

فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان

جهاد علاء الدين* و عز الدين عبد الرحمن**

تاريخ قبوله 2011/11/28

تاريخ تسلم البحث 2011/5/16

The Effectiveness of a Group Counseling Program in Reducing Stress and Pessimism Among Mothers of Jordanian Children With Cancer

Jehad Alaedein, Faculty of Educational Sciences, Hashemite
University.

Ezzeldeen Abdelrahman, Educational Counseling - Sinnar
University, Wad Madani- Sudan.

Abstract: This study aimed to identify the effectiveness of a group counseling program in reducing stress and pessimism among mothers of Jordanian children with cancer. The study sample, which consisted of twenty (20) participants, was divided randomly into two equal groups: an experimental group which received a counseling program based on cognitive behavioral therapy approach, and a control group that did not receive any counseling program. Results of Analysis of Covariance [ANCOVA], for both stress and pessimism scales showed that there were statistically significant pre-post test differences between the experimental group and the control group, where the level of stress and the pessimism among mothers in the experimental group decreased significantly compared to the control group. Further, results of post-and follow-up tests comparisons for each of the dependent variables showed that while levels of stress increased, levels of pessimism decreased, but these differences were not significant. (**Keywords:** Group counseling program, Parental stress, Pessimism, Jordanian mothers of children with cancer, Care giving children with cancer, Cognitive behavioral theory [CBT]).

ملخص: هدفت هذه الدراسة لتعرف فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان. تكونت عينة الدراسة من (20) أما لأطفال مصابين بسرطان اللوكيميا للمفاوية الحادة، قسمت عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين: المجموعة التجريبية التي تلقى أفرادها برنامجاً إرشادياً يستند إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي، والمجموعة الضابطة التي لم يتلق أفرادها أي برنامج إرشادي. أظهرت نتائج تحليل التباين المشترك وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة من الأمهات على مقياسي التوتر والتشاؤم، حيث انخفض مستوى التوتر والتشاؤم بدرجة أعلى لدى الأمهات في المجموعة التجريبية بالمقارنة مع الأمهات في المجموعة الضابطة. كما أشارت نتائج المقارنات البعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى وجود فروق ظاهرة بين متوسطات القياسين البعدي والتتبعية، لصالح التتبعية على بعض المقاييس، فقد ارتفعت الدرجات سلباً على مقياس التوتر في حين انخفضت إيجابياً على مقياس التشاؤم، لكن هذه الفروق لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية. (الكلمات المفتاحية: برنامج إرشاد جمعي، التوتر الوالدي، التشاؤم، أمهات أطفال أردنيين مصابين بالسرطان، نظرية الإرشاد المعرفي السلوكي).

مقدمة: أصبحت الخدمات النفسية في الوقت الحالي عنصراً حيوياً حاسماً من عناصر العلاج الشامل لسرطان الطفولة (American Academy of Pediatrics, 1997)، من أجل التعامل والتصدي للمخاطر النفسية التي قد تواجه الأطفال المصابين بالسرطان وأسرههم، وقد استجابت العديد من المؤلفات والأعمال البحثية المنشورة لهذا بواسطة تطوير برامج وتدخلات علاج نفسي مثبتة فاعليتها تجريبياً في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية الملازمة للمرض، بحيث تقدم من خلال إنشاء مجموعات إرشادية لمرضى السرطان من الأطفال وأسرههم (Pai, Drotar, Zebracki, Moore, and Youngstrom, 2006; Powers, 1999) الجمعي المستند إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavior Therapy [CBT])، واحداً من الخيارات الناجحة في التقليل من التوتر والمحن النفسية المرتبطة بإصابة أحد أفراد الأسرة بالسرطان بالسرطان (e.g., Barakat, Hetzke, Foley, Carey, Gyato, and Phillips, 2003)

(Kazak et al., 2004; Sahler et al., 2005; Streisand Zabora, Loscalzo, and BrintzenhofeSzoc) et al., 2000)، وبصورة خاصة، أشارت نتائج إحدى دراسات ما وراء التحليل (Sheard and Maguire, 1999)، إلى أن هذا النوع من الخدمات النفسية كان فعالاً للغاية في التقليل من مستويات التوتر والقلق والتشاؤم والاكئاب لدى مرضى السرطان وأسرههم وأن كفاءته لا تقل عن الإرشاد الفردي. كما أثبتت بعض الدراسات (e.g., Antoni et al., 2001)، كفاءة برامج الإدارة والتحكم في التوتر المستندة إلى المنهج المعرفي السلوكي (Cognitive-behavioral Stress Management)، المصممة بحيث تقدم ضمن مجموعات إرشادية، في التقليل من التشاؤم والاكئاب وزيادة النواتج الإيجابية لدى مرضى السرطان، وتبين أن برنامجاً إرشادياً يتألف من عشر (10) جلسات إرشاد جمعي أسبوعياً، أدى إلى تناقص الاكتئاب وزيادة التفاؤل، كما استمر الاحتفاظ بهذه المكاسب العلاجية في القياس التتبعية بعد مرور ثلاثة أشهر.

* كلية العلوم التربوية، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.

** كلية التربية، جامعة سنار، ود مدني، السودان.

© حقوق الطبع محفوظة لجامعة اليرموك، اربد، الأردن.

أولاً: برامج الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي لأسر الأطفال المصابين بالسرطان

بدأت الدراسات والبحوث في أواخر السبعينيات في التركيز على برامج الإرشاد الجمعي التي أجراها الأخصائيون والمرشدون النفسيون لمعالجة الجوانب النفسية المتعلقة بمرض السرطان، ما أدى إلى حدوث تقدم معقول في وصف المصاعب التي يواجهها مرضى السرطان وأسرها وإلى فحص عمليات التوافق التي يقومون بها (e.g., Andersen, 1989). وتشير المراجعة للأدب النفسي (e.g., Best, Streisand, R., Catania, L., and Kazak, 2002; Kazak et al., 2004, 2005; Sahler et al., 2005; Streisand et al., 2000)، في مجال التدخلات وبرامج الإرشاد النفسي الجمعي للأهالي ومقدمي الرعاية للأطفال المصابين بأمراض مزمنة ومنها السرطان، إلى أن المجموعات الإرشادية المستندة إلى العلاج المعرفي السلوكي وأن تدخلات مجموعات التعليم النفسي (Psychoeducation Group Interventions)، تقف في المقدمة وتحتل الصدارة في مساعدة هذه الفئة.

ويكون التركيز الرئيس في برامج الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي على مساعدة مرضى السرطان وأسرها في تعديل الصور العقلية المتعلقة بالمرض وبعمليات العلاج للمرض. ونظراً لأن التوتر والخوف والقلق والأفكار السلبية من الأمور الشائعة بين مقدمي الرعاية وأطفال السرطان، فإن تدخلات العلاج المعرفي السلوكي الجمعي قد تكون فعالة في تمكين مرضى السرطان وأسرها من المحافظة على السيطرة وإدارة حالة عدم التأكد المتفشية في حياتهم، ومن تناول قضايا التجنب، وضمان تحقيق أقصى بيئة داعمة ممكنة (Kanfer, and Goldstein, 1986; White, 2001).

وفي هذا السياق، يوصي الباحثون بأخذ الحيطة والحذر في اختيار الفنيات الخاصة بهذا المنهج، فعلى سبيل المثال، على الرغم من أن فنيات إعادة الصياغة المعرفية (Cognitive reframing) يمكن أن تكون مفيدة مع المعتقدات غير العقلانية المتعلقة بالحالة الصحية في المراحل المبكرة من هذا المرض، إلا أنها أيضاً قد تولد مشاكل في المراحل المتقدمة من المرض، وبدلاً من ذلك، فإن إعادة العزو اللفظي (Verbal re-attribution)، بتبريد العبارات الشفوية المصححة، تعتبر هي الحل الأمثل مع مثل هؤلاء المرضى أو أسرها (See Wells, 2000)، وخاصة أولئك الذين يميلون إلى التهويل والمبالغة.

وتنفذ برامج العلاج المعرفي السلوكي غالباً بواسطة تدريب المسترشدين على مهارات حل المشكلات (Problem-solving skills training (PSST)، ومهارات المواجهة (Coping Skills)، وإدارة التوتر (Stress Management)، Lazarus and Folkman, 1984). كما تمارس تدخلات التعليم النفسي من خلال تزويد المسترشدين بالمعلومات العلمية الصحيحة والمتعلقة بالمرض وبسبل الاستفادة من الالتزام بالخطة العلاجية، وتقديم معلومات تثقيفية عن مرض السرطان والاحتياجات الأساسية للأطفال

ويواجه الأطفال المصابون بمرض السرطان وأسرها وبشكل خاص الأمهات والآباء ضغوطات كبيرة متعددة ومنتشرة بما في ذلك الآثار الطبية الجانبية (Bryant, 2003)، والتغيرات الكبيرة في الأنشطة اليومية (Woodgate, Degner, and Yanofsky, 2003)، والاضطراب في الأدوار الاجتماعية والأسرية (Kazak, Simms, and Rourke, 2002)، والتهديد بالموت. وتؤدي معرفة الوالدين بتشخيص حالة طفلهما إلى استئثار الأفكار التشاؤمية المرتبطة باحتمالية حدوث الموت للطفل. ويمثل التهديد بفقدان الطفل ضغطاً وتوتراً أولياً للوالدين وللأسرة برمتها خلال كفاحها ضد المرض، ما يعرضها للدخول في حالة مستمرة من التهديد والإحباط المزمين وتوقع الخطر. وتقلل حالة الإحباط هذه من الشعور بوجود فرص الحياة والأمل بالشفاء، وتحتاج الأسرة في هذه المرحلة إلى الكثير والمزيد من الدعم والمساندة للوقوف أمام تحديات هذا المرض الخطير (زيدان، 2001).

وتعرض هذه الضغوطات البالغة هذه الفئة المحتملة من المسترشدين لمخاطر الصعوبات النفسية قصيرة وطويلة الأمد، ويسجل مقدمو الرعاية (Caregivers) (وأغلبهم من الأمهات) لهؤلاء الأطفال معدلات عالمية من شيع التوتر والضيق النفسي، حيث تشير أحدث التقديرات (e.g., Pai et al., 2006; Sloper, 2000)، إلى أنها قد تصل إلى نسبة (51%)، وعلاوة على ذلك، فإنهم قد يظهرون أعراض توتر ما بعد الصدمة (Kazak et al., 1997)، وأعراض الاضطرابات الداخلية (Internalizing)، كالتشاؤم والاكئاب والقلق والعزلة (Best, Streisand, Catania, and Kazak, 2002; Kazak et al., 2004; Manne et al., 2001). وتضيف عوامل تعاسة الأطفال الذين يعانون من السرطان وصعوبة التجربة المليئة بالألم الجسدي والنفسي البالغة الوطأة (Koocher and O'Malley, 1981)، وأعراض توتر ما بعد الصدمة (Hobbie et al., 2000)، بالإضافة لتناقص المهارات الاجتماعية بالمقارنة مع أقرانهم، على الوالدين عيباً إضافياً آخر يلقي على كاهلهم المزيد من مصادر التوتر والمعاناة. وتبرز هذه الأوضاع الشديدة الوطأة حاجة الوالدين للمساعدة النفسية المتخصصة من خلال العديد من التدخلات وبرامج المساعدة الإرشادية والدعم النفسي والاجتماعي لتمكينهم من التماسك النفسي والمواجهة البناءة ومن تحمل مسؤولية رعاية طفلهم المريض بكفاءة.

واستجابة لهذه المشكلة الخاصة بالأسرة أتت هذه الدراسة التجريبية لفحص مدى كفاءة برنامج إرشاد جمعي صمم للتقليل من التوتر والتشاؤم لدى عينة من أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان. وتحديداً، لقد نشأت فكرة البحث الحالي بسبب ندرة البحوث العربية التي أجريت في مجال تصميم وفحص فاعلية المجموعات الإرشادية والعلاجية وبرامج الإرشاد النفسي الجمعي الموجهة للآباء والأمهات الذين يتولون رعاية أطفالهم المصابين بأمراض مزمنة ومحفوفة بخطر عدم البقاء على قيد الحياة كالسرطان.

3. الضبط الذاتي (Self-Control): وفيه يعمل الفرد على

إحداث تغيير في سلوكه عن طريق إحداث تعديلات في العوامل الداخلية والخارجية المؤثرة في هذا السلوك. وتصنف إستراتيجيات ضبط الذات إلى ثلاثة أنواع: الإستراتيجيات البيئية وتتضمن تغيير الأوقات والأشخاص والأماكن أو المواقف حيث يتعرض الفرد لخبرة السلوك الصعب المستهدف التحكم به؛ والإستراتيجيات السلوكية وتتضمن على تغيير المقدمات الممهدة أو نتائج السلوك؛ والإستراتيجيات المعرفية وتتضمن تغيير الأفكار أو الاعتقادات المرتبطة بالسلوك المستهدف (Rokke, Tomhave, and Zelijko 2000). وقد طورت فنية العلاج بالضبط الذاتي (Rehm, 1979)، أصلاً لعلاج الاكتئاب وبحيث تتضمن عروضاً تعليمية، وتمارين لتعليم المفاهيم والمهارات، وتطبيق هذه المهارات في الحياة اليومية للمشاركين خلال مهام الواجبات البيئية.

4. تعديل الأفكار والمشاعر السلبية: تكون المشكلة الرئيسية في

التفكير السلبي لكونه يبدو كما لو كان نهائياً لا يقبل التغيير أو لا جدال فيه، لكن إذا تعلم المريض أن يسجل أفكاره هذه، فإن ذلك يؤدي إلى التقليل من تأثيرها لأن ذلك يجعلها مجرد أفكار يمكنه النظر إليها ورؤيتها كظاهرة نفسية فقط، والتعرف بالتالي، على بعض ردود الفعل المرتبطة بها، الأمر الذي يساعد في زيادة وعي المريض والتباعد بينه وبين أخطاء تفكيره، ما يؤدي إلى تمهله قبل الوقوع في مثل هذه الأخطاء مستقبلاً، ويتم ذلك من خلال محاولة إيجاد أدلة مضادة للأفكار السلبية أو الوصول للمشكلات باستخدام بدائل (Longmore, and Worrell, 2007).

5. لعب الدور (Role Play): إذا أتيح للفرد أن يعبر عن اتجاه

جديد أو معتقد عقلاني مناسب وأن يعيد ويكرر ذلك فإن الاتجاه الجديد سيتحول في الغالب إلى خاصية دائمة. ومن المعروف أن التغيير الناتج عن لعب الأدوار يرجع إلى استباق حدوث الأشياء قبل وقوعها. فالفرد من خلال القيام بلعب أدوار مختلفة تمثل الموقف الذي يمكن أن يؤدي إلى اضطراب، سيتمكن من أن يستيق من خلال التفكير في هذه المواقف - التغيير أو السلوك الذي سيحدث. ومن ثم فسيدخل المواقف الجديدة بثقة أكبر. فضلاً عن هذا، فإن المشاعر الإيجابية التي تسيطر عليه، بعد أن يتقن تمثيل الدور بطريقة انفعالية وسلوكية مناسبة ستطلق بشكل مباشر على المقولة الرئيسية في العلاج، وهي أن التفكير في حدوث الأشياء بشكل مخيف، أسوأ من الأشياء نفسها، وأن الاضطراب يتولد بسبب طبيعة التفكير في الأمور، أكثر مما يتولد من تلك الأمور ذاتها، كما أن لعب الدور يساعد الفرد على تعلم المهارات الاجتماعية المصاحبة للدور (Gil, and Jalazo, 2008).

المرضى، وتسهيل الاتصال مع الفريق الطبي، وتعلم سبل توظيف والاستفادة من الدعم الأسري والاجتماعي، باستخدام عدد من الأساليب والفنيات الإرشادية كالشرح وإعطاء التعليمات والنمذجة ولعب الدور والواجبات البيئية والتعزيز والتغذية الراجعة وتسجيل ومراجعة المعتقدات والأفكار التشاؤمية والأحاديث الذاتية السلبية والتخيل العقلاني المعرفي. وفيما يلي عرض لبعض الفنيات الإرشادية الشائعة التي يستخدمها العلاج المعرفي السلوكي والتي استخدم البعض منها أيضاً في برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية.

1. التدريب على حل المشكلات: يعمل هذا الأسلوب على تطوير

مهارات حل المشكلات (D'Zurilla, and Goldfried, 1971; D'Zurilla, and Nezu, 1982)، من خلال تطوير استراتيجيات عامة مناسبة للتعامل مع المشكلات وإيجاد الحلول لها في حالة مواجهتها، وتسير هذه العملية عبر الخطوات: الاعتراف بالمشكلة وإدراكها، تعريف المشكلة وتحديدها، اقتراح الحلول الممكنة، اختيار أحد الحلول، والتنفيذ.

2. إعادة البناء المعرفي (Cognitive Restructuring): لقد

تطورت معظم أساليب العلاج المستخدمة في إعادة البناء المعرفي مباشرة من أعمال كل من إليس (Ellis, 1984)، وبيك وآخرين (Beck, Rush, Shaw, and Emery, 1979)، ويهدف اتجاه إليس إلى تعليم المسترشدين أساليب لتحديد كيف تتأثر العلاقة بين المشاعر والسلوك بالمعتقدات وليس بالأحداث، من خلال نموذج (ABC)، فالمعالج يساعد المسترشد في تحديد المعتقدات غير المنطقية والتي تؤثر في تفسير الأحداث ويناقد معه التأثير السلبي لهذه المعتقدات على السلوك، والهدف هو تحديد تأثير هذه المعتقدات على التفكير. ويعتمد هذا المنهج على المواجهة إلى حد ما. وحسب إجراءات بيك (Beck's Procedures)، تتضمن عملية إعادة البناء المعرفي (Beck, Emery, and Greenberg, 1990)، استكشاف وتمييز وتسجيل الأفكار السلبية، واتضح الرابطة بينها وبين الانفعال والسلوك، ما يؤدي أيضاً لتوفير بيانات لاختبار الواقع لكل من المريض والمعالج. وعندما يشعر المعالج بأن المريض أصبح قادراً على البدء في تحديد الأفكار أثناء الجلسة يصبح بإمكانه أن يطلب من المريض أن يراقب تفكيره الخاص ما بين الجلسات (كواجب بيتي) (Williams and Williams, 2005). وترافق العملية ملاحظة المقدمات (A) والنتائج (C) المتعلقة بهذه السلوكات والمواقف المليئة بالتوتر (B)، بالإضافة إلى استجابات القبول وهي مجموعة من السلوكات التي تعتبر ردود فعل لأنشطة التيقظ والوعي السابقة، مثل: عدم إطلاق الأحكام على مشاعر الفرد وأحاسيسه وتقبل المشاعر الإيجابية والسلبية بوصفها جزءاً من الحياة.

