

استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتحسين المرونة الأسرية لآباء وأمهات الأطفال المصابين بمرض السكر

ملخص البحث:

استهدف البحث تحسين المرونة الأسرية لآباء وأمهات الأطفال المصابين بمرض السكر وذلك باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد، وطبق البحث على عينة قوامها (٢٠) حالة موزعين على مجموعتان (تجريبية- ضابطة) قوام كل مجموعة (١٠) حالات من المترددين على مركز السكر بمدينة جازان بالمملكة العربية السعودية، مستخدماً المنهج الشبة تجريبي. ومقياس المرونة الأسرية من إعداد أبو الفتوح (٢٠١٣م) وتوصل البحث إلى مجموعة من النتائج لعل من أهمها: وجود فروق داله إحصائياً عند مستوى معنوية (٠,٠١) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس المرونة الأسرية ككل لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

Abstract:

Targeted research to improve the family resilience to parents of children with diabetes Ozk using Cognitive – behavioral Therapy in the service of the individual, and applied research on a sample of (20) the case of distributors on the two groups (Tjeribih-officer) strength of each group (10) cases of undecided sugar center in the city Jizan, Saudi Arabia, using an experimental approach alum. The scale family resilience of preparation About Fotouh (2013 m) and reach search to a set of results, most notably: the existence of significant differences in the abstract level (0.01) between the experimental group and the control group on family resilience as a whole scale in favor of the experimental group in the telemetric.

١- المدخل إلى مشكلة البحث:

الأسرة من أهم الجماعات الإنسانية وأعظمها تأثيراً في حياة الأفراد والجماعات وأنها الوحدة البنائية الأساسية التي تنشأ عن طريقها مختلف التجمعات الاجتماعية وهي التي تقوم بالدور الرئيسي في بناء صرح المجتمع وتدعيم وحدته وتماسكه وتنظيم سلوك أفرادها ونظراً لأن المجتمع يولي اهتماماً كبيراً للأسرة فإنه يتوقع منها أداء بعض الوظائف تجاه أفرادها مما يكون له أكبر الأثر على المجتمع (ماهر أبو المعاطي وآخرون، ٢٠٠٦م). وتعد الأسرة وحدة إنسانية ديناميكية متفاعلة لها مبادئها ونظمها وقيمها التي تستلهمها من نظم وقيم المجتمع، وتستمد كياناتها وقوامها في المجتمع من كونها الأداة الحقيقية لتنشئة وتربية الأبناء الذين هم في النهاية أفراد المجتمع، لذلك وجهت إليها الجهود المتعددة، وتأكدت أهميتها في المواثيق والتشريعات المتعددة

بقصد حمايتها ورعايتها حتى تصبح قادرة على أدائها لوظائفها الاجتماعية (جبريل، وآخرون، ٢٠٠٣م).

هذا ويتطلع الآباء إلى ميلاد طفل عادي معافى صحياً وجسماً وعقلياً ونفسياً حيث يعد هؤلاء الأطفال بالنسبة لذويهم مشروع المستقبل والهدف من الحياة، وبالتالي فإن ميلاد طفل يعاني من قصور ما يفقد ذويه هذا الأمل المنتظر ويوقع الآباء والأمهات في سلسلة ردود الفعل السالبة حيث تتحطم الآمال والطموحات وتتولد المشكلات الأسرية والمادية والاجتماعية مما يعرض هذه الأسر لمزيد من الضغوط خاصة الضغوط النفسية، فالصدمة التي يتعرض لها آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة جراء ما يتعرضون له من صدمة نفسية عند تشخيص حالة الابن بالإعاقة أو المرض يؤدي إلى شعورهم بعدم الاتزان وحينها يصعب عليهم مواجهة متطلبات الموقف الذي يؤثر عليهم (الشخص والسرطاوي، ١٩٩٨م)، وهذا يتفق مع الرؤية التي تقول أن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في حاجة ماسة إلى كثير من الاحتياجات إلا أن حاجات والديهم تكون أكبر وربما تجد حاجات الأطفال إشباعاً مناسبة ولكن حاجات الآباء نادراً ما يعترف بها أو تشبع (الشناوي، ١٩٩٧).

فميلاد طفل مصاب بمرض مزمن داخل أسرة له نواتجه السالبة التي يدركها الآباء والأمهات على المستوى النفسي لدرجة تصل إلى حد الصدمة النفسية القوية والعنيفة ولا تتوقف فقط معاناة الآباء عند ذلك الحد بل إن المعاناة تتعاظم لديهم حينما يفشلون في مواجهة المجتمع بمثل هؤلاء الأطفال، فأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة دائماً ما تتألم مشاعر القلق والتوتر جراء خوفهم الدائم من الفشل الاجتماعي حينما يخرجون للعالم المحيط بطفل ذوي إعاقة أو بمرض مزمن (Jones & Passey, 2005).

واتضح ذلك من خلال نتائج بعض الدراسات والبحوث التي أشارت إلى أن مرض الطفل بشكل عام يمكن أن يكون مصدراً لحدوث المشكلات النفسية والاجتماعية التي تمثل مشكلات ضاغطة على الآباء، وأن معظم الأسر تتقبل أمراض الطفولة المعتادة والتي تشفى في فترة بسيطة ولكن يختلف الوضع إذا أصيب الطفل بمرض مزمن، فإن الطفل وأبويه يواجهون مشكلة حقيقية، وذلك لأن المرض الطويل في فترة الطفولة يؤثر غالباً على التطور الطبيعي لنمو الطفل مما يؤدي إلى أن يلجأ الوالدان إلى إبعاد طفلهم عن عيون الناس حتى الأقرباء منهم، ويؤدي ذلك إلى ضعف علاقات الأسرة بالمحيطين ويؤثر على تقبل الوالدين للطفل، ولذلك فإن إصابة الطفل بمرض مزمن يمثل مشكلات ضاغطة معوقة للوالدين لعل من أهمها زيادة الشعور بالقلق تجاه الطفل المريض (عجاج، ١٩٩٢م).

كما يرى البعض أن المشكلات الاجتماعية والنفسية قد ترجع إلى نوع وطبيعة المرض بالإضافة إلى أفكار الوالدين عن المرض وطبيعته التي تؤدي إلي رغبتهم في إخفاء حقيقة المرض وشعورهم بحالة حزن شديد نتيجة تغير ملامح الطفل بجانب أن الاهتمام الشديد بالطفل المريض يقابله إهمال للأبناء الآخرين. مما يزيد من شعور الوالدين بالذنب ويؤثر على طبيعة الحياة الأسرية بشكل عام، ومن هنا فالاهتمام ببيئة الطفل المريض المتمثلة في أسرته وتحسين المرونة الأسرية ضرورة ملحة لمواجهة التغيرات النفسية والاجتماعية التي تحدث داخل الأسرة والتي تؤثر على التوافق الأسري بشكل كبير (فوزي، ٢٠٠٤م:٩).

كما أن مرض الطفل أو إعاقته من الأمور التي تؤثر بشكل مباشر على بعض الجوانب النفسية والاجتماعية للأسرة ومنها مستوى الشعور بالقلق والتوتر إلي جانب ارتفاع معدل الطلاق، والانفصال، مقارنة بالأسر العادية، كما أن إعاقة أو مرض الطفل يرتبط بمجموعة من المشكلات لعل من أهمها مشكلات الصحة النفسية للأهتات، ومشكلات التوافق بين الإخوة والأخوات، والإحساس بالضغط النفسي والحزن والأزمات الأسرية (George, 2004)

كما تشير بعض الدراسات إلي وجود ارتباط بين معلومات الوالدين عن المرض أو إعاقة الطفل بدنيا ومدى تقبلهما له، والتعاون الجيد بين أفراد الأسرة، والمساعدة الاجتماعية بأساليب المساييرة، والمواجهة الأكثر استخداماً، كما أشارت إلي أن هناك نسبة كبيرة من أسر الأطفال المرضى بأمراض مزمنة أو المعاقين بدنيا يعانون من مشكلات كثيرة لعل من أهمها المشكلات المتصلة بمستوى التوافق العام للأسرة والشعور بالقلق الزائد تجاه الطفل المريض (Taani, 2002: 73-86).

ويعد مرض السكر في الوقت الحاضر من أكثر الأمراض انتشاراً في العالم أجمع. المتقدم منه والنامي ويصيب الأغنياء والفقراء، الصغار والكبار، الرجال والنساء. وقد أظهرت الدراسات والبحوث العلمية أن ما يقارب من ٥ - ٨ % من الأفراد مصابون بداء السكر وكثيراً من المرضى لا تظهر عليهم أعراض المرض ولا يعرفون أنهم مصابون بالسكر. وبناء على تقرير منظمة الصحة العالمية الصادر عام ٢٠١٠م فإن عدد المصابين بهذا المرض يقارب ١٧١ مليون شخص على مستوى العالم. وللأسف الشديد فإن العدد في ازدياد ويتوقع أن يتضاعف بحلول العام ٢٠٣٠م بسبب زيادة السمنة، والتي تؤدي إلي خلل في إفراز هرمون الأنسولين، وكذلك ارتفاع المعدل العمري للأشخاص في الدول المتقدمة.

وتعد المملكة العربية السعودية واحدة من أعلى الدول في ارتفاع نسبة انتشار مرض السكر حيث أوضحت الدراسات التي استهدفت مرضى السكر لدى السعوديين أن نسبة الإصابة بهذا المرض لدى الذكور بلغت ١٧,٣% بينما بلغت ١٢,١٨% الإناث وقد

قدّرت تكلفة الرعاية الطبية لمرضى السكر في المملكة العربية السعودية بما يعادل ٤ - ٥ % من ميزانية وزارة الصحة. (الحמיד، ٢٠٠٧م).

وسجلت المملكة العربية السعودية في الإصابة بداء السكري مستويات مرتفعة، فاقت في ذلك النسب العالمية، وسجلت في عام واحد ما سجله العالم في عشرة أعوام، وتجاوز انتشاره في غضون ٣٠ عاماً نسبة ٢٤.٧ %، وبلغت كلفة علاج المرض غير المباشرة أكثر من ٥١ بليون ريال سنوي. كما سجل أول ظهور للمرض قبل ٣٠ عاماً، وبلغت نسبته ٢,٢ %، وقفز الرقم إلى خمسة في المائة عام ١٩٨٥، وإلى ١٢ % عام ١٩٩٥، ليصل في آخر إحصائية منشورة إلى ٢٤,٧ % . بحسب مجلة التخصصي الصادرة عن مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، بعد أن خصصت عدد منفرد لبحث مرض السكري، أسبابه وطرق علاجه (بن عباس، ٢٠١٢م: ١٤).

ولقد تعددت الدراسات التي اهتمت بالتعرف على الآثار السلبية المترتبة على تلك الإعاقة الجسمية، وانتهت نتائجها إلى أن آباء وأمهات الأطفال المصابين بأمراض مزمنة ومنها مرض السكر يواجهون العديد من الصعوبات والمشكلات المتباينة.

حيث بينت هذه الدراسات أن من أهم المشكلات التي تواجه الأمهات في التعامل مع أبنائهم المصابين بالسكر: الغذاء اليومي، واختبارات البول، وحقق الأنسولين، والتحكم في السكر، ونسب الهيموجلوبين، وانتظام الأنشطة اليومية، والمساندة والتشجيع الاجتماعي، وأن أكثر الأبعاد إثارة للمشكلات كان اهتمامات المستقبل. هذا إلى ما رصدته دراسة (Janet et,al :1983) التي بحثت تأثير مرض السكر عند المراهقين على العلاقات الاجتماعية بالأسرة ومدى التوافق والاختلاف بين المريض والعائلة في موضوعات مختلفة، وأوضحت النتائج أنه لم يوجد اتفاق بين وجهات نظر الآباء والأبناء على مختلف الاستجابات، وتأثرت وجهات نظر الأبناء بالجنس والسن، ولوحظ وجود تأثير ضعيف للمرض على الأداء الدراسي والتركيز، والمراهقين الذكور المصابين شعروا بأقصى تأثير لهذا المرض على الحياة الاجتماعية وعلى الرغم من أن آباء هذه المجموعة التجريبية قللوا هذه المشاعر بصفة عامة إلا أنهم في الواقع كانوا مدركين للتأثير الكبير للمرض على حياة أبنائهم.

في حين جاءت دراسة (Jacobson et,al,1986) والتي بحثت تأثير الإصابة بالمرض على توافق الأبناء وأسرهم وتأثير الجوانب النفس اجتماعية مثل أحداث الحياة، والمساندة الاجتماعية والتفاعل الأسري على السلوك، وأوضحت النتائج عند مقارنة المجموعة التجريبية والضابطة أنه لم توجد فروق بين المجموعتين في درجة تقدير الذات، كما توصلت دراسة (بولتيس Politis ١٩٩٨م) والتي طبقت على عينة من الأطفال المصابين ببعض الأمراض المزمنة وأسرهم ومنها الأطفال المصابين بالسكر

إلى مجموعة من النتائج لعل من أهمها (الاعتلال البدني، فساد وتدمير الجسم، الإعاقات) كما يؤثر المرض المزمن على التوافق النفسي والاجتماعي لدى الطفل المريض وأفراد أسرته خاصة فيما يتصل بطبيعة العلاقة بين الزوجين والقلق على مستقبل الطفل، كما أوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بهذه الفئة من المرضى وأسرههم ومساعدتهم من قبل المتخصصين الذين لديهم الوعي الكافي والمعرفة بالأسلوب المناسب لحياة الطفل بمرض مزمن وأفراد أسرته.

فالأسرة التي تحوي طفل مصاب بالسكر ينبغي عليها التأقلم مع كم هائل من الضغوطات المتعلقة بأمور التواصل والتفاعل الاجتماعي لدى هذه الفئة من الأطفال علاوة على السلوك غير المتوقع الذي يظهرونه والروتين اليومي الصلب صعب التغيير أي أن الأسر التي تتعامل مع طفل معاق أو مريض بمرض مزمن تواجه ضغوطات ومحن كبيرة تعيق أدائها لأدورها تجاه كافة أفرادها، وجدير بالذكر أنه خلال العقد الماضي، انشغل العديد من الباحثين المهتمين بالشؤون الأسرية بدراسة الأزمة التي قد تمر بها بعض الأسر أثناء محاولتها القيام بدورهم والوقوف على قدميها بثبات، وتلك الأخرى التي لا تستطيع مواجهة الأمر برمته بنجاح، تمخض عن هذا الاهتمام ميلاد ما يعرف بمصطلح المرونة الأسرية **Family Resilience** والذي يعرف أحيانا بالصمود الأسري بمعنى القدرة على الصمود في مواجهة المصاعب، والتغلب على المحن والأزمات (Walsh 1998,54).

