

اليقظة العقلية ودورها الوقائي في خفض الإكتئاب لدى مرضى السرطان (العلاج الكيماوي)

د/وئام على مصطفى*

drweammostafamostafa@gmail.com

ملخص:

تناولت هذه الدراسة مفهوم اليقظة العقلية ودورها الوقائي لخفض الاكتئاب لدى عينة من مرضى الكيماوي (N=200) مناصفة بين الذكور والإناث، ولتحقيق أهداف الدراسة تم بناء مقياسين أحدهما لتشخيص اليقظة العقلية والآخر لقياس الإكتئاب لدى العينة سالفه الذكر، فضلاً عن إعداد برنامج إرشادي نفسي هدف إلى إثراء وتنشيط اليقظة العقلية لهؤلاء المرضى بما يعزز الدور الوقائي في خفض الاكتئاب لديهم ، كما هدفت الدراسة الكشف عن تباين كلاً من اليقظة العقلية والإكتئاب بتباين المتغيرات الديموجرافية (النوع - العمر - المستوى التعليمي - الحالة الإجتماعية).

وقد خلصت الدراسة إلى أن اليقظة العقلية والإكتئاب يختلفان باختلاف المتغيرات الديموجرافية ، فضلاً عن فاعلية اليقظة في خفض الإكتئاب لدى العينة التجريبية.
الكلمات المفتاحية: اليقظة العقلية ، الاكتئاب ، مرضى الكيماوي.

* الزميل بمركز الاورام - جامعة المنصورة

مقدمة الدراسة: يعد مرض السرطان، أحد أكبر التحديات التي تواجه منظمة الرعاية الصحية في العالم؛ نظراً لانتشاره الواسع، والتكاليف المرتفعة لمواجهته، وقد تكون المعاناة النفسية؛ كرد فعل على التشخيص بالسرطان، وقد تسوء الحالة النفسية أكثر، عندما يقرر الأطباء، أن حالة المريض تستدعي أن يكون العلاج عن طريق جرعات Chemo Therapy كيميائى، وقد يواجه المرضى الذين يخضعون للعلاج الكيماوى لتحديات جسدية، ونفسية كبيرة، نتيجة للآثار الجانبية للعلاج الكيماوى أو نتيجة الجرعة الواحدة؛ مما يجعل التكيف والتأقلم أمرين مهمين فى مواجهة المرض وعلاجه. ومن هنا لا بد من تدخل المتغيرات الإيجابية التي تساعد المريض على مواجهة هذه المعاناة، والإستعانة بالمتغير الإيجابى كبرنامج إيجابى إرشادى عبر اليقظة العقلية Mindfulness، وما يتضمنه من ملاحظة Observation والوعى لدى المريض Awareness، والقدرة على الإبداع Creativity، والوصف Description، وقد تختلف اليقظة العقلية للمريض باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع، العمر، المستوى التعليمى، الحالة الإجتماعية)، وهذا ما سيتضح فى نتائج هذه الدراسة.

مشكلة الدراسة: من المؤكد أن علاج السرطان من أصعب أنواع العلاجات، فالعلاج يختلف حسب نوع الورم، فالأورام الخبيثة (السرطان) قد حدث تقدم ملحوظ فى نوع علاجها، ومن أهم العلاجات المتاحة والدارجة، هو العلاج الكيماوى، والذي قد يؤخذ قبل الجراحة، أو بعد الجراحة، على حسب وصف الطبيب، ووصف الحالة، ونوع السرطان، ومدى انتشاره، وتختلف من مريض لآخر، فالعلاج الكيماوى، يقوم على قتل الخلايا النشطة، والتي تنتشر بسرعة، وبمجرد أن يعرف المريض أنه تم تشخيصه بأى نوع من الأورام، فإنه تتنابه صدمة، مصحوبة بالإضطرابات النفسية، إذ أن العلاج الكيماوى له تأثيره على الناحية العضوية، والناحية النفسية، ويعتبر الاكتئاب، من أبرز ما يُصاب به مريض الكيماوى، وتدور فى ذهنه ما ينتج عن هذا العلاج، من تساقط الشعر، وفقر فى الدم، وتغير فى هرمونات الجسم، والإجهاد الجسمى، واضطرابات فى

نومه، وصورة جسمه، كل هذه الأفكار التي تدور في ذهنه تجعله ينظر إلى الحياة نظره سوداوية وتشاؤمية. (Abbas. A. Mansor A. etal., 2015) أشارت الإحصاءات أن الغالبية العظمى (99%) من مرضى الكيماوى، يمرون بحالة الإكتئاب، ويميل البعض إلى الإنتحار. (Graden T. Hard C. etal., 2014) ومن ثم جاءت أهمية تناول هذه الظاهرة، ولا سيما ما أشارت إليه العديد من الدراسات، التي أكدت في مجملها إختلاف الإكتئاب، وذلك باختلاف النوع Gender، والعمر Age، فضلاً عن تباين درجة الإكتئاب بإختلاف المستوى التعليمى، وحالة المريض الإجتماعية Social Status، وهذا ما أكدت عليه دراسة كلٍ من (Roberts. Mcevoy,) (M. Robert. K & Brian. B. K., 2010)، ودراسة كلاً من (Nathan., 2012)، في حين أن بعض الدراسات أكدت على أن المتغيرات الديموجرافية لم تحسم نتائجها بعد، مثل دراسة كلاً من (Calear, A & Hamamci. Z & Kahn, J.,) (Christensen. H., 2010)، ودراسة كلاً من (Hamamci. Z & Kahn, J.,) (Christensen. H., 2010)، وفي ضوء ما سبق تتحدد مشكلة هذه الدراسة من خلال الإشكاليات الفرعية التالية:

1- تباين اليقظة العقلية بتباين المتغيرات (النوع ، العمر ، المستوى التعليمى، الحالة الإجتماعية).

وقد انبثقت هذه الإشكالية من عدة دراسات، نشير لبعض منها، فقد أشارت دراسة (Aherne, C. Moran A & Lonsdale. C., 2011) أن اليقظة العقلية ترتبط بكلٍ من نوع المريض وعمره، والمستوى التعليمى، والحالة الإجتماعية، وكذلك دراسة كلاً من (Carr. A & Chen., 2015) التي أكدت نتائجها، أنه كلما صغر عمر المريض، كلما زادت اليقظة العقلية، وكلما كانت حالته الإجتماعية مستقرة، والمستوى التعليمى مرتفع، ساعد ذلك على طبيعة العلاج والقدرة على التكيف.

2- الإكتئاب لدى مرضى الكيماوى وسبل التحكم فيه.

أجريت العديد من الدراسات لخفض الإكتئاب لدى مرضى الكيماوى، ومن هذه الدراسات (Emaish. N & Christoph, Chen , 2010)، والتي هدفت اختبار

فعالية برنامج لخفض الإكتئاب لدى مرضى الكيماوى، وتنمية اليقظة العقلية لديهم (N = 90)، وتوصلت الدراسات إلى وجود علاقة ارتباطية بين اليقظة العقلية، والوعى، والقدرة على الإبداع، لدى مرضى الكيماوى ذوى العمر الأصغر، والمستوى التعليمى المرتفع، والحالة الإجتماعية المستقرة، كما أثبتت بعض الدراسات فعالية برنامج اليقظة العقلية فى خفض الإكتئاب لدى مرضى الكيماوى. (Kim. Jenoghan. K., & Keck Miller., 2012)

وفى ضوء ما تقدم يمكننا أن نحدد مشكلة الدراسة فى الأسئلة الآتية :

- 1- ما مقدار ودلالة اختلاف كلاً من اليقظة العقلية والإكتئاب باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع، العمر، المستوى التعليمى، والحالة الإجتماعية).
- 2- ما مدى ودلالة اختلاف كلاً من اليقظة العقلية والإكتئاب لدى العينة التجريبية باختلاف القياسين (القبلى - البعدى).
- 3- ما مدى ودلالة اختلاف كلاً من اليقظة والإكتئاب لدى العينة التجريبية باختلاف القياسين (البعدى - التبعى).

أهداف الدراسة: وتصاغ الأهداف صياغة إجرائية فى ضوء أسئلة الدراسة كالاتى:

- 1- الكشف عن اختلاف كلاً من اليقظة العقلية والإكتئاب باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع، السن، المستوى التعليمى، الحالة الإجتماعية).
- 2- تحديد تباين كلاً من اليقظة العقلية، والإكتئاب، بتباين القياسين (قبلى - بعدى).
- 3- دراسة تباين كلاً من اليقظة العقلية، والإكتئاب بتباين القياسين (البعدى - والتبعى).

أهمية الدراسة: وتتمثل فيما يلى:

- 1- أهمية العينة: يُعد مرضى الكيماوى ، من أكثر المرضى حاجة لتدخل المتغيرات الإيجابية، وذلك للتكيف مع العلاج الذين يحصلون عليه، والتأقلم مع الآثار الجانبية الملازمة له.
- 2- الأهمية السيكمترية: وتتمثل فى بناء مقياسين أحدهما لتشخيص اليقظة العقلية، والثانى لقياس الإكتئاب.

3- الأهمية الإرشادية: الإقتراب من هذه الظاهرة يسهم فى إلقاء الضوء على مرضى الكيماوى، وكذلك الإرشاد النفسى ، لوضع دعائم برامجهم الإرشادية، فقد تم بناء برنامج لتنمية اليقظة العقلية، بهدف خفض الإكتئاب لدى العينة التجريبية.

4- أهمية المجال البحثى: يُلاحظ أن متغيرات الدراسة تمثل عدة مجالات بحثية، فهى من حيث العينة (مرضى الكيماوى) ، فهى تقع فى إطار علم النفسى المرضى، ومن حيث (اليقظة العقلية) فهى تمثل علم النفس الإيجابى، وأن إعداد برنامج إرشادى يجعل الدراسة تقع فى إطار الإرشاد النفسى، وأن دراسة كهذه تتعدد مجالاتها البحثية من شأنه أن يجعل لهذه الدراسة أهمية خاصة.

محددات الدراسة: وتتمثل فى المتغيرات التالية:

1- عينة الدراسة: اعتمدت الدراسة على عينة بلغ قوامها (N = 200) من مرضى الكيماوى، تم تقسيمهم مناصفة بواقع (N = 100) من الذكور، (N = 100) من الإناث.

2- أدوات الدراسة: اعتمدت الدراسة على مقياسى اليقظة العقلية والإكتئاب (إعداد الباحثة)، فضلاً عن بناء برنامج؛ قائم على تنمية اليقظة العقلية لدى مرضى الكيماوى (إعداد الباحثة).

3- الإطار الزمنى: تم تطبيق أدوات الدراسة التشخيصية فى الفترة ابتداءً من مارس 2019 : مايو 2019، كما تم تطبيق البرنامج الإرشادى فى الفترة ابتداءً من أكتوبر 2019 : ديسمبر 2019.

4- الإطار المكانى: تم تطبيق أدوات الدراسة فى مركز الأورام بكلية الطب جامعة المنصورة.

5- أسئلة الدراسة: تعتبر أسئلة الدراسة والتي تترجم لاحقاً إلى فروض من المحددات الأساسية لنتائج هذه الدراسة.

6- الأساليب الإحصائية: إن نتائج الدراسة تختلف باختلاف الوسائل الإحصائية المستخدمة، ويُلاحظ أن هذه الأساليب تم تحديدها فى ضوء (حجم العينة -

نوعية الفروض المطروحة - طبيعة ونوعية الأدوات المستخدمة)، وسنوضح

ذلك لاحقاً .

مصطلحات الدراسة:

اليقظة العقلية Mindfulness: التعريف الإجرائي: فى ضوء تحليل التعريفات الإجرائية، والمقاييس السابقة، وكذلك النظريات، والدراسات المرتبطة بهذا المفهوم، قد أسفر ذلك عن عدة مفردات تم الإبقاء على أكثرها شيوعاً، وتتمثل فى (الملاحظة، الوعى، القدرة على الإبداع، الوصف)، وهى تمثل مكونات المقياس، ومن ثم يمكن صياغة التعريف الإجرائى بأنه (استجابة المفحوص لمكونات المقياس " الملاحظة - الوعى - القدرة على الإبداع - الوصف)، ويترجم ذلك للدرجة التى يحصل عليها المفحوص على المقياس المُعد لذلك.

الإكتئاب Depression: التعريف الإجرائي: فى ضوء تحليل التعريفات الإجرائية، والمقاييس السابقة، وكذلك النظريات والدراسات المرتبطة بهذا المفهوم، أسفرت عن عدة مفردات تم الإبقاء على أكثرها شيوعاً، والتي تتمثل فى (الإجهاد الجسمى، الحزن، واضطراب صورة الجسم، واضطراب النوم)، ويترجم ذلك للدرجة التى يحصل عليها المفحوص على المقياس المُعد لذلك.

مرضى الكيماوى Chemo Patients: عينة من المرضى الذين أصيبوا بالسرطان، فى أى عضو من أعضاء الجسم، وفى ضوء مراجعة الأشعات، والتحليل، أقر الأطباء أن يحصلوا على العلاج الكيماوى، وهو علاج بأدوية كيميائية تُسمى Drug Cytotoxic، والذي يُعطى لهدم خلايا خبيثة (خلايا ورم سرطاني)، وفى كثير من الحالات يتضمن العلاج، عدة أدوية، بمرافقة أنواع علاج آخر أو بالإضافة إليها مثل العلاج الإشعاعى، والعلاج البيولوجى (الإحيائى)، أو العلاج الهرمونى.

البرنامج الإرشادى Mentoring Program: يُعد الإرشاد الجمعى، شكلاً من أشكال الإرشاد النفسى، والتربوى، وهو عملية تهدف إحداث تغييرات فى اتجاهات، وسلوك الأفراد الذين يواجهون مشاكل مؤقتة.

(Gaza. G. etal., 2001)

المحور الأول: مفهوم اليقظة العقلية، ويتضمن المفاهيم المتداخلة ونظرياته، وطرق قياسه والإستراتيجيات الإرشادية، وبعض الدراسات المرتبطة به، ونشير لذلك فيما يلي:

أولاً: المفاهيم المتداخلة مع اليقظة العقلية، ومنها ما يلي:

- 1- **اليقظة العقلية والتدفق النفسى Psychological Flow**: يُعد التدفق النفسى، ظاهرة إيجابية، بإعتباره خبرة ذاتية ، تتحقق عندما ينسى الفرد ذاته أثناء عملية التفكير، وإعمال العقل، فى حل بعض المشكلات، إذ يتسع التدفق النفسى ليشتمل اليقظة العقلية، والسرور، والتفاؤل، وهناك علاقة بين التدفق النفسى واليقظة العقلية، فاليقظة العقلية ، تعزز، وتزيد من قدرة الفرد على الإنتباه، وبالتالي تيسر وتزيد من حالة التدفق، فذوى السمات والخصائص المرتفعة من اليقظة العقلية هم أفضل، وأكثر قدرة على تنظيم الذات، وتنظيم السلوك، ويظهرون الأداء الأفضل والأمثل. (أحمد محمد جاد الرب، 2017، ص 68)
- 2- **اليقظة العقلية والصلابة النفسية Psychological Hardiness**: تعتبر الصلابة النفسية، مصدر من المصادر الشخصية الذاتية؛ لمقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة، حيث تساهم الصلابة النفسية؛ فى تسهيل وجود الإدراك، والتقويم، والمواجهة، ومن ثم الوصول للحل الناجح، والصلابة النفسية نموذج من نماذج الشخصية، يتضمن صفات، ومزايا معرفية، وانفعالية ، ترتبط باليقظة العقلية لأنها، تُعد نمط من التعهد النفسى، يلتزم به الفرد تجاه نفسه، وأهدافه وقيمته، والآخزين من حوله، واعتقاد الفرد بقدرته على التحكم فيما يلقاه من أحداث، وأن ما يطرأ على جوانب حياته من تغير هو أمر ضرورى للنمو أكثر من كونه تهديد أو إعاقة له. (هشام مخيمر، 2012، ص ص 25 : 26)
- 3- **اليقظة العقلية وقوة الأنا Ego Power**: تعتبر قوة الأنا الركيزة الأساسية فى الصحة النفسية، وتشير قوة الأنا إلى التوافق مع الذات ومع المجتمع، علاوةً على الخلو من الأعراض العصبية، والإحساس الإيجابى بالكفاية والرضا، وقوة الأنا هى القطب المقابل للعصابية، ويرى البعض أن هناك متصلاً يقع فى أحد

أطراف قوة الأنا حيث يقع الطرف الآخر قطب العصابية، ونجد الارتباط القوى بين اليقظة العقلية وقوة الأنا، حيث أنهما مكملان لبعضهما البعض.

