

**الخوف من السرطان وعلاقته بكل من إدراك الخطر
وسلوك الفحص لدى عينة من طلبة الجامعة**

د. أحمد الحسينى هلال
مدرس الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة طنطا

الخوف من السرطان وعلاقته بكل من إدراك الخطر وسلوك الفحص لدى عينة من طلبة الجامعة

د. أحمد الحسينى هلال

مدرس الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة طنطا

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى بحث العلاقة بين الخوف من السرطان وكل من إدراك الخطر ، وسلوك الفحص لدى عينة من طلبة الجامعة. وقد طبق كل من مقياس الخوف من السرطان ، مقياس إدراك الخطر ، وتم قياس سلوك الفحص بواسطة استمارة معدة لذلك. وأسفرت النتائج عن وجود علاقة دالة موجبة بين كل من الخوف من السرطان وإدراك الخطر ، ووجود علاقة دالة موجبة بين الخوف من السرطان وسلوك الفحص ، وأظهرت النتائج أيضاً أن الإناث أكثر خوفاً من السرطان من الذكور ، وأن الإناث أيضاً أكثر إدراكاً لخطر السرطان من الذكور ، ولم تكن هناك فروق بين الجنسين فى سلوك الفحص.

مقدمة:

بالرغم من حدوث تقدم كبير فى نواحى الطب المختلفة فلا يزال مرض السرطان يحتل موقعاً حساساً فى وجدان الناس ، من حيث إثارته لمشاعر الخوف والقلق لدى الكثيرين ، وربما يرجع ذلك إلى عديد من العوامل منها: أن التقدم الحاصل فى معالجة المرض أقل بكثير من التقدم فى معالجة الأمراض الأخرى ، وينتج الخوف أيضاً من عدم قدرة العقل على استيعاب وإدراك طبيعة المرض وإدراك أن مسلمة الشفاء التام منه مازالت قضية صعبة مروراً بالتشخيص المفاجئ للمرض ، وتعقيدات

مراحل العلاج. وقد اتفق علماء النفس والطب النفسى على أن الشعور بالخوف من السرطان ليس مثل الشعور بالخوف من مرض آخر.

أهمية الدراسة:

تعددت الدراسات التي تناولت موضوع الخوف من السرطان حيث درس (Wenderlin, J.M; 1976) الجوانب النفسية للخوف من السرطان كما درس (Wilson, et al; 1991) العوامل المعرفية الدافعة للخضوع للفحص الطبى ، ودرس (Inger, et al; 1992) القلق من السرطان ، درس (Caplan, et al; 1996) الخوف من السرطان كخطر يومية ، وقدم (Kevin, et al; 1998) دراسة وصفية للخوف من السرطان ، ودرس (Kate Brain, et al; 1999) القلق وعلاقته بالخضوع للفحص الطبى لدى السيدات ذوات التاريخ العائلى لسرطان الثدي ، وقدم (Kent, et al; 2000) دراسة عن العلاقة بين إدراك الخطر والأفكار الوسواسية والإتزان الانفعالى لدى السيدات ذوات التاريخ العائلى لسرطان الثدي ، ودراسة (Binedell, et al; 2000) عن فهم الاستجابة الانفعالية للأفراد الذين يقومون بالفحص الجينى نتيجة الشكوك المتعلقة بالإصابة بالسرطان ، ودراسة (Meredith; 2001) عن الاستجابة المعرفية والانفعالية لتهديد السرطان ، درس (Nagel, et al; 2001) القلق والإذعان لدى السيدات الأكثر تعرضاً لتهديد سرطان الثدي ، وقدم (Andersen et al; 2002) الخوف من سرطان المبيض ، ودراسة (Yael, et al; 2003) عن التعايش مع الخوف من السرطان ، ودراسة (Lois Loescher; 2003) عن الخوف من السرطان لدى السيدات

المعرضات للإصابة بسرطان الثدي ، ودراسة (Julie, et al; 2006) عن إدراك حجم أو مدى الخطر والخوف من سرطان البروستاتا ودور الخوف من السرطان في التنبؤ بسلوك الفحص.

ومن العرض السابق تتضح أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

- ١- قلة الدراسات العربية- حيث لا يوجد فى حدود علم الباحث - دراسات عربية اهتمت بدراسة الخوف من السرطان سواء من الناحية كل من (الوصف ، التشخيص ، التفسير ، التدخل العلاجى) باستثناء دراسة (أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٧) ، (دلال قويدر ، ٢٠٠٨) مع تأكيد (Richard, et al; 1992: 191) أن هذا الخوف غير محدد بجنسية أو بعرق معين أو بحدود جغرافية.
- ٢- أن الموضوعات المتصلة بتهديد الصحة الجسمية تحتل موقع الصدارة عند كثير من الأفراد وخاصة ما يتعلق بالسرطان.
- ٣- أن موضوع الدراسة يمثل مشكلة مؤثرة تعبر عن أهمية الحياة وتخيل بعدنا عن من نحب وما يرتبط به من مشاعر الحزن لفراق الأحباب لاسيما وأن مرض السرطان مازال عصياً على العلاج.
- ٤- أن متغير الخوف يشكل نقطة مركزية فى التنظيم الذاتى ، للسلوك الصحى لدى الإنسان.
- ٥- أن تناول هذا المتغير بالدراسة سوف يساهم فى تطوير طرق للتدخل النفسى لمقاومة الآثار النفسية التى يسببها الخوف من السرطان.

مشكلة الدراسة:

تتلخص مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

- ١- هل يختلف إدراك الخطر اختلافاً دالاً إحصائياً باختلاف مستوى الخوف من السرطان؟
- ٢- هل يختلف سلوك الفحص اختلافاً دالاً إحصائياً باختلاف مستوى الخوف من السرطان؟
- ٣- هل توجد فروق بين متوسطى درجات مجموعتى الذكور ، الإناث على مقياس الخوف من السرطان؟
- ٤- هل توجد فروق بين متوسطى درجات مجموعتى الذكور ، الإناث على مقياس إدراك الخطر؟
- ٥- هل توجد فروق بين متوسطى درجات مجموعتى الذكور ، الإناث على مقياس سلوك الفحص؟

هدف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى توضيح العلاقة بين متغير الخوف من السرطان وبعض المتغيرات الأخرى مثل إدراك الخطر ، وسلوك الفحص.

مصطلحات الدراسة:

١- الخوف من السرطان:

أ- هو الخوف العصابى من السرطان مع عدم وجود دلائل إكلينيكية على الإصابة الفعلية. (Jennifer, et al; 2005: 517).

ب- هو رد فعل وجدانى سلبى مرتبط بتهديد السرطان.

(MacCaul, et al; 1996: 183).

ج- هو الاعتقاد بالإصابة أو بحتمية الإصابة بالمرض بدون وجود دلائل طبية على ذلك. (Donald, et al; 1997: 602).

د- تعريف الباحث: هو خوف مستمر ، هائم ، غير طبيعي ، وغير مبرر من الإصابة بالسرطان على الرغم من فهم الفرد بأنه لا يوجد خطر حقيقي محيط به.

٢- إدراك الخطر:

أ- هو بناء الأفراد لنماذج معرفية خاصة بهم تعكس فهمهم للخبرات السابقة المتصلة بالمرض. (Weinman et al; 1997: 113)

ب- هي معتقدات الأفراد عن الإصابة أو احتمالية الإصابة بالمرض. (Weinstein; 2000: 57)

تعريف الباحث:

هو بناء معرفي يتكون لدى الفرد من خلال الخبرات السابقة بالمرض والمعلومات البيئية والخبرات الجسدية التي تصاغ فيما بعد فى صورة أفكار أو معارف وتتحدد فى البحث الحالى من خلال درجة الفرد على المقياس المستخدم فى الدراسة حيث يشير ارتفاع الدرجة إلى وعى الفرد باحتمالية الإصابة بالمرض.

٣- سلوك الفحص:

هو البحث عن أعراض أو علامات إكلينيكية تؤيد أو تنفى فكرة الإصابة بالمرض سواء فى العيادات ومراكز التحاليل الطبية أو بالفحص الذاتى.

الإطار النظري:

يتضمن الإطار النظري ماهية الخوف من السرطان والنظريات المفسرة له ، ومفهوم إدراك الخطر ومكوناته وتفسيره النظري.

أولاً: الخوف من السرطان

وصف السرطان بأنه مرض خطير يثير الخوف البشري الشديد حيث صنف المرض بأنه أحد أهم أسباب الوفاة في الولايات المتحدة. وقد وصف - الخوف من السرطان - أول مرة عام ١٩٤٠ عندما استخدم مصطلح فوبيا السرطان cancer phobia لوصف الخوف من هذا المرض، وفي عام ١٩٦٠ أشارت الدراسات إلى أن ٣١% من الأمريكيين يعانون من الخوف الشديد من هذا المرض في حياتهم.

