ممارسة العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد للتخفيف من مستوى قلق المستقبل لدي مريضات سرطان الثدي

دكتورة كلثم جبر الكواري
أستاذ الخدمة الاجتماعية المشارك بقسم العلوم الاجتماعية
كلية الآداب والعلوم – جامعة قطر

ملخص الدراسة

تمتلك خدمة الفرد العديد من المداخل النظرية ومنها العلاج المتمركز حول العميل الذي يهتم بتغيير مفهوم الذات السلبي لدى الفرد من خلال توفير الإحساس بالقيمة والاحترام الإيجابي وإكساب الخبرات وتقوية تقبل الذات بصورة تمكن العميل من إدراك ذاته المثالية كما يسعى إلي مساعدة العميل على توضيح أفكاره حول المشكلات واكتساب رؤية ثاقبة حولها وإدراك نقاط القوة والضعف ويصاحب ذلك غالباً زيادة في إحترام الذات وفهم واضح لاتخاذ القرارات ومن ثم بناء خيارات بنائية وواقعية حول الأشياء التي تضايقه في حياته والوصول لحلول مناسبة لمشكلاته. وعلى الرغم من تنوع الدراسات السابقة وتعددها سواء التي أكدت على فاعلية العلاج المتمركز حول العميل، أو الدراسات ذات العلاقة بقلق المستقبل، ولوجود ندرة في الدراسات السابقة المرتبطة بمريضات سرطان الثدي . في حدود إطلاع الباحثة التي تناولت هذه المشكلة بمختلف جوانبها خصوصاً في البيئة العربية، وحيث أن نموذج العلاج المتمركز حول العميل يسعى إلي زيادة تقبل العميل لذاته وتخليصه من المشاعر السلبية المرتبطة بمشكلاته، تعتقد الباحثة أن هذا النموذج قد يصلح لتخفيف مستوى قلق المستقبل لمريضات سرطان الثدي فقد تحدد موضوع هذا البحث في مدى فاعلية العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد للتخفيف من مستوى قلق المستقبل لدى مريضات سرطان الثدي.

الكلمات الدليلة: العلاج المتمركز حول العميل–قلق المستقبل–مريضات سرطان الثدي

Abstract

The service of the individual has many theoretical approaches, including client-centered treatment, which is concerned with changing the concept of negative self-escape by providing a sense of value and positive respect and gain experience and strengthen self-acceptance in a way that enables the client to realize himself ideal and also seeks to help the client to clarify his ideas about problems and gain An insight into it and an understanding of strengths and weaknesses is often accompanied by an increase in self-esteem and a clear understanding of decision-making and then to build constructive and realistic choices about the things that bother him in his life and to find appropriate solutions to his problems. In spite of the diversity of previous studies, whether they confirmed the effectiveness of client-centered treatment, or studies related to future anxiety, and the scarcity of previous studies related to breast cancer patients - within the limits of informing the researcher who addressed this problem in various aspects, especially in the Arab environment. The client-centered treatment model seeks to increase the client's self-acceptance and rid him of the negative emotions associated with his problems, the researcher believes that this model may work to reduce the level of future anxiety for breast cancer patients. About the client in the service of the individual to alleviate the level of future anxiety in breast cancer patients.

Keywords: client-centered treatment- future anxiety- breast cancer patients

أولاً: مشكلة الدراسة

يواجه العالم في العصر الحديث وعلى كوكب الأرض العديد من الأوبئة والملوثات وكذا تغيرات في المناخ احتاج نوع من الفيروسات قلب المعمورة بالتحديد أجساد الحيوانات على رأسها البشر، منها الأمراض المزمنة والمستعصية التي باتت تؤدي بحياة ملايين الضحايا ولعل أبرزها هي السرطان أورام تصيب جسد الإنسان قد تكون حميدة أو خبيثة والنوع الثاني يظهر من اسمه هو الأكثر خطورة حيث يعمل هذا النوع من الأورام على تخريب خلايا الجسم بالانتشار الفوضوي ومنه يحدث شكلا من عدم التوازن في الجسم ما يؤدي حتما إلي انهياره.(خميسة، 2013م، ص42).

ويعتبر سرطان الثدي من بين أنواع الأمراض السرطانية التي انتشرت بصورة كبيرة وأصبح يهدد حياة المرآة في العصر الحديث, ليس فقط لخطورته وصعوبة الشفاء منه, ولكن لزيادة معدلات الإصابة بهذا المرض الخطير والمزمن من عام إلى اخر وتدعاياته السلبية على مختلف مجالات الحياة الشخصية والاجتماعية والاسرية والمهنية .

حيث يأتي سرطان الثدي بالترتيب الأول بين أكثر أنواع السرطان شيوعاً عالمياً ، فقد تم تشخيص أكثر من (2.35)مليون حالة عام (2017م) بنسبة (35%) من كل أنواع السرطان وبمعدل إصابة يتراوح ما بين (100000/27) في شرق إفريقيا واسيا إلى (100000/96) في أوروبا الغربية ،ويتم تشخيص ما بين مليون إلى مليون ونصف حالة جيدة يومياً سنوياً ، ويعيش أكثر من (4) ملايين امرأة بهذا المرض في العالم (American Cancer societ (2014 ، p65)

وفى دول مجلس التعاون الخليجي تتراوح نسبة الإصابة بمرض سرطان الثدي تتراوح ما بين (43-46%)، من إجمالي المصابين بمرض السرطان عموما، و تحتل مملكة البحرين المرتبة الأولى تليها الكويت ثم دولة قطر تليها المملكة العربية السعودية، ويتوقع ظهور (21000) حالة سرطان ثدي جديدة بين مواطني دول مجلس التعاون الخليجي بحلول عام (2030م) وذلك بعد أن كانت في عام (1998م) تقريباً (8065) حالة ، و(11894) في عام (2009م) .(مركز الخليج لمراقبة السرطان ،2018م)

وترجع الإصابة بهذا المرض إلى عوامل عدة أهمها التقدم في العمر، حيث أن سرطان الثدي أكثر شيوعاً بين النساء اللواتي تزيد أعمارهن على (40) سنة والتاريخ العائلي لأن المرأة التي تصاب أمها أو أختها أو ابنتها تزيد خطر الإصابة لديها (2-4) مرات كما أن حدوث الدورة الشهرية في سن مبكرة قبل سن (15) سنة وتأخر سن الحمل بعد (45) سنة يزيد فرصة حدوث سرطان الثدي والحمل في سن متأخرة أو عدم الحمل مطلقاً والسمنة وتناول الدهون بكميات كبيرة وعدم الإرضاع من الثدي والتدخين كما أن الإصابة بسرطان الثدي سابقا يزيد فرصة إصابتها بسرطان الثدي في أنسجة الثدي الآخر أو مناطق أخرى.(Drageset, S. (2012), p.121).

ويعد الإصابة بسرطان الثدي حدث صادم يعمل على تغيير عالم السيدة المصابة بما ينتج عنه من تغيرات سلبية تؤثر في حياتها وحياة أسرتها على جميع المستويات وتحديداً على المستويين النفسي والاجتماعي، فالضغط الناتج عن المرض وعلاجه ربما يزداد مع وجود عوامل ضاغطة أخرى، مثل: مستوى الدعم الأسري وضغوط العمل وقلق المستقبل (محمود،2009،ص54).

ويؤثر تشخيص وعلاج سرطان الثدي في المريضة جسدياً ونفسياً إذ يوجد عدد من العوامل المرتبطة بالاضطرابات النفسية كتهديد المرض لحياة المريضة، بالإضافة إلي معاناتها من الألم، أما من الناحية الجسدية فعندما تكون المرأة مصابة بسرطان الثدي ويكون جسدها تحت التهديد فإنها تشعر كما لو أنها بدأت تفقد هويتها والحياة فالجسد له دور مركزي في تحديد هوية الأنثى.

(Compas, B.E., & Luecken, L. (2017,p.92)

وبوجه عام يهدد سرطان الثدي حياة المريضة إذ أنه يسبب لها حالة من الخوف والقلق والحزن وبهذا يصعب رؤية مريضة سرطان الثدي مستقرة نفسياً بل أنها تبقي في حالة اضطراب نفسي مستمر جراء التفكير الدائم بالمرض والنتائج المتوقعة كما يؤثر المرض عليها في إقامة علاقات تواصل اجتماعي مع الأقارب و المحيطين بها نتيجة الحساسية الزائدة ، وشعورها بالخجل والإحراج جراء استئصال أحد ثدييها أو كليهما

وهذا الأمر لا ينعكس على المحيطين بها فقط بل على العلاقة الزوجية أيضاً لما يحدثه من فجوة بين الزوجين بسبب شعور المريضة بفقدان الثقة بالنفس ورفض الذات ومن المحتمل أن تواجه المريضة أيضاً بعض المشكلات الاجتماعية التي قد تدخلها في حالة من عدم المقدرة على المواجهة والهروب من نظرات الشفقة من الآخرين فتسبب لها

العزلة والشعور بالوحدة والقلق المستقبلي والذي يظهر من خلال الإدراك الخاطئ للأحداث المستقبلية وانخفاض فعالية الفرد في التكيف مع المشكلات والأحداث التي تعترضه والتقدير المنخفض لمصادر معالجة هذه الأحداث وهذا ما يعرضه لكثير من الاضطرابات والأمراض (الزواهرة، 2015م، 56)

ويستخلص مما تقدم أن الإصابة بمرض سرطان الثدي يترتب عليها او يصاحبها العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية ومن أبرزها مشكلة القلق حول المستقبل والتي تنتاب المريضة بمجرد علمها بالمرض. فقلق المستقبل عامة يعتبر نوعا من أنواع القلق الذي يداهم المرضى ويشكل لها خطرا على صحتهم واستقرارهم النفسي وتقدمهم في الحياة، وهو نتاج لضغوطات الحياة فهو يؤدي إلي اضطراب في البناء النفسي للمريض ويؤثر على قدراتهم ووظائفهم المعرفية والعقلية وحسب.

كما يعتبر قلق المستقبل من ابرز الاضطرابات الوجدانية التي تؤثر على المريض وتهدد سعادته لأنه يسلبه القدرة على الاستمتاع بالحياة وقد يقوده في كثير من الأحيان إلي التفكير أو الميل إلي الانتحار. (أمال،2015م، ص124).

وتوجد بعض الدراسات التي أكدت على أن القلق من أكثر الاستجابات الانفعالية التي تظهر لدى المرضى المصابين بسرطان الثدي ففي هذا الصدد أوضحت دراسة (كومباس وآخرين، 1994م) على أن السيدات المصابات بأورام سرطان الثدي سجلن أعلى مستوى من الاكتئاب والقلق وذلك لخوفهن من التشخيص والعلاج وفقدان المظهر الجسمي وقصور الوظائف الجسمية ، كما استهدفت دراسة (محمود،2009م) دراسة المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي ، وقد أكدت نتائجها على انه توجد فروق في القلق في اتجاه المريضات بسرطان الثدي ، أما دراسة (مقبال،2012م) والتي كانت تهدف إلى تناول القلق عند النساء والمريضات بالسرطان (دراسة مقارنة بين سرطان الثدي وسرطان الرحم) ، فقد أكدت على ضرورة الاهتمام بمشاعر القلق التي تحملها مريضات الثدي لما لها من تأثير على الناحية النفسية والاجتماعية . وجاءت دراسة (عماري ،2013م) والتي تناولت قلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي ، وقد أوصت على ضرورة العلاج النفسي والاجتماعي للمرأة المصابة بسرطان الثدي بهدف خلق الثقة بالنفس عند النساء من خلال الدعم العاطفي والنفسي والاجتماعي من خلال الأخصائي الاجتماعي والنفسي .

