تقبل المرض وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى مريضات السرطان

دراسة مقارنة بين مريضات سرطان الرحم وسرطان الثدي

Acceptance of the disease and its relationship to the irrational thoughts of cancer patients

A comparative study of uterine and breast cancer patients

د.آية بولحبال[1*]، د.سامية شينار[2]

[1] جامعة باتنة 1-الحاج لخضر (الجزائر)، aya.boulahbal@univ-batna.dz

[2] جامعة باتنة 1-الحاج لخضر (الجزائر)، samia.chinar@univ-batna.dz

معلومات البحث

تاريخ الاستلام: 2022/02/24
تاريخ القبول:2022/06/14

Printed ISSN: 2352-989X
Online ISSN: 2602-6856

الملخص:هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة القائمة بين تقبل المرض والأفكار اللاعقلانية لدى مريضات السرطان في دراسة مقارنة بين المصابات بسرطان الرحم والمصابات بسرطان الثدي، حيث تمت الدراسة على عينة قصدية مكونة من 31 مصابة بالسرطان منهم 10 مصابات بسرطان الرحم و21 مصابات بسرطان الثدي.

الكلمات المفتاحية:تقبل المرض، الأفكار اللاعقلانية، سرطان الرحم، سرطان الثدي.

ABSTRACT

The study aims to detect the relationship between accepting the disease and irrational thoughts of cancer patient at compared Study between women with uterine cancer and breast cancer; where the study was conducted on a purposive sample of 31 women with cancer, 10 women with uterine cancer and 21 with breast cancer.

Its results revealed that the level of both disease acceptance and irrational thoughts is average, and there is a positive correlation between disease acceptance and irrational thoughts among women with uterine cancer and women with breast cancer, uterine cancer and their counterparts with breast cancer.

Keywords: accept the disease, irrational ideas, uterine cancer, breast cancer.

*المؤلف المرسل

1. مقدمة:

لقد احتلت الصحة ومنذ العصور القديمة وإلى يومنا هذا حيزا كبيرا من اهتمامات الباحثين والعلماء في مختلف مجالات الحياة كونها تكتسي أهمية عظمى في حياة الفرد والمجتمع. ويشير مصطلح الصحة في عمومه إلى سلامة الفرد وخلوه من الداء والمرض، إلا أن التمعن الجيد في هذا المصطلح يقودنا إلى أبعد من ذلك، فهو يتعدى ما سبق إلى كونه حالة من التكامل والتوازن الجسدي والعقلي والاجتماعي وهذا ما جاء في تعريف منظمة الصحة العالمية عام 1948م للصحة، وعليه فلصحة ثلاثة أبعاد أساسية تتمثل في: الصحة الجسدية "البدنية" والتي تشير إلى تمتع الفرد بالعمليات الحيوية لوظائف الجسم، الصحة العقلية والنفسية والتي تدل على تمتع الفرد بالقدرة على التفكير بوضوح واتخاذ القرارات، التعبير عن المشاعر، والتكيف مع أنواع الاجهاد، وأخيرا الصحة الاجتماعية والتي تشير إلى قدرة الفرد على القيام بالأدوار الاجتماعية وبناء علاقات إنسانية مع الآخرين. وبالتالي فالتمتع بالصحة يسمح للشخص بالاستمتاع بحياته ويتيح له الفرص للوصول إلى أهدافه في الحياة بصورة كاملة، فالفرد الذي يتمتع بصحة جيدة هو الذي يشعر بالسلامة الجسدية والبدنية والذي يتمتع بنظرة واقعية للحياة ويتعامل مع غيره من الناس بصورة جيدة.

وبالنظر لكل ما تمنحه الصحة للفرد من استقرار عاطفي ونفسي وتكيف اجتماعي فإن حدوث أي خلل أو اضطراب فيها سوف يؤثر على جوانب عديدة من حياة الفرد. ذلك أن المرض بصفته اضطراب يعبر عن حالة غير طبيعية تصيب البناء الوظيفي للإنسان على المستوى الجسدي، أو العقلي، أو النفسي، والتعرض للأمراض لا شك يسبب انزعاج، ضعف وظيفي، وإرهاق جسدي ونفسي للفرد المصاب والأمراض الجسدية واحدة من أكثر الأمراض التي يتعرض لها الفرد والتي تصيب مختلف أجهزةالجسم وتؤدي إلى اختلال جزئي أو كلي في وظيفة أو عدة وظائف، ويمكن لها أن تكون حادة أو مزمنة، وتكون الاصابة بها نتيجة التعرض لأسباب وعوامل خطر متعددة تختلف حسب نوع المرض أهمها: العوامل الوراثية، العوامل البيئية، العوامل النفسية، والعوامل الشخصية ناهيك عما يخلفه هذا النوع من الأمراض من آثار ومخلفات نفسية وجسدية واجتماعية،ومن بين الأمراض الجسدية التي تؤثر بصفة بالغة على حياة الفرد مرض السرطان والذي يعتبر من الأمراض المزمنة والقاتلة في آن واحد، حيث تختلف درجة خطورة السرطان باختلاف نوعية الإصابة، موقعها، ودرجتها كذلك تختلف باختلاف الجنس من أبرزها سرطان الثدي وسرطان الرحم.

ويعد سرطان الثدي والرحم أحد أشكال السرطانات الأكثر شيوعا لدى النساء والتي تعرف بأنها نمو غير طبيعي لخلايا الثدي والرحم، إذ يعتبر سرطان الثدي السبب الرئيسي الأول لوفيات النساء في العالم أما سرطان الرحم فهو السبب الثالث للوفيات. ونظرا لأهمية الثدي والرحم في تكوين صورة الجسم لدى المرأة باعتبارهما الأعضاء الأكثر ارتباطا بالهوية الجنسية ولدورهما البيولوجي والتناسلي في نفس الوقت، فإصابتهما تجعل المصابة تعيش في دوامة مليئة بصراعات وانفعالات متذبذبة والتي تتميز بالاكتئاب، اليأس، وعدم التكيف...إلخ، وهذا نظرا لاختلال صورتها الجسمية خاصة إذا اضطرت إلى إجراء عملية استئصال الثدي أو الرحم، هذه الحالة التي تعرضها لجملة من المخاوف والاضطرابات النفسية المتعلقة بصورة الجسم، بالإضافة إلى القلق حول نظرة الزوج والمجتمع لها باعتبار أنها امرأة ناقصة، ناهيك عن عدم تمكنها من القيام بأدوارها الأسرية والاجتماعية المعتادة. ومن جهة أخرى تسيطر على المرأة المصابة بهذه السرطانات فكرة الموت التي ترتبط بمشاعر لوم الذات وعدم الرضا عن النفس.

وعليه يعتبر التعرض للإصابة بهذه السرطانات بمثابة صدمة نفسية بالغة الأثر بالنسبة للمرأةمما قد يؤثر على مدى تقبلها للمرض، هذا الأخير يدل على قدرة المرأة المصابة على التكيف مع الأحداث والمتغيرات الحياتية المختلفة، ويقوم تقبل المرض على عدة عوامل أهمها: تصورات وتمثلات المريض للمرض، معتقداته الشخصية حوله، كذلك إدراك المريض لحقيقة المرض وكل ما يتعلق به، بالإضافة إلى هذا تعتبر ثقافة المجتمع ونظرتها للمرض أحد الركائز الهامة التي يقوم عليها تقبل المرض وبالأخص فيما يتعلق بالأمراض المزمنة والأمراض القاتلة.

من هذا المنطلق يمكن القول أن تقبل المرض بالنسبة للمصابات بسرطان الثدي وسرطان الرحم يقوم بدرجة كبيرة على تصوراتهن حول المرض وصورة الجسم، إدراكهن لخطورة المرض ومخلفاته...إلخ.ولا شك أن المصابة بالسرطان الثدي أو الرحم في سيرها نحور تقبل المرض تجتاح المصابة العديد من الأفكار اللاعقلانية والتي تشير إلى ما يتبناه الفرد من معتقدات وأفكار حول ذاته والآخرين وما يحدث له وما سيحدث من حوله، هذه الأفكار تؤدي إلى ظهور العديد من الاضطرابات أبرزها الاضطرابات السيكوسوماتية وتؤدي إلى انفعالات معينة لذلك فقد يكون لها دور في تقبل المرض أو عدم تقبله.

ومن خلال ما سبق تأتي الدراسة الحالية التي تهدف إلى معرفة علاقة تقبل المرض بالأفكار اللاعقلانية بين النساء المصابات بسرطان الرحم والمصابات بسرطان الثدي، وعليه يمكن صياغة إشكالية الدراسة في التساؤلات التالية:

1-ماهي مستويات تقبل المرض لدى المصابات بسرطان الرحم؟
2-ماهي مستويات تقبل المرض لدى المصابات بسرطان الثدي؟
3-هل توجد علاقة بين تقبل المرض والأفكار اللاعقلانية لدى النساء المصابات بسرطان الرحم والمصابات بسرطان الثدي؟
4- هل توجد فروق في تقبل المرض بين المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي؟
5-هل توجد فروق في الأفكار اللاعقلانية بين المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي؟

❖ **فرضيات الدراسة**:يمكن صياغة فرضيات الدراسة فيما يلي:

1- نتوقع أن يكون مستوى تقبل المرض لدى المصابات بسرطان الرحم منخفض
2- نتوقع أن يكون مستوى تقبل المرض لدى المصابات بسرطان الثدي منخفض.
3- توجد علاقة ارتباطية بين تقبل المرض والأفكار اللاعقلانية لدى النساء المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي.
4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل المرض بين المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي.
5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار اللاعقلانية بين المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي.

❖ **أهداف الدراسة:**

1- التعرف على مستويات تقبل المرض لدى المصابات بسرطان الرحم.
2- التعرف على مستويات تقبل المرض لدى المصابات بسرطان الثدي.
3- الكشف عن العلاقة القائمة بين تقبل المرض والأفكار اللاعقلانية لدى النساء المصابات بسرطان الرحم والنساء المصابات بسرطان الثدي.
4- الكشف عن وجود فروق في تقبل المرض لدى المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي.
5- الكشف عن وجود فروق في الأفكار اللاعقلانية لدى المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي.

