



جامعة النجاح الوطنية
كلية الدراسات العليا

أثر برنامج إرشادي جمعي قائم على العلاج الروائي لدى النساء الفاقدات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس

إعداد

داليه رائف ياسر خاروف

إشراف

د. شادي أبو الكباش

د. عبد الكريم أيوب

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي بكلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية في نابلس - فلسطين.

2023م

أثر برنامج إرشادي جمعي قائم على العلاج الروائي لدى النساء
الفاقدات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس

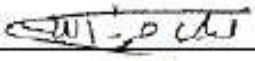
إعداد

دالية رائف ياسر خاروف

نوقشت هذه الرسالة بتاريخ 2023/9/13م، وأجيزت.


التوقيع


التوقيع


التوقيع


التوقيع

د. شادي أبو الكباش

المشرف الرئيسي

د. عبد الكريم أيوب

المشرف الثاني

د. ليلي حرز الله

الممتحن الخارجي

د. علا حسين

الممتحن الداخلي

الإهداء

إلى من لم تكلّ يده ليقدّم لي لحظة سعادة

إلى من تحمل ألم الأشواك عن دربي ليمهد لي طريق العلم

إلى القلب الكبير

(والدي العزيز)

إلى من أرضعتني الحب والحنان، إلى رمز الحب وبلسم الشفاء

إلى القلب الناصع بالبياض

(أمي الحبيبة)

إلى الأرواح الغالية التي فارقتنا يوماً وأحزننا رحيلهم

إلى روح (جدتي العزيزة)

إلى القلوب الطاهرة والرقيقة والنفوس البريئة

(إخوتي)

إلى من تعلمت منهم معنى الصداقة

إلى من تذوقت معهم أجمل اللحظات

(أصدقائي)

إلى من علمني حرفاً وأسدى إليّ نصحاً

وعلمني التواؤل والمضي إلى الأمام

لست أنساهم

(أساتذتي الأفاضل)

الباحثة: داليه خاروف

الشكر والتقدير

حمداً لله أولاً، واعترافاً بفضل من أسهموا في أن تبصر هذه الرسالة النور، فإنني أتوجه بخالص الشكر

الجزيل إلى مشرفي الفاضلين:

الدكتور شادي أبو الكباش

والدكتور عبد الكريم أيوب

الليدان أشرفاً على هذه الرسالة، وتتلذذت على يديهما فشملاني في الرعاية والتوجيهات التي كان لها بالغ

الأثر في أن تصل هذه الدراسة إلى هذه الصورة

وأزجّي أصدق عبارات الوفاء والشكر إلى جامعتي العريقة "جامعة النجاح الوطنية" التي فتحت لنا مجال

العلم والبحث والاطلاع

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى أعضاء لجنة المناقشة الموقرين لتكرمهم وقبولهم مناقشة الرسالة

فلم يبخلوا بوقتهم ومساعدتهم لطلابهم حتى في أصعب الظروف،

وجزى الله الجميع خير الجزاء

الإقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل عنوان:

أثر برنامج إرشادي جمعي قائم على العلاج الروائي لدى النساء الفاقدات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة هي نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل أية درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أية مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

اسم الطالب: داليه رائف ياسر خاروف.

التوقيع: داليه

التاريخ: 2023/00/00.

فهرس المحتويات

ج	الإهداء
د	الشكر والتقدير
هـ	الإقرار
هـ	أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل عنوان:
و	فهرس المحتويات
ح	قائمة الجداول
ط	قائمة الملاحق
ي	الملخص
1	الفصل الأول: مقدمة/ سياق الدراسة والإطار النظري
1	1.1 مقدمة
5	1.2 الإطار النظري:
5	1.2.1 الفقدان (Bereavement):
6	1.2.2 مفهوم الفقدان
7	1.2.3 أنواع الفقدان:
8	1.2.4 مراحل الفقدان:
10	1.2.5 أعراض الفقدان:
11	1.2.6 عوامل تؤثر في درجة الفقدان
11	1.2.7 هناك عدة مظاهر نفسية ناتجة عن الفقدان
13	1.2.8 مشاعر الفقدان لدى النساء الفاقديات
13	1.2.9 الآثار النفسية التي ترتبت على صدمة الفقدان لدى النساء:
14	1.2.10 ردود الفعل الشائعة نحو وفاة الزوج أو الابن لدى النساء الفاقديات
14	1.2.11 النظريات المفسرة للفقدان:
17	1.3 البرنامج الإرشادي (counseling program):
18	1.3.1 مفهوم البرنامج الإرشادي:
19	1.3.2 خطوات بناء البرنامج الإرشادي
21	1.4 العلاج الروائي (Narrative therapy):
23	1.4.1 مفهوم العلاج الروائي:
24	1.4.2 مفاهيم في العلاج الروائي:
25	1.4.3 الاعتبارات التي يقوم عليها العلاج الروائي في بناء العلاقة مع المسترشد
26	1.4.4 المبادئ الرئيسية للعلاج الروائي

26	1.4.5 أهمية العلاج الروائي
27	1.4.6 أهداف العلاج الروائي:.....
27	1.4.7 العلاج الروائي يتكون من أربعة خرائط رئيسية والتي يركز بها على عدة فنيات علاجية:.....
32	1.4.8 عناصر العلاج الروائي
33	1.4.9 مراحل وخطوات العلاج الروائي
34	1.4.10 أسباب المشكلات في العلاج الروائي
35	1.4.11 دور المرشد في العلاج الروائي:
36	1.4.12 دور المتعالج في العلاج الروائي:.....
37	1.4.13 نظريات العلاج الروائي:.....
39	1.5 مصطلحات الدراسة:.....
41	مشكلة الدراسة:
43	أهداف الدراسة:
44	حدود أو محددات الدراسة:.....
46	الفصل الثاني: الطريقة والإجراءات.....
46	منهجية الدراسة:
47	تصميم الدراسة:.....
48	مجتمع الدراسة:.....
48	عينة الدراسة:.....
54	المعالجة الإحصائية:
54	إجراءات الدراسة:.....
55	متغيرات الدراسة:.....
56	الفصل الثالث: عرض نتائج الدراسة.....
65	الفصل الرابع: مناقشة النتائج.....
65	تفسير الدراسة ومناقشة أسئلة الدراسة وربط النتائج بالتساؤلات:.....
72	توصيات الدراسة:.....
73	مقترحات الدراسة:.....
74	قائمة المصادر والمراجع العلمية.....
89	الملاحق.....
B	Abstract.....

قائمة الجداول

- جدول 1: صدق البناء لمقياس مشاعر فقدان 51
- جدول 2: صدق الاتساق الداخلي بين الفقرات والدرجة الكلية لمقياس مشاعر فقدان 52
- جدول 3: معامل ثبات الأداة، باستخدام معادلة كرونباخ ألفا ، Cronbach's Alpha (المجموعة التجريبية) (ن = 8) 53
- جدول 4: معامل ثبات الأداة، باستخدام معادلة كرونباخ ألفا ، Cronbach's Alpha (المجموعة الضابطة) (ن = 8) 53
- جدول 5: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمستوى للقياسين القبلي والبعدي لمشاعر فقدان لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس (المجموعة التجريبية) (ن = 8) 57
- جدول 6: نتائج تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) لدلالة الفروق في متوسطات درجات القياس البعدي لمقياس مشاعر فقدان بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة (ن = 16) 59
- جدول 7: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي على مقياس مشاعر فقدان (ن = 16) 60
- جدول 8: نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس مشاعر فقدان (ن = 8) 61
- جدول 9: نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعد والتتبعي على مقياس مشاعر فقدان (ن = 8) 62
- جدول 10: التكافؤ في درجات القياس القبلي لمقياس مشاعر فقدان بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة (ن = 56) 63

قائمة الملاحق

- الملحق (أ): مقياس مشاعر الفقدان قبل التعديل 89
- ملحق (ب): مقياس مشاعر الفقدان بعد التعديل 93
- ملحق (ج): نموذج الموافقة على المشاركة في البرنامج الإرشادي 98
- ملحق (د): البرنامج الإرشادي المطبق في الدراسة 100
- ملحق رقم (هـ): كتاب تسهيل مهمة الباحث 146
- ملحق (ح): كتاب موافقة لجنة الأخلاقيات على تطبيق مقياس مشاعر الفقدان على عينة الدراسة: (IRB) 147

أثر برنامج إرشادي جمعي قائم على العلاج الروائي لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس

إعداد

دالية خاروف

إشراف

د. شادي أبو الكباش

د. عبد الكريم أيوب

الملخص

هدفت الدراسة التعرف على أثر البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على العلاج الروائي لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس، وقد استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي، وجرى تطبيقها على عينة قصدية من النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس مكونة من (16) امرأة، جرى توزيعها على مجموعتين؛ واحدة ضابطة تتكون من 8 نساء وأخرى تجريبية تتكون من 8 نساء أيضاً، وقد جرى تطبيق برنامج قائم على العلاج الروائي لتخفيف أثر فقدان، وقد جرى التحقق من الصدق والثبات قبل تطبيقهما على عينة الدراسة، (تم تحليل البيانات للوصول إلى النتائج باستخدام برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وذلك لفحص دلالة الفروق للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي والتتبعي من خلال تحليل التباين الثنائي المصاحب (ANCOVA))، حيث تم التوصل إلى مجموعة نتائج أهمها: وجود درجة استجابة متوسطة على الدرجة الكلية للاختبار القبلي للمجموعة التجريبية وقليلة جداً للاختبار البعدي لنفس المجموعة، كما أشارت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($a \leq 0.05$) بين أعضاء المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي على مقياس مشاعر فقدان لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($a \leq 0.05$) في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس مشاعر فقدان لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس لصالح التطبيق البعدي، وفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($a \leq 0.05$) بين

متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي بعد ستة أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي على مقياس مشاعر فقدان لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس لصالح التطبيق التتبعي، وفي ضوء النتائج، أوصت الدراسة باستخدام برامج علاج روائي في التخفيف عن النساء الفاقات لما لها من تأثير على الفئة المستهدفة وضرورة القيام بدراسات واسعة في هذا المجال.

الكلمات المفتاحية: برنامج إرشادي، العلاج الروائي، النساء الفاقات، مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس.

الفصل الأول

مقدمة/ سياق الدراسة والإطار النظري

1.1 مقدمة

يعتبر الشعب الفلسطيني من أكثر شعوب العالم معاناة وما يزال تحت تبعات الاحتلال الإسرائيلي لأرضه وسيطرته على جميع الممتلكات وتعرضه إلى العديد من النكبات والويلات وتسببت بالكثير من الخبرات المفاجئة والمؤلمة، التي تركزت على استشهاد أبنائه، هدم البيوت، الاعتقال، النفي والإبعاد القسري. ومما لا شك فيه أن هذه الأحداث الصادمة تعدت القوة الإنسانية الطبيعية في تحمل كل طبقات المجتمع وشرائحه، ويمكننا القول إنه لا يكاد نجد فلسطيني واحد يعيش في الأراضي الفلسطينية المحتلة لم يمر بحدث من هذه الأحداث (ثابت، طواحينه، و سراج، 2001).

إن أهم المشكلات التي تعاني منها المرأة الفلسطينية هي مشكلة اللجوء؛ إذ تعيش المرأة الفلسطينية اللاجئة ظروفاً معقدة للغاية، وخاصة بعد ما انتقلت من الحياة المدنية الطبيعية إلى حياة اللجوء في المخيمات التي تنقل إلى أبسط شروط حياة الإنسانية التي تنعكس سلباً على حياتها ونمط معيشتها ومستوى رضاها عن الحياة. الأمر الذي يزيد من حالة الإحباط واليأس التي تعيشها النساء الفلسطينيات في المخيمات، حيث أن أنها جزء هام في مشاركة الرجل المعاناة (المغربي، 2006).

لقد تأسست المخيمات الفلسطينية بين أعوام (1948-1950) وحالياً يوجد (59) مخيماً معترف بها، وتمتد في المناطق الفلسطينية المحتلة، ويصل المجموع الكلي للسكان في المخيمات الفلسطينية حوالي (4.349.946) نسمة، ويبلغ عدد المخيمات في الضفة الغربية (25) مخيماً بين مخيمات رسمية (معترف بها) وغير رسمية (غير معترف بها)، يعيش السكان في الضفة الغربية في (19) مخيماً رسمياً على ما مساحته (6448) دونم موزعة في جنوب ووسط وشمال الضفة الغربية ويتركز (52%) من سكانها في

مخيمات شمال الضفة في محافظات نابلس وجنين وطولكرم، تقع معظمها بالقرب من مراكز المدن أو حدودها (المغربي، 2006).

إن الفلسطينيين في المخيمات يعيشون أوضاعاً حياتية صعبة سواء من الناحية الاقتصادية أو الاجتماعية بسبب تردي أوضاعهم الناتجة عن السياسات الفلسطينية غير الفعالة ولا المدروسة، وتستمر المعاناة يومياً وذلك بحرمانهم من مصدر رزقهم، مما يفاقم الأزمة الاقتصادية (البطالة)، تراجع الخدمات، الاكتظاظ السكاني، محدودية المساحة المتاحة للبناء عليها، التوسع العمراني، الفقر وقلة الموارد ومن بنية تحتية غير ملائمة كالشوارع والصرف الصحي (أبو علي و أبو جابر، 2021).

ولعل أبرز المشاكل التي تعانيها النساء في فلسطين هي فقدان المفتي (2015)، والتي تعتبر من أكثر الصدمات التي أثرت في المرأة الفلسطينية، إذ أدت لإحداث اختلال في علاقات النوع الاجتماعي، وتكليفهن دوراً زائدة لم يتعودوا عليها في تجربةٍ منهم لاستخدام وسائل عديدة من أجل أن يتكيفوا مع ظروف جديدة محيطة بهم. حيث كشفت نتائج دراسة عبد الهادي (2007)، أن زوجات الشهداء يعانون من فقدان الأمن العاطفي والتوتر الناتج عن عدم توفر احتياجات الأسرة اقتصادياً ونفسياً، كما أظهرت العديد من الدراسات التي أجريت في فلسطين كدراسة البدر (1999) ودراسة شلهوب (1997)، تقشي العديد من الأعراض الجسمية والنفسية التي تعاني منها الفاقات الفلسطينيات نتيجة فقدانهم لأبنائهم وأزواجهم المتمثلة بالقلق والاكتئاب والتوتر والعزلة والحرمان العاطفي.

إن الفلسطينيون قد تعرضوا إلى الكثير من أشكال فقدان على مدى الصراع الفلسطيني الذي انعكست سلبياته على حياة الفرد بشكل عام وحياة المرأة الفلسطينية بشكل خاص مخلفاً بذلك آثاراً سلبية يصعب الخروج منها نظراً لتراكم مشاعر فقدان وما يولده من تبعات عميقة. وفي هذا الصدد نجد أن فقدان له أنواع عدة، منها: فقدان المادي والذي يظهر بأشكال عدة أبو بكر (2004)، (تدمير البيوت، الاستيلاء على الأراضي، حرق الممتلكات، منع العمل داخل الأراضي المحتلة)، فقدان معنوياً ونفسياً، وتكملت نتائجه بالاستيلاء على

حريات الافراد الشخصية ومنع التجوال والاعتقال إدارياً والسجن، الفقدان البشري المتمثل بالإصابات ذات الإعاقة المستديمة والإصابات المميتة والاستشهاد (أبو عايش، 2006).

لعل من أشد أسباب الفقدان هو الوفاة، وهو على عدة أشكال (الموت نتيجة مرض مزمن قصير المدى والموت نتيجة مرض مزمن طويل المدى والموت المفاجئ غير المتوقع وقد يكون من أكثرها شدة وألماً (Doostgharin, 2009)، إن فقدان شخص عزيز بالوفاة يعد أمراً غاية في الصعوبة على المقربين منهم بشكل عام وعلى المرأة بشكل خاص. وموت الابن هو حدث مؤلم له آثار طويلة على مدى بعيد وغالباً ما تبدأ المشاعر بالإنكار في بداية الصدمة أثناء معرفة خبر وفاته، وبعد تقبل الخبر، تبدأ مشاعر الحزن والبكاء ، وغالباً ما تكون قوية (المؤمنى وبنات، 2018). إن وفاة الزوج والابن بالاستشهاد يمثل نقطة تحول في مسار وحياة المرأة الفلسطينية، وذلك لما ينطوي عليه من تحولات في الادوار الاجتماعية؛ لكون فقدان الزوج والابن يرتبط بزيادة الضغط على الفاقدة، وقيامها بتولي مهمات جديدة، فضلاً عما ينتج عن ذلك من تغير في العلاقات الاجتماعية التي تؤدي إلى تقاوم في حدة الضيق النفسي واختلاف ظروف التكيف. كذلك يعد موضوع الاعتقال أحد أشكال الفقدان، ويعدّ من المواضيع المهمة ذات التجارب القاسية والصعبة التي تتعرض لها النساء وليس من السهل تقبلها، كونها تحدث تغييراً يتسم أحياناً بالسلبية، ويدفع إلى عواقب وخيمة، تهدد كيان المرأة بالانهيار وتأثير ذلك في تفكك الأسرة ويولد بين أفرادها الضعف والعجز والغضب وكذلك التمرد (قرع، 2005).

وقد تناولت عدد من الدراسات مشكلة الفقدان التي تعاني منها النساء في المجتمع الفلسطيني، إذ ذهبت دراس النيال (1998) ودراسة عبد المنعم و فرج (1993) و (Asgeirsdotter,2011)، إلى التعرف على مظاهر الأسى ومعاناة الأمهات اللواتي فقدن أبنائهن والأساليب التي جرى اتباعها للتغلب على الحزن، وأكدت نتائج دراسة كل من ريف وآخرين (Rief, Patton, Micheal, & Gold, 2006) ودراسة وتد و مصطفى (2014)، ودراسة مصطفى (2010) ودراسة (Murell, Meeks, & Walker, 2000) دور العلاقات الاجتماعية (التفاعلية) في تخفيف خبرة الفقدان، كما أنّ هناك علاقة بين خبرات الفقدان والضغط والمساندة

الاجتماعية والاستجابة لضغوط موت أحد الأفراد، وقد أشار كل من دن (Dunn, 2015). و (Thabet, 2009, Bennett & Soulsbay, 2010, Utz, Castreta, & Lund, 2012)، تأثير مشاعر فقدان والشعور بالاكتئاب والأعراض البدنية على الإحساس بالسعادة والرفاهية الحياتية لدى الأرامل الشباب، وتطرق باركس (Parkes, 1993)، إلى أن فقدان الناتج عن فقدان ضحايا القتل العمد والخطأ مقترن بالعوامل التي تزيد من المشاكل النفسية.

ومن أجل التقليل من آثار فقدان يوجد هناك برامج ارشادية أثبتت فعاليتها كالعلاج السلوكي المعرفي والإرشاد الواقعي والعلاج الروائي؛ إذ يعتبر العلاج الروائي علاجاً حديثاً نسبياً، أُسس على يد الاسترالي (مايكل وايت) والنيوزيلندي (دافيد ابستون) في الفترة الواقعة ما بين (1970-1980) والذي أصبح نهجاً منتشرأ في أمريكا الشمالية منذ عام (1990) وذلك عندما نشر كتاب "Narrative Means to Therapeutic" (الوسائل الروائية لغايات علاجية)، هو نهج علاجي يعتمد على تشجيع الأفراد على تحليل وتفكيك القصص الكامنة التي يُفترض أنها تتأثر بثقافة المجتمع والعائلة والسياسة، إذ أكد العلاج الروائي أن الافراد هم أخبر في شؤون حياتهم من غيرهم (White, 2007).

وجاءت مشكلة الدراسة من خلال ملاحظة الباحثة عبر طبيعة عملها في قطاع الصحة، إن النساء يتأثرن نفسياً واجتماعياً بالمواقف الصادمة، وكذلك ما يترتب عليها من تغيرات نفسية كالخوف، الفزع، أو الحزن نتيجة تعرضهم للفقدان وبخاصة إذا كان شخصاً عزيزاً، كالأبن والزوج. إذ إنّ الحزن والخوف والفزع نتيجة الفقدان هو رد فعل طبيعي للفاقدات، فليس من السهل تقبل فقدان شخص قريب، وكل هذا سيؤثر في حياة الفاقدة يومياً، ومن هنا وجب على الباحثة كمتخصصة في مجال الإرشاد النفسي والتربوي أن تولي هذا الموضوع اهتماماً عميقاً، للوصول إلى خطة برنامج فعال في حالات فقدان عند النساء، وهذا ما دفع الباحثة لتقديم دراسة بعنوان: أثر برنامج إرشادي جمعي قائم على العلاج الروائي لدى النساء الفاقدات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس.

1.2 الإطار النظري:

يقدم الفصل عرضاً للإطار النظري والدراسات السابقة، ففي الجزء الأول يتكون العرض من مُتغيرات الدراسة الرئيسية المتمثلة في: فقدان، والنساء الفاقات، البرنامج الإرشادي الجمعي، العلاج الروائي، أما الجزء الثاني، تمثل بالدراسات السابقة التي لها صلة بالبحث الحالي، والتي تضمنت دراسات عربية وأخرى أجنبية تتعلق بتخفيف أثر فقدان لدى النساء الفاقات من خلال برنامج إرشادي جمعي قائم على العلاج ال (أبو علي و أبو جابر، 2021)روائي.

1.2.1 الفقدان (Bereavement):

يعدّ الفقدان من أشدّ الحالات الضاغطة التي يعاني منها الإنسان نتيجة لما ينطوي عليه من تأثيرات عميقة وأبعاد مختلفة على الفاقدين في الجوانب الجسدية والنفسية والمعرفية والسلوكية، فضلاً عن ضعف تواصل الفاقدين مع المجتمع (Doostgharin, 2009).

عندما يتعلق الفقدان بوفاة الفجأة، فإنه يكون أكثرها ألماً وحزناً، إذ تتفاوت قوة ردود الفعل وطول مدتها، حيث اعتبر كل من الباحثين ميلر (Miller, 2008)، ورفائيل (Raphael, 1984)، أن الوفاة المفاجئة قد تعرض الفاقدين للخطر بدءاً من عدم انتظام معرفي وصولاً إلى صدمة شعورية حادة.

إن الفقدان يترك وراءه آثاراً جسيمة منها الفاجعة والألم والمعاناة الشديدة والحداد والحزن والشعور بالأسى النفسي، وكذلك ردود الفعل النفسية والجسدية والمعرفية والسلوكية وقد تختلف حدة هذه الاستجابات باختلاف حالة الفقدان والحدث الذي حدث فيه الفقدان والشخص الفاقدين، ويتفاعل الإنسان مع مشاعر الفقد على حسب شدة تعلقه بالفقيد وعاداته مع الشخص الفاقدين وتكون له استجابات سلبية عتالله (2018)، لذا فإنّ خطورة أزمة الفقدان وتأثيرها في حياة النساء لا تعني فقدان شخص عزيز فقط بل هي تعبّر كذلك عن فقدان في التوازن لدى النساء وخاصة في خبراتهم السابقة وغياب الكفاءة والأهلية في مرحلة الصدمة، الأمر الذي

يسبب العديد من الضغوطات المضاعفة ويمثل صدمة مؤلمة وحزينة في الحياة النفسية للنساء (عبد الأمير، 2021).

لقد أشار كامل (2005)، أن النساء الفاقات يعانينَ عموماً من نظرة الاسترحام والإشفاق من الأخريات التي تجعلهم يشعرون بالتذلل والنقص، وهذا الشعور يولد أزمة ثقة بالذات ؛ فهؤلاء النساء يشعرون بضغف شيئاً فشيئاً مقابل العرف الاجتماعي الذي يهاجمهم والضغوطات النفسية التي تولدها الظروف الاجتماعية والاقتصادية الصعبة التي تدفعهن إلى الإصابة بالكثير من الأمراض النفسية، فيصبحن أسيرات العقد النفسية، الأمر الذي يجعلهم يفضلون الأفراد والتواري عن الآخرين أو اللجوء إلى مسكنات ومهدئات للتخلص من الأزمات التي يتعرضن لها (كامل، 2005).

لقد أشارت الدراسات الأجنبية إلى أن الفقدان يؤثر بشكل سلبي في مجمل السكان وبخاصة النساء ، ففي دراسة رشيت (Rushiti, 2005)، التي أجريت في كوسوفو عن تأثير الفقدان على النساء تطرقت نتائجها إلى وجود أعراض مرتبطة بالفقدان كالتوتر، والاكتئاب والغضب والعنف، وخلل في الإتصال الاجتماعي، كما أظهرت نتائج دراسة أخرى كلارك وآخرون (Klaric, Klaric, Stevanovic, Grkovic, & Jonovska, 2007)، في البوسنة والهرسك أن النساء عانين من مسببات ما بعد الصدمة ولمدة وصلت إلى عشر سنوات من انتهاء الحرب.

1.2.2 مفهوم الفقدان

يُعرف ابن منظور في معجم لسان العرب (1993) الفقدان "بالوفاة كالموت للزوج أو الولد" ويقترن الفقدان بالفجع الذي عرفه ابن منظور "بالموت والدمار والهلاك وفقدان الرجل والمرأة والابن".

يرى (Tartakovsky, 2018)، إن الفقدان هو فترة زمنية مكثفة مكونة من الحزن والألم وتتضمن عدة مشاعر ومنها الانكار والاكتئاب والغضب بعد فقدان شخص عزيز.

أما كابن وسادوك (Kaplan & Sadock, 1995)، فيعرف مشاعر الفقدان على أنها:

استجابات نفسية وفسولوجية أو سلوكية للفقدان والتي تشتمل على ردود الفعل لشعور الفقد على مر الوقت. كما عرف (Hall, 2014)، الفقدان بالشعور بالحزن الشديد والدائم والمؤلم الذي يصيب الشخص بعد وفاة فرد عزيز عليه والذي يعرضه الى خلل وظيفي على المدى البعيد والإصابة بالاضطرابات الجسدية والعاطفية والمعرفية والسلوكية والروحية.

1.2.3 أنواع الفقدان عبد الرحمن (2011):

- الفقد الرمزي: هي المشاعر الكامنة عند الإنسان وكذلك عند كل الكائنات، لأن الفقدان ليس خاصاً بالإنسان فقط؛ بل في اعتقاده وتسليمه بفكرة أو طريقة حياة.
- الفقد الخيالي: يتعامل الأشخاص كما لو أن هناك فقداناً مع أنه لا يوجد سبب حقيقي لهذا الاعتقاد.
- الفقد الحقيقي: هو فقدان شخص محدد ذو أهمية مميزة .
- الفقد المهدد: هو توافق ظروف الإنسان مع مخاطر موت فرد مهم بالنسبة إليهم.

ومن هنا تطرق فرويد إلى صنفين من الحزن الناتجين عن الفقدان:

- حزن الطبيعي (العادي): هي الحالة النفسية التي يمر بها الشخص بعد تعرضه لصدمة ما أو مصيبة أو فقدان شيء أو شخص عزيز أو خسارة وغيرها من الأمور، والشعور بالحزن الخفيف والمتوسط أمر طبيعي تمامًا وتتوقف حدة هذا الشعور على السبب الذي كان خلفها.
- حزن المرضي (المعقد): يحدث بعد التعرض لمحفزة أدى إلى الدخول في هذا الحالة وعلى الرغم من أنه يشبه إلى حد كبير الاكتئاب وإلى جانب أن الحزن الشديد يمكن أن يتحول إلى اكتئاب أو أن يكون من أعراض الاكتئاب إلا أن هنا فرق، يصبح شديد وغير طبيعي عندما يمتد لفترة زمنية طويلة أكثر من أسبوع أو أسبوعين وعندما يؤثر بشكل مباشر على حياة الشخص بحيث لا يمكنه القيام بالأعمال اليومية والحياتية العادية فإننتاجيته تنخفض كثيرًا بالإضافة إلى أنه عاجز عن تغيير هذه الحالة النفسية كما لو كان عالق فيها تمامًا.

إذ يأتي الحزن نتيجة تعلق الشخص سابقاً بالفقيد ووجود علاقات قوية بينهم، وعندما لا ينجح الشخص بنفصال نفسه تدريجياً عن المفقود فإنه يدخل في مرحلة دائمة من لوم النفس معرضاً للفرد للإصابة بالتعاسة المرضية.

1.2.4 مراحل الفقدان:

هناك تباين بين الدراسات والنظريات في تحديد مراحل الفقدان وقد ذكر (Bowlby, 1980)، (Watkin, 1992)، أن الفقدان يمر بأربع مراحل هي:

- مرحلة سماع الخبر: وهي حالة من الضغط النفسي تتولد من مصدر خارجي يتجاوز فيها قدرة الإنسان على التحمل والعودة إلى حالة من التوازن الدائم (حسنين، 2010).
- مرحلة الإنكار: أشار أبو عايش (2006) والمزيني (2011)، أن الشخص ينكر حدوث الفقدان أو الدلالات التي تقود إليه على أنه إنكار لا شعوري لما هو موجود ليجنب الفرد الواقعة المؤلمة أو المسببة للتوتر، وهي إحدى حيل الدفاع النفسي لإبقائه على توازن نفسي.
- مرحلة الخدران: يشعر الفرد الفاقد بذهول ويصبح غير قادر على تدقيق ومعالجة البيانات بسبب تشوش حواسه.
- مرحلة الشوق والبحث: هي مرحلة خليط بين توتر وقلق شديدين الذي يدفع الفاقد إلى رغبته في البحث عن الشخص المتوفي.
- مرحلة المساومة: هنا الشخص يكون محاولاً التخلص من الفقدان ذلك خلال: المساومة أو عقد صفقة مع نفسه أو مع الآخرين، وتعهدده بفعل أي شيء وموافقته على اتخاذ إجراءات حاسمة وقاسية، تنقصه الثقة في محاولته التعامل مع الفقدان والمساومة والجدل لمحاولته تغيير الوضع نهائياً.
- مرحلة الغضب والمعارضة: يشعر الشخص بالغضب من القدر أو من نفسه أو من الآخرين، ويشعر بالحنق بسبب الطرق التي يجب أتباعها للتغلب على الفقدان وأختياره بعض أكباش فداء (التنفيس فيهم عن غضبه) مثل طبيب المستشفى وغيره.

– مرحلة الاكتئاب: تتغير قواعد الحياة اليومية التي ترقه وتسعد الفرد، لذلك اقترح بك عام 1972 إن استهداف بعض السمات المعرفية أو المخططات تمثلت بالآتي: أنماط العزو والتفسير، وجهة الضبط، تعلم اليأس، تقدير الذات تلك التي تتقدم أو تستبق النوبة الأكتئابية التي تجعل من المسترشد المكتئب مستهدف لنوبات أخرى من الضغط، إن المخططات الاكتئابية الرئيسية الثلاثة هي:

1. وجهة نظر سالبة للذات (انخفاض تقدير الذات).

2. وجهة نظر سالبة في الخبرة (تشوهات معرفية).

3. وجهة نظر سالبة في المستقبل (اليأس).

– مرحلة اليأس: يقع الفاقد في حالة شديدة من كرب وألم وتتخلله نوبات من البكاء الشديد ولا يستطيع السيطرة عليها ويدخل في حالة من عدم التحدث إضافة إلى العزلة الاجتماعية.

– مرحلة التقبل: يصل الشخص إلى هذه المرحلة يكون قد تحقق لديه قدرًا من إدراكه لطبيعة فقدان وفهمانه له، يستطيع بذلك أن يتصف فيه المشاعر والظروف التي يحدث فيها، يصف أساليب علاج أو طرق إعادة تأهيله وأختباره للإنكار وبدائله المتوفرة له للتقليل من فقدان من أجل التعامل مع المعلومات السلبية الكامنة بشكل أفضل.

– مرحلة الأمل: هنا يتحول الفرد إلى شخص قوي جداً مقارنة مع الوضع السابق للفقدان، مثال (ما هي مخططات الفرد للمستقبل؟ ليكون وضعه أحسن).

– مرحلة إعادة التنظيم: قد تستغرق عاما كاملاً، هنا معظم الفاقدين يبدؤون بإعادة التنظيم والعودة إلى حياتهم الطبيعية.

1.2.5 أعراض الفقدان:

ذكر حسنين (2010)، مجموعة من أعراض الفقدان تتمثل في:

1. اضطرابات نفسية كالشعور بالخدر وتبليد المشاعر والانفصال عن الآخرين، كأن الفاقد لا يعرف ما يحدث حوله، إضافة إلى الإحساس بالقلق الشديد وتجنب التحدث عن الفقدان، حسنين (2010).
2. سوء التكيف كالشعور بالضيق النفسي لمجرد تذكر الحدث، إذ تظهر أعراضه خلال فترة أقصاها 3 شهور منذ بدء الحادث الضاغط، وبمجرد انتهائه، تختفي الأعراض المرضية في فترة أقصاها 6 شهور وتكون الأعراض مصحوبة بمزاج كئيب أو قلق أو خللاً سلوكياً أو عاطفياً أو كليهما معاً.
3. تكراره لرؤية الحدث بشكل صورة ذهنية أو أفكاراً أو أحلاماً مزعجة مثل تخيل تكرار حدث الفقدان مرة ثانية، وفقدان الشهية وصعوبات التركيز والانزعاج غير العادي من الضجة.
4. التحسب من فقدان إضافي لشيء من أشياء المتوفي والرغبة في محافظته على مكان وممتلكاته للفقيد كما هي دون تغيير أي شيء فيها، حسنين (2010)، رصرص (2006).
5. ردود الفعل النفسية للضغوطات الصعبة (الإجهاد النفسي الحاد): ويتميز بالشعور بانفصاله عن الآخرين، ب: الجمود أو التبلد العاطفي، انخفاض وعيه بما يدور حوله، عدم قدرته على تذكر عناصر مهمة من الحدث المؤلم، تكرار مروره بالحدث على شكل صورة متكررة، أفكار، أحلام وميض، الرغبة في تجنب كل ما يتعلق بالحدث المؤلم، يستمر من يومين إلى أربع أسابيع وتكون ناجمة عن الموقف وليست عن التقايم في الحالة التي كان يعاني منها الفرد سابقاً، رصرص (2006).
6. القلق النفسي الناتج عن صدمة سابقة: يترتب عليها المرور أو مشاهدة أحداث مؤلمة أو خطيرة سابقة، رصرص (2006).
7. الحداد أو الحزن المتقايم الناجم عن فقدان عزيز رصرص (2006).

