

التنظيم الانفعالي كمنبئ بجودة الحياة لدى مرضى السرطان المراهقين الذين مازالوا يتلقون العلاج، والناجين من السرطان، وغير المستجيبين للعلاج

إعداد

كوثر حسين حسن

د. نيفين نيروز وهيب

مدرس علم النفس

كلية الآداب - جامعة الفيوم

أ.د. طارق محمد عبد الوهاب

أستاذ علم النفس

وكيل كلية الآداب جامعة الفيوم لشئون الدراسات

العليا والبحوث

مستخلص البحث

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة إمكانية تنبؤ متغير التنظيم الانفعالي بجودة الحياة لدى مرضى السرطان المراهقين، كما تهدف أيضًا إلى معرفة الفروق بين عينات الدراسة (مرضى السرطان المراهقين الذين مازالوا يتلقون العلاج، والناجين من السرطان، وغير المستجيبين للعلاج) في متغيري التنظيم الانفعالي وجودة الحياة. المنهج والإجراءات: أجريت الدراسة الراهنة على عينة قوامها (٧٥) مريضًا بسرطان الدم الحاد من مستشفى سرطان الأطفال بمصر ٥٧٣٥٧، (٤٣ من الذكور - ٣٢ من الإناث)، تراوح المدى العمري لهم ما بين (١٤-٢٠) عامًا، بمتوسط مقداره (١٧,٢٨) وانحراف معياري ومقداره (١,٨٦). تم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات: ٢٥ مريض مازال يتلقى العلاج، و ٢٥ ناجي من السرطان، و ٢٥ مريض غير مستجيب للعلاج. طُبّق على العينة مقياس التنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان من إعداد الباحثة، ومقياس جودة الحياة التابع لمنظمة الصحة العالمية ترجمة هناء كارم (٢٠١٦). النتائج: تبين من النتائج وجود ارتباط إيجابي بين التنظيم الانفعالي وجودة الحياة لدى عينات الدراسة الثلاث، واتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينات الدراسة الثلاث في متغيري الدراسة، كما اتضح قدرة التنظيم الانفعالي على التنبؤ بجودة الحياة.

Emotional Regulation as Predictor of Quality of Life among Curative Adolescent Cancer Patients, Survivors of Cancer and Palliative Patients

Summary

The purpose of this study was to examine if emotional regulation predict of quality of life among adolescent Cancer Patients. The study also compare between curative patients, survivors of cancer, and palliative patients in emotional regulation and quality of life. **Method and Procedures:** In order to verify the hypotheses of study, two scales were used: Emotion regulation questionnaire prepared by the researcher, and World Health Quality of Life questionnaire translated by Hanaa Karem (2016). After fulfilling the psychometric requirements of the questionnaires, the data were collected from a sample consisted of (N=75) adolescent Cancer Patients (ALL) at children's cancer hospital (43 male-32 female). There ages ranged from (14-20) years, with mean of 17.28 (SD=1.68), the sample was divided into three groups: 25 curative patients, 25 survivors of cancer, and 25 palliative patients. **Results:** There was a positive statistically significant relationship between emotion regulation and quality of life, the study also showed no statistically significant differences between curative patients, survivors of cancer, and palliative patients in emotion regulation and quality of life. The study also revealed that emotion regulation predicted quality of life.

المقدمة:

يعتبر مرض السرطان من الأمراض الخطيرة التي عرفت انتشارًا واسعًا في الآونة الأخيرة، وبين مختلف الفئات العمرية، حيث يُشكل ثاني الأمراض المسببة للوفيات بعد أمراض القلب والشرايين (حنان عطا الله، ٢٠١٩). فقد أصبحت كلمة "السرطان" ذاتها مصدرًا للقلق والخوف عند الكثير، نظرًا للنهاية المتوقعة للمصاب بهذا المرض، ونتيجة لذلك فقد استأثر هذا المرض باهتمام كثير من المؤسسات الطبية والنفسية، وأصبح موضوعًا بارزًا للدراسة داخل فروع علم النفس الطبي الذي يهتم بدراسة المتغيرات النفسية المرتبطة بالأمراض العضوية، واكتشاف المتغيرات النفسية التي لها دورًا مهمًا سواء للوقاية من المرض، أو التحكم فيه، أو التوافق معه، وللتدريب المتخصصين بتقديم الخدمة العلاجية للمرضى على

هذه المتغيرات لتحسين صحة المرضى الجسمية والنفسية (هناء شويخ، أمثال هادي، ناصر سعود، ٢٠١٢).

وتأتي الدراسة الراهنة كواحدة من الدراسات التي تُدعم اتجاه الاهتمام بهذا المرض من الناحية النفسية، ومن ثم فإنها تتبنى مجموعة من الأهداف التي تدخل جميعها في إطار واحد، وهو تركيز الضوء على المتغيرات الإيجابية التي تساهم في تخفيف المعاناة لدى المرضى، فتهدف الدراسة الراهنة إلى معرفة إمكانية تنبؤ التنظيم الانفعالي بجودة الحياة لدى مرضى السرطان وفقاً لمرحلة العلاج، وقد تم تقسيمهم إلى ثلاث عينات: مرضى السرطان الذين مازالوا يتلقوا العلاج، والمرضى غير المستجيبين للعلاج، والناجين الذين تم شفائهم بالكامل.

وقد زاد الاهتمام بدراسة جودة الحياة منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين كمفهوم مرتبط بعلم النفس الإيجابي، والذي جاء استجابة إلى أهمية النظرة الإيجابية إلى حياة الأفراد كبديل للتركيز الكبير الذي أولاه علماء النفس للجوانب السلبية من حياة الأفراد (رمزي شحته، ٢٠١٣).

وطبقاً لمنظمة الصحة العالمية فقد عُرفت جودة الحياة بأنها: الإدراك الفردي للحياة من خلال القيم والمعايير والأهداف في الإطار الثقافي للمجتمع، وأن مصطلح جودة الحياة ليس له علاقة بخلو الفرد من الأمراض أو كونه سليم (The World Health Organization, 2012).

