

# الفروق بين مريضات أورام الثدي السرطانية والصحيحات فى كل من مهارات التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات والكرب النفسى

## إعداد

د.د. / أماني محمد جودة

اختصاصي نفسي إكلينيكي  
بالأكاديمية العربية للعلوم النفسية

أ.د. / محمد نجيب أحمد الصبوة

قسم علم النفس - جامعة القاهرة

## ملخص :

هدفت الدراسة الراهنة إلى فحص الفروق بين مريضات أورام الثدي السرطانية والصحيحات فى كل من مهارات التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات والكرب النفسى، على عينة تكونت من (١٢٠) مشاركة، وقسمت على مجموعتين : الأولى تكونت من (٦٠) مريضة بأورام الثدي السرطانية، والثانية تكونت من (٦٠) سيدة من الصحيحات، وطبق عليهن اختبار التعقل لأورام الثدي السرطانية؛ واختبار التقبل لأورام الثدي السرطانية؛ واختبار خطط تنظيم الانفعالات لأورام الثدي السرطانية من إعداد الباحثة، واختبار الكرب النفسى للناجيات من أورام الثدي السرطانية من إعداد عائشة طارق (٢٠١٦)، بالإضافة إلى المقابلة المبدئية من إعداد الباحثة (٢٠١٧)؛ ومقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي من إعداد عبدالعزيز الشخص؛ ومقياس الفهم والمفردات من اختبار وكسلر لذكاء الراشدين الصورة الرابعة - المعدل. وكشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى الدراسة فى مهارات التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات الإيجابية فى اتجاه الصحيحات، بينما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى الدراسة فى خطط تنظيم الانفعالات السلبية والكرب النفسى فى اتجاه المريضات.

**الكلمات المفتاحية :** مهارات التعقل - ومهارات التقبل - وخطط تنظيم الانفعالات - والكرب النفسى - ومريضات أورام الثدي السرطانية - والصحيحات.

## مقدمة :

هدفت الدراسة الراهنة إلى الوقوف على الفروق بين مريضات أورام الثدي السرطانية والصحيحات في كل من مهارات التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات والكرب النفسي، وحاولت الوقوف على بعض الدلالات والمعاني النفسية للنتائج ومحاولة تفسيرها.

ويتكون الثدي من القنوات<sup>1</sup> أو الغدد الليفية وأنسجة داعمة شحمية (دهنية) بالإضافة إلى الأوعية الدموية (الحجار، ٢٠١٦، ص ٤١)، حيث تتكون القنوات الليفية في الثدي من ٥ إلى ٢٠ من الفصوص، ويتكون كل فص من مجموعة أجزاء صغيرة من الفصيبيات التي تتكون من الغدد المنتجة للبن، وبعد الولادة يتدفق اللبن من الفصيبيات إلى الحلمة من خلال القنوات (National Cancer Institute [NCI], 2012, p.1)، بينما تتكون الأنسجة الداعمة من أنسجة شحمية من أجل دعم الفصوص (عدد إنتاج اللبن والقنوات الموصلة للبن)، وتهدف إلى تماسك الثدي وإعطائه الشكل الطبيعي (الحجار، ٢٠١٦، ص ٤١).

وتُعد زيادة كثافة أنسجة الثدي الدهنية مقابل الأنسجة الليفية من أقوى عوامل الخطر للإصابة بأورام الثدي، لأنها تؤدي إلى زيادة هرمون الأستروجين (Irminger, 2010: p.4)، وللخلايا الطبيعية دور مهم في جسم الإنسان، حيث تتكاثر الخلايا بنظام معين ومحدد حتى تعوض الخلايا التالفة وتستبدل بها وتحل محلها، ولكن عندما تظهر الخلايا السرطانية تضغط على الخلايا الطبيعية وتحل محلها، وتتكاثر بشكل غير منتظم وتزاحم الخلايا الطبيعية (لأنها لا تموت)، مما تسبب مشاكل في جزء معين في الجسم، فلا تقتصر الأورام السرطانية على مرض واحد إنما توجد أنواع متعددة منه، ويمكن أن يبدأ من أماكن مختلفة في الجسم، فقد يبدأ من الرئتين أو الثدي أو القولون أو الدم، ولكن يختلف في نموه وسرعة انتشاره في الجسم على حسب نوعه (American Cancer Society [ACS], 2015, p. 1-2).

وتختلف معدلات انتشار الأورام السرطانية بشكل ملحوظ بين الدول، وهذا يرجع إلى عوامل التنمية الاجتماعية والاقتصادية، حيث يعتبر التشخيص بأورام الثدي السرطانية أكثر انتشاراً في قارة أوروبا؛ ومن ثم أمريكا الشمالية والجنوبية؛ ومن ثم قارة أفريقيا، في حين تحتل قارة أفريقيا المرتبة الأولى بين القارات في ارتفاع معدلات الوفيات نتيجة للتشخيص به (Bray et al., 2018).

وتعتبر أورام الثدي السرطانية أكثر أنواع الأورام السرطانية تشخيصاً بين الإناث في أكثر من ١٥٤ دولة من أصل ١٨٥ دولة، حيث شخص به حوالي ٢,١ مليون حالة جديدة، بما يساوي ٢٤,٢% من إجمالي حالات الأورام السرطانية؛ أي واحد من كل أربع حالات مشخصة حديثاً بأورام سرطانية في جميع أنحاء العالم (World Health Organization [WHO], 2018)، وقدرت

(1) Milk ducts.

معدلات الوفيات بحوالي ٦,٦% من إجمالي حالات الوفيات بين الإناث بسبب الأورام السرطانية، ولذلك يعتبر السبب الرئيسي للوفيات بين الإناث في أكثر من ١٠٠ دولة (Bray et al., 2018).

ومع التشخيص والعلاج المبكر لأورام الثدي السرطانية، ارتفع معدل البقاء على قيد الحياة خلال ٥ سنوات الماضية إلى ٨ ملايين من الناجيات، ويعتبر من أعلى معدلات البقاء مقارنة بمعدلات النجاة بين جميع الأورام السرطانية، لكنه يختلف من بلد لآخرى (World Health Organization [WHO], 2020)، لذلك وصلت معدلات البقاء على قيد الحياة لمدة ٥ سنوات لمريضات أورام الثدي السرطانية بحوالي ٩٠% في المرحلة صفر والأولى، وتنخفض إلى ٦٥% في المرحلة الثانية، وتصل إلى ٣٣% في المرحلة الثالثة، وتنخفض إلى ٦% في المرحلة الرابعة لأنه يكون منتشر في جميع أنحاء الجسم، ومن هنا يتضح أهمية كل من الكشف المبكر وعلاجات أورام الثدي السرطانية سواء الكيمايى؛ أو الجراحى؛ أو الإشعاعى؛ أو الهرموني على الرغم من آثارهم الجانبية على المريضات (Stapleton et al., 2011).

### مُدخل إلى مشكلة الدراسة :

تعانى بعض مريضات أورام الثدي السرطانية من بعض المشكلات الانفعالية (كالخوف من تكرار المرض والقلق والاكتئاب والكرب النفسى) منذ بداية التشخيص حتى سنوات طويلة بعد النجاة من المرض (Lu et al., 2018)، وتوجد ثلاث مراحل تشعر فيها المريضات بالكرب النفسى، هى: وتمثلت المرحلة الأولى عندما تنتظرن موعد الطبيب لكى تحصلن على نتيجة الماموجرام؛ وتلقى التشخيص؛ ومعرفة نوع الورم حميد أم خبيث؛ وحجمه ومعرفة الخطة العلاجية، وتمثلت المرحلة الثانية: عند تلقى العلاج الكيمايى قبل الجراحة وانتظار العملية الجراحية، وتليهما المرحلة الثالثة بعد إجراء الجراحة على الأخص استئصال الثدي لأنها مرتبطة بالآلام الجسمية والنفسية (Ryburn, 2003, p.14).

ونجد أن المريضات الأصغر سنًا أكثر معاناة من الكرب النفسى عند التشخيص وإجراء العملية الجراحية، حيث أثبتت بعض الدراسات أن المريضات تحت سن ٥٠ عامًا غالبًا ما تعانين من مستويات مرتفعة من الكرب النفسى نتيجة للآثار الجانبية للعلاج (Calm, 2016, p.47)، واتفقت نتائج بعض الدراسات على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين العمر والكرب النفسى، فالمريضات الأصغر سنًا أكثر معاناة من الكرب النفسى مقارنة بالأخريات الأكبر سنًا (Enns et al., 2013; Syrowatka et al., 2017; Yilmaz & Gurler 2010).

وبذلك تكمن أهمية الكشف عن الفروق بين مريضات أورام الثدي السرطانية والصحيحات فى مهارات التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات والكرب النفسى، فنجد أن المريضات تعانى من مشكلات معرفية ونفسية واجتماعية وجسمية وأسرية ومهنية، وتنشغلن بمعاناتهن منذ بداية التشخيص حتى الانتهاء من العلاج، مما يقلل استخدامهن لمهارات التعقل والتقبل وخطط تنظيم

الانفعالات ويزيد من معاناتهن من الكرب النفسى، حيث اتفقت نتائج دراسة شين وآخرون **Chen et al., (2012)** مع نتائج دراسة كيبورا وآخرون **Cipora et al, (2018)** على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين العمر وتقبل المرض لدى مريضات أورام الثدي السرطانية. فالمشخصات بالمرض الأصغر سنًا فى المرحلة العمرية من (٣٠-٣٩) سنة أقل تقبلاً من المريضات الأكبر سنًا اللاتى تبلغن من العمر (٧٠) سنة فأكثر، كما أشاروا إلى أن لنوع الجراحة دورًا جوهريًا فى مستوى التقبل، فالمريضات الأصغر سنًا اللاتى خضعن لجراحة استئصال الثدي أقل تقبلاً لصورة الجسم بعد الجراحة حيث يرون أنهم أقل اكتمالاً وتشعرن بعدم الرضا عن أجسامهن نتيجة لظهور الندوب الجراحية مما يزيد من شعورهن بالكرب النفسى على الأخص المتزوجات.

وبعض مريضات أورام الثدي السرطانية تستسلمن للألم، مما يؤثر عليهن بشكل سلبى، ويؤدى ذلك إلى فقد أدورهن وهواياتهن، ولذلك فإن التقبل له دور جوهري فى مواجهة الآلام الجسمية الناجمة عن المرض والعلاج، حيث أسفرت نتائج دراسة جواشى **Gauthie (2007)** عن أن حوالى ٧٢% من مريضات أورام الثدي السرطانية ترين الألم على أنه مهدد لهواياتهن وأدورهن مما يجعلهن يشعرن بالقلق والغضب واليأس، فى حين أن حوالى ٢٨% منهن يقبلن الألم ويرون أنه استجابة طبيعية للتشخيص بالمرض، وله مسكنات ويعتبر مرحلة مؤقتة وسيزول.

وأشار جروس وجون **Gross & John (2003)** إلى أن المريضات الأكبر سنًا وهن فى أوائل الستينات من أعمارهن يكن أكثر استخدامًا لخطط تنظيم الانفعالات الإيجابية على الأخص إعادة التقييم المعرفى من المريضات فى العشرينيات من العمر، فالمريضات الأصغر سنًا ترددن دائمًا "لا أجد شيئًا إيجابيًا فى الموقف العصيب الذى أمر بها"، وفسروا ذلك فى ضوء نظرية الانتقائية الاجتماعية والعاطفية، التى ترى أن تقدم البالغين فى العمر يزيد من الشعور بالوعى بالوقت الحاضر ويحدث تحول فى أهدافهم فبدلاً من وضع أهداف تركز على المستقبل تتمثل فى اكتساب المعرفة وزيادة الخبرات بهدف النجاح فى الحياة إلى وضع أهداف حياتية تركز على رغبتهم فى الشعور بالسعادة والرفاهية وكيفية الاستمتاع بحياتهم فى اللحظة الراهنة.

كما كشفت نتائج دراسة فيرير وآخرون **Ferrer et al., (2015)** عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان والأصحاء فى استخدام خطط تنظيم الانفعالات الإيجابية فى اتجاه الأصحاء، كما أن مرضى الأورام السرطانية أقل استخدامًا لخطه إعادة التقييم المعرفى، وأكثر استخدامًا لخطط كظم الانفعالات ولوم الذات والآخرين والاجترار مما يزيد من معاناتهن من الكرب النفسى. وفيما يلى نعرض لمتغيرات الدراسة الراهنة وإطارها النظرى :

#### أولاً : مهارات التعقل :

استخدم التعقل سنة (١٩٢١) فى العلاج النفسى، وشمل مجموعة واسعة من الممارسات، وأشار "كابات زين" **Kabat Zinn** إلى أن الباحثين والأطباء الغربيين الذين أدخلوا ممارسة التعقل فى برامج

علاج الحالات النفسية عادةً ما يقومون بتدريسه والتدريب عليه بشكل مستقل عن التقاليد الدينية وأصوله البوذية، كما إنه في الإنتاج النفسى الحالى وصف التدريب على مهارات التعقل للمرضى بشكل متكرر ومتزايد مما يؤكد نموه وتطوره السريع، وأشار "سالمون وسانتوريلي وكابات زين" (Salmon, Santorelli & Zinn, 1998) إلى أن أكثر من (٢٤٠) مستشفى وعيادة في الولايات المتحدة وخارجها يستخدمون برامج التعقل القائمة على التقليل من الإجهاد والمشقة، كما أنه أسلوب علاجي مهم في العلاج الجدلي السلوكي ويستخدم في علاج عديد من الاضطرابات النفسية والرعاية الصحية، ودخل في علاج الأمراض المزمنة والأورام السرطانية بهدف تحسين معاناتهم الجسمية والنفسية (Baer, 2003; Siegel et al., 2013, p.18-19; Garland et al., 2011).

وعرفه هان (١٩٧٦) Hanh بأنه "احتفاظ الفرد بوعية بما يحدث في اللحظة الراهنة"، وأشار كابات زين (١٩٩٠) إلى أن معظم الناس لديهم القدرة على تركيز الوعي والانتباه على اللحظة الراهنة، لكنه، وضع بعض الافتراضات :

أ) اختلاف الأفراد في قدراتهم على تركيز انتباههم واستمرارهم في التركيز على ما يحدث في اللحظة الراهنة.

ب) اختلاف الأفراد في ميولهم ورغباتهم على تركيز انتباههم واستمرارهم في التركيز على ما يحدث في اللحظة الراهنة.

ج) اختلاف رغبة الفرد نفسه في التركيز على اللحظة الراهنة، وفقاً لنوع الحدث الذي يمر به (Through: Brown & Ryan, 2003).

وعرفه "لانجر" (١٩٩٧) Langer بأنه "يحتوى على عدة مكونات، أهمها: الانفتاح على الخبرة الراهنة وتميز الانتباه والحساسية لمختلف السياقات والوعي بوجهات النظر المتعددة بشكل مضر والتوجه في الوقت الحاضر على عكس الغفلة (Sternberg, 2000).

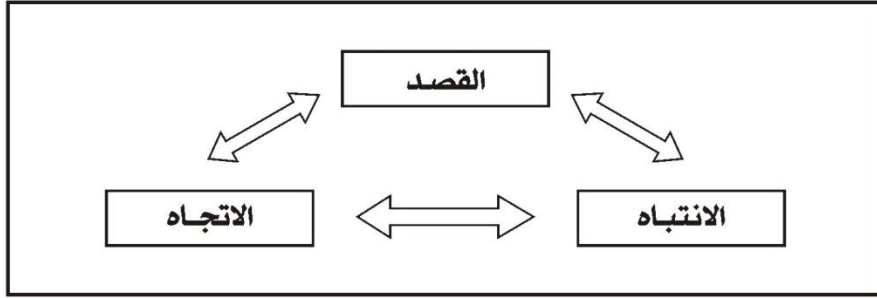
واتضح من العرض السابق لتعريفات التعقل، أن جميعها تتفق على أهمية وعى الفرد وانتباهه للتجربة أو الخبرة التي يمر بها، ولكن بعضهم أشار إلى أهمية التوقف عن إصدار أحكام عليها، وبعضهم ركز في تعريفه على أهمية الانفتاح على الخبرة التي يمر بها، لذلك نرى أهمية الاستفادة من جميع التعريفات السابقة لوضع تعريف شمل جميع المكونات. ونقترح تعريفاً للتعقل لأورام الثدي السرطانية في "تركيز المريضات وعيهم وانتباههم على المحفزات الداخلية والخارجية أثناء الحدث الراهن ومراقبتهم له ووصفهم للخبرة المرضية والانفتاح عليها وتصرفهم بوعى مع توقفهم عن إصدار أحكام على ما تخبرنه في الفتره الراهنة (تلقى العلاج الكيميائي)".

#### النماذج المفسرة للتعقل :

توجد بعض النماذج التي تساعدنا على فهم التعقل، لذلك سوف نلقى الضوء على بعضها فيما يلي من الفقرات.

## [1] نموذج شابيرو وكارلسون وفريدمان للتعقل

افترض "شابيرو وآخرون" (Shapiro et al., 2006) نموذجًا يركز على ثلاث مسلمات، هي: النية أو القصد والانتباه والاتجاه ويرمز إليه بـ (ن ق ن ت) (IAA)، ويساعد على معرفة كيفية ممارسة التعقل، ولذلك يجب أن نعرف أنها عمليات متداخلة وتحدث في وقت واحد، ووضح الشكل التالي هذا النموذج :



شكل (1) قواعد نموذج شابيرو وكارلسون وفريدمان للتعقل (Shapiro et al., 2006).

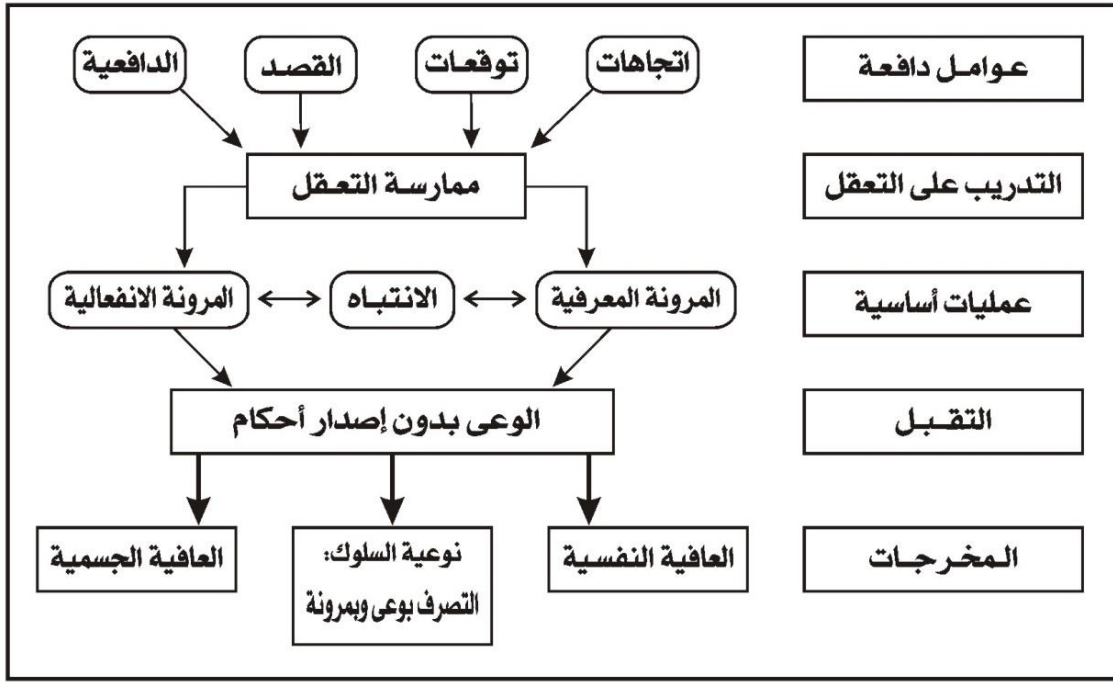
ووضح الشكل السابق قواعد شابيرو وزملائه وأكدها "كابات زين"، حيث ذكر أن نية الفرد أثناء ممارسة التعقل في اللحظة الراهنة تؤدي دورًا جوهريًا في الاستمرار على الممارسة وتجعله يشعر بالتغيير، وغالبًا ما تكون هذه النية نشطة ومتطورة، مثال ذلك قد يبدأ الفرد بممارسة التعقل بهدف خفض ضغط الدم، ومع استمرار الممارسة يطور نيته إلى تحسين الحالة المزاجية، وقد يقوم الفرد بممارسة التعقل بأكثر من نية أو قصد مثل تنظيم الذات وتحسين المزاج وإدارة الإجهاد (Shapiro et al., 2006)، ويقوم الانتباه على مراقبة العمليات الداخلية والخارجية في اللحظة الراهنة (عزة عثمان، سامية عبدالعاطي، ٢٠١٨)، وأشار "هيسرل Husserl" إلى أن الانتباه لمنبه محدد لفترة زمنية طويلة يكون له دور فعال في العلاج النفسي. وأكد العلاج بالصيغة الكلية على أهمية الوعي بالزمن الحالي، وأشار "بيرلز Perls" إلى أن الانتباه في حد ذاته يساعد على العلاج، ويمكن ملاحظة أهميته في العلاج المعرفي والجدلي السلوكي، فمن خلال التثبيط المعرفي يمنع تدخل أي منبهات ثانوية قد تكون الأفكار أو الانفعالات أو الإحساسات الجسمية مما يساعد على التنظيم الذاتي للانفعالات (Shapiro et al., 2006)، ويعتبر الاتجاه هو المكون الوجداني في ممارسة التعقل، ويعنى كيفية استحضار الفرد لمشاعره تجاه منبه محدد مثل استحضار مشاعر الصبر أو عدم تجنب الألم وقمعه ضروري لممارسة التعقل (صالح، ٢٠١٨).

## [2] نموذج ليفربول للتعقل

يقوم نموذج "ليفربول Liverpool" على خمسة مستويات: ويتضمن المستوى الأول العوامل الدافعة؛ والمستوى الثاني ممارسة التعقل؛ والمستوى الثالث العمليات الأساسية للممارسة؛ والمستوى

(2) Intention, Attention, and Attitude (IAA).

الرابع التقبل؛ والمستوى الخامس النتائج أو المخرجات (من خلال: عبد القادر، ٢٠١٣)، ووضح الشكل التالي النموذج.



شكل (٢) نموذج ليقربول للتعقل (من خلال: عبد القادر، ٢٠١٣).

واتضح من الشكل السابق (٢) أن المستوى الأول العوامل الدافعة يضم الاتجاهات والتوقعات والقصد أو النية والدافعية، وهذه العوامل توضح كيف ينخرط الفرد في ممارسة التعقل؛ ويشمل المستوى الثاني ممارسة التعقل بشكل واعى ومنظم مما يصلح جوهر العمليات العقلية التي تتمثل في المرونة المعرفية والانفعالية والانتباه؛ مما يجعل الفرد يعي بالمنبهات دون إصدار أحكام عليها؛ ويفضي إلى المستوى الخامس وتمثلت في المخرجات الإيجابية، وتمثلت في العافية النفسية والجسمية والتصرف بمرونة ووعى (من خلال: عبد القادر، ٢٠١٣).

ويتم تدريب الفرد على المراقبة الذاتية فتؤدى دوراً جوهرياً أثناء ممارسة مهارات التعقل، حتى يقوم بمراقبة المحفزات الداخلية (كالأفكار والمشاعر والإحساسات الجسمية) والمحفزات الخارجية (كالأصوات والروائح وغيرها)، وبعد ذلك يتم تدريبه على تركيز وعيه على منبه أو موضوع محدد لفترة طويلة وبذلك يكون قد تدرّب على المراقبة، حتى يكون مؤهل لتدريبه على وصف المنبهات أو المحفزات الداخلية أو الخارجية والإبداع في وصفها كما هي سواء بشكل تخيلى أو لفظى أو مكتوب، مع التوقف عن تقديم تقييمات للخبرة الراهنة والامتناع عن قول هذا جيد أو سيئ؛ صح أو خطأ؛ جدير بالاهتمام أم لا قيمه له، ومن ثم يتم تدريبه على الاندماج أو المشاركة؛ أى انغماس الفرد بعقله وكل أعضاء جسمه فى النشاط، مع الاحتفاظ بالقصد والنية من التعقل، بهدف تقليل المعاناة النفسية وتحقيق العافية النفسية وتحسين نوعية الحياة، ونجد أن هذه العمليات لا تتجزأ عن

بعضها بعضا ولا يجب إغفالها عند التدريب على التعقل (ليهان، ٢٠١٥ / ٢٠٢٠، ص ٧٥-٨٠ ؛  
(Bear et al., 2004).

### ثانياً : مهارات التقبل :

تساعد مهارات التقبل مريضات أورام الثدي السرطانية على تقليل المعاناة من الأعراض النفسية كالقلق والاكتئاب والخوف من الموت وتطور المرض وتكراره، مما ينمي استجاباتهن السلوكية الإيجابية ويقلل المعاناة الجسمية والنفسية، ويزيد من شعورهن بالرضا عن الحياة على الرغم من وجود المرض (May, 2016: 1).

### تعريف مهارات التقبل :

عرفها سيسنيتي (2019) Secinti بأنها "تقبل العواقب الوخيمة المرتبطة بالتشخيص بالأورام السرطانية مع شعورهن بقيمتن الذاتية".

وعرف هاييز (1994) Hayes التقبل بأنه "الرغبة في الاستمرار في التواصل مع الأفكار والمشاعر دون اجترارها أو محاولة السيطرة عليها أو تجنبها" (Through: McCracken & Eccleston, 2003).

