الجمعية السعودية للإرشاد النفسي
Saudi Association for Psychological Counseling

جامعة الأميرة نورة بنت عبدالرحمن
Princess Nourah bint Abdulrahman University

المجلة السعودية للإرشاد النفسي

Saudi Journal of Psychological Counseling

مجلة علمية محكمة نصف سنوية تصدر عن الجمعية السعودية للإرشاد النفسي
بجامعة الاميرة نورة بنت عبد الرحمن

المجلد(٢) - العدد (٢) - جماد الثاني ١٤٤٥هـ - نوفمبر ٢٠٢٣م
Volume (2) - Issue (2) - Jumada II 1445 - November 2023

ISSN P 1658-9688
ISSN E 1658-967X
DOI Prefix 10.60159

فاعلية برنامج قائم على الإرشاد المعرفي السلوكي لخفض أعراض ما بعد الصدمة وأثره على زيادة الدافعية للعلاج لدى المصابات بالسرطان في مدينة الرياض

ريم حميدان معيكل البقمي
جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية
استُلِم بتاريخ ٢٠٢٤/١/٣١ وقُبِل للنشر بتاريخ ٢١/ ٢٠٢٤/٤

المستخلص: هدفت الدراسة للكشف عن فاعلية برنامج قائم على الإرشاد المعرفي السلوكي لخفض أعراض ما بعد الصدمة، وأثره على زيادة الدافعية للعلاج لدى المصابات بالسرطان في مدينة الرياض، وقد تم اختيار عينة الدراسة بالطريقة القصدية، حيث تكونت من (١٨) امرأة من النساء المصابات بالسرطان بمدينة الرياض، تم تقسيم العينة عشوائيًا إلى مجموعتين متكافئتين تجريبية وضابطة، واشتملت كل مجموعة على (٩) مصابات بالسرطان، ولتحقيق أهداف الدراسة: قامت الباحثة باستخدام المنهج شبه التجريبي، وإعداد مقياس أعراض ما بعد الصدمة، ومقياس الدافعية للعلاج، وبرنامج قائم على الإرشاد المعرفي السلوكي. وتوصلت هذه الدراسة إلى النتائج الآتية: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس أعراض ما بعد الصدمة في اتجاه التطبيق القبلي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس الدافعية للعلاج في اتجاه التطبيق البعدي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين: التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمقياس أعراض ما بعد الصدمة في اتجاه المجموعة الضابطة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين: التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمقياس الدافعية للعلاج في اتجاه المجموعة التجريبية، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين: البعدي والتتبعي لمقياسي أعراض ما بعد الصدمة والدافعية للعلاج، مما يدلّ على استمرار أثر البرنامج وفاعليته.

الكلمات المفتاحية: الإرشاد المعرفي السلوكي، أعراض ما بعد الصدمة، الدافعية للعلاج، المصابات بالسرطان.

The Effectiveness of Program Based on Cognitive Behavioral Counseling in Reducing the Symptoms of Post-traumatic and Its Impact on Increasing Motivation for Treatment of Women with Cancer in Riyadh.

Reem Hemidan Albogami
Imam Mohammed Ibn Saud Islamic University
Received on 31/1/2024 prior to publication on 21/4/2024

Abstract: The study aimed to reveal the effectiveness of a program based on cognitive-behavioral counseling to reduce post-traumatic symptoms and its effect on increasing motivation for treatment among women with cancer in the city of Riyadh. The study sample was selected intentionally, consisting of (18) women with cancer in Riyadh, then the sample was divided randomly into two equal groups, experimental group, and control group, and it included (9) women with cancer in each group. Therefore, to achieve the objectives of the study the researcher used quasi-experimental approach, prepared post-traumatic symptoms scale, the treatment motivation scale, and preparation of a program based

Rhalbogami@hotmail.com
DOI: 10.60159/2467-002-003-002

on cognitive-behavioral counseling. This study concluded the following results: There are statistically significant differences between the mean ranks scores of the experimental group in the pre and post-applications of the post-traumatic symptoms scale in direction of the pre application. Furthermore, there are statistically significant differences between the mean ranks scores of the experimental group in the pre and post-applications of the treatment motivation scale in direction of the post-application. However, there are no statistically significant differences between the mean ranks scores of the experimental group in the post and follow-up applications of the post-traumatic symptoms and treatment motivation scales, which shows continues of the impact and effectiveness of the program.

Keywords: Counseling program- Posttraumatic Stress Symptoms- Motivation for treatment- Women with Cancer

مقدِّمة وخلفية نظرية

يتعرّض الأفراد في حياتهم اليومية إلى تجارب مختلفة، منها تجارب سلبية وخارجة عن سيطرتهم؛ كتعرض الفرد لحادث سيارة، أو اعتداء، أو وفاة عزيز، أو الإصابة بمرض مزمن؛ كالإصابة بمرض السرطان الذي قد يكون من الخبرات المؤلمة التي تؤثّر على الفرد من الناحية: النفسية، والاجتماعية، والمعرفية.

فمرض السرطان يُعرَّف بأنه: اختلال في تركيب الخلايا التي تتكاثر بشكل مختلف عن وضعها الطبيعي ونظامها المعتاد، فتقوم هذه الخلايا بتوليد خلايا تتشابه مع الخلايا المصابة فتكوّن الأورام السرطانية. فالإصابة بالسرطان يعدُّ حدثًا صادمًا، تصاحبه تغيرات سلبية تؤثّر في حياة المريض، ولذلك يعدُّ السرطان من التحدِّيات التي تواجه الأفراد والمجتمعات، حيث إن أكثر من نصف أمراض السرطان أو ما يطلق عليها الأورام الخبيثة لا يتم علاجها بشكل تام؛ بسبب عدم معرفة الأسباب الحقيقة المسبِّبة لها (عطون، ٢٠١٨).

ويُعَدُّ مرض السرطان السبب الرئيس الثاني للوفاة على مستوى العالم، حيث أشارت إحصائيات الوكالة العالمية لأبحاث السرطان (٢٠٢٠) إلى أن عدد المصابين بلغ حوالي (١٩,٣) مليون حالة على مستوى العالم، وحوالي (١٠,٠) مليون حالة وفاة بالسرطان، وأن أنواع السرطان الأكثر انتشارًا لدى النساء في أنحاء العالم في عام (٢٠٢٠) هو سرطان الثدي بنسبة (٣١,٢٪)، يليه سرطان عنق الرحم بنسبة (٩,٨٪)، بعد ذلك سرطان الغدة الدرقية بنسبة (٧,٤٪)، ثم يليه سرطان القولون بنسبة (٦,٨٪)، ثم سرطان الرئة بنسبة (٥,٨٪)، ثم سرطان بطانة الرحم بنسبة (٥,٢٪)، ثم سرطان المبيض بنسبة (٤,١٪)، وبنسبة (٢٩,٧٪) لأنواع أخرى من السرطانات (The International Agency for Research on Cancer,2020).

وأشار المركز الوطني للمعلومات الصحية (٢٠١٧) إلى عدد حالات السرطان المكتشفة والمسجلة في مختلف المرافق الصحية الحكومية والخاصة، حيث بلغت (١٧٧١٨)حالة، منها (٣٨٢٥) حالة لغير السعوديين.

كما أشارت التقارير السنوية للسجل السعودي للأورام في عام (٢٠١٧) إلى عدد حالات الإصابة بالسرطان بين النساء في مناطق المملكة العربية السعودية، حيث بلغ أعلى عدد للحالات لدى النساء في منطقة الرياض (٢١٧٥) حالة، تليها منطقة مكة المكرمة (١٩٢٧) حالة، ثم المنطقة الشرقية (١٦٠٧) حالة.

وذكر عروج (٢٠١٧) أن المصابات بالسرطان يتعرَّضن لحالة من الخوف والحزن والقلق؛ نتيجة للتفكير الدائم بالمرض ونتائجه المتوقعة، مما يؤدي إلى عدم الاستقرار النفسي، ومن زاوية أخرى قد تتعرض المصابات بالسرطان إلى بعض المشكلات الاجتماعية التي تتضمن الهروب من المواجهة ومن نظرات الشفقة من الآخرين، مما يسبِّب لهن الشعور بالوحدة والعزلة.

ورغم تطور الأبحاث العلمية في مجال مكافحة السرطان وإمكانية الشفاء من بعض الأورام السرطانية، إلا أن السرطان يبقى في الأوساط الطبية وبين العامة مرتبطًا بالموت ببعديه: البيولوجي، والاجتماعي. فنجد الأفراد عند حديثهم عن السرطان يتناولون صورًا أخرى للألم، مثل: صعوبة العلاج الكيميائي، والبتر الناتج عن العملية الجراحية، ونقص أو اختفاء الوظائف الحيوية والعملية، والخوف من العزلة (مشري، ٢٠١٦).

وفي ضوء ذلك يُحدِث السرطان جرحًا نرجسيًّا على نفسية المريض، وبشكل أعمق على المرأة، حيث تعتبر الأنوثة والجمال مصدرًا مهمًا لهويتها، وبالتالي تتعرض النساء لصراع نفسي حاد بين الرفض التام للواقع ومحاولة التكيّف والتفكير في المصير المجهول (خليفة، ٢٠١٨).

ويُعَدُّ السرطان مرضًا يهدِّد الحياة، ومن الضغوط التي يمكن أن تثير اضطراب ما بعد الصدمة لدى المصابين بالسرطان، حيث يرتبط تشخيص السرطان وعلاجه بسلسلة من الضغوطات والتحدِّيات، بما في ذلك: الجراحة، والعلاج الكيميائي والإشعاعي، والعلاج المناعي والهرموني، والآثار الجانبية المرتبطة بها، مثل: الألم، والتشوه، والتعب، وأعراض الجهاز الهضمي، وتهيج الجلد، وكذلك المضاعفات الطبية التي تحدث؛ نتيجة المرض أو خلال العلاج، بالإضافة إلى الاستجابات الانفعالية لدى المصابين، مثل: الخوف الحاد، والحزن، والغضب، وكذلك صعوبات التكيُّف والقلق والاكتئاب (Cordova et al,. 2017).

وتُعرِّف المنظمة العالمية للصحة (World Health Oragnazition,2020) اضطراب ما بعد الصدمة (PSTD) بأنه: "استجابة فورية قصيرة أو طويلة أو مؤجلة لحدث صدمي أو موقف ضاغط، يتصف بأنه ذو

طبيعة مهددة أو فاجعة، تسبِّب الضيق والحزن الشديد؛ كالحوادث الخطرة والكوارث الطبيعية، أو أن يكون الفرد ضحية التعذيب أو الإرهاب، أو مشاهدة الموت لأشخاص آخرين".

وذكر بلعيد (٢٠١٨) أن اضطراب ما بعد الصدمة يحدث؛ نتيجة التعرض للكوارث الطبيعية والبشرية؛ كحوادث السيارات، الحروب، العنف أو مشاهدة أحداث مفجعة، الاعتداء الجنسي، بالإضافة إلى الاعتقال أو التعذيب، أو نتيجة للإصابة بمرض. وهناك عوامل متعددة تؤثِّر وتساهم بزيادة نسبة الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة، منها: المشكلات الأسرية والنفسية خلال مرحلة الطفولة، حيث يكون الفرد عرضة للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة بنسبة عالية إذا كان لديه تاريخ عائلي للأمراض النفسية، أو تعرض للعنف الجنسي أو الجسدي في مرحلة الطفولة. ومن العوامل أيضًا: نوع الفرد وعمره والمستوى الاقتصادي والاجتماعي، فالأفراد في الأعمار المتوسطة أكثر عرضة للإصابة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من الفئات العمرية الأخرى، بالإضافة إلى أن الأفراد أصحاب المستويات الاقتصادية والاجتماعية المنخفضة أكثر استعدادًا للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة من غيرهم.

وكذلك أشارت بعض الدراسات، مثل دراستي: كاساجراندي وآخرين (Casagrande et al,. 2020) ووينق وآخرين (Wang et al,. 2020) إلى أن الإناث أكثر استعدادًا وقابلية من الذكور للإصابة والتعرض أكثر لأعراض كرب ما بعد الصدمة، فالإناث أكثر تأثرًا بالصدمات والحوادث والكوارث الطبيعية من الذكور، وبالتالي تكون معاناتهن بصورة أكبر.

بالإضافة إلى أنه يوجد عاملٌ مهمٌّ في قابلية تعرض الأفراد لاضطراب ما بعد الصدمة، ويتمثَّل في رؤية الفرد لنفسه كضحية، ويعمل على تفعيل جميع معلوماته عن الصدمة بشكل سلبي، حيث ينظر لنفسه كشخص عاجز، وهذا ما يُطلَق عليه بمصطلح الهزيمة العقلية (Mental Defeat)، بحيث يضيف الفرد إلى ذكرياته عن الصدمة تفاصيل متعددة عن الموت، والخوف، وعدم المساندة، والشعور بالرعب (ستوخر، ٢٠١٠/ ٢٠١٩).

ولقد فسَّرت النظريات المختلفة اضطراب ما بعد الصدمة كل حسب اهتمامه ومجال تركيزه؛ إذ يرى أصحاب النظرية السلوكية أن أعراض ما بعد الصدمة النفسية هي بمثابة استجابات متعلمة عند الفرد الذي يتعرض لمثير معين، فأي مثير ضار للفرد يقوده للاستجابة بعدد من المظاهر الانفعالية في صورة أعراض واضطرابات تدلّ على معاناته مع هذا المثير (أبو عيشة وعبد الله، ٢٠١٢)، بينما يؤكّد المنظور المعرفي أن

الاضطرابات النفسية تمثِّل بنية متعددة الأبعاد: جسدية، وانفعالية، ومعرفية، وسلوكية، وثقافية. وتتمثّل بنية الاضطراب النفسي بشكل أفكار تلقائية سلبية وتشوُّهات معرفية، وعليه يُعَدُّ الضعف الناتج عن الصدمات هو أساس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، ويسبِّب حالة من الشلل الوظيفي للأفراد الذين تعرضوا للصدمات، فيصبح لديهم عجز في عملية التكيّف مع الصعوبات اليومية (بلحسيني، ٢٠١٨).

ولقد أشارت العديد من الدراسات إلى انتشار اضطراب وأعراض ما بعد الصدمة لدى المصابات بالسرطان كدراسة المناحي (٢٠٢٠) التي أظهرت نتائجها ارتفاعًا في مستوى اضطرابي ضغوط ما بعد الصدمة والاغتراب النفسي لدى المصابين بالسرطان من الجنسين، ووجود علاقة طردية بينهما، ووجود فروق دالة إحصائيًا في مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لمتغيري العمر المرضي ونوع السرطان، وكذلك أظهرت النتائج إمكانية التنبُّؤ باضطراب ما بعد الصدمة من خلال بعدي الاغتراب عن الذات وعن الآخرين.

وأشارت دراسة عوض (٢٠٢٠) إلى انتشار أعراض ما بعد الصدمة لدى المصابات بالسرطان والمتمثّلة بمشاعر الضيق، وإعادة تكرار الخبرة الصادمة، واستثارة مفرطة، بالإضافة إلى سلوكيات تجنُّبية لكل ما يذكِّرها بالحدث الصادم، وصعوبات التكيّف مع المرض.

وكشفت دراسة أوليفيري وآخرين (Oliveri et al,. 2019) أن أكثر من (٩٠٪) من المصابات بالسرطان عانين من اضطراب ما بعد الصدمة بعد تشخيصهن بالسرطان، وحوالي (١٤٪) منهن يعانين من أعراض حادة لاضطراب ما بعد الصدمة، و(٧٦,٧٪) يعانين من أعراض معتدلة. كما أوضحت النتائج استمرار اضطرابات ما بعد الصدمة إلى عامين بعد الخروج من المستشفى، ووجود أعراض اقتحامية أثّرت على تكيّف المزاج لديهن، ووجود القلق وأعراض تجنُّبية على المدى الطويل.

