**فاعلية برنامج إرشادي في تنمية التواصل الاجتماعي لدى**

**مريضات السرطان وأثره على جودة**

**الحياة الأسرية**

 **إعداد**

 **د/ آمال إبراهيم الفقي**

**مدرس الصحة النفسية بكلية التربية جامعة بنها**

**الملخص:**

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة مدى فاعلية برنامج إرشادي نفسي ديني في تنمية التواصل الاجتماعي لدى مريضات السرطان وأثره على جودة الحياة الأسرية، وتكونت عينة الدراسة من (12) مريضة من مريضات سرطان الثدي وتم تقسيمهن بالتساوي إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة ، واستخدمت الدراسة مجموعة من الأدوات من إعداد الباحثه وهى مقياس التواصل الاجتماعي ومقياس جودة الحياة الأسرية وبرنامج نفسي ديني ، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج المستخدم في تنمية التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي مما أثر على جودة الحياة الأسرية لديهن.

The present study aims to determine the effectiveness of the psychological and religious counseling program in the development of the social communication in patients of cancer and its impact on the quality of family life, The study sample consisted of (12) patient of breast cancer. patients were divided equally to an experimental group and the other control group, the study used a range of tools which prepared by the researcher, social communication scale, the quality of family life scale and psychological religious program, the study reached to the effectiveness of the program which used in the development of the level of social communication in breast cancer patients.

**المقدمة:**

 ما أن تكتشف الأسرة أن أحد أفرادها قد أصيب بسرطان الثدي حتى تتغير طبيعة التواصل بينهم ما بين شفقة وتعاطف وخوف وقلق وأحيانا غضب ، وقد تسير طبيعة ذلك التواصل بنفس الوتيرة قبل اكتشاف ذلك المرض؛ غير أنه من المهم ادراكات الحالة التى أصيبت بالمرض لتلك التصرفات؛ اذ يمكن أن تفسرها على نحو ايجابي كدعم نفسي من أفراد الأسرة وتستلهم العزيمة والإرادة من طاقتها النفسية وحبها للحياة ولأسرتها ومعتقداتها الدينية الراسخة لتقاوم المرض وتبعاته، أو تنأى بنفسها عنهم طالبة العزلة لما تفسره من نظرات أعين الآخرين وتلميحاتهم وعباراتهم مثل: لا تخافي .. أنت صغيرة على ذلك ..هل لذلك من علاج..إلى غير ذلك من عبارات تظل قابعة فى الذهن تنضاف إلى تلك الحساسية الزائدة بحكم ذلك المتغير الجديد الذى ظهر وهو الاصابة بسرطان الثدى وما يستتبعه ذلك من علاج كيماوى أو استئصال أو غير ذلك من علاجات، وتظل تلك الحساسية تجاه تصرفات الآخرين وبخاصة الزوج والأولاد ، حتى لو ظلت تصرفاتهم فى إطارها الطبيعي والسوي ، فمن الممكن أن تتأولها الحالة على نحو غير سوي، مما يعوق ويؤثر بالسلب على طبيعة عملية التواصل بينهم رغم أنهم الداعم الأول والعامل النفسي المؤثر للوصول الى شفاء أفضل.

 وتزداد هذه المواقف الناتجة عن المرض وعلاجه عندما ترتبط بعوامل أخري مثل وجود عمل مرهق، أو قلق مالي، وبالإضافة إلى ذلك الضغوط اليومية الأخرى الموجودة قبل وبعد تشخيص وعلاج المرض، ونظرا لأن العديد من علاجات السرطان تسبب تغيرات جسدية دائمة أو مؤقتة تقود إلى تغير وتبدل في صورة الجسم وتدنًّ في تقدير الذات لدى المصابين بالسرطان، وفقدان عضو أو حدوث الندبات نتيجة الجراحة أو فقدان الشعر نتيجة العلاج الكيميائي وجميعها تؤدي إلى تكون خبرة مخيفة ومهددة لتقدير الذات (Fewzy,1995) ويعود تأثير هذه الخبرة إلى مدي إدراك الإنسان لتقييم الآخرين لهذه المظاهر الجسدية، ولما يحب الآخرون وما يكرهون، وكثيرا ما تؤثر المظاهر الجسدية في استجابة الآخرين نحو الفرد، وعلى التفاعل و التوافق النفسي والاجتماعي و الشخصي بالنسبة لمرضى السرطان. (فوقية رضوان،2006 )

 وتزداد المشكلة عندما تشعر المريضة أنها أصبحت لا جدوي منها ومن ثم كان لزاما علينا محاولة التخفيف من هذه الآثار السلبية الناتجة عن المرض والعلاج الكيماوي والبتر وتغير صورة الجسد بالإرشاد النفسي الديني لما له من آثار إيجابية علي عينات مختلفة في الدراسات السابقة من قبل مثل دراسة اسعاد البنا (1990) في علاج القلق ، ودراسة محمد عودة ( 1993 ) في علاج الوساوس القهرية ، ودراسة محمد درويش (1995 ) في تخفيف القلق ، ونعمة عبد الكريم (1999) في مواجهة الضغوط النفسية ، ودراسة عبد الباسط خضر ( 2000 ) في خفض مستوي القلق ، ودراسة محمد عمار ( 2000) في تخفيف أعراض الاكتئاب ، ودراسة عاشور دياب (2001 ) في تخفيف قلق المستقبل ، ، ودراسة ايمان العيوطي ( 2004 ) في خفض حدة الغضب ، إبراهيم خاطر ( 2006 ) في خفض تأثير ضغوط احداث الحياة ،و **دراسة لوفير Lauver (2007)** تشير إلى أهمية الإستراتيجية الدينية في إدارة ضغوط الحياة الناتجة عن السرطان. في حين دراسة **نارين وميرلوزي Narin & Merluzzi (2003)** لم تجد علاقة بين التوافق الديني مع مرض السرطان على متغير جودة الحياة.

مشكلة الدراسة:ـ

يعد سرطان الثدي مرض العصر وأحد أبرز هموم الأنثى أينما كانت على سطح الكرة الأرضية، وهو بحق هم مشترك لكل نساء العالم، وإنه من أكثر أمراض السرطان انتشارا بين النساء (نتيجة لوجود هرمون الاستروجين بكثرة لديهن)، ويعد السبب الرئيس للوفيات من السرطان عندهن (Massie & Popkin, 1998)، والمرأة هي ابنة أو زوجة أو أم وغالبا ما تكون كل ما سبق ومن ثم فهي تؤثر على الأسرة عامه، فالسرطان لا يعني أن هناك مريضاً وإنما يعني أسرة مريضة وإصابة فرد في الأسرة بمرض السرطان يضع الأسرة كلها في أزمة شديدة، ويؤثر على العلاقات الزواجية والأسرية، ويؤدي إلى تغيرات جوهرية في الأدوار الاجتماعية التي تقوم بها الأسرة (Ell, 1996).

ولذا يعتبر سرطان الثدي أحد الأعباء الاقتصادية، بسبب تكلفة المرض المباشرة بمراحله الطويلة، وتكلفة الموت (فقدان الإنتاج بسبب الموت)، وبموجب منظمة الصحة العالمية فإن سرطان الثدي قد قدر تكلفته (209,9) بليون دولار في سنة( 2005)، من خلال (118,4) بليون دولار تتعلق بتكلفة الموت، و(74) بليون دولار تتعلق بالتكلفة الطبية المباشرة(العناية الصحية) ، و(17,5) بليون دولار تتعلق بتكلفة المرض (فقدان الإنتاج بسبب المرض) American Cancer Society,2006) ) ورغم زيادة نسبة سرطان الثدي في العقود الأخيرة إلا أن فرصة البقاء على قيد الحياة تتفاوت بدرجة كبيرة على مستوى العالم، حيث تتراوح ما بين (80%) في أمريكا الشمالية والسويد واليابان ،قيمة (60%) في البلدان ذات الدخل المتوسط وأقل من(40% ) في البلدان ذات الدخل المنخفض، أما معدلات البقاء المنخفضة في البلدان الأقل نمواً فهي ترجع أساساً إلى التشخيص المتأخر للإصابة بالمرض لدى معظم الحالات. (American Cancer Society, 2012)

ومرض السرطان يتحول من مشكلة بدنية إلى مشكلة نفسية واجتماعية وصحية مستعصية بفعل حواجز الصمت في المجتمعات المغلقة مثل مجتمعاتنا العربية لأنه مرادفٌ للموت، ولأنه يصيب عضواً حساساً في جسم المرأة؛ فنجد أن ما يتعلق بهذا العضو من فحوصات يكون أمراً مثيراً للحساسية إن لم يكن الرفض المطلق.

ولكن كبت المشاعر والانفعالات وعدم القدرة على التعبير عنها بحرية وغلق المرأة أبواب الحياة الاجتماعية أمامها سواء كانت بإرادتها أو هروبا من نظرات وأسئلة من حولها يسبب لها كثيرا من الضغط النفسي ، و يزيد من خطر الإصابة بالسرطان وتنشيط الخلايا السرطانية مرة اخري، وعلي الطرف الآخر فإن مريضات السرطان اللاتي يعبرن عن انفعالاتهن بحرية وينطلقن في علاقاتهن مع من حولهن ويعيشن حياة فيها جانب من التفاؤل والرضا يقل عندهن التوتر ويبقين على قيد الحياة لمدة أطول من المريضات الأخريات اللاتي يميلن للتشاؤم (Hill,2012)).

وتري الباحثة أن انحصار وضعف التواصل الاجتماعي قد يكون نتيجة إغلاق العقل والقلب لما قسمه الله عز وجل لها، ويمكن صياغة مشكلة الدراسة كمايلي :

ما مدي فاعلية برنامج إرشادي نفسي ديني في تنمية مستوي التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي وأثره علي جودة الحياة الأسرية ؟

**أهمية الدراسة :ـ**

تركز الدراسة على متغيرين مهمين هما التواصل الاجتماعي وجودة الحياة الأسرية وهما مصطلحان مهمان في علم النفس الإيجابي ،وتكمن أهمية الدراسة في الآتي :

أولاً: من الناحية النظرية : ـ

التعرف على طبيعة التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي وأثره على جودة الحياة الأسرية،ومعرفة ماهية الإرشاد النفسي الديني وكيفية تطبيقه في تنمية التواصل الاجتماعي، كما أنه - في حدود علم الباحثة - لا توجد دراسات تناولت الإرشاد النفسي الديني في تنمية التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان االثدي وأثره على جودة الحياة الأسرية .

ثانيا : الناحية التطبيقية :

1ـ أهمية مريضات سرطان الثدي عينة الدراسة وهن زوجات وأمهات في المجتمع .

2 ـ يعكس التواصل الاجتماعي وجودة الحياة الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي حالتهم الصحية والنفسية والاجتماعية .

3ـ استخدام كل من مقياس التواصل الاجتماعي ومقياس جودة الحياة الأسرية لما لهما من نتائج تقييمية لمريضات سرطان الثدي.

4 ـ تطبيق البرنامج المستخدم على حالات أخرى فى مستشفيات مختلفة.

**أهداف الدراسة :**

1ـ إعداد مقياس للتواصل الاجتماعي لتحديد درجة التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي

2ـ إعداد مقياس جودة الحياة الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي.

3-. إعداد برنامج إرشادي نفسي ديني لتنمية التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي وأثره على جودة الحياة الأسرية لديهن.

**مصطلحات الدراسة: وتتبلور مصطلحات الدراسة الحالية على النحو التالي:**

**التواصل الاجتماعي Social Communication**

هو عملية يتم من خلالها توصيل رسالة لها معالم معينة وعلي الطرف الآخر يوجد مستقبل يستوعب هذه الرسالة ويقوم بالرد علي المرسل ومن ثم تتشابك التفاعلات سواء للأفضل أو للأسوأ حسب اسلوب ومضمون وأداة الرسالة وهو التواصل الاجتماعي والوجداني والمعرفي والبدنى – لغة الجسد - القائم على الاندماج مع أفراد الأسرة والمجتمع، سواء أكان لفظياً أو غير لفظي. (الباحثة)

ويقاس إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها المسترشدة على مقياس التواصل الاجتماعي، إعداد الباحثة.

**جودة الحياة الأسرية Quality of life Family**

هي الفاعلية في القيام باحتياجات الأسرة وتمتع أعضائها بحياتهم معاً كأسرة متناغمة وامتلاك الفرصة لجودة الحياة الاسرية وهى : التفاعل الأسري ، ومهارات الحياة اليومية ،والحالة المادية المتيسرة للوالدين ،والاتزان الانفعالي ،والبيئة المادية، والصحة الاجتماعية ، والتماسك (الترابط) .

وتقاس إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها المسترشدة علي مقياس جودة الحياة الأسرية، إعداد الباحثة.

**الإرشاد النفسي الديني: Religion Psychological Counseling**

الإرشاد النفسي الديني هو مجموعة من الخدمات التخصصية التي يقدمها مختصون في علم النفس لأشخاص يعانون من سوء توافق نفسي أو شخصي أو اجتماعي بهدف مساعدتهم علي حل المشكلات ، وتزويدهم بالمهارات العلمية والفنية والمعطيات الدينية مثل : التقوى، والتوكل ، والصبر ، والإيمان بالقضاء والقدر استرشاداً بالعبادات ، هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى تطبيق فنيات وأساليب نظريات الإرشاد النفسي كوسائل معينة لمساعدتهم على تحقيق النمو الذاتي وتحمل المسئولية في حدود قدراتهم وإمكاناتهم (الباحثة)

**سرطان الثدي : Breast Cancer**

سرطان الثدي هو النمو غير الطبيعي لخلايا الثدي حيث تنمو هذه الخلايا بطريقة غير مسيطر عليها من قبل الجسم، وإذا لم تعالج في الوقت المناسب فإنها ستنتشر إلى مناطق أخرى من الجسم، وتكون أعراضها ضارة بدنياً ونفسياً واجتماعياً . ((American Cancer Society, 2012

 **الإطار النظري: ـ**

يتناول الإطار النظري للدراسة التواصل الاجتماعي لدي مريضات سرطان الثدي ثم جودة الحياة الأسرية ثم الإرشاد النفسي الديني كما يلي : ـ

**أولا :التواصل الاجتماعي :ـ**

لكل كائن من الكائنات أسلوبه الفريد في التواصل مع العالم المحيط به، وأيضا له لغته الخاصة به ، التي تساعده علي تنظيم علاقاته المتغيرة مع أفراد نوعه ، ويستخدم عدة وسائل للتواصل مع الآخرين ، ومهما تعددت الوسائل فهي لا تخرج عن مجرد كلمات أو إشارات تشير الى أشياء أخري أو تحل محلها

**1ـ مفاهيم التواصل : ـ**

**أ ـ مفهوم التواصل في اللغة :** في مختار الصحاح (1992) نجد التواصل يعني تواصلا أى لم يتقاطعا. ولذا يقال اتصل الشيء بالشيء أي التأم وصار موصولاً به؛ ووصل الشيء بالشيء يصله وصْلاً وصِلَةً أي ضمه إليه وجمعه ولأمه؛ ووصل فلاناً وصلاً وصلة أي اتصل به ولم يهجره، ويؤكد حمدان فضه (1999) على أن التواصل في اللغة العربية ضد التصارم أوالتقاطع، والتواصل على وزن التفاعل بما يشير إلى تبادل الوصل والصلـة بين الطرفـين، والتواصل أدق في اللغة من لفظ إتصال الذي هوعلى وزن افتعال، والذى يدل أيضا على أن الصلة تتم من طرف إلى طرف آخر، وأنها ليست متبادلة بين الطرفين، كما فى التواصل، ويفيد التواصل في اللغة العربية الاقتران والاتصال والصلة والترابط والالتئام والجمع والإبلاغ والانتهاء والإعلام. ومن ذلك يتضح أن التواصل في اللغة العربية يعنى الالتئام والضم والإكثار من الوصل الذى يكون متبادلا بين الطرفين؛ بما يوحي بتوافر علاقة وجدانية ومشاركة اجتماعيه بين هذين الطرفين،كذلك يعنى التواصل في اللغة العربية المهارة والتلطف في تلك العلاقة المتبادلة كما جاء في لسان العرب ومختار الصحاح.

ويعني التواصل في اللغة الانجليزية كلمة communication فهي تعني إقامة علاقة وتراسل وترابط وإرسال وتبادل وإخبار وإعلام،وهذا يعني أن هناك تشابها في الدلالة والمعنى بين مفهوم التواصل العربي والتواصل الغربي.

**ب ـ مفهوم التواصل في علم النفس :** اتفق كل من كمال دسوقى (1988) ،كورسينى Corisini (1999) ، مني قاسم (2000 )، وود Wood (2001) ، آمال باظه (2003) ، حسن شحاته وزينب النجار وحامد عمار(2003)علي أن التواصل يعنى: عملية نقل الأفكار والتجارب وتبادل المعارف والمشاعر بين الذوات والأفراد والجماعات، وقد يكون هذا التواصل ذاتيا شخصيا أو تواصلا غيريا، وقد ينشأ على الموافقة أو على المعارضة والاختلاف.

 ويفترض التواصل أيضا - باعتباره نقلا وإعلاما- مرسلا ورسالة ومتقبلا وشفرة ، يتفق في تسميتها كل من المتكلم والمستقبل (المستمع)، وسياقا مرجعيا ومقصد الرسالة.

والتواصل هو اليكانزيم الذي بواسطته تنمو العلاقات الإنسانية وتتطور، وهو يتضمن اللغة ووسائل تبليغها عبر المجال وتعزيزها في الزمان والمكان المناسب لها، ويتضمن أيضا تعابير الوجه وهيئة الجسم والحركات ونبرة الصوت والكلمات والكتابات والمطبوعات والقطارات والتليغراف والتليفون وكل ما تشمله الاكتشافات الحديثة من وسائل حديث، والتواصل هو العملية التي بها يتفاعل المرسل والمستقبل للرسائل في سياقات اجتماعية معينه.

ومع أن اللغة بينت أن التواصل يعنى التبادل الذى يستلزم طرفين أوعده أطراف تتواصل معا باللغة (لفظاً و إشارة)، إلا أنه يلاحظ ورود مصطلح التواصل الذاتي أو التواصل الضمنشخصىCommunication Communication OR Intrapersonal Self في كتابات علم النفس، والذي يعنى أن يتواصل الفرد مع نفسه بما يحدث من عمليات نفسية داخلية وذلك في مقابل مصطلح التواصل البينشخصي Interpersonal Communication والذى يعنى أن يتواصل الفرد مع آخر.