وعرف جوتير (2007) Gauthier تقبل الألم بأنه "الاعتراف بالألم دون محاولة التحكم والسيطرة عليه وإعادة توجيه جهودهن نحو العيش حياة مرضية على الرغم من وجوده".

وترى الباحثة أن التعريفات السابقة أشارت لاختلاف التقبل عن الاستسلام للمرض، فالمريضات اللاتي تستسلمن للمرض والأعراض الجانبية للعلاج ترين أنه لا يوجد شيء يمكنهن القيام به لتخطى تلك المرحلة، مما يجعلهن عاجزات ويأسن مما يخبرنه، بينما يكون التقبل مرتبطاً بشكل سلبي مع القلق والاكتئاب والخوف من تكرار المرض، لأنه يساعدن على تحديد أفكارهن تجاه تلك المرحلة دون محاولة السيطرة عليها أو تجنبها مع السعي لقيامهن بأدوارهن في ضوء إمكاناتهن الحالية. لذلك تبنت تعريف سيسنيتي لأنه يرى أن تقبل تأثر بعض جوانب حياتهن سوف يساعدن على السعي للتغيير رغم معاناتهن ومحاولة تحديد أهداف بسيطة في بعض جوانب حياتهن تتلاءم مع إمكاناتهن الحالية مما يعزز لديهن قيمتهن الذاتية ويقلل من معاناتهن من الكرب النفسى.

### النموذج المفسر لمهارات التقبل :

#### نموذج تقبل الفقد<sup>٣</sup> :

ظهر هذا النموذج في البداية ليفسر تقبل الإعاقة، وأشار إلى أن تقبل الفقد عبارة عن سلسلة من التغييرات الهامة التي يقوم بها الفرد بحيث يصبح قادراً على إعطاء أهمية وقيمة للأمر الأخرى

(3) Acceptance of Loss Model.



فى حياته، بدلاً من أن يظل فى صراع مع إعاقته، وبعد ذلك ظهر اتجاه جديد فى مفهوم التقبل حيث أصبح أكثر تركيزاً على الأمراض، على الأخص الأمراض المزمنة، حيث وضع "كوبلر وروس" "Kubler & Ross" نموذجاً من خلال ملاحظاتها للمرضى، وتكون من خمس مراحل، هى: الإنكار والغضب والمساومة والاكنتاب والتقبل، وأشأوا إلى وجود نوعين من التقبل، هما: التقبل النشط أو الفعال، وهو تقبل الخبرة كما هى دون تقييمها مع السعى البناء لتطوير حياة الفرد مما يقلل من حالته الانفعالية السلبية، ويزيد من قدرته على التعامل مع المرض، والتقبل الاستسلامى، وهو تقبل الواقع والخبرات الذى يمر بها والاستسلام لها، ويتسم بالتشاؤم والسلبية وفقد الرغبة فى الحياة مما يترتب عليه عواقب وخيمة (الحدان، النصار، ٢٠١٨).

### ثالثاً : خطط تنظيم الانفعالات :

لقد اهتم بعض الباحثين فى مجال الصحة النفسية بدراسة تنظيم الانفعالات على الأخص مع الأمراض المزمنة، نظراً لأن شعور الفرد بالتهديد نتيجة للتشخيص بمرض مزمن يؤثر على حالته النفسية والجسمية والسلوكية والاجتماعية، لذلك أكدوا أهمية دور تنظيم الانفعالات فى تقليل الحالة الانفعالية السلبية وزيادة القدرة على تحمل الألم وتقليل فرص تطور المرض وتحقيق العافية النفسية (Conley et al., 2016).

وعرفها "ثومبسون" (Thompson 1994) بأنها "العمليات التى يقوم بها الفرد بهدف الحفاظ على حالته الانفعالية المفضلة" (من خلال: فاروق، ٢٠١٩، ص٦٧).

وعرفها "ويستين وبلاجوف" (Westen & Blagov 2007) أنها "مجموعة الإجراءات الصريحة والمضمرة التى يقوم بها الأفراد بهدف تعزيز المشاعر الإيجابية وتقليل الانفعالات السلبية" (Through: Vigitti, 2010:7).

ونرى أن جميع التعريفات السابقة تعرف تنظيم الانفعالات بشكل عام، وتتفق على قيام الفرد ببعض العمليات والإجراءات بهدف تحسين حالته المزاجية، ولذلك تم وضع تعريف نوعى ومحدد لخطط تنظيم الانفعالات لدى مريضات أورام الثدي السرطانية بأنها "مجموعة الخطط المعرفية والوجدانية والسلوكية والاجتماعية والجسمية التى تقمن بها المريضات بهدف تحسين حالتهم النفسية التى تعوق قدراتهم على مواجهة المرض والآثار الجانبية للعلاج وزيادة نشاط جهاز المناعة وتقليل فرص تطور المرض أو تكراره وزيادة معدلات البقاء على قيد الحياة".

(4) Active Acceptance.

(5) Resigning Acceptance.

## النموذج المفسر لخطط تنظيم الانفعالات :

## النموذج المرتكز على خطط تنظيم الانفعالات :

صنف هذا النموذج خطط تنظيم الانفعالات إلى خطط معرفية وسلوكية ووجدانية واجتماعية وجسمية. وتنقسم الخطط المعرفية إلى خطط معرفية إيجابية وسلبية. وتمثلت الخطط المعرفية الإيجابية في إعادة التقييم المعرفي<sup>٦</sup> وحل المشكلات وإعادة التركيز على التخطيط. وتمثلت الخطط المعرفية السلبية في التفكير الكارثي والاجترار والكارثية ولوم الذات ولوم الآخرين؛ وتمثلت الخطط الاجتماعية في المشاركة والتفاعل الاجتماعي؛ وتمثلت الخطط السلوكية الإيجابية في التشتيت والإلهاء وإدارة أعراض المرض والآثار الجانبية للعلاج، وتمثلت الخطة السلوكية السلبية في التجنب؛ وتمثلت الخطة الوجدانية الإيجابية في التعبير عن الانفعالات، وتمثلت الخطة الوجدانية السلبية في كظم الانفعالات<sup>٧</sup>؛ وتمثلت الخطة الجسمية الإيجابية في الأنشطة والسلوكيات الصحية الإيجابية (Lucienn et al., 2015).

ويقصد بإعادة التقييم المعرفي إعادة تأويل المريضات أو وضع تفسيرات إيجابية للموقف اللآتي تمرن به من خلال جمع معلومات عن الحدث أو العواقب المرتبطة به، والفوائد التي تعود عليهن من الأفكار الإيجابية الجديدة التي تتبناها من الناحية النفسية والسلوكية والجسمية والاجتماعية (Vigitti, 2010, p.4; Gross, 1998b)، ويشير إلى إعادة التركيز على التخطيط الإيجابي بأنه التفكير في الخطوات التي يجب القيام بها للتعامل مع الحدث الضاغط (كالتشخيص بالأورام السرطانية)، ويقصد بحل المشكلات تحديد المشكلة بشكل دقيق ووضع مجموعة من الحلول وحساب المكاسب والخسائر لكل حل منها واختيار أفضل الحلول التي تحقق أكبر مكسب وأقل خسارة، ويعرف لوم الذات إلى قيام المريضات بإلقاء المسؤولية على أنفسهن إزاء ما حدث لهن من أحداث سلبية، بينما لوم الآخرين فيقصد به قيام المريضات بإلقاء مسؤولية ما حدث لهن على الآخرين (Megreya et al., 2018)، ويقصد بالتفكير الكارثي تركيز المريضات على مدى فظاعة الحدث اللآتي تخبرنه وتهويل وتضخيم العواقب المرتبطة به، ويقصد بالاجترار التفكير المستمر في الأفكار والمشاعر السلبية المرتبطة بالحدث الضاغط (Wong, 2005: p.18-19; ) (Lucienne et al., 2015).

ويقصد بالخطط السلوكية مجموعة من الإجراءات السلوكية يقوم بها الفرد بهدف تقليل المعاناة النفسية والجسمية، وتمثلت الخطط السلوكية الإيجابية في التشتيت والإلهاء وإدارة الأعراض الجانبية للمرض والعلاج، بينما تمثلت الخطة السلوكية السلبية في التجنب، ويقصد بالتشتيت والإلهاء قيام المريضات ببعض الأفعال سواءً كانت بصورة عقلية أو سلوكية بهدف تركيز انتباهن بعيداً عن

(6) Ruminating.

(7) Expressive suppression.

الموقف الانفعالي، وتشير إدارة الأعراض الجانبية للمرض والعلاج إلى قيام المريضات ببعض السلوكيات التي تساعدهن على تخفيف شدة الأعراض الجانبية من أجل تقليل معاناتهن النفسية والجسمية؛ ويقصد بالتجنب قيام المريضات ببعض السلوكيات لكي تبتعدن عن المنبهات والمواقف المثيرة للكرب النفسى (Lui et al., 2018).

وتمثلت الخطة الوجدانية الإيجابية فى التعبير عن الانفعالات، وتشير إلى تعبير المريضات عن أفكارهن ومشاعرهن المرتبطة بالتشخيص بالمرض والعلاج، وتمثلت الخطة الوجدانية السلبية فى كظم الانفعالات، ويقصد به رغبة المريضات فى كبت استجاباتهن الانفعالية ومعاناتهن النفسية من التشخيص بالمرض وتلقى العلاج (Gross, 1998a; Lu et al., 2018).

ويقصد بخطة تنظيم الانفعالات الاجتماعية الإيجابية (المشاركة والتفاعل الاجتماعى) تفاعل المريضات مع المحيطين بهن سواء من الأسرة أو الأقارب أو الأصدقاء وغيرهم بهدف تحسين الحالة النفسية وتقليل الانفعالات السلبية. ويقصد بخطة الانفعالات الجسمية الإيجابية (الأنشطة والسلوكيات الصحية الإيجابية) الجهود التي تقوم بها المريضات بهدف زيادة الشعور بالنشاط العام وزيادة الطاقة مما يقلل من معاناتهن الجسمية والنفسية (Lucienne et al., 2015).

وأجرى مجموعة من الباحثين دراسة بهدف التعرف على التأثير الإيجابي والسلبى لخطط تنظيم الانفعالات عبر أربعة بلدان عربية (مصر والسعودية والكويت وقطر)، وبعض الدول الغربية مثل الولايات المتحدة، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن الدول الغربية أكثر استخدامًا لخطط تنظيم الانفعالات الإيجابية مثل إعادة التقييم المعرفي والتعبير عن الانفعالات والتركيز على التخطيط الإيجابي وأقل استخدامًا لخطط تنظيم الانفعالات السلبية مثل الاجترار وكظم الانفعالات ولوم الآخرين والتجنب مقارنة بالدول العربية، كما وجدوا أن لخطط تنظيم الانفعالات الإيجابية دور جوهري فى تخفيف المعاناة النفسية والجسمية والاجتماعية والأسرية، بينما تسهم خطط تنظيم الانفعالات السلبية فى زيادة المعاناة النفسية والجسمية والأسرية والاجتماعية (Megreya et al., 2018).

ويعتبر إعادة التقييم المعرفي والقمع الانفعالي من أكثر خطط التنظيم الانفعالات استخدامًا فى المواقف الانفعالية، وتشير الأدلة العلمية إلى أن إعادة التقييم المعرفي أكثر فعالية من كظم الانفعالات فى تحقيق التكيف النفسى للفرد، لأن إعادة التقييم المعرفي يمكن الفرد من إعادة تأويل المواقف بشكل إيجابي، مما يقلل من الانفعالات السلبية عند التعرض لمواقف ضاغطة أوغير سارة، وانتقلت نتائج مجموعة من الباحثين على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين إعادة التقييم المعرفي والكرب النفسى لدى مرضى الأورام السرطانية بشكل عام ومريضات أورام الثدي السرطانية (Schroevens et al., 2011; Tamagawa et al., 2013; Wang et al., 2014; Kulpa et al., 2016; Argyriou & Lee, 2020).

ولكظم الانفعالات تأثير سلبي على الصحة النفسية والجسمية على عكس إعادة التقييم المعرفي الذي يمكن مريضات أورام الثدي السرطانية أن تكن أكثر توافقًا مع مرضهن ويقلل من انفعالاتهن السلبية، وأسفرت نتائج دراسات مجموعة من الباحثين عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين كظم الانفعالات والكرب النفسي لدى مرضى الأورام السرطانية بشكل عام وأورام الثدي السرطانية بشكل خاص (Prasertsri et al., 2011; Nakatani et al., 2014; Lu et al., 2018).

ولذلك تم تبني نموذج جروس لعملية تنظيم الانفعالات، نظرًا لأنه ساهم في فهم طبيعة الانفعالات التي يشعر بها الفرد، وشموله على عديد من خطط تنظيم الانفعالات من مختلف النواحي المعرفية والاجتماعية والسلوكية التي تساعد مريضات أورام الثدي السرطانية على مواجهة مرضهن وزيادة التزامهن بالعلاج، كما قامت بتصنيفها لخطط تنظيم الانفعالات (المعرفية والاجتماعية والسلوكية والوجدانية والجسمية)، وتصنيفها إلى خطط سلبية وإيجابية، وإبراز الخطط الأكثر فعالية التي تقلل من الحالة الانفعالية السلبية لدى المريضات والصحيحات من أجل تحقيق التكيف النفسي وزيادة كفاءة جهاز المناعة الذي من شأنه تقليل فرص تطور المرض أو تكراره وزيادة معدلات البقاء علي قيد الحياة.

#### رابعًا : الكرب النفسي :

أشار الإنتاج الفكري النفسي السابق لوجود ثلاث ثغرات مرتبطة بالكرب النفسي هي: أنه ليس اضطرابًا قائمًا بذاته بل يعتبر أحد المؤشرات المهمة التي تحدد المعاناة من الاضطرابات النفسية، وعدم وجود اتفاق بين الباحثين على تعريفه، وعدم وجود وحدة قياس لتقييمه لدى مريضات أورام الثدي السرطانية (Kantor, 2013, p.33)، حيث كان الباحثون يستخدموا في أغلب دراساتهم مقياس المستشفى للقلق والاكتئاب من إعداد زيجموند، واستخبار الحالة المزاجية وغيره، حتى قامت عائشة طارق (٢٠١٦) بإعداد اختبار للكرب النفسي للناجيات من أورام الثدي السرطانية، وهدي سعيد (٢٠١٧) بإعداد اختبار للكرب النفسي لمرضى الشريان التاجي.

ويعتبر القلق والاكتئاب وزملة التعب المزمن والحساسية الانفعالية والهم والوسواس القهري والخوف سواء من تفاقم أو تكرار المرض أو الموت، هي المكونات الأساسية للكرب النفسي لدى مريضات أورام الثدي السرطانية، حيث تعاني أكثر من ثلث المريضات من الكرب النفسي بعد التشخيص بالمرض (Sheppard et al., 2014).

وعرف كانتور (Kantor 2013) الكرب النفسي ب"أنه استجابة مرضية نتيجة لتلقى التشخيص بأورام الثدي السرطانية وتلقيهن للعلاج، ويشمل مجموعة من الأعراض النفسية كالقلق والاكتئاب والوسواس".

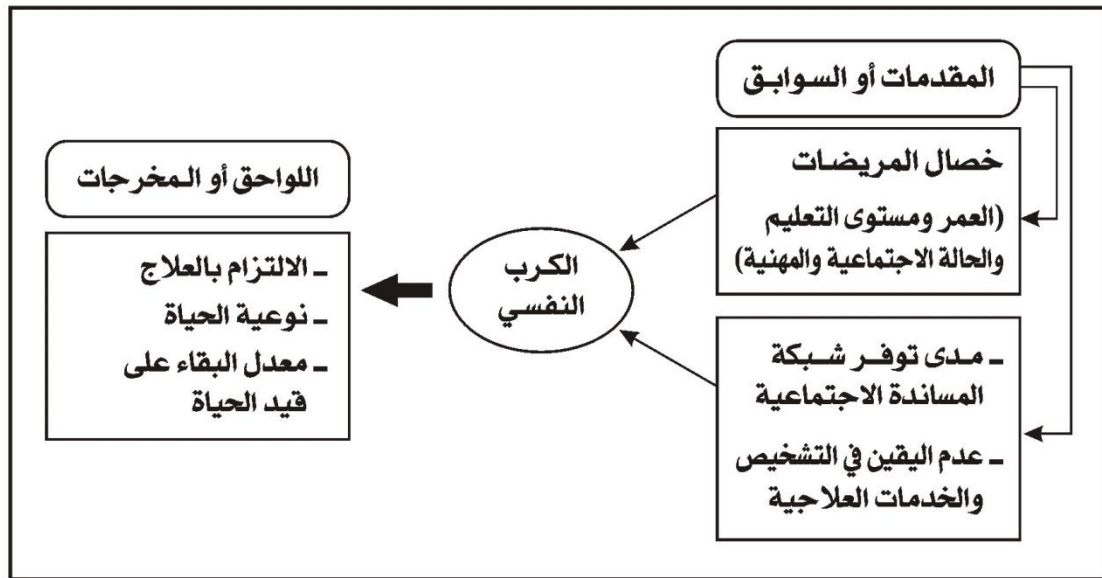
وعرفته الشبكة القومية الشاملة للسرطان بأنه "تجربة غير سارة متعددة الجوانب المعرفية والنفسية والسلوكية والاجتماعية والجسمية التي قد تتدخل مع قدرة المريضات على مواجهة المشكلات المرتبطة بالتشخيص بالمرض والعلاج"، وحددت مكوناته الأساسية لدى مريضات أورام الثدي السرطانية في الحساسية الانفعالية والقلق والاكتئاب والهلع والوسواس القهري والخوف سواء الناتج من تقاوم أو تكرار المرض أو الموت، وأشارت إلى أن أكثر من ثلث المريضات تعاني من الكرب النفسي بعد التشخيص بالمرض (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2013).

وانتقلت التعريفات السابق عرضها على معاناة مرضى الأورام السرطانية من الكرب النفسي، لكنها تختلف في تحديد مكونات الكرب النفسي، فبعضها يقتصر على الجانب الانفعالي فقط، وأشار بعضها الآخر إلى الجانب الانفعالي والسلوكي فقط، واختلفوا أيضاً في تحديد المظاهر النفسية للمفهوم، لذلك تم تبني تعريف الشبكة القومية الشاملة للسرطان لأنه شمل على جميع مكونات الكرب النفسي لدى مرضى الأورام السرطانية.

### النموذج المفسر للكرب النفسي :

#### نموذج مصادر الكرب النفسي لدى مريضات أورام الثدي السرطانية :

أكد بعض الباحثين أن الفهم الواضح للكرب النفسي يقوم على تحديد السوابق واللواحق (المخرجات)، حيث تتمثل السوابق في عدم اليقين في التشخيص والعلاجات الطبية والمساندة الاجتماعية (Kantor, 2013, p.33) ، ومبين في الشكل التالي :



شكل (٣) نموذج مصادر الكرب النفسي لدى مريضات أورام الثدي السرطانية (Kantor, 2013, p.151).

وضح الشكل (٣) الارتباط بين بعض العوامل التي تسهم في شدة شعور مريضات أورام الثدي السرطانية بالكرب النفسي وتمثلت في خصال المريضات والعلاجات الطبية والمساندة الاجتماعية وغيرها، والارتباط بين الكرب النفسي والالتزام بالعلاج ومعدل البقاء على قيد الحياة من ناحية أخرى.

#### خامساً : أورام الثدي السرطانية :

توجد عدة عوامل تساعد على زيادة احتمال الإصابة به، غير أن وجود واحد أو عدد من العوامل لا يعنى الإصابة به (مصطفى، ٢٠٠٦، ص ٥٠)، وهناك بعض عوامل الخطر الأساسية التي لا يمكن تغييرها وتمثلت في النوع والعمر والعرق والعوامل والوراثية والتاريخ الصحى للمريضة، وبعضها الآخر غير أساسية يمكن تغييرها، وتمثلت في السمنة ومؤشر كتلة الجسم والعلاج بالهرمونات البديلة (الحجار، ٢٠١٦، ص ٤٢).

وقد تصاب النساء بأورام الثدي السرطانية لسنوات دون ظهور أى أعراض أو تغيرات عليهن، حتى إذا وجد تورم فى الثدي أو تحت الإبط كما فى المرحلة الأولى، ومن الأعراض اللآتى تظهر عليهن فى هذه المرحلة: ظهور كتل فى الثدي أو تحت الإبط؛ وجود تغير فى شكله وملمسه، حيث يبدو مثل قشرة البرتقالة؛ ووجود احمرار، والشعور بسخونة الثدي، كما فى سرطان الثدي الالتهابى؛ وانكماش حلمة الثدي وتغير اتجاهها مع وجود إفرازات دموية، بينما تتضح أعراضه فى مراحله المتأخرة فى جود تقرحات على سطح الثدي ذا رائحة كريهة؛ وألم فى الثدي وتحت الإبط نتيجة لغزو الخلايا السرطانية له (Barber et al., p.27-29).

وعرفت الجمعية الأمريكية لسرطان أورام الثدي السرطانية بأنها "ورم خبيث ينمو فى الثدي، وقد يغزو أجزاء أخرى فى الجسم" (ACS, 2014, p.2)، وعرفت شذوذ الخلايا بنتوءات أو بقع تحدث فى الخلايا الطبيعية، وقد تكون حميدة أو خبيثة (سرطانية) تنمو بطريقة خارج نطاق السيطرة ويتم اكتشافها بالفحص الذاتى أو التصوير الإشعاعى للثدى، أو بسحب عينة (خزعة) من الخلايا المشكوك فيها بهدف التحقق من نوع الورم، وتمثلت أنواع أورام الثدي فى أورام خبيثة وحميدة (Breast Cancer Org [BCO], 2015, p.6).

#### الدراسات السابقة :

أجريت دراسات كثيرة كشفت عن الفروق بين مرضى الأورام السرطانية فى التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات والكرب النفسى، بينما وجدت ندرة فى الدراسات التى فحصت تلك الفروق لدى مريضات أورام الثدي السرطانية بشكل خاص، وذلك فى حدود علم الباحثة.

وفى ضوء الفروق بين مريضات أورام الثدي السرطانية فى مهارات التعقل، أجرى مونتى وآخرون (Monti et al., 2013) دراسة بهدف مقارنة الفوائد النفسية للتعقل والمساندة الاجتماعية فى

تقليل الكرب النفسى لدى مريضات أورام الثدي السرطانية، على عينة تكونت من (١٩١) مريضة، تم تقسيمهم إلى ثلاثة مجموعات المجموعة الأولى تكونت من (٧٠) مريضة خضعت للبرنامج العلاجي القائم على التعقل؛ والمجموعة الثانية تكونت من (٧٧) مريضة خضعت لتلقى المساندة من جمعية دعم مرضى الأورام السرطانية؛ والمجموعه الثالثه ضابطة تكونت من (٤٤) مريضة لم تخضع للتدخل، وأجريت الدراسة على ثلاث مراحل، فى المرحلة الأولى خضعت الثلاث مجموعات للتقييم القبلى بهدف تحديد خط الأساس، حيث طبق عليهن مقياس المستشفى للقلق والاكتئاب بهدف تقييم شدة الكرب النفسى، واستخبار نوعية الحياة من إعداد ماكهون (1993) Mchorney ، وفى المرحله الثانية: خضعت المجموعة الأولى للبرنامج العلاجي القائم على التدريب على ممارسة التعقل ويتكون البرنامج العلاجي من ٨ جلسات بمتابفة جلسة أسبوعياً، وتلقت المجموعة الثانية الدعم النفسى فى مركز الأورام السرطانية بجامعة توماس هيفرسون الذى أنشئ منذ أكثر من ١٥ سنة، وتلقت ٨ اجتماعات بمتابفة اجتماع أسبوعى لتلقى الدعم النفسى من الناجيات من أورام الثدي السرطانية حيث كن يتلقين الدعم من خلال زيادة وعيهم بكيفية إدارة الأعراض المرتبطة بالمرض والعلاج وكيفية التغلب على هذه المرحلة، بينما لم تخضع المجموعة الثالثة لأى تدخل، وفى المرحلة الثالثة: قاموا بالتقييم التتبعى بعد ٦ شهور من البرنامج العلاجي. وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى التعقل ونوعية الحياة فى اتجاه مجموعتى الدراسة الأولى والثانية، وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى الكرب النفسى بين مجموعات الدراسة فى اتجاه المجموعة الثالثة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية فى انخفاض الكرب النفسى وتحسن نوعية الحياة والكرب النفسى فى مرحلة التقييم التتبعى فى اتجاه المجموعة الأولى، وفسروا احتفاظ المريضات بالتحسن نتيجة لاستمرار ممارسة التعقل وماتم تعلمه فى الجلسات.

كما أجرى سارنالم وآخرون (2017) Sarenmalm et al., دراسة بهدف مدى فعالية التعقل على إدارة الأعراض النفسية والجسمية لدى مريضات أورام الثدي السرطانية، على عينة تتكونت من (١٦١) مريضة، وتراوح أعمارهن بين (٢٥-٦٥) سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين، الأولى تكونت من (٨٠) مريضة خضعت للتدريب على ممارسة التعقل لمدة ٨ جلسات بمتابفة جلسة أسبوعياً، والثانية ضابطة تكونت من (٦١) مريضة لم تخضع للبرنامج العلاجي، وطبق عليهن مقياس المستشفى للقلق والاكتئاب بهدف تقييم الحالة المزاجية، ومقياس إدارة الأعراض من إعداد بورتينوى (1994) Bortenoy، واستخبار الحالة الصحية من إعداد ماكهون (1994) Mchorney ، ومقياس الصلابة النفسية من إعداد أنتونوكسى (1993) Antonovsky ، واستخبار التعقل من إعداد باير (٢٠٠٣)، وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى الدراسة فى التعقل والصلابة النفسية والقدرة على إدارة الأعراض الجانبية للعلاج فى اتجاه المجموعة الأولى، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين التعقل والكرب النفسى، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين التعقل والصلابة النفسية، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين التعقل وإدارة الأعراض الجسمية والنفسية لدى مريضات أورام الثدي.

