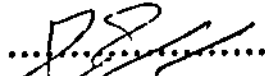
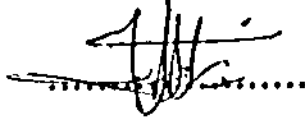
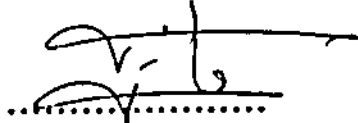




نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ ٢٠٠١/٨/٢٠

التوقيع



أعضاء لجنة المناقشة

مشرف رئيسي

الدكتور اسعد الزعبي

عضواً

الدكتور موسى جبريل

عضواً

الدكتور عايش غرابية

عضواً

الدكتورة عفاف حداد

## الإهداء

إلى أجمل وأحن من رأت عيناى ... أمى الحبيبة  
إلى القلب الذى رعانى دوماً بحب وحنان ... أبى الحبيب  
إلى من غمروا حياتى بهجة وسعادة ... أخوتى الأعزاء

مع حبى وتقديرى

## شكر وحرمان

أتقدم بكل الشكر والتقدير إلى الدكتور أسعد الزعبي المشرف على هذه الرسالة لجهوده وتشجيعه لإجاز هذا العمل.

كما وأتقدم بالشكر إلى الأساتذة الكرام أعضاء لجنة المناقشة:

الدكتور موسى جبريل، الدكتور عايش غرابية، والدكتورة عفاف حداد، لتوجيهاتهم وملاحظاتهم التي ساهمت في إنجاز هذه الدراسة.

كما وأشكر مركز الأمل للشفاء بإدارته وأطبائه لتعاونهم في تطبيق هذه الدراسة. كما أتقدم بجزيل الشكر إلى كل من ساهم بإخراج هذا العمل إلى حيز الوجود.

## فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	قرار لجنة المناقشة .....
ج	الإهداء .....
د	شكر وعرهان .....
هـ	فهرس المحتويات .....
ز	فهرس الجداول .....
ط	فهرس الملاحق .....
ي	ملخص الدراسة .....
<b>الفصل الأول</b>	
٢	المقدمة الخلفية النظرية .....
١٩	مشكلة الدراسة .....
١٩	فرضيات الدراسة .....
٢٠	أهمية الدراسة .....
٢١	تعريف مصطلحات الدراسة .....
٢٣	محددات الدراسة .....
<b>الفصل الثاني</b>	
٢٥	الدراسات السابقة .....

الصفحة	الموضوع
	<b>الفصل الثالث</b>
٣٩	عينة الدراسة .....
٤٠	أدوات الدراسة .....
٤٦	تصميم الدراسة .....
٤٧	إجراءات الدراسة .....
٤٨	المعالجات الإحصائية .....
	<b>الفصل الرابع</b>
٥٠	النتائج .....
	<b>الفصل الخامس</b>
٥٩	المناقشة .....
٦٤	التوصيات .....
	<b>المراجع</b>
٦٥	باللغة العربية .....
٦٦	باللغة الإنجليزية .....
٧٢	الملاحق .....
(٨٧)	الملخص باللغة الإنجليزية .....

## فهرس الجداول

رقم الجدول	محتوى الجدول	الصفحة
١	توزيع أفراد العينة تبعاً لكل من متغير الإصابة والعمر .....	٣٨
٢	متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الاكتئاب بصورته المعربة حسب متغير الإصابة .....	٥٠
٣	متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الاكتئاب بصورته المعربة حسب متغير العمر .....	٥٠
٤	نتائج تحليل التباين الثنائي وتباين درجات أفراد العينة على مقياس الاكتئاب بصورته المعربة حسب الإصابة والعمر والتفاعل بينهما .....	٥٠
٥	متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الاكتئاب بصورته المعربة حسب الإصابة والعمر .....	٥١
٦	متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الضغط النفسي حسب متغير الإصابة .....	٥٢
٧	متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الضغط النفسي حسب متغير العمر .....٥.٤.٥.٥.٤.٢.....	٥٢
٨	نتائج تحليل التباين الثنائي وتباين درجات أفراد العينة على مقياس الضغط النفسي حسب الإصابة والعمر والتفاعل بينهما	٥٣
٩	متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الضغط النفسي حسب الإصابة والعمر .....	٥٤
١٠	متوسط درجات أفراد العينة على مقياس تقدير الذات حسب متغير الإصابة .....	٥٤

الصفحة	محتوى الجدول	رقم الجدول
٥٥	متوسط درجات أفراد العينة على مقياس تقدير الذات حسب متغير العمر .....	١١
٥٥	نتائج تحليل التباين الثنائي وتباين درجات أفراد العينة على مقياس تقدير الذات حسب الإصابة والعمر والتفاعل بينهما .....	١٢
٥٦	متوسط درجات أفراد العينة على مقياس تقدير الذات حسب الإصابة والعمر .....	١٣



## فهرس الملاحق

الصفحة	محتوى الملحق	رقم الملحق
٧٢	..... الصورة المعربة من قائمة بيك للاكتتاب	١
٧٧	..... مقياس الضغط النفسي لدى الكبار	٢
٨٠	..... مقياس تقدير الذات	٣

## الملخص

# الاكتئاب والضغط النفسي وتقدير الذات: دراسة مقارنة بين المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات

إشراف: د. أسعد الزعبي

إعداد: إيمان محمد فائق علي

هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات على كل من العوامل النفسية التالية: الاكتئاب والضغط النفسي وتقدير الذات، بالإضافة إلى متغير العمر، وذلك لمعرفة العلاقة بين هذه العوامل النفسية المدروسة وخطر الإصابة بسرطان الثدي لدى النساء في الأردن. وقد شملت هذه الدراسة (٦٤) مفحوصة، نصفهن (٣٢) مفحوصة (١٤ تحت سن الأربعين، ١٨ فوق سن الأربعين) يعانين من سرطان الثدي، ويتواجدن في مركز الأمل للشفاء. أما النصف الآخر (٣٢) مفحوصة (١٣ تحت سن الأربعين، ١٩ فوق سن الأربعين) تم إختيارهن من المجتمع على أن لا يكن يعانين من سرطان الثدي أو غيره من أنواع السرطان، وبحيث تتراوح أعمارهن بين ٢٨ عاماً إلى ٤٨ عاماً.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المقاييس التالية: قائمة بيك للاكتئاب بصورتها المعرّبة، مقياس الضغط النفسي للكبار، ومقياس تقدير الذات. وقد تم استخراج متوسطات أداء كل من المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات على جميع مقاييس الدراسة ومن ثم مقارنتها ببعضها البعض للتعرف على وجود فروق في الأداء بين المصابات وغير المصابات، وبين المصابات تحت سن الأربعين والمصابات فوق سن الأربعين. ونفحص فيما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية، فقد تم استخدام تحليل التباين الثنائي (ANOVA)، كما تم استخراج مصفوفة معاملات الارتباط بين العوامل النفسية التالية: الاكتئاب، والضغط النفسي، وتقدير الذات.

دلت نتائج هذه الدراسة على أن هناك علاقة بين الإصابة بسرطان الثدي وبين كل من: الاكتئاب، والضغط النفسي، وتقدير الذات، حيث كانت قيم (ف) المحسوبة من خلال

تحليل التباين الثنائي ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) وقد كانت متوسطات أداء المصابات على كل من مقياس الاكتئاب ومقياس الضغط النفسي أعلى من متوسطات أداء غير المصابات، بينما كان متوسط أداء المصابات على مقياس تقدير الذات أقل من متوسط أداء غير المصابات. كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة بين عمر المصابة وبين الاكتئاب، فقد ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات الأداء على قائمة بيك للاكتئاب بصورتها المعرّبة تبعاً لمتغير العمر، حيث كان متوسط أداء المصابات فوق سن الأربعين أعلى من متوسط أداء المصابات تحت سن الأربعين على قائمة بيك للاكتئاب. بينما لا توجد علاقة بين عمر المصابة وبين كل من الضغط النفسي وتقدير الذات.

وقد أوصت الدراسة بإجراء المزيد من الدراسات حول دور عوامل الخطر النفسية في الإصابة بسرطان الثدي لدى النساء في الأردن بشكل خاص، والوطن العربي بشكل عام، كما أوصت ببناء وتطوير برامج إرشادية تثقيفية وقائية للمساعدة في التقليل من خطر الإصابة بسرطان الثدي، بالإضافة إلى بناء برامج إرشادية تاهيلية لتعديل العوامل النفسية الخطرة من خلال برامج تعديل السلوك المتنوعة، بحيث تُقدم مثل هذه البرامج بشكل مساند للعلاجات الطبية للمساعدة على التقدّم في العلاج والحدّ من الآثار النفسية للمرض.

# **الفصل الأول**

## **المقدمة والخلفية النظرية**

## الفصل الأول

### المقدمة والخلفية النظرية

تُعتبر الحالة النفسية أساساً للصحة الجسمية حيث أن ٨٠% من مسببات المرض الجسيمي تعود إلى أسباب نفسيه (Swope, 1984). فالفرد يسلك في محيطه البيئي كوحدة نفسية جسمية، إذ تتأثر الحالة الجسمية بالحالة النفسية والعكس صحيح حتى يحصل التوازن. ويُعتبر الجسم وسيطاً بين البيئة الخارجية وبين الذات ككيان نفسي، ويؤدي الضغط الانفعالي الشديد والاضطرابات النفسية إلى اختلال هذا التوازن. وبسبب هذا الارتباط الوثيق بين النفس والجسم، فإن الانفعال النفسي يؤثر في العمليات الفسيولوجية، فالحزن الشديد على وفاة القرين أو الابن أو حدوث طلاق قد يؤدي إلى الإصابة بالأمراض الجسمية ومنها السرطان (Hinton, 1981).

يُعتبر السرطان مجموعة من الأمراض، فهناك أكثر من مائة نوع مختلف من السرطان، إلا أنها جميعاً تشترك بأنها مرض يصيب بعض خلايا الجسم. وهناك اختلاف بين الأفراد الذين يُصابون بالمرض بالنسبة للجنس (ذكر أو أنثى)، وبالنسبة للعمر، ومدى سرعة نمو هذا المرض وتطوره، ومدى النجاح في علاجه (Fine, 1986). إن الخلايا السليمة والتي تكوّن أنسجة الجسم تنمو وتنقسم وتموت وتُستبدل بغيرها وفق نظام معين، وهذه العملية تحافظ على صحة الجسم وخلاياه، إلا أنه في بعض الأحيان تفقد الخلايا الطبيعية القدرة على التحكم بنموها، حيث تبدأ الخلايا بالنمو المطرد والانقسام العشوائي بدون ضوابط. ونتيجة لهذا تزداد كميات النسيج ويكون الورم، وهذا الورم إما أن يكون ورماً حميداً أو خبيثاً. بالنسبة للأورام الحميدة فهي لا تُصنف كسرطان، ذلك لأنها تنمو في مكانها ولا تنتشر إلى أجزاء أخرى من الجسم ونادراً ما تهدد الحياة، ولكنها قد تعيق وظيفة العضو الذي نمت فيه بسبب الضغط الذي تحدثه على الأنسجة من حولها، وقد تسبب الإنتان أو النزيف، ويمكن غالباً استئصالها جراحياً، واحتمال نموها مرة أخرى غير وارد في أغلب الحالات. أما فيما يتعلق بالأورام الخبيثة فهي تُصنف كسرطان، حيث أن هذه الأورام تُتلف العضو الذي تنشأ فيه وهي قادرة على تدمير الأنسجة المجاورة، كما تستطيع الانتشار إلى أجزاء أخرى من الجسم، فقد تنتقل خلاياها مع الدم والسائل

الليمفاوي حيث تستقر وتكوّن نواة لأورام أخرى جديدة في المناطق التي تصلها  
(Brannon & Feist, 1992).

يُعتبر الاكتشاف المبكر ومباشرة العلاج فوراً أمراً حيوياً وهاماً لجميع الأمراض،  
إلا أنه ذو أهمية خاصة في حالة السرطان، فكلما تمّ اكتشاف السرطان وبُدء بعلاجه أبكرو  
كلما كانت فرص الشفاء أفضل. والآن وبعد التقدّم الذي حدث وما زال يحدث في وسائل  
العلاج المختلفة للسرطان، فإنّ على المرضى أن لا ينظروا لهذا المرض نظرة تشاؤمية،  
إذ أصبح الأمل في التغلب على السرطان موجوداً (Flore, 1987). فالإحساس  
بالأمل وروح القتال ضروريان للتمائل للشفاء من كل الأمراض بما فيها السرطان  
(Cousins, 1983).

إنّ السرطان هو حدث انتقالي وحدث صادم يُغيّر من عالم الفرد المصاب به بما  
ينتج عنه من تغيّرات إيجابية كانت أو سلبية تؤثر في حياة الفرد المصاب وتُدوم لفترة  
طويلة ومن الآثار الإيجابية عند البعض تبني روح المقاومة والتحدي وزيادة الإيمان  
لديهم. (AndryKowski, 1996).

في كل عام يُشخّص أكثر من مليون شخص بمرض السرطان في الولايات  
المتحدة. ومعظم هؤلاء الناس يختبروا مشاعر الغضب والخوف والقلق والاكتئاب عندما  
يسمعوا أنّهم مصابون بالسرطان، فتشخيص السرطان دائماً له تأثير نفسي هام على  
المريض. لذلك فإنّ مساعدة الناس للتكيف مع ردود أفعالهم الانفعالية لهذا التشخيص  
وتحضيرهم للتأثيرات الجانبية لبعض علاجات السرطان هي مهارات ومهام ضرورية  
للأشخاص المختصين بالرعاية الصحية الموجهة نفسياً (Brannon & Feist , 1992).  
كما ويعتبر الألم مشكلة دائمة ومتكررة لمرضى السرطان، فحوالي ثلثي مرضى السرطان  
يعانون من آلام حادة، مما يتطلب وجود مساعدة نفسية إلى جانب المساعدة الطبية  
للتخفيف من حدة هذه الآلام (Daut & Cleeland, 1982).

هناك العديد من المشاكل والآثار السلبية المرتبطة بعلاج السرطان، حيث أنّ تقريباً  
كل العلاجات الطبية للسرطان لها آثار جانبية سلبية يمكن أن تُسبب الضغط النفسي  
لمرضى السرطان. وهذه العلاجات تتضمن الجراحة والعلاج بالأشعة والعلاج الكيميائي

والعلاج الهرموني والعلاج المناعي، علماً بأن العلاجات الثلاثة الأولى هي الأكثر شيوعاً وتأثيراً (Andersen, 1989).

إن العديد من علاجات السرطان تُسبب تغييرات جسدية دائمة أو مؤقتة تقود إلى تغيير وتبدل في صورة الجسم وتدني في تقدير الذات لدى مرضى السرطان. إن فقدان عضو أو حدوث الندبات نتيجة الجراحة أو فقدان الشعر نتيجة العلاج الكيميائي تؤدي إلى تكون خبرة مخيفة ومهددة لتقدير الذات، مما يتطلب تقديم مساعدة نفسية اجتماعية شاملة تساعد المرضى للتعامل مع تأثيرات السرطان على الجانب الجمالي الجسمي، كما تساعدهم على التكيف مع المظاهر النفسية والجسدية للسرطان (Fawzy, et al, 1995). فالدعم العاطفي للمرضى الذين يحاولون اختيار طريقة للعلاج من الممكن أن يُخفّض القلق ويحدّ منه، كما أن مجموعات الدعم والمساعدة تزودهم بفرصة للتعبير بحرية عن أفكارهم ومشاعرهم، فالنقاشات عن المخاوف والقلق والشكوك التي يواجهها كل مرضى السرطان يمكن أن تكون أسهل في مجموعة من الناس الذين لديهم مشكلات مماثلة (Williams, et al, 1995).

لقد ازداد الاهتمام بالمظاهر النفسية والاجتماعية لسرطان الثدي خلال العقد الأخير. فقد ركزت العديد من الدراسات على دور العوامل النفسية والعوامل الشخصية والضغط النفسي في خلق وتطوير أورام خبيثة. كما تطرقت إلى الأثر النفسي للتشخيص والعلاج، وطبيعة هذه المشاكل النفسية، وتطوير وتقييم الطرق العلاجية النفسية للتخفيف من الأعراض الجانبية للعلاج الطبي ولدعم وتحسين نوعية حياة المرضى (Walker & Eremin, 1996).

إن سرطان الثدي هو من أكثر السرطانات الذي تمت دراسته من حيث المظاهر النفسية والنفسية الاجتماعية، وذلك بسبب معدل انتشاره المرتفع وزيادة نسبة حالات الوفاة بهذا المرض لدى النساء، إضافة إلى التأثيرات النفسية للجراحة لعضو غني بالمعاني كالثدي. فالثدي هو رمز ثقافي مهم للأنوثة وجزء جوهري لتقدير الذات لدى المريضة، لذلك فإن تشخيص الإصابة بسرطان الثدي وعلاجه والآثار الجانبية للعلاج هي عبارة عن عوامل ضغط نفسي أساسية لأي امرأة، فسرطان الثدي وعلاجه يمكن أن يسبب حزناً متزايداً باستمرار وخوفاً وقلقاً وغضباً. على أي حال فإن الأثر النفسي للتشخيص

والاستجابات الانفعالية للنساء تختلف بشكل كبير اعتماداً على كل من التقييم الطبي للمرض وخطورته والقدرات التكيفية للمريضة ومدى توفر الدعم العاطفي والمالي. وهكذا فإنّ الفهم الشامل لردود فعل النساء الصحية نفسياً تجاه سرطان الثدي هو أمر ضروري لتحديد معايير الرعاية وموجهات العلاج للنساء المصابات بسرطان الثدي الأصحاء نفسياً منهن واللواتي لديهن اضطرابات نفسية قد تؤخر وتعقد العلاج بشكل كبير (Payne, et al, 1996).

إنّ سرطان الثدي هو كغيره من أنواع السرطان، فالثدي يتكون من خلايا خاصة تنمو وتتقسم وفق نظام معين لتجديد الأنسجة المستهلكة، وعندما يصبح انقسام الخلية ونموها غير طبيعي وغير منضبط يؤدي ذلك إلى تكوّن كتلات في أنسجة الثدي تسمى الأورام، وقد تكون هذه الأورام حميدة، وقد تكون خبيثة أي سرطانية (Fox, 1981).

إنّ الخلايا الورمية الخبيثة تنمو بدون أي اعتبار لحاجات خلايا الجسم الأخرى، فنمو الورم الخبيث غير مقيد ويستطيع أن ينتشر في مختلف أجزاء الجسم. فهو يستطيع تدمير الأعضاء الأخرى أو العمليات الفسيولوجية، وحرمان الجسم من المواد المغذية الضرورية لقيامه بوظائفه، فالورم الخبيث يتخذ الأولوية بحيث يصبح متطغلاً على الجسم (Brannon & Feist, 1992).

وهناك تفسيرات عديدة ومختلفة للعلاقة بين الاضطرابات النفسية والإصابة بمرض السرطان، بالإضافة إلى تأثيرها السلبي على جهاز المناعة الذي يُعتبر سبباً رئيساً للإصابة بالسرطان. فمن جهة فإن الاضطرابات النفسية قد تؤدي للإصابة بالسرطان حيث تعمل على خلق وتطوير السرطان، ومن جهة أخرى قد تؤثر على مسار المرض وسرعة الشفاء وفترة البقاء على قيد الحياة بعد حدوث السرطان (Hughes, 1985).

ولقد توالى الأبحاث والدراسات لتحديد العوامل التي تُسهم في الإصابة بالسرطان، وهي تلك العوامل التي تم تسميتها بالعوامل الخطرة (Risk Factors). فيما يلي شرح لهذه العوامل وكيفية إسهامها في إحداث السرطان:



## ١- عوامل الخطر المورثة (Inherent Risk Factors):

وتشير إلى مجموعة من العوامل المرتبطة بالتركيب الجيني للفرد، أو العوامل الجسمية التي لا يمكن تعديلها أو تغييرها من خلال تغيير أسلوب حياة الفرد. وتتضمن عوامل مثل:

- الاستعداد الجيني والتاريخ الأسري للفرد، حيث أن الأفراد الذين ينتمون إلى أسر ذات تاريخ مع مرض السرطان يكونون عُرضة أكثر من غيرهم للإصابة بهذا المرض، وينطبق ذلك بشكل خاص على كل من سرطان الثدي وسرطان القولون وسرطان الجلد. كذلك فإن الأشخاص ذوي البشرة الفاتحة والشعر الأشقر والعيون الزرقاء هم أكثر عُرضة لتطويع سرطان الجلد مقارنة بالأشخاص ذوي البشرة الداكنة (Levy, 1985).

- العمر، هو عامل آخر من عوامل الخطر المورثة، وتشير الدراسات إلى أن احتمالية الإصابة بالسرطان تزداد مع تقدم العمر، فالسرطان أكثر حدوثاً في أواسط العمر ولدى الناس المتقدمين في السن. كذلك فإن مخاطر الإصابة بسرطان الثدي تزداد مع تقدم العمر، فالنساء اللواتي تجاوزن سن الأربعين هن أكثر عُرضة من غيرهن للإصابة بسرطان الثدي، وذلك بسبب انقطاع الطمث لديهن. كما أن النساء اللواتي تزيد أعمارهن عن ٣٥ عاماً معرضات لخطر الإصابة بسرطان الثدي إذا كانت أمهاتهن أو أخواتهن مصابات سابقاً بهذا النوع من السرطان (الفرخ، ١٩٨٩).

- الجنس، تشير الإحصائيات إلى أن حالات السرطان الجديدة تسجل انخفاضاً لدى النساء، بينما تسجل في نفس الوقت ازدياداً بين الرجال. حيث يُعتبر سرطان الثدي في مقدمة الإصابات التي تؤدي للوفاة بسبب السرطان بين النساء، بينما يُعتبر سرطان الرئة في مقدمة الإصابات التي تؤدي للوفاة بسبب السرطان بين الرجال. كذلك فإن احتمالية التعرض للإصابة بسرطان الثدي لدى النساء أكثر بكثير منها لدى الرجال من نفس العمر (American Cancer Society, 1990).

بالرغم من أن إمكانية تغيير أو تعديل مثل هذه العوامل المورثة التي تمّ استعراضها قليلة جداً، إلا أن الدراسات التي أجريت ضمن هذا الإطار بينت أنه يمكن تخفيض احتمالية الإصابة بالسرطان من خلال الضبط الذاتي واختيار نمط حياتي مناسب (Brannon & Feist, 1992).