 بيد أن حمدان فضه (2002) يرى أنه ما من خلاف أو تناقض بين اللغة وعلم النفس في هذا الأمر ,إذا ما تم فهم المدلول العميق لتلك المصطلحات في علم النفس. فمعلوم أن التكوين النفسي للفرد يتضمن جوانب ثلاثة ،هي الجانب الغريزي، والجانب الواقعي ،والجانب الأخلاقي. فإذا كانت هذه الجوانب الثلاثة متناغمة في العمل مع بعضها، أي متواصلة داخل الفرد بشكل جيد كانت السوية. وعلى النقيض عندما تحيد هذه الجوانب عن التناغم مع بعضها، وتستبدله بالصراع أو بالتصارم أو التقاطع الذى هو نقيض التواصل تكون اللاسوية. إذن ما ذكره علم النفس من وجود تواصل ذاتي أو تواصل ضمنشخصى أي داخل الفرد ذاته ومع ذاته، إنما يشير في الحقيقة إلى تواصل بين ثلاثة أطراف أو مكونات موجودة داخل الفرد ذاته. فإذا كانت اللغة قد اشترطت وجود طرفين أو عدة أطراف لكى يتحقق التواصل، فإن هذه الأطراف تارة تكون أطرافا مستقلة أي أشخاصاً، وهذا هو التواصل البينشخصى، وتارة تكون هذه الأطراف أطرافاً داخلية، أي ضمن الفرد نفسه ،وضمن تكوينه النفسي، وهذا هو التواصل الذاتي أو الضمنشخصى. وبذلك تتحقق المصالحة بين ما ذهب إليه علم النفس وما ذهبت إليه اللغة. كما ينظر إلى التواصل بوصفه علاقات ليست ميكانيكية آلية، وإلا صارت اتصالا وليس تواصلاً متشبعاً بالقيم والمبادئ والوجدانيات المتبادلة**Havilant1999)& (Watson**

ويتمثل التواصل الذاتى لدى مريضات سرطان الثدي فى تلك الأفكار الداخلية لديهن حول نظرة الأخرين ومدى مراعاتهم لمشاعرهن وظروفهن المرضية الطارئة. والحساسية الزائدة تجاه ردود أفعال الأشخاص المقربين المحيطين بهن.

وتضيف زينب شقير (2001 ) جوانب يجب الاهتمام بها عند التحدث عن التواصل كما يلي: الاتصال كنظام سلوكي يقدم إطارا مرجعياً ينظم مكونات العمل ،والاتصال قائم علي ترجمة المعاني إلى رموز أو إشارات يجري نقلها للآخرين ثم ترجمة الرموز الي الإشارات المنقولة في شكل رسالة ، ويهتم بذلك البعد معظم النماذج الاجتماعية للاتصال ، يشير السياق الاجتماعي الذي يتم فيه الاتصال الي تلك القوي التي تؤثر في الاتصال في موقف معين والتي تحكم تدفق المعلومات ونماذج التأثير من جماعة إلى أخرى ، وزمن ثقافة إلى أخرى .ولذا فإن مفهوم التواصل مفهوم متعدد الجوانب .

يتبين لنا مما سبق أن التواصل هو جوهر العلاقات الإنسانية وله دلالة خاصة لدى مريضات سرطان الثدي، فالتواصل له وظيفتان وظيفة معرفية: تتمثل في نقل الرموز الذهنية وتبليغها بوسائل لغوية وغير لغوية، ووظيفة وجدانية اجتماعية: تقوم على تقوية العلاقات الإنسانية وتفعيلها على المستوى اللفظي وغير اللفظي، وخلال التواصل يتم التأثير والتأثر بالآخرين؛ لأنه عملية يتم من خلالها التعبير المتبادل للأفكار والمعلومات والمفاهيم والآراء والحقائق لدي مريضات سرطان الثدي وذويهم.

والتواصل الجيد يقوم على النزعة الإنسانية وهو حالة متبادلة بين المرسل والمستقبل حيث يدرك المرسل ما يقول، وبالتالي يتفاعل معه ويستطيع أن يغير الصورة المدركة الخاطئة عنه ولذلك بقدر ما يكون التواصل له معنى بقدر ما يكون التفاعل والتواصل جيداً (Holt-lunstad et al, 2010) لأن التواصل عملية كلية لا نفهم الجزء إلا بالرجوع للكل الذي ينتمي إليه وغالبا فنحن نتواصل حتى نتوافق .

وخلاصة القول أن التواصل الاجتماعي وبخاصة لدي مريضات سرطان الثدي هو عملية يتم من خلالها توصيل رسالة لها دلالاتها الوجدانية والاجتماعية ومن ثم تتشابك التفاعلات الأسرية والاجتماعية مما يدعم الاستقرار النفسي والأسري.

2 ـ أهداف وأهمية التواصل : للتواصل عدة أهداف وفوائد بالنسبة لمريضات السرطان من بينها: ـ أ ـ أهداف وأهمية التواصل بالنسبة لمريضة السرطان :تستطيع إشباع بعض من احتياجاتها مثل الشعور بالأهمية وأنها ما زالت محبوبة كما كانت ، والشعور بالانتماء إلى أسرتها والتفاعل مع الآخرين يعطيها الدعم النفسي والمعنوي لمواصلة مسيرتها (Chelf&Deshler, 2000)، ويمكن من خلال التواصل أن تدرك المريضة ذاتها وتحققها بالتواصل الفعال ، وتتعلم ماهية الظواهر المحيطة بها وتفهم ما يحيط بها من ظواهر وأحداث ويساهم التواصل في تنمية الهوية النفسية والاجتماعية لها ، ويساعدها على تعلم مهارات حياتية جديدة ومهارات اجتماعية متنوعة (Thewes et al, 2003)،، ويساعدها في تنمية القدرة علي اتخاذ القرار عندما تفهم الموقف وتسمع حالات مشابهه لها قد مرت بنفس التجربة وقد تم شفاؤها وتحاول الاقتداء بتجربتها ، ويساعدها في الوقاية من التأثيرات السلبية مثل : ضغط الدم والقرحة والقولون العصبي ونمو الخلايا السرطانية مرة أخري، وينمي التواصل العمليات العقلية للمريضة ،ويساعدها في تنمية القدرة اللغوية وفهم أكثر لنفسها، ويساعدها في شغل أوقات فراغها فلا تخلو بنفسها ويسيطر عليها الاحزان. (عبد الرحمن عدس ومحي الدين توق، 2005 ).

 **ب ـ أهداف وأهمية التواصل بالنسبة للمجتمع :**يوفر معلومات عن الحياة المحيطة ،ويساهم في نقل التراث الثقافي من جيل لآخر وخاصة عن الجديد في مرض السرطان ، وعندما ينجح الانسان في التواصل مع العالم المحيط به يزول التوتر ويقوي التناغم مع من حوله ، ويشعر بأنه شخص مرغوب فيه مما يترتب عليه شعور بالرضا والسعادة وهي غاية الصحة النفسية ،ويساهم في الترفيه عن المجتمع وتخفيف ضغوط الحياة(أوهام ثابت ، 2008)

**3 :عناصر التواصل :**للتواصل عدة عناصر هي المرسل sender ـ المستقبل Receiver ـ الرسالة Massage ـ قناة التواصل Channel of communicationوله طريقتان : لفظي ويشمل اللغة ونظائر اللغة ، وتواصل غير لفظي ويتمثل في تعبيرات الوجه والحركات البدنية والمسافة والإشارات الصوتية ـ التغذية الراجعة feed Back ( علي عبد النبي وعبد الوهاب سعدون (2004 ).

**4 ـ مبادئ التواصل :**لابد أن يستند التواصل الجيد على مجموعة من المبادئ منها لماذا؟ وتعني تحديد الهدف من التواصل .ومن؟ وتعني تحديد الشخص المتلقي ومعرفة صفاته. وماذا؟ ويقصد بها ضرورة تحديد محتوى الرسالة .وكيف؟ وتدل على الأداة المناسبة المستخدمة في التواصل .ومتى ؟وتعني الوقت المناسب .وأين؟ وتشير إلى تحديد المكان . ويتأثر التواصل الاجتماعي لمريضات السرطان بكل هذا أثناء التعامل ، ووصف زيمور ولورنس (1989) مرضى السرطان بالضحايا، وسيئي الحظ، وذلك لما يصيبهم من اضطرابات في العلاقات الاجتماعية بعد الإصابة بالمرض، فتقل المساندة الاجتماعية في الوقت الذي هم في أشد الحاجة لها ويتجنبهم الأصدقاء و الأقارب، ويشعر المقربون بالشفقة والعطف عليهم (Zemore & Lawrence, 1989).

إن العيش مع السرطان يتسبب في ظهور ضغوط لها تأثير نفسي شديد وتشمل : صورة الجسم، والمشاكل الجنسية، وصعوبات العلاقات الشخصية، والقلق، والخوف، والقلق المتعلق بالبقاء على قيد الحياة، والخوف من رجوع السرطان، وإن أغلب المصابين بالسرطان تظهر عليهم أعراض خفيفة أو متقلبة من القلق والكآبة، وتتطور عند غيرهم لتصبح شديدة كالقلق المرضي والكآبة أو اضطرابات التوتر بعد الصدمة، وهذه الحالات تحتاج إلى علاج خاصNational Breast Cancer Centre ,2003) إن مرض السرطان وعلاجه يضعان صعوبات على العلاقات الشخصية، خاصة عندما تكون هذه الصعوبات موجودة أصلا قبل الزواج، وقد ظهر أن النساء المصابات بسرطان الثدي تزداد لديهن خطورة الأعراض النفسية عند وجود مشاكل في العلاقات الزوجية أو العائلية، وتؤثر على التوافق مع المرض (Schover, 2000).

**5 ـ مراحل التواصل :**يمر التواصل بعدة مراحل كما حددها عادل عبد السميع 2005)) هما**:ـ**

**أ ـ مرحلة المواجهة :**وهي المرحلة الأساسية في عملية التواصل الإنساني، عندما يتم فيها الاقتران بين ما يقدمه المرسل من معلومة محددة وبين المتلقي من خلال وسيلة معلوماتية محددة ، وتمثل المواجهة ابسط أشكال التواصل .

**ب ـ مرحلة التبادل :**وهي مرحلة تدفق المعني المشترك وتمثل الجهد من المشاركين في حدوث عملية

التواصل لإبقاء الالتقاء الفكري حول معني محدد ، وذلك من خلال مجموعة من الرموز أو الشفرات المتفق عليها ، ولابد أن تكون مفهومة لدي المشاركين ، ولذا تتوقف عملية التبادل علي البناء النفسي والاجتماعي وخبرات المشاركين .

**ج ـ مرحلة التأثير :**وتتمثل في درجة التحول التي تحدث في كل من اتجاه الفرد وسلوكه تجاه موقف أو شخص أو موضوع ما قبل مشاركته في المرحلتين السابقتين ، وكذلك اتجاهه وسلوكه بعد المشاركة فيها أو في إحداهما ، وهذه المرحلة تتوقف علي العائد النفسي من الاتصال ويصعب قياسها .

**د ـ مرحلة التحكم والتكيف :**وهي المرحلة التنظيمية لعملية التواصل والتي تتضح من خلالها فعالية نظام التواصل ،ويشير التحكم الي الجهد المبذول من المرسل في حين أن التكيف يوضح الجهد المبذول من المستقبل لتنظيم عملية التواصل ((Christina,1999

**6ـ أبعاد التواصل** ا**لنفسية : يتمثل التواصل الجيد بين الأفراد فى أربعة أبعاد هى :**

* **التواصل العقلى - المعرفى :** وهو التواصل القائم على تبادل المعرفة، ووجهات النظر مع الطرف الآخر. ويتمثل فى إدراكات مريضات سرطان الثدي لأفكارهن وما يدور حولهن من تصرفات.
* **التواصل البدنى، أو لغة البدن :** وهو أكثر الأشكال التواصلية صدقاً، إذ إن الألفاظ والكلمات قد تتعرض للتزييف والخداع المقصود أو غير المقصود (اللاشعورى)، ويعد تفسير مريضات سرطان الثدي لتعبيرات وجه الآخرين وإيماءتهم ولغة البدن لديهم فى الاتجاه السلبي والذى ينال من الذات.
* **التواصل الوجدانى:** أى تواصل الوجدانات فى سياق علاقة حميمة ومن أهم مظاهره : الحب والتقبل والاحترام بين جميع أفراد الأسرة وهذا ما يهم مريضات سرطان الثدي، كما يبدو فى المصافحة الدافئة، فالحب هو الطريقة الوحيدة التى يدرك بها الإنسان كائناً إنسانياً آخر فى أعمق أغوار شخصيته، فلا يستطيع إنسان أن يصبح واعياً كل الوعى بالجوهر العميق لشخص آخر إلا إذا أحبه على حد تعبير فرانكل، مما يعنى أن الحب من أهم مقومات التواصل الوجدانى.
* **التواصل الاجتماعى :** وهو التواصل القائم على اندماج مع الآخرين، مما يظهر من خلال: نبرة الصوت الحنونة، والاستحسان، والسلوك الدال على الحب، والابتسام، والضحك، والتشجيع( Anne,1999).

وهذه الأبعاد ليست منفصلة عن بعضها بحدود جامدة، بل تكون متداخلة إلى حد كبير؛ فعلى سبيل المثال : المصافحة الدافئة تجمع إلى حد كبير بين التواصل البدنى (تشابك الأيدى) والوجدانى (الدفء العاطفى المصاحب) والاجتماعى (علاقة اجتماعية بين شخصين)، والحوار الهادئ الرقيق بين شخصين فى موضوع ما إنما يجمع بين التواصل العقلى المعرفى والتواصل الوجدانى (حمدان فضة، 1999 ) (hill,2012).

**7 ـ التواصل الاجتماعي الفعّال لدي مريضات سرطان الثدي :**

ولأجل تحقيق التواصل الاجتماعي الفعال لدي مريضات سرطان الثدي فإنه يراعي مناقشة همومها والأولويات المتعلقة بها وبالمرض والمعلومات الجديدة حول السرطان، وكيف تستفيد من هذه الطفرة العلمية والنشرات الجديدة حول مرضها (Ganze,2004) وكيف تقي أسرتها من الاصابة بهذا المرض وكيف تتعامل مع اسرتها بدون حساسية وكيف تعوض اولادها إذا غابت عنهم لأي سبب وكيف تعبر عن مشاعرها دون حرج وكيف تتخطي الأزمات المادية الناتجة عن مرضها وتكاليف العلاج وكيف تقوم بدورها المنوط إليها داخل الاسرة دون ملل وكلل ودون التلفظ بكلمات مليئة بالمرارة والحسرة والتشاؤم حتي لا تؤثر علي من حولها بالسلب Patterson,2010 ) )

وقد راعت الباحثة هذه العوامل والاهتمامات والاحتياجات عند تواصلها مع المسترشدات من مريضات سرطان الثدي، وتتأثر عملية التواصل الاجتماعي لدي مريضات سرطان الثدي بعدة متغيرات منها العائلة، والأصدقاء، والمعتقدات الدينية وهي جميعها مهمة في إعطاء الأمل للمريضة أو العكس (Feher & Maly, 1999) ومن أسباب سوء التوافق الاجتماعي لديهن: الشذوذ الجسمي والنفسي، وعدم إشباع الحاجات الجسمية والنفسية، وتعلم سلوك مغاير للجماعة، والصراع بين أدوار الذات، والقلق (حافظ بطرس، 2008) وقد وجد أن المصابات بسرطان الثدي تظهر عليهنَّ نتائج نفسية سلبية بعد إجراء العملية الجراحية أحيانا أكبر من النتائج الفعلية، إذ ينعكس رد فعل العملية الجراحية على الحالة النفسية العامة للمرأة وتواصلها الاجتماعي (حمدي الأنصاري، 1983)

ولأن التواصل الاجتماعي يمثل متغيراً مهماً لدى مريضات سرطان الثدي؛ فإن تنميته وتحسين مستواه سيكون له أثر ايجابي فى الشعور بالرضا، والاتزان الانفعالي، ومهارات الحياة اليومية، والتماسك الشخصي والترابط بين جميع أفراد الأسرة، وينعكس أثر ذلك كله على جودة الحياة الأسرية. **ثانياً: جودة الحياة الاسرية : ـ**

تلعب الأسرة دوراً بالغ الأهمية في تنمية القدرة على التواصل الاجتماعي لدى الأبناء ، فالوالدان بالنسبة لطفلهما هما مفتاح الحياة ،والتفاعلات الأسرية الجيدة من شأنها أن تشعر الأبناء بالطمأنينة والراحة وتساعدهم علي اكتشاف طاقاتهم وتوظيفها فيما يفيدهم ويفيد الأسرة والمجتمع.

 ولكن مخاوف وقلق الموت للأم والزوجة مريضة سرطان الثدي ومخاوف وقلق جميع أفراد الأسرة وجميع المقربين المتواجدين حولها يزيد من دفء التواصل بينهم لدى البعض منهن، وفى بعض الحالات الأخري يفتقدن هذا الدفء، لهذا فإن هذه المشاعر تمرر إشارات للعالم المحيط بهذه السيدة بعدم الرغبة في التواصل مع العالم المحيط بها ، بل وأحياناً تبلغ درجة التشاؤم وعدم الرضا إلى تفضيل الموت وعدم الرغبة في الحياة ، وإذا ما تمكن الزوج والأولاد والمقربين لها بالتدخل في هذا الحوار القائم بين العقل الواعي والعقل اللاواعي ووقف الحوارات السلبية و كبح قدرة هذ*ه الأفكار* *السرطانية* المؤذية للذات والمدمرة لكيان الأسرة فإن على الأسرة اللجوء إلى البرامج الإرشادية لمساعدتهم ومساعدة المريضة للوصول إلى جودة حياة أسرية.

ولذا فإن جودة الحياة الأسرية لا تختلف في مكوناتها عن جودة حياة الفرد ولكنها تختلف في تركيزها ، فجودة الحياة الأسرية تتعلق بالأسرة بشكل جشطلتي وليس لكل فرد على حده.

