تاريخ الإرسال (2020-02-26)، تاريخ قبول النشر (2020-06-17)

د. فاطمة بنت علي الدوسري

اسم الباحث:

قسم علم النفس - بكلية التربية - جامعة
الأميرة نورة بنت عبد الرحمن

اسم الجامعة والبلد:

* البريد الإلكتروني للباحث المرسل:

E-mail address:

faaldasary@pnu.edu.sa

فاعلية برنامج إرشادي في تحسين مستوى الشعور بجودة الحياة لدى مرضى السرطان بالرياض

<https://doi.org/10.33976/IUGJEPS.29.2/2021/31>

الملخص:

هدف البحث إلى التحقق من تحسن مستوى الشعور بجودة الحياة لدى مرضى السرطان، وطبق مقياس الشعور بجودة الحياة من إعداد الباحثة على عينة قوامها (178) مريضاً بمرض السرطان بمستشفى الملك فيصل ومستشفى الحرس الوطني بالرياض وذلك للتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس، واستخدم المنهج التجريبي ذي المجموعة الواحدة، حيث بلغ قوامها (44) مريضاً بالسرطان، وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح على المجموعة التجريبية، وتطبيق مقياس البحث عليها، وبمعالجة البيانات إحصائياً أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الشعور بجودة الحياة لصالح القياس البعدي. في حين لم توجد فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الشعور بجودة الحياة مما يدل على استمرارية البرنامج في تحسين مستوى الشعور بجودة الحياة لدى عينة البحث، واختتم البحث بمجموعة من التوصيات والبحوث المقترحة.

كلمات مفتاحية: الفاعلية - البرنامج الإرشادي - جودة الحياة - مرضى السرطان.

The Effectiveness of a Counseling Program in Improving the Level of Feeling of Quality of Life for Cancer Patients in Riyadh

Abstract:

The research aims to verify the improvement in the level of feeling of quality of life among cancer patients, and the measure of feeling of quality of life was applied by the researcher on a sample of (178) cancer patients in King Faisal Hospital and the National Guard Hospital in order to verify the psychometric properties of the scale and use the experimental method With one group, as its strength reached (44) patients with cancer, and after applying the proposed indicative program to the experimental group, applying the research scale to it, and statistically treating the data, the results revealed a statistically significant difference between the pre and post measurements of the experimental group on The measure of feeling the quality of life in favor of the post measurement, while there were no statistically significant differences between the pre and post measurements of the experimental group on the scale of feeling the quality of life, which indicates the continuity of the program in improving the level of feeling of quality of life for the research sample, and concluded the research with a set of recommendations and suggested research.

Keywords: effectiveness - counseling program - quality of life - cancer patients.

المقدمة:

يواجه المجتمع اليوم العديد من المتغيرات والضغوط التي تؤثر على مستوى الشعور بجودة الحياة لدى بعض الأفراد خاصة ذوي الأمراض والاحتياجات الخاصة، كما تعد معاناة الإنسان من الضغوط النفسية معاناة ضاربة في القدم، ولقد أقر القرآن الكريم بوجودها في حياة الإنسان قال تعالى: (لقد خلقنا الإنسان في كبد) "البلد: 14". غير أنها أصبحت إحدى سمات العصر الذي يشهد تغيرات متعددة شملت جميع مرافق الحياة، وأصبح الناس جميعاً بلا استثناء يتعرضون يومياً لمصادر متنوعة من الضغوط الخارجية والداخلية.

ويُعد مفهوم جودة الحياة (Quality of Life) من المفاهيم الحديثة في مجال علم النفس، والذي يمثل توجهها جديد منذ تسعينات القرن الماضي على يد أحد علماء النفس وهو مارتن سليجمان (Martin Seligman) عُرف باسم علم النفس الإيجابي Positive Psychological والذي ينظر إلى الإنسان نظرة مختلفة تماماً وهي أن الأصل هو الصحة وليس المرض، وأن الإنسان يستطيع أن يتكيف ويتوافق مع مجتمعه إذا ما ركز على الجوانب الإيجابية في حياته وبث الأمل والتفاؤل والسعادة والرضا عن الذات، والاستمتاع بالعلاقات مع الآخرين (عبد الله، 2014).

كما يعد مفهوم جودة الحياة أحد المفاهيم الرئيسة لعلم النفس الإيجابي، التي حظيت باهتمام كبير في مجالات الطب وعلم الاجتماع والاقتصاد، وتعددت استخدامات مفهوم الجودة بصورة واسعة في السنوات الأخيرة، في جميع المجالات، مثل: جودة الحياة، وجودة الخدمات، وجودة الزواج، وجودة التعليم، وجودة آخر العمر، وجودة المستقبل، وأصبحت الجودة هدفاً للدراسة والبحث، باعتبارها الهدف الأسمى لأي برنامج من برامج الخدمات المقدمة للفرد (هاشم، 2001: 125).

ولذا نال مفهوم جودة الحياة اهتمام الباحثين في مجالات مختلفة بما في ذلك الرعاية الصحية، وعلم الشيخوخة، والشئون العامة، والتنمية المجتمعية (2: Schneider, Gue & Schroeder, 2013; 2257: Dardas & Ahmad, 2014)، وخلال السنوات الأخيرة كان هناك اهتماماً متزايداً بهذا المفهوم وأصبح هدفاً رئيساً للبحث من علماء النفس وعلماء الاجتماع والأطباء والفلاسفة (93: Al-Zboon; Ahmad & Theeb, 2014).

وترى الباحثة أن جودة الحياة عامل مهم في تفاعل الأفراد وإيجابيتهم مع الآخرين ومن ثم مع المجتمع من حولهم، وبالتالي توافرها بدرجة كبيرة له مردوده الإيجابي على المجتمع حيث يكون الأفراد أكثر إيجابية وأكثر انخراطاً في تحقيق أهداف المجتمع والإسهام في تقدمه وازدهاره.

ويعد مرض السرطان من أخطر المشكلات الصحية في العالم، حيث إنه يتسبب في وفاة (4.3) مليون حالة كل عام، منها (2.3) مليون حالة في الدول النامية وحدها، كما يعد السرطان من أكثر الأمراض تكلفة للعلاج، حيث يحتاج المريض إلى جهد بالغ ومتواصل لعدة سنوات من المتابعة الصحية والرعاية التأهيلية (أبو غزالة وآخرون، 2016، 286-287).

وصنف الباحثون مرض السرطان بثنائي أخطر مرض يصيب الإنسان بعد أمراض القلب، وتم ربط انتشاره بالتغيرات الثقافية والاجتماعية السريعة التي طرأت على المجتمعات المتقدمة نتيجة للثورة الصناعية التي أدت إلى تحولات أساسية في أسلوب حياة الشعوب وطبيعتها، حيث تغيرت طبيعة النشاط الاقتصادي في تلك الدول من مجتمعات رعوية وتجارية إلى مجتمعات صناعية ونفطية، وأثرت هذه التحولات على أسلوب حياة الأفراد في اختيارهم لنوعية الطعام المشبع بالدهون وانخفاض عدد الساعات التي يمارسون فيها الرياضة بسبب طبيعة عملهم الذي أصبح إدارياً (السجاري وآخرون، 2017، 93).

مشكلة البحث:

يعد السرطان أحد أبرز الهموم لكثير من الأفراد، وهو بحق هم مشترك لكل من يعاني منه في العالم، وقد تزايد انتشاره بصورة كبيرة في الفترات الأخيرة لدى فئات عمرية مختلفة، كما يعد أحد الأعباء الاقتصادية بسبب تكلفة علاجه المباشرة بمراحله

الطويلة، وقد يتحول مرض السرطان من مشكلة بدنية إلى مشكلة نفسية واجتماعية وصحية مستعصية بفعل حواجز الصمت في بعض المجتمعات لأنه مرادف للموت.

ويتسبب العيش مع السرطان في ظهور ضغوط لها تأثير نفسي شديد وتشمل: صورة الجسم، والمشاكل الجنسية، وصعوبات العلاقات الشخصية، والقلق، والخوف، والقلق المتعلق بالبقاء على قيد الحياة، والخوف من رجوع المرض، وإن أغلب المصابين به تظهر عليهم أعراض خفيفة أو متقلبة من القلق والكآبة، وتتطور عند غيرهم لتصبح شديدة كالقلق المرضي والكآبة أو اضطرابات التوتر بعد الصدمة، وهذه الحالات تحتاج إلى علاج خاص (National Breast Cancer Centre, 2003) ويضيف (عراقي، 2005) أن جودة الحياة أنها تتحدد من خلال قوى داخلية وخارجية، وإحساس الشخص بالسعادة الشاملة يكون دائماً معتمداً على الخصائص الشخصية الذاتية للشخص وتتمثل في الإدراك الذاتي كما يدركه الفرد نفسه من خلال إحساسه بالرضا والسعادة والإحباط والتشاؤم واليأس، ومن خلال الإحساس بالانفعالات الإيجابية وتحقيق الذات، والخصائص الموضوعاتية وتتمثل في الصحة البدنية ومستوى المعيشة والعلاقات الاجتماعية والعلاقات الأسرية والأنشطة المجتمعية والصحة النفسية والعمل والتعليم وفلسفة الحياة والحقوق ووقت الفراغ. في حين (Hill, 2012) يرى أن جودة الحياة الأسرية لها أبعاد تتضمن: التفاعل الأسري، والوالدية، وجودة الحياة الانفعالية، وجودة الحياة الجسمية، والدعم الاجتماعي، والبيئة المادية، وجودة الحياة الأسرية اليومية، وجودة الحياة الاجتماعية.

ولذلك اهتمت العديد من البحوث بدراسة جودة الحياة، ومنها دراسات كل من (علام، 2012م؛ أماني عبد التواب صالح، 2013؛ أحمد، 2015) (Ejechi, 2012; Schneider, et al., 2013; Zare, et al, 2014). كما أشارت بعض الدراسات إلى أن المصابين بالسرطان غالباً ما يشعرون بالقلق والخوف من الموت والاكتئاب مما يؤثر سلباً على جودة الحياة لديهم (السجاري وآخرون، 2017: 91).

يتبين أن مرضى السرطان يتعرضون للعديد من الضغوط النفسية التي قد تترك آثاراً نفسية كبيرة على شخصياتهم وتوافقهم مع المجتمع المحيط، كل ذلك ينعكس سلباً أو إيجاباً على سلوكهم.

وفي ضوء ما سبق تتحدد مشكلة البحث في تأثير مرض السرطان سلباً على جودة الحياة لدى المصابين به، ونظراً لهذا التأثير السلبي من جهة وأهمية جودة الحياة لدى جميع فئات المجتمع بصفة عامة والمرضى منهم بصفة خاصة تأتي هذه الدراسة في محاولة لتحسين مستوى جودة الحياة لدى عينة من المصابين بمرض السرطان من خلال تصميم برنامج إرشادي، ويمكن تحديد مشكلة البحث في السؤال الرئيس الآتي:

ما فاعلية البرنامج الإرشادي المقترح في تحسين مستوى الشعور بجودة الحياة لدى مرضى السرطان؟

أهداف البحث: هدف البحث بشكل رئيس تنمية مستوى الشعور بجودة الحياة لدى مرضى السرطان وذلك من خلال ما يلي:

- تحديد مستوى الشعور بجودة الحياة لدى مرضى السرطان.
- إعداد برنامج إرشادي لتحسين الشعور بجودة الحياة لدى مرضى السرطان.
- التحقق من فاعلية البرنامج الإرشادي المقترح لتحسين الشعور بجودة الحياة لدى مرضى السرطان من خلال القياس القبلي والبعدي.
- التحقق من بقاء اثر البرنامج الإرشادي المقترح لتحسين الشعور بجودة الحياة لدى مرضى السرطان من خلال القياس البعدي والتتبعي.