❖ **أهمية الدراسة:**

تبرز أهمية الدراسة الحالية في أنها تناولت طبيعة الأفكار اللاعقلانية الموجودة لدى المصابات بسرطان الثدي ونظيراتهن المصابات بسرطان الرحم، وكيفية تأثيرها على حياة المصابة وبالتالي إبراز دور الأفكار اللاعقلانية السائدة لدى المصابات بسرطان الثدي وسرطان الرحم في حدوث عملية تقبل المرض أو عدم تقبله.

كذلك تكمن أهمية هذه الدراسة في سعيها إلى لفت انتباه القائمين بالرعاية الصحية والعلاج من أطباء، ممرضين، وحتى أخصائيين نفسانيين إلى أهمية التصورات والأفكار اللاعقلانية ودورها في تقبل المرض من عدمه، والسعي إلى تحسين الصورة العامة للوسط الطبي والقائمين عليه لتكوين صورة إيجابية عنه، والاهتمام أكثر بهذه الشريحة من المرضى وخلق الراحة النفسية في نفوسهم وتعزيز وتقوية تقبلهم للمرض، ونزع أو تصحيح أفكارهم اللاعقلانية بأفكار أكثر منطقية وعقلانية من أجل تمكين المرضى من هذه الشريحة العيش بأكبر قدر ممكن من الرضا عن النفس والجسد والتمتع بصحة نفسية جيدة.

❖ **الدراسات السابقة:**

أجرت صونية مادي 2011 دراسة بعنوان تقدير الذات لدى المرأة المستأصلة الرحم، والتي هدفت إلى الكشف العلاقة بين تقدير الذات كجانب نفسي واستئصال الرحم لدى المرأة كجانب عضوي من خلال معرفة ما إذا للاستئصال كقصور عضوي أثر على تقدير المرأة لذاتها، وقد تكونت عينة الدراسة من 5 نساء مستأصلات الرحم بسبب السرطان يتراوح أعمارهم بين 40-50 سنة، اعتمدت الباحثة على المنهج العيادي واستخدمت الأدوات التالية: المقابلة العيادية، مقياس تقدير الذات لكوبر سميث، وأوضحت نتائج المقابلة العيادية وجود قلق الموت، الاكتئاب، الإحباط، الشعور بالنقص، والضيق، والتوتر كمظاهر لعدم تقبل وضعهن، ما عدا بعض الحالات التي أبدت تقبلا للوضع، في حين أظهرت نتائج مقياس تقدير الذات إلى وجود 3حالات تحصلن على درجات تقدير منخفضة.

دراسة الحجار وأبو اسحق 2006 بعنوان التوافق لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى الالتزام الديني ومتغيرات أخرى، وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى التوافق لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظة غزة وعلاقته بمستوى الالتزام الديني ومتغيرات أخرى، وتكونت عينة الدراسة من 60 مريضة بسرطان الثدي قام الباحثان بتطبيق مقياسين: الأول لقياس التوافق والثاني لقياس الالتزام الديني، وقد توصلت الدراسة إلى أن مريضات

سرطان الثدي يعانين من آثار وأعراض ومضاعفات سرطان الثدي على التوافق وخاصة في الأبعاد الجسمية، النفسية، والاجتماعية والانسجامية، ثم الأسرية على التوالي. (عبد العزيز الدامر،2014، 78)

دراسة"Moch V "1993"بعنوان التصور الجسدي لدى النساء اللواتي عولجن من سرطان الثدي، هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى التصور الجسدي لدى مجموعة من النساء اللواتي عولجن من السرطان الثدي من خلال استئصال الثدي وعمليات أخرى، وتكونت العينة من 62 امرأة أعمارهن تتراوح بين 29–79 سنة عولجن من سرطان الثدي من خلال استئصال الثدي، 47 امرأة عولجن باستئصال الثدي مع عمليات تركيب ثدي متأخر، 58 عولجن باستئصال الثدي مع عمليات تركيب فورية، 90 امرأة تمت معالجتهن من خلال عمليات تجميلية مع المحافظة على الثدي، استخدم الباحث مقياس التصور الجسدي، حيث أظهرت النتائج أن الصنف الرابع اللواتي تمت معالجتهن من خلال عمليات تجميلية مع المحافظة على الثدي كان لديهن مستوى إيجابي أعلى في التصور الجسدي من باقي المجموعات. (الحجار، د س، 72)

دراسة "Wellish DK et othees"1989 بعنوان النتائج النفسية والاجتماعية لمعالجة سرطان الثدي، هدفت الدراسة إلى معرفة النتائج النفسية والاجتماعية لنوعية من العلاج المستخدم في علاج سرطان الثدي، الأول استئصال جزئي للثدي، والثاني استئصال كلي للثدي، وشملت العينة 50 سيدة تتراوح أعمارهن بين 28–70 سنة، واللاتي خضعن للعلاج من السرطان الثدي، وأجريت عليهن الدراسة بعد 21 شهرا من العلاج، استخدم الباحثون المقابلات للوصول إلى المعلومات، وأظهرت النتائج أن المريضات اللواتي أجريت لهن جراحة استئصال جزئي للثدي كن أكثر إيجابية للتصور الجسدي ومشاعر أكبر في الحاجة الجنسية مقارنة بالمريضات اللواتي أجريت لهن جراحة استئصال كلي للثدي.(الحجار، دس، 78)

❖ **مصطلحات الدراسة:**

- **تقبل المرض:**تقبل المرض عبارة عن استجابة نفسية، معرفية وسلوكية أيضا، يتضح من خلالها قدرة الشخص على التكيف مع المتغيرات الحياتية المختلفة، والتي تمس حالته على أصعدة شتى، كما تمكنه من تطبيع كل طارئ لما يتماشى وحياته الخاصة (حربوش،2009، ص85)

ويعرف تقبل المرض إجرائيا بأنه الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص في مقياس تقبل المرض المصمم من قبل الباحثتان.

- **الأفكار اللاعقلانية:** عرف أليس "Ellis" الأفكار اللاعقلانية: "بأنها الأفكار غير المنطقية التي تتميز بالمبالغة والتهويل في تفسيرها للحدث والتي تعيق الفرد في حياته اليومية وتسبب له اضطرابا نفسيا."(حجازي،2013، ص37)

وتعرف الأفكار اللاعقلانية اجرائيا بأنها الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص في مقياس الأفكار اللاعقلانية المصمم من قبل الباحثتان.

- **سرطان الثدي:** هو "عبارة عن الورم الخبيث الذي نما في خلايا الثدي".(الحجار، أبو اسحق،2007، ص565)

- **سرطان الرحم**: هو ورم يصيب الرحم أو عنق الرحم ويحدث عموما للنساء اللواتي يحيين حياة قاسية وفقيرة ويأكلن غذاء غير متوازن أو يهملن في النظافة الشخصية. (منصور،2010، ص451)

2– الاطار النظري للدراسة:

2–1– تقبل المرض:

2–1–1– تقبل المرض ومكونات ادراكه:

تقبل المرض عبارة عن استجابة نفسية، معرفية وسلوكية أيضا، يتضح من خلالها قدرة الشخص على التكيف مع المتغيرات الحياتية المختلفة، والتي تمس حالته على أصعدة شتى، كما تمكنه من تطبيع كل طارئ لما يتماشى وحياته الخاصة، بحيث لا تمثل له هذه التغيرات أي عائق في سير حياته النفسية والاجتماعية وغيرها...ولذلك من المهم التحدث عن تقبل الشخص المريض لمرضه العضوي، أيا كان نوع هذا المرض، إذا ما لم يستدعي ذلك تكفل نفسي للمرض، فيما عدا ذلك لا يمكن ادعاء مشكلة تكيف أو تقبل مع المرض. (حربوش،2009، ص85)

وهناك العديد من الأبعاد المكونة لإدراك المرض، حيث كانت خمسة أبعاد في البداية (بعد الهوية، السبب، نتائج المرض، الضبط/الشفاء، وبعد المرض) وأضيفت فيما بعد أبعاد أخرى.

- **بعد الهوية "Identity"**: عبارة عن تحديد وتعيين هوية المرض، والتي يتصورها المريض "تسمية المرض"، وهكذا عزوه لمرضه.

- **بعد السبب "Cause"**: عبارة عن العوامل المسببة للمرض والتي يتصورها المريض، ومنها الأسباب البيولوجية، البيئية، والانفعالية أو النفسية.

- **بعد الوقت "المدة" "Timeline"**: ومنها المزمنة أو الحادة، وقد يتصور المريض حالته بأنها منتهية مع الوقت، وقد يدرك سرعة انتهائها. حالة دورية فقد يدرك المريض على أن حالته الصحية متطورة حسب الأزمات التي يتعرض لها، إذ تذهب الأعراض ثم تعود مرة أخرى.

- **نتائج المرض "Consequences"**: عبارة عن إدراك المريض لخطورة مرضية أو نتائج حالته الصحية على حسب فهمه الشخصي، بيئته، وعلى حسب مرور الأيام.

- **الشفاء/الضبط "Control"**: ويعني الضبط الذاتي أو الشخصي والفعالية الذاتية وهو عبارة عن اعتقاد المريض في التحكم في أعراض مرضه، وكذا إمكانية ضبطه مع المرض.

- **الشفاء/الضبط**: ويعني الاعتقاد في فعالية العلاج أو التأقلم، وهو عبارة عن ثقة المريض في اعتقاده بأن العلاج أو النصيحة المقدمة من طرف أحد المعالجين قد تحسن حالته الصحية.

- **الصورة الانفعالية "EmotionaRepresentation"**:وهذا البعد يعطي الصورة الانفعالية السلبية التي يولدها المريض مثل: القلق، الخوف، والاكتئاب.

- **الانسجام مع المرض "IllnessCoherence"**:وهو عبارة عن تفكير ما ورائي "Metacognition" أي يستعمل المريض تصوراته فيما يخص اعطائه معنى خاص للمرض، وذلك من خلال تغيير أحداث الحياة المختلفة من أسباب المرض والأبعاد التي مسها المرض مثل: الآلام التي يحسها المريض من البعد الجسمي أو الفيزيقي. وهو عبارة عن درجة التعبير عن المرض، حسب مختلف المكونات السابقة الذكر لإدراك المرض والتي قد يعتبرها المريض في تجانس مع بعضها أو لا، وبالتالي فإن الوضع الجيد للمرض لدى المريض هو ذلك التناغم الذي يجتمع مع أفضل معايشة أو مواجهة مع الوقت.(أبركان،2015، ص29-30)

2-1-2- سيرورة ومراحل تقبل المرض:

إن حدوث المرض ليس أمرا نختاره أو أمرا نطلبه، لأنه حدث يسفر عنه معاناة وتهديدات حيوية ونفسية. إن تشخيص المرض يعني دخول المريض في مرحلة الحداد "أي الحداد على كل ما كان مألوف للمريض" فهو يتصل بفقدان الشيء، عندما يعلن عن المرض فإن الفرد المعني بالأمر تظهر عليه ردود فعل عاطفية شائعة "صدمة، انكار، غضب، الاجهاد الشديد، اليأس" وهي تعتمد بدرجة كبيرة على شدة المرض، هذه الردود تدل على أن الجسم يستجيب للتغير.

