

## جودة الحياة وعلاقته بالقلق الناجم عن سرطان الثدي لدى عينة من المريضات في مدينة اللاذقية

كلية التربية - جامعة حمص

طالبة الدكتوراه: شذا السليمان

إشراف: أ. د. رازان عز الدين

هدف البحث الحالي إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، وكذلك مستوى القلق الناجم عن الإصابة بهذا المرض، إضافة إلى استكشاف طبيعة العلاقة بين جودة الحياة والقلق الناجم عن سرطان الثدي لدى عينة من المريضات في مدينة اللاذقية. كما هدف إلى الكشف عن الفروق في كل من جودة الحياة والقلق بأبعاده الفرعية تبعاً لمتغير العمر (25-65). وقد تكونت عينة البحث من (150) مريضة بسرطان الثدي، تم اختيارهن بطريقة قصدية. استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، واعتمدت على مقياس جودة الحياة من إعداد سرين ونعيمة (2021)، إلى جانب مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي الذي أعدته الباحثة. وبعد التأكد من الخصائص السيكومترية للأدوات، تم تطبيقها على العينة الأساسية. أظهرت نتائج البحث أن مستوى جودة الحياة لدى المريضات منخفض، في حين أن مستوى القلق الناجم عن سرطان الثدي مرتفع. كما كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية عكسية بين درجات أفراد العينة على مقياس القلق ودرجاتهن على مقياس جودة الحياة. كذلك أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات جودة الحياة تبعاً لمتغير العمر (أقل من 40، 40-65)، وعدم وجود فروق في درجات القلق الكلي والبعد المتعلق بالعلاج تبعاً للعمر. في المقابل، وجدت فروق في القلق الجسمي لصالح المريضات اللواتي تتراوح أعمارهن بين (40-65)، وفروق في القلق الأسري لصالح المريضات اللواتي تقل أعمارهن عن 40 عاماً.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة- القلق الناجم عن سرطان الثدي- مريضات سرطان الثدي.

## Quality of life and its relationship to Breast cancer anxiety among a sample of patients in Lattakia city

The current research aimed to identify the level of quality of life among breast cancer patients, as well as the level of anxiety resulting from this disease, in addition to exploring the nature of the relationship between quality of life and anxiety resulting from breast cancer among a sample of patients in the city of Lattakia. It also aimed to reveal differences in both quality of life and anxiety and its sub-dimensions according to the age variable (25-65). The research sample consisted of (150) breast cancer patients, who were selected intentionally. The researcher used the descriptive approach, relying on the quality of life scale prepared by Sereen and Naima (2021), in addition to the breast cancer anxiety scale prepared by the researcher. After confirming the psychometric properties of the tools, they were applied to the main sample. The research results showed that the level of quality of life among patients was low, while the level of anxiety resulting from breast cancer was high. The results also revealed an inverse correlation between the sample members' scores on the anxiety scale and their scores on the quality of life scale. The results also showed no statistically significant differences in the average quality of life scores according to the age variable (less than 40, 40-65), and no differences in the overall anxiety scores and the treatment-related dimension according to age. In contrast, differences were found in somatic anxiety in favor of patients aged 40-65, and differences in family anxiety in favor of patients under 40 years of age.

**Keywords:** Quality of life - Breast cancer anxiety- Breast Cancer Patients.

## أولاً: مقدمة البحث:

يُعتبر سرطان الثدي من أكثر أنواع السرطانات انتشاراً بين النساء على مستوى العالم، وهو يمثل تحدياً صحياً ونفسياً واجتماعياً معقداً فهو مرض العصر الحالي، وأحد أهم المخاوف النسائية على مر العصور. فهو في الواقع مصدر قلق مشترك لجميع النساء حول العالم، وأكثر أمراض السرطان انتشاراً بينهن وهو السبب الرئيسي للوفيات الناجمة عن السرطان بين النساء، وتشير المعدلات إلى زيادة في نسبة الإصابة به بنسبة 5% سنوياً وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (2004)، فإن معدلات الإصابة بسرطان الثدي آخذة في الازدياد (المصري، 2020، 158)، ولكن في الوقت ذاته، شهدت معدلات البقاء على قيد الحياة تحسناً ملحوظاً بفضل التقدمات الطبية الحديثة، ومع ذلك، لا تقتصر معاناة مريضات سرطان الثدي على الجانب الجسدي فقط، بل تتعداه لتشمل آثاراً نفسية واجتماعية عميقة، تؤثر بشكل كبير على نوعية حياتهن اليومية، حيث أن المرض والتغيرات الجسدية الناتجة عن العلاجات كالجراحة أو العلاج الكيميائي تُحدث اضطرابات في الصورة الذاتية للمريضة، مما ينعكس سلباً على صحتها النفسية (Anghel et al., 2025, 62).

وتُعد جودة الحياة من المفاهيم النفسية والاجتماعية الحديثة التي حظيت باهتمام واسع في الأدبيات المعاصرة، إذ باتت تُقاس ليس فقط بالمعايير الاقتصادية أو الصحية، وإنما أيضاً بالمعايير النفسية والاجتماعية والروحية، مما يجعلها مؤشراً شاملاً لمدى رفاه الإنسان وتقبله للحياة، وتشير جودة الحياة إلى إدراك الفرد لمكانته في الحياة ضمن السياق الثقافي والاجتماعي الذي يعيش فيه، ومدى توافقه مع أهدافه وتوقعاته ومعاييرها واهتماماته، حيث أكدت خالد (2025، 40) أن جودة الحياة تشمل على أبعاد متعددة، منها الجسدية والنفسية والاجتماعية والبيئية، وهي تتأثر بعوامل داخلية وخارجية مثل الصحة الجسدية، الدعم الاجتماعي، مستوى القلق، ونوع المرض المصاب به الفرد، وبشكل خاص الأمراض المزمنة والخطيرة، وعلى المستوى المحلي السوري أكد غزال ونعمان (2014) أن أكثر من 73% من مريضات سرطان الثدي في فترة العلاج الكيميائي يعانين من انخفاض ملحوظ في الوظائف النفسية والاجتماعية، مما يؤكد ضرورة فهم العوامل النفسية المصاحبة للمرض وتأثيرها على جودة الحياة، كما أن التغيرات في حياة المريضة الناتجة عن سرطان الثدي والعلاج تعد إحدى مصادر القلق البالغة حيث أن هذه التغيرات الغير مرغوبة والتي اضطروا إلى إجرائها في حياتهن مما أدى في النهاية إلى زيادة القلق وضعف جودة حياتهن (Charalambous, et al, 2017 , 8) والقلق من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بين مريضات سرطان الثدي، إذ يُعد استجابة طبيعية للتعامل مع المرض الخبيث، لكنه في الكثير من الحالات يتحول إلى حالة مزمنة تؤثر على الصحة النفسية والجسدية للمريضة، حيث أن القلق يرتبط ارتباطاً وثيقاً بصورة الجسم وتأثير المرض على الهوية الذاتية (بخيت، 2020، 283) وقد تعاني مريضات سرطان الثدي من القلق في أي مرحلة من مراحل تطور السرطان، من مرحلة ما قبل التشخيص إلى المرحلة النهائية من المرض، وقد أبلغت عنه 80% من النساء بعد جراحة سرطان الثدي 73% من النساء اللواتي يُكملن العلاج المساعد كما يمكن أن يتفاقم القلق بسبب العلاج الكيميائي نتيجةً لتغيرات ناتجة عن العلاج، وقلة التفاعل الاجتماعي، وضعف العلاقات مع أفراد

الأسرة والأشخاص المهمين وبالتالي، يمكن أن يؤدي القلق إلى انخفاض جودة الحياة وتدهور الصحة العامة-Fasoi) (Barka et al, 2013, 38)

تُعدّ تجربة الإصابة بسرطان الثدي من أكثر التجارب قسوة وتهديداً للحياة بالنسبة للمرأة، حيث لا تقتصر آثارها على الجسد فقط، بل تمتد لتُحدث هزة نفسية عميقة. فسرطان الثدي غالباً ما يفرض على المريضة إعادة تشكيل نظرتها لذاتها، ويقلب أدوارها الاجتماعية والأسرية والمهنية رأساً على عقب، فهو يولد لديها شعور بالحاجة إلى البقاء على قيد الحياة بدلاً من الاستمتاع بالحياة والتي بدورها نابعة من عدم اليقين بشأن تكرار المرض والوفاة وفقدان الاستقلالية، وكلها حاجات تدفع العديد من النساء إلى مواجهة مشاعر القلق الحاد، ليس فقط بسبب الخوف من الموت أو الألم، بل أيضاً بسبب فقدان السيطرة، وتبدل الدور الأنثوي والاجتماعي، والغموض المحيط بالمستقبل، وهذا القلق المتفاقم قد يؤثر سلباً على جودة الحياة، فيحدّ من قدرة المريضة على التكيف، ويقلّل من استجابتها للعلاج، بل ويعرّضها لمزيد من المعاناة النفسية والاجتماعية. وانطلاقاً من أهمية فهم العلاقة بين القلق وجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، وضرورة توفير دعم نفسي موازٍ للعلاج الجسدي، جاءت هذه الدراسة لتسلط الضوء على طبيعة هذه العلاقة التي قد تساعد بدورها في تطوير تدخلات نفسية تسهم في تحسين حياة المريضات وتعزيز قدرتهن على التكيف مع المرض.

#### ثانياً: مشكلة البحث:

تُعدّ جودة الحياة من المفاهيم الأساسية التي تحظى باهتمام متزايد في العلوم النفسية والطبية، لما لها من تأثير مباشر على التكيف النفسي والاجتماعي للأفراد، خاصة في ظل التحديات الصحية المزمنة . وقد تبنت منظمة الصحة العالمية تعريفاً شاملاً لجودة الحياة بوصفها "إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة والنظم القيمية التي يعيش فيها، وعلاقته بأهدافه وتوقعاته ومعاييرها واهتماماته" (WHO, 1998). هذا المفهوم يتجاوز الأبعاد الجسدية ليشمل الصحة النفسية، والعلاقات الاجتماعية، والاستقلالية، والبيئة، والمعنى الشخصي للحياة، وفي السنوات الأخيرة، ازداد التركيز على جودة الحياة لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة، وعلى رأسها مرض السرطان، وبوجه خاص سرطان الثدي الذي يُعد الأكثر شيوعاً بين النساء، إذ تمثل الإصابة به أكثر من ربع حالات السرطان المشخصة لدى النساء حول العالم (Sung et al., 2021)، وتشير الاحصائيات وفقاً لمنظمة الصحة العالمية لعام 2022 فقد سُخِصت 2.3 مليون امرأة بسرطان الثدي وسُجلت 670 ألف حالة وفاة عالمياً، حيث يصيب سرطان الثدي النساء في جميع دول العالم في أي عمر بعد البلوغ ولكن بمعدلات متزايدة في المراحل المتقدمة في العمر، وغالباً ما تُعاني النساء اللواتي يُشخصن بسرطان الثدي من مجموعة واسعة من الأعراض، ليس فقط بسبب المرض نفسه ولكن أيضاً بسبب العلاجات. يمكن أن تؤثر هذه الأعراض بشكل كبير على جودة حياتهن، مما يؤدي أحياناً إلى تأخير العلاج أو حتى إيقافه فقد توصلت دراسة شارلاموس وآخرون (Charalambous et al, 2022) إلى أن مريضات سرطان الثدي في قبرص عانين من تراجع في جودة الحياة بعد تلقي العلاج الكيميائي، حيث كانت الأعراض الجانبية والتغيرات الجسمية سبباً رئيسياً في انخفاض الرضا عن

الحياة، كما ويمكن أن تؤدي الأعراض الجسدية مثل الألم والتعب والغثيان وتورم الغدد الليمفاوية إلى انزعاج كبير وإعاقة الأداء اليومي كما أن التحديات النفسية، بما في ذلك القلق والاكتئاب والضيق العاطفي، تزيد من العبء، مما يؤثر سلباً على الصحة العقلية والرفاهية العامة وجودة الحياة لدى المريضات فقد أكد العزري وآخرون (Al-Azri, et al, 2014) أنه قد يظهر لدى مريضات سرطان الثدي صعوبات اجتماعية ووظيفية، مثل تغيرات في صورة الجسم، واختلال وظيفي جنسي، وعزلة اجتماعية، وكلها تُرهق العلاقات الشخصية وتُضعف شبكات الدعم الاجتماعي، بالإضافة إلى ذلك أشار رودريغيز وآخرين (Rodrigues, et al, 2023, 67) أن ثقافتهم مشاكل الذاكرة وصعوبات التركيز الناتجة عن مرض سرطان الثدي وعلاجه يؤدي إلى تدهور جودة الحياة وهذا ما أكدت عليه العديد من الدراسات أن سرطان الثدي يؤثر بشكل كبير على جودة حياة النساء المصابات، ليس فقط من الناحية الجسدية، وإنما أيضاً في الجوانب النفسية والاجتماعية، فقد أشارت دراسة غزال ونعمان (2014) أن 73.3% من مريضات سرطان الثدي يعانين من نوعية حياة متدنية مع اضطراب في الوظيفة الاجتماعية والنفسية بالإضافة إلى وظيفة الدور في الحياة، كما أشارت دراسة جين وآخرون (Jin, et al , 2017) إلى أن مريضات سرطان الثدي الصينيات أظهرن مستويات منخفضة من جودة الحياة، خاصة في الجوانب النفسية المتعلقة بالشعور بالقلق والانزعاج من تغيرات المظهر الجسدي، بينما أشارت دراسة الحوتي (2023) إلى أن الحالات التي تمت دراستها تتمتع بمستوى مرتفع من جودة الحياة مع اختلاف في الدرجات حيث اعتبرت المساندة الأسرية والزوجية من المؤشرات التي ساهمت في تحقيق جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي.

إن تشخيص الإصابة بسرطان الثدي أو تلقي العلاج له والذي يتكون بشكل أساسي من استئصال الثدي (الجراحة) أو العلاج الإشعاعي أو العلاج الكيميائي أو كلاهما معاً، هو في حد ذاته تجربة مؤلمة للنساء، وبالتالي، فإن العديد من مريضات سرطان الثدي لديهن قلق شديد تجاه مرضهن وعملية العلاج المستمرة حيث أشارت دراسة بيرس وآخرون (Pierce, et al, 2024) أن العوامل المرتبطة بالقلق تختلف باختلاف مرحلة الفرد في عملية التشخيص، حيث ارتبط قلق ما قبل التشخيص، بالأعراض الجسدية وعوامل الخطر المرتبطة بالسرطان والتواصل وتفسير المعلومات الطبية. وخلال فترة التشخيص، ارتبط القلق الشديد بالأعراض الجسدية وعوامل الخطر المرتبطة بالسرطان، وبعد التشخيص ظهرت مستويات أعلى من القلق الشديد في التواصل وصعوبة التنقل في نظام الرعاية الصحية. وكل ذلك ويؤثر سلباً على مستويات الامتثال للعلاج الطبي، وبالتالي يؤدي إلى ارتفاع خطر الوفاة ويمكن أن يؤدي سرطان الثدي وعلاجه إلى العديد من المشكلات الصحية مثل الألم وانقطاع الطمث المبكر والمشاكل الجنسية، إلى جانب الآثار النفسية والاجتماعية السيئة مثل القلق والاكتئاب ومخاوف صورة الذات (Dadheech, et al, 2023, 675). وبالتالي يعتبر القلق النفسي، من أبرز المشكلات التي تواجه مريضات سرطان الثدي. إذ أن تشخيص هذا المرض غالباً ما يُصاحب بمشاعر الخوف، والترقب، والصدمة، مما يؤدي إلى نشوء قلق مستمر تجاه العلاج، نتائج الفحوصات، تكرار الإصابة، أو فقدان الوظيفة والأثوثة. وقد أوضحت دراسة تركي والعبدي (2020) أن المرأة المصابة بالسرطان والخاضعة للعلاج الكيميائي تبدي مستويات قلق مرتفعة، كما أكدت دراسة

داديتش وآخرون (Dadheech, et al, 2023) أن أعراض القلق ظهرت بنسبة (33.6%) وغالبية الحالات المصابة بسرطان الثدي كانت في المرحلة الثالثة ثم الثانية ثم الرابعة، كما أظهرت الفئة العمرية والحالة الاجتماعية ارتباطاً بارتفاع أعراض القلق، وفي ذات السياق، توصلت دراسة برديناخ وآخرون (Breidenbach et al, 2022) طولية على ناجيات سرطان الثدي بعد 5 سنوات أو أكثر (N=80)، أظهرت أن 46.3% يعانون من قلق مرتفع، مرتبط بشدة بالتعب وآلام الجسم وجودة الحياة المنخفضة.

