



كلية الدراسات العليا
برنامج الإرشاد النفسي والتربوي

أثر الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة

بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل

**The Effectiveness of a collective counseling program on
Reflective writing to reduce mental disorders associated with
Breast cancer in Hebron Governorate**

إعداد:

محمد فخري عبد الواحد العملة

إشراف

أ. د. نبيل الجندي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي

والتربوي من جامعة الخليل

2020

إجازة الرسالة

أثر الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة
بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل

إعداد الطالب

محمد فخري عبد الواحد العملة

إشراف

أ.د. نبيل الجندي

نوقشت هذه الرسالة يوم الأربعاء بتاريخ 22 /4/ 2020، وأجيزت من أعضاء لجنة المناقشة:

التوقيع

أعضاء لجنة المناقشة

.....

أ. د. نبيل الجندي / مشرفاً ورئيساً

.....

د. حاتم عابدين / ممتحناً داخلياً

.....

د. فخري دويكات / ممتحناً خارجياً

الخليل - فلسطين

1441هـ - 2020م

الإهداء

إلى أبي العزيز على قلبي

إليك أُمي نبع المحبة والعطاء

إلى إخوتي وأخواتي حفظهم الله ورعاهم

إلى زوجتي الغالية رنين

إلى أولادي فخري وإياس واسماعيل

إلى كل الأصدقاء من كانوا برفقتي ومصاحبتي أثناء دراستي

إلى كل من ساهم في تعليمي ولو بحرف في حياتي الدراسية

إلى هؤلاء جميعاً أهدي عملي هذا

شكر وتقدير

لا يسعني وقد شارفت على الانتهاء من هذا العمل المتواضع إلا أن أتقدم بالشكر لله سبحانه وتعالى الذي اعطاني العزيمة والقوة، وألهمني الصبر في إنجاز هذا العمل. وأقدم أجمل عبارات الشكر والتقدير والامتنان إلى جامعة الخليل ممثلة برئيس مجلس الأمناء الدكتور نبيل الجعبري وعمدائها ورؤساء الأقسام وموظفيها لما لهم من فضل في منحي فرصة استكمال دراستي.

كما أتقدم بالشكر الجزيل للبروفيسور نبيل الجندي الذي أشرف على هذا العمل ولم يبخل بجهده ونصائحه الى أن خرج الى حيز الوجود.

وأقدم شكري وامتناني للأساتذة الكرام أعضاء لجنة المشاركة على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة، ولما قدموه من إرشادات وتوجيهات أسهمت وساعدت في إتمام وإنجاز هذه الدراسة. كما أتقدم بالامتنان والشكر الكبير للجنة المحكمين للذين ساعدوني وقدموا لي التسهيلات لتحكيم أدوات هذه الدراسة لتنفيذها وأخص بالذكر الدكتور محمد عجوة.

وختاماً أتقدم بجزيل شكري وامتناني إلى كل من دعم بهذه الدراسة ولو بكلمة أو نصيحة، لهم مني أسمى عبارات الشكر والعرفان، راجياً الله سبحانه وتعالى أن يوفقني في رد بعض من أفضالهم علي.

المحتويات

أ.....	الإهداء
ب.....	شكر وتقدير
ه.....	فهرس الجداول
ز.....	ملخص الدراسة
ط.....	Abstract:
1.....	الفصل الأول
1.....	الإطار العام للدراسة
2.....	المقدمة:
5.....	مشكلة الدراسة وأسئلتها:
6.....	أهمية الدراسة:
7.....	أهداف الدراسة:
8.....	فرضيات الدراسة:
8.....	حدود الدراسة:
9.....	مصطلحات الدراسة:
10.....	الفصل الثاني
10.....	الإطار النظري والدراسات السابقة
10.....	الإطار النظري:
36.....	الدراسات السابقة:
36.....	الدراسات العربية
41.....	الدراسات الأجنبية
45.....	التعقيب على الدراسات السابقة
47.....	الفصل الثالث
47.....	الطريقة والإجراءات
48.....	الطريقة الإجرائية
48.....	أولاً: منهج الدراسة
48.....	ثانياً: مجتمع الدراسة
49.....	ثالثاً: عينة الدراسة

53.....	رابعاً: أدوات الدراسة.....
58.....	-الثبات بطريقة الاتساق الداخلي:.....
59.....	-الثبات بطريقة التجزئة النصفية.....
59.....	-تصحيح المقياس:.....
61.....	خامساً: إجراءات الدراسة.....
62.....	سادساً: المعالجة الإحصائية.....
64	الفصل الرابع.....
64	عرض نتائج الدراسة.....
65.....	مقدمة:.....
65.....	نتائج أسئلة الدراسة:.....
81	الفصل الخامس.....
81	مناقشة النتائج والتوصيات.....
82.....	المقدمة:.....
82.....	مناقشة نتائج الدراسة.....
90.....	التوصيات:.....
92.....	المراجع.....
99	الملاحق.....

فهرس الجداول

- 50 جدول (1): التصميم التجريبي للدراسة الحالية.....
- 51 جدول (2): الخصائص الديموغرافية لأفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) حسب متغيرات العمر، والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي للأسرة.....
- 52 جدول (3): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent- Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية لدى أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي.....
- 53 جدول (4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار ليفين (Levene) لمساواة فروق الخطأ في التباينات للمجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس القبلي على مقياس الاضطرابات النفسية.....
- 55 جدول (5): يبين نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لشابيرو ويلك (Shapiro Wilk) لبيانات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج
- 56 جدول (6): نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط كل فقرة من فقرات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي مع الدرجة الكلية للمجال.
- 59 جدول (7): مصفوفة معاملات ارتباط درجة كل مجال من مجالات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس.....
- 60 جدول (8): معاملات الثبات بطريقة الاتساق الداخلي.....
- 61 جدول (9): الثبات بطريقة التجزئة النصفية.....
- 62 جدول (10): فئات المتوسطات وفئات الدرجات لمستوى الاضطرابات النفسية.....
- 67 جدول (11): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل على القياس القبلي لأفراد عينة الدراسة، مرتبة تنازلياً (ن=30).....
- 71 جدول (12): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاضطرابات النفسية.....
- 73 جدول (13): نتائج اختبار (ت) للعينات المرتبطة (Paired- Sample T-Test) وقيمة الدلالة ومستوى الدلالة للدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسية للتعرف على الفروق في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده (ن=15).....
- 74 جدول (14): الجدول المرجعي المقترح لتحديد مستويات حجم التأثير بالنسبة لمقياس الاضطرابات النفسية.....
- 74 جدول (15): يبين درجات التأثير للبرنامج المبني على الكتابة التأملية من الاضطرابات النفسية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.....
- 75 جدول (16): يوضح مدى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل حسب معدل الكسب ليلاك (1.2).....
- 76 جدول (17): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent- Sample T-Test)

- للفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الاضطرابات النفسية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي (ن(ض)=15، ن(ت)=15)
78 الجدول (18): يبين نتائج تحليل التباين الثلاثي (Three Way Anova) لمتوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغيرات (العمر، والمستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي للأسرة)
- 80 جدول (19): نتائج اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.....
- 81 جدول (20): نتائج اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة....

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل، والتعرف أيضا على أثر كل من (العمر، والمستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي للأسرة) في فعالية برنامج مبني على الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل، وتكوّن مجتمع الدراسة من جميع المصابات بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل، والبالغ عددهم حوالي (41) مصابةً بمرض سرطان الثدي.

واعتمدت الدراسة المنهج شبه التجريبي (تصميم المجموعتين)، وقد أُجريت الدراسة على عينة مكونة من (30) مصابةً بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل، حيث تم اختيار العينة بالطريقة القصدية من خلال تطبيق مقياس الاضطرابات النفسية على جميع أفراد العينة، وقد تم تقسيم العينة بشكل عشوائي إلى مجموعتين: ضابطة مكونة من (15) مصابةً بمرض سرطان الثدي (5) مصابات من مركز بيتنا، و(10) مصابات أخريات من المحافظة، وتجريبية مكونة من (15) مصابة بمرض سرطان الثدي جميعهم من مركز بيتنا، وطبق الباحث في الدراسة الأدوات الآتية: مقياس الاضطرابات النفسية حيث تألف من (63) فقرة، وأعد الباحث برنامجاً للكتابة التأملية لدى عينة من المصابات بمرض سرطان الثدي، والمكون من (11) جلسة طبقت على أفراد المجموعة التجريبية، وأظهرت الدراسة النتائج الآتية: وجود فروق بين المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس الاضطرابات النفسية، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية لدى المصابات بمرض سرطان الثدي بين المجموعتين (الضابطة /التجريبية) في القياس القبلي، حيث لم تظهر فروق بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي أما بالنسبة للفروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية لدى المصابات بمرض سرطان الثدي، فقد ظهرت فروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية في التطبيق البعدي بين أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في الدرجة الكلية للمقياس ولصالح المجموعة التجريبية، كما تبين عدم وجود فروق بين متوسطات درجات أفراد العينة حول الاضطرابات النفسية لدى المصابات بمرض سرطان الثدي تُعزى إلى متغيرات العمر، بينما ظهرت فروق في متغير المستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي، وكانت الفروق لصالح المريضات اللواتي مستوى تعليمهن (دبلوم) و(بكالوريوس فأكثر) اللواتي كان مستوى الاضطرابات النفسية لديهن أقل، وكذلك كانت الفروق لصالح المريضات اللواتي كان المستوى الاقتصادي لأسرهن (عالياً) اللواتي كان مستوى الاضطرابات النفسية لديهن أقل، وقُدمت بعض التوصيات.

الكلمات المفتاحية للدراسة: الكتابة التأملية، الاضطرابات النفسية، مرض سرطان الثدي، محافظة الخليل.

The Effectiveness of a collective counseling program on Reflective writing to reduce mental disorders associated with Breast cancer in Hebron Governorate

Abstract:

This study aimed to identify the effect of reflective writing on reducing mental disorders associated with breast cancer in Hebron governorate , and also on the impact of (Age, educational level , and economic level of the family) , on the effectiveness of a program based on reflective writing to reduce mental disorders associated with breast cancer in Hebron governorate , the study community consists of (41) women with breast cancer in Hebron governorate.

The study adopted the semi-experimental method (the two groups design) , and the study was conducted on a sample of (30) women with breast cancer in Hebron governorate, where the sample was intentionally selected by applying PTSD scale to all members of the sample ,and it was randomly divided into two groups: a control group consists of (15) women with breast cancer (5) women with breast cancer in (Bietna) center and (10) women with breast cancer in Hebron governorate , and an experimental group consists of (15) women with breast cancer in (Bietna) center. The researcher applied in this study the following tools: PTSD which consists of (61) items, and he also set up a program for reflective writing on a sample of women with breast cancer , which consists of (11) sessions applied on the experimental group , and the study showed the following results : there are differences between the arithmetical averages of the members of the experimental group in the pre and post measurement on the scale of mental disorders , the results also showed that there were no differences in the average of mental disorders women with breast cancer between the two groups (control/ experimental) in the pre measurement , where no differences showed between the members of control group and the members of experimental groups in the pre -measurement . As for the differences between the average of mental disorders in women with breast cancer, Differences were observed in the average of mental disorders in post-measurement between the members of two groups(control/ experimental) ,and the results were in the interest of experimental group . It also showed that there were no differences between the average scores of the sample individuals regarding mental disorders in women with breast cancer due to age variables , While differences were found in the variable of the educational level and the economic level, the patients whose education level (diploma) and (Bachelor or more) had a lower level of mental disorders, and also patients whose economic level of their family (high) had a lower level of mental disorders, and some recommendations were made.

Key word : reflective writing , mental disorders , breast cancer , Hebron governorate.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

مقدمة الدراسة

مشكلة الدراسة وأسئلتها

أهمية الدراسة

أهداف الدراسة

فرضيات الدراسة

حدود الدراسة

مصطلحات الدراسة

المقدمة:

أنعم الله على الإنسان بنعمٍ كثيرةٍ، أهمّها العقل والصّحة البدنية، وجعل التفكير من أهمّ نشاطات العقل الإنساني، بل إنّ القرآن الكريم دعا الإنسان الى التفكير في الخلق، فاللجوء إلى التفكير وكتابة ما يخلج في صدر الشخص يساعد في مراجعة الأفكار والتصرفات، وتقييم الأحداث التي تدور حوله وخاصة إذا كان هذا الشخص مصاباً بأحد الأمراض، مثل سرطان الثدي، ومن المعروف أن مثل هذا المرض يؤثر سلباً في تصرفات المصاب، وقد يسبّب ذلك مجموعة من الاضطرابات النفسية.

وترتبط الصّحة النفسيّة في قدرة الفرد على التوافق مع نفسه، ومع المجتمع الذي يعيش فيه أيضاً، وهذا يؤديّ به إلى التمتع بحياةٍ خاليةٍ من الاضطرابات وعدم الاتزان النفسيّ والبيولوجيّ، وهذا يعني أن يرضى الفرد عن نفسه، وأن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين، فلا يبدو منه ما يدلّ على عدم التوافق الاجتماعيّ، كما أنه لا يسلك سلوكاً اجتماعيّ غير مقبول، بل يسلك سلوكاً معقولاً يدلّ على اتزانه الانفعاليّ والعاطفيّ والعقليّ في الظروف جميعها (التميمي، 2016).

وتتأثر درجة الصّحة النفسيّة لدى الفرد سلباً أو إيجاباً نتيجةً للمؤثرات التي تؤثر على العقل والجسم، حيث تتعطف هذه المؤثرات بالإنسان وصحّته النفسيّة نحو السواء أو اللاسواء، وهو ما يرسم ملامح وطبيعة حياته ومستقبله وطبيعتها (كفاي، 2012).

لا شكّ في أن الإنسان قد يواجه في حياته العديد من المواقف التي قد تتضمن خبرات غير مرغوب بها، وربما تكون مواقف مهددة لحياته؛ فتعرض رفاهيته وحياته للخطر نتيجة لذلك، فالأمراض المزمنة، كمرض السرطان -الذي يعد أبرز الأحداث الحياتية الضاغطة- التي لها علاقة بالإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية (الشقران والكركي، 2016).

يهدد سرطان الثدي- وهو نوع من انواع السرطان- حياة المريضة؛ حيث يسبب لها حالة من الخوف والقلق والحزن، وبهذا يصعب رؤية مريضة سرطان الثدي مستقرة نفسياً، بل تبقى في حالة اضطراب نفسيّ مستمرّ جراء التفكير الدائم بالمرض والنتائج المتوقعة له، كما يؤثّر المرض عليها في إقامة علاقات تواصل اجتماعي مع المحيطين بها، نتيجة الحساسية الزائدة، وشعورها بالخلج والإحراج جراء استئصال أحد الثديين أو كليهما، وهذا الأمر ينعكس على المحيطين وعلى العلاقة الزوجية أيضاً؛ لما يحدثه من فجوة بين الزوجين بسبب شعور المريضة بفقدان الثقة بالنفس، ورفض تقبل الذات بعد استئصال الثدي (الكركي، 2014).

لذلك يعترى مريضة سرطان الثدي الكثير من الاضطرابات النفسية الناتجة عن عدم تقبله لمرضه، وأهمها القلق والاكتئاب وقلق الموت، إذ يفكّر المريض كثيراً في حالته ومرضه، وكيف سينكيف معه، وكيف سيقضي بقية حياته، وما هي احتمالات شفائه وعودته إلى حياته الطبيعية، وهذا التفكير يصاحبه اضطرابات نفسية، حيث يقارن المريض حياته قبل المرض بحياته في أثناء المرض وحياته بعدها فيصاب باضطرابات نفسية أهمها القلق والاكتئاب وبعض الأعراض الأخرى كقلق الموت (أبو عيشه، 2017).

وهناك العديد من الأساليب والإستراتيجيات لمواجهة مريضات سرطان الثدي ومساعدتهنّ من أهمها هو توظيف التفكير التأملي في العلاج، حيث يقوم التفكير التأملي بتوجيه العمليات العقلية إلى أهداف محدّدة في المشكلة المحدّدة التي تتطلب مجموعة معينة من استجابات، هدفها الوصول إلى حلّ معين، وبهذا يكون التفكير التأملي نشاطاً عقلياً هادفاً لحلّ المشكلات المتعلّقة بمرض السرطان(سويد،2003).

وتجدر الإشارة الى ان أحد اشكال التفكير التأملّي تتمثل في استخدام الكتابة التأملية، فهي ليست تقريراً لغوياً بخصوص المعلومات أو البيانات الحقيقية التي نوجهها بقدر ما هي تعبير عن التوقّعات والآراء والمشاعر، مدعمة بالأدلة التي تدعمها تجاه الخبرة أو التجربة المرضية التي تُعرض، بحيث تشمل الكتابة التأملية ردود الفعل من خلال إعادة اختبار الحدث وصياغته من خلال الشعور الذي يتولّد عن هذا الحدث، بحيث يرتبط هذا الحدث بالموضوع الذي يدور في العقل، ويُنظر إلى الكتابة التأملية على أنها تعبير مكتوب على الورق يمثّل عملية ذهنيّة داخلية تقوم الحالة الانفعالية بدور كبير فيها (بشارة، 2010).

أُجريت دراسات متعدّدة لمعرفة الآثار المفيدة لممارسة التأمل، وكانت أول موجة من هذه الدراسات قد نُشرت في بداية السبعينيات من القرن الماضي، ووجدت أنّ ممارسة هذه التقنية أدت إلى حالة من الراحة واليقظة، وقد بحثت الدراسات اللاحقة في دور التأمل في خفض معدلات ضغط الدم والبدانة والاكنتاب، وغيرها من الاضطرابات الأخرى، مع ملاحظة أن هذه النتائج بالرغم من كونها إيجابية إلا أنها ليست بالحاسمة إطلاقاً (Boeving,2014).

بناءً على ما سبق يرى الباحث أنّ الاهتمام بجانب الكتابة التأملية، والتعرف على قدرتها في خفض الاضطرابات النفسيّة لدى مريضات سرطان الثدي، وتقديم برامج إرشاد جمعيّ قائمة على أساليب وإستراتيجيات سلوكية معرفية، يعدّ من الدراسات التي قد تسهم بشكل كبير في التغلب على الاضطرابات النفسية والانفعالات لمريضات سرطان الثدي، والكتابة التأملية هي علاج مجانيّ وتعدّ مصدراً للتفرغ والتنفيس وتعتبر وسيلةً لتحديد إيجابيات وسلبياتها الشخصية، فالشخص عند الكتابة يراجع نفسه وتصرفاته وسلوكياته ويحسنّها، والكتابة وتعدّ من أهمّ الخصوصيات لأنها تعبر عما يجول في العقل والذهن، والشخص الذي يكتب يثري ذاكرته، وينمي معلوماته، ويصقل شخصيّة المزاجية، والكتابة التأملية تزيد ثقة الفرد بنفسه ؛ لأنه يصارح

نفسه؛ لأن الشخص يبيث أحزانه وأشجانه إلى الورقة دون نظامٍ أو مقاطعةٍ أو قواعد، ويحصل الشخص على كل ما يريده بالكتابة، والكتابة التأملية تُسهّل المعالجة المعرفية للذكريات المؤلمة، والهدف الأساسي للكتابة التأملية هو تطوير الذات ودعم الشخص، مما ينعكس على الحياة اليومية التي يتم ممارستها من قبل هذه الفئة من المجتمع.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

أشارت منظمة الصحة العالمية (2014) إلى أنّ سرطان الثدي يأتي في مقدمة الأنواع المتعددة للسرطان التي تُصيب النساء في البلدان المتقدمة والنامية على حدّ سواء؛ إذ يُعدّ سرطان الثدي أحد التحديات التي تواجه المرأة في هذا العصر، لكونه أكثر أنواع السرطانات شيوعاً بين النساء، وأكدت قروي (2017) أن سرطان الثدي بالنسبة للمرأة هاجس وهوس يهدّد حياتها ويؤرّق منامها، بغض النظر عن سنّها ومستواها الثقافيّ والأكاديمي، فهذا المرض قد يؤدي إلى اضطراباتٍ في توافقها النفسي والاجتماعي والجانب الجسمي والانفعالي، فبمجرد ظهور عَرَضٍ من أعراض المرض على المريضة فإن ذلك يؤدي بها إلى تقلب المزاج والضيق والتوتر، وبناء عليه وعلى الآثار المترتبة على الإصابة بهذا المرض لا بدّ من التفكير بتقديم المساعدة للمصابات بهذا المرض للتحقق من الآثار الجسميّة والنفسيّة عندهنّ لذلك هنّ بحاجة إلى التّدخل الإرشادي النفسي إلى جانب العلاج الطّبي ولا يمكن لاحدهما تحقيق النجاح له بدون الآخر ومن هنا برزت مشكلة الدراسة من خلال الإجابة على السؤال الرئيس التالي: ما أثر الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسيّة المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل؟ ويتفرع عن هذا السؤال الأسئلة الفرعية الآتي:

1. ما مستوى الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة

الخليل؟

2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات

درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الاضطرابات النفسية بعد تطبيق

البرنامج الإرشادي؟

3. هل تختلف متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان

الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البُعدي

باختلاف (العمر، والمستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي للأسرة)؟

أهمية الدراسة:

أولاً: الأهمية النظرية

1. تتبع أهمية الدراسة الحالية من موضوعها حول أثر الكتابة التأملية في خفض مستوى

الاضطرابات النفسية لدى المصابات بمرض سرطان الثدي، حيث تُلقي الضوء على فئة

مريضات سرطان الثدي اللاتي يعانين من اضطرابات نفسية نتيجة هذا المرض.

2. تُعدّ هذه الدراسة من الدراسات الأولى في مجال تأثير الكتابة التأملية في خفض مستوى

الاضطرابات النفسية لدى مريضات سرطان الثدي - على حدّ علم الباحث - الذي يبحث

في هذا الموضوع.

3. تدفع هذه الدراسة الباحثين والمتخصصين إلى إجراء المزيد من الأبحاث والدراسات في

مجال الكتابة التأملية.

ثانياً: الأهمية التطبيقية

تتمثل الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في النقاط الآتية:

1. اختبار أثر الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض

سرطان الثدي في محافظة الخليل.

2. بروز الأهمية العملية لهذه الدراسة فيما ترتب على نتائج هذه الدراسة من فوائد في هذا المجال من خلال العمل على توعية القائمين والعاملين في المستشفيات من كادر إرشاديّ وطبيّ وتمريضيّ في كيفية التعامل مع مريضات سرطان الثدي، وتوعية البيئة المحيطة بالمريضة المصابة بسرطان الثدي، كالزوج، والعائلة، والأصدقاء، والمعارف، والمجتمع بأكمله وما يتخصّص عن ذلك من معاناة المصابة بسرطان الثدي وحاجتها للدعم والمساندة.
3. الخروج بنتائج علمية وعملية يمكن الاستفادة منها في إيجاد أساليب وطرق جديدة لخفض مستوى الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي.
4. بناء برنامج إرشاديّ يتمتّع بدرجة عالية من الصدق والثبات، تفيد الباحثين في إجراء دراسات ميدانية أخرى ذات صلة بالموضوع الحالي.
5. إفساح المجال أمام الأخصائيين للاستفادة من البرنامج الإرشادي المقدم في الدراسة، لبناء برامج إرشادية أخرى ذات صلة بالاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي.

أهداف الدراسة:

1. الكشف عن أثر الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل.
2. التعرف على درجة الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل.
3. التعرف على طبيعة الفروق وأثر الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل بين المجموعتين (الضابطة

/التجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الجمعي إلى المتغيرات الآتية: (العمر، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي للأسرة).

فرضيات الدراسة:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات أثر الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل بين المجموعتين (الضابطة /التجريبية) في القياس القبلي والبعدي تُعزى إلى البرنامج الإرشادي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات أثر الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل بين المجموعتين (الضابطة والتجريبية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الجمعي تُعزى إلى المتغيرات الآتية: (العمر، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي للأسرة).

حدود الدراسة:

الحدود الموضوعية: تتحدّد هذه الدراسة بموضوعها مع أثر الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل.

الحدود البشرية: اقتصرّت هذه الدراسة على عينة من المصابات بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل والبالغ عددهن (41) مصابة من مركز (بيتنا).

الحدود المكانية: تم إجراء هذه الدراسة على المصابات في مركز (بيتنا) في محافظة الخليل.

الحدود الزمانية: طُبقت هذه الدراسة خلال العام 2019م في مركز (بيتنا) في محافظة الخليل.

مصطلحات الدراسة:

1. الاضطراب النفسي:

يُعرّف بأنه نمط متلازمة سلوكية أو نفسية ذات دلالة إكلينيكية ترتبط بأعراض مؤلمة، أو بقصور في واحد أو أكثر من المجالات الهامة في الحياة (أبو عيشة، 2017).

2. الكتابة التأملية:

هي تعبير عن الذات، وترجمة للفكر عن طريق الكتابة، وفرصة لتنمية الثقة بالنفس، وهي عملية تفكير تصبّ في قالبٍ كتابيٍّ معينٍ من خلال مجموعة من الأحداث والأفكار المتسلسلة والمتتابعة زمنياً، والتي تتضمن استجاباتٍ وانعكاساتٍ وانطباعاتٍ على تلك الأحداث، من خلال عدة أشكال للكتابة (عيسى وطوباسي، 2018).

3. سرطان الثدي:

هو ورم خبيث يسبب نمواً غير طبيعي لخلايا الثدي، وعادةً ما يظهر في القنوات والغدد الحليبية للثدي، ويمكن أن ينتشر إلى الأنسجة المحيطة به، أو إلى أيّ منطقة في الجسم، ويحدث سرطان الثدي غالباً لدى النساء، وقد يحدث أحياناً لدى الرجال (الشقران والكركي، 2016).

4. البرنامج الإرشادي:

التعريف الإجرائي للبرنامج الإرشادي: هو البرنامج التدريبي المقدم من الباحث وأثر الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل، والذي تمّ بناؤه استناداً لأساليب الإرشاد الجمعي وفنّياته، وقد تكوّن البرنامج من (11) جلسة إرشادية وتدريبية.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

الإطار النظري:

تُعدّ تقنية التأمل كما ذكر (الدحادحة (2014) من الأساليب المستخدمة منذ القدم في علاج الكثير من الأمراض، والضغوط النفسية وحالات الاكتئاب وسوء التوافق النفسي. لما لهذه الأساليب العلاجية من فوائد كثيرة، ونتيجةً لاندماجها في الرعاية الصحية الحديثة فقد اتسع نطاق ممارستها في معظم المجتمعات العالمية، وأصبح هناك ما يزيد على (450) مجلة محكمة تنشر بحوثاً تتعلق بشرح كيفية عمل التأمل وتوضيح أثره في العقل والجسم معاً. ويعدّ أبو بشير (2012) التفكير التأمليّ أحد أساليب التفكير، التي تجعل الفرد يخطّط دائماً، ويُقيّم أسلوبه في العمليات، والخطوات التي يتبعها لاتخاذ القرار الملائم، ويعتمد التفكير التأملي على كيفية حل المشكلات وتغيير الظواهر والأحداث، والإنسان الذي يفكر تفكيراً تأملياً لديه القدرة على إدراك العلاقات وعمل الملخصات، والاستفادة من المعلومات في تدعيم وجهة النظر، وتحليل المقدمات ومراجعة البدائل والبحث عنها.

وذكر سويد (2003) أن التفكير التأملي هو تفكير موجه، حيث يقوم بتوجيه العمليات العقلية إلى أهداف محددة في المشكلة المحددة التي تتطلب مجموعة معينة من استجابات هدفها الوصول إلى حلّ معين، وبهذا يكون التفكير التأملي نشاطاً عقلياً هادفاً إلى حلّ المشكلات.

مفهوم التأمل:

عرف (كشكو 2005) أنّ (التفكير التأملي) نمط من أنماط التفكير التي تعتمد الموضوعية والسببية في مواجهة المشكلات التي تفسر الظواهر والأحداث، مما جعل الباحثين يهتمون به اهتماماً كبيراً.

ويُعرف القطراوي (2010) (التفكير التأملي) على أنه نشاطٌ عقليٌّ هادفٌ يعتمد على التأمل عن طريق مهارات الرؤية البصرية، والكشف عن المغالطات، والوصول إلى استنتاجات، وإعطاء تفسيراتٍ مقنعة، ووضع حلول مقترحة للمشكلات العملية.

ويعرف أبو عيطة والشمائلة (2017) التأمل على أنه حالة من الوعي المتوازن الذي يُجنّب الفرد النقيضين. ومن الإفراط الكلي في الهوية الذاتية، وأن يتبع الفرد رؤيةً واضحةً لقبول الظاهرة النفسية والانفعالية. ويعني الانفتاح على عالم الأفكار والمشاعر والأحاسيس المؤلمة، والخبرات غير السارة. وهو مجال مرّنٌ للقدرة العقلية التي لا ترتبط بوجهة نظر محددة، وتسمح للفرد برؤيةٍ جديدةٍ لخبراته، وانفتاحه على كلّ الخبرات العقلية والحسية، ودون إصدار أحكامٍ سلبيةٍ تحطّ من قيمة الفرد وخبراته.

ويشير الرشيدي (2018) إلى أنّ الممارسة التأملية تمرّ بعدة مراحل هي:

❖ جمع البيانات الوصفية، حيث يحتاج الممارسون التأمليون التوسّع في المعلومات نحو الأحداث.

❖ تحليل البيانات، يمكن بعد جمع البيانات تحليلها في ضوء الاتجاهات والافتراضات والمعتقدات والخبرات الشخصية، كما ظهرت في البيانات، وكيف تتصل هذه النظريات بالمعتقدات والاتجاهات الموضحة للممارسة.

❖ الأخذ بعين الاعتبار أنّ الموقف أو النشاط قد يكون مختلفا بالنظر الى البدائل التي يمكن أن تتمّ في لحظة الممارسة، او فيما بعدها وترتبط بالمعتقدات التي تقف خلفها.

❖ بناء خطةٍ ورؤيةٍ جديدة؛ وذلك لعملية توظيف عملية التأمل في الممارسات التعليمية بشكلٍ إيجابيٍ

أهميّة التأمل:

يرى عبد الوهّاب (2005) أنّ أهميّة (التأمل) تكمن في اشتماله على التحليل واتخاذ القرارات، وقد يأتي قبل عملية التعلّم أو خلالها أو بعدها، وذلك كون الفرد قادراً على ربط الأفكار بالخبرات السابقة والحالية والمستقبلية، كما يعمل التأمل على تنمية الإحساس بالمسؤولية والعقل المتطور، ومنح الطلبة قدرة السيطرة على تفكيرهم واستخدامه بفعالية، وكذلك تمكين الفرد المتأمل من القدرة على توجيه حياته، وأن يكون أقلّ انسياقاً للآخرين، والمساعدة في تعزيز ثقة الفرد بنفسه في مواجهة المشاكل الدراسية والحياتية.