6. الواجبات البيتية (Homework Assignments): لكي يتمكن الفرد من تعميم التغييرات الايجابية التي يكون قد أنجزها مع معالجه، ومن أجل مساعدته على أن ينقل تغيراته الجديدة إلى المواقف الواقعية الملموسة، ولتقوية ودعم أفكاره ومعتقداته الصحية الجديدة، يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الواجبات والأنشطة الخارجية. وتعد وتصمم هذه الواجبات البيتية بطريقة خاصة، بحيث تتضمن أنشطة وتدريباً معرفياً وسلوكياً. كذلك يحسن أن يتم انتقاء هذه الواجبات من موضوعات الجلسة العلاجية، حتى تكون مناسبة لعلاج المشكلة التي ترتبط بالأهداف القريبة والبعيدة للعلاج.

7. استراتيجيات المواجهة (Coping Skills): يعتبر لازاروس وفولكمان (Lazarus and Folkman, 1984)، من أوائل العلماء الذين صنفوا أساليب المواجهة التي يستخدمها الأفراد للتعامل وتدير الأحداث، إلى نوعين هما: استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة (Problem-Focused Coping Strategies)، التي تتضمن المعارف والسلوكيات التي تعالج المشكلة المسببة للتعاسة، وتعد أفضل الوسائل لمواجهة الضغوط التي تدرك أنها قابلة للسيطرة عليها، واستراتيجيات المواجهة المركزة على المشاعر (Emotion-Focused Coping Strategies)، التي تتضمن تنظيم الانفعالات والتعاسة المرتبطة بالضغوط، وترى من أفضل الوسائل لمواجهة المواقف التي تدرك أنها ليست قابلة للسيطرة عليها. وكأسلوب للمواجهة الفعالة، ولأن معظم مرضى السرطان وأسرههم يركزون على المرض نفسه كمصدر لمتاعبهم وتوترهم ومعاناتهم، يوصي البعض (Neilson-Clayton and Brownlee, 2002, p. 6)، بأنه من الأفضل البدء مع المسترشدين من خلال التركيز على "المشكلات التي أتت بك إلى الإرشاد"؟ كما ويؤكد الباحثان نيلسون-كلايتون وبراونلي (Neilson-Clayton and Brownlee, 2002)، ضرورة قيام المرشد باستخدام أسئلة المواجهة مع مرضى السرطان وأسرههم، ليتمكن من استنباط وإثارة والاستثناءات (Exceptions) من المسترشدين لأن الظروف التي تحيط بهم تبدو قاسية لا يمكن التغلب عليها، وذلك من خلال استكشاف المواقف التي أمكنهم السيطرة والتحكم بها بنجاح. وينصح هذان الباحثان بأن تركز أسئلة المواجهة على الحدة (Intensity)، مثلاً، "متى يمكن اعتبار المشكلة أقل شدة؟ أقل تكراراً؟ و"كيف تمكنت من المحافظة على رباطة جأشك وتماسكك؟" (Neilson-Clayton and Brownlee, 2002, pp. 9-10).

8. تنمية الدعم الأسري والاجتماعي (Family and Social Support): وهي عملية ديناميكية لزيادة التأثير المتبادل بين الفرد وشبكة العلاقات الاجتماعية التي تمده بالدعم في المواقف الاجتماعية المختلفة. ويؤكد لاروكو وآخرون (LaRocco, House, and French, 1980)، أنه على الرغم من وجود مظاهر مختلفة ومتعددة للدعم والمساندة الاجتماعية، والتي يتمثل بعضها في المساعدة المالية والمشاركة الوجدانية أو العاطفية والتفاهم، وتوفير المعلومات والإرشاد والتوجيه.... إلخ، إلا أن معظم نتائج الدراسات والبحوث السابقة في هذا المجال تركز على الدعم الوجداني أو العاطفي لأهميته ولأنه يمثل أهم بعد في حياة الفرد.

9. التحصين ضد التوتر (Stress Inoculation): تم تطوير هذا الأسلوب من قبل ميشنوم (Meichenbaum, 1985)، لمساعدة الأفراد الذين لديهم مخاوف مرضية تسبب لهم الكثير من القلق خاصة في المواقف الضاغطة. ويزود هذا الأسلوب الفرد بمجموعة من المهارات للتكيف مع الحالات المستقبلية، ويتكون من ثلاثة مكونات هي: تثقيف الفرد حول طبيعة ردود الفعل الناتجة عن التوتر، والتدريب على مهارات التكيف المعرفية والجسدية، ومساعدة الفرد على تطبيق هذه المهارات عند التعرض للموقف الضاغطة. وتشتمل هذه العملية على مواجهة الشخص للمثيرات التي تبعث على القلق وذلك في جلسات علاجية، بهدف تعميم ردود الفعل الجديدة والمعدلة المكتسبة أثناء المعالجة، على المواقف التي يتوقع أن يواجهها بعد المعالجة (Cormier and Cormier, 1991).

ثانياً: أمهات الأطفال المصابين بالسرطان

قد تعني إصابة الطفل بمرض السرطان للأسرة فقدان (Loss) هذا الطفل، حيث أن موت الطفل يكون متوقفاً في أي وقت، خصوصاً في فترة الانتكاسة (Relapse). لهذا فإن العناية بالطفل المصاب بالسرطان والمهدد لحياته ليست بالأمر السهل على العديد من الأمهات وأفراد أسرة الطفل، حيث يتحمل الأهل أعباء ومتطلبات إضافية للعناية بالطفل تتراوح من المسؤوليات الجسدية والعاطفية والاقتصادية والاجتماعية، وغالباً ما تكون الأم من يتحمل معظم هذه الأعباء، لكونها الأقرب إليه، فهي تتولى الاعتناء به خلال إقامته في المستشفى، وعند رجوعه إلى المنزل، وعلى الأم أيضاً أن تتقبل قسوة الإجراءات التشخيصية والعلاجية حتى لو لم تكن مضمونة النتائج، وعليها التعامل مع الإجراءات الطبية المتكررة، وارتفاع التكاليف المادية للعلاج، وتشتت الأسرة، هذا بالإضافة إلى الأعباء التي تلقى على أفراد الأسرة المختلفين. لهذا يمكن القول إن إصابة الطفل بالسرطان تشكل أزمة (Crisis) للعائلة بأكملها، كما أنها تسبب اضطرابات في العلاقات الأسرية سواء بين الزوج والزوجة، أو بينهما وبين باقي أفراد العائلة، وبالتالي تعرض توازن العائلة للاختلال. كما يحدث تغيير في الأدوار لبعض أفراد الأسرة، فالأم مثلاً ستضطر للغياب عن البيت لمرافقة طفلها، كما ويتحمل الأب أو الابنة الكبرى أو الابن الأكبر مسؤولية العناية بباقي أفراد الأسرة، والقيام بالواجبات المنزلية اليومية، كما قد تضطر الأم إلى تقليل نشاطاتها الاجتماعية، وقد تضطر لترك عملها إذا كانت تعمل، وبالتالي يؤثر هذا على الحالة المادية للأسرة، ويمكن أن تعيش

العائلة وتشهد حالة سائدة من التوتر الدائم بسبب قلة الاتصال بالآخرين وانشغالهم بالطفل المريض وخوفهم المستمر على مستقبله (الروضان، 1997).

ويشكل تشخيص سرطان الطفولة بداية لفترة من الضيق والتوتر الشديدين للآباء والأمهات، الذين يصابون بالصدمة والألم العاطفي، ويواجهون صعوبات في التعامل مع الإجراءات اللازمة والضرورية لتنفيذها على الأطفال، ولمستويات عالية من البحث عن المعلومات مصحوبة بشعور من عدم السيطرة على الأمور (Goldbeck, 2001; Levi, Marsick, Drotar, et al., 2000; McGrath, 2001) وقد توصلت إحدى الدراسات (Kazak, Boeving, Alderfer, Hwang, and Reilly, 2005)، إلى أن جميع المشاركين باستثناء واحد فقط، من أفراد عينة مؤلفة من مائة وتسع عشرة (119)، من الأمهات واثنين وخمسين (52) من الآباء لأطفال يخضعون للعلاج من السرطان، أبلغوا عن أعراض توتر الصدمة مثل الأفكار الدخيلة والإثارة الفسيولوجية والتجنب. ولدى إجراء مقارنة بين آباء وأمهات الأطفال (ن = 175)، الذين يخضعون للعلاج من السرطان، مع آباء وأمهات الأطفال (ن = 238)، الذين أكملوا العلاج، تم الإبلاغ عن أعراض الصدمة النفسية (الأعراض المترسبة والمقحمة والاستثارة) بشكل أكثر تكراراً، من قبل الوالدين خلال المرحلة الحادة من العلاج، مقارنة بالوالدين بعد العلاج، كما أن الأمهات مقارنة بالآباء سجلن مستويات أعلى من التوتر، وتبين أن الآباء والأمهات بسنوات أقل من التعليم النظامي وانخفاض الوضع الاجتماعي والاقتصادي، كانوا أكثر عرضة لخبرة توتر الصدمة في أي وقت (Lindahl-Norberg, Lindblad, and Boman, 2005a, 2005b).

وهذا النمط من تراجع توتر الأمهات ووضعهن النفسي قد يكون ذا صلة بالمستويات العالية من الدعم الاجتماعي الذي قدم لهن وللأسرة في وقت التشخيص، وقد يتعلق بالانخفاض التدريجي في كمية الدعم هذا، لكن مع ذلك، فإن من المفترض أن يتسم الدعم الاجتماعي باستقرار في النوعية والجودة المدركة للدعم في كافة مراحل علاج السرطان. وبصفة عامة، وبالرغم من المرونة التي قد يظهرها الآباء والأمهات في حالة مرض طفلهم بالسرطان، فإن الشعور بالوحدة الوالدية واستمرار حالة عدم اليقين والتأكد قد تستمر إلى ما هو أبعد من مرحلة العلاج، خاصة إذا كانت هناك آثار مستمرة لاحقة لعلاج للطفل (VanDongen-Melman et al., 1995).

ثالثاً: التوتر الوالدي (Parental Stress)

يمثل تشخيص سرطان الطفولة إحدى أكثر الخبرات المؤثرة الحادة والمعقدة والدائمة التي يُمكن للآباء أن يواجهوها (Rabineau, Mabe and Vega, 2008). وتشير الدراسات التي فحصت معدلات شيوع التوتر الوالدي إلى أن وجود مستويات توتر تتراوح من معتدلة إلى حادة يعتبر أمراً شائعاً جداً في السنة الأولى من علاج سرطان الطفولة، وينسب تتراوح ما بين (13-47%) من أمهات وآباء الأطفال المرضى الخاضعين لعلاج السرطان (Kazak et al., 2005; Murray, Kenardy, and Spence, 2008). وتؤكد مراجعة الأدب النفسي أنه وبالرغم من أن أعراض التوتر الوالدي قد تكون عابرة نسبياً لدى معظم الآباء الذين يتعاملون مع إجراءات سرطان الطفولة، إلا أن تأثيرات هذه الأعراض على أداء الوالد والطفل تكون جوهرية وتستدعي الاهتمام العلاجي. وغالباً ما تكون ردود أفعال آباء الأطفال المشخصين بمرض خطير متسقة مع استجابات التوتر للأحداث الطبية المأساوية (Balluffi, Kassam, Adams, Kazak, Tucker, Dominguez, and Helfaer, 2004)، التي تتضمن "مجموعة من ردود الفعل النفسية والفسيولوجية المتعلقة بألم ومرض جدي خطير وبإجراءات طبية وبخبرات معالجة منتشرة أو مخيفة تتعلق بالأطفال، ويُمكن أن تتضمن أيضاً أفكاراً تدخلية مقحمة حول الخبرة وبعض الخدر العاطفي والإثارة الفسيولوجية والتجنب (Patiño-Fernández, Pai, Alderfer, Hwang, Reilly, and Kazak, 2008).

كما ويستند فهم عملية التوتر الوالدي الذي يخبره آباء الأطفال المرضى بالسرطان في أغلب الدراسات إلى نظرية التوتر والمواجهة التي قدمها لازاروس وفولكمان (Lazarus and

ويعاني أفراد أسرة الأطفال المصابين بالسرطان من أشكال مختلفة من المحن والتعاسة المتعلقة بمرض الطفل. فقد يظهر الوالدان مشاعر التشاؤم وعدم اليقين والشعور بالوحدة وتدني تقدير الذات وأعراض توتر ما بعد الصدمة والتعاسة والحزن المتعلق بتوافق أشقاء الطفل (e.g., Kazak et al., 1997; VanDongen-Melman, Pruyn, De Groot, Koot, Hahlen, and Verhulst, 1995). كما تنعكس هذه المحن والتعاسة على مواقف الآباء من عودة الطفل المريض إلى المدرسة، وقد تؤدي بهم إلى تأخير أو تثبيط سلوك العودة إلى المدرسة على أساس التشاؤم بشأن مستقبل الطفل. بالإضافة إلى ذلك، قد يشعر الوالدان بأن الجهد العاطفي والجسدي المرتبط بالعودة إلى المدرسة سيكون بالغ الوطأة "بدرجة كبيرة" بالنسبة للطفل (Lansky, Cairns, and Zwartjes, 1983). وقد قام بعض الباحثين (e.g., Sexson and Madan-Swain, 1995; Spinetta and Deasy-Spinetta, 1986)، بوضع بعض المبادئ التوجيهية للآباء لاتباعها من أجل تيسير نجاح العودة للمدرسة بعد تشخيص السرطان وعلاجه، مشيرين إلى أن الآباء بذلك لا يسهلون فقط العودة إلى الروتين العادي، ولكنهم أيضاً يبرهنون للطفل عملياً بأن لديهم توقعات متفائلة ومليئة بالأمل بأن الطفل سيبقى على قيد الحياة (Deasy-

رابعاً: التشاؤم (Pessimism)

لقد أصبح التفاؤل والتشاؤم بؤرة البحث النظري والتجريبي الكبير في العقود الأخيرة، خصوصاً فيما يتعلق بنتائج الأوضاع الصحية (Carver and Scheier, 2002). وتعرف هذه التركيبات في أغلب الأحيان بوصفها نوعاً من النزعة والاستعداد لأن يكون لدى الشخص توقعات إيجابية أو سلبية بشأن المستقبل (Scheier and Carver, 2002). ويتصف الأفراد المتشائمون بالإحساس بالفشل والشعور بعدم الرضا بوجه عام عن الحياة، والشعور بالعقاب، وبالاعتقاد بأن النتائج السيئة هي أمر حتمي وبأن الأمور في أغلب الأوقات لن تنجح أو تتم بشكل جيد. ويرتبط التشاؤم بالمشاعر السلبية والعصابية والاستسلام والسلبية، والأداء السيئ، والعزلة الاجتماعية، وبالمقابل يسجل الأشخاص الذين يظهرون مستويات مرتفعة من التفاؤل توقعات إيجابية عامة، ويعتقدون بأن النتائج الجيدة ستتحقق لدى تعرضهم للمشاكل في مجالات الحياة المهمة (Williams, Davis, Hancock, and Phipps, 2010). ويتنبأ التفاؤل بالعديد من السلوكات والخصائص المتنوعة التي تتضمن المزاج الإيجابي، والمثابرة، والإنجاز والانبساطية (Peterson, 2000). كما ويتضمن التشاؤم الخصائص التالية: المشاعر الأولية بالقلق والمستوى المنخفض من الشعور بالسيطرة على المواقف (Criado del Valle and Mateos, 2008). ويوجد خلاف في الأدب النفسي بخصوص ما إذا كان من الأفضل تفسير التفاؤل والتشاؤم كمركيين منفصلين أو كنهائيات مضادة لمتصل واحد. وتشير نتائج الدراسات المتعددة التي استخدمت نموذج العاملين إلى وجود ارتباط سلبي ($r = -0.48$) معتدل بين عوامل التفاؤل والتشاؤم (Ey et al., 2005).