(Jennifer, et al; 2005: 518)

والخوف من السرطان هو خوف منتشر حيث أجريت دراسات عليه في أماكن مختلفة من العالم حيث درس في نيجيريا (Aje Kigbe; 1991) ، وفي كوريا (Min; 1991) ، وفي فرنسا (Raimbault; 1986) وفي ألمانيا (Scholmerich, Sedlak, Hoppe – Seyler & Gerok, 1987) وفي استراليا (Dunne, Burnett, Lawton & Rulph; 1990) وفي السويد (Rylander; 1988).

(Richard, et al; 1992: 191)

وانتفتت معظم الدراسات في (Nathan; 2004) على أن الحالة الاجتماعية والاقتصادية ومستوى التعليم عوامل ليست هامة أولها دلالة في مجال الخوف من السرطان. (Nathan; 2004: 502)

١- أسباب الخوف من السرطان:

يوضح (Richard; et al, 1992) أن الخوف غير العقلاني يولد من الجهل بطبيعة الأشياء أو من كونها تمثل تهديداً للشخص أو من خلال الخبرات السابقة ذات الصلة بالموضوع المخيف.

(Richard, et al; 1992: 195)

ويضيف أن موضوع الخوف من السرطان يكون منطقياً عندما تدعمه بعض العوامل مثل: العوامل البيئية كالإقامة في أماكن تقع بالقرب من تجمعات بتروكيماوية ، أو أماكن أكثر عرضه للتسمم ، وعنصر هام آخر وهو موضوع نوعية الطعام فاعتقاد الناس بأنه قد يسبب هذا المرض زاد في الفترة الأخيرة لدرجة أن معظم الأفكار بخصوص الطعام الآمن أصبحت الآن أكثر انتشاراً من أى وقت مضى. ولا نستطيع تجاهل الأسباب الاجتماعية فطبيعة المجتمعات والفئات الموجودة بها تؤثر على الاتجاهات في هذا الخصوص فإذا أعدت وسائل الاعلام تقريراً عن التسمم في منطقة معينة فإن هذا الأمر يؤثر على اتجاهات الناس بصورة شديدة في مناطق أخرى.

وقد عرض كل من "هولاندوسولين" في "دلال موسى فويدر" المخاوف الخمسة الكبرى المسماة بالإنجليزية (SD, S) التي تلازم الخوف من السرطان وهي: الموت Death والتشوه Disfigurement والإعاقة Disability والاعتمادية Dependence وتدهور العلاقات المهمة Disruption of key relationship وربما تصف المخاوف الخمسة الكبرى الأسباب التي تجعل السرطان يبدو مفرعاً.

(دلال فويدر ، ٢٠٠٨ : ٥٢)

٢- النماذج النظرية السائدة لتفسير الخوف من السرطان:

اختلف العلماء فى تحديد دور الخوف من السرطان على سلوك

الفحص وظهر هذا الاختلاف فى عدة اتجاهات وهى:

أ- أن الخوف الشديد من السرطان يساعد على تكرار سلوك الفحص.

(Leventhal; 1987, Diefenback and Leventhal; 1996).

ب- أن الخوف الشديد من السرطان يكف سلوك الفحص. (Hill et al;

1985, Champion; 1988, Miller, Champion; 1993)

ج- أن المستوى المتوسط من الخوف تجعل سلوك الفحص متذبذب.

(Robbenson and Rogers; 1988).

د- أن الخوف الشديد من المرض يقاوم سلوك الفحص فقط فى وجود

عوامل وسيطة مثل الكفاءة الذاتية Self-efficacy.

(Rogers; 1983).

وسوف يتناول الباحث هذه الاتجاهات بشئ من التفصيل.

أ- الاتجاه الأول:

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن الموضوعات المهددة للصحة

كالسرطان تشكل قوة دافعة لسلوك الفحص واعتمد على نموذج

(Leventhal, 1996) للتنظيم الذاتى حيث يؤكد هذا النموذج على أن

الأفراد النشطاء فى حل المشكلات والذين يصنعون أبعاداً معرفية

لاضطرابهم فى صورة أسئلة لديهم خطط نشطة لمواجهة الاضطراب

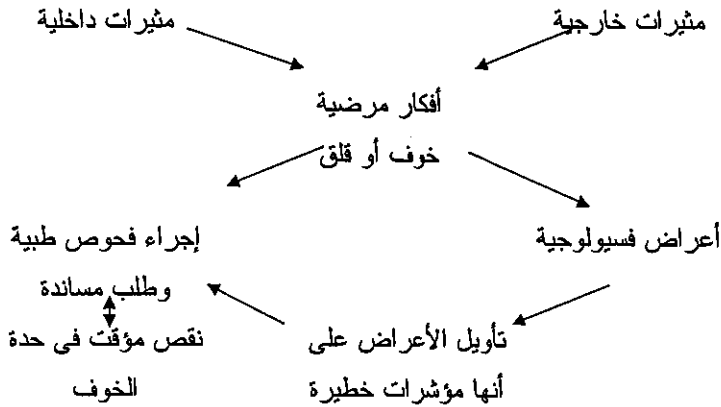
ولديهم أيضاً خطط لمواجهة رد الفعل الوجدانى للتهديدات المرضية مثل

(الخوف من السرطان) ورد الفعل الوجدانى هذا من الممكن أن يكون

إجرائياً في أى وقت (سلوك الفحص) ولهذا فإنه طبقاً لهذه النظرية فإن
الخوف يساعد على زيادة سلوك الفحص.

(Jennifer et al; 2005: 520)

ويتفق النموذج المعرفى السلوكى مع هذا الاتجاه حيث يوضح علماء
هذا التيار أن خوف المريض يأتي نتيجة إساءة تأويل الأعراض الجسدية
كمؤشرات للأمراض الخطيرة ، وسوء التفسير هو ما يسبب الخوف. وعادة
ما يحاول الأفراد مواجهة هذا الخوف بعدة طرق تتصل بسلوك الفحص
مثل: عمل فحوصات طبية ، أو طلب الدعم والمساندة من الأسرة
والأصدقاء وهذه الأمور قد تساعد مؤقتاً على تقليل حدة الخوف ، ولكن هذا
الخوف قد يعود بعد فترة ليست طويلة عند الغالبية. ويؤكد هذا التيار على
دور الأعراض البيولوجية وسوء تأويلها ودور الأفكار الأخرى المرتبطة
بالمريض في تكوين وإيجاد المخاوف كما هو موضح فى الشكل التالى:

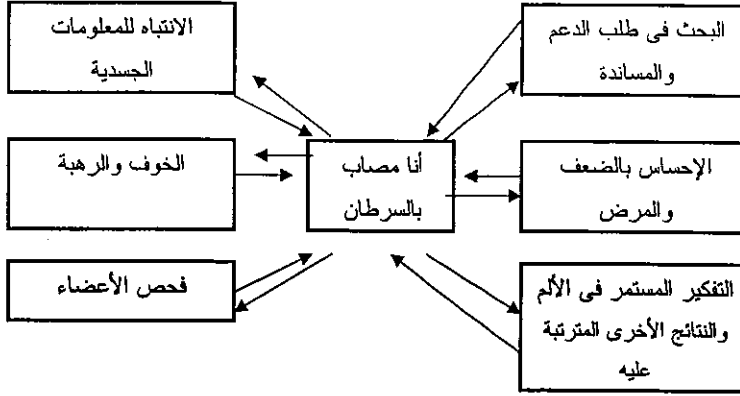


شكل (١) يوضح النموذج المعرفى السلوكى للخوف من المرض وتأثيره
على سلوك الفحص

(Patricia. F, et al; 2001: 170)

تفترض النظرية المعرفية أيضاً أن الاتجاهات والفروض الخاصة بالاختلال الوظيفي ، والمرتبطة بالصحة تتشكل في العادة كجزء من الخبرة السابقة ، ويلاحظ أيضاً أن تلك الفروض لا يجب أن تعتبر شيئاً ثابتاً ، ويمكن تعديلها بالخبرة اللاحقة ، ويمكن لهذه الفروض أن تدفع المريض بمحض اختياره إلى أن يستجيب للمعلومات التي تتماشى مع وجود مرض وأن يتجاهل باختياره -أيضاً- أو يسقط الدليل على الصحة الجيدة ... وهكذا: تميل فروض معينة إلى إنتاج نزعة تأكيدية في تفكير المريض عندما تؤدي حادثة حرجة إلى الخطأ في تفسير الأعراض الجسمية والعلامات المرضية وتعتبرها دلائل على وجود مرض خطير ... والأحداث الحرجة الفرضية ... هي أحداث تختلط بالفروض المتعلقة بالاختلال الوظيفي وتعمل على تنشيطها ، وتتراوح تلك الأحداث بين موت أحد الأقارب من مرض سابق لم يتم تشخيصه ، أو سماع معلومات عن مرض معين من أحد أجهزة الاعلام ، وأحياناً تكون الحادثة الحرجة هي حدوث عرض معين أو مشاهدة تغير بدني ... ويؤدي ذلك إلى زيادة احتمال حدوث أفكار سالبة عن المرض أو التركيز على الاحساسات التي لم تكن ملحوظة من قبل وتفسيرها تفسيراً خاطئاً.