ومن ثم فهو من المفاهيم ذات الطابع الجدلي ؛ حيث تختلف مضامينه ودلالته من فرد لآخر ومن ثقافة إلى أخرى ، ورغم ذلك يندرج خلفة الكثير من المضامين والدلالات : كالقناعة والرضا والسعادة والتسامي بالغرائز والأمن النفسي وتقدير الذات وتحقيق الذات (أحمدجنيدي ، 2009 ) ، وهي الإحساس الإيجابي بحسن الحال والتي تدل علي ارتفاع مستويات رضا المرء عن ذاته وعن حياته بشكل عام وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية ذات قيمة ومعني بالنسبة له واستغلالها في تحديد مسار حياته وإقامته لعلاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين والاستمرار فيها كما ترتبط بالإحساس العام بالسكينة والسعادة والطمأنينة النفسية (Gullberg,et al ,2010 ) وتتضمن الأبعاد التالية : مستوى الرضا ،والعمل ،والصحة الجسمية، و الصحة النفسية ، والجانب المادي ،والعلاقات الأسرية ،والعلاقات الاجتماعية ،وأنشطة الحياة اليومية.

 وجودة الحياة الأسرية تعبر عن الاهتمام بالحالة النفسية للفرد ، والتي تتأثر بدورها بكثير من الصعوبات والمعوقات التي يواجهها الفرد ، والتي تؤثر بصورة دالة علي إحساسه الشخصي بنوعية وطبيعة حياته ، ومستوي الصحة النفسية الإيجابية لديه(محمود عكاشة وعبد العزيز سليم ، 2010 ) وجودة الحياة الأسرية هي الأداء الجيد للوالدين في الأسرة أو السعادة الأسرية ويعتبر الرضا والفرص المتاحة لزيادة دخل الأسرة أو فرص الاشتراك في أنشطة وقت الفراغ تعتبر من أهم مؤشرات جودة الحياة الأسرية ،وجودة الحياة الأسرية تتضمن قدرة الأسرة علي تحسين العلاقات بين افراد الأسرة لتحقيق توافق الأسرة ، والأسرة لديها القدرة على تحسين جودة الحياة بصفة عامة ولكن أحياناً تفرض الحياة بعض التحديات والصعوبات وتبلغ ذروتها مع مريضات سرطان الثدي لأنها تواجه في حياتها كثيراً من المواقف التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها أو مهددة لها بحيث تتعرض رفاهية الأسرة وتكاملها للخطر نتيجة لذلك ، ويكون لديها استعداد للإصابة بكثير من الاضطرابات النفسية والجسمية (Hill,2012)

ولجودة الحياة الأسرية عدة مبادئ تستند عليها منها: اختلافها حسب كل أسرة وخبرة أفرادها،ومدى تأثير أفراد الأسرة على بعضهم البعض، ومدى تأثير المجالات الأسرية على بعضها البعض ، وعدم وجود معيار لجودة الحياة الأسرية لأن الأسرة هى التي تقرر الجودة بالنسبة لها

 ( إسراء زيدان،2012 )

 وهذا ما أكده ريني وآخرون(2003) Reine ,etal عندما أشار إلى أن إحساس مريضة سرطان الثدي بالرضا والسعادة يكون في ضوء ظروف حياتها الحالية وتأثرها بأحداث الحياة والعلاج وتغير الحاله الوجدانية لديها من لحظة لأخرى، وأن الارتباط بين تقييم جودة الحياة الموضوعاتية والذاتية يتأثر بمدى استبصارها بحالتها وإدراكها وتفسيراتها لأفعال الآخرين تجاهها .

 ويضيف صلاح عراقي ومصطفي مظلوم (2005 ) أنها تتحدد من خلال قوى داخلية وخارجية ، وإحساس الشخص بالسعادة الشاملة يكون دائماً معتمداً على الخصائص الشخصية الذاتية للشخص وتتمثل في الإدراك الذاتي كما يدركه الفرد نفسه من خلال إحساسه بالرضا والسعادة والإحباط والتشاؤم واليأس ، ومن خلال الاحساس بالانفعالات الإيجابية وتحقيق الذات، و الخصائص الموضوعاتية وتتمثل في الصحة البدنية ومستوي المعيشة والعلاقات الاجتماعية والعلاقات الأسرية والأنشطة المجتمعية والصحة النفسية والعمل والتعليم وفلسفة الحياة والحقوق ووقت الفراغ .

في حين Hill (2012)يرى أن جودة الحياة الأسرية أبعادها تتضمن : التفاعل الأسري ،والوالدية ،وجودة الحياة الانفعالية ، ووجودة الحياة الجسمية ، والدعم الاجتماعى،والبيئة المادية ، وجودة الحياة الأسرية اليومية، وجودة الحياة الاجتماعية.

وترى الباحثة أن جودة الحياة الذاتية والموضوعاتية تتضمن كل هذه الأبعاد ، بل تتعدى كل ذلك لتصل لجودة الحياة الروحية ، ومريضة سرطان الثدي في أمس الحاجة إليه لما تتعرض له من تحديات ، ويدعم ذلك ( 1996 (Joly, بقوله إن مريضات السرطان تواجهن عدداً من الأعراض الجسمية والآثار الجانبية المتعلقة بالمرض وعلاجهِ التي تؤثر على جودة حياتها الأسرية ، ويعتبر الشعور بعدم الجدوى وعدم وجود معنى للحياة من أكثر التحديات التي تشكو منه مريضات سرطان الثدي، وأن (91%) من المريضات أكدن بأن التعب منعهن من القيام بأعمالهن أو مزاولة حياتهن الطبيعية .

ويضيف Tobin, et al., 1993)) أن ضعف قابلية المصابات بسرطان الثدي لإنجاز الأعمال الإعتيادية اليومية يزداد بعد إجراء الجراحة مباشرة، وبالتالي يزيد من شُعورهنَّ بالإجهاد النفسي، وضعف في التواصل الاجتماعي ،وقلة العلاقات الاجتماعية الناجحة مع الآخرين، وعدم تقبل نقدهم (حافظ بطرس، 2008)

ومن ثم فإن العلاقة وطيدة بين الإحساس بجودة الحياة الأسرية والتواصل الاجتماعي لدى مريضة سرطان الثدي ، فكثيراً ما يترتب على إحساسها بأنها مصابه بمرض مثل سرطان الثدي ويمكن أن يصيب أماكن متعددة من الجسم. رغبة شديدة في الانسحاب من المجتمع كله ولا تريد أن ترى أحدًا ومن ثم ينعكس على جودة الحياة الأسرية لديها **( Clarke,1998 & Kissane)**

ولذا فإن مريضة سرطان الثدي تجاهد في توظيف دوافعها الفطرية ـ كزوجة تريد الاحتفاظ بحياتها وزوجها، وكأم تتمنى سعادة أبنائها ، وغيرها من الأدوار المنوطة بها لإيجاد جودة لحياتها، لأنها على وعى كامل بأنها إذا فشلت في تحقيق جودة حياة أسرية ستتكبد خسائر فادحة في حياتها وبعد مماتها، ولكنها إذا فقدت السند الروحي فإنها تشعر بفراغ وجودي كما أنها تعبر عن نقص المعنى فتلوذ أحيانا إلى أشكال من الاضطرابات النفسية كالقلق والوحدة النفسية والانسحاب الاجتماعي والاكتئاب.

وتستلهم مريضات سرطان الثدى ارادتهن وقوة العزيمة لديهن من الطاقة النفسية المتوفرة لديهن وبخاصة فيما يتعلق بقوة إيمانهن وتعلقهن بالله، غير أنهن فى موقف الابتلاء بهذا المرض يصرن فى حاجة ماسة إلى إرشاد نفسي دينى بمبادئه وأسسه وخطواته التى تسهم فى تعزيز كفاءة تواصلهن وجودة حياتهن بشكل عام والأسرية بشكل خاص.

**ثالثاًـ الإرشاد النفسي الديني :**

تهدف التربية والصحة النفسية بصفة عامة في ضوء مجتمعنا العربي والإسلامي إلي تنمية الإنسان العربي المسلم الصالح الذي يستطيع أن يعيش في رضا مع نفسه ومع العالم المحيط به، ويشعر بالسعادة والتوافق النفسي ويشعر بالانتماء إلي جماعة تحبه ويحبها ويتواصل معها بشكل جيد حتي يشعر بالاستمتاع بالحياة، ولن يحدث ذلك إلا بقرب العبد من ربه .

فالإرشاد النفسي الفعّال هو الذي يرتبط بثقافة المجتمعات ويتفق مع معتقداتها وقيمها، ويساند نظرة الإنسان فيها إلى الحياة ، وعلى المرشد النفسي أن يكون واعياً بخصوصيات ثقافة المسترشد حتى يرشده ويوجهه في إطارها ( باترسون ، 1990)

ويتفق كل من جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفــافي ( 1995) ، كمال مرسي (1995) ، عبد الستار إبراهيم (1998) ،عبد الباسط خضر (2000) ، هانم ياركندى ( 2003) ، محمد المهدي (2005) علي أن الإرشاد النفسي الديني هو أسلوب توجيه وإرشاد وتربية وتعليم ، وهو أحد المساعدات الإرشادية التي تستخدم كأداة للتغلب على العقبات التي تقف في سبيل التوافق النفسي، وتحقيق الحاجات النفسية والاجتماعية لدى الأفراد ، وذلك عن طريق الإفادة من محتوى القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة كأحد المساهمات في تصحيح الأفكار والتصورات الخاطئة .

**أهمية الإرشاد النفسي الديني :**

يرى رشاد موسى ويوسف محمد( 2003) أن الإرشاد النفسي الديني له أهمية في إرشاد الحالات النفسية باختلاف أنواعها، الأمر الذي يدعم الاهتمام ببرامج الإرشاد النفسي الديني وفاعليتها في علاج الاضطرابات ويعد بمثابة إضافة جديدة للتراث السيكولوجي ،وإن من أبرز الوظائف التي يؤديها الإرشاد النفسي الديني للفرد والجماعة تحقيق الاستقرار النفسي ، فحينما يصاب الأفراد بالتمزق النفسي، والصراعات الداخلية ، فان الدين يحقق لهم توازناً نفسياً عن طريق ما يسوقه منمبادئ تتفق مع الطبيعة الانسانية، ويؤدي الإرشاد النفسي الديني دوراً إيجابياً في الوقاية من أعراض الاضطرابات النفسية لدى الفرد ؛ نظراً لارتباط ارتفاع مستوى التدين بالكثير من الجوانب الإيجابية لديه .

ويشير (حسين فايد ، 2005) إلى أنه يؤدي إلي صحة نفسية أفضل وقدرة أكبر على مجابهة الأمراض، والتغلب على آثارها السلبية، وسرعة الشفاء من الأعراض النفسية، والقدرة على تحمل الضغوط الناتجة عن أحداث الحياة القاسية، ويؤدي إلى الإحساس بالسعادة والرضا والقناعة والإيمان بالقضاء والقدر خيره وشره ، الذي يمنح الفرد الثقة والقوة لمواجهة التحديات والأزمات التي تعترضه في مجرى حياته ، فيكون الملاذ وقت الشدة ، الذي يشعره بالأمان والراحة ، وهذا يتحقق للفرد من خلال : الدعاء ، والصلاة، والشكر مما يوفر له أسمى صور الـدعم والطمأنينة.

وهو ما يعد من أشد احتياجات مريضات سرطان الثدي ويدعم ثقتهن بالله والرضا عن الحياة ويسهم فى الإقبال على الحياة وتقليل مخاوفهن النفسية والاجتماعية.

**أسس ومبادئ الإرشاد النفسي الديني:**

يقوم الإرشاد النفسي الدينى على أسس عامة تتمثل في عدد من المسلمات والمبادئ التي تتعلق بالسلوك البشري والعميل وعملية الإرشاد ، وعلى أسس فلسفية تتعلق بطبيعة الإنسان وأخلاقيات الإرشاد النفسي ، وعلى أسس نفسية وتربوية تتعلق بالفروق الفردية ومطالب النمو ، وعلى أسس اجتماعية تتعلق بحاجات الفرد والمجتمع ، وعلى أسس فسيولوجية تتعلق بالجهاز العصبي والحواس ، ويقوم الإرشاد النفسي الديني على أسس ومبادئ ومفاهيم دينية روحية وأخلاقية ، ويسعى علم النفس الديني إلى التأصيل الديني للإرشاد النفسي من خلال تأسيس الإرشاد النفسي على أسس ومنطلقات وممارسات دينية تجعل الإرشاد النفسي أكثر كفاءة عند الأفراد في وقايتهم من الاضطرابات النفسية ومساعدتهم على استعادة الصحة النفسية (كمال مرسي ،1995).

 والإرشاد النفسي الديني له عدة محاور: أن الإنسان مولود علي الفطرة ، والبيئة التي نشأ بها هي التي تشكله ، والفطرة الإسلامية خيرة، وأن الإنسان أفضل المخلوقات وأكرمها لأنه يفكر ،وأن الإنسان مهيأ لبلوغ أعلي درجات الكمال، وأنه يحمل معه عنصر الضعف ، وقد يتعرض للخطيئة والمرض النفسي أثناء حياته، بينما تشير هانم ياركندي (2003 ) ،ومصطفى عبد المحسن( 2007) إلى أن الأسس التي يقوم عليها الإرشاد النفسي في ضوء الإسلام ، تتمثل في : قابلية السلوك للتعديل ، والجوانب العقلية تعد جزءاً مهماً في تعديل السلوك، وتصرفات الإنسان تقوم على أساس من الوعي والشعور بها ، والمسئولية فردية وجماعية ، والإرشاد  والعلاج يكون بدافع من الشخص نفسه ، وإقرار مبدإ الفـروق الفردية ، الإرشاد والعلاج علم ثم عمل ، واختيارية القرار وحرية التصرف ، واختلاف طرائق الإرشاد باختلاف الموقف وحالة الفرد، ويتحدث محمود ابراهيم (1998) ومحمد المهدي (2005) مشيرا لهذه المبادئ قائلا: إنها المناقشة الدينية القائمة على النظرة الموضوعية للأفكار واحترام حرية الفرد في التفكير، و يقوم على نموذج تربوي ؛ حيث إنه في طريقته لإرشاد الأفراد ذوي المشكلات النفسية يولي اهتماماً أكثر لعملية التعلم بجانب عملية التفاعل ، كما يتم التعليم أيضاً من خلال القدوة ، ويقوم على التركيز على " الهنا والآن " على اعتبار أن القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة موجودان في " الهنا والآن" .

**وتلخص الباحثة عدة نقاط التقاء بين الإرشاد النفسي الديني ومدارس علم النفس :**

1 ـ تتفق مبادئ الإرشاد الديني مع نظرية التحليل النفسي بان السيطرة علي النزعات الغريزية وطريقة اشباعها لابد ان يكون بأسلوب معتدل ، وأن عدم إشباعها بالطريقة السليمة تؤدي إلي اضطرابات في الشخصية والشقاء، واستخدام الإيحاء والتفسير ( الاستبصار ) والعلاقة الدينامية بين المرشد والمسترشد .

2ـ تتفق مبادئ الإرشاد الديني مع الإرشاد السلوكي في مبدإ الثواب والعقاب ( التعزيز)، وإعداد البيئة الصالحة ، ومبادئ متعددة في تربية وتعديل سلوك الفرد، والتحصين التدريجي ، والغمر والتدريب علي السلوك التوكيدي وإثبات الذات واستخدام فنيات الإشراط الإجرائي (الثواب والتشكيل والتعميم والانسحاب التدريجي والانطفاء )واستخدام الأنموذج وضبط النفس والاسترخاءالعضلي ، التخيلي ) والواجبات المنزلية.

3ـ تتفق مبادئ الإرشاد الديني مع نظرية الإرشاد العقلاني والمعرفي ـ الذي يهتم بالعقل واسلوب التفكير السوي وأن لدي الفرد القدرة علي التغلب علي النواحي الانفعالية المستند الي التعقل ، والحث علي التفكير العقلاني ، والحوار والمناقشة والتعديل المعرفي ، وتوجيه قدرات العقل عن طريق دفع فضول الفكر والتأمل وأيضا التنفير العقلي .

4 ـ تتفق مبادئ الإرشاد الديني مع الإرشاد الوجودي في أن الفرد بمقدار مشاركتة في الحياة الدنيا يحدد وجوده ويكافأ عليه في الدنيا والآخرة وأن تقبل الحياة يقابله تقبل الموت وأن الانسان من تراب وسيعود للتراب.

5ـ تتفق مبادئ الإرشاد الديني مع الإرشاد الظاهري بأن الانسان خير بفطرته وأن الله خلقه في أحسن تقويم والبيئة تلعب الدور الرئيس في نشأة السلوك السوي أو العكس.

6 ـ تتفق مبادئ الإرشاد النفسي الديني مع ما يشير إليه علماء البرمجة اللغوية العصبية (فهم يتخيلون النجاح الذي سيحققونه وما ينتج عنه من فوائد، ويتخيلون في نفس الوقت الفشل وما ينتج عنه من عواقب، فتجدهم يبذلون جهداً مضاعفاً لإبعاد أي فشل عنهم ولكسب النجاح باستمرار )عندما قدّم لنا القرآن الكريم تصورات كثيرة إيجابية وسلبية وعرضها أمامنا وكأننا نراها، ثم عرض لنا النتائج التي تسببها ثم ترك لنا حرية الاختيار، حتى إننا لا نكاد نجد آية تتحدث عن الجنة إلا ومعها آية تتحدث عن النار.

**أساليب الإرشاد النفسي الديني:**

يعتبر الإرشاد النفسي الديني Religious Psychological Counseling إرشاداً شاملاً لاتجاهات واستراتيجيات إرشادية أخرى كثيرة ، حيث يظهر له جانب تحليلي يبرز كيفية تناوله وتحليله لأسباب وأعراض الاضطراب النفسي لدى الشخص ، مثل ما يقوم به المرشد النفسي أثناء المقابلة الإرشادية في الكشف عن مكبوتات اللاشعور وإخراجها إلى حيز شعور العميل للتعامل معها **(محمد عودة وكمال مرسي،1997)**

 كما يحدد المرشد النفسي الديني القيم المؤثرة على العميل ، وكيفية الإفادة منها في عملية الإرشاد ، بالإضافة إلى امتلاكه جانباً إنسانياً يبرز في تعامله مع الإنسان كوحدة كلية شاملة ، وفي نظرته لصاحب الإرادة القوية والعقيدة الصحيحة على أنه مسئول عن اختياراته وأفعاله وأقواله ، مما يجعله متمتعاً بالتوافق والصحة النفسية ، بالإضافة إلى الجانب المعرفي المتمثل في تناول العمليات المعرفية العقلية وآليات التفكير الشامل ، أما الجانب السلوكي في الارشاد النفسي الديني فيتمثل في استخدامه مبادئ وقوانين التعلم، وتعديل السلوك لمساعدته على التغلب على اضطراباته النفسية ، بالإضافة إلى أساليب الترغيب والترهيب من وسائل الثواب والعقاب (مسفر الزهراني،2000). وتوضح الباحثة المقصود بأسلوب الترهيب او العقاب هو اقناع المسترشدة بنتيجة اليأس والقنوط والاعتراض على القضاء والقدر وما له من تداعيات تؤثر سلباً على حياتها الايمانية وراحتها النفسية، وأيضاً أثرها الصحي على نشاط الخلايا السرطانية مرة أخري".

