



كلية الدراسات العليا
كلية التربية-قسم التوجيه والإرشاد

فاعلية برنامج إرشادي لتعزيز استراتيجيات التدبير لدى عينة من مريضات
سرطان الثدي في محافظة الخليل

**The Effectiveness of a Counseling Program to Enhance the Strategies of
Coping in A Sample of Breast Cancer Patients in Hebron**

إعداد الطالبة:

ميرفت يوسف أبو غبوش

إشراف

د. نبيل الجندي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي
والتربوي من جامعة الخليل

الفصل الثاني/ العام الجامعي

2017 /2016

فاعلية برنامج إرشادي لتعزيز استراتيجيات التدبر لدى عينة من مريضات
سرطان الثدي في محافظة الخليل

إعداد الطالبة

ميرفت يوسف أبو غبوش

إشراف

د. نبيل الجندي

نوقشت هذه الرسالة يوم. الخميس بتاريخ 29 / 6 / 2017م، الموافق 5/10/1438هـ،
وأجيزت من أعضاء لجنة المناقشة:

التوقيع

أعضاء لجنة المناقشة

د. نبيل الجندي / مشرفاً رئيسياً

أ.د. حسني عوض / ممتحناً خارجياً

د. إبراهيم المصري / ممتحناً داخلياً

الخليل - فلسطين

1438 هـ - 2017 م

الإهداء :

إلى من داست ثرى الجنة، إلى نبع الحنان الذي لا ينضب، إلى الشمعة التي اشتعلت وذابت
لتتير لي دربي، إلى أعلى من في الوجود إليك يا أمي.

إلى القلب العطوف ورمز العطاء وصدر المحبة إليك يا أبي.

إلى سندي وداعمي إلى من شد بيدي وآزرني، إلى من تحمل معي أعباء الدرب إليك زوجي
العزير.

إلى فلذات كبدي أطفالي الذين نالهم من العبء ما نال.

إلى كل من دعمني وشجعني وعززني إليكم أهدي ثمرة هذا الانجاز المتواضع.

شكر وتقدير

بسم الله الرحمن الرحيم

(ربي أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت عليّ وعلى والدي وأن أعمل صالحاً ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين).

الحمد لله حمداً كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه، فهو راعي نعمتي، وإنني أتقدم بالشكر والتقدير إلى الدكتور نبيل الجندي الذي قدم لي الدعم والنصيحة، والذي كان لإشرافه على هذا العمل الفضل الكبير في وصوله إلى أفضل صورة، كما أنني أتوجه بالشكر الكبير إلى لجنة المناقشة كلاً باسمه مع حفظ الألقاب، لتفضلهم بقبول مناقشة رسالتي وإثرائها بتوجيهاتهم.

كما أتوجه بالشكر إلى القائمين على مركز بيتنا لرعاية مريضات سرطان الثدي، وكذلك مركز لجان العمل الصحي على ما وفروه من دعم وتسهيل لمهمتي، وكما أشكر زملائي وزميلاتي طلبة الدراسات العليا، وكل من مد يد العون لي، والحمد لله رب العالمين.

قائمة المحتويات

.....إجازة الرسالة	
الإهداء:.....أ	
شكر وتقدير.....ت	
قائمة المحتويات.....ث	
فهرس الجداول.....ح	
قائمة الملاحق.....خ	
ملخص الدراسة.....د	
.....Abstract	ذ

1 الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

.....مقدمة:	2
.....مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:	4
.....أهمية الدراسة:	5
.....الأهمية التطبيقية:	5
.....فرضيات الدراسة:	5
.....أهداف الدراسة:	6
.....حدود الدراسة:	6

9 الفصل الثاني الإطار النظري والدراسات السابقة

.....أولاً: الإطار النظري:	10
.....أولاً: التدبير:	10
.....تصنيفات وظائف التدبير:	11
.....تصنيف استراتيجيات التدبير	12
.....استراتيجيات التدبير	12
.....العوامل المؤثرة في نوعية استراتيجيات التدبير المختارة:	14
.....وجهات نظر مختلفة حول مفهوم التدبير:	14
.....أبعاد التدبير:	14
.....مفاهيم مرتبطة بالتدبير:	15
.....التوافق والتكيف:	15
.....التكيف:	16
.....التوافق:	16
.....عناصر التوافق:	16
.....وظائف عملية التوافق:	17
.....بعض النظريات المفسرة للتوافق النفسي:	17
.....ثانياً: سرطان الثدي:	19
.....تركيب الثدي:	20
.....مراحل تكون سرطان الثدي:	20
.....أنواع الأورام السرطانية:	21

21	أورام سرطان الثدي:.....
22	أعراض مرض السرطان:
23	تشخيص المرض:.....
24	حقائق حول سرطان الثدي:.....
25	ثالثاً: العلاج المعرفي السلوكي:.....
26	مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:.....
29	ثانياً: الدراسات السابقة:.....
35	التعقيب على الدراسات السابقة:.....
36	الفصل الثالث: طريقة الدراسة وإجراءاتها.....
37	مقدمة:.....
37	منهج الدراسة:.....
37	مجتمع الدراسة:.....
37	عينة الدراسة:.....
38	أدوات الدراسة:.....
41	تصحيح المقياس:.....
42	مقياس ليكرت الخماسي:.....
43	مفتاح التصحيح:.....
43	صدق أدوات الدراسة:.....
47	ثبات أداة الدراسة:.....
48	متغيرات الدراسة:.....
48	الأساليب الإحصائية:.....
50	الفصل الرابع: تحليل نتائج الدراسة.....
64	الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات.....
65	مناقشة النتائج.....
70	التوصيات:.....
71	المصادر والمراجع:.....
74	المراجع الأجنبية:.....
77	الملاحق.....

فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
38	خصائص العينة الديموغرافية	1
42	مقياس ليكرت الخماسي	2
42	مقياس أداة الدراسة متدرج من خمسة حقول	3
43	مفتاح التصحيح لفقرات المقياس	4
44	نتائج معامل الارتباط بيرسون (Person correlation) لمصفوفة ارتباط كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس	5
47	نتائج معامل كرونباخ ألفا لثبات أداة الدراسة	6
47	طريقة التجزئة النصفية	7
51	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى تعزيز استراتيجيات التدبير لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل على القياس القبلي مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي	8
55	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى تعزيز استراتيجيات التدبير لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل على القياس البعدي مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي	9
59	نتائج اختبار (ت) (Paired-Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات التدبير النفسي لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل إلى المجموعة (قبلي/بعدي)	10
60	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في متوسطات درجات التدبير النفسي تعزى إلى متغير العمر	11
61	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في متوسطات درجات التدبير النفسي تعزى إلى متغير المستوى التعليمي	12
61	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في متوسطات درجات التدبير النفسي تعزى إلى متغير الوضع الاقتصادي	13
62	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في متوسطات درجات التدبير النفسي تعزى إلى متغير الوضع الاجتماعي.	14
63	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في متوسطات درجات التدبير النفسي تعزى إلى متغير مدة الإصابة بسرطان الثدي.	15

قائمة الملحق

رقم الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
77	جلسات برنامج إرشادي لتعزيز استراتيجيات التدبر لدى مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل	1
115	مقياس كارفر للتدبر النفسي	2
119	قائمة بأسماء المحكمين لمقياس كارفر للتدبر، والبرنامج الإرشادي	3

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادي لتعزيز استراتيجيات التدبير لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل، تبعاً لعدد من المتغيرات، وهي: متغير البرنامج الإرشادي، ومتغير المستوى التعليمي، ومتغير مدة الإصابة بالمرض، ومتغير الفئة العمرية، ومتغير الوضع الاقتصادي، ومتغير الحالة الاجتماعية، وقد اعتمدت الباحثة المنهج شبه التجريبي، بتصميم المجموعة الواحدة اختبار قبلي وبعدي، لمعرفة فاعلية البرنامج، وتم اختيار عينة مكونة من (31) سيدة مصابة بسرطان الثدي في مركز بيتنا، ومركز لجان العمل الصحي في محافظة الخليل، واستخدمت الباحثة مقياس كارفر للتدبير، الذي تمت ترجمته وتدقيقه لغوياً، و حصل على درجات صدق وثبات عالية، وتم تطبيقه على المجموعة الإرشادية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي الذي أعدته الباحثة، مستنده إلى النظرية المعرفية السلوكية وبعده، حيث وظفت فنيات واستراتيجيات هذه النظرية من أجل تحقيق هدف الدراسة، وتم تطبيق المقياس والبرنامج على المشاركات، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في درجات التدبير النفسي لدى مريضات سرطان الثدي، على الاختبار القبلي والبعدي لصالح البعدي، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى المتغيرات التالية: العمر، والمستوى التعليمي، والوضع الاجتماعي، ومدة الإصابة بالمرض.

وفي ضوء هذه النتائج توصي الباحثة بعدة توصيات، أهمها: إجراء مزيد من الدراسات التي تتناول موضوع مرض سرطان الثدي وفق متغيرات متعددة، من أجل جمع أكبر كمية من المعلومات المتعلقة بالمرض تساعد على التعامل معه، وبسبب تزايد انتشار مرض سرطان الثدي، توصي الباحثة بضرورة رفع مستوى الوعي في المجتمعات من أجل الحد من هذا المرض، والتأكيد على الفحص الدوري من أجل الكشف المبكر عن المرض، لما لذلك من دور مهم في تحسين فرص النجاة، كما توصي الباحثة بضرورة توفير مراكز الفحص المجاني في مختلف المناطق، وتوفير مراكز دعم نفسي من أجل مساعدة المريضات وأسرهن من أجل تقبل المرض والسعي للعلاج، وعمل المزيد من الدراسات التجريبية التي تهدف إلى معرفة أهم العوامل النفسية المؤثرة على مريضات سرطان الثدي.

Abstract

This study aims to investigate the effectiveness of a counseling program in enhancing the coping strategies of a sample that consists of breast cancer patients in Hebron, analyzing the following variables: the counseling program, the educational level, the duration of the illness, age, the economic situation, and the social situation.

The researcher adopted the experimental approach using one group design to identify the effectiveness of the program. The study sample consisted of 31 patients who are diagnosed with breast cancer at Betna Center and Health Work Committee in Hebron. The researcher used the Carver scale, which was translated and proofread, for possessing a high level of sincerity and stability. The Scale was implement on sample before the implementation of the counseling program. Moreover, the researcher prepared the counseling program based on the Cognitive Behavioral theory, using its strategies and principles for achieving the aim of the study.

Following the implementation of the counseling program on the participants, the study concludes the following results:

The results of the degree of psychological coping in breast cancer patients differ in pre-test and post-test. Statistically, the results were in favor of the post-test. However, the following variables had on statistical differences, educational level, age, social situation, and duration of the illness.

The researcher concludes several recommendations; the most important ones are the following:

- The need for further psychological and social studies related to breast cancer which include analyzing a number of deferent variables.
- The need to provide psychological and medical support centers which provide support and medical care for free for women diagnosed with the illness.
- The importance of the regular medical check for early diagnosis.
- The need to raise more awareness about the illness in the society.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

مقدمة الدراسة

مشكلة الدراسة وأسئلتها

أهمية الدراسة

أهداف الدراسة

فرضيات الدراسة

حدود الدراسة

مصطلحات الدراسة

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

مقدمة:

تعد المرأة الركيزة الأساسية لأية أسرة في أي مجتمع، فهي تقوم بدورٍ فعالٍ ومصيري، لأنها الأم التي تنجب وتربي، وهي الزوجة، والأخت والابنة، فلا يمكن التقليل من حجم هذه الأدوار، فالمرأة قامت بأدوارٍ كثيرة ومؤثرة، حيث ساهمت في الكفاح وتحمل أعباء الحياة ومشقاتها، وما زالت حتى عصرنا الحاضر تقوم بنفس الأعباء، مضافاً إليها مسؤوليات جديدة ظهرت مع تغيرات العصر، فعلاوة على مسؤوليتها الأولى في البيت والاهتمام بالأطفال وتربيتهم، أصبحت تُعين في توفير الحاجات المادية والمالية الضرورية لحياة الأسرة، فنجدها تمارس شتى الأعمال، التي لم يكن يحق لها القيام بها، لأنها كانت من اختصاص الرجال دون النساء.

ولكن المرأة معرضة لشتى أشكال ضغوط الحياة التي تنغص عليها راحتها وصحتها النفسية والجسمية، ونقتصر في هذا المكان على الحديث عن الصحة الجسمية، فالمرأة تعاني من الإصابة بالأمراض في كثير من الحالات، ومنها مرض سرطان الثدي الذي يصيب النساء بنسبةٍ عاليةٍ جداً مقارنةً بالرجال، فقد صنفت منظمة الصحة العالمية مرض سرطان الثدي في مقدمة الأمراض التي تصاب بها النساء على مستوى العالم دون استثناء، وأكدت المنظمة، أنه رغم أساليب الوقاية للحد من هذا المرض، إلا أن معظم الحالات يكون قد فات الأوان عليها، فهي لا يتم تشخيصها إلا في مراحل متأخرة من مراحل الإصابة، تلك المراحل التي لا يُجدي العلاج فيها كثيراً (منظمة الصحة العالمية، 2014).

إن مرض سرطان الثدي هو أكثر أنواع السرطانات انتشاراً في فلسطين، وهو من أكثر الأمراض المسببة للوفاة بين الإناث، وتتراوح نسبة الحالات التي أصيبت بسرطان الثدي بسبب الوراثة إلى ما نسبته 20% إلى 30% من مجمل الحالات (وزارة الصحة الفلسطينية، 2014).

ويسبب سرطان الثدي حالة من عدم الاستقرار النفسي لدى المصابة، ويجعلها تعيش حالة من الخوف والقلق الدائم، كما يجعلها تشعر بنقص الثقة بنفسها، ففي حالة استئصال أحد الثديين أو

كلاهما نتيجة المرض، تنظر المرأة لنفسها نظرة مشوشة ومضطربة، حيث تشعر بالخجل والإحراج الذي يؤثر على علاقتها مع الآخرين، وخاصة زوجها (الكركي، 2014).

عرّفت جمعية السرطان الأمريكية (2014) سرطان الثدي على أنه نمو غير طبيعي لخلايا الثدي، يصيب قنوات الحليب ويمتد إلى الخلايا المحيطة بها، وقد يطل أجزاء أخرى من الجسم، وهذا النمو غير الطبيعي هو ورم خبيث يمكن ملاحظته بشكل واضح في المراحل المتقدمة من الإصابة (American cancer society, 2014).

وتشير الجمعية الأمريكية نفسها (2014)، إلى أنه تم تشخيص 670,232 حالة جديدة مصابة بسرطان الثدي خلال عام 2014، منهم 2360 رجلاً، وفي نهاية العام توفي 40430 حالة، منهم 40000 نساء و(430 رجلاً) (American cancer society, 2014).

ويشير سملتزر وزملاؤه (Smeltzer & et al, 2008)، إلى أنه وحتى هذه اللحظة، لا يوجد سبب واضح لمرض سرطان الثدي، ولكن يمكن الإشارة إلى عدة عوامل تساعد على ظهوره، وهي: العامل الوراثي، والعمر، وخاصة بعد سن الأربعين، وعدم الإنجاب أو تأخره عند المرأة، وانقطاع الحيض أو ظهوره مبكراً والسمنة، والتدخين، وشرب الكحول.

كما وضحت وزارة الصحة الفلسطينية (2010) أنه يمكن معالجة هذا المرض بالجراحة، أو العلاج الكيميائي، أو الإشعاعي، أو الهرموني، فقد يستخدم الطبيب إحدى هذه الطرق، أو أكثر، وذلك حسب ما تقتضيه الحاجة.

وتتزامن عدد من المشكلات النفسية والاجتماعية مع الإصابة بالمرض في معظم الحالات، وهذا شيء طبيعي، فمن المألوف أن تنتج الأمراض الجسمية ردود فعل نفسية واجتماعية تتفاوت من شخص لآخر، وهذا دليل على الصلة القوية بين الجسد والنفس، وأن كل واحدٍ منهما يؤثر في الآخر ويتأثر به. فالمرأة التي تصاب بسرطان الثدي، تتقلب حياتها بشكلٍ كامل، فمخططات اليوم قبل الكشف عن الإصابة بالمرض، لم تعد تصلح للغد بعد اكتشاف الإصابة به، كما أن المرأة بعد أن تصاب بالمرض حيث ستواجه تغيرات جذرية في نظرة المحيطين والمجتمع إليها، حيث ينظرون إليها نظرة عطفٍ وشفقة، وهذا يزيد من معاناتها ويجعل ثقتها بنفسها تنهز وتتحدر بشكلٍ خطير، كما أن المرأة التي تصاب بالمرض تصبح بين خيارات محدودة، وفي كل الأحوال تكون هذه

الخيارات مُرة يصعب تجرعها، سواء من الفرد أو من المحيطين به، وخاصة من الزوج في حالة المرأة المتزوجة، وهذا الأمر قد يكون أكثر خطورة من المرض نفسه، فهو سيوفر البيئة الخصبة لانتشار المرض بكل سلاسة ليمتد ويغال أماكن جديدة في الجسم، مما يجعل المرأة تشعر بالخطر الشديد على حياتها، وتشعر بحالة انفعالية سلبية، مثل: الضغط والقلق والاكتئاب، وكوسيلة لمواجهة هذا الشعور، وُجد أن النساء المصابات يعتمدن على آليات تدبر متنوعة، من شأنها الحد بشكل كبير من وطأة هذا الشعور، حيث تساعد هذه الآليات على تحسين الحالة الانفعالية والفكرية لدى المصابات، وتجعلهن أكثر تقبلاً للمرض، وأكثر تفاؤلاً في الشفاء (Han et al., 2008).

كما اشارت دراسة براون وآخرون (Brown & et al., 1989) إلى أن المصابات اللاتي يتلقين الدعم النفسي والدعم الاجتماعي، يُظهرن درجات قلق وتوتر أقل من المصابات اللواتي لا يتلقين هذا النوع من الدعم، كما أن الدعم النفسي والاجتماعي يزيد من قدرة المصابات على التدبر مع المرض، والتغلب عليه نفسياً واجتماعياً.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

نتيجة التزايد في أعداد حالات الإصابة بمرض سرطان الثدي، وجدت الباحثة أن الموضوع بحاجة للتوقف عنده ودراسته بشكل دقيق ومفصل، للوقوف على أهمية التدخل النفسي في تحسين الحالة الصحية للمريضة وزيادة درجة تقبلها لواقعها مع المرض، وزيادة تقبلها للعلاج الطبي، وذلك من خلال رفع المعنويات لديها وجعلها أكثر أيماناً وأملاً بالشفاء.

وعليه، يمكن تحديد مشكلة الدراسة من خلال التساؤل الرئيس التالي:

ما مدى فاعلية برنامج إرشادي لتعزيز استراتيجيات التدبر لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل؟

ويتفرع من هذا السؤال الأسئلة الفرعية التالية:

1. ما أثر البرنامج الإرشادي على استراتيجيات التدبر؟

2. هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات التدبير لدى مريضات سرطان الثدي تبعاً لعدد من المتغيرات (الفئة العمرية، المستوى التعليمي، الوضع الاقتصادي، الحالة الاجتماعية، مدة الإصابة بالمرض)؟

أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية:

تتبع أهمية الدراسة الحالية من موضوعها، وهو سرطان الثدي الذي لا زال العلم يقف عاجزاً أمامه، سواءً بإيجاد العلاج الشافي له أو الوقاية منه، أو التأكد من أسباب ظهوره، فأسباب ظهوره معقدة جداً ومتداخلة ومتعددة، وبالتالي يبقى قاصراً في تحقيق الشفاء التام، عدا بعض الحالات النادرة التي يتم تشخيصها مبكراً.

كما تظهر أهمية الدراسة الحالية في أنها قد توفر بيانات ومعارف يمكن الاعتماد عليه في أبحاث لاحقة، وتزيد من الاهتمام بهذه الفئة، مما يساعد في التعرف على استراتيجيات تدبيرية من شأنها التخفيف من حدة وتأثير هذا المرض على مريضات سرطان الثدي.

الأهمية التطبيقية:

من خلال هذه الدراسة يمكن تزويد القائمين على برامج رعاية مريضات سرطان الثدي باستراتيجيات جديدة ونافعة لرفع القدرة على التدبير والتعايش مع هذا المرض، وذلك بالاستناد على نظريات علمية، حتى يصبحن قادرات على التدبير مع المرض نفسه والتكيف مع الآخرين والبيئة المحيطة، كما يمكن الاستفادة من نتائج هذه الدراسة من خلال تطبيق البرنامج على المصابات، مما يزيد من قدرتهن على مواجهة التحديات الكبيرة الناتجة عن ضغوط المرض، كما يمكن الاستفادة من هذه النتائج لعمل دراسات أخرى تتناول الموضوع بمزيد من البحث والدراسة.

فرضيات الدراسة:

سعت الدراسة لاختبار الفرضيات الصفرية الآتية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الاستراتيجيات التدبيرية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي (كما يكشف مقياس كارفر) تعزى للبرنامج الإرشادي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الاستراتيجيات التدبيرية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي تعزى للمستوى التعليمي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الاستراتيجيات التدبيرية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي تعزى إلى مدة الإصابة بالمرض.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الاستراتيجيات التدبيرية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي تعزى للفئة العمرية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الاستراتيجيات التدبيرية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي تعزى للوضع الاقتصادي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الاستراتيجيات التدبيرية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي تعزى للحالة الاجتماعية.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى:

- التعرف على مستويات التدبير لدى مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل.
- الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي يعتمد على النظرية المعرفية السلوكية لرفع مستويات التدبير لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل.
- التعرف إلى الفروق في مستوى التدبير بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

حدود الدراسة:

اقتصرت هذه الدراسة على الفئة التي طبقت عليها، وهن مجموعة من (31) سيدة مصابة بمرض سرطان الثدي. حسب الحدود التالية:

الحدود المكانية: مراكز الرعاية النفسية لمريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل.

الحدود البشرية: مريضات سرطان الثدي.

الحدود الزمانية: الفصل الدراسي الثاني من العام 2017م.

مصطلحات الدراسة:

أولاً: البرنامج الإرشادي

يعرف (زهران، 2002) البرنامج الإرشادي على أنه برنامج منظم في ضوء أسس علمية، لتقديم الخدمات المباشرة وغير المباشرة، فردياً وجماعياً، بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي، والقيام بالاختيار الواعي والمتعل، لتحقيق التوافق النفسي، ويقوم بتخطيطه وتنفيذه لجنة من المؤهلين وفريق من المسؤولين.

أما التعريف الإجرائي للبرنامج الإرشادي: مجموعة من الخطوات المنظمة المبنية على أساس علمي ضمن النظرية المعرفية السلوكية، ترمي لتحقيق الهدف من البرنامج وهو تعزيز استراتيجيات التدبير لدى مريضات سرطان الثدي.

ثانياً: استراتيجيات التدبير

يعرف لازاروس، وفولكمان (Folkman & Lazarus, 1980) التدبير، على أنه محاولة ضبط الظروف الخارجية والداخلية، التي كما يعتقد الفرد أنها السبب في ضغوطاته، وذلك من خلال عملية تغيير مستمر للجهود المعرفية والسلوكية، كما أشارا إلى أن الفرد يلجأ لاستخدام استراتيجيتين تدبيرية أساسيتين لمواجهة المواقف الضاغطة، وهي: استراتيجية حل المشكلات، واستراتيجية التركيز العاطفي.

كما يعرفه نيومان (Newman, 1981) على أنه الجهود التي يبذلها الفرد في محاولة البحث عن أساليب جديدة لمواجهة الضغوطات الحياتية والتعامل معها، بهدف التغلب على الضغط النفسي (مومني، 2001).

ويعرف الننتشة (2000)، استراتيجيات التدبير، على أنها سلوكيات مكتسبة ومتعلمة تسعى للتعامل مع الضغوطات التي تواجه الفرد في حياته وتساعده على إيجاد سبل للتعامل معها.

وتعرف الباحثة استراتيجيات التدبير: بأنها مجموعة من الأساليب التي يلجأ إليها الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة، ومحاولة التغلب عليها، والعمل على إحداث توافق في كافة مناحي الحياة، وصولاً لتحقيق الصحة النفسية.

وتعرف استراتيجيات التدبير إجرائياً على أنه مجموع الدرجات التي تحصل عليها المفحوصات على مقياس التدبير الاجتماعي لكارفر.

ثالثاً: السرطان

تعرف (وزارة الصحة الفلسطينية، 2016) السرطان على أنه تكاثر سريع لخلايا شاذة على نحو غير طبيعي، حيث تنمو خارج حدودها المعروفة وغزوها أجزاء الجسم المجاورة وانتشارها إلى أعضاء الجسم الأخرى.

ويعرفه (قواجلية، ومناني، 2013) بأنه مجموعة من الأمراض يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة، وينجم عن خلل في المادة الوراثية الجينية DNA التي تتمثل في خلايا الإنسان الجزء المسئول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها، فخلايا جسم الإنسان تتكاثر بشكل منتظم وبطيء، ولكن في حالة السرطان يحدث خلل في مادة DNA مما يؤدي إلى تسارع متزايد في نموها وانتشارها.

رابعاً: سرطان الثدي

تعرف الجمعية الأمريكية للسرطان (American Cancer Society, 2016)، سرطان الثدي على أنه انحراف خارج نطاق السيطرة لخلايا الثدي، ويمتد ليصل إلى الخلايا المجاورة المحيطة على شكل غزو، وينتشر ليصل لأماكن بعيدة في الجسم في بعض الحالات.

ويعرفه (البرنامج الأردني لسرطان الثدي، 2014) على أنه انقسام غير طبيعي لخلايا أنسجة الثدي ونموها دون أن تخضع لأنظمة السيطرة الطبيعية في الجسم.

الفصل الثاني
الإطار النظري
والدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري:

أولاً: التدبير:

وتعرف استراتيجيات التدبير، على أنها وسائل يلجأ الفرد إلى استخدامها للتعامل مع التهديدات، وتعد مورفي من أوائل العلماء الذين قاموا باستخدام مصطلح التدبير Coping، وهي استراتيجيات قد تكون موجهة نحو الذات أو نحو البيئة، فقد تلجأ لتغيير وتعديل مصادر التهديد في البيئة المحيطة، أو قد تعتمد إلى تغيير الذات لمواجهة البيئة، وترى مورفي أن هدف التدبير هو السيطرة على العوامل المهددة لصحة الفرد النفسية، كما يفترض (Lazarus & Folkman,1984) أن الأفراد يلجؤون عادة لاستخدام التدبير عندما يتطلعون إلى المواقف على أنها مهددة لهم، ويحاولون التعامل معها وحلها ، ولتحديد معنى الضغط الذي يتعرض إليه الأفراد ومقداره فإنهم يلجؤون إلى عمليتين هما:

1. مرحلة التقييم الأولى: يلجأ الفرد في هذه المرحلة لتحديد ما إذا كان الموقف سلبياً أو حيداً أو إيجابياً، وفي حال تم تحديد الموقف على أنه سلبياً فإن الفرد هنا يلجأ لاستخدام أساليب التدبير الخاصة به.

2. مرحلة التقييم الثانية: يلجأ الفرد في هذه المرحلة لتحديد موارده وإمكانياته المتاحة لتحقيق التكيف مع المواقف المسببة للضغط، مما يقوده لاتخاذ القرارات المناسبة والاستراتيجيات التدبيرية المنسجمة مع الموقف وتنفيذها (مومني،2001).

