

فاعلية برنامج إرشاد جمعي قائم على فنيات العلاج المعرفى السلوكى فى تخفيض حدة الإضطرابات الانفعالية المصاحبة لعملية إستصال الثدى لدى الامهات

إعداد

أ.م.د/ سهيرابراهيم عبد ميهوب

أستاذ علم النفس المساعد بقسم العلوم النفسية

كلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة الفيوم

المخلص

هدف الدراسة الحالية إلى اختبار فاعلية برنامج إرشاد جمعي قائم على فنيات العلاج المعرفى السلوكى فى تخفيض حدة الإضطرابات الانفعالية المصاحبة لعملية إستصال الثدى لدى الامهات. وقد استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (٦٠) مفردة تم تقسيمهن إلى مجموعتين تجريبية (٣٠)، وضابطة (٣٠) من الامهات المرضى اللاتي خضعن لعملية استئصال الثدى، واللاتي لديهن اطفال بمرحلة الروضة، وعليه فقد قامت الباحثة بإعداد أدوات الدراسة التي شملت مقياس القلق، ومقياس التشائم بالإضافة إلى البرنامج الإرشادى المعد لهذا الغرض وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروقاً دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي علي أبعاد مقياس القلق، والتشائم لصالح البرنامج، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروقاً دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي، والتتبعي علي أبعاد مقياس القلق، والتشائم لصالح البرنامج الإرشادى. الكلمات المفتاحية (العلاج السلوكى المعرفى، الإضطرابات الانفعالية) (القلق، التشائم، المصابات لسرطان الثدى).

مقدمة الدراسة

لقد لوحظ في السنوات الأخيرة ارتفاع معدلات الإصابة بمرض السرطان بصفة عامة وسرطان الثدي بصفة خاصة في أنحاء متفرقة من العالم ، سواء أكان ذلك في المجتمعات المتقدمة أو النامية فعلى المستوى العالمي تبين أن أورام الثدي تعد ثاني أنواع الأورام السرطانية انتشارا بين الإناث بعد سرطان عنق الرحم ، ففي عام ٢٠١٥ تم تشخيص (١١) مليون حالة حيث يتم تشخيص أكثر مصابة بهذا المرض، وتقدر نسبة تزايدها بنسبة (٥) بالمئة سنوياً مما يدل على خطورة الوضع. هارتلى، J. Hartley (2015) وقد وُجد تباين في معدل الإصابة بمرض سرطان الثدي تبعاً للمناطق الجغرافية ، أما على المستوى المحلي فتبين أن هناك ارتفاعاً ملحوظاً في معدلات الإصابة بهذا المرض في مصر، ورغم تباين الإحصاءات ، فقد أشارت إحصاءات المعهد القومي للأورام التابع لجامعة القاهرة أن هناك ما يقرب من مائة ألف حالة سنوياً تقدر إلى أقسام الأورام المنتشرة في كل المحافظات. إحصاءات المعهد القومي للأورام التابع لجامعة القاهرة، (٢٠١٥)

وعلى هذا أصبحت الأورام السرطانية اليوم من المشكلات الصحية الخطيرة التي تواجه الإنسان ، حتى أنها تصدرت اهتمامات كثير من المؤسسات الطبية والنفسية ، الأكاديمية والتطبيقية ، ومن معالم تلك الأهمية أن أصبحت موضوعاً بارزاً للدراسة داخل فرع علم النفس الطبى وغيره من العلوم ، ويتضح كذلك من خلال تشجيع الجمعية الأمريكية للسرطان الباحثين على القيام بالأبحاث وتطبيقها في مجال الأورام السرطانية وصولاً إلى تحقيق هدفين هامين ألا وهما:

- اكتشاف المتغيرات النفسية التي لها دور فاعل سواء للوقاية من المرض أو للسيطرة عليه أو للتأقلم والتوافق معه.

- إعداد وتدريب الكوادر المهنية المدربة للتعامل مع المرضى بشكل يراعى المتغيرات النفسية والصحية للمرض وبالتالي ينعكس ذلك على تحسن صحة المرضى الجسمية والنفسية. سهلر واخرون (Sahler, O. J. et all, (2015) وتأتى الدراسة الراهنة كواحدة من الدراسات التي تسير في هذا الاتجاه نظراً لما يمثله هذا المرض من الآم نفسية وجسمية للمرضى حيث يعد الاضطراب

العضوي والمتمثل في استئصال الثدي لدى السيدات بمثابة مثير ذاتي للاضطراب الانفعالي، والذي يظهر في صور عديدة منها القلق، الاكتئاب، الإحباط، والخوف.....الخ.

كما أن اللجوء إلى استئصال الثدي للحد من انتقاله إلى الجهة الأخرى من الجسم يزيد من حدة الأعراض النفسية والتي تتعكس سلباً على المرأة وتقديرها لذاتها، وفي هذا الصدد يؤكد شونتز (Schontz, J., 2016)، على أن التشوه البدني الناتج عن استئصال الثدي له آثارٌ جانبيةٌ متمثلة في ردود الأفعال التي يتركها المرض على الجسم والنفس حيث أن صورة الجسم تلعب دوراً أساسياً في البناء النفسي وأن كل جزء له قيمة كبيرة عند المرأة ولا سيما الثدي لما يمثله من شكل جمالي ووظيفة بيولوجية للأطفال الرضع، وأن أي تشوه يطرأ على هذا الجزء من شأنه أن يترك آثاراً سلبية على البناء النفسي فتصاب بالاضطراب الذي يأخذ إشكالا وصورا عديدة، ومما سبق يتضح أن التشوه الناتج عن استئصال الثدي له آثار مباشرة على السيدات، كما أن استجابة السيدات لرد فعل البيئة الاجتماعية المحيطة وخاصة الزوج قد تساهم في إصابة السيدات بالاضطراب الانفعالي وفي هذا الصدد يؤكد استرنسد، ورودراجو (Streisand, R., Rodrigue, 2016)

على أن ردود الأفعال الناتجة عن التشوه هي استجابات لضغوط البيئة الاجتماعية من ناحية والعمليات الشخصية من ناحية أخرى، وعلى هذا فإن تشوه الثدي بمثابة مثير ذاتي تصاحبه ردود أفعال داخلية وخارجية متباينة بمثابة العامل المرسب للاضطراب الانفعالي الذي يؤثر بدوره على قيام الامهات بأدوارهن في رعاية أطفالهن والاهتمام بحالتهم النفسية، الصحية، والاجتماعية التي تعد من العوامل الهامة لبناء شخصية الفرد وبصفة خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة، كونها الأساس لبناء الشخصية المتكاملة، وتواجه الاسر، وبشكل خاص الأمهات ضغوطاً كبيرة ومتعددة بالإضافة إلى الاضطراب في الادوار الاجتماعية حيث تؤدي معرفة الامهات بهذا المرض إلى استثارة الأفكار التشاؤمية والقلق المرتبط، باحتمالية موت الام. ويمثل التهديد بفقدان الام ضغطاً وتوتراً أولياً للأسرة برمتها خلال كفاحها ضد المرض، مما يعرضها للدخول في حالة مستمرة من الاضطراب الانفعالي

المزمن، وتحتاج الأسرة في هذه المرحلة ولا سيما الامهات إلى الكثير من الدعم والمساندة للحد من القلق والتشاؤم الناتج عن المرض. وهذا ما حدا بالكثير من الباحثين ومنهم باي، دروتر، (Pai, A. Drotar, D(2017) إلى تطوير برامج التدخل والعلاج النفسي التي تم التحقق من فاعليتها تجريبياً في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية الملازمة للمرض، ويعد الإرشاد الجمعي القائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي واحداً من الخيارات الناجحة في هذا المجال، ولعل من أهم الطرق التي ارتأتها الباحثة مناسبة لمساعدة الامهات على تخطي هذه المحنة هي توظيف بعض - فنيات العلاج المعرفي السلوكي من خلال برنامج أعدته لذلك ، حيث تساعد برامج الارشاد النفسي بفنيتها المختلفة علي تعديل بعض الافكار السلبية ، وتدعيم بعض الأفكار، والمفاهيم والسلوكيات الإيجابية لدى الامهات من خلال الممارسات والنشاطات المعرفية والسلوكية التي يتدرب عليها ويكتسبونها بالبرنامج لمساعدتهن علي فهم وإدراك الواقع الذي يواجهونه والتعامل معه بالشكل المناسب ،"فالعلاج المعرفي السلوكي" يعمد إلي التعامل مع الاضطرابات المختلفة ، بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي بشكل ملائم للتخفيف من حدة تلك الاضطرابات.

مشكلة الدراسة

- جاءت فكرة الدراسة من خلال ما لمستته الباحثة من معاناة إحدى الاقارب من جراء إصابتها بهذا المرض، وحجم تأثيره على أطفالها الصغار بالإضافة إلى المعاناة والألم التي تمر بها الأمهات المترددات على اقسام الاورام لاستكمال العلاج وتظهر هذه المعاناة على شكل أعراض عديدة أبرزها القلق، والتشاؤم، ولذلك سعت الدراسة الراهنة إلى العمل على مساعدة هؤلاء الأمهات على التغلب على هذه الأعراض .

- من خلال القراءات والأدبيات النظرية (النفسية والتربوية) وبناء على توصيات بعض الدراسات ومنها دراسة رورك، يانوفسكي (Rourke, Yanofsky, ٢٠١٧)، ودراسة هارفام وآخرون، (Harpham, et all, 2018)، بضرورة تقديم الرعاية

النفسية للأمهات بجانب الخدمات الطبية التي تقدم لهن لمساعدتهن على التغلب على الآثار المترتبة على المرض.

- لم يُشكله مرض السرطان من خطورة حيث أنه يعدّ السبب الرئيسي للكثير من حالات الوفيات ، مما يدل على خطورة الوضع الذي حدا بمنظمة الصحة العالمية إلى وضعه على أجندتها البحثية، ودعت لتكاتف الجهود وتصميم البرامج لعلاج ودعم المرضى ، واسرهم لتقليل نسبة الوفيات وتحسين نوعية الحياة لديهم، حيث يمثل التهديد بفقدان الام مصدراً للضغط والقلق والتوتر للاطفال وللأسرة برمتها خلال كفاحها ضد المرض، مما يعرّضها للدخول في حالة من التهديد والقلق والتشاؤم المزمّن وتوقّع الخطر، وتحتاج الأسرة في هذه المرحلة ولاسيما الامهات والاطفال إلى المزيد من الدعم والمساندة للوقوف أمام تحديات هذا المرض الخطير، والتوقع العام لهذه الدراسة أن الامهات المصابات اللاتي لديهن أطفال أكثر عرضة من غيرهن للقلق على أنفسهن، وعلى أطفالهن والتشأم بشأن المستقبل ، والذي يؤدي بدوره لظهور ردود أفعال مختلفة، تتباين في حدتها تبعاً للإجراءات الطبية المرتبطة بشدة الحالة المرضية ومدى استمراريتها ومستقبل ومآل الحالة وما تلقيه بظلالها من آثار نفسية على الامهات وأسرهن، والتي قد تحد من قدرة الأمهات على القيام بأدوارهن، وهذا ما قد يسهم في شعورهن بالقلق والتشاؤم والأسى والحزن، خاصة عندما تسيطر عليهن الأفكار التشاؤمية ويرين أن الأمور خارجة عن سيطرتهم وأنهن غير قادرات على التعامل بكفاءة مع المواقف المتعلقة بالمرض ، ومن ثم تهدف هذه الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج إرشاد جمعي قائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض حدة الإضطرابات الانفعالية المصاحبة لعملية إستصال الثدي لدى الامهات.

وفي ضوء ما سبق تم بلورة مشكلة الدراسة في الإجابة على التساؤل التالي:
ما مدى فاعلية برنامج إرشاد جمعي قائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض حدة القلق والتشاؤم لدى الامهات المصابات بسرطان الثدي؟

وينبثق عن هذا التساؤل، التساؤلات الفرعية التالية:

- ١- إلى أي مدى توجد فروقاً بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية ،و الضابطة على مقياس القلق في القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية؟.
- ٢- إلى أي مدى توجد فروقاً بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية ، والضابطة على مقياس التشاؤم في القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية؟.
- ٣- إلى أي مدى توجد فروقاً بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية ،على مقياسى الدراسة (القلق ،التشاؤم)، في القياس البعدي ومتوسط درجاتهن على نفس المقياسين في القياس التتبعي بعد مرور شهرعلى انتهاء البرنامج الإرشادي.

أهداف الدراسة

فى ضوء مشكلة الدراسة ،وتساؤلاتها ،ومرجعيتها النظرية فإن هذه الدراسة تسعى إلى تحقيق الاهداف التالية:

- ١- الحد من القلق والتشاؤم لدى الامهات المصابات بسرطان الثدي.
- ٢- تعرف مدى استمرارية اثر البرنامج الارشادى الجمعى القائم على فنيات العلاج المعرفى السلوكى فى تخفيض حدة القلق والتشاؤم لدى الامهات المصابات بسرطان الثدي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج وأثناء فترة المتابعة بعد مرور شهر من إنتهاء البرنامج.