قبول هذا التغيير مهم جدا وإلا فإن هذه المشاعر سوف تؤدي إلى تضخيم المرض وتجعله ينتشر ويتطور بشكل سريع، "عملية النضج النفسي تستغرق وقتا طويلا، لهذا فإن المريض ستكون له القدرة على استيعاب وقبول المرض وحيثياته، فكل فرد يمر ببعض المراحل الوسيطة قبل أن يصل إلى القبول النهائي للإعاقة"، سير هذه المراحل هو الذي يحدد نتائج الحداد، إذ يبدوا أن للحداد مسارين مختلفين:

- عملية الاندماج والتكامل التي تؤدي إلى القبول.
- عملية الابعاد التي تؤدي إلى الانكار ورفض الاستسلام للواقع(Bourdon,2012 ,p12-13)

ويعتبر مارك كايبس "Marc Keipes" أن تقبل المرض عبارة عن استراتيجية تتم عبر مراحل معينة والتي حددها كما يلي:

1- مرحلة الصدمة:تعتبر الصدمة أول هجوم على نفسية الشخص المتلقي، لخبر إصابته بالمرض، حيث ينشأ من ورائها عدة سلوكيات لا شعورية من قبل الشخص. وذلك لعلمنا أن الصدمة النفسية تنشأ نتيجة ظهور مفاجئ وغير منتظر لعنصر جديد في حياة الفرد، والذي يغير وجوده بصفة كبيرة ومهمة، حيث بسببه يصل الفرد مؤقتا إلى عدم التكيف.

2- مرحلة الانكار:وهو يلي مباشرة مرحلة الصدمة، حيث يرفض المصاب بالمرض حقيقة إصابته، كما أنه ينكر إمكانية تعرضه لمثل هذا المرض.

3– مرحلة التمرد:وهو ثالث حالة يتعايش معها الفرد بعد تشخيصه لحالته المرضية، وبما أن التمرد في معناه هو التعدي على الحكم أو السلطة أو القانون، ففي هذه الحالة يمكن تعريفه على أنه التعبير المصاحب لعدم الرضا عن وضع معين سواء للفرد أو الجماعة، وعادة ما يربط الفرد سلوكه التمردي هذا "حسب وجهة نظره" بقدر غير عادل أو محيط عدواني، وبالتالي فهذا السلوك التمردي ناتج عن نظرة مبهمة وغير واضحة، وبهذا يكون التمرد رد فعل طبيعي للإحباط.

4– مرحلة المفاوضة:تمثل هذه المرحلة بوابة استيعاب فكرة المرض، حيث يلجأ الفرد المريض إلى الطبيب ويحاول قدر مستطاعه إتباع تعليماته، لكنه بين الحين والآخر يحاول التفاوض مع طبيبه على حالته الصحية.

5– مرحلة الاكتئاب:بعد استيعاب المريض لحالته، يصيبه نوع من الاكتئاب وهو حالة نفسية تؤدي بالفرد إلى حالة مرضية تتميز بالشعور بالدونية واللامبالاة اتجاه الحياة مع تباطؤ نفسي حركي، وإمكانية ظهور عجز معرفي، فالاضطرابات المعرفية تصبح ذات أهمية والحياة العاطفية لا يصبح لها معنى، فالفرد تسيطر عليه الكآبة.

6– مرحلة التقبل:نصل إلى مرحلة تقبل المرض أو بالأحرى التعود عليه والتكيف معه، وعادة ما يصاحب هذه المرحلة هدوء تام من قبل المريض، وتعاون واضح مع الطبيب، بحيث يحاول المريض إدراج مرضه كجزء من حياته، وبتطور هذه المرحلة يجد المريض نفسه في حالة من الخضوع التام.

7– مرحلة الخضوع:وهو امتداد للمرحلة السابقة، حيث يكون هناك استسلام كلي من قبل المريض لحالته، وانصياع تام لأوامر الطبيب، حيث يفوض المريض أمره لطبيبه وينقاد لنصائحه. لكن قد تتعدى مراحل تقبل المرض هذه حسب كايبس إلى مرحلة أخيرة وطارئة والتي عبر عنها بالتقبل الزائف.

8– مرحلة التقبل الزائف:وهي مرحلة يرفض فيها الفرد شعوريا الإحساس بالمرض، وينتابه تخوفا شديدا من مضاعفاته، وذلك بعد إدراكه التام ومعرفته الكلية بمرضه. (حربوش،2014، 304-305)

2–2– الأفكار اللاعقلانية:

2–2–1– سمات الأفكار اللاعقلانية:لقد عرض **أليس** بعض السمات التي تتسم بها الأفكار اللاعقلانية وهي كالتالي:

- **المطالبة:**يرى **أليس** وجود علاقة ارتباطية بين رغبات الفرد ومطالبه الدائمة والمستمرة واضطرابه الانفعالي، كأن يصر على اشباع تلك المطالب وأن ينجح دائما في عمل ما، فالاضطراب يحدث عندما يقوم الفرد بأحاديث ذاتية مع نفسه والتي يفرضها بنفسه على نفسه وعلى العالم والآخرين عندما تسير عكس ما يريد. (الزهراني،2010، ص35)

إن الأفراد يميلون إلى الكمال والرغبة في انجاز الأعمال عند أعلى مستوى من الاتقان والمثالية، وعندما يخفقون في تحقيق هذه الرغبة لعدم التلاؤم مع امكاناتهم الواقعية يشعرون بخيبة الأمل والإحباط فينجر عنه ما ينجر من اضطرابات انفعالية وجسمية أو نفسية. (بغورة،2014، ص95)

- **التعميم الزائد**:أن الفرد يعمم النتائج التي لا تعتمد على التفكير الدقيق التي عادة ما تقوم على الملاحظة الفردية.(الغافري،2013، ص 12)
- **التقدير الذاتي**:يعد التقدير الذاتي من أشكال التعميم الزائد، وأن نمط التفكير الخاطئ يؤثر في تقدير الشخص لذاته ويتأثر بثلاث عوامل وهي: (بغورة،2014، ص96)
  - الميل إلى التركيبات الخاطئة.
  - المطابقة غير الواقعية.
  - التعارض مع الأداء.

لذلك ينبغي للفرد أن يعدل من فلسفته نحو مشكلته الشخصية من خلال تقبل الذات بدلا من تقييم الأخطاء.

- **الفظاعة**:من المعروف أن المطالب غير المنطقية للفرد غالبا ما يرغب في تحقيقها بشيء من الفظاعة "أي أنها تكون رغبة ملحة لديه" وهذا يؤدي إلى الانفعالية الزائدة وعدم القدرة على حل أي مشكلة بشكل عقلاني. (حجازي،2013، ص40)
- **أخطاء العزو**:حيث يميل الفرد إلى أن ينسب أفعاله الخاطئة إلى أخرين مما يؤثر على إدراكه للأحداث الخارجية وحالته الانفعالية وسلوكه، ومن أخطاء العزو اللوم المستمر للذات، ولوم الغير. (الزهراني،2010، ص36)
- **عدم التجريب**:ونستدل عليه من خلال الاستنتاجات والتصرفات التي تصدر عن الفرد انطلاقا من أدلة غير كافية أو غير مجربة. (جديدي، قريشي،2015، ص336)
- **التكرار**:تتكرر الأفكار اللاعقلانية بطريقة استمرارية لدى الفرد وبشكل لاشعوري، ويساعد على ذلك كل من الضغوط الخارجية والداخلية له. (حجازي،2013، ص40)

كما قام درايدن "Drydan" بتلخيص أهم خصائص الأفكار اللاعقلانية وهي كالتالي:

- أنها تتصف بالجمود والتطرق في صورة "يجب" المطلقة.
- ينشأ عنها سخط وتذمر وعدوانية وغضب من النفس والآخرين.
- تكون دائما في صورة الاثبات أو النفي المطلقين، ولا تساعد على التفكير بالاحتمالات.
- أنها غير منطقية ولا تتناسق مع الحقيقة والواقع.

2-2-2- مصادر اكتساب الأفكار اللاعقلانية:

أشار عبد الرحمان 1998 أن أليس قد ربط بين الناحية البيولوجية والبيئة الثقافية كمحددات لاكتساب الأفكار اللاعقلانية بقوله "أن بعض أفكار الإنسان اللاعقلانية تنبع من عجزه البيولوجي، وأن معظم هذا العجز يغرس أو يؤكد من خلال التربية والقائمين عليها كالأبوين، المدرسين، الاتصال بالثقافة وما تبثه وسائل الاعلام، ونتيجة لذلك فإن العديد

من الأشخاص يكونون لديهم أفكار لاعقلانية أساسية تؤدي إلى الشعور بالإحباط والعصاب." (الزهراني،2010، ص 38)

كما أوضحت اجلال محمد سري 1990 أن الأفراد يتعلمون الأفكار اللاعقلانية من الأسرة والمحيط الذي يعيشون فيه وذلك من خلال التعلم المبكر غير المنطقي حيث يكون الفرد مستعدا نفسيا لاكتساب الأفكار اللاعقلانية من الأسرة والثقافة التي يعيش فيها. (شحاتة،2006، ص89)

كما ذهب زكريا الشربيني 2005 إلى أن الأفكار العقلانية واللاعقلانية يكمن وراءها الأسرة أو العائلة وتزكيها أيضا وسائل الاعلام أو الهيئات التعليمية مثل: المدارس أو الجامعات وربما الجيران والأصدقاء وزملاء العمل أيضا. (السيد عبد السلام شحاتة،2006، ص88)

حيث أوضحت نتائج دراسته أن مصادر اكساب الأفكار اللاعقلانية هي: الأب بنسبة 72.22%، الأم 44.44%، الصديقات 16.67%، فالمدرسة والجامعة 11.11%، فوسائل الاعلام 11.11%. (الزهراني،2010،ص39)

وتشير سماح شحاتة 2006 "أن هناك العديد من المصادر التي يستمد منها الفرد أفكاره سواء العقلانية أو اللاعقلانية منها: الأسرة والمدرسة وزملاء المدرسة والعمل والجيران ووسائل الإعلام ومن الممكن أن تعدل هذه الأفكار إذا كانت لاعقلانية بأفكار عقلانية.

