

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان (دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

Correspondence :E.mail :sabrovicy127@hotmail.com, phone 0079470174697

ملخص البحث:

تعتبر جودة الحياة من المواضيع الهامة لدى مرضى السرطان لما للمرض من اثار على كل ابعاد الحياة وارتباط ذلك بالحالة النفسية والسيولوجية والاستجابة للعلاج. هدف هذا البحث لمعرفة المستوى العام لجودة الحياة لدى مرضى السرطان (الثدي و البروستات و الرحم و عنق الرحم)، و دراسة معنوية الفروق في درجات القياس القبلي و البعدي بين المجموعتين الضابطة و التجريبية للتأكد من تجانس المجموعتين و فحص فعالية برنامج العلاج النفسي السلوكي المعرفي، و دراسة الفروق في فعالية برنامج العلاج النفسي السلوكي المعرفي في تحسين جودة الحياة لدى المجموعة التجريبية و التي تعزى لمتغيري نوع الورم و نوع العلاج. اجريت التجربة بمركز الخرطوم لعلاج الاورام - ولاية الخرطوم و تم الحصول على الموافقة الأخلاقية من لجنة اخلاقيات البحث بوزارة الخرطوم ، و تكونت العينة من 67 مريض 39 منهم عينة تجريبية و 28 منهم عينة ضابطة تم اختيارهم بالطريقة القصدية. واتبع البحث المنهج التجريبي، وتضمنت أدوات البحث مقياس جودة الحياة النسخة المختصرة، إعداد منظمة الصحة العالمية(1997) وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي المكون من (10) جلسات فردية من إعداد الباحث. و استخدمالبحث من المقاييس الإحصائية معامل ارتباط بيرسون، و معامل الفا كرونباك، و قيمة اختبار (ت) لعينة ومجتمعها، و قيمة اختبار(ت) لعينتين مستقلتين وعينتين مرتبطتين، و اختبار تحليل التباين الأحادي (انوفا).

وكانت أهم النتائج التي توصل اليها البحث ان جودة الحياة لدى مرضى السرطان (الثدي، البروستات، الرحم ، و عنق الرحم) تتسم بالانخفاض ، و لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات القياس القبلي لجودة الحياة بين المجموعة الضابطة والتجريبية مما يؤكد تجانس المجموعتين ، بينما توجد فروق معنوية عند مستوى دلالة (01). في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية تعزى لفاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي مما يؤكد فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تحسين جودة الحياة. و لاتوجد فروق في فعالية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان تبعاً لمتغيرينوع الورم و نوع العلاج ، وخرج البحث بمجموعة من التوصيات و المقترحاتأهمها إعداد دليل

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

من البرنامج المطبق في البحث يتضمن النتائج والخطوات و تطبيقه عملياً بالمستشفيات بعد تدريب المختصين النفسيين عليه. و الاستفادة من الجمعيات العالمية العاملة في مجال السرطان و جودة الحياة في تطبيق توصيات البحث.

Abstract:

Quality of life is one of important topics for cancer patients, because of the wide effects of cancer in patients life aspects, and it is correlation with his psychological and physiological state, and the response to treatment. This research aimed to discover the general level of quality of life among cancer patients (breast, Cervix, Uterus, Prostate cancer), and to compare the differences between control and experimental sample in pre and post testing to investigate the homogeneity of groups and the effectiveness of cognitive behavioral psychotherapist program, and see if there are statistically significant differences in the effectiveness of program due to Type of tumor and type of treatment variables. Trail applied in Khartoum Oncology Hospital, Khartoum State, the ethical approval was earned from Ethics Research Board of Ministry of Health Khartoum State, Sample was 67 patients divided to 28 patients as control sample, and 39 patients as experimental sample selected intentionally, the research tools was WHO quality of life scale (QOLBRIEF), and a cognitive behavioralpsychotherapeutic program of ten individual sessions prepared by researcher, and for statistical analysis research used Alpha Cronbach, Person correlation coefficient, and T test for one groups, and (T test) for two independentand correlated groups, and Anova for multiple statistical differences coefficient. The results showed that the general level of quality of life among cancer patients is low, no statistically significant differences between control and interventive groupIn pretest confirming homogeneity of groups, while there are statistically significant differences in post intervention test confirming the effectiveness of the program in improving quality of life. No statistically significant differences in the effectiveness of therapeutic program to improve quality of life due to type of tumor, or type of treatment. The research concluded to a number of recommendations and proposals the important one is to prepare a printed guide with the research results and program and its steps and apply it in cancer centers after train the psychologist on it. Take advantages of international organizations who work in cancer and quality of life setts to apply research recommendations.

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

المقدمة:

يعتبر موضوع جودة الحياة فيما ذكر مشري (٢٠١٤) واحدة من اهم مجالات علم النفس الإيجابي، والتي تهدف الى تحقيق الحياة الهادفة ذات المعني، أو حياة الانتماء للآخرين، وتحاول ان تجاوب على السؤال كيف يتوصل الافراد الى الإحساس الإيجابي بجودة الحياة؟، مما يجعل الفرد يتجاوز اهتماماته الضيقة، الى أهداف أكثر اتساعاً وقيمةً، والاهتمام بأشياء أكثر دوماً من الذات، مثل: الاهتمام بالطبيعة، والجماعات الاجتماعية، والمؤسسات، وتدفعه الى الانضمام والإسهام في نشاطات وخبرات أوسع. وذكر رايف (Ryff, ١٩٨١) أن جودة الحياة تتمثل في الإحساس الإيجابي بحسن الحال، كما يتم رصده بالمؤشرات السلوكية، التي تدل على ارتفاع مستويات رضا الفرد عن ذاته، وحياته بشكل عام، وكذلك سعي الفرد المتواصل لتحقيق اهداف شخصية ذات قيمة ومعنى بالنسبة له، لتحقيق استقلاليته، وحرية الفرد في تحديد وجهة حياته ومسارها، كما ترتبط جودة الحياة بالإحساس العام بالسعادة، والاستمتاع بالحياة، والسكينة، والشعور بالطمأنينة النفسية.

انتشرت دراسات موضوع جودة الحياة وتطورت في الأعوام الأخيرة، حيث وجد بيشوب وميلر في دراستهم (Bishop & Miller, ٢٠٠٨) أن هنالك أكثر من ٦٢٧ بحثاً نشرت في موضوع جودة الحياة في الفترة من عام (٢٠٠٠ الى ٢٠٠٥). و في تايلور (Tylor, 2008) لم ينظر الى نوعية الحياة على انها مسألة ذات أهمية سيكولوجية الا في وقت متأخر نسبياً، كما ظلت نوعية حياة المرضى تقاس بالفترة التي يبقى فيها المريض على قيد الحياة، وبوجود المرض دون اي اعتبار للعواقب النفسية والاجتماعية الناجمة عن المرض. والواقع ان المعايير الطبية لقياس جودة الخدمة الطبية وقياس نوعية حياة المرضى ضعيفة الارتباط بتقييمات المريض او محيطه الأسري، ففي دراسة مشهورة (لجاكوك، ١٩٨٢) حول المرض المزمن وجد أنه على الرغم من ان ١٠٠% من الاطباء ذكروا أن نوعية حياة مرضاهم تحسنت مع الاستعمال المنتظم للدواء، الا ان نسبة من ايد ذلك من المرضى لم تتجاوز ٥٠%، كما لم يؤيده أيضاً المحيطين بالمرضى. إضافة الى ذلك تشير العديد من الابحاث الى ان المرضى يدركون بعض الامراض ومعالجتها على انها قدر أسوأ من الموت، وذلك لأنها تهدد جوانب ونشاطات حيوية مهمة في حياتهم كما ذكرت تايلور (Tylor, 2008).

اورد كتلو وعبد الله (٢٠١١) أن دراسة جودة الحياة تعتبر من الدراسات الحديثة نسبياً في مجال الطب،

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

والصحة العامة، والطب النفسي، وعلم النفس، والتربية، كما ان مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الحديثة في العالم العربي، والاهتمام المتزايد بجودة الحياة والرغبة في تقليل الاثار السلبية للإصابة بالمرض يشكل اقصى تطلعات العاملين في هذه المجالات. و ان تحقيق جودة الحياة وتغلب الشخصية على العقبات التي تواجهها يكون صعباً من دون تقديم خدمات مساندة، ودعم ايجابي، والبحث عن معنى الحياة وتحقيقه. حيث يؤكد (فرانك، ١٩٩٠، Frank) أن معنى الحياة هو الشيء الاساسي الذي يساعد الانسان على البقاء حتى في أسوأ الظروف، كما يساعده على تجاوز ذاته والتوجه بإيجابية في الحياة، والتوجه نحو المستقبل بتفاؤل، من خلال اكتشافه للجوانب الايجابية والقدرات والإمكانيات التي بداخله، بدلاً من تركيزه على الجوانب السلبية.

ذكرت (تايلور، 2008) ان السرطان يأتي إحصائياً بعد أمراض القلب مباشرةً حيث يشكل السبب الثاني الرئيسي للوفيات في الولايات المتحدة ومعظم البلدان النامية ، و ذكرت أن نسبة الوفيات بالسرطان تزايدت بصورة ملحوظة ، وهذا يدعو الى الاجتهاد في تطوير أساليب التشخيص المبكر، وتطوير اساليب العلاج لتحسين سبل التعامل مع هذا المرض. و في (منظمة الصحة العالمية ، 2020) اصيب (18.1) مليون شخص في العالم بالسرطان في العام (2018)، و (9.6) مليون شخص توفوا بسبب السرطان، وفي حلول عام (2040) سيتضاعف هذا العدد. وذكرت تايلور (2008) انه بعد تشخيصهم بالمرض المزمناً كثيراً ما يواجه المرضى أزمة تتخللها حالة من عدم التوازن الجسمي، والنفسي، والاجتماعي. حيث يكتشفون أن أساليبهم الاعتيادية في التكيف مع المشكلات ليست فعالة، وعندما لا تستجيب المشكلات المصاحبة للأمراض المزمنة لجهود التعاملتكون النتيجة سلبية تماماً، مما يزيد نسبة العواقب الصحية، كما انه قد يسيطر القلق والخوف والاكئاب على المريض، حيث وجد الباحثون ان التجنب وعدم القدرة على مواجهة المرض، والعوامل الشخصية، والحالة الاكتئابية، لها أثر كبير في تطور المرض وتسارعه. كما قد ينجم عن علاج السرطان صعوبات ومضاعفات ترتبط بالعلاج نفسه، قد يعاني منها المرضى المعرضين للعلاج بالجراحة، أو ربما يختلق استئصال الأعضاء مشكلات تجميلية، كما هو الحال في سرطان الثدي، والرحم، والاطراف، ثم يؤدي ذلك الى القلق حول صورة الجسم، والاحساس بأن جسد الانسان لم يعد متكاملًا، وغير قادر على القيام بوظائفه بالصورة المطلوبة.

ذكر اس جي (2012) أن العلاج السلوكي المعرفي نوع من العلاج النفسي الذي يعالج مدى واسع من المشكلات النفسية مثل: الاكتئاب، والقلق، والألم، ومشكلات النوم وغيرها، إذ يحتوى على عدد من

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

الاستراتيجيات والتقنيات الفعالة، وأسهه كل من أرون بيك، والبرت اليس، وذكرنا فيه أن معتقدات الشخص ومخططاته المعرفية التي يفهم بها موقفاً معيناً هي مانتقود الى التكيف مع الموقف او سوء التكيف، إذ طوراً طريقة تقوم بتعديل معتقدات الشخص وفهمه للمواقف، مما يساعد على تعديل سلوكه، وتحسين صحته النفسية. و حسب تقرير (منظمة الصحة العالمية ، 2020) من الافكار الخاطئة و الشائعة عن السرطان فكرة ان السرطان مرض قاتل لا محالة او ان السرطان مرض معدي ووبائي وان السرطان لا يمكن الوقاية منه، وتتطلق الدراسة الحالية من مسلمة ان العلاج السلوكي المعرفي من خلال تقنياته، وبرنامج، ومبادئه قادر على تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان. إذ ان العلاج السلوكي المعرفي يقوم على تغيير مفاهيم ومدرجات الفرد السلبية تجاه حياته ككل، ويساعده على النظر الى الجوانب الايجابية وتعلم تقنيات توافق جديدة توافق وضعه الحالي.