وينظر إلى مفهوم المرونة الأسرية على أنها: إما تفاعل بين مجموعتين من المخاطر والعوامل الوقائية مع بعضهما البعض (Rutter, 1987) أو أنها مدى قوة العائلة أو الأسرة في مواقف مختلفة خلال دورة حياتها وفي ظروف متباينة (Walsh 2003)، إن إعطاء الأزمة أو المحنة معنى إيجابي، أو الصمود في وجه المشكلة والتفاؤل، والتحلي بالجانب الديني والروحاني عوامل رئيسة وأساسية تسهم في بناء روح التكيف داخل الأسرة (Bayat,2007)، فالأسرة التي تستطيع التكيف الإيجابي مع وجود طفل مريض أو معاق داخلها ينبغي أن تمتلك العديد من الخصائص منها المرونة، التواصل، الترابط، والقدرة على مضاعفة مصادر القوة لديها (Skinner et al. 1999) ; Scorgie& Sobsey 2000;

وبالرغم من أن خدمة الفرد تزخر بالعديد من مداخل ونظريات الممارسة المهنية التي يتم من خلالها التعامل مع المشكلات التي تواجه الأفراد والأسر، إلا أن البحث الحالي يعتمد على العلاج المعرفي السلوكي " باعتباره من المداخل العلاجية المناسبة لمشكلة البحث، حيث يعتمد على التفاعل النشط بين الأخصائي الاجتماعي والعميل وهو ما يوصف بتبادل الخبرات، إذ يقدم الأخصائي الاجتماعي للعميل مبادئ أساسية للعلاج، وتكون مهمته القيام بدور المعلم أو الدليل وهو يقوم بدور موضوعي بعيداً عن إصدار

الأحكام. كما يعتمد على تنفيذ الاستراتيجية المعرفية العلاجية المبنية على التقنيات السلوكية والمعرفية، وأيضاً طبيعة المشكلة ونوع التشوهات المعرفية.

وعلى ذلك فقد تحددت مشكلة البحث في تساؤل رئيسي مؤداها:

"هل يمكن للبرنامج التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد تحسين المرونة الأسرية لآباء وأمهات الأطفال المصابين بمرض السكر".

٢ - أهمية البحث:

- قد يكون لهذا البحث أهميته من حيث كونه يساير الاتجاهات الحديثة في الخدمة الاجتماعية والتي تعطي اهتماماً أكبر للفئات الخاصة المعرضة للخطر ومن بينها أسر الأطفال المصابين بأمراض مزمنة للتخفيف حدة الضغوط التي تعوق أدائهم لوظائفهم الاجتماعية.
- الزيادة المستمرة في إعداد الأطفال المصابين بأمراض مزمنة بصفة عامة والمصابين بالسكر في المجتمع السعودي.
- أن إصابة طفل بمرض السكر انعكاساته لا تقع على الطفل فقط بل تمتد مشكلاته لتشمل الأسرة وجميع أفرادها بل والمجتمع أيضاً، الأمر الذي يستدعي ضرورة مواجهتها حتى لا تضعف قدرة الأسرة على أدائها لوظائفها.
- قلة الدراسات التي تناولت تلك الفئة هذا جانب، وأيضاً لحدثة استخدام التدخل المهني لخدمة الفرد، مما قد يفتح المجال في توسيع دائرة الاهتمام بالدراسات والبحوث القائمة على المنظور الإسلامي للخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة في مجالات الممارسة المهنية المختلفة للخدمة الاجتماعية.

٣ - أهداف البحث: يسعى البحث الحالي إلى تحقيق هدف رئيسي مؤداها:

- " التعرف أثر برنامج التدخل المهني القائم على العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتحسين المرونة الأسرية لآباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر". وينبثق من هذا الهدف عدد من الأهداف الفرعية:
- التعرف على أثر برنامج التدخل المهني القائم على العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتحسين أنظمة المعتقدات لآباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر.

- التعرف على أثر برنامج التدخل المهني القائم على العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتحسين الأنماط التنظيمية لآباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر.

- التعرف على أثر برنامج التدخل المهني القائم على العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتحسين التواصل وحل المشكلات لآباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر.

٤- مفاهيم البحث:

٤-١- العلاج المعرفي السلوكي: العلاج المعرفي السلوكي هو مدرسة للعلاج هدفها تصحيح الأخطاء المعرفية للعملاء بالنسبة لعالمهم ولأنفسهم بالإضافة إلى محاولة تعديل السلوك (كما في العلاج السلوكي التقليدي) ويسعى المعالج المعرفي السلوكي إلى تغيير التعلم للفرد في التفكير (عادل عبد الله، ٢٠٠٠م).

ويعد العلاج المعرفي السلوكي اتجاه علاجي حديث نسبياً في خدمة الفرد، ويركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات الخارجية وتغييرها، وتشير النظريات التي عرضت العلاج المعرفي السلوكي في اتجاه رئيسي يقوم على أساس إدخال العقل في العلاج النفسي وتغيير الأفكار السلبية أو المعتقدات اللاعقلانية التي يتبناها الفرد من خبراته المبكرة وذلك لغرض تعديل سلوكه، إذ تعبر الاضطرابات النفسية بأشكالها المختلفة عن تشوه الإدراك (ربيع، ٢٠٠٩م) ويقصد بالعلاج المعرفي السلوكي إجرائياً:

- مدخل علاجي يقوم على مجموعة من الأساليب العلاجية قصيرة المدى.
- يركز على تحليل الأفكار والمشاعر غير المرغوب فيها لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر.
- يهدف إلى إكساب آباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر سلوكيات توافقية مرغوبة تساعد في تحسين مستوى المرونة الأسرية.

٤-٢- المرونة الأسرية:

وهي القدرة على استدعاء واستغلال نقاط القوة الكامنة داخل أسر الأطفال المصابين ببعض الأمراض المزمنة لمواجهة التحديات والأزمات والضغوطات والأحداث الحياتية الأليمة المرتبطة بمرض الطفل بشكل إيجابي ومواجهة معظم التغيرات المرتبطة بها بهدف التوافق الإيجابي معها وإعطائها معنى إيجابياً لاستعادة التوافق الأسري بصورة أفضل تحقق للأسرة مستوى جيد لأدائها لوظائفها الاجتماعية.

٤-٣- مفهوم أسر الأطفال المصابين بالسكر:

الأسرة في اللغة معناها الدرع الحصينة، وأهل الرجل وعشيرته وأيضاً بمعنى الجماعة التي يربطها أمر مشترك، وهذه المعاني تلتقي في معنى واحد يجمعها وهو قوة الارتباط غير أن معنى الأسرة لم يعد يقصد به الأهل والعشيرة وإنما أصبح يقصد به الزوج والزوجة المباشرين غير المتزوجين (عفيفي، ٢٠٠٢م: ١٩). وهناك من يعرف الأسرة بأنها مؤسسة اجتماعية، وهي ضرورة حتمية لبقاء الجنس البشرى ويتحقق ذلك بفضل اجتماع كائنين لا غنى لأحدهما عن الآخر وهما الرجل والمرأة (توفيق، ٢٠٠٥م: ٧).

أما مرض السكر فهو عبارة عن مرض مزمن وشائع ناتج عن ازدياد مستوى السكر في الدم ويحدث عندما لا يستطيع الجسم إفراز كمية كافية من الأنسولين أو عندما تكون كمية الأنسولين الطبيعية غير فعالة أو لقلّة استقباله من قبل خلايا الجسم المختلفة مما ينتج عنه ارتفاع نسبة السكر في الدم عوضاً عن دخوله لخلايا الجسم) لعدم وجود كمية كافية من الأنسولين (ويتم طرحه في البول عندما تتخطى كمية السكر في الدم ١٨٠ ملجم) ويتم فقدان الطاقة (هلال، ١٩٩٨: ١٢).

ومن خلال ما سبق يرى البحث الحالي أن مفهوم أسر الأطفال مرضى السكر إجرائياً كالتالي:

- هي تلك الأسر التي لديها طفل مريض بالسكر منذ فترة لا تقل عن عام ولا تزيد عن ثلاثة أعوام ويتراوح عمر الطفل ما بين (٦ - ١٢) سنة.
- أن تكون من المترددين بانتظام على مركز السكر بجازان بمستشفى جازان العام.
- الأسرة (آباء - أمهات) الأطفال المصابين بالسكر التي تحصل على درجة منخفضة على مقياس المرونة الأسرية.

الإطار النظري للبحث:

إن الأزمات التي تتعرض لها أسر الأطفال المصابين بمرض السكر يؤدي إلى سوء التوافق بأبعاده المختلفة، فتشخيص إصابة طفل ما داخل الأسرة بالسكر يؤثر بشكل سلبي على الجوانب الشخصية منها والاجتماعية والأحوال والظروف المادية للأسرة ككل والحياة اليومية بوجه عام، فأباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر معرضين دوماً للكثير من الضغوط التي تحتاج إلى المزيد من عمليات المساعدة لضمان استمرار الحياة بشكل طبيعي.

وإذا كانت مهنة الخدمة الاجتماعية - بصفة عامة - تهدف إلى تحقيق هذه العمليات، فإن طريقة خدمة الفرد - بصفة خاصة - يمكن أن تسهم بدور أساسي في رعاية أسر الأطفال المصابين بالسكر من خلال المساهمة الفعالة في حل العديد من

المشكلات، وتنمية قدراتهم وتزويدهم بالخبرات والمهارات اللازمة لتحسين وتنمية المرونة الأسرية لديهم من خلال بعض مداخلها العلاجية. الأمر الذي دفع الباحث إلى تصميم برنامج للتدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتحسين مستوى المرونة الأسرية لمقابلة هذه الضغوط الناتجة عن وجود طفل مصاب بالسكر.

٥- المدخل المعرفي السلوكي Cognitive – behavioral Therapy :

٥-١- ماهية العلاج المعرفي السلوكي: العلاج المعرفي السلوكي هو مدرسة للعلاج هدفها تصحيح الأخطاء المعرفية للعملاء بالنسبة لعالمهم ولأنفسهم بالإضافة إلى محاولة تعديل السلوك، كما في العلاج السلوكي التقليدي ويسعى المعالج المعرفي السلوكي إلى تغيير التعلم للفرد في التفكير (أسامة حسن، ١٩٩٩م: ٢٤). فمعظم عمليات التعلم البشري كما أشار كيندال Kendall تتم عن طريق المعرفة، وأن المعرفة والسلوك متداخلين والاتجاهات والتوقعات ونشاطات معرفية أخرى (Adam Kuper,1996:323).

وتعتبر نظرية العلاج المعرفي السلوكي نتاج تداخل ثلاث مدارس هي العلاج السلوكي، العلاج المعرفي، علم النفس الاجتماعي المعرفي، وترتكز على إطار نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا bandura حيث يرى أن عملية التعليم تستم من خلال إدراك الناس لمواقف حياتهم ومن خلال تصرفاتهم التي تنتج عن الأحوال البيئية التي تؤثر على سلوكهم بطريقة تبادلية، والسلوكيات التي يتم التركيز عليها تعرف بالسلوكيات المستهدفة وتبدأ بوقائع السلوك التي تسبق المشكلة والأحداث التي تليها تسمى النتائج ويكون استخدام النتائج الإيجابية لتغيير السلوكيات المرضية من خلال أهمية نظرية التعلم الاجتماعي والخبرات التي تنتج عن السلوك يمكن أن تعمل على تحديد ما يفكر فيه الفرد وما يمكن أن يفعله والذي بدوره يؤثر على السلوك التالي وفي نظرية التعلم الاجتماعي يمكن من خلال الأفكار والمشاعر توضيح السلوك (Ray.W.ctazier,2005:267).

٥-٢- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي (المحارب، ٢٠٠٠م):-

- يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة المريض وتنقيحها بصورة مستمرة ضمن الإطار المعرفي ويعتمد المعالج في صياغة مشكلة المريض على عوامل متعددة مثل تحديد الأفكار الحالية للمريض (أنا فاشل لا أستطيع عمل أي شيء كما ينبغي)، الأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها. ثم التعرف على العوامل المرسبة التي أثرت على أفكار المريض عند ظهور المرض مثل (حادثة محزنة، تغير

- شيء مألوف) وبعد ذلك التعرف على الأسلوب المعرفي الذي يفسر من خلاله المريض الحوادث التي يتعرض لها مثلاً (عزو النجاح للحظ ولوم النفس على الفشل). ثم يقوم المعالج بصياغة المشكلة في الجلسات الأولى ولكنه يستمر في إجراء تعديلات عليها كلما حصل على معلومات جديدة.
- يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق في المعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض وكذلك على الاحترام الصادق وحسن الاستماع.
 - يشدد العلاج المعرفي السلوكي على أهمية التعاون والمشاركة النشطة. العمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.
 - يسعى المعالج إلى تحديد أهداف معينة، يسعى لتحقيقها وحل مشكلات محددة .
 - يركز العلاج المعرفي السلوكي على الحاضر. حيث يتم التركيز على المشكلات الحالية وعلى مواقف معينة تثير القلق لدى المريض. ومع ذلك فقد يتطلب الأمر:
 - ١- الرجوع إلى الماضي في حالة: رغبة المريض الشديدة في القيام بذلك.
 - ٢- عدم حدوث تغيير يذكر في الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية.
 - ٣- عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض.
 - العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي، يهدف إلى جعل المريض معالماً لنفسه كما أنه يهتم كثيراً بتزويد المريض بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض بعد التحسن (الانتكاس).
 - العلاج المعرفي السلوكي علاج مكثف قصير المدى. يتم علاج معظم الحالات في مدة تتراوح ما بين ٤-١٢ جلسة وقد يستمر إلى فترة أطول من ذلك.
 - تتم الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي وفق جدول عمل محدد يحاول المعالج تنفيذه، للتعرف على الوضع الانفعالي للمريض؛ ويطلب من المريض تقديم ملخص لما حدث خلال الأسبوع الماضي؛ إعداد جدول أعمال الجلسة (بالتعاون مع المريض)؛ التعرف على رد فعل المريض حول الجلسة السابقة؛ مراجعة الواجبات المنزلية؛ تقديم ملخصات لما تم في الجلسة بين الحين والآخر؛ ثم أخذ رأي المريض فيما تم في نهاية الجلسة.
 - يعلم العلاج المعرفي السلوكي المريض كيف يتعرف على الأفكار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقومها ويستجيب لها.
 - يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات متعددة لإحداث تغييرات في التفكير، المزاج، والسلوك. يستخدم في العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى الفنيات المعرفية الأساسية مثل الأسئلة الجدلية (السقراطية) والفنيات السلوكية.

- يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحا مع المريض ويناقش معه وجهة نظره (المعالج) حول المشكلة (الصياغة) ويعترف بأخطائه ويسمح للمريض بمعارضته. وعدم القيام بذلك يتعارض مع الطبيعة التعاونية بين المعالج والمريض التي يركز عليها العلاج المعرفي السلوكي.
- يركز المعالج المعرفي السلوكي بصورة عامة على التعامل مع أعراض الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المريض أكثر من تركيزه على العوامل التي تعزي إليها هذه الأعراض.

