

أثر برنامج إرشاد جمعي في خفض القلق والاكتئاب لدى أطفال الأمهات المصابات بمرض مزمن

جهاد علاء الدين* و أمل قزق**

تاريخ قبوله 2016/9/29

تاريخ تسلم البحث 2016/3/29

The Effect of Group Counseling Program In Decreasing Anxiety And Depression Among Children of Mothers with Chronic Illness

Jehad Alaedein, Counseling Psychology, Department of Educational Psychology & Counseling, Faculty of Educational Sciences, Hashemite University, Zarqa-Jordan

Amal Quzq, Psychological & Educational Counseling, College of Graduate Studies, Mutah University, Karak, Jordan.

Abstract: This experimental study sought to explore the impact of group counseling program in decreasing levels of anxiety and depression among a sample of children of mothers with chronic illness which consisted of (32) students and whose ages ranged between 12-14 years old. The participants were divided randomly into two groups: an experimental group, who received counseling program based on the cognitive behavior therapy and a control group who didn't receive any counseling program. Results of pretest to posttest differences for the experimental and control groups on the study scales revealed that the treatment group compared to control group was significantly more likely to have lower anxiety and depressive symptoms. Further, results of post- follow-up tests comparisons for each of the dependent variables showed that while grades on anxiety improved to become lower, grades on depression regressed to become higher, but these differences were not significant.

(Keywords: Children of Mothers with Chronic Disease; Group Counseling Program; Cognitive Behavioral Therapy (CBT); Anxiety; Depression).

المدة، ولا تحل أو تعالج تلقائياً، ونادراً ما تعالج بالكامل".

وتتراوح هذه الأمراض بوجه عام، ما بين أمراض القلب، والسرطان، والسكري، والكلية، وتصلب الأنسجة العضلية، وأمراض الرئة (World Health Organization: WHO, 2005).

ويمكن لتشخيص الوالد بمرض جسدي حاد ومزمن أن ينتج لديه ولمن حوله العديد من المشكلات الجسمية والعاطفية والسلوكية، هذا بالإضافة إلى التناقص والتراجع في تأدية الوظائف الأسرية (Forrest, Plumb, Ziebland, & Stein, 2006; Grabiak, Bender, & Puskar, 2007). فحدث المرض يعد أحد الأحداث الحياتية الأسرية الضاغطة الذي برهنت العديد من الدراسات على ارتباطه بالاضطرابات النفسية والجسمية (Holland & Friedlander, 2006, P.121)، سواء لدى المريض نفسه، أم عند من يحيطون به من أفراد الأسرة، وبشكل خاص الأطفال الصغار والمراهقون (Krattenmacher et al., 2013; Thastum et al., 2009; Visser, Huizinga, Van der Graaf, Hoekstra, & Hoekstra-Weebers, 2004).

ملخص: هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن أثر برنامج إرشاد جمعي في خفض القلق والاكتئاب لدى عينة قصدية تألفت من (32) طالبة تراوحت أعمارهن ما بين (12-14) سنة من أطفال الأمهات المصابات بأمراض مزمنة متنوعة، 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 الأطفال على مقياسي القلق والاكتئاب، حيث انخفض مستوى القلق والاكتئاب بدرجة أعلى لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة. كما أشارت نتائج المقارنات البعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى وجود فروق ظاهرة بين متوسطات القياسين البعدي والتتبعي، لصالح التتبعي على مقياسي الدراسة، فقد انخفضت الدرجات إيجابياً على مقياس القلق، في حين ارتفعت الدرجات سلباً على مقياس الاكتئاب، لكن هذه الفروق لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

(الكلمات المفتاحية: أطفال الأمهات المصابات بمرض مزمن، برنامج إرشاد جمعي، العلاج المعرفي السلوكي، التعليم النفسي، القلق، الاكتئاب).

مقدمة:

تعد إصابة الوالد بالمرض الجسدي المزمن مبكراً عاملاً خطراً يسهم في تطور المشكلات النفسية والاجتماعية عند الأبناء من الأطفال والمراهقين (Buckley, 1977). كما تعد إصابة أحد الوالدين بمرض مزمن أو خطير بوجه عام مصدر تهديد لأمن واستقرار البيئة الأسرية، وصلاحية الأسرة للقيام بوظائفها. ويبدو أنه عندما تتطور لدى أحد الوالدين حالة مرضية مزمنة في أثناء مراحل تربية الأطفال في دورة الحياة الأسرية، فإن قدرة العائلة على البقاء متماسكة ضمن نفس المسار تصبح مرهقة ومجهدة. وفي حالات ذات خطورة أعلى، فإن تأثير المرض يشبه إضافة عضو جديد، مع "احتياجات خاصة" سينافس الأطفال الحقيقيين على موارد العائلة النادرة التي قد تنعدم بالخسارة الوالدية (Rolland, 1999).

وقد استخدم العديد من الباحثين بشأن المرض الوالدي التعبير "الأمراض المزمنة" (Chronic Illnesses) التي تعرفها المراكز الأمريكية لضبط ومكافحة الأمراض والوقاية منها (Centers for Disease Control and Prevention: CDC, 2009, p. 2)، بأنها "الأمراض غير السارية، وغير القابلة للانتقال التي تطول في

* قسم علم النفس التربوي والإرشاد النفسي، كلية العلوم التربوية، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.

** إرشاد نفسي وتربوي، كلية الدراسات العليا جامعة مؤتة، الكرك، الأردن.

© حقوق الطبع محفوظة لجامعة اليرموك، إربد، الأردن.

ويصف النموذج المرضي من ناحية هذه المطالب المعينة، والخصائص الفردية، وخصائص الثنائيات، والديناميكيات العائلية (Copeland, 2013). وبأسلوب مماثل، يقترح رولاند (Rolland, 1999) إطار الأنظمة العائلية للمرض الوالدي الذي يصور المرض من ناحية خصائص المرض (البداية، والمدة، والنتيجة)، والمراحل التطورية للمرض، والفرد، والعائلة، ومتغيرات مهمة في عمل النظام العائلي، (مثل الحدود والأدوار). ويبدو أن العديد من الباحثين متفقون على صحة المسلمة المشتركة بين هذين النموذجين، وهي أن الأمراض المعينة تؤثر في الأفراد والعائلات بطرق فريدة، وتكون أهمية هذه التأثيرات محددة جزئياً بالخصائص الموضوعية للمرض موضع الدراسة.

ويشير الباحثون (Ainuddin et al., 2012) إلى أن التعامل مع حاجات مجموعة الأبناء في أسر الآباء المرضى ما زال بطيئاً ومتأخراً، وأن هذه الحاجات تبدو ملحة، وتؤكد ضرورة إيلاء هذه الفئة السكانية الانتباه والاهتمام الخاص من المرشدين العاملين في مجال مساعدة الأسر. وبالرغم من أن عدداً كبيراً من الأطفال قد يواجهون حدث مرض أحد الوالدين، وما يرافقه من مشكلات التوافق الناجمة عن الإجهاد الذي يثيره مرض الوالد المزمّن، إلا أن كفاءة التدخلات الإرشادية التي تستهدف التقليل والوقاية من تطور الأعراض المصاحبة للتوتر، كالقلق، والاكتئاب، والحزن الشديد ما زالت لم تفحص بشكل منظم. وتشير الدراسات (Ahmed, Fowler, 2011; Huizinga et al., 2011; Toroc, 2011) إلى أن أطفال الأسر التي بها والد مصاب بمرض عضال يبلغون مستويات أعلى من الاكتئاب، وسمة القلق، ومستويات أدنى من تقدير الذات مقارنة بأطفال الأسر التي يكون فيها الوالدان أصحاء. وتزود هذه المعلومات المتوفرة عن عوامل المرونة والخطر الخاصة بهؤلاء الأبناء، وترفد أيضاً نوعية البرامج والتدخلات الإرشادية والعلاجية الواجب تصميمها لتناول حاجات هذه الفئة السكانية المهملة. وتعد برامج العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي (Bedway & Smith, 1996; McBride, 2012)، المقدمة في صيغة مجموعة إرشادية صغيرة العدد، من الخيارات الناجحة في التقليل من التوتر، والمحن النفسية المرتبطة بإصابة أحد أفراد الأسرة بالمرض. وبصورة خاصة، فإن الإرشاد الجمعي المستند إلى المنهج المعرفي السلوكي مع الآباء المرضى وأسرهم كان فعالاً للغاية، ولا تقل كفاءته عن فاعلية الإرشاد الفردي (Sheard & Maguire, 1999).

ويشير العلاج المعرفي السلوكي (CBT) إلى التدخلات الإرشادية والعلاجية التي تشترك في المسلمة الأساسية المتضمنة أن العوامل المعرفية والإدراكية هي المسؤولة عن استمرار الاضطرابات النفسية، والضيق النفسي. وتقوم المسلمة الرئيسة لهذا المنظور العلاجي (Beck, 1976; Ellis, 1962)، على أن الإدراكات والتصورات المشوهة هي التي تسهم في الإبقاء على الضيق العاطفي، والمشكلات السلوكية. وطبقاً لنموذج بيك (Beck, 1976)، فإن هذه الإدراكات المغلوطة تتضمن نوعاً من الاعتقادات العامة، أو الأبنية المعرفية حول العالم، والنفس،

ويشار إلى أن اختصاصيي الرعاية الصحية يركزون اهتمامهم بشكل رئيس على صعوبات ومشكلات التوافق النفسي والاجتماعي التي يواجهها الآباء المرضى وأزواجهم، أو على أوضاع الطفل المريض أو العاجز، بينما بقي المرض الوالدي منطقة كبرى غير مستكشفة، تفتقر بشدة للتدخلات الإكلينيكية المناسبة، والتعليم الأسري، والسياسات الوطنية التي تدعم هذه العائلات (Rolland, 1999)، تاركين الأطفال في الخلفية بالرغم من أن نسبة كبيرة منهم تتحول لتصبح ممثلة لفئة مقدمي الرعاية للوالد المريض لمدة طويلة من الزمن (Kuhne et al., 2012; Visser-Meily et al., 2006). وفي الحقيقة، يشعر الأطفال في هذه الأسر في أغلب الأحيان بأنهم مثقلون بالأعباء والمطالب أو المسؤوليات المتعلقة بالاهتمام، ورعاية الشخص المريض، في حين يفتقرون إلى المعلومات المهمة حول الحالة المرضية (Schrag, Morley, Quinn, & Jahanshahi, 2004). كما يشعر أبناء الآباء المرضى بالدرجة الأولى بأنهم أصبحوا مقيدون في النشاطات اليومية، ميالين لعزل أنفسهم من مجموعات الأقران؛ مما يؤدي في نهاية الأمر بهم للوقوع في مشكلات الصحة النفسية والجسدية المختلفة (Earley & Cushway, 2002). وغالباً ما تبرز هذه المشكلات والصعوبات بمعدلات أكثر عندما تكون الأم هي المصابة بالمرض (Christ, 2000).