(جان سكوت ، وآخرون ، ١٩٨٩ : ١٣٧)



شكل (٢) يوضح النموذج المعرفي السلوكي

للخوف من الإصابة بالسرطان

(المرجع السابق ؛ ١٣٨)

ب- الاتجاه الثاني:

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن الخوف الشديد من السرطان يمنع سلوك الفحص واستخدام هنا نموذج المعتقدات الصحية The health belief model حيث أجريت عدة دراسات (Hill et al 1985, Champion, Miller 1983, Champion 1988) أظهرت نتائجها أن الخوف من المرض هو حاجز محتمل لسلوك الفحص حيث أجريت في هذه الدراسات مقابلات مع سيدات تجنبن الفحص بجهاز الماموجرافى Mammography وهو جهاز فحص سرطان الثدي واستنتج الباحثون أن الكف ومنع سلوك الفحص ينجم عن الخوف من وجود دلالات غير طبيعية وبالتالي تعمل هذه الدلالات كحاجز محتمل.

(Stephani; 1998: 9)

ج- الاتجاه الثالث:

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن سلوك الفحص يتغير بتغير متوسط الخوف ، ويدلل على ذلك نموذج تشغيل المعلومات المعرفى - الاجتماعى حيث يؤكد هذا النموذج على أن العمليات الوجدانية كـالخوف ، والقلق ، واليأس ، المشاعر السلبية ، والغضب تسهم فى نمو وتـشغيل المعلومات صحياً وبالتالي أكدوا على أهمية العلاقة المنحنية على شكل (U) بين الخوف من السرطان وسلوك الفحص فعندما يزيد الخوف عن المتوسط فإن مستوى سلوك الفحص يصل إلى أعلاه ويؤكد هذا النموذج على أهمية تفاعل الفرد مع المواقف فى شرح هذه العلاقة ، فالخوف يزيد من سلوك الفحص عند فرد ويقله عند فرد آخر اعتماداً على طبيعة الموقف ، ومحدداته الموقف.

(Miller, et al; 1996: 71)

د- الاتجاه الرابع:

يؤكد هذا الاتجاه على أن الخوف يقاوم سلوك الفحص ولكن فقط فى وجود عوامل وسيطة مثل الكفاءة الذاتية (Rogers; 1983) ويدلل على هذا الاتجاه نموذج دافعية الحماية Protection Motivation حيث يفترض أن العلاقة المتوسطة بين تنشيط الخوف عن المرض ، والكفاءة الذاتية تنبئ بأن الخوف يؤدي إلى سلوك الحماية الصحى ، فقط عندما تكون الكفاءة الذاتية والمعتقدات عن القدرة والكفاءة (الكفاءة - الاستجابة) عالية وقد استرشد هذا الاتجاه أيضاً بالإطار النفسى والاجتماعى لنظرية Fear Arousing Communications والتي تقترح أن المستوى المتوسط من تنشيط الخوف هو مستوى محفز لتشجيع المنع (منع الفحص) فى السلوك الصحى أى أن

قليلاً جداً من التنشيط يشجع على إنكار المخاطر ، وأن كثيراً من التنشيط قد يؤدي إلى التجنب. (Rogers; 1983: 183)

وقد أوضح (Nathan et al; 2004) أن الخوف من الألم ، والخوف من الأزمات التي قد يسببها المرض ، والخوف من الإجراءات الطبية والخوف من الأشعة وإجراء التحاليل ، والخوف غير المحدد من السرطان كلها عوامل لها دورها في تنشيط المخاوف ، ولكن العناصر الأساسية التي يخاف منها الناس يمكن تحديدها في هذه العناصر:

- الخوف من عناصر الفحص.
- الخوف من نتائج الفحص.
- الخوف غير المحدد من السرطان.

فهذه العناصر متفاعلة بشدة على الرغم من أنها تبدو للوهلة الأولى منفصلة إمبريقياً ، فالخوف غير المحدد من السرطان يلعب دوراً مؤثراً في تدعيم سلوك الفحص ، وكذا الخوف من عناصر الفحص كالإجراءات الطبية ، والخوف من: الألم ، والأشعة ، والتحاليل هذه العناصر مجتمعه تميل إلى تعزيز مخاوف نوعية أخرى كالخوف من المستشفيات ، وإجراء الجراحات. أما الخوف من نتائج الفحص فيبدو أنه يحتل مكانة متوسطة في تأثيره على سلوك الفحص ، ومن ثم فإن تحديد دوره في مساعدة أو كف سلوك الفحص من الممكن أن يعتمد على العلاقة بين هذا النوع من المخاوف والمخاوف الأخرى. (Nathan; 2004: 505)

ثانياً: إدراك الخطر:

يعرف إدراك المرض على أنه أفكار أو معتقدات الفرد بخصوص المرض والتي تتشكل من الخبرات السابقة والتفاعل مع البيئة. وقد أجمعت الدراسات على أن هذا المتغير تتضمن عدة عناصر هي:

افترض (Leventhal) أن الأفراد لديهم طريقتين رئيسيتين يتم من خلالها استقبال وإدراك المعلومات وهي:

- موضوعياً.
- انفعالياً.

فالمدخل الموضوعي هو عملية شعورية واعية تتضمن المنطق والعقلانية ، وتستخدم فيها الحقائق والأحكام الجمعية ، وأحد العوامل الهامة لتحديد (تهديد الصحة) هو هذا المدخل الموضوعي والذي يركز على تحديد، وتعريف المشكلة والميل إلى تقليل الضغوط بمحاولة تغيير الموقف. أما المدخل الانفعالي فهو توليد صيغ من المشاعر والانفعالات أي قياس الفرد للخطر انفعالياً وهو سلوك لا يتضمن التروى أو التفكير ويميل إلى البحث في المثبرات السلبية في الموقف.

وهذا المدخل الانفعالي يعمل من خلال ثلاث مراحل وهي:

- التصورات العقلية بخصوص المرض: وهي تحديد المشكلة بصيغة انفعالية قد تكون شديدة والتصورات العقلية هي العامل الرئيسي في هذا الخصوص.
 - التخطيط والفعل: وهي استجابة المواجهة والأداء.
 - التقييم: وهي مراقبة النجاح والفشل بخصوص المواجهة.
- (Hale, et al; 2007: 904)

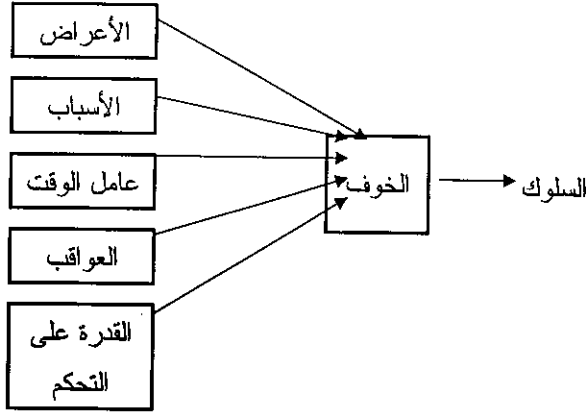
والمنطلق الأساسى فى النموذج هى التصورات العقلية التى تشكل أو يعاد تشكيلها من خلال الخبرات السابقة ومن خلال البنية المعرفية للفرد وهى عوامل متفاعلة مع المجتمع والثقافة والبيئة التى تؤثر بدورها أيضاً فى إدراك التهديدات الصحية فتقافة الفرد تحدد كيف يدرك الأسباب والعلاج. (Hale, et al; 2007: 904)

والتصورات العقلية هذه تتكون من خمسة عوامل وهى:

- أ- العلامات والأعراض: وهى الأعراض التى يلاحظها الفرد على نفسه ويربط بينها وبين المرض محل الشك ، أو الخوف.
- ب- الأسباب: وهى المعتقدات عن سبب الحالة التى قد يشكلها الفرد من خلال آراء الآخرين ، أو الأطباء ، أو وسائل الاعلام.
- ج- المدى الزمنى: وهو الزمن المدرك لاستمرار وبقاء المرض وهل سيكون حاداً أم مزمناً؟
- د- العواقب: وهى اعتقادات الفرد عن عواقب ونتائج المرض وكيف سيؤثر ذلك على وضعه الجسمى والاجتماعى.
- هـ- القدرة على التحكم: هل نستطيع التحكم فى هذه الحالة ، وكيف نستطيع الشفاء منها.

