

The Effectiveness of Brief Strength-Based Therapy (SBT) Interventions in Reducing Symptoms of Grief of Loss Among Female Breast Cancer Patients in Saudi Arabia

Prof. Bushra Ismail Ahmed Arnout

Professor of Counseling Psychology, College of Education, King Khalid University, KSA
Psychology Department, Faculty of Arts, Zagazig University, Egypt

E-mail: beahmad@kku.edu.sa

DOI:10.12816/0061390

Received: 18 October 2022

Accepted: 20 November 2022

Published: 1 April 2023

The Effectiveness of Brief Strength-Based Therapy (SBT) Interventions in Reducing Symptoms of Grief of Loss Among Female Breast Cancer Patients in Saudi Arabia

Abstract:

This study aimed to plan a brief program based on strength-based therapy (SBT) to reduce the symptoms of grief of loss in breast cancer patients and to verify the effectiveness of this program as well as the continuance of its effect during the follow-up period after one month of applying for the program. To achieve the objectives of this study, the researcher used the semi-experimental research design with one experimental group and pre, post, and follow-up measurements. The sample consisted of (7) breast cancer patients who receive chemotherapy and do not receive any other psychological services; their ages ranged between (38-55) years, with an average age of (46.14) years and a standard deviation of (5.78), applied to them a demographic data checklist and a scale of symptoms of grief of loss (prepared by the researcher), and the brief therapy program based on strength (consisting of 8 sessions) prepared by the researcher. The results indicated the effectiveness of the brief therapy program based on strength, as there were statistically significant differences (at the level of 0.05) between the pre- and post-measurement scores in the symptoms of grief of loss. The results also revealed that the brief program effectiveness remained during the follow-up period, as there were no statistically significant differences (at the level of 0.05) between the mean scores of the experimental group in the post- and follow-up measurement in the symptoms of grief of loss. The results were interpreted in light of the theoretical framework and previous studies. Also, the researcher suggested many recommendations, including the necessity of integrating strength-based therapy interventions with the treatment plan for cancer patients in general and breast cancer patients in particular, as well as training health and psychological care providers for these patients on the techniques of strength-based therapy, in line with the global perspectives that emphasizes the importance of focusing the treatment of cancer patients, including breast cancer patients, focusing on strengths rather than loss and disease.

Keywords: grief, loss, strength-based therapy, window of strength, strength flow, breast cancer.

فاعلية تدخلات العلاج المختصر القائم على القوة (SBT) في خفض أعراض أسى الفقد لدى مريضات سرطان الثدي بالمملكة العربية السعودية

أ.د/ بشرى إسماعيل أحمد أرنوط

أستاذ علم النفس الإرشادي - كلية التربية - جامعة الملك خالد - المملكة العربية السعودية

كلية الآداب - قسم علم النفس - جامعة الزقازيق - مصر

E-mail: beahmad@kku.edu.sa

تاريخ الاستلام: 1 أبريل 2023

تاريخ القبول: 20 نوفمبر 2022

تاريخ الاستلام: 18 أكتوبر 2022

DOI:10.12816/0061390

فاعلية تدخلات العلاج المختصر القائم على القوة (SBT) في خفض أعراض أسى الفقد لدى مريضات سرطان الثدي بالمملكة العربية السعودية

المستخلص: هدف البحث الحالي إلى بناء برنامج مختصر يستند إلى العلاج القائم على القوة لخفض أعراض أسى الفقد لدى مريضات سرطان الثدي، والتحقق من فعالية هذا البرنامج وبقاء أثره خلال فترة المتابعة بعد مرور شهر من تطبيقه. ولتحقيق أهداف البحث استخدمت الباحثة التصميم شبه التجريبي ذو المجموعة التجريبية الواحدة والقياس القبلي والبعدي والتتبعي. بلغ عدد أفراد عينة البحث (7) مريضات بسرطان الثدي ممن يتلقين العلاج الكيميائي ولا يتلقين أية خدمات نفسية أخرى، تراوحت أعمارهن بين (38-55) عام، بمتوسط عمري قدره (46.14) عام، وانحراف معياري قدره (5.78)، طبقت عليهن الباحثة استمارة بيانات ديموجرافية ومقياس أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي (إعداد الباحثة)، والبرنامج العلاجي المختصر القائم على القوة (مكون من 8 جلسات) من إعداد الباحثة. أشارت النتائج إلى فعالية البرنامج العلاجي المختصر القائم على القوة، إذ وجدت فروق دالة إحصائية (عند مستوى 0.05) بين درجات القياس القبلي والبعدي في أعراض أسى الفقد. كما توصلت النتائج إلى بقاء أثر البرنامج خلال فترة المتابعة، إذ لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية (عند مستوى 0.05) بين درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي في أعراض أسى الفقد، وهكذا تحققت استمرارية التحسن والتغيرات الإيجابية في شخصية أفراد عينة البحث وكذلك استمرار انخفاض متوسطات درجاتهن بعد تطبيق البرنامج خلال فترة المتابعة. وقد فسرت الباحثة النتائج التي تم التوصل إليها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، كما وضعت عدد من التوصيات منها ضرورة دمج تدخلات العلاج القائم على القوة مع الخطة العلاجية لمرضى السرطان عامة ومريضات سرطان الثدي خاصة، وكذلك تدريب مقدمي الرعاية الصحية والنفسية لهؤلاء المرضى على فنيات العلاج القائم على القوة تماشيًا مع الاتجاه العالمي الذي يؤكد على أهمية تركيز علاج مرضى السرطان بما فيهم مريضات سرطان الثدي على جوانب القوة بدلاً من التركيز على المرض وعقلية العجز.

الكلمات المفتاحية: الأسى، الفقد، العلاج القائم على القوة، نافذة القوة، تدفق القوة، سرطان الثدي.

مقدمة:

يعد سرطان الثدي أكثر أنواع السرطانات التي يتم تشخيصها بين النساء في جميع أنحاء العالم، إذ وفقًا لمراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC)، تم تشخيص أكثر من 700000 امرأة بالسرطان في السنوات الخمس الماضية، وتعد سرطانات الثدي وعنق الرحم والمبيض والرئة والرحم والغدة الدرقية من بين أكثر أنواع السرطان انتشارًا بين النساء. في المملكة العربية السعودية بلغ إجمالي عدد حالات السرطان حسب آخر إحصائيات السجل السعودي للسرطان لعام 2016 (16,859)، منها (13,161) بين السعوديين بنسبة 78.1٪، منهم (44.1%) للذكور، في حين شكلت النساء (55.9%) منهن. وقد احتل سرطان الثدي في المملكة المرتبة الأولى (2282 حالة) بنسبة 17.3% للإناث والذكور و30.4% من جميع السرطانات لدى النساء. ثم جاء سرطان القولون والمستقيم، وسرطان الغدة الدرقية، بمعدل إصابة (27.2) لكل 1000 سيدة سعودية (وزارة الصحة السعودية، 2020). وفي الغالب، معظم مرضى السرطان يتناولون علاج واحد وهو العلاج الكيميائي أو الإشعاعي وربما بعض منهم يجرب العلاجات البديلة. ذكرت (Al Eid et al., 2020) أن العديد من الدراسات أوضحت أن التغيرات الفسيولوجية والنفسية تحدث عندما يتم توجيه مرضى السرطان إلى العلاج الكيميائي أو الإشعاعي، مما يؤثر على صحتهم النفسية.

فقد كشفت دراسة (Li et al 2003) مستوى عال من الاضطراب الانفعالي بين مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الطبي. وذكر Nakaya (2004) أن الاضطراب الانفعالي يغير من وظيفة المناعة في الجسم ويؤثر على نمو الأورام والأورام الخبيثة وبقاء مرضى السرطان على قيد الحياة. فقد وجدت مجموعة من الدراسات السابقة مثل دراسة (Boelen & Van, 2008; Lambe et al., 2004; Li et al., 2003; Paula et al., 2018) وجود زيادة في الإصابة بسرطان الثدي بين الإناث بعد وفاة أطفالهن وموت الشريك إذ أنه يقلل من المناعة الخلوية. كما وجدت دراسات سابقة علاقة بين الإصابة بالسرطان والأحداث العاطفية الصادمة السابقة كوفاة أحد الأحباء مثل دراسة (Boelen & Van, 2008)، ووجود علاقة بين الحداد المزمن والإصابة بالأورام السرطانية مثل دراسة (Wakefield, 2013).

أسى الفقد وسرطان الثدي:

فيما يتعلق باستجابة الأسى، هناك العديد من التعريفات لمفهوم الأسى، فقد عرّف (Parkes, 2018, p. 29) الأسى على أنه فقدان شيء ما، وغالبًا ما يرتبط بفقد أو وفاة أحد أفراد الأسرة. كما عرف (Boelen & Prigerson, 2007, p. 280) الأسى الناتج عن الفقد بأنه عبارة عن التعبير عن المعاناة النفسية والضغط النفسي الشديد الذي يفسر فقدان شيء ضخم أو فقد شخص عزيز سواء بالسفر أو بالموت. كما قد ينجم الحزن عن ظهور مرض مزمن،

أو فسخ علاقة، أو فقدان فرصة أو ترقية، أو أي حدث آخر صعب في الحياة. ولا شك أن هذه المشاعر من الحزن قد تعطل الحياة الاجتماعية وتؤثر على الصحة الجسدية والنفسية.

وفقاً لنموذج دورة الحزن الذي طوره (Shear et al., 2011) يُظهر الفرد استجابة الحزن في خمس مراحل، على النحو الآتي:

1. الإنكار: ففي البداية يُنكر الفرد ما حدث واستحالة تصديقه لفقدان شخص عزيز.
2. الغضب: عندما يبدأ الفرد في التعرف على حقيقة الموقف والتحقق منها، تأتي المرحلة الثانية وهي الشعور بالغضب.

3. المساومة أو محاولة التفاوض: ليس من غير المألوف بالنسبة للناجين الذين يعانون من الفقد التغلب على معاناتهم من خلال التفاوض. ومن ثم فإنهم يعتقدون أن رحيل شخص عزيز أرحم له من الاستمرار في الحياة والمعاناة من مرض أو إعاقة دائمة.

4. الكآبة: خلال كل المراحل السابقة وقبلها وبعدها يشعر الفرد بحزن كبير، مثل الشعور بأنه لن يعود أبداً إلى طريقه قبل رحيل من يُحبهم، أو أنه لا يستطيع أبداً تجاوز فقدهم.

5. القبول: وهي المرحلة الأخيرة من استجابة الأسى. في هذه المرحلة يصبح الفرد مؤهلاً نفسياً لقبول ما حدث والتوصل إلى حلول تمكنه من التعامل مع الفقد والمضي قدماً في حياته، وهذا لا يعني أن المراحل السابقة قد انتهت، فالفرد فقط هدأ، لكنه يفكر فيما حدث من وقت لآخر. ولكن بعد ذلك سيصبح ألم الفقد أكثر قابلية للإدارة ويخضع لسيطرة أكبر مما كان عليه في البداية.

وذكر (Parkes, 2018; Shear et al., 2011) توجد فروق في مراحل الأسى حسب نمط شخصية الفرد والظروف المحيطة به والنوع والعمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية وعوامل أخرى تحدد استجابة الفرد لتجربة الفقد وكيفية تعبيره عن مشاعر الأسى. وتستمر مشاعر الأسى لدى الفرد لفترة تتراوح ما بين عدة أسابيع وشهور إلى عدة سنوات، ومن ثم يقل التعافي من مشاعر الأسى تدريجياً.

وفيما يتعلق بالأسى لدى مرضى السرطان، أوضح (Boelen & Prigerson, 2007; Cherny et al., 2018) أن مرضى السرطان يعانون من الأسى بعد تشخيصهم كرد فعل على التهديدات بفقدان قدرتهم على العمل بشكل مستقل، وفقدان الهوية، والتغيرات في تعريف الدور داخل وخارج الأسرة، والخوف من الموت؛ كل هذا يمكن أن يؤدي إلى زيادة الصراع والخلل الوظيفي لمرضى السرطان؛ وبالتالي، فهم بحاجة إلى الدعم والمساعدة النفسية حتى يتمكنوا من التعامل مع مشاعر الأسى والضغط الناتجة عنها.

التدخلات النفسية لمرضى سرطان الثدي:

غالبًا ما ترتبط الإصابة بالسرطان بالعديد من المشكلات النفسية والاجتماعية، لذلك اهتمت العديد من الدراسات بدراسة فاعلية التدخلات النفسية والاجتماعية لمرضى سرطان الثدي. فقد أوضحت العديد من الدراسات السابقة فعالية التدخلات العلاجية النفسية لمرضى سرطان، مثل دراسة (Arnout et al., 2019; Barker et al., 2011; Carmer et al., 2017; Fenlon et al., 2020; Jassim et al., 2015; Sun et al., 2019). كما توصلت دراسة Casellas-Grau et al (2013) وجود 7266 دراسة منشورة حتى أبريل 2013 عن تأثير التدخلات العلاجية النفسية لمرضى السرطان. قام بإجراء تحليل بعدي Meta Analysis لعدد (16) دراسة منها. وتوصلت النتائج إلى فاعلية خمس مجموعات من العلاجات المستندة على تدخلات علم النفس الإيجابي، هي (تدخلات اليقظة، تدخلات التعبير عن المشاعر الإيجابية، التدخلات الروحية، العلاج بالأمل، وتدخلات إيجاد المعنى) في إحداث تغييرات إيجابية لمرضى سرطان الثدي مثل تحسين نوعية حياتهن، الرفاهية، الأمل، والتفاؤل. وباستعراض الباحثة الحالية للدراسات السابقة حول التدخلات النفسية لمرضى السرطان عامة ومرضيات سرطان الثدي خاصة لاحظت أن نقاط القوة لدى مرضيات سرطان الثدي لم تحظ باهتمام كبير من مقدمي الرعاية الصحية والخدمات النفسية الذين ينصب تركيزهم الأساسي على حل مشاكل هؤلاء المرضى. وبالتالي، يفوت مقدمو الخدمات الصحية والنفسية فرصة مهمة لبناء برامج علاجية تقوم على نقاط القوة لدى مرضيات سرطان الثدي، ومن ثم فإن هناك حاجة إلى تخطيط مناهج رعاية جديدة تدعم نقاط قوة مرضى سرطان الثدي وتعزز صحتهم ورفاهيتهم، وذلك من خلال التركيز على الأصول الصحية لديهم. ومع ذلك، لا يُعرف حتى الآن سوى القليل عن نقاط القوة التي يستخدمها مرضى السرطان ويشعرون بها أثناء مرضهم وشفائهم.

إذ كانت الجراحة والإشعاع والعلاج الدوائي حجر الزاوية في علاج مرضى السرطان لأكثر من قرن من الزمان. وعندما تستخدم هذه الأدوية بمفردها أو مجتمعة، فقد حسنت النتائج العلاجية للمرضى الذين يعانون من مجموعة متنوعة من الأورام الخبيثة الصلبة والمنتشرة، ولكن لا يزال هناك طلب كبير لم تتم تلبيته لتحسين البقاء على قيد الحياة ونوعية الحياة لهؤلاء المرضى. لهذا، يجب أن يرافق العلاج الطبي الجراحي أو الدوائي العلاج النفسي والرعاية التلطيفية لهؤلاء المرضى. وبالنظر إلى أن الأفراد المصابون بالسرطان يشكلون مجموعة كبيرة وبشكل متزايد في المجتمع، فإن الدراسات تشير إلى أن الرعاية والإدارة الذاتية لا ينبغي أن تركز فقط على المرض والجوانب الموجهة نحو المشاكل في حياة هؤلاء الأفراد، بل لابد أن يُقدم لهم المرشد أو المعالج النفسي الدعم اللازم الذي يُمكنهم من اكتشاف نقاط قوتهم الشخصية والاستفادة منها في الحياة اليومية.