## ٢- العوامل الفسيولوجية (Physiological Conditions)

ومن أهم هذه العوامل:

- ضعف جهاز المناعة: يُعد ضعف جهاز المناعة واحداً من أهم العوامل الخطرة للإصابة بالسرطان، حيث بينت العديد من الدراسات وجود علاقة مباشرة بين ضعف جهاز المناعة والإصابة بالسرطان. كذلك فإن ضعف جهاز المناعة يؤثر على مسار المرض وسرعة الشفاء بعد حدوث السرطان. فجهاز المناعة من أكثر أجهزة الجسم فعالية لأغراض المناعة ومحاربة الأمراض، حيث يعمل على محاربة الأمراض قبل أن تسببها عوامل المرض، ويتم ذلك بواسطة إنتاج كريات الدم البيضاء التي تحيط وروتينيا بالفيروسات والبكتيريا والخلايا غير الصحية والمدمرة وبدايات تكوين الخلايا السرطانية. فخلايا الدم البيضاء نشيطة جداً في البحث عن وتدمير الأجسام الغريبة في الجسم والخلايا غير الصحية. أما في حالة ضعف جهاز المناعة فإنه يتعطل عن القيام بوظائفه مما قد يؤدي إلى تكوين الخلايا السرطانية وانتشارها (Morell, 1995).

هناك العديد من العوامل التي تؤثر في فعالية جهاز المناعة، ومن أهمها العمر والغذاء ودرجة حرارة الجسم والحالات النفسية مثل الاكتئاب والضغط النفسي. حيث يعمل كل من الاكتئاب والضغط النفسي على تثبيط عمل جهاز المناعة مما يقلل من الدفاعات المناعية ويزيد من خطر الإصابة بالسرطان (Myers, 1998).

- الهرمونات: هو عامل آخر من عوامل الخطر الفسيولوجية، حيث تعتمد بعض أنواع السرطان على الهرمونات كي تتمكن من النمو، مثل سرطان الثدي والرحم والبروستات والكلية. فهناك ارتباط بين سرطان الثدي وبين ارتفاع نسبة الكورتيزول الأساسي الناتج عن فرط نشاط الغدة الكظرية الذي قد يكون نتيجة للضغط النفسي (Van der Pompe, et al, 1996).

إن اختلال توازن الهرمونات في الجسم يزيد من خطر الإصابة بالسرطان، حيث يساعد على نمو السرطان، وتلعب العوامل النفسية مثل الاكتئاب وأحداث الحياة الضاغطة دوراً هاماً في تغيير توازن الهرمونات في الجسم مما يتيح الفرصة لظهور السرطان الكامن في الجسم ليتطور وينتشر بسرعة أكبر (Hughes, 1987).

- السمنة: تشير العديد من الدراسات إلى أن الأفراد الذين يعانون من السمنة معرضون أكثر لخطر الإصابة بالسرطان. حيث تزيد السمنة من خطر الإصابة بسرطان الثدي والمبيض والبنكرياس والقولون والمستقيم والبروستات، ويمكن تفسير ذلك من خلال تأثير السمنة على عمل جهاز المناعة وتثبيته (Miller, 1998).

من الملاحظ أن العوامل الفسيولوجية السابقة قابلة للتحكم والتعديل، حيث يمكن تحسين وظائف جهاز المناعة بواسطة تعلم مهارات الاسترخاء ومهارات تكيفية وممارسة التمارين الرياضية، أما الهرمونات فيمكن السيطرة عليها من خلال تناول عقاقير معينة، كما يمكن السيطرة على السمنة من خلال برامج تعديل السلوك المختلفة والضبط الذاتي واتباع حمية غذائية وممارسة التمارين الرياضية (Myers, 1998).

### ٣- عوامل الخطر السلوكية والبيئية

#### (Behavioral and Environmental Risk Factors)

ومن أهم هذه العوامل:

- التدخين: تشير الدراسات إلى وجود علاقة بين التدخين والإصابة بالسرطان، فتدخين السجائر هو من العوامل الخطرة المؤثرة جداً والمؤدية لتطويع أورام خبيثة. حيث يُسبب التدخين حوالي ٣٥% من كل حالات السرطان في العالم، فهو سبب رئيسي لسرطان الرئة والفم والحنجرة والمريء، إضافةً إلى أنه يزيد من احتمال الإصابة بسرطان المثانة والكلية والبنكرياس والمعدة وعنق الرحم. فالأشخاص المدخنين أكثر عُرضة للإصابة بالسرطان بعشر أضعاف غير المدخنين. يحتوي دخان السجارة على القطران الذي يُسبب السرطان، كما يحتوي على مادة السيانييد السامة القاتلة، إضافةً إلى ما يحتويه من غازات سامة مثل أول أكسيد الكربون وأكسيد النيتروجين، كما ويحتوي دخان السجارة على مادة النيكوتين التي تُسبب الإدمان (Kaufman, et al, 1989).

ويشير ليفي (Levy, 1985) إلى أن تناول الكحول عامل مساعد في حدوث السرطان، فاستهلاك الكحول بشكل كبير يثبط من عمل جهاز المناعة، كما أنه يؤدي إلى انخفاض مستويات كريات الدم البيضاء.

- السلوك الجنسي: يساهم السلوك الجنسي في عدد من وفيات مرضى السرطان لدى كل النساء والرجال. فالنساء اللواتي مارسن الجنس في عمر مبكر ومع عدد كبير من الرجال معرضات لخطر الإصابة بسرطان عنق الرحم والمهبل والمبيض (Doll & Peto, 1981). على أي حال إن التغيرات الفسيولوجية لدى النساء التي تصاحب الحمل والولادة تقلل من خطر الإصابة ببعض أنواع السرطان مثل سرطان الثدي والمبيض والرحم، فهذه السرطانات أقل شيوعاً لدى النساء اللواتي أنجبن مبكراً مقارنة بالنساء اللواتي لم ينجبن (Levy, 1985). هذا ويساهم السلوك الجنسي بشكل أساسي بالإصابة بمرض نقص المناعة المكتسب (الأيدز) وما ينتج عن هذا المرض من سرطانات. ومن أكثر هذه السرطانات شيوعاً وارتباطاً بالأيدز كابوسي ساركوما (Kaposi's Sarcoma) وهو نوع من الورم الخبيث يظهر على شكل بثور زرقاء داكنة على الجلد (Shilts, 1987).

- الأشعة فوق البنفسجية: إن التعرض للأشعة فوق البنفسجية لمدة طويلة خاصة من الشمس هو سبب رئيسي للإصابة بسرطان الجلد (Levy, 1985). فالتعرض المستمر لأشعة الشمس والحروق الشديدة الناتجة عن ذلك ترتبط بخطر الإصابة بسرطان الجلد والميلانوما الخبيثة. وإن ١% إلى ٢% من جميع حالات الوفاة بالسرطان ناجمة عن التعرض لأشعة الشمس (Doll & Peto, 1981).

#### ٤- عوامل الشخصية (Personality Factors):

هناك علاقة قوية بين صفات الشخصية المتمثلة بالشعور بالعجز واليأس وطبيعة ردود الفعل الانفعالية لأحداث الحياة الضاغطة وبين تطوير السرطان، فمثل هذه الصفات ترتبط بالشخصية الميالة للسرطان. كما أن عدم التعبير بحرية عن انفعالات مثل الغضب أو الخوف يزيد من خطر الإصابة بالسرطان. وتبرز هنا أهمية العلاج النفسي في تعليم مثل هؤلاء الأشخاص التعبير بحرية عن انفعالاتهم وأن يكونوا أكثر سيطرة على حياتهم (Eysenck, 1988).

## ٥- عوامل الخطر النفسية (Psychological Risk Factors):

ونذكر هنا مجموعة من العوامل ذات المنشأ النفسي مثل:

- الاكتئاب: يُعتبر الاكتئاب حالة نفسية، ولون من ألوان المزاج، قل أن نجد من لم يشعر به ولو لفترة قصيرة من حياته. وقد عُرف الاكتئاب ووصف كحالة مرضية منذ أقدم العصور ولا تزال حتى اليوم تجربة نفسية عامة الوجود عند مختلف الأجناس والثقافات (كمال، ١٩٨٣).

هذا ويُعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية إنتشاراً، فهو يحتل المرتبة الثانية بين الاضطرابات النفسية بعد القلق من حيث الانتشار. وهو يتجاوز حاجز العمر حيث يصيب الأفراد من مختلف الأعمار، كما أنه لا يُميز بين الجنسين بالرغم من اختلاف نسبة إنتشاره بينهما. ويمكن القول أن ما نسبته ٤-٢٤% من أفراد المجتمع يعانون في فترة من فترات حياتهم من أعراض اكتئابية حقيقية، ومع هذا فهناك فئات معينة من الأفراد يصيبهم الاكتئاب بدرجة أعلى من غيرهم (Gambrill, 1981).

يُعتبر الاكتئاب واحداً من العوامل الخطرة التي تلعب دوراً في حدوث السرطان، حيث أشارت نتائج العديد من الدراسات إلى أن المرضى المصابين بالسرطان كانوا مصابين بالاكتئاب قبل إصابتهم بالسرطان بعام أو أكثر، فالناس يُعرضون أنفسهم لخطر متزايد للإصابة بالسرطان بعد سنة أو أكثر من اختبارهم للاكتئاب أو العجز أو فقدان شخص عزيز، فعلى سبيل المثال يحدث السرطان بنسبة أعلى بين الأرامل أو المطلقين أو المنفصلين (Dattore, et al., 1980; Hughes, 1985).

أشارت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة بين الاكتئاب والإصابة بسرطان الثدي، حيث أثبتت نتائج هذه الدراسات أن المريضة بسرطان الثدي قد أصيبت قبل السرطان بحوادث مؤلمة، مثل فقدان أحد أبنائها أو ترملها أو انفصالها عن زوجها أو موت أحد والديها وخاصة الأم، فالإكتئاب والحزن الشديد نتيجة لمثل هذه الحوادث المؤلمة يُقلل من الدفاعات المناعية، كما يُخفّض بشكل كبير من نشاط وفعالية الخلايا القاتلة الطبيعية (NK) (Natural Killer Cells)، فالإكتئاب أي كان نوعه يميل إلى تثبيط عمل جهاز المناعة مما يزيد من خطر الإصابة بسرطان الثدي أو غيره من أنواع السرطان،

وهذا يُفسّر دور الاكتئاب في خلق السرطان وتطويره (Herbert & Cohen, 1993). كما أن لدى الاكتئاب قدرة على إحداث تغييرات فسيولوجية في الجسم، حيث يعمل الاكتئاب على تغيير توازن الهرمونات مما يساعد على نمو السرطان، ويتيح الفرصة لظهور السرطان الكامن في الجسم ليتطور وينتشر بسرعة أكبر، فالإكتئاب يُعجل في حدوث السرطان ويساعد على نموه (Hughes, 1987).

كما أن الاكتئاب قد يُسبب أو يُساعد على إحداث السرطان فإنه أيضاً يؤثر على مسار السرطان وفترة البقاء على قيد الحياة بعد الإصابة بالمرض. وتبرز هنا أهمية العلاج النفسي للاكتئاب، حيث أنه يؤثر على مسار السرطان، فإلعالج النفسي الذي يُقلل الاكتئاب يقوم بدوره بتقليل الألم وتنظيم إفرازات الغدد الصماء وتحسين وظيفة المناعة، كما أنه يلعب دوراً في زيادة فترة البقاء على قيد الحياة لمرضى السرطان وتكيفهم بشكل أفضل. إن علاج الاكتئاب لدى مرضى السرطان يمكن اعتباره جزءاً من العلاج الطبي كما هو علاج نفسي (Spiegel, 1996).

ويشير كوكس (Cox, 1984) أن مرضى السرطان الذين تبناوا روح التحدي والمقاومة والقتال بدلاً من مشاعر الاكتئاب والعجز واليأس تمكنوا من البقاء على قيد الحياة لفترة أطول بكثير من المرضى الآخرين الذين استكانوا واستسلموا.

هناك العديد من النظريات النفسية قامت بتفسير الاكتئاب، حيث يرى بافلوف Pavlov أن الاكتئاب نتيجة لتكرار الصدمات والتجارب المؤلمة التي يتعرض لها الفرد في طفولته والتي تخلق مزاجاً مميزاً يؤثر على تجارب وحياة الفرد عندما يكبر (كمال، ١٩٨٣). ويرى فرويد Freud أن الاكتئاب ينتج عن فقدان السيطرة على الأنا وذلك على مستوى شعوري، وينتج عن ذلك توجيه الغضب والعدوانية نحو الذات (Gambrill, 1981). بينما ترى النظرية الوجودية أن الاكتئاب ما هو إلا توقّف إحساس الفرد بالزمن الذاتي وبداية حياة الإنسان في عالم يتصف بالوحدة والقلق وأن اقتراب الموت هو الحقيقة المؤكدة (كمال، ١٩٨٣).

ومن النظريات الحديثة التي وجدت انتشاراً واسعاً ودعماً في نتائج البحوث نظرية العجز المتعلم لسيلجمان Seligman ، والتي تعتقد أن طريقة عزو الفرد الخاطئة لمصادر النجاح والفشل في حياته ولأسباب الخبرات والمواقف السارة وغير السارة في حياته هي

المسؤولة عن حالته الاكتئابية. كما يعتقد سيلجمان أن الاكتئاب يحدث عادة بعد تكون قناعة لدى الفرد بأنه لا يستطيع التكيف مع مشكلات الحياة اليومية والشعور المستمر بالعجز واليأس والذي قد يؤدي إلى أفكار انتحارية كطريقة للهروب من موقف لا أمل فيه. أما نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا Bandura، والتي حاولت من خلال مفهوم الكفاية أو الفاعلية الشخصية تقديم تفسير لدور التقييم الذاتي في الاكتئاب، فإنها ترى أن إدراك الفرد لمدى كفايته الشخصية وقدرته على مواجهة المشكلات التكيفية وإنتاج سلوكيات فعالة له دور كبير في تحديد طبيعة مشاعره ومزاجه (Lewinsohn & Mischel, 1980; Kanfer & Zeiss, 1983).

ونتيجة لتباين الاتجاهات النظرية في تفسيرها لطبيعة الاكتئاب وأسبابه وأنواعه فإن التوصل إلى تعريف ثابت للاكتئاب أمر صعب. إلا أنه وبالرغم من ذلك فإن جميع الاتجاهات تتفق على أن الاكتئاب اضطراب انفعالي يتميز بتدني مزاج الفرد وظهور تغيرات جسمية ونفسية ومعرفية لديه (Beck, 1980). حيث يعتقد بيك أن الاكتئاب هو اضطراب في التفكير أكثر منه اضطراب في أي شيء آخر، كما يعتقد أن طريقة الفرد في معالجة المعلومات وطريقة تفسيره للحوادث واعتقاداته تلعب دوراً كبيراً في تحديد شكل ونوع مزاجه. وينطلق لوينسون Lewinsohn في تفسيره للاكتئاب من وجهة نظر سلوكية، فهو يعتقد أن انخفاض معدل التعزيز الذي يحصل عليه الفرد هو العامل المسؤول عن ظهور الاكتئاب عنده. فقد وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين المكتئبين والعاديين من حيث مستوى النشاط أو السلوك الممارس، وأن انخفاض مستوى النشاط يُخفض من معدل التعزيز الذي يحصل عليه الفرد. فالمكتئبين أقل فاعلية في تفاعلهم مع الآخرين وهذا يقلل من معدل التعزيز الذي يحصلون عليه (Persons, et. al, 1988).

وعموماً نجد الأفراد المكتئبين يعانون من آثار هذه الحالة السلبية، حيث تبدو مظاهر البؤس واللامبالاة واضحة عليهم، فيشكو المكتئب من ضيق داخلي يحس به، ويصف نفسه بأنه تعيس، وفاقد للأمل ووحيد، وحزين وقلق، ومثبط الهمة، ولديه شعور بالذل والخجل (Turner, et. al, 1981).

كذلك يتدنى مفهوم الذات عند المكتئبين بشكل واضح، ويعتبر المكتئب عن هذا بمشاعر الكراهية للذات، وعدم الأهمية، ويصف نفسه بأنه سيء ولا يستحق العيش. كما يتدنى مستوى تقديره لذاته حيث يعتقد أنه شخص غير كفؤ وفاشل، بالإضافة إلى تدني مستوى تقديره لذكائه ولقدراته ولجاذبيته الشخصية. هذا وتسيطر على المكتئبين رغبة في الجلوس لوحدهم، والحفاظ على حالة دائمة من العزلة، وعلى صعيد النشاطات الحياتية تضطرب شهيتهم للأكل، ويضطرب نومهم، كما تضعف رغبتهم الجنسية، ويفقدون قدرتهم على الاستمتاع بالنشاطات على اختلافها ولذا ينخفض مستوى ممارستهم لها (Beck, 1980; Turner, et. al, 1981).

- الضغط النفسي: يُعتبر الضغط النفسي واحداً من عوامل الخطر الهامة التي تلعب دوراً أساسياً في حدوث السرطان، حيث يتضح تأثيره على الجسم من خلال إنتاج مادة الستيرويدات Steroids ، فالضغط النفسي يُنهِك ويُتعب الجسم لأنه نفسه يستثير الجسم لإنتاج الستيرويدات، وإن كثرة الستيرويدات في الجسم واستمرار إنتاجه بسبب ازدياد الضغط النفسي ولفترة طويلة يُعطّل جهاز المناعة عن القيام بوظائفه، كما يُخفّض بشكل كبير من نشاط وفعالية الخلايا القاتلة الطبيعية (NK) التي تقوم بقتل العديد من أنواع الخلايا الورمية، مما يزيد من خطر الإصابة بالسرطان بأنواعه (Myers, 1998).

إنّ الضغط النفسي يُسبب اضطرابات في وظيفة الحمض الأميني الأحادي، والذي يُسبب بدوره انخفاضاً في نسبة الميلاتونين في الجسم، مما يزيد من خطر الإصابة بالسرطان ويساهم في حدوثه (Panzer, 1998).

وقد أشارت نتائج العديد من الدراسات المتعلقة بالضغط النفسي إلى أن احتمالية الإصابة بالسرطان أعلى لدى الأفراد المعرضين لأحداث حياتية ضاغطة، مثل فقدان شخص عزيز أو طلاق أو مشاكل أسرية أو ترك العمل أو خسارة مادية كبيرة، أخذين بعين الاعتبار ظاهرة رد الفعل (Reactivity) والتي تشير إلى طريقة استجابة الفرد للمثيرات الضاغطة، وهي ظاهرة تخضع لمبدأ الفروق الفردية (Brannon & Feist, 1992).



لقد ركزت بعض الدراسات على العلاقة بين الضغوط النفسية والإصابة بسرطان الثدي، حيث أشارت نتائج هذه الدراسات أن مريضات سرطان الثدي قد مررن قبل إصابتهن بالسرطان بأحداث حياتية ضاغطة، وقد عانين من ضغط نفسي شديد، فالضغط النفسي يُضعف جهاز المناعة ويُثبط عمله، مما يُقلل من الدفاعات المناعية، كما يُخفض بشكل كبير من نشاط وفعالية الخلايا القاتلة الطبيعية (NK) التي تقوم بقتل العديد من أنواع الخلايا الورمية والتخلص من بدايات تكوين الخلايا السرطانية للثدي، مما يؤدي إلى خلق سرطان الثدي وتطويره، أو العمل على تنشيط ورم كامن ليتطور وينتشر بسرعة أكبر (Bryla, 1996; Biondi, et. al, 1996). كما أن الضغط النفسي يزيد من مستويات الكورتيزول والهرمون المحرض لإفراز قشر الكظر (ACTH)، مما يزيد من خطر الإصابة بسرطان الثدي، أو يساعد على نموه وزيادة انتشاره في حال وجوده (Spiegel, 1996).

فكما أن الضغوط النفسية قد تسبب السرطان فإنها أيضاً تؤثر على مسار السرطان وسرعة الشفاء بعد الإصابة بالمرض، فالضغط النفسي يؤثر سلباً على جهاز المناعة واستجابة السيتوكين Cytokine، كما يُخفض من نشاط وفعالية الخلايا القاتلة الطبيعية (NK). فجهاز المناعة له دور في السيطرة على السرطان حيث يستجيب لعوامل المرض وللخلايا السرطانية من خلال تنشيط استجابات مناعية نوعية وغير نوعية، إلا أن الضغط النفسي يُثبط عمل جهاز المناعة ويُعطله عن القيام بدوره، مما يؤثر على مسار السرطان وسرعة الشفاء (Semin, 1996).

إن تقليل الضغط النفسي من خلال تلقي الدعم الاجتماعي من الزوج والأشخاص المهمين والمقربين والأطباء أو من خلال مجموعات الإرشاد الجمعي يعمل على زيادة نشاط وفعالية الخلايا القاتلة الطبيعية (NK) لدى المريضات بسرطان الثدي في مرحلته الأولى أو الثانية (Levy, et. al, 1990).

كما يجب الإشارة إلى أن كبت المشاعر والانفعالات وعدم القدرة على التعبير عنها بحرية يُسبب الضغط النفسي والاكتئاب مما يزيد من خطر الإصابة بالسرطان. كذلك فإن مرضى السرطان الذين يعبرون عن انفعالاتهم بحرية مما يُقلل من ضغطهم النفسي

يبقون على قيد الحياة لمدة أطول من المرضى الآخرين الذين لا يعبروا عن انفعالاتهم (Cox & Mackay, 1982).

عندما تستمر الضغوط النفسية أو تصبح شديدة فإن الفرد يُغمر تحت هذه الضغوط، وبالتالي تصبح وظائفه في أدنى مستوى لها، وأخيراً يقود ذلك إلى انهيار كامل في قدرته العضوية على التأقلم أو التكيف وهذه الحالة يُشار إليها بمصطلح (De-compensation). إن شدة الضغط النفسي تعتمد على عاملين أساسيين هما: أولاً المتطلبات التكيفية وقدرة الفرد على تحمل الضغط، ثم ثانياً مدى توفر مصادر الدعم للتأقلم مع المتطلبات التكيفية (Feldman, 1989).

ويُعرف كولمان (Coleman, et al., 1983) الضغط النفسي على أساس أنه يتطلب تكيفي ينتج عن مواقف وردود أفعال لأوضاع فيها إمكانية لأذى الفرد، ويمكن القول أيضاً بأن الضغط النفسي يشير إلى متطلبات تكيفية يجب أن يتعامل معها الفرد إذا رغب أن يُشبع حاجاته المختلفة.

أما مايرز (Myers, 1998) فيُعرف الضغط النفسي على أنه العملية التي يتم من خلالها تقييم وتفسير الأحداث البيئية على أنها مهددة، أو تحمل تحدياً للعضوية، وتحديد كيفية التعامل والتكيف مع هذه الأحداث.

نلاحظ من التعريفات السابقة للضغط النفسي أنه يحتوي ثلاثة عناصر أساسية وهي:

- يحدث الضغط النفسي عندما يدرك ويُفسر الفرد الأحداث البيئية على أنها أحداث ضاغطة.
- يتطلب الشعور بالضغط النفسي وجود عناصر سارة أو غير سارة لا يمكن التحكم بها أو السيطرة عليها بالنسبة للفرد.
- يشير مفهوم الضغط النفسي إلى الاستجابة النفسية والمعرفية والفسولوجية التي يقوم بها الفرد تجاه البيئة والضغوطات المدركة.