أهمية الدراسة

تتضح أهمية الدراسة بشقيها النظرية،والتطبيقية من خلال عدة مقومات على النحو التالى :

- تستمد هذه الدراسة أهميته من أهمية الشريحة العمرية التي يُطبق عليها ، الا وهى الامهات المصابات بسرطان الثدي وما يترتب على المرض من أثار

- نفسية على الامهات ،والاطفال معاً ،حيث أن إصابة الام بالمرض والتي تُعد بمثابة العمود الفقري للأسرة تمثل تهديدا واضحا لبنائها النفسي والاجتماعي .
- أن إصابة الامهات بالاضطراب النفسى المتمثل فى القلق والتشاؤم قد يهدد توازنهن النفسى والاجتماعى ويؤثر على أدائهن الوظيفي مما يفقدن القدرة على مواصلة رعايتهن لاطفالهن.
- النسبة الكبيرة والمتزايدة للإصابة بسرطان الثدي وهو الأمر الذي يتضح مدعما بالإحصاءات حيث أعلنت الجمعية الامريكية لسرطان الثدي، وكذلك منظمة الصحة العالمية، أن هناك ما يقرب من نصف مليون حالة وفاة سنويا بسبب لسرطان الثدي مما يقتضى ضرورة التدخل لمساعدة الامهات على استعادة توازنهن النفسى ، والاجتماعى حتى يتمكن من أداء أدوارهن المنوطة بهن مع أطفالهن.
- تأتي أهمية الدراسة الراهنة كونها واحدةً من الدراسات التى تسير فى الاتجاه الحديث ،نظراً لما يسببه هذا المرض من الآم نفسية وجسمية للمرضى والمحيطين بهن ، حيث تعد الإصابة بالسرطان بمثابة مثير للاضطراب الانفعالي والذي يظهر فى صور عديدة منها القلق، والتشاؤم وغيره من الاضطرابات النفسية، مما يؤثر فى أدوارهن اليومية.
- الأهمية التطبيقية :** قد تُسهم بعض الأدوات التطبيقية المتعلقة بمشكلة الدراسة (مقياس قلق الامهات، مقياس التشاؤم ،) فى الكشف عن الحالة النفسية للامهات، وتحديد مفهوم القلق، والتشاؤم ودرجتهم ،وكيفية الحد منهما بما يمكنهن من تقبل المرض وتحمل مضاعفاته حتى تتعافى سريعاً.
- حدود الدراسة:** تتحدد إمكانية تعميم نتائج الدراسة الحالية بما يلي
- أ: الحدود البشرية :الامهات المصابات بسرطان الثدي من المترددات على المعهد القومى للاورام واللاتى تتراوح أعمارهن بين (٣٥-٤٥) سنة .
- ب: الحدود الزمنية: تم إجراء الدراسة عام ٢٠١٨ .
- ج: الحدود الجغرافية: المعهد القومى للاورام - محافظة القاهرة.

مصطلحات الدراسة

جاء بالدراسة عدة مصطلحات تجدر الإشارة إلى تعريفاتها النظرية ، والإجرائية ، وذلك علي النحو التالي :

١ - برنامج الإرشاد الجمعي:

يعدُّ الإرشاد الجمعي شكلاً من أشكال الإرشاد النفسي والتربوي، ويُعدُّ عمليةً نمائيةً علاجيةً موجّهةً نحو تغيير اتجاهات وسلوك الأفراد الذين يواجهون مشاكل مؤقتةً أو دائمةً، تتم بإدارة القائم بعملية الإرشاد الذي يعمل وفق بعض نظريات الإرشاد النفسي، ويقوم بإدارة وتسهيل أنشطة البرنامج، وذلك ضمن مجموعات صغيرة تضم أفراداً ذوي مشكلات مشتركة، يتمّ التفاعل فيما بينهم وبين القائم بعملية الإرشاد، وتتمّ مساعدتهم في جو من الأمان والثقة والتماسك وتعد مهارات المرشد البين الشخصية ومهارات التأثير (مثل التعاطف، الدفء، الأصالة، الكفاءة، التوجيه والدعم) وأيضاً التحالف العلاجي ودرجة مشاركة المسترشدين من المقومات الأساسية في نجاح برنامج الإرشاد الجمعي غازدا، وجنتر، وهورن (Gazda, Genter, & Horne, 2016) من خلال خمس مراحل تمر بها عملية الإرشاد وهي: مرحلة التشكيل، والمرحلة الأولية، ومرحلة الانتقال، ومرحلة العمل، وأخيراً مرحلة الإنهاء والتقييم، ويستند برنامج الإرشاد الجمعي الذي تم إعداده من قبل الباحثة إلى نظرية العلاج المعرفي السلوكي بهدف الحد من الاضطرابات الانفعالية المصاحبة لعملية أستئصال الندى من خلال تخفيض حدة القلق والتشاؤم لدى الامهات المصابات بسرطان الثدي.

٢ - العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Treatment):

هو شكل من أشكال العلاج يحاول فيه المرشد تعديل السلوك المضطرب من خلال التأثير في العمليات المعرفية لدى المفحوصين، فهو يهدف تعديل قناعات العميل من خلال إقناعه أن معتقداته اللامنطقية هي التي تؤدي به إلي السلوك المسبب للاضطراب الانفعالي، وبالتالي يسعى هذا النوع من العلاج نحو تعديل إدراكات العميل المشوهة لتحقيق تغيرات معرفية ،انفعالية وسلوكية سوية في شخصيته تساعد علي التوافق مع المحيطين.

وتعرف الباحثة العلاج المعرفي السلوكي إجرائياً - في الدراسة الحالية، بأنه "البرنامج الارشادي القائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي الذي يتم تطبيقه علي عينة الدراسة ، ويضم في إطار جلساته مجموعة من المشاركات "الامهات"، يهدف تحقيق تغييرات إيجابية في شخصية الام المصابة بما ينعكس أثره على أطفالها ، وذلك من خلال فنيات العلاج المعرفي السلوكي ، وفيما يلي أبرز تلك الفنيات التي اعتمدت عليها الدراسة الحالية :

أ- الحديث الذاتي وإعادة البنية المعرفية (Self Dialigue Cognitive Restructing) : حيث تعتمد هذه الفنيات على الأحاديث الذاتية الداخلية ، والخارجية ، يتبعها تعليمات ذاتية تدفع المشاركات إلي إحلال خواطر إيجابية محل لسلبية، تلك التي تتعلق بتوقع الاسوء، وعليه تحدث التغيرات الايجابية في البنية المعرفية مما يؤدي إلي الحد من القلق والتشائم لدى المشاركات . ماهون ، م ، دونوفان (2016) Mahon, M, Donovan,

ب-النمذجة المعرفية (Cognitive Modeling) : وهي فنية يقوم المعالج من خلالها بتدريب المشاركات علي تحويل المعلومات التي يحصلن عليها من النماذج إلي تخيلات معرفية إدراكية ضمنية وإلي استجابات سوية ، ويشمل ذلك سلوكيات التعامل مثل مواجهة الشكوك الذاتية والإحباطات والتعامل معها وانتهاءً بعبارات التعزيز الذاتي الذي يعقب كل نجاح . المرجع السابق (١٣٥2) .

ج- التدريب علي حل المشكلات (problem Solvong training) : وهي فنية تُعني بالتدريب علي الملاحظة الدقيقة للأشياء والمواقف وكيفية البحث عن المعلومات ، وطرح الأسئلة واقتراح الحلول حولها ، واختيار أفضلها .

د- التحكم الذاتي (Self Control) : وهي فنية معرفية سلوكية تعني بتدريب المشاركات علي مواجهة المواقف بشكل متدرج للاحباطات التي يمر بها وتشمل ثلاث مراحل علي النحو التالي :

- مرحلة التعليم : ويتم فيها تدريب المشاركات علي وضع المشكلة في حجمها المناسب دون تهويل أو تضخيم للتخلص من الأفكار والسلوكيات السلبية بناءً عن اقتناع ذاتي من جانبهن .

- مرحلة التكرار: ويتم فيها تدريب المشاركات علي إتباع الإجراءات المباشرة للحصول علي المعلومات المهمة حول المشكلة وكيفية التخلص منها، كما يشمل التدريب علي الاسترخاء ، والتدرب علي طرق المواجهة المعرفية بمساعدة المشاركات كي يصبحن واعين بالعبارات السلبية القاهرة للذات واستخدامها كإشارات سلبية يجب مواجهتها حتي يتحسن لديهن الشعور بالثقة في النفس .

- مرحلة التدريب التطبيقي : وفي هذه المرحلة يتمكن المشاركات من استخدام مهارات المواجهة وتشمل تلك المرحلة علي نقل الموقف الذي يشعرن فيه بالقلق والتشائم إلي مواقف مشابهة والتدرب علي الكلام والمناقشة والنمذجة ، وتقديم تعليمات للذات وكذلك تعزيزها بما يحد من القلق والتشائم"

هـ- التعزيز (Rienforcement) : وهو من الفنيات المهمة حيث يقوم المعالج بتدعيم السلوك الايجابي للمشاركات وكذلك يتم تدريبيهن علي تعزيز ومكافأة ذواتهن من خلال قدرتهن علي مواجهة مواقف الضعف والاحباط.

و- الأنشطة / الواجبات المنزلية (Assignment) : حيث يقوم المعالج فيها بتكليف المشاركات ببعض المهام والأنشطة الخاصة بكل جلسة مما يساعدهن علي الفهم والوعي الأعمق بالمشكلة والافتتاع بالحلول المناسبة ، من خلال تدريبيهن علي تحديد تلك الحلول واختيار أنسبها ، ومن ثم تطبيقها في حياتهن الشخصية ، وفي حالة تعذر فهم المشاركات للنشاط المنزلي تقدم الباحثة نموذجاً له بحيث يسهل عليهن فهمه وتطبيقه.

التعريف الاجرائي للبرنامج الارشادي: "هومجموعة من الاجراءات التي يتم تطبيقها علي عينة الدراسة ، من خلال مجموعة من الجلسات بغرض مساعدة الامهات المشاركات في البرنامج بهدف تخفيض حدة القلق والتشاؤم ، وذلك اعتماداً علي استراتيجيات وفنيات العلاج المعرفي السلوكي.

٢- القلق Anxiety:

ترى أنا فرويد أن القلق استجابة انفعالية موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية ،في حين ترى هورني Horney، أن البيئة التي يعيش فيها الفرد تسهم

بشكل أو بآخر في نشأة القلق لما بها من تعقيدات وتناقضات في محاولة الفرد التحرر من مظاهر الخوف، بينما عرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية القلق بأنه "حالة مرضية تتصف بالشعور بالرعب وبوجود عدد من الأعراض يشترط توفر ثلاثة منها على الأقل حتى يُشخص الفرد على أنه مصاب بالقلق منها : وجود صعوبة في التركيز، وسرعة الانفعال، وتوتر العضلات وإجهادها، واضطرابات النوم، كما تصاحبها أعراض عضوية تشير إلى النشاط الزائد للجهاز العصبي اللاإرادي "بارلو، رافا، كوهين) (Barlow, D.H., Raffa, S.D., & Cohen, E.M., 2017) ويعد "القلق انفعال غير سار وشعور مكرر للنفس يحمل في طياته تهديدًا متوقعًا، وعدم راحة أو استقرار، وخبرة ذاتية تتسم بمشاعر الشك والعجز والخوف من المجهول، وأشارت النتائج التي انتهت إليها بعض الدراسات السابقة في هذا الموضوع إلى أن أحداث الحياة ومواقف المشقة تكشف عن صور من الاضطراب النفسي الضئيل أو المتوسط أو الشديد، وأن أبرز هذه الصور هي المعاناة من القلق النفسي، وفي هذا الصدد أشارت نتائج بعض الدراسات ومنها دراسة "بورنو" (Bourne, E.J. ٢٠١٥) أن القلق يظهر بعد تشخيص نمو السرطان وانتشاره في الجسم، في حين أشارت نتائج بعض الدراسات الأخرى أن القلق يستمر حتى في مرحلة ما بعد الشفاء والمتابعة (Lenda, A, 2016)، وعلى هذا يعد القلق عرضًا مشترك في العديد من الاضطرابات النفسية والعضوية، ويفرق الباحثون بين نوعين من القلق أولها خارجي المنشأ Exogenous وهو قلق وجودي مستثار وهو ما يسمى بحالة القلق Anxiety statue وهي حالة انفعالية مؤقتة وثانيهم داخلي المنشأ Endogenous أي ذاتي وهو ما يسمى بسمة القلق Anxiety Trait وهي حالة مرضية ملازمة للفرد وعلى هذا يعد القلق الذي تعاني منه الامهات عينة الدراسة ضمن حالة القلق نتيجة تشخيص حالتهم بأنهن مصابات بالسرطان، وتشير نتائج بعض الدراسات منها دراسة "ولمان، وباسكو" (Wolman, G & Basco, (2017) DE. إلى أن وجود مستويات مرتفعة من القلق يؤثر على أداء الامهات وهذا يستدعي الاهتمام والتدخل العلاجي معهن .

وفى ضوء ما سبق تُعرف الباحثة القلق بأنه: حالة نفسية مكدرة تصاحبها أعراض فيسولوجية ونفسية تصيب الامهات تنتج عن تشخيص حالتهم بالمرض، و لا تقوى الامهات على تحملها مما يؤثر على توازنهن النفسي والاجتماعي وتقلل من شعورهن بالراحة، وتعرّفه إجرائياً بأنه مجموع الدرجات التي تحصل عليها الامهات عينة الدراسة على مقياس القلق المستخدم في الدراسة الحالية.

