

تقدير الذات مدخل لخفض مستوى القلق لدى السيدات المصابة بالسرطان باستخدام السيودراما

أ.د/ حمدي محمد ياسين

مني صالح السيد

أستاذ علم النفس - كلية البنات - جامعة عين شمس

hamdyassin91@gmail.com

salehkhale392@gmail.com

المستخلص :

هدفت الدراسة الكشف عن تباين كل من تقدير الذات والقلق بتباين المتغيرات الديموجرافية (العمر والمستوى الإقتصادي والإجتماعي) وكشفت أيضا عن مدى فاعلية برنامج تنمية تقدير الذات القائم على استخدام السيودراما في خفض مستوى القلق لدى السيدات المصابات بالسرطان، ولتحقيق الهدف طبق مقياسين تقدير الذات (لروزينبيرج)، ومقياس القلق (مقياس تايلور) على عينة (ن=32) من مريضات سرطان الثدي، ممن تتراوح أعمارهن بين (20-أكثر من 52) عاماً تم تقسيمهن إلى مجموعتين، الأولى تجريبية وقوامها 16 سيدة، والثانية ضابطة وقوامها 16 سيدة أيضاً، وقد تم اختيارهن من بين 100 ممن يترددن على مركز بهية الطبي في القاهرة، علماً بأن العينة قد حصلت على أعلى مستوى درجات القلق على مقياس تايلور، وأشارت النتائج : لا توجد فروق بين المتغيرات الدينامية، والمتغيرات الديموجرافية لدى عينة مريضات السرطان، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى القلق في القياسين القبلي والبعدي لاستخدام برنامج السيودراما، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التطبيق بعد شهر من التطبيق البعدي لمقياس تايلور للقلق للمجموعة التجريبية، وهذا يدل على فعالية برنامج السيودراما في التغيير.

الكلمات المفتاحية: تقدير الذات- القلق- سرطان الثدي.

مدخل الدراسة:

يعتبر السرطان من الأمراض التي انتشرت بشكل كبير , و من الأمراض الأكثر خطورة، و تنجم خطورته عن محدودية الشفاء منه , و السرطان بمختلف أنواعه يعتبر تهديدا لوجود الفرد المصاب به, إذا استثنينا منه الأورام الحميدة ؛ وبالتالي فالمرأة المصابة به تكون هدفا للموت أو لاستئصال العضو المصاب، وذلك يولد لديها ضغطا نفسيا شديدا؛ و هذا ما يفرض عليهن اللجوء إلى استخدام استراتيجيات تساعد في التخفيف من حدة الضغط والقلق.

ظهر الاهتمام بمريضات سرطان الثدي مؤخرا بسبب الإنتشار السريع له ، وارتفاع نسبة الوفيات؛ فاهتمت الدراسات النفسية بالكشف عن الآثار النفسية الناجمة عنه، مثل (تقدير الذات والقلق، وصورة الجسم، والنشاط الجنسي).

(Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2008)

سرطان الثدي يُعتبر من الأمراض التي تُصيب الإناث بمصر فقد بلغ نسبة انتشاره ما يقارب (38.7%) من مجموع حالات السرطان المُبلغ عنها أي بمعدل (38.1%) حالة جديدة سنوياً في كل مائة ألف أنثى في مصر، و اوضحت منظمة الصحة العالمية عام 2019 أن مصر تحتل المرتبة الثالثة بين الدول العربية، وبلغت نسبة الإصابة بالسرطان: 152 لكل 100 ألف شخص، وتليها الأردن التي احتلت المرتبة الثانية بنسبة 155 لكل 100 ألف شخص.

(وزارة الصحة المصرية، 2019)

أكدت الدراسات أن أي تدني في تقدير الذات وإرتفاع القلق يمكن أن يؤثر على جميع مناحي الحياة، وقد أشارت الدراسات أن (80%) من مريضات سرطان الثدي لديهن اضطرابات نفسية، وأنهن يواجهن آثاراً جانبية أخرى للمرض يمكن أن تؤثر سلباً على حياتهن منها القلق، وانخفاض في مستوى تقدير الذات، وشعور بالإجهاد، والألم. (Kyung et al, 2012)

في ضوء ما تقدم تتناول هذه الدراسة متغيرين تقدير الذات والقلق لمريضات سرطان الثدي في ضوء اختلافهما باختلاف المتغيرات الديموجرافية، لمريضات سرطان الثدي؛ إضافة إلى محاولة اختبار فاعلية برنامج تنمية تقدير الذات القائم على استخدام السيكدوراما لتقليل القلق لدى مصابي سرطان الثدي.

مشكلة الدراسة وأسئلتها: تتحدد مشكلة الدراسة من خلال الإشكاليات الفرعية التالية:

1- إشكالية تباين كلاً من تقدير الذات، والقلق لدى مريضات سرطان الثدي بتباين المتغيرات الديموجرافية (العمر، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي)

أشارت دراسة (Rosnthal 2001) , إلى ان انتشار سرطان الثدي مرتبط بمتغيرات العمر , والمستوى التعليمي، والمستوى الإقتصادي لدى مريضات سرطان الثدي وخاصة إن كانت من المدخنات . وكذلك دراسة (Tommy Akinyemiju, 2017) التي أشارت نتائجها إلى أن متغير العمر، والمستوى الإقتصادي لهما القدرة على التنبؤ بمستوى القلق لدى مريضات السرطان.

وأيضاً دراسة (Kimi Ogunsina, 2016) والتي أشارت إلى وجود فروق دالة احصائياً بين القلق تبعاً لمتغيرات العمر، والمستوى التعليمي، كما أكدت دراسة (علي ناصر، 2017) أن الأعمار المتوسطة والكبيرة هي الأكثر تعرضاً لمرض سرطان الثدي أي كلما تقدم العمر كلما زادت نسبة الإصابة بالمرض.

و دراسة (Fletcher, 2008) أن القلق يرتفع نسبته بارتفاع مستوى الفقر، وتردي الأوضاع الاقتصادية، في حين أشارت دراسة (Dragana Braithwaite, 2015) أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين القلق والمستوى التعليمي. كما أشارت دراسة (Svedberg, 2016) أن المريضات بسرطان الثدي كلما ارتفعت أعمارهن كلما انخفض مستوى تقدير الذات لديهن.

في ضوء ما تقدم تُحدد مشكلة الدراسة في السؤال الأول:

1- ما مدى تباين تقدير الذات والقلق بتباين كل من (العمر والمستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي)؟

2- إشكالية العلاقة بين تقدير الذات، والقلق لدى مريضات سرطان الثدي.

أشارت دراسة (Romaguera D, et al, 2012) إلى وجود العديد من المشكلات النفسية المرتبطة بمريضات سرطان الثدي، ويعد القلق والإكتئاب وإنخفاض تقدير الذات من الاضطرابات النفسية التي تنصدر قائمة هذه الاضطرابات .

كما أكدت دراسة (N Bahrami, M Moradi, MA Soleimani, 2013) أن مريضات سرطان الثدي يُعانين من القلق، وقد يصل إلى رهاب الموت، وهذا من شأنه أن يؤثر سلباً على جميع نواحي الحياة، وتؤكد دراسة (Z Kalantari, F Hosseini, 2013) على أن النساء مريضات السرطان لديهن تقدير ذات متدني نتيجة الشعور بالألم والمخاوف، وعدم الشعور بالسعادة والطمأنينة، ولديهن قلق وخوف مستمر، وشعور بالوحدة والعزلة عن الآخرين.

في حين تُؤكد دراسة (Lake Forest, Illinois, 2007) على وجود رابط قوى بين الإصابة بالسرطان والقلق مما ينعكس سلباً على حياة المريض، و تلك الضغوط النفسية والجسمية تحتاج لدعم إجتماعي ونفسي.

وهذا ما أكدت عليه دراسة (Astrd Kerry, Andrew et al, 2012) إلى أن مريضات بسرطان الثدي لديهن صورة سلبية عن أجسامهن ولديهن ارتفاع في مشاعر القلق، وانخفاض في مستوى تقدير الذات.

كما أكدت نتائج دراسة (Zabora, 2001) أن المصابات بسرطان الثدي لديهن قلق مرتفع، وتقدير ذات منخفض. في حين أشارت دراسة (Praud D, et al., 2016) إلى أن العزلة الاجتماعية لمريضات السرطان نتيجة لسوء الصحة النفسية لديهن يؤدي للقلق، وتدني في احترام الذات، والميل للأفكار الانتحارية، مما يشير بضرورة وضع خطط وقائية، وعلاجية من لتحسين الصحة النفسية وجودة الحياة للمريضات.

كما أثبتت دراسة (Sheinfeld Gorin et al . (2012) أن العلاج الجماعي وفنيات السيكدوراما لهما فعاليتهم في التخفيف من الآثار النفسية ورفع درجة تقدير الذات وتقليل القلق لدى مريضات السرطان.

في ضوء ما تقدم تُحدد مشكلة الدراسة في السؤالين الثاني والثالث :

- 1- ما مدى تباين القلق وتقدير الذات بتباين القياسين (القبلي و البعدي) للبرنامج؟
- 2- ما مدى تباين القلق وتقدير الذات بتباين القياسين (البعدي والتتبعي) للبرنامج؟

أهداف الدراسة: أن القيمة العلمية للدراسة تتمثل في تحقيق أهدافها بصورة اجرائية: ومن ثم فإن أهداف الدراسة تتمثل في:

- 1- الكشف عن تباين (تقدير الذات) بتباين (العمر، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي) لمريضات السرطان.
- 2- الكشف عن فاعلية البرنامج القائم على السيكدوراما في تحسين تقدير الذات واستمرار تأثيره في تقليل القلق .

محددات الدراسة: وتتمثل في المتغيرات التالية:

أسئلة الدراسة: وهي من المحددات الأساسية لنتائج أي دراسة علمية، وقد سبق الإشارة إليها.
عينة الدراسة: اعتمدت هذه الدراسة على عينة من مريضات السرطان من مركز بهية لعلاج السرطان في القاهرة .

أدوات الدراسة: اعتمدت هذه الدراسة على مقياس تقدير الذات (لروزينبيرج) و مكون من عشرة بنود، تتراوح موثوقية الاختبار-إعادة الاختبار بين 0.82 و 0.88 ، ويبلغ معامل ألفا كرونباخ ، الذي يقيس الاتساق الداخلي ، بين 0.76 و 0.88. صلاحية المعيار هي 0.55. أيضا المقياس يرتبط عكسيا مع القلق (-0.64 و -0.54 ، على التوالي). هذه القيم تؤكد الخصائص السيكومترية الجيدة لمقياس احترام الذات لروزنبرغ .
، ومقياس القلق (تايلور) ، يتكون المقياس من "50" عبارة تقيس القلق الصريح ، ولكل عبارة بديلين "نعم ، لا" حسب الإستجابة الصحيحة ثبات المقياس من خلال الإتساق الداخلي معامل ألفا كرونباخ = (0.94) ، استمارة المستوى الإقتصادي الإجتماعي ل(عبد العزيز السيد الشخصي). والبيانات الديموغرافية للمريضات. وقد تم تطبيق الدراسة خلال يناير من عام 2020 في مركز بهية بالقاهرة .

أهمية الدراسة: تستمد هذه الدراسة أهميتها من عدة متغيرات يأتي في صدارتها:

الأهمية النظرية: أن توصيف مفهومي تقدير الذات، والقلق يُعد إسهاماً لإثراء مجال علم النفس ، وما يترتب على ذلك من إهتمام بحثي على المستوى العربي، حيث ندرة البحوث التي إهتمت بهذه المتغيرات في إطار عينة مريضات السرطان .