ومن الدراسات التي كشف عن وجود فروق بين مرضى الأورام السرطانية في مهارات التقبل، أجرى سيسينتي وآخرون (Secinti et al., 2019) دراسة منهجية لمراجعة الدراسات المنشورة في الفترة من ٢٠٠٩ إلى ٢٠١٧، لفحص العلاقة بين التقبل والكره النفسي، وفي البداية جمعوا ٨٤٤٩ دراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين التقبل والكره النفسي بشكل عام وتقبل التشخيص بالمرض والكره النفسي بشكل خاص، ولذلك وضعوا بعد ذلك معايير لانتقاء الدراسات وهي: عنوان وملخص الدراسة، وأعمارهم أكبر من ١٨ سنة، وأن يكونوا مشخصين أو من الناجين من الأورام السرطانية، ووجود معلومات كافية حول حجم التأثير الذي يوضح العلاقة بين تقبل السرطان والكره النفسي، ومكتوبة باللغة الإنجليزية، وتم انتقاء ٧٨ دراسة، واشتملت على ٤٣ دراسة مستعرضة، و٢٦ دراسات طولية، و٧ دراسات تدخل علاجي، ودراسي حالة، وبلغ متوسط عمر العينة وانحرافها المعياري ٧٥,٥٥ سنة  $\pm ٥٢,٨$  سنة، وشملت على عينات مختلطة في نوع الأورام السرطانية والجنس والحالة الاجتماعية ومستوى التعليم، وتوصلوا إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين تقبل المرض والكره النفسي بشكل عام، وفسروا ذلك بأن التقبل يؤدي دورًا جوهريًا في تقليل الكره النفسي لأنه يساعد المرضى على اكتشاف وتحديد أفكارهم ومشاعرهم وإحساساتهم الجسمية دون الحكم عليها، ورؤية مرضهم على أنه فترة مؤقتة، وهذا يساعدهم على تقبل الصراعات الداخلية حول المرض مما يساعدهم على اتخاذ قرار الإلتزام بالعلاج والتعبير عن أفكارهم ومشاعرهم حول المرض لأحبائهم مما يرفع معدلات النجاة من المرض والبقاء على قيد الحياة، وأشاروا إلى مجموعة من العوامل السكانية التي تؤدي دورًا وسيطًا بين تقبل المرض والكره النفسي، هي: العمر والجنس والفترة الزمنية للتشخيص بالمرض ومرحلة الورم، وتوصلوا إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين العمر وتقبل المرض، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين العمر والكره النفسي، وفسروا ذلك بأن المرضى الأكبر سنًا أكثر تقبلًا لمرضهم لأنهم وصلوا إلى مرحلة تنموية تقوم على التفكير في حياتهم اليومية وكيفية الاستمتاع بحياتهم، في حين أن المرضى البالغين يروا أن مرضهم مؤلم ويقف عقبة إزاء رغبتهم في تحقيق أهدافهم وطموحاتهم مما يجعلهم أكثر معاناه من الكره النفسي، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في التقبل والكره النفسي، وفسروا ذلك بأنهم أكثر ارتباطًا بتصورهم وإدراكهم للمرض الذي يساعدهم على تقبل التغيرات في صورة الجسم مما يقلل المعاناة من الكره النفسي، وفي متغير الحالة الاجتماعية جاءت النتائج غير متسقة ومتباينة حول العلاقة بين الحالة الاجتماعية وتقبل المرض والكره النفسي، وفسروا ذلك بأن الحالة الاجتماعية لم تؤدي دورًا جوهريًا في تقبل المرض وتقليل الكره النفسي بل تتوقف على نوع العلاقة الزوجية ومدى تقبل شريك الحياة ومدى إدراك المرضى للمساعدة المقدمة لهم، ووفقًا لمتغير الوقت منذ التشخيص بالمرض، كلما زادت المدة الزمنية يساعدهم على تقبل المرض، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل المرض في اتجاه المرضى الذين خضعوا للجراحة التحفظية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في الكره النفسي في اتجاه المرضى الذين خضعوا لاستئصال الثدي،



وعدم وجود علاقة ارتباطية بين مرحلة الورم وتقبل المرض والكره النفسى، وفسروا ذلك بأن المرضى لم يكونوا على وعي و دراية كافية بمرحلة الورم.

وانتقلت نتيجة الدراسة السابقة مع نتائج دراسة شين وآخرون (Chen et al., 2017) دراسة بهدف استكشاف الدور الوسيط لتقبل المرض فى تحديد العلاقة بين المشكلات المرتبطة بالأورام السرطانية والكره النفسى لدى مرضى الأورام السرطانية الماليزيين، على عينة تكونت من ١٠٦ مريضاً (٨١ مريضة، و ٢٥ مريضاً)، ولم يتم مراعاة التكافؤ بينهم فى نوع الأورام السرطانية فشملت على (أورام الثدي والقولون والرئة والبروستاتا وغيرها، ولكن كان أغلبهم من مريضات أورام الثدي السرطانية، فمثلت نسبتهم حوالى ٤٨,١% من حجم العينة)، وطبق عليهم المقابلة المبدئية، ومقياس القلق والاكتئاب والضغط من إعداد لوفيبوند (Lovibond 1995) بهدف تقييم الكره النفسى، واستخبار نوعية النوم من إعداد مركز الأمل للرعاية الملطفة للألم (٢٠١٢)، ومقياس التعب المزمن من إعداد سيللا (Cella 2010)، واستخبار تقبل تجربة الأورام السرطانية من إعداد نيلسون (Nilsson 2008)، وكشفت النتائج عن أن أكثر المرضى تقبلاً لمرضهم مرضى أورام المستقيم ويليهم مريضات أورام الثدي السرطانية مقارنة بالتشخيصات الأخرى من الأورام السرطانية، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين المشكلات النفسية الناتجة عن التشخيص بالسرطان وتقبل المرض، حيث أشاروا إلى أن مستوى تقبل المرض مرتبطاً بالأعراض المرتبطة بالسرطان مثل الشعور بالتعب والألم والأرق، ووجدوا أن مرضى أورام الرئة أكثر معاناة من شدة الألم والارق نتيجة العلاج الكيميائى لذلك هم أقل تقبلاً للمرض، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين تقبل المرض والكره النفسى لدى جميع مرضى الأورام السرطانية، كما أظهرت النتائج توسط تقبل المرض المشكلات النفسية المرتبطة بالسرطان مما قلل من الكره النفسى.

كما هدفت دراسة مونتيسينوس وآخرون (Montesinos et al., 2016) إلى تحديد مدى فعالية برنامج التقبل والالتزام فى تقليل الخوف من تكرار أورام الثدي السرطانية كمكون من مكونات الكره النفسى، على عينة تكونت من (١٥) مريضة، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين الأولى تكونت من (٨) مريضات، والمجموعة الثانية (ضابطة) تكونت من (٧) مريضات، وتراوحت أعمارهن بين (٣١-٧٤) سنة، ومن معايير الضم حجم الورم فى المرحلة الأولى والثانية، ومن معايير الاستبعاد التشخيص بالأعراض الجسمية الأخرى؛ والأمراض النفسية؛ وتلقى العلاج النفسى قبل ذلك؛ والمعاناة من الكره النفسى؛ والتعطيل فى جانبين من جوانب الحياة اليومية الأسرية والاجتماعية والمهنية وغيرها، وطبق البرنامج العلاجى على ثلاث مراحل، مرحلة التقييم القبلى حيث طبق عليهم مقياس المستشفى للقلق والاكتئاب، واستخبار سلوك المرضى من إعداد بيلوفسكى وسينس (Pilowski & Spence 1983)، والمرحلة الثانية: مرحلة التدخل العلاجى حيث تلقى المرضى جلسة واحدة فى الأسبوع بشكل فردى لمدة ساعة على مدار ثلاث شهور بمعدل (١٢) جلسة، وتم تدريبهن على مهارات العلاج بالتقبل والالتزام

مثل معرفة القيم والتعرف على الأفكار وغيرها، وتمثلت المرحلة الثالثة في المتابعة لمدة ثلاث شهور بعد إنتهاء البرنامج العلاجي، وكشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة في النقبل في اتجاه المجموعة الأولى، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة في الخوف من تكرار المرض في اتجاه المجموعة الثانية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرحلتى التدخل والمتابعة في الكرب النفسى في اتجاه مرحلة التقييم التبعي، حيث أشاروا إلى انخفاض كبير في الخوف من تكرار المرض بعد ثلاث شهور لدى ٧٨% من المرضى وزيادة الإنخراط في أدوارهن الأسرية والاجتماعية والمهنية، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الخوف من تكرار المرض بين مرحلتى التقييم والتبعي للمجموعة الثانية بل زاد بنسبة طفيفة إحصائياً.

**وفى ضوء الفروق بين مرضى الأورام السرطانية والصحيحات فى خطط تنظيم الانفعالات،** أجرى ماركوفيتز وآخرون (Markovitz et al., 2015) دراسة بهدف فحص دور تنظيم الانفعالات والصدود النفسى فى الاستجابة الانفعالية للتشخيص بالمرض والعلاج الجراحى لمريضات أورام الثدي السرطانية، على عينة تكونت من (٢٥٣ مريضة و٢١١ صحيحة)، وطبق عليهن مقياس الصدود النفسى من إعداد ديفيدسون (Davidson 1998) ، ومقياس المستشفى للقلق والاكتئاب، ومقياس تنظيم الانفعالات، وأسفرت النتائج على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين تنظيم الانفعالات والكرب النفسى لدى المجموعتين، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين الصدود النفسى والكرب النفسى لدى مجموعتي الدراسة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة فى تنظيم الانفعالات فى اتجاه الصحيحات، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية فى مستويات القلق والاكتئاب فى اتجاه المريضات.

وأجرى كلاين وآخرون (Klein et al., 2021) دراسة بهدف معرفة تأثير العمر وتنظيم الانفعالات على الكرب النفسى لدى مرضى الأورام السرطانية، على عينة تكونت من ١٥٧ مريضاً (٩٨% من المرضى، و٢% من المريضات)، وتراوحت أعمارهم بين (٢٧-٨٨) سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين (المجموعة الأولى: الأصغر سناً، وتراوحت أعمارهم بين (٢٧-٦٥) سنة وعددهم (٧٨) مريضاً، والمجموعة الثانية الأكبر سناً، وتراوحت أعمارهم بين (٦٦-٨٨) سنة، وعددهم ٦٩ مريضاً)، وتم مراعاة التكافؤ بينهما فى التعليم والعلاج ومرحلة المرض، ولم يتم مراعاة التكافؤ بينهما فى نوع السرطان، وطبق عليهم المقابلة المبدئية من إعداد الباحثين، واستخبار تنظيم الانفعالات، وتم سؤالهم مجموعة من الاسئلة التي تكشف عن الضغوط المرتبطة بالأورام السرطانية بعد التشخيص بالأورام السرطانية بستة شهور، وقاموا بتقييم الكرب النفسى باستخدام مقياس الصحة الانفعالية من إعداد سيلا (٢٠١٠)، وتم تقييمهم على مرحلتين: الأولى بعد ستة شهور من التشخيص، والثانية بعد اثنى عشرة شهراً من التشخيص، وكشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتين الدراسة فى استخدام خطة إعادة التقييم المعرفى فى اتجاه المجموعة الأولى، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة فى استخدام خطة كظم

الانفعالات في اتجاه المجموعة الثانية، وجود علاقة ارتباطية موجبة بين صعوبة تنظيم الانفعالات والكرب النفسي، وكشفت عن معاناة المرضى من الإجهاد النفسي في المرحلة الأولى نتيجة لعدم اليقين في التشخيص بالمرض والعلاج، في حين أن المعاناة من الاجهاد الجسدى بعد اثنى عشرة شهراً نتيجة للآثار الجانبية الجسمية والنفسية المرتبطة بالعلاج الكيميائى، وفيما يتعلق بالفروق العمرية كشفت النتائج عن أن المرضى الأصغر سناً أكثر معاناة من الضغوط المادية والاجتماعية عن الأكبر سناً، وفسروا ذلك بأنهم أكثر عرضة للعمل بدوام كامل ونتيجة لأعباء تربية الأبناء.

كما أجرى إيواميتسو وآخرون (Iwamitsu et al., 2005) دراسة بهدف التحقق من مدى فعالية الخطة الوجدانية كظم الانفعالات على الكرب النفسي قبل وبعد التشخيص بأورام الثدي السرطانية، علي عينة تكونت من ٩٣ مريضة (٢١ تعانى من الأورام الخبيثة، و٧٢ من الأورام الحميدة)، وتراوحت أعمارهن بين (٢٥-٧٥) سنة، وطبق عليهن مقياس التحكم الانفعالى من إعداد واطسون **Watson** بهدف تقييم القلق والاكتئاب والغضب كمؤشرات على الكرب النفسي، ومقياس القلق الصريح من إعداد تايلور، وطبق عليهن في المرة الأولى في العيادات الخارجية لقسم الجراحة، عندما حضرن بهدف أخذ خزعة من الثدي لمعرفة نوع الورم، والمرة الثانية بعد تلقي التشخيص ومعرفة نوع الورم، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين المريضات في الكرب النفسي في اتجاه المريضات اللآتى شخصن بأورام الثدي السرطانية، ووجود علاقة ارتباطية بين كظم الانفعالات والكرب النفسي، فالمريضات اللآتى تميلن لكظم انفعالاتهن كن أكثر معاناة من الأخريات قبل وبعد التشخيص، وكانت المريضات اللآتى تعانين من القلق كسمة أكثر معاناة من الكرب النفسي قبل معرفة التشخيص وبعده.

**وفي الفروق بين مرضى الأورام السرطانية في الكرب النفسي، كما أجرى مجموعة بيضون وآخرون (Baydoun et al., 2021) دراسة منهجية بهدف مراجعة الدراسات التي اهتمت بفحص وتقييم تأثير التعقل على الحالة النفسية لدى مرضى الأورام السرطانية، وقاموا بجمع الدراسات من أربع قواعد للبيانات خلال العشر سنوات الماضية، حيث جمعوا حوالى ١٠٤٢ مقالة ودراسة، وقاموا بفحصهم واستبعدوا الدراسات التي استخدمت التعقل القائم على الرسم والموسيقى والفن، وانتقوا حوالى ٢١ دراسة، وبلغ عدد المرضى (١٨١١) مريضاً، بمتوسط عمر ٥٢,٥ سنة، وكشفت النتائج عن أن معدل الالتزام بممارسة التعقل تراوح بين (٥٥-٦٠%) من المرضى، وقاموا بتحليل العوامل التي تؤثر على التزامهم، توصلوا إلى وجود فروق في انخفاض الكرب النفسي في اتجاه المريضات اللآتى تمارسن التعقل، كما توصلوا إلى إن للحالة الاجتماعية دور مهم في ممارسة التعقل، حيث وجدوا أن المرضى العزاب أكثر التزاماً من المنفصلين والأرامل والمتزوجين، كما أن للمساندة الاجتماعية دور مهم في ممارسة التعقل، حيث توصلوا إلى إن المرضى الذين يروا أنهم يتلقوا المساندة الاجتماعية أكثر التزاماً بممارسة التعقل، كما كشفت عن وجود علاقة ارتباطية سالبة بين**

التعقل والكره النفسي، وعدم وجود علاقة ارتباطية بين نوع السرطان وممارسة التعقل، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين القلق وممارسة التعقل، وفسروا ذلك بأن المرضى الأكثر معاناة من القلق أكثر التزامًا بممارسة التعقل، وأن للتعقل دورًا جوهريًا في تقليل القلق. ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين العمر وممارسة التعقل، فالمرضى الأكبر سنًا أقل التزامًا بممارسة التعقل، وفسروا ذلك بأنهم أكثر شعورًا بالملل أثناء تسجيل السجلات والتقارير اليومية الخاصة بمدى الشعور بالراحة بعد ممارسة التعقل وغيرها، كما وجدوا علاقة ارتباطية سالبة بين الحالة المهنية وممارسة التعقل، فالمرضى العاملون أقل إلتزامًا بممارسة التعقل، وفسروا ذلك نتيجة لشعورهم بكثرة الأعباء اليومية، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين التعليم والإلتزام في ممارسة التعقل.

كما أجرى ميبز وآخرون (Mebis et al., 2016) دراسة هدفت إلى معرفة مدى تأثير برنامج التدريب على التعقل على نوعية الحياة والكره النفسي لدى مريضات أورام الثدي السرطانية اللاتي تتلقين علاج الغدد الصماء<sup>٨</sup>، على عينة تكونت من (٢٠) مريضة، بمتوسط عمر ٥٧,٥ سنة وانحراف معياري ٧,٤ سنة، ومتوسط الفترة الزمنية للتشخيص (١٥٧) يومًا بانحراف معياري (٦٥) يومًا، وكانت جميعهن تتلقى علاج التاموكسيفين<sup>٩</sup>، وطبق عليهن مقياس نوعية الحياة، ومقياس القلق والاكتئاب والإجهاد، وخضعن جميعًا للتقييم في مرحلة التطبيق القبلي بهدف تحديد خط الأساس، وتم تقييمهن مرة أخرى بعد انتهاء البرنامج بهدف معرفة مدى التحسن، وقاموا بتدريب المريضات على كيفية تطبيق التأمل في الحياة اليومية لمدة ٨ أسابيع بواقع جلسة أسبوعيًا بمدى زمني ٣ ساعات وكشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة بين مرحلتى التقييم القبلي والبعدي، وفسروا ذلك بأن علاج التاموكسيفين يؤدي إلى انقطاع الطمث لدى المريضات، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في الكره النفسي بين مرحلتى التقييم في اتجاه التقييم البعدي.

وأجرى كارلسون وآخرون (Carlson et al., 2016) دراسة بهدف مقارنة مدى فعالية برنامج علاجي قائم على التعقل والبرنامج القائم على المساندة التعبيرية، على عينة تكونت من (٢٥٢) من الناجيات من أورام الثدي السرطانية، وقاموا باستبعاد الناجيات اللاتي تعانين من اضطرابات نفسية، أو تتناول العقاقير المخدرة أو اللاتي خضعن للعلاج النفسي مسبقًا، وطبقوا عليهن جميعًا الأدوات في مرحلة التطبيق القبلي بهدف تحديد خط الأساس، وتمثلت في: مقياس المساندة الاجتماعية من إعداد شيربورن (Sherbourn 1991) ، ومقياس الحالة المزاجية، ومقياس نوعية الحياة من إعداد تيديشى (Tedesch 1996) ، وقاموا بتوزيع الناجيات بشكل عشوائي على مجموعتين، تضم المجموعة الأولى (١٣٤) من الناجيات بمتوسط عمر وانحراف معياري ٥٥,١٢ سنة  $\pm$  ٩,٨٤ سنة، وشاركن في البرنامج العلاجي القائم على التدريب على التعقل؛ وتمثلت أهدافه في التدريب على زيادة الوعي

(8) Endocrine therapy (ET).

(9) Tamoxifen.

باللحظة الراهنة والانفتاح على الخبرة وتقبلها دون إصدار أى تقييمات سواء إيجابية أو سلبية؛ ويتكون البرنامج من ٨ جلسات بواقع جلسة أسبوعياً لمدة ٩٠ دقيقة، بالإضافة إلى ورشة عمل استمرت لمدة ٦ ساعات بين الأسبوع السادس والسابع، وتكونت المجموعة الثانية من (١١٨) من الناجيات بمتوسط عمر وانحراف معيارى ٥٤,١٤ سنة  $\pm$  ١٠,٢٣ سنة، وشاركن فى البرنامج القائم على المساندة التعبيرية؛ وتتمثل أهدافه فى تشجيع الأسرة على تقديم المساندة للناجيات من أورام الثدي السرطانية، وتحسين العلاقة بين الطبيب والناجيات والتدريب على التعبير الانفعالى والانفتاح على الخبرة. ويتكون البرنامج (١٢) جلسة بواقع جلسة أسبوعياً لمدة (٩٠) دقيقة، قدمت الجلسات بصورة جماعية للناجيات فى مجموعتى الدراسة، وبعد الانتهاء من البرنامج قاموا بالتطبيق البعدى عليهن جميعاً بهدف معرفة مدى التحسن، والتطبيق التتبعية الأول بعد (٦) شهر، والتطبيق التتبعية الثانى بعد سنة بهدف معرفة مدى استمرار التحسن، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيق القبلى والبعدى فى كل من الكرب النفسى ونوعية الحياة فى اتجاه التطبيق البعدى لدى مجموعتى الدراسة، وكشفت عن وجود فروق ذات دلالة جوهريّة بين التطبيق البعدى والتتبعية الأول والثانى فى كل من الكرب النفسى ونوعية الحياة فى اتجاه التطبيق التتبعية لدى مجموعتى الدراسة على الأخص المجموعة الأولى، وأشاروا إلى أن استمرار التحسن لفترة زمنية طويلة تصل إلى سنة يؤكد فعالية البرنامجين ولكن الفعالية النسبية لبرنامج التعقل كانت أفضل من برنامج المساندة التعبيرية.

واتفقت نتائج الدراسة السابقة مع نتائج دراسة بانياسادي جمشيديفار **Baniasadi & Jamshidifar (2014)** التى هدف إلى الكشف عن مدى تأثير برنامج علاجى جماعى قائم على التدريب على التعقل من أجل تخفيف الكرب النفسى لدى مريضات أورام الثدي السرطانية، علي عينة تكونت من (٣٠) مريضة، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين: المجموعة الأولى (التدخل) وضمت (١٥) مريضة؛ والمجموعة الثانية (ضابطة): وشملت على (١٥) مريضة، وتم توزيعهن بشكل عشوائى، وطبق عليهن جميعاً مقياس الكرب النفسى من إعداد كيسلر **(Kessler 2002)** ، وقاموا بتطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية فقط، وتكون من ٨ جلسات بمثابة جلسة أسبوعياً لمدة ساعة، ويكمن محتوى الجلسات فى التدريب على التأمل الجسمى، وشرح العلاقة بين الأفكار والمشاعر مع معرفة المردود النفسى على المريضات، وبعد ذلك قاموا بالتقييم البعدى على مجموعتى الدراسة بهدف معرفة مدى التحسن، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى الدراسة فى انخفاض شعورهن بالكرب فى اتجاه مجموعة التدخل، وأشاروا لإمكانية استخدام التعقل كأسلوب قائم بذاته فى التخفيف من الكرب النفسى أو استخدامه مع العلاج النفسى الدوائى مع المريضات اللاتى تعانين من كرب شديد.

**وتعقيباً على الدراسات السابقة، اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الأورام السرطانية الذين خضعوا للتدخلات العلاجية فى التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات، وارتفاع**

الكرب النفسى لدى مرضى الأورام السرطانية، بينما وجدنا أن المرضى الذين يستخدموا التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات أقل معاناة من الكرب النفسى، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين التعقل والكرب النفسى، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين التعقل والكرب النفسى لدى مريضات أورام الثدي السرطانية، ووجود علاقة ارتباطية بين تنظيم الانفعالات والكرب النفسى لدى مرضى الأورام السرطانية، وأن خطط إعادة التقييم المعرفي وحل المشكلات أكثر فعالية من خطط الاجترار ولوم الذات وقمع الانفعالات فى تخفيف الكرب النفسى لدى مريضات أورام الثدي السرطانية. وفى ضوء ماسبق يمكننا صياغة فرض الدراسة فيما يلى :

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مريضات أورام الثدي السرطانية والصحيحات فى كل من مهارات التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات والكرب النفسى".

### المنهج والإجراءات :

#### المنهج :

اعتمدت الدراسة الراهنة على المنهج المقارن، الذى يهدف إلى الوقوف على الفروق بين مريضات أورام الثدي السرطانية والصحيحات فى مهارات التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات والكرب النفسى. وفيما يلى مكونات هذا المنهج :

#### أولاً : التصميم البحثى :

تم استخدام التصميم المستعرض لمجموعة الحالة (مريضات أورام الثدي السرطانية) فى مقابل مجموعة المقارنة (الصحيحات)، وذلك لاختيار مجموعة تتسم بمرض معين وهى مجموعة الحالة (مريضات أورام الثدي السرطانية)، واختيار مجموعة أخرى مناظرة لها لا تعاني من هذا المرض وهى مجموعة المقارنة (الصحيحات)، ومن ثم المقارنة بين مجموعتى فى المتغيرات موضع الدراسة.

#### ثانياً : وصف العينة<sup>١٠</sup> :

#### عينة الدراسة الأساسية :

إجريت الدراسة الراهنة على مجموعتين، وتم سحبهم بطريقة عمدية ومقصودة، وهما كالتالى :

أ ( عينة مريضات أورام الثدي السرطانية اللآتى أجرين جراحة الاستئصال الجذرى للثدى وتلقى العلاج الكيمايى :

وتكونت من (٦٠) مريضة، وتراوحت أعمارهن بين (٣٠-٤٥) سنة، بمتوسط عمرى وإنحراف معيارى (٣٧,٢٢ سنة  $\pm$  ٣,١٩) سنة، وأجرت الفحوصات الطبية اللازمة وشخصت بأنهن تعانين من أورام الثدي السرطانية فى المرحلة الثانية أو الثالثة سواء فى الثدي الأيمن أو الأيسر، وخضعت

(١٠) أتقدم بالشكر والتقدير للمشاركات فى إجراء الدراسة الراهنة مع خالص تمنياتى للمريضات بالشفاء العاجل.

