

## أثر الإرشاد المعرفي السلوكي للنساء في تحسين الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية لأفراد الأسرة المرضى

تاريخ تسلّم البحث: ٢٠١٥/١٠/١٣م

تاريخ قبوله للنشر: ٢٠١٦/٣/١٦م

دة. جهاد محمود علاء الدين\*

باسمته يوسف الخوالدة\*\*

### الملخص

سعت الدراسة إلى الكشف عن أثر برنامج إرشاد معرفي سلوكي جمعي في تحسين مستويات الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية لدى عينة (ن=٣٦) من النساء مقدمات الرعاية لأحد أفراد الأسرة المصابين بمرض مزمن. وقد تمّ توزيع أفراد العينة عشوائياً إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية (ن=١٨)، والمجموعة الضابطة (ن=١٨). وأشارت التحليلات الإحصائية إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥)، بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة على مقياسي الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، وإلى عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي، على مقياسي الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية ما يؤكد احتفاظ أفراد المجموعة التجريبية نسبياً بالمكاسب العلاجية التي حققوها في القياس البعدي. الكلمات المفتاحية: برنامج إرشاد معرفي سلوكي؛ الدعم الاجتماعي؛ الكفاءة في تقديم الرعاية؛ النساء مقدمات الرعاية؛ المرضى المصابون بمرض مزمن.

### Abstract

#### The Impact of Women Cognitive Behavioral Counseling In Improving Social Support and Caregiving Competence For Patients' Family Members

This study aimed at exploring the impact of cognitive behavioral group counseling program in improving social support and competence in caregiving among a sample (n=36) of women caregivers of patients' family members with chronic illness. The participants were distributed randomly into two groups, experimental group (n = 18), and a control group (n = 18).

The results of the pretest to posttest differences for the experimental and control groups on the study scales used revealed that the treatment group compared to control group, was significantly ( $\alpha = 0.05$ ) more likely to have higher levels of social support and caregiving competence. Moreover, results of paired sample t-test, of posttest to four

\* أستاذ مشارك، كلية التربية، الجامعة الهاشمية.

\*\* باحثة، الجامعة الهاشمية.

weeks follow-up differences for the experimental group on the study scales, indicated that although the grades in the study's two scales remain almost constant, and the treatment group improved in social support, and regressed in caregiving competence, the differences in the two scales, were not significant.

Keywords. Cognitive Behavioral Counseling; Social Support; Caregiving Competence; Women Caregivers; Patients' Family Members.

## المقدمة:

يواجه مقدمو الرعاية للمرضى من أفراد الأسر العديد من الصعوبات الاجتماعية والعاطفية والأعباء الاقتصادية المنهكة والمرهقة لهم، ويُشير الأدب النفسي إلى أن العديد من النتائج السلبية المرتبطة بتقديم الرعاية تبدو موتقة بشكل جيد (Joen and Madjar, 1998; Oyeboode, 2003). ومع الزيادة المتوقعة في عدد الأشخاص من أفراد الأسر المصابين بالأمراض المزمنة، تبرز الأهمية وتثار الحاجة لتمييز وتحديد المنظور والتدخل العلاجي الملائم الذي سيساعد الأسر وبثبات على إدارة وتدبر تحديات تقديم الرعاية (Man, 1999; Mitrani and Czaja, 2000; Tang and Cheni, 2002). وقد وُجد أن تصورات مقدمي الرعاية لمدى توفر الدعم الاجتماعي الصادر من أفراد العائلة والأصدقاء، وإدراكهم للكفاءة الذاتية في تحمل أعباء تقديم الرعاية تلعب دوراً هاماً ووسيطاً قوياً يؤثر على النتائج والتأثيرات الواقعة على مقدم الرعاية.

لقد أصبحت أعباء وأنشطة الرعاية الصحية غير الرسمية للعديد من المرضى غير المقيمين في المستشفيات (Out-patients)، من المصابين بأمراض حادة ومزمنة كالقلب وضغط الدم والسكري (Diabetes) المرتبطة بحدوث السكتة أو الجلطة الدماغية المصحوبة بالشلل والنوبات القلبية، أو القيام بإجراءات رعاية المرضى أو المصابين بإعاقات دائمة والذين يتلقون العلاج ويحصلون على المتابعة والعناية الصحية من قبل أفراد أسرهم داخل البيوت، تتفاقم وتتداخل في كثير من الأحيان مع جوانب متعددة من أعباء الحياة اليومية لأفراد الأسرة من مقدمي الرعاية وتتجاوز طاقتهم. فهذه الرعاية الصحية غير الرسمية المقدمة للمرضى بحكم صلة القرابة والروابط الأسرية أصبحت تستهلك قدرًا كبيراً من الوقت والطاقة في تقديم الرعاية الطويلة الأجل التي قد تشمل مهام منهكة وصعبة أيضاً (Biegel and Schulz, 1999)، الأمر الذي يمكن أن يضعف بشدة من نوعية الحياة لمقدمي الرعاية ويلقي بظلاله على الأداء العام للأسرة. وقد يؤدي إلى التلكؤ والانسحاب من تقديم الرعاية في الوقت الذي يكون فيه طبيعة المرض والوضع الصحي لا يسمح بمثل هذا التقصير، ما يؤدي لظهور أزمة ومعضلة قد تعجز

الأسر عن مواجهتها والتعامل معها بكفاءة. وبالتالي فإن إيلاء الاهتمام بمقدمي الرعاية تعتبر قضية هامة لدى المرشدين الأسريين كما هي في برامج الرعاية والخدمات المجتمعية التي يفترض فيها أن تشاطر الأسرة تحمل هذا الدور (Neilson- Clayton, and Brownlee, 2002).

ويقترض وعلى نطاق واسع أن تقديم الرعاية تكون ضارة عملياً بجميع جوانب العافية والصحة النفسية والجسدية لمقدمي الرعاية، هذا على الرغم من أن كلاً من مقدمي الرعاية والمرضى مستلمي الرعاية يعتبرون الرعاية المنزلية أفضل من خدمات الرعاية ذات الطابع المؤسسي (Lee and Gramoteny, 2007). ولكن هناك أدلة قوية تشير إلى أن دور تقديم الرعاية الأسرية يمكن أن يكون مرهقاً جسدياً ونفسياً وأنه يفرض ضرائب عاطفية على مقدم الرعاية. ويوضح الأدب النفسي أن تقديم الرعاية الأسرية يعتبر في الغالب الوظيفة الخاصة والمقتصرة على الإناث؛ في حين لا يقوم الذكور بتقديم الرعاية إلا نادراً، حيث أن أكثر من ثلاثة أرباع الأسر يكون مقدمو الرعاية فيها من النساء. وفي سياق تقديم الرعاية، تشير المراجعة للأدب النفسي (Whittier, Coon, and Aaker, 2004) إلى أن رعاية أحد أفراد الأسرة المصاب بمرض مزمن أو شديد الوطأة يمكن اعتباره أحد مصادر الضغط والتوتر الشديدين، وأنه موقف يمثل تحدياً كبيراً يؤثر على مقدمي الرعاية من ناحية الصحة العقلية والنفسية، والعمل، والعلاقات الاجتماعية ونوعية الحياة. ويحدث الإجهاد والتوتر المرتبط بتقديم هذه الرعاية إن لم يتمكن مقدمو الرعاية من التعامل بشكل أفضل مع متطلبات تقديم الرعاية للمريض. وأحد أكثر النتائج السلبية شيوعاً للعمل في تقديم الرعاية، التأثير السلبي على الوقت والأنشطة الخاصة بمقدم الرعاية. ففي أغلب الأحيان، يُصبح هذا الدور عملاً بدوام كامل، ولا يترك متسع من الوقت لممارسة أي نوع من الأنشطة الترفيهية التي كان مقدم الرعاية يقوم بالمشاركة فيها قبل أن يتحول ليصبح قائماً بدور مقدم الرعاية الصحية. ورغم أن ذلك نتيجة واضحة لتقديم الرعاية، إلا أنه يعد سبباً أساسياً للتوتر وانخفاض المعنويات وتكدر المزاج والشعور بالاكتئاب. وإذا لم تتخذ الخطوات اللازمة للتدخل وتزويد مقدم الرعاية الأولية بوقت للراحة، فلن يقتصر الأمر على إصابته بالاكتئاب فحسب، وإنما سيمقت دوره أيضاً وسينصرف عن تأديته بكفاءة (Montgomery, Rowe, and Kosloski, 2007)، ويمكن للآثار السلبية الأخرى المرتبطة بدور مقدم الرعاية أن تشمل أيضاً، نشوء علاقة غير مرغوب فيها بين مقدم

الرعاية ومنتقياها، بالإضافة إلى التراجع في الصحة البدنية والذهنية لمقدمي الرعاية، والعديد من المشكلات الصحية الناجمة عن العمل كمقدم رعاية لمريض.

ولضمان توصيل والحصول على هذه الرعاية بشكل فعال ومنتج، توجد حاجة قوية للبدء بوضع تدخلات إرشادية تصمم خصيصاً لمقدمي الرعاية بوصفهم المسترشدين المجهولين، وتتطلب مثل هذه التدخلات المعرفة والبصيرة بشأن العمليات والعوامل التي تساعد على فهم تأثير الرعاية في الحياة اليومية لمقدمي الرعاية. وبصورة خاصة، تقترح نتائج الدراسات (Kim, Hong, Lee, Kim, Kang, and Lee, 2009)، أن التدخلات لمساعدة المرضى يجب أن تركز على مقدمي الرعاية من النساء، خصوصاً اللواتي يُحتمل أن يكنّ يعانين من ضغط الأعباء الاجتماعية والاقتصادية، ويجب أن تستهدف التدخلات أيضاً وتوسيع شبكة الدعم النفسي والاجتماعي لمقدمي الرعاية وتحسين كفاءة تأدية الأنشطة والوظائف اليومية للمرضى ولمقدمي الرعاية. ويثير تقديم الرعاية في الأسر (Family Caregiving)، عدة قضايا تتعلق بالصحة النفسية والسلامة والأمان من خلال منظورين: أولاً، يُطلق على مقدمي الرعاية (Caregivers) أحياناً اسم "المرضى الثانويين (Secondary Patients)" الذين يحتاجون ويستحقون الحماية والتوجيه والخدمات الإرشادية المتخصصة (Reinhard, Given, Petlick, and Bemis, 2008). كما يركز البحث الذي يدعم منظور مقدمي الرعاية كمسترشدين على التدخلات والطرق الكفيلة بحماية صحة وسلامة مقدمي الرعاية الأسرية، نظراً لأن مطالب تقديم الرعاية تضعهم عرضة لخطر عالٍ من الإصابات والأحداث المؤذية، الأمر الذي يستلزم اهتمام القائمين على رعاية أمور الأسرة في جميع المواقع والأماكن كالمسترشدين الأسريين وغيرهم من مقدمي الخدمات الصحية (Suthers, 2006). كما وتظهر الدراسات المتعلقة بتأثير تقديم الرعاية أن نسبة تقدر وتتراوح ما بين الثلث إلى النصف من مقدمي الرعاية المعنيتين بأفراد الأسرة المرضى يعانون من الضيق والأسى النفسي الحاد (Oyebode, 2003). كما أشار العلماء والباحثون (Folkman, Lazarus, Pimley, and Novacek, 1987)، إلى أنه يمكن التغلب على المواقف المسببة للضغوط النفسية من خلال تنمية الشعور بالكفاءة في تقديم الرعاية باستخدام استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية، وتشمل هذه الإستراتيجيات كل ما من شأنه مساعدة مقدمي الرعاية للمرضى المزمنين على إحداث التغييرات اللازمة لخفض مستوى التعرض للضغوط النفسية مثل تحسين الكفاءة في تقديم الرعاية ومهارة تنظيم الوقت

وحل المشكلات، والصحة العامة لأفراد الأسرة والعلاقات الأسرية السائدة، وأيضاً توظيف موارد الدعم الاجتماعي (الحديدي والصمادي والخطيب، ١٩٩٤).

