فعالية برنامج إرشادي نفسي جمعي في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة (دراسة شبه تجريبية بمركز السودان للقلب في ولاية الخرطوم)

The effectiveness of Collective Psychological Counseling Program in Changing Family Attitudes towards Overprotection of Children with Heart disease

The Case of Heart Disease Centre in Khartoum

د. الشفاء محمود محمد أبو حسبو

أستاذ مساعد بقسم علم النفس

جامعة أم درمان الإسلامية

Alshafahaspoo@gmail.com

تاريخ الإرسال: 2021/06/21 **تاريخ القبول: 2021/08/31**

ملخص:

هدفت الدراسة إلى معرفة فعالية برنامج إرشادي نفسي جمعي لدى أسر الأطفال مرضى القلب في تغيير اتجاهاتهم نحو الحماية الزائدة. ولتحقيق ذلك الهدف اتبعت الباحثة المنهجين الوصفي وذلك لتحديد المفحوصين الذين ينتهجون أسلوب الحماية الزائدة، حيث تم ذلك من خلال إجراء دراسة الحالة، وتطبيق مقياس الحماية الزائدة على عدد (49) أباً وأمّا، تم تصنيف عدد (14) مفحوصاً ينتهجون أسلوب الحماية الزائدة مع أطفالهم المصابين بمرض القلب، ومن ثم اتبعت الباحثة المنهج شبه التجريبي على أفراد العينة، حيث بلغ عددهم (12) أبا وأمّا بعد اعتذار عدد (2) من أفراد العينة، ولجمع بيانات الدراسة استخدمت الباحثة مقياس الحماية الزائدة من إعداد الباحثة وكراسة دراسة الحالة، وكذلك طبقت الباحثة برنامج الإرشاد النفسي والذي يتكون من (8) جلسات إرشادية، ولتحليل بيانات الدراسة استخدمت الباحثة ببرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: لبرنامج الإرشاد النفسي الجمعي فعالية إيجابية في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة، وجود فروق في فعالية برنامج الإرشاد النفسي الجمعي لتغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة

حسب النوع لصالح الذكور بعد تطبيق البرنامج، عدم وجود فروق في فعالية برنامج الإرشاد النفسي الجمعي لتغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة حسب العمر الزمني للوالدين بعد تطبيق البرنامج. واختتمت الدراسة بعدد من التوصيات منها استيعاب خبراء نفسيين في مستشفيات مرض القلب لرعاية الأطفال مرضى القلب وأسرهم رعاية نفسية متكاملة.

الكلمات المفتاحية: فعالية، برنامج الإرشاد النفسي الجمعي، مرض القلب، الاتجاهات الحماية الزائدة.

Abstract:

The study aimed at investigating an effectiveness of collective counseling program among families of children with heart diseases in changing their attitudes towards over-protection. To achieve that aim, the researchers adopted the descriptive methodology, to identify those who adopt over-protection scale, through case study and administration scale for measuring over- protection. The sample comprised (49) parents (14) out of them tended to be over protective. The researchers also used semi-experimental method on (12) parents with (2) excluded. Data collection included over-protection questionnaire which was designed by the researchers in addition to case study. The counseling program consisted of (8) sessions, and the selected data was analyzed by (spss). The result revealed that: collective psychological counseling program was a positive impact in changing family attitudes towards over-protection, there was a significant difference in effectiveness of psychological counseling in changing attitudes towards over-protection for children according to gender attributed to males, but there was no difference in effectiveness of collective counseling in changing attitudes towards over-protection according to parents, age after the program. The study was concluded by same recommendations regarding the recruitment of qualified psychologists at hospitals taking care for children with heart diseases.

keywords: effectiveness, collective counseling, heart diseases, attitudes, over-protection.

تمهيد:

يعتبر الإرشاد والاهتمام بالأفراد وأسرهم عملية ضرورية لتكامل المجتمع وتضامنه وتأثره. وتعدّ الأسرة هي المكون الأساسي لبناء أي مجتمع، فهي الإطار الاجتماعي الأول الذي ينشأ فيه الفرد ويتشكل سلوكه بناء على نوع التنشئة والمعاملة التي يتلقاها من قبل المحيط الاجتماعي داخل الأسرة (الباحثة)، ويشكل الطفل جانباً هاماً في بناء الأسرة وتكوينها، على الرغم من ذلك نجد أنّ بعض الأسر لا تعتني عناية تربوية سليمة بتربية أبنائها وفق ما جاء من مخرجات القيم الدينية والعلوم السلوكية والتي وضعت إطاراً تربوياً خاليا من أخطاء التنشئة، حيث لاحظت الباحثة أنّ بعض الأسر تنتهج أساليب تربوية خاطئة وهذه الأساليب الخاطئة تؤثر على صحة الطفل النفسية وتوافقه الاجتماعي بل على مستوى أدائه وإنجازه الدراسي والاجتماعي.

كما أنّ الدور الذي تقوم به الأسرة في التربية والتنشئة لا يمكن لأيّ وكالة أو برنامج علمي آخر أن ينوب عنها في القيام بتلك المهمة السامية، فهي المعلم الأول في حياة الطفل والأكثر معرفة بمشكلاته والصعوبات التي يعاني منها (هدى، 2015).

فالحماية الزائدة هي أسلوب من أساليب التنشئة الخاطئة الذي ينتهجه أحياناً الوالدين أو من ينوب عنهما في تربية الأطفال، فهي من الأساليب التربوية الخاطئة والتي حذر منها خبراء علم النفس الاجتماعي عند تنشئة الأطفال عموماً، لأنها تترك آثاراً بالغة الخطورة على صحة الطفل النفسية والجسمية والاجتماعية، وتجعله لا يعتمد على نفسه في القيام بأي أعمال خاصة به أو خاصة بالأسرة والمجتمع، ومن آثارها يكون الطفل اتكالياً واعتمادياً في المستقبل وقد يفشل في جميع جوانب حياته.

كما أنّ موضوع تغيير الاتجاهات هي من الموضوعات المنهجية الخاصة بعلم النفس الاجتماعي، هناك عدة طرق تحدث عنها العلماء في مجال علم النفس الاجتماعي لتغيير الاتجاهات، فمنها ما هو سهل ومنها ما هو صعب حسب نوع الاتجاه ومستوى رسوخه في الذهن ومدى تأثيره على الشخص.

هناك إطار نظري كاف في علم النفس الاجتماعي استفادت منه الباحثة في صياغة برنامج يسهم بدوره في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة، حيث تم إعداد البرنامج الإرشادي لعدة أسباب منها حاجة المجتمع بعامة لبرامج تغيير الاتجاهات خصوصاً الاتجاهات المتعلقة بالتنشئة الاجتماعية لأنها عملية تعليم وتعلم وتربية وهي المعنية بإعداد الأجيال فأيّ قصور في عملية التنشئة من شأنه أن يؤدي إلى قصور في السلوك وهذا بدوره قد يؤدي إلى تفكك المجتمع وتدهوره وعدم ازدهاره في كافه المجالات.

مشكلة الدراسة:

يعدّ مرض القلب من الأمراض العضوية بالغة الخطورة وخصوصاً لدى الأطفال، حيث يؤثر على نوعية حياة الطفل الصحية وكذلك توافقه النفسي والاجتماعي وإنجازه، فتعد البرامج التي تسهم في التوعية وتغيير الاتجاهات الخاصة بالتنشئة الاجتماعية من أهم البرامج، خصوصاً في المجتمع السوداني، حيث لاحظت الباحثة أن غالبية الأسر تنتهج نهجا تربوياً خاطئاً في تنشئة أبنائهم، كالحماية الزائدة والتدليل والإهمال والنبز وتفضيل طفل على آخر، هذه الأساليب تؤثر على صحة الطفل النفسية وعلى مستقبل حياته، ويكون التأثير أكبر إذا كان يعاني من بعض الأمراض وخصوصاً الأمراض الخطيرة كمرض القلب. كما أنّ الأطفال مرضى القلب يحتاجون لرعاية ومساندة خاصة حتى لا تكون هناك مضاعفات تؤثر على صحتهم نتيجة إهمالهم ولكن الإفراط في الحماية الزائدة له آثار سالبة كثيرة على الطفل المصاب وعلى أسرته. خصوصاً أن هناك حاجات نفسية واجتماعية يحتاج كل طفل إلى إشباعها كالحاجة إلى اللعب والحاجة إلى التفاعل مع أقرانه، فالحماية الزائدة بلا شك تقيد الطفل في إشباع هذه الحاجات وبالتالي تزداد مشاكله النفسية والاجتماعية والصحية نتيجة لهذا التقييد المتعمد من الأسرة، الشيء الذي دفع الباحثة الى تصميم برنامج تسعى من خلاله إلى تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة، من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

1. هل لبرنامج الإرشاد النفسي الجمعي فعالية في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة.
2. هل توجد فروق في فعالية برنامج الإرشاد النفسي الجمعي في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة حسب (النوع، العمر الزمني للمفحوصين).

