



الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة
ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH

مجلة الجامعة الإسلامية للعلوم التربوية والاجتماعية

مجلة علمية دورية محكمة

العدد الثاني عشر - الجزء الأول
جمادى الأول 1444 هـ - ديسمبر 2022 م

معلومات الإيداع في مكتبة الملك فهد الوطنية

النسخة الورقية :

رقم الإيداع: 1441/7131

تاريخ الإيداع: 1441/06/18

رقم ردمد : 1658-8509

النسخة الإلكترونية :

رقم الإيداع: 1441/7129

تاريخ الإيداع: 1441/06/18

رقم ردمد : 1658-8495

الموقع الإلكتروني للمجلة :

<https://journals.iu.edu.sa/ESS>



البريد الإلكتروني للمجلة :

ترسل البحوث باسم رئيس تحرير المجلة

iujournal4@iu.edu.sa

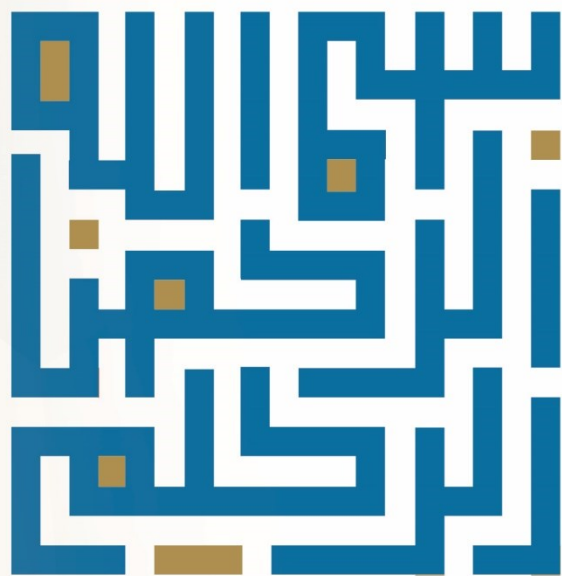




الجامعة الإسلامية بمكة المكرمة
ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH

البحوث المنشورة في المجلة
تعبر عن آراء الباحثين ولا تعبر
بالضرورة عن رأي المجلة

جميع حقوق الطبع محفوظة
للجامعة الإسلامية



قواعد وضوابط النشر في المجلة

أن يتسم البحث بالأمانة والجدية والإبتكار والإضافة المعرفية في التخصص.

لم يسبق للباحث نشر بحثه.

أن لا يكون مستلماً من رسالة علمية (ماجستير/دكتوراة) أو بحوث سبق نشرها للباحث.

أن يلتزم الباحث بالأمانة العلمية.

أن تراعى فيه منهجية البحث العلمي وقواعده.

أن لا تتجاوز نسبة الاقتباس في البحث المقدم (25%).

أن لا يتجاوز مجموع كلمات البحث (12000) كلمة بما في ذلك الملخصين العربي والإنجليزي وقائمة المراجع.

لا يحق للباحث إعادة نشر بحثه المقبول للنشر في المجلة إلا بعد إذن كتابي من رئيس هيئة تحرير المجلة.

أسلوب التوثيق المعتمد في المجلة هو نظام جمعية علم النفس الأمريكية (APA) الإصدار السادس، وفي الدراسات التاريخية نظام شيكاغو.

أن يشتمل البحث على : صفحة عنوان البحث ، ومستخلص باللغتين العربية والإنجليزية، ومقدمة ، وطلب البحث ، وخاتمة تتضمن النتائج والتوصيات ، وثبت المصادر والمراجع ، والملاحق اللازمة مثل: أدوات البحث، والموافقات للتطبيق على العينات وغيرها؛ إن وجدت.

يلتزم الباحث بترجمة المصادر العربية إلى اللغة الإنجليزية.

يرسل الباحث بحثه إلى المجلة إلكترونياً ، بصيغة (WORD) وبصيغة (PDF) ويرفق تعهداً خطياً بأن البحث لم يسبق نشره ، وأنه غير مقدم للنشر، ولن يقدم للنشر في جهة أخرى حتى تنتهي إجراءات تحكيمه في المجلة.

المجلة لا تفرض رسوماً للنشر.



الهيئة الاستشارية :

معالي أ.د. : محمد بن عبدالله آل ناجي

رئيس جامعة حفر الباطن سابقاً

معالي أ.د. : سعيد بن عمر آل عمر

رئيس جامعة الحدود الشمالية سابقاً

معالي د. : حسام بن عبدالوهاب زمان

رئيس هيئة تقويم التعليم والتدريب سابقاً

أ. د. : سليمان بن محمد البلوشي

عميد كلية التربية بجامعة السلطان قابوس سابقاً

أ. د. : خالد بن حامد الحازمي

أستاذ التربية الإسلامية بالجامعة الإسلامية سابقاً

أ. د. : سعيد بن فالح المغامسي

أستاذ الإدارة التربوية بالجامعة الإسلامية سابقاً

أ. د. : عبدالله بن ناصر الوليعي

أستاذ الجغرافيا بجامعة الملك سعود

أ.د. محمد بن يوسف عفيفي

أستاذ أصول التربية بالجامعة الإسلامية سابقاً



هيئة التحرير :

رئيس التحرير :

أ.د. : عبدالرحمن بن علي الجهني

أستاذ أصول التربية بالجامعة الإسلامية

مدير التحرير :

أ.د. : محمد بن جزاء بجاد الحربي

أستاذ أصول التربية بالجامعة الإسلامية

أعضاء التحرير :

معالي أ.د. : راتب بن سلامة السعود

وزير التعليم العالي الأردني سابقا
وأستاذ السياسات والقيادة التربوية بالجامعة الأردنية

أ.د. : عبدالرحمن بن يوسف شاهين

أستاذ المناهج وطرق التدريس بالجامعة الإسلامية

أ.د. : عبدالعزيز بن سليمان السلومي

أستاذ التاريخ الإسلامي بالجامعة الإسلامية سابقاً

أ.د. : عبدالله بن علي التمام

أستاذ الإدارة التربوية بالجامعة الإسلامية

أ.د. : محمد بن إبراهيم الدغيري

وكيل جامعة شقراء لدراسات العليا والبحث العلمي
وأستاذ الجغرافيا الاقتصادية بجامعة القصيم

أ.د. : علي بن حسن الأحمدي

أستاذ المناهج وطرق التدريس بالجامعة الإسلامية

د : رجاء بن عتيق المعيلي الحربي

أستاذ التاريخ الحديث والمعاصر المشارك بالجامعة الإسلامية

سكرتير التحرير:

أ. مجتبي بن الصادق المنا

الإخراج والتنفيذ الفني:

م. محمد بن حسن الشريف

المنسق العلمي :

أ. محمد بن سعد الشال



الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة
ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH

فهرس المحتويات : *

م	عنوان البحث	الصفحة
1	اتجاهات معلمي اللغة العربية كلغة ثانية في الجامعة الإسلامية نحو توظيف تكنولوجيا الوسائط المتعددة التفاعلية في تعليم اللغة العربية للناطقين بغيرها د. تركي عبد العزيز عبد الله الملحم	11
2	توجهات أبحاث تعليم اللغة العربية في المجلات العلمية العربية المحكمة من 2017-2021م د. راشد محمد الروقي	73
3	الأمن البيئي ودوره في التنور الجغرافي لدى طالبات المرحلة الثانوية بمدينة مكة المكرمة من وجهة نظر معلمات الدراسات الاجتماعية د. منال عبد الهادي باخت الحازمي / د. نوره سعد دخيل الله البلوي	105
4	معرفة واستخدام معلمي التعليم العام ومعلمي اضطراب طيف التوحد للتصميم الشامل في التعلم بفصول الدمج د. سلوى رشدي أحمد صالح	161
5	تحديات صناعة القرار عن بُعد في ظل جائحة كورونا (COVID - 19) لدى مديرات مدارس التعليم العام بمدينة الرياض د. أريج بنت محمد التويجري	207
6	مقترحات علاجية لتدني مستوى أداء طلبة المملكة العربية السعودية في اختبار PISA 2018 لمادة العلوم باستخدام أسلوب دلفاي د. أميرة سعد محسن الزهراني	257
7	فعالية برنامج تدريبي قائم على استخدام أدوات الويب الدلالي ببيئات التدريب الإلكترونية لتنمية مهارات الاتصال الإداري لدى عينة من متدربي عمادة خدمة المجتمع والتعليم المستمر د. شوقي محمد محمود محمد	293
8	فعالية برنامج إرشادي قائم على اليقظة الذهنية لتحسين جودة الحياة لدى النساء في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث د. نوره بنت سعد اليقيني	343
9	التُعبوات التي تُواجه تطبيق التعلّم الإلكتروني في جامعة الأمير شطام بن عبد العزيز من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس د. تلاب بن عبدالله الشكرة	389
10	العلاقات السعودية السوفيتية (1344-1357هـ / 1926-1938م) د. عمرو بن إبراهيم العمرو	443

* ترتيب الأبحاث حسب تاريخ ورودها للمجلة مع مراعاة تنوع التخصصات



جامعة المدينة الإسلامية
ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH

فعالية برنامج إرشادي قائم على اليقظة
الذهنية لتحسين جودة الحياة لدى النساء في
مرحلة ما قبل انقطاع الطمث

The effectiveness of counseling program
based- mindfulness to enhance quality of life
among premenopausal women

إعداد

د. نوره بنت سعد البقمي
أستاذ علم النفس المشترك
جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

Norah S. Al-Baqami, PhD

Associate Professor of Psychology
Imam Mohammad Ibn Saud Islamic University

DOI: 10.36046/2162-000-012-008

المستخلص

يُعدّ انقطاع الطمث تغييراً فسيولوجياً يؤثر على جودة حياة المرأة، ويمكن أن تكون التدخلات القائمة على اليقظة الذهنية طريقة فعالة لخفض أعراض انقطاع الطمث وتحسن جودة حياة المرأة. هدفت الدراسة الحالية لتحديد فعالية برنامج إرشادي قائم على اليقظة الذهنية في تحسين جودة الحياة لدى النساء في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث. تكونت عينة الدراسة من (٣٠) تم تقسيمهن إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية (ن=١٥) ومجموعة ضابطة (ن=١٥)، وتضمنت أدوات جمع البيانات استبياناً ديموغرافياً، واستبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث (تعريف الباحثة) والبرنامج الإرشادي (إعداد الباحثة) التي تم استيفائها من قبل المجموعتين قبل وبعد شهر من الانتهاء من التدخل. أشارت النتائج إلى أنه في المجموعة التجريبية، أظهر متوسط درجة جودة الحياة وأبعادها (باستثناء البعد الجنسي) بعد الانتهاء من التدخل انخفاضاً كبيراً مقارنة بمجموعة الضبط، في حين لم تكن الفروق في جودة الحياة وأبعادها في القياسين البعدي والتبعي بين المجموعتين التجريبية والضابطة دالة، وتُشير هذه النتائج إلى فعالية البرنامج الإرشادي القائم على اليقظة الذهنية في تحسين جودة حياة النساء في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث.

الكلمات المفتاحية: اليقظة، ما قبل انقطاع الطمث، جودة الحياة، الإرشاد.

Abstract

Menopause is a physiological change that affects a woman's quality of life, and mindfulness-based interventions can be an effective way to reduce menopausal symptoms and improve a woman's quality of life. The present study aimed to determine the effectiveness of a counseling program based on mindfulness in improving the quality of life of premenopausal women. The study sample consisted of (30) woman divided into two groups: intervention (n = 15) and control (n = 15). The data collection instruments included a demographic questionnaire, the menopause quality of life questionnaire and counseling program, which were completed by the both groups before and after the completion of the intervention. The results indicated that in the intervention group, the mean score of quality of life and its domains (except sexual domain) after completing the intervention and after one month showed a significant decrease compared to the control group, while the differences in quality of life and its domains in the post and follow-up measurements were not significant for the intervention group. These results indicate the effectiveness of a mindfulness-based counseling program in improving the quality of life for premenopausal women.

Keywords: Mindfulness, Premenopausal, Quality of Life, Counseling.

المقدمة:

تُعدّ مرحلة انقطاع الطمث من المراحل الطبيعية التي تعيشها المرأة كجزء من عملية الشيخوخة، ويُستخدم مصطلح انقطاع الطمث وهو ما يُشار إليه بسن اليأس (Menopause) لوصف التوقف الدائم للوظائف الأساسية للمبيض لدى المرأة؛ حيث يقل معدل التبويض من مرة كل شهر إلى مرة كل شهرين، ثم كل ستة أشهر، ويختل النزيف الحيضي (Menstrual Flow)؛ لأن الجسم لا ينتج القدر الكافي من هرمون الأستروجين، ولا تنتقل المرأة مباشرة إلى مرحلة انقطاع الطمث، ولكنها تمر بمراحل تمهيدية تُعرّف بمرحلة ما قبل انقطاع الطمث (Premenopausal)، ولكن يبقى انقطاع الطمث العلامة الأساسية لنهاية الفترة الانتقالية، ويكون بالتوقف الكامل للحيض، وإشارة لنهاية الإخصاب (Ebrahimi & Rahimi, 2019).

وتتميز هذه المرحلة الانتقالية بالعديد من التغيرات التي تحدث على المستوى البيولوجي والنفسي والاجتماعي، وظهور العديد من الأعراض كالأعراض الوعائية الحركية (Vasomotor Dysfunction) وضمور الأعضاء التناسلية، وسرعة ضربات القلب، وعدم انتظامها، واضطراب النوم، والصداع، وآلام العضلات، والمفاصل، وكذلك مشاكل في التركيز والذاكرة، وأعراض نفسية تشمل الاكتئاب، والقلق، والتهيج، وتقلب المزاج، ويعاني حوالي (٨٠٪) من النساء من بعض هذه الأعراض، والتي تستمر عادة ما يقرب من سنتين إلى خمس سنوات بعد الدورة الشهرية الأخيرة (Enjezab, Zarehosseinabadi, Farzinrad & Dehghani, 2019).

وعادةً ما تتكيف بعض النساء بشكل جيد مع أعراض انقطاع الطمث، ويتقبلن التغيرات المصاحبة لهذه المرحلة الانتقالية، في حين يجد البعض الآخر يواجه صعوبة في تقبل هذه التغيرات والتكيف معها، وتُشير الدراسات إلى أن الثقافة تؤثر وبشكل كبير على إدراك وتصوّر النساء لأعراض سن اليأس، مدعومة بالقيمة الموضوعية على الخصوبة والجنس والدور الذي تؤديه المرأة داخل المجتمع (Molefi-Youri, 2019) وفي الثقافات التقليدية، وغالبًا ما يكون هناك اتجاه إيجابي نحو انقطاع الطمث؛ حيث تكتسب المرأة امتيازات معينة عند بلوغها هذه المرحلة؛ مثل: وصف "المرأة الحكيمة"،

والتحرر من الدورة الشهرية وقلق الحمل، وفي المقابل يرتبط انقطاع الطمث بالشيخوخة، وفقدان الشباب والجمال والجمادية في الثقافات الغربية (Hall, et al.,2007; Sommer et al. 1999).