ووجد أن جودة الحياة لدى مرضى السرطان تتأثر بسبب التغيرات التي عانوا منها في حياتهم نتيجة للتشخيص والعلاج وسرعة تقدم المرض، وبالتالي تتأثر السلامة الجسمية والنفسية والاجتماعية لديهم. ويُعزى اهتمام الباحثين بجودة الحياة لمرضى السرطان، إلى أن تقييم جودة الحياة يساعد في تقييم نتائج العلاج ويُقلل من التأثيرات الجسمية والنفسية والاجتماعية للسرطان (سوسن غزال، ٢٠١٤). واتضح أن هناك تعارض في التراث فيما يتعلق بجودة الحياة لدى الناجين، فبعض نتائج الدراسات أوضحت أنهم يعانون من تغييرات في حالتهم الصحية والنفسية والانفعالية مرتبطة بالعلاج والمرض، وأن هذه التغييرات قد تستمر لسنوات بعد انتهاء العلاج وتؤثر سلباً على جودة الحياة لديهم (Goswami &

(Gupta, 2019)، بينما البعض الآخر من النتائج أوضحت أنهم يتمتعون بإرتفاع في مستوى جودة الحياة بسبب انتهائهم من العلاج وقدرتهم على مواصلة حياتهم الطبيعية (Shin, Bartlett & Gange, 2019).

وأوضحت نتائج عدد من الدراسات وجود عوامل تساهم في خفض جودة الحياة لمرضى السرطان مثل: الألم الذي يسببه المرض والعلاج، والخوف من الموت، والقلق، واضطرابات صورة الجسم، والآثار الجانبية للعلاج، والإجهاد السريع (Mahdavi, Jayervand, Pahlevani, Ezhei, Madani, & Ghorian, 2019)، بينما أوضحت دراسات أخرى وجود عوامل تساعد على تحسين جودة الحياة لمرضى السرطان مثل: وجود شريك حياة، والسن الأكبر (فوق ٣٠ عامًا)، والمستوى المادي المرتفع، والمساندة الاجتماعية، وشبكة العلاقات الاجتماعية، والتفاؤل، والرضا (Götze, Ernst, Brähler, Romer & Klitzing, 2015).

وأوضح كلٌّ من ديسيبيزنا وبيرت في دراسات لهم على جودة الحياة أنه إذا كانت الانفعالات السلبية يمكن أن تؤدي إلى تأثيرات نفسية سلبية، فإن الانفعالات الإيجابية تُمكن الفرد من استعادة صحته النفسية وتُحسن من جودة حياته، ولهذا الأمر قيمة علاجية كبرى، فعندما تسيطر على الفرد الانفعالات الإيجابية، يظهر مستوى مرتفع من التفاؤل والإبداع يمكنه من التعامل بإيجابية أمام الشدائد وبالتالي تتحسن جودة الحياة بشكل عام لديه (محمد السعيد، ٢٠١٤). لذا حظى مفهوم التنظيم الانفعالي في العقود الثلاثة الأخيرة باهتمام العديد من الباحثين، وقد كان ظهوره في مجال البحث لأول مرة في عام ١٩٩٠، وعرفه ثومبسون بأنه مفهوم واسع يشمل العمليات الداخلية والخارجية المسؤولة عن المراقبة والتقييم، وتعديل الاستجابات الانفعالية الشديدة منها والمؤقتة بغرض تحقيق أهداف الفرد (Thompson, 2011)، ويمثل التنظيم الانفعالي أحد القضايا المهمة في مجال علم نفس الأورام، فيواجه مرضى السرطان العديد من المواقف والأحداث اليومية التي يمكن أن تؤثر على توافقهم وصحتهم النفسية، الأمر الذي يستلزم منهم التعامل معها بشكل صحيح وتنظيم وضبط انفعالاتهم وتكوين العديد من العادات والاستراتيجيات الانفعالية الصحيحة التي بمرور الوقت تصبح جزءًا من سلوكياتهم وحياتهم اليومية، وتتنوع الانفعالات تبعًا لكل موقف، لذا على

المريض التحلي بالمرونة والقدرة على تغيير الاستجابات تبعًا لتلك المواقف (Brandão, Tavares, Schulz, & Matos, 2016).

وقد وجد أن مرضى السرطان يستخدمون استراتيجيات القمع والتفكير الكارثي أكثر، بينما يستخدمون استراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي أقل بالمقارنة بالأصحاء (Baghjari, Saadati, & Esmaeilinasab, 2017). كما أوضحت بعض الدراسات أن الناجين من مرض السرطان يعانون من مشكلات عصبية وانفعالية ومعرفية، ويستخدمون استراتيجيات التفكير الكارثي أكثر بالمقارنة بالأصحاء (Belpame, 2019).

مشكلة الدراسة:

السرطان هو ثاني مرض مسبب للوفاة بعد النوبات القلبية في العالم، وطبقًا لمنظمة الصحة العالمية فقد تم رصد نسب انتشار السرطان عام ٢٠٢٠ بما يقدر بحوالي ١٩ مليون حالة سرطانية جديدة في جميع أنحاء العالم، أما عن نسب الوفيات فكانت حوالي ١٠ مليون حالة وفاة، ولم تجد الباحثة -في حدود إطلاعها- إحصائيات عالمية بعد هذا التاريخ (Sung, Ferlay, Siegel, Laversanne, Soerjomataram, Jemal, 2021). أما في مصر لم توجد نسب انتشار مؤكدة بعد سنة ٢٠١٤ -في حدود اطلاع الباحثة- وكان آخر إحصاء مؤكد في سنة ٢٠١٤ أن من بين ١٠٠٠٠٠٠ يصاب ١٦٦ شخص (بمعدل ١٧٥,٩ من الذكور، و١٥٧ من الإناث)، وكان أكثر أنواع السرطان شيوعًا: سرطان الكبد، يليه سرطان الثدي، يليه سرطان المثانة^١ (Ibrahim, Khaled, Mikhail, Baraka & Kamal, 2014).

ويتضح أن سرطان الدم أكثر أنواع السرطان شيوعًا في مرحلة الطفولة في جميع أنحاء العالم، ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية يتم تشخيص ما يقرب من ٤٠٠٠٠٠٠ طفل بالسرطان سنويًا، (Namayandeh, Khazaei, Najafi, Goodarzi & Moslem, 2020) أما عن نسب الناجين من السرطان، فوجد أن ٥% فقط من مجموع الناجين من السرطان في العالم أعمارهم تقل عن ٤٠ عامًا، وأن مجموع الأطفال الناجين نسبتهم تتراوح بين ٣%-، ٥% من المجموع الكلي للناجين (Denlinger, Carlson, Are, Baker, Davis, &

^١ Bladder Cancer.