من جهة أخرى تؤكد كل من سامية الانصاري وجليلة مرسي 2007 بأنه "لا يمكن اغفال مسؤولية الآباء عن نوعية الأفكار والمعتقدات التي يغرسونها في الأبناء، وما يترتب عليها من آثار سلبية –لاسيما إذا كانت لاعقلانية – كالعدوان والعنف، وتدمير الأشياء وممتلكات الغير، واستخدام الألفاظ السوقية عند التعامل مع الآخرين."

في حين أشارت كريمة خطاب 2007 إلى أن الأفكار اللاعقلانية لدى الطلاب تقع في حدود مسئولية كل من الأسرة والمجتمع ووسائل الإعلام والمؤسسات التعليمية والدينية التي تشكل بناءه النفسي تبعا لما تبثه من أفكار وقيم تساهم في تكوين النسق الفكري لديه.

وأورد ديفيد وآخرون أن أليس اقترح "أن الأفكار اللاعقلانية نتيجة لكل من العوامل الحيوية (أنماط فطرية من التفكير والسلوك)، والعوامل الاجتماعية (علاقات العائلة والأقران، المدارس، الكنائس، ومؤسسات اجتماعية أخرى، ووسائل الإعلام)، وأن الدليل على تأثير العوامل الاجتماعية كان كبيرا."(الزهراني،2010، ص39-40)

من خلال ما تم التطرق إليه من وجهات النظر حول مصادر اكتساب الأفكار اللاعقلانية يتضح لنا أن هناك العديد منها والتي يمكن ذكر بعضها فيما يلي:

- **العوامل الوراثية**:يلعب العامل الوراثي دورا في اكساب وإحداث الأفكار اللاعقلانية، وتهيئه للإصابة بهذا الاضطراب، فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن هذا الاضطراب وجد في 60% من أفراد عائلات المرضى، وليس من الضروري

أن تكون وراثة الاضطراب صادرة عن الآباء مباشرة، ووجد أنه إذا كان أحد الأبوين مصابا به فإن نسبة الأطفال الذين يحتمل إصابتهم تبلغ 10% ولمعرفة مدى أهمية العامل الوراثي قام العلماء بدراسة نسبة الاضطراب بين التوائم الحقيقية، وأن العامل الوراثي يلعب دورا في إحداث الأفكار اللاعقلانية وتهيئة المريض للإصابة بها وذلك إذا اجتمعت عدة عوامل بيئية وبيولوجية ووراثية. (حجازي،2013،ص42)

- **أساليب المعاملة الوالدية**:إن أساليب المعاملة الوالدية هي حجر الأساس في صقل شخصية الطفل، فإذا ما اعتراها خلل من أي نوع لا بد أن تظهر النتائج على شخصية الطفل مستقبلا، ومما لا شك فيه أن تعلم الطفل المعايير والقيم والاعتماد على النفس والنفع والانتفاع، واحترام الحريات...إلخ، يستقيها الطفل بادئ ذي بدء من معاملة الوالدين له، ومن خلال تلك العوامل تتبلور السمات الأساسية للأفكار، فإذا كانت العلاقة بين الوالدين الطفل ليست تفاعلية إيجابية تصطبغ بقلة الاحترام المتبادل يشعر الطفل بانهزام الذات والعجز مما يرسخ لديه البذور الأولى للأفكار اللاعقلانية من حيث أنه يجب عليه أن يتجنب المصاعب وأنه غير قادر...إلخ. (جديري، قريشي،2015، ص339)

كما أن المعاملة الوالدية التي تتسم بالرعاية المبالغ فيها في التنشئة هي أيضا غير صحيحة لأنها تؤدي إلى جعل الطفل لا يتعامل مع المشكلات بنفسه ويظل دائما معتمدا على الآخرين ولاص يشعر بالاستقلالية، ومن جهة أخرى الوالدين اللذان يظهران توقعات عالية جدا تتجه إلى الكمال الزائد في قدرات أطفالهم يولدون لدى الطفل نزعات نفسية بين توقعات الوالدين الزائدة وبين قدراته مما يولد لديه اضطرابات نفسية تؤثر سلبا في سلوكه وتفكيره. (الغافري،2013، ص11)

- **ثقافة المجتمع**:إذا ما انتشرت الأفكار اللاعقلانية في المجتمع فإنها سوف تفرز الأفكار اللاعقلانية للأفراد، كما هو الحال في سيادة الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالسحر والشعوذة، وفي هذه الحالة يكون الفرد اللاعقلاني ضحية لبيئته. (عبد الله،2012، ص 350)

ويندرج تحت ذلك أيضا أن يكون الفرد في أسرة متسلطة تفرض أفكارها غير العقلانية على الفرد فإما أن يتقبلها ويصبح غير عقلاني، أو يرفضها ويصبح مستنكرا من الأسرة ومن المجتمع. (عبد القوي،2013، ص 6)

- **العزلة الاجتماعية والجمود الفكري**: تعد العزلة الاجتماعية من العوامل والأسباب التي قد تساهم بشكل كبير في تكوين الأفكار اللاعقلانية، حيث يفتقر الفرد للحكم أو للمعيار الاجتماعي على أفكاره ومعتقداته، وبالتالي في كثير من الأحيان قد تتسم شخصية الفرد المنعزل اجتماعيا ببعض الجمود الذي يمنعه من تغيير أفكاره واستبدالها بأخرى أكثر عقلانية وأكثر مرونة ومنطقية، والذي يمنعه أيضا من تقييم أفكاره تقييم سليم وفقا لما يتفق مع الآخرين، وما ترتضيه الجماعة التي يحيا بها ويستمد منها الدعم والمساعدة، فيقع الفرد أسيرا للتفكير المتصلب الجامد، حيث يكون تفكيره مظلم يرى من خلاله جانب واحد للحياة، ولا يرغب في أن يغير فكره ليرى الجوانب الأخرى. (بغورة،2014، ص 102-103)

3– إجراءات الدراسة الميدانية:

3–1– منهج الدراسة: تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي المقارن والذي رأيناه مناسبا لطبيعة الموضوع إذ يساعد على جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات ذات صلة بالظاهرة مع وصفها وتحليلها وتفسيرها وتحديد طبيعة العلاقة القائمة بينها باعتبارها متغيرات قابلة للقياس الكمي.

3–2– عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 31 مصابة بالسرطان منهم 10 مصابات بسرطان الرحم و21 مصابة بسرطان الثدي، وقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية.وقد توزعت العينة حسب الخصائص التالية:

3–2–1– حسب السن:

الجدول(1): يوضح توزيع العينة حسب متغير السن

العمر	التكرار	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
45–32 سنة	18	% 58.06	15.50	3.536
57–46 سنة	13	% 43.33		

يتضح من الجدول(1) أن أعمار العينة تراوحت بين 32–57 سنة بمتوسط عمري قدره (15.50) سنة وانحراف معياري قدره (3.536).

3–2–2– حسب الحالة الاجتماعية:

الجدول(2): يوضح توزيع العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
عازبة	5	% 16.12
متزوجة	24	% 77.41
مطلقة	2	% 6.45

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة العينة من المتزوجات أعلى من نسبة العينة من المطلقات والعازبات حيت بلغت نسبة المتزوجات 77.41% أما نسبة العازبات فهي 16.12% في حين أن نسبة المطلقات هي 6.45%

3–2–3– حسب المستوى الاقتصادي:

الجدول(3): يوضح توزيع العينة حسب متغير المستوى الاقتصادي

المستوى الاقتصادي	التكرار	النسبة المئوية
ضعيف	4	% 12.90
متوسط	18	% 58.06
حسن	7	% 22.58
جيد	2	% 6.45

يتضح من الجدول(3) أن أعلى نسبة سجلت هي للمستوى الاقتصادي المتوسط وذلك بنسبة (58.06 %)، أما بالنسبة للمستوي الضعيف فكانت نسبته تتمثل في (12.90 %) بينما كانت نسبة المستوي الحسن (22.58 %)، في حين كانت نسبة المستوى الجيد تمثل (6.45 %).

3–2–4– حسب المستوى التعليمي:

الجدول(4): يوضح توزيع العينة حسب متغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة المئوية
أمي	2	% 6.45
ابتدائي	3	% 9.67
متوسط	11	% 35.54
ثانوي	9	% 29.03
جامعي	7	%22.58

يوضح الجدول أعلاه أن أعلى نسبة للمستوى التعليمي لأفراد العينة كانت للمستوى المتوسط بنسبة 35.54%، في حين سجنا نسبة 29.03 % للمستوى الثانوي، أنا بالنسبة للمستوى الجامعي فقد تحصلنا على نسبة 22.58%، ونسبة 9.67 % للمستوى الابتدائي أما بالنسبة لنسبة لمن لم تدرسن فقدرت ب 6.45 %.

3–2–5– حسب مدة المرض:

الجدول(5): يوضح توزيع العينة حسب متغير مدة المرض

مدة المرض	التكرار	النسبة المئوية

شهرين ونصف–12 شهر	17	54.83
13شهر–5 سنوات	14	45.16

من خلال الجدول(4) يتضح لنا أن أعلى نسبة لمدة المرض كانت من نصيب الفئة الأولى حيث قدرت ب 54.83%، أما نسبة الفئة الثانية فقدرت ب 45.16 %.