وبما انه حتى ألان لم تستطيع الانجازات العلمية الحديثة ، رغم تقدمها المذهل أن تقدم انجازاً علاجياً حاسماً لمرض سرطان الثدي ، مما ترتب عليه من المشكلات الاجتماعية التي تعاني منها المصابة بهذا المرض ، لذلك أدخلت الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي لمقابلة احتياجات المرضى بعامة ، والمريضات بسرطان الثدي بخاصة ، والمساعدة في التخفيف من المشكلات الاجتماعية التي تواجهن ، حيث اهتمت دراسات وبحوث الخدمة الاجتماعية خصوصا طريقة خدمة الفرد بهذه الفئة ، حيث نجد دراسة (هاشم،2012م) والتي تناولت برنامج مقترح من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لزيادة فعالية أداء الأخصائيين الاجتماعيين في التخفيف من المشكلات الاجتماعية والنفسية لمرضى سرطان الثدي ، وجاءت نتائج الدراسة على أن للأخصائي الاجتماعي دور هام وفعال في التخفيف من المشكلات الاجتماعية لمرضى سرطان الثدي وأيضاً دوره كممارس عام مع نسق البيئة الأسرية والبيئة الخارجية للمريضة ، أما دراسة(أبو معلا،2016م) فقد اهتمت بوضع برنامج علاجي قائم على المرونة الايجابية لخفض حدة الاضطرابات النفسية والاجتماعية لمريضات الثدي ، وجاءت نتائجها على أن للأخصائي الاجتماعي دور في خفض حدة القلق للمريضات، وبالتالي توافها الاجتماعي والنفسي مع المرض والأسرة ، كما اهتمت دراسة (الزاهرني ،2017م) بالكرب النفسي والدعم الاجتماعي في ضوء بعض المتغيرات لدى مريضات سرطان الثدي ، وأكدت نتائجها على أهمية الدعم الاجتماعي لمريضات سرطان الثدي لما لهذا الدعم من تخيف حدة القلق الاجتماعي المستقبلي لهن ، كما جاءت دراسة (احمد،2018م) لتحدد دور الأخصائي الاجتماعي مع فريق عمل الرعاية التلطفية بمؤسسات رعاية مرضي سرطان الثدي ،

من منظور نظرية الدور في خدمة الفرد ، فقد أكدت الدراسة على أن للأخصائي الاجتماعي دور مباشر وفعلي لتقديم كافة أشكال الرعاية والعلاج لمريضات سرطان الثدي

ويمكن القول أن مستوى قلق المستقبل لدي المصابة بسرطان الثدي تختلف من مريضة لأخرى، الأمر الذي قد ينعكس على فاعلية العلاج الدوائي ومستوى العلاج النفسي والخدمة الاجتماعية كمهنة مساعدة تساعد المهنة الأخرى على أداء وظائفها وهي في نفس الوقت تساعد على مواجهة المشكلات وذلك من خلال طرقها المختلفة التي تتميز بتعدد المداخل العلاجية الحديثة والتي منها ما يتعامل مع المشكلات الفردية طريقة خدمة الفرد بمداخلها العلاجية الحديثة مثل العلاج المتمركز حول العميل

ويعتمد هذا المدخل العلاجي كما يشير (كارل روجرز) على فرضية أساسية مؤداها أن الفرد لديه طاقة فطرية دافعة تنمو إلى أقصى قدرتها (الذات الواقعية) ويمكن أن تساهم في حل مشاكلها من خلال ما يقوم به المعالج من تقديم الدفء والتعاون وعدم الإدانة وتوفير جو نفسي ملائم يتسم بالحرية. (عثمان، 1997م، ص124). وبمعنى اخر يرى هذا المدخل أن كل فرد يمتلك طاقة فردية يطلق عليها الدافعية للذات وهي موجودة لدى كل الكائنات الحية وهي التي تدفعها إلى مواصلة نموها وتعرف هذه الدافعية بأنها مصطلح يشير إلى النمو الكامل للقوى التي تسعى إلي تحقيق التكامل. (جيهان، 2008م، ص113).

ويتمثل الهدف الأساسي للعلاج المتمركز حول العميل في تحرير طاقة قائمة بالفعل لدى الفرد لتحقيق ذاته وللعلاج افتراضات أساسية هي أن الفرد لديه القدرة على قيادة وتعديل وتوجيه والتحكم في ذاته تحت شروط معينة وأنه لديه القدرة على فهم ما يوجد في حياته والذي يتصل بآلامه وقلقه وأنه لديه القدرة على إعادة تنظيم ذاته بطريقة لا تجعله يتخلص من آلامه أو قلقه فقط ولكن أيضاً بطريقة تساعده على تحقيق ذاته وسعادته. (قاسم، 2011م، ص963).

وقد أكدت العديد من بحوث ودراسات الخدمة الاجتماعية والانساق العلمية القريبة الصلة منها على فاعلية هذا العلاج في مواجهة العديد من المشكلات والاضطرابات الاجتماعية والنفسية لدى أنواع عديدة من العملاء وخاصة المرضى بأمراض مزمنة

ففي هذا الاطار أكدت دراسة (هناء أحمد ،2000م) على أن نموذج العلاج المتمركز حول العميل يساعد في تخفيف حدة المشكلات السلوكية من خلال تعديل مفهوم الذات للمراهقات مجهولات النسب وأكدت دراسة (منى صالح ،2000م) على فاعلية نموذج العلاج المتمركز حول العميل في زيادة الشعور بالطمأنينة الانفعالية لدى الطلاب المدمنين. كما اسفرت نتائج دراسة(فاطمة أمين ،2002م) عن ان العلاج المتمركز حول العميل يساعد في زيادة التوافق الشخصي والاجتماعي لدى مرضي الالتهاب الكبدي الوبائي وأوضحت أيضاً نتائج دراسة (علاء عبد العظيم ،2005م) أن استخدام نموذج العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد ساعد في زيادة مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي لأطفال المؤسسات الإيوائية كما أوضحت دراسة (صفاء مدبولي، 2007) أن العلاج المتمركز حول العميل يخفف من حدة الضغوط الحياتية للأمهات بلا زواج وأشارت دراسة (عبير عليوة ، 2007م) إلي فاعلية العلاج المتمركز حول العميل في تحقيق التوافق المدرسي للطالبات فيما يتعلق بالعلاقات مع الزميلات ومع المدرسين والاستجابة للنظم والتعليمات المدرسية والمشاركة في الأنشطة المدرسية كما أشارت دراسة جيهان (القط 2008) أن العلاج المتمركز حول العميل يحسن العلاقات الاجتماعية لدي جليسة الأطفال كما أكدت نتائج دراسة (نهلة السيد،2008 م) أن العلاج المتمركز حول العميل يزيد التوافق النفسي والاجتماعي للطفل تحت الوصاية وأوضحت دراسة (عفاف راشد ،2008 م)أن العلاج المتمركز حول العميل يساعد في التخفيف من المشكلات الاجتماعية لمساعدة العميلة على تبني مفهوم للذات بصورة أكثر إيجابية وواقعية للتخلص من التفكير في الانتحار لدى الطالبات الجامعيات كما تؤكد نتائج دراسة (إيثر مونتافلو ،2008م) أن العلاج المتمركز حول العميل يحسن ويطور من بيئة العمل الإكلينيكية للطلاب أثناء تدريبهم في العمل الميداني وأشارت دراسة

(ابتسام محمد ،2010 م) أن العلاج المتمركز حول العميل يخفف من حدة الاضطرابات السلوكية لأطفال المؤسسات الإيوائية

وفي هذا الإطار أيضاً تؤكد دراسة (Victoria Schindler:(2010 على فاعلية ممارسة نموذج العلاج المتمركز حول العميل في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية لطلاب الجامعية، كما أوضحت دراسة (جينفرليون،2010م) أن العلاج المتمركز حول العميل يخفف من حدة الاضطرابات النفسية لحالات الاكتئاب. وأشارت دراسة (ابتسام محمد،2010 م) إلى أن العلاج المتمركز حول العميل يخفف من حدة الاضطرابات السلوكية لأطفال المؤسسات الإيوائية كما أشارت دراسة(شاهين،2011م) إلى أن نموذج العلاج المتركز حول العميل يساعد في تحسين مستوى الطموح لدى الطلاب المكفوفين بالمرحلة الثانوية ، وأكدت أيضاً دراسة(أماني محمد رفعت ،2011م) على فاعلية نموذج العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد في مواجهة الاضطرابات السلوكية والتي تحددت في (اضطراب السرقة، اضطراب النوم، اضطراب النشاط الزائد، الاضطرابات السلوكية) لتحسين مفهوم الذات لدى الأطفال مجهولي النسب

وفى ضوء ما تقدم بشأن وجود ندرة في الدراسات السابقة المرتبطة بمريضات سرطان الثدي . والتي تناولت هذه المشكلة خصوصاً في البيئة العربية من جانب ولما كان نموذج العلاج المتمركز حول العميل يسعى من جانب اخر إلي زيادة تقبل العميل لذاته وتخليصه من المشاعر السلبية المرتبطة بمشكلاته، فان الباحثة تعتقد أن هذا النموذج قد يصلح لتخفيف مستوى قلق المستقبل لمريضات سرطان الثدي ومن ثم فقد تحدد موضوع هذا البحث في "**ممارسة العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد للتخفيف من مستوى قلق المستقبل لدى مريضات سرطان الثدي**".

ثانياً : أهمية الدراسة

1- تكمن أهمية الدراسة الحالية في أهمية الجانب الذي تتصدى له، كونه تسلط الضوء على فئة مريضات سرطان الثدي والذين يعانون في الغالب الاعم من أعراض قلق المستقبل حيث أن هذه الفئة لم تحظ باهتمام دراسات المهنة بالشكل المطلوب

2-ترجع أهمية الدراسة ايضاً إلي أنها محاولة لاختيار أنسب النماذج العلاجية الحديثة وهو النموذج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد، بحيث يوفر للباحثين والأخصائيين الاجتماعيين والممارسين الخبرة النظرية والتطبيقية المناسبة في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية.

3-تهتم الدراسة من الناحية التطبيقية في التنبيه إلى ضرورة تخفيض مستوى القلق المستقبلي لمريضات سرطان الثدي، وتقديم الدورات والبرامج للأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع الحالات الفردية للاهتمام بهذه الفئة ومعرفة الحالة النفسية والاجتماعية للمصابة التي تصاحب هذا المرض ومن ثم التخفيف من مستوى القلق المستقبلي لهن في بعض مجالات الحياة.

ثالثاً: أهداف الدراسة

1-في ضوء ما قد تسفر عنه الدراسة الحالية من نتائج قد تسهم في تصميم وإعداد برنامج للتدخل المهني والذي يعتمد على الأسس النظرية والأساليب والتكنيكات العلاجية للعلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد للتخفيف من مستوى القلق المستقبلي لمريضات سرطان الثدي.

2-اختبار مدى تأثير نموذج العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد في التخفيف من حدة مستوى القلق المستقبلي لمريضات سرطان الثدي ، حيث يعد هذا النموذج من النماذج التي تتطلب اجراء العديد من الدراسات التجريبية والإكلينيكية بهدف مساعدة الباحثين والأخصائيين الاجتماعيين والممارسين المهنيين العاملين مع الحالات الفردية على استخدامه بكفاءة وفاعلية في تخفيض مستوى القلق المستقبلي الناجم عن الامراض المزمنة بوجه عام

المبحث الثاني :المفاهيم والمنطلقات النظرية

تتضمن الدراسة الراهنة مجموعة من المفاهيم والمتغيرات النظرية والتي يمكن عرضها وتناولها من خلال المحاور الثالث التالية:

المحور الأول : مرض سرطان الثدي

أولا: مفهوم مرض سرطان الثدي وانواعه

يصنف سرطان الثدي في مقدمة أمراض السرطان المتنوعة التي تصيب النساء في البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء وعلى الرغم من وجود الأساليب الوقائية للحد من بعض مخاطر الإصابة بسرطان الثدي إلا أن تلك الأساليب لا يمكنها التخلص من معظم الحالات إذ توجد حالات لا يجرى تشخيصها إلا في مراحل متأخرة (منظمة الصحة العالمية، 2014م، ص26).

وسرطان الثدي هو انقسام غير طبيعي لخلايا أنسجة الثدي ونموها دون أن تخضع لأنظمة السيطرة الطبيعية في الجسم وتغزو هذه الخلايا النسيج المحيط بالثدي لتنتقل لأجزاء الجسم الأخرى عن طريق الدم أو الجهاز الليمفاوي إذا لم يتم علاجها. (البرنامج الأردني لسرطان الثدي، 2014م).

كما يعرف سرطان الثدي ايضاً على أنه عبارة عن شكل من أشكال السرطان وهو يعني عدم انتظام ونمو وتكاثر وانتشار الخلايا التي تنشأ في أنسجة الثدي وتنقسم الخلايا المصابة وتتضاعف بسرعة مشكلة قطعة أو كتلة من الأنسجة الإضافية وتدعي هذه الكتلة بالورم وتكون إما أورام سرطانية خبيثة أو حميدة ويمكن لخلايا الورم الانفصال والانتشار إلي أجزاء أخرى من الجسم.(السيد، 2016م، ص263).