(Edge, 2015)، وبالرغم من هذا اتضح من الدراسات السابقة أن الأطفال والمراهقين من الفئات المهمشة في مرض السرطان التي قليلاً ما سُلط الضوء عليها، فمعظم الدراسات استهدفت عينات أعمارها لا تقل عن ٣٠ عامًا مثل دراسة (Götze, Ernst, Brähler, Romer & Klitzing, 2015)، كما تم تهميش تشخيص سرطان الدم وكان الاهتمام الرئيس في الدراسات بتشخيص سرطان الثدي مثل دراسة (Nayak, George, Vidyasagar & Mathew, 2017). فكان الاهتمام قليل جدًا بنوعية هذه الدراسات على مرضى سرطان الدم المراهقين، ومحدود في الدراسات العربية-في حدود إطلاع الباحثة- على الرغم من أن المرضى يعانون من مختلف الأعراض المشتركة كالإجهاد والألم والغثيان وضيق التنفس، والتي تؤثر بالسلب على جودة الحياة (Aitouma, Mrabti, Rahou, Racid & Hasaan, 2019).

أما عن مفهوم التنظيم الانفعالي فكان الاهتمام بدراسته أقل مقارنة بالاهتمام بمفهوم جودة الحياة، بالرغم من أن الدراسات أوضحت دوره الرئيس في عملية التوافق النفسي مع مرض السرطان ومدى تأثير ذلك على الجهاز المناعي للمريض (Brandão et al., 2016)، وقد ركزت الدراسات القليلة للتنظيم الانفعالي على عينات من مريضات سرطان الثدي مثل دراسات (Vaziri, Mashhadi, Shamloo & Shahidsales, 2017; Gimond, Ivers & Savard, 2019).

بناءً على ما سبق يمكن بلورة مشكلة الدراسة في محاولة الكشف عن إمكانية تنبؤ التنبؤ بجودة الحياة من خلال التنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان المراهقين (المرضى الذين مازالوا يتلقون العلاج، والناجين من السرطان، وغير المستجيبين للعلاج)؛ ومن ثم تتصدى الدراسة الراهنة للإجابة عن الأسئلة الآتية:

١. ما نوع وطبيعة العلاقات بين التنظيم الانفعالي وجودة الحياة لدى مرضى السرطان المراهقين الذين مازالوا يتلقوا العلاج، والناجين من السرطان، وغير المستجيبين للعلاج؟
٢. هل توجد فروق دالة إحصائية في كلٍّ من جودة الحياة والتنظيم الانفعالي بين مرضى السرطان المراهقين الذين مازالوا يتلقوا العلاج، والناجين من السرطان، وغير المستجيبين للعلاج؟

٣. هل يمكن التنبؤ بجودة الحياة من خلال التنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان المراهقين الذين مازالوا يتلقوا العلاج، والناجين من السرطان، وغير المستجيبين للعلاج؟

أهداف الدراسة:

الهدف الرئيس للدراسة يتمثل في إستكشاف القدرة التنبؤية للتنظيم الانفعالي بجودة الحياة لدى مرضى السرطان المراهقين (المرضى الذين مازالوا يتلقون العلاج، والناجين من السرطان، وغير المستجيبين للعلاج). وينبثق من هذا الهدف الرئيس عدة أهداف فرعية وهي:

- ١- محاولة فهم طبيعة العلاقة بين التنظيم الانفعالي وجودة الحياة لدى مرضى السرطان المراهقين الذين مازالوا يتلقون العلاج، والناجين من السرطان، وغير المستجيبين للعلاج.
- ٢- تفسير العلاقات الارتباطية بين التنظيم الانفعالي وجودة الحياة لدى مرضى السرطان المراهقين الذين مازالوا يتلقون العلاج، والناجين من السرطان، وغير المستجيبين للعلاج.
- ٣- التنبؤ بجودة الحياة من خلال التنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان المراهقين الذين مازالوا يتلقوا العلاج، والناجين من السرطان، وغير المستجيبين للعلاج.
- ٤- الكشف عن الفروق في جودة الحياة والتنظيم الانفعالي بين مرضى السرطان المراهقين الذين مازالوا يتلقون العلاج، والناجين من السرطان، وغير المستجيبين للعلاج.
- ٥- استنباط مجموعة من التوصيات التي تساهم في محاولة ضبط مستوى جودة الحياة من خلال ضبط متغير التنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان المراهقين الذين مازالوا يتلقون العلاج، والناجين من السرطان، وغير المستجيبين للعلاج.

أهمية الدراسة:

- ١- اهتمام الدراسة الحالية بفئة تم تهمشها في الدراسات عن مرضى السرطان وهي مرحلة المراهقة.
- ٢- تناول مفهوم التنظيم الانفعالي وهو مفهوم حديث نسبياً، ولم ينل نصيب كافٍ من الدراسة خاصة في البيئة العربية بالرغم من أهميته في مرض السرطان.
- ٣- توفير أداة مقننة لقياس متغير التنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان، مما يسهم في تطوير البحث في هذا المجال.

٤- قد تساعد الدراسة الحالية في معرفة بعض الجوانب النفسية للناجين من السرطان والتي تعوقهم أحياناً عن التوافق بشكل طبيعي مع المجتمع مرة أخرى.

٥- قد تساعد نتائج الدراسة المختصين في إعداد برامج العلاج المعرفي لتحسين استراتيجيات التنظيم الانفعالي لمرضى السرطان.

المفاهيم والإطار النظري:

أولاً، جودة الحياة:

أشار كلٌّ من رينيه ولانكون وتوسي وسبين إلى أن جودة الحياة هي إحساس الأفراد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية، وهي تتأثر بأحداث الحياة والحالة المزاجية، وأن الارتباط بين تقييم جودة الحياة الموضوعية والذاتية يتأثران باستبصار الفرد (Reine, Lancon, Tucci & Spain, 2003). وأوضح كلٌّ من روف ولوف ومولر وروزنيكران وفريدمان أن جودة الحياة هي الإحساس الإيجابي بحسن الحال ورضا المرء عن ذاته، وعن حياته بشكل عام وسعيه المتواصل لتحقيق أهدافه الشخصية، واستقلالته في تحديد وجهة مسار حياته وإقامة علاقات اجتماعية إيجابية مع الآخرين، كما ترتبط جودة الحياة بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية (Ryff, Love, Urry, Muller, Rosenkranz & Friedman, 2006).

وطبقاً لمنظمة الصحة العالمية فقد عُرفت جودة الحياة بأنها الإدراك الفردي للحياة من خلال القيم والمعايير والأهداف في الإطار الثقافي للمجتمع، وأن مصطلح جودة الحياة ليس له علاقة بخلو الفرد من الأمراض أو كونه سليم (WHO, 2012) ومن خلال ماسبق يمكن تمييز ثلاثة أبعاد رئيسة لجودة الحياة وهي:

- جودة الحياة الموضوعية objective quality of life: وتشمل هذه الفئة الجوانب الاجتماعية لحياة الأفراد والتي يوفرها المجتمع من مستلزمات مادية .
- جودة الحياة الذاتية subjective quality of life: ويقصد بها مدى الرضا الشخصي بالحياة، وشعور الفرد بجودة الحياة .
- جودة الحياة الوجودية spiritual quality of life: وتُمثل الحد المثالي لإشباع حاجات الفرد، واستطاعته الحياة بتوافق روحي ونفسي مع ذاته ومع مجتمعه (رمزي شحته، ٢٠١٣).