٣- التشاؤم Pessimism :

وتعرف الباحثة التشاؤم بأنه: التوقع السلبي للاحداث القادمة والنظرة السوداوية بشأن مستقبل العمل.

وتعرّفه إجرائياً بأنه مجموع الدرجات التي تحصل عليها الامهات عينة الدراسة على مقياس التشاؤم المستخدم في الدراسة الحالية

٤- الامهات المصابات بالسرطان :

وهن الامهات اللاتي تم تشخيصهن حديثاً بالإصابة بالسرطان، واللاتي يتلقين العلاج داخل مستشفى المعهد القومي للاورام وتتراوح أعمارهن ما بين (35-45) ولم يمضى على تشخيص حالتهم سوى (٦) أسابيع فقط.

الإطار النظري للدراسة

تحاول الباحثة في السطور التالية تسليط الضوء على مفهومي القلق، والتشاؤم، على إعتبار أنهما يؤثران بشكل كبير على المشاركات في البرنامج وللمزيد حول هذا الموضوع يمكن الرجوع لهذا الرابط.

<https://www.health.harvard.edu>

القلق Anxiety

تعددت النظريات المفسرة لاضطراب القلق، وقد يرجع هذا التعدد إلى تنوع التوجيهات النظرية التي قامت بتفسير هذا الاضطراب، فيرى بعض علماء تلك النظريات أن اضطراب القلق يرجع إلى عوامل وراثية، ويرى البعض الآخر أن اضطراب القلق يرجع إلى رغبات مكبوتة في اللاشعور . بينما يذهب فريق ثالث إلى أن اضطراب القلق يرجع إلى أنه تعلم خاطيء ويجب علاجه باعتباره سلوكاً

مضطربًا بينما يعتبر البعض أن اضطراب القلق يرجع إلى جوانب معرفية ومعتقدات مشوهة. وأخيرًا هناك من يرى هذا الاضطراب يرجع إلى إدراكات سلبية من جانب الشخص ذاته للعالم المحيط به. وفي هذا الصدد تتوه الباحثة أنها سوف تتبني النظرية المعرفية لارتباطها الوثيق بموضوع الدراسة.

النظرية المعرفية Cognitive Theory

تركز هذه النظرية على طريقة تفكير الافراد الذين يعانون من القلق ، إذ يميل الفرد الذى يعاني من القلق الى وضع توقعات غير منطقية للمواقف لتي يمر بها ، فتوصل "موك" الى ان القلق انفعال قائم على تقييم التهديد ، وهذا التقييم يتضمن عوامل رمزية ، وموقفية غير واضحة وغير متوقعة . (Mock, V, (2019) وأن العوامل الموقفية تساهم في نشوء القلق ، إذ ينظرون للتهديدات والضغوط التي يواجهها الفرد على انها هي المسببة لحدوث القلق ويضيف كيلي (Kelly) وماندler (Mandler) أن الاضطرابات ، ما هي الا استجابات انفعالية وجدانية ، يكتسبها الفرد خلال خبرته في الحياة ، وذلك من خلال التفاعل بين الموقف والاستجابة والتفكير، إذ يتبنى الشخص المضطرب أفكاراً لامنطقية، تجعل من استجاباته المستقبلية استجابات مرضية، قد تؤدي بصاحبها الى سوء التوافق ، ويظهر ذلك بوضوح فى ملامح القلق والذى يتضمن ثلاث مكونات رئيسية على النحو التالى: مكون انفعالي (Emotional) يتمثل في مشاعر الخوف ،الفرع ،التوجس، الهلع،والانزعاج.

مكون معرفي (Cognitive) ويشتمل على التأثيرات السلبية لهذه المشاعر على قدرة الفرد على الادراك السليم للموقف والتفكير في عواقب الفشل والخوف من المستقبل.

مكون فسيولوجي (Physiological) ويشتمل على التغيرات الفسيولوجية والمتمثلة فى: زيادة ضربات القلب وسرعة التنفس وشحوب الوجه والتعرق . (Carol Saif . E. et. al. (2016). وللقلق اعراض مختلفة منها ما ه نفسي (Psychic) Symptoms) التي تنتاب الفرد وقت تعرضه للقلق ، فهي تجعله في حالة من الضيق وانشغال الفكر والعجز عن التفكير السليم.

ومنها ما هو جسمي (Physical Symptoms) مثل اضطرابات التنفس ، وزيادة ضربات القلب ، وارتفاع ضغط الدم مع شحوب الوجه ، والتعرق ، وارتجاف الاطراف، ..الخ.

التشاؤم Pessimism :

عرفه مارشال وآخرون (Marshall.R (2015) بأنه استعداد أو سمة كامنة داخل الفرد تؤدي إلى التوقع السلبي للأحداث، وقد عرفه كارفر وشارير (Scherier, & Carver (2016) بأنه نزعة لدى الأفراد للتوقع السلبي للأحداث المستقبلية بينما. يرى لامبرت، ويلفريد (Lambert, Wilfred G., (2016)، أن التشاؤم يحدث عندما يقوم الفرد بتركيز اهتمامه وحصر انتباهه على الاحتمالات السلبية للأحداث الحالية والمستقبلية، والتوقع السلبي للأحداث على الدوام مما قد يثبط الهمة و يحرك دوافع الأفراد في محاولة منهم لمنع الأحداث السيئة المتوقعة حدوثها ، والتأهب لمواجهةها، ويفترض بعض الباحثين أن التشاؤم يرتبط بالعديد من الاضطرابات النفسية وقد بينت بعض الدراسات التي أجريت على مرضى السرطان وجود علاقة ايجابية بين التشاؤم وسرعة انتشار السرطان (Bottéro, et al, 2017).

وقد قُدمت تفسيرات متعددة للتشاؤم ويختلف تفسير ذلك باختلاف النظرية التي ينطلق منها الباحثون وفيما يلي عرض مختصر لهذه النظريات.

النظريات المفسرة لمفهوم التشاؤم:

- نظرية التحليل النفسي: يرى فرويد Freud أن التشاؤم لا يقع في حياة الفرد إلا إذا تكونت لديه عقدة نفسية في الطفولة، وذكر أن هناك سمات وأنماط شخصية فمية مرتبطة بتلك المرحلة ناتجة عن عملية التثبيت عند هذه المرحلة والتي ترجع إلى الإحباط والحرمان، ويتفق Erikson مع Freud في أن المرحلة الفمية الحسية قد تشكل لدى الرضيع الإحساس بعدم الثقة والذي بدوره سيظل المصدر الذاتي لكل من اليأس والتشاؤم خلال بقية الحياة (Freud, S. 1992).

- النظرية المعرفية:

شكلت نظرية "ماكليود Macleod" من خلال تعرضه لمفهوم التشاؤم والتي يري فيها أن الأحداث الشخصية، وعملية التحري الموجودة تستخدم من قبل الافراد للحكم على الأحداث المستقبلية المتشائمة باعتبارها سهلة الحضور كعمليات عقلية لتصبح راسخة في الأذهان.

من خلال إستقراء النظريات التي فسرت (التشاؤم) تلاحظ الباحثة أن هناك نقاط اختلاف وتشابه بين هذه النظريات. فقد ارجع فرويد التشاؤم إلى المرحلة الفمية واعتبر أن الفرد غيرالمشبع إشباعا "زائدا" في تلك المرحلة متشائم بدرجة كبيرة. أما سليجمان وزملاؤه فقد أكدوا على الأسلوب التفسيرى التشاؤمي، وهو أحد الأساليب المعرفية ويتكون من ثلاثة أسس هي الاستمرارية والانتشار والتشخيص، وأن الشخص الذي لديه هذا الأسلوب التشاؤمي يستخدم هذه الأسس لتفسير الأحداث غير السارة.

وفى ضوء ماسبق نخلص إلى أن تشخيص الامهات بمرض سرطان الثدي وما يترتب عليه من التردد على مقدمى الخدمة الصحية ومايصاحبه من متاعب ومشكلات (نفسية،مادية،اجتماعية)،من شأنه أن يؤثرفى صحة الأمهات النفسية، ويصيبها ببعض الاضطرابات حيث تشير نتائج الابحاث إلى أن الأفراد الأكثر عرضة للاضطرابات النفسية هم الذين يفتقدون الشعور بالراحة ، حيث يؤكد بوسباك (2010) على أن حياة مريض السرطان واسرته تتأثر بالتغيرات الانفعالية المتمثلة فى القلق والتشاؤم ، والخوف من عودة المرض ، والتغير فى صورة الجسم (Busschbach, J.P, 2016) فضلا عن الاهتمام بالتغيرات الجسمية المصاحبة للمرض والتي تتمثل فى الشعور بالتعب ، وصعوبات النوم وغيرها من الاثارالتي قد تؤدي إلى عدم القدرة على مواصلة النشاطات اليومية، مما يجعلهن يقعن فريسة للاضطراب النفسى المتمثل فى الاصابة بالقلق والتشاؤم الذى يستلزم الوقوف معهن لمساعدتهن على تخطى محنة المرض،وهذا ماسعت إليه الدراسة الراهنة من خلال عمل برنامج للحد من القلق والتشاؤم لدى هؤلاء الامهات بما يعود على أطفالهن.

الدراسات السابقة

وفيما يلي عرض لأهم الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الموضوع، والتي يمكن للباحثة أن تستفيد منها في اختيار الادوات ومما اتبعته من إجراءات وتفسيرها تتوصل إليه من نتائج .

الدراسات التي تناولت فاعلية برامج الإرشاد الجمعي مع مرضى السرطان .

قام بورني(Bourne, E.J. (2015) بدراسة استهدفت تقييم كفاءة برنامج نفسي للأمهات المصابين بالسرطان داخل مستشفى جامعي في ماليزيا وقد طبقت الدراسة على مجموعتين أحدهما ضابطة والاخرى تجريبية قوامها (٣٨) من الامهات اللاتي طبق عليهن مقياس القلق والتوتر وقد توصلت النتائج إلى جود فروق في درجات القلق والتوتر بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح الأولى التي تحسنت بعد البرنامج، لكن الفروق بين المجموعتين لم تكن دالة إحصائياً.

بينما درس جهاد علاء الدين وعز الدين عبد الرحمن (٢٠١٦) مدى فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى الامهات الأردنيات المصابات بالسرطان ،وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٠) أما مصابة بسرطان اللوكيميا اللمفاوية الحادة، قسمت إلى مجموعتين متساويتين :المجموعة التجريبية التي تلقت برنامجاً إرشادياً يستند إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي والمجموعة الضابطة التي لم يتلق أفرادها أيتدريب على البرنامج الإرشادي .وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقاييس الدراسة لصالح الأمهات في المجموعة التجريبية بالمقارنة بالأمهات في المجموعة الضابطة.

وفي دراسة قامت بها كازاك وآخرون(٢٠١٦) Kazak, Simms et al., استهدفت تقييم برنامج علاج نفسي مختصر يتألف من (٨) جلسات علاجية للأمهات اللاتي يعانين حديثاً من السرطان وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها (٣٨) من الامهات المصابات بالسرطان في مدينة فيلادلفيا، تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى تجريبية تلقت برنامج التدخل والثانية ضابطة تلقت العلاج المعتاد فقط ،وقد استخدم الباحثين مقياس حالة القلق ،والتوتر وأسفرت النتائج عن أن البرنامج

المستخدم مع المجموعة التجريبية كان فعالاً حيث أظهرت انخفاض في مستويات القلق، وأعراض التوتر الوالدي.

وفى دراسة أخرى قام بها ساهلر وآخرون (Sahler et al., 2017) استهدفت التحقق من فاعلية برنامج إرشاد جمعي يستند إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي باستخدام التدريب على مهارة حل المشكلات، في تقليل مستويات التوتر والقلق والاكتئاب لدى مجموعة من الأمهات بلغ عددهن (٣٠) سيدة من المشخصات حديثاً بالسرطان في أحد المستشفيات التابعة لجامعة روتشستر بولاية نيويورك وقد طبقت الدراسة برنامجين يستندان إلى المنهج المعرفي السلوكي، استند الأول الذي قدم للأمهات في المجموعة التجريبية إلى دمج برنامج الرعاية النفسية والاجتماعية المعتاد تقديمه للأمهات في المستشفى مع برنامج التدريب على مهارة حل المشكلات وذلك خلال ثماني (٨) جلسات إرشاد جمعي، واستند البرنامج الثاني الذي قُدم للأمهات في المجموعة الضابطة إلى برنامج الرعاية النفسية والاجتماعية المعتاد تقديمه للأمهات، وقد أسفرت نتائج القياس البعدي إلى أن الأمهات في المجموعة الأولى أظهرن انخفاضاً ملحوظاً في معدلات التوتر والقلق بعد مرور ثلاثة أشهر على تطبيق البرنامج الإرشادي في القياس البعدي.