4– أدوات الدراسة: استعانت الباحثتان بالأدوات التالية لاختبار فرضيات البحث:

- المقابلة النصف الموجهة
- مقياس تقبل المرض "من إعداد الباحثتين"
- مقياس الأفكار اللاعقلانية "من إعداد الباحثتين"

4–1– المقابلة النصف الموجهة:

– وصف الأداة: تم تصميم المقابلة النصف الموجهة من قبل الباحثتين بهدف معرفة حيثيات المرض ومؤشرات تقبل المرض وأهم الأفكار اللاعقلانية عند المرضى ومدى تأثير الجانب الأسري والاجتماعي في وضعية المفحوصين، تتكون المقابلة من قسمين:

القسم 1: خاص بالبيانات الشخصية للحالة

القسم 2: خاص بمحاور المقابلة، ويحتوي هذا القسم من المقابلة النصف الموجهة على 44 سؤال موزعة على 4 محاور وهي: أسئلة حول المرض ونظرة المرأة له، تقبل المرض، تقبل العلاج، الجانب الأسري والاجتماعي للحالة، جاءت الأسئلة موزعة بالتساوي على المحاور.

4–2– مقياس تقبل المرض:

– وصف الأداة: تم تصميم مقياس تقبل المرض من قبل الباحثتين ليعكس مدى تقبل المصابات بسرطان الرحم والثدي للمرض، المقياس في شكله العام يتكون من قسم البيانات الشخصية وقسم خاص بالبنود، حيث تكون المقياس من (24) بند منها (8) بنود إيجابية و(16) بند سلبي، موزعة على 4 محاور أساسية وهي: محور إدراك المرض ومضاعفاته، التكيف مع المرض، الاستجابة الانفعالية والسلوكية إزاء المرض، فاعلية العلاج، جاءت البنود موزعة بالتساوي على المحاور. ويجيب عنها المفحوص وفق خمس بدائل وهي (موافق جدا/موافق/محايد/غير موافق/غير موافق تماما). والجدول التالي يوضح توزيع البنود الإيجابية والسلبية للمقياس حسب المحاور

الجدول(6): يوضح توزيع البنود الإيجابية والسلبية لمقياس تقبل المرض حسب المحاور

المحاور	البنود الإيجابية	البنود السلبية
إدراك المرض ومضاعفاته	3-2-1	6-5-4
التكيف مع المرض	5-2	6-4-3-1
الاستجابة الانفعالية والسلوكية إزاء المرض	5	6-4-3-2-1

فاعلية العلاج	2-1	6-5-4-3

– **كيفية التصحيح:** منح خمس (5) درجات لكل إجابة ذات بدل "موافق جدا"، وأربع (4) درجات لكل إجابة ذات البديل "موافق"، وثلاث (3) درجات للإجابة على البديل "محايد"، ودرجتين (2) للإجابات على البديل غير موافق، ودرجة واحدة (1) للإجابات ذات البديل "غير موافق تماما". هذا بالنسبة للعبارات الموجبة أما بالنسبة للعبارات السالبة فتمنح خمس (5) درجات للإجابات ذات البديل "غير موافق تماما" وأربع (4) درجات للإجابات على البديل "غير موافق"، وثلاث (3) درجات للإجابات على البديل "محايد"، ودرجتين (2) للإجابات على البديل "موافق"، ودرجة واحدة (1) للإجابات على البديل "موافق جدا". وتتراوح الدرجة الكلية التي يتحصل عليها المفحوصين بين (24) درجة كأدنى تقدير و(120) كأقصى تقدير، بحيث تشير الدرجة المرتفعة إلى وجود درجة عالية من تقبل مرض.

– **الخصائص السيكومترية:**

– **صدق المقياس:**

➢ **الصدق التمييزي:** تم حساب الصدق التمييزي للمقياس بعد ترتيب درجات العينة تنازليا وأخذ نسبة (27 %) من طرفي الترتيب، وتطبيق اختبار "ت" وكانت النتائج كالتالي:

الجدول(7): يوضح نتائج "ت" بين متوسطي للطرفين على مقياس تقبل المرض

القيمة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت" المحسوبة	"ت" الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الفئة العليا	8	91.00	5.806	11.436	2.977	14	0.01
الفئة الدنيا	8	64.63	2.973				

من خلال النتائج المحصل عليها في الجدول (7) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للفئة العليا بلغ (91.00) بانحراف معياري قدره (5.806)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للفئة الدنيا (64.63) بانحراف معياري قدره (2.973)، وبحساب درجة الحرية التي قدرت ب (14) و"ت" المحسوبة التي بلغت (11.436) وهي أكبر من "ت" الجدولية، نلاحظ وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى 0.01، وهذا يجعلنا نطمئن لصدق المقياس.

– **ثبات المقياس:**

➢ **معامل الثبات ألفا كرونباخ:** لقياس ثبات درجات المقياس تم الاعتماد على معامل الثبات ألفا كرومباخ بين بنود المقياس، وكانت النتائج كالتالي:

الجدول(8): يوضح معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس تقبل المرض

عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
24	0.757

من خلال الجدول(8) نلاحظ أن معامل الثبات ألفا كرونباخ بلغ (0.757) وهو يقترب من الواحد الصحيح هذا يعني وجود قدر مرتفع من الثبات يمكن الاعتماد عليه والوثوق به.

4–3– مقياس الأفكار اللاعقلانية:

– **وصف الأداة:** تم تصميم مقياس الأفكار اللاعقلانية من قبل الباحثتان لمعرفة نوع الأفكار اللاعقلانية ومدى انتشارها لدى المصابات بسرطان الرحم وسرطان الثدي، المقياس في شكله العام يتكون من قسم البيانات الخاصة وقسم خاص بالبنود، حيث يتكون المقياس من (21) بند، موزعة على 3 محاور أساسية وهي: محور الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالمرض وأسبابه، الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالتشخيص والعلاج، الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالمحيط الاجتماعي، جاءت البنود موزعة بشكل غير متساو على المحاور. ويجيب عنها المفحوص وفق خمس بدائل هي (موافق جدا/موافق/محايد/غير موافق/غير موافق تماما).والجدول التالي يوضح توزيع عدد بنود المقياس حسب كل محور:

الجدول(9): يوضح توزيع عدد البنود لمقياس الأفكار اللاعقلانية حسب المحاور

المحاور	عدد البنود	مجموع البنود
الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالمرض وأسبابه	6	21
الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالتشخيص والعلاج	9	
الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالمحيط الاجتماعي	6	

– **كيفية التصحيح:** تمنح درجة واحدة (1) لكل إجابة ذات بدل "موافق جدا"، ودرجتين (2) لكل إجابة ذات البديل "موافق"، وثلاث (3) درجات للإجابة على البديل "محايد"، وأربع (4) درجات للإجابات على البديل "غير موافق"، وخمس (5) درجات للإجابات ذات البديل "غير موافق تماما". وتتراوح الدرجة الكلية التي يتحصل عليها المفحوصين بين (21) درجة كأدنى تقدير و(105) كأقصى تقدير، بحيث تشير الدرجة المرتفعة إلى وجود درجة عالية من الأفكار اللاعقلانية.

– **الخصائص السيكومترية:**

– **صدق المقياس:**

➢ **الصدق التمييزي:** تم حساب الصدق التمييزي للمقياس بعد ترتيب درجات العينة تنازليا وأخذ نسبة (27 %) من طرفي الترتيب، وتطبيق اختبار "ت" وكانت النتائج كالتالي:

الجدول(10): يوضح نتائج "ت" بين متوسطي للطرفين على مقياس الأفكار اللاعقلانية

القيمة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت" المحسوبة	"ت" الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الفئة العليا	**8**	**91.50**	**7.819**	**11.484**	**2.977**	**14**	**0.01**
الفئة الدنيا	**8**	**55.88**	**3.980**				

من خلال النتائج المحصل عليها في الجدول (10) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للفئة العليا بلغ (91.50) بانحراف معياري قدره (7.819)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للفئة الدنيا (55.88) بانحراف معياري قدره (3.980)، وبحساب درجة الحرية التي قدرت ب (14) و"ت" المحسوبة التي بلغت (11.484) وهي أكبر من "ت" الجدولية، نلاحظ وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى 0.01، وهذا يجعلنا نطمئن لصدق المقياس.

- **ثبات المقياس:**

- **معامل الثبات ألفا كرونباخ:** لقياس ثبات درجات المقياس تم الاعتماد على معامل الثبات ألفا كرونباخ بين بنود المقياس، وكانت النتائج كالتالي:

الجدول(11): يوضح معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الأفكار اللاعقلانية

عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
21	**0.926**

من خلال الجدول(11) نلاحظ أن معامل الثبات ألفا كرونباخ بلغ (0.926) وهو يقترب من الواحد الصحيح هذا يعني وجود قدر مرتفع من الثبات يمكن الاعتماد عليه والوثوق به.

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

استخدمت الباحثتان الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS الإصدار 20 حيث تم استعمال كل من:

- اختبار "ت" «T test»
- معامل الارتباط لبيرسون
- المتوسط الحسابي
- الانحراف المعياري
- معادلة تصحيح الطول لسبيرمان براون ومعادلتها كما يلي: $\mathbf{r1.1 = \frac{nr}{1+r}}$

6- عرض ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة:

6-1- عرض ومناقشة الفرضية الأولى:

والتي نصت على أنه "نتوقع أن يكون مستوى تقبل المرض لدى المصابات بسرطان الرحم منخفض"

6-1-1- عرض نتائج الفرضية: للتحقق من هذا الفرض تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات المصابات بسرطان الرحم على الأداة ككل.

جدول (12): يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات المصابات بسرطان الرحم على الدرجة الكلية لمقياس تقبل المرض

عدد المصابات بسرطان الرحم	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
10	72.40	12.085

يتضح من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لاستجابات المصابات بسرطان الرحم على المقياس ككل بلغ (72.40) بانحراف معياري قدره (12.085).

جدول (13): يبين مستويات تقبل المرض لدى المصابات بسرطان الرحم حسب استجابتهم على مقياس تقبل المرض

المستويات	المرتفع	المتوسط	المنخفض
الفئات	من 84 فما فوق	بين 60-84	أقل من 60
التكرارات	2	7	1
النسبة المئوية	% 20	% 70	% 10

يتضح من خلال النتائج الموضحة في الجدول(13) أن استجابات المصابات بسرطان الرحم على مقياس تقبل المرض جاءت على النحو التالي: إن استجابة المصابات بسرطان الرحم تقع معظمها في المستوى المتوسط، حيث كانت نسبة هذه الأخيرة "أي المستوى المتوسط" تمثل نسبة (70 %) من مجموع الاستجابات، أما المستوى المرتفع فقد تحصل على نسبة (20 %) في حين أن المستوى المنخفض فهو يمثل نسبة (10 %)، وعليه فإن الفرضية لم تتحقق.