(Hale, et al; 2007: 904)

فالمثيرات المهددة للصحة تنشط ، ومن ثم تطور أبعاداً معرفية فيما يتعلق بالمرض ، وخطورته كما يبدو فى الشكل التالى:



شكل (٣) يوضح مكونات مفهوم إدراك الخطر
(Linda, et al; 2003: 41)

الدراسات السابقة:

دراسة ويندرلين (Wenderlin; 1976) عن بعض الجوانب النفسية المرتبطة بالخوف من سرطان الثدي لدى ٤٢٣ سيدة اختيرن عشوائياً واستخدمت الاستبيانات ، والإحصاء الوصفي لتسجيل البيانات النفسية والاجتماعية ومعرفة العوامل الوراثية وخلصت الدراسة إلى أن ١٦% من أفراد العينة يخفن من الإصابة بالسرطان غالباً ما يخفن من أن يصبين أو يعانين من السرطان ، ٥٧% قلن أحياناً ، ٢٧% قلن نادراً ، وتوصل الباحث إلى أن الخوف من السرطان يزداد بازدياد العمر ، وأقرت النساء اللاتي حصلن على تعليم عال نسبة أقل من الخوف ، وتوصلت النتائج أيضاً إلى أنه كلما ازدادت المعرفة بالعوامل الوراثية كلما قل الخوف

من المرض ، أما النساء اللاتي لديهن توقع للأمراض الخاصة بالنساء فغالباً ما يكن أكثر خوفاً من السرطان.

هدف (Wilson; 1991) إلى الكشف عن العوامل المعرفية المؤثرة على الخضوع للفحص الطبي حيث هدفت الدراسة إلى بحث العوامل الانفعالية والمعرفية المؤثرة على احتمالية استجابة بعض السيدات للفحص الطبي وكان الفرض الأساسي هو "توجد فروق في الاتجاهات والمعتقدات بين السيدات اللاتي يجربن الفحص واللاتي لايجربينه ، وأن السيدات اللاتي لديهن صورة ذات self-image موجبة يملن إلى إجراء سلوك الفحص أكثر من النساء الأقل في صورة الذات". وتكونت عينة الدراسة من ٥٧ سيدة قدمت لهن مقاييس الدراسة ، وأوضحت النتائج أن الخوف ، والفزع ، والقلق كلها مفاهيم وعقبات ترتبط ارتباطاً سالباً بمفهوم الفحص وخاصة مفهوم الخوف الذي ارتبط بصورة دالة بفحص السرطان ، وأظهرت السيدات ذوات صورة الذات الموجبة ارتفاعاً في درجة تقدير الذات ، والعلاقات الجيدة مع الأزواج ، بينما أظهرت السيدات الأقل في صورة الذات أنهن يعشن على هامش الأسرة.

اهتم (Inger, et al; 1992) ببحث قلق السرطان والاتجاه نحو جهاز الأشعة الماموجرافي Mammography لدى عينة من السيدات اللاتي أجربن فحص السرطان ، وعينة أخرى لم يجرى لهن أى فحص ، وطبقت مقاييس الدراسة والتي اشتملت على: قياس الاتجاهات نحو جهاز الماموجرافي Mammography واستمارة تكرار الفحص الذاتي لسرطان

الذى ، ومقياس القلق من السرطان ، وتكونت عينة الدراسة من ١٧٩ سيدة أظهر الفحص أن نتيجتهن إيجابية على الجهاز ، ٢٥٠ سيدة أظهر الفحص أن نتيجتهن سلبية ، ٦٧٠ لم تشاركن فى الدراسة ، وأهملت الدراسة العوامل الديموغرافية مثل: السن ، التاريخ العائلى للمرض ، والفحوصات السابقة ، وأظهرت نتائج الدراسة أن ٩٩% من عينة المشاركات النهائى أجرى لهن فحص أظهرن اتجاهأ إيجابياً ناحية الماموجرافى وأن هذه المجموعة أكثر قلقأ من السرطان من بقية المجموعات. أما السيدات اللاتى لم يُجرى لهن فحص فقد أظهرن شعوراً بالقلق حيال سرطان الثدي وهى نسبة أقل من المجموعة الأولى وأظهرن اتجاهأ سلبياً ناحية الماموجرافى.

واهتم (Caplan, et al; 1996) بدراسة الخوف من السرطان كخطر يومى يهدد أفكار الناس وانفعالاتهم لدى عينة قوامها ٣٦٧ فردأ من الأفراد الأكثر تعرضأ للإصابة high risk people منهم ١٦١ قوقازى ، ٢٠٧ من الزوج ، وتم قياس الخوف من السرطان من خلال سؤال واحد هو (خلال الشهر الماضى: هل كنت خائفاً حيال تطور إصابتك بالسرطان؟) وترأوح تقدير الإجابة من ١ : ٤ درجات ، وأوضحت النتائج ارتفاع نسبة من يخافون السرطان بين أفراد العينة ، وأن هذا الخوف يعتبر أكبر حاجز فى طريق الإقدام على التشخيص ، وأن الخوف يعتبر عائقأ عن استخدام أجهزة التشخيص مثل الماموجرافى Mammography وأوضحت النتائج أيضاً أن انخفاض الخوف أو عدم الخوف يساوى فى خطورته وجود الخوف.

دراسة (Kevin, et al; 1998) وهي دراسة وصفية للخوف من سرطان الثدي حيث هدفت الدراسة إلى الإجابة عن سؤال مهم هو: إلى أي مدى تفكر النساء وتخاف من سرطان الثدي ، وتكونت عينة الدراسة من سيدات لهن تاريخ عائلي مع الإصابة بسرطان الثدي (ن= ٦٦٥) وسيدات ليس لهن تاريخ عائلي مع الإصابة (ن= ٧٠) وطبق الباحثون مقياس: الخوف من سرطان الثدي ، ومقياس الأفكار الوسواسية ، والتقارير السلوكية الخاصة بالفحص الذاتي ومدى تكراره ، وأظهرت النتائج أن السيدات ذوات التاريخ العائلي لديهن درجة خوف أعلى من السيدات اللاتي ليس لديهن تاريخ عائلي ، وأن الأفكار الوسواسية بخصوص الإصابة بسرطان الثدي ترتبط بصورة موجبة بسلوك الفحص ، وأوضحت النتائج -أيضاً- أن نمط الخوف الذي تشعر به السيدات (ذوات التاريخ العائلي ربما يكون مزمناً ولكنه ينخفض قليلاً بمرور الوقت بسبب السياق الذي تسير فيه الأحداث).

دراسة (Kate Brain, et al; 1999) عن القلق والخضوع للفحص الذاتي لسرطان الثدي لدى السيدات ذوات التاريخ العائلي لسرطان الثدي حيث هدفت الدراسة إلى توضيح العلاقة بين القلق والخضوع لفحص سرطان الثدي بمقارنة تأثير القلق العام وقلق السرطان على تكرار الفحص الذاتي ، وتكونت عينة الدراسة من السيدات الأكثر تعرضاً لاحتمالات الإصابة بسرطان الثدي بسبب التاريخ العائلي (ن= ٨٣٣) واکملت المفحوصات مقياساً خاصاً بتكرار الفحص الذاتي ، ومقياس القلق العام ، مقياس وقلق سرطان الثدي وإدراك خطر سرطان الثدي ، والتاريخ العائلي

لسرطان الثدي ، وقد قسم أفراد العينة إلى ثلاثة مستويات: سيدات تجرّين الفحص بصورة غير منتظمة (ن= ٢١١) ، وسيدات تجرّين الفحص بصورة متوسطة (ن= ٤٦٢) وسيدات تجرّين الفحص بصورة كثيفة (ن= ١٥٦) وقد أشارت النتائج إلى أن القلق العام يميز أصحاب الفحص الكثيف وأصحاب الفحص غير المنتظم ، وأن قلق السرطان يميز المجموعات الثلاث ، وتوضح نتائج هذه الدراسة -أيضاً- أن قلق السرطان يعمل بمثابة دافع لسلوك الفحص.

دراسة (Binedell, et al; 2000) عن فهم الاستجابة الانفعالية لدى الأفراد الذين يقومون بالفحص الجيني نتيجة الشكوك فى الإصابة بالسرطان حيث هدفت الدراسة إلى فهم العوامل المنبئة بالتأثير الانفعالي (إجراء الفحوصات الجينية) وذلك من خلال اختبار العلاقة بين الفحص والاستجابات الانفعالية وتكونت عينة الدراسة من الأفراد المترددين على مركز خدمات الجينات السرطانية (بكاردف) فى بريطانيا حيث أجريت القياسات النفسية قبل إجراء الفحص الجينى (ن= ٩١) ، ووجد أن متوسطات درجات القلق بين أفراد العينة مرتفعة عن العاديين ، وارتفاع فى المشاعر السلبية المرتبطة بالقلق ، وارتفاع فى متوسطات درجات الأفراد على مقياس الخوف من السرطان ، وأن أفراد العينة يميلون إلى التقدير الزائد لمستوى الخطر المحيط بهم ، وتوصى الدراسة باعتبار الخوف والقلق عوامل منبئة مهمة فى مجال إدراك الأفراد للمرض.