٥-٣- أهداف المدخل المعرفي السلوكي (Scott. Boyle, 2006: 316):

- تحديد المشكلات في مصطلحات سلوكهم.
- مساعدة العملاء على إدراك دور الأحداث السابقة ونتائجها وتأثيرها على السلوك.
- تدريب العملاء على تعديل سلوكهم من خلال أساليب التدخل المختلفة.
- العمل على تقييم التغييرات السلوكية والمعرفية

٥-٤- خطوات التدخل المعرفي السلوكي (David. L. Edwards,) (2003:50):

يتضمن التقدير والتدخل المعرفي السلوكي الخطوات التالية:

- تحديد السلوكيات الإشكالية.
- التقدير ويتضمن تصور عن السلوك الخاطئ والنظر إلى المقدمات التي تثير السلوك ثم نتائج ذلك، لذلك تعتبر التقارير اليومية أداة مفيدة لتوضيح ماذا حدث، وماذا فعل العميل، وما قاله هو، وكيف كان راضيا عن النتائج، فيستطيع حينئذ أن يقيم رضائه عن تصرفاته.
- تحديد الهدف حيث يعمل المعالج والمريض معا لتحديد أهداف التغيير.
- التدخل فهو يتضمن التكنيكات التي تجعل العميل قادر على أن يصل إلى الهدف الذي تم وضعه.
- تدعيم التغيير فاكتساب السلوكيات الجديدة الإيجابية يحتاج تدعيم إيجابي
- فيشجع العميل على الاندماج في سلوكيات جديدة مرغوبة لمنع الانتكاسة يتم التدريب على المهارات التي تساعد على ذلك.

٥-٥- الأساليب العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي (Marlene. G,) (Cooper,2005:151):

- الاستعراض المعرفي: يعتبر أحد الاستراتيجيات الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي (وهو يتضمن) التقدير المعرفي (لتحديد أسباب المشكلة أو الاضطراب ويمكن أيضا الاعتماد على التقارير الذاتية اليومية التي توضح أسباب السلوك اللاعقلاني).
- إعادة البناء المعرفي: إن جوهر عملية العلاج المعرفي السلوكي هو مساعدة العميل على أن يتمكن من إعادة البناء المعرفي بشكل سليم، والهدف من هذا الأسلوب هو أن يقوم المعالج بمساعدة العميل على اكتساب جوانب معرفية جديدة ترتبط بمشكلته لتحل محل الأفكار والمعارف الخاطئة حتى يستطيع أن يوظف هذه الأفكار الجديدة في ممارسته اليومي.
- التدعيم الإيجابي: وهو أسلوب في العلاج المعرفي السلوكي يتم في كل مرة يؤدي فيها السلوك المرغوب ويكون التأكيد ليس فقط على النجاح الكلي بل على الجزئي أيضا، فالشخص يريد التدعيم الإيجابي) الثناء والمدح (حيث يزيد من احتمالية حدوث السلوك مرة أخرى وهنا يعمل المعالج على خلق الفرص للعمل ليتلقى مكافأة على سلوكه الجديد.
- التدريب على الاسترخاء: يفيد هذا التكنيك مع العملاء الذين يعانون من اضطرابات انفعالية فمن خلاله يتعلم العميل كيف يقلل الشعور بالخوف والقلق والضيق وكيف يسترخي ويمارس التنفس العميق ثم إثارة الدافع لديه للتعامل مع الموقف.
- الواجب المنزلي: يحدد في كل مقابلة واجب منزلي مثل قراءة كتب معينة أو تطبيق سلوك محدد لمساعدة العميل على تغيير سلوكه، ومساعدته على تغيير أهدافه حسب موضوع وهدف المقابلة ويتم مكافأته على أدائها في كل مرة.
- النمذجة: يمكن أن يكتسب العميل السلوك أو يتخلص منه بسهولة من خلال ملاحظة النموذج وبالتالي يقدم المعالج نموذجا تعليميا للتدريب على مهارات معينة.
- التدريب على أسلوب حل المشكلة: فمن خلاله يتم التدريب على خطوات حل المشكلة، كيف نحددها ونحدد الأهداف فتوليد البدائل التي يمكن أن تستخدم وتقييم البدائل والنتائج المرتبطة بها وأخيراً اختيار الحل المناسب وتصميم الخطة وممارستها.
- لعب الدور: هو أحد أساليب التعلم وهو يتضمن تدريب العميل على أداء جوانب من السلوك الاجتماعي يمكن أن يتقنها ويكتسب المهارة فيها.

٦- المرونة الأسرية:

التطور التاريخي للمرونة الأسرية: إن نظرية المرونة الأسرية تقوم على الكفاءة والتوجه نحو القوة اللذان تتحلّى بها النماذج الأسرية والتي تعطي فهم ووعي كبير بقدرة الأسرة على التوافق الفعال والإيجابي أثناء حدوث المحن والأزمات. لذلك تعتبر المرونة الأسرية عبارة عن مجموعة العناصر والخصائص التي تساعد الأسر على

التكيف مع تشويش المتغيرات والمواقف والأزمات مهما كانت حدتها بشكل ايجابي وفعال والمتتبع للتراث النفسي المتعلق بمصطلح المرونة الأسرية يمكنه ملاحظة أن هذا المفهوم له جذوره الضاربة في ناحيتين، الأولى هي الجوانب النفسية للمواجهة، أما الناحية الثانية فهي الجوانب النفسية للضغوط (أبو الفتوح، ٢٠١٣م).

ولا شك في أن الدراسات والبحوث المرتبطة بقوة الأسر خلال الأزمات تعود إلى بدايات القرن العشرين، على الرغم من أن مصطلح "المرونة الأسرية" لم يكن جزءاً من اللغة الوصفية التي يستخدمها الباحثون آنذاك، فالبداية الحقيقية لاستخدام مصطلح المرونة الأسرية بوجه عام كانت في بداية فترة السبعينات وكانت البداية في البحوث التجريبية المتعلقة بالمرونة بين الأفراد المصابين بالفصام، حيث استنتج الباحثون آنذاك أن المصابين بالفصام كانوا قادرين على تبني أنماط التكيف والكفاءة في أداء الأعمال والعلاقات الاجتماعية السوية وإنجاز مسؤوليات الحياة إذا ما تمتعوا بدرجة مناسبة من المرونة (Plumb,2011)،

وفي منتصف السبعينات ظهر مصطلح "مرونة الأطفال" كموضوع دراسة نظري وتجريبي، حيث تم التركيز آنذاك على تحديد الصفات التي تميز الأطفال الذين يتمتعون بالمرونة عند مواجهة المشكلات كسوء المعاملة والفقر والتعرض للعنف والأمراض المزمنة وحينها تم الاعتراف بدور العوامل الخارجية والبيئية في تنمية المرونة لدى الأطفال بالإضافة إلى مجموعة أخرى من العوامل الداخلية، وتم الاستقرار على أن خصائص الأطفال النفسية وخصائص أسرهم وطبيعة البيئة التي يعيشون فيها عوامل أساسية محددة لمقدار ما يتمتعون به من مرونة (Werner,2004).

وقد استخدم إريكسون مفهوم المرونة في مرحلة المراهقة، حيث ذكر قائلاً أن الشخصية المرنة ينمو لديها ما يسمى بنمو الذات، وهي عبارة عن مجموعة الحاجات النفسية الاجتماعية لمرحلة المراهقة المتأخرة في سبع مجالات عامة: (تنمية الكفاءة، والتعامل مع العواطف، وتنمية الاستقلالية، وتبلور الذات، وتنمية العلاقات الشخصية المتبادلة، وتنمية الغرض، وتنمية التكامل)، ولكل منها عناصر فرعية أخرى أطلق عليها مصطلح " الموجهات النمائية"، وذلك لأن كل حاجة توجه الأخرى (أبو الفتوح، ٢٠١٣م).

أما "مكوبين" ١٩٩٦م " فقد قدم أول نظرية تدور حول مفهوم المرونة الأسرية، حيث أشارا إلى أن المرونة الأسرية هي: قدرة الأسرة على ممارسة واستخدام الأنماط السلوكية الصحيحة للتعامل مع الأزمات بهدف التقدم والازدهار، وبنوا نظريتهم اعتماداً على نموذج التكيف الأسري مع التوتر الناجم عن الأزمات والذي قدمه "روبين هيل"، نموذج التكيف الأسري المضاعف والذي قدمه "مكوبين وياترسون"، نموذج التوافق/ التكيف الأسري والذي قدمه "مكوبين و مكوبين"، حيث كانت المحاولة الأولى الجادة

لمفهوم نظرية المرونة الأسرية، وكانت تقوم على اعتبار أن المرونة الأسرية هي محصلة التفاعل بين موارد وقدرات الأسرة والضغط الحياتية، وأن مقدار التحول الناجم في الأسرة سواء باتجاه التكيف أو باتجاه التوافق يعبر عن مستوى المرونة الأسرية (McCubbin & McCubbin, 1996).

ويعتبر بداية عام ١٩٩٨م، البداية الحقيقية لنظرية المرونة الأسرية بأبعادها، بدأ "والش" في التفكير في قدرة الأسرة ككتلة واحدة متماسكة لمواجهة تحديات الحياة وأزماتها وخاصة الأزمات المرتبطة بوجود فرد مريض داخل الأسرة. وأن مواجهة الشدائد والتغلب عليها هو محصلة للتفاعل بين المخاطر والعوامل الوقائية، فالمخاطر كالكوارث الطبيعية والفقر والمرض المزمن والرفض المجتمعي تزيد من احتمالية الأفكار السلبية التي غالباً ما تعقب الأحداث الصعبة المريرة. أما العوامل الوقائية فهي تلك الخصائص والصفات المحددة التي تمكن عملية المرونة من الحدوث، هذه العوامل منها عوامل فردية كالقدرة على حل المشكلات وطبيعة الحالة المزاجية ومنها عوامل أسرية كنظم الاعتقاد والقدرة على التحكم والسيطرة ومستوى التعليم داخل الأسرة ومهارات التكيف الفعالة (Alvord & Grados, 2005).

تعريف المرونة الأسرية:

المرونة الأسرية هي القدرة على تحديد العمليات الأسرية الرئيسية التي يمكن من خلالها تقليل حدة التوتر والضعف والهشاشة المحتملة نتيجة التعرض للمواقف والأزمات العصبية، وبالتالي تعزيز القدرة على التعافي والخروج من الأزمة خاصة الأزمة التي توصف بأنها طويلة الأمد (Walsh, 2003).

مجالات المرونة الأسرية:

تتمثل مجالات المرونة الأسرية في ثلاثة مجالات رئيسية هي: (أنظمة المعتقدات داخل الأسرة، الأنماط التنظيمية لدى الأسرة، التواصل وحل المشكلات) وتحوي بداخلها مجموعة من البنات الفرعية تتضح من خلال الجدول التالي:

جدول (١) مجالات الأبعاد الرئيسية للمرونة الأسرية

م	أنظمة المعتقدات	الأنماط التنظيمية	التواصل وحل المشكلات
١	صناعة معني ايجابي للآزمة	الترابط والتماسك.	التعبير الانفعالي
٢	أمل إيجابي في المستقبل	المرونة.	التواصل الواضح
٣	الروحانيات والتسامي	الدعم الاجتماعي	حلول مبتكرة للمشكلات

فالأسرة التي تتمتع بالمرونة الأسرية هي تلك الأسرة التي بقيمتها الدينية السامية يمكنها تحويل الأزمة إلى خبرة سهلة وذات مغزى، واستخدامها كوسيلة مقوية لتماسك الأسرة، فالحفاظ على النظرة التفاؤلية للمستقبل خلال مرور الأسرة بالأزمة يكسبها القدرة على المواجهة وجني النتائج المثمرة، كما أن قدرة الأسرة على التنظيم وقت الأزمات والمحن يوفر مستوى مرتفع من الاستقرار والراحة، ويبنى أساساً من الثقة يسمح لها بتواصل إيجابي مع كافة مصادر الدعم المتاحة في المجتمع، فهذا التنظيم يسمح لأفرادها بالاستفادة من الشبكات المهنية والاجتماعية المحيطة بهم واللازمة لتوفير الموارد التعليمية والعلاجية والمادية لهم (أبو الفتوح، ٢٠١٣م).

ويعتبر التواصل الفعال للأسرة أمر أساسي للأسر التي تتمتع بالمرونة، فالوضوح في التواصل والانسجام يزيد من قدرة الأسرة على أدائها لوظائفها الاجتماعية، والمقصود هنا هو التعبير الانفعالي المنفتح، والأسر القادرة التواصل الواضح مع بعضها البعض يستطيع كل فرد فيها التعاطف مع الآخر، أي أن التفاعلات الإيجابية ومشاعر الترابط يوفران قدرة هائلة على المواجهة والصمود والتكيف الإيجابي، فالأسر المرنة تظهر مهاراتها في قدرة أفرادها على العصف الذهني لاستنباط الحلول والطرق للخروج من المحن والأزمات، الأمر الذي جعل الكثير من الباحثين في مجال المرونة الأسرية يصفونها بأنها: مجموعة من الأنماط السلوكية والكفاءات الوظيفية التي تساعد الأسر على التفاوض والتكيف مع الأزمات والمحن (Walsh,2003:12)

وبناء على ما سبق ذكر أبو الفتوح " ٢٠١٣م" أن المرونة الأسرية هي ذلك التوازن الناتج عن التفاعل بين عوامل الخطر (المخاطر) وعوامل الوقاية، هذا التوازن بالتأكيد عملية ديناميكية، فعامل الخطر الحالي قد يعد عاملاً وقائياً في المستقبل، والعكس صحيح، حسب الموقف أو السياق، أي أن عوامل الخطر والوقاية تحمل تأثيراً متموجاً، فقد يقود التفاعل بينهما إلى مخاطر أكبر (تكيف سلبي) أو إلى وقاية أكثر (تكيف إيجابي) هذا ومن الجدير بالذكر أن الأسر في القرن الحالي تعيش تحديات وأزمات جمة مختلفة ومتتالية، تختلف تماماً عن أزمات القرن الماضي، وبالتالي فهي أمام مطلب هام وضروري وهو المرونة، فالمرونة والصمود والقدرة على المواجهة بحكمة وعقلانية والمضي قدماً للأمام بخطوات متزنة أصبحت أموراً ضرورية لا غنى عنها في هذا العصر، فالمرونة بوجهة عام والمرونة الأسرية على وجه الخصوص مهارة حياتية دقيقة متطلبية لكافة أفراد الأسرة، آباء وأمهات وأبناء، فالمرونة يمكن تعلمها واكتسابها، هذا الأمر ظل الشغل الشاغل للعديد من الباحثين والمنظرين للوصول إلى طرق وأساليب يمكن من خلالها تنمية ما يعرف بالمرونة الأسرية (أبو الفتوح، ٢٠١٣م).