أما سيلاي (Selye, 1980) فيرى أن الضغط النفسي عبارة عن استجابة غير محددة من الجسم نحو أي متطلب من متطلبات البيئة، وتتكوّن هذه الاستجابة من ثلاث مراحل أساسية: المرحلة الأولى هي مرحلة التحذير أو الصدمة (Alarm Stage) وهنا تنشط العضوية لمواجهة التهديد. أما المرحلة الثانية فهي المقاومة (Resistance Stage) وبها تعمل العضوية للدفاع عن نفسها تجاه مصدر التهديد. والمرحلة الثالثة هي مرحلة الإنهاك (Exhaustion Stage) والتي تصل إليها العضوية في حال فشلها في التغلب على التهديد عندما يستمر لفترة طويلة ويكون كبيراً. ويرى أندرسون Anderson أن الضغط النفسي ينتج عن أي مثير حقيقي أو متخيل يتطلب من الفرد أن يكون مختلفاً عما هو عليه، أي هو مثير يتطلب التكيف من جهة العضوية (Carson, Butcher, & Coleman, 1992).

وقد عرف كل من كوفر وأبلي Cofer & Appley الضغط النفسي أنه حالة خطر يتعرض لها الفرد ككل، لدرجة يحتاج معها إلى تخصيص كل طاقاته لحماية نفسه. كذلك عرف جولدنسون Goldenson الضغط النفسي بأنه حالة من الإرهاق النفسي والجسمي تتطلب من الفرد التكيف معها (Schwebel, et. al, 1990). بينما يرى لازاروس Lazarus أن الضغط النفسي يعتمد على العلاقة بين الفرد وبيئته، ومدى تقييم الفرد لهذه العلاقة على أنها تشكل عبئاً أو تتجاوز مصادره وتعرض وجوده للخطر (Folkman & Lazarus, 1988).

إن كثرة التعرض للضغوط النفسية تُضعف من قدرة العضوية على مقاومة ضغوط إضافية، وهذا يدل على أن مصادر الطاقة لدى الفرد من أجل المقاومة والتكيف محدودة، وبناءً عليه يؤكد مايرز (Myers, 1998) أنه إذا كانت مصادر العضوية موجهة نحو مقاومة مصدر معين للضغط، فهذا يعني أن هذه المصادر غير متوفرة في ذات الوقت للتكيف مع ضغوط أخرى. وقد أوضح سكلار وأنزيمان (Sklar & Anisman, 1981) أن الضغوط النفسية التي يواجهها الفرد تُضعف من مقاومته البيولوجية للأمراض الجسمية، وكذلك فإن الأمراض الجسمية تُضعف من قدرة الفرد على مقاومة الضغوط النفسية. وبشكل عام فإن الضغط النفسي الشديد يؤدي إلى انخفاض القدرة التكيفية للعضوية في مختلف المجالات (Coles, 1982).

- تقدير الذات: من المعروف أن للاكتئاب والضغط النفسية آثار سلبية على صورة الفرد عن ذاته، حيث توجد علاقة تبادلية بين الاكتئاب وتدني مفهوم الذات لدى الفرد، وهذا قد ينعكس سلباً على جهاز المناعة والمقاومة لديه. كما يُعتبر تقدير الذات من العوامل الهامة التي تلعب دوراً في كيفية الاستجابة النفسية والاجتماعية للإصابة بالسرطان. فتدني تقدير الذات من عوامل الخطر الهامة التي تساهم في إحداث العديد من المشاكل التكيفية لدى الأفراد بعد إصابتهم بالسرطان (Katz, et. al, 1995).

وهناك تعريفات مختلفة لتقدير الذات، فقد عرفه كوبر سميث Cooper smith بأنه حكم شخصي يُصدره الفرد لقيّمته، ويظهر باتجاهاته التي يحملها نحو ذاته. فهو تقييم يضعه الفرد لنفسه وبنفسه ويعمل للمحافظة عليه ويتضمن اتجاهاته الإيجابية والسلبية نحو الذات، كما يتضمن مدى اعتقاد الفرد بأنه قادر وهام وناجح وكفؤ (Halpin & Whiddon, 1981). أما روزنبرغ Rosenberg فيعرف تقدير الذات بأنه الاتجاه العام السلبي أو الإيجابي نحو الذات. ويرى سوبر Super أن تقدير الذات يُعد من أبعاد مفهوم الذات ويُعرفه بأنه مشاعر الفرد تجاه نفسه (Honest & Yardley , 1987).

بينما يشير كل من زيلر وهاندرسون Ziller & Handerson إلى أن تقدير الذات هو القيمة أو الجدارة التي يعزوها الفرد لنفسه مقارنة بالآخرين (المصري، ١٩٩٥). هذا وقد صنّف ماسلو Maslow تقدير الذات كحاجة أساسية للإنسان، فهو يرى أن اعتراض مثل هذه الحاجة سيؤدّ شعوراً بالدونية والضعف والعجز لدى الفرد، والتي ستقود إلى السلوك العُصابي. كذلك يُعتبر تقدير الذات المنخفض عائقاً للتكيف الإيجابي في الحياة، بينما يُعتبر تقدير الذات المرتفع ضروري لشعور الفرد بالسعادة والنجاح في الحياة (عبده، ١٩٩١).

بشكل عام، ومن خلال استعراض العوامل الخطرة للإصابة بالسرطان يتبين لنا أن بعض هذه العوامل وخاصة النفسية منها قابلة للضبط والتعديل والتغيير، وذلك من خلال الانخراط في برامج تعديل السلوك المتنوعة والمجموعات الإرشادية، بما يضمن الوقاية من الإصابة من ناحية، وتعديل آثار الإصابة بالسرطان بعد حدوثها من ناحية أخرى.

## مشكلة الدراسة

خلال العقد الأخير أصبح هناك اهتمام متزايد بالدور الذي تلعبه العوامل النفسية في خلق وتطوير أورام خبيثة وخاصة سرطان الثدي، حيث أن الانفعالات السلبية أو غير التكيفية لها تأثيرات مباشرة على النواحي العضوية لدى الإنسان، فالصحة النفسية والصحة الجسمية وجهان لعملة واحدة، فكل منهما يؤثر بالآخر ويتأثر به.

وبسبب معدل انتشار سرطان الثدي المرتفع وزيادة نسبة حالات الوفاة بهذا المرض في الأردن، فقد أصبح هناك حاجة ملحة لمعرفة الأسباب وراء ذلك، وقد تكون للعوامل النفسية دوراً في الإصابة مما دعى للقيام بهذه الدراسة.

وقد هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين العوامل النفسية التالية: الاكتئاب، والضغط النفسي، وتقدير الذات، ومدى الإصابة بسرطان الثدي لدى النساء في الأردن. وقد حاولت الدراسة الإجابة عن السؤال الرئيسي التالي:

هل هناك علاقة بين متغيرات: الاكتئاب، والضغط النفسي، وتقدير الذات من جهة، وبين الإصابة بسرطان الثدي لدى النساء في الأردن من جهة أخرى: على مستوى دلالة  $(\alpha) = 0,05$ ؟ وهل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الأداء على هذه المقاييس بين المصابات وغير المصابات؟

ومن هذا التساؤل العام... ظهرت الفرضيات التالية:

## فرضيات الدراسة

استهدفت الدراسة فحص الفرضيات التالية:

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية  $(\alpha = 0,05)$  على متوسط الدرجات المسجلة على مقياس الاكتئاب حسب الإصابة والعمر والتفاعل بينهما.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية  $(\alpha = 0,05)$  على متوسط الدرجات المسجلة على مقياس الضغط النفسي حسب الإصابة والعمر والتفاعل بينهما.
- ٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية  $(\alpha = 0,05)$  على متوسط الدرجات المسجلة على مقياس تقدير الذات حسب الإصابة والعمر والتفاعل بينهما.

## أهمية الدراسة

مما لا شك فيه أن الكثير من الأمراض الجسمية لها جذور سيكولوجية، فقد أشارت الدراسات إلى أن العوامل النفسية تلعب دوراً مهماً في الإصابة بسرطان الثدي وغيره من أنواع السرطان، كما هو الحال في الأمراض الجسمية الأخرى، مثل أمراض القلب والدورة الدموية وارتفاع ضغط الدم والقرحة، حيث أن الانفعالات السلبية أو غير التكيفية لها تأثيرات مباشرة على النواحي العضوية لدى الإنسان، كما أنها يمكن أن تؤدي إلى العديد من الممارسات والسلوكيات ذات التأثير السلبي على صحة الفرد.

لقد تزايد الاهتمام في الآونة الأخيرة بدور العوامل النفسية كواحدة من العوامل الخطرة المسببة للإصابة بسرطان الثدي وغيره من أنواع السرطان، إلا أنه لا يوجد اتفاق واضح بين نتائج الدراسات التي تم إجراؤها في هذا المجال حول كيفية مساهمة هذه العوامل في خلق وتطوير سرطان الثدي، مما يستدعي إجراء المزيد من الدراسات لمعرفة دور وأهمية العوامل النفسية في الإصابة بسرطان الثدي.

إن سرطان الثدي من أكثر السرطانات التي تتطلب دراسة دور العوامل النفسية في التسبب في حدوثها وتطورها، وذلك بسبب معدل انتشاره المرتفع مقارنة مع أنواع السرطانات الأخرى، وزيادة نسبة حالات الوفاة بهذا المرض لدى النساء، إضافة إلى التأثيرات النفسية لإصابة عضو غني بالمعاني كالثدي، فالثدي رمز مهم للأنوثة وجزء جوهري لتقدير الذات لدى النساء.

هناك اهتمام متزايد بأهمية العوامل الخطرة ذات المنشأ النفسي بالإصابة بالسرطان. وبناء عليه فقد قامت العديد من الدول المتقدمة بوضع برامج وقائية لتخفيف الإصابة بالسرطان وتأهيلية إرشادية نفسية إلى جانب البرامج الطبية المقدمة لمرضى السرطان، سواء كان ذلك بعد الإصابة بالسرطان للتخفيف من آثاره الجسمية والنفسية، أو قبل الإصابة بالسرطان بهدف الوقاية.

ونظرا لكون الدراسات العربية في هذا المجال قليلة جدا، فإن الحاجة تدعو للقيام بمثل هذه الدراسة على أمل أن تمثل رافدا للمكتبة العربية في هذا المجال. ويأتي اختيار منهجية البحث بهدف تطوير فهم أعمق لدور العوامل النفسية كمثيرات للعوامل الفسيولوجية ذات العلاقة المباشرة بالإصابة بسرطان الثدي لدى النساء في الأردن. وتكمن أهمية هذه الدراسة في كونها تتناول كل من المتغيرات التالية: الاكتئاب، والضغط النفسي، وتقدير الذات، وتدرس حجم مساهمة هذه العوامل في الإصابة بسرطان الثدي لدى النساء في الأردن.

وقد تساعد نتائج هذه الدراسة على أن يصبح الأفراد أكثر وعيا وإدراكا لدور هذه العوامل النفسية في الإصابة بسرطان الثدي، وذلك من خلال التشجيع على بناء برامج توعية شاملة لهذه العوامل، بحيث تكون موجهة لجميع فئات المجتمع وخاصة للنساء، فعندما يدرك الفرد مدى خطورة هذه العوامل سيكون أكثر اهتماما بالبحث عن طرق لتعديل وتغيير هذه العوامل الخطرة المسببة لسرطان الثدي، كما قد تساعد على دعم بناء برامج إرشادية نفسية بهدف تعديل هذه العوامل.

كما أن نتائج مثل هذه الدراسة ستكون مفيدة في الدعوة إلى ضرورة إعداد برامج وقائية من الأضرار التي يمكن أن تحدثها مثل هذه العوامل النفسية والانفعالية، بالإضافة إلى أنها مفيدة في الجانب العلاجي، فقد تكون حافزا لدى القائمين على معالجة مريضات سرطان الثدي لاستخدام أساليب علاجية نفسية تساعد على الوقاية من الإصابة من ناحية، بالإضافة إلى كونها علاجا مساعدا يمكن استخدامه جنبا إلى جنب مع العلاجات الطبية من ناحية أخرى.

## تعريف مصطلحات الدراسة

- الاكتئاب Depression :

يُعرف بيك (Beck, 1980) الاكتئاب على أنه حالة نفسية تصاحبها تغيرات جسمية وعقلية معرفية ومزاجية، وقد حدد بيك هذه التغيرات كما يلي:

١- البؤس والحزن واللامبالاة.

٢- تدني في مفهوم الذات.

٣- الرغبة في الوحدة والعزلة.

٤- اضطرابات في النوم والشهية، وفي النواحي الجنسية.

٥- انخفاض واضح في مستوى النشاط.

وفي هذه الدراسة فإن الاكتئاب سيُعرف إجرائياً من خلال الدرجة المسجلة على قائمة بيك للاكتئاب بصورتها المعرّبة.

- الضغط النفسي Stress:

يُعرف فيلدمان (Feldman, 1989) الضغط النفسي على أنه العملية التي يتم من خلالها تصنيف الأحداث على أنها متحدية، مهددة أو مؤذية، والاستجابة لهذه الأحداث على المستوى النفسي والانفعالي والمعرفي والسلوكي. وهذه الأحداث في حدّ ذاتها قد تكون سلبية أو إيجابية، ولكن ما يُعرف هذه الأحداث على أنها أحداث ضاغطة هي الاستجابة التي تؤدي تجاه هذه الأحداث.

إن اعتبار الحدث حدثاً ضاغطاً يعتمد على طريقة استقبال وتفسير الفرد لهذا الحدث، حيث أن العمليات المعرفية للأشخاص تلعب دوراً كبيراً في كيفية تفسير الفرد للضغوط المحيطة به، لذا فإن تفسير الأحداث على أنها ضاغطة أو لا، يختلف من شخص إلى آخر، كما يختلف لدى نفس الفرد من وقت لآخر (الدراس، ١٩٩٩).

وفي هذه الدراسة فإن الضغط النفسي سيُعرف إجرائياً من خلال الدرجة المسجلة على مقياس الضغط النفسي للكبار.

- تقدير الذات Self Esteem :

ويمكن تعريف تقدير الذات على أنه تقييم الفرد لنفسه سلبياً أو إيجابياً، اعتماداً على كل من اتجاهاته التي يحملها نحو ذاته، ونظرته لنفسه، ونظرة الآخرين له. ويتضمن هذا التقييم الجانب العقلي والاجتماعي والانفعالي والجسدي والأخلاقي لدى الفرد.

وفي هذه الدراسة فإن تقدير الذات سيُعرف إجرائياً من خلال الدرجة المسجلة على مقياس تقدير الذات.



## محددات الدراسة:

١- تطبيق مقاييس الدراسة بطريقة استرجاعية، حيث كان يُطلب من المريضة أن تتذكر حالتها النفسية في الشهر الذي سبق تشخيصها بسرطان الثدي، مما قد يُمثل جانباً لقصور هذه الدراسة.

# الفصل الثاني

## الدراسات السابقة

## الفصل الثاني

### الدراسات السابقة

في مطلع الثمانينات من القرن السابق ازداد الاهتمام بالمظاهر النفسية والاجتماعية للأمراض الجسمية وعلاقتها بالعوامل والاضطرابات النفسية، ومنها أمراض السرطان وخاصة سرطان الثدي حيث ركزت العديد من الدراسات على دور العوامل النفسية وخاصة الضغط النفسي والاكتئاب في خلق وتطوير أورام خبيثة. كما تطرقت إلى الأثر النفسي للتشخيص والعلاج، وطبيعة هذه المشاكل النفسية، وأشارت إلى أثر العوامل النفسية في مسار السرطان وسرعة الشفاء ومعدل البقاء على قيد الحياة ( Walker & Eremin, 1996).

وفيما يلي عرض لدراسات توضح طبيعة العلاقة بين العوامل النفسية المدروسة وبين خطر الإصابة بسرطان الثدي أو كيفية تأثير هذه العوامل النفسية على مسار السرطان.

لقد أجرى بانزر (Panzer, 1998) دراسة لمعرفة العلاقة بين الضغط النفسي وخطر الإصابة بالسرطان، وقد وجد أن الضغط النفسي بسبب اضطرابات في وظيفة الحمض الأميني الأحادي، والذي يسبب بدوره نقص في السيروتونين الذي يظهر على شكل اكتئاب. وعند بعض الأفراد لا يُسبب الضغط النفسي ذلك. وقد افترض بأن هؤلاء الأفراد الذين لا يحدث لديهم اكتئاب نتيجة الضغط النفسي يتحول الميلاتونين في جسدهم (وهو نتاج طبيعي للسيروتونين) إلى السيروتونين وبالتالي يبقى السيروتونين في الجسم بمستواه الطبيعي. ولذلك فإن هؤلاء الأفراد لا يكتثبون ويتميزون بشعورهم بالسعادة والمرح والطبيعة غير المؤكدة. وإن هذا النقص في مستويات الميلاتونين يمكن على أي حال أن يكون إشارة لزيادة خطر الإصابة بالسرطان. لذلك يُفترض أن الضغط النفسي يُسبب إما اكتئاب نتيجة نقص السيروتونين أو سرطان نتيجة انخفاض نسبة الميلاتونين، وذلك اعتماداً على سمات شخصية الفرد والكيمياء الحيوية لديه.

كما أجرى سيمين (Semin, 1996) دراسة تهدف لتوضيح دور جهاز المناعة في السيطرة على السرطان والاستجابة للضغط النفسي. وقد تبين أن جهاز المناعة يستجيب لعوامل المرض وللخلايا السرطانية من خلال تنشيط استجابات مناعية نوعية وغير نوعية. وبذلك فإن هدف العلاج المناعي تعزيز هذه الاستجابات المناعية للسيطرة على نمو الخلايا السرطانية. كما أشارت هذه الدراسة إلى أن الضغط النفسي يؤثر سلباً على جهاز المناعة واستجابة السيتوكين مما يؤثر على مسار المرض وسرعة الشفاء. وقد أوصت هذه الدراسة بأن معرفة مبادئ علم المناعة والاستجابة المناعية للسرطان ودور السيتوكين كوسيط في الاستجابة المناعية وتأثير الضغط النفسي على جهاز المناعة واستجابة السيتوكين من الممكن أن تساعد في تحسين نوعية الرعاية الطبية والنفسية المقدمة لمرضى السرطان.

وقد قام ديكيسير وزملائه (Dekeyser, et al., 1998) بدراسة مستقبلية وصفية وارتباطية تهدف للتحقق من الضغط النفسي وعلاقته بوظيفة المناعة لدى نساء مشتبه بأن لديهن سرطان الثدي. حيث تم اختيار عينة ملائمة مكونة من نساء إما خضعن لعملية سحب عينة بواسطة الإبرة أو نساء تم أخذ خزعة من أثنائهن بواسطة الجراحة وذلك للشك بوجود سرطان الثدي لديهن. فقد شملت عينة الدراسة (٣٥) امرأة ٦ منهن يعانين من أورام خبيثة و ٢٩ منهن يعانين من أورام حميدة. وقد كانت المتغيرات الرئيسية في هذه الدراسة هي الضغط النفسي وأعراض الضغط النفسي ووظيفة المناعة. وقد تم استخدام قائمة جرد مختصرة للأعراض كمقياس للضغط النفسي، كما تم استخدام مقياس للأعراض التكيفية للضغط النفسي لقياس أعراض الضغط النفسي، أما وظيفة المناعة فقد تم قياسها من خلال مستوى السيتوكين (Cytokine) في مصل الدم. أما نتائج هذه الدراسة فقد أظهرت أن هناك تأثير قوي لعملية تشخيص السرطان على الضغط النفسي وآثاره المحتملة على وظيفة المناعة. فالضغط النفسي كان أكبر بشكل ملحوظ لدى النساء اللواتي لديهن ورماً خبيثاً، وعلى أي حال النساء اللواتي لديهن ورماً حميداً ارتفعت مستويات الضغط النفسي لديهن باستمرار. وقد أوصت هذه الدراسة بالوعي لطبيعة الضغط النفسي المتزايد في مرحلة تشخيص المرض وضرورة الاستمرار بتزويد الدعم، علماً بأن الضغط النفسي يستمر خلال هذه المرحلة، خاصة لدى النساء اللواتي تم تشخيص إصابتهن بورم خبيث.

وللتحقق من العلاقة السببية بين سرطان المعدة ونمط الحياة، أجرى واتابه وزملاؤه (Watabe .et al, 1998) دراسة ضابطة في اليابان، حيث تكونت عينة الدراسة من ٢٤٢ حالة مصابة بالسرطان و ٤٨٤ حالة ضابطة غير مصابة، وقد ربطت العينة بالجنس والعمر ومكان الإقامة. وقد بينت الدراسة أن الأكل بسرعة والأكل حتى الامتلاء وعدم الانتظام في مواعيد العشاء ونقص عدد الأسنان والتوتر والضغط النفسي والعمل لوقت طويل واضطرابات النوم تشجع الإصابة بسرطانات المعدة وتطورها. فالحياة الضاغطة (Stressful life) قد تكون مشجعة للإصابة بالسرطان من خلال تثبيط المقاومة المناعية للجسم. ويتجنب الضغط النفسي ومضغ الطعام بشكل كافي والمحافظة على صحة الفم يمكن المساعدة في منع سرطان المعدة والوقاية منه.

وفي دراسة أجراها فانديربومبيه وزملاؤه (Van der Pompe. et al, 1998) على عينة مكونة من ٢٣ امرأة مصابات بسرطان الثدي مع إصابة للعقد اللمفاوية الإبطية، وذلك بهدف دراسة العلاقة بين الضغط النفسي وفعالية جهاز المناعة، وجد أن للضغط النفسي تأثير على الجهاز المناعي حيث يؤثر على انتشار ونشاط الخلايا القاتلة الطبيعية (NK) الضرورية للقضاء على الخلايا الورمية مما يؤدي بالنتيجة إلى تفاقم الحالة.

كما قام فاندر بومبيه وزملاؤه (Van der Pompe, et al., 1996) بدراسة هرمونية تناولت كل من الغدة النخامية وتحت المهاد والغدة الكظرية لدى (٣١) امرأة مصابة بسرطان الثدي في مرحلة مبكرة وأخريات مصابات بسرطان الثدي منتشر في الجسم في مرحلة متقدمة. وقد تم إعطاء ال Tamoxifen تاموكسيفين كعلاج لكلا المجموعتين. وكمجموعة ضابطة تم إشراك (١٥) امرأة يتمتعن بصحة جيدة في هذه الدراسة وقد تم ربط هذه المجموعة بالعمر. وقد بينت النتائج الارتفاع الواضح في نسبة الكورتيزول الأساسي لدى المصابات بسرطان الثدي المنتشر بالجسم تكون مستويات الكورتيزول الأساسي لديهن أعلى مقارنة مع المصابات بسرطان الثدي في المراحل المبكرة للورم. وقد لوحظ أنه لا يوجد فرق واضح في مستويات ال ACTH الأساسي في البلازما وهو الهرمون المحرض لإفراز قشر الكظر، ومستويات هرمون البرولاكتين بين النساء المصابات بسرطان الثدي والمجموعة الضابطة. وتزودنا هذه البيانات بدليل ارتباط سرطان الثدي مع فرط نشاط الغدة الكظرية الذي قد يكون نتيجة للضغط النفسي الفسيولوجي المرتبط

بوجود نقائل ورمية صغيرة أو خلايا ورمية في الدورة الدموية. ولوحظ في هذه الدراسة أن استجابة هرمون البرولاكتين للضغط النفسي الحاد تكون أسرع لدى النساء المصابات بسرطان الثدي المنتشر منها لدى النساء اللواتي يتمتعن بصحة جيدة. كما وجد أن النساء المصابات بسرطان الثدي منتشر تكون استجابة هرمون ACTH لديهن ضعيفة مقارنة مع النساء الأصحاء.