دراسة (Kent, et al; 2000) عن العلاقة بين إدراك الخطر ، والأفكار الوسواسية والضغط ، والقلق لدى السيدات ذوات التاريخ العائلي لسرطان الثدي ، حيث هدفت الدراسة لقياس التغير فى إدراك الخطر ، والأفكار الوسواسية ، والضغط لدى السيدات ذوات التاريخ العائلي لسرطان الثدي ، وتكونت عينة الدراسة من ٩٠ سيدة أُخترن من احدى عيادات فحص السرطان وطبقت عليهن عدة مقاييس هى: الأفكار الوسواسية ، ضغط السرطان ، وإدراك الخطر ، والقلق ، وأظهرت النتائج ارتفاع مستوى الأفكار الوسواسية والقلق لدى أفراد العينة. أما إدراك الخطر فقد كان متوسطاً وتراوح مستواه بين الارتفاع والانخفاض فى علاقته بالأفكار الوسواسية وبين الارتفاع والانخفاض فى علاقته بالضغط، وتوصلت الدراسة إلى استنتاج نهائى هو أن الضغوط النفسية ذات صلة بمستوى إدراك الخطر ولكن هذه العلاقة يمكن أن تتوسطها الأفكار الوسواسية.

دراسة (Meredith; 2001) عن الخصائص المعرفية والانفعالية لتهديد السرطان حيث استخدم الباحث بعض المثيرات التجريبية لاستبيان صلتها بتهديد السرطان ، والمثيرات التجريبية كانت عبارة عن مواقف تخيلية متصلة بالمرض ، ودرست هذه المواقف فى صلتها ببعض المتغيرات مثل: الحالة المزاجية ، وإدراك المرض ، وإدراك الخطر ، والأفكار الوسواسية ، والتفاؤل / التشاؤم ، والضغط ، وتكونت عينة الدراسة من ٧٨ سيدة أكملن مقاييس الدراسة ، وقسمت عينة الدراسة إلى مجموعة تجريبية (ن = ٥٠) ومجموعة ضابطة (ن = ٣٨) وأعطى أفراد

المجموعة التجريبية صور تخيلية عادية ، وصور ذات صلة بالسرطان واعطى أفراد العينة الضابطة صورتان طبيعيتان فقط وأوضح تحليل النتائج:

- أن العينة التجريبية سجلت درجات مرتفعة على مقياس الضغوط أكثر من الضابطة.
- ازداد إدراك المرض بصورة واضحة لدى أفراد العينة التجريبية مقارنة بالقياس القبلي.
- ازداد إدراك خطر السرطان لدى أفراد العينة التجريبية مقارنة بالقياس القبلي.
- المشاركات فى المجموعة التجريبية نوات المستوى المرتفع من الأفكار الوسواسية لديهن مستوى أعلى من الضغوط.
- نوى الاستجابة الانفعالية المتوسطة للصور التخيلية لديهن مستوى متوسط من التغير المعرفى فى إدراك عواقب سرطان الثدي.

دراسة (Nagel, et al; 2001) عن القلق والإذعان لدى السيدات الأكثر تعرضا لسرطان الثدي وهدفت الدراسة إلى بحث الارتباط بين أعراض الاكتئاب والقلق العام ، والإحساس بالقابلية للإصابة ، وقلق السرطان ، وإجراء الفحص ، وبين الإذعان لإجراء الفحص لدى عينة من السيدات نوات عوامل الخطر الوراثية ، وتكونت العينة من ٤٣٠ سيدة حيث أجابت المفحوصات على مقاييس الدراسة ، وأظهرت النتائج أن القلق الذى شعرت به أفراد العينة يتصل بالفحص بالمأموجرافى Mammography والفحص الذاتى لسرطان الثدي وخضوعهم لإجراءات

الفحص عموماً ، وأن الاكتئاب ، وقلق من السرطان كان مرتفعاً بصورة دالة بين أفراد العينة ، ووجد أن السيدات اللاتي يشاركن فى أى برامج للفحص بخصوص العوامل الوراثية يعانين أكثر من: القلق العام ، والاكتئاب ، والإحساس بحتمية الإصابة ولكن الأمر لا يعدو أن يكون مسألة وقت.

دراسة (Andersen; 2002) عن الخوف من سرطان المبيض وسلوك الفحص لدى السيدات الأكثر تعرضاً للإصابة به حيث تختبر هذه الدراسة تقارير إدراك الخطر ، والخوف ، وسلوكيات الفحص لدى ٣٢٥٧ سيدة شاركن فى هذه الدراسة ، حيث أكملن مقاييس إدراك خطر سرطان المبيض ، والخوف من السرطان ، وقوائم تكرار الفحص ، و٤٢ سيدة بين هؤلاء كن أكثر تعرضاً لخطر الإصابة بسبب التاريخ العائلى ، و١١٤٤ ارتفعت لديهن درجة الخطر بسبب وجود إحدى الأقارب من الدرجة الأولى تعاني من المرض ، وأظهرت النتائج أن التاريخ العائلى يعتبر منبئاً بالمرض ، أو بالخوف من المرض ، أو بإجراء الفحوص الطبية وأن السيدات اللاتي قررن كثرة تكرار الفحص أو درجة مرتفعة من إدراك الخطر هن اللاتي لديهن قرابة من الدرجة الأولى مع إحدى المصابات فى الوقت الحالى.

دراسة (Yael, et al; 2003) عن الحياة مع الخوف من السرطان حيث أوضح الباحثون أن السرطان هو أحد أهم تهديدات الحياة ، وله تأثير فعال على جودتها ، وهدفت الدراسة إلى بحث الخوف على الصحة ،

وإدراك الخطر ، وردود الفعل تجاه الأمراض الأخرى فى علاقتهم بالتاريخ العائلى للإصابة بالسرطان ، وكذلك دراسة تأثير الحياة مع مريض بالسرطان على إدراك الصحة ، وتكونت عينة الدراسة من ١٠٨ من المشاركين منهم ٤٩ لهم تاريخ عائلة مع الإصابة ، ٢٢ يعيشون مع مريض بالسرطان ، ٣٧ ليس لديهم أى خبرة بموضوع المرض ، وأظهرت النتائج أن الخوف على الصحة أقل بين الأفراد الذين لا يوجد لديهم أى خبرة بموضوع المرض ، ويرتفع بدرجة دالة بين الأفراد الذين يعيشون مع مريض بالسرطان ، وأن إدراك الخطر يرتفع لدى مجموعة التاريخ العائلى ، ومجموعة الأفراد الذين يعيشون مع مريض ، وتطرفت ردود الفعل إيجابياً بين مجموعة الأفراد التى تعيش مع مريض بالسرطان ولخص الباحثون النتائج فى تلك النتيجة أن تأثير الخبرة الشخصية مع مرض السرطان ، أو فى الحياة مع مريض بالسرطان لها تأثير على كل من: إدراك الخطر ، والسلوك.

دراسة (Lois, Loescher; 2003) والتى هدفت إلى بحث الأعراض المرتبطة بالخوف من سرطان الثدي لدى النساء الأكثر تعرضاً للإصابة بسبب عوامل وراثية وذلك فى علاقتهم بإدراك خطر السرطان ، والعلامات الاكلينيكية للمرض كعامل منبئ بالخوف من السرطان ، وتكونت عينة الدراسة من ٢٠٠ سيدة وفتاة تتراوح أعمارهن ما بين ١٨-٨٠ عام ، وبدون تاريخ شخصى مع المرضى ، ولكن لديهن على الأقل عوامل الخطر الوراثية المتعلقة بسرطان الثدي ، وقد أكملت المشاركات الإجابة على المقاييس الآتية: مقياس الأفكار بخصوص السرطان ، ومقياس إدراك

الخطر ، وقياس الأعراض الإكلينيكية ، وقد أظهرت النتائج ارتفاع درجة الخوف من السرطان من خلال ارتفاع درجتهم على مقياس الأفكار بخصوص السرطان ، وارتبطت الأعراض الإكلينيكية بصورة دالة بالخوف من سرطان الثدي ، وأظهرت النتائج -أيضاً- إدراكهم المتزايد لخطر التهديد بالمرض ، وأن السن الصغير عامل منبئ على ارتفاع الخوف من سرطان الثدي بينما التاريخ العائلي ليس كذلك.

دراسة (Juli, et al; 2006) عن إدراك الخطر والخوف من سرطان البروستاتا لدى الرجال حيث أوضح الباحثون أن هذا النوع أكثر الأنواع انتشاراً بين الرجال في الولايات المتحدة ، وقد هدفت الدراسة إلى اختبار نموذج العلاقات بين التاريخ العائلي لهذا المرض ، إدراك الخطر ، والخوف منه ، وتكونت عينة الدراسة من الرجال الذين شاركوا في فحص سرطان البروستاتا في إحدى العيادات واستبعد منهم غير القادرين على القراءة ، والكتابة باللغة الانجليزية ، وذوى التاريخ الشخصي مع سرطان البروستاتا ، وبقي من أفراد العينة ٢٠٩ أجريت عليهم الدراسة ، وقام الباحثون بقياس إدراك خطر سرطان البروستاتا من خلال سؤال واحد هو (هل تعتقد أنك سوف تصاب بسرطان البروستاتا يوماً ما؟) وقاموا بقياس الخوف من سرطان البروستاتا بسؤال واحد أيضاً هو (ما درجة خوفك إزاء إمكانية إصابتك بسرطان البروستاتا في حياتك؟) وتم قياس التاريخ العائلي من خلال التقرير الذاتي عما إذا كان أحد المشاركين له قريب من الدرجة الأولى مصاب بسرطان البروستاتا وأظهرت النتائج أن إدراك خطر سرطان البروستاتا يتوسط العلاقة بين التاريخ الأسري ، والخوف من

السرطان ، وأن إدراك خطر الأمراض الأخرى يزيد من إدراك خطر سرطان البروستاتا ، وأن الخوف من سرطان البروستاتا يزيد إدراك خطر الأمراض الأخرى.