وأظهرت دراسة نيب وآخرين (Nipp et al,. 2018) أن معدل خطر إعادة الدخول إلى المستشفى لدى المصابين والمصابات بالسرطان لمدة (٩٠) يومًا كانت (٣٨,٩٪)، كما أظهرت النتائج ارتفاع مستويات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وارتباطها بكل من الأعراض الجسدية والاكتئاب والقلق عند المصابين الأصغر سنًّا، والنساء، وحالات سرطان الجهاز التناسلي.

وتوصلت دراسة شاند وآخرين (Shand et al,. 2015) إلى معاناة المصابات بسرطان المبيض من الاكتئاب المرتبط بالأعراض التجنبية، والقلق المرتبط بأعراض فرط الاستثارة، وإلقاء اللوم على الذات.

ونتيجة للإصابة بالسرطان وتعرض المصابات لأعراض ما بعد الصدمة؛ فإنه من المحتمل أن تقل دافعيتهن للعلاج؛ نتيجة الآثار النفسية السلبية من صدمة الإصابة بالسرطان؛ فقد أشار لاكورت وآخرون (Lacourt et al,. 2018) إلى أن المرضى الذين يعانون من التعب المرتبط بالسرطان لديهم ضعف في الدافعية، حيث أظهروا درجات عالية باستمرار عن نقص الدافع الذي أبلغوا عنه في أثناء العلاج الكيميائي.

كما أظهرت دراسة واسلي وآخرين (Wasley et al,. 2018) أن مرضى سرطان الرئة وسرطان الجهاز الهضمي يعانون من انخفاض مستويات النشاط البدني، وانخفاض الدافعية والفعالية الذاتية مع وجود مخاوف لديهم بأن ممارسة النشاط البدني يؤدي إلى تفاقم الأعراض أو يسبِّب الضرر، في حين كشفت دراسة حسيني وآخرين (Hosseini et al,. 2021) عن وجود ثلاثة دوافع رئيسة لمرضى السرطان نحو الشفاء تمثّلت في: رغبتهم في البقاء، وروح التفاؤل، وشعورهم بالمسؤولية.

ويعبّر ضعف الدافع أو انعدامه عن رغبة منخفضة لبذل أي جهود في أثناء العلاج؛ إذ تُعرَّف الدافعية بأنها: مجموعة متنوعة من العمليات المعرفية التي تساهم في القدرة على تحقيق النتائج السلوكية المرغوبة، وتعزيز البدء بسلوك ما، والحفاظ عليه وتحقيقه (Durosini et al,. 2021).

وعليه يؤكّد دريشنر وآخرون (Drieschner et al,. 2004) أن دافع المريض يعدُّ عاملًا أساسيًّا في العلاج النفسي، فالمريض لا يتلقى العلاج النفسي فقط، بل يجب أن يشارك فيه بنشاط، فدافعه اتجاه العملية العلاجية –الذي يشار إليه بالالتزام أو الامتثال أو المشاركة الفعالة في العلاج– له دور حيوي في حصوله على نتائج إيجابية، وعلى النقيض الافتقار إلى الدافع يقود إلى نتائج سلبية من العلاج والانتكاس.

حيث يلعب الدافع دورًا مهمًا في علاج أي مرض، علاوة على ذلك فإن الدافع هو عامل يؤثّر على المرضى للبحث عن إمكانيات العلاج، واتباع تعليمات العلاج، وحدوث تغييرات إيجابية على المدى الطويل (Millere et al,. 2014).

إن العلاقة بين الأمراض الجسمية والعوامل النفسية علاقة متبادلة، فالعوامل النفسية تلعب دورًا مهمًا في حدوث العديد من الأمراض الجسمية وتطورها، كما أن الأمراض الجسمية تؤثّر على المرضى نفسيًا؛ لأنها تُحدِث تغيرًا في حياتهم وتفاعلهم مع البيئة، فالمرضى الذين يتلقون العلاج الكيمائي أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب والقلق، أما المرضى الذين يعانون من تكرار ظهور المرض فتظهر عليهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. وبناء على ذلك؛ فإن عملية الفهم الشامل لاحتياجات المصابات بالسرطان، وكذلك ردود الفعل

النفسية للمصابات هو حاجة ضرورية؛ لتحديد معايير الرعاية وأساليب العلاج التي تتناسب مع الاضطرابات النفسية التي قد تؤخّر أو تعقد عملية العلاج لدى المصابات (عطون، ٢٠١٨).

كما أشار عبد العال (٢٠١٧) إلى أهمية التكامل بين الخدمات النفسية والخدمات الطبية؛ وذلك من خلال علاج الاضطرابات النفسية الناتجة عن الخبرات الصادمة، مما يساعد على فعالية وتقدّم العلاج الطبي، وبالتالي توفير كثير من الأوقات والأموال المهدرة، حيث إن تحسن الحالة النفسية له أثر إيجابي على تقوية مناعتهن وصحتهن الجسدية، وبالتالي يسهل علاج الأعراض والإصابات الجسدية الناتجة عن الصدمات.

وتوجد العديد من الأدلة التي تؤكد أن العلاج المعرفي السلوكي آمن وفعال لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة الحاد والمزمن لدى البالغين والأطفال؛ فقد تم استخدام العلاج المعرفي السلوكي عبر عدة ثقافات، وتم استخدامه من قبل كثير من المعالجين، حيث وُجد أن العلاج المعرفي السلوكي له دور وقائي من خلال تغيير التشوهات المعرفية التي تكون لدى الأفراد، كما تم استخدامه في المراكز المجتمعية، والمدارس، والعيادات في أعقاب الكوارث الطبيعية؛ كنوع من العلاج الوقائي أو العلاجي للأفراد الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة. ونجد أن هناك مجموعة من الأعراض التي ترتبط بالإصابة باضطراب ما بعد الصدمة، منها: الأرق، والأعراض الجسدية والنفسية التي أثبتت تحسنها من خلال استخدام العلاج المعرفي السلوكي الذي يقوم بتثقيف المصابين بالاضطراب حول ردود الفعل الشائعة للصدمة، وتدريبهم على الاسترخاء، وتحديد التشوهات المعرفية وتعديلها، وإعادة الهيكلة المعرفية، والتعرض المتدرج للحدث الصادم (Kar, 2011).

ولقد توجه عدد من الدراسات إلى استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع المصابات والمصابين بمرض السرطان، منها: دراسة عليوة (٢٠١٩) التي هدفت إلى التعرُّف على مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لإدارة الضغوط الانفعالية لمريضات سرطان الثدي، وتكوّنت عينة الدراسة من (١٤) مريضة من مريضات سرطان الثدي، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الضغوط النفسية لصالح المجموعة التجريبية.

وقامت دراسة أبي غبوش (٢٠١٧) بهدف التعرُّف على أثر برنامج إرشادي قائم على النظرية المعرفية السلوكية لتعزيز استراتيجيات التدبر النفسي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي في فلسطين، وتكوّنت

عينة الدراسة من (٣١) مصابة بسرطان الثدي، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات التدبُّر النفسي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح القياس البعدي.

وهدفت دراسة العباني (٢٠١٣) إلى معرفة مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لعلاج الاكتئاب لدى عينة من الشباب المصابين بالسرطان، وتكوّنت عينة الدراسة من (٢٠) حالة بواقع (١٠ ذكور، ١٠ إناث) ممن تم تشخيصهم بسرطان الدم (اللوكيميا) بمستشفى عين شمس الجامعي بمصر، وأظهرت النتائج فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في علاج مستوى الاكتئاب لدى أفراد العينة التجريبية.

وقامت دراسة كوكير وبلاند (Cocker & Belland, 2007) بهدف التعرُّف على أثر العلاج المعرفي السلوكي لتحسين الحالة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي، وبلغ عدد أفراد العينة ست مصابات، مع الاستمرار بالجلسات العلاجية لمدة (١٢) أسبوعًا، حيث أشارت النتائج إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الجوانب العاطفية واحترام الذات، وانخفاض القلق والاكتئاب.

ويلاحظ من نتائج الدراسات العلمية تأكيدها على الاهتمام بالجانب النفسي للمصابين بمرض السرطان، وضرورة تقديم البرامج الإرشادية المناسبة كبرامج العلاج المعرفي السلوكي، إلا أن أيًا منها لم يتناول متغيري اضطراب ما بعد الصدمة والدافع للعلاج لدى المصابات السرطان، إضافة إلى أنه رغم ما بذلته القطاعات الصحية والمؤسسات والجمعيات في المملكة العربية السعودية –مثل: الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، مركز عبد اللطيف جميل للكشف المبكر، جمعية زهرة، مستشفى الملك فيصل التخصصي، ومركز الأبحاث، وغيرها– من جهود وتقديم لخدمات الدعم والمعلومات للمصابات بالسرطان، إلا أن الجوانب النفسية لم تحظَ بالاهتمام الذي تستحقه المرأة المصابة، سواء في مرحلة تشخيصها بالسرطان أو في المراحل الأولى والمتأخرة من المرض.

ومن هذا المنطلق تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج قائم على الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض أعراض ما بعد الصدمة وأثره في زيادة الدافعية للعلاج لدى المصابات بالسرطان بمدينة الرياض.

مشكلة الدراسة

تتبلور مشكلة الدراسة بالتساؤل الرئيس الآتي: ما فاعلية برنامج قائم على الإرشاد المعرفي السلوكي لخفض أعراض ما بعد الصدمة، وأثره على زيادة الدافعية للعلاج لدى المصابات بالسرطان في مدينة الرياض؟

وتتفرع منه الأسئلة الفرعية الآتية:

١. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس أعراض ما بعد الصدمة في اتجاه التطبيق القبلي لدى المصابات بالسرطان؟
٢. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمقياس أعراض ما بعد الصدمة في اتجاه المجموعة الضابطة لدى المصابات بالسرطان؟
٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس الدافعية للعلاج في اتجاه التطبيق البعدي لدى المصابات بالسرطان؟
٤. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين: التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمقياس الدافعية للعلاج في اتجاه المجموعة التجريبية لدى المصابات بالسرطان؟
٥. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين: البعدي والتتبعي لمقياسي أعراض ما بعد الصدمة والدافعية للعلاج لدى المصابات بالسرطان؟

أهداف الدراسة

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج قائم على العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض ما بعد الصدمة، وأثره على زيادة الدافعية للعلاج لدى المصابات بالسرطان في مدينة الرياض، من خلال التعرُّف على الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس أعراض ما بعد الصدمة، ومقياس الدافعية للعلاج، وكذلك التعرُّف على الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي والتتبعي لمقياس أعراض ما بعد الصدمة، ومقياس الدافعية للعلاج.

أهمية الدراسة

الأهمية النظرية

- تكمن أهمية الدراسة الحالية من خلال أهمية المتغيرات التي تناولتها، وهي: أعراض ما بعد الصدمة، والدافعية للعلاج لدى المصابات بالسرطان بمدينة الرياض.

- ندرة الدراسات العربية والأجنبية –في حدود اطلاع الباحثة– التي تناولت الإرشاد المعرفي السلوكي لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وأثره على زيادة الدافعية للعلاج لدى المصابات بالسرطان، لذلك برزت الحاجة لدراسة فاعلية هذا النوع من البرامج في البيئة السعودية.
- دعم دور الأبحاث التي تهتم بالجانب النفسي للمصابات بالسرطان في المملكة العربية السعودية؛ للاستفادة من مخرجاتها التي تساهم في تحسين الجوانب النفسية للتكيّف مع المرض.
- تناولت هذه الدراسة فئة مهمة في المجتمع، والمتمثّلة بالمصابات بالسرطان، والتعرُّف على البناء النفسي والخصائص السيكولوجية لهن، حيث تعدُّ الإصابة بالسرطان من الخبرات الصادمة التي يتعرض لها الأفراد، حيث تؤثّر على نفسية المصابة وعلاقاتها الاجتماعية.

الأهمية التطبيقية

- تتركز الأهمية التطبيقية في تقديم برنامج يسهم في خفض أعراض ما بعد الصدمة، ويساعد على زيادة الدافعية للعلاج لدى المصابات بالسرطان، وفي حدود اطلاع الباحثة فإن هذه الدراسة هي الدراسة الأولى في المملكة العربية السعودية حول هذا الموضوع، كما تتيح هذه النوعية من الدراسات مجالات جديدة للدراسة والبحث، وتوجيه المهتمين لجوانب بحثية لم تدرس من قبل.
- قدّمت الدراسة الحالية أدوات لقياس أعراض ما بعد الصدمة، والدافعية للعلاج؛ بسبب محدودية الأدوات المصممة لقياس هذه المتغيرات مع الفئة المحددة بالدراسة وفي المجتمع السعودي، حيث يمكن الاستفادة منهما في أبحاث مستقبلية من قبل باحثين آخرين، بالإضافة إلى إمكانية استخدامهما في العيادات والمراكز الإرشادية.

مصطلحات الدراسة

الإرشاد المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Counseling

عرَّفه عادل (٢٠٠٠) بأنه: "اتجاه علاجي، يعمل على الدمج بين فنيات العلاج المعرفي والعلاج السلوكي، ويعتمد على التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي معرفيًا وانفعاليًا وسلوكيًا. كما يعتمد على إقامة علاقة تعاونية بين المعالج والمريض؛ لإحداث التغيّرات في أفكارهم المشوهة ومعتقداتهم اللاعقلانية" (ص١٧).

وتُعرِّف الباحثة الإرشاد المعرفي السلوكي إجرائيًا بأنه: منهج إرشادي، يقوم على أساس فهم عملية التفاعل بين السلوكيات والأفكار والمشاعر، ويضم فنيات معرفية وسلوكية، تساعد على تحقيق عملية الفهم والتوازن لدى الفرد.

أعراض ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Symptoms-PTSS

عرَّفتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنها: مجموعة من الأعراض، تظهر بعد التعرُّض لحدث صادم، وترتبط بمشاعر من الضيق والضعف، وهذه الأعراض تتمثّل في إعادة الخبرة الصادمة، والتجنّب المستمر للمنبِّهات المرتبطة بالحدث، والتغيرات السلبية في الإدراك والمزاج، بالإضافة إلى تغيرات ملحوظة في الاستثارة وردّ الفعل المرتبط بالحدث الصادم (American Psychiatric Association, 2013)

وتُعرِّف الباحثة أعراض ما بعد الصدمة إجرائيًا بأنها: أعراض متعددة، تشمل: الجوانب النفسية، والجسدية، والسلوكية، والاجتماعية، التي تحدث بعد صدمة الإصابة بالسرطان، وتُقَاس هذه الأعراض بالدرجة التي حصلت عليها المصابة على مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة الذي قامت الباحثة بإعداده.

الدافعية للعلاج Motivation for Treatment

يُعرِّفها العيساوي (٢٠١٦) بأنها: حالة من التوتر الداخلي، تعمل على إثارة السلوك، ويدفعه لتحقيق هدف معين، كما تُعرَّف بأنها: استعداد الكائن الحي ليبذل أقصى جهد لديه؛ ليحقق أهدافه.

وتُعرِّف الباحثة الدافعية للعلاج إجرائيًا بأنها: درجة المسؤولية الذاتية، والجهد المبذول المرتبط بالتفاؤل؛ لتحقيق الدافعية اتجاه العلاج لدى المصابات بالسرطان، وتقاس بالدرجة التي حصلت عليها المصابة على مقياس الدافعية للعلاج الذي قامت الباحثة بإعداده.

