاء الآخرين غاية لا تدرك، وأن الفرد كلما اجتهد إلى إرضاء الآخرين؛ يقل شعوره بالأمان ويزداد إحباطه، وأن الفرد العاقل لا يضحى بوقته وإمكاناته في سبيل هذه الفكرة.

**الفكرة الثانية:** يفترض بالفرد أن يكون على درجة عالية من الكفاءة والمنافسة والإنجاز؛ حتى يمكن اعتباره شخصاً ذا أهمية. ويرى أليس أن هذه الفكرة يصعب تحقيقها، وينتج عنها اضطرابات نفسية جسدية، وشعور بالنقص والخوف من الفشل، أما الفرد المنطقي؛ فهو الذي يفعل ذلك انطلاقاً من مصلحته، وليس من أجل التقدم على الآخرين، أيضاً يفعل ذلك من أجل الاستمتاع بالأنشطة، وليس من أجل مشاهدة النتائج.

**الفكرة الثالثة:** بعض الأفراد يتصفون بالشر والجبن، لذا فهم يستحقون أن يعاقبوا أشد العقاب. ويرى أليس أن التصرفات الخاطئة؛ هي نتيجة للغباء والجهل، وأن جميع الأفراد معرضون لارتكاب الأخطاء، كما أن إيقاع العقوبة على الآخرين لا يحسن الأمر، بل يزيد من الاضطراب الانفعالي لدى الأفراد، وأنه يستحسن أن نوضح لهم أهمية ترك هذه الأخطاء.

الفكرة الرابعة: إنه لمن النكبات المؤلمة أن تسير الأمور على غير ما يريده الفرد لها. ويرى أليس أن التفكير بهذه الطريقة هو تفكير غير منطقي، ويؤدي بصاحبه إلى الإحباط، وأن الفرد العقلاني لا يغالي في تصور المواقف، ويحاول تحسينها قدر المستطاع ويتقبلها كما هي ويسعى إلى تجنبها، ولكن إذا لم يستطع لا ينظر إليها على أنها نكبة أو كارثة.

الفكرة الخامسة: إن التعاسة تنتج عن ظروف خارجية لا يستطيع الفرد التحكم بها. ويرى أليس أن هذه الفكرة غير منطقية؛ لأن الفرد يتأثر بالظروف الخارجية طبقاً لاستجابته لهذه الظروف، وأن الفرد هو الذي يولد الاضطراب من خلال إطلاقه لأحكام تقويمية، يصورها من خلال أحاديثه الداخلية، وبالتالي فإن استجابته للظروف تتغير من خلال تغيير تصوراتها وتعبيراته الداخلية حول هذه الأحداث.

الفكرة السادسة: إن الأسباب الخطرة والمخيفة تستحق الانشغال بها، ويجب على الفرد أن يكون دائم التوقع لحدوثها. ويرى أليس أن هذه الفكرة غير منطقية وأن الانشغال بالأشياء المخيفة والخطرة لا يمنعها؛ بل قد يزيداها، لذا فإنه من المستحسن معايشة هذه المخاطر؛ ليتأكد من أنها ليست مخيفة.

الفكرة السابعة: إنه من السهل أن يتفادى الفرد بعض الصعوبات والمسؤوليات الشخصية بدلاً عن مواجهتها. وتفنيدياً لهذه الفكرة؛ فإن أليس يرى أن تجنب القيام بواجب ما قد يكون أصعب وأكثر إيلاًماً من القيام به، وأن تفادي الأمور أمر غير صحي؛ فالفرد العامل يقوم بما عليه القيام به، والحياة التي تحتوي على تحديد وحل المشكلات وصعوبات هي حياة ممتعة.

الفكرة الثامنة: ينبغي على الفرد أن يكون مستنداً على الآخرين، وأن يكون هنالك فرد يستند عليه كونه أقوى منه. ويرى إليس أنه لا يستحسن الاعتماد على الآخرين بدرجة كبيرة؛ لأن ذلك يفقد الفرد استقلاله الذاتي، ويجعله فرداً اعتمادياً يعيش تحت رحمة الآخرين وفي كنفهم، والفرد العقلاني يكون مستقلاً ذاتياً، ويطلب العون من الآخرين عندما يحتاج ذلك.

الفكرة التاسعة: إن الخبرات والأحداث المتصلة بالماضي تعتبر محدّدًا لسلوك الحاضر، وأن للماضي تأثيرًا لا يمكن استبعاده. ويرى إليس أن الماضي ليس محدّدًا للسلوك الحالي، وأن تأثير الماضي لا يتجاوز أن يكون (عذرًا) يستخدم لتبرير الابتعاد عن تغيير السلوك الحالي، والفرد العقلاني يعطي أهمية للحاضر عن طريق تحليل نتائج الماضي، وما وصل إليه من نتائج ممحصًا الأفكار المكتسبة والتي تؤثر على الحالي ثم تغييرها.

الفكرة العاشرة: ينبغي على الفرد أن يجزن لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات. ويرى إليس أن هذه الفكرة غير منطقية؛ لأن مشكلات الآخرين لا يفترض أن تكون مصدرًا لانشغال الفرد، ومن ثم لا تسبب لهم ضيقًا، أو اضطرابات، والفرد العقلاني عندما يجد اضطرابًا في سلوك الآخرين، فإنه يستحسن أن يفعل شيئًا ليساعد الآخرين على التغيير وإذا لم يكن بوسعه عمل شيء فإنه يتقبل هذا السلوك ويحاول تخفيف آثاره قدر المستطاع.

الفكرة الحادية عشرة: هنالك دائمًا حل صحيح أو كامل لكل مشكلة، ويجب على الفرد أن يبحث عن هذا الحل لكي لا تصبح النتائج مزعجة ومؤلمة. ويرى إليس أن هذه الفكرة غير عقلانية، حيث لا يوجد حل أمثل وكامل لكل مشكلة، وأن السعي إلى الحلول الكاملة ينتج عنه حلول أضعف.

وفيا يتعلق بالنساء الأرامل فإن أبرز الأفكار غير العقلانية التي تعاني منها المرأة الأرملة تتأطر ضمن ثلاثة محاور وهي:

1- أفكار غير عقلانية تتعلق بالذات: إذ تجدها تحدث ذاتها بأنها يجب أن تؤدي أعمالها وأدوارها أداءً جيدًا وعلى أكمل وجه، ويجب أن تتلقى الدعم والقبول على جميع الأعمال والأدوار التي تقوم بها، وإلا فإنها ستكون أمًّا فاشلة، ولا يتم الوثوق بها خاصة مع الدور الجديد الذي تحمله كونها أرملة.

2- أفكار غير عقلانية تتعلق بالآخرين: فهي تقول لذاتها بأن الآخرين يجب عليهم

أن يعاملوها بلطف وإحسان، وبعدل نظرًا لما تمر به في الوقت الراهن، وفي حال لم يعاملوها بشكل جيد فهم أشخاص سيئون.

3- أفكار غير عقلانية تتعلق بالظروف المحيطة بها: فالظروف المحيطة بالمرأة الأرملة ينبغي أن تكون حسنة وميسرة، ويجب أن تتيح لها الظروف الحصول على كل ما تريده نظرًا لكونها أرملة، وإلا فإن الحياة قاسية وظالمة وغير عادلة إزاء هذه الأفكار غير العقلانية التي تعاني منها النساء الأرامل؛ سعت الباحثة إلى تدريب المشاركات على مناهضة الأفكار غير العقلانية (الخاطئة)، وتبني أفكار معرفية عقلانية، من خلال الفهم المعرفي الجديد للأفكار، وما يتبعه من تعديل على ردود الأفعال الانفعالية والسلوكية، وذلك بعدة خطوات كما يلي:

1. التعرف على واكتشاف الفكرة غير العقلانية التي تسبب ردود فعل غير ملائمة لدى الأرملة.

2. حث المرأة الأرملة على الشك والاعتراض على هذه الفكرة.

3. محاربة الفكرة غير العقلانية لديها.

4. التخلص من هذه الفكرة عن طريق الإقناع العقلي وإعادة تأطير نظام المعتقدات لديها.

5. تقليل النتائج الانفعالية غير العقلانية.

6. تحقيق المواءمة والانفتاح الفكري وتقبل التغير والتحكم بالانفعالات.

## فنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

يرى إيليس (Ellis) أن هنالك العديد من الفنيات والتقنيات، التي يتم استعمالها في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT)، وهي: (Ellis, Dryden, 1990)

1. نموذج توضيح العلاقة بين ABC: افترض إيليس (Ellis) أن المعتقدات غير

المنطقية هي نتيجة لأهداف ورغبات الفرد، وفي حال عدم الحصول على ما يريده، فإنه يطور معتقدات غير عقلانية عن نفسه والعالم من حوله. وهذا النموذج يشرح تطور العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في علاج الاضطرابات؛ حيث يمثل:

- A: Activating Event: الحدث، وهو الأمر الذي يدفع الفرد إلى تكوين اعتقاد غير عقلاي.

- B: Beleifes about Event: الاعتقاد غير العقلاني، وهذه المعتقدات من السهل تطويرها.

- C: Consequences: العواقب؛ أي عواقب الاعتقاد غير العقلاني، وقد تأخذ أشكالاً مختلفة، فقد تكون عواقب عاطفية أو سلوكية أو الإثنين معاً إلى المزيد من النتائج الإيجابية.

2. الكشف: والمقصود به الكشف عن المعتقدات غير العقلانية والموجودة عند الفرد، والتمييز بين المعتقدات المنطقية واللامنطقية (يجب، ينبغي، ولا بد) وكيفية استخدام الأسلوب المنطقي في التفكير نحو الذات والمشكلات، وكيفية تقبل الواقع حتى لو كان محبطاً وكئيئاً.

3. محاوره الفرد: والهدف في هذه المحاوره الاستمرار في توجيه الأسئلة إلى الفرد؛ ليتضح لديه معتقداته غير العقلانية.

4. إعادة تأطير المشكله: ويقصد بها إعادة صياغة الفكرة غير العقلانية المسببه للتوتر والانزعاج؛ من أجل الوقوف على الشيء الحسن من الشيء السيء.

5. أساليب المرح والفكاهة: أراد إليس من هذه الأساليب عند إدخالها إلى الجلسة الاستخفاف بالفكرة غير العقلانية من وجهة نظر الفرد، وبالتالي يشعر بتفاهة أفكاره الخاطئة.

6. أسلوب الإغراق/ الغمر: ويتم فيه وضع الفرد في الموقف المقلق أو المخيف

بصورة مباشرة، وهو نوعان: الغمر بالواقع (Flooding)، والغمر بالتخيل (Implosive).

7. الواجب المنزلي: حيث يكلف الفرد بقراءة بعض الكتب، أو التنشيط الحسي من خلال مواجهة المواقف التي يخاف منها الفرد، أو نخجل منها (الشناوي، 1995).

8. التخلص التدريجي من الحساسية: في هذا الأسلوب يتم استخدام قوانين التعلم بهدف استبدال استجابة بأخرى وبشكل تدريجي.

9. الاسترخاء الذهني/العقلي: وهذا الأسلوب يشتمل على جوانب معرفية وانفعالية وسلوكية، وفيه يطلب المعالج من الفرد أن يتخيل نفسه في موقف الانفعال، ثم يطلب منه المعالج أن يتخيل كما وأنه قد غير هذا الانفعال إلى أقل مستوى (الشناوي، 1995).

10. التفكير العقلاني: هو صور انفعالية يستخدمها المعالج بعد قيامه بالتشكيك بمعتقدات العميل، وفيه يشجع المعالج العميل على أخذ موقف ينزعج منه، ويحدد الجانب الأشد إزعاجًا، ثم يغمض العميل عينيه، ويختيل الموقف بشكل واضح ويسمح لنفسه بتجربة الانطباع السلبي غير الصحي، الذي شعر به في ذلك الوقت، والتركيز على الحدث المنشط، ثم يسمح العميل لنفسه بأخذ حقه في تجربة المشاعر المضطربة لثانية أو ثانيتين، ثم يقوم بتغيير استجابته العاطفية بمشاعر صحية، وفي كل وقت يتم التركيز على (A)، وعندما يتمكن من تغيير مشاعره، يفتح عينيه. إن تغيير الاستجابة العاطفية يكمن من خلال تغيير إيمانه غير الصحي إلى البديل الصحي، مع ضرورة الاستمرار بإجراء هذا التمرين (Dryden, 2013).

11. مهاجمة الشعور بالحزي والدونية: إن مشاعر الخجل والانزعاج هي جوهر الاضطراب الانفعالي، ويتم رصد المواقف التي يشعر العميل إزاءها بالخجل، أو الخجل من القيام بها أمام الناس، وتدريبه على التحسن من هذه المشاعر، وباستمرار التدريب يشعر العميل أن خجله قد تضاءل.

12. لعب الدور: هذا الأسلوب يستخدمه الأخصائي؛ ليعين للعميل ان أفكاره غير



صحيحة، وكيف تؤثر هذه الأفكار على علاقته مع الآخرين.

13. التقبل غير المشروط: فكما أن المعالج يتقبل العميل بالرغم من سماته الحالية، وأنه - أي العميل - يمكن أن يتقبل ذاته كما هو.

## العلاقة مع المسترشد

إن الأسلوب العلاجي بشكل عام، هو أسلوب العلاج النشط؛ حيث يتبنى المعالج موقفاً موجهاً لحل المشكلات، ويمكن وصف الأسلوب العلاجي بأنه أسلوب المعلم الموثوق به، حيث يأتي الأخصائي النفسي كخبير يعلم العملاء كيف أنهم يقومون بإزعاج أنفسهم، وما يمكنهم فعله من أجل حل مشكلاتهم العاطفية (Dryden, 2016). (Kostogiannis & Katsikis, 2016).

يرى إليس (Ellis) أن الأسلوب العلاجي المتبع مع المسترشد أمر مهم في العلاقة العلاجية، ويستحسن بالمعالج اختيار نمط العلاج المناسب لخصائص المسترشد، ومحاولة الكشف عن أفكاره غير العقلانية والتأكيد على ضرورة إنجاز الواجبات البيتية بنجاح والتركيز على المشكلات الحالية، والإيمان بفاعلية (REBT)، وتقديم المدح والثناء للمسترشد كلما تقدم بالعملية العلاجية بشكل إيجابي (Garfield, 1995).

## العملية العلاجية

بالنسبة للعملية العلاجية عند إليس (Ellis) فإنه يتم تقييمها ضمن ثلاثة مستويات رئيسية، فعلى المستوى العام يكتسب المعالج صورة كاملة عن مشاكل العميل حيث أنه من المهم الحصول على صورة شاملة لمشاكل العملاء قبل التدخل، وعلى المستوى المتوسط يتم إجراء تقييم كامل لإحدى مشكلات العميل والتي اختار التركيز عليها، وهذا يسمى المشكلة المستهدفة في (REBT)، وفي هذا المستوى فإن المعالج يحدد هذه المشكلة من خلال: (Ellis & Dryden, 1990).

- هل هي موضوع استنتاجي عام متكرر مثل الرفض أو الفشل.  
- السياقات النموذجية التي تحدث فيها، هل هي في العمل، أم في الحب، أم مع  
الاصدقاء... الخ.

- المشاعر السلبية غير الصحية الأكثر شيوعًا و/ أو الاستنتاجات السلوكية.

- المعتقدات غير المنطقية العامة، التي تفسر الإجابات الواردة أعلاه.

- الطرق التي اتباعها العميل في التعامل مع المشكلة.

وعلى المستوى الثالث وهو المستوى الأكثر تحديدًا للتقييم فإن المعالج في (REBT)  
يشجع العميل على تحديد مثالٍ لمشكلته المستهدفة والعمل معه.

يرى الشناوي (1995) أن عملية العلاج عند إليس تتلخص في معالجة اللامعقول  
بالمعقول، حيث إن جميع الأفراد لديهم إمكانية أن يكونوا عقلايين، وبالتالي لديهم  
القدرة على تجنب وإلغاء الاضطراب الانفعالي، أو التعاسة من خلال تعليمهم أن  
يفكروا بعقلانية، ويكون دور المعالج هو مساعدة المسترشد على التخلص من الأفكار  
والاتجاهات غير المنطقية، وأن يحل محلها أفكارًا واتجاهات منطقية وعقلانية؛ فالخطوة  
الأولى وفيها يبين المعالج للمسترشدين أنهم غير منطقيين، ويوضح لهم العلاقة ما بين  
أفكارهم غير المنطقية وتعاستهم واضطرابهم الانفعالي، وفي الخطوة الثانية يستخدم  
المعالج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، ويوضح لهم أن استمرار اضطرابهم هو  
بسبب استمرار تفكيرهم غير العقلاني، وليس بسبب التأثيرات السابقة للأحداث،  
وفي الخطوة الثالثة فإن المعالج يجعل المسترشدون يغيرون طريقة تفكيرهم ويقنعون  
عن الأفكار غير المنطقية، وفي الخطوة الأخيرة يتجاوز المسترشد مرحلة التعامل مع  
الأفكار المنطقية إلى تبني فلسفة للحياة أكثر عقلانية بحيث يمكن للمسترشدين أن  
يتحاشوا الوقوع ضحية لأفكارهم غير المنطقية مرة أخرى.

ولم يولِ إليس اهتمامًا كبيرًا لطبيعة العلاقة بين المعالج والمسترشد، ففي حين تهتم

النظريات الأخرى بأهمية تشكيل علاقة دافئة مع المسترشد، يتضح أن إليس ركز واهتم بالصلة الجيدة والقبول غير المشروط للمسترشد، ويؤكد على أن يكون المعالج قادراً على التحمل والتقدير الإيجابي، وتجنب لوم المسترشد، والاستمرار في قبوله على أنه إنسان ذو قيمة كبيرة (Cory, 1991).

تتمثل أهداف العلاج من وجهة نظر إليس (Ellis) في خفض حدة الاضطرابات إلى أقل حد ممكن، ومساعدة الأفراد على التحليل المنطقي لاضطرابهم، بما يساعد في تحقيق أهداف العلاج، وإذا كانت عملية العلاج في ضوء هذا الاتجاه تتلخص في علاج اللامعقول بما هو معقول؛ فإن دور المعالج يتمثل في مساعدة الفرد على التخلص من الأفكار والاتجاهات اللاعقلانية واللامنطقية وأن يحل محلها أفكاراً واتجاهات عقلانية ومنطقية (الخواججا، 2017).

ويرتكز العلاج العقلاني الانفعالي على مجموعة من الفرضيات، أهمها (العاسمي، 2015):

1. الأهداف والغايات وأفكار العقلانية: بحسب نظرية العلاج العقلاني الانفعالي؛ فإن الأفراد يشعرون بالسعادة عندما يحققون أهدافاً مهمة في حياتهم، وأيضاً عندما يسعون بجد لتحقيق هذه الأهداف والغايات، وتعرف العقلانية بأنها التفكير الذي يساعد الفرد على إنجاز الأهداف والغايات، أما التفكير اللاعقلاني فيعني ما يمنع الفرد من إنجاز هذه الأهداف والغايات العقلانية.

2. التأكيد على الإنسانية: يؤكد العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على علاج المشكلات الإنسانية وتجاوزها، ويؤكد أليس على أن الأفراد يفكرون ويشعرون ويتصرفون بشكل متأن (أي في الوقت نفسه).

3. ينشأ التفكير غير العقلاني من خلال التعلم المبكر غير المنطقي المكتسب من الوالدين، ومن البيئة، في الوقت الذي يكون فيه الفرد مهيناً بيولوجياً لاكتسابه.

4. يتم مهاجمة وتحدي الأفكار والانفعالات السلبية والقاهرة للذات، من خلال

تنظيم الإدراك والتفكير بطريقة عقلانية ومنطقية.

ويرى الشناوي (1995) أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي للفرد يسهم في تنمية صورة الرغبات الشخصية والأمانى والتفضيلات، وبالتالي فإن كل فرد يختلف عن غيره من الأفراد في السمات والتفضيلات التي تختلف تبعاً للجوانب الوراثية والخبرات الاجتماعية، ويركز العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على كيفية إعادة نمو شخصية الفرد أكثر من تركيزه على النمو، وقد صاغ أليس المفاهيم الخاصة بالشخصية على النحو التالي:

1. الاستعدادات البيولوجية: يولد الأفراد ولديهم استعداداً قوياً ليكونوا منطقيين ممثلين لذواتهم محققين لها.

2. التأثير الحضاري (تأثير المجتمع): يميل الأفراد فطرياً إلى أن يخضعوا للتأثير وبصفة خاصة أثناء مرحلة الطفولة، ويكون هذا التأثير في أفراد الأسرة، ومن البيئة الحضارية التي يعيشون فيها (المجتمع)، فالأفراد يضيفون إلى اضطرابهم الانفعالي وعدم المنطقية بالخضوع لتعاليم الأسرة والمجتمع والتقاليد.

3. التفاعل بين الأفكار والمشاعر والتصرفات: يرى أليس أن الأفراد يقومون بالتفكير والشعور والتصرف بصورة تفاعلية وتبادلية؛ فأفكارهم تؤثر بشكل جوهري على مشاعرهم وسلوكياتهم، كما أن انفعالاتهم تؤثر على أفكارهم وعلى سلوكياتهم، بشكل مميز، ومن هنا فإن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يستخدم الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية لتغيير الشخصية.

4. قراءة تأثير العلاج المعرفي: إن إحداث تغيير جوهري في الجانب المعرفي هو أساس يمكن الاستناد إليه، بحيث يساعد في إحداث تغييرات مهمة في الانفعالات والسلوكيات؛ فالأفراد لهم خصيصة التفكير والتميز بشكل خارق على سائر المخلوقات.

5. التفكير اللامنطقي وعلاقته بالاضطراب: يرى أليس أن الاضطراب الانفعالي

لا ينشأ من الخبرات أو الأحداث التي تؤثر على الأفراد، وإنما ينشأ بشكل مباشر من الأفكار التي تأخذ صورة رغبات ومطالب وتفضيلات وحتميات مطلقة.

ويتمثل الهدف الرئيس من العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بإزالة أو خفض النتائج غير المنطقية أو الاضطرابات الانفعالية لدى المسترشد، ويشمل على هدفين أساسيين (العاسمي، 2015):

1. تقليل القلق إلى أقل حد، وخفض العدوان أو الغضب.

2. تزويد المسترشدین بطريقة تمكنهم من أن يكون لديهم أدنى مستوى من القلق ومن الغضب؛ وذلك من خلال التحليل المنطقي لاضطراباتهم، هذا ويستخدم الاختصاصي النفسي مجموعة من الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية على النحو الآتي:

**أولاً: الطرق المعرفية:** يستخدم العلاج المعرفي السلوكي مجموعة كبيرة من الطرق العلاجية المعرفية، والتي تشمل على التحليل المنطقي للأفكار والتعليم والتوجيه، وتفنيد الاستنتاجات غير الواقعية، ووقف الأفكار والادعاءات، وإعادة الهيكلة المعرفية والتي تتضمن تعليم المعتقدات العقلانية والمنطقية وتأثيرها على العواطف والسلوك.

**ثانياً: الأساليب والطرق الانفعالية:** ومن أبرز الأساليب الانفعالية التقبل غير المشروط للفرد، وأيضاً تمثيل الأدوار، والنمذجة، واستخدام أسلوب المرح، وأسلوب مهاجمة الشعور بالخزي والدونية، وأساليب المواجهة.

**ثالثاً: أساليب العلاج السلوكي:** إن العلاج العقلاني الانفعالي هو نوع من العلاج السلوكي المعرفي، وهو يستخدم الأساليب السلوكية الرئيسة، وأهمها: الواجبات المنزلية التي يكلف بها الفرد، أيضاً أساليب الإشراف الإجرائي؛ مثل التعزيز والعقاب والتشكيل، وأسلوب الاسترخاء والتخيل.

ينظر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي إلى الخسارة الناتجة عن الوفاة؛ على أنها تنشيط سلبي لنظام المعتقدات وللتبعات العاطفية والسلوكية ذات الصلة وهو رد فعل طبيعي لصدمة فقدان، ويتم استخدام (REBT) لمساعدة النساء الفاقديات لأزواجهن من أجل إعادة تنظيم نظام المعتقدات الممزق لديهن نتيجة فقدان الزوج (Malkinson, 1996).

ويرى إليس (Ellis, 1990) أن المرأة الأرملة تعايش حالة من الحزن وهزيمة الذات والاكئاب عند فقدان زوجها، وأن حدث الترميل أمر مرعب، ويجب ألا يكون موجود في الحياة، ويساعد العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في اكتشاف معتقداتهم، والتصرف ضد المعتقدات المسببة للحزن والاكئاب وهزيمة الذات. وفي تجربة الترميل تقوم النساء الأرامل بممارسة بعض العادات غير القادرة على التكيف، والتي تتعارض آثارها مع رفاهية الفرد؛ مثل الخوف المتعلم الذي يعتبر أمرًا أساسيًا في العصاب. وتعدّ المعرفة بعمليات التعلم والإزالة أفضل مصدر لأساليب القضاء على العادات المتعلمة وغير القادرة على التكيف. ويرى ولبي (Wolpe, 1982) أن ما يميز العلاج المعرفي السلوكي أنه ثمرة هذه المعرفة، وهذا ما يميزه عن جميع العلاجات النفسية الأخرى، ويمكن تعريفه بأنه استخدام المبادئ والنماذج الراسخة تجريبياً للتعلم للتغلب على العادات غير القادرة على التكيف.

أكدت العديد من الدراسات على فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) وتدخلاته المختلفة في الحد من الضائقة العاطفية وتقليل مستوى اللاعقلانية عند الأفراد . (David & Szentagotai, 2006)

يؤكد إليس (Ellis, 1990) أن العمل مع الأرامل يبدأ باكتشاف معتقداتهم غير العقلانية والتصرف ضد هذه المعتقدات من خلال التمييز بوضوح بين المشاعر المناسبة وغير المناسبة وتجربة هذه المشاعر المتعلقة بالخسارة والحزن والأسى والإحباط والقلق وصولاً إلى مرحلة التبصر (البصيرة)، في الأحاديث الذاتية لاتباعها بعد ذلك العمل من أجل تغيير هذه المعتقدات.

عند استخدام العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) مع النساء الأرامل فأن هنالك خطوات منهجية يتم اتباعها، ففي البداية يتم وصف ردود الفعل والأعراض التي تعاشها المرأة الأرملة في مرحلة الفقدان والحزن، كما يتم وصف تغيرات في مستوى الحزن بعد الفقدان، ثم يتم مراجعة الآثار النفسية والجسدية الحاصلة بسبب الشكل، وأخيراً يتم مناقشة العوامل الظرفية والفردية التي تزيد من المخاطر لنصل في نهاية المطاف إلى استخدام فنيات (REBT) من أجل التقدم والتحسين (Malkinson, 1996).

ويسهم الانضمام في مجموعات الدعم التي تُعنى بخفض معاناة الأرامل - حيث أثبتت فاعليتها - في خفض مستويات الاكتئاب والغضب والقلق والتوتر الذاتي (Levy, Derby & Martinkowski, 1993).

وجاءت دراسة كاسيرتا ولوند وأبري (Caserta, lund & obray, 2004) لتؤكد على فاعلية العلاج الجماعي مع الأرامل، حيث أنه وفي أثناء تطبيق البرنامج الإرشادي الجماعي، تم الإبلاغ عن تحسينات تدريجية مع مرور الوقت في المواجهة النشطة ومشاركة الرعاية الصحية وإدارة الأسرة والسلامة المنزلية ومهارات الرعاية الذاتية، وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج أبلغ (70%) من المشاركين على أنهم على استعداد أفضل لرعاية أنفسهم، ومعالجة التحديات اليومية في حياتهم التي يواجهونها بصفتهم أرامل.

ولقد أظهرت الدراسات أن العلاقات الإيجابية للفرد مع الآخرين، هي مؤشر رئيس للرفاهية المرتبطة بنوعية الحياة، حيث إن جودة التفاعلات الاجتماعية، وتبادل الدعم هي أحد المحددات المهمة لانتفاء الفرد للآخرين، كما أن العلاقات الوثيقة توفر الإشباع العاطفي الفوري، والنساء يقدرن قيمة العلاقات الاجتماعية أكثر من الرجال، كما أنهن أكثر مرونة من الرجال في الحفاظ على شبكة اجتماعية إيجابية. وتسعى المرأة الأرملة جاهدة لإحياء الروابط القديمة وتطوير روابط جديدة في علاقاتها الاجتماعية (Cheng & Chan, 2006).

## نوعية الحياة (Quality of life)

لقد اتجه علم النفس والصحة النفسية في مطلع القرن الحادي والعشرون إلى تكوين تيار جديد عُرف باسم علم النفس الإيجابي، وتوجهت بحوثه إلى دراسة موضوعات تتعلق بالأمل والسعادة والتفاؤل والثقة والتوافق، التي تجتمع تحت مظلة نوعية الحياة؛ فنوعية حياة الأفراد تتحدد بتجاربهم الإيجابية والسلبية، كون التجارب الإيجابية الناجحة للأفراد تحفز طاقتهم على المتابعة، فيزداد لديهم الأمل والتفاؤل، في حين أن التجارب السلبية والأحداث السلبية تقلل من ثقة الفرد بنفسه، وتنعكس سلباً على رضى الفرد عن نفسه وحياته (أحمد، 2016).

وينظر علم النفس الإيجابي إلى الانسان نظرة مختلفة، مفادها أن الأصل هو الصحة وليس المرض، وأن الإنسان يستطيع أن يتكيف ويتوافق مع مجتمعه إذا ما ركز على الجوانب الإيجابية أو المضيئة في حياته، وبث الأمل والتفاؤل والسعادة والاستمتاع في علاقاته مع الذات والآخرين، وكتيجة لظهور هذا التيار تجدد اهتمام علماء النفس والباحثين في علم الاجتماع بدراسة المجالات الإيجابية كالرضا عن الحياة، والرضا النفسي والشخصي، ونوعية الحياة، وهناك مؤشران نالا استحساناً في تحديدهما لنوعية الحياة، وهما على النحو الآتي (صالح، 1995):

- المؤشرات الموضوعية: والتي تهتم بدراسة السكان، والعمل، والدخل، والمكانة الاجتماعية، والتعليم، والصحة.

- المؤشرات الذاتية: والتي تهتم بتقييم نوعية الحياة كما يدركها الفرد وما تحققه له من إشباع وشعور بالرضى والسعادة، وتعد فرص الأفراد وسعادتهم هي أفضل مؤشر لنوعية الحياة.

ولقد حصر شو وشاي (Chou & Chi) (المشار إليهما في مقداي والإبراهيم 2014) العديد من المجالات التي تسهم في تعزيز الشعور بالرضى عن الحياة في إثني عشر مجالاً، وهي: الحالة الاقتصادية، والصحة، والعلاقات الأسرية، والصدقات،



والعمل المجزي، والمسكن، والأنشطة الترفيهية، وشريك الحياة، والتدين، ووسائل  
المواصلات، وتقدير الذات، والمستوى التعليمي.

ويرجع مصطلح نوعية الحياة إلى القرن الثامن عشر، حيث أصبح الاهتمام بالحياة،  
وبتحقيق السعادة في الحياة من القيم الأساسية لهذا العصر، وترسخ هذا المفهوم في  
القرن التاسع عشر، والذي سيطرت عليه فكرة أن أفضل المجتمعات هي التي توفر  
لأكبر عدد من أفرادها أكثر سعادة ممكنة (البقلي، 2014).

وترى مشري (2014) أن نوعية الحياة هي القضية الأحدث التي شغلت البشرية منذ  
القدم، ولكن تحت مسميات مختلفة، فلم يظهر مفهوم نوعية الحياة بمحض الصدفة،  
وإنما كان ظهوره امتداداً للجهود السابقة في ميدان على النفس والعلوم الأخرى.

وتشير الأدبيات النفسية إلى صعوبة صياغة مفهوم محدد لنوعية الحياة، على الرغم  
من كثرة الدراسات والأبحاث التي تناولته، إلا أنه لا يوجد اتفاق على معنى لهذا  
المفهوم بشكل دقيق وواضح.

وعرّف كل من بونومي وباتريك وبوشنيل (Bonomi, Patrick, Bushnel & Martin, 2000)  
نوعية الحياة بأنها: مفهوم واسع يتأثر بالجوانب والنواحي الذاتية والموضوعية،  
ويرتبط بالحالة الصحية والنفسية للفرد، وشعوره بالاستقلالية ورضاه عن علاقاته  
الاجتماعية، إضافةً إلى علاقته بالبيئة التي يعيش فيها. كما عرفت منظمة الصحة  
العالمية (World Health Organization, 2004) بأنها: فهم وإدراك الفرد لوضعه بالحياة  
استناداً إلى السياق الثقافي الذي يعيش فيه، وعلاقته بأهدافه وتوقعاته ومعايير وقيمه  
واهتماماته، وهذا مفهوم واسع المدى ومتداخل المكونات، حيث يدمج بطريقة معقدة  
الحالة الجسمية والنفسية، ومستوى الاستقلالية والعلاقات الاجتماعية، والمعتقدات  
الشخصية وتأثير البيئة التي يعيش فيها الفرد.

عرف هاس (Hass) (المشار إليه في باعمر، 2011) نوعية الحياة: بأنها رضى الفرد عن  
أبعاد حياته مقارنة بالحياة المثالية، ويعتمد تقييم نوعية الحياة على نظام القيم الخاص

بالفرد. وهو تقييم متعدد الأبعاد لظروف الحياة الراهنة للفرد ضمن السياق الثقافي الذي يعيش فيه، والقيم التي اكتسبها ونوعية الحياة وتحديداً هي شعور ذاتي بالرفاهية متضمناً الأبعاد المادية والجسمية والاجتماعية والروحية.

وعرّفت آل سعود (2015) نوعية الحياة بأنها: حالة إيجابية يشعر خلالها الفرد بالصفاء والهدوء والطمأنينة، والبهجة والارتياح والرضى، وحسن الحالة الصحية والنفسية وتقبل وفهم الذات، ويرى بوجاتز (Boggatz, 2016) أن أنسب تعريف للحياة هو مدى تحقق أبعاد الحياة البشرية في ضوء تلبية ظروف الحياة والرفاهية العامة الذاتية، والوفاء الشخصي لأبعاد الحياة البشرية.

وعرفها أبو حلاوة (2010) بأنها هي وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية؛ لتحقيق الرضى عن الحياة والاستمتاع بها والوجود الإيجابي كونها تعبر عن التوافق النفسي، كما يعبر عنه بالسعادة والرضى عن الحياة كنتيجة لظروف المعيشة الحياتية للأفراد، وعن الإدراك الذاتي للحياة، حيث ترتبط جودة الحياة بالإدراك الذاتي لها، كون هذا الإدراك يؤثر على تقييم الفرد للجوانب الموضوعية للحياة؛ كالتعليم والعمل ومستوى المعيشة، والعلاقات الاجتماعية من ناحية، وأهمية هذه الموضوعات بالنسبة للفرد في وقت محدد وظروف معينة من ناحية أخرى.

وشرح كريج (Craig, 2010) نوعية الحياة تحت مسمى الباءات الثلاث Th(3) B's وهي:

1- الكينونة (Being).

2- الانتماء (Belonging).

3- الصيرورة (Becoming)، ويوضح الجدول (1) المكونات الفرعية للباءات الثلاث.

جدول (1): المكونات الفرعية للبناءات الثلاث

المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
<b>Being</b> الكينونة (الوجود)	الوجود البدني Physical Being	أ - القدرة البدنية على التحرك وممارسة الأنشطة الحركية. ب - أساليب التغذية.
	الوجود النفسي Psychological Being	أ - التحرر من القلق والضغط ب - الحالة المزاجية العامة للفرد (ارتياح/ عدم ارتياح)
	الوجود الروحي Spiritual Being	أ - وجود أمل في المستقبل (استبشار). ب - أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ.
<b>Belonging</b> الانتماء	الانتماء المكاني (البدني) Physical Belonging	أ - المنزل أو الشقة التي أعيش فيها. ب - نطاق الجيرة.
	الانتماء الاجتماعي Belongin Social	أ - القرب من أعضاء الأسرة التي أعيش معها. ب - وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء (شبكة علاقات اجتماعية قوية).
	الانتماء المجتمعي Community Belonging	أ - توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة. ب - الأمان المالي.
<b>Becoming</b> الصيرورة	الصيرورة العملية Practical Becoming	أ - القيام بنشاطات حول منزلي. ب - الذهاب إلى العمل أو إلى المدرسة، الجامعة، .....
	الصيرورة الترفيهية Leisure Becoming	أ - الأنشطة الترفيهية الخارجية (التنزه.....) ب - ال
	الصيرورة التطورية (الارتقائية) Groth Becoming	

لم يول علماء الاجتماع اهتماماً لطبيعة نوعية الحياة لدى الأفراد، بل اهتموا بتصوير كل فرد لنوعية حياته، حيث ركزوا على مفاهيم السعادة والرفاهية والإشباع والتوافق الاجتماعي، وأخيراً على نوعية الحياة، كما ركزوا على المكونات الوجدانية والمعرفية للسعادة والرفاهية، وكذلك على العوامل المؤثر فيها (زعطوط وقريشي، 2013).

ومن أبرز هذه العوامل التي تؤثر على نوعية حياة الأفراد ما يلي (Bourassa, 2016): (Knowles, Oconnor & Sbarra, 2016):

1- العوامل الداخلية: والتي تعني أهداف ومعنى الحياة، والشعور بالكفاءة الذاتية والعلاقات الاجتماعية، وتقدير الذات والحاجات والرغبات، وتُسمى أيضاً العوامل الذاتية.

2- العوامل الخارجية: كالمظاهر الاجتماعية والاقتصادية وأحداث الحياة والدعم الاجتماعي وغيرها، وتُسمى العوامل الموضوعية.

3- الزوج ذاته: حيث يؤثر الزوجين في نوعية حياة بعضهما البعض، وتتأثر نوعية الحياة لدى الطرف الباقي على قيد الحياة عند رحيل الآخر.

واعتبر المنظور الاجتماعي نوعية الحياة مظلة شاملة؛ تضم جميع مجالات وجوانب الحياة، كما يقيمها الأفراد ذاتهم انطلاقاً من إشباع الجوانب المادية والمعنوية التي تحقق التوافق النفسي، وبالتالي تحقيق الذات، وأن علماء النفس والصحة النفسية تبثوا في تقييمهم لمفهوم نوعية الحياة إقرار الفرد لنفسه، وإدراكه لنوعية الحياة انطلاقاً من القيم والاتجاهات والحاجات والرضى، والتوافق والصحة النفسية، وليس الإذعان إلى الجانب المادي والرفاهية التي يعيش فيها الفرد (زعطوط وقريشي، 2013).

وترى الباحثة أن مفهوم نوعية الحياة هو إدراك الفرد لوضعه الراهن، وقدرته على القيام بالدور الأمثل في مجالات الحياة المختلفة، سواءً الصحية والنفسية والمعرفية والاجتماعية والبيئية انطلاقاً من الشعور بالكفاءة الذاتية لديه.

## النظريات المفسرة لنوعية الحياة

هناك العديد من النظريات التي تناولت نوعية الحياة بالبحث والدراسة، والتي من أبرزها ما يلي:

### أولاً: النظريات النفسية

#### 1. النظرية المعرفية

تفسر النظرية المعرفية نوعية الحياة انطلاقاً من فكرتين أساسيتين، وهما: (شيخى، 2013)

**الأولى:** أن طبيعة إدراك الأفراد هي التي تحدد درجة الشعور بنوعية الحياة.  
**الثانية:** أن العوامل الذاتية هي الأقوى أثراً من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم في نوعية الحياة. تتأثر نوعية الحياة بظرفين؛ هما:

- **الظرف المكاني:** هنالك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لنوعية حياته؛ كالتأثير على الصحة، والآخر التأثير غير المباشر والمتمثل في حمل الفرد لمؤشرات إيجابية حول رضا الفرد عن البيئة التي يعيش فيها.

- **الظرف الزمني:** ويتمثل في إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على نوعية حياته، فيكون أكثر إيجابية كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في العمر كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته.

#### 2. النظرية الإنسانية:

ترى النظرية الإنسانية أن فكرة جودة الحياة تستلزم الارتباط الضروري بين عنصرين لا غنى عنهما، وهما: وجود كائن حي ملائم، ووجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن (شيخى، 2013).

وفي هذا الإطار وضع رايف (Ryff, 2014) مفهوم السعادة النفسية، والتي تقوم على

سته أبعاد يضم كل بعد ست صفات، تمثل هذه الصفات نقاطاً لتحديد معنى السعادة النفسية، وهي: الاستقلالية في اتخاذ القرارات، والتمكّن البيئي، والنمو الشخصي، والعلاقات الإيجابية مع الآخرين، وتقبل الذات، والهدف من الحياة. كما بين أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة عندما يحقق الفرد سعادته النفسية.

### نظرية إبراهيم ماسلو: التدرج في الحاجات

يرى ماسلو (Maslo) أن الفرد السعيد هو الفرد الذي يحقق الحاجات الثمانية التالية: الاحتياجات الفسيولوجية، والحاجة إلى راحة البال، والحاجة إلى الحب، والحاجة إلى الاحترام، والحاجة إلى المعرفة والتفاهم، والحاجة إلى الإبداع والجمال، والحاجة إلى تحقيق الذات، والحاجة إلى السمو، وأشار إلى أن السير في التسلسل الهرمي للاحتياجات يساعد الأفراد في الحصول على طرق لتحسين نوعية الحياة؛ من خلال دمجها في خطة الحياة العامة، وفي النهاية الحصول على السعادة، وتدرج هذه الحاجات حسب أهميتها هرمياً (الدومة، 2016).

### ثانياً: المنحنى البيئي

أولت علوم البيئة اهتماماً بنوعية الحياة ضمن إطار البيئة، واعتبرت أن نوعية حياة البيئة هي المحدد لحجم الجهد المطلوب من الفرد؛ من أجل تحقيق مستوى جيد للفرد للتعايش مع بيئته (الدومة، 2016).

### ثالثاً: المنحنى الاجتماعي

هنالك العديد من المؤشرات التي تُعنى بقياس وتقدير وتقييم درجة رفاهية المجتمعات، والوقوف على عدة جوانب تتعلق بالدخل والخدمات المتاحة، ومستوى السكن، والحالة الاجتماعية، والمستوى الصحي والاجتماعي والتعليمي والمواصلات،

وغيرها من المؤشرات القابلة للقياس (صالح، 1990).

#### رابعاً: المنحنى الفلسفي

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن السعادة المنتظرة أو المرجوة للفرد، يحصل عليها عندما يتحرر من أسر الواقع، ويتسامى في فضائه المثالي، ويترك العنان للحظات الخيال الإبداعي، وبالتالي فإن نوعية الحياة تتمثل في الهروب من الواقع من أجل الحصول على السعادة المتخيلة، والتي يعيش فيها الفرد بمنأى عن مصاعب الحياة (باوية، 2017).

#### مجالات نوعية الحياة

أكد الكثير من الباحثين أن نوعية الحياة هي نظام معقد ومتداخل من المجالات، ويندرج تحت هذه المجالات مجموعة من النقاط بهدف التقييم الموضوعي لكل مجال، وهي على النحو التالي (بهلول، 2009):

أولاً: المجال الجسمي: يشير هذا البُعد إلى كيفية التعامل مع الألم وعدم الراحة، والندم والتخلص من التعب، والطاقة، والحركة العامة.

ثانياً: المجال النفسي: ويشير إلى المشاعر والسلوكيات الإيجابية، وتركيز الانتباه، والرغبة في التعلم والتفكير والذاكرة، وتقدير الذات، ومظهر الفرد وصورة الجسم ومواجهة المشاعر السلبية.

ثالثاً: المجال الاجتماعي: ويشمل العلاقات الشخصية والاجتماعية، والدعم الاجتماعي، والزواج الناجح مع التأكيد على التوافق الزوجي - الجنسي - والوعي بمدى اندماج الفرد في المجتمع، والمساندة الاجتماعية في حياة الفرد.

رابعاً: المجال البيئي: يتضمن ممارسة الحرية بالمعنى الإيجابي، والشعور بالأمن والأمان الجسمي، ومصادر الدخل، والمشاركة في فرص الترفيه، والابتعاد عن مصادر

التلوث والضوضاء، وإشارات المرور والمواصلات (WHO, 2004).

خامسًا: مجال الاستقلالية: كلما ارتفعت مقدرة الفرد على العيش باستقلالية، كلما كانت نوعية الحياة عالية، ويتضمن بُعد الاستقلالية حيز الحركة الذي يتمتع به الفرد في حياته وأنشطته اليومية (WHO, 2004).

سادسًا: المجال الديني: وهو الالتزام الأخلاقي وتحقيق السعادة الروحية من خلال العبادات (ديمية، 2018).

بعض الطرق المستخدمة في تحسين نوعية الحياة

هناك العديد من الطرق المستخدمة لتحسين نوعية الحياة لدى الأفراد، ومن أهمها ما يأتي:

1. برامج التأمل للضغط النفسي والرفاه: تستخدم التقنيات التأملية لعلاج الإجهاد والظروف المرتبطة بالتوتر ولتعزيز الصحة العامة، وتختلف برامج التدريب على التأمل بعدة طرق بما في ذلك نوع النشاط العقلي الذي يتم الترويج له، ومقدار التدريب الموصى به، واستخدام مؤهلات المدرب وقدراته، ودرجة التركيز على الدين أو الروحية، كما ويتم دمج بعض التقنيات التأملية في نهج بديل أوسع يشمل العلاجات الغذائية و/ أو الحركة مثل اليوغا (Goyal et al., 2014).

2. النشاط البدني للتغلب على محنة الترميل وتحسين الصحة البدنية: إن ممارسة النشاط الرياضي (البدني) يساهم في تخفيف سوء الحالة الصحية للأرملات غير النشيطة؛ فالتمارين الرياضية لا تقلل فقط من الزيادة الملحوظة بنسبة (18%) من الوفيات الناجمة عن سوء الصحة، ولكنها تكتسب أيضًا (4) سنوات. الأهم من ذلك أنها تصبح نشيطة بدنيًا وعقليًا، وتحسن نوعية النوم وكميته لديها، وينخفض الاكتئاب والحاجة إلى الأدوية ذات التأثير النفسي وزيادة في معدلات التواصل الاجتماعي، ويمكن أن يكون النشاط البدني المستمر أحد الطرق للتغلب على محنة الترميل، وعلى بعض الشدائد الجسدية والعقلية المترتبة على الترميل، وتحسين نوعية حياة المرأة. (Li et al., 2016).



## المرأة الأرملة ونوعية الحياة

تتأثر نوعية الحياة لدى المرأة الأرملة كغيرها من فئات المجتمع، وذلك بعد وفاة زوجها لسببين: الأول هو بسبب فقدان الزوج القرين أو الشريك، والسبب الآخر هو بسبب الصدمات المالية وانعدام الأمان المالي على المدى الطويل وهذا من شأنه الإضرار بالرفاه النفسي (Holden, Kim & Novak, 2010).

ويرى دن (Dunn, 2015) أن نوعية الحياة ترتبط بالحزن وخلال سعي الأرملة لتحقيق السعادة في حياتها، وترتيب أولوياتها بعد وفاة الزوج، تصبح نوعية الحياة هي التوازن الذي تحققه، فالمرأة الأرملة تكون أكثر توجُّهًا نحو الخسارة بعد وفاة الزوج، ومن ثم تصبح أكثر توجُّهًا نحو الاستعادة، وهذا من شأنه التأثير على نوعية الحياة.

وتتأثر نوعية حياة المرأة الأرملة بشكل كبير بعد فقدان الزوج، ويتأثر إحساسها بالسيطرة على حياتها في ضوء قيود فقدان الموارد المادية والاجتماعية، كما ان التدهور الحاصل في نوعية حياة الأرملة حسب تقييمهن لذلك، يعتمد بشكل كبير على معتقداتهن الذاتية للقدرة على التقدم في مجالات محددة من العمل، وضمن الاهتمامات الشخصية، كما أن نوعية الحياة لدى الأرملة تدور حول ثلاثة أبعاد هي: الرضا عن الحياة، والرفاهية، والدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين، ومن الأصدقاء (Fry, 2001).

وبحسب رأي النساء الأرملة؛ فإن أفضل الطرق والوسائل التي يمكن انتهاجها، والتي تسهم في نقل المرأة الأرملة من الضعف إلى التمكين؛ هو تفعيل دور دعم منظمات المعونة، وزيادة مستوى الدعم الاجتماعي المقدم من الشبكات الاجتماعية (Nwokoro & Ogba, 2019).

ويرى فراي (Fry, 2001) أن هناك أربع فرضيات تتنبأ بتصورات الأرملة بشأن نوعية الحياة بعد فقدان الزوج، واتفق منطلق هذه الفرضيات مع باندورا (Bandura)، حيث جاءت الفرضية الأولى لتؤكد على أن الفاعلية الذاتية هي بنية عامة وخاصة

في الوقت ذاته، والثانية اقترحت أن النساء الأرامل سيظهرن معتقدات قوية حول الفاعلية الذاتية في المجالات الشخصية، وكفاية الدعم الاجتماعي المقدم والمجالات الروحية، في حين أن الأرامل الرجال سيظهرون معتقدات أقوى للفاعلية الذاتية في المجالات المالية والمجالات الصحية والمجال الجسدي، واقترحت الثالثة أن نوعية الحياة اقترنت بالصحة واحترام الذات، والرضا عن الحياة على المدى الطويل بعد فقدان الزوج، وأخيراً اقترحت الرابعة أن الفاعلية الذاتية عند النساء الأرامل سوف تتنبأ لهن بأهمية أكثر من نوعية الحياة ورضاهن عن حياتهن واحترامهن لذاتهن.

وقام ميشيل (Micheal) (المشار إليه في الغندور، 1999) بدراسة للتعرف إلى فاعلية البرامج العلاجية المعرفية في التأثير على نوعية الحياة وتحسينها، وأشارت إلى أنه وبمجرد تعرف وتدريب الفرد على كيفية التعامل مع الأحداث والضغوط، فإن هذا كفيل بأن يحقق نتائج إيجابية في مفهومه وإدراكه لنوعية الحياة الخاصة به.

إن مشكلة الترميل من المشكلات الملحة التي تستدعي العلاج؛ نظراً لأهميتها ضمن قائمة المشاكل التي تعصف بحياة المجتمعات، فعند فقدان المرأة لزوجها، تتأثر نوعية الحياة لديها كونها لا تحسر وجوده في حياتها فقط، لا بل تفقد علاقة ودية قريبة من شريك حياتها، ينتج عن ذلك تغيير جوهري وكبير في دورها العائلي والاجتماعي (البرنزيجي، 2015).

وترى الباحثة أنه في أغلب الأحيان قد لا يبدو للمرأة الأرملة هدف واضح في الحياة تسعى إلى تحقيقه بعد وفاة الزوج، حيث تصبح الحياة مملة فتعتقد أن وجودها لا معنى له، وتسيطر عليها مشاعر الحزن بسبب فقدان الزوج، وهذا يعني أن مشاعر الفقدان من شأنها أن تشكل تهديداً خطيراً على الأرملة، وعلى صحتها النفسية الأمر الذي يستدعي دراسة هذا التأثير بجميع أبعاده.

ولقد أكد بويلن وبريجرسون (Boelen & Prigerson, 2007) على أن مشاعر الفقدان والحزن المطول والقلق والاكتئاب تؤثر على نوعية الحياة عند النساء الأرامل.

## مشاعر الفقدان (Feeling of loss)

يعتبر فقدان الزوج أحد أشد أشكال التوتر النفسي الذي تمر به المرأة الأرملة، وما يميز الحزن والفقدان بأنه شبيه بأي جانب آخر من جوانب السلوك البشري، وقابل للوصف والدراسة، وحيث إنه لا يوجد حل واحد لجميع مشكلات ومشاعر الفقدان، فإنه من المهم معرفة أن فهم الحزن يمكن أن يساعد في فهم التجربة؛ فالخسارة والحزن جزء لا يتجزأ من الحياة والموت، ليس الخسارة الوحيدة التي يتعرض لها الفرد، ومع ذلك فإنه على الأغلب الخسارة الوحيدة التي قد يتعرض لها الفرد، ويتم التحقق من صحتها وتجربتها بطريقة مشروعة عن طريق الحزن؛ الذي يكون كرد فعل للألم والمعاناة التي تعاشها المرأة بعد وفاة زوجها (Parkes & Prigerson, 2013).

إن الحزن ومشاعر الفقدان رد فعل طبيعي ومتوقع لفقدان أحد أفراد الأسرة، وهو تجربة فردية وعائلية يمكن أن تؤثر على أداء الأسرة وديناميكيته، ويمكن تعزيز تجربة الحزن أو إضعافها؛ من خلال الاتصال المفتوح ومستوى التماسك بين أفراد الأسرة، فعندما تعمل الأسرة بشكل جيد، فإن الدعم المتبادل يساهم في التكيف مع الخسارة (Delalibera, Presa, Coelho, Barbosa & Franco, 2015). كما يساهم التدين العالي في زيادة مستوى قوة الشخصية لدى المرأة الفاقدة لزوجها (Kim, Kjervik, Belyea & Choi, 2011).

وقياساً على تأثير الفقدان على الأطفال في الأسرة، فإن فقدان الوالد أحد أكثر الأحداث المؤلمة التي يمكن للطفل تجربتها؛ حيث يصاحبها تأثيرات نفسية في انخفاض الثقة بالنفس، وصعوبات التواصل، والمشكلات الدراسية والسلوكية (Weber, Avariza, Kreicbergs & Sveen, 2019).

أن الحزن الطبيعي يمكن أن يجمع بين المزاج السيء والأفكار المضطربة أو المربكة، ومن المفترض الوصول إلى حالة التوازن كنتيجة لعمليات الحداد، في حين أن مصطلح الحزن المؤلم يشير إلى تأثير ظروف الفقدان وصور المتوفى بطريقة تؤدي إلى تعطيل المسار

التكيفي للعملية (Malkinson & Brask- Rušad, 2013).

ويرى فوكس وجونز (Fox & Jones, 2013) أن الحزن هو الاستجابة الطبيعية لخسارة الفرد، وأن كل خسارة فريدة من نوعها، كما أن متطلبات الدعم التي يفترض تقديمها للأفراد المفجوعين تختلف باختلاف المرونة، والاحتياجات المتنوعة للفرد والعائلة المتضررة، لذا ينبغي تقديم دعم الفجيجة استجابة للاحتياجات المقررة بشكل فردي. ويعتبر الحزن رد فعل على الخسارة، والحداد هو التعبير الخارجي عن الحزن، والحزن عملية وليس حدثاً وسوف يستغرق وقتاً للعمل من خلاله، ويمكن أن يؤثر على جميع جوانب الحياة سواءً أكان عاطفياً (المشاعر، الأفكار، والتصورات)، واجتماعياً (العلاقات مع الآخرين)، وجسدياً (التغيرات في الجسم والأوجاع والآلام).

وعرّف ريموندت وهانسن (Remondet & Hansson, 1987) الحزن على أنه ردود الفعل النفسية والفسولوجية للخسارة، ووجدوا أن إعادة الدمج الاجتماعي هي الوسيلة للوصول إلى التكيف في نهاية المطاف.

ويمكن تعريف الحزن على أنه الاستجابة للخسارة في مجملها، بما في ذلك مظاهرها الجسدية والعاطفية والمعرفية والسلوكية والروحية (Hall, 2014).

والغرض من الحزن هو قبول حقيقة الخسارة في الحياة، والعمل من خلال المشاعر والأفكار من أجل دمج الخسارة في الحياة، ثم التكيف مع التغيير والمضي قدماً، ومع ذلك لا يوجد شيء مثل الحزن الطبيعي فهو شخصي، ويتأثر بالعديد من العوامل؛ أهمها طبيعة العلاقة مع المتوفي، وسبب الوفاة، والحدث هل هو متوقع أم غير متوقع، وخصائص الفرد الفاقد من حيث الشخصية، والدين، والعمر، والجنس، أما الشفاء من الخسارة والتعافي منها، فإنه لا يحدث بين عشية وضحاها، فالأمر يتطلب بعض الوقت والصبر على مواجهة المشاعر والتغلب عليها، والعودة إلى الأنشطة اليومية والروتين الوظيفي (Fox & Jones, 2013).

ولقد ميّز ووردن (worden, 2008) بين ثلاثة مصطلحات تُستخدم عند التعبير عن

مشاعر الفقدان؛ وهي الحزن، والحداد، والفجيجة؛ فالحزن هو تجربة فرد فقد أحبائه بالموت، كما ويمكن تطبيق الحزن على الخسائر الأخرى، أما الحداد فهو المصطلح المطبق على العملية التي يمر بها الفرد للتكيف مع وفاة فرد مقرب. والفجيجة هي الخسارة التي يتحملها الفرد بفقدان آخر عزيز عليه.

ويرى هال (Hall, 2014) أنه من أجل تحقيق الفهم الصحيح لتجربة الفرد الفاقد؛ فإنه لا بد من الوقوف على بعض الأمور؛ أبرزها طبيعة العلاقة بين الفاقد والمتوفى، وكيفية الوفاة، وشخصية الفاقد، والوسط الاجتماعي، والدعم الاجتماعي المقدم، بالإضافة إلى الضغوطات الأخرى التي تعيشها الفاقدة، كما أكد على أن هنالك عدة أمور تشكّل تحديات أمام الفاقد للتكيف مع الواقع، وهي درجة الفراغ والتناقض بين المتوفى والفاقد، والعوامل المرتبطة بالوفاة، ومستويات العنف أو الصدمات، وأخيرًا الوفاة التي لا يتم فيها استعادة الجسد.

وتختلف الأسر في تعاطيها مع تجربة الفقدان، حيث إن هنالك خمسة أنواع من الأسر تختلف فيما بينها في الأبعاد الوظيفية لتجربة الفقدان؛ فهنالك الأسر الداعمة والصحية، والأسر المتوسطة، والأسر المختلة وظيفيًا بما في ذلك الأسر المعنفة والمعادية؛ فالأسر الداعمة والمتماسكة هي أسر وظيفية تتسامح مع الاختلافات في الرأي بين أفرادها، وتعالج النزاعات بطرق بناءة من خلال التواصل الفعال، وبمستويات منخفضة من الاعتلال النفسي والاجتماعي، أما الأسر الوسيطة فتظهر تماسك معتدل بين أفرادها وأكثر عرضة للأمراض النفسية والاجتماعية، ويميل عملها إلى التدهور عندما تتعرض لضغط الخسارة والحزن، أما الأسر المعتدلة وظيفيًا فإن لديها تماسك معتدل ومستوى معتدل من الصراع وعدم الرغبة في المساعدة، والعائلات المعادية لديها مستوى منخفض من التماسك وقلما تعبر عن المشاعر والأفكار، ويظهر لديها درجة عالية من الصراع بين أفراد الأسرة، وتميل إلى رفض المساعدة من الآخرين (Delalibera et al., 2015).

وعليه ترى الباحثة بأن الحزن هو ظاهرة طبيعية تحدث بعد فقدان الأسرة لأحد أفرادها، والحزن عملية فردية، وتختلف هذه التجربة بين الأفراد.

### المراحل التي مرت بها نماذج التعامل مع مشاعر الفقدان:

ترى الباحثة وبمطالعة الأدب النظري، أن النظريات اختلفت وبشكل كبير فيما يتعلق بالمبادئ الأساسية ومستويات التحليل ودراسة الخصوصية فيما يتعلق بمشاعر الفقدان، لقد مرت التقييمات الخاصة بمشاعر الفقدان والحزن بعدة مراحل، حيث انتقل التركيز من نظريات التعلق والخسارة إلى مفاهيم الحزن والحداد إلى المهام والمراحل، ثم إلى العمليات والمراحل النفسية.