ويعتبر مفهوم القوة أحد مفاهيم علم النفس الإيجابي، وقد استخدم ابراهام ماسلو مصطلح علم النفس الإيجابي لأول مرة في كتابه "الدافع والشخصية" عام 1945، وفي الفصل الأخير من هذا الكتاب بعنوان "نحو علم نفس إيجابي".

إذ شددت رؤية "ماسلو" لعلم النفس الإيجابي على مفاهيم مثل تعزيز احترام الذات الإيجابي بين الشباب، وتجارب الذروة، وتحقيق الذات. فقد استعار "سيليجمان" مصطلح علم النفس الإيجابي من "ماسلو" وقاد حركة جديدة في علم النفس. وبدأ "سيليجمان" (1998) في تحدى علماء النفس لمعرفة المزيد من تأثيرات التفاؤل والتفكير الإيجابي على التنمية البشرية (Petersen & Seligman, 2004; Walsh, 2004).

وللعلاج القائم على القوة أصوله النظرية، منها الإرشاد والعلاج النفسي وذلك باعتبار أن الهدف الرئيس منه هو تسهيل النمو البشري من خلال التركيز على "الجزور القوية" للأفراد. وفقاً Gelso & Fretz (1992) فإن الإرشاد والعلاج النفسي قد تبنى تقليدياً أدواراً وقائية وتنموية وعلاجية، وحدد خمس موضوعات موحدة ركزت عليها مهنة الإرشاد والعلاج النفسي، هي: الشخصيات السوية، أصول الأشخاص ونقاط القوة، التدخلات القصيرة نسبياً، التفاعلات بين الأشخاص والبيئة، الوظيفة التعليمية والتطوير المهني والبيئي (Brown & Lent, 2000; Gelso & Woodhouse, 2004; Green et al., 2004).

كذلك، ساهم العلاج المتمركز على الحل في تطوير نموذج العلاج القائم على القوة. إذ كان التركيز الأساسي للعلاج المتمركز على الحل هو إيجاد الحلول بدلاً من التركيز على مشاكل العملاء وذلك من خلال استخدام فنيات منها فنية السؤال المعجزة وفنية حالة الاستثناء. كذلك العلاج القصصي أو السردي الذي يُعد هو الآخر أحد الجزور النظرية للعلاج القائم على القوة على اعتبار أنه يساعد الأفراد على أن يعيدوا سرد قصصهم الشخصية عن الألم والرفض بطرق جديدة حررتهم ومكنتهم من الحياة الجيدة. وبالمثل، فإن العلاج المتمركز على القوة يطلب من الفرد إعادة سرد قصته مع التأكيد على نقاط قوته (Aspinwall & Staudinger, 2003; Buckingham & Clifton, 2001; Buckingham, 2007).

ويعد العلاج بالقوة أحد تدخلات الموجة الثالثة التي وضعها الطبيب النفسي الأمريكي دونالد كليفتون Clifton (2000) الأب الشرعي لعلم النفس القائم على القوة كما وصفته الجمعية الأمريكية للمنطق النفسي إشادةً لإسهاماته، والذي تخصص في دراسة النجاح، وطور نموذجاً ثلاثياً لدراسة نقاط القوة، وهي: القوة، الموهبة، والمهارة. ويرتكز العلاج القائم على القوة على افتراض أنه من خلال مقاومة الظروف الضاغطة يكتشف الأفراد قوتهم الداخلية. ويتوقف كيفية تعامل الأفراد مع تحديات الحياة وصعوباتها على ما إذا كانوا يشعرون أنهم يعملون من موقع قوة أو موقف عجز، فأولئك الذين لديهم عقلية القوة يركزون على صفاتهم الإيجابية، بينما يركز أولئك الذين يملكون عقلية العجز على نقاط الضعف والعيوب، سواء في أنفسهم أو على الآخرين. فكل عقلية منها تؤثر على التفكير والسلوك في المستقبل بطريقة مختلفة (Hodges & Clifton, 2004; Lietz, 2009).

وبالنظر لما تعانيه مريضات سرطان الثدي من ضغوط ومعاناة، إذ توصلت نتائج الدراسات السابقة أن مرضى السرطان بما فيهم مريضات سرطان الثدي يعانون من ضغوط نفسية مادية وأسرية (مثل دراسة Al Eid et al., 2020)، وما تُحدثه خبرة فقد لشخص عزيز على الصحة والرفاهية النفسية (مثل دراسة Boelen et al., 2004)، (2004; Lichtenthal et al., 1993; Horowitz et al., 2008; Dillen et al., 2008) فإنه سيكون من المجدي استخدام تدخلات العلاج القائم على القوة لبناء الثقة وتقليل الضغوط الناتجة عن الإصابة بالسرطان وكذلك أعراض الأسي أو الحزن المعقد لدى مريضات سرطان الثدي. فقد توصلت دراسة (Arnout, 2023) أن مريضات سرطان الثدي يعانين من أعراض نفسية ناجمة عن فقدهن لشخص مهم في حياتهن كفقْد الأب أو الأم أو الزوج منها القلق والاكتئاب واضطرابات في النوم والعزلة والانسحاب وغيرها.

ولقد أدت التيارات المساهمة المختلفة في تطوير نموذج العلاج القائم على القوة مثل (علم النفس الإيجابي، العمل الاجتماعي البنائي، العلاج السردي أو القصصي، وما إلى ذلك) إلى الظهور التدريجي للمفاهيم الفلسفية والنظرية الأساسية للعلاج القائم على القوة. ويمكن تعريف القوة بأنها "تلك التي تُساعد الشخص على التكيف مع الحياة أو تلك التي تجعل الحياة أكثر إشباعًا لنفسه وللآخرين". ومن ثم، فإن نقاط القوة ليست سمات شخصية ثابتة، بدلاً من ذلك، فإنها تتطور من عملية سياقية ديناميكية متجذرة بعمق في ثقافة الفرد. ولهذا، تعد نقاط القوة هي العدسات التي نستخدمها لمعالجة المعلومات لإحداث تغيير في حياته ولأجل التواصل مع الآخرين (Rapp, 1998; Rapp et al., 2006; Lounsbury et al., 2009; Saleebey, 2006).

وتتملك نقاط القوة عددًا من الخصائص. قد تكون داخلية أو خارجية، قد يتم تقييمها داخليًا أو خارجيًا، وعادة ما تكون مرتبطة بالثقافة، وقائمة على السياق الذي يعيش فيه الفرد، وموجهة نحو التنمية مدى الحياة. كما تتميز نقاط القوة أيضًا بخصائص تتضمن القدرة على التكيف والوظيفية، توجد معايير لجودتها تختلف باختلاف الدول، إذ أن الخصائص التي تعتبر نقاط قوة في ثقافة ما تعتبر نفسها نقاط ضعف في ثقافة أخرى، إذ يميل كل مجتمع إلى إنشاء بنية محددة لتمكين الأفراد بالانتقال من مستوى قوة إلى آخر (Chang, 2001). وقد ذكر (Masten & Reed, 2002) أن نقاط القوة تعد جزء من نظام التكيف البشري. ولهذا أضاف (Watson & Ecken, 2003) أن الأفراد يطورون نقاط القوة لديهم لأنها تعد مهارات البقاء الحاسمة التي تسمح للأفراد بتصحيح أنفسهم. فقد أوضحت نتائج الدراسات (Affleck & Tennen, 1996; Aspinwall, 2001) أن نقاط القوة لدى الفرد تساعدهم على تجاوز الظروف الشخصية وتحسينها والارتباط بالعالم.

وقد ذكر (Graybeal, 2001; Jones-Smith, 2006; Rath & Clifton, 2004) أن كل فرد يتمتع بمناطق قوة، وهي مناطق يمتلك فيها الفرد بعض المواهب الطبيعية لأداء جيد، إذ تنبعث من مناطق القوة إشارات للفرد

وللآخرين بأن هذه منطقة تؤدي فيها أداء جيد، يزيد إيمان الفرد بمناطق قوته من الإشارة التي ترسلها. فإذا أراد فرد ما أن يكون ناجحًا، فعليه التركيز على ما يفعله جيدًا بدلاً من التركيز على ما يجد صعوبة في القيام به. ففي منطقة القوة يكون الفرد منغمسًا للغاية وسعيًا بشأن ما يفعله لدرجة أنه ينسى الوقت، ويحب أن يواجه التحديات في منطقة القوة ويثني عليه الناس ويمدحوه على أداءه وهو في منطقة قوته. فكما وصف (Csikszentmihalyi, 1991) أن الفرد ينخرط في جهد تطوعي لإنجاز شيء صعب وجدير بالاهتمام والاستمتاع بكل دقيقة منه وهو ما أطلق عليه اسم "التدفق".

فقد أشار (Masten & Coatsworth, 1998; Masten & Reed, 2002; Weick et al., 2989) أن هناك عدة فئات لمناطق القوة لدى الإنسان، هي: الحكمة، القوة العاطفية، نقاط القوة في الشخصية مثل الصدق والانضباط والشجاعة، نقاط القوة الإبداعية، نقاط القوة العلائقية والتنشئة، نقاط القوة التعليمية، نقاط القوة التحليلية والإدراكية، نقاط القوة الاقتصادية والمالية، نقاط القوة في الدعم الاجتماعي، مهارات البقاء على قيد الحياة، القوة الحركية والجسدية. وتساعد هذه النقاط في بقاء حياة الأفراد وتوفير احتياجاتهم الفسيولوجية الأساسية والأمن والسلامة. وقد يمتلك الأفراد نقاط قوة في عدة فئات في وقت واحد، ولكن قلة منهم يمتلكون نقاط قوة في جميع الفئات، وذلك لأن كل فرد لديه جوانب ضعف بالإضافة للقوة. وقد ذكر (Anderson, 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 1991) أن هناك عدة عوامل قد تؤدي إلى انتقال الأفراد من نقطة قوة إلى أخرى، منها: النوع، مرحلة النمو، تجارب الحياة، التعرض للشدائد والبقاء على قيد الحياة، والقدرة على التفكير في تجارب الحياة. وفي بعض الأحيان قد يغترب الفرد عن نقاط قوته ويسميها (Aspinwall & Staudinger, 2003) باغتراب القوة أو نقص وعي الفرد بنقاط قوته ومواهبه، إذ نتيجة لذلك يتخبط الفرد في استخدام نقاط قوته ويفشل في تحقيق الأهداف المرجوة أو السعادة. وهنا سيكون دور المرشد أو المعالج هو مساعدة الفرد على تحديد مصدر قوة الاغتراب ومساعدته على إعادته إلى المكان المطلوب في حياته للتعامل بفعالية مع قضايا الحياة اليومية. ولهذا، يجب أن يسعى المعالج للتعرف على نقاط القوة للعميل لأنها توفر تصور عن الاتساق الداخلي فيما يتعلق بهوية العميل، وتشكل مفهومه عن ذاته، وتحدد له معنى حياته، وتحدد نوعية حياته (Jones-Smith, 2011; Lyons et al., 2000).

فعندما يدرك الأفراد نقاط قوتهم ويتعلمون كيفية تطبيقها على الأهداف والجوانب الأخرى من حياتهم، فإنهم يختبرون إحساسًا شخصيًا بالإنجاز، وعندما يتعرف الأفراد على نقاط القوة في الآخرين، وكيف تعمل قوتهم في العلاقات الشخصية، فإنهم يبدأون في اكتساب شعور الانتماء للمجتمع والترابط مع الآخرين (Arnout, 2021; Fredrickson, 2001; Jones-Smith, 2011) وعندما تتعلم مريضات سرطان الثدي كيفية تطبيق

نقاط قوتهم في المواقف أو التحديات الجديدة بعد تشخيصهم بالسرطان، فإنهم يوسعون مهاراتهم في التوافق ويكونون أكثر قدرة على حل المشكلات التي جلبتهم إلى العلاج في المقام الأول. ولهذا، فإن التركيز على نقاط القوة لدى مريضات السرطان يحفزهن على الإنجاز ويؤفر مسارات جديدة للأمل في الحياة والشفاء وتحقيق الأهداف، مما يجعلهن يشعرن بالسعادة والفرح المطلق والتدفق في استخدام نقاط قوتهن وتطويرها.

ومن فنيات العلاج القائم على القوة "نافذة القوة"، إذ خلال العلاج يتم تعريف الأفراد بنافذة نقاط القوة والتي تستند إلى نافذة جوهارى، والتي طورها جوزيف لوفت وهاري إنجهام (1955). وتتكون هذه النافذة من أربعة أقسام أساسية تعبر عن الإدراك الشخصي للفرد: المنطقة المفتوحة "المكشوفة"، المنطقة العمياء، المنطقة المخفية، المنطقة المعروفة "المجهولة". فالمنطقة المفتوحة أو المكشوفة تتكون من الأشياء التي يعرفها الفرد عن نفسه، والمنطقة العمياء تتضمن أشياء يعرفها الآخرون عن الفرد ولكنه يفتقد الوعي بها، والمنطقة المخفية تحتوي على الأشياء التي يعرفها الفرد عن نفسه، ومع ذلك يفتقر إلى المعرفة أو الوعي بهذه الأشياء. أما المنطقة الرابعة هي منطقة المجهول وتمثل الأشياء التي لا يعرفها الفرد عن نفسه ولا يعرفها غيره وتتطلب مهارة الكشف "الإفصاح" عن الذات. وبالمثل قام (Jones-Smith, 2011) بتعديل نافذة جوهارى للتعبير عن وعي الفرد بنقاط قوته. ويمكن استخدام نافذة نقاط القوة للمساعدة في تصور عملية الاتصال في العلاج بين العميل والمعالج. إذ يمكن أن تساعد عملية اكتشاف نقاط القوة المستخدمة أثناء العلاج على فتح النوافذ لكل من العميل والمعالج، وذلك لأن العلاج القائم على القوة يسعى لتعزيز نقاط القوة وإدارة نقاط الضعف التي تُدمر نقاط القوة لدى العميل.

وقد أشار (Rath & Clifton, 2004) إلى أن كل فرد لديه دلو غير مرئي يتم إفراغه وملؤه باستمرار، إعتيادًا على ما يفعله أو يقوله الآخرين ذوي الأهمية في حياته عنه. فعندما يمتلئ الدلو بالتشجيع والتقدير الإيجابي والحب والاحترام والتعليقات حول نقاط قوته، يشعر الفرد بالرضا عن نفسه. بينما عندما يكون الدلو فارغًا، فإن الفرد يميل إلى فقدان ثقته بنفسه واحترامه لذاته. وفي نفس الوقت، كل منا لديه أيضًا "غوص" غير مرئي يمكن استخدامه لملء دلو الآخرين إما عن طريق قول أو فعل أشياء لزيادة مشاعرهم الإيجابية. وعندما نقول أو نفعل أشياء تقلل من مشاعر الآخرين الإيجابية، فإننا لا نقلل منهم فحسب، بل نقلل من أنفسنا أيضًا. ولا شك أن قصص حياتنا تركز على هذا التفاعل الديناميكي بين ملء الدلو والغوص، وفي حين بعض دلاءنا ممتلئة، فإن البعض الآخر فارغ. ولهذا، فإن دور المعالج في العلاج القائم على القوة يتمثل في مساعدة العملاء على ملء دلاء عملائهم أي يساعدهم في تحديد نقاط قوتهم، وكذلك معرفة التسريبات في دلو العميل أي تحديد الأشياء التي تستنزف منه جسديًا وفعالياً مثل العلاقات السامة والإدمان والحياة الأسرية الضاغطة والصراع الوظيفي أو الأمراض المزمنة.