المصابات بالسرطان Women with Cancer

تُعرِّف الباحثة المصابات بالسرطان إجرائيًا بأنهن: مجموعة من النساء اللاتي تم تشخيصهن بالسرطان بأنواعه المختلفة ممن يتلقين العلاج بمدينة الرياض في عدة مستشفيات ومراكز، وفي مراحل مختلفة من المرض والعلاج، وتتراوح أعمارهن بين (١٨-٦٥) سنة.

منهج الدراسة وإجراءاتها

منهج الدراسة

اعتمدت الباحثة في الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي؛ لمناسبته لأغراض الدراسة، واعتمدت هذه الدراسة على تصميم ذي مجموعتين متكافئتين: مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة؛ وذلك لملاءمته لطبيعة

ومتغيرات وهدف الدراسة. فالمتغير المستقل هو البرنامج الإرشادي القائم على العلاج المعرفي السلوكي، أما المتغير التابع فيتمثّل في أعراض ما بعد الصدمة وزيادة الدافعية.

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من المصابات بالسرطان بمدينة الرياض، والبالغ عددهن (٢١٧٥) مصابة وفق الإحصائية الواردة في السجل السعودي للأورام لعام ٢٠١٧ (المركز الوطني للمعلومات الصحية، ٢٠١٧).

عينة الدراسة

اعتمدت الدراسة على سحب عينة قصدية من الإناث المصابات بالسرطان، ويتلقين العلاج في مستشفيات الرياض، حيث بلغ عددهن (١٨) مصابة بالسرطان، وتم تقسيمهن عشوائيًّا إلى مجموعتين بواقع (٩) مصابات في المجموعة الضابطة، و(٩) مصابات في المجموعة التجريبية من الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان بمدينة الرياض، ومن ثم قامت الباحثة بالتحقُّق من التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل البدء بالبرنامج.

جدول ١ *التكرارات والنسب المئوية لأفراد عينة الدراسة وفقًا لعدد من المتغيرات الوصفية (ن=٣٠)*

المتغير	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		المجموع	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
العمر						
من ٢٣- إلى ٢٧	١	٪١١,١	٠	٪٠	١	٪٥,٦
من ٢٨- إلى ٣٢	١	٪١١,١	١	٪١١,١	٢	٪١١,١
من ٣٣ فأكثر	٧	٪٧٧,٨	٨	٪٨٨,٩	١٥	٪٨٣,٣
المجموع	٩	٪١٠٠,٠	٩	٪١٠٠,٠	١٨	٪١٠٠,٠٠
الحالة الاجتماعية						
متزوجة	٥	٪٥٥,٦	٧	٪٧٧,٨	١٢	٪٦٦,٧
منفصلة	٣	٪٣٣,٣	١	٪١١,١	٤	٪٢٢,٢
أرملة	١	٪١١,١	١	٪١١,١	٢	٪١١,١١
المجموع	٩	٪١٠٠,٠	٩	٪١٠٠,٠	١٨	٪١٠٠,٠٠
المستوى التعليمي						
ابتدائي	٢	٪٢٢,٢	٣	٪٣٣,٣	٥	٪٢٧,٨
متوسط	٤	٪٤٤,٤	١	٪١١,١	٥	٪٢٧,٨
ثانوي	٠	٪٠	١	٪١١,١	١	٪٥,٦
جامعي	٣	٪٣٣,٣	٤	٪٤٤,٤	٧	٪٣٨,٩
المجموع	٩	٪١٠٠,٠	٩	٪١٠٠,٠	١٨	٪١٠٠,٠٠
نوع السرطان						

المتغير	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		المجموع	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
سرطان الثدي	٤	٤٤,٤٪	٦	٦٦,٦٪	١٠	٥٥,٦٪
سرطان الغدد	٣	٣٣,٣٪	٢	٢٢,٢٪	٥	٢٧,٨٪
سرطان بالرأس	١	١١,١٪	١	١١,١٪	٢	١١,١٪
سرطان العمود الفقري	١	١١,١٪	٠	٠٪	١	٥,٦٪
المجموع	٩	١٠٠,٠	٩	١٠٠,٠٪	١٨	١٠٠,٠٠٪
تاريخ الإصابة بالمرض						
أقل من سنة	٣	٣٣,٣٪	٤	٤٤,٤٪	٧	٣٨,٩٪
من سنة إلى أقل من سنتين	٠	٠٪	١	١١,١٪	١	٥,٦٪
من سنتين إلى أقل من ثلاث سنوات	١	١١,١٪	١	١١,١٪	٢	١١,١٪
من ثلاث سنوات فأكثر	٥	٥٥,٦٪	٣	٣٣,٣٪	٨	٤٤,٤٪
المجموع	٩	١٠٠,٠٪	٩	١٠٠,٠٪	١٨	١٠٠,٠٠٪

أدوات الدراسة

١- مقياس أعراض ما بعد الصدمة لدى المصابات بالسرطان (من إعداد الباحثة)

قامت الباحثة بإعداد مقياس أعراض ما بعد الصدمة لدى المصابات بالسرطان؛ بهدف التعرُّف على الأعراض: النفسية، والجسدية، والسلوكية، والاجتماعية، التي تحدث بعد صدمة الإصابة بالسرطان. ونظرًا لعدم وجود أدوات مصممة لقياس هذه المتغيرات مع الفئة المحددة بالدراسة وفي المجتمع السعودي -في حدود اطلاع الباحثة-؛ فقد قامت الباحثة بتصميم مقياس يقيس أعراض ما بعد الصدمة.

وقد قامت الباحثة عند إعداد المقياس بالاطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة والمقاييس التي تناولت أعراض ما بعد الصدمة، ومنها: (الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5)، (Bruera et al,. 1991) (Sloan et al,. 1995)، (Davidson, 1997)، (Prins et al,. 2016)، (الضمور، ٢٠١٨)، (المناحي، ٢٠٢٠). وبعد ذلك تم تحديد أربعة أبعاد للمقياس في صورته الأولية كما يلي:

- البُعد الأول: ويمثِّل البُعد النفسي، ويتضمن الأعراض النفسية التي تطرأ على المصابة بالسرطان.
- البُعد الثاني: ويمثِّل البُعد الجسدي، ويتضمن الأعراض الجسدية التي تطرأ على المصابة بالسرطان.
- البُعد الثالث: ويمثِّل البُعد السلوكي، ويتضمن الأعراض السلوكية التي تطرأ على المصابة بالسرطان.
- البُعد الرابع: ويمثِّل البُعد الاجتماعي، ويتضمن الأعراض الاجتماعية التي تطرأ على المصابة السرطان.

بعد ذلك اشتقت الباحثة عبارات لهذه الأبعاد، بحيث تناسب المصابات بالسرطان، وتقيس الأعراض المراد قياسها في المقياس، حيث كان عدد العبارات (٣٧) عبارة في صورتها الأولية، وكان عدد العبارات الموجبة (٣٥) عبارة، والعبارات السلبية (٢). وراعت الباحثة صياغة العبارات بشكل بسيط ومختصر؛ لتكون واضحة للمسترشدين، وأعطت لكل عبارة (٥) استجابات وفقًا لمقياس ليكرت الخماسي، وهي: (دائمًا، غالبًا، أحيانًا، نادرًا، أبدًا).

وللتحقق من صدق الاتساق الداخلي لمقياس أعراض ما بعد الصدمة لدى المصابات بالسرطان؛ قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المقياس، ومجموع درجات البُعد الذي تنتمي إليه، والجدول الآتي يتضمن عرضًا للنتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية لصدق الاتساق الداخلي:

جدول ٢ *قيم معاملات ارتباط فقرات مقياس أعراض ما بعد الصدمة بالأبعاد (ن= ٣٠)*

البُعد الأول: البُعد النفسي		البُعد الثاني: البُعد الجسدي		البُعد الثالث: البُعد السلوكي		البُعد الرابع: البُعد الاجتماعي	
الفقرة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للبعد	الفقرة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للبعد	الفقرة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للبعد	الفقرة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للبعد
١	٠,٨٣٧**	١١	٠,٧٦٩**	١٩	٠,٧٢٠**	٢٨	٠,٨٦٢**
٢	٠,٨٧٨**	١٢	٠,٨٥٥**	٢٠	٠,٣٣٠	٢٩	٠,٦٠٧**
٣	٠,٨٣٥**	١٣	٠,٨٩٢**	٢١	٠,٩١١**	٣٠	٠,٧٤٨**
٤	٠,٨٦٩**	١٤	٠,٨٣٠**	٢٢	٠,٨٣٠**	٣١	٠,٣٣٥
٥	٠,٨٣٤**	١٥	٠,٨٣٥**	٢٣	٠,٨١٢**	٣٢	٠,٢٢١
٦	٠,٨٧٠**	١٦	٠,٨٨٣**	٢٤	٠,٨٧٢**	٣٣	٠,٤١١*
٧	٠,٨٢٦**	١٧	٠,٨١٦**	٢٥	٠,٨١٠**	٣٤	٠,٧٤٤**
٨	٠,٩٢٣**	١٨	٠,٧٤١**	٢٦	٠,٧٩٤**	٣٥	٠,٨٣٥**
٩	٠,٨٧٦**			٢٧	٠,٧٧٧**	٣٦	٠,٨١١**
١٠	٠,٨٣٠**					٣٧	٠,٦٣٩**
معامل الارتباط البُعد النفسي بالدرجة الكلية للمقياس	٠,٩٤٦**	معامل الارتباط البُعد الجسدي بالدرجة الكلية للمقياس	٠,٩٢٨**	معامل الارتباط البُعد السلوكي بالدرجة الكلية للمقياس	٠,٩٦٣**	معامل الارتباط البُعد الاجتماعي بالدرجة الكلية للمقياس	٠,٩١٧**

يتبيّن من الجدول (٢) أن قيم معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البُعدين الأول والثاني والدرجة الكلية لكل بُعد جميعها دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وفي البُعد الثالث قيم معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البُعد الثالث والدرجة الكلية للبعد دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١) عدا العبارة رقم (٢٠)، التي جاءت غير دالة إحصائيًا؛ لذلك قامت الباحثة بحذفها قبل التطبيق على

عينة الدراسة الأساسية، بينما في البُعد الرابع قيم معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البُعد والدرجة الكلية للبعد جميعها دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠٥) فأقل، عدا العبارتين رقم (٣١)، (٣٢)، اللتين جاءتا غير دالتين إحصائيًا؛ لذلك قامت الباحثة بحذفهما قبل التطبيق على عينة الدراسة الأساسية. كما يتبيّن أن قيم معامل الارتباط بين درجة كل بُعد من أبعاد مقياس أعراض ما بعد الصدمة لدى المصابات بالسرطان، والدرجة الكلية للمقياس، جميعها دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١).

كما قامت الباحثة بالتحقق من ثبات مقياس أعراض ما بعد الصدمة لدى المصابات بالسرطان بحساب معامل ثبات ألفا كرونباخ لكل بُعد من أبعاد المقياس وللمقياس ككل، وحساب معامل ثبات التجزئة النصفية المصحح بمعادلة (سبيرمان – براون)، وجاءت النتائج كما يظهر في الجدول الآتي:

جدول٣ *ثبات مقياس أعراض ما بعد الصدمة لدى المصابات بالسرطان باستخدام معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية (ن= ٣٠)*

أبعاد المقياس	عدد العبارات	طريقة حساب الثبات	
		ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية (سبيرمان – براون)
البُعد النفسي	١٠	٠,٩٥٦	٠,٩٤٣
البُعد الجسدي	٨	٠,٩٣٣	٠,٨٩٧
البُعد السلوكي	٩	٠,٩١٤	٠,٨٩٧
البُعد الاجتماعي	١٠	٠,٨٢٥	٠,٨٣٥
المقياس ككل	٣٧	٠,٩٧٣	٠,٩٥٢

يتبيّن من الجدول (٣) أن قيمة معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ للمقياس ككل (٠,٩٧٣)، وتراوحت أبعاد المقياس بين (٠,٨٢٥) و(٠,٩٥٦)، كما بلغت قيمة معامل الثبات للمقياس ككل باستخدام معامل ثبات التجزئة النصفية المصحح باستخدام معادلة سبيرمان–براون (٠,٩٥٢)، وتراوحت أبعاد المقياس بين (٠,٨٣٥) و(٠,٩٤٣)، وجميعها قيم مرتفعة تدل على درجة ثبات مرتفعة لمقياس أعراض ما بعد الصدمة لدى المصابات بالسرطان، مما يؤكّد إمكانية الاعتماد عليه والوثوق في نتائجه في الدراسة الحالية.

وبناء على نتائج الصدق والثبات، تكوّن المقياس في صورته النهائية من (٣٤) عبارة موزعة على أربعة أبعاد كما يلي:

- البُعد الأول: البُعد النفسي، ويتكون من (١٠) عبارات، وجميعها عبارات موجبة، ورقمها: (١–٢–٣–٤–٥–٦–٧–٨–٩–١٠).
- البُعد الثاني: البُعد الجسدي، ويتكون من (٨) عبارات، وجميعها عبارات موجبة، ورقمها: (١١–١٢–١٣–١٤–١٥–١٦–١٧–١٨).

- البُعد الثالث: البُعد السلوكي، ويتكون من (٨) عبارات، وجميعها عبارات موجبة، ورقمها: (١٩-٢٠-٢١-٢٢-٢٣-٢٤-٢٥-٢٦).
- البُعد الرابع: البُعد الاجتماعي، ويتكون من (٨) عبارات، وجميعها عبارات موجبة، ورقمها: (٢٧-٢٨-٢٩-٣١-٣٢-٣٣-٣٤)، ما عدا عبارة واحدة سالبة، وهي فقرة (٣٠).

٢- مقياس الدافعية للعلاج لدى المصابات بالسرطان (من إعداد الباحثة)

قامت الباحثة بإعداد مقياس الدافعية للعلاج لدى المصابات بالسرطان؛ بهدف التعرُّف على مستوى الدافعية للعلاج عن طريق قياس درجة المسؤولية الذاتية، والجهد المبذول المرتبط بالتفاؤل؛ لتحقيق الدافعية تجاه العلاج لدى المصابات بالسرطان. ونظرًا لعدم وجود أدوات مصممة لقياس هذه المتغيرات مع الفئة المحددة بالدراسة وفي المجتمع السعودي -في حدود اطلاع الباحثة- لذلك قامت الباحثة بتصميم مقياس يقيس الدافعية للعلاج لدى المصابات بالسرطان.

وقد قامت الباحثة عند إعداد المقياس بالاطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة والمقاييس التي تناولت الدافعية، ومنها: (Lepper,2005)، (TCU MOTForm, 2010): Treatment needs and motivation، (أبو الوفا، ٢٠١٧)، (عثمان وشاهين، ٢٠١٤)، (العازمي، ٢٠١٣)، Patient : (PAMA) Attitude Motivation and Perception Assessment

وبعد ذلك تم تحديد ثلاثة أبعاد للمقياس في صورته الأولية كما يلي:

- البُعد الأول: ويمثِّل المسؤولية الذاتية، وهي تقيس قدرة الفرد على الاختيار واتخاذ القرارات التي تجعله مسؤولًا عن حياته وتصرفاته الشخصية.
- البُعد الثاني: ويمثِّل المثابرة/ الجهد، وهو استعداد الفرد لبذل الجهود المستمرة في سبيل تحقيق أهدافه دون تسويف أو تردد.
- البُعد الثالث: ويمثِّل الإيجابية/ التفاؤل، ويتضمن الحصول على مستوى من السعادة والطمأنينة، مما يعزّز التفاؤل وتحسين الحالة النفسية؛ لتحقيق الاستمرارية في فعالية العلاج.