في البداية أكد فرويد ((Freud على التعلق الشخصي بالأشياء والأفراد والتخلي عن، أو الاستغناء عن جزء من الذات بعد الخسارة جرّاء الموت وأكد على أهمية شفاء الفراغ الداخلي، أو ذلك الجزء الذي تم القضاء عليه بسبب الفقدان، وقدم فرويد (Freud) نموذجاً أشار فيه إلى أن العاطفة الموجودة في الكتابة باسم «الحداد» يُشار إليها على أن الفرد يبحث عن شيء تم فقدته باستخدام مفاهيم الأنا والهوية؛ فالفرد الفاقد يحزن ويتخلى عن طبقات متعددة من الذكريات المحزنة والرموز التي كان قد تشاركها مع فرد ما، وفي عملية بطيئة وشاقة يتم قبول حقيقة الخسارة من قبل الأنا، ويتم سحب الطاقة الغريزية، وبالتالي فإن الأنا تستوعب الخسارة، ووفقاً لهذا النهج التحليلي وتطبيقاً على نموذج الأرامل، فإنه عند فقدان الزوج فإن المرأة تكافح من أجل قطع العلاقات، وفصل الطاقة المستثمرة في الفرد المتوفى، والوظيفة النفسية للحزن ولمشاعر الفقدان هي تحرير الفرد من الروابط مع المتوفى، وتحقيق انفصال تدريجي عن طريق عملية الحزن، وإعادة ضبط ظروف الحياة الجديدة دون وجود المتوفى (Hall, 2014).

وقدم فرويد (Freud) خمس سمات للكتابة؛ أبرزها: توقف الاهتمام بالعالم الخارجي وفقدان القدرة على الحب، وعدم القدرة على القيام بالنشاطات المعتادة، ولوم الذات، وانخفاض قيمة الذات، كما ويعتقد فرويد أن الحداد ليس حالة مرضية، وأنه يهدأ

بمرور الوقت مؤكّداً على أن فقدان أحد أفراد الأسرة هي تجربة عالمية وهي واحدة من أكثر الأحداث أهمية (Hensley & Clyton, 2008).

ويعتبر ليندمان (Lindman) علامة فارقة في تطوير الأفكار حول مشاعر الفقدان، واستندت دراسته إلى تداخلاته مع (100) فرد ممن عايشوا مشاعر الفقدان عام (1942)، وذلك بعد وقوع الكارثة، وفرّ ليندمان فرصاً للنساء الفاقداً أزواجهن للعمل من خلال حزنهن، ومن خلال قيامه بجمع ودراسة البيانات، وقد اقترح ليندمان ست خصائص للحزن الحاد؛ وهي: الضيق الجسدي، والانشغال بأفكار/ صور المتوفى، والذنب المرتبط بالمتوفى أو حدث الوفاة، وردود الفعل العدائية، وانعدام التكيف، والميل إلى اقتباس سمات المتوفى في سلوك الفرد. وفي ضوء هذه الأوصاف قدم ليندمان نموذجاً أو إطاراً مرجعياً يتيح للفرد التفكير في الحزن على أنه عمل، مع إنجاز مهام محددة، وشملت مهامه التراجع عن الارتباطات العاطفية والنفسية مع المتوفى وإعادة التكيف مع البيئة بدون المتوفى وإعادة بناء علاقات جديدة، كما وضع ليندمان مصطلح الحزن الاستباقي على الفجعية، والذي يهتم بالحزن الذي تعاني منه زوجات المرضى المصابين بأمراض حادة (Drenth, Herbest & Strydom, 2010).

وعلى الرغم من أنها ليست النظرية الأولى ولا الأخيرة، إلا أنها ارتبطت بمراحل الحزن، وقد فتحت المجال لكوبلر روس (Kubler Ross) بفتح الأبواب لمناقشة الموت والاعتراف به، ومعالجة تجربة الخسارة، ومع ذلك وبسبب بساطة مراحلها والقدرة على فهمها وعدم وجود المنظرين الآخرين في هذا المجال، فإن نظريتها ونهجها لا يزالان معروفان على نطاق واسع حتى هذا اليوم، ولقد اعترفت كوبلر بالولاء للمفاهيم النفسية التي اقترحتها فرويد، وأهمها العقل اللاواعي، فقد حددت كوبلر المراحل الخمس للفقدان والحزن؛ وهي: الإنكار، والغضب، والمساومة، والاكتمال، والقبول، وتم تطبيق هذا النموذج على تجارب الفقدان والفجعية، ويؤكد هذا النموذج على أن الفشل في هذه المراحل سيؤدي إلى مجموعة متنوعة من المضاعفات (Downe- Wamboldt & Tamlyn, 1997).

وطور بولبي (Bowlby, 1980) نموذجًا جديدًا سمح له بالاستغناء عن بعض المفاهيم المجردة؛ مثل الطاقة النفسية والقيادة التي وجدها غير مرضية، ووضح بأن أسهل طريقة لفهم الضيق والاضطراب العاطفي هي الاعتقاد بأن سلوك الارتباط غريزي، ويتوسطه نظام سلوكي تم تطويره في وقت مبكر من الحياة، وهذا النظام موجه نحو الهدف، وسلوك التعلق لديه القدرة على أن يبقى نشيطًا طوال الحياة، فغالبًا ما لوحظ في سلوك النساء الأرامل الميل نحو ملء الفراغات وإقامة روابط جديدة، ولا يُنظر إليه على أنه سلوك مرضي، ومع ذلك لا ينبغي البحث عن تعلق جديد ومرفق جديد بقصد تجنّب الجوانب الأخرى لعملية الحزن، واستشهد بولبي بأربع مراحل عامة مرافقة لمشاعر الفقدان؛ وهي: الصدمة، والشوق والبحث، والفوضى واليأس، وإعادة التنظيم (الشفاء التدريجي)، كما وناقش التحيزات المعرفية (الهيكل المعرفية التي تقوم على تصفية المعلومات وتكون بمثابة آليات تشكل التصورات الفردية وأنظمة الاعتقاد)، وأكد بولبي أيضًا على أن الخسائر المستقبلية ستأثر بهذه التحيزات المعرفية وإعادة الهيكلة المعرفية، وشدد على الحاجة إلى معالجة المعلومات، فبمجرد اكتساب البصيرة واستكشاف الجوانب المعرفية والعاطفية للعلاقات وتجربتها تتقدم النساء الأرامل نحو تغيير البنى المعرفية.

وقدم ووردن (Worden, 2008) نموذجًا اعتمد فيه على المقاربة بين ليندمان (Lindman) الذي حدد ثلاث مهام، وتصورات بولبي (Bowlby) للارتباط والخسارة، وينظر إلى الحداد على أنه ضروري، ويرى أن الإرشاد عملية تيسيرية تسمح باتخاذ الإجراءات وليس فقط الخوض في تجربة مؤلمة، وقد حدد أربع مهام محددة للحزن؛ وهي: قبول حقيقة الخسارة، والعمل من خلال ألم الحزن، والتكيف مع البيئة التي يكون فيها فقدان الزوج، وإيجاد علاقة داعمة مع المتوفى في ضوء الشروع في حياة جديدة.

كما قدم راندو (Rando, 1993) نموذج تصور للعمليات الست، التي تتعامل بشكل كبير ورئيس مع الخسارة بعد الوفاة، ومن الممكن تعميم هذا النموذج على الأنواع



الأخرى من الخسارة وهذه العمليات هي:

- مرحلة التجنّب: أي إنكار التعرّف على الخسارة، والتفهم لحدث الفقدان.
- مرحلة المواجهة: أي تفاعل الفاقدين مع الأحداث، وخلال هذه المرحلة يكون من الضروري استرجاع وإعادة تذكر العلاقة ومواجهتها.
- مرحلة الإقامة: وتشمل عمليات العودة إلى عالم جديد دون نسيان القديم، والاستثمار في حياة مجدية بعيداً عن الحزن المرضي الذي يُلزم الحفاظ على ارتباط مستمر بالمتوفى في الذاكرة والحفاظ على هذه الروابط، وخلال مرحلة الإقامة يتم تعليم النساء الفاقات لأزواجهن نموذج (DPM) (The Dual Process Model).

ووضع سترويب وشت (Stroebe & Schut, 1999) نموذجاً خاصاً بالضغط النفسي للتكيف مع الفجوة، حيث يركز على نوعين من الضغوطات، هما: تجاه الفقدان وتجاه الترميم، بحيث تتعامل النساء الأامل مع فقدان الزوج، وما يرافقه من أحداث وتغيرات وتعديلات كبيرة في حياتهن، طبقاً لمفاهيم راندو الخاصة بالتكيف مع التغيرات في عالم الفرد الافتراضي والتعامل مع الخسائر الثانوية والرمزية المرافقة لفقدان الزوج.

ويصف هذا النموذج، والذي تم تطويره عام 1999 نموذج العملية المزدوجة للحزن من منظور الإجهاد المعرفي باعتبارها عملية تتذبذب بين وضعين متباينين في الأداء، وهما: تجاه الخسارة (Loss Orientation)، حيث يشارك الفرد الفاقد (الأرملة) التركيز على العاطفة، واستكشاف نطاق الاستجابات العاطفية المرتبطة بالخسارة، والاتجاه الآخر هو تجاه الاستعادة (Restoration Orientation)، حيث يتعامل الفاقد مع مواجهة المشكلات ويتعيّن عليه التركيز على العديد من التعديلات الخاصة التي تتطلبها الخسارة بما في ذلك الاهتمام بمتطلبات الحياة (Hall, 2014).

وتتأرجح مفاهيم التعامل وفق نموذج (DPM) في عملية تنظيمية بين القضايا الموجهة نحو الخسارة (أعمال الحزن)، والخبرات الموجهة نحو الاستعادة (الاهتمام

بمتغيرات الحياة). وجاءت مساهمة سترويب وشت (Stroebe & Schat, 1999) في فهم الحزن انطلاقاً من أن الحزن ينطوي على اتجاهين؛ هما: اتجاه الخسارة واتجاه الاستعادة، وتذبذب النساء الأرملة بين هذين الاتجاهين، كما أن هذين الاتجاهين يعكسان عمليتين نفسيتين مختلفتين، ولكنها متداخلتين؛ أحدهما تعكس الارتباط المستمر بالفرد المفقود، والأخرى هي الحاجة إلى تغيير مجموعة كاملة من الافتراضات وعادات الفكر مع التقدم في الحياة. وركز نيماير (Neimeyer) على فقدان كعملية للتخلي عن التعلق والمضي قدماً، وفي النهاية التعافي والعودة إلى الحياة الطبيعية، من خلال الحاجة إلى البحث عن إيجاد المعنى بعد فقدان الزوج، كما نادى بأهمية إعادة بناء المعنى عن الذات والعالم من أجل التكيف (Parker & Prigerson, 2009).

وأشار نيماير (Neimeyer, 2001) إلى أن المرأة الأرملة تبدأ في السعي نحو تعزيز إعادة بناء عالم ذي معنى، وذلك من أجل تحقيق أعراض الحزن الشديد، ومن أجل تجديد الشعور بالأمل والفاعلية الذاتية في حياتها المتغيرة، ولكن كيف يتم تسهيل إعادة بناء المعنى؟ لا بد من تعزيز الشعور بوجود احتياجات المرأة الأرملة للحزن في نفس الوقت التقدم في البحث عن المعنى، ويقوم الأخصائي النفسي بدور مهم في هذا السياق، حيث يستلزم الأمر إقامة علاقة آمنة وداعمة تتميز بسماع عميق وعاطفي، وتتضمن أهداف العملية التعليم النفسي حول الخسارة، واستكشاف الاهتمامات الوجودية ومعالجة العواطف، واستخدام نقاط القوة والموارد الحالية، وأخيراً تشمل الإجراءات العلاجية الملموسة مجموعة واسعة من الطرق السرديّة والطقوس التعبيرية، وأنماط الرعاية لمساعدة الأرملة على فهم الخسارة.

وأشار جيليز ونيماير (Gillies & Neimeyer, 2006) إلى أن هنالك ثلاثة أنشطة لإعادة صنع المعنى في حياة المرأة الأرملة من خلال عملية الحزن؛ وهي صنع الإحساس، وإيجاد الفوائد، وتغيير الهوية، حيث إن التكيف مع الخسارة ينطوي في كثير من الأحيان على بناء واقع جديد يتم فيه تغيير رؤية المرأة الأرملة للعالم ولنفسها إلى الأبد.

واقترح أصحاب نظريات الإدراك والصدمات أمثال جينجان (Janigan)، و ثومبسون (Thompson)، وبولمان (Bulman)، وجانفو (Janoff)، وفولكمان (Folkman) أن أصعب الخسائر هي تلك التي يفشل الفرد في إدراكها، ويرمي كل شيء له معنى في الشك والاضطراب لحماية نفسه من الألم، في حين ترى النظريات البنائية أن العملية التي يتم من خلالها بلورة أفكار الأرامل عن الفجيعة وإيجادها وفهمها أمرًا أساسيًا في تجربة الحزن هو الحصول على فوائد هذه التجربة (Gillies & Neimeyer, 2006).

وترى الباحثة أن أغلب النظريات السابقة سعت لبلورة المعنى حول تجربة فقدان والذي يتحقق عن طريق أمرين؛ هما: فهم الخسارة، وللجانب الديني الدور الأهم هنا، والأمر الآخر هو العثور على الفوائد من تجربة الخسارة سواء على الصعيد الشخصي، والمتمثل بتطور الشخصية لدى المرأة الأرملة أو على الصعيد الاجتماعي، والمتمثل بتعزيز العلاقات الاجتماعية، كما أن تغيير الهوية تستند إلى نماذج المواجهة التي اقترحتها النظريات المعرفية، مثل تايلور (1983)، ونموذج العملية المزدوجة لستروبي وشوت (1991)، وترى هذه النظريات أنه من خلال إعادة بناء المعنى في حياة الفرد فإنه من الضروري إعادة بناء نفسه، على الرغم من أن الألم والضيق متوقعان في هذه التجربة، إلا أن التغيرات الإيجابية ممكنة الحدوث، أيضًا فالأفراد الذين يواجهون الصعوبات والازمات تجدهم الأقدر على التعاطف مع الآخرين.

وبناءً على ما سبق فإن الباحثة اعتمدت في العمل مع النساء الأرامل على عدة منطلقات وذلك ضمن متغير مشاعر فقدان وهي: الحديث عن المنهجية المتبعة وعن كيفية الانتظام داخل المجموعة الإرشادية، أيضًا حديث المشاركات عن فترة ووقت مرض الزوج حتى وفاته، ثم الحديث عن فترة الوفاة بحد ذاتها، وكذلك الفترة التي تعقب وفاة الزوج وأخيرًا تصور صور مجازية للزوج الراحل وحياتهم معًا في السابق.

## الدليل التشخيصي الخامس واستبعاد اضطراب الفجيرة

تم اقتراح استبعاد اضطراب الفجيرة من تشخيص الاكتئاب الجسيم في الإصدار الخامس، والذي كان موجودًا في الإصدار الثالث للجمعية التشخيصية والأخصائية الأمريكية، والهدف من استبعاد الفجيرة هو مساعدة الأخصائيين النفسيين في تحديد الأفراد الذين يعانون من أعراض الحزن الطبيعية لوفاة أحد أفراد أسرهم، وتجنب تشخيصهم الخاطئ بالاكتئاب الجسيم، حيث كان في السابق يتم تشخيص اضطراب الفجيرة الطبيعية مصحوبة بثلاثة أعراض أولية؛ وهي المزاج العصبي المكتئب، واضطراب النوم، والبكاء، إلى جانب الأعراض الثلاثة الثانوية التي تشمل صعوبة التركيز، وفقدان الاهتمام بالتلفاز والأخبار، وفقدان الشهية أو فقدان الوزن. وبشكل عام فإنه وعلى الرغم من تشابه الأعراض المماثلة للأفراد الذين يعانون من الفجيرة والأفراد المصابين بالاكتئاب، فإن إحدى السمات المميزة؛ وهي مدة الحداد على فقدان أحد أفراد الأسرة في الفجيرة من (6-10) أسابيع، في حين أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الجسيم يستغرقون وقتًا أطول (Fox & Jones, 2013).

ويبين كلايتون وهاليكس وماوريس (Clyton, Halikes & Maurice, 1971) أنه خلال الشهر الأول بعد وفاة الزوج فإن البكاء والاكتئاب واضطرابات النوم هي أكثر الأعراض شيوعًا في هذه الفترة، بالإضافة إلى صعوبات التركيز وفقدان الوزن والشعور بالذنب.

ومن الأهمية بمكان التوضيح بأن أعراض الاكتئاب تظهر بقوة عند الرجال الأرامل أكثر من النساء الأرامل، على الرغم من تأثير حدث الترميل على الجنسين، حيث إن المرأة لديها القدرة على التكيف مع الترميل بمرور الوقت أكثر من الرجل، وأن الرجال الذين يبقون وحدهم بعد وفاة زوجاتهم أكثر عرضة للإصابة بأعراض الاكتئاب الجسيم (Van Grootheest, Beekman, Van Groenou & Deeg, 1999).

ويتفق كينج وكار وتايلور (King, Carr & Taylor, 2018) على هذه النقطة، حيث

توصلوا في دراستهم إلى أن لدى النساء الأرامل مستوى من الأمل أكثر من الرجال في أعقاب حدث الترميل، ويعزى ذلك إلى أن المرونة النفسية لدى النساء أعلى مقارنة بالرجال.

## مراحل الحزن

وضع روس وكسلر (Ross & Kessler, 2005 Kubler) خمس مراحل للحزن مثلت الاستجابة للخسارة التي يعاني منها الأفراد، مؤكداً على أنه لا توجد استجابة نموذجية للخسارة، والحزن أمر ضروري مثل الحياة، وتمثلت المراحل الخمس للحزن؛ وهي الإنكار، والغضب، والمساومة، والاكتئاب، والقبول، والإطار الذي يتعلم منه الأفراد الفاقدين كيفية العيش بعد الفقدان؛ فهي أدوات للمساعدة في تجربة ما قد يشعر بها الأفراد، فدراسة هذه المراحل تقدم معرفة بتفاصيل الحزن، مما يجعل الأفراد أكثر استعداداً للتعامل مع الحياة والخسارة، وهذه المراحل على النحو الآتي:

**المرحلة الأولى: مرحلة الإنكار:** في هذه المرحلة يتم إنكار الواقع بمهارة شديدة لإعطاء لحظات بعيدة عن الألم، وتسيطر على الفرد مشاعر الخدر، ويتساءل الأفراد في هذه المرحلة كيف يمكنهم المضي قدماً، وهناك نعمة في الإنكار تتمثل في أنها الطريقة الطبيعية في السماح بقدر الإمكان للتعامل مع المشاعر القوية والمهمة فهي آلية للحماية البطيئة، وتبدأ مشاعر الإنكار بالانخفاض تدريجياً إلى أن يتم تقبل حقيقة الخسارة.

**المرحلة الثانية: الغضب؛** تقدم هذه المرحلة نفسها بعدة طرق، وهي الغضب على من تحب؛ لأنه لم يهتم بنفسه كما يجب، أو الغضب من أن الفرد لم يهتم به بشكل أفضل، والغضب قد يكون بسبب عدم توقعك حدوث هذا الشيء، ولكنه حدث ولا شيء يمكنه إيقافه، وفي هذه المرحلة تظهر مشاعر الحزن والذعر والأذى، والشعور بالوحدة أقوى من أي وقت مضى، ويعتبر الغضب هو الشعور الأكثر إلحاحاً، كلما زاد الغضب رافقه مشاعر أكثر، ولكن الأمر الأهم هو أن لا يدع الفرد أحد يقلل من أهمية الشعور بالغضب لديه، ولا يدع أحد ينتقد غضبه.

المرحلة الثالثة: المساومة؛ في هذه المرحلة يرغب الأفراد بعودة الحياة إلى ما كانت عليه قبل فقدان الزوج أو الأحباء، والرجوع بالوقت، وتصبح جملة (لو فقط) هي سيدة الموقف هنا، بينما يتحرك الفرد خلال عملية المساومة يغير العقل الأحداث الماضية بينما يستشكف ماذا لو، لو فقط.

المرحلة الرابعة: الاكتئاب والإنهيار؛ في هذه المرحلة ينتقل الانتباه بشكل مباشر إلى الوقت الحاضر، ويدخل الحزن في الحياة من مستوى أعمق وأعمق، مما يتصور الفرد ويشعر في هذه المرحلة أن اكتابه سيستمر للأبد، ومن المهم الوعي بأن الاكتئاب ليس بسبب مرض عقلي، بل هذا هو المناسب استجابةً لخسارة كبيرة تُشعر الفرد بأن الحياة لا معنى لها، ولكن في الحزن فإن الاكتئاب هو الوسيلة الطبيعية للحفاظ على النفس من خلال إغلاق الجهاز العصبي، حتى يتمكن الفرد من التكيف مع شيء يشعر أنه لا يستطيع التعامل معه، وإذا كان الحزن إجراءً منطقيًا للشفاء، فإن الاكتئاب هو واحد من العديد من الخطوات الضرورية على طول الطريق، وإذا كان لدى الفرد الوعي بالتعرف على أنه يعاني من الاكتئاب أو إذا أخبرك الفرد أنه مكتئب، فقد يكون ردّه الأول هو المقاومة والبحث عن المخرج.

المرحلة الخامسة: مرحلة القبول؛ غالبًا ما يتم الخلط بين القبول وفكرة أن يكون الفرد على ما يرام بعد ما حدث، وتدور هذه المرحلة حول قبول حقيقة أن الزوج قد رحل جسديًا، على الرغم من حقيقة أن الشفاء يشبه التذكر وإعادة التنظيم، وقد تتوقف عن الغضب من القدر، وقد تدرك الأسباب المنطقية لفقدانها حتى ولم تفهمها، ويجب تعلم إعادة تنظيم الأدوار أو إعادة تعيينها للآخرين، ومن المهم التوضيح أنه وبمرور الوقت ستبدأ تدريجيًا بإيجاد السلام مع ما حدث، كما أن القبول هو عملية تشهدها وليس مرحلة نهائية، والسماح لمشاعرها بأن تطفو إلى السطح بدلاً من إنكارها، أو السماح لاحتياجاتها أن تتحرك وتنمو وتتغير وتتطور.

## مشاعر الفقدان عند الأرامل

تناضل المرأة بعد فقدان زوجها من أجل الوصول إلى مرحلة التكيف والقبول، ويرى فوغانس (Vaughans, 2018) أن المرأة الأرملة تكون في أشد الحاجة إلى المشورة الفردية، والانتظام في مجموعات دعم الحزن، كما أن الدعم الاجتماعي المقدم لها يكون في غاية الأهمية، ويؤكد على طبيعة العلاقة بالمتوفى.

ويمر علاج الحزن ومشاعر الفقدان بثورة مفاهيمية، ويفتح آفاقاً لإعادة تشكيل هذه التجربة الانسانية للخسارة، وتعتبر عملية إعادة المعنى هي العملية المركزية في الحزن (Neimeyer, 2001).

وأشار إليس (1990) إلى أن العقيدة الأساسية في علاج الحزن هو التمييز بين مسار الحزن التكيفي والحزن غير المتكيف و الاعتقاد بأن هذا التفكير غير المنطقي يمكن تعديله من خلال تطبيق مجموعة متنوعة من التقنيات المعرفية والعاطفية والسلوكية التي تهدف إلى مساعدة العملاء على التكيف مع الواقع الجديد وإعادة تنظيم العلاقة الداخلية مع المتوفى.

وجاءت الدراسات لتؤكد على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي القائم على الإنترنت في التعامل مع الأفراد الثكلى الذين يعانون من الحزن ومشاعر الفقدان، وذلك بالتأكيد على استخدام أساليب العلاج النفسي المعمول بها، والمعالجين التكنولوجيين الجدد والمرضى الذين يتم التواصل معهم بشكل حصري عبر البريد الإلكتروني، حيث يتم العمل معهم من خلال تعريفهم الموعظة من الفقدان، وإعادة التقييم المعرفي، وأخيراً التكامل والترميم والتكيف (Wagner, Knaevelsrud & Maercker, 2006).

ومن الأهمية بمكان تطوير تدخلات نفسية فعالة للأرامل اللواتي يعانين من صعوبات في التغلب على الفجوة، ووجدت المراجعات المنهجية أن التدخلات المبكرة بعد الفجوة غير فعّالة، أما بالنسبة لبرامج التدخل فإنها تركز على ما يأتي (Newsom et al., 2017):

- الفترة الزمنية على مرور حدث فقدان.

- الطريقة التي يتم بها التواصل بين الأخصائي والمرأة الأرملة.

- مستوى الضيق الذي يعاني منه الفرد.

ويرى مالكنسون وروستد (Malkinson & Brask-Rustad, 2013) أنه في حال التعامل مع مشاعر فقدان لعلاج الحزن الفردي تكون العلاقة مع المتوفى هي محور العلاج مع العميل ويهدف العلاج إلى تقوية الروابط مع المتوفى في حين إن التعلق بالمتوفى يتم نقله إدراكياً وعاطفياً إلى الداخل أن علاج الحزن يهدف إلى تحديد التشوهات المعرفية كما أن الجدل المنطقي في مرحلة العلاج ليس مفيداً ولكن بدلاً عن ذلك فإن التشكيك المنطقي والتطبيع هو الأنسب للتعامل مع فقدان.

تهتم النماذج المعرفية وتحديدًا (REBT) بتصوير الفرد وتقييمه للخسارة وكذلك يركز على دراسة العواطف والاستجابات السلوكية علاوة على ذلك فإن الإدراك أمر أساسي لفهم الاضطراب العاطفي وتقييم حدث الخسارة الذي بدوره يزيد الميل إلى التفكير بطريقة غير عقلانية (Malkinson & Brask- Rustad, 2013).

ويرتبط التكيف الناجح لفقدان الزوج في المقام الأول مع درجات عالية في المرونة النفسية، والانبساط وانخفاض درجات العصبية، بالإضافة إلى التركيز على الدور الهام للموارد البشرية في مواجهة فقدان الزوج، وخاصة في سن الشيخوخة (Spahni, Morseli, Perrig- Chiello & Bennett, 2015).

ويعتقد كوسمنسكي (Kosminsky, 2017) فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في مثالية العمل مع المفجوعين، حيث تختلف قدرات الأفراد على التعامل مع وفاة فرد قريب، وللوصول إلى التكيف، فإن هنالك كوكبة من المعتقدات، والتي تتضمن أفكار الفرد عن المتوفى وظروف الوفاة، والمشاعر حول الفرد المتوفى وتقييمهم لأنفسهم، وهذا يقتضي تدخلات العلاج المعرفي السلوكي، فعندما يفهم العملاء الأساس المنطقي للعلاج، ويلتزمون بتنفيذ المهام المحددة في خطة العلاج الخاصة بهم.



إن المبدأ الأساسي في علاج الحزن ومشاعر الفقد وفقاً للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هو التمييز بين المسارين التكيفي وغير التكيفي للحزن والاعتقاد بأن هذا التفكير غير العقلاني يمكن تعديله من خلال تطبيق مجموعة متنوعة من التقنيات المعرفية والعاطفية والسلوكية الرامية إلى مساعدة الأرامل على التكيف مع الواقع الجديد وإعادة تنظيم العلاقة الداخلية مع المتوفى، وهكذا في علاج الحزن المعرفي حيث يتم التمييز بين التفكير التكيفي (العقلاني) والذي ينتج عنه عواقب عاطفية مناسبة للحزن والتفكير غير التكيفي (غير العقلاني) والذي يؤدي إلى ضائقة طويلة (Malkinson & Brask, 2013).

ويمثل فقدان وما يصاحبه من مشاعر مصدر قلق كبير سواءً على المستقبل أو على الصحة العامة، حيث يعاني المصابون غالباً من مشكلات صحية، بالإضافة إلى احتمالية الوفاة في أول عامين بعد الوفاة (Cory, 2018).

تعتبر طرق العلاج الجماعي والنهج المعرفي والمتمثل بالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي الخيار الأول لمن يعانون من الضيق النفسي الناجم عن الصدمات لما له من فاعلية في تخفيف الأعراض الناجمة عن هذا الحدث (Onuigbo et al., 2019).

تؤثر المسافة الزمنية والمكانية على المشاعر التي يشعر بها الأفراد، ويعبرون عن مشاعرهم من خلال استجاباتهم للأحداث المأساوية، فالشدة العاطفية تنخفض وتلتزم الصمت فيما يتعلق بالتغيرات في الجودة العاطفية، وكذلك ينخفض استخدام كلمات الحزن والفقدان ويحل مكانه استخدام كلمات القلق، وزيادة الكلمات التي تعكس التفكير السلبي (Dore, Ort & Bravman, 2015).

### قلق المستقبل (Future Anxiety):

لطالما تم فهم الموت كحدث له تداعيات اجتماعية يصاحبها الكثير من القلق الناجم عن القصور في إشباع حاجات الأفراد، ولطالما أكد علماء النفس على أهمية

العمل على إشباع حاجات الفرد الأساسية، ولعل من أهم الحاجات الأساسية التي يسعى كل فرد إلى إشباعها هي الحاجات البيولوجية، ثم الحاجات النفسية المتمثلة في الحاجة إلى الشعور بالأمن والحب والانتفاء وتقدير الذات، وتحقيق الذات والفهم والمعرفة؛ فالفرد السوي في حال تم إشباع حاجاته لن يعاني مطلقاً من القلق والتوتر، ويبدأ قلق الفرد عندما يعجز عن إشباع حاجاته (بن علو، 2003).

ويعتبر القلق واحداً من الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً في الآونة الأخيرة، وذلك بسبب تعقيد أدوار الفرد ومسؤولياته الأساسية والمتنوعة، وهو ما ينعكس في زيادة مخاوفه وقلقه (Hammad, 2016).

ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة (DSM-5) فإن اضطرابات القلق بأنواعها المختلفة تصنف تحت محور اضطرابات القلق (Anxiety Disorder) والتي من أهمها قلق الانفصال، والرهاب النوعي، القلق الاجتماعي، الهلع، ورهاب الخوف من المرض، والقلق العام، والأنواع الأخرى من القلق، اشتهرت بمجموعة من الخصائص أبرزها الخوف المفرط والاضطرابات السلوكية.

ومن الواضح أن العصر الحالي يتميز بزيادة معدلات القلق بين الأفراد، نظراً لما يشهده من تسارع في وتيرة الأحداث والظروف، لذا فإن القلق هو النتيجة الطبيعية لعدم قدرة الفرد على مواكبة الأحداث وفق إمكانياته وقدراته المحدودة. ويعتبر القلق من أكثر الاضطرابات النفسية تأثيراً على صحة الفرد وجسده ومستقبله، بالإضافة إلى تأثيره السلبي على مختلف مجالات الحياة إذا ما زاد عن المستوى الطبيعي، ومن الملاحظ أن القلق هو نقطة البداية التي تنطلق منها العديد من الأمراض النفسية والعقلية مما يجعله واحداً من أكثر موضوعات الصحة النفسية بحثاً ودراسة (ناصر، 2017).

ويساعد الحدّ المقبول من القلق - أي بدرجة معينة - الفرد على حسن التصرف وإعطاء رد الفعل الطبيعي في حال التعرّف إلى خطر حقيقي، بل وقد يكون محفزاً للفرد

على التفوق والسعي لتطوير الذات، ولكن ليس من الطبيعي أن يتسم الإحساس بالقلق بالتكرار وبصورة شديدة لدرجة تعيق الفرد عن أداء أعماله اليومية بشكل طبيعي، وتجعله يشعر بضائقة نفسية شديدة يتمنى الخلاص منها (Ellise, 1998).

وهناك نوعان في القلق، النوع الأول هو الذي يعهده الأفراد في الأحوال الطبيعية نتيجة لرد فعل على الضغط النفسي أو الخطر، ففي هذه الحالة يستطيع الفرد أن يميز بوضوح أن شيئاً ما يهدد أمنه وسلامته، ويسمى هذا القلق الذي يكون استجابة سوية للضغط من خارج الفرد «القلق خارجي المنشأ أو القلق المستثار» (Exogenous or Provoked)، وهناك نوع ثانٍ من القلق، يُسمى داخلي المنشأ (Endogenous)، وهذا النوع من القلق تشير دلائله على أن ضحاياه قد ولدوا ولديهم استعداد وراثي له حتى في غياب أي ضغط خارجي (ناصر، 2017).

وأشارت المطيري (2014) إلى أن هنالك ست خصائص للقلق، وهي على النحو التالي:

- أنه حالة انفعالية يرتبط بها فزع، أو خشية أو ذعر، أو توقع خطر وتوجس.
- يتميز هذا الانفعال بأن غير سار.
- هذا الانفعال موجه نحو المستقبل القريب أو البعيد.
- لا يوجد تهديد حقيقي أو مجرد أو معروف، ولو وجد تهديد، فإنه لا يتناسب مع درجة المبالغة.
- يصاحبه آلاماً جسدية ذاتية وخاصة الشعور بضيق الصدر.
- يرافقه تغيرات عضوية وجسمية واضحة.

وفي إطار هذه الدراسة فقد أكد نابا ولوند جرين و اكسلسون (Nappa, Lundgren & Axelsson, 2016) أن مصدر القلق في حياة المرأة الفاقدة لزوجها هو الشعور بأنها تعيش تجربة قيمة، هذه التجربة يمكن أن تؤدي إلى الشعور بفقدان السيطرة وتجربة مشاعر

ساحقة مثل الخوف والشعور بالوحدة وفقدان الهوية والمشاعر الصعبة الأخرى .

أكدت العديد من الدراسات وجود علاقة بين الترميل ومشاكل الصحة العقلية مثل القلق والاكتئاب على نطاق واسع وفقاً لدراسة اونرست وكويجبرز فقد أكدوا وبعد مراجعتها لأحد عشر دراسة تفحص مدى انتشار أو حدوث اضطرابات المزاج والقلق في الأرمال أكدوا على أن معدل انتشار اضطراب الاكتئاب الجسيم واضطراب القلق (MDD) و (Magor Depressive Disorder and Anxiety Disorders) (AD) كان مرتفعاً لدى الأرمال خاصة في السنة الأولى بعد فقدان الزوج (Cuijpers & Onrust, 2006) .

إن الأسباب المسؤولة عن حدوث القلق وارتفاع مستوياته عند الأرمال يعود إلى ضغوطات ما بعد الترميل وأهمها الضغوطات المالية التي تعاشها الأرملة بعد فقدان الزوج وكذلك فقدان الدعم الاجتماعي وانخفاض المشاركة الاجتماعية والشعور بالوحدة والقلق (Zisook, Schneider & Schuchter, 1990) .

### المعنى اللغوي للقلق

جاء في لسان العرب حول معنى القلق بأنه الانزعاج، يُقال بات قلقاً، وأقلق الشيء: غيَّره من مكانه، وقلقه: حركه والقلق: ألاَّ يستقر في مكان واحد (ابن منظور، 1992).

### المعنى الاصطلاحي للقلق

عرّف كفافى (1990) القلق بأنه: خبرة انفعالية وغير سارة، يشعر بها الفرد عند تعرضه لمثير مهدد أو مخيف أو في حال وقوعه في موقف صراع أو إحباط حاد. ويشير المعنى الاصطلاحي للقلق بأنه: حالة من عدم الارتياح النفسي والجسمي، يتميز بخوف وشعور بانعدام الأمن وتوقع حدوث كارثة، وقد يصل إلى حد مشاعر من الذعر والهلع يصاحبه أعراضاً نفسية جسدية (شقيير، 2005).

كما عرّف فرّاج (2006) القلق بأنه: شعور عام بالفراغ والخوف من شيء مرتقب وكارثة على وشك الحدوث، كما أنه رد فعل واستجابة لتهديد سببه الصراعات اللاشعورية عند الفرد، وانعدام الأمن، فيتهيأ الجسم لمواجهة التهديد فتوتر.

واعتبره الأخرس (2016) بأنه: مشكلة نفسية شعورية إدراكية، تفقد الفرد ثقته بنفسه وبالأخرين، كما ويشكل خطراً على صحة الفرد، كونه يؤدي إلى الشعور بعدم الأمن، ويقود لحالة من التشاؤم واليأس وينعكس على كافة أنشطة الحياة.

ويرى زهران (1995) أن القلق حالة من التوتر الشامل والمستمر الذي يحصل للفرد نتيجة توقعه لخطر يهدده سواءً كان هذا الخطر حقيقي أم رمزي يصاحبه خوف غامض، إضافةً إلى بعض الأعراض النفسية والجسدية.

وترى شقير (2005) أن إصابة الفرد أو ذويه بأي إعاقة أو صدمة، تجعله يدرك الأحداث المؤلمة مع صعوبة الموائمة مع هذه المدركات، مما يؤدي إلى تزايد القلق لديه ويزيد من النظرة التشاؤمية للحاضر والمستقبل، ويشعر بالخوف من الموت، والخوف من مواجهة الحياة المستقبلية بشكل إيجابي وسوي، فتدفعه للانطواء والسلبية والعزلة والهروب، واللجوء إلى الحيل الدفاعية اللاشعورية غير السوية، الأمر الذي يسبب له حالة من عدم الثقة بالنفس وعدم القدرة على مواجهة المستقبل.

وترى الباحثة أن القلق عبارة عن خبرة انفعالية غير مرغوبة تسيطر على الفرد، وتجعله في حالة توتر وترقب مستمر نتيجة التعرض لمثير مخيف أو مهدد يرافقه تغيرات داخلية وخارجية ملموسة. ويعتبر موضوع القلق واحداً من أكثر المواضيع التي يتزايد الاهتمام بها عند دراسة حاجات النساء الأرامل، وضرورة وضع البرامج التي تساعد على التكيف مع قلق المستقبل وخفضه.

## تفسير النظرية المعرفية للقلق

يعتبر بيك (Beck) من المساهمين الأساسيين في النظرية المعرفية للقلق، حيث أكد بيك على أن توقع الفرد للأخطار والكوارث هي المكونات الأساسية التي تميز مرضى القلق، وأن القلق عند الأفراد يتوقف على الطريقة التي يدرك بها الفرد تلك المخاطر وتقديره لها؛ فالفرد في حالة القلق يكون مشغولاً أو لاً باحتمال تعرضه للخطر أو الأذى وتهيمن عليه فكرة أساسية وهي وجود خطر يدهم صحته، أو أسرته، أو ممتلكاته، أو مركزه المهني والاجتماعي (تونسي، 2002).

إن المبالغة في تقدير حدوث الأخطار تجعل الفرد دائم التشكيك في قدرته على المواجهة والمقاومة، مما تسبب له قلقاً مستمراً، وتعمل الأفكار التلقائية السلبية على توقع المخاطر الدائمة وتحريف وتشويه المعارف (حسين، 2007).

أما لازاروس (Lazarus) فقد قدم نموذجاً معرفياً للقلق على أساس عمليتين، هما: (حسين، 2007)

1- التقييم الأولي: والذي يعني به تقدير الفرد لمدى تهديد الموقف، ويتأثر هذا التقييم بنوعين من العوامل؛ وهي: عوامل متعلقة بشخصية الفرد واعتقاداته وافتراضاته، وعوامل متعلقة بالموقف وطبيعة الحدث أو التهديد المتوقع واحتمال حدوثه.

2- التقييم الثانوي: ويعني تقدير الفرد لما لديه من إمكانيات وقدرات للتعامل مع الموقف، ويتأثر هذا التقييم بقدرات الفرد وإمكاناته النفسية والجسمية والاجتماعية والمالية (حسين، 2007).

أما ألبرت أليس (Ellis) فقد قدم شكلين من أشكال القلق، وهي: (محمد، 2002)

1- قلق عدم الارتياح: وهو ضغط انفعالي ينتج عندما يشعر الفرد أن راحته وحياته مهددة، وأنه لا بد وأن يحصل على ما يريد.

2- قلق الأنا: ويعرف بأنه ضغط انفعالي ينتج عندما يشعر الفرد بـ:

أ- أن قيمته الذاتية والشخصية مهددة.

ب- أنه يجب أن يقوم بالأداء الجيد الذي يستحسنه كل من حوله

وترى الباحثة أن القلق الذي فسرتة النظرية المعرفية يعود إلى تبني الفرد أفكارًا غير عقلانية بسبب الاضطراب الذي يجعله يقع في القلق.

### مصادر القلق وأسبابه

اختلف علماء النفس في قضية القلق وأسبابه، فمنهم من اعتقد أن القلق ينتج من عوامل داخلية؛ أي داخل الفرد، ومنهم من اعتقد أنها عوامل خارجية، ومنهم من يرى غير ذلك (حماد، 2012). وأشار جيروم و إرنست (Jerome & Ernest) (المشار إليهم في القريطي، 1998) أن هناك خمسة مصادر أساسية للقلق، وهي:

1- الأذى أو الضرر الجسدي: فالعديد من الأفراد يمتلكهم الشعور بالقلق عندما تتهددهم مواقف تنذر بالأذى والإيلام الجسدي.

2- الرفض أو النبذ: فالخوف من رفض الآخرين للفرد ومن عدم مبادلتة مشاعر المودة والحب يجعله غير مطمئن للمواقف الاجتماعية.

3- عدم الثقة: حيث يعد نقص الثقة أو فقدانها سواءً في النفس أو في الغير عند خوض التجارب والمواقف والخبرات الجديدة مصدرًا للقلق، لا سيما إذا كان الطرف الآخر في هذه المواقف غير واضح فيما يتوقع من أن يفعله الفرد.

4- التنافر المعرفي: يؤدي تناقض الجوانب المعرفية كالإدراكات والأفكار كل منها مع الآخر، أو عدم اتساقها مع المعايير الاجتماعية إلى القلق والشعور بعدم الارتياح.

5- الإحباط والفرع: فالتوتر والقلق يعدان محصلة طبيعية لفشل الفرد، سواءً في رضاه لرغباته ودوافعه وطموحاته أم في فض المواقف الصراعية.

بينما أضاف (زهرا، 1995) بعض الأسباب الأخرى للقلق، وهي:

- 1- الاستعداد الوراثي في بعض الحالات.
  - 2- الاستعداد النفسي (الضعف النفسي العام)، والإحباطات والصراعات بين الدوافع والاتجاهات والتوتر النفسي الشديد والصدمات النفسية، والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة ومشاعر الذنب والنقص والحجز.
  - 3- مواقف الحياة الضاغطة والضغط الحضارية، والثقافية الناجمة عن المدنية الحديثة والبيئة المشبعة بعوامل الخوف والحرمان، وعوامل بيئية أسرية؛ كالتفكك والاضطراب الأسري.
  - 4- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة مع التأكيد على التعامل بين مواقف الحاضر وخبراته وذكريات الصراعات في الماضي.
  - 5- التعرض لخبرات الحياة الاقتصادية أو العاطفية أو التربوية والخبرات الجنسية الصادمة، لا سيما في الطفولة والمراهقة.
  - 6- عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية، وعدم تحقيق الذات.
- يرى كيللي (Kelly, 2002) أن للجانب المعرفي أهمية في حدوث قلق المستقبل؛ فالفرد عندما ينشغل وبشكل مسبق بتخزين التفسيرات السلبية للأحداث في ذهنه، فإن ذلك يجعله يميل للاعتقاد بضرورة حدوث النتائج السلبية السيئة.

## مفهوم قلق المستقبل

الفرد بطبيعته دائم التفكير بمستقبله وما يحمله له من أحداث ومواقف، فتجده يهيكل حاضره ليحظى بمستقبل أكثر إشراقاً. لذا يعتبر قلق المستقبل من سمات هذا العصر ويشكل خطراً على الصحة الجسمية والنفسية على حد سواء للأفراد، كما ويؤثر



على طاقتهم الإنتاجية، ويعزى قلق المستقبل لظروف الحياة الصعبة والمعقدة وتزايد ضغوطات الحياة في مختلف المجالات (عسليّة والبنّا، 2011).

يميل الأفراد في تفكيرهم إلى القلق بالمستقبل باعتباره شكلاً محدداً من القلق ويمكن تعريف قلق المستقبل بأنه حالة من عدم اليقين والخوف والقلق بشأن التغييرات التي تهدد المستقبل الشخصي للفرد (Kaya & Avci, 2016).

ويؤثر قلق المستقبل على إنتاجية الأفراد ويؤدي إلى شعورهم بعدم الأمان والاكئاب نحو مستقبلهم كما ويولد لديهم أعراض نفسية سلبية ولا يمكنهم من الشعور بالفاعلية في التعامل مع مواقف الحياة الصعبة في المستقبل (Zaleski, 1996).

وينظر إلى قلق المستقبل بأنه حالة عاطفية ترتبط شدتها بالتفكير في المستقبل، والقلق من التغييرات غير المرغوب فيها؛ مثل التهديدات البدنية، والمرض والحوادث، أو التهديدات العاطفية مثل فقدان أحد أفراد الأسرة، وما يتبعه من حزن وألم عاطفي (Hammad, 2016).

ووضع سعود (2005) وصفاً دقيقاً لقلق المستقبل ضمن المنظومة المعرفية، أو ضمن المنحنى المعرفي، حيث رأى أنه إطاراً لمختلف العمليات المعرفية والمواقف الانفعالية؛ فهو يتزامن مع تخمينات المخاطر المتعلقة بالمستقبل، كون الفرد لديه تصورات حول عدم قدرته على التعامل مع المخاطر المتوقعة بشكل فاعل، محفزاً أفكاره التلقائية السلبية لتعكس له مواضيع أو كوارث جسدية، أو اجتماعية نفسية.

وقد يكون القلق من المستقبل سيف ذو حدين، فعندما يكون إيجابياً يكون حافزاً للتفكير بتحقيق الأهداف والتكيف، وتحسين نوعية الحياة، وعندما ينطوي على رؤية سلبية في الغالب للمستقبل، فإنه يمكن أن يقوّض الصحة العقلية والجسدية (Hloman & Silver, 2005).

ويعاني الأفراد القلقين نحو المستقبل من انخفاض مستوى الثقة بالنفس واحترام الذات، والتوتر العضلي، والأرق، والإرهاق، والتهيج، وصعوبة النوم أو الاستمرار

فيه، وصعوبة التركيز أو تركيز الانتباه، مما يجعلهم يشعرون بالإحباط والاكنتاب (Freeston & Meares, 2015).

وترى الباحثة أن القلق نحو المستقبل هو أمر مبرر عند الأرامل، نظرًا لظروف العوز والتغيرات التي تطال مجريات الحياة على الصعيد الصحي والشخصي والاجتماعي والاقتصادي، حيث تشعر كأنها تسير نحو المجهول، كما أن الشعور بالقلق يحدث كسلسلة من الأفكار السلبية والاعتقادات غير المنطقية حول الأشياء التي من المتوقع حدوثها مستقبلاً، والتي لا تكون نتيجتها مؤكدة، بمعنى أنها قد تحدث وقد لا تحدث ولكن طبيعة القلق يجعلها تبدو حقيقية للغاية.

ويُعرف قلق المستقبل بأنه شعور انفعالي يتسم بالارتباك والضيق والغموض، وتوقع السوء والخوف من المستقبل، وشل القدرة على التفاعل الاجتماعي (إبراهيم، 2018). كما أن قلق المستقبل يشير إلى حالة من الخوف والتوتر والتشاؤم بشأن المستقبل، ينتج عن التفكير العميق في المستقبل، وما سيأتي من أحداث، كما ويشمل على عدة أبعاد؛ أبرزها: البعد الشخصي والمحلي والعملي، ومن المحتمل أن يصاحب قلق المستقبل يأس و اكتئاب وأفكار وسواسية (إبراهيم، 2008).

ويرى عبد العزيز (2006) أن قلق المستقبل حالة من الخوف والفرع والتوتر والشك وعدم الثقة، وعدم الأمن والطمأنينة تجاه المستقبل بسبب الاستغراق في التفكير نحو كل ما يمكن أن يتوقع حدوثه من مشكلات صحية، ودراسية، ووجدانية، ومهنية، وعائلية، ودينية، ومجتمعية تُشعر الفرد بالتهديد على مستقبله الشخصي.

وترى شقير (2005) أن قلق المستقبل هو عبارة عن خلل أو اضطراب نفسي المنشأ ينتج عن خبرات الماضي غير السارة مع تشويه وتحريف إدراكي معرفي للواقع وللذات، وذلك يتمثل باستحضار الذكريات والخبرات الماضية غير السارة وتضخيم السلبيات ودحض الإيجابيات، وتعميم الفشل وتوقع الكوارث، الأمر الذي يؤدي إلى حالة من التشاؤم بشأن المستقبل، والخوف من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية المستقبلية

المتوقعة، والأفكار الوسواسية، وقلق الموت، واليأس. بينما ترى بوسعيد (2014) أن قلق المستقبل هو حالة من التوتر وعدم الاطمئنان، والخوف من التغييرات غير المرغوبة في المستقبل. ولخص انعيم (2007) مجموعة من المظاهر المرتبطة بقلق المستقبل في ثلاث مجموعات وهي: المظاهر المعرفية، والتي تمثل أفكار الفرد وتصوراته بشأن المستقبل التي تصل إلى درجة التشاؤم من المستقبل، والتفكير في مواضيع تؤثر على الجوانب المعرفية، والمجموعة الثانية هي المظاهر السلوكية، والتي تتعلق بسلوكيات الأفراد؛ مثل الانسحاب والابتعاد من المواقف التي تبعث على القلق والتوتر والنكوص بسبب عدم القدرة على المواجهة، أما المجموعة الثالثة، فهي المظاهر الجسمية، والتي تظهر على شكل ردود أفعال بيولوجية وفسولوجية؛ مثل الصداع وتسارع دقات القلب وضيق النفس، وعسر الهضم وتوتر العضلات.

وترى الباحثة أن قلق المستقبل هو شعور انفعالي يتسم بالضيق والارتباك والعجز وعدم الارتياح تجاه الأمور المرتقبة والمتعلقة بالمستقبل يصاحبه فقدان الشعور بالأمن، والتشاؤم.

### أسباب قلق المستقبل

يرى أليس (Ellis) أن الفرد عندما يواجهه تهديدٌ يشعر بالقلق وهذا الشعور بالقلق يولد لدى الفرد الدافع للتصحيح وعندما يتعرض للخسارة يسيطر عليه الحزن والمشاعر السلبية الأخرى فيشعر بعدم الارتياح، والندم وخيبة الأمل، والحزن، ويحمل الفرد معتقدات غير منطقية وعاطفية ستكون سلبية وغير صحية (Dryden, 2003).

ويؤكد زاليسكي (Zaleski, 1996) على أن أحد عناصر القوة في قلق المستقبل مكوناته المعرفية أكثر من المكونات العاطفية وفي هذا السياق فإن لكل شخص إدراك حول معتقداته الإيجابية أو السلبية حول المستقبل وتعتبر المعتقدات الإيجابية حول القلق أمراً مثيراً للقلق باعتبارها أمراً يساعد الأفراد على الاستعداد لأسوأ السيناريوهات في حين

تتعلق المعتقدات السلبية حول القلق بانخفاض احتمال حدوث تلك السيناريوهات. ينشأ قلق المستقبل بسبب أفكار خاطئة وغير عقلانية لدى الفرد تجعله يؤول الواقع والمواقف والأحداث بشكل خاطئ، مما يدفعه إلى حالة من القلق والخوف، الذي يجعله يفقد السيطرة على مشاعره وأفكاره العقلانية، ومن ثم عدم الأمن والاستقرار النفسي (المشيخي، 2009).

وبين الحسيني (2011) أن قلق المستقبل يعود للأسباب التالية:

- عدم القدرة على التوافق مع المشكلات التي يعاني منها.
- الإدراك والفهم الخاطئ للأحداث المحتملة في المستقبل.
- عدم فاعلية الفرد في التعامل مع الأحداث المستقبلية.
- نقص القدرة على تحديد إمكاناته بصورة صحيحة، فهو دائماً يتمنى فوق قدراته وإمكاناته.

- نقص القدرة على التكهن بالمستقبل.

- التقدير المنخفض لمصادر معالجة الحدث المخيف، وما يمكن أن يفعله الفرد تجاه الحدث المخيف.

- عدم الشعور بالأمان والانتفاء والشعور بالتمزق.

ويعتبر الخوف الغامض نحو ما يحمله الغد الأكثر بُعداً من صعوبات ومعضلات التنبؤ السلبي بالأحداث المتوقعة، بالإضافة إلى الشعور بالضيق والتوتر والانقباض عند الاستغراق في التفكير في المستقبل، وضعف القدرة على تحقيق الأهداف (عشري، 2004).

ويبين الأمامي (2010) أن أسباب قلق المستقبل تتمثل بما يأتي:

أولاً: أسباب شخصية: وتتمثل بعدم وجود القدرة الكافية للفرد للتكيف مع

المشكلة التي يعاني منها، وعدم وجود المعلومات الكافية لديه حول هذه المشكلة، بالإضافة إلى عدم قدرته على الفصل بين الواقع وآماله وطموحاته.

ثانياً: أسباب اجتماعية: وتتمثل بالشعور بالعزلة وعدم الانتماء للأسرة والمجتمع، بالإضافة إلى التفكك الأسري وما يحويه من مشكلات؛ مثل الشعور بعدم الأمان والإحساس بالضيق، أيضاً افتقار الفرد إلى الأفراد المقربين الذين يقدمون له الدعم والمشورة.

وترى الباحثة أن قلق المستقبل يحمل في جنباته آثاراً سلبية تؤثر على الأفراد وتؤدي بهم إلى الشعور بانعدام الأمن والاكئاب في نهاية المطاف، وإن تعليم الفرد ماهية قلق المستقبل يساعد الآخرين في الشعور بالأمان والإنتاج بشكل أكثر فاعلية لأنفسهم وللمجتمع، ولا شك بأن قلق المستقبل يعرّف كحالة من عدم اليقين والخوف والترقب بشأن تهديد التغييرات في المستقبل الشخصي.

ويين زاليسكي (Zaleski) المشار إليه في كايا وأفيسي (Kaya & Avci, 2016) أن الأفراد الذين يعانون من قلق المستقبل يتميزون بخصائص معينة؛ من أبرزها:

- الانتظار السلبي لمعرفة ما سوف يحدث في الحياة.
- تجنب الغموض والمخاطر.
- التمسك بطريق معروفة وتقليدية في الحياة.
- استخدام آليات الدفاع المختلفة بدلاً عن اتخاذ خطوات كبيرة ومدروسة مع المواقف السلبية.
- استخدام المصادر الاجتماعية لجعل مستقبل الفرد آمناً.
- تجنب وضع الخطط المستقبلية.
- صعوبة في الفكاهة.

- المعاناة من أعراض نفسية سلبية أكثر.

- الشعور بعدم الفاعلية للتعامل مع مواقف الحياة المستقبلية الصعبة.

- الشعور بعدم الأمان وعدم الإنتاجية، والاكتئاب في نهاية المطاف.

ويمكن الحديث عن قلق المستقبل واستعراض البنية التي تشكل منها مقوماته من خلال العلاقة الجدلية ما بين الماضي والحاضر والمستقبل، والسؤال هنا كيف يقرأ الفرد القلق نحو مستقبله، وماهي العلاقة بين المجالات الثلاثة؟ يحتفظ الفرد بخبرات الماضي وبتقييماته الانفعالية المتعلقة بالماضي في ذاكرته البعيدة المدى، والتي بدورها تؤثر وبشكل فاعل على تصرفات وسلوكيات الأفراد، وعلى المشاعر الراهنة، ثم يقوم بقراءة الواقع الحالي بصورة محايدة، وهذه القراءة تحتمل نوعين؛ النوع الأول هو قراءة الواقع بصورة إيجابية، وبناء توجهات نحو المستقبل، والنوع الآخر هو قراءة الواقع بصورة سلبية كمؤشر مثير للقلق والشك بتأثير الماضي، وهذا بدوره يؤدي إلى الشعور بعدم ضبط أو السيطرة على الواقع وتكون النتيجة الوصول إلى التشاؤم، وفيما يتعلق بمجال المستقبل يظهر هنا التوقع حيث يقوم الفرد ببناء توقعات الحياة المستقبلية السلبية انطلاقاً من الحاضر، ويتم بناء المستقبل من خلال معلومات قد تكون خاطئة أو صحيحة، وانفعالات، وأسلوب تفكير قد يكون تفاؤلي أو تشاؤمي، وإشارات، ووقائع، وأحداث سلبية (الطخيس، 2014).

إن انضمام المرأة إلى العلاج الجماعي وإلى مجموعات دعم فقدان يعتبر أمراً مفيداً كتدخل وقائي من وجهات النظر الاجتماعية والاقتصادية وعلى الأرجح أنها أكثر فائدة وقبولاً من التدخلات المهنية المرتبطة بالطب النفسي، وهذه التدخلات الجماعية تقلل من احتمالية تطور الحزن المعقد بما في ذلك مخاطر ومشاكل الصحة العقلية مثل الاكتئاب الشديد والقلق وكذلك الوفاة المفاجئة ونقص الدعم الاجتماعي و / أو العزلة وفي طور الحديث عن الرعاية التلطيفية المتبعة مع الأرامل فإن أفضل من يقدم الرعاية هم الأخصائيين النفسيين ورجال الدين منطلقين من نظرية أساسية وهي

التأثير الإيجابي للعبارات واللفظ وإعادة التعرض لتجربة الحزن والفقدان في سياق المجموعة الأيمن (Nappa, Lundgren & Axellsson, 2016).

يرى بيك (Beck, 2006) أنه وأثناء العمل مع قلق المستقبل لابد من إعادة هيكلة المعتقدات السلبية حول المستقبل فعندما يتعلم الأفراد التفكير بطرق واقعية سوف يتحسن مزاجهم.

## المرأة الأرملة وفقدان الزوج

إن وفاة الزوج هو الحدث المجهد في الحياة بالنسبة للزوجة، والذي يمثل نقطة تحول في مسار حياة المرأة الأرملة، نظرًا لما ينطوي عليه من تحولات في الأدوار الاجتماعية، كون فقدان الزوج يرتبط بزيادة الضغط المادي على المرأة الأرملة، وقيامها بتولي مهام جديدة تتعلق بإدارة الأسرة وتوفير احتياجاتها، بالإضافة إلى تغيرات في العلاقات الاجتماعية، والتي قد تؤدي إلى تفاقم أو زيادة حدة الضيق النفسي نظرًا لاختلاف الأدوار الاجتماعية، واختلاف ظروف التكيف مع الترملة (Umberson, Wortman & Kessler, 1992).

ويعتبر فقدان الزوج «الترمل» أحد أبرز الظروف الصعبة التي تحل بالأسرة، حيث تجد المرأة نفسها بعد ذلك أمام مسؤوليات جمة، وهي مجبرة على التكيف مع جميع الظروف والتحديات المحيطة بها، والتي تجبرها على الصمود أمام هذه المعاناة، وبالتالي فإنها تصبح عرضة للإصابة باضطرابات نفسية كالإكتئاب والقلق إضافة إلى الاضطرابات السيكوسوماتية، بالإضافة إلى الإحساس بالوحدة، وفقدان الألفة وتشوش الهوية النفسية والاجتماعية والاعتراب النفسي، الأمر الذي ينعكس سلبيًا على حياتها الشخصية والأسرية (بوزيان، 2015).