يوجد العديد من المعوقات والمقومات لجودة الحياة منها مايلي:
مقومات جودة الحياة: تشمل كل المهارات الحياتية التي يكتسبها الفرد كالتواصل، والوعي الذاتي، والتخطيط. كما تشمل المقومات الأسرية والمادية والدينية.
معوقات جودة الحياة: كالتفكك الأسري، وقلة الدخل المادي، وضعف الوازع الديني، وعدم تقبل المرض، والاضطرابات النفسية (تواتي حياة، ٢٠١٨).

الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة:

١- نظرية رايف ١٩٩٩ Ryff Theory :

تتبع النظرية المنظور الإنساني، وتوضح نظرية رايف أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها رايف بستة أبعاد يضم كل بعد ست صفات تمثل هذه الصفات نقاط التقاط لتحديد معنى السعادة النفسية والذي ينعكس على جودة الحياة:

- البعد الأول، الاستقلالية Autonomy: تمثل قدرة الشخص على اتخاذ القرارات، وأن يكون مستقل بذاته .
 - البعد الثاني، Environmental mastery: التمكن البيئي مثل قدرة الفرد على التحكم في إدارة أنشطته وبيئته.
 - البعد الثالث، النمو الشخصي Personal Growth: مثل شعور الفرد بالنمو والارتقاء وانفتاحه للتجارب الجديدة
 - البعد الرابع، العلاقات الإيجابية مع الآخرين Positive relation with others .
 - البعد الخامس، تقبل الذات Self – Acceptance .
 - البعد السادس، الهدف من الحياة Purpose in life.
- ولقد بين "رايف" أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تعكس شعوره بجودة الحياة في مراحل حياته المختلفة، وأن تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة (نجوش نورس وحמידاني خرفية، ٢٠١٦; Ryff et al., 2006).

٢-نظرية اندرسون ٢٠٠٣ Anderson Theory:

تتبع النظرية المنظور التكاملي، وطرح اندرسون شرحًا تكامليًا لمفهوم جودة الحياة متخذًا إطارًا متكاملًا عن تفسير جودة الحياة من مفاهيم: السعادة، ومعنى الحياة ، ونظام المعلومات البيولوجي The biological information system ، والحياة الواقعية realizing life وتحقيق الحاجات fulfillment of needs (فترتبط الاحتياجات بنوعية وجود الحياة ، فبالتالي عند تحقيق هذه الاحتياجات تتحسن جودة الحياة) ، وعوامل موضوعية أخرى مثل: الدخل، الحياة الزوجية، الحالة الصحية، دائرة العلاقات الاجتماعية...

ورأى اندرسون أن هناك ثلاث سمات مجتمعة معًا تؤدي إلى الشعور بجودة الحياة:

- الأولى : تتعلق بالأفكار ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد إلى تحقيقه.
- الثانية : المعنى الوجودي الذي يتوسط العلاقة بين الأفكار والأهداف.
- الثالثة : الشخصية والعمق الداخلي (Ventegodt, Merrick & Anderson, 2003).

٣-نظرية لاوتن ١٩٩٦ Lawtan theory:

تتبع هذه النظرية المنظور المعرفي وفسر اتباع هذا المنظور جودة الحياة مرتكزًا على فكرتين: طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بجودة حياته، والعوامل الذاتية أقوى أثرًا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة. وطرح لاوتن في نظريته مفهوم طبعة البيئة environmental press، ليوضح فكرته عن جودة الحياة، وهي تدور حول إن ادراك الفرد لجودة حياته يتأثر بظرفين هما:

الظرف المكاني: أن هناك تأثيرًا للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته، وطبعة البيئة في الظرف المكاني لها تأثيرات أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلًا، و الآخر تأثيره غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها .

الظرف الزماني: إن إدراك الفرد لتأثير طبعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابيًا كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته (مريم شيخي، ٢٠١٤).

ثانياً، التنظيم الانفعالي:

عرف ثومبسون التنظيم الانفعالي بأنه مفهوم واسع يشمل العمليات الداخلية والخارجية المسؤولة عن المراقبة والتقييم، وتعديل الاستجابات الانفعالية الشديدة منها والمؤقتة بغرض تحقيق أهداف الفرد (Thompson, 2011). فالتنظيم الانفعالي عبارة عن مجموعة من العمليات المعرفية التي تؤثر في نوع الاستجابة الانفعالية، والكيفية التي يعبر بها الأفراد عن انفعالاتهم؛ فهو يشير إلى العمليات الفسيولوجية والاجتماعية والسلوكية والمعرفية التي يمكن عن طريقها إدارة الانفعالات الناتجة عن الضغوط (الحسين حسن، ٢٠١٩).

أوضح جيمس جروس أن استراتيجيات التنظيم الانفعالي تنقسم إلى :

١- استراتيجية التركيز المسبق antecedent-focused strategy :

ويلجأ لها الفرد عند الاستعداد للاستجابة قبل أن يتفاعل بشكل كلي مع مثيرات الموقف الانفعالي، وتضمن هذه الاستراتيجية أربع استراتيجيات فرعية للتنظيم الانفعالي وهما:

- اختيار الموقف : يتضمن تجنب أو مواجهة الموقف، بناءً على الخبرة والتفكير المسبق.
- تعديل الموقف: محاولة تعديل الموقف لكي تكون النتائج أكثر إيجابية.
- توزيع الانتباه : يمكن أن يتم التنظيم الانفعالي دون الحاجة إلى تغيير أو تعديل الموقف. في ظل هذه الظروف ، من خلال تركيز أو تشتيت الانتباه.
- التغيير المعرفي: وتشير إلى القدرة على تغيير الطرق التي نقيم بها الموقف (Gillespie, 2016, 15).

٢- استراتيجية التركيز على الاستجابة response-focused strategy :

وهي العمليات التي يقوم بها الفرد بعد حدوث الاستجابة الانفعالية، وعندما يكون الانفعال قائماً لتوه، وتضم عملية واحدة وهي تعديل الاستجابة التي تعني التأثير في الاستجابات الفسيولوجية والسلوكية بصورة مباشرة، كالاسترخاء فيمكنه أن يستخدم لتقليل الجوانب الفسيولوجية للانفعالات السلبية (سعاد بوسعيد، ٢٠١٦).