ويمكن حصر أنواع السرطان التي تصيب الثدي ما يلي: Ozolzt, A., Ayaz, T., Konag, O. & Ozkan, A. (2014)

1- سرطان الأقنية في الموقع: (Ductal carcinoma in situ) :وفي هذا النوع من السرطان تكون الخلايا السرطانيّة محصورة ضمن بطانة قنوات الحليب، ولم تنتشر إلى أجزاء أخرى من الثدي .
2- سرطان القنوات الغازي: (Invasive Ductal Carcinoma) :وفي هذا النوع من السرطان تنتشر الخلايا السرطانية لتصيب الأنسجة المحيطة بقنوات الحليب .
3- سرطان الثدي الالتهابيّ: (Inflammatory breast cancer) :يُعدّ من أنواع سرطان الثدي الأقل شيوعاً، إذ يتسبب بما نسبته 1-5% من حالات سرطان الثدي فقط
4- .مرض بادجيت الحليميّ: (Paget disease of the nipple) :وهو أحد أنواع سرطان الثدي، التي تبدأ في قنوات الحليب، ثم ينتشر إلى حلمة الثدي(Nipple) :، والهالة (Areola) :وهي الجزء الدائري من الجلد الذي يحيط بالحلمة، ويُعدّ من أنواع سرطان الثدي غير الشائعة، بحيث يتسبب بما نسبته 1-3% من حالات سرطان الثدي فقط .
5- الساركوما الوعائية: (Angiosarcoma) :وهو أحد أنواع سرطان الثدي غير الشائعة، إذ يبدأ السرطان في الخلايا المُبطّنة للأوعية الدموية، والأوعية اللمفاويّة(Lymph vessels) :، ومن الممكن أن يشمل أنسجة أو جلد الثدي
6- .سرطان الثدي النقيليّ: (Metastatic Breast Cancer) :وهو سرطان الثدي الذي يبدأ في الانتشار خارج منطقة الثدي ليصيب أجهزة مختلفة من الجسم كالدماغ، والرئتين، والعظام
7- .الورم ورقيّ الشكل: (Phyllodes tumor) :ينمو هذا الورم في النسيج الضام للثدي، وغالباً ما يكون حميداً، ويُعدّ من الأنواع النادرة .عوامل خطر الإصابة بسرطان الثدي

ثانياً: المشكلات النفسية والاجتماعية لمريضات الثدي:

أجمعت الدراسات الأجنبية العديدة التي أجريت في مجال سرطان الثدي على حدوث مشكلات نفسية واجتماعية وعضوية وغيرها تحدث حتماً لدي مريضة سرطان الثدي بمجرد علمها بوجود المرض لديها وذلك أثناء فترة التشخيص وبعدها وقبل الاستئصال وبعده ولعل من أبرز المشكلات النفسية شيوعاً لدي مريضات سرطان الثدي تتمثل في القلق والاكتئاب أو الاثنين معاً وهذا ما توصلت إليه بعض الدراسات التي أكدت على شيوع القلق بصفة عامة،

فضلا عن شيوع أنواع أخري منه كقلق الموت (Gottschalk and Hoigaard – Martin, 1986) وكذلك الاكتئاب كما في دراسات (Costanzo, Ryff, and Singr, 2009; Hill and White, 2008; Reich, Lesur and Chevallier, 2008; Gottschalk and Hoigarrd, Martin, 1986) هذا فضلاً عن ضعف المزاج العام وانتشار الوحدات السالبة وضعف النمو الشخصي (Costanzo, Ryff, and Singer, 2009) مع الإحساس بضعف ضبط الذات أو قبولها وكذلك فقدان الهناء الذاتي أو ضعفه الإحساس بالسعادة فضلاً عن انخفاض مستوى الأداء الوظيفي البدني أو الجسمي وما يسبقه من ضعف في الصحة بشكل عام، (Costanzo, Ryff, and Singer, 2009: Schmale, et al., 1983; Moyer and Salovey, 1999) كما أنهن يعانين من آثار أعراض ومضاعفات المرض على توافقهن خصوصاً في جوانب توافقهن الجسمي والنفسي والاجتماعي والانسجامي والأسري (الحجار وأبو أسحق 2007) وكذلك ارتفاع مستوى الضغوط النفسية الواقعة عليهن خصوصاً كبيرات السن منهن. (كوبر، 2014م، ص68).

ويمتد الأمر إلي حدوث مشاكل عضوية تنال مريضات سرطان الثدي المشاكل وتتمثل هذه في حدوث تغيرات متعددة لم تكن تعاني منها من قبل مثل الإرهاق والتعب والشعور بالألم والإسهال وعسر التنفس وفقدان الشهية وكذلك فقدان الشعر (Moreira, et al., 2009; Safaee, et al., 2008) وأهم ما يؤثر في السيدات مريضات سرطان الثدي هو حدوث خلل في إدراكهن لصورة أجسامهن وهذا الأمر يجعل كثيراً منهن يفضلن الاحتفاظ بالثدي وعدم استئصاله مما يحسن من إدراكهن لصورة أجسامهن على نحو أفضل (Drageser, S. (2012) p 432)

المحور الثاني: قلق المستقبل

اولاً: مفهوم قلق المستقبل:

يشير زاليكس بداية إلي أن المستقبل عنصر واضح في أغلب أنواع القلق حيث: أن كل أنواع القلق لها بعد مستقبلي ولكن هذا المستقبل محدود للغاية بدقائق أو ساعات وهو شكل من أشكال القلق مثل قلق الموت والقلق الاجتماعي وقلق الانفصال أما بالنسبة لقلق المستقبل فيشير المتمثل بفترة زمنية بعيدة. (Bolanowski, w. (2015) p 76).

وتعرفه شقير (2005): بأنه خلل أو اضطراب نفسي المنشأ، ينجم عن خبرات ماضية غير سارة مع تشويه وتحريف إدراكي معرفي للواقع وللذات من خلال استحضار للذكريات والخبرات الماضية غير السارة، وتضخيم السلبيات ودحض للإيجابيات الخاصة بالذات والواقع تجعل صاحبها في حالة من التوتر وعدم الأمن مما قد يدفعه لتدمير الذات والعجز الواضح وتعميم الفشل وتوقع الكوارث وتؤدي إلي حالة من التشاؤم من المستقبل وقلق التفكير به والخوف من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية المستقبلية المتوقعة والأفكار الوسواسية وقلق الموت واليأس (شقير، 2005، 5).

ومن وجهة نظر الجمعية الأمريكية السيكولوجية فان مصطلح قلق المستقبل يعنى: خوف أو توتر أو ضيق ينتج من توقع خطر ما يكون مصدره مجهولاً أو غير واضح إلي درجة كبيرة ويصاحب كل من القلق والخوف متغيرات تسهم في تنمية الإحساس والشعور بالخطر. (بلكيلاني، 2008، ص24) وقد عرفه الحمداني (2011) أيضا بأنه: حالة من الخوف من المستقبل وما يحمله من أحداث قد تهدد الإنسان أو تهدد إنسانيته والقلق ينشأ مما يتوقع الإنسان حدوثه وليس ناشئاً من ماضي الفرد (الحمداني، 2011، ص167).

وبناء على ما تقدم يمكن تعريف قلق المستقبل في الدراسة الحالية على انه : حالة انفعالية غير سارة تتمثل في التوجس والتوتر الذى يبدو على المرأة بعد إصابتها مباشرة بمرض سرطان الثدي كما تتضح في شعورها بعدم الاستقرار والخوف من الموت ومواجهة الحياة المستقبلية والخوف من التغيرات الاجتماعية والصحية والأسرية المتوقع حدوثها في المستقبل. ويمكن تحديد قياس هذا المتغير في ضوء الدرجة الكلية التي تحصل عليها المفحوصة من خلال أدائها على مقياس قلق المستقبل بمجالاته الآتية: المجال الشخصي، المجال الاجتماعي الأسري، المجال الصحي، المجال المهني.

ثانياً: النظريات المفسرة لقلق المستقبل:

اختلفت وجهات النظر التي اهتمت بدراسة قلق المستقبل واختلفت وجهات النظر في تفسيره وسوف نتناول فيما يلي أهم النماذج المفسرة لقلق المستقبل كنوع من القلق:

أ-**النموذج المعرفي:** يفترض النموذج المعرفي للاضطرابات النفسية (نموذج بيك) الخاص بمرض القلق بأن الأفكار التلقائية العابرة والتفسيرات وخيال مريض "القلق تتركز حول صور من الغضب وسوء التأويل لخبراته الشعورية(Bolanowski, w. (2015) p 79) في شكل الشعور بالخطر الجسدي والنفسي مع زيادة في تقدير احتمال الأذى المتوقع وشدته في المواقف المستقبلية والصفات المزاجية التي تعكس القلق هي: (الرعب، الفزع، الخوف والقلق). (الرميح، 2002، ص546).

ب-**نظرية التحليل النفسي:** يعتبر فرويد أن القلق يحدث إذا تعرض الفرد لخطر بالفعل فإنه في هذه الحالة يخلق نوعا من الاستعداد والتأهب لمواجهة المواقف والتصدي لها، كما أن الشخص إذ شعر بالخطر في موقف معين فإنه يأخذ بذلك توقع الخطر في المستقبل في المواقف المشابهة. (الحمداني، 2011م، ص162).

ج-**النظرية السلوكية المعرفية:** إستندت هذه النظرية إلي افتراض رئيسي هو أن الاضطراب النفسي ومنه القلق من المستقبل إنما هي نتاج التفكير غير المنطقي (السلبي) كما افترض أليس أن القلق ينشأ عندما يدرك الفرد حدثاً أو موقفا معينا بطريقة خاطئة أو غير منطقية فيميل إلي المبالغة وتعظيم الأمور وتهويلها مما يترتب على هذا الإدراك الخاطئ ردة فعل عاطفية سلبية تجاه المواقف. (مهدي، 2011، ص165).

د-**نظرية التعليم الاجتماعي لباندورا:** أوضح (باندورا) من خلال نظريته أنه لا يوجد شرح كاف لتطور نمو القلق والخوف ولكنه اقترح أن الخبرة لها دور هام في حدوث التوقع وهو قلق المستقبل الذي ينظم ويؤثر على الفعل كما أشار إلي أنه في حالات الخوف البسيط فإنه يحدث التطور المتمثل في الخبرة المنفردة من شخص أو الآخرين فإنها تغرس في النفس والذهن والاعتقاد بان الشخص غير قادر على التحكم في النتائج غير السارة والمرتبطة بالحدث المنفر. عبد الرحمن، عفاف، 2008م ، ص43).

ثالثاً: الآثار السلبية لقلق المستقبل:

يترتب على قلق المستقبل العديد من الآثار السلبية ومن بينها (سناء مسعود،2006، ص58) ما يلي:

أ-فقدان الفرد لتماسكه المعنوي ويصبح بالتالي عرضة للانهيار العقلي والبدني استنادا إلي أن الفرد لا يستطيع أن يحيا إلا بواسطة تطلعه إلي المستقبل.

ب-التقوقع داخل إطار الروتين واختيار أساليب التعامل مع المواقف التي فيها مواجهة مع الحياة.

الهروب من الماضي والتشاؤم وعد الثقة في أحد واستخدام آليات الدفاع وصلابة الرأي والتعنت.

ج-الالتزام بالنشاطات الوقائية وذلك ليحمى الفرد نفسه أكثر من اهتمامه بالانخراط في مهام حرة مفتوحة غير مضمونة النتائج. (الحمداني، 2011م، ص121).

د-الشك في الكفاءة الشخصية واستخدام أساليب الإجبار والإكراه في التعامل مع الآخرين وذلك لتعويض نقص هذه الكفاءة.

هـ-الاعتمادية والعجز وتدمير نفسية الفرد فلا يستطيع أن يحقق ذاته وإنما يضطرب وينعكس ذلك في صورة اضطرابات متعددة الأشكال والخرافات واختلال الثقة بالنفس. (مهدي، 2011، ص141).

هـ-التقوقع والانتظار السلبي لما قد يحدث فيما يتوقعه الشخص لخبراته من نتائج عاجلة أو أجله هو الذي يحدد معني هذه الخبرات وقد تتخذ التوقعات شكلا بصريا فالشخص القلق تتراءى له صور الكارثة كلما شرع في موقف جديد والتوقعات السيئة تجعله فاترا وبليدا.

ز-الشعور بالعزلة وعدم المقدرة على التغير والتخطيط الصحيح للمستقبل ليعيش الفرد حياة بسيطة اتكالي على الآخرين لتأمين مستقبله الخاص.

المحور الثالث : العلاج المتمركز حول العميل فى خدمة الفرد :

أولاً : التعريف بالعلاج المتمركز حول العميل

لقد استخدم روجرز مصطلح التركيز على العميل لأنه يرى أن العميل هو وحده قادر على حل مشكلاته وأنه لديه من القوى ما يمكنه من ذلك فالعلاج يركز على العميل ومشاعره وأفكاره وخبراته واتجاهاته وقدراته وإمكاناته التي تؤهله لأن يوجه نفسه ويتحمل مسئولية قراراته بما يساعده على تحقيق ذاته. (Exther Montalvo: (2008) p342).

وقد تعددت وتنوعت مفاهيم العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد فهناك من يعرفه بأنه العلاج الذي يركز على استبصار الفرد بذاته وبالخبرات التي شوهها أو حرفها أو أنكرها في محاولة لإدماجها أو التقريب بينها (أي بين ذات الفرد وخبراته) مما يعطي فرصه لنمو الشخصية أو للصيرورة إلي ذات جديدة. (الشناوي، 2006م، ص301).

كما يعرف بأنه طريقة إرشادية أو علاجية تقوم على أساس فرضية مركزية مفادها أن إمكانية النمو لدي أي فرد سوف تنطلق في إطار علاقة يخبر فيها القائم بمساعدة العميل بالواقع وينقل هذا الواقع إلي العميل ويعبر له عن اهتمامه وفهمه دون إصدار الأحكام. (عبد العزيز، 2001م، ص155).

ويعرف أيضاً بأنه العلاج الذي يركز على نمو الفرد حيث يصبح من خلال تحقيق ذاته شخص مكتمل الأداء الوظيفي وذلك من خلال العلاقات ذات المغزى مع الآخرين التي تتطلب اعتبار إيجابي غير مشروط وتعاطف وثقة ودفء. (Exther Montalvo: (2008) p345).