وبالنظر إلى المرأة الفاقدة لزوجها (الأرملة) فإنها تعيش في مجتمع مكون من عدة فئات اجتماعية، مما يجعلها تتأثر بدائرة العلاقات التي تحيط بها، وهذا بدوره يتطلب

منها مجهوداً فكرياً ومعرفياً وانفعالياً وسلوكياً؛ لتتمكن من التكيف مع المواقف الضاغطة التي يمكن أن تتعرض لها، ويعتبر فقدان الزوج «الترمل» أشد أنواع الفقد الذي لا تكاد تتحمله المرأة؛ فتنتهج سياسة الحزن لسنوات طويلة، بالإضافة إلى تأثرها بمجموعة من العوامل النفسية والديمغرافية المحيطة بها، حيث تبدأ رحلة الشعور بألم الفقدان، وتحمل العديد من الأدوار والمسؤوليات المتعلقة بتربية الأولاد وحدها، وتدبير شؤون المنزل والأسرة على كافة الأصعدة، والبحث عن هوية جديدة، وهذه أهم الأحمال الثقيلة الملقاة على عاتقها بمجرد حملها للقب (أرملة) (عبد المنعم، 2010؛ Trivedi, Sareen & Dhyani, 2009).

ولقد اختلف الباحثون في تحديد العوامل التي قد تسبب خللاً نفسياً للمرأة الأرملة، وإصابتها بالعديد من الاضطرابات النفسية، فمنهم من رأى أن تعدد الأدوار هو أحد المشكلات النفسية التي تحل بالمرأة الأرملة؛ فقيام المرأة بدور الأم والأب يمكن أن يحدث خللاً في أصالة دورها كأم، بالإضافة إلى ذلك فإن التعددية في أداء الأدوار قد يؤدي إلى إجهاد الدور الأصلي، في حين يرى آخرون أن ما يسبب الاضطرابات النفسية للمرأة الأرملة هو الشعور بالوحدة المترتبة على فقدان الزوج، حيث إن المرأة تعاني ضغطاً نفسياً هائلاً بسبب الشعور بالوحدة، فضلاً عن شعورها بالتوتر والعصبية والميل إلى العزلة الاجتماعية (المنسي، 2008).

وخلصت العديد من الدراسات؛ كدراسة فاسورانتى وآرونا (Fasoranti & Aruna, 2007) إلى أن فقدان الزوج أحد أكثر الأحداث الحياتية السلبية لدى المرأة، وذلك بعد فقدان الطفل، ومن الأهمية بمكان التأكيد على أن الصدمة والألم الذي يجلب بالمرأة بعد فقدان الزوج أكبر من صدمة الزوج في حال فقد زوجته.

وفي إطار حديث النساء الأراامل عن مرحلة انتقال رحلتها الخاصة من كونها زوجة إلى أرملة فإن هناك ثلاث مراحل تمر بها المرأة الأرملة التي تعيش مرحلة مرض الزوج تحديداً؛ وهي اكتشاف أن الزوج يعاني من مرض ما، وأن الموت نهاية حتمية له



ثم يأتي دورها في مساعدة الزوج على التصالح مع حقيقة المرض والموت ثم الحديث عن الفترة الأقرب لحدث وفاة الزوج وأخيراً الحديث عن وفاة الزوج وأحداث ذلك اليوم بكل تفاصيله، هذه الأحاديث تعطي معنى وراحة للأرامل عند إعادة سردها (Hoonard, 1999)

وترتفع نسبة الترميل بين النساء مقارنة مع الرجال لسببين؛ الأول هو الأسباب الصحية حيث أن النساء يعشن لفترة أطول من الرجال، وهي حقيقة أثبتتها البيانات العالمية المتعلقة بالاختلافات في متوسط العمر المتوقع للرجل والمرأة، والسبب الثاني أن النساء يملن إلى الزواج من الرجال الأكبر سناً رغم أن هذه الفجوة بدأت تضيق (Lee, Demaris, Bavin & Sullivan, 2001).

وتُعاش المرأة الأرملة رحلة التحرر من الوحدة والسعي نحو التكيف مع الوضع الجديد ومواكبته، لذا ظهرت نظريتان تُعنيان بمواكبة الخسارة والفقدان، وهما على النحو التالي (Van Baarsen, 2002)

**أولاً: نظرية التعارض العقلي (The Theory of Mental in Congruing):** تُعدّ هذه النظرية من النظريات التحفيزية المعرفية، وترى أن سلوك الفرد يتشكل من خلال العلاقات المتبادلة بين المعايير (الرغبات)، والإدراك (التجارب)، وهو ما يُسمى بالنظام العقلي، ويشير عدم الاتساق إلى خلل في النظام، ويتوقع أن يكون أكبر عندما تكون ظروف التغيير غير ملائمة، أو أقل ملائمة، وتشرح النظرية لماذا يتصرف الأفراد دائماً وفقاً لمعاييرهم أو مواقفهم، ويتم تفسير الوحدة التي تعاني منها المرأة الأرملة على أنها تناقض في العلاقات؛ أي التعارض ما بين العلاقات القائمة والعلاقات التي تريدها، والتي تقل عندما يقل الدعم الفعلي المتلقى.

**ثانياً: نظرية الوحدة العلائقية (The Theory of Relational Loneliness):** تركز هذه النظرية على الآليات النفسية والعلائقية الكامنة وراء عملية التكيف، حيث تنجم مشاعر الوحدة عن عجز في وظيفة أو أكثر في العلاقات الترابطية مع الآخرين، وتنقسم

الوحدة إلى نوعين؛ وهما: الوحدة من خلال العزلة الاجتماعية، والتي تحدث بسبب عدم التكامل الاجتماعي، والنوع الآخر من الوحدة قد يكون بسبب العزلة العاطفية، والتي تحدث بسبب غياب الشريك والذي يؤدي إلى ضعف الهوية، وتقتضي عملية التكيف مع الخسارة تطوير مفهوم جديد للذات.

وتتفق النظريتان في التأكيد على أن احترام الذات والدعم الاجتماعي لهما دور هام في تناقص الوحدة بعد وفاة الشريك.

## الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للأرامل

يرى الباحثون أن مصدر المعاناة في أزمة الترميل تكمن في الفقدان المفاجئ للمساندة النفسية، فبين ليلة وضحاها تفقد الزوجة زوجها دون سابق إنذار أحياناً، ودون أن يترك لها الوقت الكافي لإحداث التغيير وانتقال الدور الاجتماعي والاقتصادي للزوجة، ويعتبر الدور الجديد للمرأة الأرملة أكثر صعوبة من الناحية السيكولوجية والاجتماعية إذا ما قورن بدور الرجل الأرملة، وذلك لعدة أسباب أهمها (رمضان، 1999):

- يعتبر الزواج أكثر أهمية بالنسبة للمرأة من الرجل، وبالتالي فإن انتهاء الزواج يعني انتهاء الدور الحيوي بالنسبة للزوجة.

- قد لا تجد بعض الأرامل تشجيعاً اجتماعياً للزواج مرة ثانية.

- تتحمل المرأة الأرملة المسؤولية الاقتصادية لنفسها ولأولادها، ومواجهة مسؤولية مستوى المعيشة الذي سيتأثر بشكل أو بآخر.

- في الحياة الاجتماعية؛ تواجه الأرملة قيوداً أكثر من الرجل الأرملة، ويرجع ذلك إلى أن المرأة الأرملة أكثر ميلاً للسلام الاجتماعي، والاستسلام لظروف الحياة.

- تقل الفرص أمام النساء الأرامل لتغيير المكانة من خلال الزواج؛ نظراً لحجم المصاعب والمعوقات مقارنةً بالرجل الأرملة.

- قد يتم إجبار المرأة الأرملة على عدم الزواج مرة أخرى لتجنب فقدان الممتلكات وحضانة الأطفال بالإضافة إلى الرقابة الشديدة على حياة المرأة الأرملة من قبل عائلة الزوج المتوفى.

يبدو أن الآثار السلبية طويلة الأجل المترتبة على الترميل مستمدة من الحرمان الاجتماعي والاقتصادي بدلاً من الترميل نفسه، كما ويبدو أن الأراامل لديهن معنويات أقل وانتماءات أقل من المتزوجات لأنهن أكثر فقراً (Harvey & Bahar, 1994).

وقد يصاحب الترميل الاضطرار للعمل لكسب العيش، كما قد تنشأ خلافات ومشكلات نتيجة تعدد القيادات في البيت، وقد تضطر المرأة الأرملة للعيش مع الأقارب، وهذا يعني أن هنالك علاقات اجتماعية تحتاج إلى توافق، وقد تعيش الأرملة وحدها يرافقها القلق والحزن ومشاعر الفقدان دون أن يدري بها أحد (الأبيض، 2014).

ويرتبط الترميل ارتباطاً وثيقاً بمجموعة واسعة من أعراض الحرمان في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، حيث تواجه ملايين النساء الأراامل في هذه الدول إساءة المعاملة والتمييز، والحرمان من الميراث والعوز، وقد يكون للأراامل المسنات احتياجات غير مستوفاة للمساعدة في الأمور المالية، والقانونية بعد وفاة الزوج مباشرة وقد تستمد لسنوات بعد ذلك، فغياب الدعم الفعال للقضايا المالية والقانونية والخدمات ينبى بضرورة إصلاح السياسات المتعلقة بمنحى الترميل (DiGiacomo, Lewis, Phillips, Nolang & Davidson, 2015).

وتعتبر تجربة فقدان الزوج أمراً مؤلماً في أي وقت، ولكن فقدان الزوج والترميل في سن مبكرة يجلب معه تحديات فريدة من نوعها؛ فالأراامل الشابات، أي اللواتي تقل أعمارهن عن (45) عام لا تحزن فقط بسبب الخسارة الجسدية للزوج، ولكن أيضاً بسبب فقدان الأحلام والآمال المرتبطة بالزوج (Lowe & McClement, 2011).

بينما تواجه النساء الأراامل المسنات مخاطر صحية ترتبط ليس بالفقدان فقط، بل

بالتقدم في السن، كذلك التكيف مع العيش بشكل منفرد، وهذا من شأنه أن يضعف قدرة المرأة على تجاوز مراحل الحزن، مما يؤدي إلى عواقب على الصحة البدنية والعقلية (Digiacomio, Lewis, Nolan, Philips & Dividson, 2013).

أن من أهم السمات الأساسية لتجربة فقدان الزوج والخاصة بالأرامل كُبريات السن هي بناء هوية جديدة كأرملة والسعي لتحقيق الاستقلال في مواجهة الأنشطة اليومية الروتينية والشعور بالوحدة والشواغل الصحية والعلاقات المتغيرة داخل الأسرة والشبكة والاجتماعية (Naef, Ward, Mahrer- Imhof & Grande, 2013).

ويزيد الأمر سوءاً عندما تعيش المرأة الأرملة تجربة الترميل وهي حامل ففي دراسة أجرتها دورتي وسكانيل (Doherty & Scannell- Desch, 2008) على نساء أرامل فاقدات للزوج أثناء فترة الحمل في الولايات المتحدة الأمريكية خلصت نتائج الدراسة إلى أن هنالك موضوعات تستحق الدراسة خلال هذه الفترة أهمها الحرمان مقابل التعامل مع الواقع، كالتخطيط للولادة في ضوء غياب الزوج، والخلل الذي يحدث في شبكة الأمان والدعم الاجتماعي، وخذلان الآخرين، وإعادة بناء الأسرة من جديد.

وقد تسبب مشاعر فقدان بإحداث عواطف تعتبر الأصعب، والتي تأخذ طابع عدم التوقع لها، تبتدئ بالصدمة إلى الغضب إلى عدم القبول بالواقع، وإلى الشعور بالذنب والحزن العميق، كما ويؤثر ألم فقدان على الصحة الجسدية، فلا تستطيع الأرملة النوم بشكل جيد أو التفكير بشكل طبيعي (Wolfelt, 2016).

ومن أبرز المشاعر التي تمر بها الأرملة بعد فقدان تجربة مشاعر فقدان، والشوق والألم، ولوم الذات، والشعور بالذنب، واضطرابات النوم، وعدم القدرة على التركيز، ومشكلات الذاكرة، ومشاعر الحنين، وبالنسبة للفترة الزمنية، فإن الأشهر الثلاثة الأولى إلى العام الأول تحيط بالمرأة ذكريات المتوفي في الأعياد والمناسبات الخاصة، كون هذه الفترة يتم تجربتها لأول مرة بدون وجوده (Dyregrov & Dyregrov, 2008).

ويعتبر موت الزوج من الأحداث المفجعة التي تواجهها الأرملة يترتب عليه

تأثيرات نفسيه وجسمية واجتماعية، ويرتبط فقدان الزوج بالعديد من الاضطرابات؛ أهمها: أعراض القلق والاكتئاب، ويرتبط القلق بفقدان السيطرة، وانخفاض الطاقة وزيادة مخاطر الإصابة بالنوبة القلبية، ومشكلات في المعدة، وضعف الصحة وصعوبة في النوم، وضعف في الإدراك، وضعف في التأقلم (Jacobson , Lord & Newman, 2017). ويؤدي نقص الدعم العاطفي إلى الشعور بالوحدة، والعزلة، وخاصةً العزلة العاطفية، وذلك بسبب عدم وجود منافذ كافية للتعامل مع الخسارة ومعالجتها، وقد تكون العزلة الاجتماعية والعاطفية آلية أساسية بين قلق الفجيرة والاكتئاب المتأخر (Jacobson, et al., 2017).

وتؤكد فان بارسين (Van Baarsen, 2002) على أن فقدان الشريك يقلل من احترام الذات، مما يؤدي إلى ارتفاع الشعور بالوحدة، وخاصةً الوحدة الاجتماعية، وعلى العكس من ذلك فإن دعم الأصدقاء يعزز احترام الذات والإحساس بالهوية.

وينتج عن تفاعلات الفرد مع المواقف الحياتية الخاصة به، والخبرات المتعددة التي يمر بها خبرات متباينة لها دور مهم في تقييمه لنوعية حياته. وتقتضي نوعية الحياة من الفرد التغلب على الصعوبات والمشكلات التي يمر بها، ويحاول أن لا يشعر بالضيق أو التوتر أو الخوف أو القلق، وبالتالي لن يخاف منها مستقبلاً، وتقل مخاوفه حول ما يحمله له المستقبل، وتقل الضغوط النفسية والتوتر والقلق من المستقبل وما فيه من مفاجآت (البقلي، 2014).

## التنبؤات بردود الفعل النفسية خلال المراحل المبكرة للترمل

حدد زيسوك وشجتر وليونز (Zisook, Shuchter & Lyons, 1987) النتائج النفسية المرتبطة بحدث الترميل، وهي على النحو التالي:  
أولاً: إن معظم الأرامل يتلقين دعماً اجتماعياً.

ثانيًا: كان الاكتئاب حاضراً لدى النساء الأرامل، وارتبط بنتائج سلبية.  
ثالثًا: الأرامل الصغيرات في السن والأشد فقراً ظهر لديهن أسوأ النتائج.  
رابعًا: العلاقات الزوجية الأكثر اضطراباً ارتبطت ارتباطاً وثيقاً بالنتائج السلبية.  
خامساً: عند وفاة الزوج دون سابق إنذار ودون مرض طويل، أظهرت المرأة الأرملة صعوبة في إجراء التعديل اللازم للتكيف مع فقدان.  
سادساً: ارتبط استمرار وجود الحزن النشط مع زيادة مستويات القلق والاكتئاب والجسدية والحساسية الشخصية.

وترى الباحثة أنه وبملاحظة معظم الدراسات التي تناولت موضوعات الأرامل ومشاعر فقدان ونوعية الحياة وقلق المستقبل لدى النساء الأرامل، نجد أن أغلب الدراسات تناولت الأثر السلبي للترمل على حياة المرأة الفاقدة لزوجها، ونجد قلة قليلة من الدراسات قد اتجهت إلى ضرورة التركيز على جوانب التكيف الإيجابي بعد هذا الحدث؛ من أجل الوصول إلى الرضا والتكيف الإيجابي فيما بعد.

ولأن التفرد البشري يكمن في مرونة ما يمكن للعقل البشري فعله؛ وهذا من شأنه زيادة مرونة سلوكيات الأفراد بالتفكير والتكيف مع الانفعالات، فالوظيفة التكيفية للانفعالات واضحة في مواجهة الضغوط اليومية وتحديات المستمرة والتحويلات المجهددة والأزمات، فالعواطف تعزز التكيف على الأرجح عندما يتم سنّها في السياقات الظرفية التي تطورت بها على الأرجح (Coifmal & Bonnano, 2009).

### مشكلة الدراسة وأسئلتها

على الرغم من التقدم والتطور الذي تعيشه المجتمعات، إلا أن حالة الأرامل لا تزال تبعث على الأسى وفي الدول النامية، فإن الوضع هو الأسوأ، حيث إن المجتمع يتجاهل حقوق الإنسان الأساسية لهذا الجزء الضعيف من المجتمع، وتتزايد الأدلة

والشواهد على مقدار الضعف الاجتماعي والاقتصادي والنفسي على حد سواء الذي تتعرض له المرأة الأرملة، تبرز مشكلة الدراسة في ضوء ازدياد عدد الأرمال في الأردن ويبلغ عدد النساء الأرمال في المملكة الأردنية الهاشمية ما نسبته (9.7 %) من عدد الإناث في الأردن، وذلك حسب إحصائيات دائرة الإحصاءات العامة للعام 2018 (دائرة الإحصاءات العامة، 2018).

تعايش المرأة الأرملة تجربة الحزن والفقر إلى جانب الترميل لذا فعند إعداد أي دراسة تتعلق بالأرامل يفترض دراسة الآثار العاطفية والاقتصادية المترتبة على هذا الحدث وتفاعلها مع بعضها البعض بالإضافة إلى النظر إلى حجم المعاناة التي تمر بها الأرملة فلا عجب أن هذه التجربة تعرض الأرملة لمخاطر الصحة البدنية على المدى القصير والبعيد وعلى الأخصائي النفسي عند التعامل مع الأرمال، أن يدرك طبيعة العمليات القائمة في ظل الترميل والظروف التي تساعد هذه العمليات إلى الوصول إلى نتائج صحية أو تعيقها (Marris, 2013).

وقد لاحظت الباحثة وبمطالعة الأدب النظري الخاص بموضوع الأرمال، أن هناك كمًّا من المعاناة تعايشها المرأة الأرملة وأنها أشد الحاجة إلى الدعم النفسي إضافة إلى المساعدة الإنسانية التي يمكن وصفها بالقليلة أو غير الكافية نوعًا ما، هذا وتحصل المرأة الأرملة على الدعم المادي والاجتماعي من وزارة التنمية الاجتماعية، ومن العديد من مؤسسات المجتمع المدني، ومن ضمنها الجمعيات التابعة للمركز الإسلامي، والتي تقدم مساعدات لعدد هائل من أسر الأرمال والأيتام، بهدف تيسير سبل العيش الكريم لهم ولأسرهم، ولكن يؤخذ على هذه المؤسسات والجمعيات قلة الدعم النفسي المقدم للمرأة الأرملة في الوقت الذي هي الأحوج إليه، ومن هنا جاءت هذه الدراسة لتؤكد ضرورة العمل على الاهتمام بهذه الفئة الهامة في المجتمع وهي فئة الأرمال التي تشكل ركنًا أساسيًا في جميع المجتمعات وانطلاقًا من عدم وجود دراسات وبحوث كافية على حد علم الباحثة، تتناول الجوانب النفسية للنساء الأرمال ومدى المعاناة التي يواجهنها في مسيرة الاستمرار والبقاء، وحجم المسؤولية

الملقاة على عاتقهن وتعدد الأدوار التي يقمن بها، انطلاقاً من أهمية دراسة متغيرات جديدة لم يتم دراستها سابقاً في مجتمع النساء الأرامل، وكذلك انطلاقاً من قلة وجود دراسات تختبر فاعلية طرق العلاج النفسي عامةً والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي خاصةً في العمل مع النساء الأرامل، وفي محاولة للوقوف على فاعلية برنامج إرشادي تم تطبيقه في مركز أيتام الوسطية على النساء الأرامل. وتحديدًا فإن مشكلة الدراسة تكمن في الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- السؤال الأول: هل توجد فروق ذات دلالة بين متوسطات الأداء على مقياس نوعية الحياة لدى النساء الأرامل تعزى لطريقة (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والطريقة الاعتيادية)؟

- السؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة بين متوسطات الأداء على مقياس مشاعر فقدان لدى النساء الأرامل تعزى لطريقة (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والطريقة الاعتيادية)؟

- السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة بين متوسطات الأداء على مقياس قلق المستقبل لدى النساء الأرامل تعزى لطريقة (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والطريقة الاعتيادية)؟

- السؤال الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة في مستوى نوعية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل لدى النساء الأرامل اللواتي خضعن لبرنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على القياسين البعدي والمتابعة؟

## فرضيات الدراسة

سعت هذه الدراسة إلى التحقق من الفرضيات الآتية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات



الأداء على مقياس نوعية الحياة لدى النساء الأرامل تعزى لطريقة (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والطريقة الاعتيادية).

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات الأداء على مقياس مشاعر فقدان لدى النساء الأرامل تعزى لطريقة (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والطريقة الاعتيادية).

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) بين متوسطات الأداء على مقياس قلق المستقبل لدى النساء الأرامل تعزى لطريقة (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والطريقة الاعتيادية).

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) في مستوى نوعية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل لدى النساء الأرامل اللواتي خضعن لبرنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على القياسين البعدي والمتابعة.

### أهمية الدراسة

تعد هذه الدراسة إضافة معرفية جديدة للدراسات العربية المتوفرة - والقليلة - في مجال العمل مع النساء الأرامل وللدراسات العربية في مجال نوعية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل وأيضاً للدراسات العربية في مجال العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي إذ تحاول تفعيل هذه الاستراتيجية وتطبيقها في تحسين نوعية الحياة وخفض مشاعر فقدان وقلق المستقبل لدى النساء الأرامل، وتوضيح فاعليته على المدى البعيد في العديد من المشكلات النفسية المرتبطة بالمتغيرات السابقة عند النساء الأرامل.

وتختلف هذه الدراسة عن سابقتها من الدراسات من حيث تناولها لمجتمع النساء الأرامل هذه الفئة الهامة في المجتمع والتي لها اهتمامات واحتياجات يجهلها الأفراد والمسؤولين في مراكز صنع القرار، هذه الفئة الصامدة من النساء الأرامل التي تقوم

بدور الأم والأب المتوفي في الاهتمام بشؤون الأسرة واستمرارها في المجتمع وحمايتها من الانحراف والاضطراب، نساءً آثرن مصلحة أسرهنَّ على مصالحهن الخاصة وهنَّ الأحوج إلى عمل دراسات وبحوث لدراسة الجوانب النفسية التي تقيس مقدار الاحتياج والعوز والتطلعات ورصدها، ثم العمل على اشباعها لضمان الصحة النفسية لهذه الفئة الهامة.

أيضاً إن استراتيجية العلاج العقلاني والانفعالي السلوكي هي استراتيجية فعالة في علاج عدد من المشكلات والاضطرابات النفسية وهذا يضيف أدلة جديدة على مصداقية هذه الاستراتيجية العلاجية في بيئات بحثية غير البيئة التي صممت بها، وبالتالي تمهيد الطريق لعمل المزيد من الدراسات في هذا الجانب، وعلى الرغم من وجود دراسات تناولت العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في مواجهة مشكلات نفسية أخرى إلا أنه لا يوجد أية دراسة تناولت هذه الاستراتيجية للعمل مع النساء الأرامل ضمن متغيرات الدراسة السابقة الذكر وهي نوعية الحياة، ومشاعر فقدان، وقلق المستقبل - حسب علم الباحثة - ثم وإن كانت هذه الدراسة قد تناولت فئة الأرامل؛ إلا أنه يمكن الاستفادة منها في دراسة فئات أخرى، عمرية، وثقافية متنوعة، وتنبثق أهمية الدراسة الحالية من جانبين، الأول نظري، والآخر تطبيقي، وهما على النحو الآتي:

### أولاً: الجانب النظري

تظهر الأهمية النظرية لهذه الدراسة في محاولتها توفير معلومات تتعلق بمستوى نوعية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل - إن وجد - عند النساء الأرامل عن طريق تطبيق برنامج إرشادي وفق نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وتنبع أهميتها كذلك في انعكاسات فوائدها على أطراف العملية الإرشادية كافة فهي تنطوي على أكثر من أسلوب للاستفادة منها.

## ثانياً: الجانب التطبيقي

يتوقع أن تسهم هذه الدراسة من خلال ما ستتوصل إليه من نتائج في إثراء الأطر النظرية للعديد من الدراسات اللاحقة في هذا المجال من خلال توفير أدوات ومقاييس للوقوف عند مستويات نوعية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل التي تم تطويرها بما يتلاءم مع معايير البيئة الأردنية، وبالتالي تقديم المعلومات التي يمكن أن تفيد المؤسسات الحكومية والخاصة والجهات المعنية برعاية الأرامل بهدف مساعدة هذه الفئة التي تستحق أقصى درجات الرعاية والاهتمام، أيضاً هذه الدراسة ليست مخصصة فقط للنساء الأرامل بل يمكن الاستناد إليها كإطار مرجعي ومقدمة للعديد من البحوث والدراسات التي يتناولها الباحثون للوقوف على مشكلات أخرى، كما وتوفر إطاراً نظرياً وعملياً من المفاهيم والبيانات والفنيات الإرشادية وترشد الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين العاملين في المؤسسات والمراكز والمنظمات التي تصمم البرامج الإرشادية الفاعلة لمساعدة النساء الأرامل على تحسين الصحة النفسية لديهن.

## التعريفات الاصطلاحية والإجرائية

اشتملت هذه الدراسة على المصطلحات الآتية:

- **العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:** هو أحد الأساليب الإرشادية الذي يهدف إلى مساعدة الناس على تحقيق تغير مكثف وفلسفي وعاطفي عميق يساعد العملاء على تقديم مشاكلهم (Ellis,1995). يعرف في هذه الدراسة بأنه: عبارة عن برنامج إرشاد جمعي مستند إلى نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي الذي أعدته الباحثة، ويتكون من (20) جلسة مدة الجلسة تتراوح ما بين (90 - 120) دقيقة.

- **نوعية الحياة:** هي إدراك الفرد لوضعه في الحياة في ضوء النظام القيمي والثقافي الذي يعيش فيه، وفي علاقته بأهدافه وتوقعاته ومعايير واهتماماته (هندي، 2017).

وتعرف إجرائيًا في ضوء الدرجة التي تحصل عليها المرأة الأرملة على مقياس نوعية الحياة المعتمد من منظمة الصحة العالمية.

- مشاعر فقدان: هو الشعور بالكآبة والمشكلات الصحية والنفسية، التي قد تستمر لمدة طويلة؛ كالشعور بالحزن معظم الأوقات والأرق وصعوبة النوم وصعوبة التفكير، بالإضافة إلى فقدان الاهتمام بالنشاطات الممتعة وكذلك مشكلات جسدية كالصداع (خويطر، 2010). وتقاس في هذه الدراسة بالدرجة التي تحصل عليها المرأة الأرملة على مقياس مشاعر فقدان الذي تم استخدامه في هذه الدراسة.

- قلق المستقبل: هو خلل أو اضطراب نفسي المنشأ ناجم عن خبرات ماضية غير سارة وتشويه وتحريف إدراكي معرفي للواقع وللذات من خلال استحضر للذكريات والخبرات الماضية غير السارة، وتضخيم السلبيات التي تدفع لتدمير الذات والعجز، وتعميم الفشل وتوقع الكوارث والتشاؤم في المستقبل، والخوف من المشكلات المستقبلية المتوقعة (شقير، 2005). ويقاس في هذه الدراسة بالدرجة التي تحصل عليها المرأة الأرملة على مقياس قلق المستقبل الذي تم إعداده لأغراض هذه الدراسة.

- الأرملة: هي المرأة التي توفي زوجها ولم تتزوج بعده، وتفقد الأرملة كل شيء في لحظة واحدة، فهي تفقد الزوج والسند المادي وتفقد مسمى الزوجة وتصبح الأرملة، كما تفقد الإحساس والاستقرار والأمان والتقبل لذاتها (خويطر، 2010). ويقصد بها في هذه الدراسة: هي المرأة التي تفقد قرين حياتها بسبب الموت، ولم تتزوج مرة أخرى، ويرافق ذلك تعرضها للعديد من الصعوبات والمشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية والانفعالية.

تحدد الدراسة الحالية بالمحددات التالية:

- المجتمع والعينة: وهذا من شأنه أن يجد من إمكانية تعميم النتائج، إلا على عينات ومجتمعات مماثلة ومتشابهة في الخصائص، والعينة هنا هي النساء الأرامل المتواجدات

في منطقة لواء الوسيطة في محافظة إربد، والمسجلات لدى جمعية المركز الإسلامي في فرع الوسيطة للخدمات المجتمعية.

- المحددات المكانية: تم تطبيق البرنامج في جمعية لواء الوسيطة للخدمات المجتمعية.

- تتحدد نتائج الدراسة بالبرنامج المستخدم، وهو برنامج الإرشاد الجمعي المستند إلى نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والمعد من قبل الباحثة والذي يحتوي على العديد من الأساليب والفنيات الإرشادية المتنوعة.

- اقتصرت الدراسة على متغيرات نوعية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل، وهذا بدوره يحد من تعميم النتائج على مشكلات وظواهر نفسية أخرى.

## الفصل الثاني

### الدراسات العلمية

### ذات الصلة بالنساء الأرمال

يتضمن هذا الفصل الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة التي استطاعت الباحثة التوصل إليها من خلال مطالعة العديد من المصادر العلمية والمعرفية، وقد تم تناولها وفقاً لتسلسلها الزمني من الأقدم إلى الأحدث، وهي على النحو الآتي:

#### أولاً: الدراسات التي تناولت العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

أجرى اكباري وجيلانينيا وموسافيان (Akbari, Gilaninia & Mousavian, 2011) دراسة في إيران هدفت الكشف عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، في علاج الاكتئاب والقلق لدى (الأرامل) زوجات الشهداء، ولتحقيق أهداف الدراسة؛ تم استخدام مقياس القلق، وقائمة بيك للاكتئاب، وجلسات العلاج المعرفي السلوكي. تكونت عينة الدراسة من (32) أرملة، تم توزيعهن إلى مجموعتين، تجريبية خضعت لجلسات العلاج المعرفي السلوكي، وضابطة لم تخضع لأيّة جلسات. أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق والاكتئاب لدى المجموعتين التجريبية والضابطة، وهذا يعني عدم فاعلية جلسات العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب والقلق لدى الأرامل.

أجرت موسافانيك (Mousavinik, 2012) دراسة في الهند هدفت إلى الكشف عن

فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) في الحد من الاكتئاب لدى النساء المصابات بالعقم وقد تم اختيار عينة قصدية مكونة من (50) امرأة مصابة بالعقم ممن تم تشخيصهن من قبل أخصائي المستشفى المختص في مستشفى (Mediwave IVF & Fertility Reserch Hospital)، وتم مقابلتهن بشكل فردي وأخذ موافقتهن على التعاون في إنجاز البحث وتم اختيار (40) امرأة مصابة بالعقم بشكل عشوائي وتم تقسيمهن إلى مجموعتين تجريبية وضابطة وتم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب بعد ذلك تم تطبيق التدخل من خلال برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لمدة (4) أشهر وأظهرت النتائج وجود اختلاف بين تقييم المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية.

وأجرى سوريلينا وإروانتو واتوم وإيون (Surilena, Irwanto, Utomo & Iwan, 2014)، دراسة في أندونيسيا من أجل الكشف عن فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تحسين الصحة العقلية والالتزام بالعلاج لدى النساء المصابات بفيروس نقص المناعة للإيدز من اللواتي خضعن للعلاج في العيادة الخارجية في وحدة التشخيص الشامل للإيدز. تكونت عينة الدراسة من (160) سيدة مشاركة، تم توزيعهن على مجموعتين ضابطة وتجريبية، تكونت كل مجموعة من (80) سيدة، وبالنسبة للمجموعة التجريبية خضعت المشاركات فيها إلى (8) جلسات أسبوعية بما في ذلك (6) جلسات علاجية فردية، وجلستين جماعيتين؛ حيث تلقت المجموعة التدخل القائم على العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وأظهرت نتائج الدراسة أنه وبعد مرور (8) أسابيع من التدخل، أثبتت المجموعة التجريبية أن هنالك زيادة في القيمة المتوسطة المحسنة لدرجة الالتزام المبلغ عنها ذاتيًا (التقرير الذاتي) لصالح المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة.

وأجرى كيم ويون (Kim & Yoon, 2018) دراسة في كوريا هدفت إلى الكشف عن آثار العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في الحد من ضغوط العمل والإرهاق وتحسين الرضا الوظيفي لدى المرضيات؛ وهي دراسة شبة تجريبية، تكونت عينة الدراسة من (47) مشاركة في مستشفين، تكونت المجموعة التجريبية من (23) ممرضة، والمجموعة

الضابطة من (24) ممرضة تم العمل مع المجموعة التجريبية بمعدل مرة واحدة أسبوعيًا ومدة كل جلسة (180) دقيقة، وتم إجراء القياسات القبليّة والبعديّة للمجموعتين وقياس المتابعة للمجموعة التجريبية فقط، أظهرت نتائج الدراسة فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في التقليل من الإجهاد الوظيفي والإرهاق وزيادة الرضا الوظيفي والالتزام التنظيمي لدى الممرضات في المجموعة التجريبية.

### ثانيًا: الدراسات التي تناولت نوعية الحياة

أجرى جريمبي (Grimby, 1993) دراسة هدفت إلى الكشف عن ردود افعال الحزن والهلوسة ونوعية الحياة خلال السنة الأولى بعد وفاة الزوج بين (14) رجل (36) امرأة أعمارهم في بداية السبعينيات وكانت ردود الفعل معتدلة أو خفيفة بشكل عام وتتميز بالشعور بالوحدة وانخفاض الحالة المزاجية والتعب والقلق والخلل الوظيفي المعرفي وكان الشعور بالوحدة المشكلة الأكثر استمرارًا خلال العام الأول وكانت الهلوسة والأوهام التي عقت الوفاة متكررة وشعر نصف المشاركين بأوهام تتمثل بحضور المتوفي، وأبلغ حوالي ثلث المشاركين عن رؤية المتوفي وسماعه والتحدث معه (الهلوسة)، وتم التوصل إلى أن الوثام الزوجي في السابق بين الزوجين أكثر الأسباب المسؤولة عن الشعور بالوحدة والبكاء والهلوسة والأوهام وتدني نوعية الحياة.

أجرى كار وهاوس وكيسلير ونيسي وسونيغا وورتمان (Carr, House, Kessler, Nesse, Sonnega & Wortman, 2000) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية فهدفت الكشف عن العلاقة بين نوعية الحياة الزوجية والتوافق النفسي لدى الأرملة، ومعرفة ما إذا كان التوافق النفسي للأرملة يتأثر بنوعية الحياة الزوجية، والصراع، والدفء، والثقة. ولتحقيق أهداف الدراسة؛ تم استخدام مقياس نوعية الحياة، ومقياس التوافق النفسي، تكونت عينة الدراسة من (1532) أرملة، أظهرت نتائج الدراسة ارتفاع نسبة القلق بين الأرملة اللواتي كن يعتمدن بشكل كبير على أزواجهن، ووجود مستويات



أدنى من القلق بين الأرامل اللواتي كن لا يعتمدن على أزواجهن، كما أشارت النتائج إلى وجود مستويات أقل من التوافق والحنين للأرامل اللواتي تتسم علاقاتهن بالخلاف مع أزواجهن، وارتفعت مستويات القلق لأولئك الذين يتمتعون بتقارب في الحياة الزوجية.

كما أجرى كاونين (Kaunonen, 2001) دراسة هدفت للكشف عن الحزن والدعم الاجتماعي بعد وفاة الزوج. ولتحقيق أهداف الدراسة؛ تم توزيع استبانة من أجل التحقق من مصادر الدعم الاجتماعي، وما هي طبيعة الدعم المتلقى وما إذا كان الدعم الاجتماعي مرتبط بالحزن، تكونت عينة الدراسة من (318) أرملة، أظهرت نتائج الدراسة أن الدعم الاجتماعي مفيد على نطاق واسع في تخفيف آثار الإجهاد المزمن والحاد، وأن الأرامل يتلقين الدعم الاجتماعي من أسرهن وأصدقائهن، كما أن الدعم الذي يمكن أن يقدمه الفرد الحزين إلى أفراد الأسرة الآخرين مهماً أيضاً.

وأجرت فري (Fry, 2001) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت للكشف عن العلاقة بين تقييمات الأرامل لمعتقدات الكفاءة الذاتية وتقييماتهم لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، والرضا عن الحياة، واحترام الذات، كما هدفت إلى تقييم ما إذا كانت معتقدات الكفاءة الذاتية تلعب دور تنبؤي في تصورات الأرامل لنوعية حياتهن المتعلقة بالصحة، والرضا عن الحياة، واحترام الذات، ولتحقيق أهداف الدراسة؛ تم استخدام المنهج الاستقصائي للعوامل الديموغرافية الاجتماعية على مدار (18) شهراً لعينة الدراسة، كما تم استخدام مقياس الكفاءة الذاتية (المجال الشخصي، والمجال الأساسي، والمجال العاطفي، والمجال الاجتماعي، والمجال الصحي، والمجال الجسدي، والمجال المادي، والمجال الروحي)، ومقياس نوعية الحياة. تكونت عينة الدراسة من (231) أرملة وأرملة. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث فيما يتعلق بالعلاقة بين المجالات المحددة للكفاءة الذاتية ونوعية الحياة المتصورة على المدى الطويل بعد فقدان الزوج أو الزوجة، لصالح الإناث، كما أشارت النتائج إلى أن الكفاءة الذاتية تلعب دوراً تنبؤياً في تصورات الأرامل (الذكور

والإناث) لنوعية حياتهم المتعلقة بالصحة، والرضا عن الحياة، واحترام الذات.

وقام يوسف وشريف (Yousefi & Sharif, 2010) بدراسة في إيران هدف الكشف عن الرفاهية الشخصية، وأعراض الضغط النفسي لدى زوجات الشهداء، وأسرى الحروب، والمحاربين القدامى المعاقين، ولتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام مقياس الرفاهية الشخصية، ومقياس الضغط النفسي. تكونت عينة الدراسة من (300) من زوجات الشهداء (المحاربين الذين قتلوا)، وزوجات أسرى الحروب، وزوجات المحاربين القدامى المعاقين، أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الرفاهية الشخصية وأعراض الضغط النفسي، ومع ذلك، أظهرت كل مجموعة مستويات مختلفة من أعراض الضغط النفسي، كما أشارت النتائج أن الرضا العام عن الحياة، والرفاهية الشخصية يمكن أن تنبئ عن وجود أعراض معينة من أعراض الضغط النفسي.

وقامت كارانسان (Charansarn, 2014) بدراسة في تايلاند هدفت الكشف عن مستوى الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة لدى الأرامل في منطقة الجنوب، وذلك بسبب انتشار العنف في هذه المنطقة، ولتحقيق أهداف الدراسة؛ تم استخدام مقياس الدعم الاجتماعي، ونوعية الحياة، تكونت عينة الدراسة من (337) أرملة في مقاطعة باتاني في الجنوب. أظهرت نتائج الدراسة أن الدعم الاجتماعي بين الأرامل جاء بمستوى متوسط، في حين جاءت نوعية الحياة بمستوى طبيعي، كما أشارت النتائج إلى أن كل من الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة يختلفان وفق متغيرات الدين، ومستوى التعليم، والاحتلال، وأن هناك علاقة سلبية بين حجم الأسرة ودخلها وكل من الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة، كما بينت النتائج وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة لدى الأرامل.

أما دراسة جامدار وميلكري وهولكار (Jamadar, Melkeri & Holkar, 2015) فهدف التعرف إلى نوعية الحياة بين الأرامل في ضوء نطاق الحياة، ولتحقيق أهداف

الدراسة؛ تم توزيع استبانة لعينة تم اختيارها بشكل عشوائي تتكون من (200) أرملة من الأرامل من مختلف الأعمار، أظهرت نتائج الدراسة أن الأرامل العاملات لديهن نوعية حياة أفضل من غيرهن، وأن الأرامل اللواتي يعرفن القراءة والكتابة لديهن نوعية حياة أفضل من الأرامل الأميات.

وأجرت الطوس (2016) دراسة هدفت إلى تحسين المهارات الوالدية والحياة لدى النساء الأرامل، وفق برنامج إرشاد جمعي معتمد على العلاج المركز على الانفعالات. تكونت عينة الدراسة من (150) أرملة لديهن نقص في المهارات الوالدية والحياة، تم توزيعهن بشكل عشوائي إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، وطبق على المجموعتين مقياس قبلي وبعدي، ومقياسين: هما أنماط الرعاية الوالدية ومهارات الحياة، أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لأنماط الرعاية الوالدية تعزى لمتغير البرنامج الإرشادي، وكانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس مهارات الحياة تعزى لمتغير البرنامج الإرشادي.

### ثالثاً: الدراسات التي تناولت مشاعر فقدان

أجرى كار وهاوس وورتمان ونيسي وكيسلير (Carr, House, Wortman, Nesse & Kessler, 2001) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت التعرف على التوافق النفسي لفقدان المفاجئ والمتوقع لدى الأرامل، ولتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام مقياس التوافق النفسي، كما تم إجراء المقابلات مع أفراد عينة الدراسة، تكونت عينة الدراسة من (210) أرمل وأرملة، أظهرت نتائج الدراسة عدم تأثير الإنذار المسبق للوفاة على الاكتئاب والصدمة والحزن لدى الأرامل، ولقد ارتبط الإنذار المسبق بمستوى مرتفع من القلق، كما أشارت النتائج إلى أن فقدان المفاجئ رفع مستوى الحنين لدى الإناث بشكل أكبر مقارنةً بالذكور.

وهدفت دراسة عابد (2008) التي أجريت في فلسطين الكشف عن علاقة الشعور بالوحدة النفسية لدى الأرمال (زوجات الشهداء) بكل من المساندة الاجتماعية والالتزام الديني، ولتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام استبانة الوحدة النفسية، واستبانة المساندة الاجتماعية، واستبانة الالتزام الديني، تكونت عينة الدراسة من (153) أرملة من زوجات الشهداء أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية، وعدم وجود علاقة ارتباطية بين الشعور بالوحدة النفسية والالتزام الديني، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق في مستوى الشعور بالوحدة النفسية تعزى لكل من المستوى الاقتصادي، ونمط السكن وعدد الأبناء، ووجود فروق في مستوى الشعور بالوحدة النفسية تعزى لكل من عدد السنوات، لصالح سنتين فأقل، والمؤهل العلمي، لصالح ثانوية عامة أو أقل، ومكان السكن، لصالح شمال غزة في بُعد فقدان التقبل والمحبة والاهتمام وبُعد العجز الاجتماعي، ولصالح شمال غزة، ورفح في البُعد الاجتماعي.

وأجرى أوتز وكاستيرتا ولند (Utz, Casterta & Lund, 2012) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت التعرف على مشاعر فقدان والاكتئاب وأعراض الصحة البدنية لدى الأرمال، كما هدفت التعرف على العلاقة بين الصحة البدنية والرفاهية النفسية لدى الأرمال، ولتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام مقياسي مشاعر فقدان والاكتئاب، كما تم متابعة الصحة البدنية والأعراض الجسدية والرفاهية النفسية لدى الأرمال على مدار عام ونصف من الترميل، تكونت عينة الدراسة من (328) أرملة وأرملة، أظهرت نتائج الدراسة وجود تراجع في الحالة الصحية لدى الأرمال خلال الأشهر الأولى من الترميل، وكلما مر الوقت تحسنت الحالة الصحية لديهن، كما أشارت النتائج إلى معاناة الأرمال من مشاعر فقدان والحزن والاكتئاب وخاصةً في بداية الترميل، كما تبين وجود علاقة ارتباطية بين مشاعر فقدان والاكتئاب وسوء الصحة لدى الأرمال.

وأجرى جريميليكهيجزين (Grimmelikhuijzen, 2013) دراسة في هولندا هدفت

التعرف على مستوى الوحدة العاطفية والاجتماعية لدى الأرمال بعد فقدان الشريك، بالإضافة إلى التعرف على العلاقة بين الوحدة العاطفية والرفاهية الشخصية لدى الأرمال، ولتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام استبانة عبر الإنترنت، تكونت عينة الدراسة من (4573) أرمل وأرملة، تراوحت أعمارهم بين (21-93) عاماً، أظهرت نتائج الدراسة أن الأرمال بعد فقدان الشريك يشعرون بالوحدة العاطفية أكثر من أي وقت آخر، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الشعور بالوحدة والوفاء العاطفي، لصالح الإناث، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في الشعور بالوحدة الاجتماعية، لصالح الذكور، وبينت النتائج وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الوحدة العاطفية والرفاهية الشخصية لدى الأرمال.

وقام دن (Dunn, 2015) بدراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت الكشف عن العوامل المرتبطة بمشاعر الفقدان لدى الأرمال الشابات، كما هدفت إلى تقييم تأثير نوعية الحياة، والتكيف النفسي والاجتماعي، والتوازن الاجتماعي، والعوامل الديموغرافية والاجتماعية في هذه المشاعر، ولتحقيق أهداف الدراسة؛ تم استخدام بيانات من استطلاع على الإنترنت تم نشره عبر مواقع التواصل الاجتماعي، تكونت عينة الدراسة من (232) أرملة شابة تتراوح أعمارهن بين (18-55)، أظهرت نتائج الدراسة أن هناك العديد من العوامل ترتبط ارتباطاً مباشراً بمشاعر الفقدان لدى الأرمال؛ كالقلق والاكتئاب وارتفاع مستوى الحزن لديهن، وزعزعة الهوية الذاتية لديهن أيضاً، كما أشارت النتائج إلى وجود تأثير إيجابي للتكيف النفسي والاجتماعي ونوعية الحياة والعوامل الاجتماعية والديموغرافية في الحد من مشاعر الفقدان لدى الأرمال، حيث تبين أن التدين وتوازن الهوية الذاتية والدعم الاجتماعي جميعها عوامل تؤثر إيجاباً في الحد من مشاعر الفقدان والحزن لدى الأرمال الشابات.

أجرى هاملتون وبيست وويلز وورثي (Hamilton, Best, Well & Worthy, 2017) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت إلى الكشف عن الشعور بالخسارة والفقدان من خلال الروحانية من وجهة نظر أفراد الأسرة الأمريكيين من أصل أفريقي

الذين عانوا من وفاة أحد أفراد الأسرة المقربين، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة؛ تم استخدام المنهج الوصفي والنوعي مع أخذ العينات المعيارية والمقابلات شبه الجاهزة المفتوحة وتحليل المحتوى النوعي من عينة مكونة من (19) أمريكيًا من أصل أفريقي، أظهرت النتائج أنه أثناء الفجيرة بفقدان أحد أفراد الأسرة فأن للروحانية جانب هام في حياة الأفراد من أجل التغلب على مشاعر الفقدان وتجاوزها.

وقام هولم وبيرلان وسيفيرينسون (Holm, Berlan & Severinsson, 2019) بدراسة في النزويج هدفت الكشف عن العوامل التي تؤثر على صحة الأرامل؛ كمشاعر الفقدان والفجيرة، والقلق والاكتئاب، كما هدفت الكشف عن العلاقة بين الصحة والترمل، ولتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام المنهج الاستقرائي، ومراجعة المقالات والدراسات المنشورة بين عامي (-2013 2017) والمتعلقة بالعوامل المؤثرة على صحة الأرامل، وقد بلغت عدد الدراسات (12) دراسة. أظهرت نتائج الدراسة أن أهم العوامل المؤثرة على صحة الأرامل: هي مشاعر الفقدان، والفجيرة والاكتئاب والقلق، وللحد من هذه العوامل والتعامل مع الألم العاطفي والمعاناة، والحد من سوء الصحة البدنية، لا بد من توفير الدعم الاجتماعي للأرامل، كما أشارت النتائج إلى أن المتخصصين في الرعاية الصحية بحاجة إلى معرفة المهارات اللازمة للتعامل مع الآثار الصحية المترتبة على الترمل، كونه اتضح وجود علاقة سلبية بين الترمل والصحة النفسية والجسدية.

#### رابعًا: الدراسات التي تناولت قلق المستقبل

أجرى شن وبيرهالز وبريجرسون وكاسل (Chen, Bierhals, Prigerson, Kasl & Jacobs, 1999) دراسة هدفت الكشف عن الفروق بين الجنسين في آثار الضيق النفسي المرتبط بالفقدان في النتائج الصحية في الولايات المتحدة، حيث تم دراسة ما إذا كان الحزن الصادم، والاكتئاب، والقلق يشكل ثلاثة عوامل للأرامل النساء

والأرامل الرجال، بالإضافة إلى ذلك قام الباحثون بفحص ما إذا كانت المستويات المرتفعة للأعراض من الحزن الصادم والاكتئاب والقلق تنبؤات صحية وعقلية وجسدية مختلفة عند الأرامل من النساء والرجال، ولتحقيق أهداف الدراسة؛ تم إجراء مقابلات مع (192) أرملة، و(58) أرملة عند دخولهم إلى المستشفى، ثم أجريت متابعات بعد (6) أسابيع و(6) و(13) و(25) شهراً، أظهرت نتائج الدراسة أن الرجال والنساء على حدٍ سواء لديهم مستويات عالية من الحزن والاكتئاب والقلق، ولكنها جاءت عند النساء أعلى، ومستويات عالية من أعراض صدمة الحزن التي تقاس بعد (6) أشهر تنبأت بنوبة قلبية، وفي (25) شهراً تنبأت مستويات القياس بوجود أعراض التفكير المتوقع للانتحار.

وأجرى ونرست وكيجيرس (Onrust & Cuijpers, 2006) دراسة في هولندا هدفت الكشف عن مستوى المزاجية واضطرابات القلق لدى النساء الأرامل. ولتحقيق أهداف الدراسة وجمع البيانات، تم تحديد (11) دراسة، واستكشاف مدى انتشار وحدوث القلق لدى (3481) امرأة أرملة، و(4685) امرأة غير أرملة، أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى القلق لدى النساء الأرامل جاء مرتفعاً، وخاصة في السنة الأولى بعد فقدان الزوج، كما أشارت النتائج أن الأرامل معرضات أكثر للإصابة باضطرابات الهلع واضطرابات القلق العام، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المزاجية واضطرابات القلق بين الأرامل وغير الأرامل، لصالح الأرامل.

وقامت الصفدي (2013) بدراسة في فلسطين هدفت التعرف على العلاقة بين كل من المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى زوجات الشهداء والأرامل بمحافظات غزة، ولتحقيق أهداف الدراسة؛ تم استخدام مقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس الصلابة النفسية، ومقياس قلق المستقبل، تكونت عينة الدراسة من (294) من زوجات الشهداء والأرامل، منهن (200) زوجة شهيد، و(94) أرملة، أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية وأبعاد مقياس الصلابة النفسية، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين

أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية وأبعاد مقياس قلق المستقبل، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة عكسية لدى زوجات الشهداء بين القلق العام، وجميع أبعاد مقياس الصلابة النفسية، وبين الدرجة الكلية لقلق المستقبل، وبعْد التحدي، ووجود علاقة ارتباطية سالبة عكسية لدى الأرامل بين بعْد القلق العام، وكل من بعْد التحكم، وبعْد التحدي، والدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل.

### التعقيب على الدراسات السابقة

من خلال مطالعة الدراسات السابقة، يُلاحظ بأنها قد تباينت في أهدافها والمتغيرات التي تناولتها، حيث تناول محور الدراسات المتعلقة بالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي دراسات هدفت إلى الكشف عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب والقلق لدى (الأرامل) زوجات الشهداء، وهي دراسة اكباري وآخرون (Akbari, et al, 2011)، وكذلك فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في الحد من الاكتئاب لدى النساء المصابات بالعقم مثل دراسة موسافانيك (Mousavanik, 2012)، وجاءت دراسة سوريلينا وأروانتو وأتوم وإيون (Surilena, Irwanto, Utomo & Iwan, 2014) للكشف عن فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تحسين الصحة العقلية والالتزام بالعلاج لدى النساء المصابات بفيروس نقص المناعة الإيدز، وتناول كيم ويون (Kim & Yoon, 2018) دراسة لكشف عن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في الحد من ضغوط العمل والإرهاق وتحسين الرضا الوظيفي لدى المرضيات.

كما تباينت أهداف الدراسات المتعلقة بنوعية الحياة في المحور الثاني، حيث تناولت بعضها ردود أفعال الحزن والهلوسة ونوعية الحياة من خلال السنة الأولى بعد وفاة الزوج؛ كدراسة جريمبي (Grimby, 1993) وتناول بعضها العلاقة بين جودة الحياة الزوجية والتوافق النفسي؛ كدراسة كار وآخرون (Carr, et al, 2000)، وتناول البعض الآخر العلاقة بين تقييمات الأرامل لمعتقدات الكفاءة الذاتية وتقييماتهم لنوعية الحياة؛



كدراسة فري (Fry, 2001)، وهدفت بعض الدراسات إلى الكشف عن مستوى الدعم الاجتماعي ونوعية الدراسة؛ كدراسة كاونين (Kaunonen, 2001)، وكارانسارن (Charansarn, 2014).

وبعد الاطلاع على الدراسات المتعلقة بمشاعر الفقدان في المحور الثالث؛ يلحظ أن بعضها تناول التوافق النفسي للفقدان المفاجئ والمتوقع لدى الأرمال؛ كدراسة كار وآخرون (Carr, et al, 2001)، وتناول البعض الآخر مشاعر الفقدان والاكئاب وأعراض الصحة البدنية لدى الأرمال؛ كدراسة أوتز وآخرون (Utz, et al, 2012)، ودن (Dunn, 2015)، وهاملين وآخرون (Hamilton, et al, 2017) وهولم وآخرون (Holm, et al, 2019). أما فيما يتعلق بالدراسات المتعلقة بقلق المستقبل في المحور الرابع، فقد تناول البعض منها مستوى المزاجية واضطرابات القلق لدى النساء الأرمال؛ كدراسة ونرست وكيجيرس (Onrust & Cuijpers, 2006)، وتناول البعض الآخر العلاقة بين كل من المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية بقلق المستقبل؛ كدراسة الصفدي (2013).

ويلحظ عدم وجود دراسات سابقة - على حد علم الباحثة - تناولت فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تحسين نوعية الحياة ومشاعر الفقدان وقلق المستقبل لدى الأرمال، إن كان في البيئة العربية أو الأجنبية، بالرغم من أهمية عينة الدراسة، بالإضافة إلى أهمية متغيرات نوعية الحياة، ومشاعر الفقدان، وقلق المستقبل في حياة الأرمال، إلا أنه يلحظ بأن بعض الدراسات تناولت متغيرين فقط من متغيرات الدراسة الحالية، كدراسة هولم وآخرون (Holm, et al., 2019)، التي تناولت مشاعر الفقدان، والقلق، ودراسة دن (Dunn, 2015)، التي تناولت متغيري مشاعر الفقدان ونوعية الحياة.

وترى الباحثة أن ما يميز الدراسة الحالية عن غيرها من الدراسات السابقة والمتعلقة بالأرمال، تناولها ثلاثة متغيرات؛ وهي: نوعية الحياة، ومشاعر الفقدان،

وقلق المستقبل معًا، وهذا ما لم تتناوله أي من الدراسات السابقة، حيث يتضح اقتصار بعض الدراسات على متغير واحد، أو متغيرين، وبناءً على ذلك تتوقع الباحثة أن يكون لهذه الدراسة موقعًا بين الدراسات السابقة، وانطلاقة لمزيد من الدراسات والبحوث ضمن هذه المتغيرات.

وقد أفادت الباحثة من مطالعتها للدراسات السابقة في تحديد موقع الدراسة الحالية، وما يميزها عن غيرها من الدراسات، بالإضافة إلى الإفادة في إعداد أدوات الدراسة، وكذلك التعرف على المجتمعات التي تمت دراستها، وأبرز النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات، كما تم مقارنة نتائج الدراسة الحالية بنتائج الدراسات السابقة، كما ساهمت مطالعة الدراسات السابقة في تحديد وصياغة مشكلة الدراسة الحالية.



## الفصل الثالث

### الطريقة والإجراءات المستخدمة

### في برنامج الدعم والتأهيل للنساء الأرملة في الأردن

يتضمن هذا الفصل عرضاً للطريقة والإجراءات التي تم اتباعها في تنفيذ إجراءات هذه الدراسة بهدف الوصول إلى النتائج، كما يشتمل على وصف لمجتمع الدراسة، والعينة، والأدوات المستخدمة، وطرق استخراج دلالات صدقها وثباتها، بالإضافة إلى تصميم الدراسة، والمعالجات الإحصائية التي تم استخدامها لتحليل البيانات لاستخلاص النتائج.

#### منهجية الدراسة

تم في هذه الدراسة استخدام المنهج شبه التجريبي نظراً لملاءمته لطبيعة الدراسة؛ كونه الأنسب لمثل هذه الدراسة من خلال مجموعتين ضابطة وتجريبية، ويقوم المنهج شبه التجريبي على قياس أثر موضوع معين على متغيرات يعتقد بوجود أثر لهذا الموضوع على هذه المتغيرات.

#### مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع النساء الأرملة المسجلات في مركز الوساطة للخدمات المجتمعية التابع لجمعية المركز الإسلامي الخيري في لواء الوساطة في محافظة إربد.

## عينة الدراسة

تم اختيار مركز الوساطة للخدمات المجتمعية نظرًا لاحتوائه على عدد كبير من النساء الأرمال المسجلات في المركز واللواتي يتلقين مساعدات مالية عبر نظام الكفالات الخاص بالأيتام، ومساعدات عينية من الجمعية، ومن أهل الخير، وتم اختيار عدد من النساء الأرمال بعد إجراء المقابلات الفردية ممن يجدن القراءة والكتابة، وتم تطبيق المقاييس الخاصة بالدراسة، وهي قلق المستقبل، ومشاعر فقدان، ونوعية الحياة في المرحلة الأولى للدراسة على (80) من النساء الأرمال، وتم تحديد النساء الأرمال المشاركات في الدراسة وكان عددهن (52)، وقد تكونت عينة الدراسة النهائية من (30) امرأة أرملة مما تتوفر لديهن الرغبة في المشاركة في الدراسة، وممن تم الحصول على موافقتهن الشخصية. كما وتم استبعاد النساء الأرمال الأميات عن عينة الدراسة المتيسرة.

وتم تقسيم عينة الدراسة عشوائيًا إلى مجموعتين حيث وضعت الأسماء مرتبة بشكل تسلسلي ومن ثم تم اختيار الرقم (1) في المجموعة الأولى والرقم (2) في المجموعة الثانية، واستمر العمل بهذا الشكل وتوزيع العينة إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية، وتكونت من (15) امرأة أرملة ممن طبق عليهن برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والمجموعة الضابطة التي تكونت من (15) امرأة أرملة لم يخضعن للبرنامج (دون تدخل إرشادي). وقد خضعت المجموعتين لإجراءات الدراسة في القياسات القبلية والبعديتين للمجموعتين والتتبعية (فقط للمجموعة التجريبية) وذلك بعد مرور شهر على القياس البعدي وانتهاء تطبيق البرنامج.

## خصائص عينة الدراسة

تم تطبيق استبانة المعلومات الأساسية الديمغرافية الخاصة بأفراد عينة الدراسة الكلية (ن=30)، وتحليلها، وذلك بهدف التعرف إلى خصائص عينة الدراسة، والمشملة على الخصائص الديمغرافية والاسرية للمرأة الأرملة وأفراد الاسرة مثل: العمر، و المستوى التعليمي، و عدد افراد الأسرة، و الترتيب الولادي، و المستوى الاقتصادي، و عدد سنوات الترميل، و ذلك لتوفير معلومات وصورة واضحة عن النساء الأراامل المشاركات في الدراسة والوصف الدقيق لمجموعات الدراسة، وللتحقق من مدى التوافق النسبي بين المجموعات فيما يتعلق بالخلفية الديمغرافية، والأسرية، والجدول (2) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المتغيرات الديموغرافية.