٧- الدراسات السابقة:

٧-١- الدراسات المرتبطة بمرضى السكر وأسرههم:

دراسة عياش (٢٠١٠م): هدفت الدراسة الكشف عن العلاقة بين التوافق النفسي وقوة الأنا، وأجريت الدراسة على عينة عشوائيا من المرضى المسجلين بمركز السكر بشهداء الرمال بعزة وبلغت عينة الدراسة (٣٠٠) مفردة، وللوصول إلى نتائج الدراسة قام الباحث بتطبيق مقياس التوافق النفسي، ومقياس الأنا، وتوصلت الدراسة في النهاية إلى عدة نتائج لعل من أهمها: وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين التوافق النفسي وقوة الأنا، عدم وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق النفسي بعد التوافق الصحي وعدد سنوات الإصابة، عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين عدد سنوات الإصابة بالسكر وأبعاد التوافق العام

دراسة رضوان (٢٠٠٨م): هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي تدريبي في خفض الضغوط النفسية لدى مرضى السكري، بلغت عينة الدراسة (٢٤) مريضاً ومريضة، منهم (١٢) يمثلون العينة الضابطة و(١٢) يمثلون العينة التجريبية، واستخدم الباحث مقياس الضغوط النفسية، ومقياس التوافق النفسي، استمارة لتقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة الفلسطينية، وبرنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وجميعها من إعداد الباحث، ومن نتائج الدراسة لعل من أهمها: وجود علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى مرضى السكري بمحافظته. وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل إجراء البرنامج ومتوسطات درجات بعد إجراء البرنامج على مقياس الضغوط النفسية لصالح الإجراء البعدي. وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة في الإجراء البعدي على مقياس الضغوط النفسية ومقياس التوافق النفسي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

دراسة يونس (٢٠٠٤م): هدفت الدراسة إلى الكشف عن تأثير المشكلات النفسية والاجتماعية على جودة الحياة وتكونت عينة الدراسة من (٣٧٨) مريضاً ومريضة من مرضى السكري بواقع (١٢٩) مريضاً و(٢٤٩) مريضة، واستخدم الباحث مقياس لتحديد المشكلات النفسية والاجتماعية من إعداده واستخدام مقياس جودة الحياة من إعداد منظمة الصحة العالمية، ومن أهم نتائج الدراسة: وجود فروق بين الذكور والإناث من مرضى السكري في مستوى جودة الحياة لصالح الذكور، وكذلك وجود فروق بين منخفضي ومرتفعي المشكلات النفسية في مستوى جودة الحياة لصالح منخفضي المشكلات النفسية.

دراسة رضوان (٢٠٠٢م): هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى القلق لدى مرضى السكري، وعلاقة ذلك بمتغيرات السلوك الديني، وتاريخ المرض، والجنس، وتكونت عينة الدراسة من (٢٦٧) مريضاً ومريضة من مرضى السكري بواقع (١١١)

ذكور، (١٥٦) إناث، استخدم الباحث اختبار للقلق وللسلوك الديني ونتج عن الدراسة: أن مرضى السكري يعانون من آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات السكري، وجود فروق دالة إحصائية في القلق لمرضى السكري تعزى لمتغير الجنس وذلك لصالح الإناث. وجود فروق في السلوك الديني تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور. توجد فروق دالة في القلق تعزى لمتغير تاريخ المرض لصالح المجموعة أكثر من (١٨) سنة وفروق في السلوك الديني لصالح المجموعة أقل من (٩) سنوات. أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين القلق والسلوك الديني لدى مرضى السكري.

دراسة K. Humlbe et,al (2006): هدفت الدراسة لمعرفة التغيرات في الشخصية والتوافق الاجتماعي في السنوات الثلاثة الأولى من الإصابة بمرض السكري النوع الأول، عينة الدراسة (٦٤) مريض تتراوح أعمارهم من (٤) - (١٧) سنة، استخدم الباحث عدة مقاييس منها فحص الحالة العقلية، تقييم الوضع الاجتماعي، ومقياس للذكاء، طبقت المقاييس على المرضى المصابين بالسكري من (٥) شهور و(٣) سنوات، وأظهرت نتائج الدراسة: لم توجد أي اختلافات في الحالة العقلية لمرضى السكري في بداية الدراسة، زيادة أعراض العدوانية عند مرضى السكري. زيادة قلق المرضى على صحتهم، ولكن بعد (٣) سنوات بدأت الأعراض تقل، وأيضاً عدم وجود فروق دالة في التوافق الاجتماعي ونسبة الذكاء.

دراسة Gravel & Wandell (2006): هدفت الدراسة إلى التعرف على مهارات المواجهة عند مرضى السكري وأسره من كلا الجنسين، ويراجعون مراكز الرعاية الأولية بالسويد، تكونت عينة الدراسة من (٢٣٢) مريضاً بالسكري تتراوح أعمارهم من (٣٥ - ٦٤) سنة منهم (١٢١) ذكور و(١١١) إناث، وتم اختيارهم عشوائياً وتطبيق مقياس مهارات المواجهة على عينة الدراسة والاستعانة بالتقارير الطبية الخاصة بأفراد المجموعة، ومن نتائج الدراسة، أن مهارات المواجهة كانت ضعيفة لدى النساء أكثر من الرجال ولوحظ انتشار الانعزالية والانطوائية والاستسلام لديهن أكثر من الرجال.

دراسة Chisholm (2003): هدفت الدراسة إلى التعرف إلى مدى التوافق النفسي لدى طلبة المدارس الصغار المصابين بمرض السكري، تكونت عينة الدراسة (٤٧) أمماً لطلاب مدارس الصغار ما قبل مرحلة المراهقة مصابين بمرض السكري، استخدم الباحث مقياساً لتحديد سوء التوافق لدى أفراد العينة، وقام باختيار الأفراد الأعلى في سوء التوافق وعقد مقارنة بينهم وبين غيرهم الأقل مع التجانس في كل من المتغيرات الدخيلة والوسيطية وقام بعمل مقابلات مع أمهات الأطفال، ومن نتائج الدراسة: أن الأطفال المرضى بالسكري والذين لديهم مشاكل نفسية تعكس سوء التوافق هم أكثر تغييباً عن المدارس ويجدون صعوبة في التعامل مع طبيعة مرضهم وصعوبة في

التعامل مع أقرانهم الذين لا يعانون من سوء التوافق وذلك بدرجة أكبر من الأطفال الآخرين. كما أثبتت الدراسة أن سوء التوافق انعكس أيضاً على العلاقات العائلية والاجتماعية لدى أفراد العينة وهذا انعكس سلباً على نظام علاجهم لمرض السكري.

دراسة Siu et,al (2001): هدفت الدراسة إلى معرفة انتشار القصور الجنسي لدى مرضى السكري من الرجال في هونج كونج، تكونت عينة الدراسة من (٤٨٦) رجل مريض بالسكري، قام الباحثون بمقابلات شخصية مع المرضى وتم تعبئة نموذج خاص عن أعراض القصور الجنسي لديهم والمتمثلة بضعف أو انعدام الانتصاب أثناء العملية الجنسية، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها أن نسبة (٦٣,٦ %) من أفراد العينة يعانون من أعراض القصور الجنسي وأن انتشار هذه الأعراض و تزداد حداثتها بزيادة عدد سنوات المرض.

دراسة Pouwer & Snok (2001): هدفت الدراسة إلى معرفة مدى ظهور علامات الاكتئاب لدى مرضى السكري وأسرههم، والعينة من الذكور والإناث وعددهم (١٧٤) مريض ومريضة بالنوع الثاني من السكري، واستخدم الباحثان مقياس خاص لتوضيح أسباب القلق والاكتئاب لدى المرضى وأسرههم في المستشفى، وأخذ الباحثان بعض المعلومات من السجلات الخاصة بالمرضى، ونتج عن الدراسة أن العلاقة الارتباطية بين الاكتئاب والسكري كانت أقوى لدى النساء منه لدى الرجال، حيث وجدت علامات الاكتئاب في كل ثلاث حالات من أربعة لدى النساء، وحالة واحدة من كل أربع حالات من الرجال، إلى جانب كافة الضغوط النفسية التي تنعكس على قدرة الأسرة في أدائها لوظائفها.

دراسة Llyod (2000): هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى انتشار أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى السكري، والذين يعالجون في المستشفيات وينتظرون في العيادات الصحية، وتكونت عينة الدراسة من مرضى السكري الذين ينتظرون المراجعات الطبية في المستشفيات وأعمارهم أكثر من (١٨) عام ومن الجنسين، واستخدم الباحث مقياس يقيس أعراض القلق والاكتئاب، وعمل الباحث على متابعة أفراد العينة بالرجوع للتقارير الطبية والتعرف على مستويات السكر في الدم لديهم، ومن نتائج الدراسة أن حوالي (٢٨%) من أفراد العينة كان لديهم ارتفاع في أعراض القلق والاكتئاب، ولكن كانت نسبة الذكور مرتفعة في أعراض الاكتئاب أكثر من الإناث بينما أعراض القلق كانت مرتفعة لدى الإناث أكثر من الذكور، وقد لوحظ أن هناك ترابط بين الاكتئاب ومضاعفات السكري لدى الذكور بينما لا ينطبق على الإناث، كما اتضح وجود علاقة ايجابية بين الضعف الجنسي ومظاهر القلق والاكتئاب لدى أفراد العينة.

دراسة Willoughby et,al (2000): هدفت الدراسة إلى التعرف على التوافق النفسي والمواجهة لدى مريضات السكري بحث العلاقة بين الاثنين، وتكونت

عينة الدراسة من (١١٥) امرأة مريضة بالسكري من النساء المترددات لعيادات الصحة العامة واستخدم الباحث مقياساً لتحديد مهارات المواجهة وعلاقته بمهارات التوافق الشخصي والاجتماعي من أعداد الباحث، ومن نتائج الدراسة أن هناك علاقة ارتباطية بين المواجهة والتوافق الشخصي والاجتماعي لدى أفراد العينة، حيث أن أفراد العينة أظهرن أنه كلما كانت مهارات المواجهة أفضل كلما زاد مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي، وأن ذلك ينعكس إيجاباً على صحة المريضات وإذا قلت مهارات المواجهة قل مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي.

٧-١-١٣- دراسة Boey (1999): هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين التوافق النفسي لدى مرضى السكري والاكتئاب وذلك على عينة من مرضى السكر الصينيين، وتكونت عينة الدراسة من (١٠١) مريضاً من (٧٥) سنة بواقع (٤٩) إناث و(٥٢) ذكور - مرضى السكري، تراوحت أعمارهم بين (٢٠) وهم مرضى سكري يعانون منه فترة طويلة، استخدم الباحث مقياس لتحديد أعراض الاكتئاب من إعداد فير ارو، ومن نتائج الدراسة أن أعراض الاكتئاب كانت لديهم أعلى بكثير من أفراد ليس لديهم مرض السكري مع التجانس في المتغيرات الدخيلة والوسيطه وتبين أيضاً أن أفراد العينة الذين يعانون من أعراض الاكتئاب ينتشر لديهم السلبية والانطوائية وصعوبة الاندماج مع المجتمع كما اتضح أيضاً عدم وجود فروق دالة بين أفراد العينة من حيث اختلاف مهارات المواجهة والدعم الاجتماعي.

٧-٢- الدراسات المرتبطة بالمرونة الأسرية:

٧-٢-١- دراسة محمد كمال أبو الفتوح (٢٠١٣م): هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي لتنمية المرونة الأسرية لدى عينة من أمهات أطفال الأوتيزم، طبقت هذه الدراسة على عينة قوامها (٦) أمهات متوسط أعمارهم (٢٦,١) سنة، واستخدم الباحث في هذه الدراسة مقياس للمرونة الأسرية من إعداد الباحث، ومن خلال الجلسات الإرشادية التي طبقها الباحث من خلال إتباعه المنهج التجريبي أسلوب المجموعتين التجريبية والضابطة، وتوصلت الدراسة إلى: وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات مجموعة الدراسة التجريبية على مقياس المرونة الأسرية قبل تطبيق البرنامج ومتوسط درجات نفس المجموعة على نفس المقياس بعد تطبيق البرنامج المستخدم في هذه الدراسة في اتجاه القياس الأفضل وهو القياس البعدي.

٧-٢-١- دراسة بلنب (Plumb,2011): والتي هدفت إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين مستوى المرونة الأسرية وشبكة الدعم الاجتماعي المحيطة بالأسرة وأثرهما على مستوى الضغوط التي تعاني منها الأسرة ككل، والتي طبقها على (٥٠) من أمهات أطفال الأوتيزم (أعمارهم من ٦ إلى ١٢ سنة) استخدم الباحث في هذه الدراسة مقياس

للمرونة الأسرية وآخر لشبكة الدعم الاجتماعي بالإضافة لاستبيان للضغوط وأحداث الحياة، وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج لعل من أهمها:

- أن الأسر ذات مستوى المرونة المرتفع تتمتع بشبكة دعم اجتماعي قوية وإدراكها للضغوط منخفض.

- تعاني الأسر ذات شبكة الدعم الاجتماعي البسيطة من تدنى مستوى المرونة الأسرية وتعيش أنواع مختلفة من الأحداث الحياتية الضاغطة.

٧-٢-٢- دراسة كاب وبراون (Kapp&Brown,2011): واستهدفت التعرف على طبيعة المرونة الأسرية والعوامل المؤدية إليها لدى (١٩) أم لديها طفل مصاب بالأوتيزم، ومن خلال تطبيق استبيان المرونة الأسرية المستخدم في هذه الدراسة وإجراء المعالجات الإحصائية المناسبة توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان أهمها:

- أن أمهات أطفال الأوتيزم يعانين من تدنى مستوى المرونة الأسرية لديهن.

- أن هناك عوامل محددة تلعب دوراً هاماً في المرونة الأسرية لدى أسر أطفال الأوتيزم، هذه العوامل هي: (وقت الأسرة وروتينها اليومي، القدرة على التواصل بين أفرادها وحلهم للمشكلات، الدعم المجتمعي، التقبل والرضا في حالة مرض أحد أعضاء الأسرة، والأمل والتفاؤل والمثابرة).

٧-٢-٣- دراسة ياسوكو وشيكو (Yasuko&Chieko,2011): واستهدفت تنمية مستوى المرونة الأسرية لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي الصعوبات الفكرية (الإعاقة العقلية) والإعاقات النمائية من خلال استخدام برنامج إرشادي يتم تطبيقه من خلال جلسات جماعية لفترة زمنية بلغت ٣ شهور، وكان من أهم نتائجها:

- أن التدريب على التعبير عن الانفعالات والعواطف من شأنه رفع مستوى المرونة الأسرية لدى الأمهات.

- كما أكدت الدراسة على أهمية الدعم الاجتماعي في تنمية مستوى المرونة الأسرية.

