

## الأمل والحكمة والتسامح للتخفيف من المصاحبات النفسية للسرطان

نجوى على حسن سيد شناوى

مقدمة :

ظهر في السنوات الأخيرة ما يسمى بعلم النفس الإيجابي والذي يهتم ببعض الخبرات الذاتية الإيجابية، ومن أهم النماذج التي اهتم بها علم النفس الإيجابي نموذج الواقع الذاتي "ماسلو Maslow, 1970" والصلابة النفسية hardiness "كوباسا Kobasa, 1979" والهناء الذاتي Subjective well-being "داينر Diener, 1984" و التفاؤل المتعلم learned Optimism "سليجمان Seligman, 1991" والأمل Hope "ميننجر Meninger, 1959" وقد ساهم علم النفس الإيجابي بالعديد من الدراسات حول هذه النماذج، وبخاصة نموذجين كان لهما نصيب كبير من الدراسات وهما التفاؤل "سليجمان"، وهو النموذج الأكثر شيوعاً في الدراسات الأجنبية والعربية، ونموذج الأمل "ميننجر" وهو نموذج لم يحظ بالاهتمام الكافي في الدراسات العربية على الرغم من أن هذا النموذج قد انبثق من خلال نظرية الأمل "سنيدر Snyder" وهي النظرية الأكثر شيوعاً في دراسات علم النفس الإيجابي، وقد نالت اهتمام العديد من الباحثين في الدول الغربية، ولما لهذه النظرية من أثر امتد إلى العلاج النفسي، حيث اهتم علماء النفس والأطباء بالأمل باعتباره متغير وسيط يرتبط بالعديد من التوقعات الإيجابية، فقد أشار فرانك Frank 1963 إلى طبيعة العلاقة بين المرض وحالة فقدان الأمل، وأضاف إلى أن نجاح العلاج في الكثير من الأمراض الجسمية يرتبط بمستوى الأمل للمريض. هذا وقد أشارت العديد من الدراسات إلى وجود ارتباط موجب بين الأمل والصحة النفسية وذلك من خلال فحص الارتباطات المتبادلة بين الأمل والسمات الإيجابية في الشخصية مثل التفاؤل والهناء الذاتي .

(عبد المحسن ديغم، 2008، ص1)

وبذلك يمثل العلاج بالأمل فرع من فروع علم النفس الإيجابي فالأمل يعتبر عاملاً هاماً في التكيف الشخصي للمرضى أثناء أوقات فقدان، وعدم اليقين والمعاناة لذلك فهو عنصر

رئيسي في حياة الأفراد المصابين بالسرطان ولدي مرضي السرطان الذين يعانون من الألم , فالأمل استراتيجيه مواجهة فعالة لمرضي الأورام لأنه يوفر لهم الطاقة والقدرة علي التكيف لمساعدتهم من خلال الحصول علي المواقف الصعبة وتحقيق المعني وتحقيق الأهداف المطلوبة .  
(Inger utne&Christine &Steven and et al  
,2013,p2529)

فمرض السرطان هو مرض يعادل اليأس والألم والخوف من الموت وعلي الرغم من حدوث التطورات الحديثة في علاج مرض السرطان فنجد أن كثير من الأطباء كانوا يضعون الاهتمام علي بعض الجوانب العلاجية للسرطان مثل العلاج بالجراحة والعلاج الكيميائي ولكن ظل دور العوامل النفسية في ظهور الورم مهملا ونجد أن معظم مرضي السرطان يعانون من مشاكل واضطرابات إكلينيكية ولكن هذه المشاكل تكون بدرجات متفاوتة ومختلفة .  
(Jin Sheng Hong and Jun Tian,2013,p1)

#### مشكلة الدراسة :

تحدد مشكلة البحث في التساؤلات التالية :

1.هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي علي المقاييس التشخيصية التاليه (فقدان الأمل والأمل واستراتيجيات المواجهة والافكار المضطربة والاكتئاب وقلق الموت)

2-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي علي المقاييس التشخيصية التاليه (فقدان الأمل والأمل واستراتيجيات المواجهة والافكار المضطربة والاكتئاب وقلق الموت)

أهداف البحث :

- 1-تصميم وبناء برنامج لتنمية العلاج بالأمل والحكمة والتسامح عند مرضي السرطان .
- 2-محاولة التعرف علي مدى فاعلية العلاج بالأمل في إحداث تغيرات إيجابية في بعض المصاحبات النفسية للسرطان مثل الاكتئاب وقلق الموت والذي يتمثل في

(فقدان الأمل واضطرابات في النوم وصعوبة في التركيز و فقدان في الشهية وأفكار حول الموت والشعور باليأس).

أهمية الدراسة

1. توجيه نظر الباحثين إلي دور العلاج بالأمل والحكمة والتسامح ودورها داخل جلسات العلاج لمرضى السرطان ولتنمية الأمل لدي المرضى ومعرفة مدى التغيير الإيجابي الذي يحدثه عند المرضى من زيادة الأمل والرغبة في الحياة والمساهمة في تخفيف أعراض المصاحبات النفسية للمرض.

2- تصميم وتقنين برنامج للعلاج بالأمل وتقديمه للاخصائين النفسيين والمهتمين بالتعامل مع مرضي السرطان لأستخدامة أثناء جلسات العلاج .

الأمل hope

يعتبر عام 1991 هو البداية الحقيقية لدراسة الأمل وذلك من خلال كتابات "سنيدر" Snyder عندما وضع تعريفين للأمل من خلال سلسلة من الدراسات وانتهت هذه الدراسات بنظريته الشهيرة في الأمل. أما عن التعريفين فكان الأول: " أنه حالة من الدافعية الإيجابية تؤدي إلى النشاط الداخلي وتدعم الإحساس بالنجاح " وقد أسس هذا التعريف على أساس مفهومين هما:

أ- الطاقة Agency أو الشدة: وتعني مستوى الطاقة والقوة الموجهة للهدف.

ب- المسارات Pathways وتعني القدرة على التخطيط لبلوغ الهدف.

أما عن التعريف الثاني فقد وصف الأمل بأنه "التوجه المعرفي الإيجابي الذي يعطي إحساس بالدافع الشديد للنجاح. وقد اهتم هذا التعريف بالإطار المرجعي للإنسان وقدرته على تحديد الهدف و خلق مسارات لبلوغ هذا الهدف. (عبد المحسن ديغم, 2008, ص6)

والأمل هو أحد العوامل الهامة لنتائج العلاقة والمعاملة العلاجية وهو الأمل للمريض والأمل للمعالج قد يؤثر علي تصور ملائم للتحالف العلاجي والتنبؤ بنتائج إيجابية في العلاج .

والأمل هو كيف يفكر الأفراد حول الأهداف وهو عبارة عن مجموعة من العمليات المعرفية التي تنطوي علي شعور متبادل ومستمد من النجاح الموجة بهدف وتخطيط الطرق لتحقيق الأهداف .

كما يعرفه "هيرث" علي أنه سمة معرفية وتحفيزية لازمة لبدء واستكمال العمل وتحقيق الأهداف.(Edmund norbert,2008 ,P3)

يعرف الأمل إجرائيا في هذه الدراسة علي أنه:..

هو الدرجة التي يحصل عليها مرضي السرطان علي مقياس الأمل وتدل الدرجة المرتفعة علي المقياس علي ارتفاع مستوي الأمل والدرجة المنخفضة علي انخفاض مستوي الأمل لديهم.

### تطوير نظرية الأمل Development of the theory of hope

قد وضعت نظرية الأمل في أواخر الثمانينات من خلال عمل سنايدر الذي حقق يمكن للناس تقديم أعذارهم عندما يكون الأداء ضعيف أو عندما يفعلون خطأ وتناولت البحوث عذر سنايدر كيف يريد الأفراد أن ينأوا بأنفسهم عن نتائجهم السيئة ولاحظ سنايدر أنها كانت الدافع للوصول إلى أهدافهم في الحياة .

وبدأ تصور الأمل بأنه جزء من إعطاء الأعذار وهو دافع للأفراد لكي يلحقون بأنفسهم ويصلون إلي النتائج الإيجابية وتحقيق الهدف. ( Edmund norbert,2008 ,p6 )

### نظرية الأمل Theory of hope

شهد العقدين الماضيين تطوير في نماذج نظرية الأمل والتي كان لها تأثير كبير في علم النفس الإيجابي وعلي وجه الخصوص الجوانب العاطفية من الأمل وفي 1991 أقترح سنايدر نموذج معرفي للأمل يركز علي تحقيق الأهداف وهذا النموذج لا يركز علي المتوقع ولكنها يركز علي الدافع والتخطيط وذلك ضروري لتحقيق الأهداف .