هذا، وقد وصف نوسك وآخرون (Nosek et al. 2012) ثلاثة جوانب من الضيق النفسي المرتبط بانقطاع الطمث، أولاً: التجربة الأولية لاضطراب المزاج المرتبط بالتقلبات الهرمونية، وثانياً: ضائقة الاستجابة للتغيرات الجسدية لانقطاع الطمث؛ مثل: الأعراض الوعائية الحركية؛ وثالثاً: الضيق الناجم عن التفاعل المعرفي والانفعالي لانقطاع الطمث والشيخوخة بشكل عام، وتزداد هذه الأمور تعقيداً بسبب إدراك وتوقعات المرأة واتجاهاتها نحو هذه المرحلة والتغيرات المصاحبة لها، والتي بدورها تتأثر بالعوامل الاجتماعية والثقافية والبيئية، وعلى الرغم من أن انقطاع الطمث هو تطور طبيعي للجهاز التناسلي الأنثوي مع التقدم في السن، إلا أن التغيرات التي تصاحب هذه المرحلة قد تكون مجهداً جسدياً ونفسياً، والتعامل معها ليس بالأمر السهل دائماً، ويمكن أن يكون له تأثير كبير على رفاهية المرأة وجودة حياتها (Ceyla Ceylan, & Özerdoğan, 2015).

كما تتأثر جودة الحياة أثناء انقطاع الطمث بعدة عوامل؛ منها: صورة الجسم، ومعنى الحياة، والفعالية الذاتية (Jafary et al. 2011) والأعراض (الجسدية والنفسية والاجتماعية)، والعادات، ونمط الحياة (Dotlic et al., 2017)، وبالرغم من أن الأعراض الجسدية لسن اليأس تُعدّ الأكثر وضوحاً مقارنة ببقية الأعراض، إلا أن لها تأثيراً كبيراً على الحالة النفسية للمرأة وجودة الحياة. ومعنى آخر: يرتبط الانزعاج الجسدي ارتباطاً مباشراً بعدم الراحة النفسية (Liu et al.,2014).

هذا، وتُقدّم الدراسات حول تأثير أعراض انقطاع الطمث على جودة حياة المرأة نتائج مختلطة؛ فقد أظهرت نتائج دراسة أُجريت على النساء في صربيا والبرتغال أن جودة الحياة المتصورة أثناء انقطاع الطمث تم الإبلاغ عنها بشكل عام على أنها جيدة (Dotlic et al.,2017)، كما أشارت نتائج دراسة Ferrand et al. (2013) إلى أن المرأة الفرنسية تتمتع بجودة حياة أعلى أثناء انقطاع الطمث مقارنة بالنساء التونسيات، وخلصت دراسة Kalarhoudi et al. (2011) إلى أن انقطاع

الطمث الذي امتد لأكثر من خمس سنوات، وانخفاض الدخل، والنشاط البدني ارتبط وبشكل كبير بانخفاض جودة الحياة أثناء انقطاع الطمث.

كما وُجد (Nazarpour et al. 2020) أن بعض العوامل - لا سيما العوامل الاجتماعية وشدة الأعراض لنفسية والجسدية وأعراض الجهاز البولي التناسلي، وطول فترة الانتقال إلى سن اليأس - تُؤثر سلبًا على جودة الحياة أثناء انقطاع الطمث، في حين أن ارتفاع مستوى التعليم والدخل كانا لهما تأثير إيجابي، كما انتهت دراسة (Nisar and Soho 2009) إلى أن النساء بعد سن اليأس لديهن انتشار أعلى لأعراض سن اليأس التي تؤثر وبشكل كبير على جودة حياتهن، مقارنة بالنساء في مرحلة قبل وبعد انقطاع الطمث، وظهر لدى النساء في المرحلة الانتقالية انتشار أعلى للأعراض النفسية مع تأثير أكبر على رفاههن النفسي.

وفي اليابان يُعاني ما يقرب من (٢٥٪) من النساء في سن اليأس من أعراض شديدة، لدرجة أنها تقلل وبشكل كبير من جودة حياتهن (Murlova, 2012)، كما أن العلاقة السلبية بين أعراض انقطاع الطمث وجودة الحياة تم العثور عليه أيضًا في دراسات أخرى أُجريت على النساء التركيات (Kumari et al., 2020) و (Karaçam, & Şeker, 2007).

وعلى الرغم من أن انقطاع الطمث حدث طبيعي، إلا أنه يُمثل العديد من التحديات للنساء في منتصف العمر في جميع أنحاء العالم (Nosek et al., 2012)، وغالبًا ما تُستخدم مجموعة واسعة من الأساليب الطبية لمساعدة النساء على التحكم في أعراض انقطاع الطمث، ومن أشهرها العلاج التعويضي بالهرمونات، إلا أن المخاوف التي أُثيرت بشأن سلامة هذا النوع من العلاجات، وكذلك المخاوف بشأن الآثار الجانبية للعلاجات غير الهرمونية (Hall, Frey & Soares, 2011) قد دفع النساء إلى الاتجاه إلى استخدام الطب التكميلي، والبديل، والتدخلات النفسية (Enjebab et al., 2014)؛ حيث شهدت السنوات الأخيرة زيادة ملحوظة في المنشورات عن التدخلات العلاجية المرتكزة على اليقظة (Mindfulness- Based Intervention (MBI)؛ مثل: العلاج المعرفي السلوكي المرتكز على اليقظة (Mindfulness- Based Cognitive Behavioral Therapy (MBCT)، وعلاج خفض

الضغوط المرتكز على اليقظة (Mindfulness- Based Reduction stress Therapy (MBSR) والعديد من البرامج الأخرى، والتي كشفت عن أدلة قوية تؤكد فعاليتها، مع فوائدها الإضافية على الصحة الجسدية والنفسية (Molefi-Youri, 2019).

وتُشير الدراسات إلى أن العلاجات والتدخلات القائمة على اليقظة فعالة في التعامل مع مختلف المشاكل النفسية والجسدية؛ كالضغوط والقلق والاكتئاب (Kuyken et al., 2008)؛ حيث تُساعد على زيادة الاستقرار الانفعالي، والحد من الاجترار (السلبى)، وتخفيف الآلام الجسدية المزمنة، وتحسين الصحة النفسية، من خلال زيادة قدرات القبول والتعاطف. كما يتضح أن معظم هذه المشكلات ترتبط ارتباطاً وثيقاً بأعراض انقطاع الطمث، مما يؤدي إلى افتراض أن اليقظة يمكن أن تكون مفيدة في التعامل مع أعراض انقطاع الطمث (Murlova, 2012)، ويدعم هذا الافتراض ما خلصت إليه نتائج مراجعتين منهجيتين للتدخلات النفسية والاجتماعية لانقطاع الطمث، والتي أشارت إلى أن العلاج المعرفي السلوكي قلل من تواتر وشدة الأعراض الوعائية الحركية، لا سيما عندما كان هناك مكون نفسي؛ مثل: الأرق والتعب والقلق والاكتئاب (Toral, et al., 2014; Tremblay et al., 2008).

أيضاً، توصل (Van Driel et al., 2019a) إلى أنه يمكن استخدام العلاج المعرفي السلوكي بأمان وفعالية لتقليل الأعراض الحركية الوعائية، وكذلك الضغط النفسي المرتبط بانقطاع الطمث، كما أوضحت نتائج دراسة (Tremblay et al., 2008) أن التدخلات النفسية والتنقيفية -بما في ذلك التدريب على الاسترخاء- قد ساهمت في تخفيف شدة وتكرار الهبّات الساخنة لدى النساء في مرحلة انقطاع الطمث، وأيدت ما سبق نتائج دراسة (Van Driel et al. 2019b) التي أشارت إلى أنّ التدخلات النفسية قد خفضت من شدة الهبّات الساخنة على المدى القصير والمتوسط، وأعراض انقطاع الطمث على المدى القصير.

وتُشير نتائج الدراسات السابقة في مجملها إلى أنّ التدخلات القائمة على اليقظة قد تكون نهجاً جديداً؛ لتحسين جودة حياة النساء بشكل عام أثناء انقطاع الطمث (Chen, et al., 2021)؛

حيث يمكن الوصول إلى الفوائد التي تقدمها التدخلات القائمة على اليقظة في فترة الانتقال لمرحلة انقطاع الطمث من خلال آليات عمل مماثلة تُساعد على مواجهة التحديات المرتبطة بالتكيف النفسي مع التغيرات التي تحدث خلال هذه المرحلة، كالعامل على زيادة اليقظة الذهنية، والتعاطف، والتنظيم الانفعالي، والوعي وراء المعرفي، وتقليل الاجترار، والموقف غير القضائي والعاطفي بُجاه التغيير، والأفكار، والمشاعر، والأحاسيس الجسدية، بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تُخفف اليقظة من المعاناة والضيق في سن اليأس، من خلال النظر إلى الذات كـ"عملية"، بدلاً من كونها هوية ثابتة، ومن خلال تنمية قبول التغيير وعدم الثبات، وقبول ما هو، والتعاطف مع الذات، وتبني الرغبة في تقبُّل الأحداث كما هي والسماح لها بالمُضي (Teasdale & Chaskalson, 2011).

مشكلة الدراسة:

يُنظر إلى انقطاع الطمث على أنه تطوُّر طبيعي للجهاز التناسلي الأنثوي مع التقدم في السن وفترة تصاحبها العديد من التغيرات الرئيسة في حياة المرأة، وتحدث هذه التغيرات ليس فقط على المستوى البيولوجي، ولكن أيضاً على المستوى النفسي والاجتماعي (Jafary et al., 2011; Kanadys et al., 2016)، وعادة ما تستمر هذه التغيرات لفترة طويلة قد تمتد لعدة سنوات، وعلى الرغم من أن أعراض انقطاع الطمث قد لا تهدد الحياة أو الصحة بشكل مباشر، إلا أنها قد تؤثر على رفاهية المرأة وجودة حياتها (Avis et al., 2003; Jaspers et al., 2015; Belešová & Tóthová, 2019).

ووفقاً ما أشارت إليه الدراسات من أن ما يقرب من (٨٠٪) من النساء يعانين من الهبات الساخنة والتعرق الليلي في مرحلة ما قبل وبعد انقطاع الطمث، وأن هذه الأعراض تسببت في تدني جودة الحياة، وأن خيارات العلاجات الدوائية والعلاج الهرموني المتاحة ليست من أولويات الاستخدام بالنسبة للنساء، كما أنها تُسبب بعض المضاعفات والمخاطر على صحة المرأة (Murlova, 2012)، ومع ذلك، فإن العديد من النساء لا يطلبن المساعدة لإدارة أعراضهن بسبب الشعور بالحرج، أو احتمال التعرض لردود فعل سلبية من قِبَل الآخرين، فضلاً عن عوامل الخطر المحتملة المرتبطة باستخدام العلاج الهرموني للتخفيف من أعراض انقطاع الطمث والموصوفة سابقاً التي تُعدُّ أسباباً إضافية لدراسة الأساليب التكميلية والبديلة لعلاج أعراض انقطاع الطمث.

وتُظهر الأبحاث أن التدريب القائم على اليقظة فعال في تحسين جودة حياة المرأة أثناء انقطاع الطمث، وتقليل شدة وتكرار الأعراض الوعائية الحركية، وتقليل القلق وأعراض الاكتئاب، مع بعض الأدلة على فوائده في علاج المشاكل الجنسية أيضاً (Carmody et al., 2011; Enjezab et al., 2019; Zamani et al., 2020, Pyri et al., 2021; Sener & Tashan, 2021; Van Driel et al., 2019b; Wong et al., 2018). وقد لاحظت الباحثة أنه منذ ظهور التّدخلات القائمة على اليقظة الذهنية، تناولته كثير من الدراسات العربية كمدخل علاجي للعديد من المشكلات والاضطرابات النفسية والاجتماعية والسلوكية، إلا أنه ما يزال هناك نقص واضح في الدراسات العربية التي تبحث في أثر التدخلات القائمة على اليقظة الذهنية في خفض أعراض انقطاع الطمث، وتحسين جودة الحياة لدى المرأة، بخلاف الاهتمام الواضح الذي تُوليه الدراسات الأجنبية لهذا المجال من الأبحاث، وبالتالي هناك ضرورة للتركيز على هذا المجال البحثي؛ حتى يمكن تقديم بدائل علاجية فعالة وآمنة للنساء؛ ولذا جاءت هذه الدراسة لسدّ النقص الحاصل في الدراسات السابقة التي تستهدف التحقّق من فعالية التدخلات القائمة على اليقظة في تحسين جودة حياة النساء في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث، ولتحقيق ذلك تحاول الدراسة الحالية الإجابة على السؤال الرئيس التالي:

- هل يُسهم البرنامج الإرشادي القائم على اليقظة في تحسين جودة الحياة لدى النساء في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث؟ وبنسبة من هذا التساؤل التساؤلات الفرعية التالية:
- هل توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على استبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث والأبعاد والدرجة الكلية في القياس البعدي؟
- هل توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على استبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث والأبعاد والدرجة الكلية في القياسين البعدي والتبعي؟

أهداف الدراسة:

- تهدف الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي قائم على اليقظة في تحسين جودة حياة النساء في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث.

● الكشف عن فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية، والضابطة على استبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث والأبعاد والدرجة الكلية في القياس البعدي.

● الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على استبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث والأبعاد والدرجة الكلية في القياسين البعدي والتتبعي.

أهمية الدراسة:

أ- الأهمية النظرية:

تنبثق أهمية الدراسة من أهمية مجال اليقظة الذهنية كمفهوم نفسي، أو كمدخل تدريبي وعلاجي، وهو يُعد من الأساليب الحديثة نسبياً في مجال الدراسات النفسية، فضلاً عن نُدرَة الدراسات العربية -في حدود اطلاع الباحثة- التي تناولت موضوع الدراسة، وبخاصة استخدام التدخلات القائمة على اليقظة في تحسين جودة حياة المرأة في مرحلة انقطاع الطمث؛ حيث تُمثل هذه الدراسة إضافة في مجال الدراسات النفسية.

كما تركز الدراسة الحالية على النساء في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث، التي تُعدّ إحدى المراحل الهامة في حياة المرأة، التي تتميز بالكثير من التغيرات البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية، وتؤثر هذه التغيرات سلبيًا على رفاهية المرأة وجودة حياتها، الأمر الذي يستوجب تقديم الدعم والمساندة ومساعدتها على تنمية قدرتها على مواجهة هذه التغيرات، وتقبلها والتكيف معها من خلال التدخلات النفسية.

ب- الأهمية التطبيقية:

تقدم الدراسة برنامجاً إرشادياً قائماً على اليقظة، يمكن استخدامه لمساعدة النساء في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث، وتحسين توافقهن النفسي، من خلال خفض أعراض انقطاع الطمث، وتحسين جودة حياتهن، ويُشكل نواة في إعداد برامج إرشادية وتدريبية في المستقبل لمساعدة النساء على مواجهة تحديات هذه المرحلة.

مصطلحات الدراسة:

البرنامج الإرشادي القائم على اليقظة الذهنية (Program Based on Mindfulness):

يُعرف البرنامج الإرشادي القائم على اليقظة الذهنية إجرائياً في الدراسة الحالية على أنه: "برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية، والذي يهدف إلى إرشاد وتدريب النساء في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث على استراتيجيات اليقظة الذهنية، بهدف تحسين جودة الحياة لديهن من خلال ما يحتويه من فنيات وأنشطة".