بينما درس بومان بسنغافورة (Poman, E. 2017) تطوير برنامج علاج جمعي يستند إلى التدخل السلوكي والعلاج بالفن للأمهات اللاتي شُخصت إصابتهن حديثاً أو لديهن انتكاس لمرض سرطان الدم الليمفاوي الحاد ومدى فاعليته في تحسين مستويات مواجهة اليأس وتقبل الإجراءات الطبية وقد شارك ثمانية (٨) مفحوصات، وعشرة (١٠) من ذويهن، في هذا البرنامج العلاجي الذي استمر لمدة إثني عشر (١٢) أسبوعاً، حيث تلقت الأمهات جلسات فردية للعلاج بالفن وأنشطة أخرى بمساعدة الحاسوب لتعليمهم مهارة حل المشكلات، في حين شارك الأزواج في مجموعة علاجية للدعم المنظم تضمنت تزويدهم بالمعلومات الكافية بشأن مرض السرطان وإجراءات العلاج وبفرص المشاركة في الخبرات المتعلقة بإستراتيجيات المواجهة والعلاج وأسفرت نتائج الدراسة عن حدوث تغييرات إيجابية دالة على مقاييس المواجهة والتغلب على اليأس والتشاؤم.

وفى دراسة أخرى قامت بها سترايساند وزملاؤها (٢٠١٨) Streisand,et al استهدفت الكشف عن مدى فاعلية برنامج إرشاد جمعي للتحصين ضد القلق لدى الامهات المصابات بالسرطان خلال فترة إقامتهن وإجرائهن لعملية زرع نخاع شوكي في أحد مستشفيات الجامعة في ولاية فلوريد ،حيث طبقت الدراسة على عينة قوامها (٢٢) مفردة من الأمهات قسمت على مجموعتين واحدة ضابطة والآخرى تجريبية وتوصلت نتائج تحليل التباين إلى أن مجموعة الأمهات اللواتي تعرضن لبرنامج الإرشاد الجمعي انخفض لديهن القلق مقارنة بالمجموعة الضابطة

تعقيب عام على الدراسات السابقة

من خلال استقراء وتحليل الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية نستطيع أن نخلص إلى النقاط التالية:

١- أن هذه الفئة لم تتل قسطاً وافراً من الدراسات بشكل عام وخصوصاً في مصر، ففي حدود علم الباحثة أن الدراسات في ميدان سرطان الثدي لدي الامهات لم تتناول متغيرات القلق، والتشاؤم لدي الامهات المصابات بسرطان الثدي.

٢- أن معظم الدراسات سواء (العربية) مثل دراسة جهاد علاء الدين وعز الدين عبد الرحمن (٢٠١٦)، أو الاجنبية مثل " بورن" (2015) Bourne, E.J. قد استخدمت منهج العلاج المعرفي السلوكي وركزا على المرضى، والقائمين على رعايتهن معاً دون التركيز على الامهات فقط، لهذا أتت هذه الدراسة لتناول هذا المتغير والتعامل مع فئة الأمهات باعتبارهن الفئة التي تتحمل أكبر قدر من الألم ومضاعفات المرض بالاضافة إلى مسؤوليتهن عن رعاية الاطفال، ولدراسة تأثير البرنامج الإرشادي الجمعي المصمم لهذه الدراسة، للحد من القلق والتشاؤم لدى الأمهات، والتي لم تدرس من قبل في البيئة المصرية بحسب علم الباحثة.

٣- يتضح من الدراسات السابقة أهمية تناول موضوع السرطان عند الامهات وعلاقته بمستوى القلق، والتشاؤم لما يمثله هذا الموضوع من أهمية خاصة في المجتمع ككل والعملية العلاجية بوجه خاص، ففي دراسة "بنزن" تبين أن مرضى السرطان يعانون من عدم قدرتهم على مواصلة النشاطات البسيطة وانخفاض الطاقة، وصعوبة الاندماج في العلاقات الاجتماعية . وبالرغم من أن تشخيص

- مرض السرطان يعد صدمة مفاجئة للمريضة واسرتها ينتج عنه شعور بالخوف، والقلق، والأسى، والإنكار، والرفض، فان دراسة " سالمون، ومانزي" أسفرت على أن بعض المرضى يتقبلون المرض ويتعايشون معه، وهذا ساعدهم على ايجاد عالم متماسك و مترابط لدى المريض واسرته،يسمح لهم بتجنب الضغوط، ويعمل على استمرار تقدير المريض لنفسه، والثقة في الآخرين. ومن ناحية أخرى فقد كشفت دراسة "كولنز، وتايلور" على عينة من مرضى السرطان عن انخفاض جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى وعائلاتهم، لاسيما نحو الذات .
- ٤- كشفت بعض الدراسات عن أن مكان الإصابة بالمرض والمرحلة التي يتم فيها اكتشافه لها علاقة بالاضطرابات الانفعالية لدى المريضة والمحيطين.
- ٥- يتضح مما سبق أن إصابة الامهات بمرض السرطان من شأنها أن تغير من حالتهم النفسية وقد أكد " تايلور" على أن الأفراد الذين يفتقدون الشعور بالراحة والاستقرارهم الأكثر عرضة للاضطرابات النفسية .
- ٦- تنوعت الدراسات السابقة في استخدامها لإجراءات الدراسة من حيث الأدوات والمعالجة الإحصائية كل حسب هدفه وفروضه، مما أتاح للباحثة فرصة الاستفادة منها وفق متطلبات الدراسة الحالية.
- ٧- نلاحظ التباين بين هذه الدراسات في الأهداف والفروض والأدوات والعينات والأساليب الإحصائية وما توصلت إليه من نتائج.

فروض الدراسة

- استنادا الي ما جاء بالاطار النظري ونتائج الدراسات السابقة - التي تيسر للباحثة الاطلاع عليها -ممكن للباحثة صياغة الفروض على النحو التالي .:
- ١- لا توجد فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في خفض حدة القلق لدى الامهات المصابات بسرطان الثدي تُعزى إلى البرنامج الارشادي.
- ٢- لا توجد فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في خفض حدة التشائم لدى الامهات المصابات بسرطان الثدي تُعزى إلى البرنامج الارشادي.

٣- لا توجد فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، على مقياسي الدراسة (مقياس القلق، مقياس التشاؤم)، في القياس البعدي ومتوسط درجاتهن على نفس المقياسين في القياس التبعي بعد مرور شهر على انتهاء البرنامج الإرشادي.

منهج الدراسة وإجراءاته

لتحقيق أهداف الدراسة الحالية اتبعت الباحثة عدداً من الإجراءات المنهجية التي تتضح فيما يلي:

أولاً: المنهج :

استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي باستخدام مجموعتين أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة، وذلك لإختبار فاعلية البرنامج الإرشادي المستمد من نظرية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض حدة القلق والتشاؤم لدى عينة من الامهات المصابات بمرض سرطان الثدي.

ثانياً: عينة الدراسة:

- تكوّن المجتمع الاصلى للبحث الذي تم سحب العينة الفعلية منه من (٢٠٠) سيدة من المترددات على المعهد القومي للاورام التابع لجامعة القاهرة ولم يمض على تشخيص حالتهم مدة تتجاوز (6) أسابيع حيث أنهم يخضعون لإجراءات العلاج الطبي المستمر في الفترة التي أُجريت فيها الدراسة حيث تم تطبيق مقياسي الدراسة (مقياس القلق، مقياس التشاؤم) على العينة الكلية للبحث .
- اختيرت عينة عمدية (ن = ٦٠) من الامهات المصابات بالسرطان ممن انطبقت عليهن محكات وشروط العينة حيث تراوحت أعمار الأمهات ما بين (٣٥-٤٥) عاماً بمتوسط عمري قدره ٣٦.٨٥ وانحراف معياري قدره، ٦.٦٥.

مواصفات العينة:

- تم سحب عينة الدراسة من المجتمع الاصلى استناداً إلى بعض المحكات وهي:
 - ١- تسجيلها لدرجات مرتفعة على مقياسي (القلق، التشاؤم).

- ٢- موافقتها هي والطبيب المعالج على المشاركة في إجراءات الدراسة بما فيها البرنامج الإرشادي.
- ٣- ان يكون لم يمض على تشخيص إصابتها بالسرطان مدة تتجاوز (٦) أسابيع.
- ٤- ان تتمتع الامهات بمستوى تعليمي مناسب يمكنهن من المشاركة في البرنامج حيث أن (٦٠ %) منهن حصلن على تعليم ما قبل الجامعي، و(٤٠ %) منهن جامعيات.
- تم تقسيم عينة الدراسة بصورة متساوية حيث بلغ حجم المجموعة التجريبية (ن=٣٠) ، والضابطة (ن=٣٠) وقد تم التحقق من تكافؤ المجموعتين على مقاييس الدراسة في القياس القبلي قبل تعرض المجموعة التجريبية للبرنامج الإرشادي.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام الأدوات التالية:

- ١- مقياس القلق للامهات. (إعداد الباحثة).
- ٢- مقياس التشاؤم. (إعداد الباحثة).
- ٣- برنامج الإرشاد الجمعي القائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي والذي صمم لمساعدة الامهات المرضى على الحد من القلق، والتشاؤم (إعداد الباحثة).

وفيما يلي عرض خطوات تصميم هذه الادوات بالتفصيل:

(١): مقياس القلق للامهات: (إعداد الباحثة).

(أ) وصف المقياس وخطوات بنائه.

- قامت الباحثة بالاطلاع على العديد من المقاييس المترجمة في موضوع القلق مثل: عبد الرقيب أحمد البحيري ١٩٨٤ وأحمد عبد الخالق الصورة العربية المستندة إلى الصورة المعدلة لتيلور، ومقياس سيبيلجر، كاتل، شارلز رينشارد . جورسش، وروبرت لوشين .

Charles D. Spielberger, katil, Richard L. Gorsuch & Robert E. Lushene (1983)

- قامت الباحثة باقتباس بعض العبارات من مقياس حالة القلق لسبيلبرجر وتعديل صياغتها بما يتلائم مع موضوع الدراسة الحالي، بالإضافة إلى الإطار النظري الذي تناولت فيه الباحثة موضوع القلق و بعض المقابلات الشخصية التي أجرتها مع الأمهات حيث تم إعادة صياغة بعض الفقرات لتتناسب مع موضوع الدراسة الحالي.

- صاغت الباحثة فقرات المقياس في صورته الأولية حيث تكون من (٤٥) فقرة والتي تم توزيعها على ثلاثة أبعاد على النحو التالي:

١- **الأعراض الفسيولوجية والجسمية للقلق:** وهي تلك الاعراض التي تعبر عن مدى تأثير القلق على أعضاء الجسم ووظائفه المختلفة: مثل اضطرابات الهضم وجفاف الفم والحلق، وارتجاف الأطراف، والعرق الزائد، وزيادة ضربات القلب، وضيق التنفس، وبرودة في اليدين والقدمين، والصداع، وتدهور الحالة الصحية فقدان الشهية للأكل مع نقصان الوزن، أو الإفراط في الطعام - الإسهال أو الإمساك والمغص وأحيانا الغثيان والقيئ عند التعرض للانفعال، اضطرابات النوم كالأرق أو الكوابيس والأحلام المزعجة والنوم المتقطع، سرعة ضربات القلب وعدم انتظامها.....إلخ .

٢- **الاعراض النفسية للقلق:** والتي تتمثل في بعض الاعراض التي تكون نتيجة لتأثير القلق مثل العصبية الزائدة، والأحلام المزعجة، وقلة الراحة، وعدم الشعور بالسعادة، وضعف القدرة على التركيز.....إلخ.

٣- **الاعراض المعرفية للقلق:** وتظهر في زملة من الاعراض منها التردد في اتخاذ القرارات والحكم على الأمور، تزامم الأفكار المزعجة، عدم القدرة على تركيز الانتباه، شرود الذهن والسرحان، ضعف القدرة على امتلاك المعلومات واسترجاعها.....إلخ.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

- صدق المقياس:تحققت الباحثة من صدق المقياس بأنواع الصدق التالية :
- صدق المحتوى: تم التحقق من صدق المحتوى للمقياس وفقراته بعرضه على مجموعة مكونة من (١٢محكماً) من ذوي الخبرة والاختصاص في مجالات الإرشاد والقياس النفسي، وعلم النفس ، حيث طُلِبَ منهم إبداء الرأي في دقة وصحة محتوى الأداة، من حيث سلامة العبارات، ووضوح الفقرات والصياغة اللغوية، ومناسبتها لقياس ما وضعت لأجله، وإضافة أو تعديل أو حذف ما يرويه مناسباً على الفقرات، وفي ضوء آراء المحكمين أجريت تعديلات ، ولم يتم حذف أي فقرة من الفقرات ، وكان المعيار الذي تم اعتماده في قبول الفقرات هو حصول كل فقرة على موافقة ا بنسبة (٨٠%) من آراء السادة المحكمين ،وأصبح المقياس في صورته الاخيرة بعد التعديل يشتمل على (٤٢) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد تتمثل في الآثار الجسمية الفسيولوجية ،النفسية ،والمعرفية للقلق والملحق رقم (١) يوضح مقياس القلق في صورته النهائية.
- صدق البناء: تم التحقق من صدق البناء للمقياس، من خلال تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من(٣٠مريضة) من خارج عينة الدراسة تم اختيارهن بطريقة عشوائية من المترددات علي العيادات الخارجية بمستشفى قصر العيني، حيث تم حساب صدق البناء وذلك من خلال حساب قيم معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس ،والأبعاد التي تنتمي اليها كمؤشر لصدق البناء. وقد تم قبول الفقرات التي كان معامل الارتباط بين درجة الفقرة والدرجة الكلية للمقياس والأبعاد التي تتبع لها (٠.٢٠ فأكثر) كأحد مؤشرات صدق البناء، وتبين أن معاملات ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية على المقياس قد تراوحت ما بين (٠.٢٢-٠.٨٨) مما يؤكد على جودة بناء فقرات المقياس .
- بالإضافة إلى ما تقدم فقد قامت الباحثة بحساب معاملات ارتباط بيرسون لعلاقة الأبعاد بالأداة ككل ، علاوة على حساب معاملات ارتباط بيرسون البيئية - لعلاقة الأبعاد ببعضها البعض.كما هو مبين في الجدول رقم (١)

جدول رقم (١)

مصفوفة معاملات الارتباط المتبادل بين أبعاد مقياس القلق

القلق المعرفي	القلق النفسي	القلق الфизиولوجي(الجسمي)	أبعاد المقياس
** ٠.٢١	٠.٠٦	--	القلق الفسيولوجي(الجسمي)
** ٠.٤١	---	٠.١٨	القلق النفسي
---	** ٠.٣٥	٠.٠٥	القلق المعرفي

** الارتباطات جميعها دالة عند مستوى اقل من ٠,٠٥ حيث تشير نتائج الجدول (١) إلى أن معاملات الارتباط بيرسون بين أبعاد الاختبار تعتبر دالة إحصائياً.