6-1-2- مناقشة نتائج الفرضية:

بعد عرضنا للنتائج المبينة في الجدول والتي تبين مستويات تقبل المرض لدى المصابات بسرطان الرحم وهذا حسب استجابتهن على مقياس تقبل المرض، تبين أن معظم الاستجابات تقع في المستوى المتوسط وذلك بنسبة (70 %) مما يدل على أن المصابات بسرطان الرحم متقبلات لمرضهن بدرجة متوسطة، وهذا ما يخالف نتائج دراسة (مادي 2011) إذ دلت نتائج دراستها على وجود قلق الموت، الاكتئاب، الإحباط، الشعور بالنقص، والضيق والتوتر كمظاهر لعدم تقبل وضعهن.

ويتجلى تقبل المرض لدى المصابات بسرطان الرحم في تعاملهن بطريقة مقبولة مع أعراض المرض والعجز الذي يسببه، بالإضافة إلى التكيف مع بيئة المستشفى والطرق العلاجية اللازمة، كذلك إقامة وتطوير علاقات جيدة مع الطبيب المتخصص وفريق الرعاية الطبية. إضافة إلى أن المصابات بسرطان الرحم أظهرن خلال المقابلات التي قامت بها الباحثتان قدرة على التحكم في المشاعر السلبية والاحتفاظ بالنظرة الإيجابية والتفاؤل المتمركز حول الشفاء من المرض، وقد يعود ذلك إلى أنهن يوظفن إستراتجيات تكيفية مرتبطة بالمرض ومعالجته، واستراتجيات أخرى مرتبطة بالأداء النفسي والاجتماعي العام كشكل من أشكال التكيف المعرفي مع المرض والتي تتمثل في: إعطاء معنى لخبراتهن المرضية واكتساب القدرة على السيطرة والتكيف مع الحالة المرضية والتخفيف من خطورة المرض وزيادة المعرفة حول الرعاية الذاتية كذلك استعادة تقديرهن لذواتهن.

من جهة أخرى ترى الباحثتان أن أغلب المصابات بسرطان الرحم–العينة محل الدراسة–قد مررن بالمراحل الأولى لتقبل المرض ذات الطبيعة الصادمة ودليل على ذلك عدد الجلسات العلاجية التي خضعن لها. كما أن المستوى التعليمي ساعد

هؤلاء المصابات على تقبل المرض إلى درجة معينة، فكلما كانت المصابة ذات مستوى تعليمي جيد كلما ساعدها ذلك في تقبلها لمرضها وذلك بحكم النضج الفكري الذي تمتلكه المصابة والوعي بخطورة المرض والذي يمكنها من إدارة مرضها بطريقة جيدة والذي بدوره يجعل المصابة تتغلب على ما يخلفه المرض من آثار نفسية وجسدية وحتى اجتماعية. ومن جهة أخرى فإن المستوى الاقتصادي يلعب دورا كبيرا في تقبل المرض وهذا لكونه عامل مهم في الحصول على العلاج خاصة وأن علاج هذه الشريحة من المرضى تحتاج إلى مصاريف كثيرة، وترى الباحثتان إلى جانب كل ما سبق أن كون أغلب المصابات متزوجات ولديهن أطفال خفف عليهن وطأة المرض،فالمصابة بسرطان الرحم المتزوجة لا تعاني من ذلك القلق الذي ينتاب المصابة العازبة مثلا.

من ناحية أخرى ترى الباحثتان أن المصابات بسرطان الرحم متقبلات لمرضهن بدرجة متوسطة لكن يمكن أن يكون هذا التقبل ما هو إلا تقبلا زائفا للمرض والذي نتج عن اعتماد المصابات على آلية دفاعية تتمثل في التجنب وذلك من خلال الرفض أي أن المصابات بسرطان الرحم يدركن المرض ولكن يرفضن وينكرن المشاعر التي تتولد عنه.

6–2– عرض ومناقشة الفرضية الثانية:

والتي نصت على أنه "نتوقع أن يكون مستوى تقبل المرض لدى المصابات بسرطان الثدي منخفض"

6–2–1– عرض نتائج الفرضية: للتحقق من هذا الفرض تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات المصابات بسرطان الثدي على الأداة ككل.

جدول(14): يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات المصابات بسرطان الثدي على الدرجة الكلية لمقياس تقبل المرض

عدد المصابات بسرطان الثدي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
21	79.38	8.964

يتضح من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لاستجابات المصابات بسرطان الثدي على المقياس ككل بلغ (79.38) بانحراف معياري قدره (8.964).

الجدول(15): يبين مستويات تقبل المرض لدى المصابات بسرطان الثدي حسب استجابتهم على مقياس تقبل المرض

المستويات	المرتفع	المتوسط	المنخفض
المجالات	من 88 فما فوق	بين 70–88	أقل من 70

التكرارات	3	15	3
النسبة المئوية	14.28	71.42	14.28

يتضح من خلال النتائج الموضحة في الجدول(15) أن استجابات المصابات بسرطان الثدي على مقياس تقبل المرض جاءت على النحو التالي:

إن استجابة المصابات بسرطان الثدي تقع معظمها في المستوى المتوسط، حيث كانت نسبة هذه الأخيرة "أي المستوى المتوسط" تمثل نسبة (70 %) من مجموع الاستجابات، أما المستوى المرتفع فقد تحصل على نسبة (20 %) في حين أن المستوى المنخفض فهو يمثل نسبة (10 %)، وعليه فإن الفرضية لم تتحقق.

6-2-2- مناقشة نتائج الفرضية:

بعد عرضنا للنتائج المبينة في الجدول والتي تبين مستويات تقبل المرض لدى المصابات بسرطان الثدي حسب استجابتهن على مقياس تقبل المرض، تبين أن معظم الاستجابات في مجملها تقع في المستوى المتوسط بنسبة (71.42 %) مما يدل على أن المصابات بسرطان الثدي متقبلات لمرضهن بدرجة متوسطة، ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى قدرة المصابات بسرطان الثدي على إدارة حياتهن اليومية والأسرية والاجتماعية بشكل أفضل، وذلك بعد تجاوزهن مختلف مراحل تقبل المرض بدءا من مرحلة الصدمة وصولا إلى مرحلة التقبل وما تعتريه كل مرحلة من مشاعر وانفعالات سلبية كانت أم إيجابية.

إن الانتقال من مرحلة إلى أخرى يكسب المصابة بسرطان الثدي قدرة على إدارة الألم الناتج عن المرض من جهة، والألم الناتج عن العلاج من جهة أخرى كذلك يكسبها القدرة على إدارة المرض بحد ذاته، مما يسمح لها بالتحكم فيه والسيطرة عليه وعلى نواتجه.

كما يرجع تقبل المصابات بسرطان الثدي إلى تشكل بنية نفسية متينة نتيجة استخدامهن لأشكال التكيف المعرفي مع المرض وذلك بإعطاء معنى للخبرة المرضية وامتلاك القدرة على السيطرة والتكيف مع المرض، والتخفيف من خطورته، كل هذا يخلق لدى المصابات توافق نفسي وجسدي واجتماعي هذا التوافق يبث في المصابة روح التفاؤل ويكسبها القوة اللازمة لمقاومة المرض وإدارته، كذلك يحسن من نظرة المصابات لصورة الجسد لديهن خاصة بعد الاستئصال الكلي للثدي بالإضافة أنه يؤسس معتقدات شخصية إيجابية حول المرض. وهذا ما يخالف ما توصلت إليه دراسة كل من (الحجار وأبو اسحق 2006) ودراسة (Moch V 1993) ودراسة (Wellish DK et others) حيث نصت نتائج دراسة (الحجار وأبو اسحق 2006) على أن مريضات سرطان الثدي يعانين من آثار وأعراض ومضاعفات سرطان الثدي على التوافق في الأبعاد الجسمية، النفسية، الاجتماعية والانسجامية، ثم الاسرية على التوالي، أما دراسة (Moch V 1993) قد توصلت إلى أن المصابات اللواتي تمت معالجتهن من خلال عمليات تجميلية مع المحافظة على الثدي لديهن مستوى

إيجابي أعلى في التصور الجسدي من باقي المجموعات، في حين دلت نتائج دراسة (Wellish DK et others) إلى أن المريضات اللواتي أجريت لهن جراحة استئصال جزئي للثدي كن أكثر إيجابية للتصور الجسدي مقارنة بالمريضات اللواتي أجريت لهن جراحة استئصال كلي للثدي.

كذلك فإن استعادة تقدير الذات والتكيف مع بيئة المستشفى والطرق العلاجية المختلفة للمصابات بسرطان الثدي يسمح للمصابة بالتعايش والتكيف بطريقة جيدة مع المرض والذي يدل على تقبل المرض، كذلك الحرص على متابعة الحصص العلاجية المقررة لها بانتظام يدل على ان المصابة بسرطان الثدي لديها نسبة معينة من تقبل المرض.

ومن ناحية أخرى فإن المستوى التعليمي لأفراد العينة ساعد المصابات على تقبل المرض لأنه لعب دورا أساسيا في زيادة خبرات المصابات سواء كانت خبرات نفسية أم خبرات معرفية خاصة بالمرض وحيثياته، كذلك فإن كل من المستوى الاقتصادي والاجتماعي ساعدا على تقبل المرض كون أن المستوى الأول يحدد إمكانية الاستفادة من السبل العلاجية اللازمة لتحقيق أكبر نسبة من الشفاء، أما بالنسبة للمستوى الثاني فإن المصابة المتزوجة لا تختبر نفس الشعور الذي تختبره المصابة العازبة ولا يترك نفس البصمة لديها مقارنة بالمصابة العازبة.

بالإضافة إلى هذا يمكن أن يكون التقبل المتوسط للمرض ما هو إلا انعكاسا للتقبل الزائف والذي تظهره المصابة نتيجة تساميها عن المرض ومخلفاته، حيث ترفض المصابات بسرطان الثدي شعوريا الإحساس بالمرض وينتابهن الخوف من مضاعفاته، وذلك بعد ادراكهن التام ومعرفتهن الكلية بالمرض وحيثياته، وهذا يتم من خلال العملية التي تعرف "بعملية الابعاد".