ويرى كل من عبد العزيز الأحمد (1999) ، محمد الشناوي ( 1999 )، أحمد الزبادي وهشام الخطيب ( 2001 )، وجدان الكحيمي وآخرون ( 2003 )، أنه توجد العديد من الأساليب الخاصة بالإرشاد النفسي الديني التي لها أثر فعال في إرشاد النفس الإنسانية من اضطراباتها المختلفة ، وهذه الفنيات تستمد منهجها وإجراءاتها من الكتاب والسنة ، وهي عديدة ومتنوعة ، وتتناول الإرشاد بالتوحيد ، والابتهالات الدينية ، والأدعية ،والأذكار، والاستغفار، والصبر ، والصلاة ، والتخيل ، والاسترخاء ، والأضداد ،والاستبشار والتفكير الايجابي ، وتلك الفنيات يمكن اعتبارها فنيات معرفية سلوكية بمحتوى ديني لأنها تركز على أفكار الحالة واتجاهاتها المرضية المختلة وظيفياً ، وتمدها بالمهارات التي تساعدها على ممارسة السلوكيات التوافقية مع الذات والمجتمع المحيط بها.

 وتشير إجلال سري (1990) إلى أن اختيار المرشد النفسي للفنيات في عملية الإرشاد النفسي الديني يتوقف على شروط مهمة ، وهي: أن يعرف المرشد أن استخدام أي فنية علاجية إنما تساعد في تحقيق التعزيزالإيجابي للناحية الدينية للعميل، وأن يستخدم المرشد الفنيات الموجودة في الدين الذي يؤمن به ، بالإضافة إلى الفنيات الأخرى ، مثل: فنيات التحليل النفسي ، أو السلوكية ، أو المعرفية ، أو الوجودية وغيرها .

ويري محمد خليل وآخرون (1994) أن محاولات صياغة الكثير من القواعد والمبادئ الدينية في قوالب نفسية هي الطريق لإنقاذ البشرية ، وحتى يستطيع المرشد أن يقوم بتنفيذ البرنامج الإرشادي الديني لابد أن تتوافر فيه عدة شروط من بينها الإيمان بالله وان يكون ذا بصيرة نافذة وقدرة علي الإقناع والإيحاء والمشاركة الانفعالية ،وإتباع تعاليم دينه ،واحترام الأديان الأخرى .

وتتمثل طرق الارشاد النفسي الديني في الطرق الاقتدائية " النمذجة والقدوة" والموعظة والمناظرة والحوار و الإقناع المنطقي والتقليل التدريجي للحساسية( رشاد موسى وعبد المحسن ابراهيم، 2001)

**تقييم الإرشاد النفسي الديني :**

لم يلق الارشاد النفسي الديني اهتماماً مقارنة بالدراسات الأجنبية فى هذا المجال، غير أنه قد أثبتت الدراسات في السنوات العشر الأخيرة أن الارشاد النفسي الديني قد نجح في تعديل وتغيير الكثير من السلوكيات، وإسداء برامج نفسية تسهم في التوافق النفسي والاجتماعي، ومن بين النقاط التي لا تزال موضع تطوير وتحسين الفنيات العلاجية التي تميز الإرشاد النفسي الديني وفى هذا الإطار توجهان: الأول يحرص على أن تكون هناك فنيات خاصة بالإرشاد النفسي الديني ، والتوجه الثاني هو الاستفادة من كل فنيات الإرشاد النفسي ما لم تتعارض مع مبادئ ومسلمات وخطوات الإرشاد النفسي الديني، وصبغها بالصبغة النفسية الدينية وهو ما اختارته الباحثة في هذه الدراسة .

 وتري الباحثة أن الإرشاد النفسي الديني هو أحد أنواع الإرشاد النفسي الدينى محددة المبادئ والمفاهيم، والأسس والخطوات، التي تهتم بتوجيه المسترشدة إلى الاهتمام بكفاءة التواصل والرضا عن الحياة والايمان بالقضاء والقدر وفق المفاهيم الدينية الصحيحة، والأفكار السليمة التي تساعدها على التوافق النفسي، والاجتماعي، والروحي.

والإرشاد النفسي الديني باعتباره شكلاً من أشكال الإرشاد النفسي الحديث يقوم على أساليب ومفاهيم ومبادئ إرشادية دينية وروحية وأخلاقية بهدف تصحيح وتغيير الأفكار المشوهة، والتصورات المختلة وظيفياً لدى مريضات سرطان الثدي في أمور الحياة كلها، ومساعدتها على تحمل مشاق الحياة ، ويبعث الأمن والطمأنينة في النفس، وراحة البال ويغمرها الشعور بالسعادة ، وكل هذه المفاهيم تناولها الإرشاد النفسي الديني كعملية لها أهدافها وفنياتها ومبادؤها ومراحلها، وتتناول الدراسة الحالية الإرشـاد النفسي الديني الاسلامي؛ لأنه يشتمل على كل الرسالات السماوية، حيث أعطى الدين الإسلامي تصوراً كاملاً عن النفس الإنسانيـة في صحتها ومرضـها ، كما أنه الرسالة الخاتمة ، التي جاءت لتناسب كل زمـان ومكان وللإنسانية عامـة.

**دراسات سابقة: دراسات تناولت التواصل الاجتماعي وجودة الحياة الأسرية لدى مرضى السرطان:**

**دراسة لون وآخرون et al** **Lone** **( 2013)** هدفت الى تقييم التواصل المدرك لدى مرضي السرطان والقائمين بالرعاية الصحية وبلغت عينة الدراسة عدد (2202 ) مريضاً بالسرطان ، وتوصلت النتائج الى أن( 24%) من العينة أظهرن وجود مشكلات فى التواصل مع المحيطين بهم، وأوصت الدراسة بالاهتمام بتقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية لتلبية احتياجاتهم التواصلية.

**دراسة هيلHill (2012)** هدفت إلى معرفة فاعلية التدريب باستخدام التواصل الحنون Compassionate Communication Training لتنمية الرحمة والتعاطف تجاه مريضات السرطان – سرطان الرحم والثدي - والقائمين بالرعاية وتكونت عينة الدراسة من (8 ) من مريضات السرطان و (8 ) من القائمين بالرعاية الطبية ، وتوصلت إلى فاعلية هذا النموذج القائم علي الدعم العاطفي والمعلوماتي في تنمية التواصل الاجتماعي مع الذات ومع الآخرين لدى مريضات السرطان مما أثر علي الاحساس بنوعية وجودة الحياة لديهن.

**دراسة فيويكي وآخرون Fukui, et al ( 2011)** هدفت إلى تنمية جودة الحياة والرضا من خلال التدريب على مهارات التواصل لدى القائمين بالرعاية الصحية لحديثي التشخيص بمرض السرطان " سرطان الثدي والقولون والمعدة "، وتمثلت عينة الدراسة فى عدد (89) مريضة و (8) من القائمين بالرعاية الصحية من الممرضات، ومن أهم ما أكدته الدراسة هو أهمية التدريب على مهارات التواصل فى تحسين جودة الحياة والرضا لدى المريضات.

**دراسة باترسون Patterson( 2010)** هدفت إلى معرفة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية التواصل بين مرضى السرطان والقائمين بالرعاية الصحية عليهم ،وتكونت عينة الدراسة من ( 29 ) مريضة من متوسطي العمر وتوصلت لوجود علاقة ايجابية بين الكفاءة الذاتية والثقة في الطبيب والدعم النفسي وفاعلية الذات للمريضات وفاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التفاعل الاجتماعي للحالات مما يؤثر علي نوعية الحياة وجودتها لهن.

**دراسة أوهام ثابت ( 2008 )** هدفت إلى معرفة العلاقة بين الضغوط النفسية والتوافق النفسي لمصابات سرطان الثدي المبكر بالأردن وتكونت عينة الدراسة ( 198 ) سيدة مصابة بسرطان الثدي وأظهرت النتائج أن السيدات المصابات بسرطان الثدي يكون لديهن إحساس مرتفع بالضغوط ويكون توافقهن النفسي والزواجي والاجتماعي منخفض.

دراسة لام و فيلدنك Lam & fielding (2003) هدفت إلى معرفة إدراك معنى السرطان عند المصابات بسرطان الثدي وكانت العينة نساء صينيات مصابات بسرطان الثدي، ، وتضمن ذلك صعوبة العيش في حالة من الشك المبدئي قبل التشخيص، وأظهرت نتائج الدراسة أن الشك الأولي قبل اكتشاف المرض وخلال انتظار إجراءات التشخيص اتسمت بالصدمة وعدم التصديق مع الخوف من الموت، يليها صعوبة كبيرة في اتخاذ قرار سريع حولالمعالجة، وكان الأهم هو التغير في المظهر الخارجي للجسم الذي ظهرمثيراً للمشكلات لدى اللواتي حاولن إخفاء مرضهن ليحمين أنفسهن من النبذ الاجتماعي والعار بوصمة المرض.

**دراسات تناولت جودة الحياة الأسرية لدى مرضى السرطان:**

**دراسة ماجدة حسين (2009**) هدفت إلى معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية والضغوط النفسية والقلق لدي مريضات سرطان الثدي حيث بلغت عينة الدراسة( 67 )مريضة بسرطان الثدي من المقيمات والمترددات على المعهد القومي للأورام، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة دالة بين المساندة الاجتماعية والضغوط النفسية فكلما وجدت المساندة قلت الضغوط النفسية والعكس وخاصة مع المريضات الأكبر سناً .

 **دراسة تشيك ولي (2007)Shek&lee** هدفت إلى معرفة جودة الحياة الأسرية وجودة الحياة الانفعالية للمراهقين الصينيين وتكونت العينة من (2758) طالباً من طلاب المدرسة الثانوية ، وتوصلت النتائج إلى أن جودة الحياة لدى الأسر الفقيرة ضعيفة وأن جودة الحياة الانفعالية لدى المراهقين الذين عاشوا خبرات وأزمات مالية كانت ضعيفة .

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

**دراسة أنتوني Antoni&Winberly (2006)** هدفت إلى معرفة مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي جمعي حول معالجة الضغط النفسي والتوتر وتحسين جودة الحياة ، وتكونت العينة من ( 199) امرأة مُشَخصات حديثاً بسرطان الثدي وأُجريَ لهن العملية الجراحية في الأسابيع الثمانية الماضية ، وأظهرت نتائج الدراسة أن العلاج الجمعي المنظم يساعد على تقليل التوتر ويُحَسن جودة الحياة .

 **دراسة تهاني الشحروري (2004)** هدفت إلى معرفة أثر نوع المعالجة الجراحية على التوافق النفسي وجودة الحياة لدى النساء الأردنيات المصابات بسرطان الثدي, وتكونت العينة من (120) مريضة ، وأظهرت نتائج الدراسة أن متغير نوع العملية الجراحية له تأثير على مقياس المشاعر والعواطف ومقياس الوظائف لصالح اللواتي أُجريت لهن عملية الاستئصال الجزئي ، ولكن كان هناك تأثير ضار على مقاييس الأعراض وجودة الحياة وصورة الجسد عند جراحة الاستئصال التام.

**دراسة نارين و ميرلوزيNarin & Merluzzi (2003)** هدفت إلى معرفة العلاقة بين التوافق الديني وجودة الحياة لدى مرضى السرطان وتكونت العينة من (292) مريضاً ومريضةِ ، وأظهرت النتائج عدم وجود علاقة بين التوافق الديني وجودة الحياة، إلا أنه توجد علاقة إيجابية بين متغير التوافق الديني ومتغير التكيف مع مرض سرطان الثدي بشكل عام، وقد تبين أن أولئك الذين يلجؤون للتوافق الديني كوسيلة للوصول للتوافق مع الأمور الحياتيةِ الحاسمة ليصلوا إلى توافق إيجابي بشكل عـام.

**تعليق على الدراسات السابقة : ـ**

تشير مراجعة بعض الدراسات السابقة التي أجريت حول متغيرات الدراسة الحالية إلى كثرة البحوث في مجال التواصل الاجتماعي وجودة الحياة عامة لدى مرضى السرطان بينما لم تنال جودة الحياة الأسرية الأهمية نفسها إلا في قله من الدراسات مثل**(2007)Shek &lee** وهذا ما يؤكد على أهمية الدراسة الحالية ،ولم تتفق نتائج الدراسات السابقة على تأثير مرض السرطان على حياة مريضة السرطان ، فقد أظهرت نتائج دراسة **أوهام نعمان ثابت ( 2008** ) أهمية العوامل النفسية والاجتماعية على مواصلة مشوار حياة المريضة في حين دراسة **تهاني الشحروري (2004)** اهتمت بالنواحي النفسية والجسدية ، واهتمت معظم البحوث في مجال جودة الحياة لدى مرضى السرطان بتناول مراحل عمرية متنوعة ، ودراسة أنواع من البرامج ومعرفة فاعليتها لتنمية التواصل الاجتماعي وجودة الحياة ولكن الاهتمام ببرامج تتعلق بالارشاد النفسي الديني باستثناء دراسة **Narin & Merluzzi (2003)** ولم يتناول الإرشاد النفسي الديني في شكل جلسات وبرنامج بل تم دراستة كعلاقة مع جودة الحياة ، وجاءت الأدوات المستخدمة معظمها من إعداد أصحاب الدراسات وكان له الأثر الجيد في توفير المادة العلمية لمعرفة أبعاد مقاييس الدراسة الحالية وإعدادهما بشكل مناسب للعينة.

وقد انطلقت الباحثة في الدراسة الحالية مما توصلت إليه بعض الدراسات السابقة من حيث تحديد المتغيرات وتحديد عدد العينة الأساسية للدراسة ومواصفات العينة واستبعاد تأثير بعض العوامل ،كما استفادت الباحثة من النتائج عند صياغة فروض البحث الحالي، و تحديد الفنيات التي تم استخدامها بنجاح مع هذه الفئة، ومحتوى البرنامج المقدم لهن بهدف تنمية التواصل الاجتماعي وصولاً إلى تحسين جودة الحياة الأسرية لديهن.

**فروض الدراسة :**

وفى ضوء الإطار النظري للبحث الحالي والدراسات والبحوث السابقة تفترض الباحثة الفروض التالية

1ـ يوجد فرق دال احصائياً ،بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في

التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية **.**

2 ـ يوجد فرق دال احصائياً ،بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي لصالح القياس البعدي .

3ـ لا يوجد فرق دال احصائيا ،بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي وما بعد التتبعي للمجموعة التجريبية في التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي.

4 ـ يوجد فرق دال احصائياً ،بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في جودة الحياة الاسرية لدى مريضات سرطان الثدي بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية .

5 ـ يوجد فرق دال احصائياً ،بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي لصالح القياس البعدي.

6 ـ لا يوجد فرق دال احصائياً ،بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي وما بعد التتبعي للمجموعة التجريبية في جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي.

**حدود الدراسة:**

تتحدد الدراسة الحالية بالإرشاد النفسي الإسلامي وطبيعة العينة والمنهج المستخدم. حيث تتمثل عينة الدراسة فى مريضات سرطان الثدي اللواتي لديهن أَورامٌ سرطانية وتم استئصالها وتعرضن للعلاج الكيميائي وفي فترة النقاهة ويحتجن للتدعيم النفسي .

**منهج الدراسة:**

حيث إن الدراسة الحالية قائمة على إجراء برنامج لتنمية مستوي التواصل الاجتماعي لدى عينة من المريضات بسرطان الثدي وقياس جودة الحياة الأسرية لديهن فقد استخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي حيث قامت الباحثة بتقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) متجانستين في العمر الزمنى ودرجة التواصل الاجتماعي وجودة الحياة الأسرية قبل تطبيق البرنامج؛ حيث تشارك مريضات المجموعة التجريبية، دون مريضات المجموعة الضابطة فى جلسات البرنامج **.**

**عينة الدراسة:**

تمثلت عينة الدراسة في عدد (12) مريضة من مريضات سرطان الثدي المترددات على عيادة الكشف الخارجي بمستشفي جامعة بنها ـ تتراوح أعمارهن بين( 30 ـ 45 ) سنة ومتزوجات والمستوي الاجتماعي متوسط ـ حيث تم توفير المكان والوقت الملائم لتطبيق برنامج الدراسة والحصول على المعلومات الكافية عن كل حالة بمساعدة أساتذة الأورام بالكلية بما ساهم في تقسيم العينة الى مجموعتين تجريبية وقوامها( 6 )مريضات ومجموعة ضابطة قوامها (6) مريضات – تم تطبيق البرنامج عليهن بعد انتهاء فترة التطبيق وقياس ما بعد المتابعة.

**أدوات الدراسة:**

* مقياس مستوى التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي: إعداد/ الباحثة
* مقياس جودة الحياة الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي: إعداد /الباحثة
* برنامج الارشاد النفسي الديني: إعداد/ الباحثة

وفيما يلى وصف لكل أداة قامت الباحثة باستخدامها :

**أولاً: مقياس مستوى التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي: إعداد/ الباحثة**

أ-الهدف من المقياس : نظراً لأهمية قياس التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي ، قامت الباحثة بإعداد أداة مقننة للكشف عن مستوى التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي أثناء التفاعل مع الآخرين في المواقف المختلفة، حتى يسهل استخدامها وتطبيقها

ب-إعداد مقياس التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي في المواقف الاجتماعية المختلفة :

قامت الباحثة بإعداد الصورة الأولية لتقدير مستوى التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي فى المواقف المختلفة متبعة الخطوات التالية : مراجعة الإطار النظري والدراسات السابقة التي تناولت التواصل الاجتماعي، وبخاصة لدى مريضات سرطان الثدي وذلك للإفادة في تحديد وصياغة مفردات المقياس .وقامت الباحثة باستعراض بعض المقاييس والاختبارات وقوائم ملاحظة التواصل والتي تضمنت بنوداً أو عبارات تسهم فى إعداد مفردات المقياس ومنها : مقياس مهارات التواصل الاجتماعي لدى ذوى صعوبات التعلم إعداد سليمان رجب(2006)،) ومقياس Hill (2012) للتعاطف الذاتى والتعاطف الحنون مع الآخرين لدى مريضات السرطان، ومقياس lone, et al (2013)التواصل لمرضى السرطان والقائمين بالرعاية الصحية .