أهمية البحث: تتحدد أهمية البحث في جانبين:

الاول: الجانب النظري وهو تقديم دراسات وبحوث عالمية وعربية وتصورات نظرية حول متغيرات البحث كجودة الحياة ومرض السرطان.

الجانب الثاني: أهمية تطبيقية وتتمثل فيه:

- يمكن أن تفيد نتائج البحث مسئولية برامج التوجيه والإرشاد النفسي من خلال ما تقدمه من برنامج إرشادي في تحسين مستوى جودة الحياة لدى مرضى السرطان.
- كما يمكن أن تفيد النتائج الأسر التي لديها بعض الأفراد المصابين بالسرطان خاصة الأطفال بما تقدمه من برنامج وما تصل إليه من نتائج لتحسين مستوى جودة الحياة لديهم.

حدود البحث: يتحدد البحث في إطار المشاركين في البرنامج الإرشادي المقترح تطبيقه علي مرضى السرطان، بمستشفى الملك فيصل ومستشفى الحرس الوطني بالرياض في المملكة العربية السعودية، في العام الدراسي 2018 / 2019م، وبالأدوات، والأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات.

مفاهيم البحث:

جودة الحياة: يعرفها عبد الجليل وآخرون (2013) بأنها: "حالة عامة إيجابية يشعر خلالها الفرد بالصفاء الذهني والنفسي والهدوء النسبي والطمأنينة والسعادة، والارتياح والرضا في ضوء تقييمه لجوانب حياته المختلفة التي تشمل الصحة النفسية، الصحة الجسمية "البدنية"، أنشطة الحياة اليومية، والعلاقات الاجتماعية، والسعادة والرضا عن الحياة".

وتعرف إجرائياً بأنها شعور الفرد بالرضا والسعادة عن حياته بما فيها من ضغوط ومتغيرات وتعايشه معها بصورة إيجابية بحيث يتعايش ويتفاعل إيجابياً مع المجتمع من حوله ويمارس حياته الطبيعية دون ضجر أو ملل مقتنعاً بما حققه ويحققه في حياته وراضياً عنه.

البرنامج الإرشادي: تعرفه الباحثة بأنه خطة أو منظومة متكاملة تتناول مجموعة من الإجراءات التي يتم تخطيطها على أسس علمية والتي تستهدف تقديم المساعدة لمرضى السرطان بهدف رفع مستوى جودة الحياة لديهم.

مرض السرطان: تعرفه الباحثة بأنه أحد الأمراض الخطيرة التي تصيب الإنسان وهو نمو غير طبيعي للخلايا نتيجة أسباب متعددة ويتطلب فترة علاج طويلة وتكلفة مرتفعة، ويؤثر على معظم أعضاء الإنسان، ويبدو في الغالب في صورة ورم بالمنطقة المصابة وقد يمتد لمناطق أخرى.

الإطار النظري:

المحور الأول: مرض السرطان:

أولاً: المقصود بالسرطان:

أطلق الأطباء العرب والمسلمون كلمة السرطان على الأورام التي يصحبها ألم وحس وسرعة ازدياد وتشبث بالأنسجة المجاورة يقول الرازي عنه: (لي - السرطان ورم مستدير في أكثر الأمر لازم الأصل فهو في العضو أكثر منه خارج، له أصل كبير وعروق ممتدة منها خضر وفي مجسته حرارة على الأمر الأكثر وله ضربان ما، وربما كان أشد ويكون صغيراً ثم يكبر قليلاً، ويعرض في الأكثر في الأعضاء العصبية، وإن تفرح أو بط انقلبت وغلظت شفاهه واحمر وصار وحشاً ولم يبرأ إلا باستئصاله وسل عروقه) (الرازي، 1969، ج22، 19).

ويذكر الزهراوي في المقالة الأولى من التصريف: (السرطان إنما سمي سرطاناً لشبهه بالسرطان البحري، وهو على ضربين مبتدئ من ذاته أو ناشئ عقب أورام حارة ... وهو إذا تكامل فلا علاج له ولا برء منه بدواء البتة إلا بعمل اليد (بالجراحة أو الكي) إذا كان في عضو يمكن استئصاله فيه كله بالقطع ... والسرطان يبتدئ مثل الباقلاء ثم يتزايد مع الأيام حتى يعظم وتشتد صلابته ويصير له في الجسد أصل كبير مستدير كمد اللون تضرب فيه عروق خضر وسود إلى كل جهة منه وتكون فيه حرارة يسيرة عند اللمس) (الزهراوي، 1973، ج1، 198).

ويقول مهذب الدين بن هبل عن السرطان: (هذا هو الداء العياء لكن قيل إذا لحق في أوله أمكن له أن يوقف فلا يزيد لكنني لم أره في إنسان إلا وقتله. وهو ورم صلب له أصول ناشبة فيه خشونة وتمدد في جوانبه وعروق خضر ويتزايد ويعظم مع ألم مبرح وربما ابتداءً وكان كالحمص ثم صار كالبطيخة وأعظم ويبتدئ مع ألم شديد لا يؤثر في تسكينه طلاء وملمس حار فيكون في أول الأمر بلون البدن ثم يكمد وقد لا يألم ألماً شديداً وهذا يقبل العلاج حتى يقف ولا يزيد) (ابن هبل، 1963، ج4، 197). ويذكر (القريلاني، 1988، ج2، 75، 76) أن السرطان مقسماً إياه إلى نوعين فيقول: (السرطان غير المتقترح: هذا الورم إما أن يكون تولده عن الأورام الحارة إذا تحجرت، وإما أن يكون مبتدئاً يحدث عن دردى الدم وغلظته وهو الخلط. وهذا الورم إنما سمي سرطاناً لشبهه بالسرطان البحري، وعلامته إنه يبتدئ مثل الحمص ثم يتزايد بطول الأيام حتى يصير له عظم وصلابة شديدة، ويصير له في الجسد أصل كبير مستدير، لونه كمد وعليه عروق خضر أو سود إلى كل جهة منه، ويولد عند اللمس حرارة يسيرة ... والسرطان المتقترح: هذا الورم إما يتقترح من ذاته وإما يتقترح بالعلاج، يفعل ذلك الطبيب الجاهل وعلامة المتقترح أنه قرحة قبيحة المنظر، وغلظته الحواشي، منقلبة إلى خارج مائلة إلى السواد، تسيل منها رطوبة مائية وصديد منتن وكلما عولج منها زاد رداءة ولم يؤثر فيه البتة، وقد رأيت هذا الورم تقرح لأناس وكان آخرهم الموت. وأنت - يا بني - لا تقرب هذه الأورام الصلبة مثل السرطان المتقترح وغير المتقترح).

ثانياً: تصنيف السرطان:

يمكن تصنيف السرطان إلى عدة أنواع تبعاً إلى نوع الأنسجة التي نشأ عنها على النحو التالي (أبو غزالة وآخرون، 2016، 288، 289):

1. السرطان الظاهري: وهي التي تصيب الأغشية الخارجية وتشمل سرطان الجلد والثدي والكبد والبنكرياس والبروستاتا، وهي أورام سرطانية تبدأ في الأغشية المحيطة بهذه الأعضاء السابق ذكرها.
2. السرطان الليمفاوي: وهو ورم يصيب الأنسجة الليمفاوية.
3. سرطان الدم: وهو أكثر أنواع السرطان انتشاراً بين الأطفال، ويمكن تقسيمه إلى ثلاثة مجموعات رئيسية:
 - أ- الأورام الصلبة: ونسبتها (40%) من كل سرطانات الأطفال.
 - ب- السرطان الليمفاوي: ويصل إلى (15%) من كل سرطانات الطفولة.
 - ج- السرطان اللوكيميا: وهو أكثر انتشاراً بين الأطفال والرضع حيث تصل نسبته إلى (45%) من إجمالي المصابين بالسرطان من الأطفال.

ثالثاً: كيفية حدوث السرطان:

يقول الرازي (1969، ج12، 14): (من جوامع الغلظ عن الطبيعة السرطان يحدث عن الدم السوداوي ولذلك يكون لون دمه أسود ولمسه ليس بحار، والأوعية التي فيه أشد امتلاءً منها في الورم الحار، وكذلك نرى عروقه كمدة سود أو مجسته حارة (فإن كان حاراً) متقرحاً فهذا عند ذلك رديء، ومتى لم يتقرح فداءته أقل).

ويروى عن أغلوقس (الفيلسوف اليوناني) قوله عن كيفية تكون السرطان: قال - وهذه تكون من فضول سوداوية، وتتولد هذه الفضول إذا كانت الكبد مستعدة لتوليدها وهي الأكباد الحارة، والأغذية مما يتولد عنها الدم الغليظ العكر، والطحال بحال من الضعف يعجز عن جذب من الكبد، فإنه إذا اجتمعت هذه الأحوال غلظ الدم وتكدر وعند ذلك ربما دفعته العروق ... أو اندفع إلى عضو ورسخ فيه فكان منه السرطان. ورأيت العروق التي في ذلك العضو ممتلئة من الدم الكمد الغليظ، وكلما كان الدم أغلظ وأشد سواداً فالعلة أردئ، وجملة شكل هذا الورم كثيراً كشكل السرطان) (الرازي، 1969، ج12، 8).

ويقول ابن سينا (د.ت، ج3، 136) عن آلية تكوينه: (السرطان ورم سوداوي تولده من السوداء الاحتراقية عن مادة فيها مادة صفراوية احترق عنها).

ويقول (الرازي، 1969، ج22، 8): (الأغذية مما يتولد عنها الدم الغليظ العكر تساعد على تكون السرطان).

ويلاحظ من المقارنة السابقة بأن العلم الحديث على الرغم من مرور هذه السنين الطويلة لا يزال يقف عاجزاً عن إعطاء التفسير العلمي الحازم والدقيق لمسألة تكون السرطان، وإن تأكيد الأطباء والعلماء اليوم بأن السرطان هو نتيجة الجينات المتحولة Oncogenes الموجودة في أجسامنا والتي تقلب الخلايا الطبيعية إلى خلايا سرطانية يشبه إلى حد ما تفسير العلماء العرب والمسلمين من أن السرطان يحدث نتيجة انصباب الدم السوداوي العكر (الموجود في أجسامنا) إلى عضو ما والعوامل المساعدة لتكون السرطان والمعروفة اليوم هي الأخرى وكما مر سابقاً كانت بعضها موضوع اتهام من قبل الأطباء العرب في تكون السرطان. وأخيراً آراءهم في مسألة انتشاره وانتقاله إلى عضو آخر لم تكن بعيدة عما نقره اليوم (محمد، 2008، 27).