(ناريمان عنية، 2017، ص: 77)

4- اليقظة العقلية والكفاءة الذاتية **Self-Efficacy**: العلاقة بين المفهومين تبادلية، فكما أن اليقظة العقلية تؤثر في التعلم، حيث الوعى بالعملية التعليمية، وخبرات الفرد الداخلية والخارجية والأداء أثناء القيام بالمهام والمرونة في التفكير، فإن الكفاءة الذاتية تركز بالدرجة الأولى على الجانب المعرفي، وتوقعات الفرد عند أداء المهمة، وخبرات النجاح والفشل، وتبرز هذه العلاقة من خلال الكفاءة الذاتية في أن الأفراد ذوى الإحساس المرتفع يضعون أهدافاً عالية لأنفسهم، ويستخدمون استراتيجيات تفكير عليا. (Vasile, et al., 2011 & Bernay, 2014)

5- اليقظة العقلية وجودة الحياة **Quality of Life**: جودة الحياة مفهوم واسع، ويشمل الإدراك الذاتى للفرد، ومعتقداته عن مكانته فى الحياة، والإنجازات فى مجالات الحياة المختلفة، والصحة والرفاهية، ومن هنا نجد العلاقة المتبادلة بين مفهوم جودة الحياة واليقظة العقلية، أى أن اليقظة العقلية تعتمد على تحسين جودة الحياة، وأنها الوعى الذى نشأ من خلال الإنتباه عن قصد فى اللحظة الحالية، وعدم إصدار الأحكام على التجربة لحظة بلحظة، والانتباه الكلى لخبرات الفرد، التى تحدث فى اللحظة الحالية، وقبولها، ويمكن وصفها أنها حالة من الإهتمام المستمر بالمحتويات، والعمليات الذهنية المستمرة، مما يجعل الفرد لديه جودة الحياة بشكل أفضل. (Grossman, et al., 2004)

6- اليقظة العقلية والسعادة **Happiness**: ترتبط السعادة ارتباطاً قوياً باليقظة العقلية، وتُعد السعادة من أهم مطالب الحياة الإنسانية، وتُعد من المفاهيم التى ترتبط باليقظة العقلية، أى أن الفرد الذى يتمتع باليقظة العقلية، يكون لديه مستوى عالى من السعادة والصحة النفسية، والسعادة توصف على أنها حالة نفسية من خلالها يصبح الفرد بمستوى مرتفع باليقظة العقلية، واتضح مما سبق؛

وجود علاقة بين اليقظة العقلية والسعادة، هذا من جانب الوجداني الإيجابي، كما أن ممارسات اليقظة العقلية والتدريب القائم عليها يرتبط بالسعادة النفسية، كما يرتبط بالعديد من المخرجات الإيجابية، فهي تلعب دوراً هاماً مؤثراً في اليقظة العقلية. (Collins, Sarkisian & Andersson, 2008, P., 3)

7- **اليقظة العقلية والتفكير الإيجابي Positive Thinking**: التفكير الإيجابي هو مجموعة استراتيجيات في الشخصية، توجد بدرجات متفاوتة عند البشر وأساسها اليقظة العقلية، والمشاركة الوجدانية، والتطلع نحو المستقبل والتفكير الإيجابي هو الذى يؤدي بالفرد إلى المقدره على إدارة الأزمات، وانتقاء استراتيجيات المواجهة الإيجابية والضبط الشخصى للفرد الذى يتحلى باليقظة العقلية، إنها حالة من وعى الفرد بمن حوله، مع القدرة على التواصل مع الآخرين المتميزين بالتفكير الإيجابي، واليقظة العقلية والتفكير الإيجابي يساعدان الفرد على الأداء بشكل أفضل، وتوجيه الأفراد، ليصبحوا أكثر وعياً لمساعدتهم على تحسين آدائهم فى المواقف الصعبة. (Alberts and the Wissen, 2020, PP. 73 : 77)

8- **اليقظة العقلية والتعقل Metallization** : التعقل هو توجه علاجي يُقصد به التفكير حول التفكير، بمعنى القدرة على إدراك الحالات العقلية الشعورية واللاشعورية داخل الفرد والآخرين، وله العديد من الفنيات، مثل التأمل فى وجهات النظر، والملاحظة، وثبات التعبير الإنفعالي، ويتداخل العلاج بالتعقل مع العلاج باليقظة العقلية فى كلٍ من: الملاحظة، والوصف، وتركيز انتباه الفرد لذاته والوعى بها، والإهتمام بالأفكار والإنفعالات، ودورها فى البنية العقلية، فى حين يختلف التعقل عن اليقظة، فاليقظة العقلية تهتم بالخبرة هنا والآن، بينما يهتم التعقل بالماضى والحاضر والمستقبل، كما أن اليقظة العقلية تقوم على إدراك الواقع المُعاش للفرد، بينما التعقل فيقوم على الحالة العقلية للفرد والآخرين. (Bateman & Fonagy, 2010, PP., 12 : 15)

9- اليقظة العقلية والوعي العاطفي **Affect Consciousness**: وهو قدرة الفرد على الوعي بمشاعره ، والتعبير عنها بكلمات مناسبة ، والعلاقة بين اليقظة العقلية والوعي العاطفي علاقة الكل بالجزء، فلا يمكن أن تقوم اليقظة إلا بوجود القدرة على التعبير عن المشاعر والوعي الذاتي بما يدور بوجود الفرد، لأن الوعي العاطفي يرتبط فقط بالجانب الإنفعالي، أما اليقظة العقلية فتتضمن التوجه المقصود للوعي بكيان الفرد في جميع الجوانب، ونستخلص مما سبق أن اليقظة العقلية تشير إلى التركيز على ما يحدث هنا والآن، بينما يركز الوعي العاطفي على الجانب الإنفعالي، في حين أن اليقظة العقلية تركز على جميع جوانب شخصية الفرد. (Guttman & Laborite, 2002, P., 448)

10- اليقظة العقلية والتعاطف **Empathy**: هو أحد أشكال الإستنتاجات النفسية المعقدة، يتم فيها دمج الملاحظة والذاكرة، والمعرفة والتفكير المنطقي من أجل استنتاج، وإنتاج الرؤى حول الأفكار، والمشاعر الخاصة بالآخرين، ويختلف التعاطف عن اليقظة العقلية، في أن التعاطف يمثل رد فعل وجداني لمشاركة الآخرين وجدانياتهم، في حين أن اليقظة العقلية تتضمن عدم رد الفعل أو إصدار أحكام. (Cuff, et al., 2016)

ثانياً: نظريات، وتصورات، تُشير فيما يلي لبعض هذه النظريات:

1- نظرية لانجر (Langer, 1992): ترى Langer أن اليقظة العقلية تتمثل في القدرة على خلق فئات جديدة، واستقبال المعلومات، والانفتاح على وجهات نظر، وتفترض نظرية اليقظة العقلية من وجهة نظر " لانجر " أن جميع القابليات محدودة، وتكون نتيجة لتقبل غير واعٍ للإبداعات المعرفية السابقة لأوانها، وأكدت النظرية أنه بإمكاننا تحسين الذاكرة بعيدة المدى، وقصيرة المدى، من خلال المتغيرات السابقة، كما طورت " لانجر " نظرية اليقظة العقلية، استناداً على البحوث المتعلقة بالسلوك البشري، إذ وضعت في اعتبارها أن السلوك لا يقتصر على حالة اليقظة فحسب، لكنه أكثر من ذلك بل هو طريقة لمواجهة الحياة الكاملة. (Langer & Beck, 1997)

2- **نظرية التصميم الذاتي (المعلومات الخاصة والتفصيلية):** مضمون هذه النظرية أن اليقظة العقلية تعمل على تيسير الذاكرة ، من خلال النشاط الذاتي ، وإشباع الإحتياجات النفسية الأساسية ، فالأشخاص المتيقظين عقلياً للخبرة الحسية، يكونوا أكثر ذاكرة من الأشخاص المنخرطين في عمل يشغل الذهن، كما أن الوعي يسهل التيقظ إلى علامات الرموز التي تنشأ عن الحاجات الأساسية ، وهذا ما يجعل الفرد أكثر ترجيحاً في تنظيم سلوكه بطريقة تساعد على إشباع إحتياجاته ، وتعد نظرية التصميم الذاتي نظرية واسعة الانتشار؛ إذ تعمل على تطوير الوظائف الشخصية في السياقات الإجتماعية، كما تعتمد على درجة اختيار الفرد لسلوكياته التي يقرها بنفسه، وهذه الإختلافات بين الأفراد وتقودهم إلى القيام بمجموعة من الأفعال والتصرفات، التي تكون عالية المستوى من الإلتباه والوعي للاختيار الذاتي دون تدخل الآخرين.

(مها عيد صدام، وزينب بديوى حياوى، 2018، ص : 423)

3- **نظرية تقرير المصير Self Determination Theory:** مفاد هذه النظرية، أن الوعي المتفتح له قيمة كبيرة في تيسير اختيار السلوكيات المنسجمة مع إحتياجات الفرد، وقيمه، واهتماماته، وأن الحاجة إلى اليقظة العقلية؛ تحدث لدى الفرد عندما تكون حالة التنظيم الذاتي في مستوى منخفض، كما أن اليقظة العقلية، ربما تسهل عملية الذاكرة، من خلال تنظيم النشاطات، وإشباع الإحتياجات النفسية الأساسية، كما تؤكد على أن الأشخاص المتيقظين عقلياً، يكونون أكثر تذكراً من الأشخاص المنخرطين في أعمال تشتت الإلتباه، وفي هذا الصدد تثبت الدراسات أن الأفراد اليقظين عقلياً لديهم شعور بالحيوية، أثناء أدائهم على العمليات المعرفية. (عبلة مرتضى، 2020، ص: 277)

4- **نظرية الوعي الذاتي التأملى Reledctive Self Awareness Theory:** إن الأفراد في هذه النظرية يكونوا يقظين لحالتهم الداخلية، من أجل مواصلة تحقيق أهدافهم، وأن اليقظة العقلية، توجه النظم نحو تجربة عقلية وانفعالية وجسمية، والذي يُعد أساسى في تطور المعرفة الذاتية، وأن الفرق بين الإلتباه

التأملى والوعى الذاتى يتعلق بنوعية وطبيعة الإنتباه، ويمثل الوعى قدرتين أساسيتين، هما التمكين والسيطرة، كما تؤكد هذه النظرية، على الدور الأساسى للسيطرة الواعية للتجربة، وأن الكائن الواعى يحدد الأهداف التى يراقبها؛ وفقاً للاهتمامات والأهداف كى يؤدى كل من الوعى والإنتباه دوراً فى اختيار الهدف ومتابعة تحقيقه. (ماجدة المالكى، 2019، ص : 309)

5- **نظرية شاببيرو:** يرى شاببيرو أن اليقظة العقلية تتضح من خلال آليات العمل التى تستند عليها؛ إن اليقظة العقلية تعتبر اللبنة الأولى فى فهم العملية الغامضة، والمعقدة، كما وأن المحاور الأساسية لهذه النظرية تعتمد على: (النية - الإنتباه - الموقف)؛ وتعد هذه البديهات هى اللبنة الأساسية، والتى يتفرع منها مقومات أخرى تساعدنا على فهم أن اليقظة العقلية، وأن النية والسلوك ليسا عمليتين متفرقتين، بل هما حلقتان فى دائرة واحدة تحدث فى آن واحد، فاليقظة العقلية، هى عملية وقتية وليدة اللحظة، كما أشار شاببيرو أن اليقظة العقلية لها أربع آليات إضافية هى: (أ) التنظيم الذاتى. (ب) توضيح القيم. (ج) المرونة المعرفية والعاطفية والسلوكية. (د) التعرض أو الإستعراض.

(Shanual, L., and Shapiro, 2006, PP., 373 : 380)

6- **نظرية كابات زين Kabat Zinn., 2003:** قدم Zinn هذه النظرية نموذجاً قائماً على برنامج اليقظة العقلية، من أجل تيسير القدرة على التكيف مع الضغوط الحياتية، والتى تصاحب الأمراض المزمنة، وكان قد سبق أن طور هذا فى السبعينيات من القرن العشرين، وهذا البرنامج عبارة عن تدخل علاجى لمدة ثمانية أسابيع، تم تطبيقه على أشخاص يعانون من الآلام المزمنة، ويقوم البرنامج بتعليم المفحوصين كيفية تركيز انتباههم من خلال مجموعة من الميكانيزمات، أو الفنيات التأملية، مثل التأمل من خلال مسح الجسم والتأمل فى الجلوس، وفى المشى واستخدام اليوجا وأوضاعها وحركاتها، وممارسات اليقظة غير الرسمية التى يقوم بها المفحوص باستحضار الوعى والإدراك اليقظ عن عمد، وعند القيام بالأنشطة اليومية مثل (الإستحمام، الأكل، التسوق).

ثالثاً: قياس اليقظة العقلية: إنه بالرغم من حداثة اليقظة العقلية كمفهوم نفسى، فقد تعددت محاولات قياسه والكشف عن أبعاده، وقد تبلورت هذه المحاولات فى اتجاهين:

الإتجاه الأول: النظر إلى اليقظة العقلية كمهارة عامة، وقياسها من خلال مقاييس أحادية البعد، ومن هذه المقاييس:

أ - قائمة فرايبورج لليقظة العقلية 2001: وهى تقيس ملاحظة الخبرات فى اللحظة الحاضرة والانفتاح على الخبرات السلبية دون إصدار أحكام.

ب - مقياس وعى الإنتباه اليقظ الذى أعده براون 2003: وهو نوع من التقرير الذاتى، وقياس الميل للوعى بالخبرة فى اللحظة الحاضرة فى الحياة اليومية.

ج- استبانة اليقظة العقلية الذى أعده شادويك 2005: وقياس الإتجاه اليقظ نحو الأفكار والصور الحزينة.

د - مقياس اليقظة العقلية المعرفى الإنفعالى المعدل وأعده فيلدمان 2006: وقياس الإنتباه والوعى والتركيز على الحاضر، والقبول وعدم إصدار الأحكام مع احترام الأفكار والمشاعر فى الخبرات اليومية بشكل عام.

الإتجاه الثانى: من خلال النظر إلى اليقظة العقلية كمجموعة مهارات وقياسها من خلال مقاييس متعددة، ومن بين هذه المقاييس نجد:

- مقياس تورنيتو لليقظة العقلية أعده عام 2006، ويتكون من 13 فقرة، موزعة على نوعين هما:

أ - حب الإستطلاع: وقياس الإتجاه نحو طلب المزيد من التعلم حول الخبرات الذاتية.

ب - عدم التمرکز: وقياس القدرة على تمييز، وتحديد الأفكار، والمشاعر المرتبطة بالخبرات الذاتية فى نطاق واسع من الوعى.

- مقياس فيلادلفيا 2008: ويتكون من 20 عبارة، موزعة على مكونين هما الوعى، والتقبل.

وقد استخدم في بحوث اليقظة العقلية على نطاق واسع، وتم التحقق من صدقه وثباته من خلال مقياس العوامل الخمسة (FFMQ) لليقظة العقلية، كما أنه يمكن أن يعتمد على الحالات الإكلينيكية والصحية على حدٍ سواء.

كما تقاس اليقظة العقلية، من خلال مقياس الأوجه الخمسة من إعداد كلاً من شعيب 2020، Bear، 2011، والتي شرحت أسلوب بناءها استبانة اليقظة العقلية لكلاً من عائشة بولفعه، أحلام مهدى عبدالله 2013.

رابعاً: استراتيجيات وفنيات إثراء اليقظة العقلية: أشار (Huxter, 2007) إلى أن الفرد لكي يحقق اليقظة العقلية يمر بمجموعة من الممارسات وهي:

1- التأمل: وهو نشاط مرن ، ولا يقتصر على الممارسات الرسمية للجلوس، كما أنه عنصر مهم في بعض النظم ، مثل " السحبة، والتعاطف والرحمة "، كما يعبر التأمل عن ممارسة فطنة، وطريقة في الوجود.

2- اليقظة العقلية بالجسد **Mindfulness of Body**: وتتضمن التفكير في الجسد، بجميع الطرق الممكنة، ويتضمن العديد من الأبعاد الفرعية والتي تتضمن " النفس، ووضعية الجسد Postures، والفهم الواضح للأفعال، والأحاسيس الجسمية.

3- اليقظة بالعقلية بالمشاعر **Mindfulness of Fallings**: تشير إلى الوعي باللهجة الفعالة من الخبرة وليست المشاعر كما هي في لغتنا اليومية.

4- اليقظة العقلية بالعقل **Mindfulness of Mind**: وتتضمن المشاعر السارة، وغير السارة، وأنماط التفكير، وحالات العقل الماهرة. (Huxter, 2007,)

(PP., 48 : 52

ويشير ماكي Mace سنة 2008 إلى الفنيات والإستراتيجيات المستخدمة في اليقظة العقلية تنقسم إلى ممارسات رسمية، وممارسات غير رسمية، وفيما يلي توضيح لذلك:

أ - الممارسات الرسمية، وتتضمن:

1- تأمل الجلوس (التنفس) والأحاسيس الجسمية، الأصوات، الأفكار.

- 2- تأمل الحركة (المشى ومجالات اليوجا).
- 3- تبادل المجموعة Group Exchange (تأدية تمارين، ومناقشة موجهة للخبرة).
- ب - الممارسات غير الرسمية، وتتضمن:
 - 1- النشاط اليقظ (الأكل، التنظيف، القيادة).
 - 2- التمارين المنظمة (المراقبة الذاتية، حل المشكلات).
 - 3- القراءة اليقظة خاصة الشعر.
 - 4- تأملات قصيرة Minimeditation (3 دقائق تنفس فى الفراغ). (Mace, 2008, pp., 149 : 150)

إلا أن هناك أساليب شائعة تستخدم فى التدريب على اليقظة العقلية، وتتضمن: وعى الفرد بالبيئة، استخدام بعض المهارات، مثل مسح الجسد Body Scan، والتدريب على الاسترخاء، والتدريب على التنفس، وإدارة الضغوط، وتأمل التنفس، وتتضمن الجلوس بشكل مريح على كرسى، أو على الأرض مع غلق العينين، والتركيز فى عمليات الشهيق والزفير، وهناك استراتيجيات أخرى تستخدم فى تنمية اليقظة العقلية غير مبنية على التأمل، ومنها الذى يشئ، ومهارات إدارة الانفعال، ومهارات التسامح التى تؤدى إلى التكيف. (Coleman, 2004, pp., 19 : 20)

كما أشار تايلور Taylor, 2016 أن فنيات اليقظة العقلية، تعتبر جزءاً مكماً للحياة اليومية، فاليقظة العقلية تتضمن عدة أشكال من الممارسات مثل: التنفس Breathing والتأمل Mediation، والاستجابة للضغوط النفسية، وزيادة التمتع بالمزاج الإيجابى. (Ctaylor, 2016, P., 27)

خامساً: اليقظة العقلية لدى مرضى الكيماوى: دراسات ميدانية، وبتناول بعض هذه الدراسات فيما يلى:

فى دراسة (Stanton, etal., 2002) تناول اليقظة العقلية كأحد الإستراتيجيات لخفض الإكتئاب والقلق لدى مرضى السرطان، ولتحقيق هدف الدراسة تم تطبيق استراتيجيات المواجهة، ومستويات اليقظة العقلية، على عينة (N = 150)

من مرضى سرطان (الثدى، الدم، القولون، الغدة الدرقية) ممن تتراوح أعمارهم ما بين (30 : 70 سنة)، وتم تفعيل الأهداف وقت التشخيص أو بعد 12 شهر من المتابعة والإنجاز الشخصى، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن المفحوصين، ممن استخدموا أسلوب اليقظة العقلية استطاعوا تقادى المشكلة والتكيف معها.