وهناك استراتيجيات إيجابية تكيفية واستراتيجيات سلبية غير تكيفية كالتالي:

أ- استراتيجيات إيجابية تكيفية Adaptive positive strategies ، وتشمل:

- التقبل Acceptance: وهي الأفكار التي تتعلق بتقبل الفرد للأحداث السلبية، وتعايشه معها، أو استسلامه لها.
- إعادة التركيز الإيجابي Positive refocusing: ويعني التركيز على الجوانب الإيجابية، والخبرات السارة، وتجاهل التفكير في الخبرات السيئة.
- إعادة التركيز على التخطيط Refocus on planning: يشير إلى التفكير فيما ينبغي القيام به للتعامل مع المواقف الضاغطة، ومعرفة كيفية مواجهتها، والتخفيف من آثارها السلبية.
- إعادة التقييم الإيجابي Positive reappraisal: ويعني إعادة تقييم الموقف الضاغطة، ومحاولة استكشاف الأجزاء الإيجابية منه.
- رؤية الموقف من منظور آخر Putting into perspective: يشير إلى اعتقاد الفرد في عدم خطورة المواقف الضاغطة، ووضعها في حجمها الحقيقي، ومقارنتها بمواقف أخرى قد تكون أكثر خطورة مما تعرض لها، أو تعرض لها الآخرون (الحسين حسن، ٢٠١٩).
- ب- استراتيجيات سلبية غير تكيفية Maladaptive negative strategies وتشمل:
 - لوم الذات Self-blame: اعتقاد الفرد إنه مسئول مسئولية كاملة عما يمر به من ضغوط.
 - لوم الآخرين Others-blame: اعتقاد الفرد في مسئولية الآخرين عما يمر به من ضغوط.
 - الاجترار Rumination: التركيز المستمر على الأفكار السلبية.
 - القمع Suppression: منع ظهور الاستجابات الداخلية على المظهر العام (كتعبيرات الوجه)، ويؤدي إلى زيادة الانفعالات السلبية.
 - التفكير الكارثي Catastrophizing: تضخيم المواقف والمبالغة في خطورتها (Angell, 2016).

النظريات والنماذج المفسرة للتنظيم الانفعالي:

١- نظرية لازروس وفولكمان للضغط والتكيف Lazrous and Folkman's theory for stress and coping

اقترح كلٌّ من لازروس وفولكمان أن يستخدم الفرد طرقًا واعية لتنظيم استجاباته أمام الضغوط، وأكدا على أهمية العمليات المعرفية اللازمة للتعامل مع الحدث الخارجي بهدف تحقيق التوافق للفرد. وأشاروا إلى أن الفرد يبذل جهودًا معرفية وسلوكية لإدارة علاقته المضطربة مع البيئة، وذلك من خلال استخدام نوعين من الاستراتيجيات وهما:

- استراتيجيات التعامل المستندة على المشكلة strategies of confrontation based on problem: وهو تقوم على جمع المعلومات الخاصة بالمشكلة ووضع خطة وحلول لها.
- استراتيجيات التعامل المستندة على الانفعال strategies of confrontation based on emotion: وهي عبارة عن تنظيم الانفعالات في المواقف المختلفة التي يتعرض لها الفرد، من خلال الأفكار والأفعال التي وُضعت من أجل تخفيف تأثير ضغط الانفعالات مثل الإنكار (منتهى مطشر، ووسن ناصر، ٢٠١٩).

٢- نظرية جولمان للتنظيم الانفعالي Golman's theory for emotional regulation

أشار جولمان إلى أن التنظيم الانفعالي مكون من المكونات الأساسية للذكاء العاطفي ويقصد به مستوى سيطرة الفرد على مشاعره وانفعالاته بما يتلاءم مع مهاراته واتجاهاته التي تعزز من قدرته على التحكم في المواقف وتنظيمها، ويرى أن التنظيم الانفعالي يشمل أيضًا التالي:

- قدرة الفرد على ضبط انفعالاته والتحكم بها.
- قدرة الفرد على تغيير حالته المزاجية.
- قدرة الفرد على تنظيم عاطفته.
- قدرة الفرد على التكيف مع الأحداث الحالية (محمد جاسر، ٢٠١٨).

٣-نظرية جيمس جروس للتنظيم الانفعالي James Gross's theory for emotion regulation:

وضع هذه النظرية جيمس جروس ١٩٩٦، ويحدد التنظيم الانفعالي بأنه كل الاستراتيجيات التي تتم بوعي أو دون وعي والتي نستخدمها لزيادة أو خفض مكون من مكونات الاستجابات الانفعالية أو الحفاظ عليه. وهذه المكونات هي:

- مكون الخبرة: ويشمل المشاعر الذاتية للفرد.
 - المكون السلوكي: ويشمل الاستجابات السلوكية.
 - المكون الفسيولوجي: كمدل ضربات القلب.
- والفرد يستخدم نوعان من الاستراتيجيات للتأثير على مستوى الاستجابة الانفعالية وهما: استراتيجية التركيز المسبق، واستراتيجية التركيز على الاستجابة السابق الإشارة إليها (Boss, Pontier & Treur,2012).

الدراسات السابقة:

لم تجد الباحثة- في حدود اطلاعها- دراسات جمعت بين متغيري الدراسة الراهنة إلا على المرضى الذين مازالوا يتلقون العلاج فقط، وهي كالآتي:

أجرى كل من لى وزو ويانج وهي وي ووانج (Li, Zhu, Yang, He, Yi & Wang, 2015) دراسة مقارنة لمعرفة العلاقة بين التنظيم الانفعالي وجودة الحياة لدى سيدات أصحاء وسيدات مريضات بسرطان الثدي، وتكونت الدراسة من عينتين: عينة مريضات سرطان الثدي ومكونة من ٦٦٥ سيدة، وعينة سيدات أصحاء مكونة من ٦٦٢ سيدة، تراوحت أعمار العينة ما بين ٢٦-٦٦ عامًا. وطبق استبانة التنظيم الانفعالي المعرفي، واختبار جودة الحياة المعد خصيصًا لمريضات سرطان الثدي، واختبار بين لجودة الحياة طُبق على الأصحاء. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن عينة المرضى أظهرت استخدام أقل لاستراتيجيات لوم الذات ولوم الآخرين والاجترار وإعادة التركيز الإيجابي وإعادة التركيز على التخطيط وإعادة التقييم الإيجابي، بينما أظهروا استخدام أكثر لاستراتيجية التفكير الكارثي والتقبل، وأن كل الاستراتيجيات التسع ارتبطت ارتباطاً دالاً بجودة الحياة، كما وجد ارتباط

دال سالب بين جودة الحياة واستراتيجيات: الاجترار، لوم الذات، التفكير الكارثي، وارتباط دال موجب بين جودة الحياة واستراتيجيات: التقبل، وإعادة التركيز الإيجابي.