وينظر إلى العلاج المتمركز حول العميل في الخدمة الاجتماعية على انه مدخل علاجي غير موجه يركز على توفير مناخ وجداني جيد يمكن أن يتوصل العملاء من خلاله إلي الحلول المناسبة لمشكلاتهم مع المساندة والتأمل من جانب الأخصائي الاجتماعي المعالج. (Jennifer Lewin: (2010 p87))

وفي إطار طريقة خدمة الفرد يعرف العلاج المتمركز حول العميل أيضا بأنه أحد النماذج الفرعية لسيكولوجية الذات يهتم بعلاج عيوب الشخصية من خلال علاج إحباطات الماضي اللاشعورية وكذلك علاج قدرة الذات الشعورية لتعايش الواقع وتواجه مشكلاته. (عثمان، 1997م، ص172).

كما يعد أحد المداخل العلاجية في خدمة الفرد والذي اشتق أساساً من العلاج النفسي الذي وضعه كارل روجرز ويعتمد على فرضية رئيسية مؤداها أن الفرد لديه طاقة فطرية دافعة تنمو إلي أقصى قدراتها (لذات الواقعية) ويمكن أن تساهم في حل مشكلاتها من خلال ما يقوم به المعالج من تقديم الدفء والتعاطف والدعم وعدم الإدانة وتوفير جو نفسي ملائم يتسم بالحرية. وبناءاً على ذلك يمكن تعريف العلاج المتمركز حول العميل إجرائياً في هذه الدراسة كما يلي:

وفى إطار ما تقدم يمكن تعريف العلاج المتمركز حول العميل في الدراسة الحالية على انه: أحد المداخل العلاجية في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية الذى يستند إلى مفاهيم ومبادئ المدرسة الإنسانية في العلاج والإرشاد النفسي ، ويمكن باستخدامه التخفيف من مستوى قلق الموت لدى مريضة سرطان الثدي من خلال تنمية شخصيها وزيادة تقبلها لذاته

والوصول بها إلى درجة عالية من الاعتماد على النفس وتحمل المسئولية بجانب التركيز على توفير مناخ إيجابي للمريضة يساعدها على استثمار قدراتها وطاقاتها الكامنة في تحقيق التغير المطلوب .

ثانيا: خصائص العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد

يمكن تحديد خصائص العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد فيما يلي:

أ-التقدير والاعتبار التام للعميل وجوهر ذلك هو الاهتمام والتقدير من الأخصائي الاجتماعي وفهم الإطار المرجعي للعميل دون تعرضه لأي نقد أو إدانة لما يقوله ومساعدته أن يكشف ذاته ويتقبلها.

ب-إلقاء المسئولية التامة على العميل وهي تتضمن مساعدة العميل على حل مشكلاته بنفسه ومن ثم فإن المسئولية في نجاح العلاج إنما تقع على عاتق العميل وليس الأخصائي.

ج-تحديد العلاقة لمدة زمنية محددة، بمعني أن يكون لكل مقابلة بين الأخصائي والعميل وقت محدد وعدد محدد من المقابلات لدفع العميل إلي بذل كل جهد للاستفادة من الوقت المحدد له.

د-التركيز على الفرد نفسه لا على المشكلة بعينها فهذه الطريقة تركز على العميل وليس على المشكلة التي يعانيها ومن ثم فإن الهدف ليس هو حل المشكلة إنما مساعدة العميل في التغلب عليها بشكل أفضل. :(عبد الرحمن، 2008م، ص46)

هـ-التركيز على مبدأ هنا والآن أي التركيز على الواقع الحي المباشر (هنا والآن) فليس من الضروري معرفة طبيعة وخلفية مشكلات العميل إنما المهم هو الطريقة التي يتناول بها العميل الآن مشكلاته أي أنها لا تهتم بماضي العميل ولا تسعى إلي الكشف عن محتويات اللاشعور لدي العميل بل تهتم بالحاضر والظروف الراهنة فقط. (على، 2015م، ص124)

و-التشخيص وهنا لا يحتاج الأخصائي إلي إجراء عملية تشخيص لحالة العميل قبل الشروع في عملية التدخل المهني، حيث أن الفرصة تتاح للعميل كي يتحدث هو عن كل ما يعانيه وما لديه من مشكلات وأزمات فهو الذي يحدد موضوع الحوار في الجلسة.(Victoria Schindler:(2010) p.54)

ز-التركيز على المحتوى الانفعالي للمشكلات حيث يركز العلاج المتمركز حول العميل على الموقف الحالي وعلى العناصر الانفعالية في العملية العلاجية أكثر من تركيزه على العناصر المعرفية حيث أن إدراك العميل الانفعالي للموقف لا للموقف ذاته هو الذي يؤثر في سلوكه.

ثالثا: مراحل ممارسة العلاج المتمركز حول العميل:

يتضمن ممارسة العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد مجموعة من المراحل المهنية تتحدد في فيما يلى :

المرحلة الأولي: ويظهر في هذه المرحلة عدم رغبة العميل في الحديث عن الذات أو التعبير عنها ويكون حديث العميل منصباً حول الجوانب الخارجية فقط ومن ثم لا تحدد المشكلة ولا تدرك بشكل تام في هذه المرحلة. : (رفعت،2010م، ص178)

المرحلة الثانية: إذا أمكن الوصول بالفرد إلي تقديم أفضل ظروف لتيسير التغيير فإن تعبير الفرد يبدأ في الانسياب حول الموضوعات التي لا تتصل بالذات ويرى العميل المشكلات على أنها شيئاً خارجاً عنه ولا يوافق على أي مسئولية شخصية. (أحمد،2007م، ص241).

المرحلة الثالثة: ويتزايد في هذه المرحلة وصف المشاعر والخبرات المتصلة بالذات كما يبدأ العميل في تمييز وإدراك أن المشكلات التي يعاني منها موجودة بداخله أكثر من كونها خارجة عنه.

المرحلة الرابعة: بعد أن يشعر العميل بأن المعالج يفهمه ويرحب به ويتقبله يحدث قدر معين من التفكك في البناء النفسي والتداعي الحر للمشاعر حيث نية روجرز إلي أن هذه السلوكيات شائعة للغاية في أي شكل من أشكال العلاج النفسي. (قاسم، 2011م، ص103).

المرحلة الخامسة: تظهر بوضوح رغبة العميل في تحقيق ذاته ويزداد تقبله واعترافه بمسئوليته عن المشكلات والصعوبات التي تعترض حياته ويصل إلي اكتشافات جديدة عن ذاته. (القط،2011م، ص1142).

المرحلة السادسة: حيث يعترف العميل بالمشاعر الشديدة وتظهر بعض ردود الفعل الفسيولوجية مثل الدموع والاسترخاء العضلي كما يحدث تناسق متزايد بين الذات والخبرة ويسمى ذلك بالتوافق السيكولوجي السوي. (أبو فضة، 2016م، ص68).

المرحلة السابعة: وفيه يستمر العميل في قوته الدافعة وفي تحقيق مزيداً من النمو الذي حدث في المرحلة السابقة حتى يتمكن من الوصول إلي الأهداف والتغييرات المطلوبة ومن ثم يصبح العميل شخص مكتمل الأداء الوظيفي ولا يحتاج مساعدة المعالج(David Murphy:(2009) p74)

ويمكن تحديد الأدوار والمهام التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في هذا الأسلوب العلاجي في الآتي: (عبد الرحمن، 2008م، ص158)

أ-استخدام الذات المهنية (الاتجاهات التي يملكها) كأداة للتغيير.

ب-بناء مناخ علاجي يساعد العميل على النمو النفسي.

ج-توجيه العميل إلي كيفية استثمار وتوظيف قدراته.

د-تنمية الإدراك الذاتي لدي العميل من خلال مساعدته على استثمار حرية التفكير الواعي.

هـ-بناء علاقة مهنية قائمة على الاحترام والاهتمام والتقدير والتقبل والفهم.

رابعاً: الشروط المسهلة للتغير العلاجي:

حدد روجرز وزملائه مجموعة من الشروط الضرورية المسهلة للتغيير العلاجي في إطار نموذج العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد أو التي ينبغي توافرها لتغيير شخصية العميل وتحقيق أهداف التدخل المهني وتلك الشروط تتحدد في: (على، 2015م، ص186)

أ-**العلاقة أو الاتصال:** بمعني وجود حد أدني من الارتباط النفسي والعقلي المتبادل بين كل من الأخصائي الاجتماعي والعميل ولا يأخذ هذا الاتصال إطاراً شكلياً فقط بل يمتد إلي درجة من التفاعل بين مشاعر وأفكار كل منهما حيث يعتبر نقطة البدء في أي عملية علاجية وجانب حيوي لا يمكن أن تتم عملية المساعدة دون وجوده. Jennifer (Lewin 2010,p.52)

ب-حالة العميل: وتعني أن العميل الذي تتمركز حوله عملية العلاج يعاني من حالة من التناقض أو عدم الانسجام والتي تجعله عرضه للقلق، وفي ذات الوقت يجب أن يكون العميل على استعداد تام لتحمل مسئولية العلاج وتوجيه نفسه تحت إشراف الأخصائي الاجتماعي المعالج

(Exther Montalvo2008,p.125).

ج-تطابق وانسجام المعالج: حيث تتوقف فاعلية المتمركز حول العميل على العلاقة بين العميل والمعالج ويجب أن يكون المعالج على وعي تام بطبيعة هذه العلاقة وما يتدفق داخله من مشاعر وأفكار تجاه عملية كما يجب أن يكون الأخصائي المعالج صادقاً مع نفسه أثناء مقابلاته مع العميل ويعرف حقيقة مشاعره واتجاهاته ويوظفها بالشكل الملائم في عملية العلاج. (مدبولي، 2007م، ص398).

د-الاعتبار الإيجابي الغير مشروط: ويشير الاعتبار الإيجابي الغير مشروط إلي ضرورة وأهمية احترام الأخصائي الاجتماعي لعميله وتقبل كافة سلوكياته وأرائه واتجاهاته أو مكوناته الشخصية وصفاته الفردية بصفة عامة دون أدني قيود أو تحفظات ولكن لا يعني ذلك موافقة وتقبل الأخصائي للسلوك اللاأخلاقي أو السلوكيات المنحرفة والمضادة للمجتمع. (أمين، 2000م، ص172).

هـ-الفهم التعاطفي الدقيق: ويعني هذا الشرط إدراك المعالج بدقة لمشاعر وأحاسيس العميل والخبرات التي مر بها وتوصيل هذا الفهم إلي العميل أي قدرة الممارس على أن يبدي للعميل أنه يشعر بما يعانيه ويتفهم ما يحسه من ألم وقد يكون التعاطف لفظياً من خلال الكلمات والعبارات التي يسمعها العميل أو يكون غير لفظي من خلال استخدام حركة الجسم وتعبير الوجه. (أحمد،2007م، ص234).

خامسا: الأساليب العلاجية الأساسية:

تتمحور فلسفة العلاج المتمركز حول العميل حول احترام قدرة الفرد في البحث عن الشفاء أو إيجاد الحلول المناسبة للمواقف الإشكالية وأنه من المهم أن لا ننظر إلي العميل فقط في عملية العلاج ولكن أيضاً لخبرة الأخصائي الاجتماعي المعالج أيضاً. ويعتمد الأخصائي الاجتماعي في إطار نموذج العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد على ثلاثة أساليب علاجية مستمرة بشكل رئيسي خلال المقابلات المهنية وهي: (David Murphy 2009,p.310)

أ-تقبل المشاعر: أي أن يتقبل الأخصائي المشاعر السلبية التي يعبر عنها العميل بالكيفية نفسها التي يتقبل بها المشاعر الإيجابية دون أي نقد لأي انفعال يصدر عن العميل وذلك يعطي للعميل الفرصة الأولي لفهم ذاته ولا تكون هناك حاجة لدى الفرد لان يخفي مشاعره السلبية خلف دفاعاته أو يتجاهل أو يفرط في تقييم مشاعره الإيجابية وفي ظل يصل العميل لمرحلة الاستبصار وفهم الذات وبذلك يتحقق الهدف الأساسي من العلاج لأنه ساعد العميل على استبصاره بذاته وتشجيعه على التعبير عن مشاعره واتجاهاته لتحقيق الفهم القائم على تكوين البصيرة والتخلي عن الأساليب الدفاعية فيكون حراً في رؤيته للمواقف كما هي دون تبرير لسلوكه أو حماية ذاته وكذلك رؤيته للعلاقات وإدراكها ومساعدة العميل على إقامة بعض العلاقات الإيجابية. (سليمان، 2005م، ص123).

ب-تأمل أو عكس المشاعر: وتعني تكرار المقاطع الأخيرة التي يقولها العميل وإعادة محتوى ما يقوله العميل أو تكرار ما يقوله أو جانب ما يقوله بنبرة صوت تبين للعميل فهم المعالج له ولكن بدون استحسان أو استهجان ويعرف هذا التكنيك بالفهم المتعاطف أي الاستماع للعملاء ولكن بدون الحكم على سلوكياتهم ودعم وتشجيع العميل للتحدث عن ذاته كما يدركها العميل نفسه وتشجيعه على ذكر كل ما يرتبط بالمشكلة دون محددات أي من وجهات نظر مختلفة وزيادة بصيرة العميل لذاته ولمشكلاته ومساعدته على فهم ذاته حتى يسهل تعديل أو تغيير السلوك الغير مرغوب فيه. (شهلوب، 2016م، ص74).