ونظراً لعدم وجود مقياس في التواصل الاجتماعي باللغة العربية لمريضات سرطان الثدي قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية في شكل سؤال مفتوح للإفادة منها فى تحديد مفردات المقياس، وذلك على عينة من مريضات سرطان الثدي قوامها ( 20 ) مريضة، وخمسة أطباء تخصص جراحة الأورام بمدينة بنها، وقد تضمنت الدراسة الاستطلاعية هذا السؤال المفتوح:

من خلال اكتشافكم وتعاملكم مع مرض سرطان الثدي : برجاء إيضاح أهم التغييرات والمواقف الاجتماعية التي قابلتكم منذ اكتشاف المرض وحتى الآن؟ وكيف كانت تتعامل معكم الأسرة، وكان من أهم ما أسفرت عنه الدراسة الاستطلاعية هو : الشعور بالضيق ونفور الآخرين وعدم الرغبة في التواصل مع الآخرين، والانسحاب من المواقف، والاحساس بالشفقة من الآخرين، الخوف من المستقبل. وعبر الأطباء عن شكوى المريضات من مشكلات أسرية بشكل متكرر. وفى ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري والمقاييس سالفة الذكر ونتائج الدراسة الاستطلاعية، انتهت الباحثة إلى تحديد وصياغة مفردات مقياس مستوى التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي فيما يلى قامت الباحثة بإعداد الصورة الأولية للمقياس والتي تكونت من (40) مفردة، حيث قامت بترتيب المفردات بشكل مختلط حسب بعدي المقياس ( تواصل لفظي وغير لفظي) لا يوحى بترتيب أو توجه معين، ثم قامت الباحثة بصياغة تعليمات المقياس ومفتاح التصحيح ليكون (دائما- أحياناً- أبداً) ودرجات التصحيح (3 ،2 ،1) على الترتيب.

**أبعاد المقياس:**

**التواصل اللفظي** ويتمثل في اللغة ونظائر اللغة أى نبرة الصوت ونغمته ودرجة خشونتة او ليونتة وهناك مصاحبات اخري للكلمة المنطوقة .

**التواصل غير اللفظي** ويتمثل في تعبيرات الوجه والحركات البدنية والمسافة والاشارات الصوتية.

 **ثم قامت الباحثة بحساب الصدق و الثبات للمقياس فيما يلى :**

* **صدق المقياس عن طريق صدق المحكمين والصدق العاملي:**

أ ـ صدق المحكمين: قامت الباحثة بإعداد الصورة الأولية للمقياس (المقياس بعد التحكيم) بعرض المقياس بعد على عدد من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس والتربية الخاصة وبعض المتخصصين العاملين في طب الأورام وذلك للحكم على صلاحية المقياس للتطبيق على العينة وطريقة توزيع الاختيارات للاستجابة، إلى غير ذلك، وقد أسفر التحكيم عن اتفاق المحكمين بنسبة 82% على (34) عبارة للمقياس ككل والاتفاق على حذف (6) عبارات وإعادة صياغة (8) عبارات من المقياس وبالتالي أصبح المقياس مكونا من (34) عبارة تم الاتفاق عليها من قبل السادة المحكمين، وبذلك تحققت الباحثة من صدق المحكمين للمقياس .

ب ـ الصدق العاملي: ـ تم حساب الصدق العاملي للمقياس عن طريق اجراء التحليل العاملي لعبارات المقياس من الدرجة الاولي والذي اسفر عن عدة أبعاد للتواصل الاجتماعي منها التواصل العقلي / المعرفي ، والتواصل البدني ، والتواصل الوجداني ، والتواصل الاجتماعي ،ثم اجري تحليل عاملي من الدرجة الثانية لعوامل الدرجة الأولي باستخدام تدوير المكونات الأساسية لهوتلنج وتدوير المحاور بطريقة فاريمكس وقد أسفر عن بعدين بدلاً من أربعة أبعاد ويتضح ذلك من الجدول التالي :

جدول (1) يوضح الأبعاد بعد حساب التشبع لمقياس التواصل الاجتماعي في التحليل العاملي من الدرجة الثانية

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| العبارة | البعد الأولالتواصل اللفظي | البعد الثاني غير اللفظي |
| 30 | 15 | 15 |
| نسبة التباين | 13تشبع | 12تشبع |

ويتضح من جدول ( 1) إن التحليل العاملي أوضح ان عبارات المقياس وأبعادة تتقارب من بعضها بشكل واضح لقياس التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي كعامل واحد يجمع البعدين.

* **حساب ثبات المقياس :**

قامت الباحثة باستخدام طريقتين للتأكد من ثبات المقياس وهى إعادة التطبيق ، والتجزئة النصفية والاتساق الداخلي ، وذلك على النحو الآتي :

**1-إعادة تطبيق المقياس :**

قامت الباحثة بتطبيق القائمة على عينة التقنين ثم أعيد التطبيق بعد أسبوعين من التطبيق الأول على نفس العينة، ثم قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجات الحالات في التطبيقين الأول والثاني فكان مقداره (989.) وهو معامل مرتفع القيمة دال عند مستوى دلالة (0.01) مما يدل على أن مقياس التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي على درجة عالية من الثبات، حيث كان معامل الثبات = (988 .)

**2- طريقة التجزئة النصفية :**

اتبعت الباحثة الخطوات الآتية لحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية :

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة التقنين ، ثم قامت الباحثة بتصحيح المقياس طبقا لمفتاح التصحيح وتسجيل درجات الأفراد على جميع مفردات المقياس.

تجزئة درجات المقياس إلى قسمين متكافئين : القسم الأول هو درجات المفردات الفردية، القسم الثانى هو درجات المفردات الزوجية.

ثم حساب معامل الثبات بطريقة بيرسون بين درجات الأفراد فى المفردات الفردية وعددها (15) مفردة والمفردات الزوجية وعددها (15) مفردة فكانت قيمة معامل الارتباط تساوى (0.878).

حساب معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان - براون فكانت قيمة معامل الثبات (0.785) وهى قيمة مرتفعة تدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات في تقديره التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي مع الآخرين في المواقف المختلفة.

**3- طريقة الاتساق الداخلي :**

قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس التواصل الاجتماعي بطريقة الاتساق الداخلي عن طريق ارتباط الابعاد مع الدرجة الكلية للمقياس وكانت نتائجة كما يلي :

جدول (2 ) حساب ثبات مقياس التواصل الاجتماعي الاتساق الداخلي

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| م | بعدى المقياس  | معامل الارتباط مع الدرجة الكلية  | مستوي الدلالة |
| 12 | البعد الأول (التواصل اللفظي)البعد الثاني (التواصل غير اللفظي)  | 84.77. | 001.001. |

يتضح من جدول ( 2) مدي ارتباط الابعاد مع بعضها

**الصورة النهائية للمقياس :**

بعد عمل التقنين لمقياس مستوى التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي تم التوصل إلى الصورة النهائية الصالحة للتطبيق والتي تتضمن (30) عبارة يتضمن البعد الأول التواصل اللفظي يشتمل على العبارات ( 1، 3، 5 ، ،7 ،9 ،11، 13 ،15 ،17،19،21، 23 ،25 ،27 ،29 ،والبعد الثاني التواصل غير اللفظي يشتمل على العبارات ( 2 ،4 ، 6،8،10 ،12،14 ، 14 ،16 ،18 ،20 ،22،24 ،26 ،28 ،30) ولكل عبارة (3) اختيارات وهى (دائما- أحياناً- أبداً) وترتيب الدرجات (3 ،2 ،1) وتكون النهايتان الصغرى والعظمى لدرجة الحالة في التواصل الاجتماعي هما "30، 90" درجة على الترتيب بحيث يكون أعلى درجة تعني التواصل الاجتماعي مرتفع وأقل درجة تعني العكس.

**ثانياً: مقياس جودة الحياة الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي: إعداد/ الباحثة**

قامت الباحثة بإعداد مقياس جودة الحياة الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي متبعة الخطوات التالية :

مراجعة الإطار النظري والدراسات السابقة التي تناولت جودة الحياة الأسرية، وبخاصة لدى مريضات سرطان الثدي وذلك للإفادة في تحديد وصياغة مفردات المقياس، ثم قامت الباحثة باستعراض المقاييس والاختبارات الخاصة بجودة الحياة والتي تضمنت بنوداً أو عبارات تسهم في إعداد مفردات المقياس مثل ، ومقياس جودة الحياة لـنارين و ميرلوزيNarin & Merluzzi (2003) ، ومقياس جودة الحياة لصلاح الدين عراقي ومصطفي علي رمضان (2005 )، ومقياس جودة الحياة لأحمد عبدالخالق ومايسة النيال(2007)، ومقياس جودة الحياة لدى مريضات السرطان لجولبرج وآخرون (2010) Gullberg,et al ، واستمارة نوعية الحياة لدى مريضات السرطان لهيل وآخرون Hill et al (2012)

وفى ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري والمقاييس سالفة الذكر ونتائج الدراسة الاستطلاعية، انتهت الباحثة إلى تحديد وصياغة مفردات مقياس جودة الحياة الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي فيما يلى :

قامت الباحثة بإعداد الصورة الأولية للمقياس والتي تكونت من (40) مفردة، حيث قامت بترتيب المفردات بشكل مختلط لا يوحى بترتيب أو توجه معين والدمج بين مفردات أبعاد جودة الحياة الذاتية والتي تشير الي الرضا أو عدم الرضا وشكل الاداء والحركة والعلاقات الاجتماعية وغيرها من المشاعر الذاتية المتعلقة بالمريضة، وأبعاد جودة الحياة الموضوعاتية والتي تشير إلى الصحة والدخل والعمل والحقوق والواجبات وصورة الجسم ونفقات العلاج ، ثم قامت الباحثة بصياغة تعليمات المقياس ومفتاح التصحيح ليكون (دائماً- أحياناً- أبداً) ودرجات التصحيح (3- 2- 1) على الترتيب.

ثم قامت الباحثة بحساب الصدق والثبات للمقياس، وذلك كما يلى :

* **صدق المقياس : 1 ـ صدق المحكمين :**إعداد الصورة الأولية للمقياس (المقياس بعد التحكيم) : قامت الباحثة بعرض المقياس على عدد من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس والتربية الخاصة وبعض المتخصصين العاملين فى طب الأورام وذلك للحكم على صلاحية المقياس للتطبيق على العينة وطريقة توزيع الاختيارات للاستجابة، إلى غير ذلك، وقد أسفر التحكيم عن اتفاق المحكمين بنسبة (75%) على (31) عبارة للمقياس ككل والاتفاق على حذف (9) عبارات وإعادة صياغة (6) عبارات من المقياس وبالتالي أصبح المقياس مكونا من (31) عبارة تم الاتفاق عليها من قبل السادة المحكمين، وبذلك تحقق الباحث من صدق المحكمين للمقياس .

**2 ـ الصدق العاملي**: تم حساب الصدق العاملي للمقياس عن طريق اجراء التحليل العاملي لعبارات المقياس من الدرجة الاولي والذي اسفر عن عدة أبعاد جودة الحياة الأسرية فى مستوى الرضا والعلاقات الاجتماعية والدخل والصحة والعمل والحقوق والواجبات وصورة الجسم والناحية المادية ،ثم اجري تحليل عاملي من الدرجة الثانية لعوامل الدرجة الأولي باستخدام تدوير المكونات الأساسية لهوتلنج وتدوير المحاور بطريقة فاريمكس وقد اسفر عن بعدين بدلاً من عشرة أبعاد ويتضح ذلك من الجدول التالي :

جدول (3) يوضح الأبعاد بعد حساب التشبع لمقياس جودة الحياة الأسرية في التحليل العاملي من الدرجة الثانية

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| العبارة |  جودة الحياة الأسرية الذاتية |  جودة الحياة الأسرية الموضوعاتية |
| 30 | 15 | 15 |
| نسبة التباين | 11تشبع | 13تشبع |

ويتضح من جدول (3) إن التحليل العاملي أوضح ان عبارات المقياس وأبعادة تتقارب من بعضها بشكل واضح لقياس جودة الحياة الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي كعامل واحد يجمع البعدين.

* **حساب ثبات المقياس :**

قامت الباحثة باستخدام طريقتين للتأكد من ثبات المقياس وهى إعادة التطبيق ، والتجزئة النصفية والاتساق الداخلي ، وذلك على النحو الآتي :

**1-إعادة تطبيق المقياس :**

قامت الباحثة بتطبيق القائمة على عينة التقنين ثم أعيد التطبيق بعد أسبوعين من التطبيق الأول على نفس العينة، ثم قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجات الحالات في التطبيقين الأول والثاني فكان مقداره (889.) وهو معامل مرتفع القيمة دال عند مستوى دلالة (0.01) مما يدل على أن مقياس جودة الحياة الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي على درجة عالية من الثبات، حيث كان معامل الثبات = (878 .)

**2- طريقة التجزئة النصفية :**

اتبعت الباحثة الخطوات الآتية لحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية :

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة التقنين ، ثم قامت الباحثة بتصحيح المقياس طبقا لمفتاح التصحيح وتسجيل درجات الأفراد على جميع مفردات المقياس،وتجزئة درجات المقياس إلى قسمين متكافئين : القسم الأول هو درجات المفردات الفردية، القسم الثانى هو درجات المفردات الزوجية.

ثم حساب معامل الثبات بطريقة بيرسون بين درجات الأفراد فى المفردات الفردية وعددها (15) مفردة والمفردات الزوجية وعددها (15) مفردة فكانت قيمة معامل الارتباط تساوى (0.878).

حساب معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان - براون فكانت قيمة معامل الثبات (0.785) وهى قيمة مرتفعة تدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات في تقديره جودة الحياة الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي.

3- طريقة الاتساق الداخلي :

قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس جودة الحياة الأسرية بطريقة الاتساق الداخلي عن طريق ارتباط الابعاد مع الدرجة الكلية للمقياس وكانت نتائجة كما يلي :

جدول (4) حساب ثبات مقياس جودة الحياة الأسرية بطريقة الاتساق الداخلي

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| م | بعدى المقياس  | معامل الارتباط مع الدرجة الكلية  | مستوي الدلالة |
| 12 |  (جودة الحياة الأسرية الذاتية) (جودة الحياة الاسرية الموضوعاتية) | 78.89. | 001.001. |

يتضح من جدول (4) مدي ارتباط الأبعاد مع بعضها .

**الصورة النهائية للمقياس :**

بعد عمل التقنين لمقياس جودة الحياة الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي تم التوصل إلى الصورة النهائية الصالحة للتطبيق والتي تتضمن (30) عبارة يتضمن البعد الأول جودة الحياة الأسرية الذاتية يشتمل على العبارات ( 1، 3، 5 ، ،7 ،9 ،11، 13 ،15 ،17،19،21، 23 ،25 ،27 ،29 ،والبعد الثاني جودة الحياة الأسريةالموضوعاتية يشتمل على العبارات ( 2 ،4 ، 6،8،10 ،12،14 ، 14 ،16 ،18 ،20 ،22،24 ،26 ،28 ،30) ولكل عبارة (3) اختيارات وهى (دائما- أحياناً- أبداً) وترتيب الدرجات (3 ،2 ،1) وتكون النهايتان الصغرى والعظمى لدرجة الحالة في جودة الحياة الأسرية هما "30، 90" درجة على الترتيب بحيث يكون أعلى درجة تعني جودة الحياة الأسرية مرتفعة وأقل درجة تعني العكس.

**ثالثاً: برنامج الإرشاد النفسي الديني: إعداد/ الباحثة**

**1 ـ مرحلة إعداد البرنامج :**

أ ـ تحديد الاطار العام للبرنامج ( أهداف البرنامج ،الأسس والمبادئ التي سيقوم عليها البرنامج، الفنيات التي تتناسب مع الحالات ـ مدة البرنامج ـ تخطيط مبدئي لمحتوى الجلسات ).

 ب ـ عمل المحتوي للجلسات وعرضه علي عدد من الاساتذة في التخصص للتحكيم. ج ـ استبعاد بعض المواقف من الجلسات التي اجتمع عليها اغلب الاساتذة . د ـ إعطاء الواجبات المنزلية وربطها بالسلوكيات الاجتماعية المطلوب تغييرها .

**2 ـ تطبيق البرنامج:**

**أ ـ أهداف البرنامج :**إرشاد المسترشدات إلى تأثير التواصل اللفظي وغير اللفظي في العلاقات الانسانية المستمرة، وإرشاد المسترشدات إلى الرضا بالقضاء والقدر من خلال إدارة الحوار الإيجابي مع الذات والاخرين ، وإرشاد المسترشدات إلي تقديم الاعتذار عن خطإ صدر منهن تجاه أسرتها أو من حولهن، و تبصير المسترشدات بالسلوكيات التي من شأنها لم شمل الأسرة ،و إرشاد المسترشدات على طريقة التحدث مع الآخرين بشكل لائق ومناسب اجتماعياً، وتبصير(العينة) في تقبل ذواتهن بعد أن كن يشعرن بعدم جدواهن وأنهن أصبحن لا فائدة منهن، ولا يوجد أحد يرغب فيهن، وإرشاد المسترشدات إلى حسن الظن بالله و بالآخرين وأن كل الناس فاضل ومفضول، و إرشاد المسترشدات على كيفية التماس الأعذار وفهم الآخرين أثناء التواجد معهن ، و إرشاد المسترشدات على تقديم المساعدة ( معنوياً ومادياً ) للآخرين في أى مكان، وإرشاد المسترشدات على مهارات المواجهة والتعايش مع الألم لدفع عجلة الحياة والإنجاز.

**ب ـ أهمية البرنامج :**ـ أهمية مرضى السرطان موضع عينة البحث لأن السيدة هي ابنة وزوجة وأم في كل بيت وعليها تقوم معظم شئون حياه الأسرة ، فإذا بدت السيدة بشكل متوافق وأظهرت قدرا من الصلابة النفسية أمام ضغوط الحياة المتنوعة وخاصة مثل هذا المرض الصعب وخرجت من التجربة مسلحة بالرضا بقضاء الله وقدرة ، فمما لا شك فيه سينعكس ذلك على جميع أفراد الأسرة وتنمو أجيال قادرة على مواجهة ضغوط الحياة ولديها فلسفة ومعني مما ينعكس علي تواصلها وتفاعلها الاجتماعي الفعال وبالتالي سيؤثر علي جودة حياتها الأسرية .