ثبات المقياس: من أجل التحقق من ثبات المقياس استخدمت الباحثة طريقتين: الطريقة الاولى باستخدام معادلة ألفا كرونباخ ، والطريقة الثانية باستخدام التجزئة النصفية: على النحو التالي:

- تم حساب معامل الثبات لكل بُعد من أبعاد المقياس على حده ولمجموع الفقرات وذلك بعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية السابقة والجدول رقم (٢) يوضح معاملات الثبات حسب معادلة ألفا كرونباخ ، والتجزئة النصفية لمختلف أبعاد المقياس .

الجدول (٢)

يبين قيم معاملات الثبات حسب معادلة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لمختلف أبعاد مقياس قلق الامهات.

أبعاد مقياس القلق	معامل الثبات بطريقة معادلة ألفا كرونباخ العينة الكلية. ن(٣٠)	معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية العينة الكلية. ن(٣٠)
القلق الفسيولوجي (الجسمي)	٠.٨٥	٠.٨٤
القلق النفسي	٠.٨٦	٠.٨٨
القلق المعرفي	٠.٨٤	٠.٨٢

تشير نتائج الجدول السابق إلى أن معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية كانت مناسبة حيث كانت أقل معاملات الثبات على بُعد القلق المعرفي حيث بلغ (٠.٨٤) عن طريق معادلة ألفا كرونباخ، وبلغ (٠.٨٢) بواسطة التجزئة النصفية، في حين بلغت أعلى معاملات الثبات على بُعد القلق النفسي حيث بلغ (٠.٨٦) عن طريق معادلة ألفا كرونباخ، وبلغ (٠.٨٨) بواسطة التجزئة النصفية، مما يدل على المقياس على درجة عالية من الثبات وهذه القيم جميعها مناسبة لأغراض الدراسة الحالية.

تصحيح المقياس:

يُطلب من المفحوصات الاجابة عما يشعرن به، بوضع علامة (٧) أمام أحد الاختيارات ومن أجل الحصول على تساوي أوزان فقرات المقياس أعطيت تقديرات (3 ، 2 ، 1) لمقياس ثلاثي الدرجات "دائماً: ٣، أحياناً: ٢، نادراً: ١". وحيث ان المقياس يتكون من (٤٢) فقرة فقد تراوحت الدرجة الكلية للمقياس ما بين ٤٢ درجة- ٢٦ درجة.

ثانياً: مقياس التشاؤم. (Pessimism Scale): (إعداد الباحثة)(أ) **وصف المقياس وخطوات بنائه.**

- قامت الباحثة بالاطلاع على العديد من المقاييس المترجمة في موضوع التشاؤم منها: القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم تأليف " أحمد عبد الخالق " (١٩٩٦) ومقياس التشاؤم المستمد من مقياس التشاؤم/ التفاؤل، إعداد ديمبر وآخرين (١٩٨٩)، Dember, ومن تعريب وتقنين محمد الدسوقي (١٩٩٨). (Martin, Hummer, Howe, and Melton, (1989)

- قامت الباحثة باقتباس بعض العبارات من المقاييس السابقة وتعديل صياغتها بما يتلائم مع موضوع الدراسة الحالي بالإضافة إلى الإطار النظري الذي تناولت فيه الباحثة موضوع التشاؤم و بعض المقابلات الشخصية التي أجرتها مع الأمهات، حيث تم إعادة صياغة بعض الفقرات بما يتفق والهدف من الدراسة الحالية، ويهدف المقياس إلى تقييم التوقعات العامة المنتشئة بالنسبة للحاضر والمستقبل لدى المبحوثات. ويتألف المقياس في صورته النهائية من خمسة وثلاثون (٣٥) فقرة حيث يُطلب من المبحوثات تقدير إجاباتهن على فقرات المقياس على سلم تقدير ليكرت حيث تتكون الاستجابات من أربعة خيارات هي: لا أوافق مطلقاً (١)، لا أوافق (٢) أوافق (٣)، ثم أوافق بشدة (٤). وتتراوح الدرجة الكلية من (٣٥) إلى (١٤٠) درجة.

الخصائص السيكومترية للمقياس :**صدق المقياس :**

تحققت الباحثة من صدق المقياس بأنواع الصدق التالية :

(١): الصدق الظاهري (صدق المحكمين):

قامت الباحثة بعرض المقياس في صورته الأولية على عدد (12) من الخبراء في القياس والتقويم، وعلم النفس والصحة النفسية للحكم على المقياس من حيث مدى سلامة صياغة العبارات، ووضوحها، وقد أخذت الباحثة بكافة ملاحظات وأراء الساده المحكمين حيث تم استبعاد بعض الفقرات كما تم تعديل صياغة

بعضها، وأصبح المقياس في صورته الاخيرة بعد التعديل يشتمل على (٣٥) فقرة والملحق رقم (٢) يوضح مقياس التشاؤم في صورته النهائية.

(٢) صدق البناء:

للحصول على مؤشرات اضافية لصدق المقياس، تم تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من (٣٠) مفردة من الامهات المترددات على العيادات الخارجية بالمستشفى من خارج عينة الدراسة ، وتم حساب معامل الارتباط للفقرة مع الدرجة الكلية للمقياس كأحد مؤشرات صدق البناء، وقد تم قبول الفقرات التي كان معامل ارتباطها (فأكثر ٠.٢٠) بالدرجة الكلية وتبين أن معاملات ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية على المقياس قد تراوحت بين (٠.٢٦-٠.٧١) مما يؤكد على جودة بناء فقرات المقياس .

(٣): الصدق الإحصائي :

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينتين من الامهات بمستشفى الدمرداش الجامعي وتكونت كل مجموعة من (٣٠) مفردة من الامهات المرضى ، العينة الأولى مكونة من الامهات المصابات بسرطان الرحم ، والعينة الثانية مكونة من الامهات اللاتي يترددن على المستشفى للمتابعة ، ثم قامت الباحثة بتحديد قدرة أو صدق المقياس في تحديد الفروق بين نتائج تطبيق المقياس على العينتين ، ودلالاتها الإحصائية، ودرجة الثقة التي تحقق صدقه الإحصائي والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (٣)

يوضح درجة الثقة لمعامل الصدق الإحصائي لتطبيق المقياس

الدالة الإحصائية	(t) الجدولية	(t) المحسوبة	العينة الثانية الامهات اللاتي يترددن للمتابعة		العينة الأولى (الامهات المصابات بسرطان الرحم)	
			متوسط الدرجات	التباين	متوسط الدرجات	التباين
			٢٤ ٢	٢س	٢٤ ١	١س
دالة عند = (∞) ٠.٠١	٣.٨٧	٩.٧٠	٥.٨	٥٤	٧٠.٩	١٢٠

يتضح من الجدول رقم (٣) أن متوسط درجات مفردات العينة الأولى على مقياس التشاؤم بلغ حوالي (١٢٠) وتباين (٧٠.٩)، بينما بلغ متوسط درجات مفردات العينة الثانية على نفس المقياس (٥٤) وتباين قدره (٥.٨)، وقد بلغت قيمة (T) المحسوبة (٩.٧٠) وهي < من (T) الجدولية والتي بلغت (٣.٨٧)، مما يشير إلى أن المقياس يتسم بالصدق الإحصائي بدرجة ثقة (٩٧%) مما يؤكد صلاحيته للتطبيق .

رابعاً: برنامج الإرشاد الجمعي: (Group Counseling Program)

تم تصميم برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في هذا الدراسة بعد المراجعة المتعمقة للتراث النفسي في مجال برامج الإرشاد الجمعي الخاصة بمرضى السرطان، من حيث الإرشاد الجمعي وتطبيقاته و برامجه المختلفة وقد تم الاستفادة من بعض المبادئ والقواعد التي يستند إليه الارشاد النفسي للوقاية والعلاج من الاثار المترتبة على المرض، ومن خلال تطبيق المفاهيم والافتراضات التي تقوم عليها نظرية

العلاج المعرف في السلوكي Cognitive Behavioral Theory [CBT] وذلك بهدف الحد من القلق والتشاؤم وتحسين الحالة النفسية للامهات المصابات بالسرطان، من خلال تزويدهن بالمعلومات العلمية الصحيحة المتعلقة بالمرض ويسبل الاستفاداة من الالتزام بالخطة العلاجية، وتدريبهن على مهارات حل المشكلات والمواجهة وطرق توظيف موارد الدعم الأسري والاجتماعي. وقد تألف برنامج الإرشاد الجمعي الذي شاركت فيه عشرون (٢٠) سيدة من الامهات اللاتي يمثلن أفراد المجموعة التجريبية من خلال (١٤) جلسة إرشادية، تم توزيعها على سبعة أسابيع بمعدّل جلسيتين أسبوعياً، ومدة الجلسة (٩٠) دقيقة. واستند برنامج الإرشاد الجمعي إلى مكونات أربعة: التعليم، والاتصال، والمواجهة، وتوظيف الدعم الأسري والاجتماعي. وقد تضمن البرنامج التركيز على ثمانية مواضيع رئيسة كالتالي: التعريف بالبرنامج والتعارف والبناء، مهارة حل المشكلات (تحديد المشكلة، توليد البدائل، اتخاذ القرار، تنفيذ الإستراتيجية). حاجات الامهات الأساسية. التعليمات الذاتية والحوار الذاتي، مهارات المواجهة، إعادة البناء المعرفي، وأخيراً الدمج والتكامل والإنهاء والتقييم.

صدق المحكمين على البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة:

قامت الباحثة بعرض البرنامج على عدد (٦) من المتخصصين في الإرشاد النفسي لإبداء رأيهم والحكم على مدي مُناسبته للأهداف التي أُعدّ من أجلها وقد عملت الباحثة على تعديل المحتويات التي قل الاتفاق عليها فيما بينهم بنسبة (٨٠%) وعلية كانت صلاحية برنامج الدراسة للتطبيق وقد تم تنفيذ برنامج الإرشاد الجمعي في إحدى قاعات المعهد القومي للاورام، مما سهّل اشتراكهن والتزامهن بجلسات المجموعة الإرشادية.

١: أهداف البرنامج : سعي البرنامج الي تحقيق هدفين رئيسيين هما :

- هدف وقائي : من خلال العمل علي مساعدة الامهات علي اكتساب الفنيات والمهارات التي تعينهن علي مواجهة الاضطرابات النفسية- المحددة بالدراسة.
- هدف علاجي : حيث سعي البرنامج نحو الحد من القلق والتشاؤم لدى الامهات المصابات بسرطان الثدي.

٢ : أهمية البرنامج : تتمثل أهمية البرنامج من خلال عدة جوانب تؤكد أهدافه وذلك كما يلي :

يسعي البرنامج نحو إعادة البنية المعرفية للأفكار السلبية وما يترتب عليها من الاضطرابات الممثلة في القلق، والتشاؤم لدى الامهات عينة الدراسة.

٣ : محتوى البرنامج :

يقوم البرنامج على عدد من الجلسات (١٤) جلسة ارشادية قائمة على فنيات العلاج المعرفي السلوكي.

٤ : الفنيات المستخدمة بالبرنامج :

- التدريب على حل المشكلات :يعمل هذا الأسلوب على تطوير ,مهارات حل المشكلات، من خلال تطوير استراتيجيات عامة مناسبة للتعامل مع المشكلات وإيجاد الحلول لها في حالة مواجهتها ، وتسير هذه العملية عبر عدة خطوات : الاعتراف بالمشكلة ، وتحديدها، اقتراح الحلول الممكنة، اختيار أنسبها، وتنفيذها.