6–3– عرض ومناقشة الفرضية الثالثة:

والتي نصت على أنه "توجد علاقة ارتباطية بين تقبل المرض والأفكار اللاعقلانية لدى النساء المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي"

6–3–1– عرض نتائج الفرضية: للتحقق من هذا الفرض قامت الباحثتان بحساب قيمة معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة على مقياس تقبل المرض ومقياس الأفكار اللاعقلانية.

الجدول(16):يبين قيمة معامل الارتباط بين مقياس تقبل المرض ومقياس الأفكار اللاعقلانية لدى المصابات بسرطان الرحم

المتغيرات	المتوسط الحسابي	انحراف المعياري	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
تقبل المرض "سرطان الرحم"	72.4	12.085	**0.941	0.01

الأفكار اللاعقلانية"سرطان الرحم"	65.80	12.470		

من خلال نتائج الجدول(16) نلاحظ أن معامل الارتباط بين تقبل المرض ومقياس الأفكار اللاعقلانية لدى المصابات بسرطان الرحم بلغ (0.941) وهو معامل دال عند مستوى الدلالة (0.01)، مما يشير إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجات مقياس تقبل المرض ومقياس الأفكار اللاعقلانية لدى المصابات بسرطان الرحم.

الجدول(17): يبين معامل الارتباط بين مقياس تقبل المرض ومقياس الأفكار اللاعقلانية لدى المصابات بسرطان الثدي

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
تقبل المرض "سرطان الثدي"	79.38	8.964	**0.669	0.01
الأفكار اللاعقلانية "سرطان الثدي"	76.76	14.553		

من خلال الجدول(17) نلاحظ أن معامل الارتباط بين تقبل المرض ومقياس الأفكار اللاعقلانية لدى المصابات بسرطان الثدي بلغ (0.669) وهو معامل دال عند مستوى الدلالة (0.01)، مما يشير إلى وجود علاقة ارتباطية بين درجات مقياس تقبل المرض ومقياس الأفكار اللاعقلانية لدى المصابات بسرطان الثدي.

يتضح من خلال الجدولين السابقين إلى وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين تقبل المرض والأفكار اللاعقلانية لدي المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي، وهذا ما يدل على تحقق الفرضية.

6-3-2- مناقشة نتائج الفرضية:

يتضح من خلال الجدولين (16) و(17) أنه توجد علاقة موجبة بين تقبل المرض والأفكار اللاعقلانية لدى المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي، إن النتيجة المتحصل عليها تدل على أنه كلما زادت الأفكار اللاعقلانية كلما زاد تقبل المرض، حيث ترجعالباحثتان هذه العلاقة إلى أن المصابات بسرطان الرحم والمصابات بسرطان الثدي على حد سواء وعلى الرغم من تبنيهن لأفكار لا عقلانية إلا أنهن متقبلات لمرضهن، وهذا راجع إلى استخدامهن لاستراتيجيات مواجهة مكنتهن من تخطي هذه الأفكار واكتساب حصانة ضدها على الرغم من وجودها في العقل الباطني لديهن، ومن بين الاستراتيجيات المواجهة التي ترى الباحثتان بأن المصابات وظفتهن لتخطي هذه الأفكار نجد: الاتجاه نحو الجانب الديني وتقوية الصلة مع الخالق، الانشغال بأمور عديدة، الخروج من جو المرض بالذهاب مثلا إلى مختلف المناسبات، فهي تبحث عن بديل للتنفيس عن النفس من الأفكار التي تحول في تفكيرها. من جهة أخرى يمكن أن نرجع هذه النتيجة إلى استخدام المصابات بسرطان الرحم والمصابات بسرطان الثدي ميكانيزمات دفاعية لا شعورية للهروب من الأفكار اللاعقلانية والتي تحتاج تفكيرهن، ومن بين الميكانيزمات الدفاعية المستخدمة من قبل المصابات: التسامي، التبرير، التجنب، وهذا ما سيتم توضيحه في الدراسة الكيفية.

إن اللجوء إلى استخدام استراتيجيات المواجهة والميكانزمات الدفاعية من طرف المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي يهدف إلى الابتعاد قدر الإمكان عن الشعور بقلق الموت والشعور بالنقص من الناحية الجسمية "صورة الجسم" كذلك عدم الشعور بالاكتئاب والإحباط والشعوربتحقير الذات. ومن جهة أخرى فإن استخدام مثل هذه الاستراتيجيات والميكانيزمات يؤسس أرضية متينة تمنعهن من التأثر بالأفكار اللاعقلانية وتحد من خطورتها وتكسبهن القدرة على السيطرة والتحكم في الأفكار اللاعقلانية، بحيث أنها تخلق حاجز بين تقبل المرض والأفكار اللاعقلانية هذا الحاجز بدوره يجعل الأفكار اللاعقلانية مهما زادت في تفكير المصابة إلا أنها لا تمس تقبلها للمرض، وذلك كون أن هذه الاستراتيجيات والميكانيزمات المستعملة أنتجت نوع من التوافق النفسي والاجتماعي والتكيف مع الحالة المرضية والذي بدورهما يؤديان إلى حدوث تقبل المرض لدى هذه الشريحة من المرضى.

من جهة أخرى نجد أن المستوى التعليمي لأفراد العينة والوعي المعرفي للمصابات وبالرغم من تبنيهم لأفكار لاعقلانية إلا أنهن مدركات لحقيقة هذه الأفكار وعدم واقعيتها وهذا ما يدل على أن الأفكار اللاعقلانية لم تؤثر في تقبلهن للمرض.

6–4– عرض ومناقشة الفرض الرابعة:

والذي نصت على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل المرض بين المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي"

6–4–1– عرض نتائج الفرضية: للتحقق من هذا الفرض تم تطبيق اختبار "ت" للمقارنة بين المتوسطات الحسابية للدرجات على مقياس تقبل المرض لدى المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول(18): يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي في تقبل المرض

تقبل المرض	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت" المحسوبة	"ت" الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المصابات بسرطان الرحم	10	72.40	12.085	1.810	2.756	29	غير دال احصائيا
المصابات بسرطان الثدي	21	79.38	8.964				

يتضح من خلال الجدول(18) أن قيمة "ت" المحسوبة بلغت (1.810) أصغر من القيمة الجدولية (2.756) عند درجة حرية (29) وعند مستوى الدلالة (0.01)، مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي في تقبل المرض، وعليه نرفض الفرض البحثي ونقبل الفرض الصفري.

6-4-2- مناقشة نتائج الفرضية:

يتضح من نتائج الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل المرض لدى المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي، حيت تعزو الباحثتان هذه النتيجة إلى أن كل من المصابات بسرطان الرحم والمصابات بسرطان الثدي وعلى الرغم من أن الإصابة كانت على مستوى عضوين لهما تقريبا نفس الأهمية الرمزية في حياة المرأة من الجانب الجنسي والجانب البيولوجي إلا أنهن متقبلات لمرضهن بدرجة متوسطة، وهذا راجع أن كلا الشريحتين من المصابات يخضعن لنفس الطرقالعلاجية، ولكون أن الإصابتين لهما نفس المآل تقريبا بالإضافة إلى أن مسيرتهن نحو تقبل المرض تسير بنفس الوتيرة مع حدوث بعض الاختلالات والتي لا تحدث أي فارق بينهما.

كذلك يمكن أن تعزى هذه النتيجة إلى أن كلا المصابات بسرطان الرحم والمصابات بسرطان الثديمدركات لطبيعة المرض وخطورته وما يسفر عنه، وكذا انسجامهن مع المرض من جهة، ومن جهة أخرى فإن تغير تصورات المصابات للمرض ونظرتهن له طيلة مدة الإصابة بالمرض وعلى اختلافها بينهن أدت إلى تقبلهن للمرض بنفس الدرجة، وذلك كون أن هاتين الشريحتين تعيشان بنسبة متقاربة نفس المعاش النفسي الذي يتميز بانفعالات وسلوكيات معينة وذلك منذ لحظة الإعلان عن المرض وصولا إلى مرحلة التقبل، كما أنهن ينتهجن نفس السبيل للوصول إلى تكيف سليم مع المرض وتوافق نفسي جيد مع النفس والجسم والمحيط الاجتماعي، وذلك من خلال استعادتهن لتقديرهن لذاتهن ولتحسن الصورة الجسدية في نظرهن عن طريق امتلاكهن الإرادة للعيش والشفاء من المرض والقوة لمواجهة المرض في حد ذاته كذلك لسعيهن إلى التحكم في المرض من خلال رفع المعنويات والشعور بالتفاؤل والأمل في الحياة لمدةأطول والعيش بنفس الطريقة المعتادة وعدم جعل المرض عائق في الحياة.

بالإضافة إلى هذا فإن المصابات بسرطان الرحم والمصابات بسرطان الثدي لديهن مستوى تعليمي مكنهن من تقبل المرض بنفس الدرجة نتيجة الوعي بخصائص المرض ومخلفاته وإدراك أن الجانب النفسي له دور في تحسن الحالة الصحة وجعلهن يحرصن على متابعة الجلسات العلاجية كذلك اتباع نصائح الطبيب فيما يخص العلاج، وهذا ما أدى إلى زياد نسبة تقبل المرض لدى الشريحتين على حد سواء.

6-5- عرض ومناقشة الفرض الخامس:

والتي نصت على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار اللاعقلانية بين المصابات بسرطان الرحم نظيراتهن المصابات بسرطان الثدي"

6–5–1– عرض نتائج الفرضية: للتحقق من هذا الفرض تم تطبيق اختبار "ت" للمقارنة بين المتوسطات الحسابية للدرجات على مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول(19): يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصاب بسرطان الثدي في الأفكار اللاعقلانية

الأفكار اللاعقلانية	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت" المحسوبة	"ت" الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المصابات بسرطان الرحم	10	65.80	12.470	2.047	2.756	29	غير دالة احصائيا
المصابات بسرطان الثدي	21	76.76	14.553				

يتضح من خلال الجدول(19) أن قيمة "ت" المحسوبة بلغت (2.047) أقل من قيمة "ت" الجدولية (2.756) عند درجة حرية (29) وعند مستوى الدلالة (0.01)، مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار اللاعقلانية بين المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات سرطان الثدي، وعليه نرفض الفرض البحثي ونقبل الفرض الصفري.