**ج ـ الأسس والمبادئ التي يقوم عليها البرنامج:**

* الأسس العامة وتشتمل علي المبادئ الإنسانية في تطبيق جميع البرامج الإرشادية عند التعامل مع الانسان كانسان له خصوصيته وكيانه وأنه خلق في أحسن تقويم ، علي سبيل المثال ( احترام حق الفرد في الإرشاد النفسي ،وتقبل المسترشد،ومرونة السلوك الانساني ،والتعزيز المستمر ).
* الأسس الفلسفية وتتضمن علي معرفة طبيعة البشر والاهتمام بأخلاقيات الإرشاد النفسي .
* الأسس النفسية وتتضمن الاهتمام بسيكولوجية المرأة والتغيرات النفسية المترتبة علي فقد عضو من جسدها.
* الأسس الاجتماعية وتتمثل في معرفة طبيعة المرأة وميلها الي التواصل الاجتماعي وحب الظهور في المناسبات العديدة بأجمل شكل وأفضل صورة ورغبتها في جذب انتباه الجميع بالإضافة إلي الحاجة إلى الانتماء الي المجتمع المحيط بها ، وتفريغ الطاقة النفسية المكبوتة لديها في صورة كلام وحكايات متواصلة.
* الأسس الدينية ويعد الدين هو الركن الأساسي في الإرشاد النفسي ، والنمو السليم لابد أن يشتمل علي نمو القيم الخلقية النابعة من الدين وتمثل القيم الدينية معايير مقدسة للسلوك الإنساني ، واحترام المرشد والمسترشد للقيم الخلقية يؤدي الى نجاح الإرشاد واستمراره (حامد زهران ،1999 )

**د ـ ماذا يقدم البرنامج للمسترشد؟**

* الخدمات الاجتماعية : تعلم مهارات اجتماعية جديدة وممارسة المهارات التي كانت تمارسها قبل المرض
* الخدمات النفسية : خفض التوتر الناتج من إحساسها بالمرض وشعورها بعدم الفائدة وانسحابها من العلاقات الاجتماعية السابقة وصولا بها لخروجها مرة اخري للعالم المحيط بها وعودة الحياة افضل مما كانت عليه.
* الخدمات الوقائية وتتضمن تبصير ومساعدة العينة بأسباب عدم التواصل الإيجابي والوقاية منها علي المستوي البعيد .
* الخدمات الدينية وتتضمن تنمية الوعي الديني لدي مرضي السرطان والتدريب على فنيات الإرشاد النفسي الديني والتمسك بها وممارستها يومياً في الحياة.
* خدمات المتابعة بعد اتمام البرنامج وبعد فترة المتابعة سوف يتم قياس أثر البرنامج على العينة , وعمل دراسة كلينيكيه علي حالة من الحالات داخل العينة للتوصل لعوامل أكثر عمقا لعدم التواصل لدى هذه العينة الاكثر خصوصية .

**هـ ـ مدة البرنامج ومحتوى الجلسات :**

اشتملت الجلسات علي (19 ) جلسة بواقع جلستين في الأسبوع مدة كل جلسة علي حدة (35 ) دقيقة ويبدأ البرنامج بالجلسة الأولى وهى جلسة تعارف وتهيئة والجلسة الثانية التحدث عن أهمية البرنامج وفوائده والجلسة الثالثة حتى الثامنة عشرة التعرف على أسباب عدم التواصل والتدريب على كيفية التواصل من خلال فنيات تمارسها العينة والجلسة التاسعة عشرة الختامية ، ومع نهاية كل جلسة يتم وضع برنامج محدد للواجبات المنزلية ويتم عرضه متاقشته في الجلسة اللاحقة.

جدول (5) محتوى جلسات برنامج إرشادي نفسي ديني لتنمية التواصل الاجتماعي لدى مرضى السرطان وأثرة على جودة الحياة الأسرية

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| المسلسل | هدف الجلسة | الفنيات المستخدمة |
| الجلسة (1، 2) | التهيئة والتمهيد للبرنامج (التعريف بالبرنامج وتعريف المسترشدات بعضهن ببعض) ومعرفة أهم احتياجاتهن لمناقشتها في الجلسات  | المحاضرة والمناقشة والارشاد بالقراءة والمواجهه |
| الجلسة(3) ،(4) | إرشاد المسترشدات الى تأثير التواصل غير اللفظي في العلاقات الانسانية المستمرة(تبسمك في وجه أخيك صدقة) | لعب الدور ، وقلب الدور، والتعزيز  |
| الجلسة (5)،(6) | إرشاد المسترشدات الى الرضا بالقضاء والقدر من خلال إدارة الحوار الايجابي مع الذات والآخرين. | التأمل والاسترخاء والتعميم والمواجهه  |
| الجلسة (7) ،(8 ) | تبصير المسترشدات بآداب التواصل الاجتماعي من المنظور الإسلامي لجمع شمل الأسرة . | التنفير العقلي والتأمل |
| الجلسة (9) | إرشاد المسترشدات الى تنمية التواصل من خلال الاقتداء بالنماذج الإيجابية في سلوكهم وتفعيلها بشكل جيد مع الأسرة | لعب الدور وقلب الدور  |
| الجلسة (10) ،(11) | إرشاد المسترشدات الى المبادأة في التواصل والتعاون علي البر والتقوي مع الآخرين. | التنفير العقلي والتعميم والتعزيز  |
| الجلسة (12)، (13) | إرشاد المسترشدات أنكل الناس لديهم همومهم ولا يوجد انسان الا وهو مبتلي. " المرض ابتلاء أم بلاء " | الاسترخاء والتنفيس الانفعالي  |
| الجلسة (14) | إرشاد المسترشدات الى التمكن من التواصل الاجتماعى والمشاركة الوجدانية مع المحيطين والحصول على الإشباع بشكل لائق ومناسب اجتماعياً. | المواجهة والتعزيز  |
| الجلسة (15) | إرشاد المسترشدات على كيفية التماس الأعذار وفهم الآخرين والمؤمن يلتمس لاخيه ألف عذر . | لعب الدور والنمذجة وقلب الدور |
| الجلسة (16) | إرشاد المسترشدات على الايجابية والمشاركة في الاعمال الاجتماعية والتطوعية. خير الناس أنفعهم | التعميم والتعزيز والنمذجة  |
| الجلسة (17) | إرشاد المسترشدات إلى تخيل نعم الله والحمد علي ما بقي من صحة والتعايش الراضي مع الألم لدفع عجلة الحياة وعودة الإنجاز  | التأمل والمواجهة والتدريب التوكيدي  |
| الجلسة (18) | التشبع بالرضا وتقبل المرض وصورة الجسم للشعور بجودة الحياة الاسرية. | الاسترخاء والتخيل الإيجابي  |
| الجلسة (19) | إنهاء البرنامج ، التطبيق البعدي | الواجبات المنزلية |

**و ـ فنيات البرنامج : استخدمت الباحثة عدة فنيات هي :** المحاضرة والمناقشة – ولعب الدور – وقلب الدور – والنمذجة - والتنفير العقلي ـ والتنفيس الانفعالي – والتأمل - والاسترخاء ـ والتخيل الايجابي ـ والمواجهة ـ والتدريب التوكيدي- واستخدام بعض من فنيات الإشراط الإجرائي (التعميم ، التعزيز) ـ والواجبات المنزلية.

 **ز ـ المنهج :** تم استخدام المنهج الوقائي والإنمائي والعلاجي . **ح ـ الأسلوب الإرشادي :** الإرشاد الفردي والجماعي نظراً لصغر حجم العينة وندرة توافرها بالإضافة إلى خصوصية كل حالة على حدة فقد تفيد فنية مع حالة لا تفيد مع الأخرى وهنا ممارسة المرونة الإرشادية.

 **الأساليب الإحصائية المستخدمة فى الدراسة :**اعتمدت الباحثة على استخدام الأساليب الإحصائية الآتية والتي تتناسب مع طبيعة الدراسة وحجم العينة ومتغيراتها، وكذلك المقاييس المستخدمة فيها وذلك من خلال برنامج SPSS الإحصائي.

**1**ـ اختبار ولكوكسون Wilcoxon 2- اختبار مان ويتنى Mann- Witiney 3 ـ تحليل التباين البسيط في اتجاه واحد .

**نتائج الدراسة وتفسيرها :** الفرض الأول والذى ينص علي أنه 1 ـ يوجد فرق دال احصائيا ، بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية .وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار مان ويتنى، وقيمة (Z) للتعرف على دلالة الفروق بين المتوسطات، والجدول التالى يوضح ذلك :جدول (6) قيم (U, W, Z) ودلالتها للفرق بين متوسطى درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التواصل الاجتماعى لدى مريضات سرطان الثدي فى القياس البعدي

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| البيانالعينة | العدد | المتوسط | الانحراف المعياري | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة U | قيمة Z | قيمة W | مستوى الدلالة |
| ضابطة | 6 | 69 | 1.55 | 3.50 | 21 | صفر | -2.913 | 21 | (0.004) دالة عند مستوى (0.05) |
| تجريبية | 6 | 166.83 | 1.94 | 9.50 | 57 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ويتضح من الجدول (6) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى (0.05) بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي في القياس البعدي، وأن هذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية، مما يعنى زيادة درجة التواصل الاجتماعي لدى العينة التجريبية، و يشير إلى تحقق الفرض الأول من فروض الدراسة.

**الفرض الثاني والذى ينص علي:**

2 ـ يوجد فرق دال احصائيا ،بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي لصالح القياس البعدي .

ولاختبار صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون وقيمة (Z) للتعرف على دلالة الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي في القياسين القبلي والبعدي، وكانت النتائج كما في الجدول التالي :

جدول (7)قيم (Z) ودلالتها للفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي في القياسين القبلي والبعدي

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| البيانالتطبيق | العدد | المتوسط | الانحراف المعياري | الرتب | العدد | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
| التواصل الاجتماعي للمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج | 6 | 69 | 2.09762 | موجب | 6 | 3.50 | 21 | - 2.207 | 0.027 دالة عند مستوى (0.05) |
| التواصل الاجتماعي للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج | 6 | 166.8333 | 1.94079 | سالب | صفر | صفر | صفر |

ويتضح من الجدول (7) أنه يوجد فرق دال إحصائياً عند مستوى (0.05) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي في القياسين القبلي والبعدي، لصالح القياس البعدي، مما يدل على ارتفاع مستوى التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بعد تطبيق البرنامج، ومما يشير إلى تحقق الفرض الثاني من فروض الدراسة.

**الفرض الثالث والذى ينص علي أنه: ـ**

3 ـ لا يوجد فرق دال احصائيا ،بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي وما بعد التتبعي للمجموعة التجريبية في التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي.

ولاختبار صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون وقيمة (Z) للتعرف على دلالة الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي فى القياسين البعدي والتتبعى، وذلك فى الجدول (8) :

جدول (8)قيم (Z) ودلالتها للفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي في القياسين البعدي والتتبعى

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| البيانالتطبيق | العدد | المتوسط | الانحراف المعياري | الرتب | العدد | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
| التواصل الاجتماعي للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج | 6 | 166.8333 | 1.94079 | موجب | 3 | 2.5 | 7.50 | - 1.05 | 0.317 غير دالة |
| التواصل الاجتماعي للمجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة | 6 | 167.1667 | 1.60208 | سالب | 1 | 2.5 | 2.5 |

ويتضح من الجدول(8) أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً عند مستوى (0.05) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي في القياس البعدي والتتبعى، مما يعنى زيادة مستوى التواصل الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي ، واستمرار تلك الزيادة إلى ما بعد فترة المتابعة، ومما يشير إلى تحقق الفرض الثالث من فروض.

 وبالنظر للجداول (6 ، 7 ، 8) نجد أن استخدام الباحثة لبرنامج إرشادي نفسي ديني يدمج بين فنيات دينية وفنيات من تيارات ومدارس متعددة في علم النفس ، وربطها بالمعتقدات الدينية حيث أن للدين أثر قوي في نفوس البشر ويراعي البناء النفسي للإنسان ، وأشار حمدي الفرماوي (2004) إلى أن البناء النفسي للإنسان ينطلق من أن الإنسان تكوين فريد يختلف فيه عن بقية المخلوقات ، وليس لديه مجرد مجموعة من الدوافع التي تحركه على النحو الآلي أو التلقائي ، وهو الكائن الوحيد الذي يدرك ويفكر ويملك الإرادة ، وهو قادر على أن يسمو فوق دوافعه المادية البحتة ، وقادر على إرجاء إشباع دوافعه إلى حين ، وله بنية نفسية تحدد الخصائص الإنسانية فيه ، والإنسان مُعد إعداداً نفسياً لأداء رسالته ، فكانت هذه الحقائق مُحركات للجلسات الإرشادية لأنها تُعطي تصوراً واقعيا عن الطبيعة البشرية ، فبالإرادة يُلغي سيطرة العادة وبالعقل يتبصر السلوك ويتحكم فيه ويعي الدافع ويحد من سيطرة اللاواعي أو الشعور بلغة التحليل النفسي.

 وهنا تُتاح الفرصة لبناء أفكار عقلانية واعية جديدة من شأنها تهيئة العقل والجسد للعمل بدوره المنوط به كما أراد رب العالمين ،فجميع المخلوقات خلقها الله عز وجل لتوحده وتسبح بحمده والرضا بالقضاء والقدر، ومن ثم فتصل مريضة سرطان الثدي بالقول والفعل الحمد لله أن المرض لم يأت في جميع أجزاء الجسد ، ومن ثم بدأت المسترشدات إعادة النظر لحياتهن وسلوكهن مرة أخرى، وبدأت كل حالة تُبدي تحسناً واضحاً أثناء وبعد البرنامج وبعد فترة المتابعة ، مما فتح أمامها باب العلاقات الاجتماعية ، واتضح ذلك من ارتفاع درجاتهن علي مقياس التواصل الاجتماعي .

 والركائز التي راعاها البرنامح هى : قوى الذات في الإنسان وتتمثل في قوة الروح وقوة العقل وقابليات الفطرة ،والإنسان في عقيدة القرآن الكريم ليس أجزاء أو مكونات متفرقة ، بل الإنسان وحدة متفاعلة وبنية متكاملة دينامية تجمع قوى الذات في كل واحد ، ويتمثل ذلك في قوله تعالى ( فإذا سويته ونفخت فيه من روحي فقعوا له ساجدين) سورة الحجر :29 ، وفي موضع آخر في سورة ص : 72 ،ولذا فإن الجسد إذا كان يدفع بالإنسان إلى أصله ومركزه بكثافة هذا الأصل وتبلده وثقل هذا المركز وظلامه ، فإن الروح تجذبه إلى أصله ومنبعها وتناديه بمنصبه ومركزه، وتذكرة بمكانته ومهمته وتبعث فيه القوة الدافعة وتحيى فيه الحركة الدافقة، ومن ثم تنتصر على كثافة المادة وحقارتها،ورغم أن طبيعة الروح تغيب عنا ، فهى السر في الإنسان.

وقوة العقل وتعني الوظيفة المعرفية لجهاز المخ وملحقاته ، ووظيفة العقل بكل معانيه الواردة في القرآن تتصل بكل مطلب من مطالب التكليف ، والتكليف يختص بمنهج الله للإنسان حيث افعل ولا تفعل ، والآيات الداله على ذلك كثيرة ، وبهذا أصبح العقل حجة على المكلف وهى مريضة سرطان الثدى وقدرتها على الاستفادة من النعم التى وهبها الله عز وجل والمرض ليس هو نهاية المطاف ،وقابليات الفطرة تعني مدى الاستفادة من الامكانات الكامنة داخل الانسان ومريضة سرطان الثدي قد تبدى ذلك جلياً عندما استلهمت الحالات من إرادتها وعزيمتها وتشبثت بما سمعته في الجلسات الإرشادية وأصبحت المكونات والنشاطات الروحية موجها للمكونات الأخري ، ومال سلوك الحالات إلى التفاعل الاجتماعي .

 ومن الركائز أيضا التي تشكل بنية الإنسان وراعاها البرنامج الإرشادي:النفس وقواها ، وخاصية التكامل والتوازن بين قوى الذات ، وأعمار الإنسان الثلاثة ، وقد استثمر هذا التصور في بناء جلسات نفس دينية رشيدة للخروج بالحالات من حالة التشاؤم وعدم الرغبة في التواصل الاجتماعي إلى حالة من التفاؤل والتفاعل الاجتماعي بشكل معتدل ، ويدعم ذلك ما توصلت إليه نتائج بعض الدراسات السابقة التي استخدمت إرشاد نفسي ديني في تخفيف القلق مع عينات مختلفة والقلق هو المادة الخام التي يتشكل منها جميع الاضطرابات النفسية وهذا يتفق مع الدراسة الحالية عندما ينخفض مستوى القلق لدى الحالات يمكن أن يحل محلها مشاعر الأمن ،ونستبدل بعضاً من البنية المعرفية الخطأ بأفكار وسلوكيات اجتماعية ايجابية من خلال فنيات متعددة تم استخدامها في البرانامج، ويتفق ذلك مع دراسة ماجدة حسين ( 2009 ) و دراسة لوجتون Lugton (1997) ودراسة Williamson (2000) ،ودراسة Alferi & Carver (2001) ، ودراسة Symister& Friend(2003 من أن المساندة المتاحة تقوم بدور التعزيز الإيجابي لمريضات سرطان الثدي ،وتساعدهن على تقبل الآثار السلبية للمرض، كما وجدت أن المساندة غير الرسمية من قبل الأهل والأزواج لها دور فعال في تحقيق المواجهة لدى المريضات بالمقارنة مع المساندة الرسمية من قِبل الأطباء وارتبطت المساندة الوجدانية في جميع المراحل بالتوافق النفسي والتواصل الاجتماعي الفعال .

 واستخدام فنيات مثل لعب الدور وقلب الدور مع عينة الدراسة لها فاعلية في تدعيم أواصر المحبة والتفاعل مع العالم المحيط بهن ورغبتهن في مواصلة مشوار حياتهن وعدم الرغبة في الانعزال عن العالم مرة أخرى.