مشكلة و مبررات البحث:

ورد في تقرير تطور السرطان عن الجمعية الامريكية لبحوث السرطان (٢٠١٤) انه بالرغم من استمرار التطور الهائل في برامج علاج ومكافحة السرطان الا انه مازال هناك ما يقارب (585,720) امريكي سيموتون خلال عام (٢٠١٤) بالسرطان، ويتوقع ان يتضاعف العدد، كما يتوقع ان يزيد عدد الموتى في العالم من (8,200,000) في عام (٢٠١٢) الى (14,600,000) بحلول عام (٢٠٣٥). و فيما ذكره ارثر ام (Arthur. M, 2003) ان التشخيص بمرض مثل السرطان له العديد من الاثار النفسية والاجتماعية والمهنية على المريض، كما ان المحيطين بمرضى السرطان يركزون جهودهم في الاهتمام بالحالة الصحية وتطور المرض، ناسيين بذلك المعاناة التي يتركها المرض من تدهور في النشاط الاجتماعي، والمهني، والنفسي، وكذلك فقدان النشاط و الاستمتاع، وأن الخدمات العلاجية التي تقدم لهم تحتاج الى تطوير أكثر لتشمل جميع جوانب حياتهم، ولاشك ان هذا ما يعبر عنه بجودة الحياة، كما انه رغم التطور في علاج السرطان الا انه هناك العديد من المرضى من وصف بعض انواع علاج السرطان بأنها أسوأ من المرض نفسه، لما له من اثار جسمية، ونفسية. كما تؤثر الاصابة بالسرطان على كل جوانب حياة الفرد ليس فقط الجسمية منها، وانما النفسية، والاجتماعية، والاقتصادية، والاسرية.

أورد عبدالحميد عوض فبراير (٢٠١٨) أن عدد الإصابات السنوية بالسرطان في السودان تقدر ب(١٥) الف حالة، وتصل نسبة سرطان الثدي الى (٥٠%) من الحالات عند النساء، و تصل سرطانات البروستات والثدي عند الرجال الى نسبة ٤٠% منها كما. ووردت الإصابة بسرطان الثدي، والرحم، وعنق

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

الرحم، والبروستات في دليل الوقاية والاكتشاف المبكر لأنواع السرطان الأكثر شيوعاً (٢٠١٠) من ضمن الأنواع العشرة الأكثر شيوعاً في السودان والمسجلة بالمركز القومي للعلاج بالأشعة. ونقل فيصل محمد في ٢٦ أغسطس (٢٠١١) عن بروفييسور حسين محمد أحمد مدير مستشفى الذرة أن سرطان الثدي يمثل نسبة (٣٤%) من السرطان عند النساء في السودان يليه سرطان عنق الرحم بنسبة (١٤%) إذ يمثلان معاً ما يقارب نصف الإصابات بالسرطان لدى النساء. وذكر عبد الحميد ان د. خاطر يوسف مدير مستشفى الخرطوم لعلاج الأورام ذكر أن نسبة الحالات التي تصلهم شهرياً تقدر بألف حالة، كما يذكر ان ٣٤% من الإصابات تشكل سرطان الثدي. و ذكر أبو إدريس وآخرون (٢٠١٠) أن سرطان الثدي هو الأكثر شيوعاً بين النساء في العالم إذ يبلغ (١٨٠) ألف حالة سنوياً في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها (٣٠) ألف حالة منها تنتهي بالوفاة، وهو السبب الأول للوفاة بسبب السرطان بين النساء في السودان.

بحسب تقديرات جمعية السرطان الأمريكية (٢٠١٨) في اسكاي نيوز صنف سرطان البروستات بالسرطان الاكثر فتكاً بالرجال، ففي العام (٢٠١٧) أصيب مايزيد عن (١٣٤) ألف شخص بسرطان البروستات في الولايات المتحدة سيموت منهم (٣٠) ألف شخص. ونقلت دار السلام علي (٢٠١٥) عن د. كمال حمد استشاري علاج الأورام بكلية الطب جامعة الخرطوم أن سرطان البروستات في السودان من أعلى أنواع السرطان لدى الرجال حيث يحضر سنوياً ما يقارب (٦٠٠) حالة في مدني والخرطوم فقط. وذكر شرفي وآخرون (٢٠١١) أن سرطان البروستات يعتبر السرطان الأول لدى الرجال في الدول النامية، وفي أوربا يصل الى (٢,٥) مليون حالة في العام حيث يشكل (١١%) من الاصابة بالسرطان لدى الذكور ويسبب (٩%) من حالات الوفاة بالسرطان بين الذكور، بينما أورده مركز الخرطوم للعلاج الإشعاعي بالسودان في الترتيب الثالث ضمن السرطانات التي تصيب الرجال وفسر شرفي ذلك الى الصعوبات التشخيصية.

الجوانب النفسية في علاج مرض السرطان مهمة جداً الا أن التقرير الإحصائي الصحي السنوي لوزارة الصحة الإتحادية للعام (٢٠١٧) عن القوى العاملة في الحقل الصحي لم يذكر إحصائية المرشدين النفسيين بينما اكتفى بذكر الباحثين الاجتماعيين بين (٣٦٦) باحث اجتماعي بأقل إحصائية من بين المهن الأخرى، مقابل (٧٥٦١) من الأطباء. مما يوضح ضعف التغطية بالخدمات النفسية للمستشفيات عموماً ومستشفيات السرطان خصوصاً.

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

أوردت أحمد واخرون (٢٠١٧) ان الاصابة بالسرطان وعلاجاته لها اثر سلبي كبير على جودة الحياة، مما دعا لتوجه العديد من البحوث للكشف عن اثر علاجات السرطان على جودة حياة المرضى، ولذلك كان التفكير في تطوير نموذج تدخل نفسي يساعد في تحسين جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى، و حسب علم الباحث انه توجد دراسات نفسية كثيرة في السودان عن مرض السرطان ولكن لا توجد دراسة سابقة في السودان تناولت فعالية العلاج السلوكي المعرفي ودوره في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان، لحدائة العلاج السلوكي المعرفي مقارنة بالتدخلات النفسية الاخرى ولذلك كان التفكير في تطوير نموذج تدخل نفسي يساعد في تحسين جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى. ومن هذه النقطة خرجت تساؤلات البحث كالآتي:

➤ هل تتسم جودة الحياة لدى مرضى السرطان بالانخفاض؟

➤ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات القياس القبلي لجودة الحياة بين المجموعة الضابطة و التجريبية تنفي تجانس المجموعتين و فروق في القياس البعدي تثبت فعالية البرنامج العلاجي؟

➤ هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية العلاج السلوكي المعرفي في تحسين جودة الحياة لدى المجموعة التجريبية تعزى لمتغيرات نوع العلاج و نوع المرض من حيث مكان الورم بالجسم.

منهجية البحث:

منهج البحث:

انتهج البحث المنهج التجريبي ذو الضبط المحكم إذ قام فيه الباحث باختيار عينة تم تقسيمها الى مجموعتين ضابطة و تجريبية ، و قام بإجراء القياس القبلي لمعرفة التجانس بين المجموعتين ، و قام بتطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية و من ثم طبق القياس البعدي على المجموعتين.

مكان البحث:

اجري البحث في مستشفى الخرطوم لعلاج الاورام (الذرة) و يقع هذا المستشفى في ولاية الخرطوم شارع القصر جوار مستشفى الأذن و الأنف و الحنجرة ، و هو المستشفى الاول في السودان لعلاج الاورام ، وقد تأسس في العام ١٩٦٧ بعد ان كان قسما من الاقسام العلاجية بمستشفى الخرطوم التعليمي ليصبح مركز متخصصا لتشخيص وعلاج الاورام وامراض الغدة الدرقية وسرطانات الدم المختلفة. يضم

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري دم إدريس

المستشفى مختلف الكوادر الطبية والخدمية وهندسة الاجهزة الطبية والكوادر الطبية المساعدة عالية التأهيل، و يقدم المستشفى الخدمات التشخيصية والعلاجية لحوالي (٨٠٠٠) حالة جديدة سنويا اضافة الى حالات المتابعة الدورية ، كما تمتد خدمات المستشفى للعديد من المرضى من دول الجوار مثل اثيوبيا وارتريا وتشاد حيث لا توجد الخدمات المتخصصة لعلاج الاورام (الموقع الرسمي للمستشفى على الشبكة العنكبوتية).

مجتمع البحث :

يمثل مرضى السرطان المترددين على مستشفى الخرطوم لعلاج الأورام التابع لوزارة الصحة بالخرطوم في شهر أكتوبر ونوفمبر وديسمبر من العام (2019) والمشخصين بسرطان الثدي ، أو البروستات ، أو الرحم أو عنق الرحم ، والذين تنطبق عليهم خصائص الاشتمال مجتمع هذا البحث.

وكان المرضى يأتون للعلاج في أحد مباني وأقسام المستشفى ، وهي العنابر العامة ، و عنابر وعيادات العلاج التلطيفي ، و عنابر العلاج الكيميائي (البرج) وجزء في عيادة الحوادث. يأتي بعضهم للمقابلة في العيادات الخارجية والبعض منهم يأتي لجلسات العلاج الكيميائي ، والبعض منوم بالمستشفى والجدول (1) التالي يوضح بياناتهم:

جدول (1) توزيع مجتمع البحث:

الرقم	البيان	العدد
1	كل انواع السرطان في الشهور الثلاثة	2378 مريض
2	سرطان الثدي	424 مريض
3	سرطان البروستات	145 مريض
4	سرطان عنق الرحم	73 مريضة
5	سرطان الرحم	44 مريضة
6	إجمالي الأربع انواع	686 مريض

عينة البحث:

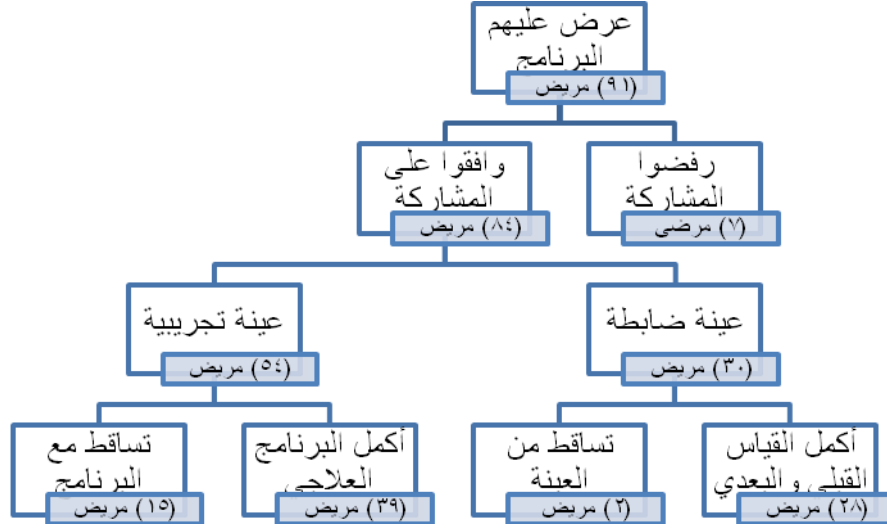
تم اختيار عينة البحث الحالي بالطريقة القصدية و أختار فيها الباحث كل المجموعة التي قابلته من المجتمع. إذ يسترشد الباحثين في اختيار العينة بالبحوث السابقة التي انتهجت نفس المنهج وتوفرت فيها

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري دم إدريس

صفات مجتمع مشابهة ، حيث هناك اقتراحات بتحديد عدد (30 فرداً) في البحوث الوصفية و(15 فرداً) في كل مجموعة في البحوث التجريبية (عبيد، 2003). وبالرجوع للدراسات السابقة وإحصائية المجتمع وخصائص الاشتغال واختيار المرضى الذين تسمح حالتهم الصحية بالمشاركة ، ولا يعانون من أمراض أخرى مصاحبة للسرطان وكان إختيار العينة حسب الشكل التالي:



شكل (1) مراحل اختيار العينة

وكان أهم أسباب رفض المشاركة أن المرضى يشعرون بالإرهاق و التعب و غير قادرين على التحدث مع المعالج ، ورفض أزواج بعض المريضات مشاركتهم بسبب الوصمة النفسية. وكان السبب الاساسي في التساقط ان بعض المرضى يأتون لجرعة العلاج الكيمايئي من أماكن بعيدة من خارج الخرطوم بفترات متباعدة ، حيث ربط أغلب المرضى الجلسات بموعد حضورهم للمقابلات و لجلسات العلاج الكيمايئي بسبب صعوبة المواصلات والتنقل ، وانقطع تواصل المعالج مع بعض المرضى بسبب سوء شبكات الاتصال ، والبعض منهم تساقط بسبب تدهور حالاتهم الصحية ، وكان التوزيع التكراري للعينة على متغيرات الدراسة حسب الجدول التالي:

الوصف الديموغرافي للعينة:

تكونت العينة النهائية من (67) مريض ويشمل الجدول التالي توزيع العينة حسب متغيرات الدراسة:
جدول رقم (2) يوضح توزيع العينة الكلية الى ضابطة وتجريبية، وتوزيع العينة حسب متغيرات نوع العلاج الذي يتلقاه المريض، ونوع الورم حسب الموقع بالجسم:

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري دم إدريس

المتغير	التصنيف	العينة الكلية		العينة الضابطة		العينة التجريبية	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نوع العلاج	كيميائي	55.2	37	50.0	14	59.0	23
	إشعاعي	3.0	2	3.6	1	2.6	1
	نوعين فاكث	41.8	28	46.4	13	38.5	15
	إجمالي	100	67	100	28	100	39
نوع الورم	ثدي	70.1	47	67.9	19	71.8	28
	رحم	16.4	11	21.4	6	12.8	5
	عنق رحم	3.0	2	0	0	5.1	2
	بروستات	10.4	7	10.7	3	10.3	4
	إجمالي	100	67	100	28	100	39

من الجدول السابق نلاحظ أن عينة البحث بلغت (67) مريض ، (39) مريض منهم مثلوا العينة التجريبية و (28) منهم مثلوا العينة الضابطة ، و كان توزيعهم حسب نوع الورم بالجسم (11) منهم يعانون من سرطان الرحم ، و (47) من سرطان الثدي و (7) من سرطان البروستات و (2) من سرطان عنق الرحم ، وحسب نوع العلاج الذي يتلقاه المريض (37) يتلقون العلاج الكيميائي فقط و (2) يتلقون الإشعاعي فقط ، و (28) من المرضى يتلقى أكثر من نوع من العلاج ، و لا يوجد مرضى يتلقون العلاج الهرموني فقط أو الجراحي فقط.

ادوات البحث:

استخدم البحث من الادوات:

- 1- استمارة بيانات أولية من إعداد الباحث تحتوى على متغيرات ديموغرافية هي : العمر، والنوع ، والمستوى التعليمي ، والحالة الزوجية ، و المستوى الاقتصادي ، و متغيرات نوع المرض من حيث موقعه بالجسم ، ومدة التشخيص ، ونوع العلاج ، ومدة الإصابة.
- 2- مقياس جودة الحياة منظمة الصحة العالمية (1996) ، والذي قامت بترجمته د. بشرى أسماعيل (2008).

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري دم إدريس

الخلفية النظرية للمقياس:

قامت منظمة الصحة العالمية (1996)، بالتعاون مع أكثر من (15) مركز، بإعداده النسخة المطولة (100) عبارة (WHOQOL-100) وبعد ذلك قامت بتطوير النسخة المختصرة (26) عبارة (WHOQOL-Brief)، وتم إعدادها لتوافق ثقافات مختلفة في العالم، وتمت ترجمتها الى أكثر من (20) لغة من لغات العالم، وهي تركز على وجهة النظر الشخصية للأفراد حول جودة الحياة التي يعيشونها، أي كيف يقيم الافراد حياتهم، ومدى رضاهم عنها، وتستخدم للأصحاء والمرضى، واجريت عليها دراسات كثيرة، وبلغ معامل صدقها (0.90). بعدما تم تجريبيها في عدد من الدراسات وتقيس النسخة مجموعة من الأبعاد، وهي البعد الجسمي، والنفسي، وجودة العلاقات الاجتماعية، والبعد البيئي، وبعد جودة الحياة العامة (منظمة الصحة العالمية، 1997). حيث قامت الدكتورة بشرى اسماعيل أحمد (2008) بترجمتها الى اللغة العربية في جامعة ام القرى بالسعودية، حيث بلغ صدقها وثباتها (0.85). ويتم تصحيحها حسب مقياس ليكرت خماسي المحارف وتتراوح درجاتها بين (26 و 130 درجة) تشير الدرجة المرتفعة الى ارتفاع جودة الحياة (عمرون، 2017).

وتقيس العبارات أبعاد مختلفة هي:

بعد جودة الحياة العامة وتقيسه العبارات (1 - 2)

البعد الجسمي وهذا تقيسه العبارات (3 - 4 - 10 - 15 - 16 - 17 - 18)

البعد النفسي وهذا تقيسه العبارات (5 - 6 - 7 - 11 - 19 - 26)

بعد العلاقات الاجتماعية وهذا تقيسه العبارات (20 - 21 - 22)

بعد جودة البيئية وهذا تقيسه العبارات (8 - 9 - 12 - 13 - 14 - 23 - 24 - 25)

الخصائص السيكومترية للمقياس حسب الدراسة الحالية:

الصدق الظاهري لمقياس جودة الحياة:

قام الباحث بعد الحصول على موافقة إلكترونية لاستخدام نسخة المقياس من منظمة الصحة العالمية بعرض المقياس على ثمانية من المختصين وذلك لحساب الصدق الظاهري، حيث أبدوا جميعا الموافقة على صلاحية المقياس للدراسة بعد إجراء بعض التعديلات، وكان من التعديلات التي أوصوا بها أن بعض خيارات الاجابة في بعض العبارات مرتبة من السلبي للإيجابي فأوصوا بتوحيد ترتيب الاجابة لكل

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

العبارات من الإيجابي راضي تماماً الى السلبي غير راضي تماماً. كما أوصوا ببعض التعديلات اللفظية على بعض العبارات ، و حافظ المقياس على عدد العبارات 26 عبارة ، وكانت العبارات التي تم تعديلها بالجدول التالي:

جدول رقم (3) يوضح العبارات التي تم تعديلها في مقياس جودة الحياة

الرقم	العبرة قبل التعديل	العبرة بعد التعديل
1	ما هو تقديرك لنوعية الحياة ؟	بصورة عامة كيف تقيم حياتك؟
3	من رأيك إلي أي مدي يمكن أن يؤدي مرضك إلي عجزك عن القيام بالعمل ؟	إلي أي مدي يمكن أن يؤدي الألم الجسمي والنفسي إلي عجزك عن القيام بالعمل ؟
5	ما مدي استمتاعك بالحياة ؟	ما مدي استمتاعك بحياتك ؟
7	إلي أي مدي يمكنك تركيز عقلك ببساطة ؟	ما مدي قدرتك على التركيز الذهني ؟
9	ما مدي جودة الاهتمام الصحي في بيئتك الطبيعية ؟	ما مدي الاهتمام الصحي المتوفر في حياتك ؟
10	هل لديك الكفاية و الفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية ؟	هل لديك الفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية ؟
11	هل أنت متقبل لبنائك الجسدي ؟	الى اي مدى أنت متقبل لبنائك وشكلك الجسدي ؟
12	هل أنت كفاء لإشباع احتياجاتك ؟	الى اي مدى أنت قادر على إشباع احتياجاتك المادية ؟
13	ما مدي توافر المعلومات اللازمة و التي تحتاج إليها في حياتك اليومية ؟	ما مدي توافر المعلومات التي تحتاج إليها في حياتك اليومية ؟
14	إلي أي مدي تتوافر لديك الفرصة للراحة و الاسترخاء ؟	مامدي حصولك على فرص للترفيه؟
15	كم أنت قادر علي التنقل هنا وهناك ؟	الى اي حد أنت قادر علي الحركة والتجوال ؟
16	إلي أي مدي أنت راضي عن نومك ؟	إلي أي مدي أنت راضي عن نومك(الساعات التي تنامها وكفايتها لك) ؟
22	كم أنت راضياً عن المساندة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقائك ؟	كم أنت راضياً عن المساندة الاجتماعية التي يقدمها لك من حولك ؟
24	ما هو مدي رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع ؟	ما هو مدي رضاك عن حصولك على الخدمات الصحية ؟
25	ما هو مدي رضاك عن مزاجك ورحلاتك ؟	ما هو مدي رضاك عن برامج الترفيه في حياتك ؟
26	كم مرة شعرت فيها بالحزن ، الاكتئاب ، والقلق ؟	مامدى شعورك بمشاعر غير مريحة عموماً مثل الخوف والقلق أو الحزن ؟

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري دم إدريس

حساب الصدق الارتباطي للمقياس:

بعد التحقق من الصدق الظاهري تم تطبيق المقياس على عينة تجريبية بلغت (31) مريضاً بالسرطان، وبلغ الصدق العام للمقياس (.944) بحساب الجزر التربيعي للثبات (.892) ولحساب صدق ارتباط العبارات بدرجات الابعاد الخاصة بها تم حساب معامل ارتباط بيرسون وهو كما موضح بالجدول التالي:

جدول رقم (4) يوضح الصدق الارتباطي للعبارات حسب الابعاد:

البعد العام		البعد الجسمي		البعد النفسي		البعد البيئي	
العبرة	الارتباط	العبرة	الارتباط	العبرة	الارتباط	العبرة	الارتباط
1	.879	3	.438	5	.796	8	.469
2	.867	4	.434	6	.809	9	.631
البعد الاجتماعي		10	.524	7	.653	12	.660
العبرة	الارتباط	15	.543	11	.626	13	.662
20	.519	16	.666	19	.752	14	.617
21	.544	17	.831	26	.867	23	.741
22	.705	18	.775	—	—	24	.575
—	—	—	—	—	—	25	.650

من الجدول السابق يتضح أن كل عبارات المقياس تتميز بصدق ارتباطي عالي بدرجات أبعادها إذ أن قيمة معامل بيرسون للصدق الارتباطي لكل العبارات كانت اعلى من (.300) وهي القيمة الاحصائية لمعامل بيرسون الارتباطي.

كما يوضح الجدول (5) التالي الإتساق الداخلي للمقياس من خلال معامل معاملات الارتباط الداخلي بين أبعاد المقياس والدرجة الكاملة للمقياس:

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

جدول (5) معامل الصدق الإرتباطي للعبارات بأبعادها

المقياس	البيئي	الاجتماعي	النفسي	الصحي	البعد العام	البعد
.684(**)	.584(**)	.478(**)	.589(**)	.307		البعد العام
.659(**)	.476(**)	.212	.252		.307	الصحي
.827(**)	.778(**)	.520(**)		.252	.589(**)	النفسي
.656(**)	.631(**)		.520(**)	.212	.478(**)	الإجتماعي
.936(**)		.631(**)	.778(**)	.476(**)	.584(**)	البيئي
	.936(**)	.656(**)	.827(**)	.659(**)	.684(**)	المقياس

حساب الثبات:

وللتأكد من ثبات المقياس تم حساب معامل الفا كرونباخ لثبات العبارات والمقياس ككل ويوضح الجدولين

التاليين معاملات ثبات المقياس الكلي وثبات العبارات:

جدول رقم (6) يوضح قيمة معامل الثبات الفا كرونباخ للمقياس:

عدد عبارات المقياس	معامل الثبات الفا كرونباخ
26 عبارة	.892

جدول رقم (7) يوضح قيم معامل الثبات الفا كرونباخ للعبارات:

العبرة	معامل الثبات	العبرة	معامل الثبات	العبرة	معامل الثبات	العبرة	معامل الثبات
1	.881	8	.886	15	.884	22	.888
2	.885	9	.884	16	.883	23	.878
3	.894	10	.890	17	.884	24	.885
4	.898	11	.885	18	.883	25	.884
5	.881	12	.883	19	.884	26	.875
6	.880	13	.884	20	.885	—	—
7	.889	14	.880	21	.889	—	—

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

من الجدولين أعلاه يتضح أن المقياس يتميز بثبات عالي حيث بلغ معامل ثبات المقياس الكلي (0.892). كما ان كل عبارات المقياس تتميز بثبات عالي إذ أن قيمة معامل الثبات الفا كرونباك لكل العبارات كانت اعلى من (0.500). وأقرب الى الواحد الصحيح ، مما جعل الباحث يعتمد المقياس بالشكل الحالي من 26 عبارة دون حذف اي عبارة.