وقد عرف لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman1984) التدبير بأنه عملية تغيير دائم ومستمر للجهود المعرفية والسلوكية، لضبط الظروف الضاغطة بالنسبة للفرد سواء كانت داخلية أو خارجية.

وبهذا، فإن التدبير من منظورها هو:

- عملية تحدث عبر الزمن.
- عملية تشمل على تخطيط وجهود، وهي ليست ردة فعل ناتجة عن الضغوط.
- هي عملية مستقلة عن الناتج أو التوقع، لأنه يشير إلى عمليات تهدف إلى السيطرة على الضغوطات دون ارتباطها بالنجاح أو الفشل (النتشة، 2000).

وأضاف لازاروس وفولكمان أن هناك هدفين يسعى الفرد إلى تحقيقهما من خلال استخدامه لاستراتيجيات للتدبر، وهما:

1. ضبط الموقف الذي يسبب الضغط، حيث يركز الفرد هنا على الأحداث التي تسبق حدوث الموقف الضاغطة، ويتحكم بسيرها ويعدل بعض حيثياتها ويمنع بعض الحثيات، مما يساعد في النهاية إلى سيطرة الفرد على الموقف.
2. تنظيم الاستجابات الانفعالية المتعلقة بالضغوطات النفسية، هنا لا يتدخل الفرد بالموقف، بل يتحكم بمشاعره وانفعالاته التي تنتج عن الموقف نفسه، وبهذا، فإن الهدف يتحدث عن التحكم بالعوامل الخارجية، بينما الهدف الثاني فيتحدث عن العوامل الداخلية للفرد (القضاة، 2000).

وفي السياق نفسه، تحدث مومني (2001) عن وظائف التدبر، فأشار إلى أن هناك ثلاثة تصنيفات رئيسة لوظائف التدبر، وهي:

تصنيفات ووظائف التدبر:

1. العمل على تعديل المواقف الضاغطة التي أدت إلى المشكلات.
2. العمل على التقليل من الخصائص المزعجة للمواقف الضاغطة، والتفكير بها بطرق أخرى.
3. المساعدة على جعل المواقف الانفعالية في نطاق السيطرة.

كما يطلق على التدبر الفعال مفهوم التدبر التكيفي، وذلك لاحتوائه على الكثير من الاستراتيجيات الفعالة، كالقدرة على حل المشكلات، وطلب العون والدعم من المحيطين، والقدرة على التصرف في المواقف، وهناك نوع آخر من التدبر غير التكيفي وغير الفعال، كسلوك التجنب (الكيلاني، 2015).

ويشير لازاروس ولونيير (Lazarus & Launier, 1978) إلى أن التدبر هو عملية السيطرة على المتطلبات المرهقة والمتعبة للفرد، سواءً أكانت هذه المتطلبات داخلية أم خارجية.

والتدبر مفهوم واسع، يشمل العديد من الاستراتيجيات التي تحدث عنها العلماء في دراساتٍ كثيرة، ومن هذه التصنيفات نذكر تصنيف بلنغز وموس كما يلي:

تصنيف استراتيجيات التدبر كما يراها بلنغز ووموس (Billings & Moos, 1984):

1. الاستراتيجيات المعرفية: وهي مجموع الأفكار والمعتقدات والمعارف والاتجاهات التي تكونت نتيجة للخبرات السابقة التي مر فيها الفرد، وتشكل استجاباته للمواقف الضاغطة التي يتعرض إليها.
2. استراتيجيات التجنب: قد يلجأ الفرد في بعض المواقف للإنكار، ورفض تصديق ما حدث، وقد يلجأ للضحك للتخفيف من حدة الموقف، وجميعها استجابات يقوم بها الفرد لدفع الضغوط خارج نطاق الوعي.
3. استراتيجيات النشاط السلوكي: هي مجموع التصرفات الظاهرة التي يقوم بها الفرد بهدف تقليل الضغوطات، ومحاولة تحسين الموقف، وحل المشكلات، للمحافظة على حالة من التكيف، كطلب المساعدة من المحيطين.

بينما صنفها لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman, 1984) إلى نوعين من الاستراتيجيات التي يلجأ إليها الأفراد للتعامل مع الضغوطات الحياتية المختلفة:

1. الاستراتيجيات المركزة على المشكلة: تركز على الطرق الممكن استخدامها لحل المشكلات التي تواجه الفرد، وقد أثبتت بحوث لازاروس أن استراتيجيات التدبر التي ركزت على المشكلة أظهرت نتائج إيجابية، ومرغوبة وأثارت الاحساس بالتحفيز.
2. الاستراتيجيات المركزة على الانفعال: تركز على التقليل من الضيق الانفعالي الناتج عن المواقف الضاغطة، ويسعى الفرد من خلالها إلى السيطرة على الضغوطات.

ومن هذه التصنيفات يتضح أن مفهوم التدبر مفهوم واسع، ويشمل عدداً من الاستراتيجيات، حددها كارفر بأربع عشرة استراتيجية كما سنوردها فيما يلي:

استراتيجيات التدبر كما حددها كارفر (Carver, 1997):

1. استراتيجية تشتيت الانتباه الذاتي: وهي قيام الفرد باللجوء لطرق ووسائل تشتت انتباهه عن التفكير بالمشكلة، وتحاول تركيز انتباهه نحو العمل، والاهتمام بالوسائل الترفيهية المختلفة.

2. استراتيجية اللجوء إلى الإنكار: يلجأ الفرد إلى إنكار أن ما حدث قد حدث، ويتصرف وكأن شيئاً لم يحدث.
 3. استراتيجية التدبر النشط: محاولة البحث عن طرق وإجراءات وجهود فعالة للتعامل مع المشكلة وتحسين الوضع.
 4. اللجوء للدعم الانفعالي: يحاول الفرد التقرب من الآخرين بهدف تلقي الدعم والمساندة، والدعم العاطفي، والمواساة.
 5. اللجوء إلى الكحول: اللجوء إلى مواد تساعد على النسيان وتقلل من الضغوط، كاللجوء إلى شرب الكحول.
 6. اللجوء إلى الدعم الأدائي: اللجوء إلى الآخرين لمحاولة الحصول على المساندة والدعم والنصح حول ما ينبغي عليه فعله.
 7. فك الاشتباك: توقف الفرد عن بذل أي محاولة لحل المشكلة، والتعامل مع الضغوطات.
 8. التنفيس: اللجوء إلى الحديث عن المشكلات والمواقف الضاغطة للتقليل من حدة الضغوط والانفعالات.
 9. إعادة التشكيل الإيجابي: وهي النظر إلى النواحي الإيجابية للموقف وأخذها بعين الاعتبار، بحيث يصعب الموقف أقل إزعاجاً.
 10. الفكاهة: السخرية من الموقف والاستهانة به والحديث عنه بسخرية.
 11. التخطيط: اللجوء إلى وضع خطة للتعامل مع الموقف، وصياغة استراتيجيات لتعامل مع المواقف الضاغطة.
 12. التدبير: اللجوء إلى الدعاء والصلاة والتقرب إلى الله للحصول على الراحة، بهدف تحقيق الاطمئنان والسكينة الروحانية.
 13. التقبل: تقبل المشكلة، والتعايش معها، والتعايش مع الظروف المحيطة بها.
 14. لوم الذات: يلجأ الفرد إلى لوم ذاته، ويحمل نفسه وزر المشكلة.
- وهذه الاستراتيجيات تشكل مفهوم التدبر، وهو مفهوم يتأثر بعدد من العوامل المرتبطة بشخصية الفرد، من جهة، والبيئة المحيطة به من جهة ثانية، وبالموقف نفسه، من جهةٍ ثالثة، وهذه العوامل هي:

العوامل المؤثرة في نوعية استراتيجيات التدبير المختارة:

• **العوامل الشخصية والديمغرافية:** وتشمل العمر، والجنس، والنضج الانفعالي، والأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للفرد، وقوة الأنا، والثقة بالنفس، والجماعات الدينية والفلسفية التي ينتمي إليها الفرد، والخبرات السابقة مع الضغوط وطرق التكيف معها، كل هذه العوامل تحدد المواقف الضاغطة وتؤثر في اختيار الحلول للتعامل مع هذه الضغوطات.

• **العوامل الخاصة بالموقف الضاغط وبيئته:** حدد سماير وريس أربعة أنماط لمواقف من الممكن أن تشكل مصدر للضغوط وهي:

1. الشخصية/ النفسية، مثل: الزواج.
2. البيولوجية، مثل: المرض والموت.
3. البيئة الفيزيائية، مثل: الكوارث الطبيعية.
4. البيئة الاجتماعية الثقافية، مثل: تبني طفل (النتشة، 2000).

وجهات نظر مختلفة حول مفهوم التدبير:

• **التدبير كمواجهة بين الفرد والموقف:**

يمكن تناول هذه العملية بالاستناد إلى تعريفات عديدة منها: تعريف فردمان (1963) الذي عرف التدبير على أنه أساليب لمواجهة التهديدات (المشار إليه في القضاة، 2000). وتعريف مننغر (1963) الذي يرى التدبير على أنه آليات لتنظيم الأحداث الطارئة (المشار إليه في القضاة، 2000). وكذلك تعريف لازاروس وفولكمان (1984) للتدبير على أنه الطرق المستخدمة لمواجهة الأعباء (المشار إليه في القضاة، 2000).

والتدبير هنا عملية تفاعلية تربط الفرد بالموقف الضاغط ضمن المحيط والعالم الخارجي.

أبعاد التدبير:

تتضمن عملية التدبير أبعاداً عديدة تؤثر في الفعل الإنساني، مثل: الأبعاد الانفعالية، والمعرفية، والسلوكية، والسيولوجية، مما يدل على أن التدبير لا ينحصر في بعد واحد، حيث أن كل فرد له طريقته الخاصة في إدراك المواقف والأحداث.

• التدبر كظاهرة سياقية متعددة التركيبات:

تفترض هذه العملية استحالة قيام فرد وحده بعملية التدبر، فهناك تركيبات اجتماعية متعددة لها الدور الكبير في عملية التدبر، وهذه التركيبات إما أن تساهم في إنجاح عملية التدبر، أو تعيقها.

• التدبر كتوقعات وخيارات:

تفترض هذه الفكرة أنه يمكن للفرد توقع الحادثة أو الموقف مما يسهل عليه اختيار الحل، أو طريقة الاستجابة له، ولكن هذه الاستجابة قد تكون إيجابية أو سلبية، ولكنها في كلتا الحالتين اعتمدت على التوقع والاختيار (القضاة، 2000).

مفاهيم مرتبطة بالتدبر:

التوافق والتكيف:

تطور مفهوم التدبر من مفهومي التكيف والتوافق، ولكن، حتى هذين المفهومين يتم الخلط بينهما، رغم وجود فروق جوهرية بينهما، فالتوافق يرتبط بسعي الإنسان نحو تنظيم حياته، والبحث عن حلول لمشكلاته، ومواجهة الصراعات والأزمات، في حين أن التكيف يستخدم كمصطلح بيولوجي، لأنه مشتق أساساً من علم البيولوجيا، فهو يشمل الكائن الحي (الإنسان، الحيوان، والنبات) ولا يستطيع أي كائن حي العيش في بيئة دون توافر عنصر التكيف مع هذه البيئة (حولي، 2012).

إن كل من التوافق والتكيف يستخدمان كمترادفين، فالتكيف ينم عن الأساليب المتبعة لإحداث التوافق لدى الفرد، والتوافق هي الأهداف والغايات التي يبلغها ويحققها الفرد، ولكن، إلا أن التكيف والتوافق يحملان المعنى نفسه، فكلٍ منهما يسعى لإحداث التوافق مع الذات من جهة، والبيئة المحيطة من جهة أخرى. (مقبل، 2010).

في حين تم التفريق بين كل من التوافق والتكيف، حيث أن التوافق أعم وأشمل من التكيف، والتوافق لا يقتصر على التكيف مع ظروف البيئة، ولكن يمتد لتغيير الفرد لهذه الظروف لإحداث ملاءمة بينه وبين بيئته (مقبل، 2010).

وفيما يلي، سيتم استعراض المفهومين بشكلٍ منفصلٍ، من أجل التعرف وتشكيل تصور عام عن كلٍ منهما:

التكيف:

التكيف حسب (محمد، 2004) هو سعي الإنسان لتنظيم حياته، وحل صراعاته ومواجهة مشكلاته وصولاً إلى ما يسمى بالصحة النفسية، أو السواء، أو الانسجام مع الذات، ومع الآخرين.

ويشير (معمريه، 2007) إلى أن التكيف عملية ديناميكية مستمرة، يحاول فيها الفرد تعديل ما يمكن تعديله في سلوكه، وفي بيئته الطبيعية والاجتماعية، وتقبل ما لا يمكن تعديله فيها، حتى تحدث حالة من التوازن والتوفيق بينه وبين بيئته.

والتكيف يمثل قدرة الفرد وتمكنه على رسم استراتيجيات لمواجهة الأحداث الضاغطة في حياته، وتشكل هذه القدر بمستوى فهم الإنسان لسلوكه وأفكاره ومشاعره (البسطامي، 2013).

تطور مفهوم التكيف إلى أن أصبح يستخدم بمعنى التوافق، فمصطلح التكيف في علم النفس مشتق من العلوم البيولوجية (فهيم، 1987).

التوافق:

لقد عرف الحولي (2012) التوافق: على أنه الشعور بالرضا عن النفس والارتياح، نتيجة القدرة على السيطرة على التوترات الناتجة عن الشعور بالحاجة، وذلك من خلال اشباع الفرد لحاجاته ورغباته.

وعرفه (سكران، 2009) على أنه: عملية مستمرة تشمل سلوك الفرد وبيئته الطبيعية والاجتماعية بهدف إحداث التعديل والتغيير، لإحداث المواءمة وإيجاد حالة من التوازن بين الفرد وبيئته المحيطة.

عناصر التوافق:

حتى يتم التوافق بصورة صحيحة لا بد من توافر عناصر أساسية تعد هي الأساس في هذه العملية، وللتوافق عنصران أساسيان هما:

الأول: الفرد ومحيطه النفسي الداخلي الذي يتكون من حاجاته، ودوافعه، وميوله، وخبراته، وقدراته، التي توجه في مجملها سلوك الإنسان.

الثاني: البيئة الطبيعية والاجتماعية للفرد، التي تشكل في تفاعلها المحيط العام للفرد، ولكن بغلبة إحداهما على الأخرى (سكران، 2009).

وظائف عملية التوافق:

1. **إشباع الحاجات الأولية:** وترتبط بالتكوين الفسيولوجي للفرد، مثل: الحاجة للطعام والشراب والسكن والملبس والجنس والنوم، وكل ما كان هناك إشباع أكبر لهذه الحاجات ارتفع مؤشر التوافق لدى الفرد.
2. **إشباع الحاجات الثانوية:** وهي مكتسبة من البيئة، وللتنشئة الاجتماعية أثر كبير فيها، ولها وظيفة الضبط للحاجات البيولوجية مثل الحاجة إلى الاستقرار والأمن، والنجاح، فهناك حاجة ملحة لدى الفرد لإشباع هذه الحاجات لتحقيق التوازن النفسي.
3. **التكيف مع المجتمع:** ويتم عن طريق مسايرة القيم والعادات والتقاليد المجتمعية، وهذه المسايرة مطلوبة في كثير من الأحيان، إلا في الحالات التي تكون فيها هذه العادات والتقاليد والقيم خاطئة، فمسايرتها لا تدل على التوافق، حيث يلجأ الفرد للتغيير في بيئته لإحداث التوافق والمواءمة بينه وبين بيئته.
4. **الرضا عن الذات والتقبل:** كلما كان مستوى التقبل والرضا عن الذات لدى الفرد مرتفعاً زادت الدافعية نحو العمل والحياة لديه ونحو الآخرين، أما الفرد الذي لا يشعر بالرضا عن نفسه فهو عرضة لعدم التوافق.
5. **تحقيق الصحة النفسية:** الصحة النفسية هي نتاج عملية التوافق، حيث أن الفرد المتوافق هو الفرد الذي يتمتع بصحة نفسية مرتفعة (مقبل، 2010).

بعض النظريات المفسرة للتوافق النفسي:

1. نظريات التحليل النفسي:

نظر فرويد إلى عملية التوافق النفسي على أنها عملية لا شعورية، واعتبر فرويد أن الشخص المتوافق هو ذلك الشخص الذي يستطيع إشباع متطلباته الهو بأساليب مقبولة اجتماعياً، واعتبر

أيضاً العصاب والذهان ما هما الا شكلان من أشكال سوء التوافق، ويرى فرويد أيضاً ثلاث سمات أساسية تواجهها يعد شرطاً أساسياً لتحقيق التوافق وهي: قوة الأنا، القدرة على العمل، القدرة على الحب، في حين يرى يونج أن التوافق والصحة النفسية مرتبطان بالنمو الشخصي المستمر دون توقف، كما أكد على ضرورة التوازن والموازنة بين الميول الانطوائية والانبساطية لتحقيق التوافق والصحة النفسية (سامية، 2013).

ويرى أدلر أن السلوك الإنساني مرتبط بالدوافع الاجتماعية، حيث أن السعي للتفوق والتوافق أحد أهم الدوافع التي ركز عليها أدلر للتخلص من الدونية، في حين ترى هورني أن التوافق مرتبط بالسوء، واللاتوافق مرتبط بالعصاب، وسوء التوافق ما هو الا نتاج لسوء العلاقات الاجتماعية والإنسانية (سكران، 2009).

النظرية السلوكية:

المدرسة السلوكية من أهم مدارس علم النفس الحديث، وتدور هذه النظرية حول محور أساسي وهو التعلم حسب نظرية المثير والاستجابة، وترى أن سلوك الفرد ما هو الا استجابة نتجت عن مثير حفز هذه الاستجابة للظهور، وترى هذه النظرية أيضاً أن اختلال الصحة النفسية ناتج عن فشل قدرة الفرد على تعلم سلوكيات جديدة، تساعد على تكيفه مع ذاته، وتكيفه مع المجتمع الذي يعيش فيه، فالنظرية السلوكية ترى أن أنماط التوافق وسوء التوافق متعلمان ومكتسبان من المواقف والخبرات التي يمر بها في حياته (الجموعي، 2013).

ويرى واطسون وسكينر أن عمليات التوافق تتشكل بطريق آلية عن طريق تلميحات البيئة، وهي لا يمكن أن تنمو عن طريق الجهد الشعوري، ويعتقد يولمان أن الفرد قد يعتمد إلى الابتعاد عن الآخرين عندما يجد أن علاقته مع الآخرين غير مثابة، وتصبح اهتماماته الاجتماعية قليلة وهذا يعد شكلاً من سوء التوافق، ولقد رفض باندورا فكرة تشكل طبيعة الإنسان بطريقة ميكانيكية، حيث كان يرى أن الشخصية بمكوناتها وسماتها ما هي إلا نتاج من التفاعل المتبادل بين كل من المثيرات وخاصة الاجتماعية والسلوك الإنساني، والعمليات العقلية والشخصية، كما اهتم بالتعلم عن طريق التقليد (سامية، 2013).

النظرية الإنسانية:

قامت هذه النظرية على فكرة أن الإنسان متميز ومختلف عن باقي الكائنات الحية، ودرجة التوافق النفسي للفرد مرتبطة بمدى تحقيقه لذاته، وأن الإنسان يتدرج في تحقيق حاجاته الأولية والفيولوجية وصولاً إلى أعلى مستويات الإشباع وهي تحقيق الذات، ويتميز الشخص المتوافق كما يرى ما سلو بالتفانيّة، وتقبل الذات والآخرين، والاستقلال، والقدرة على إقامة العلاقات مع الآخرين، والإدراك الدقيق للواقع (مقبل، 2010).

كما يرى روجرز أن لدى الإنسان القدرة على التحكم في نفسه وقيادتها، وأرجع كل أنواع السلوك إلى دافع واحد وهو تحقيق الذات، حيث يرى أن الاحساس بالحرية، والانفتاح على الخبرة، والثقة بالمشاعر الذاتية، هي من أهم معايير التوافق النفسي لدى الفرد (سكران، 2009).

النظرية البيولوجية الطبيعية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن جميع أنواع سوء التوافق التي يتعرض لها الفرد، ما هي إلا نتائج أمراض تصيب أنسجة الجسم، خاصة المخ، وقد تكون هذه الأمراض إما وراثية، أو مكتسبة من خلال التعرض للإصابات والجروح، أو خلل هرمون، نتيجة للضغوط التي يمر بها الفرد، ولتحقيق التوافق حسب ما يرى أصحاب هذه النظرية لا بد من تحقيق التوافق التام بين جميع وظائف الجسم، وبهذا يكون التوافق هو أن تتعاون جميع الوظائف الجسمية لصالح الجسم كله، أما فيما يتعلق بسوء التوافق، فما هو إلا نتائج زيادة أو نقصان في نشاط الغدد عند الفرد (الجموعي، 2013).

ثانياً: سرطان الثدي:

يعد سرطان الثدي من أخطر السرطانات المنتشرة بشكل كبير في الآونة الأخيرة، حيث زاد انتشاره بشكل لافت للأنظار، وله وقع كبير في نفوس الأفراد لارتباطه بفكرة الموت الحتمي. ولزيادة انتشار المرض ولأهمية دراسته وتناوله من النواحي النفسية كان لا بد من تكثيف الدراسات والأبحاث في هذا المجال، ولذلك سيتم تناول المرض بجوانبه المختلفة في هذا الفصل.

تعريف سرطان الثدي: هو عبارة عن ورم خبيث ناتج عن تكاثر عشوائي وغير طبيعي لمجموعة خلايا في الثدي، تعمل في البداية على تدمير النسيج الأصلي، ومن ثم تنتقل لتغزو الأنسجة

المحيطة تهاجمها، وقد تنتقل إلى أماكن أخرى، مثل: الكبد أو الرئتين وغيرها، كما يرى العالم (جيبستار روسف) المشار إليه في (عماري، 2013) أنه كتلة في الثدي غير مؤلمة مع خروج الدم وإفرازات في الحلمة، ولنمو الكتل السرطانية علامات كسحب الجلد الذي يغطي الثدي من الداخل، أو تجعدات واضحة في الجلد، كما أن لزيادة هرمون الأستروجين عن الحد الطبيعي الأثر الواضح لزيادة احتمالية الإصابة بسرطان الثدي، وعادةً، ما يبدأ سرطان الثدي بحبة صغيرة دون إحداث أي ألم، ويتطور بطريقة مفاجئة، ليغير من شكل الثدي، وفي حال عدم علاجه، يمتد ليصل إلى داخل الخلايا (عماري، 2013).

ويعرف السرطان أيضاً: بأنه مجموعة خلايا تنمو بشكل غير طبيعي، وتتقسم عشوائياً وتنتقل بعد التكاثر لتغزو أعضاء سليمة أخرى من جسم الإنسان، ولا يتشكل السرطان مرة واحدة، فهو يمر بمراحل متعددة، قد تمتد هذه المراحل لسنواتٍ عدة (سعادي، 2009).

تركيب الثدي:

بما إن الحديث ستركز على سرطان الثدي، فمن الضروري عرض تركيبية الثدي الفطرية، حيث يتكون الثدي من أنسجة ليفية (lobes)، وأنسجة داعمة شحمية (fat)، إضافة إلى الأوعية الدموية والقنوات الليمفاوية، ويوجد داخل الأنسجة الليفية غدد (حويصلات أو بصيلات) لإنتاج الحليب، كما يتكون من قنوات، مهمتها نقل الحليب من الغدد إلى الحلمة، وتتكون الأنسجة الداعمة، من أنسجة شحمية دهنية، مهمتها دعم الفصوص (غدد إنتاج الحليب، والقنوات الموصلة له)، وتحافظ على الشكل الطبيعي للثدي (الحجار، 2006).

مراحل تكون سرطان الثدي:

- **المرحلة الأولى:** يتشكل السرطان بداية في غدة الثدي، وينمو بشكل بطيء بعدها، ليأخذ سنوات أحياناً قبل الاكتشاف والانتشار.
- **المرحلة الثانية:** انسداد القنوات اللمفية القادمة من الجلد نتيجة انتشار المرض، ليظهر الجلد كشكل البرتقالة، ويأخذ ملمسها، ويصل الانتشار إلى الغدد اللمفية تحت الإبط.
- **المرحلة الثالثة:** يكبر الورم ويتعمق وينتقل ليصيب الأغشية المحيطة بالعضلات، ويصل للعضلات الصدرية ويلتصق بها، ثم تلتصق بعدها الغدد اللمفية بالأنسجة المحيطة.

• **المرحلة الرابعة:** وهي المرحلة الأخيرة، حيث ينتشر الورم إلى ما وراء الغدد اللمفية الإبطية، فقد ينتشر في الدم أو الكبد أو حتى الدماغ وغيرها من أعضاء الجسم، وتظهر في هذه المرحلة تقرحات واضحة على الجلد فوق منطقة الورم (عماري، 2013).

كما أورد الحجار (2006) أن للسرطان نوعين، وهما:

أنواع الأورام السرطانية:

1. **الأورام الحميدة (Benign Tumor):** هي خلايا غير سرطانية لا تنتشر في جسم الإنسان، ولا تضر بالأنسجة المجاورة، ولا تشكل أي خطر على الإنسان أو المصاب.
 2. **الأورام الخبيثة (Malignant Tumor):** وهي خلايا سرطانية تنقسم لتتكاثر، وتعمل على تدمير جميع الخلايا المجاورة لها إذا لم يتم علاجها، وتنتقل مع الوقت إلى أجزاء أخرى من الجسم عن طريق الدورة الدموية أو النظام الليمفاوي. والانقسام غير الطبيعي للخلايا يحتاج إلى طاقة كبيرة تستنزف طاقة الجسم التي يحتاجها للقيام بأعماله الطبيعية.
- بينما وضع فاتح (2015)، أن لسرطان الثدي عدة أنواع يختص بها هذا النوع من الورم، وهي:

أورام سرطان الثدي:

1. **الورم الليفي المتكيس:** وهو عبارة عن اضطرابات شائعة لدى النساء، وهو عبارة عن اضطراب موضعي، ينتشر بالعادة بين النساء في عمر (30-50) سنة، وهذا الورم لا يكون خبيثاً، كما أنه لا يسبب أي ألم.
 2. **الورم الفصي:** يتكون هذا الورم في القناة اللبنية، وينتج عنه إفرازات تخرج من الحلمة، قد تكون هذه الإفرازات مصحوبة بالدم في بعض الأحيان.
 3. **الورم الغدد الليفي:** هو أورام ملساء وصلبة، وقد يكون هناك أكثر من ورم في الثدي، تنمو بشكل بطيء، وتظهر غالباً ما بين البلوغ وسن العشرينات.
- وفي هذا الخصوص، حددت (عماري، 2013)، أن هناك عدداً من العوامل المسببة لسرطان الثدي، إذا توفرت أو توفرت بعضها، فمن الممكن حدوث الإصابة، وهذه العوامل كما يلي:

العوامل المسببة لسرطان الثدي:

1. **العوامل الوراثية:** ترتفع نسبة الإصابة بسرطان الثدي عند الأقارب من الدرجة الأولى، حيث تصل النسبة إلى 18 % ، واكتشف الباحثون أن هناك جين وراثي يجب أن يكون موجود ونشط لمنع الإصابة بسرطان الثدي، أطلقوا على هذا الجين رمز (BRCA).
2. **العوامل الهرمونية:** إن ارتفاع نسبة الهرمون الأنثوي (الأستروجين) في الدم، قد يؤدي للإصابة بسرطان الثدي، ولهذا الهرمون الأثر الكبير في الاحتفاظ بالأورام والعمل على زيادتها وتكاثرها.
3. **العوامل الغددية:** هناك عوامل متعددة مرتبطة بنشاط الغدد، مثل: الظهور المبكر للعادة الشهرية، أو انقطاعها مبكراً، أو خلل في الغدد وعملها وإفرازها، أو التأخر في إنجاب الطفل الأول، حيث أثبتت بعض الدراسات أن إنجاب الطفل الأول بعد سن 35 سنة، يزيد من احتمالية الإصابة.
4. **الإصابة بسرطان الثدي، وكذلك الإفراط في تناول حبوب الحمل لفترة زمنية تزيد عن 10 سنوات، وكذلك يلحظ الانتشار بين النساء اللواتي لديهن نشاط جنسي منخفض.**
وأضافت (فاتح، 2015)، عاملاً آخر إلى العوامل السابقة، وهو العامل النفسي، حيث أكدت على أن للعوامل النفسية والمواقف الحياتية الضاغطة الأثر الكبير في ظهور هذا المرض وتطوره، وغالباً ما تتعرض المريضات لمواقف ضاغطة في مراحل مبكرة من العمر، ويظهر تأثيرها لاحقاً. وكذلك أضاف (الحجار، 2006) عامل العمر للعوامل السابقة، حيث أنه كلما تقدمت المرأة بالعمر زادت فرصة الإصابة بالمرض، وأظهرت الدراسات أن حوالي 77% من النساء اللواتي أصبن بسرطان الثدي، كانت أعمارهن تزيد عن 50 سنة، وتقل نسبة الإصابة لدى النساء ممن هن دون سن الثلاثين.