إن مفهوم المرض الجسدي الحاد أو الخطير (Serious Illness) يبدو إشكالياً وصعباً جداً، نظراً لأن عبارة خطير تمثل نوعاً من التغييرات الشخصية (Copeland, 2013). ويتفاوت المرض الجسدي استناداً إلى قاعدة فردية فيما يتعلق بعدد من الأبعاد، ويتضمن ذلك البداية، المدة والنتيجة، مستوى الإعاقة والعجز، ومستوى عدم التأكد من مستقبل المرض (Rolland, 1999). وقد استخدم العديد من الباحثين تعبير الأمراض المزمنة (Chronic Illness) والتي تعرفها المراكز الأمريكية لضبط ومكافحة الأمراض والوقاية (Centers For Disease Control and Prevention, CDC, 2009)، بأنها " الأمراض غير السارية وغير القابلة للانتقال والتي تطول في المدة ولا تحل أو تعالج تلقائياً، ونادراً ما تعالج بالكامل. وتتراوح هذه الأمراض بوجه عام، ما بين أمراض القلب والسرطان والسكري والكلية وتصلب الأنسجة العضلية وأمراض الرئة (World Health Organization, WHO, 2005).

وبناء على هذه الحقائق المتعلقة بخبرات تقديم الرعاية لمرضى في الأسر، وانطلاقاً من النقص الواضح في الأدب النفسي العربي في الدراسات التي سعت لفحص تأثيرات برنامج للإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في تحسين مستويات الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية للمرضى المقيمين مع الأسر لدى مجموعة من النساء اللواتي يقمن بهذا الدور، أجريت هذه الدراسة لتحقيق هذا الهدف وسيتم فيما يلي تقديم موجز لمخرجات الدراسة الحالية بدءاً بالإرشاد المعرفي السلوكي الذي ارتكزت عليه تدخلات برنامج الإرشاد الجمعي الذي صُمم ليقدم ضمن مجموعة إرشادية من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن من (٢٥-٥٠) عاماً اللواتي يتولين تقديم الرعاية لأحد أفراد الأسرة المرضى بأمراض مزمنة كمرض القلب والسكري والسرطان والفشل الكلوي وتصلب الأنسجة العضلية، ومن المترددات على إحدى الجمعيات الخيرية في منطقة السخنة محافظة الزرقاء في الأردن.

### **الإطار النظري والدراسات السابقة:**

العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy (CBT). يُعد العلاج المعرفي السلوكي (CBT) من أهم التطورات في علم النفس الحديث، ويرى العلاج المعرفي السلوكي أن الحالات الانفعالية تحدث بسبب الوسط غير الملائم من التفكير، أو بعبارة أخرى أن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار. وعلى سبيل

## أثر الإرشاد المعرفي السلوكي للنساء..... دة. جهاد علاء الدين وباسمة الخوالدة

المثال، توصل ميشنبوم (Meichenbaum, 1977) مؤسس منهج التعديل المعرفي للسلوك، ومنهج التحصين ضد التوتر (Stress Inoculation Therapy (SIP)، ووجد أن التفكير والمعتقدات والمشاعر والحديث الإيجابي مع النفس وتوجيهات الفرد لنفسه لها دور كبير في عملية التعلم. ويركز ميشنبوم على دور الحوارات الداخلية في تعديل السلوك، ويرى أن الحديث مع النفس يجب أن يكون إيجابياً ويتضمن رغبة في التغيير نحو الأفضل، والافتراض الذي انطلق منه ميشنبوم هو أن الألفاظ التي يقولها الناس لأنفسهم تلعب دوراً في تحديد السلوكيات التي يقومون بها، وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد في التغيير نحو الأفضل (باترسون، 1990)، ومن أهم وظائف الحوارات الداخلية التأثير في الأبنية المعرفية التي تؤثر بدورها في الحوار الداخلي.

وقد تطوّر هذا الاتجاه المعرفي السلوكي العلاجي (Gerow, 1991) أولاً، بواسطة كيلي (Kelly, 1955)، ثم تبعه تطوّر آخر قدمه كل من بيك (Beck, 1976) وإليس (Ellis, 1962). وقد وضع بيك (Beck, 1976)، الملامح الرئيسية للعلاج المعرفي لحالات الاكتئاب، من حيث تأثير الأفكار على الانفعالات والسلوكيات، من خلال السعي لإقناع المسترشد بأن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف، والعمل بنشاط على تعديل إدراكات المسترشد المشوهة وإبدالها بطرق تفكير أكثر ملائمة وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى المسترشد (Gerow, 1991). كما يعد العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT)، الذي قدمه إليس (Ellis, 1962)، نوعاً من أنواع العلاج المعرفي السلوكي (CBT)، وقد جاء بناءً على الافتراض بأن الاضطرابات النفسية إنما هي نتاج للتفكير غير العقلاني لدى الإنسان، لذلك فإن السبيل للحد من المعاناة الإنسانية هو التخلص من أنماط التفكير الخاطئة وغير العقلانية (Dobson & Dozois, 2001). وقد ابتكر إليس نموذج (ABC) للاضطراب الانفعالي لشرح العلاقة بين الأحداث المنشطة والموترة (Activating Event (A)، والمعتقدات (Beliefs (B)، والنتائج الانفعالية والسلوكية (Consequences (C)، ويوضح هذا النموذج أن الأحداث (A) لا تؤدي إلى الاضطراب الانفعالي وردود الفعل الانفعالية والسلوكية (C)، ولكن تقدير الفرد لها وأفكاره ونظام المعتقدات العقلانية واللاعقلانية لديه (B) هو الذي يسبب الاضطراب. ويعتقد إليس أن نظام (ABC) يعمل بشكل جيد عندما تكون الأحداث سارة أو ممتعة وتدعم أهداف الأفراد، أما إذا كانت

الأحداث السارة أو غير السارة لا تدعم الأهداف فهناك احتمالية لاضطراب هذا النظام وظهور الأمراض والاضطرابات النفسية، مؤكداً أن الإدراكات والاستنتاجات والتقييمات كلها عبارة عن عمليات معرفية تسهم في الحالة الانفعالية، وعلى أية حال فإن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ينظر إلى الظواهر المعرفية الثلاث في نظام (ABC) باعتبارها مرتبطة نفسياً ومنطقياً بصميم المعتقدات اللاعقلانية اللاشعورية التي تشبه السكيما (Schema) أو البناء المعرفي.

**الدعم الاجتماعي (Social Support).** يمثل الدعم الاجتماعي السمة الهامة التي يمكن أن تكون عازلة للتوتر والضغط الذي تتعرض له مقدمات الرعاية في المجالات التي ترتبط بطبيعة الأعمال والمسؤوليات العديدة التي يتولونها ( Frone, Russell, and Cooper, 1991). ويعتقد أنه كلما زاد مستوى إدراك مقدمي الرعاية لوجود الدعم الاجتماعي، كلما ارتفع لديهم الرصيد والقدرة الأكبر من الموارد اللازمة للتعامل مع أعباء تقديم الرعاية المنهكة، وبالتالي كلما زادت القدرة لديهم للتفكير في حل المشاكل المرتبطة بتراكم أعباء تقديم الرعاية. إن حصول الفرد على الأمن والدعم العاطفي والتقييم الإيجابي للخبرات الإيجابية والسلبية عن طريق العلاقات الاجتماعية الداعمة، يدعم ما أسماه ماسلو (Maslow, 1968) بدافع "النمو" ضمن هرم الحاجات النمائية التي تحتل قمة الهرم، حيث يهتم الأفراد الذين لديهم دافع "النمو" بتفاعلاتهم مع الآخرين، ويكون لديهم رغبة أكثر في استكشاف بيئتهم، وتحقيق ذواتهم، وفي أن يصبحوا بدورهم مصادر دعم للآخرين. ويساهم الدعم الاجتماعي في النمو النفسي الاجتماعي السليم، كما يؤثر الرضا عن كفاءة الدعم الاجتماعي المقدم للفرد في النمو النفسي الاجتماعي لديه ويشعر من خلال الدعم المقدم له باتجاهات الآخرين نحوه ومدى تقبلهم له، وهكذا فإن الشبكة الاجتماعية والدعم الاجتماعي تؤثران بشكل إيجابي على توظيف الفرد لاستراتيجيات التكيف النفسي الاجتماعي (Harter, 1999).

ويعتبر استخدام استراتيجيات التكيف الذاتية والخارجية بتوظيف وقبول الدعم ذات فائدة للأسر (Hanline and Daley, 1992)، ويختلف مدى تقبل الدعم الاجتماعي ومصادر التكيف الخارجية من أسرة إلى أخرى تبعاً لاختلاف ثقافة المجتمع والثقافات العرقية لبعض الأسر. وقد أظهرت نتائج الدراسات (Drentia, Clay, Roth, and Mittelman, 2006)، في هذا السياق، أن مقدمي الرعاية فضلاً عن عزلتهم غالباً ما يتلقون دعماً أساسياً قليلاً من أعضاء الشبكة الاجتماعية سواء كانوا من الأصدقاء أو الجيرة، حيث تشير النتائج إلى أن مقدمي

الرعاية يفتقرون بشدة للدعم الاجتماعي. وتقترح الدراسات العديدة أن مقدمي الرعاية لأحد أفراد الأسرة المرضى والذين كانوا يقومون بتزويد العناية للمريض لوقتٍ ممتدٍ والذين لديهم مستويات دعمٍ اجتماعيٍ منخفضةٍ قد يكونوا معرضين لخطرٍ مرتفعٍ من الأسى النفسي أو الاكتئاب (Tang and Cheni, 2002). واستناداً على البحوث السابقة (Alexy, 1991; Tuohing, 1991; Wyatt, 1991; Stuifbergen, 1995)، يقترح الباحثون أن مستوى الدعم الاجتماعي يرتبط بعلاقة قوية بالاشتراك في ممارسات تحسين الصحة لدى مقدمي الرعاية بما يعكس إيجابياً على كفاءة تقديم الرعاية (Haley, Levine, and Brown, 1987).

#### الكفاءة في تقديم الرعاية (Caregiving Competence): تستند الكفاءة في تقديم

الرعاية مثلها مثل الكفاءة في تأدية وإنجاز أية مهمة على نظرية باندورا (Bandura, 1977) في الكفاءة الذاتية (Self-Efficacy). وتعرف الكفاءة الذاتية بأنها "اعتقاد الفرد وإيمانه بأن لديه "الإمكانات لتنظيم وتنفيذ إجراءات العمل المطلوبة لتحقيق إنتاج إنجازات معينة" (Bandura, 1997, p.3). وإذا لم يعتقد الأفراد أن أفعالهم تحقق الناتج المرغوب فيه فسوف يكون لديهم حافز قليل للعمل والاستمرار والمثابرة (Pajares, 2002). ولقد اقترح باندورا (Bandura, 1977, 1994)، منظور الكفاءة الذاتية كنظرية في التغيير السلوكي مستنداً على افتراض رئيس وهو أن العمليات السيكولوجية مهما كان شكلها تعمل كوسائل لخلق وتقوية توقعات الكفاءة الذاتية، وفي وقت لاحق عرّف باندورا الكفاءة الذاتية بأنها معتقدات الناس حول قدرتهم على القيام بمستويات معينة من الأداء والذي غالباً ما يتحكم في أحداث تؤثر على مجريات حياتهم. وتؤثر معتقدات الأشخاص حول قدراتهم وتكيفها في مستوى الضغط الذي يمرون به عندما يواجهون المواقف الصعبة والمهددة للذات، إضافة إلى مستوى الدافعية لديهم، وهذا ما تؤكد النظرية الاجتماعية المعرفية لباندورا، إذ ترى أن معتقدات الناس حول السيطرة والتحكم بالضغط تلعب دوراً مركزياً ومهماً في استثارة القلق، فتوقعات الأفراد للمهددات الخارجية، وردود أفعالهم الانفعالية حيال هذه المهددات هي التي تحدد الأخطار التي تواجههم، فكلما كان لدى الأفراد قدرة على السيطرة والتحكم بالضغط التي تواجههم، كانت معاناتهم من القلق قليلة، على عكس الأفراد الذين يعتقدون أنهم غير قادرين على التحكم في الضغوط والمهددات، فهم لا يستطيعون تكيف أنفسهم وبالتالي يرون كل شيء خطيراً ومرعباً (أبو رمان، ٢٠٠٨).