3- برنامج العلاج السلوكي المعرفي اعداد الباحث:

حيث يتكون البرنامج من (10) جلسات بمعدل (30) الى (45) دقيقة للجلسة ، قام الباحث بإعداده بعد الاطلاع على البرامج السابقة ، واعتمادا على تقنيات ونظريات العلاج السلوكي المعرفي المتعددة ، وقام الباحث أيضاً بعرض البرنامج العلاجي على المختصين المذكورين وأبدوا جميعاً ملاحظاتهم حول البرنامج ، وقام الباحث بتطبيق توصياتهم على البرنامج ، ومن ثم إعداد بصورته النهائية. حيث تتناول الجلسات تعديل الأفكار و السلوكيات السلبية المرتبطة بأبعاد جودة الحياة من خلال تقنيات العلاج السلوكي المعرفي ، و هناك واجب يقوم به المريض بين الجلسات ، كما تحوي التقنيات تقنيات تخص تعديل السلوك ، و تقنيات تخص تعديل المشاعر السلبية ، و تقنيات تساعد في تعديل الأفكار مثل تقنية الإسترخاء ، و جدول الأنشطة اليومية ، و تقنية الحوار السقراطي و إختبار صحة الأفكار و التعرف عليها ، و تقنية إيقاف الأفكار و محاولة إستبدالها.

خطوات البحث:

تم هذا البحث في خطوات وهي بالترتيب كالاتي:

- الاطلاع على الدراسات السابقة الاجنبية والعربية عن السرطان والعلاج السلوكي المعرفي وجودة الحياة.
- قام الباحث بزيارة مستشفى الخرطوم لعلاج الأورام للوقوف على الوضع الحقيقي للمرضى.
- إعداد خطة البحث وعرضها على إدارة الدراسات العليا بالقسم وإجازتها.
- مقابلة المشرفين والتناقش معهم حول الخطة وأخذ موافقتهم النهائية على الاشراف.
- الحصول على عدد من المراجع والدراسات السابقة حول الموضوع والاطلاع عليها مجدداً ، وإعداد الإطار النظري (الفصل الثاني، بالمباحث والدراسات السابقة).

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري دم إدريس

- الحصول على نسخة مقياس جودة الحياة إعداد منظمة الصحة العالمية وترجمة د.بشرى اسماعيل ، وتصميم البرنامج العلاجي ، ثم عرض نسخة من المقياس والبرنامج العلاجي على (8) من المحكمين المختصين ، ثم إجراء التعديلات التي تم الاتفاق عليها من المحكمين على البرنامج العلاجي والمقياس.
- تطبيق المقياس على عينة تجريبية بلغت (31 مريض) لقياس الصدق والثبات الارتباطي.
- إعداد الصورة النهائية للمقياس والبرنامج العلاجي.
- الذهاب لوزارة الصحة وتقديم عرض توضيحي عن خطة البحث والبرنامج العلاجي والأدوات المستخدمة ، بعد عرض البرنامج على اللجنة ومن ثم إجازة البرنامج والتوجه للمستشفى.
- تدريب اثنين من الأخصائيين النفسيين بالمستشفى على البرنامج العلاجي لمدة يومين للاستعانة بهم في تطبيق البرنامج ومن ثم اختيار العينة وتقسيمها الى ضابطة وتجريبية.
- تطبيق القياس القبلي والبعدي والبرنامج العلاجي والحصول على البيانات.
- تحليل واستخراج النتائج ومناقشتها وصياغة البحث في شكله النهائي.

التحليل الإحصائي :

استخدم الباحث في هذا البحث ابتداءً من التحقق من صدق الادوات وثباتها و انتهاء باختبار الفروض

ومناقشتها مجموعة من المقاييس الإحصائية وهي كالاتي:

- معامل ارتباط بيرسون
- معامل الفا كرونباك
- قيمة اختبار (ت) لعينة ومجتمعها
- قيمة اختبار (ت) لعينتين مستغلتين وعينتين مرتبطتين
- اختبار تحليل التباين الأحادي (انوفا)

نتائج البحث:

عرض نتيجة الفرض الأول:

نص الفرض " يتسم المستوى العام لجودة الحياة لدى مرضى السرطان (الثدي، البروستات، الرحم، عنق

الرحم) بالانخفاض"

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري دم إدريس

ولفحص الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) لمعنوية الفرق بين العينة والمجتمع وكانت النتائج

كما معروضة في الجدول التالي:

جدول رقم (٨) يوضح قيمة اختبار (ت) لمعنوية الفرق بين عينة والمجتمع:

حجم العينة	الوسط الفرضي	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	الدلالة الاحصائية
٦٧	١٠٤	101.84	11.105	1.595	66	0,115

من الجدول أعلاه يتضح أن الوسط الفرضي لعامة المجتمع (١٠٤) درجة بناءً على المقياس، ومتوسط العينة (١٠١,٨٤) مما يوضح أن جودة الحياة لدى العينة تتميز بالانخفاض، وبالنظر إلى قيمة (ت) التي بلغت (١,٥٩٥) بمعنوية (٠,١١٥) فإن الفرق بين درجة العينة والمجتمع فرق غير معنوي عند قيمة معنوية (٠,٠٥).

عرض نتيجة الفرض الثاني:

نص الفرض "توجد فروق في جودة الحياة لدى مرضى السرطان في القياس البعدي ترجع للمجموعة (ضابطة/ تجريبية) تعزى لفعالية برنامج العلاج السلوكي المعرفي بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى السرطان في القياس القبلي ترجع للمجموعة (ضابطة/ تجريبية) مما يؤكد تجانس المجموعتين"

ولفحص الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) لمعنوية الفرق بين عينتين مستغلتين للفرق بين

القياس القبلي والبعدي للمجموعتين وكانت النتائج كما معروضة في الجدول التالي:

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري دم إدريس

جدول (٩) يوضح قيمة اختبار (ت) لمعنوية الفرق بين القياس القبلي والبعدي لعينتين مستقلتين

القياس	نوع العينة	حجم العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	الدلالة الاحصائية
القبلي	المجموعة التجريبية	39	102.36	11.054	0.452	65	0.653
	المجموعة الضابطة	28	101.11	11.338			
البعدي	المجموعة التجريبية	39	107.82	7.30٥	3.602	65	.001
	المجموعة الضابطة	28	99.250	12.124			

من الجدول السابق يتضح أن متوسط العينة الضابطة في القياس القبلي بلغ (101.11) وفي القياس البعدي بلغ (99.25) مما يوضح انخفاض جودة الحياة مع الزمن لدى العينة الضابطة "التي لم تتلقى البرنامج العلاجي" بدرجة (١,٨٦)، بينما متوسط المجموعة التجريبية في القياس القبلي بلغ (١٠٢,٣٦) وبلغ في القياس البعدي (١٠٧,٨٢) مما يوضح تحسن جودة الحياة مع البرنامج العلاجي ب (٥,٤٦) درجة.

وبالنظر لمعنوية الفرق بين المجموعتين نجد أن قيمة (ت) للفرق بين المجموعتين في القياس القبلي بلغت (٤٥٢). بمعنوية بلغت (٠.653). مما يوضح عدم وجود فروق معنوية في القياس القبلي بين المجموعتين، بينما بلغت قيمة (ت) للفرق بين المجموعتين في القياس البعدي (3.602) بمعنوية بلغت (٠.٠٠١). وذلك يوضح وجود فروق معنوية لصالح المجموعة التجريبية مما يؤكد فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان عند مستوى دلالة (٠.٠١).

عرض نتيجة الفرض الثالث:

نص الفرض "توجد فروق معنوية في فعالية البرنامج في تحسين جودة الحياة بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية حسب متغير نوع الورم(ثدي، بروسات، عنق رحم، رحم)" ولاختبار الفرض استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الأحادي(انوف) وكانت النتائج كما

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

معروضة في الجدول التالي:

جدول (١٠) يوضح قيمة اختبار تحليل التباين الاحادي لمعنوية الفروق في القياس القبلي و البعدي

حسب متغير نوع الورم:

المعنوية	قيمة (ف)	مربع المتوسطات	درجة الحرية	مجموع المربعات	نوع الورم	
					بين المجموعات	القبلي
.181	1.72	198.865	3	596.596	بين المجموعات	القبلي
					داخل المجموعات	
					الإجمالي	
.575	.671	36.779	3	110.336	بين المجموعات	البعدي
					داخل المجموعات	
					الإجمالي	

من الجدول أعلاه يتضح أن قيمة (ف) للفرق في القياس القبلي بلغت (١,٧٢٠) بمعنوية بلغت (٠.١٨١) وقيمة (ف) للفرق في القياس البعدي بلغت (٠.٦٧١) بمعنوية بلغت (٠.٥٧٥) مما يوضح عدم وجود فروق معنوية في القياس القبلي حسب نوع الورم، و عدم وجود فروق معنوية في فعالية برنامج العلاج السلوكي المعرفي تعزى لمتغير نوع الورم، و صلاحية البرنامج للأنواع الأربعة من السرطان بدون فروق.

وبالرجوع الى جدول التوزيع التكراري للعينة حسب نوع الورم نجد أن عدد مرضى سرطان الثدي بلغ (٢٨) مريض بنسبة (٧١,٨) و مرضى سرطان الرحم بلغ (٥) مريضات بنسبة (١٢,٨) و عدد مرضى سرطان عنق الرحم بلغ (٢) بنسبة (٥,١) و مرضى سرطان البروستات بلغ (٤) مرضى بنسبة (١٠,٣)

عرض نتيجة الفرض الرابع:

نص الفرض "توجد فروق معنوية في فعالية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تحسين جودة الحياة بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية حسب متغير نوع العلاج" ولاختبار الفرض استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الاحادي وكانت النتائج كما معروضة في الجدول التالي:

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

جدول رقم (١١) يوضح قيمة اختبار تحليل التباين الاحادي لمعنوية الفروق في القياس القبلي و البعدي حسب متغير نوع العلاج:

المعنوية	قيمة (ف)	مربع المتوسطات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
.719	.333	42.142	2	84.285	بين المجموعات	القياس القبلي
		126.630	36	4558.690	داخل المجموعات	
			38	4642.974	الإجمالي	
.395	.953	50.970	2	101.941	بين المجموعات	القياس البعدي
		53.495	36	1925.803	داخل المجموعات	
			38	2027.744	الإجمالي	

من الجدول السابق يتضح أن قيمة (ف) للفروق في القياس القبلي حسب نوع العلاج بلغت (٠.٣٣٣) بمعنوية بلغت (٠.٧١٩) و قيمة (ف) للفروق في القياس البعدي بلغت (٠.٩٥٣) بمعنوية بلغت (٠.٣٩٥) مما يوضح عدم وجود فروق معنوية في فعالية البرنامج تعزى لمتغير نوع العلاج. بالنظر الى جدول توزيع العينة نجد ان المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي فقط عددهم (٢٣) بنسبة (٥٩%) و الذين يتلقون العلاج الاشعاعي فقط (١) و الهرموني و الجراحي (٠) أما الذين يتلقون أكثر من نوع (١٥) مريض بنسبة (٣٨,٥%).

مناقشة النتائج:

واجهت الدراسة العديد من الصعوبات اهمها ندرة الدراسات السابقة المحلية والعربية في العلاج السلوكي المعرفي لمرضى السرطان والنفسية التدخلية عموماً في مرض السرطان ، مما اضطر الباحث ان يقارن نتائج الدراسة بالدراسات التي تناولت التدخلات النفسية على مرضى الأمراض المزمنة عموماً او الدراسات التي تصف جودة الحياة لديهم، و الدراسات النفسية التدخلية على الأبعاد المشتركة من جودة الحياة كالألم و غيرها ، أيضاً من الصعوبات التي واجهت الدراسة أنه لا توجد معلومات أو تصنيف للمرضى حسب درجة المرض او مرحلة الورم بالمركز مما اضطر الباحث الى سحبها كشرط من شروط الاشتمال و كمتغير من متغيرات الدراسة. كما ان عدم وجود غرفة مخصصة لتطبيق البرنامج العلاجي كان من الصعوبات التي واجهت الباحث مما اضطر الباحث لإجراء الجلسات في العنابر العامة و أحياناً

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري دم إدريس

أثناء العلاج الكيميائي. و أغلب المرضى كانوا يأتون من أماكن بعيدة ويواجهون صعوبة في تكاليف وسائل النقل مما جعلهم يربطون بين مواعيد جلسات العلاج الكيميائي والإشعاعي والمقابلات والبرنامج العلاجي. كما ان الحالة الصحية لبعض المرضى كانت تتدهورأحياناً فلا تسمح بقدمهم للجلسات ، كل ذلك أدى الى تباعد زمن الجلسات في بعض الحالات ، وتكثيفها في حالات أخرى ، و جعل من الصعب انتظام مواعيد الجلسات ، و زاد نسبة التساقت. و كانت الوصمة النفسية لدى كثير من المرضى ضد التدخلات النفسية من أهم مشكلات تطبيق البرنامج. و فيما يلي مناقشة و تفسير نتائج البحث.