وتتكون نظرية الأمل من ثلاث مكونات وهي :

### 1- الأهداف Goals

يعرف جنيفر وشيفينز الأهداف بأنها من المكونات المعرفية للأمل وتختلف هذه الأهداف في الأمل فهي تكون مختلفة من حيث عدد الأهداف وأنواعها فقد تكون علي المدى الطويل أو علي القصير ووضع سنايدر معايير للوصول للهدف وهي :  
أن يكون الفرد لديه مستوي مرتفع من الأمل للوصول إلي الهدف.  
أن يكون لديه التحدي والحماس والاهتمام للوصول للهدف.  
أن تكون الأهداف التي يسعى إليها متناسبة مع قدراته وإمكانياته. ( Jennifer& Shivenz, and et al,2012 .P14

وتعرف الأهداف:علي أنها أهداف تسلسل العمل العقلي وهناك نوعين من الأهداف:-  
النوع الأول: ينطوي هذا النوع علي الإحباطات نتيجة الهدف السلبي أنه يكون في أقوى حالاته ويتمثل في نفي وردع الشيء غير المرغوب فيه حتى لا يحدث أبدا ،أو ردع النتائج السلبية لفترة زمنية معينة .  
النوع الثاني: ويتمثل في الرغبة في تحقيق الأهداف الإيجابية وقد تمثل الهدف الإيجابي المرغوب وأن الفرد يتوخي هذا الهدف فيترتب عليه الحفاظ علي نتائج هذا الهدف أو أنها تعكس الرغبة في زيادة النتائج الإيجابية عندما يكون هناك هدف تم بالفعل .  
(Snyder &David and et al,2000,p250)

## 2- مسارات التفكير Pathways thinking

يرى ستيفين وآخرون أن الأفراد يعتقدون أنهم قادرون علي خلق طرق علمية قابلة لتحقيق أهدافهم وتعكس مسارات التفكير تصور الفرد وقدرته علي صياغة طرق للهدف المعقول وأن مسارات الأفكار المتصورة تتمثل في قدرة الفرد علي إنتاج واحد أو أكثر من الطرق لتحقيق الهدف المطلوب ولكن علي الفرد أن يركز علي مسار واحد ويكون لديه الطرق البديلة للحفاظ علي الأمل فالأفراد مرتفعي الأمل قادرون علي خلق مسارات بديلة عندما يواجهون العوائق لتحقيق الهدف مقارنة بمنخفضي الأمل . (Stephen&jen cheavens, and et al,2000,P750)

### 3- قوة الإرادة Will Power

يذكر شيفينز وديفيد أن وراء كل مسار علمي يجب أن يكون الفرد لديه الدافع والتحرك تجاه هذا المسار وذلك لتحقيق الهدف وقوة الإرادة هي الاعتقاد بأن يمكن للفرد البدء والحفاظ علي الحركة تجاه تصور المسار نحو هدف معين وتعمل قوة الإرادة علي تحفيز الأفراد وتظهر في شكل بيانات تؤكد الذات مثل ( أنا أعلم أنني أستطيع أن أفعل هذا ).

حيث أظهرت الأبحاث أن الأفراد مرتفعي الأمل يكونون أقل في أعراض القلق والاكتئاب وأكثر معني للحياة من الأفراد منخفضي الأمل فالأفراد مرتفعي الأمل يكون لديهم الأداء الأكاديمي الجيد والأداء الرياضي الجيد ويقومون بعمل تقرير عن ما تم إنجازه مقارنة بمنخفضي الأمل وتكون لديهم الأهداف الناجحة وتزدهر وتكون واضحة في الحياة ولديهم المرونة العالية وانخفاض العجز وهذا يدل علي الصحة النفسية لديهم .

(Chevns&David and et al ,2006,P63)

### العلاج بالأمل Hope Therapy

تري نظرية الأمل عند سنايدر أن الأمل يشكل فرع من فروع علم النفس الإيجابي ويرى هيرث أن الأمل له تأثير كبير في علم النفس والصحة والتمريض والطب وهذا يتفق مع وجهة نظر سنايدر.

فيعرفه "سنايدر ولوبيز 2011" العلاج بالأمل علي أنه سلسلة من التدخلات وتهدف هذه التدخلات إلي تقليل وانتزاع القلق بين الأفراد.

ويعرفه "مو 2001" بأنه علاج قوى وسهل حيث أنه يكون بمثابة شيء مهم للتغيير.

(Robert Weis and Elena Speridako,2011,P4)

والعلاج بالأمل يشمل مرحلتين مع اثنتين من الاستراتيجيات:-

-المرحلة الأولى: غرس الأمل والعتور علي الأمل ( تقييم الأمل ) وتشمل هذه الاستراتيجيات ما يلي :-استكشاف خبرات وتجارب العملاء مع الأمل وتحديد العوامل التي ساهمت في التفكير بالأمل، حضور لطبيعة ونوعية تكوين الهدف وتشكيل السعي لمسارات التفكير وقوة

التفكير المتصلة بالأهداف ، دراسة الأداء في مختلف تجارب الحياة، تسليط الضوء علي مواقف الأمل التي تمتلك باستخدام القياس الرسمي للأمل.

2\_المرحلة الثانية : زيادة الأمل( تعزيز الأمل) باستخدام الأساليب التالية :

تحديد مواطن القوة في القدرات لبناء الأمل للعميل والمساعدة في تطوير المهارات في مجالات الضعف ،مساعدة العملاء علي تحديد قيمة الهدف ومعرفة الهدف الفعال ووضع المبادئ والمهارات وموائمة الأهداف مع القيم وتطوير القدرة علي مراقبة ورصد أداء الهدف والتحصيل وتحسين قدرات التنظيم الذاتي وتعديل الأهداف حسب الضرورة العمل علي تعزيز القدرات لمسارات التفكير بما في ذلك القدرة علي تحديد الهدف البديل والسعي لتحقيق الاستراتيجيات .

تعزيز قوة الإرادة والقدرات التحفيزية .

(Vaughn worthen and Richard disason,P48)

العلاج بالتسامح forgiveness therapy

فظهر لأول مرة العلاج بالتسامح في منتصف الثمانينات 1980 ضمن نموذج التدخل المعرفي السلوكي ، في بداية الأهتمام في علم النفس بهذا الموضوع ، قدم التسامح في مقالات ودراسات الحالة في الطريقة الاستكشافية ، وتعزيز فائدة في بعض الأحيان ولكن أيضاً الدعوة إلي التسامح علي أسس أخلاقية .

وشهدت التسعينات تغيراً تجاه التسامح ، بدلاً من الاستكشافية فبدأ الباحثون والمعالجين إلي تعزيز فوائد العلاج بالتسامح للمرضى الذين عانوا من عدد كبير من الجروح .

Lamb.s and Michael.s &2005, )

(P.62

ويهدف العلاج بالتسامح أيضاً إلي :

1-معالجة مباشرة للمكونات العاطفية من التنغيص / المرارة علي سبيل المثال ( التنغيص ، الاجترار ، الرغبة في الانتقام ، العجز).

2- يتناول العلاج بالتسامح احتياجات الأفراد الذين يشعرون بالمرارة (اضطراب التنغيص من خلال السعي للحد من أعراض المشاكل مثل (الإنتقام ، إجترار الأفكار) وكذلك زيادة الأفكار والمشاعر الإيجابية والسلوكيات مثل (التعاطف والإيثار) ، وهذا التركيز علي تحسين كلاً من الألم وتعزيز القوة البشرية .

(Wade , N.G & Post ,B.C & and Cornish ,M.A ,  
2011, P.201) (In) ( linden .M and Maercker )

### العلاج بالحكمة Wisdom Therapy

في الآونة الأخيرة وضع ليندن وزملاؤه Linden & Schippan and  
Baumann&2004 وضعوا منهج علاجي استناداً إلى نموذج برلين للحكمة وأنها  
توحى بأن العلاج بالحكمة Wisdom Therapy قد يكون مفيداً بشكل خاص  
مع اضطراب ما بعد الصدمة من المرارة (التنغيص) . فالمرضى يعانون من إنتهاك شديد  
للمعتقدات الراسخة في مواجهة هذه المشاكل المستعصية على الحل .

ليندن وزملاؤه يقولون أن الحكمة للعملاء تعزز من خلال توفير التدريب الهيكلي على  
كيفية التعامل مع المشاكل الغير قابلة للحل ، ويشمل التدريب شخصيات مختلفة تشارك  
في المشكلة ، وأخذ وجهات نظر معينة . فالعلاج بالحكمة هو يعتبر شكل من أشكال  
العلاج النفسى المعرفى . وهناك جزء عام يشير إلى الاستراتيجيات المعرفية السلوكية  
التقليدية مثل تحليل المشاكل ، وتغير المواقف ، ووجهات النظر أو المساعدة في حل  
مشكلة . وهذا يشمل أساليب إعادة الصياغة ، وتغير الادراك المختل . (Anne

Bundock,P.6 , 2009)

فالعلاج بالحكمة هو منهج شامل وعملي وثابت علمياً يمكن أن يساعد على تصدى  
ومواجهة تحديات الحياة والصراعات التي يواجهها الفرد ، الحكمة تتطور عادة في أواخر  
الحياة وهي تكون مفيدة جداً لمواجهة التحديات ، فالعلاج بالحكمة يساعد على تطوير  
الحكمة ، فالحكمة تكتسب طوال حياتنا وتشمل التواصل الاجتماعى ، والتواضع ،  
التعاطف ، والرافة بالآخرين ، والذكاء العاطفى ، وأنماط معينة من التفكير ، وممارسة