٧-٢-٣- دراسة بودس (Budds, 2010): وكان من أهم أهدافها التعرف على أثر التمسك بالمعتقدات الدينية على مستوى المرونة الأسرية لدى آباء أطفال الأوتيزم، حيث تكونت عينة الدراسة من ١٧ أسرة (١٧ أب و ١٧ أم) لديها طفل مصاب بالأوتيزم، وقام الباحث بعد التحقق من تجانسهم في المتغيرات الديموغرافية بتقسيمهم إلى مجموعتين حسب متغير التمسك بالمعتقدات الدينية، مجموعة ذات تمسك مرتفع وأخرى

منخفضة التدن، وبعد تطبيق مقياس المرونة الأسرية على المجموعتين وإجراء التحليلات الإحصائية المناسبة توصلت نتائج الدراسة إلى:-

- أن الأسر الأكثر تدنياً وتمسكاً بالمعتقدات الدينية المسيحية كانت تتمتع بمستوى مرتفع من المرونة الأسرية مقارنة بالأسر الأقل تدنياً.
- أوصت الدراسة بضرورة زيادة الوازع الديني لدى الآباء حتى يتمكنوا من الحصول على مستوى جيد من المرونة الأسرية يؤهلهم للنجاح في الحياة في ظل وجود طفل معاق داخل الأسرة.

٧-٢-٤- دراسة أبراهام وآخرون (Abraham et al.,2010): واستهدفت الكشف عن طبيعة المرونة الأسرية لدى عينة من أمهات أطفال الأوتيزم بلغ قوامها ٣٤ أمماً، هذا وقد اعتمد الباحثون على نموذج مكوبي MnCubbin للتكيف الأسري في فحص مستوى المرونة لدى عينة الدراسة، وتحليل الأرقام التي تم الحصول عليها في هذه الدراسة، أفادت النتائج بأن أمهات أطفال الأوتيزم يعيشون مستويات متدنية من المرونة، وأن عوامل محددة من شأنها أن تلعب دوراً هاماً في هذه المرونة، هذه العوامل تتمثل في نظام العقائد داخل الأسرة، إيجابية الأسرة، النظرة الإيجابية للحياة والتفاؤل، الدعم الاجتماعي، والمستوى الاقتصادي.

٧-٢-٢- دراسة دويونت (Dupont, 2009): وقد سعت للكشف عن طبيعة المرونة الأسرية لدى ١٤ أب وأم ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٣٠-٦٥) سنة، حيث كان نصف أفراد العينة أعمارهم ما بين (٤٠ - ٥٥) سنة، لديهم طفل معاق واحد فقط، واعتمد الباحث هنا على أسلوب المقابلة الشخصية الطليقة، حيث كان يجتمع بالأب والأم سوياً ويوجه لهم السؤال التالي: من فضلكم أخبروني عن تجربتكم وحياتكم الشخصية والأسرية في ظل وجود طفل معاق لديكم؟، وبعد تحليل الإجابات التي كان يتفق عليها الوالدان (الأب والأم) توصلت الدراسة إلى:

- أن الآباء والأمهات قد عاشوا خبرات أليمة متعددة نغصت عليهم حياتهم وكان لها بالغ الأثر في توتر العلاقات بين أفراد الأسرة جميعاً حرمتهم من العيش بطريقة طبيعية نتيجة المعاناة التي خبروها مع وجود طفل معاق بينهم سواء المتعلقة بالمشكلات السلوكية الصادرة منه أو تلك المتعلقة بحاجاته الشخصية، وما زاد الأمر سوء هو قلة الخدمات المساندة التي حصلوا عليها، ولهذا أوصت الدراسة بضرورة التنمية المبكرة للمرونة الأسرية بالنسبة للآباء والأمهات مقدمي الرعاية لطفل معاق -

- أكدت الدراسة على تدني مستوى المرونة وأشارت إلى أن الوالدين بحاجة ملحة لبعض النواحي الانفعالية وتلك المتعلقة بالمشاعر.

التعليق على الدراسات السابقة:

أولاً: الدراسات المرتبطة بأسر الأطفال المصابين بالسكر: باستقراء وتحليل نتائج الدراسات والبحوث السابقة التي اهتمت بالوصف والتحليل والتدخل المهني للتخفيف من حدة المشكلات المرتبطة بالإصابة ببعض الأمراض المزمنة ومنها الدراسات المتصلة بأسر الأطفال مرضى السكر يتضح التالي:

- وجود طفل مريض بمرض مزمن يتسبب في تعرض الأسرة وخاصة الوالدين للعديد من المشكلات والتي يمكن تقسيمها إلى المشكلات النفسية والاجتماعية والاقتصادية والمشكلات المتعلقة برعاية هذا الطفل، وقد اختلفت بعض الدراسات فيما بينها على أكثر تلك المشكلات حدة لدى الوالدين.
- تباين ردود الأفعال النفسية السلبية لدى الآباء والأمهات نتيجة اكتشاف طفل مريض بمرض مزمن ما بين واحداً أو أكثر من المشكلات النفسية التالية: الشعور بالحزن والأسى، القلق الدائم على مستقبل الطفل، الإحباط واليأس، الشعور بالذنب، الاكتئاب خاصة لدى الأم.
- اتفاق معظم الدراسات السابقة على أن اضطراب العلاقات الاجتماعية الأساسية تعد من أهم المشكلات الاجتماعية التي يعاني منها الوالدان بعد إصابة الطفل بالسر أو المرض المزمن بصفة عامة.
- يؤثر وجود طفل مريض بالسكر على مستوى المرونة الأسرية، والأدوار الوالدية والتكيف النفسي والاجتماعي، والحالة الصحية لدى الوالدين.

ثانياً: الدراسات المرتبطة بالمرونة الأسرية: باستقراء نتائج الدراسات المتعلقة بالمرونة الأسرية اتضح للباحث عدة متغيرات لعل من أهمها:

- أن أسر الأطفال المعاقين أو المرضى بمرض مزمن ذات مستوى المرونة المرتفع تتمتع بشبكة دعم اجتماعي قوية وإدراكها للضغوط منخفض.
- تعاني هذه الأسر التي لديها معاق أو مريض ذات شبكة الدعم الاجتماعي البسيطة من تدنى مستوى المرونة الأسرية وتعيش أنواع مختلفة من الأحداث الحياتية الصاعقة.
- أن هناك عوامل محددة تلعب دوراً هاماً في المرونة الأسرية لدى أسر أطفال المعاقين أو المصابين بمرض مزمن، هذه العوامل هي: (وقت الأسرة وروتينها اليومي، القدرة على التواصل بين أفرادها وحلهم للمشكلات، الدعم المجتمعي، التقبل والرضا في حالة مرض أحد أعضاء الأسرة، والأمل والتفاؤل والمثابرة).
- أن الأسر الأكثر تدنياً وتمسكاً بالمعتقدات الدينية تتمتع بمستوى مرتفع من المرونة الأسرية مقارنة بالأسر الأقل تدنياً.

- ضرورة زيادة الوازع الديني لدى الآباء والأمهات حتى يتمكنوا من الحصول على مستوى جيد من المرونة الأسرية يؤهلهم للنجاح في الحياة في ظل وجود طفل معاق او مريض بأحد الامراض المزمنة داخل الأسرة.

٨- الإجراءات المنهجية للبحث:

٨-١- فروض البحث: يسعى هذا البحث للتحقق من صحة فرض رئيسي مؤداه:

" توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتحسين المرونة الأسرية لآباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر". وينبثق من هذا الفرض الفروض الفرعية التالية:

- توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة برنامج التدخل المهني القائم على العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتحسين أنظمة المعتقدات لآباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر.
- توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة برنامج التدخل المهني القائم على العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتحسين الأنماط التنظيمية لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر.
- توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة برنامج التدخل المهني القائم على العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتحسين التواصل وحل المشكلات لآباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر.

٨-٢- نوع البحث والمنهج المستخدم:

يعتبر هذا البحث من البحوث الشبه تجريبية والتي تسعى للتعرف على أثر متغير تجريبي مستقل (العلاج المعرفي السلوكي) على متغير تابع (المرونة الأسرية) وتمشيا مع نوع البحث فإن المنهج المستخدم هو المنهج الشبه تجريبي، وقد استخدم الباحث التصميم التجريبي عن طريق التجربة القبليّة البعديّة باستخدام مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة.

٨-٣- أدوات البحث: اتساقاً مع متطلبات البحث الحالي، فقد اعتمدت الدراسة على عدة أدوات تتفق مع طبيعة ونوعية الاستراتيجية المنهجية المستخدمة في البحث ولذلك سوف يشتمل البحث على الأدوات الآتية:-

- المقابلات البحثية: وهي تلك المقابلات التي اعتمد عليها البحث (مفتوحة - شبه مقننة) لجمع البيانات والمعلومات اللازمة.

- الملاحظة البسيطة: وهي من الأدوات التي أعتمد عليها الباحث بهدف الوقوف على الحقائق دون إخضاعها للضبط والتحديد العلمي ودون استخدام لأدوات القياس.
- مقياس المرونة الأسرية: إعداد (أبو الفتوح ٢٠١٣م): ويتكون مقياس تقييم مستوى المرونة الأسرية من ثلاثة أبعاد رئيسية:-
- ١- البعد الأول: أنظمة المعتقدات داخل الأسرة: مجمل المعتقدات الدينية والروحانيات التي تعتقها الأسرة وتتخذها كوسيلة لتنظيم خبراتها وتمكين أعضائها من التعامل مع الأحداث الحياتية بتوقعات ايجابية، هذه المعتقدات تتجلى في صورة طقوس وعادات يومية وإجراءات فردية تتم داخل الأسرة ويستخدمها أعضاء الأسرة لفهم وتوجيه بعضهم بعضاً بغرض مواجهة الشدائد وصناعة معاني ايجابية من الأحداث الحياتية الضاغطة ووضع أهداف وتطلعات مستقبلية تفاؤلية تجعل الحياة ذات مغزى ومعنى.
- ٢- البعد الثاني: الأنماط التنظيمية لدى الأسرة: القدرة على إعادة تنظيم الأدوار والأوضاع داخل الأسرة بغرض التوافق مع الأحداث الحياتية والمطالب البيئية المختلفة من خلال بث معاني التسامح والمرونة والتكيف والمساندة العاطفية والاستفادة من جميع مصادر الدعم الاجتماعي المتاحة.
- ٣- البعد الثالث: التواصل وحل المشكلات: ويعني قدرة الأسرة في التعرف على المشكلات وطرح الأفكار وتبادلها والخيارات الممكنة واتخاذ القرار الصائب حيال موضوع معين. وبحساب معامل الثبات لمقياس المرونة الأسرية بعد إجراء بعض التعديلات البسيطة فيه ليتناسب مع عينة البحث باستخدام معامل ألفا كرونباخ ووجد معامل الثبات كما يوضحها الجدول التالي:-
- جدول (٢) معاملات الثبات لأبعاد المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ

م	الأبعاد	معامل الثبات
١	أنظمة المعتقدات داخل الأسرة.	٠,٧٤١
٢	الأنماط التنظيمية لدى الأسرة.	٠,٧٥١
٣	التواصل وحل المشكلات.	٠,٧٢١
٥	الدرجة الكلية للاستبانة.	٠,٨٢٥

يتضح من الجدول رقم (٢) أن معاملات الثبات لأبعاد المقياس والدرجة الكلية لها تراوحت ما بين (٠,٧٢١ - ٠,٨٢٥) وهي معاملات ثبات عالية. مما يشير إلى ثبات المقياس وصلاحيته للتطبيق على عينة البحث.

٨-٤- برنامج التدخل المهني للبحث

٨-٤-١- أهداف برنامج التدخل المهني: تحددت أهداف برنامج التدخل المهني للبحث وفقاً للهدف الرئيسي وهو " التعرف على ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتحسين المرونة الأسرية لآباء وأمهات الأطفال المصابين بمرض السكر، ويتفرع عن ذلك الهدف العام الأهداف الفرعية التالية:

- تحسين مستوي أنظمة المعتقدات لآباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر.
- تحسين مستوي الأنماط التنظيمية لآباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر.
- تحسين مستوي التواصل وحل المشكلات لآباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر.

٨-٤-٢- مراحل وخطوات تنفيذ برنامج التدخل المهني:

مرحلة التقدير: تبدأ هذه المرحلة من خلال اتصال الباحث بوالدي الطفل المصاب بالسكر (الأب - الأم) لتكوين صورة واضحة عن طبيعة الضغوط والتي سوف تكون هدفاً للتغيير في المراحل التالية من مراحل برنامج التدخل، ومن جانب آخر تكوين علاقة مهنية مع الباحث. تحديد خطوط الأساس المتعلقة بعينة البحث وذلك من خلال ما يحصل عليه كل طرف والذي على مقياس المرونة الأسرية، باعتبار أن ذلك هي نقطة البدء للمرحلة التالية وهي مرحلة التدخل والتي على أساسها يتم قياس مدى التغيرات العلاجية. ثم تنتهي هذه المرحلة بإعداد تقرير مكتوب يتضمن تقدير الموقف لكافة النقاط التي سبق الإشارة إليها بحيث يكون هذا التقرير هو نقطة البداية.

مرحلة التخطيط للتدخل المهني: من خلال المعلومات التي توصل إليها الباحث في مرحلة تقدير الموقف تم وضع خطة للتدخل المهني لتحسين المرونة الأسرية لآباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر من خلال مجموعة من الخطوات الأساسية:-

- تحديد أهداف التدخل المهني: التعرف على أهم العوامل والأسباب التي أدت إلى انخفاض مستوى المرونة الاسرية لآباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر.
- التعاقد: وقد قام الباحث بالتعاقد مع عينة البحث، وتضمن التعاقد الاتفاق على (المدى الزمني للمقابلات - أماكن ومواعيد المقابلات - وبعض النتائج المتوقعة للتدخل المهني ودور كل منهما في إحداث التغيير المطلوب).

- تحديد الأساليب العلاجية: وهى تلك الخطوة التي قام الباحث فيها بانتقاء مجموعة من الأساليب العلاجية لتحقيق أهداف برنامج التدخل المهني للبحث وفقا لتقدير الموقف لكل حالة فردية من حالات البحث التجريبية، وذلك من بين الاساليب التالية:-

١- إعادة البناء المعرفي: لمساعدة عينة البحث من أفراد المجموعة التجريبية على اكتساب جوانب معرفية جديدة ترتبط بمشكلاتهم لتحل محل الأفكار والمعارف الخاطئة حتى يستطيعوا أن يوظفوا هذه الأفكار الجديدة في ممارستهم اليومية.

٢- التدعيم الإيجابي: وهو أسلوب في العلاج المعرفي السلوكي يتم في كل مرة يؤدي فيها السلوك المرغوب ويكون التأكيد ليس فقط على النجاح الكلي بل على الجزئي أيضا، فالشخص يريد التدعيم الإيجابي الثناء والمدح حيث يزيد من احتمالية حدوث السلوك.