 وتتفق ايضاً مع ما توصلت إليه دراسة محمد عمار ( 2000) في أن الإرشاد النفسي الديني له تأثير فعال في تخفيف أعراض الاكتئاب ، والاكتئاب سمة ملازمة لمريضة سرطان الثدي ويجعلها في حالة من اليأس وتأويل تصرفات المحيطين بها بشكل غير سليم ومن ثم لا تتواصل معهم ، وحتى نحقق هذا الهدف تم استخدام فنية التنفير العقلي والتنفيس الانفعالي لنصل بها إلى درجة من التفاؤل والنظرة المستقبلية للحياة.

 وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة إيمان العيوطي ( 2004 ) في أهمية الإرشاد النفسي الديني في خفض حدة الغضب :لأن الغضب يعيق الإنسان عن التفكير السليم وإطفاء جذوة الغضب رغم اختلاف العينة ، ولأن الغضب لدى مريضة سرطان الثدي له تأثير فسيولوحي ونفسي كبير وحرص الباحثة على توعية الحالة بذلك جعلها تساعد نفسها وتتمسك بما يقال في الجلسات وانعكس ايجاباً على مستوى الرضا بما قسمه الله عز وجل بمرضها، ومن ثم تولدت لديها الرغبة في إقامة علاقات اجتماعية مرة أخرى.

 وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة ٍ Sheppard,et al (2010) ،ودراسة ٍHill (2012) في أن المعتقدات الدينية وتجنب الضغط والتفكير الإيجابي وطلب الحماية والدعم النفسي من العوامل التي تلعب دوراً مهماًً في تنمية التواصل الاجتماعي لدى مريضات السرطان .

 وتتفق أيضاً مع ما أشارت اليه دراسة Halstead & Fernsler (1994) و دراسة Chelf & Deshler (2000) و مع دراسة Simonton& Sherman (2001) في أن الحالات عندما يتحدثن عن انفعالاتهن من خلال الحوار والمناقشة ، وسماعهن لخبرة الآخرين ـ الطرق الاقتدائية ـ يخفف القلق والتوتر ويعطيهن التفاؤل والأمل في استمرار حياتهن ويزيدن من تقبلهن للمرض ، ويحسن جودة الحياة الأسرية لديهن.

،ودراسة Boden & Baumeister(1997) تشير إلى أهمية التدريب على تجنب التفكير في الأحداث المثيرة للمشقة من خلال تذكيرهم بالذكريات السارة السابقة في ذاكرتهم وتم ذلك من خلال استخدام فنية التأمل وكان لها الأثر الفعال في رؤية المرض بشكل أكثر منطقية.

 وتتفق أيضاً مع دراسة Helgeson & Cohen (1999) على أن التثقيف وتقليل الحساسية التدريجي وصرف الانتباه والاسترخاء له الأثر الإيجابي على التغيرات في تقدير الذات، وصورة الجسم، والأفكار التطفلية حول المرض ،

 وتفعيل الصلاة وأذكار الصباح والمساء والابتهالات الدينية والمداومة عليها يومياً، يجعلهم جزءاً من البنية المعرفية للمسترشدة وجانباً مهماً في مواجهة المرض وأصبحت المساندة المعلوماتية والتثقيف كلاهما مهمان في مرحلة المتابعة ، ويساعدان في سرعة الشفاء وتكوين مشاعر إيجابية وتعلم هوايات ومهارات تساعد في العودة للعمل، ومداومة الإفصاح والتعبير عن المشاعر والعواطف التي تدربت عليهن المسترشدات يزيد من تقبلهن للمرض ويُحسِن التوافق مع الأسرة ويُعطي صورة إيجابية للذات حتى بعد انتهاء البرنامج وبعد المتابعة ،وتعلمت أن كبت المشاعر والانفعالات وعدم القدرة على التعبير عنها وبحرية يسبب الضغط النفسي مما يزيد من خطر عودة نمو الخلايا السرطانية مرة أخرى ولذا كانوا أكثر حرصاً على التمسك بكل ما تعلموه في البرنامج ، واتضح ذلك من استمرار درجات الحالات على مقياس التواصل الاجتماعي في المتابعة،ويدعم ذلك كل من دراسة Stanton& Danoff - Burg (2002) ، ودراسة عبير ابراهيم(2005 )إلى أن الواجبات المنزلية ترسخ ما تم التدريب علية أثناء البرنامج الإرشادي وينتقل أثر التدريب علي جميع مجالات الحياة اليومية والإرشاد النفسي االديني المتبع يتفق مع المعتقدات الدينية للمجموعة التجريبية وهذا ما أشار إليه باترسون (1990) عندما تحدث عن الإرشاد النفسي الفعال فقال هو الذي يرتبط بثقافة المجتمعات ويتفق مع معتقداتها وقيمها، ويساند نظرة الإنسان فيها إلى الحياة ، وعلى المرشد النفسي أن يكون واعياً بخصوصيات ثقافة المسترشد حتى يرشده ويعالجه في إطارها .

4 ـ الفرض الرابع والذي ينص على : يوجد فرق دال احصائيا ، بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في جودة الحياة الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية .وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار مان ويتنى، وقيمة (Z) للتعرف على دلالة الفروق بين المتوسطات، والجدول التالى يوضح ذلك :

جدول (9) قيم (U, W, Z) ودلالتها للفرق بين متوسطى درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس جودة الحياة الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي فى القياس البعدى

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| البيانالعينة | العدد | المتوسط | الانحراف المعياري | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة U | قيمة Z | قيمة W | مستوى الدلالة |
| ضابطة | 6 | 68 | 1.53 | 3.58 | 22 | صفر | -2.993 | 21 | ) دالة عند مستوى (0.05) |
| تجريبية | 6 | 165.83 | 1.98 | 9.554 | 56 |

يتضح من (9) أنه يوجد فرق دال احصائياً ، بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في جودة الحياة الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، مما يعني زيادة جودة الحياة الاسرية لدى مريضات سرطان الثدي لصالح التجريبية ، مما يشير إلى تحقق الفرض الرابع.

**الفرض الخامس والذى ينص علي:**

**5** ـ يوجد فرق دال احصائيا ،بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في جودة الحياة الاسرية لدى مريضات سرطان الثدي لصالح القياس البعدي .

ولاختبار صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون وقيمة (Z) للتعرف على دلالة الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة الاسرية لدى مريضات سرطان الثدي في القياسين القبلي والبعدي، وكانت النتائج كما في الجدول التالي :

جدول (10)قيم (Z) ودلالتها للفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي في القياسين القبلي والبعدي

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| البيانالتطبيق | العدد | المتوسط | الانحراف المعياري | الرتب | العدد | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
| جودة الحياة الاسرية للمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج | 6 | 67 | 2.076 | موجب | 6 | 3.56 | 21 | - 2.207 | 0.027 دالة عند مستوى (0.05) |
| جودة الحياة الاسرية للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج | 6 | 165.8333 | 1.079 | سالب | صفر | صفر | صفر |

ويتضح من الجدول(10) أنه يوجد فرق دال إحصائياً عند مستوى (0.05) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي في القياس القبلي والبعدي ،مما يشير إلى تحقق الفرض الخامس. **الفرض السادس والذى ينص علي أنه:**  6 ـ لا يوجد فرق دال احصائيا ،بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي وما بعد المتابعة للمجموعة التجريبية في جودة الحياة الاسرية لدى مريضات سرطان الثدي.

ولاختبار صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون وقيمة (Z) للتعرف على دلالة الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة الاسرية لدى مريضات سرطان الثدي فى القياسين البعدي والتتبعى، وذلك فى الجدول (11) :

جدول (11) قيم (Z) ودلالتها للفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي في القياسين البعدي والتتبعي

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| البيانالتطبيق | العدد | المتوسط | الانحراف المعياري | الرتب | العدد | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
| جودة الحياة الاسرية للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج | 6 | 165.8333 | 1.079 | سالبب | صفر | صفر | صفر | - 1.06 | 0.317 غير دالة |
| جودة الحياة الاسرية للمجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة | 6 | 177.1667 | 1.80208 | سالب | 1 | 2.5 | 2.5 |

ويتضح من جدول (11) انه لا يوجد فرق دال بين التطبيق البعدي وما بعد المتابعة في جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي ، واستمرار تلك الزيادة إلى ما بعد فترة المتابعة، مما يشير إلى تحقق الفرض السادس من فروض الدراسة .

 تتفق نتائج الفرض الرابع والخامس والسادس مع ما أشارت إليه بعض الدراسات مثل دراسة Richardson (1997) حيث أَظهرت أن تنمية التوافق النفسي والتواصل الاجتماعي يؤدي إلى جودة الحياة لدى مريضات السرطان ، وتدعم أيضا هذه النتيجة ما توصلت إليه دراسة باترسون (2010) الي أهمية تنمية التواصل الاجتماعي وأثرة علىمعني الحياة لدى مرضى السرطان، ودراسةHeijer,et al (2011) ودراسة في أهمية تعلم وسائل التواصل الفعال لدى مرضى السرطان لينعكس على التمسك بالحياة ، وأن الدعم والمساندة النفسية من الأهل والأصدقاء له تأثير فعال على التوافق النفسي والاجتماعي للمصابات بالسرطان ، ويزيد من تبادل الثقة فيما بينهن، وتقوى قابليتهن لمواجهة الأحداث المثيرة للاجهاد، ويساعد على استمرار الأنشطة الطبيعية للمصابات ويزيد من تقديرهن لذواتهن ، َوإن الدعم النفسي (الوجداني) والأدائي يُعد أهم أنواع المساندة لمريضات سرطان الثدي سواءً قُدمت من الأصدقاء أو الأزواج ، فهو يقلل الضغط والتوتر والتعب والحيرة والاكتئاب، وإن مشاركة الزوج لزوجته في همومها ويتواصل معها بشكل جيد يساعد على التوافق النفسي مع المرض ويقلل الاكتئاب والقلق ويوفر الطمأنينة للزوجين ويقلل الصدمة النفسية وهذا ما قامت به الباحثة أثناء البرنامج واستخدام المحاضرة والمناقشة والتعميم وربط الفنيات بحياة الحالات واحتياجاتهن الأولية.

 وتحسن التواصل الاجتماعي لدى المسترشدات انعكس ايجاباً علي جودة الحياة الأسرية نظراً لأن التواصل الاجتماعي جزء من جودة الحياة الأسرية، وبرنامج الإرشاد النفسى الدينى ركزعلى تنمية الرضا والصحة والعمل والحقوق والواجبات وصورة الجسم والجونب المادية والتماسك الشخصي والترابط الاجتماعي والتخلص من الفراغ الوجودي للحالات ، وهى من أبعاد جودة الحياة الأسرية.

ولأن مريضة سرطان الثدي تجاهد في توظيف دوافعها الفطرية ـ كزوجة تريد الاحتفاظ بحياتها وزوجها وكأم تتمنى سعادة أبنائها وغيرها من الأدوار المنوطة بها ـ لإيجاد معنى لحياتها،ووعيها الكامل أثناء جلسات البرنامج بأنها إذا فشلت في تحقيق معنى الحياة سيتولد لديها مشكلات نفسية عديدة مثل القلق والاكتئاب وتخسر أشياء أكثر، ولذا فكانت الحالة توظف كل ما تأخذه في الجلسات في حياتها وانعكس ايجاباً على درجاتها في التطبيق التتبعي .

 وللحالات بعض التعليقات التي تشير إلى التحسن فى التواصل الاجتماعي وجودة الحياة الأسرية مع العالم المحيط بهن فتقول إحداهن ( لم أكن أعلم أن إصابتي بسرطان الثدى ممكن أن يغير حياتي بهذا الشكل ولكن عندما التحقت بالبرنامج وداومت على أذكار الصباح والمساء ،واصبحت أكثر أمناً واتعامل مع زوجي وأولادي بشكل جيد) وتقول أخرى ( أصبحت الحياة لها شكل مختلف عما سبق وزوجي يقول لي إنك أصبحت أفضل مما سبق في نظرتك للأمور اليومية ، وأصبحت اتحدث عن طموحي في المستقبل وأتمني أن يعطيني ربي العمر لتحقيق أهدافي وأحلام أولادي) وتقول أخرى ( الحياة أصبحت أحلى من الأول ولكننى عندما أذهب للمنزل أحتاج لمن يذكرني دائماً بكل ما نقولة وأحاول تنفيذ ما تعلمناه حتى لا أنساة ويصبح جزءاً من حياتى قولاً وفعلاً) وتقول أخرى ( ياريتني دخلت برنامج مثل هذا من الأول كانت حياتي ستكون أفضل لكن مش مهم لازم نبدأ وكأن شيئاً لم يحدث)ولذلك وزعت الباحثة على الحالات أذكار الصباح والمساء مكتوبة وبعض الكتيبات الدينية والمنشورات المتعلقة بسرطان الثدي للتذكر،وغيرها من التعليقات .

 في حين لا تتفق نتيجة هذه الفروض مع ما توصلت إليه دراسةNarin & Merluzzi (2003) من عدم وجود علاقة بين التوافق الديني مع مرض السرطان على متغير جودة الحياة إلا أنه توجد علاقة إيجابية بين متغير التوافق الديني ومتغير التوافق مع مرض سرطان الثدي بشكل عام، وقد تبين أن أولئك الذين يلجؤون للتوافق الديني كوسيلة للوصول للتوافق مع الأمور الحياتيةِ الحاسمة يحصلون على علاقة توافق إيجابية بشكل عـام.

 وتري الباحثة أن من بين مقومات نجاح البرنامج الاستعداد والرغبة القوية من جانب المسترشدات لتنفيذ البرنامج والبحث عن جودة لحياتهن وتحسين علاقتهن مع جميع أفراد الأسرة أولاً ثم مع العالم المحيط بهن ، وكسر حاجز الخوف من نظرات وأسئلة من حولهن ، والرضا بقضاء الله عز وجل وقدره،في حين كانت السيدات المصابات بسرطان الثدي في المجموعة الضابطة تعانين من قلق كبير حول العائلة والأطفال، والقلق حول صورة الجسم، وانعدام المعلومات حول الصحة الجنسية ويرجع ذلك إلي أن أهم التحديات والضغوط التي تواجه النساء المصابات بسرطان الثدي واللواتي أعمارهنَّ أربعون َسنة فأقل هو التشوّه الناتج عن العملية الجراحية والآثار الجانبية للعلاج والتي لها علاقة بصورة الجسم كفقدان جزء مهم من أنوثتها مثل فقدان الشعر وفقدان الوزن أو زيادته وكذلك فقدان الرغبة والنشاط الجنسي، وأن هذه الضغوط تسبب وجود مشاكل زوجية لأهميتها في هذه المرحلة العمرية, بالإضافة إلى ذلك فإن علاج السرطان يمكن أن يحرم النساء من نعمة الأمومة فيصبحن عقيمات بسبب تعرضهن لسن اليأس المبكر والعقم يعتبر من مصادر الإجهاد النفسي للمرأة، كذلك فإن المصابة بسرطان الثدي وعمرها أربعون عاماً فأقل غالباً أطفالها يكونون صغاراً لا يستطيعون الاعتماد على أنفسهم ويحتاجون إلى رعايتها وهي لا تتمكن من ذلك بسبب التعب والآلام الجسمية المصاحبة للمرض وعلاجه ، ولذا حرصت الباحثة علي تطبيق البرنامج علي المجموعة الضابطة أيضا.

ملخص النتائج :أيدت النتائج من خلال التحليل الإحصائي، فاعلية برنامج إرشادي نفسي ديني في تنمية التواصل الاجتماعي لدى عينة من مريضات سرطان الثدي ؛ وكذلك تحسين مستوى جودة الحياة الأسرية لديهن. وهذا التحسن لدي المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة – نتيجة الفرض الأول – وكذلك تحسن المجموعة التجريبية بعد البرنامج عنه قبل البرنامج واستمرارية فاعلية البرنامج بعد فترة المتابعة– نتيجة الفرضين الثاني والثالث – وذلك فى تنمية التواصل الاجتماعي سواء اللفظي أو غير اللفظي لدى مريضات سرطان الثدي، كذلك ظهر هذا التحسن فى الشعور بجودة الحياة الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي وهذا التحسن لدي المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة – نتيجة الفرض الرابع– وكذلك تحسن المجموعة التجريبية بعد البرنامج عنه قبل البرنامج وبعد فترة المتابعة – نتيجة الفرضين الخامس والسادس ـ وهذه النتائج تتفق مع نتائج بعض دراسات سابقة سالفة الذكر، كما أنها تتفق مع ما ورد في الإطار النظري من حاجة مريضات سرطان الثدي إلى الإرشاد النفسي عامة والديني خاصة لما له من أثر نفسي وإيماني يدعم ويلبي العديد من احتياجات تلك الحالات ،كما أن برنامج الدراسة ركز على استخدام فنيات وأساليب متنوعة ساهمت بدور رئيس في تحسين مستوى التواصل الاجتماعي وجودة الحياة الأسرية لدى عينة الدراسة ، كما قامت الباحثة بتطبيق البرنامج على عينة الدراسة الضابطة بعد انتهاء الدراسة التجريبية لما لمسته من حاجتهن إلى ذلك التطبيق وتأكيداً على دور البرنامج فى دعم ومساندة مثل تلك الحالات. وتأكيداً أيضاً على دور العلم الإنساني في خدمة أفراد المجتمع.

**توصيات وبحوث مقترحة:**

تقترح الباحثة مزيداً من البرامج الإرشادية بمختلف توجهاتها النظرية لمساندة مختلف حالات الأورام وبخاصة لدى الأطفال وأسرهن، و ضرورة توفير الرعاية النفسيةِ والاجتماعية للمصابات بسرطان الثدي ، وتقديم برامج تثقيفية تتعلق بتوجيه المصابات إلى كيفية التعامل مع آثار المرض وعلاجه، و تقديم جلسات العلاج الجماعي لزيادة الثقة والتفاؤل والرضا لدى المصابات بسرطان الثدي عن طريق تشجيعهن علي مواصلة مشوار حياتهم والاستمتاع بالحياة ، توفير الدعم الروحي عن طريق توزيع الكتيبات المطبوعة ووضع النشرات الجدارية في أقسام وردهات المراكز والمستشفيات الخاصة بالسرطان لترسيخ مفهوم الابتلاء والرضا والإيمان بالقدر خيره وشره ، التوسع في عمل دراسات علي عينات متعددة تنطلق من الإرشاد النفسي الديني .