ومن خلال تواجد الباحثة في مشفى اللاذقية الجامعي بمدينة اللاذقية، ولاسيما في قسم الأورام، لاحظت معالم القلق جلية على وجوه الكثير منهن، بدءاً من لحظة دخولهن إلى الجلسات العلاجية الكيميائية وحتى أحاديثهن الجانبية في غرف الانتظار التي غالباً ما كانت تدور حول المرض والألم، الأعراض الجانبية للعلاج، القدرة على العمل، والنظرة المستقبلية، كما ويمثل القلق أحد أبرز التحديات النفسية التي تواجه المريضة، خاصة في ظل الخوف من الموت، احتمالات الانتكاس، تغير الصورة الجسدية، الأعباء المالية، وانعكاسات المرض على الأسرة، وظهور قلق واضح على أدوارهن كأمهات أو زوجات أو موظفات، بالإضافة للقلق الصريح حول الأعباء الاقتصادية، هذا القلق لم يكن مجرد حالة عابرة، بل كان ممتزجاً بمشاعر الخوف من المجهول، وانعدام اليقين حول المستقبل الصحي والمهني والعائلي، الأمر الذي كان له أثر بالغ في تهديد جودة الحياة لديهن.

وبعد اطلاع الباحثة على العديد من الدراسات السابقة التي تناولت طبيعة العلاقة بين جودة الحياة والقلق الناجم عن سرطان الثدي وجدت ندرة في الدراسات السابقة على المستوى العربي حيث وجدت دراسة بخيت (2020) والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين كل من صورة الجسم ونوعية الحياة والقلق لدى مريضات سرطان الثدي وعلى المستوى المحلي وعلى حد علم الباحثة فلا يوجد أي دراسة سابقة تناولت العلاقة ما بين جودة الحياة والقلق الناجم عن سرطان الثدي، استناداً لما سبق جاءت الدراسة الحالية لتعرف طبيعة العلاقة بين جودة الحياة والقلق الناجم عن سرطان الثدي لدى عينة من المريضات، وبذلك تتحدد مشكلة البحث في السؤال الآتي:

((ما طبيعة العلاقة بين جودة الحياة والقلق الناجم عن سرطان الثدي لدى عينة من المريضات في مدينة

اللاذقية؟))

ثالثاً: أهمية البحث:

1. تتبع أهمية هذا البحث من تناوله لموضوع بالغ الحساسية والتأثير، يتمثل في العلاقة بين جودة الحياة والقلق الناجم عن الإصابة بسرطان الثدي، وهو مرض لا يؤثر فقط على صحة المرأة الجسدية، بل يمتد ليؤثر بشكل عميق على حالتها النفسية والاجتماعية والانفعالية، وعلى نمط حياتها بشكل عام.
2. أهمية متغيرات البحث حيث يعد جودة الحياة مؤشراً شاملاً يعكس الحالة العامة للرفاه النفسي والجسدي والاجتماعي لدى المريضة.

3. أهمية العينة المستهدفة من البحث، حيث تعد مريضات سرطان الثدي فئة ذات أهمية خاصة في ظل الظروف والتحديات التي تواجههن من دورها في منزلها كمرربة ومعيلة وزوجة وربة منزل، ومن مريضة ترهقها تكاليف العلاج وضعف الموارد الاقتصادية الذي يعرقل الحصول المنتظم على العلاج، بالإضافة لندرة الخدمات النفسية المتخصصة لهذه الفئة.
4. قد تفيد نتائج البحث الكوادر الطبية والتمريضية في فهم التأثيرات النفسية المصاحبة لسرطان الثدي في المجتمع المحلي، وكيفية دمج الدعم النفسي ضمن الخطة العلاجية المتبعة في المشافي والمراكز الصحية.
5. من الممكن أن تفيد نتائج البحث العاملين في المجال النفسي والعلاج النفسي من خلال الكشف عن طبيعة العلاقة بين جودة الحياة والقلق الناجم عن سرطان الثدي من خلال خفض أعراض القلق الناجم عن سرطان الثدي ورفع مستوى جودة الحياة لديهم.

#### رابعاً: أهداف البحث:

1. تعرف مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة البحث من مريضات سرطان الثدي.
2. تعرف مستوى القلق الناجم عن سرطان الثدي لدى أفراد عينة البحث من مريضات سرطان الثدي.
3. تعرف طبيعة العلاقة بين جودة الحياة والقلق الناجم عن سرطان الثدي لدى أفراد عينة البحث من مريضات سرطان الثدي في مشفى اللاذقية الجامعي.
4. تعرف الفروق في جودة الحياة لدى أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير العمر (25-أقل من 40، 40-65).
5. تعرف الفروق في القلق الناجم عن سرطان الثدي لدى أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير العمر (25-أقل من 40، 40-65).

#### خامساً: أسئلة البحث:

1. ما مستوى جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي في مشفى اللاذقية الجامعي؟
2. ما مستوى القلق الناجم عن سرطان الثدي لدى مريضات سرطان الثدي في مشفى اللاذقية الجامعي؟

#### سادساً: فرضيات البحث:

1. لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أفراد عينة البحث على مقياس جودة الحياة ودرجاتهم على مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي.
2. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس جودة الحياة تبعاً لمتغير العمر (25-أقل من 40، 40-65).
3. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي وأبعاده الفرعية تبعاً لمتغير العمر (25-أقل من 40، 40-65).

### سابعاً: حدود البحث:

- **الحدود الزمانية:** تم تطبيق البحث في العام الحالي 2025/2024.
- **الحدود المكانية:** تم تطبيق البحث في مشفى اللاذقية الجامعي قسم الأورام للمعالجة الكيميائية والاشعاعية.
- **الحدود البشرية:** تم تطبيق أدوات البحث على عينة من مريضات سرطان الثدي في مدينة اللاذقية.
- **الحدود الموضوعية:** تتحدد في دراسة العلاقة بين متغيري (جودة الحياة والقلق الناجم عن سرطان الثدي) والتعرف على الفروق بينهما تبعاً لمتغير العمر (25- أقل من 40، 40-65).

### ثامناً مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائية:

#### ➤ جودة الحياة Quality of life

تعرف حسب منظمة الصحة العالمية: إدراك الفرد لمكانته في الوجود في سياق ثقافته ونظامه القيمي المرتبط بأهدافه وتوقعاته ومعايير ومخاوفه (WHO, 2013).

**التعريف الإجرائي:** هي الدرجة التي تحصل عليها المريضة نتيجة إجابتها على بنود مقياس جودة الحياة إعداد حيث تشير الدرجة المرتفعة لارتفاع جودة الحياة لدى المريضة في حين تشير الدرجة المنخفضة لانخفاض جودة الحياة لدى المريضة.

#### ➤ القلق الناجم عن سرطان الثدي Breast cancer anxiety

يعرف وفقاً بويجيبينوس-رييرا وآخرون (Puigpinós-Riera, et al, 2018, 126) بأنه: اضطراب نفسي يظهر لدى مريضات سرطان الثدي ويتجلى بمجموعة من الأعراض النفسية والجسدية المرتبطة بالإحساس المستمر بالخوف أو التوتر مثل مشاعر القلق الدائم، صعوبة في النوم، توتر عضلي، وخوف من المراحل العلاجية والتشخيصية للمرض، تشمل قلقاً حاضراً (state anxiety) وخبرة نفسية متراكمة (trait anxiety).

**التعريف الاجرائي:** هو الدرجة التي تحصل عليها المريضة على مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي من إعداد الباحثة، حيث تشير الدرجة المنخفضة لانخفاض القلق الناجم عن سرطان الثدي، والدرجة المرتفعة لارتفاع القلق الناجم عن سرطان الثدي.

#### ➤ سرطان الثدي Breast cancer :

يُعرّف سرطان الثدي بأنه "نمو غير طبيعي للخلايا في أنسجة الثدي، وغالباً ما يبدأ في القنوات التي تنقل الحليب أو في الفصيصات المنتجة له، وقد يكون غازياً فينتشر إلى الأنسجة المحيطة، أو غير غازي فيبقى محدوداً ضمن موقعه الأصلي" (American Cancer Society, 2023, p. 15). ويعد هذا النوع من السرطان من أكثر أنواع السرطان شيوعاً لدى النساء عالمياً، كما يمكن أن يصيب الرجال بنسب نادرة.

## مريضات سرطان الثدي إجرائياً:

هن النساء اللواتي تم تشخيصهن سريريا وإشعاعياً ومخبرياً بسرطان الثدي في مراحلته المختلفة، وتلقين خدمات طبية أو علاجية في مشفى اللاذقية الجامعي بمحافظة اللاذقية خلال العام الدراسي (2025/2024)، واللواتي تتراوح أعمارهن بين 25 و65 عاماً، وتم اختيارهن وفق معايير تشخيصية طبية معتمدة، ووافقتن على المشاركة في الدراسة.

### □ الإطار النظري والدراسات السابقة:

#### أولاً: جودة الحياة:

#### 1. تعريف جودة الحياة:

أصبح مفهوم جودة الحياة محور اهتمام متزايد لدى الباحثين منذ النصف الثاني من القرن العشرين، وذلك ارتباطاً بتوجهات علم النفس الإيجابي، الذي نشأ كرد فعل على التركيز المفرط على الجوانب السلبية في حياة الإنسان، والدعوة إلى رؤية أكثر إيجابية لوجوده اليومي. وقد تباينت تعريفات جودة الحياة تبعاً للزاوية التي تناول منها الباحثون هذا المفهوم، ومن أبرز تلك التعاريف ما يلي:

عرّفها حسام (2017، ص50) بأنها: تقدير شامل ومتعدد الأبعاد للظروف المعيشية الراهنة للفرد، بما ينسجم مع ثقافته وقيمه الخاصة، وهي في جوهرها شعور داخلي بالرفاهية والارتياح، يتضمن النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية والروحية، وفي بعض الحالات قد تُؤخذ المؤشرات الموضوعية بعين الاعتبار لتسهيل فهم هذا التقييم الشخصي.

كما ذهب عبد الفتاح وحسين (2006) إلى أن جودة الحياة تتعكس في قدرة الإنسان على التمتع بالظروف البيئية الخارجية من الناحية المادية، والشعور بالإشباع والارتياح وتحقيق الرضا عن حياته، وإدراكه للمعاني والمضامين الكامنة في وجوده، ما يؤدي إلى الإحساس بالسعادة وتحقيق توافق بين الذات الداخلية للفرد والقيم المجتمعية السائدة (كما ورد في: الإسماعيل، 2024، ص23).

فيما يرى كل من العارف والغندور (1999) أن جودة الحياة تُعبّر عن بناء شامل يتألف من عدد من العوامل التي تسعى إلى تحقيق الإشباع للفرد، وهي تعتمد على مؤشرات ذاتية يتم من خلالها قياس مدى تحقق ذلك الإشباع (ورد في الجاجان، 2014، ص352).

وتُعد جودة الحياة تصوراً إدراكياً يعكس مدى قدرة الفرد على تحقيق التوازن بين الجوانب النفسية والجسمية والاجتماعية في حياته، الأمر الذي يقوده نحو الشعور بالرضا والاستمتاع بالحياة والاندماج الإيجابي فيها. كما أن

هذا التصور الذاتي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بكيفية تقييم الفرد للجوانب المادية والعملية في حياته كالتعليم والعمل ومستوى الدخل والعلاقات الاجتماعية، بالإضافة إلى القيمة التي يمنحها لهذه الجوانب (أبو حلاوة، 2010، ص228).

ومن جهة أخرى، يشير هاجيران (Hajiran, 2006, p.33) إلى أن جودة الحياة تتأثر بعوامل متعددة تتصل بالفرد ذاته أو بالبيئة المحيطة به، أو نتيجة التفاعل بينهما. فشعور الإنسان بالأمن أثناء تكوين العلاقات الاجتماعية، وتمتعه بالحرية والمعرفة والصحة الجسدية، إلى جانب العوامل الاقتصادية والروحانية وأنشطة الترفيه، كلها تعتبر من المؤشرات الأساسية التي تعكس مستوى جودة حياته.

ويُستنتج من التعاريف السابقة أنها تختلف باختلاف منظور الباحثين، إذ إنها تشمل مختلف جوانب الإنسان البدنية والنفسية والاجتماعية والعقلية والمادية. ومن هذا المنطلق، ترى الباحثة أن جودة الحياة تتمثل في الكيفية التي يُدرك بها الفرد وضعه العام، ومدى شعوره بالرضا والسرور، إلى جانب قدرته على تلبية احتياجاته استناداً إلى ما يملكه من إمكانيات ومهارات، وذلك ضمن سياق بيئته وظروفه المحيطة.

## 2. أبعاد جودة الحياة:

أولى العديد من الباحثين اهتماماً بالغاً بالبعد الموضوعي لمفهوم جودة الحياة، والذي يتجلى في مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس الكمي المباشر، مثل ظروف العمل، ومستوى الدخل، والمكانة الاجتماعية والاقتصادية، ومدى توفر الدعم من شبكة العلاقات الاجتماعية. وضمن هذا الإطار، ميّزت شيخي (2014، ص77) بين بعدين رئيسيين لجودة الحياة:

- البعد الذاتي، الذي يتمثل في مدى الرضا الذاتي عن الحياة، وشعور الفرد بالسعادة والانتماء والمعنى الشخصي في حياته.
- البعد الموضوعي، ويشمل الصحة الجسدية، ونوعية العلاقات الاجتماعية، والمشاركة في الأنشطة المجتمعية، والعمل، وفلسفة الحياة، وأوقات الفراغ، والمستوى المعيشي، والعلاقات الأسرية، والصحة النفسية، والتعليم.

وفي السياق ذاته، قدّم شالوك (Schalock, 2011, 18) تصوراً ثلاثي الأبعاد لجودة الحياة، حيث تشمل: الناحية الذاتية المتمثلة بالرضا والسعادة الشخصية، والناحية الموضوعية المرتبطة بالتقييم الوظيفي، إلى جانب الظروف الخارجية التي تعبر عن المحيط الاجتماعي والمؤثرات البيئية، كما أوردت منظمة الصحة العالمية (WHO) تصوراً شاملاً لمفهوم جودة الحياة، باعتبارها محصلة عدة أبعاد، منها: الصحة النفسية والانفعالية، الرضا عن العمل والحياة، الانتماءات الدينية، العلاقات الأسرية، التعليم، والدخل، وتتحدد هذه الأبعاد من خلال الإدراك الذاتي للفرد لحالته العقلية والجسمية والاجتماعية (أحمد والخلفي، 2022، ص1203).

وترى الباحثة أن مفهوم جودة الحياة مركباً ومعقداً، فهو لا يقتصر على المعايير الاقتصادية أو الصحية فحسب، بل يشمل أيضاً التقدير الشخصي والمعنوي للفرد لحياته. ولذلك فإن أي دراسة تسعى لقياس جودة الحياة ينبغي أن تأخذ بعين الاعتبار البعدين معاً: الموضوعي الذي يُقاس إحصائياً، والذاتي الذي يُستشف من خلال مشاعر الرضا والتوازن النفسي.

### 3. النظريات المفسرة لجودة الحياة:

#### أ- الاتجاه الطبي:

يُعد مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الجوهرية التي تحظى باهتمام واسع في ميادين الرعاية الصحية، والخدمات الاجتماعية، والسياسات العامة، حيث يسعى المختصون في هذه الميادين إلى رفع نوعية الحياة، خاصة لدى المرضى أو الفئات الضعيفة. ويستند هذا الاتجاه إلى هرم الحاجات الإنسانية، الذي يبدأ بالحاجات الفسيولوجية الأساسية ويمتد إلى الحاجات النفسية والاجتماعية والمعرفية. ويُعد تحقيق الصحة الجسدية والنفسية على نحو جيد من الأسس المركزية لضمان نوعية حياة مرتفعة، إذ تُمثل هذه الصحة أرضيةً متينةً لاستقرار الفرد وفاعليته في مختلف مناحي الحياة (جمال، 2016، ص15).

وترى الباحثة أن الاتجاه الطبي يقدم بعداً واقعياً ومهماً لفهم جودة الحياة، إذ تُعد الصحة الجسدية حجر الزاوية الذي تتبني عليه سائر الأبعاد الأخرى. وبناءً على خبرات ميدانية وملاحظات واقعية، فإن تراجع الصحة غالباً ما يؤدي إلى تدهور الإحساس بجودة الحياة، مهما توفرت للفرد ظروف اجتماعية أو اقتصادية جيدة، ما يجعل تعزيز الخدمات الصحية مكوناً أساسياً في أي استراتيجية لتحسين جودة الحياة.

#### ب- الاتجاه النفسي:

يرتكز الاتجاه النفسي على أن الإدراك الذاتي للفرد هو المحدد الأساسي لجودة حياته، حيث إن ما يشعر به الإنسان ويدركه بخصوص حياته يُشكل الواقع النفسي الذي يتعامل معه، بغض النظر عن المعطيات الموضوعية المحيطة به. ووفق هذا التصور، فإن جودة الحياة هي تعبير عن التقييم الذاتي للظروف المحيطة، مثل الدخل، والسكن، والعمل، والتعليم، في ضوء توقعات الفرد واحتياجاته وظروفه الآنية. ويظهر هذا التقييم بوضوح في مستوى الرضا أو الشقاء الذي يعيشه الفرد. كما يرتبط هذا الاتجاه بمجموعة من المفاهيم النفسية مثل القيم، الحاجات، الاتجاهات، التوقعات، الطموح، والرضا النفسي، إلى جانب مفهوم الصحة النفسية. ويشير العديد من الباحثين إلى أن جوهر جودة الحياة يتمثل في إشباع الحاجات، كما ورد في نظرية أبراهام ماسلو التي تصنف الحاجات الإنسانية إلى مستويات متدرجة، تبدأ بالحاجات الأساسية وتنتهي بتحقيق الذات (مصطفاوي والأسود، 2021، ص854).