وقد أجرى جليبر (Gilbar, 1996) دراسة تناولت عينة مكونة من ٤٠ امرأة مصابة بسرطان الثدي في مراحل الأولى والثانية تم مقابلتهن في عام ١٩٨٤ وبعد ثمانية سنوات أي في عام ١٩٩٢، ماتت ٨ نساء من النساء الأربعين و٧ نساء قد وجد لديهن نقائل ورمية في العظم والـ ٢٥ امرأة الباقية لم يلاحظ وجود أي دليل للمرض لديهن. وقد تبين أن النساء الثمانية المتوفيات قد عانين من الضغط النفسي والقلق والاكتئاب والعدائية والحقد وجنون العظمة (البرانويا) والتوهم بشكل أكثر شدة منه عند النساء اللواتي بقيسن على قيد الحياة. وكننتيجة لهذه الدراسة فإن شدة الضغط النفسي والقلق والاكتئاب ممكن أن تُنبئ بفترة بقاء أقصر.

وفي دراسة أجراها سبيجل (Spiegel, 1996) بهدف دراسة العلاقة بين الاكتئاب والسرطان، تبين أن نصف مرضى السرطان لديهم اضطرابات نفسية، وعادة ما يكون هناك اضطراب في التكيف مترافقاً مع الاكتئاب. كذلك فإن القلق بشأن الإصابة بمرض مثل السرطان غالباً ما يقود إلى تأجيل تشخيص هذا المرض مما يؤدي إلى إنقاص الفترة المتوقعة للبقاء على قيد الحياة بنسبة ١٠% إلى ٢٠%. وقد تبين أن الأفراد المكتئبين هم أكثر عرضة لخطر الإصابة بالسرطان، كما تبين أن العلاج النفسي للاكتئاب يؤثر على مسار ونهج السرطان. فالعلاج النفسي الذي يقلل القلق والاكتئاب يقوم بدوره بتقليل الألم. وفي ثلاث دراسات عشوائية كان للعلاج النفسي دور في زيادة فترة البقاء ثمانية عشر شهراً لنساء مصابات بسرطان الثدي ومرضى مصابين بالليمفوما ومرضى آخرين مصابين بالميلانوما الخبيثة. فالعلاج النفسي يلعب دوراً هاماً في اكتساب سلوك المحافظة على الصحة والاستفادة من الرعاية الصحية وتنظيم إفرازات الغدد الصماء وتحسين وظيفة المناعة. وهكذا فإن المعالجة الفعالة للاكتئاب لدى مرضى السرطان تؤدي إلى تكيف أفضل وتقلل من الأعراض وقد تؤثر على نهج ومسار المرض. وبالتالي فإن علاج الاكتئاب لدى هؤلاء المرضى يمكن اعتباره جزءاً من العلاج الطبي كما هو علاج نفسي.

وقد أجرت بريلا (Bryla, 1996) دراسة لمعرفة العلاقة بين الضغط النفسي وتطوير سرطان الثدي وللتحقق من جهاز المناعة كوسيط ممكن، وقد أخذ بعين الاعتبار سمات الشخصية والاستجابة للضغط النفسي وأحداث الحياة الضاغطة. وقد أظهرت الدراسة أن هناك علاقة بين الضغط النفسي وتطوير سرطان الثدي، وقد تم وصف هذه العلاقة تبعاً لسمات شخصية المريضة وطبيعة استجابتها للضغط النفسي أو لوقوع أحداث حياتية ضاغطة. وتبين أن نظام المناعة يمكن أن يتوسط التأثير الفسيولوجي للضغط النفسي على سرطان الثدي. وبالرغم من الصعوبة في قياس الضغط النفسي مما يجعل توضيح العلاقة بشكل ملموس بين الضغط النفسي وسرطان الثدي صعباً إلا أن الدراسات قد أظهرت أن الضغط النفسي مرتبط بسرطان الثدي لدى عدد مختلف من المريضات بسرطان الثدي. وقد أوصت هذه الدراسة بضرورة فهم طبيعة العلاقة الدائمة بين الضغط النفسي وسرطان الثدي. فبالرغم من إمكانية عدم القدرة على منع الضغط النفسي إلا أنه من الممكن تعليم المريضات تكتيكات وأساليب مثل ضبط الضغط النفسي، الدعم الاجتماعي، مهارات الاتصال، الضحك والبكاء للتعامل مع الضغط النفسي إيجابياً.

في القرن التاسع عشر عمل الأطباء مع مرضى يعانون من السرطان، كثيراً منهم كان يعاني من مشاعر شديدة بالحزن والفقدان قبل إصابتهم بالسرطان. وبهدف الإجابة على السؤال التالي: هل يمكن للحزن الشديد وفقدان شخص عزيز أن ينشط ورم كامن، فقد أجرى بيوندي وزملاؤه (Biondi, et al, 1996) دراسة على حالة لامرأة عمرها (٤٥) سنة والتي قد تطوّرت لديها أعراض الإصابة بسرطان الثدي بعد ثلاث سنوات من فقدانها لطفلها الوحيد. حيث تأثرت حياتها الزوجية وأصبحت غير مستقرة، فالطفل قد توفي إثر حادث مفاجئ في المنزل بينما كانت والدته بالقرب منه وعاجزة عن مساعدته. وقد أظهرت هذه الدراسة أن المريضة لديها استعداد جيني وعائلي لخطر الإصابة بسرطان الثدي بالإضافة لما أصابها من يأس وحزن شديد. وقد بينت الدراسات على الحيوانات بشكل قوي أن الضغط النفسي له تأثير واضح على الجهاز المناعي والعصبي حيث يؤثر بذلك على ظهور وتطور سرطان الثدي. وقد أظهرت البيانات المأخوذة من الدراسات المعتمدة على تشريح الجثث التي تُبين وجود بؤر كامنة لسرطانات الثدي في ٢٠% من النساء الأصحاء اللواتي بنفس المعدل العمري ولم يعانين من أمراض نفسية

حادة أن الضغط النفسي لا يخلق السرطان بل إنه يعمل على تنشيط ورم كامن أو يُضعف الجهاز المناعي خلال المراحل الخطرة والمتأزمة من الحياة.

وفيما يلي أربع دراسات مناقضة لم تؤيد النتائج السابقة:

قد أجرى روبرتس (Roberts. et al, 1996) دراسة تشير إلى أن العديد من النساء يعزى إصابتهن بسرطان الثدي إلى العوامل النفسية الاجتماعية مثل الضغط النفسي والاكنتاب. فقد درست العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة وخطر الإصابة بسرطان الثدي على عينة مكونة من ٢٥٨ امرأة مصابة بسرطان الثدي ومجموعة ضابطة تم اختيارها عشوائياً مكونة من ٦١٤ امرأة. وقد وجد أن النساء في كلتا المجموعتين قد عانين من نفس عدد الأحداث الحياتية الضاغطة في السنوات الخمس التي سبقت هذه الدراسة. وبذلك فإن نتائج هذه الدراسة لم تقترح أي ارتباطات ذات أهمية بين أحداث الحياة الضاغطة وخطر الإصابة بسرطان الثدي.

كما وقد أجريت دراسة لكل من كفيكستاد وفاتن (Kvikstad & Vatten, 1996) تهدف للكشف عن أثر الضغط النفسي الناتج عن وفاة طفل في الأسرة على كل من خطو الإصابة بالسرطان وفترة البقاء على قيد الحياة للأمهات التكلى. وقد أجريت الدراسة على مجموعتين من النساء في أعمار متوسطة ومصابات بالسرطان حيث كانت المجموعة الأولى قد عانت من وفاة طفل بينما لم تختبر المجموعة الأخرى هذه الحادثة. وقد تبين من خلال هذه الدراسة أن خطر الإصابة بالسرطان كانت نسبته متشابهة إلى حد كبير بين كلا المجموعتين، ومن جهة أخرى لم تتأثر فترة البقاء على قيد الحياة بحدوث وفاة لطفل في الأسرة أو عدم حدوث وفاة، فقد كان خطر الموت لدى كلا المجموعتين متشابهة تقريبا، وفي تحليل مناطق معينة للسرطان لم يكن هناك أي اختلاف في خطر الإصابة بالسرطان وفي فترة البقاء على قيد الحياة بين كلا المجموعتين.

وهناك دراسة أجراها تروس وزملاؤه (Tross, et al., 1996) تهدف لإيجاد أثر العوامل النفسية على طول فترة البقاء على قيد الحياة لدى نساء مصابات بسرطان الثدي من الدرجة الثانية ويخضعن للعلاج الكيميائي، وقد فشلت هذه الدراسة في تقديم أي دليل على تأثير العوامل النفسية في طول فترة البقاء على قيد الحياة.



قام كاتز وآخرون (Katz, et al., 1995) بدراسة تهدف للتحقق من العلاقة بين تقدير الذات والاستجابة النفسية الاجتماعية للإصابة بالسرطان. وقد كانت نتيجة هذه الدراسة أن تقدير الذات في حالة الإصابة بالسرطان هو نتيجة متغيرة ومتنوعة ووسيط للنتائج النفسية الاجتماعية الأخرى وكمصدر شخصي يُسهل عملية التكيف. كما أن مظاهر تقدير الذات وخاصة تقدير الذات المرتبط بصورة الجسم تظهر بشكل مضطرب لدى العديد من مرضى السرطان. فنتيجة للدراسة النظرية والإكلينيكية تم تأكيد أهمية تقدير الذات في الاستجابة النفسية الاجتماعية للسرطان.

وفي دراسة أجراها فيبر (Feber, 1996) بهدف فحص الأثر الصادم للسرطان واستئصال الحنجرة على تقدير الذات وصورة الجسم لدى مرضى السرطان تبين أن سرطان الحنجرة واستئصالها يؤديان لتدني في تقدير الذات وتكوين مفهوم ذاتي سلبي كما يؤديان إلى تكوين صورة سلبية عن الجسم والذات. وقد اقترح الباحث كيف يمكن مساعدة المرضى لتجنب انحطاط روحهم المعنوية وصورتهم السلبية عن الذات والاكتئاب، وذلك باستخدام العلاج النفسي وإعادة تأهيلهم.

هذا وقد أجرى ماركيبورو وزملاؤه (Marchioro, et al., 1996) دراسة بهدف تحديد فيما إذا كان التدخل والعلاج النفسي له أثر مفيد على نوعية الحياة والسلوك لدى النساء المصابات بسرطان الثدي. وقد تكونت عينة الدراسة من ٣٦ امرأة مصابات بسرطان الثدي غير منتشر قد خضعن للعلاج بالجراحة والعلاج الكيميائي وقد تم اختيارهن عشوائياً لتلقي العلاج النفسي على شكل علاج نفسي فردي معرفي أسبوعي وإرشاد أسري شهري وذلك بهدف معرفة أثر العلاج النفسي على كل من الشخصية ونوعية الحياة والاكتئاب لدى هؤلاء النساء. وقد تبين من خلال هذه الدراسة أن العلاج النفسي المعرفي والإرشاد الأسري قد حسنا من الاكتئاب ونوعية الحياة لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما وقد ظهرت لدى المجموعة التجريبية التي خضعت للعلاج النفسي سلوكيات انفعالية تكيفية أحسن من خلال تغيرات في سمات الشخصية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

كما قام كل من تريف ودونوهيو (Trief & Donohue, 1996) بدراسة تهدف لتوضيح الحاجات الإرشادية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، حيث تبين أن النساء

المصابات بسرطان الثدي واللواتي ما زلن في مرحلة العلاج معرضات لخطر الإصابة بضغط نفسي انفعالي مستمر ومرتفع وستأثر نوعية حياتهن بشكل سلبي. وقد تم تحديد العوامل التي تجعل النساء معرضات للإصابة نفسياً وتتضمن كل من العمر الأصغر عند التشخيص وتاريخ حياة ضاغطة بدرجة عالية أو المرور بحالة اكتئاب قبل التشخيص وأن يكون المرض في مرحلة متقدمة أكثر. وقد أوصت هذه الدراسة بتطوير وتطبيق أساليب إرشادية وطرق للعلاج النفسي لمساعدة هؤلاء النساء على التكيف نفسياً.

هذا وقد أجرى بيرسكي وآخرون (Persky et al., 1987) دراسة لـ ٢٠١٨ رجل في متوسط العمر قد تم توظيفهم من قبل شركة كهرباء ويستيرن في سنة ١٩٥٨، وذلك باستخدام اختبار شخصي، وتبين أن خلال العشرين سنة التالية ٧% منهم لم يكتبوا و ١٢% منهم اكتبوا إلى حد ما وقد ماتوا بالسرطان.

وفي دراسة سويدية كبيرة أجراها كورتني وآخرون (Courtney et al., 1993) بهدف دراسة العلاقة بين ضغوطات العمل وخطر الإصابة بالسرطان، تبين أن الأشخاص الذين لديهم تاريخ بضغط مكان العمل هم يعرضون أنفسهم لخطر الإصابة بسرطان القولون أكثر بـ (٥,٥) مرة من الذين لم يختبروا مشاكل كهذه.

إن تشخيص الإصابة بسرطان الثدي وعلاجه والآثار الجانبية للعلاج هي عبارة عن عوامل ضغط نفسي أساسية لأي امرأة. على أي حال فإن الأثر النفسي للتشخيص والاستجابات الانفعالية للنساء تتغير بشكل كبير اعتماداً على التقييم الطبي للمرض وخطورته وعلى القدرات التكيفية وعلى توفر الدعم العاطفي والمالي. ولقد تم توثيق خبرات الإصابة بسرطان الثدي بجميع مراحلها لدى نساء أصحاء نفسياً وقد تم وصف الاستجابات الانفعالية لدى نساء معرضات لخطر جيني وراثي مرتفع للإصابة بسرطان الثدي. وهكذا فإن الفهم الشامل لردود الفعل النفسية الصحية للنساء تجاه سرطان الثدي هو أمر ضرورة لتحديد معايير الرعاية وموجهات العلاج للنساء المصابات بسرطان الثدي الأصحاء نفسياً منهن واللواتي لديهن اضطرابات نفسية قد تؤخر وتعقد العلاج بشكل كبير (Payne, et al., 1996).

فقد أجرى سبيجل ورفاقه (Spiegel, et al., 1989) دراسة لمعرفة أثر العلاج النفسي الاجتماعي على مدة حياة مرضى سرطان الثدي، وقد تكونت عينة الدراسة من ٨٦ امرأة ما زلن تحت العلاج لسرطان الثدي في جامعة ستانفورد بكلية الطب، وقد تبين أن هؤلاء المريضات اللواتي اشتركن في علاج جمعي أسبوعي بقين على قيد الحياة بمعدل (٣٧) شهراً، أي ضعف الـ (٩ أشهر) وهو معدل البقاء بين غير المشتركات اللواتي تم اختيارهن عشوائياً.

وفي دراسة أجراها هول وجولدستين (Hall & Goldstein, 1986) تبين أن المريضات اللواتي تم إجراء استئصال الثدي لهن واللواتي يظهرن التصميم للتغلب على سرطان الثدي ويعبرن عن انفعالاتهن السلبية وبالتالي يقل الضغط النفسي لديهن يبقين على قيد الحياة لمدة أطول من هؤلاء اللواتي لا يعبرن عن انفعالاتهن أو يشعرن باليأس ويعانين من الضغط النفسي.

وفي دراسة أخرى أجرتها روبرتس ورفاقها (Roberts, et al., 1994) تم الكشف عن تأثيرات تلقي الدعم الاجتماعي من الأصدقاء والعائلة والزوج على التكيف النفسي لـ (١٣٥) مريضة شخصوا حديثاً بسرطان الثدي، وتبين أن هناك ارتباطات بين الضغط النفسي الأكبر وبين مستويات الدعم الاجتماعي الأقل.

كما أجرى تايلور ورفاقه (Taylor, et al., 1986) دراسة لمعرفة فائدة المجموعات الإرشادية في مساعدة مرضى السرطان، وقد شملت العينة ٦٦٦ مريضاً تتراوح أعمارهم ما بين ٢١-٨٩ عاماً من مرضى السرطان الذين تلقوا مستويات عالية من الدعم الاجتماعي بعد إصابتهم بالمرض. ولكن بعضهم لم يكتف بالمساعدة والدعم من أفراد عائلته وأصدقائه وفريقه الطبي فأظهروا رغبة بالمشاركة بالمجموعات الإرشادية التي كان لها دوراً إيجابياً في مساعدتهم، فالمرضى الذين شاركوا بالمجموعات الإرشادية كانوا أقل اكتئاباً من المرضى الذين لم يشاركوا بها، وقد أصبح المشاركون أكثر رضى عن وضعهم الاجتماعي الحالي، مما ساعد في سرعة شفائهم.

وقد أجرى هوبفول (Hobfoll, 1984) دراسة طولية لمعرفة العلاقة بين المساعدة النفسية الاجتماعية وتقدير الذات لمريضات مصابات بسرطان حاد، وقد تكونت المجموعة التجريبية من ٦٨ امرأة تتراوح أعمارهن بين ٢٨-٥٨ عاماً مصابات بسرطان حاد، وقد

تلقين مساعدة نفسية اجتماعية، أما المجموعة الضابطة فقد تكونت من ٣٠ مريضة مصابات بسرطان حاد أيضاً لم يتلقين أية مساعدة نفسية اجتماعية، وأشارت النتائج إلى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساعدة النفسية الاجتماعية وانخفاض مستوى الضغط النفسي، وأن اللواتي حظين بمساعدة نفسية اجتماعية أصبحن أقل قلقاً خلال الألام الحادة، وأصبح عندهن تقدير ذات عالٍ أكثر من المريضات في المجموعة الضابطة اللواتي كان عندهن تقدير ذات متدنٍ.

وبهدف دراسة نمط الشخصية الميالة لتطویر السرطان، قام أيزنك (Eysenck, 1988) بإجراء دراسة مستخدماً الاستبانات والمقابلات الشخصية لتصنيف عينته في أربع مجموعات أو أنماط بارزة للشخصية، وهي كالتالي:

- النمط الأول يتضمن أشخاص يرغبون بعلاقات شخصية وثيقة، ولديهم ردة فعل عاجزة ويائسة للضغط، وهم أيضاً لديهم منطق، ولديهم استجابات انفعالية غير تكيفية لأحداث الحياة الضاغطة ولا يعبرون بسهولة عن مشاعر قوية مثل الغضب أو الخوف. إن مثل هذه الصفات ترتبط بالشخصية الميالة للسرطان.

- أما الأشخاص الذين تم تصنيفهم ضمن النمط الثاني فهم يُحبطون بسهولة من قبل الآخرين أو الأشياء التي تحدث لهم. وهم يميلون للوم الآخرين على توترهم وضغطهم النفسي وشعورهم بعدم السعادة ويستجيبون للإحباط بالغضب والعدائية والاستقارة العاطفية.

- أما الأشخاص ضمن النمط الثالث فهم ينتقلون بين سلوكيات النمط الأول والنمط الثاني وليس لديهم ردة فعل ثابتة لأحداث الحياة.

- والأشخاص الذين تم تصنيفهم ضمن النمط الرابع هم الأكثر صحة نفسياً، ولديهم إحساس قوي بالاستقلالية، وشعور أساسي بالسعادة الذاتية.

وبعد عشر سنوات تمت مقارنة نسبة حالات الوفاة بالسرطان بن أنماط الشخصية الأربعة، وقد تبين أن أكثر من ٤٥% من الوفيات بين أشخاص النمط الأول كانت ناجمة عن السرطان، بينما أقل من ١٠% من الوفيات بين أشخاص النمط الثاني كانت ناجمة عن السرطان. كذلك فإن نسبة الوفيات الناجمة عن السرطان بين أشخاص النمط الثالث كانت ٥% فقط. وفي النمط الرابع للشخصية كان السرطان مسؤولاً عن ٢% فقط من الوفيات.

ويتضح مما سبق أن نسبة الوفيات الناجمة عن السرطان كانت عالية فقط لدى أشخاص النمط الأول من الشخصية، مما يدل على وجود علاقة قوية بين صفات الشخصية المتمثلة بالشعور بالعجز واليأس وردة الفعل غير الانفعالية لأحداث الحياة الضاغطة وبين تطوير السرطان. كما تبين أن معدل الوفيات لدى المجموعة التي تعاني من الضغط النفسي يفوق بشكل كبير معدل الوفيات لدى الأشخاص العاديين في المجموعة التي لا تعاني من الضغط النفسي. وبالتالي يمكن للأخصائيين النفسيين استخدام مهاراتهم العلاجية لتعليم أفراد النمط الأول من الشخصية التعبير عن انفعالاتهم بحرية وأن يكونوا أكثر سيطرة على حياتهم.

من خلال استعراض الدراسات السابقة يلاحظ أن بعض الدراسات أشارت إلى وجود علاقة بين الاكتئاب والإصابة بسرطان الثدي، ونذكر منها دراسة سبيجل (Spiegel, 1996)، ودراسة بيوندي وزملائه (Biondi, et al., 1996)، حيث بينت أن المريضات المصابات بسرطان الثدي قد عانين من الاكتئاب قبل إصابتهن بالسرطان. كما أشارت بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين الضغط النفسي والإصابة بسرطان الثدي، ونذكر منها دراسة بانزر (Panzer, 1998)، وسيمين (Semin, 1996)، وديكيسير وزملائه (Dekeyser, et al., 1998)، وفاندير بومبييه وزملائه (Van der Pompe, et al., 1998) وبريلا (Bryla, 1996) حيث أجمعت هذه الدراسات أن الضغوط النفسية تزيد من خطر الإصابة بسرطان الثدي، كما أنها قد تؤدي إلى خلق السرطان وتطويره، وذلك من خلال تثبيط عمل جهاز المناعة. وهناك دراسة لكاتز وزملائه (Katz, et al., 1995) أشارت إلى وجود علاقة بين تقدير الذات والسرطان. وهناك دراستان أشارتا إلى وجود علاقة بين نمط الشخصية والإصابة بالسرطان هما دراسة فولر وآخرون (Faller, et al., 1996)، ودراسة أيزنك (Eysenck, 1988). وفي دراسة جلبر (Gilbar, 1996) تبين أن الضغط النفسي والقلق والاكتئاب يؤثر على مسار السرطان حيث أنه يقصر فترة البقاء على قيد الحياة لدى مريضات سرطان الثدي. وهذه الدراسات تتفق في نتائجها مع ما توصلت إليه دراستنا هذه.

