دار المنظومة
DAR ALMANDUMAH
الرواد في قواعد المعلومات العربية

العنوان:	فاعلية برنامج إرشادي جمعي في ضوء النظرية الانتقائية في خفض مستوى قلق الموت وتحسين التوافق النفسي لدى عينة من مرضى السرطان الأردنيين
المصدر:	الثقافة والتنمية
الناشر:	جمعية الثقافة من أجل التنمية
المؤلف الرئيسي:	أبو عبيد، خلود زكي
مؤلفين آخرين:	الزيون، سليم(م. مشارك)
المجلد/العدد:	س19, ع137
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2019
الشهر:	فبراير
الصفحات:	29 - 70
رقم MD:	958479
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	مرضى السرطان، قلق الموت، التوافق النفسي، النظرية الانتقائية، الإرشاد الجمعي، البرامج الإرشادية، الأردن
رابط:	https://search.mandumah.com/Record/958479

© 2020 دار المنظومة. جميع الحقوق محفوظة.
هذه المادة متاحة بناء على الإتفاق الموقع مع أصحاب حقوق النشر، علما أن جميع حقوق النشر محفوظة. يمكنك تحميل أو طباعة هذه المادة للاستخدام الشخصي فقط، ويمنع النسخ أو التحويل أو النشر عبر أي وسيلة (مثل مواقع الانترنت أو البريد الالكتروني) دون تصريح خطي من أصحاب حقوق النشر أو دار المنظومة.

عضو أكاديمية البحث العلمي والتكنولوجيا بالقاهرة

فاعلية برنامج إرشادي جمعي في ضوء النظرية الانتقائية في خفض مستوى قلق الموت وتحسين التوافق النفسي لدى عينة من مرضى السرطان الأردنيين

إعداد

د. خلود أبوعبيد
جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية

د. سليم الزبون
جامعة العلوم الإسلامية العالمية

مجلة الثقافة والتنمية العدد السابع والثلاثون بعد المائة (١٣٧) فبراير ٢٠١٩م

د. خلود أبو عبيد د. سليم الزبون

الملخص

هدفت الدراسة الحالية التعرف إلى فاعلية برنامج إرشادي جمعي في ضوء النظرية الانتقائية في خفض قلق الموت، وتحسين التوافق النفسي لدى عينة من مرضى السرطان الأردنيين. تكونت عينة الدراسة من (٣٠) مريضا ومريضة سرطان، تم اختيارهم بالطريقة القصدية، و تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية، و مجموعة ضابطة، وقد تم تعيين أفراد المجموعتين عشوائيًا بواقع (١٥) مريض ومريضة لكل مجموعة. اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي، ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بإعداد مقياس قلق الموت ومقياس التوافق النفسي، والتحقق من كفاءتهما السيكومترية قبل تطبيقهما.وحللت البيانات باستخدام تحليل التباين المصاحب الثنائي (ANCOVA)، وتحليل التباين المصاحب متعدد المتغيرات (MANCOVA). وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠.٠٥) بين متوسطي أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، على مقياس قلق الموت البعدي، حيث تعزى هذه الفروق للبرنامج الإرشادي و لصالح المجموعة التجريبية. كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠.٠٥) بين متوسطي أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، على مقياس التوافق النفسي البعدي والتي تعزى أيضا للبرنامج الإرشادي و لصالح المجموعة التجريبية. وفي ضوء نتائج الدراسة أوصت الباحثة بأهمية وضرورة بناء وتقديم برامج إرشادية نفسية وتثقيفية تتعلق بتوجيه مرضى السرطان إلى كيفية التعامل مع الاضطرابات النفسية الناجمة عن المرض وعلاجه خاصة في ما يتعلق بقلق الموت.

الكلمات المفتاحية: برنامج إرشادي جمعي، النظرية الانتقائية، قلق الموت، التوافق النفسي، مرضى السرطان.

Abstract:

The current study aimed to examining the effectiveness of a group counseling program, based on eclective theory on reducing the level of death anxiety, and improving psychological adjustment among a sample of Jordanian cancer patients. A sample of (30) cancer patients were intentionally selected and then assigned to either the experimental or control group with (15) participants in each group. To achieve the goal of the study, the death anxiety scale and psychological adjustment scale were developed by the principal investigator. The study was conducted using a Quazi experimental design. Data were collected using two instruments developed by the principal investigator: an instrument to measure death anxiety, and another to measure psychological adjustment. Psychometric properties of both instruments were evaluated before administering them. Data analysis was completed using (ANCOA) and (MANCOVA). Results showed statistically significant differences between erimental and control groups in regards to the post test findings of the death anxiety mean. The Experimental group had also significant differences on the psychological adjustment instrument at a p value of (0.05). Based on these findings, the principal investigator recommends creating and implementing educational and counseling programs related to guiding cancer patients to better deal with psychological disturbances associated with cancer, especially with regard to the concern of death anxiety.

Key Word: Group Counseling Program, Eclective Theory, of Death Anxiety, Psychological Adjustment, Jordanian Cancer Patients.

المقدمة

يعد السرطان مرض العصر، وأحد أبرز هموم الإنسان أينما كان على سطح الكرة الأرضية، حيث يخاف الإنسان بطبعه من كل مجهول وغير متوقع، خاصة إذا كان هذا المجهول يشكل نهاية وجوده في هذه الحياة ويسبب موته الشخصي، فمن النادر أن نجد إنسانا لم يمر بخبرة موت الآخرين طيلة فترات حياته المختلفة، وقد علم بأسباب موتهم المختلفة، وهذا ما يولد قلقا تجاه هذه الأسباب وتجنبها، حيث يعتبر المرض أهم هذه الأسباب ولا إذا كان خطيرا ويحمل في طياته تهديدا ضد استمرارية الحياة ويجعل الإنسان ماثلا أمام نهاية محتومة لا مفر منها، فليس هنالك أخطر من الأمراض السرطانية وخاصة أن الطب الحديث ما زال عاجزا عن إيجاد العلاج الشافي لها، مما يولد لدى المريض هما وقلقا خاصة إذا كان متعلقا بالحياة وحبها، فمريض السرطان كأي مريض مصاب بمرض خطير تنتابه جملة من مشاعر القلق والإحباط واليأس التي كان لها نصيبا من الدراسات المحلية في مجال علم النفس والإرشاد. ألا أن هذه الدراسات لم تميز قلق الموت في المجال البحثي بالرغم من أنه واسع الإنتشار فطبيعة البشر تجعلهم يخافون الموت وهم في كامل صحتهم فكيف لو أصابهم مرض خطير كالسرطان (Dozier, 2013). حيث تشير إحصائيات السجل الوطني للسرطان لعام ٢٠١٢، إلى ارتفاع ملحوظ في نسبة حالات السرطان في السنوات الأخيرة، حيث كان العدد الإجمالي للإصابات بالسرطان في عام ٢٠١٢ "٧٤٥٤" حالة، وذلك يعني "٣٨٨" حالة سرطان جديدة بين الأردنيين مقارنة بعام ٢٠١١. وهذه الزيادة تعطي مؤشرا خطيرا، خاصة وأن التقرير الصادر عن وزارة الصحة الأردنية (٢٠١٢)، يعتبر مرض السرطان ثاني مسبب رئيسي للوفيات في المملكة بعد أمراض القلب. وهذا يؤكد وجود مشكلة تحمل في طياتها تهديدا لاستمرار الحياة وجودتها، ويجعل الإنسان

المصاب بالسرطان قلقا من نهاية محتومة لا مفر منها، وأشار بركات (٢٠٠٦) أنه وبالرغم من التقدم العلمي والهائل الذي وصلنا إليه في الوقت الحاضر، إلا أنه ما زال التأثير النفسي للإصابة بالسرطان على مريض السرطان يستحضر لديه المخاوف والعذاب التي تدخله في أجواء القلق والتفكير بالمرض والموت.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

تكمن مشكلة الدراسة في ملاحظة الباحثة بحكم عملها محاضر في كلية التمريض، ومشرفة على طلبة التدريب في المساقات العملية، وملاحظة العديد من العاملين في المؤسسات الطبية للمرضى الذين يتعاملون معهم، ورصد ما يمر به مرضى السرطان من المشاعر المتشابكة والمربكة والتفاعلات حال تشخيصهم بالمرض، إذ أن ردود الأفعال الاعتيادية في مثل هذه المواقف تتضمن غالبا: الرفض والإنكار وعدم التصديق، والتوتر العصبي والغضب، والشعور بالذنب، والحزن، والخوف، والارتباك، وعدم المقدرة على القيام بالنشاطات الحياتية اليومية، وتفاقم العديد من المشاكل المتعلقة بالأكل والنوم والمشاكل الذهنية النفسية، بالإضافة إلى رصد نظرات المرضى، التي يشوبها الخوف والقلق وهم ينتظرون المجهول! أي الموت وما تثيره زوابعه من رعب في مكامن نفوسهم. حيث يشير أبو حويج والصفدي (٢٠٠٨) وبسيسو (٢٠٠٦) إلى تشخيص السرطان مرحلة مأساوية بالنسبة للأفراد، و يؤدي إلى تفاقم الشعور بالقلق واضطراباته وخصوصا قلق الموت، إضافة إلى ظهور صعوبات أكثر في التأقلم و التكيف مع التشخيص، ومعايشة المرض مما يؤثر على التوافق النفسي لدى المريض، في كافة النواحي الاجتماعية و الشخصية والأسرية والانفعالية والمهنية والزواجية، الأمر الذي يضع ضرورات معالجة قلق الموت وتأثيراته البدنية والنفسية ضمن الأولويات المهمة، في الخطط العلاجية

لمرضى السرطان، وضمن المواضيع الأساسية التي ينبغي للمريض مناقشتها مع الفريق الطبي المعالج بمجرد تشخيص المريض، كما تستدعي العمل الجماعي وبشكل وثيق لتحقيق معالجة فعالة، مما يؤكد حاجتهم إلى برامج إرشادية نفسية متخصصة، للحد من آثار قلق الموت، والفسيولوجية، والانفعالية التي تهدد توافقهم النفسي و الاجتماعي والأسري والزواجي. وقد جاء التفكير بإجراء هذه الدراسة والحاجة إلى تدريب مرضى السرطان من خلال برنامج إرشاد جمعي في ضوء النظرية الانتقائية، بهدف خفض قلق الموت وتحسين التوافق النفسي لديهم، مما يساعدهم على مواجهة الاضطرابات النفسية المختلفة، والتوافق الإيجابي في المجالات الاجتماعية، والأسرية، والمهنية، وتتمثل مشكلة الدراسة في الإجابة على السؤال الرئيس الآتي:

ما فاعلية برنامج إرشادي جمعي في ضوء النظرية الانتقائية، في خفض قلق الموت و تحسين التوافق النفسي لدى عينة من مرضى السرطان الأردنيين؟

والذي ينبثق منه التساؤلات الفرعية التالية:

١) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسطي أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى قلق الموت على القياس البعدي تعزى للبرنامج الإرشادي؟

٢) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطي أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى التوافق النفسي على القياس البعدي تعزى للبرنامج الإرشادي؟

أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة في حداثتها، وتغطيتها لجانب النقص الموجود في الدراسات المحلية والعربية، والتي قد يكون لها أثر فاعل، في توضيح كفاءة بعض فنيات العلاج الانتقائي في البرامج التجريبية، وقد يكون لها نتائج إيجابية في نشر الوعي النفسي، لدى مرضى السرطان وبين أفراد المجتمع. بالإضافة إلى تزويد مرضى السرطان بالمعرفة اللازمة لمساعدتهم على إعادة النظر في طريقة تفكيرهم وتفاعلهم مع الآخرين، وحل مشكلاتهم، من خلال بناء برنامج إرشادي جمعي بناء برنامج إرشادي ذا محتوى شامل يضم مجموعة من الأهداف والأنشطة والإجراءات والتطبيقات والفنيات الإرشادية في ضوء النظرية الانتقائية، والذي يساعد في خفض قلق الموت، وتحسين التوافق النفسي لدى مرضى السرطان. إضافة إلى أهميتها التطبيقية في مساعدة المرشدين والأخصائيين النفسيين العاملين في المؤسسات الصحية على تطوير برامج إرشادية وقائية وعلاجية لخفض الاضطرابات النفسية كقلق الموت وسوء التوافق النفسي لدى مرضى السرطان، ومساعدتهم على المشاركة في الحياة الاجتماعية والأسرية والمهنية. و إمكانية الاستفادة من البرنامج الإرشادي في العديد من الأغراض البحثية والتطبيقية على عينات مماثلة، في المؤسسات الصحية، وعلى كافة الفئات التي تعاني من قلق الموت وسوء التوافق النفسي لمساعدتهم على تحقيق التوازن النفسي والتكيف في المجتمع.

حدود الدراسة:

تتحدد أهمية الدراسة وإمكانية تعميم نتائجها في ضوء الآتي:

١. تقتصر هذه الدراسة على مرضى سرطان (الثدي، والقولون والشرج، والغدة الدرقية) الأردنيين المعالجين في عيادات مستشفى الملك عبدالله المؤسس في الفترة الزمنية من ٢٥ /٢٠١٧/٨- ٢٠/١٠/٢٠١٧م.

٢. يتحدد تعميم نتائج الدراسة الحالية بمجموعة من العوامل منها الخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة في الدراسة، لذا فإن تعميم نتائج الدراسة مقيدة بدلالات صدق ومعاملات ثبات الأدوات، وبمدى الاستجابة الموضوعية لأفراد عينة الدراسة على هذه الأدوات، كما تتحدد بالتصميم المستخدم في الدراسة، والمتضمن استخدام عدد محدود من المشاركين في المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة لما تتطلبه برامج الإرشاد الجمعي من عدد صغير لأعضائها المنضمين إليها. كما يتحدد تعميم نتائجها على المجتمعات التي تتشابه مع خصائص أفراد الدراسة الحالية.

الإطار النظري والدراسات السابقة

تهدد الإصابة بالسرطان حياة الفرد وتشعره باقتراب الأجل، كما تجعله ضحية للقلق والصراع والضغط النفسي، وتفقده المقدرة على السيطرة والتحكم في مجريات حياته. حيث ينتاب مريض السرطان جملة من مشاعر الإحباط والتشاؤم والخوف و القلق من الموت، وتؤدي كل هذه المشاعر دورا في إضعاف مناعة المريض الجسمية و الاجتماعية، فيميل إلى العزلة وعدم التفاعل مع الآخرين، وتسيطر عليه أحاسيس الشعور بالذنب اتجاه الماضي، خصوصا إذا كان المريض غير ملتزم دينيا أو اجتماعيا. ويعتبر الفرد إصابته بمرض السرطان المحطة الأخيرة في حياته، فيبدأ بمراجعة الماضي تحت تأثير الخوف من الموت القريب، نتيجة إصابته بهذا المرض فالشعور بقلق الموت أحد أهم السمات الشخصية الانفعالية، التي يشعر فيها المصاب بمرض السرطان (Wilson, 2008). ويختلف هذا الشعور باختلاف جملة من المتغيرات الاجتماعية، و الطبية، والاقتصادية، والجسمية، وتأثيرات المرض السلبية على المريض وأسرته وأقاربه (بيومي، ٢٠٠٩).

ويتخلل قلق الموت حياة مريض السرطان بجميع جوانبها بشكل مستمر، إذ يرتبط الموت والقلق مع بعضهما البعض، فيسبب الخوف من الموت القلق للمريض، ويعد قلق الموت المحرك الرئيس لتصرفات المرضى الإيجابية والسلبية، ويسبب العديد من الاضطرابات والأمراض النفسية، وفي الجانب الآخر يمكن أن يعمل على زيادة القدرة الإبداعية للمرضى، ويعتبر قلق الموت ذو حدين: حدا معطلا ومهددا لحياة المرضى، حيث أن المجتمع المتطور بحاجة إلى شخصيات ذات عقول واعية قادرة على العمل والتنافس والتفاعل لتحسين نوعية الحياة وزيادة الإقبال عليها، وعند انشغالهم وتفكيرهم بقضية الموت فإن طاقاتهم وقدراتهم تضعف، وتصبح غير قادرة على العمل والإنجاز في تطوير المجتمع والحياة، وفي المقابل يكون الحد الثاني لقلق الموت مسهلا وبناء لحياة الأفراد، فإذا تم الاستسلام والاعتراف بحقيقة الموت فإنه يعمل كدافع للإنجاز والإبداع، ويصبح قوة محركة لسلوك المريض ليعيش حياة طبيعية خالية من أي فشل، كما أن الاستسلام والاعتراف بحقيقة الموت، يحسن الصحة النفسية والجسمية ونوعية الحياة للمريض وبالتالي يحسن من توافقه النفسي (عقل، ٢٠١٥.)

وتتمثل مظاهر الصحة الجسمية في خلو أعضاء الجسم من الأمراض، والعلل والتشوهات، وقيامها بوظائفها على خير وجه، وهذا ما يساعد الفرد على أن يتبع سلوكا يدل على تكيفه مع نفسه ومع الآخرين نحو مواقف الحياة المختلفة، أما الصحة النفسية فهي ليست مجرد خلو الفرد من المرض العقلي أو النفسي فقط، وإنما هي بالإضافة إلى ذلك حالة من الاكتمال الجسمي والنفسي و الاجتماعي لدى الفرد (الهابط، ١٩٨٧). ولقد كان للباحثين والمهتمين الدور الأكبر في الاهتمام بالتوافق النفسي للفرد، خاصة وقت المرض، ولا سيما إذا كان هذا المرض خطيرا كالسرطان، ويتطلب العديد من العلاجات المختلفة (كفافي، ١٩٩٠).

تسبب العديد من علاجات السرطان تغيرات جسدية دائمة أو مؤقتة تؤدي إلى تغير وتبدل في صورة الجسم وتدن في تقدير الذات وخوف لدى المصابين بالسرطان، إن فقدان عضو أو حدوث الندبات نتيجة الجراحة أو فقدان الشعر نتيجة العلاج الكيميائي تؤدي إلى تكون خوف وقلق وخبرة مخيفة ومهددة لذات الفرد (Fewzy & Secher, 1995) ولا يعمل عامل المظاهر الجسمية الشخصية دائما بصورة مباشرة، وإنما يعود تأثيره إلى إدراك الإنسان لتقييم الآخرين لهذه المظاهر الجسدية، ولما يحب الآخرون وما يكرهون، وإن رضا الفرد عن مظاهره الجسدية أمر مهم في توافقه، فثمة أمور لها قيم جمالية مثل صفات المرء الجسدية الخارجية، وقد يشعر بالنقص من لا تتناسب أوصافه مع معايير الثقافة في المجتمع، وكثيرا ما تؤثر المظاهر الجسدية في استجابة الآخرين نحو الفرد، وبالتالي في نظرته لنفسه (Burns, 1979).

فالصحة النفسية للفرد حالة دائمة نسبيا من التوافق النفسي، الذي يهدف إلى تماسك الشخصية ووحدتها، وتقبل الفرد لذاته وتقبل الآخرين له، بحيث يترتب على هذا كله شعوره بالسعادة والراحة النفسية. ويتأثر التوافق النفسي للتشخيص والعلاج من السرطان بعدة عوامل مثل: العائلة، الأصدقاء، والمعتقدات الدينية وهي جميعها مهمة في إعطاء الأمل للمريض (حشمت و باهي، ٢٠٠٦). حيث تعتمد قدرة الفرد على التكيف مع أسرته وعمله، على التهديد الذي يفرضه المرض عليه بما يتلاءم مع عمره، ومستوى التوافق الانفعالي السابق لديه، والتكهن بسير المرض، ومتغيرات العلاج....إلخ.

وتذكر أنكاترين روغه (Ankatrin Rougah) المشار إليها في (Wilson، ٢٠٠٨) بأن " الحالة النفسية لمرضى السرطان ينبغي أن تكون موضع اهتمام علم النفس بأكمله"، وهو ما تراه الباحثة مطلبا فيه من الحكمة وبعد النظر ما يستحق أن يكون نصب أعين الأطباء والمعالجين النفسيين،

والمسؤولين على اختلاف مستوياتهم ومجالاتهم، وقبل ذلك وبعده أن تكون نصب أعين الباحثين، فالمريض بهذه المرحلة يشعر بالعجز، وتنتابه مشاعر الخوف من الآلام والموت، وعدم القدرة على القيام بالأدوار الموكلة إليهم في محيط الأسرة والمجتمع ونطاق العمل".