1.2.6 عوامل تؤثر في درجة فقدان نذكر منها، خماسية (2012):

- ظروف وفاة الفرد العزيز كأن يكون مفاجئاً أو غير متوقع، فكلما كان الفقدان متوقفاً كان الفرد أكثر استعداداً وكلما كان الفقدان ناجماً عن قهر أو ظلم كان الألم أصعب.
- طبيعة العلاقة وصلة القرابة بالشخص المفقود.
- طبيعة الشخص المتلقي للخبر ونمط شخصيته.
- الظروف الاجتماعية المحيطة بمتلقي الخبر وحجم الدعم المقدم له.
- تعتبر النساء من الشرائح الأكثر عرضة للإصابة بالحزن المعقد أكثر من الرجال.
- نساء صغيرات في العمر اللواتي يفقدن أزواجهن، فهن يتأثرن أكثر من غيرهن بالفقدان المعقد.
- الحالة الاقتصادية، فالأفراد اللذين ينحدرون من مستوى اقتصادي منخفض يعانون أصعب من غيرهم من الفقدان.

- نساء شابات (الأرامل) اللواتي لديهن مسؤولية تربية أطفال في المدارس.

1.2.7 هناك عدة مظاهر نفسية ناتجة عن الفقدان وهي كما يلي، إبراهيم (2012):

1. مظاهر وجدانية: والتي تمثلت في الكثير من النقاط وأهمها: (شعور بالوحدة، ونوبات بكائية، والشعور بالحسرة، فقدان الشغف، العصبية).
2. مظاهر معرفية: من أهمها: (فقدان الاتصال بالعالم الخارجي، تقبل الذكريات المؤلمة، تفكير الشخص المستمر بالموت).
3. مظاهر فسيولوجية: (فقدان الشهية، اضطراب النوم، الخمول الحركي).
4. طقوس حدادية: تظهر في: (لبس الأسود، عدم الاستمتاع بمشاهدة التلفاز، عدم الخروج للتنزه والرحل، عدم الفرح بمظاهر العيد ونحوه).

قد قام كابيلن (Kaplan & Sadock, 1995)، بوصف سبع مظاهر للتقييم متعدد الأبعاد للفقدان وهي:

- الاستجابة الانفعالية والمعرفية.
- استراتيجيات التأقلم.
- استمرار العلاقة مع المتوفي.
- التغييرات في الواجبات والمهام.
- البدائل في العلاقات مع الآخرين.
- توطيد علاقات جديدة.
- تغييرات في تكامل الهوية الشخصية.

من ثم تطرق كابيلن (Kaplan & Sadock, 1995)، إلى ثلاثة نماذج من الحزن تتكبدها النساء جراء شعورهن بالفقدان والذي سماه بالحزن المركب وهي كالتالي:

- الحزن المزمن: يتميز هذا الحزن برؤية شمولية مثالية للمتوفي، وغالباً ما يحدث عندما تكون العلاقة بين المتوفي والشخص المحزون قوية أو غير متوازنة أو عندما تكون الشخصيات اعتمادية أو أن الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء والأقارب ضعيف.
- الحزن المتضخم: يحدث غالباً بعد فقدان المفاجئ وغير المتوقع؛ إذ تكون ردة الفعل شديدة وطرق التأقلم المستخدمة غير فعالة لتقليل مشاعر التوتر، قد يستمر هذا النوع من الحزن لفترة معينة من الوقت.
- الحزن المؤجل: يشير إلى منع ظهور أو غياب الحزن عندما يكون متوقع من الشخص أن يبدي حزناً، يتميز بالإنكار بوجود الغضب وشعور بالذنب وعلى الرغم من أن الأهل والأصدقاء يلاحظون وجود أعراض حزن قليلة إلا أن الدلائل المخبرية لم تجد علاقة بين الحزن المتأخر والتبعات السلبية (Kaplan & Sadock , 1995).

1.2.8 مشاعر الفقدان لدى النساء الفاقات، علاء الدين (2010):

- الشعور بالحزن معظم الوقت.
- صعوبة النوم، أو النوم أكثر من المعتاد.
- صعوبة التفكير وتشتت الانتباه.
- فقدان الاهتمام بالأنشطة والاجتماعات.
- المشكلات الصحية مثل الصداع أو اضطراب الأمعاء غير الناجم عن مرض.
- كثرة التحدث والتحرك البطيء.
- قلة الحيوية لأداء النشاطات اليومية.
- التفكير في الانتحار.

1.2.9 الآثار النفسية التي ترتبت على صدمة الفقدان لدى النساء:

- المشاكل الجسمية: تتمركز حول ازدياد المشاكل الجسدية وتدهور الحالة الصحية، والتي تخللت بالصداع الشديد والمستمر وألم في المفاصل وبخاصة مفاصل الساقين وكذلك شعورهن بالدوخة وزغلة العيون وقلة الرؤية وآلام المعدة بالإضافة إلى قلة الحركة والهزال العام، إصابتهن بمرض السكري وضغط الدم (خويطر، 2010).
- المشاكل النفسية: الاكتئاب والقلق، العزلة والانطواء، الشعور بالوحدة وعدم الرغبة في رؤية الآخرين، الرغبة في النوم طوال الوقت، الشعور بالاختناق نتيجة التفكير المستمر بالحدث، الرغبة في الموت، (خويطر، 2010).
- المشاكل الاجتماعية: هي المشكلات البنائية التي تحد من فاعلية المرأة ومشاركتها حتى يتشكل الطابع العام لواقعها الاجتماعي مثل: فقدان الشعور بالأمن والأمان والحب، زيادة وتضاعف مسؤولية الاعباء الملقاة على عاتقها، (سليمان، 2000).

1.2.10 ردود الفعل الشائعة نحو وفاة الزوج أو الابن لدى النساء الفاعقات، عابد (2008):

- إظهار الحزن الشديد والحداد.
- الاحتياج.
- الحزن والانسحاب العاطفي.
- تصاعد حدة حالات القلق المعيارية التي بنيت على مستوى النمو.
- الغضب.
- تراجع أداء الفرد وظيفياً المستند إلى درجة النمو والتطور.
- المخاوف الجديدة.
- لوم الذات والشعور بالذنب.
- العزو للسلطة الكلية.

1.2.11 النظريات المفسرة للفقدان:

- نظرية التدخل في الأزمات: طور كابلن (Caplan, 1964)، نظرية الأزمة التي تعرف بأنها مجموعة من المفاهيم المتعلقة بردود أفعال الأشخاص عندما يواجهون تجارب غير مألوفة، فقد تكون هذه التجارب على هيئة كوارث طبيعية أو فقدان معنى ما، أو تغيرات في البناء الاجتماعي أو تغيرات في دورة الحياة. ونظراً لأن مفاهيم نظرية الأزمة قابلة للتطبيق على كل من الفرد والأسرة على حد سواء، فقد تمت دراسة تغير حياة الأسرة تحت تأثير الأزمة. وحسب هذه النظرية، فإن موت إنسان مهم لدينا، يخل بالتوازن القائم عند الفاعد، كما أن الفقدان يدرك باعتباره حادثاً أو موقفاً حياتياً معيباً أو مؤلماً يثير خبرات سابقة في الماضي، وكانت في سبات عميق تعيق قدرة الإنسان على أداء واجباته، وبما أن الأزمة تخلق حالة حادة من الذعر، فإن الإنسان الفاعد قد يتعرض إلى خطر عدم الانتظام، وذلك لأن الفقدان يزيد من استخدام أساليب المواجهة والدفاع.

- نظرية فرويد (التحليل النفسي) : فسّر فرويد الشعور بالفقدان بأنه عملية تتأفر المكونات داخل الفرد (الهُو، والأنا، والأنا العليا)، ما يؤدي إلى سوء توافقه مع نفسه ومع بيئته الاجتماعية، ويمكن النظر إلى الفقدان بأنه نتيجة قلق عصابي طفولي، وله وسيلة دفاعية نفسية تعمل للحفاظ على ذاته من تهديد البيئة الاجتماعية، ويعبر عنه في صورة عزلة أو انسحاب، عقيلي (2004). أوضح فرويد أن فقدان شخص عزيز بصورة مفاجئة قد يكون روابط معقدة وغنية، وهو في حد ذاته اضطراب، خصوصاً أن الأنا لم تهيأ للفقدان، فهو متعب ومؤلم، إذ ليس بالإمكان التخلي عن مواضيعه الأولية بصفة كلية ودائمة مستمرة نظراً للهامات والرموز التي تحملها في طياتها وثناياها، وهذا ما يجعل الفقدان من التجارب المؤلمة والحزينة، الأمر الذي يستجوب طاقة كبيرة لصدّه والتحكم بكل التحركات والتغيرات واستثمار القدرات والخبرات من المفقود والاندماج مع الوضعية الحديثة (سي موسي وزقار، 2015).
- نظرية (علم النفس الفردي): فسّر أدلر الشعور بالفقدان بأنه حالة عرض مرضي عصابي يحدث نتيجة نقص الاهتمام الاجتماعي للفرد بحيث يكون غير مرغوب فيه اجتماعياً، ويعبر عنه بأنه خطأ في أسلوب حياة الفرد خلال طفولته (عقيلي، 2004).
- نظرية يونج التحليلية: فسّر كارل يونج الشعور بالفقدان: عملية تفرد وسعي شخص ينمو من خلال العلاقة مع الآخرين، ويهدف إلى تكوين البنى الأساسية للشخصية وهي (القناع، الظل، الأنيميا، الانيموس) التي تحدد الصور والرموز المرتبطة بكل بنية، أي أن الشعور بالفقدان يعبر عن محاولة للتوافق النفسي لدى الفرد مع الحياة (عثمان، 2001).
- نظرية سلوكية: يرى جون واطسون أن الشعور بالفقدان: نمط سلوكي لم يتوفر له تعزيز اجتماعي ايجابي، أما سكنر فيعتقد أن الشعور بالفقدان سلوك يتخذه الفرد على أساس إدراكه لاستجابات الآخرين في البيئة التفاعلية (خويطر، 2010).
- النظرية الإنسانية (كارل روجرز): كان كارل روجرز يرى أن الشعور بالفقدان ينشأ بسبب كف وإنكار أو تحريف لبعض حواس الإدراك في ميدان الخبرة، هي ذات دلالة على مستوى التوافق النفسي وعلى

مدى تنافر أو انسجام الذات مع الخبرات الاجتماعية التي تنظم الفرد من أجل أن تتلاءم مع المدركات السابقة (شيبي، 2005).

• نظرية ليندر مان: ميز ليندر مان بين نوعين من ردود الأفعال الناتجة عن فقدان والخسارة وأولها: هي (الاستجابة غير الطبيعية لفقدان وتمثلت في الاكتئاب والتعب والتوتر)، ثانياً: (الاستجابة الطبيعية لفقدان تضمنت ردود أفعال طبيعية تصدر من الفاقد مثل: (الاضطرابات الجسدية، والشعور بالذنب، والسلوك الاجتماعي المضطرب)، يفسر ليندر مان أن الشفاء من نتائج الخسارة والفقدان هو التحرر من العلاقة مع المتوفي وقطع الروابط معه (Wright & Hogan, 2008).

• نظرية ورتمان وسلفر: لقد استنتج كل من ورتمان وسلفر وافترضوا وجود خمسة افتراضات حول التأقلم والتكيف مع الفقدان، وهي: أن الطريقة الأمثل للاستجابة للحدث هي (اللوعة الشديدة، والمعاناة، الاكتئاب) وهذا الاستنتاج موافق لرأي كل من بولبي (Bowby, 1980)، في نظرية التعلق وفرويد في نظريته التحليل النفسي:

• الأسى ضروري.

• توقيت التعافي.

• أهمية التعامل مع الفقدان.

• الوصول الي مرحلة من الحزن الشديد.

قد تناولت العديد من الدراسات مشكلة الفقدان التي عانت منها النساء في البيئة الفلسطينية، ومن هذه الدراسات تأثير الفقدان على النساء الفاقات، فقد ذهبت دراستي (Asgeirsdotter, 2011)، (Holm, Berlan, & Severinsson, 2019)، إلى البحث عن العوامل التي تؤثر في صحة المرأة الأرملة وكان من أهمها فجيعة الفقدان وكذلك الكشف عن العلاقة بين صحة المرأة والترمل، أكدت نتائج دراسة جداونة (2017) وعطالله (2018)، فاعلية برنامج إرشادي جمعي لخفض مشاعر الفقدان والأسى النفسي لدى الأمهات اللاتي فقدن أبنائهن، كما أشارت دراسة الهلول ومحيسن (2013)، إلى أن هناك علاقة

بين المساندة الاجتماعية والرضا عن الحياة والصلابة النفسية لدى المرأة الفلسطينية فاقدة الزوج، وتطرق (Grimmelikhuijzen, 2013)، إلى مستوى الوحدة النفسية والعاطفية والاجتماعية بعد فقدان الشريك في ظروف وفاة (الاستشهاد، الأسر، الاجتياح)، كما هدفت دراسة مقبل ويونس (2008)، إلى تعريفهم على الآثار النفسية والاجتماعية التي تعانيها السيدة الفاقدة لأبنائها، وكشفت دراسة (Kaunonen, 2001)، وحسنين وسهيل (2013)، عن الحزن والدعم الاجتماعي وتجربة الفاقات بعد فقدان الزوج، ركزت دراسة (kessler & Stange, 1994)، على التوافق النفسي للفقدان المفاجئ والمتوقع لدى الأراامل.

1.3 البرنامج الإرشادي (counseling program):

يؤكد "سالتر" (salter) في باترسون (1981)، على أن البرامج الإرشادية الجمعية تركز على مراحل النمو ومساعدة الأفراد في حل مشاكلهم الشخصية والانفعالية والاجتماعية والأكاديمية بفاعلية عالية ومساعدتهم في اتخاذ قرارات مناسبة تصب في مصلحتهم وتبديل مفهوم الذات السلبية لديهم بمفهوم ذات إيجابي، تغير الانفعالات اللاعقلانية، تعزيز جوانب النشاط العقلي المعرفي الإيجابي، مثل: معتقداتهم وأفكارهم واتجاهاتهم نحو ذواتهم ونحو الآخرين وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي.

تعد البرامج الإرشادية الجمعية من أهم وأحسن أساليب خدمات الإرشاد النفسي، وذلك لما يتميز فيه من أحداث وتغيرات وتعديلات على مستوى سلوكيات الأفراد واتجاهاتهم ومعتقداتهم ومشاعرهم التي غالباً ما تعتبر هي السبب فيما يعانونه من ضغوطات ومشاكل في التكيف مع مقومات الحياة، إذ يسعى المرشد هنا إلى التخطيط للبرنامج الإرشادي ووضع أهدافه في ضوء التشخيص الذي يتم قبل الإعداد للبرنامج الإرشادي (باترسون، 1981).

يقوم البرنامج الإرشادي الجمعي على مواجهة المشكلات وعلاج الاضطرابات وفق إعداد محتوى إرشادي يستجيب لظروف وملابسات المشكلة، إذ يجري تنظيم جلسات إرشادية مع العميل، ويجري اقتراح أنشطة

وأدوار تتلاءم مع مشكلة المسترشد ويتفاعل معها المسترشدون، بعد ذلك يقوم فريق الإرشاد بتقديم تقييم لكل جلسة للتعرف على مدى تقدم العميل في الاقتراب والاستبصار بحالته وامتلاكه القدرة على تصحيح سلوكه بعد أن يستفاد من خدمات البرنامج وتحقيق النجاح في متابعة الإرشاد النفسي طيلة فترات تطبيق البرنامج الذي سيستمر شهوراً (رابع، 2015).

تؤكد دراسة كل من النيال (1998) والمحجوب (2012)، على أهمية البرامج الإرشادية في التخفيف من الأسى والحزن الناتج عن فقدان، كما أكد المزيني ذلك في دراسته (2005)، على أهمية البرامج الإرشادية وبخاصة الإرشاد الجمعي للتخفيف من الأسى النفسي والمعاناة من آثار فقدان، إذ أظهرت نجاح البرامج الإرشادية (الروائية) في خفض الأسى النفسي في حالة فقدان.

1.3.1 مفهوم البرنامج الإرشادي:

يعرف حمدي البرنامج الإرشادي على أنه "ممارسات إرشادية منظمة مخططة تنفيذياً ومقيمة ومستمدة من مبادئ وأسس وفنيات نظرية، إذ يجري ترتيب المراحل والأنشطة والخبرات والإجراءات وفق جدول زمني متتال، وبشكل جلسات إرشادية جمعية في جو إرشادي مريح وعلاقة إرشادية تتيح للمشاركين المشاركة الإيجابية والتفاعل لتنفيذ الأهداف الإرشادية العامة والخاصة وإبداء المساعدة الإرشادية في أبعى صورها" (حمدي، 2013).

يعرف البرنامج الإرشادي بأنه "خطة محددة ودقيقة تشمل مجموعة من الأنشطة والمواقف والخبرات المترابطة والمتكاملة بهدف تنمية الأفراد الذين أعدوا البرنامج من أجلهم وإكسابهم مهارات معينة تتناسب مع طبيعة نموهم: الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي والنفسي وتشمل هذه الخطة أسلوب التنفيذ وأدوات التقييم والمدة الزمنية اللازمة للتطبيق" (عبد الله، 2018).

1.3.2 خطوات بناء البرنامج الإرشادي العاسمي (2015):

يمر البرنامج بعدة خطوات أهمها:

1. تحديد أهداف البرنامج: أول خطوة من خطوات تخطيط البرنامج هي تحديد الأهداف التي يسعى البرنامج إلى تحقيقها، وتحدد هذه الأهداف في ضوء مجموعة من المبادئ والأسس العامة، كما توضع هذه الأهداف بناء على نتائج تشخيص العينة، يتم التشخيص عن طريق تحديد المشكلة وأسبابها والظروف البيئية المحيطة بها، وطبيعة المسترشد والوسط البيئي الذي يعيش به.

يوجد نوعان من الأهداف في البرامج:

- **الأهداف الخاصة:** تختلف الأهداف باختلاف مجالات الإرشاد منها الإرشاد المهني والإرشاد التربوي والإرشاد الأسري، فلكل واحدة منها أهدافها التي تسعى إلى تحقيقها وتختلف من ناحية الأشخاص الذين تقدم لهم، وطبيعة المشكلة التي يعانون منها وطرق حلها، تحتوي على عدد من الأهداف الفرعية وهو الذي يسعى البرنامج إلى تحقيقها بشكل مباشر.

- **الأهداف العامة:** هذه الأهداف يجري تحقيقها بشكل غير مباشر، وتتمثل بهدف معين يسعى البرنامج الإرشادي والنفسي إلى تحقيقها، وتشمل تحقيق الذات وتحقيق الصحة النفسية وتطوير العملية التربوية.

2- تحديد محتوى البرنامج الإرشادي:

الخطوة التالية من إعداد البرنامج الإرشادي هي تحديد محتواه، حيث يعتبر المحتوى صلب البرنامج الإرشادي، يختلف المحتوى من برنامج إرشادي لآخر حسب المشكلة التي سيتم معالجتها.

يشتمل إعداد المحتوى على مصادر متنوعة، منها: الدراسات السابقة والكتب والمراجع والدوريات والمؤتمرات والأبحاث المرتبطة بموضوع الدراسة، وهنا يجري عمل دراسة دقيقة لمحتوى البرامج السابقة التي أتيح الاطلاع عليها، وفهمها وتحليلها للاستفادة منها، لما تحتوي عليه من معلومات وفنيات ومقاييس وأساليب وخبرات تنفيده في إعداد البرنامج.

ويذكر سعفان (2005)، أن محتوى البرنامج الإرشادي يتكون من ثلاثة أبعاد هي:

1. المعارف والعمليات العقلية: تقوم فكرة العمليات والمعارف المعرفية على أن العوامل المعرفية تتفاعل مع الشعور والسلوك لإنتاج الأعراض المسببة للاضطراب، لذلك إذا أمكن تعديل هذه المعارف فسوف يتمكن من علاج المشكلة.

2. الأنشطة: الأنشطة التي يتضمنها البرنامج تتكون من أنشطة يتم تنفيذها في مكان انعقاد البرنامج، ويمكن أن تقام على الأداء من قبل المسترشد أو الحديث.

3. المهارات: تقوم المهارة على المعارف والأنشطة، ومن أمثلة المهارات التي يمكن أن يحتويها البرنامج (المهارات الاجتماعية)، (مثل مهارة الحديث أمام الآخرين، مهارة التعبير عن المشاعر، مهارات اتخاذ القرار... الخ).

3- تحكيم البرنامج: قبل تطبيق البرنامج بشكل رسمي وقانوني ينبغي أن يتم التحقق من ثبات وصدق البرنامج، ومدى قدرته على تحقيق الأهداف، ملائمة للعينة وثقافة ومحيط البيئة التي طبق فيها، ويتم التأكد من ذلك خلال العرض على عدد من الحكماء ذوي الاختصاص في مجال الإرشاد والصحة النفسية، ثم بعد ذلك يقوم المرشد بتطبيقه ميدانيا على عينة تجريبية مشابهة للمجتمع الذي طبق عليه البرنامج.

4- حدود البرنامج: يجري تنفيذ البرنامج في ضوء الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها والفترة الزمنية التي يستغرقها وما تحتوي من جلسات تلزم لتحقيق كل هدف، مدة كل جلسة، المكان الذي سينفذ جلسات البرنامج: مثل مركز الإرشاد النفسي أو المدرسة أو في أماكن عامة، كذلك تحديد عدد الأفراد الذين قدم لهم البرنامج ويجب ألا يزيد ولا يقل العدد عن الحد المطلوب، كذلك تحديد مرشدين العمل المشاركين في البرنامج.

5- تحديد وسائل وطرق وفتيات استخدمت لتحقيق الأهداف: على مرشد الجلسة استعمال وسائل وفتيات تساعد في تطبيق البرنامج، كما يجب إحضار الاختبارات والمقاييس والسجلات التي يحتاجها المرشد

في البرنامج الإرشادي، كما لا بد أن يراعى اختيار سن العينة المشاركة في البرنامج أثناء اختيار الأدوات، وأن تتماشى مع اهتماماتهم وميولهم.

6- تقويم البرنامج الإرشادي (مقدم، 2019):التقويم من الخطوات المهمة والأساسية في بناء البرامج الإرشادية، وهي العملية التي تكشف عن مدى النجاح في البرنامج الإرشادي، وهل جرى التوصل إلى الأهداف التي خطط لها من قبل أم لا؟ ولذلك فهي عملية تكشف لنا عن النواحي الإيجابية والسلبية للبرنامج، فهو عملية تستمر من بداية البرنامج حتى نهايته وفي كل مراحلها حتى يتم تدارك جوانب القصور ورفع نواحي القوة.

1.4 العلاج الروائي: (Narrative therapy)

يعدّ العلاج الروائي علاجاً حديثاً؛ لأنه يتجه نحو المعرفة ويعتبر العالم القصصي (Hermans, 2004)، أن حياة الناس تُبنى اجتماعياً من خلال القصص المتعددة التي يقولونها وأن هذه القصص مرتبطة بالسياق الثقافي والتاريخي والتي تؤثر على صقل شخصية الأفراد وتسهم في فهمهم للواقع من حولهم.

وجدير بالذكر هنا، أن مايكل وايت وديفيد ابستون (White & Epston, 1990) طوروا العلاج الروائي في بداية الثمانينات، إذ عملوا على ممارسة هذا النوع من العلاج مع المسترشدين في بناء سرد مستمر لحياتهم، إذ يسأل المرشد أسئلة جرى تطبيقها لاستنباط أعمق التفاصيل حول شعورهم وعواطفهم وأحاسيسهم والأحداث التي تخللت حياتهم. وهنا يجادل المعالج " أن حياة الناس تتشكل من خلال خبراتهم، وأن ذوات الإنسان وتصرفاته هي ناتجة عن القصص التي يقوم بسردها، ومن خلال آلية العلاج في سرد القصص يتمكن المسترشدين الحصول على صورة أفضل وحقيقية لحياتهم الشخصية، ومن ثم تقل احتمال رؤيتهم لأنفسهم بطريقة لا عقلانية.

قد نشأت طريقة العلاج الروائي كممارسة ونهج ذات تخصصات متعددة بين العلاج النفسي والعمل الاجتماعي وخاصة أن العمل الاجتماعي يهدف إلى تحليل للقضايا الشخصية للمسترشدين بجانب القضايا الاجتماعية

التي تضمنت الأزمة، ويمكن استخدامه في العمل مع المسترشدین الفرديين والأزواج والعائلات، ويمكن العمل مع مجموعات كبيرة في ممارسة العمل الاجتماعي المتحفظ، كما يدعو العلاج الروائي إلى إعادة التركيز على جوانب عديدة في مجال إدراك الهوية البشرية (Dislers, 2019).

بين كوري (Corey, 2005)، أن العلاج الروائي يعد أحد مقاربات ما بعد الحداثة، التي تعدّ نتاج جهود عدد من العلماء وهي تكون جهد مشترك لعدد من المتخصصين في العلاج النفسي، وأن علماء ما بعد الحداثة يعتقدون أن الواقع لا يكون مستقلاً عن الملاحظة، وأنّ المسترشد هنا يبدأ بالشعور بأثر المشكلة على ذاته، وأن واقع المسترشد مبني على استخدام اللغة التي تشكلت من المواقف الحياتية التي عاشها المسترشد، أن كل شخص يعبر عن قصته بشكل مختلف عن قصص الآخرين وبذلك يكون له معناه الخاص عن العالم.

استخدم العلاج الروائي كركن لفهم ذات الشخص وأحداث حياته، كذلك فهم التغييرات في النفس مع مرور الوقت (Pasupathi, Mansour, & Brubaker, 2007)، كذلك يركز على المعنى مقابل نظرة المسترشد للمشاكل أو البدائل لأنه ينظر إلى المشاكل في سياق المجتمع الثقافي على أنه يركز على التوازن الاجتماعي ويدعو إلى احترام العميل والاستماع له ومراعاة فديته.

تعدّ نظرية القصص من نظريات ما بعد الحداثة (Corey, 2005)، أو ما بعد البنائية، وهي حركة تتضمن الفلسفة وبخاصة الفلسفة الفرنسية منها ويعرفها (Besely, 2002)، بأنها: "نظرية أو مجموعة من النظريات التي تهتم بشأن العلاقة بين البشر والآخرين وبين ممارسة وإعادة معنى بديل لقصصهم التي يرونها" (Besely, 2002).

إن العلاج الروائي (NT) يعد نهجاً علاجياً تعاونياً، هو علاج قائم على تعزيز وتطوير الروايات الشخصية لتجارب الفرد الحية والواقعية، والعلاج الروائي يمتلك من خلالها إمكانات كبيرة ومتنوعة لمساعدة الأشخاص المتأثرين سلباً بالفقدان (Erbes, Stillman, Wieling, Bera, & Leskela, 2014).

يعمل ممارسو العلاج الروائي كمتعاونين مع المسترشدين في إنشاء سرد متماسك لحياتهم، وي طرح المعالج أسئلة مصممة لاستنباط مزيد من التفاصيل حول العواطف والأحاسيس والأحداث في حياة الأفراد، ويجادل ممارسو العلاج الروائي في أن حياة الناس تتشكل من خلال تجاربهم، وأن سمات الشخصية للأفراد وسلوكياتهم هي نتاج قصصهم الفريدة، من خلال سرد القصص يمكن للمسترشدين الحصول على صور أفضل وموضوعية، ونقل احتمالات رؤية أنفسهم كمراقبين سلبيين لحياتهم الخاصة (White & Epston, 1990).

إن العلاج الروائي هو طريقة لعلاج الصحة العقلية والتي تعمل على فصل الشخص عن مشاكله ويساعد الناس على الاعتماد على مهاراتهم الداخلية واستغلال عواطفهم وأحاسيسهم للتقليل من المشاكل في حياة الأفراد، إذ يؤمن العلاج الروائي بأنه رواية القصص المقنعة وأنه من خلال سرد الأفراد لقصصهم سيكتشفون معنى حياتهم وكما يسعى إلى جعل الأفراد هم خبراء لحياتهم الخاصة (Kaptain, 2004).

العلاج الروائي يعد نهجاً ناجحاً في التعامل مع فقدان، فهو نهج علاجي يركز على المسترشد وهو علاج مختصر وسلس ومرن لأولئك الذين يواجهون ويتعرضون لآثار سلبية من فقدان، إذ يوفر محادثات تعاونية بين المرشد والمسترشد لتوضيح الروايات والقصص المتأثرة بالفقدان وفحص وإيجاد البدائل، أي روايات بديلة من تفسير الماضي والحاضر والتي تدفع أحداثها إلى محنة أو اعتلال، وهنا يجري تشجيع التجارب والأحداث التي تتفق مع الروايات البديلة والتي تتعارض مع تأثير فقدان والرواية والمواقف المتعلقة بها (White, 1992).

1.4.1 مفهوم العلاج الروائي:

ذكرت أكيرمان (Ackerman, 2020, p. 2)، "أن العلاج الروائي يهدف إلى فصل الفرد عن المشكلة والسماح للأشخاص اخراج قضاياهم بدلاً من العمل على استيعابها وكذلك يعتمد على مهارات الفرد الخاصة وإحساسه بالطرق للتوجيه خلال الأوقات الطارئة".

يعرفه مرغان (Morgan, 2000)، بأنه علاج يتضمن إعادة صياغة وتأليف الرواية، إذ يعتبر العلاج الروائي نهج يحترم كرامة الفرد، إذ أنه لا يقوم بإلقاء اللوم على المسترشد، كما أنه ينظر إلى المشاكل على أنها غير مرتبطة مع النفس، أن الأشخاص يمتلكون العديد من الكفاءات والمهارات والقيم والمعتقدات والالتزامات والقدرات التي تعمل على تقليل تأثير المشاكل في حياتهم.

1.4.2 مفاهيم في العلاج الروائي:

تطرق (Coery, 2012)، إلى عدد من المفاهيم المتعلقة بالعلاج الروائي والتي سيتم توضيحها على النحو الآتي:

1. محور العلاج الروائي: يتميز هذا العلاج في النظريات الحديثة، في أن المرشد يعمل على إنشاء علاقة تعاونية بينه وبين المسترشد ويزوده بالإهتمام والذي يتضح ذلك في سماع المرشد إلى قصصهم وتحديثه معهم باحترام، وهنا يحاول البحث عن الجوانب الإيجابية في حياة المسترشد ومساعدته في استكشاف هويته من خلال طرحه للأسئلة التي تجري خلالها تقوية العلاقة، ونتعرف فيها على طرائق المشكلة وتأثيرها في حياة الشخص من خلال حثه في التأمل بالمشكلة المعتبرة جزءاً متصلاً بها. العلاج الروائي يعمل على تجنب تصنيف المسترشدين بناء على قوة مشكلاتهم أو إصدار الانتقادات عليهم، ويعمل المرشد على اكتشاف نقاط القوة في الفرد وتبصيره بها.
2. دور القصة في العلاج: لقد اعتبر العلاج حياة الإنسان عبارة عن قصة يشارك بسردها المسترشد للآخرين، والقصة تمثيل لحقيقة الواقع الذي نعيشه، وتولد القصص الأحاديث في السياقين الثقافي والاجتماعي. أما العلاج القصصي فلا ينظر إلى مشكلته على أنها ناجمة عن أمراض نفسية، ولا شخوصه ينظرون لأنفسهم على أنهم ضحايا للمرض النفسي؛ بل ينظرون على أنهم أبطال قادرون على تأليف رواية فعالة عن أنفسهم، في أثناء روايتهم للقصص سيتأثرون بها بشكل إيجابي، ويعود ذلك إلى طبيعة العلاقة القائمة على الاحترام والثقة بينهم.

3. الاستماع بعقل منفتح (الاستماع الفعال): يسلط تركيز العلاج الروائي على أهمية الاستماع النشط والتقبل للمسترشد مهما كانت مشكلته وطبيعته وتصرفاته دون إصدار تعليقات أو لومه، لذلك يجب على المرشد حتّى المسترشد وتعزيز الدعم لديه وذلك من خلال النظر إلى نفسه وإلى الموقف في الجانب الإيجابي منه وإعادة النظر فيه. ومن هنا يستطيع المرشد تمكين المسترشد من خلال تعديل أفكاره ومعتقداته وقيمة وتفسيه للأشياء والآراء وإعطاء معنى آخر للحياة دون التأثير بأفكار المرشد أو معتقداته، والذي يتضح في أثناء مشاركتهم قصصهم.

1.4.3 الاعتبارات التي يقوم عليها العلاج الروائي في بناء العلاقة مع المسترشد: (Ackerman, 2020, p. 2)

1. يتميز بالاحترام للمسترشدين: يجب أن يحظى المسترشد بالاحترام خلال الجلسات الإرشادية، وهذا المبدأ الأساسي في العلاج الروائي وبناء على ذلك فإن المرشد ينظر إلى المسترشد باعتباره كياناً مستقلاً وشخصية مميزة ولديه صفات إيجابية بصرف النظر عن مشكلته، وهل ينقصه أو يعيبه شيء، لذلك فالمسترشد في العلاج يدرك مشكلاته إلى حد ما.

2. لا يلقي اللوم على المسترشدين: فصل هذا العلاج بين المسترشد ومشكلته ولذلك لا ينبغي إطلاق الأحكام على المسترشد بناء على مشكلته، بل يجب تحفيزه وتشجيعه على عدم لوم ذاته أو لوم الآخرين، إذ من المؤكد أن كل فرد يمر في حياته بعدة مشاكل وأن لكل شخص إمكانيات وقدرات ودوافع تمكنه من إحداث تغيير في حياته.

3. يرى المسترشدون أنفسهم خبراء في حياتهم:

إن المسترشد لديه دراية ومعرفة في جوانب حياته المختلفة، كذلك قدراته وخبراته ومعارفه وذلك سيساعده في إيجاد حلول بديلة لمشكلته، ولذلك يجب على المرشد والمسترشد إدراك ذلك.

1.4.4 المبادئ الرئيسية للعلاج الروائي (Standish, 2013):

- الواقع مبني اجتماعياً، وهذا يعني أن تفاعل الشخص وتحدثه مع الآخرين سيؤثر في طريقة معيشته في الواقع حالياً.
- الواقع متأثر بلغة الفرد ويتواصل خلالها، هذا يشير إلى أن الأشخاص الذين يتكلمون أكثر من لغة قد يكون لهم تفسيرات مختلفة لنفس تجاربهم.
- الرواية يمكن تفهمها من خلال مساعدة الشخص على تنظيم واقعه والتحفظ عليه ومن خلال القصص والروايات ستساعده على فهم تجاربه المتنوعة.
- لا توجد حقيقة مزيفة وحقيقة موضوعية وهذا يوضح ما هو صحيح عند شخص قد لا يكون صحيح لدى شخص آخر.