أهداف الدراسة: تتجلى أهداف الدراسة في معرفة الآتي:

1. مدى فعالية برنامج الإرشاد النفسي الجمعي في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة.
2. الفروق في فعالية برنامج الإرشاد النفسي الجمعي في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة حسب المتغيرات التالية (النوع، العمر الزمني).

أهمية الدراسة: تكمن أهمية الدراسة في الآتي:

1. وضع برنامج إرشادي نفسي في تغيير الاتجاهات نحو الحماية الزائدة لأسر الأطفال مرضى القلب، وغيرهم من أسر الأطفال الذين يعانون من الأمراض العضوية والنفسية الأخرى والعاديين منهم.
2. ندرة الدراسات المحلية التي سعت إلى وضع برامج إرشادية لتغيير اتجاهات الأسر نحو التنشئة الخاطئة بعامة والحماية الزائدة بخاصة خصوصاً لأسر الأطفال مرضى القلب.
3. قد يستفاد من هذا البرنامج المؤسسات التربوية والصحية المعنية بتنشئة ورعاية الأطفال.

مصطلحات الدراسة:

الفعالية: (Effectiveness): مفهومها المستجيب وتعني أن عنصراً أو جزءاً يستجيب، وأن كلمة effect تعني نتيجة أو تأثير (البعلبكي، 1971). وتعرف الباحثة الفعالية إجرائياً بأنها القدرة على تحقيق درجات مرضية في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة.

البرنامج الإرشادي الجمعي (Collective counseling program): وهو مجموعة من الجلسات الإرشادية الجماعية تهدف إلى تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة إلى اتجاهات إيجابية من خلال فنيات وأنشطة البرنامج، والتي تنبثق من النظرية السلوكية والمعرفية.

الحماية الزائدة (Over-protection): هي المغالاة في المحافظة على الطفل، والخوف عليه لدرجة شديدة ليست في أوقات المرض فحسب، بل في أوقات التغذية والنظافة واللعب وممارسة المهام التي يكلف بها (عبد المحسن وآخرون، 2013). وتقصد الباحثة بها مجموع أراء

وأفكار ومعتقدات سالبة تتعلق بحماية الأطفال حماية زائدة عن الحد الطبيعي حسب المواقف التي يشتمل عليها المقياس المستخدم، وهو مقياس الحماية الزائدة، والدرجة المرتفعة تشير إلى الحماية الزائدة، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى الحماية العادية.

مرضى القلب (Heart Disease): تعرف الباحثة مرضى القلب إجرائياً بأنهم الأطفال من الذكور والإناث الذين شخصوا على أنهم مصابون بأحد المظاهر الإكلينيكية لاضطرابات القلب الآتية: القصور الدوراني، اللانظميات، الداء الشرياني الاكليلي (الذبحة) احتشاء عضلة القلب (الجلطة القلبية)، الحمى الرثوية، آفات الصمامات المكتسبة، أمراض القلب الولادية، التهاب الشغاف الخمجي، التهاب العضلة القلبية، أورام القلب، أمراض الأبهر.

الاتجاه النفسي والاجتماعي (Psychosocial attitudes): هو عبارة عن استعداد نفسي متعلم للاستجابة الموجبة أو السالبة نحو الأشياء أو الموضوعات أو رموز أو مواقف في البيئة التي تستثير هذه الاستجابة (زهران، 2005).

حدود الدراسة: تتحدد الدراسة في الآتي:

مكانياً: ولاية الخرطوم، مركز السودان للقلب بمنطقة أركويت.

زمانياً: في الفترة من (2014–2015).

الحدود البشرية: أسر الأطفال مرضى القلب الذين يخضعون للعلاج الطبي بمركز السودان للقلب بمنطقة أركويت بالخرطوم.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

أولاً: **الإرشاد النفسي:**

تعددت مفاهيم الإرشاد النفسي بحسب المنظور الذي ترتكز عليه، بالرغم من ذلك إلا أنها تشترك في وضعها لأهداف الإرشاد، ويذكر القاضي وآخرون المذكور في (سعود2004) تحدد لائحة رابطة علماء النفس الامريكيين الإرشاد النفسي بأنه معاونة الأفراد على القيام بدور مثمر في بيئتهم الاجتماعية سواء كان هذا الفرد سليماً أو مريضاً أو شاذاً منحرفاً ويكون التركيز على الإرشاد على مزايا الشخص ومهاراته ونواحي قوته وإمكانية نموه.

بينما يرى زهران (1980) أنّ الإرشاد عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد على فهم ذاته ودراسة شخصيته والتعرف على خبراته، وتحديد مشكلاته وتنمية إمكانياته لمواجهة مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه لكي يصل الى تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي والاسري والمهني، ترى الباحثة أن كل من تعاريف الإرشاد النفسي وأن كانت مختلفة في مرجعيتها النظرية الا انها تتناول جانباً اهم وهو تعديل السلوك من أجل التوافق بمختلف أنواعه.

أهداف الإرشاد النفسي:

من أهم أهداف الإرشاد النفسي ذات الصلة بمشكلة الدراسة الحالية كما ذكرتها ممدوحة (1986)، هي تغيير العادات فقد يكتسب خلال عملية النمو عادات سيئة أو غير مرغوبة تتدخل في توافقات الفرد السليمة، وتؤدي إلى تقييمه السلبي لنفسه وسوء تقييم الآخرين له. وتهدف عملية الإرشاد النفسي إلى تعديل وإبدال هذه العادات بأخرى أكثر فاعلية. كذلك تعديل بناء العناصر المعرفية، أو تعديل الأفكار الخاطئة، فالمعتقدات الخاطئة التي يتمسك بها الفرد كلها تتدخل في توافقاته، وبالتالي يهدف الإرشاد إلى فحصها ومحاولة تصحيحها.

الجلسة الإرشادية:

تستغرق عملية الإرشاد النفسي عدة جلسات إرشادية، والجلسة الإرشادية هي جلسه مهنية تتم فيها علاقة إرشادية في جو نفسي خاص يشجع المرشد العميل / العملاء ليعبر عن أفكاره، ويشجع العميل على أن يقول كلّ شيء وأي شيء عن المشكلة، وتحدث فيها كلّ إجراءات العملية الإرشادية مثل التداعي الحر، والتنفيس الانفعالي، والاستبصار، والتعلم والنمو، وتغيير الاتجاهات، واتخاذ القرارات، وحل المشكلات، وتعديل السلوك.