مناقشة نتيجة الفرض الأول:

تختلف هذه النتيجة مع ما ذكره ناصر عطية الله الذبياني (٢٠١٧) أن جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي تتسم بالإيجابية، وما ورد في دراسة أحمد مجذوب (٢٠١٥) ان نوعية الحياة لدى مرضى الإيدز تتسم بالإيجابية، و دراسة رامي عبد الله طشطوش (٢٠١٥) في أن مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى سرطان الثدي في المتوسط، و دراسة رمضان زعطوط وعبدالكريم قرش(٢٠١١) التي ذكرت أن (٨٨%) من مرضى السرطان لديهم مستوى جيد من جودة الحياة، و تختلف مع ما أشارت اليه دراسة (Kreitler, et.al, 2007) وزملاؤه إلى أن تدني جودة الحياة لدى مرضى السرطان أكدته بحوث كثيرة.

تنفق هذه النتيجة مع دراسة عذبة صلاح خضر خلف الله (2015) السمة العامة لجودة الحياة تتسم بالسلبية و مع ما ذكره بوتلر واخرون (٢٠٠٦) أنا التغيرات التي تحدث في حياة الشخص مثل انخفاض الإنتاجية، وانحسار العلاقات الاجتماعية، و الضعف الجسمي، و التقاعد عن العمل يمكن ان تؤثر سلباً على جودة الحياة، و ما ذكرته ساسكيا و اخرون (Saskia et. Al, 2009) أن النساء المتعاشيات مع سرطان الثدي أظهرن انخفاضاً في جودة الحياة، و كما ذكر كليبونس (Kleponse, ٢٠٠٦) في طشطوش(٢٠١٥) أن سرطان الثدي يؤثر نفسياً وجسدياً، وهناك عدد من العوامل المرتبطة بالاضطرابات النفسية كتهديد المرض لحياة المريضة بالإضافة الى معاناتها من الألم ما يسبب القلق، والخوف، والحزن وعدم الاستقرار النفسي، و التفكير المستمر في المرض، و الشعور بالتهديد، إضافةً الى الشعور بالحرج و الخجل عند استئصال أحد الثديين او كلاهما في العلاج، كما يؤثر على العلاقة الزوجية و يفقد المريضة الثقة بنفسها، و يسبب رفض الذات، كما تواجه المريضة بعض

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري دم إدريس

المشكلات الاجتماعية مثل نظرة الشفقة من المحيطين، مما يسبب الهروب و العزلة وعدم القدرة على المواجهة.

بما أن جودة الحياة تحوي الجانب الموضوعي ومن أبعاده البعد الاجتماعي والترفيه و البعد الصحي و الجانب المهني، و الاقتصادي فنجد أن كل هذه الأشياء تتأثر بالإصابة بالسرطان، كما تتأثر الجوانب الانطباعية المتعلقة برؤية المريض من شكل الجسم، و الرضا عن الحياة، و الرضا عن الخدمات الصحية، والرضا عن الشبكة الاجتماعية، والرضا عن الترفيه، و الحالة الانفعالية العامة وجودة النوم، و تقبل الذات، والشعور بالأمن. ويشكل مجموع الدرجة العامة لهذه الأبعاد جودة الحياة، فلا بد أن معدل النقص الذي تحدثه فيها الإصابة بالسرطان يتبعه انخفاض في الدرجة العامة لجودة الحياة، فقبول مريض السرطان سواءً بعد الإصابة لتغيير شكل جسمه، أو بعد العلاج من فقدان للشعر بعد العلاج الكيميائي، أو فقدان أحد أو كلا الثديين عند العمليات الجراحية، والألم المصاحب لتحطم الخلايا الحية بسبب المرض، أو قبوله لفقدان الطاقة الجسمية وانخفاض القدرة على النشاط والحركة، والصراف المادي جراء أعباء العلاج، و في المقابل توقف الشخص عن الانتظام في العمل، و اتكاله على المحيطين به مادياً كلها موضوعات ذات تأثير سلبي مباشر على جودة الحياة، كما أن عدم اشتغال طرق الرعاية المقدمة في المستشفيات على الرعاية النفسية من تدريب على الطرق النفسية العلمية للتوافق مع الصدمة والتغيرات الحياتية الطارئة، ومهارات التأقلم وكيفية التخلص من الأفكار السلبية، و التعامل مع ردود الفعل المجتمعية والتي قد تحافظ على مستوى جودة الحياة الانطباعية و مستوى الرضا والتقبل والتعايش أيضاً يسبب انخفاض مستوى جودة الحياة العام، فقلة الاهتمام بالترفيه، وعدم سؤال المريض عن تقييمه الشخصي لجودة حياته، وقصر الاهتمام على المرض و تطوره، كما ان شيوع الافكار السلبية المتوارثة من المجتمع المرتبطة بالإصابة، مثل أن المرض عقوبة ربانية، أو نتيجة للإهمال، أو مميت لامحالة، و أساليب التعامل السلبية التي ينتهجها بعض المرضى من انسحاب و تراجع و استسلام، والمشاعر السلبية التي يمرون بها من إحباط و يأس و حزن و حسرة و كذلك السلوكيات السلبية التي يلجأ لها المحيطين بالمرضى من هجران أو عتاب على الإهمال، أو اتهامهم بالتفريط، أو إظهارهم للتذمر والضيق منهم ومن خدمتهم، أو تجنبهم من قبل الأصدقاء، أو تجنب الزواج من اسرهم خشية العامل الوراثي، كل هذه الاشياء تلعب تأثيراً سلبياً يؤدي الى خفض جودة الحياة، وتكون هذه الأشياء أكثر تأثيراً عندما تأتي من الشريك، أو الأقرباء، فمثلا ذكر أحد المرضى أنه عندما قرر الطبيب أنه فقد قدرته الجنسية بسبب

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

سرطان البروستات، ففي أحد الأيام تدمرت زوجته من خدمته و نعتته بذلك و قالت له "أنك لم تعد رجلاً"، فصار يتألم نفسياً الليل كله وسببت له هذه الكلمة الأرق و أمضى الليل كله يتقلب في فراشه ولا يستطيع النوم ولا يستطيع طرد الكلمة من مخيلته، ويجتر في ذكرياته ويتحسر، و كيف تحول حاله من هيبة وتقدير الى احتقار وتقليل شأن، وتلك المريضة التي ذكرت أن زوجها طلقها عندما علم انها مصابة بسرطان الثدي وقرر لها الاستئصال، فلا شك أن كل ذلك يلعب دوراً في خفض جودة حياة مرضى السرطان.

مناقشة نتيجة الفرض الثاني:

تختلف هذه الدراسة مع ما ذكرته دراسة كارينسيرجالا و كلاوديتي. كومينجس و قريه. دلبيو دونالدسون (KarenSyrjala, Claudette Cummings, Gary W.Donaldson, ١٩٩٢) في أن التدخل السلوكي المعرفي الذي تم تطبيقه لم يظهر فعالية في الحد من أعراض (الألم والغثيان) لدى مرضى السرطان، و تختلف أيضاً مع دراسة هاوياو صن و اخرون (Haoyao Sun, ٢٠١٨) التي لم تظهر فعالية العلاج السلوكي المعرفي في تحسين جودة الحياة او الاكتئاب لمرضى سرطان الثدي.

تتفق هذه النتيجة مع ما ذكرته دراسة دراسة منى كمال (٢٠١٩) في وجود فروق دالة إحصائية على فعالية البرنامج العلاجي ، ووجود فروق دالة في ابعاد الصحة النفسية (جودة الحياة ، استراتيجية التكيف، الرعاية الطبية، التوافق النفسي، التحكم الانفعالي، صورة الجسم) لصالح العينة التجريبية وتتفق مع دراسة وفاء السيد عثمان (٢٠١٠) التي أظهرت فعالية العلاج السلوكي المعرفي في تحسين درجة الاكتئاب المرتبط بالإصابة بمرض الإيدز، ودراسة سامية حجازي إدريس (٢٠٠٨) التي ذكرت أن هناك تحسن في القلق والاكتئاب لدى مرض الفشل الكلوي يعزى لفعالية العلاج السلوكي المعرفي، و دراسة هويدا حسب الرسول علي (٢٠٠١) التي أثبتت فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج الاكتئاب لدى مرضى السكري، ودراسة ميرفت يوسف أبو غبوش (٢٠١٧) التي توصلت إلى أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية في درجات التدبير النفسي لدى مريضات سرطان الثدي على الاختبار القبلي والبعدي لصالح البعدي، و دراسة صالح فؤاد محمد الشعراوي التي أسفرت نتائجها عن وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة على مقياس جودة الحياة لصالح المجموعة التجريبية، وتتفق أيضاً مع ما ذكرته دراسة أنوار أحمد وآخرون (٢٠١٧) في أن المرضى الذين يمارسون الرياضة

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

أظهروا حالات صحية أفضل و دراسة أنوار أحمد وآخرون (٢٠١٠) في أن المرضى الذين يقومون بتمارين رياضية مستمرة أظهروا حالة أداء وظيفي و حالة عاطفية و اجتماعية، و صحة عامة أجود و أفضل من الآخرين و هذه الأنشطة من الموضوعات التي عمل البرنامج العلاجي على تحسينها لتحسين جودة الحياة، واتفقت معدرة مروة عبد القادر البري (٢٠١٥) في وجود فرق دالّ إحصائياً بين درجات التطبيق القبلي و البعدي لصالح التطبيق البعدي، مما يشير إلى فاعلية البرنامج في تحسين جودة الحياة، و دراسة هالة رمضان عبد اللطيف (٢٠١٤) التي أظهرت فاعلية البرنامج العلاجي على تحسين مستوى جودة الحياة الذاتية لدى أفراد العينة التجريبية، ودراسة آمال إبراهيم الفقي (٢٠١٣) التي اثبتت فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في تنمية التواصل الاجتماعي و تحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي و دراسة جيهان عثمان محمود (٢٠١٣) في وجود فرق ذا دلالة إحصائية في جودة الحياة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح المجموعة التجريبية، و دراسة فاطمة عيد العدوان و موسى عبدالخالق جبريل (2013) التي خلصت الى أن البرنامج الإرشادي ذو فاعلية في خفض الضغوط النفسية و الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية، و دراسة علاء الدين الدينجهاد و عز الدين عبد الرحمن (٢٠١١) التي أظهرت نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي على مقياس التوتر و التشاؤم لصالح المجموعة التجريبية، و دراسة جوردان جيه سين شاك و كارولين واي فانغ و جيسكا رو بومان (٢٠١٩) Jordan J. (Senchak, Carolyn Y. Fang, Jessica R. Bauman, التي أظهرت فاعلية طرق التدخل: التعليم، و التدخل الطبي، و النفسي الاجتماعي، و تقنيات التأمل و التدخلات الدوائية، و برامج الرعاية الصحية عبر الهاتف و الميديا في تحسين جودة الحياة و المزاج لدى المرضى، و تتفق أيضاً مع دراسة بينج زانج و لين مو و جوزيف توريز و زياو يان هوانج (٢٠١٩) Ping Zhang, Lin Mo, Joseph (Torres, Xiaoyan Huang في فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في تحسين التوافق النفسي لدى الاطفال المصابين بالسرطان، و دراسة هويهوا كيو و آخرون (٢٠١٨) Huihua Qiu, التي ذكرت ان هناك فرق معنوي في القياسين القبلي و البعدي في جودة الحياة و الارق لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، و دراسة بانيل فينج كسياو و آخرون (٢٠١٦) Panel Feng Xiao, Xue Song, التي أوضحت إقرار فاعلية العلاج السلوكي المعرفي الفردي في تخفيف الاكتئاب بعد استئصال سرطان الثدي، و دراسة سيده مانا و موسافي إشكافاري و ياهمان أكاباري (٢٠١٤) Saydeh Mana Mousavi Eshakavari,