1.4.5 أهمية العلاج الروائي (White; Epston, 1992):

1. سيصبح المسترشد واعي في الأحداث بحياته وأهميتها في تعرف المسترشد على صلب المشكلة ومحاولته في الابتعاد عن المواقف والجوانب السلبية وتحقيق معنى آخر للحياة.
2. أن ينظر المسترشد للمشكلة باعتبارها جزءاً غير متصل به.
3. تعاون المسترشد مع المرشد في النظر إلى الجوانب الفاشلة لديه واستبدالها.
4. تشجيع المسترشد على مواجهة التأثير السلبي للأنماط الثقافية التي يعمل على تمثيلها في الأنظمة المعرفية لديه.
5. قيام المسترشد بإعادة تأليف قصة حياته بصورة جديدة، وإيجاد قصص بديلة للقصص الأليمة والحزينة.

1.4.6 أهداف العلاج الروائي:

لقد لخص كل من مورديوك (Murdock, 2009)، وكوري (2011)، الأهداف على النحو الآتي:

- قيام المرشد بطلب من المسترشدين إعطاء وصف دقيق لمواقف حياتهم باستخدام تعبير ووصف لغوي مستحدث مما يفتح لهم طريق للكشف عن كل ما لديهم من مشاعر وأحاسيس لديهم.
- القدرة على تكوين أهداف وطموحات وأفكار جديدة لدى المسترشدين.
- تبني مشاعر وسلوكيات وأفكار مبتكرة وإيجابية.
- تفكيك القصص المشبعة بالمشاكل واستبدالها بقصص ذات طابع إيجابي.

1.4.7 العلاج الروائي يتكون من أربعة خرائط رئيسية والتي يركز بها على عدة فنيات علاجية:

خارطة أولى (المحادثات الخارجية):

تتكون هذه الخارطة من أربعة أقسام رئيسية:

القسم الأول: تسمية المشكلة ووصفها خارجياً:

بعد بناء العلاقة الإرشادية تبدأ آلية العلاج الروائي بإخراج المشكلة وإضفاء الطابع الخارجي عليها، بعد ذلك

يتم تفكيكها خلال هذه العملية وفصل الحدث والمشكلة من ذاتية الشخص، ذلك يعمل على التقليل من قوة

القصة المهيمنة على مفهوم الذات لدى الفرد (Murdock, 2009)، ويجري التفاوض بين المرشد والمسترشد

على إعطاء المشكلة اسماً مجازياً (payne, 2006).

تفيد استخراج المشكلة من العملاء (White, 2007):

– الخروج من المشكلة، ويكون ذلك من خلال خلق مساحة بين المرشد ومشكلته، مما يمكنه استخدام

قدراته ومهاراته المحجوبة سابقاً.

– ترويض المشكلة والشروع في الكفاح ضدها.

– التخلص من شعور أن المشكلة هي المسؤولة عن الآثار، وأن الشخص مسؤول عن الاستجابة لردود المشكلة ودحض ادعاءاتها.

– كسب ثقافة ووعي حول المشكلة فذلك يوفر وسيلة لتقسيمها، ويسهم في التركيز على حلها.

– التفكير الثنائي واستعادة مواقف حول المشكلة وإصلاحها.

القسم الثاني: وصف تأثيرات وعواقب المشكلة

تسمى بالعمل المبكر وتتطوي على تحديد كيفية تأثير المشكلة على مختلف مجالات حياة العميل في: المنزل والعمل والمدرسة والسياقات الاجتماعية والعلاقات مع العائلة والأصدقاء والذات وهوية الشخص وإمكاناته المستقبلية (White & Epston, 1990).

القسم الثالث: تقييم تأثيرات المشكلة

يكون تقييم آثار المشكلة بمثابة الخطوة التالية لتحديد العميل للآثار المشكلة بحيث يطلب المعالج من العميل بهذه المرحلة أن يبدأ بتقييم تأثيرات المشكلة مستخدماً عدد من الاسئلة الفاحصة (White, 2007):

– كيف تدرك تأثيرات المشكلة على حياتك؟

– كيف تشعر حيال هذه التأثيرات؟

– ما هو موقعك من هذه التأثيرات؟

– هل تجد أن هنالك تطوراً إيجابياً أم سلبياً أم كلاهما قد حصل في حياتك؟

– ما هو وضع المشكلة الآن مقارنة عما كانت عليه في لحظتها؟

القسم الرابع: فهم الفرد لموقعه وعلاقته بالمشكلة

يكون فهم الفرد لموقعه من المشكلة عبر تبريره لتقييم آثار المشكلة وفي المرحلة النهائية يسأل المعالج فيها:

– لماذا قيم الحدث بهذه الطريقة؟

- ما هو السبب وراء عدم سعادتك؟ هل هناك قصة تدعم ذلك؟
- لماذا تشعر بهذه الطريقة حول الموقف؟ ماذا سيتغير بحياتك إن لم يستمر تأثير المشكلة؟
- هل هناك من يعلم بأحلامك وآمالك؟

الخارطة الثانية: إعادة التأليف

يستخدم المعالج هنا الاستماع المزدوج مع أسئلة (ماذا، أين، متى، من، كيف) وكلها تسهم في خلق هوية الفرد، وتبعث إدراكه لنقاط القوة التي تضم النوايا والقيم والمعتقدات والآمال والأحلام والالتزامات والتي تسهم في إعادة تأليف الروايات البديلة والمساعدة في خلق إمكانات جديدة لحياة الشخص (White & Epston, 1990).

خارطة ثالثة: إعادة العضوية (التذكر)

تركز هذه العضوية على عملية تطوير القصة المفضلة للعميل عبر عملية تعزيزها وشحنها من خلال ربطها مع الآخرين في حياة الشخص ، هنا يتم دمج الشخص نفسه في عملية تجديد العلاقة المفقودة ويتم ذلك من خلال استرجاع تأثير الآخرين وإسهامهم في هويته أو بتخليص نفسه من العلاقات التي لم يعد يريد منها (Guilfoyle, 2014).

الخارطة الرابعة: الشاهد الخارجي

- هي دعوة شخص أو مجموعة من الأفراد للمشاركة في المحادثة، ويبدأ العميل بسرد قصة من اختياره ويركز ويستمع الشهود إليه، ويقوم المعالج بعد ذلك بدعوة الشهود إلى إعادة الرواية، وما هو الأكثر وضوحاً بالنسبة لهم في قصة المسترشد، ويقوم بأخذ رأيهم حول الآثار التي تركتها القصة، ويلقي المعالج بعدها مجموعة من الأسئلة على العميل حول رواية الشهود، ويبدأ العميل برواية قصة من اختياره والشهود يستمعون إلى المسترشد بتركيز ومن ثم يقوم المعالج هنا بدعوة الشهود إلى إعادة رواية قصة

- المسترشد إذا كانت أكثر وضوحاً بالنسبة لهم، ويأخذ رأيهم حول الآثار التي تم سحبها من القصة ويلقي المعالج بعدها مجموعة من الأسئلة على العميل حول رواية الشهود (Carey & Russell, 2004).
- يركز العلاج الروائي على قسمين أساسيين كما تطرق لهم شاورتيل وآخرين: (Seo, Kang, Lee, & Chae, 2015)
- في حال كانت المشكلة الفقدان سيتم العمل على خفض أعراض الفقدان من خلال مواجهة المسترشد بتذكيره لحدث الفقدان، يحصل ذلك بتنشيط الذاكرة وإعادة عيش تفاصيل الحدث، ليفهم ضمن سياق يقع فيه في تلك الفترة من تاريخ حياته وما يتخلل بعدها من أحداث.
 - إعادة بناء الذاكرة ذات العلاقة بالسيرة الذاتية لديه من خلال السرد الذي سينبغي استخدامه في أثناء اقترانه في العلاج بالتعرض القصصي (أي التعبير بالكلمات عن مفاهيم بنية الخوف لديه وإدخالها في الرواية المتعلقة بالحدث الذي تعرض له).
 - الأسئلة: هو السؤال عن ردودهم اتجاه القصص العائلية والثقافية التي قيدتهم وألحقت بهم الأذى (White & Epston, 1990).
 - تخريج المشكلة: إضفاء الطابع الخارجي على المشكلة، أو فصل الشخص عن قصته المشبعة بالمشكلة (White, 2006)، يكون ذلك بإعطاء المشكلة اسماً مجازياً، عبر التفاوض على التسمية بين المعالج والعميل (payne, 2006)، وهي فصل الفرد بينه وبين المشكلة من خلال الانخراط في المحادثات التي تعزز العلاقة بين موقف الذات والأفكار والمشاعر والخبرة والإجراءات.
 - الاستماع المزدوج: هو تركيز انتباه المعالجين على الطرق التي يجري بها تقسيم العملاء للقصص التي تشكل هوياتهم (Freedman & Combs, 2009).
 - التفكيك: استكشاف المعنى الخاص بالقصة والتخلص من الافتراضات التي تكمن وراء الممارسات الاجتماعية الموصوفة بالحقائق مما يساعد المتعالجين على حل المشاكل بطريقة

أكثر فعالة، وذلك بتفكيك معنى واقع حياتهم وعلاقاتهم، والوعي بالفرق بين الواقع والوضع الداخلي للذات
(Besely, 2002).

يحدث التفكيك في ثلاث مراحل (payne , 2006):

1. فصل الشخص عن مشكلته وعن التصورات السلبية المهيمنة.
 2. زيادة وعي الشخص نحو البدائل الإيجابية والبناءة.
 3. استكشاف المنطق الأصيل في قصة الشخص بوجود شهود خارجيين.
- البحث عن نتائج فريدة: هو الوقت الذي استخدم فيه الفرد وسائله لمعالجة الأحداث بفاعلية (Murdock, 2009)، وذلك من خلال مناقشة المشكلة بطريقة الأسئلة المعتمدة على استخراج المشكلة مثل: كيف ومتى وماذا، وكذلك إعادة الصياغة وتشكيل التغييرات السردية في تفاصيل.
- إعادة التأليف: (إعادة التأليف للمحادثات)، هو الطلب من المعالجين الروائيين القصص والأدلة من ماضي العميل، ولكن يصعب إدراك ذلك إلا من خلال القصص المتعددة التي من خلالها يمكن الوصول إلى قصة أكثر تفضيلاً (White & Epston, 1990).
- التوثيق: ويستخدم التوثيق لزيادة المسترشدين وعياً بخبراتهم المعقدة ذلك من خلال الكتابات التي تعتبر بمثابة محفوظات لقصص بديلة (Keeling & Bermudez, 2006)، كما يمكن استخدام التوثيق لتعزيز الإنجازات (Murdock, 2009)، كذلك معالجة آثار الصدمة عبر طرح الأسئلة (Denborough, 2008).
- العلاج بالموسيقى: ويقصد بذلك أن يطلب المرشد من العملاء العثور على كلمات الأغاني التي تعكس تجاربهم ومن ثم مناقشة هذه الكلمات (Semmler & Williams, 2000).
- العلاج بالفيديو: عرض فيديوهات العملاء الخاصة ومناقشة ما تحتويه من عواطف ومشاعر وتحليل للشخص الظاهرة ومن خلال ذلك يمكن العملاء من التفكير رمزياً في اخراج فلم حياتهم الخاصة مما يساعدهم في اكتشاف وإعادة صياغة القصص الخاصة بهم (Phippes, 2009).

- التمثيل التصويري: استخدام الصور الذهنية (Semmler & Williams, 2000).
- ممارسات المسؤولية: تقوم هذه الفنية بعكس أدوار المعالجين مع العملاء ويطلبون منهم أن يجرؤا مقابلة حول العلاج أو الطلب من العملاء إجرائها بين بعضهم البعض (Zimmerman & Dickerson, 1996).
- العلاج بالصور: يحضر العملاء صورهم الخاصة إلى الجلسات العلاجية لتكون أداة تستخدم لإيقاظ الذاكرة وإعطاء فرصة للدخول إلى عالمهم، وذلك بالتعبير عن المواقف التي التقطت بها الصور، ما يمكنهم من استكشاف أفكارهم ومشاعرهم المتعلقة بها (Blackbeard & Lindegger, 2007).
- تمارين شجرة الحياة وفريق الحياة: يقوم كل عضو من الأعضاء برسم شجرة خاصة به مع الجذور والروابط والأحلام وغيرها قبل انضمام الأشجار إلى الغابة (Ncube-Miilo & Denborough, 2007)، وهنا يجري استخدام الاستعارة الرياضية لخلق فضاء للمسترشدين يمكنهم من استكشاف قصصهم وخلق قصص بديلة حول القوة والقدرة على الصمود، وهنا فريق الحياة يضم العائلة والأصدقاء في دعمهم ويحصل ذلك من خلال الأدوار في المواقف الرياضية وينتهي بمشاركة الأعضاء خبراتهم في المجموعة مع فريق الحياة (Denborough, 2008).

1.4.8 حدد (Schauer, Schauer, Neuner, & Elbert, 2011) عناصر العلاج الروائي كالتالي:

1. إعادة بناء وقت الذكريات الصادمة والمتعلقة بالسير الذاتية.
2. التعريض المطول "لذاكرة النشطة"، والتنشيط الشامل لذكريات الخوف لديه لتعديلها، أو البنى الانفعالية الأشرطية وذلك لفهم المثيرات التي ترتبط بها بشكل مؤقت من خلال السرد التفصيلي والتخيل للصدمة.
3. ربط وإدخال الاستجابات الحسية، المعرفية، الانفعالية مع مكان وزمان الحدث السابق وإظهار الاستجابات الإشرطية التي ستحدث لاحقاً (أي استيعاب سياق الحديث وإدخال الاستجابات الشرطية التي ستحصل في مراحل لاحقة من الحياة).

4. إعادة تقييم السلوك المعرفي والأنماط بمعنى تصحيح التشويش الإدراكي والذي سيحدث الأفكار التلقائية والمعتقدات والاستجابات المعرفية، إضافة إلى إعادة تفسير المعنى من خلال معالجة الأحداث السلبية والمحنة والصدمة، والعمل على إكمال وإغلاق الخبرات الخاصة بالحدث.

5. إعادة تعريف المسترشد لتجارب الحياة الإيجابية، وذلك لدعم افتراضاته الأساسية التي تتضح من خلال الخطوة الأساسية السابقة للمعالجة الانفعالية التي يمكن تعريفها بإعادة تنشيط الذاكرة والحواس. وهنا تشترك في العملية كل بنية من شبكات الخوف وترمز إليها بالتعرض الانفعالي في الذاكرة بشكل بناء أو شبكة من الوحدات المتعلقة بالمعلومات التبادلية والنشطة لديه، وعند المعالجة يتم غرس النشاط في إحدى الوحدات المتقاربة وهنا يجري بث بنية الخوف كاملة بناء على قوة التنشيط، وأثناء إعادة تنشيط الذكريات تصبح قابلة للحساسية وقابلة للتغيير.

يفترض العلاج الروائي أن المسترشدين ليس لديهم قدرة على تقدير درجة الذكريات المؤلمة التي تشكل إشكالية في حياتهم الشخصية خاصة عندما يجري إعادة تشكيل الذكريات خارج السياق الزمني والمكاني ولكن هنا المرضى يكونون قادرين على التعرض للحدث الصادم وذلك عندما يتعرضون للذكريات ضمن السياق في أثناء سرد السيرة الذاتية (Schauer, Schauer, Neuner, & Elbert, 2011).

1.4.9 مراحل وخطوات العلاج الروائي:

حدد كل من (Gehart, 2009) (كوري، 2011)، خمس مراحل أساسية للعلاج الروائي:

1- الالتقاء بالأفراد والتعرف عليهم بشكل منفصل حتى نستطيع الوقوف على مشاكلهم والتعرف على هوياتهم وقيمهم وقدراتهم.

2- فصل الأفراد عن مشكلاتهم من خلال تخريج المشكلة وخلق مساحة للشخصيات الذاتية الجديدة وقصص الحياة لديهم.

3- ملاحظة الآثار السلبية بالاستماع للروايات والقصص المهيمنة لديهم والتطرق إلى الأوقات التي تخلو من المشاكل.

- 4- تحديد آثار المشكلات وكذلك القصص البديلة، إضافة إلى الطرق الجديدة في التواصل مع هذه المشاكل من أجل الحد من أثارها على حياة المسترشدين.
- 5- الترابط وتعزيز القصص والهوايات لديهم من خلال مشاهدة الآخرين لها، والتي تعدّ قيمة كبيرة لدى الفرد.
- 6- تعاون المرشد مع المسترشد في وضع مسمى لمشكلته.
- 7- تحويل تأثير المشكلة وذلك من خلال عزلها عن المسترشد.
- 8- محاولة المرشد معرفة تأثير المشكلة على المسترشد وكيفية سيطرة المشكلة عليه.
- 9- اقتراح المرشد على المسترشد تبني معاني جديدة للقصة ومحاولة رؤيتها من خلال زاوية ثانية ليعمل على البحث عن الاستثناءات في مشكلته.
- 10- مساعدة المرشد المسترشد البحث عن شواهده التاريخية التي بينت قدرته وكفاءته في مواجهة مشكلاته.
- 11- إحضار أشخاص يقومون بدور الشاهد الخارجي على قصة المسترشد الجديدة ولا يعتبر ذلك في إطار العلاج.

1.4.10 أسباب المشكلات في العلاج الروائي:

إن المشاكل والاضطرابات تتبع من قصص مهيمنة تدير حياة الأفراد (carr, 1998)، هذه القصص تولد نتيجة البيئة وتوجهنا لما ينبغي القيام به، وما لا ينبغي القيام به في الحياة وذلك تناسقاً مع سلوك الفرد الاجتماعي مثل: كيف يتصرف الناس، أو ما مفهوم السعادة أو كيف تكون ناجحاً.

ذكر فردمان وركمبوس (Freedman & Combs, 1996)، مجموعة من العوامل التي تسبب المشاكل للناس ومنها:

1. عندما تفسر القصص تجارب الناس بطريقة غير مفيدة أو غير صحيحة.

2. تحدث الأشخاص عن قصص مشبعة بمشكلاتهم.
3. سيطرة سرد القصص بين الناس.
4. السرد المدمر الذي يجعل الأشخاص يشعرون بمشاعر حزينة ومدمرة.
5. تأثير الروايات الثقافية على الأفراد بشكل سلبي.
6. عدم المساواة بين الجنسين، الفروق الفردية، العرق والطبقية.

1.4.11 دور المرشد في العلاج الروائي:

يسعى المرشد الروائي إلى إعطاء المسترشد الاحترام دون توجيه اللوم عليه في العملية العلاجية وبالتالي يمكن توضيح أدوار المعالج الروائي على النحو الآتي:

1. الميسر: هو الذي يوضح الفائدة من هذا العلاج (White, 2000)، كما هو الناشئ لمحتوى الجلسة، وهو الذي يصل بالعميل إلى الروايات البديلة ويعمل على تسهيل وتطوير لغة جديدة خلالها يستطيعون رواية القصص بنظرة جديدة (Coery, 2012)، كما يساعد المسترشد على معرفة مهاراتهم وخبراتهم وإنجازاتهم التي تكون كامنة وراء مشاكلهم وكذلك الصعوبات التي قد يواجهونها ويساعدهم على إعطاء طابع خارجي على المشاكل والمواقف التي يتعرضون لها لديهم.
2. متعاون: المعالجون الروائيون هم الذين ينشئون العلاقة العلاجية بين المرشد والمسترشد، ويكون الهدف من هذه العلاقة تعاونية ويتمركز الهدف حول فحص القصص الجديدة التي تنظم حياة المسترشد (White, 2000).
3. مشارك: يساعد المرشد الأفراد في البحث عما بداخلهم من قصص تكون قوية (Morgan, 2000)، هنا يتم مساعدتهم في تأليف رواية بديلة (White, 2000)، لتمكينهم إيجاد قصص جديدة ذات مغزى معين والتي تكون عكس قصص الفشل التي يعانون منها (Semmler & Williams, 2000).
4. مستمع نشط: يستمع المرشد إلى الأحداث ومعتقدات وأفكار لا تتوافق مع القصص السلبية التي تنتشع السياق الثقافي الذي يدعم العناصر المشبعة بالمشكلة (Freedman & Combs, 1996)، إذ يشتمل

الاستماع الفعال على مراقبة المرشد للغة الجسم غير اللفظية للمسترشد لأنه يستطيع معرفة المعنى مما يقوله (Murdock, 2009)، وهنا يكون المرشد في كامل التركيز والانتباه، ولا يبدي حكمه الشخصي أثناء الاستماع؛ لأن ذلك سيساعد المسترشدين في التحقق من المعلومات التي لديهم وعن قدرتهم كعملاء والمساعدة في وضع حاجز أمام مشاكلهم.

5. فضولي: يقوم المرشد بدوره الفضولي القائم على الاحترام والود والتعاطف (White, 2000)، إذ يجري تشجيع المسترشد على إيجاد نتائج فريدة لقصصه من خلال الأسئلة (Nelson, 2012)، ومن خلال الكشف عن قصصهم الكامنة، لأنهم هم الذين يملكون هذه القصص وتجارب حياتهم (Murdock, 2009)، هنا يكون فضولياً بالأسئلة، ليحصل على المزيد من التبصير بقصصهم وتشجيع العملاء للكشف عن المزيد من المعلومات من أجل زيادة فهمهم الأفضل لتأثيرات السلوك الأساسية.

1.4.12 دور المتعالج في العلاج الروائي:

- يحدد العميل القصص المهيمنة وكيف تؤثر فيه سلبياً، ويمكنه ذلك من إعادة صياغة الرواية التي تناسب نقاط قوته (Angus & Mcleod, 2004).
- العميل يشارك في العلاقة العلاجية لاستكشاف مصادر سلوكياته ومواقف معينة حول القصص الشخصية التي تؤثر فيه (Payne, 2011).
- يشارك كذلك المسترشد في جلسات ارشادية وفي تمارين منزلية (Ribeiro, Bento, Goncalves, & Salgado, 2010).
- يشارك مع الزملاء جنباً إلى جنب ليصل إلى إيجاد نتائج قيمة لقصصه وإعادة تأليفها من جديد (Murdock, 2009).

1.4.13 نظريات العلاج الروائي:

- نظريات ما بعد الحداثة: تعتبر نظريات ما بعد الحداثة في الإرشاد النفسي نظرية تهتم في شرح وتحليل الأحداث والمواقف الحديثة ذات التطور في مجال فقدان، إذ تحتاج العمليات الحديثة إلى تغيير وتعديل مستمر لمساعدة الأفراد، فكل فرد يجب أن يكون متمكن من الأجهزة والمعدات التي يستخدمها في العمل (Coery, 2012).

- نظرية العلاج الروائي: هي من المقاربات البنائية الاجتماعية في النظريات ما بعد الحداثة، وأبرز مؤسسيها ومنظريها مايكل وايت، وديفيد ابستون (White & Epston, 1990)، وتسعى إلى: إعادة بناء الشخصية وتحريها من التعب والقوى الخارجية، هدم القصص الرائجة، هي نظريات تعمل بعيداً عن النظريات التقليدية كونها مقارنة تعاونية وتعتبر عن قصص وحكايات المسترشدين وتجعلهم أصحاب نفوذ وسيطرة على ذواتهم مما يجعلهم يكتشفون هويتهم، أخيراً العمل على مساعدتهم في عزل أنفسهم عن القصص التي تخللت نسيجهم الداخلي من خلال هدم قصص الماضي وإعداد قصص بديلة (Coery, 2012).

أن هناك العديد من الدراسات التي أظهرت فعالية العلاج الروائي ومن ضمنها دراسة التيمي ومعالي (2019)، والتي أكدت أهمية العلاج الروائي في التخفيف من فكرة الانتحار وتنمية مفهوم الذات لدى عينة من المراجعين في المراكز النفسية، وفي دراسة أخرى قام بها Mannell, Ahmad, & Ahmad, (2018)، أكدت الدراسة على أهمية البرنامج الروائي لتخفيف الشعور بالمعاناة ودعم الصحة النفسية لدى النساء المعرضات للعنف، وفي دراسات أخرى ركزت على دور العلاج الروائي في التعامل مع النساء ومن أهم الدراسات بركات (2017)، دراسة (Sajadian, Dokanei, & Behboodi, 2016)، دراسة (Weber, Davis, & McPhie, 2006)، الذين أكدوا على فعالية البرنامج الروائي في التقليل من أعراض القلق والاكتئاب لدى النساء، كما توصلت نتائج دراسة كل

من (Ghavibazou, Hosseinian, & Abdollahi, 2020)، ودراسة (Hamidi, Bahari, Mostafavi, & Sha mohammadi, 2016) إلى فعالية العلاج الروائي في زيادة مؤشرات الرضا الزوجي والحد من الصراعات بين الأزواج، هدفت دراستي (Neuner, Schauer, Karunakara, & Elbert, 2018)، (Khodayarifard & Sohrabpour, 2018) (2004)، التحقق من فاعلية العلاج الروائي في مجموعات الرفاه النفسي والضيق بين النساء الإيرانيات مع أزواج مدمنين، كما أن اثبتت دراسة الفروخ (2016)، دراسة (Doukas, Dandrea, Doran, & pole, 2014)، دراسة (Anhon & Desideri, 2014) فاعلية العلاج الروائي في تخفيف حدة ما بعد الصدمة لعينة من اللاجئين السوريين والأوغنديين في الدول العربية (الأردن، مصر، لبنان، الجزائر، فلسطين، العراق).

من خلال استعراض ما سبق من دراسات نلاحظ أنها تطرقت إلى دراسة فقدان في ظل ظروف إنسانية صعبة وذلك على الجانبين النفسي والاجتماعي وآثره على النساء الفاقات في المخيمات كما في دراسة (Dunn, 2015)، دراسة (Bennett & Soulsbay, 2010)، لكن لم أجد كباحثة دراسات جمعت النساء الفاقات مع العلاج الروائي ولكن جرى التطرق إلى معاناة النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين نتيجة تعرضهم إلى تجربة فقدان كما في دراسة (Holm et al, 2019)، دراسة (Asgeirsdotter, 2011)، كما تطرقت إلى عدة دراسات حول العلاج الروائي ودوره وفعالته في علاج الاضطرابات مثل دراسة (Mannell, Ahmad, & Ahmad, 2018)، وهذا يتشابه مع الدراسة الحالية بعض الشيء ولكن ما تتميز به هذه الدراسة أنها تهتم بفئة النساء الفاقات في ظل ظروف استثنائية التي تعيشها مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس وجميع متغيرات هذه الدراسة تقع ضمن إطار بيئة النساء الاجتماعية التي تعيش بها وتعرض إلى صدمة فقدان مما يؤدي إلى ظهور الاضطراب وزيادة حدته.

1.5 مصطلحات الدراسة:

1- فاعلية:

هي القدرة على تحقيق النتيجة طبقاً لمعايير محددة مسبقاً، وتزيد الكفاءة والفاعلية كلما أمكن تحقيق التطوير والتنمية تحقيقاً كاملاً وليس جزئياً (بدوي، 1982).

2- البرنامج الإرشادي الجمعي، اصطلاحاً:

يعرفه زهران (1998) بأنه "تخطيط وتنظيم ضمن أساسيات علمية وذلك لتوجيه خدمات ارشادية مباشرة وغير مباشرة سواء فردية أو جماعية لكافة من تضمهم الجماعة الإرشادية من أجل مساعدتهم في تحقيق نمو نفسي سوي، واتخاذ القرار الواعي العقلي لتعزيز التوافق النفسي في المجموعة وخارجها".

يعرف إجرائياً:

هو مجموعة من الإجراءات والأنشطة والخدمات الإرشادية المخطط لها التي تقدم للفرد بطريقة مباشرة أو غير مباشرة معتمداً على أسلوب القصة والتمثيل ولعب الدور والتي استخدمتها الباحثة مع الفاقات بهدف خفض الافكار السلبية حول الأحداث وتغيير تأثيرها على سلوكهم نحو فقدان.

3- العلاج الروائي، اصطلاحاً:

هو العلاج النفسي الروائي للأشخاص والأزواج والعائلات الذي يساعدهم على إعادة تفسير وتنظيم حياتهم وإعادة صياغة الأحداث إلى روايات أو قصص حقيقية ليست زائفة، وهنا يفترض العلاج الروائي أن الأفراد هم في المقام الأول أفراد صانعين للمعنى والمحتوى وهم المؤلفون للغة حياتهم، الأمر الذي يمكنهم من إعادة صياغة قصص حياتهم وتعلم تفكيكها وتقسيمها من خلال رؤية أنماط حياتهم وطرقهم في تفسير أحداث حياتهم وإعادة شرحها بطريقة افضل (VandenBos & American Psychological Association Staff, 2015).

يعرف إجرائياً:

بأنه "مجموعة من الأنشطة والخبرات والإجراءات والخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة المخطط لها، والتي استخدمتها الباحثة مع مجموعة من المسترشدين واستخدمت فيها فنيات العلاج الروائي بقصد التخفيف من حدة أعراض الفقدان الذي يعانون منه بقدر الإمكان في نهاية مدة البرنامج"، وتعتمد هذه الأنشطة والخبرات على (المناقشات والقصص والمحاضرات -والسيكودراما- وألعاب تعاونية وترويحية هادفة).

3- الفقدان، اصطلاحاً:

الاستشعار بمشاعر الخسارة والحزن بعد فقدان شخص مهم بالنسبة لنا مثل وفاة أحد الأقارب أو فقدان علاقة أو تغيير في طريقة الحياة، قد يستغرق الأمر بعض الوقت لإعادة ضبط الحياة والتعايش معها دون ذلك الشخص أو العلاقة، إن الحزن الذي تعاني منه هذه الحالات ليس اضطراب بل هو رد فعل طبيعي يجب على الأفراد مقاتلته في مرحلة ما لذلك لا توجد طريقة صحيحة أو خاطئة للبكاء، قد يستغرق الأمر وقتاً للتأقلم، وكذلك بحاجة إلى الدعم للشفاء لكي يعيش الفرد حياته دون هذا الشخص أو العلاقة (Gillies & Neimeyer, 2006).

يعرف إجرائياً:

هو غالباً ما يكون نتيجة لخسارة شخص عزيز من خلال الموت، وهي الدرجة التي حصلت عليها النساء على استبانة مشاعر الفقدان التي استخدمت في الدراسة.

4- النساء المفقادات، اصطلاحاً:

النساء اللواتي تعرضن لفقدان ابناً أو أماً أو زوجاً أثر حالة وفاة أو موت المفاجأة أو استشهاد، والتي تفتقر إلى الإحساس بالاستقرار والأمان والتقبل لذاتها (إبراهيم، 2011).

يعرف إجرائياً:

نساء فقدن أحد أفراد الأسرة أو أقرباء من الدرجة الأولى، مصطلح تم اعتماده في هذا البحث من قبل الباحثة يقصد به النساء الفلسطينيات اللواتي فقدوا (أبنائهم، أزواجهم).

5- مخيمات اللاجئين ، اصطلاحاً:

هي تلك الأماكن التي خصصت لأيواء اللاجئين الفلسطينيين بعد حرب 1948 وتضم حوالي 40% من مجموع اللاجئين الفلسطينيين المسجلين لدى وكالة الغوث الدولية ، وقد أصبح معظمها يتخذ مظهر القرى أو أحياء المدن الفقيرة وهي غير خاضعة للسلطة الأمم المتحدة أو إدارتها ، ومسؤولة المحافظة على القانون والنظام متروكة للدول المضيفة (الأنروا ، 1978) .

يعرف إجرائياً : أفراد من المجتمع يقطنون أحد مخيمات اللاجئين الفلسطينيين في نابلس، ويحملون بطاقة إعاشة صادرة عن وكالة الغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأنروا).

- مشكلة الدراسة:

تعد مشكلة فقدان الزوج أو الأبناء سواء أكانت نتيجة وفاة (مرض أو حادث أو استشهاد)، من المشكلات التي أصبحت تمثل تهديداً خطيراً وجاداً للمرأة الفلسطينية على وجه الخصوص لأن المناطق الفلسطينية تعد من المناطق غير المستقرة والتي تعرضت إلى العديد من الويلات مما انعكس على المرأة وجعلها تتحمل أعباء إضافية وخاصة إذا كانت صغيرة في السن ولذلك الفاقدة بحاجة إلى مساندة اجتماعية لتخفيف الضغوط سواء النفسية أو الاجتماعية التي تعانيها الفاقدة، ومن ثم قد يؤدي إلى الشعور بالرضا عن الحياة وقد يقوي من قدرة المرأة على الصمود ويزيد من صلابتها.

ولكن بعد اطلاعي كباحثة على مختلف الدراسات المحلية شهدت ندرة في هذا الموضوع، ونظراً لخصوصية هذه الفئة من النساء الفاقات، حاولت التعرف على مدى معاناتهم من أعراض الفقدان وكذلك دور العلاج الروائي في التخفيف من حدة الفقدان، ومن هنا ارتأيت بضرورة إجراء دراسة في هذا الموضوع، بهدف التعرف إلى فعالية برنامج إرشادي جمعي قائم على العلاج الروائي لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس، ومن ثم محاولة الكشف عن أهم التوصيات والمقترحات في سبل التقليل من آثار الفقدان لدى النساء الفاقات وذلك في ضوء نتائج الدراسة.

لذلك جاء الإحساس بمشكلة الدراسة بناءً على ما تم ذكره من دراسات، تبين ضرورة الاهتمام بالتقليل من آثار الفقدان لدى النساء من خلال مشاهدات الباحثة والملاحظة الميدانية في أثناء تعاملها مع الكثير من النساء الفاقات في مجال عملها (القطاع الصحي)، ونظراً لندرة الدراسات العربية والأجنبية التي تتناول خفض مشاعر الفقدان لدى النساء الفاقات، يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية في التعرف على أثر برنامج إرشادي جمعي قائم على العلاج الروائي لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس وهنا قد جاءت المشكلة الدراسية الراهنة في تطوير نسق علاجي روائي مأمول منه خفض أعراض الفقدان للنساء الفاقات.