حيث قامت الباحثة بتطبيق عوامل نجاح الجلسة الإرشادية في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة والتي ذكرها زهران (1980) وتتمثل في:

1. **الاستعداد للمساعدة:** ينبغي أن يكون للمرشد اتجاه موجب نحو المسترشد، وأن تتوفر لديه الرغبة المخلصة في مساعدته، وبذل الوقت والجهد اللازمين لتحقيق ذلك.
2. **الألفة والتقبل:** يجب أن تتوفر الألفة، والوئام، الوفاق، والتفاهم التام بين المرشد والمسترشد، وعلى المرشد أن يتقبل المسترشد بحالته التي هو عليها دون التأثر بأحكام أو آراء سابقة، ودون توجيه أو نقد، أو لوم.
3. **المشاركة الانفعالية:** أي الإحساس بمشاعر العميل حتى يشعر بأن المرشد يشاركه انفعالاته (خصوصاً أن المسترشدين يعاني أطفالهم من مرض القلب)، ويدرك مشاعره ويتفهمها، ويقدر ظروفه وينظر الى الامور من داخل الإطار المرجعي للعميل.
4. **التركيز:** ويجب أن يتركز الكلام، والتفاعل حول موضوع الجلسة الإرشادية أي المشكلة الخاصة وهي تغيير الاتجاهات نحو الحماية الزائدة، وليس حول الأحاديث العامة.
5. **الحكمة:** يجب أن تسود الجلسة الإرشادية الحكمة في القول، والفعل من جانب المرشد، ومن الحكمة أن يكون المرشد أسوة حسنة ومسانداً للعميل خصوصاً إذا كان يعاني هو أو أحد أقربائه من مشكلة أو مرض خطير.
6. **التلقائية:** ويقصد بها التعبير عن المشاعر الحقيقية في حرية، وصراحة، وأمانة، وإخلاص دون إقناع، ودون تصنع، ويعبر عن التلقائية أحياناً بمصطلح الشفافية.
7. **حسن الإصغاء:** وحسن الإصغاء، والاستماع مع الملاحظة، وتركيز الانتباه لكل قول وفعل، وانفعال يساعد المرشد على إدراك كلّ جوانب القوة والضعف لدى المسترشد أثناء الجلسة الإرشادية.
8. **البشاشة والثقة المتبادلة:** ويتضمن ذلك بشاشة المرشد، والثقة تعد أمراً ضرورياً حيث تساعد المسترشد على الطمأنينة، ويتوقف نجاح العملية الإرشادية على فهم كل من المرشد والمسترشد لدوره ومسئولياته وتحملها.
9. **مظهر المرشد:** إنّ مظهر المرشد المناسب، وجلسته، ونبرات صوته الواضحة وتعبيرات وجهه، وإظهار اهتمامه بالعميل من الأمور المهمة في نجاح الجلسة الإرشادية.

10. **الزمان والمكان:** ينبغي الاهتمام بتحديد مواعيد الجلسات بما يناسب ظروف المسترشد ويلائم جدول مواعيد المرشد، والأفضل ألا تكون مواعيد الجلسات متقاربة جداً أو متباعدة جداً، وتكون في مكان محدد، وأن تكون الجلسة مريحة، ويراعي الابتعاد للتفكير والإدراك والانتباه أثناء الجلسة.

الإرشاد النفسي لأسر الأطفال مرضى القلب:

ترى الباحثة أنّ الإرشاد النفسي لدى أسر الأطفال مرضى القلب يتطلب تطبيق برنامج إرشادي نفسي مكثف نظراً لمعاناة الأسر من أثار نفسية سلبية وضغوط ناجمة عن مرض القلب، خصوصاً إذا كانوا غير مدركين لخطورة المرض على الطفل وصحته ومستقبل حياته، كما أن الأشخاص المصابين بمرض القلب يحتاجون إلى رعاية طبية ونفسية واجتماعية ونوعية حياة خاصة، كما يتطلبون نوعاً من الحماية الكافية والضرورية من قبل الوالدين أو الأطباء والمجتمع خصوصاً إذا كانوا أطفالاً لا يدركون خطورة المرض ولا يقومون برعاية أنفسهم، كما أنّ الخبراء في مجال علم النفس الاجتماعي قد لخصوا أهم طرق الرعاية السليمة والتي تتمثل في الاعتدال في نوع وطريقة تربية الأبناء، منها على سبيل المثال لا الحصر، التشجيع، التقبل، والمساندة، والتسامح، وعدم التوبيخ والنبذ، والمساواة بين الأبناء في الحقوق، وحماية الطفل من الأخطار التي تواجهه، ولكن لاحظت الباحثة أن بعض الأسر ينتهجون أسلوبا خاطئاً يتمثل في حماية أبنائهم حماية زائدة، ويدركون أنها أفضل طريقة لتنشئة الأبناء تنشئة سليمة، ولكن أثبت العلم أن للحماية الزائدة أضراراً بالغة الخطورة على مستقبل الطفل حيث تجعله اعتمادياً وقد يفشل في حياته ويكون معرضاً للاضطرابات النفسية، والجسمية، والاجتماعية، أما إذا كان الفرد يعاني من مرض خطير مثل مرض القلب فالأثار تصبح أكثر خطورة على الفرد نفسة وعلى أسرته والمجتمع.

ثانياً: الاتجاهات: يحتل موضوع الاتجاهات أهمية خاصة في علم النفس الاجتماعي لأنّ الاتجاهات النفسية والاجتماعية تعتبر أهم نواتج عملية التنشئة الاجتماعية، فهي تعتبر محددات موجهة ضابطة منظمة للسلوك الاجتماعي(زهران، 2000).

تعريف الاتجاه: The definition of Attitude

تعددت واختلفت تعاريف الاتجاه تعدداً كبيراً، وتأثرت إلى حد بعيد بطبيعة الإطار النظري الذي يتبناه صاحب كل تعريف، ويستخدم مصطلح الاتجاه كترجمة عربية لمصطلح Attitude باللغة الإنجليزية، وكان هربرت سبنسر H.spencer الفيلسوف الإنجليزي من أوائل الكتاب استخداما للمصطلح، وهنالك خلافات متعددة تمس تحديد طبيعة الاتجاه حيث نشر نلسون Nelson (1937) ولخص ما يزيد عن عشرين وجهة نظر مختلفة في تحديد طبيعة الاتجاه، وكذلك عرض البورت Allport ستة عشر تعريفاً مختلفاً للاتجاهات النفسية والاجتماعية، وبالرغم من الاختلاف والتعدد فإن هذه التعريفات تؤكد أن الاتجاهات عوامل وسيطة تكمن بين مثير واستجابة، وتكسب عن طريق التعلم، وتعمل كإحدى موجهات السلوك الإنساني(عيد، 2000).

ويعد تعريف جوردن البورت Allport للاتجاه هو التعريف الذي ذاع أكثر من غيره والذي لازال يحوز القبول لدى غالبية الباحثين، وينص هذا التعريف على أن الاتجاه "حالة استعداد عقلي عصبي، ينشأ خلال خبرة الشخص، ويؤثر تأثيراً دينامياً على استجابات الفرد إزاء جميع الموضوعات، والمواقف التي يتصل بها (عيد، 2000).

خصائص الاتجاهات:

- الاتجاهات مكتسبة، ومتعلمة، وليست ولادية وراثية أي يكتسبه الفرد خلال حياته نتيجة لما يتعرض له من خبرات عديدة.
- يغلب على الاتجاه الذاتية أكثر من الموضوعية من حيث محتواه.
- من الاتجاهات ما هو غامض ومنها ما هو واضح.
- من الاتجاهات ما هو قوي يقاوم التعديل، ومنها ما هو سهل التعديل.
- الاتجاه قابل للتعلم، والاكتساب، والانطفاء بمعنى انه قابل لتغيير، وإن كان ذلك ممكنا بجهد مقصود ويستغرق فترة طويلة.
- الاتجاه قابل للقياس، والتقويم بأدوات وأساليب مختلفة.
- الاتجاه يقع دائما بين طرفين متقابلين إحداهما موجب، والآخر سالب هما التأييد المطلق والمعارضة المطلقة (درويش، 1999، الزعبي، 2001).

تغيير الاتجاهات:

رغم أن الاتجاهات تتميز بالثبات النسبي ولها صفة الاستمرار النسبي إلا أنها قابلة للتغيير، وفي علم النفس الاجتماعي خطوات علمية معنية بقياس الاتجاهات وتغييرها (زهران، 2000).

وتقصد الباحثة بتعديل اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب وذلك بتعليمهم واكتسابهم مفاهيم إيجابية متعلقة بالحماية الطبيعية بديلة عن مفاهيمهم الخاطئة المتعلقة بالحماية الزائدة، من خلال برنامج أعد لذلك.

ومن المؤثرات والعوامل التي تجعل تغيير الاتجاه سهلاً:

- ضعف الاتجاه وعدم رسوخه.
- وجود اتجاهات موازية أو متساوية في قوتها بحيث يمكن ترجيح أحدهما على باقي الاتجاهات.
- توزيع الرأي بين اتجاهات مختلفة.
- عدم تبلور ووضوح اتجاه الفرد أساسا نحو موضوع الاتجاه.
- عدم وجود مؤثرات مضاضة.
- وجود خبرات مباشرة تتصل بموضوع الاتجاه.
- سطحية أو هامشية الاتجاه(زهران، 2000).