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

(Bahman Akabar) التي أظهرت زيادة في الفاعلية الذاتية وتوقعات الحياة لدى مريضات سرطان الثدي تؤكد فعالية العلاج السلوكي المعرفي، و دراسة وانغ هسياو و اخرون (Wang, Hsiao; ٢٠١٢) التي تضمنت تحسنا في الاكتئاب والعوامل التي تساعد في تحسن الألم نتيجة للبرنامج لدى مرضى السرطان، ودراسة فرهاد كهرزئي و عصمت دانش و برويز فلاح (F. Kahrazei, E. Danesh, P. ٢٠١١) التي اوضحت تحسن جودة الحياة لدي العينة التجريبية نتيجة لبرنامج العلاج السلوكي المعرفي، و دراسة فيرجينيا ب. هندرسون وآخرون (Virginia P. Henderson et al, 2010) التي اوضحت تقدما ملحوظا في جودة الحياة يعزى لبرنامج العلاج بالتيقظ والتأمل، ودراسة باترسون (2010) التي توصلت لفاعلية العلاج السلوكي المعرفي في تنمية التفاعل الاجتماعي و نوعية وجودة الحياة لمريضات السرطان، ودراسة بانيل. مايكل و آخرون (٢٠٠٩) التي أظهرت العينة التجريبية من مرض السرطان فيها تحسنا في التوافق النفسي، و دراسة ساسكيا وآخرون (Saskia et. Al, 2009) التي أكدت أن التقنيات السلوكية وممارسة الأنشطة البدنية تحسن التعب والاكتئاب والقلق والضغط، وصورة الجسم والاداء النفسي الاجتماعي وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى سرطان الثدي، و دراسة شانون آر. ديركسين و دانا . آر ايبستين (٢٠٠٨) Shannon R. Dirksen; Dana R. Epstein , التي أظهرت نتائجها ان النساء اللاتي تلقين العلاج السلوكي المعرفي أظهرن تحسنا في الشعور بالتعب والقلق والاكتئاب وجودة الحياة، و دراسة كولين. إيه. اس. باي و آخرون (Coline A. Espie ٢٠٠٨) التي أثبتت وجود فروق دالة على فعالية العلاج السلوكي المعرفي في تحسين مشكلات النوم والاستيقاظ المبكر والشعور بالتعب وجودة الحياة لدى المرضى، ودراسة أنتوني ام اتش و اخرون (Michael H. Antoni et al, 2006) التي أظهرت نتائجها أن العلاج الجمعي المنظم يساعد على تقليل التوتر ويحسن جودة الحياة، ودراسة فرانك جي بينيدو وآخرون (Frank J. Penedo ٢٠٠٦) التي أظهرت فعالية العلاج السلوكي المعرفي في تحسين الاتجاهات الإيجابية و جودة الحياة، ودراسة كريستين تاترو و جاي اتش مونت قمري (Kristin Tatro, Guy Montgomery, ٢٠٠٦) التي أظهرت فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في التقليل من الضغط والألم لدى مريضات سرطان الثدي، ودراسة باولا. شير وآخرون (Paula, (Sherwood et al ٢٠٠٥) التي أثبتت فعالية التدخلات النفسية السلوكية المعرفية في ضبط الأعراض لدى مرضى السرطان في الحالات المتأخرة، و دراسة كوزنيل

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

وآخرون (Quesnel Catherine et al, 2003) التي أوضحت نتائجها فعالية العلاج السلوكي المعرفي في تحسين النوم، وجودة الحياة، ودراسة جيه بليك و آخرون (J. Blake et al, 1999) التي استنتجت وجود أدلة تشير إلى أن تدخلات العلاج النفسي الجماعي تحسن من جودة الحياة لمرضى السرطان، ودراسة ايلين. أن و آخرون (Eileen N. Cain et al, 1998) التي اوضحت ان النساء اللاتي شاركن في البرنامج الإرشاد الجماعي كن اقل اكتئاباً وقلقاً، وكان لديهن معرفة اكثر بالمرض، وتحسنت علاقتهن بمقدمي الرعاية، وكن يواجهن صعوبات جنسية اقل.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بالرجوع لما وجده سيرس وقرين (1994) في (باواي، 2001) أن تحسين جودة الحياة يمكن أن يحدث من خلال تشجيع السلوك الصحي ونمط المعيشة السليم، و دعم المعتقدات الايجابية، و دعم طرق المواجهة و دعم التوازن الوجداني، و تشجيع الخبرات المساعدة على التسامي كالمشاركة في الاعمال الخيرية و الدعم الاجتماعي. فإن العلاج السلوكي المعرفي يحقق تحسين طرق التوافق و يرفع مستوى الرضا، كما أنه يشتمل على طرق مقاومة الألم البديلة من استرخاء وغيرها، كما أنه يساعد الشخص على التحكم في المشاعر السلبية والتقليل منها، ويحسن من نظرتة لنفسه، وتقبله لشكل جسمه والاستمتاع بالحياة بالقدر المتوفر له من الموارد، والمحافظة على مصادر الدعم المتوفرة، فهذا كله أدى الى ظهور فعالية العلاج السلوكي المعرفي في تحسين جودة الحياة حيث ساعد البرنامج المرضى على التخلص من العديد من الافكار السلبية المتعلقة بالذات والمرض و الحياة والتي تسبب مشاعر مثل التعب والغضب و الذنب، وساعدهم على الاهتمام بجوانب الترفيه والدين والشبكات الاجتماعية. أيضا يساعد العلاج السلوكي على تعديل السلوكيات المدمرة للصحة بطرق علمية والتي تلعب دوراً كبيراً في تدهور الصحة من طرق تعديل السلوك والعناية بالصحة وغيرها، إذ يصعب على المرضى إتباعها من غير طرق منهجية وعلمية تعرض عليهم ويتعلمونها من مختصين، كما يساعد العلاج السلوكي المعرفي على التخلص من الكثير من المشاعر المرتبطة بالمرض و بجودة الحياة كالقلق والخوف والألم و العزلة و الإحباط و اليأس، وهذه المشاعر هي من أسوأ ما يمر به مريض السرطان، و لها دور كبير في تقييمه الذاتي لجودة الحياة، كما أنها تؤثر على التقييم الموضوعي لجودة الحياة من خلال التأثير على التزامه بالعلاج، و بالسلوكيات المدعمة للصحة حيث تعتبر المشاعر والأفكار هي المحرك الأساسي للسلوك، فحتى ولو كانت حالة المريض الصحية ليست سيئة بذلك القدر و لكن يشعر المريض بمشاعر سلبية فإن هذا سيعيقه من الحركة و القيام بما يود القيام به من سلوك صحي أو أخذ

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

دواء أو عناية بالذات أو غيره.

أيضاً استناد إعداد البرنامج على الطرق المنهجية الواردة من مؤسسي العلاج السلوكي المعرفي ارون بيك و أليس البرت و الدراسات السابقة في العلاج السلوكي المعرفي التي أغلبها وجدت فعالية للعلاج السلوكي المعرفي، و خبرة المعالجين في تنفيذ العلاج السلوكي المعرفي بالطريقة الصحيحة و استخدامهم للغة الدارجة الخاصة بالمرضى والتشابه الثقافي والمام المعالجين بما هو شائع من طرق تفكير سلبية و استجابات لدى المرضى و مجتمعهم كل هذا ساعدني ظهور فعالية العلاج السلوكي المعرفي رغم التحديات والصعوبات التي واجهها تطبيق البرنامج. أيضا تقبل المرضى للعلاج السلوكي المعرفي و تعاونهم معه نسبةً للكّم الهائل من الافكار السلبية التي يعانون منها من جراء الإصابة و طرق الاستجابة السلبية التي انتهجوها نسبة لقلّة خبرتهم في طرق مواجهة الأزمات لعب دوراً في إظهار حقيقة فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في تحسين جودة الحياة.

مناقشة نتيجة الفرض الثالث:

تختلف هذه النتيجة مع دراسة بينج زانج و لين مو و جوزيف توريث و زياو يان هوانج (Ping, ٢٠١٩) تختلف هذه النتيجة مع دراسة بينج زانج و لين مو و جوزيف توريث و زياو يان هوانج (Ping, ٢٠١٩) التي وجدت فروق في فعالية العلاج السلوكي المعرفي حسب نوع الورم لصالح الاطفال المصابين بورم جيب الاديم الباطن، و دراسة حيدر نجاد و حسنبورديهكوردي وسولاتيديهكوردي (Heydarnejad MS, Hassanpour(Dehkordi, ٢٠١١) في وجود علاقة دالة إحصائيا بين نوع الورم و شدة الألم و الشعور بالتعب، ومع ما ذكرته دراسة انوار احمد وآخرون (٢٠١٠) ان هنالك ادلة على ان العمر المتقدم، و النوع، و التعليم، ومستوى الدخل، و مرحلة الإصابة بالسرطان، و نوع وموقع السرطان في الجسم كلها تلعب دوراً في مدى تأثر جودة الحياة لدى مريض السرطان، ولم تتفق هذه النتيجة مع دراسة من الدراسات السابقة.

يعمل الباحث هذه النتيجة بأن حالات العينة متشابهة من حيث أنواع الورم المتعلق بالإنتاج والإنتاجية الجنسية حيث أن سرطان الرحم والثدي والبروستات وعنق الرحم تتفق كلها من حيث التأثير المعرفي والذي قد يؤثر على طريقة التفكير وبالتالي على الاستجابة للعلاج السلوكي المعرفي، حيث نجد أن سرطان البروستات أو الثدي أو الرحم أو عنق الرحم كلها ترتبط بالتفكير عن مدى تقبل الزوج أو الشريك، و مدى القدرة على الاستمرار في إنشاء علاقة زوجية فعالة و منتجة، حيث أن الإنتاجية الجنسية والولادية هي المحور في كل هذه الأنواع، إذاً نجد أن العلاج النفسي السلوكي المعرفي يتفاعل

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

مع نفس النوع من الأفكار السلبية التي اكتسبت من الثقافة والتي تدور حول مشكلة الأداء أو الدور المتعلق بالنوع سواءً ذكراً أو أنثى، و أتضح ذلك جلياً أثناء العلاج إذ كانت أغلب الأفكار السلبية للمرضى والاستجابات الانفعالية مرتبطة بردود أفعال شركاءهم حيث ذكر أحد المرضى أنه يرى أنه لم يعد رجلاً، ولم يعد له أهمية و عند الاسترسال في العلاج ذكر أن زوجته في إحدى المرات رفضت ان تحضر له ماء الشرب وذكرت له أنه لم يعد رجلاً بعد فقدانه لقدرته الجنسية، و كانت هذه الفكرة تتكرر في رأسه طوال الليل وسببت له الحسرة والندم والشعور بالضيق والشعور بالحزن و الأرق، و كذلك العديد من تعليقات مريضات الثدي و عنق الرحم و أفكارهن كانت تدور حول تجارب الطلاق التي نتجت من عدم تقبل الشريك لهن أيضاً، و العلاج المعرفي السلوكي كما ذكر اس جي (٢٠١٢) لا يستهدف استبدال التفكير السلبي بإيجابي ولا يحاول ان يجعل الموقف السيء موقفاً جيداً ولا يشجع المرضى على تجاهل الاحداث المؤسفة التي وقعت لهم الا انه يساعدهم على الدراسة الناقدة للموقف و تحليل ما إذا كان هذا الموقف يبرر استجابتهم لموقف معين أم لا، وان كان هناك مبرر فانه يساعده على تعلم مهارات أكثر للتعامل مع مثله من المواقف. فمثلاً قد يفسر المريض الذي تمر عليه نوبات القلق زيادة ضربات القلب على انها مؤشر للموت مما يزيد قلقه و يؤثر سلبياً على جودة حياته بينما يساعده العلاج السلوكي المعرفي لإيجاد فهم و تفسير أفضل لزيادة الخفقان من خلال ايجاد افكار بديلة، و يفترض العلاج السلوكي المعرفي ان المقولات الذاتية لها تأثير قوي في السلوك و الانفعال و هي لا تتأثر بالموقف الذي يعيشه الشخص او نوع السرطان.