واستناداً لما سبق ترى الباحثة أن الإدراك الذاتي يلعب دوراً محورياً في بناء الشعور بجودة الحياة، حيث يمكن لشخصين يعيشان في ظروف متماثلة أن يقيما حياتهما بطريقة متباينة كلياً، بناءً على توقعاتهما واحتياجاتهما

الداخلية. لذلك، فإن التركيز على الصحة النفسية وتنمية المهارات الإدراكية والمعرفية يمكن أن يسهم بفاعلية في تعزيز جودة الحياة بغض النظر عن الظروف الخارجية.

#### ت- الاتجاه الاجتماعي:

تعود بدايات الدراسات الاجتماعية حول جودة الحياة إلى عقود ماضية، حيث ركزت على المؤشرات الموضوعية المرتبطة بالواقع المعيشي، مثل معدلات الولادة والوفيات، نسبة انتشار الأمراض، نوعية السكن، المستوى التعليمي، ومتوسط الدخل. وتُظهر هذه المؤشرات تبايناً واضحاً من مجتمع إلى آخر تبعاً للثقافة والسياق الاقتصادي والسياسي. كما ترتبط جودة الحياة في هذا الاتجاه بنوعية العمل الذي يقوم به الفرد، والعائد المادي الذي يحصل عليه، والمكانة الاجتماعية المرتبطة بوظيفته، ومدى تأثيره في محيطه المهني والاجتماعي. ويؤكد العديد من الباحثين أن العلاقات الاجتماعية في بيئة العمل، خاصة العلاقة مع الزملاء، تُعد من العوامل المؤثرة بعمق في مستوى الرضا المهني، وبالتالي على الإحساس العام بجودة الحياة (مسعودي، 2015، ص206).

تبين مما سبق أن العوامل الاجتماعية تشكل دعامة أساسية لجودة الحياة، إذ لا يمكن فصل حياة الفرد عن محيطه الاجتماعي. فالعمل، والدخل، والتعليم، والتفاعل مع الآخرين، كلها عوامل تُسهم بشكل مباشر في الشعور بالرضا أو الإحباط. ولذلك، فإن تعزيز الروابط الاجتماعية وتوفير بيئات عمل داعمة يُعد من أولويات بناء مجتمعات صحية تمتلك جودة حياة مرتفعة.

#### ثانياً: القلق النفسي:

##### 1. تعريف القلق النفسي:

يُعد القلق أحد أبرز الاضطرابات الانفعالية التي تندرج ضمن نطاق الاضطرابات العصبية، ويُنظر إليه بوصفه حالة انفعالية ملازمة للوجود الإنساني، إذ يمثل في كثير من الأحيان مظهراً من مظاهر الحرص على الحياة والرغبة في البقاء. ويؤدي هذا الانفعال إلى استنفار الآليات النفسية لمواجهة مشاعر الخطر أو التهديد المتوقعة، الأمر الذي يُميزه عن الاكتئاب الذي يتسم بانسحاب الطاقة النفسية وتعطل آليات التكيف. ويظهر القلق بوصفه خبرة داخلية غير سارة يشعر بها الفرد عندما يواجه تهديداً غامضاً أو غير محدد المعالم، ويصاحب ذلك جملة من التغيرات الفسيولوجية مثل تسارع ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم، الغثيان، فقدان الشهية، تزايد معدل التنفس، الشعور بالاختناق، اضطرابات النوم، التوتر العضلي، والإرهاق العام (الأحمد، 2001، ص215).

وقد عرّف زهران (2005، ص484) القلق بأنه حالة من التوتر العام والمستمر تنشأ عن توقع خطر فعلي أو رمزي، يترافق مع شعور غامض بالخوف، ويصاحبه جملة من الأعراض النفسية والبدنية. وقد يتحول القلق في بعض الحالات من عرض مرافق لاضطرابات نفسية أخرى إلى اضطراب قائم بحد ذاته، يُعرف باسم "عصاب القلق" أو "القلق العصابي".

أما من المنظور البيولوجي-النفسي، فيعرف نويس وآخرون (Noyes et al., 1998) القلق نظام تحذير داخلي ينشط عند إدراك تهديد خارجي، وهو انفعال مؤلم غالباً ما يرتبط بالإرهاق الجسدي، ويختلف عن الاكتئاب الذي يُعد استجابة للفقد ويرتبط بالماضي؛ بينما يُعد القلق استجابة استباقية موجهة نحو المستقبل، تسهم مستوياته المعتدلة في تهيئة الفرد للمواجهة، بينما تُسبب مستوياته المرتفعة اضطراباً في التوازن النفسي والوظيفي (محمد، 2018، 7).

وتُعرف الباحثة القلق في إطار البحث بأنه حالة انفعالية مركبة تتسم بالخوف الغامض والتوتر النفسي الناتج عن تهديد متوقع، يترافق مع تغيرات جسدية واضحة، ويُعد رد فعل نفسي طبيعي في مواقف التهديد. غير أن هذه الاستجابة تأخذ طابعاً خاصاً لدى مريضات سرطان الثدي، إذ تُضعف طبيعة المرض وما يرتبط به من إجراءات طبية طويلة الأمد، وضغوط نفسية واجتماعية، من مشاعر القلق لديهن. فهؤلاء المريضات لا يواجهن فقط تهديداً عضوياً لحياتهن، بل يتعرضن لتحديات تمس صورتهم الذاتية، وتُهدد استقرارهن الأسري والاجتماعي، مما يجعل القلق لديهن أكثر حدة وتعقيداً مقارنة بغيرهن، ويتطلب فهماً عميقاً لطبيعته وأبعاده الخاصة.

## 2. أنواع القلق النفسي

تعددت تصنيفات القلق واختلفت باختلاف وجهات نظر الباحثين والمنظرين في علم النفس، حيث ميّز غانم (2005، ص. 135) بين نوعين رئيسيين من القلق، أولهما القلق الطبيعي، والذي يُعد استجابة انفعالية متوقعة تظهر عندما يواجه الفرد مواقف ضاغطة مبررة، كما في حالة اقتراب موعد الامتحان، حيث يُعد القلق هنا دافعاً للتحفيز والإنجاز. أما النوع الثاني فهو القلق الحاد أو المزمن، والذي يتميز بالاستمرارية والمبالغة، فيتسبب في اضطراب الاستقرار النفسي للفرد، ويؤثر سلباً على أدائه الوظيفي والجسدي.

كما طرح سيلبرجر Spielberger تصنيفاً آخر يُميز فيه بين بعدين للقلق، وهما: القلق كحالة (State Anxiety)، والذي يُشير إلى استجابة انفعالية عابرة تظهر عند التعرض لمواقف محددة، وتزول بزوال مسبباتها، والقلق كصفة (Trait Anxiety)، الذي يُعد سمة شخصية ثابتة نسبياً تعكس ميل الفرد للاستجابة بقلق في مواقف الحياة اليومية المختلفة، ويختلف الأفراد في مدى شدة هذه السمة لديهم (سعيد، 2023، ص. 154).

وفي إطار نظري آخر، يصنّف العديد من الباحثين القلق إلى ثلاثة أنواع رئيسية، وهي:

1. القلق الواقعي: والذي يُعد استجابة طبيعية لمصدر خطر خارجي يمكن إدراكه، سواء كان فعلياً أو محتملاً، ويشبه في طبيعته الخوف الموضوعي.

2. القلق العصابي: وهو قلق غير مبرر من حيث الظرف الخارجي، إذ تكون أسبابه لا شعورية ومكبوتة، ولا تتناسب مع المواقف المحيطة، وغالباً ما يعيق هذا النوع من القلق عملية التكيف النفسي والسلوك السوي.

3. القلق الخلفى: ويرتبط بصراع الفرد الداخلي مع ضميره، حيث ينشأ نتيجة تصادم الرغبات أو الأفعال مع المعايير الأخلاقية والاجتماعية التي يمثلها الأنا الأعلى، ويظهر هذا القلق عند الشعور بالذنب أو تأنيب الضمير نتيجة أفعال لا تتوافق مع القيم الداخلية (الحويلة، 2010، ص. 31).

وترى الباحثة أن هذا التنوع في تصنيفات القلق يوضح مدى تعقيد هذا المفهوم وتعدد أبعاده، مما يفرض ضرورة فهم خصائص القلق وتحديد نوعه بدقة لدى الأفراد، خصوصاً في الحالات المرضية كمريضات سرطان الثدي، حيث يتقاطع القلق الطبيعي بقلق دائم مزمن يحمل طابعاً وجودياً وأخلاقياً في آنٍ معاً، ويتطلب تناولاً نفسياً متكاملأ يأخذ بعين الاعتبار الأبعاد الانفعالية والمعرفية والاجتماعية لهذه الفئة.

### 3. النظريات المفسرة للقلق النفسي:

لقد تنوعت التفسيرات النظرية للقلق النفسي تبعاً لاختلاف المدارس النفسية ومفاهيمها حول طبيعة الإنسان وآليات تكوين السلوك، حيث سعت كل مدرسة إلى تقديم رؤيتها الخاصة في تفسير منشأ القلق وكيفية تشكله ومن هذه النظريات ما يلي:

#### أ- نظرية التحليل النفسي

تناولت نظرية التحليل النفسي القلق باعتباره حالة من الخوف الغامض غير المرتبط بمصدر خارجي واضح، وهو ما يميزه عن الخوف الطبيعي. يرى "فرويد" أن القلق النفسي يتولد بدايةً نتيجة الكبت، خاصة كبت الرغبات الجنسية التي لا تجد منفذاً آمناً للتفريغ، حيث تتحول هذه الطاقة المكبوتة إلى قلق نفسي قد يقود إلى اضطرابات عصابية. وقد اعتبر فرويد أن هذا التحول يتم بطريقة فسيولوجية داخلية نتيجة عدم تفريغ طاقة "الليبيدو". أما "أثورانك"، فقد ذهب إلى أن أصل القلق لا يرتبط فقط بالرغبات المكبوتة، بل بالصدمة الأولى التي يتعرض لها الإنسان عند خروجه من رحم الأم، حيث يعيش لحظة الميلاد كفقدان لـ "جنة الرحم" مما يرسخ في داخله مشاعر قلق أصلية تتكرر مع كل تجربة انفصال لاحقة. ويضيف "أدلر" في هذا السياق، أن شعور الأطفال بالعجز والضعف مقارنة بالبالغين يدفعهم لاحقاً لمحاولة تعويض هذا النقص بكسب الحب والتقدير، وإن فشلوا في ذلك، تتولد لديهم مشاعر القلق (أبو فاخرة، 2021، 250-251).

وترى الباحثة أن هذا الطرح العميق للقلق يسلط الضوء على جذور داخلية غير واعية للقلق، وهو ما يفسر حالات كثيرة من القلق غير المبرر لدى الأفراد، خاصة في مراحل الطفولة، مما يعزز أهمية فهم السياق النفسي المبكر لتكوين الشخصية.

## ب- النظرية السلوكية:

تنظر النظرية السلوكية إلى القلق باعتباره سلوكاً مكتسباً تعلمه من البيئة الخارجية عبر عملية التعلم الشرطي، سواء من خلال التدعيم الإيجابي أو السلبي. وعلى خلاف التحليلية، فإن السلوكيين لا يعتقدون بوجود دوافع لاشعورية، ولا يعترفون بوجود مكونات داخلية مثل الهو أو الأنا، بل يفسرون القلق من خلال الاشتراط الكلاسيكي، حيث يرتبط مثير محايد بمثير مخيف، فيصبح قادراً على إثارة نفس الاستجابة الانفعالية (القلق). وهكذا، يشعر الفرد بالخوف أو القلق عند تعرضه لموقف مشابه، حتى إن لم يكن الموقف مهدداً بطبيعته. وقد أوضح "دولارد وملر" أن اضطرابات القلق ناتجة عن تعلم خاطئ في البيئة، تدعمه ظروف اجتماعية غير سوية، مما يؤدي إلى ترسيخ هذا السلوك القلبي في الشخصية. تركز هذه النظرية على السلوك الظاهر، وتتجاهل العمليات النفسية الداخلية، إلا أنها تتفق جزئياً مع التحليلية في أن القلق مرتبط بخبرات ماضية (المشيخي، 2013، 259-260).

وترى الباحثة أن هذه النظرية تقدم تفسيراً عملياً وواقعياً للقلق، إذ يظهر القلق في سلوكيات مكتسبة نتيجة التعزيز أو الصدمات، إلا أن إغفالها للبعد النفسي الداخلي قد يُضعف من قدرتها على تفسير بعض أنواع القلق العميق.

## ت- النظرية الإنسانية:

ينطلق الاتجاه الإنساني من رؤيته الإيجابية للإنسان، مؤكداً على حريته، وإرادته، وقدرته على الاختيار وتحقيق ذاته. ويؤمن أصحاب هذا التيار بأن للإنسان هدفاً وجودياً يسعى إلى تحقيقه، وأن القلق ينشأ عندما يشعر الفرد بتهديد لهذا الهدف أو بتهديد لوجوده الإنساني ذاته، سواء كان التهديد قائماً في الحاضر أو متوقفاً في المستقبل. ويرى الإنسانيون أن القلق لا يرتبط بالماضي أو بتجارب الطفولة كما ترى النظرية التحليلية، ولا هو مجرد سلوك مكتسب كما تقول النظرية السلوكية، بل هو حالة وجودية تواجه الإنسان عندما يشعر بانعدام المعنى، أو عند عجزه عن تحقيق ذاته، أو فقدانه للاتجاه في حياته. ويؤكد هذا الطرح على الانفتاح على الخبرة، وتحمل المسؤولية، والوعي بالذات (أميمن، 2009، 66-67).

وترى الباحثة أن هذه النظرية تُضيء جانباً مهماً في تفسير القلق، حيث تربطه بالمعنى والوجود الشخصي، وهو أمر جوهري خاصة لدى الشباب أو من يمرون بأزمات هوية، غير أن تعويلها الكبير على الذات دون أخذ العوامل البيئية والنفسية الأخرى بعين الاعتبار قد لا يفي بالغرض في كل الحالات.

## ث- النظرية المعرفية:

أسهمت في تفسير القلق النفسي لدى فئات متعددة، وكان لها حضور بارز في فهم معاناة مريضات سرطان الثدي، لا سيما من خلال مفهوم "عدم التسامح مع عدم اليقين" (Intolerance of Uncertainty - )

(IU). يشير هذا المفهوم إلى الميل المعرفي السلبي لدى بعض الأفراد في مواجهة الغموض والمستقبل غير المتوقع، حيث لا يحتملون العيش في حالة من الشك أو الانتظار، مما يضاعف لديهم مشاعر القلق، خاصة في سياقات صحية حاسمة كتشخيص السرطان. وهذا ما أشار له "يانغ وآخرون" Yang et al, (2023) على عينة من النساء المتعافيات من سرطان الثدي في مراحله الأولى والثالثة، تبين أن ارتفاع درجات عدم التسامح مع الغموض كان مرتبطاً ارتباطاً طردياً بمستوى القلق العام لديهن. وقد أظهرت الدراسة أن هذا القلق لم يكن مجرد استجابة انفعالية عابرة، بل لعب دور الوسيط في التأثير سلباً على الأداء المعرفي للمريضات، بما يشمل الذاكرة، والانتباه، والمعالجة الذهنية للمعلومات (Yang et al., 2023, 4)

#### □ الدراسات السابقة:

أولاً: الدراسات التي تناولت جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي.

#### ▪ الدراسات العربية:

دراسة صبيرة (2017) سوريا

عنوان الدراسة: الصلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى عينة من مريضات سرطان الثدي: دراسة ميدانية في محافظة اللاذقية

هدفت الدراسة إلى تعرف العلاقة بين الصلابة النفسية والرضا عن الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، ومستوى الصلابة النفسية لدى مريضات سرطان الثدي في محافظة اللاذقية ومستوى الرضا عن الحياة لديهم، كما هدف البحث إلى تعرف الفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مريضات سرطان الثدي وفي مستوى الرضا عن الحياة تبعاً للمتغيرات (العمر، والحالة الاجتماعية، ومدة الإصابة بالمرض). وتكونت عينة الدراسة على (112) مريضة مصابة بسرطان الثدي في محافظة اللاذقية لعام 2017، وقد طبق مقياسين هما (الصلابة النفسية، والرضا عن الحياة)، توصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى الصلابة النفسية، ومستوى الرضا عن الحياة لدى مريضات سرطان الثدي جاءت بدرجة متوسطة، وكذلك وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائياً بين الصلابة النفسية والرضا عن الحياة لدى الطلبة، وأخيراً بينت نتائج البحث وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الصلابة النفسية تعزى إلى متغير العمر لصالح ذوات الأعمار (45) فأكثر، وتبعاً للحالة الاجتماعية لصالح المتزوجة، وتبعاً لمدة الإصابة بالمرض لصالح المريضات المصابات لأكثر من خمس سنوات)، كما بينت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير العمر لصالح ذوات الأعمار (45) فأكثر، وتبعاً للحالة الاجتماعية لصالح المتزوجة، وتبعاً لمدة الإصابة بالمرض لصالح المريضات المصابات لأكثر من (5) سنوات.