لجراحة الاستئصال الجذرى لأحد الثديين، وعرضت على اللجنة الطبية بهدف تحديد عدد جرعات الكيمايى بعد الجراحة بهدف منع انتشار الخلايا السرطانية فى الجسم، وتم الحصول عليهن من مستشفى التجمع الأول لسرطان الثدي التابع للمعهد القومى للأورام.

**ومن هنا يجب علينا أن نلقى نظرة مفصلة عن محكات قبول واستبعاد العينة التى اتبعتها الدراسة الراهنة فى انتقاء المريضات، وتتمثل محكات القبول فى التالى :**

- ١ - **التشخيص:** أجريت الفحوصات اللازمة للتحقق من وجود ورم خبيث فى الثدي، وشخصت من قبل الطبيب الاختصاصى بأنها تعاني من أورام الثدي السرطانية الغدية.
- ٢ - **العمر:** تكن فى المدى العمرى من (٣٠-٤٥) سنة، نظرًا لانتشار أورام الثدي السرطانية الغدية بين النساء فى هذه المرحلة العمرية، كما أثبتت الدراسات أن المريضات تحت سن ٥٠ عامًا، غالبًا ما تعاني من مستويات مرتفعة من الكرب النفسى والآثار الجانبية للعلاج الكيمايى (Calm, 2016: 47)، وتتفق نتائج بعض نتائج الدراسات على وجود علاقة ارتباطية سلبية بين العمر والكرب النفسى، فالمريضات الأصغر سنًا أكثر معاناة من الكرب النفسى مقارنة بالأخريات الأكبر سنًا (Enns et al, 2013; Syrowatka et al., 2017).
- ٣ - **مستوى الذكاء:** أن تكن من نوات الذكاء المتوسط فأعلى، وسوف تتحقق من ذلك بتطبيق مقياس الفهم والمفردات من اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين الصورة الرابعة المعدل تقنين عبد الرقيب البحيرى (٢٠١٧).
- ٤ - **التاريخ الصحى للمريضات:** أن تكن مشخصات لأول مرة بأورام الثدي السرطانية الغدية، وفى أحد الثديين (الأيمن أو الأيسر)، لتجنب الاختلاف فى شدة المعاناة فى المتغيرات موضوع الدراسة الراهنة.
- ٥ - أجريت الدراسة لدى المريضات فى مرحلة تلقيهن العلاج الكيمايى، لأنه عند تلقيهن التشخيص تحتاج مريضات أورام الثدي السرطانية فترة زمنية للتكيف وتقبل مرضهن، حيث تسيطر عليهن فى هذه المرحلة المشاعر السلبية كالشعور بالصدمة والقلق والخوف والغضب من التشخيص بالمرض (ACS, 2015: 5) ، لذلك تم اختيار المريضات بعد إجراء الجراحة وأثناء مرحلة تلقي العلاج الكيمايى، لأنه من أكثر أنواع العلاجات التى تؤثر على المريضات فى مختلف جوانب حياتهن.
- ٦ - **عدد جرعات العلاج الكيمايى:** أن تكون المريضات قد انتهين من المرحلة الأولى (أدريا<sup>(١)</sup>) للعلاج الكيمايى الذى يقدر بأربع جرعات، وبدأن فى المرحلة الثانية (تاكسوتير<sup>(٢)</sup>) للعلاج الكيمايى الذى يقدر بأربع جرعات أيضاً قابلة للزيادة وفقاً لحجم الورم لديهن، وذلك لمراعاة التجانس بين المريضات فى الآثار الجانبية للعلاج الكيمايى على الأخص سقوط الشعر لديهن لأنه يعتبر من أكثر العوامل التى تؤثر على حالتهم النفسية، حيث تختلف المريضات

(11) Adria.

(12) Taxoter.

في معدل عدد الجلسات التي تؤدي إلى سقوط الشعر فبعضهن بعد الجلسة الأولى وبعضهن بعد الجلسة الثانية والأخريات بعد الجلسة الثالثة، لذلك استقرت الدراسة على المرحلة الثانية لكي تضبط هذا المتغير.

#### بينما تتمثل محكات الاستبعاد في :

- ١ - التاريخ المرضي: استبعاد المريضات ذوات السرطان المتكرر أو المنتشر في الجسم، وسوف تقتصر على المريضات اللاتي تعانين من الأورام الثدي السرطانية والغدد الليمفاوية تحت الإبط.
- ٢ - التاريخ الوراثي: إذا كان لديهن أحد من أفراد العائلة من الدرجة الأولى أو الثانية تعانى من أورام الثدي السرطانية الغدية، نظرًا لأن المريضة تكتسب خبرة بطبيعة الأعراض وكيفية التعامل معها والاستسلام لها، وذلك على حسب الحالة المرضية للأقارب، وما توصلن إليه (أى على حسب معدل البقاء على قيد الحياة ومدتها أم انتهى بهم الأمر بالوفاة).
- ٣ - الأمراض النفسية والعقلية والاصابات الدماغية: لأنها تؤثر على شدة معاناة المريضات من الكرب النفسى.
- ٤ - الأمراض الجسمية: استبعاد المريضات اللاتي تعانين من أمراض مزمنة، أو اللاتي شخصت بكونورنا، لأنها تزيد من معاناتهن النفسية.

#### (ب) عينة الصحيحات :

تكونت من (٦٠) صحيحة، وتراوحت أعمارهن بين (٣٠-٤٥) سنة، بمتوسط عمرى وإنحراف معيارى (٣٦,٩٥ ± ٣,٧٣) سنة، ولم تشخص بأورام الثدي السرطانية أو الأمراض النفسية أو الجسمية. وروعى التكافؤ بين مجموعتى الدراسة فى العمر ومستوى الذكاء والحالة الاجتماعية والمهنية وعدد سنوات التعليم. وتم استخدام قيمة (ت) لدلالة الفروق بين مجموعتى الدراسة، كما هو مبين فى الجدول التالى :

جدول (١) دلالة الفروق وحجم الأثر<sup>١٣</sup> بين مجموعتى الدراسة الأساسية فى بعض المتغيرات الدخيلة

المتغيرات	عينة الدراسة		الصحيحات (ن=٦٠)		المريضات (ن=٦٠)		دلالة الفروق	
	م	ع	م	ع	قيمة (ت)	دلالاتها	قيمة (د)	
السن	٣٧,٢٢	٣,١٩	٣٦,٩٥	٣,٧٣	٠,٤٢	٠,٧٦	٠,٠٠	
الفهم	٩,٤٣	١,٤٨	١٠,٠٣	١,٦٤	٢,٠٩-	٠,٠٣٨	٠,٠٣	
المفردات	١٠,٧٨	٢,٠٢	١١,٩٠	١,٦٩	٣,٢٧-	٠,٠٠١	٠,٠٨	
عدد سنوات التعليم	١٤,٤٠	١,٩٧	١٤,٠٧	٢,٠١	٠,٩١	٠,٣٦٢	٠,٠٠	
الحالة المهنية	١,٢٥	٠,٤٣	١,٢٣	٠,٤٢	٠,٢١	٠,٨٣٣	٠,٠٠	
المستوى الاقتصادى	٤٢,٤٣	٥,١١	٤٣,٠٣	٤,٤٧	٠,٦٨-	٠,٤٩٦	٠,٠٠	
الحالة الاجتماعية	٢,٠٠	٠,٠٠٠	٢,٠٠	٠,٠٠٠				

(١٣) معيار حجم الأثر: ٠,٠١ حجم التأثير صغير، و٠,٠٦ حجم التأثير متوسط؛ و٠,١٤ حجم التأثير كبير. وفقاً لمعادلة (أنوفا مربع إيتا).



اتضح من الجدول (١) عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة في كل من متوسط العمر وعدد سنوات التعليم والحالة الاجتماعية والحالة الاجتماعية، بينما توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة في كل من مستوى الذكاء والمستوى الاقتصادي في اتجاه الصحيحات. وكان حجم الأثر لمستوى الذكاء (الفهم) صغيراً، بينما كان حجم الأثر للمفردات كبيراً.

### ثالثاً : وصف أدوات الدراسة :

عرضاً وصفاً لأدوات فحص وتقييم متغيرات الدراسة الراهنة، وبعضها من إعداد الباحثة، وأخرى من إعداد باحثين آخرين، وتمثلت في: المقابلة المبدئية؛ واختبار المفردات والفهم؛ ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي؛ واختبار التعقل لأورام الثدي السرطانية؛ واختبار التقبل لأورام الثدي السرطانية؛ واختبار تنظيم الانفعالات لأورام الثدي السرطانية؛ واختبار الكرب النفسي للناجيات من أورام الثدي السرطانية، وعرضت بشكل تفصيلي في التالي :

- **المقابلة المبدئية :** هذه المقابلة من إعداد أمانى جودة (٢٠١٧)، وتهدف إلى جمع البيانات الأولية، ومعرفة ظروفهن في اكتشافهن للمرض وموضع الورم والعلاج اللاتي تخضعن له، واستخدامها أيضاً كمحك لقبول واستبعاد عينة الراهنة من خلال التعرف على الأمراض الجسمية والاضطرابات النفسية والعقلية والتاريخ الوراثي والصحي لمجموعتي الدراسة.
- **مقياس الفهم والمفردات من اختبار وكسلر الصورة الرابعة المعدل، تقنين عبد الرقيب البحيري،** بهدف تقييم قدرة المشاركات على استيعاب بنود الاختبارات واستبعاد المريعات التي حصلت على أقل من ٧ درجات موزونة (البحيري، ٢٠١٩، ص ١٢٢).
- **مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة:** بهدف تحديد المستوى الاقتصادي الاجتماعي لأسر المشاركات، وضبط متغير المستوى الاقتصادي الاجتماعي لهن.

### [١] اختبار التعقل لأورام الثدي السرطانية :

هو من إعداد الباحثة، واعتمد تكوين هذا الاختبار على ثلاثة مصادر على النحو التالي: الإطلاع على البحوث السابقة العربية والأجنبية لمهارات التعقل لتحديد مفهومه الدقيق؛ ومراجع علم النفس الصحي الإكلينيكي للاستفادة من نظرياته؛ واختبارات التعقل العربية والأجنبية، واشتمل وعاء البنود في صورته الأولية على (٧٠) بنداً، وطبق على عينة استطلاعية من مريضات أورام الثدي السرطانية والصحيحات (ن = ٦٠)، واستخدم معيار لاستبقاء البنود الدالة إحصائياً وهو ارتباط البند بالمكون، وتم حذف البنود غير الدالة إحصائياً للمريضات، نظراً لصياغة البنود في اتجاه الأعراض المرضية، ولذلك استبقى الاختبار على (٦٧) بنداً في صورته النهائية، موزعين على ستة مقاييس فرعية للتعقل.

وتمثلت بدائل الإجابة عن بنود هذا الاستخبار في خمسة بدائل، هي: (١) مطلقاً، (٢) نادراً، (٣) أحياناً، (٤) غالباً، (٥) دائماً. وتراوحت الدرجة الكلية بين (٦٧-٣٣٥) درجة، وتشير الدرجة المرتفعة إلى تعقل بدرجة كبيرة جداً، بينما تشير الدرجة المنخفضة لتعقل بدرجة بسيطة جداً.

## [٢] اختبار التقبل لأورام الثدي السرطانية :

هو من إعداد الباحثة، واشتمل وعاء البنود في صورته الأولى على (٣٠) بنداً، وطبق على عينة استطلاعية من مريضات أورام الثدي السرطانية والصحيحات (ن=٦٠)، واستخدم معيار لاستبقاء البنود الدالة إحصائياً وهو ارتباط البند بالمكون، وتم حذف البنود غير الدالة إحصائياً للمريضات، نظراً لصياغة البنود في اتجاه الأعراض المرضية، ولذلك استبقى الاستخبار على (٢٧) بنداً في صورته النهائية، موزعين على ثلاثة مقاييس فرعية للتعقل.

وتمثلت بدائل الإجابة عن بنود هذا الاستخبار في خمسة بدائل، هي: (١) غير موافق، (٢) موافق بدرجة قليلة، (٣) موافق بدرجة متوسطة، (٤) موافق بدرجة كبيرة، (٥) موافق بدرجة كبيرة جداً. وتراوحت الدرجة الكلية بين (٢٧-١٣٥) درجة، وتشير الدرجة المرتفعة إلى التقبل بدرجة كبيرة جداً، بينما تشير الدرجة المنخفضة للتقبل بدرجة بسيطة جداً.

## [٣] اختبار خطط تنظيم الانفعالات لأورام الثدي السرطانية :

هو من إعداد الباحثة واشتمل وعاء البنود في صورته الأولى على (١٦٨) بنداً موزعين على خطط انفعالات إيجابية (معرفية؛ وسلوكية؛ وجدانية؛ واجتماعية؛ وجسمية)، وخطط انفعالات سلبية (معرفية؛ وسلوكية؛ وجدانية)، وطبق على عينة استطلاعية من مريضات أورام الثدي السرطانية والصحيحات (ن=٦٠)، واستخدم معيار لاستبقاء البنود الدالة إحصائياً وهو ارتباط البند بالمكون، وتم حذف البنود غير الدالة إحصائياً للمريضات، نظراً لصياغة البنود في اتجاه الأعراض المرضية، ولذلك استبقى الاستخبار على (١٥٣) بنداً في صورته النهائية، منها (٨٩) بنداً تُعد مؤشرات لخطط تنظيم الانفعالات الإيجابية، و(٦٤) بنداً مؤشرات لخطط تنظيم الانفعالات السلبية.

وتمثلت بدائل الإجابة عن بنود هذا الاستخبار في خمسة بدائل، هي: (١) مطلقاً، (٢) نادراً، (٣) أحياناً، (٤) غالباً، (٥) دائماً. (٤٤٥-٨٨) درجة. تراوحت الدرجة للخطط بين (٤٤٥-٨٨) درجة، وتشير الدرجة المرتفعة إلى استخدام خطط تنظيم الانفعالات الإيجابية بدرجة كبيرة جداً، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى استخدام خطط تنظيم الانفعالات الإيجابية بدرجة بسيطة جداً، بينما تراوحت الدرجة الكلية لخطط تنظيم الانفعالات السلبية بين (٦٤-٣٢٠) درجة. وتشير الدرجة المرتفعة إلى استخدام خطط تنظيم الانفعالات السلبية بدرجة كبيرة جداً، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى استخدام خطط تنظيم الانفعالات السلبية بدرجة بسيطة جداً.

#### [٤] اختبار الكرب النفسى للناجيات من أورام الثدي السرطانية :

استخدمت الباحثة مقياس الكرب النفسى من إعداد عائشة طارق لأنه يتلاءم مع مفهوم الكرب النفسى لدى مرضى الأورام السرطانية (موضوع الدراسة الراهنة)، كما أن بنوده ملائمة مع طبيعة العينة. وهدف إلى تقدير شدة أعراض الكرب النفسى للناجيات من أورام الثدي السرطانية، وشمل على (٤٨) بنداً موزعين على ثلاثة مقاييس فرعية هي: مقياس الكرب الأسرى والاجتماعى وتكون من (١٤) بنداً؛ ومقياس الكرب الانفعالات وتكون من (١٦) بنداً؛ ومقياس الكرب الجسمى والأدائى وتكون من (١٦) بنداً (طارق، ٢٠١٦، ص ٩١).

وتقوم الناجيات باختيار بديل واحد فقط من الخمسة بدائل على يسار كل عبارة، حيث تصف مشاعرهن وفقاً للأوزان المقدره لبدايل الإجابات المختلفة، وتتضح فى: (١) غير موافق تماماً، (٢) غير موافق، (٣) محايد، (٤) موافق، (٥) موافق جداً، وتراوحت الدرجة الكلية بين (٢٣٠-٤٦) درجة، وتشير الدرجة المرتفعة إلى المعاناة من كرب نفسى شديد جداً، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى المعاناة من كرب نفسى بسيط جداً، وتراوحت معاملات الثبات باستخدام القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بين (٠,٧٩-٠,٨٧)، وتراوحت معاملات ثبات ألفا كرونباخ بين (٠,٨٩-٠,٩١)، مما يشير إلى ارتفاع معاملات ثبات الاختبار، كما يتسم هذا الاختبار بصدق تكوين، وصدق محكمين، وصدق تمييز بين المجموعات الطرفية بقدر مرتفع من الصدق، مما يشير إلى صدق الاختبار فى قياسه للسمة التى أعدت لقياسه (طارق، ٢٠١٦، ص ٩١-١٠٤).

#### التحقق من الكفاءة القياسية النفسية لاختبارات الدراسة الراهنة :

تم حساب معاملات الصدق والثبات على عينة استطلاعية تكونت (٦٠) مشاركة، قسمت على مجموعتين: وبلغ عدد المشاركات فى المجموعة الأولى (٣٠) مريضة بأورام الثدي السرطانية، بمتوسط عمر وانحراف معيارى (٣٦,٦٠ ± ٣,٦٧) سنة، وبلغ عدد المشاركات فى المجموعة الثانية (٣٠) صحيحة، بمتوسط عمر وانحراف معيارى (٣٥,١٠ ± ٣,٥٥) سنة، وروعى أن تكون متشابهة مع عينة الدراسة الأساسية، وتم الحصول عليهن أيضاً من مستشفى التجمع الأول لسرطان الثدي التابع للمعهد القومى للأورام، ويوضح الجدول التالى دلالة الفروق الإحصائية لبعض المتغيرات السكانية لمجموعتى الدراسة، وتمثلت فى السن ومستوى الذكاء وعدد سنوات التعليم والحالة المهنية والمستوى الاقتصادى والحالة الاجتماعية.

جدول (٢) دلالة الفروق وحجم الأثر بين مجموعتي الدراسة الاستطلاعية في بعض المتغيرات الدخيلة

المتغيرات	عينة الدراسة		الصحيحات (ن=٣٠)		المريضات (ن=٣)		دلالة الفروق	
	م	ع	م	ع	م	ع	قيمة (ت)	دالاتها
السن	٣٦,٦٠	٣,٦٧	٣٥,١٠	٣,٥٥	١,٦٠	٠,١١٣	٠,٠٤	
الفهم	٩,٥٠	١,٣٣	١١,٠٣	١,٧٧	٣,٧٨-	٠,٠٠٠	٠,١٩	
المفردات	١٠,٣٠	١,٧٤	١١,٥٣	١,٧٤	٢,٤٥-	٠,٠٠٠	٠,٠٩	
عدد سنوات التعليم	١٤,٤٠	١,٩٩	١٤,٥٣	١,٩٦	٠,٢٦-	٠,٧٩٥	٠,٠٠	
الحالة المهنية	١,٤٠	٠,٤٩	١,٣٧	٠,٤٩	٠,٢٦	٠,٧٩٥	٠,٠٠	
المستوى الاقتصادي	٤٠,٩٣	٥,٧٢	٤٣,٦٣	٣,٥٨	٢,١٤-	٠,٠٣٧	٠,٠٧	
الحالة الاجتماعية	٢,٠٠	٠,٠٠٠	٢,٠٠	٠,٠٠٠				

اتضح من الجدول (٢) عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة في كل من متوسط العمر وعدد سنوات التعليم والحالة الاجتماعية والحالة المهنية، ووجد أن حجم الأثر صغير لكل من العمر، بينما وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة في كل من مستوى الذكاء والمستوى الاقتصادي في اتجاه الصحيحات، وكان حجم الأثر كبيراً للفهم، بينما كان متوسطاً للمفردات والمستوى الاقتصادي.

جدول (٣) معاملات صدق الارتباط بمحك خارجي لاستخبارات الدراسة لدى مجموعتي الدراسة

الاستخبارات	معاملات الصدق		الاستخبار المحكى
	المريضات (ن=٣٠)	الصحيحات (ن=٣٠)	
استخبار التعقل لدى مريضات أورام الثدي السرطانية			
الدرجة الكلية لاستخبار التعقل.	٠,٩٢	٠,٨١	العوامل الخمسة لليقظة العقلية من
١- مقياس الوعي بالمحفزات الداخلية والخارجية.	٠,٨٢	٠,٧١	إعداد: بير وآخرون، ترجمة: عبد الرقيب البحيرى.
٢- مقياس مراقبة المحفزات الدارخلية والخارجية.	٠,٨١	٠,٧٤	
٣- مقياس وصف الخبرة المرضية.	٠,٨٠	٠,٨٨	العوامل الخمسة لليقظة العقلية من
٤- التصرف بوعى.	٠,٨٧	٠,٦٦	إعداد: بير وآخرون،
٥- مقياس الاندماج (الانفتاح على الخبرة الراهنة).	٠,٨٦	٠,٦٩	ترجمة: عبدالرقيب البحيرى.
٦- الامتناع عن إصدار أحكام.	٠,٨٨	٦٨٠	
استخبار التقبل لدى مريضات أورام الثدي السرطانية			
الدرجة الكلية لاستخبار التقبل.	٠,٩١	٠,٨٥	العوامل الخمسة لليقظة العقلية من
١- مقياس تقبل المرض.	٠,٩١	٠,٨١	إعداد: بير وآخرون،
٢- مقياس تقبل العلاج الجراحى.	٠,٨٥	٠,٧٧	ترجمة: عبدالرقيب البحيرى.
٣- مقياس تقبل العلاج الكيمايى.	٠,٨٠	٠,٦٢	

تابع جدول (٣) معاملات صدق الارتباط بمحك خارجي لاستخبارات الدراسة لدى مجموعتي الدراسة

الاستخبارات المحكى	معاملات الصدق		الاستخبارات
	صدق الارتباط بمحك خارجي		
	الصحيحات (ن=٣٠)	المريضات (ن=٣٠)	
استخبار خطط تنظيم الانفعالات لدى مريضات أورام الثدي السرطانية (تجريبي)			
الاستخبار المحكى: استخبار تنظيم الانفعالات إعداد : جون وجروس، ترجمة فاتن قنصوة			
الدرجة الكلية لخطط تنظيم الانفعالات الإيجابية.	٠,٨٠	٠,٨٣	الدرجة الكلية لخطط تنظيم الانفعالات الإيجابية.
الدرجة الكلية لخطط تنظيم الانفعالات السلبية.	٠,٨٣	٠,٨٥	الدرجة الكلية لخطط تنظيم الانفعالات السلبية.
الدرجة الكلية للمكون الأول للخطط المعرفية الإيجابية.	٠,٢٩-	٠,٧٨	الدرجة الكلية للمكون الأول للخطط المعرفية الإيجابية.
١- مقياس إعادة التقييم المعرفي.	٠,٢٩-	٠,٧٩-	١- مقياس إعادة التقييم المعرفي.
٢- مقياس إعادة التركيز على التخطيط الإيجابي.	٠,٢١-	٠,٧٣	٢- مقياس إعادة التركيز على التخطيط الإيجابي.
٣- مقياس حل المشكلات.	٠,٢١-	٠,٧٥	٣- مقياس حل المشكلات.
الدرجة الكلية للمكون الأول لخطط تنظيم الانفعالات المعرفية السلبية.	٠,٢٣-	٠,٧٧	الدرجة الكلية للمكون الأول لخطط تنظيم الانفعالات المعرفية السلبية.
مقياس التفكير الكارثي.	٠,٢٣-	٠,٨٠-	مقياس التفكير الكارثي.
مقياس الاجترار.	٠,٢٣-	٠,٧٧-	مقياس الاجترار.
مقياس لوم الذات.	٠,٢٣-	٠,٧٧-	مقياس لوم الذات.
مقياس لوم الآخرين.	٠,٢٣-	٠,٧٧-	مقياس لوم الآخرين.
الدرجة الكلية للمكون الثاني لخطط تنظيم الانفعالات السلوكية الإيجابية.	٠,٢٣-	٠,٧٧-	الدرجة الكلية للمكون الثاني لخطط تنظيم الانفعالات السلوكية الإيجابية.
مقياس التشبث والإلهاء.	٠,٢٣-	٠,٧٧-	مقياس التشبث والإلهاء.
مقياس إدارة أعراض المرض والعلاج.	٠,٢٣-	٠,٧٧-	مقياس إدارة أعراض المرض والعلاج.
الدرجة الكلية للخطط السلوكية السلبية (التجنب)	٠,٢٣-	٠,٧٧-	الدرجة الكلية للخطط السلوكية السلبية (التجنب)
الدرجة الكلية للخطط الوجدانية الإيجابية (التعبير عن الانفعالات).	٠,٢٣-	٠,٧٧-	الدرجة الكلية للخطط الوجدانية الإيجابية (التعبير عن الانفعالات).

(١٤) يتكون الاستخبار المحكى لتنظيم الانفعالات من نوعين من الخطط الإيجابية والسلبية، وتمثلت الخطة الإيجابية في مكون معرفي وهو التقييم المعرفي، بينما تمثلت الخطة السلبية في مكون سلوكي وهو كظم الانفعالات، لذلك قامت الباحثة عند حساب معاملات الصدق بحسابها مع المكونين الإيجابي والسلبي لأن الظاهرة تدرس على وجهيها الإيجابي والسلبي، لكي نحدد الفروق بينهما.