أعراض مرض السرطان:

يقول فاتح (2015)، أن هناك عدداً من الأعراض الجسمية التي تظهر على المصابة بمرض سرطان الثدي، وهذه الأعراض تكون واضحة جداً، وهي:

الأعراض الجسمية (العضوية):

- ألم في الثدي أو تحت الإبط.
- ورم تحت الإبط.

- وجود كتل في الثدي نفسه.
 - دخول الحلمة إلى الثدي.
 - إفرازات على شكل سائل أو دم من الحلمة.
 - أي تغيرات في الحجم الطبيعي للثدي والحلمة.
- بينما أضافت (سعادة، 2009) الأعراض والمظاهر النفسية التالية، والتي ترافق للمرض:
- الأعراض والمظاهر النفسية:**

- صعوبة تقبل صورة الذات مع وجود المرض.
- القلق والاكتئاب، وانعدام التوافق مع المواقف والأحداث.
- انخفاض مفهوم الذات.
- العجز في إقامة العلاقات الاجتماعية.
- الشعور بالحزن والأسى نحو الذات.
- انخفاض الطموح، والنظرة التشاؤمية نحو الحياة.
- العجز عن تكوين علاقات أسرية سوية، وعدم الشعور بالألفة نحو الآخرين.

تشخيص المرض:

يتم تشخيص المرض بعدة طرق، وهذا يعتمد على مرحلة الإصابة، فقد حددت (كرسوع، 2012)، أنه يمكن الكشف المبكر عن المرض من خلال الطرق التالية:

1. الفحص الذاتي الشهري للثدي لمن تجاوزت سن الأربعين.
2. التصوير الإشعاعي للثدي كل سنتين لمن تجاوزت سن الخمسين.

بينما يشخص المرض عند الإصابة به من خلال الطرق التالية:

1. عن طريق عمل التحاليل المخبرية، وأشعة مقطعية للجسم، وإجراء مسح ذري للعظم لتحديد مدى الانتشار.
2. الأشعة السينية، والموجات فوق الصوتية.
3. الفحص الإكلينيكي.
4. أخذ العينة لفحص الأنسجة للتحديد النهائي للورم ونوعه.

من نعمه الله على الإنسان، جعل لكل داء دواء، فهذا النوع من المرض، رغم خطورته، إلا أنه يمكن علاجه، وأوردت (كرسوع، 2012)، الطرق العلاجية المستخدمة في العلاج، وهي:

- **العلاج بالجراحة:** يعتمد العلاج بالجراحة على نوع الورم، وحجمه، وعمر المريضة، والوضع الصحي لها، ففي العادة، يتم استئصال الورم أو الثدي بأكمله مع العقدة الليمفاوية تحت الإبطن، وقد يتبع ذلك علاج كيميائي أو علاج بالأشعة.
- **العلاج الكيميائي:** يتم عن طريق استخدام مجموعة مركبة من العقاقير الكيميائية، والتي يكون تأثيرها على الخلايا السرطانية أقوى منه على الخلايا السليمة، ويعطى العلاج على شكل حقن في الوريد أو أقراص في الفم، يتبع هذا العلاج آثار جانبية مثل القيء، وتساقط الشعر، والإسهال، ولكنها تكون مؤقتة.
- **العلاج بالأشعة:** يتم عن طريق استخدام أشعة سينية مكثفة، ويكون تأثير هذه الأشعة عالياً على الخلايا السرطانية، لأنها أكثر حساسية للإشعاع من الخلايا السليمة، ويكون العلاج ما بين (20-25) جلسة في العادة حسب الحالة، وكل جلسة تستمر لأقل من (10) دقائق، وقد تظهر بعض الأعراض الجانبية كالتهاب الجلد في منطقة العلاج، والشعور بالتعب والإرهاق، وفقدان الشهية.
- **العلاج الهرموني:** يعطى العلاج الهرموني في العادة، بعد الانتهاء من مراحل العلاج السابقة، حيث يعطى العلاج لمدة خمسة سنوات كوقاية لمنع رجوع المرض.

حقائق حول سرطان الثدي:

أشار الحجار (2006)، إلى عدد من الحقائق ذات الصلة بسرطان الثدي، نوردتها فيما يلي:

- سرطان الثدي هو الأكثر شيوعاً بين النساء بعد سرطان الجلد.
- سرطان الثدي هو السرطان الثاني المسبب للوفاة بعد سرطان الرئة.
- تزيد نسب المصابات بسرطان الثدي في الدول الصناعية مقارنة بالنامية.
- كل النساء عرضة للإصابة بالمرض، حيث أن غالبية النساء اللاتي يصبين بالمرض، لم يكن في سجلهن العائلي أية إصابات سابقة.
- قلة الوعي والتأخر في الاكتشاف، هو السبب الرئيسي للوفاة.

ثالثاً: العلاج المعرفي السلوكي:

أشار العمري (2011) إلى أن مصطلح العلاج المعرفي السلوكي ظهر في بداية الثلث الأخير من القرن العشرين، وخلال فترة قصيرة من الزمن أصبح العلاج النفسي الأول والرئيسي في معظم الدول المتقدمة، حيث كانت بدايته على يد بيك Beck وكان في البداية يستخدم لعلاج الاكتئاب ليتطور بعد ذلك لعلاج الاضطرابات النفسية المتعددة.

كما أشار العتيبي (2014)، إلى أنه في البداية كان هذا المنحنى يتضمن اتجاهين فقط، أولهما اتجاه أليس، بينما يتضمن الاتجاه الثاني اتجاه بيك، وقد قام كلاهما بالدمج بين الاتجاهين المعرفي والسلوكي بشكل واضح لا لبس فيه، حيث قام أليس في عام (1993) بتغيير مسمى أسلوبه ليصبح البرنامج العقلاني المعرفي السلوكي، وشهد الاتجاهان تطورات مختلفة، وكشفت العديد من الدراسات التي اعتمدت على هذين النموذجين بفتياتهما المختلفة عن مدى فاعليتها.

وترى وردة (2011)، العلاج المعرفي السلوكي على أنه عبارة عن مجموعة من الإجراءات الفعالة بشكل كبير، يقوم بها المعالج بدور كبير وفعال مستخدماً فنيات خاصة، كلعب الأدوار، والتعريض السلوكي المتخيل أو الحي، والاكتشاف الموجه وغيرها من الفنيات المعرفية السلوكية، بهدف تعليم الأفراد طرق التعرف على الأفكار اللامنطقية، وطرق التعامل معها واستبدالها بأفكار آخر أكثر منطقية وأكثر عقلانية، وتأخذ العلاقة العلاجية شكلاً تعاونياً بين المعالج والمريض ويكون فيها المعالج مسؤولاً عن كل ما يعتقد به من أفكار ومعتقدات، والعلاج المعرفي السلوكي هو علاج قائم على استخدام الطرق العلاجية لنظرية التعلم السلوكي من جهة، ومن جهة أخرى يعتمد على طرق علاجية تعطي المعارف مركزاً هاماً في الاضطرابات الانفعالية، ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي على عناصر ثلاثة أساسية يساهم تفاعلها في تطوير استجاباتنا للمحيط وكذلك تطوير السلوكيات المختلفة للفرد والعناصر هي:

1. الموقف أو الخبرة المرتبطة بالحالة النفسية.
2. الجانب الوجداني والحالة الانفعالية موضوع الشكوى.
3. البناء المعرفي للخبرة.

ويرى العتيبي (2014)، أن العلاج المعرفي السلوكي من أنسب الأساليب التي من الممكن استخدامها في المجتمعات العربية مع المشكلات النفسية، وذلك لأنه يتعامل مع كل مريض على أنه حالة خاصة لها خصائص نفسية خاصة بها.

مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

وأوردت وردة (2011)، أن العلاج المعرفي السلوكي يستند إلى عدد من المبادئ وهي:

1. يرتبط كل من المعرفة والسلوك ببعضهم البعض.
 2. التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله.
 3. تعلم معظم البشرية يتم من خلال الجانب المعرفي.
 4. إن الاتجاهات والإسهامات المعرفية هي محاور هامة في فهم الفرد وسلوكه والتنبؤ به من أجل دمج المعرفة والسلوك لظهور فنيات علاجية ناجحة.
 5. يعمل كل من العميل والأخصائي بشكل متعاون لتقدير المشكل ووضع الحلول.
- تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية حيث يستطيع الكثير من الأفراد التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومة وردود أفعالهم تجاه المواقف، وبذلك يمكن تقديم الخبرة المتكاملة

وتحدث دبابش (2011)، عن مسلمات العلاج المعرفي السلوكي، حيث وضحا كالاتي:

1. يوجد هناك تأثير متبادل بين كل من المنظومات الاستعرافية وبين المنظومات الأخرى.
2. لدى الإنسان استعداد يسمى بالهشاشة الاستعرافية، وهو استعداد لتكوين أخطاء استعرافية (التشويه الاستعرافي).
3. حتى تتشكل المعاني لا بد من وجود أبنية معرفية، تسمى بالمخطوطات الاستعرافية.
4. لا بد من وجود علاقة علاجية قوية بين المعالج والمريض قائمة على الثقة وذلك لضمان نجاح العملية العلاجية.
5. ضرورة التعاون والمشاركة النشطة، والعمل كفريق في وضع جداول الجلسات، واختيار الأنشطة، وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.
6. التركيز على الحاضر، والرجوع إلى الماضي في حالة إصرار المريض على ذلك، أو في حال رغبة المعالج في الرجوع إلى أصول المشكلة.

7. يعد العلاج المعرفي السلوكي علاج قصير المدى.
8. العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى جعل المريض معالماً لنفسه، ويركز على تعليم المريض مهمات لمنع حدوث انتكاسة بعد العلاج
- وأورد العمري (2011)، أن العلاج المعرفي السلوكي يتضمن أنواعاً عديدة قد تصل إلى عشرين نوعاً ولعل من أشهرها:

- التصورات الشخصية لكيلي.
- العلاج العقلاني الانفعالي لأليس.
- العلاج المعرفي لبيك.
- أسلوب حل المشكلات لجولد فرايد.
- التعديل المعرفي السلوكي لمكينوم .

وأوضحت وردة (2011)، أن العلاج المعرفي السلوكي يعمل على:

1. تعليم البناء المعرفي وإيجاد مهارات التوافق الطبيعية.
2. تعليم العميل متابعة الواقع وإدراكه في إطار الأفكار الحالية ومواجهة التحديات بأفكار جديدة.
3. تعلم بعض المهارات الجديدة وتعميمها بعضها من خلال استخدام العديد من الاستراتيجيات.
4. الدعوة إلى التفكير المنطقي، والاختبارات الواقعية، للتفكير السلبي، وهكذا يتعلم العميل كيفية تعديل أفكاره.

في حين أشار المنعمي (2013)، إلى أنه هناك العديد من فنيات العلاج المعرفي السلوكي وهي:

1. فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها.
2. فنية المتصل المعرفي.
3. فنية المراقبة الذاتية.
4. فنية التخيل.
5. فنية التعريض.

6. فنية صرف الانتباه.
7. فنية الواجبات المنزلية.
8. فنية وقف الأفكار.
9. فنية الحوار الذات.
10. فنية لعب الأدوار.
11. فنية النمذجة.
12. فنية التعرف على أساليب التفكير الخاطئ.
13. فنية التدريب على الاسترخاء.

وتحدث دبابش(2011)، عن مجموعة من الأساليب التي يقوم بها العلاج المعرفي السلوكي:

1. التعرف على الأفكار اللامنطقية، والعمل على تعديلها، فهذه الأفكار تؤثر في طريقة الفرد لمواجهة أحداث الحياة.
2. التخلص من الأفكار اللامنطقية التي تتعارض مع الواقع.
3. تعليم المريض قواعد تنظم السلوك، والتخلص من المواقف التي تسبب المخاوف، والقلق، والاضطرابات، والضيق.
4. التركيز على الأنشطة الاجتماعية، والفنية، والرياضية، بهدف إبعاد تركيز المريض عن الضغوطات.
5. التحصين التدريجي: وتتم هذه العملية من خلال التدريب على مواجهة المواقف المسببة للضيق، بهدف إلغاء الحساسية المبالغ بها نحو تلك المواقف، بالتعريض التدريجي لتلك المواقف، وتستخدم أساليب متعددة بهدف التحصين التدريجي ومنها:
 - أسلوب الحديث إلى الذات.
 - أسلوب التفكير بصمت.
 - أسلوب تحديد العلاقات والمتعلقات.
 - أسلوب تعزيز الذات.
 - أسلوب حل المشكلات.

ثانياً: الدراسات السابقة:

هدفت دراسة (القضاة، 2000)، إلى التعرف على أساليب التدبير المتبعة، والمستخدم لدى المدمنين وغير المدمنين، في تدبيرهم مع المواقف الحياتية الضاغطة، كما هدفت أيضاً إلى التعرف على أكثر أساليب التدبير استخداماً عندهم، وهدفت أيضاً للتعرف على ما إذا كان هناك فروق بين الاستراتيجيات التدبيرية التي يستخدمها المدمنين وغيرهم من غير المدمنين، وقد تكونت العينة من (108) أفراد، منهم (54) مدمناً على الكحول، كانوا مراجعين لدى مستشفى الرشيد للصحة النفسية، وكذلك المركز الوطني للصحة النفسية، وكذلك تكونت العينة من (54) فرداً من غير المدمنين، تم اختيارهم من المجتمع العام. استخدم الباحث مقياس التدبير مع المواقف الحياتية الضاغطة من بناء الباحث نفسه، وقد أظهرت النتائج أن هنالك فروقاً في الاستراتيجيات التدبيرية التي يلجأ إليها المدمنون في الأردن عن تلك الاستراتيجيات التي يلجأ إليها غير المدمنين، وامتازت مجموعة غير المدمنين باستخدام مجموعة من استراتيجيات التدبير هي: أسلوب حل المشكلات، وأسلوب البناء المعرفي، وأسلوب الترفيه، وأسلوب التقبل والثقة، وأسلوب مراقبة الضغط، وأسلوب التوجيه الذاتي، وأسلوب الانعزال وغيرها من الأساليب، في حين امتازت مجموعة المدمنين باستخدام الاستراتيجيات التدبيرية التالية: أسلوب التجنب، وأسلوب الهروب، ويليه أسلوب تناول المادة المخدرة، ومن ثم أسلوب الانسحاب وأخيراً النكوص.

في حين هدفت دراسة (النتشة، 2000) إلى التعرف على الفروق في استراتيجيات التدبير التي يستخدمها المتقائلون والمتشائمون من المصابين بمرض السرطان، حيال المواقف والأحداث الضاغطة، كما هدفت إلى معرفة أي استراتيجيات التدبير أكثر استخداماً من قبل المصابين بالسرطان، كما هدفت لمعرفة مدى التطورات التي تحصل للفرد نتيجة استخدامه لهذه الاستراتيجيات منذ اللحظة الأولى للإصابة وخلال مراحل المرض المتعددة، وشملت عينة الدراسة (71) مريضاً بالسرطان، (24) من الذكور، و(27) من الإناث، حيث كان اختيار العينة موزعاً على مجموعة من المستشفيات في عمان، وتكونت الدراسة من عينة إضافية من طلبة الجامعة الأردنية مؤلفة من (103) طلاب من الإناث والذكور، وذلك لأغراض المقارنة، وإجراء الثبات، وعمد الباحث إلى استخدام أداتين في الدراسة، وهما القائمة العربية للتشاؤم والتفاؤل ومقياس استراتيجيات التدبير بعد أن تم تعريبه، وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك ارتباطاً بين التفاؤل وستة استراتيجيات من أصل

15 استراتيجية تدبر شملتها الدراسة وهي: اللجوء للدين، وإعادة التشكيل الإيجابي، والنمو، والقبول، والتدبر النشط، والتدبر عن طريق التأني والتخطيط، في حين ارتبط التشاؤم أيضاً مع ستة استراتيجيات تدبرية، اثنتان منها بشكل إيجابي وهي: التركيز على الانفعالات والتنفيس عنها، واستراتيجية فك الارتباط السلوكي، في حين ارتبط التشاؤم سلباً مع استراتيجية التدبر النشط، والتخطيط، واللجوء إلى الدين، وإعادة التشكيل الإيجابي.

بينما هدفت دراسة مومني (2001)، إلى التعرف على العلاقة بين استراتيجيات التدبر، وضغوط الحياة، والقلق، والاكتئاب، لدى عينة من طلاب الجامعة الاردنية، حيث تكونت العينة من (230) طالب وطالبة، وكانت العينة متوازنة بين الذكور والإناث، وكذلك حسب الكليات العلمية والإنسانية، وكذلك المستوى الدراسي، واستخدم الباحث مقياس أحداث الحياة الضاغطة لقياس ضغوط الحياة، الذي يتضمن 52 فقرة بصورته النهائية، ومقياس الاكتئاب لبيك، ومقياس سبيلبرغر لقياس القلق، ومقياس (COPE scale) لقياس استراتيجيات التدبر، وحصلت جميع هذه المقاييس على درجات صدق وثبات عالية، وأظهرت النتائج أن ضغوط الحياة تظهر لدى الطلبة الجامعيين حسب الترتيب التنازلي التالي: ضغوط الحياة الجامعية، ضغوط الحياة الاجتماعية، والمستوى الاقتصادي، وأعباء الحياة الخاصة والأسرية، كما أظهرت النتائج أن أهم استراتيجيات التدبر التي استخدمها الطلبة للتعامل مع المواقف الضاغطة تظهر بالترتيب التالي: التخطيط ثم اللجوء للدين ثم التفاعل النشط ثم التقبل ثم إعادة الصياغة الإيجابية. كما أظهرت النتائج أنه لا يوجد فروق فردية بين الجنسين، ولا توجد فروق فردية حسب الكليات العلمية والإنسانية، أو المستوى الدراسي.

في حين هدفت دراسة جينفر (Jenifer. Et al، 2002) إلى التعرف على القدرة على التدبر والتعامل مع الكرب، حيث أجريت هذه الدراسة على مجموعة نساء أمريكيات من أصول أفريقية ولاتينية وغير ذلك، حيث تكونت العينة من 131 امرأة مصابة بسرطان الثدي في المراحل المبكرة، واستخدم الباحث المقابلات القبلية والبعدية المباشرة أو عبر الهاتف مع كل حالة، حيث استخدم في هذه المقابلات مقياس (كارفر، 1997)، المطور عن كارفر وآخرون (1989). وأظهرت النتائج أن النساء من أصل أفريقي قد حققن أعلى درجات التدبر، في حين حققن أقل درجات من أعراض الاكتئاب والارتباك، بينما أظهرت النتائج أن النساء الأمريكيات من أصول لاتينية كانت لديهن مستويات الارتباك عالية في حين انخفضت درجات التدبر لديهن، أما النساء الأمريكيات من أصول

بيضاء كن أكثر مرحاً ودعابة، كما أظهرت النتائج أن النساء من أصول أفريقية ولاتينية أظهرن درجات أعلى في مستويات التكيف الديني مقارنة بالنساء البيضاء من أصول غير لاتينية.

وهدفت دراسة دراجست و لندستورم (Dragest & Lindstrom، 2003)، إلى التعرف على العلاقة بين القلق والدعم الاجتماعي والتدبير والمواجهة عند مجموعة من النساء المشتبه بإصابتهن بسرطان الثدي، حيث خضعن للخزعة وينتظرن النتائج، وتكونت العينة من 117 امرأة تتراوح أعمارهن ما بين (25-76) سنة، وتم استخدام عدد من المقاييس لقياس المتغيرات سابقة الذكر منها مقياس التدبير (UCL) وأظهرت النتائج أن المريضات أبدن درجات عالية من القلق رغم وجود الدعم الاجتماعي الكبير، كما أظهرت النتائج أن القلق كان مرتفعاً إلى درجة أنه كان يؤثر سلباً على مستويات التدبير لديهن.

أما دراسة الحجار (2006)، فقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى التوافق لدى مريضات سرطان الثدي وعلاقته بمستوى الالتزام الديني ومتغيرات أخرى، وتكونت العينة من (60) مريضة مصابات بسرطان الثدي من محافظة غزة واستخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي، وقاما بتطبيق اختبارين الأول: مقياس التوافق والثاني: مقياس الالتزام الديني، وأظهرت النتائج وجود آثار وأعراض ومضاعفات لسرطان الثدي على التوافق الجسدي والنفسي والاجتماعي لدى المريضات المصابات بسرطان الثدي.

بينما هدفت دراسة دراجست وآخرون (Dragest. Et al. 2009) إلى التعرف على استراتيجيات التدبير التي استخدمتها النساء المصابات بمرض سرطان الثدي قبل إجراء الجراحة لهن، وتكونت العينة من 21 امرأة نرويجية تم تشخيص المرض عندهن حديثاً، وينتظرن الجراحة، واستخدم الباحث المقابلات الفردية لجمع البيانات، وأظهرت النتائج أنهن يشعرن بتهديد كبير جداً لحياتهن نتيجة الإصابة بالمرض، ولكن لديهن درجات عالية من الأمل والتفاؤل والتدبير مع الوضع الحالي، كما أظهرت النتائج أن معاملة الشفقة تزيد من مشاعر الخوف والضعف، كما أكدت النتائج أن الدعم النفسي الذي يقدمه المختصون بالصحة النفسية والأطباء والممرضات زادت من درجات التكيف والتدبير لدى المريضات.

في حين هدفت دراسة جينغ ين وآخرون (junghyun, & et al, 2010) إلى التعرف على كيفية ارتباط الدعم الاجتماعي باستراتيجيات التدبر من أجل التنبؤ بالرفاه العاطفي، وتكونت العينة من 231 مصابة بمرض سرطان الثدي، وقد استخدم الباحثون مقياس جوستافس (Gustafson, 2005). للدعم النفسي ومقياس كارفر (Carver, 1997). لقياس استراتيجيات التدبر، وأظهرت النتائج أن هناك ارتباطاً إيجابياً بين الدعم الاجتماعي والرفاه العاطفي، وكذلك ارتباطاً إيجابياً بين استراتيجيات التدبر والرفاه العاطفي، كما أشارت النتائج إلى أن هناك علاقة طردية بين الدعم الاجتماعي واستخدام استراتيجيات التدبر.

وهدف دراسة كارابوتوتولو وآخرون (Karabututlue. Et al, 2010) إلى التعرف على أثر مستويات الاكتئاب والقلق على استراتيجيات التكيف لدى مريضات سرطان الثدي وتكونت عينة الدراسة من (96) مريضة سرطان تركية، واستخدم مقياس استراتيجيات التكيف، للحد من الضغوط من تصميم الباحث، وأظهرت النتائج أن استخدام استراتيجيات التدبر يقلل من درجات الاكتئاب والقلق لدى مريضات سرطان الثدي.

وهدف دراسة أحمد (2011) إلى التعرف على أثر برنامج إرشادي جمعي في التوافق النفسي لدى مريضات سرطان الثدي، وتكونت العينة من (20) حالة مصابة بمرض سرطان الثدي المترددات على المركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي في السودان، حيث استخدم الباحث مقياس التوافق النفسي المقتبس من مقياس (هيو. م. بل) الذي تم تطويره وتعديله ليتوافق مع بيئة الدراسة، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التدبر النفسي لمريضات سرطان الثدي قبل تنفيذ البرنامج وبعده لصالح القياس البعدي، ولكن لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التدبر النفسي بين المصابات بسرطان الثدي للمتزوجات وغير المتزوجات.

بينما هدفت دراسة دراجست (Drageset, 2012)، إلى التعرف على الضيق النفسي، والتكيف، والدعم الاجتماعي في مرحلة التشخيص وقبل الجراحة لسرطان الثدي، وتكونت عينة الدراسة من (21) سيدة مصابة بمرض سرطان الثدي في النرويج، حيث توصلت الدراسة إلى أن هناك ارتباطاً إيجابياً بين الدعم الاجتماعي والتدبر، وأن هناك علاقة إيجابية بين كل من مستوى التعليم والتدبر. ودراسة كرونك وآخرون (kroenke & Et al, 2013) كما هدفت هذه الدراسة إلى معرفة كيفية

تأثير العلاقات الاجتماعية على نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، وتكونت العينة من (3139) سيدة مصابة بسرطان الثدي من الولايات المتحدة الأمريكية، وأظهرت النتائج أن النساء اللواتي يعشن في حالة من العزلة، وتفاعلهن الاجتماعي ضعيف، لديهن درجات متدنية من الرضا عن الحياة، وأن أعراض المرض لديهن ظهرت بشكل أكبر، مقارنة بالنساء التي لديهن درجات تدبر نفسي واجتماعي عالية.

بينما هدفت دراسة تل وساري وأيدن (Tel & Et al، 2013) إلى تحديد مدى الدعم الاجتماعي والاكنتاب على مريضات سرطان الثدي، وتكونت عينة الدراسة من (90) مريضة بسرطان الثدي من تركيا، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية بين العمر والدعم الاجتماعي، وأظهرت أيضاً أن المريضات اللواتي حصلن على دعم نفسي فقط من موظفي الرعاية الصحية كانت مستويات الاكنتاب عالية لديهن، في حين أن ارتفاع نسبة الأمل بالشفاء من هذا المرض قللت من درجات ومستويات الاكنتاب، كما أظهرت النتائج أن المريضات المتزوجات ارتفعت نسب الدعم لديهن مقارنة بالمريضات العازبات.

كما هدفت دراسة سالونن وآخرون (Salonen & Et al، 2013) إلى معرفة الدعم الاجتماعي المقدم من الشبكة الاجتماعية، ومن الممرضين، ونوعية الحياة خلال ستة أشهر من اكتشاف المرض لدى مريضات سرطان الثدي في فنلندا، وتكونت العينة من (164) مريضة بسرطان الثدي، قسمت إلى مجموعة تجريبية (85) مريضة ومجموعة ضابطة (79) مريضة، وتوصلت الدراسة إلى أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدعم الذي يقدم للمجموعة الضابطة والتجريبية من قبل الممرضين، وأظهرت النتائج أيضاً أن الوظيفة الجنسية، والصحة، وطبيعة الحياة تتأثر بالدعم الاجتماعي بشكل كبير.