وبناء على ما تقدم ذكره سابقاً، تتلخص في السؤال الرئيس الآتي:

"ما أثر برنامج إرشادي جمعي قائم على العلاج الروائي لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس؟"

كما أنه ينبثق عن السؤال الرئيسي عدة أسئلة فرعية، وهي:

1. ما مستوى مشاعر الفقدان لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس؟
2. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الاختبار البعدي على مقياس الفقدان لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس؟

3. هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي

والبعدي على مقياس الفقدان لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس؟

4. هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي

والمتبعي بعد ستة أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي؟

- أهداف الدراسة:

1- الكشف عن مستوى مشاعر الفقدان لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين / مدينة نابلس.

2- اختبار فاعلية برنامج إرشادي روائي على مستوى مشاعر الفقدان لدى النساء في مخيمات اللاجئين

/مدينة نابلس.

3- تعرف مدى استمرارية تأثير البرنامج الإرشادي الروائي على مستوى مشاعر الفقدان لدى النساء في

مخيمات مدينة نابلس بعد مرور ستة أسابيع من انتهاء جلسات البرنامج.

4- بناء برنامج علاجي قائم على العلاج الروائي لخفض أعراض الفقدان .

5- التعرف الى الفروق بين القياس القبلي والبعدي لفاعلية العلاج الروائي في التخفيف من مشاعر الفقدان

لدى النساء الفاقات في مخيمات مدينة نابلس.

- أهمية الدراسة:

تسعى الباحثة إلى خفض والتقليل من أعراض الفقدان من خلال تطبيق برنامج قائم على العلاج الروائي

لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس، إذ تظهر أهمية الدراسة في العديد من الاعتبارات

النظرية والعلمية على النحو الآتي:

الأهمية النظرية:

- إن الفقدان من الموضوعات الهامة التي أثارت اهتمام العديد من الباحثين خاصة بين النساء الفاقات.

- تناولت الدراسة شريحة مجتمعية مهمة وهي فئة النساء الفاقات في المخيمات ومن الأهمية بمكان إجراء دراسات علمية على هذه الفئة بسبب حساسية النمو النفسي لهذه الفئة.
- قد تزود هذه الدراسة فئة النساء الفاقات بمعلومات ومعارف ومهارات تفيدهم في خفض أعراض الفقدان والتقليل منها.
- قد تساعد هذه الدراسة النساء الفاقات على التأقلم في مراحل حياتهم المقبلة بعد شعورهم بالحزن والأسى.
- من المتوقع أن تسهم نتائج الدراسة في تقديم فهم نظري لطبيعة متغيرات الدراسة المتمثلة بالفقدان والنساء الفاقات.
- تتناول هذه الدراسة أحد الأساليب الإرشادية المهمة في مجال الإرشاد الجمعي وهو العلاج الروائي، بهدف التأكد من صلاحية هذا الأسلوب على النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس.

الأهمية التطبيقية:

- يمكن استعادة العاملين في مجال الإرشاد النفسي من نتائج الدراسة في إعداد برامج إرشادية قائمة على العلاج الروائي لخفض أعراض الفقدان لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس.
- إمكانية تبني البرنامج الإرشادي المقترح من قبل الجهات ذات العلاقة (جمعية مركز نسوي عسكر) والتي تعنى بفئة النساء الفاقات للتدريب على مهارات خفض أعراض الفقدان لديهم.

- حدود أو محددات الدراسة:

- الحدود الموضوعية: تتحدد الدراسة الحالية بموضوعيها؛ العلاج الروائي وأعراض الفقدان والنساء الفاقات ومخيمات اللاجئين في مدينة نابلس.
- الحدود البشرية: تكونت عينة الدراسة من النساء الفاقات في مخيمات نابلس في الخمس سنوات الأخيرة من الفقدان.
- حدود زمنية: تم إجراء الدراسة خلال العام الدراسي 2022-2023.

- الحدود المكانية: جرى تطبيق البرنامج في مخيمات اللاجئين (مخيم عسكر القديم ، مخيم بلاطة) -نابلس -فلسطين.
- أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية: حددت نتائجها بأدواتها التي استخدمت (مقياس مشاعر الفقدان) وخصائصها السيكمترية.

الفصل الثاني

الطريقة والإجراءات

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل الطريقة والإجراءات ويشمل منهج الدراسة، ومجتمع الدراسة وعينتها التي طبقت الدراسة عليها، وسوف أوضح كذلك في هذا الفصل أدوات الدراسة المستخدمة لجمع البيانات والتأكد من صدقها وثباتها، ونوع التصميم، وبيان إجراءات الدراسة والأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة النتائج وإعداد البرنامج الإرشادي وجلساته بهدف تحقيق أغراض وأهداف الدراسة والتي سيتم عرضها على النحو الآتي:

- منهجية الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي لمناسبته لطبيعة هذه الدراسة والذي يعتمد على المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من خلال تطبيق القياس القبلي والبعدي والاختبار التتبعي للمجموعة التجريبية، بهدف استقصاء فاعلية العلاج الروائي لدى النساء الفاقديات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس، وذلك لملائمة المنهج شبه التجريبي لمثل هذا النوع من الدراسات، خاصة وأنه يعد أكثر مناهج البحث العلمي دقة وكفاءة في الوصول إلى نتائج موثوق بها، حيث يقوم المنهج شبه التجريبي على فحص أثر المتغير المستقل الذي يتمثل في برنامج إرشادي جمعي قائم على العلاج الروائي على المتغير التابع الذي يتمثل في مستوى مشاعر الفقدان، وقامت الباحثة باختيار أحد التصميمات الخاصة بالمنهج شبه التجريبي، المتمثل في القياس قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده لمجموعة تجريبية وأخرى ضابطة، ويسمى هذا التصميم شبه التجريبي بتصميم قياس قبلي وبعدي لمجموعتين متكافئتين، ويعبر عنه بالرموز على نحو:

الشكل 1

قياس قبلي وبعدي لمجموعتين متكافئتين

$$\begin{array}{cccc} R & G1 & O1.1 & \times & O2.1 \\ _ & O2.2 & 2.1R & G2 & O \end{array}$$

وتشير الرموز أعلاه إلى:

R: عشوائية توزيع الأفراد على المجموعة التجريبية والضابطة.

G1: المجموعة التجريبية، حيث تلقى الأفراد فيها البرنامج الإرشادي المستخدم.

G2: المجموعة الضابطة، إذ لم يتلقَ الأفراد فيها أي تدخل إرشادي.

O1.1: القياس القبلي لأفراد المجموعة التجريبية.

O1.2: القياس القبلي لأفراد المجموعة الضابطة.

X: المعالجة التجريبية والتي تتمثل في البرنامج الإرشادي الذي طُبِقَ على المجموعة التجريبية.

المجموعة الضابطة : لا يوجد تدخل أو معالجة تجريبية:

O2.1: القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية.

O2.2: القياس البعدي لأفراد المجموعة الضابطة.

- تصميم الدراسة:

استخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي بتطبيق العلاج الروائي على المجموعة التجريبية للتخفيف من آثار فقدان، في حين لم يطبق العلاج على المجموعة الضابطة، ويعرف المنهج شبه التجريبي "هو المنهج الذي يتناول دراسة أحداث وظواهر وممارسات قائمة مع إدخال بعض التغيير الذي يقوم به الباحث، فهو يغير عاملاً مستقلاً أو أكثر عن قصد ليرى ذلك" (الأغا، 2002).

اتبع البحث الحالي نموذج المجموعتين الضابطة والتجريبية في التصميم شبه التجريبي ويوضح الشكل التالي

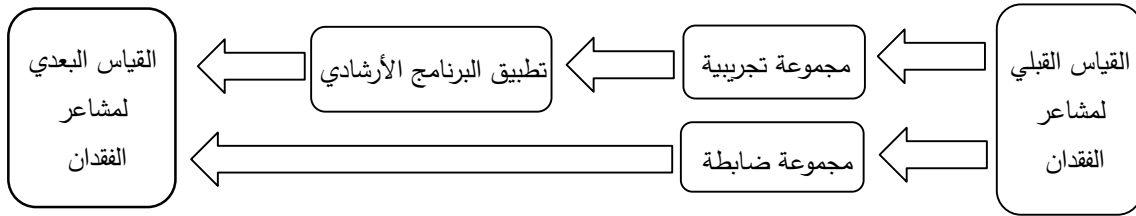
التصميم الشبه التجريبي للبحث:

المتغير المستقل: البرنامج الإرشادي.

المتغير التابع: الفقدان لدى النساء الفاقديات.

الشكل 2

التصميم الشبه التجريبي



- مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع البحث من النساء الفاقديات (ستة عشرة) امرأة من الذين يعانون من أعراض الفقدان وبحاجة للتقليل منه في مخيمات اللاجئين في محافظة مدينة نابلس في العام الدراسي 2023/2022.

- عينة الدراسة:

قامت الدراسة باختيار عينة يبلغ حجمها (16)، جميعهم في سن الرشد؛ إذ أن العينة قصدية، وجرى تطبيق أداة الاختبار حول مشاعر الفقدان للكشف عن الخصائص السيكومترية؛ إذ جرى اختيار (8) نساء ممن حصلن على أعلى درجة في أعراض الفقدان، وتم توزيعهم عشوائياً بالتساوي إلى مجموعتين، إذ تكونت المجموعة التجريبية من ثماني نساء؛ طبق عليهم البرنامج الإرشادي القائم على العلاج الروائي في خفض أعراض الفقدان، وتكونت المجموعة الضابطة من (8) النساء واللواتي لم تتلقين أي تدخل.

-معايير اختيار عينة الدراسة:

- سنوات الفقدان.
- العلاقة مع الفقيد.
- العمر.
- الحالة الاجتماعية.
- شدة الفقدان.
- نوع الفقدان.
- مراحل الفقدان.
- أداة الدراسة:

قامت الباحثة باستخدام مقياس مشاعر الفقدان في الدراسة لجمع بيانات النساء الفاقديات.

مقياس مشاعر الفقدان:

بهدف الكشف عن مستوى الفقدان، قامت الباحثة امانى المؤمني وبنات بتطوير مقياس لقياس مشاعر الفقدان بالرجوع إلى أدبيات الموضوع الخاص بقياس بمشاعر الفقدان لدى الأمهات اللواتي توفي أبنائهن في الأردن ، حيث تم الاستفادة من المقاييس والدراسات ذات الصلة ، (المؤمني و بنات، 2018).

ابعاد المقياس:

تكون المقياس من (62) فقرة موزعة على خمسة أبعاد هي: أولاً البعد الانفعالي وتمثله الفقرات من 1-14، ثانياً البعد الجسمي وتمثله الفقرات من 15-27، ثالثاً البعد الاجتماعي وتمثله الفقرات من 28-38، رابعاً البعد المعرفي وتمثله الفقرات من 39-53، البعد الروحي وتمثله الفقرات من 54-62.

طريقة تصحيح المقياس:

تكون مقياس مشاعر فقدان بصورته النهائية من 62 فقرة موزعة على خمسة أبعاد وفق تدرج ليكرت الخماسي ويشتمل 5 بدائل: أحياناً تعطي 3 درجات، غالباً تعطي 5 درجات، قليلاً تعطي درجة، دائماً 4 درجات، ابدأً تعطي درجتين، وهذه الدرجات تنطبق على الفقرات ذات الاتجاه الموجب بالنسبة للمقياس (2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 33، 34، 36، 37، 38، 39، 40، 41، 42، 43، 44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52، 53، 54، 56، 58، 59)، في حين يعكس التدرج في الفقرات ذات الاتجاه السالب وهي (32، 35، 55، 57، 60، 61، 62) وبذلك تتراوح درجات المقياس بين 62-310، حيث كلما ارتفعت الدرجة كان ذلك مؤشراً على ارتفاع مشاعر فقدان لدى النساء.

صدق الأداة:

• صدق أداة المقاييس:

قامت الدراسة باعتماد نوع من أنواع الصدق في الدراسة للتأكد من صلاحية مقياس مشاعر فقدان، وهو:

• صدق البناء:

قامت الباحثة بحساب صدق البناء من خلال حساب قدرة كل سؤال في الأداة على الإسهام في الدرجة الكلية، ويعبر عن ذلك إحصائياً بمعامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للأداة، وجرى النظر إلى مستوى دلالة معامل ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية، للفصل بين الفقرات التي ستبقى في الأداة، وتلك التي يجب أن تحذف، وذلك من خلال عينة استطلاعية بلغ حجمها (23).

جدول 1

صدق البناء لمقياس مشاعر الفقدان

أبعاد مقياس مشاعر الفقدان	قيمة (ر)	الدلالة
الانفعالي	0.93	0.000**
الجسدي	0.96	0.000**
الاجتماعي	0.94	0.000**
المعرفي	0.96	0.000**
الروحي	0.87	0.000**

* علاقة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha < 0.001$).

تشير نتائج الجدول (1) إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين جميع أبعاد مقياس مشاعر الفقدان والدرجة الكلية للمقياس، إذ تراوحت قيم معامل الارتباط ما بين (0.87-0.96)، ومن ثم يعد المقياس صادقاً في قياس ما وضع لقياسه.

صدق البناء للمقياس:

وللتحقق من صدق المقياس جرى استخدام صدق البناء، من خلال حساب استخراج قيم معامل الارتباط بيرسون (**Pearson correlation coefficients**) بين الفقرات والدرجة الكلية للمقياس، وبين المجالات والدرجة الكلية للمقياس كما في الجدول (8). وذلك بعد توزيع المقياس على عينة استطلاعية تكونت من (23) امرأة من النساء الفاعقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابس.

جدول 2

صدق الاتساق الداخلي بين الفقرات والدرجة الكلية لمقياس مشاعر الفقدان

رقم الفقرة	قيمة (ر)	رقم الفقرة	قيمة (ر)	رقم الفقرة	قيمة (ر)	رقم الفقرة	قيمة (ر)
1	0.69**	17	0.73**	33	0.73**	49	0.54**
2	0.78**	18	0.71**	34	0.64**	50	0.61**
3	0.49*	19	0.74**	35	0.61**	51	0.59**
4	0.76**	20	0.63**	36	0.77**	52	0.56**
5	0.66**	21	0.81**	37	0.87**	53	0.62**
6	0.60**	22	0.71**	38	0.62**	54	0.55**
7	0.51*	23	0.61**	39	0.76**	55	0.59**
8	0.46*	24	0.62**	40	0.61**	56	0.48*
9	0.74**	25	0.62**	41	0.70**	57	0.73**
10	0.69**	26	0.63**	42	0.65**	58	0.54**
11	0.68**	27	0.52*	43	0.76**	59	0.70**
12	0.73**	28	0.63**	44	0.77**	60	0.63**
13	0.72**	29	0.68**	45	0.62**	61	0.79**
14	0.68**	30	0.55**	46	0.71**	62	0.60**
15	0.68**	31	0.63**	47	0.59**		
16	0.60**	32	0.65**	48	0.60**		

*علاقة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (**), $\alpha < 0.001$, $\alpha \leq 0.05$

تشير نتائج الجدول (2) إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين جميع الفقرات والدرجة الكلية لمقياس مشاعر الفقدان، إذ تراوحت قيم معامل الارتباط ما بين (0.46-0.87)، ومن ثم تعد الفقرات صادقة في قياس ما وضعت لأجله.

ثبات المقياس:

• ثبات أداة الدراسة:

جرى حساب معامل كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي لفقرات مقياس مشاعر الفقدان موضعاً ذلك في الجدول المشار إليه أدناه:

جدول 3

معامل ثبات الأداة، باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، *Cronbach's Alpha* (المجموعة التجريبية) (ن = 8).

أبعاد مقياس مشاعر فقدان	القبلي	البعدي
الانفعالي	82.1	77.4
الجسمي	76.3	79.2
الاجتماعي	88.2	85.3
المعرفي	78.4	72.0
الروحي	85.3	81.1
المستوى الكلي	87.2	82.0

تشير نتائج الجدول (3) أن معاملات الثبات لمجالات المجموعة التجريبية للاختبار القبلي تراوحت بين (76.3- 88.2) للبعد الجسمي والبعد الاجتماعي في حين بلغ الثبات الكلي للاختبار القبلي للمجموعة التجريبية (87.2)، وأيضاً معاملات الثبات لمجالات المجموعة التجريبية للاختبار البعدي تراوحت بين (72.0- 85.3) للبعد المعرفي والبعد الاجتماعي في حين بلغ الثبات الكلي للاختبار البعدي للمجموعة التجريبية (82.0)، وهي معاملات ثبات عالية وتفي بأغراض البحث العلمي.

جدول 4

معامل ثبات الأداة، باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، *Cronbach's Alpha* (المجموعة الضابطة) (ن = 8).

أبعاد مقياس مشاعر فقدان	القبلي	البعدي
الانفعالي	71.2	70.5
الجسمي	83.5	81.4
الاجتماعي	86.2	82.6
المعرفي	72.1	75.0
الروحي	74.3	72.2
المستوى الكلي	81.3	81.8

تشير نتائج الجدول (1) أن معاملات الثبات لمجالات المجموعة الضابطة للاختبار القبلي تراوحت بين (71.2- 86.2) للبعد الانفعالي والبعد الاجتماعي في حين بلغ الثبات الكلي للاختبار القبلي للمجموعة الضابطة (81.3)، وأيضاً معاملات الثبات لمجالات المجموعة الضابطة للاختبار البعدي تراوحت

بين(72.2- 82.6) للبعد الروحي والبعد الاجتماعي في حين بلغ الثبات الكلي للاختبار البعدي للمجموعة الضابطة (81.8)، وهي معاملات ثبات عالية وتفي بأغراض البحث العلمي.

يعد المقياس ثابتاً وصالحاً للاستخدام في البيئة الفلسطينية، إذ جرى التأكد من ثباته باستخدام معادلة كرونباخ (Cronbach's Alpha)، وذلك بعد تطبيق الأداة على نفس العينة الاستطلاعية، ونتائج الجدول(4,3) يبين ذلك.

- المعالجة الإحصائية:

من أجل معالجة البيانات استخدمت الدراسة برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss)، وذلك باستخدام المعالجة الإحصائية على النحو الآتي:

- أساليب المعالجة الإحصائية:

بعد جمع البيانات التي جرى إدخالها إلى برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) ومعالجتها وذلك باستخدام المعالجات الإحصائية الآتية:

1. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية.
2. اختبار بيرسون (Pearson Correlation) للكشف عن صدق البناء للمقياس من خلال فحص العلاقات بين الفقرات والمجال الذي تنتمي إليه كل فقرة، وكذلك مع الدرجة الكلية للمقياس.
3. معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) لفحص الثبات.
4. اختبار شيبيرو ويلك (Shapiro Wilk) لفحص اعتدالية التوزيع لدى العينات الصغيرة أقل من (30) فرد.

5. اختبار الفرق بين متوسطين حسابيين مرتبطين معاً (Paired Samples T-Test).

6. اختبار تحليل التباين المصاحب (ANCOVA).

- إجراءات الدراسة:

- الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة التي تطرقت إلى موضوع الدراسة.

- إعداد أدوات الدراسة.
- اضطلاع المشرف على أدوات الدراسة من أجل تنقيحها.
- تم أخذ الموافقة من الجامعة (لجنة الأخلاقيات) لتطبيق أداة الدراسة.
- تم إجراء التعديلات المناسبة على المقياس.
- تطبيق أداة الدراسة على عينة قصدية حجمها (16) امرأة فاقدة.
- التعرف على متغيرات الدراسة باعتبار كلاً منها له أبعادها الفرعية التي ترتبط ببعضها.
- تحليل النتائج ومعالجتها إحصائياً وتفسيرهاً.
- تقديم التوصيات والمقترحات في ضوء نتائج الدراسة.

- متغيرات الدراسة:

المتغيرات المستقلة:

- الجنس: أنثى .
- العمر للنساء الفاقات ويحتوي مستويان هي: (من 35-45، ومن 45-60).
- المستوى التعليمي للنساء الفاقات: ويحتوي خمس مستويات (ثانوية عامة، دبلوم، بكالوريوس، دراسات عليا).
- نوع الفقدان: (زوج، أبن).
- هل سبق أن تلقيت استشارة نفسية: (نعم، لا).
- كيف كانت علاقتك مع الفقد: (قوية، متوسطة، ضعيفة).
- سنوات الفقد: يحتوي مستويين (أقل من 3 سنوات، من 3-5 سنوات).

المتغيرات التابعة:

تتمثل في الاستجابة على المقياس (مشاعر الفقدان) الخاص بالدراسة.

الفصل الثالث

عرض نتائج الدراسة

يتناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الدراسة في ضوء أسئلة الدراسة التي طرحت، وقد نُظمت وفقاً لمنهجية محددة، تتمثل في عرض نص الأسئلة، يلي ذلك مباشرة الإشارة إلى نوع المعالجات الإحصائية المستخدمة، ثم جدول البيانات، ووضعها تحت عناوين مناسبة، يلي ذلك تعليقات على أبرز النتائج المستخلصة، وهكذا يتم عرض النتائج المرتبطة بكل سؤال على حدة.

هدفت الدراسة الحالية للإجابة عن سؤالها الرئيس: ما أثر برنامج إرشادي جمعي قائم على العلاج الروائي لدى النساء الفاعقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس؟ وذلك من خلال الإجابة عن الأسئلة الفرعية المنبثقة عنه، وفيما يلي العرض لنتائج الدراسة وهي:

أولاً: نتائج السؤال الفرعي الأول والذي نصه:

ما مستوى مشاعر فقدان لدى النساء الفاعقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس؟

وللإجابة عن هذا السؤال، تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، لمجالات أداة؛ إذ حسبت طول المدى وهو $(5-1 = 4)$ ثم قسمته على 5 فترات $(5/4 = 0.8)$ وعليه فإن طول الفترة هو (0.8) وعليه اعتمدت الباحثة التقدير التالي، للفصل ما بين الدرجات، وبيان ذلك فيما يلي:

المتوسط الحسابي (21.4 فأكثر ويعادل 84.2% فأعلى) درجة كبيرة جداً.

المتوسط الحسابي (41.3-20.4 ويعادل 68.2%-84.0) درجة كبيرة.

المتوسط الحسابي (61.2-40.3 ويعادل 52.2%-68.0) درجة متوسطة.

المتوسط الحسابي (81.1-60.2 ويعادل 36.2%-52.0) درجة قليلة.

المتوسط الحسابي (أقل من 81.1) درجة قليلة جداً.

جدول 5

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمستوى للقياسين القبلي والبعدى لمشاعر الفقدان لدى النساء الفاقداً في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس (المجموعة التجريبية) (ن = 8).

أبعاد مقياس مشاعر الفقدان	القبلي		البعدى		الترتيب	الترتيب
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
الانفعالي	2.91	0.48	1.51	0.13	المتوسط	الترتيب الرابع
الجسمي	2.92	0.50	1.52	0.13	المتوسط	الترتيب الثالث
الاجتماعي	2.72	0.32	2.00	0.15	المتوسط	الترتيب الخامس
المعرفي	3.05	0.69	1.51	0.15	المتوسط	الترتيب الثاني
الروحي	3.23	0.25	1.40	0.05	المتوسط	الترتيب الأول
المستوى الكلي	2.97	0.34	1.59	0.05	المتوسط	الترتيب قليل جداً

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

تشير نتائج الجدول (5) إلى أن المستوى الكلي لمشاعر الفقدان لدى النساء الفاقداً في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس للقياس القبلي كان متوسطاً وبمتوسط حسابي (2.97)، وكانت مستوى الاستجابة متوسطاً على جميع الأبعاد، إذ تراوحت المتوسطات الحسابية ما بين (2.72-3.23)، إذ كانت أعلى استجابة على البعد الروحي بمتوسط حسابي (3.23)، ويليه البعد المعرفي بمتوسط حسابي (3.05)، ومن ثم الجسمي وبمتوسط حسابي (2.92) يليه الانفعالي بمتوسط حسابي (2.91) بينما كانت أقل استجابة على البعد الاجتماعي بمتوسط حسابي (2.72).

كذلك تشير نتائج الجدول المذكور أن المستوى الكلي لمشاعر الفقدان لدى النساء الفاقداً في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس للقياس البعدى كان قليلاً جداً وبمتوسط حسابي (1.59)، وكانت مستوى الاستجابة قليلاً جداً على جميع الأبعاد، حيث تراوحت المتوسطات الحسابية ما بين (1.40-2.00)، إذ كانت أعلى استجابة على البعد الاجتماعي بمتوسط حسابي (2.00)، ويليه البعد الجسمي بمتوسط حسابي (1.52)، ومن ثم الانفعالي والمعرفي وبمتوسط حسابي (1.51) لكل منهما بينما كانت أقل استجابة على البعد الروحي بمتوسط حسابي (1.40).

ثانياً: نتائج السؤال الفرعي الثاني والذي نصه:

هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في

التطبيق البعدي على مقياس مشاعر فقدان لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس؟

وللإجابة عن السؤال جرى استخدام تحليل التباين المصاحب (ANCOVA)، ونتائج الجدولين (6,7) تظهر

ذلك.

جدول 6

نتائج تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) لدلالة الفروق في متوسطات درجات القياس البعدي لمقياس

مشاعر فقدان بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة (ن = 16)

أبعاد مقياس مشاعر الفقدان	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة *
الانفعالي	المصاحب (القبلي)	86.889	1	86.889	741.597	*0.000
	المجموعة	10.563	1	10.563	90.151	*0.000
	الخطأ	1.640	14	0.117		
	الكلية	99.092	16			
الجسمي	المصاحب (القبلي)	87.351	1	87.351	923.672	*0.000
	المجموعة	10.438	1	10.438	110.373	*0.000
	الخطأ	1.324	14	0.095		
	الكلية	99.112	16			
الاجتماعي	المصاحب (القبلي)	95.506	1	95.506	810.965	*0.000
	المجموعة	3.143	1	3.143	26.684	*0.000
	الخطأ	1.649	14	.118		
	الكلية	100.298	16			
المعرفي	المصاحب (القبلي)	76.271	1	76.271	654.643	*0.000
	المجموعة	7.111	1	7.111	61.035	*0.000
	الخطأ	1.631	14	.117		
	الكلية	85.013	16			
الروحي	المصاحب (القبلي)	81.000	1	81.000	381.533	*0.000
	المجموعة	11.485	1	11.485	54.096	*0.000
	الخطأ	2.972	14	0.212		
	الكلية	95.457	16			
المستوى الكلي	المصاحب (القبلي)	85.280	1	85.280	1746.737	*0.000
	المجموعة	8.190	1	8.190	167.749	*0.000
	الخطأ	.684	14	0.049		
	الكلية	94.154	16			

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

تشير نتائج الجدول (6) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي على مقياس مشاعر فقدان لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس.

جدول 7

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق

البعدي على مقياس مشاعر فقدان (ن = 16)

أبعاد مقياس مشاعر فقدان	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الانفعالي	التجريبية	8	3.14	0.46
	الضابطة	8	1.51	0.13
الجسمي	التجريبية	8	3.14	0.41
	الضابطة	8	1.52	0.13
الاجتماعي	التجريبية	8	2.88	0.46
	الضابطة	8	2.00	0.15
المعرفي	التجريبية	8	2.85	0.45
	الضابطة	8	1.51	0.15
الروحي	التجريبية	8	3.09	0.64
	الضابطة	8	1.40	0.05
المستوى الكلي	التجريبية	8	3.02	0.30
	الضابطة	8	1.59	0.05

يبين الجدول (7) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي على مقياس مشاعر فقدان؛ إذ تشير النتائج إلى أن هناك فروق في المتوسطات الحسابية ولصالح الاختبار البعدي، وبما أن الهدف من البرنامج هو التخفيف من مشاعر فقدان، فإن الفروق تكون لصالح الاختبار البعدي؛ أي وجود أثر للاختبار البعدي في التخفيف من مشاعر فقدان لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس.

ثالثاً: نتائج السؤال الفرعي الثالث والذي نصه:

هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي

على مقياس مشاعر فقدان لدى النساء الفاقديات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس؟

وللإجابة عن السؤال جرى استخدام اختبار (ت) لعينتين مرتبطتين (Independent samples t- test)،

ونتائج الجدول (8) يظهر ذلك.

جدول 8

نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي

على مقياس مشاعر فقدان (ن=8)

أبعاد مقياس مشاعر الفقدان	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة *
الانفعالي	قبلي	2.91	0.48	8.135	0.000*
	بعدي	1.51	0.13		
الجسمي	قبلي	2.92	0.50	7.768	0.000*
	بعدي	1.52	0.13		
الاجتماعي	قبلي	2.72	0.32	9.978	0.000*
	بعدي	2.00	0.15		
المعرفي	قبلي	3.05	0.69	6.428	0.000*
	بعدي	1.51	0.15		
الروحي	قبلي	3.23	0.25	19.053	0.000*
	بعدي	1.40	0.05		
المستوى الكلي	قبلي	2.97	0.34	12.996	0.000*
	بعدي	1.59	0.05		

* فروق دالة إحصائياً عند $(\alpha \leq 0.05)$.

تشير نتائج الجدول (8) إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ بين

متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس مشاعر فقدان لدى

النساء الفاقديات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس في الأبعاد (الانفعالي، والجسمي، والاجتماعي،

والمعرفي، والروحي، وفي الدرجة الكلية)، وأن هذه الفروق تعود لصالح التطبيق البعدي بدلالة المتوسطات الحسابية التي بلغت على التوالي (1.51، و1.52، و2.00، و1.51، و1.40، و1.59) بينما بلغت متوسطات الاختبار القبلي للأبعاد على التوالي (2.91، و2.92، و2.72، و3.05، و3.23، و2.97).

رابعاً: نتائج السؤال الفرعي الرابع والذي نصه:

هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي بعد ستة أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي؟

وللإجابة عن السؤال جرى استخدام اختبار (ت) لعينتين مرتبطتين (Paired samples t-test)، ونتائج الجدول (9) يظهر ذلك.

جدول 9

نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس مشاعر الفقدان (ن=8).

أبعاد مقياس مشاعر الفقدان	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة*
الانفعالي	بعدي	1.51	0.11	-4.826	0.000*
	تتبعي	1.22	0.13		
الجسمي	بعدي	1.52	0.13	-5.873	0.000*
	تتبعي	1.12	0.13		
الاجتماعي	بعدي	2.00	0.09	-12.728	0.002*
	تتبعي	1.18	.015		
المعرفي	بعدي	0151	0.11	-5.776	0.000*
	تتبعي	1.13	0.15		
الروحي	بعدي	0.140	0.05	-7.638	0.000*
	تتبعي	1.19	0.05		
المستوى الكلي	بعدي	1.59	.006	-14.285	0.000*
	تتبعي	1.16	0 .05		

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

تشير نتائج الجدول (9) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي بعد ستة أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي على مقياس مشاعر فقدان لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس في الأبعاد (الانفعالي، والجسمي، والاجتماعي، والمعرفي، والروحي، وفي الدرجة الكلية)، وأن هذه الفروق تعود لصالح التطبيق التتبعي بدلالة المتوسطات الحسابية التي بلغت على التوالي (1.22، و1.12، و1.18، و1.13، و1.19 و1.16) بينما بلغت متوسطات الاختبار البعدي للتجريبية للأبعاد والدرجة الكلية على (1.51، و1.52، و2.00، و1.51، و1.40، و1.59).

التكافؤ بين المجموعتين:

وللتأكد من التكافؤ على القياس القبلي لمقياس مشاعر فقدان بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة جرى استخدام اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين (Independent t-test) كما هو مبين في الجدول (10).

جدول 10

التكافؤ في درجات القياس القبلي لمقياس مشاعر فقدان بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة (ن=56).

أبعاد مقياس مشاعر فقدان	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت) مستوى الدلالة*
الانفعالي	التجريبية	8	2.92	0.49	-0.55
	الضابطة	8	3.05	0.48	
الجسدي	التجريبية	8	2.92	0.51	-0.67
	الضابطة	8	3.13	0.68	
الاجتماعي	التجريبية	8	2.89	0.49	-2.06
	الضابطة	8	3.39	0.48	
المعرفي	التجريبية	8	3.06	0.70	-0.72
	الضابطة	8	3.30	0.65	
الروحي	التجريبية	8	3.10	0.14	0.95
	الضابطة	8	2.96	0.39	
المستوى الكلي	التجريبية	8	2.98	0.35	-0.99
	الضابطة	8	3.16	0.41	

* فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$.

يتضح من نتائج الجدول (10) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في درجات القياس القبلي للمستوى الكلي لمشاعر فقدان وجميع الأبعاد بين أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية)، وتعني هذه النتائج أن مجموعتي الدراسة متكافئتين في درجات القياس القبلي لمقياس مشاعر فقدان قبل البدء بالبرنامج الإرشادي.

الفصل الرابع

مناقشة النتائج

- تفسير الدراسة ومناقشة أسئلة الدراسة وربط النتائج بالتساؤلات:

تضمن هذا الفصل مناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة، من خلال أسئلتها وما انبثق عنها من أسئلة فرعية، ذلك بمقارنتها بالنتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة الواردة في هذه الدراسة، إضافة إلى تفسير النتائج وصولاً إلى التوصيات التي يمكن طرحها في ضوء هذه النتائج.

أولاً: أظهرت نتائج السؤال الأول والذي نص: ما مستوى مشاعر فقدان لدى النساء الفاقديات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس؟

لفحص السؤال الأول، قامت الباحثة بإيجاد المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل بعد من الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس ومقارنتها بالدرجة المتوسطة للمقياس ، حيث ثبت أن مستوى مشاعر فقدان لدى أفراد عينة الدراسة كبيرة في القياس القبلي مقارنة بأنها قليلة في القياس البعدي.

لقد جاءت أبعاد مشاعر فقدان وفق القياس القبلي وفقاً للترتيب الآتي: إذ جاء البعد الروحي في المرتبة الأولى تلاه في المرتبة الثانية البعد المعرفي ، تلاه في المرتبة الثالثة المجال الجسمي ، بينما جاء البعد الانفعالي في المرتبة الرابعة ، قد جاء البعد الاجتماعي في الترتيب الخامس.

وقد عزت الباحثة هذه النتيجة الى عدم مقدرة النساء اللواتي فقدن أبنائهن وأزواجهن على تنمية وزيادة الاهتمام الاجتماعي وكذلك عدم القدرة على تطوير الشخصية لديهن بسبب التحول الجديد بحياتهن بسبب فقدان، وعدم المقدرة على إيجاد أهداف جديدة للحياة تتوافق مع الظروف التي تمر بها النساء، وعدم القدرة على تحسين أهداف الحياة، ومن ثم إيجاد أسلوب للحياة بما يتفق مع الحياة الأسرية والاجتماعية حسب الظروف الجديدة.