المحور الثاني: الإطار المفاهيمي لجودة الحياة

أ - مفهوم جودة الحياة:

هناك اتفاق على أن مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الغامضة التي يصعب تحديدها، وهناك عدد فائق من التعريفات الموجودة وليس هناك تعريف متفق عليه، وهناك ما يوحي بأن الجميع يفترض أنهم يعرفون ما يعنيه المفهوم بينما في الواقع نجد اختلافاً بينهم في تحديد المفهوم (Al-Zboon et al., 2014: 93)

يعد جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد يؤكد على التصورات الذاتية لحالة الفرد الحالية، والواقع أن أحد التحديات الرئيسية في تحديد جودة الحياة قد يتمثل في استكشاف أيهما ينبغي إدراج النطاقات في التعريف العام لهذا البناء، كما يُنظر إلى جودة الحياة كمفهوم يتألف من عدد من القيم الاجتماعية والبيئية والنفسية والجسدية (Theofilou, 2013: 150) ولا يزال هناك عدم وجود اتفاق في آراء الباحثين حول تعريف جودة الحياة (Skevington, et al, 2004: 299)

ويرى العتيبي (2014: 252-253) أن جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد يشتمل على الجوانب المادية والمعنوية للحياة، وأن هناك عوامل متعددة تسهم في تحقيق جودة حياة الفرد، وتتضمن تلك العوامل كلاً من الصحة الجسمية والصحة العقلية والصحة النفسية بالإضافة إلى قدرة الفرد على التفكير واتخاذ القرارات والتعليم والدراسة، كما تتأثر بكل من الأحوال المعيشية والرضا عن الحياة وتحقيق الحاجات والطموحات والتفاؤل بالمستقبل، وما لدى الفرد من معتقدات وقيم ثقافية والأوضاع المالية والاقتصادية، والتي عليها يحدد الفرد شعوره بالسعادة وإدارة الوقت.

ويشير محمد (2015: 205) إلى أن "جودة الحياة تتضمن الاستمتاع بالظروف المادية والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، والحياة العاطفية الإيجابية، إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية، وإحساسه بمعنى السعادة، وصولاً إلى عيش حياة متوافقة، بين جوهر الإنسان والقيم السائدة".

وينظر (Perry & Isaacs, 2015, 468) لمفهوم جودة الحياة على أنه مركب معقد متعدد الأبعاد يشتمل على العديد من المجالات العاطفية Emotional، والبدنية Physical، والأدائية Functional، والاجتماعية Social، والمالية Financial، والهناء الروحي Spiritual Well-being

وتعرف جودة الحياة بأنها شعور الفرد بالسعادة النفسية عبر مراحل حياته المختلفة والمنبثقة من جهوده الإيجابية في (الاستقلالية، والكفاية الذاتية، والنمو الشخصي، والعلاقات الإيجابية مع الآخرين، وتقبل الذات لتحقيق أهدافه في الحياة. Ryff, et. al. 2006)

وتعرف على أنها درجة رضا أو عدم الرضا التي يشعر بها الفرد اتجاه المظاهر المختلفة في الحياة ومدى سعادته بالوجود الإنساني، وتشمل الاهتمام بالخبرات الشخصية لمواقف الحياة، كما تشتمل على عوامل داخلية ترتبط بأفكار الفرد حول حياته وعوامل خارجية كتلك التي تقيس سلوكيات الاتصال الاجتماعي، النشاطات، ومدى انجاز الفرد للمواقف. (جسام، 2009).

وفي ضوء ما سبق يمكن القول بأن جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد ونسبي يختلف من شخص لآخر من الناحيتين النظرية والتطبيقية وفق المعايير التي يعتمد عليها الأفراد لتقويم الحياة ومطالبها، والتي غالباً ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة كالقدرة على التفكير واتخاذ القرار، والقدرة على التحكم، وإدارة الظروف المحيطة، والصحة الجسمية والنفسية والظروف الاقتصادية، والمعتقدات الدينية، والقيم الثقافية والحضارية، التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة التي تحقق سعادتهم في الحياة.

كما يتضح أن العنصر الأساسي في جودة الحياة هي العلاقة الانفعالية بين الفرد وبيئته، هذه العلاقة التي تتوسطها مشاعر الفرد، ومدركااته فالإدراك ومعه بقية المؤشرات النفسية تمثل المخرجات التي تظهر من خلال نوعية حياة الفرد، ومن ثم يمكن النظر إلى مفهوم جودة الحياة من خلال إحساس الفرد بالرضا عن الحياة الفعلية التي يعيشها، وتحقيق الذات، وإدراك الفرد لقيمة الحياة التي يحياها، ومن ثم فإن جودة الحياة تمثل شعوراً شخصياً للفرد بالرغم من تأثر جودة الحياة في بعض الإمكانيات المادية إلا أن العوامل الذاتية هي المؤثر الأكبر في الشعور بجودة الحياة.

ب- مؤشرات وأبعاد جودة الحياة:

تتضمن جودة الحياة عناصر موضوعية وأخرى ذاتية، وبالتالي فإن النطاق الواسع للأدوات المستخدمة لقياس يميل إلى الوقوع في ثلاثة أقسام أولها المؤشرات الموضوعية: مثل الظروف الاقتصادية والسكن، والحالة الوظيفية، وثانيها المؤشرات التي تقيس جوانب ذاتية بحتة مثل: الأخلاق والسعادة والرضا عن الحياة، والمؤشر الأخير يتضمن جوانب موضوعية وذاتية معاً كالصحة (Al-Zboon, et al., 2014: 94)

وجودة الحياة مفهوم ذو أبعاد عديدة تمثل في مجموعها جودة الحياة حيث أشار كل من (Ayyash & Alamuddin, 2007) إلى أن جودة الحياة تتكون من ثلاثة عناصر رئيسية هي: ارتفاع مستوى الانفعالات الإيجابية، وانخفاض مستوى الانفعالات السلبية، وتوفير أحكام معرفية كلية تشير لإيجابية حياة الفرد.

في حين توصل (سليمان، 2010)، إلى الأبعاد الآتية لجودة الحياة: جودة الحياة الصحية، وجودة التعليم والدراسة أو جودة المناهج والمقررات الدراسية، وجودة الحياة الأسرية، وجودة إدارة الوقت وتنظيمه، وجودة الحياة النفسية، والرضا عن الدراسة أو التخصص، وجودة المساندة من الزملاء والمدرسين، وجودة الكفاءة الذاتية الدراسية.

ويتكون استبيان جودة الحياة الذي أعده (Fallowfield, 2002: 875) من أربعة أبعاد تناول البعد الأول الهناء المادية Physical well-being، وتناول البعد الثاني الهناء الأسرية/ الاجتماعية Social/family well-being، البعد الثالث الهناء الانفعالي Emotional well-being، وتناول البعد الأخير الهناء الوظيفي Functional well-being.

ويرى (Vaez et al., 2004: 221) أنه يوجد أربعة مكونات أساسية لجودة الحياة هي: الرضا عن الحياة Life Satisfaction، وتقدير الذات Self-esteem، والصحة Health، والأداء Functioning وقد اهتم الباحثون في جودة الحياة في المجال الطبي بمكونين من تلك المكونات هما: الصحة والأداء

في حين يشير (Henning et al., 2009: 102) إلى أن هناك ثلاثة مجالات تتعلق بمفهوم جودة الحياة، وهي الهناء الشخصي Well-being، والصحة، والرعاية، ويشير الهناء الشخصي إلى تصور الشخص لمواقف حياته، وتعرف الصحة بمصطلحات موضوعية وشخصية مما يعني ضمناً تقييم الحالة البدنية والعقلية، والرعاية هي مقياس للعوامل البيئية.

ويشير (Gomez, et al, 2012: 82) إلى أن جودة الحياة تتكون من ثمانية مجالات والمؤشرات الأساسية التي تحدد تشغيلاً كل مجال من مجالات الحياة، وهذه المجالات الأساسية هي نفسها لجميع الناس على الرغم من أنها قد تختلف من حيث القيمة النسبية والأهمية ونوعية الحياة، وقد تم تقييمها على أساس مؤشرات حساسية ثقافية.

ويشير (Schneider et al., 2013: 8) إلى أن السلامة Safety والسلامة المرورية تستخدم كمؤشر من المؤشرات الدالة على جودة الحياة بالإضافة إلى وسائل النقل والمسافة إلى النقل والمشى وكثافة شبكة الشوارع ومؤشرات المشى مثل كثافة حارة الدراجة وكثافة شبكة الشوارع.

وترى أماني عبد الوهاب (2006) أن هناك العديد من الباحثين يرون أن جودة الحياة تتضمن ثلاثة أبعاد هي:

- جودة الحياة الذاتية Subjective Well-being أو الشعور الذاتي بجودة الحياة والذي يدور حول كيف يكون الفرد سعيداً وراضياً عن حياته، وتعكس جودة الحياة الذاتية تصورات الأفراد وتقييمهم لحياتهم من الناحية الانفعالية السلوكية، والأدوار النفسية والاجتماعية التي تعد أبعاداً هامة للصحة النفسية.
- جودة الحياة النفسية Psychological Well-being، وهي تتميز عن جودة الحياة الذاتية حيث تتعلق بالإيجابية أو الصحة النفسية الإيجابية مثل القدرة على متابعة الأهداف ذات المغزى، ونمو وتطور وإقامة علاقات إيجابية مع الآخرين.
- جودة الحياة الموضوعية Objective Well-being ويتضمن خمسة مجالات وهي: السعادة المادية والصحية، والنمو والنشاط، والسعادة الاجتماعية، والسعادة الانفعالية.

ج- العوامل المؤثرة على جودة الحياة:

من المتغيرات التي قد تؤثر على جودة الحياة الهناء النفسي Psychological Well-being، والفعالية الذاتية Self-efficacy وقد تم فحصها والتحقق منها (Perry, et al., 2015: 468)

وأشارت الأدبيات التربوية إلى العديد من العوامل التي تؤثر على جودة الحياة مثل متغيرات التوظيف (سنوات الأقدمية، والدخل الشهري)، والعجز الشديد (النسبة المئوية للإعاقة) ومتغيرات أخرى (العمر، النوع، مستوى الإصابة، الأنشطة البدنية)، والتأهيل والتدريب المهني، السلالة Race، والوضع الاجتماعي الاقتصادي، والتحصيل الأكاديمي (Al-Zboon, et al., 2014: 94)

وهناك عدة عوامل يمكن أن تؤدي إلى تأثير في خفض جودة الحياة، ومن ثم تؤدي إلى ظهور أعراض الاحتراق النفسي Burnout وتتضمن تلك العوامل: عدم وجود الدعم الاجتماعي، والاكتئاب، وعدم التمكين Disempowerment، والحرمان من النوم، وبالتالي فمن المرجح أن تكون مؤشرات الاحتراق النفسي ومؤشرات جودة الحياة قد تقيس كيانات متشابهة جداً وذات صلة ببعضها، وبالتالي يمكن النظر إلى الاحتراق النفسي على أنه أقصى نهاية متصل طرفه الآخر يتمثل في جودة الحياة (Henning, et al., 2009: 103)، ويشير (Schalock, et al, 2016:1) إلى أن للعوامل البيئية تأثير على جودة الحياة.