كما أجرى بحرمي وماشادي وكريكشي (Bahrami, Mashhadi, & Kareshki, 2017) دراسة لمعرفة علاقة التنظيم الانفعالي وسمات الشخصية بجودة الحياة لدى مرضى السرطان (سرطان الثدي وسرطان الرئة وسرطان المخ وسرطان القولون ودم)، تكونت عينة الدراسة من ١٥٦ مريضاً (٤٩ من الذكور، و ١٠٧ من الإناث) تراوحت أعمارهم ما بين (٢٠-٦) عامًا. وأوضحت نتائج الدراسة أن الانبساطية والعصابية أكثر سمتين أثرا في جودة الحياة لدى المرضى، وأن الانبساطية لها تأثير موجب دال على جودة الحياة نتيجة لاستخدام هؤلاء الأفراد لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي الإيجابية التكيفية، بينما العصابية لها تأثير سالب دال على جودة الحياة نتيجة لاستخدامهم استراتيجيات التنظيم الانفعالي السلبية غير التكيفية (وكان التفكير الكارثي في المقدمة).

وفي دراسة شبه تجريبية قام بها مهارشي ونيكمانيه (Marashi & Nikmanesh, 2018) لمعرفة فعالية التدريب على التنظيم الانفعالي والتفكير الايجابي على جودة الحياة لدى مرضى السرطان. تكونت العينة من ٣٠ مريضاً بالسرطان، تراوحت أعمارهم ما بين ٣٠-٦٠ عامًا، قُسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية مكونة من ١٥ مريضاً تم تدريبهم على استراتيجيات التنظيم الانفعالي وطرق التفكير الايجابي، ومجموعة ضابطة مكونة من ١٥ مريضاً لم يتم تدريبهم على استراتيجيات التنظيم الانفعالي وطرق التفكير الايجابي. وطُبق عليهما استبانة جودة الحياة لمرضى الأورام. وأوضحت نتائج الدراسة أن استراتيجيات التنظيم الانفعالي وطرق التفكير الايجابية كان لهم تأثير دال على تعزيز جودة الحياة لدى مرضى السرطان.

كما أجرى مهدي وآخرون (Mahdavi et al.,2019) دراسة هدفت لمعرفة العلاقة بين كفاءة الذات وجودة الحياة والتنظيم الانفعالي لدى عينة مكونة من ٧٨ مريضة بسرطان الثدي، وطُبق استبانة جارفنفسكي للتنظيم الانفعالي، ومقياس الكفاءة الذاتية العامة لشوارزر، واستبانة جودة الحياة التابع لمنظمة الصحة العالمية. وأوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة دالة موجبة بين التنظيم الانفعالي والكفاءة الذاتية وجودة الحياة.

فروض الدراسة:

من خلال العرض النظري السابق والدراسات السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة الحالية على النحو التالي:

- ١- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا بين التنظيم الانفعالي وجودة الحياة لدى مرضى السرطان المراهقين الذين مازالوا يتلقون العلاج، والناجين، وغير المستجيبين للعلاج.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من لدى مرضى السرطان المراهقين الذين مازالوا يتلقون العلاج، والناجين، وغير المستجيبين للعلاج في متغيرات جودة الحياة والتنظيم الانفعالي.
- ٣- يُسهم التنظيم الانفعالي في التنبؤ بجودة الحياة لدى مرضى السرطان المراهقين الذين مازالوا يتلقون العلاج، والناجين، وغير المستجيبين للعلاج.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

- ١- المنهج: في ضوء أهداف الدراسة الحالية وطبيعتها اعتمدت الدراسة الراهنة المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والمقارن.
- ٢- العينة: تكونت العينة الأساسية للدراسة من (٧٥) مريضًا بسرطان الدم الحاد (٤٣ من الذكور - ٣٢ من الإناث) تراوحت أعمارهم ما بين (١٤-٢٠) عامًا بمتوسط حسابي (١٧,٢٨) وانحراف معياري (١,٨٦). تم اختيار العينة بطريقة مقصودة من مستشفى سرطان الأطفال بمصر ٥٧٣٥٧، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى: ٢٥ مريض يتلقى العلاج الكيماوي (بشرط مرور ٦ أشهر على الأقل منذ التشخيص، ويتم علاج المريض بالعلاج الكيماوي فقط، واستبعاد من قام بعملية زرع للنخاع)، والمجموعة الثانية: ٢٥ ناجي تم شفاؤه بالكامل من السرطان (بشرط مرور سنة على الأقل منذ الجرعة الأخيرة للعلاج، واستبعاد من يتلقى علاج مزمن)، بينما المجموعة الثالثة: ٢٥ مريض غير مستجيب للعلاج (بشرط مرور شهر على الأقل منذ إيقافه عن العلاج وتم تحويله للعيادة التلطيفية الخاصة بهذه الحالات، ومُدرك بحالته). وتم تقدير الصلاحية القياسية للأدوات باستخدام عينة استطلاعية من (٥٥) مريض بسرطان الدم الحاد، تراوحت أعمارهم ما بين (١٤-٢٠) عامًا بمتوسط حسابي (١٦.٩١) وانحراف معياري (١.٦).

٣- أدوات الدراسة: اعتمدت الباحثة في الدراسة الحالية على مجموعة من الأدوات كالتالي:

أ- مقياس التنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان (إعداد الباحثة):

وصف المقياس: تكون المقياس في صورته النهائية من ٤٢ بند موزعة على ثلاثة مكونات على النحو التالي: المكون الأول، الوعي الانفعالي (١٢ بند)، والمكون الثاني، الضبط الذاتي للانفعالات (١٣ بند)، والمكون الثالث، استراتيجيات التنظيم الانفعالي (١٧ بند). ويُطلب من المفحوص الإجابة عن البنود باختيار بديل من أحد البدائل الخمسة الآتية: دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً، وتأخذ هذه الاختيارات تقديرات من ٥ إلى ١ على الترتيب بالنسبة للبنود التي صيغت بصورة موجبة، والعكس مع البنود التي صيغت بصورة سالبة. وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس من (٤٢-٢١٠) وتشير الدرجة المرتفعة إلى قدرة المفحوص على تنظيم انفعالاته بطريقة إيجابية.