وتشكل نسبة شيعوع مشكلات التوافق النفسي الحادة، كالقلق والاكتئاب بين فئة الأطفال في أسر الآباء المرضى -وهي المجموعة الإرشادية المستهدفة في هذه الدراسة- ما نسبته (55%) من المجموع الكلي لأسر الآباء المرضى، وتستمر هذه النسبة في أغلب الأحيان في الثبات حتى سن الرشد (Van de Port, Visser-Meily, Post, & Lindemann, 2007).

وتمثل التدخلات الإرشادية الممركزة على الأطفال وأفراد العائلة في أسر الآباء المرضى نسبة صغيرة من التدخلات النفسية والاجتماعية المتوفرة للبالغين المرضى وأسرهم، وهي تنفذ مع الأطفال و/أو الأسر، ويكون هدفها الأساسي أن تحسن عافية وسواء الأطفال النفسي والاجتماعي (Niemela, 2012, P.37). وقد لخصت دراسة دياريم وآخرين (Diareme, Tsiantis, Romer, Tsalamaniotis, Anasontzi, Paliokosta, & Kolaitis, 2007)، الممارسات والتدخلات التي استعملت للتزويد بتدخلات دعم الصحة النفسية لأطفال الآباء الذين يعانون من الأمراض الجسدية المزمنة، مثل مرض السرطان، والقلب، والسكتة الدماغية، والسكري. وقد ميز هؤلاء الباحثون بين وجود عشرة تدخلات هدفت بشكل محدد إلى مساندة أطفال مرضى السرطان، وكشفت مراجعتهم عدداً قليلاً جداً من التدخلات التي ركزت على الأطفال المتأثرين بالمرض الوالدي، وبأن هذه التدخلات التي وجدت كانت موجهة إلى الأطفال بعمر سن المدرسة.

ويقترح نموذج لويس وهاموند وودز (Lewis, Hammond, Woods, 1993)، بشأن تعامل الأسرة مع المرض ومواجهتها له، أن الأمراض المختلفة ترتبط بمطالب نفسية واجتماعية مختلفة.

للمراهقين لتحسين نتائج الصحة السلوكية والنفسية بين المراهقين وأبائهم من المرضى بالإيدز. تم توزيع عينة الآباء المرضى (ن=307)، وأطفالهم المراهقين (ن=412) عشوائياً إلى تدخل معرفي سلوكي مركز (المجموعة التجريبية)، أو العناية القياسية (المجموعة الضابطة). قيم المشاركون في القياسات القلبية والبعدية على مقياس تقدير الذات، والقلق، والاكتئاب، والتوتر، والموترات المتعلقة بالعائلة وسلوك المشكلة المتعدد، كما قيم (95%) من المشاركين في القياس التبعي مرة ثانية سنوياً على مدى سنتين. أشارت النتائج إلى أن المراهقين في مجموعة التدخل المركز مقارنة بالمراهقين في المجموعة الضابطة، ابلغوا عن مستويات أدنى بشكل دال إحصائياً على مقياس القلق، والاكتئاب، والضيق العاطفي، والموترات المتعلقة بالعائلة، وسلوك المشكلة المتعدد، ومشاكل التصرف، ومستويات أعلى من تقدير الذات في القياسات البعدية والتتبعية.

وقامت ستانكو وتوب (Stanko & Taub, 2002) بدراسة بهدف تصميم وفحص صلاحية المبادئ التوجيهية لمجموعة الإرشاد الجمعي بالعلاج المعرفي السلوكي لأطفال مرضى السرطان في المدارس الابتدائية، وذلك كمجموعة تعليم نفسي لتحسين مستويات التوتر، وتقدير الذات. تكون البرنامج من عشر جلسات أسبوعية، أو نصف أسبوعية امتدت كل جلسة لمدة نصف ساعة. استخدمت الباحثتان لفحص النتائج الفورية والنهائية كلاً من الأسئلة العملية المستمدة من المهارات والتكنيكات للعمل الجمعي مع الأطفال والمراهقين، ومقياس التحقق من المشاعر. أشارت النتائج إلى أن التجربة مع هذه المجموعة كانت إيجابية للغاية، فقد أيد المعلمون أن وجود أعضاء المجموعة في بيئة آمنة، حيث يمكنهم مناقشة موضوع المرض الوالدي، وكذلك مشاعرهم المرتبطة به ساعدت الطلاب بشكل كبير في تعديل سلوكياتهم الصفية، والتخفيف من مستوى توترهم المتعلق بالضغوط التي يواجهونها في البيت، وعزوفهم بشكل عام عن مناقشة مرض الآباء بالسرطان.

وأجرى تاستوم ومنش-هانسن وويل ورومر (Thastum, Munch-Hansen, Wiell, and Romer, 2006) دراسة لتقييم مشروع إرشاد وقائي قصير الأمد في مركز للأسر التي لديها والد مريض بالسرطان، حيث شاركت (24) أسرة (24 أم، و17 أباً، و34 طفلاً) في برنامج إرشاد نفسي للعائلات التي لديها والد مصاب بالسرطان، تبين أن الأطفال أبلغوا عن تراجع دال إحصائياً في القياس البعدي مقارنة بالقبلي على مقياس الاكتئاب. كما ارتبطت التغييرات لديهم في الاكتئاب والأداء الوظيفي الأسري بشكل دال بدرجة الاقتناع بالبرنامج الإرشادي. وقد ظهر عدد من الموضوعات عندما وصف الأطفال ما كسبوه من البرنامج، منها: الفهم الأوسع العواطف وردود أفعال أفراد العائلة الآخرين، والإحساس الأكثر بالألفة والتماسك ضمن العائلة، وتطبيع المشاعر الخاصة.

وأجرت هوزينغا (Huizenga, 2011) دراسة لاستكشاف كفاءة ودور فنيات التعبير العاطفي في كتابات المراهقين من أبناء الآباء المصابين بمرض السرطان في التقليل من صعوبات التوافق

والآخرين، والمستقبل، التي يطلق عليها الثلاثي المعرفي (Cognitive triad) التي تسبب ظهور الأفكار المعينة والآلية في حالات ومواقف معينة. وتؤدي الاستراتيجيات العلاجية المستخدمة لتغيير هذه الإدراكات، وتقود لإحداث التغييرات في الضيق العاطفي والسلوك المشكل. وبالرغم من أن هذه الاستراتيجيات تؤكد على دور العوامل الإدراكية، إلا أنها تعترف أيضاً بالدور الذي تلعبه المكونات السلوكية والعاطفية والفيولوجية في الاحتفاظ بالاضطراب الانفعالي. ويصبح المسترشد في العلاج (CBT) مشاركاً نشطاً في عملية تعاونية لحل المشكلة تركز لفحص وتحدي صدق الإدراكات المشوهة، وتعديل الأنماط السلوكية سيئة التكيف (السقا، 2005).

وتركز التدخلات المعرفية (Friedman, Thase, & Wright, 2008) أولاً على تمييز وتحديد وتعديل الأفكار المشوهة والبنى المعرفية الباثولوجية. كما تعد التقنيات السلوكية المؤدية لزيادة التعرض، وزيادة النشاط، وتحسين المهارات الاجتماعية، والتحكم في الأعراض، وإدارة القلق من الأنواع والأشكال العلاجية المفيدة، ويمكن أن تكمل أو تضاعف تأثيرات الاستراتيجيات المعرفية. وبنفس الطريقة، يمكن أن يضيف المنظور المعرفي عمقاً لنماذج العلاج السلوكي بتعليم المسترشدين كيفية تمييز وتحديد وتعديل نقاط الضعف لديهم.

كما تعد استراتيجيات تدخلات التعليم النفسي امتداداً للعلاج المعرفي السلوكي، وتهدف إلى تعريف المسترشدين بطبيعة الاضطراب، وكيفية علاجه، ويستعمل التعليم النفسي في معالجة العديد من القضايا العاطفية والسلوكية والصحة النفسية المختلفة، ويتضمن ذلك علاج الاكتئاب، والحزن، وتخفيف الإجهاد، واضطرابات القلق، وقضايا الارتباط والتعلق (McBride, 2012; Wood, Brendtro, Fecser, & Nichols, 1999).

وقد أجريت بعض الدراسات لفحص فعالية برامج الإرشاد الجمعي المستندة للعلاج المعرفي السلوكي مع أبناء الآباء المصابين بمرض مزمن، فقد قامت مكارثي (McCarthy, 1982) مبكراً، بإجراء دراسة لتحديد ما إذا كان استخدام نموذج برنامج إرشاد جمعي يستند للعلاج المعرفي السلوكي مع عينة (ن=7) من الأطفال بعمر تراوح من (9-14) سنة، الذين لديهم والد مريض بالسرطان، يمكن أن يخفف الإجهاد لديهم (عرف الإجهاد في الدراسة بأنه سمة القلق: (كيف تشعر عموماً)، وحالة القلق (كيف تشعر الآن)، الذي قيس باستعمال مقياس حالة القلق، ومقياس سمة القلق. تم تنفيذ برنامج الإرشاد الجمعي الذي تضمن ست جلسات على فترة امتدت لتسعة أسابيع. أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة بين القياسين القبلي والبعدي على مقياسي حالة وسمة القلق؛ مما يشير لفائدة البرنامج التدخلية.

وقام روثرام-بورس وميرفي وميلير ودريمين (Rotheram-Borus, Murphy, Miller & Draimin, 1997) بإجراء دراسة لتقييم برنامج إرشاد جمعي يستند لمبادئ العلاج المعرفي السلوكي

مشكلة الدراسة

تشير البيانات والإحصائيات إلى أن أكثر حالات الإصابة بالأمراض المزمنة، كمرض السرطان مثلاً، تنتشر بين النساء في سن (46) عاماً وأكثر، وأن أغلبهن من المتزوجات وذلك وفقاً لبيانات السجل الوطني للسرطان في الأردن (Jordan National Cancer Registry (JNCR) 2009). ويتوقع لهذا أن ينعكس سلباً على الأسرة، وأن يلقي بظلاله على مستقبل الأطفال، ومستوى نموهم النفسي. ونظراً للطبيعة الخاصة بمرحلة المراهقة ومطالبها، فإن مشكلة الدراسة تتمثل في فحص أثر المشاركة في برنامج إرشاد جمعي على عينة من الأبناء من الإناث في الأعمار ما بين (12-14) سنة من اللواتي تعاني أمهاتهن من مرض مزمن وذلك في خفض مستويات القلق والاكتئاب لديهن. ويستشهد هنا بقول بعض الباحثين (Grabiak, Bender, & Puskar, 2007)، بأن "المراهقين الذين لديهم والد مريض بمرض خطير، كالسرطان سيعانون من مستويات مرتفعة من التعاسة، وهذا الضيق يجب أن يعرف ويميز ويتناول من الوالد المشخص بالمرض وأفراد العائلة ومحترفي الرعاية الصحية والجهاز العامل في المدارس" (p. 135). وتتحدّد مشكلة هذه الدراسة في فحص أثر برنامج إرشاد جمعي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى أطفال الأمهات المصابات بأمراض مزمنة.