الدراسات السابقة:

تناولت دراسة (Rogers, et. al, 2010) التحقق من مستويات جودة الحياة للأطفال المعاقين والأفراد المصابين بأمراض تهدد الحياة، وتوصلت إلى أن أسباب تدني جودة حياتهم تتلخص بعدم حصول هذه الفئة على الخدمات والتجهيزات الصحية اللازمة لهم، خاصة في الأماكن الريفية والبعيدة عن المدن الرئيسية، وكذلك افتقار ذويهم إلى التوعية والتثقيف الصحي. كما أشارت الدراسة إلى أنه يمكن تحسين مستويات جودة الحياة للأفراد المعاقين عن طريق زيادة مشاركتهم في أنشطة الحياة اليومية وإكسابهم مهارات خاصة من أجل التخفيف من أثر مشكلات الإعاقة.

وهدف دراسة (Patterson, 2010) معرفة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية التواصل بين مرضى السرطان والقائمين بالرعاية الصحية عليهم، وتكونت عينة الدراسة من (29) مريضة من متوسطي العمر، وتوصلت لوجود علاقة إيجابية بين الكفاءة الذاتية والثقة في الطبيب والدعم النفسي وفاعلية الذات للمريضات وفاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التفاعل الاجتماعي للحالات مما يؤثر على نوعية الحياة وجودتها لهن.

وحاولت دراسة السرطاوي وآخرون (2011) التعرف على مستوى جودة الحياة عند الأشخاص المعاقين وغير المعاقين في دولة الإمارات العربية المتحدة، وقام الباحثون ببناء مقياس جودة الحياة الذي تكون من مجالات (جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، الحياة الوظيفية، جودة العواطف، جودة الصحة النفسية، جودة شغل الوقت وإدارته). وتكونت عينة الدراسة من (150) شخصاً معاقاً، و(150) شخصاً غير معاق، وفقاً لمتغيرات الدراسة (نوع الإعاقة، المستوى التعليمي، مستوى الدخل، الحالة الاجتماعية وجهة العمل). وأشارت النتائج إلى وجود دلالة إحصائية بين المعاقين وغير المعاقين في جميع أبعاد جودة الحياة لصالح الأشخاص غير المعاقين. وبناء عليه أوصت الدراسة بتقديم البرامج والخدمات المناسبة للحد من الفجوة في جودة الحياة بين الأشخاص المعاقين وغير المعاقين.

وسعت دراسة (Fukui, et al, 2011) إلى تنمية جودة الحياة والرضا من خلال التدريب على مهارات التواصل لدى القائمين بالرعاية الصحية لحديثي التشخيص بمرض السرطان " سرطان الثدي والقولون والمعدة "، وتمثلت عينة الدراسة في عدد (89) مريضة و (8) من القائمين بالرعاية الصحية من الممرضات، ومن أهم ما أكدته الدراسة هو أهمية التدريب على مهارات التواصل في تحسين جودة الحياة والرضا لدى الممرضات.

وأجريت دراسة (Ejechi, 2012) بهدف الكشف عن جودة الحياة لدى الأكاديميين المتقاعدين في بعض الجامعات النيجيرية، باستخدام مقياسين لجودة الحياة، وطُبقت تلك الأدوات على عينة تكونت من (226) عضواً من أعضاء هيئة التدريس، أشارت النتائج إلى أن الرضا عن جودة الحياة كانت مؤشراً لحوالي 50% من النقاط بينما كانت الصحة البدنية كمؤشر بنسبة تقل عن 30%، ووجدت فروق تعزى للنوع والعمر والعيش مع أو دون الزوج، إلزامية أو التقاعد الطوعي، والرتبة في بعض مؤشرات الجودة، حيث كانت النساء أعلى من الذكور فيما يتعلق بالمؤشرات الجسدية لجودة الحياة بينما لم تكن هناك فروق بين الجنسين في المؤشرات الأخرى، وفيما يتعلق بالعمر فقد كانت الصحة البدنية للفئات التي تقل أعمارهم عن 65 عاماً أفضل من نظرائهم الأكبر سناً، وكانت مؤشرات جودة لدى المتزوجين أفضل من غير المتزوجين في جميع المجالات باستثناء الصحة البدنية حيث لم يوجد بينهما فرق في ذلك، وكانت مؤشرات جودة الحياة لدى المتقاعدين طوعية أعلى من نظرائهم المتقاعدين إلزامياً، وكانت الفروق في جودة الحياة في اتجاه الرتبة الأعلى، كما كانت علاقة موجبة بين جودة الحياة والسعادة الذاتية.

وحاولت دراسة (Hill, 2012) هدفت إلى معرفة فاعلية التدريب باستخدام التواصل الحنون Compassionate Communication Training لتنمية الرحمة والتعاطف تجاه مريضات السرطان - سرطان الرحم والثدي - والقائمين بالرعاية وتكونت عينة الدراسة من (8) من مريضات السرطان و(8) من القائمين بالرعاية الطبية، وتوصلت إلى فاعلية هذا النموذج القائم على الدعم العاطفي والمعلوماتي في تنمية التواصل الاجتماعي مع الذات ومع الآخرين لدى مريضات السرطان مما أثر على الإحساس بنوعية وجودة الحياة لديهن.

وهدف دراسة أبو الرب والأحمد (2013) إلى التعرف على مستوى جودة الحياة عند الأشخاص المعاقين سمعياً وغير المعاقين في السعودية في مجالات (جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، الحياة الوظيفية، جودة العواطف، جودة الصحة النفسية، جودة شغل الوقت وإدارته). ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحثان ببناء أداة لقياس جودة الحياة. وتكونت عينة الدراسة من (90) معاقاً سمعياً، و(90) شخصاً غير معاق، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود دلالة إحصائية بين المعاقين وغير المعاقين في جميع أبعاد جودة الحياة وكذلك وفقاً لجميع متغيرات الدراسة المستقلة وذلك لصالح الأشخاص غير المعاقين، كما تبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بحسب المستوى التعليمي لصالح الجامعيين، وفي الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين، ولم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى الجنس سوى في بعد الشعور بالقناعة ولصالح الذكور.

وحاولت دراسة (Lone, et al, 2013) تقييم التواصل المدرك لدى مرضى السرطان والقائمين بالرعاية الصحية وبلغت عينة الدراسة (2202) مريضاً بالسرطان، وتوصلت النتائج إلى أن (24%) من العينة أظهرن وجود مشكلات في التواصل مع المحيطين بهم، وأوصت الدراسة بالاهتمام بتقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية لتلبية احتياجاتهم التواصلية. وحاولت دراسة (McStay, et al, 2014) الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى آباء وأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد. وتكونت عينة الدراسة من (196) أب وأم من آباء وأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في الفئة العمرية (3-16) عاماً في أستراليا. واستخدم مقياس جودة الحياة في عملية جمع البيانات. وبينت النتائج أن مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة منخفضاً. وأظهرت النتائج عدم وجود فروق تعزى إلى المؤهل العلمي والعلاقة بالطفل في مستوى جودة الحياة.

وهدف دراسة السعدي وآخرون (2014): الكشف عن التأثيرات الوراثية لبعض أنواع العلاج الكيماوي (chemotherapy)، واستخدمت تقنية زراعة الدم وشملت (52) عينة مرضية و(50) عينة قياسية تراوحت أعمارهم بين (22-80) سنة. بينت النتائج أن النسبة المئوية (MI) بعينه السيطرة من الإناث كانت (3.148) وهي أعلى منها في عينة السيطرة من الذكور (2.476). وعند مقارنة قيمة (MI) لمجموعة من عينات المرضى غير المعالجين تبين اقتراب النسبة المئوية لـ (MI) لبعض الأورام من النسبة الطبيعية (3.27) مثلاً ورم المثانة (3.2) وورم المعدة (3.150) وتبين أن المصابين غير المعالجين لديهم تشوهات عديدة وتركيبية نتيجة الإصابة بالمرض ولكن هذه التشوهات ترتفع نسبتها قليلاً عند اخذ العلاج الكيماوي. أما المرضى المصابين والمعالجين بالعقاقير الكيماوية فتبين انخفاض النسبة المئوية لـ (MI) بالجرعات الأخيرة من عقار التاكسول مقارنة بنسبته بالمرضى غير المعالجين. أما المرضى المعالجين بعقار الجمار فتبين ارتفاع النسبة المئوية لـ (MI) بالفئة الثانية من العلاج (الجرعة 4،5،6) ومعاودة انخفاضه بالفئة الأخيرة (ما بعد الجرعة السادسة) من العلاج واقتربه من النسبة المئوية الطبيعية (MI) كما تبين زيادة بنسبة التشوهات التركيبية والعديد مع تقدم جرعات العلاج.

وحاولت دراسة الغامدي (2017) التعرف على فاعلية برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة لدى معلمي المرحلة الثانوية بمحافظة شقراء، وتكونت العينة من (24) معلم من معلمي المرحلة الثانوية التابعين لإدارة تعليم محافظة شقراء، الذين حصلوا على أقل الدرجات في مقياس جودة الحياة، حيث تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين (ضابطة - تجريبية)، وتتكون كل مجموعة من (12) معلم، وقد تم تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية فقط، واستخدم الباحث في البحث الحالي الأدوات التالية: مقياس جودة الحياة، إعداد شقير (2009م)، البرنامج الإرشادي، إعداد الباحث (2017م)، وقد توصل البحث إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في تحسين جودة الحياة لدى المعلمين.

وحاولت دراسة السجاري وآخرون (2017) التحقق من أثر درجة التدخين والدعم الاجتماعي على جودة الحياة لدى الرجال المصابين بالسرطان، والكشف عن علاقة التدخين بمفهوم الرضا عن الحياة للمصابين في المجتمع الكويتي، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي، واعتمدت على الاستبانة في جمع البيانات، وطبقت على عينة بلغت (124) مصاباً في مركز مكي جمعة للسرطان، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الحالة الاجتماعية للمصابين وجودة الحياة، وبين درجة التدخين وكل من الرضا عن الحياة وجودة الحياة وبين درجة التدخين وكل من الرضا عن الحياة وجودة الحياة لدى المصابين، بالإضافة لوجود علاقة ارتباطية سالبة بين مرحلة الإصابة بالمرض وكل من الرضا عن الحياة وجودة الحياة لدى المصابين.