التقدير والامتنان للأشياء ، والاحترام ، ويمكن أن تكتسب هذه المهارات خلال عده أشهر من الممارسة فالعلاج بالحكمة يهدف إلى توفير تلك الممارسة . ومن بين المكونات الرئيسية للعلاج بالحكمة العلاج السلوكي المعرفي ، اليقظة والتأمل ، وغرس التواضع . فكل فرد منا لديه نقاط قوة فريدة والأهداف تتوافق مع درجة من المعاناة والصراعات المتفاوتة مثل الغضب والخوف , والقلق, الاجهاد, والاكتئاب في العلاقات ومع العمل فإنه من المفيد أن يكون الفرد على حقيقة أن الكثير يواجهون اشكال متشابهة من المعاناة والصراعات وحلها بنجاح وطورت روبينز (Robins, 2008) العلاج بالحكمة وهو أسلوب تكاملي يتضمن التدريب على التواضع والتأمل والفنيات المعرفية السلوكية الحديثة ، كما يتضمن أيضاً فنيات ممارسة الاسترخاء وحل المشكلات المرتبطة بالسلوك الحكيم والتدرب على تحسينها ، والتدريب على العودة للتقاليد الانسانية، ويهدف هذا النوع من العلاج إلى خلق نوع من التوازن والتنمية المعرفية والانفعالية، وأعتقدت روبينز أن توقعاتنا وردود أفعالنا الانفعالية، لا تنتج فقط من توقعاتنا و معتقداتنا ولكن أيضاً من مجموعة العوامل المعرفية ، والسلوكية ، والسيولوجية ، ومتغيرات الشخصية، والانساق الاسرية والمجتمعية التي تسهم جميعاً في تشكيل معتقدات الفرد ، وكلها ترتقى مع الفرد عبر مراحل حياته ، وأكدت روبينز في دراستها على أهمية الحكمة كمنظور علاجي يفيد في قوة الأنا كمقلوب للعصائية وتخفيف حدة الغضب وتخفيف التمركز حول الذات وتؤكد روبينز على الحاجة المتزايدة للتأكد من نظرية العلاج بالحكمة تجريبياً . (Allison .e & 2006)

## السرطان Cancer

السرطان هو نمو غير طبيعي لبعض أنسجة الجسم وهذا النمو لا يخدم وظيفة فسيولوجية كباقي الأنسجة الطبيعية بل تتكاثر خلاياه علي حساب الأنسجة الطبيعية وتؤدي إلى اختلال وظائف الخلايا والأنسجة المجاورة لها . وينقسم السرطان إلى نوعين:

نوع حميد: وهو النوع الذي ينمو ببطء ويكون عادة مغلفا بغلاف واضح من الأنسجة الليفية وضرره الرئيسي هو التشويه ويفضل عادة استئصاله للتغلب على التشويه حتى لا يتحول لورم خبيث مع مرور الوقت .

نوع خبيث: فالأورام الخبيثة تتكاثر بسرعة كبيرة وتمتد مباشرة إلى الأنسجة المجاورة عن طريق الدورة الدموية أو الليمفاوية وتنتشر في جميع أنحاء الجسم وتؤدي إلى وفاة المريض .  
(سلوى عثمان ,1999,ص177)

#### أعراض الإصابة بالمرض

يشير العلماء إلى أن هناك علامات مبكرة تثير القلق وتدعو للانتباه وهذه العلامات هي التي نعرف بها على السرطان في مرحلته المبكرة وتفاصيلها كما يلي:-

1. ظهور نتوءات أو تورم في الثدي ,الفم ,اللسان ,الشفاه مع عدم شفائها أو التئامها .
  2. صعوبة دائمة في التبول والتبرز .
  3. تغير سريع في النمو أو تغيرات في الجلد .
  4. انحباس في الصوت لمدة طويلة,أو صعوبة في التنفس والبلع .
  5. أعراض عامة مثل الحمى ,التعب ,الوهن العام ,فقدان الوزن, تساقط الشعر,آلم عام بالجسم,صداع,تغيرات جلدية. نقلا عن: (مريم عيسى حسين ,2012,ص23)
- كما أن مرضى السرطان في كثير من الأحيان يمرون بتجربة جسدية محزنة يظهر لديهم أعراض مثل فقدان الشهية والغثيان والقيء واضطرابات النوم وفقدان الوزن وهذه الأعراض تحدث ليس فقط بسبب السرطان نفسه ولكن أيضا تحدث نتيجة للآثار الجانبية للعلاجات مثل العلاج الكيميائي والأعراض الجسدية المؤلمة من السرطان قد تؤدي إلى سوء نوعية الحياة عند المرضى. (Elyem sahin&Elvan ozalp and et

al.2008,P1292)

أسباب السرطان

الأسباب الوراثية: قد يزداد احتمال الإصابة بعدة أنواع من السرطان بين الأشخاص الذين توجد بين عائلتهم حالات مماثلة.

أسباب بيئية: وهى تتضمن عوامل البيئة التي ترتبط بحدوث السرطان إلى ما يلي:-  
1- الأشعة  
2- المواد الكيميائية .

3-العادات الغذائية: أكدت الإحصائيات أن ثلث الأنواع المختلفة من السرطان ترتبط الإصابة بها بنوعية الغذاء الذي يتناوله الفرد.  
بعض المصاحبات النفسية التي يعاني منها مرضى السرطان:-

القلق بوجه عام وقلق الموت بوجه خاص والاكئاب من الأمراض النفسية الأكثر شيوعا التي يعاني منها مرضى السرطان وكثيرا ما يحدث التعايش لهؤلاء المرضى ويظهر العديد من المظاهر الجسدية للقلق والاكئاب وهذا يكون في المرضى الميئوس من شفائهم وهذا يؤدي إلى الارتباك وحدوث نوع من الالتهاب في معرفة ما إذا كانت هذه الأعراض هي سبب المرض الجسدي المرض النفسي أو الاستجابات النفسية العادية ويؤدي علاج القلق والاكئاب إلى صعوبة في السيطرة علي الأعراض وضعف القدرة على الامتثال للعلاج والتفاعل الاجتماعي وضعف نوعية الحياة ولذلك فإن فهم ومعالجة القلق والاكئاب في مرضى السرطان يؤدي إلى تحسين نوعية الحياة .  
( Rachel and Andrew,2005,P381 )

### الاكئاب Depression

يعد الاكئاب من أكثر الاضطرابات النفسية التي تنتشر بين مرضى السرطان وهو المزاج المنخفض ويأتي بسبب الضغوط النفسية التي تتراكم مع الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة تتطلب منهم العلاج لفترات طويلة خاصة مرضى الأورام بسبب المخاوف التي تعترضهم من مراحل العلاج المختلفة .(دلال موسى قويدر ,2008,ص72)

يعرف الاكئاب على أنه حالة وجدانية تشمل مشاعر الحزن والاكئاب والتفاهة وصعوبات معرفية في التفكير والتركيز واضطرابات سلوكية في النوم والأكل والانسحاب الاجتماعي .

(Lee m.Ritterband and Chartes,2001,P86)

ويعرف أيضا على أنه رد فعل بعد تشخيص السرطان ويصبح شديد ويتداخل مع الأنشطة اليومية ويكون الاكتئاب ذات صلة بالأخبار السيئة وفقدان الأمل .

(Peter Angelos,2008, P70)

ويشعر المريض بالأعراض التالية :

عدم الرضا،اليأس في مواجهة المستقبل ،فقدان القدرة علي النشاط ،صعوبة التركيز ،الشعور بالذهان التام ،والأحلام المزعجة ،عدم القدرة علي الإتيان بالنشاط السابق.

(مجدي أحمد محمد،2000،ص186)

الأفكار السوداوية ،التردد الشديد،المبالغة في تضخيم الأمور ،عدم القدرة على اتخاذ القرار،الشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات ،المعاناة من بعض الأفكار الانتحارية،لوم الذات ،

الشعور بالمزاج السيء في معظم الوقت ،النسيان ،الشعور بالضعف ،الحساسية المفرطة ،البكاء في أى وقت ،الإحساس بالملل ،اليأس ،الصدمة بالإصابة بالمرض . (مرجع سابق ،2008)

أنواع الاكتئاب

يختلف الاكتئاب في شدته من مريض إلى آخر وهناك العديد من صور الاكتئاب :

- اكتئاب خفيف Mild depression.

- اكتئاب بسيط Simple depression.

- اكتئاب حاد Acute depression.

- اكتئاب مزمن Chronic depression.

(رشا عبد العزيز موسى ،1998،ص16)

يُعرف الاكتئاب إجرائيا عند مرضي السرطان في هذا البحث علي أنه .:

زملة من الأعراض التي تتضمن تغيرا واضحا مثل الشعور بالحزن ،فقدان الأمل ،الخوف من المستقبل ،الحساسية المفرطة ،الإحساس بالضعف ،عدم الرضا عن الحياة تغيرات في مستوى ونقص النشاط كما يقيسها مقياس بيك للاكتئاب .