وبالمقابل هناك مجموعة من الدراسات لم تتفق في نتائجها مع ما توصلت إليه الدراسات المذكورة سابقاً أو حتى مع ما توصلت إليه دراستنا هذه، مثل دراسة جاميسون وزملائه (Jamison, et al., 1987) حيث ترى أن الاكتئاب وتقدير الذات ليس لهما علاقة

بخطر الإصابة بسرطان الثدي. كذلك هناك ثلاث دراسات أشارت إلى عدم وجود علاقة بين الضغوط النفسية وخطر الإصابة بسرطان الثدي هي دراسة روبرتس وزملائه (Roberts, et al., 1996)، ودراسة كيفيكستاد وفاتن (Kvikstad & Vatten, 1996) ودراسة تروس وزملائه (Tross, et al., 1996)، فهي ترى أن الضغوط النفسية لا تخلق السرطان ولكن ممكن أن تؤثر في مساره.

إن قضية دور العوامل النفسية في الإصابة بسرطان الثدي ما زالت قضية جدلية، فهناك من يرى أن للعوامل النفسية مثل الضغط النفسي والاكتئاب وغيرها دور أساسي في تطوير السرطان، وهناك من يرى أن العوامل النفسية لا تخلق السرطان ولكنها تؤثر في مساره ومدى تفاقمه. وهناك من يناقض ذلك، ويرى أن العوامل النفسية ليس لها أي دور في حدوث السرطان أو في مساره، وهناك من يشير إلى أن الاضطرابات النفسية هي نتيجة للإصابة بالسرطان.

# الفصل الثالث

## إجراءات الدراسة

## الفصل الثالث

### إجراءات الدراسة

#### مقدمة:

تناول هذا الفصل وصفا لعينة الدراسة وطريقة اختيار العينة، وكذلك وصفا للإجراءات والخطوات التي استخدمت للتحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة، وتصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية.

#### عينة الدراسة:

شملت الدراسة (٦٤) مفحوصاً من الإناث، ممن تتراوح أعمارهن بين ٢٨ عاماً إلى ٤٨ عاماً، وبمتوسط عمري قدره (٣٨) عاماً. نصفهن (٣٢) مفحوصة يعانين من سرطان الثدي، ويتواجدن في مركز الأمل للشفاء، هذا وتعتبر عينة هذه الدراسة عينة قصدية.

أما النصف الآخر من أفراد هذه الدراسة فهو (٣٢) مفحوصة تم اختيارهن من المجتمع، على أن لا يكن يعانين من مرض السرطان بما في ذلك سرطان الثدي، وبحيث تكون أعمارهن تتراوح بين ٢٨ عاماً إلى ٤٨ عاماً، وبمتوسط عمري قدره ٣٨ عاماً. (علماء بأن عينة الدراسة هي نفسها مجتمع الدراسة).

وبين الجداول (١) توزيع أفراد العينة تبعاً لكل من متغير الإصابة والعمر:

#### جدول رقم (١)

توزيع أفراد العينة تبعاً لكل من متغير الإصابة والعمر.

العمر	مصابة	غير مصابة	المجموع
فوق سن الأربعين	١٨	١٩	٣٧
تحت سن الأربعين	١٤	١٣	٢٧
المجموع	٣٢	٣٢	٦٤



## أدوات الدراسة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المقاييس التالية:

١- الصورة المعربة من قائمة بيك للاكتئاب: (حمدي، أبو حجلة، أبو طالب، ١٩٨٨) (ملحق رقم -١).

تعتبر قائمة بيك للاكتئاب من أكثر المقاييس فاعلية في تشخيص الاكتئاب، ومن أكثر المقاييس استخداما في البحث في هذا المجال، وهي مقياس تقدير ذاتي تتألف صورتها الأصلية من (٢١) فقرة، تقيس الاكتئاب من جوانبه السلوكية والمعرفية المختلفة، وتتراوح الدرجة على كل فقرة من (صفر -٣)، في حين تتراوح الدرجة الكلية على القائمة بين (صفر - ٦٣)، علما بأن النقطة الفاصلة بين الأسوياء والمكتئبين في الصورة الأصلية للقائمة هي الدرجة (١٠)، وتُقسم الدرجات على النحو التالي:

من (صفر - ٩) تعني غير مكتئب، ومن (١٠-١٥) تعني اكتئاب خفيف، ومن (١٦-٢٣) تعني اكتئاب متوسط، ومن (٢٤ فما فوق) تعني اكتئاب شديد.

وتُمثل فقرات القائمة الأعراض السلوكية التي تميز المكتئبين إكلينيكيًا، وهذه الأعراض هي: تدني المزاج، والإحساس بالفشل، والتشاؤم، وعدم الرضا، والشعور بالذنب، وكراهية الذات، والرغبة في الانتحار، وإتهام الذات، ونوبات البكاء، واضطراب النوم، والانسحاب الاجتماعي، وفقدان الطاقة، وفقدان الشهية، وفقدان الرغبة الجنسية، وضعف القدرة على اتخاذ القرارات.

هذا وقد قام (حمدي، أبو حجلة، أبو طالب، ١٩٨٨) باستقصاء دلالات صدق وثبات صيغة معربة لقائمة بيك على عينة من طلبة الجامعة الأردنية معتمدين على الطرق التي استخدمت في توفير دلالات الصدق والثبات للقائمة الأصلية.

بالنسبة لصدق القائمة فقد أخذت عينة مكونة من (٥٦) طالبا وطالبة أجريت معهم مقابلات إكلينيكية تم بناء عليها توزيع الطلبة إلى مجموعتين، اكتبية وغير اكتبية، وتم حساب دلالة الفروق للأداء على القائمة بين المجموعتين فكانت ذات دلالة إحصائية  $(\alpha=0,001)$ .

ولدراسة البناء العاملي في القائمة استخرجت جميع العوامل الممكنة عن طريق تحليل العوامل الأساسية Principle Common Analysis، وقد أظهر التحليل العاملي لفقرات قائمة بيك المعربة للاكتئاب أن القائمة تتكون من أربعة عوامل رئيسية تفسر مجتمعة ٤٥,٥% من التباين الكلي للقائمة، وهذه العوامل هي:

(١) وجود مشاعر سلبية.

(٢) اضطراب الوظائف الفسيولوجية.

(٣) الشعور بالدونية.

(٤) التشاؤم والشعور باللاجدوى.

أما بالنسبة لثبات القائمة فقد بلغت قيمة معامل ثبات القائمة بصورتها المعربة المحسوب بطريقة إعادة الاختبار بفواصل زمني أسبوع على عينة من (٨٠) طالبا (٠,٨٨)، وبلغت قيمة معامل الثبات المحسوب بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا على عينة مكونة من (٦٣٥) طالبا وطالبة (٠,٨٧).

٢- مقياس الضغط النفسي للكبار: (ناصر، ١٩٩٥)، (ملحق رقم - ٢ -).

يتكون المقياس من (٥٤) فقرة تقيس درجة الضغط النفسي لدى المفحوص، حيث يُقَدَّر الفرد درجة انطباق محتويات الفقرة على وضعه بالاعتماد على خمسة بدائل تُمَثِّل مستويات مختلفة من شدة الضغط النفسي وهي: مرتفعة جداً، مرتفعة، متوسطة، منخفضة، لا تنطبق.

ويمتاز مقياس الضغط النفسي للكبار بكونه شاملاً لمعظم مصادر الضغط النفسي، وتركز فقرات المقياس على: المشكلات الصحية، والقضايا الاجتماعية والاقتصادية والقضايا الشخصية، والمشكلات التي تواجه أفراد العائلة الآخرين. ويمكن القول أن المقياس سهل التطبيق ولا يحتاج إلى فترة زمنية طويلة لتطبيقه، وبنوده سهلة وواضحة ومباشرة.

ولدى تصحيح المقياس تُعطى (٤) درجات لاستجابة (مرتفعة جداً)، و(٣) درجات لاستجابة (مرتفعة)، و(٢) درجة لاستجابة (متوسطة)، و(١) درجة لاستجابة (منخفضة)، أما استجابة (لا تنطبق) فتُعطى (صفر). وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين (صفر - ٢١٦) درجة.

بالنسبة لصدق المقياس فقد قامت (ناصر، ١٩٩٥) باستخراج الصدق المنطقي للمقياس بعرضه على عشرة محكمين من المختصين في علم النفس والتربية من أعضاء الهيئة التدريسية في كلية التربية، حيث طُلب منهم بيان مدى مناسبة كل فقرة من فقرات قائمة مصادر الضغط النفسي لدى الكبار لقياس الضغط النفسي، وقد تمّ اعتماد معيار اتفاق سبعة محكمين على صلاحية الفقرة ووضوحها لتبقى ضمن الأداة، أو على اتفاق ثلاثة من المحكمين على عدم وضوحها لتعديلها.

وقد قامت (الدرّاس، ١٩٩٩) باستخراج صدق تمييزي للمقياس على عيّنتين يُفترض فيهما التباين، إحداهما لعينة من طلاب في الجامعة الأردنية (التأهيل التربوي) وأخرى لمرضى القلب، وباستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات التي حصل عليها أفراد العينة، أشارت النتائج إلى أن متوسط درجات الطلبة بلغ (٨٠,٩٤) وانحراف معياري قدره (٢٣,١٣)، في حين بلغ متوسط درجات المرضى (٩٨,٧٧) وانحراف معياري (٢٠,٣٣)، وبذلك كانت الفروق بين المتوسطات ذات دلالة على مستوى  $(\alpha = 0,05)$ .

أما بالنسبة لثبات المقياس فقد قامت ناصر (١٩٩٥) باستخراج معامل الثبات بطريقة إعادة تطبيق المقياس على عينة مكوّنة من ٤٠ شخصاً من الكبار من الجنسين، وبفاصل زمني مقداره أسبوعان، وقد بلغ معامل الثبات (٠,٨٠).

وقد قامت (الدرّاس، ١٩٩٩) باستخراج معامل ثبات الأداة بالاعتماد على معامل ثبات (ألفا) على عينة مكوّنة من (١٢٠) شخصاً من الذكور والإناث، وقد بلغ معامل ثبات المقياس (٠,٧٩).

٣- مقياس تقدير الذات: (جبريل، ١٩٨٣)، (ملحق رقم - ٣ -).

يقيس المقياس الجوانب المتصلة بتقدير الذات، وقد انطلق جبريل في تصميمه وبنائه من تعريف تقدير الذات باعتباره التقييم العام لدى الفرد لذاته في كليتها وخصائصها العقلية والاجتماعية والانفعالية والأخلاقية والجسدية، وينعكس هذا التقييم في ثقة الفرد بذاته وشعوره نحوها، وفكرته عن مدى أهميتها، وجدارتها وتوقعاته منها، وبالتالي فإن المقياس يقيس جوانب تقدير الذات التالية: (الجانب العقلي، الجانب الانفعالي، الجانب الأخلاقي، الجانب الجسدي، الجانب الاجتماعي، وثقة الفرد بنفسه ككل) على اعتبار أن هذه الجوانب تُظهر تقييم الفرد لذاته في المواقف الحياتية المختلفة.

ويضم المقياس (١٤٢) فقرة موزعة على الجوانب المختلفة لتقدير الذات، والمقياس يضم فقرات ذات اتجاه إيجابي وأخرى ذات اتجاه سلبي. ويذكر جبريل أن المقياس يقيس جوانب متكاملة من تقدير الذات، وفيما يلي وصف لما تمثله الفقرات في الجوانب الفرعية الستة في مقياس تقدير الذات.

- ١- الجانب العقلي: يتضمن هذا الجانب المظاهر السلوكية التي تتطلب قدرات عقلية، ويشير إلى النواحي الثقافية والمعرفية.
- ٢- الجانب الاجتماعي: يتضمن هذا الجانب علاقات الفرد مع الآخرين وتصوره لمكانته لديهم ولمكانتهم لديه.
- ٣- الجانب الانفعالي: يتضمن هذا الجانب الحالة الانفعالية التي تتصف بنوع من الثبات، ولا تهتم بالحالات الآتية العابرة.
- ٤- الجانب الأخلاقي: يتضمن هذا الجانب القيم والمبادئ والشعور بالمسؤولية واحترام الإنسان لذاته وللآخرين.
- ٥- الجانب الجسدي: يتضمن هذا الجانب المظاهر الجسمية التي تتطلب قدرات عقلية، وصفات جسمية لها اعتبار اجتماعي.
- ٦- جانب ثقة الفرد بذاته ككل: يتضمن هذا الجانب قوة الإرادة والثقة بالذات والاستقلالية.

وتكون الإجابة على المقياس ضمن سلم إجابة مكون من خمس فئات هي:

أوافق بشدة، أوافق، أوافق بدرجة متوسطة، أوافق بدرجة ضعيفة، لا أوافق، وتُقسم الفقرات إلى فقرات إيجابية وفقرات سلبية، ويكون التصحيح لإجابات المفحوص على الفقرات الإيجابية بالشكل التالي:

أوافق بشدة تُعطى القيمة (٥).

أوافق تُعطى القيمة (٤).

أوافق بدرجة متوسطة تُعطى القيمة (٣).

أوافق بدرجة ضعيفة تُعطى القيمة (٢).

لا أوافق تُعطى القيمة (١).

وفي حالة الفقرات السلبية تكون القيم بشكل عكسي.

وبذلك تكون الدرجة الدنيا على المقياس (١٤٢) درجة، هي تُعبر عن تقدير منخفض للذات، أما الدرجة العليا فهي (٧١٠) درجة وهي تُعبر عن تقدير مرتفع للذات.

بالنسبة لصدق المقياس فقد قام جبريل (١٩٨٣) باستخراج الصدق للمقياس باستخدام طريقتين: الطريقة الأولى صدق المحتوى وذلك عن طريق عرض المقياس على محكمين من ذوي الاختصاص والخبرة. أما الطريقة الثانية فهي استخراج صدق تميزي للمقياس عن طريق مقارنة الأداء على المقياس عند مجموعتين متطرفتين في الخصائص التقييمية التي وضع المقياس لقياسها، وقورنت متوسطات أداء المجموعتين على المقياس، فكانت قيمة ت (٤,٥) وهي ذات دلالة في مستوى (٠,٠٠٠١) وهذا مؤشر قوي على الصدق.

وقد قامت (الشريف، ١٩٨٨) باستخراج دلالات الصدق للمقياس، حيث قامت بتوزيع مقياس تقدير الذات على مجموعة مكونة من (١٠) أفراد متخصصين في مجال الإرشاد وعلم النفس التربوي في كلية التربية بهدف استخراج الصدق المنطقي عن طريق التحكيم، وطلب من كل منهم أن يستجيب إلى كل عبارة فيما إذا كانت تصلح لقياس تقدير

الذات وطلب منهم إقتراح أي تعديلات قد تزيد من وضوح الفقرات. وفي ضوء نتائج التحكيم اتفق ٩٠% من المحكمين على جميع فقرات مقياس تقدير الذات.

كما وقد قامت الشريف (١٩٨٨) أيضا باستخراج الصدق التمييزي لمقياس تقدير الذات، عن طريق توزيع المقياس على مجموعتين من طلبة الجامعة، المجموعة الأولى تكونت من ٢٠ طالبا وطالبة ممن يراجعون مراكز الإرشاد لمشكلات تتعلق بتقدير الذات اعتمادا على تقارير المرشدين في مراكز الإرشاد، والمجموعة الثانية تكونت من ٢٠ طالبا وطالبة من الطلبة القياديين في الجامعة، وقد تم إجراء اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي مجموعة القياديين ومجموعة الطلبة المراجعين لمراكز الإرشاد للدرجة الكلية على المقياس، وقد كانت قيمة (ت) (١١,٥١) وهي ذات دلالة إحصائية بمستوى (٠,٠٠٠١)، وهكذا فإن النتائج السابقة تؤكد على صدق المقياس وقدرته على التمييز بين من يتمتعون بتقدير ذات مرتفع ومن يتمتعون بتقدير ذات منخفض.

أما بالنسبة لثبات المقياس فقد قام جبريل (١٩٨٣) باستخراج معامل ثبات المقياس باستخدام الطريقة النصفية، حيث طبق المقياس على عينة مكونة من تسعين طالبا، وتمت تجزئة المقياس إلى نصفين: الأول هو الفقرات الفردية، والثاني الفقرات الزوجية، وقد تم استخراج معامل الثبات باستخدام معادلة بيرسون حيث كانت قيمة معامل الثبات المصحح بمعادلة سبيرمان براون (٠,٩٤).

وقد قامت (الشريف، ١٩٨٨) باستخراج معامل ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة الاختبار، على عينة مكونة من (٤٠) طالبا وطالبة وهم أنفسهم عينة الصدق، وقد كانت الفترة الفاصلة بين إجراء الاختبار الأول والثاني أربعة أسابيع، وقد بلغ معامل الثبات في هذه العينة (٠,٨٠).

وقد قامت الباحثة بحذف ثلاث فقرات من فقرات المقياس لأنها غير مناسبة لعينة الدراسة وفتتها العمرية، كما تم تعديل صياغة (١٢) فقرة بما يتناسب مع عينة الدراسة، وقد قامت الباحثة بأخذ رأي عدد من المحكمين للقيام بذلك.

## تصميم الدراسة:

هذه الدراسة هي دراسة مقارنة لأثر العلاقة بين بعض العوامل النفسية والإصابة بسرطان الثدي لدى النساء في الأردن، وقد تضمنت عدّة متغيرات مستقلة هي: الاكتئاب والضغط النفسي وتقدير الذات، بالإضافة إلى العمر. ولكل منها عدّة مستويات حسب التعريف الإجرائي لكل منها:

شديد	الاكتئاب:
متوسط	
خفيف	
مرتفع جدا	الضغط النفسي:
مرتفع	
متوسط	
منخفض	
مرتفع جدا	تقدير الذات:
مرتفع	
متوسط	
منخفض	
تحت سن الأربعين	العمر:
فوق سن الأربعين	

أما المتغير التابع فهو: الإصابة بسرطان الثدي، وقد تمّ اعتماد التشخيص الطبي في مركز الأمل للشفاء كمعيار كافي لاعتبار أن النساء المصابات بسرطان الثدي ضمن هذه الدراسة.

## إجراءات الدراسة:

بعد تحديد أفراد الدراسة على النحو الذي وُصف في عينة الدراسة، قامت الباحثة بإجراءات التطبيق خلال الفصل الثاني للعام الدراسي (٢٠٠١) خلال الفترة الواقعة بين نيسان - ٢٠٠١ وحزيران - ٢٠٠١، وذلك في مركز الأمل للشفاء وبإشراف عدد من الأطباء الأخصائيين في المركز للمساعدة في اختيار الحالات الملائمة لأغراض الدراسة الحالية، حيث أنّ الدراسة الحالية هي دراسة استرجاعية مما يتطلب قدرة جيدة على التذكر، ولذلك تمّ انتقاء الحالات بحيث لا يكون السرطان منتشر إلى مناطق في الجسم ذات علاقة بالذاكرة مثل الرأس والدماع.

ولتهيئة المريضات وأخذ موافقتهن على المشاركة في الإجابة على فقرات الاختبارات، قامت الباحثة بمقابلة المريضات كل واحدة على حدى، وعرفتهن بنفسها، ومن ثم قامت بإعطائهن فكرة موجزة عن طبيعة البحث وفوائده، وتتلخص الفكرة التي كانت تُعطى لهن بأن هناك اهتمام متزايد في العالم بدور العوامل النفسية في خلق وتطوير السرطان بما في ذلك سرطان الثدي. فقد أجريت العديد من الدراسات في بعض الدول الأجنبية لدراسة دور العوامل النفسية في الإصابة بالسرطان، وقد أثبتت العديد من هذه الدراسات أنّ للعوامل النفسية دوراً في الإصابة بالسرطان وخاصة سرطان الثدي، ونحن بدورنا نرغب في التعرف على دور العوامل النفسية وحجم مساهمتها في الإصابة بسرطان الثدي لدى النساء في الأردن، وذلك بهدف زيادة الوعي لأهمية البرامج النفسية للوقاية من الإصابة بالسرطان وخاصة سرطان الثدي من ناحية، وكعلاج مساعد مع العلاجات الطبية في حالة الإصابة بالسرطان من ناحية أخرى.

ولذلك فإنّ الباحثة تقوم بتطبيق مجموعة من الاختبارات النفسية التي تفحص الوضع النفسي للشخص وميوله الانفعالية وتقييم الفرد لذاته.

وبعد أخذ موافقة المريضة على المشاركة في الإجابة على فقرات الاختبارات، قامت الباحثة بإعطائها الاختبارات بشكل متتابع مرفقة بتعليمات الإجابة بشكل واضح ومحدد، والتي تتضمن معلومات تتعلق بالاسم والعمر، مع مراعاة إعطاء بعض الدقائق للمريضة بين تطبيق كل مقياس والآخر لضمان راحتها وعدم إجهادها. وقد احتاجت كل مفحوصة إلى (٣٠-٤٠ دقيقة) للاستجابة على فقرات كل مقياس من مقاييس الدراسة. كما



وقد أجابت جميع المفحوصات سواء المصابات بسرطان الثدي أو غير المصابات بسرطان الثدي على نحو فردي ودون تدخل الباحثة.

### المعالجات الإحصائية:

تُعتبر هذه الدراسة دراسة مقارنة بين المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات على كل من العوامل النفسية التالية: الاكتئاب والضغط النفسي وتقدير الذات، بالإضافة إلى متغير العمر، وذلك لمعرفة العلاقة بين هذه العوامل النفسية المدروسة وخطر الإصابة بسرطان الثدي لدى النساء في الأردن. وكذلك معرفة فيما إذا كانت متوسطات الأداء على هذه المقاييس تختلف باختلاف العمر أو كون المفحوصة مصابة أو غير مصابة بسرطان الثدي. ولذلك فقد استخدم في هذه الدراسة أسلوب تحليل التباين التثاني (ANOVA) لاختبار فيما إذا كانت الفروقات بين متوسطات الأداء للمفحوصات المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات، بالإضافة إلى متوسطات الأداء للمصابات بسرطان الثدي فوق سن الأربعين والمصابات تحت سن الأربعين، ذات دلالة إحصائية.

# الفصل الرابع

## النتائج

جدول رقم (٢)

متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الاكتئاب بصورته المعربة حسب متغير الإصابة

مستوى الدلالة ٠,٠٥		الخطأ المعياري	المتوسط	الإصابة بسرطان الثدي
الحد الأعلى	الحد الأدنى			
٣٣,٨٤٢	٢٨,٧٩٣	٢٦٢. ١	٣١,٣١٧	المصابات
٧,٧٣٧	٢,٦٣٦	١,٢٧٥	٥,١٨٦	غير المصابات

جدول رقم (٣)

متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الاكتئاب بصورته المعربة حسب متغير العمر

مستوى الدلالة ٠,٠٥		الخطأ المعياري	المتوسط	العمر
الحد الأعلى	الحد الأدنى			
١٩,٠٨١	١٣,٦٢٣	١,٣٦٤	١٦,٣٥٢	تحت سن الأربعين
٢٢,٤٨٣	١٧,٨٢٢	١,١٦٥	٢٠,١٥٢	فوق سن الأربعين

يتبين من الجدول رقم (٢) والجدول رقم (٣) أن هناك فروقاً بين المتوسطات تبعاً لمتغير الإصابة والعمر على مقياس الاكتئاب بصورته المعربة، ولمعرفة ما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية فقد أجري تحليل التباين الثنائي جدول رقم (٤).