وتشير نتائج الدراسات (Fotiadou, Barlow, Powell, and Langton, 2008) التي أجريت على متغيري التشاؤم والتفاؤل لدى آباء الأطفال المرضى بالسرطان، إلى أن الآباء المتشائمين يتسمون بتبني أفكار سوداوية وبالشعور بعدم السيطرة على الأمور والعجز والإنكار والذنب والقلق حتى في المراحل المتأخرة من مرض طفلهم بالسرطان، كما أنهم غالباً ما يستخدمون إستراتيجيات كبح العواطف ومحاولة الهروب من الموقف وتجنب التحدث عن الحالة وتبني توقعات سلبية عامة بشأن المستقبل. ويكون الآباء المتشائمون مقارنة بالآباء المتفائلين أقل قدرة على قبول التشخيص كما أنهم يتوافقون مع مطالب تقديم الرعاية بدرجة أبطأ وأقل كفاءة (Fotiadou et al., 2008). من الناحية الأخرى، تبين أن الآباء المتفائلين يزعجون بدرجة أكثر لاستعمال إستراتيجيات المواجهة بحل المشكلة مثل السعي للحصول على المعلومات، وإيجاد معنى إيجابي في المرض، وإعادة تقييم الحالة باستمرار ومد يد المساعدة لأسر أخرى تعيش نفس الحالة. وتشير نتائج إحدى الدراسات (Mack, Cook, Wolfe, Holcombe, Cleary and Weeks, 2007) التي أجريت للكشف عن تفاؤل وتشاؤم آباء الأطفال المصابين بالسرطان، ويهدف مقارنة توقعات الطبيب والوالد

(Folkman, 1984)؛ فعندما يجابه الآباء بتشخيص طفلهم بالسرطان (الذي يمثل الحدث الموتر)، تبدأ عملية التوتر التي تتضمن التقييم للموقف الموتر، وما يتبعه من الشعور بالإجهاد بفعل الضغوط أو المطالب الطارئة، وردود أفعال الإجهاد أو مظاهر التوتر، والتي تصبح أعراضاً واضحة تتضمن الشعور بالحيرة والقلق والاكتئاب أو أعراض توتر ما بعد الصدمة (Posttraumatic stress symptoms (PTSS)). وتشير نتائج إحدى الدراسات (patino-Fernandez et al., 2008)، إلى أن (51%) من الأمهات (ن = 66) و(40%) من الآباء (ن = 29) من أصل العينة الكلية للأمهات (ن = 129) والآباء (ن = 72) الذين لديهم طفل مصاب بالسرطان، قد انطبق عليهم تشخيص اضطراب التوتر الحاد (Acute Stress Disorder [ASD])، حسب معايير النسخة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية-الجمعية النفسية الأمريكية (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), American Psychological Association, APA, 2000). كما تبين أن القلق العام كان متنبئاً قوياً باضطراب التوتر الحاد عند كل من الأمهات والآباء.

علاوة على ذلك، أكدت العديد من الدراسات (Alderfer, Cnaan, Annunziato, and Kazak, 2005; Kazak, Alderfer, Rourke, Simms, Streisand, and Grossman, 2004; Kazak, Alderfer, Streisand, et al., 2004). أن أفضل تصور وفهم لتأثير سرطان الطفولة على الآباء يمكن أن يكون من خلال منظور الأعراض المتعلقة بالصدمة أو أعراض توتر ما بعد الصدمة (PTSS) و اضطراب توتر ما بعد الصدمة (PTSD) و اضطراب التوتر الحاد (Acute Stress Disorder [ASD]). ويعرف اضطراب توتر ما بعد الصدمة (PTSD) بأنه تطور أعراض معينة لدى الشخص تتبع تعرضه ووقوع حدث مأساوي له موثر نفسياً، يكون خارج مجال ومدى الخبرة الإنسانية المألوفة (DSM-IV, APA, 2000)، والتي تتضمن مشاعر الخوف الشديد، والعجز والاسترجاع الكامل لأحداث الخبرة المأساوية بكافة تفاصيلها وتجنب المثيرات المرتبطة بها والمروور بحالة من الخدر (Numbing)، من خلال إظهار استجابات انفعالية وجسدية لا شعورية عامة، بالإضافة إلى التهيج (Agitation) الزائد. ويتصف اضطراب التوتر الحاد (ASD) بتطور أعراض القلق والأعراض الانفصالية (Dissociative)، التي تتضمن مظاهر عدم الإدراك الواقعي، وعدم الشخصية، وفقدان الذاكرة الانفصالي، والشعور الذاتي بالخدر وتناقص الشعور بما يحيط بالفرد، خلال أو مباشرة بعد وقوع الحدث المأساوي، والمظاهر الاضطرابية الأخرى كالإكتئاب والقلق التي تحدث خلال شهر واحد بعد التعرض للحدث الموتر (مرض الطفل) (patino-Fernandez et al., 2008).

القبلية والبعديّة والتتبعية)، وذلك باستخدام استبيانات للتقدير الذاتي ومن خلال الملاحظة المباشرة من قبل فريق التدخل النفسي والاجتماعي والعاملين في المستشفى. أشارت النتائج إلى وجود تغييرات إيجابية دالة على مقياس المواجهة واليأس وعبارات تقدير الفائدة العامة من البرنامج لدى كل من الوالدين والطفل. كما أشار فريق المستشفى إلى وجود تقبل وامتنال وتعاون أفضل مع الإجراءات الطبية لدى الأطفال وذويهم.

وصممت مجموعة من الباحثين (Kazak et al., 1999)، في جامعة بنسلفانيا في مدينة فيلادلفيا، برنامج تدخل للإرشاد الجمعي لمرضى السرطان للبقاء على قيد الحياة بكفاءة (Surviving Cancer Competently: An Intervention Program - SCCIP)، للمراهقين المصابين بسرطان الطفولة ولآبائهم وأشقاؤهم. ويجمع هذا البرنامج ما بين مناهج العلاج المعرفي السلوكي والأسري، ويهدف لتخفيف أعراض التوتر والضيق وتحسين التطور والوظيفة الأسرية. وقد أجريت الدراسة على عينة مؤلفة من (19) أسرة حيث أكمل الآباء مقياس قلق- حالة وأعراض توتر ما بعد الصدمة (PTSD)، وردود فعل الحدث، ومقياس الوظيفة الأسرية، قبل التدخل وبعد مرور ستة شهور على انتهائه. أشارت بيانات تقييم البرنامج إلى أن جميع أفراد الأسر المشاركة ذكروا أن البرنامج كان مساعداً لهم. وأظهرت نتائج التحليلات الإحصائية لبيانات المقياس القبلية والبعديّة أن أعراض التوتر والقلق وردود فعل الحدث قد نقصت بدرجة دالة إحصائية في القياس البعدي، في حين لم يطرأ أي تغيير على الوظيفة الأسرية. وأجرت سترايساند وزملاؤها (Streisand et al., 2000) دراسة لفحص فاعلية برنامج إرشاد جمعي للتحصين ضد التوتر، ولضبط التوتر في التخفيف من مستويات توتر أمهات الأطفال المصابين بالسرطان خلال فترة إقامتهم وإجرائهم لعملية زرع نخاع شوكي في أحد مستشفيات الأطفال الجامعية في ولاية فلوريدا. تم توزيع عينة الدراسة (ن=22) من الأمهات إلى مجموعة تجريبية (ن=11) التي سيطبق عليها برنامج إرشاد جمعي للتحصين ضد التوتر، ومجموعة ضابطة (ن=11) التي تعرضت لبرنامج رعاية نفسية وتجهيز عادي لعملية الزراعة الخاصة بالطفل المريض. أشارت نتائج تحليل التباين للقياسات المتكررة إلى أن مجموعة الأمهات اللواتي تعرضن لبرنامج الإرشاد الجمعي مقارنة بالأمهات في المجموعة الضابطة، سجلت استخداماً أكبر لإستراتيجيات ضبط التوتر، إلا أن الفروق في مستوى التوتر بين المجموعتين لم تكن دالة. وأجرى زيدان (2001) دراسة لفحص فعالية برنامج إرشاد جمعي يستند إلى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) في التخفيف من حدة القلق لدى عينة عشوائية مؤلفة من (20) أم وأباً لأطفال (ن=20)، تتراوح أعمارهم من (8 - 12) سنة، يعانون من سرطان الدم (اللوكيميا)، ومضى على تشخيص حالتهم من (شهرين - ثلاثة أشهر)، ممن يتلقون العلاج في عدد من المستشفيات الحكومية في مصر. استخدم الباحث مقياس القلق ودليل المقابلة للفريق العلاجي والتقارير النفسية والاجتماعية والطبية للأطفال،

لإمكانية شفاء الطفل ونجاح العلاج، وذلك على عينة (ن=194) من آباء الأطفال المصابين بالسرطان (ن=20) من آباء هؤلاء الأطفال، إلى أن أغلبية الآباء (61%) كانوا أكثر تفاؤلاً من الآباء حول فرص شفاء طفلهم، وأن التقديرات الوالدية بشأن إمكانية شفاء الطفل قد تطابقت مع تقديرات الطبيب لدى (29%) فقط من الحالات، وتبين أن (10%) فقط من الآباء كانوا أكثر تشاؤماً من الأطباء حول فرص الشفاء. وينبثق الاهتمام بموضوع تشاؤم آباء الأطفال المرضى بالسرطان من أهمية الحالة النفسية للوالدين في تسهيل اجتياز إجراءات مرض السرطان، ولدوره المعوق لعملية تقديم الرعاية ولكون التشاؤم الوالدي يرتبط بتشؤم الطفل (Hassan and Power, 2002). ويحدث موقف الآباء من مرض طفلهم ونظرتهم العامة وسلوكهم المنبثق من أوضاعهم النفسية تأثيرات حاسمة على توافق الطفل المريض بالسرطان مع إجراءات التشخيص والمعالجة. فمواقف الآباء الإيجابية تهدئ من روع الطفل المريض، وتدعمه عاطفياً للتغلب على آلام المعاناة والمشاكل المتضمنة في المعالجة، وبالمقابل، قد يعرقل موقف الآباء السلبى المتشائم توافق الطفل المريض ويستثير لديه التشاؤم والعدوانية وعدم التعاون (Uriadnitskaia, Bialik, Moiseenko, and Nikolaeva, 1997).

الدراسات السابقة

لقد تناولت الدراسات السابقة مجالات مختلفة لتقييم فاعلية برامج الإرشاد الجمعي في التخفيف من المحن والتعاسة لدى الوالدين مع أطفال يعانون من مرض السرطان، من خلال تصميم برامج إرشاد جمعي لتعليم الآباء كيفية التعامل مع هذا الموقف الموتر المزمن، فقد قامت مجموعة من الباحثين (Macner-Licht, Rajalingam, and Bernard-Opitz, 1998)، من سنغافورة، بتطوير برنامج علاج جمعي يستند إلى التدخل السلوكي والعلاج باللعب لأسر الأطفال والأطفال الذين شخّصت إصابتهم حديثاً أو لديهم انتكاس لمرض سرطان الدم الليمفاوي الحاد (Acute Lymphoblast Leukemia [ALL])، وفحص فاعليته في تحسين مستويات المواجهة واليأس وتقبل الإجراءات الطبية. وقد شارك ثمانية (8) أطفال، وعشرة (10) من الآباء والأمهات، في هذا البرنامج العلاجي الذي استمر لمدة إثني عشر (12) أسبوعاً، حيث تلقى الأطفال جلسات علاج باللعب فردية وأنشطة بمساعدة الحاسوب لتعليمهم مهارة حل المشكلات، في حين شارك الآباء في مجموعة علاجية للدعم المنظم تضمنت تزويدهم بالمعلومات الكافية بشأن مرض السرطان وإجراءات العلاج، وبفرص المشاركة في الخبرات المتعلقة بإستراتيجيات المواجهة التي وجدها الآباء مساعدة، بالإضافة لتعليم الآباء طرق الاسترخاء لمساعدتهم في التعامل مع الأوضاع المادية والعاطفية القاسية المرتبطة بطول مدة إقامة الطفل المريض في المستشفى. وقد تم تقييم مجموعات الأطفال والآباء قبل، وعلى الفور بعد، وبعد مرور ستة (6) أشهر من انتهاء التدخل العلاجي (القياسات

برنامج تعليم نفسي لآباء الأطفال المصابين بالسرطان الذين يتلقون العلاج في مستشفى جامعي في ماليزيا. اشتملت العينة على (79) والداً تم توزيعهم حسب الرغبة على المجموعة التجريبية (ن=41) التي تلقت البرنامج التدخلية بالإضافة إلى الخدمات العادية ضمن أربع مجموعات، والمجموعة الضابطة (ن=38) التي قدمت لها الخدمات العادية فقط. تم تطبيق مقاييس المعلومات بشأن السرطان والقلق والتوتر ونقاط القوة والضعف وأنشطة تعامل الآباء مع الأطفال، على أفراد المجموعتين لتحديد الخط القاعدي القبلي. تألف البرنامج من أربع جلسات أسبوعية لمدة (50) دقيقة، تضمنت تعليم المشاركين وتدريبهم على إستراتيجيات المواجهة وتزويدهم بأحدث المعلومات عن سرطان الطفولة. كشفت النتائج التحليلية لبيانات القياس البعدي عن ارتفاع مستوى المعرفة عن مرض السرطان بدرجة دالة إحصائياً لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة، وتبين وجود فروق في درجات القلق والتوتر وأنشطة تعامل الآباء مع الأطفال بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح الأولى التي تحسنت على تلك المقاييس، لكن الفروق بين المجموعتين لم تكن دالة إحصائياً.

يظهر الاستعراض البحثي السابق أن معظم الدراسات ومنها العربية (زيدان، 2001) قد استخدمت منهج العلاج المعرفي السلوكي (CBT)، واستهدف متغيرات أعراض التوتر والقلق والضيق واليأس والتعامل مع الإجراءات الطبية، بالإضافة لتحسين التطور والوظيفة الأسرية، في حين ركزت دراسة واحدة فقط (Sahler et al., 2005)، على التوتر والقلق والاكتئاب، ونجد أن التركيز كان على دور الأسرة أو (الوالدين) في تحقيق التوافق النفسي للأبناء المرضى، وباستثناء دراستين (Sahler et al., 2005; Streisand et al., 2000)، فإن الدراسات السابقة لم تستخدم منهج العلاج المعرفي السلوكي تحديداً مع الأمهات، بل ركزت على الوالدين معاً أو الأسرة كلها وليس الأمهات وحدهن. وبالتالي فقد أتت هذه الدراسة لتغطية هذا النقص وللتعامل مع فئة الأمهات باعتبارهن الفئة التي تتحمل أكبر قسط من المسؤولية عن العناية والرعاية للطفل المصاب بالسرطان، ولدراسة تأثير البرنامج الإرشادي الجمعي المصمم لغايات الدراسة الحالية، على التقليل من التوتر والتشاؤم لدى الأمهات، وهما متغيران لم تدرسهما سوى دراسة واحدة كما أشير سابقاً.

مشكلة الدراسة وأهميتها

تعد النساء وبشكل خاص الأمهات اللواتي يمثلن غالبية مقدمي الرعاية لأفراد الأسرة المصابين بأمراض شديدة الخطورة والوطأة، فئة سكانية مهملة إلى حد ما. ولا يخفى أن حدث تعرض الأمهات لتشخيص إصابة أحد أطفالهن بالسرطان غالباً ما يمثل مصدر توتر حاد يؤدي لتطوير ردود أفعال انفعالية مختلفة، وتتباين تلك الردود الانفعالية في حدتها تبعاً للإجراءات الطبية المرتبطة بشدة الحالة المرضية ومدى استمراريتها ومستقبل ومآل الحالة وما تلقىه بظلالها من آثار على مستقبل الطفل وكفاءته الذاتية

بالإضافة للبرنامج الإرشادي، وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين نتائج القياسين القبلي والبعدي لصالح البعدي، ما يشير لفاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم.

وقامت كازاك وزملاؤها (Kazak, Simms et al., 2005)

بتقييم برنامج علاج نفسي مختصر يتألف من ثلاث (3) جلسات علاجية لمقدمي الرعاية للأطفال الذين يعانون حديثاً من السرطان، وذلك على عينة (ن=38) من مقدمي الرعاية لأطفال السرطان في مدينة فيلادلفيا، تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين الأولى تجريبية تلقت برنامج التدخل والثانية ضابطة تلقت العلاج المعتاد فقط الذي يتبع معرفة الوالدين بمرض الطفل. شمل تصميم الدراسة قياسات قبلية وبعدي بعد مرور شهرين على تطبيق البرنامج، بالإضافة إلى بيانات تتبعية أخرى للدراسة، باستخدام مقاييس قلق- حالة وأعراض توتر ما بعد الصدمة (PTSD)، والتغذية الراجعة الصادرة من المعالج وجهة الإشراف على تطبيق وتقييم البرنامج. أشارت النتائج إلى أن البرنامج التدخلية المستخدم مع المجموعة التجريبية كان فعالاً حيث أظهرت بيانات التحليلات الإحصائية للمقارنات بين المجموعتين في القياس البعدي وجود فروق دالة إحصائية تعزى لنوع المجموعة حيث تبين وجود تناقص في مستويات القلق وانخفاض في أعراض التوتر الوالدي ما بعد الصدمة (Parental Posttraumatic Stress Symptoms [PTSS]) لدى مجموعة برنامج العلاج المختصر، كما أثبتت بيانات التوثيق التتبعي استمرار فاعلية البرنامج لديها. وهدفت دراسة ساهلر وآخرين (Sahler et al., 2005)، إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشاد جمعي يستند إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي (A Cognitive-behavioral therapy [CBT])، باستخدام التدريب على مهارة حل المشكلات، في تقليل مستويات التوتر والقلق والاكتئاب لدى مجموعة من أمهات (ن=430) الأطفال المشخصين حديثاً بالسرطان في أحد المستشفيات التابعة لجامعة روتشستر بولاية نيويورك، وقد تم في هذه الدراسة تطبيق برنامجين يستندان إلى المنهج المعرفي السلوكي، استند الأول الذي قدم للأمهات في المجموعة التجريبية (ن=213)، إلى دمج برنامج الرعاية النفسية والاجتماعية المعتاد (UPC) تقديمه للأمهات في المستشفى، مع برنامج التدريب على مهارة حل المشكلات (Problem-solving skills training [PSST])، وذلك خلال ثماني (8) جلسات إرشاد جمعي. واستند البرنامج الثاني الذي قدم للأمهات في المجموعة الضابطة (ن=217)، فقط إلى برنامج الرعاية النفسية والاجتماعية المعتاد تقديمه للأمهات. أشارت نتائج القياسات البعدي إلى أن الأمهات في المجموعة الأولى (PSST+UPC) مقارنة بالمجموعة الثانية (UPC) أظهرن تراجعاً أعلى بدرجة دالة في معدلات التوتر والقلق والاكتئاب، كما احتفظن بهذه المكاسب العلاجية في القياس التتبعي بعد مرور مدة ثلاثة أشهر على تطبيق البرنامج الإرشادي.