ولهذا يقترح Rath & Clifton أنه يجب على الأفراد أن يسلطوا الضوء على ما هو صحيح في أنفسهم والآخرين، وما إذا كان قد أضاف إلى حياته وحياة الآخرين أو سلب من حياته وحياة الآخرين.

ولهذا، فإنه لا بد من توفير بيئة علاجية لبناء نقاط القوة الملائمة لدى مريضات سرطان الثدي بدلاً من بيئة تركز على المرض، ولتحقيق هذا الهدف فإنه يجب على المعالجين أولاً التعرف على نقاط قوة عملائهم وتقييمها، وخلق تجارب من شأنها أن تُساعدهم في التعرف على نقاط قوتهم وتقديرها، وذلك لأن نقاط القوة تلعب دورًا حاسمًا في الحفاظ على الإحساس بالرفاهية أو زيادتها. إذ عندما تتمكن مريضات سرطان الثدي وغيرهن من ذوي الأمراض المزمنة قوتهم الشخصية بطرق مُرضية شخصيًا، فالمرشد أو المعالج يساعدهن على أن يصنعن مشاعر العيش بشكل جيد، لأن شعورهن بالسعادة تنطوي على استخدام ما لديهن من نقاط قوة.

في هذا السياق، تشير نتائج الدراسات السابقة أن مرضى السرطان يعتقدون أن نقاط القوة الشخصية أمر مهم بالنسبة لهم. فقد هدفت دراسة (2012) Rotegard et al إلى استكشاف ووصف تجارب مرضى السرطان وإدراك نقاط قوتهم، التي يحتاجونها أو يستخدمونها بأنفسهم أو يدعمها مقدمو الرعاية، وذلك باستخدام التصميم النوعي، على عينة قصدية من 26 مشاركًا تم جمع البيانات منهم خلال 4 مقابلات جماعية مركزة. وقد أوضحت نتائج التحليل النوعي والموضوعي الاستقرائي لمحاضر المقابلة أن مرضى السرطان وصفوا مجموعة كبيرة من نقاط القوة التي استخدموها أو كانوا يرغبون فيها أثناء المرض والشفاء، بما في ذلك المزاج الجيد، واليقظة، وقوة الإرادة، والعلاقات الإيجابية، والآمال والمعتقدات، والحماية، واتخاذ الإجراءات والتحكم. كما أفاد المرضى أيضًا أن مقدمي الرعاية الصحية نادرًا ما يركزون على نقاط قوة المرضى، وهو أمر يتمنونه بشدة أثناء التدخلات العلاجية التي تُقدم لهم.

وبالمثل، هدفت دراسة (2023) Yan et al إلى استكشاف نقاط القوة الشخصية التي يعايشها المرضى الصينيون بعد تشخيص سرطان الثدي، وذلك باستخدام تصميم الدراسة النوعية والمقابلات شبه المقننة بناءً على تجربة حياة المرضى بعد تشخيص إصابتهم بسرطان الثدي، إذ تكونت العينة من (24) مشارك من المرضى البالغين الذين تزيد أعمارهم عن 18 عامًا، والذين تم تشخيص إصابتهم بسرطان الثدي بين أكتوبر 2019 وديسمبر 2020. وقد أظهرت النتائج ستة مواضيع (فضائل). بالإضافة إلى ذلك، ظهر موضوعان فرعيان جديداً لقوة الشخصية في هذه الدراسة، هما: نكران الذات والبرجماتية، على التوالي. كما وصف مرضى سرطان الثدي مجموعة كبيرة من نقاط القوة الشخصية التي استخدموها أو تمنوها أثناء النجاة من المرض، بما في ذلك الامتتان والأمل والتواضع واللطف والفكاهة والصدق والتسامح. كما أوضحت النتائج أن القيم الثقافية (على سبيل المثال، الجماعية والأسرية والكونفوشيوسية والمعتقدات البوذية) ساعدت في هيكلة تجارب نقاط القوة في شخصية المرضى الصينيين. فقد

أوضحت النتائج رغبة المرضى في أن تكون لديهم نقاط قوة شخصية أكثر ملاحظة وتقديرًا وتشجيعًا من قبل الآخرين على تعزيزها والإبلاغ عن مساهمهم النفسي باستخدام نقاط القوة الشخصية. إذ تشير نتائج الدراسات إلى أن التدخلات العلاجية القائمة على القوة لها تأثير نفسي إيجابي، لا سيما في تعزيز رفاهية الفرد من خلال تنمية الأمل. ففي دراسة (Ralph, Lambric & Steele, 1996) للأشخاص الذين يعانون من مشاكل صحية نفسية خطيرة، طُلب من الأشخاص تحديد العوامل التي يرون أنها ضرورية للشفاء، ومن أهمها: القدرة على الحصول على الأمل، بالإضافة إلى تنمية الثقة في أفكار الفرد وأحكامه. وأشار (Smock et al, 2008) إلى أن أحد أهداف الممارسة القائمة على القوة يتمثل في تمكين الناس من النظر إلى ما هو أبعد من مشاكلهم الفورية والحقيقية والتجربو على تصور مستقبل مُلهم، مما يوفر لهم الأمل في أن الأشياء يمكن أن تتحسن. فقد أشارت النتائج أن الأساليب القائمة على القوة فعالة في تطوير الأمل والحفاظ عليه لدى الأفراد. فمن خلال التوقعات الكبيرة للأفراد، يخلق الممارسون للعلاج القائم على القوة مناخًا من التفاؤل والأمل والإمكانية، والذي ثبت أنه يحقق نتائج ناجحة (Hopps, Pinderhughes & Shankar, 1995).

وأضاف (Park & Peterson, 2009) أن الممارسة القائمة على القوة تشتمل على مكون داخلي، وهو ذو طبيعة علاجية، ويتضمن تحديد الأصول أو القدرات الفردية والتعبير عنها والبناء عليها. كما تهدف إلى المساعدة في إيجاد حلول للمشاكل الحالية بناءً على الموارد المتاحة حاليًا، فالعمل على تعزيز وعي الفرد وفهمه لنقاط القوة والقدرات لديه يعزز شعوره المتزايد بالرفاهية. علاوة على ذلك، أوضح (Altenberger & Mackay, 2006) أن استخدام الروايات الشخصية يضيف إلى عملية إعادة صياغة إيجابية للهوية الشخصية للأشخاص الذين يستخدمون خدمات الصحة النفسية.

وبمراجعة الأدبيات البحثية حول العلاج القائم على القوة، أوضحت نتائج الدراسات السابقة فاعليته في علاج الاضطرابات النفسية. فقد توصلت نتائج دراسة Selekman (2010) فاعلية العلاج القائم على القوة في علاج المراهقين الذين يعانون من سلوك إيذاء الذات وذلك بمساعدتهم من أن يستفيدوا من نقاط قوتهم الشخصية والموارد في حياتهم وأفراد أسرهم وذوي الأهمية في شبكاتهم الاجتماعية في حل مشكلاتهم الحالية. كذلك توصلت دراسة Shainna et al (2019) إلى فعالية تدخلات الإرشاد الجماعي القائم على نقاط القوة في تعزيز التوافق النفسي وتقييم المساندة الاجتماعية والنمو لدى الشباب الذين يعانون من الاضطرابات الجنسية ممن تراوحت أعمارهم بين (18- 24 عام). كذلك الحال، أوضحت نتائج دراسة Yuen et al (2020) عن زيادة رضا المراهقين وأولياء الأمور وانخفاض استخدام مستوى الرعاية في المستشفى مع تنفيذ طرائق العلاج القائم على القوة. ولهذا، أوصت هذه الدراسة بضرورة دمج التدخلات القائمة على القوة في الممارسة النفسية التقليدية لتعزيز الشفاء لدى الذين يعانون

من اضطرابات نفسية وذلك من خلال إشراك نقاط قوة المريض واهتماماته بالترافق مع العلاج الطبي لتعزيز التعافي. كما كشفت دراسة Yu et al (2022) على طلبة الجامعة وجود فاعلية لتدخلات العلاج القائم على القوة في تحسين نمو ما بعد الصدمة وتعزيز الرفاهية النفسية بالإرشاد الجمعي. كذلك أشارت نتائج دراسة Samet et al (2019) إلى فاعلية تدخلات العلاج القائم على القوة مع عينة (ن= 349 مريض) من المدمنين من المصابين بنقص المناعة HIV مقارنة بالرعاية التقليدية.

كما أوضحت نتائج الدراسات السابقة فاعلية العلاج القائم على القوة في علاج المشكلات المجتمعية، ففي الدراسة النوعية التي أجراها Hunter et al (2016) بالولايات المتحدة الأمريكية أوضحت نتائج مجموعات التركيز أهمية تطوير برامج لتدخلات العلاج القائم على القوة لتقديم الخدمات النفسية للسجناء قبل وبعد الإفراج عنهم لتأهيلهم للمجتمع. كذلك استجابة لأكبر أزمة إنسانية في التاريخ الحديث، كشفت نتائج دراسة Moore (2017) فاعلية تدخل علاجي يستند على سرد القصص القائم على القوة بتسريحات إبداعية (مثل، الكتاب الهزلي والتسجيلات الصوتية والتصوير الفوتوغرافي) في بيئة مجتمعية تدعم التمكين والشفاء والمرونة، مع بناء الإتيقان الفردي والتكامل المجتمعي والمهارات الحياتية في التعافي من الصدمات للاجئين القصر غير المصحوبين بذويهم الذين يعيشون في اليونان. كذلك كشفت نتائج الدراسات والبحوث السابقة عن فاعلية العلاج القائم على القوة في مجال علم النفس الرياضي، إذ أوضحت دراسة Gabana (2017) فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي قائم على القوة في خفض أعراض الاكتئاب وتعزيز المرونة لدى طلبة الجامعة الرياضيين.

ولأن الأبحاث الناشئة في علم النفس والعلوم السلوكية الحيوية تدرك أهمية دعم المرضى لتعبئة قوتهم الشخصية للعيش بشكل جيد مع الأمراض المزمنة، فإنه يمكن استخدام التكنولوجيا الإيجابية والحوسبة الإيجابية كنهج تصميم أساسي لتوجيه تصميم وتطوير التدخلات الجديدة القائمة على التكنولوجيا لمجموعة المستخدمين هذه التي تدعم تعبئة نقاط قوتهم الشخصية. فقد حاولت بعض الدراسات الأخرى تصميم تطبيقات صحية تدعم نقاط القوة لدى الذين يعانون من الأمراض المزمنة. مثل دراسة Mirkovic et al (2018) التي نظمت ورشة عمل لوضع الرموز بهدف استكشاف متطلبات المستخدم وأفكاره حول كيفية استخدام التكنولوجيا لمساعدة الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة على تنشيط نقاط قوتهم الشخصية في إدارة تحدياتهم اليومية. وقد شارك (35) مشاركاً من خلفيات متنوعة (مرضى، ومقدمو رعاية صحية، ومصممون، ومطورو برامج، وباحثون). جمعت ورشة العمل بين مبادئ (1) التصميم التشاركي والخدمي لتمكين المشاركة الفعالة والتعاون بين مختلف أصحاب المصلحة و(2) منهجية استقصاء تقديرية لتحويل انتباه المشاركين إلى السمات والقيم والجوانب الإيجابية ذات المغزى والتي تمنح الحياة وتحفيز المشاركين على الإبداع والمشاركة والتعاون. باستخدام هذه المبادئ، انخرط المشاركون في هذه الدراسة في

أنشطة جماعية لتطوير أفكار للأدوات الداعمة لنقاط القوة. تكونت كل مجموعة من 3-8 مشاركين من خلفيات مختلفة. وقد أوضحت النتائج أن المشاركون ساهموا بشكل كبير في جميع الأنشطة وأبلغوا عن مجموعة متنوعة من المتطلبات والأفكار، بما في ذلك أكثر من 150 نموذجًا للقوة الشخصية، وأكثر من 100 من التحديات اليومية التي يمكن معالجتها باستخدام نقاط القوة الشخصية، ومجموعة واسعة من متطلبات الوظائف (على سبيل المثال: والدعم الاجتماعي، وقوة الوعي والتفكير، واستراتيجيات المواجهة). تم إنشاء ست مفاهيم للأدوات الداعمة للقوة، شملت ما يلي: تطبيق جوال لدعم شخص ما لتخزين نقاط قوته والتفكير فيها وزيادتها (تطبيق صندوق كنز القوة)؛ تطبيق "نظارات التعاطف" التي تمكن الشخص من رؤية الموقف من منظور شخص آخر (Empathy Simulator)؛ وتطبيق جوال يسمح لأي شخص بتلقي رسائل داعمة من أشخاص مقربين في بيئة آمنة يتحكم فيها المستخدم (تطبيق Cheering squad). وتشتمل عناصر التصميم المقترحة لجعل الأدوات متضمنة: الاستعارات (مثل الأشجار وجزيرة الكنز)، وتقنيات التصور (على سبيل المثال، لوحات المعلومات، والتشفير اللوني)، والوسائط المتعددة (على سبيل المثال، الرسوميات). كان الحفاظ على التركيز الإيجابي في جميع أنحاء الأداة مطلبًا مهمًا، خاصة للتغذية الراجعة وتأطير المحتوى.

وبالمثل، سعت دراسة Jessen et al (2020) إلى تصميم وتطوير تطبيق My St Strengths، وهو تطبيق صحة نقال (mHealth) مصمم لمساعدة المستخدمين (الأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة) على حدٍ سواء في العثور على نقاط قوتهم الشخصية والاستفادة منها في حياتهم اليومية، وذلك خلال أربع مراحل، تم استخدام مجموعة من الأساليب والأنشطة، بما في ذلك (1) ورشة عمل لتوليد الأفكار تهدف إلى خلق أفكار لميزات تدعم نقاط القوة مع مختلف أصحاب المصلحة، بما في ذلك المرضى ومقدمي الرعاية والأقارب والمصممين (ن = 35)؛ (2) ندوات بحثية مع مجموعة دولية من الخبراء (ن = 6)، حيث تمت مناقشة المفهوم والخلفية النظرية وأفكار تصميم التطبيق؛ (3) سلسلة من ورش العمل للتصميم المشترك مع أشخاص في مجموعة المستخدمين (ن = 22) بهدف خلق أفكار لكيفية تصميم التطبيق بطريقة جذابة؛ و (4) في 4 تكرارات تطويرية، تم تقييم التطبيق من قبل أشخاص في مجموعة المستخدمين (ن = 13). وهكذا، تم العمل على تمارين المحتوى والقوة وصقلها من قبل فريق البحث ومجموعات الخبراء وفريق التحرير الداخلي لدينا خلال عملية التطوير بأكملها. وجدت المرحلة الأولى مجموعة واسعة من متطلبات أصحاب المصلحة لتطبيقات الصحة المحمولة التي تركز على نقاط القوة والأفكار الخاصة بها. من خلال مراجعة الأدبيات خلال المرحلة الثانية، وجد الباحثين ندرة في الدراسات التي أجريت حول نقاط القوة الشخصية فيما يتعلق بالأشخاص المصابين بأمراض مزمنة. قدمت الأنشطة خلال المرحلة الثالثة بشكل إبداعي العديد من الأفكار والاقتراحات حول طرق جذابة وممتعة لتطوير وتصميم تطبيق MySt Strengths. فقد أوضحت

المرحلة النهائية أن الناتج من جميع المراحل السابقة تتفق معاً من خلال اختبار وتطوير تقييمات المستخدم، تم إنشاء النموذج الأولي لتطبيق MySt Strengths. وقد خلصت هذه الدراسة أنه على الرغم من أن الدراسات تدعم استخدام أدوات الصحة المحمولة التي تركز على نقاط القوة لدعم الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة، إلا أن هناك القليل من الإرشادات حول كيفية تصميم هذه الأدوات ومحتواها. من خلال جميع الأنشطة، وجد الباحثين دعماً كبيراً بين المستخدمين المشاركين للتطبيقات التي تركز على نقاط القوة، ويمكننا اعتبار هذه التطبيقات مناسبة وقيمة.

