

Cognitive distortions and its relation with pain level for a sample of breast cancer women

A comparison between patients applying chemio and radiotherapy

Dr. Caroline Almuhsin*

(Received 20 / 11 / 2022. Accepted 21 / 12 / 2022)

□ ABSTRACT □

This study aimed to identify the relationship between cognitive distortions and pain levels among women with breast cancer. It detects the prevalence of cognitive distortions and its relationship with pain levels according to radiotherapy or chemotherapy applied. (Yurica, 2002) and (NPS) Scales were used, targeting 72 patients in Al-Biruni Hospital-Damascus, with descriptive analytical approach. Results are: The most prevalent distortions were emotional reasoning, perfectionism, emotional reasoning and decision making. (48.57%) of patients treated with radiology felt moderate pain, while (43.24%) of those applying chemotherapy felt low pain. There is a relationship between cognitive distortions and pain levels on the dimensions of exclusion of positive aspects of personality, amplification, marginal thinking, comparison with others. There are differences on the dimensions of perfectionism, emotional reasoning and decision-making due to the educational level and age variables in favor of over fifty years old. There are differences in emotional reasoning and decision-making dimensions in favor of patients applying chemotherapy.

Keywords: cognitive abnormalities, breast cancer, pain level, chemotherapy, radiology

*Assistant Professor , Department of Psychological Counseling, College of Education, Damascus University. caroline.m.psy@tishreen.edu.sy

التشوهات المعرفية وعلاقتها بمستوى الألم لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي بحث مقارنة بين المرضى الخاضعات للعلاج بالأشعة والعلاج الكيماوي

د. كارولين المحسن*

(تاريخ الإيداع 20 / 11 / 2022. قبل للنشر في 21 / 12 / 2022)

□ ملخص □

هدف الدراسة التعرف على العلاقة بين التشوهات المعرفية ومستوى الألم لدى المصابات بسرطان الثدي تبعاً لمتغيرات محددة. أهمية البحث في الكشف عن انتشار التشوهات المعرفية في العينة وعلاقتها بمستويات الألم حسب طرق العلاج بالأشعة أو الكيماوي. تم استخدام مقياس التشوهات المعرفية (Yurica, 2002) و مقياس التصنيف الرقمي للألم (NPS). استهدفت 72 مريضة في مشفى البيروني بدمشق، اعتمد المنهج الوصفي التحليلي. وكانت النتائج: أكثر التشوهات المعرفية انتشاراً الاستدلال العاطفي يليه الكمالية فالاستدلال العاطفي واتخاذ القرار. (48.57%) من المصابات المعالجات بالأشعة يشعرون بألم متوسط، بينما شعرت (43.24%) من الخاضعات للعلاج الكيماوي بألم منخفض. توجد علاقة بين التشوهات المعرفية ومستوى الألم على أبعاد استبعاد الجوانب الإيجابية للشخصية، لتضخيم التفكير الحدي، المقارنة مع الآخرين. لا توجد فروق دالة إحصائية في التشوهات المعرفية تعزى إلى متغيرات البحث، لكن الفروق كانت على بعدي الكمالية والاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات تعزى إلى المستوى التعليمي ومتغير العمر لصالح المرضى ما فوق الخمسين عام، وهناك فروق في بعد الاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات لمصلحة "الخاضعات للعلاج الكيماوي".

الكلمات المفتاحية: التشوهات المعرفية، سرطان الثدي، مستوى الألم، العلاج الكيماوي والأشعة

* مدرس - قسم الارشاد النفسي - كلية التربية - جامعة دمشق - دمشق - سورية caroline.m.psy@tishreen.edu.sy

مقدمة

تعاني الشعوب العربية حالياً بشكل عام والسوريون بشكل خاص من ظروف اجتماعية واقتصادية وصحية صعبة جداً، نتج عنها ضغوط نفسية كبيرة وأعراض مرضية جسدية أكثر زادا الوضع الراهن تعقيداً وشدة. ومن أكثر تلك الأمراض إثارة للقلق والخوف لدى الشريحة العظمى من الناس مرض السرطان الذي قد يصيب الانسان في أي جزء من جسده، ويشكل تهديداً لحياته بسبب ضعف الموارد الصحية وقلة أدوية السرطان وتمركز العلاج في المشافي المتخصصة في العاصمة دمشق خصوصاً. إذ إن كلمة سرطان تعني مرض خطير قاتل فشل الأطباء في معرفة أسبابه وتفسيره الى الآن (قواجلية، 2012). ولعل أكثر السرطانات انتشاراً سرطان الثدي لدى النساء، ففي الوقت الحالي يعتبر السرطان المسبب الثاني للوفاة بعد أمراض القلب، ففي الولايات المتحدة الأمريكية يتم تشخيص مليون ومائة ألف حالة سنوية بالسرطان، يتم وفاة حوالي نصف مليون منهم كل عام (منظمة الصحة العالمية ، 2021)؛ لذلك فمن المحتمل أن تكون السرطانات كنتيجة مباشرة لتوابع الحرب التي تسببت في تدمير البنية التحتية، كزيادة مستويات التلوث، وحوادث تغيرات على العادات الاقتصادية اليومية كنمط الاستهلاك، بالإضافة إلى نقص القدرة على مقاومة الظروف المسببة لها نتيجة الحصار المشدد على كل الواردات الغذائية والصحية الى بلدنا الحبيب.

حسب الجامعة الامريكية يعتبر مرض السرطان وباء عالمي، حيث بلغ عدد المشخصين بالمرض بنحو (14.1) مليون شخص في عام (2012). ومن المتوقع ارتفاع هذا العدد إلى (21.7) مليون شخص بحلول عام 2030 (الجامعة الأمريكية، 2012). تتمر الفئة المصابة بهذا المرض بأطوار نفسية مختلفة تؤثر مباشرة في حياتها ومحيطها الاجتماعي، قد تبدو دراسة المشاكل النفسية والمعرفية للمريض ترفاً مقابل المرض الذي يسبب ألم وخوف من تطور الأعراض ومستقبل المرض في الظروف الحالية. لكن مع نقص الإمكانيات اللازمة لمكافحة هذا المرض في شتى مراحله داخل المشافي أمر بالغ الأهمية، يبرز أهمية تضمين الخدمة النفسية والاجتماعية كدعم أساسي للمريض. حيث يختبر مريض السرطان العديد من المشاكل النفسية الناتجة عن تقييمه لمرضه، كالقلق والاكتئاب والانسحاب وقلق الموت إضافة الى التفكير الزائد بمحيطه واحساسه بالذنب لما يسبب لهم من مشقة التكيف مع الحياة في ظل التغيير الذي ستواجهه المريضة بعد استئصال الثدي الذي يهدد هوية الذات عند المرأة إلى جانب أسئلة كثيرة تسبب لها مشاكل في التفكير والتركيز والإدراك وتشوهات في التفكير. يرى بيك أن المزاج والمشاعر السلبية التي تميز الاضطرابات الانفعالية تكون نتاجاً لمعارف مشوهة ولا عقلانية، فهي تؤثر على إدراكات الفرد والتفسيرات التي يقدمها للأحداث والذاكرة، بحيث يتم إدراك الخبرات في ضوء علاقتها بالبنى المعرفية للفرد، ومن المحتمل أن تؤدي بالفرد إلى تشويه تلك الخبرات والوصول إلى استنتاجات خاطئة حتى تتناسب مع هذه الابنية حتى في إدراكه لمواقف واضحة (شريف، 2003). وهكذا فإذا أدرك الفرد الموقف بشكل خاطئ فإن تلك التشوهات المعرفية يمكن أن تضخم من تأثير الإدراكات الخاطئة (Helmuth, 1994, 123). أحياناً تضطرب علاقة الفرد بالآخرين في مراحل مختلفة من العلاج الكيماوي وكل التغيرات الجسدية والنفسية المرافقة، مروراً بالعلاج بالأشعة والآلام المرافقة لكلا المرحلتين. تلك التغيرات النفسية والمعرفية التي قد تطرأ في ظل رحلة مواجهة مرض سرطان الثدي جعلت الباحث مهتماً بهذا الموضوع، كي يتم الكشف عنها بطريقة بحثية علمية، تعود فوائده على مرضى السرطان للتخفيف من معاناتهم النفسية والجسدية.

مشكلة البحث وتساؤلاتها:

في عام (2020)، سُخِّصت إصابة (2.3) مليون امرأة بسرطان الثدي وسجلت (685000) حالة وفاة بسببه على مستوى العالم. وفي نهاية عام 2020، كان هناك 7.8 مليون امرأة على قيد الحياة تم تشخيص إصابتهن بسرطان الثدي في السنوات الخمس الماضية، مما يجعله أكثر أنواع السرطان انتشاراً في العالم. يحدث سرطان الثدي في كل بلد من بلدان العالم بين النساء من كل الأعمار بعد سن البلوغ ولكن بمعدلات متزايدة في مراحل متأخرة من الحياة (منظمة الصحة العالمية، 2021).

يعتبر السرطان ثاني سبب رئيسي للوفاة في العالم حيث حصد في عام (2015) (8.8) مليون شخص، وتعزى إليه وفاة واحدة تقريباً من أصل 6 وفيات على صعيد العالم. تُمنى البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل بنسبة (70%) تقريباً من الوفيات الناجمة عن السرطان (Ferlay et al., 2012). تحدث ثلث وفيات السرطان تقريباً بسبب سوء نمط الحياة على الأصعدة السلوكية والغذائية الخمسة التالية: ارتفاع منسوب كتلة الجسم وعدم تناول الفواكه والخضر بشكل كاف وقلة النشاط البدني وتعاطي التبغ والكحول. يمثل تعاطي التبغ أهم عوامل الخطر المرتبطة بالسرطان، وهو المسؤول عما يقارب (22%) من وفيات السرطان. (GBD, 2015) الالتهابات المسببة للسرطان، مثل التهاب الكبد وفيروس الورم الحليمي البشري، مسؤولة عن نسبة تصل إلى (25%) من حالات السرطان في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل (Plummer et al, 2012) من الشائع ظهور أعراض السرطان في مرحلة متأخرة وعدم إتاحة خدمات تشخيصه وعلاجه في عام (2017). نسبة (26%) من البلدان المنخفضة الدخل أُتيح لها خدمات علوم الأمراض عموماً في القطاع العام، فيما زادت على (90%) نسبة البلدان المرتفعة الدخل التي أفادت بإتاحة خدمات العلاج لديها مقارنة بنسبة قلت عن (30%) من البلدان المنخفضة الدخل التي أفادت بذلك (Stewar, et al, 2014).

تختلف آثار سرطان الثدي على المرضى حسب عدة عوامل منها: نوع السرطان، درجة انتشاره في الجسم، وعمر المصابة حيث تعتبر معدلات البقاء في الدول المتقدمة عالية في إنجلترا والولايات المتحدة بين (80-90%) أما في الدول النامية تعتبر معدلات البقاء أقل منها في الدول المتقدمة (WHO, 2014).