ترى الباحثة من خلال ما ذكر أن الحماية الزائدة سلوك سالب وسطحي وهناك اتجاهات موازية له أكثر إيجابية، ومن الاتجاهات الضعيفة، لذلك يسهل تغييرها عند تطبيق البرنامج.

ولقد أوضحت العديد من الدراسات مثل دراسة جلين Glenn. T.A (2001) ودراسة جولدستين وآخرون Goldstein.et.al (1997) ودراسة فرانكس Franks (1990) ودراسة جورلي Gourley. D (1988) أنه يمكن تعديل الاتجاهات باتباع عدة وسائل وهي حسب فاعليتها على الترتيب كما يلي:

1. دروس نظرية عن الآراء التي يقف منها الشخص موقفاً عدائياً ومحاولة القيام بمجادلة نظرية فيما لها وما عليها وهذه الطريقة لها نتائج ضئيلة.
2. الاتصالات المباشرة الحقيقية وهذه أكثر فاعلية.

3. الأفلام السينمائية وهذه أيضاً لها فاعلية حقيقية في تغيير الاتجاهات وأهم عامل هو عدد الأفلام وتكرارها.
4. المناقشة الجماعية، وهي من الوسائل الشائعة والفعالة في تغيير الاتجاهات(سعود، 2004).

أتعبت الباحثة في تصميمها للبرنامج الإرشادي النظرية السلوكية والنظرية المعرفية.

ثالثاً: مرض القلب:

تعد أمراض القلب من الأمراض المزمنة والمتطورة، والقلصة السريرية لأمراض القلب تتمثل في أنّ كثيرا من المصابين بأمراض القلب ليست لديهم أية أعراض واضحة، ويبدو ذلك حينما يصلون إلى مرحلة متقدمة من مرضهم. ويذكر Forbs and Jockson (200) المذكور في بك (2011)، أنه يمكن للآفات الصمامية والخلقية وفرط شحوم الدم وارتفاع الضغط الشرياني أن تبقى لا عرضية لسنوات عديدة.

ويشير Komar and Clark (2002) المذكور في بك(2011)، بوجود عدد من المظاهر الإكلينيكية لاضطرابات القلب وهي: (القصور الدوراني – Circular Failure)، (اللانظميات–Arrhythmias)، (الداء الشرياني الإكليلي–Coronary Artery)، (الحمي الرثوية – Rheumatic Fever)، (آفات الصمامات المكتسبة – Acquired Valve Diseases)، (أورام القلب – Cardiac tumouts)، (أمراض التامور – Pericardial Diseases)، (فرط ضغط الدم – Hypertension)، (أمراض الأبهر– Aortic Diseases) (التهاب الشغاف–Endocardities)، وكلّ حالة من هذه الحالات تعدّ حالة طوارئ طبية.

ترى الباحثة أنّ مرضى القلب بمجرد تشخيصهم على أنهم مصابون (بمرض القلب) يصبحون في حالة أزمة، تتسم بعدم التوازن البدني والنفسي والاجتماعي، ويمكن أن يصبح الخلل في التوازن النفسي والبدني والاجتماعي كبيراً جداً إذا كان المريض طفلاً لا يدرك شيئاً عن المرض وكيفية التعامل معه، مما يجعل الآباء والأمهات والمربين في حالة من الضغط والاحتراق النفسي، يجعلهم أكثر حرصاً ورعاية وقربا من أطفالهم المصابين، كما أن الأطفال

مرضى القلب يحتاجون لرعاية وحماية ومساندة كبيرة من قبل أسرهم والمجتمع، إلا أنّ الإفراط في الرعاية من شأنه أن يؤثر تأثيرا كبيراً على حياة الطفل المصاب بمرض القلب ويكون مقيداً أكثر من اللازم بأوامر والديه وبذلك لا يجد للحياة معنى وسعادة، فهو بلا شك يحتاج إلى اللعب مثل أقرانه، وكذلك يحتاج أن يتفاعل مع الآخرين، لذلك يعد التدخل النفسي في شكل البرامج الإرشادية ذو أهمية لأنه يسهم في تغيير وتعديل اتجاهات الأسر نحو مخاطر الحماية الزائدة، ويبصرهم بنوع الحماية العادية، حتى لا تنتهج الأسر هذا الأسلوب الخاطئ على الطفل المصاب بمرض القلب وبقية الأبناء.

التأثير النفسي الاجتماعي على مسار وتطور أمراض القلب:

خلال العقود السابقة تم التوصل إلى أدلة واضحة توضح دور عوامل الخطورة النفسية والاجتماعية في تطور أمراض القلب، كما تم التعرف على الآليات التي من خلالها تؤثر عوامل الخطورة النفسية والاجتماعية على تطور أمراض القلب وذلك من خلال الدراسات التي أجريت على الإنسان والحيوان(Smith and,Ruiz,2002).

عوامل الخطورة النفسية والاجتماعية:

أظهرت الدراسات الوبائية والسريرية أن هناك عدة عوامل نفسية واجتماعية تتنبأ بحدوث وتطور أمراض القلب والأوعية وهي تتمثل في الآتي:

1. الاكتئاب.
2. القلق.
3. الضغط النفسي.
4. الضغط العاطفي.
5. الضغط الذهني.
6. العصابية.
7. سلوك النمط (أ).
8. العزل الاجتماعي.
9. أسلوب الحياة (Smith and Ruiz, 2002).

رابعاً: الحماية الزائدة:

ويقصد به اتباع الوالدين الحماية والخوف على الطفل بصورة كبيرة.

مظاهر الحماية الزائدة:

من مظاهر الحماية الزائدة ما يساور الآباء من التدخل المباشر في كل الأمور التي تخص الطفل، ونجد أن بعض الآباء يساورهم القلق لدرجة الفزع حول سلامة أبنائهم من الخطر أو المرض، فيفرض عليهم نظام معين من الطعام خوفاً من الإصابة ببعض الأمراض حتى لو لم يجد هذا الطعام متعة عند هؤلاء الأطفال، ويشرف كذلك على لعبهم حتى في المنزل ووسط رفقائهم ويتابع كل حركات أطفاله خوفاً من تعرضهم للخطر (عبادة، 2001).

نجد أن طفل الحماية الزائدة أكثر خوفاً وترددا، إذا ما اعتدى عليه زميل في المدرسة أو النادي تلجأ الأم أو الأب للدفاع عنه، ومن المظاهر الأخرى للحماية يلجأ بعض الأمهات إلى الذهاب مع الطفل إلى المدرسة وانتظاره بعض الوقت حتى لحظة خروجه، في الغالب الأسر التي تتبع أسلوب الحماية المفرطة يكون أحياناً هذا الابن ولداً واحداً وسط إناث، أو طفلا وحيدا أو يتيما، وربما ترجع هذه الرعاية إلى وصول طفل بعد لهفة أو انتظار أو لأن الأم عانت أثناء الطفل في لحظة المخاض، أو لأنّ الطفل ضعيف وكثير المرض، وأن حرمان الطفل من إشباع حاجته للاستقلال في طفولته يجعله معتمداً على الآخرين دوماً حتى بعد وصوله إلى سن يجب أن يعتمد فيها على نفسه (قناوي، 1999).

لذلك فواجب الآباء نحو أبنائهم أن يساعدوا أطفالهم على إشباع حاجاتهم بأنفسهم وأن لا يبالغوا في مساعدتهم إلى الحد الذي يجعل الأطفال يفقدون القدرة على الاستقلال عنهم فيجب أن يسارع الآباء لجعل الأبناء يعتمدون على أنفسهم في تناول جميع احتياجاتهم من مأكل ومشرب واختيار الملابس التي تجذبهم وأصدقائهم كذلك (القوصي، 2011).