دراسة أحمد عبد الخالق ومايسة النبال (٢٠٠٧) عن الخوف من السرطان وعلاقته بسمات الشخصية حيث هدفت الدراسة إلى استكشاف البناء العاملي لمقياس الخوف من السرطان ، وفحص الفروق بين الجنسين ، وتعرف العلاقة بين الخوف من السرطان والشخصية ، وشملت عينة الدراسة (٢٥٢) طالباً بجامعة الكويت طبق عليهم مقياس الخوف من السرطان ، قلق الموت ، وتقدير الخوف من الموت وأسباب الخوف من الموت ، وجامعة الكويت للقلق ، سمة القلق ، وبيك للقلق ، والعصابية والتقدير الذاتي لكل من التدين ، وقوة العقيدة الدينية ، وأسفرت النتائج عن استخراج عامل عام قوى استوعب كل بنود مقياس الخوف من السرطان ، ولم تظهر فروق بين الجنسين على هذا المقياس ، وأتضح أن الارتباط دال إحصائياً وموجب بين مقياس الخوف من السرطان وكل مقياس الشخصية المذكورة أعلاه ، فى حين ارتبط الخوف من السرطان ارتباطاً سلبياً بالتقدير الذاتي للتدين وقوة العقيدة الدينية. وتشير النتيجة المهمة الأخيرة إلى إمكان خفض الخوف من السرطان بواسطة الدرجة المرتفعة من التدين.

التعليق على الدراسات السابقة:

بعد عرض الدراسات السابقة خرج الباحث ببعض الملاحظات ومنها:

أن كل الدراسات هي دراسات ارتباطية تناولت متغير الخوف من السرطان في علاقته ببعض المتغيرات النفسية مثل: الأفكار الوسواسية ، إدراك الخطر ، إدراك المرض ، الضغوط ، الاتزان الانفعالي. ووجد الباحث متغيرات مرتبطة بالمرض مثل: التاريخ العائلي أو وجود عوامل خطر وراثية أو الحياة مع مريض بالسرطان ، ولاحظ الباحث أيضاً أن متغير الخوف من السرطان تم تناوله لدى فئات لم تصب بالمرض ، وتتوقع الإصابة في أى وقت. أما بخصوص الجنس فقد أجريت معظم الدراسات على سيدات وهو أمر ذو دلالة نظراً لتركز أنواع معينة من السرطان لدى السيدات مثل سرطان الثدي ، سرطان الرحم ، سرطان المبيض باستثناء دراسة واحدة أجريت على الرجال وهي دراسة (Juli, et al; 2006) التي تناولت نوع يختص به الرجال وهو سرطان البروستاتا.

فروض الدراسة:

- ١- لا يختلف إدراك الخطر اختلافاً دالاً إحصائياً باختلاف مستوى الخوف من السرطان.
- ٢- لا يختلف سلوك الفحص اختلافاً دالاً إحصائياً باختلاف مستوى الخوف من السرطان.
- ٣- لا توجد فروق بين متوسطى درجات مجموعتى الذكور ، والإناث على مقياس الخوف من السرطان.

- ٤- لا توجد فروق بين متوسطى درجات مجموعتى الذكور ، والإناث على مقياس إدراك الخطر.
- ٥- لا توجد فروق بين متوسطى درجات مجموعتى الذكور ، والإناث على مقياس سلوك الفحص.

إجراءات الدراسة:

قام الباحث بإجراء مسح للدراسات السابقة على بعض قواعد البيانات وراجع نتائج الدراسات الامبريقية المتصلة بالخوف من السرطان واستخدم الباحث قواعد البيانات الآتية:

PREMED LINE
Medline from 1966
Cancer Lit from 1975
Psych Info from 1960

وذلك باستخدام المصطلحات الآتية:

Fear about Cancer, anxiety about cancer, cancer avoidant thought, cancer anxiety cancer worries, cancer related distress, worry about cancer, concerns about cancer.

أدوات الدراسة:

- ١- مقياس الخوف من السرطان: إعداد/ أحمد عبد الخالق
وهو أداة للتقرير الذاتى لقياس الخوف من السرطان ويتضمن ثمانية عبارات يجاب عليها من خلال أربعة اختيارات وهى:
لا= صفر قليلاً= ١ متوسط= ٢ كثيراً= ٣ كثيراً جداً= ٤

وجميع بنود المقياس ايجابية وتقيس الخوف من السرطان وتوزع درجات المقياس كالآتي:

صفر ← ٧ خوف طبيعي

٨ ← ١٥ خوف طفيف

١٦ ← ٢٤ خوف شديد

٢٥ ← ٣٢ درجة مرتفعة جداً من الخوف

وقد قام الباحث بإعادة تقنين الاختبار كالآتي:

قام الباحث بإعادة حساب الصدق من خلال صدق التكوين الفرضي وذلك بحساب معاملات الارتباط بين درجات عينة التقنين على كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة المفردة وكانت معاملات الارتباط تتراوح بين (٠,٥٤٩) ، (٠,٧٣٨) وهي معاملات دالة عند مستوى (٠,٠١) ، (٠,٠٥) ويدل ذلك على صدق التكوين الفرضي للأداة.

ثم قام الباحث بحساب ثبات الاختبار عن طريق إعادة التطبيق test/retest بعد مرور أسبوعين من التطبيق الأول وتم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني وبلغ معامل الثبات (٠,٨١).

٢- مقياس إدراك الخطر: تأليف: Weinman, J. et al

ترجمة وتقنين: الباحث

هو أداة تقرير ذاتي أعدت لقياس أفكار ومعتقدات الأفراد بخصوص احتمالية الإصابة بالسرطان والتي تتشكل من الخبرات السابقة ومن التفاعل مع البيئة ، وتقيس هذه الأداة خمسة أبعاد تكون إدراك الخطر وهي:

١- علامات المرض وأعراضه.
٢- أسبابه.

٣- المدى الزمني. -٤ النتائج.

٥- القدرة على التحكم.

وقد تكون المقياس من ٣٨ عبارة تقيس الأبعاد السابقة. وكانت

العبارات التي تشكل كل بُعد هي:

١- العلامات أو الأعراض (٧، ١٠، ١٥).

٢- الأسباب (٢، ٤، ٩، ١٤، ١٧، ١٨، ١٩، ٢٣، ٢٦، ٣٢،

٣٣، ٣٤).

٣- المدى الزمني (١، ٢٨، ٣١).

٤- النتائج (٣، ٦، ٨، ١١، ١٢، ٢٤، ٢٥، ٣٥، ٣٦).

٥- القدرة على التحكم (٥، ١٣، ١٦، ٢٠، ٢١، ٢٢، ٢٧، ٢٩،

٣٠، ٣٧، ٣٨)

ويتم تقدير الدرجة على المقياس كما يلي:

غير موافق تماماً = ١ غير موافق = ٢ محايد = ٣

موافق = ٤ موافق تماماً = ٥

قام الباحث الحالي بترجمة عبارات المقياس ومراجعتها لملاءمتها

على البيئة المصرية وذلك بتعديل صياغة بعض العبارات أو تعديل المعنى.

قام الباحث بحساب صدق وثبات المقياس على عينة مكونة من

٤٠٠ من طلاب الجامعة (٢٠٠ طالب، ٢٠٠ طالبة) من مختلف الفرق

الدراسية والتخصصات.

قام الباحث بحساب صدق الاختبار بطريق صدق المحتوى وذلك

بعرض الاختبار على مجموعة من الخبراء في مجال علم النفس والصحة

النفسية وحذفت العبارة التي لم تحصل على موافقة ٨٥% من عينة

المحكمين وعدلت صياغات بعض العبارات الأخرى ثم قام الباحث بحساب الصدق أيضاً عن طريق صدق التكوين الفرضي وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجة الفرد على كل من بنود الاختبار والدرجة الكلية بعد حذف درجة العبارة وكانت معاملات الارتباط تتراوح بين ٠,٤٥١ و ٠,٧٣١ وهي دالة عند مستوى ٠,٠٥ ، ٠,٠١ ثم قام الباحث بحساب ثبات الاختبار عن طريق إعادة التطبيق بعد مرور أسبوعين من التطبيق الأول وكان معامل الثبات ٠,٨٠ وهو معامل ثبات مرتفع ومقبول.

استمارة قياس تكرار فحص السرطان:

وهي استمارة يقيس بها الباحث تكرار سلوك الفحص كدالة من دوال الخوف من السرطان واشتملت على الفحص المعمل بتوجيه وإرشاد من الطبيب والفحص الذاتي كأحد مهارات الفرد في التعرف على أية علامات دالة على إصابة بنوع معين من المرض.