وفى نفس الإتجاه كانت دراسة (Savard, et al., 2008) عن تدخل العلاج المعرفى لقلق الموت عند مرضى السرطان، وهدفت الدراسة لتشجيع المرضى على اليقظة العقلية، والملاحظة، والوعى، والتفأول، ولتحقيق الهدف تم تطبيق مقياس قلق الموت، ومقياس اليقظة العقلية على (N = 243) من مرضى السرطان الذين يعانون من قلق الموت، وتم تطبيق برنامج اليقظة العقلية على (N = 20) مريض ممن حصلوا على درجات منخفضة فى كلٍ من مقياس قلق الموت، ومقياس اليقظة العقلية، وأشارت النتائج عن وجود علاقة عكسية بين اليقظة العقلية وقلق الموت، ومن خلال التقييم قبل وبعد التدخل فى الفترة من (3 إلى 6 شهور بعد التدخل) أظهر المشاركون انخفاض أعراض قلق الموت. (Cpaul & et al., 2008, P., 22)

وفى نفس السنة قام كلاً من (Otten., et al., 2008) بدراسة تناولت العلاقة بين اليقظة العقلية والألم لدى عينة من مرضى السرطان، ولتحقيق الهدف؛ طبق مقياس اليقظة العقلية، ومقياس الألم، واستبانة عن الرضا عن الحياة على (N = 257) مريض بالسرطان، وقد توصلت النتائج إلى وجود فروق بين مرضى السرطان الذين تلقوا علاجاً نفسياً، وبين الذين لم يتلقوا علاجاً نفسياً، كما أكدت النتائج على أنه كلما ارتفعت اليقظة العقلية، كلما ساعد ذلك على انخفاض الشعور بالألم.

أما فى سنة 2013 فقد قامت (Linda, P., 2013) بدراسة هدفت الكشف عن دور العلاج باليقظة العقلية فى خفض أعراض قلق الموت والاكتئاب بما فيها الميل للإنتحار، ولتحقيق أهداف الدراسة؛ تم تطبيق مقياس اليقظة العقلية، ومقياس قلق الموت، ومقياس الاكتئاب، على (N = 111) من مرضى السرطان، ممن تراوحت أعمارهم ما بين (20 : 37) عاماً، وأظهرت النتائج أهمية العلاج باليقظة العقلية فى خفض الخوف من الموت، والاكتئاب، والميل إلى الإنتحار، وأن التواصل مع الذات،

والملاحظة والوعي والإعتماد على النفس، وهى من أهم العوامل التى يتم من خلالها تنمية اليقظة العقلية لدى مرضى السرطان.

وفى نفس السياق قام كلاً من (Samuel Mun & Judywai, 2013) بدراسة تناولت فاعلية التدخل على أساس اليقظة العقلية، فى زيادة مستويات اليقظة، وكذلك خفض الأمراض النفسية لمرضى سرطان القولون والمستقيم، ولتحقيق هدف الدراسة؛ تم تطبيق مقياس اليقظة العقلية، ومقياس القلق والإكتئاب على (N=300) من مرضى سرطان القولون، والمستقيم تم تقسيمهم إلى (150 ذكوراً، 150 إناثاً)، كما تم التدخل عن طريق برنامج اليقظة العقلية، وذلك على المرضى الذين حصلوا على درجات منخفضة فى اليقظة العقلية، ودرجات مرتفعة فى كلاً من القلق والإكتئاب، وكانت جلسات البرنامج عبارة عن ثمان جلسات أسبوعية، وتتراوح مدة كل جلسة من (60 : 90 دقيقة)، وأسفرت النتائج، عن أن النساء يملن إلى مستويات أعلى من القلق والإكتئاب، مقارنةً بالرجال وارتبطت مسارات اليقظة العقلية سلبياً مع القلق والإكتئاب، فى وقت قبل وبعد التدخل، كما أظهرت النتائج إلى زيادة اليقظة العقلية بشكل كبير بعد التدخل العلاجي، علاوةً على انخفاض مستويات القلق فى المشاركين إلى حدٍ كبير بعد تدخل البرنامج.

المحور الثانى: الاكتئاب مفهومه، والمتغيرات المتداخلة معه، نظرياته، قياسه، استراتيجياته، الدراسات المعنية به:

أولاً: المفاهيم المتداخلة معه: ثمة مفاهيم مرتبطة بالإكتئاب نتناول أبرزها فيما يلى:

1- **الإكتئاب والتشاؤم Pessimism:** يُعد الإكتئاب جزءاً عاماً من الخبرات والوجود الإنسانى، ويمكن أن ينشأ كعرض، نتيجة للخيبة، أو الفقدان، أو حتى دون سبب محدد، غير أنه عندما يظهر تعكر فى المزاج مصبوغ بصبغة الحزن بصورة خاصة للإكتئاب، فإنه عندئذٍ يمكن أن يشكل جزءاً من زملة (متلازمة) أو اضطراب التشاؤم، حيث أن التشاؤم توقع سلبى للأحداث القادمة، الذى يجعل الفرد ينتظر الأسوأ، أو يتوقع الشر، والفشل وخيبة الأمل، ويستبعد ما عدا ذلك، فالعلاقة بين الإكتئاب والتشاؤم علاقة ارتباطية، واستناداً على ذلك يمكن

القول أن الأمر يتعلق بالكيفية التي يدرك من خلالها الأفراد للأحداث والمواقف المختلفة من خلال تقييمهم للموقف.

(Schwarzer, R & Ranner, B., 2013)

2- **الإكتئاب والانتحار Suicide**: وجد بعض المفسرين أن الإنتحار أو الشروع في القيام به، نتج عن تفسيرهم في الغالب على تحليل لحالات تأنيب، ولوم الذات الناتجين عن الإكتئاب، والعلاقة بين الإكتئاب والإنتحار علاقة وجوبية، حيث أنه عندما يشعر الفرد بالعديد من الصدمات النفسية، والتي لا يستطيع تحملها فيؤدى به الأمر إلى التفكير في السلوك الإنتحارى، والإنتحار يعد انقلاباً للسيادية ضد الشخص نفسه، وخاصة في انتحار مريض الإكتئاب، وهذا من وجهة نظر (الأنا الأعلى) حيث يتحقق في الانتحار الرأى القائل بأنه ما من أحد يقتل نفسه، ما لم يسبق له أن انتوى قتل شخص آخر، فالإنتحار يعبر عن الحقيقة، التي مؤداها أن التوتر والإكتئاب أصبح أعلى مستوياته لدى الشخص، ولا يستطيع التحمل، فيميل إلى السلوك الإنتحارى ليقضى على حياته.

(Jenniffer Kathleen Rice, 2015)

3- **الإكتئاب والإحباط Frustration**: الإحباط حالة ناتجة عن عرقلة سلوك هادف، استثارة دافع ملح، كما أنه عملية تتضمن إدراك الفرد لعائق يحول دون إشباع حاجاته، أو توقع الفرد حدوث هذا العائق في المستقبل، وهذا يؤدي به إلى الشعور بالإكتئاب الناتج عن عدم وصوله لما هو أراد فعله، والإحباط حالة نفسية تترتب على إعاقة السلوك نحو هدف أو إشباع حاجة أو دافع، ربما يكون داخلياً نتيجة قصور في الشخصية أو صراعات نفسية أو مشاعر بالذنب، وتأنيب الضمير، ولوم الذات، التي تؤدي إلى الإكتئاب، والخلاصة الإحباط حالة نفسية تؤدي إلى الإكتئاب، حيث أن الفرد يفشل في إشباع دوافعه، فينشأ عن ذلك حالة من التوتر النفسى، قد تؤدي إلى الإكتئاب ولوم الذات الدائم. (Anitei, Chraif & Liliana, 2013)

4- **الإكتئاب واليأس Hopelessness**: يُشير مفهوم اليأس إلى عدم الرضا الكلي للفرد عن الحياة، والتوقعات السلبية المعقدة عن المستقبل فتعتبر حياة الفرد سائدة بحالة من الإكتئاب، ومشاعر عدم جدوى الحياة، أما اليأس فهو ملمح من ملامح الإكتئاب، ويعرف بأنه عدم توقع حدوث أشياء جديدة، أو النجاح في مهمة ما، وهو فقدان الأمل، وعدم القدرة على إيجاد حل، وعدم القدرة على التحكم في الأمور الحياتية، وعدم القدرة على إنجاز شئ ما، فهو إذن من المتغيرات النفسية اللصيقة بالشخصية العاجزة، إنه والإكتئاب وجهى عملة، حيث يشعر الفرد بقلّة الحيلة، وعدم القدرة على عمل ما يريد فعله أو إنتاجه. (Dragomir, G, Todorescu, L.L & Greculescu,) (A., 2011)

5- **الإكتئاب وقلق المستقبل Future Anxiety**: العلاقة بينهما تفاعلية ، فكلما زاد لدى الفرد أصبح متشائماً تجاه المستقبل، فالإكتئاب والقلق حالتان مرضيتان، قد يحدثان معاً، وقد يحدث القلق بوصفه أحد أعراض الإكتئاب، ويتفقان في الأعراض، من حيث الحزن، والضيق والإضطراب الذى يمنع من ممارسة أنشطة الحياة المعتادة ، كما أن قلق المستقبل يتصف بالأفكار غير العقلانية التى تزيد من الحزن والإكتئاب لدى الفرد، فقلق المستقبل يمكن أن يكون عرضاً للإكتئاب، إذ يرى الفرد الأمور بعين سوداوية، فيتخيل المستقبل بهذا الشكل وتزداد شكوكه وقلقه، كلما اقترب أى حدث من المستقبل، كالإمتحانات، أو الشفاء من التوتر والآثار السلبية.

(Islam, M. A Barna, S. D Raihan, H, Khan, M, 2020)

6- **الإكتئاب والوحدة النفسية Psychological Loneliness**: تُعرف الوحدة النفسية بأنها حالة يشعر فيها الفرد بالوحدة والإنفصال عن الآخرين، ويصاحبها معاناة الفرد لكثير من ضروب الوحشة والإغتراب، والوحدة النفسية تؤدي إلى الإكتئاب، حيث أنهما يتفقان في الأعراض، فالوحدة تجعل الفرد ليس لديه أى رغبة في عمل أى شئ، وليس لديه الشغف لإنتاج أى عمل إيجابى؛ مما يؤدي

به إلى الإكتئاب والإحساس بالعجز، والكسل، والكآبة، والحزن، فالإكتئاب مزيد من مشاعر سلبية منها الوحدة النفسية مع انعدام وجود هدف للحياة، وترتبط الوحدة النفسية بالإكتئاب، وأن العلاقة بينهما علاقة وجهي لعملة واحدة.

(Siedlecki, et al., 2014)

7- **الإكتئاب واضطراب صورة الجسم Body Image Disorder**: يُعد اضطراب صورة الجسم شكلاً من أشكال الإضطرابات النفسية، والتي يكون الفرد فيها غير راضى عن المظهر الجسمى، إنها رؤية الفرد لجسمه مشتملة الجوانب الجسدية، والنفسية، والاجتماعية، والنمائية، ويمكن أن يكون للفرد انطباعات موجبة أو سالبة عن جسمه والتي تتأثر بمفهومه عن ذاته، أو تتأثر الصورة من خلال الأسرة والأفراد والمجتمع الخارجى، وهذا يؤدي بالفرد إلى الشعور بالإكتئاب.
(Clay, D, Vignois, V, et al., 2015)

8- **الإكتئاب واضطرابات النوم Sleep Disorders**: اضطرابات النوم هي المواقف التي يتعرض لها الفرد نتيجة حرمانه من النوم، وقد يكون هذا الحرمان كلياً، أو يمكن أن تنشأ اضطرابات النوم نتيجة لعدد من الأسباب منها الإكتئاب، والإكتئاب يؤثر فى معظم جوانب الحياة اليومية، إنه يؤثر على نظام الأكل، ويؤثر على النوم أكثر من أى شئ آخر، حيث أن الفرد المكتئب من الممكن أن ينام طوال اليوم، ومن اضطرابات النوم الناتجة عن شعور الفرد بالإكتئاب (الأرق، فرط التوتر، الخدار، الارتباط بالتنفس، اليقظة أثناء النوم، الكوابيس، حركة العين السريعة، متلازمة تملل الساقين) كل ذلك ناتج عن الإحساس بالإكتئاب نتيجة لأى حدث قد حصل فى حياة الشخص. (A & Yong, P. J., 2020)

ثانياً: النظريات المفسرة للإكتئاب، ونتناول أهمها فيما يلى:

1- **نظرية التحليل النفسى Psychoanalysis Theory**: تعتبر من أهم النظريات المفسرة للإكتئاب وأقدمها، حيث أعطت تحليلاً مفصلاً عن أساس الإصابة بالمرض، وعوامل حدوثه منذ بداية الإصابة به، وعلى غاية العلاج، فأصحاب هذه

النظرية يرون أن سبب الإصابة بالمرض ناتج عن الخبرات المؤلمة، والصدمات التي مر بها الفرد في طفولته المبكرة، وهو إذن أكثر عرضة للإصابة بالإكتئاب، ولقد أرجعه فرويد إلى المرحلة الفمية في النمو النفس جسمي لدى الطفل، فالشخص الذي يتوقف عنده النمو عند المرحلة الفمية تنمو عنده نزعة قوية للإعتماد على غيره، وأن كل فرد لديه علاقات حب/كره تجاه الشخص الذي يحبه، وعلى ذلك يصبح المريض نفسه موضوعاً للكراهية والحب في نفس الوقت، وكذلك يشعر بالذنب بسبب واقعي أو خيالي للخطيئة ضد الشخص المفقود. (Talley, Amolix, L, et al., 2010)

2- النظرية السلوكية Behavioral Theory: المرض النفسى - حسب هذه النظرية - عبارة عن سلوك متعلم مثل باقى الأنماط السلوكية السوية، يحدث نتيجة انسحاب مصادر التعزيز والمساندة والتدعيم العاطفى، ومن ثم فإن نشاطه، سيقبل أو لا يستطيع استعادة نشاطه المعتاد؛ مما يؤدي إلى تدهور حالته، والتي تؤدي به حتماً إلى الإنسحاب - ووفقاً لازاروس - فإن الإكتئاب يمكن النظر إليه على أنه وظيفة للتعزيز الخاطيء، أو التعزيز غير الكافى، ويمكن حدوث الإكتئاب عند انسحاب التعزيز الكافى كانسحاب الحب، أو العطف، والتأييد مع موت أحد المقربين، ويضع أنصار هذا الإتجاه عدة افتراضات فى نشأة الإكتئاب، نذكر منها:

أ - تظهر مشاكل الإكتئاب وغيرها من الأعراض مثل الشعور بالتعب والإرهاق، وعندما لا يتلقى السلوك التعزيز الكافى.

ب - أن سحب التعزيزات تخفض من حيوية السلوك والنشاط أكثر منه فى حالة وجود معزز، ولكنه قليل.

وقد قدم أصحاب هذه النظرية تفسيرهم للإكتئاب فى ثلاثة مبادئ هى:

1) الإشتراك البافلوفى التقليدى: فمثلاً بعض الأحداث؛ تؤدي إلى خلق إجابات من

القلق، ويستطيع الفرد تجنب العيش فى المواقع المؤدية لهذا السلوك.

2) **الإشترط السكينري الفاعل:** ومن خلاله أن السلوك الإكتئابي، يحدث نتيجة الإنخفاض المطلوب للمقومات الإجتماعية.

3) **التدريب الإجتماعي:** وذلك من خلال تعلم الفرد الإستجابة لمواقف الضغط النفسى بالسلبية والإنطواء؛ عن طريق تقليد أحد الذين يعانون من الإكتئاب.

(Roberts, M, Robert, K, et al., 2010, PP., 68 : 73)

3- **النظرية المعرفية Cognitive Theory:** تذهب هذه النظرية إلى القول، بأنه العمليات المعرفية؛ تلعب دوراً مهماً فى نشأة الاضطرابات الوجدانية.

وتعتقد هذه النظرية، أن الأفكار والعقائد تسبب السلوك الإنفعالى، المكتتبون يعتقدون أنهم قد ارتكبوا أخطاء منطقية، وأنهم يلقون بكل ما يحدث لهم فى اتجاه لوم الذات والكوارث، وما إلى ذلك، الإكتئاب يقودهم لعمل النتائج غير المنطقية، فى الحكم على ذواتهم.

هذا وتتنظر المدرسة السلوكية إلى الإكتئاب بوصفه اضطرابات فى التفكير وأن الأعراض الإكتئابية تتوالى طبقاً لفاعلية الأنماط المعرفية السالبة، فيرتبط الوجدان والسلوك فى العنصر المعرفى. (Hamamci, Z., 2006, P., 199)

4- **النظرية الذهنية Mental Theory:** ركزت هذه النظرية على المعتقدات السلبية، والتي تعتبر أحد العوامل الرئيسية للإصابة بالإكتئاب، فالتشاؤم، والأفكار السلبية، يمكنها أن تدفع الشخص إلى الإكتئاب، ومن بين هذه النظريات نظرية (بيك للإكتئاب Beck is Theory of Depression) والذى أوضح، أن الإكتئاب يرتبط بوجهات النظر السلبية تجاه العالم، والذات والمستقبل. إذ أن العالم جزء من الرؤية الإكتئابية، وتشير إلى الجانب الذى يتخذه الشخص تجاه العالم والمواقف التى يواجهها فى هذا العالم. (Peratikos, A., 2011, P., 15)

ووفقاً لهذا النموذج، فإن الفرد خلال مرحلة الطفولة يعيش ضمن مخططات سلبية، مثل فقد الوالدين أو رفض أقرانه له، أو التوجه الإكتئابى للوالدين، وتؤثر هذه المخططات فى معتقداته، نتيجة لظروف خارجية، وتشكل وعى الفرد وإدراكه للتجارب التى يمر بها، تنشط هذه المخططات عندما يمر الفرد بمواقف متشابهة للمواقف

الأصلية التي تؤدي إلى حدوث هذا التفكير، ومجرد أن تنشط هذه المؤثرات الذهنية، فإنها تسبب التحيز الذهني أو الميل إلى التعامل مع المعلومات بطريقة سلبية.