في حين وقد جاء مستوى فقدان بدرجة قليلة جدا في القياس البعدي والذي يظهر أن البعد الاجتماعي أخذ الترتيب الأول بأعلى وسط حسابي وفي المرتبة الثانية البعد الجسمي بوسط حسابي ، يليه البعد المعرفي والانفعالي ، ويليه الروحي بمستوى منخفض.

تعزو الباحثة تلك النتيجة في القياس البعدي إلى عدة أسباب:

في بداية التعرض لهذا الابتلاء تكون مشاعر فقدان عند الأم تتسم بكثير من الحزن والآلام، وهذه الحالة قد تمتد لفترة من الزمن، ومع تقدم الزمن تبدأ مشاعر فقدان؛ إذ إن تركيز المشاعر يتوزع في أمور أخرى، لكن لا تزول تماماً، واستشهد بهذا المبرر إحدى المستجيبات من عينة الدراسة أبدت إن مشاعرها تختلف من وقت حدوث حالة الوفاة عن الوقت الحاضر، حيث أبدت أن مشاعر فقدان أقل وطأة في الوقت الحاضر، حيث إذا أمكن الأخذ بعين الاعتبار الفترة الزمنية بعد فقدان، وهذا ما أكدته الباحثة من خلال مراحل مشاعر فقدان في الأدب النظري.

وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة حسنين (2013)، والتي هدفت إلى مواجهة تجربة فقدان، ومع دراسة المجالي (2018)، في فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض الحزن والأسى ودور الفعل المصاحبة لفقد الآباء المفاجئ لدى الأمهات، ولقد اختلفت مع دراسة كل من دن (Dunn, 2015)، (UT, Castrate, & Lund, 2012)، (Bennett & Souls bay, 2010)، (Thebe, 2009)، في تأثير مشاعر فقدان والشعور بالاكئاب والأعراض البدنية على الإحساس بالسعادة والرفاهية الحياتية لدى الأرامل الشابات ومن الممكن تبرير الاختلاف والذي يظهر في حصول تغيرات جوهرية في مواقف الفاقات اتجاه اضطرابات فقدان والتي تعتبر جزءاً من هذه الاضطرابات الموجودة لدى الفاقات قبل فقدان.

ثانياً : أظهرت نتائج السؤال الثاني والذي ينص: هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس مشاعر فقدان لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس؟

للإجابة على هذا السؤال قامت الباحثة باستخدام تحليل التباين والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعتين الضابطة والتجريبية، وأظهرت النتائج الواردة في الجدول (6,7) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد في الاختبار البعدي على مقياس مشاعر الفقدان لدى النساء الفاقداً في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس، إذ كانت الفروق لصالح أفراد المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي، كما أشارت نتائج تحليل التباين المصاحب إلى أن الفروق الجوهرية بين الوسطين الحسابيين المعدلين للقياس البعدي لمشاعر الفقد لدى النساء اللواتي تعرضن للفقدان قد كانت لصالح أفراد المجموعة التجريبية الذين خضعوا للبرنامج الإرشادي مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا البرنامج الإرشادي مما يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض أعراض الفقدان لدى النساء الفاقداً بعد تطبيق البرنامج الإرشادي .

تبين من الجدول (6) الآتي:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات فاعلية العلاج الروائي في تخفيف حدة اضطراب الفقدان تعزى للطريقة (الضابطة /التجريبية) على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد، إذ بلغت قيمة الإحصائي (ف) 100.298 عند مستوى الدلالة 0.000 وهي دالة عند مستوى أقل (0.05).

تتفق هذه الدراسة مع ما كشفت عنه نتائج دراسة (بركات، 2017) ودراسة

(Weber, Davis, & McPhie, 2006)، ودراسة (Sajadian, Dokanei, & Behboodi, 2016)

الذين أكدوا على فعالية البرنامج الروائي في التقليل من أعراض القلق والاكتئاب لدى النساء، التي ظهر فيها أهمية تقنيات العلاج الروائي وفوائد العلاج الجماعي في تقليل القلق والاكتئاب لدى النساء المعنفات.

اختلفت هذه الدراسة مع دراسة سيو وكانج ولي كاي (Seo, Kang, Lee, & Chae, 2015) في أنه يوجد

فرق معنوي بين المجموعة التجريبية والضابطة في انخفاض الفقدان لدى المجموعة التجريبية.

وتعزو الباحثة السبب في وجود أثر واضح للعلاج الروائي في خفض أعراض الفقدان لدى النساء الفاقديات، وكذلك أن العلاج الروائي له أهميته ودوره الفعال مع مختلف الفئات العمرية في مختلف أعمارهم ومراحلهم، مما يعني أهمية الوعي والاستبصار والأدراك للتجارب الحية في حياة الأفراد، وهذا يعني أن العلاج الروائي صالح للتطبيق مع كافة النساء الفاقديات في مختلف أعمارهم.

وترى الباحثة من خلال أظطلاعها على الدراسات السابقة والتراث النظري والتربوي، أن العلاج الروائي فعال مع النساء، وأنه نهج تعاوني تشاركي يصلح مع جميع الفئات وجميع التجارب الإنسانية. كما أن العلاقة الإرشادية التي تتصف بالتعاون والانفتاح على خبرات المسترشدين، وكذلك للعلاج الروائي أهمية ودور فعال مع مختلف الفئات العمرية على اختلاف أعمارهم ومراحلهم الدراسية، مما يعني أهمية الوعي والاستبصار، والإدراك للتجارب الحية في حياة الأفراد، وهذا يعني أن العلاج الروائي صالح للتطبيق داخل المدارس ومع كافة الأفراد في كلا الجنسين (الذكور، الإناث).

ثالثاً: مناقشة نتائج السؤال الفرعي الثالث والذي نصه:

هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مشاعر الفقدان لدى النساء الفاقديات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس؟

يتضح من نتائج جدول (8) التالي:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($a \leq 0.05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس مشاعر الفقدان لدى النساء الفاقديات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس في الأبعاد الآتية: (الانفعالي، والجسمي، والاجتماعي، والمعرفي، والروحي، وفي الدرجة الكلية) وذلك لصالح القياس البعدي، وكذلك تبين وجود فروق دالة بين متوسطات أداء المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي لمقياس الفقدان بدلالته الكلية وأبعاده الفرعية.

وهنا يتضح وجود أثر واضح للعلاج الروائي في خفض أعراض فقدان لدى النساء الفاقديات إلى أن العلاج الروائي يعتبر من أكثر الأساليب فاعلية في خفض مشاعر فقدان ، حيث أن العلاج الروائي يعتبر نهجاً علاجياً يمتلك القدرة على المساعدة السريعة والموجزة مع الذين يعانون من آثار صدمة فقدان ، حيث يتمتع بمرونة عالية في التعامل مع المشكلات التي يواجهها الأفراد في حياتهم وتغريبها خارج ذواتهم.

وهنا ثبت أهم ما يميز العلاج الروائي قدرته على تعزيز دور المسترشد على امتلاك حرية الاختيار وفقاً لحاجته، وبالتالي عدم وجود قالب معين يمكن للمرشد فرضه على المسترشد، مما يزيد من فعالية هذا النوع من العلاج، حيث تكمن أن أهمية العلاج الروائي في عدم وجود قوالب جاهزة للعلاج النفسي، وهذا يعني عدم فرض آراء المعالج الجاهزة، وعدم استخدام فنية معينة، وبذلك يكون المسترشد قد امتلك الحرية والإرادة وفقاً لإتجاهاته .

اتفقت هذه النتائج مع دراسة (Ghavibazou, Hosseinian, & Abdollahi, 2020)، في تقييم فعالية العلاج الروائي على أنماط الإتصال للنساء اللواتي يعانين من انخفاض الرضا الزوجي والتي أثبتت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة وداخلها وأظهرت نتائج الاختبار تحسناً كبيراً في الرضا الزوجي لصالح المجموعة التجريبية وبينت النتائج أن العلاج الروائي فعال في زيادة مؤشرات العرض الزوجي.

كما اتفقت مع دراسة (Schauer, Schauer, Neuner, & Elbert, 2011) والتي أثبتت فعالية علاج التعرض الروائي في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة.

قد تعزى الباحثة التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى رغبة المشاركات اللواتي طبق عليهن البرنامج للتغلب على اضطرابهن كونه سبباً أساسياً للشعور بالضيق والتوتر والإنفعال وعدم الرضا عن حياتهن، فضلاً عن خبرة الباحثة ومعرفتها العميقة بمشكلات النساء الفاقديات وكيفية التعامل مع هذه المشكلات، وساعدت على وضع التدريبات والواجبات المناسبة واللائمة وتقديم التغذية الراجعة، خاصة في أثناء الجلسات الإرشادية

وفي المواقف المناسبة، كذلك إن المجموعة التجريبية بعد تلقيها أنشطة البرنامج الإرشادي قد زادت لديهن في الأبعاد المعرفية والإنفعالية والجسمية والإجتماعية والروحية أكثر مقارنة مع المقياس القبلي للمشاركات في أنشطة البرنامج الإرشادي، مما يدل على أثره وأهميته، وفاعلية البرنامج الإرشادي في تخفيف فقدان لدى الفاقات، والتي عملت على المساهمة في التنمية والتخفيف من الجوانب المعرفية والروحية والجسمية والإجتماعية والإنفعالية مما يدفعهن لإستخدامها في معالجة المواقف الإجتماعية والمشكلات التي يواجهونها، التأثير في الأحداث التي يواجهونها في حياتهن؛ وذلك لتحقيق صحة نفسية أفضل في ظل الظروف البيئية والإجتماعية المحيطة بهن.

رابعاً: مناقشة نتائج السؤال الفرعي الرابع والذي نصه:

هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي بعد ستة أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي؟

يتضح من الجدول (9) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي بعد ستة أسابيع من انتهاء جلسات البرنامج الإرشادي على مقياس مشاعر فقدان لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة في نابلس لصالح الاختبار التتبعي ، وكذلك أظهرت النتائج أن متوسطات درجات درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي لمقياس فقدان كانت متقاربة مع فارق بسيط لصالح القياس التتبعي ، مما يؤكد استمرار تأثير البرنامج بعد مرور اسابيع من تطبيقه وتبدو هذه النتيجة أمراً طبيعياً في ضوء ما تضمنه البرنامج ، وما أبدته الباحثة من متابعات في فترة المتابعة مع النساء الفاقات .

وتتفق هذه النتائج الايجابية التي توصلت إليها الدراسة الحالية من وجود فروق دالة بين متوسطات المجموعة التجريبية للاختبارين البعدي والتتبعي على متغير فقدان لدى عينة الدراسة بوجه عام، مع ما توصلت إليه

بعض الدراسات التي استخدمت أسلوب الإرشاد الجماعي المستند إلى منهج العلاج الروائي في التقليل من مشاعر فقدان لدى عينات متنوعة ومنها بعض الدراسات العربية (مثلاً: الفروخ، 2016، بركات، 2017).

اختلفت مع دراسة إيريس وآخرين (Erbes, Stillman, Wieling, Bera, & Leskela, 2014)، التي بينت انخفاضاً في معدل الاحتفاظ (التتبعي) بعد 3 أسابيع إلى 6 أسابيع.

تفسر الباحثة استمرار التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية والتي خضعت لعلاج التعرض بالسرد في أن العلاج أسهم وساعد النساء الفاقديات على معرفة الخبرات الصادمة التي مروا بها وفهمها ومعرفة أثرها النفسي والجسدي عليهن، ومساعدتهن من خلال خط الحياة وسردهم المتسلسل الزمني لهذه الأحداث الصادمة في فهم أفكارهم ومشاعرهم وأحاسيسهم المرتبطة بخبرة فقدان التي مروا بها والخبرات الصادمة الأخرى التي تعرضوا لها خلال خط حياتهم والتقليل من التأثيرات السلبية المرتبطة بها.

ترجع الباحثة السبب إلى تنوع الأنشطة المقدمة في الجلسات الإرشادية، صياغتها بشكل سهل وملامس لواقع وإحتياجات النساء وكذلك تنوع الاستراتيجيات الإرشادية التي اعتمد عليها البرنامج في كافة اللقاءات بشكل منتظم مثل القصة، والمناقشة الجامعية وكذلك تفاعل النساء الإيجابي مع هذا النوع من الأساليب الإرشادية.

وترى الباحثة أهمية هذه التقنيات والأساليب الجديدة المتبعة في العلاج الروائي والتي تمثل نهج متكامل، يستطيع من خلاله المعالج أن يستمع، ينقب، يساعد، يكشف عن المشاكل ويفصلها عن ذاتهم، يجعل المسترشدين أكثر قدرة على الوعي والإدراك بمشاكلهم، وإعطائهم القدرة على فصل المشاكل القديمة عن حياتهم بحيث تكون المشكلة هي السبب في حد ذاتها، وليس المسترشد نفسه، وطبيعة العلاقة الصادقة والمهنية دون فرض قيود أو سلطة على المسترشد، بحيث يؤدي المعالج دور غير العارف بمشاكل الناس، هذا يعطي المسترشد الأمان والحرية للتعبير عن مشاعره ووضع حد لمعاناته.

كما أن التصميم البحثي المستخدم في هذه الدراسة والذي يستند إلى التصميم التجريبي والمجموعات المتكافئة (التجريبية والضابطة) يمكن أن يساعدنا على الأدعاء بأن الأثر الإيجابي في درجات أفراد المجموعة التجريبية في مقياس مشاعر فقدان البعدي يعود لأثر البرنامج العلاجي المطبق.

- توصيات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة، تقوم الدراسة بتقديم توصياتها لعلها تكون عوناً وسنداً لمساعدة النساء الفاقات الذين يعانون من الفقدان:

- تطبيق البرنامج الإرشادي المستخدم في هذه الدراسة على النساء الفاقات، وذلك لما أظهرته النتائج من فاعلية هذا البرنامج في خفض مشاعر الفقدان لديهن.
- إجراء المزيد من الدراسات والأبحاث لقياس الجوانب النفسية لدى النساء الفاقات وفق متغيرات ديمغرافية مختلفة لم تتطرق لها الدراسة ومقارنتها بنتائج الدراسة الحالية.
- بناء خطط وأجراء برامج في الإرشاد والصحة النفسية لكيفية تقديم المساعدة النفسية والاجتماعية للنساء الفاقات.
- عمل ندوات ونشرات تثقيفية حول موضوع الدراسة الحالية لتعميم نتائج هذه الدراسة.
- ضرورة استخدام المعرفة الناتجة عن هذه الدراسة وتوظيفها في التدخل لدى النساء الفاقات في المجتمع الفلسطيني.
- إعداد دراسات أخرى تستند على العلاج الروائي مع فئات مختلفة.
- تطبيق العلاج الروائي مع مشكلات واضطرابات نفسية أخرى.
- تأهيل المرشدين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والعاملين في الحقل النفسي والتربوي لاستخدام العلاج الروائي كطريقة علاجية إرشادية وجماعية.
- تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي تدخل علاجي في المستقبل القريب.

- مقترحات الدراسة:

من خلال النتائج التي أسفرت عنها الدراسة عنها تقترح الدراسة المقترحات التالية:

- عمل دراسة مسحية لأعراض الفقدان في جميع المراحل العمرية للنساء لتحديد حجمها في المجتمع الفلسطيني.
- دراسة العوامل المؤثرة في الفقدان.
- دراسة تأثير أعراض الفقدان على التوافق النفسي والعلاقات الاجتماعية لدى النساء.
- دراسة مقارنة لأعراض الفقدان لدى النساء الفاقديات بين مخيمات اللاجئين.
- استخدام البرنامج الإرشادي مع اضطرابات ومشكلات أخرى ومع فئات عمرية مختلفة وزيادة أفراد العينة وتوسيعها لتشمل مختلف الأعمار.
- استخدام فنيات أخرى مع الذين يعانون من أعراض الفقدان مع الاهتمام بالإرشاد النفسي.

- الصعوبات التي واجهت الدراسة الحالية:

- ندرة المراجع والمصادر باللغة العربية في مجال العلاج الروائي وكذلك في مجال الفقدان مما دفع الدراسة العودة إلى المراجع الأجنبية في كل ما يتعلق بكلا الموضوعين.
- صعوبة الوصول إلى عينة الدراسة وجمعهم في وقت مناسب ليتم تطبيق البرنامج الإرشادي.

قائمة المصادر والمراجع العلمية

المراجع العربية:

- الأغا، إحسان. (2002). *البحث التربوي* (المجلد 2) : الجامعة الإسلامية.
- الأنروا. (1978). *تعريف وأحصائيات*. مكتبة الأعلام.
- إبراهيم، عبد الرحمن. (2011). *كيف نفهم مرارة الأسى والفقد*. إصدارات 2.
- أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (2009). *المهارات الإرشادية: السيرة للنشر والتوزيع*.
- باترسون، جيرالد. (1990). *نظريات الإرشاد والعلاج النفسي* (المجلد 1، القسم الأول). (حامد عبد العزيز الفقي، المترجمون): دار القلم.
- البدور، سليمان. (1999). *الاستجابات السلوكية الانفعالية الناتجة عن فقدان الزوج والاب من مذبحه الخليل بالضفة الغربية. مجلة الملخصات العلمية النفسية، جامعة بن جريون*.
- بدوي، أحمد. (1982). *معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية*: مكتبة لبنان.
- بركات، سلسبيل. (2017). *أثر برنامج إرشادي جمعي في التقليل من القلق والاكتئاب لدى النساء السوريات المطلقات والأرامل*. رسالة ماجستير منشورة كلية الدراسات العليا، الجامعة الهاشمية.
- أبو بكر، خوله. (2004). *النساء والنزاع المسلح والفقدان. "الصحة النفسية للنساء الفلسطينيات في المناطق المحتلة"*، فلسطين: مركز الدراسات النسوية.

التميمي، عمار ومعالى، باجس. (2019). فاعلية برنامج ارشاد جمعي في خفض أعراض اضطراب ضغط

ما بعد الصدمة والوحدة النفسية لعينة من اللاجئين السوريين في مخيم الزعتري في الاردن. رسالة

دكتوراه منشورة، جامعة العلوم الاسلامية العالمية، كلية الدراسات العليا.

ثابت، عبد العزيز وطواحينه، أحمد وسراج، أحمد. (2001). تأثير هدم البيوت على الصحة النفسية للأطفال

الذكور والصلابة النفسية في قطاع غزة: برنامج غزة للصحة النفسية.

الجداونة، دعاء. (2017). فاعلية برنامج إرشادي جمعي مستند الى النظرية البنائية في التربية الوالدية

وخفض مشاعر الفقدان لدى الأرمال اللاجئات السوريات وأطفالهن: رسالة ماجستير غير منشورة،

الجامعة الهاشمية.

جولمان، دانيال. (2000). النكاء العاطفي. (ليلى الجبالي، مراجعة محمود يونس، المترجمون) : سلسلة

عالم المعرفة: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، العدد 262.

حسنين، سهيل. (2010). المرأة الفلسطينية، الاحتلال والفقدان الجمعي "تجربة من فاقدة الى فاقدة من منظور

الدعم الشمولي": مركز الدراسات النسوية.

حسنين، سهيل. (2013). تجربة نهج "من فاقدة الى فاقدة" دراسة كيفية حول النساء الاحتلال، الفقدان

الجمعي والدعم الشمولي. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الانسانية). 2 (27)، الصفحات

311-348.

حمدي، عبد العظيم. (2013). البرامج الإرشادية: مكتبة أولاد الشيخ للتراث.

خميسة، أياد. (2012). خبرات الفقدان الصادمة والتكيف الاجتماعي لدى اسر الاستشهاديين الفلسطينيين:

جامعة القدس.

خويطر، وفاء. (2010). الأمن النفسي والشعور بالوحدة لدى المرأة الفلسطينية المطلقة والارملة وعلاقتها ببعض المتغيرات: (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية.

رابح، واكد. (2015). مطبوعة في مقياس بناء البرنامج الإرشادي: جامعة الدكتور يحي فارس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية.

الرشود، عبد الله. (2018). أسس ومبادئ ومناهج البرامج الإرشادية وتصميم البرامج الإرشادية في الإرشاد الأسري: دليل الإرشاد الأسري، الجزء 8، جمعية المودة للتنمية الأسرية.

رصرص، خضر. (2006). آليات التدخل وقت الازمات: مركز علاج وتأهيل ضحايا التعذيب.

زهران، حامد. (1998). التوجيه والإرشاد النفسي (المجلد 3): عالم الكتب.

سعفان، محمد. (2005). العملية الإرشادية، التشخيص، الطرق العلاجية الإرشادية، البرامج الإرشادية، إدارة الجلسات والتواصل: دار الكتاب الحديث.

سليمان، عبد الله. (2000). برامج الإرشاد النفسي وأثرها في تنمية طلبة الجامعات ومؤسساتها، دراسات نفسية، المجلد العاشر، العدد الأول، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية.

سويد، عبد المعطي. (2003). مهارات التفكير ومواجهة الحياة: دار الكتاب الجامعي.

سي موسى، عبد الرحمن وزقار، رضوان. (2015). العنف الإرهابي ضد الطفولة والمراهقة الصدمة والحداد في الاختبارات الإسقاطية. ديوان المصنوعات الجامعية.

شلهوب، كيفوركيان. (1997). تحليل مفاهيمي لأصوات المضطهدين في منطقة الصراع: مركز الدراسات النسوية.

الشناوي، محمد. (1994). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي: دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع.

شويخ، هناء. (2007). أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الاورام السرطانية (المجلد 1): انبراك للنشر والتوزيع.

شبيبي، جوهره. (2005). الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بسمات الشخصية لدى عينة من جامعة أم القرى بمكة المكرمة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى.

صلاح الدين، وتد ومصطفى، روان. (2014). ارتباط حدة ردود الفعل لدى اهالي الفاقدين لأبنائهم من الضفة الغربية والقدر جراء الموت المفاجئ بالنوع الاجتماعي للوالدين وجيل الفقد. جامعة القدس، المجلد 18، العدد 1، الصفحات 151-184.

عابد، وفاء. (2008). الشعور بالوحدة النفسية لدى زوجات الشهداء وعلاقتها بكل من المساندة الاجتماعية والالتزام الديني: رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية.

عاسمي، رياض. (2015). التصميم الناجح لبرامج الإرشاد النفسي المدرسية الشاملة: جامعة دمشق، كلية التربية.

أبو عايش، أحمد. (2006). سيكولوجية الفقدان. نابلس: المركز الفلسطيني للمساعدة في حل النزاعات المجتمعية.

عبد الأمير، فائزة. (2021). مواجهة صدمة الفقد في الأسرة بالأمل. علم النفس الايجابي مثالا. مجلة الأيام، عدد 11780.

عبد المنعم، محمود وطريف، فرج. (1993). التغلب على الآسى الناتج عن وفاة الابن. مجلة علم النفس (28)، الصفحات 27-35.

عبد الهادي، فيحاء. (2007). لو املك الخيار "قصص من الحياة اليومية للنساء الفلسطينيات خلال العامين

2002-2003 من الانتفاضة الثانية. القدس: مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي، نيفي

(18، 2003 شباط)، الجثث الأسيرة. صحيفة القدس، 4.

عثمان، فاروق. (2001). القلق وادارة الضغوط النفسية (المجلد 1): دار الفكر العربي.

عطا الله، روند. (2018). فعالية برنامج ارشادي مقترح لخفض الأسي النفسي لأمهات فقدن أبنائهن،

فلسطين: رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية.

عقيلي، عادل. (2004). الاغتراب وعلاقته بالأمن النفسي لدى طلبة جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

بمدينة الرياض: رسالة ماجستير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود

الاسلامية.

علاء الدين، جهاد. (2010). نظريات الإرشاد الأسري. الأهلية للنشر والتوزيع: الأهلية للنشر والتوزيع.

أبو علي، محمد وأبو جابر، وإبراهيم. (2021). تأثير سياسات السلطة الفلسطينية على المشاركة السياسية

في المخيمات الفلسطينية: مخيمات الضفة الغربية نموذجاً: رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة

النجاح الوطنية.

الفروخ، سناء. (2016). فاعلية العلاج التعريضي السردى في خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد

الصدمة (D.S.T.P) على عينة من اللاجئين السوريين في الاردن. رسالة ماجستير منشورة، كلية

الآداب والعلوم، جامعة عمان الاهلية.

الفنجري، حسن. (2008). فعالية استخدام استراتيجيات علم النفس الإيجابي في التخفيف من قلق المستقبل.

المجلة المصرية للدراسات، عدد58، مجلد 18.

قرع، ايد. (2005). اتجاهات التنشئة الاجتماعية لزوجات المعتقلين لأبنائهن وعلاقتها ببعض المتغيرات: بحث غير منشور.

كامل، ماهر. (2005). اسهامات طريقة تنظيم المجتمع في تحسين نوعية حياة المرأة المعيلة. ورقة عمل مقدمة للمؤتمر العلمي الثامن عشر: جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.

كوري، جيرالد. (2011). النظرية والتطبيق في الارشاد والعلاج النفسي. (سامح وديع الخفش، المترجمون) دار الفكر (تاريخ النشر الاصيلي 2009).

المحجوب، سامي. (2012). الارامل في سنوات الترمول الاولى أكثر شعورا بالأسى: (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة البحرين.

المزيني، أسامة. (2005). فعالية برنامج إرشادي لتخفيف معاناة آباء وأمّهات انتفاضة الأقصى: رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية.

المزيني، أسامة. (2011). المعاناة النفسية لدى زوجات شهداء حرب غزة 2008 في ضوء بعض المتغيرات. مجلة الجامعة الإسلامية، 19 (2)، الصفحات 273-304.

مصطفى، روان. (2010). دور الدعم الاجتماعي في مدى تكيف الوالدين لفقدان الابناء جراء الموت المفاجئ في الضفة الغربية والقدس. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس.

المغربي، عبد الرحمن. (2006). لجان الخدمات الشعبية في مخيمات الضفة الغربية 1966-2004. مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإنسانية والاجتماعية، ع7، الصفحات 355-388.

المفتي، حسن. (2015). احتياجات ومشكلات المرأة اللاجئة في المخيمات الفلسطينية. مجلة الخدمة الاجتماعية، ع37، الصفحات 53-59.

مقبل، مرفت ويونس، وفاء. (2008). الآثار النفسية والاجتماعية للنساء الفاقديات في مخيم جباليا ومنطقة

بيت لاهيا: مركز شؤون المرأة.

مقدم، أمال. (2019). تقويم البرامج الارشادية. جزائر: جامعة الجيلالي بونعامة خميس مليانة، كلية العلوم

الإجتماعية، شعبة علوم التربية.

منصور، أحمد. (2018). فعالية برنامج جمعي روائي في خفض أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى الأسرى

المحررين: جامعة النجاح الوطنية.

ابن منظور، جمال الدين. (1991). لسان العرب: دار الكتب العلمي.

المؤمنى، امانى وبنات، سهيلة. (2018). مستوى ممارسة التفكير الايجابي وعلاقته بمشاعر فقدان لدى

الامهات اللواتي توفي ابناؤهن في الأردن: رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية.

النيال، ماسة. (1998). خبرة الآسى التالية لفقدان الجنين الأول، جامعة عين شمس، مجلة الإرشاد النفسي،

(18)، الصفحات 199-207.

الهول، اسماعيل وعون، محيسن. (2013). المساندة الإجتماعية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والصلابة

الفلسطينية لدى المرأة الفلسطينية فاقدة الزوج. مجلة جامعة النجاح للأبحاث والعلوم الإنسانية،

(11)27، الصفحات 2207-2236.

المراجع الأجنبية:

Ackerman, C. (2020, February 27). *Narrative therapy techniques, interventions+ worksheets. Positive Psychology.* Retrieved from <https://positivepsychology.com/narrativetherapy/>

- Angus, L. E., & Mcleod, J. (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy: practice , theory and research: sage.*
- Anhon, H., & Desideri. (2014). *A, Heroines “ journey – emerging by refugee women during group analytic music therapy. Voices: A world forum for music therapy.* Retrieved from Vol. 14 No 1. DOI: : <http://dx.doi.org/10.15845/voices.v14i1.686>
- Asbsell, L. B. (2018). Style of Coping, Daily Hassles, and Hardiness as Mediators and Outcome in the stress- illness relationship: A prospective Study. *DAI-B, 49/12*, p. 551.
- Asgeirsdotter, H. (2011). *Chronic Pain in Widowers 4-5 years after Loss, Faculty of Medicine.* Center of Public Health Science ,School of Health Sciences ,University of Iceland.
- Bennett , K., & Soulsby, L. (2010). Wellbeing in bereavement and widowhood . *University of Liverpool. 20 (4)*, pp. 321-337.
- Besely, T. (2001). Foucauldian Influences in Narrative Therapy: An Approach for Schools. *Journal of Educational Enquiry, 2(2)*.
- Blackbeard, D., & Lindegger, G. (2007). "Building a wall around themselves": exploring adolescent masculinity and abjection with photo – biographical research. *South African. Journal of Psychology, 37(1)*, pp. 25-46.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: volume.3. loss: sadness, and depression.* : Basic Books.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry:* Basic Book.
- Carey, M., & Russell, S. (2004). *Narrative Therapy: Responding to your Question.* Dulwich Centre publication.
- Carr, A. (1998). Michael Whites narrative therapy. *contemporary family therapy, 20(4)*, pp. 485-503.

- Coery, G. (2012). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. cengage learning.
- Corey, G. (2005). *Theory and practice of counseling and Psychotherapy: Thomson/ Brooks/ Cole*.
- Dislers, G. (2019). Discovering The Meaning Of The Narrative Therapy In The Caritative Social Work Context, *81(3)*, pp. 67-80.
- Doostgharin. (2009). Children affected by earthquakes and their immediate emotional needs. *International Social work 52 (1)*, pp. 96-106.
- Doukas, A., Dandrea, W., Doran, J., & pole, N. (2014). Psychophysiological predictors of working alliance Among treatment – seeking Women with complex Trauma Exposure. *journal of Traumatic stress, 27 (6)*, pp. 672-679.
- Dunn, C. (2015). *Young widows' grief: A descriptive study of personal and contextual factors associated with conjugal loss*: PhD Dissertation, Utah State University.
- Erbes, C., Stillman, J., Wieling, E., Bera, W., & Leskela, J. (2014). A pilot examination of the use of narrative therapy with individuals diagnosed with PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 27(6)*, pp. 730-733.
- Freedman , J., & Combs, G. (1996). *Narrative Therapy: The social construction of preferred real*. WWW Norton & Company.
- Freedman, J., & Combs, G. (2009). Narrative ideas for consulting with communities and organizations: Ripples from the gatherings. *Family process ,48(3)*, pp. 347-362.
- Gehart, D. (2009). *mastering competencies in family therapy: A practical Approach to theory and clinical case Documentation: engage learning*.

- Ghavibazou, E., Hosseinian, S., & Abdollahi, A. (2020). Effectiveness of Narrative Therapy on Communication Patterns for Women Experiencing Low Marital Satisfaction. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*.
- Gillies, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, Grief, and the search for significance: toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*. Vol. (19), pp. 31-65.
- Grimmelikhuijzen, M. (2013). *Loneliness and well-being after partner loss: A large cross-sectional study*. Master Thesis, University Utrecht.
- Guilfoyle, M. (2014). *The person in narrative therapy: A post – structural , Foucauldian account: Springer*.
- Hall, C. (2014). Bereavement theory: recent developments in our understanding of grief and bereavement. *Bereavement Care*, 33(1), pp. 7- 12.
- Hamidi, P., Bahari, S., Mostafavi, S. A., & Sha mohammadi, M. (2016). The Efficacy of the Narrative Therapy Approach in Reducing Couples' Conflicts Through Couples Therapy, 5(3).
- Hermans, H. (2004). *The Innovation of self – Narratives. A Dialogical Approach*. Lynne & M. John (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research* (pp.175-191). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- 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 (1), pp. 591-611.
- Kaplan, H., & Sadock , B. (1995). *Comprehnsive text book of psychiatry*. USA: VI.(vol.1.1.) 6th ed. Williams& Wilkins.
- Kaptain, D. (2004). *Narrative group therapy with outpatient adolescents*.

- Kaunonen, M. (2011). Grief and social support after the death of a spouse. *Journal of advanced Nursing*, 30(6), pp. 1304-1311.
- Keeling, M., & Bermudez, M. (2006). Externalizing problems through art and writing: Experience of process and helpfulness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32 (4), pp. 405-419.
- kessler, R., & Stange, P. (1994). *life time comorbidities between social phobia and mood disorders in the use national comorbidity suries*. Harrard Medical.School Bosten.
- Khodayarifard, M., & Sohrabpour, G. (2018). Effectiveness of Narrative Therapy in Groups on Psychological Well-being and Distress of Iranian Women with Addicted Husbands. *Addiction & Health*, 10(1), 1.
- Klaric, M., Klaric, B., Stevanovic, A., Grkovic, J., & Jonovska, S. (2007). Psychological consequences of war trauma and postwar social stressors in women in Bosnia and Herzegovina. *Croatian Medical Journal*, 48(2), pp. 167-176.
- Mannell, J., Ahmad, L., & Ahmad, A. (2018). Narrative storytelling as mental health support for women experiencing gender-based violence in Afghanistan. *Social Science & Medicine*. 214, 91-98; doi: 10.1016/j.socscimed.2018.08.011.
- Miller, L. (2008). *Counseling crime victims: Practical strategies for mental* .
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy?* . Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Murdock, N. (2009). *Theories of Counseling and Psychotherapy: A Case Approach: Merrill/Pearson*.