في حين هدفت دراسة كيلي وآخرون (Khalili & Et al , 2013)، إلى البحث في استراتيجيات التدبر ونوعية الحياة ومستوى الألم النفسي الذي تعاني منه النساء المصابات بسرطان الثدي، وتكونت العينة من (62) امرأة إيرانية مصابة بسرطان الثدي تتراوح اعمارهن بين (18-60) سنة، حيث أظهرت النتائج أن استراتيجيات التدبر التي استخدمتها المريضات كانت وفق الترتيب التالي الذي يحدد هذه الاستراتيجيات تنازلياً من الأكثر استخداماً حتى الأقل، حيث كانت الاستراتيجية الأكثر تأثيراً هي الدين، ثم التقبل ثم المواساة الذاتية ثم التكيف الإيجابي مع المرض وأخيراً الانكار،

وخلصت هذه الدراسة إلى توصية مفادها أنه يجب رعاية مريضة السرطان بدنياً ونفسياً واجتماعياً مع الأخذ بعين الاعتبار أهمية استراتيجيات التدبير الفردية، واستخدم الباحث استبانة تم تجميعها ذاتياً وعرضت على عدد من المحكمين لتحصل على درجات صدق وثبات عالية بعد التعديل.

في حين هدفت دراسة الشيشتاوي وآخرون (Elshehtwy & Et al, 2014) إلى تحديد استراتيجيات التدبير من قبل مصابات مرض سرطان الثدي لمواجهة حالة القلق والاكتئاب والناجمة عن المرض، حيث شملت العينة (56) امرأة مصرية مصابة بمرض سرطان الثدي وتنتظر الجراحة، واستخدم الباحث مقياس التدبير النفسي المختصر الذي يتكون من 14 فقرة لجمع البيانات لغرض الدراسة، وأظهرت النتائج أن هؤلاء النساء استخدمن استراتيجيات التدبير وفق الترتيب التنازلي التالي: جاء في المرتبة الأولى التقبل، ومن ثم الدين، ثم الدعم العاطفي للتكيف مع الضغط النفسي الناتج عن الإصابة بسرطان الثدي. ودراسة عويضة وحمدى، (2014) هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية الإرشاد الوجودي في تحسين الذكاء الروحي والكفاية الذاتية المدركة لدى المصابات بسرطان الثدي في الأردن، وشملت عينة الدراسة (24) امرأة مصابة بسرطان الثدي، وقسم الباحث عينة الدراسة إلى مجموعة تجريبية عدد أفرادها (12) امرأة طبق عليهن برنامج إرشادي وجودي، ومجموعة ضابطة مكونة من (12) امرأة لم تتعرض لأي معالجة، واستخدم الباحث مقياس الذكاء الروحي ومقياس الكفاية الذاتي المدركة، وأظهرت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي الوجودي الجمعي في تحسين الذكاء الروحي لدى المصابات بمرض سرطان الثدي.

كما هدفت دراسة سوبهاشيني (Subhashini, 2014) إلى تقييم استراتيجيات التدبير لدى مجموعة من مريضات سرطان الثدي، وتكونت عينة الدراسة من (100) مريضة، حيث استخدم الباحث مقياس (لازروس) للتدبير، وأظهرت النتائج أن 52% من المريضات لديهن مستويات تدبير متوسطة و 28% لديهن مستويات جيدة من التدبير و 20% لديهن مستوى منخفض من التدبير.

في حين هدفت دراسة بني مصطفى (2015)، إلى الكشف عن قدرة صورة الجسد وبعض المتغيرات على التنبؤ بالاكتئاب لدى المريضات، واستخدم مقياس صورة الجسد، ومقياس الأعراض الاكتئابية على عينة مكونة من (118) من المريضات بسرطان الثدي في الأردن، وأظهرت النتائج وجود

مستويات متوسطة من الاكتئاب لدى المريضات، في حين كان مستوى الرضا عن صورة الجسد منخفضاً، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة سالبة بين مستوى الاكتئاب ومستوى الرضا عن صورة الجسد، وأظهرت الدراسة أيضاً وجود متغيرات خاصة للتنبؤ بدرجات الاكتئاب كصورة الجسد، والعمر، والحالة الاجتماعية، ومرحلة العلاج، ومدة الإصابة بالمرض وغيرها .

وهدفت دراسة الشقران والكركي (2016) إلى الكشف عن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات، وتكونت الدراسة من (220) مريضة بسرطان الثدي في مركز الحسين للسرطان في الأردن، وأعدت الباحثتان مقياس الدعم الاجتماعي الذي حاز على درجات صدق وثبات عالية، وأظهرت النتائج وجود مستوى مرتفع من الدعم الاجتماعي المدرك، كما أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي المدرك تعزى لكل من الحالة الاجتماعية، وحدة الإصابة بالمرض، في حين لا توجد فروق تعزى لمتغيرات العمر والمستوى التعليمي ومرحلة العلاج.

التعقيب على الدراسات السابقة:

هدفت هذه الدراسة إلى معرف فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعزيز استراتيجيات التدبير لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في فلسطين وتحديداً في محافظة الخليل، أفادت الدراسات السابقة الباحثة بأنها ساعدتها في تحديد مشكلة الدراسة وتحديد أهدافها وتساؤلاتها وفروضها، وهذا بعد الاطلاع على عدد كبير من الدراسات التي ساعدت الباحثة لتتوجه هذا التوجه في دراستها الحالية.

وتحدد هذه الدراسة بالنسبة للدراسات السابقة، حيث ركزت دراسة كفيديو وبرانستروم (2014)، إلى تحديد استراتيجيات التدبير المختلفة، بينما ركزت دراسة جينج ين (2016)، على علاقة الدعم الاجتماعي برفع درجات التدبير لدى المريضات، أما دراسة دراجست (2009)، فقد ركزت على دور التفاؤل والأمل في رفع مستويات التدبير لدى المريضات، كما ركزت على دور الأطباء والممرضات في تحسين درجات الرضا عن الحياة لدى المريضات، وفي دراسة بني مصطفى (2015)، ركز على دور صورة الجسد كما تدركه المريضات في تحسين درجات الرضا عن الحياة.

الفصل الثالث:

طريقة الدراسة وإجراءاتها

طريقة الدراسة وإجراءاتها

مقدمة:

تناول هذا الفصل وصفاً كاملاً ومفصلاً لطريقة وإجراءات الدراسة التي قامت بها الباحثة لتنفيذ هذه الدراسة وشمل وصف منهج الدراسة، مجتمع الدراسة، وعينة الدراسة، أداة الدراسة، صدق الأداة، ثبات الأداة، وإجراءات الدراسة، والتحليل الإحصائي.

منهج الدراسة:

يهدف البحث إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي لتعزيز استراتيجيات التدبير لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل، واستخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي، تصميم المجموعة الواحدة قبلي ومن ثم إجراء المعالجة ثم تطبيق المقياس البعدي للوصول إلى الأهداف المرجوة.

○	X	○
---	---	---

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع المصابات بمرض سرطان الثدي في فلسطين، فقد كانت إحصائيات وزارة الصحة لعام 2015م حيث بلغ مجموع حالات الإصابة بمرض سرطان الثدي المبلغ عنها في فلسطين (3,927) حالة جديدة، منها (2,400) حالة جديدة في الضفة الغربية، و(1,527) حالة جديدة في قطاع غزة. وبمعدل إصابة بلغ (33.1) حالة جديدة سنوياً في كل مئة ألف أنثى في فلسطين".

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (31) سيدة مصابة بسرطان الثدي في مركز بيتنا ومركز لجان العمل الصحي في محافظة الخليل، اختيرت بطريقة قصدية.

جدول 1: خصائص العينة الديموغرافية

المتغير	مستويات المتغير	العدد	النسبة %
العمر	26 - 40 سنة	16	51.6
	أكثر من 40 سنة	15	48.4
	المجموع	31	100.0
المستوى العلمي	ثانوية عامة فما دون	24	77.4
	بكالوريوس	7	22.6
	المجموع	31	100.0
الوضع الاقتصادي	أقل من 2000 شيكل	11	35.5
	2000 - 3000 شيكل	17	54.8
	3001 فما فوق	3	9.7
	المجموع	31	100.0
الوضع الاجتماعي	متزوجة	28	90.3
	عزباء	3	9.7
	المجموع	31	100.0
مدة الإصابة	أقل من ثلاثة شهور	0	0
	3-6 شهور	7	22.6
	أكثر من 6 شهور - سنة	8	25.8
	غير ذلك	16	51.6
	المجموع	31	100.0

أدوات الدراسة:

1. مقياس كارفر للتدبير:

سوف تستخدم الباحثة مقياس كارفر للتدبير، وهو مقياس قامت بترجمته الباحثة، ومكون من 60 فقرة بصورته الأولية، تقيس التدبير بأبعاده المختلفة، وسوف يطبق على عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل.

2. برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتعزيز استراتيجيات التدبير.

وصف البرنامج:

برنامج إرشادي معرفي سلوكي من إعداد الباحثة، حيث اعتمدت الباحثة على النظرية المعرفية السلوكية، حيث طبق البرنامج على عينة مكونة من (31) مصابة بسرطان الثدي في محافظة الخليل، وقد اشتمل البرنامج على (10) جلسات إرشادية، بواقع ثلاث ساعات لكل جلسة إرشادية، من العام (2017)، كما يهدف البرنامج إلى تعريف النساء بمفهوم التدبير بأبعاده المختلفة، ومحاولة الوصول بالمريضات إلى أقصى درجات التدبير الاجتماعي والنفسي، وزيادة الثقة وتقبل المرض والتعايش معه ورفع مستويات الأمل بالشفاء، وذلك من خلال التكنيكيات والأساليب الفنية للعلاج المعرفي السلوكي والقائمة على النقاش والحوار، واستبدال الأفكار اللاعقلانية وإحلال محلها أفكار جديد أكثر عقلانية وتقبل.

أهداف البرنامج الإرشادي:

- أ- أن يتم تعديل الأفكار اللاعقلانية والمتعلقة بالمرض.
- ب- أن يتم تنمية الثقة لدى جميع أفراد المجموعة الإرشادية.
- ت- أن يتم تنمية القدرة على اتخاذ القرارات لدى أفراد المجموعة الإرشادية.
- ث- أن يمتلك كل فرد من أفراد المجموعة القدرة على حل المشكلات.
- ج- أن يتم إكساب أفراد المجموعة استراتيجيات متعلقة بإدارة الصراع الداخلي.
- ح- أن يمتلك كل فرد من أفراد المجموعة الأمل في الشفاء،
- خ- أن يمتلك كل فرد من أفراد المجموعة استراتيجيات تدبيرية لخفض القلق والتوتر.

الفنيات المستخدمة:

(1) إعادة البناء المعرفي.

(2) استراتيجية حل المشكلات.

(3) الاسترخاء.

(4) الحوار والنقاش.

(5) النمذجة.

(6) لعب الأدوار.

(7) الأسئلة السقراطية.

8) التدعيم والتشجيع.

9) الواجب البيئي.

الفئة المستهدفة:

مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل وتحديداً مركز بيتنا الكائن في مدينة الخليل ومركز لجان العمل الصحي الكائن في لحول، وذلك لتطبيق البرنامج الإرشادي بواقع جلستين في الأسبوع، وسيستمر تطبيق البرنامج لمدة شهر ونصف، على أن تكون مدة الجلسة ثلاث ساعات.

وفيما يلي وصف لطبيعة البرنامج الإرشادي:

رقم الجلسة	اسم الجلسة	هدف الجلسة
الأولى	التعارف والتعريف وكسر الجليد	تهدف هذه الجلسة إلى التعرف والتعارف بين أعضاء المجموعة الإرشادية، وبناء علاقة إرشادية مهنية، وشرح تفصيلي للبرنامج الإرشادي، وكذلك الاتفاق على المعايير التي ستحكم الجلسات والاتفاق على المواعيد والزمن.
الثانية	تعريف بالبرنامج واستراتيجيات التدبير (2)	تهدف هذه الجلسة إلى توثيق العلاقة الإرشادية بين المشاركات والاختصاصية وكذلك بناء الثقة والتمهيد للجلسات القادمة، لضمان قيام المجموعة الإرشادية على اسس سليمة.
الثالثة	بناء الثقة	تهدف هذه الجلسة إلى بناء جسور الثقة بين المشاركات من أجل تسهيل عملية الإرشاد، كما إنها تساعد الأعضاء على التعبير الحر عن المشاعر والمشاكل والخبرات والتجارب مهما كانت. كما أنها ستعمل على تعزيز ثقة كل مشاركة بنفسها، من خلال جعل كل واحدة تطلع على قدراتها وإمكانياتها، والتفكير فيما تملكه ولا يملكه غيرها.
الرابعة	التوعية	تهدف هذه الجلسة إلى توعية مريضات سرطان الثدي بالمرض وكل ما يتعلق به وذلك بالاستعانة بجهات متخصصة لإعطاء عرض واضح وشامل ودقيق.
الخامسة	تغيير الأفكار اللاعقلانية إلى أفكار عقلانية	تهدف هذه الجلسة إلى إعادة تصور المشاركات لحالتهن، أي أن ترى المشاركات حالتهن بطريقة مختلفة، بحيث تكون أكثر إيجابية من النظرة السابقة، وتعتمد المرشدة على النظرية المعرفية السلوكية لتحقيق هذا الهدف،
السادسة	زرع الأمل	تهدف هذه الجلسة إلى زرع الأمل لدى المشاركات (وهو أسلوب معرفي سلوكي لتغيير نمط التفكير، من تفكير لاعقلاني إلى تفكير عقلاني) لمساعدة المشاركات كي يفكرن بطريقة منطقية، وأكثر إيجابية رغم وجود المرض.

رقم الجلسة	اسم الجلسة	هدف الجلسة
السابعة	اتخاذ القرار	تهدف هذه الجلسة تدريب المشاركات على كيفية اتخاذ القرارات بطرق علمية ومتعددة، من أجل زيادة كفاءتهن في حياتهن الاجتماعية والعملية والنفسية، كما أن هذه الجلسة تسعى إلى مساعدة المشاركات على فهم أن مشكلاتهن ناتجة عن الطرق الخاطئة التي يستخدمنها في التعامل مع المواقف التي يتعرضن لها.
الثامنة	ادارة الصراع الداخلي وحل المشكلات	تهدف هذه الجلسة تدريب المشاركة على كيفية التعامل مع الأزمات بطريقة لا تهدد أمنه وصحته النفسية، كما ستعمل على تدريب المشاركة على طرق حل المشكلات بطريقة علمية ومنطقية.
التاسعة	استراتيجيات علاجية	تهدف هذه الجلسة الإرشاد الديني، الذي له التأثير الكبير على الحالة النفسية لأي كان، وتجعل المشاركات يرجعن أمرهن لله ويتوكلن عليه، ويوقن أن الله عندما يبتلى أحد، ويصبر على بلواه، فإن أجره عظيم على قدر ما صبر، كما ستحاول هذه الجلسة تعزيز عزيمة المشاركات، وجعلهن أكثر فاعلية في حياتهن الأسرية والاجتماعية والمهنية.
العاشرة	إنهاء البرنامج الإرشادي	تهدف هذه الجلسة لشكر المفحوصات والثناء عليهن للالتزام بالحضور، والعمل على مناقشة أهم ما ورد في الجلسة السابقة، وتتضمن هذه الجلسة تقويم الجلسات الإرشادية للبرنامج، ومعرفة مدى التحسن الذي تشعر به المشاركات بعد تطبيق البرنامج، والتأكيد على ضرورة الاستمرار في تنفيذ ما تم اكتسابه، وبعد ذلك تقوم الباحثة بتطبيق مقياس التدبير (المقياس البعدي). ومن ثم تشكر أفراد المجموعة على المشاركة في البرنامج.

تصحيح المقياس:

تم حساب فئات مقياس أداة الدراسة لتحديد مستوى الحكم على متغيرات الدراسة، هل هي

مرتفعة أم منخفضة، أم متوسطة؟

استخدمت الدراسة مقياس متدرج من خمسة حقول، وبالتالي يتم حساب فئات المقياس

الخماسي كما يلي:

$$\text{مدى المقياس} = \text{الحد الأعلى للمقياس} - \text{الحد الأدنى للمقياس} = (5-1) = 4$$

$$\text{قسمة المدى على الحد الأعلى} = 4 \div 5 = 0.80$$

مقياس ليكرت الخماسي:

إذا كانت الاستجابات هي خمسة اختيارات مثل (موافق بشدة، موافق، محايد، معارض، معارض بشدة)

(بشدة) فإنه عادة ما تدخل القيم (الأوزان) كما في الجدول رقم (2):

جدول (2): مقياس ليكرت الخماسي

التوافر	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
الدرجة	5	4	3	2	1

يكون الوزن النسبي لكل درجة (20%)، بمعنى أن (معارض بشدة) يكون وزنها النسبي (20%)،

بينما (موافق) (100%)، ليصار بعد ذلك إلى حساب المتوسط الحسابي (المتوسط الفرضي)،

وحيث أن طول الفترة يساوي (0.80) فإنه يتم تحديد الاتجاه حسب قيم المتوسط الفرضي كما في

الجدول (3).

جدول (3): يوضح مقياس أداة الدراسة متدرج من خمسة حقول

المستوى	المتوسط الفرضي
معارض بشدة	1.79 – 1.00
معارض	2.59 – 1.80
محايد	3.39 – 2.60

موافق	4.19 – 3.40
موافق بشدة	5.00 – 4.20

- بلغ عدد الفقرات الإيجابية (38) فقرة، وعدد الفقرات السلبية (22) فقرة.
- أن العبارات التي تحمل أرقام (6، 9، 12، 15، 16، 17، 17، 18، 22، 24، 26، 31، 33، 35، 37، 40، 41، 46، 50، 51، 53، 55) تصحح في الاتجاه العكسي، يعنى يتم قلب الدرجات حيث تصبح 5 إلى 1 ودرجه 4 إلى 2 ودرجه 3 تبقى 3 والعكس صحيح أيضاً.
- يستخدم المتوسط الحسابي العادي في حساب الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص على المقياس.
- الدرجة العالية تشير إلى ارتفاع في استراتيجيات التدبر النفسي والعكس صحيح.

مفتاح التصحيح:

لفهم الدراسة، يمكن الاستعانة بمفتاح المتوسطات الحسابية التالية، كما ورد في الجدول رقم (4):

جدول 4: مفتاح التصحيح لفقرات المقياس

المعيار	مقياس التدبر النفسي	المتوسط الحسابي
-انحراف معياري من الوسط	منخفضة	2.33-1
الوسط	متوسطة	3.66-2.34
+انحراف معياري عن الوسط	مرتفعة	5-3.67

صدق أدوات الدراسة:

- صدق المحكمين:

قامت الباحثة بعرض مقياس كارفر والبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص والتخصص في الجامعات الفلسطينية، وقد تم عرض المقياس والبرنامج على (6) محكمين. (أنظر الملحق رقم (2))

- معامل الارتباط بيرسون

تم التحقق من صدق أداة الدراسة بحساب معامل الارتباط بيرسون (Person correlation) لفقرات الدراسة مع الدرجة الكلية للأداة، وذلك كما هو واضح في الجدول (5).

جدول 5: نتائج معامل الارتباط بيرسون (Person correlation) لمصفوفة ارتباط كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس.

الرقم	العبارة	معامل الارتباط	الدلالة الاحصائية
1	أحاول التقدم نتيجة التجربة والخبرة.	0.55**	0.00
2	أشغل تفكيري بالانشغال بنشاطات أخرى.	0.297*	0.019
3	عندما أنزعج أعمد إلى تفريغ انفعالاتي.	0.652**	0.00
4	أطلب المشورة من شخص آخر حول ما يجب عليه فعله.	0.477**	0.00
5	أركز جهدي في عمل أقوم به.	0.613**	0.00
6	أقول لنفسي: هذا ليس حقيقي.	0.330**	0.00
7	أضع ثقتي دائماً بالله.	0.354**	0.005
8	ينتابني الضحك نتيجة الوضع الحالي.	0.538*	0.00
9	أعترف لنفسي بأنني لا أستطيع التعامل مع الوضع الراهن، ويجب أن أتوقف عن المحاولة.	0.760**	0.00
10	أضبط نفسي عند القيام بالأعمال بسرعة كبيرة.	0.362**	0.004
11	أفضل مناقشة مشاعري مع شخص ما.	0.485**	0.00
12	أتناول المخدرات والكحول لأشعر بتحسن.	0.492**	0.00
13	أحاول الاعتماد على فكرة أن يحدث ما يحدث.	0.557**	0.00
14	أتحدث مع الآخرين للحصول على معلومات أكثر حول الموضوع.	0.476*	0.00
15	أمنع نفسي من الانهماك بأفكار أو نشاطات ما.	-0.298*	0.018
16	أستغرق في أحلام اليقظة.	0.521**	0.00

الرقم	العبارة	معامل الارتباط	الدلالة الاحصائية
17	أنا منزعج وقلق من وضعي.	0.686**	0.00
18	أطلب العون من الله فقط.	-0.075	0.563
19	لدي خطة عمل في حياتي.	0.724**	0.00
20	القي الدعايات حول الوضع الراهن.	0.503**	0.00
21	أقبل وضعي، وأقبل عدم إمكانية تغييره.	-0.224	0.0085
22	أمتنع عن القيام بأي شيء حتى يسمح الوضع.	0.420**	0.001
23	أحاول الحصول على الدعم العاطفي من أصدقائي أو أقاربي.	0.605**	0.00
24	توقفت عن محاولة تحقيق أهدافي.	0.671**	0.00
25	أقوم بمحاولات إضافية للتخلص من مشكلتي.	0.732**	0.00
26	أحاول الابتعاد عن الواقع لبعض الوقت عن طريق شرب الكحول أو تعاطي المخدرات.	0.431**	0.00
27	أرفض الاستسلام للأمر الواقع فيما حدث لي.	0.599**	0.00
28	أسعى دوماً لتفيس مشاعري.	0.55**	0.00
29	أحاول رؤية الوضع بمنظور آخر لأجعله يبدو أكثر إيجابية.	0.678**	0.00
30	أتحدث لأي شخص يمكنه القيام بإجراءات ملموسة بخصوص مشكلتي.	0.850**	0.00
31	أنام أكثر من المعتاد.	0.231	0.071
32	أحاول أيجاد استراتيجية جديدة للتعامل مع الوضع الجديد.	0.638**	0.00
33	أركز على التعامل مع مشكلتي الحالية، وإذا لزم الأمر أترك الأمور الأخرى تسير وحدها.	0.121	0.35
34	هناك من يتعاطف معي ويتفهمني من بين المحيطين بي.	0.472**	0.00
35	أتناول الكحول والمخدرات للتقليل من التفكير بمشكلتي.	*0.228	0.045
36	أنظر لمشكلتي بجدية.	-0.199	0.121
37	أتخلى عن محاولاتي للحصول على ما أريد.	0.642**	0.00
38	أبحث عن شيء إيجابي فيما حدث لي.	0.656**	0.00
39	أفكر في كيفية التعامل بشكل أفضل مع مشكلتي.	0.536**	0.00
40	أدعي بأن ما حدث لي لم يحدث فعلاً.	*0.150	0.024
41	أتأكد من عدم جعل الأمور أكثر سوءاً من خلال التسريع في التعامل معها.	-0.264*	0.038

الرقم	العبارة	معامل الارتباط	الدلالة الاحصائية
42	أبذل جهدي لمنع أي شيء يعيق جهودي في التعامل مع مشكلتي.	0.055	0.67
43	أذهب إلى السينما أو أشاهد التلفاز لأقل من التفكير في مشكلتي.	0.095	0.460
44	أقبل حقيقة أن ما حدث قد حدث.	0.772*	0.00
45	أسأل الآخرين الذين مروا بنفس تجربتي عن كيفية تعاملهم مع مشكلتهم.	0.621**	0.00
46	أشعر بالكثير من الاضطرابات الانفعالية.	0.619**	0.00
47	اتخذت إجراءات مباشرة للالتفاف على مشكلتي.	0.615**	0.00
48	أحاول إيجاد السكينة في ديني.	**0.479	0.00
49	أتحكم بنفسي للقيام بالأعمال في الوقت المناسب.	0.545**	0.00
50	أسخر من الوضع الراهن.	-0.378**	0.003
51	أقلل من جهودي المبذولة لحل المشكلة.	0.605**	0.00
52	تحدثت مع شخص ما عن ما أشعر به.	0.491**	0.00
53	أتناول المسكنات للتخفيف من مشكلتي.	0.219	0.088
54	تعلمت كيفية التعايش مع مشكلتي.	0.636**	0.00
55	وضعت جانباً النشاطات الأخرى، من أجل التركيز في مشكلتي.	0.359**	0.004
56	أفكر بعمق في الخطوات التي يجب علي اتخاذها.	0.560*	0.001
57	أتصرف وكأن شيئاً لم يحدث.	0.625**	0.00
58	أقوم بما يجب علي القيام به، فأنا مركز فيما يجب القيام به.	0.480**	0.00
59	تعلمت شيئاً جديداً من هذه التجربة.	0.600**	0.00
60	أصلي أكثر من المعتاد.	0.028	0.829

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

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (5) 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 الأداة، وأنها تشترك معا في قياس مستوى التدبر النفسي لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل، على ضوء المقياس الذي تم اعتماده.

ثبات أداة الدراسة:

- الثبات بطريقة الاتساق الداخلي:

قامت الباحثة بحساب الثبات بطريقة الاتساق الداخلي، ولمعرفة الاتساق الداخلي تم حساب معادلة الثبات كرونباخ ألفا، وذلك كما هو موضح في الجدول (6).

جدول 6: نتائج معامل كرونباخ ألفا لثبات أداة الدراسة

المقياس	عدد الحالات	عدد الفقرات	قيمة ألفا
مقياس التدبير النفسي	31	60	0.829

تشير المعطيات الواردة في الجدول (6) أن قيمة ثبات أداة الدراسة عند الدرجة الكلية بلغت (0.829) وبذلك يتمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات وقابلة لاعتمادها لتحقيق أهداف الدراسة.

- الثبات بطريقة التجزئة النصفية

حيث تعمل هذه الطريقة على حساب معامل الارتباط (r) بين درجات نصفي المقياس، حيث يتم تجزئة المقياس إلى نصفين متكافئين، حيث يتم إيجاد مجموع درجات المفحوصون لكل نصف من المقياس، ثم حساب معامل الارتباط بينهما، وتم استخدام معادلة سبيرمان براون للتصحيح، ومعادلة جتمان.

وقد توصلت الباحثة إلى ما يلي:

جدول 7: طريقة التجزئة النصفية.

المجال	عدد الفقرات	معامل الارتباط	معامل الارتباط المصحح لسبيرمان براون	معامل الارتباط المصحح لجتمان
مقياس التدبير النفسي	60	0.703	0.826**	0.825

(*) يتم اعتماد معامل جتمان في حال عدم تساوي نصفي المقياس

(**) يتم اعتماد معامل سبيرمان براون في حال تساوي نصفي المقياس

يتضح من الجدول (7) أن معامل ثبات المقياس يساوي (0.826)، وهو معامل ثبات يشير إلى أن المقياس على درجة عالية من الثبات، وهو يعطى درجة من الثقة عند استخدام المقياس كأداة للقياس في البحث الحالي، ويعد مؤشراً على أن المقياس يمكن أن يعطي النتائج نفسها إذا ما أعيد تطبيقه على العينة في ظروف التطبيق نفسها.