الأهمية العلاجية : تتمثل في بناء برنامج قائم على السيكدوراما لتنمية تقدير الذات وخفض القلق.

مجلة البحث العلمي في الآداب (العلوم الاجتماعية والإنسانية) العدد الواحد والعشرون الجزء السادس يوليو 2020

أهمية المجال البحثي: يُلاحظ أن متغيرات هذه الدراسة تمثل عدة مجالات بحثية فهي من حيث العينة (السرطان) تقع في إطار علم نفس الصحة، ومن حيث (تقدير الذات، والقلق) فهي تمثل علم النفس الايجابي، أما فيما يتصل بإعداد برنامج للقلق (مجال الإرشاد). ولا شك أن تعدد المجال البحثي يعكس أهمية هذه الدراسة.

مصطلحات الدراسة: تتمثل فيما يلي:

1- تقدير الذات: Self-Esteem في ضوء تحليل التعريفات الاجرائية لكل من (محمد مروان، 2018)، (Hudson, Elek & Campbell, 2000)، (Horney, 2017، hazem_aleidan, 2016، Katze, 1995، Kurtz, et, al, 2008، Manos, et al, 2005 Pawel, 2001 Pattan et al, 2006، Rosenberg Small & Egallery, 2001)، (al, 2006، 1965،) وتحليل دراسة كل من (هناك المؤلفين، 2006)، (منى الشيشنة، 2016)، ، وتحليل مكونات المقاييس سيد يوسف (2016)، وفي ضوء ما تقدم نصوغ التعريف الاجرائي بأنه: هي استجابة الفرد لمثيرات ترتبط باحترامه لنفسه ومهاراته، والمعتقدات الخاصة بالنفس، بما فيها المشاعر، والسلوك، وكذلك الاقتناع بالمظهر الخارجي، وتحديد نقاط القوة ومواطن الضعف والتأقلم معها، والتعايش مع التجارب السيئة، وأخيراً القدرة على التعبير عن الذات والاحتياجات الشخصية.

2- القلق Anxiety: في ضوء تحليل الأطر النظرية من تعريفات لكل من (Zabalegui et al .) (Grassi et al . 2007)، (Hankin, B. (2013) (2005 Coles, 1992)، (Uitterhoeve et al . 2004) ؛ (Rehse & Pukrop 2003) ؛ (Osborn et al . 2006) ؛ (Raingruber, 2011) ؛ (2012) ؛ (Sheinfeld Gorin et) al . وتحليل مكونات مقياس (تايلور للقلق) ، ومقياس (سارسون للقلق) في ضوء ما تقدم نصوغ التعريف الاجرائي بأنه: حاله انفعالية مركبة من مشاعر الخوف المبهم و توقع الخطر أو التهديد من شيء ما أما بداخل الشخص ذاته أو خارج عنه ، حقيقي ، ويكون مصحوب بانفعالات مؤلمة (مثل شعور الفرد بالضيق و عدم الراحة ...) و تغيرات فسيولوجية معينة (مثل ارتفاع ضغط الدم و ارتفاع الاطراف) ؛ مما يؤدي لسوء التوافق.

3- السرطان: cancer في ضوء تحليل التعريفات الاجرائية لكل من (American Cancer Society, 2014)، (جمال أحمد، 1998)، (Rosnthal, 2001)، (Krenz et al, 2014)، (نشرة المعهد القومي للأورام، 2001). وتحليل دراسة كل من (Klien, M, 2000)، (Koczwara 2010)، (عبدالرحمن الهمص، 2005)، (Grassi et al . 2007).

وفي ضوء ما تقدم نصوغ **التعريف الاجرائي التالي:** هو مصطلح طبيّ يشمل مجموعة واسعة من الامراض التي تتصف بنمو غير طبيعي للخلايا التي تنقسم بدون رقابة ولديها القدرة على اختراق الأنسجة وتدمير أنسجة سليمة في الجسم، وهو قادر على الانتشار في جميع أنحاء الجسم.

اولاً: مفهوم السيودراما: Psychodrama:

التعريف النظري في ضوء تحليل التعريف النظرية لكل من (corsini , 1994)

مجلة البحث العلمي في الآداب (العلوم الاجتماعية والإنسانية) العدد الواحد والعشرون الجزء السادس يوليو 2020

[Siyat ؛ 2007 ، choll & Smith 2014 - Adcock Gökhan Özcan 2019, والسيكودراما (الدراما النفسية Psychodrama هي شكلاً من الأداء الارتجالي (غير المتكلف) لدورٍ أو عدة أدوارٍ، يرسمها المعالج، ويؤديها الشخص تحت إشرافه، وذلك بهدف الكشف عن طبيعة بعض العلاقات الاجتماعية، وتعميق الوعي نحوها من جانب المريض.

التعريف الإجرائي للسيكودراما: Psychodrama في ضوء تحليل التعريفات الإجرائية لكل من Blatner, 2001, Bayne & Jangha, 2016 Greenberg, 2017 على برامج علاجية معتمدة على السيكودراما كدراسة Kasper ,Arnold Anteraper et al., 2018 et al., 2017 , Nunes et al., 2018 , Kovac A, Teglas E, Endress A (2010) إن السيكودراما تساعد على اكتساب التواصل اللفظي وغير اللفظي، متضمناً ذلك الإشارات الجسمية، وسرعة التحدث، ونبرة الصوت، بالإضافة إلى استخدام الرموز والإستعارات في تعبيرٍ مكتملٍ Full Expression يشمل البوح بما في النفس والتعبير عنه لفظياً، أو بصورةٍ غير لفظية.

الإطار النظري، ودراسات السابقة، ونستعرضها في ضوء متغيرات الدراسة، وذلك على النحو التالي:
أولاً: تقدير الذات، والنظريات المفسرة له:

1.

1- نظرية زيلر 1973: ومفادها أن تقدير الذات ما هو الا البناء الاجتماعي للذات ، ويؤكد ان تقييم الذات لا يحدث في معظم

2. الحالات الا في الاطار المرجعي الاجتماعي ويصف زيلر تقدير الذات بأنه تقدير يقوم به الفرد لذاته، ويلعب دور المتغير الوسيط، او انه يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات والعالم الواقعي، وعلى ذلك فعندما تحدث تغيرات في بيئة الشخص الاجتماعية فإن تقدير الذات هو العامل الذي يحدد نوعية التغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعاً لذلك و يربط تكامل الشخصية من ناحية وقدرة الفرد على ان يستجيب لمختلف المثيرات التي يتعرض لها من ناحية اخرى، ولذلك فإنه افترض ان الشخصية التي تتمتع بدرجة عالية من التكامل تحظى بدرجة عالية من الكفاءة في الوسط الاجتماعي الذي توجد به.

2- نظرية Epstein 1985: من نظريات الذات التي سعى فيها "إبشتاين" إلى توضيح ماهية مفهوم الذات بقوله: " إن كل شخص يضع هيئة أو صياغة للذات اعتماداً على قدرتها وصلاحتها بشكل غير مقصود طبقاً لخبراته المختلفة ، ويشكل الجزء الأكبر من هذه الصياغة احتراماً كاملاً للذات بمقدار الخبرات المرتبطة بالإنجاز.

3-3 نظرية (Alfred Rosenberg 1989): ، ظهرت هذه النظرية من خلال دراسة الفرد وارتقاء سلوك تقييمه لذاته ، في ضوء العوامل المختلفة التي تشمل المستوي الاقتصادي والاجتماعي ، والديانة وظروف التنشئة الوالدية وكذلك الأحداث السابقة واللاحقة في حياة الفرد وأكد أن إتجاه الفرد نحو ذاته يختلف عن إتجاهه نحو الموضوعات الأخرى . (عبد الله محمد, 2010).

4- نظرية (Cooper Smith 1989): استخلص "كوبر سميث" نظريته لتفسير تقدير الذات من خلال دراسته لتقدير الذات عند أطفال ما قبل المدرسة الثانوية ، أن تقدير الذات عنده مفهوم متعدد الجوانب ، وفسره بأنه الحكم الذي يصدره الفرد على نفسه متضمناً الاتجاهات التي يرى انها تصفه

على نحو دقيق، ويقسم تعبير الفرد عن تقديره لذاته الى قسمين: التعبير الذاتي: وهو ادراك الفرد لذاته ووصفه لها. التعبير السلوكي: يشير الى الأساليب السلوكية التي تصح عن تقدير الفرد لذاته.

5 - نظرية الذات عند Rogers: إن نظرية روجرز قد جعلت من الذات جوهر الشخصية إذ تعكس عند روجرز مبادئ النظرية الحيوية ، وبعض من سمات نظرية المجال وبعض من الملامح لنظرية فرويد ، كما أنها تؤكد المجال السيكولوجي وترى أنه منبع السلوك . (ابو جادو، 1998 : 156 - 154)

ثانياً: القلق والنظريات المفسرة: تعددت النظريات المفسرة لاضطراب القلق، وقد يرجع هذا التعدد إلى التوجهات النظرية المتنوعة التي تهتم بتفسير هذا الاضطراب، فيرى البعض أن اضطراب القلق يرجع إلى عوامل وراثية، ويرى البعض الآخر أن اضطراب القلق يرجع لتعزيز الرغبات في اللاشعور . بينما يذهب فريق ثالث إلى أن اضطراب القلق يرجع إلى أنه تعلم خطأ ويجب علاجه باعتباره سلوكاً مضطرباً، بينما يعتبر البعض أن اضطراب القلق يرجع إلى جوانب معرفية مشوهة. وأخيراً هناك من يرى هذا الاضطراب يرجع إلى إدراكات سلبية من جانب الشخص ذاته للعالم المحيط به. (حسن الزبيدي , 2013).

نظريه التحليل النفسي: القلق عند فرويد خبره انفعاليه مؤلمه يمر بها الفرد تصاحبه استثاره عدد من الاجهزه الداخليه التي تخضع للجهاز العصبى المستقل مثل القلب والجهاز التنفسى , وميز فرويد بين ثلاث انواع من القلق وهى:

القلق الواقعى: وهو القلق المرتبط بموضوع ما ويطلق عليه القلق الموضوعى حيث يدرك الفرد فيه مصدر التهديد والخطرويعتبر القلق الموضوعى (الواقعى) هام فى اثاره دافعيه الفرد وتخفيف من اجل تحرير الطاقه النفسيه وتركيزها لمواجهه المشكلات والمخاطر مثل:قلق الامتحان الذى يدفع الطالب للمذاكره والاجتهاد وانجاز ماده ما.

القلق العصابى: ويأخذ القلق العصابى عند فرويد ثلاث صور: حاله تخوف طليقه:تعم حياه الفرد وتصبح حياته مركزه حول قلقه ويحاول الصاق مخاوفه بايه فكره مزعومه؛حالته تخوف قهريه:مرتبطه بافكار معينه غير عقلانيه كما هو الحال فى المخاوف العرضيه. اضطراب الهلع: نوبات رعب وفزع تنتاب الفرد لثوان وقد تمتد لساعات.