## قلق الموت Death anxiety

أظهرت بعض الدراسات أن المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة لديهم قلق الموت أكثر من الأصحاء ، ومع ذلك فقد تم العثور علي أنه لا يوجد ارتباط بين قلق الموت والأمراض المزمنة مثل التهاب المفاصل، السكر ، السرطان وبصرف النظر عن الآثار البدنية فقد آثار تشخيص السرطان العديد من الآثار النفسية والاجتماعية فتشخيص السرطان يؤدي إلي تغيرات كبيرة في حياة الشخص وكل مريض يحاول التعامل مع هذا الوضع المحيط بشكل مختلف .وعلاوة علي ذلك تقريباً نصف مرضي السرطان يمرون بالاضطرابات النفسية. ( Gonen, G& Kaymak , S & Cankurtaran, E.S & and et al , ) 2012, P384

فمفهوم قلق الموت من المفاهيم المرتبطة بالإصابة بالأمراض السرطانية ، إذ من البديهي أن نفترض أن قلق الموت يرتبط إرتباط جوهري سلبي بحالة الصحة الجسمية لدى الفرد بغض النظر عن العمر ، حيث نجد اختلاف في نظرة مرضى الأورام السرطانية كبار السن للموت عن صغار السن المرضى ، إذ يرى كبير السن أن الموت بالنسبة له حدث متوقع وخاصة إنه رآه ينطبق علي غيره من قبل ، كما أنه وصل إلي مرحلة من المفترض أنه حقق فيها بعض أهدافه المرجوة في حين أن صغار السن مازالوا في طريقهم لتحقيق أحلامهم. (تهاني محمد جبر، 2011،ص 3)

يُعرف قلق الموت عند مرضي السرطان إجرائيا في هذا البحث علي أنه: حالة من الخوف والتوتر والتشاؤم من المستقبل والشعور بفقدان السيطرة علي المشاعر وزيادة في ضربات القلب والتنفس وفقدان الشهية والشعور بأنه علي وشك الموت نتيجة للإصابة بالمرض وذلك كما يقيسه مقياس قلق الموت. الدراسات السابقة :

- دراسة ستانتون وآخرون : ( Stanton,et.al. 2002 ).  
عن دور الأمل كإستراتيجيات للمواجهة كمنبئات للتوافق بعد تشخيص سرطان الثدي ,هدفت هذه الدراسة إلي اختبار تأثير الأمل كإستراتيجية للمواجهة علي توافق المرأة مريضة

سرطان الثدي ,ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق إستراتيجيات المواجهة ومستويات الأمل ,وإنجاز الأهداف وقت التشخيص أو بعد 12 شهر من المتابعة والانجاز الشخصي ,والكرب والخوف من عودة الإصابة علي عينة تكونت من 170 سيدة تم تشخيصهن كمريضات بسرطان الثدي في المرحلة الأولى أو الثانية والذين أجريين جراحات خاصة وكانت أعمارهن تتراوح ما بين 30 :80 سنة وأسفرت نتائج الدراسة عن أن المفحوصات ممن يستخدمن أسلوب المواجهة عن طريق تفادي المشكلة يكون لديهن خوف أكبر من عودة المرض لديهن .

\_دراسة سافارد وآخرون : (Savard et al & 2008)

عن تدخل العلاج المعرفي للاكتئاب عند مرضي السرطان وذلك لتلبية احتياجات المرضى الذين يعانون من السرطان والهدف من ذلك هو تشجيع المرضى علي التفاؤل لكن بواقعية تجاه وضعهم مقابل موقف سلبي بشكل مفرط مثل (التفكير في الموت) ,أو موقف إيجابي بشكل مفرط مثل (الأمل في الشفاء) ,وتألف التدخل العلاجي من 8 جلسات أسبوعية تتراوح الجلسة من 60 إلي 90 دقيقة ويتبع ذلك ثلاث دورات تقوية علي فترات 3 أسابيع وكانت تركز في المقام الأول علي دورات مساعدة لتعديل الأفكار الغير عقلانية حول السرطان وحالات آخري هامة في حياتهم ,وتكونت العينة من مجموعة من مريضات سرطان الثدي الذين يعانون من الأعراض الاكتئابية وكانت نتائج التقييم قبل وبعد التدخل في الفترة من 3 إلي 6 شهور بعد التدخل أظهر المشاركين في العلاج تغيرا بشكل ملحوظ فوجد انخفاض أعراض الاكتئاب لدى المرضى خلال فترة المتابعة .

( Paul and , 2008 ,p22 )

(Heather

\_دراسة أوتين وآخرون : ( Otten, et al 2008 , )

التي استهدفت العلاقة بين الأمل والألم لدى عينة من مرضى الأورام، وذلك على عينة قوامها 225 مريض بالسرطان، وقد طبق الباحثون مقياس الأمل، ومقياس الألم، واستبانة الجودة الحياتية ، وقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود فروق بين مرضى سرطان الثدي

الذين تلقوا علاجاً نفسياً والمرضى الذين لم يتلقوا علاجاً نفسياً، وكان أكبر الفروق في بنود مقياس الأمل بند (أشعر بالخوف بشأن مستقبلي ، كما توصلت الدراسة إلى وجود مستويات عالية من الأمل لدى المرضى الذين تلقوا علاجاً نفسياً، وقد أكدت الدراسة على أن الأمل يكون أكثر الآثار النفسية .) والاجتماعية ذات الصلة بالألم، فكلما كان هناك أمل كلما ساعد على انخفاض الألم أو تحمله. نقلاً من ( خيرية عبدالله ، 2014 )

-دراسة بول وهيندر : ( Paul and Heather, 2008 ) .

عن تدخل العلاج المعرفي للاكتئاب عند مرضى السرطان وذلك لتلبية احتياجات المرضى الذين يعانون من السرطان والهدف من ذلك هو تشجيع المرضى علي التفاؤل لكن بواقعية تجاه وضعهم مقابل موقف سلبي بشكل مفرط مثل (التفكير في الموت)،أو موقف إيجابي بشكل مفرط مثل (الأمل في الشفاء)،وتألف التدخل العلاجي من 8 جلسات أسبوعية تتراوح الجلسة من 60 إلى 90 دقيقة ويتبع ذلك ثلاث دورات تقوية علي فترات 3 أسابيع وكانت تركز في المقام الأول علي دورات مساعدة لتعديل الأفكار الغير عقلانية حول السرطان وحالات آخري هامة في حياتهم ،وتكونت العينة من مجموعة من مريضات سرطان الثدي الذين يعانون من الأعراض الاكتئابية وكانت نتائج التقييم قبل وبعد التدخل في الفترة من 3 إلى 6 شهور بعد التدخل أظهر المشاركين في العلاج تغيراً بشكل ملحوظ فوجد انخفاض أعراض الاكتئاب لدى المرضى خلال فترة المتابعة .

\_ دراسة غزالة، جلال، أحمد وآخرون ، ( Ghazaleh , Jalal ,Ahmad , and et al 2012 )

تهدف هذه الدراسة إلي دراسة فعالية العلاج بالأمل استناداً إلي العلاج الجماعي علي الأمل والاكتئاب للأمهات مع الأطفال الذين يعانون من السرطان في طهران ، تكونت عينة الدراسة من الأمهات لهؤلاء الأطفال المصابين ، وتم تطبيق مقياس الأمل لسنايدر ، ومقياس قائمة الاكتئاب لبيك، تم تقسيمهم بشكل عشوائي إلي مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة وأقيم التدخل استناداً إلي بروتوكول العلاج بالأمل في المجموعة التجريبية لمدة ثمانية أسابيع ، ثماني جلسات ، كانت تستمر الجلسة لمدة ساعتين

أظهرت نتائج الدراسة أن العلاج بالأمل يقلل من الاكتئاب لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من السرطان ، وتبين أن الزيادة الملحوظة في الأمل كبيرة بمعنى أنه يتم العلاج بالأمل والأمل يكون فعال في زيادة الأمل في أمهات الأطفال الذين يعانون من السرطان

\_\_ دراسة ليندا (Linda. P, 2013)

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف علي دور العلاج بالأمل في خفض الأعراض الاكتئابية ، بما فيها الميل للانتحار ، كما هدفت أيضاً إلي التعرف علي العوامل التي من شأنها تعمل علي رفع مستوى الأمل ، تكونت عينة الدراسة من (11) امرأة تعاني من الاكتئاب تتراوح أعمارهم ما بين (15 : 37) عاماً ، أظهرت نتائج الدراسة أهمية العلاج بالأمل في خفض حدة الأعراض الاكتئابية ، وما يصاحبها من أفكار انتحارية ، وأكدت أيضاً علي أن التواصل مع الله المتمثل في الرضاء والإيمان بالقضاء والقدر ( يسمى إستراتيجية السحابة الفضية) ، وأن التواصل مع الذات ، والاعتماد علي النفس ( يسمى الدعاية الذاتية ) وهي من أهم العوامل التي يتم من خلالها تنمية الأمل لدى الأفراد .

\_\_ دراسة صموئيل مون وجودي واى : ، ( Samuel Mun, Judy Wai- Chu, and et al 2013)

تهدف هذه الدراسة إلي التحقق من فاعلية التدخل علي أساس الأمل في زيادة مستويات الأمل وكذلك خفض الأمراض النفسية لمرضي سرطان القولون والمستقيم ، تكونت عينة الدراسة من 22 مريضاً 7 من الرجال ، و15 من النساء ، وتألّف برنامج التدخل من ست دورات / جلسات أسبوعية ، وتتراوح مدة كل جلسة من ( 60-90 ) دقيقة ، وتم تطبيق مقياس الأمل (سمة الأمل للكبار ) ، ومقياس القلق والاكتئاب ، أظهرت نتائج الدراسة الآتي : أن النساء يميلون إلي مستويات أعلي من القلق مقارنة بالرجال ولوحظ أنه لا توجد فروق في المتغيرات الديموغرافية والطبية ، ارتبطت مسارات الأمل سلبياً مع القلق والاكتئاب في وقت قبل وبعد التدخل ، وأظهرت هذه النتيجة أن



المشاركين مع أكثر استراتيجيات تحقيق أهدافهم يميلون إلى إظهار /عرض أقل من أعراض القلق والاكتئاب ، وأظهرت النتائج أيضاً زيادة حجم الأمل بشكل كبير بعد التدخل العلاجي علاوة علي ذلك انخفاض مستويات القلق في المشاركين إلى حد كبير بعد التدخل العلاجي ، أظهرت النتائج أيضاً تغيرات في حالة القلق والاكتئاب نتيجة للتدخل حيث أن مستويات القلق قلت من قبل إلى بعد التدخل أكثر من مستويات الاكتئاب .