وهدف دراسة بالبيد والعنزي (2019) إلى الكشف عن فاعلية برنامج علاجي ذهني سلوكي لخفض القلق والاكتئاب لدى أسر مرضى السرطان، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، واعتمدت على مقياس تايلور للقلق الصريح، وبك للاكتئاب، وبلغ عدد المشاركين (30) شخصاً من ذوي المرضى الإناث، وقسموا إلى مجموعتين متكافئتين (15) للمجموعة التجريبية، و(15) للمجموعة الضابطة، وأشارت النتائج إلى أن البرنامج الذهني السلوكي ساهم في خفض القلق والاكتئاب لدى عينة الدراسة. التعليق على الدراسات السابقة: يتضح من العرض السابق ما يلي:

- تتنوع الدراسات التي اهتمت بمتغيري الدراسة الحالية، حيث تناولت بعض الدراسات مرض السرطان سواء من حيث واقعه أو مسبباته أو العوامل المؤثرة فيه، وكذلك الدراسات التي تناولت جودة الحياة سواء من حيث واقعها أو العوامل المؤثرة فيها أو علاقتها ببعض المتغيرات.
- تتنوع المنهجية المستخدمة في الدراسات السابقة من بين المنهجية التجريبية والمنهجية الوصفية.
- تبيان العينات والفئات العمرية المستهدفة في الدراسات السابقة.
- الاستفادة من هذه الدراسات في بناء أداة البحث، والبرنامج الإرشادي المقترح تطبيقه علي مرضي السرطان.
- تأتي هذه الدراسة في سياق الدراسات السابقة من حيث الاهتمام بمرض السرطان ومتغير جودة الحياة، غير أنها تركيز على تنمية مستوى جودة الحياة لدى عينة من المصابين بالسرطان من خلال تصميم البرنامج الإرشادي المقترح، كما تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في مجتمعها وعينتها، واستفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في تأكيد مشكلتها وفي تناول بعض المفاهيم النظرية وفي إعداد مقياس جودة الحياة وتصميم البرنامج الإرشادي وفي تفسير ومناقشة النتائج.

فروض البحث:

- الفرض الأول: يوجد مستوى منخفض من جودة الحياة لدى عينة البحث قبل تطبيق البرنامج.
- الفرض الثاني: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي استجابات عينة البحث على مقياس جودة الحياة في التطبيقين القبلي والبعدي في اتجاه التطبيق البعدي.
- الفرض الثالث لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي استجابات عينة البحث على مقياس جودة الحياة في التطبيقين البعدي والتتبعي؟

إجراءات البحث:

منهج البحث: استخدم المنهج التجريبي بتصميم المجموعة الواحدة بتطبيق قبلي وبعدي وتتبعي، وذلك بهدف قياس فاعلية البرنامج الإرشادي في تحسين مستوى جودة الحياة لدى عينة لبحث ومدى بقاء أثره.

مجتمع البحث: مرضى السرطان بمستشفى الملك فيصل ومستشفى الحرس الوطني، بالمملكة العربية السعودية والبالغ عددهم (15185) إجمالاً، واحتلت الرياض النسبة الأكبر حيث بلغ عدد مرضى السرطان بها (3500) مريض.

المشاركين في البحث: تم اختيار عينة البحث من مرضى السرطان وذلك بالطريقة العشوائية، وتنقسم عينة البحث إلى:
أ- عينة التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث: حيث تكونت من (178) مريضاً بالسرطان من نفس المجتمع الأصلي لعينة البحث، وذلك للتحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث.

ب- عينة المشاركون في البرنامج التدريبي: وتكونت من (44) مريضاً بالسرطان.

أداة البحث: قامت الباحثة بإعداد أدوات البحث والمتمثلة بمقياس مستوى جودة الحياة، والبرنامج الإرشادي.

1- اعتمد في بناء المقياس على مراجعة الإطار النظري للبحوث والدراسات السابقة لمفهوم جودة الحياة ذات الصلة، مع مراعاة طبيعة العينة وظروفها البيئية والاجتماعية والصحية، وتكون المقياس من أربعة محاور، واشتمل المحور الأول على (15) عبارة العبارات التي تقيس مستوى جودة الحياة الشخصية والنفسية، والمحور الثاني يتضمن (15) عبارة لقياس مستوى جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، ويشتمل المحور الثالث على (15) عبارة لقياس مستوى جودة الحياة المهنية والاقتصادية، في حين تضمن المحور الرابع (15) عبارة لقياس مستوى جودة الحياة الصحية والانفعالية، وأمام كل عبارة تدرج ثلاثي يعبر عن درجة الموافقة بحيث تتراوح ما بين (دائماً وتعطى ثلاث درجات) و (أحياناً وتعطى درجتين)، و (نادراً وتعطى درجة واحدة)، ومن ثم تتراوح الدرجات على كل محور ما بين (15) إلى (45) درجة، بينما تتراوح على المقياس بصورة الكلية ما بين (60) إلى (180) درجة.

2- الخصائص السيكمترية لمقياس جودة الحياة، قامت الباحثة بالتحقق من الخصائص السيكمترية للمقياس بالطرائق الآتية:
أ- آراء الخبراء: تم عرض المقياس في صورته الأولية على خمسة من السادة أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في مجال علم النفس، وذلك لإبداء الرأي حول كفاءة المقياس في التعرف على الاندماج الجامعي لدى الطلاب، ومدى مناسبة العبارات للبعد الذي تنتمي إليه، ودقة الصياغة اللغوية ومناسبتها لمستوى أفراد العينة، وقد تراوحت نسب الاتفاق بين المحكمين على عبارات المقياس ما بين (80% - 100%)، كما أوصي بعض الخبراء بتعديل صياغة بعض العبارات لتناسب عينة البحث وقد راعت الباحثة ذلك.
ب- الاتساق الداخلي للمقياس: تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه، وذلك بعد تطبيق المقياس على (178) مريضاً بالسرطان من المشاركين في دراسة الخصائص السيكمترية لأداة البحث والجدول الآتي (1) يوضح معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه:

جدول (1): معاملات الارتباط بين العبارة والدرجة الكلية للمحور ن=(178)

الشخصية والنفسية		الأسرية والاجتماعية		المهنية والاقتصادية		الصحية والانفعالية	
الارتباط	رقم ع	الارتباط	رقم ع	الارتباط	رقم ع	الارتباط	رقم ع
**0.739	1	**0.611	16	**0.583	31	*454.0	46
**0.764	2	*0.494	17	**0.562	32	**0.794	47
**0.685	3	*458.0	18	**0.685	33	**0.816	48
**0.687	4	**0.585	19	*0.471	34	**0.597	49
**0.764	5	*0.427	20	**0.601	35	*0.449	50
**0.583	6	**0.635	21	**0.661	36	**0.833	51
**0.884	7	**0.815	22	**0.663	37	**0.828	52
**699.0	8	**0.821	23	**0.784	38	**0.623	53
**793.0	9	**0.623	24	**0.550	39	**0.722	54
*0.445	10	**0.722	25	**0.881	40	*0.416	55
**0.794	11	*0.466	26	**0.784	41	**0.602	56
**816.0	12	**0.662	27	**0.550	42	**0.897	57
**0.585	13	**0.848	28	**0.881	43	**659.0	58
*0.425	14	**79.0	29	**0.698	44	**0.821	59
**0.865	15	**0.814	30	**0.791	45	**0.763	60

** دال عند 0.01 * دال عند 0.05

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط الدالة تراوحت ما بين (0,416-0,897) وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوي (0,01)، ومستوي (0,05)، وبذلك أصبح المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الاتساق الداخلي، مما يؤكد علي اتساق المقياس.

كما قامت الباحثة بحساب تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل محور والدرجة الكلية للمقياس وذلك بعد تطبيق المقياس على (178) مريضاً بالسرطان من المشاركين في دراسة الخصائص السيكومترية لأداة البحث والجدول الاتي (2) يوضح معاملات الارتباط بين درجة كل محور والدرجة الكلية للمقياس:

جدول (2) معاملات الارتباط بين درجة كل محور والدرجة الكلية للمقياس = (178)

محاور المقياس	معامل الارتباط
المحور الأول: جودة الحياة الشخصية والنفسية	0.823**
المحور الثاني: جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	0.789**
المحور الثالث: جودة الحياة المهنية والاقتصادية	0.885**
المحور الرابع: جودة الحياة الصحية والانفعالية	0.735**

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط الدالة تراوحت ما بين (0.735-0.885) وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوي (0,01) وبذلك أصبح المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الاتساق الداخلي، مما يؤكد علي اتساق المقياس.

ج- **ثبات المقياس:** قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية لـ "سبيرمان" بعد تطبيق المقياس على (178) مريضاً بالسرطان من المشاركين في دراسة الخصائص السيكومترية لأداة البحث حيث بلغ معامل الثبات بين نصفي المقياس (0.825) وهو معامل ثبات مقبول إحصائياً؛ مما يدعو إلى الثقة في النتائج التي يمكن التوصل إليها عند استخدام المقياس.

د- البرنامج الإرشادي:

- **هدف البرنامج:** تنمية مستوى جودة الحياة لدى عينة من المصابين بالسرطان.
- **الأسس التي يقوم عليها البرنامج:** يعتمد البرنامج الإرشادي المقترح على مجموعة من الأسس النظرية مستمدة من نظرية الإرشاد بالمعنى والاتجاه الإنساني في علم النفس، وهذه الأسس تتمثل فيما يلي:
 - الحرية والمسؤولية وجهان لعملة واحدة في الوجود الإنساني.
 - لا يوجد داء إلا وله دواء.
 - الصبر وتحمل المسؤولية سمة ملازمة للشخصية المؤمنة.
 - أوضح القرآن الكريم والسنة النبوية الأسس والمبادئ التي تدعو للتقاول والبعد عن التطير والتشاؤم.
 - راعي الإسلام التوازن بين التمتع بالحياة الدنيا والإعداد للحياة الآخرة.
 - الإنسان يشعر بقيمة وجوده من خلال التسامي بالذات والتوجيه نحو الآخرين، والعلاقات الإيجابية مع الآخرين.
 - إرادة المعنى لدى الفرد يدفعه للبحث عن قيمة وجوده في الحياة
 - إحباط إرادة المعنى لدى الفرد تؤدي إلى الفراغ الوجودي الذي يعني خبرة افتقاد كلي للمعنى الجوهرية في الوجود الشخصي للفرد، ويتجلى هذا الفراغ الوجودي من خلال الملل واللامبالاة واليأس ويترتب عليه كثير من المشكلات النفسية كالإدمان والانتحار وجنوح السلوك، والتي تأتي في كثير من الأحيان كاستجابة لملاء هذا الفراغ.
 - المعاناة والضغوط مواقف حتمية وهي اختلاف مظاهرها جزءاً لا يتجزأ من الوجود الإنساني فلا تخلو حياة أي إنسان من المعاناة، وحتمية المعاناة لا تعني فقدان الحياة من معناها، بل أن الفرد يستطيع أن يحولها إلي إنجاز أذا نجح في إدراك المعنى فيها.
 - إدراك المعنى يعني الفعالية الذاتية للفرد، إن إدراك الفرد للمعنى الخاص بحياته يمنحه القوى والدافعية، ويساعده على الاستمرار والبقاء في الحياة ويجعله يتحدى كل الصعوبات التي تواجهه من أجل أن يستمتع بمغزى حياته حتى آخر لحظة فيها.