وأجرت مجموعة من الباحثات (Othman, Blunden, Mohamad, Hussin, and Osman, 2010) دراسة لتقييم كفاءة

على نفس هذين المقياسين في القياس التتبعي بعد مرور شهر على انتهاء البرنامج الإرشادي.

مصطلحات الدراسة

1. برنامج الإرشاد الجمعي: يعد الإرشاد الجمعي شكلاً من أشكال الإرشاد النفسي والتربوي، ويُعد عمليةً نمائيةً علاجيةً موجهةً نحو تغيير اتجاهات وسلوك الأفراد الذين يواجهون مشاكل مؤقتة أو دائمة، تتم بإدارة قائد المجموعة الذي يعمل وفق واحدة و/أو عدد من نظريات الإرشاد النفسي، ويقوم بمسؤولية البناء والتنظيم للمجموعة ويتولى إدارة وتسهيل أنشطة البرنامج المصمم، وذلك ضمن مجموعات صغيرة تضم أفراداً ذوي اهتمامات مشتركة، يتم التفاعل فيها بين بعضهم البعض، وتتم مساعدتهم من خلال التعبير والانفتاح الذاتي وعمليات المجموعة في جو من الأمان والثقة والتماسك (Gazda, Genter and Horne, 2001). وتعد مهارات المرشد بين الشخصية ومهارات التأثير (مثل التعاطف والدفء والأصالة والكفاءة والاعتدال والتوجيه والدعم) وأيضاً التحالف العلاجي ودرجة مشاركة المسترشدين، من المقومات الأساسية في برنامج الإرشاد الجمعي. وتتطور المجموعة الإرشادية من خلال خمس مراحل تمر بها: مرحلة التشكيل والمرحلة الأولية ومرحلة الانتقال ومرحلة العمل وأخيراً مرحلة الإنهاء (Corey and Corey, 1997). ويستند برنامج الإرشاد الجمعي الذي تم إعداده من قبل الباحثين لغايات الدراسة الحالية، وتولى الباحث الثاني تنفيذه، إلى نظرية العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Theory [CBT])، بهدف التقليل من مستويات التوتر والتشاؤم المرتبطة بمرض السرطان لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض السرطان من أفراد العينة التجريبية (ن=10)، من خلال استخدام مجموعة من الأساليب والفنيات الإرشادية كالشرح وإعطاء التعليمات والنمذجة ولعب الدور وأسئلة المواجهة والتعزيز والتغذية الراجعة والواجبات البيتية. ويرتكز البرنامج الإرشادي على تشكيل ديناميكية الجماعة وتسهيل عمليات المجموعة الإرشادية المفترض أن تؤدي لخلق نوع من المساعدة المتبادلة بين الأمهات وإلى غرس ورفع مستوى التفاؤل والأمل بمستقبل أطفالهن (Corey and Corey, 1997). وقد طبق برنامج الإرشاد الجمعي الحالي على مجموعة إرشادية مغلقة (Closed) وكانت العضوية فيها طوعية (Voluntary).

2. التوتر (Stress): ويقصد به في هذه الدراسة التوتر النفسي الذي يشعر به والدا الطفل المريض جراء الضغوطات المرتبطة بمرض طفلهم، ويعرف إجرائياً بأنه مجموع درجات التوتر التي يسجلها المفحوص على مقياس التوتر المرتبط بمرض الطفل ورعايته والمطور لغايات الدراسة الحالية.

والشخصية. وقد تتوقع هذه النتائج من قدرة الأمهات على القيام بدورهن الجديد المتمثل برعاية الطفل المريض والعناية به، بالإضافة إلى الواجبات الأخرى الملقاة على كاهلهن، وهذا ما قد يساهم في شعورهن بالتوتر والأسى والحزن، خاصة عندما تسيطر الأفكار التشاؤمية عليهن ويرين أن الأمور خارجة عن سيطرتهم وأنهن غير قادرات على التعامل بكفاءة مع الموقف المتعلق بمرض طفلهن، وبهذا تواجه الأمهات جملة من المشكلات الخاصة أثناء محاولتهن التكيف والتعايش مع وجود طفل مريض بالسرطان، لهذا تُعد الأمهات من أكثر الفئات حاجة لتوفير برامج إرشادية لمساندتها وتمكينها من التعامل مع أعباء الدور الجديد بأقل قدر من مشكلات الصحة النفسية المحتملة أن تستمر على المدى الطويل. وتكمن مشكلة الدراسة الحالية في أن معظم البرامج الإرشادية قد أهملت هذه الفئة من المسترشدين ولم تسع لتطوير برامج إرشاد جمعي خاصة بهن، وبلغت أخرى في عدم توفر برامج إرشادية تستند إلى البرهان التجريبي لفحص كفاءتها مع أسر الأطفال المصابين بالسرطان في الأردن، وخاصة الأمهات اللاتي يتحملن مسؤولية رعاية الطفل المريض بمعدلات أكثر من غيرهن من أعضاء الأسرة. وتنبثق الأهمية النظرية للدراسة في ما ستضيفه من معلومات جديدة إلى ميدان الإرشاد النفسي والأسري وقد يكون لها أثر فاعل في توضيح كفاءة بعض استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي في البرامج التدخلية الخاصة بمقدمي الرعاية لأطفال السرطان والتي لم يتم توضيحها من خلال البحوث التي تمت دراستها في نفس المجال؛ كما وتبرز الأهمية التطبيقية للبحث في توفير أدوات قياس ومادة علمية للمرشدين العاملين في المستشفيات لتطوير البرامج الخاصة بمقدمي الرعاية للأطفال المرضى بمرض مستعص مما يكون له أثر فاعل في خدمة مهنة الإرشاد.

وبالتحديد تحاول الدراسة الحالية التحقق من صحة الفرضيات الثلاث التالية:

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05)، بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية من الأمهات اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة من الأمهات اللواتي لم يتعرضن للبرنامج الإرشادي، على مقياس التوتر الوالدي في القياس البعدي.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05)، بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية من الأمهات اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة من الأمهات اللواتي لم يتعرضن للبرنامج الإرشادي، على مقياس التشاؤم في القياس البعدي.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05)، بين متوسط درجات الأمهات في المجموعة التجريبية اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي، على مقياسي الدراسة (التوتر الوالدي والتشاؤم)، في القياس البعدي ومتوسط درجاتهن

الدراسة (التوتر الوالدي والتشاؤم)، بالإضافة للمستوى التعليمي للأُم وخلق أسرتها من أوضاع تفكك وانفصال وغياب للأب. وقد تألفت عينة الدراسة التي انطبقت عليها محكات الدراسة من عشرين (20) أماً من أمهات الأطفال المصابين بسرطان الدم أو اللوكيميا للمفاوية الحادة [ALL]، ذات التسرطن الأولي المبكر، من الفئة ل1، ممن تراوحت أعمارهم ما بين (6-11) عاماً، وبمتوسط عمري وانحراف معياري بلغا (م=8.05 عاماً؛ ع=1.66). وفيما يتعلق بخصائص أفراد عينة الدراسة، تبيّن أن أعمار الأمهات تراوحت ما بين (25-45) عاماً، وبمتوسط عمري وانحراف معياري بلغا (م=34.85؛ ع=6.65)، وأن (60%) هن من حملة الإعدادية والثانوية، والبقية (40%) كن جامعات، وأن نصفهن (50.5%) كن يعملن قبل مرض الطفل ولكنهن تركته بعد تشخيص الطفل بسرطان، وينتمي نصف (50%) أفراد العينة إلى مستوى اقتصادي متوسط، والنصف الآخر (45%) إلى مستوى منخفض، والبقية (1%) مرتفع. وقد تم توزيع عينة الأمهات بصورة متساوية عشوائياً إلى مجموعتين، التجريبية (ن=10) التي شاركت في البرنامج الإرشادي، والضابطة (ن=10) التي لم تتعرض لأي برنامج إرشادي. وقد تم التحقق من تكافؤ المجموعتين على مقياسي الدراسة في القياس القبلي قبل تعرّض المجموعة التجريبية للبرنامج الإرشادي.

ثانياً: أدوات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام الأدوات التالية: برنامج الإرشاد الجمعي والذي صمّم لمساعدة أمهات الأطفال الأردنيين على التقليل من التوتر والتشاؤم، بالإضافة إلى مقياسي التوتر الوالدي والتشاؤم، وذلك بعد التحقق من صدقها وثباتها ومناسبتها لأفراد الدراسة في البيئة الأردنية.

1- برنامج الإرشاد الجمعي (Group Counseling Program): تم تصميم برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية استناداً إلى المراجعة الدقيقة للأدب النفسي في مجال برامج الإرشاد الجمعي الخاصة بأسر مرضى السرطان، بحيث تمت الاستفادة من بعض المبادئ والقواعد التي يستند إليها الإرشاد الجمعي وتطبيقاته ونماذج برامج المختلفة في مجال الوقاية والبناء، ومن خلال دمج المفاهيم والافتراضات التي تقوم عليها نظرية العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Theory [CBT])، وذلك بهدف التقليل من التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال المصابين بسرطان، من خلال تزويدهن بالمعلومات العلمية الصحيحة المتعلقة بالمرض وبسبل الاستفادة من الالتزام بالخطة العلاجية للطفل المريض، وبواسطة تدريبيهن على مهارات حل المشكلات ومهارات المواجهة وطرق توظيف موارد الدعم الأسري والاجتماعي. وقد تألف برنامج الإرشاد الجمعي الذي شاركت فيه عشر (10) أمهات يمثلن أفراد المجموعة التجريبية، خلال الفترة الواقعة من 2009/7/13-2009/8/31، من (14)

3. التشاؤم (Pessimism): يقصد بالتشاؤم التوقع السلبي لوقوع الأحداث القادمة والنظرة السوداوية بشأن المستقبل وفقدان الأمل بإمكانية النجاح في أي خطط حياتية حاضرة أو مستقبلية، ويعرّف إجرائياً بأنه مجموع الدرجات الكلية للمفحوص على مقياس التشاؤم المستخدم في الدراسة الحالية.

4. أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان: وهن يمثلن عينة الدراسة التي تضم (20) عشرين أماً تم توزيعهن بالتساوي عشوائياً على المجموعة التجريبية والضابطة، من أمهات الأطفال الأردنيين المشخصين حديثاً بالإصابة بسرطان الدم (اللوكيميا) والذين يتلقون العلاج داخل أحد المستشفيات الجامعية الحكومية في الأردن، نتيجة للتشخيص الطبي المعتمد من الأطباء المختصين حول إصابة هؤلاء الأطفال بمرض اللوكيميا للمفاوية الحادة ذات التسرطن الأولي المبكر (Early precursor B cell)، من الفئة (ل1)، ممن تراوحت أعمارهم ما بين (6-11) عاماً، وبمتوسط عمري بلغ (م=8.05 عاماً؛ ع=1.66)، ولم يمض على هذا التشخيص مدة تتجاوز (6) أسابيع، وفي المرحلة الأولى من المرض، وبوشر بعلاجهم منه.

إجراءات الدراسة

أولاً: مجتمع الدراسة وعينتها

تكوّن مجتمع الدراسة الأصلي الذي تم اختياره باتباع أسلوب العينة القصدية، من مجموعة (ن=45) من أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بسرطان الدم أو اللوكيميا للمفاوية الحادة ذات التسرطن الأولي المبكر- الفئة ل1، ممن تتراوح أعمارهم ما بين 5-12 سنة، ولم يمض على هذا التشخيص مدة تتجاوز (6) أسابيع، وفي المرحلة الأولى من المرض، وبوشر بعلاج البعض منهم منه، ويخضعون لإجراءات التشخيص والعلاج داخل مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي التابع لجامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية في إربد شمالي الأردن. وكانت هؤلاء الأمهات يقمن بمرافقة وبرعاية هؤلاء الأطفال المرضى الذين يخضعون لإجراءات التشخيص المتواصل والمتابعة والعلاج الطبي المستمر في الفترة التي أجريت فيها الدراسة (حزيران - آب 2009).

عينة الدراسة

استمدت عينة الدراسة من مجتمع الدراسة استناداً إلى بعض المحكات وهي موافقة الأم والأسرة على مشاركة الأم في إجراءات الدراسة بما فيها البرنامج الإرشادي، ولم يمض على تشخيص طفلها بسرطان الدم مدة تتجاوز (6) أسابيع، وفي المرحلة الأولى من المرض، وبوشر بإجراءات تشخيصه المستمر وعلاجه منه، من الذين يخضعون للمعالجة داخل أحد المستشفيات الجامعية الحكومية في الأردن، وتسجيلها لدرجات مرتفعة على مقياسي

من مقاييس التوتر المرتبط بالأعباء الوالدية للأطفال مرضى السرطان (i.e., Parenting Stress Index/Short Form [PSI/SF]; Abidin, 1992, 1995; Pediatric Inventory for Parents [PIP]; Pediatric Parenting Stress [PIP], Streisand, Braniecki, Tercyak, and Kazak, 2001; Streisand *et al.*, 2008). ويهدف المقياس إلى قياس التوتر المرتبط بالأعباء الوالدية الناجمة عن رعاية الطفل المصاب بالسرطان، من خلال قياس التوتر الوالدي بأبعاده الأربعة المختلفة: البُعد الفسيولوجي، البُعد المعرفي، البُعد النفسي، والبُعد الدعم الاجتماعي. ويتألف المقياس من (40) فقرة، عشر (10) فقرات منها إيجابي (الفقرات ذات الأرقام: 2، 15، 17، 18، 21، 24، 25، 27، 29، 31)، وتصحح هذه الفقرات الإيجابية بصورة عكسية. ويطلب من المفحوصين تقدير إجاباتهم على فقرات المقياس على سلم تقدير ليكرت مؤلف من خمس درجات تتراوح من خمس (5) درجات (تنطبق إلى درجة كبيرة جداً)؛ أربع (4) درجات (تنطبق إلى درجة كبيرة)؛ ثلاث (3) درجات (تنطبق إلى درجة متوسطة)؛ درجتان (2) (تنطبق إلى درجة قليلة)؛ إلى درجة واحدة (1) (لا تنطبق أبداً). وتشير الدرجات المرتفعة على المقياس الكلي/ الفرعي إلى درجة عالية جداً من التوتر الوالدي، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس من 40-200 درجة.

وتتوزع فقرات المقياس الأربعة (40) على أربعة أبعاد بالتساوي هي: الفسيولوجي، ويشمل أعراضاً فسيولوجية كاحمرار الوجه وصعوبة التنفس والصداع والتعرق وعدم الانتظام في ضربات القلب ويتضمن الفقرات ذات الأرقام: 3، 9، 14، 19، 22، 26، 29، 34، 38، 40. ومن الأمثلة على فقرات البعد (الفسيولوجي) الفقرة رقم (3) "أعاني كثيراً من الصداع". والمعرفي، ويشمل عمليات معرفية مثل النسيان، وضعف التركيز، وتششت الانتباه، ويتضمن الفقرات ذات الأرقام: 4، 8، 12، 20، 21، 25، 27، 28، 37، 39. ومن الأمثلة على فقرات هذا البعد الفقرة رقم (4) "كثيراً ما أتجنب اتخاذ أي قرار". والنفسي، ويشمل أعراضاً نفسية مثل القلق والخوف والحساسية الزائدة واضطرابات النوم ويتضمن الفقرات ذات الأرقام: 1، 6، 7، 10، 11، 16، 23، 32، 33، 35. ومن الأمثلة على فقرات هذا البعد الفقرة رقم (1) "يتغير مزاجي بسرعة دون سبب ظاهر". والدعم الاجتماعي، ويشتمل على: الاتصال وخبرات المساندة والتشجيع والمشاركة والتفاعل ويتضمن الفقرات ذات الأرقام: 2، 5، 13، 15، 17، 18، 24، 30، 31، 36. ومن الأمثلة على فقرات هذا البعد الفقرة رقم (13) "أجد صعوبة في التعامل مع الناس". وتتراوح الدرجة الكلية لكل مقياس من المقاييس الفرعية الأربعة، من 10-50 درجة. وللتحقق من الخصائص السيكومترية وشروط الثبات والصدق للمقياس، تم استخراج الصدق الظاهري لهذا المقياس من خلال عرض صورته الأولية على مجموعة من المحكمين المختصين من حملة الدكتوراه

جلسة إرشادية، تم توزيعها على سبعة أسابيع بمعدل جلستين أسبوعياً، ومدة الجلسة (90) دقيقة. واستند برنامج الإرشاد الجمعي إلى مكونات أربعة: التعليم والاتصال والمواجهة وتوظيف الدعم الأسري والاجتماعي، وإلى علاقة المشاركة والتبادلية ما بين أعضاء المجموعة والعلاقة المهنية المساعدة بين قائد المجموعة (وهو مرشد مؤهل ومتخصص ذو معرفة وتدريب) وأمهات الأطفال لمساعدتهن للوصول لفهم أفضل لهما ومهن ومشاكلهن ومشاعرهن المرتبطة بحالة أطفالهن المرضية.

وقد تضمن البرنامج التركيز على ثمانية مواضيع رئيسية كالتالي: التعريف بالبرنامج والتعارف والبناء؛ مهارة حل المشكلات (تحديد المشكلة، توليد البدائل، اتخاذ القرار، تنفيذ الإستراتيجية)؛ حاجات الأطفال الأساسية؛ سرطان الطفولة؛ التعليمات الذاتية والحوار الذاتي؛ مهارات المواجهة؛ إعادة البناء المعرفي؛ وأخيراً الدمج والتكامل والإنهاء والتقويم. وقد تم التحقق من الصدق المنطقي لبرنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية من خلال عرضه على عشرة (10) محكمين من حملة الدكتوراه في علم النفس والإرشاد النفسي والصحة النفسية، لتحديد مدى مناسبه للأهداف التي أعدت من أجلها.