- إعادة البناء المعرفي(Cognitive Restructuring) تطورت معظم أساليب العلاج المستخدمة في إعادة البناء المعرفي ويعد النموذج الذي قدمه إليس، (Ellis, 1984) من أفضل النماذج حيث يهدف اتجاه إليس إلى تحديد تأثير هذه المعتقدات على التفكير . ويعتمد هذا المنهج على المواجهة إلى حد ما .وحسب إجراءات بيك تتضمن عملية إعادة البناء المعرفي ، استكشاف وتسجيل الأفكار السلبية، وتوضيح الرابطة بينها وبين الانفعال والسلوك، مما 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 منزلي والنتائج المتعلقة بهذه السلوكات والمواقف المليئة بالتوتر 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. وفيه يعمل الفرد على (Self-Control) الضبط الذاتي إحداث تغيير في سلوكه عن طريق إحداث، كما يعمل

المرشد على تعديل الأفكار والمشاعر السلبية، حيث تكون المشكلة الرئيسية في التفكير السلبي لكونه يبدو كما لو كان نهائياً لا يقبل التغيير ، 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، (Beck, Procedures Emery, and Greenberg, ٢٠٠٢)

- **فنية النمذجة المعرفية** : وهي فنية تقوم على التعلم من خلال ملاحظة الآخرين ، وعليه فإن الاضطرابات التي تعاني منها الامهات والمتمثلة في القلق والتشاؤم يمكن التخلص أو التقليل منها من خلال جعل الامهات يلاحظن نماذج إيجابية لامهات مرو بنفس الظروف واستطعن التغلب على أفكارهن السلبية ،بالإضافة للمعلومات التي يحصلن عليها من المحيطين حول المرض والتغلب عليه، وبالتالي تقوم الامهات بإعمال عقلمن من خلال المعلومات التي يحصل عليها وملاحظتهن للنماذج والتحقق منها

- **الواجبات المنزلية (Homework Assignments)**

لكي يتمكن الفرد من تعميم التغييرات الايجابية التي يكون قد أنجزها مع المرشد، ومن أجل مساعدته على أن ينقل تغييراته الجديدة إلى المواقف الواقعية الملموسة، ولتقوية ودعم أفكاره ومعتقداته الصحية الجديدة، يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الواجبات والأنشطة الخارجية .وتعد وتصمم هذه الواجبات المنزلية بطريقة خاصة، بحيث تتضمن أنشطة وتدريبات معرفية وسلوكية .كذلك يحسن أن يتم انتقاء هذه الواجبات من موضوعات الجلسة العلاجية، حتى تكون مناسبة لعلاج المشكلة التي ترتبط بالأهداف القريبة والبعيدة للعلاج لمساعدة الامهات على تعميم التغييرات والتعديلات الإيجابية التي أنجزنهن في ظل جلسات البرنامج إلي المواقف الواقعية وتبعاً لتلك الفنية فإن الباحثة تراعي عند تنفيذها ما يلي

ارتباط النشاط المنزلي بالهدف الخاص للجلسة العلاجية والهدف العام للبرنامج وهو تعديل الأفكار والمشاعر والسلوكيات السلبية المسيطرة على الام وإبدالها بالأفكار والسلوكيات الإيجابية .

- لعب الدور (Role Play):

يعد لعب الأدوار من الفنيات المهمة في الإرشاد النفسي، فالفرد من خلال القيام بلعب أدوار مختلفة تمثل الموقف الذي يمكن أن يؤدي إلى اضطراب، سيتمكن من أن يستبقي 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 .

- استراتيجيات المواجهة (Coping Skills): يعتبر لازاروس

وفولكمان، (Lazarus and Folkman, 1984) من أوائل العلماء الذين صنفوا أساليب المواجهة التي يستخدمها الأفراد للتعامل مع الأحداث، إلى نوعين هما:

أ- استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة (Problem- Focused Coping Strategies) والتي تتضمن المعارف والسلوكيات ، التي تعالج المشكلة المسببة للتعااسة، وتُعدّ أفضل الوسائل لمواجهة الضغوط التي يدرکها ، الفرد على أنه من الممكن السيطرة عليها .

ب- استراتيجيات المواجهة المركزة على المشاعر، Focused Coping (Emotion- Strategies)

وتتضمن تنظيم الانفعالات والتعااسة المرتبطة بالضغوط، وتعد من أفضل الوسائل لمواجهة المواقف التي يرى الفرد أنها لا يمكن السيطرة عليها، ولأن معظم مرضى السرطان وأسرههم يركزون على المرض نفسه كمصدر لمتاعبهم وتوترهم ومعاناتهم، يوصي البعض ،ومنهم نيلسون- كلايتون بأنه من الأفضل البدء مع المسترشدين من خلال التركيز على " المشكلات من خلال قيام المرشد باستخدام أسئلة المواجهة مع مرضى السرطان وأسرههم، ليتمكن من التركيز على أسئلة المواجهة مثلاً،" متى يمكن اعتبار المشكلة أقل الحدة شدة؟ أقل تكراراً؟ و " كيف تمكنت من المحافظة على

تمالك نفسك وتماسكك أفكاره ومعتقداته الصحية الجديدة، ثم يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الواجبات والأنشطة الخارجية. Clayton and Brownlee, (Neilson- 2012)

- التحصين ضد الضغوط (Stress Inoculation):

تم تطوير هذا الأسلوب من قبل ميشنبوم (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 القلق، والتدريب على مهارات التكيف المعرفية والجسدية، ومساعدة الفرد على تطبيق هذه المهارات عند التعرض للموقف الضاغط. 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, 2007)

الضبط أو التحكم 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.
 - الإستراتيجيات السلوكية وتشتمل على تغيير المقدمات الممهدة أو نتائج السلوك.
 - الإستراتيجيات المعرفية وتتضمن تغيير الأفكار أو الاعتقادات المرتبطة بالسلوك المستهدف، بحيث تتضمن عروضاً تعليمية، وتمارين لتعليم المفاهيم والمهارات، وتطبيق هذه المهارات في الحياة اليومية للمشاركات من خلال الواجبات المنزلية.
- (Rokke, Tomhave, and, Zelijko 2015)

- وتهدف إلى تعليم الامهات مواجهة المثيرات المسببة للقلق، والتشاؤم، والأفكار المرتبطة بها ومحاولة التحكم فيها وبالتالي يتبع ذلك تعزيزاً ذاتياً وتبعاً لتلك الفنية فإن الباحثة تقوم مع الامهات بما يلي :
- ١: تطلب منهن أن يلاحظن أفكارهن السلبية بشأن الوضع الحالي والمستقبل، ويحاولن أن يضعن مكانها أفكاراً مقبولة .
 - ٢: تشجيعهن على أن يسألن أنفسهن عدة أسئلة بصوت عال بعد أن يفكرن فيها (الحديث الذاتي)
 - ٣: التدريب على تسجيل الأفكار والسلوكيات المتتابة باستمرار لإدراك مدي التحسن الذي طرأ عليهن.
 - ٤: التدريب على تقييم الذاتى وادراك وتفسير اتجاه التحسن ومداه .
 - ٥: التدريب على أنسب الطرق لتعزيز الذات ومكافأتها نتيجة التحسن الذى طرأ عليها في الاتجاه الايجابى .

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 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 أهمية الدعم الوجداني أو العاطفي لأنه يمثل أهم بعد في استقرار الحالة النفسية للفرد.

إجراءات تطبيق أدوات الدراسة وجمع البيانات

- بعد الانتهاء من إجراءات التحقق من صدق وثبات الادوات وبناءً على نتائج القياسات القبليّة تم اختيار أربعون (٦٠) أماً يمثلن نسبة (٤٤ %) من مجتمع الدراسة، ممن انطبقت عليهن شروط العينة وحصلن على درجات مرتفعة على مقياسى (القلق ، والتشاؤم) ، وأبدين موافقتهم على المشاركة فى البرنامج

الإرشادي ومن ثم تم تقسيمهن إلى مجموعتين متساويتين، إحداهما تجريبية، والآخرى ضابطة.

- قامت الباحثة بعد ذلك بإجراء مقابلة تمهيدية مع أفراد العينة التجريبية (ن=٣٠) والضابطة (ن= ٣٠) روعي فيها شرح أهداف الدراسة وإجراءاتها ومواعيد وأوقات جلسات البرنامج الإرشادي .

الجلسات العلاجية :

قامت الباحثة بالتدخل من خلال برنامج الدراسة عبر عدة جلسات بلغ عددها (١٤) جلسة تم توزيعها على سبعة أسابيع بمعدل جلستين أسبوعياً، ومدة الجلسة (90 دقيقة. وذلك عبر (٣) مراحل علاجية لكل مرحلة منها أهدافها الخاصة التي لا تتفصل عن الاهداف العامة للبرنامج وتلك المراحل هي :

* مرحلة التمهيد والتعارف
* مرحلة العلاج وتحقيق الأهداف
* مرحلة التقويم والختام .

المعالجة الإحصائية للبيانات

لاختبار فروض الدراسة تم جمع البيانات ورصدها ومعالجتها إحصائياً باستخدام برنامج SPSS وتشمل على مقاييس النزعة المركزية، ومعاملات الارتباط، ومقاييس الدلالة حصائية (تحليل التباين ANCOVA)

نتائج الدراسة

أولاً: نتائج الفرض الاول، والذي ينص على أنه: لا توجد فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في خفض حدة القلق لدى الامهات المصابات بسرطان الثدي تُعزى إلى البرنامج الإرشادي.

ولاختبار صحة هذا الفرض تم إستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وتم إجراء تحليل التباين الأحادي متعدد المتغيرات ANCOVA من أجل التعرف على فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة القلق لدى الامهات المصابات بسرطان الثدي كما هو مبين بالجدول (٤).

الجدول (٤)

يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات الامهات المصابات بسرطان الثدي علي مقياس القلق بأبعاده الثلاثة تبعاً لمتغير البرنامج الإرشادي القائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي.

المجموعات				مقياس القلق بأبعاده الثلاثة
المجموعة الضابطة (٣٠)		المجموعة التجريبية (٣٠)		
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
٤.١٣	٣٧.٨٩	٣.٢٣	٣٠.٩٤	الفسولوجي
٤.٢٤	٣٧.٧٢	٣.١٢	٣٠.١١	النفسي
٤.٢٨	٣٧.٣٥	٣.٤٥	٣٠.٣٣	المعرفي

يتضح من الجدول السابق وجود اختلافات بين متوسط استجابات الامهات المصابات بسرطان الثدي على مقياس القلق بأبعاده الثلاثة، تبعاً للبرنامج الإرشادي حيث نجد أن متوسط استجابات الامهات على البعد الفسيولوجي في المجموعة التجريبية بلغ (٣٠.٩٤) مقارنة بمتوسط استجابات الامهات في المجموعة الضابطة والذي بلغ (٣٧.٨٩)، بينما كان متوسط استجابات الامهات على البعد النفسي والذي بلغ (٣٠.١١) في المجموعة التجريبية، مقارنة بمتوسط استجابات الامهات على نفس البعد في المجموعة الضابطة والذي بلغ (٣٧.٧٢)، كما بلغ متوسط استجابات الامهات في المجموعة التجريبية على البعد المعرفي (٣٠.٣٣) مقارنة باستجابات الامهات على نفس البعد في المجموعة الضابطة والذي بلغ (٣٧.٣٥).

الجدول (٥)

يوضح نتائج تحليل التباين متعدد المتغيرات لاستجابات الامهات على مقياس القلق تبعاً لمتغير البرنامج الارشادي القائم على فنيات العلاج المعرفى السلوكى.

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	المتوسط	درجات الحرية	المصدر	(المتغيرات)
٠.٠٠١	٣,٠٩	١٤٦٣.٢١	١	بين المجموعات	الفسىولوجى
		٢٣٥.٢٤	٥٨	داخل المجموعات	
		-----	٥٩	المجموع	
٠.٠٠١	٣١,٢	١٠٩١.٦٤	١	بين المجموعات	النفسى
		١٠٩.١٥	٥٨	داخل المجموعات	
		-----	٥٩	المجموع	
٠.٠٠٥	٣٠,٥٥	٩٥٥٠.٢٤	١	بين المجموعات	المعرفى
		٣٤٠.١٩	٥٨	داخل المجموعات	
		-----	٥٩	المجموع	

تشير النتائج المبينة بالجدول رقم (٥) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي ($\alpha \leq 0,05$)، لمتغير البرنامج الارشادي القائم على فنيات العلاج المعرفى السلوكى على البعد الفسىولوجى حيث بلغت قيمة "ف"، الناتجة من تحليل التباين الاحادى (٣,٠٩) وهذه القيمة مرتبطة باحتمال يساوي (٠.٠٠١) وهذا يبين أن

هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوي الدلالة ($\alpha \leq 0,05$) بين متوسط أداء أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس القلق لصالح أداء المجموعة التجريبية، كما تشير النتائج إلى أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوي الدلالة ($\alpha \leq 0,05$) لمتغير البرنامج التدريبي على البعد النفسي حيث بلغت قيمة "ف"، الناتجة من تحليل التباين الاحادي (٣١,٢) وهذه القيمة مرتبطة باحتمال يساوي (٠,٠٠٠١) وهذا يبين أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوي الدلالة ($\alpha \leq 0,05$) بين متوسط أداء أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس القلق لصالح أداء المجموعة التجريبية، كما تشير النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي ($\alpha \leq 0,05$) لمتغير البرنامج الإرشادي القائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي على البعد المعرفي، حيث بلغت قيمة "ف"، الناتجة من تحليل التباين الاحادي (٣٠,٥٥) وهذه القيمة مرتبطة باحتمال يساوي (٠,٠٠٠٥) وهذا يبين أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوي الدلالة ($\alpha \leq 0,05$) بين متوسط أداء أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس القلق لصالح أداء المجموعة التجريبية، وقد يرجع ذلك إلى الفنيات المتبعة في البرنامج الإرشادي القائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي حيث سعى إلى مساعدة الامهات عينة الدراسة على التنفيس عن مشاعرهن السلبية، والتخفيف من حدة القلق من خلال الحد من الاثار السلبية المترتبة على استئصال الندى، نتيجة البرنامج الإرشادي الذي طبّق على أفراد المجموعة التجريبية، وقد اتفقت نتائج هذا الفرض مع النتائج التي توصلت لها دراسة (٢٠١٤) ودراسة (٢٠١٥) والتي توصلت جميعها إلى وجود

ثانياً: نتائج الفرض الثاني والذي ينص على أنه: لا توجد فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$) في خفض حدة التشائم لدى الامهات المصابات بسرطان الثدي تُعزى إلى البرنامج الإرشادي القائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي. ولاختبار صحة هذا الفرض تم إستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وتم إجراء تحليل التباين الأحادي متعدد المتغيرات ANCOVA من أجل التعرف على فاعلية البرنامج الإرشادي

القائم على فنيات العلاج المعرفى السلوكي فى خفض حدة التشنج لدى الامهات المصابات بسرطان الثدي كما هو مبين بالجدول (٦).