(ناصر إبراهيم محارب، 2013، ص: 88)

5- **نظرية العجز المتعلم Learned Helplessness**: وتفسر هذه النظرية الإكتئاب

بأنه : ينتج عن خبرات متعلمة ، يكون الفرد فيها قد عجز عن تجنب الإجهاد، فيلجأ إلى الإستسلام، ويتم سلوكه بالسلبية في مواجهة الضغوط، فعندما يواجه الشخص مواقف لا يتمكن فيها من تجنب الأذى، أو الإنسحاب في تلك المواقف المؤلمة، فيكون لديه اعتقاد بأنه لن يستطيع أن يفعل شيئاً، ولن يجد سبيلاً يجنبه الأذى. (Prangya Paremita, D., etal., 2015)

6- **النظرية الحيوية Biotheory**: يرى أصحاب النظرية الحيوية أن الخبرات

الإنفعالية، تؤثر على النشاط الكيميائي للمخ، وفي المقابل؛ فإن الأفكار، والمشاعر، والسلوك؛ يمكن أن تتبدل نتيجة تغيرات كيميائية في المخ، حيث أن هناك بلايين الخلايا العصبية التي ترسل الرسائل الكهربائية عن طريق الموصلات العصبية المتمثلة في المواد الكيميائية، وهناك عوارض كثيرة يمكن أن تحدث مثل خلل في الخلايا العصبية، أو نقص المقدار المنقول أو المسحوب من المادة الكيميائية، أو خلل وظيفي في عمل خلايا الإستقبال، ويسهم الخلل في كل تلك الأمور بصورة رئيسية في الإصابة بالإكتئاب. (Marie, Delhaye, etal., 2013, P., 424)

رابعاً: قياس وتشخيص الإكتئاب

لفهم وتشخيص، وتصنيف الإكتئاب على مدار العقود الأخيرة، صنف الإكتئاب تحت فئة اضطرابات المزاج، حيث تشمل كل الإضطرابات، التي يكون فيها اضطراب المزاج، هو الملمح أو الصورة السائدة فيها، كما يتم قياس الإكتئاب؛ من خلال عدة طرق، تم استخدامها، بشكل أساسي في بعض البحوث العلمية ومنها:

- المقابلات الكليكية، والاختبارات الإسقاطية، والتي تعمل على تشخيص الإكتئاب، ومن أهمها:

1- اختبار بقع الحبر وشاخ.

2- اختبار تفهم الموضوع.

3- مقاييس التقييم الكمي، وتنقسم إلى قسمين:

أ - مقاييس بواسطة مراقب خارجي. ب - مقاييس التقييم الذاتي.

(Hofman, A., Vanduijin, C. M., 2016)

خامساً: استراتيجيات وفتيات التكيف مع الإكتئاب:

اعتمدت هذه الإستراتيجيات على العديد من المتغيرات، ومنها:

- التفاؤل. - الرضا عن الحياة. - الأمل.

وينبثق عنها عدة فنيات وأنشطة فرعية؛ لتحقيق التوازن، ومنها الاستبصار

لحكمة الإبتلاء، المناقشة، والمحاضرة، التعريض لأحداث سارة.

كما توجد بعض الفنيات التي من الممكن أن تساعد في التغلب على

الإكتئاب، وهي فنيات يومية:

أ - الحرص على ممارسة النشاط البدني.

ب - قضاء الوقت مع الأهل والأصدقاء، وطلب المساعدة منهم، وتجنب العزلة.

ج- القراءة فيما يعطى طاقة إيجابية.

د - التدوين والكتابة يساعدان على تفريغ المشاعر والشعور بالتحسن.

هـ- تبسيط المهارات اليومية، ووضع أهداف قابلة للتحقق لتجنب الإصابة بالإحباط.

و - تنظيم الوقت ووضع قائمة للإنجازات اليومية ومواعيدها.

ز - تجنب اتخاذ القرارات المهمة عند الشعور بالإكتئاب. (Guan, C, N, Boks,

etal., 2013)

سادساً: الإكتئاب لدى مرضى الكيماوى، دراسات ميدانية، ونتناول فيما يلي أكثر هذه

الدراسات اتصالاً بالمتغير:

في دراسة (Sharma, 2014) بعنوان " التظاهرات الإكتئابية بالكيماوى "

على عينة قوامها (3 من الرجال، و 2 من النساء)، ممن تتراوح أعمارهم ما بين (45 :

55)، طُبق عليهم (الملاحظة، المقابلة النصف موجهة)، كما تم تطبيق مقياس

الإكتئاب لـ بيك، وذلك للتحقق من أعراض الإكتئاب، ومدى تأثير العلاج الكيماوى على 5 حالات، وأكدت نتائج الدراسة أن الخمس حالات، لديهم قلق دائم، فضلاً عن نزعات انطوائية، ومن ثم التوصل إلى نتائج نهائية، مفادها أن الإكتئاب يظهر فى أمور مختلفة لدى مرضى الكيماوى.

وفى نفس الإتجاه كانت دراسة (Miller, S., et al., 2014)، والتي هدفت الكشف عن تأثير الكيماوى على المرضى، ولتحقيق هدف الدراسة؛ تم تطبيق مقياس الإكتئاب، مقياس القلق، ومقياس العزلة الإجتماعية، على (N=75) من المرضى منهم (N=38) ذكور، و (N = 37) من الإناث، وتوصلت النتائج إلى أنه لا يوجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث فى مقياس القلق، ومقياس الإكتئاب، ومقياس العزلة الإجتماعية، وأن كل أفراد العينة سواء ذكور أو إناث الذين يتعرضوا للعلاج الكيماوى يعانون من نفس التأثيرات النفسية السلبية الناتجة عند التعرض للعلاج الكيماوى. (Miller, S. Lo., et al., 2014)

وعن دراسة (Lauver, D. R., et al., 2017) بعنوان " الإكتئاب، ومرضى الكيماوى وعلاقته ببعض المتغيرات الديموجرافية (النوع، العمر، الحالة الإجتماعية) "، على عينة (N = 102) تم تقسيمهم إلى ذكور وإناث، ممن تتراوح أعمارهم ما بين (35 : 55)، طبق عليهم مقياس بيك للإكتئاب، بعد إعادة تعديله ليتناسب مع عينة مرضى الكيماوى، توصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث فى مقياس الإكتئاب، وذلك فى اتجاه الذكور، وذلك نتيجة للأثار الجانبية الناتجة عن جرعة الكيماوى، وكان له تأثيره على الذكور أكثر من الإناث، كما وجدت فروقاً دالة فى الحالة الإجتماعية، إذ أنه كلما كانت الحالة الإجتماعية مستقرة؛ كلما ساعد ذلك على تخطى محنة العلاج الكيماوى، وقلة الشعور بالإكتئاب.

(Lauver, D., R., 2017)

وعن دراسة (Tavoli, A., et al., 2019) والتي هدفت تحديد الإضطرابات النفسية السلبية التي يتعرض لها مريض الكيماوى، كما هدفت الكشف عن علاقة الإكتئاب بقلق الموت؛ ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق مقياس الإكتئاب، مقياس

القلق النفسى، مقياس الإنطواء، مقياس قلق الموت على (N=300) من مرضى الكيماوى بواقع (N=175) ذكور، (N = 125) إناث، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث فى الإكتئاب، القلق، الإنطواء، وقلق الموت، كما توصلت النتائج إلى وجود علاقات ارتباطية دالة بين الإكتئاب وقلق الموت لدى مرضى الكيماوى سواء ذكور أو إناث.

المحور الثالث: مرضى الكيماوى (مفهومه، الآثار الجانبية الناتجة عن علاج الكيماوى)

العلاج الكيماوى، هو الإستعانة بالعقاقير، لمعالجة السرطان، وكثيراً ما تسمى بالعقاقير المضادة للسرطان، ويستخدم عادة فى علاج مختلف أنواع السرطان، وهو عبارة عن علاج بأدوية، أو مواد كيميائية، تعمل على قتل الخلايا السرطانية، ومنع تكاثرها، كما أنه يضرب الخلايا الطبيعية لجسم الإنسان، وهذا ما ينتج عنه أعراض جانبية، تنقسم إلى:

أ- أعراض جسمية، وتتمثل فى:

- 1- تدمير قدرة نخاع العظام على إنتاج خلايا حمراء: ويقلل قدرة الجسم على حمل الأوكسجين.
- 2- يؤدي إلى فقر الدم: ومن ثم انخفاض عدد خلايا الدم الحمراء فى الجسم، وهذا يؤدي إلى التعب، والضعف، وألم فى الصدر، وخفقان وضيق تنفس.
- 3- يؤدي إلى التلوث الجرثومى والعدوى: بما أن العلاج الكيماوى سوف يسبب انخفاض فى عدد الخلايا البيضاء التى تقاوم الجراثيم الموجودة.
ب - أعراض نفسية: يتسبب العلاج الكيماوى فى آثار نفسية منها:
 - 1- تساقط الشعر: قد يؤدي تساقط الشعر إلى أزمة نفسية لدى المريض وتشعره باضطرابات نفسية بأنه أصبح مختلف عن الآخرين وخاصة إذا كان المريض (أنثى).
 - 2- يؤثر العلاج الكيماوى من الناحية النفسية على المريض، فى ضعف الذاكرة قصيرة المدى وسهولة فقدان التركيز أو التشتت.

3- يسبب العلاج الكيماوى شعور المريض بالإنعزالية، والإنطواء، وعدم الرغبة فى التعامل مع الآخرين، حتى لا ينظر إليه الآخرين نظرة شفقة مثلاً.

4- يؤدي إلى إحساس المريض بالإكتئاب، وبعض الأحيان إلى الميل للإنتحار.

ثالثاً: مرضى الكيماوى وبعض الدراسات التى تناولته:

فى عام 2015 قامت (Arora et al., 2015) بدراسة هدفت الكشف عن مستوى الكرب، والعزلة الإجتماعية لدى مرضى الكيماوى فى ضوء بعض المتغيرات؛ ولتحقيق الهدف، طبقت مقاييس الدراسة على (N= 35) من المرضى بمستشفى قوى الأمن بمدينة الملك فهد الطبية بالسعودية، وتوصلت النتائج إلى تباين كلٍ من الكرب النفسى والعزلة بتباين متغيرى العمر والحالة الإجتماعية، فضلاً عن وجود علاقة ارتباطية دالة عند مستوى (0.01) بين كلٍ من مستوى الكرب النفسى، ومستوى العزلة الإجتماعية لدى مرضى الكيماوى.

وفى نفس السياق كانت دراسة (Brousse, C., et al., 2018) بعنوان " جودة الحياة والتوافق النفسى لدى مرضى الكيماوى "، وكان هدف الدراسة ، تحديد تباين كلٍ من جودة الحياة والتوافق النفسى بتباين كلٍ من الحالة الإجتماعية والمستوى التعليمى لدى مرضى الكيماوى، ولتحقيق الهدف؛ طبق مقياس جودة الحياة، ومقياس التوافق النفسى على (N= 300) مناصفة بين الذكور والإناث ممن تتراوح أعمارهم (35 : 55)، وتوصلت النتائج إلى اختلاف جودة الحياة والتوافق النفسى باختلاف كلٍ من النوع والمستوى التعليمى، والحالة الإجتماعية.

وفى نفس الإتجاه كانت دراسة كلٍ من (Peter. T., et al., 2018) بعنوان " الإكتئاب، ومدى تأثيره على مرضى الكيماوى "، ولتحقيق أهداف الدراسة، طبق اختبار بيك للإكتئاب، ومقياس الإتجاه للسلوك الإنتحارى؛ وذلك على (N= 275) من مرضى الكيماوى، تم اختيارهم بطريقة عشوائية من أحد مراكز الأورام بالمملكة العربية السعودية، وتوصلت النتائج إلى اختلاف متغيرات الدراسة (الإكتئاب والميل للإنتحار) باختلاف الذكور والإناث فى الشعور بالإكتئاب، وذلك فى اتجاه الذكور، كما أن المستوى التعليمى له دوراً فعالاً فى معرفة ما مدى العلاج وصعوبته وهذا ساعد على

أن الذين يتميزون بمستوى تعليمى عالى لا ينتابهم الشعور بالإكتئاب أو الميل إلى السلوك الإنتحارى.

اليقظة العقلية مدخل لخفض الإكتئاب لدى مرضى الكيماوى، دراسات ميدانية: ونشير فيما يلى لبعض هذه الدراسات:

قام كلاً من (Christopher & Gitbert, 2010) بدراسة هدفت الكشف عن فاعلية اليقظة العقلية فى خفض الإكتئاب لدى مرضى الكيماوى، ولتحقيق الهدف طبق مقياس كنتاكي لليقظة العقلية من إعداد (Bear, etal., 2004)، ومقياس بيك للإكتئاب، وذلك على (N = 266) من مرضى الكيماوى تم تقسيمهم إلى (N = 140) ذكور، (N = 126) من الإناث بمتوسط عمرى (21 : 70) وانحراف معيارى (82.5) وأظهرت النتائج أن جميع مكونات اليقظة العقلية: (الملاحظة، والوصف، والوعى، والتقبل) ترتبط ارتباطاً موجباً باليقظة العقلية، وأن هذه المكونات ترتبط ارتباطاً سلبياً بالإكتئاب، كما أكدت النتائج على فاعلية برنامج اليقظة العقلية الإيجابى فى خفض الإكتئاب لدى عينة الدراسة.

وفى نفس الإتجاه كانت دراسة (Asheur & Sigman, 2011) والتي هدفت تحديد فاعلية كلاً من اليقظة العقلية، وفيات الإسترخاء فى خفض الإكتئاب لدى مرضى السرطان؛ ولتحقيق الهدف طبق مقياس اليقظة العقلية على (N=57) من مرضى الكيماوى، وتوصلت النتائج إلى تحسن اليقظة العقلية لدى مرضى الكيماوى، وذلك بعد المشاركة فى البرنامج الإرشادى، والذي تضمن فنيات الإسترخاء.

وتأكيداً على ما سبق قام (Parto & Besharat, 2011) بدراسة تناولت أثر فعالية برنامج اليقظة العقلية لخفض الإكتئاب لدى مرضى الكيماوى، ولتحقيق أهداف الدراسة؛ طبق مقياس اليقظة العقلية والقدرة على الإبداع، ومقياس الصحة النفسية من إعداد (Besharat, 2009) على (N=120) من مرضى الكيماوى، وتوصلت النتائج إلى ارتباط اليقظة العقلية بالسعادة النفسية، كما أكدت النتائج على نجاح البرنامج فى خفض الإكتئاب لدى مرضى الكيماوى، وأن اليقظة العقلية تتنبأ بكل من السعادة النفسية والصحة النفسية الإيجابية.

وكذلك دراسة (Cmasuda & Tully, 2012) بعنوان " العلاقة بين اليقظة العقلية والمرونة النفسية "، ولتحقيق الهدف طُبِق مقياس اليقظة العقلية، والمرونة النفسية والإكتئاب على (N = 200) من مرضى الكيماوى ممن تتراوح أعمارهم (57 : 67) سنة، وقد طبق البرنامج الإرشادى على العينة التجريبية (N = 10)، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية دالة بين كلٍ من اليقظة العقلية والمرونة النفسية، كما أكدت النتائج على نجاح برنامج اليقظة العقلية فى خفض الإكتئاب لدى عينة الدراسة التجريبية.

وفى نفس السياق كانت دراسة (Martap. P. Monteiro, 2013) بعنوان " أثر برنامج تدريبي قائم على اليقظة العقلية (مهارات الملاحظة، الوصف، القدرة على الإبداع) فى خفض الإكتئاب، ولتحقيق هدف الدراسة، طُبِق مقياس اليقظة العقلية على (N = 180) من مرضى الكيماوى تم تقسيمهم مناصفة بين الذكور والإناث، أما العينة التجريبية فقد اشتملت على (N = 14) من مرضى الكيماوى ممن حصلوا على درجات منخفضة فى مقياس اليقظة العقلية، وتوصلت النتائج إلى فعالية دور اليقظة العقلية والإنتباه فى خفض الإكتئاب لدى مرضى الكيماوى.

الدراسات السابقة تحليل وتعقيب من خلال تنفيذ الدراسات السابقة، نستخلص ما يلى:

أولاً: أوجه الإتفاق بين الدراسات، نوضحها فيما يلى:

- 1- اتفاق الدراسات على وجود علاقة سالبة دالة بين اليقظة العقلية والإكتئاب، وهذا ما أكدت عليه نتائج دراسة كلٍ من (Gordon, T., Hardd David C. R.,) (Kerr, Mark, 2014, Atherne, C., Moran, A., 2011).
- 2- كما اتفقت الدراسات أيضاً على دور اليقظة العقلية فى خفض الإكتئاب باعتبارها أحد أهم استراتيجيات مواجهة الإكتئاب (Marta, P., Monteiro,) (2010, Masuda & Tully, 2012).

3- أكدت الدراسات على أهمية التدخل الجماعي في تنمية اليقظة العقلية، وكذلك خفض الإكتئاب (Christopher & Gitbert, 2010)، (Ashour & (Siqman, 2011)، (Parto & Besharat, 2011).

ثانياً: القضايا الجدلية التي لم تحسم نتائجها بعد، ونجملها فيما يلي:

تعارضت نتائج الدراسات السابقة بصدد كلٍ من الحالة الإجتماعية، والنوع، والتعلم، وتأثيرها في الإكتئاب، فإذا كانت دراسة (Nyamath, et al., 2017) أكدت على عدم وجود فروق بين مريض الكيماوى المتعلم وغير المتعلم سواء في الشعور بالإكتئاب أو اليقظة العقلية، فإنه في الإتجاه المعارض نجد دراسة (Calea A., & Christense, 2010) أكدت على اختلاف اليقظة العقلية والإكتئاب، باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع، والتعلم).