القلق الخلقى: ويكمن مصدر القلق فى داخل الفرد (الضمير الانا الاعلى) الذى يتمثل فى القوانين والاعراف الاجتماعيه ويظهر القلق الخلقى عندما تبدا بعض الذكريات المؤلمه والغرائز لدى الفرد الانطلاق للخارج او يخرج عن المثل والاخلاقيات فينزل الانا الاعلى عقابه على النفس من خلال شعورها بالندم والذنب . (Sigmund Freud ,1990)

السرطان والنظريات المفسرة له: ونشير إلى النظريات التالية :
النظرية الخلطية: Humoral theory يعتقد أن الجسم به أربعة أمزجة (سوائل الجسم): الدم والبلغم والعصارة الصفراء، والعصارة السوداء. عندما تكون الأمزجة متوازنة يكون الشخص سليم، أن الكثير أو

القليل جدا من أي من المزاجات تسبب المرض. فوجود فائض من العصارة السوداء في مواقع الجسم المختلفة تسبب السرطان.

النظرية الليمفاوية: Lymph theory أن السرطان ينتج من تخمر وانحلال اللمف إلى درجات متفاوتة في الكثافة، والحموضة، والقلوية، اكتسبت نظرية الليمفاوية دعم سريع، وافق جون هنتر الجراح الاسكتلندي من أن الأورام تنمو من اللمف باستمرار وتنتقل عبر الدم.

النظرية البلاستيمية: Blastema theory في عام 1838، أثبت Johannes Muller أن السرطان يتكون من خلايا وليس لمف، لكنه يعتقد أن الخلايا السرطانية لم تأت من الخلايا الطبيعية. اقترح أن الخلايا السرطانية تطورت من العناصر الناشئة (البلاستيمية) بين الأنسجة الطبيعية.

نظرية التهيج المزمن: Chronic irritation theory اقترح Virchow أن التهيج المزمن هو سبب السرطان، لكنه اعتقد خطأ أن السرطان "ينتشر مثل السائل". في 1860 الجراح الألماني كارل تيرش، أظهر أن سرطان يتفشى من خلال انتشار الخلايا الخبيثة وليس من خلال بعض السوائل الغير معرفة.

نظرية الصدمة: Trauma theory على الرغم من التقدم في فهم مرض السرطان، من أواخر 1800 حتى 1920 كان البعض يعتقد أن الأذى يسبب السرطان. واستمر هذا الاعتقاد على الرغم من فشل الإيذاء من تسبب السرطان في حيوانات التجارب.

نظرية الأمراض المعدية Infectious disease theory خالص كل من (1642-1575) Zakutas Lusitani, Nicholas Tulip إلى أن السرطان معد، حيث توصلوا إلى هذا الاستنتاج استنادا إلى خبراتهم مع سرطان الثدي في الأفراد في نفس المنزل.

المسرطنات الفيروسية والكيميائية: **Viral and chemical carcinogens**: في عام 1915 Katsusaburu Yamagawa and Koichi Ishikawa أكدوا أن التبغ هو المصدر الأشد ضررا من المواد الكيميائية المسببة للسرطان. وكذلك الهيدروكربونات، الأنيلين والأسبستوس، وكذلك الإشعاع و الشمس، والعديد من الفيروسات ترتبط بالسرطان كالإصابة طويلة الأمد مع التهاب الكبد B أو C أحد فيروسات الهربس فيروس ابشتاين بار يسبب مرض كريات الدم البيضاء المعدية (infectious mononucleosis) نقص المناعة البشرية (HIV).

يؤكد العلماء أنه مع تزايد فهم الحمض النووي والجينات وجدوا أن إلحاق الضرر بالحمض النووي عن طريق المواد الكيميائية والأشعة، أو إدخال تسلسل حمض نووي جديد من الفيروسات غالبا ما يؤدي إلى تطور السرطان ومن ثم أصبح من الممكن تحديد المكان الدقيق للأضرار في جين معين. واكتشف العلماء أن الجينات المعيبة أحيانا مورثة، وأحيانا هذه الجينات المورثة معيبة في نقاط تجعل بعض المواد الكيميائية تميل إلى إحداث الضرر. فإن معظم الأشياء التي تسبب السرطان (المواد المسرطنة) تسبب الضرر الوراثي (الطفرات) والتي بدت تشبه الكثير من الطفرات التي يمكن أن تكون مورثة ويمكن أن تؤدي إلى نفس أنواع السرطان إذا تم إدخال المزيد من الطفرات.

(Sheinfeld Gorin et al . 2012)

الجينات المسرطنة والجينات الكابتة للورم: Oncogenes and tumor suppressor genes, ونشير
أولا إلى

الجينات المسرطنة: Oncogenes هذه الجينات تجعل الخلايا تنمو خارج نطاق السيطرة وتصبح الخلايا السرطانية، تتشكل من قبل تغييرات أو طفرات في بعض الجينات الطبيعية للخلية تدعى بروتو الجينات .
الجينات الكابتة للورم: Tumor suppressor gene هذه هي الجينات الطبيعية التي تبطئ انقسام الخلايا، وتصلح أخطاء الحمض النووي، وتحدد للخلايا متى تموت (وهي عملية تعرف باسم apoptosis أو موت الخلية المبرمج).. عندما لا تعمل الجينات الكابتة للورم بشكل صحيح، يمكن الخلايا أن تنمو خارج نطاق السيطرة، مما يمكن أن يؤدي إلى الإصابة بالسرطان.
(جمعية السرطان الأمريكية، 2014).

دراسات السابقة : نتاولها في ضوء متغيرات الدراسة وذلك على النحو التالي:

أولاً: تقدير الذات لمريضات سرطان الثدي و نشير لأهم هذه الدراسات فيما يلي:

دراسة (Terra FD ، Nogueira DA ، Leite MA (2015) فقد هدفت الكشف عن نسبة تقدير الذات الموجودة لدى مريضات السرطان الخاضعين للعلاج الكيماوى ومعرفة وجود علاقة بين تقدير الذات وأى متغيرات مستقلة أخرى، (ن=156). ولتحقيق الهدف تم تطبيق مقياس تقدير الذات ، أشارت النتائج إلى وجود ارتفاع وتيرة المرضى الذين يعانون من انخفاض فى تقدير الذات ، ولكن بعضهم أظهر تقديرًا متوسطًا أو منخفضًا للذات. أظهر المقياس قيمة ألفا لكرونباخ 0.746 ، من خلال النظر في الاتساق الداخلي المقبول للعناصر التي تم تقييمها أنه لم تظهر أي متغيرات مستقلة ارتباطات كبيرة مع تقدير الذات.

فى دراسة (Kapogiannis et al, 2017). هدفت الكشف عن القلق، وعلاقته بتقدير الذات لدى المصابات بسرطان الثدي، (ن=30) تم اختيارهن عشوائيا. ولتحقيق الهدف طبق مقياس القلق النفسى، ومقياس تقدير الذات وقائمة المعلومات الأولية، وأشارت النتائج إلى أنه توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا حيث يرتفع تقدير الذات، وينخفض القلق، ولا توجد فروق دالة احصائيا فى القلق لدى المريضات تُعزى لمتغير العمر، والمستوى الإقتصادي، والحالة الاجتماعية.

وفي دراسة (Cieślak K, Golusiński W (2018) هدفت تحديد العلاقة بين احترام الذات والسيطرة العاطفية فى تقبل الخسارة و التكيف مع فقدان القدرة لدى النساء بعد استئصال الثدي، شملت الدراسة 37 مريضة بعد استئصال الثدي، طبق عليهن استبانة التعامل مع فقدان القدرة (P. Wolski) ، وفقدان احترام الذات (M. Rosenberg) ، ومقياس كورتولد للتحكم العاطفي – CECS ، وأشارت النتائج أنه كلما زاد الاكتئاب الذي يعاني منه الأفراد ، كلما انخفض مستوى تقديرهم لذواتهم ، وكلما كان الاكتئاب أقل، كلما زاد تقديرهم لذواتهم ، و كلما انخفض مستوى الاكتئاب والصراع ، ارتفع مستوى السيطرة على العاطفة.

في حين هدفت دراسة (Manos, et all,2005) تناول تقدير الذات لدى (ن=54) لمريضات سرطان الثدي، ممن تراوحت أعمارهن (28-68) سنة، وأشارت النتائج أن المتزوجات لديهن صورة جسم موجبة بالمقارنة بغير المتزوجات، والمطلقات والأرامل، فقد بلغ تقدير الذات لدى النساء اللاتي أعمارهن (43-54) مستوى مرتفع مقارنة بالأصغر سناً كان تقدير الذات منخفضاً لديهن.

أما دراسة (Tonsing KN, Ow R (2018) فقد هدفت لمعرفة نوعية الحياة واحترام الذات و التوقعات المستقبلية للناجين من السرطان من المراهقين والشباب تراوحت أعمار المشاركين بين 12 و 24 سنة (متوسط العمر = 17.2) ؛ 62 في المائة من الذكور ؛ 45.6 في المائة كانوا في الصفوف الثانوية، وأظهرت النتائج كلما كان علاقته الروحية بالله مرتفعة قل القلق وارتفع إحترام الذات. تشير النتائج إلى أن الناجين حصلوا على تصنيف عالٍ من التغييرات الإيجابية في الحياة والشعور بالهدف.

ثانياً: القلق لمريضات سرطان الثدي وفي هذا الإطار نشير لأهم هذه الدراسات فيما يلي:

هدفت دراسة (شادية محمد صلاح, 2012) معرفة تأثير القلق على مرضى السرطان وهي دراسة إرتباطية على عينة (ن=179) واستخدم مقياس تيلور " للقلق" ونتج عن الدراسة أن للقلق تأثير كبير على شعور مرضى سرطان الثدي ويؤدي إلى مستوى عالٍ من آليات التكيف وأن الإعتقاد يؤثر على القلق وكذلك طريقة التفكير.

وقد هدفت دراسة (Johansson GF،Wallgren A ،Ekman T ،Ahlberg K,(2004) الكشف عن العلاقة بين القلق، وتقدير الذات، وصورة الجسد لمريضات سرطان الثدي. لعينة من (ن=150) مريضة، وللتحقق من هدف الدراسة تم تطبيق مقياس تقدير الذات ومقياس بيك للاكتئاب، وأشارت النتائج إلى أن نسبة (50%) من المريضات لديهن أعراض قلق ترافقت مع تدني كل من تقدير الذات، وصورة الجسد.

وفي دراسة (Kercher K،Sterns S،Bowman FK،Wagner JL،Deimling TG،B Kahana 2006) كان هدفها تحديد علاقة المستوى التعليمي و القلق ، وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى مريضات سرطان الثدي والرحم، ولتحقيق الهدف طبق مقياس تيلور، ومقياس هانس، وأشارت النتائج إلى أن القلق ينتشر بمستوياته المختلفة لدي مريضات سرطان الثدي والرحم. وأنه لا يوجد علاقة ارتباطية بين المستوى التعليمي والقلق.

وعن دراسة (Pinder Klet al,1993) والتي هدفت الكشف عن مدى إصابة مريضات سرطان الثدي بالأمراض النفسية والعوامل المسببة لها. على عينة (ن=139). أشارت النتائج أن مرض القلق الأكثر انتشاراً بين النساء مريضات سرطان الثدي بسبب تدني تقدير الذات مما يؤدي لتدني المستوى الإجتماعي والاقتصادي لديهن.

ودراسة (Maguire P ، Sheard T. ، 1999) التي هدفت لتشخيص مستوى الاكتئاب والقلق لدى مريضات سرطان الثدي، ولتحقيق الهدف طبق مقياس بيك للاكتئاب لعينة من (ن=133) مريضة بسرطان الثدي. أشارت النتائج إلى أن الاكتئاب يزداد لدى مريضات سرطان الثدي اللواتي يتم معالجتهن بالإشعاع مما يؤدي لزيادة القلق .