## دراسة الضويع وزكي وعياش (2018) ليبيا

### عنوان الدراسة: التفاؤل والأمل وعلاقتها بجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي

هدفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين التفاؤل والأمل وجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، حيث تكونت عينة الدراسة من (70) مريضة من مريضات سرطان الثدي في ليبيا، المتواجدات في المعهد القومي لعلاج الأورام بمدينة صبراتة، وكانت أعمارهن الزمنية (أقل من 35، من 35 إلى أقل من 45، أكثر من 50 سنة)، ومن الناحية الاجتماعية (أرامل-متزوجات-مطلقات) ، واستخدمت الباحثة من الأدوات (مقياس الأمل ومقياس التفاؤل ومقياس جودة الحياة) وجميعهم من إعداد الباحثة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين التفاؤل والأمل وجودة الحياة، وعدم وجود فروق بين مريضات سرطان الثدي في كل من التفاؤل والأمل وجودة الحياة وفقاً للعمر، كما توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق في التفاؤل والأمل وجودة الحياة وفقاً للحالة الاجتماعية.

#### ▪ الدراسات الأجنبية:

### دراسة شارالامبوس وآخرون ( Charalambous et al, 2017 ) قبرص

عنوان الدراسة: الآثار على القلق وجودة حياة مريضات سرطان الثدي بعد إتمام الدورة الأولى من العلاج الكيميائي.

### **The effects on anxiety and quality of life of breast cancer patients following completion of the first cycle of chemotherapy**

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستويات القلق، وأي ارتباطات بينها وبين جودة حياة النساء المصابات بسرطان الثدي واللواتي يخضعن للعلاج الكيميائي، وتكونت عينة الدراسة من (355) امرأة مصابة بسرطان الثدي، واستخدمت الدراسة مقياس القلق الذاتي واستبيان جودة الحياة، كما تم استخدام نموذج المقابلة للوصول لفهم أعمق لتجارب المريضات، توصلت الدراسة إلى أن درجات القلق لدى المريضات تراوحت ما بين القلق الشديد والشديد جداً، كما توصلت لكون جودة الحياة الصحية الشاملة للمرضى كانت منخفضة وأشارت لانخفاضاً في الأداء العاطفي وفي وظائف الأدوار وفي الأداء الجنسي، كما أكدت على المعاناة الناتجة عن المرض كالتعب والأرق وتساقط الشعر، كما توصلت لوجود علاقة سلبية بين القلق وجودة الحياة، كما توصلت لوجود فروق دالة إحصائياً في مستويات القلق لدى المرضى تبعاً لمصدر دعمهم حيث شهد المرضى الذين يعتمدون على أسرهم فقط مستويات قلق أعلى.

دراسة كاسيريس وآخرون (Caceres et al, 2022) اسبانيا

عنوان الدراسة: العوامل المرتبطة بالقلق وأعراض الاكتئاب وجودة الحياة لدى مرضى سرطان الثدي

## Factors Related to Anxiety, Depressive Symptoms and Quality of Life in Breast Cancer

هدفت الدراسة إلى تقييم أعراض الاكتئاب والقلق وجودة الحياة لدى مرضى سرطان الثدي، تكونت عينة الدراسة من (200) امرأة مصابة بسرطان الثدي في مستشفى جامعة بطليوس في اسبانيا، واستخدمت الدراسة مقياس الاكتئاب لبيك ومقياس القلق (STAI). ومقياس جودة الحياة، وتوصلت الدراسة إلى أن 38% من المرضى في العينة عانوا من قلق متوسط إلى شديد، مرتبط بوقت التشخيص، ومرحلة المرض المتقدمة، والعلاج الجراحي. وأن 28% من المرضى يعانون من أعراض اكتئاب، مرتبطة بشكل رئيسي بوقت التشخيص، والعلاج المساعد، وعدد دورات العلاج الكيميائي (CT) كما كان لدى المرضى الذين قضاوا أطول فترة منذ التشخيص، في المرحلة الثالثة، وفي العلاج بالعلاج الكيميائي (CT)، وخاصة أولئك الذين لديهم أكبر عدد من الدورات، أسوأ الدرجات في جودة الحياة. كما توصلت الدراسة لوجود ارتباط إيجابي بين أعراض الاكتئاب والقلق وجودة الحياة لدى مرضى سرطان الثدي.

ثانياً: الدراسات التي تناولت القلق لدى مريضات سرطان الثدي.

### ▪ الدراسات العربية:

دراسة محمود (2009) مصر

عنوان الدراسة: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي.

هدفت الدراسة إلى دراسة المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي، وتكونت عينة الدراسة من (64) مريضة بسرطان الثدي من المقيّمات والمترددات على المعهد القومي للأورام، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين وفقاً لمتغيري الدراسة (السن ن=32) ومتغير التعليم (ن=32)، ولقد تراوحت أعمارهن بين (35-61) سنة بمتوسط قدره (48.3) سنة وانحراف معياري قدره (6.9) سنة. واستخدمت الدراسة أدوات استمارة البيانات الشخصية، ومقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس الضغوط النفسية (إعداد الباحثة) ومقياس القلق لـ تيلور، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة في المساندة الاجتماعية في اتجاه المريضات الأكبر سناً، وعدم وجود فروق في متغير التعليم. ووجدت فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية في اتجاه المريضات الأكبر سناً، وفي متغير التعليم في اتجاه المريضات الأقل في المستوى التعليمي. بينما وجدت فروق ذات دلالة في القلق في اتجاه المريضات الأقل سناً، ولم تظهر فروق بينهن في متغير التعليم. كما وجدت علاقة ارتباطية دالة سالبة بين المساندة الاجتماعية والضغوط النفسية فقط، ولم تصل معاملات الارتباط الباقية إلى حد الدلالة

## دراسة قاسم وعياش (2016) العراق

### عنوان الدراسة: قلق الإصابة بسرطان الثدي وعلاقته بجودة الحياة لدى الطالبات

كشفت البحث عن قلق الإصابة بسرطان الثدي وعلاقته بجودة الحياة لدى الطالبات. عرض البحث إطاراً مفاهيمياً تضمن أهم المصطلحات شملت القلق، السرطان، سرطان الثدي، جودة الحياة، الخوف والقلق، أسباب القلق، الخريطة المعرفية للقلق، وتناول بعض الدراسات السابقة الأجنبية المرتبطة بمتغيرات البحث. وجاءت العينة مكونة من (108) طالبة من المرحلة الإعدادية، (108) طالبة من المرحلة الجامعية. وتمثلت الأدوات في مقياس قلق الإصابة بسرطان الثدي. واختتم البحث بالتركيز على أهم النتائج منها، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، في القلق لدى طالبات المرحلة الإعدادية والجامعية، أي لا يوجد اختلاف بينهما بمقدار القلق كونهم يعيشون في بيئة واحدة ويتعرضون إلى الضغوط الصحية والنفسية نفسها. وأكدت التوصيات على ضرورة تعزيز الحالة الإيجابية لدى الطالبات في تقبلهم للحياة العامة وتقديم أقصى ما يمكن من الجهود.

## دراسة علي والظاهر (2021) السودان

### عنوان الدراسة: قلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي بالخرطوم.

هدفت الدراسة لكشف العلاقة بين الإصابة بسرطان الثدي وقلق الموت؛ لدى المصابات بسرطان الثدي بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي بالخرطوم وذلك بهدف التعرف على: الفروق في قلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي وفقاً لمتغير إجراء عملية جراحية لاستئصال الثدي، استخدم الباحثان المنهج الوصفي وبلغ حجم العينة (35) مصابة بسرطان الثدي، تم اختيارهن بالطريقة القصدية، وطبق الباحثان عليهن مقياس قلق الموت، وقد توصل الباحثان إلى النتائج الآتية: يتسم قلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي بولاية الخرطوم بالارتفاع، توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي تعزى لمتغير إجراء عملية جراحية لاستئصال الثدي لصالح اللاتي أجزين عملية جراحية لاستئصال الثدي بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي بولاية الخرطوم، في خاتمة الدراسة قدم الباحثان مجموعة من التوصيات أهمها إرشاد الأسرة وخصوصاً الزوج إلى كيفية التعامل مع زوجته المصابة حسب مرحلتها وتقبل ما يبدو منها من عواطف وسلوكيات سلبية، وتشجيعها للتعبير عن نفسها.

## الدراسات الأجنبية:

دراسة بيرس وآخرون (Pierce et al, 2024) الولايات المتحدة الأمريكية

عنوان الدراسة: تحديد العوامل المرتبطة بارتفاع القلق أثناء تشخيص سرطان الثدي من خلال تحليل بيانات وسائل التواصل الاجتماعي على ريديت: دراسة بأساليب مختلطة

### Identifying Factors Associated With Heightened Anxiety During Breast Cancer Diagnosis Through the Analysis of Social Media Data on Reddit: Mixed Methods Study

هدفت هذه الدراسة إلى استخدام منشورات فردية على وسائل التواصل الاجتماعي حول تجارب سرطان الثدي من ريديت (r/breastcancer) لفهم العوامل المرتبطة بالقلق المرتبط بسرطان الثدي مع انتقال الأفراد من مرحلة الشك إلى مرحلة تأكيد التشخيص، تكونت عينة الدراسة من 2170 منشور فريد من منتدى ريديت لسرطان الثدي مع مراعاة العديد من المتغيرات في حال كان المنشور مرتبط بمخاوف ما قبل التشخيص أو التشخيص أو ما بعد التشخيص، وتكونت أداة الدراسة من نهج مختلط بين الأساليب الحسابية القائمة على معالجة اللغة الطبيعية والتحليل الوصفي مستخدماً الاستقصاء اللغوي وعدد الكلمات لترتيب المنشورات المرمزة حسب القلق المنخفض المحايد أو المرتفع ثم تم الاحتفاظ بالمنشورات التي تعبر عن قلق شديد لإجراء تحليل وصفي معمق لتحديد المواضيع الرئيسية المتعلقة بتطور التشخيص، ومن نتائج الدراسة أن أكثر من 85% من المرضى أفادوا بارتفاع مستويات القلق بعد تشخيص سرطان الثدي وتوصلت الدراسة من خلال تحليل المنشورات التي تناولت القلق الشديد أن العوامل المرتبطة بالقلق تختلف باختلاف مرحلة الفرد في عملية التشخيص. ارتبط القلق قبل التشخيص بالأعراض الجسدية، وعوامل الخطر المرتبطة بالسرطان، وصعوبة التواصل، وتفسير المعلومات الطبية. وخلال فترة التشخيص، ارتبط القلق الشديد بالأعراض الجسدية، وعوامل الخطر المرتبطة بالسرطان، وصعوبة التواصل، وصعوبة التعامل مع نظام الرعاية الصحية. بعد التشخيص، ناقشت المنشورات التي تناولت القلق الشديد بشكل عام مواضيع تتعلق بخيارات العلاج، والأعراض الجسدية، والضيق العاطفي، والأسرة، والقضايا المالية.

دراسة فيلار وآخرون (Villar et al, 2017) البرازيل

عنوان الدراسة: نوعية الحياة والقلق لدى النساء المصابات بسرطان الثدي قبل وبعد العلاج

### Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment

هدفت الدراسة إلى تحديد جودة الحياة والقلق لدى مريضات سرطان الثدي والتغيرات التي يعانين منها بعد العلاج، وتكونت عينة الدراسة من 339 مريضة سرطان الثدي، واستخدمت الدراسة مقياس جودة الحياة ومقياس القلق، وتوصلت الدراسة إلى أن في بداية التشخيص كانت أدنى مستويات جودة الحياة ترتبط بالتوقعات المستقبلية

تليها العلاقة الجنسية وأعلى مستويات الجودة ارتبطت بأبعاد صورة الجسم والدور وأكثر الأعراض إزعاجاً هي الأرق والتعب والقلق بشأن تساقط الشعر، بينما بعد تلقي العلاج ساءت أبعاد الوظيفة الجسدية والدور وصورة الجسم والمخاوف المالية والأعراض، بينما تحسنت الوظيفة العاطفية والتوقعات المستقبلية، وفيما يتعلق بالقلق فقد ظهر القلق الشديد كحالة (48.6%) وكسمة (18.2%). ارتبط أعلى مستوى للقلق في الحالة الأساسية بحالة الزواج أو الأرملة والأدوية المضادة للقلق. ارتبط أعلى مستوى للقلق في السمات بحالة العمل غير النشطة والأدوية المضادة للقلق وتورم الثدي والمرحلة المتقدمة عند التشخيص. بعد العلاج، انخفض القلق بشكل ملحوظ.

### تعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من خلال استعراض الدراسات السابقة أن هناك اهتماماً متزايداً بدراسة الجوانب النفسية لمريضات سرطان الثدي، وبوجه خاص اضطرابات القلق وتأثيرها على جودة الحياة، وهو ما يتقاطع بشكل مباشر مع أهداف الدراسة الحالية، فقد أظهرت دراسات مثل شارالامبوس وآخرون (2017) وكاسيريس وآخرون (2022) وفيلار وآخرون (2017) أن مريضات سرطان الثدي يعانين من مستويات مرتفعة من القلق ترتبط غالباً بمرحلة التشخيص والعلاج الكيميائي وتدهور الأداء الجسدي والعاطفي، وقد أجمعت هذه الدراسات على وجود علاقة سلبية بين القلق وجودة الحياة. كما أظهرت دراسة بيرس وآخرون (2024) بُعداً معاصراً في رصد القلق من خلال تحليل منشورات وسائل التواصل الاجتماعي، وهو ما يؤكد على أهمية استخدام وسائل متعددة لفهم المعاناة النفسية المرتبطة بالمرض، أما في الدراسات العربية فقد ركزت دراسة الضويلع وزكي وعياش (2018) على العلاقة بين التفاؤل والأمل وجودة الحياة لدى المريضات، مؤكدةً على أهمية المتغيرات الإيجابية النفسية في تعزيز جودة الحياة. كما أظهرت دراسة صبيبة (2017) وجود ارتباط بين الصلابة النفسية والرضا عن الحياة، ما يؤكد على أهمية السمات الشخصية في التكيف مع المرض، من جهة أخرى، تناولت بعض الدراسات بشكل مباشر القلق بوصفه ظاهرة قائمة بحد ذاتها، مثل دراسة محمود (2009) التي بينت أن القلق يرتفع لدى المريضات الأصغر سناً، ودراسة علي والظاهر (2021) التي تناولت قلق الموت بوصفه بعداً مهماً من أبعاد الاضطراب النفسي لدى مريضات سرطان الثدي، خاصة ممن خضعن لعمليات استئصال، وهو ما يعزز الوعي بعمق التأثيرات النفسية التي يتركها المرض، أما دراسة قاسم وعياش (2016) فقد قدمت زاوية مختلفة عبر رصد قلق الإصابة بالمرض لدى الفتيات غير المصابات، ورغم اختلاف العينة، فإن نتائجها سلطت الضوء على انتشار المخاوف الصحية حتى في غياب المرض الفعلي، ما يعزز فرضية أن القلق المرتبط بسرطان الثدي لا يقتصر على المصابات وإنما يمتد لفئات أخرى في المجتمع.

وقد لاحظت الدراسة الحالية، من خلال استعراض هذه البحوث، أن هناك اتفاقاً عاماً بين معظم الدراسات على وجود علاقة عكسية بين القلق وجودة الحياة، أن القلق يتأثر بمراحل المرض والعلاج، وأحياناً بالعوامل الاجتماعية والدعم الأسري، أن هناك حاجة إلى تعزيز الدعم النفسي والاجتماعي لمريضات سرطان الثدي، كما تميزت بعض الدراسات بتسليط الضوء على الاختلافات في جودة الحياة تبعاً لمتغيرات مثل العمر والحالة الاجتماعية

ومدة المرض (كما في دراسة صبيبة، 2017)، وهي متغيرات تأخذها الدراسة الحالية بعين الاعتبار ضمن تحليلها الإحصائي، في المقابل، اختلفت الدراسة الحالية عن بعض الدراسات من حيث تركيزها على القلق الناجم تحديداً عن الإصابة بسرطان الثدي بوصفه اضطراباً نفسياً رئيسياً يؤثر سلباً على جودة الحياة، بينما ركزت دراسات أخرى على مفاهيم قريبة كالأمل أو الرضا عن الحياة أو قلق الموت، كذلك فإن الدراسة الحالية تميزت باختيارها عينة من المريضات في مدينة اللاذقية، مما يجعلها تسد ثغرة بحثية من حيث التركيز المحلي على فئة لم تلقَ العناية البحثية الكافية في هذا السياق، رغم أن بعض الدراسات تناولت عينات مشابهة في ذات المدينة (كما في دراسة صبيبة، 2017)، لكنها لم تركز على القلق بوصفه متغيراً رئيسياً.