ثالثاً: أوجه الإستفادة، ونجملها فيما يلي:

1- في ضوء الدراسات السابقة أصبح من الممكن صياغة الفروض.
2- في ضوء الدراسات السابقة أصبح من الممكن اختيار العينة، وكتابة منطوق ومبررات خصائصها.
3- فضلاً عن استخدام المفاهيم الإجرائية، وانتقاء، وإعداد الأدوات التشخيصية، وتحديد الاستراتيجيات الإرشادية، فضلاً عن مناقشة نتائج الدراسة.
وعن الجديد الذي تضيفه هذه الدراسة، فإنه يمكن الزعم بأن هذه الدراسة أضافت مقياسين (اليقظة العقلية، الإكتئاب)، لدى مرضى الكيماوى، فضلاً عن إعداد برنامج وقائي إرشادي يساعد على إثراء اليقظة العقلية لعينة الدراسة سالفه الذكر.
فروض الدراسة: في ضوء نتائج الدراسة والأطر النظرية المختلفة فإن هذه الدراسة تسعى التحقق من صحة الفروض الآتية:

- 1- تختلف اليقظة العقلية باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع، العمر، المستوى التعليمي، الحالة الإجتماعية إلخ).
- 2- تتباين كلاً من اليقظة العقلية والإكتئاب بتباين القياسين (القبلي - البعدي).
- 3- تتباين كلاً من اليقظة العقلية والإكتئاب بتباين القياسين (البعدي والتتبعي).

منهج الدراسة وإجراءاتها:

أولاً: بالنسبة للمنهج: إتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي المقارن، وكذلك المنهج التجريبي، لكونهما أكثر موائمة لتحقيق أهداف الدراسة، والإجابة على أسئلتها، والتحقق من فروضها من خلال الفنيات السيكمترية، والتي تم تفصيلها بما يتناسب مع العينة في ضوء المتغيرات المختارة، كالكشف عن تباين متغيرات الدراسة بتباين كل من النوع - العمر - الحالة الإجتماعية، فضلاً عن تحديد فاعلية البرنامج الإرشادي الوقائي لتعزيز اليقظة العقلية وخفض الإكتئاب لدى مرضى الكيماوى.

ثانياً: خصائص العينة ومنطق اختيارها: تتضمن عينة الدراسة ثلاث مجموعات فرعية هى:

- 1- المجموعة الإستطلاعية: وتتكون من (30 = N) من مرضى الكيماوى، والهدف منها جمع البيانات والتحقق من الكفاءة السيكمترية لأدوات الدراسة.
- 2- المجموعة التشخيصية: وتتكون من (200 = N) من مرضى الكيماوى.
- 3- المجموعة التجريبية: (10 = N) ممن حصلن على أعلى الدرجات فى مقياس الإكتئاب، وأقل الدرجات فى مقياس اليقظة العقلية، ممن تتراوح أعمارهم ما بين (35 : 65) سنة بمتوسط عمرى (05 : 47) وانحراف معيارى (19,42)، فضلاً عن تباين مستوى تعليمهم بين (عالي - متوسط) ، وذلك فى جدول (1) وصف العينة وخصائصها متبوعة بعد ذلك بمنطق ومبررات هذه الخصائص.

جدول (1)

وصف عينة الدراسة الأساسية وبيان خصائصها

ع	م	ن	القيم الإحصائية	
			المتغيرات الديموجرافية	
19.42	74.05	103	نكور	النوع
18.22	89.42	97	إناث	
16.14	59.15	115	50 : 35	العمر
17.65	63.43	85	65 : 51	

18.12	66.21	107	متعلمة وتعليم متوسط	المستوى التعليمي
17.13	73.11	93	لا يقرأ ولا يكتب	
18.16	78.31	125	متزوجة	الحالة الإجتماعية
16.22	61.81	75	مطلقة أو أرملة ؟	

تم اختيار العينة من مرضى الكيماوى ذكور وإناث، فضلاً عن اختلاف المستوى التعليمي والحالة الإجتماعية، لما أكدت عليه بعض الدراسات من نتائج مفادها أن اليقظة العقلية تختلف باختلاف (النوع - العمر - المستوى التعليمي - الحالة الإجتماعية).

العينة التجريبية: تم تحديدها فى ضوء محك درجات العينة على مقياسى الدراسة (اليقظة العقلية، الإكتئاب)، حيث بلغت العينة (N = 10)، ممن حصلوا على درجات مرتفعة فى الإكتئاب ومنخفضة فى اليقظة، وذلك وفاءً بتحقيق أهداف الدراسة، والتحقق من صحة فروضها، ولقد اختيرت العينة بهذه الخصائص فى ضوء المبررات التالية:

1- الوفاء بعدة أهداف منها جمع البيانات الأولية الديموجرافية التى تساعد على تصنيف المتغيرات الدينامية (اليقظة العقلية، الإكتئاب)، لعينة الدراسة، فضلاً عن التحقق من الكفاءة السيكمترية لأدوات الدراسة ، والتحقق من صحة الفروض الوصفية (الكشف عن تباين اليقظة)، بتباين المتغيرات الديموجرافية، علاوةً على تحديد العينة التجريبية من بين الذين حصلوا على درجات منخفضة فى اليقظة، ومرتفعة فى الإكتئاب.

2- **مرضى الكيماوى:** وقد تباين أعمارهم، وكذلك المستوى التعليمي، ما بين مستوى تعليمي (مرتفع، ومتوسط)، فقد توصلت دراسة كلاً من (Gillbert, B. D.,) (Emaish, N., 2010) إلى أن اليقظة العقلية تختلف باختلاف (النوع، العمر،

الحالة الإجتماعية)، في حين توصلت دراسة (Diane, L. B., 2012) إلى أن اليقظة العقلية، والإكتئاب، يختلفان باختلاف (المستوى التعليمي والحالة الإجتماعية)، وهذا هو منطق ومبررات اختيار العينة بهذه الخصائص.

أدوات الدراسة: واشتملت على ما يلي:

1- الأدوات التشخيصية (السيكومترية)، وتتمثل فيما يلي:

أولاً: مقياس اليقظة العقلية: تم إعداده ، بهدف توفير مقياس يُلائم مرضى الكيماوى، وخصائصهم المختلفة، بالإضافة إلى إثراء مكتبة القياس النفسى بمقاييس جديدة مستمدة من البيئة والثقافة العربية ، وقد تم إعداده وفق المراحل التالية :

المرحلة الأولى: تم استقراء وحصر مقاييس كلاً من (Grodont, T & Aherne, C Moro, A, & Londsdales, 2014)، ومقياس (Hardd, C. R., 2014)، والأطر النظرية المعنية بالمرونة النفسية بشكل عام، وذلك بهدف معرفة وجهات النظر المختلفة فى تفسير الظاهرة النفسية مثل (Chen, 2015)، و (Hamamci. Z., 2009) والتوصل إلى فهم عميق لمضمون هذا المفهوم، وذلك للوقوف على تعريف إجرائى خاص به يمكننا ملاحظته وقياسه.

المرحلة الثانية: الهدف منها تحديد مكونات المقياس، وتم ذلك عن طريق تنفيذ عدة مصادر، تمثلت فى تطبيق استبانة مفتوحة على (N = 5) من أساتذة علم النفس، وقد طُلب منهم تحديد مضمون، ومكونات مفهوم اليقظة العقلية، والسمات السلوكية التى يتصف بها الشخص الذى يتصف باليقظة العقلية، فضلاً عن مراجعة مقاييس اليقظة العقلية على المستويين العربى والإجنبى لدراسة مكوناتها، والإستفادة منها.

المرحلة الثالثة: فى ضوء تحليل مصادر المعرفة المختلفة (نظريات، تعريفات، مقاييس، دراسات استطلاعية)، أسفرت هذه المرحلة عن عدة مفردات تم الإبقاء على المفردات التى حظت بالشيوخ والتكرار، وتتمثل فى أربعة مكونات

(الملاحظة، الوعي، القدرة على الإبداع، الوصف)، وقد تم صياغة البنود بلغة عربية واضحة وسهلة، متحررة من النفي والإيحاء، وتجنب الصياغة التي تحمل أكثر من معنى، وتتضمن الصورة الأولية للمقياس (32) مفردة.

تصحيح المقياس: تم صياغة العبارات بلغة سهلة وواضحة، وغير مزدوجة المعنى، كما صيغت بعضها صياغة سلبية وأخرى إيجابية، ويتم تصحيح المقياس وفقاً لبدائل ثلاثة (تتطبق - أحياناً - لا تتطبق)، وأن العبارات الإيجابية تحصل على (ثلاث درجات)، وأحياناً تحصل على (درجتان)، في حين لا تتطبق تحصل على درجة واحدة، أما العبارات السالبة تتبع عكس هذا التدرج، والمقياس يتضمن (32 مفردة) الدرجة الكبرى = 96، أما الدرجة الصغرى = 32.

المرحلة الرابعة: تحديد بدائل الإستجابة من خلال مراجعة المقاييس السابقة، تم تحديد بدائل الإستجابة في ثلاثة (تتطبق، أحياناً، لا تتطبق)، بوصفها الأنسب لعينة الدراسة، وذلك لأن الشكل الرباعي أو الخماسي يؤدي إلى تشتت المفحوص، نظراً لكثرة البدائل المفتوحة أمامه، في حين أن الإختيار من بين (نعم، لا) يجعل المفحوص مُقيد باختيار واحد، وأن اختياره لأحدهما قد يكون على غير رغبته.

المرحلة الخامسة: تحكيم المقياس، تم عرض المقياس على (N=5) من خبراء علم النفس، وقد أسفر التحكيم عن عدة نتائج منها، أنه تم الإتفاق على البنود التي أجمع عليها المُحكِّمين، وتعديل صياغة بعض البنود، ليصبح المقياس في صورته النهائية (23) عبارة موزعة على أربعة مكونات، كما في جدول (2).

جدول (2)

مقياس اليقظة العقلية وأرقام مكوناته في صورته النهائية

أرقام المفردات لكل مكون كما وردت في الصورة النهائية								مكونات المقياس
29	25	21	17	13	9	5	1	الملاحظة
30	26	22	18	14	10	6	2	الوعي
31	27	23	19	15	11	7	3	القدرة على الإبداع
32	28	24	20	16	12	8	4	الوصف

المرحلة السادسة: التحقق من الكفاءة السيكمترية للمقياس، وسنوضح ذلك فيما يلي:

1- ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقتي (ألفا لكرونباخ ، التجزئة النصفية)، ويمكن توضيح ذلك في جدول (3).

جدول (3)

طرق حساب معاملات ثبات مقياس اليقظة العقلية

معاملات ثبات التجزئة النصفية بعد التصحيح	معاملات ثبات ألفا لكرونباخ	طريقتي حساب الثبات المقياس ومكوناته
0.728	0.723	الملاحظة
0.736	0.822	الوعي
0.888	0.735	القدرة على الإبداع
0.764	0.866	الوصف
0.845	0.848	الدرجة الكلية للمقياس

ويلاحظ من الجدول (3) أن معاملات ثبات المقياس ككل ومكوناته بطريقة ألفا لكرونباخ تراوحت ما بين (0.723 - 0.848) عند مستوى دلالة (0.01)، بينما تراوحت قيم معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية بين (- 0.728 ، 0.845)، وأن معاملات ثبات المقياس ككل تراوحت بين (0.848 - 0.845)؛ مما يعنى أن مقياس المرونة النفسية ومكوناته يتمتع بمعامل ثبات مقبول.

2- صدق المقياس: تم التحقق من صدق المقياس بطريقتين هما:

أ - صدق المحكمين: وسبق الإشارة إليه في المرحلة الخامسة من مراحل بناء المقياس.

ب - صدق البناء والتكوين: ويُقصد به مدى تمثيل المقياس للظاهرة التي يضطلع المقياس بقياسها، ولتحقيق هذا النوع من الصدق، فقد تمت صياغة بنود المقياس وعباراته في ضوء تحليل، ودراسة المقاييس التي أعدت للمرونة، وكذلك في ضوء توصيف الأطر النظرية والكتابات السيكولوجية المتعلقة

بالمتمغير موضوع الدراسة، وقد سبق الإشارة لها عند صياغة التعريف الإجرائي، ومن ثم يصبح المقياس صادقاً من حيث البناء والتكوين.

ثانياً: مقياس الإكتئاب: تم إعداد المقياس على غرار خطوات إعداد المقياس السابق، وفق المراحل التالية:

المرحلة الأولى: تم دراسة وتحليل الأطر النظرية المرتبطة بالإكتئاب، وذلك بهدف تفسير الظاهرة والتوصل لتعريف إجرائي للإكتئاب.

المرحلة الثانية: هدفت هذه المرحلة تحديد مكونات المقياس، ومن ثم تعريف الإكتئاب تعريفاً إجرائياً يُساعد على صياغة عبارات ومفردات المقياس، وقد حددت مكونات المقياس في أربعة مكونات هي (الإجهاد الجسمي، تغيرات صورة الجسم، الحزن، اضطرابات النوم).

أعد هذا المقياس بما يُلائم عينة الدراسة (مرضى الكيماوى)، بكل ما تتطوى عليه من خصائص تتصف بها عن غيرها من عينات، ويتكون المقياس من (32) عبارة وزعت على أربعة مكونات فرعية نوضحها في جدول (4).

جدول (4)

مقياس الإكتئاب وأرقام مفردات كل مكون

أرقام المفردات لكل مكون كما وردت في الصورة النهائية								مكونات المقياس
29	25	21	17	13	9	5	1	الإجهاد الجسمي
30	26	22	18	14	10	6	2	تغيرات صورة الجسم
31	27	23	19	15	11	7	3	الحزن
32	28	24	20	16	12	8	4	اضطرابات النوم

تم تحديد بدائل الإستجابة من خلال مراجعة المقاييس السابقة المعنية بالضغوط النفسية، وقد تم اختيار بدائل الإستجابة الثلاثية (تنطبق، أحياناً، لا تنطبق)،

بوصفها الأنسب لعينة الدراسة، ولكونها تتجنب عيوب الإستجابة الثنائية (نعم - لا)، وكذلك عيوب الإستجابة وفقاً للاختيارات الخماسية.

تصحيح المقياس: تم تصحيح المقياس بحيث (تنطبق) تحصل على ثلاث درجات، (وأحياناً) تحصل على درجتان، فى حين (لا تنطبق) تحصل على درجة واحدة، وأن العبارات السالبة تحصل على عكس هذا التدرج، ومن ثم فإن الدرجة العظمى = (96) فى حين أن الدرجة الدنيا تحصل على (32).

التحقق من الكفاءة السيكمترية، وسنوضح ذلك فيما يلى:

1- **ثبات المقياس:** تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقتى (ألفا لكرونباخ ، التجزئة النصفية)، ويمكن توضيح ذلك فى جدول (5).

جدول (5)

طرق حساب معاملات ثبات مقياس الإكتئاب

معاملات ثبات التجزئة النصفية بعد التصحيح	معاملات ثبات ألفا لكرونباخ	طريقتى حساب الثبات المقياس ومكوناته
0.798	0.864	الإجهاد الجسمى
0.665	0.732	تغيرات صورة الجسم
0.763	0.643	الحزن
0.621	0.754	إضطرابات النوم
0.862	0.865	الدرجة الكلية للمقياس

ويلاحظ من الجدول (5) أن معاملات ثبات المقياس ككل ومكوناته بطريقة ألفا لكرونباخ تراوحت ما بين (0.754 - 0.865)، فى حين تراوحت قيم معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية بعد التصحيح بين (0.621 ، 0.862)، وأن معاملات ثبات المقياس ككل تراوحت بين (0.862 - 0.865)؛ مما يعنى أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مقبول.

2- **صدق المقياس:** تم التحقق من صدق المقياس بطريقتين هما:

أ - **صدق المحكمين**: تم تطبيق المقياس على (5) من أساتذة علم النفس، وقد أسفر التحكيم عن عدة ملاحظات تضمنت الموافقة على أغلب فقرات المقياس، وقد طُلب تعديل صياغة بعض الفقرات، وقد أخذت هذه الملاحظات بعين الإعتبار، ومن ثم يصبح المقياس صادقاً من وجهة نظر المحكمين.

ب - **صدق البناء والتكوين**: يُقصد به مدى تمثيل المقياس للظاهرة التي يضطلع لقياسها، ولتحقيق هذا النوع من الصدق؛ فقد تمت صياغة بنود المقياس وعباراته في ضوء تحليل، ودراسة المقاييس التي أعدت لقياس الإكتئاب، وكذلك في ضوء الأطر النظرية والكتابات السيكولوجية المتعلقة بالمتغير موضوع الدراسة، وقد سبق الإشارة إليها عند صياغة التعريف الإجرائي، ومن ثم يصبح المقياس صادقاً من حيث البناء والتكوين.

ثالثاً: البرنامج الإرشادي: والهدف منه تنمية اليقظة العقلية ، بغرض خفض الإكتئاب، ويُعرف هذا البرنامج بأنه خطة إرشادية وقائية تقدم على نحو مباشر بصورة جماعية لعينة من مرضى الكيماوى ، وذلك بهدف تنمية اليقظة العقلية من أجل خفض الإكتئاب.

الأهداف العامة للبرنامج، وتتمثل في:

1- **هدف نمائى**: ويتمثل في تنمية اليقظة العقلية لدى عينة الدراسة لما له من قدرة على خفض الإكتئاب لهم، فضلاً عما يترتب عليه من آثار إيجابية تظهر على المستوى النفسى والبدنى والاجتماعى.

2- **هدف إرشادى**: ويتمثل في تخفيف حدة اضطرابات الإكتئاب بمكوناته، وتنمية اليقظة العقلية.

3- **هدف وقائى**: ويتضمن إكساب عينة الدراسة الفنيات والإستراتيجيات التي تمكنهم من التغلب على مخاطر الإكتئاب الذى يتعرضوا له.

الإعداد البرنامج: تم اتباع الخطوات التالية:

1- **الإطلاع على الأطر النظرية**، والبحوث، والدراسات السابقة، لبناء تصور عام عن خصائص الظاهرة موضوع الدراسة، بالإضافة إلى خصائص العينة، وتكوين قاعدة عريضة يتم في ضوءها انتقاء أنشطة البرنامج.

2- **مراجعة الأدبيات السيكولوجية** المعنية بالإرشاد النفسى للإستفادة منها فى انتقاء فنيات البرنامج ومادته العلمية.

3- **إستقراء وتحليل الدراسات** التى هدفت تنمية اليقظة العقلية وخفض الإكتئاب، وقد أفضت هذه المرحلة إلى عدة نتائج نوجزها فيما يلى:

أ - ثمة دراسات على الصعيدين العربى والأجنبى إهتمت بمتغىرى الدراسة (اليقظة العقلية - والإكتئاب) بشكل عام، وإن كانت الدراسات المسحية والوصفية تفوق الدراسات التدخلية والإرشادية بشكل كبير.