جودة الحياة (Quality of life):

جودة الحياة مفهوم واسع يشمل الإدراك الذاتي للفرد ومعتقداته عن مكانته في الحياة، والإنجازات والأداء في مجالات الحياة المختلفة، والصحة، والرفاهية، والرعاية الذاتية، والراحة، والشعور بالسعادة، والرضا عن الحياة، والعلاقات، في سياق أهدافه وتوقعاته وثقافته وقيمه. (Ceylan & Utian and Woods, 2011; Jafary et al., 2011; Özerdogan, 2015) وتتبنى الباحثة تعريف يوتيان وودز (2013) لجودة الحياة بأنها: "التصور الذاتي للنساء في سن اليأس الذي يتم تحديده من خلال تقييم درجة الانزعاج من أعراض انقطاع الطمث وتداخلها في الحياة اليومية".

وتُعرف إجرائياً بأنها: "مجموع الدرجات التي تحصل عليها المستجيبة على مقياس استبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث. والمستخدم في الدراسة الحالية إعداد هيلدتش وآخرين (Hilditch et al., 1996) تعريف الباحثة".

مرحلة ما قبل انقطاع الطمث (premenopausal):

تُعرف على أنها: "الفترة التي تظهر فيها تغييرات في نمط الحيض، وتصبح الدورة غير المنتظمة مع تغيرات في كمية وتكرار الحيض مقارنة بما كان عليه الحال قبل ١٢ شهراً" (Wong et al., 2018).

حدود الدراسة:

- **الحدود الموضوعية:** تتمثل الحدود الموضوعية للدراسة من خلال موضوع الدراسة، وهو فاعلية برنامج إرشادي قائم على اليقظة الذهنية في تحسين جودة الحياة لدى النساء في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث.
- **الحدود البشرية والمكانية:** تتمثل الحدود البشرية والمكانية للدراسة بمجتمع الدراسة، والذي يشمل النساء في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث والمقيمات في مدينة الرياض.
- **الحدود الزمانية:** تم تطبيق الدراسة الحالية خلال الفترة الممتدة ما بين شهري يناير وفبراير (٢٠٢٢).

الإطار النظري والدراسات السابقة

اليقظة العقلية (Mindfulness):

بدأ الاهتمام بمفهوم اليقظة العقلية خلال العقود الثلاث الماضية، وتُعدّ عنصر أساسي في بعض الروحانيات الشرقية والتقاليد، لا سيما البوذية، واستمد هذا المفهوم جذوره منها؛ وذلك عبر الانخراط في ممارسات التأمل (Bishop et al., 2004) وقد اختلفت نظرة الباحثين لليقظة العقلية، فالبعض يرى أنها حالة مؤقتة، أو سمة، والبعض الآخر يرى أنها نوع من الممارسات التأملية، أو التدخلات العلاجية. (Vago & Silbersweig, 2012)

ولا يوجد اتفاق بين الباحثين على تعريف واحد لليقظة العقلية، فعرفها كابات زين (Kabat-Zinn, 2003) بأنها: "الوعي الذي ينشأ من خلال الانتباه عن قصد في اللحظة الحالية، وعدم إصدار الأحكام على انكشاف التجربة لحظة بلحظة"، كما يعرف كل من براون وريان (Ryan & Brown, 2003, 23) اليقظة العقلية بأنها: "الانتباه والتقبل للواقع، والوعي بكل ما يتعلق بأحداث التجربة الحالية، وأنها مقدرة الفرد على الانتباه الكلي لخبراته التي تحدث في اللحظة الآنية وقبولها، وعدم إصدار الأحكام بشأنها". وتُعرفها نيف (Neff 2003) بأنها: "حالة من الوعي المتوازن الذي يجنب الفرد التقيضين من التوحد الكامل بالهوية الذاتية، وعدم الارتباط بالخبرة، ويتبع رؤية واضحة

لقبول الظاهرة النفسية والانفعالية كما تظهر". وتعني أيضاً الانفتاح على عالم الأفكار والمشاعر والأحاسيس المؤلمة والخبرات غير السارة لدى الفرد، ومعايشة الخبرة في اللحظة الحاضرة بشكل متوازن.

كما يمكن وصفها أيضاً كحالة من الاهتمام المستمر بالمحتويات والعمليات الذهنية المستمرة، دون إصدار حكم أو تقييم (Grossman et al., 2004) كما أنها الوعي لحظة بلحظة بتجربة الفرد، دون إصدار حكم (Davis & Hayes, 2011)، أو بعبارة أخرى: اليقظة الذهنية هي الوعي الذي ينشأ من خلال الانتباه المتعمد، والقبول غير القضائي لمكان وجود العقل في الوقت الحالي، ويشمل اليقظة الوعي غير التفاعلي للتجارب اللحظية، والأفكار، والعواطف، والمشاعر، وكذلك المحفزات الخارجية، بما في ذلك الإدراك الحسي (Kabat-Zinn, 2005)، وعلى الرغم من وجود العديد من تعريفات اليقظة، إلا أن جميعها تأخذ في الاعتبار نفس العناصر الأساسية لليقظة: الوعي والانتباه للحظة الحالية، وعدم إصدار الأحكام. ولا تتعلق اليقظة بالوصول إلى أي مكان أو تعديل أي شيء؛ بل إنها تتعلق بتجربة اللحظة التي يكون فيها الشخص حاضرًا بشكل كامل.

هذا، وقد حدد لانجر (Langer 1992) أربع مكوّنات لليقظة العقلية، وهي: البحث عما هو جديد، والارتباط، وتقديم الجديد، والمرونة؛ بينما اقترح باير (Baer 2003) مكوّنين لليقظة العقلية: المكوّن الأول: التنظيم الذاتي للانتباه؛ ويتضمن عدداً من الصفات؛ مثل: الاهتمام المستمر، والقدرة على تركيز الانتباه على موضوع لفترة طويلة من الزمن، والتحول والأفعال، والمرونة العقلية التي تسمح للشخص بتوجيه التركيز من موضوع لآخر، والوعي، والمراقبة. أما المكوّن الثاني فهو: التوجه نحو التجربة (الخبرة)، ويتضمن الالتزام بالفضول نحو الأنشطة العقلية، والقبول بحرية اللحظة تلو اللحظة. فيما حدد باير وآخرون (Baer et al. 2006) خمس مكوّنات لليقظة الذهنية؛ هي: المراقبة، والوصف، والتصرف بوعي، وعدم الحكم المسبق، وعدم التفاعل مع الخبرة الداخلية.

ولليقظة العقلية فوائد متعددة، لخصها ويسبيكر وآخرون (Weissbecker et al. 2002) في تعزيز الشعور بالقدرة على إدارة البيئة المحيطة من خلال تعزيز الاستجابات التكيفية لمواجهة الضغوط،

وتحسين الشعور بالتماسك؛ لأن الوعي لحظة بلحظة ربما يُسهّل الانفتاح على الخبرات والإحساس بها، وتعزيز الشعور بمعنى الحياة واستكشاف المعنى، ويشير جونز وآخرون (Jones et al. (2016 إلى أن اليقظة الذهنية تساعد في التقليل من التوتر لدى الأفراد؛ الأمر الذي يُمكنهم من التفكير بطريقة إيجابية، مما يساعد في تدفُّق الأفكار، ويُعد خفض الضغوط القائم على اليقظة الذهنية مجالاً جديداً في الطب الوقائي والسلوكي، وقد أظهرت الأبحاث أن اليقظة الذهنية، وتركيز الانتباه، يمكن أن يؤدي إلى خفض طويل المدى للأعراض الجسمية والنفسية، بالإضافة إلى وجود تأثيرات إيجابية كبيرة لدى الفرد؛ من حيث المواقف والسلوك وإدراك الذات والآخرين والعالم من حوله، كما أنها تساعد الأفراد على التعامل مع الضغوط المرتبطة بتحديات الحياة اليومية.

وتقوم اليقظة الذهنية على عدة أسس، وهي: عدم الحكم (Non-Judging) أو إصدار أحكام مسبقة، والصبر (Patience) وعقل المبتدئين (Beginners mind)؛ أي التعامل مع الخبرات المرتبطة بالموقف كأنه يحدث لأول مرة، والثقة (Trust)، وعدم السعي (Non-Striving) لما لا يمكن تغييره في الواقع مما يعرض الفرد للضغوط، والتقبل (Acceptance)؛ أي تقبل الفرد للخبرات المرتبطة بالموقف لحظة حدوثه، والتخلي (Letting go) عن الأفكار والخبرات السلبية المرتبطة بالموقف الراهن على حساب التفكير الواعي، والتي يتم التأكيد عليها وإعادة تعزيزها من خلال تدريبات اليقظة الذهنية. وبالتالي يمكن استنتاج أن اليقظة الذهنية محصلة لأربعة عوامل؛ هي: التقبل والانتباه والتركيز على اللحظة الراهنة والوعي (Young, 2016).

انقطاع الطمث (اليأس) (Menopause):

تأتي كلمة "سن اليأس" من الكلمات اليونانية "month" - "menos" و"end" أو "stop". كما يوحي المعنى، إنها تعني نهاية الدورة الشهرية المنتظمة، وكثيراً ما يُستخدم أيضاً مصطلح "climacteric" المشتق من الكلمة اليونانية "klimater" وتعني "النقطة الحرجة" ويشير ليدي (Leidy (1994 إلى أن سن اليأس انتقال طويل الأجل، وعادة ما يستمر ما بين أربع إلى عشر سنوات، وغالباً ما يُستخدم كلا المصطلحين بالتبادل من قبل الباحثين في الأدبيات، وشيخوخة المرأة عملية تدريجية تمر بثلاث مراحل مختلفة؛ هي:

مرحلة ما قبل انقطاع الحيض (Perimenopause): وهي المرحلة الأولى من انقطاع الطمث؛ حيث تُعاني النساء من مجموعة من الأعراض بسبب التحول المفاجئ في مستويات الهرمونات، وتبدأ فترة ما قبل انقطاع الطمث بدورات غير منتظمة يتبعها تناقص تدريجي لعمل المبايض، وتنتهي فترة ما قبل انقطاع الطمث عندما تتوقف المبايض عن إنتاج البويضات تمامًا. ومن الأعراض التي تُشير لبداية الدخول لمرحلة انقطاع الطمث تغييرات في الدورة الشهرية، والهبات الساخنة والتعرق، وجفاف المهبل، ومشاكل في النوم، وتغييرات في المزاج.

مرحلة انقطاع الطمث (Mmenopause): وتتميز هذه المرحلة بالتوقف الدائم لوظيفة المبايض، مما يتسبب في نهاية الدورة الشهرية ويؤدي إلى العقم، ويتم تشخيص انقطاع الطمث بعد عام واحد من انقطاع الطمث؛ أي بعد مرور اثني عشر شهرًا على آخر دورة شهرية للمرأة (Ceylan & Özerdogan, 2015; Greendale, et al., 2020) ويجب أن يكون هذا راجعًا إلى الوهن الطبيعي للمبايض، ونضوب بويضات المبايض (البويضات الناضجة) بسبب الشيخوخة الطبيعية، وليس بسبب المرض أو تناول الأدوية، أو الحمل، أو الرضاعة الطبيعية، أو استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية (Sarri et al., 2015)، وتُعدّ هذه المرحلة نهاية سن الإنجاب، وهو ما يطلق عليه سن اليأس. وتمثل هذه المرحلة بالنسبة لمعظم النساء نهاية أعراض ما قبل انقطاع الطمث، بينما قد تستمر الأعراض لدى بعض النساء لفترة أطول قليلًا.

مرحلة ما بعد انقطاع الطمث (post menopause): وتُعدّ المرحلة التالية لانقطاع الطمث، ويسبق ذلك عدة سنوات ممّا يُسمّى بفترة انقطاع الطمث، وقد لا تعاني المرأة من القلق وتقلبات المزاج، والمراحل الثلاث لا يمكن تمييز بعضها عن البعض بوضوح، فالانتقال من مرحلة إلى أخرى يتم بشكل تدريجي؛ أي الانتقال من حالة التكاثر إلى الحالة غير الإنجابية (Greendale et al., 2020; Mollaahmadi et al. 2019).

وتختلف بداية سن اليأس من امرأة لأخرى، فهي عملية فردية لا يمكن تحديدها أو توقعها بسهولة؛ حيث توجد اختلافات جوهريّة في بداية انقطاع الطمث، والعوامل التي تؤثر عليها،

والأعراض التي تعاني منها النساء عبر البلدان وداخلها، والتي لا يمكن تحديدها بوضوح حتى الآن، ويختلف بدء الوصول إلى سن اليأس من بلدٍ لآخر ووفقًا للدراسات، وكان متوسط سن انقطاع الطمث مختلفًا بشكل كبير في المناطق الجغرافية المختلفة، وباختلاف الظروف البيئية، والوضع الاجتماعي والاقتصادي، والخصائص البيولوجية والسلوكية (Ayatollahi et al., 2015)، بحيث يبلغ متوسط سن انقطاع الطمث في تايوان (٤٩,٥) عامًا، وفي أستراليا (٥١) عامًا، وفي الولايات المتحدة (٥١,٤) عامًا، وفي اليابان (٤٩,٣) عامًا، وفي نيجيريا (٤٨,٤) عامًا، وفي فنلندا (٥١) عامًا، وفي أفريقيا (٤٨,٤) عامًا، وفي إسبانيا (٥١,٧) عامًا، وفي ماليزيا (٤٩,٦) عامًا (Ebrahimi & Rahimi, 2019).

أعراض ومظاهر انقطاع الطمث:

ترتبط التغيرات الهرمونية في سن اليأس بأعراض محددة تبدأ عادةً خلال فترة ما قبل انقطاع الطمث، وتزداد تدريجيًا في سن اليأس، وبعد ذلك تختفي تدريجيًا مرة أخرى حتى تصل المرأة إلى مرحلة ما بعد انقطاع الطمث بدون أعراض، وقد اختلف الباحثون في تصنيف وتقسيم الأعراض، وقد قسم جريندال وآخرون (Greendale et al., 2010) الأعراض إلى فئتين رئيسيتين: جسدية ونفسية. تشمل الأعراض الجسدية الأعراض الحركية الوعائية، والحيض غير المنتظم، ومشاكل النوم، بينما تشمل الأعراض النفسية تقلب المزاج، والقلق، والاكتئاب، وعدم الاستقرار العاطفي بالإضافة إلى ذلك، أضاف جريندال وآخرون (Greendale et al., 2020) في دراسة حديثة فئة جديدة من الأعراض أطلق عليها الأعراض المعرفية، والتي تشمل مشاكل الانتباه والذاكرة؛ في حين قسم بعض الباحثين الأعراض إلى ثماني فئات: الأعراض المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي (الأعراض الحركية الوعائية ومشاكل النوم، والقلق والاكتئاب، والتغيرات المعرفية)، والوزن والتغيرات الأيضية (زيادة الوزن)، والتغيرات الوعائية الدموية، وأعراض الجهاز البولي التناسلي (المهبلية) الجفاف، والتهابات المسالك البولية، وسلس البول)، والمشاكل الجنسية (انخفاض الرغبة، والألم أثناء الجماع)، والأعراض العضلية الهيكلية (انخفاض كثافة العظام، وهشاشة العظام)، وتغيرات الجلد والشعر (انخفاض مرونة

الجلد وترطيبه، وانخفاض الكولاجين وتساقط الشعر)، والأعراض الشخصية والاجتماعية (Monteleone et al., 2018).