وقد أفادت الباحثة من الدراسات السابقة في بناء الإطار النظري وتحديد أبرز المفاهيم المتعلقة بجودة الحياة والقلق، اختيار المنهج الوصفي الارتباطي باعتباره الأنسب لدراسة العلاقة بين المتغيرين، تحديد أدوات القياس النفسية المناسبة، مثل مقياس جودة الحياة وإعداد مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي، صياغة مشكلة البحث وأسئلته وفرضياته استناداً إلى ما كشفت عنه الدراسات السابقة من نتائج.

وبالتالي، فإن الدراسة الحالية تأتي امتداداً للجهود البحثية السابقة مع إضافة نوعية في الجمع بين القلق كاضطراب نفسي وجودة الحياة كأحد المؤشرات النفسية الاجتماعية المهمة.

#### □ منهج البحث:

**أولاً: منهج البحث:** اتبع البحث الحالي المنهج الوصفي الذي يعد طريقة لوصف الظواهر أو الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة وتصوير النتائج التي يتم التوصل إليها على أشكال رقمية معبرة يمكن تفسيرها، كما أن المنهج الوصفي لا يقتصر على جمع البيانات وتصنيفها وتحليلها ودراسة العلاقة بين الظواهر بشكل دقيق وتمعق بل يتضمن قدراً من التفسير لهذه النتائج ثم الوصول إلى تعميمات بشأن الظاهرة موضوع الدراسة تساعد في فهم الواقع وتطويره (المحمودي، 2019، 46-47).

**ثانياً: مجتمع البحث:** يتكون مجتمع البحث الأصلي من جميع النساء المصابات بسرطان الثدي المتواجرات في مشفى جامعة اللاذقية واللواتي تراوحت أعمارهن بين (25-65)، حيث تعتبر مشفى جامعة اللاذقية هي المركز الوحيد الذي يستقبل مريضات سرطان الثدي في محافظة اللاذقية، والبالغ عددهن (500) مريضة وذلك وفق الإحصائيات المقدمة من مشفى الجامعة لعام 2023-2024.

**ثالثاً: عينة البحث:** تكونت عينة البحث من (150) مريضة ممن تتراوح أعمارهن بين (25-65) سنة، حيث اعتمدت الباحثة في سحب عينة الدراسة على الطريقة القصدية (Purposive Sampling)، نظراً لطبيعة الفئة المستهدفة وحساسية الحالة المرضية، حيث تم اختيار (150) مريضة مصابة بسرطان الثدي من المراجعات والمتابعات في مشفى اللاذقية الجامعي قسم الأورام خلال فترة زمنية امتدت لعدة أسابيع، لضمان توفر العدد الكافي

وتتبع الحالات المشمولة في العينة، وقد مرت عملية سحب العينة بعدة خطوات منهجية ومدروسة، على النحو التالي التنسيق مع إدارة المستشفى والقسم المعني قسم الأورام ووحدة العلاج الكيميائي، من أجل تحديد الأوقات المناسبة لجمع البيانات، وضمان عدم إعاقة سير العمل الطبي أو التأثير على راحة المريضات، تحديد قائمة أولية بالأسماء من خلال سجلات المخصصة للنساء المصابات بسرطان الثدي، ضمن الفئة العمرية المستهدفة من 25 إلى 65 عاماً، والمتابعات للعلاج والفحوصات الدورية خلال فترة جمع البيانات تطبيق معايير اختيار محددة لتحديد المشاركات في العينة، حيث اشترطت الباحثة ما يلي:

- أن تكون المريضة قد شُخصت بسرطان الثدي وبأي مرحلة من مراحل المرض والحالة الاجتماعية لها متزوجة.
- أن تكون المريضة في حالة جسدية ونفسية مستقرة نسبياً بما يسمح لها بالتفاعل مع أدوات البحث.
- ألا تعاني من اضطرابات عقلية شديدة أو ضعف إدراكي يمنعها من فهم بنود الاستبيان أو الإجابة عليه.
- الاستعداد الطوعي للمشاركة بعد شرح أهداف البحث وضمان سرية المعلومات.
- إمكانية التواصل اللغوي والفهم الكافي للمحتوى المقدم.

وفيما يلي جدول يشير إلى توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير العمر:

جدول (1) توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير العمر

العمر	الحجم	النسبة المئوية
25-أقل من 40	58	39%
40-65	92	61%
مجموع	150	100%

#### رابعاً: أدوات البحث:

##### 1. مقياس جودة الحياة:

**أولاً: وصف المقياس:** تم الاعتماد في البحث الحالي على مقياس جودة الحياة من إعداد وتصميم سرين ونعيمة (2021) لقياس جودة الحياة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي حيث تم تطبيقه على عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي بمركز مكافحة السرطان بالمشفى الجامعي في قسنطينة / الجزائر، ويتكون المقياس من (55) بند تقيس جودة الحياة بمجال الصحة والحياة الأسرية والزوجية والمهنية والدينية والاجتماعية والشخصية والرضا عن الحياة وجودة الصحة النفسية، وجميع البنود إيجابية، ويتكون المقياس من خمس بدائل (تنطبق بدرجة كبيرة جداً، بدرجة كبيرة، بدرجة متوسطة، بدرجة قليلة، بدرجة قليلة جداً) وتعطى الدرجات وفق سلم ليكرت الخماسي (5، 4، 3، 2، 1) على التوالي، وبذلك تصبح أعلى درجة تحصل عليها المفحوصة (275) وأدنى درجة

تحصل عليها هي (55)، وتشير الدرجة المرتفعة إلى وجود مستوى مرتفع من جودة الحياة على حين الدرجة المنخفضة تشير إلى انخفاض جودة الحياة لدى المفحوصة.

#### ثانياً: الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة:

أ. صدق الإتساق الداخلي: حيث تقوم هذه الطريقة على حساب الارتباط بين أداء المفحوص على المقياس ككل وأدائه على كل بند من بنوده على حدة لبيان مدى تماشي البند مع المقياس ككل واتساقه معه (ميخائيل، 2012، 87). قامت الباحثة بالتحقق من صدق الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة من خلال تطبيقه على عينة سيكومترية مكونة من (70) مريضة من مريضات سرطان الثدي في مشفى جامعة اللاذقية، ثم تم بموجب هذه الطريقة حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجة كل بند من بنود المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS، ويوضح الجدول (2) :

جدول(2) معاملات الارتباط بيرسون بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس

معامل الارتباط مع الدرجة الكلية	رقم البند	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية	رقم البند	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية	رقم البند
0.500**	41	0.530**	21	0.695**	1
0.551**	42	0.566**	22	0.685**	2
0.617**	43	0.471**	23	0.696**	3
0.501**	44	0.528**	24	0.555**	4
0.585**	45	0.594**	25	0.614**	5
0.520**	46	0.565**	26	0.566**	6
0.550**	47	0.452**	27	0.591**	7
0.614**	48	0.562**	28	0.600**	8
0.582**	49	0.695**	29	0.515**	9
0.540**	50	0.691**	30	0.591**	10
0.520**	51	0.696**	31	0.513**	11
0.425**	52	0.565**	32	0.409**	12
0.608**	53	0.614**	33	0.500**	13
0.449**	54	0.574**	34	0.614**	14
0.460**	55	0.591**	35	0.509**	15
		0.604**	36	0.504**	16
		0.515**	37	0.564**	17
		0.598**	38	0.622**	18
		0.527**	39	0.438**	19
		0.409**	40	0.417**	20

ونلاحظ من الجدول رقم (2) أنَّ معاملات الارتباط جميعها كانت دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) وهذا يشير إلى أنَّ المقياس يتصف بدرجات صدق اتساق داخلي (بنوي) جيدة.

ج. **الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية في المقياس نفسه):** تقوم هذه الطريقة على المقارنة بين الفئات الطرفية في المقياس ذاته كأن يؤخذ الربع الأعلى من الدرجات المتحصلة في هذا المقياس (والذي يمثل الفئة العليا) ويقارن بالربع الأدنى للدرجات فيه (والذي يمثل الفئة الدنيا)، ثم تحسب الدلالة الإحصائية للفرق بين متوسطي الفئتين فإذا ظهرت هذه الدلالة عدَّ المقياس صادقاً (ميخائيل، 2012، 152).

وفقاً لهذه الطريقة قامت الباحثة بترتيب درجات المفحوصين على مقياس جودة الحياة تنازلياً من الأعلى إلى الأدنى، ثمَّ تمَّ أخذ فئة المفحوصين الذين حصلوا على أعلى الدرجات (أعلى 25% من الدرجات) وفئة المفحوصين الذين حصلوا على أدنى الدرجات (أدنى 25% من الدرجات) ثمَّ اختبر الفروق بين متوسطي الفئتين عن طريق اختبار (ت) للتأكد فيما إذا كان المقياس قادر على التمييز بين الفئة الأعلى والفئة الأدنى، ويوضح الجدول (3) التالي النتائج:

جدول (3) دلالة الفروق بين متوسطي الفئتين العليا والدنيا على المقياس ككل

المقياس	الفئات	العينة	المتوسط الحسابي	الإحتراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	اتخاذ القرار
جودة الحياة	الفئة العليا	17	228.88	21.771	16.997	32	0.000	دال إحصائياً
	الفئة الدنيا	17	103.47	21.249				

يتضح من الجدول (3) أنَّ الفروق بين متوسطي الفئتين العليا والدنيا كانت دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) بالنسبة لمقياس جودة الحياة وهذا يشير إلى أنَّ المقياس يتصف بدرجة جيدة من الصدق التمييزي.

**ثانياً: ثبات المقياس:** تمَّ تطبيق المقياس على عينة سيكومترية مكونة من (70) مريضة من مريضات سرطان الثدي في مشفى جامعة اللاذقية ومن ثمَّ تمَّ التأكد من ثبات المقياس باستخدام الطرق الآتية: الثبات بطريقة ألفا كرونباخ، والثبات بطريقة التجزئة النصفية.

أ. **الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:** يمثل معامل ألفا متوسط قيم المعاملات الناتجة عن تجزئة المقياس إلى أجزاء بطرق مختلفة، وبذلك فإنه يمثل معامل الارتباط بين أي جزئين من أجزاء المقياس (ميخائيل، 2012، 201). تمَّ حساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ للمقياس ككل

ب. **الثبات بطريقة التجزئة النصفية:** تقوم هذه الطريقة على تقسيم المقياس بعد تطبيقه إلى نصفين يفترض أنهما متكافئان، ثم يتم حساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها المفحوص على النصف الأول والدرجات التي حصل عليها المفحوص على النصف الثاني (ميخائيل، 2012، 190). ويوضح الجدول (4) الآتي النتائج:

جدول (4) معامل الثبات المقياس باستخدام طريقة التجزئة النصفية وألفا كرونباخ

ألفا كرونباخ	سبيرمان براون	عدد البنود	مقياس جودة الحياة
0.926	0.959	55	

نلاحظ من الجداول (4) أنّ جميع معاملات الثبات بالنسبة لمقياس جودة الحياة بطريقة الثبات ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية مرتفعة ومقبولة وهذا يشير إلى أنّ المقياس يتصف بدرجة جيدة من الثبات.

## 2. مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي:

### أولاً: وصف مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي:

#### ❖ وصف المقياس:

تم إعداد هذا المقياس من قبل الباحثة نظراً لعدم توافر مقياس للقلق الناجم عن سرطان الثدي، حيث تم إعداده استناداً إلى الجانب النظري والدراسات السابقة والنظريات ذات الصلة بموضوع القلق بشكل عام والقلق الناجم عن السرطان والمعايير الخاصة بتشخيص هذا الاضطراب المدرجة في (DSM5) والمتمثلة باضطراب قلق بسبب حالة طبية أخرى. والاطلاع على عدد من المقاييس كمقياس كرونكي وآخرون (Kroenke, et al.2007)، ومقياس مارتيا وريكاردو (Martha & Ricardo)، (2018) مقياس قلق المستشفى والاكنتاب (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ومقياس تايلور للقلق ومقياس بك للقلق.

ثم قامت الباحثة بإعداد المقياس وفق الخطوات الآتية:

1. تحديد الأبعاد الأساسية التي شملها المقياس.
  2. صياغة البنود التي تقع تحت كل بعد.
  3. إعداد المقياس في صورته الأولية والتي تألفت من (47) بند.
  4. عرض المقياس على عدد من السادة المحكمين.
  5. إجراء التعديلات التي أوصى بها السادة المحكمون.
  6. حساب الصدق والثبات للمقياس.
- ويتكون المقياس في صورته الأولية من (47) بنداً موزعة على ثلاثة أبعاد هي: (الجسمي، الأسري، المرتبط بالعلاج).

### البعد الأول: الجسمي: ويقصد به أعراض القلق الفيزيولوجية الناتجة عن سرطان الثدي والتي تظهر على

الجسم (حسية، عضلية، قلبية، المعدية، التناسلية البولية، التنفسية) ويضم (13) ثلاثة عشر بند.

**البعد الثاني: الأسري:** ويقصد به أعراض القلق المفرط حول تأثير المرض على مختلف جوانب حياتها الأسرية والعملية والاجتماعية اليومية ويضم (25) خمسة وعشرون بنداً.

**البعد الثالث: المرتبط بالعلاج:** ويقصد به القلق حول العلاج المقدم لهن ومدى توفره وقدرتها على الالتزام بمسار العلاج ويضم (9) تسعة بنود.

❖ **طريقة تصحيح المقياس:**

يطلب من المريضة الإجابة على كل بند من بنود المقياس باختيار أحد البدائل الأربعة الآتية والمرتبطة حسب شدتها: (أبداً، بدرجة قليلة، بدرجة متوسطة، بدرجة شديدة) وحُسبت الدرجات بإعطاء الأوزان التالية:

(0) ابداً (1) بدرجة قليلة (2) بدرجة متوسطة (3) بدرجة شديدة، وذلك في العبارات الإيجابية وعكست في العبارات السلبية لتصحيح (0) ابداً (1) بدرجة قليلة (2) بدرجة متوسطة (3) بدرجة شديدة العبارات السلبية هي (12، 17، 20، 21، 22، 33، 39).

العبارات الإيجابية هي (1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 13، 14، 15، 16، 18، 19، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32، 34، 35، 36، 37، 38، 40، 41، 42، 43، 44، 45، 46، 47).

وتتراوح درجات المقياس بين (0) في حدها الأدنى إلى (141) في حدها الأقصى، ويكون القلق الناجم عن سرطان الثدي مرتفع في حال كانت أعلى من المتوسط الحسابي بانحراف معياري وما فوق، بينما منخفضة عندما تكون أقل من المتوسط الحسابي بانحراف معياري وما دون ذلك من أجل قياس مستوى القلق الناجم عن سرطان الثدي.

تصنف درجات المريضات وفق أربع مستويات للاضطراب ولقد تم تصنيفهم استناداً لمعادلة المدى/ عدد الفئات وكانت وفق الجدول التالي:

**جدول (5) يوضح مستويات القلق النفسي**

لا يوجد قلق	(0- إلى أقل 35)
قلق منخفض	(35- إلى أقل 70)
قلق متوسط	(70- إلى أقل 105)
قلق شديد	(105- إلى 141)

### ثانياً: الخصائص السيكومترية لمقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي:

**أولاً: الصدق:** حيث تمّ التأكد من صدق المقياس باستخدام الطرق الآتية: صدق المحكمين، صدق الاتساق الداخلي، والصدق التمييزي.

**أ. صدق المحكمين:** ويعرفه عابنة (2009، 154) بأنه الصدق الذي يعتمد على التمعن في محتوى كل فقرة من فقرات المقياس وإصدار حكم حول علاقة الفقرة بالسمة المراد قياسها.

حيث بعد تصميم الأداة قامت الباحثة بعرضها بصورتها الأولية على عدد من أعضاء الهيئة التدريسية بمجال الإرشاد النفسي وعلم النفس والقياس النفسي في جامعة حمص وتشيرين والبالغ عددهم (12) حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول فقرات المقياس ومدى مناسبتها وملائمتها للبعد الذي تنتمي إليه وللمجال المراد دراسته وخصوصية العينة المستهدفة من مريضات سرطان الثدي، ومدى مناسبة وانتماء البعد للمقياس الكلي، إضافة للصياغة اللغوية للبنود ومدى سلامتها ووضوحها وملائمتها لغوياً، وعلى ضوء تلك الآراء والملاحظات تمّ حذف عدد من البنود، وكانت نسبة الاتفاق بين المحكمين على البنود الأخرى فوق (80%) مع اقتراح إعادة الصياغة اللغوية لبعض البنود لتصبح أكثر ملائمة للمجال المراد دراسته، ليصبح عدد بنود المقياس بعد تعديل المحكمين (31) بنداً موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية (البعد الجسمي، البعد الأسري، البعد المرتبط بالعلاج).