٣- التدريب على الاسترخاء: يفيد هذا التكنيك مع عينة البحث الذين يعانون من اضطرابات انفعالية فمن خلاله يتعلم آباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر كيف يقللوا الشعور بالخوف والقلق والضيق وكيف يسترخي ويمارس التنفس العميق ثم إثارة الدافع لديه للتعامل مع الموقف في اطار آليات المرونة الأسرية بأبعادها المختلفة.

٤- الواجب المنزلي: يحدد في كل مقابلة واجب منزلي مثل قراءة كتب معينة أو تطبيق سلوك محدد لمساعدة أفراد العينة من المجموعة التجريبية على تغيير سلوكهم، ومساعدتهم على تغيير أهدافهم حسب موضوع وهدف المقابلة ويتم مكافأتهم على أدائهم في كل مرة.

٥- النمذجة: اسلوب يكسب عينة البحث من أفراد المجموعة التجريبية السلوك المناسب أو يتخلص من السلوك غير المناسب بسهولة من خلال ملاحظة النموذج المستهدف للتعلم وبالتالي يقدم الباحث نموذجا تعليميا للتدريب على مهارات التقييم والاختيار الصحيح.

٦- التدريب على أسلوب حل المشكلة: فمن خلاله يتم تدريب عينة البحث من أفراد المجموعة التجريبية على خطوات حل المشكلة.

٧- مرحلة الإنهاء والتتبع: وتتم مرحلة الإنهاء والتتبع بعد اطمئنان الباحث وصول عينة البحث من أفراد المجموعة التجريبية لمستوى مقبول من التحسن من خلال القياسات البعدية ومقارنة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

٨- ٤-٨ - مجالات البحث:

- المجال المكاني: مركز السكر بمستشفى جازان العام بالمملكة العربية السعودية.

- المجال البشري: يتمثل المجال البشري للبحث الحالي في عينة عمدية قوامها (٢٠) أسرة سعودية من أسر الأطفال المصابين بالسكر (الآباء والأمهات) مقسمة إلى مجموعتين إحداهما تجريبية، والأخرى ضابطة قوام كل منهما (١٠) أسر. مع مراعاة الخصائص الثقافية للمجتمع السعودي، ومن ناحية أخرى موافقة الزوج والزوجة على الدراسة بعد توضيح الآليات التي تعتمد عليها المقابلات المهنية للبحث. وتم التأكد من تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات التالية:

(أ) تجانس الجامعتين من حيث المستوى التعليمي:

جدول (٣) ويوضح تجانس الجامعتين التجريبية والضابطة من حيث المستوى التعليمي للآباء

المتغير	المجموعة	(ق١- ق٢)	(ق)	ت. م	ت. ج	الدالة
مؤهل عالي	تجريبية	٠,٣٦	٠,٠٢٩١	٠,٦٥٧	١,٨١٢	غير دالة
	ضابطة	٠,٢٧				
مؤهل فوق المتوسط	تجريبية	٠,١٨	٠,٣٧٢	٠,٦٨١	١,٧٣٤	غير دالة
	ضابطة	٠,٢٣				
مؤهل متوسط	تجريبية	٠,٤٤	٠,٢٨١	٠,٧٢٦	١,٧٣٤	غير دالة
	ضابطة	٠,٣٥				
يقرأ ويكتب	تجريبية	٠,١٧	٠,٠٣٩	٠,٦٨٣	١,٧٣٤	غير دالة
	ضابطة	٠,٢٩				

يتضح من بيانات الجدول رقم (٣) أنه لا توجد فروق معنية بين الجماعة التجريبية والجماعة الضابطة وفق متغير المستوى التعليمي، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة أقل من قيمة (ت) الجدولية، مما يؤكد أن تجانس الجامعتين.

جدول (٤) ويوضح تجانس الجماعتين التجريبية والضابطة من حيث المستوى التعليمي للأمهات

المتغير	المجموعة (١-٢ ق)	(ق)	ت. م	ت. ج	الدلالة
مؤهل عالي	تجريبية	٠,٢٦	٠,٦١٠	١,٧٣٤	غير دالة
	ضابطة	٠,٣٣			
مؤهل فوق المتوسط	تجريبية	٠,١٣	٠,٦٤١	١,٧٣٤	غير دالة
	ضابطة	٠,٢١			
مؤهل متوسط	تجريبية	٠,٣٩	٠,٦١٦	١,٧٣٤	غير دالة
	ضابطة	٠,٣٢			
يقراً ويكتب	تجريبية	٠,١٣	٠,٧٢١	١,٧٣٤	غير دالة
	ضابطة	٠,٢١			

يتضح من بيانات الجدول رقم (٤) أنه لا توجد فروق معنية بين الجماعة التجريبية والجماعة الضابطة وفق متغير المستوى التعليمي للآباء والأمهات، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة أقل من قيمة (ت) الجدولية، مما يؤكد تجانس الجماعتين.

(ب) تجانس الجماعتين من حيث متغير السن:

جدول (٥) يوضح تجانس الجماعتين من حيث السن للآباء

المتغير	المتوسط الحسابي (س)	الانحراف المعياري (ع)	ت المحسوبة	ت الجدولية	مستوى الدلالة
الجماعة التجريبية	٤١,٩١	١,٠٨	٠,٧٩	١,٧٣٤	غير دالة
الضابطة	٤١,٨١	٠,٥٤			

وبالنظر إلى نتائج الجدول رقم (٥) يتضح لنا أنه لا توجد فروق معنية بين الجماعة التجريبية والجماعة الضابطة من حيث متغير السن للآباء حيث أن قيمة (ت) المحسوبة أقل من (ت) الجدولية، مما يؤكد على تجانس الجماعتين من حيث متغير السن للآباء.

جدول (٦) يوضح تجانس الجماعتين من حيث السن للأمهات

مستوى الدلالة	ت الجدولية	ت المحسوبة	الانحراف المعياري (ع)	المتوسط الحسابي (س)	المتغير
					الجماعة
غير دالة	١,٧٣٤	٠,٧٤	١,٦٩	٣٤,٦٦	التجريبية
			١,٨٢	٣٤,٤٦	الضابطة

و بالنظر إلى نتائج الجدول رقم (٦) يتضح لنا أنه لا توجد فروق معنية بين الجماعة التجريبية والجماعة الضابطة من حيث متغير السن للأمهات حيث أن قيمة (ت) المحسوبة أقل من (ت) الجدولية، مما يؤكد على تجانس الجماعتين من حيث متغير السن للأمهات.

(٣) تجانس الجماعتين من حيث متغير صلة القرابة بين الزوجان:

جدول (٧) يوضح تجانس الجماعتين من حيث صلة القرابة.

المتغير	المجموعة	(ق١- ق٢)	(ق)	ت. م	ت. ج	الدلالة
توجد صلة قرابة	تجريبية	٠,٦٦	٠,٠٦٩١	٠,٥٩١	١,٧٣٤	غير دالة
	ضابطة	٠,٧٣				
لا توجد صلة قرابة	تجريبية	٠,٣٣	٠,٢٩٠	٠,٦٣١	١,٧٣٤	غير دالة
	ضابطة	٠,٢٦				

من نتائج الجدول السابق رقم (٧) يتضح لنا أنه لا توجد فروق معنية بين الجماعة التجريبية والجماعة الضابطة من حيث متغير صلة القرابة حيث أن قيمة (ت) المحسوبة أقل من (ت) الجدولية، مما يؤكد على تجانس الجماعتين من حيث متغير صلة القرابة بين الزوجين.

(٤) تجانس الجماعتين من حيث الحالة الصحية:

جدول (٨) تجانس الجماعتين على متغير الحالة الصحية للآباء.

المتغير	المجموعة	(ق١-ق٢)	(ق)	ت.م	ت.ج	الدالة
حالة صحية جيدة	تجريبية	٠,٦٦	٠,٦٤٥	٠,٦٨١	١,٧٣٤	غير دالة
	ضابطة	٠,٥٩				
حالة صحية متوسطة	تجريبية	٠,٣٣٢	٠,٤٦٩	٠,٨٣١	١,٧٣٤	غير دالة
	ضابطة	٠,٤١٦				
حالة صحية ضعيفة	تجريبية	-	-	-	-	-
	ضابطة	-				

من نتائج الجدول السابق رقم (٨) يتضح لنا أنه لا توجد فروق معنية بين الجماعة التجريبية والجماعة الضابطة من حيث متغير الحالة الصحية حيث أن قيمة (ت) المحسوبة أقل من (ت) الجدولية، مما يؤكد على تجانس الجماعتين.

جدول (٩) تجانس الجماعتين على متغير الحالة الصحية للأمهات.

المتغير	المجموعة	(ق١-ق٢)	(ق)	ت.م	ت.ج	الدالة
حالة صحية جيدة	تجريبية	٠,٨٥٢	٠,٦١٢	٠,٨٣١	١,٧٣٤	غير دالة
	ضابطة	٠,٧٢١				
حالة صحية متوسطة	تجريبية	٠,٣٢٤	٠,٢١٠	٠,٤٩٢	١,٧٣٤	غير دالة
	ضابطة	٠,٢٣١				
حالة صحية متوسطة	تجريبية	-	-	-	-	-
	ضابطة	-				

من نتائج الجدول السابق (٩) يتضح لنا أنه لا توجد فروق معنية بين الجماعة التجريبية والجماعة الضابطة وفق متغير الحالة الصحية للأمهات حيث أن قيمة (ت) المحسوبة أقل من (ت) الجدولية، مما يؤكد على تجانس الجماعتين.

٨-٤-٣- المجال الزمني للدراسة: ويقصد بالمجال الزمني هنا الفترة التي تم إجراء البحث فيها سواء من حيث فترة إعداد (الإطار النظري- البحث الميداني) وبلغت تسعة شهور.

٩- نتائج البحث:

في البداية وقبل استعراض نتائج التدخل المهني مع الحالات التجريبية يود الباحث الإشارة إلى أن إجراءات تطبيق برنامج التدخل المهني تمت في ضوء التالي:-

- استغرق تطبيق برنامج التدخل المهني للبحث مع الحالات التجريبية فترة زمنية بلغت ثلاثة شهور.
- إعداد المقابلات المهنية (فردية، مشتركة) والإجراءات اللازمة التي تقتضيها هذه المقابلات مع الإشارة إلى أن المقابلات المهنية التي تمت مع الأمهات كانت في وجود الزوج دون تدخل منه اتساقاً مع ثقافة المجتمع السعودي، ووفقاً للجوانب الشرعية، ويمكن توصيف هذه المقابلات وفقاً للتالي:-

(أ) من حيث عدد ونوع المقابلات:

جدول رقم (١٠) يوضح عدد ونوع المقابلات التي تمت مع حالات المجموعة التجريبية

المجموع	نوع المقابلة			رقم الحالة
	مشتركة	فردية مع الأب	فردية مع الأم	
١٧	٢	٧	٨	١
١٨	٢	٨	٩	٢
١٨	٢	٨	٩	٣
١٦	٢	٦	٨	٤
١٦	٢	٦	٨	٥
١٧	٢	٧	٨	٦

١٩	٣	٦	٩	٧
١٧	٢	٧	٨	٨
١٧	٢	٦	٩	٩
١٧	٣	٦	٨	١٠
١٧١	٢٠	٦٧	٨٤	المجموع

يتضح من بيانات الجدول (١٠) أن إجمالي عدد المقابلات المهنية التي تمت مع حالات المجموعة التجريبية قد بلغ (١٧١) مقابلة منها (٨٤) مقابلة فردية مع الأمهات، (٦٧) مقابلة فردية مع الآباء، (٢٠) مقابلة مشتركة مع الوالدين، وبذلك فقد بلغ متوسط عدد المقابلات التي تمت مع الحالة الواحدة (١٧) مقابلة متنوعة، كما يتضح من الجدول أن الحد الأقصى من المقابلات مع الحالة الواحدة قد وصل إلى (١٩) مقابلة، كما تشير نتائج الجدول رقم (١٠) إلى أن المقابلات الفردية كانت أكثر أنواع المقابلات استخداماً مع مفردات عينة الدراسة، حيث استعان بها الباحث خلال كافة مراحل التدخل المهني وخاصة عند القيام بعملية تقدير الموقف للتعرف على المشكلات التي تواجه الأسرة من وجهة نظر كل طرف والذي على حده وللوقوف على الخصائص والسمات الشخصية لكل منهما، وكذلك استخدام المقابلات الفردية عند إجراء القياس القبلي لتحديد مستوى المرونة الأسرية لدى كل طرف والذي وعند إجراء القياس البعدي للتعرف على نسبة التحسن، أما بالنسبة للمقابلات المشتركة فقد اعتمد عليها الباحث بصورة كبيرة نظراً لما تسهم به تلك المقابلات من إيجاد نوعاً من الترابط والتعاون بين الوالدين من أجل تحقيق أهداف التدخل العلاجي.

ولعل من أهم الأسباب التي كانت وراء التفاوت في عدد المقابلات المهنية بين الحالات التجريبية (آباء - أمهات) الأطفال المصابين بالسكروا جاءت كالتالي:-

- مدى استجابة واستعداد كل حالة لبرنامج التدخل المهني حيث كان هناك تفاوت واختلاف نسبي من حالة إلى أخرى أثناء التدخل المهني، هذا إلى جانب أن متوسط المقابلات التي تمت مع الأمهات جاء مرتفع عن المقابلات التي تمت مع الآباء نتيجة للخصائص النفسية للأمهات، ومن جانب آخر ارتفاع مستوى الضغوط الواقعة عليها مما أدى إلى بطء استجابتها للتحسن من مقابلة لأخرى.
- التباين في المستوى التعليمي من حالة إلى أخرى كان عاملاً رئيسياً في استجابة بعض الحالات وقدرتها على تنفيذ بعض المهام والمسئوليات التي تم الاتفاق عليها.

(ب) من حيث الزمن الذي استغرقه برنامج التدخل المهني مع حالات البحث:

جدول (١١) يوضح مجموع الزمن الذي استغرقه التدخل المهني مع الحالات التجريبية

رقم الحالة	عدد الساعات	عدد الأسابيع
١	١٩	١٦
٢	٢١	١٥
٣	٢٠	١٦
٤	٢٢,٥	١٧
٥	٢١	١٦
٦	٢٠	١٦
٧	١٩	١٦
٨	١٩	١٥
٩	٢٢	١٧
١٠	٢٥	١٧
المجموع	٢٠٨,٥	١٤٥

يتضح من الجدول رقم (١١) أن مجموع الوقت الذي استغرقه برنامج التدخل المهني مع حالات البحث قد بلغ (٢٠٨,٥) ساعة وذلك بمتوسط قدره ٢٠ ساعة و ٨ دقائق للحالة الواحدة وبمقارنة مجموع وقت العمل المهني بعدد المقابلات التي تمت مع حالات الدراسة يتضح إذن أن متوسط زمن المقابلة قد بلغ (٧٥) دقيقة تقريباً، كما تفاوت الوقت الذي كانت تستغرقه المقابلة من مرحلة إلى أخرى، حيث زاد وقت المقابلة في مرحلة التخطيط للتدخل بصفة خاصة نظراً لما بذل من جهد ووقت للوصول إلى اتفاق على أهداف التدخل التي ينبغي العمل على تحقيقها، ومن جانب آخر إتمام عملية التعاقد مع أطراف التدخل، ولذا فقد وصل زمن المقابلة خلال هذه المرحلة في بعض الأحيان إلى ٨٠ دقيقة، بينما قل وقت المقابلة في المرحلة الأخيرة من مراحل التدخل (الإنهاء والتتبع).