إجراءات بناء المقياس

أولاً- الاتساق الداخلي

حُسب الاتساق الداخلي لمقياس التنظيم الانفعالي من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس، وحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمكون الفرعي الذي ينتمي إليه، وحساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مكون فرعي مع الدرجة الكلية للمقياس.

جدول (١)

معاملات ارتباط البند بالدرجة الكلية لمقياس التنظيم الانفعالي (ن=٥٥)

البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
١	٠,٨٠٨	١٢	٠,٨١٠	٢٣	٠,٨١٠	٣٤	٠,٨٠٦
٢	٠,٨٠٧	١٣	٠,٨٠٧	٢٤	٠,٨٠٩	٣٥	٠,٨١٢
٣	٠,٨٠٨	١٤	٠,٨١٥	٢٥	٠,٨٠٦	٣٦	٠,٨٠٥
٤	٠,٨١٤	١٥	٠,٨٢١	٢٦	٠,٨١٢	٣٧	٠,٨١٤
٥	٠,٨٠٨	١٦	٠,٨٠٩	٢٧	٠,٨١٠	٣٨	٠,٨٠٨
٦	٠,٨١٥	١٧	٠,٨٠٧	٢٨	٠,٨٠٠	٣٩	٠,٨١٠
٧	٠,٨٠٥	١٨	٠,٨١٤	٢٩	٠,٨٠٦	٤٠	٠,٨٠٧
٨	٠,٨٠٧	١٩	٠,٨٠٧	٣٠	٠,٨٠٥	٤١	٠,٨٨٠
٩	٠,٨٠٥	٢٠	٠,٨٠٧	٣١	٠,٨١١	٤٢	٠,٨٥٣
١٠	٠,٨٠٩	٢١	٠,٨٥٦	٣٢	٠,٨١٣		
١١	٠,٨١٥	٢٢	٠,٨١٨	٣٣	٠,٨٠٤		

جدول (٢)
معاملات الارتباط بين درجة كل بند بالدرجة الكلية للمكون الفرعي الذي ينتمي إليه
مقياس التنظيم الانفعالي (ن=٥٥)

مكون استراتيجيات التنظيم الانفعالي		مكون الضبط الذاتي للاتفاعلات		مكون الوعي الانفعالي	
معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند
٠,٧٦٩	٤	٠,٥٩٢	٣	٠,٦٣٥	١
٠,٧٥١	١٠	٠,٦٠٧	٥	٠,٦٣٦	٢
٠,٧٤٥	١٢	٠,٦٣٤	٦	٠,٦٤٥	٨
٠,٧٥٣	١٧	٠,٥٩٤	٧	٠,٦٩٥	١١
٠,٧٦٠	١٨	٠,٥٧٤	٩	٠,٦٩٢	١٤
٠,٧٤٦	١٩	٠,٦٠٣	١٣	٠,٦٥١	١٦
٠,٧٨٤	٢٠	٠,٦٥٧	١٥	٠,٧٤٣	٢٢
٠,٧٥٣	٢٣	٠,٥٩١	٢١	٠,٦٥٥	٢٦
٠,٧٤٤	٢٤	٠,٥٩٦	٢٥	٠,٦٢٠	٣٢
٠,٧٦٨	٢٧	٠,٥٦٧	٣١	٠,٦٥٣	٣٣
٠,٧٥٠	٢٨	٠,٦٣١	٣٤	٠,٦٢٨	٣٨
٠,٧٢١	٢٩	٠,٦٣٢	٣٧	٠,٦٩٠	٣٩
٠,٧٣٧	٣٠	٠,٦٠٩	٤١		
٠,٧٤٠	٣٥				
٠,٧٤٨	٣٦				
٠,٧٤٥	٤٠				
٠,٧٣٧	٤٢				

جدول (٣)
معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مكون فرعي والدرجة الكلية لمقياس التنظيم
الانفعالي
(ن=٥٥)

معامل الارتباط	المكون
٠,٨٢	الوعي الانفعالي
٠,٨٣	الضبط الذاتي الانفعالي
٠,٨٧	استراتيجيات التنظيم الانفعالي

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين مكونات مقياس التنظيم الانفعالي مع الدرجة الكلية للمقياس مرتفعة مما يدل على التماسك الداخلي للمقياس.

ثانياً- صدق المقياس

أ- الأسترشاد برأي الخبراء

عُرض المقياس على (١٠) من الأساتذة المختصين في علم النفس، حيث قُدم لهم تعريف واضح لكل مكون من مكونات المقياس، تليه البنود التي وضعت لقياس كل مكون، ثم طُلب من كل محكم تحديد مدى ملائمة كل بند لقياس المكون الفرعي، ومدى وضوح صياغة البند، كما طُلب منهم أي اقتراح بالتعديل أو الحذف أو الإضافة، ووفقاً لذلك عُدلت صياغة بعض البنود، وحُذفت ٦ بنود قلت نسبة الاتفاق عليهما عن ٨٠ %.

ب- صدق المحك

حُسب الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس الحالي والدرجة الكلية لمقياس التنظيم الانفعالي إعداد محمد جاسر (٢٠١٨) والذي يتكون من ٣٦ بند، وذلك بعد تطبيق المقياسين في الوقت نفسه على (٥٥) مريض، وبلغ معامل الارتباط بينهم (٠,٦٧) وهو معامل مناسب يؤكد على صدق المقياس.

ثالثاً- ثبات المقياس

حُسب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ:

أ- طريقة التجزئة النصفية

بتقسيم عبارات المقياس الكلية إلى نصفين (فردى-زوجي)، وتصحيح الطول باستخدام معادلة (سبيرمان-براون)، وبلغ معامل الارتباط بين نصفي المقياس (٠,٧٧) وهو معامل يدل على ثبات مرتفع للمقياس.

ب- طريقة كرونباخ (معامل ألفا)

بلغ معامل الثبات للدرجة الكلية (٠,٨٢) وهو معامل مرتفع ويدل على تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات.

ب- مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية ترجمة/ هناء كارم

وصف المقياس: تمت ترجمة مقياس جودة الحياة التابع لمنظمة الصحة العالمية **Word Health Quality of Life (WHOQOL)** من قبل هناء كارم (٢٠١٦)، وتكون المقياس من (٢٦) بنداً منها بندان رقم (٢٠١) عن جودة الحياة العامة والصحة العامة و(٢٤) بنداً موزعة على أربعة مكونات فرعية للمقياس وهي (الصحة الجسمية ٧ بنود، والصحة النفسية ٦ بنود، والعلاقات الاجتماعية ٣ بنود، والبيئة ٨ بنود)، ووضعت بعض البنود السالبة وهي (٢٦,٤,٣). ويتم تصحيح الاستجابات وفقاً لمقياس مدرج تتراوح الدرجات

عليه من درجة واحدة إلى خمسة درجات في حالة البنود الموجبة والعكس في حالة البنود السالبة.