تابع جدول (٣) معاملات صدق الارتباط بمحك خارجي لاستخبارات الدراسة لدى مجموعتي الدراسة

الاستخبارات المحكى	صدق الارتباط بمحك خارجي		معاملات الصدق
	الصحيحات (ن=٣٠)	المريضات (ن=٣٠)	
الدرجة الكلية للخطة الوجدانية السلبية (كظم الانفعالات).	الخطة السلبية ,٨٤	,٨٨	الدرجة الكلية للخطة الاجتماعية الإيجابية (المشاركة والتفاعل الاجتماعي).
الخطة الإيجابية	,١٢-	,٨٥-	
الدرجة الكلية للخطة الجسمية الإيجابية (الأنشطة والسلوكيات الجسمية الصحية).	الخطة الإيجابية ,٦٨	,٨٦	الدرجة الكلية للخطة الجسمية الإيجابية (الأنشطة والسلوكيات الجسمية الصحية).
الخطة السلبية	,٢٨-	,٨٧-	
الدرجة الكلية للخطة الجسمية الإيجابية (الأنشطة والسلوكيات الجسمية الصحية).	الخطة الإيجابية ,٨٦	,٨٥	الدرجة الكلية للخطة الجسمية الإيجابية (الأنشطة والسلوكيات الجسمية الصحية).
الخطة السلبية	,٢٣-	,٨٦-	
<b>استخبار الكرب النفسى لدى الناجيات من أورام الثدي السرطانية</b>			
استخبار الكرب النفسى؛ من إعداد: هدى سعيد	٠,٨٨	٠,٨٩	الدرجة الكلية للكرب النفسى.
	٠,٨٢	٠,٨٦	١- مقياس الكرب الأسرى والاجتماعى.
	٠,٨٠	٠,٨٣	٢- مقياس الكرب الانفعالات.
	٠,٦٦	٠,٨٠	٣- مقياس الكرب الجسمى والأدائى.

اتضح من الجدول (٣) لحساب معاملات الصدق بمحك خارجي لأدوات الدراسة، أن نتائج معاملات الصدق لاستخبار التعقل والتقبل والكرب النفسى لدى مجموعتي الدراسة تتمتع بدرجة مرتفعة من الصدق لدى مجموعتي الدراسة، بينما يتضح من معاملات الصدق لاستخبار خطط تنظيم الانفعالات أن الارتباط بين الخطط الإيجابية المعرفية والسلوكية والاجتماعية والجسمية (للاستخبار التجريبي) والخطة الإيجابية (التقييم المعرفى من الاستخبار المحكى) تتمتع بمعاملات صدق مرتفعة لدى مجموعتي الدراسة، وأن معاملات الارتباط بين الخطط السلبية المعرفية والسلوكية والوجدانية (للاستخبار التجريبي) والخطة السلبية (كظم الانفعالات من الاستخبار المحكى) تتمتع بقدر مرتفع من الصدق لدى مجموعتي الدراسة، ماعدا الخطة السلبية المعرفية لوم الذات تتمتع بقدر مرتفع من الصدق لدى المريضات وتتمتع بقدر مقبول من الصدق لدى الصحيحات، وقد يرجع ذلك لأن الخطه تصاغ فى اتجاه الأعراض المرضية، ونلاحظ من رصد معاملات الارتباط بين الخطط الإيجابية (للاستخبار التجريبي) والخطط السلبية (للاستخبار المحكى) أنها تتمتع بقدر مرتفع من الصدق لدى المريضات، بينما تراوحت معاملات الصدق بين الضعيف إلى المقبول لدى الصحيحات، وقد يرجع ذلك لثلاثة أسباب: السبب الأول انخفاض بعض معاملات الصدق عند حسابها لخطط تنظيم الانفعالات على وجهيها (حيث انخفضت فى بعض المكونات عند ارتباط بعض المكونات الإيجابية مع السلبية فقط)، والسبب الثاني: أن طبيعة مضمون البنود تلائم مريضات أورام الثدي السرطانية، والسبب الثالث: الكشف عن مدى انحراف الصحيحات عن أكثر من انحراف معيارى فى اتجاه المرض وللكشف عن الصحيحات للاستهداف للمرض، وتم الإبقاء عليها لسببين: السبب الأول تمثل فى انخفاضها فقط فى الارتباط المعاكس (الخطط السلبية والإيجابية وأن هذا لم يقلل من معاملات صدقه)، والسبب الثاني تمثل فى أن

المقياس الفرعى الجيد لى يكشف عن هدفه ويعبر عما يقيسه لابد من أن يحتوى على عدد بنود تتراوح بين (٩-١٢) بندًا، مما يشير إلى الكفاءة القياسية النفسية لاستخبار خطط تنظيم الانفعالات لأورام الثدي السرطانية.

### ج) معاملات الثبات :

اعتمدت الباحثة فى تقدير معاملات الثبات على طريقتين، هى : ألفا لكرونباخ والقسمة النصفية بعد تصحيح الطول (باستخدام سبيرمان براون فى حالة تساوى تباين النصف الأول مع النصف الثانى، وجتمان فى حالة اختلاف تباين النصف الأول عن تباين النصف الثانى للمقياس الفرعى أو الدرجة الكلية). ومبين فى الجدول التالى دلالة معاملات الثبات.

### جدول (٤) معاملات الثبات بطريقتى ألفا لكرونباخ والقسمة النصفية بعد تصحيح الطول لدى مجموعتى الدراسة

معامل ألفا لكرونباخ		القسمة النصفية بعد تصحيح الطول		معاملات الثبات الاستخبارات
الصحيحات (٣٠=ن)	المریضات (٣٠=ن)	الصحيحات (٣٠=ن)	المریضات (٣٠=ن)	
<b>استخبار التعقل لدى مریضات أورام الثدي السرطانية</b>				
٠,٧٩	٠,٨٥	٠,٧٧	٠,٨٣	١- مقياس الوعى بالمحفزات الداخلية والخارجية.
٠,٨٦	٠,٨٠	٠,٨٦	٠,٧٩	٢- مقياس مراقبة المحفزات الدارخلية والخارجية.
٠,٨٩	٠,٨٥	٠,٨٣	٠,٨٩	٣- مقياس وصف الخبرة المرضية.
٠,٩٠	٠,٨١	٠,٨٤	٠,٩٠	٤- مقياس التصرف بوعى.
٠,٨٥	٠,٥٣	٠,٨٠	٠,٣٩	٥- مقياس الاندماج (الانفتاح على الخبرة الراهنة)
٠,٨٤	٠,٦٤	٠,٨٣	٠,٤٤	٦- مقياس الامتاع عن إصدار أحكام.
٠,٩٧	٠,٩٥	٠,٩٢	٠,٩٣	الدرجة الكلية لاستخبار التعقل.
٠,٨٥	٠,٧٥	٠,٨٠	٠,٦٩	١- مقياس تقبل المرض.
٠,٨٦	٠,٥٤	٠,٨١	٠,٧٧	٢- مقياس تقبل العلاج الجراحى.
٠,٨٧	٠,٦٠	٠,٨٣	٠,٧٤	٣- مقياس تقبل العلاج الكيمايى.
٠,٩٤	٠,٨٤	٠,٩٣	٠,٨٥	الدرجة الكلية لاستخبار التقبل.
<b>استخبار خطط تنظيم الانفعالات لدى مریضات أورام الثدي</b>				
٠,٨٧	٠,٨١	٠,٩٢	٠,٨٥	١- مقياس إعادة التقييم المعرفى.
٠,٨٩	٠,٨٠	٠,٩٢	٠,٨٣	٢- مقياس إعادة التركيز على التخطيط الإيجابى.
٠,٩٤	٠,٨٦	٠,٩٠	٠,٧٢	٣- مقياس حل المشكلات.
٠,٩٦	٠,٩٢	٠,٩٥	٠,٩٢	الدرجة الكلية للمكون الأول للخطط المعرفية الإيجابية
٠,٨٨	٠,٧٨	٠,٨٩	٠,٧١	١- مقياس التفكير الكارثى.
٠,٩٤	٠,٧٨	٠,٩٥	٠,٧٠	٢- مقياس الاجترار.
٠,٨٦	٠,٤٢	٠,٨٧	٠,٤٥	٣- مقياس لوم الذات.
٠,٧٧	٠,٥٠	٠,٧٧	٠,٤٩	٤- مقياس لوم الآخرين.

تابع جدول (٤) معاملات الثبات بطريقتي ألفا لكرونباخ والقسمة النصفية بعد تصحيح الطول لدى مجموعتي الدراسة

معامل ألفا لكرونباخ		القسمة النصفية بعد تصحيح الطول		معاملات الثبات الاستخبارات
الصحيحات (ن=٣٠)	المريضات (ن=٣٠)	الصحيحات (ن=٣٠)	المريضات (ن=٣٠)	
٠,٩٦	٠,٨٩	٠,٩٧	٠,٨٧	الدرجة الكلية للمكون الأول خطط تنظيم الانفعالات المعرفية السلبية.
٠,٩٠	٠,٨٤	٠,٩٢	٠,٨٠	١- مقياس التشنيت والإلهاء.
٠,٨٨	٠,٧٣	٠,٨٧	٠,٦٧	٢- مقياس إدارة أعراض المرض والعلاج.
٠,٩٤	٠,٨٦	٠,٩١	٠,٧٠	الدرجة الكلية للمكون الثاني خطط تنظيم الانفعالات السلوكية الإيجابية.
٠,٩٠	٠,٨٧	٠,٨٧	٠,٨٦	الدرجة الكلية للخطة السلوكية السلبية (التجنب).
٠,٧١	٠,٨٠	٠,٧٥	٠,٧٩	الدرجة الكلية للخطة الوجدانية الإيجابية (التعبير عن الانفعالات).
٠,٩٧	٠,٩٣	٠,٩٧	٠,٩٥	الدرجة الكلية للخطة الوجدانية السلبية (كظم الانفعالات).
٠,٩٣	٠,٧٥	٠,٩٥	٠,٦٧	الدرجة الكلية للخطة الاجتماعية الإيجابية (المشاركة والتفاعل الاجتماعي).
٠,٩٢	٠,٦٦	٠,٨٥	٠,٦٠	الدرجة الكلية للخطة الجسمية الإيجابية (الأنشطة والسلوكيات الجسمية الصحية).
٠,٩٨	٠,٩٥	٠,٩٨	٠,٩٥	الدرجة الكلية لخطط تنظيم الانفعالات الإيجابية
٠,٩٨	٠,٩٥	٠,٩٧	٠,٨٨	الدرجة الكلية لخطط تنظيم الانفعالات السلبية
<b>استخبار الكرب النفسي للناجيات من أورام الثدي السرطانية</b>				
٠,٩١	٠,٨٥	٠,٩٣	٠,٨٤	١- مقياس الكرب الأسرى والاجتماعي.
٠,٩٠	٠,٧٩	٠,٨٧	٠,٨٢	٢- مقياس الكرب الانفعالات.
٠,٨٩	٠,٦٥	٠,٩١	٠,٦٨	٣- مقياس الكرب الجسمى والأدائي.
٠,٩٦	٠,٨٨	٠,٩٥	٠,٨٠	الدرجة الكلية للكرب النفسي.

بالنظر في الجدول (٤) تبين أن جميع معاملات الثبات بطريقتي ألفا لكرونباخ والقسمة النصفية بعد تصحيح الطول لجميع استخبارات الدراسة تتمتع بقدر يتراوح بين المتوسط إلى المرتفع من الثبات لدى مجموعتي الدراسة.

رابعاً : إجراءات التطبيق ووصف جلسة التطبيق :

تمثلت إجراءات التطبيق في الخطوات التالية :

١ - تقدم الباحثة نفسها للمشاركات وتتبادل الحوار معهن وإذا تم قبولهن، تبدأ بشرح الهدف من أدوات الدراسة.

٢ - يتم التعارف على المشاركات بشكل أكثر تفصيلاً من خلال المقابلة المبدئية، وتقوم الباحثة بسؤال المشاركة والحديث معها حتى يتم التعارف وتكوين العلاقة معها، وهناك بعض



المشاركات تم استبعادهن بعد هذه الخطوه لأنهن قد كن منفصلات، وفي عينة المريضات قد كان لديهن تاريخ وراثي للمرض وغيرها من محكات الاستبعاد، وفي حالة الاستبعاد استمرت الباحثة في الحديث معهن حتى تجيب عن كل استفساراتهن النفسية سواء لأنفسهن أو لأبنائهن ثم أنهت الجلسة.

٣ - وإذا انطبقت عليهن جميع محكات تضمين العينة، وأبدين الموافقة على المشاركة تقوم الباحثة بالبداية في التطبيق بالمقابلة المبدئية ومن ثم مقياس الفهم والمفردات ومقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي وبعد ذلك استخبارات الدراسة. في البداية كانت تبدأ باستخبار التعقل ومن ثم استخبار التقبل واستخبار خطط تنظيم الانفعالات وتنتهي باستخبار الكرب النفسي، ولكن وجدت عند تطبيق استخبار الكرب النفسي المشاركات قد استفادت من بنود الاستخبارات السابقة وبدأن في تزييف استجاباتهن، لذلك قمت بالبداية بعد ذلك بالبداية باستخبار الكرب النفسي ومن ثم استخبار خطط تنظيم الانفعالات (لأنه شمل على خطط سلبية وإيجابية)، واستخبار التعقل وتنتهي باستخبار التقبل، لأن المشاركات كن يستفدن من بنودهم، وترى أن هناك بعض السلوكيات التي يمكن أن تتبناها حتى تخفف من شعورهن بالمعاناة النفسية.

٤ - وكانت تقوم بقراءة البنود عليهن حتى تتحقق من فهم البنود، وكان التطبيق فردياً، واستغرقت التطبيق بين جلسة إلى اثنتين بمعدل زمني يتراوح بين ساعتين إلى ساعتين ونصف.

٥ - وبعد الانتهاء من التطبيق كانت تطلب بعض المشاركات معرفة النتيجة، وبعضهن الآخر كان يطلب نصائح، وبعضهن كان يعرض مشكلة خاصة بها أو لأحد أبنائها أو ما الذي يجب أن تقوم به عندما تشعر بالضيق والقلق والرغبة في العزلة عن أسرتها.

٦ - الاطلاع على الملفات الطبية للمريضات (تقرير الباثولوجي) من أجل معرفة مرحلة المرض ولكن كان هذا بعد الانتهاء من فترة التطبيق.

وتم تطبيق الدراسة الميدانية على المريضات في الفترة الزمنية بين ٢٤-١٠-٢٠٢٠ حتى ١٥-٨-٢٠٢١، بواقع من (٤ إلى ٥) أيام أسبوعياً لمجموعة المريضات، وتم الحصول على المريضات من مستشفى التجمع الأول لسرطان الثدي التابع للمعهد القومي للأورام، بينما تم الحصول على الصحيحات من الأقارب والممرضات والعاملات في مستشفى التجمع الأول لسرطان الثدي، والمعارف من الإدارة الصحية والمدارس بطوخ (تم الحصول على المعارف باستخدام أسلوب كرة الثلج).

### عرض نتائج الدراسة :

**التحقق من صحة الفرض الذي نص على "وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من مهارات التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات والكرب النفسي لدى مريضات أورام الثدي السرطانية والصحيحات".** وللتحقق من صحة هذا الفرض؛ تم استخدام اختبار (ت) للكشف عن دلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة، كما هو مبين في الجدول التالي :

جدول (٥) دلالة الفروق الإحصائية، وقيمة "d" لحجم الأثر بين مجموعتي الدراسة في مهارات التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات والكره النفسي

دلالة الفروق		الصحيحات (ن=٦٠)		المريضات (ن=٦٠)		عينه الدراسة	المتغيرات
قيمة (د)	دالاتها	قيمة (ت)	ع	م	ع		
<b>استخبار التعقل لأورام الثدي السرطانية</b>							
٠,١٢	٠,٠٠٠	٤,٠٨-	٥,٧٨	٣٦,١٨	٥,٨٨	٣١,٨٣	١- مقياس الوعي بالمحفزات الداخلية والخارجية
٠,٠٣	٠,٠٦	٢,٠١-	٥,١٧	٣٠,٨٨	٥,٧٠	٢٨,٨٨	٢- مقياس مراقبة المحفزات الدارخلية والخارجية
٠,١١	٠,٠٠٠	٣,٨٣-	٦,٨٢	٣٦,٩٠	٧,٣٠	٣١,٩٥	٣- مقياس وصف الخبرة المرضية
٠,٢٢	٠,٠٠٠	٥,٨٢-	٦,٧٤	٣١,٤٨	٥,٥٧	٢٤,٩٠	٤- التصرف بوعي
٠,٢٥	٠,٠٠٠	٦,٣١-	٤,٥٣	٢٨,٢٠	٤,٧٠	٢٢,٨٨	٥- مقياس الاندماج
٠,١٥	٠,٠٠٠	٤,٦٠-	٤,٧٩	٣١,١٧	٥,٣٧	٢٦,٨٨	٦- الامتناع عن إصدار الأحكام
٠,١٨	٠,٠٠٠	٥,٠٨-	٣٠,٢٨	١٩٥,٣٨	٣٠,٢٢٠	١٦٧,٣٢	الدرجة الكلية لاستخبار التعقل
<b>استخبار التقبل لأورام الثدي السرطانية</b>							
٠,٢٩	٠,٠٠٠	٦,٩٥-	٤,٧٢	٣٢,٥٣	٤,٨٥	٢٦,٤٥	١- مقياس تقبل المرض
٠,٣٦	٠,٠٠٠	٨,٢٧-	٤,٩٠	٢٥,٩٨	٤,٨٤	١٨,٩٨	٢- مقياس تقبل ذاتهن بعد العلاج الجراحي
٠,١٣	٠,٠٠٠	٤,٣١-	٤,٠٠	٢١,٢٣	٦,٠٩	١٧,١٧	٣- مقياس تقبل الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي
٠,٣٣	٠,٠٠٠	٧,١٦-	١١,٤١	٧٩,٧٥	١٣,١٨	٦٢,٦٠	الدرجة الكلية لاستخبار التقبل
<b>استخبار خطط تنظيم الانفعالات لأورام الثدي السرطانية</b>							
٠,٠٨	٠,٠٠٢	٣,٢٢-	٥,٦١	٣٦,٢٨	٦,٦٩	٣٢,٦٥	١- مقياس إعادة التقييم المعرفي
٠,١٦	٠,٠٠٠	٤,٨٩-	٥,٢٣	٣٠,١٨	٦,٤٩	٢٤,٩٢	٢- مقياس التخطيط الإيجابي.
٠,١٤	٠,٠٠٠	٤,٥٢-	٧,٦٠	٣٩,٤٣	٨,٨٨	٣٢,٦٠	٣- مقياس حل المشكلات
٠,١٥	٠,٠٠٠	٤,٦١-	١٦,٢٦٠	١٠٥,٩٠	٢٠,٨١	٩٠,١٧	الدرجة الكلية للمكون الأول الخطط المعرفية الإيجابية.
٠,٥٨	٠,٠٠٠	١٢,٩٥	٥,٦٤	١٩,٢٥	٦,٥٤	٣٣,٧٠	٤- مقياس الكارثية.
٠,٥٧	٠,٠٠٠	١٢,٦٠	٧,١١	٢٣,٣٧	٧,٨٧	٤٠,٦٣	٥- مقياس الاجترار.
٠,٤٠	٠,٠٠٠	٩,٠٢	٤,٧٢	١٣,١٥	٥,٩٣	٢١,٩٨	٦- مقياس لوم الذات.
٠,٢٦	٠,٠٠٠	٦,٥٦	٢,٨٣	١١,٣٢	٣,٩٩	١٥,٤٧	٧- مقياس لوم الآخرين.
٠,٥٥	٠,٠٠٠	١٢,٠٠	١٨,٤٠	٦٧,٠٨	٢٢,١٩	١١١,٧٨	الدرجة الكلية للمكون الأول خطط تنظيم الانفعالات المعرفية السلبية.
٠,٢٥	٠,٠٠٠	٦,٣٩-	٦,٢٥	٣٢,٠٥	٦,٧٧	٢٤,٤٣	٨- مقياس التشنيت والإلهاء.
٠,٠٩	٠,٠٠١	٣,٤٥-	٤,٩٥	٢٨,٨٨	٥,٨٣	٢٥,٤٧	٩- مقياس إدارة أعراض المرض والعلاج.
٠,٢٠	٠,٠٠٠	٥,٥١-	١٠,١٤	٦٠,٩٣	١١,٧١	٤٩,٩٠	الدرجة الكلية للمكون الثاني خطط تنظيم الانفعالات السلوكية الإيجابية.
٠,٥٧٠	٠,٠٠٠	١٢,٤٩	٧,٨٤	٢٠,٨٢	٨,٣٦	٣٩,٣٢	الدرجة الكلية للخطة السلوكية السلبية (التجنب).
٠,٠٣	٠,٠٣	٢,١٩	٣,٣٠	٢١,٨٧	٣,٨٢	٢٣,٣٠	الدرجة الكلية للخطة الوجدانية الإيجابية

تابع جدول (٥) دلالة الفروق الإحصائية، وقيمة "d" لحجم الأثر بين مجموعتي الدراسة في مهارات التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات والكرب النفسي

دلالة الفروق		الصحيحات (ن=٦٠)		المريضات (ن=٦٠)		عينة الدراسة	المتغيرات
قيمة (د)	دالاتها	قيمة (ت)	ع	م	ع		
٠,١١	٠,٠٠٠	٣,٩١	٨,٧٤	٢٢,٩٥	١٠,٢٧	٢٩,٧٧	الدرجة الكلية للخطة الوجدانية السلبية
٠,١٠	٠,٠٠٠	٣,٦٩-	٤,٨٥	٣٢,٥٣	٦,٣١	٢٨,٧٣	الدرجة الكلية للخطة الاجتماعية الإيجابية
٠,٠٢	٠,٠٦٢	١,٨٩-	٤,٤٥	٢٢,٦٧	٥,٠٠	٢١,١٨	الدرجة الكلية للخطة الجسمية الإيجابية
٠,١٣	٠,٠٠٠	٤,٢٦-	٣٣,٨٤	٢٤٣,٩٠	٤٤,٤٢	٢١٣,٢٨	الدرجة الكلية لخطط تنظيم الانفعالات الإيجابية
٠,٤٩	٠,٠٠٠	١٠,٧٤	٣٢,٩٥	١١٠,٨٥	٣٨,٢١	١٨٠,٧٨	الدرجة الكلية لخطط تنظيم الانفعالات السلبية
استخبار الكرب النفسي للناجيات من أورام الثدي السرطانية							
٠,٥٢	٠,٠٠٠	١١,٢٩	٧,٣٤	٢٤,٢٣	٩,٥٠	٤١,٧٥	١- مقياس الكرب الأسرى والاجتماعي
٠,٤٢	٠,٠٠٠	٩,٢٩	٧,٧٩	٢٨,١٧	١٠,٣٢	٤٣,٦٨	٢- مقياس الكرب الانفعالي.
٠,٤٢	٠,٠٠٠	٩,٢٤	٦,٥١	٢٩,٨٣	١١,٦١	٤٥,٧٢	٣- مقياس الكرب الجسمى والأدائي.
٠,٥١	٠,٠٠٠	١١,١٩	١٨,٩٥	٨٢,٢٣	٢٨,٠٣	١٣١,١٥	الدرجة الكلية للكرب النفسي.

اتضح من جدول (٥) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة في التعقل ومكوناته الفرعية (الوعي بالمحفزات الداخلية والخارجية ومراقبة المحفزات الداخلية والخارجية ووصف الخبرة الراهنة والتصرف بوعي والانفتاح على الخبرة المرضية والتوقف عن إصدار الأحكام) في اتجاه الصحيحات. وكان حجم الأثر صغيراً لمقياس (المراقبة)، بينما كان حجم الأثر متوسطاً لكل من (الوعي بالمحفزات الداخلية والخارجية ووصف خبرته المرضية)، وكان حجم الأثر كبيراً لكل من (التصرف بوعي والاندماج والامتتاع عن إصدار الأحكام والدرجة الكلية للتعقل).

كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة في التقبل ومكوناته الفرعية (تقبل المرض وتقبل ذواتهن بعد العلاج الجراحي وتقبل الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي) في اتجاه الصحيحات. وكان حجم الأثر متوسطاً لتقبل الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي، بينما كان حجم الأثر كبيراً لتقبل المرض وتقبل ذواتهن بعد الجراحة المرض والدرجة الكلية للتقبل.

وكشف عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة في الخطط المعرفية الإيجابية ومكوناتها الفرعية (إعادة التقييم المعرفي وإعادة التركيز على التخطيط الإيجابي وحل المشكلات)، والخطط السلوكية الإيجابية ومكوناتها الفرعية (التشتيت والإلهاء وإدارة الأعراض الجانبية للمرض والعلاج)، والخطة الاجتماعية الإيجابية (المشاركة الاجتماعية)، والخطة الجسمية الإيجابية (الأنشطة والسلوكيات الصحية)، والدرجة الكلية لخطط تنظيم الانفعالات الإيجابية في اتجاه الصحيحات. وكان حجم الأثر صغيراً لكل من خطة تنظيم الانفعالات الوجدانية والجسمية الإيجابية، بينما كان حجم الأثر متوسطاً لإعادة التقييم المعرفي وخطة إدارة أعراض المرض

والعلاج من الخطط السلوكية الإيجابية، بينما كان حجم الأثر كبيراً لجميع خطط تنظيم الانفعالات المعرفية وخطّة التشّيت والإلهاء من الخطط السلوكية الإيجابية.

ونفسر ذلك بأن مريضات أورام الثدي السرطانية أقل استخداماً لمهارات التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات الإيجابية مما يزيد من معاناتهن النفسية، في حين أن الصحيحات أكثر استخداماً لمهارات التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات الإيجابية مما يجعلهن أكثر قدرة على مواجهه الضغوط الحياتية مما يقلل من معاناتهن النفسية.

كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة في كل من الخطط المعرفية السلبية ومكوناتها الفرعية (التفكير الكارثي والاجترار ولوم الذات ولوم الآخرين)، والخطّة الوجدانية السلبية والإيجابية (التعبير عن الانفعالات وكظم الانفعالات) والدرجة الكلية لخطط تنظيم الانفعالات السلبية، والكرب النفسى ومكوناته الفرعية (الكرب الأسرى والاجتماعى والكرب الانفعالى والكرب الجسمى والأدائى) فى اتجاه المريضات. وكان حجم الأثر صغيراً لخطّة تنظيم الانفعالات الوجدانية الإيجابية، بينما كان حجم الأثر كبيراً لجميع خطط تنظيم الانفعالات المعرفية السلبية والسلوكية السلبية، ولجميع مقاييس الكرب النفسى. مما يشير إلى أن المريضات كن أكثر معاناة من الكرب النفسى نتيجة لاستخدامهن لخطط تنظيم الانفعالات السلبية، وكن أقل استخداماً لخطط تنظيم الانفعالات الإيجابية فيما عدا التعبير عن انفعالاتهن السلبية للمحيطين بهن.

ويدل على أن الصحيحات تتمتعن بمهارات التعقل والتقبل، مما يجعلهن أكثر مهارة فى الوعى بالمنبهات والمحفزات الداخلية ومراقبتها ووصفها والتصرف بوعى والانفتاح على الخبرات المتعددة والتوقف عن إصدار الأحكام والاستمتاع باللحظة الراهنة، بينما المريضات كن أقل استخداماً لمهارات التعقل مما جعلهن تفتقدن الوعى بالمحفزات الداخلية والخارجية ومراقبتها ووصفها والتصرف بوعى والانفتاح على الخبرات المتعددة والتوقف عن إصدار الأحكام والاستمتاع باللحظة الراهنة على الرغم من ضغوط حياتهن، كما كن عند شعورهن بالألم أو المعاناة النفسية تكن لديهن قدرة على ملاحظة الأعراض ووصفها بدقة شديدة والتوقف عن تقييمها وقيامهن ببعض السلوكيات الإيجابية التى تقلل من معاناتهن النفسية والجسمية والاجتماعية، كما أن الصحيحات كن أكثر استخداماً لخطط تنظيم الانفعالات الإيجابية المعرفية والسلوكية والوجدانية والاجتماعية وجسمية، حيث عندما كن تتعرضن لموقف ضاغط كالمشكلات التى قد تحدث فى الحياة المهنية والاجتماعية والأسرية، تمكنت من إيجاد تفسيرات بديلة للحدث الضاغط وحاولن إعادة رؤية إيجابياته على الرغم من عواقبه الوخيمة، وجمعن معلومات عن طبيعة الحدث ونظمتها، ومن ثم وضعت بعض الحلول الواقعية، وقيمن كل حل على حدة، واخترن أكثر حل يحقق أكبر مكسب وأقل خسارة، ومن ثم قمن بتقييم الحلول ومدى فعاليتها فى حل المشكلة اللآتى مرت بهن، وعند شعورهن بالمرض كن أكثر رغبة فى الذهاب للحصول على الاستشارات الطبية، وأكثر إنتراماً بتناول الدواء فى الموعد المحدد، وقمن ببعض

السلوكيات والأنشطة السارة حتى تقلل من معاناتهن النفسية كالذهاب للأقارب والمناسبات الاجتماعية وغيرها، وكن أقل رغبة في التعبير عن مشاعرهن للآخرين (وقد يتوقف هذا على عدة عوامل منها: أفكارهن حول التعبير عن انفعالاتهن وحالاتهن الاجتماعية وإدراكهن لتلقى المساندة الاجتماعية من المحيطين بهن)، بينما نجد مريضات أورام الثدي السرطانية كن أكثر استخدامًا لخطط تنظيم الانفعالات السلبية المعرفية والسلوكية والوجدانية، حيث قمن بتحويل مرضهن وآثاره الجانبية ونجد بعضهن رفضن العلاج لكنهن امتثلن للعلاج نظرًا لارتفاع سعر جرعة العلاج الكيميائي، وترين أنهن مجبرات عليه، لكنهن تهملن في تناول المسكنات التي وصفها الطبيب، والتأخر عن موعد تناوله، كما أنهن دائمًا ما ترددن أن المرض نهاية الدنيا؛ وأنه قابل للعودة والتكرار مرة أخرى؛ وانخفاض نسب النجاة منه، وترى أنفسهن قبيحات نتيجة لسقوط شعرهن ورموشهن؛ ووجود فرق بين الثديين، مما جعلتهن تتجنبن المناسبات الاجتماعية والنظر لأنفسهن في المرآة وأثناء الاستحمام، والعلاقة الحميمة مع أزواجهن، لكنهن عبرن عن مشاعرهن السلبية تجاه ما تخبرنه وكثرة الحديث عما قد يحدث لهن. ولذلك يجب زيادة وعي الصحاحات بأهمية مهارات التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات الايجابية في تقليل المعاناة النفسية والأسرية والاجتماعية والمهنية (نظرًا لوجود فروق فردية بين الصحاحات في وعيهن بهذه المهارات)، في حين يجب خضوع المريضات للعلاج الجدلي السلوكي الذي يقوم على مهارات التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات حتى تقلل من معاناتهن من الكرب النفسى.

#### مناقشة نتائج الفرض :

**الذى نص على** "وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى كل من مهارات التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات والكرب النفسى لدى مجموعتى الدراسة" وكشفت نتيجة الدراسة الراهنة عن تحقق هذا الفرض جزئيًا، وناقشنا نتائج هذا الفرض لكل متغير على حدة، وذلك على النحو التالى :

وتم التحقق من هذا الفرض باستخدام اختبار (ت) للكشف عن دلالة الفروق بين مجموعتى الدراسة فى متغيراتها، وناقشنا نتائج هذه الفروض على أربعة أقسام لكل متغير على حدة، وذلك على النحو التالى :

أ ( مناقشة القسم الأول من الفرض تبين "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى الدراسة فى التعقل (ومكوناته الفرعية) فى اتجاه الصحاحات.

وفى محاولتنا لتفسير هذه النتيجة، نجد أنها انفتت مع نتائج كارلسون وآخرون Carlson et al., (2016) التى كشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى ممارسة مهارات التعقل فى اتجاه المريضات اللآتى خضعن لبرنامج علاجى للتدريب على مهارات التعقل.

واتفقت مع نتائج دراسة وبانياسادى و جمشيديفار (2014) **Baniasadi & Jamshidifar** التي هدفت إلى الكشف عن مدى تأثير برنامج علاجي جمعي قائم على التدريب على التعقل من أجل تخفيف الكرب النفسي لدى مريضات أورام الثدي السرطانية، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة في تخفيف شعورهن بالكرب في اتجاه مجموعة التدخل، وأشاروا إلى إمكانية استخدام التعقل كأسلوب قائم بذاته في التخفيف من الكرب النفسي أو استخدامه مع العلاج النفسي الدوائي مع المريضات اللاتي تعانين من كرب نفسى شديد.

ويقوم التعقل على الوعى والانتباه لمنبه معين فى اللحظة الراهنة، وينتبه له لفترة زمنية محددة مع التذكر، فلا يرتبط باستدعاء الأحداث الماضية، لكنه يرتبط بالتذكر المستمر للفرد بأن يكون واعياً ومنتبهاً لما يحدث فى اللحظة الراهنة (زيجل، ٢٠٠٩/٢٠١٩، ص ٥٢)، ويصف سيجال "Siegel" التعقل بأنه درجة من الوعى أقرب إلى اليقظة والتركيز طويل المدى، ويحتاج إلى ممارسة بشكل عمدى ومستمر حتى يصبح حالة تحدث للفرد بشكل تلقائى فى المواقف غير السارة، وتمكنه من أن يكون أكثر وعياً بالمحفزات الداخلية والخارجية (Romano, 2013, p.9-10).

ويرى هان **Hann** أن التعقل يمكن الفرد من الاحتفاظ بوعيه بما يحدث فى اللحظة الراهنة"، وأشار كابات زين (١٩٩٠) إلى أن بعض الأفراد لديهم القدره على تركيز الوعى والانتباه فى اللحظة الراهنة، وأشار لاختلاف الأفراد فى قدراتهم على تركيز انتباههم واستمرارهم فى التركيز على ما يحدث فى اللحظة الراهنة؛ واختلافهم فى ميولهم ورغباتهم على استمرار تركيز انتباههم على ما يحدث فى اللحظة الراهنة؛ واختلاف رغبة الفرد نفسه فى التركيز على اللحظة الراهنة وفقاً لنوع الحدث الذي يمر به (Through: Brown & Ryan, 2003).

وأشارت معاملات الحساسية فى الدراسة الراهنة إلى أن حوالى ٧٦,٥٩% من المريضات منخفضات فى مهارات التعقل مما أدى إلى انخفاضهن فى الوعى بالمحفزاتهن الداخلية (كأفكارهن ومشاعرهن وحالتهن الجسمية) ومحفزاتهن الخارجية التي تمثلت فى البيئة والأشخاص المحيطين، وأقل مهارة فى وصف تجربتهن وخبراتهن اللآتى مررن بها، مما جعلهن تتصرفن بشكل تلقائى فى مختلف المواقف دون التركيز عما تقوم به نظراً لانخفاض رغبتهن فى الحياة مما زاد من إصدارهن أحكاماً على تشخيصهن بالأورام السرطانية وتلقيهن العلاج على أنه فقد لاستمتاعهن بالحياة وأثر سلباً على مختلف جوانب حياتهن وفقدهن الرغبة فى ممارسة هواياتهن وعاداتهن اليومية، فى حين أشارت معاملات النوعية إلى أن ٦٧,١٢% من الصحيحات تستخدمن التعقل فى حياتهن اليومية نظراً لخلو حياتهن من التشخيص مهدد للحياة

ونجد أن نسبة معاملات الحساسية للمريضات تختلف عن نتائج دراسة بيضون وآخرون (Baydoun et al., 2021) التي أجريت بهدف مراجعة الدراسات التي اهتمت بفحص وتقييم تأثير

التعقل على الحالة النفسية لدى مرض الأورام السرطانية، وبلغ عدد المرضى (١٨١١) مريضاً بالأورام السرطانية، بمتوسط عمر ٥٢,٥ سنة، وكشفت عن أن معدل الالتزام بممارسة التعقل تراوح بين ٥٥-٦٠% بين مرضى الأورام السرطانية، وقاموا بتحليل العوامل التي تؤثر على التزامهم، وتوصلوا لأن للحالة الاجتماعية دور مهم في ممارسة التعقل، حيث وجدوا أن المرضى العزاب أكثر التزاماً من المنفصلين والأرامل والمتزوجين، كما أن للمساندة الاجتماعية دور مهم في ممارسة التعقل، حيث أن المرضى الذين يروا أنهم يتلقوا المساندة الاجتماعية أكثر التزاماً بممارسة التعقل، كما وجدوا علاقة ارتباطية سالبة بين الحالة المهنية وممارسة التعقل، فالمرضى العاملين أقل التزاماً بممارسة التعقل، وفسروا ذلك نتيجة لشعورهم بكثرة الأعباء اليومية.

وترى الباحثة أن هذا الفارق بين معدل ممارسة مهارات التعقل بين المريضات في الدراسة الراهنة ودراسة بيضون لعدة عوامل هي: اختلافهم في البيئة الثقافية والجنس وعلى الأخص المرحلة العمرية، وأكد ذلك كارستنسنى (1999) Carstensen في النظرية الانتقائية الاجتماعية والعاطفية أن الوعي باللحظة الراهنة ليس معناه الوعي بالساعة والتقييم إنما تركيز الفرد على الخبرات الحياتية الذي يمر بها، والاستمتاع بكيفية التخطيط لها وتحقيقها، ويرى أنه مع التقدم في العمر تتغير أفكار الفرد وميوله واهتماماته، ويصبح أكثر انتقائياً لأهدافه التي تتلاءم مع طبيعة مرحلته وتتمحور حول أهداف تشبع احتياجاته العاطفية، بهدف الشعور بالسلام النفسي والراحة، وذلك عكس أهدافه في مرحلة الشباب كانت ذات مغزى عملي، وتمثلت في السعي لاكتساب المعرفة التي تساعده على التخطيط المهني والأسرى والاجتماعي، وعندما يحقق أهدافه التي وضعها يسعى لوضع أهداف أخرى تحقق له مكاسب أكبر، ويسعى لحل المشكلات والعقبات التي تعوق تحقيق أهدافه وغيرها مع السلوكيات الموجهه نحو تحقيق الأهداف لأنه يرى أنها ستؤتي ثمارها في المستقبل (Through: Carstensen et al., 2003).

كما ترى الباحثة من خلال الملاحظات الإكلينيكية والقواسم اللفظية المشتركة بين المريضات أنهن فقدن الرغبة والقدرة على القيام بمتطلبات الحياة اليومية، وعندما تقمن ببعض المهام ترغب في القيام بها وانهاؤها بسرعة دون تركيز عما تفعل، وتتشغلن بموعد جرعة الكيمياء القادمة وشعورهن بعبء هذا اليوم من الاجهاد والتعب وتكاليفه المادية وعبء الطريق وتعطيلهن لأزواجهن أو أبنائهن أو أحد أخواتهن لكي يحضروا معهن لتلقى الجرعة، وتفكيرهن في الإخفاق في تحقيق أهدافهن اللآتي كانت تضعهن سواء لأنفسهن أو تجاه أبنائهن أو مستقبلهن بجانب شعورهن بالوحدة والفراغ بعد أن كانت تخرجن للعمل وتشعرن بقيمة ذواتهن فأصبحت تمددن الأجازات في القطاع الحكومي، بينما المريضات سواء في القطاع الخاص أو الأعمال الحرة تعانين من عدم قدرتهن على الاستمرار في الشغل مما أثر عليهن وعلى تلبية متطلباتهن الشخصية ومتطلبات أبنائهن، بالإضافة إلى أفكارهن ومشاعرهن السلبية حول تغيير أزواجهن معهن أو خوفاً من تركهن لهن، مما

يجعلهن تعشن في دائرة من التفكير حول تأثير جوانب حياتهن، فكل ذلك يقلل من ممارسة مهارات التعقل والتركيز على اللحظة الراهنة ومحاولة الاستمتاع، ولذلك نجد أن المريضات في حاجة لبرنامج علاجي يقوم على التدريب على مهارات التعقل لكي تتمكن من التركيز على اللحظة الراهنة والاستمتاع بحياتهن في ظل تلقيهن للعلاج لكي تتدرب على كيفية المشاركة والانفتاح على الخبرة والتوقف عن إصدار الأحكام.

وترى نظرية تقرير المصير<sup>١٥</sup> للدوافع الداخلية دورًا مهمًا في شعور الفرد بفعاليته الذاتية في الاستمرار في ممارسة السلوك وهو مستمتع ومنغمس في ما يقوم به من نشاط (زايد، فريز، ٢٠١٥)، كما حدد براون وريان العمليات والعوامل التي تسهم في تنمية مهارات التعقل وتمثلت في الانتباه والوعي والمرونة النفسية والمعرفية والاستبصار والمواجهة وعدم التعلق (الانفصال)، وتؤدي هذه العمليات دورًا مهمًا بشكل مباشر وغير مباشر على تنمية ممارسة الفرد للتعقل مما ينعكس على تحسين حالته النفسية، كما أشار بورجيون إلى أن الأفراد مرتفعو التعقل يتسمون بالرحمة والتعاطف مع أنفسهم ومع الآخرين، ولديهم ضغوط ومشكلات أقل في مجالات حياتهم الشخصية والمهنية والاجتماعية والأسرية، ولديهم مهارات شخصية متطورة تجعلهم يتواصلون بفعالية مع المحيطين بهم، كما يتمتعون بنمط حياة أفضل من منخفضي التعقل (من خلال: شمبولية، ٢٠١٩).

لذلك تحتاج المريضات إلى التدريب على ممارسة مهارات التعقل لكي تكتسب مهارة وصف معنى تجربة السرطان، ولكي تتمكن من ذلك فهن بحاجة للتدريب على المرونة في المراقبة ووصف الخبرة التي مررن بها، لكي تتمكن من المواجهة والتصرف بوعي بشأن عدم اليقين في الصحة والمستقبل والعلاج كما تحتجن إلى تقبل أنفسهن وآلامهن وأشكال أجسامهن بعد تلقي العلاج الكيميائي والجراحي ولكي تتمكن من ذلك فهن بحاجة إلى الدعم النفسي والأسرى حتى تجدن معنى لحياتهن، مما يؤدي إلى زيادة معدلات بقائهن على قيد الحياة (Wahyuningsih et al., 2019).

**ب) لمناقشة القسم الثاني من الفرض تبين "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة في التقبل (ومكوناته الفرعية) في اتجاه الصحيحات. واتفقت نتيجة الدراسة الراهنة مع نتائج الدراسات السابقة، ومن هذه الدراسات (Eg: Chen et al., 2017; Secinti et al., 2019; Liu et al., 2021).**

**وناقشنا هذا الفرض في ضوء نظرية تقرير المصير، عندما يكون الفرد مستقلاً ذاتياً ومحققاً لأهدافه، يزيد من شعوره بتقبل ذاته، ونجد أن الاستقلال الذاتي يُعد أحد الاحتياجات النفسية الأساسية البشرية التي تجعل الفرد يشعر بالعافية النفسية وتقدير الذات، بينما عندما يخفق في تلبية احتياجاته ويبدأ في الاعتماد على الآخرين، يشعر بالعجز مما يقلل من شعوره بتقدير واحترام الذات (رشوان، ٢٠١٩).**

(15) Self- determination.



ويؤثر المرض المزمن سلبيًا على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية في المجتمع وعلى أدائه الذي يقل عن الشخص العادي، حيث يؤثر على أداء الجسم وعلى أدواره في مختلف مجالات حياة الشخصية والأسرية والاجتماعية والمهنية، ومن أبرز سلبات المرض المزمن على الفرد التأثير على النشاط اليومي، بحيث تصبح بعض الأعمال العادية صعبة، وتدور تلك التأثيرات في دورة سلوكية، تبدأ بانحدار مستوى النشاط؛ ومن ثم فقد القوة واللياقة البدنية؛ وزيادة الألم؛ والانسحاب والعزلة، وترتبط هذه الدورة السلوكية بتقلبات مزاجية تبدأ بالخوف والقلق وانخفاض الأمل والشعور بالذنب، لذلك تعد الخطوة الأولى في العلاج النفسي للمريض الاعتراف بوجود مشاعر سلبية لدى المريض خاصة إحساسه وشعوره بالخسارة، ويرى أهم خسارة لنفسه أنها في الماضي كانت تتمتع بالحرية والخصوصية والاكتفاء في العمل والهوايات الممتعة والعلاقة الحميمة واللقاءات والتجمعات الأسرية والاجتماعية مع الأقارب والأصدقاء، والشعور بالإجاز والنجاح في تحقيق أهدافه (عبدالرحمن، ٢٠١٠).

ويترك سقوط الشعر والحواجب وزيادة الوزن نتيجة لتلقى العلاج الكيميائي تصورات سلبية حول صورة أجسامهن، على الأخص أن وسائل الإعلام دائماً ترسل رسائل إيجابية حول النحافة والأنوثة؛ مما يزيد أفكارهن السلبية حول أنفسهن مما يشعرهن بكراهية الذات؛ وينعكس على سلوكهن الذي يتضح في تجنب خلع ملابسهن أمام أبنائهن وأزواجهن وتجنب النظر لأنفسهن في المرآة، مما يجعلهن تفضلن الجراحة التحفظية عن استئصال الثدي (Swainston, 2012)، واتفقت نتائج دراسات بعض الباحثين على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المريضات في تشوه صورة الجسم في اتجاه المريضات اللاتي خضعن لجراحة استئصال الثدي، وفسرن ذلك بأنهن أقل جاذبية ودائماً ما تملن لتجنب التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين (Richard & Andrew, 2001; Farooqi, 2005; Myrgian, 2009).

وتوجد بعض العوامل التي تسهم في زيادة استخدام مهارات التقبل لدى مريضات أورام الثدي السرطانية والصحيحات هي: العمر؛ والحالة الاجتماعية؛ والحالة المهنية؛ ونوع الجراحة، حيث يسهم العمر في مدى تقبل المريضات لتجاربهن العلاجية الراهنة. واتفقت نتائج دراسات بعض الباحثين على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين العمر وتقبل المرض لدى مريضات أورام الثدي السرطانية، فالمشخصات بالمرض الأصغر سناً في المرحلة العمرية من ٣٠-٣٩ سنة كن أقل تقبلاً للجراحة من المريضات الأكبر سناً اللاتي تبلغن من العمر ٧٠ سنة فأكثر (Chen et al., 2012; Cipora et al., 2018).

كما أن للحالة الاجتماعية دور مهم في تقبل المرض، حيث كشفت نتائج لوسيك وآخرون (Luczyk et al., 2015) عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المريضات في تقبلهن للمرض والعلاج في اتجاه المريضات العازبات، بينما كشفت نتائج دراسة كيبورا وآخرون (Cipora, et al., 2018) عن إن المريضات المتزوجات كن أكثر تقبلاً لمرضهن عن العازبات والمنفصلات والأرامل.

وللحالة المهنية دور مهم في زيادة تقبل المريضات للعلاج وأثاره الجانبية، حيث كشفت نتائج دراسات بعض الباحثين عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الحالة المهنية وتقبل المرض، وفسروا ذلك بأن للعودة للعمل دور جوهري في عملية الشفاء لأنها تعيدهن للحياة اليومية، وتساعدن علي تحول انتباهن بعيداً عن مرضهن، والسماح لهن بمواكبة المجتمع وشعورهن بدورهن في المجتمع مما يقلل من شعورهن بالمعاناة النفسية، كما أن زيادة الدخل لها دور مهم في تقبل مرضهن لأنه يساعدن على توفير متطلبات الحياة اليومية والعلاجية (Czerw et al., 2017; Chen et al., 2018; Cipora et al., 2018).

وأكد شين وسيت (Chen & Sit (2016) أن مريضات أورام الثدي السرطانية اللاتي خضعن لجراحة استئصال الثدي لديهن مستويات منخفضة من تقبل الذات، كما أشار إلى أن لنوع الجراحة دور جوهري في مستوى التقبل، وأن المريضات الأصغر سناً اللاتي خضعن لجراحة استئصال الثدي أقل تقبلاً لصورة الجسم بعد الجراحة، حيث يرين أنهن أقل اكتمالاً وتشعرن بعدم الرضا عن أجسامهن نتيجة لظهور الندوب الجراحية مما يزيد من شعورهن بالكرب النفسى، وعلى الأخص المتزوجات.

وأشارت معاملات الحساسية في الدراسة الراهنة إلى أن حوالي ٧٣,٥٢% من المريضات منخفضات في مهارات التقبل مما أدى إلى معاناتهن من الآثار الجانبية للعلاج الكيميائى على الأخص الجسمية والنفسية، فيزداد شعورهن بالألم تحت الإبط والثدى الذى أجريت فيه الجراحة، عند القيام بأقل مجهود والشعور بالاجهاد المستمر والرغبة فى النوم، والشعور بكراهية الذات نتيجة لشعورهن بتشوه صورة الجسم بعد استئصال الثدي، مما زاد من معاناتهن النفسية، بينما أشارت معاملات النوعية إلى أن ٨٠,٧٦% من الصحيحات تقبلن حياتهن نظراً لقيامهن بأدورهن دون تعطيل فى جوانب حياتهن اليومية وممارسة هواياتهن والشعور بمواكبة المجتمع والاستمتاع بانجازاتهم المستمرة.

واقترنت نتائج معاملات الحساسية مع نتائج دراسة كيبورا وآخرون (Cipora et al., 2018) فى أن حوالي ٢٦,٥٣% تتقبلن التشخيص بالمرض، كما وجدوا علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الاجتماعية وتقبل المرض، وفسروا ذلك بأن المريضات اللاتي تحصلن على دعم من الأسرة وأصدقاء العمل أكثر تقبلاً مقارنة بالأخريات؛ وأشار كامينسكا وآخرون (Kaminska et al., 2014) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى تقبل المرض فى اتجاه المريضات اللاتي تتلقى العلاج الهرمونى مقارنة بالعلاج الكيميائى، وفسروا ذلك نتيجة للآثار الجانبية للعلاج الكيميائى ولافتقادهن القدرة على إدارة أعراضهن، وأن تقبل المرض يرتفع مع مرور الوقت.

وترى الدراسة أن هناك صعوبة شديدة فى تحديد الأسباب التى تكمن وراء انخفاض المريضات عن الصحيحات فى مهارات التقبل، نظراً لسببين هما: تعقيد خبره البشرية من ناحية، ولكنره

المشكلات والتحديات التي تواجه السيدات بعد تشخيصهن بأورام الثدي السرطانية وتلقى العلاج الكيميائي وخضوعهن لجراحة استئصال الثدي، ومنها المشكلات الجسمية والنفسية والاجتماعية والمهنية والمادية، ولكن تكمن بعض الأسباب في انخفاض المريضا في تقبل مرضهن في صغر أعمارهن حيث ترين أنهن فقدن الاستمتاع بأهم سنوات حياتهن، التي كان يمكنهن استغلالها في تحقيق طموحهن وأهدافهن الحياتية لكي تشعر بالراحة بعد ذلك، وأنهن تشعرن بالعجز وترغب في مساعدة الآخرين باستمرار بعد أن كانت تشعر بالاستقلالية في كل شيء، وأنهن مقيمات في المنزل باستمرار بعد أن كن تذهبن للعمل وترين زملائهن باستمرار وتمارسن الضحك والفكاهة أثناء العمل وتشعرن بالحياة، وأشارت ربات المنزل أيضا أنهن كن يخرجن لشراء متطلبات المنزل وتلبية احتياجات أبنائهن من المأكول ومساعدتهن في حياتهن الأكاديمية، أما الآن فقد أصبحت تقدر أعصابها وصبرها من أقل مجهود، ومن الملاحظات الإكلينيكية والقواسم اللفظية المشتركة للمريضات "نفسى أرجع أعيش حياتى زى الأول؛ نفسى أحس بالفرح زى زمان؛ نفسى محتجش لمساعدة حد؛ نفسى الناس ترحمنى من نظراتهم؛ نفسى أرجع أضحك".