وتختلف شدة الأعراض ومدتها وتأثيرها على الحياة من امرأة إلى أخرى، وتُعدّ الأعراض الوعائية الحركية الأكثر شيوعاً لدى النساء؛ حيث تصل نسبة انتشارها إلى (٥٠٪)، واضطرابات النوم بنسبة تتراوح ما بين (٤٠-٦٠٪) وتغيرات المزاج جفاف المهبل بنسبة أقل من (٣٠٪)، كما أشارت الدراسات إلى أن شدة الأعراض ارتبطت ببعض المتغيرات كالعمر ومستوى التعليم والحالة الاجتماعية ومؤشر كتلة الجسم والتدخين وتناول الكحول، والنشاط البدني (Murlova, 2012).

ويبدو أنّ هناك ارتباطاً بين الأعراض الجسدية والنفسية لانقطاع الطمث، ويُشير كارمودي وآخرون (Carmody et al. (2011 إلى أن العلاقة بين مستوى الضغط والأعراض الوعائية الحركية قد ظهرت من خلال دراسات بحثية مختلفة في العشرين عاماً الماضية، فالأعراض الحركية الوعائية، من بين أعراض أخرى تكون مصحوبة بمظاهر وأعراض نفسية، بما في ذلك الانزعاج الشديد والضيق ويبدو أن النساء اللاتي يتمتعن بقدرات أفضل على التكيف ولديهن معتقدات سلبية أقل بشأن الهبّات الساخنة يعانين من قلق أقل مع عدم راحة أقل أثناء الهبّات الساخنة.

سيكولوجية انقطاع الطمث:

في محاولة لتفسير أعراض انقطاع الطمث قدّم كل من هانتر وشيلكت (Hunter and Chilcot (2013 ما يُسمّى "نظرية إدراك الأعراض"، والتي تصف كيف "تتوسط العمليات المعرفية التجربة الذاتية للهبّات الساخنة والتعرُّق الليلي (Hunter & Mann, 2010) ويُعدّ كلٌّ من الاهتمام بالأعراض وعمليات العزو المحددة عملية فريدة ومختلفة لكل امرأة، وبناءً على مقدار تركيز المرأة على جسدها ودرجة الجسدنة لديها (شرح حالاتها الداخلية بناءً على الأسباب الخارجية)، فمن المعروف أن التركيز الأكبر على أحاسيس الجسم يرتبط بالإبلاغ العالي عن الأعراض التي تم اختبارها؛ أي ما يُسمى بـ "التضخيم الجسدي" بسبب التركيز الأكبر على أدنى التغيرات في الجسم، ويمكن أن يكون ميل المرأة إلى الإبلاغ عن التجارب السلبية هو سبب ارتفاع معدل الإبلاغ عن الأعراض، وهو ما يسمى

بـ "التأثير السلبي الشامل"؛ لأن حوالي (٣٠٪) من النساء لديهن اتجاهات سلبية نحو انقطاع الطمث (Bloch, 2002)، ويمكن أن يؤدي تعديل الاتجاهات السلبية نحو التغييرات المرتبطة بسن اليأس، وإعادة التقييم المعرفي لاحقًا لكيفية إدراك التحول بعد انقطاع الطمث إلى النمو الشخصي (Busch et al., 2003).

ومن جانب آخر أشارت الدراسات إلى الدور المهم لاتجاهات المرأة نحو مرحلة انقطاع الطمث والضغط المرتبط بها (Hall et al., 2011) ففي دراسة طولية أجراها نوسك وآخرون (Nosek et al., 2013) حول الاتجاهات نحو انقطاع الطمث والتغيرات ذات الصلة؛ مثل: الشبخوخة والأعراض قبل بداية انقطاع الطمث، أكدت نتائجها على أن العوامل النفسية؛ مثل: الضغوط والاتجاهات نحو انقطاع الطمث، تنبأت بأعراض سن اليأس، ومن المثير للاهتمام في نتائج تلك الدراسة أن بعض النساء اللائي كان لديهن اتجاهات إيجابية نسبيًا نحو انقطاع الطمث أبلغن عن أعراض حادة قبل ستة أشهر من ظهور الأعراض، ويفترض المؤلفون أن هذه الحقيقة يمكن تفسيرها من خلال تغيير الاتجاه مع ظهور الأعراض.

علاج أعراض انقطاع الطمث:

يُعدّ التكيف مع أعراض انقطاع الطمث وإدارتها بفعالية أمرًا ضروريًا؛ حتى تتمكن المرأة من أن تعيش حياة جيدة، وتشعر بالرضا أثناء المرحلة الانتقالية لانقطاع الطمث، وفي الوقت الحالي تتوفر العديد من بدائل العلاج للتحكم والسيطرة على الأعراض، من أشهرها العلاج بالهرمونات البديلة إذا كانت الأعراض المصاحبة شديدة وتؤثر على أداء المرأة اليومي، فقد يكون العلاج الهرموني البديل خيارًا مناسبًا، ويُعدّ العلاج بالهرمونات البديلة والعلاج ببداائل الأستروجين هو النوع السائد من العلاج لأعراض انقطاع الطمث، ويعتمد كلا النوعين من العلاج على المكملات الصناعية للهرمونات، والتي تنخفض بشكل طبيعي في جسم الأنثى أثناء انقطاع الطمث (نقص هرمون الأستروجين)، والفرق الرئيس بين النوعين هو أن العلاج التعويضي بالهرمونات يعتمد على مكملات هرمون الأستروجين فقط، بينما يحتوي العلاج ببداائل الأستروجين على كل من الأستروجين

والبروجسترون. ومع ذلك تظهر الدراسات أن العلاج بالهرمونات البديلة يرتبط بمخاطر صحية مختلفة وآثار جانبية غير مرغوب فيها. (Edey et al., 2018)

وتُشير نتائج بعض الدراسات إلى أن العلاج الهرموني له آثار جانبية خطيرة قد تهدد صحة وسلامة المرأة؛ لذلك اتجهت العديد من النساء إلى **العلاجات البديلة** لمعالجة أعراض انقطاع الطمث، وعلى الرغم من أن الأدلة على فعاليتها مختلطة، إلا أن العلاج التكميلي والبديل يستخدم على نطاق واسع. ولا تزال هناك حاجة إلى مزيد من الدراسات التي تركز على طرق بديلة لعلاج أعراض انقطاع الطمث (Ayers et al., 2012).

في المقابل تُشير الدراسات إلى أن التدخلات النفسية -مثل **العلاج المعرفي السلوكي**- فعالة لتحسين الأعراض المختلفة؛ مثل: مشاكل النوم أو القلق والاكتئاب ويركز العلاج السلوكي المعرفي على كل من الجوانب المعرفية (الاتجاهات، المعتقدات، الأفكار التلقائية) والاستراتيجيات السلوكية، بهدف تغيير الأفكار باستخدام فنيات؛ مثل: المراقبة الذاتية، وفنيات الاسترخاء، وفنيات التنفس، وإدارة الضغوط (Hunter & Mann, 2010)، وتُعد **التدخلات والعلاجات القائمة على اليقظة** من الأساليب الحديثة نسبياً في علاج أعراض انقطاع الطمث، التي أظهرت الأبحاث المتوفرة فعاليتها في تحسين جودة حياة المرأة أثناء انقطاع الطمث، وتقليل شدة وتكرار الأعراض الوعائية الحركية، وتقليل القلق وأعراض الاكتئاب (Murlova, 2012).

الدراسات السابقة:

من الدراسات السابقة والمبكرة التي تناولت اليقظة العقلية كأحد التدخلات العلاجية لخفض شدة أعراض ما قبل انقطاع الطمث **دراسة كارمودي وآخرين** (Carmody et al. (2011) التي هدفت إلى فحص تأثير المشاركة في برنامج الحد من الضغوط القائم على اليقظة على درجة القلق من الهبات الساخنة والتعرق الليلي لدى (١١٠) سيدة تعاني من الهبات الساخنة والتعرق الليلي بدرجة متوسطة إلى الشديدة.

وتم تقسيم العينة إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة، وتمت متابعة المجموعة التجريبية بعد التدخل مدة ثلاثة أشهر أشارت النتائج إلى وجود تحسّن مهم في جودة الحياة، ونوعية النوم والقلق، والضغط المدرك، كما تم الحفاظ على التحسن خلال ثلاثة أشهر بعد التدخل.

كما هدفت دراسة **سمادي (Smadi, 2017)** إلى التعرف على أثر برنامج الإرشاد الجمعي على درجة القلق والاكتئاب لدى عينة من النساء في مرحلة انقطاع الطمث في مدينة عمان بالأردن. وشملت عينة الدراسة (22) امرأة في مرحلة انقطاع الطمث، تم توزيعهن على مجموعتين (11) امرأة في المجموعة التجريبية و(11) امرأة في المجموعة الضابطة، وطُبِّق مقياس القلق ومقياس بيك للاكتئاب على أفراد المجموعتين كاختبار قبلي، ثم قُدِّم البرنامج الإرشادي للعينة التجريبية لمدة (12) أسبوعاً بدون أي تدخل مع المجموعة الضابطة تم إعادة تطبيق الإجراء مرة أخرى كاختبار بعدي، أظهر التحليل الإحصائي تأثيراً إيجابياً للبرنامج في خفض مستوى القلق والاكتئاب في العينة التجريبية المنتمية إلى برنامج الإرشاد الجمعي.

وتمثل الغرض من دراسة **طاهر كارامي وآخرين (Taher-Karami et al. (2018)** في التحقق من فاعلية العلاج المرتكز على التعاطف على المرونة والتناقض الذاتي والأمل والرفاهية النفسية لدى النساء في سن اليأس في الأهواز. شارك في الدراسة (60) امرأة تم توزيعهن بشكل عشوائي على المجموعتين بواقع (30) امرأة في المجموعة التجريبية، و(30) امرأة في المجموعة الضابطة، وتم إجراء التدخل للمجموعة التجريبية. وتضمنت أدوات الدراسة استبيان المرونة، واستبيان التناقض الذاتي، واستبيان الأمل، ومقياس الرفاه النفسي. وأشارت النتائج إلى ارتفاع مستوى المرونة والأمل والرفاهية، وانخفاض التناقض لدى أفراد المجموعة التجريبية. ولم يكن هناك تغيير كبير في متوسط درجات المجموعة الضابطة.

كما هدفت دراسة **وانج وآخرين (Wong et al. (2018)** إلى تقييم فاعلية برنامج الحد من الضغوط المرتكز على اليقظة (MBSR) في تقليل الأعراض المرتبطة بانقطاع الطمث، وبلغ عدد المشاركات في هذه المجموعة (98) امرأة في فترة ما قبل وبعد انقطاع الطمث اللاتي يعانين من

أعراض خفيفة إلى معتدلة. وتمت مقارنتها بمجموعة ضابطة نشطة تلقت برنامجاً تثقيفياً (MEC) تضمن معلومات صحية عن مرحلة انقطاع الطمث، والتعليم، والتمارين في مجموعات صغيرة، وتكونت من (٩٩) سيدة. وطُبِّقَ على العينة مجموعة من المقاييس، تمثلت في مقياس أعراض انقطاع الطمث ومقياس الإجهاد المتصور ومقياس جودة الحياة. وأشارت النتائج إلى أن المجموعة التي خضعت لبرنامج الحد من الضغوط المرتكز على اليقظة، وأظهرت انخفاضاً كبيراً في مقياس أعراض القلق والاكتئاب من مقياس أعراض انقطاع الطمث في حين لم تظهر فروقاً بين المجموعتين على المقاييس الفرعية الأخرى التي تقيس الأعراض الجسدية والجهاز البولي التناسلي الوعائي الحركي.

في حين تمثل الهدف من دراسة كلٍّ من عطفة وآخرين (2019) Atefeh et al. في تقييم فعالية العلاج الجمعي القائم على التعاطف الذاتي على الازدهار لدى النساء في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث. وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) امرأة ممن تراوحت أعمارهن ما بين (٤٧-٥٥) عاماً، تم توزيعهن بشكل عشوائي على مجموعتين: تجريبية مُكوّنة من (١٥) امرأة وأخرى ضابطة مُكوّنة من (١٥) امرأة، أكملت كلتا المجموعتين استبيان الازدهار قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي وبعد شهر من التدخل.

وأظهرت النتائج أن العلاجي القائم على التعاطف الذاتي كان فعالاً في تعزيز الازدهار، وظهر هذا الأثر في جميع مُكوّنات الازدهار؛ مثل: المشاعر الإيجابية، والعلاقات، والمعنى، والإنجاز لدى المجموعة التجريبية، كما تم الاحتفاظ بهذا التأثير في جميع مُكوّنات الازدهار باستثناء مُكوّن العلاقات.

وفي دراسة شبه تجريبية أجراها كل من إبراهيمي وراحيمي (2019) Ebrahimi and Rahimi بهدف التحقيق من فعالية برنامج إرشادي قائم على الفاعلية الذاتية في إدارة أعراض انقطاع الطمث النفسية لدى النساء في فترة ما قبل انقطاع الطمث. وتكونت عينة الدراسة من (٨٠) امرأة تم توزيعهن بشكل عشوائي على مجموعتين: مجموعة التحكم (٤٠) امرأة ومجموعة التدخل (٤٠) امرأة. وتم تقديم جلسات البرنامج أسبوعياً، وتراوحت مدة الجلسات ما بين (٤٥-٦٠) دقيقة.

وتمثلت أداة جمع البيانات في استبيان الخصائص الديموغرافية ومقياس أعراض سن اليأس. وأظهرت نتائج الدراسة أن متوسط درجة أعراض سن اليأس في البعد النفسي لدى المجموعة التجريبية أقل وبدلالة إحصائية مقارنة بالمجموعة الضابطة بعد نهاية التدخل.

وهدفت دراسة كل من **أنجزاب وآخريين** (Enjezabi et al. (2019 إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة (MBCT) على جودة حياة المرأة في فترة ما حول انقطاع الطمث، وتكونت عينة الدراسة من (٧٣) امرأة في فترة ما قبل انقطاع الطمث تم تقسيمهن بشكل عشوائي إلى مجموعة تجريبية مكوّنة من (٣٦) امرأة، ومجموعة ضابطة مكوّنة من (٣٧) امرأة باستخدام طريقة أخذ العينات العشوائية البسيطة، وتم تقديم البرنامج مرة واحدة في الأسبوع للمجموعة التجريبية على مدى ثماني جلسات لمدة ساعتين، ولم تتلقَّ المجموعة الضابطة أيَّ تدخل. وتضمنت أدوات جمع البيانات استبياناً ديموغرافياً، ومؤشر كوبرمان، واستبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث، والتي تم استيفائها من قِبَل كلتا المجموعتين قبل وبعد انتهاء التدخل مباشرة وبعد شهر واحد من الانتهاء من التدخل. وأظهرت النتائج: وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والضابطة على استبيان جودة الحياة وجميع أبعاده (باستثناء البعد الجنسي) في القياسين البعدي والتبعي لصالح المجموعة التجريبية.