جدول (2): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المتغيرات الديموغرافية

المتغير	المستوى	التكرار	النسبة المئوية
العمر	أقل من 30 سنة	-	-
	30 - 40 سنة	5	16.7
	41-50 سنة	18	60.0
	أكثر من 50 سنة	7	23.3
	<b>المجموع</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>
المستوى التعليمي	ابتدائي	15	50.0
	ثانوي	14	46.7
	جامعي	1	3.3
	<b>المجموع</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>
عدد أفراد الأسرة	أقل من 5 أفراد	4	13.3
	5-7 أفراد	18	60.0
	أكثر من 7 أفراد	8	26.7
	<b>المجموع</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>
الترتيب الولادي	الأول	2	6.7
	الثاني	6	20.0
	الثالث	12	40.0
	الرابع	7	23.3
	الخامس	3	10.0
	<b>المجموع</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>
المستوى الاقتصادي	متدني جداً	29	96.7
	متدني	1	3.3
	متوسط	-	-
	مرتفع	-	-
	<b>المجموع</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>
عدد سنوات الترميل	أقل من 3 سنوات	3	10.0
	3-6 سنوات	17	56.7
	6-10 سنوات	8	26.7
	أكثر من 10 سنوات	2	6.7
	<b>المجموع</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

## أدوات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام الأدوات الآتية:

### أولاً: مقياس نوعية الحياة

يهدف الكشف عن مستوى نوعية الحياة، تم استخدام مقياس نوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية، والذي بدأ إعداده في عام (1991) عندما قام قسم الصحة العقلية بمنظمة الصحة العالمية في إعداد مشروع بحثي في (15) دولة لبناء مقياس عالمي لمقياس نوعية الحياة، بحيث يغطي جميع جوانب نوعية الحياة، وأثمرت الجهود عن إيجاد المقياس المئوي لنوعية الحياة (The WHOQOL - 100)، والذي يتكون من ستة مجالات أساسية، وهي: الجسمية، و النفسية، والروحية، و البيئية، ومستوى الاستقلال، والعلاقات الاجتماعية، وهذه المجالات تحتوي على أربعة وعشرين عاملاً أو مقياساً فرعياً، كل مقياس يندرج تحته أربع عبارات، وبذلك يصبح عدد العبارات (96) عبارة، بالإضافة إلى ذلك يوجد بعد إضافي يندرج تحته أربعة بنود لمقياس نوعية الحياة بشكل عام والصحة العامة، وهذا البعد لا يدخل في مجالات نوعية الحياة، وإنما يحلل كجزء من المقياس، ويتم الإجابة على بنود هذا المقياس باستخدام تدرج ليكرت، وذلك على تدرج خماسي (من خمسة نقاط) لتقدير الشدة والتكرار، أو لتقييم الصفات المختارة لنوعية الحياة، ولقد قدمت المنظمة دليلاً شاملاً وواضحاً لطريقة تقدير وحساب المجالات الأساسية وتقديرها، وقد تميز المقياس بخصائص سيكومترية عالية جداً ومناسبة تؤهله للاستخدام في عدة دراسات (The World Health Orgniztion Quality Of Life Assessment, 1998).

ولتحقيق أهداف الدراسة الحالية؛ قامت الباحثة بالرجوع إلى مقياس نوعية الحياة المختصر (Quality of Life Scale- Brief- WHOQOL)، والمكون من (26) فقرة، موزعة على أربعة مجالات، وتم استخدام هذا المقياس في العديد من الدراسات والأبحاث العربية بهدف التعرف على مستوى نوعية الحياة عند الأفراد المشاركين في



هذه الدراسات، مثل دراسة (طشطوش والشقار، 2017)، (الكيسي، 2016)، (كاظم والبهادي، 2005).

## صدق وثبات المقياس بصورته الأولية

أنجزت منظمة الصحة العالمية (WHO) في عام (1995) مشروع عالمي يُعنى بوضع مقياس لنوعية الحياة، وبالفعل فقد تم إنشاء مقياس نوعية الحياة، والذي تكون بصورته الأولية من (100) فقرة موزعة على ستة مجالات وهي الصحة الجسدية، والنفسية، والعلاقات الاجتماعية أو البيئية، ومستوى الاستقلالية، والصحة الروحية، وقد تم اختصار هذا المقياس فيما بعد إلى (Brief- WHQOL) والمكون من (26) فقرة موزعة على أربعة مجالات، وهي: الصحة الجسدية، والنفسية، والعلاقات الاجتماعية والبيئية (طشطوش والشقار، 2017).

وتم تقدير الخصائص السيكومترية لهذا المقياس على عينات غير متجانسة عبر ثلاثة وعشرين مركزاً تابعاً لمنظمة الصحة العالمية في بلدان مختلفة، وجاءت نتائج التحليلات لتؤكد مدى الاتساق الداخلي ما بين مجالات المقياس والتي تراوحت بين (-0.68 0.82)، كما وكانت مؤشرات صدق البناء والصدق التمييزي مرضية ودالة إحصائياً؛ مما يؤكد أن المقياس يحظى بخصائص سيكومترية مرتفعة (Skevington, 2004 Lotfy & Oconnell).

وقام عبد الخالق (2008) بتعريب المقياس الصادر عن منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة ليناسب البيئة العربية، والذي تكون من (236) فقرة، وطُبق هذا المقياس في خمسة عشر مركزاً ميدانياً بلغات مختلفة حول العالم على (300) شخص على الأقل في كل مركز، وتم اختيار أفضل (100) فقرة، وسُميت هذه الصيغة المقياس المئوي (WHOQOL 100) وهو مقياس متعدد الأبعاد وله خصائص سيكومترية جيدة، وجاءت الصيغة المختصرة لتحتوي على (26) فقرة موزعة على أربعة مجالات، وهي

الصحة الجسدية، والنفسية، والعلاقات الاجتماعية والبيئية، بالإضافة إلى سؤال عام عن تقدير الشخص لنوعية حياته، وترتبط الصيغة المختصرة بالصيغة المطولة ارتباطاً مرتفعاً وتتسم بخصائص سيكومترية جيدة.

الخصائص السيكومترية لمقياس نوعية الحياة المختصر الخاص بالدراسة الحالية

صدق المقياس وثباته بصورته الحالية

أولاً: دلالات الصدق الظاهري:

قامت الباحثة بتكييف مقياس نوعية الحياة بصيغته المختصرة ليتناسب مع أهداف الدراسة، وعلى عينة الدراسة، وهي النساء الأرامل الفاقدمات لأزواجهن كما هو مبين في الملحق رقم (1)، ولقد تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس وأبعاده بعرضه بصورته الأولية، والمكون من (25) فقرة، موزعة على (4) مجالات على مجموعة من المحكمين، كما هو مبين في الملحق (4)، بلغ عددهم (10) محكمين متخصصين في علم النفس والإرشاد في جامعتي اليرموك والأردنية، وذلك لبيان مدى وضوح الفقرات ومناسبتها للمشاركة في هذه الدراسة من النساء الأرامل، ولقياس ما وضعت لأجله ومدى مناسبة صياغتها، واستناداً إلى آراء وملاحظات المحكمين، تم حذف بعض الفقرات في المجال الصحي، مثل: «أستطيع تقييم نوعية حياتي»، وتم تعديل بعض الفقرات في مجال الصحة الجسدية، ومجال الصحة النفسية وتحويلها من فقرات سلبية إلى فقرات إيجابية، مثال ذلك تعديل الفقرة السلبية المتمثلة بـ «أشعر بجهد في كل شيء أقوم به» لتصبح «أشعر بالراحة في كل شيء أقوم به»، وإضافة بُعد الاستقلالية بفقراته المختلفة مثل «الفرص متاحة لي لاكتساب مهارات جديدة كثيرة» و «قدرتي على الأداء الوظيفي تتزايد بعد وفاة زوجي»، كما تم إعادة صياغة البعض الآخر، مثل إعادة صياغة الفقرة الأخيرة في مجال الصحة الجسدية لتصبح «أقبل مظهري الجسدي» بعد أن كانت «أنا أقبل مظهري الجسدي»، لتحقيق أعلى

نسبة أنفاق. وبذلك أصبح المقياس بصورته النهائية يتكون من (30) فقرة، موزعة على خمسة مجالات، وهي: مجال الصحة الجسدية، ومجال الصحة النفسية، ومجال العلاقات الاجتماعية، ومجال البيئة والترفيه، ومجال الاستقلالية.

ثانيًا: الصدق بدلالة الفقرة

للتأكد من صدق البناء لمقياس نوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية بصيغته المختصرة، تمّ تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من (20) امرأة أرملة، من خارج عينة الدراسة، وتم حساب مؤشرات صدق البناء باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson) لإيجاد قيم الارتباط بين الفقرة والمجال، وقيم معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس، كما هو مبين في الجدول (3).

جدول (3) قيم الارتباط بين الفقرة والمجال،  
وقيم معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس

الصحة النفسية			الصحة الجسدية		
معامل الارتباط مع الأداة ككل	معامل الارتباط مع المجال الذي تنتمي له	الرقم	معامل الارتباط مع الأداة ككل	معامل الارتباط مع المجال الذي تنتمي له	الرقم
0.54*	0.58**	1	0.45*	0.67**	1
0.59**	0.73**	2	0.68**	0.75**	2
0.62**	0.76**	3	0.44*	0.64**	3
0.54*	0.72**	4	0.60**	0.65**	4
0.44*	0.71**	5	0.50*	0.59**	5
0.48*	0.54*	6	0.48*	0.67**	6
0.54*	0.63**	7	0.39*	0.50*	7
<b>0.62**</b>	<b>المجال ككل</b>		<b>0.48*</b>	<b>المجال ككل</b>	
البيئة والترفيه			العلاقات الاجتماعية		
معامل الارتباط مع الأداة ككل	معامل الارتباط مع المجال الذي تنتمي له	الرقم	معامل الارتباط مع الأداة ككل	معامل الارتباط مع المجال الذي تنتمي له	الرقم
0.59**	0.69**	1	0.49*	0.58**	1
0.62**	0.89**	2	0.60**	0.65**	2
0.64**	0.93**	3	0.48*	0.77**	3
0.66**	0.97**	4	0.44*	0.77**	4
0.67**	0.97**	5	0.75**	0.78**	5
0.67**	0.97**	6	0.41*	0.52*	6
<b>0.45*</b>	<b>المجال ككل</b>		<b>0.76**</b>	<b>المجال ككل</b>	
الاستقلالية					
معامل الارتباط مع الأداة ككل	معامل الارتباط مع البعد الذي تنتمي له	الرقم	معامل الارتباط مع الأداة ككل	معامل الارتباط مع البعد الذي تنتمي له	الرقم
0.53*	0.83**	1	0.75**	0.81**	2
0.63**	0.66**	3	0.55*	0.57**	4
<b>0.49*</b>	<b>المجال ككل</b>				

\*\* دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.01$ ).

\* دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ).

يتضح من الجدول (3) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة الفقرة والدرجة

الكلية للمجال الذي تنتمي إليه، ومقياس نوعية الحياة ككل دالة إحصائياً، مما يشير إلى الاتساق الداخلي بين الفقرات المكونة لمقياس نوعية الحياة وأنها صادقة بنائياً، وتعد صالحة للتطبيق على أفراد الدراسة.

كما تم استخراج معاملات الارتباط البينية (Inter- Correlation) لمجالات مقياس نوعية الحياة، الجدول (4) يوضح ذلك

جدول (4) قيم معاملات الارتباط البينية (Inter- Correlation) لمجالات مقياس نوعية الحياة

المجال	الصحة الجسدية	الصحة النفسية	العلاقات الاجتماعية	البيئة والترفيه	الاستقلالية
الصحة الجسدية		0.49*	0.56**	0.57**	0.63**
الصحة النفسية			0.47*	0.58**	0.49*
العلاقات الاجتماعية				0.45*	0.59**
البيئة والترفيه					0.78**
الاستقلالية					

\*\* دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $0.01 \geq \alpha$ ).

\* دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ).

يظهر الجدول (4) أن جميع معاملات الارتباط البينية لمجالات مقياس نوعية الحياة دالة إحصائياً، ولكنها متدنية مما يشير إلى استقلال هذه المجالات.

### الثبات والاتساق الداخلي لمقياس نوعية الحياة

للتأكد من ثبات مقياس نوعية الحياة تم تطبيقه بصورته النهائية على عينة استطلاعية مكونة من (20) امرأة أرملة، من خارج عينة الدراسة، كما تم تطبيق المقياس على العينة المذكورة بعد مرور أسبوعين من التطبيق الأول، وباستخدام معامل بيرسون، تم

حساب معامل الاستقرار (الثبات بإعادة الاختبار) بين الدرجات في مرتقي التطبيق، كما تم حساب تقدير ثبات الاتساق الداخلي لمقياس نوعية الحياة وأبعاده باستخدام معادلة كرونباخ ألفا على بيانات التطبيق الأول للعينة الاستطلاعية المكونة من (20) امرأة أرملة من خارج عينة الدراسة، والجدول (5) يبين قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي وثبات الإعادة لمقياس نوعية الحياة ومجالاته.

جدول (5) معاملات الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا) ومعاملات ارتباط بيرسون لمجالات مقياس نوعية الحياة والمقياس ككل

معامل الارتباط	معامل الثبات	المجال
0.75**	0.86	الصحة الجسدية
0.73**	0.85	الصحة النفسية
0.71**	0.81	العلاقات الاجتماعية
0.79**	0.82	البيئة والترفيه
0.77**	0.79	الاستقلالية
<b>0.74**</b>	<b>0.83</b>	<b>المقياس ككل</b>

\*\* دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.01$ ).

يظهر الجدول (5) ما يلي:

1. جميع قيم معاملات الثبات بطريقة (كرونباخ ألفا) كانت مقبولة لأغراض التطبيق، حيث إنها تراوحت بين (0.79-0.86).
2. جميع قيم معاملات الارتباط طريقة بيرسون دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.01$ )، وهذا يدل على ثبات التطبيق.

## تصحيح مقياس نوعية الحياة

تكون المقياس بصورته النهائية من (30) فقرة موزعة على خمسة مجالات، وللإجابة عن فقرات المقياس تضع المستجيبة إشارة (✓) أمام كل فقرة، وفقاً لتدرج ليكرت (Likert) الخماسي، وهي: أوافق بشدة، وتعطى (5) درجات، أوافق، وتعطى (4) درجات، غير متأكدة، وتعطى (3) درجات، لا أوافق، وتعطى (2) درجة، لا أوافق بشدة، وتعطى (1) درجة. وتتراوح الدرجة على كل فقرة من فقرات المقياس ما بين (5 - 1) درجات، وبالتالي تتراوح الدرجة الكلية على المقياس ما بين (30) درجة، وهي أدنى درجة يمكن أن تحصل عليها المستجيبة، و(150) درجة، وهي أعلى درجة يمكن أن تحصل عليها المستجيبة، وينطبق على الفقرات المصاغة بشكل موجب في حين يتم عكس التدرج للفقرات المصاغة بشكل سالب، ولتحديد مستوى نوعية الحياة لدى أفراد عينة الدراسة، تم توزيع المتوسطات الحسابية على النحو الآتي:

- (أقل من 2.33 مستوى منخفض).
- (من 2.34 - 3.66 مستوى متوسط).
- (3.67 فأعلى مستوى مرتفع).

## ثانياً: مقياس مشاعر فقدان

يهدف هذا المقياس إلى الكشف عن مستوى مشاعر فقدان، حيث تم استخدام مقياس مشاعر فقدان (Grief & Loss Quiz) والذي يتكون من (33) فقرة موزعة على أربعة مجالات وهي: الانفصال والضيق والأفكار، والمشاعر، والجانب الاجتماعي. ويستجيب المفحوص على المقياس وفق تدرج خماسي، وبذلك كلما ارتفعت الدرجة كان ذلك مؤشراً على ارتفاع مستوى مشاعر فقدان وهذا المقياس تم بناؤه اعتماداً على استبيان الحزن المعقد، لقياس أعراض فقدان القدرة على التكيف والذي تم تطويره عام (1990) بجهود فريق مع المختصين في مركز البحوث السريرية للصحة العقلية

لاضطرابات المزاج المتأخرة في الحياة في المعهد الغربي للأمراض النفسية والعيادية في الولايات المتحدة الأمريكية على يد كل من (Prigerson et al., 1995)

وقد تم الحصول على البيانات من (97) من كبار السن الثكلي، وكان الاتساق الداخلي العالي وموثوقية الاختبار وإعادة الاختبار وصحة المعيار دليلاً على أهمية هذا الاستبيان وهو بمثابة استبيان يُدار بسهولة لأغراض قياس الحزن وقد قامت الباحثة بترجمته. كما تم الاستعانة بالمعايير التشخيصية التي وضعها (Shear, Simon, Wall & Zisook, 2011) والتي تتضمن أعراض الضيق الشديد بعد فقدان، بالإضافة إلى ذلك فقد قام فريق البحث المركزي النفسي برئاسة الدكتور جون جروهول (Grohol) في Psych Central وبناءً على دراسات علمية ومعايير التشخيص الرسمي للاضطراب بوضع تقييم للحزن والخسارة، والإجابة على هذه الاستبيان لا تستغرق أكثر من (5) دقائق استناداً إلى استبيان بريجسون وآخرون (1995)، ويتمتع المقياس بصورته الأصلية بخصائص سيكومترية مناسبة تؤهله للاستخدام في دراسات في هذا المجال مستقبلاً.

### صدق وثبات المقياس بصورته الأصلية

وللتحقق من مؤشرات صدق البناء تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية بلغ عددها (20) امرأة أرملة وقد تم استخراج معاملات ارتباط بيرسون، وأشارت النتائج إلى أن قيم معاملات ارتباط فقرات المقياس مع البعد المنتمي له وقيم معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس لا يقل معامل ارتباطها بالمجال الذي تنتمي إليه والمقياس ككل عن (0.94)، ويعتبر عالياً كما تم حساب موثوقية إعادة الاختبار بعد مرور ستة أشهر وبلغت قيمة موثوقية إعادة الاختبار (0.80)



## الخصائص السيكومترية لمقياس مشاعر الفقدان الخاص بالدراسة الحالية

### صدق المقياس وثباته بصورته الحالية

#### أولاً: دلالات الصدق الظاهري:

لقد تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس ومجالاته، بعرضه بصورته الأولية على مجموعة من المحكمين، كما هو مبين في الملحق (4)، بلغ عددهم (10) محكمين متخصصين في علم النفس والإرشاد النفسي في جامعتي اليرموك والأردنية؛ وذلك لبيان مدى وضوح الفقرات ومناسبتها للمشاركات في هذه الدراسة الحالية من النساء الأرامل، ولقياس ما وضعت لأجله، بعد ذلك تم الأخذ بالتعديلات المقترحة من لجنة المحكمين الأفاضل والمتعلقة بتغيير عناوين المجالات الرئيسية؛ حيث كانت في الصورة الأولية تتضمن (المكونات العاطفية، والمكونات المعرفية، والمكونات المادية، والمكونات الاجتماعية)، وأصبحت عناوين المجالات بصورتها النهائية كالآتي: (الانفصال والضيق، والأفكار، والمشاعر، والجانب الاجتماعي)، كما تم تعديل مجالات وفقرات المقياس والمتعلقة بالفقرات (4، 11، 23، 26)، وتم إعادة الصياغة المطلوبة مثال ذلك الفقرة (5) في مجال الضيق والانفصال؛ فقد أصبحت «أعتقد ضرورة التعايش مع تجربة الأحزان» بعد أن كانت «أعتقد أنه لا بد من أتعاش مع تجربة الحزن»، وكان المعيار الذي تم اعتماده في قبول أو استبعاد الفقرات هو مدى إجماع المحكمين حيث بلغت نسبة اتفاقهم (75%) وهي نسبة اتفاق مرتفعة، وأصبح عدد فقرات المقياس بعد التحكيم (33) فقرة، موزعة على أربعة مجالات وهي: الانفصال والضيق، والأفكار، والمشاعر، والجانب الاجتماعي.

#### ثانياً: الصدق بدلالة الفقرة

يهدف التحقق من مؤشرات صدق البناء لمقياس مشاعر الفقدان، تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (20) امرأة أرملة، من خارج عينة الدراسة،

وتم حساب مؤشرات صدق البناء باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson) لإيجاد قيم ارتباط الفقرة بالمجال، وقيم معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية لمقياس مشاعر الفقدان، كما هو مبين في الجدول (6).

جدول (6) قيم ارتباط الفقرة بالمجال، وقيم معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية لمقياس مشاعر الفقدان

الانفصال والضيق		الرقم	الأفكار	
الرقم	معامل الارتباط مع المجال الذي تنتمي له		معامل الارتباط مع المجال الذي تنتمي له	معامل الارتباط مع الأداة ككل
1	0.63**	1	0.85**	0.79**
2	0.64**	2	0.82**	0.64**
3	0.44*	3	0.91**	0.80**
4	0.47*	4	0.83**	0.76**
5	0.48*	5	0.73**	0.60**
6	0.48*	6	0.72**	0.66**
7	0.49*	7	0.51*	0.46*
8	0.73**	8	0.53*	0.65**
9	0.72**	9	0.77**	0.86**
10	0.76**			
11	0.56*			
المجال ككل			المجال ككل	0.86**

المشاعر		الرقم	الجانب الاجتماعي	
الرقم	معامل الارتباط مع المجال الذي تنتمي له		معامل الارتباط مع المجال الذي تنتمي له	معامل الارتباط مع الأداة ككل
1	0.59**	1	0.53*	0.53*
2	0.63**	2	0.53*	0.50*
3	0.91**	3	0.82**	0.54*
4	0.76**	4	0.82**	0.81**
5	0.78**	5	0.86**	0.79**
6	0.89**	6	0.91**	0.90**
7	0.64**			
المجال ككل			المجال ككل	0.77**

\*\* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.01 \geq \alpha$ ).

\* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ).

يتضح من الجدول (6) أن جميع قيم معاملات الارتباط بين درجة الفقرة والدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه، ومقياس مشاعر فقدان ككل دالة إحصائياً، مما يشير إلى الاتساق الداخلي بين الفقرات المكونة لمقياس مشاعر فقدان وأنها صادقة بنائياً، وتعد صالحة للتطبيق على أفراد الدراسة.

كما ويتضح مما تقدم مدى الجودة التي يحظى بها هذا المقياس وقد أصبح يتكون من (33) بصورته النهائية، موزعة على (4) مجالات، كما حسبت قيم معاملات الارتباط البينية (Inter- Correlation) لمجالات مقياس مشاعر فقدان وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون، كما في الجدول (7).

#### جدول (7)

قيم معاملات الارتباط البينية (Inter- Correlation) لمجالات مقياس مشاعر فقدان

المجال	الانفصال والضيق	الأفكار	المشاعر	الجانب الاجتماعي
الانفصال والضيق	0.57**	0.56**	0.62**	
الأفكار		0.72**	0.50*	
المشاعر			0.58**	
الجانب الاجتماعي				

\*\* دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $0.01 \geq \alpha$ ).

\* دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ).

يظهر من الجدول (7) أن جميع قيم معاملات الارتباط البينية (Inter- Correlation) لمجالات مقياس مشاعر فقدان دالة إحصائياً.

#### الثبات والاتساق الداخلي لمقياس مشاعر فقدان

للتأكد من ثبات مقياس مشاعر فقدان تم تطبيقه بصورته النهائية على عينة

استطلاعية مكونة من (20) امرأة أرملة، من خارج عينة الدراسة، كما تم تطبيق المقياس على العينة المذكورة نفسها بعد مرور أسبوعين من التطبيق الأول، وباستخدام معادلة بيرسون، تم حساب معامل الاستقرار (الثبات بإعادة الاختبار) بين درجات المشاركات في مرقي التطبيق، ولتقدير ثبات الاتساق الداخلي لمقياس مشاعر فقدان ومجالاته باستخدام معادلة كرونباخ ألفا على بيانات التطبيق الأول للعينة الاستطلاعية المكونة من (20) امرأة أرملة من خارج عينة الدراسة. والجدول (8) يبين ذلك.

### جدول (8) معاملات الأتساق الداخلي (كرونباخ ألفا)

ومعاملات ارتباط بيرسون لمجالات مقياس مشاعر فقدان والمقياس ككل

معامل الارتباط	معامل الثبات	المجال
**0.62	0.75	الانفصال والضيق
**0.70	0.77	الأفكار
**0.69	0.82	المشاعر
**0.71	0.83	الجانب الاجتماعي
<b>**0.73</b>	<b>0.88</b>	<b>المقياس ككل</b>

\*\* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.01$ ).

يظهر الجدول (8) ما يلي:

1. جميع قيم معاملات الثبات بطريقة (كرونباخ ألفا) كانت مقبولة لأغراض التطبيق، حيث إنها تراوحت بين (0.75-0.88).
2. جميع قيم معاملات الارتباط طريقة بيرسون دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.01$ )، وهذا يدل على ثبات التطبيق.

## تصحيح مقياس مشاعر الفقدان

تكون المقياس بصورته النهائية من (33) فقرة موزعة على أربعة مجالات، وللإجابة عن فقرات المقياس تضع المستجيبة إشارة (✓) أمام كل فقرة، وفقاً لتدرج ليكرت (Likert) الخماسي، وهي: دائماً، وتعطى (5) درجات، غالباً، وتعطى (4) درجات، أحياناً، وتعطى (3) درجات، نادراً، وتعطى (2) درجة، أبداً، وتعطى (1) درجة. وتتراوح الدرجة على كل فقرة من فقرات المقياس ما بين (1 - 5) درجات، وبالتالي فإن الدرجة الكلية وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس ما بين (33) درجة، وهي أدنى درجة يمكن أن تحصل عليها المستجيبة، و(165) درجة، وهي أعلى درجة يمكن أن تحصل عليها المستجيبة. وينطبق على الفقرات المصاغة بشكل موجب في حين يتم عكس التدرج للفقرات المصاغة بشكل سالب. ولتحديد مستوى مشاعر الفقدان لدى أفراد عينة الدراسة؛ قامت الباحثة بتصنيف النساء الأرامل ضمن ثلاث مجموعات على النحو الآتي:

- (أقل من 2.33 مستوى منخفض)

- (من 2.34 - 3.66 مستوى متوسط)

- (3.67 فأعلى مستوى مرتفع)

## ثالثاً: مقياس قلق المستقبل

للتعرف على مستوى القلق المستقبل لدى النساء الأرامل قامت الباحثة بإعداد مقياس من خلال الرجوع إلى الأدب النظري والدراسات، التي تناولت مواضيع قلق المستقبل، مثل: مقياس قلق المستقبل لشقير (2005)، المطيري (2012)، والمومني وانعيم (2013)، ومقياس مخيمر والعسبي وأبو عبيد (2015)، وقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية لكل مقياس وفق دراسته الخاصة، وتكون المقياس بصورته الأولية من (38) فقرة موزعة على (5) مجالات .

## الخصائص السيكومترية لمقياس قلق المستقبل الخاص بالدراسة الحالية

### صدق المقياس وثباته بصورته الحالية

#### أولاً: دلالات الصدق الظاهري:

لقد تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس بعرضه بصورته الأولية والمكون من (38) فقرة موزعة على خمسة مجالات على مجموعة من المحكمين، كما هو مبين في الملحق (4)، بلغ عددهم (10) محكمين متخصصين في علم النفس والإرشاد النفسي في جامعتي اليرموك والأردنية، حيث تم الطلب منهم الحكم على دقة الصياغة اللغوية وسلامتها، ووضوح الفقرات ومناسبتها لما وضعت لقياسه، وقد تم الأخذ بجميع ملاحظات المحكمين الأفاضل؛ حيث تم تعديل بعض الفقرات مثل (1، 2، 4، 19)، وتم حذف عدة فقرات، وهي (6، 8، 18، 23، 26)، واستبدال بعضهاً منها مثل (9، 16، 15، 24، 37)، وتم اعتماد ما نسبته (80%) من أتفاق المحكمين لحذف أو تعديل أي فقرة، وأصبح عدد فقرات المقياس بعد التحكيم (32) فقرة.

#### ثانياً: الصدق بدلالة الفقرة

تم التحقق من مؤشرات صدق البناء لمقياس قلق المستقبل؛ من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من (20) امرأة أرملة تم اختيارها من مجتمع الدراسة، ومن خارج عيبتها، وتم حساب مؤشرات صدق البناء؛ باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson) لإيجاد قيم ارتباط الفقرة بالمجال الذي تنتمي إليه، وقيم معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل، كما هو مبين في الجدول (9).

جدول (9) قيم ارتباط الفقرة بالمجال الذي تنتمي إليه،  
وقيم معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل

المجال الصحي		المجال النفسي		الرقم	معامل الارتباط مع مع الأداة ككل		
معامل الارتباط مع الأداة ككل	المجال الذي تنتمي له	معامل الارتباط مع المجال الذي تنتمي له	معامل الارتباط مع مع الأداة ككل				
0.67	0.87	1	0.55	1	0.72		
0.51	0.84	2	0.60	2	0.67		
0.72	0.83	3	0.43	3	0.45		
0.57	0.65	4	0.61	4	0.82		
0.61	0.75	5	0.63	5	0.85		
0.53	0.66	6	0.65	6	0.89		
			0.69	7	0.55		
			0.61	8	0.67		
			0.73	9	0.70		
0.59		المجال ككل		0.83		المجال ككل	
المجال الأسري		المجال الاجتماعي		الرقم	معامل الارتباط مع مع الأداة ككل		
معامل الارتباط مع الأداة ككل	المجال الذي تنتمي له	معامل الارتباط مع المجال الذي تنتمي له	معامل الارتباط مع مع الأداة ككل				
0.75	0.68	1	0.59	1	0.72		
0.74	0.83	2	0.75	2	0.77		
0.47	0.66	3	0.66	3	0.70		
0.52	0.73	4	0.73	4	0.80		
0.50	0.67	5	0.55	5	0.57		
0.50	0.67	6					
0.81		المجال ككل		0.77		المجال ككل	
		المجال الاقتصادي		الرقم	معامل الارتباط مع مع الأداة ككل		
		معامل الارتباط مع المجال الذي تنتمي له	معامل الارتباط مع مع الأداة ككل				
			0.43	1	0.87		
			0.36	2	0.81		
			0.77	3	0.88		
			0.82	4	0.93		
			0.75	5	0.89		
			0.77	6	0.88		
		0.74		المجال ككل			

\* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $(\alpha \geq 0.01)$  .

\* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $(\alpha \geq 0.05)$  .

يتضح من الجدول (9) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة الفقرة والدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه، ومقياس قلق المستقبل ككل دالة إحصائياً، مما يشير إلى الاتساق الداخلي بين الفقرات المكونة لمقياس قلق المستقبل وأنها صادقة بنائياً، وتعد صالحة للتطبيق على أفراد الدراسة.

كما تم استخراج معاملات الارتباط بين المجالات مع بعضها والمقياس ككل، كما هو مبين في الجدول (10).

جدول (10) قيم معاملات الارتباط البينية (Inter- Correlation) لمجالات مقياس قلق المستقبل

المجال	المجال النفسي	المجال الصحي	المجال الاجتماعي	المجال الأسري	المجال الاقتصادي
المجال النفسي		0.55	0.76	0.49	0.63
المجال الصحي			0.50	0.64	0.67
المجال الاجتماعي				0.56	0.48
المجال الأسري					0.63
المجال الاقتصادي					

\* \* دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $0.01 \geq \alpha$ ).

\* دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ).

يظهر الجدول (10) أن جميع معاملات الارتباط البينية لمجالات مقياس قلق المستقبل دالة إحصائياً.

### الثبات والاتساق الداخلي لمقياس قلق المستقبل

للتأكد من ثبات مقياس قلق المستقبل تم تطبيقه بصورته النهائية على عينة استطلاعية مكونة من (20) امرأة أرملة، من خارج عينة الدراسة، كما تم تطبيق المقياس على العينة



المذكورة نفسها بعد مرور أسبوعين من التطبيق الأول، وباستخدام معادلة بيرسون، تم حساب معامل الاستقرار (الثبات بإعادة الاختبار) بين درجات المشاركات في مرتي التطبيق، ولتقدير ثبات الاتساق الداخلي لمقياس قلق المستقبل وأبعاده باستخدام معادلة كرونباخ ألفا على بيانات التطبيق الأول للعينة الاستطلاعية المكونة من (20) امرأة أرملة من خارج عينة الدراسة، الجدول (11) يبين ذلك.

جدول (11) معاملات الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا) ومعاملات ارتباط بيرسون لمجالات مقياس

معامل الارتباط	معامل الثبات	المجال
0.68**	0.86	المجال النفسي
0.73**	0.75	المجال الصحي
0.75**	0.80	المجال الاجتماعي
0.69**	0.78	المجال الأسري
0.70**	0.79	المجال الاقتصادي
<b>0.74**</b>	<b>0.89</b>	<b>المقياس ككل</b>

\*\* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.01$ ).

يظهر الجدول (11) ما يلي:

1. جميع قيم معاملات الثبات بطريقة (كرونباخ ألفا) كانت مقبولة لأغراض التطبيق، حيث إنها تراوحت بين (0.75-0.89).
2. جميع قيم معاملات الارتباط بطريقة بيرسون دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.01$ )، وهذا يدل على ثبات التطبيق.

## تصحيح مقياس قلق المستقبل

تكون المقياس بصورته النهائية من (32) فقرة موزعة على (5) مجالات، (وهي المجال النفسي، والمجال الصحي، والمجال الاجتماعي، والمجال الأسري، والمجال الاقتصادي)، وللإجابة عن فقرات المقياس تضع المستجيبة إشارة (✓) أمام كل فقرة، وفقاً لتدريج ليكرت (Likert) الخماسي، وهي: أوافق بشدة، وتعطى (5) درجات، أوافق، وتعطى (4) درجات، غير متأكدة، وتعطى (3) درجات، لا أوافق، وتعطى (2) درجة، لا أوافق بشدة، وتعطى (1) درجة. وتتراوح الدرجة على كل فقرة من فقرات المقياس ما بين (1 - 5) درجات، وبالتالي فإن الدرجة الكلية تتراوح على المقياس ما بين (32) درجة، وهي أدنى درجة يمكن أن تحصل عليها المستجيبة، و(160) درجة، وهي أعلى درجة يمكن أن تحصل عليها المستجيبة. وينطبق على الفقرات المصاغة بشكل موجب في حين يتم عكس التدرج للفقرات المصاغة بشكل سالب. ولتحديد مستوى قلق المستقبل لدى أفراد عينة الدراسة، تم توزيع المتوسطات الحسابية على النحو الآتي:

- (أقل من 2.33 مستوى منخفض).
- (من 2.34 - 3.66 مستوى متوسط).
- (3.67 فأعلى مستوى مرتفع).

## رابعاً: برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

اختلفت المدارس النفسية في تفسيرها للسلوك وذلك تبعاً لتوجهاتهم المتبعة في ترتيب أولويات تفسير السلوك، وخير مثال على ذلك الاختلاف بين السلوكية والمعرفية، وانطلق تعديل السلوك في المدرسة المعرفية من فكرة مفادها أن الإنسان ليس سلبياً فهو يتفاعل مع بيئته بما فيها من مفاهيم تؤثر في سلوكه؛ أي أن هناك تفاعلاً قائماً ما بين المؤثرات البيئية والعمليات المعرفية والسلوك (الخطيب، 1990).

وتعود جذور فلسفة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي إلى الفلسفة الرواقية القديمة وخاصة ما جاء به ابكوريوس (Epicurus) الذي فسّر الاضطراب النفسي بأنه ليس بسبب المواقف والأحداث ولكن بسبب طريقة التفكير حول تلك الحوادث (Ellise, 1992).

بين أليس (Ellise) أن طريقته في العلاج في البداية كانت العلاج العقلاني (Rational Therapy) حيث أكد على أن الاضطرابات العاطفية تحدث نتيجة الافتراضات الخاطئة التي يفرضها المريض على نفسه بعد ذلك عدّل اسم العلاج ليصبح العلاج العقلاني الانفعالي (Rational Emotive Therapy) (Dryden, 2014).

أحد الأساليب العقلانية المعرفية التي وضعها ألبرت أليس (Ellis) عام (1955) مدفوعاً برغبته في تجاوز أوجه القصور في التحليل النفسي، حيث يرى أليس أن هناك تفاعلاً مباشراً بين الأحداث والعاطفة والسلوك (العاسمي، 2015).

ويتميز العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عن غيره من الأساليب المعرفية والسلوكية بأنه يضع المعتقدات العقلانية وغير العقلانية في تصميمها، حيث تعرف المعتقدات العقلانية بأنها معتقدات مرنة وغير متطرفة ومنطقية (أي تتفق مع الواقع) وعلى النقيض من ذلك؛ فإن المعتقدات غير العقلانية توصف بأنها معتقدات جامدة ومتطرفة وغير منطقية (لا تتفق مع الواقع) وإن المعتقدات الصحية تخلق مشاعر صحية؛ والتي بدورها تسهم في تشكل سلوك صحي، يعترف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أن العقل والسلوك والعواطف والجسم كلها مترابطة (Turner, 2016).

إن المعتقدات العقلانية تعتبر عاملاً وقائياً ضد الضغوط النفسية والاضطرابات التي من الممكن أن تؤثر على الأفراد (Oltean & David, 2018).

يتميز العلاج العقلاني الانفعالي بأنه يتناول المشكلات الانفعالية التي تولدها أفكارنا، وهي طريقة من طرق العلاج النفسي تتسم بأنها نشطة ومباشرة من كلا

الطرفين (المعالج والعميل)، وهنا يبين المعالج للمريض اضطرابه وأن لديه القدرة على مناهضة وتغيير طريقة تفكيره غير العقلانية المولدة للاضطراب، وبعد ذلك يتمكن المريض من استخدام طريقة التفكير العقلانية التي تعلمها من المعالج في كل مرة يتعامل بها مع مشكلاته (Ellise, 1990).

## خطوات إعداد البرنامج الإرشادي

تم تصميم البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية تبعاً للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، كما تم استخدام استراتيجيات الإرشاد الجمعي حيث احتوى البرنامج على مجموعة من المهارات الإرشادية التي تهدف إلى تحسين نوعية الحياة وخفض مستوى مشاعر فقدان، وقلق المستقبل، وقد تم بناؤه بعد الرجوع إلى الأدب النظري الخاص بنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وبعد الرجوع إلى الدراسات التي تناولت متغيرات هذه الدراسة تم إعداد البرنامج، والمكون من (20) جلسة يتم تنفيذه على مدى (11) أسبوع بمعدل جلستين أسبوعياً ويتراوح زمن الجلسة ما بين (90 - 120) دقيقة حسب محتوى كل جلسة، وقد عقدت الجلسات الإرشادية في إحدى قاعات مركز الوساطة للخدمات المجتمعية في منطقة قميم من محافظة إربد .

## إجراءات صدق البرنامج

### الصدق الظاهري

تم التحقق من صدق البرنامج الإرشادي المستند إلى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والذي تم استخدامه في هذه الدراسة؛ بعرضه على مجموعة من المحكمين المختصين في الإرشاد النفسي وعلم النفس والإرشاد النفسي والتربية الخاصة في الجامعة الأردنية واليرموك وآل البيت؛ لتحديد مدى مناسبة الأهداف التي أعد

من أجلها ومدى مناسبة الجلسات وعددها، وفتيات البرنامج والوقت، وفي ضوء ملاحظات المحكمين، تم إجراء التعديلات المناسبة من حيث الصياغة اللغوية وتم إضافة بعض المهارات الخاصة لبعض الجلسات مثل الجلستين الخامسة السادسة، وتم تقليل واختصار وقت الجلسة إلى ساعة ونصف بعد أن كان ساعتين، ولكن بقي عدد الجلسات كما هو، كما بقي ترتيب الجلسات بالشكل الذي صممه الباحثة

### الأساليب والاستراتيجيات المتبعة

1. الحوار المناقشة: وذلك بتقديم موضوع الجلسة، والهدف الذي سيتم تحقيقه فيها ثم تقدم المشاركات آرائهن وتجاربهن.

2. الشقيف النفسي: يتمثل بتقديم المعلومات حول الاضطرابات المختلفة؛ مثل القلق، ومشاعر فقدان، والاكئاب، وكرب ما بعد الصدمة، والثقة بالنفس وغيرها.

3. رصد الأفكار وتسجيلها: وفيها يتم تدريب المشاركات على رصد الأفكار اللاعقلانية عن طريق مراقبة الذات ويمكن تلخيص أخطاء التفكير على النحو التالي:

- الفلتره.

- التعميم المبالغ.

- طريقة التفكير إما كل شيء أو لا شيء.

- وسم النفس.

- قراءة الأفكار.

- التكهن بالغيبيات.

- إسقاط أهمية الإيجابيات.

- أخذ الأمور على محمل شخصي.

- ما يجب وما ينبغي.

4. التحدي والمواجهة: وهنا تقوم كل مشاركة بتسجيل الموقف الذي تخشى مواجهته ورقم المجادلة ثم تصف قلقها وكيفية التعرض من 10 وكذلك خلال التعرض من 10 وتصف أفكار من خلال التعرف وأيضاً بعد التعرض تصف الأفكار وتضع درجة لقلقها من 10.

5. النمذجة: سواءً أكانت ذهنية أو من خلال المشاركات فالنمذجة الذهنية يتم فيها طرح موقف وتقوم كل مشاركة بعمل نموذج في ذهنها للموقف أو النمذجة من خلال المشاركات فيتمثل بلعب الدور وما يتبعه من تمارين.

6. الواجب البيتي: حيث يتم إعطاء الواجب البيتي، والممثل بالقيام ببعض الأعمال والأنشطة البيتية المتعلقة بموضوع الجلسة وتطبيق ما تم الوقوف عليه في كل جلسة، وتتم مراجعة الواجب البيتي في بداية كل جلسة.

### المكان:

تم تطبيق البرنامج في قاعة في مركز الخدمة المجتمعية التابعة لجمعية المركز الإسلامي واحتوت القاعة على طاولة وسط واسعة ومقاعد مريحة تسمح بالحركة.

### قيادة المجموعة العلاجية

تم إنجاز البرنامج العلاجي من قبل الباحثة وهي تحمل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي وأنها متطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي، وأطلعت على غالبية الأدب النظري المتعلق بالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وشاهدت مجموعة من لقطات جلسات إرشادية تستند إلى هذه النظرية.

### ملخص جلسات برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

تم تنفيذ جلسات برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي كما هو مبين في الجدول (12).

جدول (12)  
تنفيذ جلسات برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الزمن	الأهداف
الأولى	التعارف وبناء الألفة	ساعتان	<ul style="list-style-type: none"> <li>- التعارف ما بين الباحث والمشاركات وإشاعة جو من الألفة.</li> <li>- تعريف المشاركات بأهداف البرنامج.</li> <li>- إجراء القياس القبلي.</li> <li>- التوضيح للمشاركات حول الإرشاد الجمعي، ومميزاته ومعاييره.</li> </ul>
الثانية	التعريف بنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وإبرام العقد السلوكي	ساعتان	<ul style="list-style-type: none"> <li>- التوضيح للمشاركات ماهية النظرية المتبعة.</li> <li>- الاتفاق على موعد للقاءات والتأكيد على ضرورة الالتزام والتأكيد على السرية والثقة.</li> </ul>
الثالثة	تعريف المشاركات بقلق المستقبل	ساعتان	<ul style="list-style-type: none"> <li>- التعرف على مفهوم قلق المستقبل وأسبابه وأعراضه ومظاهره.</li> <li>- تحدد كل مشاركة مخاوفها المتعلقة بالمستقبل.</li> <li>- التوضيح للمشاركات فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في الحد من قلق المستقبل.</li> </ul>
الرابعة	التعرف على المواقف المسببة لقلق المستقبل والتدريب على التعامل معها.	ساعتان	<ul style="list-style-type: none"> <li>- رصد المواقف التي تسبب القلق للمشاركات.</li> <li>- تدريب المشاركات على كيفية التعامل مع الفكر القلق.</li> <li>- التوضيح للمشاركات حول سلوكيات الأمان.</li> </ul>
الخامسة + السادسة	إبطال الأفكار غير العقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية	ساعتان لكل جلسة	<ul style="list-style-type: none"> <li>- شرح المعتقدات غير العقلانية التي تحدث عنها إلبس والتي تسبب الاضطراب للأفراد.</li> <li>- التغلب على التفكير الانهزامي.</li> <li>- التعرف على نقاط القوة.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- التعرف بمفهوم إعادة الهيكلة المعرفية.</li> <li>- دور التعميم الزائد في الهيكلة المعرفية.</li> <li>- تحديد خطوات التثوهات المعرفية.</li> <li>التدريب على الاسترخاء .</li> <li>- توضيح مفهوم مشاعر فقدان، والأعراض المصاحبة له.</li> </ul>	<p>ساعتان لكل جلسة</p>	<p>إعادة الهيكلة المعرفية لمفهوم قلق المستقبل والتدريب على الاسترخاء .</p>	<p>السابعة + الثامنة</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>توضيح مراحل الحزن.</li> <li>- التعرف على أهم الأمور التي تساعد في التعامل مع الكسارة.</li> <li>- إيقاف الأفكار السلبية والتخلص منها.</li> </ul>	<p>ساعتان</p>	<p>مفهوم مشاعر فقدان وكيفية التعامل معها</p>	<p>التاسعة</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- قيام كل مشاركة بالتعبير عن المشاعر الخاصة بها.</li> <li>- استعراض الكسائر الأوتية والثانوية.</li> <li>- اكتشاف أصعب اللحظات التي عايشتها المشاركة بعد فقدان.</li> <li>- مواجهة الأفكار والعواطف التي يتم تجنبها.</li> </ul>	<p>ساعتان لكل جلسة</p>	<p>مساعدة المشاركات على تقبل الكسارة</p>	<p>العاشرة + والحادية عشر</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مراجعة الحدث مرارًا وتكرارًا.</li> <li>- الحديث عن تجارب المشاركات لخلق المعنى.</li> <li>- تمكين المشاركات من إعادة تقييم تأثير الشخص الغائب في الحياة.</li> <li>- للاستبصار بالعواطف الحالية وإدراكها.</li> <li>- التدريب على مهارات حل المشكلات.</li> </ul>	<p>ساعتان</p>	<p>استيعاب معنى الكسارة والحصول على المعنى</p>	<p>الثانية عشر</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- التعرف على طرق تنمية الذات.</li> <li>- التعرف على النصائح التي تساعد على تطوير الذات.</li> </ul>	<p>ساعتان</p>	<p>التركيز على التنمية الذاتية</p>	<p>الثالثة عشر</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- استراتيجيات التكيف مع الضغوط.</li> <li>- مفهوم الضغط النفسي ومصادره.</li> <li>- أعراض الضغط النفسي.</li> <li>- أنواع الضغوط النفسية.</li> <li>- التعامل مع الضغوط النفسية.</li> </ul>	<p>ساعتان</p>	<p>فاعلية العلاج الانفعالي السلوكي العقلاني في إدارة الضغوط النفسية</p>	<p>الرابعة عشر</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعليم المشاركات مهارات التعامل المعرفية مع قبول الوضع الراهن.</li> <li>- ممارسة تجارب الاسترخاء .</li> </ul>	<p>ساعتان</p>	<p>خطوات التفكير الإيجابي ومهاراته والتقليل من الانفعالات السلبية</p>	<p>الخامسة عشر</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- السماح للاختلافات الفردية بين المشاركات بالظهور.</li> <li>- توضيح تقنية تمارين المجازفة.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- التعرف على مفهوم الصلابة النفسية.</li> <li>- التعرف على أساليب المواجهة الخاصة بالمشاركات.</li> <li>- تقييم مدى فعالية أساليب المواجهة المتبعة في التكيف.</li> </ul>	<p>فحص الدفاعات والتعرف على أساليب المواجهة وتعزيز الصلابة النفسية</p> <p>ساعتان</p>	<p>السادسة عشر</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- الشرح حول تقنية تمارين القوة ومهاجمة الخجل.</li> <li>- توضيح مفهوم نوعية الحياة وأبعادها.</li> <li>- مقومات نوعية الحياة.</li> <li>- موعات نوعية الحياة.</li> <li>- مجالات نوعية الحياة.</li> </ul>	<p>نوعية الحياة، وأبعادها وعناصرها</p> <p>ساعتان</p>	<p>السابعة عشر</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعريف الدعم الاجتماعي وأهميته</li> <li>- أبعاد الدعم الاجتماعي وكيفية المحافظة على شبكة الدعم الاجتماعي</li> <li>- مفهوم المرونة النفسية</li> <li>- طرق بناء المرونة النفسية</li> <li>- مفهوم الأزمة النفسية.</li> <li>- المفاهيم المرتبطة بالأزمة النفسية.</li> <li>- أنواع الصدمات التي تولد الأزمات.</li> <li>- مراحل الأزمة النفسية.</li> </ul>	<p>أهمية الدعم الاجتماعي في تحقيق المرونة النفسية بعد الإجهاد</p> <p>ساعتان</p>	<p>الثامنة عشر</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- أسس التعامل مع الأزمة.</li> <li>- سيكولوجية إدارة الأزمات.</li> <li>- طرق التعامل مع الأزمة النفسية.</li> <li>- شرح طريقة ( ABC ) في التعامل مع الأزمات ومعالجتها.</li> </ul>	<p>الأزمات النفسية وكيفية التعامل معها، وطريقة (ABC) لمعالجة الأزمات</p> <p>ساعتان</p>	<p>التاسعة عشر</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تقييم البرنامج الإرشادي من وجهة نظر المشاركات</li> <li>- تقييم مدى التحسن الذي شعرن به بعد المشاركة في جلسات البرنامج.</li> <li>- إجراء القيلس اليبعدى.</li> </ul>	<p>إجراء القيلس اليبعدى</p> <p>ساعتان</p>	<p>العشرون</p>

## الآلية التي سارت عليها جميع الجلسات البرنامج الإرشادي:

- الترحيب بالمشاركات وتقديم الشكر لهن عن الحضور في الموعد المحدد، والقيام بعمل مراجعة سريعة لموضوع الجلسة السابقة.
- مراجعة قواعد الجلسات الإرشادية ومراجعة الواجب البيتي، وتقديم التغذية الراجعة والتعزيز المستمر للمشاركات.
- عرض موضوع الجلسة الحالية، وتوضيح الفنيات التي سيتم استخدامها، وتشجيع المشاركات على المشاركة والتعاون ودعم بعضهن البعض.
- في نهاية كل جلسة، تقوم الباحثة بعمل تلخيص لحديث المشاركات، وعمل تلخيص نهائي للجلسة ككل؛ يتم فيه استعراض النقاط الإيجابية والفائدة المرجوة من الجلسة.
- التذكير بموعد الجلسة القادمة، وحث المشاركات على أهمية الالتزام بالموعد.

## إجراءات الدراسة

- تم تنفيذ الدراسة بإعداد المادة النظرية والتجريبية وباختيار عينة الدراسة وتنفيذ البرامج الإرشادي وأدوات الدراسة وفقاً للخطوات التالية:
- إعداد أدوات الدراسة بعد الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة؛ والمتمثلة بالبرنامج الإرشادي المستند إلى نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والمقاييس التي تم استخدامها، وتم التحقق من مؤشرات الصدق والثبات لهذه الأدوات.
- عقد لقاءات مع العاملين والمسؤولين في مركز الوساطة للخدمات المجتمعية لضمان التعاون والدقة في إجراءات الدراسة.
- تطوير واستخراج مؤشرات الصق والثبات، وتطبيق أدوات الدراسة على

مجموعة من المشاركات في مركز لواء الوسيطة للخدمة المجتمعية في مدينة إربد المعني؛ تمهيداً للوصول إلى عينة الدراسة (ن = 30) من النساء الأرامل اللواتي سجلن أعلى الدرجات على مقياس نوعية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل.

- التوزيع العشوائي بشكل متساوٍ لـ (ن = 30) مشاركة ممن حصلن على أعلى درجات على مقياس الدراسة إلى مجموعتين؛ تجريبية وضابطة، تمهيداً لتطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة التجريبية، في حين أن المجموعة الضابطة لم تخضع سوى للقياسين القبلي والبعدي فقط.

- تطبيق القياس البعدي باستخدام مقياس نوعية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل ومن ثم جميع البيانات وتحليلها من أجل مقارنة أداء المجموعة التجريبية بالمجموعة الضابطة؛ للتعرف على الأثر الذي تركه البرنامج الإرشادي.

- تطبيق القياس التبعي بعد شهر من انتهاء البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية التي أسفرت عنها الدراسة الميدانية، ومن ثم مناقشتها والخروج بالتوصيات التي تتناسب والنتائج التي تم الوصول إليها وإعداد الأطروحة بصورتها النهائية.

- التدريب على الفنيات الإرشادية المستخدمة مع المجموعة الإرشادية والمتعلقة بقيادة المجموعة واستخدام العمليات العلاجية مثل عمليات الكشف عن الذات والتغذية الراجعة والشعور بالقوة وقبول الذات والاسترخاء وإعادة الهيكلة المعرفية ولقد تطورت خبرات قيادة المجموعة الإرشادية بشكل تدريجي خلال مراحل تطورها أيضاً تم استخدام جميع التقنيات الخاصة بالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي مثل إعادة البناء المعرفي والوقوف على التشوهات المعرفية وعلاجها واستخدام نموذج (ABCDE) واستبدال الأفكار غير العقلانية وهذا من شأنه نجاح تطبيق البرنامج.

## متغيرات الدراسة

اشتملت الدراسة على المتغيرات الآتية:

### أولاً: المتغير المستقل

- أسلوب المعالجة المستخدم (مجموعات الدراسة) ولها مستويان (المجموعة التجريبية التي تم تطبيق البرنامج الإرشادي عليها والمجموعة الضابطة التي لم تتلق أي تدريب)

### ثانياً: المتغيرات التابعة

- نوعية الحياة.

- مشاعر فقدان.

- قلق المستقبل.

## المعالجات الإحصائية

لاختبار فرضيات الدراسة، تم استخدام المعالجات الإحصائية الآتية:

- لاختبار الفرضية الأولى، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

- لاختبار الفرضية الثانية، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، كما تم استخدام تحليل التباين الأحادي المصاحب (One –Way MNCOVA)، وتحليل التباين الأحادي المصاحب (One –Way ANCOVA) للكشف عن الفروق في مستوى نوعية الحياة، ومشاعر فقدان، وقلق المستقبل.

- لاختبار الفرضية الثالثة، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، كما تم استخدام اختبار (ت) للعينات المترابطة (Paired Samples T-Test) للكشف عن الفروق في مستوى نوعية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل على القياسين البعدي والمتابعة.



## الفصل الرابع

### نتائج برنامج الدعم والتأهيل المستخدم مع النساء الأرامل في الأردن

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تحسين نوعية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل لدى عينة من النساء الأرامل، وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة التي تم التوصل إليها، وفقاً لفرضيات الدراسة، وهي على النحو الآتي:

أولاً: عند النتائج المتعلقة بالفرضية الصفرية الأولى والتي نصها: «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات الأداء على مقياس نوعية الحياة لدى النساء الأرامل تعزى لطريقة (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والطريقة الاعتيادية)؟».

لاختبار هذه الفرضية، تم استخراج المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري والمتوسط المعدل للأداء البعدي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس نوعية الحياة، كما هو مبين في الجدول (13).

جدول (13) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية القبليّة والبعدية لأداء أفراد عينة الدّراسة في المجموعتين التجريبيّة والضابطة على مقياس نوعية الحياة

المجموعة	مقياس نوعية الحياة	القبلي		البعدية		المتوسط الحسابي المعدل	الخطأ المعياري
		ع	س	ع	س		
التجريبية	العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	2.16	1.13	3.76	0.22	3.76	0.05
		2.10	0.74	3.67	0.21	3.67	0.09
		3.00	0.66	3.73	1.24	3.73	0.23
		1.83	0.52	3.73	0.08	3.74	0.20
		2.08	0.92	3.38	0.19	3.38	0.05
		2.23	0.45	3.68	0.26	3.68	0.07
الضابطة	الاعتيادية	2.04	1.10	2.07	0.12	2.07	0.05
		2.07	0.68	2.15	0.50	2.15	0.09
		2.67	0.13	2.84	0.04	2.85	0.23
		2.06	0.39	2.17	1.14	2.16	0.20
		2.27	0.72	2.32	0.18	2.32	0.05
		2.20	0.40	2.30	0.31	2.29	0.07

س: المتوسط الحسابي، ع: الانحراف المعياري

يتضح من الجدول (13) وجود فروق ظاهرية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مجالات مقياس نوعية الحياة في المجموعتين التجريبية والضابطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة المجموعه التجريبية على مقياس نوعية الحياة ككل، في القياس القبلي (2.23)، وبلغ المتوسط الحسابي للمجموعه التجريبية في القياس البعدي (3.68) كما وبلغ المتوسط الحسابي لدرجات أفراد المجموعه الضابطة على مقياس نوعية الحياة ككل في القياس القبلي (2.20)، وبلغ المتوسط الحسابي للمجموعه الضابطة في القياس البعدي (2.30).

وللكشف عن دلالة الفروق بين هذه المتوسطات، تم استخدام أسلوب تحليل التباين المصاحب المتعدد الأحادي (One Way MNCOVA) على المتوسطات الحسابية البعدية لدرجات أفراد عينة الدراسة على مجالات مقياس نوعية الحياة، باعتبار الدرجات القبلية متغيراً مشتركاً، ويبين الجدول (14) نتائج هذا التحليل.

جدول (14) نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد الأحادي (One -Way MNCOVA) على المتوسطات الحسابية البعدية لدرجات أفراد عينة الدراسة على مجالات مقياس نوعية الحياة

المصدر	المجال	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	F	الدلالة الإحصائية	Eta square
المجموعة التجريبية	الصحة الجسدية	21.55	1	21.55	*693.08	0.00	0.96
	الصحة النفسية	17.20	1	17.20	*141.60	0.00	0.84
	العلاقات الاجتماعية	5.93	1	5.93	*7.42	0.01	0.22
	البيئة والترفيه	18.41	1	18.41	*31.81	0.00	0.54
	الاستقلالية	8.53	1	8.53	*251.62	0.00	0.90
القياس القبلي	الصحة الجسدية	0.04	1	0.04	1.26	0.27	0.04
	الصحة النفسية	0.81	1	0.81	*6.65	0.02	0.20
	العلاقات الاجتماعية	0.001	1	0.001	0.001	0.95	0.00
	البيئة والترفيه	2.81	1	2.81	*4.85	0.04	0.15
	الاستقلالية	0.00	1	0.00	0.03	0.87	0.00
الخطأ	الصحة الجسدية	0.84	27	0.03			
	الصحة النفسية	3.28	27	0.12			
	العلاقات الاجتماعية	21.57	27	0.80			
	البيئة والترفيه	15.63	27	0.58			
	الاستقلالية	0.92	27	0.03			
المجموع	الصحة الجسدية	277.22	30				
	الصحة النفسية	275.24	30				
	العلاقات الاجتماعية	352.00	30				
	البيئة والترفيه	297.92	30				
	الاستقلالية	253.13	30				
المجموع مسطح	الصحة الجسدية	22.43	29				
	الصحة النفسية	21.29	29				
	العلاقات الاجتماعية	27.50	29				
	البيئة والترفيه	36.84	29				
	الاستقلالية	9.45	29				

\* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ).