كما كشفت الباحثة عن البنود التي تعكس رفض المريضا لمرضهن وعلاجهن وذواتهن من خلال حساب تكرار البنود (المنوال) التي حصلت فيها على درجات منخفضة هي (أستمر في ممارسة أنشطة حياتى اليومية على الرغم من مرضى؛ وأشعر أننى لست أقل من النساء الأخريات بعد الجراحة؛ وأستمتع بالعلاقة الحميمة مع زوجى بعد الجراحة؛ وأرى نفسى جذابة جسدياً؛ وأمارس هواياتى بشكل طبيعى)، فكل هذه العبارات التي كشفت عنها المريضا أثناء التطبيق أو كشفت عنها التحليلات الإحصائية تعكس رفض المريضا لما تمررن به، وتعكس مدى احتياجهن للبرامج العلاجية التي تساعدن على تقبل مرضهن وعلاجهن وذواتهن حتى تقلل من معاناتهن النفسية.

ولذلك أوصى مكرابين وآخرون (Mccracken et al., 2007) بأهمية تنمية مهارات التقبل لدى مرضى الأورام السرطانية بهدف تسكين الألم الجسمى ومعاناتهن النفسية؛ والانخراط في أنشطة الحياة اليومية؛ والتخلص من أفكار أهمية السيطرة على المرض؛ والتعرف على المرض، وتحديد آثاره الجانبية المرتبطة به؛ وفك الرابطة بين التقبل وأهمية تجنب المرض أو مواجهته؛ والامتناع عن إصدار أحكام حول الذات والآخرين والمرض والعلاج؛ مما يساعدن على زيادة مستوى أدائهن الوظيفى لمجالات حياتهن الشخصية والاجتماعية والأسرية والمهنية وغيرها.

ج ( ولمناقشة القسم الثالث من الفرض تبين "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى الدراسة فى خطط تنظيم الانفعالات، وكشفت نتائج الدراسة عن تحقق الفرض بشكل جزئى :

حيث وجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى الدراسة فى خطط تنظيم الانفعالات الإيجابية (ومكوناتها الفرعية) فى اتجاه الصحىحات؛ (فيما عدا خطة التعبير عن الانفعالات فى

اتجاه المريضاﺖ)، بينما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة في خطط تنظيم الانفعالات السلبية (ومكوناتها الفرعية) في اتجاه مريضات أورام الثدي السرطانية. واتفقت نتيجة الدراسة الراهنة مع نتائج الدراسات السابقة ومنها (Eg: Peh et al., 2017; Vaughan et al., 2019; Darabos et al., 2021).

**ولتفسير هذه النتيجة، نجد أن الانفعالات ما هي إلا تغيير مفاجيء يحدث للإنسان، فيؤثر في سلوكه الخارجي وشعوره، كما يصاحبه كثير من التغييرات الفسيولوجية، وتحدث الانفعالات نتيجة لمثيرات خارجية (كالمواقف والظروف المحيطة)، ومثيرات داخلية (كالتفكير، والتمثيلات المعرفية، والخبرات الانفعالية المختلفة، والمثيرات الفسيولوجية الداخلية)، ويسعى الفرد لاختيار خطط تنظيم الانفعالات الملائمة مع طبيعة الموقف الضاغط (عبداللطيف، ٢٠١، ص ٢٢٤).**

وتؤدي خطط تنظيم الانفعالات دورًا جوهريًا في علم النفس الإكلينيكي، لأنها تساعد الفرد على التكيف مع البيئة وتعزز من قدرات الفرد على القيام بأدواره في مختلف مجالات الحياة، في حين أن صعوبة تنظيم الانفعالات تقضي إلى المرض النفسي، فأكثر من نصف الاضطرابات النفسية على المحور الأول والثاني في الدليل التشخيصي والإحصائي نتيجة لصعوبة تنظيم الانفعالات والانهماك في الانفعالات السلبية، لذلك اهتم العلاج الجدلي السلوكي بتنظيم الانفعالات في تقييم وعلاج الاضطرابات النفسية (Gross, 1998a).

ويرى "ثومبسون" في نموذج تنظيم الانفعالات، أنه يتضمن عاملين أساسيين، الأول : يشتمل على العمليات المرتبطة بتوليد الانفعالات؛ والثاني: يرتبط بتنظيم الاستجابات الانفعالية، ويتكون من سبع عمليات، هي: التكوينات الفسيولوجية؛ وعمليات الانتباه؛ وتفسير الأحداث؛ وتنظيم الإشارات الانفعالية الداخلية؛ وتمكين الفرد من التعامل مع المصادر الانفعالية؛ وتنظيم المتطلبات الانفعالية المتداخلة؛ واختيار بدائل الاستجابة التكيفية، ويرى أن لخطط تنظيم الانفعالات دورًا جوهريًا في إحداث التغيير من أجل التكيف مع الظروف المتغيرة، ويؤكد أهمية دور العوامل السياقية والاجتماعية في ارتقاء خطط تنظيم الانفعالات منذ مرحلة الطفولة (من خلال: شمس، ٢٠١١، ص ١٤٤).

وفي ضوء نموذج القدرة العقلية لتنظيم الانفعالات، يرى كل من سالوفي وماير أن تنظيم الانفعالات يحدث من خلال إدارة الفرد لأفكاره وسلوكياته المصاحبة للخبرات الوجدانية المتباينة، ويتضمن التنظيم الواعي للانفعالات من خلال مراقبة المشاعر؛ وتحديدتها؛ وتسميتها؛ وتحديد خطط تنظيم الانفعالات الملائمة لطبيعة الحدث الضاغط؛ وتقييم مدى فعاليتها في تخفيف المعاناة النفسية أو تحسين الحالة المزاجية (من خلال: عباس، علوان، دسوقي، ٢٠١٦).

وفي ضوء نموذج عمليات تنظيم الانفعالات الذي كشف عن كيفية تعبير الفرد عن انفعالاته السلبية والإيجابية، وكيف يتحكم فيها باستخدامه لخطط التنظيم المرتكزة على مقدمات الانفعال أو المرتكزة على الاستجابة، ويتوقف اختياره لخطط تنظيم الانفعالات وفقًا لنوع وشدة الانفعال وخصال الفرد والسياق الذي

حدث فيه الموقف، بهدف منع ظهورها أو تقليلها أو تجنبها أو الحفاظ عليها من أجل تحقيق التكيف والتوافق النفسي والجسمي والاجتماعي (Mulligan, 2012, p.11; Weinkam, 2013, p.14).

ومن هنا تلقى الباحثة الضوء على الأسباب التي تجعل المريضات تستخدم خطط تنظيم الانفعالات السلوكية والوجدانية والاجتماعية السلبية، وأهمها: معاناة المريضات من مشكلات أسرية واجتماعية تنتضح في ضعف قدراتهن على التواصل مع الآخرين منذ البداية حتى الانتهاء من العلاج، ففي البداية تجد صعوبة في إخبار أبنائهن وأزواجهن ووالديهن بالتشخيص بالمرض، وتجدن أنفسهن في مأزق بين الرغبة في حمايتهن من الحزن وأن تكن صادقات مع أبنائهن على الأخص أنهن سوف تلاحظن التغيرات التي تطرأ عليهن بعد تلقي العلاج الكيميائي أو الجراحي، وكثرة التغيب عن المنزل للحضور إلى المستشفيات والعيادات لتلقي العلاج والتقصير في حقوقهم (CAPO, 2012, p.19)، كما نجد أن بعض المريضات تميلن إلى العزلة والانسحاب الاجتماعي والانطواء على الذات وقلة زيارة الأقارب والأصدقاء والجيران، وفقد رغبتهم في ممارسة الهوايات والقيام بالعبادات اليومية والمشاركة الاجتماعية، وتقصيرهن في أدوارهن تجاه أزواجهن وأبنائهن (CDHS, 2000).

ونجد أن بعض المريضات تعانين من صراعات داخلية بين الرغبة في التعبير الانفعالي وكظم الانفعالات، وهذا ما يسمى بازدواجية التعبير الانفعالي، وينشأ هذا الصراع من رغبتهم في التعبير عن انفعالاتهم وخوفهم من العواقب الوخيمة مثل زيادة خوف أبنائهم عليهم وزيادة القلق داخل الأسرة، فالمريضات اللاتي تعانين من هذا الصراع هن أكثر قلقاً وتوترًا، وترتبط ازدواجية التعبير عن الانفعالات بانخفاض قدراتهن على مواجهة المرض والالتزام في العلاج (Lu et al., 2018) وكشفت نتائج دراسة فيرير وآخرون (Ferrer et al., 2015) عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الأورام السرطانية والأصحاء في استخدام خطط تنظيم الانفعالات الإيجابية في اتجاه الأصحاء، كما أن مرضى الأورام السرطانية أقل استخدامًا لخطط إعادة التقييم المعرفي، وحل المشكلات، وأكثر استخدامًا لخطط كظم الانفعالات ولوم الذات والآخرين والاجترار مما يزيد من معاناتهم من الكرب النفسي.

وأكد ذلك جروس وجون (Gross & John 2003) من حيث أن المريضات الأكبر سنًا في أوائل الستينيات من أعمارهن كن أكثر استخدامًا لإعادته التقييم المعرفي من المريضات في العشرينيات من العمر، فالمريضات الأصغر سنًا ترددن دائمًا "لا أجد شيئًا إيجابيًا في الموقف العصيب الذي أمر بها"، وفسروا ذلك في ضوء النظرية الانتقائية الاجتماعية والعاطفية، التي ترى أن تقدم البالغين في العمر يزيد من الشعور بالوعي بالوقت الحاضر، ويحدث تحول في أهدافهم، فبدلاً من وضع أهداف تركز على المستقبل تتمثل في اكتساب المعرفة وزيادة الخبرات بهدف النجاح في الحياة إلى وضع أهداف حياتية تركز على رغبتهم في الشعور بالسعادة والرفاهية وكيفية الاستمتاع بحياتهم في اللحظة الراهنة.

وكشفت نتائج دراسة لو وآخرون (Lu et al., 2018) عن أن مريضات أورام الثدي السرطانية أكثر استخدامًا لخطط تنظيم الانفعالات السلبية، وهذا يرجع إلى إدراكهن السلبى وأفكارهن الكارثية واجترارها مما يزيد من معاناتهن النفسية، فالمريضات اللاتي تجتر أفكارهن السلبية تبتعدن عن الإدراك الصحيح لطبيعة مرضهن، لذلك ترى الباحثة أن التعقل والتقبل مهارات لا غنى عنها في التدريب على التخلي عن الأفكار السلبية بشكل تدريجي، وتجنب الوقوع في حلقات التفكير المفرغة، حيث يقوم بتجريد الأفكار من تقييمات الفرد لها وحكمه عليها والأهمية الذي تنسب لها، فعندما يدرك أن أفكاره معوقة وتخلو من المضمون في طبيعتها، سيدرك أننا نحن من يشكل مضمونها وفقًا لإدراكنا للمواقف التي نمر بها، وأن طبيعتها الحقيقية ليست لها علاقة بالواقع إنما ناجمة عن مبالغات في تفسير الموقف وعواقبه المرتبطة به.

وترى الباحثة من خلال معاملات الحساسية أن أكثر الخطط السلبية التي تستخدمها مريضات أورام الثدي السرطانية هي لوم الذات والكارثية والاجترار والتجنب، كما أنهن يفقدن لاستخدام خطط تنظيم الانفعالات الإيجابية كإعادة التقييم المعرفى وحل المشكلات والمشاركة الاجتماعية، حيث تقوم المريضات بجلد ذواتهن على ما مررن به من خبرات، وشعورهن بالتقصير تجاه آبائهن وتميلن إلى اجترار لحظات تلقى خبر التشخيص بالمرض ولحظات الانتظار قبل إجراء الجراحة، وشكل غرفة العلاج الكيميائي حيث ذكر أغلبهن "أن غرفة العلاج الكيميائي تقف أمام عيني باستمرار على الأخص بعد تلقي الجرعة"، كما تتجنبن المناسبات الاجتماعية، حيث ذكرت المريضات "أصبحت أميل للعزلة؛ وأتجنب خلع ملابسى أمام زوجي؛ واتهرب من العلاقة الحميمية؛ وأتجنب النظر لنفسى فى المرأة"، وعلى الرغم من علمهن بجمعيات دعم مرضى الأورام السرطانية فإنهن لا تذهبن لكى تكتسبن خبرات لكيفية التعامل مع المرض. وعلى الرغم من ذلك تستخدمن التعبير عن مشاعرهن ومعاناتهن النفسية لمصادر دعمهن. وترين أن التعبير عن مشاعرهن يساعدن على الشعور بالراحة وقد يرجع هذا لطبيعة النساء المصريات عندما تقعن فى مشكلة تحب مشاركة الأخريات بهدف التفريغ الانفعالى. (ويجب أن تشير الباحثة إلى الملاحظات الإكلينيكية على المريضات أثناء الفحص أنهن تميلن إلى الحديث عن معاناتهن وسوء حظهن فى الدنيا للأخريين ليس بهدف جمع الحلول لكيفيه التعامل مع مرضهن إنما بهدف الفضفضة والشعور بالراحة).

د ) ولمناقشة القسم الرابع من الفرض تبين "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى الدراسة فى الكرب النفسى (ومكوناته الفرعية) فى اتجاه المريضات. وكشفت نتائج الدراسة عن تحقق الفرض بشكل كلى :

ولتفسير هذه النتيجة، تبين فى ضوء النموذج المعرفى أن حياة الفرد مملوءة بالأحداث والمواقف التى يمر بها خلال حياته اليومية، فإدراك الفرد لهذه المواقف هو الذى يحدد نوع أفكاره سواء إيجابية أو سلبية (Chipman, 2014, p.35)، ووفقًا للنظرية المعرفية التى تقوم على فهم

وإدراك وتفسير المواقف التي نمر بها، نجد أن إدراك الموقف يختلف من شخص لآخر حتى إذا كان الموقف واحدًا، نظرًا لاختلافهم في طرق وأنماط تفكيرهم. ومن المواقف التي يمر بها الفرد: الشخيص بالمرض أو خسارة مالية أو النجاح في الدراسة والعمل، وغيرها من المواقف التي تولد الأفكار الآلية السلبية أو الإيجابية (Wenzel, et al., 2011, p.7).

ويرى بيك (Beck 2007) أن الكرب النفسي لا ينتج مباشرة من المواقف التي نمر بها، إنما من الأفكار المرتبطة بها أو ما يسمى بطبيعة إدراكنا لهذه المواقف، وهذا الذي يجعل الفرد يشعر بالكرب النفسي أو السعادة، ومن ثم فأفكارنا تؤثر على حالتنا الانفعالية من ناحية واستجاباتنا السلوكية والسيولوجية من ناحية أخرى.

ويُعد القلق والاكتئاب والخوف من مظاهر الكرب النفسي لدى مريضات أورام الثدي السرطانية (Lydon, 2008, p.12)، حيث تعاني بعض المريضات من القلق والاكتئاب بسبب التشخيص بالمرض والآثار الجانبية للعلاج الكيميائي والجراحي، على الأخص استئصال الثدي، وتتمثل في: تشوه صورة الجسم، وتقصيرهن في أدوارهن تجاه أزواجهن وأبنائهن (CAPO, 2012, p.18-19).

وكشفت نتائج دراسة بعض الباحثين على أن المشخصات بأورام الثدي السرطانية الأصغر سنًا اللاتي تراوحت أعمارهن بين ٣٠-٣٩ سنة أكثر معاناة من الكرب النفسي مقارنة بالمشخصات الأكبر سنًا اللاتي تراوحت أعمارهن بين ٧٠-٧٩ سنة بسبب تعطيل أدوارهن في مختلف مجالات الحياة الاجتماعية والأسرية والمهنية، كما توصلوا إلى أن المشخصات اللاتي خضعن للجراحة التحفظية أقل معاناة من اللاتي خضعن لجراحة استئصال الثدي، كما توصلوا إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين نوع الجراحة والشعور بالكرب النفسي، حيث تعاني منه حوالي ٨٠% من المريضات بعد الجراحة، وينخفض مع مرور الوقت ويصل إلى ٧٣% بين الناجيات من المرض (Al-Ghabeesh et al., 2019).

وترى الباحثة أنه من المهم أن نفهم لماذا تعاني بعض المريضات من الكرب النفسي بينما لا تعاني الأخريات منه، كما يجب أن نلقى الضوء على أسباب معاناة المريضات من الكرب النفسي والأسري والاجتماعي والجسمي عن الصحيات

ويمكن الإجابة على التساؤلات السابقة في ضوء نموذج مصادر الكرب النفسي، حيث توجد مجموعة من العوامل تسهم في الكرب النفسي منها: العمر والجنس والتعليم، وبعض المتغيرات المرتبطة بالمرض مثل: نوع الورم السرطاني ومرحلته ونوع العلاج ومدى انتشاره في الجسم ومدى القابلية للشفاء ووجودهن داخل المستشفى لساعات طويلة وإجراء الفحوصات الطبية وقرار الجراحة وعدم اليقين في التشخيص والعلاج وآثاره الجانبية (Pedersen et al., 2010; Kovaces et al., 2011, p.62)، ودعم ذلك نتائج دراسة تاندون وآخرون (Tandon et al., 2011) حيث توصلوا إلى

وجود علاقة ارتباطية موجبة بين تلقى العلاج الكيميائي المساعد والقلق والاكتئاب لدى المريضات، بينما أشارت نتائج دراسة مالك وكيران (Malik & Kiran, 2013) إلى ارتفاع معدل القلق والاكتئاب لدى المريضات اللاتي تتلقين أى نوع من علاجات أورام الثدي السرطانية بسبب ضعف قدراتهن على التعامل مع الأعراض الجانبية، وأشارت نتائج دراسة ماركويتز وآخرون (Markovitz et al., 2015) إلى أن مريضات أورام الثدي السرطانية اللاتي تركزن على شعورهن بالعجز أكثر من التركيز على كيفية المواجهة الإيجابية للآثار الجانبية للمرض والعلاج أكثر معاناة من الكرب النفسى وانخفاض معدل بقائهن على قيد الحياة.

وتتبدى العوامل الشخصية والاجتماعية والمهنية التي تزيد من شعورهن بالقلق والاكتئاب (الكرب النفسى) فى: فقد المساندة الاجتماعية وتغير أدوارهن داخل الأسرة وتغير الوضع المهني والاستمرار فى مد الإجازات المرضية وخصال شخصية المريضات قبل المرض وطرق المواجهة والتصدى اللاتي تستخدمنها فى التعامل مع الأزمات و قدراتهن على إدارة أعراض المرض والعلاج والخوف من المجهول والمستقبل (Pedersen et al., 2010; Kovaces et al., 2011, p.62)، ودعم ذلك تاندون وآخرون (Tandon et al., 2011) حيث توصلوا إلى وجود فروق جوهرية بين المريضات فى القلق والاكتئاب فى اتجاه المريضات العاملات بسبب شعورهن بفقد أدوارهن المهنية فى تلك الفترة، كما أشارت نتائج أولسون وآخرون (Olsson et al., 2016) إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين المساندة الاجتماعية وأعراض القلق والاكتئاب.

وترتبط أيضاً معاناتهن النفسية بإدراكهن السلبي نحو الذات والمرض والعلاج والآخرين (Cipora et al., 2018)، حيث تتمثل الأفكار الآلية السلبية لدى مريضات أورام الثدي بعد جراحة استئصال الثدي فى: "جسمى أصبح قبيحاً عن ذى قبل، لم يعد زوجى محباً ورقيقاً معى كما كان من قبل، لا أستطيع تحمل ما أنا فيه، زوجى سوف يسخر من مظهرى بعد تلقى العلاج الكيميائى، لا يوجد شى يدعو للسرور والبهجة، أبنائى سوف يصابون بالمرض نفسه، أرى أننى أصبحت ضعيفة" (جودة، ٢٠١٧، ص ١٣٩)، وهذا يؤكد أن لتصورهن لمرضهن دوراً جوهرياً فى تحديد مدى معاناتهن النفسية وقدراتهن على مواجهة المرض والتحكم فى عواقبه الوخيمة (Cipora et al., 2018).

وبعد العرض السابق لبعض الأسباب التي تحدد معاناة المريضات، ترى الباحثة أنه لا يمكن حصر العوامل التي تشكل معاناة مريضات أورام الثدي السرطانية، ولكن تحاول الإشارة إلى بعض العوامل المهمة التي تزيد من معاناتهن من الكرب النفسى وهى (المرحلة العمرية لأنهن من صغار السن؛ والتعطيل فى الحياة الأسرية والمهنية؛ والشعور بالإخفاق فى تحقيق أهدافهن؛ ولكن الأهم فقدانهن للتركيز على اللحظة الراهنة وتقبل مرضهن وعلاجهن وذواتهن وحياتهن؛ ومحدودية استخدام خطط تنظيم الانفعالات الإيجابية، وكثرة استخدامهن لخطط تنظيم الانفعالات السلبية).



ولذلك يصبح المنحى الذي يحد من اجترار الأفكار السلبية والتفكير الكارثي حول المرض والعلاج والماضى والمستقبل مهمًا ويؤدي دورًا إيجابيًا لأنه يساعد على التركيز على اللحظة الراهنة، ويساعدهن على التقبل والتعقل وخطط تنظيم الانفعالات وتحمل الكرب النفسى، لأنه يسمح للمريضات بتحديد أفكارهن ومشاعرهن وحالتهم الجسمية دون الحكم عليها أو محاولة قمعها، ومع التدريب على كيفية التعامل مع التحديات والمشكلات المرتبطة بالتشخيص بالمرض والعلاج الكيميائى والجراحى، وكيفية إدارة الأعراض الجسمية والنفسية، وكيفية وضع أهداف بسيطة وكيفية تحقيقها فى تلك الفترة، مما يقلل من شعورهن بالكرب النفسى والجسمى والأسرى والاجتماعى.

## قائمة المراجع

### أولاً : مراجع باللغة العربية :

- البحيرى، عبدالرقيب؛ الضبع، فتحى؛ طلب، أحمد، العوامل، عانده (٢٠١٤). الصورة العربية لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية: دراسة ميدانية على عينة من طلاب الجامعة فى ضوء أثر متغيرى الثقافة والنوع. *مجلة الإرشاد النفسى*، ٣٩، ١١٩-١٦٦.
- الحجار، بشير (٢٠١٦). *التوافق النفسى والاجتماعى لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظة غزة وعلاقتة ببعض المتغيرات* [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية التربية، الجامعة الإسلامية.
- الحدان، لولوة، النصار؛ حصة (٢٠١٨). تقبل المرض وعلاقتة بالتفاؤل والتشاؤم ونوعية الحياة لدى مرضى السكر من طلاب الثانوية بالكويت. *المجلة التربوية*، ٣٢ (١٢٦)، ١٣-٤٩.
- الحويلة، أمثال (٢٠١٠). *القلق والاسترخاء العضلى - المفاهيم والنظريات والعلاج*. إيتراك للطباعة والنشر.
- الشخص، عبدالعزيز (٢٠١٣). *مقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة (دليل المقياس)*. مكتبة الأنجلو المصرية.
- بيك، جوديث (٢٠٠٧). *العلاج المعرفى : الأسس والأبعاد*. ترجمة: طلعت مطر. المركز القومى للترجمة. (نشر العمل الأصلى ١٩٩٥).
- جودة، أمانى (٢٠١٧). *فاعلية الذات كمتغير معدل للعلاقة بين الأفكار الآلية السلبية وأعراض القلق لدى مريضات سرطان الثدي* [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- دليلة، عطية؛ صالحى، وحنيفة (٢٠١٧). *فعالية برنامج تثقيف صحى فى رفع درجة تقبل العلاج والتحكم الذاتى لدى مرضى السكرى النمط الثانى: دراسة ميدانية على عينة من مرضى السكرى النمط الثانى فى مدينة مليية* [رسالة دكتوراة غير منشورة]، قسم علم النفس وعلوم التربية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة باتنة.
- رشوان، بهجت (٢٠١٩). استخدام العلاج بالتقبل والالتزام من منظور خدمة الفرد فى الحد من مشكلاته النفسية والاجتماعية لمرضى الفشل الكلوى. *الجمعية المصرية للأخصائين الاجتماعيين*، ٣(٦٢)، ٣١-٨١.
- زايد، كاشف؛ فريز، لأيرن (٢٠١٥). دوافع ممارسة طلاب الجامعة للأنشطة الرياضية وفقاً لنظرية التقرير الذاتى. *مجلة الدراسات التربوية والنفسية*، ٩ (٢)، ٣٤٠-٣٥٠.
- زيجل، رونالد (٢٠١٩). *التعقل ممارسات عملية لحل مشكلات الحياة اليومية*. ترجمة: شعبان جاب الله رضوان. المركز القومى للترجمة. (نشر العمل الأصلى ٢٠١٠).

سعيد، هدى (٢٠١٧). قلق الموت والكرب النفسي كمنبئين بنوبات الهلع لدى مرضى الشريان التاجي والأصحاء [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية الآداب، جامعة القاهرة.

شمبولية، هالة (٢٠١٩). اليقظة العقلية لدى طلبة الجامعة : دراسة مقارنة بين العاديين والمتفوقين في ضوء النوع والفروق الدراسية . مجلة كلية التربية، ٣٠ (١١٩)، ٣٨-١.

شمس، نعيمة (٢٠١١). فاعلية برنامج معرفي سلوكي قائم على انعكاس الذات في تنظيم الانفعالات وخفض سلوك إيذاء الذات لدى عينة من المراهقين. ورقة أقيمت في المؤتمر السنوي السادس عشر للإرشاد النفسي: الإرشاد النفسي وإرادة التغيير. مصر بعد ٢٥ يناير، جامعة عين شمس، مركز الإرشاد النفسي.