**ب. صدق الاتساق الداخلي:** حيث تقوم هذه الطريقة على حساب الارتباط بين أداء المفحوص على المقياس ككل وأدائه على كل بند من بنوده على حدة لبيان مدى تماشي البند مع المقياس ككل واتساقه معه (ميخائيل، 2012، 87).

قامت الباحثة بالتحقق من صدق الاتساق الداخلي لمقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي وأبعاده الفرعية من خلال تطبيقه على عينة سيكو مترية مكونة من (70) مريضة من مريضات سرطان الثدي في مشفى جامعة اللاذقية، تمّ بموجب هذه الطريقة حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجة كل بند من بنود المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، وحساب معامل الارتباط بين الأبعاد مع بعضها البعض والدرجة الكلية لكل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس، وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS، ويوضح الجدول (6) النتائج:

جدول (6) معاملات الارتباط بيرسون بين درجة البند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه

الأبعاد الفرعية	البعد الجسمي	البعد الأسري	البعد المرتبط بالعلاج	الدرجة الكلية
البعد الجسمي	1	0.790**	0.770**	0.943**
البعد الأسري	0.790**	1	0.683**	0.913**
البعد المرتبط بالعلاج	0.770**	0.683**	1	0.878**

ونلاحظ من الجدول رقم (6) أنَّ معاملات الارتباط جميعها كانت دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) ما عدا البند (11) في البعد الجسمي كان دالاً عند مستوى دلالة (0.05) وهذا يشير إلى أنَّ المقياس يتصف بدرجات صدق اتساق داخلي (بنوي) جيدة.

جدول (7) معاملات ارتباط بيرسون الأبعاد مع بعضها البعض وارتباط كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس

البعد الأول	البعد الجسمي	البعد الثاني	البعد الأسري	البعد الثالث	البعد المرتبط بالعلاج
رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
1	0.708**	13	0.617**	23	0.641**
2	0.767**	14	0.545**	24	0.630**
3	0.399**	15	0.501**	25	0.672**
4	0.626**	16	0.689**	26	0.395**
5	0.674**	17	0.547**	27	0.527**
6	0.385**	18	0.820**	28	0.470**
7	0.553**	19	0.560**	29	0.731**
8	0.541**	20	0.751**	30	0.351**
9	0.626**	21	0.523**	31	0.575**
10	0.360**	22	0.360**	-	-
11	0.300*	-	-	-	-
12	0.521**	-	-	-	-

ونلاحظ من الجدول رقم (7) أنَّ معاملات الارتباط جميعها كانت دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) وهذا يشير إلى أنَّ المقياس يتصف بدرجات صدق اتساق داخلي (بنوي) جيدة.

ج.الصدق التمييزي ( المقارنة الطرفية في المقياس نفسه): تقوم هذه الطريقة على المقارنة بين الفئات الطرفية في المقياس ذاته كأن يؤخذ الربع الأعلى من الدرجات المتحصلة في هذا المقياس (والذي يمثل الفئة العليا) ويقارن بالربع الأدنى للدرجات فيه (والذي يمثل الفئة الدنيا)، ثم تحسب الدلالة الإحصائية للفرق بين متوسطي الفئتين فإذا ظهرت هذه الدلالة عدّ المقياس صادقاً (ميخائيل، 2012، 152).

وفقاً لهذه الطريقة قامت الباحثة بترتيب درجات المفحوصين على مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي ككل وأبعاده الفرعية تنازلياً من الأعلى إلى الأدنى، ثم تم أخذ فئة المفحوصين الذين حصلوا على أعلى الدرجات (أعلى 25% من الدرجات) وفئة المفحوصين الذين حصلوا على أدنى الدرجات (أدنى 25% من الدرجات) ثم تم اختبار الفروق بين متوسطي الفئتين عن طريق اختبار (ت) للتأكد فيما إذا كان المقياس قادر على التمييز بين الفئة الأعلى والفئة الأدنى، ويوضح الجدول التالي النتائج:

جدول(8) دلالة الفروق بين متوسطي الفئتين العليا والدنيا على المقياس ككل وأبعاده الفرعية

المقياس	الفئات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	اتخاذ القرار
البعد الجسدي	الفئة العليا	17	32.24	1.855	23.890	32	0.000	دال إحصائياً
	الفئة الدنيا	17	19.76	1.091				
البعد الأسري	الفئة العليا	17	26.35	1.455	24.132	32	0.000	دال إحصائياً
	الفئة الدنيا	17	14.94	1.298				
البعد المرتبط بالعلاج	الفئة العليا	17	23.35	1.869	17.771	32	0.000	دال إحصائياً
	الفئة الدنيا	17	14.35	0.931				
الدرجة الكلية	الفئة العليا	17	81.24	3.345	29.536	32	0.000	دال إحصائياً
	الفئة الدنيا	17	51.12	2.547				

يتضح من الجدول(8) أنّ الفروق بين متوسطي الفئتين العليا والدنيا كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بالنسبة لمقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي ككل وأبعاده الفرعية وهذا يشير إلى أنّ المقياس يتصف بدرجة جيدة من الصدق التمييزي.

**ثانياً: ثبات المقياس:** تم تطبيق المقياس على عينة سيكومترية مكونة من (70) مريضة من مريضات سرطان الثدي في مشفى جامعة اللاذقية ومن ثم تم التأكد من ثبات المقياس باستخدام الطرق الآتية: الثبات بطريقة ألفا كرونباخ، والثبات بطريقة التجزئة النصفية.

أ. **الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:** يمثل معامل ألفا متوسط قيم المعاملات الناتجة عن تجزئة المقياس إلى أجزاء بطرق مختلفة، وبذلك فإنه يمثل معامل الارتباط بين أي جزئين من أجزاء المقياس (ميخائيل، 2012، 201).  
تم حساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ للمقياس ككل وأبعاده الفرعية، حيث تم الحصول على قيمة معامل ألفا لكل بعد من أبعاد المقياس والمقياس ككل.  
ب. **الثبات بطريقة التجزئة النصفية:** تقوم هذه الطريقة على تقسيم المقياس بعد تطبيقه إلى نصفين يفترض أنهما متكافئان، ثم يتم حساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها المفحوص على النصف الأول والدرجات التي حصل عليها المفحوص على النصف الثاني (ميخائيل، 2012، 190). ويوضح الجدول الآتي النتائج :

**جدول (9) معامل الثبات المقياس ككل وأبعاده الفرعية باستخدام طريقة التجزئة النصفية وألفا كرونباخ**

ألفا كرونباخ	سبيرمان براون	عدد البنود	
0.907	0.906	31	مقياس القلق ككل
0.781	0.826	12	البعد الجسمي
0.791	0.788	10	البعد الأسري
0.718	0.684	9	البعد المرتبط بالعلاج

نلاحظ من الجداول (9) أنَّ جميع معاملات الثبات بالنسبة لمقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي وأبعاده الفرعية بطريقة الثبات ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية مرتفعة ومقبولة وهذا يشير إلى أنَّ المقياس يتصف بدرجة جيدة من الثبات.

### **ثالثاً: الصورة النهائية لمقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي:**

أ. **وصف المقياس:** يتألف المقياس بصورته النهائية من (31) بنداً وجميع البنود إيجابية، موزعة على ثلاثة أبعاد فرعية وهي:

1. **البعد الجسمي:** ويتضمن (12) بنداً.

2. **البعد الأسري:** ويتضمن (10) بنداً.

3. **البعد المرتبط بالعلاج:** ويتضمن (9) بنداً.

والجدول رقم (10) يوضح أرقام البنود التابعة لكل بعد من أبعاد مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي

الجدول رقم (10) يوضح أرقام البنود التابعة لكل بعد من أبعاد مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي

الأبعاد	البنود
البعد الجسمي	12-1
البعد الأسري	22-13
البعد المرتبط بالعلاج	31-23
الدرجة الكلية	31-1

ب. تصحيح المقياس: تتم الإجابة على المقياس المكون من (31) بنداً باختيار بديل واحد من أربعة بدائل (أبداً، بدرجة قليلة، بدرجة متوسطة، بدرجة شديدة)، ويتم تصحيح المقياس بمنح المفحوصة (3) درجات في حال كانت إجابتها (بدرجة شديدة)، و (2) درجة في حال كانت إجابتها (بدرجة متوسطة)، و (1) درجة في حال كانت إجابتها (بدرجة قليلة)، و (0) صفر درجة في حال كانت إجابتها (أبداً) ، وعليه تكون الدرجة العليا للمقياس (93) والدرجة الدنيا للمقياس (0).

#### الإجابة على أسئلة البحث:

#### 1. ما مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة البحث؟

للإجابة على هذا السؤال تم حساب الدرجة الكلية للمقياس وهي (275) وأدنى درجة على المقياس وهي (55) تم حساب المدى (أعلى درجة - أدنى درجة =  $275 - 55 = 220$ )، ومن تم تقسيم المدى على عدد الفئات (3) لحساب طول الفئة (  $220 \div 3 = 73.3$ ) وذلك لتقسيم الدرجات على المقياس إلى ثلاثة مستويات:

○ المستوى المنخفض من جودة الحياة (  $55 - 128.3$ ).

○ المستوى المتوسط من جودة الحياة (  $128.4 - 201.7$ ).

○ المستوى المرتفع من جودة الحياة (  $201.8 - 275$ ).

ومن تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أفراد العينة على المقياس ككل، والجدول

الآتي (11) يوضح نتائج اختبار السؤال الأول:

#### جدول (11) مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة البحث

مستوى جودة الحياة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
منخفض	4.244	124.00

نلاحظ من الجدول رقم (11) أن المتوسط الحسابي يقع ضمن المستوى المنخفض وبالتالي أفراد عينة البحث من

النساء المصابات بسرطان الثدي لديهن مستوى منخفض من جودة الحياة

توصلت نتائج الدراسة الحالية إلى أن جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي منخفضة، وهي نتيجة تتقاطع مع عدد من الدراسات السابقة التي أكدت هذا الاتجاه، حيث أشارت دراسة شارالامبوس وآخرون (Charalambous et al, 2017) إلى أن النساء المصابات بسرطان الثدي واللواتي خضعن للعلاج الكيميائي أظهرن انخفاضاً ملحوظاً في جودة الحياة الصحية العامة، خاصةً في الأداء العاطفي ووظائف الأدوار كما جاءت نتائج دراسة كاسيريس وآخرون (Caceres et al, 2022) لتؤكد أن نسبة كبيرة من المريضات يعانين من أعراض قلق واكتئاب مرتبطة بمرحلة التشخيص والعلاج الكيميائي، وكلما طالقت مدة العلاج أو كان المرض في مرحلة متقدمة، كلما تدهورت جودة الحياة بشكل أكبر. كذلك، كشفت دراسة فيلار وآخرون (Villar et al, 2017) عن أن جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي كانت منخفضة في مرحلة ما قبل العلاج، وارتبطت بشكل مباشر بمشاعر القلق والتعب وتدهور الصورة الجسدية، وبيّنت أن الأبعاد الأكثر تضرراً شملت التوقعات المستقبلية والعلاقات الشخصية. كما أن نتائج دراسة بيرس وآخرون (2024)، التي استخدمت تحليلات نوعية لمنشورات نساء مريضات عبر منصة Reddit، أظهرت أن أغلب النساء أبلغن عن مستويات مرتفعة من القلق بمجرد التشخيص، ما انعكس سلباً على نظرتهم لحياتهن وجودتها بشكل عام.

في المقابل، اختلفت نتائج بعض الدراسات عن نتيجة الدراسة الحالية، ومن أبرزها دراسة صبيبة (2017) التي أظهرت أن مستوى الرضا عن الحياة لدى مريضات سرطان الثدي كان في الحد المتوسط، وبيّنت وجود ارتباط إيجابي بين الصلابة النفسية والرضا عن الحياة، وخاصةً لدى المتزوجات وكبيرات السن والمصابات منذ أكثر من خمس سنوات، مما يشير إلى نوع من التكيف التدريجي مع المرض. كما أظهرت دراسة الضويلع وزكي وعياش (2018) أن مريضات سرطان الثدي لم تختلف مستويات جودة حياتهن بشكل واضح تبعاً للعمر أو الحالة الاجتماعية، مع الإشارة إلى وجود علاقة إيجابية بين التفاؤل والأمل وجودة الحياة.

ويُعزى انخفاض جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي في هذه الدراسة إلى عدد من العوامل النفسية والاجتماعية والصحية المتشابكة، إذ أن تشخيص سرطان الثدي غالباً ما يرتبط بصدمة نفسية أولية، تليها مراحل متلاحقة من القلق والخوف من فقدان السيطرة، أو من العلاج وآثاره الجانبية، أو من فقدان الأنوثة والجاذبية الجسدية، خصوصاً في حالات استئصال الثدي أو تساقط الشعر الناتج عن العلاج الكيميائي. كما أن الأعراض الجسدية المستمرة كالألم والتعب والأرق تؤثر بشكل مباشر في الإحساس بالراحة والرفاهية العامة، مما ينعكس على جودة الحياة وعلى الرغم من جميع المشكلات والصعوبات التي تتعرض لها مريضة سرطان الثدي والتي قد تجعلها تغفل عن مصابها إلا أن كل ما يدور من حولها من أحداث يرتبط بهذا الحدث الضاغط المتمثل بالإصابة بسرطان الثدي الذي يهدد أمنها وصحتها، فهو يؤثر على جميع جوانب حياتها الفيزيولوجية والاجتماعية والانفعالية والنفسية وجميع هذه الجوانب تؤثر على الحالة والبنية النفسية للمريضة والأفكار السلبية التي قد تراودها من فقدان الأمل بالشفاء،

انخفاض احترام ذاتها ضعف بنيتها الجسدية بسبب الآثار السلبية للعلاج، صورتها السلبية عن ذاتها، قلة التفاعل مع المحيط، خوفها من الحاضر والمستقبل (السليمان، 2021، 135-136) وتزداد هذه التأثيرات حدة حين تكون المريضة في موقع المسؤولية الأسرية، كما هو الحال في عينة الدراسة الحالية، إذ جميع المريضات متزوجات ولديهن أولاد، ما يضع على عاتقهن ضغوطاً إضافية نفسية واجتماعية مرتبطة بدورهن كزوجات وأمهات، فضلاً عن ذلك، فإن ضعف توفر برامج الدعم النفسي الموجهة، وندرة خدمات الإرشاد المتخصصة في البيئة المحيطة بالمريضة، قد يسهم في تعميق مشاعر الوحدة، والعجز، وفقدان الأمل.

## 2. ما مستوى القلق الناجم عن سرطان الثدي لدى أفراد عينة البحث؟

للإجابة على هذا السؤال تم حساب الدرجة الكلية للمقياس وهي (93) وأدنى درجة على المقياس وهي (0) تم حساب المدى (أعلى درجة - أدنى درجة =  $93 - 0 = 93$ )، ومن تم تقسيم المدى على عدد الفئات (3) لحساب طول الفئة ( $93 \div 3 = 31$ ) وذلك لتقسيم الدرجات على المقياس إلى ثلاثة مستويات:

- المستوى المنخفض من القلق الناجم عن سرطان الثدي (0- أقل 31).
- المستوى المتوسط من القلق الناجم عن سرطان الثدي (31- أقل من 62).
- المستوى المرتفع من القلق الناجم عن سرطان الثدي (62- 93).

ومن ثم تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أفراد العينة على المقياس ككل، والجدول الآتي (12) يوضح نتائج اختبار السؤال الأول:

جدول (12) مستوى القلق الناجم عن سرطان الثدي لدى أفراد عينة البحث

مستوى القلق	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
مرتفع	3.472	73.61

نلاحظ من الجدول رقم (11) أن المتوسط الحسابي يقع ضمن المستوى المرتفع وبالتالي أفراد عينة البحث من النساء المصابات بسرطان الثدي لديهن مستوى مرتفع من القلق الناجم عن مرضهن (سرطان الثدي).