فرضياتنا الدراسة

سعت الدراسة إلى فحص الفرضيتين التاليتين:

الفرضية الأولى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية اللواتي طبق عليهن برنامج الإرشاد الجمعي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة اللواتي لم يطبق عليهن أي برنامج إرشادي، على مقياسي الدراسة: القلق، والاكتئاب في الاختبار البعدي.

الفرضية الثانية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي الدراسة: القلق، والاكتئاب في الاختبار البعدي، وبين متوسط درجاتهن في الاختبار التتبعي على هذين المقياسين.

أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة الحالية في أنها تفحص وتوفر نوعاً من التدخلات الإرشادية المستندة أساساً للمنهج المعرفي السلوكي، وخبرات التعليم النفسي المتمثلة ببرنامج الإرشاد الجمعي المصمم لغايات الدراسة الحالية، الأمر الذي قد يضمن تحسين مستويات القلق والاكتئاب عند عينة من الإناث اللواتي يعشن مأساة معاناة الأم من مرض مزمن. فالمجموعة الإرشادية ستكون مفيدة في مساعدة هؤلاء الفتيات لكي يتعلمن استراتيجيات التعامل الفعالة، ويتعرفن ويتعلمن أكثر عن المرض، ويميزن ويحددن مشاعرهن، ويتشاركن في خبراتهن المميزة والخاصة. كما أن الدراسة تبرز أهمية المدرسة والجهاز الإرشادي العامل فيها لمساعدة هؤلاء

النفسي لديهم. تراوحت أعمار المشاركين (ن=40) مراهقاً ومراهقة من (12-18) سنة، توزعوا بشكل عشوائي على إحدى مجموعتين: تجريبية وضابطة. تمّ الطلب الى أفراد المجموعة التجريبية في ثلاث جلسات كتابة أفكارهم ومشاعرهم بخصوص مرض آبائهم، أو حسب ما يقومون به لإدارة وقتهم (المجموعة الضابطة). وتم في القياس القبلي والبعدي تقييم متغيرات الصحة الجسمية (زيارات الطبيب، والغياب عن المدرسة، والأعراض الجسمية)، ومتغيرات الصحة النفسية (سلوك مشكلات الاضطرابات الموجهة إلى الداخل وإلى الخارج، والقلق، والاكتئاب، والعاطفة الإيجابية، والعاطفة السلبية، ومهارات المواجهة، وأعراض النصح ما بعد الحدث المؤلم). أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة، وتبين أن المشاركة في المجموعة التجريبية ارتبطت بدرجة دالة بالتناقص في المشاعر السلبية، وأعراض الاكتئاب، ومهارات المواجهة التجنبية السلوكية، وأعراض القلق والمشاكل الموجهة للداخل المخبر عنها عن طريق الوالد.

يلاحظ من العرض السابق للدراسات السابقة أنها قليلة، وأن معظمها ركز عموماً على قضايا التوافق النفسي والاجتماعي لدى أبناء الآباء المرضى من الأطفال أو المراهقين، ولدى عينات من الأسر التي بها والد مصاب بمرض مزمن، وبشكل خاص مرضا السرطان والإيدز اللذين حظيا باهتمام كبير. وبالرغم من ذلك، يكشف البحث والمراجعة الشاملة للأدب النفسي أن القليل فقط من هذه الدراسات سعى للتحقق من أثر برامج الإرشاد الجمعي مع عينات من أبناء الأسر التي بها والد يعاني من أمراض مزمنة متنوعة، وأن عدد المنشورات التي تركز على التدخلات التي تستهدف مساعدة الأبناء خلال إجهاد الحياة مع والد مريض بشكل مزمن ما زال محدوداً (Diareme et al., 2007; Kuhne et al., 2005; Lewis et al., 2012). وتبين أيضاً، في حدود علم الباحثين، افتقار الأدب النفسي العربي للدراسات التي تطرقت لفحص أثر برامج الإرشاد الجمعي في تحسين التوافق النفسي لأبناء هذه الأسر من المراهقين وخاصة على المستوى المحلي، وتحديدًا، دور برامج الإرشاد الجمعي في تحسين التوافق النفسي من خلال مؤشرات: القلق، والاكتئاب لدى عينة من الأطفال الذين يعيشون في أسر أردنية بها أم مصابة بمرض مزمن. واستجابة لهذه المشكلة الخاصة بالأسرة التي لديها والد مصاب بمرض جسدي مزمن، ومع ندرة المعلومات الموثقة في الأدب النفسي العربي، أو حتى الغربي الذي يتناول المجموعات الإرشادية لأطفال الوالدين المصابين بأحد الأمراض المزمنة (Diareme et al., 2007)، أتت فكرة هذه الدراسة التجريبية لفحص مدى كفاءة برنامج إرشاد جمعي يستند إلى العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مجموعة من المراهقات في عمر (12-14) سنة، من أطفال الأسر الأردنية التي بها أم مريضة بمرض مزمن كمرض القلب، والسكري، والسرطان، والكلية، وتصلب الأنسجة المتعدد.

للدرجة التي تسجلها الابنة بأسلوب التقدير الذاتي لمستويات القلق لديها على الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية.

الاكتئاب: يمثل سلسلة من الأعراض (Radloff, 1991) التي تتضمن المزاج المكتئب، والشعور بالذنب، وعدم الأهمية، واليأس، وبالعجز، والإعاقة النفس حركية، واضطرابات النوم، وفقدان الشهية (الدويب، 2006). ويعرف إجرائياً تبعاً للدرجة التي تسجلها الابنة من أفراد عينة الدراسة بأسلوب التقدير الذاتي لمستويات الاكتئاب لديها على الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية.

أطفال الأمهات المصابات بمرض مزمن: هم عينة المراهقات اللواتي أصيبت أمهاتهن بمرض جسدي مزمن، كالسرطان، والقلب، والسكري، والكلية، وتصلب الأنسجة المتعدد بحيث تتراوح مدة المرض بين سنة- ثلاث سنوات خلال العامين (2012 و 2013)، ومستقبل المرض لديهن لا يهدد بالوفاة.

المرض المزمن: وهو حالة جسدية غير قابلة للشفاء (Kinzel, 1993)، يسببها وضع باثولوجي غير قابل للعكس والارتداد، الذي لا يمكن أن يصحح بالتدخل الطبي ويؤدي في النهاية إلى حالة صحية معدلة مع عجز طويل الأمد الذي لا يمكن أن يعالج بسهولة (Miller, 1999). ويقصد به في الدراسة الحالية أمراض القلب، والسكري، والسرطان، والكلية، وتصلب الأنسجة المتعدد.

الطريقة والإجراءات

منهج الدراسة وتصميمها

تم اتباع المنهج شبه التجريبي في هذه الدراسة، من خلال التوزيع العشوائي لأفراد عينة الدراسة على مجموعتين تجريبية وضابطة متكافئتين ومتساويتين بقياسات قبلية وبعديّة، وتتبعية للتجريبية فقط. ويمكن التعبير عن تصميم الدراسة الحالية بالرموز كما يأتي:

$$G_1 : O_1 \quad X \quad O_2 \quad O_3$$

$$G_2 : O_1 \quad - \quad O_2 \quad -$$

(G1): المجموعة التجريبية، (G2): المجموعة الضابطة، (O1): القياس القبلي، (X): المعالجة، (O2): بدون معالجة، (O3): القياس البعدي، (O3): قياس المتابعة.

متغيرات الدراسة

اشتملت الدراسة على المتغيرات الآتية: المتغير المستقل: التعرض لبرنامج الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي، والتعلم النفسي الاجتماعي. والمتغيرات التابعة: درجات المفحوصين في الاختبارات البعدية والتتبعية على مقياسي الدراسة: القلق، والاكتئاب.

مجتمع الدراسة وعينتها

تكون مجتمع الدراسة من بنات الأمهات المصابات بمرض مزمن اللواتي يراجعن عدة مراكز صحية في محافظة الزرقاء، من

الأبناء المعرضين لخطر تطوير العديد من الصعوبات النفسية، كالقلق والاكتئاب المرتبطة بعرقلة عملية النمو الطبيعي لهم. وتعد هذه الدراسة امتداداً للجهود البحثية المؤكدة على دور العلاج المعرفي السلوكي. ويمكن أن تستخدم هذه الدراسة بما فيها من أدوات ومواد وبرنامج للتأكيد على فاعلية ودور المجموعات الإرشادية المستندة للعلاج المعرفي السلوكي (CBT)، والتعليم النفسي في مساعدة أفراد أسر الأمهات المريضات من المرشدين الأسريين العاملين في حقل الرعاية الطبية، من خلال تحسين مؤشرات التوافق النفسي والاجتماعي لدى أبناء الأمهات المريضات المحددة في الدراسة الحالية بمستويات القلق والاكتئاب. ويتوقع أن تسهم هذه الدراسة في رفق المكتبة العربية بخبرات إرشادية تتعلق بمساعدة أسر الآباء المرضى، خاصة أن الدراسات والأبحاث العلمية في هذا المجال تعد قليلة نسبياً، وقد تكون معدومة في المجتمع الأردني.

محددات الدراسة

تتحدد إمكانية تعميم نتائج الدراسة الحالية تبعاً للخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة المكونة من الطالبات اللواتي يدرسن في المدارس الأساسية العليا التابعة لمديرية تربية الزرقاء الأولى، التي اقتصر على الطالبات الإناث من أبناء الأمهات المصابات بمرض جسدي مزمن، وبالفئة العمرية (12-14) سنة، ممن يعانين من صعوبات ارتفاع القلق والاكتئاب. وتحدد إمكانية تعميم نتائج الدراسة الحالية أيضاً، بتصميم الدراسة بمجموعة ضابطة وتجريبية، وقياسات قبلية وبعديّة وتتبعية، وتبعاً للخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة في الدراسة، التي استندت إلى أسلوب التقرير الذاتي، بالإضافة إلى طبيعة وظروف ومدة تطبيق البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية.