وفي السياق ذاته هدفت دراسة **فان ديرل وآخريين** (Van Driel et al. (2019 b إلى تقييم تأثير برنامج خفض الضغوط القائم على اليقظة (MBSR) على جودة الحياة والأداء الجنسي والضييق الجنسي لدى النساء اللاتي تم استئصال مبايضهن، وتكونت عينة الدراسة من (٦٦) امرأة يعانين من أعراض انقطاع الطمث المتوسطة إلى الشديدة طُبِّقَ عليهن مقياس التغيير في سن اليأس واستبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث (MENQOL)، مؤشر الوظيفة الجنسية للأنتى ومقياس الضائقة الجنسية للإناث، وأشارت النتائج إلى أن برنامج الحد من الإجهاد القائم على اليقظة كان فعالاً في تحسين جودة الحياة على المدى القصير والطويل لدى النساء اللاتي يُعانين من أعراض سن اليأس بعد استئصال المبايض؛ ومع ذلك، كما بينت النتائج أنه لم يطرأ تحسن على الأداء الجنسي أو الضيق الجنسي بعد تطبيق البرنامج.

وهدفت دراسة عرب وآخريين Arab et al., (2020) إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي قائم على التعاطف مع الذات لخفض الهبات الساخنة والتعرق الليلي لدى النساء في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث. وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) امرأة تراوحت أعمارهن بين (٤٥-٥٥) عامًا ممن تعرضن لانقطاع طمث طبيعي، وتم إحالتهم إلى المراكز الصحية للمتابعة. تم تقسيم العينة عشوائيًا إلى مجموعتين: تجريبية وأخرى ضابطة بواقع (١٥) امرأة في كل مجموعة. تلقت المجموعة التجريبية برنامجًا تدريبيًا قائم على التعاطف مع الذات لمدة (٨) أسابيع. وأظهرت النتائج فروقًا دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد التدخل والمتابعة فيما يتعلق بتكرار وشدة الهبات الساخنة والتعرق الليلي.

وفي دراسة شبه تجريبية أجراها زماني وآخرون Zaman et al. (2020) للتحقق من مدى فاعلية برنامج تدريبي مركّز على اليقظة على الرفاهية النفسية والتنظيم الانفعالي لدى النساء في سن اليأس. شارك في الدراسة (٢٨) سيدة ممن يراجعن المراكز الصحية بمدينة رشت، تم توزيعهن بشكل عشوائي على المجموعتين التجريبية والضابطة بواقع (١٤) امرأة في المجموعة التجريبية و(١٤) امرأة في المجموعة الضابطة. أكملت المشاركات استبيان ريف الرفاهية النفسية واستبيان تنظيم الانفعالات. تلقت المجموعة التجريبية تدريبًا لليقظة الذهنية من ثماني جلسات، ولم تتلق المجموعة الضابطة أي برنامج تدريبي. وأشارت النتائج إلى وجود فروق بين متوسطات المجموعة التجريبية والضابطة على استبيان الرفاهية النفسية وتنظيم الانفعالات في القياس البعد لصالح المجموعة التجريبية، وبذلك قدمت النتائج دليلًا على فاعلية البرنامج التدريبي المرتكز على اليقظة في تحسين الرفاهية النفسية والتنظيم الانفعالي لدى المرأة بعد انقطاع الطمث.

أما دراسة كل من سنير وتاشان Sener and Tashan (2021) فقد أجريت بهدف التحقق من تأثير برنامج خفض الضغوط القائم على اليقظة على شكاوى النساء في سن اليأس وجودة حياتهن. اعتمدت الدراسة على التصميم شبه التجريبي. وتكونت العينة من (١١٨) امرأة منهن (٥٥) في

المجموعة التجريبية و(6٣) في المجموعة الضابطة. وتم استخدام نموذج المعلومات الشخصية، ومقياس الوعي بالانتباه اليقظ، ومقياس تصنيف أعراض سن اليأس، واستبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث للحصول على بيانات المشاركات. تم تطبيق برنامج الحد من الإجهاد القائم على اليقظة لمدة ثمانية أسابيع على النساء في المجموعة التجريبية. وأشارت النتائج إلى وجود فروق في متوسط درجات المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس أعراض سن اليأس واستبيان جودة الحياة في القياسين الأوسط والبعدي لصالح المجموعة التجريبية.

وتمثل الهدف من دراسة عليابادي وآخريين (Aliabadi et al. 2021) في التحقيق من فاعلية التدريب على برنامج خفض الضغوط القائم على اليقظة (MBSR) على جودة الحياة، شارك في الدراسة (٦٦) امرأة تراوحت أعمارهن ما بين (٤٧-٦٢) عامًا تم توزيعهن بشكل عشوائي على المجموعتين التجريبية والضابطة. تم تقييم جودة الحياة باستخدام استبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث لدى المجموعتين التجريبية والضابطة قبل التدخل مباشرة وبعد ثلاثة أشهر من التدخل. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين متوسطات المجموعة التجريبية والضابطة على المجالات (الجسدية - النفسية - الجنسية) من استبيان جودة الحياة لصالح المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبعي.

كما هدفت دراسة بيرى وآخريين (Pyri et al. 2021) إلى تقييم تأثير التدريب القائم على اليقظة على جودة الحياة لدى النساء المصابات بقصور المبايض المبكر. وتكونت عينة الدراسة من (٦٢) امرأة تم توزيعهن بشكل عشوائي على مجموعتين: تجريبية وأخرى ضابطة، ولغرض جمع لبيانات الدراسة تم استخدام استبيان جودة الحياة الخاصة بانقطاع الطمث لتقييم جودة الحياة وقائمة مراجعة لتقييم شدة وتكرار الهبات الساخنة قبل التدخل، وبعد ثلاثة أشهر من التدخل. تلقت المجموعة التجريبية ثماني جلسات من التدريب القائم على اليقظة. وأشارت النتائج إلى وجود فروق بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة بعد تلقي البرنامج التدريبي وكانت الفروق باتجاه المجموعة التجريبية؛ حيث لوحظ انخفاض درجات أفراد المجموعة التجريبية في مجالات: الأعراض الوعائية الحركية والنفسية والجسدية والجنسية.

في ضوء الدراسات التي سبق عرضها من الملاحظ أن الدراسات الأجنبية تكاد تتفق على فعالية البرامج والتدخلات العلاجية القائمة على اليقظة في تحسين جودة حياة النساء في مرحلة انقطاع الطمث، ومع ذلك فإن الدراسات الأجنبية في هذا المجال محدودة مع غياب واضح للدراسات النفسية العربية، وبالتالي تظهر الحاجة الماسة إلى إجراء المزيد من الدراسات على النساء في المرحلة الانتقالية التي تتعرض فيها المرأة إلى العديد من التغيرات الجسدية والنفسية التي تحدث تمهيداً للانتقال إلى سن اليأس، ولأن حدوث الإجهاد والاكتئاب يزيد في هذه الفئة العمرية بالمقارنة مع الفئات العمرية الأخرى، مما يؤدي إلى انخفاض جودة حياة المرأة.

منهج الدراسة:

تم الاعتماد على المنهج شبه التجريبي، وذلك بهدف اختبار مدة فعالية البرنامج الإرشادي القائم على اليقظة في تحسين جودة الحياة لدى عينة من النساء في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث، وذلك من خلال التصميم شبه التجريبي ذي المجموعتين: تجريبية وضابطة بقياس قبلي وبعدي ثم قياس المتابعة للتحقق من استمرار فعالية البرنامج، ويتحدد المنهج شبه التجريبي في الدراسة الحالية بمتغير مستقل تمثل في البرنامج القائم على اليقظة ومتغير تابع تمثل في جودة الحياة.

مجتمع وعينة الدراسة:

تألّف مجتمع الدراسة من جميع السيدات السعوديات العاملات بوزارة التعليم بمدينة الرياض، واللاتي تراوحت أعمارهن ما بين (٤٥-٦٠) عامًا، واختيرت عينة مُكوّنة من (٢٩٠) سيدة من مجتمع الدراسة كعينة استطلاعية استخدمت بياناتها في التحقق من الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة، في حين تكونت عينة الدراسة الأساسية من (١٠٠) سيدة، طُبِّقَ عليهن استبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث، وتم اختيار الحاصلات على أعلى الدرجات على الاستبيان واستقر العدد النهائي على (٣٠) مشاركة ممن حققن معايير التضمين وهي: النساء اللاتي تراوحت أعمارهن ما بين (٤٥-٥٥) عامًا بدورات حيض غير منتظمة خلال العام الماضي ولا يستخدمن العلاج التعويضي بالهرمونات أو العلاجات العشبية للحد من أعراض انقطاع الطمث، ولا يستخدمن أي أدوية نفسية، ذوات مستوى تعليمي جامعي ولديهن استعداد للمشاركة في الدراسة، وتم استبعاد

السيدات اللاتي لم يحققن هذه المعايير، وتم توزيعهن على المجموعتين التجريبية والضابطة وبالتالي أصبح عدد المشاركات في كل مجموعة (١٥) امرأة، وتم التحقق من تكافؤ المجموعتين في متغيرات الدراسة باستخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة، ويُشير الجدول التالي إلى نتائج المقارنة:

جدول (١): الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والضابطة على استبيان جودة الحياة الأبعاد والدرجة الكلية قبل تطبيق البرنامج

الأبعاد	المجموعات	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الأعراض الوعائية الحركية	التجريبية	١٥	٨,٠٠	١,٠٧	٠,١٧٤	٠,٨٦٣
	الضابطة	١٥	٨,١٦	١,٠٣		
الأعراض النفسية	التجريبية	١٥	٢٢,٠٧	١,٢٢	٠,٨٩٩	٠,٣٧٦
	الضابطة	١٥	٢١,٦٠	١,٥٩		
الأعراض الجسدية	التجريبية	١٥	٤٨,٠٠	١,١٣	١,٠٧٥	٠,٢٩٢
	الضابطة	١٥	٤٧,٤٧	١,٥٥		
الأعراض الجنسية	التجريبية	١٥	٨,٣٣	١,٧٢	٠,١٦٩	٠,٣٤٢
	الضابطة	١٥	٧,٩٨	١,٨٢		
الدرجة الكلية	التجريبية	١٥	٨٦,٤	١,٦٨	١,١٨٩	٠,٢٤٦
	الضابطة	١٥	٨٥,٢	٢,٥٣		

يتضح من نتائج الجدول (١) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والضابطة على استبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث والأبعاد والدرجة الكلية في القياس القبلي.

أدوات الدراسة:

١ - استبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث (Menopause-Specific Quality of Life questionnaire (MENQOL)

تم تطويره من قبل هيلدتش وآخرين (Hilditch, et al. (1996 لتقييم تأثير أعراض سن اليأس على جودة حياة النساء في فترة ما قبل وبعد انقطاع الطمث، ويتكون الاستبيان من (٢٩) عرضاً من الأعراض أو الشكاوى المرتبطة بانقطاع الطمث، وتم تصنيف الأعراض في أربعة أبعاد، وهي:

البعد الأول ويُشير إلى الأعراض الوعائية الحركية ويشمل البنود من (١-٣)، والبعد الثاني، ويُشير إلى الأعراض النفسية والاجتماعية، ويشمل البنود من (٤-١٠)، والبعد الثالث ويُشير إلى الأعراض الجسدية ويشمل البنود من (١١-٢٦)، والبعد الرابع ويشير إلى الأعراض الجنسية ويشمل البنود من (٢٧-٢٩) ويطلب من المفحوصات توضيح ما إذا كنَّ قد عانين من أعراض أو مشاكل خلال الشهر الماضي، وإذا كان الأمر كذلك، فيتم تقييم إلى أي مدى تُعدّ الأعراض مزعجة على مقياس متدرج من سبع نقاط من (٠-٦)؛ حيث يُشير صفر إلى أن الأعراض غير مزعجة على الإطلاق ويُشير الرقم (٦) إلى أن الأعراض كانت مزعجة للغاية.

ويُعدّ الاستبيان أداة مفيدة في قياس جودة الحياة لدى النساء في فترة ما قبل انقطاع الطمث، وكذلك لدى النساء بعد انقطاع الطمث ويستخدم الاستبيان على نطاق واسع وفي مجموعة متنوعة من الخلفيات الثقافية (Gazibara et al., 2019; Phligbuam et al., 2018; Nie et al., 2017; Park et al., 2020) ولأغراض الدراسة الحالية تمت ترجمة الاستبيان إلى اللغة العربية، ثم أُجريت الترجمة العكسية للاستبيان، ثم عرضت النسخة المعربة على متخصصين في طب النساء والتوليد والصحة النفسية لتقييم المحتوى من حيث الملاءمة ووضوح الصياغة. وأخذت تعليقاتهم بعين الاعتبار، وأدخلت التعديلات اللازمة على الاستبيان، ثم تم اختبار النسخة المعربة على (٢٠) سيدة في فترة ما قبل انقطاع الطمث، وخلال عملية التطبيق لم تُبدي المستجيبات أي ملاحظات على وضوح وفهم البنود.

صدق وثبات الأداة في الدراسة الحالية:

أولاً: الصدق:

أ- الصدق العاملي:

للتأكد من أن البيانات صالحة للتحليل العاملي تم استخدام اختبار (Bartlett's Test of Sphericity) والذي يشترط أن يكون مستوى الدلالة أقل من (0.05). وبلغت قيمة اختبار (Barlett) للبيانات (٦٣٨٠,١٧) بمستوى دلالة بلغ (0.000) وهو أقل من مستوى الدلالة (0.05)

مما يُشير إلى أن البيانات تصلح للتحليل العاملي، كما تم التأكد من كفاية حجم العينة للتحليل العاملي باستخدام اختبار (Kaiser-Myer-Olkin (KMO) وبلغت القيمة الإحصائية (0,93) وهي قيمة أكبر من الحد الأدنى للقيمة المقبولة لكفاية العينة (0.60)، وبناء على ذلك يعتبر حجم العينة كافياً لإجراء التحليل العاملي.