ومن خلال المراجعة المنهجية للبحوث والدراسات حول فعالية التدخلات القائمة على القوة لمرضى السرطان عامة ومريضات سرطان الثدي خاصة، لاحظت الباحثة غياب الاهتمام البحثي بهذا الموضوع على مستوى الدول العربية من جهة، ومن جهة أخرى وجود ندرة في جميع أنحاء العالم للدراسات عن فاعلية التدخلات القائمة على القوة لمرضى سرطان الثدي. كما أوصت نتائج الدراسات السابقة مثل (Rotegard et al., 2012; Warburton) et al., 2019; Yan et al., 2023 إلى أنه يجب أن يولي الطاقم الطبي مزيداً من الاهتمام لزراعة نقاط القوة الشخصية لمرضى سرطان الثدي، وأنه من الضروري الاهتمام بجعل الممارسات القائمة على القوة قابلة للتطبيق في برامج تعزيز الصحة النفسية السريرية، وأن يطور نظام الرعاية الصحية خدمات نفسية فردية مصممة خصيصاً لتلبية احتياجات المرضى لتطبيق نقاط القوة الشخصية.

وانطلاقاً مما سبق، وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة النوعية التي أجرتها (Arnout, 2023) عن أسى الفقد لدى مريضات سرطان الثدي بالمملكة العربية السعودية وكذلك توصياتها بتصميم برامج إرشادية وعلاجية لمريضات سرطان الثدي لخفض أعراض الأسى لديهم، فإن البحث الحالي سيُطور مقياساً لأعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي في ضوء نتائج التحليل النوعي لدراسة (Arnout, 2023)، وسيتم تصميم برنامج علاجي لخفض أعراض أسى الفقد يستند إلى فنيات العلاج القائم على القوة. ولهذا، وبناء على ما سبق فإن هذا البحث يعد محاولة للتعرف على فاعلية تدخلات العلاج القائم على القوة في خفض أعراض الأسى الناجم عن فقد شخص عزيز لدى مريضات سرطان الثدي، كمساهمة لتحقيق أهداف الرؤية الوطنية 2030 (هدف جودة الحياة) والهدف الثالث (الصحة والرفاه) من أهداف التنمية المستدامة. وبناء على ما سبق يمكن طرح السؤال الرئيس الآتي:

ما فاعلية تدخلات العلاج المختصر القائم على القوة في خفض أعراض الأسى الناجم عن فقد شخص عزيز لدى مريضات سرطان الثدي؟

وينبثق عن هذا السؤال العام عدة أسئلة فرعية، هي:

1. هل تختلف درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية من مريضات سرطان الثدي في أعراض أسى

الفقد؟

2. هل تختلف درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية من مريضات الثدي في أعراض أسى الفقد؟

أهداف البحث:

هدف البحث الحالي إلي:

1. بناء برنامج مختصر قائم على العلاج بالقوة في خفض أعراض أسى الفقد لدى مريضات سرطان الثدي.
2. قياس فعالية البرنامج المختصر القائم على العلاج بالقوة في خفض أعراض أسى الفقد لدى مريضات سرطان الثدي.
3. التحقق من بقاء أثر البرنامج المختصر القائم على القوة بعد الانتهاء من تطبيقه على عينة من مريضات سرطان الثدي.

أهمية البحث:

1. يعد هذا البحث من باكورة البحوث والدراسات التي تناولت تدخلات العلاج القائم على القوة بصفة عامة ولدى مريضات سرطان الثدي بصفة خاصة لخفض أعراض الأسى الناجم عن فقدهن شخص عزيز، إذ يوجد نقص بل غياب في الاهتمام البحثي بموضوع تدخلات العلاج القائم على القوة كأحد توجهات الموجة الثالثة في الإرشاد والعلاج النفسي.
2. تتبع أهمية هذا البحث من مواكبته للاتجاه العالمي الحديث لتدخلات الإرشاد والعلاج النفسي القائمة على علم النفس الإيجابي، وعلى العلاج القائم على القوة بصفة خاصة والتوصيات بدمجه في خطة الرعاية النفسية لمرضى السرطان والذي هو موضوع البحث الحالي.
3. كما تتضح أهمية هذا البحث من ندرة الدراسات التي تناولت بالبحث والدراسة الأسى الناجم عن الفقد لدى مريضات سرطان الثدي في البيئة العربية - في حدود علم الباحثة- والذي أدرجته منظمة الصحة العالمية في الدليل (ICD-11) عام 2022، مما يسهم في فتح آفاق بحثية مستقبلية لدى الباحثين العرب حول هذا الاضطراب لدى مرضى سرطان الثدي خاصة والسرطان عامة.
4. تقديم مقياس للبيئة العربية بعد التحقق من خصائصه السيكومترية لمتغير أعراض أسى الفقد لدى مريضات سرطان الثدي وفق نتائج الدراسة النوعية التي أجرتها (Arnout, 2023)، مما يسهم في إثراء المكتبة العربية المختصة بالقياس النفسي.
5. قد يستفيد من نتائج هذا البحث مقدمي الرعاية الصحية من أخصائيين ومعالجين نفسيين في لفت انتباههم إلى ضرورة دمج تدخلات العلاج القائم على القوة في الخطة العلاجية لمرضى سرطان الثدي، لتعزيز رفاهيتهم وصحتهم.

مصطلحات البحث:

1- أسى الفقد: Grief of loss

عرفت (Arnout, 2023, 5) أسى الفقد لدى مريضات سرطان الثدي بأنه "استجابة نفسية معقدة تُظهرها مريضات سرطان الثدي بعد فقدهن لشخص عزيز تستمر لفترات طويلة وتؤثر بعمق على صحتهن الجسدية والنفسية، وترتبط بالاكئاب ومحاولات الانتحار وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب وسوء استخدام العقاقير ومشكلات النوم واضطراب الشهية والعزلة والوحدة وغيرها من الأعراض المعقدة وردود الفعل التي تختلف عن الحزن العادي وعن القلق واضطرابات المزاج.

وتتبنى الباحثة هذا التعريف لأسى الفقد لمريضات سرطان الثدي، إذ يُمثل أسى الفقد تلك الدرجة التي تحصل عليها مريضة سرطان الثدي على المقياس الذي أعدته الباحثة.

3- تدخلات العلاج القائم على القوة Strengths based-Therapy Interventions

عرف (Jones-Smith, 2011, p. 39) العلاج القائم على القوة بأنه "أحد تدخلات الموجة الثالثة، الذي يؤكد على أنماط التفكير الإيجابي والظروف المواتية في حياة الفرد وليس على السلبيات، ويُساعد على تحديد ما يصلح لكل شخص من خلال إدراك الأفراد لأنفسهم وليس من خلال ملامح التشخيص، ومن ثم يُركز بشكل أكبر على قوة العميل الداخلية وحيويته، وتقليل نقاط الضعف وال فشل والقصور، أو يسعى العلاج بالقوة لتعزيز عقلية الفرد الإيجابية وتحسين المرونة وتغيير نظرتهم للعالم إلى نظرة أكثر إيجابية، مما يُساعد الفرد على أن تكون توقعاته عن نفسه والآخرين أكثر منطقية".

وتعرف الباحثة تدخلات العلاج المختصر القائم على القوة لمريضات سرطان الثدي بأنها "تدخلات علاجية تستند إلى مجموعة من الإجراءات والفنيات والأنشطة المتنوعة التي حُطت لها علمياً لاكتشاف نقاط القوة في شخصية مريضات سرطان الثدي ومساعدتهن في بناء الثقة والمواجهة البناءة للضغوط الناتجة عن الإصابة بسرطان الثدي وأعراض الأسى الناجم عن فقدهن لشخص عزيز وذلك بمساعدتهن على سرد تاريخهن الشخصي من الصدمات والضغوط والآلام التي يعانين منها ليس بأنهن ضحايا (عقلية العجز) بل من منظور قوتهن ومهارتهن في البقاء رغم كل هذا على قيد الحياة (عقلية الوفرة)، وتدريبهن على استخدام نفس نقاط القوة لديهن للتعامل مع الضغوط والشدائد وذلك لخفض أعراض الأسى من قلق و اكتئاب واضطرابات النوم والعزلة واضطرابات الأكل وغيرها والحفاظ على حياتهن وتعزيز رفاهيتهن".

فروض البحث:

في ضوء الخلفية النظرية والأدبيات البحثية لموضوع البحث الحالي، أمكن للباحثة صياغة الفروض الآتية:

1- توجد فروق دالة احصائياً بين درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لمريضات سرطان الثدي في

أعراض أسى الفقد.

2- لا توجد فروق دالة احصائياً بين درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية لمريضات سرطان الثدي في أعراض أسى الفقد.

منهج البحث:

لتحقيق أهداف هذا البحث وللتحقق من فروضه، استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي، والتصميم المستخدم هو التصميم القائم على مجموعة تجريبية واحدة، باستخدام القياس القبلي والبعدي والتتبعي (قياس قبلي - تطبيق البرنامج - قياس بعدي - قياس تتبعي)، وذلك لأن عينة البحث من مريضات سرطان الثدي من العينات ذات الظروف الخاصة إذ يُصعب الحصول على مجموعة ضابطة. تمثلت متغيرات هذا البحث في: المتغير المستقل هو البرنامج المختصر القائم على العلاج بالقوة والذي تم تصميمه في البحث الحالي، والمتغير التابع هو درجات أفراد المجموعة التجريبية في مقياس أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي والمُعد في هذا البحث.

مجتمع البحث:

تكون مجتمع البحث الحالي من جميع مريضات سرطان الثدي بالمملكة العربية السعودية.

عينة البحث:

تم اختيار عينة قصدية من مريضات سرطان الثدي اللاتي تأكد تشخيصهن بسرطان الثدي ويتلقين العلاج الكيميائي ولا يتلقين أية مساعدة نفسية وأيضاً ممن فقدن شخص عزيز لديهن خلال العام الحالي أو الماضي، وحصلن على درجات مرتفعة في مقياس أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي، وقد بلغ عددهن (7) مريضات، تراوحت أعمارهن بين (38- 55) عام، بمتوسط عمري قدره (46.14) عام وانحراف معياري (5.78).

أدوات البحث:

أ - استمارة البيانات الديموجرافية:

أعدت الباحثة استمارة لجمع البيانات الديموجرافية فيما يتعلق بالعمر، والحالة الاجتماعية، والعمل، الدخل الشهري، القائم بالرعاية، وسؤال حول ما إذا فقدن خلال العام الحالي أو الماضي شخص عزيز لهن، وذلك من أجل التأكد من انطباق شروط عينة البحث عليهن.

ب- مقياس أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي

تم بناء مقياس أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي في ضوء نتائج التحليل الموضوعي بالدراسة النوعية التي أجرتها (Arnout, 2023) إذ تكون من 14 عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد هي الأعراض الجسدية لأسى الفقد (4 عبارات)، والأعراض النفسية (7 عبارات)، والأعراض الاجتماعية (3 عبارات). يُجاب عن كل منها باستخدام

مقياس ليكرت الخماسي (تطبق تمامًا، تنطبق إلى حد ما، تنطبق، لا تنطبق، لا تنطبق تمامًا). ويتم تصحيح المقياس بإعطاء الدرجات التالية (5، 4، 3، 2، 1) على الترتيب، وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين 14 - 70 درجة، وتم حساب المعايير الآتية للحكم على مستوى أعراض أسى الفقد على المقياس والتي قُسمت إلى ثلاث مستويات (مستوى منخفض من 14 - 32.66، مستوى متوسط من 32.67 - 51.33، مستوى مرتفع من 51.36 - 70).

وقد حُسبت الخصائص السيكومترية للمقياس على عينة من مريضات سرطان الثدي مكونة من (30) مريضة، وكانت النتائج على النحو الآتي.

1- حُسبت معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه وبالمقياس ككل للتحقق من مؤشرات الاتساق الداخلي للمقياس. وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول (1):

جدول 1: معاملات الارتباط بين عبارات مقياس أعراض أسى الفقد والدرجة الكلية للأبعاد وللمقياس

العبارة	معامل الارتباط بالبعد	معامل الارتباط بالمقياس	العبارة	معامل الارتباط بالبعد	معامل الارتباط بالمقياس
1	**0.667	**0.568	8	**0.534	**0.590
2	**0.650	**0.590	9	**0.546	**0.533
3	**0.570	**0.610	10	**0.610	**0.638
4	**0.531	**0.494	11	**0.579	**0.457
			الأعراض الانفعالية		**0.918
			الأعراض الجسدية		**0.834
5	**0.595	**0.490	12	**0.656	**0.701
6	**0.690	**0.699	13	**0.553	**0.601
7	**0.538	**0.541	14	**0.714	**0.743
			الأعراض الاجتماعية		**0.870

يتضح من النتائج الموضحة في جدول (1) أن جميع معاملات ارتباط عبارات مقياس أعراض أسى الفقد لدى مريضات سرطان الثدي بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه وبالدرجة الكلية للمقياس موجبة وذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) حيث أن قيم معاملات ارتباط العبارات بالبعد الذي تنتمي إليه تراوحت بين (0.457 إلى 0.714)، كما تراوحت معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية للمقياس بين (0.531 إلى 0.743). كما حُسبت معاملات ارتباط أبعاد مقياس أعراض أسى الفقد لدى مريضات سرطان الثدي بالدرجة الكلية للمقياس، وبلغت قيمة معامل ارتباط البعد الأول بالمقياس (0.834)، والبعد الثاني (0.918)، والبعد الثالث (0.870)، وكانت جميعها موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0.01)، مما يشير إلى تمتع مقياس أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي بالاتساق الداخلي.

2- كما حُسب ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية للمقياس الكلي والأبعاد. إذ بلغت معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي (0.874) والتجزئة النصفية سبيرمان- براون (0.869). كما بلغت قيم معاملات ثبات ألفا كرونباخ للبعد الأول (0.829) والتجزئة النصفية سبيرمان- براون (0.822)، وللبعد الثاني بلغت قيمته (0.905) والتجزئة النصفية سبيرمان- براون (0.899)، وللبعد الثالث بلغت قيمته (0.887) والتجزئة النصفية جتمان (0.879)، وجميع معاملات الثبات للمقياس ككل وللأبعاد مقبولة مما يشير إلى تمتع مقياس أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي بمؤشرات ثبات جيدة.