أشارت دراسة عام (2007) أجراها باحثون في كلية الصحة العامة في جامعة جورجيا أن هناك حاجة إلى اهتمام أكثر في تعزيز أداء ونفسية الناجين من مرض السرطان ذوي سن متقدم، حتى عندما لا يكون لديهم مضاعفات طبية واضحة ذات صلة بالسرطان. وجدت الدراسة أن الناجيات من سرطان الثدي الأكبر سناً أظهرن مؤشرات متعددة من التناقضات في نوعية حياتهم ذات الصلة بالصحة، وأقل صحة نفسية اجتماعية من المجموعة المقارن بها. لم يسجل الناجون أعراض الاكتئاب أو القلق أكثر من المجموعة المقارن بها، إلا أنهم سجلوا أقل في المؤشرات الإيجابية للصحة النفسية الاجتماعية، وسجلوا معدل أكبر من الاكتئاب والتعب. بما ان احتمالية الإصابة بسرطان الثدي لدى النساء أكثر من (50) عاماً بارتفاع وأن معدلات البقاء على قيد الحياة بارتفاع أيضاً، أصبح سرطان الثدي مشكلة من مشاكل الشيخوخة التي تتطلب مزيد من البحوث والتوسع في خدمات دعم السرطان المتخصصة بحيث تكون مصممة خصيصاً لفئات عمرية محددة (Perkins, et al, 2007).

من هنا وجد الباحث أنه من الضرورة بمكان أن يقوم هذا البحث بتسليط الضوء على شريحة مهمة في مجتمعنا، ألا وهي مرضى سرطان الثدي، حيث المعاناة النفسية قبل الجسدية، والنظرة المستقبلية الفارغة، والحياة اليائسة، وكل تلك

المفاهيم التي قد تدور في أفق كل مريضة والتي تختلف باختلاف المجتمعات والثقافات والمعتقدات الشخصية والدينية والأفكار التي ترافق تلك المشاعر منها السلبية والإيجابية في بعض الحالات. خصوصاً عندما تضيف بعض الأفكار المشوهة للإدراك عبئاً آخر من الألم يتدخل في طريقة تفسير المرض والألم وطريقة التعاطي مع العلاج بمراحله المختلفة سواء العلاج الكيماوي بداية والشعاعي كمرحلة أخرى. كل ذلك أثار فضول الباحث للتعرف على العلاقات المرتبطة ببعض المتغيرات المهمة. لذلك يمكن صياغة مشكلة البحث في السؤال الرئيس التالي:

. هل توجد علاقة بين التشوهات المعرفية ومستوى الألم لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي؟ البحث اعد للإجابة عن الأسئلة الفرعية التالية:

1. ما هي التشوهات المعرفية الأكثر انتشاراً لدى المصابات ؟
2. ما هو مستوى الألم المدرك من قبل المصابات باختلاف نوع العلاج؟
3. هل تختلف تلك التشوهات باختلاف نوع العلاج المقدم؟
4. هل يوجد فروق بين افراد العينة في التشوهات المعرفية وفقاً لمتغيرات (العمر، المستوى التعليمي، نوع العلاج (أشعة أو كيماوي)؟

أهمية البحث وأهدافه

أهمية البحث:

تأتي أهمية البحث من النقاط الآتية:

- 1- التعريف بالمتغيرات الرئيسية للبحث وهي دراسة علاقة التشوهات المعرفية بنوع العلاج المستخدم في الحد من انتشار سرطان الثدي.
- 2- العينة التي يستهدفها البحث وهي من فئات المجتمع التي لا تحظى باهتمام كبير نظراً لصعوبة التطبيق من قبل العاملين في ميدان الخدمة الإنسانية
- 3- يمكن البناء على نتائج هذا البحث لتطوير برامج إرشادية وعلاجية قائمة على نظرية العلاج المعرفي من أجل مساعدة الأفراد الذين يعانون من تشوهات معرفية من خلال تصويب التشوهات المعرفية الموجودة لديهم.
- 4- ندرة الدراسات التي تتناول موضوع البحث، حيث لم تجد الباحثة دراسات معمقة في بيئتنا لسورية تدرس علاقة مستوى الألم بالتشوهات المعرفية لدى عينة البحث.

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى:

- 1- تعرف التشوهات المعرفية المنتشرة لدى مرضى سرطان الثدي في عينة البحث الحالي.
- 2- تعرف مستوى الألم لدى مرضى سرطان الثدي في عينة البحث الحالي.
- 3- تعرف العلاقة بين التشوهات المعرفية ومستوى الألم المدرك أثناء العلاج لدى عينة البحث.
- 4- تعرف الفروق بين أفراد عينة البحث في التشوهات المعرفية ومستوى الألم استناداً إلى متغيرات (العمر، المستوى التعليمي، ونوع العلاج).

فرضيات البحث: تم اختبار الفرضيات الآتية عند مستوى الدلالة (0.05):

- 1- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التشوهات المعرفية ومستوى الألم لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي.
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التشوهات المعرفية بين أفراد عينة البحث تعزى إلى متغير نوع العلاج.
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التشوهات المعرفية بين أفراد عينة البحث تعزى إلى متغير العمر.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التشوهات المعرفية بين أفراد عينة البحث تعزى إلى متغير المستوى التعليمي.

حدود البحث:

- 1- حدود موضوعية: تتمثل بالعمل على دراسة علاقة التشوهات المعرفية بمستوى الألم لدى عينة من المرضى المراجعين لمشفى البيروني لعلاج السرطان في محافظة دمشق.
- 2- حدود بشرية: تم تطبيق هذا البحث على عينة من مرضى اضطراب الشخصية الحدية في مدينة دمشق، بلغ عددهم (72) مريضة سرطان الثدي.
- 3- حدود مكانية: تم تطبيق أدوات البحث الحالي في مشفى البيروني بدمشق.
- 4- حدود زمانية: تم تطبيق هذا البحث في محافظة دمشق في عام (2021-2022).

مصطلحات البحث:

1- التشوهات المعرفية (Cognitive Distortions): يعرفها بيك بأنها "مجموعة الأفكار والمعتقدات الخاطئة التي تسيطر على تفكير الشخص. يشار إلى التشوهات المعرفية بعدة مسميات "أخطاء التفكير" أو "التفكير الخاطئ" أو "الأفخاخ الذهنية"، وتشير إلى الطريقة التي يشوّه بها دماغنا المعلومات ليعطينا نظرة غير دقيقة عن العالم، (Adams, 2015) مثال: (الأشياء تسير بشكل خاطئ بالنسبة لي دائماً)، (أنا فاشل تماماً في كل شيء)، (لا تستطيع أن تثق بأي كان) والتي تتضمن ما يلي: التفكير المطلق/الحدّي (الكل -لا شيء) (All or Nothing Thinking)، التجريد الانتقائي (Mental Filter)، التهويل والتهوين (Catastrophizing OR Minimization)، عبارات لا بد وينبغي (Should Statement)، القفز إلى النتائج (Jumping to Conclusions)، الاستدلال العاطفي (Emotional Reasoning)، الشخصنة (Personalization)، التعميم الزائد (Overgeneralization). (Beck et al , 1990, 106)

ويعرف الباحث التشوهات المعرفية إجرائياً بأنها: الدرجة التي يحصل عليها المفحوص نتيجة إجابته على مقياس التشوهات المعرفية.

2- مرض السرطان: عبارة عن تورم ناتج عن خلايا خرجت عن أجهزة المراقبة في الجسم وأخذت تنمو بصورة عشوائية، حيث أن النمو في البدء يكون في العضو المصاب، ثم يتخطى التورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء، وخلال هذا التخطي قد تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل في الشعيرات الدموية أو اللمغمية التي تنقلها إلى مختلف أجزاء الجسم (الشقماني والفقهي، 2006).

3- السرطان: مصطلح عام يشمل مجموعة كبيرة من الأمراض التي يمكنها أن تصيب كل أجزاء الجسم. ويُشار إلى تلك الأمراض أيضاً بالأورام الخبيثة والخراجات. ومن السمات التي تطبع السرطان التولد السريع لخلايا شاذة يمكنها

النمو خارج حدودها المعروفة ومن ثم اقتحام أجزاء الجسم المتاخمة والانتشار إلى أعضاء أخرى، ويُطلق على تلك الظاهرة اسم النقيلة، وتمثّل النقائل أهم أسباب الوفاة من جزاء السرطان.

الدراسات السابقة:

دراسات عربية:

دراسة السلمي (2021)، السعودية: بعنوان: (المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكْتئاب لدى مريضات سرطان الثدي في جدة).

هدفت الدراسة إلى تعرف العلاقة بين المساندة الاجتماعية بالاكْتئاب لدى مريضات سرطان الثدي في جدة، وكذلك الفروق بين درجات الاكْتئاب لديهن تبعاً للعمر والحالة الزوجية، وتكونت عينة الدراسة من (60) مريضة بسرطان الثدي بمحافظة جدة، واستخدمت مقياس المساندة الاجتماعية من إعداد السمدوني (1997)، ومقياس الاكْتئاب من إعداد فهد الدليم وآخرون (1993)، ومن أهم نتائج البحث: توجد علاقة عكسية بين المساندة الاجتماعية والاكْتئاب لدى عينة من مريضات سرطان الثدي، لا توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات إجابات أفراد عينة البحث تبعاً لمتغيري: العمر والحالة الزوجية، وتوجد فروق في المساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجات. . دراسة طشطوش (2015)، الأردن: بعنوان: (الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى عينة من مريضات سرطان الثدي).

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الرضا عن الحياة ومستوى الدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى مريضات سرطان الثدي، تكونت عينة الدراسة من (215) مريضة من مريضات السرطان، وأظهرت النتائج أن مستوى الرضا عن الحياة لدى مريضات سرطان الثدي جاء ضمن المستوى المتوسط، وأن هناك فروقاً دالة إحصائياً في مستوى الرضا عن الحياة تبعاً لمتغيرات: العمر والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي ومرحلة العلاج، ومدة الإصابة بالمرض، كما أظهرت النتائج أن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي كان مرتفعاً، وأن هناك فروقاً دالة إحصائياً في مستوى الدعم الاجتماعي المدرك تبعاً لمتغيرات: العمر والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي ومرحلة العلاج.

دراسات أجنبية:

دراسة يونسي وآخرون (2012) Younesi, et al، إيران: بعنوان:

Reduction of Deterministic Thinking Among Cancer Patients as a New Method to Increase Psychosocial Adjustments.

(الحد من التفكير الحتمي لدى مرضى السرطان كطريقة جديدة لزيادة التكيف النفسي الاجتماعي).

التفكير الحتمي هو أحد التشوهات المعرفية الرئيسية. هذا النوع من التفكير يتجاهل أي احتمال في التوصل إلى نتيجة حول الأحداث. يمكن اعتبار أي نتيجة لحدث ما على النحو التالي: $2 \times 2 = 4$. تعد المساواة عاملاً مهماً بين جميع استنتاجات هذا النوع من التشويه. يظهر التشويه في الصلابة المعرفية في العقل ويمكن أن يكون مصدر كل التشوهات المعرفية. الصلابة المعرفية هي سبب رئيسي للاكْتئاب وغيره من سوء التكيف النفسي والاجتماعي. وتمت مناقشة تحدي التشويه كطريقة جديدة لتحسين الظروف النفسية لمرضى السرطان. وبتكليف القاعدة الثقافية للمنهج،

يفسر التشويه على أنه عامل مدمر يفسد توازن الخوف والأمل، وهما علامتان مهمتان للإيمان في المنظور الإسلامي. ومن أهم نتائج الدراسة: تم شرح نتيجة تحدي التشويه لتقليل الاكتئاب والقلق على أساس الثقافة الإسلامية.