الجدول (٦)

يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات الامهات المصابات بسرطان الثدي على مقياس التشنج تبعاً لمتغير البرنامج الارشادى القائم على فنيات العلاج المعرفى السلوكي.

المجموعات				مقياس التشنج
المجموعة الضابطة (٣٠)		المجموعة التجريبية (٣٠)		
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
٤.٤٤	٣٧.٩٩	٣.٤٥	٣١.٩٤	

يتضح من الجدول السابق وجود اختلافات بين متوسط استجابات الامهات المصابات بسرطان الثدي على مقياس التشنج، تبعاً للبرنامج الارشادي حيث نجد أن متوسط استجابات الامهات فى المجموعة التجريبية بلغ (٣١.٩٤) مقارنة بمتوسط استجابات الامهات فى المجموعة الضابطة والذي بلغ (٣٧.٩٩) والجدول (٧) يوضح دلالات فحص الفروق بين استجابات الامهات تبعاً للبرنامج الارشادى القائم على فنيات العلاج المعرفى السلوكي.

الجدول (٧)

يوضح نتائج تحليل التباين متعدد المتغيرات لاستجابات الامهات على مقياس التشائم تبعا لمتغير البرنامج الارشادي القائم على فنيات العلاج المعرفى السلوكى.

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	المتوسط	درجات الحرية	المصدر	
٠.٠٠١	٣,٤١	١٤٦٣.٢١	١	بين المجموعات	مقياس التشائم
		٢٣٥.٢٤	٥٧	داخل المجموعات	
		-----	٥٨	المجموع	

تشير النتائج المبينة بالجدول رقم (٧) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي ($\alpha \leq 0,05$) لمتغير البرنامج الارشادي القائم على فنيات العلاج المعرفى السلوكي على مقياس التشائم حيث بلغت قيمة ف ، الناتجة من تحليل التباين الاحادى (٣,٤١) وهذه القيمة مرتبطة باحتمال يساوي (٠.٠٠١) وهذا يبين أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوي الدلالة ($\alpha \leq 0,05$) بين متوسط أداء أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس التشائم لصالح أداء المجموعة التجريبية، وقد يرجع ذلك إلى الفنيات المتبعة في البرنامج الارشادي القائم على فنيات العلاج المعرفى السلوكي حيث سعى إلى مساعدة الامهات عينة الدراسة على التنفيس عن مشاعرهن السلبية، والتخفيف من حدة التشائم من خلال الحد من الاثار السلبية المترتبة على استئصال الثدى، نتيجة البرنامج الارشادي الذي طُبّق على أفراد المجموعة التجريبية، وقد انفتحت نتائج هذا الفرض مع النتائج التي توصلت لها دراسة "باتريشيا" (Patricia, A.et., 2010)

ثالثاً: نتائج الفرض الثالث والذي ينص على أنه: لا توجد فروقاً ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأمهات في المجموعة التجريبية، على مقياسي الدراسة (القلق، التشائم)، في القياس البعدي ومتوسط درجاتهن على نفس المقياسين

في القياس التتبعي بعد مرور شهر على انتهاء البرنامج الإرشادي. والجدول رقم (٨) يوضح ذلك.

الجدول رقم (٨)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياسي الدراسة (القلق، التشاؤم)

الانحراف المعياري	المتوسط		أبعاد المقياس	المقياس
	التتبعي	البعدي		
١.٦٥	٢٩.٨٠	٢٩.٧٥	الفسولوجي	القلق
٣.٥٨	٢٤.٥٠	٢٤.٤٤	النفسي	
٢.٧٨	٢٤.٤٥	٢٤.٣٧	المعرفي	
٤.٤٤	٢٩.٤٠	٢٩.٣٤		التشاؤم

وللمقارنة بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على المقياسين المستخدمين في الدراسة وأبعادها الفرعية في القياسين البعدي، والتتبعي وللكشف عن دلالات الفروق بين هذه المتوسطات تم استخدام اختبار (ت) للعينة الزوجية، ويبين ذلك الجدول رقم (٩):

الجدول رقم (٩)

يبين نتائج وقيمة اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقاييس الدراسة.

المقياس	أبعاد المقياس	الفرق في المتوسط		قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة *
		البعدي - التتبعي				
القلق	الفسولوجي	٠.٥		١.٢١	٩	٠.٢٥٦
	النفسي	٠.٦		١.٨٧	٩	٠.٠٩٣
	المعرفي	٠.٣		١.٦٩	٩	٠.١٢٤
التشاؤم		٠.٦		١.٢٦	٩	٠.٢٣٨

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

يتبين من الجدول السابق عدم وجود فروقاً ذات دلالة إحصائية بين أداء المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي - والتتبعي) على مقاييس الدراسة بأبعادها المختلفة، حيث أن توظيف البرنامج للفنيات المختلفة ساعد على تعميق انتقال أثر التدريب من الجلسات إلى الواقع الفعلي مما ساعد على تعميق استفادتهن من البرنامج، وهو ما انعكس أثره في القياس التتبعي حتى بعد انقضاء شهر على تطبيق البرنامج الإرشادي وهذا يؤكد على فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة.

مناقشة النتائج

- تحاول الباحثة في هذا الجزء مناقشة نتائج الدراسة في ضوء اتساقها واختلافها مع الفروض من ناحية ومع نتائج الدراسات السابقة من ناحية أخرى، وذلك لتوضيح دلالتها النفسية (النظرية والتطبيقية) في ضوء الاطار النظري المتاح.
- سعت الدراسة الحالية لاختبار فاعلية برنامج إرشاد جمعي مستند إلى العلاج المعرفي السلوكي في الحد من القلق والتشاؤم لدى عينة من الامهات

المصابات بسرطان الثدي، وقد توصلت نتائج الدراسة فيما يتعلق بالفرض الاول إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس القلق بأبعاده الفرعية الثلاثة (السيولوجي والمعرفي والنفسي)، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات ومنها : حسين، وعثمان (٢٠١٠) التي أكدت على أن اللقاءات والمناقشات الجماعية التي تم إتاحتها لافراد المجموعة الارشادية من الامهات ساهمت في الحد من مشاعرالقلق لديهن كما أكدت على فاعلية برامج الارشاد الجمعي، وأنها لا تقل كفاءةً عن فاعلية برامج الإرشاد الفردي في تحسين مهارة المواجهة لدى الامهات ،وتشير نتائج هذا الفرض إلى أن برنامج الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي قد أثبت فاعليته في الحد من القلق،حيث تلاشت الاعراض المصاحبة له ،كما توصلت النتائج المتعلقة بالفرض الثاني والذي نص على وجود فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس التشاؤم ،حيث أمكن الحد من التشاؤم ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات التي قام بها كلٌ من سالزبوري، ورايلي، (٢٠٠٦) ؛ وجيرهارد وآخرون (٢٠٠٧) وامونتاغن LaMontagne Hepworth, Salisbury, and Riley, Gerhardt et al على أن سوء التوافق النفسي لدى الامهات يرتبط بدرجة دالة إحصائياً بعوامل التشاؤم إلا أنها تتفق مع ما توصلت له نتائج الدراسة التي قام بها زابورا وآخرون (2008)، Zabora et al., والتي أكدت فيها على أن استراتيجيات المواجهة، وحل المشكلات المقدمة للامهات ، تعد جميعها عوامل تتمتع بأهمية كبيرة في التأثير الايجابي على المآسي الحياتية كالمريض.

- أما فيما يتعلق بالفرض الثالث والآخر، فقد أشارت النتائج المرتبطة بالمقارنات البعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي الدراسة إلى أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في جميع الدرجات على مقياسي الدراسة (القلق، التشاؤم) تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية مما يشير إلى

تحسّن أفراد المجموعة التجريبية واحتفاظهم بالمكتسبات التي حققتها الامهات من جراء الاشتراك في البرنامج، وترى الباحثة أن ذلك يرجع إلى أن مضمون البرنامج الذي اشتمل على مجموعة من الجلسات الإرشادية التي تعرّضت لها الأمهات بما تحتوى عليه من مهارات معرفية وسلوكية ولاسيما مهارات حل المشكلات، و المواجهة وإعادة البناء المعرفي، والتفاعل والتعاون الإيجابي الذي اتصف به مناخ المجموعة الإرشادية، كل ذلك مكن الأمهات من طرح ومناقشة المخاوف والهموم التي لديهن بشأن المستقبل ، وتيسّر لهن عرض جميع التفاصيل الحياتية المحيطة بهن ، ويبدو أن كم المعلومات المتعلقة ومصادر الحصول عليها ومناقشتهم بكل ثقة لمشكلاتهن قد سهّل حدوث النواتج الإيجابية المرتبطة ببرنامج الإرشاد النفسي الجمعي، ولعل العامل الثاني الذي ساعد في نجاح البرنامج تواصل الامهات مع نظيرتهن ممن مروا بهذه الخبرة من قبل وتبادل الخبرة دعم إحساسهن بأن هناك أخريات يشاركنهن حقيقة مشكلاتهن ومعاناتهن ، وفي نهاية هذا العرض تشير الباحثة إلى إن نتائج الدراسة الحالية بمجملها تؤكد على أن برامج الإرشاد النفسي الجمعي تلعب دوراً مهماً وأساسياً في الحد من الاضطرابات الانفعالية، الممثلة في القلق والتشاؤم.

تعقيب الباحثة على نتائج الدراسة

- عملت الباحثة علي تفسير تلك النتائج بناءً على ما ورد بالتراث النظري السيكولوجي المرتبط بموضوع الدراسة من أطر نظرية ودراسات سابقة وكذلك بناءً على ما تيسر للباحثة ملاحظته أثناء إجراء دراستها التجريبية وأيضاً إدراكها لخصائص المرحلة العمرية التي تمر بها الامهات، والظروف المرضية اللاتي تمر بها الامهات كما راعت الباحثة أن تأتي تلك المناقشة متوافقة مع الرؤية المنطقية التي يستطيع كلاً من العقل والمنطق أن يقبلاها .
- وعلية فقد وجدت الباحثة التحسن (بعدياً ثم تبعياً) بالانخفاض في حدة الاضطرابات الانفعالية المصاحبة لعملية استئصال الثدي عينة الدراسة وكذلك التحسن (بعدياً ثم تبعياً) بالانخفاض في درجة استجابتهن على مقياس القلق، والتشاؤم وذلك من خلال تطبيق برنامج الدراسة بفنياته المتنوعة وتوظيف

فنيات العلاج المعرفي السلوكي التوظيف الملائم وعليه كان لابد من الإشارة إلى عدة أمور كانت بمثابة عاملاً رئيسياً في هذا التحسن ومن تلك الأمور :

- أن البرنامج الإرشادي المستند إلى فنيات العلاج المعرفي السلوكي لم يسعى فقط نحو تخفيض حدة الاضطرابات الانفعالية المصاحبة لانسداد الشدى وإنما عمل على تغيير معتقدات السيدات وفكرتهن حول أنفسهن، والبيئة المحيطة بهن، وعليه فالعلاج المعرفي السلوكي بفنياته المتنوعة قد ساعد الامهات على استبدال أفكارهن اللاعقلانية السلبية بأخري أكثر عقلانية وإيجابية، ومن ثم استبدال الانفعالات السلبية بأخري إيجابية فعاله في الواقع الخارجي وهكذا في حاله متبادلته بين المعارف والانفعالات والسلوكيات ، حيث أكد (أليس) على : " أن الأفراد يضطربون ليس بسبب الأحداث ولكن بسبب نظام المعتقدات والأفكار اللاعقلانية التي تشكل تقييماتهم لتلك الأحداث التي تجعل مشاعرهم وسلوكهم يتصف بالمبالغة والتهويل والجمود فيقفون أمام تلك الأحداث عاجزين عن التصرف بما في صالحهم (Corey.2015:319) وبالتالي يأتي السلوك السلبي .