وقد تم تنفيذ برنامج الإرشاد الجمعي في قاعة العيادة النفسية في مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي التابع لجامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية في إربد، والذي اختير منه الأطفال المصابون بالسرطان، وهي غرفة قريبة من جناح الأطفال في المستشفى، ما مكن الأمهات بأن يكن في المتناول بسرعة إذا احتاجن الطفل، وهو الأمر الذي سهل اشتراكهن والتزامهن بجلسات المجموعة الإرشادية. وتتميز القاعة بالسعة وبكونها مزودة بطاولة جلوس دائرية ومقاعد جلدية مريحة ومناسبة، ولوح أسود وجهاز كمبيوتر محمول (Lab-Top)، وجهاز إسقاط رأسي (Data Show)، وقد تم تزويد كل مسترشدة بحافظة أوراق جلدية لوضع جميع النماذج التعليمية والتدريبية والواجبات البيتية المطبوعة الخاصة بكل جلسة، بالإضافة إلى مواد مطبوعة تضم المعلومات الخاصة بمرض السرطان، والمعدة من الأطباء المختصين في معالجة مرضى السرطان بالمستشفى المذكور، وتولى تنفيذ البرنامج الباحث الثاني وهو مرشد نفسي يحمل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي تم تدريبه على البرنامج بشكل عملي من قبل الباحث الأول الذي يحمل درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي، وطبق البرنامج بحضور إحدى الأخصائيات النفسيات و/أو أحد الأخصائيين النفسيين من الجهاز العامل في العيادة النفسية اللذين كانا يتوليان بالتناوب أو المشاركة متابعة تنفيذ أنشطة جلسات الإرشاد الجمعي وفق ترتيب مسبق مع الباحثين، وذلك حسب شروط ورغبة إدارة المستشفى الجامعي المسبقة.

2- مقياس التوتر الوالدي (Parenting Stress Scale): استخدم في الدراسة الحالية مقياس التوتر الوالدي (ملحق 1) المستمد

على فقرات بعد (التشاؤم) الفقرة رقم (5) "نادراً ما أتوقع حدوث أشياء جيدة لي". وانسجاماً مع غايات الدراسة الحالية تم الاستناد فقط إلى الدرجة الكلية للمقياس التي تشير إلى التشاؤم بعد عكس تصحيح الفقرات الإيجابية الخاصة بالتفاؤل. ويتمتع المقياس الأصلي بمعاملات صدق وثبات مقبولة (Chang, Maydeu-Olivares, and D'Zurilla, 1997)، إذ بلغ معامل الثبات بإعادة الاختبار (0.73)، ومعامل الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا) للدرجة الكلية للمقياس (0.77).

وللتحقق من الخصائص السيكومترية وشروط الثبات والصدق للمقياس لغايات الدراسة الحالية، تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس من خلال عرض صورته الأولية على مجموعة من المحكمين المختصين من حملة الدكتوراه في الإرشاد النفسي وعلم النفس التربوي، من أعضاء هيئة التدريس العاملين في بعض الجامعات الأردنية الحكومية، بلغ عددهم عشرة (10) محكمين، ويتألف المقياس بصورته الأولية من (56) فقرة (ديمبر ومارتين وهيومر وهو وميلتون، 1998)، وقد بلغت نسبة الاتفاق بين المحكمين (80%)، وتم إجراء تعديل أو حذف لبعض الفقرات في ضوء تعديلات المحكمين، حيث أصبح المقياس يتكون في صورته النهائية من (32) فقرة. ولإستخراج معامل ثبات المقياس بطريقة إعادة الاختبار تم تطبيق مقياس التشاؤم بصورته النهائية على عينة مكونة من (30) أما لطفل مريض بمرض السرطان، تم اختيارهم من وحدة سرطان الأطفال في أحد المستشفيات الحكومية في الأردن، وهم من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، كما تم تطبيق نفس المقياس على نفس العينة المذكورة مرة أخرى، بعد مرور مدة أسبوعين على التطبيق الأول، وتم حساب معامل الارتباط (ثبات الاختبار) وتبين أن قيمة الثبات للمقياس بلغت (0.84)، ولبعد التفاؤل (0.59)، وللدرجة الكلية للمقياس (0.78)، كما تم حساب الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا) لأبعاد المقياس فبلغ معامل الاتساق الداخلي لبعدهم التشاؤم (0.77) ولبعد التفاؤل (0.82)، وللدرجة الكلية (0.79)، وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

إجراءات تطبيق أدوات الدراسة وجمع البيانات

بعد استصدار الموافقة على إجراء الدراسة التجريبية من لجنة البحث العلمي وأخلاقياته في مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي التابع لجامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية في إربد شمالي الأردن، ولغايات الوصول لأفراد المجموعة التجريبية والضابطة من مجتمع الدراسة، أجريت لقاءات متكررة مع أخصائيي فريق وحدة سرطان الأطفال من الأطباء وفريق التمريض والمرشدين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين العاملين في العيادة النفسية التابعة للمستشفى المذكور لتوضيح غايات الدراسة وتمهيداً لتوليفهم ترشيح أفراد مجتمع الدراسة من الأمهات المرافقات للأطفال

في الإرشاد النفسي وعلم النفس التربوي، من أعضاء هيئة التدريس العاملين في بعض الجامعات الأردنية الحكومية، بلغ عددهم عشرة (10) محكمين، وتألف المقياس بصورته الأولية من (64) فقرة، وقد بلغت نسبة الاتفاق بين المحكمين (75%)، وتم إجراء تعديل لبعض الفقرات في ضوء تعديلات المحكمين، بحيث بقي المقياس في صورته النهائية يتكون من أربعين (40) فقرة. كما تم حساب الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا) للدرجة الكلية للمقياس الذي بلغ (0.84)، كما بلغت قيمة كرونباخ ألفا للأبعاد الأربعة كالاتي: الفسيولوجي (0.89)، والمعرفي (0.88)، والنفسي (0.86)، والدعم الاجتماعي (0.84). وقد حسب معامل ثبات المقياس بطريقة إعادة الاختبار، حيث تم تطبيق المقياس بصورته النهائية، على عينة مكونة من (30) أما لطفل مصاب بمرض السرطان، تم اختيارهم من وحدة سرطان الأطفال في أحد المستشفيات الحكومية في الأردن، وهم من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، كما تم تطبيق نفس المقياس على نفس العينة المذكورة مرة أخرى، بعد مرور مدة أسبوعين على التطبيق الأول، وتم حساب معامل الارتباط (ثبات الاختبار - إعادة الاختبار) بين درجات الأمهات في مرتي التطبيق، وتبين أن قيمة الثبات الكلي للمقياس بلغت (0.79)، كما بلغ معامل الثبات للأبعاد الفرعية الأربعة للمقياس، الفسيولوجي، المعرفي، النفسي، الدعم الاجتماعي، كالاتي: 0.52، 0.82، 0.73، 0.66، على التوالي. وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية. ومن الجدير بالإشارة إلى أن انخفاض الثبات في بعدي الفسيولوجي والدعم الاجتماعي قد يكون نتيجة اختلاف الأوضاع المرتبطة بمرتي التطبيق (Aiken, 1994, p. 85). وقد يتعلق بتقييد تسلسل العبارات المختلف في هذه المقاييس الفرعية، الذي يعتبره البعض (Kenney, 1987; Anastasi, 1988)، سبباً منتجاً لمعاملات إعادة الاختبار المنخفضة بشكل غير حقيقي، كما ويتوقع لعينة متجانسة، مثل المستعملة في هذه العينة، أن تنتج معاملات ارتباط أدنى (Hopkins, Glass, and Hopkins, 1987).

3- مقياس التشاؤم (Pessimism Scale): تم استخدام مقياس التشاؤم (ملحق 2) المستمد من مقياس التشاؤم/ التفاؤل من إعداد ديمبر وآخرين (Dember, Martin, Hummer, Howe, and Melton, 1989) ومن تعريب وتقنين الدسوقي (1998). ويهدف المقياس إلى تقييم التوقعات العامة المتشائمة أو المتفائلة بالنسبة للحاضر والمستقبل لدى المفحوصين. ويتألف المقياس في صورته النهائية من اثنتين وثلاثين (32) فقرة، نصفها إيجابية (التفاؤل) والنصف الآخر سلبية (التشاؤم)، ويطلب من المفحوصين تقدير إجاباتهم على فقرات المقياس على سلم تقدير ليكرت مؤلف من أربع درجات تتراوح من: لا أوافق مطلقاً (1)، لا أوافق (2)، أوافق (3)، إلى أوافق تماماً (4). وتتوزع فقرات المقياس على المقياس من 32-128 درجة. وتتوزع فقرات المقياس (32) على بعدي (التشاؤم والتفاؤل) بالتساوي. ومن الأمثلة

للمقارنات البعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعة التجريبية، وذلك بواسطة إدخال البيانات الخاصة بالدراسة إلى جهاز الحاسوب ومن ثم معالجتها وتحليلها إحصائياً باستخدام رزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

نتائج الدراسة

أولاً: النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى

لاختبار الفرضية الأولى "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05)، بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس التوتر الوالدي في القياس البعدي، تعزى لبرنامج الإرشاد المستخدم"، تم حساب المتوسطات والأخطاء المعياريّة المعدلة للأداء الكلي على مقياس التوتر الوالدي/الدرجة الكلية، وأبعاده الأربعة وفقاً لنوع المجموعة، وذلك بعد الأخذ بعين الاعتبار الأداء القبلي على مقياس التوتر الوالدي/الدرجة الكلية كمتغير مشترك، وفيما يلي عرض لنتائج هذا التحليل بدءاً بمقياس التوتر الوالدي/الدرجة الكلية (الجدول (1/ أ) ومن ثم أبعاده الأربعة تبعاً.

الجدول (1/ أ): المتوسطات والأخطاء المعياريّة المعدلة للأداء على مقياس التوتر الوالدي/الدرجة الكلية (القياس البعدي)

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	114.547	2.409
الضابطة	156.740	2.409

يتبين من الجدول (1/ أ) وجود فرق ظاهر بين متوسطي الأداء الكلي المعدل للمجموعتين التجريبية والضابطة (تشير الدرجات الأعلى إلى مستوى أعلى من التوتر)، وللتحقق من أن الفروق بين المتوسطات وفقاً لمتغير نوع المجموعة، دالة إحصائياً، تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA)، والجدول (1/ ب) يوضح نتائج هذا التحليل.

الجدول (1/ ب): نتائج تحليل التباين المشترك للأداء على مقياس التوتر الوالدي (الدرجة الكلية) (القياس البعدي)

المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة الإحصائية	مربع إيتا *** (حجم الأثر)
المتغير المشترك	4.402	1	4.402	0.077	0.785	0.005
المجموعة	8619.447	1	8619.447	*151.016	0.000	0.899
الخطأ الكلي	377932.14	20	57.077			

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)

مستوى التوتر لديهن بدرجة دالة إحصائياً. وبالتالي يتم رفض الفرضية الصفرية الأولى وتقبل الفرضية البديلة.

1.2/ البعد الأول/البعد الفسيولوجي (مقياس التوتر الوالدي)

المصابين بمرض السرطان. ومن ثم عقدت مقابلات شبه منظمة بصورة جماعية أو فردية مع مجموعة الأمهات (ن=45) المرافقات للأطفال المرضى بالسرطان اللواتي رشن للمشاركة من قبل وحدة سرطان الأطفال، وتم خلال هذه المقابلات تطبيق مقياس الدراسة بعد الانتهاء من إجراءات التحقق من صدقها وثباتها. وقد اختيرت على ضوء نتائج القياسات القبليّة هذه عشرين (20) أماً يمثلن ما نسبته (44%) من مجتمع الدراسة، ممن انطبقت عليهن محكات الدراسة وأبدين موافقتهن على المشاركة في الدراسة الحالية بما فيها البرنامج الإرشادي. وقد قام الباحث الثاني بعد ذلك بإجراء مقابلة تمهيدية مع أفراد العينة التجريبية والضابطة (ن=20) روعي فيها تقديم فكرة مبسطة عن مؤهلات المرشد وهدف الدراسة وإجراءاتها ومواعيد وأوقات جلسات البرنامج الإرشادي وإعلام المشاركات بأن العضوية في المجموعة الإرشادية طوعية وسرية، وبحق كل مشاركة في الانسحاب من المجموعة عند ظهور ما يستدعي ذلك، بالإضافة لتعريفهن بعدم خطورة البيانات المطلوبة أو الناتجة عن المشاركة في البرنامج. كما طلب في هذه الجلسة الأولى من كل مشاركة قراءة وتوقيع نموذج الموافقة المعرفة وتسليمها للباحث في الجلسة الإرشادية الأولى، وذلك بعد أن تم توزيع المشاركات عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وضابطة.

ثالثاً: المعالجة الإحصائية للبيانات

لتحقيق أهداف الدراسة والتحقق من فرضياتها، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وذلك باستخدام التحليل الوصفي، ولمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياسات البعدية، تم استخدام أسلوب تحليل التباين المشترك (Analysis of Covariance (ANCOVA)، بالإضافة لاستخدام أحد مقاييس حجم التأثير (Effect Size) المعروف باسم مربع إيتا (η^2)، لمعرفة فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم على المتغيرات التابعة، كما استخدم اختبار (ت) للعينة الزوجية (Paired-Sample t-test)،

يتبين من الجدول (1/ ب) وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأداء عينة الدراسة في القياس البعدي على مقياس التوتر الوالدي (الدرجة الكلية) عند مستوى (0.05) تعزى إلى نوع المجموعة، وبمقارنة المتوسطات الحسابية يلاحظ أن الفروق كانت لصالح مجموعة الأمهات اللواتي تلقين برنامج الإرشاد الجمعي حيث تراجع

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	29.855	0.481
الضابطة	37.695	0.481

يتبين من الجدول (أ/2) وجود فرق ظاهر بين متوسطي الأداء الكلي المعدل للمجموعتين التجريبية والضابطة، وللتحقق من أن الفروق بين المتوسطات وفقاً لمتغير نوع المجموعة، دالة إحصائياً تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA)، والجدول (ب/2) يوضح نتائج هذا التحليل.

تم حساب المتوسطات المعدلة والخطأ المعياري للأداء الكلي على مقياس البعد الفسيولوجي وفقاً لنوع المجموعة، وذلك بعد الأخذ بعين الاعتبار الأداء القبلي على مقياس البعد الفسيولوجي كمتغير مشترك والجدول (أ/2) يوضح نتائج هذا التحليل.

الجدول (أ/2): المتوسط المعدل والخطأ المعياري على مقياس البعد الفسيولوجي (القياس البعدي)

الجدول (ب/2): نتائج تحليل التباين المشترك للأداء على البعد الفسيولوجي/ مقياس التوتر الوالدي (القياس البعدي)

المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدالة الإحصائية	مربع إيتا (حجم الأثر)
المتغير المشترك	4.320	1	4.320	1.911	0.185	0.101
المجموعة	292.360	1	292.360	129.346*	0.000	0.884
الخطأ	38.425	17	2.260			
الكلي	23181.770	20				

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

الجدول (أ/3): المتوسط المعدل والخطأ المعياري على مقياس البعد المعرفي/ التوتر الوالدي (القياس البعدي)

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	24.435	0.860
الضابطة	35.305	0.860

يتبين من الجدول (أ/3) وجود فرق ظاهر بين متوسطي الأداء الكلي المعدل للمجموعتين التجريبية والضابطة، وللتحقق من أن الفروق بين المتوسطات وفقاً لمتغير نوع المجموعة دالة إحصائياً، تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA)، والجدول (ب/3) يوضح نتائج هذا التحليل.

ويتبين من الجدول (ب/2) وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأداء عينة الدراسة على البعد الفسيولوجي/ مقياس التوتر الوالدي عند مستوى ($\alpha = 0.05$) تعزى إلى نوع المجموعة، وبمقارنة المتوسطات الحسابية يلاحظ أن الفروق كانت لصالح مجموعة الأمهات اللواتي تلقين برنامج الإرشاد الجمعي حيث تراجع مستوى التوتر الفسيولوجي لديهن بدرجة دالة إحصائية. وبالتالي يتم رفض الفرضية الصفرية الأولى الجزئية 1/ وتقبل الفرضية البديلة.

1.3. البعد الثاني / المعرفي (مقياس التوتر الوالدي)

تم حساب المتوسطات المعدلة والخطأ المعياري للأداء الكلي على مقياس البعد المعرفي وفقاً لنوع المجموعة، وذلك بعد الأخذ بعين الاعتبار الأداء القبلي على مقياس البعد المعرفي كمتغير مشترك والجدول (أ/3) يبين ذلك.

الجدول (ب/3): نتائج تحليل التباين المشترك للأداء على البعد المعرفي / مقياس التوتر الوالدي (القياس البعدي)

المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدالة الإحصائية	مربع إيتا (حجم الأثر)
المتغير المشترك	0.097	1	0.097	0.013	0.910	0.001
المجموعة	587.715	1	587.715	79.657	0.000	0.824**
الخطأ	125.427	17	7.378			
الكلي	18559.560	20				

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

الجدول (4/ أ): المتوسط المعدل والخطأ المعياري على البعد النفسي/ مقياس التوتر الوالدي (القياس البعدي)

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	24.396	0.696
الضابطة	40.764	0.696

يتبين من الجدول (4/ أ) وجود فرق ظاهر بين متوسطي الأداء الكلي المعدل للمجموعتين التجريبية والضابطة على البعد النفسي/ مقياس التوتر الوالدي في القياس البعدي، وللتحقق من أن الفروق بين المتوسطات وفقاً لمتغير نوع المجموعة دالة إحصائياً، تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA)، والجدول (4/ ب) يوضح نتائج هذا التحليل.