ب - لا توجد أية دراسة - فى حدود ما اطلعت عليه الباحثة - تناولت تنمية اليقظة العقلية بهدف خفض الإكتئاب لدى مرضى الكيماوى.

ج- أظهرت نتائج الدراسات الأجنبية أهمية تنمية اليقظة العقلية كاستراتيجية فعالة لخفض الإكتئاب.

فى ضوء تحليل نتائج المراحل الثلاث السابقة ، تم بناء البرنامج وانتقاء فنياته وأنشطته وجلساته، وقد تكون فى صورته النهائية من (12 جلسة)، يتم تقديمها بمعدل جلستين أسبوعياً، ويتبعها التقييم التبعى للبرنامج بعد شهر من انتهاء تطبيقه ، كما تتراوح المدة الزمنية للجلسة الواحدة بين (45 : 60) دقيقة، وفقاً لأهداف وإجراءات الجلسة.

مكان البرنامج: تم تطبيق البرنامج بمركز الأورام - طب المنصورة، فى الفترة ما بين أكتوبر 2019 : ديسمبر 2019، وقد تم عرض هذا البرنامج على عدد من المُحكّمين لإبداء رأيهم فى محتواه، ومدى مناسبته لعينة وهدف الدراسة، وقد أخذت آراء المُحكّمين بعين الإعتبار، فى جدول (6) نوضح جلسات البرنامج.

الفنيات التى يستخدمها البرنامج: إعتماء البرنامج على فنيات نذكر منها،
جلساته، وفنياته، والزمن المستغرق قرين كل جلسة فى ءءول (6).

ءءول (6) جلسات البرنامج

م	عنوان الجلسة	الءءف من الجلسة	مءء الجلسة
1	تعريف عام بالبرنامج وبناء العلاقة الإرشاءية	التعارف بين أفراد المءموءة والتعريف بالباءة	45 ءقفة
2	تطبيق مءياسى الءقظة العقلفة والإءتاب	(تشءصى)	60 ءقفة
3	توءعات المءاركاء وبناء الثقة بين أفراد العفة التجربفة	تتمفة روح العمل الجماعى وبناء الثقة	60 ءقفة
4	التءرب على التواءل الإءبافى ومهاراء أفراد العفة	التعرف على مفهوم التواءل اللفظى والءفر لفظى	60 ءقفة
5	أنماط الءقظة كمدءل لأفراد العفة	توففر قاءة معرففة لأفراد العفة ءول رءوء الأفعال	60 ءقفة
6	آفاء الءقظة كمدءل لأفراد العفة	تبصفر أفراد العفة بالمهاراء والءبرات	60 ءقفة
7	الءقظة العقلفة أهم الفنفاء المءءءمة لأفراد العفة	توسفع معرفة أفراد العفة بفنفاء الءقظة	60 ءقفة
8	تطبيق مءياسى الءقظة العقلفة والإءتاب	إنمائى	60 ءقفة
9	فنفاء الءقظة العقلفة ومهاراءها	تزوءد الفنفاء الأساسية للءقظة	60 ءقفة
10	الإءتاب وأسبابه	تزوءد أفراد العفة باسءماءة لءتابه أءراض الإءتاب	60 ءقفة
11	التنففس الإنفعالى	مساءءة أفراد العفة على التءلص من الشءنااء الإنفعالففة	60 ءقفة
12	تطبيق مءياسى الءقظة العقلفة والإءتاب	ءتامى	45 ءقفة

نتائج الدراسة ومناقشتها:

تم معالجة فروض الدراسة والتحقق من صحتها وفق خطوات وعبر مراحل نوضحها فيما يلي:

أ - تم صياغة الفرض صياغة إجرائية فى ضوء أسئلة الدراسة وأهدافها، مع تحديد الأسلوب الإحصائى المناسب.

ب - استعراض المعالجة الإحصائية لكل فرض فى جداول متبوعة بالقراءة الكمية لما ورد فى الجداول من قيم إحصائية.

ج- القراءة الكيفية لما ورد فى الجداول من بيانات.

د - المناقشة لنتائج الفروض فى ضوء الواقع الميدانى والأطر النظرية.

الفرض الأول، ونصه: (يتباين كلاً من اليقظة العقلية والإكتئاب بتباين المتغيرات الديموجرافية " النوع - العمر - المستوى التعليمى - الحالة الإجتماعية ").

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم معالجة استجابات (N=200) على مقياسى الدراسة (اليقظة العقلية - الإكتئاب) فى ضوء بياناتهم الديموجرافية بالأساليب الإحصائية المناسبة فى ضوء حجم العينة، نوعية الفروض، طبيعة الأدوات المستخدمة، وقد تم معالجة هذا الفرض على مرحلتين نوضحهما فيما يلي:

تباين اليقظة العقلية بتباين المتغيرات الديموجرافية، وقد تم معالجة استجابات (N = 200) فى ضوء المتغيرات الديموجرافية باختبار (ت) لدلالة الفروض بين العينات المرتبطة، ونوضحها فى الجدول (7).

جدول (7)

قيمة (ت) لدلالة الفروق بين العينات

الدلالة	قيمة (ت)	ع	م	N	المتغيرات	
					القيم الإحصائية	
0.01	45.90	16.91	71.43	103	ذكور	اليقظة العقلية - النوع
		15.22	88.41	97	إناث	
0.01	3.50	16.11	69.10	115	35 - 50	اليقظة العقلية - العمر
		17.61	63.41	85	51 - 65	
0.01	5.19	16.11	75.21	107	الأعلى	اليقظة الفعلية - التعليم
		17.20	65.20	93	المتوسط	
0.01	7.19	18.20	88.11	125	متزوج	اليقظة العقلية - الحالة الاجتماعية
		16.21	68.11	75	مطلق	

مناقشة الشق الأول من الفرض الأول، بقراءة القيم الإحصائية الواردة في

جدول (7) يمكن استعراض القراءة الكمية الواردة بهذا الجدول فيما يلي:

أ - أن اليقظة العقلية لدى عينة الدراسة ($N = 200$) تختلف باختلاف المتغيرات الديموجرافية:

أولاً: تختلف اليقظة العقلية باختلاف النوع، فقد بلغت قيمة (ت) 5.91 عند مستوى دلالة (0.01) بمتوسط (71.43)، وانحراف معياري (16.91) للذكور، ومتوسط (88.41)، وانحراف معياري (15.22) للإناث، وأن الفروق في اتجاه الإناث، فالإناث يتمتعن بيقظة عقلية أكثر من الذكور، وهذا ما أكدت عليه دراسة كل من (Mcevoy, Nathan, 2012) في حين أن ثمة دراسات لم تحسم نتائج علاقة اليقظة العقلية بالنوع، وهذا ما أكدت عليه دراسة (Callear, N, 2010)، ودراسة (Hamamci, Z, Kahar, 2009)، ودراسة (Roberts. M & Brain, B.,)

2010)، وفي ضوء ما تقدم فإن علاقة أو اختلاف اليقظة العقلية باختلاف النوع لم تحسم نتائجها ، فلا شك أنه متغير ثقافي من الصعب التحكم فيه أو بيان وجهته.

ثانياً: اختلاف اليقظة العقلية باختلاف الفئة العمرية، فقد أكدت نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بلغت قيمتها (3.50) بمتوسط قدره (69.10)، وانحراف معياري (16.11) للفئة الأصغر (35.50) في حين بلغ المتوسط (63.41)، بانحراف معياري (17.61) للفئة العمرية الأكبر (51 – 65) وذلك في اتجاه الفئة العمرية الأصغر، وقد أكدت هذه النتيجة دراسة كلٍ من (Emaish., N, Christoph ER, 2010) والتي أجريت على (N = 90) من مرضى الكيماوي، فاليقظة العقلية والوعي والإبداع والتأمل يختلف باختلاف كلٍ من العمر الأصغر، والتعليم المرتفع والحالة الإجتماعية المستقرة، وتعتبر هذه النتيجة جدلية تختلف باختلاف الثقافات، واختلاف أدوات الدراسة والسياق الإجتماعي السياسي الثقافي المنوط بالظاهرة موضوع القياس.

ثالثاً: تختلف اليقظة العقلية باختلاف مستوى التعليم، فقد أكدت نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق أن قيمة (ت) بلغت (5.19) عند مستوى دلالة (0.01) بمتوسط قدره (75.21)، وانحراف (16.11) لذوى التعليم الأعلى والمتوسط، ومتوسط قدره (65.20) وانحراف معياري (17.20) لفئة التعليم المتوسط، وهذه النتيجة منطقية، فالتعليم أياً كان مستواه ونوعه يلزمه قدرات ومهارات وسمات تشكل في مجموعها مفهوم اليقظة العقلية والعقل الواعي، فنحن في شتى سياقات الحياة نفسية كانت أو اجتماعية، سياسية كانت أم بيولوجية، لا يمكن أن نحقق أهدافنا إلا من خلال يقظة العقل، وهذا ما أكدت عليه دراسة كلٍ من (Abber A. Mansor A., etal., 2015، ودراسة (Mceroy,P. Nathanp, Garden, T., Hard C. etal., 2014، ودراسة (Green gold Luix, 2015).

رابعاً: أما عن اختلاف اليقظة العقلية والحالة الإجتماعية، فقد أشارت نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق أن قيمة (ت) (7.19) بمتوسط دلالة (0.01) بمتوسط قدره (88.11) وانحراف معياري (18.20) للمتزوجين، ومتوسط قدره (69.11)، وانحراف

معياري (16.12) للأرمل والمطلق، وهذه النتيجة تتفق مع منطوق أحداث الحياة، فما الزواج إلا الوفاء باحتياجات الإنسان على كافة الأصعدة، وهذا من شأنه إستقرار للعقل ووظائفه، واستمرارية وتلقائية الوظائف النفسية في أتم صورها، فالزواج إستقرار للعواطف وسكن للوجدان، ومن ثم تكامل وظائف العقل بشقيه الأيمن والأيسر، ومن تبعات هذا استئثاره للإبداع والتأمل والتحرر من الإضطرابات أيأ كانت نفسية أو اجتماعية أو فيسيولوجية، وهذا ما أكدت عليه دراسات عديدة نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر دراسة (Kim Jenoghan. K., 2012)، ودراسة (Christensen H., 2012)، وكليهما يؤكد على أن الحالة الإجتماعية، والزواج، والإستقرار الأسرى من شأنه أن يخلق تكاملاً بين النصفين الكرويين للمخ، إن الإستقرار الأسرى، يساعد على تنشيط التفكير المنطومي، ومن ثم يحدث التكامل بين نصفى المخ، وهذا يساعد على إثراء اليقظة العقلية بكل مكوناتها التأملية والإبداعية.

وكذلك دراسة (Arora, et al, 2015) على مرضى الكيماوى بمستشفى قوى الأمن بمدينة الملك فهد الطبية السعودية بعاصمة السعودية، الرياض، والتي أكدت على أن الإستقرار الأسرى يحرر المريض من الكرب، وبالتالي ينتمى لديه شغف الحياة، والتوافق النفسى.

ب - تباين الإكتئاب بتباين المتغيرات الديموجرافية، وقد تم معالجة إستجابات (N=200) فى ضوء المتغيرات الديموجرافية آنفة الذكر باختبار (ت) لدلالة الفروق للعينات المرتبطة، ونوضح ذلك فى الجدول (8).

جدول (8)

قيمة اختبار (ت) لدلالة الفروق

الدلالة	قيمة (ت)	ع	م	N	المتغيرات	
					ذكور	إناث
0.01	3.99	16.43	88.20	103	الإكتئاب والنوع	
		15.20	76.11	97		
0.05	1.99	15.21	75.11	115	الإكتئاب والفئة العمرية	
		16.71	73.10	85	35 - 50	51 - 65

0.01	3.91	17.61	71.11	107	مرتفع	الإكتئاب ومستوى التعليم
		15.71	76.41	93	متوسط	
0.01	2.99	18.91	56.46	125	متزوج	الإكتئاب والحالة الاجتماعية
		16.81	61.71	75	مطلق - أرمل	

بتحليل قيم اختبار (ت) لدلالة الفروق الواردة أعلاه فى جدول (8) والمعنية بحساب دلالة الفروق بين الإكتئاب والمتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسة (N = 200) يمكن بيان القراءة الكمية متبوعة بالقراءة الكيفية لهذه القيم على النحو الآتى:

أ - إختلاف الإكتئاب باختلاف النوع: فقد بلغت قيمة (ت) (3.99) بمستوى دلالة (0.01) بمتوسط (82.20) وانحراف (16.43) للذكور، فى حين كان المتوسط (76.11) وانحراف معيارى (15.20) للإناث، فالفروق فى اتجاه الذكور، فالمرضى الكيماوى أكثر اكتئاباً وشعوراً بالألم، وقد يعزى ذلك لأن الذكور - ولا سيما - فى هذه المرحلة العمرية يواجهون العديد من المشكلات فهم متزوجون والعمل متقطع وليس مستمراً، ومن المحتمل جداً أن يعولوا أطفالاً، فعليهم من تبعات الحياة باعتبارهم رجالاً مسؤوليات تفوق مريضات الكيماوى - فلا ننسى نحن نعيش فى مجتمع ذكورى - له تبعاته ومسئولياته التى تتفاقم فى ظل إصابة الفرد بمرضى الكيماوى كل هذا وغيره يمكن أن يجعل الذكور أكثر اكتئاباً من الإناث، ولا يعنى ذلك أن الإناث المريضات لا يشعرن بالإكتئاب، ولكن الفرق بينهما يكون فى الدرجة فقط.

وهذا ما عززته الدراسات سواء على المستوى العربى، أو الإجنبى - نسوق منها على سبيل الإستهناد لا الحصر دراسة (Lauver, D.R., et al., 2017) التى توصلت إلى أن الذكور أكثر من الإناث شعوراً بالحزن والعزلة والإكتئاب، وكذلك دراسة (Tavoli, A. et al., 2019) التى جاءت نتيجتها فى نفس الإتجاه حيث أن الذكور أكثر إكتئاباً وأعمق قلقاً، وأكثر شعوراً بقلق الموت والميل للحزن والشعور بالكآبة، ولم تكن تلك النتيجة قاطعة، فثمة دراسات لم تجد فروق بين النوع والإكتئاب،

ومن هذه الدراسات دراسة (Sharma,2014)، وفي نفس الإتجاه كانت دراسة (Miller,S, et al., 2014).

ب - إختلاف الإكتئاب باختلاف الفئة العمرية (50 - 35) (65 - 51)، بتحليل قيمة (ت) فى جدول (8) اتضح أن قيمة (ت) = (1.99) بمستوى دلالة (0.05) بمتوسط (75.11) وانحراف معيارى (15.21) للفئة العمرية الأصغر، بمتوسط (73.10) وانحراف معيارى (16.71) للفئة العمرية الأكبر، وأن الفروق فى اتجاه الفئة العمرية الأقل، ومن واقع الدراسات فإن نتائجها لم تظهر فروقاً دالة بين الإكتئاب والفئة العمرية، وحتى قيمة (ت) فى هذه الدراسة، وبصدد هذا المتغير لم تكن دلالتها مرتفعة إذ لم تتجاوز (0.05)، والواقع المعاش أن الإصابة بمرض الكيماوى وشدته يلقى بظلاله على أغلب المتغيرات الديموجرافية، فالإصابة بهذا المرض تختفى معه أغلب المتغيرات، فهو لا يفرق بين فئة عمرية وأخرى، ولا سيما إذا كانت الفئات العمرية ليست متباعدة بالشكل الكافى والذى فى ضوءه تظهر فروق مرتفعة.

ج- الإكتئاب ومستوى التعليم (عالي N = 107) - (أمدى N = 73)، بمراجعة قيم (ت) الواردة فى جدول (8) نستخلص أن قيمة (ت) = (3.91) بمستوى دلالة (0.01) بمتوسط (71.11) وانحراف معيارى (17.16) لذوى التعليم العالى، وبمتوسط (76.41)، وانحراف معيارى (15.71) لفئة التعليم المتوسط، وأن الفروق فى اتجاه فئة المتعلمين فهم أقل اكتئاباً من فئة الأميين، ولعل هذه الفروق منطقية، وهى تتفق مع ما أشرنا له عند تناول قيمة (ت) لدلالة الفروق بين اليقظة العقلية ومستوى التعليم، فالفئة الأعلى تعليماً أكثر مرونة، وصمود، ويقظة وتأمل وتفاؤل، وما اليقظة العقلية الأعلى إلاً نقيض للصفات السلبية من (اكتئاب وما على شاكلته من سمات).

فضلاً عما سبق فإنه يفترض أن البرامج التعليمية والتثقيفية من شأنها التوعية، وتجنب أساليب التعمية، وأن ما تلقاه المريض خلال مراحل تعليمه ينمى لديه

الإستبصار بالمرض وأسبابه، وسبل تلمس أسباب العلاج، أن التعليم من شأنه أن يعمق البصيرة والسعى للأخذ بعوامل الوقاية وما إلى ذلك مما يجعله أقل حزناً واكتئاباً، وهذا ما أكدت عليه نتائج دراسة (Brasseur, C, et al., 2018) والتي هدفت تحديد تباين الإكتئاب بتباين مستوى التعليم لدى مرضى الكيماوى على عينة (N = 300) مناصفة بين الذكور والإناث، وأشارت النتائج أن ذوى التعليم المرتفع أقل إكتئاباً وأكثر توافقاً، وأن جودة الحياة لديهم أعلى مقارنةً بالفئة الأقل فى التعليم.

وكذلك دراسة (Peter, T. et al., 2018) على (N = 275) من مرضى الكيماوى بمراكز الأورام بالسعودية والتي أكدت على ما سبق من نتائج، وأن ذوى التعليم العالى أقل ميلاً للإنتحار، ومن ثم فالإكتئاب عندهم أقل مقارنةً بفئة غير المتعلمين.