. دراسة الكالار وآخرون (Alcalar, et al (2012)، تركيا: بعنوان:

Association of Coping Style, Cognitive Errors and Cancer-related Variables with Depression in Women Treated for Breast Cancer.

(رابطة أسلوب المواجهة والتشوهات المعرفية والمتغيرات المرتبطة بالسرطان مع الاكتئاب لدى النساء المعالجات من سرطان الثدي).

هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين مستويات الاكتئاب وأنماط التأقلم والأخطاء المعرفية لدى النساء اللاتي عولجن من سرطان الثدي. تم تقييم ما مجموعه (110) من مرضى سرطان الثدي الذين خضعوا لعملية جراحية قبل 6 أشهر على الأقل، وأكملوا علاج السرطان المساعد ولم يعانون من ورم خبيث أو آفات متكررة. تم إعطاء استبيان الأفكار التلقائية واستبيان الأخطاء المعرفية والتكيف العقلي لمقياس السرطان وجرى بيك للاكتئاب لجميع المرضى. تم استخدام نماذج المقابلات شبه المنظمة للحصول على البيانات الطبية والديموغرافية. تم تصنيف جميع المرضى إلى مجموعات الاكتئاب وغير الاكتئاب وفقاً لنتائج Beck Depression Inventory. تمت الموافقة على بروتوكول الدراسة من قبل لجنة الأخلاقيات الطبية في معهد الأورام بجامعة إسطنبول. ومن أهم نتائج الدراسة: تم العثور على أخطاء معرفية أعلى ودرجات تفكير تلقائية في مجموعة الاكتئاب. تم العثور على روح القتال لتكون أسلوب المواجهة الأساسي المستخدم في مجموعة غير الاكتئاب، في حين أن العجز / اليأس والقلق / الانشغال والقدرة كانت أساليب المواجهة الأكثر استخداماً في مجموعة الاكتئاب. لم يتم الكشف عن أي ارتباط بين الاكتئاب والديموغرافية الاجتماعية (باستثناء المستوى التعليمي) والمتغيرات المتعلقة بالسرطان. ومع ذلك، فقد وجد أن الأفكار التلقائية والأخطاء المعرفية ومستوى التعليم والروح القتالية والقلق/الانشغال هي مؤشرات مهمة للاكتئاب في عينتنا. وتوجد علاقة سببية بين الاكتئاب والأنماط المعرفية للمريض والقلق المصاحب. ترتبط درجة الاكتئاب بشكل عكسي بكل من نوع التأقلم مع الروح القتالية والمستوى التعليمي.

الإطار النظري:

سرطان الثدي بالإنكليزية (breast cancer) نوع من أنواع السرطان يظهر في أنسجة الثدي. من علاماته تغير في شكل الثدي، وظهور كتلة في الثدي، وخروج سائل من الحلمة أو ظهور بقعة حمراء ذات قشور. في حالة انتشار المرض في الجسم تظهر العلامات التالية: ألم في العظام، انتفاخ في الغدد اللمفية، ضيق في التنفس أو اصفرار في الجلد. العوامل التي تزيد من احتمالية الإصابة بسرطان الثدي: نوع الجنس؛ النساء أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي من الرجال، السمنة، وعدم ممارسة الرياضة، شرب الكحول، العلاج بالهرمونات البديلة خلال فترة انقطاع الطمث، التعرض للإشعاع الأيوني، البلوغ المبكر للفتاة، إنجاب الأطفال في عمر متأخر أو عدم إنجاب الأطفال، والتقدم في العمر. يظهر عادة في (5-10%) من الحالات الوراثية تغير في الجين سواء من الأب أو الأم بما في ذلك (Wattendorf & Henry, 2012).

تشمل أعراض سرطان الثدي ما يلي:

أول علامة ظاهرة لسرطان الثدي هي وجود كتلة ضمن أنسجة الثدي تختلف عن النسيج الطبيعي له. تُكتشف في (80%) من الحالات عندما تشعر المرأة بوجود هذه الكتلة يكون الاكتشاف المبكر للسرطان عن طريق جهاز

الماموغرام ويمكن أن تشير انتفاخ العقد الليمفية في منطقة الإبط أيضاً إلى سرطان الثدي. علامات أخرى - بجانب ظهور كتلة في الثدي - تدل على وجود سرطان الثدي: زيادة قساوة منطقة معينة في نسيج الثدي نسبة للنسيج الطبيعي، تغير حجم الثدي مقارنة بالآخر، تغير في شكل أو موقع الحلمة حيث تصبح الحلمة مسحوبة للداخل، تغير في جلد الثدي إلى مجعد أو منقر المظهر، ظهور طفح جلدي حول الحلمة أو عليها، خروج سائل من الحلمة، الشعور بألم متواصل في جزء من الثدي أو في منطقة الإبط، وظهور أورام تحت منطقة الإبط أو حول الترقوة. لا يمكن الاعتماد على الشعور بألم في الثدي لتحديد ما إذا كان الشخص مصاب بسرطان الثدي أم لا، ولكن قد يكون مؤشراً مهماً لوجود مشكلات صحية أخرى في الثدي (Watson, 2008). ينشأ السرطان عن تحوّل الخلايا العادية إلى أخرى ورمية في عملية متعدّدة المراحل تتطور عموماً من آفة محتملة التسرطن إلى أورام خبيثة. وهذه التغيّرات ناجمة عن التفاعل بين عوامل الفرد الجينية وثلاث فئات من العوامل الخارجية، ومنها ما يلي: العوامل المادية المسرطنة، مثل الأشعة فوق البنفسجية والأشعة المؤيّنّة؛ والعوامل الكيماوية المسرطنة ومكوّنات دخان التبغ والأفلاتوكسين (أحد الملوثات الغذائية) والزرنينخ (أحد ملوثات مياه الشرب)؛ والعوامل البيولوجية المسرطنة، مثل الكثير من أنواع العدوى الناجمة عن بعض الفيروسات أو البكتيريا أو الطفيليات. (American Cancer Society, 2007)

المراحل: يعتمد تطور سرطان الثدي على 3 فئات ضمن نظام معين هي: (1) حجم الورم، (2) ما إذا كان الورم قد انتشر إلى الغدد الليمفاوية في الإبط، (3) إذا كان الورم قد انتشر إذا كان الورم كبير الحجم، وانتشار الورم قد وصل الغدد الليمفاوية، بالإضافة لانتشار السرطان في أجزاء أخرى من الجسم يكون لدى الشخص المصاب مراحل متقدمة كثيرة للمرض بحيث تكون التوقعات الطبية لسير المرض أسوأ.

المراحل الرئيسية:

المرحلة 0 هي مرحلة قبل سرطانية تتمثل بوجود إما سرطان الأفتنية أو سرطان في غدد الثدي.

المرحلة من 1-3 تكوّن سرطان ضمن الثدي أو الغدد الليمفية الخاصة بمنطقة الثدي.

المرحلة 4 هي مرحلة سرطان الثدي النقيلي الذي لديه أسوأ توقعات طبية للمرض (Merck, 2015).

العلاج الكيماوي يستخدم العلاج الكيماوي في الغالب لحالات سرطان الثدي في المراحل 2-4، ويكون مفيد بشكل خاص لمرض مستقبلات الاستروجين السلبية. عادة ما يُعطى العلاج الكيماوي مع علاجات أخرى، لمدة من 3-6 أشهر. معظم أدوية العلاج الكيماوي تعمل على تدمير خلايا السرطان التي تنمو سريعاً و/ أو تتكاثر سريعاً، إما عن طريق التسبب في تلف الحمض النووي أو غيرها من الآليات. ومع ذلك، فإن هذه الأدوية تقوم بتدمير الخلايا الطبيعية سريعة النمو، والتي قد تتسبب في آثار جانبية خطيرة. على سبيل المثال، تلف في عضلة القلب هو من أكثر المضاعفات الخطيرة للدواء لإشعاع (American Society of Clinical Oncology, 2012).

. علاج سرطان الثدي بالإشعاع الداخلي:

يعطى العلاج الإشعاعي بعد الجراحة لمنطقة الورم والغدد الليمفاوية في نفس المنطقة، لتدمير الخلايا السرطانية المجهرية التي من لم يتم التخلص منها أثناء الجراحة. من الممكن أن يتم نقل الإشعاع في العلاج الإشعاعي بطريقتين، العلاج بالإشعاع الخارجي أو العلاج بالإشعاعي الموضعي (العلاج الإشعاعي الداخلي). يعطى العلاج الإشعاعي التقليدي بعد القيام بعملية لسرطان الثدي. ويمكن أيضاً إعطاء الإشعاع أثناء القيام بالعملية. عُرفت أكبر تجربة عشوائية لاختبار هذا الإجراء ب (تار-جيت) (Belletti, et al. 2008) التي وجدت أن العلاج الإشعاعي أثناء

العملية يعطي فعالية لمدة 4 سنوات تساوي فاعلية العلاج بالإشعاع الخارجي المعتاد لمدة بضعة أسابيع (Jayant S Vaidya, 2015).

يقلل الإشعاع من خطر رجوع المرض بنسبة 50-66% عند إعطاء الجرعة الصحيحة، ويعدّ الإشعاع ضروري عند ما يتم معالجة سرطان الثدي عن طريق إزالة الكتلة فقط (استئصال الورم) (Vaidya, et al, 2010).

التشوهات المعرفية:

وضع بيك أساس النظرية المعرفية التي ترى بأن شعور الفرد وسلوكه يتأثران بشكل قوي بمعارفه، بما في ذلك ماضيه وحاضره وتفسيراته المستقبلية عن ذاته ومستقبله والعالم.

يُعتقد بأن المفاهيم والخبرات عمليات فعالة تعتمد على تفسير المثيرات الداخلية والخارجية ويقال بأن الأفراد يجسدون مظاهر معرفية ذات سمات معينة تجعلهم عرضة للضغط العاطفي، هذه المعارف لا تؤدي بالضرورة إلى الواقع ولكنها تعتمد على ما يدعى المخطوطة المعرفية (Schema) وهي عبارة عن مواقف أو افتراضات ناجمة عن خبرات سابقة (Beck, 1996). تعمل المخطوطة المعرفية وفق ألفورد وبيك (1997) لتوجه معالجة المعلومات بطريقة تنتج التشوهات المعرفية، والتي يُنظر لها على أنها نقص في الفهم العقلاني لموقف أو حدث ما وإعطاء الحقائق المجردة أهمية لا مبرر لها وعندما تحدث هذه التأثيرات تتشوه عملية صنع القرار وفهم الواقع، ومع الوقت يصبح الأفراد سريع التآثر بنماذج معينة من التشوهات المعرفية والتي بدورها تجعلهم عرضة لاضطرابات انفعالية (عاطفية) معينة، وتكمن المخططات المعرفية على مستوى غير واعي مما يجعل تعريفها وتقييمها وقياسها صعباً (Baranoff, 2006, 134).