أبعاد الحماية الزائدة لدى الوالدين:

إن رعاية الطفل والاهتمام به من الأمور الضرورية التي يجب على الوالدين القيام بها ولكن يجب أن لا يصل بهما إلى الإفراط وقد أشار ليفي (1943) إلى أن تلك الحماية تأخذ ثلاثة أبعاد هي:

1. التعلق المكثف بالطفل ويتمثل ذلك في رغبة الوالدين في إبقاء أطفالهم معهم والحرص الزائد عليهم.
2. الإفراط في التدليل، ويتمثل ذلك في عناية الأسرة بأطفالها والحرص على التجاوز عن عقابهم إذا كرر طفل الأخطاء بصورة مستمرة، الإقلال من العقاب في حالة قيام الطفل بأي سلوك خاطئ.
3. عدم إعطاء الطفل الحرية في استقلالية السلوك، ويتمثل ذلك في حرمانه من الاحتكاك بالأطفال ومن تكوين صداقات وعلاقات مع الآخرين من بني جنسه(ضهوري، 1993).

أسباب الحماية الزائدة:

نجد أن انشغال الآباء عن أبنائهم في مراحل الطفولة المتقدمة يولد لديهم رغبة في عكس هذه الصورة باغداق العطف والحنان عليهم بسبب حرمانهم منه في صغرهم، وهذا يولد لديهم أحاسيس مكبوتة نحو أبنائهم وردود فعل عكسية، ونجد كذلك من أسباب الحماية مركز الطفل في أسرته؛ الطفل الأكبر يحتل مكانه وخوف ومصدر إعجاب الأسرة، وكذلك الطفل اليتيم الوحيد، والصغير كذلك.

نجد كذلك إهمال الزوج لزوجته وخاصة في حال الطلاق يولد شعوراً بالخوف والحماية فتغدق الحب والحنان الزائد لتعويض النقص (الشربيني وآخرون، 2003).

ترى الباحثة في أسلوب الحماية الزائدة تحطيم لقدرات الطفل العقلية، ولها تأثير سلبي على صحته النفسية. وإنّ شعور الطفل بالمسئولية يكسبه الثقة والاستعداد الفطري لتحمل مشاق الحياة إذا كبر وتجعل منه شخصية يعتمد عليها في المستقبل.

الحماية الزائدة والتدليل:

يعتقد البعض أن الحماية الزائدة مصطلح مرادف للدلال، ولكن نجد المعنى يختلف. فالحماية الزائدة تعني القيام بكل المطالب والمسئوليات والتكاليف من قبل الوالدين في اختيار ما يتعلق بشأن الطفل وعملية اتخاذ قراره. أما التدليل فإنه يعني تشجيع الطفل على تحقيق معظم رغباته بالشكل الذي يحلو له، والتدليل يعني التسامح في الأخطاء حتى لو تكررت والتقاضي عن السلوك الخاطئ دون توجيه صحيح (قناوي، 1991).

النتائج المترتبة على طفل الحماية الزائدة:

تشير قناوي (1991) أنّ حماية الطفل من إشباع حاجاته يجعله معتمداً على الآخرين دوماً، حتى بعد وصوله إلى سن الرشد وتنمو لديه شخصية ضعيفة خائفة غير مستقلة ويصبح شخصية اعتمادية، ولديه إحساس بعدم التركيز وعدم النضج وانخفاض في مستوى قوة الأنا، وانخفاض الطموح وكثرة الإحباط ويظهر جانب الانسحاب والنكوص، وفقدان الثقة في نفسه أولاً والآخرين، وتنمو لديه شخصية حساسة بشكل مفرط (قناوي، 1991).

إن طفل الحماية الزائدة يكون تحت تأثير طفولته لذلك نراه منجذباً نحو ماضيه وماذا يريد ويظل يتطلع إلى ما في يد الآخرين وتظل عواطفه متأرجحة غير ثابتة وإذا ما تزوج يطلب من زوجته أن تكون مثل أمه، ولكن يصعب ويستحيل على إنسان أن يجد كائناً يقبل التضحية ويمتثل للعذاب، فيخفق الزواج وتضطرب حياة الزوجين والنتيجة غالباً ما تكون بالفراق ونحوه (البيعي، 1980).

رابعاً: الدراسات السابقة:

من خلال إطلاع الباحثة على أدبيات الإطار النظري والدراسات السابقة وبحثهم في المكتبات العلمية في الجامعات والمواقع العلمية بالإنترنت، لم تعثر على دراسات شبيهة بالدراسة الحالية، لذلك اكتفت بالدراسات التي تناولت برامج إرشادية لتغيير الاتجاهات وتتمثل في الآتي:

دراسة جمال حمزة (1992): هدفت الدراسة لإعداد برنامج إرشادي لتعديل اتجاهات الوالدين نحو طفلهما المتخلف عقلياً وذلك بتبصيرهم بأهمية النظرة الإيجابية لطفلهم المتخلف عقلياً، تكونت العينة من (480) أبا وأمّا، واستخدم الباحث مقياس استا تفورد بينيه للذكاء ومقياس اتجاهات الوالدين نحو الابن المتخلف عقليا، ومقياس السلوك التكيفي (إعداد فاروق صادق، 1985)، البرنامج الإرشادي إعداد الباحث، أوضحت نتائج الدراسة أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد البرنامج الإرشادي وذلك في اتجاهاتهم نحو الطفل المتخلف عقليا وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

هدفت دراسة يسرا عوض الكريم (2011)، لمعرفة فاعلية برنامج الإرشاد النفسي في تعديل اتجاهات أمهات الأطفال المضطربين نفسياً وسلوكياً نحو العلاج والإرشاد النفسي في ولاية الخرطوم حيث طبقت الدراسة بمدارس الواحة شرق المختلطة القرآنية بأم درمان، بلغ عدد الأمهات (17) ممن يعاني أطفالهن من اضطرابات نفسية وسلوكية، ثم قامت الباحثة بتطبيق مقياس الاتجاه نحو العلاج والإرشاد النفسي، واختبار أيزنك لشخصية الأطفال واستمارة دراسة الحالة، وبرنامج لتعديل اتجاهاتهم نحو العلاج والإرشاد النفسي من إعداد الباحث، وتوصلت للنتائج التالية: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

فروض الدراسة: تفترض الباحثة الآتي:

1. لبرنامج الإرشاد النفسي الجمعي فعالية في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة.
2. توجد فروق في فعالية برنامج الإرشاد النفسي الجمعي المطبق على أسر الأطفال مرضى القلب حسب متغيري(النوع/ العمر الزمني).

منهجية الدراسة واجراءاتها الميدانية:

أولاً/ منهج الدراسة: اتبعت الباحثة المنهجين الوصفي وشبه التجريبي، حيث تم استخدام المنهج الوصفي أولا لتحديد عدد الأسر الذين ينتهجون أسلوب الحماية الزائدة في تنشئة أبنائهم، كما تم استخدام المنهج شبه التجريبي، بعد تحديد الأسر تحديداً دقيقاً، وهو المنهج الأنسب في تغيير الاتجاهات، والذي يتبع خلال تطبيق البرنامج الإرشادي الذي أعدته الباحثة خصيصا لتغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة. حيث يقصد بمصطلح (شبه التجريبي) تغيير شيء ما وملاحظة أثر التغيير على شيء آخر، أي أن التجريب إدخال تعديلات أو تغييرات معينة من أجل ملاحظة أثرها على شيء آخر (أبوعلام، 2001).

ثانياً/مجتمع الدراسة: يتكون مجتمع الدراسة من أباء وأمهات الأطفال المصابين بمرض القلب في مركز السودان للقلب الذي يتبع للصندوق القومي العسكري للخدمات الطبية، والذي يقع في منطقه الخرطوم بحي أركويت، بمختلف أعمارهم وخصائصهم الديموغرافية الأخرى.

وتكمن مبررات اختيار الباحثة لمجتمع البحث نظراً لأهمية شريحة الأطفال بصفه عامة وأهمية الرعاية الصحيحة للأطفال مرضى القلب بصفة خاصة، كما أن للبرنامج هدف إنساني وقيمي، وتوعوي قد يستفاد منه من خلال تعميمه على بقية أفراد ومؤسسات المجتمع.