يلاحظ من الجدول رقم (14) ما يلي:

1- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات أداء المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمجال الصحة الجسدية؛ تعزى لأثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وعند مراجعة المتوسطات الحسابية الموضحة في الجدول السابق؛ تبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ أن المتوسط الحسابي لأداء أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي أعلى منه للمجموعة الضابطة، مما يدل على تحسن مستوى الصحة الجسدية لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة.

2- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات أداء المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمجال الصحة النفسية تعزى لأثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وعند مراجعة المتوسطات الحسابية الموضحة في الجدول السابق تبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ أن المتوسط الحسابي لأداء أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي أعلى منه للمجموعة الضابطة، مما يدل على تحسن مستوى الصحة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة.

3- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات أداء المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمجال العلاقات الاجتماعية؛ تعزى لأثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وعند مراجعة المتوسطات الحسابية الموضحة في الجدول السابق، تبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ أن المتوسط الحسابي لأداء أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي أعلى منه للمجموعة الضابطة، مما يدل على تحسن مستوى العلاقات الاجتماعية لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة.

4- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات

أداء المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمجال البيئة والترفيه؛ تعزى لأثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وعند مراجعة المتوسطات الحسابية الموضحة في الجدول السابق تبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ أن المتوسط الحسابي لأداء أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي أعلى منه للمجموعة الضابطة، مما يدل على تحسن مستوى البيئة والترفيه لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة.

5- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات أداء المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمجال الاستقلالية؛ تعزى لأثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وعند مراجعة المتوسطات الحسابية الموضحة في الجدول السابق تبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ أن المتوسط الحسابي لأداء أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي أعلى منه للمجموعة الضابطة، مما يدل على تحسن مستوى الاستقلالية لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة.

مما يدل على وجود فروق دالة إحصائية بين الدرجات البعدية للمجموعتين، وعند مراجعة المتوسطات الحسابية يتبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية، والتي تعرضت للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي؛ إذ إن المتوسطات الحسابية البعدية للمجموعة التجريبية كانت أعلى منها للمجموعة الضابطة، مما يدل على أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ساهم في تحسين نوعية الحياة لدى النساء الأرامل.

كما تم استخدام أسلوب تحليل التباين المصاحب الأحادي (One - Way ANCOVA) على المتوسط الحسابي البعدي لدرجات أفراد عينة الدراسة على مقياس نوعية الحياة ككل، باعتبار درجات أفراد عينة الدراسة القبالية متغيراً مشتركاً، ويبين الجدول (15) نتائج هذا التحليل.

جدول (15) نتائج تحليل التباين المصاحب الأحادي (One - Way ANCOVA) لدرجات أفراد عينة الدراسة على مقياس نوعية الحياة البعدي

مصنر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	(F)	الدالة الإحصائية	Eta square
طريقة المعالجة (المعدل)	14.33	1	14.33	*197.38	0.00	0.88
القياس القبلي (مصاحب)	0.34	1	0.34	*4.70	0.04	0.15
الخطأ	1.96	27	0.07			
المجموع	284.24	30				
المجموع مصحح	16.63	29				

\* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ).

يلاحظ من الجدول (15) وجود فروق دالة إحصائية بين الدرجات البعدية للمجموعتين، وعند مراجعة المتوسط الحسابي يتبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ إن المتوسطات الحسابية البعدية للمجموعة التجريبية كانت أعلى منها للمجموعة الضابطة، وبالتالي تم رفض الفرضية الصفرية، ولإيجاد حجم أثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، تم حساب مربع إيتا (Eta square)، وبلغ (0.88)، أي أن حوالي (88%) من التباين في أداء أفراد عينة الدراسة على مقياس نوعية الحياة البعدي يعود إلى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، أما الباقي (12%)، فيعود لعوامل غير مفسرة، مما يدل على أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ساهم في تحسين نوعي لدى النساء الأرامل وبالتالي يتم رفض الفرضية الصفرية الأولى.

ثانياً: عند النتائج المتعلقة بالفرضية الصفرية الثانية: «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات الأداء على مقياس مشاعر فقدان لدى النساء الأرامل؛ تعزى لطريقة (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والطريقة الاعتيادية)؟».

لاختبار هذه الفرضية، تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والمتوسط المعدل للأداء البعدي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مشاعر الفقدان، كما هو مبين في الجدول (16).

جدول (16) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية القبلي والبعدي لأداء أفراد عينة الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مشاعر الفقدان

مجموعة	مقياس مشاعر الفقدان	القياس القبلي		القياس البعدي		المتوسط الحسابي المعدل المعياري	الخطأ المعياري
		س	ع	س	ع		
تجريبية	العلاج	2.16	0.18	1.67	0.24	1.67	0.06
	العقلاني	2.08	0.08	0.56	0.12	0.55	0.05
	الانفعالي	2.30	0.16	0.30	0.05	0.30	0.04
	السلوكي	2.30	0.50	0.41	0.14	0.41	0.04
	مقياس مشاعر الفقدان ككل	2.19	0.09	0.85	0.09	0.85	0.03
لضابطة	العلاج	2.12	0.24	2.10	0.26	2.10	0.06
	العقلاني	1.99	0.36	1.96	0.27	1.97	0.05
	الانفعالي	2.20	0.19	2.23	0.21	2.23	0.04
	السلوكي	2.57	0.15	2.57	0.14	2.57	0.04
	مقياس مشاعر الفقدان ككل	2.18	0.16	2.17	0.15	2.18	0.03

س: المتوسط الحسابي، ع: الانحراف المعياري

يتضح من الجدول (16) وجود فروق ظاهرية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مجالات مقياس مشاعر الفقدان في المجموعتين التجريبية والضابطة. وللكشف عن دلالة الفروق بين هذه المتوسطات؛ تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي المصاحب المتعدد الأحادي (One -Way MNCOVA) على المتوسطات الحسابية البعدية لدرجات أفراد عينة على مجالات مقياس مشاعر الفقدان البعدية، باعتبار الدرجات القبلي متغيراً مشتركاً، ويبين الجدول (17) نتائج هذا التحليل.

جدول (17)

نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد الأحادي (One Way MNCOVA) على المتوسطات الحسابية البعدية لدرجات أفراد عينة على مجالات مقياس مشاعر الفقدان

المصدر	المجال	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	F	الدلالة الإحصائية	Eta square
المجموعة	الانفصال والضيق	1.350	1	1.35	25.56	0.00	0.49
	الأفكار	14.856	1	14.86	449.10	0.00	0.94
	المشاعر	27.758	1	27.76	1101.73	0.00	0.98
	الجانب الاجتماعي	34.848	1	34.85	1801.03	0.00	0.99
القياس القبلي	الانفصال والضيق	0.331	1	0.33	6.26	0.02	0.19
	الأفكار	0.333	1	0.33	10.07	0.00	0.27
	المشاعر	0.0001	1	0.001	0.001	0.98	0.00
	الجانب الاجتماعي	0.015	1	0.01	0.76	0.39	0.03
الخطأ	الانفصال والضيق	1.426	27	0.05			
	الأفكار	0.893	27	0.03			
	المشاعر	0.680	27	0.03			
	الجانب الاجتماعي	0.522	27	0.02			
المجموع	الانفصال والضيق	109.686	30				
	الأفكار	63.654	30				
	المشاعر	76.571	30				
	الجانب الاجتماعي	101.889	30				
المجموع مصحح	الانفصال والضيق	3.106	29				
	الأفكار	16.082	29				
	المشاعر	28.438	29				
	الجانب الاجتماعي	35.385	29				

\* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ).

يلاحظ من الجدول (17) ما يلي:

1- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات أداء المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمجال الانفصال والضيق؛ تعزى لأثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وعند مراجعة المتوسطات الحسابية الموضحة في الجدول السابق تبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ أن المتوسط الحسابي لأداء أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي أدنى منه للمجموعة الضابطة، مما

يدل على الحد من مشاعر الفقدان فيما يتعلق بالانفصال والضييق لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة.

2- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات أداء المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمجال الأفكار؛ تعزى لأثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وعند مراجعة المتوسطات الحسابية الموضحة في الجدول السابق تبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ أن المتوسط الحسابي لأداء أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي، أدنى منه للمجموعة الضابطة، مما يدل على الحد من مشاعر الفقدان فيما يتعلق بالأفكار لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة.

3- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات أداء المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمجال المشاعر؛ تعزى لأثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وعند مراجعة المتوسطات الحسابية الموضحة في الجدول السابق تبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ أن المتوسط الحسابي لأداء أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي أدنى منه للمجموعة الضابطة، مما يدل على الحد من مشاعر الفقدان فيما يتعلق بالمشاعر لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة.

4- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات أداء المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمجال الجانب الاجتماعي؛ تعزى لأثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وعند مراجعة المتوسطات الحسابية الموضحة في الجدول السابق تبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ أن المتوسط الحسابي لأداء أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي أدنى منه للمجموعة الضابطة، مما يدل على الحد من مشاعر الفقدان فيما يتعلق بالجانب الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة.

مما يدل على وجود فروق دالة إحصائية بين الدرجات البعدية للمجموعتين، وعند مراجعة المتوسطات الحسابية يتبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية والتي تعرضت للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي؛ إذ إن المتوسطات الحسابية البعدية للمجموعة التجريبية كانت أدنى منها للمجموعة الضابطة، مما يدل على أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ساهم في الحد من مشاعر فقدان لدى النساء الأرامل.

كما تم استخدام أسلوب تحليل التباين المصاحب الأحادي (One - Way ANCOVA) على المتوسط الحسابي البعدي لدرجات أفراد عينة الدراسة على مقياس مشاعر فقدان ككل، باعتبار درجات أفراد عينة الدراسة القبليّة متغيراً مشتركاً، ويبيّن الجدول (18) نتائج هذا التحليل.

جدول (18) نتائج تحليل التباين المصاحب الأحادي (One Way ANCOVA) لدرجات أفراد عينة الدراسة على مقياس مشاعر فقدان البعدي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	(F)	الدلالة الإحصائية	Eta square
طريقة المعالجة (المعدل)	13.17	1	13.17	*1324.91	0.00	0.98
القياس القبلي (مصاحب)	0.14	1	0.14	*13.91	0.00	0.34
الخطأ	0.27	27	0.01			
المجموع	82.08	30				
المجموع مصحح	13.58	29				

\* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ).

يلاحظ من الجدول (18) وجود فروق دالة إحصائية بين الدرجات البعدية للمجموعتين، وعند مراجعة المتوسط الحسابي يتبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ إن المتوسطات الحسابية البعدية للمجموعة التجريبية كانت أدنى منها للمجموعة الضابطة، ولإيجاد حجم أثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي،

تم حساب مربع إيتا (Eta square)، وبلغ (0.98)، أي أن حوالي (98%) من التباين في أداء أفراد عينة الدراسة على مقياس مشاعر فقدان البعدي يعود إلى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، أما الباقي (2%)، فيعود لعوامل غير مفسرة، مما يدل على أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ساهم في الحد من مشاعر فقدان لدى النساء الأرامل وبالتالي يتم رفض الفرضية الصفرية الثانية.

ثالثاً: عند النتائج المتعلقة بالفرضية الصفرية الثالثة: «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات الأداء على مقياس قلق المستقبل لدى النساء الأرامل تعزى لطريقة (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والطريقة الاعتيادية)؟».

لاختبار هذه الفرضية، تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومتوسط المعدل للأداء البعدي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس قلق المستقبل، كما هو مبين في الجدول (19).



جدول (19) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية القبلية والبعديّة لأداء أفراد عينة الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس قلق المستقبل

المجموعة	مقياس قلق المستقبل	القياس القبلي		القياس البعدي		المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري
		ع	س	ع	س		
التجريبية	التفسي	0.35	4.04	1.85	0.26	1.84	0.06
	العلاج	0.54	4.09	2.02	0.09	2.04	0.03
	العقلاني	0.32	3.64	2.28	0.24	2.31	0.05
	الانفعالي	0.50	4.47	1.89	0.14	1.93	0.07
	السلوكي	0.47	4.50	2.09	0.17	2.13	0.08
	مقياس قلق المستقبل ككل	0.22	4.16	2.00	0.13	2.02	0.04
الضابطة	التفسي	0.18	4.16	4.06	0.21	4.07	0.06
	العلاج	0.12	4.08	4.06	0.12	4.04	0.03
	العقلاني	0.22	3.75	3.88	0.20	3.86	0.05
	الانفعالي	0.45	4.60	4.58	0.42	4.54	0.07
	السلوكي	0.42	4.69	4.67	0.44	4.63	0.08
	مقياس قلق المستقبل ككل	0.17	4.26	4.24	0.16	4.22	0.04

س: المتوسط الحسابي، ع: الانحراف المعياري

يتضح من الجدول (19) وجود فروق ظاهرية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مجالات مقياس قلق المستقبل في المجموعتين التجريبية والضابطة.

وللكشف عن دلالة الفروق بين هذه المتوسطات، تم استخدام أسلوب تحليل التباين المصاحب المتعدد الأحادي (One-Way MNCOVA) على المتوسطات الحسابية البعدية لدرجات أفراد عينة الدراسة على مجالات مقياس قلق المستقبل البعدية، باعتبار الدرجات القبلية متغيراً مشتركاً، ويبين الجدول (20) نتائج هذا التحليل.

جدول (20) نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد الأحادي (One-Way MNCOVA) على المتوسطات الحسابية البعدية لدرجات أفراد عينة الدراسة على مجالات مقياس قلق المستقبل

المصدر	المجال	مجموع التربعات	درجات الحرية	متوسط التربعات	F	الدلالة الإحصائية	Eta square
المجموعة	النفسي	36.54	1	36.545	672.00*	0.00	0.96
	الصحّي	31.01	1	31.008	3521.45*	0.00	0.99
	الاجتماعي	19.20	1	19.200	480.19*	0.00	0.95
	الأسري	54.23	1	54.226	682.89*	0.00	0.96
	الاقتصادي	49.84	1	49.837	559.56*	0.00	0.95
القياس القلبي	النفسي	0.05	1	.051	0.94	0.34	0.03
	الصحّي	0.07	1	.070	7.91*	0.01	0.23
	الاجتماعي	0.25	1	.248	6.21*	0.02	0.19
	الأسري	0.55	1	.552	6.96*	0.01	0.20
	الاقتصادي	0.70	1	.699	7.85*	0.01	0.23
الخطأ	النفسي	1.47	27	.054			
	الصحّي	0.24	27	.009			
	الاجتماعي	1.08	27	.040			
	الأسري	2.14	27	.079			
	الاقتصادي	2.40	27	.089			
المجموع	النفسي	300.12	30				
	الصحّي	308.36	30				
	الاجتماعي	305.12	30				
	الأسري	370.56	30				
	الاقتصادي	395.22	30				
المجموع مصحح	النفسي	38.06	29				
	الصحّي	31.32	29				
	الاجتماعي	20.53	29				
	الأسري	56.92	29				
	الاقتصادي	52.94	29				

\*دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ).

يلاحظ من الجدول (20) ما يلي:

1- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات أداء المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي للمجال النفسي؛ تعزى لأثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وعند مراجعة المتوسطات الحسابية الموضحة في الجدول السابق تبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ أن المتوسط الحسابي لأداء أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي أدنى منه للمجموعة الضابطة، مما يدل على الحد من مستوى قلق المستقل في المجال النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة.

2- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات أداء المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي للمجال الصحي؛ تعزى لأثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وعند مراجعة المتوسطات الحسابية الموضحة في الجدول السابق تبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ أن المتوسط الحسابي لأداء أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي أدنى منه للمجموعة الضابطة، مما يدل على الحد من مستوى قلق المستقل في المجال الصحي لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة.

3- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات أداء المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي للمجال الاجتماعي؛ تعزى لأثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وعند مراجعة المتوسطات الحسابية الموضحة في الجدول السابق تبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ أن المتوسط الحسابي لأداء أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي أدنى منه للمجموعة الضابطة، مما يدل على الحد من مستوى قلق المستقل في المجال الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة.

4- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين

متوسطات أداء المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي للمجال الأسري؛ تعزى لأثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وعند مراجعة المتوسطات الحسابية الموضحة في الجدول السابق تبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ أن المتوسط الحسابي لأداء أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي أدنى منه للمجموعة الضابطة، مما يدل على الحد من مستوى قلق المستقل في المجال الأسري لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة.

5- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات أداء المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي للمجال الاقتصادي؛ تعزى لأثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وعند مراجعة المتوسطات الحسابية الموضحة في الجدول السابق تبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ أن المتوسط الحسابي لأداء أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي أدنى منه للمجموعة الضابطة، مما يدل على الحد من مستوى قلق المستقل في المجال الاقتصادي لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة.

مما يدل على وجود فروق دالة إحصائية بين الدرجات البعدية للمجموعتين، وعند مراجعة المتوسطات الحسابية يتبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية والتي تعرضت للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي؛ إذ إن المتوسطات الحسابية البعدية للمجموعة التجريبية كانت أدنى منها للمجموعة الضابطة، مما يدل على أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ساهم في الحد من قلق المستقبل لدى النساء الأرامل.

كما تم استخدام أسلوب تحليل التباين المصاحب الأحادي (One-Way ANCOVA) على المتوسط الحسابي البعدي لدرجات أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق المستقبل ككل، باعتبار درجات أفراد عينة الدراسة القبالية متغيراً مشتركاً، ويبين الجدول (21) نتائج هذا التحليل.

جدول (21) نتائج تحليل التباين المصاحب الأحادي (One-Way ANCOVA) لدرجات أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق المستقبل البعدي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	(F)	الدلالة الإحصائية	Eta square
طريقة المعالجة (المعدل)	37.62	1	37.62	2152.47*	0.00	0.99
القياس القلبي (مصاحب)	0.13	1	0.13	7.41*	0.01	0.22
الخطأ	0.47	27	0.02			
المجموع	330.60	30				
المجموع مصحح	38.22	29				

\* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ).

يلاحظ من الجدول (21) وجود فروق دالة إحصائية بين الدرجات البعدية للمجموعتين، وعند مراجعة المتوسط الحسابي يتبين أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ إن المتوسطات الحسابية البعدية للمجموعة التجريبية كانت أدنى منها للمجموعة الضابطة، ولإيجاد حجم أثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، تم حساب مربع إيتا (Eta square)، وبلغ (0.99)، أي أن حوالي (99%) من التباين في أداء أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق المستقبل البعدي يعود إلى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، أما الباقي (1%)، فيعود لعوامل غير مفسرة، مما يدل على أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ساهم في الحد من قلق المستقبل لدى النساء الأرامل وبالتالي يتم رفض الفرضية الصفرية الثالثة.

رابعاً: عند النتائج المتعلقة بالفرضية الصفرية الرابعة: «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) مستوى نوعية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل لدى النساء الأرامل اللواتي خضعن لبرنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على القياسين البعدي والمتابعة؟».

لاختبار هذه الفرضية، تم تطبيق مقياس الدراسة (نوعية الحياة، مشاعر فقدان، قلق المستقبل) على أفراد المجموعة التجريبية بعد مرور شهر من الانتهاء من تطبيق البرنامج، وتم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء المجموعة التجريبية، و تم استخدام اختبار (ت) للعينات المترابطة (Paired Samples T-Test)، وذلك كما في الجداول من (22 - 24).

جدول (22) نتائج اختبار (ت) للعينات المترابطة (Paired-Sample T Test) لفحص الفروق بين متوسطي أداء أفراد المجموعة التجريبية البعدي والمتابعة على مقياس نوعية الحياة

القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (T)	الدالة الإحصائية
الصحة الجسدية	3.66	0.55	0.66	0.52
المتابعة	3.76	0.22		
البعدي	3.70	0.23	0.48	0.64
الصحة النفسية	3.67	0.21		
العلاقات الاجتماعية	3.20	0.09	1.64	0.12
المتابعة	3.73	1.24		
البعدي	3.24	1.49	1.24	0.23
البيئة والترفيه	3.73	0.08		
الاستقلالية	3.30	0.22	1.00	0.33
المتابعة	3.38	0.19		
البعدي	3.44	0.38	1.99	0.06
مقياس نوعية الحياة ككل	3.68	0.26		

يبين الجدول (22) عدم وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسط أداء المجموعة التجريبية وبين القياس البعدي والمتابعة، حيث كانت قيم (T) غير دالة إحصائياً، وهذا يدل على استمرار أثر للبرنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تحسين نوعية الحياة لدى النساء الأرامل.

جدول (23) نتائج اختبار (ت) للعينات المترابطة (Paired-Sample T Test)  
لفحص الفروق بين متوسطي أداء أفراد المجموعة التجريبية البعدي  
والمتابعة على مقياس مشاعر فقدان

القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (T)	الدلالة الإحصائية
الالتصال والتمسك	1.67	0.24	0.39	0.70
البعدي	1.70	0.23		
المتابعة	0.56	0.12	0.64	0.53
البعدي	0.61	0.27		
المشاعر	0.30	0.05	0.49	0.63
البعدي	0.33	0.20		
الجانب الاجتماعي	0.41	0.14	0.41	0.68
البعدي	0.43	0.23		
المتابعة	0.85	0.09	1.07	0.30
البعدي	0.88	0.10		

يبين الجدول (23) عدم وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسط أداء المجموعة التجريبية وبين القياس البعدي والمتابعة، حيث كانت قيم (T) غير دالة إحصائياً، وهذا يدل على وجود أثر للبرنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في الحد من مشاعر فقدان لدى النساء الأرامل.

جدول (24) نتائج اختبار (ت) للعينات المترابطة ( Paired-Sample T Test ) لفحص الفروق بين متوسطي أداء أفراد المجموعة التجريبية البعدي والمتابعة على مقياس قلق المستقبل

الدلالة الإحصائية	قيمة (T)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	القياس	
0.33	1.00	0.26	1.85	المتابعة	النفسي
		0.23	1.87	البعدي	
0.36	0.94	0.09	2.02	المتابعة	الصحي
		0.20	2.07	البعدي	
0.16	1.47	0.24	2.28	المتابعة	الاجتماعي
		0.35	2.36	البعدي	
0.16	1.47	0.14	1.89	المتابعة	الأسوي
		0.30	2.00	البعدي	
0.33	1.00	0.17	2.09	المتابعة	الاقتصادي
		0.19	2.12	البعدي	
0.08	1.91	0.13	2.00	المتابعة	مقياس قلق المستقبل ككل
		0.18	2.06	البعدي	

يبين الجدول (24) عدم وجود فرق دال إحصائيًا عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسط أداء المجموعة التجريبية وبين القياس البعدي والمتابعة، حيث كانت قيم (T) غير دالة إحصائيًا، وهذا يدل على استمرار أثر لبرنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في الحد من قلق المستقبل لدى النساء الأرامل وبالتالي يتم قبول الفرضية الصفرية الرابعة.





## الفصل الخامس

### مناقشة النتائج والتوصيات التي تم الوصول إليها بعد دراسة النساء الأرامل في الأردن

يتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة في ضوء ما تم طرحه من فرضيات الدراسة، بالإضافة إلى التوصيات التي جاءت في ضوء هذه النتائج. أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الصفرية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات الأداء على مقياس نوعية الحياة لدى النساء الأرامل تعزى لطريقة (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والطريقة الاعتيادية)؟

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الأداء على مقياس نوعية الحياة ككل ومجالاته، لصالح المجموعة التجريبية التي خضعت للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، مما يدل على أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ساهم في تحسين نوعية الحياة لدى الأرامل، وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسة كاسيرتا ولوند وأوبري (Caserta, Lund & Obray, 2004) والتي أكدت على أن تطبيق العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي مع الأرامل يبلغ عن تحسينات تدريجية مع الوقت في المشاركة الصحية ورعاية الذات الأسرية .

ويمكن عزو هذه النتيجة إلى طبيعة الجلسات، وموضوعاتها المتنوعة والمهمة، والتي اشتملت على تعريف المشاركات (النساء الأرامل) بنوعية الحياة، وأبعادها، وعناصرها، وكيفية إشباع الحاجات والمطلبات الأساسية كمكون رئيس لجودة

الحياة، وخاصةً أن المرأة الأرملة تتعرض لكثرة الضغوطات والصعوبات المحيطة بها، كونها أصبحت تلعب دور الأم والأب في آن واحد، وهذا يجعلها تحت ضغط كيفية تأمين عيش كريم لأسرتها، وتوفير متطلباتهم وحاجاتهم الأساسية من مسكن ومأكل ومشرب وتعليم، وجعلهم يشعرون بالأمان، ولصعوبة هذا الأمر تشعر المرأة الأرملة بعدم الرضا عن حياتها، وبعدم الراحة والاستقلالية والأمان، وهنا يكمن دور العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بتعريف المرأة الأرملة بكيفية التعامل مع الضغوطات المختلفة، وذلك باستخدام طريقة (ABC) لمعالجة الأزمات، ولذلك ظهرت الفروق لصالح المجموعة التجريبية التي خضعت للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة كارانسارن (Charansarn, 2014) والتي أكدت أن الدعم الاجتماعي يمكن أن يسهم في نوعية الحياة، ومن خلال الجلسات الإرشادية تم تقديم الدعم الاجتماعي للنساء الأراامل من الباحثة من أعضاء المجموعة اللواتي قدمن الدعم لبعضهن البعض.

ولقد أكدت ميشيل (Micheal) (المشار إليه في الغندور، 1999) على أهمية وفاعلية البرامج العلاجية المعرفية في التأثير على نوعية الحياة وتحسينها، وأشارت إلى أنه وبمجرد تعرّف وتدريب الفرد على كيفية التعامل مع الأحداث والضغوط، كفيل بأن يحقق نتائج إيجابية في مفهومه وإدراكه لنوعية الحياة الخاصة به.

ويمكن عزو هذه النتيجة إلى طبيعة البيئة الإرشادية الهادفة والمناسبة، التي توفرت للمجموعة التجريبية، والتزام النساء الأراامل المشاركات بقواعد العمل الجماعي التي تم الاتفاق عليها مسبقاً، بالإضافة إلى تلبية مكونات البرنامج والجلسات لتوقعات المشاركات والالتزام بالسرية والجدية في التطبيق، وجميع ذلك أسهم في تحقيق تلك التوقعات والأهداف بالإضافة إلى شخصية الباحثة، وما تمتعت به من سمات يفترض وجودها لنجاح العملية الإرشادية مثل المرونة وقوة التأثير، والتركيز على التعلم النشط المباشر والقيام بتوضيح الأسس اللاعقلانية التي أدت إلى اضطراب المشاركات

والتوضيح للمشاركات جوانب تفكيرهن غير العقلانية في صورة أحاديث شخصية. ويمكن القول أن متابعة الواجبات البيتية، والالتزام بها، جعل أفراد المجموعة التجريبية، يشعرون بالمسؤولية والجدية، وهذا ساعد على انتقال أثر التدريب إلى الحياة التي يمارسها أعضاء المجموعة التجريبية، كما أن عرض ومناقشة الأفكار جذبت انتباه أفراد المجموعة التجريبية، ودفعتهن إلى الاهتمام بمواعيد الجلسات، وبالمادة التي تعرض، مما ساعد على تحقيق أهداف البرنامج في تحسين نوعية الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وترى الباحثة أن البرنامج؛ ساهم في مساعدة المشاركات في كيفية مواجهة خبر وفاة شريك حياتها، وتقبل الحياة بعد غيابه، وفقدان مشاعر الحب والحنان التي كانت تشعر بها اتجاهه ويشعر هو بها اتجاهها، كما ساعد المشاركات في تحدي الأمراض والاضطرابات النفسية المختلفة، كالتوتر والخوف، وخاصةً بأن المرأة الأرملة تكون عرضةً للإصابة بمثل هذه الاضطرابات. فقد أشار أوتز وآخرون (Utz, et al., 2012) إلى وجود تراجع في الحالة الصحية لدى الأراامل خلال الأشهر الأولى من الترميل، ومعاناة الأراامل من أعراض الحزن والتوتر والاكتئاب وخاصةً في بداية الترميل، وهذا بدوره ينعكس سلباً على نوعية الحياة لدى الأراامل بشكل خاص، وأسرهن بشكل عام.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء العلاقة الاجتماعية بين المشاركات أنفسهن، حيث إنه من خلال التواجد أثناء الجلسات، أقيمت علاقات بين المشاركات، وهذا أدى إلى خلق جو من التعاون والتفاعل في حل المشكلات بشكل جماعي، وإتاحة فرصة لهن للتنفيس عن أنفسهن خارج إطار المنزل والأسرة، وخاصةً أن الدعم الاجتماعي ينعكس إيجاباً على المرأة الأرملة. وقد أكد كاونونين (Kaunonen, 2001) أن الدعم الاجتماعي مفيد على نطاق واسع في تخفيف آثار الإجهاد المزمن والحاد، والقلق لدى النساء الأراامل.

واتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة الطوس (2016)، التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس مهارات الحياة لدى النساء الأرامل بين المجموعتين الضابطة والتجريبية، لصالح المجموعة التجريبية، تعزى لمتغير البرنامج الإرشادي.

كما وافقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة كار وآخرون (Carr, et al., 2000) والتي أكدوا فيها على أن نوعية الحياة لدى النساء الأرامل تتأثر بعد وفاة الزوج وبشكل كبير، وافقت هذه الدراسة مع دراسة فراي (Fry, 2001) والذي أكد في دراسته على أن هناك معتقدات لدى النساء الأرامل تؤثر على نوعية الحياة لديهن، وهذا ما سعت هذه الدراسة للوقوف عنده فقد تم تأطير المعتقدات غير العقلانية في الجلسات الإرشادية والتي تنوعت ما بين معتقدات غير عقلانية حول الذات والآخرين والظروف المحيطة بها، والتي كان من أبرزها انه يجب على الجميع أن يعاملها بإحسان، ويجب على الظروف أن تكون لصالحها وأن تقدم لها الحياة كل شيء كونها امرأة أرملة تفتقد إلى الدعم والمساندة وغيرها الكثير من الأفكار غير العقلانية وبعد تنفيذ الأفكار غير العقلانية بالوسائل التي اقترحتها واضع النظرية؛ والمتمثلة بالتوضيح والإقناع والاستبدال لوحظ مقدار التحسن في نوعية الحياة لدى النساء الأرامل.

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الصفرية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات الأداء على مقياس مشاعر فقدان لدى النساء الأرامل تعزى لطريقة (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والطريقة الاعتيادية)؟

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الأداء على مقياس مشاعر فقدان ككل ومجالاته لدى النساء الأرامل، لصالح المجموعة التجريبية، التي خضعت للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، مما يدل على أن العلاج

العقلاني الانفعالي السلوكي ساعد في الحد من مشاعر فقدان لدى النساء الأرامل . ويمكن عزو هذه النتيجة إلى طبيعة جلسات البرنامج وأهميتها بالنسبة للنساء الأرامل، حيث سعت الباحثة من خلال هذه الجلسات إلى تعريف المشاركات بمفهوم مشاعر فقدان، وكيفية التعامل معها، وخاصةً أن من الطبيعي أن تشعر المرأة الأرملة بمشاعر فقدان، حيث إن فقدان الزوج يعتبر بالنسبة للمرأة أصعب الخبرات المؤلمة التي قد تمر بها، ففقدان الزوج مرتبط بالحرمان من الحب والحنان والمودة، وهذا ينعكس على الحالة النفسية للمرأة الأرملة بشكل سلبي، فتجد نفسها أمام مجموعة من التحديات العاطفية المتعلقة بتجربة فقدان أقرب الناس إليها، وهو زوجها.

وترى الباحثة أن خفض مشاعر فقدان لدى المجموعة التجريبية؛ واللاتي طُبّق عليهن برنامج العلاج العقلاني والانفعالي السلوكي يعود إلى العلاقة الآمنة والنشطة التي سادت أجواء العمل الإرشادي بالإضافة إلى التزام الأطراف بالعمل الجماعي وتعزيز الثقة ما بين الباحثة والمشاركات، بالإضافة إلى إقناع المشاركات بأهمية العمل على معالجة اللامعقول بالمعقول وتعلم أهمية التخلص من الأفكار والاتجاهات اللاعقلانية غير المنطقية والتي كان من أبرزها أن المجتمع مليء بالأشخاص الأشرار، وهؤلاء الأشخاص يجب ألا يكونوا موجودين، ويجب محاسبتهم ومعاقتهم وأيضاً أن هناك حل واحد لكل مشكلة تمر بها ويجب الوصول لهذا الحل وغيره الكثير من الأفكار اللاعقلانية وأن يحل محلها أفكار واتجاهات منطقية وعقلانية.

وقد يعزى التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى رغبة المشاركات اللواتي طبق عليهن البرنامج للتغلب على مشاعرهن الراهنة؛ كونه سبباً أساسياً للشعور بالضيق والتوتر والانفعال، وعدم الرضى عن حياتهن، بالإضافة إلى خبرة الباحثة ومعرفتها العميقة بمشكلات النساء الأرامل، وكيفية التعامل مع هذه المشكلات ساعد على وضع التدريبات والواجبات المناسبة واللازمة وتقديم التغذية الراجعة، وخاصة أثناء الجلسات الإرشادية وفي المواقف المناسبة.

كما يمكن تفسير هذه النتيجة إلى تعاون الباحثة مع المشاركات ومحاولة مساعدتهن في تقبل الخسارة، واستيعاب معنى الخسارة، وتعريفهن بأهمية وفاعلية العلاج الانفعالي السلوكي العقلاني في إدارة الضغوط النفسية، بالإضافة إلى تعريفهن بخطوات التفكير الإيجابي ومهاراته، والتقليل من الانفعالات السلبية، وأساليب المواجهة وتعزيز الصلابة النفسية، كون المرأة الأرملة تواجه صعوبة في التكيف مع واقعها الجديد، وتشعر بأنها تعيش حياة بلا هدف، فتواجه صعوبة تقبل الخسارة، وتشعر أن العالم من حولها قد ظلمها.

واتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة عابد (2008) والذي أكد فيها على أن المساندة الاجتماعية والالتزام الديني تسهم في التخفيف من حدة فقدان والوحدة النفسية التي تعانيها المرأة الفاقدة لزوجها، وفي هذه الدراسة فإن النساء الأرمال المشاركات في البرنامج أكدن على أن الدعم الاجتماعي المقدم لبعضهن، ساهم في التقليل من الشعور بفقدان الزوج من خلال الوقوف على المعنى من الخسارة بعد وفاة الزوج.

وتوافقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة دن (Dunn, 2015) الذي أكد على أن مشاعر فقدان لدى الأرمال الشبابات تؤثر على تقييمهن لنوعية الحياة، وعلى التكيف النفسي لديهن وفي الدراسة الحالية فإن النساء الأرمال أكدن على أن مشاعر فقدان التي يواجهنها قد أثرت على نوعية الحياة لديهن، بالإضافة إلى ارتباطها بارتفاع معدل القلق والاكتئاب والتي ساهمت جلسات البرنامج الإرشادي في التخفيف من حدتها وتجاوزها قدر المستطاع.

ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الصفيرية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات الأداء على مقياس قلق المستقبل لدى النساء الأرمال تعزى لطريقة (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والطريقة الاعتيادية)

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الأداء على مقياس قلق المستقبل ككل ومجالاته، لدى النساء الأرامل، لصالح المجموعة التجريبية التي خضعت للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، مما يدل على أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ساعد في الحد من قلق المستقبل لدى النساء الأرامل.

ويمكن عزو هذه النتيجة في ضوء مواضيع الجلسات وأهميتها بالنسبة للنساء الأرامل، وذلك من خلال تعريفهن بمفهوم قلق المستقبل، وأثره السلبي في حياتهن، بالإضافة إلى تعريفهن بالمواقف المسببة لقلق المستقبل، والتدريب على كيفية التعامل معها من خلال مجموعة من الاستراتيجيات والمهارات المستخدمة في البرنامج.

وترى الباحثة أن البرنامج ساهم بشكل كبير في تعريف المشاركات بطبيعة الأفكار العقلانية، وغير العقلانية، وكيفية إبطال الأفكار غير العقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية، وإعادة الهيكلة المعرفية لمفهوم قلق المستقبل والتدريب على الاسترخاء، للتقليل قدر المستطاع من التوتر والقلق لدى النساء الأرامل. ولقد أكد العاسمي (2015) على أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يساهم في التقليل من القلق إلى أقل حد ممكن، وتزويد المشاركات بطريقة تمكنهن من أن يكن لديهن أدنى مستوى من القلق ومن الغضب، وذلك من خلال التحليل المنطقي لاضطرابتهن.

واتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة شن وآخرون (shen, et al., 1999) الذين أكدوا على أن وفاة الزوج يصاحبها الإصابة بالحزن الصادم والاكتئاب والقلق، وفي الدراسة الحالية فإن النساء الأرامل أكدن على ارتفاع مستويات القلق لديهن بعد وفاة الزوج، وقد تم استخدام أساليب وفنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تقليل مستويات القلق لدى المشاركات في الجلسات الإرشادية، وقد أكدت دراسة وينرست وكيجيرس (Onrust & Cuijpers, 2006) على أن النساء الأرامل يعانين من اضطراب القلق بالإضافة إلى الاضطرابات المزاجية الأخرى، وفي الدراسة الحالية فقد كان اضطراب القلق حاضراً، وبالأخص قلق المستقبل والذي تم التقليل منه



من خلال استخدام فنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتقنيات المعرفية والسلوكية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء تنوع الأساليب التي تم استخدامها في الجلسات الإرشادية، حيث اشتملت على الأساليب المعرفية؛ مثل الحديث الذاتي المستمر والمراجعة وتعلم الأساليب العقلانية، كما تم التنوع في استخدام الأساليب المعرفية مثل التخيل والتصور ولعب الأدوار، وتمارين مهاجمة الشعور بالخجل واستخدام العبارات الذاتية النشطة، بالإضافة إلى ذلك تم استخدام الأساليب السلوكية في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي؛ مثل الواجبات البيتية، واستخدام أسلوب الاسترخاء، وهذا من شأنه تنمية الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية لدى المشاركات.

وقد أشار جارفيلد (Garfield, 1995) إلى أن الأسلوب العلاجي الإيجابي الفعال يحتاج إلى قيام المرشد باختيار النمط العلاجي المناسب لخصائص المسترشد، ومحاولة الكشف عن أفكاره غير العقلانية والتأكيد على ضرورة إنجاز الواجبات البيتية بنجاح، والتركيز على المشكلات الحالية، وتقييم المدح والثناء للمسترشد كلما تقدم بالعملية العلاجية بشكل إيجابي.

وترى الباحثة أن طبيعة الجلسات وما تضمنته من أجواء من الألفة والتعاون؛ أدى إلى تكون علاقات بين المشاركات، مما أنشأ بينهن جو من الدعم الاجتماعي والمساندة في تحطيم هذه المرحلة، ومساعدة بعضهن البعض في خفض مشاعر القلق نحو المستقبل وهنا تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة الصفدي (2013) والتي أكدت على أهمية المساندة الاجتماعية في تقليل حدة القلق لدى النساء الأرامل من زوجات الشهداء، لذا كان للبرنامج أثرًا إيجابيًا في خفض مستوى قلق المستقبل لدى النساء الأرامل. ولقد أشار ليفي وآخرون (Levy, et al., 1993) إلى أن الانضمام في مجموعات الدعم التي تُعنى بخفض معاناة الأرامل، يؤدي إلى خفض مستويات الاكتئاب والغضب والقلق والتوتر الذاتي.

واختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة اكباري وآخرون (Akbari, et al., 2011) التي أشارت نتائجها إلى عدم وجود فروق في مستوى القلق والاكتئاب لدى المجموعتين التجريبية والضابطة، وهذا يعني عدم فاعلية جلسات العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب والقلق لدى الأرامل.

رابعاً: مناقشة النتائج بالفرضية الصفرية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في مستوى نوعية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل لدى النساء الأرامل اللواتي خضعن لبرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي على القياسين البعدي والمتابعة

أظهرت نتائج الدراسة وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط أداء المجموعة التجريبية، وبين القياس البعدي والمتابعة، وهذا يدل على وجود أثر للبرنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تحسين نوعية الحياة، والحد من مشاعر فقدان، وقلق المستقبل لدى النساء الأرامل.

وقد يعزى ذلك لما احتواه البرنامج من نشاطات وتمارين زودت المشاركات بمهارات ساعدتهن على استبدال أفكارهن اللامنطقية، وتحسين الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية من خلال تعلم مهارات التفكير العقلاني والواقعي والمنطقي، والشعور المناسب والتصرف الفعال في إنجاز الأهداف التي تقود إلى السعادة، وتعليم المشاركات كيفية التفاعل مع المشاعر السلبية والضيق واليأس والقلق والإحباط.

وترى الباحثة أن للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي دور كبير في استمرار أثر البرنامج المستخدم في الدراسة، كونه يهدف أساساً إلى تخفيض مستوى القلق لدى الأرامل، ومساعدتهن في اكتشاف معتقداتهن، والتصرف ضد المعتقدات المسببة للحزن والاكتئاب وهزيمة الذات، وهذا ما أكد عليه أليس (Ellis, 2008).

وربما يعزى التحسن إلى التمارين التي تم التركيز عليها في علاج الحزن، ومساعدة الأرملة على التعامل مع الإجهاد الذي يدفع الحسائر، وإقامة علاقة داخلية أكثر توازناً

أو عقلانية مع المتوفى وتعزيز عملية التكيف وكيف تسبب معتقداتهم غير العقلانية وغير المنطقية بإحداث ضائقة نفسية لهم (Malkinson & Brask- Rustad, 2013)

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن أفراد المجموعة التجريبية ما زالوا يحتفظون بالمهارات والمعلومات التي تم التدريب عليها مقارنةً مع أفراد المجموعة الضابطة، وأن انتقال أثر التعلم كان واضحًا، لدى أفراد المجموعة التجريبية بشكل أكبر من أفراد المجموعة الضابطة. كما يمكن عزو ذلك إلى ميزات البرنامج العقلائي الانفعالي السلوكي، وما يتضمنه من أنشطة واستراتيجيات ترسخ في ذهن المرأة الأرملة، وذلك لما يتمتع به من الشمولية، والوضوح لكي يبقى راسخًا لدى المرأة الأرملة، بالإضافة إلى استخدام الورقة والقلم، مما عزز لدى المرأة الأرملة تذكر ما قامت به بعد مدة معينة من انتهاء البرنامج العقلائي الانفعالي السلوكي، كما كان لهذا البرنامج الدور الفعال في زيادة مستوى الرغبة في تحسين نوعية الحياة، وخفض مشاعر فقدان وقلق المستقبل لدى الأرملة خلال إجراء البرنامج وبعده.

وقد يعزى التحسن في مقياس المتابعة للعينة التجريبية؛ إلى مقدرة النساء الأرملة على معرفة احتياجاتهن وآملهن في التغيير من خلال الواجبات البيتية والمهارات التي اكتسبنها.

ولقد أكد كوسمنسكي (Kosminsky, 2017) على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في الحد من مشاعر فقدان والقلق لدى الأرملة، وخاصةً إذا كان الأخصائي يدرك الأساس المنطقي للعلاج، ويساعد الأرملة في الالتزام بتنفيذ المهام المحددة في خطة العلاج الخاصة بهن، مراعيًا الاختلافات الجوهرية بينهن.

وربما يكون سبب التحسن هو التقنيات التي تم استخدامها في البرنامج الإرشادي القائم على العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي (REBT)، حيث أثبتت الدراسات فعالية هذا البرنامج في الحد من الضائقة العاطفية وتلقي عواقب الضيق وتقليل مستوى الأفكار اللاعقلانية المسببة لقلق المستقبل.

إن أحد أسباب الاستمرار في التحسين والاستفادة من جلسات البرنامج؛ هو طبيعة العلاقة القائمة على التعلم النشط والفعال، ولا بد من أن المجموعة التجريبية لاحظت الآثار الإيجابية المصاحبة للبرنامج على تغيير طريقة تفكيرهن، والتعرف المناسب في المواقف المختلفة، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى استقرار أثر البرنامج بشكل عام.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الطريقة التي تم بها التواصل بين الباحثة وأفراد المجموعة التجريبية، وذلك استناداً إلى الخبرة التي تمتلكها الباحثة في التحلي بالمرونة في التعامل مع الأرامل، ومحاولة تخفيض نسبة القلق والتوتر لديهن، والتركيز فقط على الدور الهام الذي قد تلعبه المرأة الأرملة في مواجهة مشاعر فقدان زوجها بالشكل الصحيح، وهذا بالتالي ينعكس إيجاباً على كافة مجالات حياتها.

وربما قد يعزى التحسن؛ إلى المجموعة نفسها حيث قدمت المشاركات لبعضهن البعض الدعم والحو الأمان وتحدثن عن تجاربهن المؤلمة وسلوكياتهن دون خوف من الحكم من الأخرى اللواتي لم يخضن تجربة مماثلة.

ويمكن عزو التحسن إلى الشعور الذاتي لدى النساء الأرامل؛ والذي قد يكون بسبب العلاقة الجيدة التي جمعت الأخصائية مع النساء الأرامل، وقد يكون بسبب سهولة تقديم التقنيات وتبسيطها وهذا من شأنه إكسابهن الدعم والطمأنينة والارتياح والتحسين (Ellis, 2010).

ويمكن عزو هذه النتيجة في ضوء الأساليب المستخدمة في البرنامج، والتي اشتملت على تعريف الأرامل بكيفية تحسين نوعية الحياة، والتغلب على مشاعر الفقدان، وقلق المستقبل، وإعادة تقييم وضعهن الجديد، والتكيف مع الواقع، بالإضافة إلى ترميم مشاعرهن نحو الشعور بما هو أفضل في هذه الحياة، وهذا ما أشار إليه واجنير وآخرون (Wagner, et al., 2006).

## النتائج (التوصيات):

بناء على ما توصلت إليه الدراسة من نتائج يمكن الإشارة إلى التوصيات والمقترحات التالية:

- إجراء بحوث ودراسات وصفية لاحقة في مجالات نوعية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل لدى الأرامل ذكوراً وإناً وربطها ببعض المتغيرات مثل استراتيجيات المواجهة، والأداء الوظيفي، وتأثير الترميل على العلاقات المهمة الأخرى، و التغيير في الأدوار، والهوية ومفهوم الذات.

- عقد دورات وندوات للنساء الأرامل تُعنى بأوضاعهن النفسية والاجتماعية، ولتعريفهن بكيفية مواجهة صعوبات الحياة والحد من القلق نحو المستقبل.

- إنشاء مراكز خاصة بالنساء الأرامل لتبني قضاياهن ومشكلاتهن؛ التي قد تواجههن، وتقديم الخدمات الإرشادية لهن بشكل فعال.

- إجراء المزيد من الدراسات والأبحاث لقياس الجوانب النفسية للأرامل، وفق متغيرات ديموغرافية مختلفة؛ كالعمر، والمؤهل الدراسي، ومكان السكن.

- إجراء دراسات وأبحاث مقارنة بين تأثير الترميل على الرجال والنساء ضمن متغيرات ديموغرافية معينة.

- تجريب البرنامج على عينات أخرى في المجتمع الأردني.

- تدريب المرشدين العاملين في المنظمات والمراكز المتخصصة في العمل مع النساء الأرامل على البرنامج المستخدم في هذه الدراسة والمستند إلى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

- مقارنة فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي مع أساليب أخرى مثل العلاج الجشطلتي والأدلري والأسري عند تطبيقها على عينة الأرامل.

- تضافر الجهود بين المؤسسات الحكومية والجهات الخيرية من أجل تحسين نوعية الحياة لدى النساء الأرمال.

- عقد دروات تأهيلية في المراكز والمؤسسات التي تتردد عليها النساء الأرمال؛ تُعنى بخفض قلق المستقبل ومشاعر فقدان على أيدي أخصائيين مدربين.



## قائمة المصادر المراجع

### أولاً: المراجع العربية

- أبو أسعد، أحمد؛ الختاتنه، سامي (2011). سيكولوجية المشكلات الأسرية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- ابراهيم، إيمان. (2018). المثابرة والأمل كمنبتات بقلق المستقبل لدى عينة من الهيئة المعاونة لأعضاء هيئة التدريس بالجامعات المصرية. مجلة كلية التربية في العلوم النفسية، 42(2). 14-130.
- إبراهيم، نسرين. (2008). قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى طلاب الجامعة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- ابن منظور. (1992). لسان العرب، بيروت: دار إحياء التراث الشعبي ومؤسسات التاريخ الشعبي.
- أبو حلاوة، محمد. (2010). جودة الحياة: المفهوم، والأبعاد. ورقة عمل مقدمة في المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ جودة الحياة كاستثمار للعلوم التربوية والنفسية في الفترة من (13-14) أبريل ص ص (221-253)، مصر.
- الأبيض، سعاد (2014). الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للنساء الأرامل بمنطقة سوق الجمعة بطرابلس. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة طرابلس، ليبيا.
- أحمد، مجذوب. (2016). نوعية الحياة عند المصابين بمرض الإيدز بولاية نهر النيل - السودان. مجلة جامعة النجاح للأبحاث العلوم الإنسانية، 30(9)، 1767 - 1791.
- الأخرس، نائل. (2016). الصلابة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى عينة أكلينكية من العصائين والذهانيين. المجلة التربوية الدولية المتخصصة، 5(3)، 192 - 215.



- آل سعود، نجلاء. (2015). نوعية الحياة وعلاقتها بالأفكار اللاعقلانية لدى بعض طلاب وطالبات جامعة الملك سعود. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية والإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الأمامي، عباس. (2010). علاقة سمة التفاؤل والتشاؤم بقلق المستقبل لشباب الجالية العربية الدنمارك - مدينة البورك. رسالة ماجستير غير منشورة، الأكاديمية العربية المفتوحة، الدنمارك.
- انعيم، مازن. (2007). قلق المستقبل لدى طلبة كليات المجتمع في منطقة الجليل في ضوء بعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.
- باعمر، منال. (2011). مستوى نوعية الحياة لأسر الأفراد المعوقين في المملكة العربية السعودية وعلاقته بالتكيف والتماسك الأسري. أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- باوية، نبيلة. (2017). جودة الحياة لدى المرأة المطلقة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 30(12)، 205 - 214.
- البزرنجي، دنيا. (2015). الفراغ الوجودي وعلاقته بالصحة النفسية لدى المعلمات الأرامل. مجلة كلية التربية الأساسية، 21 (89)، 521-552.
- البقلي، أحمد. (2014). مفهوم نوعية الحياة: النشأة والتطور. ورقة بحثية مقدمة إلى معهد التخطيط القومي في المؤتمر السنوي الثالث والأربعين، قضايا السكان والتنمية الواقع وتحديات المستقبل ما بعد 2015، القاهرة: من 17 - 18 ديسمبر.
- بن علو، الأزرق. (2002). كيف نتغلب على القلق وننعم بالحياة. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- بهلول، أشواق. (2009). سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارة وقلة النشاط البدني) وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
- بوزيان، فاطمة. (2015). استراتيجيات المواجهة وعلاقتها بجودة الحياة لدى عينة من

الأرامل: دراسة ميدانية بمدينة ورقلة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة قاصدي  
مرباح - ورقلة، الجزائر.

- بوسعيد، سعاد. (2014). المرونة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى النساء المصابات  
باضطرابات الغدة الدرقية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح، الجزائر.  
- تونسي، عديلة. (2002). القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة  
مكة المكرمة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة،  
المملكة العربية السعودية.

- حسين، عبد العظيم. (2007). العلاج النفسي المعرفي، مفاهيم، وتطبيقات. الإسكندرية:  
دار الوفا لدينا للطباعة والنشر والتوزيع.

- الحسيني، عاطف. (2011). قلق المستقبل والعلاج بالمعنى. القاهرة: دار الفكر العربي.  
- حماد، منيا. (2012). القلق وضغوط الحياة لدى الزوجات ذوات الإجهاد المتكرر.  
رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.  
- الخطيب، جمال. (1990). تعديل السلوك: القوانين والإجراءات، (ط2). الرياض: مكتبة  
الصفحات الذهبية.

- الخواج، عبد الفتاح. (2017). فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض  
مستوى إدمان الإنترنت وتحسين الكفاءة العامة لدى الطلبة بجامعة السلطان قابوس.  
مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، 5(3)، 174 - 199.  
- خويطر، وفاء. (2010). الأمن النفسي والشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة الفلسطينية  
(المطلقة والأرملة) وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.  
- دائرة الإحصاءات العامة. (2018). التوزيع النسبي للإناث الأردنيات اللواتي أعماهن  
15 سنة فأكثر حسب الحالة الزوجية والحضر والريف، استرجع من :

[http:// www. Jorinfo. gov.jo](http://www.Jorinfo.gov.jo)

- أبو درويش، منى؛ أبو تايه، عايدة؛ الحروب، عامر؛ الطراونه، إخلاص (2016). خصائص  
الأرامل والمطلقات في محافظات جنوب الأردن والمشكلات التي تواجههن، مجلة جامعة  
الخليفة، ص 272 - 289.

- الدومة، نصر الدين. (2016). نوعية الحياة لدى هيئة التدريس بالجامعات السودانية. مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس، 69(14)، 275 - 293.
- ديهيه، موفق. (2018). نوعية الحياة للمرضى المصابين بالضغط الدموي. مجلة دراسات لجامعة عمار ثليجي الأغواط، 3(6)، 119 - 128.
- رمضان، السيد. (1999). إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة والسكان. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- زعطوط، رمضان وقرشي، عبد الكريم. (2013). نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة العلوم والإنسانية الاجتماعية، 251(1534)، 1 - 41.
- زهران، حامد. (1995). الصحة النفسية والعلاج النفسي. (ط2). القاهرة: عالم الكتب.
- سعود، ناهد. (2005). قلق المستقبل وعلاقته بسمتي التفاؤل والتشاؤم. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق، دمشق، سوريا.
- شقير، زينب. (2005). مقياس قلق المستقبل. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- الشناوي، محمد. (1995). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- شيخي، مريم، (2013)، طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة، دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر.
- صالح، ناهد، (1995)، مؤشرات نوعية الحياة نظرة عامة على المفهوم والمدخل. المجلة الاجتماعية والقومية، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة، 27(2)، 35 - 81.
- الصفدي، رولا. (2013). المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى زوجات الشهداء والأرامل بمحافظات غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.
- الطخيس، إبراهيم. (2014). فعالية برنامج إرشادي واقعي في خفض قلق المستقبل لدى طلاب المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك عبد العزيز، الرياض، المملكة العربية السعودية.

- طشطوش، رامي والشقار، محمد. (2017). نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 13 (2)، 133-151.
- الطوس، ميسون. (2016). تحسين المهارات الوالدية والحياة لدى النساء الأرامل وفق برنامج إرشادي جمعي معتمد على العلاج المركز على الانفعالات. رسالة ماجستير، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.
- عابد، وفاء. (2008). الوحدة النفسية لدى زوجات الشهداء في ضوء بعض المتغيرات النفسية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، فلسطين.
- العاسمي، رياض. (2015). العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بين النظرية والممارسة. عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
- عبد الخالق، أحمد. (2008). الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية: نتائج أولية. دراسات نفسية، 18(24)، 247 - 257.
- عبد العزيز، حنان. (2006). حالات الهوية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى طلاب جامعة حلوان. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة حلوان، مصر.
- عسلي، محمد والبناء، أنور. (2011). فاعلية برنامج في البرمجة اللغوية العصبية في خفض قلق المستقبل لدى طلبة جامعة الأقصى المنتسبين للتنظيمات بمحافظة غزة. مجلة جامعة النجاح لأبحاث العلوم الإنسانية، 25(5)، 1119 - 1158.
- عشري، محمود. (2004). قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات الثقافية (دراسة حضارية مقارنة بين طلاب بعض كليات التربية بمصر وسلطنة عُمان)، ورقة في المؤتمر السنوي الحادي عشر للإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، 1، 140 - 178.
- الغندور، العارف بالله. (1999)، أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة، دراسة نظرية، قدمت في المؤتمر الدولي السادس للإرشاد النفسي، جودة الحياة توجيه قومي للقرن الحادي والعشرين، جامعة عين شمس، مصر.
- فراج، محمد، (2006)، قلق المستقبل ومستوى الطموح وحب الاستطلاع لدى طلبة كلية التربية من ذوي المستويات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المختلفة، مجلة كلية التربية، جامعة الإسكندرية، 6(12)، 81 - 117.

- القريطي، عبد المطلب، (1998)، في الصحة النفسية، ط1، القاهرة: دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
- كاظم علي والبهادي، عبد الخالق، (2005)، جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العُمانيين والليبيين «دراسة ثقافية مقارنة»، مجلة الأكاديمية العربية المفتوحة، الدنمارك، 67 - 68.
- الكبيسي، عبدالكريم، (2016)، قياس مستوى جودة الحياة لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة (دراسة ثقافية مقارنة) لعينات ليبية وعراقية ومصرية، مجلة البحوث التربوية والنفسية، 13 (49)، 460-427.
- كفاقي، علاء الدين، (1999)، الإرشاد والعلاج الأسري، سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس، القاهرة: دار الفكر العربي.
- محمد، ممدوح، (2002)، بناء مقياس القلق الاجتماعي لعملاء خدمة الفرد بالمرحلة الثانوية. مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، القاهرة، 1(13)، 232-239.
- مخيمر، سمير والعبيسي، سمير وأبو عبيد، دعاء. (2015)، الرضا عن الحياة وعلاقته بقلق المستقبل لدى الأسرى المبعدين إلى قطاع غزة، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، 3 (9)، 392-353.
- مشري، سلاف. (2014)، نوعية الحياة من منظور علم النفس الإيجابي (دراسة تحليلية)، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي، 8، 237 215.
- المشيخي، غالب. (2009)، قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات، ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، المدينة المنورة، المملكة العربية السعودية.
- المطيري، معصومة. (2014)، الصحة النفسية: مفومها، اضطراباتها، (ط3). عمان: دار حنين للنشر والتوزيع والطباعة.
- مقدادي، يوسف والإبراهيم، أسماء، (2014)، الصلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والاكتئاب لدى المسنين والمستنات المقيمين في دور الرعاية في الأردن. مجلة المنارة للبحوث والدراسات، 20(2)، 340 317.

- المنسي، محمد. (2008). الأرملة والمجتمع، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- المومني، محمد وانعيم، مازن، (2013)، قلق المستقبل لدى طلبة كليات المجتمع في منطقة الخليل في ضوء بعض المتغيرات، مجلة الأردنية في العلوم التربوية، 9 (2)، 173-185.
- ناصر، جمال (2017). الأمل والذكاء الوجداني لدى طلبة كلية التربية مرتفعي ومنخفضي قلق المستقبل، رسالة ماجستير، جامعة مدينة السادات، القاهرة، مصر.

### المواقع الإلكترونية:

- موقع صندوق المعونة الوطنية. <https://naf.gov.jo/Default/Ar>
- موقع وزارة التنمية الاجتماعية. <http://www.mosd.gov.jo/UI/Arabic/Default.aspx>
- www.Usaid, 2010, Final Report. USAID/ Jordan Gender Analysis and assessment.
- www.ammannet.net.
- www.unicef.org.