- تعريف التشوهات المعرفية:

يُعتقد المعالجون المعرفيون بأن التشوهات المعرفية هي الأفكار التي تتسبب للأفراد بأن ينظروا للواقع بشكل غير دقيق، وهذه النماذج في التفكير تُعزز غالباً الأفكار والمشاعر السلبية، إذ تميل التشوهات المعرفية للتدخل في الطريقة التي ينظر فيها الفرد إلى الحدث، وبما أن طريقة تفكير الفرد تتدخل في الطريقة التي يشعر بها الفرد، فإن هذه الأفكار المشوهة قد تغذي المشاعر السلبية، وتقود الفرد للتأثر بالتشوهات المعرفية باتجاه نظرة سلبية شاملة عن العالم وبالتالي تؤدي به إلى حالة عقلية قلقة أو اكتئابيه أو مضطربة عموماً (Malinow, & Kessels, 2009, 344)، وعلى الرغم من أنه قد تم تعريف التشوهات المعرفية في العلاج المعرفي السلوكي إلا أنه يميل إلى تصنيف التشوهات فقط ومن ثم يواجه الأفكار السلبية الناتجة عنها دون التركيز على التشوهات المعرفية نفسها.

- أنواع التشوهات المعرفية:

ظهر مصطلح التشوهات المعرفية في كتابات بيك (1963)، حيث لاحظ بأن المرضى أظهروا مظاهر عمليات معرفية منظمة ولكنها خاطئة، ولاحظ بأن معالجة المعلومات الخاطئة بشكل تنبؤي أدى إلى مشاعر وسلوكيات لا تكيفية، وحدّد التشوهات المعرفية الستة الأساسية التالية:

1- القفز إلى النتائج (Arbitrary Inference): يشار إليه أيضاً بالاستدلال الاعتباطي وهو تفسير المواقف والأحداث أو الخبرات دون دعمها بدليل أو بمواجهة دليل غير مؤكد (Beck, 1963, 340)

2- التجريد الانتقائي (Selective Abstraction) يشار إليه أيضاً بالفلترنة العقلية وهو تركيز المصادر على تفصيل واحد لحالة ما في حين يتم تجاهل تفسيرات وتفاصيل أخرى أكثر ظهوراً (Burns, 1999, 8; Freeman, et al, 2004).

- 3- فرط التعميم (Overgeneralization): حيث ينظر إلى الأحداث السلبية كتعميمات شاملة أكثر من كونها معزولة أو قليلة الحدوث (Freeman, et al, 2004,5).
- 4- التهويل والتهوين (Minimization & Magnification): يشار إليه أيضاً بالتفكير الكارثي ويقصد به الأخطاء الكبرى في التقييم والتي ينظر فيها الفرد إلى الأحداث السلبية وكأنها كارثية ولا يمكن تحملها أو أن تُعامل الأحداث الإيجابية على أنها حقيقية ولكنها غير هامة (Freeman, 2004, 5 & Beck, 1963, 341).
- 5- الشخصية (Personalization): وهي افتراض أن شخصاً ما هو سبب حدث خارجي معين عندما تكون عوامل أخرى هي المسؤولة (Freeman, 2004).
- 6- التفكير المطلق والتفكير الثنائي (الحدّي) (Absolutistic Thinking): يشار إليه أيضاً بتفكير الكل أو اللا شيء، ينظر إلى الأفكار في هذا التشوه كقنات حصرية متبادلة دون أن يكون بينها ظلال رمادية (Freeman, 2004).
- 7- اللوازم أو الينبغيات (Should statements): استخدام عبارات (يجب وينبغي / عليك أن) لتقديم دافع للتحكم بالسلوك (Freeman, 2004).
- 8- الوصم (Labeling): يتم وصم الذات بشكل شامل أكثر من مواقف محددة أو سلوكيات الفشل في مهمة يؤدي إلى وصمه لذاته بأنه فاشل.
- 9- الاستدلال العاطفي (Emotional Reasoning): يعتمد صنع القرار على رد الفعل العاطفي أكثر من اعتماده على المنطق، فكون الشخص يشعر بطريقة معينة فذلك لأن شعوره يعكس الطبيعة الحقيقية للموقف.
- 10- التنبؤ بالمستقبل (Fortune-Telling): يقصد به التوقعات السلبية عن أحداث المستقبل والتي لم تحدث وتعتبر كحقائق عند الفرد.
- 11- قراءة الأفكار (Mind-Reading): هو الافتراض بأن الآخرين يفكرون أو يتصرفون بشكل سلبي دون وجود دليل داعم يؤكد صحة هذا الافتراض.
- 12- تكريس قيمة الذات (Externalization of self-worth): هذا التشوه يعتمد على عوامل خارجية أكثر من اعتماده على عوامل داخلية، عوامل مثل ما يفكر به الآخرين عني (Freeman & Dewolf, 1992).
- 13- المقارنة (Comparison): مقارنة الفرد سلبياً بالآخرين بطريقة تؤدي إلى استنتاج أن الفرد أدنى من الآخرين (Freeman & Oster, 1999,11).
- 14- الكمالية أو المثالية (Perfectionism): يقصد بها أن الفرد عليه أن يكتسب معايير من الكمال غير قابلة للتحقيق دون الرجوع إلى دليل على عقلانية هذه المعايير.

إجراءات البحث الميدانية:

منهج البحث:

تم استخدام المنهج الوصفي بأسلوبه الارتباطي والمقارن لاختبار صحة الفرضيات المطروحة، كون الأسلوب الوصفي هو الأكثر استخداماً في دراسة الموضوعات المتعلقة بالمجالات الإنسانية ونظراً لأن هذا البحث ذو طابع نفسي اجتماعي تبيين أنه من المناسب استخدام هذا النوع من المناهج.

مجتمع البحث:

شمل البحث السيدات المراجعات لمشفى البيروني والذين يتابعون لاستكمال العلاج بعد استئصال الثدي. حيث تم سحب أفراد عينة البحث الحالي بالطريقة القصدية وذلك من خلال الاعتماد على تشخيص الأطباء للمراجعين، (حيث تم انتقاء الأفراد المشخصين طبياً باستخدام الاختبارات والتحليل الدموية والصور الشعاعية)، وتوزع أفراد عينة البحث على المتغيرات الآتية: نوع العلاج، العمر، والمستوى التعليمي. الجدول (1) يوضح العينة المختارة.

عينة البحث:

تم استهداف (72) سيدة من مرضى سرطان الثدي والذين حجزوا مواعيد للعلاج بالأشعة والعلاج الكيماوي.

الجدول 1؛ توزيع عينة البحث وفق متغير نوع العلاج والعمر والمستوى التعليمي

النسبة المئوية	العدد	المتغير	
48.61%	35	أشعة	نوع العلاج
51.38%	37	كيماوي	
100%	72	المجموع	
20.83%	15	أقل من 35	العمر
47.22%	34	من 36 إلى 49	
31.94%	23	50 فما فوق	
100%	72	المجموع	
20.83%	15	ابتدائي	المستوى التعليمي
25%	18	اعدادي	
29.16%	21	ثانوي	
8.33%	6	معهد	
16.66%	12	جامعي	
100%	72	المجموع	

أدوات البحث:**أولاً: مقياس التشوهات المعرفية:**

تم استخدام مقياس من اعداد (Yurica, 2002) حيث تشمل هذه القائمة (65) بنداً، موزعه على (12) بُعد، تُصحح وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي، وتتراوح درجة المفحوص على هذه القائمة بين (65) درجة بحددها الأدنى و(325) درجة بحددها الأعلى، وكلما ازدادت الدرجة فهي مؤشر على ارتفاع التشوهات المعرفية. أبعاد قائمة التشوهات المعرفية:

* البعد الأول: الشخصية، ويصف هذا البعد كل من استبعاد الجوانب الإيجابية للذات، واللوم الذاتي السلبي لأحداث الحياة، وتقيس هذه البنود عادة الدرجة التي يرفض فيها الأفراد خبراتهم الإيجابية من خلال الإصرار على أنها ليست ذات معنى.

* البعد الثاني: التهويل، وهو المبالغة أو تهويل النتائج سواء كانت سلبية أم إيجابية لبعض سمات الشخصية أو الأحداث أو المواقف.

* البُعد الثالث: التنبؤ، هذا البُعد يقيس ميل الفرد إلى توقع بعض النتائج السلبية، ومن ثم إقناع نفسه أو نفسها أن التوقع هو حقيقة ثابتة أو غير قابل للتغيير. والتنبؤ هو اعتقاد الشخص حقاً بأن الأحداث السلبية سوف تجري له أو لها وهذا التوقع هو مطلق.

* البُعد الرابع: تكريس قيمة الذات ويشير هذا التشوه المعرفي إلى أن النظرة الذاتية للفرد بحاجة للتأكيد من قبل الآخرين من أجل الحفاظ على تقدير الذات. والنظرة الذاتية الخارجية هي تطوير وتقدير الذات على أساس كيف ينظر الفرد لنفسه من خلال البيئة الخارجية.

* البُعد الخامس، المثالية/الكمالية، ويحدث هذا التشوه المعرفي عندما يسعى شخص ما باستمرار ليرتقي داخلياً وخارجياً للكمال. ويميل هؤلاء الأفراد لتبني معايير عالية لأنفسهم من أجل أن تكون مثالية، دون النظر إلى موضوعية هذه المعايير.

* البُعد السادس، التفكير الحدّي أو المطلق، ويشير هذا البُعد إلى ميل الأفراد إلى تصنيف كل الخبرات والأحداث في واحد من اثنين) على سبيل المثال إيجابية أو سلبية). والأفراد الذين يحصلون على درجة عالية على هذا التشوه المعرفي يميلون إلى رؤية الأشياء فقط "أسود أو أبيض" مع عدم وجود منطقة رمادية. وفي كثير من الأحيان يحدث هذا التشوه المعرفي إذا كان أداء الفرد بانخفاض، أو أنه ينظر لنفسه باعتباره فاشلاً، بدلاً من تحديد ميزات جيدة حول الأداء.

* البُعد السابع، الاستدلال العاطفي، والأفراد الذين يحصلون على درجة عالية في هذا البُعد يميلون إلى افتراض أن عواطفهم تعكس الأمور كما هي حقاً. وبعبارة أخرى، إذا أحس شيئاً، فإنه يجب أن يكون صحيحاً، مما يسمح له أو لها بتوليد استنتاجات عن نفسه أو نفسها على أساس عاطفي، وعن الآخرين، أو عن أحداث الحياة.

* البُعد الثامن التهمين، ويشير هذا البُعد إلى استخفاف الفرد بأدائه إلى أدنى درجة أو التقليل من أهمية الأشياء حتى تظهر ضئيلة. والأفراد الذين يحصلون على درجة عالية على هذا التشوه المعرفي يميلون إلى التقليل من أهمية بعض السمات الشخصية لديهم أو أحداث الحياة.

* البُعد التاسع، المقارنة مع الآخرين: وتشير المقارنة مع الآخرين لنزعة الفرد لمقارنة نفسه مع الآخرين بوصفه ضعيفاً أمامهم، مما يؤدي إلى الشعور بأنه أسوأ أو أقل من الآخرين. والأفراد الذين يحصلون على درجة عالية على هذا البُعد يميلون إلى أن يقارنوا أنفسهم مع الآخرين، وغالباً ما يصلون إلى استنتاجات سلبية عن أنفسهم.