ونوع السرطان كما ذكر ابو ادريس (٢٠٠٩) لا يعني بالضرورة ان ذلك العضو فقط هو المتأثر فقد يكون نوع السرطان في المرحلة الاولى في عضو المنشأ، و لكن في المرحلة الثالثة يكون تعدها إلى الاعضاء المجاورة او ما سواها من اعضاء، والمعروف أن الرحم وعنق الرحم أعضاء متجاورة للغاية كما أن ارتباط الثدي والرحم وعنق الرحم والبروستات بأمكان نشاط هرمونات النوع قد يخفي أثر اختلاف نوع السرطان في جودة الحياة و تعتبر كلها سرطانات الجهاز الإنجابي، حيث عرفت منظمة الصحة للبلدان الامريكية (٢٠٠٤) سرطانات الجهاز الانجابي بانها أورام خبيثة تؤثر على الاعضاء التناسلية الذكرية والانثوية وتشمل سرطانات الجهاز الانثوي سرطان المبيض و الرحم و عنق الرحم و المهبل، و تشمل سرطانات الجهاز التناسلي الذكري سرطان البروستات و الخصية، و في الوقت الذي يتميز فيه سرطان الرحم بسرعة انتشاره و غزوه للأنسجة المجاورة ويتميز بنزول دم كثيف مع الحيض ونزيف بين دورات الحيض

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

ونزيف بعض انقطاع الطمث (سرطان الرحم، ٢٠١٣) فان سرطان عنق الرحم يتميز ببطء انتشاره وسهولة الكشف عنه الا أنه يحتوى على نفس الاعراض من نزيف مهبلي وألم اثناء الجماع و ألم في منطقة الحوض و صعوبة التبول او التبول المتكرر كما وردت في (منظمة الصحة للبلدان الامريكية، ٢٠٠٤). كما ان سرطان الثدي يتميز بالحرج الذي تشعر به المريضة عند استئصال احد او كلا الثديين و تسبب كل هذه الانواع الألم و تهديد حياة المريضة مما يسبب الخوف و الحزن و عدم الاستقرار النفسي و التفكير المستمر في المرض ورفض الذات و فقدان الثقة بالنفس و الهروب و العزلة و عدم المواجهة كما اورد طشطوش (2015) وذكر جاكسون خوف المريضة على هويتها الجنسية و ردة فعل زوجها، حيث ذكرت امال (٢٠١١) في طشطوش (٢٠١٥) ان الوقوف الى جانب المريضة وتوفير الدعم الاجتماعي يساعدها في العملية العلاجية، كما تشمل ايضا اعراض سرطان البروستات سلس أو صعوبة البول وألم اثناء البول و ألم اثناء الجماع وظهور دم في البول، كما تشمل خيارات علاجه الجراحة والاشعاع و العلاج الكيميائي. فان الأعراض المتشابهة والاثار المتشابهة والمعاناة في كل أنواع السرطان المذكورة هي التي قللت من الفروق في جودة الحياة حسب نوع السرطان.

مناقشة نتيجة الفرض الرابع:

تختلف هذه النتيجة مع دراسة حيدر نجاد و حسنبور ديهكوردى و سولاتى ديهكوردى (Heydarnejad MS, HassanpourDehkordi, SolatiDehkordi, ٢٠١١) التي وجدت فروق في جودة الحياة تبعاً لمرحلة العلاج الكيميائي، و تختلف أيضاً معدراسة رامى عبد الله طشطوش (٢٠١٥) التي أظهرت أنه توجد فروق في مستوى الرضا عن الحياة تبعاً لمرحلة العلاج، ودراسة تهاني الشحروري (٢٠٠٤) التي ذكرت أن متغير نوع العملية الجراحية له تأثير على مقياس المشاعر والعواطف ومقياس الوظائف، وذكرت أنه كان هناك تأثير ضار على مقياس الأعراض وجودة الحياة وصورة الجسد عند جراحة الاستئصال التام.

يبرر الباحث عدم وجود فروق في جودة الحياة حسب نوع العلاج بانه نجد بالرغم من أن نوع العلاج يتأثر بنوع المرض الا أنه يتأثر ايضا بعمر المريض و درجة المرض والحالة النفسية والاجتماعية للمريضة كما ذكرت دراسة أنوار احمد واخرون (٢٠١٧) و ورد في البرت (٢٠١٧) ان الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي تشمل الصداع والحمى و القشعريرة والغثيان و حدوث الوزمة اللمفية وتغيرات تحدث في

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري دم إدريس

العظام و مشكلات التركيز و الذاكرة، وكما ذكر الامين (٢٠٠٨) من مضاعفات العلاج الكيميائي القي والتهاب الغشاء المخاطي و قلة الصفائح و تغيرات هرمونية وظهور سرطانات أخرى، و لكن للعلاج الجراحي أيضاً العديد من المضاعفات كانتشار الألم، و تشوه صورة الجسم، و فقدان أحد الثديين ووظيفتهما ووظيفة غدة البروستات ان تم استئصالها، كما ان من مضاعفات العلاج الإشعاعي انه قد يؤدي الى ظهور سرطانات جديدة، فان كل الانواع لها ما لها من اثار جانبية علجودة حياة المريض إضافة الى انه في كل الانواع لا يكون نسبة الشفاء تامة ١٠٠% رغم هذه التكاليف، و احتمالية رجوع الورم او انتشاره عالية، و احتمالية استمرار الشعور بالألم والارق تكون موجودة، و المضاعفات الاجتماعية والنفسية لا تتأثر بنوع العلاج.

يعلل الباحث عدم وجود فروق في فعالية العلاج السلوكي المعرفي حسب نوع العلاج بأن عدد أفراد العينة من الذين يتلقون علاجاً غير الكيميائي من نوع واحد قليل جداً، فأغلب المرضى مروا بالعلاج الكيميائي وهو معروف بالآثار الجانبية أكثر من غيره من أنواع العلاج، من تساقط الشعر وتغير شكل الجسم وغيرها، هذا أدى إلى تضاول ظهور الفرق في فعالية العلاج السلوكي المعرفي تبعاً لمتغير نوع العلاج، كما أن أغلب المرضستلقوا أكثر من نوع من العلاج.

أيضاً يرتبط العلاج السلوكي المعرفي بإمكانية الفرد في تطبيق جدول العلاج السلوكي المعرفي، والقدرة على فهم المعالج أكثر من نوع العلاج، و ربط ج. ترول (٢٠٠٧) بين خصائص المعالج و شخصيته وقدرته على اظهار الدفاء و التعاون و التفهم والخبرة والانتماء المهني وفاعلية العلاج وهناك ربط بين معدل ذكاء العميل وانفتاحه ودافعيته وفاعلية العلاج المعرفي السلوكي.

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

المراجع:

1. اولاً المراجع العربية:
2. ابراهيمي، اسماء (٢٠٠٩): التأخر عن الزواج و علاقته بالاكتئاب لدى المرأة، دراسة بمدينة بسكرة، جامعة محمد خيضر - الجزائر
3. ابو ادريس، دفع الله عمر (٢٠٠٩م): الأورام الخبيثة الأسباب والعلاج، سيتان العالمية للطباعة والنشر، الخرطوم، السودان، ص ١٤ - ٥٤.
4. أبو غبوش، ميرفت يوسف (٢٠١٧): فاعلية برنامج إرشادي لتعزيز استراتيجيات التدبير لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة الخليل، دراسة ماجستير من جامعة الخليل، ص ٥٥ - ٦٩.
5. احمد، انوار و المزيني، الاء و السعدان ، مهدي و الحربي. عبد الرحمن و العزيمي. حنين و علي . يسرا و جازيا . عبد الرحمن، (٢٠١٧م): مؤشرات انخفاض جوده الحياة لدى عينة من مريضات سرطان الثدي السعوديات، مركز الملك عبد الله العالمي للبحوث كلية الصحة العامة جامعة الملك سعود بن عبد العزيز، مجلة سيرنجر اونلاين ٧ مارس ٢٠١٧، ص ١ و ٢.
6. احمد، انوار والمزيني ، الاء و السعدان ، مهدي و الحربي، عبد الرحمن و العزيمي، حنين و علي، يسرا و جازيا، عبد الرحمن (٢٠١٠م): المؤشرات الصحية لجودة الحياة لدى مرضى السرطان في المملكة العربية جازان السعودي، جامعة الملك عبد العزيز للعلوم الصحية، مجلة دوفبريس ٢٠١٧، ص ٥١ و ٥٢.
7. إدريس، سامية حجازي (2008): فاعلية برنامج السلوكي المعرفي في تحسين القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن (تحت الإستصفاء الدموي)، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الخرطوم - السودان، ص 7 - 8.
8. ارشادات للمريض عن سرطان البروستات (٢٠١٥م):مركز الكويت لمكافحة السرطان بالتعاون مع ل. UN جمعية صندوق اعانة المرضى . حقوق الطبع محفوظة لوزارة الصحة الكويت ن ص ٣-٤.
9. اس. جي، هوفمان (٢٠١٢م): العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، الحلول النفسية لمشكلات الصحة النفسية، ترجمة د. مراد على عيسى، الطبعة العربية الاولى، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة - مصر، ص ١٢ - ١٦.
10. البرت، ام بانك مينت (٢٠١٧م): مؤسسة ماكميلان لدعم السلطان الخيرية مسجلة في

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

انجلترا واسكتلندا و وويلز وجزيرة ايل اوف لندن، ص ١٣.

١١. البري، مروة عبد القادر(٢٠١٥): فاعلية برنامج إرشادي عقلاني إنفعالي سلوكي لتحسين جودة الحياة لدى طالبات دبلوم التوجيه والإرشاد بجامعة الملك خالد مجلة الإرشاد النفسي. ع.٤٣، آب ٢٠١٥، مصر، ص ٢٦٩ - ٣٠١.

١٢. التقرير الإحصائي الصحي السنوي(٢٠١٨): وزارة الصحة الإتحادية المركز القومي للمعلومات الصحية الخرطوم - جمهورية السودان.

١٣. الداهري، صالح حسن أحمد و الكبيسي. وهيب مجيد (١٩٩٩م): علم النفس العام، الطبعة الاولى، مؤسسة حمادة للخدمات والدراسات الجامعية و دار الكندي للنشر والتوزيع - اربد الاردن، ص٣٨.

١٤. الذبياني، ناصر عطية الله (٢٠١٧): جودة الحياة لدى المصابات بمرض سرطان الثدي وعلاقتها بسمات الشخصية، دراسة ميدانية بمستشفى الملك فهد بالمدينة المنورة - مركز الأورام. جامعة الخرطوم-السودان، د.ص.

١٥. الشحروري، تهاني (٢٠٠٤): أثر نوع المعالجة الجراحية على التوافق النفسي وجودة الحياة لدى النساء الأردنيات المصابات بسرطان الثدي، الجامعة الأردنية، رسالة ماجستير، عمان، د.ص.

١٦. العدوان، فاطمة عيد و جبريل، موسى عبد الخالق (٢٠١٣): فاعلية برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية المجلد ١١ العدد ٢٠٣ شعبان ١٤٣٥ هـ، يونيو ٢٠١٤ م، كلية العلوم التربوية - الجامعة الأردنية، عمان - الأردن، ص ٢٠٣.

١٧. الفقي، آمال إبراهيم (٢٠١٣): فاعلية برنامج إرشادي في تنمية التواصل الاجتماعي لدى مريضات السرطان وأثره على جودة الحياة الأسرية، كلية التربية جامعة بنها، ص ١.

١٨. المليجي، حلمي (٢٠٠١م): مناهج البحث في علم النفس، الطبعة الاولى، دار النهضة للنشر والتوزيع، بيروت - لبنان، ص ٤٩.

١٩. باترسون (٢٠١٠م): فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية التواصل بين مرضى السرطان والقائمين بالرعاية الصحية عليهم

٢٠. بشوقيلو، باراسكيفي (٢٠١٣م): جودة الحياة، مجلة علم النفس الاوربية، ١٥١،

٢١. تايلور، شيلي (٢٠٠٨م): علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش و فوزي شاكرا داوود، طبعة اولي، دار الحامد للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، ص ١٥١ - ٦٦٩.