6–5–2– مناقشة نتائج الفرضية:

اتضح من خلال الجدول أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار اللاعقلانية بين المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي، حيث تعزو الباحثتان هذه النتيجة إلى أن المصابات بسرطان الرحم والمصابات بسرطان الثدي يمتلكن أفكار لاعقلانية متقاربة حيث أن أغلب المصابات دارت أفكارهن اللاعقلانية وحسب محاور المقياس المستخدم في الدراسة حول: "مرضي يعيق تحقيق أهدافي الشخصية"، "مرضي هو نتيجة تعرضي للسحر"، "حياة أسرتي ستنهار بسبب مرضي"، "حتما أن مرضي نتيجة تعرضي للعين والحسد"، "لا أخبر الناس بمرضي لكي لا أرى الشفقة في أعينهم"، وهذا راجع إلى طبيعة المرض ودرجة خطورته والمرحلة التي وصل إليها المرض، ونظرا لأهمية العضو المصاب في حد ذاته كون أن الرحم والثدي يمثلان رمز الأنوثة بالنسبة للمرأة ولها تأثير على صورة الجسم لديها، بالإضافة وقع الإصابة على المرأة من الناحية النفسية والجسدية والاجتماعية وحتى الاقتصادية.

كذلك يمكن أن يعزى تبني الأفكار اللاعقلانية لدى المصابات بسرطان الرحم وسرطان الثدي إلى طبيعة العلاقة القائمة بين المصابة والمحيط الأسري والمحيط الاجتماعي فكلما كانت هذه العلاقة تتسم بالضعف والهشاشة كلما تشكلت

ونمت الأفكار اللاعقلانية حولها من جهة، ومن جهة أخرى فإن شخصية المصابة هي الأخرى تلعب دورا في تبنيها للأفكار لاعقلانية حيث أن الشخصية التي تتسم وتتميز بنوع من الهشاشة والتي تتأثر بدرجة سريعة للتغيرات الحياتية تسمح بدورها في انحراف التفكير.

ومن جهة أخرى ترى الباحثتان أنه يمكن أن ترجع تفشي الأفكار اللاعقلانية لدى هذه الشريحة من المصابات إلى ثقافة المجتمع ونظرته وتصوراته وتمثلاته حول السرطان في حد ذاته بحيث أن خصوصية وثقافة المجتمع الجزائري تجعه ينظر إلى الإصابة بالسرطان على أنها تساوي الموت هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن إصابة المرأة به خاصة إذا كانت إصابتها على مستوى الرحم أو الثدي على حد سواء فإن هذا من وجهة نظر المجتمع ينقص ويحط وحتى يلغي دور المرأة كزوجة وكأم، مما يجعل المصابة تنحاز بتفكيرها إلى التفكير بطريقة لاعقلانية ولا منطقية.

كذلك يمكن أن نعزو هذه النتيجة إلى أن إصابة هذين العضوين يشوهان صورة الجسم لدى المرأة المصابة والتي كانت مقدسة بالنسبة لها، فالمرأة لو أصيبت إصابة طفيفة في جسمها فإنها تشعر بأن هذه الإصابة قد شوهت منظرها وجسمها فعند مقارنة هذا الإصابة البسيطة بالإصابة بسرطان الرحم أو بسرطان الثدي يمكننا أن نستنتج مباشرة بأن الإصابة بسرطان الرحم وسرطان الثدي على حد سواء يشوهان صورة الجسم ويزعزعان ثقة المرأة بذاتها وتجعلها لا تعترف بجسمها وهذا ما يجعلها تدخل في دوامة الأفكار اللاعقلانية. كل هذه المعطيات تزيد من نسبة الأفكار اللاعقلانية لدى المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي وفي نفس الوقت تجعل الفروق في الأفكار اللاعقلانية بين الشريحتين غير موجودة.

7– خاتمة:

لقد توصلت الدراسات التي أجريت حول الأمراض النفسجسمية والأفكار اللاعقلانية إلى تبني مجموعة من الأفكار لدى هذه الشريحة من المرضى، كما وجد أن هناك علاقة بين الأفكار اللاعقلانية وظهور الأمراض النفسجسمية، مما دفع الباحثين إلى استنتاج بأن الأفكار اللاعقلانية التي يتبناها الفرد والمعاش النفسي الذي يعيشه يؤديان إلى ظهور أمراض نفسجسمية مختلفة.

وقد حاولت هذه الدراسة وعلى خلاف الدراسات الأخرى التعرف على العلاقة القائمة بين الأفكار اللاعقلانية وتقبل المرض لدى المصابات بسرطان الرحم والمصابات بسرطان الثدي باعتبار أن السرطان من الأمراض النفسجسمية، وذلك من خلال المقارنة بين المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي، وقد توصلت الباحثتان إلى أن كل من المصابات بسرطان الرحم والمصابات بسرطان الثدي يمتلكن مستوى متوسط من تقبل المرض، كما وجدنا أن هناك علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين تقبل المرض والأفكار اللاعقلانية لدى النساء المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي، في حين لم نجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل المرض وكذلك في الأفكار اللاعقلانية بين المصابات بسرطان الرحم ونظيراتهن المصابات بسرطان الثدي، مما حذى بها إلى استنتاج أن الأفكار اللاعقلانية المتبناة من قبل المصابات لم تؤثر في تقبلهن لمرضهن لدى هذه الشريحة من المرضى.

ورغم هذه النتائج إلا أن العوامل الكامنة وراء تقبل المرض من عدمه ما زالت بحاجة إلى الكثير من الدراسة والتحليل باستخدام أساليب ومناهج مختلفة لأن تحديد العوامل بدقة يمكننا من السيطرة عليها والحد من تأثيرها على الجانب النفسي وعلى التقبل وذلك من خلال بناء برامج علاجية تحسن مستوى تقبل المرضى لدى هذه الفئة من المرضي.

من خلال نتائج البحث المتوصل إليها يمكن اقتراح ما يلي:

- ضرورة الانتباه لخطورة الأفكار اللاعقلانية على تقبل المرض وعلى المعاش النفسي للمصابات بسرطان الثدي والمصابات بسرطان الرحم من قبل الأخصائيين النفسيين الممارسين في المؤسسات الاستشفائية.
- بناء برامج علاجية خاصة بهذه الفئة من المرضى من أجل تحسين وترقية ورفع مستوى تقبل المرض لديها.
- ظرورة الأخذ بعين الاعتبار الأفكار اللاعقلانية عند بناء برامج التربية العلاجية لمريضات سرطان الرحم والثدي.

8– قائمة المراجع:

أبركان،الصالح.(2015). إدراك المرض، أساليب المواجهة وجودة الحياة لدى المصاب بالمرض المزمن –دراسة ميدانية بولاية باتنة–. رسالة دكتوراه. قسم العلوم الاجتماعية. جامعة الحاج لخضر–باتنة–.

بغورة، نور الدين.(2014). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها باستخدام الحوار في الوسط الجامعي لدى الطلبة والفروق فيهما تبعا لبعض المتغيرات. رسالة ماجستير. قسم العلوم الاجتماعية. جامعة الحاج لخضر–باتنة–. الجزائر.

جدير، زليخة، قريشي، عبد الكريم.(2015). التفكير العقلاني واللاعقلاني. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية. جامعة الشهيد حمد لخضر–الوادي–الجزائر. العدد 13.

الحجار، بشير إبراهيم.(دس). التوافق النفسي والاجتماعي لدى المصابات بسرطان الثدي بمحافظات غزة وعلاقته ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير. قسم علم النفس. الجامعة الإسلامية. غزة.

الحجار، بشير إبراهيم، أبو اسحق، سامي عوض.(2007). التوافق لدى المصابات بسرطان الثدي بمحافظة غزة وعلاقته بمستوى الالتزام الديني ومتغيرات أخرى. مجلة الجامعة الإسلامية "سلسلة الدراسات الإنسانية" المجلد 15. العدد الأول. غزة.

الحجري، محمد بن راشد بن سعيد.(2013). الذكاء الانفعالي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى العاملين في الوظائف الدينية بسلطنة عمان في ضوء بعض المتغيرات. رسالة ماجستير. قسم التربية والدراسات الإنسانية. جامعة نزوي. سلطنة عمان.

حربوش، سمية (2009). المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل الداء السكري "دراسة استطلاعية لدى عينة من المرضى المصابين بالسكري من 30–50 سنة" بمدينة سطيف. رسالة ماجستير. قسم العلوم الاجتماعية. جامعة الحاج لخضر–باتنة–.

الزهراني، حسن بن علي بن محمد.(2010). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتهابإدارة الوقت لدى عينة من طلاب جامعة حائل. رسالة دكتوراه. قسم علم النفس. جامعة أم القرى. المملكة العربية السعودية.

شحاتة،السيد عبد السلام سماح.(2006). الأفكار اللاعقلانية لدى المديرين ذوي الاضطرابات في ضوء بعض المتغيرات النفسية. رسالة ماجستير. قسم علم النفس. جامعة المنصورة. مصر.

عبد العزيز، الدامر نوره.(2014). الصلابة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي في مدينة الرياض. رسالة ماجستير. قسم علم النفس. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. الرياض. المملكة العربية السعودية.

عبد القوي، رانيا الصاوي عبده.(2013). فاعلية برنامج ارشادي عقلاني انفعالي لخفض الضغوط النفسية والأفكار اللاعقلانية وتحسين مستوى الرضا عن الحياة لطالبات جامعة تابوك. دراسات نفسية تربوية. مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية. المملكة العربية السعودية. العدد 11.

عبد الله، محمد قاسم.(2012). علم النفس الصحة. ط1. عمان: الأردن. دار الفكر ناشرون وموزعون.

الغافري، نصراء مسلم محمد.(2013). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالخوف الاجتماعي لدى طلبة كليات العلوم التطبيقية بسلطنة عمان. رسالة ماجستير. قسم التربية والدراسات الإنسانية. جامعة نزوي. سلطنة عمان.

مادي، صونية.(2011). تقدير الذات لدى المرأة المستأصلة الرحم.رسالة ماستر. معهد العلوم الإنسانية والاجتماعية. المركز الجامعي العقيد أكلي محند أولحاج. البويرة. الجزائر.

منصور، زينب.(2010). معجم الامراض وعلاجها. ط1. الأردن: عمان. دار أسامة للنشر والتوزيع.

Bourdon.B.(2012). Un patient, son diabète, ses représentations : Comment amener ce patient vers l'observance optimale du traitement ?, institut de formation en soins infirmiers. Valade lys-Artois saint venant.