د - الإكتئاب والحالة الإجتماعية، بمراجعة قيم (ت) لدلالة الفروق الواردة فى جدول (8) نستخلص أن قيم (ت) لدلالة الفروق = (2.99) بمستوى دلالة (0.01) بمتوسط قدره (56.46)، وانحراف معيارى (18.91) لفئة المتزوجين، ومتوسط قدره (16.81) لفئة الأرامل والمطلقات - وأن الإكتئاب أعلى فى إتجاه فئة المطلقين والأرامل، وهذه النتيجة تتفق والسياقات المجتمعية والثقافية والنفسية، فما الزواج إلا سكينة للإنسان، ومن خلال ممارساته تنمو هرمونات السعادة (الدوبامين)، وتنخفض هرمونات الشقاء (الكورتيزول) والأدرينالين، والهرمونات الأخيرة لصيقة بالجانب الفسيولوجى للإكتئاب، فضلاً عن أن مريض الكيماوى تزداد أعباءه أكثر عند فقدان الإستقرار الأسرى، حيث ينعدم الدعم بكل مستوياته (النفسية والإجتماعية والمعرفية ... إلخ).

إن الطلاق وفقدان الشريك يشكل عبئ نفسى فسيولوجى، معه يحدث نقص فى اليقظة العقلية، وتعميق للتشتت، وضعف للصمود، والمرونة، وهذا ما أكدت عليه البحوث والنظريات، ويزداد الإكتئاب فى حالة الطلاق العاطفى Emotional Devorce، ولا سيما فى حالة وجود أطفال، ومن الدراسات التى أكدت على ما سبق

دراسة (Mcevary P. Nathain, 2012)، ودراسة (Green gold, B. Luix,) (2017)، ودراسة كلٍ من (Kim. Jenoghan. Keck, Miller, 2012).

هذا فضلاً عن ما أكدت عليه الأطر النظرية من أن الإكتئاب يرتبط بالتشاؤم Pessimism، وبالإنتحار Suicide، والإحباط Frustration، واليأس Hopelessness، وما إلى ذلك من مفاهيم سلبية تشكل في مجموعها زملة أعراض للسلوك الإكتئابى الذى يلزم حالة الطلاق والترمل.

الفرض الثانى، ونصه: (تختلف كلٍ من اليقظة والإكتئاب لمرضى الكيماوى باختلاف القياسين " القبلى - البعدى ").

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم معالجة إستجابات (N=10) على مقياسى الدراسة باستخدام اختبار ويلكسون Wilcoxon وحساب قيمة (Z) لعينتين مرتبطتين كأحد الأساليب اللابارامترية لتحديد دلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات مجموعة الدراسة فى متغير اليقظة، ونوضح ذلك فى الجدول (9).

جدول (9)

قيمة (Z) لحساب دلالة الفروق بين القياسين القبلى والبعدى للعينة التجريبية لمقياس اليقظة العقلية

مستوى الدلالة	قيمة (Z)	الإنحراف المعياري		متوسط الرتب		العينة			القيم الإحصائية المقياس ومكوناته
		بعدى	قبلى	بعدى	قبلى	الرتب السالبة	الرتب الموجبة	المحايدة	
0.007	2.66-	6.3	5.9	20.2	24.1	9	1	0	الملاحظة
0.200	2.45-	7.2	4.7	19.3	20.3	7	3	0	الوعى
0.011	2.61-	5.4	4.3	20.3	25.4	8	1	1	القدرة على الإبداع
0.018	2.71-	6.5	6.6	18.2	26.2	7	2	1	الوصف
0.05	2.95-	25.4	21.5	78.0	96.0	10	0	0	المقياس ككل

جدول (10)

قيمة (Z) لحساب دلالة الفروق بين القياسين القبلي - البعدي للعينة التجريبية لمقياس الإكتئاب

مستوى الدلالة	قيمة (Z)	الانحراف المعياري		متوسط الرتب		العينة			القيم الإحصائية المقياس ومكوناته
		بعدي	قبلي	بعدي	قبلي	الرتب السالبة	الرتب الموجبة	المحايدة	
0.005	2.91-	2.10	2.18	17.20	19.16	6	10	0	الإجهاد الجسمي
0.011	2.81-	2.70	3.12	18.20	18.33	6	8	2	تغيرات صورة الجسم
0.191	1.91-	2.81	3.16	18.10	16.45	3	4	3	الحزن
0.381	2.01-	2.91	3.20	18.10	17.25	2	6	2	اضطراب النوم
0.005	2.99-	10.52	11.58	63.60	71.30	0	10	0	المقياس ككل

بمراجعة قيمة (Z) الواردة في الجدولين (9) (10) يمكن استخلاص ما يلي:

أ - أن قيمة (Z) في جدول (9) لليقظة العقلية بلغت (2.950) بمستوى دلالة (0.05)، مما يؤكد أن اليقظة العقلية للعينة التجريبية (N=10) تختلف باختلاف القياسين القبلي - البعدي.

ب - أن قيمة (Z) في جدول (10) لمتغير الإكتئاب بلغت (-2.99) عند مستوى دلالة (0.005)، وهذا يؤكد على أن متغير الإكتئاب يختلف باختلاف القياسين القبلي - البعدي، وهكذا؛ فإن كل من اليقظة العقلية والإكتئاب يختلفان باختلاف القياسين القبلي والبعدي.

ج- ولتحديد اتجاه الفروق بين القياسين القبلي - البعدي، تمت مقارنة متوسطات درجات الأفراد على مقياس اليقظة والإكتئاب، فقد بلغ متوسط الرتب بالنسبة لليقظة العقلية (القبلي 96.00)، في حين بلغ متوسط الرتب لنفس المتغير في القياس البعدي (78.21).

د - أما عن اتجاه الفروق بين القياسين (قبلى - بعدى) بالنسبة لمقياس الإكتئاب، فقد بلغ متوسط الرتب للقياس القبلى (71.13) فى حين بلغ متوسط الرتب للقياس البعدى (63.60).

مناقشة الفرض الثانى: يمكن مناقشة نتيجة هذا الفرض فى ضوء نتائج الدراسات السابقة، والنظريات المعنية وطبيعة العينة، ونوعية الإستراتيجيات المستخدمة، تعتبر اليقظة العقلية أحد الإستراتيجيات المستخدمة لخفض سوء القلق والإكتئاب لدى مرضى السرطان عموماً، ومرضى الكيماوى بصورة خاصة، وهذا ما أكدت عليه دراسة (Stonton, et al., 2002) التى أجريت على (N = 50) من مرضى السرطان، فمن خلال اليقظة العقلية استطاعت العينة تجنب عودة المرض، وتجنب الكرب والخوف، كما أن اليقظة العقلية، ومن خلال العلاج المعرفى لقلق الموت استطاعت دراسة (Savord, et al., 2008)، أن تشجع المرضى الكيماوى على ممارسة الملاحظة والوعى والتفاؤل لتقليل قلق الموت، وتقليل مشاعر الحزن والإتجاه نحو الإنتحار.

أن اليقظة العقلية يمكن أن تخفض الشعور بالألم لدى مرضى الكيماوى، كما أنه من شأنها أن تثرى الشعور بالرضا، وهذا ما أكدت عليه نتائج دراسة (Otten, et al., 2008) والتى توصلت إلى أنه ثمة فروق بين مرضى الكيماوى الذين تلقوا العلاج باستراتيجيات اليقظة، وأولئك الذين لم يتلقوا هذا العلاج، كما أن ارتفاع اليقظة العقلية تساعد على انخفاض الشعور بالألم.

وهذا ما أكدت عليه دراسة (Linda, P., 2013) على (N = 111) من مرضى الكيماوى حيث أن التواصل مع الذات، والملاحظة، والوعى، والإعتماد على النفس، وجميعها من مقومات اليقظة العقلية، والتى ساعدت على خفض القلق والإكتئاب والحد من مشاعر الخوف والميل للإنتحار.

وكذلك دراسة (Samuel Mun & Judywai, 2013) والتي استهدفت إثراء مستوى اليقظة عبر تباين جلسات أسبوعية أسفرت عن خفض القلق والإكتئاب لدى (N=300) من مرضى الكيماوى نصفهم من الذكور.

وفى نفس الإتجاه كانت دراسة (Christopher & Gitbert, 2010) والتي وظفت (الملاحظة، الوصف، والوعى والتقبل)، - وجميعها من مقومات اليقظة - لخفض الإتجاه السلبي فى الحياة والحد من أعراض الإكتئاب.

فى حين أن دراسة (Asheur & Sigman, 2011) استخدمت اليقظة مصحوبة بفتيات الإسترخاء بهدف خفض الإكتئاب وتحسين نوعية الحياة، والشعور بالسعادة لدى مرضى الكيماوى، وتأكيداً على ما سبق يوظف (Parto & Besharat, 2011) القدرة على الإبداع، وبعض فنيات اليقظة لإثراء السعادة والصحة النفسية لخفض الإكتئاب لدى (N = 120) من مرضى الكيماوى.

أما دراسة (Cmasuda & Tully, 2012) فقد دمجت اليقظة والمرونة النفسية بهدف خفض الإكتئاب لدى مرضى الكيماوى، والأمر لم يختلف عن نتائج دراسة (Martap. PMonteiro, 2013) التى أكدت على فاعلية مهارات الملاحظة والوصف والإبداع والإنتباه لخفض الإكتئاب لدى مرضى الكيماوى، هذا عن مناقشة نتائج الفرض فى ضوء ما أكدت عليه الدراسات السابقة، تبقى مناقشة هذه النتيجة فى ضوء النظريات السيكلوجية، نظرية التحليل النفسى ولعلها من أبرز النظريات إن لم يكن من أعمقها تفسيراً للإكتئاب لدى المرضى أياً كان - المرضى، إن أصحاب هذه النظرية يعزون الإكتئاب للخبرات المؤلمة، والصدمات التى يمر بها ابتداءً من الطفولة، ولا شئ أفسى على الفرد من مرضى الكيماوى والذى يستمر لفترة طويلة - تعززه خبرات طفولية مؤلمة.

فى حين تذهب المدرسة السلوكية إلى عزو الإكتئاب إلى ضعف المساندة، مما يؤدي إلى تدهور حالة مريض الكيماوى، وأن الإكتئاب لدى هؤلاء المرضى يمكن عزوه إلى التعزيز الخاطئ سواءً من الأسر أو من هيئة التمريض غير المؤهل، فإن

إنسحاب التعزيز للحب أو التعاطف، مع نقد أحد المقربين، يمكن أن يعمق الإكتئاب لدى المريض، أما النظرية المعرفية فتؤكد على أهمية العمليات المعرفية فى نشأة الإكتئاب لدى المرضى، فالمكتئبون يعتقدون أنهم ارتكبوا أخطاء منطقية، ومن ثم يتعمق اتجاه لوم الذات مما يحول دون فاعلية العلاج النفسى أو الطبى لدى مريض الكيماوى.

وعن النظرية الذهنية Mental theory، والتي تعتبر أن المعتقدات السلبية (تشاؤم، ونقد الذات) واللذان يزيدان بوضوح مع جلسات العلاج الكيماوى يمكن أن يعمق الإكتئاب ويقلل من جدول جلسات العلاج الطبى أو النفسى على حدٍ سواء.

فضلاً عن أن مريض الكيماوى يكون قد عاش خلال مرحلة الطفولة ضمن مخططات سلبية مثل نقد الوالدين، أو رفض أقرانه له، وأن وعى الفرد بهذه التجارب من شأنه أن تنتشط هذه المخططات، ولا سيما عندما يمر الفرد بمواقف متشابهة للمواقف الأصلية.

ومن العوامل المفسرة لنتيجة الفرضين الثانى والثالث والمرتبطان بفاعلية برنامج تنمية اليقظة العقلية لخفض الإكتئاب لدى مرضى الكيماوى يمكن تناولها فى :

أ - استخدام الأنشطة والفنيات المناسبة لأفراد العينة، والتي تم انتقاؤها فى ضوء ما أكدت عليه الدراسات والنظريات، ومنها فنيات التحليل والتركيز الواعى على اللحظات التى يعيشو بها، مما أسهم فى خفض أعراض الإكتئاب (الإجهاد الجسمى، تغييرات صورة الجسم - الحزن - اضطرابات النوم)، فضلاً عما سبق فإن اختيار عينة مرضى الكيماوى وما أحوج هذه العينة للتدخل وتحديدأ باستخدام اليقظة العقلية (الملاحظة - الوعى - الإنتباه - الإبداع - الوصف).

ب - ويمكن أن يعزى فاعلية البرنامج إلى كفاءة التدريب على استراتيجيات اليقظة العقلية، وبعض فنيات خفض الإكتئاب مما ساعد على الفروق بين القياسين القبلى - والبعدى والتتبعى.

الفرض الثالث، ونصه: (يختلف كل من اليقظة العقلية والإكتئاب لمرضى الكيماوى باختلاف القياسين البعدى والتتبعى).

وللتحقق من صحة هذا الفرض؛ تم معالجة إستجابات (N=10) باستخدام اختبار ويلكسون Wilcoxon وحساب قيمة (Z) لعينتين مرتبطتين كأحد الأساليب اللابارمترية لتحديد دلالة الفروق، ونوضح ذلك فى جدول (11) لمكونات مقياس اليقظة العقلية.

جدول (11)

قيمة (Z) لحساب دلالة الفروق بين متوسطى العينة التجريبية للقياسين البعدى والتتبعى

لمكونات مقياس اليقظة العقلية

مستوى الدلالة	قيمة (Z)	الانحراف المعيارى		متوسط الرتب		العينة			القيم الإحصائية المقياس ومكوناته
		تتبعى	بعدى	تتبعى	بعدى	الرتب السالبة	الرتب الموجبة	المحايدة	
0.33	2.14-	2.60	3.10	17.70	19.30	8	1	1	الملاحظة
0,005	2.10-	3.10	4.20	19.60	20.10	10	0	0	الوعى
0.011	2.19-	2.91	3.71	15.40	17.40	9	1	0	القدرة على الإبداع
0.005	2.91-	3.21	4.66	17.30	19.70	10	0	0	الوصف

جدول (12)

قيمة (Z) لحساب دلالة الفروق بين متوسطى القياسين البعدى - التتبعى

لليقظة العقلية للمقياس ككل

مستوى الدلالة	قيمة (Z)	الانحراف المعيارى	متوسط الرتب	N	اتجاه الرتب	المتغيرات
0.005	2.800-	12.13	72.30	16	الرتب السالبة	القياس البعدى لليقظة العقلية
				0	الرتب الموجبة	
		10.51	66.41	0	الرتب المتعادلة	القياس التتبعى لليقظة العقلية
				10	المجموع	

بمراجعة قيمة (Z) لمقياس اليقظة العقلية ومكوناتها الواردة فى جدول (12) فقد بلغت (2.800-) عند مستوى دلالة (0.005) وهى غير دالة ، مما يشير إلى

استمرارية فاعلية البرنامج ، حيث لا يوجد فروق دالة إحصائياً بين القياسين البعدي والتتبعي سواءً لمتغير اليقظة العقلية أو الإكتئاب لدى مرضى الكيماوى.

جدول (13)

قيمة (Z) لحساب دلالة الفروق بين متوسطى العينة التجريبية للقياسين البعدي -
التتبعي لمكونات الإكتئاب

مستوى الدلالة	قيمة (Z)	الانحراف المعياري		متوسط الرتب		العينة			القيم الإحصائية المقياس ومكوناته
		تتبعي	بعدي	تتبعي	بعدي	الرتب السالبة	الرتب الموجبة	المحايدة	
0.008	2.41-	3.41	2.31	21.51	19.30	0	9	1	الإجهاد الجسمى
0.31	2.81-	3.91	2.81	20.31	17.41	2	8	0	تغييرات صورة الجسم
0.005	2.91-	3.95	2.71	19.41	18.01	2	7	1	الحزن
0.005	2.81-	3.41	2.05	19.31	17.22	0	1	0	إضطراب النوم

جدول (14)

قيمة (Z) لحساب دلالة الفروق بين متوسطى العينة للقياسين البعدي - التتبعي
لمقياس الإكتئاب ككل

مستوى الدلالة	قيمة (Z)	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	N	اتجاه الرتب	المتغيرات
		10.24	68.91	0	الرتب السالبة	القياس البعدي للإكتئاب
				10	الرتب الموجبة	
0.005	2.91-	11.31	74.61	0	الرتب المحايدة	القياس التتبعي للإكتئاب
				10	المجموع	

وبمراجعة قيمة (Z) الواردة فى الجدولين (13)، (14) نستخلص أن قيمة (Z) للقياسين القبلى - البعدي للإكتئاب ومكوناته قد بلغت (-2.810) عند مستوى دلالة (0.005) وهى قيمة غير دالة إحصائياً مما يشير إلى فاعلية البرنامج وصحة الفرض

الثالث، حيث استمرارية تأثير البرنامج، ويمكن أن يعزى ذلك لعدة اعتبارات نذكر من أهمها:

- 1- قد يتصف البرنامج بالشمولية، وأنه مناسب لعينة الدراسة، فقد احتوى على فنيات وأنشطة قابلة للتطبيق حتى بعد انقضاء فترة البرنامج، لقد تضمن البرنامج أنشطة التأمل، والتركيز على اللحظة الحالية، وإدراك الأمور والوعي بها باعتبار كونها أنشطة شيقة استتارت أفضل ما لديهم من قدرات زادت من قدرتهم على التحليل مثل تخيل الأحداث السيئة وتساقط أوراق الشجر مع قليل من الرياح، وتبقى فقط الزهور الجميلة.
- 2- وهكذا ينثرون منها الأحداث السلبية، ويعيشون اللحظة الحالية بكل إيجابية.
- 3- إن تحسن قدرتهم على الإنتباه والوصف والإبتكار، وتنظيم إنفعالاتهم يمكن أن يعزى لاتباعهم التعليمات التي تلقوها خلال تطبيق البرنامج.
- 4- وقد يعزى استمرارية فاعلية البرنامج على أنه مزيج من العلاج السلوكي والمعرفي فهو يركز على التدريب المستمر على الإنتباه، ويعتقد أنه إذا كان الشخص قادر على التحكم في حالته الداخلية فهذا من شأنه أن يمكنه من الفهم والوعي بالإعراض الكامنة وراء المشكلات التي يواجهها.
- 5- إن العلاج عن طريق اليقظة العقلية، قد حقق نجاحاً كبيراً كأحد أنواع العلاج الفعال في كثير من الإضطرابات النفسية ولا سيما مع مرضى السرطان وذوى الإحتياجات الخاصة، فهو يختلف عن أنواع العلاجات التقليدية، فالتدخل عن طريق إيقاظ العقل والعقل الواعي وتوظيفه في جنبات الحياة (النوم الواعي - الأكل الواعي - الحب الواعي) يساعد على تعميق تفاعل الشخص مع بيئته التي يعيش فيها.
- 6- إن العلاج باليقظة العقلية يخفض مستوى الإندفاعية، ومن ثم ينخفض الضغط والقلق والإكتئاب، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإنه يسهم في تنظيم الإنفعالات.