بعد ذلك اشتقت الباحثة عبارات لهذه الأبعاد بحيث تناسب المصابات بالسرطان، وتقيس الأعراض المراد قياسها في المقياس، حيث كان عدد العبارات (٢٠) عبارة في صورتها الأولية، وكان عدد العبارات الموجبة (١٣) عبارة، والعبارات السالبة (٧) عبارات. وراعت الباحثة صياغة العبارات بشكل بسيط ومختصر؛ لتكون واضحة للمسترشدين، وأعطت لكل عبارة (٥) استجابات وفقًا لمقياس ليكرت الخماسي، وهي: (دائمًا، غالبًا، أحيانًا، نادرًا، أبدًا).

وللتحقق من صدق الاتساق الداخلي لمقياس الدافعية للعلاج لدى المصابات بالسرطان؛ قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المقياس، ومجموع درجات البُعد الذي تنتمي إليه، والجدول الآتي يتضمن عرضًا للنتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية لصدق الاتساق الداخلي:

جدول ٤ *قيم معاملات ارتباط فقرات مقياس الدافعية للعلاج بالأبعاد (ن= ٣٠)*

البُعد الأول: المسؤولية الذاتية		البُعد الثاني: المثابرة/ الجهد		البُعد الثالث: الإيجابية/ التفاؤل	
الفقرة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للبعد	الفقرة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للبعد	الفقرة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للبعد
١	٠,٥٩٢**	٩	٠,٦٧٩**	١٥	٠,٥٦١**
٢	٠,٤٥٢*	١٠	٠,٥٢٨**	١٦	٠,٥٧٣**
٣	٠,٦٩٥**	١١	٠,٥١٢**	١٧	٠,٦٦٠**
٤	٠,٥٨٣**	١٢	٠,٦٩٤**	١٨	٠,٤٩٤**
٥	٠,٣٩٤*	١٣	٠,٥٦٣**	١٩	٠,٧٨٠**
٦	٠,٣٦١*	١٤	٠,٧٣٧**	٢٠	٠,٦٣٩**
٧	٠,٠٤٢	معامل ارتباط بعد المثابرة/ الجهد بالدرجة الكلية للمقياس	٠,٨٧٩**	معامل ارتباط الإيجابية/التفاؤل بالدرجة الكلية للمقياس	٠,٨٨٩**
٨	٠,٦٤٢**				
معامل ارتباط بعد المسؤولية الذاتية بالدرجة الكلية للمقياس	٠,٨٨٦**				

ويتبيّن من الجدول (٤) أن قيم معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البُعد الأول والدرجة الكلية للبعد دالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠,٠٥) فأقل عدا العبارة رقم (٧)، التي جاءت غير دالة إحصائيًّا؛ لذلك قامت الباحثة بحذفها قبل التطبيق على عينة الدراسة الأساسية. ويتبيّن من الجدول أن قيم معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البُعدين الثاني والثالث والدرجة الكلية لكل بعد جميعها دالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠,٠١). كما يتبيّن أن قيم معامل الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس الدافعية للعلاج لدى المصابات بالسرطان والدرجة الكلية للمقياس جميعها دالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠,٠١).

كما قامت الباحثة بالتحقق من ثبات مقياس الدافعية للعلاج لدى المصابات بالسرطان بحساب معامل ثبات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس وللمقياس ككل، وحساب معامل ثبات التجزئة النصفية المصحح بمعادلة (سبيرمان – براون)، وجاءت النتائج كما يظهر في الجدول الآتي:

جدول ٥ *ثبات مقياس الدافعية للعلاج لدى المصابات بالسرطان باستخدام معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية (ن= ٣٠)*

أبعاد المقياس	عدد العبارات	طريقة حساب الثبات	
		ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية (سبيرمان – براون)
المسؤولية الذاتية	٨	٠,٧٣٦	٠,٧٢٧
المثابرة/ الجهد	٦	٠,٧٣٣	٠,٧٩٩
الإيجابية/ التفاؤل	٦	٠,٧١١	٠,٧٢٣
المقياس ككل	٢٠	٠,٨٢٠	٠,٨٨٢

يتبيّن من الجدول (٥) أن قيمة معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ للمقياس ككل (٠,٨٢٠)، وتراوحت أبعاد المقياس بين (٠,٧١١) و(٠,٧٣٦)، كما بلغت قيمة معامل الثبات للمقياس ككل باستخدام معامل ثبات التجزئة النصفية المصحح باستخدام معادلة سبيرمان – براون (٠,٨٨٢)، وتراوحت أبعاد المقياس بين (٠,٧٢٣) و(٠,٧٩٩)، وجميعها قيم مناسبة تدل على درجة ثبات مقبولة لمقياس الدافعية للعلاج لدى المصابات بالسرطان، مما يؤكد إمكانية الاعتماد عليه، والوثوق في نتائجه في الدراسة الحالية.

وبناء على نتائج الصدق والثبات تكوّن مقياس الدافعية للعلاج في صورته النهائية من (١٩) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد كما يلي:

- البُعد الأول: ويمثّل المسؤولية الذاتية، ويتضمن (٧) فقرات، اشتملت على عبارات موجبة وعبارات سالبة، وهي: (١، ٥، ٧).
- البُعد الثاني: يمثّل المثابرة/ الجهد، ويتضمن (٦) فقرات، اشتملت على عبارات موجبة وعبارات سالبة، وهي: (٩، ١٠).
- البُعد الثالث: الإيجابية/ التفاؤل، ويتضمن (٦) فقرات، اشتملت على عبارات موجبة وعبارات سالبة، وهي: (١٥، ١٦).

٣- البرنامج المعرفي السلوكي (من إعداد الباحثة)

تم توجيه البرنامج الإرشادي إلى المصابات بالسرطان في مدينة الرياض، وذلك بعد معرفة درجاتهن على مقياس أعراض ما بعد الصدمة، ومقياس الدافعية للعلاج، حيث يهدف البرنامج إلى خفض أعراض ما بعد الصدمة لدى المصابات بالسرطان وزيادة دافعيتهن للعلاج الطبي من خلال استخدام مفاهيم وفنيات العلاج المعرفي السلوكي، وفيما يأتي أهم الأهداف الإجرائية للبرنامج:

- بناء العلاقة الإرشادية التي تتسم بالتقبّل، والدفء، والثقة المتبادلة.
- توعية المشاركات بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والآثار النفسية والجسمية المرتبطة به.

- تعديل أساليب التفكير الخاطئة وغير المنطقية لدى أفراد العينة.
- تدريب المصابات على أسلوب الاسترخاء؛ لخفض القلق والتوتر، ومهارات المواجهة.
- التعرُّف على مستوى الدافعية للعلاج لدى المصابات، والتدريب على مهارات إدارة الوقت والمهام المتدرجة.
- رفع مستوى الإيجابية والتفاؤل، والتدريب على الحوار الذاتي الإيجابي؛ لزيادة الدافعية للعلاج لدى المصابات.

وقد استندت الباحثة في بناء جلسات البرنامج وتصميمها على مجموعة من الخطوات والمصادر، وهي:

- الاطلاع على الإطار النظري لمتغيرات الدراسة، وما ورد فيها من المفاهيم العامة والخاصة، والمبادئ والمسلمات، والفنيات الإرشادية.
- الاطلاع على العديد من الدراسات التي تناولت برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي في علاجها للعديد من الاضطرابات والمشكلات السلوكية والانفعالية، وأثبتت نجاحها في التأثير على المسترشد، وتعديل سلوكه، وضبط انفعالاته، والاستفادة منها في بناء البرنامج، ومنها: (Wenzel, 2021)، (Josefowitz, 2021)، (مايكل ووينديي، ٢٠١٤ /٢٠١٨)، (Josefowitz, 2017)، (Raja, 2012)، (Beck, 2011).
- تحليل محتوى البرامج الإرشادية التي تناولت موضوع خفض أعراض ما بعد الصدمة، والبرامج التي تناولت زيادة الدافعية للعلاج، ثم الاستفادة منها في بناء البرنامج.
- عرض البرنامج على مجموعة من المحكِّمين المختصين في علم النفس، وعلم النفس العيادي، وعلم النفس الإرشادي، والقياس النفسي؛ للتأكّد من ملاءمة محتوى جلسات البرنامج، من أهداف وأنشطة وإجراءات لأفراد عينة الدراسة، وقابليتها للتطبيق، والقيام بما يلزم من تعديلات وفقًا لتوجيهاتهم.

تكون البرنامج من (١٥) جلسة، بواقع ثلاث جلسات أسبوعيًّا، وزمن الجلسة (٦٠) دقيقة، وقامت الباحثة بتطبيق أسلوب الإرشاد الجماعي مع المصابات بالسرطان؛ لتشابه المشكلات التي يعانين منها، ولتوفير الوقت والجهد وحتى يتمكن من المشاركة، وطرح الآراء، وحل المشكلات، والشعور بالطمأنينة والانتماء، ومن ثم الاستفادة بشكل أفضل من العملية الإرشادية. والجدول الآتي يوضح جلسات البرنامج:

جدول ٦ *جلسات البرنامج الإرشادي والفنيات المستخدمة*

عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
١-التعارف وبناء العلاقة الإرشادية	-رفع الحاجز النفسي بين الباحثة وأفراد العينة. - التعريف بالبرنامج، وتزويد المشاركات بعدد الجلسات ومواعيدها، والاتفاق على قوانين البرنامج.	-المحاضرة -المناقشة والحوار. - اللعب-الواجب المنزلي . -التغذية الراجعة.
٢-فكرة عن نظرية العلاج المعرفي السلوكي	-التعرُّف على أهم مبادئ ومسلمات العلاج المعرفي السلوكي. -التعرُّف على العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك.	الحوار والمناقشة- عمل مجموعات صغيرة للحوار – مراقبة الذات- سجل الأفكار- التغذية الراجعة – الواجب المنزلي.
٣-أعراض ما بعد الصدمة	-تطبيق المقاييس (القياس القبلي). -التعرُّف على أعراض ما بعد الصدمة. -مناقشة الآثار النفسية، الجسمية، الاجتماعية، العقلية المرتبطة بأعراض ما بعد الصدمة. - التعرُّف على الأفكار التلقائية، والأفكار غير المنطقية.	الحوار والمناقشة- التدعيم-الحديث الذاتي -التغذية الراجعة -الواجب المنزلي.
٤-التدريب على الاسترخاء	-التعرُّف على أهمية الاسترخاء العضلي التصاعدي. -تدريب المشاركات على الاسترخاء العضلي التصاعدي.	الحوار والمناقشة- التدريب على الاسترخاء- لعب الدور- التغذية الراجعة- الواجب المنزلي.
٥-التشوهات المعرفية	- تعريف المشاركات بأساليب التفكير الخاطئة. -التدريب على مراقبة الذات وسجل الأفكار.	الحوار والمناقشة– الحديث الذاتي - سجل الأفكار- التغذية الراجعة-الواجب المنزلي.
٦- إعادة الهيكلة المعرفية	-تحديد الأفكار والمعتقدات الخاطئة الموجودة لدى المشاركات. -التدريب على إيجاد بدائل منطقية للأفكار المشوهة.	المحاضرة والحوار -دحض الأفكار– الحوار السقراطي - التغذية الراجعة- الواجب المنزلي.
٧-مهارات المواجهة	-تحقيق التوافق بين السلوكيات والأفكار. -التعرُّف على المواجهة الفعالة وكيفية تحقيقها.	الحوار والمناقشة- صرف الانتباه- التغذية الراجعة- الواجب المنزلي.
٨-حلّ المشكلات	-تدريب المشاركات على خطوات حل المشكلات -التعرُّف على آلية اتخاذ القرار المناسب -التعرُّف على حلّ المشكلات بطريقة عقلانية	المناقشة والحوار- العصف الذهني-هنا والآن -التغذية الراجعة- الواجب المنزلي.
٩-إدارة الانفعالات	-القدرة على التعبير عن المشاعر وإداراتها. -التعرُّف على فنية صرف الانتباه؛ لتجنّب الذكريات والمشاعر السلبية.	المناقشة الجماعية-التعبير عن المشاعر-هنا والآن- التغذية الراجعة- الواجب المنزلي.
١٠-التدريب على اكتساب المهارات	-تبني نموذج وقدوة إيجابية للتعلم واكتساب المهارات. -التعرُّف على السلوكيات الصحية وعلاقتها بالصحة النفسية والعقلية.	الحوار والمناقشة- المحاضرة- النمذجة-هنا والآن- التعزيز – التغذية الراجعة- الواجب المنزلي.
١١-الدافعية للعلاج	-التعرف على مستوى الدافعية للعلاج لدى المشاركات. -التعرف والتدريب على فنية التخيل الدافعي. -إدارة الوقت والتدريب على فنية المهام المتدرجة.	الحوار والمناقشة– التعزيز- التخيل الدافعي- العصف الذهني-التغذية الراجعة – الواجب المنزلي.
١٢-المسؤولية الذاتية	-تدريب المشاركات على تحمل المسؤولية في حياتهم. -تدريب المشاركات على فنية تحديد المسؤولية. -تحديد قدرات المشاركات على المسؤولية بناء على معرفتهن بقدراتهن.	الحوار والمناقشة – التحليل والاستنتاج- التشجيع- استخدام أنشطة التغذية الراجعة – الواجب المنزلي.
١٣-المثابرة والجهد	-التخطيط لتسهيل عملية تحقيق الأهداف. -تعديل الحوار الذاتي السلبي إلى الحوار الذاتي الإيجابي. –تدريب المشاركات على الحديث الذاتي الإيجابي.	الحوار والمناقشة– الحديث الذاتي الإيجابي- التغذية الراجعة – الواجب المنزلي.
١٤-الإيجابية والتفاؤل	-رفع مستوى الإيجابية والتفاؤل لدى المشاركات. -التعرُّف على الصور الإيجابية لدى المشاركات. -التدريب على الحوار الذاتي الإيجابي.	الحوار والمناقشة- التغذية الراجعة – الحوار الذاتي الإيجابي- الصور الإيجابية - الواجب المنزلي.

عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
١٥-الجلسة الختامية (التقييم والإنهاء)	-تقييم البرنامج الإرشـــادي وجلســـاته، والتعرُّف على مدى الاستفادة منه. -تشجيع المشاركات على ضرورة الاستمرار في تنفيذ ما تم تعلّمه وتطبيقه خلال البرنامج. -تطبيق القياس البعدي، وتذكير المشـــاركات بالقياس التتبعي الذي سيتم تنفيذه بعد شهر؛ للتأكّد من فعالية البرنامج.	المناقشة-الحوار- التغذية الراجعة – التعزيز- التشجيع.

الأساليب الإحصائية

- اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Signed Ranks Test): للفروق بين مجموعتين مرتبطتين؛ لاختبار مدى صحة الفروض الأول، والثالث، والخامس.
- اختبار مان –وتني (Mann-Whitney Test): للفروق بين مجموعتين مستقلتين؛ لاختبار مدى صحة الفرضين الثاني والرابع.
- معادلة كوهين دي (Cohen's d): لتقدير حجم التأثير، وفاعلية تطبيق البرنامج الإرشادي المستخدم.
- اختبارا (كولمجروف-سميرنوف، شابيرو-ويلك): للكشف عن اعتدالية توزيع البيانات.