* البُعد العاشر، استخدام عبارات "يجب"، إن استخدام عبارات "يجب" هي مؤشر إلى المطالبة الفردية الداخلية للفرد أو التوقعات المبالغ فيها بإمكاناته أو إمكانياتها. وأولئك الذين يحصلون على أعلى درجة على هذا البُعد يميلون إلى وضع ضغط هائل على أنفسهم في تحديد الكيفية التي "يجب" أن يكون أداؤهم دون التفكير في مدى موضوعية هذه التوقعات، اعتماداً على قدراتهم. وغالباً ما يؤدي هذا التشوه المعرفي لمشاعر الندم والشعور بالذنب، والغضب، والإحباط.

* البُعد الحادي عشر القفز إلى النتائج، هذا البُعد يشير إلى عملية تقييم الموقف في الماضي أو الحاضر ويقارن بينهما بحيث يعتقد أن أسوأ نتيجة ممكنة سوف تحدث. والأفراد الذين يحصلون على درجة عالية على هذا التشوه يميلون إلى تفسير الأوضاع الحالية أو الماضية بأنها كارثية، معتبرين أن هذه الحالات حتماً ستكون الأسوأ.

* البُعد الثاني عشر، الاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات، الأفراد الذين يحصلون على درجة عالية على هذا التشوه يميلون إلى الاعتماد على عواطفهم لاتخاذ القرارات. ومعظم الناس يعرفونه باسم "الاعتماد على الشعور الغريزي بهم".

ثانياً: مقياس التصنيف الرقمي للألم (NPS) Numeric Pain Rating Scale:

فإن توصيل مستوى الألم بشكل فعال إلى شخص آخر لا يعاني من نفس الألم يعد تحدياً حقيقياً. الألم شخصي. مقياس الألم هو أداة يستخدمها الأطباء للمساعدة في تقييم ألم الشخص. عادة ما يقوم الشخص بالإبلاغ عن ألمه باستخدام مقياس مصمم خصيصاً، في بعض الأحيان بمساعدة الطبيب أو الوالد أو الوصي. مقياس الألم الرقمي يستخدم مستقيم مقسم رقمياً من 0 حتى 10، بحيث 0 يعني لا يوجد ألم (2-3 ألم بسيط)، (4-6 ألم متوسط)، (7-10 ألم شديد) (https://www.physio-pedia.com/Numeric_Pain_Rating_Scale)

البحث السيكمترية لقائمة التشوهات المعرفية:

- **صدق القائمة:** جرى التحقق من صدق القائمة باستخدام عدة أنواع من الصدق، وهي الصدق البنيوي بطريقة الاتساق الداخلي، والصدق التمييزي.

1- الصدق البنيوي بطريقة الاتساق الداخلي Internal Consistency Validity:

صدق الاتساق الداخلي هو من أهم أنواع الصدق التي يمكن استخدامها للتحقق من الصدق تم تطبيق قائمة التشوهات المعرفية على (30) من المصابات بسرطان الثدي، وللتحقق من هذه الطريقة، تم القيام بما يلي:
تمّ حساب ارتباط كل بند من بنود القائمة بالدرجة الكلية للبند الفرعي الذي ينتمي إليه البند: والجدول رقم (1) يبين معاملات الارتباط الناتجة.

الجدول 2؛ ارتباط البنود بالدرجة الكلية للبند الفرعي الذي ينتمي إليه البند

الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند
استخدام عبارات يجب		0.76**	41	0.74**	52	التضخيم		استبعاد الجوانب الإيجابية للشخصية	
0.44**	11	0.59**	43	النظرة الذاتية الخارجية		0.62**	8	0.70**	3
0.39**	16	0.60**	47	0.63**	1	0.26*	14	0.74**	4
0.62**	27	0.61**	48	0.65**	7	0.74**	23	0.51**	10
0.67**	51	0.70**	63	0.77**	15	0.75**	24	0.56**	17
الأحكام المسبقة من خلال الخبرات		الاستدلال العاطفي		0.85**	40	0.67**	29	0.74**	18
0.57**	32	0.67**	39	0.69**	45	0.70**	31	0.67**	20
0.66**	37	0.83**	53	الكمالية		0.51**	42	0.72**	21
0.73**	56	0.71**	57	0.86**	25	0.60**	46	0.65**	28
0.65**	58	الاستخفاف إلى أدنى حد		0.68**	38	0.22*	65	0.74**	34
الاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات		0.74**	6	0.83**	54	التنبؤ		0.64**	49
0.87**	12	0.56**	44	التفكير الثنائي بين شيئين		0.77**	2	0.62**	50
0.84**	62	0.70**	64	0.46**	5	0.68**	9	0.29**	55
-	-	المقارنة مع الآخرين		0.52**	22	0.41**	13	0.84**	59
-	-	0.47**	19	0.66**	33	0.73**	26	0.76**	60
-	-	0.73**	30	0.36**	36	0.68**	35	0.57**	61

** دال عند مستوى الدلالة 0.01 / * دال عند مستوى الدلالة 0.05

يتبين من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين كل بند من بنود القائمة مع الدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه البند موجبة ودالة إحصائياً وتتراوح بين (0.22*-0.87**).

2-الصدق التمييزي Discriminant Validate:

تم ترتيب درجات أفراد عينة الصدق والثبات على قائمة التشوهات المعرفية تنازلياً، وتم أخذ أعلى 27% (الفئة العليا 8) وأدنى 27% (الفئة الدنيا 8)، ثم حسب متوسطات هاتين المجموعتين وانحرافهما المعياري، واستخدمت اختبار مان وتي لبيان دلالة الفروق بين المتوسطين على الدرجة الكلية للقائمة، والجدول رقم (2) يوضح الفرق بين هاتين المجموعتين:

الجدول 3؛ قيمة "مان وتي" ودلالاتها

القرار	مستوى الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الفئات	العدد	الدرجة الكلية لقائمة التشوهات المعرفية
دال**	0.001	-3.36	100	12.5	الفئة العليا	8	
			36	4.5	الفئة الدنيا	8	

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين، وهذه الفروق لصالح الفئة العليا.

- ثبات القائمة:

تم التحقق من الثبات باستخدام طرائق التجزئة النصفية والفا-كرونباخ.

1-التجزئة النصفية Split Half:

تم حساب الثبات بهذه الطريقة على عينة الصدق والثبات المؤلفة من (30) مصابة بسرطان الثدي عن طريق معامل سبيرمان-براون والجدول رقم (4) يوضح معامل الثبات للقائمة.

الجدول 4؛ معامل الثبات باستخدام معامل سبيرمان-براون

سبيرمان براون	الدرجة الكلية لقائمة التشوهات المعرفية
0.949	

يتبين من الجدول السابق أن درجة التجزئة النصفية بلغت (0.949) وتدل على درجة ثبات عالية.

2-ألفا كرونباخ Internal Consistency:

تم حساب الثبات عن طريق معامل ألفا كرونباخ Cronbach's alpha على عينة الصدق والثبات المؤلفة الآنف ذكرها. والجدول رقم (5) يوضح معامل ثبات ألفا كرونباخ للقائمة.

الجدول 5؛ معامل الثبات باستخدام طريقة معامل ألفا كرونباخ

معامل ألفا كرونباخ	الدرجة الكلية لقائمة التشوهات المعرفية
0.928	

يتضح من الجدول السابق أن قيمة معامل ألفا كرونباخ بلغت (0.928) وتدل على درجة ثبات عالية.

النتائج والمناقشة

نتائج أسئلة البحث ومناقشتها:

السؤال الأول: ماهي التشوهات المعرفية الأكثر انتشاراً لدى المصابات بسرطان الثدي؟ للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية الخاصة بقائمة التشوهات المعرفية، كما يوضح الجدول التالي:

الجدول 6؛ المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لقائمة التشوهات المعرفية

الترتيب	المتوسطات الحسابية الموزونة	الانحرافات المعيارية	المتوسطات الحسابية	عدد البنود	قائمة التشوهات المعرفية
1	3.48	2.27	10.45	3	الاستدلال العاطفي
2	3.47	2.91	10.41	3	الكمالية
3	3.41	1.86	6.81	2	الاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات
4	3.40	2.54	13.58	4	استخدام عبارات "يجب"
5	3.32	4.58	16.61	5	النظرة الذاتية الخارجية
6	3.00	2.87	11.98	4	الأحكام المسبقة من خلال الخبرات
7	2.86	1.26	5.72	2	المقارنة مع الآخرين
8	2.84	6.15	25.52	9	التفكير الثنائي بين شيئين
9	2.82	4.56	16.94	6	التنبؤ
10	2.68	5.25	24.13	9	التضخيم
11	2.66	12.05	39.9	15	استبعاد الجوانب الإيجابية للشخصية
12	2.62	2.40	7.87	3	الاستخفاف إلى أدنى حد
-	2.92	32.06	189.98	65	الدرجة الكلية

المتوسط الحسابي الموزون = المتوسط الحسابي ÷ عدد البنود

يلاحظ مما سبق أن أكثر التشوهات المعرفية انتشاراً هي الاستدلال العاطفي بمتوسط حسابي موزون (3.48) يليه في الترتيب الكمالية بمتوسط حسابي موزون (3.47) ثم الاستدلال العاطفي واتخاذ القرار بمتوسط حسابي موزون (3.41).

السؤال الثاني: ما هو مستوى الألم المدرك من قبل المصابات باختلاف نوع العلاج؟

للتعرف إلى مستوى الألم المدرك لدى المصابات بسرطان الثدي على اختلاف نوع العلاج (كيماوي-أشعة) تم تقسيم الألم المدرك إلى ثلاث مستويات (ألم منخفض الشدة-ألم متوسط الشدة-ألم مرتفع الشدة)، ثم القيام بحساب أعداد المصابات على كل مستوى من المستويات الثلاث حسب نوع العلاج، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول 7؛ أعداد المصابات على مستويات الألم الثلاث حسب نوع العلاج

نوع العلاج	المستويات	أعداد المصابات	النسبة المئوية
أشعة	ألم عالي الشدة	11	31.42%
	ألم متوسط الشدة	17	48.57%
	ألم منخفض الشدة	7	20%
	المجموع	35	100%
كيماوي	ألم عالي الشدة	7	18.91%
	ألم متوسط الشدة	14	37.83%
	ألم منخفض الشدة	16	43.24%
	المجموع	37	100%

يتبين من الجدول السابق بالنسبة للمصابات الخاضعات للعلاج بالأشعة أن النسبة الأكبر من المصابات يشعرن بألم متوسط الشدة بنسبة بلغت (48.57%) وبالمرتبة الثانية ألم عالي الشدة بنسبة (31.42%) ثم في المرتبة الأخيرة ألم منخفض الشدة (20%).

كما يتبين من الجدول السابق بالنسبة للمصابات الخاضعات للعلاج الكيماوي أن النسبة الأكبر من المصابات يشعرن بألم منخفض الشدة بنسبة بلغت (43.24%) وبالمرتبة الثانية ألم متوسط الشدة بنسبة (37.83%) ثم في المرتبة الأخيرة ألم عالي الشدة (18.91%). كون العديد من الأشخاص الذين يعانون من السرطان يتعالجون اليوم بالإشعاع، بعضهم يقتصر علاجهم عليه فقط بينما يذهب الأطباء عند البعض الآخر بدمجه مع علاجات أخرى كالعلاج الكيماوي. الهدف الأساسي من العلاج الإشعاعي هو تقليص حجم الأورام وقتل الخلايا السرطانية، وفي حين أن الأشعة

قد تستهدف الخلايا السليمة أيضا إلا أنه ليس من الضروري أن تصاب بالضرر الذي يلحق الخلايا السرطانية، حيث أن الخلايا السليمة تتمتع بقدرة على إنعاش نفسها.