خصائص التأمل:

ترى الزرعة (2012) أنّ من أهمّ خصائص التأمل ما يأتي: يعد تفكيراً نشطاً وفعالاً يحتاج منهجيةً علميةً تُبنى على افتراضاتٍ سليمةٍ، كما يُعدّ التأمل تفكيراً ناقداً حيث إنه تفكير ذاتي يحتاج التفكير في طريق تفكير الفرد، ويعدّ التأمل تفكيراً واقعيّاً مختصّاً بالمشكلات الواقعية، وكذلك يعدّ التأمل تفكيراً عقلاً عقالانياً تبصّريّاً ناقداً يتفاعل بحيوية يتم عن طريقها الوصول إلى حل المشكلات، كما يعدّ التأمل نشاطاً عقلياً مميزاً بشكل غير مباشر يعتمد على القوانين العامة للظواهر، وينطلق من النظر والاعتبار والتأمل والخبرة الحسية.

مهارات التأمل:

ذكر الكبيسي والجنابي (2012) أن مهارات التأمل تتمثل فيما يلي:

- الرؤية البصرية: وهي القدرة على عرض أبعاد المشكلة والتعرف على مكوناتها، سواء كان ذلك عن طريق المشكلة أو إعطاء رسم أو شكل يوضح مكوناتها؛ بحيث يمكن اكتشاف العلاقات الموجودة بصرياً.

- الكشف عن المغالطات: وهي القدرة على تحديد الثغرات في المشكلة، وذلك عن طريق تحديد العلاقات غير الصحيحة، أو تحديد بعض الخطوات الخاطئة في إنجاز المهام التربوية.

- الوصول إلى استنتاجات: وهي القدرة على التوصل إلى علاقة منطقية محددة عن طريق رؤية مضمون المشكلة والتوصل إلى نتائج ملائمة.

- إعطاء تفسيرات مقنعة: وهي القدرة على إعطاء معنى منطقي للنتائج أو العلاقات الرابطة، وقد يكون هذا المعنى مبنياً على معلومات سابقة أو على طبيعة المشكلة وخصائصها.

- وضع حلول مقترحة: وهي القدرة على وضع خطوات منطقية لحل المشكلة المقدمة وتعتمد تلك الخطوات على تصورات عقلية متوقعة للمشكلة المقدمة.

وتتطلب مهارة التأمل حسب ما ذكر أبو عبيدة والشمايلة (2017) اتخاذ أسلوب متوازن في التعامل مع الانفعالات السلبية؛ لأن تلك المشاعر قد تكون مكبوتة ومبالغاً فيها. ومن هنا يتطلب التأمل من الشخص السير وفق خطوات محددة تتمثل في: مراقبة أفكاره ومشاعره

السلبية، والانفتاح عليها ومعايشتها بدلا من احتجازها. بالإضافة إلى عدم إطلاق أحكام سلبية تدين الذات أو التوحد المفرط مع الذات.

وأظهر الدحادحة (2014) نوعين من مهارات التأمل ليقظة العقل؛ وهما: الانتباه المركز والمراقبة المفتوحة، أما الانتباه المركز فيشتمل على تركيز الانتباه، والتفكير في نقطة واحدة ليست ذات معنى، والوعي بها وبتفاصيلها؛ كأن يركز الإنسان إحساساته على عدّ التنفس لديه، أما المراقبة المفتوحة: فهي ممارسة متقدمة جداً يمكن أن نقوم بها بعد ثبات عقل الإنسان واستقراره، وتركيز انتباهه، وانعزاله عن البيئة الخارجيّة.

العلاج بالتأمل:

ذكر الزراد (2005) أنّ للتأمل عدة تقنيات يختار منها الفرد ما يتناسب معه ومع حالته، وهذه التقنيات هي: تقنية التنفس، وعملية التركيز، وترديد كلمة التأمل الوجداني والتخيل، وتأمل الأكل، وتأمل المشي. كما ذكر أنّ كثيراً من الأفراد يمارسون التأمل لخفض شدة الإجهاد النفسي، إذ أن له آثاراً فيزيولوجيةً وعصبيةً مهمّةً تعمل على تحقيق الاسترخاء وبعث الحيوية والنشاط في الجسم، وزيادة الطاقة والقدرة على التركيز، كما أنه يساعد على إقامة علاقات أفضل، مع التخلّص من مشاعر القلق والتوتّر والضغط النفسيّة.

وبين الفتلاوي وهادي (2014) العلاقة بين التفكير التأملي والتعبير بأنها علاقة تبادلية، ومن أجل أن يُعبّر الشخص في موقف معين أو حادثة ما، أو يكتب في موضوع، فإنه يتوجّب عليه فهم هذا الموقف المشكل وتحليله للعناصر المكونة له، واستدعاء المعرفة السابقة عن

الموقف وتنظيمها، وعن طريق ذلك يصل إلى استنتاجات وحلول مقنعة ومرضية، ثم تطبيق الحلول؛ وهذه بطبيعة الحال هي مراحل للتفكير التأملي.

وذكر اللواتي (2015) أنّ علاج الأفراد بالتأمل من الطرق الممتازة، فالتقنيات المتبعة في هذا العلاج مفيدة للجميع وفي مختلف الأعمار، لأنها تساعدهم على الاسترخاء والتركيز وقضاء وقت أكبر مع أنفسهم للقيام بعملٍ إيجابيٍّ، فالتأمل يجعلنا نتعرف على السّلام الموجود بداخلنا في مكان ما لا يمكن للعالم الخارجي الاقتراب منه أو التأثير فيه، وقد يصبح الفرد أكثر قوة وتمتعاً بالصّحة إذا تعلّم كيف يمكنه العثور على السلام داخله.

وكذلك ذكر الفتلاوي وهادي (2014) أنه من خلال العلاج بالتأمل يتمّ استدعاء المعرفة السابقة وتطبيقها في مواقف جديدة، وإدراك كلّ ما يحدث والتفكير فيه، والتساؤل وحبّ البحث والتحقيق، وحب الاستطلاع، والاستمتاع بحل المشكلات، واستعمال الأحاسيس كافةً، والمساءلة واستيضاح المشاكل، والإبداع والأصالة والتبصّر والفهم العميق، والتصميم والمواظبة عندما تكون حلول المشكلة غير واضحةٍ، تجعل الفرد يمتلك مجموعة من الخصائص والسمات التي تظهر في سلوكه وتتمثل هذه الخصائص بالتقليل من الاندفاع أو التهور، فالتفكير التأملي ضروريٌّ، إذ إنه يسمح بإعادة الفكرة وتمحيصها، والنظر إليها من جوانب متعددة، وعرض عناصرها وكشف العلاقات القائمة بين هذه العناصر، وكشف الفجوات بينها، ومعرفة الأسباب التي أدت إلى النتائج من خلال العلاقات التي تربط عناصر الفكرة، ثم وضع حلول للمشكلات المطروحة.

إنّ تقنية التأمل حسب اللواتي (2015) أصبحت وسيلةً شائعةً للتعامل مع التوتر والقلق، وقد صنّفت إلى صنفين: الأول: تقنيات التركيز، حيث يركّز الممارس في شيء خاصّ أو

حدث معين أو صورة أو صوت، ويحاول توجيه كل انتباهه نحو نقطة مركزية واحدة، والثاني تقنيات التدبّر، حيث يعي الممارس الأفكار والأحاسيس التي تُراوده عندما يحاول عدم إصدار الأحكام عليها، أو أن يشارك بشكل نشط في الأفكار، وكل من هذين الصنّفين يستخدم عمليات مختلفة وله تأثيرات مختلفة، إلا أنّ جميع تلك التأثيرات بالغة الأهميّة.

وأشار توفيق (2011) إلى أنّ (التأمل) يعمل على تخفيف ضغط الإجهاد الفكريّ، ويزيد من حدّة الإدراك والتركيز، ويضفي على العقل الصفاء والراحة النفسيّة والهدوء والسكينة ويزيل القلق والخوف، ويبعث على النجاح.

الكتابة التأملية:

ويعرفها الحارثي (2014) بأنها مجموعة من الأحداث والأفكار المتسلسلة والمتتابعة زمنياً، والتي تتضمّن استجابات وانعكاسات وانطباعات للفرد على تلك الأحداث، ويستخدم الفرد عدة أشكال لكتابة أفكاره كالمذكرات الأسبوعيّة أو اليوميّة أو السجلات أو ملاحظات النقد الجدلية أو الواجبات الكتابية.

تُعرف (الكتابة التأملية) بأنها ليست تقريراً لغوياً بخصوص المعلومات والبيانات الحقيقية التي نواجهها، بقدر ما هي تعبيرٌ عن التوقّعات والآراء والمشاعر مدعومةً بالأدلة التي تدعمها تجاه الخبرة أو التجربة التي تُعرض، وذكر بشارة (2010) أن الكتابة التأملية تشمل ثلاثة أبعاد وهي:

1. البعد الشعوريّ/ الانفعاليّ (ردّ الفعل): فالتأمل عندما يُعيد اختيار الحدث وصياغته؛ فما هو

الشعور الذي يتولّد لديه تجاه الخبرة أو الحدث؟

2. البُعد المعرفي/ التفكير (الارتباط بالموضوع): يتساءل المتأمل الذي يعيش الحدث أو الخبرة ويفهمه، ماهي النقاط (الآراء) البديلة المتوافرة لديه؟ ما التغييرات (التحسينات) أو الحلول التي يمكن طرحها اعتماداً على الخبرات التي حصل عليها.
3. البُعد الحركي/ العمل(المسؤولية): فالتأمل للخبرة أو الحدث يحصل على المعرف، فكيف يمكن الاستفادة منها في الحياة العملية.

ويضيف نيبير (Naber, 2011) أن الكتابة التأملية هي استجابة الأفراد للخبرات والآراء والأحداث، أو للمعلومات الجديدة المكتسبة من الحياة العملية، كما أنها استجابة للأفكار والمشاعر اليومية، ومن خلال الكتابة التأملية تظهر القدرة على وصف الواقع والأحداث والمشاهد والذكريات والأفكار، وإضافة الآراء ووجهات النظر والانطباعات الشخصية والمشاعر والمعتقدات، بحيث يمتاز كل فرد بكتابة تأملية خاصة به.

يشير بشارة (2010) إلى أنّ الكتابة التأملية تتكون من ثلاث صيغ، وهي:

1. الفقرة التقديمية: فالمقدمة هي إعادة اختبار لما حدث، كما أنها تصنع المشهد أو الموقف من خلال إعطاء المعلومات الحقيقية والواقعية.
2. جسم (جسد الورقة): حيث وضع ما هو متوقّع من خبرة أو تجربةٍ قُدمت، ما الذي تشعر به وتلاحظه بشكلٍ واضح ومحددًا، استخدام عبارة (أنا)؛ بحيث تتيح للشخص الآخر أن يرى ما تراه أنت بغضّ النظر عن طبيعة الشّيء الذي تتأمل به.
3. مقدمة فقرة نهائية: وما يهمنا هاهنا هو كيف أنّ الخبرة أحدثت تأثيراً في ذاتك، وكيف ستجعلك أفضل؟

النظريات التي تناولت التأمل:

نظرية هاريسون وبرامسون (Harrison & Bromson, 1982)

تُعدُّ هذه النظرية (التأمل) عنصراً أساسياً للتفكير وتتبنّى نوعين من التداخلات في التفكير (عيسى وطوباسي، 2018) وهما:

❖ التداخل الثنائي الذي تندرجُ تحته أنواع التفكير المختلفة، كالتفكير المثالي والتفكير التحليلي والتحليلي الواقعي، والتفكير التركيبي المثالي والمثالي الواقعي، والتفكير العملي الواقعي، والتفكير المثالي العملي، والتفكير التحليلي العملي والتحليلي التركيبي، والتفكير التركيبي العملي.

❖ التداخل الثلاثي والذي من خلاله يكون الفرد آراءه المستقلة وفق نظرته وخبراته، حيث يتميز عن الفرد ذي التفكير الثنائي بالقدرة على التأمل العميق للأشياء والموضوعات بناءً على خبرته الذاتية.

نظرية شون (Schon, 1983)

يرى شون حسب ما ذكر أبو سليم (2016) أن التأمل يقوم بحوار ما بين فكر الفرد وفعله، ومن خلال تدريبه ليسأل نفسه حول ما اكتسب وحول ما كان يجب أن يكتسب من الخبرات وتحسينها ويتم ذلك من خلال ثلاث مراحل تأملية رئيسية هي:

التأمل من أجل العمل: ويتمثل بقدرة الفرد على ملاحظة الحالة المرغوب تطويرها قبل عملية الممارسة الفعلية.

التأمل في أثناء العمل: ويتم هذا التأمل خلال عملية الممارسة بهدف إنجاز المهام بفاعلية، ويظهر من خلال ذلك القدرة على اتباع الأساليب المناسبة لطبيعة الموضوع والأهداف الموضوعية وطبيعة التأمل.

التأمل بعد العمل: يظهر ذلك عن طريق تحديد مواطن القوة والضعف من خلال تحليل السلوك وتقويمه في أثناء التنفيذ، ويظهر في القدرة على استبدال أو الخطط أو تعديلها والتي تم وضعها لتناسب الهدف المتوقع.

نظرية سولومون (Solomon,1984)

تركز النظرية حسب ما ذكر السراي وعباس (2017) على تنمية التصور الإدراكي من خلال ثلاثة مستويات، آخرها التصور التأملي التجريدي، وأن هذه المستويات غير مترابطة كما يقتضيه التفكير التأملي: فالتصور الواقعي والتصور الرمزي لا يؤدیان بالضرورة إلى التأمل التجريدي، كما أنها لا تبيّن آليات التصور التأملي التجريدي، ولا كيف يكون، ولا توضح كيف يكون التأمل عميقاً ومنضبّطاً.

نظرية كاجان (Kagan, 1988)

وذكر عيسى وطوباسي (2018) أنّ كاجان استند في نظريته على ربطه الأسلوب الاندفاعي التأملي بأسلوب حلّ المشكلات، حيث نظر إلى الإنسان صاحب الردّ السريع على المواقف على أنه إنسان ذو سمة اندفاعية خالصة تنتج عن ردود أفعالٍ ذهنيةٍ دون استخدام التأمل الواعي، بعكس الإنسان الذي يتأني في إصدار استجاباته؛ وذلك لأنه يتأمل ويتروى في التفكير في المواقف قبل إرسال الاستجابة؛ إذ إن هذا الشخص يعدّ ذا سمة تأمليةٍ خالصة تُعزى إلى معرفة

العمليات الذهنية المناسبة وتنفيذها بالطريقة الملائمة مع الموقف، وبالتالي تعد هاتان السمتان "السمة الاندفاعية" و"السمة التأملية" هما اللتان تحدّدان سلوك الفرد في الموقف المعين.

نظرية كلارك وبيترسون (Peterson & Clarks, 1988)

تتفق هذه النظرية مع نظرية شون في جوهرها من حيث مراحلها الثلاث، كما أظهر عيسى وطوباسي (2018) وهي: الملاحظة ثم ممارسة العمل ثم مراجعة ما تمّ ممارسته من أجل العمل، فما سمّاه شون مرحلة التأمل من أجل العمل سمّاه كلارك وبيترسون بالمعرفة التصحيحية، والتأمل في أثناء العمل يتفق مع المعرفة الإجرائية، والتأمل بعد العمل يتفق مع المعرفة فوق المعرفية.

مرض السرطان والاضطرابات النفسية:

أظهر الزهراني ويونس (2010) أن الاضطرابات النفسية هي من الاضطرابات الخطرة، وذات التأثير السلبي في فاعلية أداء الأفراد، وهي ناجمة عن تفاعل الفرد مع بيئته المادية، والاجتماعية، والنفسية، ومن بينها سمات الشخصية.

ويُعرف زهران (2005) (الاضطراب النفسي) بأنه نمط سيكولوجي أو سلوكي ينتج عن الشعور بالضيق أو العجز الذي يصيب الفرد ولا يعد جزءًا من النمو الطبيعي للمهارات العقلية أو الثقافية. وهو مجموعة من الأعراض المركبة القابلة للتحديد من الناحية العيادية، وهي تنجم عادة عن مجموعة موالفة من العوامل النفسية والاجتماعية والوراثية والجسدية، وقد ترافقها تبدلات عضوية أو شدوذات سلوكية ظاهرة في التعامل مع المحيط الاجتماعي.

ويسبب سرطان الثدي حَسَب ما بيّن صلاح (2019) حالة حياة بالخوف والقلق الدائمين من المجهول والمعاناة، وتتزامن عدد من المشكلات النفسية والاجتماعية مع الإصابة بالمرض في معظم الحالات، فمن المؤلف أن تُنتج الأمراض الجسمية ردود فعل نفسية واجتماعية تتفاوت من شخص لآخر، وهو مؤشر على الصلة القوية بين الجسد والنفس والاطلاع على ومؤشر أن كل واحد منهما يؤثر في الآخر ويتأثر به. وفي ظل تلك الحالة تحتاج المرأة المصابة عن أهمية دور المؤسسات المعنية بهذا المرض، كما تحتاج إلى الدعم والمساندة من الأسرة والأصدقاء من حولها، ومؤسسات الدعم النفسي والاجتماعي. ولعل أبرز ما تحتاجه المرأة المصابة في تلك الحالة هو المساندة الاجتماعية لتشعر بالراحة والطمأنينة.

وذكر مصطفى (2016) أن ردود الفعل النفسية تختلف عند المرضى المصابين بالسرطان نتيجة لنوع السرطان ومكانه وإمكانية النجاة منه، فيميل البعض إلى تحدي المرض والرضا بالقدر، وبذل أقصى قدراتهم النفسية للتخلص والشفاء منه، وفي المقابل يميل البعض الآخر إلى التجنب والإنكار واليأس والعجز والخوف والقلق والاكتئاب.

ويؤثر مرض السرطان حسب ما ذكر مزلق (2014) سلباً على الحالة النفسية للمريض أكثر من أي مرض عضوي آخر، حيث يمنعه من التمتع بالحياة بسبب الآلام المبرحة المستمرة، والتشوه الجسماني، والإنذار بالموت القريب، فيتغير سلوكه ويصبح أكثر عصبية، فمرض السرطان يتعرض لاضطرابات نفسية وعقلية، وأخصها ارتفاع قلق الموت المستمر والاكتئاب الذي يصل بالمريض إلى حد الانتحار، نظراً لصعوبة العلاج الكيميائي والإشعاعي اللذين يقودان إلى العقم أو الضعف الجنسي وهو أحد الأعراض المصاحبة لمرضى السرطان، وما ينتج عن

ذلك من آثارٍ نفسية، كما أنهما يؤديان إلى تغيير شكل المريض، إضافةً إلى ضعف الوظائفِ المعرفية، وبخاصةِ الذكاء، الذاكرة، والوظائف النفسية العصبية كالانتباه.

وذكر مصطفى (2016) أنّ مرضى السرطان بشكل عام، ومرضى سرطان الثدي بشكل خاصّ يعانون من العديد من المخاوف حتى بعد شفائهم التام من المرض، وذلك لأن هناك بعض آثار المرض الجسمية مما يجعلهم يواجهون صعوبة في التكيف مع شكل الجسد وهيئته ومع الصورة الجديدة الناتجة عن التغييرات المرتبطة بالمرض أو التغييرات الناتجة عن عملية العلاج، وتزداد مخاوفهم من أنهم لن يعودوا كما كانوا سابقاً مما يجعلهم أسرى الحزن والقلق والاكتئاب.

وأشار معالم (2008) إلى وجود أربعة عوامل نفسية تظهر باستمرار عند المصابين بالسرطان وهي:

- فقدان شخص له مكانة هامة جدا في حياة المصاب، وهذا قبل ظهور السرطان،
- عدم قدرة الشخص على التعبير عن عدوانيته تجاه محيطه.
- وجود صراع مبكر، له علاقة مع صورة أحد الوالدين ولم يجد حلاً لحد ظهور السرطان.
- وجود اضطرابات نفسية وجدانية ظاهرة.

أنواع الاضطرابات النفسية المصاحبة للمصابات بسرطان الثدي:

اضطراب التكيف:

بين شدمي (2015) أن السرطان تسبب في مجموعة من الاستجابات المعرفية الانفعالية والسلوكية، ويحاول المصاب الحفاظ على أعلى مستوى وظيفي إذ ممكن يظهر ذلك من خلال

استجابات المصابين كما أن الأمراض السرطانية ينتج عنها فقدان الاستقلالية، وبالتالي ضرورة الخضوع إلى أنواع متعددة من الفحوصات والعلاجات، يتأثر الدور الاجتماعي للمصاب وبهذا من الصعب وضع حدود موضوعية لما هو عادي أو متوقع. إنه من المهم عدم إهمال هذه الاضطرابات لما لها من تأثير على حياة المصابة اليومية خصوصا وإن هذه الاضطرابات ترفع من احتمالية الانتحار لدى المصابة، ما يميز اضطرابات التكيف، إن الاستجابة (الأعراض المرضية) تتبع عاملا مقلقاً مفجر (عامل مقلق). فيما يخص السرطان فمن الصعب وضع حدود موضوعية لتساعد على تحديد الاستجابات العادية من تلك المرضية كما يصعب في هذا المجال وضع محددات خاصة، ولذلك فإن استجابات المصابات غالبا ما تُقيّم من طرف الطبيب، أن اضطرابات التكيف ترفع من خطر الانتحار ومحاولات الانتحار. كما أن اضطرابات التكيف تسهم في مضاعفات الإصابة إلى درجة الخطورة.

الحصر:

وعرف عروج (2017) أن الاضطرابات الحصرية عبارة عن حدث يتعرض له الشخص في حياته بحيث يؤدي به إلى الشعور بالموت، أو خطر مميت ويضم كل طبيعة كارثية أو إنسانية، يعني هذا أنه ليس إجهادا يوميا وإنما إجهاد محدد وجد صادم، ويعاني الفرد أعراضا مستمرة من الحصر أو الحصر المتزايد الذي لم يكن موجودا قبل الصدمة، فقد تتضمن هذه الأعراض الصعوبة في الخلود إلى النوم أو البقاء فيه بسبب الكوابيس المتكررة، ويستتبع ذلك ظهور اليأس والشعور بالحصر، تشاؤم، خوف وإنكار للمرض، كما يلجأ آخرون إلى الصمت باعتباره حماية للأشخاص المقربين وحماية لأنفسهم من المرض، وقد يمتد الاكتئاب إلى فترة ما بعد العلاج.

ويعرف شدمي (2015) (الحصر) بأنه استجابة للخطر الذي يسببه السرطان (الشك، المعاناة، الموت) والحصر الناتج عن اضطرابات التكيف والذي يؤدي إلى الإصابة بالذعر النفسي، تغيرات، هلع قد يحصل للفرد، تدوم لفترة مؤقتة وتكون مرتبطة بالسرطان، تشخيصه، علاجه. الحصر الناتج عن اضطرابات القلق (قلق عام، رهاب ...) والذي في الغالب يسبق ظهور السرطان إذا كان الحصر مفرطاً، يسبب معاناة دالة إكلينيكية التي تؤثر على الوظيفة النفسية، الاجتماعية، المهنية كما أن إهمال حالات الحصر التي يعاني منها المصابون بالسرطان، تؤدي إلى ظهور مضاعفات لعدم الخضوع للعلاج وعدم تقبله: تأخر المصاب في الحضور الى الفحص، تجنبه وانعزاله، التوقف عن العلاج، فقدان الثقة في الطبيب أو في العلاج المستخدم. زيادة في الأعراض

الاكتئاب:

تشتمل اضطرابات اكتنايبه عند المرض السرطان حسب ما ذكر وهيبة (2015) على مجموعة من متلازمات السريرية تتميز بمظاهر وجدانية ومعرفية، عصبية إنباتية، وعلامات وأعراض سلوكية. وتشمل هذه العلامات والأعراض المزاج المكتئب، ونقص الطاقة، ونقص الدافعية، تضاعل الرغبة الجنسية، والأرق أو فرط النوم، فقدان الشهية، وانعدام التلذذ، والتقييمات المتشائمة حول قيمة الذات وقدراتها، وحول المستقبل. في الحالات الشديدة قد يلجأ المصاب الى التفكير في الانتحار أو ظهور هوامات (الهالوس) لدى المريض.

ومن الضروري اعتبار السرطان حسب شدمي (2015) على أنه أزمة تتسبب في اضطرابات تمس السلوك، المزاج الاكتئاب عند المصابين بالسرطان، هذا الأخير له تأثير مباشر على جودة حياة المصاب على قدرته تحمل علة خضوعه للعلاج وتجدد الإشارة الى أن.

للاكتئاب تأثيراً مباشراً على تطور المرض، ما يشير إلى أهمية الوقاية. تشخيص النوبات الكبرى للاكتئاب يحتاج إلى وجود عرضين أساسيين يكونان مصحوبين بأعراض ثانوية مع استمرارية هذه الأعراض في الزمن. مجموع الأعراض الضرورية هي خمسة أعراض على الأقل تمثل أعراض الاكتئاب الأساسية وهي: مزاج مكتئب (ومستمر)، فقدان اللذة، الاهتمام، الرغبة في ممارسة النشاطات، ويصعب تمييز الأعراض الجسمية الناتجة عن الاكتئاب عن تلك الناتجة عن السرطان والعلاج (تعب، فقدان الشهية، فقدان الوزن) اضطرابات معرفية أو اضطرابات في النوم، تراجع الليبدو.

الصدمة النفسية

وذكر كعبر (2017) أن النمو ما بعد الصدمة من أهم التطورات وأولها بحيث تبدأ عند مريض السرطان، إذ يتلقى المريض خبر الصدمة بالمرض، وتفكير الإنسان وإدراكه للحدث هو الذي يحدد طريقة الاستجابة للمرض بناءً على خبرته ومعرفته السابقة عنها، فإما أن يكون إدراكه للموقف منطقياً فيكون لديه استجابات منطقية، وإما أن يكون تفكيره سلبياً يؤدي إلى استجابات غير منطقية.

وأظهر شدمي (2015) أنّ السرطان يرتبط مباشرةً بالخوف من الموت ومن المعاناة، يرتبط أيضاً بتدهور في الجسم، وبفقدان السلامة الجسمية والنفسية. وفي أثناء الإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي يجب دائماً الأخذ بعين الاعتبار الوضع الاجتماعي والدور العائلي للمصابة التي تظهر عدم الراحة، بالإضافة إلى الخوف من التشوه من فقدان الانوثة، الخوف من الاستئصال، من فقدان عضو هام بالنسبة للمرأة، مع صعوبة في تقبل التشخيص مع الخوف من العلاج، خصوصاً إذا كان العلاج كيميائياً لما له من آثار جانبية تمس صورة المرأة الجسمية. كما أن

الإعلان عن الإصابة بالسرطان يؤدي إلى الإصابة بصدمة نفسية بسبب التصادم الذي يسببه في الواقع المعيشي، إنَّ طبيعة تطور ما بعد الصدمة، نسبة انتشاره والتنبؤ به الخاص بالسرطان مشابه لبقية المواقف المقلقة والمؤلمة التي قد يعيشها الفرد. وتجليات الصدمة النفسية من الكف الناتج عن المفاجأة والصدمة عدم القدرة على التفكير (غياب التأمّلات الذهنية) فيما لا يمكن التفكير فيه فيصبح الجسم بعد رحلته الطويلة مع العلاج بدون روح فيتولد ما يُسمّى بالانفجار النفسي، دمار التداعيات النفسية ما بين النظام والمضمون.

العلاج النفسي:

ذكر باهي (2017) أنّ محاولة فهم العلاج النفسي للمريض في أثناء فترة مرضه يعني الإحاطة بالمريض نفسه، وبالفرقة الطبية المحيطة به، ففي نهاية الأمر يجب التفكير في نوعية هذه العلاقة فيما يَخص الفترة العيادية الأولى؛ لأنها أساس العلاج الناجح في الحصص المقبلة، فإذا كانت هذه العلاقة جيدة منذ البداية لقيت المريضة استقبلاً حسناً، فإنها ستتشجّع لمواصلة العلاج أما إذا لم تُقَابَل المريضة بعلاقةٍ حسنةٍ ومعاملةٍ طبيةٍ فهذا ما سيخلق شعوراً بعدم الراحة وبالتالي الرغبة في النفور من الحصص العلاجية.

فالعلاج النفسي حسب ما ذكر عروج (2017) يسعى بأشكاله المختلفة بما فيها العلاج الفردي والجماعيّ و الأسريّ، وأساليب الدعم لتلبية الاحتياجات النفسية والاجتماعية والمعلوماتية لمرضى السرطان، ويتّبع العلاج الفرديّ مع مريض السرطان نموذج العلاج النفسي المكثف إذ يحاول المعالج التركيز على قضايا محددة يواجهها مريض السرطان بدلا من محاولات القيام بتحليل طويل المدى للشخصية، و لعل من بين أكثر المسائل شيوعا و التي تظهر في أثناء العلاج الفردي هي ظاهرة الخوف من عودة الأعراض أو الألم أو الموت أو الخوف من فقدان

أعضاء من الجسم كنتيجة لعمليات جراحية إضافية، إضافة إلى الأضرار التي قد يلحقها المرض بالنشاطات الحيوية للمريض وبالصعوبات المختلفة التي قد يواجهها في مكان العمل والمشكلات على صعيد العلاقات الاجتماعية، و كذلك مشكلات التواصل مع العائلة.

ولخص شدمي (2015) المشكلات المتمثلة في الآثار السلبية الناجمة عن سرطان الثدي بالقلق، والاكتئاب واضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة، وعليها تصبح كل من العواطف والانفعالات في حاجة ماسة إلى الرعاية، وقد تزايد بحث علماء النفس عن الأساليب العلاجية الخاصة بهذا النوع من الإصابة الذي يهدف إلى المساندة من حيثُ المنابعُ الخاصةُ بهم وضعفهم. إن العلاجات النفسية عمليةً أساسيةً مساندةً لمهمة الفريق الطبيّ، الاجتماعيين، جمعيات المرضى، بحيث إن هناك دوراً كبيراً أعطي لوقاية المعاناة النفسية الشديدة والتكفل بالضيق النفسي. وعلى العموم فإنّ النماذج النفسية العلاجية هي النموذج النفسي التحليلي والتي تعتبر إن معاشة الحالة في مواجهة السرطان، كثيرا ما تكون متأثرة بنشاطات لا شعورية، استدعت تاريخ الحالة وماضيه، وهو المنهج الأكثر استعمالا في أوروبا وخاصة فرنسا، إلا أنه غالبا ما يعرف القليل من الانحرافات من حيث أساليب التطبيق وذلك نظرا لطبيعة المرض بمعنى أن هذا المنهج يحتاج إلى مدة زمنية طويلة في العلاج، إلا أن مآل المصاب بالسرطان قد لا يوفر هذا العنصر. أما المنهج السلوكي المعرفي فغالبا ما يساعد المصاب بحيث يعمل على المحافظة عن اندماج النفس والجسد، ويعتمد هذا المنهج على المنابع الشعورية للمصاب.