ثالثاً: تقدير الذات والقلق لمريضات سرطان الثدي، وفي هذا الإطار نُشير لأهم الدراسات فيما يلي:

هدفت دراسة (L Fallowfield ,SK Al-Ghazal , RW Blamey , 1999) (التحقق من التأثير النفسي والاجتماعي للذين خضعوا لجراحة الحفاظ على الثدي بسبب السرطان على (ن=254) مريضة ، ممن تتراوح أعمارهن بين 20 و69 عاماً ، والذين خضعوا لجراحة الحفاظ على الثدي من أجل سرطان الثدي. وطبق عليهم مقياس الاكتئاب و القلق ، واستبانته صورة الجسم ومقياس تقدير روزنبرغ للذات ، وأشارت النتائج إلى ان (90.5% من المرضى كانوا راضين جداً أو معتدلين)، وأظهرت النتيجة تأثير ملحوظ على التطور الحالة النفسية منها إحترام الذات وتقليل القلق والإكتئاب.

وفي دراسة (Astrd Kerry ,Andrew et al,2012) والتي تناولت القلق والضغط النفسي، وصورة الجسم لدى (ن=279) من المتعافين من سرطان الثدي. وأشارت النتائج إلى أن لدى المريضات صورة سلبية عن أجسامهن حتى بعد شفاؤهن من السرطان، ولديهن ارتفاع في مشاعر الاكتئاب، والقلق، والضغط النفسي، وانخفاض في مستوى تقدير الذات.

كما سعت دراسة (Saxton JM, Scott EJ, Daley AJ, Woodroffe M, Mutrie N, Crank H, et,2014) الكشف عن الضغوط المشتركة التي تواجه الناجيات من سرطان الثدي على (ن=47) مريضة. وأشارت النتائج إلى أن الضغوط الجسدية، والعاطفية والاجتماعية مُرتبطة بتقدير الذات المنخفض لدى المريضات .

وأكدت دراسة (Ribeiro SC, Tandon R, Grunhaus L, Greden JF,1993) أن النساء المصابات بسرطان الثدي ينتشر لديهن التوتر النفسي بالتالي يزداد القلق ، وتدني تقدير الذات. بلغت عينة الدراسة (ن=150) مريضة بالسرطان، وأشارت النتائج إلى أن مريضات سرطان الثدي يُعانين من تدني تقدير الذات.

كما هدفت دراسة كل من (Hyun-Bin Ju,1 Eun-Chan Kang,1 Dong-Wook Jeon,1 Tae-Hyun Kim,2 Jung-Joon Moon,1 Sung-Jin Kim,1 Ji-Min Choi,3 and Do-Un Jung,2018) تحليل مدى انتشار الاكتئاب والقلق بعد جراحة سرطان الثدي وتقييم العوامل التي تؤثر على الأعراض النفسية بعد العملية الجراحية ، تم استخدام مقياس تقييم هاميلتون للاكتئاب (HAM-D) ، مقياس تقييم القلق من هاميلتون (HAM-A) ، مقياس صورة الجسم (BIS) ، ومقياس تقدير الذات روزنبرج (RSES) لتقييم الحالات النفسية للمرضى الذين تم تشخيصهم مع وخضع لعملية جراحية

لسرطان الثدي. تم قياس تركيز الدم من علامات الإجهاد هرمون قشر الكظر ، الكورتيزول ، أرجينين فاسوبريسين ، والإنزيم المحول للأنجيوتنسين. واستخدم تحليل الارتباط بيرسون وتحليل الانحدار متعدد الخطوط لتحليل البيانات، المرضى الذين يعانون من سرطان الثدي يظهرون في كثير من الأحيان الاكتئاب والقلق بعد العملية الجراحية ، والتي ترتبط بمستويات منخفضة من احترام الذات وصورة الجسم المشوهة.

تعقيب على الدراسات السابقة: ونُجمل ذلك فيما يلي:
أولاً: أوجه الاستفادة: وتتمثل فيما يلي:

تحديد الجوانب البحثية و الأسس المنهجية، من خلال الاستفادة من نتائج هذه الدراسات، واختيار العينة، والمنهج المناسب لتحقيق أهداف الدراسة. كذلك اعداد برنامج تنمية تقدير الذات القائم على استخدام السيكدوراما في خفض مستوى القلق لدى السيدات المصابات بالسرطان لهذه الدراسة وصياغة فروض الدراسة وكذلك صياغة التعريفات الاجرائية، ومناقشة وتفسير النتائج التي تم التوصل إليها.

ثانياً: ما تُضيفه هذه الدراسة: ويتمثل في : إعداد برنامج لتقليل القلق و زيادة تقدير الذات لمريضات سرطان الثدي.
فروض الدراسة: في ضوء أسئلة الدراسة، وأهدافها يمكن صياغة فروض الدراسة إجرائياً على النحو التالي:

- 1- يختلف كل من تقدير الذات والقلق باختلاف المتغيرات الديموغرافية من (العمر - المستوى التعليمي - المستوى الاقتصادي).
- 2- تباين القلق وتقدير الذات بتباين القياسين (القبلي و البعدي) للبرنامج .
- 3- تباين القلق وتقدير الذات بتباين القياسين (البعدي و التبعي) للبرنامج.

منهج الدراسة واجراءاتها:

أولاً: بالنسبة للمنهج: تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي والتجريبي لتحقيق أهداف الدراسة , والفروض.

ثانياً: عينة الدراسة: تتضمن (ن=32) مريضة سرطان التي تيرأوح اعمارهم من (30: 50) عام , من اللاتي تم استئصال الثدي لهم , ومستوى التعليم متوسط وعالي , تم تقسيمهن إلى مجموعتين، الأولى تجريبية وقوامها 16 سيدة, والثانية ضابطة وقوامها 16سيدة أيضاً ثدي في محافظة القاهرة وبواقع (52%) من المريضات بالمجتمع الأصلي للدراسة والبالغ عددهن(100) من المترددات على مركز بهية لمرضى السرطان بمحافظة القاهرة .

وقد تم التكافؤ بين أفراد العينة ,من حيث العمر الزمني, المستوى الإقتصادي والإجتماعي ,مستوى القلق ,مستوى تقدير الذات .

ثالثاً: أدوات الدراسة: اعتمدت هذه الدراسة على مقياس تقدير الذات (لروزينبيرج)، ومقياس القلق (تايلور)، والبيانات الديموغرافية للحالات. وتم ذلك بما يتناسب مع طبيعة الظواهر السلوكية باعتبارها ظواهر ديناميكية متغيرة يصعب التحكم فيها بخلاف الظواهر الطبيعية.

رابعاً: برنامج تدريبي لرفع تقدير الذات وتقليل القلق لدى مريضات السرطان باستخدام السيكودراما: مجموعة من المعارف والأنشطة والمهارات المختلفة، تقدم لأفراد المجموعة التجريبية، من خلال إجراءات إرشادية مخططة ومنظمة، وفي فترة زمنية محددة، مستند فيها إلى الإستراتيجية الانتقائية، أي إختيار فنيات إرشادية عديدة، تقوم على نظريات إرشادية مختلفة كالمحاضرة والمناقشة، العصف الذهني، لعب الأدوار، التقييم الموضوعي للحدث، التفرغ الإنفعالي، الإسترخاء، التعزيز، وقد صمم هذا البرنامج بغرض التخفيف من القلق النفسي ورفع تقدير الذات لدى السيدات المصابين بالسرطان والتي تتراوح أعمارهن بين 25-45. وأفكار هذا البرنامج استمدت بشكل مباشر من خلال دراسة الباحثة للسيكودراما ومقياس القلق والدراسات السابقة كدراسة (رمي عبد اللطيف الزقزوق، 2013)، (محمد الرفاعي، 2003)، (على الكفافي 1999)، (Hudgins et.al, 2000)، (أسماء العطية، 2002). ويتضمن البرنامج عشر جلسات، ساعتين لكل جلسة، ومرتبطة حسب مراحل وخطوات وفنيات السيكودراما.

المرحلة الأولى: التسخين والإحماء: وتحتوي على التخيل، الألعاب، التنفس العميق، تقمص الشخصيات، تقليد الحيوانات والأصوات، التأمل تمارين الاسترخاء... الخ. والهدف منها التسخين والإحماء لجلب التلقائية والإطمئنان وكسر الجمود وتفعيل لغة الجسد والتهيئة للدخول في مرحلة التمثيل.

المرحلة الثانية: الحدث أو الفعل: ويتضمن تمثيل الأحلام أو المخاوف تتفاعل فيها المجموعة كلها "سوسيو دراما" أو اختيار مشكلة شخصية وتمثيلها يتم اختيارها تطوعاً بالسؤال عن ترغيب ولديها مشكلة وتود أن تساعد المجموعة في حلها، ويتم اختيار أول خمسة موضوعات تخرج من المجموعة ثم توضع خمسة كراسي تجلس عليهن المشاركات صاحبات الموضوعات التي تم اختيارها، ثم يطلب من كل واحدة في المجموعة أن تقف بجوار الكرسي الذي تجلس عليه صاحبة الموضوع والذي يهمها ويمثل مشكلتها الفردية، ومن ثم وعن طريق حساب الأصوات يتم اختيار الموضوع أو المشكلة الذي تحصل على أعلى نسبة تصويت. يعد المخرج المسرح وتبدأ البطلة بسرد المشكلة التي تعاني منها وكأنها تتحدث لنفسها ومن ثم يتم التركيز على أكثر المشاهد التي ترغب في تمثيلها في هذه القصة، وباستخدام تقنيات السيكودراما التي سبق الحديث عنها مثل لعب الأدوار، قلب الأدوار، المرأة... الخ. تبدأ في تمثيل الأدوار في المشهد وترتب أماكن الأشخاص بطريقة تعكس المشهد وكأنه يحدث الآن وخلال تمثيل المشهد تفرغ البطلة مشاعرها عن طريق الحديث بصوت عالٍ أو بالطريقة التي ترغب بها، وقد تضرب الكرسي الفارغ حتى تشعر بالراحة، ويساعدها الظل أو الأنوار المساعدة في ذلك عن طريق تضخيم الدور.

المرحلة الثالثة: التفاعل: تجلس المشاركات بشكل دائري وتبدأ أولاً المشاركة صاحبة الموضوع بالحديث عن مشاعرها، ومن ثم تشارك كل واحدة في المجموعة كل حسب ما أثارته لديها مشاهد التمثيل من خبراتها الشخصية والحديث عن مشاعرها ثم يتم التفرغ والدعم النفسي.

جدول 1

جلسات السيودراما

الجلسة الأولى: التعارف بين المشاركين والمرشد وكسر الجليد.		
النشاط	الهدف من النشاط	الفنيات المستخدمة
تعارف	التعارف وكسر الجليد.	القياس النفسي (السيكومتري).
قواعد الجلسة	الالتزام بالوقت والاحترام.	عن طريق المناقشة والعصف الذهني، ثم وضع بوستر بالضوابط التي أتفق عليها، وتعلق الحائط.
الرمزيات	التعبير والتفريغ والإفصاح عن الذات من خلال الرمزيات	وضع مجموعة من الرموز على الأرض، وتجلس المجموعة بشكل دائري ويختار المشاركون الرمز الذي يناسبهم، والتي تعبر عن مشاعرهم.
إنطباع الجلسة	التفاعل والمشاركة الوجدانية والتعبير عن مشاعرهن.	تجلس السيدات في دائرة وتحدث كل سيدة عن مشاعرهن وانطباعاتها خلال اليوم كله.
الجلسة الثانية: القلق (تعريفه، أسبابه أنواعه، طرق، علاجه) وتعريف السيودراما.		
تمارين إحماء	تفعيل الجسد وبث الطاقة	عمل تمارين يوجا.
تعريف السيودراما والقلق	التعبير عن الذات.	تقسم المجموعة إلي مجموعتين المجموعة الأولى لديها فكرة عن السيودراما وتعريف القلق وسببه والمجموعة الأخرى ليس لديها أي فكرة عن السيودراما، ثم يتبادلن الخبرات ويكون هنا دور الموجه بتصحيح المعلومات والإضافة.
	اكتساب معلومات جديدة.	ثم الحديث عن خبرتهن الشخصية عن القلق خطط مقترحة لعلاج.
التفاعل	المشاركة الوجدانية	الجلوس بشكل دائري والحديث عن المشاعر.
الجلسة الثالثة: تمثيل الأحلام وتفسيرها		
سرد الأحلام	الكشف عن مشاعر	الحديث عن الحلم وتمثيله جسدياً.