جدول رقم (٤)

نتائج تحليل التباين الثنائي وتباين درجات أفراد العينة على مقياس الاكتئاب بصورته المعربة حسب الإصابة والعمر والتفاعل بينهما

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط مربعات الانحرافات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين
٠٠٠	٢١٢,١٤٤	١٠٦٤٦,٩٨٢	١	١٠٦٤٦,٩٨٢	الإصابة بسرطان الثدي
٠,٠٣٨	٤,٤٨٧	٢٢٥,١٩٨	١	٢٢٥,١٩٨	العمر
٠,٠٨٧	٣,٠٢٥	١٥١,٨٠٤	١	١٥١,٨٠٤	الإصابة بسرطان الثدي × العمر
		٥٠,١٨٨	٦٠	٣٠١١,٢٥٥	الخطأ
			٦٤	٣٦٥٣٢,٠٠	المجموع

تشير نتائج تحليل التباين الثنائي في الجدول (٤) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $\alpha = 0,05$  بين متوسطات الأداء على مقياس الاكتئاب بين المفحوصات المصابات بسرطان الثدي والمفحوصات غير المصابات، حيث كانت قيمة (ف) المحسوبة (٢١٢,١٤٤) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $\alpha = 0,05$ ، وتعتبر هذه الفروق لصالح أداء غير المصابات على هذا المقياس.

كما أشارت نتائج تحليل التباين الثنائي في الجدول (٤) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $\alpha = 0,05$  بين متوسطات الأداء على مقياس الاكتئاب بين المفحوصات (المصابات وغير المصابات) تحت وفوق سن الأربعين، حيث كانت قيمة (ف) المحسوبة (٤,٤٨٧) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $\alpha = 0,05$ ، وتعتبر هذه الفروق لصالح أداء المفحوصات تحت سن الأربعين على مقياس الاكتئاب.

كما أظهرت نتائج تحليل التباين الثنائي في جدول (٤) أنه لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتفاعل بين الإصابة بسرطان الثدي والعمر على متوسط الدرجات المسجلة على مقياس الاكتئاب، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة (٣,٠٢٥) وهي قيمة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0,05$ ).

#### جدول رقم (٥)

متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الاكتئاب بصورته المعربة حسب الإصابة والعمر

مستوى الدلالة ٠,٠٥		الخطأ المعياري	المتوسط	الإصابة بسرطان الثدي	
الحد الأعلى	الحد الأدنى			العمر	مصابات
٣١,٦٤٤	٢٤,٠٧٠	١,٨٩٣	٢٧,٨٥٧	تحت سن الأربعين	مصابات
٢٨,١١٨	٣١,٤٣٨	١,٦٧٠	٣٤,٧٧٨	فوق سن الأربعين	
٨,٧٧٦	٠,٩١٦	١,٩٦٥	٤,٨٤٦	تحت سن الأربعين	غير مصابات
٨,٧٧٧	٢,٢٧٥	١,٦٢٥	٥,٥٢٦	فوق سن الأربعين	

ويتبين لنا من خلال جدول (٥) أن متوسط درجات المصابات فوق سن الأربعين على مقياس الاكتئاب قد بلغ (٣٤,٧٧٨) وهو أعلى من متوسط درجات المصابات تحت سن الأربعين الذي بلغ (٢٧,٨٥٧)، مع ملاحظة أن كلا المتوسطين يدلان على اكتئاب شديد. أما متوسط درجات المفحوصات غير المصابات فوق سن الأربعين على مقياس الاكتئاب فقد بلغ (٥,٥٢٦) بينما كان متوسط درجات المفحوصات غير المصابات تحت

سن الأربعين على نفس المقياس هو (٤,٨٤٦)، مع ملاحظة أن كلا المتوسطين يدلان على عدم وجود اكتئاب حسب معايير نقطة القطع على مقياس الاكتئاب كما هو مبين صفحة ٣٩.

لاختبار الفرضية الثانية ولمعرفة ما إذا كان هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية على مستوى دلالة  $\alpha = 0,05$  بين متوسطات الأداء على مقياس الضغط النفسي حسب الإصابة والعمر والتفاعل بينهما، فقد حسبت المتوسطات والانحرافات المعيارية كما يبين جدول رقم (٦)، و جدول رقم (٧).

#### جدول رقم (٦)

متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الضغط النفسي حسب متغير الإصابة

مستوى الدلالة ٠,٠٥		الخطأ المعياري	المتوسط	الإصابة بسرطان الثدي
الحد الأعلى	الحد الأدنى			
٩٤,٧٨١	٨٦,٨٤٦	١,٩٨٤	٩٠,٨١٣	المصابات
١٣,٣٣٢	٥,٣١٦	٢,٠٠٤	٩,٣٢٤	غير المصابات

#### جدول رقم (٧)

متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الضغط النفسي حسب متغير العمر

مستوى الدلالة ٠,٠٥		الخطأ المعياري	المتوسط	العمر
الحد الأعلى	الحد الأدنى			
٥٣,٢٦٧	٤٤,٦٨٩	٢,١٤٤	٤٨,٩٧٨	تحت سن الأربعين
٥٤,٨٢٢	٤٧,٤٩٧	١,٨٣١	٥١,١٥٩	فوق سن الأربعين

يتبين من الجدول رقم (٦) والجدول رقم (٧) أن هناك فروقاً بين المتوسطات تبعاً لكل من متغير الإصابة والعمر على مقياس الضغط النفسي، ولمعرفة ما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية فقط أجري تحليل التباين الثنائي جدول (٨).

جدول رقم (٨)

نتائج تحليل التباين الثنائي وتباين درجات أفراد العينة على مقياس الضغط النفسي حسب الإصابة والعمر والتفاعل بينهما

مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مربعات الاحترافات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الإصابة بسرطان الثدي	١٠٣٥٤٠,٧٧٠	١	١٠٣٥٤٠,٧٧٠	٨٣٥,٣٢٨	...
العمر	٧٤,١٩١	١	٧٤,١٩١	٠,٥٩٩	٠,٤٤٢
الإصابة بسرطان الثدي × العمر	١,٤٣٠	١	١,٤٣٠	٠,٠١٢	٠,٩١٥
الخطأ	٧٤٣٧,١٣٤	٦٠	١٢٣,٩٥٢		
المجموع	٢٧٥٢١١,٠٠٠	٦٤			

تشير نتائج تحليل التباين الثنائي في الجدول (٨) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $\alpha = ٠,٠٥$  بين متوسطات الأداء على مقياس الضغط النفسي بين المفحوصات المصابات بسرطان الثدي والمفحوصات غير المصابات، حيث كانت قيمة (ف) المحسوبة (٨٣٥,٣٢٨) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $\alpha = ٠,٠٥$  وتعتبر هذه الفروق لصالح أداء غير المصابات على مقياس الضغط النفسي.

كما أشارت نتائج تحليل التباين الثنائي في الجدول رقم (٨) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $\alpha = ٠,٠٥$  بين متوسطات الأداء على مقياس الضغط النفسي بين المفحوصات (المصابات وغير المصابات) تحت سن الأربعين والمفحوصات فوق سن الأربعين، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة (٠,٥٩٩) وهي قيمة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = ٠,٠٥$ ).

كما أظهرت نتائج تحليل التباين الثنائي في جدول رقم (٨) أنه لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتفاعل بين الإصابة بسرطان الثدي والعمر على متوسط الدرجات المسجلة على مقياس الضغط النفسي، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة (٠,٠١٢) وهي قيمة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = ٠,٠٥$ ).

جدول رقم (٩)

متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الضغط النفسي حسب الإصابة والعمر

مستوى الدلالة ٠,٠٥		الخطأ المعياري	المتوسط	الإصابة بسرطان الثدي العمر	
الحد الأعلى	الحد الأدنى			تحت سن الأربعين	فوق سن الأربعين
٩٥,٥٢٣	٨٣,٦١٩	٢,٩٧٦	٨٩,٥٧١	٩٢,٠٥٦	مصابات
٩٧,٣٠٥	٨٦,٨٠٦	٢,٦٢٤	٨٩,٥٧١	٩٢,٠٥٦	فوق سن الأربعين
١٤,٥٦١	٢,٢٠٨	٣,٠٨٨	٨,٣٨٥	١٠,٢٦٣	تحت سن الأربعين
١٥,٣٧٢	٥,١٥٤	٢,٥٥٤	١٠,٢٦٣	١٠,٢٦٣	فوق سن الأربعين

ويتبين لنا من خلال جدول (٩) أن متوسط درجات المصابات فوق سن الأربعين على مقياس الضغط النفسي قد بلغ (٩٢,٠٥٦) بينما كان متوسط درجات المصابات تحت سن الأربعين على نفس المقياس هو (٨٩,٥٧١). أما متوسط درجات المفحوصات غير المصابات فوق سن الأربعين على مقياس الضغط النفسي فقد بلغ (١٠,٢٦٣) بينما كان متوسط درجات المفحوصات غير المصابات تحت سن الأربعين على نفس المقياس هو (٨,٣٨٥).

لاختبار الفرضية الثالثة ولمعرفة ما إذا كان هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية على مستوى دلالة  $\alpha = ٠,٠٥$  بين متوسطات الأداء على مقياس تقدير الذات حسب الإصابة والعمر والتفاعل بينهما، فقد حُسبت المتوسطات والانحرافات المعيارية كما يبين جدول رقم (١٠) وجدول رقم (١١).

جدول رقم (١٠)

متوسط درجات أفراد العينة على مقياس تقدير الذات حسب متغير الإصابة

مستوى الدلالة ٠,٠٥		الخطأ المعياري	المتوسط	الإصابة بسرطان الثدي	
الحد الأعلى	الحد الأدنى			المصابات	غير المصابات
٣٤٤,٠٤٠	٢٨١,٥٤٧	١٥,٦٢١	٣١٢,٧٩٤	٥٧٢,٥١٦	المصابات
٦٠٤,٠٧٧	٥٤٠,٩٥٥	١٥,٧٧٨	٥٧٢,٥١٦	٥٧٢,٥١٦	غير المصابات

جدول رقم (١١)

متوسط درجات أفراد العينة على مقياس تقدير الذات حسب متغير العمر

العمر	المتوسط	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة ٠,٠٥	
			الحد الأدنى	الحد الأعلى
تحت سن الأربعين	٤٤٨,٤٥٦	١٦,٨٨٤	٤١٤,٦٨٣	٤٨٢,٢٢٩
فوق سن الأربعين	٤٣٦,٨٥٤	١٤,٤١٨	٤٠٨,٠١٣	٤٦٥,٦٩٥

يتبين لنا من الجدول (١٠) والجدول (١١) أن هناك فروقاً بين المتوسطات تبعاً لكل من متغير الإصابة والعمر على مقياس تقدير الذات، ولمعرفة ما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية فقد أجري تحليل التباين الثنائي جدول رقم (١٢).

جدول رقم (١٢)

نتائج تحليل التباين الثنائي وتباين درجات أفراد العينة على مقياس تقدير الذات حسب الإصابة والعمر والتفاعل بينهما

مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مربعات الانحرافات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الإصابة بسرطان الثدي	١٠٥١٧٨٣,٢٦٤	١	١٠٥١٧٨٣,٢٦٤	١٣٦,٨٣٧	٠٠٠
العمر	٢٠٩٨,٨٩٦	١	٢٠٩٨,٨٩٦	٠,٢٧٣	٠,٦٠٣
الإصابة بسرطان الثدي × العمر	٧٨٥,١٥٤	١	٧٨٥,١٥٤	٠,١٠٢	٠,٧٥٠
الخطأ	٤٦١١٨٤,١٥١	٦٠	٧٦٨٦,٤٠٣		
المجموع	١٤٠٤٤٩٣٩,٠٠	٦٤			

تشير نتائج تحليل التباين الثنائي في الجدول (١٢) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $\alpha = ٠,٠٥$  بين متوسطات الأداء على مقياس تقدير الذات بين المفحوصات المصابات بسرطان الثدي والمفحوصات غير المصابات، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة (١٣٦,٨٣٧) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $\alpha = ٠,٠٥$ ، وتعتبر هذه الفروق لصالح أداء غير المصابات على مقياس تقدير الذات.

كما أشارت نتائج تحليل التباين الثنائي في الجدول رقم (١٢) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $\alpha = ٠,٠٥$  بين متوسطات الأداء على مقياس تقدير الذات بين المفحوصات (المصابات وغير المصابات) تحت سن الأربعين



والمفحوصات فوق سن الأربعين، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة (٠,٢٧٣) وهي قيمة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0,05$ ).

كما أظهرت نتائج تحليل التباين الثنائي في جدول رقم (١٢) أنه لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتفاعل بين الإصابة بسرطان الثدي والعمر على متوسط الدرجات المسجلة على مقياس تقدير الذات، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة (٠,١٠٢) وهي قيمة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0,05$ ).

### جدول رقم (١٣)

متوسط درجات أفراد العينة على مقياس تقدير الذات حسب الإصابة والعمر

مستوى الدلالة ٠,٠٥		الخطأ المعياري	المتوسط	الإصابة بسرطان الثدي	
الحد الأعلى	الحد الأدنى			العمر	المرحلة
٣٦٩,٠١٣	٢٧٥,٢٧٣	٢٣,٤٣١	٣٢٢,١٤٣	تحت سن الأربعين	مصابات
٣٤٤,٧٨٠	٢٩٢,١٠٩	٢٠,٦٦٥	٣٠٣,٤٤٤	فوق سن الأربعين	
٦٢٣,٤٠٨	٥٢٦,١٣٠	٢٤,٣١٦	٥٧٤,٧٦٩	تحت سن الأربعين	غير مصابات
٦١٠,٤٩٦	٥٣٠,٠٣٠	٢٠,١١٣	٥٧٠,٢٦٣	فوق سن الأربعين	

ويتبين لنا من خلال جدول (١٣) أن متوسط درجات المصابات فوق سن الأربعين على مقياس تقدير الذات قد بلغ (٣٠٣,٤٤٤) بينما كان متوسط درجات المصابات تحت سن الأربعين على نفس المقياس هو (٣٢٢,١٤٣). أما متوسط درجات المفحوصات غير المصابات فوق سن الأربعين على مقياس تقدير الذات فقد بلغ (٥٧٠,٢٦٣) بينما كان متوسط درجات المفحوصات غير المصابات تحت سن الأربعين على نفس المقياس (٥٧٤,٧٦٩). ويتضح لنا أن متوسط أداء غير المصابات على مقياس تقدير الذات أعلى من متوسط أداء المصابات على نفس المقياس.

# الفصل الخامس

## المناقشة

## الفصل الخامس

### المناقشة

هدفت الدراسة إلى المقارنة بين المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات على كل من العوامل النفسية التالية: الاكتئاب والضغط النفسي وتقدير الذات، وذلك لفحص العلاقة بين هذه العوامل النفسية المدروسة وخطر الإصابة بسرطان الثدي لدى النساء في الأردن، كما هدفت الدراسة إلى فحص أثر العمر على الإصابة بسرطان الثدي. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المقاييس التالية: قائمة بيك للاكتئاب بصورتها المعربة، ومقياس الضغط النفسي للكبار، ومقياس تقدير الذات. وقد شملت الدراسة (٦٤) مفحوصة وقد قسمت العينة إلى مجموعتين، الأولى تألفت من (٣٢) مفحوصة (١٤) تحت سن الأربعين، (١٨) فوق سن الأربعين) مصابات بسرطان الثدي، أما المجموعة الثانية فقد تألفت أيضا من (٣٢) مفحوصة (١٣) تحت سن الأربعين، (١٩) فوق سن الأربعين) غير مصابات بسرطان الثدي وقد تم إختيارهن من المجتمع.

تم تطبيق جميع مقاييس الدراسة على كل فرد من عينة الدراسة بشكل فردي، ثم تم استخراج متوسطات أداء كل من المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات على جميع مقاييس الدراسة ومقارنتها ببعضها البعض للتعرف على وجود فروق في الأداء بين المصابات وغير المصابات، كما تمت مقارنة متوسطات أداء المصابات تحت سن الأربعين، مع متوسطات أداء المصابات فوق سن الأربعين. ولفحص فيما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية، فقد تم استخدام تحليل التباين الثنائي (ANOVA).

لقد بُنيت الدراسة على ثلاث فرضيات أساسية، الأولى نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha = 0,05$ ) على متوسط الدرجات المسجلة على مقياس الاكتئاب حسب الإصابة والعمر والتفاعل بينهما. وقد أظهرت النتائج وجود فروق لصالح أداء المصابات بسرطان الثدي على مقياس الاكتئاب، فالمصابات بسرطان الثدي في هذه الدراسة قد عانين من اكتئاب شديد خلال الفترة الزمنية التي سبقت إصابتهن بالمرض، وذلك نتيجة لفقدان شخص عزيز مثل الأم أو الابن، بالإضافة إلى شعورهن بالعجز، ومعاناتهن من مشاكل أسرية أو مادية، أو حدوث طلاق. وقد يكون ذلك سبباً في حدوث

سرطان الثدي لديهن، حيث أن زيادة مستوى الاكتئاب لدى الفرد تثبط من عمل جهاز المناعة لديه وتقلل من دفاعاته المناعية، فالأكتئاب يخفض من نشاط وفعالية الخلايا القاتلة الطبيعية (NK) التي تقوم بقتل العديد من أنواع الخلايا الورمية، مما يزيد من خطر الإصابة بسرطان الثدي. كما يُسبب الاكتئاب خللاً في توازن الهرمونات لدى النساء مما يساعد على خلق سرطان الثدي وتطويره، وفي حال كان لدى إحداهن استعداد جيني للمرض فإن الاكتئاب في هذه الحالة قد يُعجل في حدوثه ويساعد على نموه وانتشاره.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات، ومنها دراسة سبيجل (Spiegel, 1996) ودراسة بيوندي وزملائه (Biondi, et al., 1996) ودراسة هيسوز (Hughes, 1987) ودراسة داتور وزملائه (Dattors, et al., 1980) ودراسة هيربرت وكوهن (Herbert & Cohen, 1993)، حيث أجمعت هذه الدراسات أن المريضات المصابات بسرطان الثدي قد عانين من الاكتئاب قبل إصابتهن بالسرطان، فالأكتئاب يزيد من خطر الإصابة بسرطان الثدي وذلك من خلال تثبيط عمل جهاز المناعة وتعطيله عن القيام بوظائفه. إلا أن هذه النتيجة تختلف مع دراسة جاميسون وزملائه (Jamison, et al., 1987) حيث يرى أن الاكتئاب ليس له علاقة بخطر الإصابة بسرطان الثدي.

كما وقد أظهرت النتائج وجود فروق في الأداء على مقياس الاكتئاب بين المصابات فوق سن الأربعين والمصابات تحت سن الأربعين، حيث كان متوسط أداء المصابات فوق سن الأربعين على مقياس الاكتئاب أعلى من متوسط أداء المصابات تحت سن الأربعين على ذات المقياس بدلالة إحصائية.

ويمكن تفسير ذلك بأن المصابات فوق سن الأربعين قد تعرضن أكثر للمرور بظروف قاسية بالإضافة إلى الخطورة البيولوجية لهذا العمر، فالمرأة عادة ينقطع لديها الطمث عندما تبلغ سن الأربعين فما فوق مما يُعرضها للعديد من المشكلات النفسية وأهمها الاكتئاب، وذلك نتيجة للتغير المفاجئ في الهرمونات لديها، بالإضافة إلى شعورها بتقدم العمر وأنها قد بلغت ما يُسمى سن اليأس، مما قد يكون السبب في زيادة الاكتئاب لديها، وأحياناً قد يصل بها ذلك إلى الشعور بعدم الأهمية وأنه لم يعد لحياتها معنى، وذلك بسبب ما يُعطى للدورة الشهرية وقدرة المرأة على الإنجاب من أهمية كدلالة على أن

المرأة ما زالت شابة، وأن الأمومة هي المعيار لمدى أهمية المرأة في المجتمع، وبالتالي فإن انقطاع الطمث قد يكون سبباً رئيسياً لزيادة معدل الاكتئاب لدى النساء فوق سن الأربعين، مما قد يفسر الفروق في الأداء بين المصابات فوق وتحت سن الأربعين على مقياس الاكتئاب.

وفيما يتعلق بالفرضية الأولى للدراسة، فقد دلت النتائج أيضاً أنه لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتفاعل بين الإصابة بسرطان الثدي والعمر على متوسط الدرجات المسجلة على مقياس الاكتئاب، فالعمر ليس له علاقة بالإصابة بسرطان الثدي، فالمصابات تحت وفوق سن الأربعين لم يكن للعمر أثراً في درجة تعرضهن للإصابة بسرطان الثدي.

أما الفرضية الثانية فقد نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha=0.05$ ) على متوسط الدرجات المسجلة على مقياس الضغط النفسي حسب الإصابة والعمر والتفاعل بينهما. وقد أظهرت النتائج وجود فروق لصالح أداء المصابات بسرطان الثدي على مقياس الضغط النفسي، فالمصابات بسرطان الثدي ضمن هذه الدراسة قد عانين من ضغط نفسي شديد خلال الفترة الزمنية التي سبقت إصابتهن بالمرض، ولعل هذا سبباً في خلق وتطوير سرطان الثدي لديهن. ويمكن تفسير ذلك بأن الضغط النفسي يُنْهَك ويُتْعَب الجسم لأنه يستثير الجسم لإنتاج الستيرويد الذي يُعطل جهاز المناعة عن القيام بوظائفه، كما يُخفّض من نشاط وفعالية الخلايا القاتلة الطبيعية (NK)، بالإضافة إلى التسبب في اضطرابات في وظيفة الحمض الأميني الأحادي حيث يُسبب انخفاضاً في نسبة الميلاتونين في الجسم، مما يزيد من خطر الإصابة بسرطان الثدي، فالضغط النفسي قد يؤدي إلى خلق سرطان الثدي وتطويره، كما أنه قد يؤدي إلى تنشيط الورم الكامن في الثدي ليتطور وينتشر بسرعة أكبر. كما أن التعرض للضغوط النفسية يزيد من مستويات الكورتيزول والهرمون المحرّض لإفراز قشر الكظر (ACTH) مما قد يؤدي للإصابة بسرطان الثدي، أو زيادة نموه وانتشاره في حال وجوده، فكثرة التعرّض للضغوط النفسية والأحداث الحياتية الضاغطة قد تُضعف من قدرة الجسم على مقاومة المرض.

إن هذه النتيجة التي توصلت إليها الدراسة تتفق مع ما توصلت إليه دراسات كل من بانزر (Panzer, 1998) وسيمين (Semin, 1996) وديكيسير وزملاؤه (Van der Pompe, et.al., 1998) وفاندير بومبييه وزملاؤه (Dekeyser, et.al., 1998)

وبريلا (Bryla, 1996) حيث أجمعت هذه الدراسات أن الضغوط النفسية تزيد من خطر الإصابة بالسرطان، كما أنها قد تؤدي إلى خلق السرطان وتطويره، وذلك من خلال تثبيط عمل جهاز المناعة وإضعاف المقاومة البيولوجية للأمراض. وتختلف هذه النتيجة مع بعض الدراسات مثل دراسة روبرتس وزملائه (Roberts, et.al., 1996) ودراسة كيفيكستاد وفاتن (Kvikstad & Vatten, 1996) ودراسة تروس وزملائه (Tross, et al., 1996) حيث ترى هذه الدراسات أن الضغوط النفسية ليس لها علاقة بخطر الإصابة بسرطان الثدي، وأنها لا تخلق السرطان ولكن ممكن أن تؤثر في مساره.

كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق في الأداء على مقياس الضغط النفسي بين المصابات فوق وتحت سن الأربعين، فأحداث الحياة الضاغطة تؤثر عليهن بنفس الدرجة، حيث لم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين هذه المتوسطات على مستوى دلالة ( $\alpha=0,05$ ). كما بينت النتائج أنه لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتفاعل بين الإصابة بسرطان الثدي والعمر على متوسط الدرجات المسجلة على مقياس الضغط النفسي، فالمصابات فوق وتحت سن الأربعين لم يكن للعمر أي أثر في درجة تعرضهن للإصابة بسرطان الثدي.

الفرضية الثالثة والأخيرة للدراسة نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( $\alpha=0,05$ ) على متوسط الدرجات المسجلة على مقياس تقدير الذات حسب الإصابة والعمر والتفاعل بينهما. وقد دلت النتائج على وجود فروق في الأداء على مقياس تقدير الذات بين المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات، حيث كان متوسط أداء المصابات أقل من متوسط أداء غير المصابات على هذا المقياس، فالمصابات بسرطان الثدي قد عانين من تدني في تقدير الذات خلال الفترة التي سبقت إصابتهن بالمرض، وبالتالي قد يكون ذلك سبباً للإصابة بسرطان الثدي. فمن المعروف أن للاكتئاب والضغط النفسية آثار سلبية على صورة الفرد عن ذاته، حيث توجد علاقة تبادلية بين الاكتئاب وتدني مفهوم الذات لدى الفرد، وهذا قد ينعكس سلباً على جهاز المناعة والمقاومة لديه، مما يزيد من خطر الإصابة بسرطان الثدي.

إن النتيجة المذكورة سابقاً تتفق مع دراسة كاتز وزملائه (Katz, et al., 1995) حيث ترى أن تدني تقدير الذات يرتبط بالاكتئاب والضغط النفسي، مما يزيد من احتمالية الإصابة بسرطان الثدي. فتدني تقدير الذات يحدث العديد من المشاكل التكيفية لدى الفرد

حتى بعد الإصابة بالسرطان. إلا أن هذه النتيجة تختلف مع ما توصل إليه جاميسون وزملاؤه (Jamison, et al., 1987) حيث يرى أن تقدير الذات ليس له علاقة بخطر الإصابة بسرطان الثدي.

كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق في الأداء على مقياس تقدير الذات بين المصابات بسرطان الثدي فوق وتحت سن الأربعين، حيث كانت متوسطات أدائهن متقاربة على هذا المقياس. فقد ظهر لديهن تدني في تقدير الذات.

كما بينت النتائج أنه لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتفاعل بين الإصابة بسرطان الثدي والعمر على متوسط الدرجات المسجلة على مقياس تقدير الذات، فالمصابات فوق وتحت سن الأربعين لم يكن للعمر أي أثر في درجة تعرّضهن للإصابة بسرطان الثدي.

من المهم الإشارة هنا أن المريضات بسرطان الثدي قد عانين من الاكتئاب والضغط النفسي وتدني تقدير الذات بنفس الوقت، مما يدل على ارتباط عالٍ بين هذه العوامل النفسية المدروسة، وبالتالي فهذا كله يحدث ردود فعل فسيولوجية سلبية تؤدي إلى تثبيط عمل جهاز المناعة ودفاعاته مما يؤثر على صحة الفرد ومقاومته للأمراض.

إن أهم ما يمكن استخلاصه بعد فحص فرضيات الدراسة هو وجود علاقة بين كل من الاكتئاب، والضغط النفسي، وتقدير الذات، والإصابة بسرطان الثدي لدى النساء في الأردن، حيث أن هذه العلاقة هي علاقة إيجابية فيما يتعلق بكل من الاكتئاب، والضغط النفسي، فكلما زاد الاكتئاب كلما زادت احتمالية الإصابة بسرطان الثدي وكذلك هو الحال بالنسبة للضغط النفسي. بينما العلاقة سلبية فيما يتعلق بتقدير الذات، حيث أن احتمالية الإصابة بسرطان الثدي تزداد كلما انخفض تقدير الذات لدى المرأة. كما تبين عدم وجود فروق في الأداء فيما يتعلق بعمر المصابة على مقياس الضغط النفسي ومقياس تقدير الذات، بينما أظهر متغير العمر فروقاً في الأداء ذات دلالة إحصائية بين المصابات فوق وتحت سن الأربعين على مقياس الاكتئاب.

إن هذه الدراسة جديدة من نوعها في الأردن، وبالتالي هي بداية محفزة لإجراء دراسات أخرى في هذا المجال، فالعوامل النفسية خطيرة على كل من صحة الفرد النفسية والجسمية، وفي عصر كهذا فإن هذا الخطر في تزايد مستمر بسبب زيادة الأعباء والضغوط النفسية على الأفراد، مما يتطلب إعطاء هذا الموضوع اهتماماً أكبر.

## التوصيات:

بما أن هذه الدراسة قد تناولت عدداً من النساء المصابات بسرطان الثدي والمتواجدات في مركز الأمل للشفاء، بالإضافة إلى مجموعة عشوائية من النساء غير المصابات بسرطان الثدي، فمن المستحسن أن تُجرى دراسات أخرى بهدف التحقق من صدق هذه النتائج، بحيث تشمل قطاعات مجتمعية مختلفة.

إن هذه الدراسة قد تناولت ثلاثة عوامل نفسية هي: الاكتئاب والضغط النفسي وتقدير الذات، لذا يُستحسن القيام بدراسات أخرى تبحث في عوامل نفسية أخرى قد تكون ذات تأثير على الإصابة بسرطان الثدي، وبالتالي تكون داعمة لدور العوامل النفسية في الإصابة بسرطان الثدي.

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة يُوصى بما يلي:

- ١- إجراء المزيد من الدراسات حول دور عوامل الخطر النفسية ومدى مساهمتها في الإصابة بسرطان الثدي في الأردن، أخذين بعين الاعتبار عوامل مثل: العمر، المستوى التعليمي والاجتماعي والاقتصادي، وطبيعة المهنة.
- ٢- العمل على بناء وتطوير برامج توعية وقائية إرشادية شاملة لهذه العوامل النفسية، بحيث تكون موجهة لجميع فئات المجتمع وخاصة للنساء، وذلك بهدف إدراك مدى خطورة هذه العوامل في التأثير على الصحة الجسمية والعمل على تعديلها.
- ٣- بناء برامج إرشادية نفسية بهدف تعديل مثل هذه العوامل النفسية، وتعليم الأفراد سلوكيات إيجابية مثل التعبير عن الانفعالات بحرية، وضبط الضغط النفسي.
- ٤- تقديم برامج إرشادية تأهيلية لمريضات سرطان الثدي جنباً إلى جنب مع العلاجات الطبية، وذلك لمساعدتهن على التكيف والتقدم في العلاج والحد من الآثار النفسية للمرض.
- ٥- تنظيم مجموعات إرشادية داعمة مخصصة لمريضات سرطان الثدي بهدف التخفيف من حدة الآثار النفسية للسرطان لديهن، مما يزيد من فعالية جهاز المناعة ومستوى نشاط الخلايا القاتلة الطبيعية (NK) التي تقوم بقتل العديد من أنواع الخلايا الورمية، مما يساعد على التقدم في العلاج والبقاء على قيد الحياة لفترة أطول.



## المراجع

### المراجع باللغة العربية:

- جبريل، موسى، ١٩٨٣: تقدير الذات والتكيف لدى الطلاب الذكور، (دراسة ميدانية في المدارس الثانوية الأكاديمية والمهنية في الأردن)، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق.
- حمدي، نزيه، أبو حجلة، نظام، أبو طالب، صابر، ١٩٨٨: البناء العاملي ودلالات صدق وثبات صورة معربة لقائمة بيك للاكتئاب، دراسات، مجلد ١٥، العدد الأول، ص ٣٠-٤٠.
- الدراس، لينا، ١٩٩٩: العلاقة بين بعض العوامل النفسية والإصابة بأمراض القلب في الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة - الجامعة الأردنية.
- الشريف، بسمة، ١٩٨٨: العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والمستوى الاقتصادي والتحصيل والجنس وتقدير الذات، رسالة ماجستير غير منشورة - الجامعة الأردنية.
- عبده، عبير، ١٩٩١: فاعلية برنامج إرشاد جمعي في تقدير الذات ومصادر الضبط لدى طالبات المراهقة الوسطى، رسالة ماجستير غير منشورة - الجامعة الأردنية.
- الفرخ، كاملة، ١٩٨٩: مدى فاعلية برنامج إرشادي للتوافق النفسي لمرضى القلب والسرطان، رسالة دكتوراه غير منشورة - جامعة عين شمس.
- كمال، علي، ١٩٨٣، النفس: تفاعلاتها، أمراضها، وعلاجها، بغداد، الطبعة الرابعة.
- المصري، طارق، ١٩٩٥: علاقة المعتقدات اللاعقلانية بكل من مركز الضبط و تقدير الذات، رسالة ماجستير غير منشورة - الجامعة الأردنية.
- ناصر، لميس، ١٩٩٥: الضغط النفسي لدى كبار العاملين والمتقاعدين، رسالة ماجستير غير منشورة - الجامعة الأردنية.

- American Cancer Society, 1990, *Cancer facts and figures*. New York: Author.
- Andersen, B.L. 1989, Health psychology's contribution to addressing the cancer problem: Update on accomplishments. *Health Psychology*, 8, p. 683 - 703.
- Andrykowski, M.A. 1996, Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems. *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol.49, n.8, p.827-34.
- Beck, A.T, 1980, *Depression: Causes and Treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Biondi, M. Costantini, A. & Parisi, A. 1996, can loss and grief activate latent neoplasia. *Psychotherapy of Psychosomatic*, Vol.65, n.2, p.102-5.
- Brannon, L., & Feist, J .1992, *an Introduction to Behavior and Health: Health Psychology* , (2nd. ed) – California.
- Bryla, C.M. 1996, The relationship between stress and the development of breast cancer. *Oncology Nursing Forume* , Vol.23, n.3, p.441-8.
- Carson, R. Butcher, J, & coleman, j. 1992, *Abnormal Psychology and Modern life*. (9 th. ed) , Scott foresman and company, Glenview, Ill.
- Coleman, J., Carson, R; & Butcher, J. 1983, *Abnormal Psychology in Modern Life*. Scott Forsman & Company, Glenview, Ill.
- Coles, E.M. 1982, *Clinical Psychopathology :An Introduction*. Rontledge keganpaul, London.
- Courtney, J.G., Longnecker, M.p., theorell, T., & de verdier, M.G. 1993, stressful life events and the risk of colorectal *Cancer Epidemiology*, Vol.4, p.407-414.
- Cousins, N. 1983, *The healing heart: antidote to panic and helplessness*. New York: Norton.

- Cox, T. 1984, Stress: A psychophysiological approach to cancer. in C.L. Cooper (ED.) , *psychosocial stress and cancer*, chichester,England:Wiley.
- Cox,T.,&Mackay,C. 1982, psychosocial factors and psychophysiological mechanisms in the etiology and development of cancer.*Social Science and Medicine*, 16,381-396.
- Dattore,p.J,shontz, F.C.& Coyne,L. 1980, premorbid personality differentiation of cancer and non cancer groups. *Journal of consulting and clinical psychology*, 48,388-394.
- Daut,R.L,&Cleeland, C.S. 1982, The Prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer*, 50, 1913-1918.
- Dekeyser,F.G.,Wainstock,J.M.,Rose,L.,Converse,P.G.,&Dooley,W. 1998, Distress symptom, distress, and immune function in women with suspected breast cancer. *Oncology Nursing forume*, Vol 25,n.8,P.1415-22.
- Doll,R.&Peto,R. 1981, *The causes of cancer*.New York:Oxford University Press .
- Eysenck, H.J. 1988, health's character. *Psychology Today*, p.28-35.
- Faller,H.Lang,H.&Schilling,S. 1996, Causal cancer personality attribution. *Klinical psychology, psychiatry and psychotherapy*. Vol.44,n.1,P.104-16.
- Fawzy,N.W.Secher,L.Evans,S.& Giuliano,A.E. 1995, The positive appearance Center:an innovative concept in comprehensive Psychosocial cancer care. *Cancer Practice*, Vol.3,n.4,p.233-8.
- Feber,T. 1996, Promoting self esteem after laryngectomy. *Nursing Times*, Vol.92,n.30,P.37-9.
- Feldman,R 1989, *Adjustment*. McGraw-Hill Inc.
- Fine,Judy. 1986, Afraid to Ask, *A book for families to share about cancer*. New York.,Patient and family library,p.1-10.
- Flore, A.Neil 1987, *The Road Back To Health, coping with The Emotional Side of Cancer*. U.S & Canada.
- Folkman,S. & Lazarus, R. 1988, Coping As A Mediator of Emotion. *Journal of Personality And Social Psychology*, 54,3,466-475.

- Fox ,B.H 1981, Behavioral Issues In Cancer .*perspectives on behavioral medicine*,p.101-133,New York:Academic.
- Gambrill, E.L. 1981, *Behavior Modification : hand book assessment intervention and evaluation*. Jossey-Bass publishers.
- Gilbar,O. 1996, The connection between the psychological condition of breast cancer patients and survival. *General Hospital psychiatry*, Vol.18, n.4, P.266-70.
- Hall, N. R., & Goldstein, A.L. 1986, March / April, Thinking well: The chemical links between emotions and health .*The Sciences*, pp. 34-40.
- Halpin, G& Whiddon,T. 1981:Locus of Control &Self-Esteem Among American Indian & Whites:Across cultural comparisson, *Psychological Reports*,Vol.48,p.91-98.
- Herbert, T.p., & Cohen,S. 1993, Depression and Immunity: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin* ,Vol.113,P.472-486.
- Hinton,J 1981, Sharing or With Holding Awareness of Dying Between Husband and Wife *Journal of Psychosomatic*,25,337-343.
- Hobfoll, S. Walfisch 1984, Coping with a threat to life. A Longitudinal study of self – concept. Social support and psychological distress. *American Journal of community psychology* Vol. 12, n.1, p. 87 – 100.
- Honess,T.& Yardley,K. 1987, *Self And Identity Perspectives Across The Lifespan*, New York .
- Hughes,J.E. 1985, Depressive Illness and lung Cancer.Follow up to inoperable patients .*European Journal of Surgery and Oncology*. p. 21-24.
- Hughes,Jennifer, 1987, *Cancer And Emotion*. London.: British library, p. 40-52.
- Jamison, R.N, Burish,T.G, & wallston,K.A, 1987, psychogenic factors in predicting survival of breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 5,768-772.
- Kanfer,R.& zeiss,A.M. 1983, Depression Interpersonal Standard Setting & Judgement of Self-Efficacy. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol.92,n.3,p.319-329.

- Kash,K.M.Holland,J.C.Osborne,M.P.& Miller,D.G. 1995, Psychological counseling strategies for women at risk of breast cancer. *National Cancer Institute Journal* ,Vol.17,p.73-9.
- katz,M.R.Rodin,G.Devins,GM. 1995, Self esteem &Cancer:theory and research. *Cancer Journal Psychiatry*, Vol.40,n.10,p.608-15.
- Kaufman, D.W.,Palmer,J.R,Rosenberg,L. & Shapiro, S. 1989, Tar Content of cigarettes in relation to lung cancer.*American Journal of Epidemiology*,129,703-711.
- Kvikstad,A.&vatten, L.J. 1996, Risk and Prognosis of cancer in middle-aged women who have experienced the death of a child. *International Journal of Cancer*, Vol.67,n.2,p.165-9.
- Levy,S.M.,Herberman,R.B,Sanzo,K.Lee,J.& Kirkwood,J. 1990, perceived social support and tumor estrogen/progestrone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*;52:73-85.
- Levy.S.M. 1985, *Behavior and Cancer :Life-style and Psychosocial Factors in the Initiation and Progression of Cancer* .San Francisco: Jossey-Bass.
- Lewinsohn,P.M.&Mischel,W. 1980, Social Competence and Depression: the role of Self-Perceptions. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol.89,n.2,p.203-212.
- Marchioro ,G.Azzerello,G.Perale,M.&Vinante,O. 1996, The impact of a psychological intervention on quality of life in nonmetastatic breast cancer. *European Journal of Cancer*. Vol.32,n.9,p.1612-5.
- Miller,M. 1998, Can reducing caloric intake also help reduce cancer. *National Cancer Institute Journal*.Vol.90,n.23,P.1766-7.
- Morell,V. 1995, Zeroing in on how hormones affect the immune system. *Science* ,Vol .269 .p.773-775.
- Myers,David 1998, *Exploring Psychology*.4<sup>th</sup> Ed.,worth publishers,Inc.
- Panzer,A. 1998, Depression or cancer: the choice between serotonin or melatonin. *Medical Hypotheses*,Vol.50,n.5,p.385-7.
- Payne,D.K.Sullivan,M.D.& Massie,M.J. 1996, Women's Psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncology Nursing*,Vol.23,n.2, p.89-97.

- Persky, V.W, Kempthorne-Rawson, J., & Shekelle, R.B. 1987, personality and risk of cancer : 20-years follow up of the western Electric study. *Psychosomatic Medicine*, 49,435-449.
- Persons, J., Burns, D. & Perloff, M. 1988, Predictors of Dropout & Outcome In Cognitive Therapy for Depression in a private setting . *Cognitive Therapy and Research*, Vol.12, n.16,p.557-575.
- Roberts, S. Cleora, Cox. E. Charles, Shannon. J. Vicki, & Wells. L. Nancy 1994, A closer look at social support as a Moderator of stress in Breast Cancer . *Journal of Health and Social Work*, Vol. 19, n. 3, p. 157 – 163.
- Roberts, F.D. Newcomb, P.A. Trentham, A. & Storer, B.E. 1996, self reported stress and risk of breast cancer. *Cancer*. Vol.77,n.6,p.1089-93.
- Schatzkin, A., Jones, D.Y, Hoover, R.N, Tylor, P.R. & Larson, D.B. 1987, Alcohol consumption and breast cancer in the Epidemiologic follow up study of the first National Health and Nutrition Examination Survey. *New England Journal of Medicine* ,316,1169-1173.
- Schwebel, Andrew I., Barocas, Harvey A., Reichman, Walter, & Schwbel 1990 , *Personal Adjustment and Growth :A Life-Span Approach* ,2<sup>nd</sup> ,Milton ,WMC, Brown Publishers.
- Selye, H.; 1980 ,*The Stress Concept Today ,Handbook on Stress And Anxiety* ,Jossey- Bass, San Francisco.
- Semin, O. 1996, The immune system. *Semin Oncology Nursing*, Vol.12,n.2,p.89-96.
- Shilts, R. 1987, *The Band Played On*. New York: St.Martin's Press.
- Simone, C.B. 1983, *Cancer and Nutrition*. New York: McGraw-Hill.
- Sklar, L.S., & Anisman ,H. 1981, stress and cancer. *Psychological Bulletin*, Vol.89,p.369-406.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C., & Gottheil, E. 1989, Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer .*Health Psychology*, pp. 888 – 891.
- Spiegel, D. 1996, Psychological distress and disease course for women with breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, Vol.88,n.10, p.629-631.

## ملحق رقم (١)

الصورة المعربة من قائمة بيك للاكتتاب

### قائمة وصف المشاعر

. تتضمن هذه القائمة مجموعات من الجمل تصف مشاعرك وأحاسيسك في نواحي متعددة، يرجى القيام بقراءة كل مجموعة من الجمل واختيار جملة واحدة منها تعطي أدق وصف لحالتك النفسية وللشعور السائد لديك خلال الشهر الذي سبق تشخيصك بسرطان الثدي. وبعد أن تحدد الجملة التي تصف مشاعرك ضع دائرة حول الرقم الذي يسبقها. أما إذا وجدت في مجموعة ما أن هنالك عدة جمل تنطبق بصورة متساوية على حالتك فضع دائرة حول رقم جملة واحدة منها فقط ترجح أنها أكثر انطباقاً على حالتك.

وتؤكد الباحثة على أهمية التعاون في تقديم البيانات والإجابات الصادقة والدقيقة، علماً بأن الإجابات ستعامل بسرية ولغايات البحث العلمي فقط.

وشكراً لتعاونكم ،،،

- (١) -٠- إنني لا أشعر بالحزن  
١- إنني أشعر بالحزن في بعض الأوقات  
٢- أشعر بالحزن طيلة الوقت ولا أستطيع التخلص من هذا الشعور  
٣- إنني أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا أستطيع احتمالها.
- (٢) -٠- إنني لست متشائماً بشأن المستقبل.  
١- أشعر بالتشاؤم بشأن المستقبل.  
٢- أشعر أنه لا يوجد لدي ما أطمح للوصول إليه  
٣- أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن هذا الوضع من غير الممكن تغييره
- (٣) -٠- لا أشعر بأنني شخص فاشل بشكل عام  
١- أشعر بأنني أواجه من الفشل أكثر مما يواجهه الإنسان العادي  
٢- عندما أنظر إلى حياتي الماضية، فإن كل ما أراه الكثير من الفشل.  
٣- أشعر بأنني إنسان فاشل فشلاً تاماً.
- (٤) -٠- ما زالت الأشياء تعطيني شعوراً بالرضى كما كانت العادة.  
١- لا أشعر بمتعة في الأشياء على النحو الذي كنت أشعر به عادة.  
٢- لم أعد أشعر بأية متعة حقيقية في أي شيء على الإطلاق.  
٣- لدى شعور بعدم الرضى والملل من كل الأشياء.
- (٥) -٠- لا يوجد لدي أي شعور بالذنب  
١- أشعر بالذنب في بعض الأوقات  
٢- أشعر بالذنب في معظم الأوقات  
٣- أشعر بالذنب في كافة الأوقات.
- (٦) -٠- لا أشعر بأنني أستحق عقاباً من أي نوع.  
١- أشعر بأنني أستحق العقاب أحياناً.  
٢- كثيراً ما أشعر بأنني أستحق العقاب.  
٣- أحس بأنني أعاقب وأعذب في حياتي وأنني أستحق ذلك.