بعد ذلك أخضعت بنود المقياس للتحليل العاملي التوكيدي بطريقة المكونات الأساسية (Principal Components Method) وتحديد عدد العوامل، مع تدوير المحاور بطريقة مصفوفة التباين، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (٢): مصفوفة العوامل بعد التدوير وتشبع البنود على العوامل والجذور الكامنة ونسبة التباين المفسر للعوامل الأربعة لاستبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث

العوامل				البنود
4	3	2	1	
			٠,٨٤٥	الهبات الساخنة
			٠,٨٨٢	التعرق الليلي
			٠,٨٤١	كثرة التعرق
		٠,٨٣١		عدم الرضا عن الحياة الشخصية
		٠,٧٧٧		القلق أو التوتر
		٠,٦٢٩		ضعف الذاكرة
		٠,٦٢٥		الإنتاج أقل من المعتاد
		٠,٨٤٨		الاكتئاب (الكآبة)
		٠,٧٦٩		عدم القدرة على الصبر
		٠,٧٦٩		الرغبة في الوحدة
	٠,٦٩٤			انتفاخ البطن والغازات
	٠,٧١٢			وجع في العضلات والمفاصل
	٠,٦٢٨			التعب والإرهاق
	٠,٤٥٠			صعوبة النوم
	٠,٥٠٤			آلام في مؤخرة العنق (مؤخرة الرأس)
	٠,٦٢٧			انخفاض القوة البدنية
	٠,٥٨٢			انخفاض القدرة على التحمل

العوامل				البنود
4	3	2	1	
	٠,٥٩٢			نقص الطاقة
	٠,٦١٨			جفاف الجلد (البشرة)
	٠,٥٧٧			زيادة في الوزن
	٠,٦٨٩			زيادة في شعر الوجه
	٠,٦١٢			تغيرات في المظهري ولون البشرة
	٠,٧٢٩			الانتفاخ
	٠,٦٦٦			آلام أسفل الظهر
	٠,٥٩٤			كثرة التبول
	٠,٧٧٤			التبول اللاإرادي عند الضحك أو السعال
٠,٨٣٠				تغيير في الرغبة الجنسية
٠,٧٥٧				جفاف المهبل
٠,٨٣٦				تجنب العلاقة الحميمة
٢,٦٧	٦,٦٧	٥,٨٢	٣,٠٢	مجموع الجذور
%٩,٢٢	%٢٣,٠٢	%٢٠,٠٧	%١٠,٤١	نسبة التباين المفسر

يتبين من الجدول (٢) أن التحليل العاملي التوكيدي أتاح استخلاص أربعة عوامل تجاوزت قيم الجذر الكامن لها الواحد الصحيح، فبلغت قيمة الجذر الكامن للعامل الأول (٣,٠٢) وللعامل الثاني (٥,٨٢) وللعامل الثالث (٦,٦٧) وللعامل الرابع (٢,٦٧) وقد بلغت نسبة التباين التي تفسرها العوامل الأربعة مجتمعة (٦٢,٧٢٪) من التباين الكلي، وتُعدّ نسبة مرتفعة وقد فسر العامل الأول ما نسبته (١٠,٤١٪) من التباين، وفسر العامل الثاني ما نسبته (٢٠,٠٧٪) من التباين، في حين فسر العامل الثالث (٢٣,٠٢٪) من التباين، وفسر العامل الرابع (٩,٢٢٪) من التباين وتُشير العوامل الأربعة المستخرجة إلى الصدق العاملي للاستبيان.

ب- الاتساق الداخلي:

تطلب حساب الاتساق الداخلي (Internal Consistency) للاستبيان جودة الحياة حساب الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، والجدول التالي يوضح قيم معاملات ارتباط البنود بالأبعاد:

جدول (3) معاملات ارتباط البنود بدرجة البعد والدرجة الكلية لاستبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث

العبارات	ارتباط البنود بالأبعاد	ارتباط البنود بالدرجة الكلية
البعد الأول		
١	**٠,٨٨	**٠,٥٠
٢	**٠,٩٣	**٠,٥٥
٣	**٠,٩١	**٠,٥٦
البعد الثاني		
٤	**٠,٨٢	**٠,٥٧
٥	**٠,٨٣	**٠,٦٧
٦	**٠,٧٤	**٠,٦٣
٧	**٠,٧٥	**٠,٧١
٨	**٠,٨٨	**٠,٦٨
٩	**٠,٨٦	**٠,٧٤
١٠	**٠,٨١	**٠,٦٥
البعد الثالث		
١١	**٠,٧٤	**٠,٦٩
١٢	**٠,٨١	**٠,٧٦
١٣	**٠,٨٢	**٠,٨١
١٤	**٠,٧٠	**٠,٧٠
١٥	**٠,٧٠	**٠,٦٧
١٦	**٠,٨٥	**٠,٨٥
١٧	**٠,٨٢	**٠,٨٣
١٨	**٠,٨٢	**٠,٨٣
١٩	**٠,٧٢	**٠,٧٠
٢٠	**٠,٦٢	**٠,٥٨
٢١	**٠,٦٦	**٠,٦٢
٢٢	**٠,٦٥	**٠,٦٤
٢٣	**٠,٧٦	**٠,٦٦
٢٤	**٠,٧٢	**٠,٦٤
٢٥	**٠,٦٩	**٠,٦١
٢٦	**٠,٦٢	**٠,٦٠

العبارات	ارتباط البنود بالأبعاد	ارتباط البنود بالدرجة الكلية
البعد الرابع	الأعراض الجنسية	
٢٧	**٠,٩٠	**٠,٦١
٢٨	**٠,٨٦	**٠,٥٩
٢٩	**٠,٨٨	**٠,٥٤

** دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١)

كما تم حساب ارتباط أبعاد استبيان جودة الحياة بالدرجة الكلية، والجدول التالي يوضح قيم معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للاستبيان:

جدول (٤) معاملات ارتباط أبعاد استبيان جودة الحياة بالدرجة الكلية

الأبعاد	معامل الارتباط البعد بالدرجة الكلية
الأعراض الوعائية الحركية	**٠,٦٩
الأعراض النفسية	**٠,٨١
الأعراض الجسدية	**٠,٩٥
الأعراض الجنسية	**٠,٧٠

** دال إحصائيًا عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من الجدول (٤) أن جميع قيم معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للاستبيان دالة إحصائيًا عند مستوى (٠,٠١) ويحقق هذا درجة مرتفعة من الاتساق الداخلي لأبعاد استبيان جودة الحياة.

ثانيًا: الثبات:

للتحقق من ثبات استبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث تم استخدام معامل ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach) والتجزئة النصفية (Split-Half) لإيجاد معامل الثبات لكل بعد من أبعاد الاستبيان وكذلك معامل الثبات الكلي للاستبيان، والجدول التالي يوضح قيم معاملات الثبات.

جدول (٥) معاملات ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لاستبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث

الأبعاد	ألفا كرونباخ	سييرمان بروان	جتمان
الأعراض الوعائية الحركية	٠,٨٣		
الأعراض النفسية	٠,٨١		
الأعراض الجسدية	٠,٩٣		
الأعراض الجنسية	٠,٨٠		
الدرجة الكلية	٠,٩٢	٠,٨٨	٠,٨٨

يتضح من الجدول (٥) أن قيم معاملات الثبات لجميع الأبعاد مرتفعة؛ حيث انحصرت قيم الثبات باستخدام معامل ألفا للأبعاد ما بين (٠,٨٠) لبعء الأعراض الجنسية، و(٠,٩٢) لبعء الأعراض الجسدية، وبلغت قيمة ثبات ألفا للمقياس بشكل عام (٠,٩٢)، و(٠,٨٨) باستخدام معادلي سييرمان - بروان وجتمان، وتُشير هذه القيم إلى ثبات عالٍ للاستبيان.

٢- البرنامج الإرشادي القائم على اليقظة الذهنية - The counseling program based- mindfulness

وهو برنامج إرشادي جمعي قائم على اليقظة الذهنية، أُعدَّ بمهدف مساعدة أفراد المجموعة التجريبية من السيدات في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث على اكتساب بعض المهارات التي ستساعدهن في مواجهة هذه المرحلة والتحديات المرتبطة بها، وقد استندت الباحثة في إعداد البرنامج على الدراسات والأبحاث التي تناولت موضوع البرامج الإرشادية والعلاجية على القائمة على اليقظة الذهنية في تحسين جودة الحياة لدى النساء في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث، ومن هذه الدراسات دراسة:

(Carmody et al., 2011; Enjazab et al., 2019; Zamani et al., 2020, Pyri et al., 2021; Sener & Tashan, 2021; Van Driel et al., 2019b; Wong et al., 2018).

وبعد إعداد البرنامج الإرشادي تم عرض الصورة الأولية (قبل التطبيق) على عدد من المتخصصين في الإرشاد النفسي والصحة النفسية؛ لتحديد مدى ملائمة محتوى الجلسات الإرشادية لعينة الدراسة، ومناسبة عدد الجلسات والوقت المخصص لكل جلسة، وتمثلت ملاحظات المحكمين في تعديل ترتيب الجلسات وحذف بعض الفنيات وإضافة البعض الآخر، وتكون البرنامج في صورته

النهائية من (١٢) جلسة إرشادية، واستغرقت مدة الجلسة الواحدة (٩٠) دقيقة، وتمثل الهدف العام للبرنامج في تحسين جودة الحياة لدى النساء في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث، وبشكل خاص تحددت أهداف البرنامج الإرشادي فيما يلي:

هدف علاجي: ويتمثل في استخدام فنيات واستراتيجيات اليقظة الذهنية في تحسين جودة الحياة لدى النساء في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث.

هدف وقائي: ويتمثل في إكساب عينة الدراسة بعض فنيات واستراتيجيات اليقظة الذهنية، بحيث تكون أسلوب حياة في التعامل مع الخبرات والظروف الضاغطة التي تواجههن، سواء خلال مرحلة ما قبل انقطاع الطمث، أو في الحياة بشكل عام، مما ينعكس بالإيجاب على صحتهم النفسية.

أهداف إجرائية: وتتمثل في الأهداف الفرعية التي يمكن تحقيقها من خلال جلسات البرنامج والتي يمكن أن تسهم مجتمعة في تحقيق الهدف العام للبرنامج، وتمثلت في الآتي:

- تعريف أفراد المجموعة التجريبية بمفهوم اليقظة الذهنية، وأهميتها لهم.
- تعريف أفراد المجموعة التجريبية مرحلة ما قبل انقطاع الطمث والتغيرات المصاحبة للفترة الانتقالية لسن اليأس وتأثيرها على جودة الحياة.
- تدريب أفراد المجموعة التجريبية على تركيز الانتباه على اللحظة الراهنة.
- تدريب أفراد المجموعة التجريبية على تقبل الأفكار والمشاعر في المواقف الحالية دون إصدار أحكام.
- تدريب أفراد المجموعة التجريبية على مهارة التأمل.
- تدريب أفراد المجموعة التجريبية على مهارة الاسترخاء.
- تدريب أفراد المجموعة التجريبية على مهارة التعاطف المحب.

• تدريب أفراد المجموعة التجريبية على توظيف البقطة الذهنية في مواقف الحياة المختلفة.

مراحل تطبيق البرنامج:

المرحلة الأولى: تم فيها التعارف بين الباحثة وأفراد المجموعة التجريبية، والتمهيد للبرنامج وتقديم الإطار العام للبرنامج اسمه وأهدافه، وتم ذلك خلال الجلسة الأولى.

المرحلة الثانية: المرحلة الإرشادية والتدريبية على استراتيجيات اليقظة الذهنية ودورها في تحسين جودة الحياة، وتم ذلك خلال الجلسات الثانية إلى الحادية عشرة.

المرحلة الثالثة: المرحلة الختامية وهدفها تلخيص أهداف البرنامج وتقييمه مع أفراد المجموعة التجريبية، ومن ثم إنهاء جلسات البرنامج، وتم ذلك خلال الجلسة الثانية عشرة (الأخيرة).

الفتيات والأنشطة والأدوات المستخدمة في البرنامج:

اعتمدت الباحثة في تنفيذ البرنامج على مجموعة من فنيات واستراتيجيات اليقظة الذهنية كالانتباه اليقظ، والتأمل، والتنفس، والاسترخاء، بالإضافة إلى فنيات المحاضرة والحوار والمناقشة، وإعادة البناء المعرفي، والتغذية الراجعة، والتعزيز، والواجب المنزلي.

الأسلوب الإرشادي المستخدم في تنفيذ البرنامج:

استند البرنامج المستخدم في الدراسة على أسلوب الإرشاد الجمعي، الذي يقوم على التفاعل والتأثير المتبادل بين أفراد المجموعة التجريبية بعضهم البعض من جهة وبين الباحثة من جهة أخرى.

تقييم البرنامج:

تم تقييم البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية من خلال الآتي:

أ- التقييم البعدي: تم تقييم البرنامج بعد الانتهاء من جلساته عن طريق تطبيق استبيان جودة الحياة على أفراد المجموعة التجريبية والضابطة، ثم مقارنة نتائج المجموعتين في القياس البعدي.

ب- التقييم التتبعي: تم تطبيق استبيان جودة الحياة على المجموعة التجريبية بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج؛ حيث تمت مقارنة نتائج أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمعرفة مدى استمرارية فاعلية البرنامج في تحسين جودة الحياة لدى النساء أفراد المجموعة التجريبية. والجدول التالي يعرض ملخص جلسات البرنامج الإرشادي، موضوع الجلسات وأهدافها والفنيات والأنشطة المستخدمة:

جدول (٦) ملخص جلسات البرنامج الإرشادي القائم على اليقظة الذهنية

رقم الجلسة	مدة الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات والأنشطة
١	٩٠	التعارف والتمهيد للبرنامج	التعارف بين الباحثة وأعضاء المجموعة التجريبية والتعريف بالبرنامج وأهميته وخطوات العمل فيه.	المحاضرة - المناقشة
٢	٩٠	اليقظة الذهنية	تعريف أفراد المجموعة التجريبية بمفهوم اليقظة الذهنية وأهميتها كأحد الاتجاهات العلاجية التي تنتمي إلى الموجه الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي.	المحاضرة - المناقشة.
٣	٩٠	مرحلة انقطاع الطمث والتغيرات المصاحبة لها	تعريف أفراد المجموعة التجريبية بمرحلة انقطاع الطمث والتغيرات المصاحبة لها وأسبابها وتأثيرها على جودة حياة المرأة.	المحاضرة - المناقشة - التعزيز - الواجب المنزلي.
٤	٩٠	الانتباه اليقظ	تنمية قدرة أفراد المجموعة التجريبية على الانتباه اليقظ والتركيز على اللحظة الراهنة.	المحاضرة - المناقشة - تمرين التنفس اليقظ - تمرين التأمل أثناء المشي الواجب المنزلي - التغذية الراجعة.
٥	٩٠	التقبل دون إصدار أحكام	تمهية قدرة أفراد المجموعة التجريبية على إدراك المشاعر في المواقف الحالية وتقبلها دون إصدار أحكام عليها.	المحاضرة - المناقشة - إعادة البناء المعرفي - تمرين الحياة دون أحكام أو افتراضات - الواجب المنزلي - التغذية الراجعة.
٦-٧	٩٠	التأمل	تدريب أفراد المجموعة التجريبية على مهارة التأمل.	المحاضرة - المناقشة - تمرين مسح الجسم - الواجب المنزلي - التغذية الراجعة.