وبذلك تكون الباحثة قد تأكدت من صدق فقرات الاستبانة وثباتها وأصبحت الاستبانة صالحة للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية.

متغيرات الدراسة:

1- متغيرات أولية وهي:

المتغيرات المستقلة: (الفئة العمرية والمستوى التعليمي والوضع الاقتصادي والحالة الاجتماعية ومدة الإصابة بالمرض).

2- متغيرات أساسية وهي:

المتغيرات التابعة: وشملت البيانات الأساسية للمقياس، وتكونت من (60) عبارة تقيس الاستراتيجيات التدبيرية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي.

الأساليب الإحصائية:

لقد قامت الباحثة بتفريغ وتحليل الاستبانة وتحليلها من خلال برنامج (SPSS) واستخدمت الاختبارات الإحصائية التالية:

1- التكرارات والنسب المئوية.

2- المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية.

3- اختبار كرونباخ ألفا لمعرفة ثبات فقرات الاستبانة.

4- معامل ارتباط سبيرمان براون ومعامل ارتباط جتمان لمعرفة ثبات فقرات الأداة.

5- معامل الارتباط بيرسون (Person correlation) لمعرفة صدق فقرات الاستبانة.

6- اختبار (ت) (Independent-Sample T-Test) لمعرفة الفرق في المتوسطات.

7- اختبار (ت) (Paired Sample T-Test) لمعرفة الفرق في المتوسطات.

8- اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way Analysis of Variance) للمقارنة

بين المتوسطات أو التوصل إلى قرار يتعلق بوجود أو عدم وجود فروق بين متوسطات.

الفصل الرابع

تحليل نتائج الدراسة

تحليل نتائج الدراسة

الإجابة عن التساؤل الرئيسي: ما أثر البرنامج الإرشادي على استراتيجيات التدبير؟

للإجابة عن السؤال السابق تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى التدبير النفسي لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل، وذلك كما هو موضح في الجداول (6، 7).

جدول 2: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى تعزيز استراتيجيات التدبير لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل على القياس القبلي مرتبة تنازلياً حسب المتوسط الحسابي

رقم الفقرة	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مقياس التدبير النفسي
26	أحاول الابتعاد عن الواقع لبعض الوقت عن طريق شرب الكحول أو تعاطي المخدرات	4.84	0.454	مرتفعة
12	أتناول المخدرات والكحول لأشعر بتحسن	4.76	0.577	مرتفعة
35	أتناول الكحول والمخدرات للتقليل من التفكير بمشكلكتي	4.68	0.541	مرتفعة
7	أضع ثقتي دائماً بالله	4.58	0.620	مرتفعة
48	أحاول أيجاد السكينة في ديني	4.38	0.561	مرتفعة
36	انظر لمشكلكتي بجدية	4.26	0.773	مرتفعة
14	أتحدث مع الآخرين للحصول ع معلومات أكثر حول الموضوع	4.16	0.898	مرتفعة
52	تحدثت مع شخص ما عن ما أشعر به	4.13	1.024	مرتفعة
45	أسأل الآخرين الذين مروا بنفس تجربتي عن كيفية تعاملهم مع مشكلكتهم	4.13	0.885	مرتفعة
4	أطلب المشورة من شخص آخر حول ما يجب عليه فعله	4.06	0.929	مرتفعة
34	هناك من يتعاطف معي ويتفهمني من بين المحيطين	4.03	0.795	مرتفعة
23	أحاول الحصول على الدعم العاطفي من أصدقائي أو أقاربي	3.94	0.964	مرتفعة
59	تعلمت شيء جديد من هذه التجربة	3.84	0.898	مرتفعة
60	أصلي أكثر من المعتاد	3.81	1.167	مرتفعة

رقم الفقرة	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مقياس التدبير النفسي
11	أفضل مناقشة مشاعري مع شخص ما	3.80	1.095	مرتفعة
30	أتحدث لأي شخص يمكنه القيام بإجراءات ملموسة بخصوص مشكلتي	3.77	0.956	مرتفعة
32	أحاول أيجاد استراتيجيات جديدة للتعامل مع الوضع الجديد.	3.55	0.961	متوسطة
50	أسخر من الوضع الراهن	3.53	0.973	متوسطة
27	ارفض الاستسلام للأمر الواقع فيما حدث لي	3.52	0.769	متوسطة
38	ابحث عن شيء إيجابي فيما حدث لي	3.45	1.179	متوسطة
25	اقوم بمحاولات إضافية للتخلص من مشكلتي	3.43	0.935	متوسطة
2	أشغل تفكيري بالانشغال بنشاطات أخرى	3.42	1.057	متوسطة
13	أحاول الاعتياد على فكرة أن يحدث ما يحدث	3.40	1.003	متوسطة
15	أمنع نفسي من الانهماك بأفكار ونشاطات ما	3.39	0.989	متوسطة
39	افكر في كيفية التعامل بشكل أفضل مع مشكلتي	3.39	0.844	متوسطة
29	أحول رؤية الوضع بمنظور آخر لأجعله يبدو أكثر إيجابية	3.35	1.018	متوسطة
47	اتخذت إجراءات مباشرة للالتفاف على مشكلتي	3.26	1.316	متوسطة
28	أسعى دوما لتتفيس مشاعري	3.26	0.893	متوسطة
41	أتأكد من جعل الامور أكثر سوءا من خلال التسريع في التعامل معها	3.19	0.946	متوسطة
31	أنام أكثر من المعتاد	3.13	1.360	متوسطة
42	ابدل جهدي لمنع أي شيء يعيق جهودي في التعامل مع مشكلتي	3.10	0.746	متوسطة
22	لا أمتنع عن القيام بأي شيء حتى يسمح الوضع	3.10	0.908	متوسطة
3	عندما انزعج اعمد إلى تفريغ انفعالاتي	3.06	0.998	متوسطة
40	أدعي بأن ما حدث لي لم يحدث فعلا	2.97	1.129	متوسطة
51	أقلل من جهودي المبذولة لحل المشكلة	2.94	0.854	متوسطة
56	افكر بعمق في الخطوات التي يجب علي اتخاذها	2.87	1.024	متوسطة
24	لم أتوقف عن محاولة تحقيق أهدافي	2.87	0.885	متوسطة

رقم الفقرة	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مقياس التدبر النفسي
43	أذهب إلى السينما وأشاهد التلفاز لأقل من تفكيري في مشكلتي	2.81	1.078	متوسطة
1	أحاول التقدم نتيجة الخبرة والتجربة	2.77	0.990	متوسطة
37	أتخلى عن محاولاتي للحصول ع ما أريد	2.74	0.855	متوسطة
33	أركز على التعامل مع مشكلتي الحالية وإذا لزم الأمر اترك الامور الأخرى تسير وحدها	2.74	0.855	متوسطة
16	أستغرق في أحلام اليقظة	2.71	1.296	متوسطة
19	لدي خطة عمل في حياتي	2.68	1.166	متوسطة
8	يبتابني الضحك نتيجة الوضع الحالي	2.65	0.985	متوسطة
55	وضعت جانبا النشاطات الأخرى من أجل التركيز في مشكلتي	2.61	0.615	متوسطة
9	أعترف ل نفسي بأنني أستطيع التعامل مع الوضع الراهن، ويجب أن أتوقف عن المحاولة	2.61	0.989	متوسطة
44	أقبل الحقيقة أن ما حدث قد حدث	2.58	1.057	متوسطة
10	اضبط نفسي عند القيام بالأعمال بسرعه كبيرة	2.55	1.028	متوسطة
20	القي الدعابات حول الوضع الراهن	2.52	0.962	متوسطة
58	اقوم بما يجب علي القيام به فأنا مركز فيما يجب القيام به	2.48	0.811	متوسطة
49	أتحكم بنفسي للقيام بالأعمال في الوقت المناسب	2.48	0.851	متوسطة
54	تعلمت كيفية التعايش مع مشكلتي	2.48	0.996	متوسطة
21	أقبل وضعي وأقبل عدم إمكانية تغييره	2.47	0.973	متوسطة
5	أركز جهدي في عمل أقوم به	2.32	1.107	منخفضة
6	أقول ل نفسي: هذا حقيقي	2.23	0.935	منخفضة
57	أصرف وكأن شيء لم يحدث	2.13	0.991	منخفضة
46	أشعر بالكثير من الاضطرابات الانفعالية	2.13	0.885	منخفضة
53	أتناول المسكنات للتخفيف من مشكلتي	2.00	1.065	منخفضة
17	أنا لست منزعج وقلق من وضعي	1.77	0.762	منخفضة
18	أطلب العون من الله فقط	1.45	0.723	منخفضة

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى أن أكثر الفقرات أهمية لمقياس التدبر النفسي لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل على القياس القبلي، كانت كالتالي:

• الفقرة (26) التي نصها (أحاول الابتعاد عن الواقع لبعض الوقت عن طريق شرب الكحول أو تعاطي المخدرات)، حيث احتلت المركز الأول بمتوسط حساب (4.84). وتعزو الباحثة ذلك، إلى الخلفية الدينية والثقافية للمشاركات، فجميعهن مسلمات ويحملن ثقافة مجتمع الخليل المحافظ، وفي كلتا الحالتين، يعد شرب الكحول مرفوضاً تماماً.

• جاءت في المركز الثاني الفقرة (12) (أتناول المخدرات والكحول لأشعر بتحسن) بمتوسط حسابي (4.76). وتعزو الباحثة ذلك إلى الخلفية الدينية والثقافية للمشاركات في البرنامج، فالخلفية الدينية الإسلامية تحرّم شرب الكحول تحريماً كاملاً، ولا يجوز شرب الكحول سواءً أكانت قليلة أو كثيره، كما أن ثقافة محافظة الخليل المتشددة وعاداته وتقاليده، والتي تتأثر بشكلٍ كبير بالخلفية الدينية، فهي أيضاً ترفض شرب الكحول، وتعاقب شاربه بأشدّ العقوبات.

أما أقلّ الفقرات أهمية لمقياس التدبر النفسي لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل على القياس القبلي، فقد كانت كالتالي:

• الفقرة (18) التي نصها على التوالي (أطلب العون من الله فقط)، جاءت في المركز الأخير بمتوسط حسابي (1.45). وهذا يعود إلى أن مريضات سرطان الثدي، يطلبن بقوة دعم ومساندة المحيطين بهن من أجل تقبل المرض والتغلب عليه.

• تلتها الفقرة (أنا لست منزعجة وقلقة من وضعي)، جاءت في المركز قبل الأخير بمتوسط حسابي (1.77). وتعزي الباحثة ذلك إلى أنه لا يمكن لأي مريضة أن تعتبر الأمر وكأنه لم يحدث، بل تُعتبر الإصابة بالمرض عبارة عن تحول كامل في مسار الحياة، فهنا تصبح حياة المصابة تحت التهديد والشعور بالخطر الشديد، لما لهذا المرض من سمعة سيئة.

جدول 3: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى تعزيز استراتيجيات التدبر لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل على القياس البعدي مرتبة تنازلياً حسب المتوسط

الحسابي

رقم الفقرة	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مقياس التدبر النفسي
26	أحاول الابتعاد عن الواقع لبعض الوقت عن طريق شرب الكحول أو تعاطي المخدرات	5.00	0.000	مرتفعة
35	أتناول الكحول والمخدرات للتقليل من التفكير بمشكلكتي.	4.97	0.180	مرتفعة
7	أضع ثقتي دائماً بالله.	4.97	0.180	مرتفعة
12	أتناول المخدرات والكحول لأشعر بتحسن	4.97	0.183	مرتفعة
48	أحاول أيجاد السكينة في ديني.	4.87	0.341	مرتفعة
4	أطلب المشورة من شخص آخر حول ما يجب عليه فعله.	4.71	0.461	مرتفعة
59	تعلمت شيء جديد من هذه التجربة.	4.61	0.495	مرتفعة
45	أسأل الآخرين الذين مروا بنفس تجربتي عن كيفية تعاملهم مع مشكلتهم.	4.61	0.495	مرتفعة
38	أبحث عن شيء إيجابي فيما حدث لي	4.48	0.508	مرتفعة
23	أحاول الحصول على الدعم العاطفي من أصدقائي أو أقاربي	4.48	0.508	مرتفعة
52	تحدثت مع شخص ما عن ما أشعر به.	4.45	0.568	مرتفعة
34	هناك من يتعاطف معي ويتفهمني من بين المحيطين.	4.42	0.620	مرتفعة
27	أرفض الاستسلام للأمر الواقع فيما حدث لي	4.39	0.558	مرتفعة
32	أحاول أيجاد استراتيجية جديدة للتعامل مع الوضع الجديد.	4.39	0.558	مرتفعة
14	أحدث مع الآخرين للحصول ع معلومات أكثر حول الموضوع.	4.35	0.709	مرتفعة
11	أفضل مناقشة مشاعري مع شخص ما.	4.29	0.739	مرتفعة
36	أنظر لمشكلكتي بجدية.	4.26	0.514	مرتفعة
39	أفكر في كيفية التعامل بشكل أفضل مع مشكلكتي.	4.26	0.575	مرتفعة

رقم الفقرة	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مقياس التدبر النفسي
30	أتحدث لأي شخص يمكنه القيام بإجراءات ملموسة بخصوص مشكلتي.	4.26	0.815	مرتفعة
29	احول رؤية الوضع بمنظور آخر لأجعله يبدو أكثر إيجابية.	4.26	0.631	مرتفعة
13	أحاول الاعتقاد على فكرة ان يحدث ما يحدث.	4.21	0.774	مرتفعة
44	أتقبل الحقيقة ان ما حدث قد حدث.	4.10	0.700	مرتفعة
25	أقوم بمحاولات إضافية للتخلص من مشكلتي.	4.10	0.597	مرتفعة
9	أعترف ل نفسي بأنني لا أستطيع التعامل مع الوضع الراهن، ويجب أن أتوقف عن المحاولة	3.97	0.657	مرتفعة
60	أصلي أكثر من المعتاد	3.84	1.036	مرتفعة
51	أقلل من جهودي المبذولة لحل المشكلة	3.84	0.688	مرتفعة
24	أتوقف عن محاولة تحقيق اهدي	3.84	0.820	مرتفعة
19	لدي خطة عمل في حياتي	3.84	0.779	مرتفعة
3	عندما انزعج أعمد إلى تفرغ انفعالاتي	3.84	0.374	مرتفعة
2	اشغل تفكيري بالانشغال بنشاطات أخرى	3.77	0.617	مرتفعة
37	أتخلى عن محاولاتي للحصول ع ما أريد	3.77	0.669	مرتفعة
28	أسعى دوما لتتفيس مشاعري.	3.71	0.824	مرتفعة
56	أفكر بعمق في الخطوات التي يجب علي اتخاذها.	3.68	0.599	مرتفعة
47	أخذت إجراءات مباشرة للالتفاف على مشكلتي	3.68	1.107	مرتفعة
54	تعلمت كيفية التعايش مع مشكلتي	3.58	0.620	متوسطة
1	أحاول التقدم نتيجة الخبرة والتجربة	3.58	0.672	مرتفعة
22	أمتنع عن القيام بأي شيء حتى يسمح الوضع	3.55	0.995	مرتفعة
58	أقوم بما يجب علي القيام به فأنا مركز فيما يجب القيام به.	3.48	0.851	مرتفعة
49	أتحكم بنفسي للقيام بالأعمال في الوقت المناسب	3.39	0.882	مرتفعة
31	أنام أكثر من المعتاد	3.39	1.202	مرتفعة
16	أستغرق في أحلام اليقظة	3.33	0.844	مرتفعة
5	أركز جهدي في عمل أقوم به	3.23	0.884	مرتفعة
40	أدعي بأن ما حدث لي لم يحدث فعلا	3.19	0.910	مرتفعة
20	ألقي الدعابات حول الوضع الراهن	3.17	0.928	مرتفعة

رقم الفقرة	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مقياس التدبر النفسي
42	أبدل جهدي لمنع أي شيء يعيق جهودي في التعامل مع مشكلتي	3.17	0.699	مرتفعة
8	ينتابني الضحك نتيجة الوضع الحالي	3.16	0.779	مرتفعة
57	اتصرف وكان شيء لم يحدث	3.13	0.860	مرتفعة
33	أركز على التعامل مع مشكلتي الحالية وإذا لزم الأمر اترك الأمور الأخرى تسير وحدها	3.03	0.795	مرتفعة
55	لم اضع جانبا النشاطات الأخرى من اجل التركيز في مشكلتي	3.03	0.657	مرتفعة
46	أشعر بالكثير من الاضطرابات الانفعالية	2.97	0.605	مرتفعة
50	أسخر من الوضع الراهن	2.93	0.740	مرتفعة
17	أنا لست منزعج وقلق من وضعي	2.90	0.908	مرتفعة
10	اضبط نفسي عند القيام بالأعمال بسرعه كبيرة	2.90	0.790	مرتفعة
15	أمنع نفسي من الانهماك بأفكار ونشاطات ما	2.87	0.957	مرتفعة
43	أذهب إلى السينما واشاهد التلفاز لأقلل من تفكيري في مشكلتي	2.81	0.980	مرتفعة
6	اقول ل نفسي: هذا ليس حقيقي	2.71	0.973	مرتفعة
41	أتأكد من جعل الامور أكثر سوءا من خلال التسريع في التعامل معها	2.61	0.844	مرتفعة
21	أتقبل وضعي وأتقبل عدم امكانية تغيره	2.30	0.988	منخفضة
53	أتناول المسكنات للتخفيف من مشكلتي	2.23	1.117	منخفضة
18	أطلب العون من الله فقط	1.32	0.541	منخفضة

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق أن أكثر الفقرات أهمية لمقياس التدبر النفسي لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل على القياس البعدي، كانت كالتالي:

- الفقرة (26) والتي نصها (أحاول الابتعاد عن الواقع لبعض الوقت عن طريق شرب الكحول أو تعاطي المخدرات)، حيث احتلت المركز الأول بمتوسط حسابي (5) وهي أعلى قيمة على مقياس ليكرت، وهنا لم يختلف الوضع عن المقياس القبلي، حيث تعزو الباحثة سبب حصول هذه الفقرة على أعلى الدرجات إلى الخلفية الدينية والثقافية السائدة في محافظة

الخليل، تلك الخلفية التي ترفض رفضاً تاماً موضوع شرب الكحول، وتعاقب أشد العقاب كل من يقوم بهذا التجاوز، بل يصل الأمر إلى نبذ الشخص تماماً من قبل الآخرين.

- جاءت في المركز الثاني الفقرة (35)، والتي نصها (أتناول الكحول والمخدرات للتقليل من التفكير بمشكلكتي) بمتوسط حسابي (4.97)، وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن ديننا الاسلامي يحرم شرب الكحول، وتكون المصابة بالمرض في أمس الحاجة للتقرب لله، لأن حياتها تكون في خطر شديد.

أما أقل الفقرات أهمية بالنسبة لمقياس التدبر النفسي لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل على القياس البعدي، كانت كالتالي:

- الفقرة (18) التي نصها (أطلب العون من الله فقط) جاءت في المركز الأخير بمتوسط حسابي (1.32)، وترجع الباحثة ذلك إلى أن المصابة تطلب بالدرجة الأولى العون من الله، ولكنها بحاجة ماسة جداً لعون الأسرة والمجتمع والأنظمة والتشريعات. وتلتها الفقرة (53) التي نصها (أتناول المسكنات للتخفيف من مشكلكتي) بمتوسط حسابي (2.23) حيث جاءت بالمركز قبل الأخير، وهذا يعود إلى أن المصابات لا يجدن سبيلاً آخر غير سبيل مواجهة المرض، وطلب العلاج، وليس الاختباء وراء المسكنات من أجل تناسي المرض.

نستنتج من خلال الجداول السابقة أن البرنامج المطبق لقياس التدبر النفسي لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل تم فحص الفرضية التي نصها:

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الاستراتيجيات التدبيرية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي (كما يكشف مقياس كارفر) تعزى للبرنامج الإرشادي.

للتحقق من صحة الفرضية الأولى تم استخدام اختبار (ت) للعينات المرتبطة (الواحدة) Paired-) Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات التدبر النفسي لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل إلى المجموعة (قبلي/ بعدي)، والجدول رقم (8) يوضح ذلك.

جدول 4: نتائج اختبار (ت) (Paired-Sample T-Test) للفروق في متوسطات درجات التدبير النفسي لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل إلى المجموعة (قبلي/ بعدي).

قياس التدبير النفسي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	الدلالة الإحصائية	مربع أيتا η^2
قبلي	31	3.19	0.34	8.53-	0.00	0.79
بعدي	31	3.72	0.21			

تشير المعطيات الواردة في الجدول (8) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات درجات التدبير النفسي لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل إلى المجموعة (قبلي/ بعدي). ولصالح القياس البعدي، حيث بلغت الدلالة الإحصائية للقياس البعدي (0.000) وهي دالة إحصائية. وهذا يشير إلى أن البرنامج المطبق أدى إلى زيادة درجات التدبير النفسي، لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل، حيث بلغ المتوسط الحسابي لقياس القبلي (3.19) في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي (3.72)، وهذا يدل على زيادة واضحة في درجات التدبير النفسي لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل بعد تطبيق البرنامج.

إذاً توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.00) بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي في درجات التدبير النفسي لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل، وذلك لصالح القياس البعدي، وهذا يدل على نجاعة البرنامج الإرشادي النفسي المطبق على العينة.

وللتعرف على الأثر الذي أحدثه البرنامج الإرشادي لتعزيز استراتيجيات التدبير لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل، تم حساب حجم الأثر (مربع أيتا).

وبلغ effect size (مربع أيتا) (0.79) وهذه القيمة أكبر من القيمة المعيارية (0.14) المتعارف عليها في الدراسات الإنسانية، وهذا يشير إلى أن هناك تأثيراً كبيراً للبرنامج التدريبي المقترح.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ في الاستراتيجيات التدبيرية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي تعزى للفئة العمرية.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) في متوسطات درجات التدبر النفسي لدى عينتين مستقلتين تعزى إلى متغير العمر، وذلك كما هو واضح في الجداول رقم (9).

جدول 5: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في متوسطات درجات التدبر النفسي تعزى إلى متغير العمر.

القياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
قبلي	بين المجموعات	0.114	1	0.114	1.015	0.322
	داخل المجموعات	3.254	29	0.112		
	المجموع	3.368	30	-----		
بعدي	بين المجموعات	0.005	1	0.005	0.103	0.751
	داخل المجموعات	1.307	29	0.045		
	المجموع	1.312	30	-----		

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق (9) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \leq 0.05)$ في متوسطات درجات التدبر النفسي تعزى إلى متغير العمر، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية للقياس القبلي (0.322)، وللقياس البعدي (0.751) وهي أكبر من قيمة ألفا عند (0.05)، وهذا يؤدي إلى قبول الفرضية الصفرية.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ في الاستراتيجيات التدبيرية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي تعزى للمستوى التعليمي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) في متوسطات درجات التدبر النفسي تعزى إلى متغير المستوى العلمي، وذلك كما هو واضح في الجداول رقم (10).

جدول 6: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في متوسطات درجات التدبر النفسي تعزى إلى متغير المستوى التعليمي.

القياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
قبلي	بين المجموعات	0.033	1	0.033	0.283	0.599
	داخل المجموعات	3.336	29	0.115		
	المجموع	3.368	30	-----		
بعدي	بين المجموعات	0.018	1	0.018	0.405	0.530
	داخل المجموعات	1.294	29	0.045		
	المجموع	1.312	30	-----		

تشير المعلومات الواردة في الجدول السابق (10) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات التدبر النفسي تعزى إلى متغير المستوى العلمي، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية للقياس القبلي (0.599)، وللقياس البعدي (0.530) وهي أكبر من قيمة ألفا عند (0.05)، وهذا يؤدي إلى قبول الفرضية الصفرية.

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الاستراتيجيات التدبرية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي تعزى للوضع الاقتصادي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) في متوسطات درجات التدبر النفسي تعزى إلى متغير الوضع الاقتصادي، وذلك كما هو واضح في الجداول رقم (11).

جدول 7: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في متوسطات درجات التدبر النفسي تعزى إلى متغير الوضع الاقتصادي.

القياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
قبلي	بين المجموعات	0.183	2	0.092	0.806	0.457
	داخل المجموعات	3.185	28	0.114		
	المجموع	3.368	30	-----		
بعدي	بين المجموعات	0.203	2	0.102	2.570	0.094

		0.040	28	1.108	داخل المجموعات	
		-----	30	1.312	المجموع	

تشير المعطيات الواردة في الجدول (11) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات التدبر النفسي تعزى إلى متغير الوضع الاقتصادي، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية للقياس القبلي (0.457)، وللقياس البعدي (0.094) وهي أكبر من قيمة ألفا عند (0.05)، وهذا يؤدي إلى قبول الفرضية الصفرية.

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الاستراتيجيات التدبرية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي تعزى للوضع الاجتماعي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) في متوسطات درجات التدبر النفسي تعزى إلى متغير الوضع الاجتماعي، وذلك كما هو واضح في الجداول رقم (12).

جدول 8: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في متوسطات درجات التدبر النفسي تعزى إلى متغير الوضع الاجتماعي.

القياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
قبلي	بين المجموعات	0.230	1	0.230	2.123	0.156
	داخل المجموعات	3.138	29	0.108		
	المجموع	3.368	30	-----		
بعدي	بين المجموعات	0.058	1	0.058	1.346	0.255
	داخل المجموعات	1.254	29	0.043		
	المجموع	1.312	30	-----		

تشير المعطيات الواردة في الجدول (12) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات التدبر النفسي تعزى إلى متغير الوضع الاجتماعي، حيث

بلغت قيمة الدلالة الإحصائية للقياس القبلي (0.156)، وللقياس البعدي (0.255) وهي أكبر من قيمة ألفا عند (0.05)، وهذا يؤدي إلى قبول الفرضية الصفرية.

الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الاستراتيجيات التدريبية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي تعزى لمدة الإصابة بسرطان الثدي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) في متوسطات درجات التدبر النفسي تعزى إلى متغير الوضع مدة الإصابة بسرطان الثدي، وذلك كما هو واضح في الجداول رقم (13).

جدول 9: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في متوسطات درجات التدبر النفسي تعزى إلى متغير مدة الإصابة بسرطان الثدي.

القياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
قبلي	بين المجموعات	0.454	2	0.227	2.179	0.132
	داخل المجموعات	2.915	28	0.104		
	المجموع	3.368	30			
بعدي	بين المجموعات	0.086	2	0.043	0.984	0.386
	داخل المجموعات	1.226	28	0.044		
	المجموع	1.312	30			

تشير المعطيات الواردة في الجدول (13) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات التدبر النفسي تعزى إلى متغير مدة الإصابة بسرطان الثدي، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية للقياس القبلي (0.132)، وللقياس البعدي (0.386) وهي أكبر من قيمة ألفا (مستوى الدلالة) عند (0.05)، وهذا يؤدي إلى قبول الفرضية الصفرية.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

الفصل الخامس

أولاً مناقشة النتائج:

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الاستراتيجيات التدرية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي (كما يكشف مقياس كارفر) تعزى للبرنامج الإرشادي.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات درجات التدبر النفسي لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل إلى المجموعة (قبلي/ بعدي). ولصالح القياس البعدي، حيث بلغت الدلالة الإحصائية للقياس البعدي (0.000) وهي دالة إحصائياً. وهذا يشير إلى أن البرنامج المطبق أدى إلى زيادة درجات التدبر النفسي، لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل، حيث بلغ المتوسط الحسابي لقياس القبلي (3.19) في حين بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي (3.72)، وهذا يدل على زيادة واضحة في درجات التدبر النفسي لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل بعد تطبيق البرنامج.