نتائج الدراسة ومناقشتها

نتيجة ومناقشة السؤال الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس أعراض ما بعد الصدمة في اتجاه التطبيق القبلي لدى المصابات بالسرطان؟

للإجابة عن هذا السؤال: قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Signed Ranks Test) بديلًا لا بارامتريًّا لاختبار (ت) للفروق بين مجموعتين مرتبطتين، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول ٧ *نتائج اختبار ويلكوكسون للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس أعراض ما بعد الصدمة (ن=٩)*

مقياس أعراض ما بعد الصدمة	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
البُعد النفسي	الرتب السالبة	٨	٥,٠٠	٤٠,٠٠	-٢,٠٧٥	٠,٠٣٨
	الرتب الموجبة	١	٥,٠٠	٥,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٠				
	الإجمالي	٩				
البُعد الجسدي	الرتب السالبة	٧	٤,٠٠	٢٨,٠٠	-٢,٣٧١	٠,٠١٨
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٢				
	الإجمالي	٩				
البُعد السلوكي	الرتب السالبة	٨	٤,٥٠	٣٦,٠٠	-٢,٥٢١	٠,٠١٢
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتعادلة	١				
	الإجمالي	٩				

مقياس أعراض ما بعد الصدمة	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
البُعد الاجتماعي	الرتب السالبة	٨	٥,١٩	٤١,٥٠	-٢,٢٧١	٠,٠٢٣
	الرتب الموجبة	١	٣,٥٠	٣,٥٠		
	الرتب المتعادلة	٠				
	الإجمالي	٩				
الدرجة الكلية للمقياس	الرتب السالبة	٨	٥,٣٨	٤٣,٠٠	-٢,٤٢٩	٠,٠١٥
	الرتب الموجبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٠				
	الإجمالي	٩				

يتبيّن من الجدول (٧) وجود فروق دالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لأبعاد مقياس أعراض ما بعد الصدمة والدرجة الكلية للمقياس في اتجاه التطبيق القبلي، كما يتبيّن زيادة الرتب السالبة على الرتب الموجبة، بمعنى أن درجات أفراد العينة على مقياس أعراض ما بعد الصدمة كانت أعلى في التطبيق القبلي، وأن درجاتهن على المقياس قد انخفضت بعد تطبيق البرنامج المقترح، مما يدل على خفض أعراض ما بعد الصدمة لدى مريضات السرطان من العينة التجريبية، وعلى فاعلية البرنامج القائم على الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض أعراض ما بعد الصدمة لديهن.

وقد قامت الباحثة بتقدير حجم تأثير البرنامج القائم على الإرشاد المعرفي السلوكي لخفض أعراض ما بعد الصدمة لدى مريضات السرطان باستخدام معادلة كوهين دي (Cohen's d)، التي أظهرت أن حجم تأثير البرنامج القائم على الإرشاد المعرفي السلوكي لخفض أعراض ما بعد الصدمة لدى مريضات السرطان كان كبيرًا بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس، وجميع الأبعاد الفرعية للمقياس (البُعد النفسي- البُعد الجسدي- البُعد السلوكي- البُعد الاجتماعي)، حيث بلغت قيمة كوهين دي للدرجة الكلية للمقياس (١,٠٩)، كما تراوحت درجة الأبعاد بين (٠,٨٠) و(١,١٤)، وكلها أكبر من (٠,٨).

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسات محمد (٢٠١٨)، إبراهيم (٢٠١٧)، (Johnson and Zlotnick, 2006)، (Cohen et al,. 2006)، والسنباني (٢٠٠٥)، التي استخدمت العلاج المعرفي السلوكي لخفض أعراض ما بعد الصدمة، واختلفت هذه الدراسة مع دراسات مدوري (٢٠٢٢)، وعوض (٢٠٢٠)، و(Nipp et al,. 2018).

وتفسّر الباحثة نتائج الفرض الأول بأن البُعد النفسي -كبُعد من أبعاد مقياس أعراض ما بعد الصدمة- قد انخفض لدى المصابات بالسرطان في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج؛ نتيجة استخدام

الفنيات المعرفية السلوكية التي ساعدت على تحسين الحالة النفسية لدى المصابات، وبالتالي خفض الأعراض المرتبطة بالبعد النفسي.

وقد أكّدت الدراسات السابقة وجود الأعراض المرتبطة بالبُعد النفسي لدى المصابات بالسرطان؛ كدراسات

(Jafari et al,. 2018)، (عروج، ٢٠١٧) ، (Shand et al,. 2015)، (Sucala et al,. 2013)، و(Drageset, 2012).

ولاحظت الباحثة أن معظم المشاركات لم يكن لديهن الوعي بطريقة تفكيرهن، فعند تحليل الباحثة لعملية التفاعل بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات خلال البرنامج الإرشادي، واستخدام الحوار السقراطي، الأمر الذي ساعد على بناء أفكار جديدة وعقلانية، وبالتالي يكون التغيير ناتجًا من داخل المصابات، وليس مفروضًا عليهن من الخارج. وكذلك استخدام جدول المراقبة الذاتية الذي يعدُّ بمثابة سجل للأفكار، يساعدهن على تحديد نوع الأفكار، وطريقة استجاباتهن، ومشاعرهن تجاه هذه الأفكار. وفي ضوء ذلك فإن تبنِّي أفكار إيجابية يقود إلى التفاؤل والرضا، وبالتالي فاعلية العلاج، أما تبنّي أفكار لا عقلانية فإنه يؤدي إلى التشاؤم ومشاعر العجز وفقدان الأمل بالشفاء، مما يؤثّر على فاعلية العلاج.

وقد أشارت شدمي (٢٠١٥) إلى أن الأفكار العقلانية أو اللاعقلانية تشكِّل دورًا مهمًّا في التعديل من شدة صدمة الإصابة بالسرطان، ولذلك فهي تؤثّر في التكوين النفسي للمريض، وترتبط بمتغيرات انفعالية ومعرفية وسلوكية توجِّه المريض إلى البدء أو عدمه في العلاج المقترح له.

وفيما يتعلق بالمخاوف لدى المصابات اللاتي عاودن المرض بعد الشفاء أبدين مخاوفهن تجاه طول مدة المرض وخوض تجربة العلاج مرة أخرى، كما يغلب عليهم طابع الحزن ومشاعر الخوف بشكل ملحوظ وبمستوى أعلى ممن أصبن للمرة الأولى، وكذلك بقية المشاركات عند التعبير عن مخاوفهن؛ فقد أكّدن على خوفهن من عودة المرض وخوض تجربة العلاج الكيمائي بالتحديد وآثاره. وعلى الرغم من أن جميع المشاركات تحدّثن عن خوفهن من الموت، إلا أنهن حرصن على التأكيد على تسليمهن ورضاهن بالقضاء والقدر، أما المصابات الأمهات فقد كانت مخاوفهن تتمثّل حول الأبناء ومستقبلهم، ووضعهم المادي، وكيفية رعايتهم وتحمُّل مسؤوليتهم. وعليه فقد ساهمت عملية تحديد الأفكار والتعبير عن مشاعرهن ومخاوفهن في رفع مستوى استبصارهن عن حقيقة ما يواجهن.

وفي ضوء ذلك اتفقت النتائج المرتبطة بالبُعد النفسي مع الدراسات التي أكّدت على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التعامل مع المشاكل النفسية التي تواجه مرضى السرطان كدراستي (Sucala et al,. 2014)، و(Aksan, 2021).

وتفسّر الباحثة نتائج الدراسة بأن البُعد الجسدي –كبعد من أبعاد مقياس أعراض ما بعد الصدمة– قد انخفض لدى المصابات بالسرطان في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج؛ نتيجة استخدام الفنيات المعرفية السلوكية الفعّالة مع الأعراض الجسدية كالاسترخاء العضلي.

وقد أكّدت الدراسات السابقة وجود الأعراض المرتبطة بالبُعد الجسدي لدى المصابات بالسرطان؛ كدراستي (Beesan & Ahmed, 2021)، و(Nipp et al,. 2018).

ولاحظت الباحثة أن بعض المشاركات لم يُتقِنَّ البدء والدخول في عملية الاسترخاء؛ بسبب عدم قدرتهن على التركيز وإبعاد أنفسهن عن المشتتات. وفي ضوء ذلك حرصت الباحثة على التذكير مرة أخرى بتعليمات البدء بالاسترخاء، مثل: توجيه الأفكار؛ لتحقيق أكبر قدر من الاسترخاء، والابتعاد عن المشتتات كالجوال أو الساعة. وللتحقق من استفادة المصابات من الاسترخاء العضلي؛ قامت الباحثة بمناقشتهن عن الفوائد التي يحصلن عليها بعد الاسترخاء العضلي، وكانت ردودهن إيجابية، مما شجعهن على الاستمرار. ومن خلال المتابعة في أثناء الجلسات أَفَدْنَ أنهن يشعرن بالارتياح وانخفاض القلق بعد الاسترخاء، وأنهن عازمات على الاستمرار على تطبيقه.

وفي ضوء ذلك اتفقت النتائج المرتبطة بالبعد الجسدي مع دراستي (Loh et al,. 2022)، و(Pardon et al,. 2022) اللتين تؤكّدان فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض الأعراض الجسدية كاضطرابات النوم، ومستويات التعب، ومعدلات التنفس، وضغط الدم.

وكما تفسّر الباحثة أن البُعد السلوكي –كبعد من أبعاد مقياس أعراض ما بعد الصدمة– قد انخفض لدى المصابات بالسرطان في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج؛ نتيجة استخدام الفنيات المعرفية السلوكية التي ساعدت على تبنّي أساليب مواجهة فعّالة، والتدريب على حل المشكلات، وبالتالي خفض الأعراض المرتبطة بالبعد السلوكي.

وقد أكّدت الدراسات السابقة وجود الأعراض المرتبطة بالبُعد السلوكي لدى المصابات بالسرطان كدراسة (Oliveri et al,. 2019).

وعمدت الباحثة إلى تعريف المصابات بمهارات المواجهة الفعالة، وكيفية تحقيقها، مثل: إعادة تفسير الموقف، والتقييم الإيجابي للصدمات، والتخطيط لحل المشكلات؛ فقد كانت أساليب المواجهة لدى المصابات سلبية، تتمثّل في تجنّب المواقف، وغالبًا التزام الصمت، أو النوم لساعات طويلة. وتعزو الباحثة استخدامهن للمواجهة بطرق سلبية إلى التفسير السلبي للمواقف بعد تعرضهن للإصابة بالمرض، حيث ذكر بعضهن أنهن يشعرن بالعبء على أزواجهن أو تغير طبيعة العلاقة بعد المرض، مما يسبِّب لهن الضيق، وبالتالي يفضلن البقاء بمفردهن.

وفي ضوء ذلك اتفقت النتائج المرتبطة بالبعد الجسدي مع دراسة (Duijts et al,.2011). وتفسّر الباحثة نتائج الدراسة أن البُعد الاجتماعي –كبعد من أبعاد مقياس أعراض ما بعد الصدمة– قد انخفض لدى المصابات بالسرطان في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج؛ نتيجة استخدام الفنيات المعرفية السلوكية التي ساعدت على تقليل سلوكيات التجنّب، وتقبّل الدعم والمساندة، وبالتالي خفض الأعراض المرتبطة بالبعد الاجتماعي.

وقد أكّدت الدراسات السابقة وجود الأعراض المرتبطة بالبُعد الاجتماعي لدى المصابات بالسرطان؛ كدراستي المناحي (٢٠٢٠)، والزهراني (٢٠١٧). وقد أفاد معظم المصابات باقتصار علاقاتهن الاجتماعية على العائلة فقط، وعدم رغبتهن في حضور المناسبات الاجتماعية، إما بسبب رغبتهن الذاتية أو بسبب رغبة أفراد الأسرة؛ لإيمانهم بأن سبب الإصابة بالسرطان هو (العين)، وكذلك غياب المساندة الاجتماعية لدى بعضهن؛ بسبب الطلاق المتزامن مع فترة التشخيص بالمرض والبعد عن الأهل؛ لذلك لم يجدن الاهتمام والتعاطف خلال فترة المرض مع فقدان الثقة بالآخرين.

ولاحظت الباحثة تعدد استجابات المصابات تجاه الإصابة بالسرطان؛ كنوبات البكاء، التوتر، الخوف، الانعزال، اقتصار العلاقات وعدم الرغبة في البدء بعلاقات أخرى أو خوض تجارب أخرى. وتعزو الباحثة السلوكيات التجنبية إلى التغير الذي طرأ على المصابات، مثل: الطلاق، وغياب الدعم في بعض الحالات، والتخلي عن العمل، وفقد الثقة بالنفس، وتدني صورة الذات؛ بسبب التغيرات التي طرأت على أجسادهن، بالإضافة إلى الظروف المادية الصعبة لدى بعض المصابات، ولذلك لا بدَّ من وجود مساندة اجتماعية من الأهل والصديقات، والدعم والتقبّل بشكل دائم خلال فترة الإصابة؛ لمساعدة المصابات على اجتياز هذه الصدمة، والتخفيف من آثارها السلبية، وكذلك إتاحة الفرصة لهن بالتفاعل الاجتماعي بشكل

طبيعي مع مراعاة أوضـــاعهن الطبية؛ لتفادي شـــعور العجز والاغتراب النفســـي عن ذواتهن، وعن البيئة الاجتماعية.

وفي ضوء ذلك اتفقت النتائج المرتبطة بالبعد الاجتماعي مع دراسة (Nayereh & Fariba, 2018)، وبالإضافة إلى أن نتائج الدراسة أكّدت على أن أعراض ما بعد الصدمة في المقياس ككل قد انخفضت لدى المصـــابات بالســـرطان في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، وهذا دليل على أن البرنامج القائم على الإرشـاد المعرفي السـلوكي قد سـاهم بدرجة كبيرة في التخفيف من أعراض ما بعد الصـدمة لدى المصـابات بالســـرطان التي تتضـــح بالاســـتثارة الانفعالية والجوانب المعرفية والســـلوكية، وكذلك الأعراض التجنبية للممارسات الاجتماعية، والأحداث المرتبطة بصدمة الإصابة بالسرطان.

نتيجة ومناقشـــة الســـؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصـــائية بين متوســـطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضـــابطة في التطبيق البعدي لمقياس أعراض ما بعد الصـــدمة في اتجاه المجموعة الضابطة لدى المصابات بالسرطان؟

للإجابة عن هذا السؤال: قامت الباحثة باستخدام اختبار مـــــان ويتني للفروق بين مجموعتـــــين مستقلتـــــين (Mann-Whitney Test) بديلًا لا معلميًّا عن اختبار (ت) للفروق بين مجموعتين مستقلتين (Independent Samples T-Test)، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول ٨ *نتائج اختبار مان ويتني للفروق بين متوسطات رتب المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس أعراض ما بعد الصدمة (الدرجة الكلية والأبعاد) في القياس البعدي*

مقياس أعراض ما بعد الصدمة	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
البُعد النفسي	المجموعة التجريبية	٩	٦,٦٧	٦٠,٠٠	٢,٢٧٧-	٠,٠٢٣
	المجموعة الضابطة	٩	١٢,٣٣	١١١,٠٠		
	الكلي	١٨				
البُعد الجسدي	المجموعة التجريبية	٩	٦,٣٩	٥٧,٥٠	٢,٤٨٤-	٠,٠١٣
	المجموعة الضابطة	٩	١٢,٦١	١١٣,٥٠		
	الكلي	١٨				
البُعد السلوكي	المجموعة التجريبية	٩	٥,٩٤	٥٣,٥٠	٢,٨٥٨-	٠,٠٠٤
	المجموعة الضابطة	٩	١٣,٠٦	١١٧,٥٠		
	الكلي	١٨				
البُعد الاجتماعي	المجموعة التجريبية	٩	٦,٨٣	٦١,٥٠	٢,١٤٥-	٠,٠٣٢
	المجموعة الضابطة	٩	١٢,١٧	١٠٩,٥٠		
	الكلي	١٨				
الدرجة الكلية للمقياس	المجموعة التجريبية	٩	٦,٣٣	٥٧,٠٠	٢,٥٢٢-	٠,٠١٢
	المجموعة الضابطة	٩	١٢,٦٧	١١٤,٠٠		
	الكلي	١٨	٦,٦٧	٦٠,٠٠		

يتضح من الجدول (٨) وجود فروق دالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في البُعد السلوكي في التطبيق البعدي في اتجاه المجموعة الضابطة، وكذلك وجود فروق دالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في الدرجة الكلية لمقياس أعراض ما بعد الصدمة والأبعاد الآتية: (البُعد النفسي- البُعد الجسدي- البُعد الاجتماعي) في التطبيق البعدي في اتجاه المجموعة الضابطة، كما تظهر النتائج السابقة أن درجات أفراد المجموعة الضابطة أعلى من درجات المجموعة التجريبية، مما يدلّ على انخفاض أعراض ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية، ويؤكّد فاعلية البرنامج المقترح القائم على الإرشاد المعرفي السلوكي لخفض أعراض ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وتعزو الباحثة ارتفاع درجات أعراض ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة الضابطة إلى عدم تعرضهم للبرنامج المعرفي السلوكي، الذي أثبت فاعليته في خفض درجات أعراض ما بعد الصدمة لدى المصابات في المجموعة التجريبية التي خضعت لجلسات برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي، الذي ساعد بفنياته المختلفة وأسسه النظرية التي تعدُّ من الأساليب المناسبة للتعامل مع أعراض ما بعد الصدمة، ويؤكّد ذلك الدراسات السابقة التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي.