وبين باهي (2011) أن العلاجات الخاصة بالاضطرابات النفسية المتداخلة منذ الإعلان عن المرض مختلفة باختلاف الحالة كالاسترخاء الحصص العلاجية النفسية. فالحصص العلاجية المبنية على التحليل النفسي نجد فيها رأيين مختلفين: الأول صاحبه ألكسندر وقرودك

كاللذان يريان أن المرض يدخل في صراع مع اللاشعور أما الثاني فهو يشجع العلاقة بين المريض والطبيب، كما يستعمل أيضا في المعالجة النفسية للنساء المصابات بسرطان الثدي ما يسمى بالوقوف المعنوي مع المريضات من طرف المرضى القدامى، بحيث تجتمع النساء المصابات في قاعة واحدة تحكي المريضات القديمات عن التجربة التي عشناها مع هذا المرض.

سرطان الثدي

ويصنّف شقران والكركي (2016) سرطان الثدي في مقدمة أمراض السرطان المتنوعة، التي تصيب النساء في البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء، وعلى الرغم من وجود الأساليب الوقائية للحدّ من بعض مخاطر الإصابة بسرطان الثدي، إلا أن تلك الأساليب لا يمكنها التخلّص من معظم الحالات؛ إذ توجد حالات لا يجرى تشخيصها إلا في مراحل متأخرة، ويهدد سرطان الثدي حياة المريضة؛ حيث يسبب لها حالة من الخوف والقلق والحزن، وبهذا يصعب رؤية مريضة سرطان الثدي مستقرة نفسياً، بل تبقى في حالة اضطراب نفسي مستمرّ جراء التفكير الدائم بالمرض والنتائج المتوقعة. كما يؤثر المرض عليها في إقامة علاقات تواصل اجتماعي مع المحيطين بها، نتيجة الحساسية الزائدة، وشعورها بالخجل والإحراج جراء استئصال أحد الثديين أو كليهما.

ويعرف قروي (2017) (سرطان الثدي) بأنه "عبارة عن تكتل في الثدي مع العلم أنّ نسبة (95%) من التكتلات هي أورام حميدة، وليست سرطانية، وتكون أولى أعراضه المرافقة لتشكل الورم وخروج أي إفرازات من الحلمة محتوية على الدم".

وتعرف عروج (2017) (سرطان الثدي) على أنه النمو غير الطبيعي لخلايا الثدي حيث تنمو هذه الخلايا بطريقة غير مسيطر عليها من قبل الجسم وإذا لم تعالج في الوقت المناسب فإنها تنتشر في مناطق أخرى من الجسم، وعادة ما تتجمع في العضو الذي تظهر فيه المراحل الأولى معطية أعراضاً معينة.

ويعرفه باهي (2011) بأنه عبارة عن ورم خبيث، يتصف بتكاثر غير عادي على مستوى الخلايا الأصلية، بسبب وجود خلل على مستوى نواة الخلايا، والذي يسعى إلى إتلافها وتدميرها. ففي معظم الأحيان يحدث سرطان الثدي على مستوى القنوات اللبنية فيسمى بالسرطان القنوي، أو يحدث على مستوى الفصوص الصغيرة بالثدي، ويُسمى بالسرطان الفصيبي. وعندما يبدأ في الانتشار خارج الثدي، فإن الخلايا السرطانية تصل إلى الغدد اللمفاوية الموجودة تحت الإبط، ففي هذه الحالة يبدأ المرض في الانتشار إلى جميع الخلايا اللمفاوية وهذا ما يُسمى بالانبثاث.

أنواع أورام الثدي:

قسّمت العروج (2017) أورام الثدي إلى قسمين، هما:

الأورام الحميدة: تتكوّن من خلايا غير سرطانية لا تنتشر داخل الجسم، و لا تؤثر في الأنسجة المجاورة لها، و لا تُعدّ مهدّدة للحياة، و بتطبيق هذا التعرف على الثدي، فيمكن القول إنّها بمثابة النمو غير الطبيعي، ولكن لا يمكنها أن تنتشر خارج الثدي إلى أعضاء أخرى علماً بأن معظم أورام الثدي تعدّ حميدة.

الأورام الخبيثة: الأورام الظاهرية أكثر الأشكال التركيبية الورمية شيوعاً، وغالباً ما تكون غدية مُتموضعةً في منطقةٍ محددةٍ من القنوات أو تشمل فصاً متكاملاً تزداد الإصابة به مع التقدم في

العمر خاصّة بعد سنّ الثلاثين والخلايا المكونة للورم هي خلايا سرطانية تنقسم لتتكاثر وتدمر الخلايا والأنسجة المجاورة إذا لم تعالج و تنتقل مع مرور الوقت إلى أنحاءٍ متفرقةٍ من الجسم بواسطة الدورة الدموية أو النظام الليمفاوي، علمًا بأنّ هذا الانقسام غير الطبيعيّ يحتاج إلى طاقةٍ مما يؤدّي إلى استنفاد طاقة الجسم التي يحتاجها لإتمام عمله الطبيعيّ إضافةً إلى تأثير الورم على الخلايا المجاورة، ممّا يؤدّي إلى خللٍ في عملها، فسرطان الثدي هو (الورم الخبيث الذي نام في خلايا الثدي):

أسباب ظهور سرطان الثدي

ذكرت ناصر (2018) أنّ هناك عدة عوامل تسبب ظهور سرطان الثدي تمثلت في:

❖ عامل الجينات: إنّ تحوّل بعض الجينات بطريقة مضطربةٍ بسرطان الثدي حيث كشفت

بعض الدراسات عن بعض الجينات التي تسبب ظهور هذا النوع من السرطان

❖ العامل الوراثي: حيث ترتفع نسبة الإصابة بسرطان الثدي عند بعض العائلات حيث إنّ

حوالي 20% سرطان الثدي هو وراثي

❖ العامل الهرموني: هناك بعض الهرمونات التي تثير الخلايا السرطانية الكامنة وتحوّلها

إلى خلية سرطانية متحوّلة ونشطة: وهي هرمون استروجين.

❖ العوامل النفسية: إنّ العوامل النفسيّة لها تأثير فعال في ظهور وتطور هذا المرض

وتطوره، وغالبا ما تتعرض المريضات لمواقف ضاغطة وصدمات نفسية خلال مرحلة

الطفولة بحيث يظهر تأثيرها فيما بعد.

❖ عوامل أخرى تمثلت في السنّ: يزيد احتمال الإصابة كلّما زاد سنّ المرأة، الحمل

المتأخّر: يكثر احتمال الإصابة عند المرأة التي تحمل بعد الثلاثين أو لم تحمل أبداً. -

سن اليأس المتأخر: أي تبدأ الدورة الشهرية قبل 12 سنة واستمرارها بعد الخمسين.

السمنة: يمكن أن يزيد احتمال حدوثه إذا زاد وزن المرأة (40%) عن الوزن المثالي.

أعراض سرطان الثدي:

أعراض السرطان تقسم إلى قسمين كما ذكر فاتح (2015) وهي

- أعراض جسمية: الأعراض الجسميّة تظهر على الجسد الخارجي للمرأة التي أصيبت بسرطان الثدي، ومن أبرز تلك الأعراض شعور المرأة بألم في الثدي أو تحت الإبط، وظهور ورم تحت الإبط، كما قد تظهر أعراض مثل وجود كتل في الثدي نفسه، أو دخول الحلمة إلى الثدي، مع إفرازات على شكل سائل أو دم من الحلمة، وأيّ تغييرات في الحجم

- أعراض نفسية: تمثلت حسب ما ذكر الساعدي (2008) في تقلب مزاج المريضة والاكتئاب الذي يكون شديدا جدا في بعض الحالات والضيق والتوتر اللذين يصبحان عنصريين ملازمين لكل تصرفات المريضة واضطراب واضح في شخصية المريض، وقد تصاب بالوسواس القهري أو الفوبيا وغيرهما من الأعراض العصابية وقد يطلب من الطبيب إيقاف العلاج حتى ولو كان العلاج فعالاً.

بينما أضافت سعادة (2009) الأعراض والمظاهر النفسية الآتية، والتي ترافق المرض، والتي تظهر عن شعور الفرد بالقلق والاكتئاب، وانعدام في صعوبة تقبل صورة الذات مع وجود المرض، فضلا عن التوافق مع المواقف والأحداث، وانخفاض مفهوم الذات، بالإضافة إلى العجز في إقامة العلاقات الاجتماعية، وازدياد حالة الشعور بالحزن والأسى نحو الذات، مع انخفاض

الطموح، والنظرة التشاؤمية نحو الحياة، والعجز عن تكوين علاقات أسرية سوية، وعدم الشعور بالألفة نحو الآخرين.

بالإضافة إلى ما سبق كثيراً ما تصحب الإصابة بالسرطان الأعراض الاتية حسب ما ذكر باهي (2011): وهي صعوبة في تقبل صورة الذات، وانعدام القدرة على التكيف مع الأحداث، والشعور بالحزن الذنب نحو الذات، وكذلك انخفاض درجة تقدير الذات، وعجز في بناء العلاقات الاجتماعية، والأرق ونوبات البكاء، وكذلك تغيّر المزاج والحزن العميق مع غياب الأمل في المستقبل، كما يظهر الخوف الشديد من قاعات العلاج ومن معاودة المرض، وكره الشريك الجنسي.

وذكر تايلور (2008) أنّ تفسير الأعراض يتأثر بمجموعة من العوامل منها:

- الخبرات السابقة: فالأشخاص الذين لديهم تاريخ شخصي يتعلّق بإصابتهم بمرضٍ معيّن يعدّون حالتهم أقلّ خطورةً من الأفراد الذين لا يوجد في تاريخهم المرضي ما يشير إلى تعرضهم للحالة نفسها في السابق، ويتأثر معنى المرض بمدى شيوعه بين معارف الشخص، أو من هم في مستواه الثقافي.
- التوقّعات: فالأفراد قد يتجاهلون الأعراض التي لا يتوقّعونها، في حين قد يضحّمون الأعراض التي يتوقّعون حدوثها.
- خطورة الأعراض: تُدرك الأعراض التي تؤثر في الأجزاء المهمة جداً في الجسم، في أغلب الأحيان على أنها أكثر خطورة، وأكثر ميلاً لاستدعاء الانتباه من تلك التي تؤثر في الأعضاء الأقل أهميةً في الجسم، وإذا تسبب العرض في الألم فإنه سيقود الفرد إلى البحث عن العلاج بسرعة أكبر مما لم يكن مسبباً للألم.

- التمثيلات المعرفية للمرض: أي المدركات المنظمة عن المرض التي يتم اكتسابها من خلال وسائل الإعلام، أو من الخبرة الشخصيّة، ومن الأسرة والأصدقاء، الذين تعرّضوا لخبرة الإصابة بمرض معين وتتراوح المخططات الذهنية المتعلقة بالمرض بين الغموض التام وعدم الدقة، إلى الشمولية والدقة التامة، وهي تؤثر في ردود أفعال الناس عندما يتعرّضون للأعراض

مراحل تطور سرطان الثدي:

حدّد عروج (2017) مراحل تطور المرض بما يلي:

1. المرحلة الصّفر: في هذه الحالة ينمو السرطان في مكانٍ واحدٍ فقط داخل القناة أو الحويصلة ويسمّى ورماً سرطانياً في المهده.
2. المرحلة الأولى: يكون حجم الورم أقل من (2 سم) والغدد اللمفاوية غير مصابة وليس هناك انتشار في الجسم.
3. المرحلة الثانية: يكون حجم الورم بين (2 و5 سم) أو في حال وجود عُدة لمفاوية مصابة تحت الإبط.
4. المرحلة الثالثة: وهي مرحلة متقدمة موضعياً، يكون حجم الورم أكثر من (5 سم) أو ورم منتشر في جلد الثدي، أو عضل القفص الصدري أو وجود عُده مصابة في الإبط متببسة أو إصابة غدد أسفل الرقبة، ولا يوجد انتشار بعيد في الجسم.
5. المرحلة الرابعة: مرحلة السرطان المنتشر، تنتشر الكتل السرطانية في واحدٍ أو أكثر من أعضاء الجسم الأخرى.

تشخيص سرطان الثدي:

ذكر شديمي (2015) أنّ التشخيص يتمّ عبر عدة مراحل وحسب المختصّ:

فأول عملية هي إقحام كلّ الثدي بين صفيحة الأشعّة السينيّة وصفيحة الضاغط لبضع ثوانٍ بقصد التقاط صورة بالأشعّة السينيّة وذلك تحت رعاية شخص خبير داخل وحدةٍ مختصةٍ وهذا ما يُسمّى Mammographic أما التفريسة فائقة الصّوت Scanner ultra-son فهي صورةٌ تلتقط باستعمال موجاتٍ صوتيّةٍ بدل الأشعّة السينيّة لكنها تُستعمل لاختبارٍ إضافيّ في بعض الحالات علماً أنّها جيدة في الكشف عن الكيسات. أما التصوير بالرنين المغناطيسيّ فيؤدّد صورةً على الكمبيوتر حسب ارتداد الموجات المغناطيسيّة عن أنسجة الجسم، ويبحث العلماء حالياً في الطريقة المتّلى لاستعمال تصوير الرنين المغناطيسيّ الذي يهدف إلى كشف سرطان الثدي، وقد يُسمح لنا أيضاً بالتعرف إلى نوع السرطان، ويساعدنا في التنبؤ بسلوكه. أما علم الخلايا فيسمح بخضوع كلّ كتل الثدي المشبوهة التي تمّ العثور عليها في أثناء التصوير للفحص، وذلك بواسطة مجهر لمعرفة ما إذا كانت خبيثةً أم لا. أما طريقة شطف الخلايا بواسطة الإبرة الرفيعة، حيث يتمّ سحب خلايا باستعمال إبرة دقيقةٍ للكشف ما إذا كانت الكتلة جامدةً أو كيسيةً، ففي الحالة الأخيرة يتمّ سحب السائل منها لتتّهر وإرسال عينة منه للتحليل، للتأكد من وجود خلايا سرطانية فيه أو عدم وجودها. أما طريقة الخزعة في خزعة الإبرة، أو ما يُعرف أيضاً بخزعة اللبّ، يتمّ استئصال قطعة نسيج طولها (5.2 سم) تقريباً، ولها قطر رصاص القلم تقريباً، يتولّى بعدها أخصائيّ بعلم الأمراض تقطيع النسيج إلى شرائحٍ رقيقةٍ وفحصها بواسطة المجهر. والتشخيص الدقيق لسرطان الثدي مهمّ جداً، ليس فقط لتحديد وجود ورمٍ سرطانيّ، ولكن أيضاً لأتخاذ قراراتٍ علاجيةٍ سليمةٍ وصحيحةٍ.

علاج سرطان الثدي:

العلاج الطّبي:

بيّن باهي (2011) أنّ لكلّ حالة علاجها، ولكل طريقة مزاياها، فعلاج سرطان الثدي يعتمد

على الطرق الآتية:

الجراحة: تتوقّف على حجم الورم، ومدى انتشار المرض، فبالتالي يمكن أن يكون الاستئصال جزئياً، إذ يُستأصل الورم فقط، أو استئصلاً كلياً حيث يُبتر كلّ الثدي، وهنا يمكن أن يشمل البتر الأماكن المجاورة للثدي.

العلاج الإشعاعي: هو وسيلة لقتل الخلايا السرطانية التي يُحتمل بقاؤها في مكان الجراحة، ففي الحالات المتقدمة تُستعمل الأشعّة لقتل الألم.

العلاج الكيميائي: يُعدّ علاجاً شاملاً يُعطى بشكلٍ دوريّ يتمّ خلاله تعاطي عقاقير عن طريق الدم لقتل الخلايا السرطانية.

العلاج الهرموني: يقوم على منع الخلايا السرطانية من تلقي استقبال الهرمونات الضرورية لنموها، ويتمّ عن طريق تعاطي عقاقير تُغيّر عمل الهرمونات، أو عن طريق إجراء جراحة لاستئصال الأعضاء المنتجة لهذه الهرمونات، مثل المبايض، فهدفه هو إيقاف إنتاج توالد الأورام.

الدراسات السابقة:

الدراسات العربية:

أجرى الرشيدي (2018) دراسة بعنوان تقدير درجة استخدام الممارسات التأملية لدى معلمي المرحلة الثانوية في مدينة بريدة من وجهة نظرهم، هدفت إلى التعرف على تقدير درجة استخدام الممارسات التأملية لدى معلمي المرحلة الثانوية في مدينة بريدة من وجهة نظرهم. وتكونت عينة الدراسة من معلمي المرحلة الثانوية والبالغ عددهم (257) معلماً تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية الطبقية. تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وطبق على عينة الدراسة مقياس الممارسات التأملية لدى المعلمين من وجهة نظرهم ووجهة وأشار نتائج الدراسة إلى أن درجة استخدام الممارسات التأملية لدى معلمي المرحلة الثانوية في مدينة بريدة من وجهة نظرهم كانت متوسطة، وقد أشارت النتائج أيضاً إلى عدم وجود فروق تعزى إلى أثر كل من (الجنس والتخصص) في مستوى الممارسات التأملية.

وأجرت ناصر (2018) دراسة بعنوان فاعلية الاسترخاء في تقبل الصورة الجسمية والخفض من حدة القلق لدى مرضى سرطان الثدي أحادي البتر، هدفت إلى معرفة فاعلية الاسترخاء في تقبل الصورة الجسمية والخفض من حدة القلق لدى مرضى سرطان الثدي أحادي البتر، تم استخدام المنهج العيادي المتمثل في دراسة الحالة والمقابلة والملاحظة بالإضافة إلى المنهج التجريبي واستخدام تقنية الاسترخاء العضلي التدريجي لجاكسون بعد تطبيق القياس القبلي والبعدي في مقياس صورة الجسم ومقياس هاملتون للقلق. لأربع حالات مصابات بسرطان الثدي تتراوح أعمارهن ما بين (40-60) سنة، أظهرت الدراسة أن هناك فاعلية للاسترخاء في تقبل

صورة الجسمية والخفض من حدة القلق لدى مرضى سرطان الثدي أحادي البتر. وتؤثر الصورة الجسمية في ارتفاع حدة القلق لدى مرضى سرطان الثدي أحادي البتر.

ودراسة أبو عيشة (2017) بعنوان العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب النفسي لدى مرضى السرطان، هدفت للتعرف على العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة وأعراض الاضطراب النفسي لدى مرضى السرطان، وقد استخدم الباحث مقياس نمو ما بعد الصدمة ومقياس القلق العام، ومقياس قلق الموت ومقياس الاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من (120) مريضاً، وقد اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، و توصلت الدراسة إلى وجود قلق عام وقلق الموت بدرجة مرتفعة أما الاكتئاب بدرجة متوسطة، ولا توجد فروق في مستوى أعراض الاضطراب النفسي تُعزى إلى (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مستوى الدخل، مدة المرض، مكان المرض، نوع العلاج).

وأجرى براهيمة (2016) دراسة بعنوان مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان، وهدفت إلى الكشف عن مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان ومعرفة الفروق في مستويات متغير الجنس السن ونوع العلاج حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من 230 مريضاً مراجعاً لمراكز مكافحة السرطان واستعمال مقياس الاكتئاب والقلق والضغط (DASS21) لغرض جمع البيانات. أظهرت نتائج الدراسة إلى أن حوالي (69.68%) يعانون من اكتئاب و(63.04%) من قلق منخفض بينما (47.48%) لديهم ضغط متوسط وتبين أن هناك فروقا دالة في مستوى الاكتئاب والقلق والضغط وفقا للسن وذلك بارتفاعها لدى الإناث مقارنة بالذكور كما اتضح وجودها في مستوى الضغط لحساب المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي. في حين لم تسجل

أي فروق في مستوى الألم النفسي وفقا للسن. ونستنتج أنه من الضروري لمقدمي الرعاية الصحية معرفة وتقييم الألم النفسي وتقييمه وذلك لغرض تقديم الدعم والرعاية المناسبة للمرضى.

وقام اللواتي (2015) بدراسة بعنوان فاعلية برنامج إرشاد جمعي في التأمل التجاوزي في تحسين مستوى التوافق النفسي العام لدى طالبات الصف الحادي عشر بمحافظة مسقط في سلطنة عمان، وهدفت إلى تقصي فاعلية برنامج إرشاد جمعي في التأمل التجاوزي في تحسين مستوى التوافق النفسي العام لدى طالبات الصف الحادي عشر بمحافظة مسقط في سلطنة عمان، باستخدام المنهج شبه التجريبي. ولاختيار عينة الدراسة طبقت الباحثة مقياس التوافق النفسي العام على طالبات الصف الحادي عشر في مدرسة أمامة بنت أبي العاص للتعليم الأساسي بمحافظة مسقط، وعددهن (76) طالبة، حيث اختيرت (31) طالبة حصلن على أقل الدرجات على المقياس المستخدم في هذه الدراسة، تكون برنامج الإرشاد الجمعي من (12) جلسة إرشادية نفذت خلال ستة أسابيع بواقع جلستين في الأسبوع، وتراوحت المدة الزمنية لكل جلسة ما بين (45 - 61) دقيقة، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق في درجات التوافق النفسي للمجموع الكلي للمقياس ولكل بعد من أبعاده بين أفراد المجموعتين: التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية، وهذا ما يدل على فاعلية برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في هذه الدراسة، وكذلك وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي للتوافق النفسي في المجموع الكلي للمقياس ولكل بعد من أبعاده، وجاءت هذه الفروق لصالح القياس البعدي، وهذا ما يؤكد فاعلية برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في هذه الدراسة.

وقامت بني مصطفى (2015) بدراسة عنوانها قدرة صورة الجسد وبعض المتغيرات على التنبؤ بالاكْتئاب لدى مريضات سرطان الثدي في الأردن، وكان هدفها الكشف عن قدرة صورة

الجسد وبعض المتغيرات على التنبؤ بالاكتئاب لدى المريضات. وقد طبق مقياس صورة الجسد، ومقياس الأعراض الاكتئابية على أفراد الدراسة البالغ عددها (118) مريضة. أشارت النتائج إلى أن مستوى الاكتئاب لدى المريضات كان متوسطاً، وأن مستوى الرضا عن صورة الجسد كان منخفضاً. إضافة إلى ذلك أشارت النتائج إلى وجود علاقة سالبة بين مستوى الاكتئاب ومستوى الرضا عن صورة الجسد ككل، ومجالاته لدى المريضات، وأن المتغيرات التي لها قدرة تنبئية بمستوى الاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي، هي: صورة الجسد، والعمر، والحالة الاجتماعية ومدة الإصابة بالمرض، ومرحلة العلاج، والعلاج النفسي، والعلاج الجراحي، والعلاج الكيماوي، والعلاج الإشعاعي، وإعادة ترميم الثدي.

وأجرى حامد (2014) دراسة بعنوان العلاقة بين المتغيرات النفسية ونوعية الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي، وهدفت إلى الكشف عن العلاقة بين المتغيرات النفسية ونوعية الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي لدى عينة مكونة من (80) امرأة بواقع (40) امرأة مصابة بسرطان الثدي و(40) امرأة غير مصابة، وذلك باستخدام مقياس اضطراب النوم للدكتورة زينب محمود شقير ومقياس الاكتئاب لـ Beck و مقياس نوعية الحياة للدكتور أحمد إسماعيل حيث توصلت النتائج إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة المصابات بسرطان الثدي وعينة غير المصابات على مقياس الاكتئاب لصالح عينة المريضات، وهناك فروق بين عينة المصابات بسرطان الثدي وعينة غير المصابات على مقياس اضطرابات النوم ومقياس نوعية الحياة لصالح عينة المريضات. ولا توجد فروق بين المصابات أقل من (50) سنة والمصابات أكثر من (50) سنة على مقياس المتغيرات النفسية ونوعية الحياة.

دراسة عماري (2013) بعنوان قلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي دراسة
عيادية لثلاث حالات بمركز مكافحة السرطان، وقد هدفت إلى معرفة مستوى قلق الموت لدى
المرأة المصابة بسرطان الثدي وقد تم استخدام المنهج الإكلينيكي من خلال أداة الملاحظة
العيادية والمقابلة إضافة إلى تطبيق اختبار قلق الموت وذلك على عينة مكونة من ثلاث
حالات، حالتان متزوجتان، وعازبة واحدة، توصلت الدراسة إلى أن الحالة العازبة تعاني من
ارتفاع درجات قلق الموت وكذلك الشعور بالنقص والدونية متمثلاً في الاتجاه السلبي نحو الذات
والذي يرتبط بالحزن والتشاؤم وعدم الثقة بالنفس وبالأخرين.

وأجرى سليم (2010) دراسة بعنوان التأمل التجاوزي يقوي من مقدرات الطلاب على
التعلم، وهدفت للتعرف على ما إذا عن التأمل يقوي مقدرات الطالب على التعلم، وافترضت
الدراسة أن التأمل يساعد في حماية طلاب الجامعات من التوتر والضغط ويحسن من قدرتهم
على التعلم، فقد اختير عشوائياً متطوعون من جامعات امريكية معظمها من واشنطن العاصمة،
قسموا إلى مجموعتين: (مجموعة التأمل ومجموعة المقارنة)، وخضعت مجموعة التأمل
لاختبارات فيسيولوجية ونفسية، وبعد (10) أسابيع أظهر طلاب مجموعة التأمل درجات أعلى في
سلم قياس طاقة الدماغ، كما أنهم كانوا يشعرون بنعاسٍ أقل، وكذلك كانوا أقل توتراً وتعكراً
للمزاج، بالإضافة إلى تحقيق المزيد من التوازن العاطفي واليقظة نتيجة انخفاض رد الفعل
العاطفي. في حين أظهرت مجموعة المقارنة درجات متدنية في تكامل الدماغ، بالإضافة إلى
تزايد القلق والتوتر والانفعال عند التفاعل العاطفي مع الناس.

ودراسة حسين (2009) بعنوان: العلاقة بين المساندة الاجتماعية والضغط النفسية
والقلق لدى مريضات سرطان الثدي، وهدفت إلى معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية

والضغوط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي حيث بلغت عينة الدراسة (67) مريضة بسرطان الثدي من المقيّمات والمترددات على المعهد القومي للأورام، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة دالة بين المساندة الاجتماعية والضغوط النفسية فكلما وجدت المساندة قلت الضغوط النفسية ويحدث العكس وبخاصة مع المريضات الأكبر سناً.

الدراسات الأجنبية:

وأجرى كرونك وآخرون (Kroenke et al,2013) دراسة بعنوان **كيفية تأثير العلاقات الاجتماعية على نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي**، وهدفت إلى معرفة كيفية تأثير العلاقات الاجتماعية على نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي. تكونت عينة الدراسة من (3139) سيدة مصابة بسرطان الثدي. وأظهرت نتائج الدراسة أن السيدات المنعزلات اجتماعياً لديهن تدنٍ في نوعية الحياة، والصحة الجسدية، والحياة الاجتماعية، والحالة العاطفية، ووجود أعراض سرطان الثدي بشكل أكبر مقارنة بالسيدات المتكاملات اجتماعياً، وأشارت النتائج أيضاً إلى أن الشبكات الاجتماعية الكبيرة والدعم الاجتماعيّ الكبير ترتبط بنوعية حياة عالية بعد مرحلة التشخيص بسرطان الثدي.

وقام يلدريم وباتماز (Batmaz & Yildirim,2013) بدراسة في تركيا بعنوان **"الحالة النفسية والدعم الاجتماعي المدرك للنساء اللاتي خضعن لعملية جراحية للثدي**، وهدفت للتعرف على الحالة النفسية والدعم الاجتماعي المدرك للنساء اللاتي خضعن لعملية جراحية للثدي، تكونت عينة الدراسة من (100) امرأة ممن شخصت إصابتهن بسرطان الثدي، وقد تمّ إجراء عمليات جراحية لهن، وإعطائهن علاجاً كيميائياً أو إشعاعياً. أظهرت نتائج الدراسة أن 63% من النساء لم يسمعن الكثير من المعلومات عن سرطان الثدي، وثلاثة أرباعهن لم يقمن بالفحص الذاتي

للثدي بشكل منتظم قبل أن يتم تشخيصه. ولم تظهر النتائج فروقا ذات دلالة إحصائية بين استئصال الثدي الكلي والجراحة التجميلية للثدي من حيث الحالة النفسية والدعم الاجتماعي المدرك، وقد لوحظ أن الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي تترافق مع تغيرات في الحالة النفسية والدعم الاجتماعي المدرك، والنساء اللاتي تأثرن نفسياً من الجراحة شهدن تغييرات في حياتهن الجنسية، وتغيراً في شكل ملابسهن، وكذلك وضع سيليكون الثدي الاصطناعي في الملابس الداخلية لتقليل آثار الجراحة على مظهرهن.

وقد بين داركست (Draggiest, 2012) في دراسته بعنوان الضيق النفسي والتكيف والدعم الاجتماعي لمريضات سرطان الثدي في مرحلتى التشخيص وقبل إجراء الجراحة، وهدفت إلى التعرف على مستوى الضيق النفسي والتكيف والدعم الاجتماعي لمريضات سرطان الثدي في مرحلتى التشخيص وقبل إجراء الجراحة تكونت عينة الدراسة من (21) مريضة بسرطان الثدي وتم تشخيصهن حديثاً قبل إجراء الجراحة. أظهرت نتائج الدراسة أن الدعم الاجتماعي كان مرتبطاً بشكل إيجابي في التكيف الموجه الفعال الذي يركز على العاطفة الموجبة ولا علاقة له بآليات الدفاع المعرفية وآليات الدفاع العدوانية وكانت مستويات التعليم العالي تتعلق في التوسع باستخدام التكيف الموجه الفعال. كما أشارت النتائج إلى أن التواصل مع الدعم الاجتماعي كان متاحاً بتقديم الدعم والمعلومات والمشورة والرعاية ووجود المقربين، مع العلم أن كل من الأسرة والرعاية الصحية والمعلومات المهنية والاتصال المهني أعطى الشعور بالأمن، وأعطى الدعم الاجتماعي قوة.