رقم الجلسة	مدة الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات والأنشطة
٨	٩٠	الاسترخاء	تدريب أفراد المجموعة التجريبية على مهارة الاسترخاء	المحاضرة - المناقشة - تمرين الاسترخاء العضلي - الواجب المنزلي - التغذية الراجعة.
٩	٩٠	التعاطف المحب	تدريب أفراد المجموعة التجريبية على ممارسة التعاطف المحب	المحاضرة - المناقشة - تمرين التعاطف المحب - الواجب المنزلي - التغذية الراجعة.
١١-١٠	٩٠	ممارسة اليقظة العقلية في الحياة اليومية	تدريب أفراد المجموعة التجريبية على توظيف وممارسة استراتيجيات اليقظة الذهنية خلال مرحلة انقطاع الطمث بشكل خاص وفي جميع مواقف الحياة بشكل عام	المناقشة - الواجب المنزلي
١٢	٩٠	تقييم البرنامج	اختتام البرنامج وتقييم جلساته وإجراء القياس البعدي وتحديد موعد للقياس التبعي.	المناقشة

الأساليب الإحصائية:

لتحقيق أهداف الدراسة تم تحليل البيانات باستخدام المتوسطات الحسابية (Means)، والانحرافات المعيارية (Standard Deviations)، ومعامل ارتباط بيرسون (Person correlation)، وألفا كرونباخ (Alpha Cronbach)، والتجزئة النصفية (Split-Half) لحساب الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة، لمعرفة الفروق بين المتوسطات ودلالاتها استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent -Samples T Test) واختبار (ت) للعينات المترابطة (Paired-Samples T Test).

نتائج الدراسة وتفسيرها:

يتناول هذا الجزء من الدراسة وصفاً تحليلياً لنتائج المعالجة الإحصائية التي أجريت للإجابة على تساؤلات الدراسة، كما يلي:

للإجابة عن التساؤل الأول: هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والضابطة على استبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث الأبعاد والدرجة الكلية

بعد تطبيق البرنامج؟ تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة، والجدول التالي يوضح الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس جودة الحياة:

جدول (٧): الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والضابطة على استبيان جودة الحياة الأبعاد والدرجة الكلية بعد تطبيق البرنامج

الأبعاد	المجموعات	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الأعراض الوعائية الحركية	التجريبية	١٥	٥,٤٧	٠,٥٢	٨,٧٢١	٠,٠٠٠
	الضابطة	١٥	٨,١٦	١,٠٣		
الأعراض النفسية	التجريبية	١٥	١٣,٢٠	١,٧٠	١٣,٩٦٣	٠,٠٠٠
	الضابطة	١٥	٢١,٦٠	١,٥٩		
الأعراض الجسدية	التجريبية	١٥	٣٦,٠٧	١,٨٣	١٨,٣٩٤	٠,٠٠٠
	الضابطة	١٥	٤٧,٤٧	١,٥٥		
الأعراض الجنسية	التجريبية	١٥	٨,٠٠	١,٠٩	٠,٧٠٢	٠,٤٨٩
	الضابطة	١٥	٧,٩٨	١,٨٢		
الدرجة الكلية	التجريبية	١٥	٦٣,٢٦	٢,٠٦	٢١,٦٥٧	٠,٠٠٠
	الضابطة	١٥	٨٥,٢	٢,٥٣		

يتضح من نتائج الجدول (٧) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والضابطة على استبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث في الأبعاد التالية: الأعراض (الوعائية الحركية - الأعراض النفسية - الأعراض الجسدية) والدرجة الكلية في القياس البعدي وكانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية، في حين لم تكن الفروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في المجال الأعراض الجنسية وبذلك تُظهر النتائج تأثير البرنامج القائم على اليقظة في خفض أعراض انقطاع الطمث وتحسين جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وكان التحسن في مجموع درجات استبيان جودة الحياة نتيجة التحسن في الأبعاد الفرعية للأعراض الوعائية الحركية (أي العبء الناجم عن الهبات الساخنة والتعرق الليلي والتعرق بشكل عام) والأعراض الجسدية؛ مثل: العبء الناجم عن انخفاض القدرة على التحمل، والأوجاع، وتكرار التبول. وتتوافق هذه النتائج مع نتائج دراسة Carmody, et al. (2011) التي خلصت إلى وجود تحسن ملحوظ في جودة الحياة، وجودة النوم والقلق، والضغط المدرك لدى أفراد المجموعة التجريبية.

كما تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة Enjezab et al., (2019) التي أشارت نتائجها إلى فعالية العلاج المعرفي القائم على اليقظة MBCT في تحسين جودة الحياة لدى النساء في فترة ما قبل انقطاع الطمث، ونتائج دراسة Sener and Tashan (2021) التي انتهت إلى وجود فروق في متوسط درجات المجموعة التجريبية والضابطة على مقياسي أعراض سن اليأس واستبيان جودة الحياة في القياسين الأوسط والبعدي لصالح المجموعة التجريبية، ونتائج دراسة Aliabadi, et al. (2021) التي كشفت نتائجها عن وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والضابطة في الأبعاد: (الوعائية الحركية - الجسدية - النفسية - والجنسية) من استبيان جودة الحياة والدرجة الكلية لصالح المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبقي، ونتائج دراسة Pyri, et al. (2021) التي خلصت إلى وجود فروق بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة بعد تلقي البرنامج وكانت الفروق باتجاه المجموعة التجريبية؛ حيث لوحظ انخفاض درجات أفراد المجموعة التجريبية في جميع أبعاد جودة الحياة: الأعراض الوعائية الحركية والنفسية والجسدية والجنسية والدرجة الكلية.

ويمكن عزو هذه النتيجة إلى التأثير الإيجابي للتدخلات القائمة على اليقظة، وتظهر فعاليتها في مجموعة واسعة من الظروف الجسدية والنفسية بغض النظر عن المسببات المرضية، ويتضح دور التدخلات القائمة على اليقظة في تسهيل التكيف النفسي خلال فترة ما قبل انقطاع الطمث؛ حيث تساعد تدريبات اليقظة النساء على تطوير علاقة مختلفة مع أعراضهن، وبالتالي تقليل الضغط النفسي الناتج عن أعراض انقطاع الطمث، كما يتعلمن كيف يرين العلاقة بين أفكارهن ومشاعرهن وأحاسيس جسدن، وتطوير التعاطف الذاتي والموقف وراء المعرفي مما يُمكنهن من إدارة أعراضهن بمهارة أكبر، بالإضافة إلى ذلك تتعلم النساء أن يَكُنَّ أكثر تقبلاً للطبيعة الأعراض غير الدائمة، وتجربتها وإدارتها بطريقة أكثر إيجابية وفعالية، وبالتالي تقليل الضيق بشكل أكبر، وهذا ما أكدته نتائج دراسة Sood et al. (2019) التي خلصت إلى أن ارتباط اليقظة الذهنية بانخفاض الضغط وأعراض انقطاع الطمث لدى النساء اللواتي يعانين من ضغوط مرتفعة، مما يؤكد دور اليقظة الذهنية في تخفيف أعراض انقطاع الطمث لدى النساء في مرحلة منتصف العمر.

ووفقاً (Carmody et al. 2011)، فإن التدريب على اليقظة يُساعد الأفراد على التعرف أفكارهم وعواطفهم وأحاسيسهم ومراقبتها وقبولها، وبنفس المعنى، يمكن أن يساعد النساء على تعلم كيفية تحديد المشاعر الفردية أو التجارب الجسدية المرتبطة بأعراض ما قبل انقطاع الطمث وتطوير نهج قبول غير قضائي وغير تفاعلي تجاه هذه الأعراض وتجاه أنفسهن. فالتدخلات القائمة على اليقظة لا تركز فقط على الإدراك الذاتي لأعراض انقطاع الطمث ولكن أيضاً على مظاهرها الجسدية، والتي يمكن أن تساهم معاً في تخفيفها (Murlova, 2012) ونظراً لأن اليقظة تعلم التعاطف مع الذات وقبول اللحظة الحالية، كما أنها تساعد وبشكل كبير على التكيف النفسي مع التغيرات (الهرمونية والجسدية والمعرفية) التي تحدث أثناء فترة انقطاع الطمث. على وجه الخصوص، ويمكن أن يؤدي اليقظة إلى تغيير تجربة انقطاع الطمث والأعراض ذات الصلة، بسبب تطوير علاقة مختلفة مع الأعراض وتناقص الكرب المرتبط بها (Molefi-Youri, 2019).

أما فيما يتعلق بغياب الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والضابطة على استبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث في بعد الأعراض الجنسية، فعلى ما يبدو أنه لم يكن للبرنامج نفس التأثير على هذا البعد كما هو الحال في الأبعاد الأخرى. وتأتي هذه النتيجة على غرار ما توصلت إليه دراسة (Enjezab, et al. 2019)، ودراسة (Van Driel et al. 2019b) التي أشارت إلى أن أقل التغيرات حدثت في بعد الأعراض الجنسية مقارنة بالتغيرات التي حصلت في الأبعاد الأخرى، وهذا يمكن عزوه إلى حقيقة أن الأعراض الوعائية الحركية، والأعراض النفسية، والأعراض الجسدية مرتبطة بدرجة عالية بالقلق والضيق، وتشير الدلائل إلى أن القلق والضيق النفسي يزيدان من الأعراض السابقة، في حين أن المشكلات الجنسية غالباً ما تكون ناجمة عن انخفاض مستوى هرمون الأستروجين الذي يؤثر على الأعضاء التناسلية ويسبب جفاف المهبل وضمور العضلات، وما إلى ذلك، ويُعد أكبر سبب لتدني جودة الحياة الجنسية وعلى ما يبدو أن التقلبات الهرمونية لا يمكن أن تتحسن بالتدخلات القائمة على اليقظة.

للإجابة عن التساؤل الثاني: هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبعي بعد تطبيق البرنامج؟ تم استخدام اختبار (ت) للعينات

المترابطة والجدول التالي يوضح الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على أبعاد استبيان جودة الحياة والدرجة الكلية في القياسين البعدي والتتبعي:

جدول (٨) الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على استبيان جودة الحياة والأبعاد والدرجة الكلية في القياسين البعدي والتتبعي

الأبعاد	المجموعات	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الأعراض الوعائية الحركية	تجريبية - قياس بعدي	١٥	٥,٤٧	٠,٥٢	٠,٦٢١	٠,٢٤١
	تجريبية قياس تتبعي	١٥	٥,٩٩	٠,٥٠		
الأعراض النفسية	تجريبية - قياس بعدي	١٥	١٣,٢٠	١,٦٨	٠,٩٥٣	٠,٣٤٩
	تجريبية قياس تتبعي	١٥	١٢,٦٦	١,٣٤		
الأعراض الجسدية	تجريبية - قياس بعدي	١٥	٣٦,٠٦	١,٨٣	٠,٩٧٣	٠,٣٣٩
	تجريبية قياس تتبعي	١٥	٣٥,٤٠	١,٩١		
الأعراض الجنسية	تجريبية - قياس بعدي	١٥	٨,٠٠	١,٦٢	٠,٧٤٧	٠,٤٦١
	تجريبية قياس تتبعي	١٥	٧,٧٨	١,٧٤		
الدرجة الكلية	تجريبية - قياس بعدي	١٥	٦٣,٢٦	٣,٠٥	١,٢٥٢	٠,٢٢١
	تجريبية قياس تتبعي	١٥	٦١,٨٦	٣,٠٢		

يتضح من خلال النتائج بالجدول (٨) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على استبيان جودة الحياة الخاص بانقطاع الطمث الأبعاد (الأعراض الوعائية الحركية - الأعراض النفسية - الأعراض الجسدية - الأعراض الجنسية) والدرجة الكلية، وهذه النتيجة تُشير إلى استمرارية أثر التدخل في تحسين مستوى جودة الحياة لدى النساء في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث، واتفقت هذه النتيجة مع أهداف التدريب على اليقظة في المحافظة على استمرارية التحسن حتى بعد انتهاء التدخل، وتتسق هذه النتيجة مع نتائج دراسة Carmody et al. (2011) التي أشارت إلى ظهور تحسن وبشكل ملحوظ في جودة الحياة وأبعادها لدى النساء في فترة ما قبل انقطاع الطمث، وهذا التحسن استمر لمدة تصل إلى (١٦) أسبوعاً بعد التدخل.

وكذلك نتائج دراسة Sener and Tashan (2021) التي أشارت إلى استمرارية أثر البرنامج بعد مرور ثمانية أسابيع من انتهاء التدخل، ودراسة Van Driel et al. (2019b) التي بينت أن البرنامج

أدى إلى تحسين جودة الحياة لدى عينة الدراسة، على المدى القصير والطويل الذي تضمن المتابعة لمدة اثني عشر شهراً، كما اتفقت مع نتائج الدراسة (Aliabadi et al. (2021) التي بينت استمرارية تأثير التدريب القائم على اليقظة بعد ثلاثة أشهر من التدخل.

وكذلك نتائج دراسة (Pyri et al. (2021) التي خلصت إلى التدريب على اليقظة قلل وبشكل كبير من وتيرة الهبات الساخنة وحسن من جودة الحياة بعد انتهاء التدخل مباشرة واستمرارية الأثر حتى بعد مرور ثلاثة أشهر من انتهاء التدخل، وترى الباحثة وفي ضوء نتائج هذا التساؤل أن البرنامج وقدرته على الدمج والتكامل ما بين استراتيجيات اليقظة الذهنية قد ساعد أفراد المجموعة التجريبية على إدارة أعراض انقطاع الطمث والتعامل معها بفاعلية أكثر.

وقد استمر احتفاظهن بالمهارات المكتسبة وبقاء أثرها بالرغم من انتهاء مدة البرنامج، فالتحكم المتعمد في الانتباه الذي ينمو أثناء تدريب اليقظة، جعل المشاركات أكثر وعياً، وتعلمن تحويل انتباههن من الوضع المعتاد غير المفيد للعقل إلى التركيز على اللحظة الحالية، بالإضافة إلى ذلك، تعلمن عدم التركيز على الماضي والمستقبل، مما يُمكنهن من إبعاد أنفسهن عن أفكارهن من خلال رؤيتها مجرد أحداث ذهنية، وبالتالي اكتساب منظور مختلف لتجربتهن، ويظهر تأثير التدريب على استراتيجيات اليقظة من خلال تنمية الملاحظة غير القضائية والسلوك اليقظ، الذي من شأنه تحسين الأعراض النفسية والرفاهية النفسية، وتقدم هذه النتائج دليلاً على أن التدخلات القائمة على اليقظة قد يكون لها دورٌ في تسهيل التكيف النفسي أثناء الانتقال إلى مرحلة ما بعد انقطاع الطمث. وبالطبع، لا يُعد هذا النوع من التدخل حلاً سحرياً، ولكنه يمكن أن يُكملاً للعلاجات الحالية لدعم النساء في تنمية قدر أكبر من التعاطف الذاتي والالتزان خلال مرحلة الانتقال إلى سن اليأس.

التوصيات

- تضمين برامج العلاج الطبي ببرامج إرشادية نفسية تساعد المرأة على التكيف مع هذه المرحلة الانتقالية؛ حيث تتطلب الإدارة المثلى لأعراض انقطاع الطمث خبرة فريق متعدد التخصصات ونهج شامل يضع تصوراً لمشاركة احتياجات المرأة الجسدية والنفسية والاجتماعية أثناء التخطيط للعلاج، ولا يقتصر ذلك على الجانب الفسيولوجي لانقطاع الطمث؛ بل يمتد إلى الجوانب النفسية والاجتماعية.
- تفعيل استراتيجيات الصحة الرقمية لدعم النساء لإدارة الأعراض الجسدية والنفسية والاجتماعية لانقطاع الطمث، من خلال توفير تقنيات الصحة الرقمية، التي تشمل الاستشارات الافتراضية والتدخلات العلاجية والمشاركة في مجتمعات الدعم عبر الإنترنت؛ حيث تُعدّ وسيلة مهمة يمكن للمرأة من خلالها الحصول على المعلومات والدعم خلال هذه المرحلة.
- التدخلات القائمة على اليقظة قد تكون خياراً مناسباً وبشكل خاص للنساء اللاتي لا يرغبن في العلاجات الدوائية والعلاج الهرموني ومع ذلك، فإن هذا النوع من التدخلات يتطلب إجراء المزيد من الدراسات مع زيادة حجم العينات.