- القيم تؤدي دوراً رئيسياً في اكتشاف المعنى حيث تيسر للإنسان عملية اتخاذ القرار وترشده في بحثه عن المعنى، وهناك ثلاثة أنواع رئيسية من القيم تعكس السبل لاكتشاف المعنى وهي: قيم ابتكارية، وقيم خبراتية، وقيم اتجاهية.
- مكان تطبيق البرنامج: قاعة مجهزة بمستشفى الملك فيصل.
- جلسات البرنامج: تكون البرنامج من (14) جلسة مدة كل جلسة ساعة ونصف تقريباً وفيما يلي توضيح لهذه الجلسات.
- 1. الجلسة الأولى: الجلسة الافتتاحية وتم فيها التعارف بين جميع المشاركين مع التعريف بالبرنامج وتوضيح قواعد العمل أثناء الجلسات.
- 2. الجلسة الثانية: التعريف بمرض السرطان
- 3. الجلسة الثالثة: أبرز الأسباب التي تؤدي لحدوث السرطان
- 4. الجلسة الرابعة: أنواع السرطان ومظاهره
- 5. الجلسة الخامسة: طرق الوقاية من مرض السرطان
- 6. الجلسة السادسة: البرنامج العلاجي لمرض السرطان
- 7. الجلسة السابعة: التعريف بجودة الحياة
- 8. الجلسة الثامنة: أبعاد جودة الحياة
- 9. الجلسة التاسعة: أهمية جودة الحياة والعوامل المؤثرة فيها
- 10. الجلسة العاشرة: العلاقة بين جودة الحياة ومرض السرطان
- 11. الجلسة الحادية عشرة: كيفية الحفاظ على جودة الحياة وتمييزها.
- 12. الجلسة الثانية عشرة: كيفية التوفيق بين مرض السرطان والحفاظ على جودة الحياة.
- 13. الجلسة الثالثة عشرة: جلسة التطبيق البعدي لمقياس جودة الحياة.
- 14. الجلسة الرابعة عشرة: الجلسة الختامية لتطبيق مقياس جودة الحياة بصورة تتبعية، مع ملاحظة أن هذه الجلسة تمت بفاصل زمني مدته شهرين ونصف بينها وبين الجلسة الثالثة عشرة.
- الفنيات والأساليب والوسائل المستخدمة في البرنامج: استخدمت الباحثة في تطبيق البرنامج الإرشادي الأساليب التالية: المحاضرة، والمناقشة، والحوار، والنمذجة، ولعب الدور، التعلم التعاوني، ضرب الأمثال، القصة.
- الأدوات المستخدمة في تطبيق البرنامج: استخدمت الباحثة الأدوات التالية: جهاز اللاب توب - بعض الأوراق لتدوين الملاحظات والاستفسارات من قبل الباحثة والعينة - نسخة ورقية من البرنامج موزعة على عينة الدراسة - الأقلام - السبورة - داتا شو - بعض الصور والرسوم التوضيحية
- تقويم البرنامج: تم تقويم البرنامج وفق الخطوات التالية:
- 1. التقويم التمهيدي قبل البدء في تطبيق البرنامج للوقوف على مستوى جودة الحياة لدى عينة الدراسة.
- 2. التقويم التمهيدي في بداية كل جلسة للوقوف على مستوى عينة الدراسة حول موضوع الجلسة.
- 3. التقويم التكويني في منتصف كل جلسة للوقوف على مدى تحقق الأهداف المرجوة منها.
- 4. التقويم التكويني عند الجلسة السابعة للوقوف على مدى تحقق الأهداف المرجوة من البرنامج.
- 5. التقويم النهائي بعد إتمام جلسة البرنامج للوقوف على أثر البرنامج في تنمية مستوى جودة الحياة لدى عينة الدراسة.
- 6. التقويم التتبعي بعد شهرين من القياس البعدي.
- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث: تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:
- معامل ارتباط بيرسون، لحساب الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة.

- المتوسطات والانحرافات المعيارية.
- اختبار (ت) للعينات المرتبطة (غير مستقلة)، لحساب الفروق بين متوسطي درجات أفراد العينة في التطبيقين القبلي والبعدي، والتطبيقين البعدي والتتبعي.
- معادلة حساب حجم التأثير باستخدام قوة العلاقة بين المتغيرات ومنه مربع إيتا (η^2)، حيث أشار الكنان (2012) إلى أنه يُعطى من العلاقة: $\eta^2 = \frac{t^2}{t^2 + df}$ حيث تُشير الرموز (η^2) إلى حجم التأثير، (df) إلى درجة الحرية، (t) إلى قيمة ت المحسوبة.

نتائج البحث ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول الذي ينص على ما يلي: يوجد مستوى منخفض من جودة الحياة لدى عينة البحث قبل تطبيق البرنامج، وللتحقق من صحة الفرض تم حساب مجموع متوسطات عبارات محاور المقياس ونسبها المئوية، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (3): يوضح مستوى جودة الحياة لدى عينة البحث قبل تطبيق البرنامج

المحور	مجموع متوسطات عبارات المحور	النسبة المئوية للموافقة	درجة الموافقة
المحور الأول: جودة الحياة الشخصية والنفسية	17.7045	39.34	ضعيفة
المحور الثاني: جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	17.1364	38.08	ضعيفة
المحور الثالث: جودة الحياة المهنية والاقتصادية	18.8182	41.82	ضعيفة
المحور الرابع: جودة الحياة الصحية والانفعالية	18.5909	41.31	ضعيفة
المجموع	72.25	40.14	ضعيفة

يتضح من الجدول (3) وجود مستوى منخفض من جودة الحياة لدى عينة البحث قبل تطبيق البرنامج حيث بلغت النسب المئوية لاستجابة أفراد العينة الاستطلاعية على محاور المقياس ومجموعه (39.34%)، (38.08%)، (41.82%)، (41.31%)، (40.14%) على الترتيب، وجميعها قيم منخفضة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء كثرة الضغوط النفسية التي يتعرض لها مريض السرطان، وما يعانيه من قلق على مستقبله سواء الأسري أو الاجتماعي أو الاقتصادي، بالإضافة لتعرضه لبعض الأحيان لاضطراب قلق الموت وما يترتب على ذلك من شعور بالضيق وكراهية الحياة أو الشعور السلبي نحوها، وبالتالي يأتي التأثير السلبي على مدى الشعور بجودة الحياة لدى مريض السرطان.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Lauver, 2007) حيث أظهرت النتائج أن الضغوط التي تعاني منها المريضات بعد المعالجة من السرطان تتضمن: الشعور بالشك وعدم الثقة بالمعالجة والمتابعة الطبية والأعراض المرضية مثل القلق حول المشاكل الجسمية كصعوبة التركيز والاتجاهات حول الجسد والتعامل مع الموت والتفاعلات الاجتماعية. كما تتفق مع دراسة (McStay, et al, 2014) التي أشارت نتائجها إلى أن مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة من مرضى السرطان كان منخفضاً.

نتائج الفرض الثاني والذي ينص على ما يلي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي استجابات عينة البحث على مقياس جودة الحياة في التطبيقين القبلي والبعدي في اتجاه التطبيق البعدي، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة في التطبيق القبلي والبعدي على كل محور من محاور الاستبانة ومجموعها، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (4) الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي على كل محور من محاور مقياس جودة الحياة

المحاور	التطبيق	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
المحور الأول جودة الحياة الشخصية والنفسية	القبلي	44	17.7045	3.42073	43	-7.564	0.01
	البعدي	44	33.7273	13.62857			
المحور الثاني: جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	القبلي	44	17.1364	2.62892	43	-7.792	0.01
	البعدي	44	33.4091	13.60116			
المحور الثالث: جودة الحياة المهنية والاقتصادية	القبلي	44	18.8182	7.10477	43	-7.622	0.01
	البعدي	44	35.1136	12.27252			
المحور الرابع: جودة الحياة الصحية والانفعالية	القبلي	44	18.5909	4.27713	43	-10.198	0.01
	البعدي	44	34.7273	9.58527			
المجموع	القبلي	44	72.2500	10.03280	43	-8.819	0.01
	البعدي	44	136.9773	47.64036			

وبقراءة النتائج الواردة بالجدول (4) يتضح ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسطي درجات عينة الدراسة في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة لدى مرضى السرطان ككل في اتجاه القياس ذو المتوسط الحسابي الأعلى وهو البعدي؛ حيث بلغت قيمة (ت) (-8.819) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوي(0.01).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسطي درجات عينة البحث في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس جودة الحياة لدى مرضى السرطان في اتجاه القياس ذو المتوسط الحسابي الأعلى وهو التطبيق البعدي وذلك في المحاور الأربعة للمقياس وهي: (الأول: جودة الحياة الشخصية والنفسية، والثاني: جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، والثالث: جودة الحياة المهنية والاقتصادية، والرابع: جودة الحياة الصحية والانفعالية)؛ حيث بلغت قيم (ت) بين (-7.564)، (-7.792)، (-7.622)، (-10.198) على الترتيب ، وهي قيم دالة إحصائياً؛ فقد بلغت قيمة الدلالة الإحصائية المحسوبة (0.01).

- **حجم التأثير للبرنامج المقترح لرفع جودة الحياة لدى مرضى السرطان:**

للتأكد من فاعلية البرنامج لرفع جودة الحياة لدى مرضى السرطان تم حساب قيمة مربع إيتا بالاستعانة بقيمة (ت) المحسوبة للفروق بين القياسين القبلي والبعدي لمحاور المقياس الأربعة ومجموعها، كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (5): حجم التأثير للبرنامج المقترح لرفع جودة الحياة لدى مرضى السرطان

المحور	العدد	د.ح	قيمة " ت "	قيمة إيتا η	مربع إيتا (η^2)	مستوى حجم الأثر
الأول	44	43	-7.564	.554	.307	كبير

المحور	العدد	د.ح	قيمة " ت "	قيمة إيتا η	مربع إيتا (η^2)	مستوى حجم الأثر
الثاني	44	43	-7.792	.561	.314	كبير
الثالث	44	43	-7.622	.555	.308	كبير
الرابع	44	43	-10.198	.656	.430	كبير
المجموع	44	43	-8.819	.598	.357	كبير

بالنظر إلى قيمة إيتا في جدول (5) يتضح أن حجم التأثير كبير وهنا يمكن القول بأن البرنامج المقترح لرفع جودة الحياة لدى مرضى السرطان لدى عينة الدراسة ذو فاعلية عالية.

- حجم التأثير للبرنامج المقترح كبيراً؛ حيث بلغت قيمة مربع إيتا (η^2) للمقياس ككل (.357)؛ مما يعني أن 35.7% من التباين الكلي (المفسر) الحادث للمتغير التابع (الشعور بجودة الحياة) يرجع إلى تأثير المتغير المستقل (البرنامج الإرشادي).
 - حجم التأثير للبرنامج المقترح كبيراً؛ حيث بلغت قيمة مربع إيتا (η^2) للمحاور الأربعة للمقياس كان كبيراً؛ حيث تراوحت قيم مربع إيتا (η^2) بين (0.307-0.43)؛ مما يعني أن (30.7-43%) من التباين الكلي (المفسر) الحادث لكل محور من محاور المقياس يرجع إلى تأثير المتغير المستقل (البرنامج الإرشادي).
- ويوضح الرسم البياني الآتي حجم واتجاه الفروق في المتوسطات الحسابية بين التطبيقين القبلي والبعدى لمقياس جودة الحياة لمرضى السرطان في اتجاه القياس البعدى.