لذلك ساعد الإرشاد المعرفي السلوكي وما يتميز به من مبادئ ومسلمات على مساعدة المصابات على رفع مستوى الوعي بأفكارهن التي تؤثر على كيفية استجابتهن مع المواقف، وما يترتّب عنها من مشاعر تؤثّر على حياتهن سلبًا أو إيجابا تبعًا لطريقة تفكيرهن.

فالجلسات الإرشادية وما اشتملت عليه معلومات لأهم مبادئ العلاج المعرفي السلوكي بطريقة مبسطة ومفهومة، أعطى للمصابات صورة واضحة للبرنامج الذي يركّز على معالجة المشكلات الحالية، وكذلك الاعتماد على بنية ثابتة في كل جلسات البرنامج الإرشادي، تبدأ بمراجعة الواجب في الجلسة الماضية، وتنتهي بالتغذية الراجعة وتلخيص الجلسة وإعطاء الواجب المنزلي.

ولقد أفادت الواجبات المنزلية، وتقبّل المصابات للبرنامج الإرشادي، ومحاولات الباحثة في ترغيبهن في الالتزام بالحضور من خلال خلق علاقة مبنية على الانسجام والألفة والاحترام بين الباحثة والمصابات وبين أفراد المجموعة مع بعضهن البعض. وقد أكّدت بيك (Beck, 2011) على الدور الذي تلعبه الواجبات المنزلية في إتاحة الفرصة للمرضى بتثقيف أنفسهم أكثر، وتفعيل ما تم تعلّمه خلال الجلسات عن طريق مراقبة أفكارهم ومشاعرهم وسلوكهم، مما يؤدي إلى زيادة شعورهم بالكفاءة الذاتية.

فأساس الإرشاد المعرفي السلوكي يتضح في جودة العلاقة التي يتم بناؤها مع المسترشدين، ونتيجة لذلك فقد ساعد برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي الباحثة في تفعيل المهارات التي تتعلق بالمرشد النفسي في اكتسابها العديد من المهارات المتعلقة ببناء العلاقة الإرشادية التي يسودها التقبل والثقة المتبادلة، وكذلك أشارت وينزل (Wenzel, 2021) أن العلاقة العلاجية لا بدَّ أن تكون تفاعلية وتعاونية بين المعالج والمريض، وكذلك يتم الاتفاق بينهما على المهام والأهداف العلاجية؛ ولذلك تعدُّ العلاقة مكونًا أساسيًّا من مكونات العلاج المعرفي السلوكي الذي يؤثِّر في فعالية العلاج.

وتعزو الباحثة فاعلية البرنامج إلى نوعية العينة، فهناك تجانس بين أفراد العينة، بالإضافة إلى أنَّهنَّ متعلمات على الرغم من اختلاف مستوياتهن التعليمية، حيث إن البعض منهن متعلمات حتى المرحلة الجامعية، وهذا مما سهل عملية الاستيعاب والفهم لمحتوى البرنامج وفنياته المختلفة، كما أنَّ لديهن مستوى عاليًا من الاستبصار بالتغيرات النفسية على شخصياتهن وعلاقاتهن الاجتماعية بعد الإصابة بالسرطان، وكذلك مشاركتهن بفعالية عن مخاوفهن وأهدافهن أثناء مرحلة العلاج وبعدها؛ فقد أشار مايكل ووينديي (٢٠١٨/٢٠١٤) إلى أنَّ العلاج المعرفي السلوكي فعّال مع المرضى الذين لديهم خلفيات اجتماعية وتعليمية مختلفة، كما أثبت ملاءمته للعمل مع الفئات العمرية المختلفة.

نتيجة ومناقشة السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس الدافعية للعلاج في اتجاه التطبيق البعدي لدى المصابات بالسرطان؟

للإجابة عن هذا السؤال: قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Signed Ranks Test) بديلًا لا بارامتريًّا لاختبار (ت) للفروق بين مجموعتين مرتبطتين، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول ٩ *نتائج اختبار ويلكوكسون للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس الدافعية للعلاج (ن=٩)*

مقياس الدافعية للعلاج	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
المسؤولية الذاتية	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٢٠٧-	٠,٠٢٧
	الرتب الموجبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٣				
	الإجمالي	٩				
المثابرة/ الجهد	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٠٣٢-	٠,٠٤٢
	الرتب الموجبة	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٤				
	الإجمالي	٩				

مقياس الدافعية للعلاج	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الإيجابية/ التفاؤل	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	-٢,٥٣٣	٠,٠١١
	الرتب الموجبة	٨	٤,٥٠	٣٦,٠٠		
	الرتب المتعادلة	١				
	الإجمالي	٩				
الدرجة الكلية للمقياس	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	-٢,٦٧٣	٠,٠٠٨
	الرتب الموجبة	٩	٥,٠٠	٤٥,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٠				
	الإجمالي	٩				

يتبيّن من الجدول (٩) وجود فروق دالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسطات رتب درجات المصابات بالسرطان لدى أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لجميع أبعاد مقياس الدافعية للعلاج، ووجود فروق دالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠,٠١) بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس في اتجاه التطبيق البعدي كما يتبيّن من زيادة الرتب الموجبة على الرتب السالبة، بمعنى أن درجات أفراد العينة على مقياس الدافعية للعلاج كانت أعلى في التطبيق البعدي، وأن درجاتهن على المقياس قد ارتفعت بعد تطبيق البرنامج المقترح، مما يدلّ على تحسن الدافعية للعلاج لدى مريضات السرطان من العينة التجريبية، وعلى فاعلية البرنامج القائم على الإرشاد المعرفي السلوكي في زيادة الدافعية للعلاج لديهن.

وبناء على المعيار الذي اعتمدته الباحثة لتفسير نتيجة معامل تأثير كوهين دي؛ فإن حجم تأثير البرنامج القائم على الإرشاد المعرفي السلوكي في زيادة الدافعية للعلاج لدى مريضات السرطان كان كبيرًا بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس، والبُعدين الآتيين: (المسؤولية الذاتية-الإيجابية/ التفاؤل)، حيث بلغت قيمة كوهين دي للدرجة الكلية للمقياس (١,٠٧)، كما بلغت للبُعدين المذكورين على الترتيب (٠,٩٣) و(١,١١)، وكلها> (٠,٨)، بينما كان حجم التأثير متوسطًا بالنسبة لبُعد (المثابرة/ الجهد)، حيث بلغت قيمة معامل كوهين دي له (٠,٦٧)، وهي أكبر من (٠,٥)، وأقل من (٠,٨).

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة الشهري (٢٠١٠)، وأكّدت نتائج الدراسة أن بُعد المسؤولية الذاتية -كبُعد من أبعاد الدافعية للعلاج- قد ارتفع لدى المصابات بالسرطان في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج؛ نتيجة استخدام الفنيات المعرفية السلوكية حيث أفادت المشاركات بتعلّم مهارات اتخاذ القرارات وتحمل المسؤولية الذاتية.

وفي ضوء استجابات المصابات خلال الجلسات ظهر لدى بعضهن انخفاض في مستوى المسؤولية الذاتية، وتعزو الباحثة ذلك إلى قيام أحد أفراد الأسرة أو الشريك بهذا الدور كاملًا بدلًا عن المصابة فيما يتعلق بالمتابعة العلاجية، مما أدّى إلى تبني المصابة سلوك الاعتمادية في عدم المتابعة بنفسها، وسلوك الهروب

من مواجهة المشاكل وعدم إيجاد الحلول، مما يؤدي إلى تفاقمها والمشاعر السلبية المرتبطة بهذه السلوكيات؛ كمشاعر الضعف والعجز والاستسلام.

وعليه فإن استخدام فنية تحديد المسؤولية ساعدت المصابات على معرفة الأمور التي تقع تحت نطاق مسؤوليتهن الذاتية؛ كالالتزام بالمراجعات الطبية، وجلسات العلاج المقررة لهن، بينما هناك أمور أعلى من قدرات المصابات، وتحملها يرهق المصابات ويؤثّر على صحتهن النفسية؛ لذلك لا بدَّ من مشاركتها مع الآخرين؛ لتخفيف العبء بناء على ظروف وقدرات كل مصابة، وبناء على ذلك فالبحث عن تفاصيل الآثار الجانبية للعلاج من السرطان، والبحث عن العلاجات البديلة للعلاج الطبي عبر منصات غير موثوقة يعدُّ من الأمور التي ترهق المصابات، وعليه فقد حرصت الباحثة على التثقيف النفسي للمصابات بالطريقة الصحيحة؛ للحصول على المعلومات الطبية، وما يتعلق برحلة العلاج عن طريق أخذ المعلومات من مواقع رسمية كموقع وزارة الصحة، وسؤال الفريق الطبي المسؤول عن التساؤلات التي تطرأ عليهن خلال رحلة العلاج.

وقد أشارت حسيني وآخرون (Hosseini et al,. 2021) إلى أن مرضى السرطان الذين كانت علاقتهم جيدة مع الطبيب وفريق العلاج نجح في كسب ثقتهم، وكان لديهم توقعات إيجابية تجاه العلاج، فالثقة بالعلاج هو جانب من روح التفاؤل الذي يعدُّ دافعًا لدى المرضى نحو الشفاء.

وكذلك أفادت فنية التخيل الدافعي في حصول المصابات على مشاعر إيجابية، وعليه فإن تبنّي تصور للمستقبل بشكل إيجابي يساهم في زيادة الدافعية للعلاج؛ من أجل الوصول إلى التصور الذي تطمح له المصابة بعد انتهاء رحلتها العلاجية.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراستي (Hosseini et al,. 2021)، و(Wasley et al,. 2018).

ولاحظت الباحثة تركيز المصابات على الآخرين (من يقومون برعايتهن) بدلًا من أنفسهن، فالمصابات اللاتي لديهن أطفال دفعهن قلقهن على أبنائهن إلى الامتثال للعلاج؛ وذلك بسبب إحساسهن بالمسؤولية الذاتية تجاه رعاية أبنائهن وإدراكهن لحجم المعاناة التي ستعيشها عائلاتهن بعد الفقد.

وتفسّر الباحثة نتائج الدراسة أن بُعد المثابرة/ الجهد –كبُعد من أبعاد الدافعية للعلاج– قد ارتفع لدى المصابات بالسرطان في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج؛ نتيجة استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي التي ساعدت المصابات على بذل الجهود المستمرة والتخطيط في سبيل تحقيق أهدافهن دون تسويف أو تردد.

وقد أشارت هولمان وآخرون (Hullmann et al,. 2016) إلى أن الإصابة بالسرطان تؤثّر على أهداف حياة المرضى، حيث إن اضطراب هدف الحياة يرتبط بالأعراض النفسية السيئة لدى مرضى السرطان، كما يطرأ لدى المرضى تغييرات على محتوى ومجالات حياتهم بعد التشخيص بالسرطان؛ فقد يكون لديهم أهداف حياة أقل، حيث تنحصر الأهداف لديهم بالصحة، وكذلك أهداف أقل تتعلق بالإنجاز والترفيه مقارنة بالأصحاء، بالإضافة إلى أن الإصابة بالسرطان قد تمنع المرضى من العودة إلى العمل أو الانضمام إلى الأنشطة الاجتماعية؛ بسبب التعب والألم المرتبط بعلاج السرطان. فعلى الرغم من تأثير السرطان على حياة المرضى بشكل سلبي، إلا أنه قد يقود بعض المصابين إلى تبني سلوكيات جيدة؛ كالالتزام بنظام غذائي صحي، وتغيير أولوياتهم في إيجاد معنى للحياة، والفرح بالأهداف الصغيرة.

فترى الباحثة أن تركيز هذه الدراسة على خفض أعراض ما بعد الصدمة –وتحديدًا الجانب النفسي– كان له أثره في زيادة دافعية المصابات للعلاج، فعند تعليمهن المهارات التي تم استخدامها ضمن العلاج المعرفي السلوكي ساعد ذلك على تحسين الأعراض النفسية كجزء مهم له أثر على زيادة دافعيتهن للعلاج عن طريق وضع أهدافهن والعمل على إنجازها. فكما أشارت هولمان وآخرون (Hullmann et al,. 2016) إلى أن جودة أهداف الحياة والقدرة على إنجازها مرتبط بالحالة النفسية لدى مرضى السرطان.

وعليه فإن التخطيط للأهداف، وفنية المهام المتدرجة، ساعدت المصابات على استمرارهن نحو تحقيق أهدافهن بما يتناسب مع قدراتهن وصحتهن الجسدية؛ وذلك عن طريق وضع أهداف بسيطة بشكل أسبوعي، ثم تقسيم المهمة إلى عدة مهام متدرجة. وعند مناقشة المصابات عن مشاعرهن بعد إنجاز المهام، كانت استجاباتهن تتمثّل بشعورهن بالرضا والتقدير لذواتهن، بالإضافة إلى ذلك وضحت الباحثة ضرورة الاهتمام بإكمال عجلة السلوك الصحي التي ساعدت المصابات على إدراك جوانب التقصير التي أثّرت على أجسادهن وحالتهن النفسية.

فقد أكّدت الدراسات على انخفاض النشاط البدني لدى مرضى السرطان كدراستي (Wasley et al,. 2018، و(Kartolo et al,. 2016).

ونجد أن مرضى السرطان لديهم قدرة محدودة ونوع من التمارين الخفيفة المفضلة كالمشي، وعليه فإن كلمة صحي تشير إلى الصحة النفسية والسلوكية، حيث قامت الباحثة بمناقشة المصابات عن مستواهن الصحي، وحثهن على إكمال عجلة السلوك الصحي بتناول الغذاء الصحي، وممارسة الرياضة بانتظام، مع مراعاة استشارة الطبيب حول نوعية الرياضة المناسبة لكل حالة على حدة، وكذلك النوم الكافي ليلًا، والتواصل مع الأهل والأصدقاء، وتخصيص وقت لأنفسهن للاسترخاء أو ممارسة هواية مفضلة، فهذه

السلوكيات الصحية من العوامل التي تساعد المصابات على التمتع بصحة نفسية وجسدية تساعدهن خلال رحلة العلاج.