- (٧) -٠ لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي  
١- أشعر بخيبة الأمل في نفسي.  
٢- أشعر أحياناً بأنني أكره نفسي.  
٣- إنني أكره نفسي في كل الأوقات.
- (٨) -٠ لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين.  
١- إنني أنقد نفسي بسبب ما لدي من أخطاء وضعف.  
٢- ألوم نفسي طيلة الوقت بسبب أخطائي.  
٣- ألوم نفسي على كل شيء يحدث حتى لو لم يكن لي علاقة مباشرة بذلك.
- (٩) -٠ لا يوجد لدي أية أفكار انتحارية  
١- توجد لدي بعض الأفكار الانتحارية ولكنني لن أقوم بتنفيذها  
٢- أرغب في قتل نفسي  
٣- سأقتل نفسي إذا توفرت لي الفرصة السانحة لذلك.
- (١٠) -٠ لا أبكي أكثر من المعتاد  
١- أبكي في هذه الأيام أكثر من المعتاد  
٢- إنني أبكي طيلة الوقت هذه الأيام  
٣- لقد كانت لدي قدرة على البكاء ولكنني في هذه الأيام لا أستطيع البكاء بالرغم من أنني أريد ذلك.
- (١١) -٠ لا أشعر في هذه الأيام بأنني سريع الغضب أكثر من المعتاد.  
١- أصبح غضبي يستثار بسهولة أكثر من المعتاد هذه الأيام.  
٢- أشعر بسرعة الاستثارة طيلة الوقت في هذه الأيام.  
٣- أحس بأن مشاعري قد تبدلت ولم يعد شيء يغضبني.
- (١٢) -٠ لا أشعر بأنني قد فقدت اهتمام بالناس الآخرين.  
١- أصبحت أقل اهتماماً بالناس الآخرين مما كنت عليه.  
٢- فقدت معظم اهتمام بالناس الآخرين.  
٣- فقدت كل اهتمام لي بالناس الآخرين.
- (١٣) -٠ أقوم باتخاذ قراراتي على أفضل ما أستطيع القيام به.  
١- أميل إلى تأجيل اتخاذ القرارات أكثر مما كنت أفعل عادة.  
٢- أصبحت أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات عما قبل.

- ٣- لم تعد لدي أية قدرة على اتخاذ قرارات في هذه الأيام.  
٠- أشعر بأن مظهري مناسب كما كان عادة. (١٤)
- ١- يزعجني الشعور بأنني ابدو كهلا أو غير جذاب.  
٢- أشعر أن هنالك تغيرات دائمة طرأت على مظهري تجعلني أبدو غير جذاب.  
٣- أعتقد بأنني ابدو قبيحا.
- ٠- أستطيع العمل بنفس الكفاءة كما كنت أفعل عادة. (١٥)
- ١- احتاج إلى جهد إضافي كي أبدأ العمل في أي شيء.  
٢- علي أن أحث نفسي بشدة كي أقوم بعمل أي شيء  
٣- لا أستطيع عمل أو إنجاز أي شيء على الإطلاق.
- ٠- أستطيع النوم جيدا كالمعتاد. (١٦)
- ١- لا أنام جيدا كالمعتاد.  
٢- استيقظ من النوم أبكر بساعة أو ساعتين من المعتاد ولا أستطيع العودة ثانية إلى النوم.  
٣- استيقظ من النوم أبكر بساعات عديدة من المعتاد ولا أستطيع العودة ثانية إلى النوم.
- ٠- لا أجد أنني أصبحت أكثر تعباً من المعتاد. (١٧)
- ١- أصبحت أتعب أكثر من المعتاد.  
٢- أصبحت أتعب من عمل أي شيء تقريبا.  
٣- أنا متعب جدا لدرجة لا أستطيع معها عمل أي شيء
- ٠- شهيتي للطعام هي كالمعتاد. (١٨)
- ١- شهيتي للطعام ليست جيدة كما هي بالعادة  
٢- شهيتي للطعام سيئة جدا هذا الأيام  
٣- ليست لدي شهية للطعام على الإطلاق في هذه الأيام.
- ٠- لم أفقد كثيرا من وزني مؤخرا أو بقي وزني كما هو (١٩)
- ١- فقدت من وزني حوالي ٢ كغم أنني أتعمد محاولة إنقاص وزني نعم لا  
٢- فقدت من وزني حوالي ٤ كغم  
٣- فقدت من وزني أكثر من ٦ كغم

- (٢٠) -٠ ليس لدى انزعاج يتعلق بصحتي أكثر من المعتاد.  
١- أنني منزعج بشأن المشكلات الصحية مثل آلام المعدة أو الإمساك أو الآلام والأوجاع الجسمية عامة.  
٢- إنني متضايق من المشكلات الصحية ومن الصعب أن أفكر في شيء آخر.  
٣- أنني قلق للغاية بسبب وضعي الصحي بحيث لا أستطيع التفكير في أي شيء آخر.
- (٢١) -٠ لم ألاحظ أية تغيرات تتعلق في اهتماماتي الجنسية.  
١- أصبحت أقل اهتماما بالأمور الجنسية مما كنت عليه من قبل.  
٢- اهتمامي قليل جدا بالأمور الجنسية في هذه الأيام.  
٣- فقدت اهتماماتي بالأمور الجنسية تماما.

## ملحق رقم (٢)

### مقياس الضغط النفسي لدى الكبار

نأمل الإجابة على فقرات الاستبيان المرفق بوضع إشارة (X) في الخانة المناسبة أمام كل فقرة من الفقرات والتي تعبر عن درجة شعورك بالضغط النفسي (الضيق والقلق) نتيجة لتعرضك للحدث المذكور في الفقرة، مع مراعاة الفترة الزمنية التي سبقت تشخيصك بسرطان الثدي.

نرجو الدقة في الإجابة، علماً بأن المعلومات الواردة في الاستبيان سوف تستخدم لأغراض البحث فقط.

شكراً لتعاونكم

الباحثة

قائمة مصادر الضغط النفسي لدى الكبار

(الشدة)

الرقم	الفقرة	شدة الضغط النفسي			
		مرتفعة جداً	مرتفعة	متوسطة	منخفضة
١.	وفاة الزوج				لا تنطبق
٢.	ضعف الذاكرة				
٣.	وفاة صديق حميم				
٤.	مرض أحد أفراد الأسرة				
٥.	الضعف الجسمي				
٦.	سوء العلاقة مع الجيران				
٧.	عدم التقبل من قبل الآخرين				
٨.	الخوف من المستقبل				
٩.	مشكلات تتعلق بالسكن				
١٠.	الأرق				
١١.	صعوباته الجنسية				
١٢.	انتشار التعصب				
١٣.	الانفصال عن الزوج				
١٤.	الشعور بالوحدة				
١٥.	التعرض للمرض أو الإصابة				
١٦.	تقليد الشباب لقيم وأساليب سلوك أجنبية				
١٧.	صعوبات مالية				
١٨.	تأمين مستقبل الأبناء				
١٩.	التغيرات في المظهر الجسمي				
٢٠.	روتين الإجراءات الحكومية				
٢١.	الأوضاع السياسية في المنطقة				
٢٢.	تغيير محل الإقامة				
٢٣.	فشل أحد الأبناء في إيجاد وظيفة أو عمل				
٢٤.	تقاعد الزوج أو الزوجة				
٢٥.	الشعور بالكبر (تقدم السن)				
٢٦.	متطلبات العادات الاجتماعية				

الرقم	الفقرة	شدة الضغط النفسي			
		مرتفعة جداً	مرتفعة	متوسطة	منخفضة لا تطبق
٢٧.	المشكلات الزوجية				
٢٨.	وفاة أحد الأبناء				
٢٩.	وفاة أحد الأقارب				
٣٠.	عدم وجود أصدقاء مخلصين				
٣١.	فشل أحد الأبناء في الدراسة				
٣٢.	التقاعد				
٣٣.	قرب التقاعد				
٣٤.	الشعور بعدم الأهمية الشخصية				
٣٥.	عدم توفر وسائل الترويح				
٣٦.	الشعور بعدم تقدير الأبناء				
٣٧.	عدم توفر ضمان اجتماعي للشيخوخة				
٣٨.	المشكلات الناجمة عن العمل				
٣٩.	صعوبة ملء أوقات الفراغ				
٤٠.	طغيان المادة على الناس				
٤١.	ثقل المسؤولية والأعباء				
٤٢.	صعوبة استخدام المواصلات				
٤٣.	مرض أحد الأقارب				
٤٤.	مشاكل زواجية يعيشها الأبناء				
٤٥.	الخلافات بين أفراد الأسرة				
٤٦.	الفشل في تحقيق أهداف شخصية				
٤٧.	الاعتمادية على الآخرين				
٤٨.	تغيير القيم الاجتماعية في مجال العلاقة بين الجنسين				
٤٩.	عدم تكافؤ الفرص في المجتمع				
٥٠.	العيش مع الأبناء بعد زواجهم				
٥١.	الشعور بإهمال المقربين				
٥٢.	ترك الأبناء للبيت بعد الزواج				
٥٣.	انتشار الفقر والظلم الاجتماعي				
٥٤.	وفاة أحد الأحفاد				

### ملحق رقم (٣)

#### مقياس تقدير الذات

بين يديك قائمة تحتوي على مجموعة من العبارات تعبر عن جوانب مختلفة تشير إلى صفات وخصائص يتصرف بها الأشخاص، أرجو قراءة كل من تلك العبارات ووضع إشارة (x) في المكان المناسب على ورقة الإجابة والذي يعبر عن موقفك من كل منها بالنسبة لانطباقها عليك، راجياً التكرم بالإجابة على جميع العبارات بكل الصراحة والصدق الممكنين.

أرجو التأكد من الإجابة على جميع العبارات دون استثناء.

الباحثة

لا أوافق بشدة	أوافق بدرجة ضعيفة	أوافق بدرجة متوسطة	أوافق	أوافق بشدة	
					١. أنجح دائما في حل المشكلات التي تعترضني.
					٢. أنظاير باحترام الآخرين ومحببهم إذا كان في ذلك مصلحة لي.
					٣. أنقلب بين حالة الارتياح والمرح وحالة الضيق والكآبة بسرعة.
					٤. أنترم قول الحق ولا أرهب فيه لومة لائم.
					٥. أنمى لو أن جسمي أكثر قوة.
					٦. قلما أستفد من تجاربي السابقة في مواجهة مسا يعترضني من أمور.
					٧. أشعر بالسعادة عندما أساعد الآخرين.
					٨. أنحكم بنفسي عند الغضب الشديد.
					٩. أسعى دائما إلى الحصول على أكثر من غيري.
					١٠. أشعر بنشاط في معظم الأوقات.
					١١. أحتاج إلى وقت طويل لفهم كثير من القضايا.
					١٢. أشعر أن حركاتي غير متزنة.
					١٣. أجمال الآخرين واحترم مشاعرهم أيا كانوا.
					١٤. أختلف مع الناس لأسباب نافية.
					١٥. أنق أن المستقبل ملئ بفرص النجاح.
					١٦. غالبا ما أتردد في تنفيذ أموري ومشاريعي.
					١٧. أعتقد أنني شخص ذكي جدا.
					١٨. أحجل عند الحديث مع أشخاص لا أعرفهم.
					١٩. أستمتع بالحديث عن حسناتي أمام الآخرين.
					٢٠. أتمتع بمكانة محترمة بين معارفي.
					٢١. أرفض أن يببهي أحد إلى أخطائي أو يشير إليها أمامي.
					٢٢. يصعب علي التعبير عما يجول في نفسي في معظم الأحيان.
					٢٣. إاحتمالات تحسن أوضاعي في المستقبل ضعيفة.
					٢٤. أسلك دائما بطريقة تتناسب مع قواعد السلوك الاجتماعي المقبول.
					٢٥. أنمى لو كنت أكثر طولا.



لا أوافق بشدة	أوافق بدرجة ضعيفة	أوافق بدرجة متوسطة	أوافق	أوافق بشدة	
					٢٦. لا أنسى إساءة لي مهما كانت صغيرة.
					٢٧. أشعر بالحزن لأحزان من أعرفهم.
					٢٨. أسعى إلى اكتشاف الأشياء المجهولة ومعرفة غوامضها.
					٢٩. أتمتع بجسم رشيق سريع الحركة.
					٣٠. أشعر بتقة كاملة بنفسى.
					٣١. أنسى الكثير من الأمور التي يجب ألا أنساها.
					٣٢. أواجه المخاطر إذا دعا الواجب.
					٣٣. أسعد كثيرا عندما أنجح في واجباتى.
					٣٤. أشعر بالارهاق السريع عند بذل جهد عضلى.
					٣٥. بعد المناقشة مع الآخرين أتخذ القرارات وبقا لقناعتي.
					٣٦. أهتم بفهم المشكلات الاجتماعية.
					٣٧. أدرك أهمية العلم ودوره في تقدم المجتمع.
					٣٨. أشعر بالذنب الكبير مهما كانت أخطائي صغيرة.
					٣٩. غالبا لا أحسن استخدام قدراتي وإمكاناتي بما فيه الكفاية.
					٤٠. أصر على تحقيق أهدافي مهما كانت الصعاب.
					٤١. أشعر بالراحة إذا إنصاع الآخرين لإرادتي.
					٤٢. أستطيع إيجاد الحلول للمشكلات في معظم الأحيان.
					٤٣. تضايقتني مواقف الدعابة والمرح.
					٤٤. أشعر برغبة الكثيرين بصحبتى.
					٤٥. أتمنى لو كنت شخصا أفضل مما أنا عليه.
					٤٦. أصبر على الشدائد ولا أفقد الأمل أبدا.
					٤٧. يغلب علي أن أهتم بمظاهر الأشياء ولا يسهمني أن اتعمق كثيرا فيها.
					٤٨. أضحي بمصالحى إذا تطلب الواجب ذلك.
					٤٩. أعتمد على غيري في أداء الواجبات والمهام المشتركة.
					٥٠. أرغب في أن أبقى معظم اليوم جالسا دون أي عمل.

لا أوافق بشدة	أوافق بدرجة ضعيفة	أوافق بدرجة متوسطة	أوافق	أوافق بشدة	
					٥١. أتق أنني سأنجح باستمرار في مهامي.
					٥٢. أعرف دائما ما أستطيع القيام به بنجاح وما لا أستطيع عمله.
					٥٣. أشعر بعدم الرضا عن بعض تصرفاتي.
					٥٤. أتعامل بطريقة ودية مع الجميع.
					٥٥. أمتاز بجسم متناسق.
					٥٦. أغير من موافقي وأفكاري بما يتفق مع مصالحي.
					٥٧. أصدق أي شيء يقال لي.
					٥٨. أشعر دائما أنني أفضل من غيري.
					٥٩. أتربط إيجابيا لذي من أقابلهم ولو لمرة واحدة.
					٦٠. أشعر أن إمكانيات تحقيق آمالي في المستقبل ضعيفة.
					٦١. أعدل عن أفكاري إذا تبين لي خطأ فيها.
					٦٢. أسلك في حياتي وفق قيم لا أحيدها أبدا.
					٦٣. أشعر أنني أتقدم في كل المجالات مع تقدم الزمن.
					٦٤. يصعب علي أن أتوقع أشياء في المستقبل إستنادا إلى حوادث الماضي والحاضر.
					٦٥. أتمتع بمحبة كبيرة من أسرتي.
					٦٦. أحمل الأحداث أعبادا ودلالات أكثر مما تستحق.
					٦٧. أتسبب بوسامة تثير إعجاب الجنس الآخر.
					٦٨. أتصرف بطريقة تتلائم ومتطلبات الموقف الذي أجد نفسي فيه.
					٦٩. أتحدث كثيرا مهما كان موضوع الحديث.
					٧٠. أواجه أخرج المواقف دون خوف.
					٧١. أشعر أنني شخص غير مهم بالنسبة للآخرين.
					٧٢. ألتزم الحقيقة كاملة في كل أقوالي وأفعالي.
					٧٣. أحاول أن أعرف أسرار الآخرين ومشاكلهم الخاصة.

لا أوافق بشدة	أوافق بدرجة ضعيفة	أوافق بدرجة متوسطة	أوافق	أوافق بشدة	
					٧٤. أنجح غالبا في إقناع الآخرين بوجهة نظري في الأمور.
					٧٥. أتمنى لو أن جسمي أكثر تناسقا.
					٧٦. أشعر أنني أقوم بما يلزم لأنمي ثقافتني.
					٧٧. أشعر بالرضا التام عن تعاملني مع الناس.
					٧٨. أتحمل بذل جهد كبير في العمل دون كلل أو ملل.
					٧٩. أشعر بالسعادة معظم الوقت.
					٨٠. كثيرا ما أبالغ في قدراتي أمام الآخرين.
					٨١. أشعر أنني أقل مستوى من غيري.
					٨٢. أفهم تصرفات الآخرين ومدلولاتها بسرعة.
					٨٣. أشعر بالضيق الشديد من تفوق زملائي.
					٨٤. أرى أن صلابة جسمي توحى بشخصية قوية.
					٨٥. يصعب علي أن استنتج أشياء أبعد مما تبدو عليه في الظاهر.
					٨٦. أتصرف بأمانة مهما كانت المغريات.
					٨٧. أشعر أن لا شيء يشدني للجنس الآخر.
					٨٨. أستطيع أن أوصل حاجاتي و رغباتي للظروف المناسبة.
					٨٩. أقبل التنافس في حالة التأكد المسبق من الفوز فقط.
					٩٠. أشعر بثقة في قدرتي على التغلب على أية صعوبة أو مشكلة تعترضني في المستقبل.
					٩١. أقوم بالغش إذا كنت ضامنا عدم إكتشاف ذلك.
					٩٢. تعابير وجهي توحى بالأثوثة الكاملة.
					٩٣. أنزعج بشكل كبير لأبسط الأمور.
					٩٤. أقدم نصائحي ومساعدتي في حل مشكلات الآخرين.
					٩٥. غالبا ما أعجز أن أتى بفكرة جديدة أو حل إذا واجهت مقفا مشكلا.
					٩٦. التزم بأداء المهام المسندة لي بشكل دقيق.
					٩٧. أشعر أن جسمي غير متماسك وعضلاتي غير مشدودة.

لا أوافق بشدة	أوافق بدرجة ضعيفة	أوافق بدرجة متوسطة	أوافق	أوافق بشدة	
					٩٨. أغير من لهجتي وحركاتي أمام بعض الناس لأبدو رفيع المستوى.
					٩٩. أتصرف بالمواقف الحرجة بحكمة وتعقل.
					١٠٠. أتمنى لو أنني أتمتع بشعبية أكبر بين زملائي.
					١٠١. يسرني أن رؤسائي في العمل يعتبروني جديرا بالاحترام.
					١٠٢. أقيم علاقات طيبة مع كل من أراقه واختلط به.
					١٠٣. أقوم بأداء مهامي بصورة منقطعة وبيطء.
					١٠٤. أهتم بنفسى فقط.
					١٠٥. أشعر أنني أقوم بما يلزم لتكون قراراتي العقلية مسيطرة على عواطفى.
					١٠٦. أتحمل التغييرات المناخية العنيفة.
					١٠٧. غالبا ما أبتعد عن التعامل مع شخص أقل منى مستوى.
					١٠٨. أجهل حقيقة أهميتى بالنسبة للآخرين.
					١٠٩. أنفذ التزاماتى فى الوقت المحدد بشكل كامل.
					١١٠. أعتر بنفسى واحترمها فى كل الأوقات.
					١١١. كثيرا ما أشكو من الالام.
					١١٢. افرض احترامى فى كل المواقف.
					١١٣. أعجز فهم الأفكار التى تعبر عن علاقات بين أشياء متعددة.
					١١٤. يسهل إثارة غضبى لأبسط الأمور.
					١١٥. أحاول الحصول على الشهرة مهما تطلب ذلك.
					١١٦. أعتبر نفسى شخصا واسع الإطلاع بالمقارنة مع من هم فى عمري.
					١١٧. أعرف أن اتقانى للألعاب الرياضية أمر صعب.
					١١٨. أرفض المعونة ومعها منه مهما كانت حاجتى إليها.
					١١٩. أشعر أن سلوكى مستزن ومناسب فى كل المواقف.
					١٢٠. أبدي وجهة نظري فى كل الأمور بمنتهى الصراحة.

لا أوافق بشدة	أوافق بدرجة ضعيفة	أوافق بدرجة متوسطة	أوافق	أوافق بشدة	
					١٢١. أشعر أنه ليس عندي أية موهبة خاصة.
					١٢٢. أحب الناس وأتمنى لهم الخير.
					١٢٣. يهمني الحصول على المكاسب مهما كانت الوسائل المتبعة.
					١٢٤. اخطط لما أنوي القيام بادائه بتمعن وتفكير.
					١٢٥. كثيرا ما أقوم بأعمال تختلف عما أذهب إلى العمل به.
					١٢٦. أشعر غالباً بعدم الرضا عن نفسي.
					١٢٧. إذا قطعت على نفسي عهداً التزم به مهما كانت الظروف.
					١٢٨. أرى أن كل إنسان يستحق الاحترام والتفهم.
					١٢٩. أشعر أن الآخرين يعتبروني شخصا مفيدا.
					١٣٠. ارتكب كثيرا من الأخطاء أثناء تنفيذ المهام أو الاعمال التي أقوم بها.
					١٣١. أرى أن كل إنسان يستحق الإحترام والتفهم.
					١٣٢. أتمتع بمحبة كل من يعرفني.
					١٣٣. أميل إلى التقليل من قيمة كثير من الناس.
					١٣٤. أرى أن سلوكي جيد في شتى جوانبه.
					١٣٥. أشعر براحة عندما أبقى وحيدا مبتعدا عن الناس.
					١٣٦. أعتقد أنني شخص جذاب بالنسبة للجنس الآخر.
					١٣٧. أبتعد عن مشاركة الآخرين إحتفالاتهم في المناسبات الإجتماعية.
					١٣٨. أشعر بالسعادة عندما أداعب الأطفال وأجلب لهم السرور.
					١٣٩. أعتقد أنه من الذكاء أن أوقع بين الآخرين لأبعدهم عن طريقي عند المنافسة.

## **Abstract**

### **Depression, Stress, and Self Esteem: Comparison study between women with Breast Cancer and women without Breast Cancer.**

**Student: Iman Muhammed Fayeq Ali**

**Supervisor: Dr. Asa'ad Al-  
Zou'bi**

The main question addressed by this study revolves around relationship between some Psychological Factors (depression, stress, and self esteem) and breast cancer of women in Jordan.

Sixty four women participated in this study, Half of them (32) 18 above forty years old & 14 under forty years old were suffering from breast cancer, and they were hospitalized at Al- Amal Center. The other half (32) 19 above forty & 13 under forty were randomly chosen from the Society, but they didn't suffer from breast cancer.

In order to achieve the goals of this study, three psychological measures were used. These were Depression Inventory List, Stress for Adults, and self-esteem. The average of performance for all measures was computed for all women of this study, then ANOVA was used to determine whether the differences between the means of the group were significant, at the level (0.05) .

Results of the study indicated that women with breast cancer demonstrated significantly higher levels of depression and stress, and lower level of self esteem, Comparing with women who didn't have breast cancer.

The results also showed significant differences of depression between women with breast cancer above and under forty, but there were no significant differences of stress or self esteem. On the other hand there was no significant interaction between breast cancer and Age on depression, stress, and self esteem.

These results suggests that more studies are still needed in this area, so our knowledge of the relationship between psychological factors and breast cancer would increase. It was recommended that the medical care in Jordan would include psychological care and counseling strategies as part of treatment for breast cancer patients.