وترى الباحثة أن الدعم النفسي والاجتماعي لمريضات سرطان الثدي يولد لديهن الثقة العالية، ويرفع من معنوياتهن، ويشعرهن بأنهن ما زلن فاعلات في المجتمع، ويقمن بأدوارهن كالسابق، وهذه النتيجة تؤكد على فاعلية البرنامج في تعزيز استراتيجيات التدبر لدى المريضات.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة أحمد (2011) التي هدفت إلى التعرف على أثر برنامج إرشادي جمعي في التوافق النفسي لدى مريضات سرطان الثدي حيث توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التدبر النفسي لمريضات سرطان الثدي، قبل تنفيذ البرنامج وبعده لصالح القياس البعدي.

كذلك اتفقت مع دراسة الشيشتاوي (Elsheshtwy & Et al., 2014) التي هدفت إلى تحديد استراتيجيات التدبر من قبل مصابات مرض سرطان الثدي، لمواجهة حالة القلق والاكتئاب الناتجة عن المرض، حيث أظهرت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي الوجودي الجمعي في تحسين الذكاء الروحي لدى المصابات بمرض سرطان الثدي.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الاستراتيجيات التدبيرية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي تعزى للفئة العمرية.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات التدبير النفسي تعزى إلى متغير العمر، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية للقياس القبلي (0.322)، وللقياس البعدي (0.751) وهي أكبر من قيمة ألفا عند (0.05)، وهذا يؤدي إلى قبول الفرضية الصفرية.

وتعزو الباحثة ذلك إلى أنه بغض النظر عن المرحلة العمرية للمريضة سواء أكانت في مقتبل العمر، أم في مرحلة الشيخوخة، فذلك لن يؤثر على درجات التدبير، وربما يعود ذلك إلى أن جميع المشاركات يعشن في نفس المجتمع الذي يتشكل من تجانس ثقافي وديني كبيرين، لذا فإنهن يتلقين الدعم الاجتماعي، والحب، والتفهم، والتخفيف عن آلامهن وتقليل الآثار السلبية في كل مراحل عمرهن، من هنا نلاحظ عدم وجود فروق في متوسطات درجات التدبير النفسي لدى مريضات سرطان الثدي حسب المرحلة العمرية للمريضة.

وتتفق هذه النتيجة بشكل جزئي مع دراسة الشقران والكركي (2016)، التي أكدت أنه لا توجد فروق فردية في درجات الدعم الاجتماعي لدى المريضات وفق متغير العمر. واختلفت هذه النتيجة مع دراسة تل وساري وأيدن (Tel B. & Et al., 2013) التي هدفت إلى تحديد مدى الدعم الاجتماعي والاكتئاب على مريضات سرطان الثدي، حيث توصلت إلى وجود علاقة إيجابية بين العمر والدعم الاجتماعي. وتختلف جزئياً كذلك مع دراسة بني مصطفى (2015)، التي هدفت إلى الكشف عن قدرة صورة الجسد وبعض المتغيرات على التنبؤ بالاكتئاب لدى المريضات، وقد توصلت هذه الدراسة إلى وجود متغيرات خاصة للتنبؤ بدرجات الاكتئاب كصورة الجسد، والعمر.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الاستراتيجيات التدبيرية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي تعزى للمستوى التعليمي.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات التدبير النفسي تعزى إلى متغير المستوى العلمي، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية للقياس القبلي

(0.599)، وللقياس البعدي (0.530) وهي أكبر من قيمة ألفا عند (0.05)، وهذا يؤدي إلى قبول الفرضية الصفرية.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة إلى أن مريضات سرطان الثدي يعتمدن في تدبرهن النفسي على الدعم الاجتماعي المحيط بهن، سواءً من الأهل والأقارب أو من الأصدقاء، وحيث أن مجتمعنا مجتمع مسلم ويهتم بالمرأة سواءً الأخت أو البنت أو الأم أو الزوجة، فإنه يقدم لهن الدعم النفسي والحب والعطف بدون الإصابة بالمرض، فكيف الحال في حالة المرض، من هنا فإن مريضات سرطان الثدي وبغض النظر عن مستواه العلمي فإنهن بحاجة إلى دعم المحيطين من أقارب وأصدقاء لرفع درجات التدبر النفسي، والتخفيف عنهن من ألم المرض، لذا لم تظهر فروق في متوسطات درجات التدبر النفسي تعزى إلى متغير المستوى العلمي.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة المومني (2001)، ودراسة الشقران والكركي (2016)، حيث أكدت الدراستان على أنه لا توجد فروق في درجات التدبر لدى المريضات تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الاستراتيجيات التدبرية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي تعزى للوضع الاقتصادي.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات التدبر النفسي تعزى إلى متغير الوضع الاقتصادي، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية للقياس القبلي (0.457)، وللقياس البعدي (0.094) وهي أكبر من قيمة ألفا عند (0.05)، وهذا يؤدي إلى قبول الفرضية الصفرية.

وترى الباحثة أن متغير الوضع الاقتصادي لا يؤثر على مريضات سرطان الثدي، وهذا عائد إلى أن علاج مرض السرطان يعالج بالمجان على حساب مؤسسات دولة فلسطين، لذا فإن المريضات من ذوي الدخل المحدود يتلقين نفس العلاج التي تتلقاه المريضات من ذوي الدخل المرتفع، من هنا فإن جميع مريضات سرطان الثدي لا يشعرن بأي مشكلة اقتصادية بالنسبة للعلاج، بالتالي لم تظهر فروق بين متوسطات درجات التدبر النفسي لدى مريضات سرطان الثدي تعزى إلى متغير الوضع الاقتصادي، واتفقت هذه النتيجة جزئياً مع دراسة مومني (2001)

التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين استراتيجيات التدبير، وضغوط الحياة، والقلق، والاكئاب، لدى عينة من طلاب الجامعة الأردنية، التي أظهرت نتائجها أن ضغوط الحياة تظهر لدى الطلبة الجامعيين حسب الترتيب التنازلي التالي: ضغوط الحياة الجامعية، وضغوط الحياة الاجتماعية، والمستوى الاقتصادي، وأعباء الحياة الخاصة والأسرية. ونلاحظ أن المستوى الاقتصادي جاء في مركز متأخر من حيث استراتيجيات التدبير.

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ في الاستراتيجيات التدبيرية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي تعزى للوضع الاجتماعي.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \leq 0.05)$ في متوسطات درجات التدبير النفسي تعزى إلى متغير الوضع الاجتماعي، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية للقياس القبلي (0.156) ، وللقياس البعدي (0.255) وهي أكبر من قيمة ألفا عند (0.05) ، وهذا يؤدي إلى قبول الفرضية الصفرية.

وتفسر الباحثة هذا بأن مريضات سرطان الثدي بحاجة إلى الدعم الاجتماعي الذي يقدم من قبل العائلة متمثلاً في الزوج، والابن، والأخ، والأب، وبقية أفراد الأسرة، والأقارب، وهذا الدعم يتمثل بالسماح للمريضة في التعبير عن مشاعرها وانفعالاتها، وكذلك مساعدتها بالأعمال اليومية والروتينية، وإشعارها بأنها ما تزال تحتفظ بدورها كاملاً، مما يؤدي إلى إحساسها بالأمان والاستقرار النفسي والسعادة، وبما أننا نعيش في مجتمع مسلم يراعي حقوق المرأة بشكل عام والمريضة بشكل خاص، فإن هذه الأمور أنفة الذكر تتحقق بشكل كبير في مجتمعنا، لذا لم تظهر فروق في متوسطات درجات التدبير النفسي تعزى إلى متغير الوضع الاجتماعي.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة تل وساري وأيدن (2013) ودراسة أحمد (2011) ، فكلتا الدراسيتين أظهرت أنه لا يوجد فروق في استراتيجيات التدبير لدى مريضات سرطان الثدي، تعزى لمتغير الوضع الاجتماعي، فسواء كانت المريضة متزوجة أو غير متزوجة، ففي كلتا الحالتين لم يظهر هناك اختلافات واضحة في الاستراتيجيات التدبيرية التي توظفها المريضات. واتفقت أيضاً مع دراسة جينغ بين وآخرون $(Junghyun \& et al., 2010)$ التي هدفت إلى التعرف على كيفية ارتباط الدعم الاجتماعي باستراتيجيات التدبير من أجل التنبؤ بالرفاه العاطفي، حيث أشارت نتائجها إلى أن هناك علاقة طردية بين الدعم الاجتماعي واستخدام استراتيجيات التدبير.

واختلفت مع دراسة درجست ولندستروم (Drageset & Lindstrom, 2013) التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين القلق والدعم الاجتماعي والتدبر والمواجهة عند مجموعة من النساء المشتبه بإصابتهن بسرطان الثدي، والتي أظهرت نتائجها أن المريضات أبدن درجات عالية من القلق رغم وجود الدعم الاجتماعي الكبير. كذلك اختلفت مع دراسة الحجار (2006) التي هدفت إلى التعرف على مستوى التوافق لدى مريضات سرطان الثدي وعلاقته بمستوى الالتزام الديني ومتغيرات أخرى، حيث أظهرت نتائجها وجود آثار وأعراض ومضاعفات لسرطان الثدي على التوافق الجسمي والنفسي والاجتماعي لدى المريضات المصابات بسرطان الثدي. أيضاً اختلفت مع دراسة كرونك (kroenke & Et al., 2013) التي هدفت إلى معرفة كيفية تأثير العلاقات الاجتماعية على نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، فق أظهرت النتائج أن النساء اللواتي يعشن في حالة من العزلة وتفاعلهن الاجتماعي ضعيف لديهن درجات متدنية من الرضا عن الحياة، وأن أعراض المرض لديهن ظهرت بشكل أكبر، مقارنة بالنساء اللواتي لديهن درجات تدبر نفسي واجتماعي عالية.

الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الاستراتيجيات التدبيرية التي توظفها النساء المصابات بسرطان الثدي تعزى لمدة الإصابة بسرطان الثدي.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات درجات التدبر النفسي تعزى إلى متغير مدة الإصابة بسرطان الثدي، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية للقياس القبلي (0.132)، وللقياس البعدي (0.386) وهي أكبر من قيمة ألفا (مستوى الدلالة) عند (0.05)، وهذا يؤدي إلى قبول الفرضية الصفرية.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن مريضات سرطان الثدي وبسبب الدعم النفسي والاجتماعي الذي يتلقينه في كافة مراحل المرض الزمنية، يجعل نفسيتهم ومعنوياتهم مرتفعة سواءً في بداية اكتشاف المرض، أو في المراحل الأخرى من المرض، وهذا عائد إلى الحب والعطف والحنان والدعم النفسي والاجتماعي الذي يتلقينه من الأهل والأقارب والمحيطين بهم، لذا فإنه لم تظهر فروق في متوسطات درجات التدبر النفسي تعزى إلى متغير مدة الإصابة بسرطان الثدي.

وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة الشقران والكركي (2016)، التي أكدت على أن المريضات لديهن درجات تدبر متقاربة، ولم تُحدث مدة الإصابة أي فروق بينهن، ولكنها اختلفت مع نتائج دراسة كفيوليو وبرانستروم (2014)، التي أكدت على وجود فروق في استراتيجيات التدبر حسب مدة الإصابة. واختلفت جزئياً مع دراسة بني مصطفى (2015) التي هدفت إلى الكشف عن قدرة صورة الجسد وبعض المتغيرات على التنبؤ بالاكتئاب لدى المريضات، حيث أظهرت النتائج وجود متغيرات خاصة للتنبؤ بدرجات الاكتئاب كصورة الجسد، والعمر، والحالة الاجتماعية، ومرحلة العلاج، ومدة الإصابة بالمرض وغيرها.

ثانياً التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة توصي الباحثة بما يلي:

- إجراء مزيد من الدراسات التي تتناول موضوع مرض سرطان الثدي وفق متغيرات متعددة، من أجل جمع أكبر كمية من المعلومات المتعلقة بالمرض تساعد على التعامل معه.
- بسبب تزايد انتشار مرض سرطان الثدي، توصي الباحثة بضرورة رفع مستوى الوعي في المجتمعات من أجل الحد من هذا المرض.
- التأكيد على الفحص الدوري من أجل الكشف المبكر عن المرض، لما لذلك من دور مهم في تحسين فرص النجاة.
- كما توصي الباحثة بضرورة توفير مراكز الفحص المجاني في مختلف المناطق.
- توفير مراكز دعم نفسي من أجل مساعدة المريضات وأسرهن من أجل تقبل المرض والسعي للعلاج.
- العمل على تعميم البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي الذي أعدته الباحثة واستخدمته من أجل تحقيق أهداف الدراسة الحالية على المؤسسات التي تعنى بمريضات سرطان الثدي، وذلك لأنه أثبت فاعليته بعد تطبيقه.
- عمل المزيد من الدراسات التجريبية التي تهدف إلى معرفة أهم العوامل النفسية المؤثرة على مريضات سرطان الثدي.

المصادر والمراجع:

- أحمد، نادية (2011). أثر برنامج إرشادي جمعي في التوافق النفسي لدى مريضات سرطان الثدي في المركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي، المركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي، رسالة ماجستير غير منشورة، السودان.
- البرنامج الأردني لسرطان الثدي (2014). مركز الحسين لسرطان الثدي، الاردن. تقرير سنوي متاح على موقع: <http://www.jbcp.jo>
- البسطامي، سلام (2013). مستوى إدارة استراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأمهم في محافظة نابلس، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
- بني مصطفى، منار (2015). قدرة صورة الجسد وبعض المتغيرات على التنبؤ بالاكنتاب لدى مريضات سرطان الثدي في الأردن. بحث مقبول للنشر في مجلة دراسات الجامعة الأردنية (مأخوذ من الشقران والكركي (2016). الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، المجلد الثاني عشر، العدد الأول، الأردن).
- الجموعي، مومن (2013). القيم الاجتماعية وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى الطالب الجامعي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
- الحجار، بشير (2006). التوافق لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظة غزة وعلاقته بمستوى الالتزام الديني ومتغيرات أخرى، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- حولي، فاطمة (2012). التوافق النفسي للوالدين وانعكاسه على تكيف الأبناء في المدرسة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة وهران، الجزائر.
- دبابش، علي (2011). فعالية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية وأثره على تقدير الذات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.
- زهران، (2002) (مأخوذ من أبو هديوس، ياسرة (2012). فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال المتضررين من الحرب الإسرائيلية في المناطق

الحدودية لقطاع غزة. مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الإنسانية، المجلد الثاني عشر، العدد الأول، الأردن).

- سامية، بوشاشي (2013). السلوك العدواني وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى طلبة الجامعة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مولود معمري، الجزائر.
- سعادي، وردة (2009). سرطان الثدي لدى النساء وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي واستراتيجيات المقاومة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، قسم علم النفس وعلوم التربية، الجزائر.
- سكران، عبد الله (2009). التوافق النفسي والاجتماعي وعلاقته بمركز الضبط (الداخلي-الخارجي) للمعاقين حركياً في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- الشقران، حنان. الكركي، ياسين، (2016). الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد (12)، عدد (1)، الأردن.
- العتيبي، ضيف الله (2014). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغوط النفسية لدى نزلاء السجون، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- عطية، نوال (2001). علم النفس والتكيف النفسي والاجتماعي، دار القاهرة للطباعة والنشر، الطبعة الأولى، مصر.
- 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.
- العمري، صالح (2011). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى القلق لدى التلاميذ الأيتام بالطائف، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك عبد العزيز، المملكة العربية السعودية.
- عويضة، شيماء وحمدى، نزيه (2015). فاعلية الإرشاد الوجودي في تحسين الذكاء الروحي والكفاءة الذاتية المدركة لدى المصابات بسرطان الثدي في الاردن، المجلة الأردنية في العلوم التربوية. مجلد 11، عدد 2، 129-143.

- فاتح، سعيده (2015). الصلابة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر، الجزائر.
- فهمي، مصطفى (1987). الصحة النفسية دراسات في سيكولوجيا التكيف، مكتبة الخانجي للطباعة والنشر، الطبعة الثانية، المجلد الأول.
- القضاة، أشرف (2000). استراتيجيات التدبر عند مدمني الكحول مقارنة بغير المدمنين، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.
- قواجلية، أية ومناهي، نبيل (2013). قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر (بسكرة)، الجزائر.
- كرسوع، مريم (2012). مرض السرطان في قطاع غزة دراسة في الجغرافيا الطبية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- الكركي، ياسين (2014). صورة الجسد وعلاقتها بمستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك. اربد-الأردن.
- الكيلاني، يسرى (2015). الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب التدبر لدى طلبة الجامعة الأردنية ممن عانوا من فقدان علاقة حميمة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.
- محمد، محمد (2004). مشكلات الصحة النفسية (أمراضها وعلاجها). مكتبة الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- معمريه، بشير (2007). بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، الجزء الثالث، الجزائر.
- مقبل، مرفت (2010). التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- منظمة الصحة العالمية (2014). سرطان الثدي: الوقاية منه ومكافحته. جنيف. سويسرا.
- المنعمي، أنور (2013). فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية الأمن النفسي لدى المراهقين ذوي الظروف الخاصة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك عبد العزيز، المملكة العربية السعودية.
- مومني، وليد (2001). استراتيجيات التدبر لضغوط الحياة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى طلبة الجامعة الأردنية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.

- الننتشة، نعمان (2000). استراتيجيات التدبير التي يستخدمها المتفائلون مقارنة بالمتشائمين من مرضى السرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.
- بلحسيني، وردة (2011). أثر برنامج معرفي_ سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة، أطروحة دكتوراه، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
- وزارة الصحة الفلسطينية (2010)، الإصابة بالسرطان في قطاع غزة، التقرير الصحي السنوي، فلسطين.
- وزارة الصحة الفلسطينية (2014)، الإصابة بالسرطان، التقرير الصحي السنوي، رام الله، فلسطين.
- وزارة الصحة الفلسطينية (2016) الإصابة بالسرطان، التقرير الصحي السنوي، رام الله، فلسطين.

المراجع الأجنبية:

- **American Cancer Society** (2014). Breast Cancer. U.S.A.
- Billings, A & Moss, R (1984). Coping stress and social resources among adults with implore depression, **Journal of Personality and Social Psychology**. 46, 877- 891.
- Brown, G. Wallston, K. Nicassio, P (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 57:652–657.
- Carver, S (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. **International Journal of Behavioral Medicine**, 4, 91-100.
- Drageset, S. Lindstrom, T. & Underlid , K (2009) Coping with breast: between diagnosis and surgery, **Journal of Advanced Nursing** 66(1).
- Drageset, S (2012). **Psychological distress, coping and social support in the diagnostic and preoperative phase of breast cancer**. Doctoral Dissertation, University of Bergen, NORW.
- Dragest, S. & Lindstorm, T (2003). The mental health of women with suspect breast cancer: the relationship between social support, anxiety, coping and defence in

maintaining mental health. **Journal of psychiatric and mental health nursing**, 10(4) , 401-409.

- Elsheshtwy, E. Abo- Elez, w. Ashour, H. Farouk, O and, Elzaafarany, M. 2014, **coping strategies in Egyptian Ladies with Breast Cancer Breast Cancer** (Aucki) 8: 97-102.
- Folkman, S. , & Lazarus, S (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, 21, 219-239.
- Han ,Y. Shaw ,R. Hawkins ,P. Pingree, S. Mctavish, F. Gustafson ,H (2008). Expressing positive emotions within online support groups by women with breast cancer. **Journal of Health Psychology**. 13:1002–1007.
- JUNGHYUN, K. JEONG, H. BRET, S. FIONA, M, and DAVID, G (2010). The Roles of Social Support and Coping Strategies in Predicting Breast Cancer Patients’ Emotional Well-being. **Journal of Health Psychology**. 15(4): 543–552.
- Karabututlv, E. Bitici, M. Cayir, K Tekin, S . Kantarci, R (2010) . Coping, **Anxiety and Depression in Tukish Patients with cancer**‘ Eur J Gen Med. 7(3): 296-302.
- Khalili, N. Faraj, z. Mokarian, F & Bahrami, F (2013) Coping Strategies, quality of Life & Pain in Woman With breast cancer, **Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research**‘ 18 (2); 105-111
- Kleponis, p (2006). **Communication in Marriage.**, from - www.Marritai Heaiing.com.
- Kroenke, C. Kwan, M. Neugut, A. Ergas, I. Wright, J. Caan, B. Hershman, D. & Kushi, L (2013). Social networks social support mechanisms and quality of life after breast cancer diagnosis. **Breast Cancer Research and Treatment**, 139.
- Kvillemo‘ P. & Branstrom, R, (2014). Coping with Breast Cancer: A Meta-Analysis. **PLoS ONE JOURNAL**. 9(11).
- Lazarus, S & Launier, R, (1978). Stress-related transactions between person and environment. **Perspective in Interactional Psychology**. 287 – 327.

- Salonen, P. Tarkka, T. Kellokumpu - Lehtinen, L. Koivisto, M. Aalto, P. & Kaunonen, P (2013). Effect of social support on changes in quality of life in early breast cancer patients: A longitudinal study. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 27(2).
- Smeltzer, C. bare, G. Hinkle, L. & Cheever, H (2008). Brunner & Suddarth's **Textbook of medical –surgical nursing**. U.S.A.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Culver, J. Arena, P. Antoni, M. Carver, C (2002). Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: comparing African Americans, Hispanics and non-Hispanic Whites. **Psychology**. Nov-Dec;11(6):495-504.
- Subhashini, N (2014) . Assessment of Coping Strategies Among Breast Cancer Patients on Chemotherapy, **Narayana Nursing Journal**, 3 (1): 43-45.
- Tel, B. Sari, A. & Aydin, H (2013). social support and depression among the cancer Patients. **Global Journal of Medical Research**, 13 (3).

الملاحق

ملحق (1): جلسات برنامج إرشادي لتعزيز استراتيجيات التدبير لدى مريضات سرطان الثدي

في محافظة الخليل

أهداف البرنامج الإرشادي:

- د- أن يتم تعديل الأفكار اللاعقلانية والمتعلقة بالمرض.
- ذ- أن يتم تنمية الثقة لدى جميع أفراد المجموعة الإرشادية.
- ر- أن يتم تنمية القدرة على اتخاذ القرارات لدى أفراد المجموعة الإرشادية.
- ز- أن يمتلك كل فرد من أفراد المجموعة القدرة على حل المشكلات.
- س- أن يتم إكساب أفراد المجموعة استراتيجيات متعلقة بإدارة الصراع الداخلي.
- ش- أن يمتلك كل فرد من أفراد المجموعة الأمل في الشفاء،
- ص- أن يمتلك كل فرد من أفراد المجموعة استراتيجيات تدريبية لخفض القلق والتوتر.

الفنيات المستخدمة:

1. إعادة البناء المعرفي.
2. استراتيجية حل المشكلات.
3. الاسترخاء.
4. الحوار والنقاش.
5. النمذجة.
6. لعب الأدوار.
7. الأسئلة السقراطية.
8. التدعيم والتشجيع.
9. الواجب البيتي.

الفئة المستهدفة:

مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل وتحديداً مركز بيتنا والكائن في مدينة الخليل ومركز لجان العمل الصحي الكائن في حلحول، وذلك لتطبيق البرنامج الإرشادي بواقع جلستين في الأسبوع، وسيستمر تطبيق البرنامج لمدة شهر ونصف، على أن تكون مدة الجلسة ثلاث ساعات.

رقم الجلسة (1)

عنوان الجلسة: التعارف والتعريف بالبرنامج واستراتيجيات التدبير، وكسر الجليد (1).

زمن الجلسة: ثلاث ساعات.

وصف الجلسة: تقوم هذه الجلسة على تقديم المرشدة نفسها للمشاركات وتقديم شرح تفصيلي للبرنامج، وما هو متوقع من المشاركات بعد تطبيق البرنامج والانتهاه منه، ثم تقوم المشاركات بالتعرف فيما بينهما من خلال أنشطة كسر الجليد، ثم يتفق المشاركون على الأنظمة والمعايير التي ستحكم سير الجلسات طوال مدة التطبيق.