-تعقيب علي الدراسات السابقة

من حيث النتائج :

أظهرت جميع الدراسات أن مرضى السرطان لديهم الاضطرابات النفسية الناجمة عن غصابتهم بالمرض وقد كان تدخل العلاج بالأمل أكثر فاعليه في التخفيف من مصاحبات هذه الاضطرابات كالاكتئاب وقلق الموت وأن المجموعات التجريبية التي تعرضت للعلاج كانت أكثر شفاءً وتقبلاً للمرض من المجموعات الضابطة التي لم تتلقي أى تدخل علاجي ومن هذه الدراسات دراسة كلاً من her, 2008 & Otten et al, 2008 & savard et al, 2012 & Ghazaleh et al, 2013 & Samuel et al, 2008 ) & Paul and heat

-من حيث العينة تعددت عينات الدراسات فبعض الدراسات تناولت مرضى الاكتئاب ، والدراسات الاخرى تناولت مرضى سرطان الثدي ، القولون ، والمستقيم .

-من حيث الأدوات جميع الدراسات طبقت مقياس الاكتئاب والقلق ، ومقياس الأمل بالإضافة إلى جلسات البرنامج العلاجي .

فروض البحث :.

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي علي المقاييس التشخيصية التالية ( فقدان الأمل والأمل وأستراتيجيات المواجهة والأفكار المضطربة الاكتئاب وقلق الموت)

2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي لصالح المجموعة التجريبية علي المقاييس التشخيصية التالية ( فقدان الأمل والأمل وأستراتيجيات المواجهة والأفكار المضطربة الاكتئاب وقلق الموت)

#### منهج البحث

ينتمى هذا البحث إلي المنهج التجريبي ذو المجموعتين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من خلال عمل قياسات قبلية وبعدي وتتبعه علي عينة الدراسة وذلك لمحاولة تتبع ورصد إحداث التغيرات الايجابية عند مرضى السرطان وتنمية الأمل والتسامح والحكمة لديهم وفاعليته في خفض بعض أعراض الاكتئاب والقلق لدي المرضى قبل بدء العلاج وأثناء مراحل العلاج وبعد توقف جلسات العلاج .

#### ثانيا: العينة :

تتكون عينة البحث من (7) من المرضى المصابين بالسرطان ذكور وإناث ممن تتراوح أعمارهم من 28 عام إلي 58 عاماً ، من المصابين بأنواع مختلفة من السرطان (سرطان الثدي ، القولون ، المعدة ، المستقيم )

#### ثالثا : الأدوات:

تشمل الدراسة الحالية علي الأدوات التالية للتحقق من صدق فروضها .:

- 1- مقياس الأمل : إعداد /د. عبد المحسن إبراهيم ديعم ، وتم حساب الثبات بطريقتين 1- التجزئة النصفية وكانت = 761 ، 2- ألفا كرونباخ وكان معامل ألفا كرونباخ = 839 ، وتم حساب الصدق من خلال الصدق الذاتي = 0,92 ، والاتساق الداخلي (كمؤشر للصدق) وتراوحت معاملات الارتباطات بين (246 ، : 934).

2- مقياس استراتيجيات المواجهة: إعداد / زيكمان Zukrman, ترجمة وتقنين د/عبد المحسن إبراهيم ، وتم حساب الثبات من خلال 1-معامل ألفا كرونباخ وكان = 876, ، 2-التجزئة النصفية =889, ، وتم حساب الصدق باستخدام صدق الاتساق الداخلي (كمؤشر للصدق) وتراوحت معاملات الارتباطات بين (198, & 746,) ، والصدق الذاتي = 0,94

3- قائمة الأفكار المضطربة لدي مرضي السرطان : إعداد الباحثة .  
تم حساب الثبات بطريقتين 1-ألف كرونباخ 721, ، 2-التجزئة النصفية =859,  
وتم عمل 1- صدق المحكمين وتعديل بعض البنود ، 2-الاتساق الداخلي (كمؤشر للصدق) تراوحت معاملات الارتباطات ما بين (141, : 883,)، 3-الصدق الذاتي =85,

4- مقياس بيك للاكتئاب: إعداد وتعريب /د/ أحمد محمد عبد الخالق .  
تم حساب الثبات من خلال استخدام معامل ألفا كرونباخ = 747,  
وحساب الصدق من خلال استخدام الصدق الذاتي 0,89 ، وصدق الاتساق الداخلي (كمؤشر للصدق) وتراوحت معاملات الارتباطات ما بين (0,216: 0,730)

5- مقياس قلق الموت : إعداد وتعريب /د/ أحمد محمد عبد الخالق .  
تم حساب الثبات بطريقتين 1-معامل ألفا كرونباخ وكان = 2,929-التجزئة النصفية = 917,  
وحساب الصدق من خلال الصدق الذاتي =96, ، 2-الاتساق الداخلي (كمؤشر للصدق) وتراوحت بين (313, : 958,)

6- مقياس فقدان الأمل: لبيك ترجمة وتقنين د/زيزى إبراهيم .  
تم حساب الثبات بإستخدام معامل الفا كرونباخ وكان 747, ، وحساب الصدق من خلال  
1-الصدق الذاتي = 0,86 ، 2-الاتساق الداخلي (كمؤشر للصدق) وتراوحت معاملات  
الارتباطات ما بين (1 :703)،

#### 7-البرنامج العلاجي :إعداد الباحثة

وتم عرضة علي مجموعة من المحكمين لمعرفة التعديلات المطلوبه فيه

#### البرنامج العلاجي :

يضم البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة عينة من مرضي السرطان يتراوح عددهم  
من (7) من المرضي ، يتلقون مجموعة من الجلسات العلاجية في شكل فردى وبلغ عدد  
الجلسات (10) جلسه علاجية وذلك بهدف إحداث تغيرات إيجابية وتنمية الصفات  
والمشاعر الإيجابية لدى المرضي وتنمية الأمل لديهم ومساعدتهم علي تحقيق أهدافهم في الحياة  
وكيفية التغلب ومواجهة العوائق والصعوبات التي تواجههم في تحقيق أهدافهم ،وقوة الإرادة  
لديهم في التعامل مع المرض وعدم اليأس والتشاؤم مما يساعد في ظهور بعض الاضطرابات  
كالقلق والاكتئاب والمشاعر الضاغطة والخوف .

- ويمكن تلخيص الخطوات الأساسية في البرنامج العلاجي علي النحو التالي :

- 1- تدريب المرضي علي تحديد الأهداف (اليومية /المستقبلية) .
- 2- تدريب المرضي علي قدرتهم علي تحديد مسارات التفكير لكيفية الوصول إلي أهدافهم .
- 3- تدريب المرضي علي تنمية الدافعية الحاتة وقوة الإرادة والمثابرة .
- 4- تدريب المرضي علي تنمية التوجهات الإيجابية للمستقبل .
- 5- تنمية مهارات الحكمة في التعامل مع المواقف الضاغطة ,والمواقف التي تستدعي حالات  
القلق .

- 6- تدريب المرضى علي تنمية أبعاد السلوك الحكيم في تخفيض مشاعر ومصاحبات الاكتئاب.
- 7- تدريب المرضى علي أساليب المواجهة الفعالة وتجنب الأساليب السلبية في التعامل مع الضغوط .
- 8- تنمية القدرة علي التسامح لتخفيض مشاعر الاكتئاب والقلق أثناء التعامل مع الأشخاص المثيرين لنوبات الاكتئاب .

المعالجة الإحصائية :

للتحقق من صدق الفروض علي عينة الدراسة سيتم استخدام أساليب الإحصاء اللابارامترى التالية .:

1. الارتباطات .
2. اختبار ويلكوكسن .
3. اختبار مان ويتني .

فروض البحث ومناقشتها

- 1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي علي المقاييس التشخيصية التالية (فقدان الأمل ، الأمل ، استراتيجيات المواجهة ، الأفكار المضطربة ، الاكتئاب ، قلق الموت)
- وللتحقق من صحة الفرض استخدمت الباحثة معامل (مان -وتني) لحساب دلالة الفروق بين متوسطين غير مرتبطين وكانت نتائجه كالتالي:

المتغير	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	قيمة U	مستوى الدلالة
فقدان الأمل	ضابطة	7	8,14	57,00	-578	,564	ب. دالة
	تجريبية	7	6,86	48,00			
الأمل	ضابطة	7	8,57	60,00	-,959	,337	
	تجريبية	7	6,43	45,00			
استراتيجيات المواجهة	ضابطة	7	6,00	42,00	1,348	,178	
	تجريبية	7	9,00	63,00			
الأفكار المضطربة	ضابطة	7	8,29	58,00	-,704	,481	
	تجريبية	7	6,71	46,00			
الاكتئاب	ضابطة	7	6,79	47,00	-,640	,522	
	تجريبية	7	8,21	57,50			
قلق الموت	ضابطة	7	8,21	57,00	-,645	,591	
	تجريبية	7	6,79	47,00			

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في الدرجة الكلية لمقاييس الدراسة قبل تطبيق البرنامج العلاجي ، وهذا ما أشار إليه أشار باتريك Patrick&2008 في دراسة إلى إفتقار مرضى السرطان إلى الأمل مما لديهم اعتقاد دائم بأن المرض وإستمرارة لديهم ، وقد أشار كلاً من وجدان ومحمد Wejdan & 2013 MohannadAlkwiese & إن فقدان الأمل يؤدي إلى الأكتئاب ويمكن أن يزيد من المرض ومعدلات الوفيات فزيادة معدلات الاكتئاب في مرضى السرطان تصل إلى نسبة 69%.