	الملاواعة	
تمارين التنفس الإسترخائي وبعض تمارين بسيطة في اليوجا.	لتحقيق التلقائية والمرونة بهدف الدخول في التمثيل.	التسخين
يتم تنفيذ المشهد بمساعدة الجمهور و ثم يتم التفريغ الانفعالي بحرية وفي جو آمن.		
من خلال كرسى الاعتراف	التعرف على رمزيات الحلم وتفسيرها والوصول إلى فهم أنصح.	تمثيل الأحلام
من خلال تفاعل كل سيدة في المجموعة بما اثار لديها هذا المشهد من خبرات سابقة وصادمة مشاعر .	الدعم و التفريغ النفسي وفهم النفس .	الحدث الفعلي
	الجلسة الرابعة: تقمص الشخصيات والأدوار .	
تخيل شخصية مهمة ولعب دورها كأن تختار مثلا دور مسئول أو رئيساً شخصية مشهوره وتقمص دوره.	تفعيل الخيال	تقمص الشخصيات
تمرين شجرة الصفاف وهي أن تختار احدي المشاركات طوعيا لتقف في المنتصف وتتميل مثل شجرة الصفاف ويتم تدعيمها من المشاركات.	التسخين والتهيئة للبدء في الحدث.	الإحماء
تمثيل المشهد , باستخدام فنيات السيكودراما كلعب الأدوار ومناجاة النفس وقلب الدور .		
الجلوس بشكل دائري في جو من الدعم النفسي والألفة تتحدث كل مشاركة عن خبراتها ومشاكلها الشخصية .		
	المساندة والدعم النفسي	تمثيل الحدث
	التفريغ والدعم	المشاركة
	الجلسة الخامسة: الذرة الاجتماعية	
المشي بحرية في الغرفة والتواصل البصري والتخيل , كالمشي على رمال ساخنة شاطئ البحر وهنا يتم تفعيل الحواس	التنشيط والتلقائية	افتتاحية حرة
تمثيل تمرين الذرة الاجتماعية , تختار المشاركة	التفريغ والدعم النفسي	الحدث أو

من الجمهور من يمثل عائلتها بالطريقة التي تراها مناسبة من حيث القرب أو البعد وهذا التمرين يعتبر مهم جدا لأنه يكشف عن العلاقات الاجتماعية والخلل الموجود فيها ويخلق دافعا للنظر مجددا في هذه العلاقات ومحاولة تغييرها للأفضل.		التمثيل
أن تتحدث كل مشاركة عن ما أثاره الحديث من مشكلات لديها .	المساندة والدعم	المشاركة
الجلسة السادسة: التخيل والاسترخاء		
باستخدام تمرين الإسترخاء (المكان الآمن).	الاسترخاء	تحليل للمشاعر.
اختيار إحدى المشاركات بشكل تطوعي لتعرض مشكلتها وبمساعدة المجموعة يتم تمثيل هذه المشكلة.	التفريغ النفسي.	الحدث أو الفعل
عن طريق الإجابة على الأسئلة التالية :		
كيف كان شعورك أثناء التمثيل؟	الدعم النفسي	المشاركة
بما تذكرك هذه المشاهد؟		
كيف شعورك الآن؟		
الجلسة السابعة: تمثيل قصص ومشاكل المشاركات		
لعب الأدوار، بيع وشراء القيم والرغبات .	التعبير عن الرغبات والأمنيات.	الدكان السحري
التنفس البطيء والاسترخاء.	خلق الدافعية والتلقائية	الإحماء
تمثيل قصة أو موضوع أو مشكلة لإحدى المشاركات تبدأ بالحديث مع النفس واختيار الأدوات المساعدة واستخدام فنيات السيكودراما المختلفة .	المساندة والدعم النفسي .	الحدث
عن طريق مشاركة المجموعة بالنقاش عما حدث خلال التمثيل وما أثاره من مشاعر وخبرات خاصة بها.		
الجلسة الثامنة: تمثيل قصص ومشاكل المشاركات		
باستخدام الكرسي الخالي تتخيل المشاركة نفسها في حوار مع غائب عنها يجلس على الكرسي أمامها ويتم الحديث بحرية وعفوية.	إعطاء مساحة للمشاركات للتعبير عن المشاعر والرغبات.	الحديث مع الغائب والتسخين

الحدث	التفريغ والدعم النفسي	اختيار إحدى المشاكل التي تقترحها المجموعة عن طريق التصويت ليتم تمثيلها باستخدام لعب الأدوار بمساعدة الجمهور .
التفاعل	. التفريغ والدعم النفسي	تقوم كل مشاركة بالحديث عن خبراتها السابقة التي أثرت من خلال تمثيل المشهد .
الجلسة التاسعة: السوسيو دراما		
الحديث بحرية واستعادة خبرات الطفولة.	بث الأمل والتفاؤل	الإجابة عن ثلاثة أسئلة: ما هي لعبتك المفضل في الطفولة؟ ما هو حلمك أو أملك في المستقبل؟ ما هو المكان الآمن بالنسبة لك؟
تمرين الغاية	الاستبصار و الكشف عن الشخصيات.	باستخدام الكرسي الفارغ تخيل أحد الطيور أو الحيوانات وتبدأ بالحديث إليها وعن سبب اختيارها لها
الحدث أو الفعل		بالسوسيو دراما تمثيل موضوع عام، ومن ثم عمل مجموعتين الأولى لديها مشكلة والثانية لديها الحل.
	التفريغ النفسي	عن طريق المناقشة .
المشاركة	زيادة الوعي	
الجلسة العاشرة الإنهاء وطقوس الإغلاق		
الافتتاحية	التخلص من الهموم على مستوى التخيل.	ترمي كل مشاركة مشكلتها في صندوق وضع على الأرض وتتعاون المشاركات في رمي الصندوق.
الإحماء	بث الطاقة والجاهزية للتمثيل.	لعبة الكرسي
	التفريغ، الاستبصار وزيادة الوعي.	تمثيل المشكلة وباستخدام تقنية لعب الأدوار، وضرب الكرسي الفارغ الذي يمثل المشكلة حيث يتم التفريغ.
الحدث		يتم الحديث عن المرض والمشاعر المرتبطة به من خلال خبرات المشاركات .
المشاركة وطقوس الإغلاق	إنهاء البرنامج بطريقة جميلة .	وباحتفالية صغيرة لتبادل الهدايا والورود والأمنيات والوداع.

الأساليب الإحصائية : تم اختيار عدد من الأساليب الإحصائية وذلك في ضوء الإعتبارات التالية (حجم العينة , طبيعة الأدوات , نوعية الفروض المطروحة) , استخدام تحليل التباين الأحادي , إختبار "ت" للتحقق من الفروض .

مجلة البحث العلمي في الآداب (العلوم الاجتماعية والإنسانية) العدد الواحد والعشرون الجزء السادس يوليو 2020

نتائج الدراسة :

الفرض الأول ونصه: يختلف كل من تقدير الذات والقلق باختلاف المتغيرات الديموغرافية (العمر – المستوى التعليمي – المستوى الاقتصادي).
ينبثق من الفرض السابق الفروض الفرعية التالية:

أ - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات تقدير الذات لدى عينة من مريضات سرطان الثدي تعزى لمتغير العمر. للتحقق من صحة هذا الفرض عولجت استجابات (ن=52) على مقياس تقدير الذات باستخدام للتعرف على الفروق في متغير العمر.

جدول (1)

نتائج تحليل التباين الأحادي في تقدير الذات والقلق تعزى لمتغير العمر الذي يتراوح بين (30: 50) عام.

مستوى الدلالة	قيمة F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	القيم الإحصائية مكونات المقياس
0.416	0.97	0.04	3	0.117	بين المجموعات	الذات الاجتماعية
		0.04	48	1.94	داخل المجموعات	
			51	2.077	المجموع	
0.585	0.65	0.02	3	0.055	بين المجموعات	الذات الجسمية
		0.03	48	1.571	داخل المجموعات	
			51	1.636	المجموع	
0.558	0.7	0.03	3	0.1	بين المجموعات	الذات الانفعالية
		0.05	49	2.401	داخل المجموعات	
			47	2.301	المجموع	
0.619	0.6	0.01	3	0.033	بين المجموعات	تقدير الذات
		0.02	47	0.881	داخل المجموعات	
			50	0.923	المجموع	
0.15	0.32	265.64	3	799.9	بين المجموعات	القلق
		66.069	48	3313	داخل المجموعات	
			51	4114	المجموع	

يتبين من الجدول (1): أن قيمة مستوى الدلالة $\text{sig}=0.619$ وهي أكبر من $\alpha=0.05$ ، وأن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية وبالتالي قبول الفرضية الصفرية، ويتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات تبعاً لمتغير العمر.

وأن مستوى الدلالة $\text{sig} =0.15$ وهي أكبر من $\alpha=0.05$ ، وأن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية، وبالتالي سنقبل الفرض الصفرية، حيث اتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق تبعاً لمتغير العمر. وهذا ما أكدت عليه دراسة (Kleponis, 2006), (Riger, 2007)، تختلف هذه النتيجة مع ما خلصت إليه دراسة كل من (Maoso, etall, 2006) (El-Bassel, 2006) ، (Nastran2012).

ب- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات تقدير الذات لدى عينة من مريضات سرطان الثدي تعزى لمتغير المستوى التعليمي: للتحقق من صحة هذا الفرض عولجت استجابات (ن=32) على مقياس تقدير الذات للتعرف على الفروق في متغير المستوى التعليمي.

جدول (2)

قيمة "ف" تحليل التباين الأحادي في تقدير الذات والقلق تعزى لمتغير المستوى التعليمي (المتوسط فوق المتوسط).

مستوى الدلالة	قيمة F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	القيم الإحصائية مكونات المقياس
0.613	0.61	0.03	3	660.0	بين المجموعات	الذات الاجتماعية
		0.04	48	2.002	داخل المجموعات	
			51	2.076	المجموع	
0.261	1.38	0.04	3	0.121	بين المجموعات	الذات الجسمية
		0.03	47	1.514	داخل المجموعات	
			50	1.645	المجموع	
0.183	1.69	0.08	3	0.228	بين المجموعات	الذات الانفعالية
		0.05	48	2.172	داخل المجموعات	
			51	2.400	المجموع	
0.344	1.14	0.02	3	0.062	بين المجموعات	تقدير الذات
		0.02	48	0.863	داخل المجموعات	
			51	0.924	المجموع	
0.296	1.268	100.72	3	303.2	بين المجموعات	القلق

		79.439	47	3713	داخل المجموعات
			50	4105	المجموع

يتبين من الجدول (2) ما يلي: أن قيمة مستوى الدلالة $\text{sig}=0.344$ وهي أكبر من $\alpha=0.05$ ، وأن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية وبالتالي سنقبل الفرضية الصفرية، فقد اتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات تبعاً لمتغير المستوى التعليمي. أن قيمة مستوى الدلالة $\text{sig}=0.296$ وهي أكبر من $\alpha=0.05$ ، وأن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية وبالتالي سنقبل الفرضية الصفرية، حيث يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق تبعاً لمتغير المستوى التعليمي. وتتفق هذه النتيجة مع ما خلصت إليه دراسة كل من (Sick- Eom et al., 2013)، (Drageset, 2012)، (Heijer et al., 2011)، وتختلف مع دراسة (Atzeni, 2011)، (Liu, Schootman, & Jeffe, 2013).

د - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات تقدير الذات لدى عينة من مريضات سرطان الثدي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي. للتحقق من صحة هذا الفرض عولجت استجابات (ن=32) على مقياس تقدير الذات باستخدام تحليل التباين الفروق في متغير المستوى الاقتصادي.

جدول (3)

قيمة "ف" تحليل التباين الأحادي في تقدير الذات والقلق تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي

مستوى الدلالة	قيمة F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	القيم الإحصائية مكونات المقياس
0.927	0.08	0	2	0.006	بين المجموعات	الذات الاجتماعية
		0.04	49	2.062	داخل المجموعات	
			51	2.077	المجموع	
0.506	0.69	0.02	2	0.044	بين المجموعات	الذات الجسمية
		0.03	48	1.601	داخل المجموعات	
			51	1.647	المجموع	
0.711	0.34	0.02	2	0.032	بين المجموعات	الذات الانفعالية
		0.05	47	2.367	داخل المجموعات	
			50	2.401	المجموع	
0.635	0.46	0.01	2	0.016	بين المجموعات	تقدير الذات
		0.02	47	0.907	داخل المجموعات	
			50	0.924	المجموع	

مستوى الدلالة	قيمة F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	القيم الإحصائية مكونات المقياس
0.10	5.02	411.99	2	820	بين المجموعات	القلق
		67.168	48	3281	داخل المجموعات	
			50	4114	المجموع	

يتبين من الجدول (3): أن قيمة مستوى الدلالة $\text{sig}=0.635$ وهي أكبر من $\alpha=0.05$ ، وأن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية ، وبالتالي سنقبل الفرضية الصفرية، فقد تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي. أن قيمة مستوى الدلالة $\text{sig}=0.10$ وهي أكبر من $\alpha=0.05$ ، وأن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية وبالتالي سنقبل الفرض الصفرية. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Salonen et al, 2013)، ودراسة (Kroenke et al, 2014) Ozolat, et al (2012), Drageset, 2012, Yildirim & Batmaz, 2013). وفي حين تختلف نتائج هذا الفرض مع دراسة كل (et al., 2013; Cousson-Gélie, et al, 2011) من (Yildirim & Batmaz, 2013, Drageset, 2012, Ozolat, et al, 2014).
الفرض الثاني : يتباين القلق وتقدير الذات لدى مريضات السرطان بتباين القياسين القبلي و البعدى.

جدول (4)

قيمة اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية و الضابطة في متوسط القلق وتقدير الذات -قبل التدخل بالسيكودراما

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الضابطة (ن = 16)		التجريبية (ن = 16)		المتغير
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.01	2.443	4.80	31.54	3.84	35.67	الدرجة الكلية للقلق
0.01	-2.30	4.24	31.12	4.20	26.40	الدرجة الكلية لتقدير الذات

وللتحقق من صحة هذا الفرض تمت المقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متوسط القلق-قبل التدخل بالسيكودراما باستخدام اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات عينتين مستقلتين ، والجدول (4) يشير أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01. بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية إذ بلغت قيمة (ت = 2.44).

كما تمت المقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متوسط تقدير الذات - قبل التدخل بالسيكودراما باستخدام اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات عينتين مستقلتين ، والجدول (4) يشير أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01. المجموعتين التجريبية والضابطة قبل التدخل بالسيكودراما لصالح المجموعة الضابطة إذ بلغت قيمة (ت = -2.30).

الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متوسط القلق بعد التدخل بالسيكودراما

جدول (5)

قيمة اختبار (ت) الفروق بين المجموعتين التجريبية و الضابطة في متوسط القلق وتقدير الذات - بعد التدخل في المجموعة التجريبية باستخدام السيكودراما

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الضابطة (ن = 16)		التجريبية (ن = 16)		المتغير
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.01	-2.40	4.26	31.13	4.23	26.50	الدرجة الكلية للقلق
0.01	2.300	4.30	30.70	3.40	34.87	الدرجة الكلية لتقدير الذات

تمت المقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متوسط القلق- بعد التدخل بالسيكودراما باستخدام اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات عينتين مستقلتين , ويتبين من الجدول 5 أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 02. بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متوسط القلق- بعد التدخل بالسيكودراما لصالح المجموعة الضابطة. حيث تبين أن القلق أكثر عند المجموعة التجريبية, قيمة (ت) الجدولية (د.ح = -2.40) عند مستوى دلالة 0.02.

تمت المقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متوسط تقدير الذات- بعد التدخل بالسيكودراما باستخدام اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات عينتين مستقلتين , ويتبين من الجدول 5 أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 02. بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متوسط تقدير الذات- بعد التدخل بالسيكودراما لصالح المجموعة التجريبية. حيث تبين أن تقدير الذات أكثر عند المجموعة التجريبية, قيمة (ت) الجدولية (د.ح = 2.300) عند مستوى دلالة 0.02. متوسط القلق في المجموعتين التجريبية والضابطة قبل وبعد استخدام السيكودراما باستخدام اختبار (ت) للعينات غير المستقلة

جدول (6)

قيمة (ت) المرتبطة بمتوسط القلق وتقدير الذات في المجموعتين التجريبية والضابطة قبل وبعد استخدام السيكودراما باستخدام اختبار (ت) للعينات غير المستقلة

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الاختلافات المرتبطة				المتغير	
		فاصل 95% الثقة في الفروق		متوسط الخطأ المعياري	الانحراف المعياري		المتوسط الحسابي
		الأعلى	الأقل				
.001	11.66	9.68	6.69	.70	2.81	8.19	متوسط القلق قبل وبعد التدخل
.001	14.62	9.59	6.60	.70	3.71	11.16	متوسط تقدير الذات قبل وبعد التدخل.

تمت المقارنة بين المجموعة التجريبية في متوسط القلق قبل وبعد التدخل بالسيودراما باستخدام اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات العينات غير المستقلة. الجدول (6) يوضح أن متوسط القلق في العينة التجريبية قبل البدء ببرنامج السيودراما كان 35.67, أن متوسط القلق في العينة التجريبية بعد انتهاء ببرنامج السيودراما كان 26.50, وكان هناك اختلاف في متوسط القلق حيث أصبح اقل بعد التدخل (ت = 11.66, و قيمة الدالة = 0.001).

تمت المقارنة بين المجموعة التجريبية في متوسط تقدير الذات قبل وبعد التدخل بالسيودراما باستخدام اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات العينات غير المستقلة. الجدول 6 يوضح أن متوسط تقدير الذات في العينة التجريبية قبل البدء ببرنامج السيودراما كان 26.40, أن متوسط تقدير الذات في العينة التجريبية بعد انتهاء ببرنامج السيودراما كان 34.87, وكان هناك اختلاف في متوسط تقدير الذات حيث أصبح زائداً بعد التدخل (ت = 14.62, و قيمة الدالة = 0.001).

الفرض الثالث : يتباين القلق وتقدير الذات لدى مريضات السرطان بتباين القياسين البعدي والتبقي وللتحقق من صحة هذا الفرض.

جدول (7)

قيمة (ت) المرتبطة بمتوسط القلق وتقدير الذات بعد التدخل و بعد شهر من التدخل في المجموعة التجريبية باستخدام اختبار ت للعينات الغير مستقلة

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الاختلافات المرتبطة					المتغير
		فاصل الثقة 95% في الفروق		متوسط الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
		الأعلى	الأقل				
.01	-1.11	.52	-1.65	.51	2.03	-0.56	متوسط القلق بعد التدخل وبعد شهر من التدخل
.01	-1.11	.51	-1.64	.51	2.02	-0.54	متوسط تقدير الذات بعد التدخل وبعد شهر من التدخل

تمت المقارنة بين المجموعة التجريبية في متوسط القلق قبل وبعد التدخل بالسيودراما باستخدام اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات عينتين غير المستقلة فقد اتضح أن متوسط القلق في العينة التجريبية بعد انتهاء ببرنامج السيودراما كان 26.50, وأن متوسط القلق في العينة التجريبية بعد شهر من انتهاء ببرنامج السيودراما كان 28.06, ولم يكن هناك اختلاف في متوسط القلق بعد التدخل وبعد شهر (ت = -1.11, وقيمة الدالة = غير دالة).

تمت المقارنة بين المجموعة التجريبية في متوسط تقدير الذات قبل وبعد التدخل بالسيودراما باستخدام اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات عينتين غير المستقلة فقد اتضح أن متوسط تقدير الذات في مجلة البحث العلمي في الآداب (العلوم الاجتماعية والإنسانية) العدد الواحد والعشرون الجزء السادس يوليو 2020

العينة التجريبية بعد انتهاء برنامج السيودراما كان 34.87, وأن متوسط تقدير الذات في العينة التجريبية بعد شهر من انتهاء برنامج السيودراما كان 28.06, ولم يكن هناك اختلاف في متوسط القلق بعد التدخل وبعد شهر (ت = -1.11, وقيمة الدالة = غير دالة).

قيمة (ت) المرتبطة بمتوسط القلق وتقدير الذات بعد التدخل وبعد شهر من التدخل في الضابطة باستخدام اختبارات العينات الغير مستقلة

جدول (8)

قيمة (ت) المرتبطة بمتوسط القلق بعد التدخل وبعد شهر من التدخل في الضابطة باستخدام اختبارات العينات الغير مستقلة

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الاختلافات المرتبطة				المتوسط الحسابي	المتوسط القلق قبل و بعد التدخل في العينة الضابطة
		95% فاصل الثقة في الفروق		متوسط الخطأ المعياري	الانحراف المعياري		
		الأعلى	الأقل				
.01	.68	1.81	-.94	.65	2.58	.44	متوسط القلق قبل و بعد التدخل في العينة الضابطة
.01	.65	1.81	-.94	.62	2.50	.41	متوسط تقدير الذات قبل و بعد التدخل في العينة الضابطة

فقد اتضح من جدول (8) أن لمتوسط القلق في العينة الضابطة قبل البدء ببرنامج السيودراما كان 31.56, وأن متوسط القلق في العينة الضابطة بعد البدء ببرنامج السيودراما كان 31.13. ولم يكن هناك اختلاف في متوسط القلق بعد التدخل (ت = 0.68, وقيمة الدالة = غير دالة). أما بالنسبة لمتوسط تقدير الذات في العينة الضابطة قبل البدء ببرنامج السيودراما كان 31.12, وأن متوسط تقدير الذات في العينة الضابطة بعد البدء ببرنامج السيودراما كان 30.70, ولم يكن هناك اختلاف في متوسط تقدير الذات بعد التدخل (ت = 0.65, وقيمة الدالة = غير دالة).