كما تشير بيانات الجدول السابق إلى أن متوسط المدى الزمني للعمل المهني مع الحالة الواحدة قد بلغ (١٤,٥) أسبوع موزعين على ثلاثة شهور ويتفق ذلك مع المدة الزمنية المحددة سلفاً لبرنامج التدخل المهني في هذه البحث، كما تشير بيانات الجدول إلى أن الحد الأقصى للمدى الزمني قد بلغ (١٧) أسبوع، ويرجع اختلاف المدى الزمني من حالة إلى أخرى إلى عوامل عدة أهمها: - (طبيعة ودرجة حدة المشكلات المرتبطة بانخفاض مستوى المرونة الأسرية التي يعاني حالات المجموعة التجريبية، درجة

استعداد كل حالة وتعاونها مع الباحث لتحقيق أهداف برنامج التدخل للبحث، مدى التزام أطراف التدخل المهني " الباحث، آباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر" بالمسؤوليات التي تم الاتفاق عليها).

٩-١- النتائج الخاصة باختبار صحة الفرض الفرعي الأول للبحث:

" من المتوقع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في تحسين أنظمة المعتقدات داخل الأسرة وذلك نتيجة التدخل المهني بممارسة العلاج السلوكي المعرفي لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي". وتتضح نتائج اختبار هذا الفرض من خلال الجداول التالية:-

جدول رقم (١٢) يوضح الفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية والبعدي للمجموعتين على بعد أنظمة المعتقدات داخل الأسرة

القياس المفردة	المجموعة التجريبية				(ت) الجدولية	(ت) المحسوبة	القياس البعدي للمجموعتين				(ت) الجدولية
	قبلي		بعدي				تجريبية بعدي		ضابطة بعدي		
	١س	١ع	٢س	٢ع			١س	٢ع	٢س	٢ع	
الآباء	٦,٨	٠,٨٢	٢,٦	٠,٤١	٢,٦٤	٩,٥٠	٠,٤١	٦,٤	٠,٨٨	٨,٨٤	٢,٥٥٢
الأمهات	٧,٧	٠,٩١	٢,٩	٠,٦٣		٩,٩٢	٠,٦٣	٦,٨	٠,٩٦	٩,٢١	

تشير نتائج الجدول رقم (١٢) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية والقياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على بعد أنظمة المعتقدات حيث أن (ت)المحسوبة < من (ت)الجدولية عند مستوى معنوية (٠,٠١) مما يدل على فاعلية برنامج التدخل المهني للبحث باستخدام العلاج السلوكي المعرفي في طريقة خدمة الفرد في تحسين أنظمة المعتقدات داخل الأسرة لدى الحالات التجريبية من آباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر.

جدول رقم (١٣) يوضح نتائج الفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على بعد أنظمة المعتقدات داخل الأسرة

القياس المفردة	القياس القبلي		القياس البعدي		(ت) الجدولية	الدلالة (٠,٠١)
	١س	١ع	٢س	٢ع		
الآباء	٧,٤١	٠,٨٢٢	٦,٤١	٠,٨٩٢	٢,٥٥٢	غير دالة

الأمهات	٧,٦٣	٠,٦٥١	٦,٦١	٠,٩٣١	٠,٦٨٠
---------	------	-------	------	-------	-------

تشير نتائج الجدول رقم (١٣) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على بعد أنظمة المعتقدات داخل الأسرة حيث أن (ت) المحسوبة > من (ت) الجدولية عند مستوى معنوية (٠,٠١)، ويعني هذا عدم وجود دلالة إحصائية تدل على تحسن مستوى أنظمة المعتقدات لدى المجموعة الضابطة من آباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر. نتيجة عدم تعرضها لبرنامج التدخل المهني للبحث باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في طريقة خدمة الفرد.

ووفقا للنتائج السابقة الواردة بالجدول رقم (١٢-١٣) تم قبول صحة الفرض الفرعي الأول القائل: بوجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠١) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على بعد أنظمة المعتقدات داخل الأسرة (آباء وأمهات) الأطفال المصابين بمرض السكر، وذلك نتيجة برنامج التدخل المهني للبحث باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في طريقة خدمة الفرد لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي. وبمناقشة هذه النتيجة يرى الباحث أن التحسن الواضح لأنظمة المعتقدات داخل أسر الحالات التجريبية جاء وفق الممارسات التالية:-

- تنمية مفهوم العلاقة المهنية مع حالات البحث من أفراد المجموع التجريبية من خلال مفاهيم: (التقبل، والسرية، وحق تقرير المصير، والمسؤولية المهنية).

- تنمية معارف آباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر (المجموعة التجريبية) بأنظمة المعتقدات وفق التصور الإسلامي والجوانب الإجرائية لأنظمة المعتقدات والخاصة بطبيعة الضغوط المرتبطة بوجود طفل مريض بالسكر وذلك من خلال أسلوب إعادة البناء المعرفي.

- صناعة معنى إيجابي للآزمة عن طريق تقبل الآزمة أو الابتلاء بالشر بنفس الاستجابة للابتلاء بالخير، وتوضيح أجر الصابرين والتأسي بالأنبياء والسلف الصالح في مثل هذه المحن والأزمات، وذلك باستخدام أسلوب إعادة البناء المعرفي والنمذجة، والتدعيم الإيجابي.

- بث أمل إيجابي في المستقبل وحسن الظن بالله تعالى والرضا بقضاء الله والأخذ بالأسباب مع توضيح ما أعده الله للصابرين على هذه الأزمات والمحن من نجاح في الدنيا والآخرة، وذلك باستخدام أسلوب إعادة البناء المعرفي والتدعيم الإيجابي.

- تنمية الروحانيات والتسامي (مستوى التدين) والحفاظ على العبادات من صلاة وصيام وذكر وقراءة القرآن الكريم، الخ، وذلك باستخدام أسلوب الوجبات المنزلية.

٩-٢- النتائج الخاصة باختبار صحة الفرض الفرعي الثاني:

" من المتوقع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على بعد الأنماط التنظيمية وذلك نتيجة استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي". وتتضح نتائج اختبار هذا الفرض من خلال الجداول التالية:-

جدول رقم (١٤) يوضح الفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية والبعدي للمجموعتين على بعد الأنماط التنظيمية

القياس المفردة	المجموعة التجريبية		(ت) المحسوبة	(ت) الجدولية	القياس البعدي للمجموعتين			
	قبلي	بعدي			تجريبية		ضابطة	
					١س	١ع	٢س	٢ع
الآباء	٦,١	٣,٥	١١,٨٠	٢,٦٤	٣,٢	٠,٦٩	٦,٢	٠,٨٤
الأمهات	٦,٥	٤,٤	١٣,٩٨		٢,٤	٠,٣١	٨,٣	٠,٩٢

تشير نتائج الجدول رقم (١٤) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية والقياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على بعد الأنماط التنظيمية داخل الأسرة حيث أن (ت) المحسوبة < من (ت) الجدولية عند مستوى معنوية (٠,٠١) مما يدل على فاعلية برنامج التدخل المهني للبحث باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الأنماط التنظيمية داخل الأسرة لدى الحالات التجريبية.

جدول رقم (١٥) الفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على بعد الأنماط التنظيمية.

القياس المفردة	القياس القبلي		القياس البعدي		(ت) الجدولية	الدالة (٠,٠١)
	١س	١ع	٢س	٢ع		
الآباء	٦,٣	٠,٩٧٤	٦,٢	٠,٨٤١	٢,٥٥٢	غير دالة
الأمهات	٦,٩	٠,٦١٧	٨,٣	٠,٩٢١		

تشير نتائج الجدول رقم (١٥) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على بعد الأنماط التنظيمية داخل الأسرة حيث أن (ت) المحسوبة > من (ت) الجدولية عند مستوى معنوية (٠,٠١)، ويعنى هذا عدم وجود دلالة إحصائية تدل على التخفيف من حدة المشكلات المرتبطة بانخفاض مستوى

الأنماط التنظيمية لدى المجموعة الضابطة من آباء وأمهاة الأطفال المصابين بالسكر. نتيجة عدم تعرضها لبرنامج التدخل المهني للبحث.

وفي ضوء النتائج السابقة يمكن قبول صحة الفرض الفرعي الثاني القائل: بوجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠١) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على بعد الأنماط التنظيمية داخل الأسرة لآباء وأمهاة الأطفال المصابين بالسكر وذلك نتيجة برنامج التدخل المهني للبحث باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في طريقة خدمة الفرد لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدى.

وبمناقشة هذه النتيجة يرى الباحث أن التحسن الواضح لأنظمة المعتقدات داخل أسر الحالات التجريبية جاء وفق الممارسات التالية:-

- تنمية معارف حالات المجموعة التجريبية بالأنماط التنظيمية الواجب توافرها في المحن والأزمات والجوانب الإجرائية لهذه الأنماط التنظيمية الخاصة بطبيعة الضغوط المرتبطة بوجود طفل مريض بالسكر، وذلك من خلال أسلوب: إعادة البناء المعرفي وأسلوب النمذجة.

- تنمية مفهوم الترابط والتماسك الأسري لدى الحالات التجريبية خاصة في المحن والأزمات عن طريق توزيع الأدوار والمهام بين طرفي الحالة التجريبية، وذلك باستخدام أسلوب: إعادة البناء المعرفي، والنمذجة، والتدعيم الإيجابي، والواجبات المنزلية، التدريب على الاسترخاء.

- تدريب الحالات التجريبية على المرونة وخاصة فيما يتصل بالنظرة التفاؤلية للمستقبل والتواصل الفعال والإيجابي أثناء الأزمة، وذلك باستخدام أسلوب التدعيم الإيجابي، والواجبات المنزلية.

- توعية الحالات التجريبية بالخدمات غير المباشرة التي يمكن أن تقدمها المؤسسات والمنظمات سواء الأهلية أو الحكومية كأحد مقومات الدعم الاجتماعي لهذه الأسر أثناء وجود أزمات وصعوبات، وذلك باستخدام أسلوب: إعادة البناء المعرفي للتدريب على حل المشكلة.

٩-٣- النتائج الخاصة باختبار صحة الفرض الفرعي الثالث:

" من المتوقع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد التواصل وحل المشكلات لآباء وأمهاة الأطفال المصابين بالسكر وذلك نتيجة استخدام العلاج المعرفي السلوكي في طريقة خدمة الفرد لصالح المجموعة

التجريبية في القياس البعدي. وتتضح نتائج اختبار هذا الفرض من خلال الجداول التالية:-

جدول (١٦) الفروق بين القياس القبلي البعدي للمجموعة التجريبية والبعدي للمجموعتين على بعد التواصل وحل المشكلات داخل الأسرة

(ت) الجدولية	(ت) المحسوبة	القياس البعدي للمجموعتين				(ت) الجدولية	(ت) المحسوبة	المجموعة التجريبية				القياس المفردة
		ضابطة بعدي		تجريبية بعدي				بعدي		قبلي		
		٢ع	٢س	٢ع	١س			٢ع	٢س	١ع	١س	
		٢,٥٥٢	١٧,٨٤	٠,٧٩	٧,٩			٠,٨٢	٣,٥	٢,٦٤	١١,٥٠	
	١٢,٢١	٠,٩٦	٨,٣	٠,٩١	٢,٨		٩,٩٨	٠,٩١	٢,٨	٠,٧٠	٧,٣	الأمهات

تشير نتائج الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية والقياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة في درجة التواصل وحل المشكلات داخل الأسرة حيث أن (ت) المحسوبة < من (ت) الجدولية عند مستوى معنوية (٠,٠١) فاعلية برنامج التدخل المهني للبحث باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في تحسين التواصل وحل المشكلات داخل الأسرة لدى الحالات التجريبية للبحث.

جدول رقم (١٦) يوضح نتائج الفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على بعد التواصل وحل المشكلات

الدلالة (٠,٠١)	(ت) الجدولية	(ت) المحسوبة	القياس البعدي		القياس القبلي		القياس المفردة
			٢ع	٢س	١ع	١س	
غير دالة	٢,٥٥٢	٠,٦١٠	٠,٨٨٢	٧,٩	٠,٧٤٢	٨,٢	الآباء
		٠,٧٨٠	٠,٩٦١	٨,٣	٠,٨٦١	٧,٦	الأمهات

تشير نتائج الجدول السابق رقم (١٦) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في درجة التواصل وحل المشكلات حيث أن (ت) المحسوبة > من (ت) الجدولية عند مستوى معنوية (٠,٠١)، ويعني هذا عدم وجود دلالة إحصائية تدل على التخفيف من حدة المشكلات المرتبطة بانخفاض مستوى

التواصل وحل المشكلات لدى المجموعة الضابطة من آباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر. نتيجة عدم تعرضها لبرنامج التدخل المهني للبحث القائم على العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد.

وفى ضوء النتائج السابقة يمكن قبول صحة الفرض الفرعي الثالث القائل: بوجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠١) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجة التواصل وحل المشكلات لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر وذلك نتيجة برنامج التدخل المهني للبحث باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في طريقة خدمة الفرد لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

وبمناقشة هذه النتيجة يرى الباحث أن التحسن الواضح لأنظمة المعتقدات داخل أسر الحالات التجريبية جاء وفق الممارسات التالية:-

- تنمية معارف ومهارات حالات المجموعة التجريبية آليات التواصل الجيد وحل المشكلات والجوانب الإجرائية للتواصل وحل المشكلات وذلك من خلال أسلوب: إعادة البناء المعرفي.

- تنمية معارف الحالات التجريبية وتدريبهم خاصة في المحن والأزمات عن آليات وضوابط ممارسة التعبير الاتفعالي المفتوح، وذلك باستخدام أسلوب: إعادة البناء المعرفي، والنمذجة، والتدعيم الإيجابي، والواجبات المنزلية، التدريب على الاسترخاء.

- تدريب الحالات التجريبية على التواصل الواضح سواء اللفظي أو الغير لفظي، خاصة في المواقف المتأزمة، وذلك باستخدام أسلوب: إعادة البناء المعرفي، التدعيم الإيجابي، والواجبات المنزلية.

- تدريب الحالات التجريبية التفكير الإبداعي وآلياته خاصة في مواقف المحن والأزمات للوصول إلى حلول غير تقليدية، وذلك باستخدام أسلوب: إعادة البناء المعرفي والتدريب على حل المشكلة.