- وعليه فالعلاج المعرفي السلوكي المستخدم بالدراسة ساعد الامهات على تحديد المعارف والأفكار السلبية الناشئة عن اعتقادات خاطئة من خلال استخدام فنيات عدة لهذا الشكل العلاجي مثل الأنشطة المنزلية، الحديث الذاتي والافصاح ، التدعيم ، النمذجة، إعادة البنية المعرفية ...مما ييسر ربط المعرفة بالوجدان وبالسلوك ومراقبة الأفكار وضحضها وهذا كله لأجل التعديل في البنية العقلية الانفعالية السلوكية .

- تنوه الباحثة أن مما دعم نجاح البرنامج الإرشادي للدراسة هو أنه كان للامهات دورهن الفاعل في جلسات وفنيات هذا البرنامج ،مما ساعد في تحقيق برنامج الدراسة لأهدافه المنوط بها تفاعل الامهات وشعرت كل أم أنها ليست الوحيدة التي تعاني من وطأة المرض

- كما تأتي أهمية تأثير برنامج الدراسة وتحقيقه لأهدافه أن المناخ الانفعالي الذي ساد جلسات الارشاد الخاصة بالامهات وما أتم به ذلك الجو من العلاقة

الروحية التي كان قوامها الدفاء والتقبل والتفهم والاحتواء، والسعي نحو الاقناع من جانب الباحثة دفعهن إلي الاستجابة الإيجابية للتغيير والتعديل من أفكارهن السلبية بشأن المستقبل وهكذا تحققت فروض الدراسة والتي أكدت صلاحية البرنامج الارشادي المستند إلى فنيات العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض حدة(القلق،التشائم)لدي الامهات عينة الدراسة.

توصيات الدراسة

- من خلال ماتوصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج أمكن الخروج بالتوصيات التالية :
- استمرار تطبيق برنامج الدراسة علي عينات مشابهة علي فترات متعاقبة .
 - توفير الخدمات النفسية ، والعمل علي تعميمها في صورها التشخيصية والوقائية والعلاجية وتأکید التدخل المبكر لتدارك المشكلات المختلفة .
 - إعداد وتقديم البرامج الارشادية والعلاجية الملائمة للتعامل مع المشكلات والاضطرابات النفسية الخاصة بهن وبأطفالهن .
 - . الاهتمام بالمرضى من خلال جعل الرعاية النفسية لمرضى الأورام جزءاً من بروتوكولات العلاج جنباً إلى جنب مع الرعاية الطبية للتخفيف من حدة الأعراض النفسية التي يعاني منها هؤلاء المرضى وزويهم نتيجة الإصابة بمرض السرطان، و ذلك في جميع مراكز الأورام.
 - توفير الكوادر البصرية المدربة لسد العجز الكبير للعمل في مراكز العناية بهؤلاء المرضى، وتوفير فرص التدريب والبرامج المتخصصة لهم.
 - حث المختصين النفسيين على المساهمة الفعالة في مراكز العلاج لهؤلاء المرضى.
 - دعم الحكومة وتشجيعها على التوسع في إنشاء مراكز الاورام المتميزة حيث أن معظم مراكز الأورام تتركز في المدن الكبيرة، مما يجعل العديد من هؤلاء المرضى يتكبدون مشاق السفر الطويل وما يتبعه من أعباء جسمية واقتصادية واجتماعية للوصول إلى تلك المراكز والدور المؤهلة بالمدن الكبرى. على المختصين النفسيين بذل المزيد من الجهد للاهتمام بتطوير المستوى المهني لهم، والاستعانة بكل ما هو جديد في تخصصهم.

- ينبغي على المختصين فى علم النفس القيام بالمزيد من الدراسات والأبحاث حول هذا الجانب المهم من حياة المرضى.

دراسات وبحوث مقترحة

واستكمالاً للجهود الذي بدئته الدراسة الحالية وفي ضوء ما أسفرت عنه من نتائج فإن الباحثة تقترح بعض البحوث التي يمكن اعتبارها امتداداً لهذه الدراسة ومنها :

١- عمل دراسات طولية تتبعية لمرضى السرطان من الامهات باختلاف أنواعه منذ بداية المرض حتى الشفاء.

٢- عمل دراسات تجريبية لمعرفة أثر البرامج الإرشادية النفسية للمرضى وأسرهـم فى مراحل عمرية وبيئات مختلفة .

٣- اختبار تأثير التدخل العلاجي الطبي باختلاف أنواعه : (الجراحي، الكيميائي، الإشعاعي) على حدة المشكلات النفسية لمرضى السرطان كأحد أهم التأثيرات الجانبية.

٤- تناول مفهوم صورة الجسم بالبحث والدراسة لدى هؤلاء المرضى مع مقارنته بأنواع مختلفة من السرطان .

٥- عمل دراسات وبحوث تتعلق بدور الجانب الروحي والديني في خفض الأعراض النفسية لدى هؤلاء المرضى .

قائمة المراجع

- ١- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء،الكتاب السنوي،سبتمبر ٢٠١٦ .
- ٢- المنظمة العالمية لسرطان الامهات www.worldchildcancer.org
- ٣- جهاد علاء الدين ، و عز الدين عبد الرحمن ،(٢٠١١) ، فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى ألامهات الأردنيات المصابات بالسرطان المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد ٧ ، ٣٩٧-٣٧١.
- ٤- ديمبر ومارتين وهيومر وهو وميلتون (١٩٩٨) . مقياس التفاؤل والتشاؤم ترجمة الدسوقي، مجدي منشورات جامعة المنوفية، القاهرة
- 5- Barlow, D.H., Raffa, S.D., & Cohen, E.M. , (2017) Mixed symptoms and syndromes of anxiety and depression: diagnostic, prognostic, and etiologic issues. *Annals of Clinical Psychiatry*10: 15-29.
- 6- Bernard–Opitz, (2016)(Thinking about and discussing quality of life. In: R. L. Schalock & M. Begab (Eds.), *Quality of life perspectives and issues* (pp. 41-57). Washington: American Association on Mental Retardation. *Birth*, 29:40-46 .
- 7- Bnzn , L., Stewart, & Olson, M. (2016). The concept and measurement of Quality of life as a dependent variable evaluation of mental health services. In: W. Tash & E. Stahler (Eds.). *Innovative approaches* New York.

- 8- Bottéro, E. Mackey, R) (2017) The undertreatment of anxiety: overcoming the confusion and stigma. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services.; 34: 9-18.
- 9- Bourne, E.J. (2015). Barriers to diagnosing anxiety disorders in family practice. American Family Physician. 52: 447-450
- 10- Bryan,H, Kemp,A.(2017) Australian WHOQoL instruments: User's manual and interpretation guide. Australian WHOQoL Field Study Centre, Melbourne, Australia.
- 11- Busschbach, J.P (2016). Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. Eur Psychiatry 12(Suppl 3):263-6 .
- 12- Carol Reif .M. et. al. (2016) "An Integrative Approach to Quality of Life Measurement, (pp. 85-92). Washington: American Association on Mental Retardation
- 13- Craske, M.G., & Barlow, D.H. (2017) Cognitive behavioural and pharmacological treatment of generalised anxiety disorder: a preliminary meta-

- analysis. Behaviour. Research and Therapy. 28: 285–305
- 14- Felce, D. & Perry, J. (2017) Defining and applying the concept of quality of life. Journal of Intellectual Disability Research, 41, 51–74. Journal of Advanced Nursing. Vol. 33(2) Jan. 2007 pp225–233.
- 15- Gazda, G. Ginter, E. & Horne, A.(2016). Group Counseling and Group Psychotherapy Theory and Application. (1st, Ed.). United State of America: A Pearson Education Company.
- 16- Harpham J, Lauria M, Hockenberry–Eaton M, Pawletko TM,) 2015). The siblings of childhood cancer patients need early support: a follow up study over the first year. Arch , Vol. 40, n°2, Apr, pp. 104–114.
- 17- Hartley, J.(2017).Understanding of Prognosis Among Parents of Children with Cancer: Parental Optimism and the Parent–Physician Interaction. Journal of Clinical Oncology, 25 (11), 1357–1362.
- 18- Jasma, O. J. Paul, D, RanshorHill, R, (2015). Families Under Stress: Adjustment to the Crisis of War Separation and Reunion. New York, NY: Harper.

- 19- Jonker,D. Levi, R.B., Marsick, R., Drotar, D., (2016), Depressive symptomatology in parents of children with chronic oncologic or hematologic disease. , Vol. 36, n°2, Apr,. pp 104-114.
- 20- Joyce, K ,Pamela, M.,Cancer incidence and mortality among young adults aged 20-39 years worldwide in 2012: a population-based study,Journal of the National Cancer Institute, Volume 92, Issue 13, 5 July 2012, Pages 1054-1064
- 21- 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. (2014). 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.
- 22- Lambert, Wilfred G. Wilfred G. "The Dialogue of Pessimism" in Babylonian Wisdom Literature. Oxford University Press (2008)) pp. 427-431.)
- 23- Lawton.D, (2008) Quality of Life Consensus. Mental Retardation, Vol. 36, n°2, Apr, pp. 104-114.

- 24- Mahon SM, Donovan MI.(2019) Psychosocial adjustment to recurrent cancer, *Oncology Nursing Forum*, 17(8): 47- 54.
- 25- Lavigne, P, K Johnson, Breast cancer detection and survival among women with cosmetic breast implants: systematic review and meta-analysis of observational studies, Review published: 2018
- 26- 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.
- 27- Pai, A. L., Drotar, D., Zebracki, K., Moore, M., & Youngstrom, E. (2016). 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.
- 28- Patricia A. Ganz, Gail A. Greendale, Laura Petersen, Improving quality of life after breast cancer *Journal of the National Cancer Institute*, Volume 92, Issue 13, 5 July 2010, Pages 1054-1064

- 29- Powers, S. (2015). Empirically Supported Treatments in Pediatric Psychology: Procedure-Related Pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 131-154. pp.329-337
- 30- Poman,E. (2015). Acute Stress in Parents of Children Newly Diagnosed with Cancer. *Pediatric Blood Cancer*, 50 (2), 289-292.
- 31- Richard, , D. Rabineau, K.M., Mabe, P.A., & Vega, R.A (2010). Thinking about and discussing quality of life. Parenting Stress in Pediatric Oncology populations. *Journal of Pediatric Hematology Oncology*, 30 (5)
- 32- Rourke, P. Tomhave, J., & Zelijko, J. (2012). Self-Management Therapy and Educational Group Therapy for Depressed Elders. *Cognitive Therapy and Research*, 24 (1), 99-119
- 33- Rourke, A, Yanofsky, L) 2012(. Psychological outcomes of siblings of cancer survivors: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Psychooncology*. 20(12):1259-1268 .
- 34- Sahler, O. J., Fairclough, D., Katz, E., Varni, J., Phipps, S., Mulhern, R., et al (2015). 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.
- 35- Sahler, O. J., Fairclough, D., Katz, E., Varni, J., Phipps, S., Mulhern, R., et al (2015). 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.
- 36- Streisand, R., Rodrigue, J., Houck, C., Graham-Pole, J., & Berlant, N. (2014). Brief report: Parents of Children Undergoing Bone Marrow Transplantation: Documenting Stress and Piloting a Psychological Intervention Program. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 331-337.
- 37- World Health Organization (WHO) (2013). The Development of Word Health Organization Quality of Life Assessment Instrument- The (WHOQOL). In Orley, J. & Kuyken, W. (Eds.). *Quality of life assessment international perspectives*, (pp.41-57), Berlin: Springer-Verlag.
- 38- Wolman, G & Basco, DE. (1994). Factors influencing self-esteem and self-consciousness in adolescents with spina bifida. *Journal of Adolescent Health*.

**The effectiveness of a group counseling program based on
In reducing the techniques of cognitive behavioral therapy
the severity of the emotional disorders associated with the
process of mastectomy in mothers.**

Prepared

Prof. Dr. / Sohair Ibrahim Abd Mihoub

**Assistant Professor of Psychology, Faculty of Education
for Early Childhood / Fayoum University**

2018

Summary

The aim of the current study is to test the effectiveness of a group counseling program based on the techniques of cognitive behavioral therapy in reducing the severity of the emotional disorders associated with the process of mastectomy in mothers.

The researcher used the semi-experimental approach, and the study was conducted on a sample of (60) individuals who were divided into two experimental groups (30), and a control (30) of the mothers who underwent a mastectomy, who had children in kindergarten, and accordingly the researcher prepared tools The study included the anxiety scale, the scale of pessimism in addition to the indicative program prepared for this purpose.

The results of the study found that there are statistically significant differences between the mean scores of the

members of the experimental group in the pre and post measurement on the dimensions of the scale of anxiety, and pessimism in favor of the program, as indicated The results of that there is no statistically significant differences between the mean scores of the experimental group members in the two measurements posttest, and the dimensions of the iterative measure of anxiety and pessimism in favor of the Indicative Program.

Key words (cognitive behavioral therapy, emotional disorders (anxiety, pessimism, women with breast cancer)).