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
نشاط رقم (1) تعريف	تقوم المرشدة بتقديم نفسها، وطبيعة عملها ودورها في البرنامج.	الحوار المباشر	الشرح، ولا يحتاج لأدوات	10 دقائق	تعريف المشاركات بنفسها
نشاط رقم (2) تعريف بالبرنامج	تشرح المرشدة الهدف العام من البرنامج، وتوضح عدد الجلسات، ومواعيد كل جلسة، ومدتها	الحوار، وشرائح البوربوينت	جهاز العرض	15 دقيقة	أن يتعرفن على تفاصيل البرنامج وطريقة سيره
نشاط رقم (3) البطاقات الملونة (تعارف)	تحضر المرشد (15) زوج من البطاقات كل زوج من نفس اللون، تختار كل مشاركة بطاقة، وتطلب المرشدة من كل مشاركة أن تجلس مع المشاركة الأخرى التي حصلت على نفس لون البطاقة لمدة 5 دقائق للتعارف فيما بينهما، ثم تقدم كل مشاركة زميلتها الأخرى أمام المجموعة وتذكر: - الاسم.	المجموعات حسب تشابه الألوان، والنقاش والحوار	بطاقات ملونة، أوراق مسطرة، أقلام	25 دقيقة	تعارف بين المشاركات

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
	<ul style="list-style-type: none"> - لماذا التحقت بالبرنامج. - لماذا اختارت هذا اللون من البطاقات. 				
نشاط رقم (4) الأنظمة والمعايير	تطلب المرشدة من المشاركات أن يقترحن عدد من المعايير التي يرغبن في وجودها اثناء تنفيذ الجلسات، ثم تعرض هذه المعايير للمناقشة كي تتفق عليها جميع المشاركات أو أغلبهن، ثم تضيف المرشدة أي معيار تراه مهم ولم تذكره المشاركات، بحيث ستكون هذه المعايير بمثابة أنظمة وقوانين تحكم سير الجلسات.	المجموعات، الحوار والنقاش	أوراق عرض لفافة، أقلام بورد ملونة	25 دقيقة	وضع القوانين، يمكن للمرشدة أن تضيف بعض المعايير المهمة والتي لم تقترحها المشاركات
استراحة	استراحة	استراحة	استراحة	15 دقيقة	تقدم الضيافة للمشاركات
نشاط رقم (5) فرع (أ) تتبع الأرقام	تعطي المرشدة بطاقتين لكل مشاركة مكتوب على كل بطاقة مجموعة أرقام من (1-60) وتطلب منهن أن يضعن دائرة حول الأرقام بالتسلسل أي أن تجد كل واحدة منهن على بطاقتها الرقم (1) وتضع عليه دائرة، ثم تبحث عن الرقم (2) وتضع عليه دائرة وهكذا، لمدة دقيقة بالتمام وبعد انتهاء الوقت تطلب منهن التوقف وتعرض	نشاط فردي	بطاقات مكتوب عليها أرقام (1-60)، أقلام	20 دقيقة	يتحقق الهدف من هذا النشاط بعد إكمال الجزء الثاني من النشاط

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
	كل واحدة منهن الرقم الذي توقفت عنده.				
نشاط رقم (5) فرع (ب) تتبع الأرقام	تطلب المرشدة من المشاركات أن يقمن بنفس العمل على البطاقة الثانية ولكنها تعطيهن معلومة قبل البدء بالنشاط، وهي أن جميع الأرقام الزوجية تقع في يمين البطاقة وجميع الأرقام الفردية تقع في يسار البطاقة، وبعد انتهاء هذا الجزء تطلب من كل واحدة منهن أن تقارن بين النتيجة الأولى والنتيجة الثانية، ثم توضح لهن جميعاً أن الفرق في أداء جزئي النشاط يعود للمعلومة التي زودتهن بها في الجزء الثاني.	نشاط فردي	بطاقات مكتوب عليها أرقام (1-60)، أقلام	25 دقيقة	بذلك توضح المرشدة للمشاركات أهمية البرنامج وفائدة المعلومات التي يقدمها لهن.
نشاط رقم (6) نشاط توعوي	تقوم المرشدة بتوزيع نشرة حول مفهوم التدبر واستراتيجياته المختلفة، وتوضح لهن كيف سيساعدن الاشتراك في هذا البرنامج على تطوير هذه الاستراتيجيات. التدبر هو: اشباع الفرد لحاجاته النفسية، وتقبله لذاته، واستمتاعه بحياة خالية من التوترات، والصراعات، والاضطرابات النفسية، واستمتاعه بعلاقات اجتماعية حميمة، ومشاركته في الأنشطة الاجتماعية، وتقبله لعادات وتقاليد وقيم مجتمعه	الحوار والنقاش	نشرات توعوية، البوربوينت، الورق اللفاف، أقلام ملونة	20 دقيقة	تعريف المشاركات بمفهوم التدبر واستراتيجياته

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
استراحة	استراحة			15 دقائق	تقدم الضيافة للمشاركات
نشاط رقم (7) الواجب البيتي	توزع المرشدة ورقة الواجب البيتي وتشرح للمشاركات كيفية تنفيذه، ويتضمن الواجب البيتي النشرة التي تم توزيعها من قبل، ويطلب من المشاركات أن يقرأنها ويلخصن أهم النقاط التي ثارت اهتمامهن	الحوار والنقاش	نشرات	10 دقائق	تؤكد المرشدة على أهمية هذا الواجب، وضرورة تنفيذه
نشاط رقم (8) خلاصة	تلخص المرشدة ما تم في الجلسة، ثم تذكر بزمان ومكان الجلسة القادمة مع التأكيد على ضرورة الالتزام وتنفيذ الواجب البيتي.	الحوار والنقاش	الورق اللفاف، قلم بورق	10 دقائق	تقييم الجلسة

مخرجات الجلسة:

من المتوقع من المشاركات بعد انتهاء الجلسة:

- معرفة المرشدة والتعرف على طبيعة عملها، ودورها في البرنامج.
- معرفة طبيعة البرنامج، وتفاصيله.
- معرفة الأنظمة والمعايير التي تنظم سير الجلسات.
- التعارف بين المشاركات.

المكان:

مركز بيتنا لرعاية مريضات سرطان الثدي، لجان العمل الصحي/ حلحول.

رقم الجلسة (2)

عنوان الجلسة: التعارف والتعريف بالبرنامج واستراتيجيات التدبير، وكسر الجليد (2).

زمن الجلسة: ثلاث ساعات.

وصف الجلسة: ستحاول هذه الجلسة كسر الحواجز بين المشاركات والمرشدة، وبين المشاركات أنفسهن، فهذه الجلسة ستكون بداية تأسيس للجلسة اللاحقة، والتي تهدف لخلق الثقة بين أعضاء المجموعة، لأنها أساس قوة المجموعة..

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
نشاط رقم (1) افتتاح	الاستقبال والترحيب بالمشاركات الحاضرات لعقد الجلسة الثانية، والاطمئنان على أحوالهن.	المناقشة والحوار	الشرح ولا يحتاج لأدوات	5 دقائق	التهيئة لبدء الجلسة
نشاط رقم (2) مناقشة الواجب البيتي من الجلسة السابقة	تطلب المرشدة من كل مشاركة أن تعرض واجبها البيتي، وتلخص المرشدة النقاط الأساسية التي أوردتها كل مشاركة على الورق القلاب، ثم تسأل كل مشاركة بعض الأسئلة عن بعض التفاصيل في واجبها. وختاماً، تطرح النقاط للنقاش بين أفراد المجموعة.	العرض والأسئلة والنقاش والحوار	ورق قلاب و أقلام	20 دقيقة	ربط الجلسات وتهيئة للجلسة القادمة
نشاط رقم (3) تحريك العضلات	تفسح المشاركات مجالاً كافياً في قاعة اللقاء، ثم يبدأن بالتحرك في كل الاتجاهات بسرعة منخفضة، ثم يزدن السرعة تدريجياً حتى يصلن لأعلى سرعة ممكنة، وأخيراً يتوقفن ويتحركن في مكانهن،	الحركة	مساحة مناسبة	15 دقيقة	يهدف هذا النشاط إلى كسر الجمود، وتغيير الجو العام في الجلسة

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
	وينتهي النشاط، وتعود المشاركات لأماكنهن.				
نشاط رقم (4) ظلي	يقف كل زوج من المشاركات بشكل متقابل تماماً وعلى مسافة متر تقريباً، على شكل خطين متوازيين، ثم تقوم كل مشاركة في الخط الأول بعمل حركات جسمية بالطريقة التي تريدها، وعلى كل مشاركة في الخط المقابل أن تقوم بنفس الحركات التي قامت بها المشاركة المقابلة لها، ويتم تبادل الأدوار، ثم تتحدث كل واحدة عن شعورها أثناء وبعد تنفيذ النشاط	وقوف المشاركات في خطين متوازيين مُشكّلات، ثنائيات، وقيامهن بالنشاط كما تم توضيحه سابقاً	مساحة كافية يتم توفيرها من أجل تنفيذ النشاط	20 دقائق	يخلق هذا النشاط جو من المرح، مما يقرب المشاركات من بعضهن.
استراحة	استراحة	استراحة	استراحة	15 دقيقة	استراحة
نشاط رقم (5) فضفضة	تطلب المرشدة من المشاركات الجلوس على الكراسي بشكل دائري وتوجيه إليهن الأسئلة التالية: ما هو أول شيء وقعت عليه أعينكن في الصباح؟ هل ترون نفس الشيء كل صباح؟ هل حدث أن شعرت إحداكن بالمفاجأة لرؤية شيء لم تتوقعه في صباح يوم ما؟	الأسئلة والنقاش	لا يحتاج هذا النشاط لأدوات.	25 دقائق	التركيز وتنشيط المجموعة

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
	يطلب من المشاركات الإجابة على الأسئلة بدون ضغط .				
نشاط رقم (5) تركيز (بم) (بم)	يبدأ كل مشارك بالعد، على أن يستبدل رقم (3) ومضاعفاته بلفظة بُم بُم، ويُسجل لكل واحد الرقم الذي وصل اليه قبل أن يخطئ، وتكرر هذه العملية ، وتُقارن نتائج كل شخص، ونلاحظ الفرق.	حوار وتركيز	توفر مساحة كافية لتسهيل التواصل بين المشاركات	30 دقيقة	لا شيء
استراحة قصيرة	استراحة	استراحة	استراحة	10 دقائق	استراحة
نشاط رقم (6) التعرف على توقعات المشاركات	تطلب المرشدة من كل مشاركة أن تكتب توقعاتها من المجموعة على البطاقات وإصاقها في مكان ما ثم مناقشة هذه التوقعات مع البقية.	مناقشة وحوار	أقلام، بطاقات ملونة، شريط لاصق قابل للقص	25 دقيقة	فحص توقعات المشاركات من المجموعة
نشاط رقم (7) الواجب البيتي والإنهاء	تطلب المرشدة من المشاركات أن يكتبن ملخص عن الجلسة الحالية، ليتم عرضه ومناقشته في الجلسة اللاحقة، ثم تذكر المرشدة المشاركات بالجلسة القادمة.	الحوار	لا يحتاج هذا النشاط لأدوات	10 دقائق	التواصل والارتباط بين الجلسات

مخرجات الجلسة:

من المتوقع من المشاركات بعد انتهاء الجلسة:

- أن يتفاعلن مع بعضهن بشكلٍ مريح.
- أن يكسرن الحواجز النفسية بينهن.
- أن يسود جو الألفة بينهن.

المكان:

مركز بيتنا لرعاية مريضات سرطان الثدي، ولجان العمل الصحي/ حلحول.

رقم الجلسة (3)

عنوان الجلسة: بناء الثقة بالنفس، وتعزيز ثقة كل مشاركة بنفسها (بناء).

زمن الجلسة: ثلاث ساعات.

وصف الجلسة: تحاول هذه الجلسة بناء جسور الثقة بين المشاركات من أجل تسهيل عملية الإرشاد، كما إنها تساعد الأعضاء على التعبير الحر عن المشاعر والمشاكل والخبرات والتجارب مهما كانت. كما إنها ستعمل على تعزيز ثقة كل مشاركة بنفسها، من خلال جعل كل واحدة تطلع على قدراتها وإمكانياتها، والتفكير فيما تملكه ولا يملكه غيرها.

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
نشاط رقم (1) افتتاح	الاستقبال والترحيب بالمشاركات الحاضرات لعقد الجلسة، والاطمئنان على أحوالهن.	المناقشة والحوار	الشرح	5 دقائق	ربط الجلسات
نشاط رقم (2) الواجب البيتي من الجلسة السابقة	تطلب المرشدة من كل مشاركة أن تعرض واجبها البيتي، وتلخص المرشدة النقاط الأساسية التي أوردتها كل مشاركة على الورق القلاب، ثم تسأل كل مشاركة بعض الأسئلة عن بعض التفاصيل في واجبها. وختاماً، تطرح النقاط للنقاش بين أفراد المجموعة.	العرض والأسئلة والنقاش والحوار	ورق قلاب و أقلام	20 دقيقة	يحافظ الواجب البيتي على ربط الجلسات السابقة باللاحقة
نشاط رقم (3) الأعصى والبصير	تتم تغطية أعين إحدى المشاركات، وترشدها إحدى زميلاتها للسير في أرجاء	الحركة والتنقل	كراسي وطاولات وغطاء أعين	25 دقيقة	خلق الثقة بين المشاركات، وزيادة الثقة بالنفس

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
	الغرفة متجاوزة جميع العوائق التي وضعتها بقية المجموعة.				
نشاط رقم (4) شعارنا	تقسم المجموعة الكبيرة إلى مجموعات صغيرة، وتعطى كل مجموعة عدد من المجالات ومقص وكرتونة ملونة حجم كبير وشعار معين يخدم هدف البرنامج، ويطلب من كل مجموعة أن تقص عدد من الصور من المجالات التي لديهم والصاقها على الكرتونة، بحيث تنطبق مع الشعار، ثم تعلق كل الكرتين أمام الجميع للمناقشة	العمل الجماعي والنقاش	مجالات ومقص و كرتون مقوى حجم كبير	25 دقيقة	التعرف على هدف البرنامج
استراحة	استراحة	استراحة	استراحة	15 دقيقة	استراحة
نشاط رقم (5) مقالتي	كل مشاركة تكتب مقولة عن نفسها على الورقة، بحيث تكتب عدد من القدرات التي تمتلكها، وتتحدث أمام البقية عن هذه القدرات، ثم تتناقش مع البقية.	جهد فردي ونقاش	أوراق بيضاء و أقلام	20 دقيقة	رفع الثقة بالنفس
نشاط رقم (5) قصتي	تتحدث كل مشاركة عن قصة حدثت معها، ثم تناقشها مع بقية المجموعة	الحوار والنقاش	حديث، كل مشاركة عن تجربة خاصة	30 دقيقة	تعليم المجموعة التفهم والتعاطف

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
نشاط رقم (6) كان يا مكان	تعرض المرشدة قصة معينة تخدم هدف الجلسة، وتناقش المشاركات هذه القصة	الحوار والنقاش	قصة مكتوبة	20 دقيقة	الهدف مشاركة وجهات النظر
نشاط رقم (7) الواجب البيتي	تقسم المجموعة إلى ثنائيات، وعليهن ترتيب لقاء بينهن، تشارك كل واحدة من المشاركات زميلتها بموقف تعرضت له في حياتها، وتدون كل مشاركة قصة زميلتها، لتشارك المجموعة بها في الجلسة اللاحقة.	الحوار	لا يحتاج لأدوات	10 دقائق	خلق الثقة
نشاط رقم (8) خلاصة وإنهاء	تلخص المرشدة ما تم في الجلسة، ثم تذكر بزمان ومكان الجلسة القادمة مع التأكيد على ضرورة الالتزام وتنفيذ الواجب البيتي.	الحوار والنقاش	الورق اللفاف، قلم بورد	10 دقائق	لا يوجد

مخرجات الجلسة:

من المتوقع من المشاركين بعد انتهاء الجلسة:

- معرفة كل شخص لنقاط قوته.
- معرفة كل شخص أن كل شخص يمر بتجربته الخاصة.
- مقدرة كل شخص مواجهة مواقف حياتهن بطرق أكثر إيجابية.

المكان:

مركز بيتنا لرعاية مريضات سرطان الثدي، ولجان العمل الصحي/ حلحول.

رقم الجلسة (4)

عنوان الجلسة: التوعية بالمرض.

زمن الجلسة: ثلاث ساعات.

وصف الجلسة: يتم التنسيق مع جهات مختصة في مجال السرطان، بحيث يقوموا بعرض تفاصيل شاملة عن السرطان بكل أصنافه، وخاصة سرطان الثدي، مستعينين بالبوربوينت والنشرات والمطويات.

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
نشاط رقم (1) افتتاح	لاستقبال والترحيب بالمشاركات الحاضرات لعقد الجلسة، والاطمئنان على أحوالهن.	المناقشة والحوار	الشرح	5 دقائق	ربط الجلسات
نشاط رقم (2) مناقشة الواجب البيتي من الجلسة السابقة	تطلب المرشدة من كل مشاركة أن تعرض واجبها البيتي، وتلخص المرشدة النقاط الأساسية التي أوردتها كل مشاركة على الورق القلاب، ثم تسأل كل مشاركة بعض الأسئلة عن بعض التفاصيل في واجبها. وختاماً، تطرح النقاط للنقاش بين أفراد المجموعة.	العرض والأسئلة والنقاش والحوار	ورق قلاب و أقلام	20 دقيقة	جعل الجلسات متواصلة
نشاط رقم (3) عمل الجهة المختصة	عروض وشروحات شاملة	فيديوهات وصور ونشرات وحوار ونقاش	البوربوينت والنشرات وأقلام وأوراق	90 دقيقة	توعية

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
استراحة	استراحة	استراحة	استراحة	20 دقيقة	وجبة غداء للمشاركات والضيوف
نشاط رقم (4) استكمال عمل الجهة المختصة	عروض وشروحات شاملة	فيديوهات وصور ونشرات وحوار ونقاش	البوربوينت والنشرات وأقلام وأوراق	60 دقيقة	توعية
نشاط رقم (5) الواجب البيتي	تعطي المرشدة عدد من النشرات، وتطلب من المشاركات قراءة هذه النشرات وتلخيصها.	الحوار	لا يحتاج هذا الواجب لأي أدوات	5 دقائق	توعية
نشاط رقم (8) خلاصة وإنهاء	تلخص المرشدة ما تم في الجلسة، ثم تذكر بزمان ومكان الجلسة القادمة مع التأكيد على ضرورة الالتزام وتنفيذ الواجب البيتي.	الحوار والنقاش	الورق اللفاف، قلم بورد	10 دقائق	لا يوجد

مخرجات الجلسة:

من المتوقع من المشاركات بعد انتهاء الجلسة:

- معرفة تفاصيل ضرورية عن مرض سرطان الثدي.
- معرفة كيفية التعامل مع مرضهن.
- معرفة تجارب متعددة مرت بمثل هذه التجربة.

المكان:

مركز بيتنا لرعاية مريضات سرطان الثدي، ولجان العمل الصحي/ حلحول.

رقم الجلسة (5)

عنوان الجلسة: تغيير الأفكار اللاعقلانية إلى أفكار عقلانية.

زمن الجلسة: ثلاث ساعات.

وصف الجلسة: تحاول هذه الجلسة إعادة تصور المشاركات لحالتهم، أي أن ترى المشاركات حالتهم بطريقة مختلفة، بحيث تكون أكثر إيجابية من النظرة السابقة، وتعتمد المرشدة على النظرية المعرفية السلوكية لتحقيق هذا الهدف.

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
نشاط رقم (1) افتتاح	الاستقبال والترحيب بالمشاركات الحاضرات لعقد الجلسة، والاطمئنان على أحوالهن.	المناقشة والحوار	الشرح	5 دقائق	لا يوجد
نشاط رقم (2) مناقشة الواجب البيتي من الجلسة السابقة	تطلب المرشدة من كل مشاركة أن تعرض واجبها البيتي، وتلخص المرشدة النقاط الأساسية التي أوردتها كل مشاركة على الورق القلاب، ثم تسأل كل مشاركة بعض الأسئلة عن بعض التفاصيل في واجبها. وختاماً، تطرح النقاط للنقاش بين أفراد المجموعة. وتدون الملاحظات على ورق قلاب	العرض والأسئلة والنقاش والحوار	ورق قلاب و أقلام	20 دقيقة	ربط الجلسة السابقة بالجلسة اللاحقة
نشاط رقم (3) أفكارنا تشكل تصرفاتنا	تعطي المرشدة مثال، كما يلي: رسب ثلاث أشخاص بامتحان معين، وكانت ردة فعل الأول هو البكاء، أما الثاني، فكان	الحوار والنقاش	لا شيء	20 دقيقة	تبصير وتوعية

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
	الضحك، أما الثالث، فكان عدم الاهتمام. ثم تسأل المشاركات السؤال التالي: لماذا كانت ردود أفعال الأشخاص الثلاثة متباينة؟ وتفتح باب النقاش، ثم تختتم بفكرة أن الطريقة التي يفسر بها الفرد الأحداث من حوله، تشكل سلوكه.				
نشاط رقم (4) السلوك المعرفي	تشرح المرشدة معنى السلوك المعرفي من خلال البوربوينت والشرائح، ثم تفتح باب النقاش للمجموعة	العرض والحوار والنقاش	البوربوينت و أقلام وورق قلاب	25 دقيقة	توعية وتبصير
استراحة	استراحة	استراحة	استراحة	15 دقيقة	استراحة
نشاط رقم (5) ربط إعادة التصور بحالة كل مشاركة	تسأل المرشدة المشاركات السؤال التالي: ماذا تعني لكن الماء؟ البحر؟ بركة السباحة؟ ثم تجمع كل الأفكار، وتسأل المشاركات: لماذا خطرت ببالك هذه الفكرة؟ ثم تختتم النشاط موضحة لهن، أن الماء هو الماء، ولكننا نعطيه كل هذه الأفكار بناءً على طريقة فهمنا إدراكنا للموقف. وهذا ينطبق على طريقة فهمنا لمرضنا، ومدى تأثيره على حياتنا.	التخيل والأسئلة والحوار والنقاش	لا شيء	20 دقيقة	التأكيد على أن مشكلاتنا ليست في الحدث، ولكنها في طريقة فهمنا للحدث

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
نشاط رقم (6) إعادة التصور	تعلم المرشدة المشاركات على فنية إعادة التصور لأحداث حياتهن من خلال النموذج العلمي التالي: - أن تتخيل كل مشاركة موقف مزعج يرتبط بمرضها وتسجله على ورقة. - أن تتذكر مشاعرها وأفكارها في هذا الموقف، وتسجله. - أن تفهم القصد من السلوك. - أن تخاطب عقلها وتخاطب المنطق، وتفكر بطرق أخرى من شأنها أن تجعلها راضية عن النتيجة، وليست مستسلمة. - أن تقبل تجريب هذه الطرق. - التأكد من قناعة كل مشاركة بالفكرة الجديدة. - فحص مدى ملاءمة الطرق الجديدة لحياة كل مشاركة.	تم استخدام النموذج العالمي التالي في هذا النشاط: R.E.F.R.A.M.E Recognize. Express. Find. Request. Accept. Make sure. Ecology check.	ورق وأقلام	35 دقيقة	إعادة التفكير في حياتهن مع المرض بطريقة مختلفة عن السابق.
استراحة قصيرة				5 دقائق	

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
نشاط رقم (7) تدريب على آلية إعادة التصور	تعرض المرشدة مواقف متشابهة حدثت مع أشخاص مختلفين، حيث تصرف كل شخص حسب طريقة فهمه للموقف، مما ترتب على ذلك نتائج متباينة، منها السلبي، ومنها العادي، منها الإيجابي.	الحوار والنقاش	لا شيء	15 دقيقة	التدريب على تغيير الأفكار
نشاط رقم (7) واجب بيتي	أن تسترجع كل مشاركة موقف حدث معها، وتصرفت بطريقة ندمت عليها فيما بعد، وتمنت لو لم تتصرف بهذه الطريقة، وتضع أكثر من طريقة تصرف بديل كان من الممكن استخدامها، وتتخيل النتائج المحتملة لكل طريقة.	تخيل	ورقة وقلم	10 دقائق	تغيير طريقة فهمنا للأحداث والمواقف
نشاط رقم (8) خلاصة وإنهاء	تلخص المرشدة ما تم في الجلسة، ثم تذكر بزمان ومكان الجلسة القادمة مع التأكيد على ضرورة الالتزام وتنفيذ الواجب البيتي.	الحوار والنقاش	الورق اللغاف، قلم بورد	10 دقائق	لا يوجد

مخرجات الجلسة:

من المتوقع من المشاركين بعد انتهاء الجلسة:

- النظر لمشاكلهن بطرق أكثر واقعية.
- أن يغيرن أفكارهن من لاعقلانية إلى عقلانية.

المكان:

مركز بيتنا لرعاية مريضات سرطان الثدي، ولجان العمل الصحي/ لحلول.

رقم الجلسة (6)

عنوان الجلسة: زرع الأمل.

زمن الجلسة: ثلاث ساعات.

وصف الجلسة: تحاول هذه الجلسة زرع الأمل لدى المشاركات (وهو أسلوب معرفي سلوكي لتغيير نمط التفكير، من تفكير لاعقلاني إلى تفكير عقلاني) وهذا لمساعدة المشاركات كي يفكرن بطريقة منطقية، وأكثر إيجابية رغم وجود المرض.

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
نشاط رقم (1) افتتاح	الاستقبال والترحيب بالمشاركات الحاضرات لعقد الجلسة، والاطمئنان على أحوالهن.	المناقشة والحوار	الشرح	5 دقائق	لا يوجد
نشاط رقم (2) مناقشة الواجب البيتي من الجلسة السابقة	تطلب المرشدة من كل مشاركة أن تعرض واجبها البيتي، وتلخص المرشدة النقاط الأساسية التي أوردتها كل مشاركة على الورق القلاب، ثم تسأل كل مشاركة بعض الأسئلة عن بعض التفاصيل في واجبها. وختاماً، تطرح النقاط للنقاش بين أفراد المجموعة.	العرض والأسئلة والنقاش والحوار	ورق قلاب و أقلام	20 دقيقة	ربط الجلسات
نشاط رقم (3) قصص نجاح	تعرض المرشدة عدد من المواضيع، حيث يتناول كل موضوع قصة مريضة سرطان ثدي تعالجت وتعافت ونجحت في مجال من مجالات الحياة،	العرض والحوار والنقاش	لا شيء	30 دقيقة	زرع الأمل

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
	ثم تطرح القصة للنقاش، ويتم استخلاص العبر من كل قصة.				
نشاط رقم (4) فيديو	تعرض المرشدة فيديو يتضمن قصة سيدة عاشت تجربة المرض، ولكنها تقبلت مرضها وسعت للعلاج، حتى تحقق لها الشفاء، ورغم تجربة المرض التي عاشتها، إلا إنها طورت نفسها ونجحت في حياتها. بعد عرض الفيديو، تفتح المرشدة باب النقاش في حيثيات الفيديو.	فيديو وحوار ونقاش	فيديو	20 دقيقة	زرع الأمل
استراحة	استراحة	استراحة	استراحة	15 دقيقة	استراحة
نشاط رقم (5) استرخاء	تفسح المشاركات المجال في وسط القاعة، ويضعن فرشاة بشكل دائري، ثم يجلسن بشكل مريح، تضع المرشدة موسيقى هادئة، وتطلب المرشدة من المشاركات أن يغمضن أعينهن ويتخيلن أنفسهن في مكان جميل، ثم يأخذن نفس عميق ويخرجنه بشكل بطيء لعدد من المرات، ثم تتحدث كل مشاركة عن شعورها بعد التمرين لمدة دقيقة لكل مشاركة، ويكررن هذه العملية لعدد من المرات.	استرخاء	فرشات	25 دقيقة	استرخاء عضلي وعقلي من أجل التهدئة

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
نشاط رقم (5) كسر الجمود	تقف المشاركات بشكل دائري، وتقوم المرشدة ببعض حركات التمرين، وتطلب من المشاركات أن يقلدن هذه الحركات.	تمارين جسمية	لا شيء	15 دقيقة	كسر الجمود
نشاط رقم (6) الرسم	ترسم كل مشاركة صورة نفسها كما تراها، وتشرح عن هذه الصورة أمام الجميع	الرسم	ورق قلاب وقلم خط عريض	20	صورة الذات
استراحة قصيرة	استراحة	استراحة	استراحة	5 دقائق	استراحة
نشاط رقم (7) واجب بيتي	تطلب المرشدة من المشاركات تكرار تمارين الاسترخاء في البيت، وتدوين ما شعرن به بعد هذا التمرين	شرح	لا شيء	10 دقائق	ربط الجلسات
نشاط رقم (8) خلاصة وإنهاء	تلخص المرشدة ما تم في الجلسة، ثم تذكر بزمان ومكان الجلسة القادمة مع التأكيد على ضرورة الالتزام وتنفيذ الواجب البيتي.	الحوار والنقاش	الورق اللفاف، قلم بورق	10 دقائق	لا يوجد

مخرجات الجلسة:

من المتوقع من المشاركات بعد انتهاء الجلسة:

- معرفة طرق الاسترخاء.
- أن يتعرفن على طرق رفع المعنويات.
- النظر للحياة بطريقة إيجابية.

المكان: مركز بيتنا لرعاية مريضات سرطان الثدي، ولجان العمل الصحي/ حلحول.

رقم الجلسة (7)

عنوان الجلسة: اتخاذ لقرارات.

زمن الجلسة: ثلاث ساعات.

وصف الجلسة: تحاول هذه الجلسة تدريب المشاركات على كيفية اتخاذ القرارات بطرق علمية ومتعددة، من أجل زيادة كفاءتهن في حياتهن الاجتماعية والعملية والنفسية، كما أن هذه الجلسة تسعى إلى مساعدة المشاركات على فهم أن مشكلاتهن ناتجة عن الطرق الخاطئة التي يستخدمنها في التعامل مع المواقف التي يتعرضن لها.