مواد البحث: أعدت الباحثة برنامج مختصر يستند إلى العلاج القائم على القوة لدى مريضات سرطان الثدي لخفض أعراض الأسى الناجم عن فقد شخص عزيز، وفيما يلي شرح هذا البرنامج بالتفصيل:

البرنامج المختصر المستند إلى العلاج القائم على القوة:

التخطيط العام للبرنامج: تضمن تخطيط البرنامج المختصر الذي استند إلى استراتيجيات العلاج القائم على القوة لخفض أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي على إعداد أهداف البرنامج العامة والخاصة وتحديد المدة الزمنية للبرنامج وعدد جلساته وزمن كل جلسة، والطريقة والفنيات وأنشطة التدخل التي تُلبي احتياجات مريضات سرطان الثدي وفق ما توصلت إليه دراسة (Arnout, 2023) إذ توصلت نتائجها إلى حاجة مريضات سرطان الثدي إلى تعلم مهارات التواصل الاجتماعي، المرونة النفسية في مواجهة الضغوط، التفاؤل بشأن المستقبل، الاندماج في الحياة، السيطرة على أعراض الأسى الناتج عن فقد شخص عزيز، تحسين أسلوب الحياة، خفض القلق وتحسين صورة الجسم.

مصادر بناء البرنامج: بُني هذا البرنامج المختصر بالاعتماد على الأطر النظرية والدراسات والأبحاث التي اهتمت بموضوع الأسى عامة ولدى مرضى السرطان خاصة، وكذلك الدراسات التي أوضحت فعالية التدخلات النفسية والاجتماعية لمرضى السرطان بما فيهم سرطان الثدي، هذا فضلاً عن نتائج الدراسة النوعية التي أجرتها (Arnout, 2023) حول الأسى لدى مريضات سرطان الثدي الذين فقدوا شخص عزيز لديهم.

التصور النظري للبرنامج: من خلال الإطار النظري والدراسات السابقة حول المشكلات النفسية التي يعاني منها مريضات سرطان الثدي وكذلك حول الأسى ومظاهره ومراحله وأعراضه وعوامل الخطورة، استطاعت الباحثة تحديد أهداف البرنامج العامة والإجرائية وأنشطة المناسبة لمريضات سرطان الثدي لخفض أعراض الأسى وإكسابهن عقلية القوة التي تمكنهن من مواجهة الضغوط في حياتهن وتعزيز الرفاهية والصحة والبقاء على قيد الحياة. فقد أشارت نتائج الدراسات مثل (Smock et al., 2008; Ralph et al., 1996) إلى أن التدخلات العلاجية القائمة على القوة لها تأثير نفسي إيجابي، لا سيما في تعزيز رفاهية الفرد من خلال تنمية الأمل. ففي خلال التسعينات وأوائل

العقد الأول من القرن الحادي، أكد (Jones-Smith, 2011) أن التركيز على نقاط القوة لدى العملاء يجب أن يستمر طوال عملية العلاج، إذ لاحظ تغير العملاء للأفضل عندما شجعهم على استخدام قوتهم للتعامل مع المواقف الصعبة في حياتهم. ومن هذه الجوانب للقوة التي استخدمتها سميث نقاط القوة الشخصية، القوة الأسرية، الأصدقاء والأقران، نقاط القوة الروحية، ونقاط القوة الروحية.

الأسس التي يقوم عليها البرنامج: يستند البرنامج المختصر الذي أعدته الباحثة والقائم على القوة لخفض أعراض الأسي الناجم عن فقد شخص عزيز لدى مريضات سرطان الثدي على مجموعة من الأسس التي تتمثل في أن سلوك مريضات سرطان الثدي يتسم بالمرونة والثبات النسبي وإمكانية تعديله، وما لدى مريضات سرطان الثدي من استعداد لتلقي الخدمات النفسية واحتجتهن الماسة لها كما أشارت نتائج دراسة (Arnout, 2023). وقد اتضح ذلك من خلال موافقة أفراد عينة البحث للمشاركة في البرنامج والرغبة في التعليم والتثقيف النفسي ليتمكن من مواجهة الشدائد والصعوبات التي تواجههن في حياتهن اليومية. كذلك يقوم هذا البرنامج على الالتزام بأخلاقيات الممارسة المهنية، ومراعاة الظروف الصحية للمريضات المشاركات والحرص على عدم التعارض بين مواعيد البرنامج وجلسات العلاج الكيميائي الذي يتلقينه. فقد تم بناء البرنامج وتخطيط سير جلساته واختيار الفنيات والأنشطة التي تتناسب مع الظروف الصحية للمشاركات ليشعرن بالاستمتاع أثناء الجلسات بدلاً من التعب والإرهاق. وحرصت الباحثة على أخذ الموافقة المستنيرة بأهداف البحث وإجراءات تطبيق البرنامج ومدته الزمنية من جميع المشاركات، بعد شرح مبسط لهن حول هذه الأمور الهامة الخاصة بالبحث وإجراءات البرنامج.

وعند تنفيذ جلسات البرنامج حرصت الباحثة على الحوار والمناقشة المفتوحة مع المشاركات في الجلسات وبخاصة في الجلسة الأولى لتكوين علاقة تتسم بالود والألفة والراحة النفسية والثقة، وتقديم التغذية الراجعة في الوقت المناسب للمشاركات. كما راعت الباحثة وجود ترابط وتكامل بين جلسات البرنامج وأنشطته وتدريباته وسهولة ذلك للمشاركات حتى لا يتسبب في نفورهن من البرنامج، وتقديم شرح مبسط للفنية والغرض منها قبل تدريبهن عليها مع مراعاة التدرج في التدريب حتى لا يشعرن بالإرهاق والملل مراعاة لظروفهن الصحية، وتقييمهن لكل جلسة ومقدار استفادتهن منها، واختيار الواجبات المنزلية البسيطة والتي ترتبط مع مشاكلهن وبما ينمي لديهن عقلية القوة وليس الشعور بالعجز في أداء الواجبات، لتوفير بيئة علاجية لبناء نقاط القوة الملائمة للمشاركات بدلاً من بيئة تركز على المرض.

أهداف البرنامج:

الهدف العام للبرنامج:

خفض أعراض أسى الفقد لشخص عزيز لدى مريضات سرطان الثدي وتدريبهن على استخدام نقاط القوة لديهن لحل مشاكلهن وما يواجهن من ضغوط وصعوبات وتكوين عقلية القوة بدلاً من عقلية العجز والمرض والفقد للحفاظ على بقائهن قيد الحياة.

الأهداف الإجرائية للبرنامج:

1. أن تتعرف المشاركات على معنى الأسى وأعراضه الجسدية والنفسية والاجتماعية وتأثيره على صحتهن.
 2. أن تستنتج المشاركات معنى القوة في شخصيتهن ومصادرها ودورها في تعزيز الصحة والرفاهية.
 3. أن يميز المشاركات بين عقلية العجز والمرض والفقد وعقلية القوة والمهارة.
 4. أن تكشف المشاركات عن نقاط القوة ونقاط الضعف الشخصية وتميز بينها.
 5. أن تتدرب المشاركات على نافذة القوة وتدقق القوة.
 6. أن تتدرب المشاركات على إعادة سرد تاريخها الشخصي للمرض والفقد من منظور القوة والمهارة في تجاوزها.
 7. أن تتدرب المشاركات على تغيير الأفكار والمشاعر السلبية المتعلقة بعقلية العجز واستبدالها بأفكار عقلية القوة والمهارة.
 8. أن تتدرب المشاركات على تقبل فقد الأشياء والأشخاص في الحياة.
 9. أن تتدرب المشاركات على تقبل الألم والضغوط والمشكلات ومواجهتها بدلاً من تجنبها وإنكارها.
 10. أن تتدرب المشاركات على استخدام نقاط قوتهن الشخصية في تقبل الواقع ومواجهة المواقف الضاغطة بفاعلية.
 11. أن تتدرب المشاركات على الحفاظ على عقلية القوة وامتلاك المهارات لمواجهة الضغوط والمصاعب في الحياة للبقاء على قيد الحياة ولتعزيز صحتهن ورفاهيتهن.
- طبق البرنامج المختصر القائم على العلاج بالقوة لخفض أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي في خمس مراحل متتابعة، هي: مرحلة التهيئة للمشاركات في البرنامج (1) والتعارف وبناء علاقة تقوم على المودة والتقبل والاحترام المتبادل والتفهم التشاركي والمشاركة الوجدانية. إذ بدأت الباحثة بتقديم شرح مبسط حول الغرض من تطبيق البرنامج وماهيته والأسلوب والطريقة التي سينفذ بها البرنامج وتخطيط سير جلساته ومدته الزمنية، وفي ضوء ذلك يتم توقيع العقد الإرشادي والموافقة المستنيرة على المشاركة في البرنامج، والتعرف على حاجتهن من البرنامج، ثم إجراء القياس القبلي بتطبيق مقياس أعراض أسى الفقد لدى المشاركات وتمثلها الجلسة الأولى من البرنامج. يلي ذلك مرحلة الانتقال لإلقاء الضوء على مشكلة المشاركات وهي أعراض الأسى الجسمية والنفسية

والاجتماعية وتأثيره على صحتهم ورفاهيتهن (2) والتي يتم تقديم خلفية معرفية نظرية للمشاركات بالبرنامج عن مشكلتهن وأسبابها ومظاهرها وتمثلها

الجلسة الثانية. ثم يليها مرحلة العمل والبناء وتطبيق الفنيات والأنشطة والواجبات (3) لتغيير وتعديل تفكير وسلوك المشاركات بالبرنامج وإكسابهن عقلية القوة والمهارة في مواجهة الضغوط والفقد والمرض بدلاً من عقلية العجز والضعف والضحية وذلك بشكل فردي (تمثلها الجلسات من الثالثة وحتى السابعة). ومرحلة الإنهاء والتقييم (4) وتمثلها الجلسة الثامنة والأخيرة من جلسات البرنامج وفيها تتحقق الباحثة من التغيرات الايجابية للمشاركات والوقوف على تحقق أهداف البرنامج من خلال استخدام أساليب التقييم المختلفة سواء بالملاحظة والتقرير الذاتي، وإجراء القياس البعدي بإعادة تطبيق مقياس أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي، والمحافظة على التفكير بعقلية القوة ثم تحديد موعد جلسة القياس التتبعي. ثم مرحلة المتابعة (5) وهي المرحلة النهائية حيث تتحقق فيها الباحثة من بقاء أثر البرنامج واستمرار النتائج الإيجابية بعد تنفيذ جميع جلسات البرنامج واستمرار انخفاض أعراض أسى الفقد لدى المشاركات، وذلك من خلال إعادة تطبيق مقياس أعراض أسى الفقد لدى مريضات سرطان الثدي خلال فترة المتابعة وبعد مرور شهر واحد من انتهاء جميع جلسات البرنامج.

الجدول الزمني وطريقة تطبيق البرنامج: تكون البرنامج المختصر القائم على العلاج بالقوة لخفض أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي الذي أعدته الباحثة من ثمان جلسات، استمر تنفيذه بطريقة فردية لكل مشاركة بسبب ظروفهن الصحية على مدى شهر أي أربع أسابيع متتالية إذ تم تنفيذ جلستان في الأسبوع، وتراوحت مدة تطبيق الجلسة بين (45 – 75 دقيقة)، وقد بدأ تطبيق البرنامج من تاريخ 15 / 9 / 2022 إلى 16 / 10 / 2022 م.

الفئة المستفيدة من البرنامج: مريضات سرطان الثدي ممن فقدن شخص عزيز خلال العام الحالي أو العام الماضي وحصلن على درجات مرتفعة في مقياس أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي (إعداد: الباحثة).

الأسلوب والطريقة والفنيات المستخدمة: نُفذت جلسات البرنامج المختصر المستند إلى العلاج القائم على القوة لخفض أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي بطريقة فردية لكل مشاركة من أفراد المجموعة التجريبية على حدة. ولتحقيق أهداف البرنامج أستخدمت الفنيات الآتية: المحاضرة، الحوار والنقاش، التعزيز، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي، النمذجة، التسامح، إعادة سرد التاريخ الشخصي للألم والفقد بالتركيز على نقاط القوة، نافذة القوة، تدفق القوة، التجاوز، إحساس الإنجاز، تقييم الذات، توكيد الذات، إعادة صياغة الهوية الشخصية، حديث الذات الايجابي، الفكاهة، التقبل، الاسترخاء، خفض الحساسية الموقفية، حل المشكلات، التشكيل، الالتزام، الامتنان، التخيل المعرفي.

أدوات البرنامج: استمارة العقد الإرشادي - مقياس أعراض أسى الفقد - استمارة تقييم جلسة - استمارة تقييم البرنامج - استمارة الواجب المنزلي - فيديوهات - جهاز حاسب آلي - جهاز عرض داتا شو - سماعات صوتية - أوراق عمل - أوراق - أقلام.

ملخص جلسات البرنامج:

جدول 2: ملخص جلسات البرنامج المختصر للعلاج القائم على القوة لخفض أعراض أسى الفقد لدى مريضات

سرطان الثدي

الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	المدة الزمنية
الأولى	تمهيد وتعارف	<ol style="list-style-type: none"> 1- التعارف بين الباحثة والمشاركات في البرنامج لإقامة علاقة إرشادية أساسها الثقة والمودة والاحترام المتبادل والتقبل والتفاهم التشاركي. 2- التعريف بالبرنامج المختصر المستند على العلاج القائم على القوة من حيث أهدافه وأهميته ومدته الزمنية التي يستغرقها تطبيقه، وكيفية سير جلساته والمدة الزمنية لكل جلسة. 3- التعرف على احتياجات وتوقعات المشاركات من هذا البرنامج. 4- توقيع العقد الإرشادي الذي يؤكد رغبة المشاركات وموافقتهم المستنيرة على المشاركة في البرنامج. 5- تطبيق مقياس أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي على المشاركات. 	<ul style="list-style-type: none"> الحوار المناقشة المحاضرة التغذية الراجعة 	45 دقيقة
الثانية	الأسى واعتلال الصحة	<ol style="list-style-type: none"> 1. أن تتعرف المشاركات على مفهوم الأسى وأسبابه وأعراضه الجسدية والنفسية والاجتماعية. 2. أن تكتشف المشاركات تأثير خبرة الفقد ومشاعر الأسى على صحتهم الجسمية والنفسية وخطورتها على مآل المرض. 3. أن تربط المشاركات أسباب معانتهن النفسية الحالية بخبرة فدهن لشخص عزيز. 4. أن تُجرب المشاركات خبرة إدارة الفقد والسيطرة على مشاعر الأسى الناتجة عنها. 5. أن تختار المشاركات تقبل الواقع والتأقلم معه بدلاً من التجنب أو الانسحاب منه. 6. أن تنفذ المشاركات واجب منزلي بعنوان (سر شخصيتي). 	<ul style="list-style-type: none"> المحاضرة الحوار المناقشة التغذية الراجعة اليقظة الذهنية إعادة سرد التاريخ الشخصي للفقد مع التركيز على نقاط القوة التقبل التسامح الواجب المنزلي 	60 دقيقة
		<ol style="list-style-type: none"> 1. أن تناقش الباحثة مع المشاركات الواجب المنزلي من الجلسة 	<ul style="list-style-type: none"> المحاضرة 	75 دقيقة