نتائج الدراسة:

أكدت الدراسة على أن نسبة انتشار القلق بين السيدات تتمثل في: 10% من النساء لا يعانين من قلق، 17% يعانين بدرجة بسيطة من القلق، 29% يعانين من القلق المتوسط، 16% يعانين من قلق شديد، 28% يعانين من القلق الحاد. ولا غرابة في هذه النتيجة مقارنة بحجم الصدمات التي يتعرض لها نتيجة الإصابة بالمرض وخاصة الإصابة بالسرطان وما يتخللهما من الوهن والألم النفسي والجسدي والمصاريف العلاجية ونقص الأدوية، مما خلق حالة من الرعب، وهو ما يرفع درجات التوتر، التوجس، الخوف والقلق لدى الجميع، الأمر الذي جعل النساء دائمت القلق على أفراد عائلاتهن وأنفسهن خوفا من الموت في أي لحظة.

وقد أظهرت نتائج دراسة كل من Hayes et al (2016) أن الأزواج والزوجات الذين لديهم خبرة سابقة للحزن نتيجة إصابة أحدهم بالمرض كان عندهم مستويات مرتفعة من أعراض القلق العام وفقدان الأمل الذي تمتد لسنوات بعد الإصابة بالمرض، وكذلك دراسة Elbedour (2017) التي أظهرت نتائجها أن 39% من النساء المصابين بالسرطان ظهرت لديهن أعراض ما بعد الصدمة وأن أكثر الأعراض النفسية كانت القلق ثم الاكتئاب. وكذلك نتائج دراسة Kazdin A (2011). التي أكدت أن أكثر الفئات تأثرا نتيجة إصابتهم بالسرطان هن النساء اللاتي ظهر عليهن أعراض الأمراض النفسية. ويلاحظ ان هذه النتيجة تأتي منسجمة مع الأحداث التي يعيشها مصابي السرطان، والتي تتمثل في مصادر الضغط والشدائد التي يعانيتها المصابين عامة والنساء خاصة، ودورها الكبير في عرقلة قدراتهن على التكيف وزيادة درجات القلق لديهن، و الضغوط المتنوعة مثل الألام النفسية والجسمية، ونقص العلاج، وصعوبة الحصول على الرعاية الصحية، والتي زادت من صعوبة الحياة، خاصة بالنسبة للمرأة، ففي دراسة (شادية محمد صالح (2012) أكدت على تأثير السرطان على حياة الناس و شعورهم وكأنهم في سجن كبير، وعدم قدرتهم على إدارة أمورهم الحياتية وكأن هناك عقاب جماعي لأسرتهم عامة، حيث أنهم باتوا غير قادرين على الحصول على الرعاية الصحية، علاوة على خطر الضغوط الزائدة التي تؤدي إلى اضطرابات نفسية في كثير من الأحيان، وفي هذه الدراسة وجد أن 45% من المصابين بالسرطان يفكرون في الإنتحار.

تمت المقارنة بين المجموعة التجريبية في متوسط القلق قبل وبعد التدخل بالسيودراما وباستخدام الأساليب الإحصائية المختلفة، تبين أن اختلاف في متوسط القلق فقد أصبح اقل بعد التدخل، وهذا يعزى لتقنيات البرنامج، وجلسات السيودراما، كما أن لتمارين الاسترخاء الذهني والجسدي دورا هاما في تفرغ ما تعانينه السيدات من مشاعر القلق، وخصوصا اليوجا، تمارين التنفس البطيء ولعب الأدوار، من خلال التغيير الواضح في مجال الاستعداد للتخفيف من المشاعر السلبية، وهذا ما أكدته دراسة Browall (2008)، Karlsson P، Ahlberg K، M، (2008) إذ أكدت نتائجها فعالية هذا البرنامج في تخفيف الصدمة النفسية، وكذلك دراسة (Johansson GF، Wallgren A، Ekman T، Ahlberg K (2004)، والتي هدفت للتعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح في التفرغ الانفعالي من آثار الخبرات الصادمة لدى مصابي السرطان، كما أكدت نتائجها أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس ردود الأفعال لصالح القياس البعدي.

أما بالنسبة للمشاركات في المجموعة الضابطة فلم تشر النتائج الإحصائية إلى أي تحسن أو تغيير في مستوى القلق، إذ أنهن لم يتعرضن لبرنامج السيودراما. ويلاحظ ان نتائج هذه الدراسة اتفقت مع دراسة محمد رياض (1994) والتي تناولت مدى ملائمة العلاج السلوكي للاضطرابات النفسية خصوصا (العصاب)، وأشارت الدراسة إلى ملائمة العلاج السلوكي لمرضي العصاب. أما في دراسة (Hudjins، 2003) التي هدفت للكشف عن مدى فعالية السيودراما في علاج أمراض ما بعد الصدمة، وقد أظهرت النتائج أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية هامة في القياس القبلي والبعدي، مما يدل على فاعلية السيودراما في التخفيف من أعراض الصدمة. كما أوضحت دراسة (Punamaki 2008) والتي هدفت إلى للكشف عن فعالية العلاج النفسي الجماعي مع السيدات اللواتي يعانين من أعراض ما بعد الصدمة والاكئاب، حيث أظهرت النتائج اختفاء أعراض ما بعد الصدمة والقلق والاكئاب بعد البرنامج السيودرامي. وأيضاً دراسة وفاء الزقروق (2013) والتي هدفت للكشف عن فاعلية السيودراما في خفض مستوى القلق والأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين، وأكدت نتائج دراسته على فاعلية السيودراما في خفض القلق والأفكار اللاعقلانية لديهم.

وهنا نؤكد على أن السيدات عشن أجواء البرنامج التي يغلب عليها الأمن والطمأنينة والمرح والتنفيس الانفعالي، بالإضافة إلى الأساليب المتنوعة التي استخدمت في البرنامج مثل سرد الأحلام، الدكان السحري، التمثيل... الخ، وخصوصا التفرغ الذي يحدث أثناء تمثيل الحدث فهذا التمرين كان يخلصهن من الشحنة السلبية والعصبية ومن أعراض القلق التي سبق وتطرقتنا إليها، فعندما تضرب إحداهن الكرسي الفارغ وتقول بصوت عالي ما لم تستطع أن تقوله بحرية من قبل مما يشعرها بالراحة التامة لأنها فرغت ما بداخلها. وأخيرا فإن المشاركة في نهاية تمثيل الحدث لها الدور الفعال في التحسن الإيجابي الملموس، على صحتهن النفسية من خلال تدني مستويات القلق، وتمثلت مشاركتهن في التعبير عن مشاكلهن الخاصة التي ذكرتها بها مشكلة البطلة أثناء التمثيل.

كما أن أسلوب العرض والنقاشات المفتوحة، وتقصص مختلف الأدوار، ساهمت كثيرا في التفرغ الانفعالي، حيث أعطيت الفرصة لكل سيدة أن تلاحظ نفسها داخل المجموعة، وبالتالي توصلت إلى الاستبصار الذي ساعدها في فهم سبب مشكلتها وبالتالي المساهمة في التغلب عليها، مما سبق جعل من أسلوب السيودراما أسلوبا مميزا مما ساعد في تفوقها كأسلوب علاجي جماعي في التخفيف من القلق لدى المجموعة التجريبية.

اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة عبد الله المالكي (2013) والتي هدفت للكشف عن مدى فعالية برنامج سيودرامي في التخفيف من الضغط النفسي للطالبات، حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على استنبانه الشعور بالضغط النفسي القبلي والبعدي، وهذا أيضا يؤكد فعالية برنامج السيودراما، وكذلك دراسة محمد جمعة (2005) بعنوان: فعالية السيودراما في التخفيف من حدة المشاكل السلوكية لدى الطلاب، و دراسة (Baily 2012) والتي تطرقت لمعرفة فعالية السيودراما من معالجة اضطرابات الأكل، وخلصت دراسة (Koraki 2012) إلى فعالية برنامج السيودراما في التخفيف من الإدمان على الانترنت لدى السيدات، و دراسة ثابت (2009) مع الدراسة إذ خلصت إلى

أهمية السيودراما في خفض مستويات القلق والوسواس وتحسين حالة السيدات النفسية المصابين بالسرطان مما ينعكس على حالتهم الصحية.

و دراسة Punamaki(2008) التي أكدت على فعالية السيودراما في خفض الاكتئاب وأعراض الصدمة , كما أشار Moran(2010) إلى معرفة فعالية السيودراما في الخلق والإبداع والثقة بالنفس لدى السيدات، وأيضاً دراسة Hamamsi (2006) التي تطرقت لمعرفة تأثير السيودراما مع العلاج العقلاني السلوكي في خفض الاكتئاب، دراسة Depohra (2006) التي هدفت للكشف عن فاعلية السيودراما في تخفيف الألم الشديدة لفتاتين وأكدت نتائج دراستها مدى التحسن الذي حدث لهن. ودراسة (zare& others,2007) التي هدفت المقارنة بين العلاج العقلي العاطفي السلوكي (rept) والسيودراما في تغيير التعبير الانفعالي. والكثير من الدراسات التي أكدت جميعها على فعالية السيودراما أو برامج مشابهة في التخفيف من الاضطرابات النفسية على مختلف أنواعها أو في تحسين أسلوب التواصل والتعبير، سواء في نتائج هذه الدراسة أو في العرض السابق للدراسات التي طبقت برنامج السيودراما خلصت إلى نتائج مشابهة وهي نجاح "التلقائية". فالتلقائية التي يراها مورينو هي بنت الحاضر، فهي الطاقة التي تدفع الإنسان إلى الاستجابة الصحيحة في مواقف لم يجربها من قبل، وهي كذلك تساهم في تسهيل الطاقة الداخلية التي تساعد الشخص على إبداع استجابات جديدة في موقف مألوف لديه. فالتلقائية تؤدي إلى تحفيز الموروث الثقافي، وأنماط السلوك الاجتماعي، وهي تساعد في إيجاد كائن جديد وإعادة بناء الشعور واللاشعور.

التلقائية هي المحرك للنشاط الإبداعي ؛ وإذا ما وضعت على خط تخيلي يمثل الاستمرارية فسوف تكون التلقائية على طرف والقلق على الطرف الآخر من ذلك الخط التخيلي وهذا ما كان واضحاً في جلسات السيودراما إذ أن التلقائية كانت حاضرة وكانت السيدات يتصرفن بعفوية وكان له الدور الأكبر في تخفيف القلق .

وكذلك المواجهة Encounter , و التي تعتبر مبدأ جوهرية في فلسفة السيودراما , إنها تجربة إنسانية علاجية نفسية تحدث عندما يواجه الإنسان نفسه في الوقت الحالي كما يواجه الآخرين المهمين في حياته وهنا علينا ان نفهم أن المواجهة لا تحدث فقط في العادة مع الآخر، فقد تكون أحياناً مع النفس، فيناقش البطل نفسه ويحاورها ويقوم بالتنقيب في داخله مواجهاً كل التناقضات، الكذب , الخداع، القلق، النقاء. وكذلك تقنية قلب الدور Role reversal حين تواجه المشاركة نفسها وتترك المشاركة المشكلة و ذلك يعطيها فهماً أكثر لأمر لم تكن واعية لها من قبل وبالتالي يحدث الاستبصار ثم التغيير، وهذا في حد ذاته هدف مهم للسيودراما.