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن القلق الناجم عن سرطان الثدي كان مرتفعاً لدى المريضات، وهي نتيجة تتفق مع العديد من الدراسات السابقة التي تناولت القلق عند مريضات سرطان الثدي فقد أوضحت دراسة شارالامبوس وآخرون (Charalambous et al, 2017) أن مريضات سرطان الثدي اللاتي خضعن للعلاج الكيميائي عانين من مستويات قلق تراوحت بين المرتفعة والمرتفعة جداً، وخاصة بعد إتمام الدورة الأولى من العلاج، وقد تم ربط هذه المستويات العالية من القلق بانخفاض في الأداء العاطفي والاجتماعي، وزيادة في الأعراض الجسدية كالتعب والأرق وتساقت الشعر. كما توصلت دراسة كاسيريس وآخرون (Caceres 2022)

(et al, إلى أن 38% من مريضات سرطان الثدي عانين من قلق متوسط إلى شديد، مرتبط بشكل وثيق بمرحلة التشخيص الأولى، وبخاصة في الحالات المتقدمة أو لدى من خضعن لعدد أكبر من جلسات العلاج الكيميائي، مما يدل على أن العوامل الطبية نفسها تسهم في رفع حدة القلق. وأكدت دراسة فيلار وآخرون ( Villar et al, 2017) هذا الاتجاه، حيث بينت أن القلق الشديد كان حاضراً لدى نسبة كبيرة من المريضات خلال مرحلة ما قبل العلاج، خاصة عند من يعانين من تورم الثدي، أو من تلقين أدوية مضادة للقلق، أو كانت حالتهم الاجتماعية غير مستقرة كما أكدت دراسة بيرس وآخرون (Pierce et al, 2024) من خلال تحليل منشورات نساء مصابات على منصة Reddit، أن أكثر من 85% من المريضات أفدن بوجود قلق مرتفع خلال مرحلة تأكيد التشخيص، وأن العوامل المسببة لهذا القلق شملت: الخوف من الأعراض الجسدية، الغموض في تفسير المعلومات الطبية، ضعف التواصل مع الفريق العلاجي، وصعوبات التعامل مع النظام الصحي، إضافة إلى القضايا المالية والعائلية، مما يؤكد أن القلق لا يرتبط بالمرض فقط، بل يُغذيه السياق الاجتماعي والطبي والمعلوماتي المحيط بالمريضة كما أكدت دراسة علي والظاهر (2021) وجود مستويات مرتفعة من قلق الموت لدى المريضات، خاصةً من خضعن لعمليات استئصال الثدي، ما يعكس الأثر النفسي العميق للتغيرات الجسدية الناتجة عن المرض والعلاج، ويؤثر إلى أن القلق لدى هذه الفئة لا يقتصر على الخوف من الألم أو الموت، بل يمتد ليشمل فقدان الأنوثة وتدهور صورة الجسد.

أن مستوى القلق لدى مريضات سرطان الثدي كان مرتفعاً، ويُعزى هذا الارتفاع في القلق إلى عدة عوامل مترابطة، تبدأ بطبيعة المرض ذاته، الذي يرتبط في الذهن الجمعي بالخطر، والعجز، والموت، مما يثير لدى المريضة استجابات انفعالية فورية تشمل الخوف من الألم، ومن فقد الجسدي، ومن النتائج طويلة الأمد التي قد تمس الحياة الشخصية والعائلية والاجتماعية، كما أن أحد الجوانب المحورية في تفسير هذا القلق يعود إلى أن سرطان الثدي يمَسّ عضواً ذا رمزية عالية في تشكيل هوية المرأة، فهو ليس مجرد جزء من الجسد، بل يرتبط بالأنوثة، والأمومة، والجاذبية، والدور الجنسي. لذا فإن مجرد تشخيص المرض، أو الإشارة إلى احتمالية استئصال الثدي أو تغيير مظهره، يؤدي إلى شعور عميق بفقدان السيطرة على الجسد، ويؤثر على صورة الذات، مما يولد مشاعر الخوف، والإحراج، وانعدام الأمان، وبالتالي يُغذي القلق بدرجات مرتفعة، من جهة أخرى، فإن مرحلة التشخيص وما يليها مباشرة تُعد من أكثر الفترات توتراً نفسياً في مسار المرض، حيث تُواجه المريضة حالة من الغموض وعدم اليقين بشأن مستقبلها، ونوع العلاج الذي ستلقاه، ومدى فعاليته، وتأثيره الجانبي، الأمر الذي يخلق ما يُعرف في الأدبيات النفسية بحالة "التهديد غير المحدد"، وهي من أبرز مسببات القلق المزمن. وقد أظهرت عدة دراسات، من بينها دراسة بيرس وآخرون (Pierce et al, 2024)، أن نقص المعرفة الطبية أو صعوبة فهمها يؤدي إلى تضخم التوقعات السلبية وتبني أسوأ السيناريوهات المحتملة، ما يؤدي إلى زيادة مستويات

القلق بصورة حادة، كما أن التجربة العلاجية بحد ذاتها (العلاج الكيميائي، أو الجراحي، أو الإشعاعي) تُعد مصدراً مستمراً للضغط النفسي والجسدي، حيث يعاني العديد من المريضات من أعراض مزعجة ومستمرة مثل الغثيان، التعب، الأرق، تساقط الشعر، وضعف المناعة، وكلها عوامل تُسهم في تآكل الشعور بالطمأنينة والاستقرار النفسي، وتزيد من الإحساس بالتهديد والخوف من التدهور. وقد كشفت دراسة شارالامبوس وآخرون (Charalambous et al, 2017) عن وجود علاقة طردية بين شدة الأعراض الجسدية ومستويات القلق، خاصة بعد الدورة الأولى من العلاج الكيميائي، كما أن وجود وصمة اجتماعية غير معلنة حول السرطان في بعض الثقافات قد يزيد من مشاعر العزلة، ويقلل من طلب المريضة للدعم النفسي، ما يؤدي إلى تفاقم حالة القلق نتيجة الانكفاء على الذات وقلة التفاعل الاجتماعي إضافة إلى ذلك، فإن عدم توفر خدمات الإرشاد النفسي أو ندرتها داخل مراكز علاج الأورام يُعد عاملاً مهماً في بقاء القلق دون تدخل فعال. فالكثير من المريضات لا يتلقين دعماً نفسياً منظماً يساعدهن على فهم المرض، والتكيف معه، والتعبير عن مخاوفهن، مما يؤدي إلى تراكم الانفعالات السلبية واستمرار القلق أو تحوله إلى نمط مزمن.

#### اختبار الفرضيات وتفسير نتائجها:

1. الفرضية الأولى: لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أفراد عينة البحث على مقياس جودة الحياة ودرجاتهم على مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي. للتحقق من صحة الفرضية تمّ حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة البحث من مريضات سرطان الثدي على مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي ودرجاتهن على مقياس جودة الحياة، ويوضح الجدول الآتي النتائج:

جدول (13) معامل ارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة البحث على مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي ودرجاتهم على مقياس جودة الحياة

متغيرات	القلق الناجم عن سرطان الثدي	مستوى الدلالة	عدد أفراد العينة
جودة الحياة	-0.522**	0.000	150

نلاحظ من الجدول (13) السابق وجود علاقة ارتباطية عكسية بين درجات أفراد عينة البحث من النساء المصابات بالسرطان الثدي على مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي ودرجاتهن على مقياس جودة الحياة وهذه العلاقة العكسية تشير إلى أنه كلما ارتفع القلق الناجم عن سرطان الثدي لدى السيدة المصابة كلما انخفض مستوى جودة الحياة لديها والعكس صحيح.

وتتفق هذه النتيجة مع عدد من الدراسات السابقة التي أكدت على الأثر السلبي للقلق في مختلف أبعاد الحياة النفسية والجسدية والاجتماعية للمريضات، فقد أظهرت دراسة شارالامبوس وآخرون (Charalambous et al, 2017) أن ارتفاع مستويات القلق لدى مريضات سرطان الثدي اللواتي خضعن للعلاج الكيميائي ارتبط بانخفاض في الأداء العاطفي والاجتماعي، وانخفاض عام في جودة الحياة، خاصة في الوظائف المرتبطة بالدور الأسري والاجتماعي. كما دعمت نتائج دراسة كاسيريس وآخرون (Caceres et al, 2022) هذا الاتجاه، حيث بينت وجود علاقة ارتباطية سلبية بين أعراض القلق (وأيضاً الاكتئاب) وبين جودة الحياة، وأشارت إلى أن المريضات اللاتي عانين من قلق متوسط إلى شديد أظهرن تراجعاً كبيراً في مؤشرات جودة الحياة، خصوصاً في حالات التشخيص المتأخر، وتكرار الجلسات الكيميائية، والضغط الناتج عن الآثار الجانبية. كذلك جاءت نتائج دراسة فيلار وآخرون (Villar et al, 2017) لتؤكد العلاقة العكسية، إذ بينت أن القلق - سواء كحالة أو كسمة - كان مصحوباً بانخفاض واضح في تقييم المريضات لجودة حياتهن، لا سيما في الجوانب الجسدية والنفسية، وفي المقابل، تختلف نتائج بعض الدراسات عن ما توصلت إليه الدراسة الحالية حيث أكدت دراسة الضويلع وزكي وعياش (2018) وجود علاقة سلبية مباشرة بين القلق وجودة الحياة، بل ركزت على العلاقة بين الأمل والتفاؤل من جهة، وجودة الحياة من جهة أخرى، دون أن تبرز القلق كعامل مؤثر سلبي، بل أفادت بعدم وجود فروق في جودة الحياة تبعاً للحالة الاجتماعية أو العمر، وهي نتيجة قد تعكس خصائص نفسية إيجابية لدى العينة (مثل التفاؤل) خففت من حدة القلق، أو وجود أنظمة دعم اجتماعي فعّالة. وكذلك لم تكن العلاقة بين القلق وجودة الحياة محوراً مباشراً في دراسة صبيبة (2017)، التي ركزت على الصلابة النفسية والرضا عن الحياة.

وتفسر الباحثة هذه العلاقة العكسية بين القلق وجودة الحياة تُعد من الظواهر النفسية المعروفة والموثقة في الأدبيات الإكلينيكية، إذ أن القلق المستمر، خاصةً إذا كان ناتجاً عن تهديد وجودي مثل السرطان، يُضعف قدرة الفرد على التكيف مع الحياة اليومية، ويؤثر سلباً على النوم، والتركيز، والشهية، والعلاقات الاجتماعية، والإحساس بالطمأنينة والأمل، وهي كلها مكونات أساسية من مكونات جودة الحياة. فالقلق المزمن يجعل الفرد يعيش حالة من الاستنفار النفسي والجسدي المستمر، يتوقع الأسوأ، ويبالغ في تفسير الأعراض الجسدية، ويصبح تركيزه منصباً على المرض والموت والعجز، مما يحجب عنه فرص التمتع بالحياة أو الانخراط فيها بفعالية، وتعمق هذه العلاقة حين يكون القلق مرتبطاً بمشكلات جسدية واقعية مثل الألم أو التغيرات الجسدية الناتجة عن العلاج، أو حين تتكرر الفحوصات والعلاجات دون نتائج مرضية، مما يُعزز من الإحساس بالفقد التدريجي للسيطرة، ويقلل من شعور المريضة بالكفاءة الذاتية. وفي غياب تدخلات نفسية داعمة أو شبكات اجتماعية قوية، تظل المريضة عالقة في دائرة من التفكير السلبي والانشغال بالمرض، وهو ما يُضعف مرونتها النفسية وقدرتها على التكيف، وبالتالي تتدهور جودة حياتها.

2. الفرضية الثانية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس جودة الحياة تبعاً لمتغير العمر (25-أقل من 40، 40-65).

للتحقق من صحة الفرضية ومعرفة الفروق في جودة الحياة بين أفراد عينة البحث من مريضات سرطان الثدي اللواتي تتراوح أعمارهن بين (25 أقل من 40) واللواتي تتراوح أعمارهن بين (40-65) تم تطبيق اختبار T-test (test) للعينات المستقلة وذلك باستخدام برنامج spss، ويوضح الجدول التالي النتائج:

جدول (14) نتائج اختبار (ت) لمعرفة دلالة الفروق في جودة الحياة تبعاً لمتغير العمر

الحكم	مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمر	البعد
لا يوجد فروق	0.207	148	1.267-	4.185	123.45	58	25 أقل من 40	جودة الحياة
				4.267	124.35	92	65- 40	

نلاحظ من الجدول الرقم (14) أن قيمة ت عند مستوى دلالة (0.207) وهي أكبر من مستوى دلالة (0.05) في جودة الحياة وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية ونرفض البديلة لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث من النساء المصابات بسرطان الثدي على مقياس جودة الحياة تبعاً لمتغير العمر (25 أقل من 40، 40-65).

اتفقت هذه النتيجة مع كل من دراسة الضويلع وزكي وعياش (2018)، ودراسة بيرس وآخرون (2024)، واللتين لم تسجلا فروقاً دالة في جودة الحياة تبعاً للعمر. بينما اختلفت مع نتائج دراسات أخرى مثل صبيبة (2017)، وكاسيريس وآخرون (2022)، وفيلار وآخرون (2017)، التي أظهرت وجود فروق في جودة الحياة تُعزى لمتغير العمر، وغالباً لصالح النساء الأكبر عمراً أو اللواتي مضى وقت أطول على تشخيصهن.

يُشير هذا النمط من النتائج إلى أن تجربة الإصابة بسرطان الثدي وتأثيرها في جودة الحياة تُعد تجربة وجودية عميقة التأثير، بحيث تتجاوز في تأثيرها الفروق العمرية الظاهرة. فعلى الرغم من الاختلافات العمرية الطبيعية بين فئتي (25-أقل من 40 سنة) و(40-65 سنة)، إلا أن الإصابة بالسرطان تمثل أزمة نفسية وصحية كبرى تؤثر على جميع جوانب الحياة لدى المرأة المصابة، بغض النظر عن المرحلة العمرية التي تعيشها، حيث إن التهديد المرتبط بتشخيص سرطان الثدي - سواء على مستوى البقاء أو الصورة الجسدية أو الأدوار الاجتماعية - يُعد ثابتاً ومشاركاً نسبياً بين الفئات العمرية، لأن المرض يحدث تغييراً قسرياً في نمط الحياة، ويُلقي بظلاله على الجوانب الجسدية والانفعالية والاجتماعية والمعرفية للمرأة المصابة، ما يُسهم في تآكل جودة الحياة بطريقة شاملة، لا يُمكن تمييزها بسهولة عبر فئات عمرية متقاربة، كما أن تفسير غياب الفروق تبعاً للعمر بأن كلا الفئتين العمرية المشار

إيهما في الدراسة تنتميان لمرحلة الرشد، وإن اختلفت في بدايتها أو امتدادها. فكلا الفئتين (25-40) و(40-65) تقعان ضمن فترة يُتوقع فيها من المرأة أداء أدوار أسرية ومهنية واجتماعية، وبالتالي فإن تأثير المرض على جودة الحياة يظهر في أبعاد متقاربة مثل: محدودية الوظائف الجسدية، اضطراب الحياة الأسرية، الشعور بالعبء العاطفي، وصعوبات في التكيف مع العلاج، وهي تجارب شائعة لدى الفئتين.

وبناءً على ما سبق، يمكن القول إن العمر وحده لا يشكّل مؤشراً حاسماً على جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، ما لم يتقاطع مع عوامل أخرى مثل المرحلة المرضية، نوع العلاج، المساندة الاجتماعية، والوضع الاقتصادي.

3. الفرضية الثالثة: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي وأبعاده الفرعية تبعاً لمتغير العمر (25-أقل من 40 ، 40 - 65).

للتحقق من صحة الفرضية ومعرفة الفروق في القلق الناجم عن سرطان الثدي وأبعاده الفرعية بين أفراد عينة البحث من مريضات سرطان الثدي اللواتي تتراوح أعمارهن بين (25 أقل من 40) واللواتي تتراوح أعمارهن بين (40-65) تمّ تطبيق اختبار (T-test) للعينات المستقلة وذلك باستخدام برنامج SPSS، ويوضح الجدول التالي النتائج:

جدول (15) نتائج اختبار (ت) لمعرفة دلالة الفروق في القلق الناجم عن سرطان الثدي وأبعاده الفرعية تبعاً لمتغير العمر

البعد	العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الحكم
القلق الجسدي	25 أقل من 40	58	24.86	2.495	-7.082	148	0.000	يوجد فروق
	40 - 65	92	28.13	2.902				
القلق الأسري	25 أقل من 40	58	24.98	1.722	9.553	148	0.000	يوجد فروق
	40 - 65	92	21.59	2.335				
القلق المرتبط بالعلاج	25 أقل من 40	58	23.93	1.168	0.682	148	0.496	لا يوجد فروق
	40 - 65	92	23.78	1.373				
القلق الناجم عن سرطان الثدي	25 أقل من 40	58	73.78	3.135	0.473	148	0.637	لا يوجد فروق
	40 - 65	92	73.50	3.681				

نلاحظ من الجدول رقم (15) أنّ قيمة ت عند مستوى دلالة أكبر من مستوى دلالة (0.05) في القلق الناجم عن سرطان الثدي ككل والبعد الخاص بالقلق المرتبط بالعلاج أما بالنسبة لبعد القلق الجسدي والأسري بلغت قيمة ت عند مستوى

دلالة (0.000) وهي أصغر من (0.05) لذلك فإننا نقبل الفرضية الصفرية ونرفض البديلة عند المقياس ككل وبعد (القلق المرتبط بالعلاج) باستثناء باقي الأبعاد (القلق الجسمي والأسري) نرفض الصفرية ونقبل البديلة وبالتالي لا يوجد فروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس قلق ككل والبعد المرتبط بالعلاج تبعاً لمتغير العمر في حين يوجد فروق في القلق الجسمي لصالح النساء المصابات بسرطان الثدي اللواتي أعمارهن (40-65) وفروق في القلق الأسري لصالح النساء المصابات بسرطان الثدي اللواتي تتراوح أعمارهن بين (25 أقل من 40).