العينة:

تكونت عينة الدراسة من ١٠٠ طالب وطالبة من طلاب كلية التربية من الفرقتي الثالثة والرابعة من كافة التخصصات العلمية والأدبية حيث كانت الإناث (ن= ٥٠) والذكور (ن= ٥٠) وذلك بعد استبعاد ٢٣ طالب وطالبة لعدم جدية الإجابة على أدوات الدراسة.

- تم تطبيق أدوات الدراسة على أفراد العينة السابقة.
- قام الباحث بإجراء عمليات التحليل الإحصائي بواسطة برنامج

(SPSS.V. 10).

نتائج الدراسة ومناقشتها:

بعد إجراء عمليات التحليل الإحصائي أسفرت الدراسة عن النتائج

التالية:

١- الفرض الأول

يختلف إدراك الخطر اختلافاً دالاً إحصائياً باختلاف مستوى الخوف

من السرطان.

للإجابة على هذا الفرض قام الباحث باستخدام اختبار (ت) لحساب

دلالة الفروق بين متوسطى مجموعتى مرتفعى ومنخفضى الخوف فى

مقياس إدراك الخطر.

جدول (١)

الإحصاء الوصفي ودلالة (ت) لمجموعتى مرتفعى ومنخفضى الخوف من

السرطان على مقياس إدراك الخطر

المجموعات	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت
منخفضى الخوف	٤٩	١٧١,٧٣٤٧	٦,٨٩٧٤	٦,٨٨٣
مرتفعى الخوف	٥١	١٥٣,٢٩٤١	١٧,٤٨٨٦	

يتضح من جدول (١) وجود اختلاف دال إحصائياً عند مستوى

(٠,٠١) فى إدراك الخطر باختلاف مستوى الخوف من السرطان (منخفض

- مرتفع) ، ويرى الباحث أن هذه النتيجة تتفق مع التفسير المعرفى حيث

أن الاتجاهات والفروض الخاصة بالاختلال الوظيفى تتشكل فى العادة

كجزء من الخبرة السابقة وهى فروض - فى حالة التثوهات المعرفية -

تميل إلى إنتاج نزعة تأكيدية في تفكير المريض عندما تؤدي حادثة معينة إلى الخطأ في تفسير الأعراض الجسمية وتعتبرها دلائل على وجود مرض خطير والأحداث الحرجة الفرضية تختلط بالفروض المتعلقة بالاختلال الوظيفي وتعمل على تنشيطها مثل موت أحد الأقارب بسبب السرطان أو سماع معلومات عنه بإحدى وسائل الإعلام أو حدوث عرض معين أو أي تغيير بدني فكل ذلك يؤدي إلى زيادة تكون حدوث أفكار سلبية عن المرض والتركيز على الاحساسات التي لم تكن ملحوظة من قبل وتفسيرها بصورة خاطئة وبالتالي زيادة إدراك خطر المرض وإدراك الخطر ذات شق انفعالي لايتضمن التروى أو التفكير ويميل إلى البحث عن المثبرات السلبية في الموقف. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات كل من Merdeth 2001; Bindell et al, 2000; Juli et al, 2006; Lois Loescher 2003

٢- الفرض الثاني:

يختلف سلوك الفحص اختلافاً دالاً إحصائياً باختلاف مستوى الخوف من السرطان.
للإجابة على هذا الفرض قام الباحث باستخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطى منخفضى الخوف من السرطان ومرتفعى الخوف من السرطان على مقياس سلوك الفحص.

جدول (٢)

الإحصاء الوصفي ودلالة (ت) لمجموعتي منخفضى ومرتفعى الخوف من
السرطان على مقياس سلوك الفحص

المجموعات	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت
منخفضى الخوف	٤٩	١٢٢٩	٣٨٩١	٢,٢٤٨
مرتفعى الخوف	٥١	٠٠٠٠	٠٠٠٠	

يتضح من جدول (٢) وجود اختلاف دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) فى سلوك الفحص باختلاف مستوى الخوف من السرطان (منخفض - مرتفع) ويرجع الباحث هذه النتيجة إلى أن الأفراد النشطاء فى حل المشكلات والذين يصيغون أبعاداً معرفية لاضطرابهم فى صورة أسئلة لديهم خطط نشطة لمواجهة الاضطراب ، ولديهم خطط لمواجهة رد الفعل الوجدانى للتهديدات المرضية (الخوف من السرطان) ورد الفعل الوجدانى هذا من الممكن أن يكون إجرائياً فى أى وقت (سلوك الفحص) فخوف الفرد من السرطان يأتى نتيجة إساءة تأويل الأعراض الجسدية على أنها مؤشرات لأمراض خطيرة ، وعادة ما يحاول الأفراد مواجهة هذا الخوف بعدة طرق تتمثل فى سلوك الفحص مثل: عمل فحوصات طبية وهى أمور تساعد مؤقتاً على تقليل حدة هذا الخوف ، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات كل من Kate Brin, 1999; Kevin et al, 1998; Nagel et al, 2001.

٣- الفرض الثالث:

توجد فروق بين متوسطى درجات مجموعتى الذكور ، والإناث على مقياس الخوف من السرطان.

للإجابة على هذا الفرض قام الباحث بإجراء اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات بين مجموعتى الذكور والإناث على مقياس الخوف من السرطان المستخدم فى الدراسة.

جدول (٣)

يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم (ت) للفروق بين الجنسين فى متغير الخوف من السرطان

المتغير	الجنس	ن	المتوسط	الانحراف المعيارى	قيمة ت
الخوف من السرطان	ذكور	٥٠	٢٠,٦٤٧١	٣,٣٧٥٣	٦,٤٤٩
	إناث	٥٠	٢٤,٩٣٨٨	٣,٢٧٥٠	

يتضح من جدول (٣) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى

(٠,٥) بين مجموعتى الذكور والإناث على مقياس الخوف من السرطان

لصالح الإناث ويرجع الباحث هذه النتيجة إلى عدة أسباب:

١- أن هناك بعض أساليب الفحص الذاتى من الممكن أن تقوم به

الإناث لملاحظة أى تغيرات تطرأ على الجسم مثل الفحص الذاتى

للثدى لملاحظة أى تغيرات تطرأ عليه.

٢- أن هناك بعض أنواع هذا المرض خاصة بالسيدات مثل الثدي ، الرحم ، المبيض الأمر الذى يجعلهن أكثر خوفاً من الرجال حيال هذا المرض.

٣- أن التفسير المعرفى المتصل بإساءة تفسير الأعراض الجسدية يتصل بالإناث أكثر منه على الرجال وخاصة من خلال أساليب الفحص الذاتى مثل وجود تجمعات نسيجية فى الثدي أو نزيف دموى مستمر وبالتالي قد تعتبرها الفتاة مؤشراً شئاً خطيراً.

٤- أن النتيجة السابقة تتسق منطقياً مع كثرة الدراسات التى أجريت على الخوف من السرطان لدى الإناث مثل: Wendelin 1976; Kevin et al 1998; Inger 1992; Wilson 1991; Kent et al 2000; Kate Brain et al 1999; Lois Loescher 2003; Nagel et al 2001 عن سرطان الثدي عن سرطان المبيض ، دراسة واحدة فقط عن الرجال وهى Juli et al 2006 عن سرطان البروستاتا لدى الرجال.

٤- الفرض الرابع:

توجد فروق بين متوسطى درجات مجموعتى الذكور ، والإناث على مقياس إدراك الخطر.
للإجابة على هذا الفرض قام الباحث بإجراء اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين متوسطى درجات الذكور والإناث على مقياس إدراك الخطر.

جدول (٤)

يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم (ت) للفروق بين الجنسين
في متغير إدراك الخطر

المتغير	الجنس	ن	المتوسط	الانحراف المعيارى	قيمة ت
إدراك الخطر	ذكور	٥٠	١٥٥,٤٣١٤	١٨,٨٤٨١	٤,٧٩٤
	إناث	٥٠	١٦٩,٥١٠٢	٨,٣٦٤٤	

ويتضح من جدول (٤) وجود فروق دالة إحصائياً عن مستوى (٠,٠٥) بين مجموعتى الذكور والإناث لصالح مجموعة الإناث ، ويرى الباحث أن هذه النتيجة تتفق مع نموذج (Leventhal) من أن الخبرة السابقة والتي قد تسهم فى تشكيل التصورات العقلية. والخبرة السابقة هنا حددتها معظم الدراسات فى وجود تاريخ عائلى للإصابة وكان معظمها مرتكزاً على سرطان الثدي لدى أمهات عينات الدراسة. فهى خبرات ساهمت فى زيادة إدراك الخطر لدى أبناء هذه الأمهات من احتمالية تعرضهن للإصابة مثل الأم مثل دراسة Wenderlin 1976 التى تحدثت عن العوامل الوراثية ودراسات Kate Inger, 1992; Wilson, 1991; Brian, 1999; Kevin et al, 1998 عن التاريخ العائلى وسرطان الثدي ، Kent et al, 2000 ، إذن فالخبرة السابقة هنا والمساهمة فى تشكيل الإدراك ترتبط بالتاريخ العائلى الممثل فى سرطان الثدي والمبيض الأكثر انتشاراً بين السيدات.