الثالثة	نافذة القوة والرفاه	السابقة.	الحوار
		<p>السابقة.</p> <p>2. أن تحدد المشاركات معنى القوة وأنواعها في حياتهن.</p> <p>3. أن تستنتج المشاركات أهمية نقاط القوة في تحقيق صحتهن ورفاهيتهن.</p> <p>4. أن تحلل المشاركات نافذة قوتهن التي جاءت في حلهن للواجب المنزلي (سر شخصيتي).</p> <p>5. أن تربط المشاركات بين نافذة قوتهن وصحتهن ورفاهيتهن بالحياة.</p> <p>6. أن تكشف المشاركات عن نقاط قوتهن في حياتهن وملاحظة ما هو موجود بالفعل وليس ما هو مفقود.</p> <p>7. أن تحدد المشاركات نقاط ضعفهن والتي تؤدي لتسريب صحتهن ورفاهيتهن وشعورهن بالسعادة وتجاوزها بالتركيز على نقاط قوتهن وليس ضعفهن.</p> <p>8. أن تنفذ المشاركات واجب منزلي بعنوان "أزمات تجاوزتها بنجاح"</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ الحوار ▪ والمناقشة ▪ نافذة القوة ▪ تقييم الذات ▪ التجاوز ▪ اليقظة ▪ الذهنية ▪ إعادة سرد التاريخ ▪ الشخصي مع التركيز على نقاط القوة ▪ التعزيز ▪ الفكاكة ▪ الواجب المنزلي
الرابعة	تدفق القوة	<p>1. أن تناقش الباحثة مع المشاركات الواجب المنزلي من الجلسة السابقة.</p> <p>2. أن تتدرب المشاركات على تجاوز الخوف وتبني فلسفة القوة وأنهن أبطال وليسن ضحايا للمرض والفقد.</p> <p>3. أن تُطبق المشاركات ارتداء عدسات القوة لراحة ورفاهية أفضل والالتزام بعدم تخليهن عن هذه العدسات مهما واجهن من ضغوط ومشاكل.</p> <p>4. أن تتدرب المشاركات على الانغماس في منطقة القوة وما يمتلكته من مهارات لتحقيق أهدافهن في الحياة وعدم الاستسلام للفشل والمرض والألم.</p> <p>5. أن تطبق المشاركات استخدام نقاط القوة في مواجهة موقف ضاغط تخيلي أثناء الجلسة.</p> <p>6. أن تنفذ المشاركات واجب منزلي بعنوان "ألمي في الحياة هو...".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ الحوار ▪ والمناقشة ▪ التخيل ▪ المعرفي ▪ ضعف الحساسية ▪ الموقفية ▪ الاسترخاء ▪ تدفق القوة ▪ اليقظة ▪ الذهنية ▪ إعادة صياغة الهوية الشخصية ▪ التغذية الراجعة ▪ التعزيز ▪ الواجب المنزلي
الخامسة	مسابقات الأمل	<p>1. أن تناقش الباحثة مع المشاركات الواجب المنزلي من الجلسة السابقة.</p> <p>2. أن تبدي المشاركات رأيهن في مفهوم الأمل وأهميته في تحقيق حياة أفضل.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ الحوار ▪ والمناقشة ▪ النمذجة ▪ إعادة سرد

<p>التاريخ الشخصي بالتركيز على نقاط القوة</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ التغذية ▪ الراجعة ▪ ضعف ▪ الحساسية ▪ الموقفية ▪ إعادة سرد ▪ الهوية ▪ الشخصية ▪ تدفق القوة ▪ التجاوز ▪ التعزيز ▪ الحديث ▪ الذاتي ▪ الإيجابي ▪ الواجب ▪ المنزلي 	<p>3. أن تضرب المشاركات أمثلة عن الأمل وكيف غير من حياتهن للأفضل من خلال إعادة سرد تاريخ حياتهن الشخصي للمرض والألم والفقد.</p> <p>4. أن يميز المشاركات بين الأمل واللامأل (القنوط واليأس) من خلال سرد القصص والفيديوهات.</p> <p>5. أن تتدرب المشاركات على تجاوز نقاط ضعفهن وخوفهن وآلامهن من أجل البقاء قيد الحياة.</p> <p>6. أن تختار المشاركات عقلية القوة والمهارة بدلاً من عقلية العجز والمرض وضحية المرض والأحداث السلبية.</p> <p>7. أن تنفذ المشاركات واجب منزلي بعنوان " استطعت وحدي أن أتجاوز " .</p>			
<p>75 دقيقة</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ الحوار ▪ والنقاش ▪ تدفق القوة ▪ إحساس ▪ الإنجاز ▪ حل ▪ المشكلات ▪ ضعف ▪ الحساسية ▪ الموقفية ▪ توكيد الذات ▪ التجاوز ▪ الفكاهاة ▪ التعزيز 	<p>1. أن تناقش الباحثة مع المشاركات الواجب المنزلي من الجلسة السابقة.</p> <p>2. أن تتدرب المشاركات على الإحساس بالإنجاز في حياتهن وكيف ساهمت نقاط قوتهن الشخصية في ذلك.</p> <p>3. تدريب المشاركات على الترابط مع الآخرين والشعور بالمجتمع.</p> <p>4. تدريب المشاركات على استخدام نقاط قوتهن للانخراط في المناسبات الاجتماعية مع الآخرين بدلاً من التجنب والعزلة.</p> <p>5. تدريب المشاركات على توسيع مهارتهن للتأقلم مع ظروف الحياة السلبية والضاغطة.</p> <p>6. تدريب المشاركات على مهارة حل المشكلات.</p>	<p>إحساس الإنجاز</p>	<p>الساد سة</p>	
<p>60 دقيقة</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ الحوار ▪ والنقاش ▪ الامتتان ▪ نافذة القوة ▪ تدفق القوة 	<p>1. أن تظهر المشاركات الامتتان لمن كان سبب بعد الله في قوتهن لمقاومة المرض والآلام وتجاوز مخاوفهن.</p> <p>2. أن تنفذ المشاركات خطة لمنع الانتكاسة لعقلية الفقد والعجز والاستمرار في استبدال عقلية العجز بعقلية القوة والمهارة في مواجهة الضغوط والمآسي للنجاة من المرض والبقاء على قيد</p>	<p>قوتي سر بقائي</p>	<p>السابعة</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ التشكيل ▪ التسامح ▪ الفكاهة ▪ التغذية ▪ الراجعة ▪ التعزيز 	الحياة. 3. أن تنجح المشاركات نافذة القوة لديهن والاستغراق والتدفق في استخدام قوتهن في مواجهة أي مشكلة أو موقف بغيض إيجابية والعمل على تطوير هذه القوة باستمرار من أجل الصحة والرفاهية والبقاء قيد الحياة.		
60 دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> ▪ المناقشة ▪ التعزيز ▪ الالتزام ▪ التغذية ▪ الراجعة 	1. الوقوف على التغيرات الإيجابية في شخصية المشاركات وما تعلموه من مهارات خلال الجلسات. 2. التحقق من تحقيق أهداف البرنامج. 3. تعزيز السلوكيات الإيجابية التي اكتسبتها المشاركات وتشجيعهن على المحافظة عليها والالتزام بها بعد الانتهاء من البرنامج. 4. تقديم الشكر للمشاركات في البرنامج على التزامهن بالحضور وتفاعلهن في الأنشطة وحل الواجبات المنزلية الأمر الذي أسهم في تنفيذ جميع جلسات البرنامج وفق مدته الزمنية التي حُطت لها. 5. التطبيق البعدي لمقياس أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي. 6. الاتفاق على موعد الجلسة التتبعية لإجراء القياس التتبعي والوقوف على بقاء أثر البرنامج واستمرار التحسن في شخصية المشاركات.	الإنهاء والتقييم	التاسعة

تقييم البرنامج: تم تقييم هذا البرنامج من خلال الإجراءات الآتية:

1. **تقييم قبلي:** من خلال تطبيق مقياس أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي (إعداد الباحثة)، على أفراد المجموعة التجريبية وكان ذلك بتاريخ 2022/9/15.
 2. **تقييم مرحلي:** من خلال تقييم كل جلسة من جلسات البرنامج بعد الانتهاء من تنفيذها للوقوف على مدى استفادة المشاركات منها باستخدام استمارة تقييم الجلسة، وكذلك من خلال عدم الانتقال من نشاط إلى آخر إلا بعد التأكد من إتقان المشاركات للنشاط السابق.
 3. **تقييم ختامي:** ويتم ذلك في الجلسة الأخيرة من البرنامج بعد الانتهاء مباشرة من تطبيق كافة جلساته باستخدام استمارة تقييم البرنامج، ومن خلال القياس البعدي عن طريق تطبيق مقياس أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي على أفراد المجموعة التجريبية وكان ذلك بتاريخ 2022/10/16.
 4. **تقييم تتبعي:** وذلك في جلسة القياس التتبعي وكان ذلك بتاريخ 2022/11/17 بإعادة تطبيق مقياس أعراض أسى الفقد لدى مريضات سرطان الثدي بعد مضي شهر من انتهاء تطبيق البرنامج المختصر المستند على العلاج القائم على القوة للتأكد من استمرار بقاء أثر البرنامج الذي تم تنفيذه لخفض أعراض أسى الفقد واستمرار التحسن في شخصية المشاركات.
- صدق البرنامج:** بعد تخطيط البرنامج المختصر المستند على العلاج القائم على القوة تم عرض صورته الأولية على عدد من المختصين في مجال الإرشاد والعلاج النفسي، لتقييم ملائمة تصميم البرنامج بجلساته والأسلوب

المستخدم وأهدافه ومدته الزمنية وفتياته مع مشكلة العينة المستهدفة وخصائصهم. هذا بالإضافة إلى تقييم مناسبة محتوى البرنامج وفتيات وأهداف والمدة الزمنية لكل جلسة. وبعد الانتهاء من التحكيم (5 من المتخصصين) اتفق جميع المحكمين على أهمية البرنامج وحدائته وأصالته من جهة وملائمة أسلوب العلاج القائم على القوة مع مريضات سرطان الثدي والحاجة إليه، كما اتفق نسبة 95 % منهم على محتوى البرنامج وعدد جلساته وخطوات سير هذه الجلسات، وأهداف وفتيات كل جلسة وملائمة أنشطة البرنامج مع مريضات سرطان الثدي وظروفهن الصحية، وقد اقترح محكم واحد أن يكون تطبيق جلسات البرنامج جمعي ولكن نظراً لصعوبة تنفيذ ذلك بسبب الظروف الصحية للمشاركات لم يؤخذ بهذا الرأي.

الأساليب الإحصائية: في ضوء أهداف البحث وفروضه، استخدمت الباحثة معامل الالتواء والتفرطح لاختبار اعتدالية التوزيع والمتوسطات والانحراف المعياري، واختبار "ت" T-test لدراسة دلالة الفروق لمجموعتين مترابطتين بعد التحقق من اعتدالية توزيع درجات أفراد عينة البحث على مقياس أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي في القياسات القبلي، البعدي، والتتبعي.

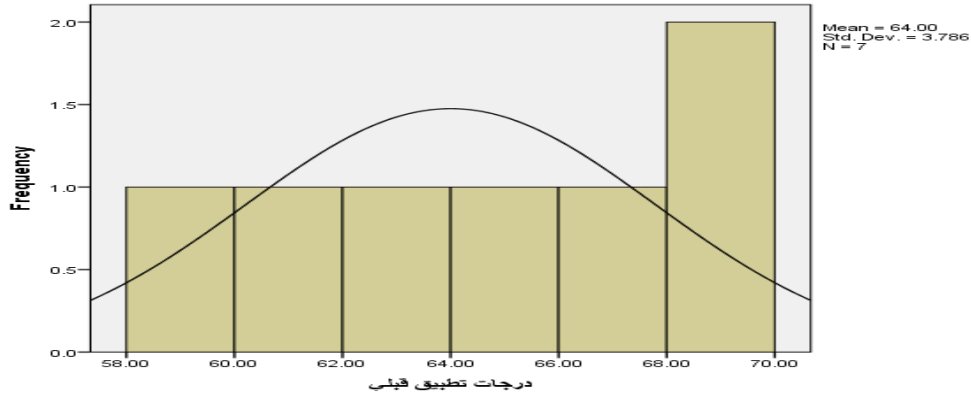
نتائج البحث ومناقشتها وتفسيرها:

من أجل اتخاذ القرار الإحصائي السليم، تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والتحقق من اعتدالية التوزيع باستخدام اختبار شابيرو-ويلك Shapiro-Wilk للدرجة الكلية لمقياس أعراض أسى الفقد في كل من التطبيق القبلي والبعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية من مريضات سرطان الثدي، وأظهرت النتائج تحقق اعتدالية التوزيع، ولهذا استخدمت أساليب التحليل الإحصائي البارامتري في التحقق من فروض البحث، والجدول التالي (3) يوضح النتائج:

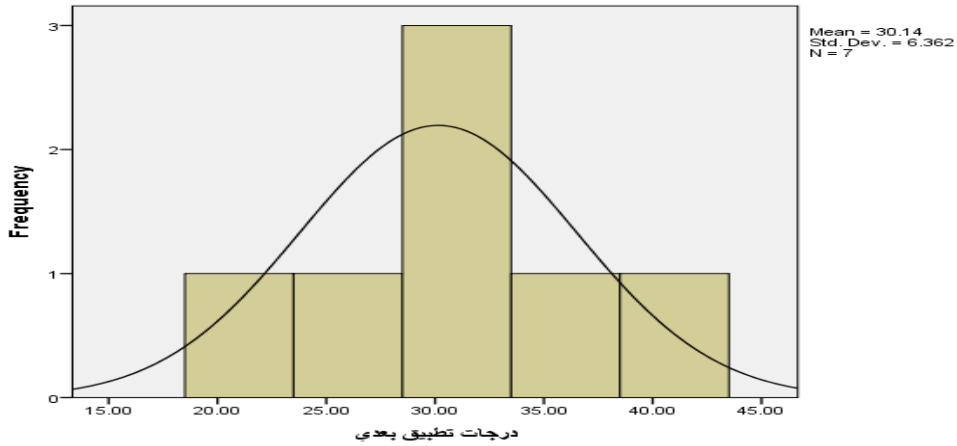
جدول 3: نتائج اختبار اعتدالية توزيع درجات أفراد عينة البحث

القياس	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	درجات القياس التتبعي
المتوسط	64	30.143	30.000
الانحراف المعياري	3.785	6.362	6.336
اختبار شابيرو-ويلك	0.888	0.981	0.988
مستوى الدلالة	0.263	0.963	0.990

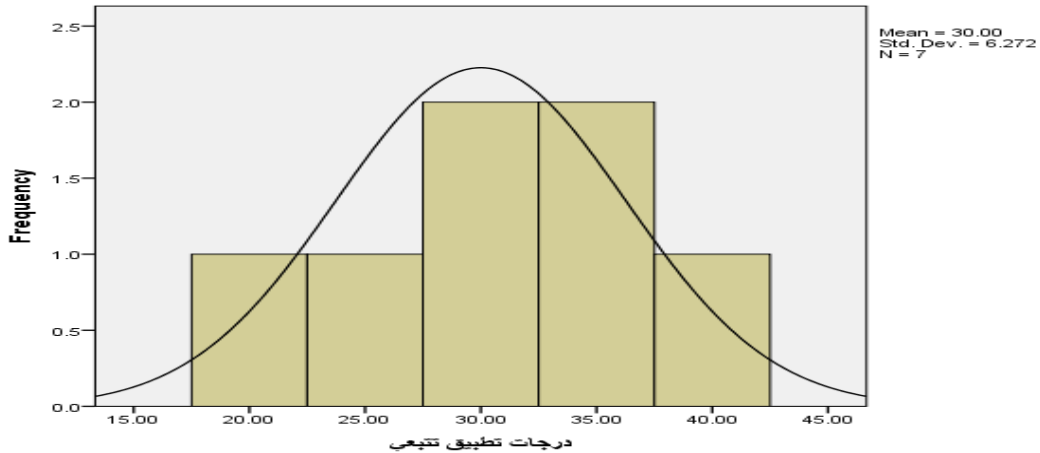
يتضح من النتائج الموضحة في جدول (3) اعتدالية توزيع درجات أفراد عينة البحث في القياس القبلي والبعدي والتتبعي إذ أن مستوى الدلالة أكبر من 0.05 مما يشير إلى أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي، وهذا يتضح من الشكل (1، 2، 3) الآتي:



شكل 1. نتائج اختبار اعتدالية توزيع درجات عينة البحث على مقياس أعراض أسى الفقد في القياس القبلي



شكل 2. نتائج اختبار اعتدالية توزيع درجات عينة البحث على مقياس أعراض أسى الفقد في القياس البعدي



شكل 3. نتائج اختبار اعتدالية توزيع درجات عينة البحث على مقياس أعراض أسى الفقد في القياس التتبعي
نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على: "توجد فروق دالة احصائياً بين درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لمريضات سرطان الثدي في أعراض أسى الفقد". تم التحقق من الفرض الأول باستخدام اختبار (ت) لمجموعتين

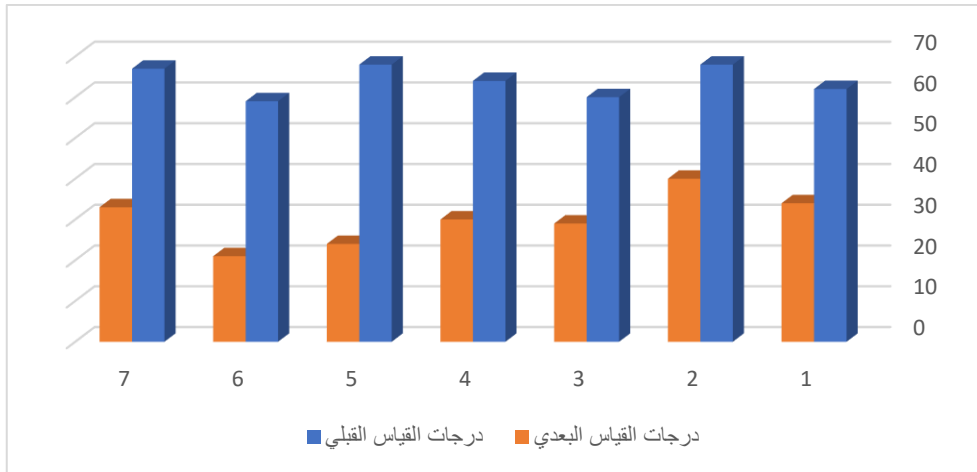
مرتبطين لدراسة دلالة الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي في مقياس أعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي والنتائج موضحة بالجدول التالي (4):

جدول 4: اختبار (ت) دلالة الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي

لأعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي

المقياس	التطبيق	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت) ودلالاتها	درجة الحرية	مستوى الدلالة
أعراض أسى الفقد	قبلي	7	64.00	3.786	15.639	6	0.00
	بعدي	7	30.143	6.362			

يتضح من نتائج الجدول السابق (4) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في أعراض أسى الفقد، إذ انخفضت متوسطات درجات أفراد عينة البحث من مريضات سرطان الثدي بعد تطبيق (30.143) البرنامج المختصر المستند على العلاج القائم على القوة عن متوسطات درجاتهن في القياس القبلي (م = 64.00). مما يشير إلى فعالية البرنامج المختصر المستند على العلاج القائم على القوة في خفض أعراض الأسى لدى مريضات سرطان الثدي الناجم عن فقد شخص عزيز لهن (انظر شكل 4).



شكل 4. الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لعينة البحث في أعراض أسى الفقد

تتفق نتيجة هذا الفرض مع الدراسات التي أوضحت نتائجها فاعلية التدخلات النفسية لمريضات سرطان الثدي مثل دراسة (Arnout et al., 2019; Barker et al., 2011; Carmer et al., 2017; Casellas-Grau et al., 2013; Fenlon et al., 2020; Jassim et al., 2015; Sun et al., 2019) والتي أشارت نتائجها إلى فعالية ست مجموعات من العلاجات المستندة على تدخلات علم النفس الإيجابي، وهي: تدخلات اليقظة، تدخلات التعبير عن المشاعر الإيجابية، التدخلات الروحية، العلاج بالأمل، وتدخلات إيجاد المعنى في

إحداث تغييرات إيجابية، وتدخلات الامتتان لمريضات سرطان الثدي مثل تحسين نوعية حياتهن، الرفاهية، الأمل، والتفاؤل. وفيما يتعلق بالعلاج القائم على القوة فقد ذكرت (أرنوط، 2019) يُرشد العميل لإعادة سرد تاريخه الشخصي من الصدمات والضغوطات والآلام التي تعرض لها أو عانى منها مع مزيد من التركيز على نقاط قوته ومهارات بقاءه على قيد الحياة بدلاً من التركيز على جوانب ضعفه.

ومن ثم فإن الهدف من العلاج القائم على القوة مع مريضات سرطان الثدي هو أن يُدركن أن لديهن بالفعل المهارات والقوة من أجل البقاء، ويُمكن استخدام نفس نقاط القوة لديهن للتعامل مع المواقف الصعبة والضغوط وأعراض الأذى التي يعانين منها بسبب فقد شخص محبوب لديهن. فقد أوضح (Arnout, 2021, 2022; Brun & Rapp,) (Jones-Smith, 2011; 2001) أن نقاط قوتنا تُشكل ثروتنا في الحياة، لأن جميعنا لديه خيارات في الحياة، يمكننا دفن قوتنا أو مواهبنا بدافع الخوف، أو يُمكننا تطويرها والسعي لصنع المزيد من الفرص في حياتنا. يتطلب خلق الوفرة في حياتنا تجاوز الخوف. فإذا كنا خائفين للغاية أو مرتابين للغاية، فسنعوم بدفن مواهبنا، مواهبنا ليست فقط لأنفسنا بل للآخرين والحياة عامة.

فالعلاج القائم على القوة يقوم على فلسفة تؤكد على نقاط القوة وأنها أبطال في الحياة، إذ أن الحياة تقدم اختباراً أو محنة كبرى لكل واحد منا. وتكمن فلسفة العلاج بالقوة على فكرة أن الأفراد ينجحون في الحياة أو يفشلون، تعتمد إلى حد كبير على ما إذا كان لديهم عقلية القوة أو عقلية العجز. فمن لديه عقلية العجز يفكر فيما هو مفقود في أنفسهم وفي الآخرين، ويؤكدون على ما لا يريدون بدلاً من تركيزهم على ما يريدون (Hunter, 2022; Arnout, 2019; Warburton et al., 2019; Samet et al., 2016; et al.).

فقد ركزت الباحثة خلال جلسات العلاج القائم على القوة مع أفراد المجموعة التجريبية على تدريبهن على تجاوز الخوف وتبني فلسفة أنهن أبطال ناجيات ولسن ضحايا للمرض والفقد، وتدريبهن على المساومة والتفاوض مع أحداث الفقد وإصابتهن بسرطان الثدي، والتأكيد على ما يريدونه بدلاً مما لا يريدونه. كما قامت الباحثة بتدريب المشاركات على نقاط قوتهن الشخصية وفي حياتهن وملاحظة ما هو موجود وليس ما هو مفقود أو نضال العميل، وتدريبهن على ارتداء عدسات القوة لأجل صحة ورفاهية أفضل، والاستغراق في منطقة القوة من خلال استخدام فنية نافذة القوة وفنية تدفق القوة ليعشن سعادة في مواجهة تحديات الحياة بدلاً من اغتراب القوة ونقص وعيهم وتخبطنهن في استخدام نقاط قوتهن وفشلهن في تحقيق الصحة والسعادة والرفاه وأهدافهن في الحياة. كما تضمنت جلسات البرنامج تدريبات لتوسيع مهارتهن في حل المشكلات، ومن ثم إتاحة الفرصة للمشاركات في الوصول لإحساس الإنجاز نتيجة استخدام نقاط قوتهن في مواجهة الضغوط والصعوبات التي تواجههن. كما أن المشاركات تلقين تدريب لتكوين علاقات إيجابية مع الآخرين ومشاركتهن في الأنشطة والمناسبات الاجتماعية. كل هذا أسهم

في تحقيق فاعلية البرنامج في خفض أعراض أسى الفقد لدى أفراد عينة البحث من مريضات سرطان الثدي واكسابهن مهارات وسلوكيات إيجابية تعزز صحتهن ورفاهيتهن وخفض مستوى أعراض الاسى لديهن.

نتائج الفرض الثاني:

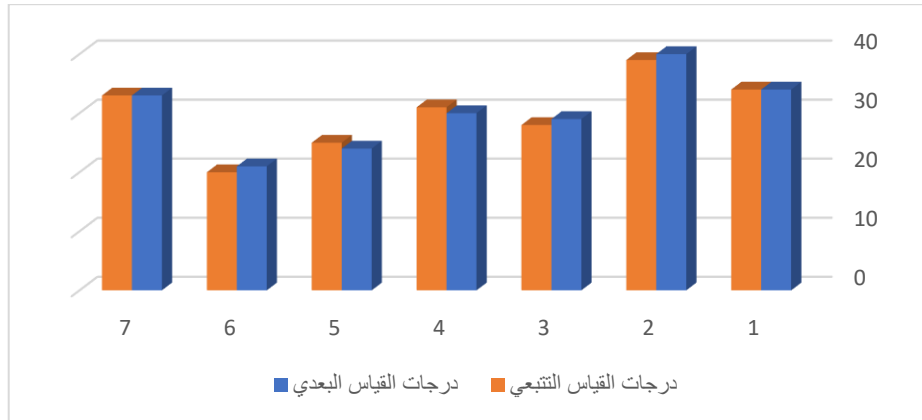
ينص الفرض الثاني على: "لا توجد فروق دالة احصائياً بين درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية لمريضات سرطان الثدي في أعراض أسى الفقد". تم التحقق من الفرض الثاني باستعمال اختبار (ت) لمجموعتين مرتبطتين لدراسة دلالة الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي في أعراض أسى الفقد، والنتائج موضحة بالجدول الآتي (5):

جدول 5: اختبار (ت) دلالة الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي

لأعراض أسى الفقد لمريضات سرطان الثدي

المقياس	التطبيق	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت) ودالاتها	درجة الحرية	مستوى الدلالة
أعراض أسى الفقد	بعدي	7	30.143	6.362	0.420	6	0.689
	تتبعي	7	30.000	6.271			

يتضح من نتائج الجدول السابق (5) عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي في أعراض أسى الفقد، مما يشير إلى بقاء أثر البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية واستمرار التغيرات الإيجابية في شخصياتهن وكذلك استمرار انخفاض أعراض أسى الفقد لديهن، ونجاح خطة منع الانتكاسة التي اتفقوا على الالتزام بها والمحافظة على ما تعلمونهن من مهارات اثناء جلسات البرنامج. فقد جاءت متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي (30.143) ومتوسطات درجاتهن في القياس التتبعي بلغت (30.00) (شكل 5).



شكل 5. الفروق بين درجات أفراد عينة البحث في القياس البعدي والقياس البعدي لأعراض أسى الفقد

تتفق نتيجة هذا الفرض مع ما توصلت إليه نتائج دراسة (Arnout et al., 2019) إلى بقاء استمرار فعالية تدخلات الامتتان كأحد تدخلات علم النفس الإيجابي في تحسين الرفاهية النفسية لمريضات سرطان الثدي. إذ يتمثل دور المعالج في تدخلات علم النفس الإيجابي ومنها التدخلات المستندة على العلاج القائم على القوة في أن يجعل العميل يبحث عن نقاط القوة في حياته وملاحظة ما هو موجود لديهم وليس ما يفقدونه (Jones-Smith, 2011). ولهذا يلتزم العلاج القائم على القوة بالاعتقاد بأنه حتى أكثر قصص الحياة تحديًا التي يقدمها العملاء تحتوي على أمثلة لممارستهم لنقاط القوة في حياتهم في مواجهتهم للضغوط والشدائد التي يمرون بها، وهو ما يُسمى نضال العميل (Ward & Reuter, 2011). وهذا بالفعل ما قامت به الباحثة خلال جلسات البرنامج وما تعلمه أفراد المجموعة التجريبية من البرنامج.

وترجع نتيجة هذا الفرض إلى تشجيع الباحثة للمشاركات في البرنامج للالتزام بخطة منع الانتكاسة التي اتفقت عليها معهن وحثهن على الاستمرار في تدفق القوة واستخدام نقاط قوتهن في مواجهة تحديات الحياة. وهذا ما أشار إليه (Rapp, 1998; Saleebey, 2006) إلى أنه من خلال اكتساب نقاط القوة التي هي العدسات التي يستخدمها الفرد يتمكن من إحداث تغييرات إيجابية في حياته. وهكذا، استطاعت المشاركات في البرنامج من خلال اكتسابهن مهارات التواصل الفعال مع الآخرين والمجتمع من إحداث تغييرات إيجابية ومواجهة مشكلاتهن بفاعلية وإدارة مشاعر الأسى الناتج عن فقد أثناء جلسات البرنامج وانتقال أثر ذلك إلى حياتهن عامة وبعد انتهاء تطبيق جلسات البرنامج، كذلك من خلال محافظتهن على استخدام نقاط قوتهن والتفكير بعقلية القوة وفق خطة منع الانتكاسة التي أتقن عليها مع الباحثة، كل هذا أسهم في بقاء أثر البرنامج القائم على القوة واستمرار انخفاض أعراض الأسى خلال مرحلة المتابعة.

خلاصة البحث: تشير نتائج هذا البحث إلى أن التدخلات التي تستند على العلاج القائم على القوة وتطبيق فنياته مثل التجاوز ونافذة القوة وتدفق القوة واحساس الإنجاز ومسارات الأمل والفكاهة والامتتان والتسامح وإعادة سرد التاريخ الشخصي بالتركيز على نقاط القوة وكذلك إعادة صياغة الهوية الشخصية وغيرها مع مريضات سرطان الثدي قد أدى إلى تحسن أعراض الأسى الجسمية والنفسية والاجتماعية الناتجة عن خبرة فقدهن لشخص عزيز وتعزيز صحتهن الجسمية ورفاهيتهن النفسية وزيادة مهارتهن في إقامة علاقات اجتماعية والانخراط مع الآخرين في الأنشطة الاجتماعية بدلا من العزلة، وكذلك إكسابهن عقلية القوة واستخدامها في مواجهة الضغوط وحل المشكلات التي تواجههن في الحياة وفتح مسارات جديدة للأمل في الشفاء والبقاء على قيد الحياة.

جوانب قصور البحث والتوجهات المستقبلية: على رغم ما توصل إليه البحث من نتائج، إلا أنه كغيره من البحوث الإنسانية فيه جوانب قصور لا تقلل من قيمة البحث الحالي وما توصل إليه من نتائج، بل تُسهم في توجيه أنظار

الباحثين المختصين والمهتمين بموضوع البحث الحالي لموضوعات بحثية مستقبلية امتدادًا لدراسة نفس هذا الموضوع ربما على عينات أخرى أو باستخدام منهجيات بحثية أخرى، أو فئات أخرى من فئات المجتمع، ولأهداف بحثية أخرى. ويتمثل أحد جوانب القصور في هذا البحث هو أنه أجري على الإناث من مرضى سرطان الثدي دون الذكور ربما لصعوبة الوصول لعينة من الذكور من مرضى سرطان الثدي، إذ أن الباحثة توصلت بصعوبة بالغة جدًا على عينة البحث الحالي من الإناث. ولهذا توصي الباحثة بالتحقق من فعالية تدخلات العلاج القائم على القوة في خفض أعراض أسى الفقد وزيادة الرفاهية النفسية وتعزيز الصحة الجسمية على عينات من الذكور أو الجنسين معًا من مرضى سرطان الثدي، أو من الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة أخرى. كذلك في ضوء غياب الاهتمام البحثي بالدول العربية حول فاعلية العلاج القائم على القوة فإننا بحاجة للتحقق من فاعليته على فئات المجتمع المختلفة من طلبة أو مراهقين أو شباب أو راشدين أو كبار السن، وكذلك فاعليته في حل المشكلات الزوجية والمهنية وغيرها، وذلك في ضوء التوجه العالمي بأهمية تدخلات العلاج القائم على القوة مع تدخلات العلاجات الأخرى من جهة، وتحقيقًا للهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة (الصحة والرفاه للجميع).