تتوافق نتائج الدراسة الحالية التي تشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في القلق الناجم عن سرطان الثدي ككل، والقلق المرتبط بالعلاج تبعاً لمتغير العمر، مع دراسات مثل: دراسة الضويلع وزكي وعياش (2018)، ودراسة بيرس وآخرون (2024)، اللتين لم تظهراً فروقاً تبعاً للعمر. بينما اختلفت هذه النتيجة مع دراسات أخرى مثل: دراسة شارالامبوس وآخرون (2017)، ودراسة كاسيريس وآخرون (2022)، ودراسة محمود (2009)، والتي أشارت إلى وجود فروق في القلق تبعاً للعمر أو خصائص ديموغرافية مشابهة، أما بالنسبة للنتائج التي أظهرت وجود فروق دالة في بُعد القلق الجسمي لصالح الفئة العمرية (40-65 سنة)، والقلق الأسري لصالح الفئة (25-أقل من 40 سنة)، فقد اتفقت مع هذه النتيجة كل من فيلار وآخرون (2017) وعلي والطاهر (2021)، بينما خالفتها دراسة صبيرة (2017).

تُظهر هذه النتائج نمطاً دقيقاً في توزيع مظاهر القلق لدى مريضات سرطان الثدي وفقاً لمتغير العمر، حيث لم تظهر فروق في القلق الكلي أو القلق المرتبط بالعلاج، وهو ما يشير إلى أن تجربة العلاج، بجوانبها الإجرائية والطبية، تُعد عاملاً مشتركاً تتقاسمه جميع الفئات العمرية بدرجة متقاربة، إذ أن الصدمة المرتبطة بالعلاج الكيميائي أو الجراحي، والقلق الناتج عن تأثيراته الجانبية، تعتبر ثابتة نسبياً بغض النظر عن عمر المريضة، لكونها ترتبط بالتجربة الطبية ذاتها أكثر من ارتباطها بالمرحلة العمرية، أما ما يخص الاختلاف في مظاهر القلق الجسمي والأسري حسب الفئات العمرية، فيمكن تفسيره من خلال التغيرات النفسية والاجتماعية التي تميز كل فئة. فبالنسبة للنساء الأكبر عمراً (40-65 سنة)، فإن القلق الجسدي يكون أعلى، ويرتبط غالباً بالتدهور الجسدي المتوقع أو الفعلي، إذ تبدأ المرأة في هذه المرحلة بملاحظة علامات التقدم في السن، ويزداد لديها الوعي بالتغيرات البدنية، كما تكون أكثر حساسية لفقدان الطاقة أو اضطراب النظام الجسمي الذي يسببه العلاج. وتكون أيضاً أكثر عرضة للإصابة بأمراض مزمنة مرافقة (كالضغط أو السكري)، مما يزيد من ثقل المعاناة الجسدية عند حدوث الإصابات بالسرطان، ويجعل القلق الجسدي أكثر حدة وواقعية، في المقابل، فإن النساء الأصغر سناً (25-أقل من 40 سنة) يظهرن مستويات أعلى من القلق الأسري، ويعود ذلك إلى عوامل متعددة، أبرزها الصدمة الوجودية المبكرة، حيث تكون المريضة في هذه المرحلة في أوج التخطيط لحياتها الأسرية والمهنية، ويُمثل تشخيص السرطان تهديداً مفاجئاً لاستقرارها العاطفي والاجتماعي. كما تشعر المريضة الأصغر سناً بأنها "قُطعت" عن المسار الطبيعي لحياتها،

مما يثير لديها مشاعر الحزن، والإحباط، والخوف من المستقبل حيث أن الأشخاص الذين يعانون من صدمات وأحداث مؤلمة في حياتهم يميلون للقلق المفرط تجاه المستقبل خوفاً من تكرار هذه التجارب (عيد، 2025، 140). وبالتالي يُعبر القلق هنا عن صراع داخلي نفسي يتعدى الألم الجسدي إلى صدمة في صورة الذات والمستقبل.

ومن جهة أخرى، فإن النضج الانفعالي النسبي لدى الفئة الأكبر عمراً قد يفسر انخفاض القلق الأسري مقارنة بالفئات الأصغر سناً، إذ تكون النساء الأكبر عمراً أكثر استعداداً لتقبل المرض كجزء من مسار الحياة، وقد تكون لديهن استراتيجيات تكيف أكثر رسوخاً، أو شبكات دعم اجتماعي أكثر استقراراً. في حين أن الفئة الأصغر سناً تكون في طور بناء الذات، وقد تفتقر إلى مهارات التكيف أو موارد الدعم، مما يجعل الصدمة النفسية أعمق.

وهكذا، تُظهر هذه النتائج أن العمر لا يُعد مؤشراً ثابتاً على درجة القلق الكلي، بل يرتبط بنمط القلق ونوعه، إذ تختلف تجارب النساء الأصغر والأكبر سناً في كيفية إدراك المرض ومعايشة أبعاده.

#### مقترحات البحث:

1. توفير برامج دعم نفسي واجتماعي داخل المستشفيات كمشفى اللاذقية الجامعي، تُعنى بمرافقة المريضات نفسياً خلال رحلة العلاج.
2. تصميم حملات توعية نفسية تستهدف مريضات سرطان الثدي وأسرهن، لتعزيز التكيف النفسي، ورفع الوعي بمظاهر القلق وطرق التعامل معه.
3. تفعيل دور الأخصائيين النفسيين في أقسام الأورام لتقديم جلسات نفسية دورية تساعد في تخفيف المشاعر السلبية وتحسين جودة الحياة.
4. تشجيع إدماج العلاج النفسي ضمن الخطط العلاجية الشاملة المقدمة لمريضات السرطان، خاصة في المراحل الحرجة بعد التشخيص أو ما بعد الجراحة.
5. إجراء دراسات طولية (طول المدى) تتابع المريضات على مراحل العلاج المختلفة (ما قبل التشخيص، أثناء العلاج، ما بعد الشفاء أو التعايش)، لتحليل تغير مستوى القلق وجودة الحياة بمرور الوقت.
6. العمل على قيام دراسات حول علاقة القلق الناجم عن سرطان الثدي بمتغيرات أخرى نفسية واجتماعية ومعرفية.

## المراجع:

### المراجع العربية:

- أبو حلاوة، محمد السعيد. (2010). جودة الحياة: المفهوم والأبعاد، ورقة عمل مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ.
- أبو فاخرة، ياسمين جميل حافظ. (2021). القلق وعلاقته بالطموح لدى طلاب المرحلة الثانوية. دراسات تربوية واجتماعية، 27، 240-274
- الأحمد، أمل. (2001). مشكلات وقضايا نفسية. ط1، بيروت: مؤسسة الرسالة للنشر والتوزيع.
- أحمد، بدرية. والخلقي، وهاجر عايض. (2022). جودة الحياة لدى الأبناء. المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة، 9 (2)، 1193-1219.
- الاسماعيل، حنان. (2024). جودة الحياة وعلاقتها بمركز الضبط لدى عينة من الأحداث الجانحين في مدينة حمص. مجلة جامعة حمص، 46(24)، 11-62.
- أميم، عثمان علي. (2009). في الصحة النفسية. ط3، الخمس: منشورات جامعة المرقب.
- بخيت، حسين محمد حسين. (2020). صورة الجسم كمنبئ لنوعية الحياة والقلق لدى مريضات سرطان الثدي. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 30 (109) 254-296.
- تركي، آمال. والعبدي، فاطمة الزهراء. (2020). الانعكاسات النفسية (القلق والاكتئاب) لدى المرأة المصابة بالسرطان. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 5 (3)، 33-40
- الجاجان، ياسر. (2014). جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات (دراسة ميدانية على عينة من طلبة قسمي علم النفس والإرشاد النفسي في كلية التربية بجامعة دمشق). مجلة جامعة اللاذقية للبحوث والدراسات العلمية، 36(5)، 345-361.
- جمال، نغم سليم. (2016). جودة الحياة وعلاقتها بالحاجات الإرشادية لدى طلبة مرحلة الثانوية. دراسة ميدانية على عينة من طلاب مرحلة التعليم الثانوي العام في محافظة السويداء. (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية، جامعة دمشق.
- حسام، مريم. (2017). حق الإنسان في جودة الحياة. (رسالة دكتوراه غير منشورة). حقوق الانسان والحريات الأساسية، جامعة بانته.
- الحوتي، سعاد. (2023). جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي خلال المعالجة الكيميائية. دراسة حالة نموذجاً. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، 8(1)، 511-530.

- الحويلة، هادية.(2010). **القلق والاسترخاء العضلي المفاهيم والنظريات والعلاج**. القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- خالد، ريمان عيد محمود. (2025). **الدعم الاجتماعي المدرك وتحسين جودة الحياة بحث ميداني على عينة من مريضات سرطان الثدي**. *المجلة العلمية لكلية الآداب*، 14(2)، 101-33.
- زهران، حامد عبد السلام.(2005). **الصحة النفسية والعلاج النفسي**. القاهرة: دار غريب للنشر والتوزيع.
- سرين، دلما. ونعيمة، شحمة. (2022). **جودة الحياة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي دراسة ميدانية على عينة من نساء مصابات بسرطان الثدي بمركز محافظة السرطان بالمستشفى الجامعي ابن باديس بقسنطينة**. (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة غرداية.
- سعيد، دياب بدوي.(2023). **الصمود النفسي كمتغير معدل للعلاقة بين القلق والاكتئاب وجودة الحياة لدى عينة من طلاب الجامعة**. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، 34 (122) ، 190-150
- السليمان، شذا.(2021). **الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى عينة من مريضات سرطان الثدي**.(رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية، جامعة حمص.
- شيخي، مريم. (2014). **طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات**. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة تلمسان، الجزائر.
- صبيبة، فؤاد (2017). **الصلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى عينة من مريضات سرطان الثدي دراسة ميدانية في محافظة اللاذقية**. *مجلة جامعة اللاذقية للبحوث والدراسات العلمية*، 39(6)، 228-205.
- الضويلع، ابتسام محمد علي. وزكي، حنان موسى. وشوكت، عواطف إبراهيم أحمد. (2018). **التفاؤل والأمل وعلاقتهما بجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي**. *مجلة البحث العلمي في التربية*، 5(19)، 47-23.
- عبابنة، عماد.(2009). **الاختبارات محكية المرجح: فلسفتها وأسس تطويرها**. عمان: دار المسيرة.
- علي، سهى محمد. والظاهر، رشيد إسماعيل. (2021). **قلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي بالخرطوم**. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، 5 (30)، 161-147.
- عيد، هازار.(2025). **التشوهات المعرفية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى المعاقين حركياً في مراكز الإعاقة الحركية في مدينة حمص**. *مجلة جامعة حمص*، 47(1) 176 -123.
- غانم، محمد حسن. (2005) **الأمراض النفسية والعلاج الإسلامي**. مصر: المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع.

- غزال، سوسن. ونعمان، مفيدة. (2014). نوعية حياة مريضات سرطان الثدي خلال فترة المعالجة الكيماوية. *مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية*، 36(4)، 63-77.
- قسم، جمال مفيد. وعياش، ليث محمد. (2016). قلق الإصابة بسرطان الثدي وعلاقته بجودة الحياة لدى الطالبات. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، 126، 319-362.
- محمد، مواهب الرشيد. (2018). القلق لدى طالبات كلية التربية بالزلفي وعلاقته ببعض المتغيرات (دراسة مقارنة بين قسمي الدراسات الإسلامية والتربية الخاصة). *المجلة الالكترونية الشاملة متعددة المعرفة لنشر الأبحاث العلمية والتربوية*، 5(1)، 1-23.
- محمود، ماجدة حسين. (2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي. *رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية*، 19 (2) 261-311.
- المحمودي، محمد سرحان. (2019). *مناهج البحث العلمي*. اليمن: دار الكتب للنشر والتوزيع.
- مسعودي، محمد. (2015). بحوث جودة الحياة في العالم العربي دراسة تحليلية. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 20(3)، 203-220.
- المشيخي، غالب محمد. (2013). *أساسيات علم النفس*. ط2، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- المصري، أناس رمضان. (2020). الضغوط وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، 4(41)، 157-185.
- مصطفىاوي، مباركة. والأسود، زهرة. (2021). جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى طلبة جامعة الوادي. *مجلة العلوم الإنسانية*، 5(1)، 851-868.
- ميخائيل، امطانيوس. (2012). *القياس النفسي*. دمشق: منشورات جامعة دمشق.

#### المراجع الأجنبية:

- Across -Cultural Comparison of China and the United States. *Journal of Global Oncology*, 58(79),1-9.
- Aggelopoulou, Z., Karagkouni, G. & Kostakou, E. (2013). Anxiety depression of women with breast cancer and the family consequences. *Nosileftiki* , 25(9), 35-42.
- American Cancer Society. (2023). Breast cancer facts & figures 2022-2024 (pp. 1-36). American Cancer Society, Inc.
- Anghel,T., Melania,B.L., Costea, I., Albai, O., Marinca, A., Levai, C.M., & Hogeal,L.M. (2025).Reviewof Psychological Interventions in

- Oncology: Current Trends and Future Directions. *Medicina* , 61(279), 1-19.
- Al-Azri, M., Al-Awisi, H., Al-Rasbi, S., El-Shafie, K., Al-Hinai, M., Al-Habsi, H., & Al-Moundhri, M. (2014). Psychosocial Impact of Breast Cancer Diagnosis Among Omani Women. *Oman Med. J.*, 29, 437–444.
  - Cáceres, C., Nadal-Delgado, M., López-Jurado, C., Pérez-Civantos, D., Guerrero-Martín, J., & Durán-Gómez, N. (2022). Factors Related to Anxiety, Depressive Symptoms and Quality of Life in Breast Cancer. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19(6), 1- 14.
  - Charalambous, A., Kaite, C., Charalambous, M., Tistsi, T., & Kouta, C. (2017). The effects on anxiety and quality of life of breast cancer patients following completion of the first cycle of chemotherapy. *SAGE Open Medicine*, (5)1-10.
  - Dadheech, A., Kumawat, S., Sharma, D., Gothwal, R., Dana, R., Meena, C., & Saini, N. (2023). Prevalence of Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients and their Correlation with Socio-Demographic Factors. *Asian Pac J Cancer Care*, 8 (4), 675-679
  - Faso, G., Kelesi, M., Koutsopoulou, T., & Theodosopoulou, E. (2010). Study for the change of health related quality of life in women with early stage breast cancer, one year after the diagnosis. *Rostrum of Asclepius*, 9, 76–99.
  - Hajiran, H. (2006 ). Towards a Quality of life Theory: Not domestic product of happiness. *Social Indicators Research*, 75, 29-41.
  - Pierce, J., Conway, M., Grace, D., & Mikal, J. MS. (2024). Identifying Factors Associated With Heightened Anxiety During Breast Cancer Diagnosis Through the Analysis of Social Media Data on Reddit: Mixed Methods Study. *JMIR CANCER*. (10) 1-15
  - Puigpinós, R., Graells-Sans, A., Serral, G., Continente, X., Bargalló, X., Domènech, M., Espinosa-Bravo, M., Grau, J., Macià, F., Manzanera, F., Pla, M., Quintana, J., Sala, M., & Vidal, E. (2018). Anxiety and depression in women with breast cancer: Social and clinical determinants and influence of the social network and social support (DAMA cohort). *Cancer Epidemiol.* (55)123-129.
  - Rodrigues, P.F.S., Bártolo, A., & Albuquerque, P.B. (2023). Memory Impairments and Wellbeing in Breast Cancer Patients: A Systematic Review. *J. Clin. Med.*, 12(22), 1-19.

- Schalock, D. Robert L. Keith, Miguel Á. Verdugo, & Laura E. Gómez.(2011). Quality of Life Model Development and Use in the Field of Intellectual Disability. *Research Series*, 41(3)17-33.
- Yang, Y. Gorka, S. Pennell, M., Weinhold, K., & Orchard, T.(2023). Intolerance of Uncertainty and Cognition in Breast Cancer Survivors: The Mediating Role of Anxiety. . *Cancers*, 15(12), 1-11.
- You, J., Lu, Q., Zvolensky,M., Meng, Z., Garcia , K., & Cohen, R. (2017). Anxiety- and Health-Related Quality of Life Among Patients With Breast Cancer: Across -Cultural Comparison of China and the United States. *Journal of Global Oncology*, 58(79),1-9.