٥- الفرض الخامس:

توجد فروق بين متوسطى درجات مجموعتى الذكور ، والإناث على مقياس سلوك الفحص.
للإجابة على هذا الفرض قام الباحث بإجراء اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات بين مجموعتى الذكور والإناث على مقياس سلوك الفحص.

جدول (٥)

بوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم (ت) للفروق بين الجنسين فى متغير سلوك الفحص

المتغير	الجنس	ن	المتوسط	الانحراف المعيارى	قيمة ت
سلوك الفحص	ذكور	٥٠	١,٩٦١	٠,١٤٠٠	١,٤٩٣
	إناث	٥٠	١,٠٢٠	٠,٣٦٧٧	

يتضح من جدول (٥) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث على مقياس سلوك الفحص ويرجع الباحث هذه النتيجة إلى عدة عوامل أهمها العامل الاقتصادى حيث أن هذه الفحوصات ذات تكلفة مرتفعة فى ظل وضع اقتصادى يتساوى فيه الذكور بالإناث وإلى غياب التوعية بأهمية الفحص الدورى المنتظم الخاص بهذا المرض.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- ١- أحمد عبد الخالق ، مایسة النیال (٢٠٠٧): الخوف من السرطان. قیاسه ، وعلاقته بسمات الشخصية ، مجلة العلوم الاجتماعية ، الحولية ٢٧ ، الرسالة ٢٥٧ ، الكويت.
- ٢- جان سكوت ، مارك ویلیامز ، أرون بیك (١٩٨٩): العلاج المعرفی والممارسة الإكلینیكية. ترجمة حسن مصطفى عبد المعطی. مكتبة زهراء الشرق. القاهرة.
- ٣- دلال موسى قویدر (٢٠٠٨): الخوف من سرطان الدم وعلاقته بالصدمة النفسية ، دكتوراه غیر منشورة ، جامعة دمشق ، سوريا.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- 4- Andersen, M. R; Peacock, S; Nelson, J. Wilson, S; (2002): Worry about ovarian cancer and use of ovarian cancer screening by women at risk for ovarian cancer. Gynecologic oncology 85, 3-8.
- 5- Binedell, J; (2000): Understanding emotional Response to individualized genetic risk assesement for cancer susceptibility, unpublished ph.D. Department of clinical psychology, Cardiff-Wales.

- 6- *Caplan, L.S; Helzlsouer, K.J; Shapiro, S; Wesley, M. N; Edwards, K,B; (1996):* Reasons for delay in breast cancer diagnosis. Preventive medicine; 25, 218: 224.
- 7- *Champion, V. L; (1988):* Attitudinal variables related to intention, frequency and proficiency of breast self examination in women 35 and over. Research nursing health: 11 (283-291).
- 8- *Diefenbach, M. A; Leventhal, H; (1996):* The Commonsense model of illness representation: Theoretical and practical consideration: Journal of social distress Homeless 5: 37.
- 9- *Donald, E. Sanborn; and Dean, J. Seibert; (1997):* Cancer phobic Suicides and history of cancer psychological Reports, 38: 602.
- 10- *Hale, E. D; Treharne, G; J, Kitas; (2007):* The commone-sens Model of self regulation of health and illness: How can we use it to understand and response to our patient needs? Rheumatology 19 April p, 904-906.

- 11- Hill, D. Gardner & Rassaby, J; (1985):** Factor predisposing women to take precautions breast and cervix cancer: Journal of Applied social psychology 15: 59-79.
- 12- Inger Torhild and Suzan Eslenker; (1992):** Cancer anxiety and attitudes towards mammography among screening attenders, Nonattender S, and Women never invited. American Journal of public health, Feb vol (82) No. 2.
- 13- Jennifer, L. Hay; Tamara, R. Buckley and Jamies, Ostroff; (2005):** The Role of cancer worry in Cancer screening: A Theoretical and Empirical Review of the Literature. psycho-oncology 14, (517-534).
- 14- Julie, B. Schnur; Terry, A. Diloronzo; Guy, H. montgomery; Joel, Erbilch; (2006):** Perceived Risk and Worry about prostate cancer: A proposed conceptual model. Behavioural Medicine. Vol. 32 (89-96).
- 15- Kate Braine, Paul; Norman, Jonathan, Gray; and Robert, Mansel; (1999):** Anxiety and adherence to

breast self examination in woman with family history of breast cancer. *Psychosomatic medicine*, 61, 181-187.

- 16- Kent, G. Howie; Fletcher, M; Newburg, Ecob; (2000):** The relationship between precived risk, thought intrusiveness and emotional well being in women reciving counseling for breast cancer risk in family history clinic. *British journal of health psychology*, vol. 5, no (1) feb. 2000, pp 15: 26)
- 17- Kevin, D; Ann, D; Susan, M; Kimberly J; (1998):** A Descriptive study of breast cancer worry. *Journal of Behavioural Medicine*, vol. 21, no6, 565.
- 18- Leventhal, H; Cameron, L; (1987):** Behavioural theories and the problem of compliance. *Patients education and counseling*: vol. 10, 117-138.
- 19- Linda, Camerson; Elaine, Leventhal; and Haward, Leventhal; (1995):** Seeking Medical care in response to symptoms and life stress. *Psychosomatic medicine*, vol. 57: 37-47.
- 20- Linda, D. Cameron; (2003):** Conceptualizing and assessing Risk perceptions: A self regulatory

perspective: paper presented at the conceptualizing and measuring risk perceptions workshop. Dept. of psychology. The university of Auckland, Washington D.C. (USA).

- 21- Lois, J, Loescher; (2003):** Cancer worry in women with hereditary risk factor of breast cancer. Oncology nursing forum, vol. 30, no. 5.
- 22- McCaul, K.D; Reid P.A; Rathge, R.W; Martinson, B; (1996):** Does concern about breast cancer inhibit or promote breast cancer screening? Basic Applied social psychology, 18: 183-194.
- 23- Meredith Tanowitz; (2001):** Cognitive and emotional response to cancer therat: An experimental model Ph.D: Ferkauf Gradute school of psychology, Yeshiva university. USA.
- 24- Miller, A. M and Champion, V. L; (1993):** Mammography in Women $> \text{ or } = 50$ of age predisposing and enabling characteristics: Cancer Nursing 16: 260-269.
- 25- Miller, S.M, Hurley; K, Shoda, Y; (1996):** Applying Cognitive-social theory to health protective

behaviour: breast self examination in cancer screening. *psychological Bulltien*, (119) 70-94.

- 26- Nagel, M. Lindberg; and Dived, Wellisch; (2001):**
Anxiety and compliance among women at high risk for breast cancer: *Annals of behavioural Medicine*. Vol. (4): 298:303.
- 27- Nathan, S. C, Consedine; Magi, Carol; Yulias, Kivoshekova (2004):** Fear, anxiety and breast cancer screaning behaviour: A critical review. *Cancer Epidemology Biomark & Prevention* 501-509.
- 28- Patricia, Furer; Jhon, R. Walker; and Mark, Freeston; (2001):** Approach to integrated cognitive behaviour therapy for intense illness worries. *Jhon Wily & Sons*.
- 29- Richard, S. Brown; and Paul, R. Lee-Haly; (1992):**
Fear of Future illness, chemical aids, and cancer phobia: A Review. *Psychological Reports*, 71: 87-207.
- 30- Robberson, M.K; & Rogers, R.W; (1988):** Beyond fear appeals: Negative and positive persuasive appeals

to health and self esteem. *Journal of Applied Social Psychology* 18: 277-287.

- 31- *Rogers, R.W; (1983):* Cognitive and physiological processes in attitude change: A revised theory of protection motivation in social psychophysiology. Guilford press, New York.
- 32- *Stephani, J. Byram; (1998):* Breast cancer and mammogram screening: mental models and quantitative assessments of beliefs. Ph.D. Carnegie Mellon university.
- 33- *Weinman, J; and Peteri, K; (1997):* Illness Perceptions: A New Paradigm for Psychosomatics *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 42, No, 2, pp. 113: 116.
- 34- *Weinman, J; Petrie, K; (1996):* The Illness Perception Questionnaire: A New Method for Assessing the Cognitive Representation of Illness – *Psychology & Health*, vol. 11, pp. 431-445.
- 35- *Weinstein, N. D; (2000):* Percived Probability, Percived Severty, and health Protective Behaviour, *Health Psychology*, vol 19: 55-74.

- 36- *Wenderlin, J. M; (1976):* Psychological aspects of the fear of cancer. MMW Munch Wochenschr Feb, 27-118.
- 37- *Wilson, J. R; (1991):* Cognitive factor influencing compliance to health screening, unpublished Thesis, Cardiff. Weals.
- 38- *Yael, Benyamini; Collens, S. McClin; Elaina, A. Leventhal; and Haward, Leventhal; (2003):* Living with worn of cancer: Health perceptions and behaviour elderly people with self, vicarious, or no history of cancer. Psycho-oncology 12, (161-172).