التوصيات:

1. الاهتمام بدمج تدخلات العلاج القائم على القوة في الخطة العلاجية لمريضات سرطان الثدي خاصة ومرضى السرطان عامة لما له من أهمية في تعزيز رفاهية وصحة هؤلاء المرضى والمحافظة على بقائهم قيد الحياة.
2. تخطيط تدخلات العلاج القائم على القوة لمرضى سرطان الثدي في كل المستشفيات والمراكز المسؤولة عن تقديم خدمات الرعاية الصحية والنفسية.
3. تدريب القائمين على الرعاية الصحية والنفسية لمريضات سرطان الثدي على فنيات العلاج القائم على القوة لإكسابهم مهارات تصميم الخطة العلاجية وتمكينهم من تنفيذها.

المراجع:

أولاً: المراجع العربية

_____ (2020). سرطان الثدي. 2020. وزارة الصحة السعودية. (تاريخ الاطلاع : مايو 2022). متاح من

خلال: [https://www.moh.gov.sa/en/HealthAwareness/EducationalContent/wh/Breast-](https://www.moh.gov.sa/en/HealthAwareness/EducationalContent/wh/Breast-Cancer/Pages/default.aspx)

[Cancer/Pages/default.aspx](https://www.moh.gov.sa/en/HealthAwareness/EducationalContent/wh/Breast-Cancer/Pages/default.aspx)

أرنوط، بشرى إسماعيل أحمد أرنوط (2019). الموسوعة المتكاملة في الإرشاد والعلاج النفسي (ج. 1). مكتبة مدبولي.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- (2020). *Srṭān althdy (Breast cancer)*. Ministry of Health.
<https://www.moh.gov.sa/en/HealthAwareness/EducationalContent/wh/Breast-Cancer/Pages/default.aspx>.
- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of personality*, 64(4), 899-922.
- Al Eid, N. A., Alqahtani, M. M. J., Marwa, K., Arnout, B. A., Alswailem, H. S., & Al Toaimi, A. A. (2020). Religiosity, psychological resilience, and mental health among breast cancer patients in Kingdom of Saudi Arabia. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, 14, 1178223420903054.
- Ali, S., & Lambie, G. W. (2018). The impact of strengths-based group counseling on LGBTQ + young adults in the coming out process. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 23(1), 45-62.
<https://doi.org/10.1080/19359705.2018.1530159>
- Altenberger, I., & Mackay, R. (2008). What matters with personal narratives. *Unpublished manuscript, Robert Gordon University and Scottish Government, Edinburgh, United Kingdom*.
- Andersen, D. T. (2005). Empathy, psychotherapy integration, and meditation: A Buddhist contribution to the common factors movement. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(4), 483-502.
- Arnout, B. (2019). *Al-mawsū‘ah al-mutakāmilah fī al-Irshād wa-al-‘ilāj al-naḥsī (Encyclopedia of counseling and psychotherapy)* (Vol. 1). Madbouly Bookstore.
- Arnout, B. (2021). The role of positive psychology interventions to reduce psychological problems associated with COVID-19 pandemic: Prevention and Therapy Approach. *Sohag University International Journal of Educational Research*, 4(4), 7-26.
- Arnout, B. (2022). *Contemporary approaches in counseling and psychotherapy*. Takween Publishing.
- Arnout, B., Alkhatib, A., & Jasim, K. (2019). The effect of a gratitude intervention on psychological well-being among females breast cancer patients. *CPQ Neurol Psychol*, 1, 6.
- Arnout, B. A. (2022). The grief of loss among breast cancer patients during the COVID-19 pandemic: How can palliative care workers help? *Work*(Preprint), 1-10.
- Aspinwall, L. G. (2004). Dealing with Adversity: Self-regulation, Coping, Adaptation, and Health. In *Applied social psychology*. (pp. 3-27). Blackwell Publishing.

- Aspinwall, L. G., & Staudinger, U. M. (2003). *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. American Psychological Association.
- Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(8), 444-452.
- Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 311-314.
- Brown, S. D., & Lent, R. W. (2008). *Handbook of counseling psychology*. John Wiley & Sons.
- Brun, C., & Rapp, R. C. (2001). Strengths-based case management: Individuals' perspectives on strengths and the case manager relationship. *Social work*, 46(3), 278-288.
- Buckingham, M. (2007). *Go put your strengths to work: 6 powerful steps to achieve outstanding performance*. Simon and Schuster.
- Buckingham, M., & Clifton, D. O. (2001). *Now, discover your strengths*. Simon and Schuster.
- Casellas-Grau, A., Font, A., & Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(1), 9-19.
- Chang, E. C. (2001). Cultural influences on optimism and pessimism: Differences in Western and Eastern construals of the self.
- Cherny, N. I., Paluch-Shimon, S., & Berner-Wygoda, Y. (2018). Palliative care: needs of advanced breast cancer patients. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, 10, 231.
- Cramer, H., Lauche, R., Klose, P., Lange, S., Langhorst, J., & Dobos, G. J. (2017). Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010802.pub2>
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow. The Psychology of Optimal Experience*. HarperPerennial.
- Dillen, L., Fontaine, J. R. J., & Verhofstadt-Denève, L. (2008). Are normal and complicated grief different constructs? A confirmatory factor analytic test [<https://doi.org/10.1002/cpp.590>]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(6), 386-395. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/cpp.590>
- Fenlon, D., Maishman, T., Day, L., Nuttall, J., May, C., Ellis, M., . . . Hunter, M. S. (2020). Effectiveness of nurse-led group CBT for hot flushes and night sweats in women with breast cancer: Results of the MENOS4 randomised controlled

- trial [<https://doi.org/10.1002/pon.5432>]. *Psycho-Oncology*, 29(10), 1514-1523.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/pon.5432>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56(3), 218.
- Gabana, N. (2017). A strengths-based cognitive behavioral approach to treating depression and building resilience in collegiate athletics: The individuation of an identical twin. *Case Studies in Sport and Exercise Psychology*, 1(1), 4-15.
- Gelso, C. G., & Fretz, B. R. (1992). *Counseling psychology*. Harcourt Brace Jovanovich.
- Gelso, C. G., Woodhouse, S., & Walsh, W. B. (2004). Toward a positive psychology: Focus on human strength. *Counseling psychology and human strengths*, 344-369.
- Graybeal, C. (2001). Strengths-based social work assessment: Transforming the dominant paradigm. *Families in society*, 82(3), 233-242.
- Green, B. L., McAllister, C. L., & Tarte, J. M. (2004). The Strengths-Based Practices Inventory: A Tool for Measuring Strengths-Based Service Delivery in Early Childhood and Family Support Programs. *Families in society*, 85(3), 326-334.
<https://doi.org/10.1177/104438940408500310>
- Hodges, T. D., & Clifton, D. O. (2004). Strengths-based development in practice. *Positive psychology in practice*, 1, 256-268.
- Hopps, J. G., Pinderhughes, E., & Shankar, R. A. K. (1995). The power to care: Clinical practice effectiveness with overwhelmed clients. In *Valuing families: Social work practice with families from a strength's perspective* (pp. 118-130). Simon and Schuster.
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A., & Holen, A. R. E. (1993). Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 260-273.
- Hunter, B. A., Lanza, A. S., Lawlor, M., Dyson, W., & Gordon, D. M. (2016). A Strengths-Based Approach to Prisoner Reentry: The Fresh Start Prisoner Reentry Program. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60(11), 1298-1314. <https://doi.org/10.1177/0306624x15576501>
- Jassim, G. A., Whitford, D. L., Hickey, A., & Carter, B. (2015). Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(5).
- Jessen, S., Mirkovic, J., & Nes, L. S. (2020). Mystrengths, a strengths-focused mobile health tool: participatory design and development. *JMIR formative research*, 4(7), e18049.

- Jones-Smith, E. (2011). *Theories of counseling and psychotherapy: An integrative approach*. Sage Publications.
- Lambe, M., Cerrato, R., Askling, J., & Hsieh, C.-c. (2004). Maternal breast cancer risk after the death of a child. *International Journal of Cancer*, 110(5), 763-766. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/ijc.20181>
- Li, J., Johansen, C., & Olsen, J. (2003). Cancer survival in parents who lost a child: a nationwide study in Denmark. *British journal of cancer*, 88(11), 1698-1701.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., & Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24(6), 637-662. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.002>
- Lietz, C. A. (2009). Establishing Evidence for Strengths-Based Interventions? Reflections from Social Work's Research Conference. *Social work*, 54(1), 85-87. <http://www.jstor.org/stable/23721712>
- Lounsbury, J. W., Fisher, L. A., Levy, J. J., & Welsh, D. P. (2009). An investigation of character strengths in relation to the academic success of college students. *Individual Differences Research*, 7(1).
- Lyons, J. S., Uziel-Miller, N. D., Reyes, F., & Sokol, P. T. (2000). Strengths of children and adolescents in residential settings: Prevalence and associations with psychopathology and discharge placement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(2), 176-181.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American psychologist*, 53(2), 205.
- Masten, A. S., & Reed, M.-G. J. (2002). Resilience in development. In C. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 74–88). Oxford University Press.
- Mirkovic, J., Jessen, S., Kristjansdottir, O. B., Krogseth, T., Koricho, A. T., & Ruland, C. M. (2018). Developing technology to mobilize personal strengths in people with chronic illness: positive codesign approach. *JMIR formative research*, 2(1), e10774.
- Moore, T. (2017). Strengths-based narrative storytelling as therapeutic intervention for refugees in Greece. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 73(1), 45-51.
- Nakaya, N. (2014). Effect of psychosocial factors on cancer risk and survival. *Journal of epidemiology*, 24(1), 1-6.
- Park, N., & Peterson, C. (2006). Moral competence and character strengths among adolescents: The development and validation of the Values in Action Inventory

- of Strengths for Youth. *Journal of Adolescence*, 29(6), 891-909.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.04.011>
- Park, N., & Peterson, C. (2009). Character Strengths: Research and Practice. 10(4), 1-10. <https://doi.org/doi:10.2202/1940-1639.1042> (Journal of College and Character)
- Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2013). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Routledge.
- Paula, N. C. N. M. d., Martins, J. A. M., Amaral, L. M., Rhana, P., Tavares, E. C., Leite, W. S., . . . Rodrigues, A. L. P. (2018). Breast cancer: Is grief a risk factor? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 64(7), 595-600.
<https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.07.595>
- Petersen, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook of classification*. Oxford University Press.
- Rapp, C. A. (1998). *The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. Oxford University Press.
- Rapp, C. A., Saleebey, D., & Sullivan, P. W. (2008). The future of strengths-based social work practice. In S. D (Ed.), *The strengths perspective in social work practice* (4th ed.). Pearson Education.
- Rath, T., & Clifton, D. O. (2004). *How full is your bucket?* . Gallup Press.
- Rotegård, A. K., Fagermoen, M. S., & Ruland, C. M. (2012). Cancer Patients' Experiences of Their Personal Strengths Through Illness and Recovery. *Cancer Nursing*, 35(1), E8-E17. <https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e3182116497>
- Saleebey, D. (2006). *The strengths perspective in social work practice* (4th ed.). Pearson Education, Inc.
- Samet, J. H., Blokhina, E., Cheng, D. M., Walley, A. Y., Lioznov, D., Gnatienco, N., . . . Krupitsky, E. (2019). A strengths-based case management intervention to link HIV-positive people who inject drugs in Russia to HIV care. *AIDS (London, England)*, 33(9), 1467-1476. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002230>
- Selekman, M. D. (2010). Collaborative Strengths-Based Brief Therapy with Self-Injuring Adolescents and Their Families. *The Prevention Researcher*, 17(1), 18-21. <http://dx.doi.org/10.1037/e515372010-005>
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., . . . Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(2), 103-117.
<https://doi.org/10.1002/da.20780>
- Smith, E. J. (2006). The strength-based counseling model. *The counseling psychologist*, 34(1), 13-79.

- Smock, S. A., Trepper, T. S., Wetchler, J. L., McCollum, E. E., Ray, R., & Pierce, K. (2008). Solution-Focused Group Therapy for Level 1 Substance Abusers. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(1), 107-120.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00056.x>
- Sun, H., Huang, H., Ji, S., Chen, X., Xu, Y., Zhu, F., & Wu, J. (2019). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy to Treat Depression and Anxiety and Improve Quality of Life Among Early-Stage Breast Cancer Patients. *Integrative cancer therapies*, 18, 1534735419829573-1534735419829573.
<https://doi.org/10.1177/1534735419829573>
- Wakefield, J. C. (2013). DSM-5 grief scorecard: Assessment and outcomes of proposals to pathologize grief. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(2), 171-173.
<https://doi.org/10.1002/wps.20053>
- Walsh, W. B. (2004). *Counseling psychology and optimal human functioning*. Lawrence Erlbaum.
- Warburton, D. E. R., & Bredin, S. S. D. (2019). Health Benefits of Physical Activity: A Strengths-Based Approach. *Journal of clinical medicine*, 8(12), 2044.
<https://doi.org/10.3390/jcm8122044>
- Ward, C., & Reuter, T. (2011). *Strength-Centered Counseling: Integrating Postmodern Approaches and Skills with Practice*. SAGE Publications, Inc.
<https://doi.org/10.4135/9781452275208>
- Watson, M., & Ecken, L. (2003). *Learning to trust: Transforming difficult elementary classrooms through developmental discipline*. Jossey-Bass.
- Weick, A., Rapp, C., Sullivan, W. P., & Kisthardt, W. (1989). A Strengths Perspective for Social Work Practice. *Social work*, 34(4), 350-354.
<https://doi.org/10.1093/sw/34.4.350>
- Yan, T., Chan, C. W. H., Chow, K. M., Xiao, J., & Li, M. (2022). Development of an evidence-based, theory-driven, and culturally appropriate character strengths-based intervention for breast cancer patients, following the Medical Research Council Framework. *Supportive Care in Cancer*, 31(1), 45.
<https://doi.org/10.1007/s00520-022-07538-w>
- Yu, Y., Chotipanvithayakul, R., Wichaidit, W., & Cai, W. (2022). Effects of Character Strength-Based Intervention vs Group Counseling on Post-Traumatic Growth, Well-Being, and Depression Among University Students During the COVID-19 Pandemic in Guangdong, China: A Non-Inferiority Trial. *Psychology research and behavior management*, 15, 1517-1529.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S359073>

Yuen, E., Sadhu, J., Pfeffer, C., Sarvet, B., Daily, R. S., Dowben, J., . . . Group for the Advancement of Psychiatry Child, C. (2020). Accentuate the Positive: Strengths-Based Therapy for Adolescents. *Adolescent psychiatry (Hilversum, Netherlands)*, 10(3), 166-171.
<https://doi.org/10.2174/2210676610666200225105529>