## ثانياً: المراجع الأجنبية

- Akbari, B., Gilaninia, S. & Mousavian, S. J. (2011). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in therapy of depression and generalized anxiety of martyrs spouses and generous individual in guilan province. Kuwait Chapter of Arabian Journal of Business and Management Review, 33(832), 1- 5.
- Beck, J. S., & Tompkins, M. (2006). Cognitive therapy: handbook of homework assignments in psychotherapy: Research, Practice, and Prevention, 51- 64
- Boelen, P. & Prigerson, H. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 257(8), 444- 452.
- Boggatz, T. (2016). Quality of life in old age—a concept analysis. International journal of older people nursing, 11(1), 55- 69.
- Bonomi, A., Patrick, D., Bushnell, D. & Martin, M. (2000). Validation of the united states' version of the world health organization quality of life (whoqol) instrument. Journal of clinical epidemiology, 53(1), 1- 12.
- Bourassa, K., Knowles, L., Sbarra, D. & O'Connor, M. (2016). Absent but not gone: interdependence in couples' quality of life persists after a partner's death. Psychological science, 27(2), 270- 281.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Vol. 3. Loss: sadness and depression. New York: Basic Books.
- Carr, D., House, J., Kessler, R., Nesse, R., Sonnega, J & Wortman, C. (2000). Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: a longitudinal analysis. Journal of Gerontology Series B Psychological Sciences Social Sciences, 55(4), 197- 207.

- Carr, D., House, J., Wortman, C., Nesse, R. & Kessler, R. (2001). Psychological adjustment to sudden and anticipated spousal loss among older widowed persons. *Journal of Gerontology Series B Psychological Sciences Social Sciences*, 56(4), S237 - 248.
- Caserta, M. S., Lund, D. A., & Obray, S. J. (2004). Promoting self-care and daily living skills among older widows and widowers: Evidence from the Pathfinders demonstration project. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 49(3), 217- 236.
- Charansarn, A. (2014). Social Support and Quality of Life of Widows involved in Southern Thailand's Violence. Master Thesis, University Utara, Malaysia.
- Chen, J. H., Bierhals, A. J., Prigerson, H. G., Kasl, S. V., Mazure, C. M., & Jacobs, S. (1999). Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychological medicine*, 29(2), 367- 380.
- Cheng, S. & Chan, A. (2006). Relationship with others and life satisfaction in later life: do gender and widowhood make a difference?. *The Journals of gerontology series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), P46-P53.
- Clayton, P., Halikes, J. & Maurice, W. (1971). The bereavement of the widowed. *Diseases of the Nervous System*, 32(9), 597- 604.
- Coifman, K. G., & Bonanno, G. A. (2009). Emotion context sensitivity in adaptation and recovery. *Emotion regulation and psychotherapy*, 157- 173.
- Corey, G. (1991). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. brooks/cole publishing company/pacific grove, california.
- Corey, G. (2009). *Theories and practice of counseling and psychotherapy*. belmont, ca: Thomson Brooks/Cole.



- Cory, S. (2018). AB017. Mygrief. ca. *Annals of palliative medicine*, 7(1).
- Craig, A. (2010). The association between quality of life and stuttering. *Journal of fluency disorders*, 35, 159- 160.
- David, D., & Szentagotai, A. (2006). Cognitions in cognitive-behavioral psychotherapies; toward an integrative model. *Clinical psychology review*, 26(3), 284- 298
- Delalibera, M., Presa, J., Coelho, A., Barbosa, A., & Franco, M. (2015). Family dynamics during the grieving process: a systematic literature review. *Ciencia & saude coletiva*, 20(4), 1119- 1134.
- DiGiacomo, M., Lewis, J., Nolan, M., Phillips, J. & Davidson, P. (2013). Transitioning from caregiving to widowhood. *Journal of pain and symptom management*, 46(6), 817- 825.
- DiGiacomo, M., Lewis, J., Phillips, J., Nolan, M. & Davidson, P. (2015). The business of death: a qualitative study of financial concerns of widowed older women. *BMC women's health*, 15(1), 36.
- Doherty, M. E., & Scannell-Desch, E. (2008). The lived experience of widowhood during pregnancy. *Journal of midwifery & women's health*, 53(2), 103- 109.
- Dore, B., Ort, L., Braverman, O. & Ochsner, K. (2015). Sadness shifts to anxiety over time and distance from the national tragedy in Newtown, Connecticut. *Psychological science*, 26(4), 363- 373.
- Downe Wamboldt, B. & Tamlyn, D. (1997). An international survey of death education trends in faculties of nursing and medicine. *Death Studies*, 21(2) 177- 188.
- Drenth, C. M., Herbst, A. G., & Strydom, H. (2010). A complicated grief intervention model. *Health sa gezondheid*, 15(1), 1- 10.

- Dryden, W. (2003). Reason to change: A rational emotive behaviour therapy (REBT) workbook. Routledge.
- Dryden, W. (2013). How rebt therapists conceptualize the abc framework. In the abcs of rebt revisited (pp. 65- 79). Springer, New York, NY
- Dryden, W. (2014). Current issues in rational-emotive therapy (psychology revivals). Routledge.
- Dryden, W., & Neenan, M. (2014). Rational emotive behaviour therapy: 100 key points and techniques. Routledge
- Dunn, C. (2015). Young widows' grief: a descriptive study of personal and contextual factors associated with conjugal loss. PhD Thesis, Utah State University, USA.
- Dyregrov, A. & Dyregrov, K. (2008). Effective grief and bereavement support: The role of family, friends, colleagues, schools and support professionals. Jessica Kingsley Publishers.
- Ellis, A (1990). Treating the widowed client with rational- emotive therapy (rft) in eastern (ed) psychotherapy and the widowed patient (pp.105- 111). Iona college new rochelle, newyork: THE haworth press.
- Ellis, A. (1992). Group rational-emotive and cognitive-behavioral therapy. International journal of group psychotherapy, 42(1).
- Ellis, A. (2010). Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors: New directions for rational emotive behavior therapy. Prometheus Books.
- Fasoranti, O. & Aruna, J. (2007). A cross-cultural comparison of practices relating to widowhood and widow-inheritance among the Igbo and yoruba in nigeria. journal of world anthropology: Occasional Papers, 3(1), 53- 73.
- Fox, J.& Jones, K. (2013). DSM-5 and bereavement. the loss of normal grief?. Journal of Counseling & Development, 91(1), 113- 119.

- Freeston, M., & Meares, K. (2015). *Overcoming worry and generalised anxiety disorder: a self-help guide using cognitive behavioural techniques*. Hachette UK
- Fry, P. (2001). Predictors of health-related quality of life perspectives, self-esteem, and life satisfactions of older adults following spousal loss: An 18-month follow-up study of widows and widowers. *The Gerontologist*, 41(6), 787- 798.
- Garfield, S. (1995). The client-therapist relationship in rational-emotive therapy. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 13(2), 101- 116.
- Gillies, J. & Neimeyer, R. (2006). Loss, grief, and the search for significance: toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(1), 31- 65.
- Grimby, A. (1993). Bereavement among elderly people: grief reactions, postbereavement hallucinations and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(1), 72- 80.
- Grimmelikhuijzen, M. (2013). Loneliness and well-being after partner loss: A large cross-sectional study. Master Thesis, University Utrecht.
- Group, T. W. (1998). The world health organization quality of life assessment (whoqol): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46(12), 1569- 1585.
- Hall, C. (2014). Bereavement theory: recent developments in our understanding of grief and bereavement. *Bereavement Care*, 33(1), 7- 12.
- Hamilton, J. B., Worthy, V. C., Moore, A. D., Best, N. C., Stewart, J. M., & Song, M. K. (2017). Messages of hope: helping family members to overcome fears and fatalistic attitudes toward cancer. *Journal of Cancer Education*, 32(1), 190- 197.

- Hammad, A. (2016). U.S. Patent No. 9,424,413. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.
- Harvey, C. D., & Bahr, H. M. (1974). Widowhood, morale, and affiliation. *Journal of Marriage and the Family*, 97- 106.
- Hensley, P. & Clayton, P. (2008). Bereavement: signs, symptoms, and course. *Psychiatric Annals*, 38(10).
- Holden, K. C., Kim, J., & Novak, B. (2010). Psychological adjustment to widowhood: The role of income, wealth and time. Wisconsin–Madison: Society of Actuaries and University of Wisconsin–Madison.
- Holm, A., Berlan, A. & Severinsson, E. (2019). Factors that influence the health of older widows and widowers—a systematic review of quantitative research. *Wiley Nursing Open*, 6, 591- 611.
- Holm, A. L., Severinsson, E., & Berland, A. K. (2019). The meaning of bereavement following spousal loss: a qualitative study of the experiences of older adults. *SAGE Open*, 9(4), 215- 224.
- Holman, E. & Silver, R. (2005). Future-oriented thinking and adjustment in a nationwide longitudinal study following the september 11th terrorist attacks. *Motivation and Emotion*, 29(4), 385.
- Jacobson, N., Lord, K. & Newman, M. (2017). Perceived emotional social support in bereaved spouses mediates the relationship between anxiety and depression. *Journal of affective disorders*, 211, 83- 91.
- Jamadar, C., Melkeri, S. & Holkar, A. (2015). Quality of life among widows. *The International Journal of Indian Psychology*, 3 (1), 56- 68.
- Katsikis, D., Kostogiannis, C., & Dryden, W. (2016). A rational-emotive behavior approach in life coaching. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 16(1), 3- 10.

- Kaunonen, M. (2001). Grief and social support after the death of a spouse. *Journal of Advanced Nursing*, 30(6), 1304- 1311.
- Kaya, S. & Avci, R. (2016). Effects of cognitive-behavioral-theory-based skill-training on university students' future anxiety and trait anxiety. *Eurasian Journal of Educational Research*, 66, 281- 298.
- Kelly, W. (2002). An investigation of worry and sense of humor. *The Journal of psychology*, 136(6), 657- 666.
- Kessler, D., & Kübler-Ross, E. (2005). *On grief and grieving. Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss.* . New York: Simon and Schuster
- Kim, S., Kjervik, D., Belyea, M. & Choi, E. (2011). Personal strength and finding meaning in conjugally bereaved older adults: A four-year prospective analysis. *Death Studies*, 35(3), 197- 218.
- King, B., Carr, D. & Taylor, M. (2018). Depressive symptoms following spousal loss for men and women: the buffering effects of psychological resilience. *Innovation in Aging*, 2(1), 481- 493.
- Kosminsky, P. (2017). CBT for grief: Clearing cognitive obstacles to healing from loss. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 35(1), 26- 37.
- Kubler-Ross, E. & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss.* New York: Simon and Schuster.
- Lee, G., DeMaris, A., Bavin, S. & Sullivan, R. (2001). Gender differences in the depressive effect of widowhood in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(1), 56- 61.
- Levy, L., Derby, J. & Martinkowski, K. (1993). Effects of membership

- in bereavement support groups on adaptation to conjugal bereavement. *American Journal of Communit Psychology*, 21(3), 361- 381.
- Li, C., Lee, J., Chang, L., Liu, C., Chan, Y., Wen, C., Chiu, M., Tsai, M., Tsai, S., Wai, J., Taso, C., Wu, X. & Wen, C. (2016). Physical activity to overcome the adversity of widowhood: Benefits beyond physical health. *Medicine*, 95(32).
  - Lowe, M. & McClement, S. (2011). Spousal bereavement: The lived experience of young canadian widows. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 62(2), 127- 148.
  - Malkinson, R. (1996). Cognitive behavioral grief therapy. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 14(3), 155- 171
  - Malkinson, R., & Brask-Rustad, T. (2013). Cognitive behavior couple therapy-REBT model for traumatic bereavement. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 31(2), 114- 125.
  - Marris, P. (2013). *Widows and their families*. Routledge
  - Naef, R., Ward, R., Mahrer-Imhof, R., & Grande, G. (2013). Characteristics of the bereavement experience of older persons after spousal loss: An integrative review. *International journal of nursing studies*, 50(8), 1108- 1121.
  - Näppä, U., Lundgren, A. B., & Axelsson, B. (2016). The effect of bereavement groups on grief, anxiety, and depression-a controlled, prospective intervention study. *BMC palliative care*, 15(1), 58.
  - Neimeyer, R. (2001). *Meaning, reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC: American Psychological Association.
  - Newsom, C., Schut, H., Stroebe, M., Wilson, S., Birrell, J., Moerbeek, M. & Eisma, M. (2017). Effectiveness of bereavement counseling through a

- community-based organization trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(6), 1512- 1523.
- Nwokoro, C. V., & Ogba, F. (2019, January). Widows: Moving from vulnerability to empowerment in Southeast Nigeria. In *Women's Studies International Forum* (Vol. 72, pp. 56- 64).
  - Oltean, H. & David, D. (2018). A Meta-analysis of the relationship between rational beliefs and psychological distress. *Journal of clinical psychology*, 74(6), 883- 895.
  - Onrust, S. & Cuijpers, P. (2006). Mood and anxiety disorders in widowhood: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 10(4), 327- 334.
  - Onuigbo, L. N., Eseadi, C., Ebifa, S., Ugwu, U. C., Onyishi, C. N., & Oyeoku, E. K. (2019). Effect of rational emotive behavior therapy program on depressive symptoms among university students with blindness in Nigeria. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 37(1), 17- 38
  - Parkes, C. & Prigerson, H. (2009). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. (4th ed). New York: Routledge.
  - Parkes, C. & Prigerson, H. (2013). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York: Routledge.
  - Prigerson, H., Bierhals, A., Kasl, S., Reynolds, C., Shear, M., Day, N. & Jacobs, S. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American journal of psychiatry*, 154, 616- 623.
  - Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Bierhals, A., Newsom, J., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J. & Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59(1- 2), 65- 79.

- Rando, T. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press.
- Remondet, J. & Hansson, R. (1987). Assessing a widow's grief-A short index. *Journal of Gerontological Nursing*, 13(4), 30- 34.
- Ryff, C. (2014). Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 10-.28
- Shear, M., Simon, N., Wall, M. & Zisook, S. (2011). Complicated grief and bereavement issues for DSM-5. *Depression and related anxiety*, 28(2), 103-.117
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. 2. (2004). The World health organization's whoqol-bref quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. a report from the whoqol group. *Quality of life Research*, 13(2), 299- 310.
- Spahni, S., Morselli, D., Perrig-Chiello, P. & Bennett, K. (2015). Patterns of psychological adaptation to spousal bereavement in old age. *Gerontology*, 61(5), 456- 468.
- Stahl, S. & Schulz, R. (2014). Changes in routine health behaviors following late-life bereavement: a systematic review. *Journal of behavioral medicine*, 37(4), 736- 755.
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197- 224.
- Trivedi, J., Sareen, H. & Dhyani, M. (2009). Psychological aspects of widowhood and divorce. *Mens sana monographs*, 7(1), 37- 49.
- Turner, M. (2016). Proposing a rational resilience credo for use with athletes. *Journal of Sport Psychology in Action*, 7(3), 170- 181.



- Umberson, D., Wortman, C. & Kessler, R. (1992). Widowhood and depression: Explaining long-term gender differences in vulnerability. *Journal of health and social behavior*, 10- 24.
- Utz, R., Casterta, M. & Lund, D. (2012). Grief, depressive symptoms, and physical health among recently bereaved spouses. *The Gerontologist*, 52(4), 460- 471.
- Van Baarsen, B. (2002). Theories on coping with loss: The impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(1), 33- 42.
- Van Den Hoonaard, D. K. (1999). No regrets: Widows' stories about the last days of their husbands' lives. *Journal of Aging Studies*, 13(1), 59- 72.
- Van Grootheest, D. S., Beekman, A. T., Van Groenou, M. B., & Deeg, D. J. (1999). Sex differences in depression after widowhood. do men suffer more?. *social Psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(7),391- 398.
- Vaughans, D. (2018). Bereavement relative loss and grief: implication for counselors. *Alabama Counseling Association Journal*, 42(2), 5- 29.
- Ventegodt, S., Merrick, J. & Andersen, N. (2003). quality of life theory iii. maslow revisited. *The scientific world journal*, 3, 1050- 1057.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death studies*, 30(5), 429- 453.
- Weber, M., Alvariza, A., Kreicbergs, U. & Sveen, J. (2019). Communication in families with minor children following the loss of a parent to cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 39, 41- 46.
- Wolfelt, A. (2016). *The journey through grief: The six needs of mourning.* Center for loss & life transition.

- Worden, J. (2008). *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner* (4th ed.). New York: springer publishing company.
- World Health Organization. (2004). *The world health organization quality of life (whoqol)-bref* (no. who/his/hsi rev. 2012.02). World Health Organization.
- Yousefi, A. & Sharif, N. (2010). Personal well-being and stress symptoms in wives of iranian martyrs, Prisoners of wars and disabled veterans. *iran j psychiatry*, 5, 28- 34.
- Zaleski, Z. (1996). Future anxiety: Concept, measurement, and preliminary research. *Personality and individual differences*, 21(2), 165- 174.
- Zisook, S., Schneider, D., & Shuchter, S. R. (1990). Anxiety and bereavement. *Psychiatric Medicine*, 8(2), 83- 96.
- Zisook, S., Shuchter, S. & Lyons, L. (1987). Adjustment to widowhood. *Biopsychosocial aspects of bereavement*, 51- 74.
- Mousavinik, M. (2012). Effect of rational emotive behavior therapy on depression in infertile women. *ZENITH International Journal of Multidisciplinary Research*, 2(10), 77- 84.
- Surilena, S., Ismail, R. I., Irwanto, I., Djoerban, Z., Utomo, B., Sabarinah, S & Akip, A. A. (2014). The effect of rational emotive behavior therapy (REBT) on antiretroviral therapeutic adherence and mental health in women infected with HIV/AIDS. *Acta Medica Indonesiana*, 46(4)
- Kim, H. L., & Yoon, S. H. (2018). Effects of group rational emotive behavior therapy on the nurses' job stress, burnout, job satisfaction, organizational commitment and turnover intention. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 48(4), 432- 442.



## الملاحق

### ملحق (1)

مقياس نوعية الحياة بصورته النهائية

بسم الله الرحمن الرحيم

وفقها الله

الأخت الفاضلة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد،،،

تقوم الباحثة بدراسة علمية لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي وعنوان الأطروحة «فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في نوعية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل لدى عينة من النساء الأرامل». يوجد بين يديك استبانة للكشف عن نوعية الحياة، راجياً الإجابة على جميع الفقرات من خلال وضع (√) أمام كل فقرة بما يتناسب وقناعتك الشخصية حول مضمون هذه الفقرة، علماً بأن المعلومات التي سيتم الحصول عليها سوف تستخدم لأغراض البحث العلمي وستعامل بسرية تامة.

1. العمر: \_\_\_\_\_

2. المستوى التعليمي:  ابتدائي  ثانوي  جامعي

3. عدد أفراد الأسرة: \_\_\_\_\_

4. الترتيب الولادي: \_\_\_\_\_

5. المستوى الاقتصادي:  متدنٍ جداً  متدنٍ  متوسط  مرتفع

شاكراً ومقدرةً لكم حسن تعاونكم

الباحثة

الرقم	المجال	لا أوافق بشدة	لا أوافق	غير متأكد	أوافق	أوافق بشدة
<b>مجال الصحة الجسدية</b>						
1	وضعي الجسدي يساعدني على عمل ما أريد.					
2	أشعر بالنشاط عند القيام بالأعمال المطلوبة مني.					
3	شهيتي للطعام مرتفعة.					
4	أشعر بالتوازن عندما أريد عمل شيء ما.					
5	أشعر براحة في كل شيء أقوم به.					
6	وضعي الصحي جيد ولا يلزمي علاج طبي.					
7	أقبل مظهري الجسدي.					
<b>مجال الصحة النفسية</b>						
1	أشعر بالرضا عن حياتي.					
2	أشعر بالاستقرار في حياتي في الوقت الحالي.					
3	لدي مشاعر إيجابية مثل التفاؤل والأمل.					
4	أشعر بأنني سعيدة.					
5	أشعر بأن الحياة لها معنى.					
6	أستطيع التأثير بشكل إيجابي في حياة الآخرين بعد وفاة زوجي.					
7	قدرتي على الانتباه والتركيز عالية.					
<b>مجال العلاقات الاجتماعية</b>						
1	أحظى بدعم مناسب من صديقاتي.					
2	أتكلم بالشكل المعتاد مع الآخرين.					

الرقم	المجال	لا أوافق بشدة	لا أوافق	غير متأكد	أوافق	أوافق بشدة
3	أشعر بأن الآخرين لطفاء.					
4	أشعر بأن الآخرين يحبونني.					
5	أجد صعوبة في التعامل مع الآخرين					
6	أشعر برضا المحيطين عني.					
<b>مجال البيئة والترفيه</b>						
1	ليس لدي وقت كافٍ للترويح عن نفسي					
2	أشعر بالقوة عند مواجهة الحياة.					
3	أشعر بالأمان الذاتي.					
4	أشعر بالرضا عن مكان سكني.					
5	أشعر بالرضا عن وسائل التنقل.					
6	أشعر بالرضا عن الخدمات المقدمة لي.					
<b>مجال الاستقلالية</b>						
1	الفرص المتاحة لي لاكتساب مهارات جديدة كثيرة.					
2	قدرتي على الأداء الوظيفي تتزايد بعد وفاة زوجي.					
3	وضعي المالي يغطي متطلباتي ومتطلبات أسرتي.					
4	أشعر بالاستمتاع بالحياة.					

## ملحق (2)

مقياس نوعية الحياة بصورته النهائية

بسم الله الرحمن الرحيم

وفقها الله

الأخت الفاضلة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد،،،

تقوم الباحثة بعمل دراسة بهدف استكمال متطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي وعنوانها «فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في نوعية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل لدى عينة من الأرامل».

يوجد بين يديك استبانة للكشف عن مشاعر فقدان، راجياً الإجابة على جميع الفقرات من خلال وضع (√) أمام كل فقرة بما يتناسب وقناعتك الشخصية حول مضمون هذه الفقرة، علماً بأن المعلومات التي سيتم الحصول عليها سوف تستخدم لأغراض البحث العلمي وستعامل بسرية تامة.

- 1.العمر: \_\_\_\_\_
- 2.المستوى التعليمي:  ابتدائي  ثانوي  جامعي
- 3.عدد أفراد الأسرة: \_\_\_\_\_
- 4.الترتيب الولادي: \_\_\_\_\_
- 5.المستوى الاقتصادي:  متدنٍ جداً  متدنٍ  متوسط  مرتفع

شاكراً ومقدرةً لكم حسن تعاونكم

الباحثة

الرقم	المجال	أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
<b>الانفصال والضييق</b>						
1	أشعر بالوحدة في حياتي.					
2	أشعر بفراغ كبير بعد وفاة زوجي.					
3	أشعر بأنني قادرة على مواجهة الألم بعد الخسارة.					
4	أسيطر على أحزاني في كل الظروف.					
5	أعتقد ضرورة التعايش مع تجربة الأحزان.					
6	أشعر ألم الحزن يرافقني بشكل دائم.					
7	أشعر بضرورة الاستمرار في الحياة رغم الخسارة.					
8	أشعر بالشوق الشديد والدائم لزوجي المتوفى.					
9	أشعر بأنني قد فقدت جزءاً من ذاتي.					
10	أشعر بالغضب من القدر.					
11	أفكاري منشغلة به لدرجة أنها أضعفت قدرتي على ممارسة أعمال اليومية.					
<b>الأفكار</b>						
1	أفكاري لا تتوقف حول رحيل زوجي.					
2	أشعر بصعوبة في التكيف مع الواقع الجديد.					
3	أشعر أن حياتي بلا هدف.					
4	أشعر بالإعياء الشديد لقوتي الداخلية عندما أواجه حزني.					



الرقم	المجال	أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
5	أعتقد أنه يجب أن أتحمّل الظروف التي طرأت بعد وفاة زوجي.					
6	أحاول تجنب تذكر غيابه.					
7	أشعر بالارتباك حول دوري في الحياة.					
8	أواجه صعوبة في تقبل الخسارة.					
9	أشعر بأن العالم ظالم.					
<b>المشاعر</b>						
1	أشعر أنني سألحق قريباً بزوجي.					
2	أجد صعوبة في البدء بالأشياء الجديدة.					
3	أراه واقفاً أمامي.					
4	يلازمني الشعور بالصدمة والذهول منذ لحظة وفاته.					
5	أشعر بمرارة فقدان.					
6	أسمع صوته باستمرار.					
7	لا أتق بأحد.					
<b>الجانب الاجتماعي</b>						
1	أواجه صعوبة في التعامل مع أولادي.					
2	أتلقي الدعم الكافي من المحيطين بي.					
3	لا يمكن لأحد أن يعوضني عما فقدت.					
4	أشعر بالعزلة منذ وفاة زوجي.					
5	لم أعد أكثرث بالعلاقات الاجتماعية.					
6	علاقاتي متوترة مع الآخرين.					

### ملحق (3)

مقياس نوعية الحياة بصورته النهائية

بسم الله الرحمن الرحيم

وفقها الله

الأخت الفاضلة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد،،،

تقوم الباحثة بدراسة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي وعنوان الأطروحة «فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في نوعية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل لدى عينة من النساء الأرامل».

يوجد بين يديك استبانة للكشف عن قلق المستقبل، راجياً الإجابة على جميع الفقرات من خلال وضع (√) أمام كل فقرة بما يتناسب وقناعتك الشخصية حول مضمون هذه الفقرة، علماً بأن المعلومات التي سيتم الحصول عليها سوف تستخدم لأغراض البحث العلمي وستعامل بسرية تامة.

- 1.العمر: \_\_\_\_\_
- 2.المستوى التعليمي:  ابتدائي  ثانوي  جامعي
- 3.عدد أفراد الأسرة: \_\_\_\_\_
- 4.الترتيب الولادي: \_\_\_\_\_
- 5.المستوى الاقتصادي:  متدنٍ جداً  متدنٍ  متوسط  مرتفع

شاكراً ومقدرةً لكم حسن تعاونكم

الباحثة

الرقم	المجال	لا أوافق بشدة	لا أوافق	غير متأكد	أوافق	أوافق بشدة
<b>المجال النفسي</b>						
1	أشعر بالقلق من تسارع الأحداث.					
2	أشعر بالخوف من مواجهة الظروف الصعبة.					
3	ليس لدي القدرة على مواجهة المشكلات المستقبلية.					
4	أعتقد بعدم حدوث شيء جيد مستقبلاً.					
5	أفكر بالأشياء السيئة التي يمكن حدوثها مستقبلاً.					
6	أفكر دائماً في أسوأ الأشياء التي يمكن أن تحدث.					
7	أعتقد بعدم حصول تغيير في حياتي.					
8	أشعر بالغموض من المستقبل.					
9	أشعر بالتوتر عند الحديث عن المستقبل.					
<b>المجال الصحي</b>						
1	أشعر بالقلق حول صحتي.					
2	يقلقني احتمال إصابتي بحادث يمنعني من إكمال حياتي.					
3	أشعر بالصداع عند التفكير في المستقبل.					
4	أعتقد أن عملي يسبب لي أمراضاً جسدية.					

الرقم	المجال	لا أوافق بشدة	لا أوافق	غير متأكد	أوافق	أوافق بشدة
5	أشعر بالخوف من زيادة وزني مستقبلاً.					
6	أشعر بتسارع دقات القلب عند التفكير بالمستقبل.					
<b>المجال الاجتماعي</b>						
1	أقلق من نقص الدعم الاجتماعي المقدم لي.					
2	أشعر بالقلق من أن يفهمني الآخرون بشكل خاطئ.					
3	لدي صديقات أثق بهن.					
4	أشعر بالانزعاج من ازدياد المشكلات مع الآخرين.					
5	أخشى من الفشل في تكوين علاقات جديدة مع الآخرين.					
<b>المجال الاجتماعي</b>						
1	أخشى من حدوث الخلافات في أسرتي.					
2	أتوجس من رفاق السوء.					
3	أشعر بعدم الاطمئنان على مستقبل أسرتي.					
4	أشعر بالقلق من تدخل الآخرين في تقرير مصيري.					

الرقم	المجال	لا أوافق بشدة	لا أوافق	غير متأكد	أوافق	أوافق بشدة
5	يقلقني عدم استقرار حياتي الأسرية.					
6	أخشى من ضعف مكانتي في أسرتي مستقبلاً.					
<b>المجال الاقتصادي</b>						
1	يشغلني كثرة متطلبات الحياة.					
2	أخشى عدم توفر فرص عمل لأبنائي.					
3	تدني دخلي المادي يزيدني شعوراً بالحرمان.					
4	يزعجني عدم وجود مصدر دخل ثابت.					
5	أخشى فقداي مصدر دخلي.					
6	دخلي المنخفض يجعلني في عوز.					

#### ملحق (4)

البرنامج الإرشادي المستند إلى نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي  
في خفض قلق المستقبل ومشاعر فقدان وتحسين نوعية الحياة  
لدى عينة من النساء الأرامل

جامعة اليرموك

كلية التربية

قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

الأستاذ/ الدكتور ..... الفاضل

الأستاذة/ الدكتورة ..... الفاضلة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته:

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان «فاعلية العلاج العقلاني والانفعالي السلوكي في تحسين نوعية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل لدى عينة من الأرامل»، لذلك فقد تم تصميم برنامج إرشادي مستند إلى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ونظرًا لما تتمتعون به من خبرة ومعرفه في هذا المجال تأمل الباحثة منكم تحكيم هذا البرنامج وإبداء ملاحظاتكم ومقترحاتكم من حيث: الصياغة اللغوية، مدى ملائمة الجلسات لتحقيق الأهداف، أي تعديلات ومقترحات ترونها مناسبة.

مقدمًا جزيل الشكر لحسن تعاونكم

الباحثة: مي أحمد مهيدات

## الإطار النظري للبرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي

تعد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (Rational - Emotive Behavior therapy) والتي تعرف باختصار (REBT) من أكثر النظريات العلاجية استخدامًا في الوقت الراهن. ويعتبر الدكتور ألبرت أليس (Albert Ellis) رائد هذه النظرية والذي حاول جاهدًا إدخال العقل والمنطق في عملية الإرشاد، يساعد العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي العملاء على تحدي تفكيرهم غير العقلاني وتنمية عادة التفكير بطرق مفيدة وعقلانية، وهذا التحول يتيح للعملاء التصرف بشكل أكثر فاعلية ويتيح لهم التعرف على العديد من أفكارهم عن أنفسهم غير عقلانية والتي تؤثر سلبيًا على الطريقة التي يتصرفون بها في العلاقات والحالات المهمة ووفقًا لما ذكره أليس فإن هذه الأفكار هي التي تدفع الناس إلى الشعور بالعواطف السلبية والانخراط في سلوك تدمير الذات في الوقت نفسه (العاسمي، 2015).

يعتبر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي محاولة جادة من ألبرت أليس Ellis لإدخال المنطق والعقل في عملية العلاج، حيث اقتنع أليس Ellis مبكرًا أن الخبرات الخاطئة التي يتعرض لها الفرد أو غير المنطقية لها القدرة على الاستمرار كونها تصبح جزءًا في فلسفتهم في الحياة نظرًا لتكرارها. ويرى أليس Ellis أن الهدف الأساسي من العلاج هو خفض مشاعر القلق لدى الأفراد وتنمية القدرة لديهم على الملاحظة وتقييم الذات، وأن يعرف الأفراد كيف ومتى وأين يضيفون افتراضاتهم غير العقلانية من خلال ملاحظة ذواتهم وكيف أن ردود الأفعال الانفعالية تصبح أكثر عقلانية وملائمة في حال تم إلغاء هذه الافتراضات غير العقلانية، لذا فإن هذا العلاج أو الإرشاد الذي يتم تقديمه للعميل يعتمد بشكل أساسي على العمليات العقلية لدى الفرد فالإنسان كائن عقلائي قادر على مساعدة نفسه على تجنب الاضطرابات الانفعالية والتخلص منها (David, Cotet, Matu, Mogoase & Stefan, 2018).

كيف ينظر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي إلى طبيعة الإنسان:

ينظر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي للإنسان على أنه:

- 1 - الإنسان كائن عاقل متفرد عن غيره من الكائنات الأخرى وهو عندما يفكر بطريقة منطقية وعقلانية فإنه يزداد شعوره بالسعادة والكفاءة.
- 2 - التفكير غير المنطقي والانفعالات والعواطف والسلوكات العصابية لا يمكن فصلهم عن بعضهم البعض.
- 3 - يعود التفكير غير العقلاني إلى التعلم المبكر غير المنطقي فالإنسان لديه القدرة على اكتساب التعلم غير المنطقي من الوالدين ومن البيئة المحيطة به.
- 4 - أن استمرار حالة الاضطراب تعني استمرار التفكير غير المنطقي؛ وذلك بسبب استمرار الظروف والأحداث الخارجية وتفاعل الفرد واتجاهاته مع هذه الأحداث.

### المفاهيم النظرية للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT)

من أهم المفاهيم الخاصة بالنظرية ما يلي (Turner, 2016):

- 1 - إن البشر يكونون في أسعد حالاتهم عندما تكون لديهم أهداف محددة وهامة ويسعون لتحقيقها بروح إيجابية.
- 2 - العقلانية هي الوسيلة التي تساعد الناس على تحقيق أهدافهم لأنها عملية ومنطقية وواقعية.
- 3 - أن اللاعقلانية تحول بين الناس وبين تحقيق أهدافهم ويرى أن الفرد يميل إلى التعرف بطريقة لا عقلانية من ذلك؛ فهو قادر على إعادة النظر في أفكاره وسلوكه بطريقة نقدية إيجابية وتحويل تلك الأفكار والسلوك إلى طاقة نحو نفسه ونحو العالم المحيط به.



#### 4- إن الاضطراب النفسي ينبع من مصدرين هما:

أ- المطالب التي نرفضها على أنفسنا والتي تقود إلى نقد الذات ولومها، والبديل الصحي هو قبول الذات مع الاعتراف بالضعف والعجز وجوانب القصور ونقاط القوة والسعي لتجاوز النقص.

ب- المطالب التي نريدها ونتوقعها مع الآخرين والعالم المحيط بنا والبديل الصحي؛ هو تنمية القدرة على تحمل الإحباط والانزعاج من أجل التغلب على الصعوبات التي تعيق تحقيق أهدافنا.

المبدأ الأساسي لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي؛ هو المعرفة والتي تتضمن الطريقة التي يفكر بها الأفراد وكيف يفسرون الأحداث التي تؤثر على الاستجابة الانفعالية لديهم، العامل الأهم في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هو الخلل الوظيفي في التفكير؛ الذي يقود بدوره للتوتر الانفعالي ووفقاً لهذه النظرية فإن العمليات الفكرية غير المنطقية وغير العقلانية هي سبب الاضطراب، ولكن يرى أليس أنه من الممكن تغيير المعتقدات اللاعقلانية وتحويلها إلى شكل آخر؛ وهو شكل عقلائي وصحي باستخدام المنطق ويتم ذلك عن طريق تعليم العميل كيفية فحص أفكاره وتحديد ما إذا كانوا يفكرون بطريقة غير عقلانية ومناقشة معتقداتهم العقلانية واستبدالها بمعتقدات صحية كما أشرت سابقاً (Onuigbo, Eseadi, Ugwoke, Nwobi, Anyanwa, Okeke & Eze, 2018).

هذا وتعتبر المناقشة المنطقية أحد الاستراتيجيات الهامة في العلاج فمن خلال المناقشة لهذه المعتقدات، يكون العميل قد اقتنع مسبقاً بأن هناك أمراً غير عقلاني لا بد من الخوض فيه ومجرد تحديده لهذه الفكرة غير العقلانية فإنه يكون قد تبنى تغييرها وهذا التغيير؛ يحدث من خلال المناقشة التي تأخذ شكل المناقشة الحادة التي يقوم بها المعالج مع العميل لمناقشة تفكيره اللاعقلاني ثم يتم تعليم العميل كيفية مناقشة ذاته.

## أساليب الفرد في اتباع المعتقدات غير العقلانية

هناك العديد من الأساليب التي يتبعها الفرد في تبنيه لأفكاره غير العقلانية أهمها

(Ruggiero, Spada, Caselli & Sassrolie, 2018):

1 - المطالبة (Demandinagness) حيث أن هناك علاقة ارتباطية بين رغبات الفرد ومتطلباته المستمرة والدائمة والاضطراب الانفعالي.

2 - التعميم الزائد (Over Generalization).

3- أخطاء التفسير (Attribution Errors) فالفرد يميل إلى غزو أخطائه إلى الآخرين؛ وهذا يقود بدوره إلى الإدراك الخاطئ للأحداث؛ وبالتالي يتأثر انفعاله وسلوكه بشكل سلبي فيبدأ بلوم الذات والآخرين.

4 - عدم التجريب (Non - Eperimention): إن الأفكار اللاعقلانية على الأغلب لا تأتي من الخبرة أو من التجربة الشخصية للفرد، وفي العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي فإنه يجب تعليم العميل بأن يأتي بأفكاره من تجاربه الدقيقة فقط.

5 - التكرار (Repehtion): حيث أن الأفكار اللاعقلانية تكرر بشكل لا شعوري كما أن الضغوط الداخلية والخارجية تجعل لدى الفرد تقبلاً وميلاً للأفكار المثبطة للذات.

6 - التفكير المتطرف (كل شيء أو لا شيء) (Absolutistis): يدرك بعض الأشخاص الأشياء، من جانب واحد فقط وهذا دليل على نقص المعرفة لديهم بأني الشيء قد يبدو ظاهرياً شيئاً ولكنه في الداخل قد يحتوى على أمور إيجابية لربما.

## الأفكار اللاعقلانية المولدة للاضطراب:

يبين العاسمي (2015) أن هنالك مجموعة من الأسباب هي المسؤولة عن توليد

الاضطراب أبرزها:

1 - أنه يجب على الفرد بالضرورة باعتباره كائناً بشرياً راشداً أن ينال بالفعل حب

واستحسان كل شخص هام في مجتمعه.

2- يجب على الفرد أن يكون كفؤًا أو فعالًا أو منجزًا بصورة تامة على نحو ممكن إن كان له أن يعتبر نفسه جديرًا بقيمة.

3- أن بعض الناس سيئون ولئام وأشرار ويجب لومهم ومعاقبتهم بشدة.

4- أن الأمور تعتبر كوارث وفضائع عندما لا تكون بالشكل الذي يتمناه الشخص.

5- أن أسباب تعاسة الإنسان خارجية وقدرة الناس على التحكم في الاضطرابات ضئيلة أو معدومة.

6- إذا كان شيء ما خطيرًا أو مخيفًا أو من المحتمل أن يكون كذلك فإن على المرء أن يشعر بعدم الارتياح الشديد إزاء ذلك وأنه يجب أن يمعن الفكر في احتمال حدوثه.

7- إن تجنب أو تحاشي بعض صعاب الحياة والمسؤوليات الذاتية أسهل من مواجهتها.

8- يجب أن يعتمد الإنسان على الغير وأنه بحاجة إلى شخص ما أقوى منه يركن إليه.

9- إن التاريخ الماضي للإنسان يعتبر محددًا هامًا لسلوكه الراهن وأن شيئًا ما أثر على حياته في الماضي سيكون له أثر مشابه إلى أجل غير محدد.

10- هناك حل صحيح ودقيق وتام وثابت للمشكلات الإنسانية وأنه لمن الكوارث أن لا تعثر على هذا الحل التام والكامل.

11- إمكانية الشخص في أن يكون متفوقًا وفائزًا في المنافسات بشكل دائم.

12- ضرورة حزن الإنسان.

13- يمكن للإنسان الحصول على السعادة والنجاح دون بذل أي جهد.

## 2- المجتمع المستهدف:

بالنسبة لمجتمع الدراسة فسيكون من النساء الأرامل التابعات لجمعية المركز الإسلامي واللواتي يتلقين المساعدات من مركز الوساطة للخدمات المجتمعية، والأرملة هي المرأة التي مات عنها زوجها ولم تتزوج مرة أخرى والأرامل المساكين من نساء ورجال ويقال لكل واحد من الفريقين على انفراده أرامل وهو بالنساء أخص وأكثر استعمالاً وقد تكرر ذكر ذلك.

والأرمل: الذي ماتت زوجته والأرملة التي مات زوجها وسواء كانا غنيين أم فقيرين.

تكونت عينة الدراسة من (30) امرأة أرملة منتظمة لدى مركز الوساطة للخدمات المجتمعية واللواتي يترددن على المركز يومي السبت والأربعاء من كل أسبوع وسيتم تعيين مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية تتكون كل مجموعة من (15) امرأة أرملة سيتم لقاء المجموعة الضابطة بهدف تطبيق الاختبارين القبلي والبعدي فقط أما بالنسبة للمجموعة التجريبية فسيتم عمل مقابلات أولية معها وتطبيق الاختبار القبلي وسيتم تنظيم (20) جلسة إرشادية بمعدل جلستين في كل أسبوع ومدة كل جلسة (120) دقيقة.

## الأهداف العامة للبرنامج

- التأكد من فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض قلق المستقبل ومشاعر فقدان وتحسين نوعية الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية المشاركة في البرنامج الإرشادي.

- تعليم أفراد المجموعة التجريبية فنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والاستفادة منها في التعامل مع الأحداث اليومية.

- الإبقاء على التفكير العلمي والعقل والواقع.
- تحقيق تغيير فلسفي عميق ووجهة نظر جديدة للحياة.
- تحمل المسؤولية الكاملة عن الاضطراب والسير نحو الاستقلالية والتوجيه الذاتي.
- تعلم طرق إعادة التفكير، واستخدام العقلانية في التفكير.

### الأهداف الخاصة للبرنامج

- تعزيز القدرة لدى المشاركات على التعرف على المواقف المثيرة للضغط.
- تعليم المشاركات الصلة بين معتقداتهن اللاعقلانية الخاصة وعدم السيطرة على أحداث الحياة.
- تدريب المشاركات على الاستراتيجيات الخاصة بالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.
- تدريب المشاركات على استراتيجيات مواجهة المواقف ومهارة حل المشكلات.

### الاستراتيجية التي يتبناها المعالج العقلاني الانفعالي السلوكي:

وضع إليس الاستراتيجية المتبعة في العلاج الانفعالي العقلاني السلوكي وهي (الشناوي، 1995):

- 1- في البداية يقوم المعالج بالتوضيح للعميل بأنه غير منطقي ويوضح له العلاقة بين أفكارهم غير المنطقية وتعاستهم واضطرابهم الانفعالي.
- 2- يوضح المعالج للعميل أن استمرار الاضطراب مقترن باستمرار التفكير غير العقلاني.

3- يقوم المعالج بجعل العميل يغير تفكيره ويقنع عن الأفكار غير المنطقية.

4- المعالج يتبنى فلسفة للحياة أكثر عقلانية.

5- دور المعالج مناقضة ونكران الاعتقادات الخاطئة.

6- تشجيع العميل على القيام ببعض الأنشطة.

### الاعتبارات العملية للبرنامج

طبيعة البرنامج: برنامج إرشادي وفقاً لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يهدف إلى العمل مع النساء الأرامل الفاقدرات لأزواجهن من أجل تحسين عونية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل من خلال تعديل الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالتفكير غير العقلاني واستبدالها بأفكار عقلانية منطقية.

الفئة المستهدفة: النساء الأرامل في مركز الوسيلة للخدمات المجتمعية في محافظة إربد واللواتي يوجد لديهن مستوى مرتفع من تدني نوعية الحياة ومشاعر فقدان وقلق المستقبل.

حجم المجموعة الإرشادية: حجم المجموعة الإرشادية التي سيطبق عليها البرنامج (15) امرأة أرملة

نظام العضوية: نظام العضوية في المجموعة اختياري.

مدة البرنامج: جلستان أسبوعياً

### الفنيات المستخدمة:

1. المحاضرة: ويطلق عليها التوجيه المباشر ففي المحاضرة يتم التحاور مع الأفراد وبكل الطرق المنطقية الممكنة حتى يتمكن من استبدال أفكاره ويتم تقديم المعلومات

لأعضاء المجموعة عن طريق المحاضرة (الشناوي، 1994).

2. المناقشة الجماعية: وفي المناقشة يحدث الفض المستمر للأفكار الخاطئة مع الاقتناع مما يساعد الفرد على اكتشاف الجوانب الخاطئة في الأفكار السابقة، واكتشاف الطرق البديلة لتحقيق أهداف أكثر واقعية.

3. إعادة البناء العقلاني تدريجيًا: تعمل فنية إعادة البناء العقلاني تدريجيًا على إعادة تقييم رؤية الأفراد للمواقف والأحداث واكتشاف أفكارهم غير العقلانية.

4. الأحاديث الذاتية: هنا يستطيع الفرد تسجيل معتقداته وأفكاره اللاعقلانية وتقييمه لذاته وبالتالي يتمكن من دحض هذه الأفكار وتفنيدها.

5. لعب الدور: هذه الفنية تدرب الفرد على مواجهة المواقف والأحداث مما يؤدي إلى كف السلوك الانسحابي والدخول في المواقف الجديدة بثقة أكبر.

6. الواجبات البيتية: حيث يتم الطلب من الأفراد المشاركين القيام ببعض الأعمال والأنشطة البيتية المتعلقة بموضوع الجلسات بهدف تطبيق ما يتم عمله في الجلسات.

المواد المستخدمة: القلم، والورقة، أقلام ملونة، أقلام رصاص، قصاصات، كرتون لوح أبيض.

## ملخص عن البرنامج

يستند هذا البرنامج إلى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ويتألف البرنامج من (20) جلسة إرشادية مدة كل جلسة 90 - 120 دقيقة، وطبق البرنامج على عينة مكونة من (15) امرأة أرملة في مركز الوساطة للخدمات المجتمعية

الأهداف	الزمن	عنوان الجلسة	رقم الجلسة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- التعرف ما بين الباحثة والمشاركات وإشاعة جو من الألفة.</li> <li>- تعريف المشاركات بأهداف البرنامج.</li> <li>- إجراء القياس القبلي.</li> <li>- التوضيح للمشاركات حول الإرشاد الجمعي، ومميزاته ومعايره.</li> </ul>	ساعتان	التعارف وبناء الألفة	الأولى
<ul style="list-style-type: none"> <li>- التوضيح للمشاركات ماهية النظرية المتبعة.</li> <li>- الاتفاق على موعد للقاءات والتأكيد على ضرورة الالتزام والتأكيد على السرية والثقة.</li> </ul>	ساعتان	التعريف بنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وإبرام العقد السلوكي	الثانية
<ul style="list-style-type: none"> <li>- التعرف على مفهوم قلق المستقبل وأسبابه وأعراضه ومظاهره.</li> <li>- تحدد كل مشاركة مخاوفها المتعلقة بالمستقبل.</li> <li>- التوضيح للمشاركات فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في الحد من قلق المستقبل.</li> </ul>	ساعتان	تعريف المشاركات بقلق المستقبل	الثالثة



الأهداف	الزمن	عنوان الجلسة	رقم الجلسة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- رصد المواقف التي تسبب القلق للمشاركات.</li> <li>- تدريب المشاركات على كيفية التعامل مع الفكر القلق.</li> <li>- التوضيح للمشاركات حول سلوكيات الأمان.</li> </ul>	ساعتان	التعرف على المواقف المسببة لقلق المستقبل والتدريب على التعامل معها.	الرابعة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- شرح المعتقدات غير العقلانية التي تحدث عنها إليس والتي تسبب الاضطراب للأفراد.</li> <li>- التغلب على التفكير الانهزامي.</li> <li>- التعرف على نقاط القوة.</li> </ul>	ساعتان	إبطال الأفكار غير العقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية	الخامسة + السادسة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- التعريف بمفهوم إعادة الهيكلة المعرفية.</li> <li>- دور التعميم الزائد في الهيكلة المعرفية.</li> <li>- تحديد خطوات التشوهات المعرفية.</li> <li>- التدريب على الاسترخاء.</li> </ul>	ساعتان	إعادة الهيكلة المعرفية لمفهوم قلق المستقبل والتدريب على الاسترخاء.	السابعة + الثامنة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- توضيح مفهوم مشاعر فقدان، والأعراض المصاحبة له.</li> <li>- توضيح مراحل الحزن.</li> </ul>	ساعتان	مفهوم مشاعر فقدان وكيفية التعامل معها	التاسعة

الأهداف	الزمن	عنوان الجلسة	رقم الجلسة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- التعرف على أهم الأمور التي تساعد في التعامل مع الخسارة.</li> <li>- إيقاف الأفكار السلبية والتخلص منها.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- قيام كل مشاركة بالتعبير عن المشاعر الخاصة بها.</li> <li>- استعراض الحسائر الأولية والثانوية.</li> <li>- اكتشاف أصعب اللحظات التي عايشتها المشاركة بعد الفقدان.</li> <li>- مواجهة الأفكار والعواطف التي يتم تجنبها.</li> </ul>	ساعتان لكل جلسة	مساعدة المشاركات على تقبل الخسارة	العاشرة + والحادية عشر
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مراجعة الحدث مرارًا وتكرارًا.</li> <li>- الحديث عن تجارب المشاركات لخلق المعنى.</li> <li>- تمكين المشاركات من إعادة تقييم تأثير الشخص الغائب في الحياة.</li> <li>- الاستبصار بالعواطف الحالية وإدراكها.</li> <li>- التدريب على مهارات حل المشكلات.</li> </ul>	ساعتان لكل جلسة	استيعاب معنى الخسارة والحصول على المعنى	الثانية عشر

الأهداف	الزمن	عنوان الجلسة	رقم الجلسة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- التعرف على طرق تنمية الذات.</li> <li>- التعرف على النصائح التي تساعد على تطوير الذات.</li> <li>- استراتيجيات التكيف مع الضغوط.</li> </ul>	ساعتان	التركيز على التنمية الذاتية	الثالثة عشر
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مفهوم الضغط النفسي ومصادره.</li> <li>- أعراض الضغط النفسي.</li> <li>- أنواع الضغوط النفسية.</li> <li>- التعامل مع الضغوط النفسية.</li> </ul>	ساعتان	فاعلية العلاج الانفعالي السلوكي العقلاني في إدارة الضغوط النفسية	الرابعة عشر
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعليم المشاركات مهارات التعامل المعرفية مع قبول الوضع الراهن.</li> <li>- ممارسة تجارب الاسترخاء.</li> <li>- السماح للاختلافات الفردية بين المشاركات بالظهور.</li> <li>- توضيح تقنية تمارين المجازفة.</li> </ul>	ساعتان	خطوات التفكير الإيجابي ومهاراته والتقليل من الانفعالات السلبية	الخامسة عشر

الأهداف	الزمن	عنوان الجلسة	رقم الجلسة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- التعرف على مفهوم الصلابة النفسية.</li> <li>- التعرف على أساليب المواجهة الخاصة بالمشاركات.</li> <li>- تقييم مدى فعالية اساليب المواجهة المتبعة في التكيف.</li> <li>-الشرح حول تقنية تمارين القوة ومهاجمة الخجل.</li> </ul>	ساعتان	فحص الدفاعات والتعرف على أساليب المواجهة وتعزيز الصلابة النفسية	السادسة عشر
<ul style="list-style-type: none"> <li>- توضيح مفهوم نوعية الحياة وأبعادها.</li> <li>- مقومات نوعية الحياة.</li> <li>- معوقات نوعية الحياة.</li> <li>- مجالات نوعية الحياة.</li> </ul>	ساعتان	نوعية الحياة، وأبعادها وعناصرها	السابعة عشر
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعريف الدعم الاجتماعي وأهميته.</li> <li>- أبعاد الدعم الاجتماعي وكيفية المحافظة على شبكة الدعم الاجتماعي.</li> <li>- مفهوم المرونة النفسية.</li> </ul>	ساعتان	أهمية الدعم الاجتماعي في تحقيق المرونة النفسية بعد الإجهاد	الثامنة عشر
<ul style="list-style-type: none"> <li>- طرق بناء المرونة النفسية</li> <li>- مفهوم الأزمة النفسية.</li> <li>- المفاهيم المرتبطة بالأزمة النفسية.</li> </ul>	ساعتان	الأزمات النفسية وكيفية التعامل معها، وطريقة (ABC) لمعالجة الأزمات	التاسعة عشر

الأهداف	الزمن	عنوان الجلسة	رقم الجلسة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- أنواع الصدمات التي تولد الأزمات.</li> <li>- مراحل الأزمة النفسية.</li> <li>- أسس التعامل مع الأزمة.</li> <li>- سيكولوجية إدارة الأزمات.</li> <li>- طرق التعامل مع الأزمة النفسية.</li> <li>- شرح طريقة (ABC) في التعامل مع الأزمات ومعالجتها.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تقييم البرنامج الإرشادي من وجهة نظر المشاركين.</li> <li>- تقييم مدى التحسن الذي شعرن به بعد المشاركة في جلسات البرنامج.</li> <li>- إجراء القياس البعدي.</li> </ul>	ساعتان	إجراء القياس البعدي	عشرون

الجلسات:

الجلسة الأولى

الزمن (120) دقيقة.

الهدف العام: التمهيد، التعرف على مكان تطبيق البرنامج.

الأهداف الفرعية:

- حصر عدد المشاركات في البرنامج من النساء الأرامل التابعات لجمعية المركز

الإسلامي - فرع الوسطية (35) دقيقة.

- التعرف على أفراد مجمع الدراسة (25) دقيقة.

- إبرام العقد السلوكي الذي يتم التعهد فيه على التزام جميع الأطراف بالبرنامج.

- إجراء التطبيق القبلي (60) دقيقة.

المواد والأدوات المستخدمة:

ورق - أقلام - مقياس قلق المستقبل - قياس مشاعر فقدان - مقياس نوعية

الحياة - العقد السلوكي.

إجراءات تنفيذ الجلسة:

1 - حصر عدد المشاركات في البرنامج من النساء الأرامل التابعات لجمعية المركز

الإسلامي فرع الوسطية (35) دقيقة.

تقوم الباحثة بزيارة المركز وهي عبارة عن زيادة ميدانية لجمعية الخدمات المجتمعية

في منطقة الوسطية وهي الجمعية التي سيتم فيها إجراء الدراسة من أجل حصر أعداد

النساء الأرامل التابعات لجمعية المركز الإسلامي واللواتي سيتم تطبيق الاختبار القبلي

عليهن وتقديم خطاب رسمي لمدير الجمعية والحصول على موافقة خطية منه.

## 2- التعرف على أفراد مجتمع الدراسة (25) دقيقة.

تقوم الباحثة بالتقاء أفراد المجتمع من النساء الأرامل واللواتي سيخضعن للقياس القبلي وذلك بهدف التهيئة وتعريفهن بأنه سيتم تطبيق المقاييس عليهن، وذلك بعد الترحيب بهن والتوضيح لهن أن الهدف من الدراسة هدف علمي فقط لاستكمال متطلبات الحصول على درجة علمية.

## 3- إجراء التطبيق القبلي (60) دقيقة

تبين الباحثة الهدف من القياس القبلي الذي سيتم تطبيقه على أفراد عينة الدراسة والتي ستخضع للبرنامج ومن ثم تقسم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة.

إعطاء الواجب البيتي: حيث يتم توزيع دفاتر على المشاركات في المجموعة التجريبية بهدف تدوين آرائهن حول كل جلسة من جلسات البرنامج والهدف من ذلك؛ هو تقديم التغذية الراجعة وكذلك تدوين الأفكار والمشاعر ومقدار استفادتها من الجلسة.

- إنهاء الجلسة والتذكير بموعد الجلسة القادمة.

## الجلسة الثانية

### الزمن (120) دقيقة

الهدف العام: التعارف بين أفراد المجموعة التجريبية وتعريفهم بمحتوى البرنامج والتعليقات الخاصة بالجلسات الإرشادية.

### الأهداف الفرعية:

- تتعرف المشاركات على بعضهن البعض والتعرف على الباحثة (30) دقيقة.

- التعرف على بعض الأسس والمعايير التي ستحكم عمل المجموعة، وتحديد توقعات أفراد المجموعة التجريبية والتعاقد معهم (30 دقيقة).

- التعرف على نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (60 دقيقة)

المواد والأدوات المطلوبة للجلسة: عرض بوربوينت، ورق، أقلام، ورقة التعاقد بين الباحثة والمشاركات

المواد والأدوات المطلوبة: عرض بوربوينت، أسلوب المحاضرة، المناقشة الجماعية. إجراء تنفيذ الجلسة:

الهدف (1):

- تقوم الباحثة بالتعريف بنفسها وتقوم المشاركات في المجموعة التجريبية بالتعرف على بعضهن البعض (35).

- الطلب من أفراد المجموعة تقديم أنفسهم؛ بهدف التعارف على الاسم والمهنة والمستوى التعليمي، مدة الترميل، عدد الأولاد إن وجد، مكان الإقامة الهوايات، .... الخ) وتستمر هذه العملية حتى الانتهاء من جميع أفراد المجموعة التجريبية وذلك بهدف تقوية جو الألفة والتماسك.

الهدف (2):

- التعرف على الأسس الخاصة بالإرشاد الجماعي؛ وأولها مفهوم الإرشاد الجماعي والأسس التي يقوم عليها وأخذ موافقة المجموعة التجريبية (30 دقيقة).

- التوضيح للمشاركات بأن الإرشاد الجماعي هو إرشاد عدد من الأفراد الذين يُفضل أن تتشابه مشكلاتهم؛ وهو عبارة عن عملية مساعدة موجهة لمساعدة عدد من الأفراد على فهم سلوكهم وسلوك الآخرين بشكل أفضل، في نفس الوقت يتم تعديل اتجاهاتهم وقيمهم ومن الجدير بالذكر أن الإرشاد الجماعي يركز على المشكلات الشخصية بالأفراد التي تتعلق بحياتهم الخاصة.



- التوضيح للمشاركات بأن من أهم أسس الإرشاد الجماعي؛ هو إرشاد عدد من الأفراد الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم وهو عبارة من عملية مساعدة موجهة لمساعدة عدد من الأفراد على فهم سلوكهم وقيمهم ومن الجدير بالذكر أن الإرشاد الجماعي يركز على المشكلات الشخصية بالأفراد التي تتعلق بحياتهم الخاصة.

- التوضيح للمشاركات بأن من أهم أسس الإرشاد الجماعي؛ بأن جميع المشاركات في المجموعة هن أعضاء في مجموعة تؤثر وتتأثر بها.

- الحاجة للأمن والتقدير مطلب أساسي في معايير الجماعة.

- التعاون والانسجام مع الآخرين.

- تبصير المشاركات بأنفسهم والوعي بسلوكياتهن وفهم الذات.

- رغم وجود الفروق الفردية إلا المشاركات في المجموعة التجريبية قد تتشابه أنماط حياتهن وقد تتشابه بعض المشكلات والاضطرابات لديهن.

- ضرورة التأكيد على مشاركة جميع أعضاء المجموعة التجريبية بما لديهن من أفكار وتوقعات حول الإرشاد الجماعي ومناقشة وجهة نظر المشاركات ومناقشة توقعاتهن وتعزيز الصحيحة ثم يتم مناقشة مسؤوليات المشاركات وحقوقهن ويتم توزيع ورقة التعاقد الإرشادي وتوقيعها.

- الاتفاق على المكان وهو مقر جمعية المركز الإسلامي في مركز الخدمات المجتمعية في منطقة قميم، لواء الوسيطة وتحديد مواعيد اللقاء مع التأكيد على أهمية الالتزام والمواظبة والتأكيد على قضية السرية المطلقة والثقة والجو الإيجابي الآمن الودي المتعاون وأهمية توفير مساحة للتعبير عن المشاعر والانفعالات الإيجابية والسلبية.

الهدف رقم (3):

- أن يقوم أعضاء المجموعة التجريبية بالتعرف على نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (60) دقيقة.