الجدول (4/ ب): نتائج تحليل التباين المشترك للأداء على البعد النفسي/ مقياس التوتر الوالدي (القياس البعدي)

المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة الإحصائية مربع إيتا (حجم الأثر)
المتغير المشترك	0.177	1	0.177	0.038	0.848
المجموعة	1242.777	1	1242.777	266.849*	0.940**
الخطأ	79.173	17	4.657		
الكلي	22656.560	20			

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha = 0.05)$

الجدول (5/ أ): المتوسط المعدل والخطأ المعياري على بعد الدعم الاجتماعي/ مقياس التوتر الوالدي (القياس البعدي)

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	29.258	1.490
الضابطة	30.072	1.490

يتبين من الجدول (5/ أ) وجود فرق ظاهر بين متوسطي الأداء الكلي المعدل للمجموعتين التجريبية والضابطة على بعد الدعم الاجتماعي/ مقياس التوتر الوالدي، لصالح المجموعة الضابطة التي أظهرت تحسناً طفيفاً مقارنة بالمجموعة الضابطة، في درجات التوتر المتعلق بالدعم الاجتماعي. كما تم حساب تحليل التباين المشترك (ANCOVA) للأداء على الفقرات الممثلة لبعدهم الاجتماعي/ مقياس التوتر الوالدي، وذلك وفقاً لمتغير نوع المجموعة، والجدول (5/ ب) يبين نتائج هذا التحليل.

يتبين من الجدول (3/ ب) وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأداء عينة الدراسة في القياس البعدي على البعد المعرفي/ مقياس التوتر الوالدي عند مستوى $(\alpha = 0.05)$ تعزى إلى نوع المجموعة، وبمقارنة المتوسطات الحسابية يلاحظ أن الفروق كانت لصالح مجموعة الأمهات اللواتي تلقين برنامج الإرشاد الجمعي حيث تراجع مستوى التوتر المعرفي لديهن بدرجة دالة إحصائياً. وبالتالي يتم رفض الفرضية الصفرية الأولى الجزئية 2/ وتقبل الفرضية البديلة.

1.4/ البعد الثالث / النفسي (مقياس التوتر الوالدي)

تم حساب المتوسطات المعدلة والخطأ المعياري للأداء الكلي على البعد النفسي وفقاً لنوع المجموعة، وذلك بعد الأخذ بعين الاعتبار الأداء القبلي على البعد النفسي/ مقياس التوتر الوالدي، كمتغير مشترك والجدول (4/ أ) يبين ذلك.

يتبين من الجدول (4/ ب) وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأداء عينة الدراسة في القياس البعدي على البعد النفسي/ مقياس التوتر الوالدي عند مستوى $(\alpha = 0.05)$ تعزى إلى نوع المجموعة، وبمقارنة المتوسطات الحسابية يلاحظ أن الفروق كانت لصالح مجموعة الأمهات اللواتي تلقين برنامج الإرشاد الجمعي حيث تراجع مستوى التوتر النفسي لديهن بدرجة دالة إحصائياً. وبالتالي يتم رفض الفرضية الصفرية الأولى الجزئية 3/ وتقبل الفرضية البديلة.

1.5/ البعد الرابع / الدعم الاجتماعي (مقياس التوتر الوالدي)

تم حساب المتوسطات المعدلة والخطأ المعياري للأداء الكلي على بعد الدعم الاجتماعي وفقاً لنوع المجموعة، وذلك بعد الأخذ بعين الاعتبار الأداء القبلي على بعد الدعم الاجتماعي/ مقياس التوتر الوالدي، كمتغير مشترك والجدول (5/ أ) يبين ذلك.

الجدول (5/ب): نتائج تحليل التباين المشترك للأداء على بعد الدعم الاجتماعي/ مقياس التوتر الوالدي (القياس البعدي)

المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة الإحصائية	مربع إيتا (حجم الأثر)
المتغير المشترك	19.676	1	19.676	0.890	0.359	0.050
المجموعة	3.288	1	3.288	0.149	0.705	0.009**
الخطأ	375.977	17	22.116			
الكلي	17998.010	20				

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

بعين الاعتبار الأداء القبلي على مقياس التشاؤم كمتغير مشترك، والجدول (6/أ) يبين ذلك.

الجدول (6/أ): المتوسطات والأخطاء المعيارية المعدلة

للأداء على مقياس التشاؤم (الدرجة الكلية) (القياس البعدي)

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	71.949	1.835
الضابطة	81.714	1.835

يتبين من الجدول (6/أ) وجود فرق ظاهر بين متوسطي

الأداء الكلي المعدل للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي (تشير الدرجات الأعلى إلى مستوى أعلى من التشاؤم)، وللتحقق من أن الفروق بين المتوسطات وفقاً لمتغير نوع المجموعة دالة إحصائياً، تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA)، والجدول (6/ب) يوضح نتائج هذا التحليل.

يتبين من الجدول (5/ب) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأداء عينة الدراسة على بعد الدعم الاجتماعي/ مقياس التوتر الوالدي عند مستوى ($\alpha = 0.05$) تعزى إلى نوع المجموعة، ما يشير إلى ضعف تأثير البرنامج الإرشادي على متغير التوتر المرتبط بالدعم الاجتماعي، وبمقارنة المتوسطات الحسابية يلاحظ أن الفروق بين المجموعتين كانت لصالح المجموعة التجريبية لكنها كانت منخفضة جداً، ولم تكن بالتالي دالة إحصائياً. وبالتالي يتم قبول الفرضية الصفرية الأولى الجزئية / 4.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

لاختبار هذه الفرضية "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05)، بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس التشاؤم في القياس البعدي تعزى لبرنامج الإرشاد المستخدم"، تم حساب المتوسطات والأخطاء المعيارية المعدلة للأداء الكلي على مقياس التشاؤم (الدرجة الكلية) وفقاً لنوع المجموعة، وذلك بعد الأخذ

الجدول (6/ب): نتائج تحليل التباين المشترك للأداء على مقياس التشاؤم (الدرجة الكلية) (القياس البعدي)

المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة الإحصائية	مربع إيتا (حجم الأثر)
المتغير المشترك	54.190	1	54.190	1.622	0.220	0.087
المجموعة	469.781	1	469.781	*14.058	.002	*0.453
الخطأ	568.088	17	33.417			
الكلي	119512.096	20				

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة

لاختبار هذه الفرضية "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05)، بين متوسط درجات الأمهات في المجموعة التجريبية اللواتي تعرضن للبرنامج الإرشادي، على مقياسي الدراسة (التوتر الوالدي والتشاؤم)، في القياس البعدي، ومتوسط درجاتهن على نفس المقاييس في القياس التتبعي بعد مرور شهر على انتهاء البرنامج الإرشادي"، تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للأداء للمجموعة التجريبية على الفقرات الممثلة لكل مقياس في القياس البعدي والتتبعي، ويوضح الجدول (7/أ) هذه النتائج.

يتبين من الجدول (6/ب) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي لأداء عينة الدراسة على مقياس التشاؤم (الدرجة الكلية) عند مستوى (0.05) تعزى إلى نوع المجموعة، وبمقارنة المتوسطات الحسابية يلاحظ أن الفروق كانت لصالح مجموعة الأمهات اللواتي تلقين برنامج الإرشاد الجمعي حيث تراجع مستوى التشاؤم لديهن بدرجة دالة إحصائياً. وبالتالي يتم رفض الفرضية الصفرية الثانية وتقبل الفرضية البديلة.

الجدول (7/أ): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الدراسة

المقياس	أبعاد المقياس	الاختبار	المتوسط	الانحراف المعياري
التوتر الوالدي	النفسي	البعدي	29.75	1.65
		التتبعي	30.74	3.58
الدعم الاجتماعي	المعرفي	البعدي	24.44	2.78
		التتبعي	26.52	4.44
التشاؤم	الدرجة الكلية	البعدي	24.37	2.43
		التتبعي	26.50	5.57
التشاؤم	الدرجة الكلية	البعدي	29.34	5.68
		التتبعي	30.69	3.80
التشاؤم	الدرجة الكلية	البعدي	114.46	8.64
		التتبعي	121.56	15.76
التشاؤم	الدرجة الكلية	البعدي	71.46	8.24
		التتبعي	68.03	5.76

وللمقارنة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي الدراسة وأبعادها الفرعية في القياس البعدي، وبين متوسط درجاتهم على نفس هذين المقياسين في القياس التتبعي، وللكشف

الجدول (7/ب): نتائج قيمة اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجة القياس البعدي والتتبعي على مقياس الدراسة لدى أفراد المجموعة التجريبية

المقياس	أبعاد المقياس	الفرق في المتوسط البعدي - التتبعي	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
التوتر الوالدي	النفسي	-990	-1.21	9	.256
	المعرفي	-2.08	-1.87	9	.093
الدعم الاجتماعي	النفسي	-2.13	-1.69	9	.124
	المعرفي	-1.35	-1.26	9	.238
التشاؤم	الدرجة الكلية	-7.09	-1.95	9	.083
	الدرجة الكلية	3.43	2.24	9	.051

دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)

لصالح التتبعي على بعض المقاييس، فقد ارتفعت سلبياً جميع الدرجات على مقياس التوتر الوالدي الكلي وأبعاده الفرعية الأربعة لكنها لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية، ما يعني تراجع أفراد المجموعة التجريبية عن المستويات التي حققوها في القياس البعدي لكن الفروق لم تكن دالة عند مستوى (0.05). إلا أن قيمة الدرجات على مقياس التشاؤم كما يظهر جدول (7/ب)، قد تراجعت إيجابياً ما بين القياس البعدي والتتبعي، فقد بلغ متوسط القياس التتبعي (م=68.03) مقارنةً بالمتوسط البعدي (م=71.46)، ما يعني استمرار تحسن أفراد المجموعة التجريبية الذي ظهر في القياس البعدي حتى بعد انقضاء شهر على تطبيق البرنامج الإرشادي، لكن قيمة الفرق بين القياسين التتبعي والبعدي

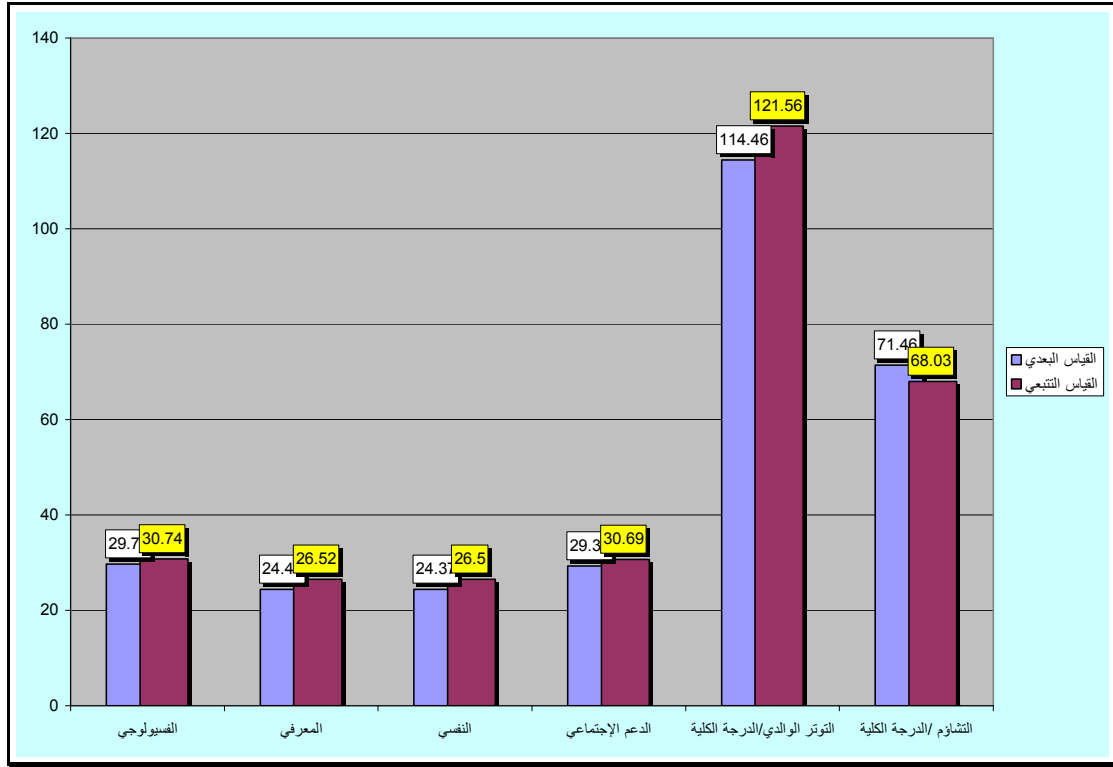
تبين من الجدول (7/ب) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للأداء على مقياس التوتر الوالدي (الدرجة الكلية)، كذلك على الأبعاد الأربعة بين القياس البعدي والتتبعي على هذه المقاييس.

كما يتضح أيضاً، عدم وجود فروق دالة إحصائية في القياس البعدي والتتبعي، على مقياس التشاؤم بالرغم من تراجع وتحسن درجات أفراد العينة التجريبية، ويلاحظ أن هذه القيمة كادت تصل إلى مستوى الدلالة عند مستوى (0.05). وتقودنا هذه النتائج بمجملاً إلى قبول الفرضية الصفرية الثالثة.

ويتبين من الجدول (7/ب) أيضاً وجود فروق ظاهرة بين متوسطات القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية،

ويوضح الشكل (2) متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقاييس الدراسة وأبعادها الفرعية.

التي كانت لصالح التتبعي لم تصل إلى مستوى الدلالة عند مستوى (0.05).



الشكل (2) متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقاييس الدراسة وأبعادها الفرعية

المناقشة

هذه النتائج الإيجابية المتعلقة بهذه الفرضية، والتي تعكس كفاءة برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية، أيضاً، مع بعض الدراسات العربية (زيدان، 2001) والأجنبية (Kazak et al., 1999; Sahler et al., 2005; Streisand et al., 2000) توصلت إلى كفاءة برامج الإرشاد النفسي الجمعي في خفض مستوى التوتر والاكئاب وتحسين مهارة المواجهة لدى أسر الأطفال المصابين بالسرطان، وتختلف مع دراسة (Othman et al., 2010) التي توصلت لعدم وجود فروق دالة في درجات القلق والتوتر بين القياس البعدي والقبلي لدى الوالدين الذين شاركوا في مجموعة للتعليم النفسي.

وتشير هذه النتيجة مجملها إلى أن برنامج الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي قد أثبت فعاليته في التقليل من التوتر الجسدي والمعرفي والنفسي لكنه لم ينجح في زيادة إحساس الأمهات بأهمية توظيف شبكة الدعم الاجتماعي لمساندة الأسرة (الممثلة بالأم) في محنتها الحالية المرتبطة بمرض طفلها بالسرطان. ويمكن تفسير هذه النتيجة الإيجابية بوجه عام بأنها قد تعود للبيئة الإرشادية الآمنة والأسلوب الإرشادي المستخدم في الجلسات الإرشادية التي تعرضت له الأمهات خلال البرنامج الإرشادي الحالي ومضمون البرنامج الذي تضمن تشكيلة من

سعت الدراسة الحالية لفحص كفاءة برنامج إرشاد جمعي يستند إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من التوتر والتشاؤم لدى عينة من أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان، من خلال فحص ثلاث فرضيات. وقد توصلت الدراسة فيما يتعلق بفرضية الدراسة الأولى إلى أنه وباستثناء بعد الدعم الاجتماعي/ مقياس التوتر الوالدي، تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس التوتر بأبعاده الفرعية (الفسيولوجي والمعرفي والنفسي).

وتنسجم هذه النتيجة المتعلقة بالتوتر الوالدي بوجه عام وتتفق مع نتائج بعض الدراسات (Dahlquist Czyzewski, and Jones, 1996; Higginson, McDonell, and Butters 1997; Kazak et al., 1996)، التي أكدت أن توفير النقاشات الجماعية من خلال المجموعات الإرشادية لأسر الأطفال المصابين بالسرطان، تقلل من مشاعر التوتر والقلق، وتحسن بالتالي من معدلات التوافق النفسي والاجتماعي. كما وتتفق مع نتائج إحدى دراسات ما وراء التحليل (Sheard and Maguire, 1999)، التي أشارت إلى أن برامج الإرشاد الجمعي مع مرضى السرطان وأسرتهم غالباً ما تكون فعالة وأن كفاءتها لا تقل عن فاعلية برامج الإرشاد الفردي. وتتفق

تمثله العلاقة الإرشادية في حياة المسترشدين باتجاه التغيير العلاجي، والتي تقوم على التقبل غير المشروط والتدريب على مهارات المواجهة لل صعوبات الناجمة والمرتبطة بأعباء رعاية الأطفال ذوي المرض المزمن الخطير والمهدد للبقاء.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأنها قد تعود لكون برنامج الإرشاد النفسي الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية قد تضمن أنشطة تثقيفية ركزت على تزويد الأمهات بالمعلومات العلمية الحديثة بشأن تشخيص وعلاج ومآل مرضى السرطان، ما أدى إلى زيادة وعي وإدراك الأمهات بفرص البقاء على قيد الحياة وبالملاسات الطبية والرعاية الحالية واللاحقة للمريض وبدور الالتزام بالخطة العلاجية في رفع فرص بقاء الطفل على قيد الحياة، ما ألقى بظلال من الأمل والتفاؤل لديهن، كما قد تعود للجانب المعرفي الذي ركز عليه البرنامج الإرشادي والتدريب الذي تعرضت له المشاركات خلال البرنامج بشأن كيفية واستراتيجيات تعديل الأفكار المشوهة وأهمية فحص الأفكار والاستنتاجات السلبية ومراجعة جدواها (Beck, Emery, and Greenberg, 1990) واللجوء لأساليب التفكير البناء أو المفيد، ما أدى للتأثير على المشاعر السلبية التشاؤمية التي سيطرت على هؤلاء المشاركات في بداية البرنامج.