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
نشاط رقم (1) افتتاح	لاستقبال والترحيب بالمشاركات الحاضرات لعقد الجلسة، والاطمئنان على أحوالهن.	المناقشة والحوار	الشرح	5 دقائق	لا يوجد
نشاط رقم (2) مناقشة الواجب البيتي من الجلسة السابقة	تطلب المرشدة من كل مشاركة أن تعرض واجبها البيتي، وتلخص المرشدة النقاط الأساسية التي أوردتها كل مشاركة على الورق القلاب، ثم تسأل كل مشاركة بعض الأسئلة عن بعض التفاصيل في واجبها. وختاماً، تطرح النقاط للنقاش بين أفراد المجموعة.	العرض والأسئلة والنقاش والحوار	ورق قلاب و أقلام	20 دقيقة	ربط الجلسات
نشاط رقم (3) نموذج اتخاذ القرارات	تقسم المرشدة المجموعة إلى مجموعات صغيرة، وتوزع على كل مجموعة نسخة مطبوعة تتضمن مشكلة معينة، ثم	العرض والحوار والنقاش	البوربوينت ونسخ مطبوعة تتضمن	40 دقيقة	التدريب على اتخاذ القرارات

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
	تعرض عليهن نموذج لاتخاذ القرارات من خلال البوربوينت وأداة العرض، وتطلب من كل مجموعة التعامل مع هذه المشكلة بالاستناد على النموذج المعروض، ثم تمثل كل مجموعة واحدة من المشاركات لتعرض طريقة تعاملهن مع المشكلة، ثم يُطرح العمل للنقاش.		مشكلة غير محلولة، ورق وأقلام كتابة		
استراحة	استراحة	استراحة	استراحة	15 دقيقة	استراحة
نشاط رقم (4) الرسم	تقسم المجموعة إلى ست مجموعات صغيرة، وعلى المجموعة الأولى أن تتحدث عن قصة يتفقون عليها، ويكتبون تفاصيل هذه القصة على ورقة، ثم تقوم المجموعة برسم القصة، وتكرر الرسم إلى المجموعة المجاورة ونطلب منها أن تكتب قصة هذه الصورة، وتكرر القصة إلى المجموعة اللاحقة، ونطلب منها أن ترسم هذه القصة، وهكذا، حتى نصل لآخر مجموعة، وفي النهاية، نقارن القصة الأخيرة مع القصة الأولى، ونلاحظ مدى التوافق بين القصتين، ومدى التباين، ونطرح الموضوع للنقاش	العمل الجماعي	كرتون ملون وأقلام فلو ماستر وأوراق كتابة	30 دقيقة	التأكيد على اتخاذ القرارات

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
نشاط رقم (5) إعطاء نصيحة	تقسم المرشدة المشاركات إلى ثنائيات، وتطلب من كل ثنائي أن يفترض أحدهما أنها تواجه مشكلة وتطلب النصيحة من الأخرى، ثم يتبادلن الأدوار، ويسجلن العملية على ورقة، وبعد انقضاء الوقت، تخرج كل مشاركة وتعرض مشكلتها المفترضة، وتعرض النصيحة التي قدمتها لها زميلتها، وعلى المجموعة أن تقيم هذه النصيحة.	المجموعات الصغيرة والحوار والنقاش	أقلام وأوراق	25 دقيقة	يحاول هذا النشاط أن يجعل كل مشاركة تقيم مدى قدرتها على اتخاذ القرارات
استراحة	استراحة	استراحة	استراحة	5 دقائق	استراحة
نشاط رقم (6) العد للعشرة	تطرح المرشدة المشكلة التالية (أم تشك بأن ابنها المراهق يدخن، ولكنها غير متأكد، كيف ستتصرفين لو كنتي في مكانها؟ تؤكد المرشدة على ضرورة مرور أكثر من دقيقة قبل الشروع في كتابة أي شيء. بعد ذلك تسجل كل مشاركة اجابتها واسمها على الورقة التي بين يديها، ثم تسلمها للمرشدة، ليتم عرضها ومناقشتها.	الحوار والنقاش	ورقة وقلم	20 دقيقة	تعليم المشاركات عدم التسرع في اتخاذ القرارات، بل اعطاء النفس فترة زمنية كافية لفهم الموقف.

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
نشاط رقم (7) واجب بيئي	تطلب المرشدة من كل مشاركة أن تقوم بزيارة مريضة سرطان ثدي لم تشارك بالبرنامج، وتسألها عدد من الأسئلة المتعلقة بمرضها ومحاولاتها في العلاج، وتدون هذه الملاحظات لتعرضها على المجموعة في بداية الجلسة اللاحقة.	تشرح المرشدة للمشاركات طبيعة تنفيذ الواجب وطبيعة الأسئلة.	لا شيء	10 دقيقة	كيف أثرت قرارات هذه المريضة على تعاملها مع مرضها
نشاط رقم (8) خلاصة وإنهاء	تلخص المرشدة ما تم في الجلسة، ثم تذكر بزمان ومكان الجلسة القادمة مع التأكيد على ضرورة الالتزام وتنفيذ الواجب البيئي.	الحوار والنقاش	الورق اللفاف، قلم بورد	10 دقائق	لا يوجد

مخرجات الجلسة:

من المتوقع من المشاركين بعد انتهاء الجلسة:

- أن يتعرفن على طرق علمية في اتخاذ القرارات.
- التعرف على نماذج مختلفة في اتخاذ القرارات.

المكان: مركز بيتنا لرعاية مريضات سرطان الثدي، ولجان العمل الصحي/ لحول.

رقم الجلسة (8)

عنوان الجلسة: إدارة الصراع الداخلي وحل المشكلات.

زمن الجلسة: ثلاث ساعات.

وصف الجلسة: ستحاول هذه الجلسة تدريب الفرد على كيفية التعامل مع الأزمات بطريقة لا تهدد أمنه وصحته النفسية، كما ستعمل على تدريب الفرد على طرق حل المشكلات بطريقة علمية ومنطقية.

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
نشاط رقم (1) افتتاح	لاستقبال والترحيب بالمشاركات الحاضرات لعقد الجلسة، والأطمئنان على أحوالهن.	المناقشة والحوار	الشرح	5 دقائق	لا يوجد
نشاط رقم (2) مناقشة الواجب البيتي من الجلسة السابقة	تطلب المرشدة من كل مشاركة أن تعرض واجبها البيتي، وتلخص المرشدة النقاط الأساسية التي أوردتها كل مشاركة على الورق القلاب، ثم تسأل كل مشاركة بعض الأسئلة عن بعض التفاصيل في واجبها. وختاماً، تطرح النقاط للنقاش بين أفراد المجموعة.	العرض والأسئلة والنقاش والحوار	ورق قلاب و أقلام	20 دقيقة	ربط الجلسات
نشاط رقم (3) إدارة الصراع	تقسم المرشدة المجموعة إلى ثنائيات، وطرح عليهن السؤال التالي: تخيلن لو أن البشر كلهم بنفس الشكل، ما هي سلبيات ذلك، وما هي الإيجابيات، إن وجدت؟	التخيل والحوار والنقاش	أقلام فلو ماستر، أقلام عادية ملونة، ورق A4 ، ورق قلاب	35 دقيقة	أن تدرك المشاركات أنه لا يوجد شيء كامل في هذا الكون، ولو

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
	على أن تناقش كل اثنتان من المشاركات هذا الموقف بشكلٍ مشترك، ويكتبن ما توصلن اليه على ورقة A4، ثم تحضر المرشدة ورقتين قلاب منفصلتين، وترسم دائرة كبيرة في كل ورقة، بحيث تكون دائرة مخصصة للسلبيات ودائرة مخصصة للأيجابيات، ثم تطلب من كل مجموعة أن تكتب ما توصلت اليه في هذه الدوائر، وبعد انتهاء كل المجموعات، تطرح الأفكار للنقاش.				لم يكن هناك اختلاف لأصبحت الحياة صعبة جداً.
نشاط رقم (4) إدارة الصراع	تطرح المرشدة المشكلة التالية: عاش ثلاثة أخوه في قرية صغيرة من قرى الصين وكل منهم يعمل في مهنة مختلفة، الأكبر مزارع عمل في الأرض التي تركها والدهم بعد مماته ، والأوسط نحات اشتغل في غرفة صغيرة من غرف البيت تطل على الشارع، أما الأصغر فكان صانع نبيذ اشتغل في القبو . وفي يوم من الأيام -وكان صيفا - قد زرع الأخ المزارع الأرض بطيخا ، تمشى الأخوة معا يتحدثون، فإذا ببطيخة ضخمة قد نمت وكبرت في وسط الأرض المزروعة، رآها	قصة ونقاش وحوار	لا شيء	30 دقيقة	تدريب المشاركات على حل الصراعات التي قد تواجههن في المستقبل.

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
	كل منهم وظن أن أخويه غفلا عنها وطمع في أن يحصل عليها لنفسه، فالمزارع تخيل كميات البذور ، والنحات فكر بالنموذج الرائع ليعمل عليه ، أما صانع النبيذ فلم بالعصير الوفير . جرى الإخوة الثلاثة بسرعة وتسابقوا إلى البطيخة ، وحين وصلوا إليها وقفوا يتجادلون . الكبير قال : أنا صاحب الزرع . الأوسط قال : أنا رأيتها أولاً . أما الصغير فقال : أنا وصلتها أولاً . ما هو الحل حسب رأيك؟ وتفتح باب النقاش .				
استراحة مطولة	استراحة	استراحة	استراحة	20 دقيقة	استراحة
نشاط رقم (5) نموذج حل المشكلات	تعرض المرشدة نموذج حل المشكلات، وتشرحه بالتفصيل للمشاركات .	الشرح	البوربوينت	20 دقيقة	تعليم اسلوب حل المشكلات
نشاط رقم (6) نشاط تطبيقي	تعرض المرشدة مشكلة على المشاركات من خلال البوربوينت، وتطلب من المشاركات أن يتعاملن مع هذه المشكلة بالاستناد على النموذج من النشاط السابق .	حوار ونقاش	بوربوينت	30 دقيقة	تدريب على حل المشكلات

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	هدف النشاط
نشاط رقم (7) الواجب البيتي	أن تحدد كل مشاركة مشكلة واقعية أو خيالية، وتتعامل معها وفق نموذج حل المشكلات	تخيل وتفكير	لا يحتاج هذا النشاط لأدوات	10 دقائق	تدريب على حل المشكلات
نشاط رقم (8) خلاصة وإنهاء	تلخص المرشدة ما تم في الجلسة، ثم تذكر بزمان ومكان الجلسة القادمة مع التأكيد على ضرورة الالتزام وتنفيذ الواجب البيتي.	الحوار والنقاش	الورق اللفاف، قلم بورد	10 دقائق	لا يوجد

مخرجات الجلسة:

من المتوقع من المشاركين بعد انتهاء الجلسة:

- أن يتعرفن على طرق التعامل في وقت الأزمات.
- أن يتعلمن طرق علمية في حل المشكلات.

المكان:

مركز بيتنا لرعاية مريضات سرطان الثدي، ولجان العمل الصحي/ لحلول.

رقم الجلسة (9)

عنوان الجلسة: استراتيجيات علاجية.

زمن الجلسة: ثلاث ساعات.

وصف الجلسة: ستتناول هذه الجلسة الإرشاد الديني، الذي له التأثير الكبير على الحالة النفسية لأي كان، وتجعل المشاركات يرجعن أمرهن لله ويتوكلن عليه، ويوقن أن الله عندما يبتلى أحد، ويصبر على بلواه، فإن أجره عظيم على قدر ما صبر، كما ستحاول هذه الجلسة تعزيز عزيمة المشاركات، وجعلهن أكثر فاعلية في حياتهن الأسرية والاجتماعية والمهنية.

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	ملاحظات عامة
نشاط رقم (1) افتتاح	الاستقبال والترحيب بالمشاركات الحاضرات لعقد الجلسة، والاطمئنان على أحوالهن.	المناقشة والحوار	الشرح	5 دقائق	ترحيب بالمشاركات
نشاط رقم (2) مناقشة الواجب البيتي من الجلسة السابقة	تطلب المرشدة من كل مشاركة أن تعرض واجبها البيتي، وتلخص المرشدة النقاط الأساسية التي أوردتها كل مشاركة على الورق القلاب، ثم تسأل كل مشاركة بعض الأسئلة عن بعض التفاصيل في واجبها. وختاماً، تطرح النقاط للنقاش بين أفراد المجموعة.	العرض والأسئلة والنقاش والحوار	ورق قلاب و أقلام	20 دقيقة	ربط الجلسة السابقة بالجلسة التالية
نشاط رقم (3) الارشاد الديني (1)	توضح المرشدة أن الارشاد الديني يركز على الخطوات التالية : - الاعتراف:	شرح وتوعية وإرشاد	قلم خط عريض وورق قلاب وأيات قرآنية	20 دقيقة	النصح والإرشاد والتوعية

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	ملاحظات عامة
	فيه يحاول المرشد حث المشاركات على الاعتراف بالمرض وقبوله، قال تعالى : " وما أصاب من مصيبة إلا بإذن الله ومن يؤمن يهد قلبه " (التغابن : 11)		وأحاديث نبوية شريفة.		
تابع الارشاد الديني (2)	- الاستبصار: فيه تعتمد المرشدة على التفسير الديني في تبصير المشاركات بفهم أسباب المرض، وتساعدهن على فهم ذواتهن والطبيعة الإنسانية الخيرة، وحثهن على التحكم في سلوكهن.	شرح وتوعية وإرشاد	قلم خط عريض وورق قلاب وأيات قرآنية وأحاديث نبوية شريفة.	20 دقيقة	النصح والإرشاد والتوعية
استراحة	استراحة	استراحة	استراحة	15 دقيقة	استراحة
تابع الارشاد الديني (3)	- التعلم: وفيه تسعى المرشدة إلى الاستشهاد بالأيات القرآنية التي تحث على تغيير سلوك المريضات، وإكسابهن مهارات وقيم واتجاهات جديدة.	شرح وتوعية وإرشاد	قلم خط عريض وورق قلاب وأيات قرآنية وأحاديث نبوية شريفة.	20 دقيقة	النصح والإرشاد والتوعية
تابع الارشاد الديني (4)	- الدعاء: فيه تستخدم المرشدة الأيات القرآنية التي تؤكد أن الله سبحانه وتعالى قريب، ويجب الالتجاء إليه عند الأزمات قال تعالى : " وإذا سألك عبادي عني فإني قريب أجيب دعوة الداع إذا دعان فليستجيبوا لي	شرح وتوعية وإرشاد	قلم خط عريض وورق قلاب وأيات قرآنية وأحاديث نبوية شريفة.	20 دقيقة	النصح والإرشاد والتوعية

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	ملاحظات عامة
	وليؤمنوا بي لعلهم يرشدون " وقال تعالى : " وإن مسك الله بضر فلا كاشف له إلا هو " ، وقال صلى الله عليه وسلم: " إذا سألت فاسأل الله وإذا استعنت فاستعن بالله " ، وقال تعالى : " وقال ريكم ادعوني استجب لكم " ، وبالتالي استخدام الإرشاد الديني يقوي المريضات ويشعرهن بالطمأنينة ويزيل عنهن القلق والضغط النفسي .				
تابع الارشاد الديني (5)	- الصبر: هنا تحاول المرشدة إقناع المريضات بأهمية الصبر على ما أصابهن الله، حيث أن الصبر عون نفسي هائل يقي الإنسان من الانهيار أمام الشدائد والأزمات .. قال تعالى : " ولنجزين الذين صبروا أجرهم بأحسن ما كانوا يعملون " ، قال تعالى : " وبشر الصابرين الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون، أولئك عليهم صلوات من ربهم ورحمة وأولئك هم المهتدون " ، وقال صلى الله عليه وسلم : " إن عظم الجزاء من عظم البلاء ، وإن الله تعالى إذا أحب قوماً ابتلاهم فمن رضى فله الرضا ومن	شرح وتوعية وإرشاد	قلم خط عريض وورق قلاب وأيات قرآنية وأحاديث نبوية شريفة.	20 دقيقة	النصح والإرشاد والتوعية

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	ملاحظات عامة
	سخط فله السخط " (رواه الترمذي)				
نشاط رقم (4) قصص الأنبياء	تعرض المرشدة قصة سيدنا أيوب عليه السلام، وتوضح للمشاركات إلى أي مدى صبر سيدنا أيوب حتى شافاه الله وعافاه.	عرض وحوار ونقاش	قصص الأنبياء	10 دقائق	أخذ الحكمة والعبرة
	قصة سيدنا يونس والحوت	عرض ونقاش وحوار	قصص الأنبياء	10 دقائق	أخذ الحكمة والعبرة
استراحة قصيرة	استراحة	استراحة	استراحة	10 دقائق	استراحة
نشاط رقم (5) روابط	تشرح المرشدة أهمية التواصل والتفاعل مع الآخرين، وخاصة أهل البيت، لما لذلك من مردود نفسي قوي جداً على المشاركات، وتوضح كيف أن التفاعل والتواصل يقلل من أوقات العزلة التي توسوس للشخص وساوس قادرة على قتل دفاعاته وتهدد صحته النفسية.	شرح وحوار ونقاش	لا يحتاج هذا النشاط لأدوات	10 دقيقة	تقوية الروابط الاجتماعية
نشاط رقم (6) خلاصة وإنهاء	تلخص المرشدة ما تم في الجلسة، وتهيء المشاركات لإنهاء البرنامج خلال الجلسة القادمة.	الحوار والنقاش	الورق اللغاف، قلم بورد	10 دقائق	لا يوجد

مخرجات الجلسة:

من المتوقع من المشاركات بعد انتهاء الجلسة:

- أن يعترفن بمرضهن ويدركن أنه أمر واقع لا مجال لإنكاره.
- أن يصبرن على هذا المرض.
- أن يقبلن العلاج ويتوكلن على الله.
- أن يتخذن الدعاء سبيلاً.

المكان:

مركز بيتنا لرعاية مريضات سرطان الثدي، ولجان العمل الصحي/ حلحول.

رقم الجلسة (10)

عنوان الجلسة: إنهاء البرنامج الإرشادي.

زمن الجلسة: ثلاث ساعات.

وصف الجلسة: تقوم الباحثة بالترحيب بالمشاركات في المجموعة الإرشادية، والثناء عليهن للالتزام بالحضور، والعمل على مناقشة أهم ما ورد في الجلسة السابقة، وتتضمن هذه الجلسة تقويم الجلسات الإرشادية للبرنامج، ومعرفة مدى التحسن الذي تشعر به المشاركات بعد تطبيق البرنامج، والتأكيد على ضرورة الاستمرار في تنفيذ ما تم اكتسابه، وبعد ذلك تقوم الباحثة بتطبيق مقياس التدبير (القياس البعدي). ومن ثم تشكر أفراد المجموعة على المشاركة في البرنامج.

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	ملاحظات عامة
نشاط رقم (1) افتتاح	الاستقبال والترحيب بالمشاركات الحاضرات لعقد الجلسة، والاطمئنان على أحوالهن.	المناقشة والحوار	الشرح	5 دقائق	لا يوجد
نشاط رقم (2) تقويم البرنامج الإرشادي	تقوم المرشدة بمراجعة الجلسات الإرشادية السابقة، والتأكيد على ضرورة تطبيق الاستراتيجيات التي تم اكتسابها بعد الانتهاء من البرنامج.	الحوار والنقاش التشجيع والتدعيم الأسئلة السقراطية	لا يحتاج هذا النشاط لأي أدوات	40 دقيقة	معرفة مدى النجاح الذي حققته من هذا البرنامج
نشاط رقم (3) تطبيق مقياس التدبير	تقوم الباحثة بتطبيق مقياس التدبير على أفراد المجموعة.	تطبيق المقياس	مقياس التدبير أقلام	الوقت مفتوح	الحصول على نتائج المقياس

عنوان النشاط	وصف النشاط	الإجراءات	الأدوات والوسائل	مدة النشاط	ملاحظات عامة
نشاط رقم (4) ختام	احتفالية بسيطة من أجل انتهاء البرنامج وتوديع المشاركات، مع التأكيد على امكانية التواصل في أي وقت يحتجن لذلك.	احتفال ونقاش	لوازم الاحتفال	الوقت مفتوح	ترك طابع إيجابي لدى المشاركات

مخرجات الجلسة:

- تطبيق مقياس التدبير.
- انتهاء البرنامج.
- ترك طابع جميل لدى المشاركات.

المكان:

مركز بيتنا لرعاية مريضات سرطان الثدي، ولجان العمل الصحي/ حلحول.

مراجع البرنامج الإرشادي:

- بيك، جوديث. (2007). العلاج المعرفي "الأسس والأبعاد"، ط(1)، (ترجمة: طلعت مطر)، القاهرة: المركز القومي للترجمة.
- نصار، جهاد، ودرأوشة، سعيد، (2008)، كراسة فعاليات وأنشطة (كسر الجليد)، إدارة الشبيبة والمجتمع، لواء الجنوب.
- العمري، صالح (2011). فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى القلق لدى التلاميذ الأيتام بالطائف، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك عبد العزيز، المملكة العربية السعودية.

ملحق (2): مقياس كارفر للتدبير النفسي.
مقياس كارفر للتدبير النفسي

السلام عليكم ورحمة الله

تقوم الباحثة بإجراء دراسة عن " فاعلية برنامج إرشادي لتعزيز استراتيجيات التدبير لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل"، استكمالاً للحصول على درجة الماجستير في الإرشادي التربوي والنفسي، لذلك يرجى منكم قراءة الفقرات والتكرم بوضع إشارة (X) في المربع الذي تشعر أنه ينطبق عليك، مع العلم أن ما ستدلون به من آراء سوف يستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكرة لكم حسن تعاونكم

اسم الباحثة: مرفت أبو غبوش.

بإشراف: د. نبيل الجندي.

القسم الأول: البيانات الشخصية

الاسم:

العمر: 25 سنة فما دون 26 - 40 أكثر من ذلك

المستوى العلمي: ثانوية عامة فما دون بكالوريوس دراسات عليا

الوضع الاقتصادي: أقل من 2000 شيكل 2001 - 3000 3001 فما فوق

الوضع الاجتماعي: متزوجة عزباء أرملة مطلقة

مدة الإصابة: أقل من ثلاثة شهور ثلاثة شهور إلى ستة شهور ستة شهور ويوم

إلى سنة أكثر من ذلك

القسم الثاني: بنود الاستبانة

معارض بشدة	معارض	محأيد	موافق	موافق بشدة	العبارة	
					أحاول التقدم نتيجة التجربة والخبرة.	1
					أشغل تفكيري بالانشغال بنشاطات أخرى.	2
					عندما أنزعج أعمد إلى تفريغ انفعالاتي.	3
					أطلب المشورة من شخص آخر حول ما يجب عليه فعله.	4
					أركز جهدي في عمل أقوم به.	5
					أقول لنفسي: هذا ليس حقيقي.	6
					أضع ثقتي دائماً بالله.	7
					ينتابني الضحك نتيجة الوضع الحالي.	8
					أعترف لنفسي بأنني لا أستطيع التعامل مع الوضع الراهن، ويجب أن أتوقف عن المحاولة.	9
					أضبط نفسي عند القيام بالأعمال بسرعة كبيرة.	10
					أفضل مناقشة مشاعري مع شخص ما.	11
					أتناول المخدرات والكحول لأشعر بتحسن.	12
					أحاول الاعتقاد على فكرة أن يحدث ما يحدث.	13
					أتحدث مع الآخرين للحصول على معلومات أكثر حول الموضوع.	14
					أمنع نفسي من الانهماك بأفكار أو نشاطات ما.	15
					أستغرق في أحلام اليقظة.	16
					أنا منزعج وقلق من وضعي.	17
					أطلب العون من الله فقط.	18
					لدي خطة عمل في حياتي.	19
					القي الدعابات حول الوضع الراهن.	20
					أتقبل وضعي، وأتقبل عدم إمكانية تغييره.	21
					أمتنع عن القيام بأي شيء حتى يسمح الوضع.	22
					أحاول الحصول على الدعم العاطفي من أصدقائي أو أقاربي.	23
					توقفت عن محاولة تحقيق أهدافي.	24
					أقوم بمحاولات إضافية للتخلص من مشكلتي.	25

معارض بشدة	معارض	محأيد	موافق	موافق بشدة	العبارة	
					أحاول الابتعاد عن الواقع لبعض الوقت عن طريق شرب الكحول أو تعاطي المخدرات.	26
					أرفض الاستسلام للأمر الواقع فيما حدث لي.	27
					أسعى دوماً لتفيس مشاعري.	28
					أحاول رؤية الوضع بمنظور آخر لأجعله يبدو أكثر إيجابية.	29
					أتحدث لأي شخص يمكنه القيام بإجراءات ملموسة بخصوص مشكلتي.	30
					أنام أكثر من المعتاد.	31
					أحاول أيجاد استراتيجية جديدة للتعامل مع الوضع الجديد.	32
					أركز على التعامل مع مشكلتي الحالية، وإذا لزم الأمر أترك الأمور الأخرى تسير لوحدها.	33
					هناك من يتعاطف معي ويتفهمني من بين المحيطين بي.	34
					أتناول الكحول والمخدرات للتقليل من التفكير بمشكلتي.	35
					أنظر لمشكلتي بجدية.	36
					أتخلى عن محاولاتي للحصول على ما أريد.	37
					أبحث عن شيء إيجابي فيما حدث لي.	38
					أفكر في كيفية التعامل بشكل أفضل مع مشكلتي.	39
					أدعي بأن ما حدث لي لم يحدث فعلاً.	40
					أتأكد من عدم جعل الأمور أكثر سوءاً من خلال التسريع في التعامل معها.	41
					أبذل جهدي لمنع أي شيء يعيق جهودي في التعامل مع مشكلتي.	42
					أذهب إلى السينما أو أشاهد التلفاز لأقلل من التفكير في مشكلتي.	43
					أقبل حقيقة أن ما حدث قد حدث.	44

معارض بشدة	معارض	محايد	موافق	موافق بشدة	العبارة	
					أسأل الآخرين الذين مروا بنفس تجربتي عن كيفية تعاملهم مع مشكلتهم.	45
					أشعر بالكثير من الاضطرابات الانفعالية.	46
					اتخذت إجراءات مباشرة للالتفاف على مشكلتي.	47
					أحاول إيجاد السكينة في ديني.	48
					أتحكم بنفسي للقيام بالأعمال في الوقت المناسب.	49
					أسخر من الوضع الراهن.	50
					أقلل من جهودي المبذولة لحل المشكلة.	51
					تحدثت مع شخص ما عن ما أشعر به.	52
					أتناول المسكنات للتخفيف من مشكلتي.	53
					تعلمت كيفية التعايش مع مشكلتي.	54
					وضعت جانباً النشاطات الأخرى، من أجل التركيز في مشكلتي.	55
					أفكر بعمق في الخطوات التي يجب علي اتخاذها.	56
					أتصرف وكأن شيء لم يحدث.	57
					أقوم بما يجب علي القيام به، فأنا مركز فيما يجب القيام به.	58
					تعلمت شيء جديد من هذه التجربة.	59
					أصلي أكثر من المعتاد.	60

ملحق (3): قائمة بأسماء المحكمين لمقياس كارفر للتدبر، والبرنامج الإرشادي:

1. الدكتور محمد عكة (كلية فلسطين الأهلية)

2. الدكتور محمد عبد الفتاح شاهين (جامعة القدس المفتوحة).

3. الدكتور محمود حماد (جامعة بيت لحم).

4. الدكتور سعيد عوض (جامعة القدس).

5. الدكتوراه سهير الصباح (جامعة القدس).

6. الدكتور سمير شقير (جامعة القدس).