اعتبر عويضة وحمدي (٢٠١٥) مرض السرطان أبرز الأمراض المعاصرة المهددة للحياة في العالم، والمؤثر على جميع جوانب حياة المريض الجسدية و الاجتماعية والوظيفية، والمرتبط بظهور العديد من الاضطرابات النفسية والعقلية .مما يجعل الحاجة إلى الإرشاد النفسي، وتطوير مداخلات الدعم النفسي و الاجتماعي للمريض ولعائلته، وإعداد البرامج الإرشادية لزيادة الوعي المجتمعي المتعلق به، ضرورة نفسية ومطلبا اجتماعيا ملحا يؤدي إلى تحسين نوعية الحياة لمرضى السرطان وعائلاتهم.

وترى الباحثة أن الإرشاد الجمعي هو الطريقة الإرشادية المثلى لمساعدة مرضى السرطان، لما يتميز به انطلاقا من طبيعة ما يعانيه هؤلاء المرضى، وكذلك لكون هؤلاء المرضى في حاجة دائمة للوسط الاجتماعي الذي يحتويهم، ويشبع حاجاتهم النفسية و الاجتماعية، ولحاجة مريض السرطان للانتماء لجماعة يشعر معها بالرغبة في مناقشة أفكاره ومشكلاته، في مجتمع لديه من الرغبة والمشكلات مثل ما لديه، فيشعر بالأهمية والقيمة الاجتماعية والانتماء، ويشعر بتقبل الآخرين وحرصهم عليه، ولذلك اكتسب الإرشاد الجمعي أهمية خاصة لدى مرضى السرطان.

أجري العديد من الدراسات العربية والأجنبية السابقة ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة الحالية:

الدراسات ذات الصلة بالتوافق النفسي:

هدفت دراسة قامت بها الشقران والكركي (٢٠١٦) إلى الكشف عن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء

بعض المتغيرات. وتكونت عينة الدراسة من (٢٢٠) مريضة ممن يراجعن العيادات الخارجية، واللائي يشاركن في برنامج الدعم النفسي واللائي تحت العلاج في مركز الحسين للسرطان في العاصمة عمان. ولتحقيق أهداف الدراسة أعدت الباحثتان مقياس الدعم الاجتماعي المدرك. حيث أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي كان مرتفعاً، ووجود فرق دال إحصائيا بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي المدرك تعزى لكل من المتغيرين (الحالة الاجتماعية، ومدة الإصابة بالمرض). كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي المدرك تعزى لمتغيرات (العمر، والمستوى التعليمي، ومرحلة العلاج). كما أظهرت الدراسة أيضا أن الدعم الاجتماعي يؤدي دوراً هاماً في تحسين التوافق النفسي والصحة النفسية والعاطفية للفرد، وتحقيق الاستقرار النفسي، والرضا عن الحياة، بالإضافة إلى السعادة التي يحققها، وما يقدمه من تأثيرات إيجابية على الفرد.

وهدفت دراسة الجهني (٢٠١٣) في السعودية إلى المقارنة بين المصابات بسرطان الثدي و غير المصابات في جودة الحياة والتوافق النفسي، وأيضا دراسة العلاقة بين المتغيرين لدى المصابات بسرطان الثدي، والوقوف على الفروق بين المصابات الصغيرات و الكبيرات في السن في جودة الحياة والتوافق النفسي، وتم استخدام المنهج الوصفي، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق مقياس جودة الحياة ومقياس التوافق النفسي على عينتي الدراسة التي شملت (٤٥) من المصابات بسرطان الثدي، و (٤٥) من غير المصابات بأية أمراض جسمية أو نفسية، وأوضحت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية ، بين المصابات بسرطان الثدي و غير المصابات، في جودة الحياة و التوافق النفسي ، ووجود علاقة دالة بين جودة الحياة و التوافق النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي ، ولم يتبين وجود

فروق بين المصابات الصغيرات و الكبيرات في السن في جودة الحياة و التوافق النفسي.

وهدفت دراسة قام بها الحجار و أبو إسحاق (٢٠٠٧) إلى التعرف على مستوى التوافق لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى الالتزام الديني ومتغيرات أخرى .وتكونت عينة الدراسة من(٦٠) مريضة مصابة بسرطان الثدي. ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق إختبار لقياس التوافق، واختبار لقياس الالتزام الديني. وأظهرت النتائج أن مريضات سرطان الثدي يعانين من آثار أعراض ومضاعفات سرطان الثدي على التوافق الجسمي، والنفسي، والاجتماعي، والإنسجامي، ثم الأسري علي التوالي حيث بلغ الوزن النسبي للتوافق الكلي (٧٥،٢٢%). وأن الإلتزام الديني يرتفع لدى مريضات سرطان الثدي بنسبة (٨٨.٢٤%)٤ . وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة تعزى لمتغير العمر .إضافة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق الكلي تعزى لمتغير دخل الأسرة. كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق تعزى لمتغير المستوى التعليمي ، الإ في البعد النفسي وذلك لصالح الحاصلات علي تعليم عالي . إضافة إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين التوافق الكلي والالتزام الديني لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة ما عدا التوافق الجسمي

وقام نارين و ميرلوزي (٢٠٠٣، Narin & Merluzzi) بدراسة الهدف منها التحقق من أثر التوافق الديني مع مرض السرطان على متغير جودة الحياة الذي تم فحصهِ من خلال تطبيق أداة خاصة على (٢٩٢) مريض ومريضةِ أمريكي الجنسية، وكانت نتائج الدراسة أنه لا يوجد أي علاقة بين متغير التوافق الديني ومتغير جودة الحياة، إلا أنه توجد علاقة إيجابية بين متغير التوافق الديني ومتغير التوافق مع مرض سرطان الثدي

بشكل عام، وقد تبين أن أولئك الذين يلجاون للتوافق الديني كوسيلة للوصول للتوافق مع الأمور الحياتيةِ الحاسمة يحصلون على علاقة توافق إيجابية بشكل عـــام، وقد اعتبر متغير التوافق الديني أكثـــر أهمية لـــدى المرضـــى من الدعم الاجتمـــاعي الحـــالي.

قام ستانتون ودانوف وسيروزوكي و كولينز وبرانسترز و كيرك ورودروجز و اوستنفيلد(٢٠٠٢، Stanton,Danoff, Sworowski, Collins, Branstetter, Rodriguez, Kirk& Austenfeld) بدراسة هدفت إلى معرفة تأثير التعبير عن العواطف بوساطة الكتابة، والبحث عن المساعدة للتغلب على الأعراض الموترة ومقارنتها مع المجموعة الضابطة للمصابات بسرطان الثدي المبكر، وتأثير ذلك على التوافق النفسي والجسمي للمرض في ولاية كنساس الأمريكية، وطبق مقياس تجنب القلق بمرض السرطان، وتكونت عينة الدراسة من (٩٢) امرأة، وكانت النتيجة أن التعبير الوافي عن المشاعر تجعل المصابات يحصلن على صورة إيجابية للذات، وبالتالي أفضل للتوافق مع المرض، وأيضا توصلت الدراسة أن إطالة فترة التعبير عن العواطف والمشاعر قد يضر ويسبب سوء التوافق النفسي، لأن الإصرار في التعبير عن العواطف ربما يسبب التفكير العقلي المستمر، وبالتالي التفكير السلبي حول المشاعر والأحاسيس، ثم يؤدي إلى زيادة التعب والتوتر. وتوصلت الدراسة إلى أن المصابة بسرطان الثدي إذا عبرت وصرحت عن مشاعرها تحتاج إلى فترة قصيرة من العناية الطبية، بالمقارنة مع اللواتي لا يعبرن ويكبتن مشاعرهن، وأن التوافق النفسي هو أفضل في نهاية الثلاثة أشهر للمجموعة التجريبية، وأن المرأة الأصغر عمرا لديها انفعالات نفسية أكثر من المرأة المتقدمة في السن.

أجرى داكوف و تايلور (Dakof & Taylor،١٩٩٠) دراسة على عينة قوامها (٦٤) مريضا بالسرطان لتحديد مصادر كل من المساندة الوجدانية،

والمساندة الأدائية، والمساندة المعلوماتية في واشنطن، وتبين أن المرضى في حاجة إلى المساندة الوجدانية من الأسرة والأصدقاء، في حين يفضلون الحصول على المساندة الأدائية من الأسرة فقط، أما المساندة المعلوماتية فهم يرحبون بها عندما تكون مقدمة من الطبيب المعالج أو المختصين بالرعايا الطبية، وهناك بعض المرضى يفضلون الحصول على المساندة المعلوماتية من الأصدقاء بخاصة حينما يكون هؤلاء الأصدقاء مرضى بالأورام السرطانية.

أجرى باير (Buyers،١٩٨٤) دراسة هدفت إلى معرفة أثر برنامج تعليمي إرشادي عقلاني إنفعالي على تغيير أفكار المريضات غير العقلانية إلى أفكار عقلانية، وعلى سرعة الشفاء، وتكوين مشاعر جيدة، وتعلم بعض المهارات والهوايات، والعودة للعمل في تكساس، وتكونت العينة من (١٢٥) مريضة مصابة بسرطان الثدي كان المرض السبب في حدوث الألم النفسي لديهن، و تغير حياتهن، وتركهن للعمل، وطبق عليهن مقياس التقرير النفسي الذاتي، ومقياس التوافق الاجتماعي قبل وبعد تطبيق البرنامج التعليمي. وأشارت النتائج أن البرنامج نجح في تحقيق أهدافه، فقد تغيرت أغلب أراء المريضات وعاد (٨٥%) منهن إلى أعمالهن السابقة أو لأعمال بديلة.