### مشكلة الدراسة وأهميتها:

غالباً ما يمثل تقديم الرعاية لأحد أفراد الأسرة المرضى بمرضٍ خطيرٍ ومزمن، تجربة متحديّة وصعبة، خصوصاً بالنسبة للنساء من الأمهات والبنات اللواتي عادة ما يتولين رعاية عدة أشخاص داخل الأسرة بالإضافة للمريض، ولا يملكن أحياناً سوى القليل من الدراية والمعلومات ويفتقرن أيضاً لموارد الدعم والمساعدة (Jeon and Madjar, 1998; Oyebode, 2003; Suthers, 2006). ولقد أشارت الدراسات (Andren, and Elmstahl, 2008; Salin, Kaunonen, and Astedt-Kurki, 2009)، بأنّ دور تقديم الرعاية ينضوي على العديد من التأثيرات الضارة على العافية النفسية وكفاءة النشاط الاجتماعي (Honda, Abe, ) (Date, and Honda, 2015) بين مقدمي الرعاية، بالإضافة لذلك، غالباً، ما يكون مقدمو الرعاية لأفراد الأسرة من المرضى والمسنين معرضين لمواجهّة ضغوط الأعباء الجسمية والاكنتاب بمستويات أعلى من غير مقدمي الرعاية (Waite, Bebbington, Skelton-) (Robinson, and Orrell, 2004). خاصة أن امتلاك الأدوار المتعدّدة، مثل الزوجة، الأم/الأب، الابنة، ومقدم الرعاية للمرضى وللأباء المسنين، قد يؤدي إلى صراع الأدوار (Honda et al., 2015)، نظراً لنقص الكفاءة في تقديم الرعاية ولقلة الدعم والمساندة الاجتماعية (Suthers, 2006; Thomas, 1997). ما يستدعي ضرورة تزويد هؤلاء السيدات بالمساعدة المتخصصة كتدخلات العلاج المعرفي السلوكي في صيغة مجموعات إرشادية.

وقد لوحظ أن الأدب النفسي قد تطرق بشكل قليل نسبياً للدراسات التي استهدفت هذه الشريحة المجتمعية وخاصة فيما يتعلق ببرامج وتدخلات الدعم النفسي والاجتماعي وتحسين القدرات والكفاءة في القيام بأدوار الرعاية لمرضى داخل الأسر، وبالتالي تكمن مشكلة الدراسة في قلة الدراسات التي بحثت في موضوع أثر تدخلات العلاج المعرفي السلوكي في المجموعات الإرشادية لمقدمي الرعاية للمرضى من أفراد الأسر على تحسين مستويات الدعم النفسي والاجتماعي والكفاءة الذاتية في تقديم الرعاية وبشكل خاص لدى مقدمات الرعاية في الأسر الأردنية، وأيضاً تتجلى مشكلة الدراسة في ندرة البرامج الإرشادية التي تستند للبرهان التجريبي لفحص كفاءتها مع مقدمي الرعاية للمرضى المصابين بمرض مزمن في الأردن، وخاصة النساء اللاتي يتحملن المسؤولية أكثر من غيرهن من أعضاء الأسرة، وبالتالي يمكن تحديد مشكلة الدراسة في التعرف على أثر الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في تحسين مستويات الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية لدى عينة من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن من

## أثر الإرشاد المعرفي السلوكي للنساء..... دة. جهاد علاء الدين وباسمة الخوالدة

(٢٥-٥٠) سنة من مقدمات الرعاية لمرضى من أفراد الأسرة مصابين بأمراض مزمنة متنوعة. وبالتالي تطرح الدراسة الحالية السؤال البحثي التالي:

هل يوجد أثر لبرنامج الإرشاد المعرفي السلوكي في تحسين الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية لدى مقدمات الرعاية لمرضى مصابين بمرض مزمن ومن المترددات على إحدى الجمعيات الخيرية في محافظة الزرقاء في الأردن؟.

وتتجلى أهمية الدراسة الحالية في كونها تأتي امتداداً لبعض الدراسات السابقة والبحوث التي تدعّم مقدمي الرعاية من منظور المسترشدين (Reinhard, Given, Petlick, and Bemis, 2008)، وتدعو للتركيز على تزويد مقدمي الرعاية الأسرية بالطرق الكفيلة بحماية صحتهم وسلامتهم الجسدية والنفسية، ويعود ذلك بشكل خاص لأن طلبات تقديم الرعاية تضعهم عرضة للإصابات والأحداث المضادة. كما أن مقدمي الرعاية الأسرية يعتبروا عاملين غير مدفوعين الأجر الذين يحتاجون في أغلب الأحيان إلى المساعدة لتعلم كيف يصبحون مقدمي رعاية مؤهلين آمنين بحيث يمكنهم تحسين أوضاع رعاية وحماية أفراد عائلتهم مستلمي العناية المرضى من الأذى. كما أن مطالب الحياة الروتينية ومتطلبات مقدمي الرعاية وحرمانهم من إنجازها مثل انقطاع النوم ونيل قسط من الراحة والصعوبات الاقتصادية والإرهاق المزمن والاكنتاب كلها عوامل خطيرة تسبب العديد من مصادر الضغط والصعوبات والمشاكل النفسية والجسدية لهذه الفئة.

وتحديداً، يمكن الإشارة إلى أهمية الدراسة في النقاط الآتية:

١. تزويد الأدب النفسي في ميدان الإرشاد النفسي والأسري بنموذج لبرنامج إرشاد معرفي سلوكي جمعي يستهدف تزويد النساء كمقدمات رعاية لمرضى داخل الأسر بمهارات نفسية واجتماعية لتحسين مستويات الدعم الاجتماعي، ورفع مستوى الكفاءة في تقديم الرعاية، خاصة أن الدراسات السابقة لم تعط الاهتمام الكافي لهذا النوع من الدراسات.
٢. رفع مستوى الوعي الصحي لدى مقدمات الرعاية بأساليب رعاية المرضى المزمين داخل الأسر، بدرجة قد تمهد لبناء أسلوب حياة صحي يقلل ويقي من معدلات مضاعفات المرض والقدرة على التعامل مع مثل تلك الحالات مستقبلاً.

٣. مساعدة عينة من النساء الأردنيات في محافظة الزرقاء اللواتي يقمن بدور مقدمات رعاية لأحد أفراد الأسرة المرضى، على اكتساب بعض المهارات الإرشادية التي قد يستفدن منها في خفض الصعوبات النفسية والاجتماعية التي يواجهنها.

### فرضيات الدراسة:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha=0.05$ ) بين متوسطات درجات النساء مقدمات الرعاية في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياسي الدراسة: الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية في الاختبار البعدي.
٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha=0.05$ ) بين متوسطات درجات النساء مقدمات الرعاية في المجموعتين التجريبية على مقياسي الدراسة: الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية في الاختبار البعدي، وبين متوسط درجاتهن في الاختبار التتبعي على نفس هذين المقياسيين.

### مصطلحات الدراسة:

الإرشاد المعرفي السلوكي: وهو برنامج الإرشاد الجمعي والمستند إلى نظرية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) و فنيات التعليم النفسي، المستخدم في الدراسة الحالية، والذي طُبِّق على أفراد المجموعة التجريبية التي ضمت عينة من النساء تكونت من (١٨) سيدة مقدمة للرعاية لأحد المرضى داخل الأسر، ولم يشارك فيه أفراد المجموعة الضابطة، وعقدت جلساته في قاعة الجمعية الخيرية في محافظة الزرقاء في الأردن، وكانت المجموعة إرشادية مغلقة والعضوية فيها طوعية. وتألَّف البرنامج من (١٢) جلسة إرشاد جمعي تم توزيعها على ستة أسابيع بمعدل جلستين أسبوعياً، ومدَّة الجلسة (٩٠) دقيقة. وقد تضمَّن البرنامج التركيز على خمسة (٥) مواضيع رئيسية كالتالي: التعريف بالبرنامج والتعارف والبناء، رفع الكفاءة الذاتية المعرفية بالتزود بالمعلومات من خلال جلسات التعليم الصحي (عمليات المرض، عمليات العناية الذاتية)، ورفع الكفاءة الذاتية النفسية من خلال استراتيجيات العناية بالنفس (الإشارات التحذيرية للإجهاد والاحتراق النفسي عند مقدم الرعاية، كَيْفِيَّة وَضْع الحدود، إيجاد المتنفسات الإيجابية للعواطف، تَعَلُّم طرق الاسترخاء الذهني والتأمل الذهني اليقظ، والنجاح في وضع اختيارات أسلوب الحياة الصحية بتبني منهج حل المشكلات)؛ وتَقْوِيَّة شبكة الدعم الاجتماعي لمقدم الرعاية (الدعم الاجتماعي والمجمعي). وأخيراً الدمج والتكامل والإنهاء والتقويم.

**النساء:** ويُقصد بهن في الدراسة الحالية مجموعة من السيدات مقدمات الرعاية لمرضى مقيمين داخل الأسرة، ويبلغ متوسط أعمارهن (م=٤٣.٠٢؛ ع=٧.١٥) عاماً، من المستفيدات من خدمات بعض المراكز المجتمعية في مدينة السخنة التابعة لمحافظة الزرقاء.

**الدعم الاجتماعي (Social Support):** ويشمل الدعم الاجتماعي كلاً من الدعم الأسري والدعم والمساندة الاجتماعية، ويمثل مفهوم الدعم الأسري إدراكات الفرد للمساندة والدعم الاجتماعي الواردة من مصادر معينة تشمل الزوج/الزوجة، وأفراد الأسرة الممتدة، والآباء وآباء الأزواج والأقرباء أما المساندة الاجتماعية فتتمثل تلك العلاقات القائمة بين الفرد والآخرين والتي يدركها على أنها يمكن أن تساعد عندما يحتاج إليها، والتي تتمثل بالأصدقاء والمساعدين والمختصين المحترفين والهيئات والمؤسسات الاجتماعية (Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley, 1988). ويعرّف إجرائياً بأنه مجموع الدرجات التي تسجلها المستجيبة على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

**الكفاءة في تقديم الرعاية:** ويقصد به تصورات مقدم الرعاية حول كفاءته وقدرته وجاهزيته والإستعداد المتوفر لديه لتقديم أنشطة الرعاية (Henriksson, Andershed, Benzein, and Arestedt, 2012). وتعرّف إجرائياً بأنها مجموع الدرجات التي تسجلها المستجيبة على المقياس المطور والمستخدم في الدراسة الحالية.

**تقديم الرعاية.** يعرّف تقديم الرعاية بأنها المهمة التي يتولاها أي قريب أو زوج يشارك في رعاية المرضى ويوفر الدعم والرعاية المادية والعملية و/أو العاطفية الغير مدفوعة الأجر، مع توفير المرافقة للمؤسسات الطبية والقيام بالمهام الطبية المنزلية من خلال المساعدة بجوانب العناية الشخصية وأداء المهام المادية والطبية المعقدة (Candy, Jones, Drake, Leurent, and King, 2011; Smith, 2004).

**أفراد الأسرة المرضى:** ويقصد بهم في الدراسة الحالية أفراد الأسرة التي تتولى أفراد عينة الدراسة تقديم الرعاية لهم، والمصابين بمرض جسدي مزمن كالقلب والسكري والسرطان والتهابات الرئة والفشل الكلوي وتصلب الأنسجة العضلية شخص لديهم منذ فترة زمنية تجاوزت أكثر من ستة شهور، ويستدعي الرعاية الطبية والصحية والجسدية المستمرة، والذين يقيمون في المنزل بوصفهم مرضى خارجيين ويحتاجون للكثير من المساعدة التي تتطلب بذل الجهد الجسدي والنفسي.