ثالثاً/ عينة الدراسة: بلغ العدد الكلي لأفراد عينة الدراسة (49) مفحوصاً من الآباء والأمهات، وبعد إجراء منهج دراسة الحالة ومقياس الحماية الزائدة، خلصت الباحثة إلى (15) مفحوصاً قد أحرزوا درجات عالية في مقياس الحماية الزائدة، واعترفوا بأنهم يبالغون في الحماية الزائدة لأبنائهم وينتهجون نفس الأسلوب حتى على بقية أبنائهم. حيث طبق البرنامج الإرشادي على (12) مفحوصاً، منهم (7) ذكور، و(5) إناث، بعد أن اعتذر(3) منهم نتيجة لظروف أخرى، حيث تعتبر طريقة الاختيار ضمن أسلوب الاختيار القصدي العمدي.

والجدول رقم (1) يوضح خصائص أفراد العينة من حيث النوع والعمر الزمني

المتغير	التدرج	العدد	النسبة
النوع	ذكور	7	58.3
	إناث	5	41.7
	المجموع	12	100.0
العمر الزمني	أقل من 30 سنة	2	16.7
	30 – 40 سنة	3	25.0
	41 – 50 سنة	6	50.0
	50 – فما فوق	1	8.3
	المجموع	12	100.0

أدوات الدراسة: تتمثل في الآتي: (استمارة البيانات الأولية، مقياس الحماية الزائدة إعداد الباحثة)، البرنامج الإرشادي.

مقياس الحماية الزائدة: يتكون المقياس في صورته الأولية من (18) فقرة، تم إعداده بناء على مراجعة الباحثة لأدبيات القياس النفسي الخاص بقياس أساليب المعاملة الوالدية وخصائص الحماية الزائدة في علم النفس الاجتماعي، كما أن جميع فقرات المقياس تم صياغتها بطريقة سالبة، وكانت خيارات الإجابة كالآتي (نعم، أحياناً، لا). وتعطي متغيرات المقياس انطباعاً واضحاً عن انتهاج المفحوص لأسلوب الحماية الزائدة.

صدق مقياس الحماية الزائدة: اتبعت الباحثة الأنواع التالية من الصدق:

أ. الصدق المنطقي: (صدق المحكمين)، تم عرض المقياس في صورته الأولية على عدد(8) من أساتذة علم النفس بجامعات ولاية الخرطوم، واعتبرت الباحثة موافقتهم على فقرات المقياس بدرجة 80% فما فوق صدقاً للمقياس. حيث أجمع المحكمين على صلاحية فقرات المقياس، فقط تم تعديل الفقرات التالية(1)(4)(5)(7)(8)(11)، لتصبح ملائمة لقياس ما أعدت له.

ب. صدق الاتساق الداخلي: قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وذلك بحساب معامل ارتباط بيرسون، وتبين لهم أن معامل الارتباط مرتفع نسبياً ويمكن الوثوق به.

جدول (2) يوضح معامل ارتباط كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس

الفقرة	الارتباط	الفقرة	الارتباط	الفقرة	الارتباط
1	.220	8	.396	15	.603
2	.439	9	.274	16	.728
3	.784	10	.726	17	.549
4	.736	11	.773	18	.419
5	.209	12	.690		
6	.237	13	.279		
7	.284	14	.444		

تلاحظ الباحثة أنّ معامل جميع الفقرات موجبة الإشارة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، حيث لا توجد فقرة صفرية أو سالبة.

أما فيما يختص بثبات المقياس، قامت الباحثة بحساب نسبة ثبات المقياس عن طريق معامل (ألفاكرونباخ والصدق الذاتي، حيث بلغ ثبات المقياس عن طريق ألفاكرونباخ (0.941) بينما بلغت قيمة الصدق الذاتي بعد إدخال قيمة الثبات تحت الجذر التربيعي (0.970)، مما يدل على أنّ المقياس ذو ثبات عال وصالح للدراسة الحالية.

برنامج تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة:

الحاجة إلى البرنامج: ظهرت الحاجة إلى البرنامج من خلال عدم وجود برامج علمية توعوية تقوم بها وكالات التنشئة الاجتماعية لتصحيح مسار المجتمع نحو التربية الصحيحة والأخطار الناجمة عن أساليب التنشئة الأسرية الخاطئة، لا سيما للأسر الذين لديهم أطفال مصابين بالأمراض المزمنة خصوصاً مرض القلب. مما جعل للبرنامج أهمية قيمية وتوعوية وتربوية، إرشادية.

الأسس التي يقوم عليها البرنامج: يقوم البرنامج على مجموعة من الأسس الهامة وهي:

1. **الأسس العامة:** مثل حق الفرد في التقبل دون قيد، وكذلك مراعاة الأسس الهامة التي يقوم عليها الإرشاد وهي قابلية السلوك للتعديل.
2. **الأسس الفلسفية:** سوف يستند البرنامج على النظرية السلوكية والمعرفية.
3. **الأسس النفسية والتربوية:** يعتبر تغيير الاتجاهات بمثابة تغيير للسلوك خصوصاً إذا كان نمط السلوك المراد تعديله له أضرار سلبية، مع مراعاة الفروق الفردية بين أعضاء المجموعة.
4. **الأسس الاجتماعية:** مثل أن الإرشاد الجماعي يؤتي ثماره أكثر من الإرشاد الفردي خاصة عند تعديل الاتجاهات.

التخطيط العام للبرنامج: اشتملت عملية التخطيط العام لبرنامج تعديل الاتجاهات عدة خطوات نوجزها فيما يلي:

أولاً/ تحديد الفئة التي وضع البرنامج من أجلها، وهم أسر الأطفال مرضى القلب والبالغ عددهم (12) متدرب.

ثانياً/ تحديد أهداف البرنامج: يتمثل الهدف العام من البرنامج هو تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة. ويتفرع من الهدف العام عدة أهداف منها: تصحيح المفاهيم الخاطئة لدى أسر الأطفال مرضى القلب ومنها الحماية الزائدة وبقية أخطاء عملية التنشئة الاجتماعية.

ثالثاً/ الإجراءات العملية لتنفيذ البرنامج وتتضمن:

أ/ **محتوى البرنامج**: تم تحديد محتوى البرنامج في ضوء مجموعة من الاعتبارات:

1. الإطار النظري والبحوث والدراسات السابقة. تمثلت في (الأسس العلمية لتغيير الاتجاهات، التنشئة الأسرية بالتركيز على الحماية الزائدة).
2. الاطلاع على مجموعة من البرامج والأنشطة المستخدمة في تعديل الاتجاهات.
3. وضع المحتوى المبدئي للبرنامج.
4. عرض البرنامج على المحكمين. حيث تم عرض البرنامج على (8) من المحكمين من أساتذة علم النفس بجامعات ولاية الخرطوم، وأجمع المحكمين على صلاحية البرنامج فقط هناك تعديل في زمن الجلسات بحيث لا تتجاوز (45) دقيقة للجلسة الواحدة.

ب/ **الأساليب والفنيات المستخدمة**: وتتمثل في المحاضرات والحوار والمناقشة، النمذجة لعب الدور، التدعيم المعنوي، الواجبات المنزلية والتي تتمثل في تطبيق المفاهيم النظرية التي تدرب عليها المفحوص خلال البرنامج مع ابنه في المنزل.

ج/ **الأدوات والوسائل**: وتتمثل في شاشات عرض المادة العلمية، شرائط فيديو توضح مخاطر الحماية الزائدة، تمليك المفحوصين محتوى الإطار النظري المتعلق بالحماية الزائدة.

رابعاً/ زمن البرنامج: استغرقت مدة تنفيذ البرنامج ثلاثة أشهر بواقع جلسة أو جلستان لأسر الأطفال المنومين بالعناية (جراحة)، وجلسة أو جلستان لأسر الأطفال المتابعين حسب العيادة (القسطرة) وتستغرق الجلسة الواحدة (45) دقيقة.

خامساً/ إجراءات تقويم البرنامج: تم تقويم البرنامج من خلال القياس القبلي والبعدي للمجموعة من خلال تطبيق مقياس الحماية الزائدة، وتم تقويم مدى استمرار فعالية البرنامج عن طريق إعادة التطبيق مقياس الحماية الزائدة بعد انتهاء الجلسات الثمانية.