خلاصة نتائج الدراسة

أسفرت هذه الدراسة عن تحقق صحة الفروض الثلاثة، ولا سيما الفروض التجريبية المعنية بفاعلية التدخل السلوكي عبر برنامج معرفي سلوكي لإثراء اليقظة العقلية وخفض الإكتئاب لدى العينة التجريبية.

فضلاً عن تباين كلٍ من اليقظة والإكتئاب بتباين المتغيرات الديموجرافية (النوع - العمر - التعليم - الحالة الاجتماعية).

توصيات الدراسة، وبحوث مقترحة، ونجملها فيما يلي:

أ - توصيات الدراسة، وتصاغ إجرائياً فيما يلي:

- 1- عقد دورات تدريبية لإثراء اليقظة العقلية لدى مرضى القلب - والفشل الكلوي.
- 2- إعداد ورش عمل لتنمية مهارات الأطباء والممرضين للتعامل مع مرضى الكيماوى.
- 3- عقد برامج توعوية للأسر لتزويدهم بمهارات التعامل مع مرضى الكيماوى.

ب - بحوث مقترحة:

- 1- التوافق النفسى وقوة الأنا من محددات اليقظة العقلية لدى طلاب الجامعة، دراسة عاملية كيفية.
- 2- العلاج المعرفى لقلق الموت لدى مرضى السرطان.
- 3- تنمية اليقظة العقلية لخفض الألم لدى مرضى السرطان.
- 4- فاعلية كلاً من اليقظة العقلية والإسترخاء لخفض الإكتئاب لمرضى السرطان.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

- 1- أحمد محمد جاد الرب (2017) : فاعلية التدريب على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدى الطالبات ذوى اضطراب الشخصية الحدية واثره على اعراض هذا الاضطراب ، مجلة الارشاد النفسي، 51 (1) ص : 68.
- 2- عبلة مرتضي (2020) : الضغوط الناتجة عن تفشي فيروس كورونا العالمي (كوفيد19)، وعلاقتها باليقظة العقلية لدى طلبة المرحلة الثانوية، دراسة عبر ثقافية مقارنة، مجلة الارشاد النفسي (63)، ص ص 277:343.
- 3- ماجدة المالكي (2019) : اليقظة العقلية وعلاقتها باساليب التفكير التحليلي لدى الطلاب المتفوقين بالمرحلة الثانوية، المجلة العلمية، كلية التربية جامعة اسيوط، مج (35)، ع (1)، ص ص 309:349.
- 4- مها عيد صدام وزينب بديوى حياوى (2018) : اليقظة العقلية لدى طلبة الجامعة، مجلة ابحات البصرة للعلوم الانسانية، ع (1)، مجلد 3، ص 423.
- 5- ناريمان عينة (2017) : اليقظة العقلية وعلاقتها بمركز الضبط لدى طلبة الجامعة، دراسة مقارنة على عينة من الحقوق وعلم النفس البيولوجي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة تان عاشور، الحلقة، الجزائر.
- 6- ناصر ابراهيم المحارب (2013) : المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي، الرياض، دار الزهراء، ص:88.
- 7- هاله خير اسماعيل (2017) : الرونة النفسية وعلاقتها باليقظة العقلية لدى طلاب كلية التربية (دراسة تنبؤية، مجلة الارشاد النفسي، 51(1)، ص ص 287:235.
- 8- هشام مخيمر (2012) : الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية تغيرات وسيطة في العلاقة بالضغوط واعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، (17) ، ص 25:26.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- 9- A & Young, P.J (2020): Aquantitative analysis of sleep quality in Women with endometriosis, Journal of women's health PP 1209:1215.

- 10- Abbas, A Mansor. A, Brown, K, & Rayan, R.M (2015): Mediating role of resilience in the impact of mindfulness, Journal of Psychiatry (4) Pp 285:287.
- 11- Aherne, C, Moran, A & Lonsdale, C (2011): Mindfulness and meditation in w. R miller (ed) integrating Spirituality into treatment, washington D. C. american Psychological association, PP 55 52.
- 12- Aherne, C, Moro A. & Lonsdale (2011): Mindfulness as an intervention For improving academic success among students with executive functioning disorders Procedia- Social and Behavioral Sciences, 174: 221.
- 13- Alberts, h j & wissen, r (2020) : the effect of brief mind fulnes intervention an memory for positively and negatively valenced stimuli mindfulness, 2(2), pp 73:77.
- 14- Among university students during The Covid-19 Pandemic Bangladesh. A web- based-ross sections Survey, Journal, PP 3006 3010.
- 15- Anitei chraif & liliana (2013): Influence of Fatigue on Impulsiveness, Aspiration L level Performance motivation and frustration tolerance among Young Romanian Psychology Students, Procedia Social –and Behavioral sciences 78 may, Pp 630:634.
- 16- Asheur & Sigman (2011): Incremental Validity of Components of mindfulness in the prediction of satisfaction with life and depression current Psychology.29 (1) Pp 10:13.
- 17- Atherne, C, Moran A, & moradi, M. (2011): Fffectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on Clinical Syndrome and body image in women with bulimia Fundamentals of mental health, 19 (5)8p 394: 400.
- 18- Avara, W, Neera J, K, Hecimovic, A, &Gregory (2015): Perceived hep Fulness and impact of social support Provided by family for friends and health care providers to women newly diagnosed with chemo Therapy Patients Published online in wiley inter Science (16) PP 474:483.
- 19- Bateman & fonagy (2010): Metallization based treatment for border line personality disorder, worldpsychiatry, g (1) pp 12:15.
- 20- Bernay, r (204) : mindfulness and the beginning teacher, Australian, journal of teacter education, 39 (7) pp 58:69.

- 21- Brousse, c, Boiaubert,t Berlim. M.t 2018): Quility of life: a brand New Concept for research and Praticte in Psychiatry, Revesta Brasileirs de psquiatria, New York, (5), 3, PP 99:101.
- 22- Calcar, A & christensen H. (2010): The toronto mindfulness Scale development and validation, Journal of Clinical Psychology 62 (2) PP 1445:1467.
- 23- Capual, c, kemény, M.F, Kemper, l & yun (2008): Mindfulness - based interventions in context: Past, Present and future.
- 24- Carr, A & chen, C (2015): Positive Psychology The science of happiness and human strenghs, new York: Brunner-Routledge.
- 25- Chen, c, ching, H (2015): Effects of mindfulness meditation cours on learning and cognitive Perofmance a mong university student in Taiwam Evidence Based complementary and Alternative medicines Article ID 254358 Page 7 <http://dx.doi.org/101155/2015/254358>.
- 26- Christopher, j & Gitbert. J (2010): Using self- Report Assessme methods to Explore Facets of mindfulness. Assessment, 13 (1), pp 27:35.
- 27- Clay, D., Vignoies, V & Ditt marh (2015): Body Image and Depression among Adolescent Girls: Testing the influence of Socicultural factors, Journal of research on adolescence, V(15) N 4, P.P: 451. 457.
- 28- Cmasuda l& tully, C. (2012): Mindfulness- based cognitive therapy For recurrent major depression A best buy for health care? Australlan and New Zaland, Journal od Psychatry 50 lool-lo13 doi: 10, 117004867416642847.
- 29- Coleman, M (2004): mindfulness - based self directed intervention as an adjunct method for couples therapy, unpublished. Doctor dissertation university of Denver, PP 19:2.
- 30- Collins, sarkisian and anderss on (2008): flow and happiness in later life : an investigation into the role of daily and weekly flow experience, journal of happiness studies dollo, 1007 is109008 – 9116, p:3.
- 31- Ctaylor, C. (2.16): Efficacy – mindfulness - Based interventions for Attention and Exective function in childrem And Adolescents a systematic Review mindfulness, 9 (1), pp 9:60

- 32- Cuff, c, daniel, Gordon (2016): Mindfulness reduces avaricious monetary attitudes and enhances ethical consumer beliefs mindfulness training and practicing matter, journal of business ethics, pp 1529:1542.
- 33- Diane, L.B (2012): How Personality traits mediate the relationship between Flow experience and Job performance the Journal of International management Studies & (1), PP 33:39.
- 34- Dragomir todorescu, I.I & Greculescu, A (2011): Adolescents, frustration to tolerance for violence Based Films, procedia- Social and Behavioral scial and Behavioral Sciences (30), PP 85:62. Education 39 (7), pp 556 : 559.
- 35- Emaish, N & Christoph. Er (2010): Role of mindfulness and Psychological flexibility in Somatization, depression , anxiety and general Journal of evidence-based complementary and alternative medicine, 17(1), p: 6671.
- 36- Gaza G, Baer, R. A, Smith, G.t & Allen K. B.C (2011): Assessment of mindfulness by self report: The kentucky inventory of mindfulness Skills Assessment, II, (3), PP 191:2.6.
- 37- Gillbert, B.D & Emaish, N. (2010): The Effects of short-term Practice of mindfulness meditation in alleviating Stress in university Student, Biomedical Research, 22 (2), PP 165:169.
- 38- Gordont, H, Hardd, H, David C.R & Kerrmar (2014): Mindfulness meditation: an integration of perspective from Buddhism, science and Clinical Psychology un Published Doctoral dissertation, California Institute of Integral studies San Francisco. PP. 2797.
- 39- Grden, t Hard, C. Barnhofer, T, Duggan, D.s Fennell, m & williams J.M (2014): mindfulness based cognitive therapy may reduce thought suppression in previously suicidal participants findings From a preliminary Study British, Journal of clinical psychology, 48(2), PP 209: 211.
- 40- Grossman, p niemann, I Schmidt, s, and walach, h (2004): mindfulness – based stress reduction and health benefits : a meta – analysis, journal of psychosomatic research, 57(1), pp 35:43.
- 41- Guan, C.N, BOKS, M.B. M Zainol N.Z. (2013): Positive Psychology An introduction: American Psychology, 55, PP 13:17.
- 42- Guttman, h & laborite, t (2002) : alexithymia, empathy and psychological symptoms in family context, camprp sychiaty (43), p:448.

- 43- Hamamci, Z & Kahn J (2009): Mindfulness, Job Satisfaction and Job Performance Mutual relationship and moderation effect, preparation for the future innovative Economy At Broh Czech Re public file://C:/users admin/Downloads/.
- 44- Hamamci, Z, (2006): Integrating psychodrama and cognitive behavioral Therapy to Treat moderate depression The art in psychotherapy Vol 33, (3), P. 199.
- 45- Hofman, A, VanduiJin, cm, France, o. H, Ikram, MA, Janssen, H.L A klaver, C.c W & Witteman J.C.M (2016): the Rotterdam study: objectives and design update european, Journal of epidemiology, Journal, 26 (8) PP 657:672.
- 46- Huxter, m (2007): E valuation of the mindfulness, a commitment (mac) approach For enhancing athletic Performance unpublished Doctoral Dissertation, Indiana university of Pennsylvania, PP 48:52
- 47- Islam, m. n, Barna, S.D Raihan, H Khan m. C (2020): Depression and Anxiety.
- 48- Jenniffer, E, Kathleen, R. & Rice, B. (2015): College students suicide How students at Risk use mental Health services and other Sources of Support and coping Doctor of Philosophy in Health services and Policy analysis, university of california Berkeley, PP: 65 67.
- 49- Kabat, T. & Zinn (2003): using self Report Assessme methods to Explore facts of mindfulness Assessment, 13, (1) PP 27:45.
- 50- Kim, Jenoghan, K & keck miller (2012): Effectiveness of mind Fulness based cognitive Therapy as an adjuvant to Pharmco therapy in Patients with panic disorder or generalized am Xity disorder Depression and Anxiety, 26 (7) Gol606.
- 51- Langer, E & Beck t (1997): The Power of mindfulness learning Reading, M. A Addison, Journal of to teacher.
- 52- Lauver D.R, malson, K. C Vang Pa (2012): Stressors and coping among famale cancer Survivors after treatment cancer Nurse, 30 (2) pp lol: 109.
- 53- Linda, P (2013): Mindfulness in applied psychologyuilding resiling in coaching, the coaching Psychologist, 14 (2), Pp (98:10).

- 54- Mace, c, (2008): Mindfulness and mental health : therapy and Science London: Routledge Taylor & Francis Group mak, c, whitting ham,k, cunning ton PP 44:45.
- 55- Marie, M, Delhay, L, chontal, Kempenager, Rob (2013): Attachment and socio emotional skills a comparison of depressed in patients institutionalized delinquents and Control adolescents clinique Psychology psychother, 20 (5), p. 424.
- 56- Marta, P & monterire C. (2010): Personlity Disorder symptoms Are differentially Related to Divorce frequency. J Fam. Psychol 26 (6) pp 959: 965.
- 57- MarTap, P. Monteiro, J (2013): Mindfulness what is it ? where did it Come from? in F Didonna (Ed) clinical Handbook od mindfulness, New York springier science Business Media, Pp:1736:1739.
- 58- Mce voy, T & Nathan, W (2012): mindfulness and mental health therapy and Science and positive effect, hope and optimism mediate the relationship between dispositional Mindfulness work engagement and well being mindfulness, 66 C 1250-1226.
- 59- Millers, S, Chod, c, victoria, michelle & Tomczak (2014): Patterns of depression in Cancer patient An Indirect test of gender Specific, vulnerabilites to depression Social Psychiatry 46 (8) pp 767:771.
- 60- Otten, o, Van Gordon, W, Shoin, E & Garcia Campayo, j (2008): Are there adverse effects associated with mindfulness? Australin & New Zealand Journal of Psychiatry 51 (10), Pp 977:978.
- 61- Peratikos, A. (2011): Cognitive Behavioral play therapy For children with Depression A manual For individual treat ment dissertation Abstracts International, vol Pp 15:17.
- 62- Perto, & Besharat, W (2011): Mindfulness-based Interventions dor adults who are overweight orbese ameta-analysis of Phsical and Psychological health outcomes onesity Reviews 18, 5167-dol 10, 111 Lobr 12461.
- 63- Petar, J. Quitkin, f.m, Endicott, t, wittehen (2018): Depression and another Affective Disorders, psychological disorders weinheim Psychology Publishing, Journal, Kanda, (5) PP 118: 122.

- 64- pragra, L parentia, D, Priyadarshini, Das, Suchitra TripaThy (2015): Role of emotional Intelligence on aggression A Comparison between Adolescent Boys an Girls psychology and behavioral Sciences, 4, (2) pp 29: 31.
- 65- Roberts, m Roberto K & Brian, B.K (2010): The role of mindfulness in academic stress self - Efficacy and achievement in college students The sis submitted in Partial Fulfillment of The requirements For The degree of Masters of counseling in the gradate school eastern Illinois university charlestoni t.
- 66- Roberts, M, Robert, K. B rain, B, Donna, c, Jamie,f Bret. H (2010): the prevention of Anxitey and depression in children From disadvantageo schools, Behaviour Research and therapy, vol 48, PP, 68:73.
- 67- Samuel mun & Judy wal (2013) mindfulnesss and mindfulness the production of reality essay sand readings on social interaction, pp 153 154.
- 68- Savard, S.l carlson l. E Astin J. A & Freedman, B (2008): Mechanisms of mindfulness, Journal of clinical Psychology, 62 (3) pp 373: 379.
- 69- Schwarzer, R. & Panner, B, (2013) Risk Evaluation and optimism, In schwarzer, R. (Eds] Health Psychology, Goettingen Hogrefez, Edition, PP 44.49.
- 70- Shanual.l & shapiro (2006): Mechanisms of mindfulness, Journal of Clinical Psycholog Vol, 62 (3) pp 373: 380.
- 71- Sharma, M, (2014): An Examination of sexual Abuse and suicide Ideation in Delinquent Famales in the texas Juvenile Justice system, Journal of criminal Justice, & (1), PP 30; 43.
- 72- Siedlecki, K.I, Salthouse, T.A, oishi,s (2014): Age and Gender- Difference in and personality correlates of loneliness in dfferent relationships, Journal of Personlity Assessment, (50). PP 485: 490
- 73- Stanton, Hans, S, Kemeny, M. E (2020): The Impact of Gender, on the academicachieve ment of students of foreign languagesat the university of Jordan Dirasat 447 N4, pp 353: 369.
- 74- Talley, Amolix, l, scott, H & Belshaw (2010): The influence of breast Cancer survivors perceived Partner, Depression and social Support need satis faction on depressive Symptoms: A Longitudinal analysis Psychology,& health, 25 (4), P: 43.

- 75- Tavoli, A. Montazeri, A Roshan, R. Tavoli,z & melyani, M (2019): Depression and quality of life in cancer Patients with and without pain the role of pain oteliefs B.mc Cancer,& (1),PP 77:79.
- 76- Vasile, c marchan, a sing er, f, and sloicesa. D (2011) : Academic : self efficacy and congntive load in students procedia social and behavioral, 1 (2) pp 478:482.

Mindfulness and its preventive role in reducing depression in cancer patients (chemotherapy)

Abstract

This study addressed the concept of mindfulness and its preventive role in reducing depression among a sample of chemotherapy patients (N=200), equally divided between males and females. To achieve the objectives of the study, two scales were built, one to diagnose mindfulness and the other to measure depression in the aforementioned sample, in addition to preparing a psychological counseling program. Objective To enrich and activate the mindfulness of these patients in a way that enhances the preventive role in reducing their depression. The study also aimed to reveal the variation in both mindfulness and depression according to demographic variables (gender - age - educational level - marital status).

The study concluded that **mindfulness** and depression differ according to demographic variables, as well as the effectiveness of mindfulness in reducing depression among the experimental sample.

Keywords: Mindfulness ، Depression ، Chemotherapy patients.