وتفسّر الباحثة نتائج الدراسة بأن الإيجابية/ التفاؤل –كبُعد من أبعاد الدافعية للعلاج– قد ارتفع لدى المصابات بالسرطان في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج؛ نتيجة استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي التي تساعد على تعزيز التفاؤل، وتحسين الحالة النفسية؛ لتحقيق الاستمرارية في فعالية العلاج.

وفي ضوء ذلك؛ فقد لاحظت الباحثة أن طريقة تفكير المصابات بوضعهن الحالي مع السرطان أحيانًا يكون أسوأ من الوضع بصورته الحقيقية، مثل الشكوك لدى بعضهن عن توقعاتهن بوجود أخطاء بالتشخيص بصورة سلبية؛ كوجود أورام في عدة أماكن، أو توقع تدهور الوضع الصحي، ولذلك وضحت الباحثة أهمية الانتباه إلى الحوارات الداخلية، وضرورة التدريب على بناء حوار إيجابي مع النفس. وعليه فإن الحديث الذاتي الإيجابي من الفنيات التي ساعدت المصابات على الشعور بالهدوء والطمأنينة، حيث قامت كل مصابة باختيار عبارة تهدئة ذاتية تتناسب معها، ثم تحدِّث بها نفسها بعد الانتهاء من الاسترخاء العضلي، بالإضافة إلى وجود صور أخرى للحوارات الذاتية الإيجابية؛ كالمناجاة والدعاء، والالتزام بالشكر، وممارسة الامتنان على نعم الله.

وقد أشار (Hodges & Winstanley, 2012) إلى دور التفاؤل وعلاقته بالنجاة من السرطان، بالإضافة إلى إمكانية التنبؤ بمستويات القلق والسيطرة على الصحة الداخلية من مستويات التفاؤل. وعليه فإن التفاؤل يلعب دورًا مهمًّا في مساعدة المصابات على الشعور بالأمل بالشفاء، وتمتعهن بمشاعر إيجابية خلال رحلة العلاج.

وكذلك استخدمت الباحثة فنية النمذجة خلال الجلسات الإرشادية؛ لمساعدة المصابات على رفع مستوى الإيجابية لديهن، والتفاؤل بانتهاء رحلة العلاج، وذلك بعرض نماذج لحالات تعافي من السرطان، ممن تجاوزوا المرض وحققوا نجاحات مختلفة في حياتهم وجوانب نمو لما بعد صدمة الإصابة بالسرطان، فعند رؤيتهن متعافين أو متعافيات من السرطان كانوا يعانون من نفس أوضاعهن وشفوا، منحهن ذلك شعورًا إيجابيًّا بتجدد الأمل، ودافعًا نحو مواصلة العلاج.

وعلى الرغم من المخاوف التي أفصحت عنها المصابات، ومشاعر اليأس التي تجتاح تفكيرهن بين الحين والآخر، إلا أن أفراد المجموعة التجريبية أظهرن مستويات جيدة من ثقتهن بالله؛ وذلك بترديدهن عبارات بالرضا والتسليم بأقدار الله، وثقتهن بقدرته على شفائهن؛ فقد أفدن أن ممارسة الطقوس الدينية

والتفاؤل له أثر في مساعدتهن على التعايش مع المرض ومواصلة العلاج، وشعورهن بالطمأنينة والصبر على هذا الابتلاء.

وقد أكّدت الباحثة للمشاركات خلال الجلسات الأخيرة من البرنامج الإرشادي ضرورة الاستمرار بتطبيق المهارات والفنيات التي تم تناولها خلال الجلسات السابقة حتى بعد الانتهاء من البرنامج الإرشادي، فهذه الفنيات تساعد على استمرار التحسن في خفض أعراض ما بعد الصدمة وزيادة الدافعية للعلاج، حيث أَبدَتِ المصابات استجابات إيجابية اتجاه جلسات البرنامج خلال التغذية الراجعة التي تمت في نهاية كل جلسة من جلسات البرنامج الإرشادي.

نتيجة ومناقشة السؤال الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمقياس الدافعية للعلاج في اتجاه المجموعة التجريبية لدى المصابات بالسرطان؟

للإجابة عن هذا السؤال: قامت الباحثة باستخدام اختبار مان ويتني للفروق بين مجموعتين مستقلتين (Mann-Whitney Test) بديلًا لا معلميًّا عن اختبار ت للفروق بين مجموعتين مستقلتين (Independent Samples T-Test)، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول ١٠ *نتائج اختبار مان ويتني للفروق بين متوسطات رتب المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس الدافعية للعلاج (الدرجة الكلية والأبعاد) في القياس البعدي*

مقياس الدافعية للعلاج	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
المسؤولية الذاتية	المجموعة التجريبية	٩	١٣,٥٠	١٢١,٥٠	-٣,٢٠٢	٠,٠٠١
	المجموعة الضابطة	٩	٥,٥٠	٤٩,٥٠		
	الكلي	١٨				
المثابرة/ الجهد	المجموعة التجريبية	٩	١٣,٧٨	١٢٤,٠٠	-٣,٤٨١	٠,٠٠٠
	المجموعة الضابطة	٩	٥,٢٢	٤٧,٠٠		
	الكلي	١٨				
الإيجابية/ التفاؤل	المجموعة التجريبية	٩	١٣,٤٤	١٢١,٠٠	-٣,١٦٣	٠,٠٠٢
	المجموعة الضابطة	٩	٥,٥٦	٥٠,٠٠		
	الكلي	١٨				
الدرجة الكلية للمقياس	المجموعة التجريبية	٩	١٤,٠٠	١٢٦,٠٠	-٣,٥٤٨	٠,٠٠٠
	المجموعة الضابطة	٩	٥,٠٠	٤٥,٠٠		
	الكلي	١٨	١٣,٥٠	١٢١,٥٠		

يتضح من الجدول (١٠) وجود فروق دالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس الدافعية للعلاج (الدرجة الكلية وجميع الأبعاد) في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية، مما يعني أن درجات أفراد المجموعة التجريبية أعلى من درجات

المجموعة الضابطة، مما يدلّ على زيادة الدافعية للعلاج لدى أفراد المجموعة التجريبية، ويؤكّد فاعلية البرنامج المقترح القائم على الإرشاد المعرفي السلوكي في زيادة الدافعية للعلاج لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وتعزو الباحثة ارتفاع درجات الدافعية للعلاج لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى انخفاض أعراض ما بعد الصدمة لدى المصابات وتعرضهن للبرنامج المعرفي السلوكي، الذي أثبت فاعليته في رفع درجات الدافعية للعلاج لدى أفراد المجموعة التجريبية التي خضعت لجلسات البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي، فنجد التحسن الذي ظهر على أفراد المجموعة التجريبية يعكس أهمية الفنيات المعرفية والسلوكية، وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة الشهري (٢٠١٠).

ومن المهارات التي توثّر على الدافعية هو قدرة المصابات على حل المشكلات والتعامل معها؛ فقد ذكر أغلبهن أنهن يتعاملن مع المشاكل بالتجنّب وعدم المواجهة ومشاعر انفعالية، أما بعد البرنامج فقد ذكرن أنهن استفدن من آلية حلّ المشكلات بتحديدها بشكل جيد، وضرورة توفير عدة حلول ممكنة للمشكلة، ومن ثم اختيار الحل الأمثل لها، كما أدركن ضرورة حلّ المشكلات والتعامل معها بشكل أسرع ما أمكن؛ لمنع تفاقم المشكلات الذي يؤدي إلى صعوبة حلها لاحقًا.

وقد عبّرت المصابات عن مدى استفادتهن من البرنامج الإرشادي والتغيرات الإيجابية التي طرأت عليهن، وتتضح تلك التغيرات في استجاباتهن من خلال الإفادات والتغذية الراجعة بعد البرنامج المتمثلة في: الحالة النفسية للمصابات، والأفكار ووضوحها، والعلاقات، ونظرتهن لذواتهن، ومستوى الكفاءة، وطريقة التخطيط وتحقيق الأهداف، وقدرتهن على حلّ المشكلات.

نتيجة ومناقشة السؤال الخامس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياسي أعراض ما بعد الصدمة والدافعية للعلاج؟

أولًا: الفروق بين متوسطات رتب درجات أعراض ما بعد الصدمة في القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية:

للإجابة عن الجزء الأول من السؤال الخامس: قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Signed Ranks Test) بديلًا لا بارامتريًّا لاختبار (ت) للفروق بين مجموعتين مرتبطتين، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول ١١ *نتائج اختبار ويلكوكسون للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس أعراض ما بعد الصدمة*

مقياس أعراض ما بعد الصدمة	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
البُعد النفسي	الرتب السالبة	٦	٤,٦٧	٢٨,٠٠	١,٥٠٨-	٠,١٣٢
	الرتب الموجبة	٢	٤,٠٠	٨,٠٠		
	الرتب المتعادلة	١				
	الإجمالي	٩				
البُعد الجسدي	الرتب السالبة	٢	٤,٠٠	٨,٠٠	١,١٣٤-	٠,٢٥٧
	الرتب الموجبة	٥	٤,٠٠	٢٠,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٢				
	الإجمالي	٩				
البُعد السلوكي	الرتب السالبة	٣	٤,٠٠	١٢,٠٠	٠,٣٣٣-	٠,٧٣٩
	الرتب الموجبة	٣	٣,٠٠	٩,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٣				
	الإجمالي	٩				
البُعد الاجتماعي	الرتب السالبة	٥	٤,٨٠	٢٤,٠٠	٠,١٨٣-	٠,٨٥٥
	الرتب الموجبة	٤	٥,٢٥	٢١,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٠				
	الإجمالي	٩				
الدرجة الكلية للمقياس	الرتب السالبة	٤	٤,٥٠	١٨,٠٠	٠,٦٧٩-	٠,٤٩٧
	الرتب الموجبة	٣	٣,٣٣	١٠,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٢				
	الإجمالي	٩				

يتبيّن من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات المصابات بالسرطان في مدينة الرياض في التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لأبعاد مقياس أعراض ما بعد الصدمة والدرجة الكلية للمقياس، مما يدلّ على استمرار انخفاض أعراض ما بعد الصدمة لدى مريضات السرطان أفراد العينة التجريبية في القياس التتبعي، وعدم زيادة تلك الأعراض بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج القائم على الإرشاد المعرفي السلوكي، مما يدل على استمرار فاعلية البرنامج المقترح في خفض أعراض ما بعد الصدمة لديهن.

ثانيًا: الفروق بين متوسطات رتب درجات الدافعية للعلاج في القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية:

للإجابة عن الجزء الثاني من السؤال الخامس: قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Signed Ranks Test) بديلًا لا بارامتريًّا لاختبار (ت) للفروق بين مجموعتين مرتبطتين، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول ١٢ *نتائج اختبار ويلكوكسون للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس الدافعية للعلاج*

مقياس الدافعية للعلاج	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
المسؤولية الذاتية	الرتب السالبة	٢	٣,٥٠	٧,٠٠	-٠,٨١٦	٠,٤١٤
	الرتب الموجبة	٤	٣,٥٠	١٤,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٣				
	الإجمالي	٩				
المثابرة/ الجهد	الرتب السالبة	٣	٤,٥٠	١٣,٥٠	-٠,٧٠٧	٠,٤٨٠
	الرتب الموجبة	٥	٤,٥٠	٢٢,٥٠		
	الرتب المتعادلة	١				
	الإجمالي	٩				
الإيجابية/ التفاؤل	الرتب السالبة	٣	٤,٥٠	١٣,٥٠	-٠,٧٠٧	٠,٤٨٠
	الرتب الموجبة	٥	٤,٥٠	٢٢,٥٠		
	الرتب المتعادلة	١				
	الإجمالي	٩				
الدرجة الكلية للمقياس	الرتب السالبة	٤	٢,٧٥	١١,٠٠	-٠,٩٩٠	٠,٣٢٢
	الرتب الموجبة	٤	٦,٢٥	٢٥,٠٠		
	الرتب المتعادلة	١				
	الإجمالي	٩				

يتبيّن من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائيًّا بين متوسطات رتب درجات المصابات بالسرطان في مدينة الرياض في التطبيقين البعدي والتتبعي بالنسبة لجميع أبعاد مقياس الدافعية للعلاج، والدرجة الكلية للمقياس، مما يدلّ على استمرار التحسن في الدافعية للعلاج لدى مريضات السرطان أفرادالعينة التجريبية، وعدم انخفاض هذا التحسن بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج القائم على الإرشاد المعرفي السلوكي، مما يدلّ على استمرار فاعلية البرنامج المقترح في زيادة دافعيتهن للعلاج.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى فاعلية برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي في استمرار أثر التدريب على اكتساب المهارات المعرفية والسلوكية بعد فترة من انتهاء البرنامج، التي ساهمت في خفض أعراض ما بعد الصدمة لدى المصابات وزيادة دافعيتهن للعلاج، وهذا يعني أنه بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على المصابات فإن الأعراض النفسية، والجسدية، والسلوكية، والاجتماعية قد تحسَّنت لدى أفراد العينة، وبالتالي انخفضت أعراض ما بعد الصدمة التي تمثّلت بالأعراض السابقة، وعليه فإن المصابات قد تحسنت المسؤولية الذاتية لديهن، ومستوى الجهد والمثابرة، مع تمتعهن بمستوى من التفاؤل والإيجابية، ونتيجة لذلك زادت دافعيتهن تجاه العلاج. وهذه النتيجة استمر أثرها حتى فترة المتابعة التي تؤكّد استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي.

توصيات الدراسة

- الاهتمام بالجانب النفسي لدى المصابين والمصابات بالسرطان، والوقوف على الاضطرابات النفسية التي يعانون منها.

- تدريب الأطباء والمختصين بأقسام الأورام بآلية إخبار المريضة بالتشخيص بالسرطان بطريقة مناسبة وآمنة لصحتها النفسية.
- تفعيل دور المساندة الاجتماعية للمصابات خلال مرحلة العلاج، وذلك عن طريق عقد جلسات دعم نفسي لمريضات السرطان وعائلاتهن، وإشراكهم في عملية العلاج.
- تشجيع المصابات على الانضمام لمجموعات الدعم النفسي؛ للشعور بالمساندة، أو مع المتعافيات من السرطان؛ للاستفادة من خبراتهن، وزيادة تفاؤلهن اتجاه الشفاء من المرض.
- تقديم برامج متنوعة تقوم على الإرشاد والعلاج النفسي لخفض أعراض ما بعد الصدمة وزيادة الدافعية لدى المصابات بالسرطان.

الدراسات المقترحة

- فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض أعراض ما بعد الصدمة وزيادة الدافعية للعلاج لدى المصابين بالسرطان من الذكور.
- دراسة مقارنة بين الإرشاد المعرفي السلوكي وأنوع الإرشاد الأخرى (الإرشاد بالمعنى، القبول والالتزام)؛ لخفض أعراض ما بعد الصدمة لدى المصابين بالسرطان.
- دراسة مقارنة بين المصابين والمصابات بالسرطان؛ للتعرُّف على الفروق في مستوى أعراض ما بعد الصدمة.
- فاعلية برنامج معرفي سلوكي؛ لخفض قلق الموت لدى النساء اللاتي تكررت إصابتهن بالسرطان.
- فاعلية برنامج معرفي سلوكي؛ لتحسين صورة الجسد لدى النساء المصابات بالسرطان.

المراجع

المراجع العربية

إبراهيم، أماني خالد. (٢٠١٧). *فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي لتخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى اللاجئين السوريين بولاية الخرطوم* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة النيلين.