## الدراسات السابقة:

لقد أشار الأدب النفسي لدور برامج الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي المتخصصة في دعم مقدمي الرعاية وتحسين كفاءتهن في تقديم الرعاية وخاصة النساء منهم وإمكانية تأهيلهم وتدريبهم حتى يصبحوا قادرين على التعامل والمواجهة للضغوطات النفسية التي تواجههم كمقدمي رعاية للمرضى داخل الأسر؛ فعلى سبيل المثال، أجرى مان (Man, 1999) دراسة لفحص كفاءة برنامج إرشاد معرفي سلوكي جمعي لتمكين مقدمي الرعاية في مدينة هونج كونج يمتد لفترة ثمانية (٨) أسابيع وتضمن التركيز على توفير أربعة (٤) مهارات مختلفة وهي: الكفاءة الذاتية لمقدمي الرعاية، ومهارة توسيع نطاق المعرفة المتعلقة بالمرض وتقديم الرعاية، ومهارة الحصول على الدعم الاجتماعي، والحفاظ على تطلعات وطموحات المشاركين الشخصية. وطبق البرنامج على عينة تألفت من خمسين (٥٠) امرأة صينية المقدمات للرعاية لمرضى مقيم مع الأسرة يعاني من إصابة مزمنة بالدماغ. وتضمنت مؤشرات النتائج التي استخدمت في تقييم النتائج خلال فترات ما بعد وقبل البرنامج، وفتره المتابعة المؤلفة من ثلاثة (٣) أشهر: استبيان التمكين، والسواء النفسي، والكفاءة الذاتية والخبرة الذاتية للأعباء في تقديم الرعاية والعناية بالمرضى، وأنظمة الدعم. وأشارت النتائج في القياس البعدي إلى أن البرنامج كان فعالاً في تمكين أفراد العائلة في أبعاد التمكين الأربعة، ووجود تحسن في جميع مقاييس النتائج الأخرى للبرنامج. كما عكست نتائج قياس المتابعة وجود استقرار في مؤشرات التمكين الأربعة.

وقامت مجموعة من الباحثين الصينيين (Huang, Shyu, Chen, Chen, and Lin, 2003)، بدراسة لفحص تأثيرات برنامج تدريبي لمقدمي الرعاية في تحسين الكفاءة الذاتية وإنقاص المشاكل السلوكية لدى المرضى من كبار السن المصابين بالخرف أو الـ (dementia) في تايوان، حيث أجريت الدراسة على عينة (ن=٤٨) من مقدمي الرعاية كان معظمهم من النساء. وقسمت العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. وتلقت المجموعات التجريبية (ن=٢٤) برنامج تدريبي معرفي سلوكي تكون من جلستين تدريبيتين في داخل البيت، بينما تلقت المجموعات الضابطة (ن=٢٤) مواداً تربوية وتعليمية فقط. واستخدم الباحثون مقياس الكفاءة الذاتية لتقييم الكفاءة الذاتية لمقدم الرعاية في ضبط وإدارة هياج المريض، وقائمة مقياس المشاكل السلوكية لمرضى الخرف، والتي طبقت قبل البرنامج وبعد ثلاثة أسابيع وبعد مرور ثلاثة شهور بعد البرنامج التدريبي. وأشارت أهم النتائج إلى أن الدرجات على مقياس الكفاءة الذاتية لمقدم الرعاية في ضبط وإدارة هياج المريض الكلي ومقاييسه الفرعية قد ارتفعت بدرجة

دالة لدى المجموعة التجريبية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة في القياس البعدي، وتبين أن المشاركين احتفظوا في القياس التتبعي بالنتائج التي حققوها في القياس البعدي على مقياسي الدراسة.

وفحصَ بعض الباحثين (Coon, Thompson, Steffen, Sorocco, and Gallagher-Thompson, 2003)، تأثيرَ تدخّلاتِ مجموعات التعليم النفسي الصغيرة لتدريب النساء من مقدمي الرعاية لقریب مصاب بالدمنتيا، على صعوبات الغضب والاكتئاب ونقص الكفاءة الذاتية المدركة المتعلقة بتقديم الرعاية. وبلغت عينة الدراسة (ن=169) سيدة أمريكية بعمر 50 وأكبر سنًا اللواتي كن يتولين أمور رعاية أحد الأقارب المصاب بالدمنتيا واللواتي تم توزيعهن بشكل عشوائي على أحد تدخّلات التعليم النفسي والمعالجة المعرفية السلوكية الثلاثة: إدارة الغضب، إدارة الاكتئاب، أو المجموعة الضابطة على قائمة الانتظار، وقد استغرق تطبيق هذه التدخّلات فترة تراوحت من (3-4) شهور. كما طبقت على المشاركات المقاييس التالية: الغضب، المزاج المُكتئب، والكفاءة الذاتية المدركة المتعلقة بتقديم الرعاية. وأشارت النتائج في القياس البعدي إلى أن المشاركين في كل من مجموعات إدارة الغضب ومجموعات إدارة الاكتئاب أبلغوا عن تناقص دال في مستويات الغضب والاكتئاب بالمقارنة مع المشاركين في المجموعة الضابطة. كما ارتفعت مستويات الكفاءة الذاتية بدرجة دالة لدى مجموعتي التدخّل.

وأجرت مجموعة من الباحثين (Roth, Mittelman, Clay, Madan, and Haley, 2005)، دراسة لفحص تأثيرات التدخل النفسي والاجتماعي للأزواج مقدمي الرعاية للمرضى المصابين بمرض الزهايمر على التغييرات في الدعم الاجتماعي، على عينة (ن=312) من الأزواج الأمريكيين من مقدمي الرعاية لمرضى (ن=406) مصابين بمرض الزهايمر والذين وزعوا بشكل عشوائي إما إلى مجموعة الإرشاد وتدخلات الدعم، أو إلى المجموعة الضابطة التي تلقت العناية العادية. وأشارت النتائج إلى أن عدد الأشخاص الذين وفروا الدعم لمقدمي الرعاية، ومدى مساعدة الأشخاص الداعمين في تحمل أعباء تقديم الرعاية، ومستوى الرضا عن شبكة الدعم، قد ارتفعت جميعها في القياس البعدي بشكل دال كنتيجة للمشاركة في البرنامج التدخلي.

وأجرت علاء الدين وعبد الرحمن (2011) دراسة لفحص فاعلية برنامج للإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان، وتكوّن مجتمع الدراسة الأصلي من مجموعة (ن=45) من أمهات الأطفال الأردنيين

## أثر الإرشاد المعرفي السلوكي للنساء ..... دة. جهاد علاء الدين وباسمة الخوالدة

المصابين بسرطان الدم أو اللوكيميا للمفاوية الحادة ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٥ - ١٢ سنة، ويخضعون لإجراءات التشخيص والعلاج داخل مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي في إربد شمالي الأردن، وتكونت عينة الدراسة من عشرين (٢٠) أم سجلن مستويات مرتفعة على مقياسي التوتر الوالدي والتشاؤم، وتم توزيعهن بالتساوي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. وشارك أفراد المجموعة التجريبية في برنامج معرفي سلوكي جمعي اشتمل على (١٤) جلسة إرشادية بمعدل جلستين في الأسبوع. وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى التوتر والتشاؤم في القياس البعدي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ولصالح المجموعة التجريبية. كما أشارت نتائج المقارنات البعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى أن الدرجات ارتفعت سلباً على مقياس التوتر في حين انخفضت إيجابياً على مقياس التشاؤم، لكن هذه الفروق لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

وفي أستراليا، قامت فوستر (Foster, 2011) بدراسة لفحص كفاءة برنامج "الطرق الجيدة" في تزويد مقدمي الرعاية لأفراد العائلة من المصابين بالمرض العقلي بخدمات الدعم العاطفي، وقد شارك ستة (٦) من أصل ثمانية (٨) من مقدمي الرعاية الذين تلقوا خدمات الدعم العاطفي في المقابلات شبه المنظمة التي تستكشف خبرتهم في تلقي الدعم العاطفي. واشتملت الخدمات التجريبية لبرنامج "الطرق الجيدة" على توفير الدعم العاطفي الذي قدم لمقدمي الرعاية الذين يحضرون جلسات الإرشاد الجمعي الأسبوعية التعليمية لبرنامج الطرق الجيدة. وأظهرت نتائج القياس البعدي أن الدعم العاطفي كان مفيداً في دعم دور ومسؤوليات مقدمي الرعاية، وحسن بدرجة دالة من قدرتهم على تدبير وإدارة قضاياهم المتعلقة بالعافية النفسية والجسمية، وذلك كما أشارت درجاتهم في القياس البعدي على مقياس الدعم العاطفي.

وأخيراً، أجرت مجموعة من الباحثات (Fialho, Koenig, Santos, Barbosa, and Caramelli, 2012) دراسة بهدف فحص تأثيرات برنامج العلاج المعرفي السلوكي (CBT) الذي طبق على مقدمي الرعاية لمرضى الذمئيا في البرازيل. وقد شارك (٤٠) أربعون مقدم رعاية لأفراد أسر مرضى بالذمئيا في تدخل العلاج (CBT) عبر ثمان (٨) جلسات أسبوعية. وقد تم تقييم الحالة السلوكية والوظيفية والإدراكية للمرضى، بالإضافة إلى تصورات مقدمي الرعاية لنوعية الحياة، ومستوى التوتر لديهم، والمواجهة والقلق والاكتئاب كمقاييس قبلية وبعديّة. وأشارت نتائج القياسات البعدية عند انتهاء البرنامج، إلى أن مقدمي الرعاية أبلغوا عن أعراض مرضية أقل بين المرضى الذين يتولون رعايتهم، وتحسن في نوعية الحياة، بالإضافة

لذلك، غيرَ مقدمو الرعاية من إستراتيجيات المواجهة التي كانوا يستعملونها، كما لوحظَ وجود تراجع دال في مستويات القلق لديهم.

من خلال استعراض الدراسات السابقة، نرى أن الدراسات السابقة وبالرغم من محدوديتها قد ألفت الضوء على تأثيرات المشاركة في برامج الإرشاد الجمعي المستندة للعلاج المعرفي السلوكي في تحسين مستويات الدعم الاجتماعي أو رفع مستويات الكفاءة في تقديم الرعاية لدى عينات من مقدمات الرعاية لأفراد الأسر البالغين المصابين بمرض مزمن، إلا أنه وبالرغم من هذا الاهتمام البحثي، نجد أن معظم هذه الدراسات قد أجريت في البيئات الغربية، ما يعكس الحاجة الماسة في بيئتنا العربية لمثل هذه الدراسات، وأهمية هذه الدراسات السابقة، فقد تمكنت الدراسة الحالية في تصميم برنامج الدراسة الحالي، من توظيف العديد من الفنيات الخاصة بهذه الفئة والواردة في تلك الدراسات، وبشكل خاص دراسات فيالهو وآخرين ومآن وروث وآخرين (Fialho et al., 2012; Man, 1999; Roth et al., 2005)، لكن يُلاحظ أن الدراسة الحالية تختلف عن ما سبقها من دراسات حيث لم تركز كسابقاتها على مرض معين، وذلك في تناولها لفئة متنوعة من مقدمات الرعاية الأردنيات لمرضى مقيمين داخل الأسر مصابين بأمراض مختلفة، كما وجمعت الدراسة الحالية بين عدة متغيرات لم يتم الجمع بينها في الدراسات السابقة، كان أهمها أنها تعاملت مع شريحة مهمة بحثياً وإكلينيكياً في الأدب النفسي العربي وهي فئة مرشحة بأن تصبح من المسترشدين المعرضين لأخطار نفسية واجتماعية أثبتتها الدراسات بشكل جيد، وهي أيضاً تعد من الدراسات النادرة التي تتطرق لاستراتيجيات تحسين شبكة الدعم الاجتماعي ورفع مستويات الكفاءة في تقديم الرعاية، وذلك باستخدام العديد من التدخلات المعرفية السلوكية والتعليم النفسي.