المراجع:

المراجع الأجنبية:

- Aliabadi, M. Javadnoori, M., Malehi, A., Aslani, K. (2021) .A study of mindfulness-based stress-reduction training effects on menopause-specific quality of life in postmenopausal women: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 44, 101398.
- Arab, S., Borjali, A., Meschi, F., Alireza, K. & Zakeihamidi, M. (2020). Effectiveness of self-compassion training on hot flashes and night sweats in postmenopausal women. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology & Infertility*, 23 (2) ,30-41.
- Atefeh, D., Forough, J. & Rozita (2019). The Effectiveness of Group Self-Compassion Focused Therapy on Flourishing in Menopausal Women. *Psychological Studies*, 15 (2) , 111-126.
- Avis, N., Ory, M., Matthews, K., Schocken, M., Bromberger, J., & Colvin, A. (2003). Health-related quality of life in a multiethnic sample of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Medical care*, 41 (11) , 1262-1276.
- Ayatollahi S, Ghaem H, Ayatollahi S. (2015). Determinants of age at natural menopause in Shiraz. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 27 (3):131-3.
- Ayers, B., Smith, M., Hellier, J., Mann, E., & Hunter, M. S. (2012). Effectiveness of group and self-help cognitive behavior therapy in reducing problematic menopausal hot flushes and night sweats (MENOS 2): a randomized controlled trial. *Menopause*, 19 (7) , 749-759.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2) , 125-143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27–45.
- Belešová, R., & Tóthová, V. (2019). Use of evaluation tools to evaluate symptoms and changes in climacteric women in the Czech Republic and abroad. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10 (4) , 1143-1154.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V. Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3) , 230–241.
- Bloch, A. (2002). Self-awareness during the menopause. *Maturitas*, 41 (1) , 61-68.
- Busch, H., Barth-Olofsson, S., Rosenhagen, S., & Collins, A. (2003). Menopausal transition and psychological development. *Menopause*, 10 (2) , 179-187.
- Carmody, J., Crawford, S., Salmoirago-Blotcher, E., Leung, K., Churchill, L., & Olendzki, N. (2011). Mindfulness training for coping with hot flashes: results of a randomized trial. *Menopause*, 18 (6) , 611-620.
- Ceyla Ceylan, B., & Özerdoğan, N. (2015). Factors affecting age of onset of menopause and determination of quality of life in menopause. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*, 12 (1) , 43-49.
- Chen, T., Chang, C., Hung, C. & Wang, H. (2021). Effectiveness of mindfulness-based interventions on quality of life and menopausal symptoms in menopausal women: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 147, 116515.

- Davis, D. & Hayes, J. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy, 48* (2) , 198-208.
- Dotlic, J., Pimenta, F., Kovacevic, N., Leal, I., Maroco, J., Utian, W., & Gazibara, T. (2017). Menopausal transition in Southern Europe: comparative study of women in Serbia and Portugal. *Menopause, 24* (11) , 1236-1245.
- Ebrahimi, M. & Rahimi, B. (2019). The effect of self-efficacy counseling on the management of menopausal symptoms in psychological dimension in perimenopause women referred to health centers in Mahabad city. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research, 9* (2) 93-97.
- Edey, K., Rundle, S., & Hickey, M. (2018). Hormone replacement therapy for women previously treated for endometrial cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 15* (5).
- Enjebaz, B., Zarehosseinabadi, M., Farzinrad, B., & Dehghani, A. (2019). The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Quality of life in Perimenopausal Women. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 13* (1) , 86525.
- Ferrand, F., Hajri, S., Benzineb, S., Draoui, D., Hassoun, D., Delanoë, D., Zins, M., & Ringa, V. (2013). Comparative study of the quality of life associated with menopause in Tunisia and France. *Menopause, 20* (6) , 609-622.
- Gazibara T., Kovacevic N., Nurkovic S., Kurtagic I., Radovanovic S., Rancic B., Terzic M., Dotlic J. (2019). [Menopause-specific Quality of Life Questionnaire: factor and Rasch analytic approach](#). *Climacteric, 22* (1) ,90-96.
- Greendale, G., Karlamangla, A., & Maki, P. (2020). The menopause transition and cognition. *Jama, 323* (15) , 1495-1496.
- Greendale, G., Wight, R., Huang, M., Avis, N., Gold, E., Joffe, H., Seeman, T., Vuge, M., & Karlamangla, A. (2010). Menopause-associated symptoms and cognitive performance: results from the study of women's health across the nation. *American journal of epidemiology, 171* (11) , 1214-1224.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research, 57* (1) , 35-43.
- Hall E., Frey B. & Soares C. (2011). Non-hormonal treatment strategies for vasomotor symptoms: a critical review. *Drugs, 71* (3) ,287-304.
- Hall, L., Callister L., Berry J. & [Matsumura](#), G. (2007). Meanings of menopause: cultural influences on perception and management of menopause. *Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association, 25* (2) ,106-118.
- Hilditch J., Lewis J., Peter A. (1996). A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *maturities, 24*,161–75.
- Hillard T., Abernethy K., Hamoda H., (2007). *Management of the Menopause*. 6th edition. Plymouth: British Menopause Society.
- Hunter, M., & Chilcot, J. (2013). Testing a cognitive model of menopausal hot flushes and night sweats. *Journal of psychosomatic research, 74* (4) , 307-312.
- Hunter, M., & Mann, E. (2010). A cognitive model of menopausal hot flushes and night sweats. *Journal of psychosomatic research, 69* (5) , 491-501.
- Jafary, F., Farahbakhsh, K., Shafiabadi, A., & Delavar, A. (2011). Quality of life and menopause: Developing a theoretical model based on meaning in life, self-efficacy beliefs, and body image. *Aging & mental health, 15* (5) , 630-637.

- Jaspers, L., Daan, N. M., Van Dijk, G. M., Gazibara, T., Muka, T., Wen, K. X., Meun, C., Zillikens, C. M., Roeters van Lennep, J., E., Roos-Hesselink, J. W., Laan, E., Rees, M. Laven, J. S. E., Franco, O. H., & Kavousi, M. (2015). Health in middle-aged and elderly women: a conceptual framework for healthy menopause. *Maturitas*, 81 (1) , 93-98.
- Jones, F., Strauss, C. & Cavanagh, K. (2016). Self-help mindfulness-based cognitive therapy. In Eisdendath, S. J. (Ed) , *Mindfulness-based cognitive therapy* (pp. 113-121).
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2) , 144–156.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. Hachette UK.
- Kalarhoudi, M., Taebi, M., Sadat, Z., & Saberi, F. (2011). Assessment of quality of life in menopausal periods: a population study in Kashan, Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 13 (11) , 811-817.
- Kanadys, K., Wiktor-Stoma, A., Lewicka, M., Sulima, M., & Wiktor, H. (2016). Predictors of the quality of life of women in peri-menopausal period. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 23 (4) , 641-648.
- Karaçam, Z., & Şeker, S. E. (2007). Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturities*, 58 (1) , 75-82.
- Kumari, A., Panigrahi, A., Roy, A., & Panda, J. (2020). Impaired quality of life and its determinants among postmenopausal women of slum communities in Bhubaneswar, India. *Journal of Mid-life Health*, 11 (3) , 149-155.
- Kumari, A., Panigrahi, A., Roy, A., & Panda, J. (2020). Impaired quality of life and its determinants among postmenopausal women of slum communities in Bhubaneswar, India. *Journal of Mid-life Health*, 11 (3) , 149-155.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R., Holden, E., Barret, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E., Teasdale, J. (2008). Mindfulness based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 76, 966–978.
- Langer, E. (1992). Matters of mind: Mindfulness/mindlessness in perspective. *Consciousness and Cognition*, 1, 289-305.
- Leidy, L. (1994). Biological aspects of menopause: across the lifespan. *Annual Review of Anthropology*, 23 (1) , 231-253.
- Liu, Z., Wang, Y., Xu, H., Wu, J., He, L., Jiang, J. Y., Yan, S., Du, R., & Liu, B. (2014). Efficacy of electroacupuncture for symptoms of menopausal transition: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15 (1) , 1-7.
- Molefi-Youri, W. (2019). Is there a role for mindfulness-based interventions (here defined as MBCT and MBSR) in facilitating optimal psychological adjustment in the menopause? *Post reproductive health*, 25 (3) , 143-149.
- Mollaahmadi, L., Keramat, A., Changizi, N., Yazdkhasti, M., & Afshar, B. (2019). Evaluation and comparison of the effects of various cognitive-behavioral therapy methods on climacteric symptoms: A systematic review study. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 20 (3) , 178-195.
- Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A. R., & Simoncini, T. (2018). Symptoms of menopause—global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology*, 14 (4) , 199-215.

- Murlova, K. (2012). *A Qualitative Study Exploring the Benefits of Mindfulness for Women During Menopause*. Master Thesis, University of New York, Prague.
- Nazarpour, S., Simbar, M., Ramezani Tehrani, F., & Alavi Majd, H. (2020). Factors associated with quality of life of postmenopausal women living in Iran. *BMC women's health*, 20 (104), 1-9.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2 (3), 223-250.
- Nie G., Yang H., Liu J., Zhao C., Wang X. (2017). Psychometric properties of the Chinese version of the Menopause-Specific Quality-of-Life questionnaire. *Menopause*, 24 (5), 546-554.
- Nisar N, Sohoo N. (2009). Frequency of menopausal symptoms and their impact on the quality of life of women: A hospital-based survey. *Journal of Pakistan Medicine Association*, 59 (11), 752-6.
- Nosek M., Kennedy, P. & Gudmundsdottir, M. (2012). Distress During the Menopause Transition: A Rich Contextual Analysis of Midlife Women's Narratives. *Sage Open*, 2 (3), 1-10.
- Nosek, M., Kennedy, H. P., Beyene, Y., Taylor, D., Gilliss, C., & Lee, K. (2010). The effects of perceived stress and attitudes toward menopause and aging on symptoms of menopause. *Journal of midwifery & women's health*, 55 (4), 328-334.
- Park J., Bae S., Jung Y. (2020). Validity and Reliability of the Korean Version of the Menopause-Specific Quality of Life. *Journal of Korean Academic Nursing*, 50 (3):487-500
- Phligbuam W., Smith, E. & Bartonm D. (2018). Psychometric properties of the Menopause Specific Quality of Life questionnaire among Thai women with a history of breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing Society*, 36, 75-81.
- Pyri, F., Abedi, P., Maraghi, E. & Jefreh, M. (2021). The Effect of Mindfulness on Quality of Life among Women with Premature Ovarian Insufficiency: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Midlife Health*, 12 (2), 116-121.
- Reynolds, F. (1997). Perceived control over menopausal hot flashes: exploring the correlates of a standardized measure. *Maturities*, 27 (3), 215-221.
- Ryan, R. & Brown, K. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Sarri, G., Davies, M., & Lumsden, M. A. (2015). Diagnosis and management of menopause: summary of NICE guidance. *Bmj Clinical Research* 351, 1-6.
- Sener, N. & Tashan, S. (2021). The effects of mindfulness stress reduction program on postmenopausal women's menopausal complaints and their life quality. *Complementary Therapies in clinical Practice*, 45 (4), 101478.
- Smadi, E. (2017). The Effect of Group Counseling on the Level of Depression and Anxiety in a Sample of Women in the Menopausal Stage in Jordan. *Canadian Social Science*, 13 (2), 70-77.
- Sommer, B, Avis N., Meyer P., Ory, M., Madden, T., Kagawa-Singe, M., Mouton, C., Rasor, N. & Adler, S. (1999). Attitudes toward menopause and aging across ethnic/racial groups. *Psychosomatic medicine* 61 (6), 868-875.
- Sood, R., Kuhle, C., Kapoor, E., Thielen, J., Frohmader, K., Mara, K. & Faubion, S. (2019). Association of mindfulness and stress with menopausal symptoms in midlife women. *Climacteric*, 22 (4), 377-382.

- Taher-Karami, Z., Hossieni, O. & Dasht-Bozorgi, Z. (2018). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Resiliency, Self-discrepancy, Hope and Psychological Well-being of Menopausal Women in Ahvaz. *Community Health*, 5 (3) ,189-197.
- Teasdale J. & Chaskalson M. (2011). How does mindfulness transform suffering? the transformation of dukkha. *Contemporary Buddhism*, 12 (1) ,103-124.
- Toral, M., Godoy-Izquierdo, D., Garcia, A. & Moreno, R. (2014). Psychosocial interventions in perimenopausal and postmenopausal women: A systematic review of randomized and non-randomized trials and non-controlled studies. *Maturities*, 77 (2) , 93-110.
- Tremblay A., Sheeran L., & Aranda S. (2008). Psychoeducational interventions to alleviate hot flashes: a systematic review. *Menopause*, 15 (1) , 193-202.
- Utian, W., & Woods, N. (2013). Impact of hormone therapy on quality of life after menopause. *Menopause*, 20 (10) , 1098-1105.
- Vago, D., & Silbersweig, D. (2012). Self –awareness, Self – regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 1-30.
- Van Driel C., Stuursma A., Schroevers M., Morurits, M. & de Book, G. (2019a). Mindfulness, cognitive behavioral and behavior-based therapy for natural and treatment-induced menopausal symptoms: a systematic review and meta-analysis. *international journal of obstetrics and gynecology*, 126 (3) , 330-390.
- Van Driel, C., de Bock, G., Schroevers, M., & Mourits, M. (2019b). Mindfulness- based stress reduction for menopausal symptoms after risk-reducing salpingo- oophorectomy (PURSUE study): a randomized controlled trial. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 126 (3) , 402-411.
- Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, L., Floyd, R., Dedert, A. & Sephton, E. (2002). Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9 (4) , 297-307.
- Wong, C., Yip, B., Gao, T., Lam, K., Woo, D., Yip, A., Chin, C., Tang, W., Choy, M., Tsang, K., Ho, S., Ma, H., & Wong, S. (2018). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) or psychoeducation for the reduction of menopausal symptoms: a randomized, controlled clinical trial. *Scientific reports*, 8 (1) , 1-10.
- Woods, N. & Utian, W. (2018). Quality of life, menopause, and hormone therapy: an update and recommendations for future research. *Menopause*, 25 (7) , 713-720.
- Young, J. H. (2016). *Mindfulness-based strategic awareness training: A complete program for leaders and individuals*. John Wiley & Sons.
- Zamani, M., Nooripour, R., Oskooei, A. & Afrooz, G. (2020). The Effects of Mindfulness-Based Training on Psychological Wellbeing and Emotion Regulation of Menopausal Women: A Quasi-experimental Study. *Journal of Research and Health*, 10 (5) ,295-304.





الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة
ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH





الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة
ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH

Journal of Islamic University

for Educational and Social Sciences

Refereed Periodic Scientific Journal