٩-٤ - النتائج الخاصة باختبار صحة الفرض الرئيسي للدراسة ومؤداه:

"من المتوقع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجة المرونة الأسرية ككل لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر وذلك نتيجة استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي". وتتضح نتائج اختبار هذا الفرض من خلال الجداول التالية:-

جدول (١٧) ويوضح الفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية والبعدي للمجموعتين على مقياس المرونة الأسرية ككل

المحسوبة (ت)	القياس البعدي للمجموعتين				(ت) المحسوبة	المجموعة التجريبية				القياس المفردة
	ضابطة بعدي		تجريبية بعدي			بعدي		قبلي		
	٢ع	٢س	٢ع	١س		٢ع	٢س	١ع	١س	
١٧,٨٤	١٢,٠٢	٧٠,٣٣	٧,٠٩	٤٢,٠٦	٢١,٤٢	٧,٠٩	٤٢,٠٦	١١,٦٤	٧٤,٣٣	الآباء
١٥,٧٥	٩,٩٣	٦٩,٢٠	٥,٩٨	٣٩,٨٩	١٨,٥٤	٦,٨٩	٣٩,٨٩	٩,٧٢	٦٨,٣١	الأمهات

تشير نتائج الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية والقياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة في درجة المرونة الأسرية ككل حيث أن (ت) المحسوبة < من (ت) الجدولية عند مستوى معنوية (٠,٠١) مما يدل على فاعلية التدخل المهني للبحث في التخفيف من حدة المشكلات المرتبطة بانخفاض مستوى المرونة الأسرية لدى الحالات التجريبية من آباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر.

جدول (١٨) يوضح نتائج الفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس المرونة الأسرية ككل

الدلالة (٠,٠١)	(ت) الجدولية	(ت) المحسوبة	متوسط الفرق	القياس البعدي		القياس القبلي		القياس المفردة
				٢ع	٢س	١ع	١س	
غيردالة	٢,٥٥٢	٠,٦٧٩		١٢,٠٢	٧٠,٣٣	١٢,٠٤	٧١,٩٤	الآباء
		٠,٤٨٧	٠,٧	٩,٩٨٤	٦٩,٢٠	١٠,٢١	٧٠,٢٢	الأمهات

تشير نتائج الجدول رقم (١٨) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في درجة المرونة الأسرية ككل حيث أن (ت) المحسوبة > من (ت) الجدولية عند مستوى معنوية (٠,٠١)، ويعني هذا عدم وجود دلالة إحصائية تدل على التخفيف من حدة المشكلات المرتبطة بانخفاض مستوى المرونة الأسرية ككل لدى المجموعة الضابطة من آباء وأمهات الأطفال المصابين بالسكر. نتيجة عدم تعرضها لبرنامج التدخل المهني للبحث القائم على استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد. وفي ضوء النتائج السابقة يمكن قبول صحة الفرض الرئيسي للبحث القائل:

"وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠١) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجة المرونة الأسرية ككل وذلك نتيجة استخدام برنامج التدخل المهني للبحث لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي".

١٠- مناقشة النتائج العامة للبحث: في ضوء العرض السابق لأهم نتائج البحث يتضح الآتي:-

١٠-١- أظهر ممارسة برنامج التدخل المهني للبحث وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الحالات التجريبية وتحسين المرونة الأسرية، وبهذا تتفق نتائج البحث الحالي مع نتائج العديد من الدراسات والبحوث السابقة التي أشارت لفعالية العلاج المعرفي السلوكي كدراسة (صلاح عراقي، حنان عبد الرحمن، ١٩٩٧م) ودراسة (فاطمة إبراهيم، ١٩٩٨م) ودراسة (عرفات زيدان، وهشام عبد الحميد، ٢٠٠١م) ودراسة (صفاء عادل، وإيمان محمد، ٢٠٠٦م).

١٠-٢- تتفق نتائج البحث مع - نتائج بعض الدراسات والبحوث التي أشارت إلى وجود علاقة موجبة بين إصابة طفل داخل الأسرة بأحد الأمراض المزمنة وحدوث الكثير من المشكلات ومنها انخفاض مستوى المرونة الأسرية. ومن أهم هذه الدراسات والبحوث: دراسة: (Boey, 1999)، (Willoughby et,al, (2000)، (أبو الفتوح، ٢٠١٣م)، (Plumb,2011)، (Kapp&Brown,2011)، (Yasuko&Chieko,2011)، (Abraham et al.,2010).

١٠-٣- أظهرت نتائج البحث تحسن واضح لدى الحالات التجريبية، ومن أهم الأسباب وراء هذا التحسن على حد ظن الباحث يرجع إلى عدة اعتبارات من أهمها:-
▪ زيادة العمق في العلاقة المهنية بين الباحث والحالات التجريبية.

- الاعتماد من قبل الباحث على ما ورد في التصور النظرى القائم عليه العلاج المعرفي السلوكي في تفسيرنا للسلوك الإنساني.
- بناء التدخلات المهنية التي استهدفها البحث في ضوء البناء النظري للعلاج المعرفي السلوكي لخدمة الفرد.

١٠-٤- أظهرت نتائج البحث عدة أمور أثناء ممارسة الأساليب العلاجية لبرنامج التدخل المهني مع الحالات التجريبية:-

- أن بعض هذه الأساليب كان يقتضى ممارستها وقتاً أقل من غيرها في التدخل.
- أن معظم الأساليب كانت تواجه صعوبة في ممارستها في البداية مع تباين هذه الصعوبة من أسلوب لآخر من قبل بعض الحالات التجريبية.
- ضرورة الأعداد الجيد للباحث عن طريق الإلمام بكافة الجوانب الإجرائية لتطبيق الأساليب العلاجية لبرنامج التدخل المهني للبحث قبل التعامل مع الحالات التجريبية.
- أظهرت نتائج التدخل المهني أن معدل الاستجابة للأساليب العلاجية يرتبط ارتباطاً وثيقاً ببعض المتغيرات خاصة المستوى التعليمي والمهني للحالات التجريبية ومدة الزواج وصلة القرابة بين أطراف الحالة.

مراجع البحث:

أولاً: المراجع العربية:

- أبو المعاطي، ماهر وآخرون (٢٠٠٦م): الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الأسرة والطفولة، معالجة من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، القاهرة، جامعة حلوان، مركز توزيع الكتاب الجامعي،

- أبو الفتوح، محمد كمال (٢٠١٣م): فاعلية برنامج إرشادي في تنمية المرونة الأسرية لدى أمهات أطفال الأوتيزم، بحث منشور في مجلة التربية الخاصة - كلية التربية - مركز المعلومات التربوية - جامعة الزقازيق - جمهورية مصر العربية (مجلة علمية دورية محكمة) العدد (٣).
- الشخص، عبد العزيز والسرطاوي، زيدان (١٩٩٨): بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والاحتياجات لأولياء أمور المعاقين (دليل المقاييس). دار الكتاب الجامعي، العين، الإمارات العربية المتحدة.
- الشناوي، محمد محروس (١٩٩٧): التخلف العقلي: الأسباب، التشخيص، البرامج. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- الحميد، محمد بن سعد (٢٠٠٧م): مرض السكر (أسبابه، مضاعفاته، علاجه)، جامعة الملك سعود الرياض - المملكة العربية السعودية، ط١، ص ٣.
- المحارب، ناصر (٢٠٠٠م): المرشد في العلاج المعرفي السلوكي، دار الزهراء، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- بن عباس، بسام صالح (٢٠١٢م): أطفال السكري ودواء الأنسولين، مجلة التخصصي، السنة السادسة، العدد (٢٤)، ص ١٤.
- جبريل، ثريا عبد الرؤوف، وآخرون (٢٠٠٣م): الممارسة العامة المتقدمة في مجال رعاية الأسرة والطفولة، القاهرة، جامعة حلوان، مركز توزيع الكتاب، ص ٣١.
- حسن، أسامة (١٩٩٩م): السلوك العدواني لدى الأطفال بحث منشور، المجلس العربي للطفولة والتنمية، مجلة خطوة، القاهرة، ص ٤٦.
- رضوان، عبد الكريم (٢٠٠٢م): القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات، دراسة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- رضوان، عبد الكريم (٢٠٠٨م): فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق لدى مرضى السكر بمحافظة غزة، رسالة

دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.

- زيدان، عرفات (٢٠٠١م): العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد والتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية والنفسية للطلبات المقيمات بالمدن الجامعية، بحث منشور، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، المؤتمر الرابع عشر.

- عياش، مرفت عبد ربه (٢٠١٠م): التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكر في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، كلية التربية، قسم علم النفس، غزة.

- عجاج، سيد (١٩٩٢): دراسة القلق لدى الأطفال من حيث علاقته بضغط الوالدين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، ١٩٩٢.

- فوزي، أماني سعيد (٢٠٠٤م): استخدام العلاج العقلاني الانفعالي في خدمة الفرد للتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية النفسية لأمهات الأطفال مرضى سرطان الدم، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

- يونس، إبراهيم (٢٠٠٤م): المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مرضى السكر وتأثيرها على جودة الحياة الأسرية، رسالة ماجستير، كلية الصحة العامة، جامعة القدس.

ثانيا المراجع الأجنبية:

- Abraham,P. ; Walt,V. and Jan, K. (2010). Resilience in Families with an Autistic Child. Education and Training in Autism and Developmental Disabilities, 45 (3), 347-355.
- Adam Kuper, Jessico Kuper. (1996), the social science Encyclopedia, new york, Rout edge, new fettevlane.
- Alvord, M. and Grados, J. (2005), Enhancing resilience in Children: A proactive approach. Professional Psychology: Research and Practice, 36 (3), 238-245.
- Budds, B. (2010). The Influence of christian beliefs on the resilience and coping abilities of families with a child with autism and prospective opportunities for educators working with them. A doctoral project submitted to the faculty of the Shirley M. Hufstедler Graduate School of Education in partial fulfillment

of the requirements for the degree of Doctor of Psychology at Alliant International University, Irvine, California.

- Boey,K.W(1999): Adaptation to type II diabetes mellitus depression and related factors ،International medical Journal ،vol. 6،No.2،pp 125-132.
- Bayat, M. (2007), Evidence of resilience in families of children with autism. Journal of Intellectual Disability Research, 51 (9), 702-714.
- Chisholm.(2003):The adjustment to diabetes of school-Age children with psychological adjustment problem ، British Journal of clinical psychology ،vol. 8،No 3،pp 335-358.
- David. R. Dupper.(2003), School Social work skill and intervention, Effective practice, Canada, John Wiley, sons, INC,. P.50.
- Dupont, M. (2009). An Exploration of resilience in families with a child diagnosed with an Autism spectrum disorder. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy in the graduate school of the Texas woman's University, College of professional Education.
- Don Risadal & Gerorge H.S. (2004), Marital Adjustment in Parent Children With Disabilities' Historical Review and Meta – Analysis Research & Person With Severe Disabilities;V.29,N.2,pp.95-103.
- Gravels،C.&Wandell،p(2006):Coping strategies in men and women with type II diabetes in Swedish primary car ،Diabetes Research and clinical practice ،vol. 71،No.3،pp 280-589.
- Jacobson،A.M،Hauser،S.T.(1986), Psychological adjustment with recently diagnosed diabetes mellitus، Diabetes Care، vol.9، No.4.
- Janet ،Ahlfie d،E and Norman،R.D.(1983), Adolescent diabetes mellitus. par child perspectives of the effect the

- disease on family and social interactions ،Diabetes Care ،vol. 9 ،No.4 ،pp 393-398.
- Kapp, L. and Brown, O. (2011). Resilience in families adapting to Autism spectrum disorder. *Journal of Psychology in Africa*, 21 (3), 459-464.
 - K.Hummbel and S.Ahnsjo(2006): personality changes and social adjustment during the first three years of diabetes in children ،*Acta Pediatrician Journal* ، vol.70 ،No.3 ،pages 321-327.
 - Lioyd.E.(2000):Prevalence of symptoms of depression and anxiety in diabetes clinic population ،*journal of diabetes medicine* ،vol.17 ،No.3 ،pp198-202.
 - Marlene. G, Cooper, Joon Granuei lesser. (2005), *Clinical Social work Practic An integrated Approach* new york, pearson Education, Inc., P151.
 - McCubbin, H. & McCubbin, M. (1996), Resiliency in families: A conceptual model of family adjustment and adaptation in response to stress and crisis. In H. I. McCubbin, M. A. McCubbin, & A. I. Thompson (Eds.), *Family assessment: Residency, coping and adaptation - Inventories for research and practice* (pppp.1-6644) . Madison , WI: University of Wisconsin System.
 - Jones, J., & Passey, J. (2005). Family adaptation, coping and resources: Parents of children with developmental disabilities and behavioral problems. *Journal on Developmental Disabilities*, 11, 1, 31-46.
 - Taanila , A ., ; Syrjala, L.; Kekkonen , J.& Javelin. (2002), *Coping of Parents With Physically and /Or intellectually Disabled Children* .*Child: Care Health & Development*. 28, N. 1, pp .73 - 86.
 - Politis & contention.(1998), *The Psycho Social Impact for Chronic disease, Social Support network*,
 - Walsh F. (1998), *Strengthening Family Resilience*. Guilford Press, New York; London.
 - Rutter, M. (1987).*Psychosocial resilience and protective mechanisms*. *American Orthopsychiatry Association*, 57, 316-31.

- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1), 1-18.
- Skinner, D. ; Rodriguez, P. & Bailey D. (1999). Qualitative analysis of Latino parents' religious interpretations of their child's disability. *Journal of Early Intervention*, 22, 271-85.
- Ray W. ctazier, Lynne. Alden(2005). the essential Hand book of social anxiety for clinicians, England John Wiley, sons LTD, P267.
- Scott. Boyle, Et. Al. (2006). Direct practice in social work, new york pearson Education, Inc, , P. 316.
- Plumb, J. (2011),The Impact of social support and family resilience on parental stress in families with a child diagnosed with an autism spectrum disorder. Doctorate in Social Work (DSW) Dissertation, School of Social Policy and Practice, University of Pennsylvania.
- Werner, B. (2004). The everyday occupation of families with children with autism. *Journal of occupational Therapy*, 58, 543-550.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1), 1-18.
- Siu,S. KW Wong,SK.&YS Wong,KM.(2001). Prevalence of and risk factors for erectile dysfunction in Hong Kong diabetic patients *Diabetes uk.* ,vol.18 , pp 732-738.
- Pouwer,F.& Snock,F.(2001).Association between symptoms of depression and Glycemic control may be unstable across gender *journal of diabetes-united kingdom*, vol.18 ,No.7.
- Willoughby,D. ,Kee,C.,Demi, A., &Parker, V.(2000). Coping and psychosocial adjustment of women with diabetes, *Diabetes Education* ,vol.26 ,No.1 , pp 105-112.
- Yasuko, Irie. And Chieko, Tsumura. (2011). Development of a family intervention model to facilitate resilience in families of children with intellectual disabilities. *Journal of Japan Academy of Nursing Science*, 31 (4), 34-45.