مصطلحات الدراسة

يمكن تعريف مصطلحات الدراسة بشكل إجرائي على النحو الآتي:

برنامج الإرشاد الجمعي: ويعرف بأنه برنامج إرشاد جمعي مصمم استناداً لنماذج علاج خاصة بأبناء المرضى من الأمهات والآباء (Stanko & Taub, 2002). واستند إلى فنيات الإرشاد الجمعي، والعلاج المعرفي السلوكي، والتعليم النفسي، ونظريات التوتر الأسري، وتأثيرات المرض على الأنظمة الأسرية، واستخدمت فيه استراتيجيات توضيح التصورات والمفاهيم الخاطئة (Bacon, 1996) Corr, & Corr، والتزود بيئة آمنة ومألوفة وثابتة لإبداء التعبير عن المشاعر والشكوك والمخاوف والأمال (Bacon et al., 1996).

القلق: حالة انفعالية يستدل عليها من مؤشرات العوامل الفسيولوجية والهجوم والحساسية الزائدة، وضعف التركيز (Reynolds & Richmond, 2002). ويعرف القلق إجرائياً تبعاً

(16) طالبة، وقد تم اختيارهن بناءً على رغبتهم في المشاركة في البرنامج الإرشادي التي عبرن عنها عند مقابلتهن في مرحلة التشكيل، وهي المرحلة الأولى من مراحل تطور المجموعة في الإرشاد الجمعي، بالإضافة إلى موافقة أولياء أمورهن (الأم أو الأب أو كلاهما)، وتم ذلك وفق نموذج خاص أعد لهذه الغاية. وقد تبين لدى تحليل المعلومات الديموغرافية فيما يتعلق بتوزيع أفراد العينة من الطالبات حسب العمر، أن المتوسط الحسابي والانحراف المعياري قد بلغ بالسنوات كما يلي: (م=13.18؛ ع=0.69) سنة، وبمدي عمري تراوح من 12-14 سنة، وتوزعت تبعاً للصف الدراسي كما يلي: السابع (40.6%)، والثامن (59.4%)، وتراوحت أنواع مرض الأم ما بين الأشكال المتنوعة من أمراض السكري (40,6%)، والقلب (31,3%)، والسرطان (15,6%)، والكلية (9,4%)، وتصلب العضلات (3,1). وبلغت نسبة المستوى الاجتماعي الاقتصادي (SES) للأسرة كما يلي: المستوى الاقتصادي المتوسط (65.6%)، ونسبة المستوى الاقتصادي المنخفض (34.4%). وقد تم التحقق من تكافؤ المجموعتين على مقياسي الدراسة في القياس القبلي قبل تعرض المجموعة التجريبية للبرنامج الإرشادي، باستخدام اختبار (ت) لعينيتين مستقلتين، حيث تبين عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0$). (05) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياسي الدراسة: القلق والاكتئاب في القياس القبلي. ويوضح الجدول (1) هذه النتيجة.

جدول 1: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار "ت" للمجموعتين التجريبية (ن=16) والضابطة (ن=16) على مقياسي الدراسة في القياس القبلي

المقياس	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
القلق	التجريبية	16	81.78	18.04	0.368	0.716
	الضابطة	16	83.72	10.99		
الاكتئاب	التجريبية	16	62.98	8.92	1.068	0.294
	الضابطة	16	66.54	9.90		

(2) (نادراً)، إلى درجة واحدة (أبداً). وتتراوح الدرجة الكلية بين (26-104)، وتشير الدرجات الأعلى على المقياس إلى معاناة المفحوص من مستوى مرتفع من القلق. وقد تم استخراج الصدق الظاهري لمقياس القلق من خلال عرض صورته الأولية على مجموعة من المحكمين المتخصصين، ممن يحملون درجة الدكتوراة في الإرشاد النفسي والتربوي، بلغ عددهم عشرة محكمين، من أساتذة الجامعات الأردنية الحكومية والخاصة، وبلغت نسبة الاتفاق على صلاحية فقرات المقياس بين المحكمين (90%)، وبالتالي بقي مقياس القلق كما هو في صورته الأصلية يتكون من (26) فقرة. كما تم استخراج ثبات مقياس القلق بطريقتين، هما: أ- طريقة الثبات بإعادة الاختبار، حيث تم تطبيق مقياس القلق بصورته النهائية، على عينة الدراسة الاستطلاعية المكونة من (30) طالبة والمستمدة من مجتمع الدراسة الأصلي (من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة). كما تم تطبيق المقياس على نفس العينة المذكورة مرة أخرى، بعد مرور أسبوعين على التطبيق الأول،

الطالبات المسجلات في مدارس التربية والتعليم في منطقة الزرقاء الجديدة في محافظة الزرقاء، اللواتي أبدت أمهاتهن موافقتهن الأولية على مشاركة بناتهن في الدراسة، واستمدت عينة الدراسة من مجتمع الدراسة، استناداً إلى الشروط التالية: (1) أن يكون من الأسر التي لديها أم مصابة بمرض جسدي مزمن، وأن يكون المرض قد شخّص على الأقل منذ مدة لا تقل عن ستة أشهر، ولا يوجد تهديد حالي بالوفاة. (2) أن لا تكون الأمهات منفصلات عن أزواجهن (الوفاة، السفر، الطلاق). (3) أن لا تكون الطالبات مشخصات، أو لديهن أية صعوبات عقلية أو تربوية. (4) أن تتراوح أعمارهن ما بين 12 إلى 14 سنة. و(5) أن يبلغن عن مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب. وتألفت عينة الدراسة التي أمكن الوصول إليها وانطبقت عليها شروط الدراسة من (69) طالبة من مجموعة الطالبات المسجلات في الصفين السابع والثامن الأساسيين في ثلاث مدارس حكومية في منطقة الزرقاء الجديدة ممن لديهن أمهات مصابات بمرض جسدي مزمن. وتم اختيار (36) طالبة ممن حصلن على أعلى الدرجات على مقياسي القلق والاكتئاب، وذلك باستخدام طريقة فاصل الوسيط الذي بلغ في الدراسة الحالية (62، 80) على مقياسي القلق والاكتئاب على التوالي، واعتدلت أربع طالبات عن المشاركة، وبالتالي وصلت العينة النهائية إلى (32) طالبة تراوحت أعمارهن بين (12-14) سنة. وتم توزيع أفراد العينة عشوائياً بطريقة القرعة إلى مجموعتين: الأولى مجموعة تجريبية وعدد أفرادها (16) طالبة، والثانية مجموعة ضابطة وعدد أفرادها

أداتا الدراسة

1. مقياس القلق: استخدم مقياس القلق الظاهر المعدل للأطفال المعرب والمقنن للبيئة الأردنية (الدويب، 2006) لتقييم مستوى القلق لدى أفراد عينة الدراسة الحالية، من إعداد رينولدز وريتشموند (Reynolds and Richmond, 1978, 2002)، وقد تم بناؤه لتحديد درجة وطبيعة القلق المزمن عند الأطفال والمراهقين، وينصح باستخدامه لغايات التشخيص والمعالجة من القلق لدى الأطفال (Gerard & Reynolds, 1999)، في الأعمار من (6 إلى 19) سنة. ويتألف مقياس القلق الظاهر المعرب والمقنن للبيئة الأردنية (الدويب، 2006) من (26) فقرة بعد استثناء فقرات المرغوبة الاجتماعية. ويطلب من المفحوصين تقدير إجاباتهم عن فقرات المقياس على سلم تقدير ليكرت مؤلف من أربع درجات تتراوح من 4 (تقريباً دائماً)، 3 (غالباً)، درجتان

مادة الدراسة

برنامج الإرشاد الجمعي. استند برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي، وتحديدًا نموذج ستانكو وتوب (Stanko & Taub, 2002) باستخدام أسلوب الإرشاد الجمعي ومنظور التعليم النفسي (Yalom, 1983)، الذي طبق في هذه الدراسة على أفراد المجموعة التجريبية (ن=16) طالبة. وقد تألف برنامج الإرشاد الجمعي من (14) جلسة إرشاد جمعي. وقد تم تنفيذ جلسات البرنامج على مدى خمسة أسابيع، بمعدل جلستين أسبوعياً، وتراوح زمن الجلسة من (45) دقيقة إلى (60) دقيقة حسب مضمون كل جلسة. وقد تضمن البرنامج التركيز على سبعة موضوعات رئيسة كالتالي: التعريف بالبرنامج والتعارف والبناء، وما مشكلتك: أنا أدمع أسرتي، ومراجعة الأهداف، والتعرف إلى المشاعر، وتخصيصها، والتعامل مع الأدوار الجديدة، والتجربة الشخصية عن المرض وتأثيراته، والتغيرات في العائلة التي حدثت بسبب المرض، ومعلومات علمية عن المرض، وطرق التعامل مع القلق والاكتئاب، وتحمل الحزن، وأخيراً الدمج والتكامل والإنهاء والتقويم. وفيما يلي وصف موجز لمضمون جلسات البرنامج.

الجلسة الأولى (التعارف والبناء ووصف المشكلة): هدفت إلى تأسيس وإنشاء علاقة ودية بين المرشدة والأعضاء وبين الأعضاء، وتبادل التعارف بين أفراد المجموعة الإرشادية، وتفسير سبب وجود عضوات المجموعة في البرنامج (معاناتهن من القلق والاكتئاب المرتبط بمرض الأم المزمّن)، وشرح ما سيتم خلال مدة البرنامج، وإشراك الطالبات بوضع قواعد المجموعة، والتعرف إلى توقعات المشاركات من البرنامج الإرشادي، وتقديم الواجب البيتي الأول.

الجلسة الثانية (التفكير والشعور والسلوك): هدفت إلى شرح العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، وربطها بتصورات الطالبات عن مرض الأم، ومشاعر القلق والاكتئاب لديهن، والتحدث عن قصص نجاح في مواجهة الأمراض المزمنة.

الجلسة الثالثة والرابعة (الارتباط بالآخرين): سعت للتحقق من درجة حدة المشاعر باستخدام مقياس تقييم ما شعورك في هذا اليوم (من 1 إلى 8)، ومعالجة موضوع الارتباط والتعلق بالآخرين، بالتدرب على ممارسة الارتباط ما بين أعضاء المجموعة (Smead, 1995) بعد توزيع المجموعة إلى ثلاث مجموعات صغيرة. وعرض خبرات خاصة داخل الأسرة لكل مشاركة في موقف تعاملت به مع أحد أفراد الأسرة (بطريقة مناسبة/غير مناسبة)، والحصول على تعليقات من أفراد المجموعة للبدء بتميز جوانب الخبرة المشتركة مع عضوات المجموعة.