قام كريستينسن (Christensen،١٩٨٣) بدراسة هدفت إلى معرفة مدى مساعدة الأزواج لزوجاتهن المصابات في السرطان في تقليل الصدمة النفسية وإحلال الراحة والطمأنينة لنفوسهن في أمريكا، وتكونت العينة من (٢٠) زوجا، متوسط أعمار الأزواج والزوجات على التوالي (٢٩.٥) للأزواج و(٢٩.٧) للزوجات، وقد تم اختيارهن وتوزيعهن عشوائيا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، و طبق على الأزواج اختبار التوافق الزواجي، ومقياس بيك للاكتئاب، و مقياس الاكتفاء الجنسي، ومقياس تقدير الذات، ومقياس عدم المُساعدة ومقياس القلق. تم تطبيق برنامج إرشادي

مكون من (١٢) جلسة، مدة كل جلسة (٦٠) دقيقة بواقع جلستين أسبوعيا على المجموعة التجريبية. وبعد التحليل أظهرت النتائج أن المجموعة التجريبية التي تم إرشاد الأزواج فيها انخفضت الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب وكذلك تحسين التوافق الزواجي، و ازدياد الطمأنينة عند الزوجين.

الدراسات ذات الصلة بقلق الموت

هدفت دراسة أونشي وليزيانا أونجيبو و اسعدي وأماكا ولومينا و نوباني وبرنس و اوماكا و اغو واوتو واوفنج (Onyechi, Liziana, Onuigbo, Eseadi, Amaka, Ilomuanay, Nwabani, Prince, Umoke, Agu , Out & Ofong ,2016) إلى دراسة آثر برنامج إرشادي عقلاني إنفعالي وقياس فاعليته في خفض القلق والتوتر النفسي ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان وعائلاتهم في نيجيريا، على عينة مكونة من ٣٢ مريض و ٥٢ مقدم رعاية أسرية، اختيروا بطريقة عشوائية ، طبق عليهم مقياس التوتر النفسي ومقياس قلق الموت بعد استخراج صدقهما وثباتهما، قبل البدء بالبرنامج ، وبعد الانتهاء من تطبيقه. و تم تطبيق برنامج إرشادي وفق العلاج العقلاني الانفعالي لمدة ١٤أسبوعا من التدخل الكامل والمتابعة. وبعد التحليل أظهرت نتائج الدراسة عن وجود آثار كبيرة لبرنامج الإرشاد العقلاني الانفعالي في خفض مستوى التوتر النفسي وقلق الموت لدى مرضى السرطان. حيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الاختبار القبلي والبعدي للتوتر النفسي وقلق الموت تعزى للبرنامج الإرشادي.

وقامت كيسفيتروفا وكلغر وكابيلكا (Kisvertrova, klugar & Kabelka, 2013) بدراسة في جمهورية التشيك هدفت التعرف إلى آثر برنامج إرشادي قائم على الدعم الديني والروحي في تحسين الصحة النفسية،

وتخفيض مستويات قلق الموت لدى عينة من المرضى. تكونت عينة الدراسة من (٤٦٨) من الممرضين والممرضات العاملين في عدد من المستشفيات التشيكية. وأظهرت نتائج الدراسة أن الممرضين والممرضات يرون أن التعامل مع المرضى باحترام، كان من أهم الممارسات التي تسهم في خفض مستويات قلق الموت لدى المرضى في المراحل الأخيرة من الحياة. كما بينت النتائج أن الصلاة مع المريض كانت إحدى الاستراتيجيات الفاعلة في خفض مستويات قلق الموت لدى المرضى.

أجرى دوزير وينج و وميرندا و ستروبسر وفيكتورينو (٢٠١٣ Dozier, Yeung , Miranda, Miraflor , Strumwasser & Victorino ,) دراسة في ولاية كاليفورنيا الأمريكية، هدفت التعرف إلى العوامل المرتبطة بقلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، لدى عينة مكونة من (٢٢٣) مريضا من مرضى الفشل الكلوي الذين تم تتبع بياناتهم المرضية. طبق عليهم مقياس تمبلر لقلق الموت. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن مستويات التفكير بالموت كانت مرتفعة لدى مرضى الفشل الكلوي، نتيجة لعدة ظروف من أهمها، الحاجة إلى زراعة الكلى، وانخفاض مستوى الوظائف الجسدية لدى المرضى، وأظهرت النتائج أيضا وجود فروق تعزى إلى العمر لصالح المرضى الأكبر عمرا في مستوى قلق الموت.

و أجرى ياسين (٢٠١١) دراسة هدفت إلى تقصي مستوى قلق الموت لدى عينة من مرضى سرطان الرئة والعظام ، وعلاقته ببعض المتغيرات في مستشفى البشير في الأردن، وتكونت العينة من (١٥٤) مريضا، منهم (٨١) من الذكور، و (٧٣) من الإناث، تراوحت أعمارهم ما بين (١٨-٨٢) سنة. وطبق عليهم مقياس قلق الموت لبسيسو. وأظهرت النتائج وجود مستوى مرتفع من قلق الموت لدى مرضى سرطان الرئة والعظام،

وتوصلت أيضا إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى قلق الموت تعزى للجنس.

وأجرت عوض (٢٠٠٩) دراسة مقارنة هدفت إلى معرفة مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان ومرضى السكري ومرضى القلب ضمن بعض المتغيرات في منطقة عكا في فلسطين،. حيث تكونت عينة الدراسة من (٤٥٨) من كلا الجنسين، وأشارت النتائج إلى أن هنالك درجة متوسطة من قلق الموت لدى أفراد العينة، كما أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث على مقياس قلق الموت إذ كانت درجات الإناث أعلى من درجات الذكور، وتوصلت أيضا إلى أن هنالك فروقا دالة احصائيا بين مرضى السرطان ومرضى السكري ومرضى القلب على مقياس قلق الموت، إذ كانت درجات مرضى السرطان أعلى من درجات مرضى السكري والقلب، وتوصلت إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين الفئات العمرية (٥٥ فأقل، ٥٦-٦٥، ٦٦ فأكثر) على مقياس قلق الموت، إذ كانت درجات الفئة (٥٥ فأقل) أعلى من درجات الفئة (٥٦-٦٥) والفئة ٦٦ فأكثر.

وهدفت دراسة بسيسو (٢٠٠٦) إلى بناء برنامج إرشادي سلوكي وقياس فاعليته في خفض القلق، وقلق الموت والاكتئاب لدى مرضى السرطان في الأردن، على عينة مكونة من ٢٠ مريض سرطان يتعالجون في مستشفى الجامعة الأردنية، اختيروا وقسموا بطريقة عشوائية إلى مجموعة تجريبية عددها (١٠) مرضى، ومجموعة ضابطة عددها(١٠) مرضى، طبق عليهم مقياس القلق ومقياس قلق الموت ومقياس الاكتئاب بعد استخراج صدقهما وثباتهما. تم تطبيق برنامج إرشادي وفق نظرية التعلم الاجتماعي مكون من (١٢) جلسة، مدة كل جلسة (٦٠-٤٥) دقيقة بواقع جلستين أسبوعيا على المجموعة التجريبية. وبعد التحليل أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات

دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية، حيث انخفض مستوى القلق وقلق الموت والاكتئاب لديهم، ويعزى ذلك إلى البرنامج الإرشادي.

وأجرى جليلاند وتمبلر (Gilliland & Templer ،١٩٨٦) دراسة حول علاقة عوامل مقياس قلق الموت بالعوامل الذاتية، بهدف تأكيد العلاقة بين قلق الموت، وبعض الصفات الذاتية لمرضى السرطان في أمريكا، وطبقت الدراسة على عينة مكونة من (١٢٠) مريضا بالسرطان (٥٢٣) من الذكور و (٦٨) من الإناث، وتراوح متوسط أعمارهم بين (١٨-٦٩) عام، إضافة إلى (١٦٦) شخصا من العاديين (٧١) من الذكور و (٩٥) من الإناث تتراوح أعمارهم ما بين (١٩-٧٣) عاما؛ طبق عليهم مقياس قلق الموت، ومقياس بيرنالد للاكتئاب. وأظهرت النتائج أن قلق الموت متعلم، وأن العلاج السلوكي والمعاملة اللطيفة أفضل علاج لقلق الموت، وأن لدى مرضى السرطان درجات قلق موت أعلى من الأشخاص العاديين.

هدفت دراسة جريسون (Greyson ،١٩٨٣) إلى معرفة أثر الإرشاد الديني في خفض قلق الموت لدى مرضى السرطان في أمريكا، وتكونت عينة الدراسة من (٢٨) مريض سرطان محتضر في مستشفى حكومي، طبقت عليهم المقاييس التالية: مقياس التكيف دينيا لألبورت، ومقياس قلق الموت، ومقياس عدم الراحة، ثم تلقوا برنامجا إرشاديا دينيا. وأكدت النتائج أهمية الإرشاد الديني في تحقيق خفض القلق من الموت وعدم الراحة والتكيف.

في ضوء ما تم عرضه من دراسات سابقة تناولت أفراد الدراسة ومتغيراتها، تم التوصل إلى اتفاق الدراسات التي تناولت التوافق النفسي على أن الإيضاح والتعبير عن المشاعر والعواطف يزيد من تقبل مرضى السرطان لمرضهم، ويحسن التوافق النفسي لديهم ومع أسرهم، ويعطي صورة إيجابية للذات. وأن الدعم والمساندة المعلوماتية والتثقيف يساعد في

سرعة الشفاء. و أن للدعم النفسي و الديني والاجتماعي والمساندة النفسية المقدمة من الأهل والأصدقاء والأزواج أو الزوجات تأثير فعال في تحسين التوافق النفسي وأبعاده المختلفة لمرضى السرطان، والتقليل من التوتر والقلق وتوفير الطمأنينة والأمان. كما توصلت هذه الراسات إلى التأكيد على فعالية وكفاية البرامج الإرشادية المختلفة والاستراتيجيات المختلفة والمستندة إلى نظريات الإرشاد المختلفة في تحسين التوافق النفسي لمرضى السرطان.