## **الطريقة والإجراءات:**

### **مجتمع الدراسة وعينتها:**

تكون مجتمع الدراسة من مجموعة من النساء (ن=٦٦) من مقدمات الرعاية لأحد أفراد الأسرة المصابين بمرض مزمن، من المستفيدات من خدمات بعض الجمعيات الخيرية في مدينتي السخنة والهاشمية التابعتين لمحافظة الزرقاء، وتم الوصول إلى (٣٦) امرأة ممن حصلن على أدنى الدرجات على مقياسي الدعم الاجتماعي (م= ٣٨.١٤؛ ع=٩.٨٥)؛ والكفاءة في تقديم الرعاية (م= ٢٩.٥٦؛ ع=٥.٢٧). كما وأبدى اهتمامهن ورغبتهم في المشاركة في البرنامج الإرشادي. وقد تبين أن أعمار مقدمات الرعاية تراوحت من (٢٥-٥٠) عاماً، بمتوسط عمري



وانحراف معياري (م=٤٣.٠٢؛ ع=٧.١٥)، ومعظمهن (٨٣.٣%) كن متزوجات، وتراوح المستوى التعليمي لهن من الثانوية (٥٢.٨%)؛ والإعدادية (٢٥%)؛ والدبلوم المهني (١٦.٧%)؛ والجامعي (٥.٦%) وحسب معدل الدخل الشهري للأسرة، كان (٣٦.١%) من ٤٠٠-٣٠١ دينار؛ و(٢٧.٨%) من ٣٠٠-٢٠١ دينار؛ و(١٦.٧%) من ٥٠٠-٤٠١ دينار؛ و(١١.١%) من ٢٠٠-١٠٠ دينار؛ والبقية (٨.٣%) من ٥٠١ وأكثر، وبمتوسط وانحراف معياري (م=٣٧١.٣٩؛ ع=١٠٨.٩) دينار، بمدى تراوح من ٢٠٠-٦٠٠ دينار. وحسب صلة القرابة بالمريض، تبين أن ستة عشر (٤٤%) منهن كن زوجات لأبناء المرضى، وإحدى عشرة (٣٠.٦%) كن زوجات لمرضى، وستة (١٦.٧%) كن بنات المرضى، وثلاثة (٨.٣%) كن أقارب للمرضى. وبالنسبة لخصائص المرضى، تبين أن نوع المرض المزمن تراوح من مرض القلب والسكري (٢٥%)؛ وإصابات الدماغ (٢٢.٢%)؛ السرطان (١٦.٧%)؛ والتهابات الرئة (١٦.٧%)؛ وتصلب الأنسجة العضلية (١١.١%)؛ والفشل الكلوي (٨.٣%)؛ وكان غالبهم من الذكور (٦٦.٧%)؛ كما تبين أن أعمار المرضى تراوحت من (٤٣-٨٥) عاماً، بمتوسط عمري وانحراف معياري (م=٦٨.٢٨؛ ع=٩.٠٤).

وقد تم توزيع أفراد العينة عشوائياً بطريقة القرعة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، بمعدل (١٨) مشاركة في المجموعة التجريبية (مجموعة البرنامج الإرشادي)، و(١٨) مشاركة في المجموعة الضابطة (بدون تدخل إرشادي) على قائمة الانتظار.

### أدوات الدراسة:

١. مقياس الدعم الاجتماعي (Social Support Scale): تم استخدام المقياس المتعدد الأوجه للدعم الاجتماعي المدرك (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley, 1988) والذي تمت ترجمته لغايات الدراسة الحالية من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، ثم تم عرضه على اختصاصي في اللغتين العربية والإنجليزية للتحقق من مدى دقة النسخة المترجمة والتطابق بين النسختين العربية والإنجليزية والسلامة اللغوية لل فقرات. **طريقة التطبيق والتصحيح.** يتألف مقياس الدعم الاجتماعي من (١٢) فقرة، تقيس مستوى إدراك المفحوصة للدعم الاجتماعي الوارد من مصادر معينة: الأسر والأصدقاء والآخرين المهمين. ويطلب من المستجيبين تقدير مستوى إدراكهم للدعم الاجتماعي، على سلم ليكرت للتقدير مكون من خمس درجات تتراوح من لا أوافق بشدة (١) إلى أوافق بشدة (٥). وتتراوح درجات المقياس الكلية من ١٢ - ٦٠ درجة

(وتشير الدرجات الأعلى إلى مستوى أكبر من الدعم الاجتماعي). وتشير الدرجة من ١٢ - ٢١، إلى مستوى منخفض من الدعم الاجتماعي، ومن ٢٢-٤١، إلى مستوى متوسط، ومن ٤٢-٦٠، إلى مستوى مرتفع من الدعم الاجتماعي. وقد استخدمت الدرجة الكلية على هذا المقياس لغايات الدراسة الحالية.

**صدق وثبات المقياس:** تم استخراج الصدق الظاهري لمقياس الدعم الاجتماعي من خلال عرض صورته الأولية على مجموعة من المحكمين المختصين، ممن يحملون درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي من أساتذة الجامعات الأردنية الحكومية والخاصة، بلغ عددهم (١٠) عشرة محكمين، وقد اتفق المحكمون على عدم وجود خلل في بناء المقياس، وتم اتفاق معظم المحكمين على صلاحية الأداة ووضوح ومناسبة فقراتها حيث بلغت نسبة الموافقة (٩٠%)، وبالتالي بقي مقياس الدعم الاجتماعي في صورته النهائية (ملحق ١) كما هو في صورته الأصلية يتكون من (١٢) فقرة. ولحساب قدرة مقياس الدعم الاجتماعي على التمييز تم استخدام طريقة صدق المقارنة الطرفية كأحد أدلة صدق التكوين الفرضي للاختبار، وبعد ترتيب درجات المفحوصين تنازلياً تم تقسيم تلك الدرجات إلى مستويين يمثل الأول منهما نسبة ال ٥٠% الأعلى (ن= ١٥، م= ١٩.٨؛ ع= ١.٧) ويمثل الثاني نسبة ال ٥٠% الأدنى (ن= ١٥، م= ٤٧.٤؛ ع= ٥.٣) وبلغت قيمة ت (١٩.١٠) وهي نسبة دالة عند ٠.٠٠١. كما تم استخراج الثبات بإعادة الاختبار (Test-Retest Reliability): حيث تم تطبيق المقياس بصورته النهائية، على عينة الدراسة الاستطلاعية المكونة من ثلاثين (٣٠) مشاركة والمستمدة من مجتمع الدراسة الأصلي (من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة)، كما تم تطبيق القائمة على نفس العينة المذكورة مرة أخرى، بعد مرور مدة أسبوعين على التطبيق الأول، وباستخدام معادلة بيرسون، وتم حساب معامل الاستقرار بين درجات المفحوصات في مرتي التطبيق، ووجد أن قيمة الثبات للقائمة الكلية لمقياس الدعم الاجتماعي باستخدام معادلة بيرسون بلغت (٠.٨٢=ر)، وتعد هذه القيمة لثبات المقياس مقبولة لغايات تحقيق أهداف الدراسة. أما الطريقة الثانية التي استخدمت لحساب الثبات والاتساق الداخلي (Internal consistency) لمقياس الدعم الاجتماعي، فكانت باستخدام كل من معامل ألفا كرونباخ للاتساق الداخلي وطريقة التجزئة النصفية، حيث تم حساب الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ) للدرجة الكلية ولنصفي الاختبار (Split-Half) للمقياس فكان (α=0.832; α=0.882)، على التوالي، وبذلك تكون

أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية. وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

## ٢. مقياس الكفاءة في تقديم الرعاية (Caregiver Competence Scale (CCS):

استخدم في الدراسة الحالية مقياس كفاءة مقدم الرعاية المستمد من المقياس المطورة من قبل بعض الباحثين السويديين (Henriksson, Andershed, Benzein, and Arestedt, 2012)، والذي تمت ترجمته لغايات الدراسة الحالية من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، ثم تم عرضه على اختصاصي في اللغتين العربية والإنجليزية للتحقق من مدى دقة النسخة المترجمة والتطابق بين النسختين العربية والإنجليزية والسلامة اللغوية لل فقرات.

### طريقة التطبيق والتصحيح: يتألف مقياس الكفاءة في تقديم الرعاية من (١٢) فقرة تتعلق

بتقييم تصورات مقدم الرعاية لمدى كفاءته واستعداده لتقديم وتأييد مهام رعاية المريض. ويطلب من المستجيبين تقدير إجاباتهم بأسلوب التقرير الذاتي على فقرات المقياس على سلم تقدير ليكرت مؤلف من أربع درجات تتراوح من أربعة (٤) درجات (ممتازة) ؛ ثلاثة (٣) درجات (جيدة)؛ درجتان (٢) (متوسطة)؛ إلى درجة واحدة (١) (قليلة). وتشير الدرجات المرتفعة إلى درجة عالية جداً من الكفاءة في تقديم الرعاية، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس من ١٢-٤٨ درجة. وتشير الدرجة من ١٢-٢٤، إلى مستوى منخفض من الكفاءة، ومن ٢٤-٣٦، إلى مستوى متوسط، ومن ٣٦-٤٨، إلى مستوى مرتفع من الكفاءة.

### صدق وثبات المقياس: تم استخراج الصدق الظاهري لمقياس الكفاءة في تقديم الرعاية

من خلال عرض صورته الأولية على مجموعة من المحكمين المختصين، ممن يحملون درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي والتربوي، من أساتذة الجامعات الأردنية الحكومية والخاصة، بلغ عددهم (١٠) عشرة محكمين. وقد تم الاتفاق على عدم وجود خلل في بناء المقياس، وتم اتفاق معظم المحكمين على صلاحية الأداة ووضوح ومناسبة فقراتها حيث بلغت نسبة الموافقة (٩٠%)، وبالتالي بقي مقياس الكفاءة في تقديم الرعاية في صورته النهائية (ملحق ٢) كما هو في صورته الأصلية يتكون من (١٢) فقرة. ولحساب قدرة المقياس الكفاءة على التمييز تم استخدام طريقة المقارنة الطرفية، وبعد ترتيب درجات المفحوصين تنازلياً تم تقسيم تلك الدرجات إلي مستويين يمثل الأول منهما نسبة الـ ٥٠ % الأعلى (ن=١٥، م=٢٠.٤١؛ ع=٢.٠٨) ويمثل الثاني نسبة الـ ٥٠ % الأدنى (ن=١٥، م=٣٧.٧؛ ع=٣.٥) وبلغت قيمة ت (١٤.٩٧) وهي نسبة دالة عند ٠.٠٠١. كما تم استخراج معامل ثبات المقياس بطريقة إعادة

الاختبار، حيث تم تطبيق مقياس الكفاءة في تقديم الرعاية بصورته النهائية، على عينة الدراسة الاستطلاعية المكونة من ثلاثين (٣٠) مشاركة والمستمدة من مجتمع الدراسة الأصلي (من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة)، كما تم تطبيق القائمة على نفس العينة المذكورة مرة أخرى، بعد مرور مدة أسبوعين على التطبيق الأول، وباستخدام معادلة بيرسون، تم حساب معامل الاستقرار بين درجات المفحوصات في مرتي التطبيق، ووجد أن قيمة الثبات للقائمة الكلية لمقياس الكفاءة في تقديم الرعاية باستخدام معادلة بيرسون بلغت (0.920)، وتعد هذه القيمة لثبات المقياس مقبولة لغايات تحقيق أهداف الدراسة. أما الطريقة الثانية التي استخدمت لحساب الثبات والاتساق الداخلي (Internal consistency) لمقياس الكفاءة، فكانت باستخدام كل من معامل ألفا كرونباخ للاتساق الداخلي وطريقة التجزئة النصفية، حيث تم حساب الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ) للدرجة الكلية ولنصفي الاختبار (Split-Half) للمقياس فكان  $(\alpha=0.865; \alpha=0.893)$ ، على التوالي، وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