وأجرى جيلي وسجويتزر واتزني (Gélie, Schweitzer, & Atzeni, 2011) دراسة بعنوان آثار التدخل النفسي والاجتماعي في تغيير ردود الفعل على السرطان، هدفت إلى التعرف على آثار

التدخل النفسي والاجتماعي في تغيير ردود الفعل على السرطان، ونوعية الحياة، شملت الدراسة (66) مريضة من مريضات سرطان الثدي المبكر، وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعة التدخل الخاصة، ومجموعة الدعم، ومجموعة التحكم، وتم أخذ المتغيرات الآتية: الدعم الاجتماعي، والتحكم المدرك وكبت العواطف، واستراتيجيات المواجهة، والاضطراب العاطفي، ونوعية الحياة لتقييمها قبل أسبوع واحد من التدخل النفسي. وعند نهاية التدخل النفسي، أظهرت النتائج أن مجموعة التدخل الخاصة لاحظت تعديلاً ملحوظاً لنوعية الحياة أو العلامات النفسية، في حين كان المرضى في مجموعة الدعم أكثر جودة للحياة العاطفية، واستخدام صفات السببية الداخلية، والتقليل من مرضهم بعد التدخل النفسي والاجتماعي مقارنة مع المرضى في مجموعة التحكم.

وأجرى إدر وآخرون (Elder et al, 2011) دراسة بعنوان أثر ممارسة برنامج التأمل التجاوزي في الضغط النفسي لدى مختلف المجموعات الطالبة من الأقلية العرقية والأثنية في أمريكا، وهدفت إلى تقييم أثر ممارسة برنامج التأمل التجاوزي في الضغط النفسي لدى مختلف المجموعات الطالبة من الأقلية العرقية والأثنية في أمريكا وتكونت العينة من (106) طلاب من المدارس الثانوية، فُسمت إلى مجموعتين: تجريبية ضمت (68) طالبا يمارسون التأمل التجاوزي، وضابطة ضمت (38) طالبا لا يمارسون التأمل. أشارت النتائج إلى انخفاض القلق والضغط النفسي لدى طالب المجموعة التجريبية مقارنة بطالب المجموعة الضابطة، ولوحظ أيضا التأثير الإيجابي في أعراض الاكتئاب. وخُصت الدراسة إلى أنه من المهم لمديري المدارس تنفيذ برامج تأمل في مدارسهم للحد من التوتر والضغط النفسية لدى الطالب.

وأجرى جروسوالد وآخرون (Grosswald et al, 2008) دراسة بعنوان أثر استخدام تقنية التأمل التجاوزي في الحد من أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD) عن

طريق الحد من التوتر والقلق، بهدف معرفة أثر استخدام تقنية التأمل التجاوزي في الحد من أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD) عن طريق الحد من التوتر والقلق، وأجريت الدراسة لمدة ثلاثة أشهر في مدرسة خاصة للأطفال الذين يعانون من قصور الانتباه، وفرط النشاط في الولايات المتحدة، وتكونت العينة التجريبية من (10) طلاب، وكان نصفهم يعالج عن طريق الأدوية، حيث مارس الطالب التأمل التجاوزي لفترة (10) دقائق يوميًا صباحًا ومساءً، مع الأخذ بالتقييم المعياري لأولياء الأمور والمعلمين والطلاب، كما اختبر الطلاب عدة اختبارات للأداء لقياس الوظائف المعرفية لديهم. وبعد ثلاثة أشهر لوحظ انخفاض يزيد على (50%) في القلق والضغط النفسي، وتحسّن واضح في أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط، وبالنسبة للأطفال الذين يتعالجون بالأدوية؛ فإنّ التحسن لم يكن كافيًا، أو كان مصحوبًا بأعراض جانبية، وهذه النتائج تشير إلى أنّ التأمل التجاوزي مناسب جدًا للأطفال الذين لديهم نقص الانتباه وفرط الحركة.

دراسة لوفير (Lauver, 2007) بعنوان الضغوط التي تعاني منها المصابات بسرطان الثدي الأولي والسرطانات النسائية الأخرى، وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة الضغوط التي تعاني منها المصابات بسرطان الثدي الأولي والسرطانات النسائية الأخرى، وكذلك معرفة الإستراتيجيات المستخدمة لمواجهتها بعد انتهاء المعالجة، وتكونت العينة من (51) امرأة خضعن للعلاج، وأظهرت النتائج أنّ الضغوط التي تعاني منها المريضات بعد المعالجة من السرطان تتضمن: الشعور بالشك وعدم الثقة بالمعالجة والمتابعة الطبية والأعراض المرضية، مثل القلق حول المشاكل الجسمية كصعوبة التركيز والاتجاهات حول الجسد والتعامل مع الموت والتفاعلات الاجتماعية، وأظهرت فاعلية استخدام أسلوب التقبل والتدين والتسلية باعتبارها إستراتيجيات أولية لمواجهة المرض.

التعقيب على الدراسات السابقة

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة أثر الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل. وقد وجد الباحث قصوراً وعجزاً في الدراسات التي تناولت الكتابة التأملية، ولعلّ هذا ما يميّز الدراسة الحالية عن الدراسات العربية الأخرى، كونها من أولى الدراسات التي هدفت إلى اختبار فعالية برنامجٍ مبنّي على الكتابة التأملية لخفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي على حدّ علم الباحث، فهذه الدراسة تناولت شريحةً مهمّةً من شرائح المجتمع التي لم تلقَ الاهتمام الكافي من قِبل الباحثين الآخرين.

وتحدّد الدراسة الحالية بالنسبة للدراسات السابقة على النحو الآتي:

من حيث الهدف: تتوّعت الدراسات السابقة في أهدافها، فبعضها تناول الممارسات التأملية، كدراسة الرشيدى (2018)، اللواتي (2015)، سليم (2010)، (Elder et al, 2011)، (Grosswald et al, 2008)، كما تناولت الدراسات السابقة الاضطرابات النفسية كدراسة ناصر (2018)، أبو عيشة (2017)، براهيمة (2016)، بني مصطفى (2015)، حامد (2014)، عماري (2013)، (Batmaz & Yildirim, 2013)، حسين (2009)، (Gélie, Schweitzer, &) (Atzeni,2011)، (Drageset, 2012)، (Lauver, 2007).

من حيث العينة: تراوحت عينات الدراسات السابقة ما بين (3- 3139).

من حيث المنهج: اعتمدت بعض الدراسات السابقة المنهج الوصفيّ التحليليّ، مثل: دراسة الرشيدى (2018)، أبو عيشة (2017)، براهيمة (2016)، بني مصطفى (2015)، حامد (2014)، حسين (2009)، (Grosswald et al, 2008)، (Kroenke et al,2013)، (Lauver, 2007). ومنهم من استخدام المنهج الإكلينيكي مثل: عماري (2013). ومنهم من

اعتمد المنهج التجريبيّ مثل: دراسة ناصر (2018)، اللواتي (2015)، (Elder et al,)
2011 سليم (2010) واتفقت هذه الدراسات مع الدراسة الحالية من حيث المنهج.
أما من حيث النتائج التي أسفرت عنها الدراسات السابقة، فقد تبين أنّ جميعها أظهرَ فاعلية
البرامج الإرشادية التي طُبقت.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

الفصل الثالث

الطريقة الإجرائية

تضمّن هذا الفصل عرضاً مفصلاً للطريقة والإجراءات المتبّعة بهدف تحقيق أهداف الدراسة الحالية، وقد اشتمل على منهج الدراسة، ومجتمع الدراسة وعيّناتها، والأدوات.

أولاً: منهج الدراسة

تمّ استخدام المنهج التجريبيّ (التصميم شبه التجريبيّ) القائم على استخدام مجموعتين باختبار قبلي-بعديّ، الذي يقوم على ضبط المتغيّرات الدخيلة وتثبيتها وتجريب المتغير المستقلّ (الكتابة التأملية) لقياس أثره على المتغيّر التابع (الاضطرابات النفسيّة)، من خلال اختيار مجموعتين، تكون إحدهما تجريبيةً تستخدم البرنامج القائم على الكتابة التأملية، والأخرى ضابطة لا تستخدم البرنامج، مع تطبيق اختبار قبلي-بعديّ. ويبين الجدول (1) التصميم التجريبيّ للدراسة الحالية؛ وذلك للتعرف على أثر الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسيّة المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل على المجموعة التجريبية:

جدول (1): التصميم التجريبيّ للدراسة الحالية

المعالجات			المجموعة
بعدي	طبيعة المعالجة	قبلي	
تطبيق مقياس الاضطرابات النفسيّة	جلسات برنامج الكتابة التأملية	تطبيق مقياس الاضطرابات النفسيّة	التجريبية
تطبيق مقياس الاضطرابات النفسيّة	-----	تطبيق مقياس الاضطرابات النفسيّة	الضابطة

ثانياً: مجتمع الدراسة

يشمل مجتمع الدراسة الحالية جميع المصابات بمرض سرطان الثدي، والبالغ عددهنّ (41)

مصابةً من مركز (بيتنا) خلال عام (2019).

ثالثاً: عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من 30 مصابة بمرض سرطان الثدي تم تقسيمهن إلى مجموعتين بطريقة عشوائية، إحداها تجريبية، مكونة من (15) مصابةً في مركز بيتنا، والأخرى ضابطة مكونة من (15) مصابةً بواقع (5) من مركز بيتنا و(10) من بقية المحافظة، بدون إبلاغ المريضات لأي مجموعة ينتمين، والجدول (2) يوضّح خصائص أفراد عينة الدراسة للمجموعتين (الضابطة والتجريبية معاً):

جدول (2): الخصائص الديموغرافية لأفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) حسب متغيرات العمر،

والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي للأسرة

المتغيرات	المستويات	المجموعة الضابطة (15)		المجموعة التجريبية (15)		المجموع
		النسبة المئوية %	العدد	النسبة المئوية %	العدد	
العمر	35 سنة فأقل	46.7	7	46.7	7	46.7
	أكبر من 35 سنة	53.3	8	53.3	8	53.3
	المجموع	100.0	15	100.0	15	100.0
المستوى التعليمي	ثانوي فأقل	26.7	4	33.3	5	30.0
	دبلوم	33.3	5	26.7	4	30.0
	بكالوريوس فأكثر	40.0	6	40.0	6	40.0
	المجموع	100.0	15	100.0	15	100.0
المستوى الاقتصادي للأسرة	منخفض	33.3	5	26.7	4	30.0
	متوسط	33.3	5	33.3	5	33.3
	عالي	33.3	5	40.0	6	36.7
	المجموع	100.0	15	100.0	15	100.0

أ- تكافؤ المجموعتين (الضابطة والتجريبية):

تحقق الباحث من تكافؤ المجموعتين (الضابطة والتجريبية) باستخدام اختبار (ت) للعينات

المستقلة (Independent- Sample -t test)، كما هو موضّح في الجدول (3).

جدول (3): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent-Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية لدى أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في القياس

القبلي.

المتغير	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الاكتئاب	ضابطة	15	44.47	7.01	0.03	0.98
	تجريبية	15	44.40	6.77		
قلق الموت	ضابطة	15	34.87	7.62	-0.29	0.77
	تجريبية	15	35.53	4.53		
الاتزان الانفعالي	ضابطة	15	74.53	10.90	0.32	0.75
	تجريبية	15	73.47	6.85		
الحساسية الزائدة	ضابطة	15	31.80	6.39	-1.26	0.22
	تجريبية	15	34.33	4.42		
العزلة النفسية	ضابطة	15	38.00	6.15	1.47	0.15
	تجريبية	15	35.27	3.77		
عدم الكفاية	ضابطة	15	28.53	5.03	0.89	0.38
	تجريبية	15	27.07	3.92		
الدرجة الكلية	ضابطة	15	248.00	32.61	0.22	0.83
	تجريبية	15	245.73	23.85		

** دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، * دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، درجات الحرية = 28

قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) = 2.048، قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) = 2.763

من خلال النتائج الواردة في جدول (3) تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند

مستوى الدلالة الإحصائية (0.05) بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في

الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسية ومجالاته، وهذا يدل على أن أفراد المجموعتين في

الاختبار القبلي لديهم المستوى نفسه من الاضطرابات النفسية، أي أن المجموعتين (الضابطة

والتجريبية) متكافئتان. وهذا يشير إلى أن التغيير في درجات الاضطرابات النفسية لدى أفراد

المجموعتين سيكون نتيجة تأثير البرنامج التجريبي.

ضبط المتغيرات الديموغرافية قبل التجريب:

حرصاً من الباحث على ضمان سلامة النتائج، وتجنباً للآثار التي قد تنجم عن بعض المتغيرات الدخيلة على التجربة، تبنى الباحث طريقة المجموعتين: الضابطة والتجريبية، وفي ضوء هاتين المجموعتين (الضابطة والتجريبية) تم التحقق من ضبط المتغيرات كما يلي: أولاً: ضبط العمر لأفراد المجموعتين.

ثانياً: ضبط المستوى التعليمي لأفراد المجموعتين.

ثالثاً: ضبط المستوى الاقتصادي لأفراد المجموعتين.

- ضبط العمر والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي لأفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية).

جدول (4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار ليفين (Levene) لمساواة فروق الخطأ في التباينات للمجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس القبلي على مقياس الاضطرابات النفسية.

اختبار ليفين		درجات الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العمر	المجموعة	
الدلالة الإحصائية	F						
0.28	1.25	13	38.78 28.70	245.29 250.38	35 سنة فأقل أكبر من 35 سنة	ضابطة	
0.18	2.10	13	19.14 28.55	247.86 243.88	35 سنة فأقل أكبر من 35 سنة	تجريبية	
اختبار ليفين		درجات الحرية		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المستوى التعليمي	المجموعة
الدلالة الإحصائية	F	df2	df1				
0.21	1.76	12	2	25.50 42.24 18.04	242.00 271.00 232.83	ثانوي فأقل دبلوم بكالوريوس فأكثر	ضابطة
0.10	3.09	12	2	6.04 20.79 21.85	264.00 252.25 226.17	ثانوي فأقل دبلوم بكالوريوس فأكثر	تجريبية
اختبار ليفين		درجات الحرية		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المستوى الاقتصادي للأسرة	المجموعة
الدلالة الإحصائية	F	df2	df1				
0.52	0.68	12	2	26.16 21.62 40.02	269.00 230.00 245.00	منخفض متوسط عالٍ	ضابطة
0.50	0.74	12	2	15.79 33.29 20.31	239.00 241.00 254.17	منخفض متوسط عالٍ	تجريبية

يتضح من الجدول (4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات مجموعات الدراسة (الضابطة والتجريبية) في متغير العمر في اختبار ليفين لفحص التجانس، حيث بلغت الدلالة الإحصائية للمجموعة الضابطة (0.28)، وبلغت للمجموعة التجريبية (0.18) وهذه القيم أكبر من (0.05)، وهذا يدل على أنّ التباينات متساوية بالنسبة لمتغير العمر وهي متجانسة، كذلك لم تظهر فروق بين متوسطات مجموعات الدراسة (الضابطة والتجريبية) في متغير المستوى التعليمي، حيث بلغت الدلالة الإحصائية للمجموعة الضابطة (0.21)، وبلغت للمجموعة التجريبية (0.10) وهذه القيم أكبر من (0.05)، وهذا يدل على أنّ التباينات متساوية بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي وهي متجانسة.

أما بالنسبة لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة فقد تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات مجموعات الدراسة (الضابطة والتجريبية) في متغير المستوى الاقتصادي للأسرة في اختبار ليفين لفحص التجانس، حيث بلغت الدلالة الإحصائية للمجموعة الضابطة (0.52)، وبلغت للمجموعة التجريبية (0.50) وهذه القيم أكبر من (0.05)، وهذا يدل على أنّ التباينات متساوية بالنسبة للمستوى الاقتصادي للأسرة وهي متجانسة، وهذا يشير الى تكافؤ مجموعات الدراسة وتجانسها (الضابطة والتجريبية) بالنسبة لمتغيرات (العمر، والمستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي للأسرة)، أي أنّ متغيرات (العمر، والمستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي للأسرة) لن تؤثر على نتائج الدراسة.

فحص البيانات:

أ- اعتدالية التوزيع:

للتحقق من التوزيع الطبيعي للبيانات قام الباحث باستخدام اختبار شابيرو ويلك (Shapiro

Wilk) لفحص توزيع البيانات، والجدول (5) يوضح ذلك:

جدول (5): يبين نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لشابيرو ويلك (Shapiro Wilk) لبيانات المجموعة

التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج

المجموعة	التطبيق	قيمة الاختبار	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
الضابطة	القياس القبلي	0.94	15	0.34
	القياس البعدي	0.96	15	0.60
التجريبية	القياس القبلي	0.88	15	0.09
	القياس البعدي	0.84	15	0.30

يتضح من خلال الجدول (5) أنّ قيمة الدلالة الإحصائية للقياس القبلي والقياس البعدي للمجموعتين (الضابطة والتجريبية) كانت أكبر من $(\alpha \leq 0.05)$ ، وهذا يدلّ على أنّ البيانات تتخذ شكل التوزيع الطبيعي، وهذا يتيح للباحث استخدام الاختبارات البارامترية (المعلمية) للإجابة عن أسئلة الدراسة والتحقق من صحة الفرضيات.

أ- القيم المتطرفة:

للتعرف على القيم المتطرفة، استُخدم اختبار ماهالانوبس (Mahalanobis Distance) لفحص وجود قيم متطرفة أم لا في البيانات، وقد تراوحت قيم ماهالانوبس (Mahalanobis Distance) بين (1.20 - 10.29) وهذه القيم أقلّ من قيمة مربع كاي (χ^2) الجدولية عند درجة حرية (3) ودلالة إحصائية (0.001)، أي أنّ جميع البيانات تقع ضمن النطاق، ولا يوجد بيانات شاذة أو قيم متطرفة.

رابعاً: أدوات الدراسة

أولاً: مقياس الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي: (إعداد الباحث)

وصف المقياس:

قام الباحث ببناء مقياس جديد للاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي، للتعرف على درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي لدى

عينة من المصابات بمرض سرطان الثدي، وقد تكوّن المقياس في صورته النهائية من (63) فقرة تمّت صياغتها بلغة واضحة وبسيطة، وهي موزّعة على ستّة أبعادٍ رئيسيّة؛ هي (الاكتئاب، قلق الموت، الاتزان الانفعاليّ، الحساسيّة الزائدة، العزلة النفسيّة، عدم الكفاية)، واستخدم الباحث مقياساً بتدرّج خماسيّ، واشتمل المقياس على مجموعة من البيانات الأساسيّة، مثل: عمر المصابة، المستوى التعليميّ، المستوى الاقتصاديّ للأسرة. وتمّ بناء المقياس وفق الخطوات الآتية:

- 1- الاطلاع على الإطار النظريّ السابق.
- 2- الاطلاع على العديد من الدراسات والاستبانات والمقاييس ذات العلاقة بالاضطرابات النفسيّة المصاحبة لمرض السرطان، منها: (عطوان، 2018)، (شدمي، 2015)، (أبو عيشة، 2017)، ومقاييس، مثل مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس القلق الصريح ل(تايلور).
- 3- تمّ عرض المقياس على مجموعة من المحكّمين المتخصّصين في الصّحة النفسيّة والإرشاد النفسيّ وتمّ إجراء تعديلاتٍ على بعض الفقرات، وحذف فقرات أخرى، وتكوّن المقياس بصورته النهائية من (63) فقرة مقسمّة على مجموعة من الأبعاد، وقد تكوّن المقياس من الأبعاد الآتية:

- 1-الاكتئاب: هو حالة من الحزن الشّديد والمستمرّ ينتج عن صدمات انفعاليّة شديدة، وعن ظروفٍ أليمةٍ تمرّ بها المصابة بسرطان الثدي، وتعبّر عنه الفقرات الآتية (1-11).
- 2-قلق الموت: حالة نفسيّة تظهر على شكل توتّر بشكل مستمرّ، نتيجة شعور الفرد بوجود خطر يهدّده، قد يؤدّي إلى موته، وهذا الخطر قد يكون موجوداً فعلاً، أو متخيلاً، تُعبّر عنه الفقرات الآتية (12-20).

3- الاتزان الانفعالي: هو حالة نفسية تظهر على شكل قلق نتيجة الاضطراب في الانفعالات

بسبب بعض الأفكار التي تراود الفرد، تُعبّر عنه الفقرات الآتية (21-39).

4- الحساسية الزائدة: هي حالة نفسية تظهر على الفرد نتيجة حدث مؤلم له علاقة بحياة الفرد،

وتُعبّر عنه الفقرات الآتية (40-47).

5- العزلة: هي حالة نفسية تظهر بسبب عدم الإحساس بالدعم الاجتماعي للمصابة بمرض

السرطان، مما يؤدي إلى تراجع العلاقات الاجتماعية، وتُعبّر عنه الفقرات الآتية (48-

56).

6- عدم الكفاية: هو شعور يظهر لدى مريضة السرطان، نابع من عدم قدرة المصابة على تلبية

الاحتياجات الشخصية والاجتماعية وتُعبّر عنه الفقرات الآتية (57-63).

إجراءات الصدق والثبات لمقياس الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان

الثدي:

أولاً: الصدق

- الصدق الظاهري: قام الباحث بعرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من

المحكّمين من ذوي الاختصاص في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، والبالغ عددهم (10)،

وقد تم حذف بعض الفقرات وتعديل البعض الآخر حيث كان عدد فقرات الاستبانة في

صورته الأولية مكون (69) فقرة ، كما تم دمج بعدي قلق الموت والقلق العام في مجال واحد

بناءً على طلب المحكّمين، وتكوّن بصورته النهائية من (63) فقرة موزعة على مجموعة من

الأبعاد.

- صدق الاتساق الداخلي:

تمّ حساب معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لفقرات كلّ مجال مع الدرجة الكلية للمجال، وذلك كما هو موضّح في جدول (6).

جدول (6): نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط كلّ فقرة من فقرات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي مع الدرجة الكلية للمجال.

رقم الفقرة	معامل ارتباط بيرسون (r)	القيمة الاحتمالية (Sig.)	رقم الفقرة	معامل ارتباط بيرسون (r)	القيمة الاحتمالية (Sig.)
البعد الأول: الاكتئاب			البعد الثاني: قلق الموت		
1	0.69**	0.00	12	0.68**	0.00
2	0.50**	0.01	13	0.74**	0.00
3	0.75**	0.00	14	0.63**	0.00
4	0.49**	0.01	15	0.59**	0.00
5	0.49**	0.01	16	0.70**	0.00
6	0.53**	0.00	17	0.47**	0.00
7	0.71**	0.00	18	0.87**	0.00
8	0.49**	0.01	19	0.54**	0.00
9	0.71**	0.00	20	0.78**	0.00
10	0.70**	0.00	البعد الثالث: الاتزان الانفعالي		
11	0.70**	0.00			
21	0.71**	0.00	31	0.75**	0.00
22	0.64**	0.00	32	0.57**	0.00
23	0.67**	0.00	33	0.61**	0.00
24	0.75**	0.00	34	0.66**	0.00
25	0.69**	0.00	35	0.55**	0.00
26	0.75**	0.00	36	0.69**	0.00
27	0.73**	0.00	37	0.69**	0.00
28	0.74**	0.00	38	0.49**	0.00
29	0.65**	0.00	39	0.74**	0.00
30	0.72**	0.00	البعد الرابع: الحساسية الزائدة		
البعد الخامس: العزلة النفسية			البعد السادس: العزلة النفسية		
40	0.78**	0.00	48	0.69**	0.001

رقم الفقرة	معامل ارتباط بيرسون (r)	القيمة الاحتمالية (Sig.)	رقم الفقرة	معامل ارتباط بيرسون (r)	القيمة الاحتمالية (Sig.)
41	0.80**	0.00	49	0.85**	0.013
42	0.71**	0.00	50	0.88**	0.011
43	0.78**	0.00	51	0.83**	0.004
44	0.84**	0.00	52	0.80**	0.010
45	0.78**	0.00	53	0.85**	0.010
46	0.85**	0.00	54	0.83**	0.000
47	0.76**	0.00	55	0.78**	0.001
			56	0.83**	0.000
البعد السادس: عدم الكفاية					
57	0.80**	0.00	61	0.84**	0.00
58	0.89**	0.00	62	0.83**	0.00
59	0.85**	0.00	63	0.84**	0.00
60	0.79**	0.00			

** دالة إحصائية عند ($\alpha \leq 0.01$)، * دالة إحصائية عند ($\alpha \leq 0.05$)

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى أن جميع قيم مصفوفة ارتباط فقرات كل مجال مع الدرجة الكلية للمجال دالة إحصائية، مما يشير إلى قوة الاتساق الداخلي لفقرات كل مجال من مجالات الدراسة، وهذا يعبر عن صدق المقياس المستخدم ككل.

وللتحقق من صدق الاتساق الداخلي للمجالات قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين

درجة كل مجال من مجالات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس، والجدول (7) يوضح ذلك.

جدول (7): مصفوفة معاملات ارتباط درجة كل مجال من مجالات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس.

عدم الكفاية	العزلة النفسية	الحساسية الزائدة	الاتزان الانفعالي	قلق الموت	الاكتئاب	الدرجة الكلية للاضطرابات النفسية	
					1	0.94**	الاكتئاب
				1	0.87**	0.91**	قلق الموت
			1	0.83**	0.88**	0.96**	الاتزان الانفعالي
		1	0.88**	0.82**	0.83**	0.93**	الحساسية الزائدة
	1	0.87**	0.83**	0.79**	0.85**	0.93**	العزلة النفسية
1	0.89**	0.85**	0.83**	0.80**	0.80**	0.91**	عدم الكفاية

** دالة إحصائية عند ($\alpha \leq 0.01$)، * دالة إحصائية عند ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من خلال البيانات الواردة في الجدول (7) أنّ جميع المجالات ترتبط بالدرجة الكلية للمقياس ارتباطاً ذا دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$)، حيث إنّ معامل ارتباط بيرسون للعلاقة بين درجة كلّ مجال والدرجة الكلية للمقياس كان دالاً، ممّا يشير إلى قوة الاتساق الداخليّ لفقرات المقياس، وأنها تشترك معاً في قياس الاضطرابات النفسيّة المصاحبة للإصابة بسرطان الثدي.

ثانياً: الثبات

- الثبات بطريقة الاتساق الداخلي:

قام الباحث بحساب الثبات بطريقة الاتساق الداخليّ، وبحساب معامل الثبات ألفا كرونباخ، وذلك كما هو موضّح في الجدول الآتي:

جدول (8): معاملات الثبات بطريقة الاتساق الداخلي

قيمة ألفا	عدد الفقرات	البعد
0.83	11	البعد الأول: الاكتئاب
0.83	9	البعد الثاني: قلق الموت
0.84	19	البعد الثالث: الاتزان الانفعالي
0.75	8	البعد الرابع: الحساسية الزائدة
0.79	9	البعد الخامس: العزلة النفسيّة
0.81	7	البعد السادس: عدم الكفاية
0.94	63	الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسيّة

تشير المعطيات الواردة في الجدول (8) إلى أنّ جميع قيم معاملات ثبات ألفا كرونباخ لجميع مجالات الدراسة وكذلك للدرجة الكلية مرتفعة، حيث تراوحت قيم معامل ثبات كرونباخ ألفا لمجالات المقياس بين (0.75 - 0.84)، وبلغ معامل ثبات كرونباخ ألفا للدرجة الكلية للمقياس (0.94)، ممّا يشير إلى أنّ المقياس يتمتّع بدرجة عالية من الثبات، وقابل لاعتماده لتحقيق أهداف الدراسة.

- الثبات بطريقة التجزئة النصفية

تمّ حساب معامل الارتباط بين درجات نصفي المقياس، حيث يتم تجزئة المقياس إلى نصفين متكافئين، ويتم إيجاد مجموع درجات المبحوثين لكل نصف من المقياس، ثمّ حساب معامل الارتباط بينهما، وتمّ استخدام معادلة سبيرمان براون للتصحيح، ومعادلة جتمان، وقد توصل الباحث إلى ما يلي:

جدول (9): الثبات بطريقة التجزئة النصفية

معامل جتمان	معامل الارتباط المصحح لسبيرمان براون	معامل الارتباط	عدد الفقرات	البعد
0.72*	0.73	0.57	11	الاكتئاب
0.75*	0.79	0.65	9	قلق الموت
0.79*	0.80	0.67	19	الاتزان الانفعالي
0.74	0.75**	0.64	8	الحساسية الزائدة
0.78*	0.78	0.64	9	العزلة النفسية
0.77*	0.79	0.66	7	عدم الكفاية
0.74*	0.75	0.60	63	الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسية

يتضح من الجدول (9) أنّ معاملات الارتباط، وكذلك معاملات الثبات لكلّ مجالات الدراسة كانت جيّدة، حيث تراوحت قيم معامل سبيرمان براون المصحح بين (0.73 - 0.80)، وبلغ معامل سبيرمان براون المصحح للدرجة الكلية للمقياس (0.75)، ممّا يشير إلى أنّ المقياس يتمتع بدرجة جيّدة من الثبات، وهذا يشير إلى أنّ المقياس صالح للتطبيق وتحقيق أهداف الدراسة.

- تصحيح المقياس:

استخدم الباحث مقياساً خماسيّ البدائل، حيث تمّ تقييم الاضطرابات النفسيّة المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي على عبارات المقياس، بحيث تُعطى الدرجات (1، 2، 3، 4، 5) للبدائل (كبيرة جداً، كبيرة، متوسطة، قليلة، قليلة جداً) على الترتيب، وتمّ قلب درجات الفقرات

(38، 50، 53، 56) بحيث تُعطى الدرجات (1، 2، 3، 4، 5) للبدائل (كبيرة جداً، كبيرة، متوسطة، قليلة، قليلة جداً) على الترتيب، وبعد ذلك يتم حساب مجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في المقياس (الدرجة الكلية)، وتكون الدرجة الدنيا التي يحصل عليها المفحوص هي (1=63=63×1)، والدرجة العليا التي يحصل عليها المفحوص هي (5=315=63×5)، بالتالي وبعد هذا الإجراء؛ فإنه كلما حصلت المفحوصة على مجموع مرتفع يكون مستوى الاضطرابات النفسية عندها عالياً، والعكس صحيح. وقد تم تقسيم طول السلم الخماسي إلى ثلاث فئات لمعرفة درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على مستوى الاضطرابات النفسية، وتم حساب فئات المقياس الخماسي كما يلي:

$$\text{مدى المقياس} = \frac{\text{الحد الأعلى للمقياس} - \text{الحد الأدنى للمقياس}}{\text{عدد الفئات}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

$$\text{مدى المقياس} = 1.33$$

$$\text{طول الفئة} = \text{مدى المقياس} \div \text{عدد الفئات} = 1.33 \div 3 = 0.44$$

$$1.33 = 3 \div 4 =$$

بإضافة طول الفئة (1.33) إلى الحد الأدنى لكل فئة نحصل على فئات المتوسطات الحسابية كما هو موضّح في الجدول (10):

جدول (10): فئات المتوسطات وفئات الدرجات لمستوى الاضطرابات النفسية

مستوى الموافقة	فئات الدرجات	المتوسط الحسابي
منخفض	147 – 63	2.33-1.00
متوسط	231 – 148	3.67-2.34
مرتفع	315 – 232	5.00-3.68

ثانياً: البرنامج الإرشادي (إعداد الباحث)

تم إعداد برنامج إرشادي جمعي للتقليل من مستوى الاضطرابات النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي، تم تطبيق البرنامج على عينة مكونة من (30) مصابة بسرطان الثدي من مركز (بيتنا)، وتكون البرنامج من (11) جلسة، بواقع جلستين بالأسبوع، ومدة الجلسة الواحدة تراوحت

بين (45-90 دقيقة). واستند البرنامج على الكتابة التأملية للتقليل من مستوى الاضطرابات

النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي. انظر الملحق (3) جلسات البرنامج الإرشادي.