واتفقت جميع الدراسات التي تناولت مرضى الأورام السرطانية، أن المرضى يعانون من اضطرابات نفسية من أهمها قلق الموت، والقلق، والأعراض الإكتئابية وانخفاض تقدير الذات وسوء التوافق النفسي. و أشارت بعض الدراسات إلى أهمية الدعم الاجتماعي المقدم من الأهل والأصدقاء في خفض قلق الموت للمرضى .و أكدت أغلب الدراسات السابقة ذات الصلة بقلق الموت فاعلية البرامج الإرشادية المختلفة والمستندة إلى نظريات الإرشاد المختلفة في خفض قلق الموت لدى مرضى السرطان، مثل الإرشاد بالاتجاه السلوكي والاتجاه الانفعالي العقلاني. و من خلال استعراض للدراسات السابقة تبين لنا أن هنالك قلة في البرامج الإرشادية الخاصة بمرضى السرطان في البيئات العربية، وأن العديد من الدراسات السابقة تناولت موضوع قلق الموت وأثره على مرضى السرطان وغيره من الأمراض في ضوء عدد من المتغيرات ومن زوايا متعددة، تبعا لاختلاف التصورات التي اعتمد عليها كل باحث في معالجته لمشكلة قلق الموت وسوء التوافق النفسي، واستخدمت برامج إرشادية وفق نظريات الإرشاد المختلفة والتي أثبتت فاعليتها في معالجة المشكلات النفسية كقلق الموت لدى مرضى السرطان. لذلك جاءت هذه الدراسة لإستقصاء آثر برنامج إرشادي جمعي في تحسين التوافق النفسي وخفض قلق الموت لدى مرضى السرطان في الأردن.

الطريقة والإجراءات

مجتمع الدراسة: تكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى سرطان(الثدي، والقولون والشرج، والغدة الدرقية) الأردنيين، المعالجين في عيادات مستشفى الملك عبدالله المؤسس خلال عام ٢٠١٧ والبالغ عددهم (٥٤٧) مريضا ومريضة، منهم (٤٠٠) مريضة سرطان الثدي، و(١٢٥) مريضا ومريضة سرطان القولون والشرج، و(٢٢) مريضا ومريضة سرطان الغدة الدرقية ".

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٣٠) مريضا ومريضة سرطان، حيث طبقت المقاييس على (١٠٠) مريضا ومريضة تم اختيارهم بطريقة قصدية، من أفراد مجتمع الدراسة، وتم اختيار (٣٠) مريضا ومريضة ممن حصلوا على الدرجات الأعلى في مستوى قلق الموت والأقل في التوافق النفسي، وثم توزيعهم عشوائيا إلى مجموعتين تجريبية و ضابطة، في كل مجموعة (١٥) مريضا ومريضة. وفيما يلي عرض الخصائص الديموغرافية للعينة:

الجدول (١) توزيع عينة الدراسة وفق متغير الجنس (ن=٣٠)

المجموعة	الجنس		المجموع
	ذكور (ن %)	إناث (ن %)	
التجريبية	٤ (١٣.٣%)	١١ (٣٦.٧%)	١٥ (٥٠%)
الضابطة	٤ (١٣.٣%)	١١ (٣٦.٧%)	١٥ (٥٠%)
المجموع	٨ (٢٧%)	٢٢ (٧٣%)	٣٠ (٥٠%)

الجدول (٢) توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية

الفئة العمرية	نوع المجموعة				المجموع
	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
٤٠-٤٥	٩	٦٠ %	٨	٥٣.٣%	١٧
٤٥-٥٠	٥	٣٣.٣%	٦	٤٠%	١١
٥٠-٥٥	١	٦.٧ %	١	٦.٧ %	٢
المجموع	١٥	١٠٠%	١٥	١٠٠%	٣٠

جدول (٣) توزيع أفراد عينة الدراسة بالنسبة لنوع الورم السرطاني و الجنس (ن=٣٠)

نوع الورم السرطاني	الجنس		المجموع
	ذكر (ن%)	أنثى(ن%)	
الثدي	٠ (٠)	١٥ (٥٠%)	١٥ (٥٠%)
القولون والشرج	٧(٢٣.٣%)	٢ (٦.٧%)	٩ (٣٠%)
الغدة الدرقية	١(٣.٣%)	5(١٦.٧%)	٦ (٢٠%)
المجموع	30		٣٠ (٣٠%)

جدول (٤) توزيع أفراد عينة الدراسة بالنسبة لنوع الورم السرطاني والمستوى التعليمي (ن=٣٠)

نوع الورم السرطاني	المستوى التعليمي		المجموع
	ثانوي (ن %)	بكالوريوس (ن %)	
الثدي	٩ (٣٠%)	٦(٢٠%)	١٥(٥٠%)
القولون والشرج	٤(١٣.٣%)	٥(١٦.٧%)	٩ (٣٠%)
الغدة الدرقية	٢(٦.٧%)	٤(١٣.٣)	٦ (٢٠%)
المجموع	١٥	١٥	٣٠ (١٠٠%)

أدوات الدراسة: لإجراءات الدراسة وجمع البيانات المتعلقة بها تم استخدام الأدوات الآتية:

أولا: مقياس قلق الموت

تم تطوير مقياس قلق الموت بعد الاطلاع على الأدب النظري لدراسة خصائص مرضى السرطان، والدراسات السابقة مثل: (بيومي، ٢٠٠٩) و (الجمل، ١٩٩٩) و (عبدالخالق، ٢٠٠٥)، والاطلاع على المقاييس المقننة كمقياس قلق الموت المعد من قبل تمبلر (١٩٧٠)، ومقياس قلق الموت المعد من قبل عبدالخالق (١٩٩٦)، والرجوع إلى الدراسات السابقة التي تناولت بناء أو تقنين مقياس قلق الموت كدراسة بسيسو (٢٠٠٦) وعوض (٢٠٠٩). وتكون المقياس في صورته النهائية من ٣٠ فقرة صيغت بطريقة سلبية، توزعت على ثلاثة أبعاد لقلق الموت هي: بعد الخوف من مرض السرطان المميت وتكون من (١١) فقرة، و بعد تكرار فكرة الموت بطريقة غير عقلانية وتكون من (١٠) فقرات، و بعد الخوف من الموت وتكون من (٩) فقرات، تكون الإجابة عليه وفق مقياس ليكرت الرباعي (دائما، أحيانا، نادرا، مطلقا)، حيث تتراوح الدرجة الكلية لمقياس قلق الموت ما بين (٠-٨٤) درجة، حيث تشير الدرجات من (٠-٢١) مستوى قلق موت مرتفع، و من (٢٢-٤٣) مستوى قلق موت متوسط، ومن (٤٤-٦٥) مستوى قلق موت منخفض، وتعتبر الدرجة (٦٦) هي الحد الفاصل لوجود قلق الموت لدى الفرد. و تم إجراء الصدق الظاهري للمقياس من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين المتخصصين، وقد تم الأخذ بآراء المحكمين في تعديل ما اتفقوا عليه ، و استخرج معامل ثبات المقياس باستخدام معادلة كرونباخ الفا، حيث بلغت قيمة الثبات (٠.٩٣٦)، من خلال تطبيقه على عينة مكونة من (٣٠) مريضا ومريضة سرطان من خارج عينة الدراسة.

ثانيا: مقياس التوافق النفسي

طور مقياس التوافق النفسي بالرجوع إلى الأدب النظري لدراسة خصائص مرضى السرطان، وذلك بالرجوع إلى عدة مراجع مثل: (عبد الخالق، ٢٠٠٥؛ بيومي، ٢٠٠٩)، والدراسات السابقة التي تناولت بناء أو تقنين مقياس التوافق النفسي كدراسة الجهني (٢٠١٣) و بسيسو (٢٠٠٦)، وبما يتوافق مع محاور النظرية الانتقائية. وتكون المقياس في صورته النهائية من النهائية من (٥٤) فقرة صيغت باتجاهات سلبية وإيجابية، توزعت على أربعة أبعاد هي: بعد التوافق النفسي وقد تكون من(١٣) فقرة وبعد التوافق الاجتماعي مكونا من (١٨) فقرة، وبعد التوافق الأسري مكونا من (١٠) فقرات، وبعد التوافق الزواجي مكونا من (١٣) فقرة، تكون الإجابة عليه وفق مقياس ليكرت الرباعي (دائما، أحيانا، نادرا، مطلقا)، حيث تتراوح الدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي ما بين (٠-١٦٢) درجة، حيث تشير الدرجات من (٠-٨١) إلى سوء التوافق النفسي، و من (٨٢-١٦٢) إلى التوافق النفسي. ولأغراض هذه الدراسة تم إجراء الصدق الظاهري للمقياس من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين المتخصصين، وقد تم الأخذ بآراء المحكمين في تعديل ما اتفقوا عليه، و استخراج معامل ثبات المقياس باستخدام معادلة كرونباخ الفا، حيث بلغت قيمة الثبات (٠.٨٣)، وهي تشير إلى وهي تشير إلى أن ثبات المقياس عال ومناسب لأغراض البحث.

ثالثا: البرنامج الإرشادي

تم إعداد البرنامج بالاستناد إلى النظرية الانتقائية والمعتمد على طريقة الإرشاد الجمعي، والمستند إلى الدراسات السابقة والأدب النظري المتعلق بالموضوع مثل : دراسة (بسيسو، ٢٠٠٦؛ عوض، ٢٠٠٩؛ الجهني،

٢٠١٣)،و المؤلفات العلمية في مجال الإرشاد (زهران، ١٩٩٨؛ عزب، ٢٠٠٢؛الداهري، ٢٠٠٥؛ عبدالخالق، ٢٠٠٥؛ حشمت وباهي، ٢٠٠٦). وقد تكون البرنامج في صورته النهائية من (١٦) جلسة ، حيث تم إتباع الخطوات

التالية في بناء البرنامج الإرشادي

أ. تحديد الهدف من العام من البرنامج، والذي تمثل في اكساب أفراد العينة التجريبية المعلومات والمعارف اللازمة

ب. صياغة محتوى البرنامج، والذي يتكون من مجموعة من الجلسات الإرشادية، المتنوعة والتي تسهم في خفض مستوى قلق الموت وتحسين التوافق النفسي.