**٣. برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي:** لأغراض الدراسة الحالية، تم تصميم وبناء برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي بصيغة المجموعة الإرشادية، يستهدف زيادة الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية للمرضى المقيمين مع أسرهم، بالإطلاع على اثنتين من الدراسات السابقة المماثلة (Kim, 2013; Man, 1999) والتي تميزت على التوالي، بتقديم نموذج ناجح لمجموعات الدعم لمقدمي الرعاية، وتصميم برنامج تدخل لتحسين الكفاءة الذاتية لمقدمي الرعاية. وقد تمّ التحقق من الصدق المنطقي للبرنامج الإرشادي من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين المختصين تألفت من عشرة (١٠) أساتذة الجامعات الأردنية من المختصين في الإرشاد النفسي لتحديد مدى مناسبتها للأهداف التي أُعدت من أجلها، وقد ارتأى المحكمون أن البرنامج مناسب مع إجراء بعض التعديلات الطفيفة، وعلى ضوءه تم تطبيق البرنامج بعد إجراء التعديلات المطلوبة. وتألف البرنامج من (١٢) جلسة إرشاد جمعي، بواقع جلستين أسبوعياً، وتراوحت مدة الجلسة من ٩٠ دقيقة، وتضمن توظيف العديد من الأساليب والفنيات الإرشادية والاستراتيجيات المعرفية السلوكية والتي تركّزت على التزويد بالمعرفة عن المرض والتعليم الصحي والتقيف والتدريب على مهارات المواجهة للضغوطات والإجهاد المرتبط بتقديم الرعاية والعناية الذاتية والتدريب على عمليات التأمل اليقظ والاسترخاء الذهني

## **أثر الإرشاد المعرفي السلوكي للنساء..... دة. جهاد علاء الدين وباسمة الخوالدة**

(صغيبني، ٢٠١١) لرفع الكفاءة الذاتية النفسية، ومهارة حل المشكلة والتعرف وزيادة مصادر الدعم الاجتماعي. كما تضمنت الجلسات بعض استراتيجيات الإرشاد الجمعي وتشجيع عمليات وديناميكيات المجموعة كالاستماع الفعال والتعاطف والكشف عن الذات واستكشاف الذات، والمواجهة وبناء التماسك والثقة والتفيس الانفعالي. واستخدمت في البرنامج أساليب إعطاء التعليمات، والنمذجة ولعب الدور والتغذية الراجعة والواجبات البيتية والعروض والمواد السمعية والبصرية وممارسة المهارات واستعراض المقالات المكتوبة والكتب عن الأسر وتبادل سجل المعلومات اليومية خلال الأسابيع السابقة وغيرها. وقد تكون البرنامج من الجلسات الآتية:

- الجلسة الأولى: التعارف والبناء ووصف المشكلة.
- الجلسة الثانية والثالثة: التعليم الصحي: عمليات المرض وعمليات العناية الذاتية.
- الجلسة الرابعة والخامسة: مراقبة الإشارات التحذيرية للإجهاد النفسي وكيفية وضع الحدود.
- الجلسة السادسة والسابعة: إيجاد المخارج الإيجابية للمشاعر؛ طرق الارتياح بالتأمل الذهني اليقظ.
- الجلسة الثامنة والتاسعة: وضع اختيارات لأسلوب الحياة الصحية والتدريب على حل المشكلات.
- الجلسة العاشرة والحادية عشرة: توسيع الدعم الاجتماعي (الدعم الأسري والمساندة المجتمعية).
- الجلسة الثانية عشرة: تلخيص ودمج وتكامل خبرة المجموعة.

### **إجراءات تطبيق أدوات الدراسة وجمع البيانات:**

بعد التحقق من صدق أدوات الدراسة وثباتها، واستصدار الموافقة من الجهات الرسمية على إجراء الدراسة تم إجراء دراسة استطلاعية على عدة مراكز مجتمعية ومدارس في منطقة السخنة لواء الهاشمية بمحافظة الزرقاء للوصول إلى الحالات المستهدفة سواء من مستلمي الرعاية أو مقدمي الرعاية، تمهيداً لفرز الحالات التي لديها مقدمي رعاية من النساء (زوجة، ابنة، أخت، قريبة) ممن يتولين مسؤولية رعاية مريض مصاب بمرض جسدي مزمن مقيم مع الأسرة. حيث تم الوصول إلى (٦٦) مشاركة ممن سجلن درجات تشير لوجود صعوبات نفسية واجتماعية على مقياسي الدراسة.

وبناءً عليه، تم اختيار (٣٦) سيدة ممن حصلن على أدنى الدرجات على مقياسي الدراسة: الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية. وتراوح أعمارهن من (٢٥-٥٠) سنة، وأبدن اهتماماً بالمشاركة في البرنامج الإرشادي، وذلك بعد التأكد من خلال الموافقة المعروفة من موافقة (الأزواج والآباء) على مشاركة النساء في إجراءات الدراسة من تكرار لتطبيق أدوات الدراسة والمشاركة في برنامج الإرشاد الجمعي، وتبين أن معظمهن كن من النساء المقيمت في منطقة مخيم السخنة وما حوله اللواتي يستقن من خدمات إحدى الجمعيات الخيرية الموجودة في منطقة السخنة في محافظة الزرقاء. ومن ثم تم توزيع المشاركات (ن=٣٦) مشاركة عشوائياً بطريقة القرعة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، بمعدل (١٨) مشاركة في المجموعة التجريبية (مجموعة البرنامج الإرشادي)، و(١٨) مشاركة في المجموعة الضابطة (بدون تدخل إرشادي) على قائمة الانتظار.

وقد تم تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة الحالية على أفراد المجموعة التجريبية خلال شهري أيار وحزيران من العام الجامعي ٢٠١٤-٢٠١٥، ولمدة (٦) أسابيع، بمعدل جلستين أسبوعياً، واستغرق زمن الجلسة (٩٠) تسعين دقيقة، وقد تولى تنفيذ البرنامج وقيادة المجموعة العلاجية الباحثة الثانية وهي مرشدة نفسية من طالبات الماجستير في الإرشاد الأسري والتي تم تدريبها من قبل الباحثة الرئيسية بشكل عملي على تنفيذ جلسات البرنامج وتزويدها بالمواد الخاصة به، ومتابعة تنفيذ أنشطة جلسات الإرشاد الجمعي وفق إعداد وترتيب مسبق مع الباحثة الرئيسية. كما تم تطبيق القياس البعدي على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة مباشرة بعد الجلسة الأخيرة من البرنامج التدخل، وطبق القياس التتبعي بعد مرور شهر على تطبيق القياس البعدي على أفراد المجموعة التجريبية فقط. وقد تم تحليل بيانات الدراسة بواسطة إدخالها لجهاز الحاسوب ومن ثم معالجتها وتحليلها إحصائياً باستخدام رزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

### **تصميم الدراسة:**

تعتبر الدراسة الحالية دراسة تجريبية، فقد هدفت إلى التعرف إلى أثر الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في تحسين مستويات الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية لدى مقدمات الرعاية لمرضى داخل الأسر في المجموعة التجريبية مقارنة بمقدمات الرعاية في المجموعة الضابطة. وقامت الدراسة بفحص أثر المتغير المستقل وهو (برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي) على المتغيرين التابعين وهما الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية وحسب التصميم التالي:

## أثر الإرشاد المعرفي السلوكي للنساء ..... دة. جهاد علاء الدين وباسمته الخوالدة

المجموعة التجريبية: تعين عشوائي - قياس قبلي - برنامج تدريبي - قياس بعدي -  
قياس تتبعي بعد شهر واحد.

المجموعة الضابطة: تعين عشوائي - قياس قبلي - لا معالجة - قياس بعدي.

### النتائج:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى أثر الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في تحسين مستويات الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية لدى مقدمات الرعاية لمرضى داخل الأسر. وسيتم عرض نتائج الدراسة فيما يلي بناء على فرضيتي الدراسة.

#### نتائج الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة، على مقياسي الدراسة: الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية، في الاختبار البعدي". ويوضح الجدول (1) نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياسي الدراسة في القياسين القبلي والبعدي.

#### جدول (1)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية القبلي والبعدي الخام والمتوسطات الحسابية البعدي المعدلة والأخطاء المعيارية للمجموعتين التجريبية والضابطة لمقياسي الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية

المجموعة	القبلي		البعدي		البعدي المعدل	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري
الدعم التجريبية	38.78	7.64	44.39	6.34	43.88	1.64
الاجتماعي الضابطة	37.50	11.85	32.38	9.48	32.90	1.64
الكفاءة في التجريبية	30.11	3.12	37.74	5.86	37.16	1.16
تقديم الرعاية الضابطة	29.01	6.84	29.39	7.67	29.98	1.16

#### أولاً: مقياس الدعم الاجتماعي:

للتحقق من صحة هذا الجزء المتعلق بالفرضية الأولى الخاصة بالدعم الاجتماعي توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية

## أثر الإرشاد المعرفي السلوكي للنساء ..... دة. جهاد علاء الدين وباسمة الخوالدة

الذين طبق عليهم برنامج الإرشاد الجمعي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يطبق عليهم أي برنامج إرشادي، على مقياس الدعم الاجتماعي في الاختبار البعدي، أجري تحليل التباين المشترك (ANCOVA) ويبين الجدول (٢) نتائج تحليل التباين المشترك لمقياس الدعم الاجتماعي البعدي وفقاً لمتغير المجموعة، حيث كانت قيمة "ف" (٢٢.٢٤)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى  $(\alpha=0.05)$  ما يؤدي إلى قبول الفرضية البحثية، أي أنه يوجد تأثير للبرنامج الإرشادي على مقياس الدعم الاجتماعي حيث يتبين كما يتضح في الجدول (١) أن المتوسط الحسابي المعدل لمقياس الدعم الاجتماعي البعدي للمجموعة التجريبية الذي بلغ  $(م=٤٣.٨٨)$  كان أعلى من المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة  $(م=٣٢.٩٠)$ .

### جدول (٢)

تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لمقياس الدعم الاجتماعي البعدي وفقاً لمتغير المجموعة (التجريبية والضابطة) لدى أفراد عينة الدراسة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة الإحصائية	قيمة مربع ايتا ( $\eta^2$ )
المتغير المشترك	٣٠٨.٦٧٧	١	٣٠٨.٦٧٧	٦.٤٦٥	٠.١٦٤٢	٠.١٧٣
المجموعة	١٠٦٢.٣١٩	١	١٠٦٢.٣١٩	*٢٢.٢٤٨	٠.٠٠٠	٠.٤١٨
الخطأ	١٤٨٠.٢٢٥	٣١	٤٧.٧٤٩			
الكل المصحح	٣٥٠٦.٦٨٣	٣٥				

### ثانياً: مقياس الكفاءة في تقديم الرعاية:

للتحقق من صحة هذا الجزء من الفرضية الثانية المتعلقة بمقياس الكفاءة في تقديم الرعاية "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $(\alpha=0.05)$  بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الذين طبق عليهم برنامج الإرشاد الجمعي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يطبق عليهم أي برنامج إرشادي، على مقياس الكفاءة في تقديم الرعاية في الاختبار البعدي". أجري تحليل التباين المشترك. ويبين الجدول (٣) نتائج تحليل التباين المشترك لمقياس الكفاءة في تقديم الرعاية البعدي وفقاً لمتغير المجموعة. حيث بلغت قيمة "ف" (١٨.٧٢)، وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $(\alpha=0.05)$  ما يؤدي إلى قبول الفرضية البحثية، أي أنه يوجد تأثير للبرنامج الإرشادي على مقياس الكفاءة في تقديم الرعاية، كما يتضح في الجدول (١) الذي يُظهر أن المتوسط الحسابي



**أثر الإرشاد المعرفي السلوكي للنساء..... دة. جهاد علاء الدين وباسمته الخوالدة**

المعدل لمقياس الدعم الاجتماعي البعدي للمجموعة التجريبية الذي بلغ (م=٣٧.١٦) درجة، كان أعلى من المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة (م=٢٩.٩٨) درجة.