الجلسة الخامسة والجلسة السادسة (التعرف إلى المشاعر): ركزت هاتان الجلستان على إكساب مهارة التعرف إلى المشاعر، والتعرف إلى المشاعر الإيجابية والسلبية (القلق والاكتئاب)، وطرق

وباستخدام معادلة بيرسون، تم حساب معامل الاستقرار بين درجات المفحوصات في مرتي التطبيق، ووجد أن قيمة الثبات للقائمة الكلية لمقياس القلق بلغت ($r=0.933$)، وتعد هذه القيمة لثبات القائمة مرتفعة ومقبولة لغايات تحقيق أهداف الدراسة. ب- الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ)، وهي الطريقة الثانية التي استخدمت لحساب الثبات لمقياس القلق عن طريق حساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس، وبلغ معامل الثبات (ألفا كرونباخ) ($\alpha=0.854$)، وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

2. مقياس الاكتئاب. استخدم في الدراسة الحالية مقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب (Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D); Radloff, 1991)، المعرب والمقنن للبيئة الأردنية (الذويب، 2006)، لتقييم مستوى الاكتئاب لدى المراهقين في عينة الدراسة الحالية. تكون المقياس في صورته الأصلية من (20) فقرة تقيم بأسلوب التقرير الذاتي مستوى الأعراض الاكتئابية التي خبرها المفحوص خلال الأسبوع السابق. ويطلب من المفحوصين تقدير إجاباتهم عن فقرات مقياس الاكتئاب على سلم تقدير ليكرت مؤلف من أربع درجات تتراوح من (4) درجات (تنطبق دائماً)، (3) درجات (تنطبق غالباً)؛ درجتان (2) (تنطبق نادراً)، إلى درجة واحدة (1) (لا تنطبق أبداً). وقد صيغت جميع الفقرات بحيث تصحح باتجاه الاكتئاب، باستثناء الفقرات الأربع التالية (4، 8، 12، و16) التي تصحح عكسياً. وتتراوح الدرجة الكلية بين (20-80)، حيث تشير الدرجات الأعلى على المقياس إلى معاناة المفحوص من مستوى مرتفع من الاكتئاب. وقد تم استخراج الصدق الظاهري لمقياس الاكتئاب من خلال عرض صورته الأولية على مجموعة من المحكمين، ممن يحملون درجة الدكتوراة في الإرشاد النفسي والتربوي، بلغ عددهم عشرة محكمين، من أساتذة الجامعات الأردنية الحكومية والخاصة، وبلغت نسبة الاتفاق على صلاحية فقرات المقياس بين المحكمين (80%)، وبالتالي بقي مقياس الاكتئاب كما هو في صورته الأصلية يتكون من (20) فقرة. كما تم استخراج ثبات مقياس الاكتئاب بطريقتين، هما: أ- طريقة الثبات بإعادة الاختبار، حيث تم تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية المكونة من (30) طالبة والمستمدة من مجتمع الدراسة الأصلي (من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة)، كما تم تطبيق القائمة على نفس العينة المذكورة مرة أخرى، بعد مرور مدة أسبوعين على التطبيق الأول، وتم حساب معامل الاستقرار بين درجات المفحوصات في مرتي التطبيق، ووجد أن قيمة الثبات لمقياس الاكتئاب بلغت (0.965)، وتعد هذه القيمة مرتفعة ومقبولة لغايات تحقيق أهداف الدراسة. ب- الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ)، وهي الطريقة الثانية التي استخدمت لحساب الثبات لمقياس الاكتئاب عن طريق حساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس، وبلغ معامل الثبات ألفا كرونباخ (0.710). وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة، وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

والتماسك، وإظهار الاهتمام والتقبل، والكشف عن الذات، والتنقيح الانفعالي. وقد تم التحقق من الصدق المنطقي لبرنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين، تألفت من عشرة أساتذة في الإرشاد وعلم النفس من حملة درجة الدكتوراة، من أقسام علم النفس في الجامعات الأردنية، لتحديد مدى مناسبه للأهداف التي أعد من أجلها، وقد رأت لجنة المحكمين أن البرنامج مناسب مع إجراء بعض التعديلات الطفيفة المتعلقة بعدد الجلسات، وفي ضوءه تم تطبيق البرنامج بعد إجراء التعديلات المطلوبة.

إجراءات الدراسة

تم الحصول على الموافقة على إجراء الدراسة من مجلس المراجعة المؤسسي (IRB) في الجامعة الهاشمية والموافقات الرسمية والفنية اللازمة، من المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة الأردنية، والمدارس المعنية التابعة لمديرية التربية والتعليم في الزرقاء الأولى، ومركز الأميرة سلمى للطفولة التابع لوزارة الثقافة الأردنية في مدينة الزرقاء، حيث تم عقد جلسات البرنامج. وبعد فرز حالات الطالبات من أبناء الأمهات المريضات بمرض مزمن في المراكز الصحية المعنية في مدينة الزرقاء في مرحلة الدراسة الاستطلاعية الأولى، ثم تم تطبيق البرنامج في إحدى قاعات مركز الأميرة سلمى للطفولة التابع لوزارة الثقافة في مدينة الزرقاء. وقد تولى تنفيذ البرنامج وقيادة المجموعة العلاجية إحدى المرشدات النفسيات من طلبة الدراسات العليا تخصص الإرشاد الأسري، وتم تدريبها من الباحثة الرئيسة بشكل عملي على جلسات البرنامج، وتزويدها بالمواد الخاصة به، ومتابعة تنفيذ أنشطة جلسات الإرشاد الجمعي وفق إعداد وترتيب مسبق مع الباحثة الرئيسة. كما تم تطبيق القياس البعدي على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة مباشرة بعد الجلسة الأخيرة من البرنامج التدخل. وطبق القياس التتبعي بعد مرور شهر على تطبيق القياس البعدي على أفراد المجموعة التجريبية فقط. وقد روعي تقديم فكرة مبسطة عن هدف الدراسة، وأدواتها، وتعريف المشاركات بأن المشاركة طوعية وسرية جداً وبدون أسماء، وتعريفهن بعدم خطورة البيانات المطلوبة أو نتيجة المشاركة في البرنامج، وتم التأكيد لكل مشاركة بأنها يحق لها الانسحاب من المشاركة متى شاءت، كما طلب من كل مشاركة قراءة وتوقيع نموذج الموافقة المعرفة، والموافقة الوالدية.

المعالجة الإحصائية

لتحقيق أهداف الدراسة، وفحص فرضياتها، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وذلك باستخدام التحليل الوصفي. ولمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبارات البعدية، تم استخدام تحليل التباين المصاحب (Analysis of Covariance: ANCOVA)، بعد التحقق من تجانس درجات ميل الانحدار (Width, & Ahotola, 1978)، لدى المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياسي القلق والاكتئاب في الاختبار القبلي،

التحقق من المشاعر، والتمييز بين الأفكار والمشاعر، وإدارة المشاعر.

الجلسة السابعة (المرض): ركزت الجلسة على التعلم النفسي والسيولوجي عن المرض (استضافة إحدى الطبيبات) ل طرح الأسئلة عن أمراض الأمهات، وعلم وظائف الأعضاء، والتعلم عن إجراءات الرعاية بالمستشفيات للأمراض المزمنة، ومعرفة الآثار المترتبة عن العلاجات والأدوية.

الجلسة الثامنة والجلسة التاسعة (التغييرات في المنزل): هدفت الجلستان إلى فحص التغييرات في الأدوار والتعرف إلى كيفية التعامل معها، ومعنى الإجهاد المتعلق بالدور الجديد، وتحديد الأدوار التي يمكن للمشاركات من خلالها تقديم المساعدة داخل المنزل للأم المريضة، وإتاحة الفرصة للمشاركات للتعبير عن قلقهن وحنهن المرتبطين بمشاعر الانفصال والخوف، واستخدام أساليب جديدة للتخفيف من القلق والحزن، وشرح مفهوم الاستثناءات والأمل، وتبادل الخبرات.

الجلسة العاشرة والحادية عشرة (التعامل والمواجهة): هدفت الجلستان إلى تعلم مهارات المواجهة، وزيادة الفهم لسبل حماية النفس من الضيق/ الخوف، والحزن، مع التطرق للخبرات وللنتائج الواقعية مع المشاركات، بالتعرف والاكتشاف الذاتي للوسائل التي تتعامل المشاركات بها مع الموقف المؤثر وكيفية التعامل مع مشاعر القلق والاكتئاب، والاستبصار بنتائج وأثار تلك الاستراتيجيات، وتدريب عضوات المجموعة على استخدام مهارة المواجهة.

الجلسة الثانية عشرة والجلسة الثالثة عشرة (التواصل الفعال مع أفراد الأسرة): ركزت على قضايا التواصل الفعال مع أفراد الأسرة، وعلى حل المشكلة، حيث مارست المشاركات وتدرين مع بعضهن على طرق حل المشكلة، وعلى التحضير للعمل مع آبائهن لحل المشكلة، والتشجيع على استعمال المهارات التي نوقشت في كافة جلسات المجموعة لحل مشاكلهن الخاصة، بالإضافة لتقييم التقدم، ومراجعة ما تعلمته المجموعة.

الجلسة الرابعة عشرة (الدمج والتكامل والإنهاء): هدفت الجلسة الى التعرف على مدى إنجاز توقعات المشاركات من البرنامج لمعرفة مدى نجاح المجموعة في تحقيق الأهداف، وذلك بتطبيق ما تعلمته داخل المجموعة ونقله للمواقف في الحياة اليومية وتحقيق الاستفادة القصوى من البرنامج. وبالإضافة لذلك، احتفلت المجموعة بحضور الأمهات بإنجازات المشاركات في إكمال البرنامج.

وقد تخللت جلسات الإرشاد الجمعية عملية تقييم دوري لمدى استفادة المشاركات من البرنامج والقضايا السلبية والإيجابية المتعلقة به من خلال نماذج التقييم الدورية، بالإضافة إلى تقييم نهائي في الجلسة الختامية. كما استخدم عدد من الأساليب والفنيات الإرشادية، كالشرح، وإعطاء التعليمات، والنمذجة، ولعب الدور، والتعزيز، والتغذية الراجعة، والواجبات البيتية، وبشكل خاص فنيات الإرشاد الجمعي العلاجية (Yalom, 1983, 1995)، مثل الثقة

فيما يلي عرض للنتائج التي تم الوصول إليها، ومناقشتها مصنفة وفقاً لتتابع فرضيتي الدراسة الحالية.