- Murell, S., Meeks, S., & Walker, J. (2000). Protective functions of health and self – esteem against depression in older adults facing illness or bereavement. *Psychology and aging*.6(3), pp. 352-360.
- Nelson, T. (2012). *MFT model charts*. Retrieved from [http:// www.aamft.org/ Institutes 13/Supervision / Individual_ Documents / Saturday / mftmodelchartssup.pdf](http://www.aamft.org/Institutes%2013/Supervision/Individual_Documents/Saturday/mftmodelchartssup.pdf)
- Neuner, F., Schauer , M., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy , supportive counseling , and psych education for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *journal of consulting and clinical psychology*. 72 (4) , p. 579.
- Parkes, M. (1993). Psychiatric problems following bereavement by Murder or Man- slaughter. *British Journal of Psychiatry*, 9(162), pp. 49-55.
- Pasupathi, M., Mansour, E., & BrubakerJ, R. (2007). Developing a life story: Costructing relations between self and experience in autobiographical narratives. *Human Development* , 50(2-3), pp. 85-110.
- payne, M. (2006). *Narrative Therapy*. SAGE Publication.
- Payne, M. (2011). Narrative Therapy. In W. Dryden & A. Reeves (Eds), *The Handbook of Individual Therapy: SAGE*, pp. 469-495.
- Phipps, W., & Vordter, C. (2009). Narrative therapy: a return to the intrapsychic perspective ? *Journal of psychology*, 39 (1) , pp. 32-45.
- Prishtina, K. (2003). *The Kosovo Rehabilitation Centre for torture Victims*.
- Raphael, B. (1984). *The Anatomy of bereavement*: Hutchinson.
- Ribeiro, A., Bento, T., Goncalves, M., & Salgado, J. (2010). *Commentary: Self – narrative reconstruction in psychotherap*.

- Rief, I., Patton, V., Micheal, J., & Gold, B. (2006). Bereavement stress and social support in members of self help group. *Journal of clinical psychology*.56 (6), pp. 813-820.
- Rushiti, F. (2005). *A controlled study of the experiences of traumatized women in relation with their martial, parental and sexual life in kosovo.*
- Sajadian, A., Dokanei, F., & Behboodi, M. (2016). Narrative therapy on breast cancer patients anxiety and depression. *Iranian Quarterly journal of Breast Diseases*, 9 (2), pp. 36-44.
- Schauer, M., Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy: A short – term treatment for traumatic stress disorders.* Hogrefe publishing.
- Schram, T. (2006). *Conceptualizing and proposing Qualitative Research: Pearson Merrill Prentice Hall.*
- Schut, M. S. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death studies*, 23(3), pp. 197- 224.
- Semmler, P., & Williams, C. (2000). Narrative therapy: Astried context for multicultural counseling. *Journal of multicultural Counseling and Devalopment* , 28(1), pp. 51-62.
- Seo, M., Kang, H., Lee, Y., & Chae, S. (2015). Narrative therapy with on emotional approach for people with depression: Improved symptom and cognitive– emotional outcomes. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(6), pp. 379-389.
- Shapiro, J., & Ross, V. (2002). Applications of narrative theory and therapy to the practice of family medicine. *Family Medicine –Kansas City -*, 34 (2), pp. 96-100.

- Sharma, M., & Jagodev, T. (2011). Use of music therapy for enhancing self among academically stressed adolescents. *Pakistan journal of psychological research*, 27 (1), pp. 53-64.
- Standish, K. (2013). *Introduction to narrative therapy*. Retrieved from <https://www.slideshare.net/kevins299/lecture-8-narrative-therapy>
- Tartakovsky, M. (2018). *Grief, Loss and Copink*. Psych Central.
- Thabet , S. (2009). Coping of Palestinian women with Trauma and loss due to war on Gaza. *Journal of the Arab Network of psychological Sciences*, 6(24), pp. 1-12.
- Utz, R., Casterta, M., & Lund, D. (2012). Grief, depressive symptoms, and physical health among recently bereaved spouses. *The Gerontologist*, 52(4), pp. 460-471.
- VandenBos, G., & American Psychological Association Staff. (2015). *APA concise dictionary of psychology*. American Psychological Association.
- Watkin, C. (1992). psychotherapy supervision and the separation – individuation process: Autonomy versus dependency issues. *the clinical supervisor* , 10 (1), pp. 111-121.
- Weber, M., Davis, K., & McPhie, L. (2006). Narrative therapy, eating disorders and groups: Enhancing outcomes in rural NSW. *Australian Social Work*, 59 (4) , pp. 391-405.
- White , M. (2006). *Externalizing conversation revisited*. In A. Morgan & M.White (Eds), *Narrative therapy with Children and their families* (pp.2-56). Adelaide Australia: Dulwich Centre Publications.
- White , M. (2007). *Maps of narrative practice*. WW Norton & Company.
- White, M. (1992). *Deconstruction and therapy*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre.

White, M. (2000). *Reflections on narrative practice: Essays and interviews*. Dulwich Centre publications.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to the therapeutic ends*. WWW Norton & Company.

Wright, P., & Hogan, N. (2008). Grief theories and models: Applications to hospice nursing practice. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 10(6), pp. 350- 356.

Zimmerman, J., & Dickerson, V. (1996). *If problems talked: Narrative therapy in action*. Guilford Press.

الملاحق

الملحق أ

مقياس مشاعر فقدان قبل التعديل

مقياس مشاعر فقدان

تحية طيبة وبعد،،،،،

تقوم الدراسة بإجراء دراسة بعنوان (أثر برنامج ارشادي جمعي قائم على العلاج الروائي لدى النساء الفاقديات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس) وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي.

سيتم تطبيق مقياس متعلق بتشخيص المشكلة، والكشف عن مستوى مشاعر فقدان لدى النساء الفاقديات، حيث سيتكون المقياس من (62) فقرة موزعة على 5 أبعاد، وتتم الإجابة على فقراته وفقاً لتدرج ليكرت الخماسي (دائماً، غالباً، أحياناً، قليلاً، أبداً).

ونظراً لما نعهده منكم من خبرة في هذا المجال يرجى تفضلكم بالاطلاع على الفقرات، وأبداء رأيكم بصلاحياتها، وعلاقتها بالمفهوم أعلاه لتعديل الفقرات التي بحاجة إلى تعديل، ولما عهدته فيكم من خبرة وتعاون فأنتني اضع بين ايديكم المقياس راجياً تحكيمه.

وتقبلوا مني فائق الاحترام والتقدير

المعلومات الشخصية:

- العمر:

1- من (35-اقل من 45).

2- من (45-60).

- المؤهل العلمي:

1- ثانوي فأقل.

2- دبلوم.

3- بكالوريوس.

- سنوات الفقدان:

1- اقل من 3 سنوات.

2- من 3-6 سنوات.

3- من 6-9 سنوات.

4- 10 سنوات فأكثر.

- ترتيب الأب في الأسرة:

1- الأول.

2- الأوسط.

3- الأخير.

البعد الانفعالي:

- 1 أشعر أنني مصدومة لفقدان ابني.
- 2 أشعر بالحزن يخيم على قلبي.
- 3 أشعر بالذنب بسبب فقدان ابني.
- 4 أشعر بالأسى.
- 5 أشعر كثيراً بالوحدة منذ وفاة ابني.
- 6 لدى تخوف من خسارة أحد افراد عائلتي.
- 7 اشعر برغبة بالبكاء كلما تذكرت ابني المتوفى.
- 8 تأثرت علاقتي بزوجي بعد فقدان ابني.
- 9 أعاني من أحلام مزعجة بعد فقدان ابني.
- 10 أشعر بالحرمان العاطفي بعد فقدان ابني.
- 11 أشعر بالتوتر منذ فقدان ابني.
- 12 أعاني من مشكلات بالنوم.
- 13 يصعب عليّ الاستمتاع في الكثير من الأشياء.
- 14 أتمنى أن يكون لي أطفال آخرين.

البعد الجسمي:

- 15 أشعر أن جزءاً كبيراً مني توفى مع ابني.
- 16 أشعر بعد القدرة على ممارسة أعمالتي اليومية.
- 17 أشعر بفقدان وضعف جسمي بعد فقدان ابني.
- 18 أعاني من ارتفاع ضغط الدم بعد فقدان ابني.
- 19 أشعر بالتعب والإجهاد بعد فقدان ابني.
- 20 أشعر أنني معرضة للإصابة بالمرض خصوصاً بعد فقدان ابني.
- 21 أشعر بالخمول بعد فقدان ابني.
- 22 اشعر بعد الرغبة بالأكل كلما تذكرت ابني.
- 23 أشعر بزيادة الشهية في الأكل.
- 24 تكررت زياراتي للطبيب بعد فقدان ابني.
- 25 ازداد استخدامي للمهدئات بعد فقدان ابني.
- 26 أصبحت أهمل مظهري العام بعد فقدان ابني.
- 27 أعاني من مشكلات في معدتي.

البعد الاجتماعي:

- 28 أرغب بالجلوس لوحدي وعدم مخالطة الآخرين.
- 29 تغيرت طريقة تعاملي مع الآخرين للأسوأ بعد فقدان ابني.
- 30 أتجنب مشاركة الآخرين في مناسباتهم الإجتماعية.
- 31 أشعر بعد الرغبة في المشاركة بالمناسبات الإجتماعية.
- 32 أكثر الزيارات العائلية وأتجنب قضاء وقت في المنزل بعد فقدان ابني.
- 33 أشعر أنني وحيدة حتى لو كنت مع الناس بعد فقدان ابني.
- 34 أفقر لمن يخفف عني همومي.

35	دعم أقاربي لي يخفف عني ألمي.
36	أشعر بعدم رغبة الآخرين في وجودي بينهم.
37	يصعب علي أن أثق بأناس آخرين منذ فقدان ابني حتى من كنت أجد لديهم الراحة من قبل.
38	أرى أن الآخرين لا يمكن أن يعوضونني ما فقدت.
البعد المعرفي:	
39	أشعر أن افكاري مشوشة.
40	أشعر بعدم القدرة على التركيز.
41	أشعر بالضياع بعد فقدان ابني.
42	أتخيل وجود ابني.
43	أفكر بأبني الفقيد.
44	أعاني من الشرود الذهني بعد فقدان ابني.
45	أفكر في امور غامضة تخيفني.
46	أبكي بكثرة بدون معرفة السبب.
47	أرى أنني عاجزة عن اتخاذ قراراتي بنفسي.
48	يصعب علي التفكير في حل المشكلات.
49	انا لا أعرف ما أريد.
50	أعتقد ان الله يعاقبني بعد فقدان ابني.
51	أفكر بالانتقام ممن كان مسؤولاً عن فقدان ابني.
52	أفكر كثيراً في حقيقة الإنسان بعد فقدان ابني.
53	أرى أن أي مصيبة هي أهون علي من فقدان ابني.
البعد الروحي:	
54	أشعر أن حياتي خاوية وبلا معنى بعد فقدان ابني.
55	أكثر عمل الخير بعد فقدان ابني.
56	أقصر في عباداتي بعد فقدان ابني.
57	علاقتي بالله أكثر قوة بعد فقدان ابني.
58	أشعر أن فقدان الابن من أعظم مصائب الدنيا.
59	أتساءل لماذا أنا التي فقدت ابنها دون الآخرين من حولي.
60	إيماني ازداد بعد فقدان ابني.
61	أرضى بقضاء الله مهما كان ولا أتذمر بعد فقدان ابني.
62	أخصص لنفسني أوقات للتأمل الذاتي بعد فقدان ابني.

ملحق (ب)

مقياس مشاعر فقدان بعد التعديل

جامعة النجاح الوطنية

عمادة الدراسات العليا والبحث العلمي



بسم الله الرحمن الرحيم

تحية طيبة وبعد،،،،،

قامت الباحثة بدراسة لإستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي في جامعة النجاح الوطنية بعنوان: "أثر برنامج إرشادي جمعي قائم على العلاج الروائي لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس".

ارجو من حضرتك التعاون في تعبئة هذا المقياس بما يتوافق مع وجهة نظرك، علماً بأن بيانات الدراسة هي لأغراض البحث العلمي فقط وسيراعى الحفاظ على سريتها.

شاكراً لكِ حُسنَ تعاونك

الباحثة: دالية رائف ياسر خاروف.

اشراف: الدكتور شادي ابو الكباش.

القسم الأول: المعلومات الشخصية:

- العمر:
- من (35-اقل من 45).
- من (45-60).
- المؤهل العلمي:
- ثانوي فأقل.
- دبلوم.
- بكالوريوس.
- سنوات الفقدان:
- اقل من 3 سنوات.
- من 3-5 سنوات.
- نوع الفقدان:
- زوج.
- ابن.
- هل سبق أن تلقيت استشارة نفسية:
- نعم.
- لا.
- كيف كانت علاقتك مع الفقيد:
- قوية.
- متوسطة.
- ضعيفة.
- هلا كانت لديك مخاوف من الفقدان:
- نعم.
- لا.

القسم الثاني:

الاسئلة التالية تتعلق بخبرة فقدان الصادمة التي تعرضت لها، كل سؤال يصف التغييرات التي حدثت في صحتك ومشاعرك خلال فترة الخمس سنوات السابقة من فضلك اجيبي على كل الاسئلة علماً بأن الإجابات تأخذ أحد الاحتمالات التالية فقط.

يرجى وضع علامة (x) امام كل فقرة حسب مع ما يتناسب مع وضعك:

الرقم	الفقرة	دائماً غالباً احياناً قليلاً ابدأ
البعد الانفعالي:		
1	أشعر بالصدمة والذهول جراء ما جرى.	
2	أشعر بالحزن يخيم على قلبي.	
3	أشعر بالذنب.	
4	أشعر بالأسى النفسي منذ وفاته.	
5	أشعر بالوحدة معظم الوقت منذ وفاته.	
6	لدي تخوف من خسارة أحد افراد عائلتي.	
7	أشعر برغبة بالبكاء كلما تذكرت المتوفي.	
8	تأثرت علاقتي بالآخرين بعد فقدان المتوفي.	
9	أعاني من احلام مزعجة بعد فقدان المتوفي.	
10	أشعر بالحرمان العاطفي نتيجة الفقد.	
11	لا يسعني إلا الشعور بالتوتر والقلق بسبب وفاته.	
12	أعاني من مشكلات بالنوم.	
13	يصعب على الاستمتاع في الكثير من الأشياء.	
14	ذكريات الشخص الذي توفى ترعجني.	
البعد الجسمي:		
15	أشعر أن جزء كبير مني توفى.	
16	أنا أفكر بهذا الشخص كثيراً لدرجة انه من الصعب ان اقوم بالمهام اليومية التي اقوم بها بشكل اعتيادي.	
17	أشعر بالألم في نفس أعضاء جسدي التي كانت تؤلم المتوفي.	
18	أعاني من ارتفاع ضغط الدم.	
19	أشعر بالتعب العام والاجهاد.	
20	أشعر أنني معرضة للإصابة بالمرض نتيجة الصدمة من الفقد.	
21	أشعر بالخمول بعد فقدان الشخص العزيز.	
22	أشعر بعدم الرغبة بالأكل كلما تذكرت المتوفى.	
23	أشعر بضيق في التنفس كلما تذكرت حادثة الفقد.	

- 24 تكررت زيارتي للطبيب بعد فقداني للمتوفى.
- 25 أزداد استخدامي للمهدئات بعد معاناتي من الاكتئاب نتيجة الفقدان.
- 26 أصبحت أهمل بمظهري العام.
- 27 أعاني من مشكلات في معدتي.

البعد الاجتماعي:

- 28 أرغب بالجلوس لوحدني دائماً .
- 29 تغيرت طريقة تعاملتي مع الآخرين للأسوأ.
- 30 أتجنب مخالطة الآخرين في مناقشاتهم الاجتماعية .
- 31 أشعر بعد الرغبة في المشاركة بالمناسبات الاجتماعية.
- 32 أكثر الزيارات العائلية وأتجنب قضاء الوقت في المنزل.
- 33 منذ وفاته، أشعر أنني فقدت القدرة على الشعور والاهتمام بالناس الآخرين، وأشعر بالبعد تجاه الناس الذين كنت أهتم لأمرهم.
- 34 أفقر لمن يخفف عني همومي.
- 35 دعم أقاربي لي يخفف عني ألمي.
- 36 أشعر بعدم رغبة الآخرين في وجودي بينهم.
- 37 منذ وفاته يصعب علي أن أثق بأناس آخرين حتى من كنت أجد لديهم الراحة من قبل.
- 38 أرى أن الآخرين لا يمكن أن يعوضونني ما فقدت.

البعد المعرفي:

- 39 أشعر أن افكاري مشوشة.
- 40 أشعر بعدم القدرة على التركيز.
- 41 أشعر بالضياح بعد فقدان المتوفى.
- 42 أتخيل وجوده بجانبني.
- 43 أفكر دائماً بالمتوفى.
- 44 أعاني من الشرود الذهني في أغلب الأوقات.
- 45 أفكر في امور غامضة تخيفني.
- 46 أبكي بكثرة بدون معرفة السبب.
- 47 أرى أنني عاجزة عن اتخاذ قراراتي بنفسي.
- 48 يصعب علي التفكير في حل المشكلات.
- 49 انا لا أعرف ما أريد.
- 50 أعتقد أن الله يعاقبني بفقدان الشخص العزيز.
- 51 أفكر بالانتقام ممن كان مسؤولاً عن وفاته.
- 52 أفكر كثيراً في حقيقة الإنسان بعد الموت.
- 53 أرى أن أي مصيبة هي أهون علي من الفقدان.

البعد الروحي:

- 54 أشعر أن حياتي خاوية وبلا معنى.
- 55 أكثر عمل الخير بعد ما حصل.
- 56 أقصر في عباداتي.

57	علاقتي بالله أكثر قوة.
58	أشعر أن الفقدان من أعظم مصائب الدنيا.
59	أتساءل لماذا أنا التي فقدت دون الآخرين من حولي.
60	إيماني ازداد بعد فقدان الشخص العزيز.
61	أرضى بقضاء الله مهما كان ولا أتذمر.
62	أخصص لِنفسي أوقات للتأمل الذاتي.

ملحق (ج)

نموذج الموافقة على المشاركة في البرنامج الإرشادي

تحية طيبة وبعد،،،

تسعى الباحثة إلى تنفيذ برنامج إرشادي جمعي في مجال الإرشاد النفسي والتربوي تحت عنوان "أثر برنامج إرشادي جمعي قائم على العلاج الروائي لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس " للتقليل من أعراض فقدان لدى المشاركات الذين سيكونون أعضاء في البرنامج ويعانون من هذه المشكلة، أو لإكساب أعضاء البرنامج مهارة حل المشكلات التي تساعدهم في التخفيف من آثار فقدان، وبدايةً لحصر أعضاء البرنامج الذين من المأمول مشاركتهم، سيتم تطبيق مقياس متعلق بتشخيص أعراض مشاعر فقدان أو متعلقة بتشخيص مشكلة فقدان، وعليه أمامك مجموعة من الفقرات التي تسعى إلى تشخيص المشكلة أو المهارة ذات العلاقة بالبرنامج، ففي حال موافقتك مبدئياً على المشاركة في البرنامج يرجى من حضرتك الإجابة على هذه الفقرات بأمانة وموضوعية، وإذا لم ترغب أن تكون مرشحاً كعضو في البرنامج الإرشادي المنوي تنفيذه، فلا داعي لاستكمال قراءة هذه الوثيقة ولا داعي للإجابة على فقرات المقياس، كما يرجى منك أن تكتب رقم جوالك أو هاتفك كي يتم التواصل معك في حال كنت مرشحاً كعضو في البرنامج الإرشادي في ضوء نتائج المقياس وكي يتم الحصول على موافقتك النهائية للالتحاق بالبرنامج.

الاسم:.....

العمر:.....:

رقم الجوال:.....

أنا الموقع أدناه أرغب في الإجابة على فقرات المقياس كموافقة مبدئية مني للمشاركة في البرنامج الإرشادي
الجمعي المعنون بـ " فعالية برنامج ارشادي جمعي قائم على العلاج الروائي لدى النساء الفاقات في مخيمات
اللاجئين في مدينة نابلس "

التوقيع:.....

التاريخ:.....

الباحثة:

داليه رائف ياسر خاروف جوال:(0598674096)

جامعة النجاح الوطنية

الدراسات العليا

برنامج ماجستير الإرشاد النفسي والتربوي

ملحق (د)

البرنامج الإرشادي المطبق في الدراسة

آثر برنامج ارشادي جمعي قائم على العلاج الروائي لدى النساء الفاقات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس.

● المقدمة:

تُعد مشاعر فقدان من أكثر التجارب تأثيراً في حياة النساء، فهي تجربة صعبة يمر بها الكثير من أفراد شعبنا الفلسطيني عامة والنساء الفلسطينيات خاصة، حيث تختلف درجة التفاعل مع حدث فقدان وترجع إلى الاستجابات المختلفة والمتباينة والتي تتأثر بالعديد من العوامل الاجتماعية والثقافية، إن فقدان شخص عزيز يترك وراءه الكثير من المشاعر والأفكار وردود أفعال قوية.

الموت هو أحد اساسيات الحياة، إلا أن ما يرتبط به من اعراض الفقدان والمتمثلة بالحزن والأسى النفسي وذلك بسبب فقدان الأفراد الاقرباء لنا في الحياة، وهو ما يتم اضافته إلى واقع حياتنا، ذلك نظراً لما ينطوي على ذلك من الفجعة والإصابة بالأعراض الجسمية والنفسية بشكل كبير ويؤدي إلى شلل في العقل ومنعه من ممارسة دوره اليومي في إصدار التعليمات لباقي اعضاء الجسم للقيام بكل وظائفه.

إن فقدان النساء لأحد من الأبناء أو الزوج وخاصة إذا كان الفقدان مفاجئ والذي يعد من الحالات التي تتخلل بالكثير من مشاعر الحزن والمأساة النفسية، الذي يعتبر منعطف سلبي في تحقيق المرأة الفاقدة طموحاتها المستقبلية، حيث يعتبر فقدان الابن وفقدان الزوج من أشد انواع الفقدان تعقيداً ومرارة.

إن ضعف الاهتمام بموضوع الفقدان لدى النساء الفاقات، عدم وجود برامج ارشاد جمعي مميزة ونوعية ذات صلة بالموضوع، لذلك هذا ما دفعني إلى اجراء برنامج علمي لمحاولة الكشف عن فعالية خدمات الإرشاد

والعلاج الروائي المقدمة للنساء، دورها في تخفيض مشاعر فقدان المتعلقة بما يتبعه من التقليل منه وطرق مواجهته والتخلص منه عن طريق العلاج الروائي.

يعد العلاج الروائي أحد الوسائل والطرق المهمة التي تسهم في تخفيض أعراض الفقدان؛ لأن الفاقدة تتأثر بمشاعر الفقدان إلى درجة كبيرة؛ إذ تجد فيها طريقة التخلص من الأعراض والتي تشكل لديهم الإحساس والإنفعال لتكوين الأفكار الإيجابية والاتجاهات، وتقبل النساء على السرد من ذوات أنفسهن، لذلك قامت الباحثة بإعداد برنامج بعد أن اطلعت على البرامج والدراسات والأطر السابقة التي تناولت البرامج المختصة بالعلاج الروائي، هدف البرنامج إلى تشخيص أعراض الفقدان والقدرة على مواجهة مشاعر الفقد لدى عينة بحثية من النساء الفاقات في مخيمات مدينة نابلس، وتكون البرنامج الإرشادي من (13) جلسة إرشادية، إذ تكونت عينة الدراسة من 16 فاقدة تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، ومن ثم تم تطبيق اختبار قبلي على النساء ليجري تحديد النساء اللاتي يعانين من درجة أعلى كبيرة من أعراض الفقدان حتى يجري تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية.

● مواصفات البرنامج الإرشادي:

اشتمل البرنامج على جلسات جماعية من خلالها سيسمح النساء بالتفاعل والاختلاط ببعضهم بعضاً، والشعور بأنهن لسن وحدهن يعانين من نفس المشكلة، ما سيجعلهن يشعرن بالثقة والألفة ومساعدة بعضهم والتعاون فيما بينهم، وكذلك احتوى على عدد من الأنشطة والطرق الإرشادية التي تتناسب مع العلاج والتي تناسب النساء الفاقات.

● التصميم التجريبي المستخدم في البرنامج الإرشادي:

استخدمت تصميم تخير مجموعة بطريقة عشوائية من مجتمع العينة، وقيمت بقياس متغيرات العينة الديمغرافية وتأثيرها بالمتغير المستقل، وثم قمت بالقياس مرة أخرى بعد انتهاء التجربة، ومن ثم كشفت عن الفروق بين متوسطي كل متغير قبل التجربة وبعدها.

● محتوى البرنامج الإرشادي:

- المهارات:

1- تنمية مهارات حل المشكلات لدى النساء الفاقديات.

2- تنمية مهارات اتخاذ القرارات.

3- تنمية الصفات الفردية.

4- تنمية الذات.

5- تعزيز عدم الخوف من اتخاذ القرار.

- الخبرات: خبرات القائمين على معالجة الحالات من ناحية المرشدة النفسية.

- الدعم: دعمنا نحن كمرشدين نفسيين ودعم الأهل وتقديم المساعدة لهم بشتى الطرق من ناحية الدعم النفسي وغيرها.

● افتراضات البرنامج الإرشادي:

- تفترض الدراسة السرية التامة من قبل المجموعة لكل ما يدور في الجلسات.

- تفترض الدراسة أن المشاركة في البرنامج طوعية لجميع أفراد المجموعة.

- تفترض الدراسة أن أفراد المجموعة التجريبية التزموا الحضور في جميع الجلسات الإرشادية في موعدها ومكانها.

- تفترض الدراسة أن المجموعة التجريبية سيصبح عليها تغير.

- محاولة تطبيق البرنامج الإرشادي المصمم من قبل الدراسة في وزارة الصحة والجمعيات الإرشادية النفسية وخاصة المركز المقدم فيه جلسات البرنامج الإرشادي.

● مراحل الإعداد للبرنامج الإرشادي:

- التعرف على مفهوم الإرشاد الروائي وأهميته وفائدته المستقبلية على الفاقديات.

- دراسة النظريات التي تطرقت إلى العلاج الروائي والفقدان.
- اختيار الحلول المناسبة والفنيات لكل النساء حسب احتياجاتهم ومتطلباتهم وعلاقتها بمواجهة مشكلة الفقدان.
- الاطلاع على برامج إرشاد جمعي يسلط الضوء على العلاج الروائي وفعاليتها في التخفيف من أعراض الفقدان.
- التعرف على الحاجات الإرشادية والنمائية لدى النساء.
- تحديد أهداف البرنامج الإرشادي وجلساته.
- اعتبارات أخذت بها الباحثة قبل تطبيق البرنامج الإرشادي:
 - راعت الباحثة خصوصية النساء الفاقات.
 - اتبعت الباحثة اساس نظري حسب الدراسات السابقة التي جرى التطرق فيها بالدراسة.
 - التحفظ على ملفات النساء المشاركات في البرنامج الإرشادي.
 - مراعاة المستويات والفروق الفردية لدى الفاقات.
 - حصر الجلسات الإرشادية ومدة تنفيذها وتواريخها ومكان تنفيذها.
 - تقبل المشاركات تقبل غير مشروط واحترامهم والاستماع إلى مشكلاتهم دون تحيز ودون تهرب.
 - إنشاء علاقة قائمة على الطمأنينة والثقة والود.
 - اتباع أخلاقيات دستور الإرشاد النفسي.
- الأسس التي يقوم عليها البرنامج الإرشادي:
 - تطبيق الفنيات وفق ما ذكرت في البرنامج الإرشادي.
 - مراعاة أمن وطمأنينة المشاركات أثناء تطبيق الجلسات الإرشادية.
 - استخدام الأدوات والأساليب المختلفة التي تخدم إحتياجات النساء في البرنامج الإرشادي.

- مراعاة الفروق الفردية والاختلافات بين النساء في درجة فقدان.
- إنهاء المرشدة جميع الجلسات الإرشادية المتفق عليها خلال البرنامج الإرشادي.
- حرص الباحثة على تحقيق الأهداف المرجوة التي تسعى إلى تحقيقها بعد انتهاء الجلسات.
- الاهتمام بالمسترشدة على أنها كائن اجتماعي يؤثر في الآخرين ويتأثر بهم.
- حرصت الباحثة على مراعاة الإنسانية والأخلاق والتركيز على فلسفة المجموعة القائمة على قصص لا عقلانية وسلبية ومساعدتهم على تبني قصص بديلة لخفض مشاعر فقدان لديهم.
- مراحل تطبيق البرنامج الإرشادي:
 - مرحلة البدء: قامت المرشدة هنا بحصر عدد المشاركات الذين يعانون من أعراض فقدان ومن ثم بدأت بتطبيق البرنامج الإرشادي، وهي مرحلة الجلسات الأولى التي يتم فيها التعارف وبناء الثقة وكسر الحاجز والتعريف بالبرنامج وتطرقت إلى أهدافه وتم ذلك في الجلسة الأولى الجماعية.
 - مرحلة الانتقال: هنا جرى التركيز على صلب المشكلة وهي فقدان.
 - مرحلة العمل: جرى العمل على تنفيذ جلسات البرنامج الإرشادي الروائي وفق أساليب واستراتيجيات ونظريات بطريقة منظمة ومتسلسلة وجرى ذلك في الجلسة الثانية إلى الجلسة التاسعة، وجرى تطبيق البرنامج الإرشادي وإكساب النساء طرق وفنيات العلاج الروائي والتركيز على القصص المؤلمة المكبوتة في داخل النسوة والاستماع إلى قصصهم المتراكمة والحزينة وكتابة قصص بديلة ليقوموا بتأليفها والتي تبث على الأمل والتفاؤل والتركيز على دور العلاج في التخفيف من أعراض فقدان.
 - مرحلة الإنهاء: في هذه الجلسة تم تحقيق الأهداف المرجوة من البرنامج الإرشادي ومراجعة وتلخيص ما جرى مناقشته من أفكار ونتائج جرى التوصل إليها، ومن ثم تهيئة المشاركات لإنهاء البرنامج، وإجابة الفاعدات على الاختبار البعدي حتى نستطيع التوصل إلى النتائج المطلوبة، ونتعرف على مدى التحسن الذي طرأ على النساء بعد انتهاء البرنامج الإرشادي، وذلك في الجلسة الأخيرة.

● عناصر الجلسات الإرشادية:

1- بدء الجلسة بتلخيص للجلسة السابقة.

2- مناقشة الواجب المنزلي.

3- مناقشة عنوان الجلسة وأهدافها.

4- تطبيق الفنيات المستخدمة في البرنامج الإرشادي.

5- عمل مراجعة للجلسة وإعطاء واجب منزلي.

يمكن طرح الإطار العام من البرنامج من خلال الإجابة على التساؤلات الآتية:

1- لمن (to who): صمم البرنامج ليطبق على النساء الفاقات اللواتي فقدن أبنائهن أو أزواجهن (بالوفاة أو حادث، استشهاد، مرض وغيره) إذ بلغ عدد المشاركات 16 سيدة تتراوح أعمارهم ما بين (35-60) وجرى تقسيمهن إلى مجموعتين؛ مجموعة ضابطة لم يطبق البرنامج عليهن، ومجموعة تجريبية جرى تطبيق البرنامج عليها.

2- لماذا (why): هدف البرنامج إلى التخفيف من مشاعر فقدان والأسى الذي يتكبده شعورهن بالحزن الشديد على وفاة شخص عزيز لديهم.

3- ماذا (what): تكون البرنامج الإرشادي من (13) جلسة إرشادية بواقع جلتين أسبوعياً مدة الجلسة 60 دقيقة، إذ بدأت الجلسات بالجلسة الافتتاحية إضافة إلى جلسات أخرى مثل جلسة الحديث الإيجابي مع الذات والتفريغ الانفعالي والتطرق إلى فقدان وأعراضه وجلسة أسلوب حل المشكلات وجلسة ختامية للبرنامج.

4- كيف (How): جرى عرض البرنامج بأسلوب مبسط ولسلس وكذلك استخدام فنيات وأساليب إرشادية منها:

(الشاهد الخارجي، المناقشة والحوار، القصص، إعادة التأليف وغيرها)، إذ تبدأ الجلسة بالترحيب ومراجعة الجلسة السابقة وحل الواجب المنزلي وعمل نشاط، كذلك تغذية راجعة في آخر الجلسة.

5- متى (when): جرى تنفيذ الجلسات المعدة للبرنامج على المجموعة التجريبية في المدة المحددة وهي شهر ونصف تقريباً بواقع جلستين كل أسبوع، بعد تطبيق البرنامج نفذت الباحثة مقياس تتبعي لقياس أثر فاعلية البرنامج الإرشادي بعد مرور 6 أسابيع.

● أهداف البرنامج الإرشادي:

● الهدف العام:

خفض أعراض فقدان باستخدام العلاج الروائي لدى عينة من النساء الفاقات في مخيمات مدينة نابلس.

● الأهداف الخاصة:

- التبصير باستجابة مشاعر الفقد والحزن التي يعاني منها النساء الفاقات.
- مداواة بعض الجروح المشتركة مع عدد من النساء الفاقات اللاتي عاصرن تلك المشاعر، حيث ركزت عملية المداواة على مجموعات دعم، أملين بلورة اساليب جديدة للتدخل.
- بلورة وتطبيق استراتيجيات علاجية جديدة للتدخل بهدف التقليل من أثر تلك الصدمة على النساء.
- التعرف على واقع النساء الفاقات وطبيعة المشاعر التي تتكبدنهم، في سياق محاولتهن التخلص من مشاعر الفقدان وذلك بهدف فهم تلك المشكلة وإدراكها، والتعرف على مجالاتها في ضوء بعض المتغيرات، من ثم الاستفادة من النتائج في طريقة التعامل مع النساء الفاقات ليتم التمكن من تقليل أعراض الفقدان لديهم.
- التخفيف من أعراض الفقدان والحزن والأسى النفسي إلى أقصى درجة ممكنة.

● أهمية البرنامج الإرشادي:

1- تظهر أهمية البرنامج من طبيعة الفئة المستهدفة وهي النساء الفاقات، إذ أن البرنامج يسלט الضوء على فئة لم تلقى حقها الطبيعي ضمن حقل الإرشاد النفسي والتربوي وتعاني تهميشاً داخل المجتمع الفلسطيني عامة وفي مدينة نابلس خاصة.

2- قد يستفيد الباحثون من خلال البرنامج، فتح المجال أمامهم وطرح موضوعات جديدة في حقل تأهيل النساء الفاقات للتقليل من اعراض الفقدان في المجتمع الفلسطيني.

3- قد يستفيد من البرنامج العاملين ضمن حقل الارشاد النفسي والتربوي في تطبيق برنامج على من يعاني من الفقد خاصة فئة النساء.

● تقويم البرنامج الإرشادي:

قبلي -بعدي -تتبعي.