وتنسجم هذه النتيجة مع ما أشار إليه البعض (Kuan, 2000; Weinstein, 1988) من أن حاجة أسر أطفال السرطان للمعلومات تمثل وتحتل المرتبة الأولى في الأهمية لديهم، ومن أن الفرد عندما يأخذ في إدراك الحاضر والمستقبل بما يتضمنه من خير وشر، فإنه يبدأ بالتجاوب وجدانياً وبشكل واقعي من خلال الاستبصار بالخير في حالة الأحداث الخيرة ومن خلال التوجس في حالة الأحداث السيئة.

وأخيراً، أشارت النتائج المتعلقة بفرضية الدراسة الثالثة المتعلقة بنتائج المقارنات البعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي الدراسة إلى أن جميع الدرجات قد ارتفعت سلباً على مقياس التوتر الوالدي الكلي وأبعاده الفرعية الأربعة، لكنها لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية عند مستوى (0.05)، ما يشير إلى تراجع تحسن أفراد المجموعة التجريبية وعدم احتفاظهم بالمكاسب العلاجية على هذه المقاييس. ومن ناحية أخرى، أظهرت النتائج أن قيمة الدرجات قد تراجعت وتحسنت إيجابياً على مقياس التشاؤم، ما يشير إلى استمرار تحسن أفراد المجموعة التجريبية على هذا المقياس في القياس التبعي. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات (Antoni et al., 2001; LaMontagne et al., 2003; Sawyer Antoniou, Toogood, Rice, and Baghurst, 1993)، التي أكدت أن درجة التوتر والقلق لدى الأمهات في فترة ما بعد الجراحة لأبنائهن مرضى السرطان، مقارنة بما قبل الجراحة بالرغم من انخفاضها لكنها تبقى مرتفعة نسبياً، وأن الآباء والأمهات يستمرون بالشعور بالأسى حتى خلال مرحلة شفاء الطفل.

المهارات المعرفية والسلوكية بما فيها مهارات حل المشكلات ومهارات المواجهة وإعادة البناء المعرفي، والتفاعل والتعاون الإيجابي الذي اتصف به مناخ المجموعة الإرشادية، حيث تمكنت الأمهات من طرح ومناقشة المخاوف والهموم التي لديهن بشأن المستقبل المجهول لأطفالهن، وتيسر لهن عرض جميع التفاصيل الحياتية المحيطة بظروف رعاية أطفالهن المرضى وأية مشكلات تتعلق بعملية الرعاية الصحية، ويبدو أن جعل الأمهات يناقشن بثقة مشكلاتهن الشخصية، قد سهّل حدوث النواتج الإيجابية المرتبطة ببرنامج الإرشاد النفسي الجمعي، وسهّل بالتالي من تخفيف التوتر لديهن لشعورهن بأن هناك أخريات يشاركنهن حقيقة مشكلاتهن ومعاناتهن، ما خفف من شعورهن بالتوتر والمحنة التي يعانين منها.

ويمكن تفسير النتيجة المتعلقة بإخفاق البرنامج في جعل أمهات الأطفال المرضى قادرات على كسب الدعم من الأمهات الأخريات المماثلات لهن ومن الشعور بأن هناك من يمد يد العون له والمواساة عند الضرورة وفي المستقبل، على ضوء نتائج بعض الدراسات (Han, 2003; Gerhardt et al., 2007; LaMontagne, Hepworth, Salisbury, and Riley, 2003) التي توصلت إلى أن التوافق النفسي لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان يرتبط بدرجة دالة إحصائياً بعوامل التوتر واستراتيجيات المواجهة والمدة التي انقضت منذ تشخيص الطفل بالمرض، وأن عوامل الوعي والدعم الأسري والاجتماعي والقيم الثقافية وتركيبية وبناء الشخصية وعوامل السن والدخل والمهنة والدافعية والهويات، تعد جميعها عوامل تتمتع بأهمية أكبر في التأثير على ردود فعل الفرد نحو المآسي الحياتية كمرض الأبناء، وأيضاً، على ضوء ما أشار إليه البعض (Alderfer, Navsaria, and Kazak, 2009)، حديثاً، من أن فهم وتحديد المخاطر المتعلقة بصعوبات التكيف النفسي والاجتماعي لدى والدي الأطفال المصابين بالسرطان، يعتبر أمراً في غاية التعقيد، وذلك على ضوء التغييرات العديدة الواقعة خلال العلاج وبعده. كما قد تعود هذه النتيجة المتعلقة بالدعم الاجتماعي إلى خلو البرنامج من مكون خاص يتولى التركيز على تدريب المشاركات على كيفية الاستفادة من موارد الدعم الاجتماعي والمجتمعي في الأردن الخاصة بأسر مرضى السرطان.

وفيما يتعلق بفرضية الدراسة الثانية، أظهرت النتائج أن برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية، قد أثبت فعاليته في التقليل من التشاؤم لدى أفراد المجموعة التجريبية من أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات مثل (Sahler et al., 2005; Streisand et al., 2000)، التي توصلت إلى أن الأمهات اللواتي لديهن أطفال مصابون بالسرطان، وشاركن في برنامج للتدخل المعرفي السلوكي أظهرن تراجعاً في معدلات الاكتئاب والقلق. وتتفق أيضاً مع نتائج بعض الدراسات العربية (زيدان، 2001) التي توصلت إلى كفاءة برامج الإرشاد الجمعي في مساعدة أمهات الأطفال المصابين بالسرطان. وتؤكد هذه النتيجة الإيجابية على الدور الإيجابي الذي

المحلي، وبدورهم الحاسم في مساعدة أطفالهن المصابين بالسرطان على التكيف ومن ثم التماثل للشفاء.

وأخيراً، تجدر الإشارة إلى ضرورة أخذ نتائج الدراسة الحالية بحذر، بسبب صغر حجم العينة والأساليب الإحصائية المتبعة في فحص الفرضيات الإحصائية الحالية، ولعل استخدام الأساليب الإحصائية اللامعلمية (Non Parametric Test)، (مثل اختبار ز أو مان ويتني) المستخدمة في حالة التوزيع غير الطبيعي والعينات الصغيرة، بدلاً من الأساليب المعلمية (مثل اختبارات أو تحليل التباين) كان سيؤدي لنتائج أدق. كما أن الأسلوب الذي اتبع في اختيار مجتمع الدراسة والذي تم بالطريقة القصدية، ولم يتم بالطريقة العشوائية، وعينة الدراسة التي لم تكن بالتالي ممثلة، بل خضع اختيارها لعدة محكات بما فيها نوع سرطان الطفولة، وخلو الأسرة من أوضاع تفكك وانفصال وغياب للأب، والموافقة المسبقة على المشاركة في البرنامج الإرشادي، ما يزيد من احتمالية وإمكانية وجود استعداد ودافعية للتحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية تفوق تلك التي يمتلكها الأفراد في مجتمع وعينة أخرى عشوائية ممثلة لمجموع الأمهات اللواتي لديهن أطفال مرضى بالسرطان في الأردن، أو تفوق تلك التي يمتلكها الأفراد الذين أشاروا في الدراسة الاستطلاعية إلى عدم رغبتهم في الاشتراك في برنامج إرشاد جمعي، أو لم تنطبق شروط المشاركة عليهم. هذا بالإضافة لتفاوت المستوى التعليمي للأمهات والذي بالرغم من مراعاته قدر الإمكان لدى وضع وتطبيق البرنامج، لكن يحتمل أنه أثر أيضاً على نتائج الدراسة. وقد تكون طبيعة عمل القائد أدت لإضفاء نوع من الهالة عليه، ما أدى أيضاً لتأثر النتائج. كما أن تعذر قيام الباحثين بالمتابعة والانتباه الفعلي لأفراد المجموعة الضابطة للسيطرة ولضبط الاهتمام والتبادلية والوقت الذي قد تكون هؤلاء الأمهات أمضته في التفاعل مع نظيرتهن في المجموعة التجريبية، يحتمل أن يكون قد أثر على دقة النتائج في القياسات البعدية.

المراجع

ديمبر ومارتين وهيومر وهو وميلتون (ترجمة الدسوقي، مجدي محمد). (1998). مقياس التفاؤل والتشاؤم. كلية التربية النوعية، منشورات جامعة المنوفية، جمهورية مصر العربية.

الروضان، بسام. (1997). الاستشارات الطبية: ما هي الأورام، تاريخ الأورام، أسباب الأورام. مركز معلومات الأورام والعلاج بالأشعة، مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، جدة، المملكة العربية السعودية، استمدت بتاريخ 2008/1/12، من الصفحة الإلكترونية <http://www.awram.com/rad.htm>.

زيدان، حمدي أمين. (2001). مدى فعالية برنامج إرشادي في التخفيف من حدة القلق لدى أسر الأطفال المصابين

وتشير هذه النتائج إجمالاً إلى أن أفراد المجموعة التجريبية لم يحتفظوا على هذه المقاييس بالمكاسب العلاجية التي حققوها في القياس البعدي، ويمكن تفسير هذه النتيجة على ضوء ما توصلت إليه دراسات أخرى (e.g., Van Dongen-Melman *et al.*, 1995) من أنه وبالرغم من المرونة والتماسك التي قد يظهرهما الآباء والأمهات في حالة مرض طفلهم بالسرطان، ولكن الشعور بالوحدة الوالدية واستمرار حالة عدم اليقين والتأكد قد تستمر إلى ما هو أبعد من مرحلة العلاج، خاصة إذا كانت هناك آثار مستمرة لاحقة لعلاج للطفل.

ويمكن تفسير هذه النتائج أيضاً، على ضوء ما توصلت إليه بعض الدراسات (Steele *et al.*, 2003)، من أنه ومع مرور الوقت، يتراجع توتر الأم وتبدأ مؤشرات التعاسة العاطفية لديها في الانخفاض، ولكن يبقى العبء المرتبط برعاية الطفل المصاب بالسرطان مستقراً وثابتاً، كما تبقى وتفعل الخصائص الإيجابية/السلبية لهذه الأم مثل الحنو والقدرة على الاستجابة والسيطرة الوالدية، ما قد يفسر عدم احتفاظ بعض الأمهات بالمكاسب العلاجية المتعلقة بالتوتر الوالدي، وتراجعهن عن المستويات التي حققنها في القياس البعدي على مقياس التوتر الوالدي والأبعاد الفسيولوجية والمعرفية والنفسية، بالإضافة إلى ذلك، فإن هذا النمط من تراجع توتر الأمهات ووضعهن النفسي قد يكون ذا صلة وثيقة بالمستويات العالية من الدعم الاجتماعي الذي قدم لهن وللأسرة في وقت التشخيص، وقد تتعلق أيضاً بالانخفاض التدريجي في كمية الدعم هذا لاحقاً.

ومن ناحية أخرى، فإن النتائج الإيجابية في القياس التبعي التي أظهرت أن قيمة الدرجات على مقياس التشاؤم قد تراجعت إيجابياً لكن بدرجة غير دالة ما بين القياس البعدي والتبعي أتت منسجمة مع نتائج بعض الدراسات (Antoni *et al.*, 2001; Zabora *et al.*, 2008)، فقد توصلت الدراسة الثانية إلى تناقص مستويات الاكتئاب لدى مقدمي الرعاية لمرضى السرطان في القياس التبعي بعد مرور شهر وأكثر على انتهاء برنامج الإرشاد الجمعي، وعزت هذا التحسن إلى مهارة حل المشكلات التي تدرّب عليها المسترشدون، وهي المهارة التي شكّلت جزءاً أساسياً في برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية.

إن نتائج الدراسة الحالية بمجملها تؤكد على صحة الفكرة المتضمنة أن برامج الإرشاد النفسي الجمعي تلعب دوراً مهماً وأساسياً وتعد من التدخلات الحاسمة التي تصمّم عادة لمساعدة الأشخاص الذين يتعرضون لصدمات وأمراض نفسية صادة تستدعي التدخلات الحاسمة. وامتداداً لنتائج هذه الدراسة فإنه يمكن القول إن الدراسات المستقبلية يمكنها إعادة التحقق من صدق هذه النتائج، كما يمكن القيام بإجراء دراسة للتحقق من فعالية برنامج إرشاد نفسي جمعي يستند إلى التعليم والتثقيف النفسي، من خلال إشراك أفراد الأسر وتثقيفهم وتوعيتهم بالجوانب الهامة وخاصة موارد الدعم الاجتماعي المتوفرة في المجتمع

- Beck, A. T. (1993). Cognitive Therapy: Past, Present, and Future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 194 – 198
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1990). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York, NY: Basic Books
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Best, M., Streisand, R., Catania, L., & Kazak, A. (2002). Parental Distress During Pediatric Leukemia and Parental Posttraumatic Stress Symptoms after Treatment Ends. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 299–307.
- Bryant, R. (2003). Managing Side Effects of Childhood Cancer treatment. *Journal of Pediatric Nursing*, 18, 113–125.
- Carver, C., & Scheier, M. (2002). Optimism. In C. R. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp.231-243). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Chang, E., Maydeu-Olivares, A., & D’Zurilla, T. (1997). Optimism and Pessimism as Partially Independent Constructs: Relations to Positive and Negative Affectivity and Psychological Well-Being. *Personality and Individual Differences*, 23 (2), 433-440.
- Corey, M. S., & Corey, G. (1997). *Groups: Process and Practice* (4th, ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Cormier, W. H., & Cormier, L. (1991). *Interviewing Strategies for Helpers: Guide to Assessment, Treatment and Evaluation*. California, CA: A Brooks/Cole.
- Criado del Valle, C. & Mateos, P. (2008). Dispositional Pessimism, Defensive Pessimism and Optimism: The Effect of Induced Mood on Prefactual and Counter-Factual Thinking and Performance. *Cognition and Emotion*, 22 (8), 1600-1612.
- Dahlquist, L., Czyzewski, D.I., & Jones, C.L. (1996). Parents of Children with Cancer: A Longitudinal Study of Emotional Distress, Coping Style, and Marital Adjustment Two and Twenty Months after Diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 541-54.
- Deasy-Spinetta, P., & Spinetta, J. (1980). The Child with Cancer in School. *American Journal of Pediatric Hematology and Oncology*, 2, 89-92.
- Dember, W. N., Martin, S., Hummer, M. K., Howe, S., & Melton, R. (1989). The Measurement of Optimism and Pessimism. *Current Psychology: Research and Reviews*, 8, 102–119.
- بالسرطان. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- Abidin, R. (1992). The Determinants of Parenting Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21 (4), 407-412.
- Abidin, R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional Manual*. (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Aiken, L.R. (1994). *Psychological Testing and Assessment*. (8th, ed.). Massachusetts: Simon & Schuster, Inc.
- Alderfer, M. A., Cnaan, A., Annunziato, R. A., & Kazak, A. E. (2005). Patterns of posttraumatic Stress Symptoms in Parents of Childhood Cancer Survivors. *Journal of Family Psychology*, 19(3), 430-440.
- Alderfer, M., Navsaria, N., & Kazak, A. (2009). Family Functioning and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescent Survivors of Childhood Cancer. *Journal of Family Psychology*, 23, 717-725.
- American Academy of Pediatrics. (1997). Guidelines for the Pediatric Cancer Center and the Role of Such Centers in Diagnosis and Treatment. *Pediatrics*, 99, 139–140.
- American Psychiatric Association (APA).(2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.) *Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anastasi, A. (1988). *Psychological testing* (6th ed.). New York: Macmillan Publishing Co., Inc.
- Andersen, B.L. (1989). Health Psychology's Contribution to Addressing the Cancer Problem: Update on Accomplishments. *Health Psychology*, 8, 683-703.
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., et al. (2001). Cognitive Behavioral Stress Management Intervention Decreases the Prevalence of Depression and Enhances Benefit Finding Among Women under Treatment for Early-Stage Breast Cancer. *Health Psychology*, 20, 20–32.
- Balluffi, A., Kassam-Adams, N., Kazak, A., Tucker, M., Dominguez, T., & Helfaer, M. (2004). Traumatic Stress in Parents of Children Admitted to the Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 5 (6), 547–553
- Barakat, L. P., Hetzke, J. D., Foley, B., Carey, M., Gyato, K., & Phillips, P. C.(2003). Evaluation of a Social-Skills Training Group Intervention with Children Treated for Brain Tumors: A Pilot Study. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(5), 299 – 307.