أولاً: النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى للدراسة التي تنص على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية اللواتي طبق عليهن برنامج الإرشاد الجمعي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة اللواتي لم يطبق عليهن أي برنامج إرشادي، على مقياسي الدراسة: القلق والاكتئاب، في الاختبار البعدي". يوضح الجدول (2) نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياسي الدراسة: القلق، والاكتئاب في الاختبارات القبلية والبعدي.

باستخدام اختبار ليفين لتجانس التباين (Levene's Test for Equality of Variances)، حيث تبين أن قيمة "ف" للتجانس بلغت (0.087؛ 0.064). على مقياسي القلق والاكتئاب على التوالي، وهما قيمتان غير داليتين إحصائياً، ما يشير إلى توفر شرط تجانس التباين في بيانات مقياسي الدراسة، وهذا مؤشر قوي لكون أسلوب تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) أسلوباً فعالاً لتحليل بيانات هذا البحث. هذا بالإضافة لاستخدام أحد مقياسي حجم التأثير المعروف باسم مربع إيتا، لمعرفة فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم على المتغيرات التابعة، كما استخدم اختبار (ت) للعينه المترابطة (Paired-Sample t-test) للمقارنات البعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

نتائج الدراسة

جدول (2): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأداء على مقياسي الدراسة: القلق والاكتئاب للمجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبارات القبلية والبعدي

الأداة	المجموعة	القياس	
		القبلي	البعدي
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
القلق	التجريبية	81.78	18.04
	الضابطة	83.72	10.99
الاكتئاب	التجريبية	62.98	8.92
	الضابطة	66.54	9.90

تحليل التباين المصاحب لاختبار القلق البعدي وفقاً لمتغير المجموعة كما في الجدول (4)، حيث كانت قيمة "ف" (119.13)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha=0.05$)؛ مما يؤدي إلى قبول الفرضية البحثية، ورفض الفرضية الصفرية البديلة؛ أي أنه يوجد تأثير للبرنامج الإرشادي على مقياس القلق، حيث تبين أن المتوسط الحسابي المعدل للدرجات على الاختبار البعدي للقلق للمجموعة التجريبية (39.88) كان أدنى من المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة (87.22)، كما يتضح في الجدول (4).

أولاً: مقياس القلق

تم حساب المتوسطات الحسابية المعدلة والأخطاء المعيارية للدرجات على مقياس القلق في الإختبار البعدي لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وذلك بعد الأخذ بالاعتبار درجات الإختبار القبلي على فقرات مقياس القلق لكل من المجموعتين وذلك كمتغير مصاحب لوجود التباين في الإختبار البعدي على مقياس القلق، كما يتضح في الجدول (3).

جدول (3): المتوسطات المعدلة والأخطاء المعيارية للأداء على مقياس القلق في الإختبار البعدي لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة.

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	39.88	2.81
الضابطة	87.22	2.81

يتضح من الجدول أن المتوسط المعدل للمجموعة الضابطة أعلى منه للمجموعة التجريبية. وللتحقق من دلالة الفرق، تم إجراء

جدول (4): تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) للاختبار البعدي للقلق لدى أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المجموعة (التجريبية والضابطة)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة الإحصائية	قيمة مربع إيتا (η^2)
المتغير المشترك	0.058	1	0.058	0.001	0.981	0.00
المجموعة	12349.92	1	12349.92	119.13	0.000	0.821
الخطأ	2695.288	26	103.665			
الكلية	146965.6	32				
الكلية المصحح	17706.3	31				

معامل التفسير ($R^2=0.81$)

المجموعتين، وذلك كمتغير مصاحب لوجود التباين في الاختبار البعدي على مقياس الاكتئاب، كما يتضح في الجدول (5).

جدول (5): المتوسطات الحسابية المعدلة والأخطاء المعيارية للأداء في الاختبار البعدي على مقياس الاكتئاب لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة.

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	34.859	2.530
الضابطة	68.456	2.530

يتضح من الجدول أن المتوسط المعدل للمجموعة الضابطة أعلى منه للمجموعة التجريبية. وللتحقق من دلالة الفرق، تم إجراء تحليل التباين المصاحب كما في الجدول (6).

ولتحديد نسبة إسهام البرنامج الإرشادي في تباين الأداء على الاختبار البعدي، تم استخراج مربع إيتا (Effect Size)، حيث بلغ (0.82)، وهي قيمة مرتفعة تشير إلى أن البرنامج الإرشادي أحدث أثراً كبيراً في تحسين مستويات القلق لدى المجموعة التجريبية. ولتحديد الدلالة العملية للفرق بين الاختبارين القبلي والبعدي التي توضح نسبة إسهام البرنامج الإرشادي في التباين بين المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس القلق، تم استخراج معامل التفسير (R2)، حيث بلغت قيمته (0.81)، وهي قيمة مرتفعة، مما يعني أن البرنامج الإرشادي أسهم بنسبة (81%) من التحسن في الدرجات على مقياس القلق.

ثانياً: مقياس الاكتئاب

تم حساب المتوسطات الحسابية المعدلة والأخطاء المعيارية للدرجات على مقياس الاكتئاب في الاختبار البعدي لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وذلك بعد الأخذ بالاعتبار درجات الاختبار القبلي على فقرات مقياس الاكتئاب لكل من

جدول (6): تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) للاختبار البعدي للاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المجموعة (التجريبية والضابطة)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة الإحصائية	قيمة مربع إيتا (η^2)
المتغير المشترك	102.883	1	102.883	1.232	0.277	0.045
المجموعة	6219.404	1	6219.404	74.468	0.000	0.741
الخطأ	2171.454	26	83.517			
الكلية	95898.391	32				
الكلية المصحح	10506.735	31				

الإرشادي في التباين بين المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الاكتئاب، تم استخراج معامل التفسير (R2)، حيث بلغت قيمته (0.75)، وهي قيمة مرتفعة نسبياً؛ أي أن البرنامج الإرشادي أسهم بنسبة (75%) من التحسن على مقياس الاكتئاب.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية للدراسة التي تنص على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي القلق والاكتئاب في الاختبار البعدي، وبين متوسط درجاتهن في الاختبار التتبعي على نفس المقاييس". وللتحقق من صحة فرضية الدراسة الثانية، تم استخدام اختبار "ت" للعينة المترابطة. ويوضح الجدول (7) المتوسط والانحراف المعياري والخطأ المعياري لدرجات الاختبار البعدي والتتبعي على مقياسي القلق والاكتئاب لأفراد عينة الدراسة التجريبية وعددهن (16) مشاركة.

يبين الجدول (6) نتائج تحليل التباين المصاحب للاختبار البعدي على مقياس الاكتئاب وفقاً لمتغير المجموعة، حيث بلغت قيمة "ف" (74.468)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)؛ مما يؤدي إلى قبول الفرضية البحتية، ورفض الفرضية الصفرية البديلة، أي أنه يوجد تأثير للبرنامج الإرشادي على مقياس الاكتئاب، حيث يتبين أن المتوسط الحسابي المعدل لدرجات الاختبار البعدي على مقياس الاكتئاب للمجموعة التجريبية (34.859) كان أقل من المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة (68.465)، كما يتضح في الجدول (5). ولتحديد نسبة إسهام البرنامج الإرشادي في التباين في الأداء على مقياس الاكتئاب في الاختبار البعدي، فقد تم استخراج مربع إيتا (Effect Size)، حيث بلغ (0.74)، وهي قيمة مرتفعة؛ أي أن البرنامج الإرشادي له أثر كبير في تحسين درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في الاختبار البعدي. ولتحديد الدلالة العملية للفرق بين الاختبارين القبلي والبعدي التي توضح نسبة إسهام البرنامج

جدول (7): المتوسط والانحراف المعياري والخطأ المعياري لدرجات الاختبار البعدي والتتبعي على مقياسي القلق والاكتئاب لأفراد عينة الدراسة التجريبية (n=16)

المقياس	عدد المشاركات	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
القلق	16	42.45	11.64	2.91
التتبعي	16	39.45	4.30	1.07
البعدي	16	35.83	10.27	2.56
التتبعي	16	37.27	7.01	1.75

لأفراد عينة الدراسة التجريبية وعددهم (16) مشاركة.

كما يوضح الجدول (8) نتائج اختبار "ت" للفروق بين درجتي الاختبار البعدي والتتبعي على مقياسي القلق والاكتئاب

جدول (8): نتائج اختبار (ت) "t" لدلالة الفروق بين متوسطات درجة الاختبار البعدي والتتبعي على مقياسي القلق والاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة التجريبية (ن=16)

المقياس	الفروق الزوجية		درجة الحرية	قيمة "ت" مستوى الدلالة	مدى الثقة في الفروق		م	ع	الخطأ المعياري
	95% أعلى	أدنى							
القلق البعدي التتبعي	9.34	2.9	15	1.28	0.219	7.97	-1.97	2.33	
الاكتئاب البعدي التتبعي	9.92	1.4	15	0.58	0.570	3.84	-6.72	2.48	

*دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05)

التوافق النفسي لأبناء الأمهات، أو الآباء المصابين بأمراض مزمنة، ومنها دراسات: (Huizenga, 2011; Gunther, Crandles, Williams, & Swain, 1998; McCarthy, 1982; Rotheram-Borus et al., 1997; Stanko & Taub, 2002; Thastum et al., 2006)

ويمكن أن تعزى هذه النتيجة الإيجابية لدى أفراد المجموعة التجريبية، الى عدة عوامل تتعلق بالشروط الميسرة (Rogers, 1963)، وبالفتيات الإرشادية المستخدمة مع هذه المجموعة الإرشادية، ومنها التقبل غير المشروط، والتعاطف، والأصالة، والاحترام المتبادل، وبناء عامل الثقة مع المسترشدات في بيئة آمنة، كما تثير الانتباه لدور القوى الكامنة الخاصة داخل المجموعة التي تنتج تغييرات بناءة، أو ما أطلق عليها يالوم (Yalom, 1995)، بالعمليات العلاجية والشفائية، كعمليات الكشف عن الذات، والتغذية الراجعة، والمجازفة، والاهتمام، والقبول، والأمل، والشعور بالقوة والتفيس الانفعالي. وقد لوحظ تأثير خبرة المجموعة الإرشادية التي كانت غنية بالأنشطة المقصودة والموجهة لهدف الجلسة، في كثير من الأنشطة التي قامت بها المشاركات في البرنامج، وكان أهمها "مهارة الاستثناءات والأمل" خاصة؛ لأن الأمل يمثل الاعتقاد بأن التغيير ممكن (بأن الفتاة ليست ضحية لما حدث ويمكنها القيام بقرارات جديدة)، ويعد الأمل علاجاً بحد ذاته؛ لأنه "يعطي أعضاء المجموعة الثقة بأنهم يمتلكون القوة للاختبار بأن يكونوا مختلفين" (Corey, & Corey, 1997, p. 248). كما لوحظ خلال عمل المجموعة، التأثير الواضح للتفاعلات التبادلية وخبرة المجموعة التي تقدمت بشكل تدريجي عبر مراحل في تطورها، وذلك انعكس خلال تأدية المشاركات لبعض الأنشطة العلاجية والتدريبية التي شملها البرنامج، وكان أهمها: التحدث بصورة متحفظة، وأحياناً بانفتاح عن الخبرات الحياتية المتعلقة بالمشكلة (التجربة الشخصية عن المرض وتأثيراته)، وعن تصوراتهن وأدوارهن في تقديم الرعاية لأمهاتهن المريضات، خاصة أن العملية تمت بصورة منظمة جداً من خلال قيامهن بالكشف عن معاناتهن في أثناء الجلسات من خلال القيام بالتعبير بالرسم عن التغييرات التي طرأت على حياتهن، وبتجميع الصور العائلية التي كانت في الماضي كما في الحاضر، وبالكتابة عن