وقد أثبتت دراسة , Kipper(2003) أن السيودراما فاعليتها أكثر من أنواع العلاجات النفسية التقليدية ففي تحليل ميتا. "Meta" أجري 25 بحث تجريبي وأكدت جميع النتائج أن السيودراما كانت فعالة أكثر من العلاجات النفسية الأخرى(كما أن بعض الأبحاث التي أجريت على بعض فنيات السيودراما وجدت نتائج مشابهة مثل دراسة Buhart(1977) فقد وجدت أن الأشخاص الذين شاركوا في فنية قلب الدور كان لديهم صراعات مع الآخرين، وكانت النتيجة ايجابية فقد انخفض مستوى القلق والعدوانية لديهم , ووجد Kiesler (1987) أن فنية الظل Doubling ساعدت كثيراً في معرفة النفس Self-

Disclosure وكذلك خففت من حالات الانفصال Dissociative لدى المرضى الذين يعانون من أعراض ما بعد الصدمة.

والجدير بالقول أن الصدمة مرتبطة بالعقل والجسم لذلك يجب أن تحتوي خطة العلاج (العقل والجسم) وهذا هو هدف السيودراما لأنه يمكن أن يوجد تشويش في المعرفة أو العقل، لذلك يجب أن يساعد مخرج السيودراما الجسم ليساهم بفعالية حتي يفقد العقل للحقيقة والجسم يحتاج أن يتكلم بصوته (2005) Dyton كما أن للخيال الموجه دورا كبيرا في العلاج لأن التخيل يسمح للمشارك بالاسترخاء ويبدأ التخيل بأن يجلس المشارك جلسة مريحة يغلق عينيه ويركز تنفسه ويتخلص من التوتر ويبدأ في التفكير في أول لحظة شعر فيها بالخوف، ومن ثم يسأل المخرج المشارك بعض الأسئلة مثل: لاحظ نفسك من خلال عين عقلك Mind's Eye بماذا تشعر وما المعنى الذي تريد أن تحققه من هذا التمرين. ثم يطلب منهم أن يفتحوا أعينهم ويتحدثوا عن ردود أفعال جسدهم وهذا يؤكد أن مجموعات السيودراما تعتبر فعالة ومهمة في علاج الذين لديهم صدمة لأنهم يشعرون بالدعم من خلال سرد قصصهم ضمن مجموعة متعاطفة وداعمة.

توصيات الدراسة:

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسات من نتائج، وكذلك الشواهد الميدانية فإنه يمكن صياغة التوصيات إجرائيا على النحو التالي:

- 1- تدوين قصص لناجيات من مرض سرطان لبعث روح الأمل والتفاؤل لدى مريضات سرطان الثدي.
- 2- إعداد دورات توعية وتوظيف السيودراما في البرامج الإرشادية لمصابى السرطان.
- 3- عقد مؤتمرات علمية عن أهمية السيودراما في العلاج والإرشاد النفسي وتوفير ما يلزم من إمكانيات مادية وأدوات تساعد في تنفيذ برامج تدريبية للطلاب الدارسين والمتخصصين في علم النفس خاصة بفنيات السيودراما.
- 4- تصميم برامج إعلامية لتبصير المرأة بأساليب الكشف المبكر لمرض السرطان وما يصاحبه من آثار نفسية.

البحوث المقترحة:

في ضوء نتائج الدراسة، وتحليل الدراسات السابقة يمكن طرح بحوث مقترحة كما يلي:

- 1- المساندة النفسية لخفض القلق لمريضات سرطان الثدي.
- 2- تنمية الصمود النفسى لمريضات سرطان الثدي.
- 3- العلاج المعرفي السلوكي مدخل لخفض الاضطرابات النفسية لدى مريضات سرطان الثدي.

المراجع العلمية:

أولاً: المراجع العربية:

- أسماء وعبد المقصود، أماني السرسري ، (2001). (المساندة الاجتماعية كما يدركها المراهقين وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية، كلية التربية النوعية، جامعة المنوفية، جمهورية مصر العربية.
- أسماء ربحي خليل (2011). (قلق الموت لدى المصابين بمرض السرطان وعلاقته بمتغيرات الجنس والعمر ونوع السرطان: الدورية الاجتماعية، 1164 - 78 .
- أماني الرحيلي، (2012). (المساندة الأكاديمية وأثرها على الضغوط النفسية لدى طالبات جامعة طيبة، رسالة ماجستير ، علم النفس التربوي، جامعة طيبة، المملكة العربية السعودية.
- ثابت أوهمان نعمان (2009). (الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي والزواجي لدى المصابات
- سرطان الثدي المبكر في الأردن. رسالة دكتوراه في علم النفس منشورة. الأكاديمية العربية المفتوحة. الدانمارك.
- عبد الله حسن -فقيه، (2003). (دراسات إكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهدة للحياة- .
- 2015 تم استرجاعه على الرابط:
- http://www.eajaz.org/index.php?option=com_content&view=article&id=835
- عزة الرفاعي. (2003). (الصلابة النفسية كمتغير وسيط بين ادراك احداث الحياة الضاغطة واساليب مواجهتها"، (رسالة دكتوراه، غير منشورة)، جامعة حلوان، القاهرة.
- رمضان زعوط، . (2014). (نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة دكتوراه منشورة. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. الجزائر.
- فداء محمود أبو الخير. (2009). (علاقة الجنس والعمر بنسبة انتشار القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى السرطان في مركز الحسين للسرطان. رسالة ماجستير منشورة. الجامعة الأردنية.
- محمود، ماجدة حسين. (2009). (المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي. مجلة
- 19(2), 261-311. نفسية دراسات
- معن الريماوي. (2017). (27 إصابة بسرطان الثدي سنويا مقالة منشورة عبر الموقع الرسمي
- لوكالة الأنباء والمعلومات الفلسطينية "وفا"، تاريخ الاطلاع (http://www.wafa.ps، 2018/4/5

- وفاء. مزلوق, (2014). (استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية بالعيادة المتعددة الخدمات

ثانياً: المراجع الأجنبية:

Andritsch E, Dietmaier G, Hofmann G, Zloklikovits S, Samonigg H. Global quality of life and its potential predictors in breast cancer patients: an exploratory study. Support Care Cancer. 2007;15:21–30. [PubMed] [Google Scholar]

Baghai TC, Binder EB, Schule C, Salyakina D, Eser D, Lucae S, et al. Polymorphisms in the angiotensin-converting enzyme gene are associated with unipolar depression, ACE activity and hypercortisolism. Mol Psychiatry. 2006;11:1003–1015. [PubMed] [Google Scholar]

Christensen S, Zachariae R, Jensen AB, Vaeth M, Moller S, Ravnsbaek J, et al. Prevalence and risk of depressive symptoms 3-4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer. Breast Cancer Res Treat. 2009;113:339–355. [PubMed] [Google Scholar]

DeSantis C, Ma J, Bryan L, Jemal A. Breast cancer statistics, 2013. CA Cancer J Clin. 2014;64:52–62. [PubMed] [Google Scholar]

Falk Dahl CA, Reinertsen KV, Nesvold IL, Fossa SD, Dahl AA. A study of body image in long-term breast cancer survivors. Cancer. 2010;116:3549–3557. [PubMed] [Google Scholar]

Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. BMJ. 1990;301:575–580. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, Cowley D, Pepping M, McGregor BA, et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. Gen Hosp Psychiatry. 2008;30:112–126. [PubMed] [Google Scholar]

Fingeret MC, Nipomnick SW, Crosby MA, Reece GP. Developing a theoretical framework to illustrate associations among patient satisfaction, body image and quality of life for women undergoing breast reconstruction. *Cancer Treat Rev.* 2013;39:673–681. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Goldberg JA, Scott RN, Davidson PM, Murray GD, Stallard S, George WD, et al. Psychological morbidity in the first year after breast surgery. *Eur J Surg Oncol.* 1992;18:327–331. [PubMed] [Google Scholar]

Hall A, A'Hern R, Fallowfield L. Are we using appropriate self-report questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer? *Eur J Cancer.* 1999;35:79–85. [PubMed] [Google Scholar]

Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23:56–62. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32:50–55. [PubMed] [Google Scholar]

Leonard BE. The HPA and immune axes in stress: the involvement of the serotonergic system. *Eur Psychiatry.* 2005;20(Suppl 3):S302–S306. [PubMed] [Google Scholar]

Ma XM, Lightman SL. The arginine vasopressin and corticotrophin-releasing hormone gene transcription responses to varied frequencies of repeated stress in rats. *J Physiol.* 1998;510(Pt 2):605–614. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Matza LS, Morlock R, Sexton C, Malley K, Feltner D. Identifying HAM-A cutoffs for mild, moderate, and severe generalized anxiety disorder. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2010;19:223–232. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Mols F, Vingerhoets AJ, Coebergh JW, van de Poll-Franse LV. Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *Eur J Cancer.* 2005;41:2613–2619. [PubMed] [Google Scholar]

Ribeiro SC, Tandon R, Grunhaus L, Greden JF. The DST as a predictor of outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 1993;150:1618–1629. [PubMed] [Google Scholar]

Riedel M, Moller HJ, Obermeier M, Schennach-Wolff R, Bauer M, Adli M, et al. Response and remission criteria in major depression--a validation of current practice. *J Psychiatr Res*. 2010;44:1063–1068. [PubMed] [Google Scholar]

Saxton JM, Scott EJ, Daley AJ, Woodroffe M, Mutrie N, Crank H, et al. Effects of an exercise and hypocaloric healthy eating intervention on indices of psychological health status, hypothalamic-pituitary-adrenal axis regulation and immune function after early-stage breast cancer: a randomised controlled trial. *Breast Cancer Res*. 2014;16:R39. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Seok JH, Kim LS, Hong N, Hong HJ, Kim SJ, Kang HJ, et al. Psychological and neuroendocrinological characteristics associated with depressive symptoms in breast cancer patients at the initial cancer diagnosis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32:503–508. [PubMed] [Google Scholar]

Shapiro SL, Lopez AM, Schwartz GE, Bootzin R, Figueredo AJ, Braden CJ, et al. Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables. *J Clin Psychol*. 2001;57:501–519. [PubMed] [Google Scholar]

Watson M, Greer S, Rowden L, Gorman C, Robertson B, Bliss JM, et al. Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychol Med*. 1991;21:51–57. [PubMed] [Google Scholar]

Self-esteem is an input to reduce anxiety in women with cancer, using psychodrama

Mona Saleh Elsayed

salehkhaled392@gmail.com

Prof. Dr. Hamdi Mohamed Yassin

Professor of Psychology –

Girls College - Ain Shams University

hamdyassin91@gmail.com

Abstract

The study aims to uncover the variation of both self-esteem and anxiety by the variance of demographic variables (age, economic and social level) and also reveals the effectiveness of the self-esteem psychodrama program in reducing the level of anxiety among women with cancer, and to achieve the goal applied the self-esteem criteria (for Rosenberg), and a measure of Anxiety (Taylor scale) on a sample (n = 32) of female breast cancer patients, aged - 20)More than 52) years, they were divided into two groups, the first being experimental and consisted of 16 women, and the second control and consisting of 16 women also, and they were chosen from among 100 who visit the Bahia Medical Center in Cairo, knowing that the sample has obtained the highest level of anxiety scores on a scale Taylor .. The results indicated - there are no differences between the dynamic and demographic variables among a sample of cancer patients, and there are statistically significant differences between the experimental and control groups in the level of anxiety in the pre and post measurements for the use of the psychodrama program., There are no statistically significant differences in the application after A month of medicine S Taylor dimensional scale of concern the experimental group, and this shows the effectiveness of the program in psychodrama change.

Key words: self-esteem, anxiety, breast cancer.