صدق البرنامج الإرشادي: تمّ التحقّق من صدق البرنامج من خلال عرضه على مجموعة من

المحكّمين من ذوي الاختصاص في الصّحة النفسية والإرشاد النفسي، والبالغ عددهم (10)

محكّمين، وبناءً على ذلك تمّ إخراج البرنامج بشكله النهائي. انظر الملحق (4) أسماء

المحكّمين.

خامساً: إجراءات الدراسة

بعد تحديد مشكلة الدراسة، وأسئلتها، وأهدافها، وأهميّتها، وفرضيّاتها، وتحديد عينة الدراسة،

وحدودها تمّ تنفيذ الدراسة وفق الخطوات الآتية:

1. تمّ الاطلاع على الدارسات والبحوث السابقة والكتب المرتبطة بموضوع الدراسة الحالية.

2. تمّ أخذ رسالة مهمة لباحثٍ من جامعة الخليل لتسهيل مهمّة التنسيق مع مركز (بيتنا)

واقترنت هذه الدراسة على عينة من المصابات بمرض سرطان الثدي، والبالغ عددهنّ

(30) مصابةً من مركز (بيتنا).

3. تمّ عرض أدوات الدراسة على مجموعة من المحكّمين لإبداء آرائهم ومقترحاتهم بها، ومدى

ملاءمة هذه الأدوات مع البيئة الفلسطينية، وتمّ تعديل الأدوات والتأكد من الثبات والصدق

للأدوات، ثمّ تمّ الخروج بالصّورة النهائية.

4. تمّ تطبيق مقياس الدراسة القبليّ على عينة من المصابات بمرض سرطان الثدي، والبالغ

عددهنّ (30) مصابةً من مركز (بيتنا).

5. تمّ تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية، والمكون من (11) جلسةً إرشاديةً،

وفي مدّة زمنية تراوحت بين (45-90 دقيقة) للجلسة الواحدة.

6. تمّ تطبيق مقياس الاضطرابات النفسيّة البعديّ على المجموعة التجريبية للتأكد من أثر البرنامج في خفض مستوى الاضطرابات النفسيّة المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي.

7. تمّ إدخال البيانات في الحاسب الآليّ، وتمّ تحليل البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الإنسانية والاجتماعيّة (SPSS).

سادساً: المعالجة الإحصائية

استخدم الباحث النسخة (26) من برنامج:

(SPSS): (Statistical Package for the Social Sciences)

ومن أجل الحصول على نتائج الدراسة استُخدمت الأساليب والاختبارات الإحصائية الآتية:

- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
- معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) لمعرفة ثبات فقرات مقياس الاضطرابات النفسية المستخدم.
- معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (Split half methods) استُخدم للتأكد من أن المقياس يتمتّع بدرجاتٍ ثابتٍ مرتفعةٍ.
- معامل ارتباط بيرسون (Person Correlation Coefficient) للتحقق من صدق الاتساق الداخليّ بين فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسيّة المستخدم في الدراسة.
- اختبار شابيرو ويلك (Shapiro Wilk) لفحص مدى اتباع البيانات للتوزيع الطبيعيّ من عدمه.

- اختبار (ت) (Independent Sample T-test) للتعرف على الفروق بين متوسطات درجات المفحوصين لجميع أبعاد الدراسة.
- اختبار (ت) (Paired Sample T-test) للعينات المرتبطة؛ وذلك بهدف معرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين القياس القبلي، والقياس البعدي لأبعاد الدراسة.
- مربع إيتا (η^2) للتأكد من أنّ حجم الفروق الناتجة هي فروقٌ حقيقيةٌ تعود إلى متغيرات الدراسة.
- معادلة الكسب لبلاك (Blake Gain Ratio) للتعرف على فاعلية البرنامج المستخدم في خفض الاضطرابات النفسية لدى مريضات سرطان الثدي.
- اختبار تحليل التباين المتعدد (MANOVA) للمقارنة بين المتوسطات أو التوصل إلى قرار يتعلّق بوجود فروق بين المتوسطات أو عدم وجودها.
- اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية لإيجاد مصدر الفروق.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

مقدمة:

يقوم الباحث في هذا الفصل بعرض النتائج التي أسفر عنها التحليل الإحصائي للبيانات، للإجابة عن أسئلة الدراسة وفرضياتها.

نتائج أسئلة الدراسة:

نتائج سؤال الدراسة الرئيس: ما أثر الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسية

المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل؟

للإجابة عن السؤال الثاني قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

للمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاضطرابات النفسية والجدول (11)

يوضح ذلك:

جدول (11): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي

على مقياس الاضطرابات النفسية

الرقم	الفقرة	القياس القبلي			القياس البعدي		
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1	أشعر بالحزن بسبب مرضي	3.80	0.68	مرتفعة	1.67	0.90	منخفضة
2	أبكي في هذه الأيام أكثر من ذي قبل (قبل المرض)	3.87	0.83	مرتفعة	2.27	1.16	منخفضة
3	شهيتي للطعام ليست جيدة	3.93	0.96	مرتفعة	1.67	0.72	منخفضة
4	أعاني من اضطرابات في النوم	4.00	0.76	مرتفعة	1.87	0.99	منخفضة
5	لديّ انزعاج من مستوى صحتي أكثر من ذي قبل	3.60	0.74	مرتفعة	2.13	0.83	منخفضة
6	أفتقد إلى المتعة بالأشياء وأشعر بعدم بالرضا عنها.	4.13	0.64	مرتفعة	1.80	0.94	منخفضة
7	ألوم نفسي بسبب مرضي	4.40	0.74	مرتفعة	1.67	0.90	منخفضة
8	ألاحظ تغييرات باهتماماتي الجنسية بعد المرض	3.93	0.80	مرتفعة	2.07	1.10	منخفضة
9	أشعر بأن مظهري غير مناسب الآن	4.33	0.98	مرتفعة	1.40	0.63	منخفضة
10	أشعر بأنني إنسانه فاشلة بسبب وقوعي في المرض	4.33	0.98	مرتفعة	1.47	0.64	منخفضة
11	أشعر بأنني أستحق ما يحدث لي من عقاب	4.07	1.03	مرتفعة	1.53	0.64	منخفضة
	الدرجة الكلية لاضطراب الاكتئاب	4.04	0.83	مرتفعة	1.78	0.86	منخفضة
12	أتجنب زيارة مريضة بسرطان الثدي	4.13	0.83	مرتفعة	2.00	1.00	منخفضة
13	أتخيل نفسي مكان امرأة ميتة بسبب سرطان الثدي	4.33	0.82	مرتفعة	2.07	1.22	منخفضة
14	يزداد قلقي لدى سماعي بموت امرأة مصابه بسرطان الثدي	3.80	0.68	مرتفعة	2.00	1.13	منخفضة
15	أخاف إجراء عملية جراحية ولو بسيطة	4.00	0.76	مرتفعة	2.13	1.19	منخفضة
16	لدي إحساس أن نهاية سرطان الثدي هو الموت السريع	3.93	0.80	مرتفعة	2.13	1.19	منخفضة
17	أرى في أحلامي كثيراً من الأموات	4.13	0.64	مرتفعة	2.07	1.10	منخفضة

الرقم	الفقرة	القياس القبلي			القياس البعدي							
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة					
18	أخشى من عذاب القبر	3.93	0.59	مرتفعة	2.20	1.08	منخفضة					
19	أقلق لأي مرض أصاب به ولو بسيطاً	3.40	0.51	مرتفعة	2.27	1.22	منخفضة					
20	أمتنع عن السفر والتنقل لتجنب الموت بسبب حوادث السير	3.87	0.83	مرتفعة	2.00	1.00	منخفضة					
الدرجة الكلية لاضطراب قلق الموت							3.95	0.72	مرتفعة	2.10	1.13	منخفضة
21	يحيطني القلق باستمرار	3.73	0.88	مرتفعة	2.27	1.28	منخفضة					
22	نومي مضطرب ومقطع	3.87	0.83	مرتفعة	2.07	1.33	منخفضة					
23	كثيراً ما أشعر أن قلبي يخفق بسرعة	4.13	0.83	مرتفعة	2.20	1.21	منخفضة					
24	مخاوف كثيرة مقارنة بالآخرين	4.00	0.76	مرتفعة	2.47	1.30	منخفضة					
25	أشعر بالضجر والضييق في كثير من الأحيان	4.00	0.76	مرتفعة	2.33	1.18	منخفضة					
26	سبق وتعرضت للانهيار العصبي	3.87	0.64	مرتفعة	1.60	0.83	منخفضة					
27	أشعر وكأنني أتمزق	4.00	0.76	مرتفعة	1.53	0.83	منخفضة					
28	تنتابني رعدة في اليدين والساقين	4.20	0.77	مرتفعة	1.87	1.19	منخفضة					
29	أخاف إجراء عملية جراحية	3.67	0.72	متوسطة	1.93	1.03	منخفضة					
30	يصعب علي ضبط انفعالاتي	4.13	0.83	مرتفعة	1.40	0.74	منخفضة					
31	أشعر أنني سريع الغضب	4.00	0.53	مرتفعة	1.67	0.90	منخفضة					
32	أشعر بالتوتر الشديد دون مبرر	4.00	0.53	مرتفعة	1.67	0.90	منخفضة					
33	أشعر بالخوف من حدوث أشياء مفاجئة لي	3.53	0.52	متوسطة	2.13	0.83	منخفضة					
34	أؤثر عند أي موقف مفاجئ	3.80	0.68	مرتفعة	2.20	1.01	منخفضة					
35	أنقل بدرجة عالية وبشكل مفاجئ	3.53	0.52	متوسطة	1.93	0.96	منخفضة					
36	أشعر بأنني لا أتحكم في عواطفی وانفعالاتي عند المرض	3.67	0.49	متوسطة	1.53	0.74	منخفضة					
37	أتردد كثيراً عند القيام بأي عمل	3.93	0.59	مرتفعة	1.60	0.91	منخفضة					
38	أتحكم بأعصابي عند المواقف الطارئة	3.73	0.46	مرتفعة	2.07	0.88	منخفضة					
39	أصرف بانفعالات متناقضة إزاء الموقف الواحد	3.67	0.72	متوسطة	2.13	1.13	منخفضة					
الدرجة الكلية لاضطراب الاتزان الانفعالي							3.87	0.68	مرتفعة	1.93	1.01	منخفضة
40	صورتني عن ذاتي الجسمية مصدر للحساسيه الزائدة عندي	3.67	0.72	متوسطة	1.80	0.68	منخفضة					
41	أشعر بحساسيه زائدة عند الحديث عن الامراض	3.87	0.83	مرتفعة	1.87	0.74	منخفضة					
42	أتخيل ان الآخرين يركزون في نظرم على صدري	3.67	0.72	متوسطة	2.27	0.96	منخفضة					
43	أتجنب المشاركة في نقاشات ذات طابع صحي اجتماعي	3.60	0.74	متوسطة	1.73	0.70	منخفضة					
44	أشعر في كثير من الأحيان أنني لا افهم قصد الآخرين في الحديث	3.93	0.59	مرتفعة	2.07	1.03	منخفضة					
45	أبدي أحياناً مشاعر اللامبالاة اتجاه قضايا تخصني	3.67	0.90	متوسطة	1.87	0.99	منخفضة					
46	تقتي بأقرب الأشخاص الي متدنية	3.53	0.52	متوسطة	1.60	0.63	منخفضة					
47	أشعر أنني خجولة	4.07	0.88	مرتفعة	2.13	1.30	منخفضة					
الدرجة الكلية لاضطراب الحساسيه الزائدة							3.75	0.74	مرتفعة	1.92	0.88	منخفضة
48	أشعر بأن ثقة الناس لي قد تراجعت	4.33	0.62	مرتفعة	1.67	1.05	منخفضة					
49	أشعر أن علاقاتي الاجتماعية في أدنى مستوى	3.67	0.72	متوسطة	1.27	0.46	منخفضة					
50	أشعر بالراحة عندما أكون بعيداً عن الآخرين	4.20	0.56	مرتفعة	1.20	0.56	منخفضة					
51	أتجنب مشاركة الآخرين في المناسبات الاجتماعية	3.93	0.80	متوسطة	1.80	1.08	منخفضة					
52	مهاراتي الاجتماعية تراجعت بعد المرض	3.67	0.72	متوسطة	1.73	0.70	منخفضة					
53	لا أكثرث برأي الآخرين	3.67	0.49	متوسطة	1.67	0.82	منخفضة					

الرقم	الفقرة	القياس القبلي			القياس البعدي		
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
54	أشعر أنني لا أستطيع تقديم المساعدة للآخرين	4.00	0.65	مرتفعة	1.73	1.10	منخفضة
55	علاقتي الاجتماعية مع الآخرين سطحية	3.93	0.59	مرتفعة	1.20	0.41	منخفضة
56	أستطيع التواصل مع الآخرين بكل سهوله	3.87	0.35	مرتفعة	1.47	0.74	منخفضة
	الدرجة الكلية لاضطراب العزلة النفسية	3.92	0.61	مرتفعة	1.53	0.77	منخفضة
57	أشعر أنني غير قادره على إشباع حاجاتي	3.60	0.74	متوسطة	2.07	0.96	منخفضة
58	أشعر أنني غير قادره على تحمل مسؤولياتي الشخصية والاجتماعية	3.80	0.68	مرتفعة	2.20	1.21	منخفضة
59	لا أميل الى انجاز المهام في الوقت المناسب وبالمستوى المطلوب	4.27	0.70	مرتفعة	1.93	1.22	منخفضة
60	أميل الى الانسحاب من مواجهه أي موقف صعب ومن أي تحدٍ	3.87	0.83	مرتفعة	2.13	1.19	منخفضة
61	أعاني من تأثير التفكير السلبي في أمور حياتي	3.87	0.83	مرتفعة	1.60	0.74	منخفضة
62	لا أستطيع اتخاذ أي قرار بمفردي	3.80	0.68	مرتفعة	1.80	1.01	منخفضة
63	مرضي سبب لي شعوراً بعدم الكفاية في مختلف جوانب الحياه	3.87	0.64	مرتفعة	1.60	0.83	منخفضة
	الدرجة الكلية لاضطراب عدم الكفاية	3.87	0.73	مرتفعة	1.90	1.02	منخفضة
	الدرجة الكلية للاضطرابات النفسية ككل	3.90	0.71	مرتفعة	1.86	0.95	منخفضة

يتضح من الجدول (11) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاضطرابات النفسية. وللتحقق من دلالة الفروق، استخدم اختبار (ت) للعينات المرتبطة (Paired-Sample T-Test) للتعرف على الفروق في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاضطرابات النفسية قبل تطبيق البرنامج وبعده كما هو موضح في جدول (12).

جدول (12): نتائج اختبار (ت) للعينات المرتبطة (Paired-Sample T-Test) وقيمة الدلالة ومستوى الدلالة للدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسية للتعرف على الفروق في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده (ن=15)

المتغير	التطبيق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية المحسوبة
الاكتئاب	قبلي	44.40	6.77	8.45	0.00
	بعدي	19.53	6.58		
قلق الموت	قبلي	35.53	4.53	6.24	0.00
	بعدي	18.87	9.66		
الاتزان الانفعالي	قبلي	73.47	6.85	11.87	0.00
	بعدي	36.60	14.35		
الحساسية الزائدة	قبلي	34.33	4.42	13.88	0.00
	بعدي	17.00	6.20		
العزلة النفسية	قبلي	35.27	3.77	14.59	0.00
	بعدي	13.73	3.95		
عدم الكفاية	قبلي	27.07	3.92	10.12	0.00
	بعدي	13.33	5.65		

المتغير	التطبيق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية المحسوبة
الدرجة الكلية للمقياس	قبلي	245.73	23.85	10.99	0.00
	بعدي	117.40	43.89		

** دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، * دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، درجات الحرية = 14
قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) = 2.15، قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) = 2.98

يتضح من الجدول (12) أن قيمة (ت) المحسوبة للدرجة الكلية للمقياس ولكافة مجالاته كانت أكبر من قيمة (ت) الجدولية عن مستوى دلالة (0.01) التي تساوي (2.98)، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسية ومجالاته بين التطبيقين القبلي والبعدي في درجات الاضطرابات النفسية لأفراد المجموعة التجريبية، ولصالح التطبيق البعدي، مما يعني أن درجات الاضطرابات النفسية قد انخفضت بشكل ملحوظ بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، الأمر الذي يدل على أثر البرنامج الإرشادي المطبق. ولمعرفة حجم تأثير البرنامج الإرشادي، استخدم الباحث معادلة مربع إيتا (η^2) التالية:

$$\eta^2 = \frac{t^2}{t^2 + df}$$

حيث (t): قيمة اختبار (ت)، (df): درجات الحرية

جدول (13): الجدول المرجعي المقترح لتحديد مستويات حجم التأثير بالنسبة لمقياس الاضطرابات النفسية.

حجم التأثير	الأداة المستخدمة	
	صغير	متوسط
كبير	0.01	0.06
كبير	0.01	0.14 فأكثر

الجدول (13) يوضح درجات التأثير للبرنامج المبني على الكتابة التأملية من الاضطرابات

النفسية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي:

جدول (14): يبين درجات التأثير للبرنامج المبني على الكتابة التأملية من الاضطرابات النفسية بعد

تطبيق البرنامج الإرشادي

الأبعاد	قيمة (ت)	مربع إيتا (η^2)	حجم التأثير
الاكتئاب	8.45	0.84	كبير
قلق الموت	6.24	0.74	كبير

كبير	0.91	11.87	الاتزان الانفعالي
كبير	0.93	13.88	الحساسية الزائدة
كبير	0.94	14.59	العزلة النفسية
كبير	0.88	10.12	عدم الكفاية
كبير	0.90	10.99	الدرجة الكلية للمقياس

يتبين من خلال الجدول (14) أنّ حجم التأثير للبرنامج الإرشادي كان كبيراً بالنسبة لتأثيره على أفراد المجموعة التجريبية التي خضعت للمعالجة باستخدام الكتابة التأملية، حيث بلغ حجم تأثير البرنامج الإرشاديّ (الكتابة التأملية) (90%). وهذا يعني أن البرنامج الإرشادي أثر بشكل كبير في التقليل من الاضطرابات النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية باستخدام الكتابة التأملية.

ولمعرفة مدى فاعلية البرنامج الإرشادي وقدرته على خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل، استخدم معدل الكسب لبلاك الذي حدده بأكبر أو يساوي (1.2)، وذلك من خلال تطبيق المعادلة الآتية:

$$\text{نسبة الكسب} = \frac{\text{ص} - \text{س}}{\text{د}} + \frac{\text{ص} - \text{س}}{\text{د} - \text{س}}$$

ص: متوسط الدرجات على القياس البعدي للمجموعة التجريبية

س: متوسط الدرجات على القياس القبلي للمجموعة التجريبية

د: الدرجة العظمى على المقياس

بتطبيق هذه القيم في معادلة الكسب لبلاك يتضح ذلك من خلال الجدول (15):

جدول (15): يوضح مدى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل حسب معدل الكسب لبلاك (1.2)

المتغير	الدرجة العظمى (د)	س	ص	ص-س	د-س	نسبة الكسب
الاكتئاب	55	44.40	19.53	-24.87	10.60	-2.80
قلق الموت	45	35.53	18.87	-16.66	9.47	-2.13
الاتزان الانفعالي	95	73.47	36.60	-36.87	21.53	-2.10
الحساسية الزائدة	40	34.33	17.00	-17.33	5.67	-3.49
العزلة النفسية	45	35.27	13.73	-21.54	9.73	-2.69

-2.13	7.93	-13.74	13.33	27.07	35	عدم الكفاية
-2.26	69.27	-128.33	117.40	245.73	315	الدرجة الكلية للمقياس

يتضح من الجدول (15) وبالاعتماد على البيانات الواردة في الجدول (13) أن نسبة

الكسب المحسوبة لبلاك للدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسية ومجالاته في القياسين القبلي

والبعدي للمجموعة التجريبية بلغت الترتيب الاتي (-2.26، -2.8، -2.13، -2.10، -

3.49، -2.69، -2.13)، وهذه النسب سالبة بسبب أن البرنامج هدفه خفض الاضطرابات

النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل بمعنى الحصول على

درجات منخفضة في القياس البعدي، وبمقارنة القيمة المطلقة لهذه القيم بالحد الأدنى للنسبة

التي اقترحها بلاك وهي (1.2) يتبين أن جميعها تجاوزت النسبة التي حددها بلاك لقياس

الفاعلية، وهذا يشير إلى أن البرنامج الإرشادي المتعلق بالكتابة التأملية قد حقق فاعلية مرتفعة

في خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل.

نتائج سؤال الدراسة الأول: ما مستوى الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان

الثدي في محافظة الخليل؟

للإجابة عن التساؤل الأول، تمّ حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان

النسبية لمستوى الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة

الخليل على القياس القبلي لأفراد عينة الدراسة، والجدول (16) يوضّح ذلك:

جدول (16): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة

بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل على القياس القبلي لأفراد عينة الدراسة، مرتبة تنازلياً (ن=30)

رقم الفقرة	مؤشرات الإضرابات النفسية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	مستوى الموافقة
7	ألم نفسي بسبب مرضي	4.40	0.86	88.0	1	مرتفع
9	أشعر بأنّ مظهري غير مناسب الآن	4.33	1.03	86.6	2	مرتفع
10	أشعر بأنني إنسانه فاشلة بسبب وقوعي في المرض	4.30	0.95	86.0	3	مرتفع
11	أشعر بأنني أستحق ما يحدث لي من عقاب	4.23	1.04	84.6	4	مرتفع
8	الاحظ تغييرات باهتماماتي الجنسية بعد المرض	4.17	0.83	83.4	5	مرتفع

رقم الفقرة	مؤشرات الإضرابات النفسية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	مستوى الموافقة
4	أعاني من اضطرابات في النوم	4.00	1.02	80.0	6	مرتفع
6	أفتقد إلى المتعة بالأشياء وأشعر بعدم الرضا عنها.	4.00	1.08	80.0	6م	مرتفع
2	أبكي في هذه الأيام أكثر من ذي قبل (قبل المرض)	3.83	1.15	76.6	7	مرتفع
3	شهيتي للطعام ليست جيدة	3.77	1.14	75.4	8	مرتفع
1	أشعر بالحزن بسبب مرضي	3.73	0.98	74.6	9	مرتفع
5	لدي انزعاج من مستوى صحي أكثر من ذي قبل	3.67	0.96	73.4	10	متوسط
	الدرجة الكلية لاضطراب الاكتئاب	4.04	1.00	80.8	1	مرتفع
17	أرى في أحلامي كثيراً من الأموات	4.17	0.87	83.4	1	مرتفع
12	أتجنب زيارة مريضة بسرطان الثدي	4.03	1.13	80.6	2	مرتفع
20	أمتنع عن السفر والتنقل لتجنب الموت بسبب حوادث السير	3.97	1.00	79.4	3	مرتفع
13	أتخيل نفسي مكان امرأة ميتة بسبب سرطان الثدي	3.97	1.22	79.4	3م	مرتفع
18	أخشى من عذاب القبر	3.93	0.98	78.6	4	مرتفع
15	أخاف أن أجري عملية جراحية ولو بسيطة	3.90	1.03	78.0	5	مرتفع
19	أقلق لأي مرض أصاب به ولو بسيطاً	3.83	0.87	76.6	6	مرتفع
14	يزداد قلقي لدى سماعي بموت امرأة مصابة بسرطان الثدي	3.70	1.09	74.0	7	مرتفع
16	لدي إحساس أنّ نهاية سرطان الثدي هو الموت السريع	3.70	1.18	74.0	7م	مرتفع
	الدرجة الكلية لاضطراب قلق الموت	3.91	1.04	78.2	4	مرتفع
24	مخاوفي كثيرة مقارنة بالآخرين	4.33	0.80	86.6	1	مرتفع
23	كثيراً ما أشعر أنّ قلبي يخفق بسرعة	4.13	1.01	82.6	2	مرتفع
25	أشعر بالضجر والضيق في كثير من الأحيان	4.10	0.88	82.0	3	مرتفع
28	تنتابني رعشة في اليدين والساقين	4.10	0.99	82.0	3م	مرتفع
27	أشعر وكأنني أتمزق	4.00	0.95	80.0	4	مرتفع
34	أؤثر عند أي موقف مفاجئ	3.97	0.81	79.4	5	مرتفع
33	أشعر بالخوف من حدوث أشياء مفاجئة لي	3.97	0.85	79.4	5م	مرتفع
30	يصعب عليّ ضبط انفعالاتي	3.97	1.07	79.4	5م	مرتفع
32	أشعر بالتوتر الشديد دون مبرر	3.93	0.91	78.6	6	مرتفع
21	يحيطني القلق باستمرار	3.90	1.09	78.0	7	مرتفع
31	أشعر أنني سريع الغضب	3.87	0.94	77.4	8	مرتفع
37	أتردد كثيراً عند القيام بأي عمل	3.80	0.96	76.0	9	مرتفع
29	أخاف من إجراء عملية جراحية	3.80	0.96	76.0	9م	مرتفع
22	نومي مضطرب ومتقطع	3.80	1.06	76.0	9م	مرتفع
35	أنتقل بدرجة عالية وبشكل مفاجئ	3.77	0.82	75.4	10	مرتفع
36	أشعر بأنني لا أتحكم في عواظي وانفعالاتي عند المرض	3.77	0.82	75.4	10م	مرتفع
39	أصرف بانفعالات متناقضة إزاء الموقف الواحد	3.63	0.89	72.6	11	متوسط
26	سبق وتعرضت للانهيار العصبي	3.63	1.03	72.6	11م	متوسط
38	أتحكم بأعصابي عند المواقف الطارئة	3.53	0.86	70.6	12	متوسط
	الدرجة الكلية لاضطراب الاتزان الانفعالي	3.89	0.93	77.8	5	مرتفع
44	أشعر في كثير من الأحيان أنني لا أفهم قصد الآخرين في الحديث	3.87	0.90	77.4	1	مرتفع
47	أشعر أنني خجولة	3.73	1.20	74.6	2	مرتفع
42	أتخيل ان الآخرين يركزون في نظرم على صدري	3.70	1.06	74.0	3	مرتفع

رقم الفقرة	مؤشرات الاضطرابات النفسية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	مستوى الموافقة
41	أشعر بحساسيه زائدة عند الحديث عن الامراض	3.67	1.06	73.4	4	متوسط
43	أتجنب المشاركة في نقاشات ذات طابع صحي اجتماعي	3.63	0.85	72.6	5	متوسط
46	تقتي بأقرب الأشخاص الي متدنية	3.60	0.89	72.0	6	متوسط
40	صورتني عن ذاتي الجسمية مصدر للحساسية الزائدة عندي	3.57	0.94	71.4	7	متوسط
45	أبدي أحيانا مشاعر اللامبالاة اتجاه قضايا تخصني	3.50	1.14	70.0	8	متوسط
	الدرجة الكلية لاضطراب الحساسية الزائدة	3.66	1.00	73.2	6	متوسط
50	أشعر بالراحة عندما أكون بعيده عن الاخرين	4.20	0.85	84.0	1	مرتفع
52	مهاراتي الاجتماعية تراجع بعد المرض	4.13	0.86	82.6	2	مرتفع
53	لا يهمني رأي الاخرين في	4.10	0.76	82.0	3	مرتفع
54	أشعر أني لا أستطيع تقديم المساعدة للآخرين	4.07	0.94	81.4	4	مرتفع
55	علاقاتي الاجتماعية مع الاخرين سطحية	4.03	0.93	80.6	5	مرتفع
49	أشعر أن علاقاتي الاجتماعية في أدنى مستوى	4.03	1.00	80.6	5م	مرتفع
56	أستطيع التواصل مع الاخرين بكل سهوله	3.90	0.96	78.0	6	مرتفع
51	أتجنب مشاركة الاخرين في المناسبات الاجتماعية	3.90	1.03	78.0	6م	مرتفع
48	أشعر بأن ثقة الناس لي قد تراجعت	3.80	1.35	76.0	7	مرتفع
	الدرجة الكلية لاضطراب العزلة النفسية	4.02	0.96	80.4	2	مرتفع
59	لا أميل الى إجاز المهام في الوقت المناسب وبالمستوى المطلوب	4.27	0.87	85.4	1	مرتفع
58	أشعر أنني غير قادرة على تحمّل مسؤولياتي الشخصية والاجتماعية	3.97	0.85	79.4	2	مرتفع
60	أميل الى الانسحاب من مواجهه أي موقف صعب ومن أي تحد	3.97	0.96	79.4	2م	مرتفع
62	لا أستطيع اتخاذ أي قرار بمفردي	3.93	1.01	78.6	3	مرتفع
61	أعاني من تأثير التفكير السلبي في أمور حياتي	3.93	1.01	78.6	3م	مرتفع
63	مرضي سبب لي شعورا بعدم الكفاية في مختلف جوانب الحياة	3.90	0.88	78.0	4	مرتفع
57	أشعر أنني غير قادرة على إشباع حاجاتي	3.83	0.99	76.6	5	مرتفع
	الدرجة الكلية لاضطراب عدم الكفاية	3.97	0.94	79.4	3	مرتفع
	الدرجة الكلية للاضطرابات النفسية ككل	3.92	0.97	78.4		مرتفع

تشير المعطيات الواردة في الجدول (16) إلى أنّ مستوى الاضطرابات النفسية المصاحبة

للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل على القياس القبلي لأفراد عينة الدراسة جاء

مرتفعاً، إذ بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمستوى الاضطرابات النفسية (3.92) ونسبة

مئوية (78.4%).

يتضح من الجدول (16) أنّ اضطراب (الاكتئاب) احتلّ المركز الأول بمتوسط حسابي بلغ

(4.04) ونسبة مئوية بلغت (80.8%)، وحصلت الفقرة (7) على أعلى درجة موافقة بالنسبة

لاضطراب الاكتئاب، والتي نصها (ألوم نفسي بسبب مرضي)، بينما حصلت الفقرة (5) على أقل درجة موافقة بالنسبة لاضطراب (الاكتئاب) والتي نصها (لدي انزعاج من مستوى صحي أكثر من ذي قبل).