وهذا ما أكدته دراسة لورانس ليشان علي مرضى السرطان فوجد أن نسبة 3/4 من المرضى كانوا يعانون من يأس قاتل ، وفقدان الأمل في الحياة ، مع الإحساس بالفشل ، كما لاحظ

ليشان أن مريض السرطان يكون منعزلاً ، إنطوائياً في حياته ، وليس لديه القدرة علي تغير أو تعديل سلوكه ، وأوضحت تشيفينز 2000 أن المشاعر السلبية لدى مريض السرطان تنشأ نتيجة للأفكار التي تتعلق بالسعي إلي تحقيق الهدف ، كما أشارت إلى أن العقبات المستمرة للأهداف الهامة يُحتمل أن تسفر عن الاحباط واليأس .

كما أشار مارتن وآخرون 2009 , Martin and et al أن المرضى مع السرطان كمرض حاد وخطير يؤدي بهم إلي منع تحقيق الأهداف الهامة شخصياً وتكون النتيجة لديهم فقدان مصادر الهدف في الحياة وفقدان الأمل والشعور باليأس . فقد أوضحت كلاً من بينزين وصافيمان (1998) Benzein and Saveman عندما يفقد المرضى الأمل تظهر العديد من النتائج السلبية مثل اللامبالاه والحمول واللامعني ، واليأس والأفكار الانتحارية .

وأكد علي هذه النتيجة ما توصل إليه شابلين وماكلينتاير ( Chaplin and McIntyre 2001) أشاروا إلي أن الغياب التام للأمل داخل المريض يؤدي إلي حالة اليأس الذي يمكن أن تؤدي إلي الموت الذي لا مفر منه للمصابين بمرض ميؤوس من شفائه . وأوضح كلاً من أونج وإدوارد وبيرجمان ( Ong , Edwards , and Bergeman 2006) أن إنعدام الأمل عند مرضى السرطان يُشكل خطراً عليهم ويكشف عنه الأطباء أن المرضى الذين يعرفون أنهم سيموتون قريباً يكون لديهم تطوير اليأس .فاليأس يرتبط تجريبياً بالتفكير في الانتحار في عامة السكان ، وقد حددت عدة دراسات بأن اليأس أقوى مؤشراً للتعجيل بالموت في مرضي السرطان في مرحلة المتقدمة ، بريتبارت وآخرون Breitbart, et al خلصوا إلي أن اليأس والاكتئاب يتنبؤا بشكل كبير من التعجيل بالموت وأن وجود كلاً منهما قد يكون في الواقع أقوى علامة إكلينيكية للتعجيل بالموت .أوضحت هولاندا جيمي (1998) Hollanda أنه عند تشخيص مرضى السرطان بالإصابة بهذا المرض تظهر لديهم العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية فيظهر لديهم الاهتياج الشديد والاكتئاب الذي قد ينطوي علي الإنهماك في التفكير بالمرض ، وقلق الموت ن وفقدان الشهية وضعف التركيز والعجز وعدم القدرة علي القيام بالأعمال الروتينية والبسيطة ، وعدم قدرتهم علي

مواجهة المشكلات ، وفقدان الاستمتاع بالأنشطة وعدم الرغبة بالإستمرار في العيش . ويتفق أيضاً راجندرام وسامان وآخرون Rajandram , Samman , and et al (2010) أن مرضى السرطان يعانون من بعض الأمراض النفسية ومن أكثرها كما أظهر من نتائج التطبيق القلق والاكتئاب من أكثر الاضطرابات التي يواجهها غالبية مرضى السرطان . وأشار بشير معمريه 2007 في دراسته أن المصابين بمرض السرطان يتسمون بالقلق وخاصة قلق الموت ، والاكتئاب ، والعجز ، وانخفاض الدافع ، ونقص المهارة ، وقلة بذل الجهد ، والتسرع ، واستعجال الامور ، وضعف الشخصية ، والاستسلام للهزيمة واعتبارها أمر حتمي ، إضافة إلى الجمود والعجز ، والاضطراب في العلاقات العائلية.

## 2-الفرض الثاني

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي علي المقاييس التشخيصية التالية (فقدان الأمل والأمل و استراتيجيات المواجهة والأفكار المضطربة والاكتئاب وقلق الموت) .  
وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة معامل (ويلكوكسون) لحساب دلالة الفروق بين متوسطين مرتبطين ، وكانت نتائجها كالتالي

المتغير	العينه	القياس	الرتب	متوسط الرتب	قيمة Z	قيمته U	مستوى الدلالة
فقدان الأمل	7	قبلي وبعدي	السالبة	28,00	-	,018	,05
			الموجبة=4,00	,00			
الأمل	7	قبلي وبعدي	السالبة=,00	,00	-	,018	,05
			الموجبه=4,00	28,00			
استراتيجيات	7	قبلي	السالبة=,00	,00	-	,018	,05



		2,366	28,00	الموجبه=4,00	وبعدى		المواجهة
,05	,018	-	28,00	السالبة=4,00	قبلي	7	الافكار
		2,366	,00	الموجبة=,00	وبعدى		المضطربة
,05	,018	-	28,00	السالبة=4,00	قبلي	7	الاكتئاب
		2,366	,00	الموجبه=,00	وبعدى		
,05	,018	2,366	28,00		قبلي	7	قلق الموت
				السالبة=4,00	وبعدى		
			,00	الموجبه=,00			

يتضح من الجدول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج في الدرجة الكلية للاكتئاب ومصاحباته ( فقدان الأمل ، الأمل ، الافكار المضطربة ، إستراتيجيات المواجهة ) ، وذلك في إتجاه القياس البعدى حيث بلغت قيمة (Z) لدلالة الفروق بين القياسين للدرجة الكلية للمقاييس التشخيصية

(-2,366) وكانت دالة عند مستوى ( 05 , ) حيث كان متوسط أفراد المجموعة التجريبية التي خضعت لجلسات البرنامج العلاجي في الدرجة الكلية للاكتئاب وباقي المقاييس التشخيصية قبل تطبيق البرنامج أقل منها بعد التطبيق ، فكان عدد المرضى الذين خضعوا للجلسات العلاجية سبعة من المرضى وقد حققوا تحسناً ملحوظاً في درجة كلاً من مقياس الاكتئاب وفقدان الأمل والأمل واستراتيجيات المواجهة والافكار المضطربة بعد تطبيق البرنامج وبذلك تشير النتائج إلى نجاح البرنامج المستخدم في هذه الدراسة في تنمية الأمل وخفض بعض أعراض الاكتئاب والتخلص من الافكار المضطربة وإبدالها بأفكار منطقية وصحيحة لدى المرضى وتنمية قدرتهم علي مواجهة المشكلات وما يعانون منه أثناء المرض .

ويتفق مع هذه النتائج ما أشار إليه كلاوسنر وسنايدر وتشيفينز Klausner , Snyder , Cheavens& 2000 ، بعد التدخل العلاجي لمرضى السرطان أظهرت نتائج التدخل

العلاجى للعلاج بالأمل أرتفاع مستوى الأمل لدى المرضى ، وإنخفاض فى أعراض القلق والأكتئاب وزادت لديهم مستويات التفكير فى الأمل والسعى إلى الأهداف واحترام الذات وإنخفاض فى المعاناه والألم . وأشار أيضاً كلاوسنر وآخرون ( Klausner et al , 1998 ) إلى فاعلية التدخلات العلاجية القائمة على الأمل فى تحسين كبير فى التقليل من مستويات الاكتئاب والقلق عند المرضى وإرتفاع مستوى الأمل لديهم وقد أشارت الباحثة للمريض بأن أعراض الاكتئاب والحزن واليأس التى تظهر لديه نتيجة الاكتئاب والحزن واليأس التى تظهر لديه نتيجة لأفكار الشعور السلبية واللاعقلانية لدى المريض (فهو ينظر لذاته وللمستقبل وللعالم ) بنظرة سلبية وكثيرة وتجنب النظرة الإيجابية. وهذا يتمثل فى المكون الثلاثى للاكتئاب والإدراك السلبي للذات يرى نفسه أقل من الآخرين ، وأنه عديم القيمة والفائدة بسبب المرض ، ليس لديه الرغبة فى الحياة.و الإدراك السلبي للعالم من حولة والإدراك السلبي للمستقبل (توقع الفشل ، الإحباط ، التشاؤم). وترى الباحثة أن تحسن أفراد المجموعة التجريبية فى أعراض الاكتئاب وباقى المقاييس التشخيصية المستخدمة فى الدراسة يعود إلى طبيعة البرنامج العلاجى الذى تم إستخدامة فى هذه الدراسة القائم على العلاج بالأمل والذى أتمدت الباحثة فى وضعة على المراحل التى يجب على المعالج أن يتبعها فى عملية العلاج والتدخل العلاجى وهم كالاتى : مرحلة غرس الأمل فى عملية العلاج : Increasing Hope ، Instilling Hope ، مرحلة زيادة الأمل فى عملية العلاج ، Finding Hope ، مرحلة ترابط الأمل ، Bonding Hope ، مرحلة تعزيز الأمل Enhancing Hope

وقد أشار كلاً من بول وهيزر ( Paul. B , and Heather .S &2008 ) أن مرضى السرطان الذين تم تشخيصهم أنهم يعانون من الاكتئاب وإخضاعهم للعلاج داخل المجموعة التجريبية التى تعرضت للجلسات العلاجية ومقارنتهم بالمجموعة الضابطة التى لم تتلقى أى جلسات علاجية وأظهرت النتائج التى تم مقارنتها بالتدخل العلاجى وقبل التدخل إلى أن المرضى الذين خضعوا للتدخل العلاجى أنخفض مستوى الاكتئاب لديهم.