ج-توضيح المشاعر: حيث يقوم الأخصائي بتفهم مشاعر العميل والتعامل مع ما يحاول العميل التعبير عنه كما هو حيث أن مهمة الأخصائي تتمثل في مساعدة العميل على استيضاح هذه المشاعر ومساعدته على التعبير عنها بوضوح ويجب أن يكون الأخصائي موضوعي في ذلك بحيث لا يتجاوز ما يريد أن يعبر عنه العميل بالفعل.

ويصاحب تطبيق هذه الأساليب مجموعة متنوعة من الأساليب والتكنيكيات العلاجية الأخرى التي تتماشى مع فلسفة ومضمون العلاج المتمركز حول العميل مثل التأكيد، الاستماع، التعاطف، التدعيم، التشجيع، التنفيس ، المناقشة ، المواجهة ، التوضيح ، إعادة صياغة الأفكار(شاهين، 2011م، ص374).

المبحث الثالث :الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً: نوع الدراسة والمنهج المستخدم:

تعد الدراسة الحالية من الدراسات شبه التجريبية والتي تهدف إلي اختبار العلاقة بين ممارسة نموذج العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد (كمتغير مستقل) وتخفيف مستوى قلق المستقبل لدي مريضات سرطان الثدي (كمتغير تابع). وتعتمد الدراسة على المنهج شبه التجريبي وذلك من خلال استخدام أحد التصميمات قبل التجريبية وهو تصميم القياس القبلي البعدي لجماعة واحدة.

ثانياً: فروض الدراسة:

تسعى هذه الدراسة الحالية إلي اختبار صحة فرض رئيسي مؤداه:

"توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مجالات مقياس قلق المستقبل لدى مريضات سرطان الثدي لصالح القياس البعدي".

وينبثق من هذا الفرض الفروض الفرعية التالية:

1-توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في المجال الشخصي لصالح القياس البعدي.

2-توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في المجال الاجتماعي لصالح القياس البعدي.

3-توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في المجال الأسري لصالح القياس البعدي.

4-توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في المجال الصحي لصالح القياس البعدي.

5-توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في المجال المهني لصالح القياس البعدي.

رابعاً:- أدوات الدراسة : اعتمدت الدراسة على الأدوات التالية:

1-**المقابلات شبه المقننة:** والتي تم القيام بها أولاً مع بعض الأخصائيين الاجتماعيين والممارسين المهنين بمستشفيي الأمل بمؤسسة حمد الطبية للتعرف بصورة مبدئية على خصائص مريضات سرطان الثدي ومظاهر القلق المستقبلي لديهن وقد تم مراعاة هذه الجوانب أثناء تصميم برنامج التدخل المهني.

2-**المقابلات الفردية والمشتركة:** كأداة دراسية وعلاجية مع مريضات سرطان الثدي عينة الدراسة وبعض الباحثين والأخصائيين الاجتماعيين والممارسين المهنيين

3-**مقياس قلق المستقبل لدى مريضات سرطان الثدي (من إعداد الباحثة):** ويهدف هذا المقياس إلي قياس وتحديد مستوى القلق المستقبلي لدى حالات الدراسة (المتغير التابع) وقد تم إعداده وبناءه وفقاً للمراحل التالية:

المرحلة الأولي: قامت الباحثة بالاطلاع على التراث السيكولوجي والاجتماعي والبحوث والدراسات العلمية السابقة ذات العلاقة بهذا المتغير التابع (قلق المستقبل لمريضات سرطان الثدي) وفي ضوء ذلك أمكن تحديد المجالات الأساسية للمقياس والتي مثلت بدورها ما يلي:

1-مجال القلق المستقبلي الشخصي. 2 -مجال القلق المستقبلي الاجتماعي.

3-مجال القلق المستقبلي الأسري. 4-مجال القلق المستقبلي الصحي.

5-مجال القلق المستقبلي المهني.

المرحلـة الثانيـة: قامت الباحثة بصياغة العبارات المكونة لكل مجال من المجالات السابقة، وراعت الباحثة أن تتناسب العبارات خصائص عينة الدراسة، وقد بلغ إجمالي عدد هذه العبارات (30) عبارة بواقع (6) عبارات لكل مجال تجيب المبحوثة عليها من خلال مؤشرات قياسية متدرجة خماسية المدى وهي (موافق تماماً–موافق – موافق إلي حد ما – غير موافق – غير موافق تماما) بحيث تعطي درجات (5–4–3–2–1) على الترتيب

المرحلة الثالثة: تضمنت هذه المرحلة التحقق من صدق وثبات المقياس من خلال الطرق العلمية المتعارف عليها في هذا الشأن وهي:

1–صدق المحتوى: قامت الباحثة بالتحقق من صدق المحتوى من خلال: مراجعة الأدبيات النظرية التي تناولت موضوع قلق المستقبل ومفهومه والتصورات النظرية لقلق المستقبل وأهم سمات الاشخاص ذوي قلق المستقبل، وكذلك مراجعة بعض الأدبيات والدراسات المرتبطة بشكل مباشر بالدراسة كما تم الاستعانة بالمقاييس المتعلقة بقلق المستقبل ومن أبرزها مقياس مسعود (2006م) ومقياس شقير (2005م).

2–الصدق الظاهري: تم عرض المقياس(7) محكمين من المتخصصين في الخدمة وعلم النفس وذلك للوقوف على سلامة البنود ومدى ارتباطها بالهدف العام للمقياس، وقدرتها على قياس الموضوع الذي أعدت لقياسه حيث أبدي السادة المحكمون آرائهم في فقرات المقياس وبعد ذلك قام بإجراء ما يلزم من تعديل وإضافة وحذف في ضوء مقترحاتهم والإبقاء على العبارات التي حظيت على نسبة أتفاق مرتفعة تراوحت ما بين (85%–100%) من استجابات المحكمين.

3–التجانس الداخلي: استكمالاً لإجراءات الصدق والثبات تم التحقق من التجانس الداخلي للمقياس بعد تطبيقه على عينة قوامها (18) مفردة من مريضات سرطان الثدي (خارج إطار عينة الدراسة) والتي توافرت فيهم شروط اختيار عينة الدراسة ثم استخدام معامل ارتباط بيرسون لحساب الارتباط بين كل عبارة ودرجة المجال الذي تنتمي إليه، وكذلك بين كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس وذلك على النحو التالي:

جدول رقم (1)

يوضح نتائج معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للمجال

المجال الشخصي			المجال الاجتماعي			المجال الأسري			المجال الصحي			المجال المهني		
البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0,71	0,01	2	0,61	0,01	3	0,74	0,01	4	0,68	0,01	5	0,77	0,01
6	0,68	0,01	7	0,70	0,05	8	0,66	0,01	9	0,62	0,05	10	0,73	0,01
11	0,74	0,01	12	0,63	0,01	13	0,71	0,01	14	0,77	0,01	15	0,62	0,01
16	0,66	0,01	17	0,65	0,01	18	0,55	0,05	19	0,68	0,01	20	0,69	0,01
21	0,62	0,01	22	0,76	0,01	23	0,63	0,01	24	0,73	0,01	25	0,76	0,01
25	0,70	0,01	27	0,62	0,01	28	0,72	0,01	29	0,64	0,01	30	0,63	0,05

في ضوء بيانات الجدول السابق تبين أن قيم معاملات الارتباط بين كل عبارة عن عبارات المقياس والمجال الذي ينتمي إليه قد جاءت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة المتعارف عليها (0,01، 0,05) ويؤكد ذلك على تجانس عبارات المقياس وبالتالي يمكن تطبيقه ميدانياً.

جدول رقم (2)

يوضح ارتباط درجات بنود الاختبارات الفرعية مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية

المجالات الفرعية	الشخصي	الاجتماعي	الأسري	الصحي	المهني	الدرجة الكلية
الشخصي	–	0,66	0,71	0,62	0,57	0,84
الاجتماعي	–	–	0,74	0,63	0,49	0,85
الأسري	–	–	–	0,73	0,51	0,89
الصحي	–	–	–	–	–	0,87
المهني	–	–	–	–	–	0,65
الدرجة الكلية	–	–	–	–	–	–

في ضوء بيانات الجدول السابق تبين أن جميع معاملات الارتباط بين كل من درجات الاختبارات الفرعية مع بعضها البعض وبينها وبين الدرجة الكلية للاختبار ككل موجبة ودال إحصائياً وتتراوح قيمتها ما بين بين (0,49 ـ 89).

جدول رقم (3)

يوضح نتائج معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس

المجال الشخصي			المجال الاجتماعي			المجال الأسري			المجال الصحي			المجال المهني		
البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0,64	0,01	2	0,72	0,01	3	0,69	0,01	4	0,77	0,01	5	0,73	0,01
6	0,72	0,01	7	0,64	0,05	8	0,72	0,01	9	0,66	0,05	10	0,65	0,01
11	0,69	0,01	12	0,71	0,01	13	0,66	0,01	14	0,72	0,01	15	0,61	0,01
16	0,71	0,01	17	0,61	0,01	18	0,59	0,05	19	0,64	0,01	20	0,77	0,01
21	0,62	0,01	22	0,68	0,01	23	0,63	0,01	24	0,69	0,01	25	0,70	0,01
25	0,77	0,01	27	0,65	0,01	28	0,71	0,01	29	0,62	0,01	30	0,62	0,05

يشير الجدول السابق إلي أن جميع قيم معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس كانت دالة عند مستوى معنوية (0,01 .0,05) وبناء على يتضح ان المقياس يتسم بدرجة مقبولة من التجانس الداخلى

4-ثبات المقياس: قامت الباحثة بالتحقق من ثبات المقياس وثبات كل محور من محاورة الرئيسية بطريقة التجزئة التصفية وذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين درجات العبارات الفردية والعبارات الزوجية التي أسفر عنها نتائج التطبيق على العينة السابقة وقد بلغت قيمة معامل الثبات للمقياس ككل (0,74) ولكل محور من محاوره الخمسة على الترتيب (0,71،

0,77، 0,68، 0,73، 0,76) وقد جاءت جميع هذه القيم دالة إحصائياً عند مستوى معنوية 0,01 مما يؤكد على تمتع المقياس بقدر مناسب من الثبات.

المرحلة الرابعة: بعد التأكد من صدق وثبات المقياس وصلاحيته للتطبيق العملي على المبحوثين ثم الاستقرار على الشكل النهائي للمقياس والذي يتضح من معطيات الجدول التالي:

جدول رقم (4)

يوضح توزيع بنود مقياس قلق المستقبل في صورته النهائية على المجالات الفرعية

المجالات الفرعية	البنود
1-المجال الشخصي	26-21-16-11-6-1
2-المجال الاجتماعي	27-22-17-12-7-2
3-المجال الأسري	28-23-18-13-8-3
4-المجال الصحي	29-24-19-14-9-4
5-المجال المهني	30-25-20-15-10-5

خامساً:- مجالات الدراسة:

1-المجال المكاني: طبقت الدارسة الحالية في مستشفي الأمل بمؤسسة حمد الطبية، وقع اختيار الباحثة على هذه المستشفي لتوافر عينة الدراسة المطلوبة من مريضات سرطان الثدى، بالإضافة إلي توافر عدد كاف من الأخصائيات الاجتماعيات اللائي يقدمن خدمات متنوعة للمريضات، واللائي إبدين رغبتهن في التعاون مع الباحثة في إجراء الدراسة الحالية وتنفيذ البرنامج المطلوب.

2-المجال البشري: تكون إطار المعاينة من ( ) مفردة يمثلون مريضات سرطان الثدي المترددات على مستشفى الامل وقد تضمنت شروط ومحددات اختيار العينة في (أن تكون المريضة متزوجة ولديها أبناء وان تكون من بين العاملات في أي مهنة وقت إصابتها بالمرض) وذلك حتى يمكن الالمام بمختلف مجالات قلق المستقبل " الشخصي – الاجتماعي – الصحي – الاسرى – المهني" وقد توافرت هذه الشروط في عدد () ، اختارت الباحثة منهم عينة عشوائية مكونة من (10) حالات لتمثل المجال البشري للدراسة الحالية

جدول رقم (5)

يوضح خصائص عينة الدراسة

م	الفئة	النوع	الاستجابة	
			التكرار	النسبة
1-	السن	أقل من 20 عاماً	1	%10
		من 20-30 عاماً	3	%30
		من 30- 40 عاماً	4	%40
		أكثر من 40 عاماً	2	%20
2-	المستوى التعليمي	إعدادية	2	%20
		ثانوي	3	%30
		جامعي	5	%50

3-	الحالة المرضية	استئصال الورم	2	%20
		بتر الثدي	7	%70
		بتر الثديين	1	%10
4-	تطور الحالة المرضية	بداية العلاج	7	%70
		حدوث انتكاسة	3	%30
5-	مرحلة العلاج	جراحي	3	%30
		كيميائي	4	%40
		إشعاعي	2	%20
		هرموني	1	%10
6-	مدة الإصابة بالمرض	سنة فأقل	1	%10
		من 1-3 سنوات	7	%70
		أكثر من 3 سنوات	2	%20

يوضح الجدول السابق خصائص عينة الدراسة وجاءت أعلى عمر زمني لعينة الدراسة وبنسبة (40%) من 30-40 عاماً، ثم بنسبة (30%) من 20-30 عاماً، أكثر من (40) عاماً وبنسبة 20%. وفيما يتصل بالمستوى التعليمي لعينة الدراسة جاءت المرحلة الجامعية في المرتبة الأولى وبنسبة (50%) ثم المرحلة الثانوية بنسبة (30%) وأخيراً المرحلة المتوسطة بنسبة (20%) اما بالنسبة للحالة المرضية للمبحوثين فقد جاءت في المرتبة الأولى وبنسبة (70%) بتر الثدي، (20%) استئصال الورم، بتر الثديين بنسبة (10%) وبالنسبة لتطور الحالة المرضية لعينة الدراسة جاءت بداية العلاج بنسبة (70%)، حدوث انتكاسة بنسبة (30%) وفي مرحلة العلاج جاء العلاج الكيميائي بنسبة (40%)، ثم الجراحي بنسبة (30%)، والعلاج الإشعاعي بنسبة (20%) ثم العلاج الهرموني بنسبة (10%) وأخيراً فيما يتصل بمدة الإصابة بالمرض جاء من (1-3) سنوات بنسبة (70%) ثم أكثر من 3 سنوات وبنسبة (20%) وأخيراً بنسبة (10%) لمدة سنة فأقل.