نتائج فرضيات البحث ومناقشتها: تم اختبار الفرضيات الآتية عند مستوى الدلالة (0.05):

الفرضية الأولى: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التشوهات المعرفية ومستوى الألم لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي.

أجري اختبار كاي مربع لبحث العلاقة بين قائمة التشوهات المعرفية لدى المصابات بسرطان الثدي ومستوى الألم، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول 8: يوضح العلاقة بين قائمة التشوهات المعرفية ومستوى الألم

قائمة التشوهات المعرفية * مستوى الألم				قائمة التشوهات المعرفية
معامل التوافق	القرار	مستوى الدلالة	قيمة كاي مربع	
0.438	دال**	0.002	17.06	استبعاد الجوانب الإيجابية للشخصية
0.324	دال*	0.047	8.44	التضخيم
0.244	غير دال	0.338	4.53	التنبؤ
0.209	غير دال	0.511	3.28	النظرة الذاتية الخارجية
0.274	غير دال	0.210	5.85	الكمالية
0.384	دال*	0.014	12.45	التفكير الثنائي بين شيئين
0.209	غير دال	0.512	3.28	الاستدلال العاطفي
0.260	غير دال	0.264	5.23	الاستخفاف إلى أدنى حد
0.525	دال**	0.000	27.45	المقارنة مع الآخرين
0.068	غير دال	0.845	0.338	استخدام عبارات "يجب"
0.308	غير دال	0.110	7.54	الأحكام المسبقة من خلال الخبرات
0.182	غير دال	0.652	2.45	الاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات
0.279	دال*	0.048	6.05	الدرجة الكلية

يتبين من الجدول السابق أن قيمة كاي مربع كانت دالة على الدرجة الكلية لقائمة التشوهات المعرفية وعلى الأبعاد التالية: استبعاد الجوانب الإيجابية للشخصية-التضخيم-التفكير الثنائي بين شيئين-المقارنة مع الآخرين حيث تراوحت قيم كاي مربع بين (6.05-27.45) والقيم الاحتمالية لهذه الأبعاد كانت أصغر من مستوى الدلالة (0.050) وبالتالي توجد علاقة بين قائمة التشوهات المعرفية ومستوى الألم على هذه الأبعاد. وذلك كون المصابة بسرطان الثدي كلما ازداد ألمها كلما شعرت بالذنب وحملت نفسها اللوم على اشراك الآخرين من أفراد عائلتها والمرافقين لها في رحلة معاناتها مع العلاج، إضافة إلى الأعباء المادية الجسيمة في العلاج كل ذلك يجعلها تستبعد الجوانب الإيجابية للذات، واللوم الذاتي السلبي لأحداث الحياة.

كما يتبين من الجدول السابق أن قيمة كاي مربع كانت غير دالة على الأبعاد التالية: التنبؤ-النظرة الذاتية الخارجية-الكمالية-الاستدلال العاطفي-الاستخفاف إلى أدنى حد-استخدام عبارات "يجب"-الأحكام المسبقة من خلال الخبرات-الاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات حيث تراوحت قيم كاي مربع بين (0.338-7.45) والقيم الاحتمالية لهذه الأبعاد كانت أكبر من مستوى الدلالة (0.050) وبالتالي لا توجد علاقة بين قائمة التشوهات المعرفية ومستوى الألم على هذه الأبعاد.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التشوهات المعرفية بين أفراد عينة البحث تعزى إلى متغير نوع العلاج.

للتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) ستيودنت للعينات المستقلة، حيث حسبت الفروق بين متوسطات درجات المصابات "الخاضعات للعلاج بالأشعة" وبين متوسطات درجات المصابات "الخاضعات للعلاج الكيماوي" على قائمة التشوهات المعرفية وأبعادها الفرعية، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول 9: قيم (t-test) لدلالة الفروق بين متوسطات المصابات على قائمة التشوهات المعرفية وأبعادها الفرعية حسب متغير نوع العلاج

القرار	القيمة الاحتمالية	درجات الحرية	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	نوع العلاج	الأبعاد الفرعية
غير دال	0.733	70	0.34	10.86	39.40	35	أشعة	استبعاد الجوانب الإيجابية للشخصية
				13.21	40.38	37	كيماوي	
غير دال	0.154	70	1.44	5.37	23.23	35	أشعة	التضخيم
				5.06	25.00	37	كيماوي	
غير دال	0.504	70	0.672	4.33	16.57	35	أشعة	التنبؤ
				4.81	17.30	37	كيماوي	
غير دال	0.177	70	1.36	4.33	15.86	35	أشعة	النظرة الذاتية الخارجية
				4.77	17.32	37	كيماوي	
غير دال	0.784	70	0.275	2.65	10.51	35	أشعة	الكمالية
				3.17	10.32	37	كيماوي	
غير دال	0.231	70	1.21	6.25	24.63	35	أشعة	التفكير الثنائي بين شينين
				6.02	26.38	37	كيماوي	
غير دال	0.177	70	1.36	2.25	10.09	35	أشعة	الاستدلال العاطفي
				2.26	10.81	37	كيماوي	
غير دال	0.672	70	0.426	2.38	8.00	35	أشعة	الاستخفاف إلى أدنى حد
				2.47	7.76	37	كيماوي	
غير دال	0.546	70	0.606	1.37	5.63	35	أشعة	المقارنة مع الآخرين
				1.17	5.81	37	كيماوي	
غير دال	0.557	70	0.591	2.46	13.40	35	أشعة	استخدام عبارات "يجب"
				2.65	13.76	37	كيماوي	
غير دال	0.349	70	0.943	2.72	11.66	35	أشعة	الأحكام المسبقة من خلال الخبرات
				3.02	12.30	37	كيماوي	
دال*	0.047	70	2.02	1.80	6.37	35	أشعة	الاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات
				1.85	7.24	37	كيماوي	
غير دال	0.235	70	1.19	32.52	185.34	35	أشعة	الدرجة الكلية
				31.43	194.38	37	كيماوي	

تشير النتائج الواردة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المصابات "الخاضعات للعلاج بالأشعة" وبين متوسطات درجات المصابات "الخاضعات للعلاج الكيماوي" على قائمة التشوهات المعرفية وأبعادها الفرعية، وهذا يعني قبول الفرضية الصفرية. أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التشوهات المعرفية بين أفراد عينة البحث تعزى إلى متغير نوع العلاج.

قد يعزى إلى كون المريضة على علم منذ البداية بمراحل العلاج الكيماوي والأشعة، بالتالي هي محطات تمر بها بهدف الخلاص من المرض بغض النظر عن الإجراءات وبالتالي لا تحمل أفكار خاصة بأي نوع من أنواع العلاج المذكورة، رغم أن فعالية العلاج الكيماوي في القضاء على الأورام الخبيثة قد تفوق الجراحة والإشعاع معاً، وذلك لقدرة العلاج الكيماوي على الوصول لكافة أجزاء الجسم، وليس فقط لأماكن محددة فقط كما في الجراحة أو الإشعاع.

كما تشير النتائج الواردة في الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المصابات "الخاضعات للعلاج بالأشعة" وبين متوسطات درجات المصابات "الخاضعات للعلاج الكيماوي" على بعد الاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات، وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية والقبول بالفرضية البديلة بالنسبة لهذا البعد. أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات بين المصابات لمصلحة المصابات "الخاضعات للعلاج الكيماوي". و ذلك لأن العلاج الكيماوي يترك آثار جسدية للمرأة من تساقط شعر والدوخة والغثيان والصداع وبرودة الأطراف وغيره ما يؤثر على صورة الذات ويزيد الاكتئاب لديها. الذي يصاحبه مجموعة من الأعراض

الإكلينيكية التي توضح الحالة النفسية كالإحباط، وفقدان الهمة وعدم الاستمتاع بأي شيء، والشعور بالمزاجية والتعب وعدم القدرة على التركيز، واتخاذ القرارات والشعور بالذنب وانعدام القيمة، والثقة بالنفس (الأنصاري، 2007) تلك التغيرات المتعلقة بالشكل وبشكل المرأة ومخاوفها من تطور المرض وقلقها من الجرعات ما يؤثر على التركيز واتخاذ القرار. ما ينجم عنه صنع القرار بناءً على رد الفعل العاطفي أكثر من اعتماده على المنطق، فكون الشخص يشعر بطريقة معينة فذلك لأن شعوره يعكس الطبيعة الحقيقية للموقف (Freeman.2004)

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التشوهات المعرفية بين أفراد عينة البحث تعزى إلى متغير العمر.

للتحقق من هذه الفرضية تم إيجاد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المصابات على قائمة التشوهات المعرفية بحسب متغير العمر، كما في الجدول التالي:

الجدول 10؛ المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدى المصابات بحسب متغير العمر

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	العمر	الأبعاد الفرعية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	العمر	الأبعاد الفرعية
2.93	8.20	15	أقل من 35	الاستخفاف إلى أدنى حد	11.47	40.47	15	أقل من 35	استبعاد الجوانب الإيجابية للشخصية
2.08	7.82	34	من 36 إلى 49		12.27	40.62	34	من 36 إلى 49	
2.58	7.74	23	50 فما فوق		12.49	38.48	23	50 فما فوق	
2.41	7.88	72	المجموع		12.05	39.90	72	المجموع	
1.30	5.47	15	أقل من 35	المقارنة مع الآخرين	6.27	23.80	15	أقل من 35	التضخيم
1.23	5.85	34	من 36 إلى 49		4.39	25.47	34	من 36 إلى 49	
1.33	5.70	23	50 فما فوق		5.39	22.39	23	50 فما فوق	
1.27	5.72	72	المجموع		5.25	24.14	72	المجموع	
2.56	14.00	15	أقل من 35	استخدام عبارات "يجب"	5.63	17.47	15	أقل من 35	التنبؤ
2.18	13.26	34	من 36 إلى 49		3.72	17.00	34	من 36 إلى 49	
3.06	13.78	23	50 فما فوق		5.10	16.52	23	50 فما فوق	
2.55	13.58	72	المجموع		4.57	16.94	72	المجموع	
3.20	12.33	15	أقل من 35	الأحكام المسبقة من خلال الخبرات	4.60	17.40	15	أقل من 35	النظرة الذاتية الخارجية
2.50	12.12	34	من 36 إلى 49		4.48	16.24	34	من 36 إلى 49	
3.24	11.57	23	50 فما فوق		4.88	16.65	23	50 فما فوق	
2.88	11.99	72	المجموع		4.59	16.61	72	المجموع	
1.44	7.27	15	أقل من 35	الاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات	2.77	10.47	15	أقل من 35	الكمالية
1.71	6.15	34	من 36 إلى 49		2.81	9.62	34	من 36 إلى 49	
2.04	7.52	23	50 فما فوق		2.87	11.57	23	50 فما فوق	
1.86	6.82	72	المجموع		2.91	10.42	72	المجموع	
35.53	193.47	15	أقل من 35	الدرجة الكلية	7.27	26.33	15	أقل من 35	التفكير الثنائي بين شينين
28.76	190.29	34	من 36 إلى 49		5.78	25.91	34	من 36 إلى 49	
35.47	187.26	23	50 فما فوق		6.06	24.43	23	50 فما فوق	
32.06	189.99	72	المجموع		6.16	25.53	72	المجموع	
-	-	-	-	-	2.81	10.27	15	أقل من 35	الاستدلال العاطفي
-	-	-	-	-	1.83	10.24	34	من 36 إلى 49	
-	-	-	-	-	2.50	10.91	23	50 فما فوق	
-	-	-	-	-	2.27	10.46	72	المجموع	