فحرصت الباحثة في المراحل الأولى للبرنامج في الجلستين الأولى والثانية بإقامة علاقة الود والاحترام بين المرضى توضيح طبيعة البرنامج وتعريف المريض به ، وتعريفه بأسسه وأهدافه وكيفية تنفيذه ، والمدة التي يستغرقها ، وأماكن التطبيق والمواعيد التي يتم فيها إجراء الجلسات. تعريف المريض بأهمية هذه الجلسات والفائدة والنفع بالنسبة له ، والتأكد من رغبة المريض لتلقي البرنامج وإستمرارة في الجلسات .وزيادة شعور المريض بالأمان والثقة تجاه المعالج والطمأنينة تجاه هذه الجلسات وتوضيح الميثاق الأخلاقي للجلسات العلاجية للمريض وإتاحة الفرصة له للحديث والنقاش ، كما حرصت الباحثة في نهاية الجلسة الأولى بتحديد الواجب المنزلي للمريض الذي تم الإتفاق عليه بأنه سوف يكون في نهاية كل جلسة وذلك بإستخدام فنية الواجبات المنزلية وكان الهدف من هذا الواجب المنزلي معرفة مدى رغبته لتلقي العلاج ، وإعطائه فرصة للتحدث عن المشكلات التي يواجهها ويعانى منها وتؤدي إلى تزايد المرض لدية وتحد من الأمل وتزيد من اليأس والتشاؤم والاكتئاب والرغبة في الموت .

وفيما يتعلق بمقياس الأمل حرصت الباحثة علي مساعدة المرضى في زيادة الأمل وتنميته لديهم وذلك من خلال الجلسات العلاجية التي ركزت علي الأمل بمكوناته (الأهداف ، مسارات التفكير ، الإرادة) ، لأن تنمية وزيادة الأمل تؤدي إلى التقليل من أعراض الاكتئاب وقلق الموت لديهم .

وقد تنوعت الفنيات التي استخدمتها الباحثة خلال الجلسات الأولى للعلاج لمحاولة غرس وتنمية الأمل لديهم وهي كالاتي ( القصة المصورة ، التعزيز ، الشرح ، العصف الذهني ، الأحاديث الإيجابية للذات ، التركيز علي نجاحات الماضي ) . وقامت الباحثة بعملية تنمية الأمل لديهم مساعدتهم علي تحديد الأهداف ، خلق المسارات والطرق المطلوبة لكي يحققوها ، الدافعية الحائة وقوة الإرادة لمواصلة السعي لتحقيق ما يريدون . وتتفق مع ذلك ما أشارت إليه (سنايدر وفيلدمان وهوزا وآخرون) ( Snyder ,Feldman , Hoza and et al& 2005 ان المرضى مع الأمل المرتفع وأكثر تركيزاً على النجاح عند السعي لتحقيق الهدف, ويكونون قادرين على حل ومواجهة المشاكل التي يواجهونها ولديهم تصور كبير عن المعنى والغرض في الحياة . وبالنسبة لتحسن المرضى في قدرتهم علي المواجهة وقدرتهم علي حل

المشكلات حرصت الباحثة أيضاً في الجلسات العلاجية بتدريبهم علي مواجهة المشكلات وكيفية التعامل معها حيثُ كما أشار كلا من ( سيترنبرج وجرفين وريزنييتسكاى) Sternberg & Jarvin , and Reznitskaya & 2008, أن الحكمة هي وسيلة لتحقيق الأهداف وتساعد المريض علي اختيار أفضل الأساليب والطرق للوصول إلي الأهداف ، وتساعد المريض علي إحداث التوازن في الأهداف أى أن تكون أهداف متناسبة مع قدراته وإمكانياته والسياق الاجتماعي الذي يعيش فيه. أما عن النتائج المتعلقة بالأفكار المضطربة عند مرضى السرطان وتحسنها لديهم بعد التدخل العلاجي ودربت الباحثة المريض علي التخلص من أخطاء التفكير (الافكار اللاعقلانية) و علي "الصياغة المعرفية" للمواقف والأحداث ووضحت له بأن هذه الأفكار هي عبارة عن أفكار سلبية وخاطئة وغير صحيحة تراود الفرد وتسبب له الاضطرابات والانفعالات التي تحدث نتيجة الأفكار الخاطئة واللاعقلانية ودربت الباحثة المريض علي أن ينظر للأمور بنظرة مختلفة وليس بناء علي رؤيته هو فقط للموقف الضاغط الذي يتعرض له فعليه أن يضع نفسه مكان الاخر ، كما يتضح أيضاً من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج في الدرجة الكلية لمقياس قلق الموت حيثُ بلغت قيمة Z (-2,388) ، وكانت دالة عند مستوى (05) حيثُ كان متوسط أفراد المجموعة التجريبية التي خضعت للعلاج في قلق الموت أعلى منها بعد تطبيق البرنامج ، وبالنظر للنتائج الواردة في الجدول حيثُ كان متوسط درجات المرضى علي مقياس قلق الموت بعد تطبيق البرنامج أقل منه قبل التطبيق فقد أشار كلاً من كوتشينوف وآخرون Chochinov et al إلي أن مرضى السرطان يكون لديهم التفكير والأفكار حول الموت ويظهر هذا التفكير منذ الإصابة بالمرض وهذه الرغبة في الموت ترتبط مع أعراض الاكتئاب ، فقد قامت الباحثة بتدريب المريض علي التخلص من قلق الموت والاستبصار بالمشكلات الناتجة عن القلق ، فقامت بتدريب المريض علي تعديل الافكار الخاطئة المرتبطة بالموت وجعله أكثر مقاومة ، تدريب المريض علي قيمة الحياة وعدم اليأس والقنوط والتهيئة للمريض بأن إصابة بالمرض ليس نهاية المطاف وقد قامت الباحثة أيضاً بتدريب المريض علي تنمية القدرة

علي التسامح من أجل تخفيض مشاعر القلق والاكتئاب ، تدريبية علي التسامح الذاتى لأستبدال المشاعر السلبية الناجمة عن الأخطاء بمشاعر إيجابية .وكما أشار كلاً من ( أشرف عبد الوهاب ،وحسن حنفى، محمد الجوهري، 2005 ) أن التسامح هو " تحمل وتقبل شىء لا تحبه ، ويكون ذلك غالباً من أجل ضرورة التقدم والتعايش والانسجام بطريقة أفضل مع الآخرين "

-وحرصت الباحثة علي تدريبية علي أن يقوم بتطبيق فنية " الكرسي الفارغ" فهذه الفنية تساعده في تفرغ المشاعر السلبية تجاه الشخص الآخر وتجاه أى شىء يثير مشاعر القلق لديه.

#### نتائج البحث

أظهرت نتائج البحث

1-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي علي المقاييس التشخيصية التالية (فقدان الأمل ، الأمل ، استراتيجيات المواجهة ، الأفكار المضطربة ، الاكتئاب ، قلق الموت).

2-وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي علي المقاييس التشخيصية التالية (فقدان الأمل والأمل و استراتيجيات المواجهة والأفكار المضطربة والاكتئاب وقلق الموت ) .

الهوامش

أولاً المراجع باللغة العربية

1-دلال موسى قويدر (2008):الخوف من السرطان وعلاقته بالصدمة النفسية ,دراسة ميدانية لنيل درجة الإجازة في الإرشاد النفسي ,كلية التربية ,جامعة دمشق .

2-سلوى عثمان (1999): مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، مصر ،دون طبعه.

3-رشا عبد العزيز موسى (1998):علم النفس المرضي ،القاهرة ،مؤسسة المختار ،ط2.

- 4- عبد المحسن ديعم (2008): الفاعلية الذاتية وأساليب مواجهة الضغوط كمتغيرات محكية للتميز بين الأمل والتفاؤل ,مجلة دراسات عربية في علم النفس ,المجلد (7) ,العدد(1),ص(1:44).
- 5-مجدي أحمد محمد (2000):علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب ,الإسكندرية ,دار المعرفة الجامعية .
- 6-مريم عيسى حسين (2012):مرضي السرطان في قطاع غزة , رسالة ماجستير, كلية الآداب ,الجامعة الإسلامية ,غزة .