طارق، عائشة (٢٠١٦). تقدير الذات وصورة الجسم والكرب والإفصاح عن الذات كمنبئات باضطراب نقص الرغبة الجنسية لدى عينة من الناجيات من مريضات سرطان الثدي [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية الآداب، جامعة القاهرة.

عباس، راندة؛ علوان، فادية؛ الدسوقي، آمال (٢٠١٦). العلاقات بين أنماط التعلق الوجداني واستراتيجيات تنظيم الانفعالات لدى المراهقين. مجلة كلية الآداب، ١ (٧٦)، ١٥٥-٢٠٠.

عبدالرحمن، رأفت (٢٠١٠). برنامج مقترح من منظور العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد لتحسين مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية، ١ (٢٨)، ٣٥-٨٦.

عبدالقادر، شيرين (٢٠١٣). اليقظة العقلية كمتغير وسيط للعلاقة بين مظاهر اضطراب الشخصية الحدية والتعلق العاطفي. مركز البحوث والدراسات النفسية، كلية الآداب، جامعة القاهرة، الحولية التاسعة، الرسالة الثامنة.

فاروق، داليا (٢٠١٩). الفروق بين المراهقين ذوي اضطراب المسلك والأسوياء في التعرض للإساءة وتقدير الذات والتنظيم الانفعالي [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية الآداب جامعة القاهرة.

لينهان، مارشا (٢٠٢٠). التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي: الأدلة وأوراق العمل. ترجمة: سامي العرجان، تيسير شواش. القاهرة: دار الفكر. (نشر العمل الأصلي ٢٠١٥).

مصطفى، محمد (٢٠٠٦). الوقاية والعلاج من أمراض السرطان. دار الأمل.

## ثانياً : المراجع باللغة الانجليزية :

Al-Ghabeesh, S.H.; Al-Kalaldah, M.; Rayan, A.; Al-Rifai, A. & Al-Halalqa, F. (2019). Psychological distress and quality of life among Jordanian women diagnosed with breast cancer: The role of trait mindfulness. *European journal of cancer care*, 28(5), e13082. DOI: 10.1111/ecc.13 082.

- American Cancer Society [ACS]. (2015). *After Diagnosis: A Guide For Patients And Families*. Retrieved From Hyperlink" <https://www.cancer.org/> ".
- Argyriou, E. & Lee, T. (2020). The role of distress and fear transdiagnostic dimensions in emotion regulation choice. *Journal of affective disorders*, 276, 433-440. Doi.org/ 10.1016/j.jad. 2020.07.060.
- Baer, A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143. DOI: 10.1093/clipsy/bpg015.
- Baer, A.; Smith, T. & Allen, B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The kentucky Inventory of mindfulness skills. *Assessmen*, 11(3), 191-206. DOI: 10.1177/107319110426 8029.
- Baniasadi, H. & Jamshidifar, Z. (2014). Effectiveness of mindfulness training on reduction of distress of patients infected by breast cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 114, 944-948. Doi:10.1016/j.sbspro .2013.12.812.
- Barber, D.; Thomas, S. & Dixon, M. (2008). *An Atlas of Investigation And Management Breast Cancer*. Atlas Medical Publishing.
- Baydoun, M.; Moran, C.; McLennan, A.; Piedalue, L.; Oberoi, D. & Carlson, E. (2021). Mindfulness-Based Interventions in Cancer Survivors: A Systematic Review of Participants' Adherence to Home Practice. *Patient preference and adherence*, 15, 1225. Doi.org/10.2147/PPA.S267064.
- Bray, F.; Ferlay, J.; Soerjomataram, I.; Siegel, R.; Torre, L. & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 68(6), 394-424. Doi:10.3322/caac.21492.
- Breast Cancer Org [BCO].(2015).*Your Guide To The Breast Cancer Pathology Report*. [www.breastcancer.org](http://www.breastcancer.org).
- Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being.*Journal of Personality and Social Psychology*, 84,822-848. From "[https://ggsc.berkeley.edu/images/uploads/The\\_Mindful\\_Attention\\_Awareness\\_Scale\\_-\\_Trait\\_\(1\).pdf](https://ggsc.berkeley.edu/images/uploads/The_Mindful_Attention_Awareness_Scale_-_Trait_(1).pdf) "
- California Department of Health Services [CDHS]. (2000). *A Women's Guide To Breast Cancer Diagnosis And Treatment*.(5<sup>th</sup> ed), Department of Health Services.
- Calm, N.M. (2016). *Tracking Psychosocial Distress and Related Referrals in Breast cancer Patients* [Unpublished Doctoral Dissertation], Yeshiva Universityin. From ProQuest Dissertations and Theses Database (AAT 10598753).

- Canadian Association of Psychosocial Oncology [CAPO]. (2012). *The Emotional Facts Of Life With Cancer*. (4<sup>th</sup>ed). Received From" [http:// capo.ca/ docs/ bookletREVISED.pdf](http://capo.ca/docs/bookletREVISED.pdf)".
- Carlson, E. & Halifax, J. (2011). Mindfulness for cancer and terminal illness. Mindfulness and acceptance in behavioral medicine. *Current theory and practice, 14*, 159-186. Retrieved From Hyperlink "[https:// www.upaya.org/uploads/pdfs/Mindfulness for Cancer and TerminalIllne ss2011.pdf](https://www.upaya.org/uploads/pdfs/Mindfulness%20for%20Cancer%20and%20Terminal%20Illness2011.pdf)".
- Carstensen, L.; Fung, H. & Charles, T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and emotion, 27*(2), 103-123. DOI: 10.1023 /A: 1024569803230.
- Chen, L.; Liao, N.; Chen, C.; Chan, L. & Chen, C. (2012). Body image and its predictors in breast cancer patients receiving surgery. *Cancer nursing, 35*(5), E10-E16. Doi: 10.1097 /NCC.0b0 13 e3182336f8b.
- Chen, Q.; Liu, E.; Zhang, X. & Li, Z. (2017). Self-acceptance and associated factors among Chinese - women with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing, 26*(11-12), 1516-1523. Doi: 10.1111/jocn.13437.
- Cheng, H. & Sit, J.W. (2016). Negative And Positive Life Changes Following Treatment Completion: Chinese Breast Cancer Survivors' Perspectives .*Supportive Care in Cancer, 24*(2), 791-798. DOI10.1007/s 00520-015-2845-z.
- Chipman, P.R. (2014). *Overcoming The Five Primary Negative Thoughts: A Twenty - One Day Mind Renewal Plan For Men* [Unpublished Doctoral Dissertation]. Available From ProQuest Dissertations And Theses Database.( AAT 3667986).
- Cipora, E.; Konieczny, M. & Sobieszczanski, J. (2018). Acceptance of illness by women with breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 25*(1), 167-171.Doi:10.26444 /aaem/ 75876.
- Conley, C.; Bishop, B. & Andersen, B. (2016). Emotions and emotion regulation in breast cancer survivorship. *Health care, 4*(56),1-22. Doi:10.3390/healthcare4030056.
- Czerw, I.; Religioni, U.; Deptała, A. & Fronczak, A. (2017). Pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in prostate cancer patients. *Archives of medical science: AMS, 13*(6), 1459. DOI: 10.5114/aoms. 2016.58458.
- Darabos, K.; Renna, E.; Wang, A.W.; Zimmermann, F. & Hoyt, A. (2021). Emotional approach coping among young adults with cancer: Relationships with psychological distress, posttraumatic growth, and resilience. *Psycho-Oncology, 30*(5), 728-735. DOI: 10.1002/pon.5621.

- Enns, A.; Waller, A.; Groff, L.; Bultz, D.; Fung, & Carlson, E. (2013). Risk factors for continuous distress over a 12-month period in newly diagnosed cancer outpatients. *Journal of psychosocial oncology*, 31(5), 489-506. DOI: 10.1080/07347332.2013.822052.
- Farooqi, N. (2005). Depression And Anxiety In Mastectomy Cases. *Illness, Crisis & Loss*, 13(3),267-278.Doi/pdf/10.1177/105413730501300306.
- Ferrer, A.; Green, A. & Barrett, F. (2015). Affective science perspectives on cancer control: Strategically crafting a mutually beneficial research agenda. *Perspectives on Psychological Science*, 10(3), 328-345. DOI: 10.1177/1745691615576755.
- Garland, L.; Gaylord, A. & Fredrickson, L. (2011). Positive reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: An upward spiral process. *Mindfulness*, 2(1), 59-67. DOI: 10.1007/s12671-011-0043-8.
- Gauthier, L. (2007). *Acceptance of pain: A preliminary study in advanced cancer patients* [Unpublished Master Dissertation]. New York University,. From ProQuest Dissertations and Theses Database (AAT 387733).
- Gross, J. (1998a). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224-237.DOI: 0022-3514 /98 /\$3.00.
- Gross, J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.DOI:1089-2680 /98/\$3.00.
- Gross, J. & John, O. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect Relationships and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*,85(2), 348–362.DOI:10.1037 /0022-3514.85.2.348.
- Irminger, I. (2010). Basic Science of Breast Cancer in Older Patients. Reed, M.W. & Audisio, R.A.(Eds.). *Management of Breast Cancer in Older Women*. (PP. 1-20), British Library Cataloguing.
- Iwamitsu, Y.; Shimoda, K.; Abe, H. & Okawa, M. (2005). Anxiety, emotional suppression, and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics*, 46(1), 19-24. Perceive From" <http://psy.psychiatryonline.org>".
- Jensen, G.; Elsass, P.; Neustrup, L.; Bihal, T.; Flyger, H.; Kay, M. & Wurtzen, H. (2014). What to listen for in the consultation. Breast cancer patients' own focus on talking about acceptance-based psychological coping predicts decreased psychological distress and depression. *Patient education and counseling*, 97(2),165-172. Doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.020.

- Kaminska, M.; Ciszewski, T.; Bronikowska, A.; Feranska, M.; Pawlak-Warszawska, A. & Pasnik, E. (2014). Acceptance of the illness and the quality of life of patients with breast cancer. *Polish Journal of Public Health*, 124(1), 5-9. DOI: 10.2478/pjph-2014-0001.
- Kantor, P. (2013). *Factors Influencing Psychological Distress in Patients with Cancer* [Unpublished Doctoral Dissertation]. School of Nursing, Adelphi University. From ProQuest Dissertations and Theses Database (AAT 3571079).
- Kennedy, F.; Haslam, C.; Munir, F. & Pryce, J. (2007). Returning To Work Following Cancer: A Qualitative Exploratory Study Into The Experience Of Returning To Work Following Cancer. *European journal of cancer care*, 16(1), 17-25.
- Klein, B.; Bamonti, P. M.; Owsiany, M.; Naik, A. & Moye, J. (2021). Age differences in cancer-related stress, spontaneous emotion regulation, and emotional distress. *Aging & mental health*, 25(2), 250-259. Doi. org/ 10. 108 0/1 3607 863. 2019 .1 693972.
- Kovacevic, P.; Miljkovic, S.; Visnjic, A.; Kozarski, J. & Jankovic, R. (2020). Quality of Life Indicators in Patients Operated on for Breast Cancer in Relation to the Type of Surgery-A Retrospective Cohort Study of Women in Serbia. *Medicina*, 56(8), 41-13. Doi:10.3390/medicina560 80402.
- Kulpa, M.; Ziętałewicz, U.; Kosowicz, M.; Ciuba, B. & Ziolkowska, P. (2016). Anxiety and depression and cognitive coping strategies and health locus of control in patients with ovary and uterus cancer during anticancer therapy. *Contemporary Oncology*, 20, 171–175. [Doi.org/10.5114/wo.2016.60074](https://doi.org/10.5114/wo.2016.60074)
- Liu, H.; Wang, M.; Li, X.; Zhao, Q. & Li, J. (2021). Sense of Coherence, Psychological Distress, and Disability Acceptance in Colostomy Cancer Survivors. *Western Journal of Nursing Research*, 17(2), 1-7. DOI:10.1177/0193945921994523.
- Lu, Q.; Tsai, W.; Chu, Q. & Xie, J. (2018). Is expressive suppression harmful for Chinese American breast cancer survivors?. *Journal of psychosomatic research*, 109, 51-65. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.03.171>.
- Lucienne B.; Meer, V.; Duijn, E.; Giltay, E. & Tibben, A. (2015). Do Attachment Style and Emotion Regulation Strategies Indicate Distress in Predictive Testing?. *J Genet Counsel*, 24, 862–871. DOI 10.1007/s1089 7-015-9822-z.
- Luczyk, M.; Pietraszek, A.; Luczyk, R.; Stanislawek, A.; Szadowska-Szlachetka, Z. & Charzynska-Gula, M. (2015). Illness acceptance among women who have undergone surgical treatment for a breast. *Journal of Education, Health and Sport*, 5(9), 569-76. Doi.org/ 10.5281/ze no do.31529.

- Lydon, R. (2008). *Physical health ,psychological distress and younger breast cancer survivors: A stress and coping model* [ Unpublished Doctoral Dissertation]. School of Nursing, Purdue University. From ProQuest Dissertations and Theses Database (AAT 3344189).
- Malik, A. & Kiran, T. (2013). Psychological Problems In Breast Cancer Patients: A Review. *Chemotherapy Open Access*, 2(2), 1-6. Percived From "<http://dx .doi .org/ 10.4172/2167-7700.1000115>".
- Markovitz, E.; Schrooten, W.; Arntz, A. & Peters, L. (2015). Emotion regulation and resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 24(12), 1639-1645. DOI: 10.1002/pon.3834.
- May, C. (2016). *Acceptance and commitment therapy for patients with breast cancer: A pilot study* [Unpublished Master Dissertation]. Department of Psychology, San Diego State University. From ProQuest Dissertations And Theses Database (AAT 10128153).
- McCracken, M.; Vowles, E. & Gauntlett-Gilbert, J. (2007). A prospective investigation of acceptance and control-oriented coping with chronic pain. *Journal of behavioral medicine*, 30(4), 339-349. DOI 10.1007/s10 865-007-9104-9.
- Mebis, J.; Censabella, S.; Cardinaels, N.; Orye, G.; Marquette, S.; Noe, L. & Bulens, P. (2016). Effect of mindfulness training on quality of life and distress in early breast cancer patients treated with endocrine therapy. *Annals of Oncology*, 27(6),69-73.Doi:10.10 93/annonc/mdw386.13.
- Megreya, M.; Latzman, A.; Al-Emadi, A. & Al-Attiyah, A. (2018). An integrative model of emotion regulation and associations with positive and negative affectivity across four Arabic speaking countries and the USA. *Motivation and Emotion*. Doi.org/ 10.1007/ s 11031-018-9682-6.
- Montesinos Marín, F. & Luciano, C. (2016). Acceptance of relapse fears in breast cancer patients: effects of an ACT-based abridged intervention. *Psicooncologia*, 13(1),7-22. DOI: 10.5209 /rev\_PSIC.2016.v13.n1.52 484.
- Monti, A.; Kash, M.; Kunkel, J.; Moss, A.; Mathews, M.; Brainard, G. & Newberg, B. (2013). Psychosocial benefits of a novel mindfulness intervention versus standard support in distressed women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2565-2575. DOI: 10.10 02/pon.3320.
- Mulligan, M. (2012). *Object relations, emotion regulation patterns, and quality of life in women diagnosed with breast cancer* [Unpublished Doctoral Dissertation]. Adelphi University,The Institute of Advanced Psychological Studies. From ProQuest Dissertations and Theses Database (AAT 3531409).



- Myrghianni, S. (2009). Body Image Of Greek Breast Cancer Patients Treated With Mastectomy Or Breast Conserving Surgery. *Journal Of Clinical Psychology In Medical Settings*, 16(4), 311-321. DOI 10.1007/s10880-009-917.
- Nakatani, Y.; Iwamitsu, Y.; Kuranami, M.; Okazaki, S.; Shikanai, H.; Yamamoto, K. & Miyaoka, H. (2014). The relationship between emotional suppression and psychological distress in breast cancer patients after surgery. *Japanese journal of clinical oncology*, 44(9), 818-825. Doi:10.1093 /jjco/hyu089.
- National Cancer Institute. (2010). *What You Need To Know About Breast Cancer*. Received From "<https://www.cancer.gov/publications/patient-education/wyntk-breast.pdf>".
- Olsson, E.; Lundh, H. & Johansson, B. (2016). Socio-Demographic And Clinical Variables Associated With Psychological Distress 1 And 3 Years After Breast Cancer Diagnosis. *Supportive Care In Cancer*, 24(9), 4017-4023. Doi: 10.1007/s00520-016-3242-y.
- Pedersen, E.; Sawatzky, A. & Hack, F. (2010). The Sequelae of Anxiety In Breast Cancer: A Human Response To Illness Model. *In Oncology nursing forum*. 37(4).1-8.
- Peh, X.; Liu, J.; Bishop, D.; Chan, Y.; Chua, M.; Kua, H. & Mahendran, R. (2017). Emotion regulation and emotional distress: The mediating role of hope on reappraisal and anxiety/depression in newly diagnosed cancer patients. *Psycho-oncology*, 26(8), 1191-1197. DOI: 10.1002/pon.4297.
- Politi, M.C. (2006). *The effects of age and emotional acceptance on distress among breast cancer patients* [Unpublished Master Dissertation]. Washington University Columbian, College of Arts and Sciences. From ProQuest Dissertations and Theses Database (AAT3 230460).
- Prasertsri, N.; Holden, J.; Keefem, F. & Wilkie, D. (2011). Repressive coping style: Relationships with depressions, pain, and pain coping strategies in lung cancer outpatients. *Lung Cancer*, 71, 235-240. Doi.org/10.1016 /j.lungcan. 2010.05.009.
- Richard, F. & Andrew, W. (2001). The Impact of Mastectomy, Breast-Conserving Treatment And Immediate Breast Reconstructions On The Quality Of Life Of Chinese Women. *Journal Of Surgery*, 71(4), 202-206. Recived From "<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.140-1622.2001.02094.x/epdf>".
- Romano, M. (2013). *Exploring the Mechanisms of Mindfulness: Experiential Avoidance and Health Outcomes Among Cancer Survivors* [Unpublished Doctoral Dissertation]. Seattle Pacific University. From ProQuest Dissertations and Theses Database (AAT 3591103).

- Ryburn, N.E. (2003). *Daily assessment of psychological distress in breast surgery patients* [Unpublished Doctoral Dissertation]. the Ferkauf Graduate School of Psychology, Yeshiva Universityin. From ProQuest Dissertations and Theses Database (AAT 3164151).
- Sarenmalm, E.; Martensson, B.; Andersson, A.; Karlsson, P. & Bergh, I. (2017). Mindfulness and its efficacy for psychological and biological responses in women with breast cancer. *Cancer medicine*, 6(5), 1108-1122. Doi: 10.1002/cam4.1052.
- Schroevers, M.; Kraaij, V. & Garnefski, N. (2011). Cancer patients' experience of positive and negative changes due to the illness: relationshi with psychological well-being, coping, and goal reengagement. *Psycho Oncology*, 20, 165–172. Doi.org/ 10.1002/pon.1718.
- Secinti, E.; Tometich, B.; Johns, A. & Mosher, E. (2019). The relationship between acceptance of cancer and distress: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 71, 27-38. Doi.org/ 10.1016/j.cpr. 2019.05.001.
- Shapiro, L; Carlson, E. & Freedman, M. (2006). Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386 DOI: 10.1002/jclp.20237.
- Sheppard, B.; Harper, W.; Davis, K.; Hirpa, F. & Makambi, K. (2014). The importance of contextual factors and age in association with anxiety and depression in black breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 23(2), 143-150. doi:10.1002/pon.3382.
- Siegel, R.; Germer, C. & Olendzki, M. (2013). Mindfulness: What Is It? Where Did It Come From?. In Didonna, F.(Ed). *Clinical Handbook of Mindfulness*.(pp. 190-178). Library of Congress. DOI 10.1007/978-0-387-09593-6.
- Stapleton, M.; Mullan, B.; Dey, S.; Hablas, A.; Gaafar, R.; Seifeldin, A. & Soliman, S. (2011). Patient-Mediated Factors Predicting Early-And Late-Stage Presentation Of Breast Cancer In Egypt. *Psycho-Oncology*, 20(5), 532-537.DOI: 10.1002/pon. 1767.
- Sternberg, J. (2000). Images of mindfulness. *Journal of Social Issues*, 56(1), 11-26.. Doi/full/10.1111/0022-4537.00149.
- Swainston, K. (2012). *Women's experiences of breast cancer: a longitudinal perspective* [Unpublished Doctoral Dissertation]. Teesside University. Received From " <http://tees.openrepository.com/tees/handle/10149/301650>.
- Tamagawa, R.; Davis, J.; Specia, M.; Doll, R.; Stephen, J. & Carlson, L. (2013). Trait mindfulness, repression, suppression, and self-reported mood and stress symptoms among women with breast cancer. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 264–277. Doi.org/ 10.1002/jclp.21939.

- Tandon, M.; Jain, S.; Kumar, Y.; Narayan, N. & Srinivas, S. (2011). The Correlation Of Anxiety And Depression Levels With Response Neoadjuvant Chemotherapy In Patients With Breast Cancer. *Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports*, 2(3), 1-5. DOI 10.1258/shorts.2010 .010072.
- Tot, T. (2014). The Sick Lobe Concept. In Francescatti,s., Silverstein, G.(Eds.).*Breast Cancer A New Era in Management*.(pp.79-97), Human Press.
- Vaughan, E.; Koczwara, B.; Kemp, E.; Freytag, C.; Tan, W. & Beatty, L. (2019). Exploring emotion regulation as a mediator of the relationship between resilience and distress in cancer. *Psycho-oncology*, 28(7), 1506-1512. DOI: 10.1002/pon.5107.
- Vigliotti, A. (2010). *Forming a trauma narrative: The impact of emotion regulation on well -being in a population of breast cancer survivors* [ Unpublished Doctoral Dissertation]. Institute of advanced psychological studies, Adelphi university. From ProQuest Dissertations and Theses Database (AAT3452504).
- Wahyuningsih, F.E.; Sofro, M.A.U. & Dwidiyanti, M. (2019). Spiritual well being of breast cancer patients undergoing chemotherapy through Mindfulness Based Spiritual. *Media Keperawatan Indonesia*, 2(3), 83-89. DOI:10.26714/mki. 2.3. 2019. 83-89.
- Wang, F.; He, J.; Chen, G.; Yang,Y. & Zhu, X. (2014). Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 23, 93-99. Doi.org/10.1002/pon.3376.
- Weinkam, T. (2013). *Emotional regulation and posttraumatic stres disorder cognitive reappraisal, suppuration, emotional clarity and self-efficacy* [Unpublished Doctoral Dissertation]. Palo Alto University. From ProQuest Dissertations and Theses Database (AAT 3733314).
- Wenzel, A.; Brown, G.K. & Karlin, B.E. (2011). *Cognitive Behavioral Therapy for Depression In Veterans And Military Service members. Therapist Manual, Washington: Department of Veterans Affairs*.Retrieved From Hyperlink "<https://pdfs.Semanticscholar.org/3ece/d79ca6d8aff57cab5a7ddb66f359dc1a0acb.pdf>".
- Wong, F. (2005). *Regulation of Negative Emotions in Response to an Acute Stressor among Breast Cancer Survivors* [Unpublishe Doctoral Dissertation]. University of California, Irvine.From ProQuest Dissertations and Theses Database (AAT 3171248).
- World Health Organization. (2018). *Egypt source :globocan 2018*. Received From "<http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/818-egypt-fact-sheets.pdf>".

- World Health Organization (WHO). (2020, February). *WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all*. ISBN 978-92-4-000129-9.
- Yilmaz, M. & Gurler, H. (2010). The Relationship between Body Image and Sexuality after Surgical Treatment in Women with Breast Cancer. *Arstirma Research*, 17(3), 244-51. Doi:10.5222/HEAD.2020.55751
- Zimmaro, A.; Carson, W.; Olsen, K.; Sanders, L.; Keefe, J. & Porter, S. (2020). Greater mindfulness associated with lower pain, fatigue, and psychological distress in women with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology*, 29(2), 263-270. DOI: 10.1002/pon.5223.

## **Differences between Breast Cancer Tumors Female Patients and Normals in Mindfulness, Acceptance Skills, Emotional Regulation Strategies and Psychological Distress.**

**By**

**Mohammed N. Al-Sabwa**

**Department of Psychology  
Cairo University**

**Amany M. Goda**

**Clinical Psychologis at Arab  
Academy for Psychological Science**

### **Abstract :**

The present study aimed at investigating Differences between breast cancer tumors female patients and normals in mindfulness and acceptance skills, emotional regulation strategies, and psychological distress. The sample consisted of (120) female participants, (60 female patients after surgery, and 60 female normals). Their ages ranged Between 30 and 45 Years. Four scales were used to assess study variables; mindfulness breast cancer tumors questionnaire, acceptance breast cancer tumors questionnaire emotional regulation strategies breast cancer tumors questionnaire, psychological distress for survivors from breast cancer tumors questionnaire, In addition to intake interview, Vocabulary comprehension and Vocabulary scales from Wechsler intelligence scale for adult (Wisc-IV-TR), Socioeconomic scale. Results indicate that there were found significant differences between the two study groups in mindfulness and acceptance skills, and positive emotional regulation strategies in the direction of the group of female normals, while significant differences were found in negative emotional regulation strategies and psychological distress strategies in the direction of the group of female patients.

**Key Words:** Mindfulness - Acceptance skills - Emotional regulation strategies - Psychological distress - Breast cancer tumors female patients - Normals.