- التوضيح للمشاركات بالبرنامج الإرشادي والنظرية التي سيتم الاستناد إليها وهي نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتي عمل ألبرت أليس (Ellis) على تطويرها والتي تنظر إلى الإنسان على أنه يولد ولديه ميل للتفكير بطريقة عقلانية وبطريقة غير عقلانية، كما وتحدث أليس عن أحد عشر فكرة غير عقلانية هي السبب في حدوث الضيق والقلق والتوتر لدى الفرد، وهي:

- 1- من الضروري أن يكون الشخص محبوباً من جميع المحيطين به.
  - 2- يجب أن يكون الفرد على درجة كبيرة من الكفاءة والإنجاز ليصبح شخصاً ذو أهمية.
  - 3- من المصيبة أن تسير الأمور على غير ما يريد المرء لها.
  - 4- التعاسة تنتج من ظروف خارجية لا يتحكم بها الفرد.
  - 5- الأشياء الخطيرة والمخيفة تستحق الانشغال الكبير بها ولا بد من التوقع الدائم لها.
  - 6- تفادي بعض المسؤوليات الشخصية والصعوبات أسهل من مواجهتها.
  - 7- من الضروري أن يكون هناك من هو أقوى مني استند عليه.
  - 8- تأثير الماضي لا يمكن استبعاده.
  - 9- هناك حل كامل ونموذجي لكل مشكلة ويجب إيجاده.
  - 10- بعض الناس يتصرفون بشكل سيء وشرير لذا فهم يستحقون العقاب.
  - 11- على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من أحداث.
- وهذه الأفكار لخصها أليس في:

- يجب أن يكون أدائي ممتازاً على الدوام وأن أكون محبوباً من الجميع.
- يجب أن يعاملني الآخرون برفق وعدل وإن لم يفعلوا ذلك فلن أتحمل سلوكهم

وسيكونوا أشخاصًا سيئين.

- يجب أن يتعامل العالم معي بشكل طيب وأن يمنحني كل شيء أريده فورًا وإلا فإنه يصبح عالمًا كريهاً.

- (تفسير النظرية للاضطراب)

- (العلاقة بين الأحداث والتفكير والنتائج)

1- اقترح أليس النموذج (ABC)

**A (Activating Events) الحدث:** حدث يحدث في البيئة (غير مرغوب فيه) ومن الممكن أن يكون

• داخلي أو خارجي

• الماضي، الحاضر، المستقبل.

• حقيقة أو متخيلة.

**B (Beliefs) المعتقدات:** الاعتقاد لديك حول الحدث الذي حدث، أو الأفكار المتعلقة بالحالة.

**C (Consequences) النتيجة:** الاستجابة العاطفية، كيف نشعر أو نتصرف بناءً على هذه المعتقدات

المشكلة ليست في (A) ولكن في (B) ثم طور أليس النموذج ليصبح (ABCDEF) والتي تمثل الحروف الثلاثة الجديدة الأسلوب الإرشادي العلاجي كالتالي:

**D Disputation:** أي المجادلة: وهنا يتم تشجيع العملاء على النضال الفعلي.

**E Effect:** تضمن التأثير الجديد للمعتقدات واستبدالها بمعتقدات أكثر كفاءة.

**F Feeling:** فهو يتضمن المشاعر الجديدة

## أهداف العلاج:

الغرض الأساسي من العلاج؛ هو إزالة أو خفض الأفكار غير المنطقية لدى المسترشد.

## عملية العلاج:

العملية تتلخص بمعالجة اللامعقول بالمعقول أي مساعدة المسترشد على التخلص من الأفكار غير المنطقية (اللاعقلانية) وإحلال الأفكار المنطقية (العقلانية) بدلا عنها.

وذلك من خلال الخطوات التالية:

الخطوة الأولى: تبين الباحثة للمشاركات أن أفكارهن غير منطقية ثم توضح لهن أن العلاقة بين الأفكار غير المنطقية واستمرار تعاستهن واضطرابهن مستمرة.

الخطوة الثانية: تبين لهن أيضاً أن استمرار اضطرابهن نتيجة لاستمرارهن في التفكير غير المنطقي أي أفكارهن (اللاعقلانية).

الخطوة الثالثة: تجاوز التعامل مع الأفكار المحدودة وتناول الأفكار العامة وتبني فلسفة للحياة أكثر عقلانية حتى لا تكون ضحية لتلك الأفكار مرة أخرى.

إنهاء الجلسة: عمل تلخيص لما دار في الجلسة وإعطاء واجب بيتي وهما كما يلي:

أطلب من المشاركات اختيار (المشكلة) أو الحدث الذي يجعلها تشعر بالقلق تجاه المستقبل وتسجيل المعلومات التالية:

المشكلة (الحدث): .....

أفكار: .....

المشاعر: .....

السلوك: .....

الآثار: .....

## الجلسة الثالثة

الزمن (120) دقيقة

الهدف العام: أن يتعرف أعضاء المجموعة التجريبية على المشاعر والخبرات المرتبطة بقلق المستقبل.

### الأهداف الفرعية:

1 - مناقشة الواجب البيتي المعطى في الجلسة السابقة وهو تسجيل موقف أو حدث تشعر تجاهه بالضيق والتوتر وتسجيل المشاعر المرافقة لهذا الموقف بدقة والسلوكيات (20 دقيقة).

2 - التعرف على مفهوم قلق المستقبل أسبابه، أغراضه، مظاهره، كيفية التعامل معه (40 دقيقة).

3 - تقوم كل مشاركة بتحديد مخاوفها المتعلقة بالمستقبل وذلك من شرح لأهم معتقداتهم وتصوراتهم المستقبلية (20 دقيقة).

4 - التوضيح للمشاركات فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في التدريب على التمييز بين المشاعر السليمة والمشاعر السلبية غير الصحية (30 دقيقة).

5 - إعطاء الواجب البيتي (10 دقائق).

المواد والأدوات المطلوبة: مطوية عن قلق المستقبل، مثلث التفكير المعرفي، الحوار والمناقشة، عرض بوربوينت، المحاضرة.

### إجراءات تنفيذ الجلسة:

هدف رقم (1):

1- يتم مناقشة الواجب البيتي في ضوء مثلث التفكير المعرفي A-B-C والذي سبق وأن تمت الإشارة إليه (20 دقيقة).

## هدف رقم (2)

- تعريف قلق المستقبل على أنه التفكير كثيراً في شيء سيء يمكن أن يحدث، وأن الجميع قلق في بعض الأحيان لكن القلق المفرط أمر مزعج ويزيد من صعوبة التفكير بوضوح في الموقف.

- بعد ذلك الانتقال للحديث عن كيفية تفسير المعرفيون للقلق؛ حيث يرى المعرفيون أن الأفكار بحد ذاتها هي سبب للقلق فالعامل الرئيسي لنشوء القلق لدى الأفراد هو عملية التفكير بحد ذاتها والتي تبتدئ بالحديث السلبي مع الذات وهنا تبدأ المعلومات المهددة للذات وللعالم الخارجي والبيئة والمستقبل بالتوافد ويعتمد القلق على الأهداف التي يختارها الفرد لذاته وأهمية هذه الأهداف وهل من الممكن بلوغها والوصول إليها.

- العرض أمام المشاركات تعريف قلق المستقبل من وجهة نظر (زالكسي وشقير وزيدان) وعدد من المنظرين في هذا الميدان.

## مظاهر قلق المستقبل:

أولاً: المظاهر المعرفية: ترتبط المظاهر المعرفية بتفكير الفرد وما يدور في ذهنه من أفكار ويتراوح تفكير الفرد في هذا الجانب ما بين التفكير العميق والسطحي انطلاقاً من طبيعة القلق؛ هل هو قلق خفيف أم شديد فقد تتاب الفرد أفكاراً حادة تصل إلى درجة التشاؤم.

ثانياً: المظاهر السلوكية: ترتبط المظاهر السلوكية بالعديد من سلوكيات الأفراد التي قد تظهر بأشكال مختلفة كتجنب المواقف التي قد تثير القلق والابتعاد عنها، وقد تبدو على شكل انسحاب من العديد من المواقف التي تسبب القلق والتوتر وبالالتجاه الآخر قد تأخذ أشكالاً عدوانية كعدم القدرة على السيطرة على السلوكيات

والتصرفات التي قد تظهر على شكل انفعالات واضطرابات واضحة في تصرفات الفرد نتيجة للتوتر وانشغال التفكير بمواضيع قد ترتبط بمستقبله.

ثالثاً: المظاهر الجسدية: تبرز هذه المظاهر نتيجة للتفاعلات الناتجة عن تفكير الفرد وسلوكياته وتظهر على شكل ردود فعل فسيولوجية كتوتر العضلات والصداع وجفاف الحلق وتسارع نبضات القلب، وارتفاع ضغط الدم بالإضافة إلى الاختلاف في ملامح الوجه الذي يوحى بوجود القلق والتوتر لدى الفرد.

### العوامل المسببة للقلق:

أولاً: العوامل الذهنية / البدنية: حيث يهتم الأفراد بمظهرهم المادي أكثر من أي جانب آخر، والإناث يشعرن بالانزعاج أكثر من الذكور وبعض الأعراض الفسيولوجية كانت إشارات على العبء الذهني الزائد، وتضمنت الإشارات الأخرى التعب والإحباط والتوتر وعدم الرضا عن العلاقات الشخصية وهذه العوامل الذهنية والمسببات التي تنشأ عن التفكير بالمظهر الجسمي تؤدي إلى القلق المستمر.

ثانياً: عوامل عائلية: حيث تتميز العائلات ذات النزاعات المستمرة بنقص الاتصال بين أفرادها وعدم الفهم الجيد لتوقعات الآخرين؛ وهذا يؤدي إلى سوء الفهم بين أفراد العائلة مما يؤثر بشكل سلبي على حياة الفرد ومستقبله.

ثالثاً: العوامل المدرسية: تعد العوامل المدرسية مصدرًا للقلق بين الطلبة ويأتي مثل هذا القلق من كثرة الواجبات أو عدم الرضا عن الأداء الأكاديمي والتحفيز للاختبارات.

رابعاً: عامل العلاقة: يرغب أغلب الأفراد بتطوير علاقات مع الآخرين ومع القدرة على إنشاء مثل هذه العلاقات لا يعرف العديد من الأفراد ما الذي يجب القيام به عندما يواجه الآخرون مما يؤدي بهم إلى الخشية من فقدان الأصدقاء وطبيعة العلاقة

مع الآخرين؛ وهذا يؤدي إلى التسبب بمزيد من القلق لدى الأفراد.

خامسًا: عوامل اجتماعية: إن تقدم الحضارات والتطور الحاصل في المجتمعات يتعين على الفرد أدوار متعددة من أجل مواكبة التطور وقد يتواجد القلق في كل مكان في الحياة الحديثة أيضًا نقصان المرونة لدى الأفراد في التعامل مع ظروف الحياة المختلفة.

وهناك أسباب أخرى تؤدي إلى قلق المستقبل عند الفرد؛ تتمثل بعدم القدرة على التكيف مع الصعوبات والمشكلات التي يعاني منها الفرد وعدم القدرة على فصل التوقعات عن الواقع وإمكانياته وقدراته بالإضافة إلى ضعف البناء الأسري وعدم الشعور بالانتماء للأسرة والمجتمع وفقدان الأمن النفسي والاجتماعي.

- بعد ذلك يتم تناول تجارب المشاركات حول قلق المستقبل

- يتم تطبيق نموذج A - B - C على قلق المستقبل بناءً على تجربة واقعية من حياة المشاركات؛ وذلك بالتوضيح للمشاركات أنه وفقًا لهذا النموذج في النظرية المعرفية فإن تأثير أفكارنا يمكن أن يكون على حياتنا المادية ويمكن توضيح الاستجابات السلوكية والعاطفية لحالة معينة باستخدام A - B - C.

A : الحدث Activating Event

B : Beliefs أفكار متعلقة بالحالة

C : Consequence كيف نشعر أو نتعرف بناء على هذه المعتقدات.

الهدف رقم (3):

- الطلب من كل مشاركة القيام ببناء هرم للمخاوف المستقبلية الخاصة بها والمتعلقة بالمستقبل بهدف التعرف على أهم المخاوف المتعلقة بالمستقبل الخاصة لكل مشاركة.

- ترتيب هذه المخاوف تدريجياً بدءاً من مخاوف قريبة المدى وانتهاءً بمخاوف بعيدة المدى؛ وذلك بهدف تحقيق الاستبصار بالمخاوف.



## الهدف رقم (4):

- تدريب المشاركات على التمييز بين المشاعر السليمة والمشاعر السلبية (30 دقيقة).

1 - التدريب على التمييز بين المشاعر السليمة والمشاعر السلبية غير الصحية مثال:  
عندما ترى شيئاً في حياتك مؤسفاً مثل فقدان عزيز، أو فقدان وظيفة تخيل أن هذا الحدث يحدث ماذا تقول لنفسك.

قد تقول: لن يحدث هذا الشيء المؤسف ولكن إن حدث يمكنني أن أتحمّله، مثال  
إذا مرض صديقي إذا فقدت بصري (سيكون ذلك عائقاً استثنائياً) ولكن لا يزال  
بإمكاني التمتع بالعديد من الأشياء حولي ثم راقب المشاعر المرافقة لها.

2 - هل يمكن للتفكير العلمي أن يزيل بؤسك العاطفي؟

يمكنك معرفة المنطق المطلق بأنه إذا كنت فقط مستعداً للبقاء مع رغباتك  
وتفضيلاتك وإذا لم تكن أبداً ولا تقصد أبداً أن تتعد عن مطالب غير واقعية بأن  
رغباتك يجب أن تتحقق.

مثال: أنا شخص أقل شأنًا لأنني لا أحصل على ما أريد والعالم مكان فظيع لعدم  
إعطائي ما يجب أن أكون أنا متأكد أنني لن أحصل على ذلك وبالتالي لن أكون سعيداً،  
عندما تفكر بهذا الجمود يجب أن يكون لديك طريقة تهكمية ستتغير.

إنهاء الجلسة: يتم عمل تلخيص لما دار في الجلسة وإعطاء واجب بيتي يتضمن  
الطلب من المشاركات تسجيل موقف أو حدث تشعر تجاهه بالضيق والتوتر وتسجيل  
المشاعر المرافقة لهذا الموقف بدقة وتسجيل السلوك الذي قامت به تجاه هذا الحدث،  
وفقاً للنموذج التالي:

المشاعر:	فرح	شجاعة	أمل	أمان
حماس	فخر	محنة	هدوء	
ارتياح	عطف	مفاجئة	حيرة	
ارتباك	تردد	عدم ارتياح	ملل	
تعب	فرغ الصبر	خوف	قلق	
توتر	خجل	غضب	دهشه	
ضغط	ضيقة	صدر	وحدة	
خيبة أمل	ألم	حنين	إحباط	
لامبالاة	استياء	شك	كراهية	
عدم ارتياح	غيرة	تأنيب	ضمير	
			كآبة	

مشاعر أخرى:

الأفكار التلقائية

نمط التفكير:

تعميم مبالغ

فترة

تضخيم الأمور

طريقة التفكير (كل شيء أو لا شيء)

قراءة الأفكار

وسم النفس

اسقاط أهمية الإيجابيات

تكهن بالغيبيات

ما يجب وما ينبغي

أخذ الأمور على محمل شخصي

الأفكار البديلة:

- التذكير بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الرابعة:

الزمن (120) دقيقة

الهدف العام: التعرف على المواقف المسببة لقلق المستقبل والتدرب على التعامل معها.

الأهداف الفرعية:

- 1- مراجعة الواجب البيتي (20 دقيقة).
- 2- تدريب المشاركات على كيفية التعامل مع التفكير القلق (40 دقيقة).
- 3- التوضيح للمشاركات حول سلوكيات الأمان (50 دقيقة).
- 4- عمل ملخص للجلسة وإعطاء الواجب البيتي (10 دقائق).

المواد والأدوات المستخدمة:

- المناقشة الفعالة.

- المحاضرة

- سلوكيات الأمان.

إجراءات سير الجلسة:

هدف رقم (1)

- مراجعة الواجب البيتي وفق مثلث التفكير المعرفي (20 دقيقة).

هدف رقم (2)

- يتم التوضيح للمشاركات أهمية محاولة أشياء جديدة في الحياة والانتقال بالمواقف والظروف إلى أماكن جديدة والسماح بارتكاب الأخطاء وأهمية استمرارية التعلم على مدى الحياة، والتكيف مع الظروف ومجاراتها والتعلم منها والتشجيع على مواجهة التحديات الصعبة وعدم تجنبها فالتجنب هو تعزيز لقلق المستقبل وبدلاً عن التجنب فإنه لا بد من التعامل مع الفكر القلق.

- تدريب المشاركات على كيفية التعامل مع الفكر القلق باتباع الخطوات التالية:

الخطوة الأولى: ملاحظة أفكارهن الخائفة، عندما تشعر بالقلق فإننا عادة ما نقول

لأنفسنا هذين الأمرين:

1- شيء سيء يحدث على الأرجح.

2- إذا حدث شيء سيء فلن أستطيع التعامل معه.

الخطوة الثانية: مواجهة المخاوف والتغلب عليها:

مواجهة الموقف أو التعرض له حيث أن أفضل وأسرع طريقة لتجاوز القلق؛ هو

مواجهة الحالات التي تخيفك ومواجهة الأفكار من خلال محاولة كل مشاركة قول شيء لنفسها يساعدها على الشعور بالشجاعة وفعل ما تريد فعله مثل

1. مواجهة قلقي سيساعدني في التغلب عليه وتحقيق أهدافي	الممارسة الدائمة تجعلها أسهل	أستطيع التغلب على قلقي فقد تغلبت على عدة أشياء في السابق سأفعلها مرة أخرى
2. إذا كان هناك شيء سيء يحدث، سأستطيع التعامل معه	ليس من المرجح حدوث شيء سيء	أستطيع فعلها مرة أخرى

- تذكير المشاركات بأن مشاعر القلق هي مشاعر مفيدة وهذه المشاعر إذا كانت ضمن الحد الطبيعي دليل على أن الجسم والدماغ يستعدان لأداء أفضل ما لديهما، وقلق المستقبل ما هو إلا شكل من أشكال الإثارة.

- كما أن هناك أسئلة لتحدي الأفكار الخاسرة وهي:

- هل أنا متأكد من أن شيء سيء سيحدث؟

- هل حدث من قبل؟

- ماذا يمكن أن يحدث على عكس ما اعتقدت في البداية؟

- هل حدث هذا الشيء لأي شخص أعرفه؟

- كم مرة حدث من قبل؟

- هل هناك دليل قطعي على أنه أكيد الحدوث؟

الهدف رقم (3):

الحديث عن تنقية سلوكيات الأمان ما هي: (50 دقيقة)

إنها أمور تقوم بها لتقليل إحساسك بأنك في خطر، إن سلوكيات الأمان عبارة عن

مواقف تقوم لتحمي نفسك من المخاطر وهي تقلل الثقة بالنفس على المدى البعيد؛ لأنها تبعث لك رسالة بأنك تحتاج للحماية طوال الوقت وأنتك لن تكون آمنًا إذا لم تقم بما يحميك، إن سلوكيات الأمان تجعل المشكلة مستمرة حيث أنها تمنعك من تعلم أن المخاطر التي تخشاها خيالية أكثر من كونها واقعية كما أنها تزيد الموقف سوءًا وهنا فإن سلوكيات الأمان هي الخطوات التي تقوم بها وتجنبك التخلص من قلق المستقبل وتوقع حدوث الأمور السيئة مستقبلاً.

### كيفية التخلي عن سلوكيات الأمان:

**الخطوة الأولى:** أعرف ما تفعله من أجل حل مشكلة سلوكيات الأمان عليك أولاً أن تدركها وأن تسأل نفسك ما هي الأمور التي تقوم بها لتجنب حدوث الأمور السيئة؟

**الخطوة الثانية:** فكر في موقف معين تجده موقفاً صعباً ثم اسأل نفسك ما هو تخمينك لما سيحدث؟ ما هو الأمر الذي تخشى أن يسير بشكل سيء؟ ماذا سيحدث إذا لم تقم بحماية نفسك إن أهم سؤال عليك أن تجيب عليه هو ما أسوأ ما قد يحدث لك؟

**الخطوة الثالثة:** قرر التخلي عن استخدام السلوكيات الآمنة: اختر إحدى سلوكيات الأمان التي أدرجتها في قائمتك وطبقها على نفسك؛ إن الهدف من ذلك هو اختبار ما سيحدث إذا تخليت عن سلوكيات الأمان وهي أفضل طريقة لمعرفة ما إذا كان الخطر الذي تخشاه حقيقياً.

**الخطوة الرابعة:** فكر فيما حدث فعلياً بعد تغييرك لطريقتك وإيقافك لسلوكيات الأمان ماذا لو حدث الأمر الذي تخشاه؟ إن التخلي عن سلوكيات الأمان سيشعرك بالخطر سيتطلب منك الأمر شجاعة كبيرة لأنك ستعتقد دائماً أن الأمور التي تخشاها ستقع فعلياً.

#### الهدف رقم (4)

- في نهاية الجلسة سيتم عمل تلخيص لما جرى فيها وإعطاء واجب بيتي.

إعطاء الواجب البيتي:

الطلب من المشاركات تسجيل حدث يستدعي إزائه قلق المستقبل والإجابة عن الأمثلة التالية:

الحدث الذي يستدعي قلق المستقبل .....

أجب عما يلي:

1. ما هو أسوأ ما يمكن أن يحدث في هذا .....

2. ما هو احتمال أن يحدث .....

3. تقييم الأدلة ضده وضد احتمالية حدوث هذا الشيء .....

الجلستين: الخامسة والسادسة

الزمن: (240 دقيقة)

الأهداف العامة: إبطال الأفكار غير العقلانية المرتبطة بقلق المستقبل واستبدالها

بأفكار عقلانية: (120 دقيقة)

الأهداف الخاصة:

- مراجعة الواجب البيتي (20 دقيقة).

- شرح المعتقدات غير العقلانية الثلاث التي تحدث عنها أليس (Ellis) في العلاج

العقلاني الانفعالي السلوكي والتي تسبب في حدوث المعاناة الإنسانية (40 دقيقة).

- التغلب على التفكير الانهزامي (40 دقيقة).

- التعرف على نقاط القوة (20 دقيقة).

- إعطاء الواجب البيتي (5 دقائق).

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، لعب الدور، الحوار والمناقشة، الحديث الذاتي الإيجابي، توزيع كتاب مترجم بعنوان أنا بخير، كيف تجتاز الأوقات الصعبة للمؤلف ايوهو أوكاوا وترجمة عمر سعيد الأيوبي.

### إجراءات تنفيذ الجلسة:

#### الهدف رقم (1)

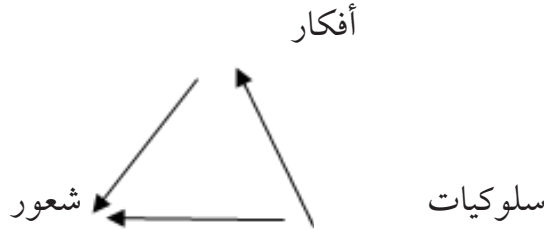
- الترحيب بالمشاركات ويتم مناقشة الواجب المنزلي (20 دقيقة).

- إعطاء شرح موجز عن مجريات الجلسة الإرشادية.

#### الهدف رقم (2)

التوضيح للمشاركات أن استمرار أفكارنا غير المفيدة والتي تسبب انزعاج عواطفنا وسلوكياتنا وبالتالي تحافظ على استمرار المشكلة السريرية وأنه لا بد من الاعتراف بأهمية تغيير أفكارنا حتى تتغير مشاعرنا وسلوكياتنا؛ لذا لا بد من الاعتراف بأهمية تغيير عواطفنا وسلوكياتنا.

الحديث مرة أخرى عن مثلث التفكير المعرفي.



- إن تغيير الأفكار يستغرق وقتاً طويلاً وفي النهاية فإن هذه العملية تساعد المشاركات على مواجهة الأفكار السلبية وغير العقلانية وتشجع على استخدام العقل



والعقلانية لاستبدال المعتقدات القديمة بمعتقدات جديدة أكثر إيجابية وأكثر وظيفية.  
- الآن سيتم الوصول إلى معتقدات فعالة ومفيدة.

بمجرد أنك تناقشت مع معتقداتك السلبية فأنت جاهز للاستبدال لهم بمعتقدات جديدة أكثر فاعلية أو أكثر فائدة فتصبح التفضيلات بديلاً للمتطلبات.

مثال: التفضيلات هي عندما ترغب في شيء ما أو تريده بشدة ولكنك لا تفعل ذلك طلب ذلك يكون كالتالي على سبيل المثال: أنا حقاً أتمنى لو كان لدي الطاقة التي اعتدت امتلاكها وأن أبذل قصارى جهدي للحصول عليها لكنني يمكنني قبول ذلك بعض الأحيان.

- مكافحة الغضب بدلاً عن الانفعال.

- التسامح مع الإحباط وهذا بديل لعدم تحمل الإحباط.

الهدف رقم (3):

- التعرف على نقاط القوة لدى المشاركات من خلال ما يلي:

تسجيل خمس نقاط قوة تعرفها عن نفسها:

1.

2.

3.

4.

5.

- ما هي نقاط القوة التي ساعدتني على التعامل مع تجربة القلق لدي؟

-

-

-  
- نقاط القوة الجديدة لدي بسبب تجربة تغلبي على قلقي؟

- كيف أشعر حيال نقاط القوة الجديدة؟

- تدريب المشاركات على التمارين الإيجابية: يهدف هذا التمرين إلى جمع الأدلة التي تدعم أو تدحض معتقدات معينة أو إدراكات معينة ويتم تدريب المشاركات من خلال الخطوات التالية:

1 - تحديد الأفكار بشكل دقيق للغاية ووضع علامات سوداء وبيضاء على الأفكار لغايات التصنيف مثال أسود / أبيض أنا ذكي / أنا غبي.

2 - تحديد أفكار بديلة أكثر دقة أو أكثر فائدة .

مثال: لقد ارتكبت خطأ ما ومع هذا أنا لا أزال أتصرف بذكاء.

3 - تعزيز المسؤولية لدى المشاركات؛ أي مسؤولية تبني الأفكار الإيجابية بإضفاء كلمة (أنا) على الأحداث.

- تدريب المشاركات على تمارين إيجابية من خلال الحديث الذاتي الإيجابي مثال: الآخرون خطيرون ولا يمكنني الوثوق بالناس واستبدالها بـ الناس لم يؤذوني.

الهدف رقم (4)

يتم عمل تلخيص لمجريات الجلسة وإعطاء واجب بيتي يتم فيه الطلب من المشاركات تسجيل أفكارهن الخاصة على سجل الأفكار، وفقاً لنموذج التالي:

- a. الموقف
- b. المشاعر (ما الذي تشعر به الآن)
- c. الأفكار التلقائية
- d. نمط التفكير
- e. الأفكار البديلة

### الجلستان السابعة والثامنة

الزمن (240) دقيقة

الهدف العام: إعادة الهيكلة المعرفية لمفهوم قلق المستقبل والتدريب على الاسترخاء

الأهداف الفرعية:

- 1 - مراجعة الواجب البيتي (20) دقيقة.
  - 2 - تعريف المشاركات بمفهوم إعادة الهيكلة المعرفية (15) دقيقة.
  - 3 - الدور الذي يلعبه التعميم الزائد في الهيكلة المعرفية (20) دقيقة.
  - 4 - تقنيات إعادة الهيكلة المعرفية (60) دقيقة.
  - 5 - تحديد خطوات تحديد التشوهات المعرفية (60) دقيقة.
  - 6 - التدريب على الاسترخاء (60) دقيقة.
- المواد والفنيات المستخدمة: أوراق، أفلام، المحاضرة، المناقشة الجماعية، عرض بوربوينت، الحوار السقراطي، تقنية محاكمة الأفكار، الاسترخاء.

## إجراءات تنفيذ الجلسة:

### الهدف رقم (1):

- الترحيب بالمشاركات بداية ثم مراجعة الواجب البيتي ومناقشته.

### الهدف رقم (2):

- التوضيح للمشاركات عن ماهية إعادة الهيكلة المعرفية: وهي عملية علاجية تساعد المشاركة على الاكتشاف والتحدي وتعديل أو استبدال الأفكار السلبية غير المنطقية، هذه التقنية تحتاج إلى مجهود ولكن مع الوقت وباستمرار الممارسة ستجد المشاركة أنه من السهولة تحدي الأفكار والمعتقدات السلبية الخاصة بها.

### الهدف رقم (3):

إن تحويل طريقة التفكير من سلبية إلى إيجابية؛ هو عملية بسيطة لكنها تحتاج للوقت والممارسة وإنشاء عادات جديدة ليسيير عليها الشخص وهناك عدة طرق تساعد على التفكير والتصرف بطريقة أكثر إيجابية:

1 - تحديد النقاط التي يجب تغييرها: إذا كان الشخص راغبًا في أن يصبح أكثر تفاؤلاً وإيجابية عليه أولاً أن يحدد مجالات حياته التي عادة ما تسبب الاحباط والأفكار السلبية سواء كان ذلك العمل والعلاقات الاجتماعية، ثم التركيز على أقل هذه العوامل سلبية ومحاولة التخفيف من أعبائها وسلبياتها قدر المستطاع؛ لتكون ناحية إيجابية وهكذا واحدة فأخرى.

2- الابتسام بشكل أكثر: على الإنسان أن يواجه الحياة بالفرح والإقبال خصوصاً الأوقات الصعبة ومقاومتها بابتسامة وقوة.

3- ممارسة الرياضة لمدة نصف ساعة يوميًا حيث تؤثر بشكل إيجابي على المزاج وتحد من التوتر.

4 - ممارسة حديث النفس الإيجابي: وذلك بأن لا يقول الشخص لنفسه عبارة

جارحة أو سيئة لا يجب أن يقو لها للآخرين وأن يكون لطيفاً ومشجعاً لنفسه وأن يكون شاكراً لجميع ظروف الحياة الجيدة التي مر بها.

5 - التواصل مع أناس إيجابيين: فالأشخاص الإيجابيون هم مصدر دعم وهم مصادر للقوة أما الأشخاص السلبيون فقد يزيدوا مستوى التوتر ويزعزعون الثقة بالنفس والقدرة حل الأزمات.

6 - إجراء تقييم ذاتي دوري خلال النهار: لا بد أن يقيّم المرء نفسه وهل كان يفكر خلال اليوم بطريقة سلبية أو إيجابية فهذه الرقابة الذاتية؛ تساعد على الوعي بأفكاره وإيجاد طريقة للسيطرة على السلبي منها وتطوير التفكير الإيجابي.

- أحد التشويهاات المعرفية الأكثر شيوعاً هو التكبير أو التقليل إلى أدنى حد وهو تشوه ضار يؤثر على كيفية تقييمنا للأشياء التي تحدث لنا وهي الكارثة، التعميم المفرط، التفكير السحري، التخصيص، القفز إلى الاستنتاجات، قراءة العقل، المنطق العاطفي، التفكير بكل شيء أو لا شيء.

الهدف رقم (4):

تقنيات إعادة الهيكلة المعرفية:

1 - الطرح السقراطي: وذلك من خلال طرح الأسئلة كطريقة لاستكشاف الأفكار المعقدة والكشف عن الافتراضات وقد تم اعتماد هذه الفلسفة كطريقة لتحدي التشوهات المعرفية.

أمثلة على الأسئلة السقراطية:

- هل هذا الفكر واقعي؟

- هل استندت أفكارى إلى حقائق ومشاعر؟

- ما هو الدليل على هذا الفكر؟

- هل يمكن أن أكون قد أسأت تفسير الأدلة؟

- هل تفكيري مدعوم بالحقائق؟

2 - محاكمة الأفكار: في هذا التمرين ستتصرف المشاركات كمحامي دفاع ومدعي عام وقاضٍ أولاً ستعمل كل مشاركة كمحام للدفاع عن أفكارها السلبية دوري كباحثة أن أطلب منها أن تقدم حجة لماذا ترى أن أفكارها صحيحة ويجب الالتزام بحقائق قابلة للتحقق ولا يسمح بالتفسير والتخمينات والآراء.

بعد ذلك الطلب من المشاركة أن تقوم بدور المدعي العام، الآن سوف يقدمون أدلة ضد الفكر السلبي تمامًا كما في الخطوة السابقة أطلب منهم الالتزام بالوقائع مع استبعاد الآراء.

أخيراً الطلب من المشاركة أن تتصرف كقاضٍ حيث يقوموا بمراجعة الأدلة وتقديم حكم يجب أن يأتي الحكم في شكل تفكير عقلائي.

الهدف رقم (5):

- خطوات تحديد التشويهاات المعرفية، وهي:

1 - التثقيف النفسي.

2 - زيادة الوعي بالأفكار.

3 - تسجيل الأفكار.

- التقنيات المتبعة:

1 - الحوار السقراطي.

2 - محاكمة الأفكار.

- تلعب الأفكار دوراً هاماً وقوياً في تحديد الكيفية التي سيشعر بها الناس وكيف

يتصرفون فإذا فكر الشخص بإيجابية فإنه يشعر بشكل إيجابي وبالعكس إذا فكر الشخص سلبيًا بشيء فإنه سوف يشعر بالسلبية.

مثال: تخيل أن اليوم هو عيد ميلادك ولم يتصل بك صديقك المقرب فإذا سيطر عليك تفكير بأن صديقك لم يتصل بك؛ لأنه نسي عيد ميلادك لأنه في الأصل لا يكثر بك فإنك حتمًا سوف تشعر بالألم ولكن إذا فكرت بالآتي:

- صديقي نسي عيد ميلادي أنا أراهن أنه لا يعرف عيد ميلاد أحد.

- ربما حدث شيء غير متوقع وهو مشغول.

- تحدثنا منذ يومين لذلك أعتقد أنه ليس من المهم أن يكلمني اليوم.

### الهدف رقم (6)

- تعتبر تقنية الاسترخاء طريقة رائعة من أجل التقليل من أعراض الإجهاد ويمكن أن تساعد تقنيات الاسترخاء على التعامل مع الإجهاد اليومي ومع الإجهاد المرتبط بمشاكل صحية مختلفة.

- فوائد الاسترخاء: تباطؤ معدل ضربات القلب، خفض ضغط الدم، إبطاء معدل التنفس، تحسين الهضم، الحد من نشاط هرمونات التوتر، خفض التعب، الحد من الغضب والإحباط، تعزيز الثقة للتعامل مع المشاكل.

- أنواع تقنيات الاسترخاء:

- استرخاء ذاتي: ويعني شيئًا يأتي من داخل الفرد يمكنك استخدام كل من التصوير المرئي ووعي الجسد لتقليل التوتر، يمكنك تكرار الكلمات أو الاقتراحات الموجودة في ذهنك والتي قد تساعدك على الاسترخاء وتقليل التوتر العضلي على سبيل المثال قد تتخيل وضعًا هادئًا ثم تركز على التحكم في التنفس والاسترخاء أو تباطؤ معدل ضربات القلب أو الشعور بأحاسيس جسدية مختلفة مثل استرخاء الذراع أو الساق واحدة تلو الأخرى.

- استرخاء العضلات التدريجي: في أسلوب الاسترخاء هذا عليك التركيز على التوتر ببطء ثم الاسترخاء في كل مجموعة عضلية.

هذا يمكن أن يساعدك على التركيز على الفرق بين التوتر العضلي والاسترخاء، يمكنك أن تصبح أكثر إدراكًا للأحاسيس الجسدية، في إحدى طرق الاسترخاء العضلي التدريجي يمكنك البدء بتوتر وتخفيف عضلات أصابع قدميك والعمل تدريجيًا في طريقك نحو عنقك ورأسك يمكنك أيضًا البدء برأسك ورقبتك والعمل حتى أصابع قدميك قم بتوتر عضلاتك لمدة خمس ثوان ثم استرخ لمدة 30 ثانية وكرر.

- التصور (التخيل): وهنا يمكنك تكوين صورة عقلية للقيام برحلة بصرية إلى مكان أو وضع هادئ للاسترخاء باستخدام التصور حاول دمج أكبر قدر ممكن من الحواس بما في ذلك الرائحة، البصر، الصوت، اللمس إذا كنت تتخيل الاسترخاء في المحيط على سبيل المثال ففكر في رائحة المياه المالحة وصوت الأمواج المتلاطمة ودفء الشمس على جسمك.

يساعد النفس العميق على التخلص في التوتر والقلق كما يساعد على زيادة التركيز الذهني والشعور بالراحة والهدوء ويساعد على التحكم في الجهاز العصبي اللاإرادي وفي تفرغ الطاقة الضارة بالجسم أيضًا يساعد على المحافظة على أجسامنا بعيدة عن الأمراض، لذلك إذا أردنا أن نتغلب على مشاكلنا سواء عقلية أم جسمانية فيجب أن نبدأ بالتنفس العميق الذي يشعر الإنسان بالراحة والبعد عن القلق.

- التطبيق العملي لأنواع الاسترخاء.

الإنهاء: سيتم عمل تلخيص لمجريات الجلسة وإعطاء الواجب البيتي التالي.



	الفكر:
حجة الادعاء ضد الفكر	حجة الدفاع عن الفكر
القاضي:	

الجلسة التاسعة:

الزمن (120) دقيقة

الهدف العام للجلسة: مفهوم مشاعر فقدان وكيفية التعامل معها.

الأهداف الفرعية:

- مراجعة الواجب البيتي (20 دقيقة)
- توضيح مفهوم مشاعر فقدان، والأعراض المصاحبة لها (20 دقيقة).
- توضيح مراحل الحزن (20 دقيقة).
- التعرف على أهم الأمور التي تساعد في التعامل مع الخسارة (30 دقيقة).
- إيقاف الأفكار السلبية والتخلص منها (30 دقيقة).
- المواد وفتيات المستخدمة: المحاضرة، الحوار والمناقشة، العصف الذهني.

الهدف رقم (1) (20 دقيقة)

- البدء بالترحيب بالمشاركات ومراجعة الواجب البيتي ومناقشته.

## الهدف رقم (2) (30 دقيقة)

- الحديث عن مفهوم مشاعر الفقدان: وهي مجموعة من المشاعر من الحزن العميق. والحزن؛ هو عملية طبيعية مؤلمة وشخصية وطبيعية يسمح للحزن للشخص بالتصالح مع خسارة كبيرة لشخص فقدته وإعادة إدراك واقعة الجديد بدون ذلك الشخص.

الأعراض المصاحبة للفقدان والكآبة المؤلمة، انخفاض كبير في الاهتمام بالأمور المرتبطة بالآخرين والعالم الخارجي فقدان القدرة على الحب وعدم الاهتمام بالأشياء التي لا تتعلق بالمتوفى، الإحساس بعدم الواقعية، التركيز على صور المتوفى صعوبات جسدية، توتر قلق، نفاذ صبر.

## الهدف رقم (3) (30 دقيقة)

مراحل الحزن: هناك أربعة مراحل للحزن وهي:

1- الإنكار: عندما تتعرف على الخسارة للمرة الأولى من الطبيعي أن تفكر (هذا لا يحدث) قد تشعر بالصدمة أو الخدر، إنها آلية دفاعية للتعامل مع الاندفاع العاطفي الساحق.

2- الغضب: بالتأثر بالواقع فإنك تواجه ألم فقدانك، قد تشعر بالإحباط والضجر هذه المشاعر تتحول في وقت لاحق إلى غضب قد توجهه إلى أشخاص آخرين أو قوى أعلى أو الحياة بشكل عام أو تجاه المتوفى نفسه لأنه رحل وتركك وحيداً.

### 3- المساومة

4- الاكتئاب: يبدأ الحزن عندما تبدأ بفهم الخسارة وأثرها على حياتك، علامات الاكتئاب تشمل البكاء، ومشاكل النوم، وانخفاض الشهية، قد تشعر بالإرهاق والندم والوحدة.

5- القبول: في هذه المرحلة النهائية من الحزن قد تقبل حقيقة خسارتك ولا يمكن تغييرها على الرغم من أنك ما زلت تشعر بالحزن إلا أنك قادر على البدء في المضي قدماً في حياتك.

- ليس هناك مقدار طبيعي من الوقت للحزن، ولكن الشفاء من مشاعر فقدان يعتمد على شخصيتك وعمرك ومعتقداتك وشبكة الدعم.

- أمور تساعد في التعامل مع الخسارة.

- أعط نفسك الوقت، تقبل مشاعرك وأعلم أن الحزن هو عملية.

- اعتنِ بنفسك.

- عُد إلى هواياتك.

- انضم إلى مجموعة الدعم.

- تأقلم مع البيئة في غياب المتوفى.

- إعادة بناء علاقات جديدة.

#### الهدف رقم (4)

- قد يشكل التخلص من الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار أخرى إيجابية تحد في بعض الأحيان؛ تحديداً على صعيد الحياة اليومية مما ينعكس بشكل مباشر على مشاعر الإنسان وعواطفه لذا فمن المهم أن يتخلص منها قبل أن تنعكس عليه سلبيًا فيتخيل نفسه وكأن عواطفه مجسدة ترمي بهذه الأفكار بعيداً وترفض اختزالها والاحتفاظ بها ويحاول التركيز على اللحظة الراهنة لا على تلك الأفكار السلبية، ويلعب الحديث الذاتي السلبي بالطبع دوراً كبيراً في تعزيز هذه الأفكار السلبية ومن أكثر الأشكال الشائعة للحديث الذاتي السلبي:

1- التصنيف: حيث يصنف الإنسان الأشياء التي حصلت معه خلال اليوم ويركز في حديثه مع نفسه على السلبيات ويضخمها ولا يعطي حيزاً أو حجماً للأمر الإيجابية التي قام بها بل يفكر في العمل الذي لم ينته وماذا يجب عليه أن يعمل أيضاً....

2- الشخصية: حيث يلوم الشخص نفسه مباشرة عند حدوث أمر سيء.

3- التشاؤم: يتوقع الشخص تلقائياً أسوأ الأمور فمثلاً يذهب في الصباح ليشتري قهوة ولا تسلم إليه بحسب ما طلب فيفترض أن ذلك اليوم سيكون سيئاً ولن يسير كما يرغب.

4- يرى الشخص الأشياء جيدة أو سيئة فقط وليس هناك نقطة منتصف وأنه إما أن يكون مثاليًا وإما أن يكون فاشلاً.

ولإيقاف الأفكار السلبية هناك عدة خطوات منها:

1 - إيقاف التفكير: تتم عن طريق التركيز على الفكرة السلبية ثم قل كلمة كفى لإنهاء الفكرة وتعلم قول هذه الكلمة يكون في البداية بصوت عالٍ ثم مع مرور الوقت يقولها الإنسان لنفسه كأمر للعقل أن يتوقف عن التفكير السلبي ثم يتعلم أن يقولها في نفسه ويستخدمها أينما دعت الحاجة ولتعلم هذه التقنية يمكن إتباع الخطوات الآتية:

- وضع قائمة لأكثر الأمور المزعجة التي تشغل البال وتجعل الشخص قلقاً والتي يتمنى لو أنه يستطيع إيقافها، ثم ترتيبها من الأكثر إزعاجاً وسلبية إلى الأقل إزعاجاً وسلبية ثم البدء بمحاولة وقف الأفكار الأقل إزعاجاً حتى يصل إلى الأكثر بالتدريج.

- تخيل الفكرة عن طريق إغلاق العينين والجلوس أو الاستلقاء في مكان خاص بوضع يسمح بقول كلمة كفى بصوت عالٍ ثم تخيل الشخص لنفسه في وضع ما قد يفكر فيه بالفكرة السلبية ثم التركيز على الفكرة.

**إيقاف الفكرة السلبية بإحدى هاتين الطريقتين:**

تعيين جهاز توقيف لمدة ثلاثة دقائق ثم التركيز على الفكرة السلبية والتفكير بها وعندما يرن المنبه يقول الشخص لنفسه كفى وبصوت عالٍ وبصيغة الأمر أو تسجيل كلمة كفى بصوت الشخص على المنبه أو استخدام السوار المطاطي.

إنهاء الجلسة: عمل تلخيص لما دار في الجلسة.

## الواجب البيتي:

- تمارس تمارين الاسترخاء الخاصة بك على الأقل (3-5) مرات في الأسبوع.
- تدرب على مهارات الاسترخاء لمدة 10 دقائق.
- تذكر أن تقييم ما تشعر به قبل وبعد ممارسة المهارة الاسترخاء.
- تذكر أيضاً أنه يمكنك التدريب في أي وقت خلال الأسبوع عندما تشعر بالتوتر.

	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
شعرت بـ							
فعلت:							
التقييم من (10-0) قبل الاسترخاء							
التقييم من (10-0) بعد الاسترخاء							

## الجلسة العاشرة والحادية عشر

الزمن (240) دقيقة

الهدف العام: مساعدة المشاركات على تقبل الخسارة واكتشاف المشاعر.

الأهداف الفرعية:

- 1- قيام كل مشاركة بالتعبير عن المشاعر الخاصة بها (90 دقيقة).
- 2- استعراض الخسائر الأولية والثانوية في حياة المشاركات (60 دقيقة).

3 - اكتشاف أصعب لحظة عايشتها المشاركة بعد الفقدان (40 دقيقة).

4 - مواجهة الأفكار والعواطف والحالات التي يتم تجنبها (50 دقيقة).

المواد والفنيات المستخدمة: المحاضرة، الحوار والمناقشة، العصف الذهني، اختبار المشاعر، الكشف عن الذات.

## إجراءات تنفيذ الجلسة

### الهدف رقم (1)

التوضيح للمشاركات بأن الحياة تتميز حتماً بالحرية والتغير والتنمية وبطبيعتها من خلال التحولات والخسائر والحزن غالباً ما ينظر إلى الموت على أنه الخسارة النهائية؛ وهو اليقين الوحيد في الحياة نفسها سواء أكان متوقعاً أم غير متوقع ويمكن أن يؤدي الموت إلى فجوة كبيرة في حياة الأفراد الباقين على قيد الحياة عندما يتعلم الأفراد استيعاب فقدانهم يتعين عليهم إعادة تعلم أدوار جديدة.

يمكن أن يكون للسياق الذي تحدث فيه الخسارة تأثيراً كبيراً في تلك الخسارة وكيف يتعامل الناس مع الخسارة سواء في وقتها أو بعد ذلك بكثير، يتعلم الكثير من الأشخاص من تجارب الخسارة ويتعرفون باستراتيجيات التكيف التي قد تساعدهم على التعامل مع الخسائر الأخرى في المستقبل، وتحديد الخسائر الخاصة التي قد تؤثر عليهم أكثر من الآخرين وتقدير مكان العثور على الدعم - إن وجد - .

- في حين أن الخسارة والوفاة هي تجارب عالمية يمكن أن تكون الاستجابات لها فريدة وفردية وشخصية، الناس يحزنون بطرقهم الخاصة الجميع يذرف الدموع المختلفة لنفس الخسارة، الموت يعني أشياء مختلفة لأناس مختلفين ويمكن أن تكون ردود الأفعال مختلفة تجاه المعرفة لكل شخص ومع ذلك؛ فإن هناك استجابات مشتركة للخسارة بعض الأشياء الاستجابات قد تكون متجذرة في سياق ثقافي ولكن بشكل أساسي.

- يتم التأكيد للمشاركات أن جميع البشر يواجهون المشاكل ذاتها سواء أكانوا عملاء أم اخصائيين ولكن الاختلافات تظهر في القدرة على التغلب على هذه المشكلات باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

الهدف رقم (2):

- التوضيح للمشاركات أن الحزن أمر طبيعي ورد فعل صحي لحدث مرهق جداً ونستطيع تمييزه عن الاكتئاب حيث أن الاكتئاب ينشغل به الشخص في انخفاض احترام الذات، كما أن الحزن هو عملية تعاني من ألم الخسارة والبحث عن معنى جديد للحياة بغياب الشخص المتوفى، كما أنه عملية إعادة هيكلة المرء للتفكير العقلاني فيما يتعلق بخسارة الزوج.

- التوضيح للمشاركات أن عملية الحزن الصحي هي شكل من أشكال التفكير حيث تقوم المشاركة بتنظيم نفسها بشكل مقبول حيث أن خواطر الموت لا يتم تجنبها ولا يتم تذكرها باستمرار ولكن يتم إعادة ترتيبها في نظام ورغم الحزن إلا أن النساء الفاقديات لأزواجهن يعشن مع الخسارة العظيمة والمثال التالي يوضح ذلك:

أعلم أنه سيكون هناك فجوة كبيرة في حياتي لكنني سأظل دائماً أذكره بكل المحبة.

- أهداف A B C D E F ضمن هذه الجلسة هي:

1 - مساعدة النساء الأرامل على التكيف مع الواقع المحزن الذي لم يعد الزوج موجوداً فيه.

2 - تغيير المعتقدات غير العقلانية إلى عقلانية والتقليل إلى أدنى حد من مشاعر الاكتئاب غير الصحية والهزيمة الذاتية واليأس والإنكار.

- مساعدة الأرامل على تقبل الخسارة وأفضل طريقة لتقبل الخسارة هي التحدث عن الخسارة ويكون دوري هو الاستماع النشط إلى حديث المشاركات عن ذكريات الماضي والحاضر ويمكن أيضاً طرح المزيد من الأسئلة على المشاركات مثل أين كنت

عندما سمعت بالخبرة؟ ما هي مشاعرك لحظة سماع الخبر؟

- مساعدة المشاركات على اكتشاف مشاعرهن فبعض النساء الأراامل قد تخفي مشاعرها عمداً وتتنوع هذه المشاعر ما بين الغضب، الذنب، القلق، العجز، الشعور بالوحدة، ودوري هنا هو اكتشاف المشاعر من أجل التغلب عليها ومساعدة المشاركات على اكتشاف هذه المشاعر والتعرف عليها من أجل تجربتها والبدء باكتشاف الخيارات الجديدة.

- تدريس مهارات مواجهة المخاوف وتعلم كيفية التعامل مع المخاوف غير الصحيحة وغير المفيدة كما أن تجنب المواجهة يقلل من القلق لفترة بسيطة ولكنه ليس حلاً، كما أن تجنب مواجهة الأنشطة المرهقة يمكن أن يعيق طريق الحياة المعيشية وتحقيق الأهداف.

- القيام بصنع سلم المخاسر والذي يتربع على قمته فقدان الزوج، ولكن هذا السلم يتم التدرج في مخاوف عادية لتصل المشاركة في النهاية إلى فقدان الزوج، ثم تبدأ بمعايشة مخاوفها ولا تنتقل إلى مستوى أعلى إلا بعد تحطى قلق المرحلة الحالية.

## الجلسة الثانية عشر:

الزمن (180) دقيقة

الهدف العام للجلسة: استيعاب معنى الخسارة والحصول على المعنى

الأهداف الفرعية:

- 1- مراجعة الحدث والإمكانات مراراً وتكراراً (15 دقيقة).
- 2- الحديث عن تجارب المشاركات لخلق المعنى (60 دقيقة).
- 3- تمكين المشاركات من إعادة تقييم تأثير الشخص الغائب على حياة المشاركة (45 دقيقة).



4- الاستبصار بالعواطف الحالية وإدراكها (40 دقيقة).

5- التدرب على مهارات حل المشكلات (20 دقيقة).

المواد والفنيات المستخدمة: لعب الدور، المناقشة الجماعية، المحاضرة، التركيز على الحاضر، مهارة حل المشكلات.

إجراءات تنفيذ الجلسة:

الهدف رقم (1):

- استعراض التغيرات على الصعيد الشخصي والاجتماعي.

- دمج تجربة الموت التي مروا بها مع رغبتهم في الاستمرار والنمو الذاتي.

الهدف رقم (2):

- قد تجد الكثير من النساء الفاقات أنه من المفيد إيجاد طريقة لاستثمار جهودهم وتجاربهم لتصبح ذات مغزى فقد يتطوعن لمساعدة الأسر التي تمر في نفس التجربة.

- بعض الفاقات تناضل للتأكيد على خلق المعنى من خلال تعميق الارتباط بالأسرة بشكل أكبر وتجد أن ثروتها العلائقية أهم من الثروة المادية كونها تعرف قصر المسافة بين الحياة والموت.

- تعزيز العلاقات العائلية وعلاقات الصداقة.

- التأكيد على أهمية النمو الذاتي في فهم احتياجات الآخرين في أوقات الأزمات.

- الإحساس بالامتنان للحياة فالحياة ممتعة والإنسان لديه تقدير أكبر للأشياء اليومية الصغيرة؛ الحياة تستحق أن تعاش على أكمل وجه كل يوم وأن تجربة الموت جعلتهم أكثر قوة.

- التغيير الإيجابي بعد الخسارة.

- الحفاظ على شبكة الدعم الاجتماعي.

### الهدف رقم (3):

- تقوم كل مشاركة بالحديث عن تجربتها الخاصة مع فقدان للوصول إلى أصعب لحظة مرت بها المشاركة عقب فقدان الزوج.

### الهدف رقم (4):

- كن مستعداً للانتكاسات: تعد الانتكاسات جزء من منحى التعلم تعلم من التجربة وخطط لتخطي العقبة، وركز على ما يمكنك فعله من أجل السيطرة على الموقف.

- خصص وقت لنفسك للتفكير الهادئ.

- مارس الرياضة باستمرار.

- كن مستعداً دوماً.

- اطرِد الأفكار السلبية.

- احتفظ بروح المرح.

- البدء بالحديث عن الذكريات الإيجابية للزوج في التكيف مع الخسارة فأثبتت الدراسات أن الذكريات الإيجابية تساعد في تصالح الفرد مع خسارته بمرور الوقت تصبح الخسارة أقل أهمية للأرامل.

- أطلب من المشاركات لعب دور الرجل المتوفى الذي يحمل ذكريات إيجابية لزوجته وأنها على قدر المسؤولية وأن الموت حق على الجميع، هذه التقنية الهامة قد تدعم أو تفند اعتقاد المشاركات فعندما تتصرف في دور الرجل المتوفى فقد تكتشف منظور جديد حول الموقف.

- التوضيح للمشاركات أن فقدان الزوج يؤثر على الرفاه في حياة المرأة وبالتالي فإن غياب الزوج يرافقه غياب معنى الحياة لذا لا بد من التوضيح للمشاركات أن معنى

الحياة يتحقق من خلال الافتراضات الأساسية لعالمهم الداخلي من خلال:

1- أنها إنسانة جديرة بكل هذا.

2- العالم خيرٌ.

3- ما يحدث أمر منطقي.

كما ويمكن الحصول على المعنى للحياة من خلال الاقتناع بمنطقية الحدث وهو وفاة الزوج، بالإضافة إلى أهمية إيجاد قيمة أو معنى أو فائدة لهذه التجربة؛ وهي تجربة الترميل، وبالتالي فإن العثور على معنى إيجابي في الخسارة يؤدي إلى تعديل معنى أفضل للحياة.

- بعد وفاة الزوج؛ تنقسم النساء الأرامل إلى نوعين:

1- نوع لا يبحث عن المعنى فيعيش تجربة حزن معقدة جداً.

2- نوع يبحث عن المعنى فتجدهم يتفهمون الموت مبكراً، ويكونوا قادرين على التمسك بالمعنى مع مرور الوقت.

- تركيز انتباه المشاركات على الحاضر والآن وأهمية دراسة المعتقدات التي تحملها المشاركة في الوقت الحاضر، نعم هذه المعتقدات سببها صدمة موت الزوج التي حصلت في الماضي القريب أو البعيد، ومع ذلك فإن مصدر الأفكار يدور حول هنا والآن فقط.

الهدف رقم (5)

مفهوم حل المشكلات: إن أسلوب حل المشكلات سلوكاً يحتاجه كل شخص يمارس نشاطاً طوال يومه وذلك عندما يكون أمامه هذا يسعى لتحقيقه، ولكن توجد بعض العقبات تحول دون تحقيقه.

- القدرة على التنسيق بين المبادئ والقواعد المتعلمة سابقاً واستخدامها من أجل تحقيق الهدف.

- الفرد يستخدم ما لديه من معارف سابقة ومهارات من أجل القيام بمهمه غير مألوفة أو معالجة موقف جديد.

- هو جهد عقلي يبذله الفرد في فهم المشكلة وتحديد لها ومن ثم البحث فيما لديه من قواعد ومعارف ومفاهيم ليختار منها ما يساعده على تجاوز العقبات.  
أهمية امتلاك أسلوب حل المشكلات:

- 1- إن حل المشكلات كسلوك إنساني هو أهم ما يميز الإنسان عن سائر المخلوقات؛ فهو ثمرة الفعل والقدرة على التفكير.
- 2- التطور في الميادين المختلفة.
- 3- اكتساب القدرة على التحليل واتخاذ القرارات.
- 4- يساعد هذا الأسلوب على التكيف مع المجتمع.

### مهارات حل المشكلات:

- 1- الشعور بالمشكلة: إن الشعور بالمشكلة هو الذي يدفع الفرد إلى الرغبة في البحث عن حل لها أو معرفة أسبابها وتزداد الرغبة في حل المشكلة التي يواجهها الفرد إن كانت المشكلة ذات معنى بالنسبة له.
- 2- تحديد المشكلة: يجب بعد الشعور في المشكلة أن يتم تحديدها بحيث توضع لها حدود واضحة تفصلها عن غيرها من المشكلات حتى لا تختلط المشكلات ببعضها.
- 3- جمع المعلومات المتصلة بالمشكلة: إن جمع المعلومات يتضمن الأنشطة التالية: تحديد المصادر المناسبة لجمع المعلومات المتعلقة بالمشكلة - إعطاء ملاحظات وصفية وكمية عن الشيء المراد ملاحظته.
- 4- فرض الفروض: وهي من أكثر العمليات إجهاداً للعقل البشري فلا يتوصل

الإنسان إلى الفروض المناسبة من فراغ؛ وإنما هو يستند على المعلومات والبيانات التي قام بجمعها في الخطوة السابقة.

5 - الوصول إلى الحل: الوصول إلى الحل بشكل قاطع وقد تكون مجرد فرض ما زال غير مؤكد ويتوقف على الجهود التي بذلها للتحقق من صحتها.

6 - التعميم: أهمية التعميم ليس كونه حل المشكلة التي تمت مواجهتها؛ ولكنه مناسب للحصول على تعميمات أشمل وأعمق.

إنهاء الجلسة: استعراض وتلخيص مجريات الجلسة والطلب من المشاركات واجب بيتي يتضمن ممارسة تمارين الاسترخاء كلما شعرن بالضيق والتسجيل على دفتر اليوميات الخاص بكل مشاركة المعتقدات السلبية والاعتراض عليها.

### الجلسة الثالثة عشر

الزمن (180) دقيقة

الهدف العام للجلسة: التركيز على التنمية الذاتية

الأهداف الخاصة بالجلسة: - مراجعة الواجب البيتي + الشرح للمشاركات حول مفهوم التنمية الذاتية (20 دقيقة).

- طرق تنمية الذات (60 دقيقة).

- نصائح تساعد على تطوير الذات (40 دقيقة).

- استراتيجيات التكيف مع الضغوط النفسية (50 دقيقة).

- عمل ملخص للجلسة وإعطاء واجب بيتي (10 دقائق).

الأساليب والفنيات: المحاضرة، المناقشة الجماعية، استخدام المرح والفكاهة.

## الهدف رقم (1)

- مراجعة الواجب البيتي

- الحديث عن أهمية التنمية الذاتية؛ وأنها السبب الرئيس في تغيير مجرى حياة الناس وأن تطوير الذات لا يحتاج لأكثر من الإرادة القوية والعزم والتصميم الصادق على التغيير، وهو يشمل جميع جوانب الحياة والعمل.

- تطوير الذات هو اكتساب مهارات جديدة وتطوير ما لدى الفرد من قدرات ومهارات سواءً على الصعيد النفسي أو المادي أو العملي.

- يساعد تطوير الذات على تطوير الخبرات التي نحصل عليها في حياتنا اليومية بالإضافة إلى مراقبة سلوكنا.