3- استغرقت هذه الدراسة بشقيها النظري والتطبيقي مدة ثمانية اشهر، وقد تم تطبيق برنامج التدخل المهني في الفترة من 21/ /2019 حتى 6/ /2019 .

سادساً: - برنامج التدخل المهني:

1- أهداف برنامج التدخل المهني:-

يتمثل الهدف العام لبرنامج التدخل المهني في التخفيف من مستوى قلق المستقبل لمريضات سرطان الثدي باستخدام نموذج العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد، وهذا الهدف يرتبط بمجموعة من التغيرات العلاجية والمستهدفة من هذا البرنامج وهي:

أ- بث روح الثقة والأمل لدى المريضات وإكسابهن ثقافة صحية معرفية حول مرض سرطان الثدي ووسائل طرق علاجه

ب- مساعدة مفردات العينة على زيادة تقبلهن لذاتهن وتقوية ثقتهن بأنفسهن وتعديل وتحسين نظرتهن للحياة بجانب ووضع وتخطيط أهدافهن المستقبلية.

ج-مساعدة المساعدة على توافقهم مع ذواتهن ومع الانساق الاجتماعية المحيطة بهن بما فيه المحيط الأسري والأهل والأقارب والأصدقاء وزملاء العمل...إلخ.

د- مساعدة مريضات سرطان الثدي على استخدام استراتيجيات وتكنيكات المقاومة المناسبة للموقف الضاغط الذي يعيشونه وتسهيل عملية التفاعل الاجتماعي والنفسي وتعزيز المشاعر الإيجابية

2- شروط التغيير العلاجي:

أ- التركيز على بناء علاقة مهنية تعاطفية علاجية تعاونية غير مشروطة أساسها الاحترام المتبادل والثقة وتجنب النقد أو الإدانة وإظهار التقدير للمريضة

ب- النظرة الإيجابية غير المشروطة: من خلال إشعار المريضة بسرطان الثدي بالتقبل والاهتمام مما يساعدها على استعادة ثقتها بنفسها وبالمجتمع المحيط.

ج- الفهم التعاطفي: من خلال فهم الأخصائي الممارس للبرنامج لمشاعر مريضة سرطان الثدي ومحاولة توصيل هذا الفهم للمريضة مما يساعدها على تكوين صورة واقعية لمشاعرها واكتشاف ذاتها والتعبير عنها بصدق وموضوعية

د- واقعية الأخصائي مع المريضة من خلال التصرف بشكل واضح وتلقائي والتعبير بصدق عما بداخلها تجاه قلقها وهذا يشجع المريضة على التعبير الحر والصادق والتلقائي عن مشاعرها نحو مستقبلها

3- أدوار الأخصائي الاجتماعي خلال تطبيق البرنامج:

أ-المسهل: وذلك من خلال مساعدة المريض على حشد قدراتها وطاقاتها واتخاذ القرارات المناسبة فيما يتعلق بتفاعلاتها الاجتماعية بما يسهم في عدم تخوفها من الاحداث المستقبلية.

ب-الموضح: وذلك من خلال قيام الأخصائي الاجتماعي بتوضيح تأثير المرض الواقع علي المريضة في قدرتها على التعبير عن مشاعرها وتفاعلاتها الاجتماعية وعدم القدرة على مقاومة الضغوط التي تتعرض

ج-المساعد: من خلال معاونة المريضة على مساعدة نفسها حيث يكون سلوك الأخصائي الاجتماعي مسهلاً لسلوك المريضة في الاتجاه المرغوب ليساعدها على التخفيف من مستوى قلق مستقبلها.

د-المحفز: حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي بتشجيع المريض على التعبير عن مشاعرها السلبية وإيجاد الحافز لديها للتخلص من تلك المشاعر السلبية والضغوط التي تتعرض لها بما يكون له انعكاس إيجابي على مستقبلها.

هـ-المعالج: ويتمثل في الأنشطة التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لمساعدة المريضة على زيادة فاعلية وظائفها الاجتماعية والأساليب التي يقوم بتطبيقها من اجل توفير مناخ وجداني جيد يمكن أن تتوصل المريضة من خلاله إلي الحلول المناسبة لمشكلاتها التي صاحبت الإصابة بالمرض

5- مراحل برنامج التدخل المهني:- ويمكن تحقيق الأهداف السابقة من خلال القيام بالمراحل التالية:

المرحلة الأولي: وتتضمن هذه المرحلة ما يلي:

أ-إعداد وتجهيز عينة الدراسة وفق الشروط والمحددات السابقة، ثم البدء في تكوين العلاقة المهنية مع مفردات العينة التي تم اختيارهن بصورة عشوائية.

ب-القيام ببعض المقابلات البحثية مع بعض الباحثين والأخصائيين الاجتماعيين والممارسين المهنيين لاستطلاع آرائهم حول الخصائص والسمات المميزة لمريضات سرطان الثدي عينة الدراسة.

ج-تحديد خط الأساس لكل مفردة من مفردات عينة الدراسة من مريضات سرطان الثدي (إجراء القياس القبلي) من خلال حساب درجات عينة الدراسة على مجالات مقياس قلق المستقبل قبل بداية التدخل.

المرحلة الثانية: وهي مرحلة التدخل المهني (تنفيذ البرنامج)

تبدأ هذه المرحلة بإجراء التعاقد الشفوي مع مريضات سرطان الثدي والذي يتضمن تحديد الأهداف المراد تحقيقها ومسئوليات كل طرف ومدة التدخل المهني ثم تقوم الباحثة (الأخصائية الممارس لهذا البرنامج) بتطبيق الأساليب والتكنيكات العلاجية للعلاج المتمركز حول العميل والتي يمكن من خلالها تحقيق أهداف التدخل وإحداث التغيرات العلاجية المطلوبة كما هو موضح بالجدول اللاحق:

جدول رقم (6)

يوضح مراحل تنفيذ برنامج التدخل المهني

م	خطوات التنفيذ	المدة الزمنية	الأهداف	الأساليب العلاجية والتكنيكات	الصعوبات المتوقعة
1-	الاتصال والبدا في العلاقة التعاطفية العلاجية	مقابلتين	إتاحة الفرصة لمريضة سرطان الثدي للتعبير بحرية عن مشاعرها واتصالاتها السلبية. -التعرف على مظاهر قلقها الصحي والنفسي والاجتماعي حتى تتخلص إلي حد ما أمكن من تلك المشاعر. -التعرف على مدى قلقها المستقبلي الذي يؤثر على إدراكها لذاتها ومستقبلها.	-تقبل المشاعر. -تأمل أو عكس المشاعر. -الاستماع. -بث الثقة. -التنفيس. -تكوين علاقة مهنية	-عدم إدراك المشاعر الحقيقية نتيجة قلق المريضة على مستقبلها
2-	تقدير موقف المريضة/ وصف المشاعر والخبرات	مقابلتين	-الاستجابة المناسبة لمريضة سرطان الثدي من خلال نظرة إيجابية غير مشروطة. -الفهم التعاطفي للإطار المرجعي لمريضة سرطان الثدي. -إبداء مزيد من التجارب والتقدير مع موقفها الحالي وإظهار الرغبة في مساعدتها	-المناقشة -التعاطف -الاستماع -التوضيح -الإفزاع الوجداني	إدراك أن قلق المريضة على مستقبلها خارجة عن إرادتها.
3	التطابق والانسجام	مقابلتين	-تقبل كافة مشاعر مريضة سرطان الثدي دون أي شروط أو تحفظات -إعادة صياغة مشاعر المريضة في صورة جُمل محدودة توضح معناها وجوهرها الحقيقي. -توضيح وتبسيط المشاعر التي تعجز المريضة في التعبير عنها	-التقبل -التأمل -التعليق -توضيح المشاعر	التردد والخوف والتناقض من مريضة سرطان الثدي.
4-	التبصير والتوعية بطبيعة المرض	مقابلتين	-تبصير مريضة سرطان الثدي بأسباب المرض. -كيفية الوقاية من مخاطر المرض وتوعية أفراد الأسرة بأساليب الكشف المبكر.	-الوعي -التبصير -المناقشة -التوضيح -التوكيد	عدم القناعة والتهرب والخوف من ظهور المرض وعدم الكشف المبكر

م	خطوات التنفيذ	المدة الزمنية	الأهداف	الأساليب العلاجية والتكنيكات	الصعوبات المتوقعة
			-توضيح مدى التأثير على سلوكيات العملية وانعكاساتها على شخصيتها مستقبلاً. -مناقشة الأساليب العلاجية المناسبة لإمكانات وقدرات المريضة لتحقيق مستوى القلق المستقبلي		
5-	تفنيد التصورات السلبية لدى المريضة	مقابلتين	-مساعدة مريض سرطان الثدي على عرض أفكارها وثقافتها الصحية عن المرض. -الإنصات إلي أرائها نحو أفكارها لمضار المرض ورؤيتها بشكل عام للحياة المستقبلية بعد إصابتها بالمرض. -تعديل أفكار المريض بشكل جديد لمساعدها على إدراك وفهم موقفها الحالي. -الارتباط بالواقع الذي تعيشه المريضة بما يكفل تعديل نظرتها التشاؤمية وقلقها نحو المستقبل.	-المساعدة -الإنصات -التعليق -التوضيح -التعديل -صياغة الأفكار	عدم تعديل أفكارها وتمسكها بأفكارها السلبية عن المرض وتأثيره على مستقبلها
6-	استكشاف الإمكانات والقدرات الشخصية	مقابلتين	-بث الثقة في نفوس مريض سرطان الثدي في مقدرتها على توجيه ذاتها -مساعدتها على تحرير طاقاتها وقواها الكامنة والداخلية. استثمار طاقاتها لتحقيق أهدافها في الحياة وأمالها وطموحها المستقبلي	-التنفيس -التوظيف -التوكيد -التعليق -المناقشة	-صعوبة تقبل المناقشة وظهور ردود فعل سلبية والقلق والخوف من آثار الإصابة بالمرض
7-	الدعم المادي والمعنوي	مقابلتين	-تقديم بعض المدعمات المادية والاجتماعية والنفسية عقب قيام المريض بأي سلوك إيجابي من السلوكيات المستهدفة -تشجيع المريضة على بذل مزيد من الجهود والاستمرار نحو الابتعاد	-التدعيم -التعاطف -التشجيع -التوضيح	مقاومة الدعم المادي والمعنوي والاجتماعي والنفسي مما يؤثر سلباً على عدم تحقيق أهداف برنامج التدخل

م	خطوات التنفيذ	المـــــــدة الزمنية	الأهداف	الأساليب العلاجية والتكنيكات	الصعوبات المتوقعة
			عن النظرة التشاؤمية لمرضها -تخفيف مستوى القلق المستقبلي للمريضة لتحقيق أهداف التدخل		

المرحلة الثالثة: تتضمن هذه المرحلة الخطوات المهنية التالية:

أ-إنهاء التدخل المهني مع حالات الدراسة من خلال إعداد وتهيئة مريضة سرطان الثدي للاعتماد على نفسها تدريجياً والتقصير التدريجي والمرحلي لزمن المقابلات الأخيرة والمباعدة بينها

ب-تقويم نتائج التدخل عن طريق إعادة تطبيق مقياس قلق المستقبل (إجراء القياس البعدي) ثم المقارنة بين نتائج القياسين (القبلي والبعدي) للتعرف على حجم التغير ومدى جدوى وفاعلية البرنامج في تحقيق أهداف التدخل

ج-القيام ببعض المقابلات التبعية القصيرة مع حالات الدراسة ومع الباحثين والأخصائيين الاجتماعيين والممارسين المهنيين بقسم الأورام بمستشفي الأمل مؤسسة حمد الطبية للتأكد من ثبات واستقرار التحسن الذي طرأ على مرضي سرطان الثدي عينة الدراسة.