تشير النتائج الواردة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات المصابات في الدرجة الكلية لقائمة التشوهات المعرفية وأبعادها باستثناء بعدي الكمالية والاستدلال العاطفي

واتخاذ القرارات تعزى لمتغير العمر وهذا يعني قبول الفرضية الصفرية. أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التشوهات المعرفية بين أفراد عينة البحث تعزى إلى متغير العمر .
كون الأعراض وطرائق العلاج لا تتغير حسب الفئة العمرية المستهدفة والمعايير الطبقة للتشخيص والعلاج واحدة، بالتالي لم نجد فروق بين الفئات العمرية المستهدفة في طريقة التفكير أو خلل في الحكم المنطقي على أحداث الحياة. كما تشير النتائج الواردة في الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات المصابات في بعدي الكمالية والاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات تعزى لمتغير العمر وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية. والقبول بالفرضية البديلة بالنسبة لهذين البعدين فقط أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعدي الكمالية والاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات بين أفراد عينة البحث تعزى إلى متغير العمر. معنى ذلك أن المرضى المصابات بسرطان الثدي ما فوق الخمسين عام يميلون إلى الاعتماد على عواطفهم لاتخاذ القرارات، وهذا يتماشى مع التغيرات العاطفية والحساسية الانفعالية والقلق واضطراب المزاج المرافق للتقدم بالسن والذي يؤثر على الطريقة التي يحاكم بها الأفراد أحداث الحياة خصوصا في حالة الإصابة بالسرطان وما يتعلق بالخوف من الموت ومن العلاج. وبناء على ما تقدم تم التحقق من تجانس التباين بين المجموعات، وذلك وفق الجدول الآتي:

الجدول 12؛ نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين

الأبعاد الدالة	قيمة ف ليفين	درجات الحرية 1	درجات الحرية 2	القيمة الاحتمالية
الكمالية	0.160	2	69	0.853
الاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات	2.48	2	69	0.091

يتبين من الجدول السابق أن العينات متجانسة، حيث كانت مستوى الدلالة أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (0,05) ولحساب الفروق بين المتوسطات ومستوى دلالتها، تم استخدام اختبار المقارنات المتعددة (شيفيه) للعينات المتجانسة، كما هو مبين في الجدول (13):

الجدول 13؛ اختبار (شيفيه) للمقارنات البعدية

الأبعاد الدالة	العمر	متوسط الفروق	sig	القرار
الكمالية	أقل من 35	من 36 إلى 49	0.84	غير دال
	من 36 إلى 49	50 فما فوق	-1.09	غير دال
الاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات	من 36 إلى 49	50 فما فوق	-1.94	دال*
	أقل من 35	من 36 إلى 49	1.11	غير دال
	من 36 إلى 49	50 فما فوق	-0.25	غير دال
	من 36 إلى 49	50 فما فوق	-1.37	دال*

يتبين من الجدول السابق بالنسبة للبعدين معاً: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المصابات من ذوي العمر "أقل من 35" ومتوسطات درجات المصابات من ذوي العمر "من 36 إلى 49". كما يتبين أيضاً عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المصابات من ذوي العمر "أقل من 35" ومتوسطات درجات المصابات من ذوي العمر "50 فما فوق". كما يتبين أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المصابات من ذوي العمر "من 36 إلى 49" ومتوسطات درجات المصابات من ذوي العمر "50 فما فوق" لمصلحة درجات المصابات من ذوي العمر "50 فما فوق".

يعزى ذلك إلى قلة حدوث إصابة للسيدات بمرض سرطان الثدي قبل سن الأربعين، وتزداد احتمالية الإصابة بهذا المرض كلما زاد العمر، كذلك تناول بعض الأطعمة الغير صحية والتعرض لبعض الإشعاعات غير الطبيعية، تؤدي إلى إصابة السيدات بهذا المرض (محمد، 2020) ما يسبب ازدياد القلق واتخاذ بعض القرارات في ضوء الخوف من الإصابة بالسرطان الذي ترتفع معدلاته بشكل كبير مع التقدم في السن، ومن المرجح أن يرد ذلك إلى زيادة مخاطر

الإصابة بأنواع معينة من السرطان مع التشخيص. ويقترن تراكم مخاطر الإصابة بالسرطان بميل فعالية آليات إصلاح الخلايا إلى الاضمحلال كلما تقدم الشخص في السن.

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التشوهات المعرفية بين أفراد عينة البحث تعزى إلى متغير المستوى التعليمي.

للتحقق من هذه الفرضية تم إيجاد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المصابات على قائمة التشوهات المعرفية بحسب متغير المستوى التعليمي، كما في الجدول التالي:

الجدول 14؛ المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدى المصابات بحسب متغير المستوى التعليمي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	المستوى التعليمي	الأبعاد الفرعية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	المستوى التعليمي	الأبعاد الفرعية
2.49	8.27	15	ابتدائي	الاستخفاف إلى أدنى حد	15.69	44.00	15	ابتدائي	استبعاد الجوانب الإيجابية للشخصية
2.03	7.33	18	اعدادي		10.73	39.83	18	اعدادي	
2.53	8.10	21	ثانوي		9.93	37.24	21	ثانوي	
1.86	8.33	6	معهد		8.89	40.33	6	معهد	
3.00	7.58	12	جامعي		13.92	39.33	12	جامعي	
2.41	7.88	72	المجموع		12.05	39.90	72	المجموع	
1.39	5.73	15	ابتدائي	المقارنة مع الآخرين	5.88	25.40	15	ابتدائي	التضخيم
1.35	5.94	18	اعدادي		5.59	24.28	18	اعدادي	
1.12	5.52	21	ثانوي		4.84	22.71	21	ثانوي	
1.17	5.83	6	معهد		2.14	24.83	6	معهد	
1.44	5.67	12	جامعي		5.89	24.50	12	جامعي	
1.27	5.72	72	المجموع		5.25	24.14	72	المجموع	
2.37	12.93	15	ابتدائي	استخدام عبارات "يجب"	5.29	18.47	15	ابتدائي	التنبؤ
2.50	13.61	18	اعدادي		3.82	17.28	18	اعدادي	
1.70	13.24	21	ثانوي		4.09	16.05	21	ثانوي	
3.89	14.50	6	معهد		4.17	16.17	6	معهد	
3.29	14.50	12	جامعي		5.71	16.50	12	جامعي	
2.55	13.58	72	المجموع		4.57	16.94	72	المجموع	
3.52	12.13	15	ابتدائي	الأحكام المسبقة من خلال الخبرات	4.81	19.00	15	ابتدائي	النظرة الذاتية الخارجية
2.60	11.94	18	اعدادي		4.59	15.39	18	اعدادي	
1.98	11.71	21	ثانوي		4.01	15.52	21	ثانوي	
2.80	12.67	6	معهد		3.71	18.17	6	معهد	
4.00	12.00	12	جامعي		4.96	16.58	12	جامعي	
2.88	11.99	72	المجموع		4.59	16.61	72	المجموع	
1.53	7.93	15	ابتدائي	الاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات	4.09	10.13	15	ابتدائي	الكمالية
1.80	6.06	18	اعدادي		2.42	9.89	18	اعدادي	
1.81	6.48	21	ثانوي		2.36	10.57	21	ثانوي	
1.83	7.83	6	معهد		3.19	11.17	6	معهد	
1.87	6.67	12	جامعي		2.91	10.92	12	جامعي	
1.86	6.82	72	المجموع		2.91	10.42	72	المجموع	
36.04	201.80	15	ابتدائي	الدرجة الكلية	7.06	26.87	15	ابتدائي	التفكير الثنائي بين شينين
32.67	186.72	18	اعدادي		5.59	25.28	18	اعدادي	
23.60	181.90	21	ثانوي		4.43	24.29	21	ثانوي	
9.27	194.00	6	معهد		4.03	23.33	6	معهد	
43.98	192.25	12	جامعي		8.80	27.50	12	جامعي	

32.06	189.99	72	المجموع		6.16	25.53	72	المجموع	الاستدلال العاطفي
-	-	-	-	-	2.02	10.93	15	ابتدائي	
-	-	-	-	-	1.91	9.89	18	اعدادي	
					2.42	10.48	21	ثانوي	
					2.99	10.83	6	معهد	
-	-	-	-	-	2.61	10.50	12	جامعي	
-	-	-	-	-	2.27	10.46	72	المجموع	

للكشف عما إذا كان هنالك فروق جوهرية ما بين متوسطات تعزى لمنغير المستوى التعليمي، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA فكانت النتائج كما يبين الجدول التالي:

الجدول 15؛ تحليل التباين الأحادي الاتجاه (ANOVA) للفروق في إجابات عينة البحث تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

القرار	القيمة الاحتمالية	قيم F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الأبعاد الفرعية
غير دال	.604	.687	101.502	4	406.010	بين المجموعات	استبعاد الجوانب الإيجابية للشخصية
			147.826	67	9904.310	داخل المجموعات	
				71	10310.319	المجموع	
غير دال	.641	.633	17.820	4	71.281	بين المجموعات	التضخيم
			28.169	67	1887.330	داخل المجموعات	
				71	1958.611	المجموع	
غير دال	.592	.704	14.912	4	59.648	بين المجموعات	التنبؤ
			21.196	67	1420.130	داخل المجموعات	
				71	1479.778	المجموع	
غير دال	.122	1.893	37.961	4	151.845	بين المجموعات	النظرة الذاتية الخارجية
			20.049	67	1343.266	داخل المجموعات	
				71	1495.111	المجموع	
غير دال	.827	.373	3.274	4	13.096	بين المجموعات	الكمالية
			8.782	67	588.404	داخل المجموعات	
				71	601.500	المجموع	
غير دال	.474	.892	33.995	4	135.981	بين المجموعات	التفكير الثنائي بين شبين
			38.119	67	2553.963	داخل المجموعات	
				71	2689.944	المجموع	
غير دال	.754	.475	2.523	4	10.092	بين المجموعات	الاستدلال العاطفي
			5.310	67	355.783	داخل المجموعات	
				71	365.875	المجموع	
غير دال	.769	.455	2.721	4	10.882	بين المجموعات	الاستخفاف إلى أدنى حد
			5.985	67	400.993	داخل المجموعات	
				71	411.875	المجموع	
غير دال	.895	.272	.457	4	1.829	بين المجموعات	المقارنة مع الآخرين
			1.681	67	112.616	داخل المجموعات	
				71	114.444	المجموع	
غير دال	.459	.918	5.995	4	23.979	بين المجموعات	استخدام عبارات "يجب"
			6.530	67	437.521	داخل المجموعات	
				71	461.500	المجموع	
غير دال	.969	.135	1.172	4	4.689	بين المجموعات	الأحكام المسبقة من خلال الخبرات
			8.691	67	582.297	داخل المجموعات	
				71	586.986	المجموع	
دال*	.023	3.054	9.509	4	38.037	بين المجموعات	الاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات
			3.114	67	208.616	داخل المجموعات	
				71	246.653	المجموع	
غير دال	.455	.924	953.729	4	3814.915	بين المجموعات	الدرجة الكلية
			1032.479	67	69176.071	داخل المجموعات	
				71	72990.986	المجموع	

تشير النتائج الواردة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات المصابات في الدرجة الكلية لقائمة التشوهات المعرفية وأبعادها باستثناء بعد الاستدلال العاطفي واتخاذ

القرارات تعزى لمتغير المستوى التعليمي وهذا يعني قبول الفرضية الصفرية. أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التشوهات المعرفية بين أفراد عينة البحث تعزى إلى متغير المستوى التعليمي.