- هو محاولة تحسين أنفسنا من خلال مجموعة من الأساليب للتغيير نحو الأفضل؛ فهو نظام تنموي يقوم على تطوير مهارات وخبرات وسلوكيات من خلال خطوات نفعها مع أنفسنا ويجب أن يقتنع الإنسان بها حتى يلتزم بالتنفيذ.

## الهدف رقم (2)

- طرق تنمية الذات

1- تنمية الذات جسدياً وذلك عن طريق ممارسة الرياضة مثل رياضة المشي لنصف ساعة يومياً فلها أهمية في تحسين صحة القلب والدورة الدموية ونقل الأكسجين إلى أجزاء الجسم وتحديدًا الدماغ والقلب.

- تناول غذاء صحي من أجل المحافظة على صحة الجسم والعقل.

2- تطوير احترام الذات

- تقييم الذات: وهنا وفي هذه الطريقة تساعد المشاركة على تحديد قدراتها وإمكانياتها وأنها إنسانة رائعة تستطيع القيام بأشياء لا يستطيع القيام بها الكثيرون حولها.

- استغلال الاخطاء إما للتقدم أو للتعلم وهنا لا بد من تقبل فكرة أن أي شخص يمكن أن يخطئ ولكن من الأجدر استخدام أخطائنا للتعلم بدلاً عن ندب الحظ عليها.

- تقبل الذات: كل شخص يتقبل ذاته كما هو ويقتنع أنه في بعض المواقف قد يكون مثاليًا ولكن ليس في جميع المواقف.

3- تطوير الذات عاطفيًا:

- محاولة نسيان الماضي إن كان هناك ذكريات سلبية وسيئة ومحزنة لأن بقاء الإنسان يعيش في ظلها؛ تمنعه من التقدم والتطور.

- الابتعاد عن الأشخاص السلبيين: يفضل الابتعاد عنهم حتى لا ينقلوا الإحباط للآخرين.

- التصرف بلطف.

الهدف رقم (3)

- نصائح تساعد على تطوير الذات:

1 - اعرف نقاط القوة والضعف لديك وقم باستغلال نقاط القوة للتغلب على نقاط الضعف.

2- اهتم بالوقت: إن تنظيم الوقت هو أهم شيء في تطوير الذات فلا بد من تنظيم أوقاتنا؛ فهناك وقت للعمل ووقت للراحة ووقت للنوم مع ضرورة الانتباه إلى أن يكون الوقت كافيًا لأداء النشاط الموصول له.

3- الإرادة والتحدي ويمكن تعزيزها عن طريق الحديث الذاتي الإيجابي.

4- ترتيب الأولويات في الحياة.

5- وضع الخطة المناسبة لقدراتنا وإمكاناتنا.

6- وجود أهداف واقعية.

7- تعلم مهنة أو مهارة مناسبة.

#### الهدف رقم (4)

- يعد التكيف من أهم عوامل اتزان الشخصية وتمتعها بالصحة النفسية، ويختلف الأشخاص في قدرتهم على التكيف مع الضغوط طبقاً لسماهم الشخصية ولوقف الضغط والظروف المرتبطة به حيث أن السن والجنس والبيئة الاجتماعية وكذلك حدة الضغوط هي كلها عوامل تؤثر في مدى التكيف مع الضغوط النفسية.

- تعرف استراتيجيات التكيف مع الضغوط؛ بأنها مجموعة من الأساليب والطرائق والنشاطات السلوكية والمعرفية التي يستخدمها الفرد في مواجهة الموقف الضاغط لحل المشكلة وتخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليها.

- هناك العديد من الاستراتيجيات للتكيف:

1- استراتيجيات سلوكية نشطة: وهي السلوكيات الظاهرة التي تعكس محاولة الفرد التعامل مع المشكلة أي التعامل مع مصدر الضغط.

2- استراتيجيات معرفية: وهي المجهود العقلي الذي يبذله الفرد لتقدير أبعاد مصادر الضغط ودرجة حدتها وخطورتها.

3- استراتيجيات إحجام: وهي محاولة الفرد لتجنب المشكلة وعدم التعامل مباشرة معها.

4- استراتيجية إعادة البناء المعرفي: وذلك بإعادة النظر في المشكلة والتعلم من الأخطاء السابقة والعمل على تغيير طريقة التفكير.

- توضيح أسلوب التحصين ضد التوتر الذي طوره مايكينباوم (Meichenbaum) لمساعدة الأفراد على اكتساب مهارات سلوكية معرفية للتعامل مع الضغط النفسي؛ وهو أسلوب يقوم على إعادة البناء المعرفي والاسترخاء وهي أساليب لتقليل حدة



الضغط وإعطاء التعليمات الذاتية للتعامل مع الضغوط.

5- استراتيجية حل المشكلات: التي سبق وتم الشرح عنها سابقاً.

6- استراتيجية الدعم الاجتماعي: وهي من الاستراتيجيات المهمة والفعالة لتحقيق التكيف وسيتم الشرح عنها لاحقاً بشكل مفصل.

7- استراتيجية وسائل الدفاع: إن الدفاعات تحمي الفرد من الخوف الشديد من خلال إبعاد تأثير التهديد عن الفرد والتخلص من أثر الواقع غير السار حتى يتمكن الفرد من امتلاك المصادر اللازمة من معالجة المعلومات.

8- استراتيجية الاسترخاء العضلي.

9- استراتيجية التدين: وهي استراتيجية للتكيف تساعد على التأقلم من خلال علاقة الفرد مع ربه وهذا يعطيه قدرة على إدراك وجود منطق للألم والمعاناة التي يمر بها.

#### الهدف رقم (5)

- عمل ملخص للجلسة وإعطاء الواجب البيتي

الإيناء: سيتم عمل تلخيص لمجريات الجلسة الإرشادية وتوزيع نموذج المشاركات وهو نموذج الدافعية على النحو التالي:


a. العنوان:

b. التغيير:

\* الفائدة:

\* المضرة:

c. البقاء كما أنت:

\* الفائدة:

\* المضرة

## الجلسة الرابعة عشر

الزمن (180 دقيقة)

الهدف العام للجلسة: فاعلية RBET في إدارة الضغوط النفسية

الأهداف الفرعية للجلسة: - مراجعة الواجب البيتي (15 دقيقة).

- مفهوم الضغط النفسي ومصادره (40 دقيقة).

- أعراض الضغط النفسي (35 دقيقة).

- أنواع الضغوط النفسية (30 دقيقة).

- التعامل مع الضغوط النفسية (60 دقيقة).

المواد الفنية المطلوبة: إعادة الهيكلة المعرفية، المحاضرة، النقاش الجماعي، التوقف عن التفكير.

### إجراءات تنفيذ الجلسة:

#### الهدف رقم (1)

- مراجعة الواجب البيتي الخاص بالجلسة السابقة.

#### الهدف رقم (2)

- تعرف الضغوط النفسية: بأنها درجة استجابة الفرد للأحداث والمتغيرات البيئية في حياته اليومية، بالطبع هذه المتغيرات ربما تكون مؤلمة وتتسبب بحدوث آثار سلبية نفسياً وفسيولوجياً.

- تتألف الضغوط النفسية من 3 مكونات أساسية وهي:

1- المؤثرات الخارجية التي تتسبب بحدوث الضغوط النفسية.

2 - استجابة الفرد تجاه هذه الضغوط.

3 - درجة تفاعل الفرد معها.

### الهدف رقم (3)

أعراض الضغوط النفسية:

1 - الشعور بالإرهاق والملل.

2 - الشعور بالإكتئاب والإحباط.

3 - الغضب والضجر والضييق.

4 - التشاؤم.

5 - ارتفاع ضغط الدم.

6 - عدم الشعور بالأمن والاستقرار النفسي.

7 - فقدان التركيز.

8 - الاستثارة.

9 - صعوبة التفكير المنطقي.

10 - الانطواء والعزلة

### الهدف رقم (4)

تصنف الضغوط النفسية إلى نوعين:

1. ضغوط مؤقتة: تحيط بالفرد لفترة وجيزة.

2. ضغوط مزمنة: تحيط بالفرد لفترات طويلة نسبياً.

تمر الضغوط النفسية بالمراحل التالية:

- المرحلة الأولى: الاستجابة الفسيولوجية التي تهيب الفرد لمواجهة المواقف الطارئة جسمياً وانفعالياً وتتضمن هذه المرحلة إفراز كميات كبيرة من هرمون الأدرينالين في الدم، فإذا استطاع الفرد التغلب على الموقف فإنه يستعيد توازنه ويشعر بالارتياح وإلا فإنه ينتقل للمرحلة التالية.

- المرحلة الثانية: مرحلة مقاومة الضغوط وتطوير آليات معينة للتوافق والتعايش معها وفي حال فشله فإنه ينتقل إلى المرحلة التالية.

- المرحلة الثالثة: مرحلة الإنكار والرفض والإجهاد والتعب وهي المرحلة التي تستنفذ خلالها طاقات الإنسان المختلفة وتظهر فيها أعراض ومؤشرات جسمية وعقلية وانفعالية مختلفة.

#### الهدف رقم (5)

- التوضيح للمشاركات بأن إعادة الهيكلة المعرفية هي عملية علاجية تساعد العميل على اكتشاف وتعديل أو استبدال الأفكار السلبية غير المنطقية، وأن الشعور بالضغوط واستمراريتها ناتج عن طرق التفكير الخاطئة حول أنفسنا والعالم من حولنا وتهدف هذه التقنية إلى تعليل الضغوط النفسية عن المشاركات من خلال تغيير عادات التفكير السلبية.

- بعد ذلك سأطلب من المشاركات تناول موقف معين بسبب الضغوط النفسية لدى المشاركات وأطلب من كل مشاركة مراقبة ذاتها لحظة التفكير ولحظة الانخراط في ضغط نفسي وما هي السلوكيات التي نشأت عن ذلك ثم أطلب منها وقف التفكير، عند الوصول إلى ذروة الفكرة التي تسبب الضغط النفسي حيث يتم إيقافها فجأة وإفراغ الذهن منها.

ويتم استخدام شريط مطاطي حول المعصم وإرخائه كي يلسع المعصم بعد ذلك سيتم الطرح السقراطي الذي يتناول مجموعة من الأسئلة أهمها:

- هل هذا الفكر واقعي؟

- هل استند في أفكارى على حقائق أو مشاعر؟

- ما هو الدليل على أفكارى؟

- هل أرى الموقف باللونين الأبيض والأسود عندما يكون الموقف معقدًا؟

- هل هناك حقائق تدعم أفكارى؟

بعد الوصول إلى الأفكار السلبية هنا يتم استبدالها بأفكار إيجابية تتضمن التفضيلات بدل الوجوبيات والتسامح مقابل الإحباط، مكافحة الغضب بدل الانفعال، تقبل الآخرين وهو بديل لإسقاط الأخطاء على الآخرين تقبل الذات وتقبل الحياة بدل القول أنها بلا معنى.

- في الجزء الثاني من الجلسة سيتم الحديث عن أهمية تسهيل الانتقال العاطفي للمتوفى:

حيث إنه بعد وفاة الزوج بعض الزوجات يترددن في تشكيل علاقات جديدة فيما تسارع أخريات إلى القفز إلى علاقات جديدة الهدف منها ملئ الفراغ ليس أكثر والهروب من تجربة الحزن من خلال إيجاد بديل رمزي للخسارة، النوع الأول من النساء اللواتي يترددن في تشكيل علاقات لديهن معتقدات قوية بأن هذه العلاقات الجديدة ستسيء للزوج المتوفى.

التوضيح بأنه لا يمكن استبدال الشخص المفقود أبدًا وأنه من الجيد تكوين علاقات جديدة.

- التوضيح للمشاركات بأن الحزن عملية تتطلب وقتًا وهذا الوقت يتخلله صعوبة وخاصة للشخص الفاقد وأن هناك لحظات وأوقات لها القدرة على إثارة التجربة المؤلمة للخسارة؛ مثل الأعياد وذكرى زواجهم وهنا تتم مساعدة المشاركات على إدراك هذه الأوقات الحزينة والإعداد المسبق لها إعدادًا يثير مشاعر إيجابية لحد ما.

الإنهاء: في نهاية الجلسة الإرشادية سيتم عمل مراجعة لما دار فيها وإعطاء واجب بيتي يتضمن إعادة البناء المعرفي (إعادة الهيكلة المعرفية لموقف ما).

### الجلسة الخامسة عشر

الزمن (180 دقيقة)

الهدف العام: خطوات التفكير الإيجابي ومهاراته والتقليل من الانفعالات السلبية.  
الأهداف الفرعية:

- 1 - مراجعة الواجب البيتي (20 دقيقة).
  - 2 - تعليم المشاركات مهارات التعامل المعرفية في قبول الوضع الراهن (40 دقيقة).
  - 3 - ممارسة تمارين الاسترخاء (30 دقيقة).
  - 4 - السماح للاختلافات الفردية بين المشاركات بالظهور (30 دقيقة).
  - 5 - توضيح تقنية تمارين المجازفة (60 دقيقة)
- الأدوات والفتيات المطلوبة: الاسترخاء، المحاضرة، المناقشة، الحديث الذاتي الإيجابي، تقنية المجازفة.

### إجراءات تنفيذ الجلسة:

الهدف رقم (1)

- مراجعة الواجب البيتي والمتعلق بالجلسة السابقة.

الهدف رقم (2)

- التوضيح للمشاركات أن الناس يتعاملون مع فقدان بطرق مختلفة وبالتالي تختلف الفترة التي يحتاجها الأشخاص للشفاء من أحزانهم، كما أن السلوكيات التي

يظهرها الشخص الحزين تختلف كما وتختلف ردود الفعل الحزينة وطول الفترة الزمنية التي سيستغرقها الشخص في التعايش مع مشاعره ولكل شخص طريقته في إظهار حزنه، و هنا لا بد من تفسير تباين السلوكيات لكل فرد.

### الهدف رقم (3)

- التدريب على تمارين الاسترخاء سواء التخيلي أو العضلي.

### الهدف رقم (4)

- التوضيح بأن ما يصدر عن الفرد من أقوال أو أفعال هي في الحقيقة ترجمة ذهنية ترجمة ذهنية من قناعات وأفكار عن ذاته وعن الآخرين وعن الحياة بكل نواحيها ومجالاتها وتشكل تلك القناعات والأفكار من جراء ما يتعرض له عقل الإنسان من تأثيرات ومحاور داخلية وخارجية لبرمجة هذه الأفكار والانفعالات والسلوكيات.

- إن النجاح في الحياة يعتمد بشكل كبير على ما نحمله من صور إيجابية عن أنفسنا، فعندما نعتقد بشكل إيجابي عن الذات فإننا نشعر بأنفسنا كأشخاص لنا قيمة وشأن ومكانة كبيرة

وبالتالي فإن الإنسان يتصرف بناءً على هذا الاعتقاد ويواجه الصعوبات التي تواجهه لأن لديه قوة دافعة إيجابية.

- استخدام العديد من المهارات ذات الطابع المعرفي مثل التفكير في الأحداث وإدراكها بشكل منطقي والاستدلال والتقييم.

### خطوات التفكير الإيجابي:

1- تغيير المعتقدات والأفكار: وهي من أهم خطوات التفكير الإيجابي فالاعتقادات هي المسؤولة عن توجيه الأفكار الخاصة بأمر ما.

2 - استبدل كل شيء سلبي يحيط بك: اسأل نفسك عن أكثر خمسة أشياء تكون مصدر للطاقة السلبية واستبدلها بمصادر أخرى إيجابية.

3- تحمل المسؤولية كاملة: عن كل عمل تقوم به واقتنع بهذا المبدأ في حياتك وبالتالي ستجد نفسك تحترس من كل فعل تقوم به وتحرص على تبني التفكير الإيجابي.

4 - ماذا تفعل عند مرورك بموقف سلبي أو بتجربة فاشلة؟

عليك أخذ العبرة والاستفادة منها قدر الإمكان في المستقبل فالمواقف الفاشلة سوف تشكل لديك الخبرة وتجنبك السقوط في الفشل مرة أخرى.

5 - عدم تضخيم المشاكل: اعتد دائماً عدم تضخيم المشاكل وعدم إعطاءها حجماً أكبر من حجمها وإذا واجهتك مشكلة كبيرة اعتد على تقسيمها وتفتيتها إلى أجزاء صغيرة لكي تستطيع مواجهتها والتغلب عليها.

6 - نمّ نفسك دائماً: التنمية الذاتية ليست علماً ولكنها أسلوب حياة يستخدمها الأفراد لإسعاد أنفسهم.

7 - عش في الوقت الحاضر: ولا تتوغل في المستقبل ولا تقلق منه أيضاً ابتعد عن الماضي بكل ما فيه من أخطاء حتى لا يسيطر عليك الإحباط، كن إيجابياً وعش الوقت الحاضر وامتن لكل ما قدمته لك الحياة فربما ما تمتلكه أنت هو أمنية لغيرك.

8 - ابدأ يومك بإيجابية: إن الطاقة الإيجابية مستمرة وتساعدك على التغلب على أفكارك السلبية.

9 - تجنب الألفاظ المطلقة مثل: مستحيل وأبداً لأنها تجعل الأمور أكثر تعقيداً وسوءاً.

## الهدف رقم (5)

في هذه التقنية سيتم التوضيح للمشاركات تمارين المجازفة وهنا ستقوم المشاركات



بإجبار أنفسهم على القيام بمجازفات مضمونة النتائج وذلك في المجالات اللواتي يرغبون بإحداث تغيير فيها وبالتالي يتم دحض الأفكار غير العقلانية عندهم.

التوضيح للمشاركات أن الخوف من الفشل ومشاعر الخجل والإحراج يمكن أن يعيقهن عن مواجهة التحدي من أجل تحمل المخاطر وهنا يجب على المرء أن ينظر إلى الفشل كخيار وفرصة للتعلم والنمو وهو جزء ضروري في العملية، إن الاستعداد لتحمل المخاطر عن طريق تثقيف النفس بشأن التداعيات المحتملة وعن أسعد الأوقات في حياتنا هي الأوقات التي نخطو فيها خارج منطقة الراحة الخاصة بنا لذا فإن من أبرز إيجابيات هذه التقنية هي ما يلي:

- فرص غير متوقعة قد تنشأ.

- بناء الثقة وتطوير مهارات جديدة.

- تعلم مهارات جديدة.

- تحفيز الإبداع.

- خلق التغيير في الحياة.

- تطوير المرونة العاطفية.

- تطوير الشعور بالفخر والإنجاز.

الإنهاء: عمل تلخيص لمحاورة الجلسة وإعطاء واجب بيتي وهو التدريب على الحديث الذاتي الإيجابي، وممارسة الاسترخاء.

## الجلسة السادسة عشر

الزمن (150) دقيقة

الهدف العام للجلسة: فحص الدفاعات والتعرف على أساليب المواجهة وتعزيز الصلابة النفسية

- الأهداف الفرعية للجلسة: - مراجعة الواجب البيتي (10 دقيقة).
- التعرف على مفهوم الصلابة النفسية وجوانبها وأبعادها (30 دقيقة).
- التعرف على أساليب المواجهة الخاصة بالمشاركات والتي يتم استخدامها للتعامل مع الأحداث (40 دقيقة).
- تقييم مدى مساهمة أساليب المواجهة المتبعة في التكيف عند توظيفها (20 دقيقة).
- الشرح للمشاركات حول تقنية تمارين القوة ومهاجمة الخجل (40 دقيقة).
- عمل تلخيص للجلسة وإعطاء واجب بيتي (10 دقيقة).
- الفنيات المستخدمة: الحوار والمناقشة الجماعية، المحاضرة، العصف الذهني، النمذجة، فنية القوة ومهاجمة الخجل.

### إجراءات تنفيذ الجلسة:

#### الهدف رقم (1)

في البداية سيتم الترحيب بالمشاركات ومراجعة الواجب البيتي والحديث وبشكل مختصر عن الفنيات المتبعة في الجلسة وأهداف الجلسة.

#### الهدف رقم (2)

- يمكن تعريف الصلابة النفسية على أنها سمة عامة في الشخصية حيث تعمل الخبرات البيئية المتنوعة على تكوينها وتنميتها لدى الفرد منذ الصغر.

- هناك مجموعة من الخصائص التي تميز ذوي الصلابة النفسية المرتفعة فهم يتميزون بأنهم أشخاص ملتزمون أمام الآخرين ولديهم الجرأة، والمنافسة ولديهم القدرة على التحمل والمقاومة وكذلك لديهم القدرة على إيجاد العديد من البدائل للمشكلات والجاذبية الشخصية والإصرار والتحدي كما يتمتعون بالإنجاز الشخصي والنزعة

التفاؤلية.

### - أبعاد الصلابة النفسية:

- 1- الالتزام والذي يقصد به التوجه نحو إدماج الذات فيما يقوم به الفرد أو يواجهه وله عدة أنواع؛ الالتزام تجاه الذات والالتزام تجاه العمل والالتزام الديني والأخلاقي.
  - 2- التحكم: قدرة الفرد على التحكم فيما يواجهه من أحداث وله صور عدة منها التحكم في اتخاذ القرار والتحكم المعرفي تجاه الحدث الضاغط والتحكم السلوكي.
  - 3- التحدي: ويعرف التحدي بأنه التغيير المتجدد في أحداث الحياة وهو أمر حتمي أكثر من كونه تهديدًا لسلامة الفرد النفسية.
- الحديث عن أساليب مواجهة الأحداث في البداية يتم التعرف على الطرق التي تواجه بها المشاركات أحداث الحياة الصعبة من أجل التكيف معها.

### الهدف رقم (3)

- التوضيح للمشاركات أن هناك طرق مختلفة يواجه بها الفرد أحداث الحياة بهدف التأقلم والتكيف معها أهمها:
- 1- التحليل المنطقي للحدث السلوكي.
  - 2- التركيز على الحل.
  - 3- المواجهة.
  - 4- ضبط الذات.
  - 5- تحمل المسؤولية.
  - 6- تقبل الأمر الواقع.
  - 7- الالتجاء إلى الله.

8 - الاستسلام.

9 - الانعزال.

#### الهدف رقم (4)

الهدف من هذا التمرين هو تعريض أنفسنا للعار والنقد حيث نريد أن ينظر الناس إلينا بغربة واستنكار ثم نتسأل ماذا سيفعل هذا لنا؟ سيثبت لنا أنه لم يحدث شيء فظيع؛ أسوء ما يمكن أن يحدث هو أننا مرفوضين من الآخرين ولكن دعونا نفكر هل الرفض قتل أي شخص من قبل؟ ماذا يعني إذا كان بعض الناس لا يوافقون عليّ كما أنا؟ اقترح أليس مجموعة من التمارين أحدها هو إيقاف شخص ما في الشارع وإخباره أنك خرجت للتو من مستشفى الأمراض العقلية وتريد أن تعرف ما هي السنة؟، تمرين آخر اختيار أغنيتك المفضلة والغناء بصوت مرتفع في الشارع أو الخروج بملابس سخيفة أو مطالبة العملاء بإيقاف حافلة بشكل متكرر دون النزول.

كل ما يتم اختياره يجب أن يكون شيئاً ينشط العار حقاً والفكرة هي أن تعلم كيف نتسامح مع العار ونضع ما يحدث في منظوره الصحيح.

#### الهدف رقم (5)

إنهاء الجلسة: تلخيص أهم محاور الجلسة وإعطاء واجب بيتي تسجيل أحداث ومواقف مرت بها المشاركة وتسجيل الأساليب المتبعة لمواجهة الضغوط وتعزيز الصلابة النفسية، والتأكيد على الموعد القادم.

الجلسة السابعة عشر

الزمن (120) دقيقة

الهدف العام للجلسة: جودة الحياة، أبعادها، عناصرها.

## الأهداف الفرعية للجلسة:

- مراجعة الواجب البيتي (20 دقيقة).
  - توضيح مفهوم جودة الحياة وأبعادها (20 دقيقة).
  - مجالات جودة الحياة (30 دقيقة).
  - مقومات جودة الحياة (20 دقيقة).
  - معوقات جودة الحياة (20 دقيقة).
  - عمل تلخيص للجلسة وإعطاء واجب بيتي (10 دقيقة).
- المواد والفنيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، عرض بوربوينت.

## إجراءات تنفيذ الجلسة:

### الهدف رقم (1)

- مراجعة الواجب البيتي المتعلق بالجلسة السابقة.

### الهدف رقم (2)

- إن جودة الحياة هي مفهوم يتناول عدة أبعاد تختلف بالنسبة للأفراد وتتأثر بعوامل كثيرة تعتبر مقومات الجودة الحياة مثل القدرة على التفكير واتخاذ القرار والقدرة على التحكم والصحة الجسدية والنفسية، إدارة الظروف والمواقف القيم الثقافية والحضارية.

- جودة الحياة: الإدراكات الحسية للفرد تجاه مكانته في الحياة من الناحية الثقافية ومن منظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد وكذلك علاقته بأهدافه وتوقعاته.

- إن الشعور بجودة الحياة يمثل أمراً نسبياً لأنها مرتبطة بالفرد مثل المفهوم الإيجابي للذات، الرضا عن الحياة، وعن العمل والحالة الاجتماعية والسعادة التي يشعر بها.

## أبعاد جودة الحياة:

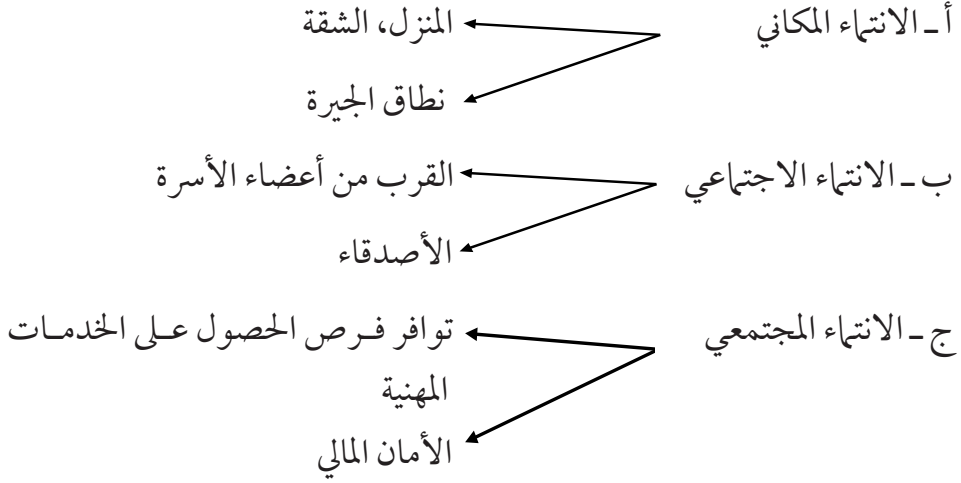
- 1- تقبل الذات: ويشير إلى القدرة على أقصى مدى تسمح به القدرات والإمكانات والنضج الشخصي والاتجاه الإيجابي نحو الذات.
- 2- العلاقات الإيجابية مع الآخرين: وتشير إلى القدرة على إقامة علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين قائمة على الثقة والمودة.
- 3- الاستقلالية: القدرة على تقرير مصير الذات والاعتماد على الذات وضبط السلوك الشخصي
- 4- الكفاءة البيئية (السيطرة على البيئة): القدرة على اختيار وتخييل البيئات المناسبة والمرونة الشخصية.
- 5- هدفية الحياة: وهو أن يكون للفرد هدف في الحياة ورؤية توجه تصرفاته وأفعاله نحو تحقيق الهدف.  
الهدف رقم (3)

## مجالات جودة الحياة:

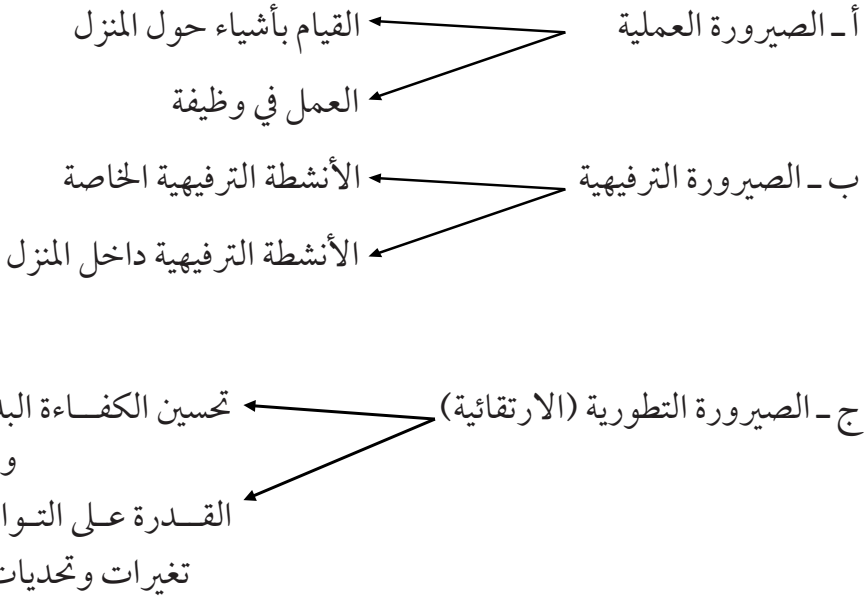
### 1- الكينونة (الوجود) ويتكون من:

- |                  |  |
|------------------|--|
| أ- الوجود البدني | ← القدرة البدنية على التحرك            |
|                  | ← أساليب التغذية                       |
| ب- الوجود النفسي | ← التحرر من القلق                      |
|                  | ← الحالة المزاجية العامة               |
| ج- الوجود الروحي | ← وجود أمل في المستقبل                 |
|                  | ← أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ |

## 2- الانتماء ويتكون من:



## 3- الصيرورة وتتكون من:



## عناصر جودة الحياة:

1- الصحة الجسدية.

2- الصحة النفسية.

3 - الصحة الروحية.

4 - الصحة العقلية.

5 - الصحة الاجتماعية.

6 - الصحة البيئية

#### الهدف رقم (4)

مقومات جودة الحياة:

1 - القدرة على التفكير واتخاذ قرارات.

2 - القدرة على التحكم.

3 - الصحة الجسدية والعقلية.

4 - الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.

5 - المعتقدات الدينية القيم الثقافية والحضارية.

6 - الأوضاع المالية والاقتصادية وهناك أربع نواحٍ لجودة الحياة تتفاعل مع بعضها

البعض:

أ- الناحية الجسدية ب- الناحية الشعورية

ج- الناحية العقلية د- الناحية النفسية



الهدف رقم (5)  
معوقات نوعية الحياة

القدرات	المعوقات	
المهارات الخبرات الحياتية الإيجابية روح الدعابة والمرح	المرض الإعاقات الخبرات الحياتية السلبية	الظروف الداخلية
توافر مختلف مصادر المساندة الاجتماعية والانفعالية وتعدد	نقص المساندة الاجتماعية والانفعالية ظروف الحياة السلبية السيئة	الظروف الخارجية

الهدف رقم (6)

- الوقوف على معنى إيجابي للحياة وذلك عند مواجهة أنماط التفكير غير العقلانية واستبدالها بطريقة تفكير عقلانية وتعزيز الإيجابية واستمرارية الحديث الذاتي الإيجابي، بعد ذلك سيتم الحوار والمناقشة الفعالة مع المشاركات من أجل معرفة تقييمهن لجودة الحياة ومعرفة مظاهر الكمال والنقص - من وجهة نظر المشاركات - لجودة الحياة.

- إعطاء الواجب البيتي والمتضمن تسجيل تقييم المشاركات لمعايير جودة الحياة ومقدار توفرها في حياة كل مشاركة من وجهة نظرها بالطبع

إنهاء الجلسة: عمل تلخيص لمحاوّر الجلسة وإعطاء واجب بيتي حول استمرارية ممارسة الاسترخاء وتسجيل أفكار المشاركات ومعاييرهن لجودة الحياة.

الجلسة الثامنة عشر

الزمن (240) دقيقة

الهدف العام للجلسة: الأزمات النفسية وكيفية التعامل معها وطريقة (ABC) لمعالجة الأزمات.

الأهداف الفرعية للجلسة: - مراجعة الواجب البيتي (15 دقيقة).

- مفهوم الأزمة النفسية (15 دقيقة).

- المفاهيم المرتبطة بالأزمة (20 دقيقة).

- أنواع الصدمات التي تولد أزمات (20 دقيقة).

- مراحل الأزمة النفسية (20 دقيقة).

- أسس التعامل مع الأزمة (30 دقيقة).

- سيكولوجية إدارة الأزمات (25 دقيقة).

- طرق التعامل مع الأزمة (35 دقيقة).

- شرح طريقة (ABC) لمعالجة الأزمات (60 دقيقة)

المواد والفنيات المستخدمة: المحاضرة، عرض بوربوينت، النمذجة العصف الذهني، المناقشة الجماعية.

إجراءات تنفيذ الجلسة:

الهدف رقم (1)

يتم في البداية الترحيب بالمشاركات وعمل مراجعة للواجب البيتي المتعلق بموضوع الجلسة السابقة.

الهدف رقم (2)

- الأزمة النفسية: هي العجز عن ضبط التوازن النفسي وانعدام القدرة على حل المشاكل النفسية أو الوصول بالحالة النفسية إلى حافة الانهيار.

- الأزمة النفسية هي اضطراب عاطفي حاد ينتج عن حدث ما يؤثر على قدرة الفرد

على المواجهة العاطفية أو المعرفية أو السلوكية.

الهدف رقم (3) - (20 دقيقة)

المفاهيم المرتبطة بالأزمة النفسية:

1. المشكلة: وهي حالة من عدم الرضا والتوتر الناجمين عن بعض الصعوبات التي تعيق تحقيق الأهداف وعدم تحقيق النتائج المطلوبة.
2. الحادث: وهو أمر فجائي إذا نجم عن أزمة فإنها تكون إحدى نتائجه.
3. الكارثة: وهو حالة تسبب العديد من الخسائر في الموارد البشرية والمادية.
4. الصراع: ويمكن تحديد أبعاده وأطرافه وأهدافه إلا أن تأثيره لا يصل إلى مستوى الأزمة.

5. الخلاف: ويعني التعارض والتضاد وهو أحد مظاهر الأزمة أو باعثٌ على نشوئها واستمرارها ولكنه لا يعبر عنها تمامًا.

الهدف رقم (4) - (20 دقيقة)

- 1 - صدمات المواقف الاجتماعية: وتتضمن موت عزيز، طلاق، اغتصاب، فقدان عمل، نكسة مادية خطيرة، اكتشاف مرض خطير لدى العميل أو لدى شخص عزيز عليه، اكتشاف خيانة الزوج / الزوجة الضغط العائلي، فشل في العمل أو الدورات، الكوارث الطبيعية... الخ
- 2 - صدمات تطورية: وتتضمن هذه الصدمات نتيجة التقدم في مراحل الحياة وتتضمن:

- الطفولة: ولادة أخ أو أخت غير مرغوب بهما، نبذ الأصدقاء..

- المراهقة: المخدرات، الكحول.....

- سن الرشد: الخطوبة، الزواج، الأبوة، الأمومة، صراعات العائلة مع القانون.....

- الشيخوخة: التقاعد، تدهور الصحة، موت الأصدقاء.....

3 - الصدمات النفسية: وهي عبارة عن أحداث داخلية (باطنية) تخلق قلقاً عظيماً في داخل المسترشد وتتضمن على المثال: النشأة التدريجية أو المفاجئة للإحساسات العاطفية، وتكون هذه الأحاسيس والأفكار الضمنية موجودة في اللاشعور لبعض الوقت، ثم تندفع إلى الشعور (الوعي) عندها تصبح دفاعات العميل مثقلة بضغوط مرتبطة بمشكلته وعند هذه النقطة يمكن أن يصاب العميل بردة فعل الأزمة أو أن يحمل عبء قلقه متوصلاً بذلك إلى إدراك يدوم لبعض الوقت قبل أن يفسد ويتحول إلى ردة فعل الأزمة.

4 - الصدمات الوجودية: وهي تنشأ عن الإدراك التدريجي أو المفاجئ لوجود فجوة أو فراغ أو شعور العميل بأن حياته تفقد معناها، فتجد العميل يشعر بأن العمل والهوايات والعلاقات الاجتماعية كانت قبل الأزمة أهدافاً إجبارية ومسلية أما الآن فهي تبدو فارغة وغير منطقية، حيث يشعر الشخص خلال فترة الأزمة بالفراغ الذي يولد لديه قلقاً ورعباً كبيرين.

#### الهدف رقم (5)

- مرحلة الصدمة: وتحدث هذه المرحلة بسبب الخسارة المفاجئة وما يتبعها من نتائج سلبية أو عندما لا يكون الشخص مهياً للتعامل مع موقف الخسارة أو فقدان وفي هذه المرحلة يشعر الفرد بأن حياته ووظائفه قد توقفت وقد أصبح غير قادر على ممارسة أي عمل شخصي له، فقد تظهر عليه علامات الدهشة والاستغراب وقد يمتنع عن الكلام لفترات من الوقت وهنا يتوجب على الأخصائي النفسي الاهتمام بالشخص صاحب الأزمة واحترام مشاعره وأفكاره وانفعالاته.

- مرحلة الإنكار والرفض: فالشخص المتألم لا يستطيع التصديق بأن ما حدث قد وقع فعلاً وهنا لا بد من أن يسأل الأخصائي النفسي أسئلة توجه الشخص نحو

استبصارات جديدة حول ضرورة تقبل الخسارة دائماً من خلال الوعي بأن الرفض والإنكار جزء طبيعي من مراحل الشعور بالأزمة.

- مرحلة الشعور بالحزن أو الاكتئاب: عندما يواجه الشخص حدثاً غير متوقع فإنه يشعر بالحزن والكآبة واليأس وفقدان الأمل وقد يرافقها مشاكل بالنوم أو الأكل ودور الأخصائي هو مساعدة العميل على الوعي بمثل هذه المشاعر وتقبلها والانتباه لحقيقة أنها ستزول تدريجياً.

- الشعور بالغضب: كثير من الأشخاص يواجهون أزماتهم بالغضب وقد يكون هذا الغضب موجهاً نحو الذات أو نحو الآخرين ودور الأخصائي هو مساعدة العميل على الوعي بهذه المشاعر والتعبير عنها بشكل مباشر.

- التقبل: وهنا يصل الفرد إلى نهاية حزنه ويبدأ بالخضوع إلى الحقيقة الواضحة أمامه والعمل على اتخاذ ترتيبات جديدة لمزاولة الحياة الشخصية ودور الأخصائي هو مساعدة الأفراد الذين يواجهون مشكلات على التكيف مع الوضع الجديد لتجاوز المشكلة.

## الهدف رقم (6)

### أسس التعامل مع الأزمات

إن النجاح في إدارة الأزمة واحتوائها يعتمد على الاختيار السليم لاستراتيجية المواجهة لهذه الأزمة وعند إعداد السيناريو المناسب للتعامل مع الأزمة يجب أن يأخذ بعين الاعتبار الأبعاد التالية:

- البعد المعرفي: أي بما يتضمنه من استخدام للذاكرة والإدراك (الوعي).
- البعد الوجداني: وخاصة الجوانب العاطفية الداخلية المحركة للأزمة والدوافع المؤدية إلى توقفها.
- البعد الاجتماعي: أي المتعلق بالمجتمع والإعلام والاقتصاد والسياسة وكل ما يمكن أن يؤثر أو يتأثر بالأزمة.

- البعد التعييري (الجمالي): وهو كل ما يتم من ممارسات ذات إيقاع معني ونتائج ومن خلال تفعيل هذه الأبعاد فإن الأزمة تتحول إلى مشكلة صغيرة يمكن التعامل معها.

إن عملية إدارة الأزمة ومواجهتها بأسلوب علمي متكامل تمر بأدوار مترابطة ومتكاملة وهي:

1 - تقدير الموقف: وفيه يتم تحديد المصادر المتسببة بالأزمة وردود الفعل والمواقف المحيطة بها والمؤثرة فيها وعلاقتها ببعضها وتحديد القوى الصانعة للأزمة والمساعدة فيها.

2 - تحليل الموقف بعد جمع المعلومات والتدقيق بها والتوصل إلى حقائق معينة ويشمل التحليل أسباب التوتر والعوامل التي دعمت الأزمة ومدى شدتها ومواطن القوة والضعف لصانع الأزمة والمتسبب لها وتحليل الأخطاء الناتجة عن الأزمة ومدى استمراريتها.

3 - التدخل في الأزمة: وهي مرحلة إعداد الخطط والبرامج وحشد القوى لمواجهة الأزمة ومن هذه الخطط تحديد المراكز الأكثر أمنًا لاتخاذها مراكز ارتكاز وضع خطط لامتصاص الضغوط الآتية وتشمل المهام الأساسية: المواجهة السريعة والاستيعاب والتخفيف من أثر القوى الصانعة للأزمة.

الهدف رقم (7)

سيكولوجيا إدارة الأزمة

تمر أي أزمة بخمسة مراحل أساسية وفي حال الفشل في إدارتها تتفاقم الأحداث وتزيد بصورة سريعة وهذه المراحل هي:

المرحلة الأولى: اكتشاف إشارات الإنذار المبكر

حيث ترسل الأزمة وقبل حدوثها بوقت طويل إشارات تحذيرية مبكرة لذا يتوجب

الاهتمام بهذه الإشارات والتي يُنظر إليها على أنها علامات مسبقة لاحتمالية حدوث خلل ما يمكن خلالها التعرف على أبعاد موقف ما قبل تدهوره وتحوله إلى أزمة.

### المرحلة الثانية: الاستعداد والوقاية:

نظرًا لعدم وجود طريقة لمنع كل الأزمات إلا أن النظام الوقائي يمكن أن يمنع امتداد أو انتشار الأزمة كما أن تصميم الخطط ووضع السيناريوهات وتحديد دور كل فرد في وقت الأزمة يزيد من كفاءة مواجهة الأزمة.

### المرحلة الثالثة: احتواء الأضرار أو الحد منها

في هذه المرحلة يتم احتواء الآثار الناتجة عن الأزمة وعلاجها وتهدف هذه المرحلة إلى تقليل الخسائر إلى أقصى حد ممكن.

### المرحلة الرابعة: استعادة النشاط

وهي عبارة عن خطط طويلة وقصيرة المدى من أجل إعادة الأوضاع لما كانت عليها قبل الأزمة واستعادة النشاط وهنا يجب الانتباه والحرص على توفر ثلاث اعتبارات أساسية وهي:

- 1- الرغبة والحرص على إعادة التوازن.
- 2- المعرفة بما ينبغي تحقيقه في مرحلة إعادة التوازن.
- 3- القدرة على إنجاز فعاليات مرحلة إعادة التوازن.

### المرحلة الخامسة: التعليم

وتركز على استعادة واسترجاع ودراسة وتحليل الأحداث واستخلاص الدروس المستفادة منها.

## الهدف رقم (8)

هناك العديد من الطرق للتعامل مع الأزمة منها:

- 1 - إنكار الأزمة: وفيها يتم التعتيم على الأزمة وإنكارها وعدم الاعتراف بها.
- 2 - كبت الأزمة: وهنا يتم استخدام القوة والعنف لتدمير العناصر الأولية للأزمة وعدم الاستجابة لأية ضغوطات حتى لا تتصاعد الأزمة، وما يميز هذه المرحلة أن التدخل يكون سريعاً ومباشراً.
- 3 - إخماد الأزمة: فإذا ما وصلت الأزمة لمرحلة التهديد الخطير والمباشر للعيان وأنه وفي حال استمرارها سيحدث الانهيار، عندها يتم استخدام العنق والتعامل الصريح عن طريق الصدام العلني مع كل القوى المؤثرة على الأزمة.
- 4 - بخس الأزمة: وهنا يتم التقليل من شأن الأزمة ومن تأثيرها ومن نتائجها.
- 5 - تنفيس الأزمة: ويتم فيها إخراج ما في نفوس مصادر الأزمة من غليان للحد من انفجارها ضمن الشروط التالية:
  - دراسة الأزمة دراسة مستفيضة وتمعنة.
  - دراسة قوى الضغط على الأزمة.
  - معرفة أطراف العلاقات وما هي المصالح والحقوق.
  - دراسة تصارع المصالح وتصارع الحقوق.
  - إيجاد وسائل التنفيس المناسبة التي تستغرق الجهد فتضعف قوى الأزمة الرئيسية وتفتت.
- 6 - تمييع الأزمة: وذلك من خلال الاجتماع للوقوف على وبحث الأزمة ومعرفة من هم الذين أدوا إلى وجودها وأهدروا الوقت الطويل ويتم تأجيلها مراراً وتكراراً لبحثها وفي النهاية تُنس الأزمة وأسبابها.



7- تفتيت الأزمة: حيث يتم تجزئة قوى الأزمة؛ بهدف التعامل معها منفردة وإعطاء البدائل المتاحة لكل جزء ويتم التفتيت على ثلاث مراحل:

- مرحلة الصدام: حيث يتم مراجعة الأزمة بعنف، وهذا الصدام يحدد مدى تماسك القوى ومقدار استعدادها للاستمرار.

- مرحلة إعطاء البدائل: حيث يتم إعطاء كل فريق بدائل مختلفة ومتشعبة وبالتالي يسهل التعامل مع كل فريق على حدة.

- مرحلة التفاوض: حيث يتم استقطاب وامتصاص وإذابة كل فريق على حدة من خلال التفاوض معه.

8- عزل قوى الأزمة: وذلك بهدف التقليل من شأن القوى الصانعة للأزمة والمؤيدة لها.

9- احتواء الأزمة: وهنا يتم محاصرة الأزمة وحصرها في نطاق ضيق وتجميدها عند المرحلة التي وصلت إليها.

10 - تدمير الأزمة ذاتياً: وذلك بتفجير الأزمة من الداخل مع المواجهة المباشرة لها.

11 - تحويل مسار الأزمة: وتستخدم في حالة الأزمات القوية حيث يتم التعامل مع قوة الدفع المولدة لضغوطها وتحويل مسارها ليصبح تابعاً للجهة التي يتم التمرد عليها.

## الهدف رقم (9)

### كيف يظهر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي الأزمة؟

- تعرف الأزمة بأنها حدث ما يتبعه جهود غير مجدية للتعامل معها تؤدي إلى نتائج سلبية فعندما لا تنجح الطرق المألوفة للتعامل مع الأزمة فإنه تسيطر على الفرد حالة من الفوضى والاضطراب يصاحبها انعدام الفعالية النفسية.

- ويشجع العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) على السماح للعميل التعبير عن انفعالاته من خلال التنفيس العاطفي والتفريغ ويقوم الأخصائي بدور تصحيح الأفكار الخاطئة وتشجيع العميل على الربط العقلاني بين الحادثة الموقف والضغط النفسية، كما ويركز على المعتقدات أكثر من أي شيء آخر وبالتالي يكون الأخصائي النفسي واعياً إلى أن ترجمة الأفراد وتفسيراتهم للأحداث تتأثر بتاريخهم الماضي وبتراكيب شخصياتهم وبمصادرهم وتراكماتهم، كما يجب تحديد الأبعاد الحقيقية للأزمة قبل المباشرة في وضع الحلول عندما يقوم العميل بالتنفيس الانفعالي يقابله الأخصائي بدون لوم وبزراعة الأمل في نفسه وخلال عملية التنفيس الانفعالي، يتحرك العميل من عملية التنفيس إلى إعادة بناء العملية المرضية والتي تبدأ من (تحديد الحادثة المثيرة) والتي قد تكون أحياناً حادثة مباشرة وقد تكون أحياناً أخرى مجموعة من التراكمات أدت إلى الأزمة.

### مبادئ التعديل المعرفي للأزمة:

- 1- إن الطريقة التي يفسر فيها الفرد الموقف تحدد ردود فعله نحوها.
- 2- الطريقة التي يفسر بها الفرد الموقف تحدد ردود فعله العاطفية والانفعالية.
- 3- الأزمات التي تؤدي إلى اضطراب معرفي، تقود إلى سلوكيات غير فعالة مثل الغضب، والعجز، واليأس.

### استشارة التعديل المعرفي:

- 1- اسمح بالتعبير عن الانفعالات بشكل معتدل وضمن حدود.
- 2- ساعد الأفراد على الربط بين الأحداث المثيرة وردود الفعل الحالية نحو الموقف.
- 3- اكتشف ما فعله الأفراد كاستجابة للموقف أوضح.
- 4- اقترح بدائل كخطوات إيجابية لم يسبق اتخاذها.

5- حدد الضغوط التي مضت منذ وقت قريب ومدتها وتبعاتها وعلاقتها بالضغوط التي حدثت مبكرًا قبلها .

6- ناقش مهارات التعامل الحالية وفعاليتها وتوفرها.

7- استعمل كل الطرق المتاحة ضمن المحيط الاجتماعي لتعزيز مخزون الأفراد من أساليب التعامل والحلول.

### طريقة ABC لمعالجة الأزمة:

الخطوة الأولى لمعرفة إذا كان الشخص يعاني من أزمة هي الإجابة عن الأسئلة التالية:

1 - هل يعاني الفرد من مشاكل سلوكية وانفعالية في الوقت الحالي؟

2- هل تزداد الأمور سوءاً؟

3- هل يمكن ربط هذه الحالة بأحداث تحيط بالفرد أو تغيير في حياته؟

إذا كانت الإجابة بنعم عن هذه الأسئلة فغالبًا ما تكون هناك أزمة وهنا يتم التعامل معها بطريقة ABC وهي كالتالي:

1 - Achieve Contact التوصل مع الأفراد الذين يعانون من الأزمة.

2 - Boil down the problem: تحليل المشكلة إلى عناصرها الأساسية.

3 - Coping Activity With the problem: التعامل بفاعلية نشاط مع المشكلة.

1 - في الخطوة للتعامل مع المشكلة وهو تأسيس علاقة فهم وجدان أساسها الثقة والدعم وممارسة مهارات الإصغاء والجلوس بشكل مناسب وقراءة لغة الجسد والسرية والانفتاح والتعزيز والتلخيص وإعادة الصياغة والأصالة وعكس المشاعر....الخ.

2 - تحليل المشكلة إلى عناصرها الأساسية: وهنا يتم حصر المشكلة في عناصرها الأولية ويشترط الاستجابة إلى الأشخاص الذين يعانون من الأزمة بطريقة تساعدهم على تحديد وتعريف رؤيتهم لما حدث وكيف يشعرون ولماذا؛ وهذا يتطلب من الأخصائي ممارسة مهارات التركيز والتساؤل والاستجابة وفي التساؤل يتجنب بيع النصائح والتأكيدات ويلجأ إلى الأسئلة ذات النهايات المفتوحة، ويتجنب الجمل النقدية والمراهنات.

3 - في الخطوة الثالثة يتم مساعدة العميل الذي يقع تحت تأثير الأزمة على تقييم وتوجيه مصادرهم، وتطوير الخطوات واتخاذ الإجراءات اللازمة والمحددة.

الإهاء: إعطاء الواجب البيتي المتعلق بتسجيل أزمة عايشتها المشاركة، وكيفية التعامل معها سابقاً وكيفية التعامل مع الأزمة عن طريق تطبيق خطوات وأسس التعامل مع الأزمة.

## الجلسة التاسعة عشر

الزمن (120) دقيقة

الهدف العام للجلسة: أهمية الدعم الاجتماعي في تحقيق المرونة النفسية بعد الإجهاد.  
الأهداف الفرعية:

1 - مراجعة الواجب البيتي (20 دقيقة).

2 - تعريف الدعم الاجتماعي وأهميته (20 دقيقة).

3 - أبعاد الدعم الاجتماعي وفوائده وكيفية المحافظة على شبكة الدعم الاجتماعي (40 دقيقة).

4 - مفهوم المرونة النفسية (15 دقيقة).

5 - طرق بناء المرونة (20 دقيقة).

6 - معايير المرونة النفسية (15 دقيقة).

المواد والفنيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الفاعلة، أسلوب الإقناع.

خطوات تنفيذ الجلسة:

الهدف رقم (1)

- يتم مراجعة الواجب البيتي والمتعلق بالجلسة السابقة.

الهدف رقم (2)

- يعرف الدعم الاجتماعي بأنه الدعم الذي يمكن الوصول إليه من خلال الروابط الاجتماعية مع الأفراد الآخرين والجماعات والمجتمع.

- هو شبكة من العلاقات التي تقدم مساندة مستمرة للفرد بصرف النظر عن الضغوط النفسية الموجودة في حياته وهي إما أن تكون موجودة أثناء حدوث الضغوط أو أن يكون لدى الفرد إدراك بأنها ستنشط في حالة وجود الضغط النفسي.

- إمكانية وجود أشخاص مقربين كالأسرة أو الأصدقاء أو الجيران يحبون الفرد ويهتمون به ويقفون بجانبه عند الحاجة.

- المساندة الاجتماعية تمثل رعاية متصلة لها ثلاثة مكونات هي:

1 - مساندة عاطفية.

2 - مساندة مختلطة بالاحترام المتبادل.

3 - المساندة المتداخلة بين شخص وآخر؛ تقود إلى الاعتراف الصريح بأن الفرد يشعر بموقعه في شبكة الاتصال المشترك بالآخر أو بقرار الاعتراض أو كليهما.

الهدف رقم (3)

- يأخذ الدعم الاجتماعي بُعدين:

1 - البعد الهيكلي والذي يتضمن حجم الشبكة وتكرار التفاعلات الاجتماعية.

2 - البعد الوظيفي والعاطفي مثل تلقي المحبة والتعاطف.

- المصدر الأمثل للدعم يعتمد على المرحلة التنموية للشخص المتلقي للدعم فمثلاً: دعم الوالدين أكثر أهمية في مرحلة المراهقة المبكرة مما هو عليه في أواخر مرحلة المراهقة وكذلك فإن الأشخاص الذين عاصروا تجربة الحزن والصدمة يحتاجون إلى دعم اجتماعي يتمثل في شقين: أولاً دعم احترام الذات وهو أن يقدر الفرد ذاته ويحترمها أو يحترمها الآخرون .

وثانياً هو دعم التقويم أي أن يجد الفرد نفسه قادراً على الحصول على النصيحة عند التعامل مع الصعوبات.

- ضرورة الحرص على تحسين شبكة العلاقات الاجتماعية الخاصة بكل مشاركة.

- فائدة شبكة الدعم الاجتماعي:

1 - تحسين القدرة على التكيف مع المواقف الضاغطة نفسياً.

2 - التخفيف من آثار الاضطراب.

3 - تعزيز الثقة بالنفس.

4 - خفض مخاطر الإصابة بآلام القلب والأوعية الدموية.

5 - تعزيز سلوكيات نمط الحياة الصحية.

كيفية المحافظة على شبكة الدعم الاجتماعي:

1 - ابق على اتصال.

2 - لا تنافس كن سعيداً لنجاح الغير بدلاً عن الغيرة والجسد.

3 - لا تبالي في علاقاتك (لا تربك الآخرين بك وإنما ادخرهم لوقت الحاجة إليهم).

4 - قدم لهم التقدير والامتنان.

5 - قدم لهم الدعم عندما يحتاجون.

#### الهدف رقم (4)

- تعرف المرونة بأنها عملية التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للشدائد والصدمات والنكبات أو الضغوط النفسية التي يواجهها الأفراد مثل المشكلات الأسرية ومشكلات العلاقة مع الآخرين والمشكلات الصحية الخطيرة وضغوط العمل والمشكلات المالية.

- هي القدرة الإيجابية للفرد على التكيف مع الضغوط النفسية وتمكينه من أداء وظائفه بشكل جيد.

- هي القدرة على تحقيق الأهداف والمهام التنموية أو التوقعات الاجتماعية.

- هي المحافظة على النمو الصحي على الرغم من وجود الحدث الضاغط والشفاء من الصدمة.

#### الهدف رقم (5)

سياقات تعزيز المرونة النفسية:

- الصفات الشخصية الإيجابية وتتضمن الإيجابية نحو الذات.

- جو العائلة ووجود روابط عائلية يسودها المحبة والألفة.

- المجتمع الخارجي الذي يقدم مساعدة ومساندة للأفراد.

طرق بناء المرونة:

1 - الحفاظ على علاقات جيدة مع أفراد العائلة المقربين والأصدقاء الآخرين.

2 - تجنب رؤية الأزمات والأحداث الضاغطة.

- 3- تقبل الظروف التي لا يمكن تغييرها.
- 4- تطوير الأهداف الواقعية والتحرك باتجاهها.
- 5- اتخاذ أفعال حاكمة في المواقف المتعارضة.
- 6- البحث عن فرص لاكتشاف الذات بعد الصراع مع فقدان.
- 7- تطوير الثقة بالنفس.
- 8- الحفاظ على منظور طويل وسياق أوسع لحل الحدث الضاغط.
- 9- العناية بالجسم والعقل وتأدية تمارين الاسترخاء.

### خصائص الفرد المتزن انفعالياً:

- 1- مشاعره ثابتة نسبياً غير متقبلة.
- 2- القدرة على التحكم بانفعالاته والقدرة على الصمود والاحتفاظ بالهدوء.
- 3- القدرة على العيش في توافق اجتماعي وتكيف مع البيئة المحيطة والمساهمة الإيجابية في نشاطها بما يضفي الشعور بالرضا والسعادة.

### الهدف رقم (6)

- 1- القدرة على مواجهة التهديد الخارجي.
- 2- السيطرة على المشاعر.
- 3- القدرة على كبت الدوافع غير المقبولة اجتماعياً دون أن تسبب أي نوع من الإزعاج للنفس وللآخرين.
- 4- وضع أهداف دافعية واستغلال القدرات والإمكانات الموجودة لدى الشخص بأقصى طاقة ممكنة.

- عمل ملخص للجلسة والتذكير بالموعد القادم.



## الجلسة العشرون

الزمن (120) دقيقة

الهدف العام: إجراء القياس البعدي وإنهاء البرنامج

الأهداف الفرعية:

- الترحيب بالمشاركات وعرض الفنيات والأساليب الإرشادية (30 دقيقة).
- تقييم البرنامج الإرشادي من وجهة نظر المشاركين (20 دقيقة).
- تقييم مدى التحسين الذي شعرت به كل مشاركة ومعالجتها الجلسات (20 دقيقة).
- إرشاد المشاركين إلى ضرورة الاستمرار في تنفيذ ما تم تعلمه وتوظيفه في حياتهم اليومية (20 دقيقة).
- القياس البعدي (60 دقيقة).
- إنهاء الجلسة وتوديع المشاركين.
- الفنيات المستخدمة: - أقلام حبر، ورق، المقاييس الخاصة بالدراسة.

سير الجلسة:

الهدف رقم (1)

- يتم الترحيب بالمشاركات كالعادة وعمل تلخيص لجميع الفنيات والأساليب الإرشادية التي تم الحديث عنها وتطبيقها في الجلسات السابقة.
- التوضيح للمشاركات أن هذه الجلسة النهائية وموضوعها الإنهاء.

الهدف رقم (2) + (3)

- الطلب من المشاركين التحدث أمام الزميلات عن كل ما يلي:

- 1 - مدى استفادتها من البرنامج.
- 2 - دور البرنامج في تعزيز المشاركات العقلانية الانفعالية السلوكية.
- 3 - شعورهم بمدى التغيير.

#### الهدف رقم (4)

- رأي المشاركات عن محتوى الجلسات الإرشادية من حيث المادة العلمية، الوقت، المكان، التسلسل، آلية التنفيذ.
- التعليق على أقوال المجموعة والفائدة من تقديم هذا البرنامج.

#### الهدف رقم (5)

- التعليق على أقوال المجموعة والفائدة من تقديم هذه البرامج في حياة المشاركات.
- إجراء القياس البعدي وتوزيع المقياس على المشاركات.
- تقديم الشكر للمشاركات في البرنامج وللعاملين في جمعية المركز الإسلامي.