ج. التأكد من شمولية ودقة البرنامج التدريبي، وذلك من خلال عرض البرنامج الإرشادي (١٥) محكما من ذوي الاختصاص والخبرة في مجال الإرشاد النفسي وعلم النفس ومجال فلسفة التمريض في الجامعات الأردنية ، وتم الأخذ بملاحظاتهم، للتأكد من صدق المحتوى للبرنامج المعد لهذه الدراسة .ويوضح الجدول رقم (5) توزيع جلسات البرنامج الإرشادي المكون من ١٦ جلسة إرشادية على النحو التالي:

ملخص لجلسات البرنامج الإرشادي

رقم الجلسة	عنوان الجلسة
١	التمهيد والتعارف
٢	الاستكشاف والإقرار بوجود المشكلة
٣	ما هي مشكلتنا؟ أعراضها ؟ أسبابها؟
٤	التعبير عن الذات وتحديد مشكلة سوء التوافق النفسي
٥	وقف التفكير
٦	تحديد البدائل (١) تحديد الأفكار اللاعقلانية وتفنيدها واستبدالها بأفكار عقلانية

٧	تحديد البدائل (٢) تنمية الذات إيجابيا
٨	تحديد البدائل (٣) أسلوب تقليل الحساسية التدريجي (١)
٩	تحديد البدائل (٤) أسلوب تقليل الحساسية التدريجي(٢)
١٠	تحديد البدائل (٥) أسلوب تقليل الحساسية التدريجي(٣)
١١	تحديد البدائل (٦) التقييم والضبط الذاتي
١٢	تحديد البدائل (٧) الدعم الذاتي
١٣	تحديد البدائل (٨) الإرشاد الديني و التعامل الإيجابي مع المرض وأثره النفسية
١٤	تحديد البدائل (٩) المساندة الاجتماعية
١٥	الرضا عن الحياة والعيش بسعادة رغم الألم
١٦	الإنهاء والتقييم

إجراءات الدراسة: جاءت إجراءات الدراسة على النحو التالي:

- تم تطوير مقياسي الدراسة وهما: مقياس قلق الموت، ومقياس التوافق النفسي بعد الرجوع إلى الأدب النظري العديد من الدراسات السابقة، والتأكد من دلالات صدقهما وثباتهما بالطرق الصحيحة المناسبة.
- تم مراجعة الأدب السابق المتعلق بالنظرية الانتقائية والاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السرطان، وتصميم برنامج إرشادي انتقائي يناسب مرضى السرطان أفراد عينة الدراسة.
- تمت مخاطبة مستشفى الملك عبدالله المؤسس قسم موافقة لجنة أخلاقيات البحث عن الإنسان Institutional Review Board (IRB) للسماح

بتطبيق الدراسة ، وبعد الحصول علي الموافقة بتطبيق الدراسة ، تم التنسيق مع قسم لجنة أخلاقيات البحث عن الإنسان (IRB) لتنفيذ جلستين أسبوعيا، وتحديد زمان ومكان عقد الجلسات الإرشادية.

- تم إجراء الاختبارات القبلية لمقياسي قلق الموت والتوافق النفسي على مرضى سرطان الثدي والقولون والشرج والغدة الدرقية في عيادات مستشفى الملك عبدالله المؤسس، بعد إعطائهم التعليمات والإرشادات المناسبة للإجابة على المقياسين، وشرح أهداف الدراسة وأغراضها، مع الالتزام بأن المعلومات التي تم الحصول عليها لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، والمحافظة على سريتها، وبناءً على نتائجها تم اختيار (٣٠) مريضا ومريضة ممن حصلوا على أعلى درجة في مقياس قلق الموت، وأقل درجة في مقياس التوافق النفسي.
- توزيع أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم (٣٠) مريضا ومريضة إلى مجموعتين تجريبية تعرضت للبرنامج الإرشادي وضابطة لم تتعرض إلى أي تدخل إرشادي، والجدول (6) يبين نتائج اختبار (ت) للعينات المستقلة لدلالة الفروق بين متوسطات الأداء القبلي لأفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياسي قلق الموت والتوافق النفسي للدلالة على تكافؤ المجموعتين.

جدول (٦) نتائج اختبار (ت) للعينات المستقلة لدلالة الفروق بين متوسطات الأداء القبلي لأفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياسي قلق الموت والتوافق النفسي.

المتغير	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	الدلالة
قلق الموت	التجريبية	١٥	٧٠.٨٠	٨.١٥	٢.١٤	٣٨	١.٣	٠.٤٥٥
	الضابطة	١٥	٦٠.٦٧	٤.٧	١.٢٣			
التوافق النفسي	التجريبية	١٥	٧٤.٨٧	١٢.٦١	٣.٣١	٣٨	٢.٩٦	٠.٧٦٠
	الضابطة	١٥	٧٢.٣٣	٩.٧٦	٢.٥٧			

- تطبيق البرنامج الإرشادي الجمعي المستند للنظرية الانتقائية في قلق الموت وتحسين التوافق النفسي لدى مرضى السرطان الأردنيين.
- تطبيق أدوات الدراسة على المجموعتين التجريبية والضابطة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي ، وإجراء المعالجة الإحصائية المناسبة، واستخراج النتائج.

تصميم البحث والتحليل الإحصائي:

استخدم التصميم شبه التجريبي بهدف التعرف على فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض مستوى قلق الموت وتحسين التوافق النفسي ، والتصميم الذي تستخدمه هذه الدراسة لفحص المتغير المستقل وهو البرنامج الإرشادي على المتغيرين التابعين وهما قلق الموت و التوافق النفسي. وبناء على ذلك يكون تصميم الدراسة كما يأتي:

المجموعة التجريبية :قياس قبلي – معالجة – قياس بعدي.

المجموعة الضابطة :قياس قبلي – لا معالجة – قياس بعدي

وفي التحليل الإحصائي تم استخدام الإحصاءات الوصفية مثل النسب المئوية والمتوسط الحسابي، والانحراف المعياري والوزن النسبي، ومعامل كرونباخ ألفا، وأسلوب تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) لمعرفة أثر المعالجة التجريبية خلال المقارنة بين لمعرفة أثر المعالجة التجريبية من خلال المقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

النتائج

النتائج المتعلقة بالسؤال الفرعي الأول :"هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسطي أداء أفراد

المجموعتين الضابطة والتجريبية في مستوى قلق الموت على القياس البعدي تعزى للبرنامج الإرشادي؟"

للإجابة عن سؤال الدراسة الأول تم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات **أفراد الدراسة للمجموعتين** على مقياس قلق الموت والجدول (7) يبين ذلك:

جدول (٧) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس قلق الموت

المجموعة	القياس القبلي			القياس البعدي	
	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التجريبية	15	70.80	8.15	9.73	4.96
الضابطة	15	60.67	4.70	69.73	8.25
الكلي	30	65.73	8.33	39.73	31.24

تشير النتائج في الجدول (7) إلى وجود فروق ظاهرية بين أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، في القياس البعدي على مقياس قلق الموت، حيث لوحظ ان قلق الموت قد انخفض لدى مرضى السرطان في المجموعة التجريبية. ولتحديد فيما إذا كانت هذه الفروق الظاهرية بين المجموعتين التجريبية والضابطة دالة إحصائيا، تم إجراء تحليل التباين المشترك، وفيما يلي عرضا لهذه النتائج في الجدول (٨):

جدول (٨) نتائج تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى قلق الموت

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة	مربع إيتا الجزئي
القلق قبلي	1.57	1	1.57	.03	.86	٠.٦١
المجموعة	16454.58	1	16454.58	342.73	.00	٠.٩٦

الخطأ	1296.30	27	48.01			
الكلي	28297.87	29				

يتضح من الجدول (٨) وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى قلق الموت، حيث كانت قيمة ف (342.73) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.05)، ولقد بلغت قيمة مربع ايتا الجزئي (٠.٩٠)، أي أن البرنامج الإرشادي فسر ما مقداره (٩٠%) من التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الدرجات على مقياس قلق الموت، مما يدل على ان البرنامج الإرشادي الذي تلاقاه أفراد المجموعة التجريبية قد ساهم في خفض مستوى قلق الموت لديهم.

نتائج السؤال الفرعي الثاني "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسطي أداء أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في مستوى التوافق النفسي على القياس البعدي تعزى للبرنامج الإرشادي؟".

للإجابة عن السؤال الفرعي الثاني تم حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة، على مقياس التوافق النفسي وذلك للدرجة الكلية ، كما تم استخدام تحليل التباين (ANCOVA) المشترك للحكم على دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الدرجة الكلية، و فيما يلي عرضا لهذه النتائج كما في الجدول (٩):

الجدول (٩) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التوافق النفسي

المجموعة	القبلي			البعدي	
	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التجريبية	15	74.87	12.61	151.60	13.24

الضابطة	15	72.33	9.76	74.13	11.65
الكلي	30	73.60	11.15	112.87	41.26

تظهر نتائج الجدول (٩) وجود فروق ظاهرية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التوافق النفسي، حيث يلاحظ ان التوافق النفسي لدى المجموعة التجريبية قد ازداد بشكل واضح، لكن في المجموعة الضابطة كانت الزيادة قليلة، ولتحديد فيما إذا كانت هذه الفروق الظاهرية بين المجموعتين التجريبية والضابطة دالة إحصائيا تم إجراء تحليل التباين المشترك وفيما يلي عرضا لهذه النتائج في الجدول(١٠):

الجدول (١٠) نتائج تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى التوافق النفسي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة	مربع إيتا الجزئي
التوافق النفسي	156.17	1	156.17	1.00	٠.33	0.72
المجموعة	43801.23	1	43801.23	281.64	٠.00	0.92
الخطأ	4199.16	27	155.52			
الكلي	49363.47	29				

يتضح من الجدول (١٠) وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى التوافق النفسي، حيث كانت قيمة ف (281.64) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.05). وبلغت قيمة مربع إيتا (0.92)، أي ان البرنامج الإرشادي فسر ما مقداره (٩٢%) من التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الدرجات على مقياس التوافق النفسي.