● مصادر بناء محتوى البرنامج الإرشادي:

- صدق البرنامج الإرشادي: للتأكد من كفاءة البرنامج الإرشادي، قامت الدراسة بعرض البرنامج على مشرف الدراسة، حتى جرى التأكد من مدى ملائمة البرنامج ومحتواه للتطبيق على عينة الدراسة، وهل يحقق هذا المحتوى هدف الموضوع من الجلسة أم لا؟ وبعد ذلك تم تعديل البرنامج في ضوء آراء ومقترحات المشرف في المجال، ومن ثم جرت مقارنة النتائج القبلية والبعدي للمجموعة التجريبية.

- تقييم البرنامج الإرشادي: جرى تقييم البرنامج من ناحية التوصيات، والصعوبات، ثبات الاختبار، صدق الاختبار، متغيرات الدراسة، آراء افراد المجموعة التجريبية، التغيرات التي طرأت على مشاعر النساء وافكارهم، التقويم الذاتي، مراجعة محتويات الجلسة الإرشادية.

● أساليب تقويم البرنامج الإرشادي:

- التقويم التكويني والمرحلي: وجرى ذلك من خلال ملاحظة الباحثة لأفراد المجموعة أثناء تطبيق البرنامج الإرشادي ومدى استفادتهم من الجلسات الإرشادية.
- التقويم القبلي والبعدي: وجرى التأكد من التقويم القبلي والبعدي من خلال تطبيق مقياس مشاعر الفقدان، وحصص المشتركة ذات المستوى المرتفع في المقياس والذين يعانون من مشاعر الفقدان وتطبيق البرنامج الإرشادي عليهم، وبعد الانتهاء من الجلسات جرى تطبيق المقياس وملاحظة التغير في انخفاض أعراض الفقدان لدى المشاركات عما كان لديهم قبل تطبيق البرنامج الإرشادي، وجرى تحليل نتائج الإجابة على المقياس احصائياً.

● الاستراتيجيات المتبعة في البرامج الإرشادية:

- غرس الأمل: تقوية نزعة الاستبصار وتحقيق النتائج الإيجابية، كذلك السعي لتحقيق الغاية من خلال مجموعة من الطرق والاليات الفنجري (2008).
- تنمية التفاؤل: تعزيز توقعات المسترشد حول الأمور المستقبلية التي ستكون في صالحه بالرغم من وجود مجموعة من الخيبات والوكسات التي تحيط بهم حالياً، حيث يحمي الافراد من الوقوع في الاكتئاب وفقدان الطموح جولمان (2000).
- استراتيجية المواجهة: هي الاستراتيجية التي يستخدمها الفرد لمعالجة التهديد، وبالمثل نجد (الدوين وآخرون) يشير إلى المواجهة بأنها "الاستراتيجية المستخدمة لمعالجة الاضطرابات الموجودة أو المتوقعة وما ينتج عنها من سلوكيات سلبية" شويخ (2007).
- استراتيجية إدارة الضغوط النفسية: هي جزء رئيسي في عملية الضغوط، وهي توضح كيف يدرك الأفراد الضغوط؟ وبالتالي هي تتضمن جميع الاستجابات التي يقوم بها الفرد اتجاه التهديد أو الخطر، فهي

توجه الشخص إلى خفض الضغوط كلياً وتتضمن أي محاولة تقليل أو تجنب للتعامل مع الآثار الناجمة عن الضغوط (Asbell, 2018).

● الفنيات المستخدمة في البرنامج الإرشادي:

– طرح الأسئلة: ونعني بذلك السؤال عن القصص العائلية والثقافية التي قيدتهم وألحقت بهم الأذى، إذ يجري سؤالهم عن ردودهم، وذلك لفهم العلاقة بين الشخص والحدث وكيف يصف المسترشدين أنفسهم والمواقف التي تحدث لهم (Schram, 2006).

– إعادة العضوية: هي دمج الشخص نفسه في عملية إعادة تجديد العلاقة التي فقدت لديه ويجري ذلك عبر تعيين عضوية الفرد، إذ يجري اختيار القصة المفضلة من خلال ربط الآخرين في حياة الشخص وذلك إما باسترجاع تأثير الآخرين على ذاته أو إما بتخليص نفسه من العلاقات التي لم يعد يريدتها الآخرون (Guilfoyle, 2014).

– التوثيق: هي كتابة الملاحظات والمذكرات لاستكشاف نقاط القوة والضعف والقصص الشخصية (Keeling & Bermudez, 2006).

– إعادة التأليف: هو طلب المعالجون الروائيون القصص والأدلة من ماضي العميل وذلك لإثبات أنه كان فعالاً وقوياً ولكنه لن يستطع إدراك ذلك دائماً (White; Epston, 1992).

● التفكير: استكشاف المعنى الخاص بالقصة والتخلص من الافتراضات التي تكمن وراء العلاقات الاجتماعية الموصوفة بالحقائق مما يساعد المتعالجين على حل المشاكل بطريقة فعالة وذلك من خلال تفكير معنى حياتهم وعلاقاتهم، والوعي بالفرق بين الواقع والخيال (Besely, 2002).

● الاستماع المزدوج: هو تركيز انتباه المعالجين للطرق التي يتم بها تقسيم المشاركين لقصصهم التي تشكل ذواتهم (Freedman & Combs, 2009).

• البحث عن نتائج فريدة: هو الوقت الذي يستخدم فيه الفرد وسائله لمعالجة الاحداث (Murdock, 2009)، ذلك من خلال مناقشة المشكلة بطريقة الأسئلة التي تعتمد على استخراج المشكلة مثل: كيف ومتى وماذا، وكذلك إعادة الصياغة وتشكيل التغييرات القصصية في التفاصيل.

• تخريج المشكلة: اضعاء الطابع الخارجي على المشكلة، فصل الشخص عن قصته المشبعة بالمشكلة (White, 2006)، يتم ذلك بإعطاء المشكلة اسماً مجازياً ومن ثم يتم التفاوض على التسمية بين المرشد والمسترشد (payne, 2006)، يتم ذلك من خلال الانخراط في المحادثات التي تعزز العلاقة في موقف الهوية مع الافكار والمشاعر والخبرات.

• تمارين شجرة الحياة وفريق الحياة: يقوم كل عضو من الأعضاء برسم شجرة خاصة به وبما فيها الجذور والروابط والمهارات والأحلام وغيرها قبل انضمام الأشجار إلى الغابة يمكنهم من استكشاف قصصهم وخلق قصص بديلة حول القوة والقدرة على الصمود، هنا فريق الحياة يضم العائلة والاصدقاء في دعمهم ويتم ذلك من خلال الأدوار في المواقف الرياضية وينتهي بمشاركة الأعضاء خبراتهم مع فريق الحياة (Denborough, 2008).

• الأدوات المستخدمة:

- أوراق.

- أقلام حبر وأقلام فلوماستر.

- جهاز عرض فيديو وبوربوينت.

- لابتوب.

- دفاتر مذكرات.

- صور.

- ملصقات.

الجلسات الإرشادية الخاصة بالبرنامج الإرشادي:

الجلسة الأولى:

عنوان الجلسة: بناء الثقة وكسر الجليد.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الأساليب المستخدمة: المناقشة، الحوار، التفاعل بين الأعضاء والقائد، طرح الاسئلة.

الأدوات المستخدمة: اللوح، أقلام، لايتوب، بروجكتر.

أهداف الجلسة الإرشادية:

- التعارف بين الأعضاء والمرشد وبناء الثقة.
- التأكيد على مكان الجلسة والزمان المناسب.
- وضع القوانين داخل المجموعة.
- التأكيد على الاحترام المتبادل.
- وضع ماهية الأهداف والتوقعات.
- التعريف بالبرنامج الإرشادي.
- الإجراءات التنفيذية:

أولاً: مرحلة التعارف:

قامت المرشدة باستقبال الأعضاء والترحيب فيهم، وطلبت المرشدة منهم الجلوس بشكل حرف U لتسهيل التواصل بين الأعضاء والمرشدة، وتعرف المرشدة بنفسها ومكان عملها، ثم طلبت من الأعضاء التعريف بأنفسهم (هنا استخدام تمرين بسيط مثلاً: أن يذكر كل عضو عبارة يؤمن بها ثم يذكر هواياته وطموحه، ثم

وزعت أوراق، ويكتب كل عضو عليها كلمة أو شعار يشتهر فيه بين زملائه، ويجري الاختيار بصور عشوائية كل ورقة ويذكر صاحبها ويقوم بتعريف بنفسه).

ثانياً: طبيعة البرنامج:

شكرت الباحثة الأعضاء على التعاون والمشاركة الفعالة، ثم تم البدء بالشرح عن طبيعة البرنامج الإرشادي "أنه أسلوب إرشادي ذو فاعلية في معالجة العديد من المشكلات التي تواجه الأفراد في حياتهم مثل القلق، فقدان"، ثم تم تعريف بالإرشاد الجمعي يعني وجود مجموعة من الأفراد تتواجد لديهم نفس المشكلات، ووجودهم كمجموعة وتفاعلهم واستماعهم إلى مشكلات بعضهم البعض يخفف من حده المشكلات، والطريقة التي يفكرون فيها حول مشكلتهم، من ثم تم طرح سؤال من قبل المرشدة على النساء حول توقعاتهم اتجاه البرنامج الإرشادي وما هي النتائج التي سيتم التوصل إليها في نهاية الجلسات.

ثالثاً: التعريف بالعلاج الروائي وتبسيط الضوء عليه.

رابعاً: مرحلة التعريف بهدف البرنامج:

العمل على توضيح أهداف البرنامج للنساء، وإضافة أهداف أخرى يرغب الاعضاء بتحقيقها مثل:

- الوصول إلى مرحلة وعي ذاتي بقدرات وإمكانيات النساء.
- تطوير مهارات معرفيه تتعلق بكيفية مواجهة المشكلات.
- وصول النساء إلى مرحلة يكون لديهن معلومات كافيته تتعلق بالعلاج الروائي وما هي فنياته في مواجهة فقدان وهل تتناسب هذه متطلبات مع قدرات وإمكانيات النساء.

خامساً: اجراء الاختبار القبلي للنساء الفاقات.

سادساً: الواجب منزلي: ما هي المواضيع التي تفضل ان يتم مناقشتها خلال الجلسات القادمة؟

سابعاً: التأكيد على عوامل نجاح البرنامج الإرشادي:

- السرية.

- الالتزام والحضور .
- التفاعل بين الأعضاء .
- العمل بروح الفريق .

ثامناً:

إنهاء الجلسة الأولى، بشكر الأعضاء على الإصغاء والتفاعل، عمل تغذية راجعة حول أهم الأمور التي جرى طرحها في هذا اللقاء، التذكير بضرورة إحضار الواجب والتذكير بموعد اللقاء في الجلسة القادمة.

تاسعاً: النتائج المتوقعة

تعريفهم بأهداف البرنامج ونتائجه عليهم، تعارف النساء على بعضهم، العمل على محاولة حل الواجب المنزلي، تحديد دور كل مشاركة.

عاشراً: تقييم الجلسة الإرشادية

لا	نعم	العبارة
		أنا راضية عن الجلسة؟
		هل استفدت من الجلسة الإرشادية؟
		هل أنت متحمسة إلى الجلسة القادمة؟

الجلسة الثانية:

عنوان الجلسة: مفهوم العلاج الروائي ودوره في الحد من مشاعر فقدان لدى النساء .

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الأساليب المستخدمة: المناقشة، الحوار، طرح الأسئلة، الاستماع، التلخيص، الاستيضاح.

الأدوات المستخدمة: أوراق، أقلام، لابتوب، بروجكتر.

الهدف العام من الجلسة: تعريف المشاركات بالإرشاد الروائي ودوره الفعال في معالجة مشكلة فقدان، ومراجعة الواجب المنزلي الخاص بالجلسة السابقة (الأولى).

الأهداف الخاصة:

- التعرف على مفهوم العلاج الروائي ودوره في علاج الاضطرابات النفسية.
- التعرف على مفهوم فقدان وأعراضه.
- تلخيص كيف أثرت حالة فقدان على المشاركات في المجموعة.
- تعريف المشاركات بفنيات العلاج الروائي وكيفية تطبيقها والاستفادة منها.

الاجراءات التنفيذية:

أولاً: في البداية تم الترحيب بالمشاركات وشكرهم على الحضور والإلتزام، بعد ذلك ناقشت الباحثة الواجب المنزلي الخاص بالجلسة الأولى.

ثانياً: تمرين تم اعداد دائرة مكونة من 16 لون وكل لون لها بلونة على شكل في البوربوينت وتم لف الدائرة والمشاركة التي سيتم اختيارها قامت بتوجيه سؤال إلى زميلتها وتتم الإجابة عليه وذلك حتى يستطيعوا التواصل فيما بينهم وتنشيط العلاقة بينهم وزيادة معرفة بعضهم لبعض.

ثالثاً: ثم قامت الباحثة بتعريف العلاج الروائي وتقديم معلومات عن فقدان وأثره على الصحة النفسية وما هي أعراضه.

رابعاً: عرض فيديو يتحدث عن فقدان وكيف يؤثر في صحة الفاقدة.

خامساً: عرض فيديو توضيحي يوضح دور العلاج الروائي في علاج الاضطرابات.

سادساً: قيام النساء الفاقات بتلخيص ما شاهدوه خلال الفيديو وأخبارنا ما هي آثار فقدان وكيف يمكن مواجهتها من خلال العلاج الروائي.

سابعاً: تلخيص ما جرى خلال الجلسة والاستماع الى آراء المشاركات وملاحظاتهم وتذكير بموعد الجلسة القادمة.

ثامناً: الواجب البيتي

كتابة الصفات السيئة لديك وكيف تم تحويلها إلى صفات جيدة.

تاسعاً: النتائج المتوقعة

- الإمام بالعلاج الروائي ودوره في علاج الأضطرابات النفسية.

- تعريف المشاركات بمشاعر فقدان الذين يعانون منها.

عاشراً: تقييم الجلسة الإرشادية

لا	نعم	العبارة
		هل كان أسلوب الباحثة في توصيل المعلومة جيد؟
		هل أتيح المجال لمشاركتك في النقاش وإعطاء الآراء حول الفيديوهات؟
		ما الذي لم تكوني له مرتاحة خلال الجلسة الإرشادية؟

الجلسة الثالثة:

عنوان الجلسة: حكايتي.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الأساليب المستخدمة: المناقشة، الحوار، طرح الأسئلة، الاستماع.

الأدوات المستخدمة: أوراق، أقلام، لابتنوب، بروجكتر.

الهدف العام: التبصير بالمشكلة (ألم فقدان) وتأثيرها على المشاركات.

الأهداف الخاصة:

- تلمس المشاركات لمشكلة فقدان التي يواجهونها.
- القدرة على وصف المشكلة (حكايتهن).
- الاستبصار بنقاط الضعف لدى المشاركات.
- تحديد تأثيرات المشكلة على المشاركات.

الإجراءات التنفيذية:

أولاً: في البداية تم الترحيب بالمشاركات وشكرهم على الحضور والإلتزام، بعد ذلك ناقشت الباحثة الواجب المنزلي الخاص بالجلسة السابقة، ثم تم تذكير أعضاء المجموعة بما دار بالجلسة السابقة وإعطاء الفرصة للأعضاء للمشاركة في نقاش واجبهن البيتي.

ثانياً: تمرين التعبير عن العضو الواحد في الفريق.

الهدف: يعتبر هذا النشاط من النشاطات التي يتم استخدامها لبناء ديناميكية بين أفراد المجموعة بأسلوب ديمقراطي ويهدف إلى:

- تبادل الآراء بشكل ديمقراطي.
 - خلق روح الحوار بين المجموعة.
 - الصراحة والوضوح.
 - تقبل آراء الآخرين.
- المواد اللازمة: ورقة وقلم، ساعة لضبط الوقت.

مدة النشاط: 30 دقيقة.

الإجراءات:

1. تقسيم المجموعة إلى مجموعات صغيرة مكونة من اثنين.
2. تعريف المشاركين بأنفسهم.
3. قامت كل مشاركة بكتابة ملاحظاتها عن شريكها.
4. جمع المجموعة كلها كمجموعة واحدة.
5. تم تبادل الأدوار بين المجموعة بحيث يقوم المشارك الأول بتقمص شخصية الثاني وبالعكس ويقوم الشخص بانتقاد أو الإفصاح عن رأيه في الشخصية التي تقمصها.

ثالثاً: قامت المجموعة بالحديث وإبداء رأيها في الشخصيات المختلفة للمشاركين والحديث عن نقاط الضعف والقوة فيها.

رابعاً: تحفيز المشاركات للحديث عن التفاصيل بعد أن تروي المشاركات تفاصيل معيشتهم للفقدان والذي بدوره يعطي المشاركات الحرية للحديث عن مشاعرهم وقصصهم.

خامساً: بدأت الباحثة بسؤال المشاركات عن أبرز المشكلات التي يعانون منها نتيجة الفقدان وما يزالون يعانون منها وذلك سيني لديهم أسلوب التنقيب والاستكشاف.

سادساً: قامت المرشدة بتقسيم المشاركات إلى ثنائيات حول التشكيلات التي تتخلل قصصهم وسردها وما هي النقطة أو المشكلة التي تجعلهم يشعرون بهذه المشاعر وما هو موقعه الآن من المشكلة؟، ما هي آمالك وطموحاتك مستقبلاً في حال انتهيت من المشكلة؟

سابعاً: تلخيص ما جرى خلال الجلسة والاستماع إلى آراء المشاركات وملاحظاتهم والتذكير بموعد الجلسة القادمة.

ثامناً: النتائج المتوقعة: قدرة المشاركة على تحديد مشكلتها ومعرفة ما تعانيه والأسباب الكامنة وراء هذه المشكلة.

تاسعاً: الواجب البيتي:

سرد رواية تتضمن المشاعر والهموم التي تعاني منها بعد الفقد والمشكلة التي تعاني منها والتي تشعر بها وترغب بمشاركتها مع شخص عزيز حيث تتضمن البنود التالية:

"ماذا يعني لك فقدان شخص عزيز"
"عَبَّرَ عن همومك ومشاعرك بعبارة "
"ما هي الأوقات التي تشعر بها أن المشكلة التي تعاني منها كبيرة وأوقات تشعر بأن
المشكلة ضعيفة "
"إذا أردت أن توصف مشاعرك اتجاه الفقد بماذا تصفها
"قم بإعطاء مشكلتك تسمية"
"إذا أردت أن توجه كلمة للشخص عزيز ماذا توجه"
"ماذا يعني لك فقدانك لشخص عزيز "
"ماذا يعني موت شخص عزيز عليك "
"ماذا تأملين مستقبلاً "

عاشراً: تقييم الجلسة الإرشادية:

لا	نعم	العبارة
		هل جرى خلق جو من الألفة والطمأنينة بين أعضاء المجموعة الإرشادية؟
		هل حصل إدراك المشكلة؟
		هل حصلت الاستفادة من الجلسة الإرشادية؟

الجلسة الرابعة:

عنوان الجلسة: التحصين ضد الضغوطات وآثرها في التقليل من مشاعر الفقدان.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الأساليب المستخدمة: المناقشة والحوار، التعزيز، التدريب على مهارة التحصين ضد الضغوط، واجب منزلي،

لعب الدور.

الأدوات المستخدمة: الأقلام، دفاتر، اللاب توب، برجكتر، ورق.

الهدف العامة من الجلسة: تدريب المجموعة الإرشادية على مهارة تحسين النفس ضد ضغوطات الحياة ودورها في التقليل من مشاعر فقدان لديهن.

الأهداف الخاصة:

- تعريف أفراد المجموعة بمهارة التحسين ضد الضغوط.
- أن يتم مناقشة أهمية هذه المهارة في التقليل من المشاعر الفقدان.
- مناقشة مراحل التدريب على مهارة التحسين ضد الضغوط.
- أن تُطبّق مهارة التحسين ضد الضغوط من خلال أن تقوم الفاقات بعرض مواقفهم الضاغطة التي يتعرضون لها وكيف قاموا بالتغلب عليها.

الإجراءات التنفيذية:

اولاً: في البداية جرى الترحيب بالمشاركات وشكرهم على الحضور والالتزام، بعد ذلك ناقشت الباحثة الواجب المنزلي الخاص بالجلسة السابقة، ثم تم تذكير أعضاء المجموعة بما دار بالجلسة السابقة وإعطاء الفرصة للأعضاء للمشاركة في مشاركة واجبهم البيتي.

ثانياً: التعريف بمفهوم مهارة التدريب على التحسين ضد الضغوط ومناقشة أفراد المجموعة بالمفهوم.

مهارة التحسين ضد الضغوط:

هي مقاومة الضغط من خلال تعليم المجموعة كيفية التعامل مع المواقف المتدرجة للانضغاط، وهو أسلوب يساعد المجموعة على التعامل مع المواقف المؤدية للضغط من خلال تطوير قدرة التحمل لدى الدوافع والمثيرات وسيتم ذلك من خلال تغيير المعتقدات والافكار والعبارات الذاتية في مواقف الشدة والضغط (الشناوي، 1994).

ثالثاً: مناقشة أهمية التحصين ضد الضغوط وآثرها في التقليل من مشاعر فقدان، وقد جرى توضيح ذلك من خلال عرض فيديو عن التحصين ضد الضغوط، وكيفية إدارة الضغوط وبعد ذلك تم مناقشة ما عرض في الفيديو مع المجموعة الإرشادية.

رابعاً: مناقشة مراحل التدريب على التحصين ضد الضغوط: (الشناوي، 1994)

المراحل:

1. مرحلة التعليم: تزويد المجموعة الإرشادية بتصور لفهم طبيعة ردود الفعل الصادرة عن الضغوط، وهنا تجري مساعدة المسترشدين على أن ينظر للمشكلة بشكل منطقي وعقلي ويجري التعاون مع الإرشاد المناسب.

تتكون من أربع مراحل وهي:

1. الإعداد الضاغط.
 2. مواجهة الضاغط والتعامل معه.
 3. احتمال أن يكون الضغط شديداً عليه.
 4. تعزيز نفسه على أن يواجه الضغط.
2. مرحلة التكرار: تزويد المسترشدين بأساليب المواجهة والتي تشمل على إجراءات ووسائل مواجهة معرفية، تستخدم في كل مرحلة من المراحل، كذلك تساعد الإجراءات المباشرة الحصول على معلومات حول الأشياء المخيفة له، الإعداد لطرق الهروب، التدريب على الاسترخاء، مساعدة المسترشدين على أن يصبحوا واعين بالعبارات السلبية للذات واستخدامها كإشارات على تكوين عبارات ذاتية غير مناسبة للمواجهة.
3. مرحلة التدريب التطبيقي: تعريض المشاركات لسلسلة من الضغوطات المهددة والمدمرة لأننا ومهددة بالألم وذلك في وجود صدمات كهربائية غير متوقعة.

خامساً: تقسيم أفراد المجموعة إلى 4 مجموعات لتنفيذ أدوار تمثيلية في مواقف ضاغطة واستخدام مراحل مهارة التحصين ضد الضغوط في حل الموقف الضاغط الذي يتعرضون له في حياتهم اليومية.

سادساً: مناقشة أفراد المجموعة في الأدوار التمثيلية التي جرى تنفيذها ومدى الإفادة منها في حال كانت لها علاقة بالفقدان.

سابعاً: تلخيص ما جرى خلال الجلسة والاستماع إلى آراء المشاركين وملاحظاتهم وتذكير بموعد الجلسة القادمة.

ثامناً: النتائج المتوقعة

قدرة المجموعة الإرشادية على تطبيق مهارة التحصين ضد الضغوطات في حياتهم العملية.

تاسعاً: الواجب البيتي

أن تقوم المجموعة الإرشادية بتنفيذ التدريب على مهارة التحصين ضد الضغوط في مواقفهم الحياتية، وتسجيل ملاحظاتهم حول تعاملهم الحالي والسابق مع الضغوط.

عاشراً: تقييم الجلسة الإرشادية

لا	نعم	العبارة
		هل كان أسلوب الباحثة مشوقاً؟
		هل جرى تعلم مهارة التحصين ضد الضغوط؟
		هل أُستفدت من الجلسة الإرشادية؟

الجلسة الخامسة:

عنوان الجلسة: مهارة حل المشكلات واستخدامها في التعامل مع مشكلة الفقدان (اقتراح الحلول وإيجاد البدائل واتخاذ الخطوات الصحيحة في مواجهة المشكلة).

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الأساليب المستخدمة: المناقشة والحوار، طرح الأسئلة، المواجهة.

الأدوات المستخدمة: الأقلام، دفاتر، اللاب توب، برجكتر، بوربوينت.

الهدف العام من الجلسة: تعلم مهارة حل المشكلات واقتراح الحلول والبدائل للتقليل من أعراض الفقدان لديهم.

الأهداف الخاصة:

- تعريف المشاركات في المجموعة بمفهوم أسلوب المشكلة.
- تعلم مهارة حل المشكلات وتقوم النساء بتطبيقها في حياتهم العملية.
- اقتراح البدائل والحلول لحل المشكلة.
- قدرة المشاركات على تحديد المشكلة.
- اتباع الخطوات الصحيحة في مواجهة المشكلة.
- التعرف المشاركات على الفرق بين مواجهة المشكلة والتهرب منها.
- تقييم الحلول والبدائل ومدى ملازمتها للتخفيف من أعراض المشكلة.

الإجراءات التنفيذية:

أولاً: التعريف بمهارة حل المشكلات

مهارة حل المشكلات: هي مجموعة من العمليات التي تقوم بها المسترشدات والتي تستخدم فيها المعلومات والمعارف والتي سبق لها اكتسابها وتعلمها للتغلب على موقف أو حدث معين للوصول إلى حلول مناسبة، وهو أسلوب يضع المسترشدتين في موقف لإستخدام أذهانهم وذلك بهدف الوصول إلى حالة من الاتزان، ثم يصلون إلى حل واستكشاف وإجابات أبو أسعد (2009).

ثانياً: تدريب النساء على طرق حل المشكلات (Sharma & Jagodev, 2011):

1- طريقة حل المشكلات بالأسلوب العادي: هي أقرب إلى أسلوب الفرد في التفكير بالطريقة العلمية عندما يواجه الشخص مشكلة معينة، من ثم يجري تعرف كل نشاط عقلي ذي هدف واضح ومرن يتصرف فيه الفرد بشكل منتظم ومتسلسل لمحاولته حل المشكلة.

2- طريقة حل المشكلة بأسلوب ابتكاري: هنا يحتاج الفرد إلى درجة عالية من الحساسية أثناء تعامله مع المشكلة وإدراكه لحدودها وهذه الطريقة لا تستهدف الأفراد العاديين، ومن أهم شروط تميزها احتياجها لحساسية كبيرة، ذلك للربط والاستنباط وتفسير المعلومات وتحليلها وترابط العلاقات للوصول إلى الحلول الإبداعية. خطوات المشكلة وعلاجها سويد (2003):

- الوعي بوجود المشكلة لدى الطالب: الإحساس بالمشكلة هو أساس حل المشكلة وهو وعي النساء أن فقدان يؤثر عليهن (امتدت لمدة 5 دقائق).

• تحديد المشكلة (تعريف المشكلة ومعلومات عنها): وهي مشاعر فقدان وتأثيرها في النساء الفاقات (امتدت لمدة 5 دقائق).

- إعداد بدائل محتملة كحلول للمشكلة: اختيار الطالب الحل المناسب للمشكلة بالطريقة التي تناسبه (امتدت لمدة 5 دقائق).

- توازن البدائل: اختيار بدل آخر بمساعدة المسترشد لإيجاد حل لديه (امتدت لمدة 5 دقائق).

• اتخاذ القرار (كيفية التنفيذ): هي آلية يجري اتخاذها في حال لم تجدي الجلسات نفعاً (امتدت لمدة 5 دقائق).

• قرار التنفيذ: وهو أن يقوم الطالب بتنفيذ جميع الخطوات التي اتبعها وتنفيذها بطريقة سليمة وصحيحة (امتدت لمدة 10 دقائق).

ثالثاً: تحديد المشاركات للمشكلة وصياغتها من حيث طبيعتها وأبعادها، بيان أهم الاسباب للمشكلة، وقت حدوثها، كيف سأتعامل مع المشكلة، من الأشخاص الذين تتركز حولهم المشكلة، ثم تقوم المشاركات بالتحدث عن مشكلتهم ويجري مناقشتها وإبداء الآراء فيها، إضافة الملاحظات حتى يتم إيجاد حلول مناسبة لها.

رابعاً: تمرين

(أين الكذبة)

الهدف: يعتبر هذا النشاط من النشاطات التي تعزز مهارات التركيز وسرعة البديهة ويهدف إلى:

- الجرأة لدى المشاركات في الكلام.
 - كسر الجمود بين أفراد المجموعة.
 - أن يعمل على اظهار قوة الشخصية في التعبير عن الرأي.
 - أن يعرف أعضاء الفريق المواقف الصحيحة من المواقف الخاطئة.
 - التعمق في العمل ضمن المجموعة.
- المواد اللازمة: ساعة لضبط الوقت.

مدة النشاط: 15 دقيقة.

الإجراءات:

- تقوم كل مشاركة من أعضاء الفريق بالتحدث عن ثلاثة مواقف، حصلت معهم وموقفان منهما حقيقيان وموقف آخر لم يحدث.
- يطلب من أعضاء الفريق معرفة الموقف الذي لم يحدث معه في الواقع وأي من المواقف الثلاثة التي حدثت معها.
- تكرر هذه الخطوات مع جميع المشاركات.

خامساً: استماع النساء لقصص حول مشكلات واضطرابات لدى مجموعة من الأشخاص، وكيف عملوا على مواجهتها وبعد ذلك قيام النساء بتلخيصها وإبداء آرائهم وملاحظاتهم، توجيه الأسئلة لدى الباحثة حول أي مشكلة من المشكلات التي عرضت عليهم.

ذكر أمثلة على أشخاص يعانون من مشكلات واضطرابات عملوا على مواجهتها بأسلوب حل المشكلات.

سادساً: قيام المشاركات بالتعاون مع المرشدة على وضع وتحديد البدائل والاقتراحات لحل المشكلة.

سادساً: النتائج المتوقعة

قدرة المشاركات على ممارسة مهارة حل المشكلات في حياتهم العملية واليومية.

سابعاً: الواجب المنزلي

طلبت الباحثة من المشاركات ذكر مشكلات تعرضوا لها وكيف عملوا على مواجهتها.

ثامناً: تقييم الجلسة الإرشادية

لا	نعم	العبارة
		هل تمكنت من ممارسة مهارة حل المشكلات؟
		هل تم إيجاد الحلول المناسبة لحل المشكلة؟
		هل كانت الجلسة ذات فائدة؟

الجلسة السادسة:

عنوان الجلسة: التفريغ الانفعالي النفسي والحديث الإيجابي مع الذات.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الأساليب المستخدمة: المناقشة والحوار، التعزيز، فنية انعكاس الذات، التعليم الذاتي، المراقبة الذاتية.

الأدوات المستخدمة: الأقلام، دفاتر، اللاب توب، بوربوينت.

الهدف العام: قدرة المسترشدة على التحكم بالانفعال لديها وكذلك القدرة على حديثها الايجابي مع ذاتها والتخلص من لوم ذاتها لفقدانها شخص عزيز وكذلك تنمية ثقتهم بأنفسهم.

الأهداف الخاصة:

- تعليم المشاركات كيفية التحكم باتزانهم الانفعالي (ضبط الذات) وضرورة ممارستها في حياتهم العامة.
- قدرة المشاركات على الحديث مع الذات والتفريغ النفسي عند تعرضهم لمشاعر الفقدان.
- أن تتمكن المشاركات من مراقبة ذاتهم وتوجيه انتباههم حول الهدف الذين يسعون إلى تحقيقه.
- أن تتمكن المشاركات من تقييم ذاتهم والاستفادة من ذلك في مواجهة مواقفهم المستقبلية.
- تنمية ثقة المشاركات بأنفسهم وذلك استناداً إلى امكانياتهم وقدراتهم.
- تدريب المشاركات على الحديث الإيجابي مع الذات وتجنب الأفكار السلبية والعمل على استبدالها.

الإجراءات التنفيذية:

أولاً: الترحيب بالأعضاء، والتأكيد على أهمية الحضور والالتزام، ثم بعد ذلك مناقشة الواجب المنزلي وفي 10 دقائق لتعبير الأعضاء عن أفكارهم وآرائهم.

ثانياً: قامت الباحثة بشرح مهارة ضبط الذات وكيفية تطبيقها، يمكن حصر تعريف ضبط الذات، "عبارة عن مهارة يتم من خلالها التعرف على العوامل التي توجه سلوكنا وتقوده، التي ينتج عنها نتائج إيجابية أو سلبية، وهنا يحصل التعرف على العوامل بدقة وملاحظتها ويستطيع الفرد أن يتحكم ويضبط هذه العوامل التي توجه سلوكه حتى يحصل على نتائج تتصف بالإيجابية".

الطرق التي يمكن للفرد استخدامها لضبط ذاته:

- أن يمنع الفرد السلوك غير المرغوب فيه من الحدوث.
- التحكم في المثيرات البيئية التي تهيئ الفرصة لحدوث السلوك غير المرغوب فيه.

- تغيير مستوى الدافعية المرتبطة بالحرمان والإشباع مثل أن يقوم الفرد بحرمان نفسه أو إشباعها حسب الموقف.

- تغيير الظروف الانفعالية للفرد مثل التدريب على الاسترخاء قبل الذهاب إلى اجتماع متوتر أو العد للعشرة قبل القيام بأي سلوك غير مرغوب فيه.

- التعزيز الذاتي: بمعنى أن يحرم الفرد نفسه من نشاط مفضل لديه أو أن يغير الفرد موضوع النقاش إذا كان سيأتي بمشكلات على الفرد مثل: أن ينشغل المدخن بالمكسرات أو بالتسبيح أو يستخدم جرس الساعة المزعج من أجل إيقاظ من يعاني من سلوك التدخين.

خطوات أسلوب ضبط الذات:

- ملاحظة الذات: أي ملاحظة السلوك المطلوب تغييره.
- تقييم الذات: أي تقييم المستوى الحالي للسلوك المراد تعديله في ضوء المعايير المستهدفة.
- ضبط المثير: أي إحداث تعديل على السلوك بناء على التقييم السابق.
- تقييم المستوى الجديد للسلوك.
- تعزيز الذات إيجابياً في حالة كون السلوك الجديد جاء حسب المعيار المطلوب وتعزيز الذات سلبياً (أي معاقبتها) في حال كون السلوك الجديد أكثر أو أقل من المطلوب.

ثالثاً: تمرين.

سرد القصص.