تشير بيانات الجدول (8) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)، بين درجات أفراد عينة الدراسة التجريبية المشاركات في البرنامج الإرشادي بين درجتي الاختبار البعدي والتتبعي، على مقياسي القلق والاكتئاب. كما يبين الجدول (8) أن قيمة "ت" المحسوبة للفروق بين متوسطي درجات أفراد العينة في الاختبارين البعدي والتتبعي لمقياسي القلق والاكتئاب قد بلغت (1.28; 0.58)، على التوالي، وهاتان القيمتان غير الدالين إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، هذا بالرغم من أن الدرجات على مقياس القلق قد تراجعت إيجابياً في الاختبار التتبعي (39.45) لتصبح أدنى من الاختبار البعدي (42.45)، وأن الدرجات على مقياس الاكتئاب قد ارتفعت قليلاً في الاختبار التتبعي (37.3) لتصبح أعلى من الاختبار البعدي (35.8)، لكن هذه التراجع أو الزيادة لم تكن دالة إحصائية، لذا فإن الفرق بين متوسطي الاختبار البعدي والتتبعي على هذين المقياسين لا يعد فرقاً دالاً إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، وبذلك يتم رفض الفرضية الثانية للدراسة، وقبول الفرضية الصفرية.

مناقشة النتائج

سعت الدراسة الحالية إلى فحص أثر برنامج إرشاد جمعي يستند إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي، ومنظور التعليم النفسي، على خفض القلق والاكتئاب لدى عينة من المراهقات من بنات الأمهات المصابات بأوضاع صحية جسدية مزمنة، وذلك من خلال فحص فرضيتين بحثيتين. وقد توصلت الدراسة فيما يتعلق بفرضية الدراسة الأولى إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α=0.05) في الاختبار البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياسي القلق والاكتئاب. وتشير هذه النتيجة إلى أن برنامج الإرشاد الجمعي المصمم لغايات الدراسة الحالية قد أثبت تأثيره وفعالته في تحسين مؤشرات التوافق النفسي المتمثلة في القلق والاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية. وتتفق هذه النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية بوجه عام مع ما توصلت إليه بعض الدراسات التي استخدمت أسلوب الإرشاد الجمعي المستند إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي، والتعليم النفسي في تحسين

على عينات من الأبناء من الأطفال والمراهقين من الآباء والأمهات المصابات بأوضاع صحية مزمنة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة الأخيرة التي تبدو إيجابية إلى حد ما، لكون تكتيكات البرنامج كانت تستهدف تحقيق أهداف أفراد العينة، التي تركزت في مجملها على بناء صداقات متعددة، وبناء علاقة إيجابية مع المراهقات الأخريات من أعضاء المجموعة، ودعم مهارات الاتصال، ومواجهة التوترات البيتية، وتزويد المشاركات بالمعلومات العلمية عن المرض وطرق التعامل مع الإجهاد المرتبط به. وتتفق هذه النتيجة مع ما ورد في الأدب النفسي بأن تلبية الحاجات المعلوماتية التي توفرها برامج التعليم النفسي تميز كعامل أساسي في تخفيض الضيق لدى أبناء الآباء المرضى (Abrahamson, Durham & Fox, 2010; Lewis et al., 2005). ويبدو أن الاكتئاب يجب أن يعالج مباشرة باستخدام منهج بيك التقليدي في العلاج المعرفي، وعن طريق التركيز على استخدام تكتيكات إعادة البناء المعرفي، وفحص التشوهات المعرفية، وتكثيف الجلسات، وهذا ما افتقر إليه البرنامج الحالي.

ويمكن تفسير النتيجة المتعلقة بالتراجع في مستوى الاكتئاب في ضوء ملاحظات بعض الدراسات (Segal & Simkins, 1996) التي أكدت أن اكتئاب أبناء الآباء المرضى قد يعود لكونهم قد يشعرون أنهم مسؤولون عن بعض الأعراض المتعلقة بمرض الوالد (ومثال على ذلك: المزاج المتقلب، والإعياء، وقلة النشاط أو الاهتمام). وقد تنعكس كثافة الألم أو أعراض المرض الوالدي مع المخاوف حول احتمالية إصابة الوالد غير المريض بالمرض، على شكل الشكاوى الجسدية عند الأبناء نتيجة الحاجة للتوحد مع شخصية والد قوي في هذه المرحلة، وذلك قد يحدث بشكل رئيسي بتأثير حاجات الاستقلالية غير المستجاب لها للطفل من والده المريض.

وفي ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، يمكن تقديم التوصيات الآتية:

- إجراء دراسات مماثلة تتعلق بفحص كفاءة تقديم تدخلات الإرشاد الجمعي في المدارس؛ لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى عينات من الأطفال والمراهقين الذكور من الأبناء الذين لديهم أمهات أو آباء ممن شخصوا بأنواع مختلفة أخرى من الأمراض المزمنة غير تلك التي استهدفتها الدراسة الحالية، وعلى عينات من فئات عمرية مختلفة.
- إجراء دراسة مماثلة مع أبناء الآباء المصابين بمرض مزمن، لكن مع إضافة مكون الإرشاد الأسري عن طريق تقديم خدمات التعليم النفسي لأعضاء آخرين في الأسرة، كالوالد السليم، أو الأشقاء.
- عقد ورشات العمل لتوجيه العاملين في المؤسسات التربوية لضرورة التعامل مع فئة الأطفال من أبناء الآباء والأشقاء المصابين بالأمراض المزمنة، والاهتمام بهم، وتقديم المعلومات وأساليب التعامل مع الأمراض المزمنة.

الخبرات الحياتية المرهقة المتعلقة بأدوارهن الجديدة التي تحملنها بسبب مرض الأم، مما ساعد المسترشدات على التأمل وإعادة النظر في معنى التجارب والخبرات التي تعرضن لها سابقاً داخل الأسرة، بالإضافة إلى تسهيل التمييز، والتعبير عن الأفكار والمشاعر، والتنفيس الانفعالي للمشاعر المؤلمة المرتبطة بتلك الخبرات. ويبدو أن هذه الفنيات ساعدت معظم هؤلاء الفتيات على مواجهة دورهن ومسؤوليتهن وانفعالاتهن المضطربة من خلال سردهن لخبرتهن الأسرية، فقد شعرت المسترشدة المشاركة عندها أنها ليست الوحيدة التي تعاني من تلك الخبرات المؤلمة، وذلك من خلال وجودها في مجموعة من الفتيات يشتركن في نفس المشكلة، أو ربما وجدت من يبنهن من كان لديها خبرات أكثر إيلاًماً منها بسبب حدة مرض الأم. وبالتالي يمكن القول إن خبرة من هذا النوع قد أسهمت في التخفيف من مشاعر القلق والاكتئاب لديها. كما أن عملية تمييز المشاعر والأفكار والسلوكيات والصلة بينها، واستبدال بعض الأفكار المغلوطة سهّل حدوث التعبير العاطفي داخل الجلسة وخارجها، مما سهل أيضاً تعديل في علاقات الأسرة من تماسك وارتباط وترابط. فالتعبير العاطفي يبدو أنه يتوسط العلاقات بين التماسك العائلي وقلق الأطفال من أبناء الآباء المرضى (Harris & Zakowski, 2003). كما يمكن القول إن عملية التدريب على مهارة الاتصال وحل المشكلات وحسنت نوعية العلاقة الوالدية بين المراهقة، وكلا الوالدين (الأم مصابة بالمرض والوالد السليم)، مما جعل المشاركات في المجموعة التجريبية يبلغن عن مستويات كانت أدنى بدرجة دالة على مقياسي القلق والاكتئاب.

كما أشارت النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية للدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط الاختبار البعدي ومتوسط الاختبار التتبعي بعد مرور شهر على انتهاء البرنامج الإرشادي، لدى أفراد المجموعة التجريبية اللاتي تعرضن للبرنامج الإرشادي، على مقياسي القلق والاكتئاب. وتشير هذه النتيجة بوجه عام إلى أن برنامج الإرشاد الجمعي المصمم لغايات الدراسة الحالية، قد برهن على تأثيره نسبياً في احتفاظ أفراد عينة الدراسة بالمكاسب العلاجية التي أحرزتها في الاختبار البعدي، وذلك في فترة الاختبار التتبعي، وذلك فيما يتعلق بتقديرات المشاركات الذاتية من أفراد المجموعة التجريبية عن مستوى معاناتهن من القلق التي تحسنت لتتراجع ما بين الاختبار البعدي والتتبعي، لكن ليس بدرجة دالة إحصائية. كما أظهرت النتائج أنه في حين ارتفعت درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب ما بين الاختبارين البعدي والتتبعي، لكن هذا التراجع السلبي لم يكن دالاً إحصائياً.