المناقشة

هدفت الدراسة التعرف إلى فاعلية برنامج إرشادي جمعي في ضوء النظرية الانتقائية في خفض قلق الموت، وتحسين التوافق النفسي لدى عينة

من مرضى السرطان الأردنيين، حيث أشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي في خفض قلق الموت و تحسين التوافق النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع فاعلية البرامج الإرشادية المختلفة، والمستندة إلى نظريات الإرشاد المتعددة في معالجة العديد من الاضطرابات النفسية لدى مرضى السرطان. حيث تتفق مع نتائج دراسة (Kanfer and Goldstein ،2001) التي تؤكد أن تدّخلات الإرشاد الجمعي فعّالة في تمكين مرضى السرطان من المحافظة على السيطرة، وإدارة حالة عدم التأكد المتفشية في حياتهم، ومن تناول قضايا التجنب، وضمان تحقيق أقصى بيئة داعمة في معالجة الاضطرابات النفسية المختلفة كقلق الموت، والقلق، والأعراض الإكتئابية وانخفاض تقدير الذات وسوء التوافق النفسي. وتتفق أيضا مع نتائج دراسة باير (١٩٨٤، Buyers) التي أشارت إلى أثر برنامج تعليمي إرشادي عقلاني انفعالي على تغيير أفكار المريضات غير العقلانية إلى أفكار عقلانية، وعلى سرعة الشفاء، وتكوين مشاعر جيدة، وتعلم بعض المهارات والهوايات. كما تتفق أيضا مع دراسة كاري وجياتو و فيليبس (2003، Cary ،Gyato and Phillips) بأن الإرشاد الجماعي من الأساليب الناجحة في إرشاد مرضى السرطان، حيث يجد المريض بالسرطان في جو الإرشاد النفسي التأييد والتشجيع المتبادل للتعبير عما يجول في خاطره، كما كشفت نتائج الدراسة أن الإيجابيات كانت سمة مميزة للبرامج الإرشادية، وأن الاستفادة من برامج الإرشاد جاءت ملبية لحاجات المرضى النفسية. أدى التنوع في الفنيات الإرشادية المستخدمة وتوظيفها إلى تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي، خاصة وأن هذا التنوع يمثل الاحتواء الإرشادي للتباين بين أفراد المجموعة التجريبية، ولتعدد الأسباب التي أدت إلى سوء التوافق النفسي لديهم، كما ساهم الاتجاه الانتقائي في إتاحة الفرصة للاستفادة من كل إسهام جاد، وفعال في مجال

الإرشاد النفسي نظرا لعدم وجود نظرية إرشادية واحدة قادرة بمفردها على التعامل بنفس الدرجة من الكفاءة، والفاعلية مع الجوانب المتعددة لمشكلات المسترشدين وشخصياتهم .كما تعزى هذه النتائج إلى نجاح البرنامج الإرشادي المستخدم في نقل الخبرات والمهارات والصور العقلية والانفعالية و الاجتماعية واللغوية التي عاشها أفراد المجموعة التجريبية، وتعايشوا معها في الموقف الإرشادي إلى مواقف الحياة، حيث تكشف النتائج بوضوح نقل الأثر الإيجابي للممارسة الإرشادية التي شاركوا فيها وتعلموا منها وتدربوا عليها في الجلسات الإرشادية وتعميمه في حياتهم الأسرية و الزواجية و الاجتماعية. وبناء على ذلك فإنه من الطبيعي أن يكون هنالك تحسين في مستوى التوافق النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بمستوى التوافق النفسي لدى أفراد المجموعة الضابطة، التي لم تتعرض لهذه التدخلات الإرشادية. وهذا يتفق مع العديد من الدراسات السابقة التي أشارت إلى فاعلية البرامج الإرشادية والمستندة إلى نظريات الإرشاد المختلفة في تحسين التوافق النفسي لدى مرضى السرطان، كدراسات (Christensen, 1983؛ Buyers, 1984؛ Dakof & Taylor, 1990؛ Stanton, etal, 2002؛ Narin & Merluzzi, 2003؛ الحجار وأبو إسحاق، ٢٠٠٧). أدى التنوع والتكامل في الفنيات الإرشادية المستخدمة وتوظيفها إلى تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي، خاصة وأن هذا التكامل يمثل الاحتواء الإرشادي للتباين بين أفراد المجموعة التجريبية، ولتعدد الأسباب التي أدت إلى قلق الموت لديهم، كما ساهم الاتجاه الانتقائي في إتاحة الفرصة للاستفادة من كل إسهام جاد، وفعال في مجال الإرشاد النفسي نظرا لعدم وجود نظرية إرشادية احده قادرة بمفردها على التعامل بنفس الدرجة من الكفاءة، والفاعلية مع الجوانب المتعددة لمشكلات المسترشدين وشخصياتهم. وبناء على ذلك فإنه من الطبيعي انخفاض مستوى قلق الموت لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بمستوى قلق لدى أفراد المجموعة الضابطة التي لم تتعرض لهذه التدخلات

الإرشادية. وهذا يتفق مع العديد من الدراسات السابقة التي أشارت إلى فاعلية البرامج الإرشادية والمستندة إلى نظريات الإرشاد المختلفة في خفض قلق الموت لدى مرضى السرطان، مثل الإرشاد بالاتجاه السلوكي كدراسة (بسيسو، ٢٠٠٦)، والاتجاه الانفعالي العقلاني كدراسة (Onyechi, etal, 2016)، والإرشاد القائم على الدعم الديني والروحي كدراسة (Greyson, 1983؛ Kisvertrova, etal, 2013).

ولاحظت الباحثة تطور العلاقات، والتواصل الإيجابي بين المشاركين، والذي عززته المهارات التطبيقية، والعمل في جماعات صغيرة، وأوراق العمل التي أثرت النقاش، وكشفت عن مكنونات النفس والفكر للمشاركين، وما يواجهونه من قلق وتوتر ومستقبل مجهول، مما ساعد على التفاعل والتفاهم بين المشاركين، ففي بداية البرنامج **عبرت إحدى المشاركات عن مشاعر الخوف والقلق التي انتابتها من المشاركة في البرنامج الإرشادي،** وأضاف مشارك آخر **إلى عدم رغبته بالمشاركة بأي برنامج إرشادي مهما كان نوعه لما يرافقه من ملل وكلل، وعدم وجود أي فائدة ناتجة عنه،** كما عبر أحد **المشاركين عن معاناته من تقلبية المزاج، والخوف من نظرة الحزن والعطف والشفقة التي يلمسها من أهله و المحيطين به،** وعبرت إحدى المشاركات **عن مواجهتها للعديد من المشكلات الانفعالية وعدم قدرتها على حلها، وأن هذه المشكلات لم تحظى بأي اهتمام من قبل مقدمي الرعاية الصحية.** وهذه مؤشرات تدل على حجم تأثير الاضطرابات النفسية على مرضى السرطان، والتي قد تؤدي بدورها إلى زيادة قلق الموت وسوء التوافق النفسي، وتعبر عن مدى النقص في المعلومات والمهارات اللازمة للتعامل مع مثل هذه الاضطرابات، مما يدل على أهمية البرنامج وتأثير التدخل الإرشادي في تحسين الصحة النفسية لمرضى السرطان، وملاءمة النظرية الانتقائية التي استندت إليها الباحثة في برنامجها. وتعتبر التقارير

الذاتية للمشاركين بالبرنامج، وانطباعاتهم عن البرنامج الإرشادي بعد انتهائه من أهم المؤشرات الدالة على فاعلية البرنامج الإرشادي، وتحقيق الهدف الذي وضع لأجله، حيث قال أحد المشاركين: "بعد مشاركتي معكم بجلسات البرنامج الإرشادي، أصبحت أكثر إيمانا بالقضاء والقدر، خيره وشره، وأن إصابتي بالسرطان ليست نهاية حياتي، وهنالك أمل وهدف علي أن أسعى لتحقيقه". وقالت مشاركة أخرى: " سأتحدث باسم أعضاء مجموعتنا الحبيبة التي تعودت عليها، وسأفتقدهم كثيرا، كلنا شموع، وسيأتي يوم تنطفئ هذه الشموع، فلنعش حياتنا بسعادة وفرح وأمل، وتفاؤل دون الشعور بالألم والحسرة والقلق من شيء حتمي، فحياتنا قصيرة، ولو كانت طويلة سياتي يوم وتنتهي، فلنبتسم للحياة، ولنعشها بكل لحظاتها". وقال مشارك آخر: " كنت أنتظر مواعيد لقائي بكم على أحر من الجمر، وكان أهلي يستغربون مني ذلك، وعند قدومي للقاء، كنت أتمنى أن لا ينقضي الوقت بسرعة، سأفتقدكم وأشتاق لكم، ولكني سأبقى على تواصل معكم". وقالت مشاركة أخرى: " في بداية الجلسات لم يكن لدي رغبة في أن أكمل البرنامج معكم، ولكن بعد مرور جلستين، زاد تعلقي بكم، فأصبحتم بعدها ملاذي الذي أعبر له عن كل ما يجول بخاطري، ولو أردتم إعادة البرنامج فسأكون أول المشاركين به، وسأشجع جميع المرضى على حضوره". وقالت مشاركة أخرى: " لقد لمست وأهلي التغير في حياتي، فأصبحت أكثر إيجابية وتفاعلا وحبا للحياة".

وقالت مشاركة أخرى: " علينا أن نتفاءل ونشكر الله على نعمه، ومرضنا هو امتحان لنا من الله سبحانه وتعالى ليرى صبرنا، شكرا جزيلا لمن أعطانا الأمل بالحياة من جديد، وسأعمل على أخذ دورات في قراءة القرآن الكريم".

وعبرت مشاركة أخرى عن مشاعر الخوف والقلق التي كانت تنتابها عند طلب الطبيب منها إجراء المزيد من الفحوصات المخبرية، أو الصور الإشعاعية قائلة: " **في كل مرة يطلب مني الطبيب إجراء فحوصات دم أو صور أشعة ينتابني الخوف والقلق بأن نهايتي قد اقتربت، و بعد حضوري لجلسات الإرشاد الجمعي أيقنت أن مخاوفي وقلق كان من صنيعي، وأن حياتي عزيزة على وعلى أهلي، و أن الرب واحد والموت واحد، فلما الخوف ورب الكون موجود**".