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري دم إدريس

٢٢. تقرير تطور السرطان (٢٠١٤م): الجمعية الأمريكية لبحوث السرطان.
٢٣. توكل، منى السيد (٢٠١٢م): جودة الحياة و مفهوم الذات لدى عينة من الصم الموهوبين جامعة المجمعة السعودية، ص ١ - ٥.
٢٤. ج. ترول، تيموثي (٢٠٠٧): علم النفس الاكلينيكي، ترجمة فوزي شاكر و حنان لطفي، الشروق للنشر والتوزيع، الاردن - عمان، ص ٤٨٩ - ٥٠٨.
٢٥. جهاد، علاء الدين وعز الدين، عبد الرحمن (٢٠١١م): فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الاطفال الاردنيين المصابين بالسرطان، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، المجلد السابع العدد الرابع كلية العلوم التربوية، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن، ص ٣٧١.
٢٦. حسب الرسول، هويدا علي (٢٠٠١): برنامج مقترح للعلاج المعرفي السلوكي لمرضى السكري المصابين بالاكتهاب، مركز جابر أبو العز التخصصي وجمعية رعاية مرضى السكري بأمدردمان
٢٧. حوري، اورطال (٢٠١٠م): كل ما أردت معرفته عن السرطان ولم تجرؤ على السؤال عنه، تعريب اورين تاليا، جمعية مكافحة السرطان - اسرائيل، القدس فلسطين.
٢٨. خلف الله، عذبة صلاح خضر (2015): جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بمراكز التربية الخاصة محلية الخرطوم جامعة السودان للعلوم و التكنولوجيا
٢٩. زعطوط، رمضان وعبدالكريم قرش، (٢٠١١)، نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات، مرياح ورقله الجزائر، جامعة قاصدي الجزائر، ص ٢٥١ و ٢٥٨ و ٢٦١ و ٢٦٣.
٣٠. كل ما تريد ان تعرفه عن سرطان الرحم (٢٠١٣م): الطبعة الاولى، الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان. بدعم من محمد عبد الرحمن العقيل، ص ٦، ١١، ١٤.
٣١. طشطوش، رامي عبد الله (٢٠١٥)، دراسة الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى عينة من مريضات سرطان الثدي، المجلة الاردنية للعلوم التربوية، ص ٤٥١، ٤٤٩، ٤٥٢.
٣٢. عبيد، مصطفى فؤاد (٢٠٠٣م): مهارات البحث العلمي، أكاديمية الدراسات العالمية - غزة - فلسطين.
٣٣. عثمان، وفاء السيد (٢٠١٥): فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعدل بمضامين اسلامية في خفض مستوى الاكتهاب لدى مصابي مرض الايدز ، جامعة الخرطوم، ص ٩ - ١٨.

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري دم إدريس

٣٤. عثمان، جيهان محمود (٢٠١٣): فاعلية برنامج إرشادي مقترح في تحسين جودة الحياة وإكتساب أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من طالبات كلية التربية جامعة طيبة

٣٥. عمرو، دليلة (٢٠١٧): دراسة مستوى الطموح وعلاقته بجودة الحياة لدى المرأة العاملة، الجمهورية الديمقراطية الشعبية جامعة محمد بو صياف.

٣٦. كتلو كامل، عبد الله تيسير (٢٠١١): نوعية الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية، مجلة علم النفس، العددان (٩٨ / ٩٩) يناير - يونيو ٢٠١١، السنة الرابعة والعشرون، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، (ص ٦٤-٨٩).

٣٧. كورين، بيرني و روديل، بيتر و بالمر، ستيفن (٢٠٠٨م): العلاج المعرفي السلوكي المختصر، ترجمة د. محمود عيد، ايتراك للنشر، القاهرة- مصر، ص ٣٣-٤٩.

٣٨. أحمد، مجذوب محمد (٢٠١٥): نوعية الحياة عند المصابين بمرض الايدز بولاية نهر النيل السودان، مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية) المجلد ٣٠ ٢٠١٦، ص ١٧٦٨.

٣٩. ثانياً المراجع الاجنبية:

40. Aarensen, Neilik & emeyeriowitz. Beth Marton & Bard. Morton & Bloom Juan & Fawzy. Famzy & fellistien. Michad. & link. Diane & Holland. Limmie (1989): quality of life Past achievements and future priorities Research in oncology, American Cancer Society, *CANCER February I Supplemem* 199 I, VOL. 67, P 840 – 842.
41. Anderson, S. (2003): Quality of life Theory. The IQol Theory, the Quality of life Research center, Copenhagenk, Denmark, ventegodt@Livsk valitet.org, p 27.
42. Arthur m, Nerau (٢٠٠٣): Handbook of Psychology, Health Psychology, Canada, 275)
43. Butler, Judie & clarrocni Joseph (2006): Psychological acceptance and quality of life among elderly. Springer science. School of psychology University of Wollongong, p608, 610, 611, 612.
44. Coline, A. Espie, Leane Fleming, James Casseidy, Lesly Samuel, Lynne M. Taylor, Crag A. White, Neil Douglas, Heather M. Engleman, Heidi Louise Kelly, James Paul, (2008): Randomized Controled Clinical Effectiveness Trail of Cognitive Behavior Therapy Compared with Treatment As Usual for Persistent Insomnia in Patient With Cancer, Glasgo sleep center, Aberdeen, United Kingdom, Journal of clinical Oncology Number 28 October 2008, P4651.
45. Connell, ET. al. (2003): Gene expression profiling for the prediction of therapeutic response to docetaxel in patients with breast cancer, *The Lancet*, Volume 362, Issue 9381, 2 August 2003, Pages 340-341.
46. Eileen N. Cain, Ernest Kohorn, Donald M. Quinlan, Kate Latimer, Peter E. Schwartz, (1986): Psychosocial Benefits of a Cancer Support Group, group support to reduce the psychosocial difficulties of persons with cancer, *Obstetrics and Gynecology*, Yale New Haven Hospital and the Departments of Gynecology, Psychiatry and Psychology, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut, P183.

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

47. F. Kahrazei, E. Danesh, P. Azadfallah, (2011): Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on improving quality of life of cancer patients, Journal of Applied Psychology, Iran Tahrán, p1.
48. Frank J, Penedo, Ivan Molton, Jason R. Dahn, Biing-Jiun Shen, Dave Kinsinger, Lara Traeger, Scott Siegel, Neil Schneiderman, Michael Antoni (2006): A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: Development of stress management skills improves quality of life and benefit finding, *Annals of Behavioral Medicine*, 31(3), p261-270, North western University, USA.
49. Haoyao Sun, Hualei Huang, Shengjun Ji, Xiaochen Chen, Yongqing Xu, Fenglan Zhu, Jinchang Wu, (2018): The efficacy of cognitive behavioral therapy to treat depression and anxiety and improve quality of life among early stage breast cancer patients, Nanjing Medical University, China, *Integrative Cancer Therapies* Vol 18 2019, p 1.
50. Heydarnejad MS, HassanpourDehkordi, SolatiDehkordi, (2011): Factors affecting Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy, Tehran University Of Medical Sciences, Iran, *African Health sciences* vol 2 June 2011, p266.
51. Huihua Qiu, Wewei Ren, Yanji Yang, Xiongzhao Zhu, Guangyun Mao, Shanping Mao, Yan lin, Shan Shan Shin, Chanjin Li, Hongying Shi, Suo Jiang, Gingjing Hu, Yingying Gu, Kai Wang, Xiuchan Guo, Jincal He, (2019): Effects of cognitive behavioral therapy for depression and improving insomnia and quality of life in chinese women with breast cancer, Dove press journal. December Hospital of Wenzhou Medical University, Republic of China, P2665.
52. J. Blake; Mortimer C. Gore; Felton R. Kimerling; J. M. Turner; Cobb D. Spiegel, (1999): Improving the quality and quantity of life Among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy, 1. *Eur J Cancer*. 1999 Oct;35(11):1581-6. doi: 10.1016/s0959-8049(99)00194-x ,Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University of Medicine, California, USA, p1.
53. Jordan J. Senchak, Carolyn Y. Fang, Jessica R. Bauman, (2019): interventions to improve quality of life and mood in patients with head and neck cancer, Philadelphia USA, P1.
54. Jordan Sibeoni, Camille Picar, Massimiliano Orri, Mathilde Labey, Guilhem Bousquet, Laurence Verneuil, Anne Revah-Levy, (2018): Patients' quality of life during active cancer treatment: a qualitative study, Paris Diderot University, Sorbonne Paris, Paris, France, P1.
55. Karen Syrjala, Claudette Cummings, Gary W. Donaldson (1992): Hypnosis or Cognitive Behavioral Training for the Reduction of Pain and Nausea During Cancer Treatment, Ovid publications, University of Washington USA, P1.
56. Kristin Tatro, Guy. Montgomery, (2006): Cognitive Behavioral Therapy Techniques for Distress and Pain in Breast Cancer Patients, *Ametanalysis*, USA New York Journal of Behavioral Medicine Vol 29, February 2006, p17.
57. Kreitler, Shulamith & Dina Peleg (2007): Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients, Article in *Psycho-oncology* 16(4):329-41 April 2007 with 352 Reads Source: Pub Med Aviv University, p341.
58. Michael, H. Antoni, Aish Kazi, Sara R. Wenberly, Tammy Sifre, Kenya R. Urcuyo, Kristine Philips, Suzanne Lechner, Stefan Gluck, Charles S. Carver (2006): How stress management improve quality of life after treatment for breast cancer, HHS Public

- AccessAuthor manuscript J Consult Clin Psychol. Author manuscript; available in PMC 2018 January 03. University of Miami, USA, P1.
59. Michael H. Antoni; Suzanne Lechner; Alain Diaz; Sara Vargas; Heather Holley; Kristin Phillips; Bonnie Mc Gregor; Charles S. Carver; Bonnie Blomberg (2009) Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer, NIH Public Access, Brain Behav Immun. Author manuscript; available in PMC 2010 July 1, Department of Psychology, University of Miami, P 1.
 60. Panel Feng Xiao, Xue Song, Qianjun Chen, Yan Dai, Rui Xu, Chang Qiu, Qian qian Guo, (2016): Effectiveness of Psychological Interventions on Depression in Patients After Breast Cancer Surgery: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials, china, <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2016.11.003>
 61. Paula Sherwood Charles W. Given Barbara A. Given Victoria L. Champion Ardith Z. Doorenbos Faouzi Azzouz Sharon Kozachik Kim Wagler-Ziner, Patrick O. Monahan, (2005): A Cognitive Behavioral Intervention for Symptom Management in Patients With Advanced Cancer November: Indiana University, ONCOLOGY NURSING FORUM – VOL 32, NO 6, 2005, Pittsburg, Pennsylvania, USA p1190 – 1191.
 62. Ping Zhang, Lin Mo, Joseph Torres, Xiaoyan Huang, (2019): Effects of cognitive behavioral therapy on psychological adjustment in Chinese pediatric cancer patients receiving chemotherapy, Academy of pediatric Changqing Medical University, China, Medicine Journal 2019 June, P1.
 63. Saskia F, A. Duijts; Mizja M. Faber; Hester S. A. Oldenburg; Marc van Beurden; Neil K. Aaronson; (2009): Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health- related quality of life in breast cancer patients and survivors—a meta- analysis- Netherland Cancer Institute-Amsterdam, Psychoncology Number 20TH 2011, P115 - 125.
 64. Saydeh, Mana Mousavi Eshakavari, Bahman Akabari, (2014): The effectiveness of cognitive behavioral group training on life expectancy and self Efficacy of Women with Breast Cancer, Islamic Azad University Guilan, Iran, Journal of Applied environmental and Biological Sciences 2014, p111.
 65. Shannon R. Dirksen; Dana R. Epstein, (2008): Efficacy of an insomnia intervention on fatigue, mood and quality of life in breast cancer survivors, southwestern United States of America (USA), p 111 - 118.
 66. Taylor, Rachel M (2008): A concept analysis of health- related quality of life in young people with chronic illness, Paediatric Liver Centre King's College Hospital NHS Foundation Trust, SE5 9RS London UK, Journal compilation © 2008 Blackwell Publishing Ltd, P1823 – 1833.
 67. Virginia P. Henderson, Lynn Celmow, Ann O. Massion, Thomas G. Hurley Susan Druker, James R. Herbert, (2010): The effects of mindfulness based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early stage breast cancer patients, a randomized trail, South Carolina USA, Springer Science+Business Media, LLC. 2011, p100.
 68. Wang, Hsiao; Kroenke; Wu, Jingweis; Tu, Wanzhu; Theobald, Dale; Rawl, Susan, (2012): Predictors of Cancer-Related Pain Improvement Over Time, Indiana University and University of South Florida, Psychosomatic Medicine: August - Volume 74 - Issue 6 - p 642–647.
 69. Wezniak, Barbra & Tobiasiz. Beata & Czyk. Adam, (2014): Gender equality and Quality of life, quality of life and wellbeing A state of art report, Jagiellonian

فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان

(دراسة على مرضى السرطان بمستشفى الخرطوم لعلاج الأورام)

صبري ادم إدريس

University, Krakow, polish, Norwegian Research program, Norway grants, P 2, 13, 17, 18.

70. WHO (2007):fighting against cancer, Strategies that prevent cure and care, 1211 Geneva 27, Switzerland, p3, 5, 6.
71. World Health Organization (1997):Measuring Quality of Life, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Switzerland, Geneva,P2.
72. World Health Organization, (2017):Guide to cancer early diagnosis, ISBN 978-92-4-151194-0, Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, p8 – 12.