سادساً/ محتوى جلسات البرنامج: يشتمل البرنامج على (8) جلسات إرشادية جمعية. حيث كانت الجلسة الأولى تمهيدية تتمثل في الترحيب بالمشاركين وتنويرهم بالبرنامج الإرشادي والاتفاق على المواعيد والجوانب الأخلاقية (كسر الحاجز)، كما اشتملت الجلستين الثانية والثالثة على تنفيذ الأطر النظرية المتعلقة بمرض القلب لدى الأطفال وكيفية التعامل مع الأطفال مرضى القلب والأثار النفسية والاجتماعية الناجمة عن أخطاء التنشئة على الأطفال مرضى القلب، الجلسة الرابعة والخامسة اشتملت على التنشئة الأسرية والحماية الزائدة حيث تناولت الباحثة في الجلستين كل الأطر النظرية المتعلقة بالحماية الزائدة وطرق تغييرها بالأسس العلمية. أما الجلسة السادسة تمثلت في إجراء العصف الذهني للمفحوصين من خلال تقييمهم للجلستين الرابعة والخامسة وتطبيق نظرية المعرفية في تغيير الاتجاهات، كذلك استعان الباحثة بمفاهيم النظرية السلوكية في تطبيق البرنامج من خلال إجراء الواجبات المنزلية. كما تمثلت الجلسة السابعة في لعب الدور وعرض نماذج (محاضرات فيديو) توضح الأثار الناجمة عن الحماية الزائدة وطرق تنشئة الطفل الصحيحة.

أما **الجلسة الثامنة:** هي الجلسة الختامية تم فيها إجراء برنامج اجتماعي ترفيهي وطبقت الباحثة من خلالها التقييم البعدي.

خطوات تطبيق البرنامج الإرشادي النفسي الجمعي تتمثل في الآتي:

1. تصميم البرنامج وتم تحكيمه من قبل أساتذة علم النفس بجامعات ولاية الخرطوم 2. التأكد من صلاحية وصدق أدوات الدراسة.
2. قامت الباحثة بمخاطبة إدارة مركز السودان للقلب بخصوص تطبيق البرنامج بخطاب رسمي من الجامعة.
3. وافقت إدراة مركز السودان للقلب بالسماح للباحثة بتطبيق البرنامج، حيث قامت وبمعاونة إدارة المركز والأطباء والكوادر المساعدة بتبليغ أسر الأطفال مرضى القلب بالبرنامج، حيث وافقت الأسر بالبرنامج.
4. قامت الباحثة بعد ذلك بتجهيز كافة أدوات والوسائل والأطر النظرية الخاصة بتنفيذ البرنامج وتفرغت لتطبيقه.

5. تم تحديد مكان تنفيذ البرنامج بمعاونة إدارة مركز السودان للقلب، كما تم التأكد من الظروف الفيزيقية لمكان تطبيق البرنامج.
6. قامت الباحثة بكتابة إقرار يلزم المفحوص لحضور حلقات البرنامج مع ضمان حق حرية المفحوصين في قراراتهم بشأن التخلي عن البرنامج، مع تبصير المفحوصين بأهمية البرنامج، وأنه يخدم البحث العلمي.
7. تنفيذ حلقات البرنامج.

الأساليب الإحصائية: تمت معالجة البيانات التي تم الحصول عليها باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

1. مقاييس النزعة المركزية (المتوسط، الانحراف المعياري).
2. معامل ارتباط (بيرسون،ألفاكرونباخ) في حساب ثبات وصدق أدوات الدراسة المستخدمة
3. اختبار (ت) للأزواج المرتبطة للمقارنة بين القياسين القبلي والبعدي.
4. اختبار مان وتني لقياس الفروق بين الذكور والإناث.
5. اختبار التباين الأحادي.

- **عرض ومناقشة وتفسير النتائج:**

عرض نتيجة الفرض الأول: للبرنامج الإرشادي الجمعي فعالية في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة، وللتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار(ت) للأزواج المرتبطة فأظهرت النتائج التالية:

جدول رقم (3) يوضح نتيجة اختبار (ت) للأزواج المرتبطة للحكم على مدى فعالية برنامج الإرشاد النفسي الجمعي في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة د ح= (10):

المتغير	نوع القياس	العدد	وسط حسابي	انحراف معياري	(ت)	قيمة احتمالية	الاستنتاج
الحماية الزائدة	قبلي	12	90.5833	16.4729	2.018	.056	دال إحصائياً (توجد فروق بين القياسين القبلي والبعدي)
	بعدي	12	77.4167	15.4829			

من الجدول أعلاه تلاحظ الباحثة أن هناك فروق في المتوسطات بين القياس القبلي والبعدي، متوسط القياس القبلي بلغ (90.5833)، بينما بلغ متوسط القياس البعدي (77.4167)، مما يؤشر إلى انخفاض الحماية الزائدة بعد تطبيق البرنامج، اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة كل من جمال حمزة (1992) والذي نصت نتيجة دراسته على فعالية برنامج الإرشاد النفسي في تعديل اتجاهات الوالدين نحو طفلهما المتخلف عقلياً، كما اتفقت مع نتيجة دراسة يسرا عوض الكريم (2011)، والتي نصت نتيجتها على فاعلية برنامج الإرشاد النفسي في تعديل اتجاهات أمهات الأطفال المضطربين نفسياً وسلوكياً نحو الإرشاد والعلاج النفسي.

ترى الباحثة أن الحماية الزائدة أسلوب خاطئ وله آثار تربوية بالغة الخطورة على حياة الطفل، فالفروق بين متوسط البرنامج القبلي والبعدي قد يرجع سببها تمليك الباحثة الحقائق العلمية لأخطار الحماية الزائدة من خلال الحزم الإرشادية الخاصة بالإطار النظري للبرنامج الإرشادي، كما يؤكد كل من (درويش، 1999- والزعبي، 2001)، أنه كلما كان الاتجاه غير موضوعي وغامض، يكون قابل للتغيير خصوصاً أن الاتجاهات هي متعلمه أي مكتسبة. كما أن الحماية الزائدة تعد من أساليب التنشئة الخاطئة والتي لها أثار سالبة على سلوك الطفل، فضلاً عن ذلك يحتوي البرنامج الإرشادي الجمعي جلسات ارشادية تحتوي على بدائل تربوية إيجابية قامت الباحثة بتمليكها لأسر الأطفال مرضى القلب. لا سيما وأن أسر الأطفال مرضى القلب كانوا حريصين على تنفيذ مخرجات البرنامج حيث التزموا بذلك واعترفوا بأنهم كانوا يجهلون المخاطر المترتبة على الحماية الزائدة ولكن بعد تطبيق البرنامج أدركوا المنهج التربوي السليم. كذلك يشير (زهران، 2000)، أنه كلما كان الاتجاه ضعيفاً وغير راسخاً في الذهن وسطحي أو هامشي، مع وجود اتجاهات مختلفة تتمثل في اتجاهات إيجابية أخرى بديلة للحماية الزائدة وذات أثر إيجابي على تربية الطفل كلما سهل تغييره.

عرض ومناقشة نتيجة الفرض الثاني؛ والذي نصه: توجد فروق في فعالية برنامج الإرشاد النفسي الجمعي في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة حسب النوع (أباء/ أمهات) بعد تطبيق البرنامج، ولتحقيق ذلك الفرض قامت الباحثة

باستخدام اختبار (مان وتني)، فأظهر النتائج التالية: جدول (4) يوضح الفروق في فعالية برنامج الإرشاد النفسي الجمعي في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة حسب النوع (أباء/ أمهات)بعد تطبيق البرنامج:

المتغير	النوع	ن	متوسط المربعات	مجموع المربعات	قيمة(Z) المحسوبة	مستوى الدلالة	الاستنتاج
فعالية برنامج الإرشاد النفسي الجمعي	ذكور	7	4.79	33.50	-5.500	.051	توجد فروق دالة إحصائية(متوسط الإناث أعلى)
	اناث	5	8.90	44.50			

من الجدول أعلاه تلاحظ الباحثة أن متوسط مربعات الذكور بلغ (4.79)، بينما بلغ متوسط مربعات الإناث(8.90)، عند مستوى دلالة (051.)، فهو دال إحصائياً مما يشير إلى وجود فروق في أثر برنامج الإرشاد النفسي الجمعي في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة، حيث يلاحظ أن اتجاهات الذكور نحو الحماية الزائدة انخفضت أكثر من اتجاهات الإناث. لم تعثر الباحثة على نتيجة من نتائج الدراسات السابقة تتفق مع هذه النتيجة، وتفسر الباحثة هذه النتيجة نظراً لعدة اعتبارات منها ربما يرجع ذلك إلى أن عاطفة الذكور نحو الأبناء أقل من عاطفة الإناث، كما أن مستوى خوف الأم على ابنها خصوصاً إذا كان مريضاً بمرض مزمن مثل القلب يجعلها أكثر حرصا وتخوفا عليه من الأب. لذلك تغيرت اتجاهات الآباء بشكل أفضل من اتجاهات الأمهات ربما يرجع ذلك إلى طبيعة الفروق في الخصائص الانفعالية والعاطفية بين الذكور والإناث حيث نجد أنّ عاطفة الأم نحو ابنها أكثر من عاطفة الأب.