وجاء في المركز الثاني اضطراب (العزلة النفسية) بمتوسط حسابي بلغ (4.02) ونسبة مئوية بلغت (80.4%)، وحصلت الفقرة (50) على أعلى درجة موافقة بالنسبة لاضطراب العزلة النفسية والتي نصها (أشعر بالراحة عندما أكون بعيداً عن الآخرين)، بينما حصلت الفقرة (48) على أقل درجة موافقة بالنسبة لاضطراب العزلة النفسية والتي نصها (أشعر بأن ثقة الناس لي قد تراجعت).

أما المركز الثالث فاحتله اضطراب (عدم الكفاية) بمتوسط حسابي بلغ (3.97) ونسبة مئوية بلغت (79.4%)، وحصلت الفقرة (59) على أعلى درجة موافقة بالنسبة لاضطراب عدم الكفاية والتي نصها (لا أميل إلى إنجاز المهام في الوقت المناسب وبالمستوى المطلوب)، بينما حصلت الفقرة (57) على أقل درجة موافقة بالنسبة لاضطراب عدم الكفاية والتي نصها (أشعر أنني غير قادره على إشباع حاجاتي).

وجاء في المركز الرابع اضطراب (قلق الموت) بمتوسط حسابي بلغ (3.91) ونسبة مئوية بلغت (78.2%)، وحصلت الفقرة (17) على أعلى درجة موافقة بالنسبة لاضطراب (قلق الموت) والتي نصها (أرى في أحلامي كثير من الأموات)، بينما حصلت الفقرة (16) على أقل درجة موافقة بالنسبة لاضطراب قلق الموت والتي نصها (لدي إحساس أن نهاية سرطان الثدي هو الموت السريع).

وجاء في المركز الخامس اضطراب (الاتزان الانفعالي) بمتوسط حسابي بلغ (3.89) ونسبة مئوية بلغت (77.8%)، وحصلت الفقرة (24) على أعلى درجة موافقة بالنسبة لاضطراب

الاتزان الانفعالي والتي نصها (مخاوفي كثيرة مقارنة بالآخرين)، بينما حصلت الفقرة (38) على أقل درجة موافقة بالنسبة لاضطراب الاتزان الانفعالي والتي نصها (أتحكم بأعصابي عند المواقف الطارئة).

وأخيراً جاء في المركز السادس اضطراب الحساسية الزائدة بمتوسط حسابي بلغ (3.66) ونسبة مئوية بلغت (73.2%)، وحصلت الفقرة (44) على أعلى درجة موافقة بالنسبة لاضطراب الحساسية الزائدة والتي نصها (أشعر في كثير من الأحيان انني لا افهم قصد الاخرين في الحديث)، بينما حصلت الفقرة (45) على أقل درجة موافقة بالنسبة لاضطراب (الحساسية الزائدة) والتي نصها (أبدي أحيانا مشاعر اللامبالاة اتجاه قضايا تخصني).

السؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الاضطرابات النفسية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

للإجابة عن السؤال الثالث، استُخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent-Sample T-Test) لإيجاد الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الاضطرابات النفسية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، والجدول (17) يوضح ذلك:

جدول (17): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent-Sample T-Test) للفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الاضطرابات النفسية بعد تطبيق البرنامج

الإرشادي (ن(ض)=15، ن(ت)=15)

المتغير	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الاكتئاب	ضابطة	26.33	6.52	2.84**	0.01
	تجريبية	19.53	6.58		
قلق الموت	ضابطة	20.60	5.97	0.59	0.56

المتغير	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الاتزان الانفعالي	تجريبية	18.87	9.66	3.13**	0.00
	ضابطة	54.20	16.38		
الحساسية الزائدة	تجريبية	36.60	14.35	2.34*	0.03
	ضابطة	22.80	7.31		
العزلة النفسية	تجريبية	17.00	6.20	5.28**	0.00
	ضابطة	23.20	5.71		
عدم الكفاية	تجريبية	13.73	3.95	3.11**	0.00
	ضابطة	20.13	6.29		
الدرجة الكلية	ضابطة	165.40	37.71	3.21**	0.00
	تجريبية	117.40	43.89		

** دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، * دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، درجات الحرية = 28
 قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) = 2.048، قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) = 2.763

من خلال النتائج الواردة في جدول (17) تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الاضطرابات النفسية لدى المصابات بمرض سرطان الثدي بين المجموعتين (الضابطة /التجريبية) في القياس البعدي، حيث ظهرت فروق دالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسية وفي مجالات (الاكتئاب، والاتزان الانفعالي، والحساسية الزائدة، والعزلة النفسية، وعدم الكفاية)، فقد بلغت قيم (ت) المحسوبة للدرجة الكلية ولهذه المجالات على الترتيب (3.21، 2.84، 3.13، 2.34، 5.28، 3.11) وجميعها أكبر من قيمة (ت) الجدولية (2.048) عند مستوى دلالة (0.05)، وكانت الفروق لصالح أفراد المجموعة التجريبية على القياس البعدي الذين خضعوا لجلسات البرنامج الإرشادي، حيث كان متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسية (117.40) مقابل (165.40) لأفراد المجموعة الضابطة، وهذا يدل على أن البرنامج الإرشادي خفض الاضطرابات النفسية لدى أفراد المجموعة الضابطة.

في حين لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات اضطراب (قلق الموت) بين أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) على القياس البعدي، حيث بلغت قيمة (ت)

المحسوبة (0.59) بدلالة إحصائية بلغت (0.56)، وهي أصغر من قيمة (ت) الجدولية (2.048) عند مستوى الدلالة (0.05) وغير دالة إحصائياً.

السؤال الثالث: هل تختلف متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي باختلاف (العمر، والمستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي للأسرة)؟

للإجابة عن هذا السؤال الرابع، استُخدم اختبار تحليل التباين المتعدد (MANOVA) لغايات فحص الفروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغيرات (العمر، والمستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي للأسرة)، وذلك كما يشير الجدول (18):

الجدول (18): يبين نتائج تحليل التباين الثلاثي (Three Way Anova) لمتوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغيرات (العمر، والمستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي للأسرة)

الدلالة الإحصائية	قيمة (ف) المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	المتغيرات التابعة	مصدر التباين
0.28	1.25	10.65	1	10.65	الاكتئاب	العمر Wilks' Lambda= (0.632) الدلالة الإحصائية=0.262
0.71	0.14	3.38	1	3.38	قلق الموت	
0.29	1.17	68.19	1	68.19	الاتزان الانفعالي	
0.21	1.67	14.92	1	14.92	الحساسية الزائدة	
0.15	2.20	32.75	1	32.75	العزلة النفسية	
0.90	0.02	0.22	1	0.22	عدم الكفاية	
0.86	0.03	5.80	1	5.80	الدرجة الكلية	
0.13	2.27	19.45	2	38.89	الاكتئاب	المستوى التعليمي Wilks' Lambda= (0.144) الدلالة الإحصائية=0.000**
0.01	5.99**	141.50	2	283.00	قلق الموت	
0.24	1.51	88.47	2	176.94	الاتزان الانفعالي	
0.01	5.39**	48.04	2	96.09	الحساسية الزائدة	
0.95	0.05	0.82	2	1.64	العزلة النفسية	
0.12	2.35	34.65	2	69.30	عدم الكفاية	
0.01	6.07**	1067.55	2	2135.10	الدرجة الكلية	
0.00	25.76**	220.28	2	440.57	الاكتئاب	المستوى الاقتصادي للأسرة Wilks' Lambda= (0.115) الدلالة الإحصائية=0.000**
0.20	1.71	40.49	2	80.98	قلق الموت	
0.00	10.51**	614.78	2	1229.56	الاتزان الانفعالي	
0.00	10.18**	90.76	2	181.52	الحساسية الزائدة	

الدالة الإحصائية	قيمة (ف) المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	المتغيرات التابعة	مصدر التباين
0.04	3.61*	53.79	2	107.58	العزلة النفسية	
0.12	2.33	34.28	2	68.56	عدم الكفاية	
0.00	24.86*	4368.45	2	8736.91	الدرجة الكلية	
		8.55	23	196.68	الاكتئاب	الخطأ
		23.61	23	543.05	قلق الموت	
		58.50	23	1345.53	الاتزان الانفعالي	
		8.92	23	205.09	الحساسية الزائدة	
		14.90	23	342.70	العزلة النفسية	
		14.74	23	339.04	عدم الكفاية	
		175.73	23	4041.88	الدرجة الكلية	
			30	17326.00	الاكتئاب	المجموع
			30	13512.00	قلق الموت	
			30	70796.00	الاتزان الانفعالي	
			30	13419.00	الحساسية الزائدة	
			30	11578.00	العزلة النفسية	
			30	9748.00	عدم الكفاية	
			30	663978.00	الدرجة الكلية	
			29	1547.87	الاكتئاب	المجموع المعدل
			29	1829.87	قلق الموت	
			29	8961.20	الاتزان الانفعالي	
			29	1538.70	الحساسية الزائدة	
			29	1347.47	العزلة النفسية	
			29	1347.87	عدم الكفاية	
			29	64159.20	الدرجة الكلية	

يتضح من خلال النتائج الواردة في الجدول (18) ما يلي:

- عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغير العمر، حيث كانت الدلالة الإحصائية للدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسية ومجالاته أكبر من (0.05) وغير دالة إحصائياً.

- عدم وجود فروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغير المستوى التعليمي في مجالات (الاكتئاب، الاتزان الانفعالي، العزلة النفسية،

وعدم الكفاية)، حيث كانت الدلالة الإحصائية لهذه المجالات أكبر من (0.05) وغير دالة إحصائياً.

- وجود فروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغير المستوى التعليمي في الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسية وفي مجالات (قلق الموت، والحساسية الزائدة)، حيث كانت الدلالة الإحصائية للدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسية ولمجالي (قلق الموت، والحساسية الزائدة) أصغر من (0.05) ودالة إحصائياً.

ولإيجاد مصدر الفروق استخدم اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، وذلك كما هو واضح من خلال الجدول (19).

جدول (19): نتائج اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

المتغير	المقارنات	المتوسط الحسابي	دبلوم	بكالوريوس فأكثر
قلق الموت	ثانوي فأقل	25.24	*	*
	دبلوم	21.76	-----	*
	بكالوريوس فأكثر	14.56	-----	-----
الحساسية الزائدة	ثانوي فأقل	25.49	*	*
	دبلوم	17.54	-----	*
	بكالوريوس فأكثر	18.17	-----	-----
الدرجة الكلية	ثانوي فأقل	166.58	*	*
	دبلوم	138.47	-----	*
	بكالوريوس فأكثر	129.75	-----	-----

* الفرق في المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى (0.05)

تشير المقارنات الثنائية البعدية الى أن الفروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغير المستوى التعليمي ظهرت بين المريضات اللواتي مستوى تعليمهن ثانوي فأقل من جهة وبين المريضات اللواتي مستوى تعليمهن (دبلوم) و(بكالوريوس فأكثر) من جهة أخرى، وكانت الفروق لصالح المريضات اللواتي مستوى تعليمهن (دبلوم) و(بكالوريوس فأكثر) اللواتي كان مستوى الاضطرابات النفسية لديهن أقل، وهذا يدل على

أن البرنامج المطبق (الكتابة التأملية) أدى إلى خفض الاضطرابات النفسية لدى مريضات سرطان الثدي ذوات المستوى التعليمي الأعلى.

• عدم وجود فروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة في مجالي (قلق الموت، وعدم الكفاية)، حيث كانت الدلالة الإحصائية لهذه المجالات أكبر من (0.05) وغير دالة إحصائياً.

• وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة في الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسية وفي مجالات (الاكتئاب، الاتزان الانفعالي، والحساسية الزائدة، العزلة النفسية)، حيث كانت الدلالة الإحصائية للدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسية ولمجالات (الاكتئاب، الاتزان الانفعالي، والحساسية الزائدة، العزلة النفسية) أصغر من (0.05) ودالة إحصائياً.

ولإيجاد مصدر الفروق استخدم اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة، وذلك كما هو واضح من خلال الجدول (20).

جدول (20): نتائج اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة

المتغير	المقارنات	المتوسط الحسابي	متوسط	عالي
الاكتئاب	منخفض	27.03	-----	*
	متوسط	26.33	-----	*
	عالي	16.58	-----	-----
الاتزان الانفعالي	منخفض	57.85	-----	*
	متوسط	47.80	-----	*
	عالي	33.83	-----	-----
الحساسية الزائدة	منخفض	22.78	-----	*
	متوسط	22.34	-----	*
	عالي	16.08	-----	-----
العزلة النفسية	منخفض	22.76	-----	*
	متوسط	18.60	-----	-----
	عالي	14.97	-----	-----
الدرجة الكلية	منخفض	171.39	*	*

المتغير	المقارنات	المتوسط الحسابي	متوسط	عالي
	متوسط	151.47	-----	*
	عالٍ	111.94	-----	-----

* الفرق في المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى (0.05)

تشير المقارنات الثنائية البعدية الى أن الفروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغير المستوى التعليمي ظهرت بين المريضات اللواتي كان المستوى الاقتصادي لأسرهن (منخفض ومتوسط) من جهة وبين المريضات اللواتي كان المستوى الاقتصادي لأسرهن (عالياً) من جهة أخرى، وكانت الفروق لصالح المريضات اللواتي كان المستوى الاقتصادي لأسرهن (عالياً) اللواتي كان مستوى الاضطرابات النفسية لديهن أقل، وهذا يدل على أن البرنامج المطبق (الكتابة التأملية) أدى إلى خفض الاضطرابات النفسية لدى مريضات سرطان الثدي ذوات المستوى الاقتصادي الأعلى.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

المقدمة:

هدف هذا الفصل إلى الإجابة عن أسئلة وفرضيات الدراسة.

مناقشة نتائج الدراسة

مناقشة نتائج سؤال الدراسة الرئيس: ما أثر الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسية

المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل؟

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسية ومجالاته بين التطبيقين القبلي والبعدي في درجات الاضطرابات النفسية لأفراد المجموعة التجريبية، ولصالح التطبيق البعدي، مما يعني أن درجات الاضطرابات النفسية قد انخفضت بشكل ملحوظ بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، الأمر الذي يدل على أثر البرنامج الإرشادي المطبق.

وأن حجم التأثير للبرنامج الإرشادي كان كبيراً بالنسبة لتأثيره على أفراد المجموعة التجريبية التي خضعت للمعالجة باستخدام الكتابة التأملية، حيث بلغ حجم تأثير البرنامج الإرشادي (الكتابة التأملية) (90%). وهذا يعني أن البرنامج الإرشادي أثر بشكل كبير في التقليل من الاضطرابات النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية باستخدام الكتابة التأملية، وهذا يدل على أن أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا التدريب من خلال أنشطة البرنامج الإرشادي قد قلل لديهم درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي بشكل ملحوظ، ما يعني أن البرنامج كان فاعلاً بشكل كبير.

اتفقت مع دراسة اللواتي (2015) التي أظهرت وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي للتوافق النفسي في المجموع الكلي للمقياس، ولكل بعد من أبعاده، وجاءت هذه الفروق لصالح القياس البعدي، وهذا ما يؤكد فاعلية برنامج الإرشاد الجمعي للكتابة التأملية، وأشارت نتائج

دراسة (Elder et al, 2011) إلى انخفاض القلق والضغط النفسي لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، ولوحظ أيضا التأثير الإيجابي في أعراض الاكتئاب. وخلصت الدراسة إلى أنه من المهم تنفيذ برامج تأمل للحد من التوتر والضغط النفسية.

ويرى الباحث أنّ المصابات بسرطان الثدي يعانين من تدنٍ في الاضطرابات النفسية ومن مشاعر القلق والخوف والتوتر والاكتئاب واليأس وإحباط مشاعر سلبية مختلفة، وخاصة أنّ العديد من المصابات بمرض سرطان الثدي يدركن خطورة هذا المرض وأنه ينتشر في أجزاء الجسم بسرعة ويؤثر على جميع أجهزة الجسم، كما أن مشاعر القلق من هذا المرض تؤدي إلى ظهور المشاعر السلبية، تتحمل المصابة بهذا المرض الكثير من الأعباء النفسية، التي تؤثر بشكلٍ سلبي على الصحة النفسية لديها، ويرى الباحث وجود تحسّن على جميع أبعاد مقياس الاضطرابات النفسية يعود إلى الجلسات الإرشادية، وإلى الأساليب العلاجية التي أظهرت نتائج إيجابية على المصابات التي أجراها الباحث من خلال البرنامج الإرشادي المطبق خلال فترة التطبيق، والذي أدى إلى تخفيض مستوى الاضطرابات النفسية لدى المصابات بمرض سرطان الثدي وذلك من خلال إسهام البرنامج في خفض درجات القلق والتوتر والاكتئاب والعزلة، وهذا انعكس بشكلٍ إيجابي على الحالة النفسية للمصابات، وعلى درجات المقياس المستخدم في الدراسة.

مناقشة نتائج سؤال الدراسة الأول: ما مستوى الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل؟

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل على القياس القبلي لأفراد عينة الدراسة جاء مرتفعاً، أن اضطراب (الاكتئاب) احتل المركز الأول بمتوسط حسابي بلغ (4.04) ونسبة مئوية بلغت (80.8%)،

وجاء في المركز الثاني اضطراب (العزلة النفسية) بمتوسط حسابي بلغ (4.02) ونسبة مئوية بلغت (80.4%)، أما المركز الثالث فاحتله اضطراب (عدم الكفاية) بمتوسط حسابي بلغ (3.97) ونسبة مئوية بلغت (79.4%)، وجاء في المركز الرابع اضطراب (قلق الموت) بمتوسط حسابي بلغ (3.91) ونسبة مئوية بلغت (78.2%)، وجاء في المركز الخامس اضطراب (الاتزان الانفعالي) بمتوسط حسابي بلغ (3.89) ونسبة مئوية بلغت (77.8%)، وأخيراً جاء في المركز السادس اضطراب (الحساسية الزائدة) بمتوسط حسابي بلغ (3.66) ونسبة مئوية بلغت (73.2%).

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة ناصر (2018) التي أظهرت تأثير الصورة الجسمية في ارتفاع حدة القلق لدى مرضى سرطان الثدي أحادي البتر، وقد أظهرت دراسة أبو عيشة (2017) إلى وجود قلق عام وقلق الموت بدرجة مرتفعة أما الاكتئاب فجاء بدرجة متوسطة، وأظهرت نتائج دراسة (Lauver, 2007) أن الضغوط التي تعاني منها المريضات بعد المعالجة من السرطان تتضمن: الشعور بالشك وعدم الثقة بالمعالجة والمتابعة الطبية والأعراض المرضية مثل القلق حول المشاكل الجسمية كصعوبة التركيز والاتجاهات حول الجسد والتعامل مع الموت والتفاعلات الاجتماعية.

ويرى الباحث أنّ المريضات بسرطان الثدي لديهن مجموعة من الاضطرابات النفسية يعانين منها بسبب الصعوبات الحياتية التي يتركها هذا المرض على نفسية المريضة حيث يعمل على تغيير من شكل المريضة بالإضافة إلى أن نوعية هذا المرض في معظم الأحيان يؤدي إلى الموت فنجد أن الإصابة بهذا المريض يؤثر على الجانب الفكري لدى المريضة، مما ينعكس على الجانب النفسي لها.

مناقشة نتائج سؤال الدراسة الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الاضطرابات النفسية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي؟

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الاضطرابات النفسية لدى المصابات بمرض سرطان الثدي بين المجموعتين (الضابطة/التجريبية) في القياس البعدي، حيث ظهرت فروق دالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسية وفي مجالات (الاكتئاب، والاتزان الانفعالي، والحساسية الزائدة، والعزلة النفسية، وعدم الكفاية)، فقد بلغت قيم (ت) المحسوبة للدرجة الكلية وهذه المجالات على الترتيب (3.21، 2.84، 3.13، 2.34، 5.28، 3.11) وجميعها أكبر من قيمة (ت) الجدولية (2.048) عند مستوى دلالة (0.05)، وكانت الفروق لصالح أفراد المجموعة التجريبية على القياس البعدي الذين خضعوا لجلسات البرنامج الإرشادي، حيث كان متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسية (117.40) مقابل (165.40) لأفراد المجموعة الضابطة، وهذا يدل على أن البرنامج الإرشادي خفّض الاضطرابات النفسية لدى أفراد المجموعة الضابطة. وقد أشارت دراسة اللواتي (2015) إلى فعالية برنامج إرشادٍ جمعيّ في التأمل التجاوزي في تحسين مستوى التوافق النفسي.

يرى الباحث وجود تحسّن على معظم أبعاد مقياس الاضطرابات النفسية يعود إلى البرنامج الإرشادي، فمن خلاله تم القيام بمجموعة من الأنشطة التي تحد من مستوى الاضطرابات النفسية لدى مريضات السرطان، كما أن هناك استجابة فاعلة من قبل المتدربات خلال الجلسات الإرشادية مما أدى إلى التغلب على بعض الاضطرابات النفسية، والمجموعة التجريبية التي تلقت أنشطة البرنامج الإرشادي فقد قلل من مستوى الاضطرابات النفسية أكثر من المجموعة

الضابطة، التي لم تتلق أنشطة البرنامج، مما يدل على أهمية وفاعلية البرنامج وفاعليته بأنشطته المتنوعة التي أدى إلى انخراط المصابات بمرض سرطان الثدي خلال الجلسات العلاجية المختلفة، والتي عملت على الاسهام في التخفيف من مستوى الاضطرابات النفسية، كما أن الممارسات التأملية عملت على تفريغ نت الضغط النفسي لدى المريضات بسرطان الثدي.

مناقشة نتائج سؤال الدراسة الثالث: هل تختلف متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي باختلاف (العمر، والمستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي للأسرة)؟

تبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغير العمر، حيث كانت الدلالة الإحصائية للدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات النفسية ومجالاته أكبر من (0.05) وغير دالة إحصائياً، وهذا يدل على أن أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا التدريب من خلال أنشطة البرنامج الإرشادي قد اخفض عندهم الاضطرابات النفسية بشكل ملحوظ، مما يعني أن البرنامج كان فاعلاً بشكل كبير.

وتتفق هذه النتيجة جزئياً مع دراسة ناصر (2018) التي توصلت إلى أن هناك فاعلية للاسترخاء في تقبل صورة الجسمية الخفض من حدة القلق لدى مرضى سرطان الثدي، كما بينت دراسة (Gélie, Schweitzer, & Atzeni, 2011) أن مجموعة التدخل الخاصة لاحظت تعديلاً ملحوظاً لنوعية الحياة أو العلامات النفسية، في حين كان المرضى في مجموعة الدعم أكثر

جودة للحياة العاطفية، والتقليل من مرضهم بعد التدخّل النفسي والاجتماعي مقارنة مع المرضى في مجموعة التحكم.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أنّ المجموعة التجريبية التي تلقت أنشطة البرنامج الإرشادي قد قلّت لديها مستوى الاضطرابات النفسية أكثر من المجموعة الضابطة، التي لم تتلق أنشطة البرنامج، ممّا يدلّ على أهمّية البرنامج المقترح وفاعليته وأنشطته المختلفة، التي عملت على الإسهام في تقليل مستوى الاضطرابات النفسية لدى المصابات بمرض سرطان الثدي.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة أبو عيشة (2017) التي توصلت إلى عدم وجود فروق في مستوى أعراض الاضطراب النفسي تُعزى إلى العمر، في حين لم تُسجّل دراسة براهيمة (2016) أيّ فروق في مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان وفقاً للسنّ، كما أظهرت دراسة حامد (2014) أنه لا توجد فروق بين المصابات أقلّ من (50 سنة) والمصابات أكثر من (50 سنة) في المتغيرات النفسية ونوعية الحياة.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أنّ المصابات بمرض سرطان الثدي لديها فرص كبيرة من التأهيل والرعاية، كما أنّ المصابات يحصلن على مساعدة في تلبية احتياجات للتغلب على هذا المرض، وتحمل المسؤولية للتغلب على المرض، ممّا يخفّف من الأعباء الملقاة على كاهل المصابة، ويُسهّم في خفض مستوى الاضطرابات النفسية لديها، كما أنّ المدة الزمنية التي مرت على الإصابة بهذا المرض تجعل المصابة أكثر معرفةً وقدرةً على التأقلم مع أعراض هذا المرض، وأكثر قدرةً على التعامل معه، خاصّة وأنّ المصابة تخطّت المراحل النفسية الأولى التي مرت بها من شعور بالصدمة والإنكار والألم، وانتقلت إلى مرحلة القبول والبحث عن العلاج.

في حين ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياس البعدي في الدرجة الكلية للمقياس تُعزى إلى متغيّر المستوى التعليمي، حيث بلغت

قيمة ألفا (0.01) وهذه القيمة أقل من (0.05) ودالة إحصائياً، وهذا يدل على أن أنشطة البرنامج التجريبي المطبق أدى إلى ظهور فروق بين أفراد المجموعة التجريبية حسب مستويات التعليم في درجات الاضطرابات النفسية.

تبين أن الفروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغير المستوى التعليمي ظهرت بين المريضات اللواتي مستوى تعليمهن ثانوي فأقل من جهة، وبين المريضات اللواتي مستوى تعليمهن (دبلوم) و(بكالوريوس فأكثر) من جهة أخرى، وكانت الفروق لصالح المريضات اللواتي مستوى تعليمهن (دبلوم) و(بكالوريوس فأكثر) اللواتي كان مستوى الاضطرابات النفسية لديهن أقل، وهذا يدل على أن البرنامج المطبق (الكتابة التأملية) أدى إلى خفض الاضطرابات النفسية لدى مريضات سرطان الثدي ذوات المستوى التعليمي الأعلى.

تختلف هذه النتيجة مع دراسة أبو عيشة (2017) التي توصلت إلى عدم وجود فروق في مستوى أعراض الاضطراب النفسي تُعزى إلى مستوى التعليم.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن جميع المصابات بمرض سرطان يظهرن ردود انفعالية مشابهة من الألم والتعب والقلق والتوتر والضيق والرغبة في البكاء وظهور الاضطرابات النفسية، ولعل ذلك أيضاً يرجع إلى عدم الوعي الكافي لدى المصابات بالاضطرابات النفسية التي تصاحب سرطان الثدي، وعدم المشاركة في دورات أو برامج خاصة بالتغلب على مستوى الاضطرابات النفسية، لذا فإن البرنامج الإرشادي استفادت منه المصابات بمرض سرطان الثدي للتغلب على الاضطرابات النفسية، ويرجع الباحث ذلك أيضاً إلى أن الأنشطة المستخدمة في البرنامج كانت مناسبة لتدريب المصابات، وخفض مستوى الاضطرابات النفسية لهن، كما أن

استخدام الدعم الاجتماعيّ من خلال تواصل المصابات بمرض سرطان الثدي مع بعضهنّ خلال جلسات تطبيق البرنامج الإرشاديّ كان له أثر فعّال في خفض مستوى الاضطرابات النفسيّة، كما أنّ المصابات بالسرطان الثدي استفدنّ من البرنامج الإرشاديّ بشكل عام، ولكنّ المصابات اللواتي لديهنّ مستوى تعليميّ أكثر استفدنّ أكثر من ذوات التعليم الأقلّ، إذ إنّ ذوات المؤهل العلميّ (بكالوريوس فأكثر) لديهنّ قدرة على الكتابة التأمليّة أكثر من حملة درجة الدبلوم، وحملة درجة (الدبلوم) لديهنّ قدرة على الكتابة التأمليّة أكثر من ذوات (التعليم الثانوي فأقل)، لذا كان مستوى خفض الاضطرابات النفسيّة لذوات التعليم (بكالوريوس فأكثر) بشكل فعّال أكثر من المصابات الأخريات.

تبين وجود فروق في متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على القياس البعدي في الدرجة الكليّة لمقياس الاضطرابات النفسيّة تُعزى إلى مُتغير المستوى الاقتصاديّ للأسرة، حيث بلغت قيمة ألفا (0.00) وهي أكبر من (0.05) وهي دالة إحصائيّاً.

إنّ الفروق في متوسطات درجات الاضطرابات النفسيّة المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي تبعاً لمتغير المستوى التعليميّ ظهرت بين المريضات اللواتي كان المستوى الاقتصاديّ لأسرهنّ (منخفض ومتوسّط) من جهة، وبين المريضات اللواتي كان المستوى الاقتصاديّ لأسرهنّ (عاليّاً) من جهة أخرى، وكانت الفروق لصالح المريضات اللواتي كان المستوى الاقتصاديّ لأسرهنّ (عاليّاً) واللواتي كان مستوى الاضطرابات النفسيّة لديهنّ أقلّ، وهذا يدلّ على أنّ البرنامج المطبق (الكتابة التأمليّة) أدى إلى خفض الاضطرابات النفسيّة لدى مريضات سرطان الثدي ذوات المستوى الاقتصاديّ الأعلى.

وتختلف هذه النتيجة مع دراسة أبو عيشة (2017) التي توصلت إلى عدم وجود فروق في مستوى أعراض الاضطراب النفسي تُعزى إلى الدخل.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن المصابات بسرطان الثدي تمرّ كلّ منها بجملةٍ من الصعوبات والاضطرابات النفسية التي تسبب الاضطرابات النفسية لهنّ، وتقع على كاهلهنّ الأعباء المادية التي تترتب على العلاج من مرض سرطان الثدي، إضافة إلى رحلتها الطويلة مع البرامج العلاجية، وأنّ جميع المصابات لديهنّ مشكلات نفسية، سواء كنّ من ذوات الدخل المرتفع أم المتدنيّ، لكن ذوات الدخل المرتفع يستطعن أن التغلّب على بعض المشكلات النفسية من خلال توفير بعض الاحتياجات العلاجية ذات التكاليف العالية، وهذا يدلّ على أنّ أنشطة البرنامج التجريبيّ المطبق أدى إلى التخفيف من مستوى الاضطرابات النفسية لدى المريضات بسرطان الثدي، ولكن كانت فعالية البرنامج للمريضات ذات الدخل الأسريّ المرتفع بسبب الرفاهية توفر الدخل الكافي من أجل التغلّب على تكاليف العلاج الباهظة، ممّا يؤكّد فاعلية البرنامج التجريبيّ المطبق الذي أدى إلى تخفيف الاضطرابات النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج بأنشطته المختلفة.