أبو الوفا، نجلاء إبراهيم. (٢٠١٧). الخصائص السيكومترية لمقياس الدافعية لدى طالبات المرحلة الثانوية. *مجلة كلية التربية*، ٢ (٧٠)، ١٤-٥٢.

أبو عيشة، زهداة، وعبد الله، تيسير. (٢٠١٢). *اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة*. دار وائل للنشر والتوزيع.

أبو غبوش، ميرفت. (٢٠١٧). *فاعلية برنامج إرشادي لتعزيز استراتيجيات التدبر لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل* [رسالة ماجستير منشورة، جامعة الخليل]. http://dspace.hebron.edu/xmlui/handle/123456789/897

بلحسيني، وردة رشيد. (٢٠١٨). *اضطراب الضغوط التالي للصدمة وجها لوجه أمام الأيام الصعبة*. دار الشروق للنشر والتوزيع.

بلعيد، الزادمه فرج. (٢٠١٨). اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالاكتئاب لدى طلاب الجامعة. *مجلة البحث العلمي في الآداب*، جامعة عين شمس، ١ (١٩)، ٣٦-٦٩.

خليفة، مريم. (٢٠١٨). *أثر الصلابة النفسية على قلق الموت لدى المصابات بمرض السرطان* [رسالة ماجستير منشورة، جامعة عبد الحميد بن باديس]. http://e-biblio.univ-mosta.dz/handle/123456789/3214

الزهراني، عبد الله بن أحمد. (٢٠١٧). الكرب النفسي والدعم الاجتماعي في ضوء بعض المتغيرات لدى مريضات سرطان الثدي. *مجلة التربية*، ١ (١٧٥)، ٣٢٢-٣٦١.

ستوخر، سوزان. (٢٠١٩). *أوجه عديدة من اضطراب ما بعد الصدمة: هل اضطراب ما بعد الصدمة أحكم السيطرة على حياتك*. (محمد غالب بركات، مترجم). نيو بوك للنشر والتوزيع.

السنباني، إيمان صالح. (٢٠٠٥). *فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تخفيض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء إليهم* [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الأردنية.

شدمي، رشيدة. (٢٠١٥). *واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي* [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة أبي بكر بليقاد.

الشهري، يزيد. (٢٠١٠). *بناء برنامج معرفي سلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان وقياس فاعليته*. مطابع جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

الضمور، ختام على مطر. (٢٠١٨). *أثر برنامج إرشادي في خفض أعراض ما بعد الصدمة وتنمية الرضا عن الحياة لدى الطلبة اللاجئين السوريين (رسالة دكتوراه غير منشورة)*. جامعة مؤتة

عادل، عبد الله. (٢٠٠٠). *العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات*. دار الرشاد للنشر والتوزيع.

العازمي، مريم سعود. (٢٠١٣). تقنين مقياس دافعية الإنجاز للراشدين. *عالم التربية*، ١٤ (٤٣)، ٣٣٣-٣٥١.

عبد العال، مروة أحمد عبد الله. (٢٠١٧). فاعلية برنامج علاجي في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى ضحايا العنف السياسي. *مجلة البحث العلمي في الآداب*، ٢ (١٨)، ١-٤٠.

عثمان، كمال مصطفى وشاهين، إيمان سعيد (٢٠١٤). مقياس دافعية الإنجاز. *مجلة القراءة والمعرفة*، (١٥١)، ٤٩-٧٠.

عروج، فضيلة. (٢٠١٧). *دراسة نفسية عيادية لحالة الإجهاد ما بعد الصدمة لدى العازبات المبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان* [أطروحة دكتوراة غير منشورة]. جامعة أم البواقي.

عطون، إخلاص. (٢٠١٨). *الضغط النفسي وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي* [رسالة ماجستير منشورة، جامعة القدس].

عليوة، سهام علي. (٢٠١٩). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لإدارة الضغوط الانفعالية لمريضات سرطان الثدي. *مجلة كلية التربية*، ١٩ (٣)، ١٥٥-١٨٢.

العباني، سلامة سالم. (٢٠١٣). *فاعلية برنامج معرفي سلوكي لعلاج الاكتئاب لدى عينة من الشباب المرضى بالسرطان*[أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة عين شمس.

العيساوي، مشرق. (٢٠١٦). *الدافعية في التعلم*. جامعة بابل.

عوض، حسناء جمال أبو المجد. (٢٠٢٠). درجة اضطرابات ما بعد الصدمة لدى مريضات سرطان الثدي. *المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية*- دراسات وبحوث تطبيقية، ٢ (١٢)، ١٣٥ – ١٥٢.

محمد، سماح نبيل. (٢٠١٨). فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، ٦ (٤)، ٤٥٧-٤٨٣.

مدوري، يمينة. (٢٠٢٢). إجهاد ما بعد الصدمة لدى والدي الأطفال المصابين بالسرطان. *المجلة العلمية الجزائرية*، (١٤)، ٥٦-٧٤.

المركز الوطني للمعلومات الصحية. (٢٠١٧). *السجل السعودي للأورام*. https://nhic.gov.sa/eServices/Documents/2017.pdf

مشري، فريدة. (٢٠١٦). *الأسرة والصحة: دراسة سوسيو أنثروبولوجية لمرضى السرطان*. دار الحامد للنشر والتوزيع.

المناحي، عبد الله بن عبد العزيز. (٢٠٢٠). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وعلاقته بالاغتراب النفسي لدى مرضى السرطان بمدينة الرياض. *المجلة التربوية*، ٣٤ (١٣٧)، ٢٤٧-٢٩٤.

مايكل، نينا ووينديي، درايدن. (٢٠١٩). *العلاج المعرفي السلوكي*. (عبد الجواد أبو زيد، مترجم). مكتبة الأنجلو المصرية.

المراجع الأجنبية

Aksan, A. T. (2021). Effectiveness of cognitive behavioral therapies in women with breast cancer: A systematic review. [Meme Kanserli Kadınlarda Bilişsel Davranışçı Terapilerin Etkililiği: Sistematik Derleme] *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar, 13*(1), 34-51. Doi: https://doi.org/10.18863/pgy.718479.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th Ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. The Guilford Press.

Beesan, N. M., & Ahmead, M. (2021). Quality of life and post-traumatic stress disorder among adult females with cancer in Palestine: A cross-sectional study. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1) Doi: https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1904699.

Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmser, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of palliative care, 7*(2), 6-9.

Casagrande. M., Favieri. F., Tambelli. R., & Forte. G, (2020). The enemy who sealed the world, Effect quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in Italian population. *Sleep Medicine*, (10),5-10.

Cocker, K., Belland, D., & Kidman, A. (2007). Cognitive behavior therapy with advanced breast cancer patients: A brief report of a pilot study. *Psycho-Oncology, 3* (3), 233-237.

Cohen, L. R., & Denise, A. H. (2006). *Treatment outcomes for women with substance Abuse and PTSD who have experienced Complex Trauma*, American psychiatric Association.

Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). *Post-traumatic stress disorder and cancer*. The lancet. *Psychiatry, 4*(4), 330–338. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30014-7

Davidson, J. R., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R. D., Davison, R. M., Katz, R., & Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychologicalmedicine, 27*(1),153–160. https://doi.org/10.1017/s0033291796004229.

Drageset, S. (2012). *Psychological Distress, coping and social support in the Diagnostic and Preoperative Phase of Breast Cancer* (Doctorate Dissertation, University of Bergen).

Drieschner, K. H., Lammers, S. M., & van der Staak, C. P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical psychology review*, *23*(8), 1115–1137. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.09.003.

Duijts, S. F. A., Faber, M. M., Oldenburg, H. S. A., van Beurden, M., & Aaronson, N. K. (2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors--a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, *20*(2), 115-126. Doi: https://doi.org/10.1002/pon.1728.

Durosini, I., Savioni, L., Triberti, S., Guiddi, P., & Pravettoni, G. (2021). The Motivation Journey: A Grounded Theory Study on Female Cancer Survivors' Experience of a Psychological Intervention for Quality of Life. *International journal of environmental research and public health*, *18*(3), 950. https://doi.org/10.3390/ijerph18030950.

Hodges, K., & Winstanley, S. (2012). Effects of optimism, social support, fighting spirit, cancer worry and internal health locus of control on positive affect in cancer survivors: a path analysis: Stress and health. *journal of the International Society for the Investigation of Stress*, *28*(5), 408–415. https://doi.org/10.1002/smi.2471.

Hosseini, F., Alavi, N. M., Mohammadi, E., & Sadat, Z. (2021). Motivation for Healing in Cancer Patients: A Qualitative Study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, *26*(6), 555–561. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_232_20

Hullmann, S. E., Robb, S. L., & Rand, K. L. (2016). Life goals in patients with cancer: a systematic review of the literature. *Psycho-oncology*, *25*(4), 387–399. https://doi.org/10.1002/pon.3852.

Treatment needs/motivation scales (TCU MOTForm).(2010). https://www.nd.gov.hk/pdf/bdf-2010R2-q09-eng.pdf

Jafari, A., Goudarzian, A. H., & Bagheri Nesami, M. (2018). Depression in Women with Breast Cancer: A Systematic Review of Cross-Sectional Studies in Iran. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, *19*(1), 1–7. https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.1.1

Johnson, D. M., & Zlotnick, C. (2006). A cognitive-behavioral treatment for battered women with PTSD in shelters: findings from a pilot study. *Journal of traumatic stress*, *19*(4), 559–564. https://doi.org/10.1002/jts.20148.

Josefowitz N. & Myran D. (2017). *CBT made simple: a clinician's guide to practicing cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.

Josefowitz, N., Myran, D., & Segal, Z. V. (2021). *CBT made simple: A clinician's guide to practicing cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications, Inc.

Kar N. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, (7), 167–181. https://doi.org/10.2147/NDT.S10389.

Kartolo, A., Cheng, S. & Petrella, T. (2016). Motivation and preferences of exercise programs in patients with inoperable metastatic lung cancer: a need assessment. *Support Care Cancer* (24), 129–137.

Lacourt, T. E., Vichaya, E. G., Escalante, C., Manzullo, E. F., Gunn, B., Hess, K. R., Heijnen, C. J., & Dantzer, R. (2018). An effort expenditure perspective on cancer-related fatigue. *Psychoneuroendocrinology*, (96), 109–117.

https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.06.009.

Lepper, M. R., Corpus, J. H., & Iyengar, S. S. (2005). Intrinsic and Extrinsic Motivational Orientations in the Classroom: Age Differences and Academic Correlates. *Journal of Educational Psychology, 97*(2), 184–196. https://doi.org/10.1037/0022-0663.97.2.184

Loh, E. W., Shih, H. F., Lin, C. K., & Huang, T. W. (2022). Effect of progressive muscle relaxation on postoperative pain, fatigue, and vital signs in patients with head and neck cancers: A randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, *105*(7), 2151–2157. https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.10.034.

Millere, A., Pūce, A., Millere, E., Zumente, Z., Sudraba, V., Deklava, L., Millere, I., Caune, L., & Vagale, A. (2014). Treatment Motivation Factor Analysis of Patients with Substance Use Disorders In Latvia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, (159*), 298-302. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.376.

Naseri, N., & Taleghani, F. (2018). Social Support and Depression in Iranian Cancer Patients: The Role of Demographic Variables. *Journal of caring sciences*, *7*(3), 143–147. https://doi.org/10.15171/jcs.2018.023

Nipp, R. D., El-Jawahri, A., D'Arpino, S. M., Chan, A., Fuh, C. X., Johnson, P. C., Lage, D. E., Wong, R. L., Pirl, W. F., Traeger, L., Cashavelly, B. J., Jackson, V. A., Ryan, D. P., Hochberg, E. P., Temel, J. S., & Greer, J. A. (2018). Symptoms of posttraumatic stress disorder among hospitalized patients with cancer. *Cancer*, *124*(16), 3445–3453. https://doi.org/10.1002/cncr.31576.

Oliveri, S., aboldi, P., Pizzoli, S., Faccio, F., Giudice, A. V., Sangalli, C., Luini, A., & Pravettoni, G. (2019). PTSD symptom clusters associated with short- and long-term adjustment in early diagnosed breast cancer patients. *Ecancer medical science*, (13), 917. https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.917.

Padron, A., McCrae, C. S., Robinson, M. E., Waxenberg, L. B., Antoni, M. H., Berry, R. B., Castagno, J., Schultz, G., Kacel, E. L., Ulfig, C., Garey, S., Patidar, S., Sannes, T., Trinastic, L., Wong, S., & Pereira, D. B. (2022). Impacts of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia and Pain on Sleep in Women with Gynecologic Malignancies: A Randomized Controlled Trial. *Behavioral sleep medicine*, *20*(4), 460–476. https://doi.org/10.1080/15402002.2021.1932500

Patient attitude, motivation, and perception assessment. (n.d). https://www.psychology-services.uk.com/getfile.php?type=resources&id=PAMPA.pdf.

Prins, A., Bovin, M. J., Smolenski, D. J., Marx, B. P., Kimerling, R., Jenkins-Guarnieri, M. A., Kaloupek, D. G., Schnurr, P. P., Kaiser, A. P., Leyva, Y. E., & Tiet, Q. Q. (2016). The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *Journal of General Internal Medicine*, *31*(10), 1206–1211. https://doi.org/10.1007/s11606-016-3703-5.

WorldHealthOrganization.(2020).https://applications.emro.who.int/docs/WHOEMMNH235E-eng.pdf?ua=1.

Raja, S. (2012). *Overcoming trauma and PTSD: A workbook integrating skills from ACT, DBT and CBT*. New harbinger.

Shand, L. K., Brooker, J. E., Burney, S., Fletcher, J., & Ricciardelli, L. A. (2015). Symptoms of posttraumatic stress in Australian women with ovarian cancer. *Psycho-Oncology*, *24*(2), 190-196. Doi: https://doi.org/10.1002/pon.3627.

Sloan, P., Arsenault, L., Hilsenroth, M., & Harvill, L. (1995). Use of the Mississippi scalefor combat-related PTSD in detecting war-related, non-combat stress symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*,51(6),799-801.https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<799::aid-jclp2270510611>3.0.co;2-c

Sucala, M., Schnur, J. B., Brackman, E. H., David, D., & Montgomery, G. H. (2014). The role of specific and core dysfunctional beliefs in breast cancer radiotherapy patients' fatigue. *Journal of Health Psychology*, *19*(8), 957-965. Doi: https://doi.org/10.1177/1359105313482166.

Sucala, M., Schnur, J., Greene, P., David, D., Erblich, J., & Montgomery, G. (2013). Cognitive-Emotional Equation: The Relationship Between Irrational Cognitive Processes, Cognitive Contents, and Specific Emotions. Evidence From A Sample Of Breast Cancer Radiotherapy Patients. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, *13*(2),503-516.Retrieved from https://www.proquest.com/scholarly-journals/cognitive-emotional-equation-relationship-between/docview/1470064314/se-2.

The International Agency for Research on Cancer (IARC). (n.d.). *Global cancer observatory*. Retrieved October 1, 2022, from: https://gco.iarc.fr/today/.

Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2020). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease (COVID-19) in some regions of China. *Psychology Health & Medicine*, (108),135-158.

Wasley, D., Gale, N., Roberts, S., Backx, K., Nelson, A., van Deursen, R., & Byrne, A. (2018). Patients with established cancer cachexia lack the motivation and self-efficacy to undertake regular structured exercise. *Psycho-oncology*, *27*(2), 458–464. https://doi.org/10.1002/pon.4512.

Wenzel, A. (2021). *Handbook of Cognitive Behavioral Therapy*. American Psychological Association.