شكل (1) يوضح المتوسطات الحسابية بين التطبيقين القبلي والبعدى على عينة الدراسة.

ويمكن عزو هذه النتيجة لفاعلية التدخل التجريبي في تحسين مستوى الشعور بجودة الحياة لدى مرضى السرطان، وذلك لما تضمنه البرنامج من جوانب معرفية ووجدانية ومهارية تتعلق بمرض السرطان من حيث مسبباته وطرق الوقاية منه وكيفية العلاج منه بالإضافة لكيفية التعايش منه وأنه قابل للشفاء من جهة كما أنه يمكن التعايش معه بصورة طبيعية مع الالتزام بالبرامج العلاجية من جهة أخرى، بالإضافة لاهتمامه برفع ثقة المرضى في أنفسهم من جهة وفي إمكانية شفاؤهم من السرطان من جهة أخرى.

بالإضافة لما تم اتباعه في تطبيق البرنامج من استراتيجيات وفنيات إرشادية تتناسب مع طبيعة ومواصفات العينة المختارة، بما يمكن من استيعاب البرنامج والتفاعل الإيجابي معه، كما أنه تم مراعاة توفر الظروف البيئية الملائمة للتطبيق والمتطلبات لنجاح البرنامج.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Lauver, 2007) من فاعلية استخدام أسلوب التقبل والتدين والتسلي كاستراتيجيات أولية لمواجهة مرض السرطان وما يترتب عليه من شعور سلبي نحو جودة الحياة. كما تتفق مع ما توصلت إليه دراسة (Patterson, 2010) من وجود علاقة إيجابية بين الكفاءة الذاتية والثقة في الطبيب والدعم النفسي وفاعلية الذات للمريضات بالسرطان وفاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التفاعل الاجتماعي للحالات مما يؤثر علي نوعية الحياة وجودتها لهن.

وتتفق كذلك مع ما توصلت إليه دراسة (Hill, 2012) من فاعلية النموذج القائم علي الدعم العاطفي والمعلوماتي في تنمية التواصل الاجتماعي مع الذات ومع الآخرين لدى مريضات السرطان مما أثر علي الإحساس بنوعية وجود الحياة لديهن. ويدعم النتيجة السابقة كذلك ما توصلت إليه ودراسة بالبيد والعنزي (2019): من أن البرنامج الذهني السلوكي ساهم في خفض القلق والاكتئاب لدى أسر مرضي السرطان.

الفرض الثالث والذي ينص علي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي استجابات عينة البحث على مقياس جودة الحياة في التطبيقين البعدي والتتبعي "وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة في التطبيق البعدي والتتبعي على كل محور من محاور الاستبانة ومجموعها، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (6): دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياس البعدي والتتبعي

على كل محور من محاور مقياس جودة الحياة

المحاور	التطبيق	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
المحور الأول	البعدي	44	33.7273	13.62857	43	.148	غير دال
	التتبعي	44	33.2955	13.71229			
المحور الثاني	البعدي	44	33.4091	13.60116	43	.171	غير دال
	التتبعي	44	32.9091	13.79386			
المحور الثالث	البعدي	44	35.1136	12.27252	43	.501	غير دال
	التتبعي	44	33.7500	13.21930			
المحور الرابع	البعدي	44	34.7273	9.58527	43	.531	غير دال
	التتبعي	44	33.5909	10.46660			
المجموع	البعدي	44	136.9773	47.64036	43	.329	غير دال
	التتبعي	44	133.5455	50.16227			

وبقراءة النتائج الواردة بالجدول (6) يتضح ما يلي:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات عينة الدراسة في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة لدى مرضى السرطان ككل؛ حيث بلغت قيمة (ت) (0.329) وهي قيمة غير دالة إحصائياً.
 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات عينة الدراسة في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة لدى مرضى السرطان وذلك في المحاور الأربعة للمقياس وهي: (الأول: جودة الحياة الشخصية والنفسية، والثاني: جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، والثالث: جودة الحياة المهنية والاقتصادية، والرابع: جودة الحياة الصحية والانفعالية)؛ حيث بلغت قيم (ت) (0.148)، (0.171)، (0.501)، (0.531) على الترتيب.
- وتدل النتائج السابقة على بقاء واستمرارية أثر البرنامج حيث إنه تم تطبيق المقياس تتبعياً بعد فترة تزيد عن شهرين من التطبيق البعدي ولم تكن هناك فروق دالة إحصائية في مستوى الشعور بجودة الحياة لدى العينة بين التطبيقين البعدي والتتبعي، ولعل ذلك يرجع لما اتبعته الباحثة من استراتيجيات تدريسية وفنيات إرشادية في تطبيق البرنامج ساهمت بشكل إيجابي في تحسين مستوى الشعور بجودة الحياة.

توصيات البحث: يمكن عرض مجموعة من التوصيات علي النحو التالي:

- استعادة مراكز التوجيه والإرشاد النفسي والمراكز العلاجية من البرنامج الإرشادي المقترح في الدراسة لتنمية مستوى الشعور بجودة الحياة لدى المرضى بصفة عامة ومرضى السرطان بصفة خاصة.
- عقد العديد من الدورات التوعوية للمرضى بصفة عامة لتوعيتهم بطبيعة المرض الذي يعانون منه ومدى قابليته للعلاج والتعايش الإيجابي معه.
- تدريب الأخصائيين النفسيين في المراكز الإرشادية والعلاجية على كيفية التعامل مع المرضى ذوي الحالات المزمنة والخطرة خاصة التي تؤثر سلباً على مستوى جودة الحياة.
- تدريب الممرضات على كيفية التعامل مع مرضى السرطان وكيفية الإسهام في رفع مستوى الشعور بجودة الحياة لديهم.
- تصميم برامج لتحسين مستوى الشعور بجودة الحياة لدى المرضى بصفة عامة ومرضى السرطان بصفة خاصة.
- تدريب المرضى من خلال متخصصين نفسيين على كيفية التعايش مع المرض والرضا به دون أن يكون له تأثير بارز على تفاعلاتهم الحياتية وعلاقاتهم بالآخرين.

مقترحات البحث:

- المشكلات النفسية والاجتماعية التي تواجه مرضى السرطان وكيفية التعامل معها من وجهة نظر الخبراء.
- التفكير الانتحاري لدى مرضى السرطان وتصور مقترح للتغلب عليه من وجهة نظر الخبراء.
- فاعلية الإرشاد الديني في الحد من الاضطرابات النفسية والاجتماعية لدى مرضى السرطان.

المراجع:

- ابن سينا، أبو علي الحسين. (د.ت). القانون في الطب، نشر مكتبة المثنى، بغداد، طبع بالأوفسيت عن طبعة بولاق.
- ابن هبل، مهذب الدين أبو الحسن البغدادي. (1963). المختارات في الطب، دائرة المعارف العثمانية، حيدر آباد، الدكن.
- أبو الرب، محمد عمر محمد؛ الأحمد، فراس أحمد سليم عبد. (2013). جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً مقارنة بغير المعاقين في المملكة العربية السعودية. المجلة التربوية المتخصصة، 2(5): 413-455.

- أبو غزالة، سميرة على جعفر، وأحمد، هبة السيد السيد، والحداد، علاء علي. (2016) برنامج إرشادي للأمهات لتنمية جودة الحياة لأطفالهن مرضى السرطان، مجلة العلوم التربوية، 24(4)، جامعة القاهرة، كلية الدراسات العليا للتربية، ص 308 - 383.
- أحمد، إيمان إبراهيم الدسوقي. (2015). واقع جودة الحياة الوظيفية لدى أعضاء هيئة التدريس بجامعة الدمام. العلوم التربوية، 23(4)، 361-396.
- امحمد، مسعودي. (2015). بحوث جودة الحياة في العالم العربي: دراسة تحليلية. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 20، 203-220.
- بالبيد، هدى عمر أحمد، والعنزي، فلاح محروت. (2019). فاعلية برنامج علاجي ذهني سلوكي لخفض القلق والاكتئاب لدى أسر مرضى السرطان، المجلة الدولية للعلوم التربوية والنفسية، العدد العشرون، الجزء الأول، يناير.
- جسام، سناء أحمد (2009) فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي لتحسين جودة الحياة وبعض المتغيرات المرتبطة بها لدى عينة من المسنين، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، الجامعة المستنصرية.
- الرازي، أبو بكر محمد بن زكريا. (1969). الحاوي في الطب، دائرة المعارف العثمانية، حيدر أباد، الدكن.
- الزهراري، أبو القاسم خلف بن عباس. (1973). التصريف لمن عجز عن التأليف - طبع لندن مع الترجمة الإنجليزية.
- السجاري، مها مشاري، والخرينج، أنوار فارس، والقعود، ابتسام راشد. (2017). التدين والدعم الاجتماعي وعلاقته بجودة الحياة والرضا عن الحياة لدى المصابين بالسرطان الرجال في الكويت، مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، السنة 43، العدد 167، جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي ص 91، 126.
- السرطاوي، عبد العزيز والمهيري، عوشة والزيودي، محمد وعبدات، روي (2011). جودة الحياة لدى الأشخاص المعاقين وغير المعاقين في دولة الإمارات العربية المتحدة، مؤسسة الإمارات للنفع الاجتماعي، دبي، الإمارات العربية المتحدة.
- السعدي، علي حمود، وشاكر، زينة هادي، والعواد، علاء صادق. (2014). دراسة خلوية وراثية لمرضى السرطان المعالجين بعقاري التاكسول أو الجمزار، مجلة جامعة بابل، العلوم الصرفة والتطبيقية، العدد2، المجلد (22).
- سليمان، شاهر خالد. (2010). قياس جودة الحياة لدى عينة من طلاب جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية وتأثير بعض المتغيرات عليها، مجلة رسالة الخليج العربي، ع117.
- صالح، أماني عبد التواب. (2013). واقع جودة حياة العمل لدى أعضاء هيئة التدريس بكلية التربية جامعة سلمان بن عبد العزيز. دراسات عربية في التربية وعلم النفس، 39 (2)، 158-189.
- عبد الجليل، فادية رزق، وسليمان، سناء محمد، وموسى، رشاد علي عبد العزيز. (2013). الخصائص السيكمترية لمقياس الشعور بجودة الحياة للمراهقات المعاقات بصرياً. مجلة البحث العلمي في التربية، 14(4)، 473-500.
- عبد الله، رانيا. (2014). فعالية برنامج إرشادي في تحسين جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة سمعياً. مجلة كلية التربية-جامعة بنها، مصر، 99 (ج 1)، 425-446.
- عبد الوهاب، أماني عبد المقصود. (2006). السعادة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من المراهقين من الجنسين. مجلة البحوث النفسية والتربوية، السنة الثانية والعشرين، العدد الثاني، ص: 253-307.
- العتيبي، لفا محمد. (2014). تصميم مقياس جودة الحياة الأكاديمية لطلاب الجامعة. مجلة القراءة والمعرفة، 148، 241-280.
- عراقي، صلاح الدين، ومظلوم، مصطفى. (2005). فاعلية برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة لدي الطلاب المكتئبين، مجلة كلية التربية. جامعة طنطا.