المبحث الرابع :عرض وتفسير نتائج الدراسة الميدانية

أولاً: عرض نتائج الدراسة:

يتم عرض نتائج الدراسة الميدانية وفق اختيار الفرض الرئيس للدراسة، وما انبثق منه من فروض فرعية، وذلك كما يلى

1-نتائج اختبار الفرض الأول ومؤداه:

توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في المجال الشخصي لصالح القياس البعدي "وتتضح نتائج اختبار هذا الفرض من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (7)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي

للمجموعة التجريبية في المجال الشخصي

نتائج الاختبار نوع القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	فروق المتوسط الحسابي	قيمة (Z) لولككسون	مستوى الدلالة
القياس القبلي	26.32	1.45	9.71	2.37	دالة عند 0.01
القياس البعدي	16.61	1.74			

في ضوء نتائج الجدول السابق تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على المجال الأول وهو المجال الشخصي، وجاءت هذه الفروق لصالح القياس البعدي، حيث بلغت قيمة (Z) (2.37) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01)، وكان متوسط درجات القياس القبلي (21.32) درجة، ثم انخفض بعد التدخل المهني إلى (11.61)، وذلك بفارق قدره (9.71)، ويشير هذا إلى أن التدخل المهني باستخدام العلاج المتمركز حول العميل قد أدى إلى حدوث تغييرات إيجابية تمثلت في تخفيف مستوى قلق المستقبل على المستوى الشخصي، حيث سهم فى قناعة عينة الدراسة بعدم الضيق من المرض وإيمانهم بالقضاء والقدر ، وحثهم على

عدم القلق على مستقبلهم، وبالتالي تغيرت نظرتهم التشاؤمية إلى نظرة التفاؤل بعد التدخل المهني، وهذا يؤكد على صحة الفرض الفرعي الأول للدراسة في ضوء هذه النتائج.

2-نتائج اختبار الفرض الفرعي الثاني ومؤداه:

"توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في المجال الاجتماعي لصالح القياس البعدي" ، ويتم التحقق من مدى صحة هذا الفرض من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (8)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي

للمجموعة التجريبية في المجال الاجتماعي

نتائج الاختبار نوع القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	فروق المتوسط الحسابي	قيمة (Z) لولككسون	مستوى الدلالة
القياس القبلي	24.65	1.72	11.82	2.39	دالة عند 0.01
القياس البعدي	12.83	1.81			

تشير نتائج الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على المجال الثاني وهو المجال الاجتماعي، وذلك لصالح القياس البعدي، حيث بلغت قيمة (Z) (2.39)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01)، كما أوضحت بيانات الجدول، وأن متوسط درجات القياس القبلي لهذا البعد (24.65)، وبعد تطبيق برنامج التدخل المهني، انخفض إلى (12.83) بفارق (11.82) مما يدل على فعالية برنامج التدخل المهني في تخفيف مستوى قلق المستقبل في المجال الاجتماعي بمريضات سرطان الثدي من خلال تطبيق بعض الأساليب والتكنيكيات العلاجية والتي ارتكزت على حث مفردات العينة عدم فقدان الأمل في الحياة، وعلى أمل تحسن الحالة الاجتماعية والصحية مستقبلاً.

3-نتائج اختبار الفرض الفرعي الثالث ومؤداه:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في المجال الأسري لصالح القياس البعدي" ، وجاءت نتائج اختبار هذا الفرض في ضوء بيانات الجدول التالي:

الجدول رقم (9)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي

للمجموعة التجريبية في المجال الأسري

نتائج الاختبار نوع القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	فروق المتوسط الحسابي	قيمة (Z) لولككسون	مستوى الدلالة
القياس القبلي	25.37	1.63	9.68	2.37	دالة عند 0.01
القياس البعدي	15.69	1.54			

تكشف نتائج الجدول السابق عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على المجال الأسري، وذلك لصالح القياس البعدي، حيث بلغت قيمة (Z) (2.37) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01)، وقد كان متوسط درجات التطبيق القبلي قبل التدخل (22.37) ثم انخفض في التطبيق البعدي بعد التدخل إلى (12.69)، وذلك بفارق قدره (9.68)، مما يدل نجاح الأساليب العلاجية لبرنامج التدخل المهني والمنطلق من

العلاج المتمركز حول العميل في تحقيق الهدف الفرعي الثالث من أهداف التدخل والمتمثل في حث مريضات سرطان الثدي بعدم قلقهن أسرياً على أسرتهن و مساعدتهن على التكيف مع أفراد الأسرة ، وبناءاً على ذلك يتحقق الفرض الفرعي الثالث للدراسة.

4-نتائج اختبار الفرض الفرعي الرابع ومؤداه:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في المجال الصحي لصالح القياس البعدي"، ويمكن التعرف على مدى صحة هذا الفرض من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (10)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي

للمجموعة التجريبية في المجال الصحي

نتائج الاختبار نوع القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	فروق المتوسط الحسابي	قيمة (Z) لولككسون	مستوى الدلالة
القياس القبلي	22.25	1.64	1.27	1.19	غير دالة
القياس البعدي	20.98	1.32			

في ضوء نتائج الجدول السابق تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في المجال الصحي، حيث بلغت قيمة (Z) (1.19)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً، فعلى الرغم من وجود تحسين طفيف لدى عينة الدراسة من مريضات سرطان الثدي في هذا المجال، والتي اتضح من خلاله انخفاض متوسط درجات العينة من (12.25) في القياس القبلي إلى (10.98) في القياس البعدي، وذلك بفارق ضئيل مقداره (1.27)، إلى أن هذا التحسن كما جاء في ضوء الاختبار الإحصائي المستخدم لا يعد نمواً إحصائياً حقيقياً، ولم يؤدي إلى تغيرات معنوية، وهذا يشير إلى عدم فعالية برنامج التدخل المهني في تخيف اعراض ومظاهر القلق المتصل بالمجال الصحي، ، وهو الأمر الذي يؤكد على عدم صحة الفرض الفرعي الرابع للدراسة الحالية.

5-نتائج اختبار الفرض الفرعي الخامس ومؤداه:

"توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في المجال المهني لصالح القياس البعدي" ، ويمكن التعرف على مدى صحة هذا الفرض من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (11)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي

للمجموعة التجريبية في المجال المهني

نتائج الاختبار نوع القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	فروق المتوسط الحسابي	قيمة (Z) لولككسون	مستوى الدلالة
القياس القبلي	21.16	1.73	8.31	2.37	دالة عند 0.01
القياس البعدي	12.85	1.52			

اسفرت نتائج الجدول السابق عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في المجال المهني، وذلك لصالح القياس البعدي، حيث بلغت قيمة (Z) (2.37) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01)، وقد كان متوسط درجات التطبيق القبلي قبل التدخل (21.16) ثم انخفض في التطبيق البعدي بعد التدخل إلى

(12.85)، وذلك بفارق قدره (8.31)، مما يدل على نجاح الأساليب العلاجية لبرنامج التدخل المهني المنطلق من العلاج المتمركز حول العميل في تحقيق هذا الهدف من أهداف التدخل والمتمثل في المجال المهني لعينة الدراسة من مريضات سرطان الثدي، حيث ساهم البرنامج في تغيير نظرة عينة الدراسة على مستقبلهم المهني والوظيفي، والتي كانت قبل التدخل تتدر بعدم رغبتهن في الاستمرار لمواصلة العمل وفى إطار تلك تلك النتائج والتغيرات الإيجابية يتاكد صحة الفرض الفرعي الخامس للدراسة

6-نتائج اختبار الفرض الرئيس للدراسة ومؤداه:

"توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مجالات مقياس قلق المستقبل لدى مريضات سرطان الثدي لصالح القياس البعدي "وتتضح نتائج اختبار هذا الفرض من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (12)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي

للمجموعة التجريبية على مجالات مقياس قلق المستقبل لمريضات سرطان الثدي

نتائج الاختبار نوع القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	فروق المتوسط الحسابي	قيمة (Z) لولككسون	مستوى الدلالة
القياس القبلي	119.75	3.95	40.79	2.38	دالة عند 0.01
القياس البعدي	78.96	2.13			

يتضح من نتائج الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس قلق المستقبل لمريضات سرطان الثدي، وقد جاءت هذه الفروق لصالح القياس البعدي، حيث بلغت قيمة (Z) الكلية (2.38) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى معنوية 0.01، وأفادت بيانات الجدول أن متوسط درجات القياس القبلي قد بلغ (101.75) ثم انخفض إلى (60.96) في القياس البعدي، وذلك بفارق قدره (40.79) مما يشير في مجمله إلى نجاح فعالية برنامج التدخل في تحقيق الهدف الرئيس لبرنامج التدخل وهو تخفيف مستوى قلق المستقبل لمريضات سرطان الثدي، وعليه تؤكد هذه النتائج على صحة الفرض الرئيس للدراسة.

ثانياً: تفسير نتائج الدراسة:

اهتمت الدراسة الحالية بتصميم وبناء برنامج للتدخل المهني يعتمد على أساليب وتكنيكات العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد واختبار مدى تأثيره في تخفيف مستوى قلق المستقبل لمريضات سرطان الثدي، والذي أمكن تحديد مجالاته في كل من المجال الشخصي، والمجال الاجتماعي، والمجال الأسري، والمجال الصحي، والمجال المهني، وتبني هذا البرنامج فرضية أساسية مؤداها مريضات سرطان الثدي يعانين من قلق المستقبل نتيجة إصابتهن بهذا المرض، ومن هذا المنطلق فقد اشتمل البرنامج على مجموعة متنوعة من أساليب وتكنيكات العلاج المتمركز حول العميل التي يمكن من خلالها بث روح الثقة والأمل والتفاؤل وتغيير نظرتهم السلبية عن مخاطر الإصابة بسرطان الثدي، مع إشعارهن بعدم فقدان الأمل في الحياة.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن برنامج التدخل المهني قد تمكن من تحقيق بعض التغييرات الايجابية والتي أسهمت في التخفيف من حدة مظاهر واعراض القلق لدى كافة مفردات العينة. حيث استطاع برنامج التدخل المهني ومن خلال أساليب وتكنيكات العلاج المتمركز حول العميل حث عينة الدراسة لتعيير نظرتهن التي تزعجهن دائماً من الآخرين مثل نظرات العطف مع ضرورة حثهم على الالتزام الديني والأخلاقي لمواجهة هذا المرض، ولم يتمكن برنامج التدخل المهني من تغيير نظر عينة الدراسة في المجال الصحي إلا بنسبة محدودة، بسبب اعتقاد العينة أن من يصيب بمرض الشرطان عموماً تكون

نهايته الموت، ويرجع ذلك لعدن ثقافتهن الصحية حول المرض، وأن هناك اختلاف كبير بين المصابين بمرض السرطان عموماً، وسرطان الثدي،

وفي ضوء ما سبق من نجاح برنامج التدخل المهني في تحقيق أهداف التدخل فقد انتهت نتائج الدراسة بشكل عام إلى فاعلية العلاج المتمركز حول العميل للتخفيف من مستوى قلق المستقبل لمريضات سرطان الثدي عينة الدراسة، وقد جاءت هذه الدراسة متفقة في مجملها مع نتائج العديد من البحوث والدراسات السابقة مثل دراسات (شويخ، 2017م)، (أمال، 2015)، (قاسم، 2011م)، (مدبولي، 2007م)، (أحمد، 2002م)، (شاهين، 2011م)، ، (جينفرليون، 2010م) والتي أشارت جميعها إلى العلاج المتمركز حول العميل يتسم بالفاعلية في التصدي لأنواع مختلفة من المشكلات التي تواجه عملاء المهنة، وخصوصاً في مجال الأمراض المزمنة.

ولكن يجب التأكيد على أن هذه الفاعلية قد جاءت في الدراسة الحالية "بدرجة متوسطة" ويبدو ذلك واضحاً من خلال حساب نسبة التحسن التي طرأت على كل مجال من مجالات المقياس، والتي بلغت بالنسبة للمجال الشخصي بنسبة (53.9%)، والمجال الاجتماعي بنسبة (65.6%) والمجال الأسري بنسبة (53.7%)، والمجال المهني بنسبة (46%) من التغيرات المستهدفة، إلى جانب أن البرنامج لم يتمكن كما سبق الإشارة من تحقيق الفاعلية المطلوبة فيما يتصل بتخفيف مستوى قلق المستقبل في المجال الصحي، ومن ثم فقد بلغت نسبة التحسن الكلي على المقياس بوجه عام بنسبة (43.8%) من التغير المطلوب إحداثه

المراجـــع

أولاً: المراجع العربية:

ابو معلا، طالب صالح سلمان(2016م) بوضع برنامج علاجي قائم على المرونة الايجابية لخفض حدة الاضطرابات النفسية والاجتماعية لمريضات الثدي في قطاع غزة ، رسالة دكتوراه،غير منشورة، كلية التربية ، جامعة عين شمس.

أبو فضة، خالد عمر (2016م): قلق المستقبل وعلاقته بأزمة الهوية لدى المراهقين الصم، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

احمد، شيماء احمد محمد(2018م) دور الأخصائي الاجتماعي مع فريق عمل الرعاية التلطفية بمؤسسات رعاية مرضي سرطان الثدي ، من منظور نظرية الدور في خدمة الفرد، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة اسيوط .

أحمد، خيرية (2014م): قلق المستقبل وعلاقته بتقدير الذات لدى عينة من طلبة جامعة دمشق، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.