الهدف: يعدّ هذا النشاط من النشاطات التي تقوم بالعمل على تطوير الجوانب الإبداعية لدى المشاركين ويهدف إلى:

- توسيع مدارك الآخرين والتعايش مع عالم آخر.

- سرعة البديهة والعصف الذهني.

- سعة الخيال لدى أفراد الفريق.

- تحمل المسؤولية والاستمرار في المجموعة مع أعضاء الفريق.

- خلق روح التعاون بين أعضاء الفريق.

المواد اللازمة: ساعة لضبط الوقت.

مدة النشاط: 10 دقائق.

الإجراءات:

- الجلوس على شكل دائرة.

- إغماض الأعين.

- يبدأ (المشارك الأول) بسرده القصة وذلك بذكر كلمة ثم يتوقف.

- يقوم الشخص الذي يليه بإكمال القصة بما يراه مناسباً من كلمات وهكذا.... الخ حتى آخر شخص ليقوم

بإنهاء ما بدأ سرده الشخص الأول.

رابعاً: تطبيق الخطوات اللازمة لبناء الذات والثقة بالنفس.

خامساً: عرض فيديو يوضح كيفية التدريب على مهارة ضبط الذات والحديث الإيجابي؛ إذ سيحتوي الفيديو

على موقف معين ثم يجسد فيه عبارات تحفيزية وإيجابية عن الذات، بعد ذلك تجري مناقشة ذلك مع

المشاركات بعد ذلك يطلب من النساء تكرار العبارات بصوت مرتفع وهم في حالة من الاسترخاء.

سادساً: الطلب من الفاعقات الحديث عن موقف حدث معهم وكيف سيعملون على التحكم بذاتهم وضبطها

وكيف سيطبقون المهارة في ذلك الموقف.

سابعاً: النتائج المتوقعة

• قدرة المشاركات على تطبيق مهارة الحديث الإيجابي مع الذات.

• ارتفاع ثقة النفس عند النساء.

- عدم لوم النساء لذواتهم.

ثامناً: الواجب المنزلي

اكتبي مشكلة وضعي حلول مقترحة لها.

تاسعاً: تقييم الجلسة الإرشادية

لا	نعم	العبارة
		هل أمكنك ممارسة مهارة ضبط الذات؟
		هل الأهداف والأنشطة التي تخللت الجلسات الإرشادية كانت ملائمة؟
		هل أسفدت من الجلسة وماذا أفدت؟

الجلسة السابعة:

عنوان الجلسة: الحديث عن لحظات الضعف التي كادت أن تؤثر في صحة المشاركات.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الأساليب المستخدمة: البحث عن نتائج فريدة من المشكلة، الاسئلة الاستكشافية، التشجيع ، المناقشة والحوار ،

هدم القصص المؤلمة.

الأدوات المستخدمة: الأقلام، الورق الملون، الكراتين، البالونات.

أهداف الجلسة الإرشادية:

1. الاستبصار بنقاط الضعف.
2. التشجيع على التفاعل.
3. هدم القصص المؤلمة.
4. كسر الجمود لدى المشاركات.
5. معرفة اللحظات المؤلمة التي تسيطر عليهم.

6. طرح الاسئلة الاستكشافية بشكل غير متواصل.

7. البحث عن نتائج فريدة من قصص المشاركات في الحاضر والمستقبل.

أولاً: بدأت الجلسة بالترحيب بأعضاء المجموعة وشكرهم على الإلتزام الحضور، ثم البدء بمناقشة ما طلب منهم ومراجعة ما جرى التحدث عنه في السابق، طرح الواجب المنزلي الذي أعطي للمشاركات. ثانياً: قامت المرشدة في هذه الجلسة بتشجيع المشاركين على الحديث عن الأوقات التي كانت فيها شائعات وإخبارهم حول فقدان وخطورته في التأثير على صحتهم النفسية، وكيف استطاعوا أن يتغلبوا ويقاوموا تلك الشائعات ومشاعر الخوف.

ثالثاً: بدأت المرشدة بطرح أسئلة تركز على اللحظات المؤلمة التي تعرضوا لها الأعضاء في أثناء مرحلة فقدان مثل: (الخوف، الغضب، القلق، عدم الشعور بالأمان، العزلة، التجنب، الاستثارة، استرجاع الذكريات المؤلمة)، من ثم بدأت بتسليط الضوء على كافة المشاعر المختلفة للأعضاء أثناء تعرضهم للخبرات المؤلمة، إذ بدأت المرشدة بطرح الأسئلة على الأعضاء سواء الأسئلة المباشرة أو غير المباشرة للحصول على نتائج فريدة.

النتائج المتوقعة:

- المساعدة على حل المشكلة.
- التقليل من لحظات الضعف التي تعاني منها النساء.
- استبدال اللحظات الضعيفة بلحظات قوية.

رابعاً: الواجب البيتي

طلبت المرشدة من المشاركات بتدوين اللحظات الضعيفة التي تراودهم (المتعلقة بمشاعر فقدان) وكيف عملوا على استبدالها:

خامساً: تقييم الجلسة الإرشادية

تلخص الباحثة ما ورد خلال الجلسة، تطلب من المشاركات إحضار الواجب المنزلي في الجلسة القادمة، يجري عمل التقييم للجلسة الإرشادية من خلال الإجابة على نموذج التقييم الخاص بالجلسة:

لا	نعم	العبارة
		هل أمكنتك استبدال اللحظات الضعيفة؟
		هل الأهداف والأنشطة التي تخللت الجلسات الإرشادية كانت ملائمة؟
		هل أفدت من الجلسة وماذا أفدت؟

الجلسة الثامنة:

عنوان الجلسة: تأليف قصة بديلة (البحث عن الجوانب الإيجابية في قصة المشاركة)، عرض بعض قصص نساء عانين من فقدان وعمل النساء على تلخيصهم.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الأساليب المستخدمة: القصص البديلة (إعادة التأليف)، النتائج الفريدة، السرد، الحوار والمناقشة، اللعب والسيكو دراما، رواية القصص الايجابية، البحث عن الاستثناءات.

الأدوات المستخدمة: الأقلام، دفاتر، اللاب توب، برجكتر، اللوح، موسيقى هادئة.

الهدف العام من الجلسة: أن تقوم النساء بإعادة تأليف قصصهم الحزينة واستبدالها بقصص إيجابية تحثهم على الأمل والتفاؤل، البحث عن الاستثناءات الجميلة في قصصهم واستخدامها للعمل على حث الامل والتفاؤل.

الأهداف الخاصة:

- تحفيز المشاركات على كتابة قصة جديدة لحياتهم.
- أن تتمكن النساء من إعادة تأليف بعض النماذج من القصص وإعادة سردها.

- أن تستطيع المشاركات إعادة تأليف قصصهم الخاصة وهدم القصص السابقة.
- أن تبحث المشاركات عن اللحظات السعيدة في قصصهم من خلال تحديد اللحظات التي لم تسيطر المشكلة فيها على حياتهم.

الإجراءات التنفيذية:

- أولاً: الترحيب بالأعضاء، وتأكيد أهمية الحضور والالتزام، ثم بعد ذلك تم مناقشة الواجب المنزلي في 10 دقائق لتعبير الأعضاء عن أفكارهم وآرائهم.
- ثانياً: عرض موضوع الجلسة والهدف منها.
- ثالثاً: في البداية طرحت الباحثة أسئلة استثنائية للمشاركات للعودة إلى الأيام التي لم تعاني فيها من مشاعر الفقدان وهذه الأسئلة جعلتهم يبحثون عن لحظات مشرقة ساعدتهم في تغريب أحاديثهم المؤلمة.

أمثلة على الأسئلة التي طرحتها الباحثة:

- ما هي الخبرات التي منحتك شعوراً بالسعادة؟
- ما هي اللحظات التي مثلت لك حظاً سعيداً؟
- ما هي الأشياء التي تجعلك تشعرين بمتعة الحياة؟
- ما هو التوازن الصحيح بين الاستمتاع بحياتك وأولوياتك الأخرى وقيمك؟
- من الأشخاص الذين يتبادرون إلى ذهنك حين تفكر بكلمة السعادة؟

رابعاً: قامت الباحثة بعرض قصص على النساء الفاقديات لتقوم النساء بتلخيصها ومن ثم تقوم المشاركات بإسقاط القصة على أنفسهن، من ثم الطلب من النساء إبداء ملاحظاتهم وتلخيص العبرة من القصة.

خامساً: عرض فيديو لقصة حزينة وكيف تحولت هذه القصة إلى قصة سعيدة.

سادساً: الطلب من المشاركات التفكير بحدث معين يسبب لهم سعادة وسرور وقدم لهم إنجاز، من ثم طلب منهم سرد هذا الموقف على شكل قصة.

سابعاً: الطلب من المشاركات البدء بسرد قصصهم الخاصة بهم بشكل ثنائي وسردها على شكل رواية.

ثامناً: النتائج المتوقعة

- قدرة النساء على تأليف قصة سعيدة تدعم الأمل والتفاؤل.
- تعرف النساء المشاركات على اللحظات السعيدة في قصصهم.
- تخلص النساء من اللحظات الحزينة لديهم في قصصهم.

تاسعاً: الواجب المنزلي

- ماهي خططكم المستقبلية.
- النشاطات الإيجابية الجديدة في حياة المشاركات.

عاشراً: تقييم الجلسة الإرشادية

لا	نعم	العبارة
		هل بإمكانك مستقبلاً تحقيق قصة جديدة تحقق لك طموحاتك وأهدافك؟
		هل استطعت تحويل قصتك السلبية إلى قصة إيجابية؟
		هل أستفدت من الجلسة وماذا أستفدت؟

الجلسة التاسعة:

عنوان الجلسة: شجرة الحياة وفريق الحياة (خط الحياة).

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الأساليب المستخدمة: الحوار والمناقشة، الرسم، طرح الأسئلة.

الأدوات المستخدمة: الأقلام، دفاتر، خيط، لوح.

الهدف العام: تعرف المشاركات على استراتيجية خط الحياة لإحداث حياتهم منذ الطفولة مروراً بالأحداث الضاغطة حتى الوقت الحالي.

أهداف الجلسة الخاصة:

- التقليل من الإهتمام في الماضي إلا في ضرورة القصوى.
- جعل المشاركات هم الخبرات بأنفسهم وليس الباحثة.
- قدرة المشاركات على أن تروي تجاربهم الحية مع فقدان من البداية إلى النهاية.
- التتقيب عن قصص الماضي لجعلها في الحاضر ليصبح المشارك واعياً فيها.

الاجراءات التنفيذية:

أولاً: الترحيب بالأعضاء، والتأكيد على أهمية الحضور والالتزام، ثم بعد ذلك مناقشة الواجب المنزلي في 10 دقائق لتعبير الأعضاء عن أفكارهم وآرائهم.

ثانياً: عرض موضوع الجلسة (خط الحياة): هو أن تبوح جميع المشاركات تجربتهم مع فقدان على شكل قصص سردية من البداية إلى النهاية توضح فيها الخلفية الشخصية وتاريخ حياتهم التي سبقت الحدث الذي تعرضوا له حتى الوقت الحالي وكذلك المرور بالطفولة المبكرة.

ثالثاً: الطلب من النساء رسم خط حياتهم للكشف عن كيف يرون خط حياتهم من الماضي إلى المستقبل.

رابعاً: تمرين: لعبة التأثير.

الهدف:

يعدّ هذا النشاط من النشاطات التي تقوم بكسر الحواجز بين المشاركات ويهدف إلى:

- الثبات في المواقف مهما حصل.
- الإلتناء للمجموعة وعدم التشويش عليهما.
- قوة الشخصية في تحدي المشاركة من قبل المشاركين الآخرين.

المواد اللازمة: ساعة لضبط الوقت.

مدة النشاط: 10 دقائق.

الإجراءات:

1. يقف عدد من أفراد المجموعة كأصنام لا يتحركون أبداً.
2. اختيار شخص يمتلك القدرة على التلاعب في ملامح وجهه.
3. أن تبذل المشاركة قصارى جهدها للتأثير على الأصنام لتغيير ملامحهم والانتقال بهم من حالة الجمود والركود إلى حالة إضحاكهم أو تحريكهم دون المساس بهم أو لمسهم.
4. يتبادل أفراد المجموعة الأدوار.

خامساً: الطلب من المشاركات أن تروي قصة حياتهم مع فقدان.

سادساً: قيام المشاركات بالحديث عن خط حياتهم لأهم الأحداث في حياتهم.

سابعاً: تشجيع المشاركات على رواية قصتهن وكتابتها باستخدام فنية (خط الحياة).

ثامناً: قامت المرشدة بمد خيط على الأرض، وكتابة السنوات على الأوراق ورُتبت بشكل تسلسلي ورُبطت بالخيط بحيث تمشي على الخيط ثم وضعت إشارة عند كل سنة فيها حدثٍ سارٍ، وحدثٍ مؤلم حتى نهاية الخيط، ويعبر عن الحدث السار بوردة والحدث المؤلم بجرجر وتقوم المرشدة بوضع دلالات لكل حدث سواء مؤلم أو سارٍ، بعد ذلك يقوم المرشد بذكر الترتيب الزمني لتسلسل الأحداث السلبية والأحداث السارة كما هي مرت واستبدال الأحداث المؤلمة بأحداث سارة تحمل وردة.

تاسعاً: بدأت المشاركات بالحديث عما اشتملت عليه من قصص؛ من بداية حياتها حتى فقدانها شخصاً عزيزاً عليها، ورسم مجريات أبرز الأحداث المؤلمة في حياتها على السبورة، والوقوف على أهم اللحظات المؤلمة أو السارة، ثم وضع شارة على بطاقة الحدث، والتي تعبر عن وجود حدث مهم ويجب تسليط الضوء عليه.

عاشراً: النتائج المتوقعة

- قدرة النساء على تطبيق مهارة خط الحياة في حياتهم اليومية وفي مواجهة مشكلاتهم.
 - تعلم مهارة خط الحياة.
 - استبدال الأحداث السلبية بأحداث إيجابية.
 - قدرة النساء على سرد أحداث حياتهم من الطفولة حتى مرحلة فقدانهم لشخص عزيز (الوقت الحاضر).
- الحادي عشر: طلبت من المشاركات تطبيق مهارة خط الحياة مرة أخرى بهدف التقليل من حالة تجنب الصدمة لديهن.

الثاني عشر: تقييم الجلسة الإرشادية

لا	نعم	العبارة
		هل جرى تطبيق مهارة خط الحياة بالصورة الصحيحة؟
		هل جرى تحقيق الأهداف المطلوبة من الجلسة الإرشادية؟
		هل كانت الجلسة الإرشادية مفيدة؟

الجلسة العاشرة:

عنوان الجلسة: الواقع الجديد.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الأساليب المستخدمة: التعهد، رفض الأعذار، المناقشة والحوار، أسلوب حل المشكلات.

الأدوات المستخدمة: الأقلام، دفاتر، كمبيوتر، بروجكتر.

أهداف الجلسة الإرشادية: تبصير الحالات بأن الحياة لا تخلو من المشكلات والضغط ولا يمكن القضاء نهائياً على هذه المشكلات، وأن جميع الأفراد معرضين لحالات فقدان المفاجئ وعليهم إدارة واقعهم الجديد.

أولاً: بدأت الجلسة بالترحيب بأعضاء المجموعة وشكرهم على التزام الحضور، ثم البدء بمناقشة ما طلب منهم ومراجعة ما ألقى في السابق، وطرح الواجب المنزلي الذي جرى إعطاؤه للمشاركات.

ثانياً: تدريب الحالة على مواجهة المشكلات والضغط والمواقف التي تزيد من حزنهم، وربط الحدث المؤلم بالذكريات الجميلة للمفقود، إعطاء أمثلة توضيحية لحالات ناجحة واجهت أزماتها بواقعية.

النتائج المتوقعة:

- شعور النساء بالمساندة وشعورهم بأنهم ليسوا وحدهم في هذه المشكلة.
- تقديم الدعم من قبل اقرباء المشاركات والذين يشعرون بالثقة اتجاههم والشعور بالطمأنينة والأمان معهم.

ثالثاً: الواجب البيتي

حددي المواقف التي يمكن أن تتعرضي فيها للضغط وكيف يمكنك التصرف فيها؟

رابعاً: تقييم الجلسة الإرشادية

تلخص الباحثة ما ورد خلال الجلسة، تطلب من المشاركات إحضار الواجب المنزلي في الجلسة القادمة، ويجري عمل التقييم للجلسة الإرشادية من خلال الإجابة على نموذج التقييم الخاص بالجلسة:

الرقم	العبارة	نعم	لا	الى حد ما
1	هل كانت الجلسة الإرشادية جيدة؟			
2	هل توقيت الجلسة مناسب؟			
3	هل اتبعت الباحثة اسلوب جيد؟			
4	هل أجابت الباحثة على جميع استفساراتك؟			

الجلسة الحادية عشرة:

عنوان الجلسة: الشاهد الخارجي.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الأساليب المستخدمة: الجولات، النمذجة، المناقشة والحوار.

الأدوات المستخدمة: الأقلام، دفاتر، كمبيوتر، برجكتر.

أهداف الجلسة الإرشادية:

1- تقديم الدعم الخارجي للمشاركات في البرنامج الإرشادي.

2- إشعارهم بأنهم ليسوا الوحيدات الذين يشعرون بالفقدان.

3- توصيل فكرة أن هناك العديد من النسوة يشعرون بنفس المشكلة.

4- تقديم الدعم النفسي للفاقدات من خلال اقربائهم أو المشاركات معهم في البرنامج.

أولاً: بدأت الجلسة بالترحيب بأعضاء المجموعة وشكرهم على الإلتزام بالحضور، ثم تم البدء بمناقشة ما

طلب منهم ومراجعة ما ألقى في السابق، طرح الواجب المنزلي الذي أُعطي للمشاركات.

ثانياً: طلبت المرشدة من كل مشاركة من المشاركات سرد قصتهم والأخرى تعمل على الاستماع إليها،

والشاهد يعمل على إعادة صياغتها، والطلب من المشاركة الاستماع إلى قصتها، بعد الاستماع تعمل المرشدة

بتوجيه سؤال إلى المشاركات؛ وهو كيف كانت ردة فعلك عند سماع قصتك؟ وما هي العبارة التي من الممكن

أن تستخلصيها من قصتك وتأخذين بها كعبرة؟

ثالثاً: طلبت المرشدة من المشاركات تأليف قصص إيجابية جديدة واستبدالها بقصتهم عن الفقدان، إحضار

أشخاص يتقنون بهم ويعملون على تشجيعهم، مساعدتهم على سرد قصة إيجابية ومن ثم تعمل المشاركات

على سردها أمام باقي المشاركات؛ لإبداء رأيهم بها وإعطائهم ملاحظات عليها.

النتائج المتوقعة:

- شعور النساء بالمساندة وشعورهن بأنهم ليسوا وحدهم في هذه المشكلة.
- تقديم الدعم من قبل أقرباء المشاركات والذين يشعرون بالثقة اتجاههم والشعور بالطمأنينة والأمان معهم.

رابعاً: الواجب البيتي

طلبت المرشدة من المشاركات بتدوين الأفكار التي تراودهم، وهل هي عقلانية أو غير عقلانية؟ تلك التي تتعلق بمشاعر الفقدان:

الرقم	الفكرة	عقلانية	لا عقلانية

خامساً: تقييم الجلسة الإرشادية:

تلخص الباحثة ما ورد خلال الجلسة، تطلب من المشاركات إحضار الواجب المنزلي في الجلسة القادمة، ويجري عمل التقييم للجلسة الإرشادية من خلال الإجابة على نموذج التقييم الخاص بالجلسة:

الرقم	العبارة	نعم	لا	الى حد ما
1	هل كانت الجلسة الإرشادية جيدة؟			
2	هل توقيت الجلسة مناسباً؟			
3	هل اتبعت الباحثة أسلوباً جيداً؟			
4	هل أجابت الباحثة عن جميع استفساراتك؟			

الجلسة الثانية عشرة:

عنوان الجلسة: المواجهة وتقوية الذات.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الأساليب المستخدمة: الإصغاء، التعزيز، عكس المشاعر، المناقشة، التعاطف.

الأدوات المستخدمة: أوراق، وورق بروسيتيل، ورق A4.

أهداف الجلسة الإرشادية:

- أن تدرك المشاركات مشاعر الحزن والأسى لديهن.
- أن تقوم كل مشاركة بالتعبير عن ذاتها والتعرف على ما بداخلها من مشاعر مكبوتة.
- أن تتعرف المشاركات أهمية سعادة الروح والرضا عن الذات ومواجهة الذات.
- إكساب المشاركات نظرة إيجابية لحياتهن.

أولاً: بدأت الجلسة بالترحيب بأعضاء المجموعة وشكرهم على الإلتزام الحضور، ثم تم البدء بمناقشة ما طلب منهم ومراجعة ما جرى إلقاؤه في السابق، وطرح الواجب المنزلي الذي تم إعطاؤه للمشاركات.

ثانياً: قامت الباحثة بطلب مشاركة من المشاركات بعد توضيح النشاط لها ونذكر لها أنه نريد أن نعطيك كلمة بحيث أن (تعطي المعنى بالنسبة لها) وماذا تعني لها هذه الكلمة (وتكون الإجابة بسرعة مثل الكلمات الآتية: المرض، الابن، الموت، الألم، الفقر، البكاء، الزوج، البحر، فقدان، البيت، العائلة، الورد، الصبر، الطبيعة).

ثالثاً: قامت المسترشدات بجمع مواقف حياتهم المؤلمة، وجرى اختيار موقف أو اثنين لتمثيلهما، وبعدها بأ السؤال عن المشاعر، ونترك المشاركة تتحدث بحرية عما تعانیه وما تشعر فيه المشاركة ويمكن لها أن تمثل بنفسها الدور أو تختار مشاركة أخرى لمساعدتها في تمثيل الدور، وفي النهاية تؤكد على المشاركة واستخدام الحديث الايجابي.

النتائج المتوقعة:

- قدرة النساء على مواجهة مخاوفهم.
- كيفية تنمية الشخصية.

- تنمية الذات لدى النساء.

رابعاً: الواجب البيتي

طلبت من المسترشدة في المجموعة تمثيل العائلة التي تعيش معها وذلك من خلال وضع كراسي بأفراد العائلة التي ترغب في إدخالها في الدور، وتضع نفسها معهم وموقع السيدة منهم حسب درجة القرابة، تقوم السيدة بالجلوس على كل كرسي وتتحدث عن نفسها من وجهة نظر أفراد هذه العائلة لها؛ أي: أنها في الواقع تعبر عن إحساسها وعن مشاعرهم اتجاهها.

خامساً: تقييم الجلسة الإرشادية

تلخص الباحثة ما ورد خلال الجلسة، وتطلب من المشاركات إحضار الواجب المنزلي في الجلسة القادمة، ويجري عمل التقييم للجلسة الإرشادية من خلال الإجابة على نموذج التقييم الخاص بالجلسة:

الرقم	العبارة	نعم	لا	الى حد ما
1	هل كانت الجلسة الإرشادية جيدة؟			
2	هل توقيت الجلسة مناسباً؟			
3	هل اتبعت الباحثة أسلوب جيد؟			
4	هل أجابت الباحثة عن جميع استفساراتك؟			

الجلسة الثالثة عشر:

مرحلة الإقفال (الخاتمة).

عنوان الجلسة: (تقييم البرنامج والاستماع إلى التغذية الراجعة).

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الأساليب المستخدمة: الحوار والمناقشة، التعزيز، الاسترخاء، عكس المشاعر.

الأدوات المستخدمة: ورق، أقلام، حاسوب، بروجيكتور.

أهداف الجلسة الإرشادية:

- تقييم البرنامج الإرشادي ومناقشة النتائج التي جرى الخروج بها بالبرنامج الإرشادي.
- التحقق من تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي من خلال مراجعتهم وتلخيصهم.
- تقييم أعضاء المجموعة لجلسات البرنامج الإرشادي.
- إجراء الاختبار البعدي بعد الانتهاء من جلسات البرنامج الإرشادي.
- الأخذ بآراء المشاركين وانطباعاتهم عن البرنامج وشكرهم على التزامهم بالحضور.
- تشجيع المشاركات على استخدام استراتيجيات وفتيات البرنامج في حياتهم العملية والشخصية.

الإجراءات التنفيذية داخل الجلسة:

- أولاً: بدأت الجلسة بالترحيب بأعضاء المجموعة وشكرهم على التزام الحضور، ثم تم البدء بمناقشة ما طلب منهم ومراجعة ما جرى إلقاءه في السابق، طرح الواجب المنزلي الذي أعطي للمشاركات.
- إجراء تمرين استرخاء (التنفيس الانفعالي).
- الاستماع إلى أفراد المجموعة والوقوف على جوانب النجاح التي تحققت لديهم عند تطبيق المهارات التي تدربوا عليها.
- مقترحاتهم حول البرنامج والتأكيد على تطبيق المهارات التي تعلموها خلال الجلسات الإرشادية.
- مناقشة أعضاء المجموعة بإيجابيات البرنامج وسلبياته، إذ يُطلب من الأعضاء إبداء آراءهم وملاحظاتهم حول البرنامج ومدى الفائدة التي تم تحقيقها للأعضاء.
- توزيع استمارة التقييم للجلسات الإرشادية على المشاركات للقيام بالإجابة عليها بما يتناسب معهنم والاتفاق على موعد لإجراء القياس التتبعي بعد شهر من انتهاء البرنامج.
- ثانياً: عمل نشاط داخل المجموعة وهو الطلب من كل عضو أن يوجه كلمة ايجابية لباقي الأعضاء.
- ثالثاً: شكر الأعضاء على التفاعل وحسن الإلتزام طيلة جلسات البرنامج.

النتائج المتوقعة:

- انتهاء البرنامج الإرشادي.
- التغيير في المشاعر والأفكار السلبية لدى النساء الفاقات بعد تطبيق المقياس الخاص بمشاعر الفقدان.
- تبيان مدى فعالية البرنامج الإرشادي الروائي على النساء الفاقات.

نموذج تقييم الجلسات الإرشادية:

الرقم	العبارة	نعم	لا
1	هل جرى تحقيق الأهداف المرجوة من البرنامج الإرشادي؟		
2	هل توقيت الجلسات الإرشادية كان مناسباً؟		
3	هل أسلوب المرشدة كان مشوقاً؟		
4	هل أجابت الباحثة على جميع الأسئلة التي طرحت؟		
5	هل تعلمت كيفية ممارسة فنيات العلاج الروائي؟		
6	هل تعرفت على الأسباب التي دفعتك الى الشعور بأعراض الفقدان؟		
7	هل أمكنك التخلص من مشاعر الفقدان بعد إنتهاء البرنامج؟		
8	هل اتبعت أسلوب حل المشكلات في حياتك اليومية؟		
9	هل أتحت لك الفرصة لمشاركة مشاعرك وأفكارك وتبادلها مع الآخرين؟		
10	هل ظهرت فعالية البرنامج الإرشادي في علاج أعراض الفقدان؟		

● إنهاء البرنامج الإرشادي:

شكرت الباحثة المشاركات على حضورهم للبرنامج الإرشادي، إذ طلبت منهم تطبيق الفنيات والاستراتيجيات التي طبقت خلال الجلسات في أحداث حياتهم وأكدت استعدادها للمتابعة في أي احتياجات إرشادية ونفسية كذلك على ضرورة حضورهم لتطبيق القياس التتبعي.

● توصيات البرنامج:

- استخدام البرنامج المقترح على نساء فاقات لمساعدتهم التخلص من حالة الفقدان التي لديهم.
- توجيه الأهتمام من قبل فئات المجتمع لمساعدة النساء الفاقات في تنمية قدراتهم وذواتهم وخبراتهم التي تمثل نقاط القوة في حياتهم.

– توفير بيئة قائمة على تمكين النساء بالشعور بالثقة بالنفس والاعتماد على النفس والبعد عن الشعور بالعجز.

– تقديم دورات وبرامج للأهالي والمرشدين الذين يعملون مع هذه الفئة من النساء من أجل تعريفهم بطرق معينة لمساعدة الفاقات ولكي يشعروا بالكفاءة والثقة بالذات والإنخراط بالمجتمع وعدم فقدان الاهتمام.

– بناء برامج أخرى على ضوء نظريات الإرشاد النفسي المختلفة والمقارنة بينها.

● نتائج البرنامج:

- انخفاض مشاعر فقدان وأعراضه لدى النساء الفاقات.
- التعرف على أهم المهارات التي قد تتسبب في مساعدة النساء على التخلص من مشاعر فقدان.
- تقليل نسبة النساء اللاواتي يعانين من مشاعر فقدان.
- اكتشاف بعض الحالات الفردية التي بحاجة إلى تحويلها إلى برامج مساندة.
- إكساب الفاقات اتجاهات صحيحة لإيجاد حلول لمشكلتهم من خلال استخدام الأساليب المشوقة لإكتساب ما ينقصهم من مهارات اثناء حياتهم اليومية.
- فعالية البرنامج العلاجي الروائي في خفض أعراض فقدان لدى النساء الفاقات في مخيمات مدينة نابلس.

ملحق رقم (هـ)

كتاب تسهيل مهمة الباحث

An-Najah National University Faculty of Graduate Studies		جامعة النجاح الوطنية كلية الدراسات العليا
التاريخ : 2022/12/15م		
حضرة السادة مركز الدراسات النسوية المحترمون مخيم عسكر / نابلس		
السلامة عليكم ورحمة الله وبركاته..		
الموضوع: تسهيل مهمة الطالبة/ داليا رافع ياسر خاروف، رقم تسجيل (11952624). تخصص ماجستير الإرشاد النفسي والتربوي		
<p>تهديكم أطيب التحيات ونعلمكم بأن الطالبة / داليا رافع ياسر خاروف ، رقم التسجيل 11952624 ، تخصص ماجستير الإرشاد النفسي والتربوي في كلية الدراسات العليا - جامعة النجاح الوطنية ، بصدد إعداد الأطروحة الخاصة بها بعنوان :</p> <p>"لماعلية برنامج إرشادي جمعي قائم على العلاج الروائي لدى النساء الفاقديات في مخيمات اللاجئين في مدينة نابلس"</p> <p>يرجى من حضرتكم تسهيل مهمتها ، بحيث لها بصدد تطبيق برنامج إرشادي جمعي على عينة من النساء الفاقديات المشمل عددهم 16 سيدة للتقليل من آثار مشاعر الفقدان لديهن ، ولتطويع لإستكمال مشروع البحث. علماً ان المعلومات سوف تستخدم بسرية تامة ولإغراض البحث العلمي .</p> <p>شاكرين لكم حسن تعاونكم .</p> <p style="text-align: center;">مع وافق الاحترام ،،،</p> <p>أ.م.وليد صويحح عميد كلية الدراسات العليا</p> 		
<small>فلسطين، نابلس، من ب. 7.707 هاتف: (972) 2345115، 2345114، 2345113 (09) *فاكسيل: (972) 92342907 (09) 3200 Nablos, P. O. Box (7) *Tel. 972 9 2345113, 2345114, 2345115 هاتف داخلي (8) 3200 * Facsimile 972 92342907 *www.unjab.edu - email fgs@najah.edu</small>		

ملحق (ح)

كتاب موافقة لجنة الأخلاقيات على تطبيق مقياس مشاعر الفقدان على عينة الدراسة: (IRB)

An-Najah National University
Faculty of Medicine & Health Sciences
Institutional Review Board

جامعة النجاح الوطنية
كلية الطب وعلوم الصحة
لجنة الممارسات البحث العلمي

Ref. Mas. Dec. 2022/4

IRB Approval Letter

Title of Research:
The effect of narrative-based therapy of group counseling program on bereaved women in Nablus-based refugee camps

Submitted by :
Dalia Kharoof

Supervisor :
Shadi Abu Al-Kabbash

Approved:
5th Dec. 2022

Your Study Title "The effect of narrative-based therapy of group counseling program on bereaved women in Nablus-based refugee camps." reviewed by An-Najah National University IRB committee and was approved on, 5th Dec. 2022.

Hasan Fitian, MD
IRB Committee Chairman



Nablus - P.O. Box :7 or 707 | Tel (970) (09) 2342902/4/7/8/14 | Faximile (970) (09) 2342910 | E-mail : IRB@najah.edu



An- Najah National University
Faculty of Graduate Studies

**THE EFFECT OF NARRATIVE-BASED THERAPY OF
GROUP COUNSELING PROGRAM ON BEREAVED
WOMEN IN NABLUS-BASED REFUGEE CAMPS**

By

Dalia kharouf

Supervisors

Dr. Shadi Abu Al-Kabbash

Dr. Abdul Karim Ayoub

**This Thesis is Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Psychological and Educational Counseling, Faculty of Graduate Studies, An-
Najah National University, Nablus, Palestine.**

2023

THE EFFECT OF NARRATIVE-BASED THERAPY OF GROUP COUNSELING PROGRAM ON BEREAVED WOMEN IN NABLUS-BASED REFUGEE CAMPS

By

Dalia kharouf

Supervisors

Dr. Shadi Abu Al-Kabbash

Dr. Abdul Karim Ayoub

Abstract

The study aims to recognize the effect of narrative-based therapy of group counseling program on bereaved women in Nablus refugee camps. The experimental method was used in its semi-experimental form, and the study was applied to a purposive sample of bereaved women in the refugee camps in the city of Nablus, consisting of (16) women. They were distributed into two groups, control group consisting of 8 women and experimental group consisting of 8 women. Also, a program based on narrative therapy was applied to mitigate the impact of loss, and validity and reliability were verified before being applied to the study sample. The data were analyzed to reach the results using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) in order to examine the significance of the difference for the experimental group in the pre, post and follow-up tests using the accompanying binary analysis of covariance (ANCOVA). The study concluded that there is a moderate response degree on the total score of the pre-test of the experimental group and very low for the post-test of the same group on feelings of loss scale among bereaved women in the refugee camps in the city of Nablus , statistically significant differences at ($\alpha \leq 0.05$) level in the pre and post applications of the scale of feelings of loss among bereaved women in refugee camps in Nablus city in favor of the post application and statistically significant differences at ($\alpha \leq 0.05$) level between the mean scores of the experimental group in the post and follow-up applications six weeks after the end of the application of the counseling program on the scale of feelings of loss among bereaved women in refugee camps in Nablus in favor of the follow-up application. In the light of the results, the study recommended the use of narrative therapy programs to alleviate the loss of bereaved women due to their impact on the targeted group and the need to conduct profound studies in this field.

Keywords: Counseling Program, Narrative Therapy, Bereaved Women, Refugee Camps In Nablus.