**بحوث مقترحة:**

**فاعلية الإرشاد النفسي الديني في تخفيف حدة الاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي.**

**فاعلية الإرشاد الأسري في تنمية تقبل التغيرات النفسية والاجتماعية الناجمة عن مرض السرطان .**

**دراسة العلاقة بين القلق الاجتماعي والتفاؤل / التشاؤم لدى مرضى السرطان.**

**أولاً: المراجــع العربية:**

إبراهيم خاطر (2006 ) : ***فعالية برنامج للإرشاد النفسي الديني في خفض تأثير ضغوط أحداث***

 ***الحياة لدي عينة من الشباب الجامعي*** ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ـ جامعة الزقازيق.

أبو بكر الرازي (1992) : ***مختار الصحاح***، بيروت، مكتبة لبنان. إجلال سري ( 1990 ) : ***علم النفس العلاجي*** ، ط1 ، القاهرة :عالم الكتب . أحمد الزبادي وهشام الخطيب ( 2001 ) : ***مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي*** ، ط1 ، الأردن :دارالثقافة . أحمد جنيدي ( 2009 ) البنية العالمية لجودة الحياة النفسية لنموذج رايف ، ***المجلة المصرية للدراسات النفسية*** ، العدد 26 ، المجلد 464 ، 9 ـ 82.

إسراء زيدان (2012) :فاعلية برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة لدى أسر الأطفال العاقين عقلياً القابلين للتعلم، رسالة ماجستير (غير منشورة) .جامعة بنهاـ كلية التربية.

إسعاد البنا( 1990 ): دور الأدعية والاذكار في علاج القلق كأحد طرق العلاج النفسي الديني، ***المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر*** ، القاهرة ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، 51

ـ 68 .

* آمال باظه ( 2003 ) : ***اضطرابات التواصل وعلاجها*** ، القاهرة :مكتبة الانجلو.
* أوهام ثابت (2008 ): ***الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمصابات بسرطان الثدي المبكر في الأردن*** . رسالة دكتوراة غير منشورة ـ قسم التربية وعلم النفس ـ الاكاديمية العربية بالأردن.
* إيمان العيوطي ( 2004 ) : ***فعالية برنامجين : للإرشاد النفسي الديني والإرشاد السلوكي لخفض حدة الغضب لعينة من المراهقات*** ، رسالة ماجستير كلية التربية ـ جامعة الزقازيق.
* باترسون(1990) : ***نظريات الإرشاد العلاج النفسي*** ، ترجمة: حامد الفقى ، طـ 2 الكويت: دار القلم.
* حافظ بطرس (2008). ***التكيف والصحة للطفل***، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الأولى، الأردن :عمان .
* تهاني الشحروري (2004). ***أثر نوع المعالجة الجراحية على التكيف النفسي وجودة الحياة لدى النساء الأردنيات المصابات بسرطان الثدي***، الجامعة الأردنية، رسالة ماجستير، عمان.
* جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (1993): ***معجم علم النفس في الطب النفسي***، ج 6، القاهرة: دار النهضة العربية.
* حامد زهران (1999) : ***الصحة النفسية والعلاج النفسي*** ، طـ 4 القاهرة ،عالم الكتب
* حسين فايد(2005) : ***العلاج النفسي أصوله وتطبيقاته وأخلاقياته***. القاهرة : مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
* حمدان فضة(1999): كفاية التواصل المُدْرك لدى طلاب الجامعة وعلاقتها بمستوى نمو الأنا لديهم. ***مجلة كلية التربية ببنها*** ،المجلد "10"، العدد "39" ، 261 – 328.
* حمدي الأنصاري (1983). ***السرطان***، الطبعة الأولى، السعودية :دار العلوم للطباعة والنشر والتوزيع.
* حمدي الفرماوي (2004) . نحو تنشئة أطفالنا بدون إعاقات نفسية (رؤية نفسية إرشادية). مركز الدراسات المعرفية .ندوة نحو والدية راشدة من أجل مجتمع أرشد.كلية التربية بسوهاج،ج 2 ،537 ـ566 .
* رشاد موسى ، عبد المحسن ابراهيم ( 2001 ) :الصلاة كاستراتيجية دينية في تخفيف حدة بعض مصادر الضغوط الدراسية لدي عينة من طلبة الجامعة ، ***مجلة كلية التربية*** ، جامعة الازهر، ص ص131ـ 188 .
* رشاد موسى ، ومحمد يوسف (2003): ***العلاج الديني للأمراض النفسية*** .القاهرة: الفاروق الحديثة
* زينب شقير ( 2001 ) : ***اضطرابات اللغة والتواصل ( الطفل الفصامي ـ الاصم ـ التخلف العقلي ـ صعوبات التعلم )،*** ط2 ، القاهرة :النهضة المصرية ،.
* سليمان رجب (2006) : ***فاعلية السيكو دراما في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى التلاميذ ذوى صعوبات التعلم***، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة بنها.
* عادل عبد السميع ( 2005 ) : ***الاتجاهات الوالدية كما يدركها الابناء الصم وعلاقتها بالقدرة علي التواصل وتحقيق الذات لديهم*** ، ماجستير ، كلية التربية ـ جامعة بنها .
* صلاح الدين عراقي ومصطفي مظلوم ( 05 20): فاعلية برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة لدي الطلاب المكتئبين ***، مجلة كلية التربية ـ جامعة طنطا*** ، العدد .
* عاشور دياب ( 2001 ) : فعالية الارشاد النفسي الديني في تخفيف قلق المستقبل لدي عينة من طلاب الجامعة ، ***مجلة البحث في التربية وعلم النفس*** ، كلية التربية ـ جامعة المنيا ،المجلد 15 ،العدد 11 ، 436 ـ 466 .
* عبد الباسط خضر ( 2000 ) : فعالية الارشاد النفسي الديني والتدريب علي المهارات الاجتماعية والدمج بينهما في خفض حدة الغضب لعينة من المراهقين ، ***مجلة كلية التربية*** ، جامعة عين شمس ، ج3 ،217 ـ 252.
* عبد الستار إبراهيم(1998) : ***العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان*** ، الكويت : ***عالم المعرفة*** .
* عبد العزيز الأحمد ( 1999 ) : ***الطريق إلي الصحة النفسية ( عند ابن قيم الجوزية وعلم النفس***) ، رسالة ماجستير قسم علم النفس كلية التربية بمكة المكرمة.
* عبير ابراهيم ( 2005 ) ***: برنامج مقترح لتحسين تواصل الامهات مع اطفالهن واثره في النضج الاجتماعي للطفل الاصم*** ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة .
* عبد الرحمن عدس ومحي الدين توق، (2005). ***المدخل إلى علم النفس***، الطبعة السادسة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن :عمان .
* علي حنفي ، عبد الوهاب السعدون ( 2004 ) : ***طرق التواصل للمعوقين سمعيا ( دليل المعلمين والوالدين والمهتمين )*** ، الاكاديمية العربية للتربية الخاصة ، السعودية:الرياض .
* فؤاد البهى (1979): ***الإحصاء النفسى وقياس العقل البشرى*** .ط"3"، القاهرة:دار الفكر لعربى.
* فؤاد البهى (1979): ***ملحق الجداول الإحصائية***، القاهرة : دار الفكر العربى.
* فوقية رضوان(2006) ***: الإعاقة الصحية*** ،ط1، القاهرة: دار الكتب الحديث .
* كمال دسوقي (1988): ***ذخيرة علوم النفس*** ، القاهرة : الدار الدولية للنشر والتوزيع.
* كمال مرسى(1995): ***اإارشاد والعلاج النفسي من منظور إسلامي***، الكويت: دار القلم
* محمد درويش ( 1995 ) : ***مدي فعالية الارشاد الديني في تخفيض القلق لدى طلاب الجامعة ، مجلة كلية التربية*** ، جامعة الازهر ، العدد 51 ، 185 ـ 212 .
* محمد المهدي، (2005***): العلاج النفسي في ضوء الاسلام***، المنصورة: دار الوفاء للنشر.
* محمد عمار ( 2000 ) : ***اثر برنامج إرشادي نفسي ديني في تخفيف بعض الاعراض الاكتئابية لدي عينة من الطلاب بالمرحلة الثانوية العامة*** ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ـ جامعة الازهر.
* محمد عودة ( 1993 ) : ***بعض اشكال عصاب الوسواس القهري وعلاقتها ببعض المعطيات الدينية*** ، المعهد العالمي للفكر الاسلامي ، 349 ـ 374
* محمد عودة و كمال مرسي ( 1997 ) : ***الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام*** ، ط4 ، الكويت:دار القلم .

محمد الشناوي(1999***):الإرشاد*** ***والعلاج النفسي***، الكويت: دار القلم.

* محمد خليل ، محمد المهدي ، عماد نصير ( 1994 ) : السلوك الديني لدي مدمني العقاقير والكحول ، ***مجلة دراسات نفسية*** ، العدد 4 ، المجلد 4 ، 571 ـ 601 .
* محمود ابراهيم ( 1998 ) : ***أثر الإرشاد النفسي الديني في خفض بعض الاضطرابات السلوكية لدي المراهقين*** ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .
* محمود عكاشة ، عبد العزيز سليم ، (2010 ) : العلاقة بين جودة الحياة النفسية والإعاقة اللغوية ، ورقة عمل ***، كلية التربية ـ جامعة الاسكندرية***.
* مسفر الزهراني ( 1421 هـ /2000م ) : ***التوجيه والإرشاد النفسي من القرآن الكريم والسنة النبوية*** ، ط1 ، السعودية : مكتبة فهد الوطنية .
* مصطفي عبد المحسن (2007 ) : ***فعالية الإرشاد النفسي الديني في خفض قلق المستقبل المهني لدي طلاب كلية التربية بأسيوط*** ، رسالة ماجستير غير منشورة ـ جامعة أسيوط ، كلية التربية.
* مني قاسم (2000 ) : ***تواصل المراهق مع والدية وعلاقته بحالات الهوية*** ، دكتوراه ، معهد البحوث التربوية ، جامعة القاهرة .
* نعمة عبد الكريم ( 1999 ) :الاستراتيجية الدينية واحداث الحياة الضاغطة ، ***مجلة دراسات نفسية*** ، العدد 4 ، المجلد 9 ، 335 ـ 372 .
* هانم بنت ياركندى (2003): ***الصحة النفسية فى المفهوم الإسلامي***، السعودية: عالم الكتب.
* وجدان الكحيمي وفادية حمام وعلي مصطفي ( 2003 ) : ***الصحة النفسية للطفل والمراهق*** ، ط1،، السعودية : الرشد.
* Alferi, S.M.& Carver, C.S.;(2001) An exploratory study of social support, distress, and Life Disruption Among Loma- income Hispanic Women under treatment for early stage Brest Cancer, Health Psychology,vol,20:N(1): pp.41-46.
* American cancer society .;(2012) ISDH Indiana Cancer Consortium. Indiana Cancer Facts and Figures .availabb at googa.
* - American Cancer Society.; (2006) ISDH Indiana Cancer Consortium. Indiana Cancer Facts and Figures . availabb at googa.
* Anne F.K.; (1999) Infant/ toddler checklist for communication and Language development, New York: Awiley Interscience publication
* Antoni, M.H& Wimberly, S.R.;(2006) Reduction of cancer-specific though intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer . Am Journal Psychiatry , vol,163:N(10): pp.1791-1797 .
* Boden, J.M. & Baumeister, R.F.;(1997) Repressive coping: Distraction Using Pleasant thoughts and memories. Journal of Personality and Social Psychology, vol,73:N(1): pp.45-62.
	+ Chelf, J.H& Deshler, A.M. ; (2000) Storytelling: A Strategy for living and coping with cancer. Cancer Nursing, vol,23:N(1): pp. 1- 5.

Christina p. s.;(1999)Caregiver- child Social communication : Effects of Mother- Child interaction on child Development in the home.Language competence D A I- A,vol, 6:N( 04): p. 1015.

 Corisini, R.; (1999)Concise Encyclopedia of Psychology, Second Edition. New York: Awiley Interscience publication,

* + Ell, K.; (1996) Social network, social support and coping with serious illness: The family connection. Social Science and Medicine,vol, 42:N(2):pp 173- 183
	+ Ganze, P.A. ; (2004) Side effects linger after treatment ends. Journal of The National Cancer Institute, vol,3:N(6): pp.376- 387 .
	+ Fawzy, N.W.;(1995) The positive appearance center: an innovative concept in comprehensive psychosocial cancer care. Cancer Practice,.vol,3:N(4): pp.233- 238.
	+ Feher, S.& Maly, R.C.;(1999) Coping with breast cancer in later life :The role of religious faith . Psycho – Oncology,7ol, 8: pp.408- 416 .
	+ Fukui,S; Ogawa,K& Yamagishi,A;(2011) Effectiveness of communication skills training of nurseson the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients:a preliminary study. Psycho-Oncology ,vol,20:pp. 1285–1291.

Gullberg, Hollman, Chritian.;( 2010 ) Refernace values for the Quality of life inex in the general swedish population 18 : 80 years of age, Quality of life ,vol, 19:N(1) :pp. 751 - 760 .

* + Halstead, M.T. & Fernsler, J.I.; (1994) ping strategies of long-term cancer survivors . Cancer Nursing, vol,17: N(2):pp.94- 100.
	+ Helgeson, V.S& Cohen, S.; (1999) Education and peer discussion group intervention and adjustment to breast cancer. Arch Gen psychiatry.vol, 56: N(2):pp.340- 347

Heijer,M.D Seynaeve,C, Vanheusden,K& Duivenv,H; (2010) Psychological distress in women at risk for hereditary breast cancer: the role of family communication and perceived social support. Psycho-Oncology ,vol,20: pp: 1317–1323.

* + Hill,A;(2012) Compassionate Communication Training with Cancer Patients and Caregivers:Empathy. Self-Compassion, and Well-Being.un publislad-M.A. University San Francisco.

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., & Layton, J.B.; (2010) Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. Public Library of Science Medicine, vol,7:N(7):pp. 31-42.

Joly, F.,& Henry- Amar, M. ; (1996) Late psychosocial sequelae in Hodgkin's disease survivors : A French population - based case- control study . J. Clin. Oncol. Vol,14 :pp.2444- 2453 .

* + Kissane, D.W.& Clarke, D.M.;(1998) psychological morbidity and quality of life in Australian women with early \_stage breast cancer a cross \_sectional survey. Medical Journal of Australia,vol, 169:N(4): pp.192- 196 .
	+ Lam, W. & Fielding, R.; (2003)The evolving Experience of illness for Chinese Women With Breast cancer :A qualitative Study. Psycho- Oncology Journal, vol,12:N(2): 127-140.
	+ Lauver, D.R.& Aprn, B.C. ; (2007)Stressors and coping among female cancer survivors after treatment. Cancer Nurse, vol,30:N(2):pp.101- 111.
	+ Lone, r; morten, p; anaa, j, lousi, l & mogens, g (2013) cancer patients' evaluation of communication: a report from the population -based study 'The Cancer Patient's World'. Supportive Care in Cancer, Vol. 21:N 1: PP.235-244.
	+ Lugton, J.; (1997) The nature of social support as experienced by woman treatment for breast cancer. Journal of Advanced Nursing, vol,25:N(6): pp.1184- 1192.
	+ Massie, M.J. & Popkin, M.K.; (1998) Depressive disorders, in psycho-oncology, Holland, J.C., Editor. Oxford University press: New York. Pp. 518- 540.
	+ Narin, R. & Merluzzi, T. ;(2003) The role of religious coping in adjustment to cancer, Psycho- Oncology Journal,vol 12:N(5):pp.428- 441.
	+ National Breast Cancer Centre (2003). Clinical practice quide lines for the psychosocial care of adults with cancer, Endorsed April,vol 24:N(2):67-89.

Park ,J, Turnbull,A,p&Turnbull,h.R.;(2003) Impacts of poverty on Quality of Families of Children With Disabilities .Exceptional Children ,vol,86 :N ( 2 ):pp. 151- 170 .

PATTERSON ,H,;(2010)COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION TO ENHANCE COMMUNICATION SKILLS FOR CANCER PATIENT .Doctor of Philosophy .BIRMINGHAM, ALABAMA S.

* + Richardson, M.A. ;(1997) Coping, life attitudes, and immune responses to imagery and group support after breast cancer treatment. Alternative Therapies in Health and Medicine,vol,3:N(5): pp. 62- 70.
	+ Schover, L.R.,(2000) .Psychosocial issues associated with cancer in pregnancy . Semin- Oncol . 27:p.699- 703.
	+ Shek,D.t.&Lee,P. ;(2007 )Quality of life in the global context a Chinese respose.social Indicators Research,vol,71: pp1-10.
	+ Sherman, A.C. & Simonton, S. ;(2001) Coping with cancer in the family . Family Journal, vol ,9: N(2):pp193- 201 .

Sheppard ,V; Adams,I, Lamdan,R&Taylo,K;(2010)The role of patient–provider communication for black women making decisions about breast cancer treatment .Psycho-Oncology,vol,20 :pp. 1309–1316.

Spekman, N. ; (1987) Communication skills, In Kaval, A.; Forness, R. and Bender, M. (1987): Handbook of Learning Disabilities. Vol.1, London: Taylor and Francis LTD.

* + Stanton, A.L. Danoff - Burg, S. ; (2002) Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. Journal of Clinical Oncology, vol,20:N( 20: pp.4160- 4168
	+ Symister, P. & Friend, R.,(2003) The influence of social support on optimism and depression in chronic illness : A prospective study evaluating self-esteem as a mediator .Health Psychology, vol,22:N(2):pp.123- 129.
	+ Thewes; B. Meiser, B.& Rickard, T.; (2003) The fertility and menopause related information needs of younger women with a diagnosis of breast cancer: A Qualitative study, psycho - Oncology Journal,vol, 12:N(5): pp.500- 511.
	+ Tobin, M.B.; Lacey, H.J. Meyer, L& Mortimer, P.S.;(1993)The psychological morbidity of breast cancer related arm swelling. psychological morbidity of lymphomeda . Cancer .vol,72: pp.3248- 3252.
	+ Watson, M.& Haviland, J.S. ;(1999)Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population based on cohort study. Lancet; vol,354: pp.1331­- 1336.
	+ Williamson,G.M.,(2000)Extending the activity restriction model of depressed affect Evidence from a sample of breast cancer patients .Health Psychology, vol,19:N(4):pp.339- 347 .
	+ Wood, J., (2001) Communication Mosaics, An introduction to the Field of Communication. Second Edition, New York : Wadsworth, Thomson Learning.
	+ Zemora, R. & Lawrence, S.,(1989). Effects of breast cancer and mastectomy on emotional support and adjustment. Soc. Sci. Med. 28:(1): pp.19- 27.