وتنسجم هذه النتيجة بوجه عام مع نتائج بعض الدراسات التي برهنت على كفاءة برامج الإرشاد الجمعي المركزة على الأطفال أو كامل أفراد الأسرة في تحسين التوافق النفسي التي أجريت في البيئات الغربية (Bedway, & Smith, 1996; Greening, 1992; Gunther et al., 1998; Rotheram-Borus, Lee, Lin, & Lester, 2004; Taylor-Brown, Acheson, & Farber, 1993) واحتفاظ المشاركين بالنتائج العلاجية في اختبارات المتابعة وذلك

- relationship factors*. Unpublished Doctoral Dissertation, Colorado State University, Fort Collins, Colorado, US.
- Corey, M., & Corey, G. (1997). *Groups: Process & Practice*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company .
- Diareme, S., Tsiantis, J., Romer, G., Tsalamaniotis, E., Anasontzi, S., Paliokosta, E., & Kolaitis, G. (2007). Mental health support for children of parents with somatic illness: A review of the theory and intervention concepts. *Families, Systems, & Health*, 25(1), 98-118.
- Earley, L., & Cushway, D. (2002). The parentified child. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 163-178.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. NY: Lyle Stuart.
- Forrest, G., Plumb, C., Ziebland, S., & Stein, A. (2006). Breast cancer in the family-children's perceptions of their mother's cancer and its initial treatment: Qualitative study. *British Medical Journal*, 332 (7548), 998-1003.
- Friedman, E., Thase, M., & Wright, J. (2008). Cognitive and behavioral therapies. In A. Tasman, J. Kay, J. Lieberman, M. First, & M. Maj. (Eds.), *Psychiatry* (pp. 1920-1947). NY: John Wiley & Sons, Ltd.
- Gerard, A., & Reynolds C. (1999). Characteristics and applications of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. In M. Maruish (2nd, ed.), *The Use of the Psychological Testing for Treatment and Planning and Outcomes Assessment* (pp. 323-341) Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Gabiak, B., Bender, C., & Puskar, K. (2007). The impact of parental cancer on the adolescent: An analysis of literature. *Journal of Psycho-Oncology*, 16, 127-137.
- Greening, K. (1992). The 'Bear Essentials' program: Helping young children and their families cope when a parent has cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10, 47-61.
- Gunther, M., Crandles, S., Williams, G., & Swain, M. (1998). A place called HOPE: Group psychotherapy for adolescents of parents with HIV/AIDS. *Child Welfare*, 77(2), 251-271.
- Harris, C., & Zakowski, S. (2003). Comparisons of distress in adolescents of cancer patients and controls. *Journal of Psycho-Oncology*, 12 (2), 172-182.
- Holland, J. & Friedlander, M. (2006). Oncology. In M. Blumenfeld, & J. Strain (Eds.), *Psychosomatic Medicine* (pp. 121-144). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- إجراء دراسات مماثلة لفحص كفاءة مجموعات العلاج الأسري المتعددة (Multiple-family therapy groups) لأسر المصابين بالأمراض المزمنة التي تروج للفهم العائلي المشترك، والاتصال المفتوح بين الآباء والمراهقين في تحسين مستويات التوافق النفسي والاجتماعي.
- ### المراجع
- الدويب، مي. (2006). تقدير الذات والكتابة والقلق لدى أبناء الكحوليين والمضطربين نفسياً. رسالة دكتوراة غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- السقا، صباح. (2005). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض حدة أعراض الاكتئاب. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق، سوريا.
- Abrahamson, K., Durham, M., & Fox, R. (2010). Managing the unmet psychosocial and information needs of patients with cancer. *Journal of Patient Intelligence*, 2 45-52.
- Ahmed, S., Fowler, P., & Toro, P. (2011). Family, public and private religiousness and psychological well-being over time in at-risk adolescents. *Mental Health, Religion & Culture*, 14 (4), 393-408.
- Ainuddin, H., Loh, S., Low, W., Sapihis, M., & Roslani, A. (2012). Quality of life of multiethnic adolescents living with a parent with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13 (12), 6289-6294.
- Bacon, J., Corr, C., & Corr, D. (1996). Support groups for bereaved children. In C. Corr & D. Corr (Eds.), *Handbook of Childhood Death and Bereavement* (pp. 285-304). New York: Springer.
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. NY: International Universities Press
- Bedway, A., & Smith, L. (1996). For kids only: Development of a program for children from families with a cancer patient. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14 (4), 19-28.
- Buckley, I. (1977). *Listen to the children: Impact on the mental health of children of a parent's catastrophic illness*. New York: Cancer Care, Inc.
- Centers for Disease Control and Prevention CDC. (2009). Chronic Diseases: The power to prevent, the call to control: At a glance 2009. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publication/s/aag/chronic.htm
- Christ, G. (2000). *Healing children's grief: Surviving a parent's death from cancer*. New York: Oxford University Press.
- Copeland, L. (2013). *The impact of serious parental physical illness on college adjustment : role of*

- Niemela, M. (2012). Structured Child-Centered Interventions to Support Families with a Parent Suffering from Cancer. From Practice-Based Evidence Towards Evidence-Based Practice. *Unpublished Doctoral Dissertation*, University of Oulu, Oulu, Finland
- Radloff, L. (1991). The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 149-166 .
- Reynolds, C., & Richmond, B. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280 .
- Reynolds, C., & Richmond, B. (2002). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) Manual*. Western Psychological Services: Los Angeles, CA.
- Rolland, J. (1999). Parental illness and disability: A family system framework. *Journal of Family Therapy*, 21, 242-266.
- Rotheram-Borus, M., Lee, M., Lin, Y., & Lester, P.(2004). Six year intervention outcomes for adolescent children of parents with the human immunodeficiency virus. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 158, 742-748.
- Rotheram-Borus, M., Murphy, D., Miller, S., & Draimin, B. (1997). An intervention for adolescents whose parents are living with AIDS. *Child Clinical Psychology and Psychiatry*, 2, 201-219.
- Schrag, A., Morley, D., Quinn, N., & Jahanshahi, M. (2004). Impact of Parkinson's disease on patients' adolescent and adult children. *Parkinsonism and Related Disorders*, 10 (7), 391-397 .
- Segal, J., & Simkins, J. (1996). *Helping Children with Ill or Disabled Parents: A Guide for Parents and Professionals*. London: Jessica Kingsley.
- 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(11),1770-1780.
- Sieh, D., Meijer, A., & Visser-Meily, J. (2010). Risk factors for stress in children after parental stroke. *Rehabilitation Psychology*, 55, 391-397.
- Sieh, D., Visser-Meily, J., & Meijer, A.(2013).Differential outcomes of adolescents with chronically ill and healthy parents. *Journal of Child and Family Studies*, 22(2), 209-218.
- Huizenga, L. (2011).Expressive Writing Intervention for Teens Whose Parents have Cancer. *Unpublished Ph.D. Doctoral Dissertation*, University of Kansas, US.
- Huizinga, G., Visser, A., Zelders-Steyn, Y., Teule, J., Reijneveld, S., & Roodbol, P. (2011). Psychological impact of having a parent with cancer. *European Journal of Cancer*, 47, 239-246.
- Jordan National Cancer Registry (JNCR). (2009). National Cancer Center: National Cancer Registry Incidence of Cancer in Jordan. Jordan, Amman: Jordan University Press.
- Kinzel, T. (1993). Key psychosocial aspects in the medical management of chronic illness. In J. Toner, L. Tepper, & Y. Greenfield (Eds.), *Long Term Care: Management, Scope, and Practical Issues* (pp. 123-129). Philadelphia, PA: Charles Press.
- Krattenmacher, T., Kühne, F., Führer, D., Beierlein, V., Brähler, E., Resch, F., Klitzing, K., Flechtner, H., Bergelt, C., Romer, G., & Möller, B. (2013). Coping skills and mental health status in adolescents when a parent has cancer: A multi-center and multi-perspective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(3), 252-259.
- Kühne, F., Krattenmacher, T., Beierlein, V., Grimm, J., Bergelt, C., Romer, G., & Moller, B. (2012). Minor children of palliative patients: A systematic review of psychosocial family interventions. *Journal of Palliative Medicine*, 15 (8), 931-945.
- Lewis, F., Casey, S., Brandt, P., Shands, M., & Zahlis, E. (2005). The enhancing connections program: Pilot study of a cognitive-behavioral Intervention for mothers and children affected by breast cancer. *Journal of Psych-Oncology*, 14, 1-12.
- Lewis, F., Hammond, M., & Woods, N. (1993). The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: The development of an explanatory model. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 351-370.
- McBride, M. (2012). *The Effects of Brief Psychoeducation on Adolescents' Depressive Symptoms and Perceptions of Parenting*. Doctoral Dissertation, University of Montana, Missoula, MT, Montana, US .
- McCarthy, M. (1982). *An Investigation to Determine if Model Group Counseling Program Can Affect the A. Trait and A. State Anxiety of Children who are Under Stress*. Doctoral Dissertation, Drake University, Des Moines, Iowa, USA.
- Miller, J. (1999). *Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness*. 3rd, ed. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.

- Yalom, I.(1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 4th, Fourth Edition, New York: Basic Books.
- Smead, R. (1995). *Skills and Techniques for Group Work with Children and Adolescents*. Champaign, IL: Research Press.
- Stanko, C., & Taub, D. (2002). A counseling group for children of cancer patients. *Journal for Specialists in Group Work*, 27, 43-58.
- Taylor-Brown, J., Acheson, A., & Farber, J. (1993). Kids can cope: a group intervention for children whose parents have cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11, 41-44.
- Thastum, M., Munch-Hansen, A., Wiell, A., & Romer, G. (2006). Evaluation of a focused short-term preventive counselling project for families with a parent with cancer. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(4), 529-542.
- Thastum, M., Watson, M., Kienbacher, C., Piha, J., Zachariae, R., Baldus, C., & Romer, G. (2009). Prevalence and predictors of emotional and behavioral functioning of children where a parent has cancer: A multinational study. *Cancer*, 115, 4030-4039.
- Van de Port, I., Visser-Meily, A., Post, M., & Lindeman, E. (2007). Long-term outcome in children of patients after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39 (9), 703-307.
- Visser, A., Huizinga, G., Van der Graaf, W., Hoekstra, H., & Hoekstra-Weebers, J. (2004). The impact of parental cancer on children and the family: A review of the literature. *Cancer Treatment Reviews*, 30, 683-694.
- Visser-Meily, A., Post, M., Gorter, J., Berlekom, S., et al. (2006). Rehabilitation of stroke patients needs: A family-centered approach. *Disability and Rehabilitation*, 28(24), 1557-61.
- Visser-Meily, A., Post, M., Meijer, A., Van De Port, I., et al. (2005). When a parent has a stroke: Clinical course and prediction of mood, behavior problems, and health status of their young children. *Stroke*, 36 (11), 2436-2440.
- Width, A., & Ahotola, O. (1978). *Analysis of Covariance*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Wood, M., Brendtro, L., Fescer, F., & Nichols, P. (1999). *Psychoeducation: An Idea whose Time has Come. What Works for Children and Youth With E/BD: Linking Yesterday and Today with Tomorrow*. Reston, VA: Council for Exceptional Children.
- World Health Organization (WHO). (2005). *Preventing chronic diseases: A vital investment*. WHO global report. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yalom, I. (1983). *Inpatient Group Psychotherapy*. New York, Basic Books.