وقال أحد المشاركين: " **سأقوم بالعمل على نشر التوعية لأفراد المجتمع، وتشجيعهم على إجراء الفحوصات الشاملة والدورية للوقاية من مرض السرطان، كفحص الثدي والبروستات والقولون، ومراجعة الطبيب دون الشعور بالخوف والقلق غير المبرر، فالعلاج في البداية شفاء، ودرهم وقاية خير من قنطار علاج**". وأضافت مشاركة أخرى قائلة: " **بعد اشتراكي معكم بالبرنامج، أدركت أهمية التعبير عن مشاعري، وأفكاري، ومشاركة الآخرين بها، ووجودكم حولي خفف علي معاناتي، وزاد شعوري بالثقة بنفسي، فأنتم كما قالت أحدى المشاركات شموع مضيئة في حياة كل واحد منا، أدام الله عليكم السعادة والهناء، وسأقوم بالاشتراك في البرامج التوعوية لأفراد المجتمع، والعمل على تشجيع الأمهات بضرورة القيام بالفحص الذاتي للثدي، ومراجعة الطبيب عند ملاحظة تغييرات أو أعراض غير طبيعية**". وقامت مشاركة بالتعبير عما يجول في خاطرها برسم صورة بألوان زاهية لأشجار خضراء، ونهر وسطه قارب فيه فتاة جميلة تتبسم، وتمسك بيدها صنارة صيد السمك، وحول النهر أطفال يلعبون، وطيور نورس تحلق في السماء عالية.

التوصيات:

في ضوء نتائج هذه الدراسة يمكن اقتراح التوصيات الآتية:

- ✓ العمل على تطوير برامج الإرشاد النفسي في جميع المراكز الطبية، لخفض المشكلات والاضطرابات النفسية التي يواجهها مرضى السرطان نتيجة مرضهم.
- ✓ ضرورة تقديم خدمات الإرشاد النفسي لأسر مرضى السرطان لمساعدتهم على كيفية التعايش والتعامل مع مريض السرطان، في هذه المرحلة وتقبل ما يبدو منهم من عواطف وأعمال سلبية، وتشجيعهم للتعبير عن مشاعرهم وأحاسيسهم.
- ✓ إجراء دراسات مستقبلية تتعلق بقلق الموت وسوء التوافق النفسي التي يعاني منها المصابون بسرطان الثدي والقولون والغدة الدرقية والسرطان بصورة عامة، وعلاقة قلق الموت وسوء التوافق النفسي بمتغيرات العمر والمستوى التعليمي ومدة العلاج ومرحلة المرض.

المراجع العربية

١) أبو حويج، مروان و الصفدي، عصام. (٢٠٠٨). **المدخل إلى الصحة النفسية**، ط١، عمان: دار المسيرة.

٢) باتروسون، س .ه (١٩٩٠). **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**، ترجمة حامد الفقي، الكويت: دار القلم.

٣) بسيسو،حياة. (٢٠٠٦). **بناء برنامج إرشادي سلوكي وقياس فاعليته في خفض القلق، وقلق الموت والإكتئاب لدى مرضى السرطان في الأردن**، (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية العلوم التربوية، جامعة عمان العربية، عمان، الأردن.

٤) بركات، زياد.(٢٠٠٦). **الاتجاه نحو الإلتزام الديني وعلاقته بالتكيف النفس والاجتماعي لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة**،(رسالة ماجستير غير منشورة)،كلية العلوم التربوية، جامعة القدس المفتوحة، غزة.

٥) بيومي، فاتن.(٢٠٠٩). **السرطان بين الصفات الوراثية والمخاطر البيئية والنفسية**، الإسكندرية: نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع.

٦) الجمل، عبدالباسط .(١٩٩٩). **الهندسة الوراثية وأبحاث السرطان**، القاهرة: دار الندى.

٧) الجهني، ياسمين.(٢٠١٣). **جودة الحياة و التوافق النفسي لدى المصابات و غير المصابات بسرطان الثدي: دراسة مقارنة**،(رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الملك عبد العزيز، السعودية.

٨) الحجار، بشير و أبو إسحاق، سامي.(٢٠٠٧). التوافق لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى الإلتزام الديني ومتغيرات أخرى. **مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)**، ١٥(١):٥٦١ – ٥٩٢.

٩) جشمت، حسين و باهي، مصطفى.(٢٠٠٦). **التوافق النفسي والتوازن الإنفعالي**، القاهرة: الدار العالمية للنشر والتوزيع.

١٠) الداهري، صالح.(٢٠٠٥).**علم النفس الإرشادي (نظرياته وأساليبه الحديثة)**، عمان: دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.

١١) زهران،حامد.(١٩٩٨). **الصحة النفسية والإرشاد النفسي**، القاهرة: عالم الكتب.

١٢) سفيان، نبيل.(٢٠٠٤). **المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي "المفهوم- النظرية -النمو-التوافق- الإضطرابات"**، ط١، تعز: كلية التربية، اليمن.

١٣) الشقران، حنان و الكركي، ياسمين. (٢٠١٦). الدعم الإجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات، **المجلة الأردنية في العلوم التربوية**، ١٢(١): ٨٥-١٠٠.

١٤) شقير، سمير.(٢٠٠٣). **فاعلية برنامج ارشادي نفسي في خفض مستوى الإكتئاب وقلق الموت من طلبة جامعه القدس**،(أطروحة دكتوراة غير منشورة)، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.

١٥) عبدالخالق، أحمد.(٢٠٠٥). **سيكولوجية الموت والإحضار**، مجلس النشر العلمي لجنة التأليف والتعريب والنشر، جامعة الكويت.

١٦) عبدالخالق،أحمد.(١٩٩٨). بعد العدوان العراقي وبعده، الكويت:**المجلة العربية للعلوم الإنسانية**،٦٤(٣): ٢٥-٣٥.

١٧) عزب، حسام الدين.(٢٠٠٢). فعالية برنامج علاجي تفاوضي تكاملي في التغلب على سلوكيات العنف لدى عينة من المراهقين .**أبحاث المؤتمر السنوي التاسع لمركز الإرشاد النفسي**، جامعة عين شمس،٢(٥): ١-٨١.

١٨) عوض، شروق خير. (٢٠٠٩). **قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان ومرضى السكري ومرضى القلب في منطقة عكا: دراسة**

مقارنة، (رسالة ماجستير غير منشورة)،كلية التربية، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.

١٩) عويضة، شيماء و حمدي، محمد.(٢٠١٥). فاعلية الإرشاد الوجودي في تحسين الذكاء الروحي والكفاية الذاتية المدركة لدى المصابات بسرطان الثدي في الأردن، **المجلة الأردنية في العلوم التربوية** ، ١١ (٢):١٢٩-١٤٣.

٢٠) كفافي، علاء الدين.(١٩٩٠). **الصحة النفسية والتوافق**، ط٣، إمبابة: هجر للطباعة والنشر.

٢١) الهابط، محمد السيد. (١٩٨٧). **دعائم صحة الفرد النفسية: الأمراض النفسية – الأمراض العقلية – مشكلات الأطفال وعلاجها: كيف يحافظ الفرد على صحته النفسية**، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

٢٢) ياسين، تهاني .(٢٠١١) . **قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان وعلاقته ببعض المتغيرات المختارة من منظور جندري**، (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

المراجع الأجنبية

1) Burns, R.B.(1979) . **The self-concept**. London: Longman.
2) Buyers, J. (1984). Structuring a successful counseling technique in a medical setting, **American Mental Health Counseling Association Journal**, 6 (3):126-133.
3) Carey، M. ،Gyato، K.، & Phillips، P. C. (2003). Evaluation of a Social-Skills Training Group Intervention with Children Treated for Brain Tumors: A Pilot Study. **Journal of Pediatric Psychology**، 28(5)، 299 – 307.
4) Christensen, D.N. (1983). Post mastectomy couple counseling. An out study of a structural treatment protocol, **Journal Sex and Marital Theory,** 9 (41):266-275.
5) Dakof, G.A. & Taylor, S.E. (1990).Victims 'Perceptions of social support: What is helpful form whom?, **Journal of Personality and Social Psychology,** 58: 80-89.
6) Dozier, Jenni (2013). Defining the Role of the Nurse in Population-Based Cancer Screening Programs: A Literature Review. **Clinical Journal** of Oncology **Nursing** , 18 (4): 171-180.

7) Fewzy, N.W & Secher, N. (1995). The positive appearance center: an innovative concept in comprehensive psychosocial cancer care. **Cancer Practice**,3 (4):.233- 238.
8) Gilliland.,J., C., & Templer.,D, . (1986). Relationship of Death Anxiety scale factors to subjective states, **Omega**, 16, 155-167.
9) Greyson, B.(1983 a). The Near-Death Experiences and Personal Values, **Americans Journal of Psychiatry**, 140: 618-620.
10) Kisvertrova, H ., klugar, L,. & Kabelka, M. (2013). Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life, **Int J Palliat Nurs**, 19(12):599-605.
11) Narin, R., Merluzzi, T. (2003).The role of religious coping in adjustment to cancer. **Psycho- Oncology Journal**, 12(5):428- 441.
12) Onyechi, S, Liziana,M, Onuigbo, S, Eseadi, A, Amaka,M, Ilomuanay, k, Nwabani,K, Prince, L, Umoke,K, Agu , L, Out , F & Ofong, M .(2016). Effects of Rational –Emotive Hospice Care Therapy on Problematic Assumptions, Death Anxiety, and Psychological Distress in a Sample of Cancer Patients and Their Family Caregivers in Nigeria, **Int J Environ Res Public Health**, 13(9): 45-55.
13) Roberts, CS & Cox, CE. (1994). A closer look at social support as a moderator of stress in breast cancer, **Health & Social Work,** 19:(3):157- 165.
14) Stanton AL, Danoff-Burg S, Sworowski LA, Collins CA, Branstetter AD, Rodriguez-Hanley A, Kirk SB,& Austenfeld JL.(2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients, **Journal of Clinical Oncology**,20 (20): 4160- 4168 .
15) Templer, D,(1970). The Construction and Validity of Death Anxiety Scale. **Journal of General Psychology**, 82:165-177.
16) Wilson, C. (2008). **The Lived Experience of Individuals with Cancer: Death Anxiety, Relationships, and Isolation**. Unpublished Doctoral Dissertation, Indiana State University, USA.

المواقع الكترونية

١) وزارة الصحة الأردنية (٢٠١٢). التقرير السنوي.
2) Available from; http: //www.moh.gov.jo/en/.
٣) الوكالة الدولية لأبحاث السرطان(٢٠١٢). التقرير السنوي .
4) Available from; http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/ar/.