### ثانياً: المراجع الاجنبية:

- 7-Allison , e.t(1006):Wisdom and loss :the role of life loss in the lives of nurses thought to be wise , degree of doctor of philosophy , the university of new mexico , pp(1:273).
- 8-Angela lee duckworth&TracyA.steen&and Martin Seligman(2005):Positive psychology in clinical practice ,university of pennsylvania,pp (629-651).
- 9-Anne Bindock (2009) :the science of wisdom :an exploration of excellence in mind and virtue , student psychology journal , school of psychology , Griffith university , Vol(1) , Pp(1:7).
- 10-Awham Nuaman Thabit (2008) :Psychological stresses and its relation to psychological ,social, marital adjustment in women with early braest cancer in Jordan ,doctorof degree study ,[http:// www.ao-academy.org](http://www.ao-academy.org).
- 11- Azadeh.Tavoli&Mohammed ali& Ali montazri&Rasool Roshan&Zahra Tavoli and Speideh Omidvaria (2007):Anxiety and depression in patient with gastrointestinal cancer:does knowledge of cancer diagnosis matter ? Research article ,pp(1-6).
- 12-C.R.Snyder &David B.Feldman&Taylor &Lisal.S& and Virgil H.Adams (2000):The roles of hopeful thinking in preventing problems an enhancing strengths ,university of Kansas,pp(249-270).
- 13-C.R.Snyder&Stephen&Jencheavens &Scott T.&Laura Yamhure &and Susie Sympson (2000):The roles of hope in cognitive behavior therapies ,cognitive therapy and research ,vol(24),No(6),pp(747-762).
- 14-David berendes &Francise J.Keefe&Tamara&Sejal M.Kothadia &Laura &and Jennifer S.Cheavens (2010):Hope the context of lung cancer :relation ships of hope to symptoms and psychological distress ,Journal of pain and symptom management ,vol(40),No(2),PP(174-182).
- 15-Elen siglen &Cathrine Bjorvant &Lars Fredrike &Gunilla Berglund &and Gerd Karin(2007):The influence of cancer -related distress and sense of coherence on anxiety and depression in patients with hereditary cancer ,original research ,national society of genetic counselors,PP (607-615).
- 16-Eylem sahin& Elvan ozalp &Haldun Soygur&Derya Iren&Levent T&and Necati Alkis(2008):Mirtazapine improves Sleep and lowers anxiety and depression in cancer patients :support care cancer ,original

article ,PP(1291-1298).

17- G.A. Fava and C. Ruini (2013) (eds) Increasing Psychological Well-being in Clinical and Educational Settings, Cross-Cultural Advancements in Positive Psychology , DOI 10.1007/978-94-017-8669-0\_1

18-Gjazaleh, S.A& Jalal , Y& Ahmad ,B& and Shahla , A.D ,(2012) : The effectiveness of group hope therapy on hope and depression of mother with children suffering from cancer in Tehran , Iranian journal of cancer prevention , Vol(5) , No(4) ,Pp(183-188) .

19-Inger utne&Christine.M &,Steven .M&Pauland Tonep Rustoen (2013): Association between hope and burden reported by family caregivers of patients with advanced cancer,original article ,PP (2527-2535).

20-James C.Coyne and Howard Temen (2010):Positive psychology in cancer car :Bad science exaggerated claims and unproven medicine ,original article ,PP(16-26).

21-Jenifer S.Cheavens&Ciaryl L.Stigen (2012):Hope theory and hope therapy , Department Of Psychology ,The Ohio State university ,USA,PP (1446-1448).

22-JeniferS.Cheavens &David B.F& Ambergam & Scott and C.R.Snyder(2006):Hope therapy in acommunity sample:apilot investigation, social indicators research ,PP (61-78).

23-Jennifer. S&David .B&and C.S.Snyder (2006):Hope in cognitive psychotherapies :on working with client strengths,journal of cognitive psychotherapy :an international quarterly,Vol(20),No(2),PP (135-145).

24-Jin Sheng Hong and Jun tian (2013):Prevalence of anxiety and depression and their risk factor in chinese cancer patient ,original article ,PP(1-6).

25-Lee M-Ritterband and Charles D.Spielberger (2001):Depression in a cancer patient population, journal of clinical psychology in medical settings ,Vol(8),N0(2),PP(85-93).

26-Linden, M (2014): Promoting resilience and well being with wisdom and wisdom therapy ,(Eds): Ruini, C& and Fava , G.A , (In) Increasing psychological well being in clinical and educational settings, New york, London ,Pp(1-199).

27-Maria Die trill (2013):Anxitey and sleep disorders in cancer patients , The European Cancer Organisation ,PP(216-224).

28-Martin Seligman &Acacia& and Tayyab Rashid (2006):Positive psychotherapy ,university of Pennsylvania ,American psychologist,pp(774-788).

29-Martin Seligman and Mihaly Csikszentmialyi(2000):Special issue on happiness ,excellence and optimal human functioning ,journal of American psychological association ,Vol (55),No(1),PP (5-190).

30-Nicola M.Gray&Susan J.hall& Susan Browne&Mariae Johnston&Amanda J.Lee&Una Macleod&Elizabeth D&Neil C.Campbell (2013):predictors of anxiety and depression in people with colorectal cancer ,orginal article ,PP(1:6).

31-Paulb.Jacobsen&Heather s.Jim (2008): Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients :achievements and challenges , CA Acancer Journal for clinicians ,Vol (58),No(4),PP(214-230).

32-Peter Angelos(2008):Ethical issues in cancer patient care .New York,USA,Second Edition ,PP(1-258).

33-Rachel C.Mecoubria &and Andrew N.Davies (2005):Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer ,original article ,PP (385-397).

- 34-Rama k Rajandram&Samuel&Natalie chan &Nabil Samman&Colman Mcgrath&and Roger A Zwahlen(2011):Interaction of hope and optimism with anxiety depression in a specific group of cancer survivors:apreliminary study, Faculty of Dentistry,The University Of Hong kong, Research article, PP(1-7).
- 35-Robert Wise and Elena C. Speridakos (2011):Ameta-analysis of hope enhancement strategies in clinical and community settings,springer open journal ,department of psychology, USA,PP (1-16).
- 36-Tayyab Rashid (2008):Positive psychotherapy ,in lopez ,s.j.(ed) positive psychology :exploring the best in people , PP (1:6).
- 37-Vaughn Worthen and Richard Isakson: Hope –the anchor of the soul :cultivating hope and positive expectancy ,issues in religion and psychotherapy ,Vol(33),PP (47-62).
- 38-Y.Joel Wong (2006):The future of positive therapy ,university of texas at Austin ,Vol(43),No(2),PP (151-153).
- 39-Yin Ting Cheung &Helen Hoi&Alexandre Chan (2013):Exploring clinical determinants and anxiety symptom domains among asian breast cancer patients ,original article ,PP (2185-2194).

#### الملخص

هدف هذا البحث بناء برنامج لتنمية العلاج بالأمل والحكمة والتسامح عند مرضى السرطان ، والتعرف على مدى فاعليته النفسية للسرطان مثل الاكتئاب وقلق الموت ، العلاج بالأمل في إحداث تغيرات إيجابية في بعض المصاحبات المصائب بالسرطان ممن تتراوح أعمارهم بين 27: 58 عاماً وتم تكونت عينه البحث من ( 14 ) من المرضى تقسيمهم إلى مجموعتين

1-المجموعة التجريبية عددها ( 7 ) من المرضى الذين تم إخضاعهم للجلسات العلاجية وتلقوا (10) جلسه علاجية ، 2- البيانات بإستخدام البرنامج الإحصائي المجموعة الضابطة وعددها (7) ولم تتلقى أى جلسات علاجية ، وتم تحليل ، وتم تطبيق المقاييس الاتيه مقياس الأمل ، فقدان الأمل ، استراتيجيات المواجهة ، الأفكار المضطربة ، 16-SSPS الاكتئاب ، قلق الموت ، وقد أشارت نتائج البحث إلى 1-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي على المقاييس التشخيصية التالية (فقدان الأمل، الأمل، استراتيجيات المواجهة، الافكار المضطربة ، الاكتئاب ، قلق الموت) ،

1-وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على المقاييس التشخيصية التالية ( فقدان الأمل، الأمل، استراتيجيات المواجهة، الافكار المضطربة ، الاكتئاب ، قلق الموت )

#### Abstract

This research aimed to develop a programe for the development of hope therapy , wisdom and forgiveness . identify the effectiveness of hope therapy to make positive changes in some of the psychological complications of cancer such as depression and death anxiety. The research sampel consists of (14) patients with cancer disease , average age of the members is between (27to 58) year. These patients were divided to two groups; the first is the (experimental group ) consists of (7) which have therapy sessions, They received 10 therapy sessions .and the second is the (controlled group )consists of (7) which don't have



any therapy sessions. , (SPSS) Program was used for analysis of the data using statistical means of them , The scale of hope, lose hope, coping strategies ,irrational belifes, , depression and death anxiety were used , The research results there were no statistically significant differences between the experimental group and the control group in the before measurement On the following measures ( hope, lose hope, coping strategies ,irrational belifes, , depression and death anxiety).

The existence of differences of statistical significance among the members of the experimental group in the measurement of before and after On the following measures ( hope, lose hope, coping strategies ,irrational belifes, , depression and death anxiety).