- A. E. (2000). Symptoms of Posttraumatic Stress in Young Adult Survivors of Childhood Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 4060–4066.
- Hodgson, C. S., Higginson, I. J., McDonnell, M., & Butters, E. (1997). Family Anxiety in Advanced Cancer: a Multi-Centre Prospective Study in Ireland. *British Journal of Cancer*, 76 (9), 1211–1214.
- Hopkins, K., Glass, G., & Hopkins, B. (1987). *Basic Statistics for the Behavioral Sciences*, (2nd, ed.). New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Kanfer, F., & Goldstein, A. (Eds.) (1986). *Helping People Change: A Textbook of Methods* (3rd, ed.). New York: Pergamon.
- Kazak, A., Alderfer, M., Rourke, M., Simms, S., Streisand, R., & Grossman, J. (2004). Posttraumatic Stress Symptoms (PTSS) and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Families of Adolescent Childhood Cancer Survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, 211–219.
- Kazak, A. E., Alderfer, M. A., Streisand, R., Simms, S., Rourke, M. T., Barakat, L. P., Gallagher, P., & Cnaan, A. (2004). Treatment of Posttraumatic Stress Symptoms in Adolescent Survivors of Childhood Cancer and their Families: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Family Psychology*, 18, 493-504
- Kazak, A., Biancamaria, P., Boyer, B., Himelstein, B., Brophy, P., Waibel, M., Blackall, G., Daller, D., & Johnson, K. (1996). A Randomized Controlled Prospective outcome Study of a Psychological and Pharmacological Intervention Protocol for Procedural Distress in Pediatric Leukemia. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(5), 615-631.
- Kazak, A., Boeving, A., Alderfer, M., Hwang, W., & Reilly, A. (2005). Posttraumatic Stress Symptoms During Treatment in Parents of Children with Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (30), 7405-7410.
- Kazak, A.E., Meeske, K., Penati, B., Barakat, L.P., Christakis, D., Meadows, A.T., Casey, R., & Stuber, M. (1997). Posttraumatic Stress, Family Functioning, and Social Support in Survivors of Childhood Leukemia and their Mothers and Fathers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 120-129.
- Kazak, A.E., Simms, S., Barakat, L., Hobbie, W., Foley, B., Golomb, B., & Best, M. (1999). Surviving Cancer Competently Intervention Program (SCCIP): A Cognitive-Behavioral and Family Therapy Intervention for Adolescent Survivors of Childhood Cancer and their Families. *Family Process*, 38, 176-191.
- D'Zurilla, T.J., & Goldfried, M.R. (1971). Problem Solving and Behavior Modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- D'Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (1982). Social Problem Solving in Adults. In P.C.Kendall (Ed.), *Advances in Cognitive-Behavioral Research and Therapy* (pp. 201-274). New York: Academic Press.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1990). Development and Preliminary Evaluation of the Social Problem-Solving Inventory. *Psychological Assessment*, 2, 156–163.
- Ellis, A. (1984). *Rational Emotive Therapy and Cognitive Behavior Therapy*. New York: Springer.
- Ey, S., Hadley, W., Allen, D. N., Palmer, S., Klosky, J., Deptula, D., et al. (2005). A New Measure of Children's Optimism and Pessimism: The Youth Life Orientation Test. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 548-558.
- Fotiadou, M., Barlow, J., Powell, L. & Langton, H. (2008) Optimism and Psychological Well-Being Among Parents of Children with Cancer: An Exploratory Study. *Psychooncology*, 17, 401-409.
- Gazda, G. Ginter, E. & Horne, A.(2001). *Group Counseling and Group Psychotherapy Theory and Application*. (1st, ed.). United State of America: A Pearson Education Company.
- Gerhardt, C. A., Gutzwiller, J., Huiet, K. A., Vannatta, K., Fischer, S., & Noll, R. B. (2007). Parental Adjustment to Childhood Cancer: A Replication Study. *Journal of Families, Systems, and Health*, 25, 263-275.
- Gil, E. & Jalazo, N. (2008). An Illustration of Science and Practice: Strengthening the Whole Through its Parts. In A. Drewes (Ed.), *Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy: Evidence-Based and Other Effective Treatments and Techniques*. (pp. 41-68). New York: Wiley & Sons.
- Goldbeck, L. (2001). Parental Coping with the Diagnosis of Childhood Cancer: Gender Effects, Dissimilarity within Couples, and Quality of Life. *Psychooncology*, 10 (4), 325-35.
- Han, H. (2003). Korean Mothers' Psychosocial Adjustment to their Children's Cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (5), 499–506.
- Hassan, N., & Power, T. (2002). Optimism and Pessimism in Children: A Study of Parenting Correlates. *International Journal of Behavioral Development*, 26 (2), 185-191.
- Hill, R. (1949). *Families Under Stress: Adjustment to the Crisis of War Separation and Reunion*. New York, NY: Harper.
- Hobbie, W., Stuber, M. L., Meeske, K., Wissler, K., Rourke, M. T., Ruccione, K., Hinkle, A., & Kazak,

- Mack, J., Cook, F., Wolfe, J., Holcombe, E., Cleary, P., & Weeks, J. (2007). Understanding of Prognosis Among Parents of Children with Cancer: Parental Optimism and the Parent-Physician Interaction. *Journal of Clinical Oncology*, 25 (11), 1357-1362.
- Macner-Licht, B., Rajalingam, V., & Bernard-Opitz, V. (1998). Childhood leukemia: Towards an Integrated Psychosocial Intervention Programs in Singapore. *Annals, Academy of Medicine, Singapore*, 27 (4), 485-490.
- Manne, S. L., Nereo, N., DuHamel, K., Ostroff, J., Parsons, S., Martini, R., Williams, S., Mee, L., Sexson, S., Lewis, J., Vickberg, S. J., & Redd W. H. (2001). Anxiety and Depression in Mothers of Children Undergoing Bone Marrow Transplant: Symptom Prevalence and use of the Beck Depression and Beck Anxiety Inventories as Screening Instruments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1037-1047.
- McGrath, P. (2001). Treatment for Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia: the Fathers' Perspective. *Australian Health Review*, 24 (2), 135-42.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress Inoculation Training*. Elmsford, NY: Pergamon Press
- Murray, B., Kenardy, J., & Spence, S. (2008). Brief report: Children's Responses to Trauma and Nontrauma-Related Hospital Admission: A Comparison Study. *Journal of Pediatric Psychology*, 33 (4), 435-440.
- Neilson-Clayton, H., & Brownlee, K. (2002). Solution-Focused Brief Therapy with Cancer Patients and their Families. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20, (1), 1-13.
- Othman, A., Blunden, S., Mohamad, N., Hussin, Z., & Osman, Z. (2010). Piloting a Psycho-Education Program for Parents of Pediatric Cancer Patients in Malaysia. *Psychooncology*, 19 (3), 326-331.
- Pai, A. L., Drotar, D., Zebracki, K., Moore, M., & Youngstrom, E. (2006). Meta-Analysis of the Effects of Psychological Interventions in Pediatric Oncology on Outcomes of Psychological Distress and Adjustment. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(9), 978-988.
- Patiño-Fernández, A. M., Pai, A. L., Alderfer, M., Hwang, W. T., Reilly, A., & Kazak, A. E. (2008). Acute Stress in Parents of Children Newly Diagnosed with Cancer. *Pediatric Blood Cancer*, 50 (2), 289-292.
- Peterson, C. (2000). The Future of Optimism. *American Psychologist*, 55 (1), 44-55.
- Powers, S. (1999). Empirically Supported Treatments in Pediatric Psychology: Procedure-Related Pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 131-154.
- Kazak, A. E., Simms, S., Alderfer, M. A., Rourke, M. T., Crump, T., McClure, K., Jones, P., Rodriguez, A., Boeving, A., Hwang, W., & Reilly, A. (2005). Feasibility and Preliminary Outcomes from a Pilot Study of a Brief Psychological Intervention for Families of Children Newly Diagnosed with Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 30 (8), 644-655.
- Kenney, D.A. (1987). *Statistics for the Social and Behavioral Sciences*. Boston: Little, Brown, and Company.
- Koocher, G. P., & O'Malley, J. E. (Eds.). (1981). *The Damocles syndrome: Psychological Consequences of Surviving Childhood Cancer*. New York: McGraw-Hill.
- Kuan, H. Y. (2000). *Identifying the Needs of Chinese Family Caregivers of Children with Cancer in Hong Kong*. Ph.D. Dissertation, Hong Kong Polytechnic University, Hong Kong. Retrieved November 21, 2008, from Dissertations & Theses: Full Text. (Publication No. AAT 9975716).
- LaMontagne, L. L., Hepworth, J. T., Salisbury, M. H., & Riley, L. P. (2003). Optimism, Anxiety, and Coping in Parents of Children Hospitalized for Spinal Surgery. *Applied Nursing Research*, 16 (4), 228 - 235.
- Lansky, S.B., Cairns, N.U., & Zwartjes, W. (1983). School Attendance Among Children with Cancer: A Report from Two Centers. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1, 75-82.
- LaRocco, J.M., House, J.S., & French, J.R.P. (1980). Social Support, Occupational Stress and Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 202-218.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Levi, R.B., Marsick, R., Drotar, D., et al. (2000). Diagnosis, Disclosure, and Informed Consent: Learning from Parents of Children with Cancer. *Journal of Pediatric Hematology Oncology*, 22 (1), 3-12.
- Lindahl Norberg, A., Lindblad, F., & Boman, K. K. (2005a). Parental Traumatic Stress During and After Pediatric Cancer Treatment. *Acta Oncologica*, 44(4), 382-388.
- Lindahl Norberg, A., Lindblad, F., & Boman, K. K. (2005b). Coping Strategies in Parents of Children with Cancer. *Social Science and Medicine*, 60 (5), 965-975.
- Longmore, R., & Worrell, M. (2007). Do we Need to Challenge Thoughts in Cognitive Behavior Therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173-187.

- Parental Anxiety and Depression Associated with Caring for a Child Newly Diagnosed with Type 1 Diabetes: Opportunities for Education and Counseling. *Patient Education Counseling*, 73 (2), 333-338.
- Uriadnitskaia, N., Bialik, M., Moiseenko, E., & Nikolaeva, V. (1997). The Role of Parents in the Psychological Adjustment of Children with Cancer. *Vopr Onkol Journal*, 43 (4), 465-468.
- VanDongen-Melman, J.E., Pruyn, J.F., De Groot, A., Koot, H.M., Hahlen, K., & Verhulst, F.C. (1995). Late Psychosocial Consequences for Parents of Children who Survived Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 567-586.
- Weinstein, N. D. (1988). The Precaution Adoption Process. *Health Psychology*, 7, 355-386.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester: Wiley.
- White, C. A. (2001). *Cognitive Behavior Therapy for Chronic Medical Problems: A Guide to Assessment and Treatment in Practice*. Chichester: Wiley
- Williams, N., Davis, G., Hancock, M., & Phipps, S. (2010). Optimism and Pessimism in Children with Cancer and Healthy Children: Confirmatory Factor Analysis of the Youth Life Orientation Test and Relations with Health-Related Quality of Life. *Journal of Pediatric Psychology*, 35 (6), 672-
- Williams, S. M., & Williams, W. H. (2005). *My Family, Past, Present and Future: A Personal Exploration of Marriage and the Family*. MA, Boston: Pearson Custom Publishing.
- Woodgate, R. L., Degner, L., & Yanofsky, R. (2003). A Different Perspective to Approaching Cancer-Symptoms in Children. *The Journal of Pain and Symptom Management*, 26(3), 800-817.
- Zabora, J., Loscalzo, M., & BrintzenhofeSzoc, K. (2008). *Problem-Solving Methodologies for Family Caregivers of Cancer Patients: Research that Matters*. Retrieved March, 12, 2009 from sswr.confex.com/sswr/2008/techprogram/P8977.HTM
- Rabineau, K.M., Mabe, P.A., & Vega, R.A. (2008). Parenting Stress in Pediatric Oncology populations. *Journal of Pediatric Hematology Oncology*, 30 (5), 358-365.
- Rehm, L. P. (1979). A Comparison of Self-Control and Assertion Skills Treatments of Depression. *Behavior Therapy*, 10(4), 429-442.
- Rokke, P., Tomhave, J., & Zelijko, J. (2000). Self-Management Therapy and Educational Group Therapy for Depressed Elders. *Cognitive Therapy and Research*, 24 (1), 99-119.
- Sahler, O. J., Fairclough, D., Katz, E., Varni, J., Phipps, S., Mulhern, R., et al (2005). Using Problem-Solving Skills to Reduce Negative Affectivity in Mothers of Children with Newly Diagnosed Cancer: Report of a Multi-Site Randomized Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (2), 272-283.
- Sawyer, M. G., Antoniou, G., Toogood, I., Rice, M., & Baghurst, P. A. (1993). A Prospective Study of the Psychological Adjustment of Parents and Families of Children with Cancer. *Journal of Pediatric Child Health*, 29 (5), 352-356.
- Sexson, S., & Madan-Swain, A. (1995). The Chronically Ill Child in the School. *School Psychology Quarterly*, 10(4), 359-368.
- Sheard, T., & Maguire, P.(1999). The Effect of Psychological Interventions on Anxiety and Depression in Cancer Patients: Results of Two Meta-Analyses. *British Journal of Cancer*, 80, 1771-1780.
- Sloper, P. (2000). Predictors of Distress in Parents of Children with Cancer: A Prospective Study. *Journal of Pediatric Psychology*, 25 (2), 79-91.
- Spinetta, J., & Deasy-Spinetta, P. (1986). The Patient's Socialization in the Community and School During Therapy. *Cancer*, 58, 512-518.
- Steele, R.G., Long, A., Reddy, K.A., et al. (2003). Changes in Maternal Distress and Child-Rearing Strategies Across Treatment for Pediatric Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (7), 447-452.
- Streisand, R., Rodrigue, J., Houck, C., Graham-Pole, J., & Berlant, N. (2000). Brief report: Parents of Children Undergoing Bone Marrow Transplantation: Documenting Stress and Piloting a Psychological Intervention Program. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 331-337.
- Streisand, R., Braniecki, S., Tercyak, K. P., & Kazak, A. E. (2001). Childhood Illness-Related Parenting Stress: The Pediatric Inventory for Parents. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 155-162.
- Streisand R, Mackey, E.R., Elliot, B.M., Mednick, L., Slaughter, I.M., Turek, J., & Austin, A. (2008).

(ملحق 1) مقياس التوتر الوالدي

الفقرة	درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	لا تنطبق أبداً
1	5	4	3	2	1
2	1	2	3	4	5
3	5	4	3	2	1
4	5	4	3	2	1
5	5	4	3	2	1
6	5	4	3	2	1
7	5	4	3	2	1
8	5	4	3	2	1
9	5	4	3	2	1
10	5	4	3	2	1
11	5	4	3	2	1
12	5	4	3	2	1
13	5	4	3	2	1
14	5	4	3	2	1
15	1	2	3	4	5
16	5	4	3	2	1
17	1	2	3	4	5
18	1	2	3	4	5
19	5	4	3	2	1
20	5	4	3	2	1
21	1	2	3	4	5
22	5	4	3	2	1
23	5	4	3	2	1
24	1	2	3	4	5
25	1	2	3	4	5
26	5	4	3	2	1
27	1	2	3	4	5

الفقرة	درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	لا تنطبق أبداً
28	5	4	3	2	1
29	1	2	3	4	5
30	5	4	3	2	1
31	1	2	3	4	5
32	5	4	3	2	1
33	5	4	3	2	1
34	5	4	3	2	1
35	5	4	3	2	1
36	5	4	3	2	1
37	5	4	3	2	1
38	5	4	3	2	1
39	5	4	3	2	1
40	5	4	3	2	1

(الفقرات الإيجابية ذات الأرقام: 2, 15, 17, 18, 21, 24, 25, 27, 29, 31) التي تم تصحيحها معكوسة.

ملحق (2) مقياس التشاؤم

الرقم	العبرة	أوافق تماماً	أوافق	لا أوافق	لا أوافق مطلقاً
1	أشعر أن الظروف في تحسن دائم ومستمر .	1	2	3	4
2	لا يوجد لدى الوقت الكافي للقيام بجميع مهامى.	4	3	2	1
3	أتجاهل عادة الانتكاسات البسيطة التي تحدث لى .	1	2	3	4
4	أتوقع الخسارة عند المشاركة في أي شيء بصورة جماعية .	4	3	2	1
5	نادرا ما أتوقع حدوث أشياء جيدة لى.	4	3	2	1
6	يبدو لى المستقبل كئيباً.	4	3	2	1
7	تبدو لى الحياة جميلة بصفة عامة .	1	2	3	4
8	أتوقع العقبات أمام تطلعاتى المستقبلية فى الحياة .	4	3	2	1
9	أتوقع الخسارة فى المشاركات الثنائية .	4	3	2	1
10	لا أثق بالأشخاص الآخرين .	4	3	2	1
11	أتخلص من الحالة المزاجية السيئة بسهولة .	1	2	3	4
12	أحقق أهدافى عندما أعمل باجتهاد .	1	2	3	4
13	فى بعض الأحيان تكون روحى المعنوية منخفضة، ولكن سرعان ما أعود إلى حالتى الطبيعية.	1	2	3	4
14	أتوقع الفشل وأنا فى قمة النجاح .	4	3	2	1
15	أفعل أى شيء بالثقة والإصرار .	1	2	3	4
16	لا أضع خطاً جادة لمستقبلى لعدم ضمانه.	4	3	2	1
17	أتوقع النجاح عندما أعمل أى شيء جديد .	1	2	3	4

الرقم	العبرة	أوافق تماماً	أوافق	لا أوافق	لا أوافق مطلقاً
18	بصفة عامة تنتهي الأمور على ما يرام .	1	2	3	4
19	أرى الجانب المشرق في الحياة معظم الأحيان .	1	2	3	4
20	معظم القرارات التي أتخذها قرارات خاطئة .	4	3	2	1
21	أميل إلي التقليل من حجم مشاكلي مهما كبر حجمها .	1	2	3	4
22	يبدو أن مصائب الحياة لن تفارقني.	4	3	2	1
23	حينما توجد الإرادة يوجد الطريق إلي النجاح .	1	2	3	4
24	أميل إلى تضخيم مشكلاتي لدرجة تفوق حجمها الحقيقي.	4	3	2	1
25	أثق عادة في أن الأمور في النهاية تسير سيراً حسناً .	1	2	3	4
26	أتوقع أن تزداد الأمور سوءاً بمرور الوقت .	4	3	2	1
27	الأحداث المؤلمة غالباً ما تأتي في أعقاب الأحداث السارة.	4	3	2	1
28	أحب أن أكون بمفري بعيداً عن الآخرين.	4	3	2	1
29	أستطيع أن أتعامل بارتياح مع كافة الناس.	1	2	3	4
30	من الأفضل لي أن أتوقع الهزيمة حتى لا أصدم .	4	3	2	1
31	أتوقع أن أحقق معظم الأشياء التي أريدها في الحياة.	1	2	3	4
32	أي شخص يعمل بجد واجتهاد يجد لديه فرصة طيبة للنجاح.	1	2	3	4

(الفقرات الإيجابية ذات الأرقام: 1، 3، 7، 11، 12، 13، 15، 17، 18، 19، 21، 23، 25، 29، 31، 32) التي تم تصحيحها معكوسة.