يمكن أن يعزى ذلك إلى ارتباط السرطان بعوامل متعددة لا يتدخل بها المستوى التعليمي لكن نمط الحياة والوراثة والعوامل البيئية تمثل أحد تلك العوامل بالتالي التشوهات المعرفية أيضا ليست مخصصة بنوع معين من المستوى العلمي لكن عوامل أخرى تتدخل أذ يزيد تدخين التبغ من احتمالية الإصابة بسرطان الثدي، حيث كلما زادت الكمية وكان بدء التدخين بعمر مبكر، ترتفع احتمالية الإصابة بشكل أكبر، وأولئك المدخنين لمدى طويل تزيد الاحتمالية من 35% إلى 50%. وقد تم ربط قلة ممارسة الرياضة إلى 10% من الحالات. قد يكون هناك علاقة بين استخدام حبوب منع الحمل وتطور سرطان الثدي قبل انقطاع الطمث. كما تشير النتائج الواردة في الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات المصابات في بعد الاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات تعزى لمتغير المستوى التعليمي وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية. والقبول بالفرضية البديلة بالنسبة لهذا البعد فقط أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات بين أفراد عينة البحث تعزى إلى متغير المستوى التعليمي. وبالتالي ارتفاع المستوى التعليمي للسيدات يسمح بالبحث عبر وسائل متعددة منها المواقع العلمية العالمية لأبحاث السرطان والتعرف على الحلول المتاحة للعلاج والوقاية وبالتالي اتخاذ القرار وبالتالي كلما زاد المستوى التعليمي للسيدات زادت قدرتها على القيام بأنشطة وقائية محددة والتي تشمل إحداث التغييرات في نمط الحياة، والنظام الغذائي، وممارسة النشاط البدني، وتجنب السمنة، والتدخلات الوقائية للسيدات ذوات الخطورة العالية للإصابة باستخدام العقار اللازم (وزارة الصحة، 20021)

وبناء على ما تقدم تم التحقق من تجانس التباين بين المجموعات، وذلك وفق الجدول الآتي:

الجدول 16؛ نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين

القيمة الاحتمالية	درجات الحرية 2	درجات الحرية 1	قيمة ف ليفين	الاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات
0.983	67	4	0.098	

يتبين من الجدول السابق أن العينات متجانسة، حيث كانت مستوى الدلالة أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (0.05) ولحساب الفروق بين المتوسطات ومستوى دلالتها، تم استخدام اختبار المقارنات المتعددة (شيفيه) للعينات المتجانسة، كما هو مبين في الجدول (17):

الجدول 17؛ اختبار (شيفيه) للمقارنات البعدية

القرار	sig	متوسط الفروق	المستوى التعليمي	الاستدلال العاطفي واتخاذ القرارات
دال*	0.033	1.87	اعدادي	
دال*	0.041	1.45	ثانوي	
غير دال	1	0.10	معهد	
غير دال	0.493	1.26	جامعي	
غير دال	0.968	-0.42	ثانوي	
غير دال	0.344	-1.77	معهد	
غير دال	0.929	-0.611	جامعي	
غير دال	0.601	-1.35	معهد	
غير دال	0.999	-0.19	جامعي	

يتبين من الجدول السابق: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المصابات من ذوي المستوى التعليمي "ابتدائي" ومتوسطات درجات المصابات من ذوي المستوى التعليمي "اعدادي" لمصلحة متوسطات درجات المصابات من ذوي المستوى التعليمي "ابتدائي". كما يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات

المصابات من ذوي المستوى التعليمي "ابتدائي" ومتوسطات درجات المصابات من ذوي المستوى التعليمي "ثانوي" لمصلحة متوسطات درجات المصابات من ذوي المستوى التعليمي "ابتدائي".
وذلك كون الأشخاص من ذوي المستوى التعليمي الابتدائي ليس لديهم معلومات كافية عن المرض وتطوره، مما يزيد من مستوى بعض التشوهات المعرفية مثل الاستدلال العاطفي كون ليس لديهم الخلفية الثقافية والعلمية الكاملة عن المرض مما يؤثر في طريقة تفكيرهم وحكمهم على الأحداث والقرارات من منظور مرضهم. كما يتبين أيضاً عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لجميع الفروق البينية بين المستويات المتبقية.

التوصيات:

في ضوء نتائج البحث يمكن تقديم التوصيات الآتية:

- 1-التشجيع على إجراء المزيد من الأبحاث حول نسب انتشار سرطان الثدي حسب الشرائح العمرية المختلفة
- 2-العمل على زيادة الوعي المجتمعي بالأعراض الأساسية لسرطان الثدي والمساهمة كأفراد ومنظمات حكومية.
- 3-أهمية تعيين أخصائيين نفسيين في وحدات العلاج الكيماوي والشعاعي والتواصل مع المريض من قبلهم قبل الخضوع للعلاج وبعده قد تساعد نتائج هذه الدراسة المرضى في عملية التكيف والتأقلم مع الآثار النفسية والمعرفية للمرض والبحث عن إيجاد الحلول المناسبة لها

المراجع

- الأنصاري، بدر محمد. الفروق في الاكتئاب بين طلاب وطالبات الجامعة. دراسة مقارنة في عشرين بلد إسلامي، مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد 6، العدد 1، القاهرة. 2007
- الجامعة الأمريكية بالقاهرة، خمس طرق تساهم في مكافحة مرض السرطان. 2012.
- السلمي، أريج خالد. المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي في جدة. مجلة النشر العلمي، 2021، العدد (35)، السعودية، ص: 404-435.
- الشقمانى، مصطفى مفتاح الفقى، محمد أحمد.فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين مجلة البصائر 12 (2). 2006.
- شريف، ليلي. أساليب مواجهة الضغط النفسي وعلاقتها بنمطي الشخصية (أ- ب) لدى أطباء الجراحة القلبية والعصبية والعامية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، 2003.
- طشطوش، رامي عبد الله. الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى عينة من مريضات سرطان الثدي. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 2015، المجلد (11)، العدد (4)، ص. ص: 449-467.
- قواجليه، آية. قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان دراسة ميدانية بمركز مكافحة السرطان- بولاية باتنة جامعة محمد خضير بسكرة. الجزائر. 2013.
- منظمة الصحة العالمية . منظمة الصحة العالمية تحدد الخطوات اللازمة لإنقاذ أرواح 7 ملايين شخص من السرطان. 2020
- منظمة الصحة العالمية - سرطان الثدي. 2021
- وزارة الصحة - سرطان الثدي، المملكة العربية السعودية. 2021

- وزارة الصحة - سرطان الثدي، سورية، 2021.

- American Cancer Society. Cancer Facts & Figures, 2007.
- American Society of Clinical Oncology, "Five Things Physicians and Patients Should Question", Choosing Wisely: an initiative of the, American Society of Clinical Oncology, 2012.
- BARANOFF, J., OEI, T. P. S., CHO, S. H., KWON, S. (2006). Factor structure and internal consistency of the Young Schema Questionnaire (Short Form) in Korean and Australian samples. *Journal of Affective Disorders*, 93(1).
- BECK, A. T. (1963). Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9.
- BECK, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York :Guilford Press.
- BELLETTI, B., VAIDY, JS., DANDREA, S. Targeted intraoperative radiotherapy impairs the stimulation of breast cancer cell proliferation and invasion caused by surgical wounding. *Clin. Cancer Res*, 2008, 14 (5): 1325–32.
- BURNS, D. D. (1999). *Feeling good: The new mood therapy*. Avon Books, New York.
- FERLAY, J., SOERJOMATARAM, I., ERVIK, M. GLOBOCAN v1.0, *Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase*, 2012, No. 11
- FREEMAN, A. & Oster, C. (1999). Cognitive behavior therapy. In M. Herson & A. S.Bellack (eds.). *Handbook of interventions for adult disorders*, 2nd edition. New York: Wiley and sons.
- FREEMAN, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. M. (2004). *Clinical applications of cognitive therapy* (2nd ed.). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum.
- HELMUTH, N. (1994). *Hormones, Sex, and Society*. NY: Praeger Symons, D. (1979). *The evolution of human sexuality*. Oxford: Oxford University Press..
- KESSELS , H.W, & Malinow, R, (2009) . Synaptic AMPA receptor plasticity and behaviour, *Neuron*, 61.
- MERCK, M. Professional Edition, Ch. 253, *Breast Cancer*. 12, 2015.
- PERKINS, EA., Small, BJ., MORTIMER, J. IMPACT of breast cancer survivorship on quality of life in older women. *Critical Reviews in Oncology/hematology*, 2007, 62 (1): 84–91
- PLUMMER, M., MARTEL, C., VIGNAT, J., FERLAY, J. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Health*. 2016 Sep; 4(9): e609-16.
- VAIDYA JS, JOSEPH DJ, TOBIAS JS, BULSARA M, Wenz F, SAUNDERS C, ALVARADO M, FLYGER HL, MASSARUT S, EIERMANN W, KESHTGAR M, DEWAR J, KRAUS-TIEFENBACHER U, SÜTTERLIN M, ESSERMAN L, HOLTVEG HM, Roncadin M, PIGORSCH S, METAXAS M, FALZON M, MATTHEWS A, CORICA T, WILLIAMS NR, BAUM M (July 2010). "Targeted intraoperative radiotherapy versus whole breast radiotherapy for breast cancer (TARGIT-A trial): an international, prospective, randomized, non-inferiority phase 3 trial". "Radiation Therapy". *Breastcancer.org*. 2015.
- WATTENDORF D, GAGE M, HENRY LR (1 April 2012). "Translational advances regarding hereditary breast cancer syndromes". *Journal of surgical oncology*. 105 (5): 444–51
- WATSON, M. "Assessment of suspected cancer". *InnovAiT*, 2008, 1 (2): 94–107.

- YOUNESI, S; MIRAFZAL, A, and TOOYSEKANI, M. Reduction of Deterministic Thinking Among Cancer Patients as a New Method to Increase Psychosocial Adjustments. Iran J Cancer Prev. 2012; 5(2): 81–86.
- YURICA, C. (2002). Inventory of Cognitive Distortions: Validation of a Psychometric Test for the Measurement of Cognitive Distortions. Unpublished doctoral dissertation, Philadelphia College of Osteopathic Medicine
- <https://www.physio-pedia.com/Numeric_Pain_Rating_Scale>