أحمد، فاطمة أمين (2002م): استخدام نموذج العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد لزيادة التوافق الشخصي والاجتماعي لمرضى الأمراض المزمنة، المؤتمر العلمي الخامس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

أحمد، عبير عليوة (2007م): العلاقة بين ممارسة العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد وتحقيق التوافق المدرسي للطالبات، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة أسيوط.

أمال، فاسي (2015م): الاكتئاب الأساسي لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة منتوري قسطنطينة، الجزائر.

المشيخي، غالب (2009م): قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.

الحربي، تهاني (2014م): القلق من المستقبل وعلاقته بتقدير الذات ومستوى الطموح لدى طالبات المرحلة الثانوية في مدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.

الحمداني، إقبال (2011م): الاغتراب والتمرد والقلق من المستقبل، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.

الزهراني ، عبدالله بن احمد(2017م) الكرب النفسي والدعم الاجتماعي في ضوء بعض المتغيرات لدى مريضات سرطان الثدي، مجلة التربية ، العدد(175) الجزء (1) كلية التربية،، مصر.

السيد، نادية عمر (2016م): علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، مصر.

أمين، هناء أحمد (2000م): فعالية العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد في تعديل مفهوم الذات للمراهقات مجهولات النسب، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

بلكيلاني، إبراهيم (2008م): تقدير الذات وعلاقته بقلق المستقبل لدى الجالية العربية المقيمة بمدينة أوسلو في النرويج، رسالة ماجستير غير منشورة، الأكاديمية العربية المفتوحة في الدنمارك، الدنمارك.

جبريل، ثريا عبد الروؤف (1995م): مفهوم الذات لدى مرضى الأمراض المزمنة ودور خدمة الفرد في تعديله من منظور العلاج المتمركز حول العميل، المؤتمر العلمي السادس للخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

حداد، عفاف (1995م): سمة القلق وعلاقتها بمستوى الدعم الاجتماعي، دراسات العلوم الإنسانية، 22 (2)، 929-950.

حبيب، أسعد (2013م): قلق المستقبل وعلاقته بمستوى الطموح لدى طلبة جامعة البصرة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة البصرة، العراق.

خميس، إيمان (2009م): جودة الحياة وعلاقتها بكل من الرضا الوظيفي وقلق المستقبل لدى معلمات رياض الأطفال، منشورات جامعة جرش الخاصة، كلية العلوم التربوية، المؤتمر العلمي الثالث، الأردن.

خميسة، قنون (2013): الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.

رفعت، ابتسام محمد (2010م): استخدام العلاج المتمركز حول العميل في خدمة للتخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية لأطفال المؤسسات الإيوائية، المؤتمر العلمي الدولي الثالث والعشرين للخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

روزنتال، سارة (2017م): سرطان الذدي: كل ما يجب معرفته حول اكتشاف المرض وعلاجه والوقاية منه (فرج الشامي، مترجم)، بيروت، الدار العربية للعلوم.

سليمان، علاء عبد العظيم (2005م): استخدام المدخل المتمركز حول العميل في زيادة التوافق الشخصي والاجتماعي لأطفال المؤسسات الإيوائية، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر.

شاهين، محمد مصطفى (2011م): استخدام العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد لتحسين مستوى الطموح لدى الطلاب المكفوفين بالمرحلة الثانوية، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد الثلاثون، الجزء السادس.

شهلوب، دعاء جهاد (2016م): قلق المستقبل وعلاقته بالصلابة النفسية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.

الشناوي، محمد محروس (2006م): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

شقير، زينب (2005م): مقياس قلق المستقبل، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

شويخ، هناء أحمد (2017م): أساليب تخفيض الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية، ابتراك للنشر، مصر.

صالح، منى محمد (2000م): دراسة فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز حول العميل في علاج بعض حالات الإدمان بين طلاب دولة الإمارات العربية المتحدة، رسالة دكتوراة غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

عبد العزيز، مفتاح محمد (2001م): علم النفس العلاجي "اتجاهات حديثة"، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

عثمان، عبد الفتاح (1997م): خدمة الفرد في إطار التعددية المعاصرة، القاهرة، مكتبة عين شمس.

عثمان، نهلة السيد (2008م): استخدام نموذج العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد لزيادة التوافق النفسي والاجتماعي للطفل تحت الوصاية، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد الخامس والعشرون، الجزء الثالث.

عبد الرحمن، عفاف راشد (2008م): استخدام نموذج للتدخل المهني في إطار العلاج بالتركيز على العميل والمدخل الروحي في خدمة الفرد للتخفيف من المشكلات الاجتماعية المرتبطة بالانتحار، المؤتمر العلمي الدولي الحادي والعشرون للخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

العياشي، بن شعبان (2017م): قلق المستقبل لدى عينة من مرضى العجز الكلوي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بو ضياف، الجزائر.

على، السيد فهمي (2015م): توعية الحياة وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى عينة من مستأصلات الثدي والرحم، المؤتمر الدولي الرابع للعلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.

علي،احمد موسى(2015م) فاعلية برنامج ارشادي قائم على العلاج المتمركز حول العميل لتحسين مفهوم الذات لدى طلبة الجامعة ، الملة التربوية ، كلية التربية ، جامعة سوهاج.

عماري، حنان(2016م) قلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ، جامعة محمد خيضر ، الجزائر.

قاسم، أماني محمد رفعت (2011م): نموذج العلاج المتمركز حول العميل ومواجهة الاضطرابات السلوكية لتحسين مفهوم الذات لدى الأطفال مجهولي النسب، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد الحادي والثلاثون، الجزء الخامس.

القط، جيهان سيد (2011م): ممارسة العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد لتخفيف الشعور بالاغتراب لدى المسنات، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد الحادي والثلاثون، الجزء السابق، إبريل.

القط، جيهان سيد (2008م): استخدام العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد لتحسين العلاقات الاجتماعية لدى جليسة الأطفال، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد الخامس والعشرون، الجزء الأول.

محمد، خالد سعد (2008م): برنامج إرشادي قائم على الإرشاد بالمعنى في خفض قلق المستقبل لدى المراهقين المكفوفين، مجلة الدراسات التربوية والاجتماعية، المجلد 14، العدد (4).

محمود، ماجدة حسين (2009م): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي، مديرية مكافحة الشرطان (2016م): المسح الوطني للمعرفة والممارسات والاتجاهات لدى الإناث الأردنيات، حول الكشف المبكر عن سرطان الثدي: للفئة العمرية 20 سنة فما فوق في الأردن، عمان، وزارة الصحة.

منظمة الصحة العالمية (2014م): سرطان الثدي، الوقاية منه ومكافحته، جنيف، سويسرا.

مركز الخليج لمراقبة السرطان (2018م)الرياض ، المملكة العربية السعودية.

مقبال، مولودة هديبل (2017م): القلق عند النساء المريضات بالسرطان، المجلة العربية للعلوم الاجتماعية، المغرب.

مدبولي، صفاء عادل (2007م): العلاج المتمركز حول العميل كمدخل للتخفيف من الضغوط الحياتية للأمهات بلا زوج، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد الثاني والعشرين، الجزء الأول.

منظمة الصحة العالمية (2015م): سرطان الثدي: الوقاية منه ومكافحته، جنيف، سويسرا. http:www.who.int/topics/cancer/breastcancer/ar.

مسعود، سناء (2006م): بعض المتغيرات المرتبطة بقلق المستقبل لدى عينة من المراهقين، دراسة تشخيصية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة طنطا، كلية التربية، مصر.

هاشم ،صفاء فضل (2012م) برنامج مقترح من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لزيادة فعالية أداء الأخصائيين الاجتماعيين في التخفيف من المشكلات الاجتماعية والنفسية لمرضى سرطان الثدي،رسالة ماجستير غير منشورة ،كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة أسيوط.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

American Cancer society (2014): Breast cancer facts & figures 2013-2014. Atlanta: American Cancer Society.

Bergbon, I. & Lindwall, L. (2009): The altered body after breast cancer surgery international journal of qualitative studies on health and well-being, 4.

Compass, PE, Lukin, L. (1994) Psychological adjustment of breast cancer. American Psychological Association. 11 (3).

Drageset, S. (2012): Psychological distress, coping and social support in the diagnostic and preoperative phase of breast cancer. Doctoral Dissertation University of Bergen. Norway.
David Murphy:(2009) Client centered therapy for severe childhood, a case study, counseling and psychotherapy Research, Vol (9), Issue (9).
Drageser, S. (2012): Psychological distress, coping and social support in the diagnostic and preoperative phase of breast cancer, Doctoral thesis. The University of Bergen, Norway.
Exther Montalvo: (2008) the Frequency of client centered treatment implement by occupational therapy practitioners and students in the clinical fieldwork setting, M.S., Touro College.
Jennifer Lewin: (2010) The Importance of client centered Psychotherapy, P.H.D., Canada University.
Nikolic, S., ilic-stosovic, D., Kolarevic, I., Djurdjevic, A., Ilic, S. & Djuricic (2015): social participation of women with breast cancer, vojnosanitetski pregled, 72 (2).
Ozolzt, A., Ayaz, T., Konag, O. & Ozkan, A. (2014): attachment style and perceived social support as predictors of biopsychosocial adjustment to cancer Turk J Med Sci, 44..
Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J. & Cheever, K. (2008): Brunner & suddarth's textbook of Medical-surgical Nursing USA. Lippincott Williams & Wilkins.
Victoria Schindler:(2010) A Client Centered Occupation Based Occupational Therapy Programme for adults psychiatric diagnoses, occupational therapy international, vol (17), No (3).

ملحق الدراسة
(مقياس قلق المستقبل لدى مريضات الثدي)

أولا : البيانات الأولية :

1- السـن :

- أقل من 20 سنة ( ) - من 21إلى 30 سنة ( )
- من31 إلى أقل من 40 سنة ( ) - من 41 إلى فاكثر ( )

2- المستوى التعليمي :

- أمي ( ) - يقرأ ويكتب ( )
- ابتدائي ( ) - إعدادي ( )
- ثانوي ( ) - جامعي ( )

3- الحالة المرضية

- - استئصال الورم ( )
- بتر الثدي ( )
- بتر الثديين ( )

4- تطور الحالة المرضية:

- بداية العلاج ( )
- حدوث انتكاس ( )

5- مراحل العلاج:

- جراحي ( ) - كيميائي ( )
- إشعاعي ( ) - هرموني ( )

6- مدة الإصابة بالمرض:

- أقل من سنة ( )
- من 5 إلى 3 سنوات ( )
- أكثر من 3 سنوات ( )

ثانيا : عبارات القياس

م	العبارة	الاستجابات				
		موافق تماماً	موافق	موافق إلي حد ما	غير موافق	غير موافق تماماً
1	يمتلكني القلق والحيرة عندما أفكر في المستقبل					
2	أخشي أن يمنعني مرض الثدي من التواصل مع الآخرين					
3	أشعر بالضيق لاعتمادي الزائد على أسرتي بعد مرضي					
4	أخشى من زيادة تدهور حالتي الصحية في المستقبل					
5	لا أشعر بالراحة والطمأنينة في عملي بعد إصابتي بالمرض					
6	تراودني فكرة الموت بعد إصابتي بسرطان الثدي					
7	أنظر للحياة نظرة مليئة بالتشاؤم بعد إصابتي بالمرض					
8	أتجنب الحديث داخل أسرتي عن حقيقة حالتي الصحية					
9	يزيد البرنامج العلاجي والغذائي للمرض من شعوري بالقلق والتشاؤم					
10	أخشى ان تجبرني ظروفي على ممارسة عمل اخر					
11	أرى ان المستقبل يحمل لي أخبار سيئة					
12	تزعجني دائماً نظرات العطف من الآخرين تجاهي بعد الإصابة بالمرض					
13	يؤلمني شعور أهلي بالقلق على حالتي الصحية					
14	أشعر بان حياتي الصحية أصبحت بلا أهمية					
15	أجد صعوبة في الاعداد والتخطيط لمستقبلي المهني					
16	ينتابني شعور بعدم الرضا عن نفسى بعد إصابتي بالمرض					
17	اخشى ان يهجرني أصدقائي بسبب مرضى					
18	أخشى من إصابة أي من فراد أسرتي بالسرطان					
19	أخشى عدم تكيفي مع الظروف والحياة الصحية لمرضي بسرطان الثدي					
20	أخشى ان يقلل المرض من كفاءتي في عملي					
21	أشعر بفقدان الأمل في الحياة					
22	حياتي مملوءة بالحيلولة والنشاط والرغبة في مواجهة المرض					
23	يشغلني كثيراً التفكير في المستقبل المجهول لأسرتي					
24	تراودني فكرة إصابتي بأمراض خطيرة أخرى غير سرطان الثدي					
25	أرى أن أهدافي المهنية يصعب تحقيقها مستقبلاً					
26	أفتقد القدرة على اتخاذ القرارات المناسبة					
27	أشعر بعدم الرضا عن حياتي الاجتماعية بعد مرضي					
28	اخشى من انهيار أسرتي بسبب مرضى					
29	اخشى ان لا تمكني قدراتي البدنية من الوفاء باحتياجاتي					
30	اخشى ان افقد عملي بسب إصابتي بسرطان الثدي					