- علام، سحر فاروق. (2012). جودة الحياة وعلاقتها بالرضا الوظيفي لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة. دراسات عربية في علم النفس، 11(2)، 243-306.
- العوامل، ورود. (2016). مستوى جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وعلاقتها ببعض المتغيرات في الأردن، مجلة التربية، كلية التربية، جامعة الأزهر، العدد 166، الجزء الثالث، ديسمبر.
- الغامدي، خالد عبد الرزاق. (2017). فاعلية برنامج إرشادي في تحسين جودة الحياة لدى معلمي المرحلة الثانوية بمحافظة شقراء، مجلة التربية، كلية التربية، جامعة الأزهر، العدد 175، الجزء الثاني، أكتوبر.
- القربلياني، محمد بن علي بن فرج. (1988). كتاب الاستقصاء في علاج الجراحات والأورام. تحقيق محمد العربي الخطابي، الطب في الأندلس الإسلامية.
- الكناني، ممدوح عبد المنعم. (2012). الإحصاء النفسي والتربوي. عمان: دار المسيرة.
- هاشم، سامي محمد. (2001). جودة الحياة لدى المعوقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي، 9(13)، 125-180.

قائمة المراجع المرومنة:

- Ibn Sina, H. (D.t). *Law in Medicine, published in Al-Muthanna Library*, (In Arabic). Baghdad, offset for the Bulaq edition.
- Ibn Hubal, A. (1963). *Anthology in Medicine, the Ottoman Encyclopedia*, (In Arabic). Hyderabad, Deccan.
- abu alrab, M.; Al-Ahmad, A. (2013). Quality of life among the hearing impaired compared to non-disabled people in the Kingdom of Saudi Arabia. (In Arabic). *The Specialized Educational Journal*, 2 (5): 413--455.
- Abu Ghazaleh, j; Ahmed, A. and Al-Haddad, A. (2016) A counseling program for mothers to develop the quality of life for their children with cancer, (In Arabic). *Journal of Educational Sciences*, 24(4), Cairo University, Graduate School of Education, pp. 308-383.
- Ahmed, D. (2015). The reality of quality of job life among faculty members at the University of Dammam, (In Arabic). *Educational Sciences*, 23 (4), 361-396.
- M'hamed, M. (2015). Quality of life research in the Arab world: an analytical study. (In Arabic). *Journal of the Humanities and Social Sciences*, 20, 203-220.
- Balubaid, A., and Al-Anzi, M. (2019). The effectiveness of a mental-behavioral treatment program to reduce anxiety and depression in families of cancer patients, (In Arabic). *International Journal of Educational and Psychological Sciences*, 20 Issue, Part 1, January.
- Jassam, A. (2009) *Effectiveness of a rational and emotional counseling program to improve the quality of life and some variables associated with it among a sample of elderly people*, (In Arabic). (Unpublished PHD Thesis), College of Education, Al-Mustansiriya University.
- Al-Razi, Z. (1969). *Al-Hawi in Medicine*, (In Arabic). the Ottoman Encyclopedia, Hyderabad, Deccan.
- Al-Zahrawi, A. (1973). *Al-Tasrif for those unable to compose* - London reprint with English translation. (In Arabic).
- Al-Sijari, M, Al-Khurinj, F, and Al-Qoud, R. (2017). Religiosity and social support and its relationship to quality of life and satisfaction with life among men with cancer in Kuwait, (In Arabic). *Journal of Gulf and Arabian Peninsula Studies*, 43 (167), Kuwait University, Scientific Publishing Council, pp.91, 126.

- Al-Sartawi, A.; Al-Muhairi, A. ; Al-Zeyoudi, M and Abdat, R (2011). *Quality of life for persons with and without disabilities in the United Arab Emirates*, (In Arabic). Emirates Foundation for Social Benefit, Dubai, United Arab Emirates.
- Al-Saadi, H.; Shaker, H., and Al-Awwad, S. (2014). A Cytogenetic Study of Cancer Patients Treated with Taxol or Gammard, (In Arabic). *Journal University of Babylon, Pure and Applied Sciences*, 2(22).
- Suleiman, K. (2010). Measuring the quality of life of a sample of students from the University of Tabuk in the Kingdom of Saudi Arabia and the effect of some variables on it, (In Arabic). *Journal Arab Gulf Magazine*, p. 117.
- Saleh, T. (2013). The reality of the quality of work life among the faculty members of the College of Education, Salman bin Abdulaziz University. (In Arabic). *Arab Studies in Education and Psychology*, 39 (2), 158-189.
- Abdel-Jalil, R.; Suleiman, M, and Musa, A. (2013). Psychometric characteristics of the Sense of Life Quality Scale for Visually Impaired Adolescent Girls. (In Arabic). *Journal of Scientific Research in Education*, 14 (4), 473-500.
- Abdullah, R. (2014). The effectiveness of an advisory program in improving the quality of life for families of children with hearing special needs. (In Arabic). *Journal of the Faculty of Education - Benha University, Egypt*, 99 (1 c), 425-446.
- Abdel-Wahab, M. (2006). Psychological happiness and its relationship to some psychological variables for a sample of adolescents of both sexes. (In Arabic). *Journal of Psychological and Educational Research*. 22(2), Second Issue, pp. 253-307.
- Al-Otaibi, M. (2014). Designing the quality of academic life measure for university students. (In Arabic). *Reading and Knowledge Journal*, 148, 241-280.
- Iraqi, S.; Mazloun, M. (2005). The Effectiveness of a Counseling Program to Improve the Quality of Life of Depressed Students, (In Arabic). *Journal of the Faculty of Education - Tanta University*.
- Allam, F. (2012). Quality of life and its relationship to job satisfaction among university faculty members. (In Arabic). *Arab Studies in Psychology*, 11 (2), 243-306.
- Awamela, W. (2016). The quality of life among families of children with special needs and its relationship to some variables in Jordan, (In Arabic). *Journal of Education, College of Education, Al-Azhar University*, 166,(3)
- Al-Ghamdi, R.. (2017). The Effectiveness of an Instructional Program in Improving the Quality of Life for Secondary School Teachers in Shaqra Governorate, (In Arabic). *Journal of Education, College of Education, Al-Azhar University, Issue 175(2)*.
- Al-Qurbliani, F. (1988). *Inquiry book in the treatment of surgeries and tumors*. (In Arabic). Muhammad Al-Arabi Al-Khattabi investigation, medicine in Islamic Andalusia.
- Al-Kinani, A. (2012). *Psychological and educational statistics*. (In Arabic). Amman: House of the March.
- Hashem, M. (2001). Quality of life for the physically disabled, the elderly, and university students. (In Arabic). *Journal of Psychological Counseling*, 9 (13), 125-180.

المراجع الأجنبية:

- Al-Zboon, E., Ahmad, J. F., & Theeb, R. S. (2014). Quality of Life of Students with Disabilities Attending Jordanian Universities. *International Journal of Special Education*, 29(3), 93-100.
- Ayyash-Abdo, H., & Alamuddin, R. (2007). Predictors of subjective well-being among college youth in Lebanon. *The Journal of Social Psychology*, 147(3), 265-284.

- Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2014). Quality of life among parents of children with autistic disorder: A sample from the Arab world. *Research in developmental disabilities*, 35(2), 278-287.
- Ejechi, E. O. (2012). The quality of life of retired reengaged academics in Nigeria. *Educational Gerontology*, 38(5), 328-337.
- Erdem, M. (2014). The Level of Quality of Work Life to Predict Work Alienation. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 14(2), 534-544.
- Fallowfield, L. (2002). Quality of life: a new perspective for cancer patients. *Nature Reviews Cancer*, 2(11), 873-879.
- Fukui, S., Ogawa, K., & Yamagishi, A. (2011). Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 20(12), 1285-1291.
- Gomez, L. E., Arias, B., Verdugo, M. A., & Navas, P. (2012). An outcomes-based assessment of quality of life in social services. *Social Indicators Research*, 106(1), 81-93.
- Henning, M. A., Hawken, S. J., & Hill, A. G. (2009). The quality of life of New Zealand doctors and medical students: What can be done to avoid burnout?. *The New Zealand Medical Journal*. *Journal of The New Zealand Medical Association*, 122(1307), 102-110.
- Hill, A. (2012). *Compassionate communication training with cancer patients and caregivers: Empathy, self-compassion, and well-being*. Alliant International University.
- Kushi, L. H., Doyle, C., McCullough, M., Rock, C. L., Demark-Wahnefried, W., Bandera, E. V., ... & American Cancer Society 2010 Nutrition and Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2012). American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA: a cancer journal for clinicians*, 62(1), 30-67.
- Lone, r., Morten, p., Anaa, j, lousi, l., & Mogens, g (2013) cancer patients' evaluation of communication: a report from the population -based study 'The Cancer Patient's World'. *Supportive Care in Cancer*, 2(1), 1, 235-244.
- McStay, R. L., Trembath, D., & Dissanayake, C. (2014). Stress and family quality of life in parents of children with autism spectrum disorder: Parent gender and the double ABCX model. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(12), 3101-3118.
- National Breast Cancer Centre (2003). Clinical practice guide lines for the psychosocial care of adults with cancer, Endorsed April,24(2), 67-89.
- Pereira, M. G., Berg-Cross, L., Almeida, P., & Machado, J. C. (2008). Impact of family environment and support on adherence, metabolic control, and quality of life in adolescents with diabetes. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 187-193.
- Perry, A., & Isaacs, B. (2015). Validity of the family quality of life survey-2006. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28(6), 584-588.
- Prayor-Patterson, H. (2010). *Cognitive-behavioral intervention to enhance communication skills for cancer patients*. The University of Alabama at Birmingham.
- Rogers, S. K., Gomez, C. F., Carpenter, P., Farley, J., Holson, D., Markowitz, M., ... & Nigra, P. (2011). Quality of life for children with life-limiting and life-threatening illnesses: description and evaluation of a regional, collaborative model for pediatric palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 28(3), 161-170.
- Ryff, C. D., Love, G. D., Urry, H. L., Muller, D., Rosenkranz, M. A., Friedman, E. M., ... & Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates?. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(2), 85-95.
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Gomez, L. E., & Reinders, H. S. (2016). Moving us toward a theory of individual quality of life. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121(1), 1-12.

- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. 2. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research*, 13(2), 299-310.
- Theofilou, P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's journal of psychology*, 9(1).150-162.
- Vaez, M., Kristenson, M., & Laflamme, L. (2004). Perceived quality of life and self-rated health among first-year university students. *Social indicators research*, 68(2), 221-234.
- Zare, H., Haghgooyan, Z., & KARIMI, A. Z. (2014). Identification the components of quality of work life and measuring them in faculty members of Tehran University. *Iranian Journal of Management Studies*, 7(1), 41-66.