التوصيات: -

في ضوء نتائج الدراسة ونتيجة للأثر الإيجابي الذي حقّقه البرنامج الإرشادي في تحسين درجات الاضطرابات النفسية لدى المصابات بمرض سرطان الثدي بشكل ملحوظ؛ فإنّ الباحث يوصي بالآتي: -

1. ضرورة دراسة الحالة النفسية لمصابات بمرض سرطان الثدي من أجل بناء البرنامج النفسي المناسب للتخلص من الاكتئاب الذي تمرّ فيه هذه الفئة وخاصة أن الاكتئاب أكثر اضطراب تعاني منه مريضات سرطان الثدي.

2. يجب على أفراد المجتمع أن يتواصلوا بشكل دائم مع مريضات السرطان من خلال تعزيز العلاقات الاجتماعية من أجل الحد من درجة العزلة الاجتماعية وخاصة أن العزلة احتلت المركز الثاني.
3. ضرورة تطبيق برنامج الكتابة التأملية على مرضى السرطان بشكل عام لأنه أثبتت فعالية في الحد من الاضطرابات النفسية لدى مريضات سرطان الثدي.
4. ضرورة الاهتمام بإعداد المزيد من البرامج الإرشادية لخفض مستوى الاضطرابات النفسية لدى المصابات بمرض سرطان الثدي.
5. ضرورة تنظيم لقاءات حول الاضطرابات النفسية التي تصاحب مرض سرطان الثدي وكيفية التعامل معها بشكل يحد من درجة هذه الاضطرابات.
6. أن يتم تدريب العاملين في مجال الصحة النفسية على كيفية التعامل مع مرضى السرطان بشكل عام ومرضى سرطان الثدي بشكل خاص للحد من الاضطرابات النفسية التي تصاحب هذا المرض.

المراجع:

المراجع العربية

الكتب

- التميمي، محمد. (2016). مؤشرات في الصحة النفسية، عمان: الدار المنهجية للنشر والتوزيع.
- توفيق، أحمد. (2011). أيقظ قوة عقلك الخارقة. عمان، الأهلية للنشر والتوزيع.
- الزراد، فيصل محمد خير. (2005). العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض. بيروت : دار العلم للملايين.
- زهران، حامد. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، القاهرة، عالم الكتب.
- السويد، عبد المعطي. (2003). مهارات التفكير ومواجهة الحياة، الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
- شيلي، تايلور. (2008). علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك، فوزي شاكر، عمان، دار الحامد للنشر والتوزيع.
- كفاي، علاء الدين. (2012). الصحة النفسية والإرشاد النفسي، عمان: دار الفكر موزعون وناشرون.
- معاليم، صالح. (2008). محاضرات في الأمراض النفسية والجسدية، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

المجلات والدوريات

- أبو سليم، ايمان. (2016). أثر الممارسة التأملية عند الأستاذ الجامعي في تحسين أدائه التدريسي. المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد 5، العدد 2، ص 299-322
- أبو عطية، سهام، الشمايلة، الآء. (2017). فاعلية الإرشاد الجمعي المستند الى العلاج الجدلي السلوكي في خفض الاندفاعية والسلوك التخريبي لدى طالبات الصف العاشر، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 13، عدد4، ص433-448

- براهمية، جهاد.(2016). الألم النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد27، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، ص309-317.
- بشارة، موفق سليم.(2010). اثر التدريب على الكتابة في تنمية التفكير التأملي لدى عينة من طالبات رياض الأطفال في جامعة الحسين بن طلال، مجلة جامعة الملك سعود للعلوم التربوية والدراسات الاسلامية. مجلد. 22، عدد 1، ص27-55.
- بني مصطفى، منار سعيد بني.(2016). قدرة صورة الجسد وبعض المتغيرات على التنبؤ بالاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي في الأردن، دراسات، العلوم التربوية، المجلد 43، ص1987-2004.
- حسين، ماجدة.(2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي. مجلة دراسات النفسية، العدد 2، ص311-261.
- الدحادحة، باسم محمد علي. (2014). فاعلية التدريب على برنامج التأمل التجاوزي في تحسين مستوى يقظة العقل لدى طالبات جامعة نزوى. مجلة دراسات، الجامعة الأردنية، المجلد 43، ص617-631.
- الرشيدى، فاطمة سحاب.(2018). تقدير درجة استخدام الممارسات التأملية لدى معلمي المرحلة الثانوية في محافظة بريدة من وجهة نظرهم، مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية، جامعة بابل، ص 284-294
- الزرعة، ليلي. (2012). برنامج مقترح لتنمية التفكير التأملي لدى عينة من طالبات كلية التربية بجامعة الملك فيصل، مجلة جامعة الملك فيصل، المجلد 4، العدد 48، ص 45-89.
- الزهراني، عبد الله، يونس، محمد بني.(2010). سمات الشخصية المميزة للأفراد المصابين ببعض الاضطرابات النفسية بمنطقة الباحة في المملكة العربية السعودية، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، المجلد3، العدد2، ص 135-159
- الساعدي، عماد طعمة جاسم.(2016). اثر النمذجة الرياضية في تحصيل طلاب الصف الثالث المتوسط في مادة الرياضيات وتفكيرهم التأملي، مجلة الفتح، العدد 8، ص66-96.

- السراي، ميعاد وعباس، غفران. (2018). أثر استراتيجية التخييل الموجه في تحصيل مادة الرياضيات لدى طابات الثاني المتوسط، مجلة كلية التربية، جامعة المستنصرية، العدد الرابع، ص 221-248.
- الشقران، حنان، الكركي، ياسمين رافع.(2016). الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 12، عدد1، ص85-100.
- طوباسي، نتالي نبيل، عيسى، خليل عبد القادر.(2018). تحسين مستوى الكتابة التأملية في مساق التربية العملية في كلية التربية بجامعة بيت لحم، مجلة العلوم التربوية والنفسية، العدد 24، المجلد الثاني، ص87-106.
- عبد الوهاب، فاطمة محمد.(2005). فعالية استخدام بعض استراتيجيات ما وراء المعرفة في تحصيل الفيزياء وتنمية التفكير التأملي والاتجاه نحو استخدامها لدى طالب الثاني الثانوي الأزهري. مجلة التربية العلمية، المجلد 4، العدد 8، ص 159-212.
- الفتلاوي، حمزة كاظم؛ وهادي، ثابت كامل. (2014). أثر مهارات التفكير التأملي في الأداء التعبيري لدى طلاب الصف الرابع العلمي". مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية، جامعة بابل، العدد 18، ص 543-561.
- الكبيسي، عبد الواحد والجنابي، طارق. (2012). أثر استخدام دورة التعلم المعدلة (E'S5) و (E;S7) في تحصيل طلاب الثاني متوسط في مادة الأحياء وتفكيرهم التأملي، مجلة جامعة الأنبار للعلوم الإنسانية، العدد 1، ص262-288.
- محسن، سرمد استرخان. (2018). مدى امتلاك تدريسي قسم التاريخ لمهارة التفكير التأملي من وجهة نظر طلبتهم، مجلة جامعة كربلاء العلمية، مجلد16، العدد1، ص72-83.
- منظمة الصحة العالمية. (2014). سرطان الثدي: الوقاية منه ومكافحته. جنيف: سويسرا.

الرسائل الجامعية

- أبو بشير، أسماء.(2012). أثر استخدام استراتيجيات ما وراء المعرفة في تنمية مهارات التفكير التأملي في منهاج التكنولوجيا لدى طالب الصف التاسع الأساسي بمحافظة الوسطى، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر.
- أبو عيشة، محمد سمير محمد.(2017). نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بأعراض الاضطرابات النفسي لدى مرضى السرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الإسلامية، غزة.
- باهي، طاوس.(2011). الميكانيزمات الدفاعية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي المتراوح بين 35-40 سنة من خلال الإنتاج الاسقاط لاختبار تفهم الموضوع(T.A.T)، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة العقيد أكلي محند أولحاج، الجزائر
- بلال، أمال (2014). سرطان الثدي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية ونوعية الحياة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة المنوفية.
- الحارثي، سامية معيض. (2014). استخدام مذكرات الكتابة التأملية في تنمية مهارة الكتابة باللغة الإنجليزية لدى طالبات الصف الثاني الثانوي، رسالة ماجستير، السعودية: جامعة أم القرى.
- حامد، أمال (2014). سرطان الثدي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية ونوعية الحياة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة المنوفية.
- رشيدة، شدمي.(2015). واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان.
- سعادة، وردة. (2009). سرطان الثدي لدى النساء وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي واستراتيجيات المقاومة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، قسم علم النفس وعلوم التربية، الجزائر.

- صلاح، أميرة أحمد عبد. (2019). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة رام الله والبيرة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس المفتوحة، عمادة الدراسات العليا والبحث العلمي.
- عروج، فضيلة.(2017). دراسة نفسية عيادية لحالة الاجهاد ما بعد الصدمة لدى العازبات المبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة العربي بن المهدي، الجزائر.
- عماري، حنان. (2013). قلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي دراسة عيادية لثلاث حالات بمركز مكافحة السرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر، الجزائر.
- فاتح، سعيدة. (2015). الصلابة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر، الجزائر.
- قروي، جميلة.(2017). التوافق النفسي لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي دراسة ميداني لثلاث حالات بمستشفى الدكتور حكيم سعدان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر، بسكرة
- القطراوي، عبد العزيز. (2010). أثر استخدام استراتيجية المتشابهات في تنمية عمليات العلم ومهارات التفكير التأملي في العلوم لدى طالب الصف الثامن الأساسي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- الكركي، ياسمين. (2014). صورة الجسد وعلاقتها بمستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.
- كشكو، عماد (2005). أثر برنامج تقني مقترح في ضوء الإعجاز العلمي على تنمية التفكير العلمي في العلوم لدى طلبة الصف التاسع الأساسي بغزة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- كعبر، آلاء عبد الكريم عاشور.(2017). نمو ما بعد الصدمة ومعنى الحياة وعلاقتها بالتوافق الزوجي لدى مرضى السرطان في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية بغزة.

- اللواتي، منى بنت عبد المجيد.(2015). فاعلية برنامج إرشاد جمعي في التأمل التجاوزي في تحسين مستوى التوافق النفسي العام لدى طالبات الصف الحادي عشر في محافظة مسقط، رسالة ماجستير، جامعة نزوى.
- مزلق، وفاء.(2014). استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية بالعيادة المتعددة الخدمات "قماش أحمد"-سطيف-. رسالة ماجستير. جامعة الهضاب، الجزائر.
- ناصر، خديجة.(2018). فاعلية الاسترخاء في تقبل الصورة الجسمية والخفض من حدة القلق لدى مريضات سرطان الثدي أحادي البتر، رسالة ماجستير، جامعة عبد الحميد بن باديس.
- وهبية، شرقي. (2015). الاضطرابات النفسعصبية وعلاقتها بكل من الاكتئاب والتدين لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة قاصدي مرياح وقلعة، الجزائر.

المواقع الإلكترونية

- سليم، حداد (2010). التأمل التجاوزي يقوي من مقدرات الطلاب على التعلم. مجلة البلد، من الموقع الإلكتروني www.albaladonline.com 2019/12/16.

المراجع الأجنبية

- Boeving, N. G. (2014). Transcendental meditation Encyclopedia of psychology and religion. **Boston**, MA: Springer US. Doi: 10.1007/978-1-4614-6086-2. P: 1814
- Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., & atzeni, T. (2011). Evaluation of a psychosocial intervention on social support, perceived control, coping strategies, **emotional distress, and quality of life of breast cancer patients. Psychological Reports**, 108(3), 923-942
- Drageset, S. (2012). **Psychological distress, coping and social support in the diagnostic and preoperative phase of breast cancer**. Doctoral Dissertation, University of Bergen, Norway.

- Elder, C., (2011). Reduced Psychological Distress in Racial and Ethnic Minority Students Practicing the Transcendental Meditation Program. **Journal of Instructional Psychology**, 38 (2): 109-116.
- -Grassi et al (2007) social support and psychological distress in primary care at tenders. **Psychotherapy & psychosomatics**, Vol (69).No (2)pp95-102
- Grosswald, S. J., Stixrud, W. R., Travis, F., & Bateh, M. A. (2008). Use of the Transcendental Meditation technique to reduce symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) by reducing stress and anxiety: An exploratory study. **Current Issues in Education**, 10(2).
- Harrison A.F & Bramson ,R. M (1982): **Styles of Thinking**, Doubleday ,New york
- Kangan.(1988). **Teaching as clinical problrm sovling A critical examination of the analogy and its imprical**.Teaching and Tracher Education.
- Kroenke,et al. (2013). **Social networks social support mechanisms and quality of life after breast cancer**
- Lauver, D.R.& Aprn, B.C. ; (2007). Stressors and coping among female cancer survivors after treatment. **Cancer Nurse**, vol,30:N(2):pp.101- 111.
- Naber, J. (2011). **The Effect of Reflective Writing Interventions on Critical Thinking Skills**, University of Tennessee, Knoxville Trace: Tennessee Research and Creative Exchange, Doctoral Dissertations Graduate School.
- Schon.(1983). **The Reflective practitioner How professional Think in Action Londan Temple smith.**
- Sohomon:G.(1984). The analysis of concept to abstract classroom instructional , **Journal of Research and Development in Education**.
- Yildirim, M., & Batmaz, M. (2013). The psychological status and the perceived social support of women who have undergone breast surgery. **Yeni Symposium Journal**, 51(2), 91-100.

الملاحق

ملحق (1): مقياس الاضطرابات النفسية بصورته الأولية قبل التحكيم.



فعالية برنامج إرشادي جمعي قائم على الكتابة التأملية لخفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل

يقوم الباحث في جامعة الخليل بإجراء دراسة حول " فعالية برنامج إرشادي جمعي قائم على الكتابة التأملية لخفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل"؛ وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التوجيه والإرشاد النفسي من جامعة الخليل.

لذا أرجو التكرم بتعبئة هذه الإستبانة، وذلك بما يتوافق مع وجهة نظرك، علماً بأن بيانات الدراسة هي لأغراض البحث العلمي فقط، وسيتم الحفاظ على سرّيتها، ولا يتطلب كتابة اسمك أو ما يشير إليك.

القسم الأول: المعلومات الأولية

- العمر: أقلّ من 30 سنة () 30-40 () 41-50 () أكثر من 50 سنة ()
عدد سنوات الإصابة: أقلّ من 5 سنة () 5-10 سنوات () أكثر من 10 سنوات ()
المستوى الاقتصادي للأسرة: منخفض () متوسط () عالٍ ()

القسم الثاني: نرجو منك قراءة الفقرات الآتية بعناية، والإجابة عنها بوضع إشارة (X) في المكان الذي يناسب رأيك.

درجة الموافقة					الفقرة	
كبيرة جداً	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جداً		
البعد الأول: الاكتئاب						
					1. أشعر بالحزن بسبب مرضي.	
					2. أبكي في هذه الأيام أكثر من ذي قبل.	
					3. شهيتي للطعام ليست جيدة.	
					4. أعاني من اضطرابات في النوم.	
					5. لديّ انزعاج من صحتي أكثر من ذي قبل.	
					6. أفنقد إلى المتعة بالأشياء، وأشعر بعدم بالرضا عنها.	
					7. أشعر بخيبة أمل في نفسي.	
					8. ألاحظ تغييراتٍ باهتماماتي الجنسية.	
					9. أشعر بأنّ مظهري غير مناسب.	
					10. أشعر بأنني إنسانه فاشلة.	
					11. أشعر بأنني أستحقّ ما يحدث لي من عقاب.	
البعد الثاني: قلق الموت						
					12. أخاف من الجلوس في غرفة مات فيها إنسان.	
					13. أتخيل نفسي مكان شخص ميت.	
					14. يسبب الموت قلقاً شديداً لديّ.	
					15. أخاف أن أجريّ عملية جراحية.	
					16. الإصابة بالأمراض مميت.	
					17. أرى في أحلامي كثيراً من الأموات.	
					18. أخشى من عذاب القبر.	
					19. لا أحبّ رؤية أحد يحتضره الموت.	
					20. أمتنع عن السفر والتنقل لتجنّب الحوادث.	
					21.	
					22.	
البعد الثالث: القلق						
					23. يحيطني القلق باستمرار.	
					24. نومي مضطرب ومتقطع.	

					كثيراً ما أشعر أنّ قلبي يخفق بسرعة.	25.
					مخاوفي كثيرة مقارنة بالآخرين.	26.
					أشعر بالضجر والضيّق في كثير من الأحيان.	27.
					سبق وتعرضت للانهايار العصبي.	28.
					أشعر وكأنني أتمزّق.	29.
					تنتابني رعشة في اليدين والساقين.	30.
					يرعبني أن تُجرى لي عملية جراحية.	31.
البعد الرابع: الحساسية الزائدة						
					أشعر بسوء الظن بالآخرين.	32.
					أنفعل لأقوال الآخرين.	33.
					أتضايق عند نقد الآخرين.	34.
					أشعر بالإهانة عند تجاهلي.	35.
					أتجنّب المواقف المحرجة.	36.
					أشعر بحساسية زائدة.	37.
					أشعر أنه من السهل إيذاء مشاعري.	38.
					أشعر بأن الآخرين يُسيئون فهمي.	39.
					يصعب عليّ ضبط انفعالاتي.	40.
					أشعر أنني خجولة.	41.
					أشعر أنني سريعة الغضب.	42.
البعد الخامس: التوتر						
					أشعر بالتوتر الشديد.	43.
					أعاني من الارتعاش.	44.
					أشعر بالخوف فجأة.	45.
					أتوتر عند وقوفي أمام الآخرين.	46.
					أعاني من التفكير السلبي.	47.
					أعاني من الأفكار المخيفة.	48.
					تجعلني الأصوات المفاجئة أرتجف بشدة.	49.
					أقوم بقضم أظفاري.	50.
					أشعر بضغط نفسي خارج المنزل.	51.
البعد السادس: العزلة النفسية						
					أشعر بأن ثقة الناس لي قلت هذه الأيام.	52.

					أشعر بأنني أفقد الصّحة.	.53
					أشعر بالراحة عندما أكون وحدي.	.54
					لي تأثير واضح على المحيطين بي.	.55
					لا أحد يهتم بي بسبب مرضي.	.56
					لا يشاركني من حولي اهتماماتي وأفكاري.	.57
					مظهري الخارجي يشعرني أنني أقلّ من الناس.	.58
					علاقاتي الاجتماعية مع الآخرين سطحية.	.59
					هناك أناس يمكنني التحدث إليهم.	.60
البعد الأول: عدم الكفاية						
					أشعر أنني غير قادرة على خدمة نفسي.	.61
					أعاني من اختلاط الأشياء وتداخلها معًا.	.62
					أشعر بأنني لا أستطيع مساعدة الآخرين.	.63
					أقوم بعمل الأشياء ببطء شديد.	.64
					لا أستطيع فهم الآخرين للتغلب على مشكلاتي.	.65
					أفهم الأمور بصورة خاطئة.	.66
					لا أستطيع اتخاذ أيّ قرار.	.67
					أرغب بوجود الآخرين بجواري لمساعدتي.	.68
					أشعر بالمعاناة عند تناول طعامي.	.69

ملحق (2): مقياس الاضطرابات النفسية بصورته النهائية بعد التحكيم.



جامعة الخليل

كلية الدراسات العليا

برنامج الماجستير ((التوجيه والإرشاد النفسي))

أثر الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة

بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل

يقوم الباحث في جامعة الخليل بإجراء دراسة حول " أثر الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل؛ وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التوجيه والإرشاد النفسي من جامعة الخليل.

لذا أرجو التكرم بتعبئة هذه الإستبانة؛ وذلك بما يتوافق مع وجهة نظرك، علماً بأنّ بيانات الدراسة هي لأغراض البحث العلمي فقط، وسيتمّ الحفاظ على سرّيتها ولا يتطلّب كتابة اسمك أو ما يشير إليك.

القسم الأول: المعلومات الأولية

العمر: أقلّ من 30 سنة () 30-40 () 40-50 () أكثر من 50 سنة ()

المستوى التعليمي: ثانوي فأقلّ () دبلوم () بكالوريوس فأكثر ()

المستوى الاقتصادي للأسرة: منخفض () متوسط () عالٍ ()

القسم الثاني: نرجو منك قراءة الفقرات الآتية بعناية والإجابة عنها بوضع إشارة (X) في المكان الذي يناسب رأيك.

درجة الموافقة					الفقرة	
كبيرة جداً	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جداً		
البعد الأول: الاكتئاب						
					70. أشعر بالحزن بسبب مرضي.	
					71. أبكي في هذه الأيام أكثر من ذي قبل (قبل المرض).	
					72. شهيتي للطعام ليست جيدة.	
					73. أعاني من اضطرابات في النوم.	
					74. لدي انزعاج من مستوى صحتي أكثر من ذي قبل.	
					75. أفقد إلى المتعة بالأشياء وأشعر بعدم بالرضا عنها.	
					76. ألوم نفسي بسبب مرضي.	
					77. ألاحظ تغييرات باهتماماتي الجنسية بعد المرض.	
					78. أشعر بأن مظهري غير مناسب الآن.	
					79. أشعر بأنني إنسانه فاشلة بسبب وقوعي في المرض.	
					80. أشعر بأنني أستحق ما يحدث لي من عقاب.	
البعد الثاني: قلق الموت						
					81. أتجنب زيارة مريضة بسرطان الثدي.	
					82. أتخيل نفسي مكان امرأة ميتة بسبب سرطان الثدي.	
					83. يزداد قلقي لدى سماعي بموت امرأة مصابه بسرطان الثدي.	
					84. أخاف أن أجري عملية جراحية ولو بسيطة.	
					85. لدي إحساس أن نهاية سرطان الثدي هو الموت السريع.	
					86. أرى في أحلامي كثير من الأموات.	
					87. أخشى من عذاب القبر.	
					88. أقلق لأي مرض أصاب به ولو بسيط.	
					89. أمتنع عن السفر والتنقل لتجنب الموت بسبب حوادث السير.	
البعد الثالث: الاتزان الانفعالي						
					90. يحبطني القلق باستمرار.	
					91. نومي مضطرب ومتقطع.	
					92. كثيراً ما أشعر أن قلبي يخفق بسرعة.	
					93. مخاوفي كثيرة مقارنة بالآخرين.	

					94. أشعر بالضجر والضييق في كثير من الأحيان.
					95. سبق وتعرضت للانهايار العصبي.
					96. أشعر وكأنني أتمزق.
					97. تتنابني رعشة في اليدين والساقين.
					98. يرعبني أن تجرى لي عملية جراحية.
					99. يصعب علي ضبط انفعالاتي.
					100. أشعر أني سريع الغضب.
					101. أشعر بالتوتر الشديد دون مبرر.
					102. أشعر بالخوف من حدوث أشياء مفاجئة لي.
					103. أتوتر عند أي موقف مفاجئ.
					104. أنفعل بدرجة عالية وبشكل مفاجئ.
					105. أشعر بأنني لا اتحكم في عواظفي وانفعالاتي عند المرض.
					106. أتردد كثيرا عند القيام بأي عمل.
					107. أتحكم بأعصابي عند المواقف الطارئة.
					108. أتصرف بانفعالات متناقضة إزاء الموقف الواحد.
البعد الرابع: الحساسية الزائدة					
					109. صورتي عن ذاتي الجسمية مصدر لحساسيه الزائدة عندي.
					110. أشعر بحساسيه زائدة عند الحديث عن الامراض.
					111. أتخيل ان الاخرون يركزون في نظره على صدري.
					112. أتجنب المشاركة في نقاشات ذات طابع صحي اجتماعي.
					113. أشعر في كثير من الأحيان لا افهم قصد الاخرين في الحديث.
					114. أبدي أحيانا مشاعر اللامبالاة اتجاه قضايا تخصني.
					115. تفتي بأقرب الأشخاص الي متدنية.
					116. أشعر أنني خجولة.
البعد الخامس: العزلة النفسية					
					117. أشعر بأن ثقة الناس لي قد تراجعت.
					118. أشعر أن علاقاتي الاجتماعية في أدنى مستوى.
					119. أشعر بالراحة عندما أكون بعيده عن الاخرين.
					120. أتجنب مشاركة الاخرين في المناسبات الاجتماعية.
					121. مهاراتي الاجتماعية تراجعت بعد المرض.
					122. لا يهمني رأي الاخرين في.

					أشعر أنني لا أستطيع تقديم المساعدة للآخرين.	123
					علاقتي الاجتماعية مع الآخرين سطحية.	124
					أستطيع التواصل مع الآخرين بكل سهولة.	125
البعد السادس: عدم الكفاية						
					أشعر أنني غير قادره على إشباع حاجاتي.	126
					أشعر أنني غير قادره على تحمل مسؤولياتي الشخصية والاجتماعية.	127
					لا أميل الى انجاز المهام في الوقت وبالمستوى المطلوب.	128
					أميل الى الانسحاب من مواجهه أي موقف صعب ومن أي تحدي.	129
					أعاني من تأثير التفكير السلبي في أمور حياتي.	130
					لا أستطيع اتخاذ أي قرار بمفردي.	131
					مرضي سبب لي شعور بعدم الكفاية في مختلف جوانب الحياة.	132

ملحق (3): البرنامج الإرشادي المستخدم لتخفيض مستوى الاضطرابات النفسية لدى المصابات بمرض سرطان الثدي.

أثر الكتابة التأملية على خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بمرض سرطان الثدي في محافظة الخليل

جلسات برنامج الإرشاد الجمعي في الكتابة التأملية

إعداد

محمد فخري عبد الواحد العملة

الجلسة الأولى

التعارف وتكوين الألفة في العلاقة الإرشادية

زمن الجلسة: 45 دقيقة.

وصف الجلسة: تقوم هذه الجلسة على تكوين علاقات إيجابية بين الباحث وأفراد عينة الدراسة، وبين أفراد عينة الدراسة أنفسهم من أجل الاندماج في المجموعة التي يتم تطبيق البرنامج عليها، والتعرف على مفهوم (التأمل) وأهدافه والعوامل التي تساعد في نجاح العلاج باستخدامه، وإعطاء نبذة عن البرنامج الجمعي الذي سيتم تطبيقه، وتوضيح دور الباحث في تطبيق البرنامج.

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
التعريف	يرحب الباحث بالمشاركات في المجموعة الإرشادية، وشكرهنّ على الحضور في الموعد المحدد للجلسة، ثمّ ترمّ ترتيب الجلسة بشكل دائريّ لتمكين المشاركات من رؤية بعضهنّ بشكل جيد. بدأت الجلسة بتعريف الباحث بنفسه والدراسة التي يقوم بها	الحوار المباشر	-----	10 دقائق	تعريف المشاركين بالباحث
العلاج بالتأمل	يشرح الباحث التأمل ومفهومه والعوامل التي تساعد في نجاح العلاج باستخدامه	الحوار والمناقشة	عرض بوربوينت	15 دقائق	أن تتعرف المشاركات على مفهوم التأمل وأهدافه والعوامل التي تساعد في نجاح العلاج باستخدامه
التعريف بالبرنامج	يقدم الباحث نبذة عن البرنامج من حيث مفهومه وأهدافه وأساليبه وفوائده، والغرض منه حيث يوضّح لأفراد المجموعة أنّ الهدف العام والأساسيّ للبرنامج هو مُساعدتهم على تحسين قدرتهم على مواجهة المواقف الحياتية التي تُسبّب قلقاً وتوتراً للتمكن من حلّ المشكلات بشكل منطقي، واتخاذ القرار الصحيح في حياتهنّ، للوصول إلى مستوى من السعادة والراحة من خلال ممارسة أساليب البرنامج الإرشاديّ وتمارينه وأنشطته.	المحاضرة	عرض بوربوينت	10 دقائق	تعريف أفراد العينة بأهداف البرنامج الجمعي الذي سيتم تطبيقه.
تطبيق البرنامج	الاتفاق على دور الباحث في تطبيق البرنامج	الحوار والمناقشة	بطاقات لعناوين الجلسات	10 دقائق	توضيح دور الباحث في تطبيق البرنامج.

مخرجات الجلسة:

- ✓ تعريف المشاركين بالباحث
- ✓ أن تتعرف المشاركات على مفهوم التأمل وأهدافه والعوامل التي تساعد في نجاح العلاج باستخدامه
- ✓ تعريف أفراد العينة بأهداف البرنامج الجمعي الذي سيتم تطبيقه.
- ✓ توضيح دور الباحث في تطبيق البرنامج.

المكان: مركز (بيتنا) لرعاية مريضات سرطان الثدي

الجلسة الثانية

تأمل على التكيف مع المرض

زمن الجلسة: 60 دقيقة.

وصف الجلسة: يشرح الباحث ما يسببه سرطان الثدي من ضيق وكرب، يقف أمام طموحات الفرد، ويُشعر الفرد بالعجز وفقدان الثقة بالنفس، والبحث عن حلول للمواقف الضاغطة التي تسبب الاضطرابات للمشاركات من خلال التأمل في بعض المواقف، وأن تعبر المشاركات عن الأفكار والمشاعر المرافقة في المواقف الحياتية الضاغطة.

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
الافتتاح	في بداية الجلسة يتحقق الباحث من ردود فعل المجموعة تجاه الجلسة السابقة، وإذا كان هناك تساؤلات أو قضايا يرغب الفرد في مناقشتها.	الحوار والمناقشة	-----	10 دقائق	التهيئة لبدء الجلسة
تمرين كسر الجليد	يبدأ التهيئة للجلسة الإرشادية بتمرين لكسر الجليد، حيث طلب من المشاركات الوقوف في حلقة دائرية والقيام بتمرين التنفس.	الحوار والمناقشة	----	15 دقائق	يستمتع الباحث إلى الإجابات، ثم يشرح ما يسببه سرطان الثدي من ضيق وكرب، يقف أمام طموحات الفرد ويشعر الفرد بالعجز وفقدان الثقة بالنفس
التأمل في المواقف السلبية بسبب السرطان	التأمل في المواقف السلبية التي تشعرنا بعدم التوافق، وتؤدي بنا إلى الشعور بالتوتر وعدم الارتياح، ثم نذكر لهنّ بعض النماذج من العبارات السلبية، والأفكار المحرفة التي تسبب لنا سوء التوافق النفسي	الحوار		20 دقائق	البحث عن حلول للمواقف الضاغطة التي تسبب الاضطرابات للمشاركات من خلال التأمل في بعض المواقف
التأمل في المواقف الضاغطة في الحياة	يترك الباحث المجال للمشاركات للتحدّث عن المواقف الضاغطة التي شعرن فيها بعدم التوافق وبالضغط النفسي، وبعد مناقشة هذه المواقف طلب منهنّ التحدّث بكلّ حرّية عن أفكارهنّ ومشاعرهنّ التي تكونت لديهنّ أثناء تعرضهنّ لهذه المواقف الضاغطة، ثم عرض عليهنّ مقطع فيديو عن بعض المواقف الضاغطة التي نتعرض لها في حياتنا	مقطع فيديو	عارضه وحاسوب	10 دقائق	أن تعبر المشاركات عن الأفكار والمشاعر المرافقة في المواقف الحياتية الضاغطة
واجب بيتي	ينهي الباحث الجلسة بتلخيص أهمّ الجوانب التي	التأمل	قلم	5 دقائق	أن تتعرف المشاركات على الأفكار

والافتراضات التي تحملها عن نفسها من أجل ممارسة الكتابة التأملية حول كيفية التكيف مع المرض	ومجموعة أوراق	قبل الخلود إلى النوم	تناولها، وقدم لهنّ التغذية الراجعة حول ما تمت مناقشته، وقدم لهنّ التعليمات الخاصة بالكتابة التأملية التي يجب أن تقوم بها كلّ أفراد العينة، وشكرهنّ على الالتزام بقواعد الجلسة
---	------------------	----------------------------	--

مخرجات الجلسة:

- ✓ يستمع الباحث إلى الإجابات، ثمّ يشرح ما يسببه سرطان الثدي من ضيق وكرب، يقف أمام طموحات الفرد، ويشعر الفرد بالعجز وفقدان الثقة بالنفس.
- ✓ البحث عن حلول للمواقف الضاغطة، التي تسبب الاضطرابات للمشاركات من خلال التأمل في بعض المواقف.
- ✓ أن تعبّر المشاركات عن الأفكار والمشاعر المرافقة في المواقف الحياتية الضاغطة.
- ✓ أن تتعرف المشاركات على الأفكار والافتراضات التي تحملها عن نفسها من أجل ممارسة الكتابة التأملية حول كيفية التكيف مع المرض.