**جدول (٣)**

تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لمقياس الكفاءة في تقديم الرعاية البعدي وفقاً لمتغير

المجموعة (التجريبية والضابطة) لدى أفراد عينة الدراسة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة الإحصائية	قيمة مربع ايتا ( $\eta^2$ )
المتغير المشترك	٧٥٦.٦٥٧	١	٧٥٦.٦٥٧	٣١.٢٣١	٠.٠٠٠	٠.٥٠٢
المجموعة	٤٥٣.٥٣٦	١	٤٥٣.٥٣٦	١٨.٧٢٠	٠.٠٠٠	٠.٣٧٧
الخطأ	٧٥١.٠٦٠	٣١	٢٤.٢٢٨			
الكل المصحح	١٩٨٥.٧٠٧	٣٥				

**نتائج الفرضية الثانية:**

نصت الفرضية الثانية على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية في الاختبار البعدي، وبين متوسط درجاتهم في الاختبار التتبعي على نفس هذين المقياسين". وللتحقق من صحة فرضية الدراسة الثانية، تم استخدام اختبار "ت" للعينة المترابطة (Paired-Sample t-test)، ويوضح الجدول (٤) المتوسط والانحراف المعياري والخطأ المعياري لدرجتي القياس البعدي والتتبعي على مقياسي الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية لأفراد عينة الدراسة التجريبية وعددهن (١٨) مشاركة.

**جدول (٤)**

المتوسطات والانحرافات المعيارية والأخطاء المعيارية لدرجتي القياس البعدي والتتبعي على مقياسي

الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية لأفراد عينة الدراسة التجريبية (ن=١٨)

المقياس	القياس	عدد المشاركين	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
الدعم الاجتماعي	البعدي	١٨	٤٤.٣٩	٦.٣٤	١.٤٩
	التتبعي	١٧	٤٥.٣٥	١.٨٠	٠.٤٢
الكفاءة في تقديم الرعاية	البعدي	١٨	٣٧.٧٤	٥.٨٦	١.٣٨
	التتبعي	١٨	٣٥.٧٩	١.٩٣	٠.٤٥

يتبين من الجدول (٤)، عدم وجود فرق ظاهر بين متوسطي الأداء للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياسي الدراسة (الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية) وذلك لصالح القياس التتبعي على مقياس الدعم الاجتماعي فقط؛ ونجد أن الفرق بين متوسطي الدرجات على مقياس الكفاءة في تقديم الرعاية كان لصالح القياس البعدي. حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس التتبعي على هذه المقاييسين (م=٤٥.٣٥؛ ٣٥.٧٩) درجة على التوالي، بينما بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي على نفس هذين المقاييسين (م=٤٤.٣٩؛ ٣٧.٧٤) درجة على التوالي.

وللتعرف على ما إذا كان هذا الفرق ذا دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.05$ ) فقد تم استخدام اختبار "ت" للعينة المترابطة (Paired-Sample t-test)، لأداء المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياسي الدراسة. ويوضح الجدول (٥) نتائج اختبار "ت" للفرق بين درجتَي القياس البعدي والتتبعي على مقياسي الدراسة (الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية) لأفراد عينة الدراسة التجريبية وعددهم (١٨) مشاركة.

وتشير بيانات الجدول (٥) أدناه، أن قيمة "ت" المحسوبة للفرق بين متوسطي درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي على مقياسي الدراسة: الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية قد بلغت (٠.٤٩؛ ٠.١٩)، على التوالي، وأن هذه القيم كانت غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، هذا بالرغم من أن الدرجات على مقياس الدعم الاجتماعي قد تحسنت بشكل طفيف في القياس التتبعي لتصبح أعلى (م=٤٥.٣٤) من القياس البعدي (م=٤٤.٣٩)؛ وأن الدرجات على مقياس الكفاءة في تقديم الرعاية قد تراجعت نسبياً في القياس التتبعي لتصبح أدنى (م=٣٥.٧٩) من القياس البعدي (م=٣٧.٧٤)؛ لكن هذا التحسن على درجات الدعم الاجتماعي، أو التراجع في درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة في تقديم الرعاية لم تكن دالة إحصائياً، لذا فإن الفرق بين متوسطي القياس البعدي والتتبعي على هذه المقاييس لا يعد فرقاً دالاً إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، ما يؤدي إلى قبول الفرضية الصفرية البحثية ورفض الفرضية البديلة.

جدول (٥)

نتائج وقيمة اختبار (ت) "t" لدلالة الفروق بين متوسطات درجة القياس البعدي والتتبعي على مقياسي الدراسة لدى أفراد عينة الدراسة التجريبية (ن=١٨)

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	درجة الحرية	٩٥% مدى الثقة في الفروق		الخطأ المعياري	ع	م	القياس	المقياس
			أعلى	أدنى					
			٠.٤٩	-٠.٦٩					
٠.١٩	١.٣٦	١٧	٤.٩٨	-١.١	١.٤٣	٦.٠	١.٩٥	البعدي التتبعي	الكفاءة في تقديم الرعاية

المناقشة والتوصيات:

هدفت الدراسة الحالية إلى فحص أثر برنامج إرشاد جمعي يستند إلى منهج الإرشاد المعرفي السلوكي، على تحسين مستويات الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية لدى عينة من النساء مقدمات الرعاية لمرضى من أفراد الأسرة بمرض مزمن ومقيم مع الأسرة، من خلال فحص صدق فرضيتين، وقد أظهرت النتائج المتعلقة بفرضية الدراسة الأولى، أن برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي كان فعالاً في تحسين مستويات الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما أشارت نتائج تحليلات الفروق في الاختبار البعدي بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة، على مقياسي الدراسة: الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية. وتتفق هذه النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية وبوجه عام مع نتائج بعض الدراسات العربية، مثلاً (علاء الدين و عبد الرحمن، ٢٠١١)، وبعض الدراسات الأجنبية (Coon et al., 2003; Foster, 2011; Huang et al., 2003; Man, 1999; Roth et al., 2005). ويمكن تفسير هذه النتيجة الإيجابية لبرنامج الإرشاد المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة الحالية بأنها تعود إلى توظيف البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية، للفنيات الخاصة بالمنظور الإرشادي المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي، لتحقيق أهداف مقدمات الرعاية الخاصة بهن مثل التعليم النفسي وإعادة البناء المعرفي والشرح وإعطاء التعليمات والنمذجة ولعب الدور والتعزيز والتغذية الراجعة والواجبات البيتية. وأيضاً،

ويمكن تفسير هذه النتيجة الإيجابية بأنها قد تعود لعدة عوامل تتعلق بالشروط الميسرة ( Rogers, 1963) وبالفتيات الإرشادية التي استخدمت مع هذه المجموعة الإرشادية، ومنها التقبل غير المشروط والتعاطف والأصالة والاحترام المتبادل وبناء عامل الثقة مع المسترشدات في بيئة آمنة. كما وتثير هذه النتائج الانتباه لدور القوى الكامنة الخاصة داخل المجموعة والتي تنتج تغييرات بناءة أو ما أطلق عليها باليوم (Yalom, 1995)، العمليات العلاجية والشفائية (Curative Factors)، كعمليات الكشف عن الذات والتغذية الراجعة والمجازفة والاهتمام والقبول والأمل والشعور بالقوة والتفيس الانفعالي (Catharsis). بالإضافة لتأثير خبرة المجموعة الإرشادية التي كانت غنية بالأنشطة المقصودة والموجهة لهدف الجلسة، وكان أهمها "مهارة الاسترخاء الذهني اليقظ"، ويبدو أن هذا ساعد على زيادة إدراكات وتصور المسترشدات لأدوارهن في تقديم الرعاية وقاد لتغيير نظرتهم لأنفسهن ما جعلهن يشعرن بثقة أعطتهن مزيد من القوة للاختبار بأن يكن مختلفات (Corey, & Corey, 1997, p. 248).

أما فيما يتعلق بالفرضية الثانية فقد تبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط القياس البعدي ومتوسط القياس التتبعي بعد مرور شهر على انتهاء البرنامج الإرشادي، لدى أفراد المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي، على مقياسي الدراسة: الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية. وتشير هذه النتيجة بوجه عام إلى أن برنامج الإرشاد الجمعي المستند إلى الإرشاد المعرفي السلوكي، قد برهن على تأثيره نسبياً في احتفاظ أفراد عينة الدراسة بالمكاسب العلاجية التي أحرزوها في القياس البعدي، وذلك في فترة القياس التتبعي، وذلك فيما يتعلق بتقديرات مقدمات الرعاية الذاتية من أفراد المجموعة التجريبية وإبلاغهم عن ارتفاع مستوى الدعم الاجتماعي لديهم في القياس التتبعي والذي تحسن نسبياً ما بين القياس البعدي والتتبعي، لكن ليس بدرجة دالة إحصائية، كما أبلغن أيضاً عن تراجع درجاتهن في القياس التتبعي على مقياس الكفاءة في تقديم الرعاية لكن بدرجة لم تكن دالة إحصائية. وتتسم هذه النتيجة بوجه عام، وتتفق نسبياً مع نتائج بعض الدراسات التي برهنت على كفاءة برامج الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في تحسين مستويات الدعم الاجتماعي والكفاءة في تقديم الرعاية التي أجريت في البيئات الغربية (Huang et al., 2003; Man, 1999)، وبرهنت على احتفاظ المشاركين بالنتائج العلاجية في قياسات المتابعة وذلك على عينات من مقدمي الرعاية بعضهم كان من النساء اللواتي يقمن برعاية مريض ويتعرضن لمستويات من الضغوطات النفسية.

## أثر الإرشاد المعرفي السلوكي للنساء..... دة. جهاد علاء الدين وباسمة الخوالدة

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة، يمكن استخلاص بعض التوصيات على الصعيد البحثي والتطبيقي من أهمها:

ضرورة تصميم برامج إرشاد جمعي تستند إلى نظريات الإرشاد النفسي خاصة بأسر المرضى، وإجراء دراسات مماثلة لفحص كفاءة مجموعات العلاج الأسري المتعددة (Multiple-family therapy groups)، التي تروّج للفهم العائلي المشترك والاتصال المفتوح بين أفراد الأسرة بما فيهم المريض في تحسين مستويات التواصل، وعقد ورشات العمل لتوجيه المختصين والعاملين في المؤسسات المجتمعية ومراكز التنمية المحلية ومؤسسات الرعاية الطبية والصحية لضرورة التعامل مع فئة النساء من مقدمات الرعاية في البيوت والتركيز على هذه الشريحة لدعمهن وتوسيع شبكتهن الاجتماعية، وتعليمهن طرق جديدة وحديثة للتعامل مع مثل هذه الأمراض المزمنة، ومن المستحسن العمل والتدخل مع الأسرة التي سيتم دعمها في مرحلة مبكرة من تقديم الرعاية.

### **المراجع:**

#### **أولاً: المراجع العربية:**

- باترسون، سيسيل هولدين. (مترجم) حامد الفقي. نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ط ١، الكويت: دار القلم، ١٩٩٠.
- الحديدي، منى، والصمادي، جميل، والخطيب، جمال. الضغوط التي تتعرض لها أسر الأطفال المعوقين. مجلة دراسات للعلوم الإنسانية، الجامعة الأردنية، ١٩٩٤، ٢١ (١)، ٧-٣٤.
- أبو رمان، فاطمة. أثر برنامج إرشادي مستند إلى نظرية الاختيار في الكفاءة الاجتماعية والكفاءة الذاتية المدركة لدى الأحداث الجانحين في الأردن. رسالة دكتوراه، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن، ٢٠٠٨.
- صغيبيني، طوني. تطوير الحضور واليقظة الذهنية. مجلة مدونة الإسكندرية، ٢٠١١، ٤١٥ (٤)، ٦-١١، بيروت، لبنان.
- علاء الدين، جهاد، وعبد الرحمن، عز الدين. فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان. المجلة الأردنية للعلوم التربوية، ٢٠١١، ٧ (٤)، ٣٩٧-٣٧١، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.
- المقطري، حسين. فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في علاج القلق لدى الشباب الجامعي. رسالة ماجستير، جامعة أسيوط، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٥.