عرض ومناقشة نتيجة الفرض الثالث، والذي نصه: توجد فروق في فعالية برنامج الإرشاد النفسي الجمعي في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة حسب العمر الزمني بعد تطبيق البرنامج. وللتحقق من صحة الفرض استخدمت الباحثة اختبار (التباين الأحادي) فأظهر النتائج التالية: جدول رقم (5) يوضح فعالية برنامج الإرشاد النفسي الجمعي في تغيير اتجاهات أسر الأطفال نحو الحماية الزائدة حسب العمر الزمني بعد تطبيق البرنامج:

	مصدر التباين	مجموع المربعات	د ح	متوسط المربعات	النسبة الفائية	ح	الاستنتاج
فعالية برنامج الإرشاد النفسي الجمعي	بين المجموعات	562.917	3	187.639	.724	.566	الفرق غير دال إحصائياً
	داخل مجموعات	2074.000	8	259.250			
	الكلي	2636.917	11				

من الجدول أعلاه تلاحظ الباحثة أن قيمة (ف) بلغت (724.)، عند مستوى دلالة (566.)، فهي غير دالة إحصائياً مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في فعالية برنامج الإرشاد النفسي الجمعي في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة حسب العمر الزمني بعد تطبيق البرنامج. لم تعثر الباحثة على نتيجة من نتائج الدراسات السابقة تتفق مع هذه النتيجة، حيث تفسر الباحثة تلك النتيجة إلى أهمية البرنامج الإرشادي في تغيير اتجاهات أسر الأطفال نحو الحماية الزائدة لكل المتدربين بمختلف أعمارهم، خصوصاً أن البرنامج معني بصورة مباشرة بتعديل الاتجاهات نحو الحماية الزائدة إلى الحماية الطبيعية وبصورة أخرى بتغيير نمط التنشئة الخاطئة، وتبديلها بطرق تنشئة سليمة تساعد الأسر في تنشئة جميع أطفالهم والأطفال المصابين بمرض القلب على وجه الخصوص.

خاتمة:

توصلت الباحثة بعد تطبيق البرنامج إلى النتائج التالية: لبرنامج الإرشاد النفسي الجمعي فعالية في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة، توجد فروق في فعالية برنامج الإرشاد النفسي الجمعي في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة حسب النوع، لصالح الذكور. عدم وجود فروق في فعالية برنامج الإرشاد النفسي الجمعي في تغيير اتجاهات أسر الأطفال مرضى القلب نحو الحماية الزائدة حسب العمر.

التوصيات:

1. توصي الباحثة برعاية الأطفال المصابين بمرض القلب وأسرهم من خلال توظيف اختصاصيين في مجال الرعاية النفسية بمستشفيات ومراكز القلب يقومون بتطبيق برامج إرشادية وتوعوية للتخفيف عن الأعراض النفسية والضغوط وتمليكهم أسس التنشئة الأسرية السليمة.
2. كذلك توصي الباحثة بتعميم البرنامج على بقية أسر الأطفال المصابين بالأمراض المزمنة الأخرى.

مقترحات الدراسة: تقترح الباحثة إجراء برامج إرشادية في تغيير الاتجاهات نحو أساليب التنشئة الأسرية الخاطئة الأخرى كالإهمال، ونبز الطفل انفعاليا، والتفرقة. كذلك إجراء بحوث ودراسات في تنمية وتعزيز أساليب التنشئة الأسرية السليمة كالتسامح، والتشجيع، والتقبل.

قائمــة المراجع

[1]– درويش، زين العابدين(1999). علم النفس الاجتماعي (أسسه وتطبيقاته)، القاهرة: دار الفكر العربي.

[2]– الزعبي، أحمد محمد(2001). أسس علم النفس الاجتماعي، الأردن: دار زهران.

[3]– سعود، أمير عبدالصمد(2004). فاعلية برنامج إرشادي لتعديل اتجاهات التلاميذ العاديين نحو التلاميذ المتخلفين عقلياً المدمجين معهم بالمدارس، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق، كلية التربية.

[4]– زهران، حامد عبدالسلام(2000). علم النفس الاجتماعي، ط6، القاهرة: عالم الكتب.

[5]– زهران، حامد عبدالسلام(1980). التوجيه والإرشاد النفسي، ط2، القاهرة: عالم الكتب.

[6]– هدى علي، الحسين عبدالوهاب(2015). فاعلية برنامج إرشادي نفسي جمعي لأسر الأطفال مرضى القلب لتقليل اتجاهاتهم نحو الحماية الزائدة، جامعة أم درمان الإسلامية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، قسم علم النفس.

[7]– البعلبكي، منير(1971). المورد الوسيط(عربي–انجليزي)، بيروت: دار العلم للملايين.

[8]– زهران، حامد عبدالسلام(2005). التوجيه والإرشاد النفسي، ط4: عالم الكتب.

[9]– سلامة، ممدوحة(1986). الإرشاد النفسي منظور نمائي، مطبوعات جامعة الزقازيق.

[10]– عوض الكريم، يسرا سليمان(2011). فاعلية برنامج الإرشاد النفسي في تعديل اتجاهات أمهات الأطفال المضطربين نفسياً وسلوكياً نحو العلاج والإرشاد النفسي، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، كلية التربية، رسالة ماجستير غير منشورة.

(11)– الجبالي، حسن(2003). علم النفس الاجتماعي بين النظرية والتطبيق، مكتبة الانجلو.

(12)– ضهوري، رشاد صالح(1993). التنشئة الاجتماعية والتأخر الدراسي في علم النفس التربوي: دار الإسكندرية.

(13)– عبادة، أحمد(2001). مقاييس الشخصية (للشباب والراشدين)، ط1: مركز الكتاب.

(14)– القوصي، عبدالعزيز(2011). أسس الصحة النفسية، ط9، مصر: مكتبة النهضة المصرية.

(15)– الشربيني، زكريا، يسرية صادق(2003). تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملة ومواجهة مشكلاته: دار الفكر العربي القاهرة.

(16)– قناوي، هدى محمد(1991). الطفل وتنشئته وحاجاته، ط3، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

(17)– ابن مكرم، أبي الفضل جمال الدين (1990). لسان العرب، ط1، لبنان، مجلد14: مكتبة بيروت.

(18)– علي، نجلاء محمد(2013). الحماية الزائدة وعلاقتها بمفهوم الذات في ضوء بعض المتغيرات جامعة الجزيرة، كلية التربية، رسالة ماجستير غير منشورة.

(19)– حمزة، جمال مختار(1992). مدى فاعلية برنامج في تغيير اتجاهات الوالدين نحو الابن المتخلف عقلياً وأثره في تحسن توافقه، جامعة عين شمس، كلية التربية، رسالة دكتوراه.

(20)– أبوعلام، رجاء محمود(2001). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، مصر: دار النشر للجامعات.

(21)– بك، أماني أحمد(2011). فاعلية برنامج علاجي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب، جامعة الخرطوم، كلية الآداب، رسالة دكتوراه.

(22)- Smith,T.w,Ruiz,J.M(2002) psychosocial influence son the Development And cause of Coronary Heart Disease Current status And implication for Research And practice journal of Consoling And clinical psychology June (2002) vol(70),No(3),Pp(548-568).