المكان: مركز (بيتنا) لرعاية مريضات سرطان الثدي

الجلسة الثالثة

تأمل تحدي المرض

زمن الجلسة: 65 دقيقة.

وصف الجلسة: من خلال الجلسة يتم تحديد الأفكار السلبية للتغلب عليها، والوصول إلى أفكار من خلالها يتم تحدي المرض، والتأقلم مع الواقع الذي تعيشه المشاركات، وتغلب المشاركات على الذات السلبية والوصول إلى الذات الإيجابية يتم من خلالها تحدي المرض.

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
الافتتاح	مناقشة بعض الكتابات التأملية في الجلسة السابقة	المناقشة	-----	10 دقائق	التهيئة لبدء الجلسة
تحدي المرض	مناقشة الأفكار التي تحملها المشاركات عن نفسها	تنظيم الأفكار	----	15 دقائق	أن تحدّد المشاركات العبارات التي تحمل أفكاراً سلبية من بين العبارات التي تُعرض
التأمل في الصعوبات التي تواجه المشاركات	تتم مشاركة أغلب المشاركات لمدة دقيقتين للبحث في أفكارهنّ عن طرق وأساليب لمواجهة المرض	الجلوس والتأمل	غطاء للأعين	20 دقائق	الوصول إلى أفكار يتم من خلالها تحدي المرض والتأقلم مع الواقع الذي تعيشه المشاركات
	يبين الباحث للمشاركات بعض النماذج من حديث الذات، والذي يشتمل على نموذج التضخيم ونموذج الوجوبيات، والتحريفات المعرفية لدينا، وكيف يصبح حديث الذات السلبي عدواً لنا بحيث نتبع سلوكاً محبطاً انهزامياً ونشعر بعدم الثقة	بوربوينت	عارضه وكمبيوتر	10 دقائق	أن تتغلب المشاركات على الذات السلبية والوصول إلى ذات يتم من خلالها تحدي المرض
واجب بيتي	يُكَلَّفُ الباحث أعضاء المجموعة بالواجب المنزلي الآتي: أخذ موقف من المواقف التي مرّوا بها، ومحاولة تحليله وفق نموذج الوجوبيات، والتحريفات المعرفية، وذلك للتأكد من الفهم الجيد لآلية تطور القلق الاجتماعي وفق النموذج المتبنى في هذا البرنامج. اختاري موقفاً أو حدثاً معيناً، وحددي الأفكار اللاعقلانية، للعمل على تفنيدها ودحضها	التأمل في الأسئلة بين صلاة المغرب والعشاء في جو يسوده الهدوء	قلم ومجموعة أوراق	10 دقائق	أن تتمي المشاركات قدراتها على تنظيم الأفكار اللاعقلانية والتخلص منها

				<p>2- الفكرة العقلانية:</p> <p>3- الفكرة اللاعقلانية:</p> <p>4- نتائج الفكرة اللاعقلانية:</p> <p>5- تنفيذ الفكرة اللاعقلانية ودحضها:</p> <p>- تحديد الفكرة اللاعقلانية:</p> <p>- هل هناك أي دليل يدعم هذه الفكرة؟</p> <p>- ماهي الدلائل على عدم صحة هذه الفكرة؟ ...</p> <p>- ما هو أسوأ شيء يمكن أن يحدث؟</p> <p>- ما هو الشيء الجيد الذي يمكن أن يحدث؟ ...</p>
--	--	--	--	---

مخرجات الجلسة:

- ✓ أن تحدّد المشاركات العبارات التي تحمل أفكاراً سلبية للتغلب عليها.
- ✓ الوصول إلى أفكار يتمّ من خلالها تحدّي المرض، والتأقلم مع الواقع الذي تعيشه المشاركات.
- ✓ أن تتغلب المشاركات على الذات السلبية والوصول إلى ذات يتمّ من خلالها تحدّي المرض.
- ✓ أن تنمّي المشاركة قدراتها على تنظيم الأفكار اللاعقلانية والتخلّص منها.

المكان: مركز (بيتنا) لرعاية مريضات سرطان الثدي.

الجلسة الرابعة

تأمل على بناء الطاقة الإيجابية الداخلية

زمن الجلسة: 65 دقيقة.

وصف الجلسة: من خلال الجلسة يتم رفع مستوى الطاقة الإيجابية من خلال السيطرة على الانفعالات وتنظيم الأفكار، وكذلك خفض التوتر والقلق الذي يحدث للمشاركات من خلال استغلال الطاقة الإيجابية الداخلية في التغلب على المرض.

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
الافتتاح	يُرحّب الباحث بالمشاركات ويناقش معهنّ الواجب المنزليّ ويقدمّ لهنّ التغذية الراجعة حول أدائهنّ للواجب.	المناقشة	-----	10 دقائق	التهيئة لبدء الجلسة
خفض مستوى الاضطراب	تدريب أعضاء المجموعة على تمارينات الاسترخاء، وتبدأ هذه التمارينات من التمرين الخامس إلى التمرين العاشر. ويوضّح الباحث علاقة هذه التمارينات العقلية بالاضطرابات النفسيّة، وأنها تساعد في خفض التوتر والقلق الذي يحدث للمشاركات.	تمارين الاسترخاء	----	20 دقائق	خفض التوتر والقلق الذي يحدث للمشاركات
الذات الإيجابية	يتحدّث الباحث عن فهم الاضطراب وعلاجه وهو الصّورة الذهنية التي سيشكلها كلّ فرد عن نفسه، إذ إنّ الأفراد الذين يُعانون من الاضطرابات النفسية عادة ما تكون لديهم صورة عقلية سلبية عن الذات وعن أدائها، وبناء على هذه الصورة العقلية يكون لديهم اعتقادات غير عقلانية وغير دقيقة عن الذات وعن الآخرين كذلك، وهو الأمر الذي يؤدي إلى الشعور بالقلق وتدني مستوى الأداء الاجتماعيّ لديهم.	عرض بوربوينت	عارضة وكمبيوتر	10 دقائق	رفع مستوى الذات الإيجابية
السيطرة على الانفعالات	يقوم الباحث بشرح مبسّط عن فنية التخيل، وما دور هذه الفنية في خفض الاضطرابات النفسيّة. ويتعود الفرد من خلال هذه الفنية على ضبط أعصابه والسيطرة على انفعالاته	فنية التخيل	----	10 دقائق	رفع مستوى الطاقة الإيجابية من خلال السيطرة على الانفعالات

دعم الأفكار الإيجابية	يعرض المرشد على المشاركات مقطع فيديو عن تقنية الكتابة التأملية، واستنتاج الآثار الإيجابية للكتابة التأملية في الصحة والتوافق النفسي ومناقشتها.	مقطع فيديو	عارضه وكمبيوتر	10 دقائق	أن تنمي المشاركة قدراتها على تنظيم الأفكار اللاعقلانية والتخلص منها
الواجب بيني	أن تكتب كل مشاركة من المشاركات قصة قصيرة عن كيفية استغلال الطاقة الإيجابية الداخلية في التغلب على المرض.	الجلوس في مكان هادئ ومحَبَّب	قلم ومجموعة أوراق	5 دقائق	استغلال الطاقة الإيجابية الداخلية في التغلب على المرض

مخرجات الجلسة:

- ✓ خفض التوتر والقلق الذي يحدث للمشاركات.
- ✓ رفع مستوى الذات الإيجابية.
- ✓ رفع مستوى الطاقة الإيجابية من خلال السيطرة على الانفعالات.
- ✓ أن تنمي المشاركة قدراتها على تنظيم الأفكار اللاعقلانية والتخلص منها.
- ✓ استغلال الطاقة الإيجابية الداخلية في التغلب على المرض.

المكان: مركز (بيتنا) لرعاية مريضات سرطان الثدي.

الجلسة الخامسة

تأمل على بناء الثقة بالنفس

زمن الجلسة: 90 دقيقة.

وصف الجلسة: من خلال الجلسة يُطمحُ بناء جسور الثقة بين المشاركات من أجل الوصول إلى التعبير الحرّ عن المشاعر والمشاكل والخبرات والتجارب مهما كانت، ويتمّ تعزيز ثقة كلّ مشاركة بنفسها من خلال التفكير فيما تمتلكه ولا تمتلكه غيرها.

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
الافتتاح	تعرض كلّ مشاركة واجبها، ويتمّ مناقشته وتلخيصه، ويتمّ سؤال المشاركات عن بعض الأسئلة عن واجباتها.	المناقشة والحوار	-----	20 دقيقة	ربط الجلسة السابقة بالجلسة اللاحقة
الأعمى والبصير	تتم تغطية أعين إحدى المشاركات وترشدها إحدى الزميلات للسير في أرجاء الغرفة متجاوزة جميع العوائق التي وضعتها بقية المجموعة	الحركة والتنقل	غطاء للعين وطاولات وكراسي	25 دقيقة	زيادة مستوى الثقة بالنفس للمشاركات
مقالتني	تتحدّث كلّ مشاركة من المشاركات عن القدرات التي تمتلكها من خلال المقالة التي تكتبها، ثمّ يتمّ مناقشتها مع بقية المجموعة.	تنظيم الأفكار	أوراق وقلم	25 دقيقة	رفع مستوى الثقة بالنفس
قصتي	تتحدّث كلّ مشاركة من المشاركات عن القصة التي تمّت كتابتها في الجلسة السابقة وتناقشها بين أفراد المجموعة.	الحوار والنقاش	الحديث عن التجربة الشخصية	10 دقائق	رفع مستوى التفهم والتعاطف بين أفراد المجموعة
الواجب بيني	تقسيم المشاركات إلى مجموعات ثنائية وترتيب لقاء بينهنّ، وتشارك كلّ واحدة زميلتها بموقف تعرّضت له في حياتها، وتدوين مشاركة القصة لزميلتها ليتمّ عرضها على المجموعة خلال الجلسة القادمة.	المكان الذي يتمّ اللقاء فيه	قلم ومجموعة أوراق	10 دقائق	خلق الثقة بالنفس

مخرجات الجلسة:

- ✓ معرفة كلّ مشاركة نقاط قوتها.
- ✓ معرفة أنّ كلّ شخص يمرّ في تجربةٍ خاصّةٍ به.
- ✓ مقدرة كلّ شخص على مواجهة مواقف حياتهنّ بطرق أكثر إيجابية.

المكان: مركز (بيتنا) لرعاية مريضات سرطان الثدي.

الجلسة السادسة

تأمل حول مراجعة الأطباء والمستشفيات

زمن الجلسة: 45 دقيقة.

وصف الجلسة: من خلال الجلسة يتم التغلب على الاضطرابات المصاحبة لمراجعة الأطباء والمستشفيات، وممارسة مهارات التأمل من خلال تمارين التأمل الوجداني، وتأمل الجلوس، وتأمل عدّ التنفس، واستبدال الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية.

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
الافتتاح	مناقشة الواجب المنزلي، والإجابة عن تساؤلات المجموعة حول الجلسة السابقة وموضوعات تهمهم،	المناقشة والحوار	-----	5 دقائق	مناقشة الأفكار في الجلسة السابقة وربطها بالجلسة اللاحقة
دع الأفكار تتلاشى	ثم بدأ الجلسة بتوضيح تقسيم تمارين التأمل في خمس مجموعات هي: الهيئات والجلسات الثلاث الأساسية، والتغلب على التوتر العضلي، واليقظة العقلية، والوعي العقلي بالألم وعدم الارتياح، وترك الأفكار تتلاشى	تمارين التأمل	عرض فيديو	15 دقيقة	التغلب على الاضطرابات المصاحبة لمراجعة الأطباء والمستشفيات
تمرين التأمل	عرض الباحث على المشاركات تمارين المجموعة الأولى (الهيئات والجلسات الثلاث) التي تتضمن ثلاثة تمارين هي: التأمل الوجداني "المانترا"، وتأمل الجلوس، وتأمل عدّ التنفس.	تمارين المجموعة الأولى	قاعة واسعة لممارسة التمارين	15 دقيقة	ممارسة مهارات التأمل من خلال تمارين التأمل الوجداني وتأمل الجلوس وتأمل عدّ التنفس.
الذات الإيجابية	تدريب الفرد على استخدام جمل ذاتية إيجابية تكون سهلة وقصيرة وتُسهم في ثقة الفرد في نفسه، حيث يبدأ التدريب بتعلم الوعي بالأفكار السلبية ثم استبدالها بأخرى إيجابية فعالة وواقعية	الحوار والنقاش	الحديث عن التجربة الشخصية	10 دقائق	تعزيز ثقة الفرد بنفسه بعد زيارة الأطباء من خلال استبدال الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية
تأمل الجلوس	بين الباحث طريقة تأمل الجلوس حيث تم التركيز على طريقة التنفس وعلى منطقة الارتفاع والهبوط نتيجة عملية التنفس من خلال عملية الشهيق والزفير	المحاكاة	مكان مريح	5 دقائق	أن تحاكي المشاركات ممارسة التأمل في التغلب على الصعوبات التي تواجهها بعد زيارة المستشفى
الواجب بيني	في مكان هادئ ومريح اختاري الجلسة التي تناسبك، ومارسي تمرين تأمل عدّ التنفس المنتظم، ثم سجلي شعورك بعد ممارسة هذا التمرين	مكان هادئ ومريح	قلم ومجموعة أوراق	5 دقائق	

مخرجات الجلسة:

- ✓ التغلب على الاضطرابات المصاحبة لمراجعة الأطباء والمستشفيات.
- ✓ ممارسة مهارات التأمل من خلال تمارين التأمل الوجداني وتأمل الجلوس وتأمل عد التنفس.
- ✓ تعزيز ثقة الفرد بنفسه بعد زيارة الأطباء من خلال استبدال الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية
- ✓ أن تحاكي المشاركات ممارسة التأمل في التغلب على الصعوبات التي تواجهها بعد زيارة المستشفى

المكان: مركز (بيتنا) لرعاية مريضات سرطان الثدي.

الجلسة السابعة

تمرين الاكتشاف الداخلي أو مسح الجسم

زمن الجلسة: 65 دقيقة.

وصف الجلسة: من خلال الجلسة يتم مناقشة فوائد تمرين تأمل عدّ التنفس المنتظم من مجموعة تمارين التأمل الأولى، وكذلك تطبيق تمارين التأمل في المجموعة الثانية

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
الافتتاح	في بداية الجلسة يُناقش الباحث آراء أفراد المجموعة حول الجلسات السابقة، ويقدم لهم الفرصة لاستفساراتهم حولها، بعد ذلك يتم مراجعة الواجب المنزلي حول استخدام عبارات إيجابية في المواقف الاجتماعية ويناقشهم حول أهمية ممارسة تمرين تأمل عدّ التنفس المنتظم، وترك المجال لطرح الأسئلة والاستفسارات المتعلقة بالتمارين السابقة	المناقشة والحوار	-----	10 دقائق	مناقشة فوائد تمرين تأمل عدّ التنفس المنتظم
التغلب على التوتر العضلي	عرض الباحث تمارين المجموعة الثانية (التغلب على التوتر العضلي)، وتتضمن تمرين الاكتشاف الداخلي أو مسح الجسم، وتمرين تأمل الرباط المتحرك، وتم تطبيق تمرين مسح الجسم من خلال حوار صوتي للباحث بوضع الاستلقاء أو الجلوس بشكل مريح حسب رغبة المتأمل	حوار صوتي	مكان للاستلقاء أو الجلوس المريح	20 دقيقة	التغلب على التوتر العضلي
اكتشاف كل عضو من أعضاء الجسم المتوترة	بين الباحث الهدف من هذا التمرين وهو اكتشاف كل عضو من أعضاء الجسم المتوترة، وملاحظة الأحاسيس السلبية التي تشعر بها من التوتر، للتغلب على التوتر في أي عضو للحصول على حالة الهدوء والراحة والاسترخاء الجسدي والعقلي	الاسترخاء الجسدي والعقلي	مكان يتمتع بالراحة والهدوء	20 دقيقة	اكتشاف كل عضو من أعضاء الجسم المتوترة
التغلب على التوتر	يكلف الباحث المشاركات بالجلوس على الكرسي بشكل مريح مع اغماض العينين والتنفس بعمق، ثم طلب منهن تطبيق التمرين من خلال اتباع خطوات التمرين الواردة العرض التقديمي.	عرض تقديمي	عارضة وجهاز حاسوب	10 دقائق	التغلب على التوتر
الواجب بيني	ينهي الباحث الجلسة بتقديم التغذية الراجعة للمشاركات حول أدائهن في هذا التمرين، وتقديم	مكان هادئ	قلم ومجموعة	5 دقائق	

		أوراق	ومريح	واجب منزلي وهو: مارسي تمرين الاكتشاف الداخلي أو مسح الجسم، وركزي انتباهك على الأعضاء التي شعرت فيها بالتوتر، وسجلي شعورك عند ممارسة التمرين.	
--	--	-------	-------	--	--

مخرجات الجلسة:

- ✓ مناقشة فوائد تمرين تأمل عدّ التنفس المنتظم
- ✓ التغلب على التوتر العضلي.
- ✓ اكتشاف كلّ عضو من أعضاء الجسم المتوترة.

المكان: مركز (بيتنا) لرعاية مريضات سرطان الثدي.

الجلسة الثامنة

التدريب على تمارين المجموعة الثالثة اليقظة العقلية: التأمل الذاتي خلال المشي

زمن الجلسة: 45 دقيقة.

وصف الجلسة: من خلال الجلسة يتم مناقشة فوائد تمارين التأمل الأولى والثانية، وكذلك تطبيق تمارين تأمل اليقظة العقلية والوعي، وزيادة مستوى الوعي والانتباه واليقظة العقلية.

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
الافتتاح	في بداية الجلسة يُناقش الباحث آراء أفراد المجموعة حول الجلسات السابقة، ويقدم لهم الفرصة لاستفساراتهن حولها، بعد ذلك يتم مراجعة الواجب المنزلي حول استخدام عبارات إيجابية في المواقف الاجتماعية ويناقشهن حول أهمية مثل هذه العبارات في تخفيف التوتر والقلق وزيادة الثقة بالنفس.	المناقشة والحوار	-----	5 دقائق	مناقشة فوائد تمارين تأمل المجموعة الأولى والثانية
اليقظة العقلية والوعي	يشرح الباحث بشرح التمارين التي تتضمنها المجموعة الثالثة (اليقظة العقلية والوعي) وهي: تأمل الأكل الواعي والتأمل الذاتي خلال المشي وتأمل النظر	عرض تقديمي	الحوار والمناقشة	5 دقائق	توضيح كيفية ممارسة التمرين
اليقظة العقلية	يكلف المرشد المشاركات بالجلوس بشكل دائري ومريح والتنفس بعمق ثم يبينُ لهن كيفية ممارسة تمرين تأمل الأكل الواعي، بحيث يتم التركيز على الشعور والرغبة في تناول الطعام والشكل والطعم والرائحة والحجم، وكذلك الانتباه واليقظة العقلية للعمليات التي يمر بها الطعام للوصول إلى الجسم.	طعام	مكان لثم فيه تحضير الطعام	20 دقيقة	أن تتأمل كل مشاركة من المشاركات في ذاتها مع توفر اليقظة العقلية
التركيز	يؤكد الباحث أن هدف هذه التمارين هو تركيز الذهن نحو هدف محدد لزيادة الوعي والانتباه واليقظة العقلية	تركيز الذهن	مكان هادئ	10 دقائق	زيادة مستوى الوعي والانتباه واليقظة العقلية
الواجب بيني	ينهي الباحث الجلسة بالواجب المنزلي الذي ينص على "اختاري مكاناً مناسباً للمشي ومارسي تمرين التأمل الذاتي خلال المشي ثم سجلي أحاسيسك ومشاعرك؟"	مكان مناسب للمشي	لبس مريح للمشي	5 دقائق	

مخرجات الجلسة:

- ✓ مناقشة فوائد تمرين تأمل المجموعة الأولى والثانية.
 - ✓ توضيح كيفية ممارسة التمرين.
 - ✓ أن تتأمل كل مشاركة من المشاركات في ذاتها مع توفر اليقظة العقلية.
 - ✓ زيادة مستوى الوعي والانتباه واليقظة العقلية.
- المكان:** مركز (بيتنا) لرعاية مريضات سرطان الثدي.

الجلسة التاسعة

التدريب على تمرين: تأمل النظر أو التركيز

زمن الجلسة: 40 دقيقة.

وصف الجلسة: من خلال الجلسة تتأمل كل مشاركة من المشاركات بالنظر والتركيز بعمق، والابتعاد عن كل المثيرات المحيطة لتنمية مهارة التركيز لدى المشاركات

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
الافتتاح	في بداية الجلسة يتحقق الباحث من ردود فعل أفراد المجموعة تجاه الجلسات السابقة، وفتح المجال أمامهن للاستفسار عما يدور في أذهانهن من أسئلة. بعد ذلك يتم مراجعة الواجب المنزلي.	المناقشة والحوار	-----	5 دقائق	ربط الجلسة السابقة بالجلسة اللاحقة
تأمل النظر أو التركيز	ممارسة تمرين تأمل النظر والتركيز بعمق والابتعاد عن كل المثيرات المحيطة، ثم عرض مقطع فيديو عن تمرين تأمل النظر.	مقطع فيديو	عارضه وحاسوب	10 دقائق	أن تتأمل كل مشاركة من المشاركات بالنظر والتركيز بعمق، والابتعاد عن كل المثيرات المحيطة
التركيز بعمق	يعرض تمارين المجموعة الثالثة وهو تمرين تأمل النظر أو التركيز، حيث نختار أشياء مختلفة لتكون هدفا أثناء النظر أو التركيز؛ بحيث نمارس التأمل بالنظر كنقطة في فراغ ونتجاهل الحركات الأخرى والمثيرات المحيطة.	أشياء مختلفة لتركيز النظر عليها	غرفة تحتوي على أدوات متعددة	20 دقائق	تنمية مهارة التركيز لدى المشاركات
الواجب بيني	يناقش الباحث نتائج تطبيق تمارين المجموعة الثالثة، ويترك للمشاركات المجال للكتابة عن مشاعرهن وأحاسيسهن بعد التطبيق كواجب منزلي.	مكان هادئ		5 دقائق	

مخرجات الجلسة:

✓ أن تتأمل كل مشاركة من المشاركات بالنظر والتركيز بعمق والابتعاد عن كل المثيرات المحيطة.

✓ تنمية مهارة التركيز لدى المشاركات.

المكان: مركز (بيتنا) لرعاية مريضات سرطان الثدي.

الجلسة العاشرة

التأمل حول الشفاء بإرادة الله الوازع الديني

تمرين التخيل

زمن الجلسة: 60 دقيقة.

وصف الجلسة: من خلال الجلسة استنارة الوازع الديني من أجل رفع مستوى التناول في الشفاء للتغلب على الاضطرابات النفسية التي تصاحب مرض سرطان الثدي لدى المشاركات

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
الافتتاح	يناقش الباحث مع المجموعة الواجب المنزلي، ويستمع إلى آرائهن حول الجلسة السابقة، وينبه الباحث إلى ضرورة الربط بين تفكير الفرد وشعوره، وفحص نوعية التفكير ومدى عقلانية. ومن خلال مناقشة المنتفع للمواقف والانفعال الذي يحدث له وما هي الأعراض المصاحبة للانفعال وكيفية مواجهة تلك المواقف. تم التركيز على الأفكار الخاطئة واللاعقلانية التي تسبب هذه الانفعالات وكيفية دحضها واستبدالها بأفكار عقلانية منطقية.	المناقشة والحوار	-----	20 دقائق	ربط الجلسة السابقة بالجلسة اللاحقة
استنارة الوازع الديني	يقوم الباحث بتدريب أعضاء المجموعة على تمارين الاسترخاء، ويوضح الباحث علاقة هذه الوازع الديني بالاضطرابات النفسية، وأنه تساعد في خفض التوتر والقلق الذي يحدث للفرد حال تعرضه لموقف اجتماعي.	شرح بعض الآيات القرآنية	تفسير الجلالين	15 دقائق	استحضار القدرة الإلهية على شفاء الناس من الأمراض
التخيل	يقوم الباحث بشرح مبسط عن فنية التخيل، وما دور هذه الفنية في خفض الاضطرابات النفسية. بحيث يتم استحضار المواقف الإيمانية التي تدعم الجانب النفسي لخفض مستوى الاضطرابات النفسية قبل البدء بممارسة فنية التخيل، يطلب الباحث من الجميع أخذ أنفاس عميقة، وهادئة تساعد على الهدوء والاسترخاء. ثم يطلب الباحث من أفراد المجموعة الجلوس بشكل جيد ومريح وإغلاق العينين للحظات، والبدء بتخيل موقف من المواقف	فنية التخيل الموجه	غرفة هادئة	20 دقائق	تتمية القدرة الإيمانية في التغلب على الاضطرابات النفسية

				الإيمانية.	
	5 دقائق		مكان هادئ	في نهاية الجلسة يقوم الباحث بتلخيص ما دار في الجلسة، ويعطي فرصة لأعضاء المجموعة لطرح أسئلتهم، وإبداء آرائهم حول الجلسة، ثم يطلب منهم واجباً منزلياً يتضمن موضوعاً أو فكرةً محببةً لديك، واجلسي جلسة مناسبة للتأمل في مكان هادئ ومريح، ومارسي تمرين التخيل مع توظيف عبارات إيمانية في ذلك.	الواجب بيني

مخرجات الجلسة:

- ✓ استحضار القدرة الإلهية على شفاء الناس من الأمراض.
- ✓ تنمية القدرة الإيمانية في التغلب على الاضطرابات النفسية.

المكان: مركز (بيتنا) لرعاية مريضات سرطان الثدي.

الجلسة الحادية عشرة

التأمل مع المحيط الاجتماعي

تمرين دع الأفكار تتلاشى

زمن الجلسة: 45 دقيقة.

وصف الجلسة: من خلال الجلسة يتم التأمل في المحيط الاجتماعي من خلال دحض الأفكار السلبية ودعم الأفكار الإيجابية التي يسببها المحيط الاجتماعي واستبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
الافتتاح	الاطلاع على الواجب المنزلي، حيث يقوم الباحث بسؤال كل فرد على حدة عن مدى التحسن، وما هي الأمور التي ما تزال مُشوشة، أو لم يستطع السيطرة عليها.	المناقشة والحوار	-----	5 دقائق	ربط الجلسة السابقة بالجلسة اللاحقة
الاسترخاء	ممارسة بعض تمارين الاسترخاء للتخلص من بعض الاضطرابات النفسية	الاسترخاء	مكان هادئ	5 دقائق	توفير الراحة النفسية للمشاركات
دع الأفكار تتلاشى	تطبيق المجموعة الخامسة (دع الأفكار تتلاشى) حيث يقوم الباحث بتوضيح فكرة هذا التمرين وعرض الباحث عليهن مثالاً بأن نتخيل أن أفكارنا تظهر على شكل هبات من الدخان التي تخرج من الموقد، وسرعان ما تتلاشى في الهواء، وهكذا بالنسبة للأفكار المؤلمة التي تسبب لنا الإزعاج في حياتنا.	مهارة التخيل	غرفة هادئة	10 دقائق	شرح تمرين (دع الأفكار تتلاشى)
غير تفكيرك	يكلف الباحث المشاركات بتطبيق تمرين دع الأفكار تتلاشى والبدء بالتنفس العميق ثم نتخيل بأننا نجلس على الشاطئ، ثم ملاحظة فكرة ما على أنها فقاعة مائية تمر أمامنا بهدوء ونلاحظها دون أن نفكر في محتواها، وإنما ندعها تمر إلى أن تتلاشى.	التخيل	غرفة هادئة	10 دقائق	دحض الأفكار السلبية التي يسببها المحيط الاجتماعي
القرار المناسب	يقدم الباحث للمشاركات أمثلة متنوعة لممارسة هذا التمرين، وعرضت عليهن بطاقة العبارات الإيجابية "إذا لم تحب أمراً ما فغيره، وإذا لم تتمكن من تغييره فغير طريقة تفكيرك فيه وبعد ذلك كلفهن بوضع	الاسترخاء	مكان هادئ	10 دقائق	استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية

				فكرة ما أو موضوع محدد وتعبئة قائمة الإيجابيات والسلبيات للفكرة أو الموضوع لاتخاذ القرار المناسب حوله.	
	5 دقائق	أوراق وقلم	مكان هادئ	ينهي المرشد الجلسة بتكليف المشاركات بالواجب المنزلي وهو: كتابة الأفكار التي تراودنا في المواقف الاجتماعية وتسجيلها، وما هو شعورنا تجاه تلك	الواجب بيني

مخرجات الجلسة:

- ✓ توفير الراحة النفسية للمشاركات.
- ✓ شرح تمرين (دع الأفكار تتلاشى).
- ✓ دحض الأفكار السلبية التي يتسببها المحيط الاجتماعي.
- ✓ استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية.

المكان: مركز (بيتنا) لرعاية مريضات سرطان الثدي.

ملحق (4) قائمة بأسماء المحكّمين لأدوات الدراسة

اسم المحكّم	الجامعة - قسم الإرشاد النفسي	
1. د. محمد عجوة	الخليل	
2. د. فايز محاميد	النجاح	
3. د. محمد شاهين	القدس المفتوحة	
4. د. إبراهيم المصري	الخليل	
5. د. نبيل الجندي	الخليل	