- Alexy, B. Factors associated with participation or nonparticipation in a workplace wellness center. *Research in Nursing and Health*, 1991, 14, 33-40.
- Andren, S., and Elmstahl, S. The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 17, 790-799.
- Archbold, P., Stewart, B., Greenlick, M., and Harvath, T. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*, 1990, 13, 375-384.
- Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977, 84(1), 191-215.
- Bandura, A. Self-efficacy. In V. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*, Vol. 4,(pp. 71-81). New York: Academic Press, 1994.
- Beck, A. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- Biegel, D., and Schulz, R. Caregiving and caregiver interventions in aging and mental illness. *Family Relations*, 1999, 48, 345-354.
- Candy, B., Jones, L., Drake, R., Leurent, B., and King, M. Interventions for supporting informal caregiving patients in the terminal phase of a disease. *Cochrane Database System Review*, 2011, 15 (6):CD007617. doi: 10.1002/14651858.CD007617.pub2.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Estimates of the prevalence of pandemic (H1N1) 2009*, Atlanta, GA: United States, April-July 2009.
- Coon, D., Thompson, L., Steffen, A., Sorocco, K., and Gallagher-Thompson, D. Anger and depression management: Psycho-educational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *The Gerontologist*, 2003, 43 (5), 678-689.
- Copeland, L. The impact of serious parental physical illness on college adjustment: Role of relationship factors. *Doctoral Dissertation*, Fort Collins, Colorado: Colorado State University, 2013.
- Corey, M., and Corey, G. *Groups: Process and practice* (4<sup>th</sup>, ed.). Pacific Grove, CA: Brooks / Cole, 1997.
- Dobson, K. and Dozois, D. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2<sup>nd</sup>, ed.) (PP. 3-39). New York, NY: Guilford Press, 2001.
- Ellis, A. *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, NY: Lyle Stuart, Citadel Press, 1962.

- Fialho, P., Koenig, A., Santos, M., and Caramell, P. Positive effects of a Cognitive- behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly. *Archives of Neuropsychiatry*, 2012, 70 (10), 786-792.
- Folkman, S., Lazarus, R., Pimley, S., and Novacek, J. Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 1987, 2(2), 171-184.
- Foster, K. 'I wanted to learn how to heal my heart': Family carer experiences of receiving an emotional support service in the Well Ways program. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2011, 20, 56-62.
- Frone, M., Russell, M., and Cooper, M. Relationship of work and family stressors to psychological distress: The independent moderating influence of social support, mastery, active coping, and self-focused attention. *Journal of Social Behavior & Personality*, 1991, 6 (2), 227-250.
- Gerow, R. *Psychology: An introduction* (4<sup>th</sup>, ed). New York, NY: HarperCollins, 1991.
- Haley, W., Levine, E., Brown, S., and Bartolucci, A. Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging*, 1987, 2, 323-330.
- Hanline, F., and Daley, S. Family coping strategies and strengths in Hispanic, African-American and Caucasian families of young children. *Topics in Early Childhood Special Education*, 1992, 12(2), 351-366.
- Harter, S. *The construction of the self*. New York, NY: The Guilford Press, 1999.
- Henriksson, A., Andershed, B., Benzein, E., and Arestedt, K. Adaptation and psychometric evaluation of the preparedness for caregiving scale, caregiver competence scale and rewards of caregiving scale in a sample of Swedish family members of patients with life-threatening illness. *Palliative Medicine*, 2012, 26 (7), 930-938.
- Honda, A., Abe, Y., Date, Y., and Honda, S. The impact of multiple roles on psychological distress among Japanese workers. *Safety and Health at Work*, 2015, 6(2), 114-119.
- Huang, H., Shyu, Y., Chen, M., Chen, S., and Lin, L. A pilot study on a home-based caregiver training program for improving caregiver self-efficacy and decreasing the behavioral problems of elders with dementia in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003, 18, 337-345.
- Jeon, Y., and Madjar, I. Caring for a family member with chronic mental illness. *Qualitative Health Research*, 1998, 8, 694-706.
- Kim, M., Hong, S., Lee, C., Kim, S., Kang, I., and Lee, S. Caregiver burden among caregivers of Koreans with dementia. *The Gerontology*, 2009, 55, 106-113.
- Kim, H. What is the effect of a support Program family caregivers of dementia on depression? *International Journal of Bio- Science and Bio-Technology*, 2013, 5(5), 39-46.

- Lee, C., and Gramotnev, H. Transitions into and out of caregiving: Health and social characteristics of mid-age Australian women. *Psychology and Health*, 2007, 22(2), 193-209.
- Man, D. Community-based empowerment program for families with a brain injured survivor: An outcome study. *Brain Injury Journal*, 1999, 13 (6), 433-445.
- Maslow, A. *Toward a psychology of being* (2<sup>nd</sup>, ed.). New York: Van Nostrand Reinhold, 1968.
- Meichenbaum, D. *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. New York, NY: Plenum Press, 1977.
- Mitrani, V., and Czaja, S. Family-based therapy for dementia caregivers: Clinical observations. *Aging & Mental Health*, 2000, 4(3), 200-209.
- Montgomery, R., Rowe, J., and Kosloski, K. *Handbook of gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice, and policy* (pp. 426-430). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc, 2007.
- Neilson-Clayton, H., and Brownlee, K. Solution-focused brief therapy with cancer patients and their families. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2002, 20, (1), 1-13.
- Oyeboode, J. Assessment of carers psychological needs. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2003, 9, 45-53.
- Pajares, F. *Overview of social cognitive theory and of self- efficacy*, 2002, Retrieved April 29, 2014 from [http:// www.des.emory.edu/mfp/eff.html](http://www.des.emory.edu/mfp/eff.html).
- Reinhard, S., Given, B., Petlick, N., and Bemis, A. Supporting family caregivers in providing care. In R. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, US, 2008.
- Rogers, C. Toward a science of the person. *Journal of Humanistic Psychology*, 1963, 3(2), 72-92.
- Rolland, J. Parental illness and disability: A family system framework. *Journal of Family Therapy*, 1999, 21, 242-266.
- Roth, D., Mittelman, M., Clay, O., Madan, A., and Haley, W. Changes in social support as mediators of the impact of a psychosocial intervention for spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 2005, 20 (4), 634-644.
- Salin, S., Kaunonen, M., and Astedt-Kurki, P. Informal carers of older family members: how they manage and what support they receive from respite care. *Journal of Clinical Nursing*, 2009, 18, 492-501.
- Smith, P. Working with family caregivers in a palliative care setting. In S. Payne, J. Seymoure & C. Ingleton (Eds.), *Palliative care nursing principles and evidence for practice* (312-328). New York, NY: Open University Press, 2004.



- Stuifbergen, A. Health-promoting behaviors and QOL among individuals with multiple Sclerosis. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 1995, 9(1), 31-50.
- Suthers, K. Women still shouldering the burden: Caregiving in the 21<sup>st</sup>, century. *The Women's Health Activist*, 2006, 31(4), 4-5.
- Tang, Y., and Cheni, S. Health promotion behaviors in Chinese family caregivers of patients with stroke. *Health Promotion International*, 2002, 17 (4), 329-341.
- Thomas, S. Distressing aspects of women's roles, vicarious stress, and health consequences. *Issues In Mental Health Nursing*, 1997, 18(6), 539-557.
- Tuohing, G. Health behaviors in elderly lifestyles. *Doctoral Dissertation*, Salt Lake City, UT: University of Utah, 1991.
- Waite, A., Bebbington, P., Skelton-Robinson, M., and Orrell, M. Social factors and depression in carers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2004, 19, 582-587.
- Whittier, S., Coon, D., and Aaker, J. *Caregiver support interventions* (Research Brief No.10). Washington, WDC: National Association of State Units on Aging, 2004.
- World Health Organization (WHO). *Preventing chronic diseases: A vital investment*, Geneva, WHO, 2005, <http://www.who.int/GHO/>
- Wyatt, J. Family coping and level of health of parents with technology assisted home bound children with respiratory disabilities. *Doctoral Dissertation*, Adelph, Prince George's County, MA: University of Maryland College Park (UMUC), US, 1991.
- Yalom, I. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York, NY: Basic Books, 1995.
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet S., and Farley, G. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 1988, 52, 30-41.

ملحق (١) مقياس الدعم الاجتماعي

أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	
٥	٤	٣	٢	١	١ يوجد شخص معين في حياتي متوفر عندما أحتاجه.
					٢ يوجد شخص معين في حياتي يمكنه مشاركتي في الفرح وفي الحزن.
					٣ تحاول أسرتي جاهدة وبصورة حقيقية أن تساعدني.
					٤ أحصل على الدعم والمساعدة العاطفية التي أحتاجها من أسرتي.
					٥ يوجد شخص معين في حياتي يعتبر مصدراً حقيقياً للراحة والعون بالنسبة لي.
					٦ يحاول أصدقائي/ صديقاتي مساعدتي بصورة حقيقية.
					٧ أستطيع الاعتماد على أصدقائي/ صديقاتي عندما تواجهني مشكلة ما.
					٨ أستطيع التحدث عن مشكلاتي مع أفراد أسرتي.
					٩ لدي أصدقاء/صديقات يمكنهم مشاركتي في الفرح وفي الحزن.
					١٠ يوجد شخص معين في حياتي يهتم بمشاعري.
					١١ ترغب أسرتي في مساعدتي على اتخاذ القرارات التي تخصني.
					١٢ أستطيع التحدث عن مشكلاتي مع أصدقائي/ صديقاتي.

ملحق (٢) مقياس الكفاءة في تقديم الرعاية

ممتاز	جيد	متوسط	قليلة	
٤	٣	٢	١	١ باعتمادك، ما مدى استعدائك لأن تعتني بشكل جيد برعاية وتلبية الحاجات الجسمية الطبيعية لقريبك المريض؟
				٢ باعتمادك، ما مدى استعدائك لأن تهتم بشكل جيد برعاية وتلبية الحاجات العاطفية (كالاهتمام بتوفير الحب والحنان) لقريبك المريض؟
				٣ هل تعتقد بأنك مستعدة بشكل كافٍ لأن تبحتي وتعزري على الخدمات المتوفرة في المجتمع التي تحتاجها لرعاية قريبك المريض؟
				٤ هل تعتقد بأنك مستعدة بشكل كافٍ لأن تتعاملي وتحملتي إجهاد تقديم الرعاية لقريبك المريض؟
				٥ هل تعتقد بأنك مستعدة بشكل كافٍ لأن تجلبي أوقات نشاطات تقديم الرعاية أوقات مسلية ولطيفة لك ولقريبك المريض؟
				٦ باعتمادك، ما مدى استعدائك لأن تتعاملي مع حالات الطوارئ التي تتضمنها رعاية قريبك المريض؟
				٧ باعتمادك، ما مدى استعدائك لأن تحصل على المساعدة والمعلومات التي تحتاجها من نظام الرعاية الصحية؟
				٨ بوجه عام، باعتمادك ما مدى استعدائك لأن تقومي برعاية قريبك المريض؟
				٩ ما مدى تقديرك لنفسك بأنك تعلمت سبل وكيفية التعامل مع الحالات والمواقف الصعبة جداً؟
				١٠ بوجه عام، ما مدى تقديرك لنفسك بأنك مقدمة جيدة للرعاية بقريبك المريض؟
				١١ ما مدى تقديرك لنفسك بأنك تتصفين بالكفاءة في رعاية قريبك المريض؟
				١٢ ما مدى تقديرك بأن لديك ثقة بنفسك كمقدمة رعاية لرعاية قريبك المريض؟