إجراءات صدق وثبات المقياس أولاً- الاتساق الداخلي

تحققت هناك كآرم من الاتساق الداخلي للمقياس وكانت معاملات الارتباط قوية مما يعطي مؤشراً قوياً لصدق وثبات المقياس.

كما قامت الباحثة في الدراسة الحالية بحساب الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس، وحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمكون الفرعي الذي ينتمي إليه، وحساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مكون فرعي مع الدرجة الكلية للمقياس.

جدول (٤)

معاملات ارتباط البند بالدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة (ن=٥٥)

البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
١	٠,٨٥٦	٨	٠,٨٥٩	١٥	٠,٨٦٢	٢٢	٠,٨٦٢
٢	٠,٨٥٩	٩	٠,٨٦٣	١٦	٠,٨٦٢	٢٣	٠,٨٦٣
٣	٠,٨٦٣	١٠	٠,٨٥٣	١٧	٠,٨٥٨	٢٤	٠,٨٦٠
٤	٠,٨٧٢	١١	٠,٨٦١	١٨	٠,٨٥٧	٢٥	٠,٨٦٢
٥	٠,٨٦٤	١٢	٠,٨٦٥	١٩	٠,٨٦١	٢٦	٠,٨٦٣
٦	٠,٨٥٦	١٣	٠,٨٦٢	٢٠	٠,٨٦٣		
٧	٠,٨٦٢	١٤	٠,٨٦٢	٢١	٠,٨٦٢		

جدول (٥)

معاملات الارتباط بين درجة كل بند بالدرجة الكلية للمكون الفرعي الذي ينتمي إليه
مقياس جودة الحياة (ن=٥٥)

مكونات المقياس							
الصحة الجسمية		الصحة النفسية		العلاقات الاجتماعية		البيئة	
البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
٣	٠,٧٩٤	٥	٠,٦٦٤	٢٠	٠,٤٢٨	٨	٠,٦٧٥
٤	٠,٨٠٥	٦	٠,٤٥٦	٢١	٠,٤٣٥	٩	٠,٧٥٧
١٠	٠,٧٩٣	٧	٠,٥٧٩	٢٢	٠,٦٨٠	١٢	٠,٦٥٨
١٥	٠,٧٧٣	١١	٠,٥٧٤			١٣	٠,٦١٩
١٦	٠,٨١٩	١٩	٠,٥٥٥			١٤	٠,٧٠٥
١٧	٠,٧٦٠	٢٦	٠,٦١٤			٢٣	٠,٦٧٢

٠,٦٦٥	٢٤			٠,٧٧٤	١٨
٠,٦٦٩	٢٥				

جدول (٦)

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مكون فرعي والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة (ن = ٥٥)

معامل الارتباط	المكون
٠,٧٣	الصحة الجسمية
٠,٨٠	الصحة النفسية
٠,٦١	العلاقات الاجتماعية
٠,٨٢	البيئة

ثانياً، الصدق: تم اتباع هذه الطرق لتقدير صدق الأدوات:

أ- الأسترشاد برأي الخبراء:

رُض مقياس التنظيم الانفعالي على (١٠) من الأساتذة في علم النفس^٢، حيث قُدم لهم تعريف واضح لكل مكون من مكونات المقياس، تليه البنود التي وضعت لمقياس كل مكون، ثم طُلب من كل محكم تحديد مدى ملائمة كل بند لمقياس المكون الفرعي، ومدى وضوح صياغة البند، كما طُلب منهم أي اقتراح بالتعديل أو الحذف أو الإضافة، ووفقاً لذلك عُذلت صياغة بعض البنود، وحُذفت ٦ بنود قلت نسبة الاتفاق عليهما عن ٨٠ %.

ب- صدق المحك:

حُسب الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس التنظيم الانفعالي والدرجة الكلية لمقياس التنظيم الانفعالي إعداد محمد جاسر (٢٠١٨)، وبلغ معامل الارتباط بينهم (٠,٦٧) وهو معامل مناسب يؤكد على صدق المقياس.

أما عن مقياس جودة الحياة فقد حُسب الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة إعداد محمود عبدالحليم المنسي (٢٠٠٦)، وبلغ معامل الارتباط بينهم (٠,٩٠) وهو معامل مرتفع للغاية مما يؤكد على صدق المقياس.

ثالثاً- ثبات المقياس

تحققت هناء كارم (٢٠١٦) من ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ وقد تراوح معامل الثبات من (٠,٧٠) إلى (٠,٨٨).

كما قامت الباحثة في الدراسة الحالية بحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ:

أ- طريقة التجزئة النصفية

^٢ أ.د/ هناء شويخ أستاذ علم النفس جامعة الفيوم، د/ شيرين طنطاوي مدرس علم النفس جامعة الفيوم، أ.د/ نجية إسحاق أستاذ علم النفس جامعة عين شمس، أ.د/ محمد البحري أستاذ علم النفس جامعة عين شمس، أ.د/ سيد رزق أستاذ علم النفس جامعة عين شمس، أ.د/ منال صلاح أستاذ علم النفس جامعة القاهرة، أ.د/ صفاء إسماعيل أستاذ علم النفس جامعة القاهرة، أ.د/ خالد جلال أستاذ علم النفس جامعة المنيا، أ.د/ السيد ريشة أستاذ علم النفس جامعة طنطا، أ.د/ محمد غانم أستاذ علم النفس جامعة حلوان.

بتقسيم عبارات المقياس الكلية إلى نصفين (فردى-زوجي)، وتصحيح الطول باستخدام معادلة (سبيرمان-براون)، وبلغ معامل الارتباط بين نصفى المقياس (٠,٨٤) وهو معامل يدل على ثبات مرتفع للمقياس.

ب-طريقة كرونباخ (معامل ألفا) بلغ معامل الثبات للدرجة الكلية (٠,٨٧) وهو معامل مرتفع ويدل على تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات.

نتائج فروض الدراسة ومناقشتها:

الفرض الأول، توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين التنظيم الانفعالي وجودة الحياة لدى مرضى السرطان المراهقين الذين مازالوا يتلقون العلاج، والناجين، وغير المستجيبين للعلاج.

للتأكد من صحة الفرض استخدمت الباحثة معامل ارتباط بيرسون؛ ويوضح جدول (٧) نتائج معامل ارتباط بيرسون بين متغيرات الدراسة لدى العينة التي مازالت تتلقى العلاج.

جدول (٧)

معاملات ارتباط بيرسون بين مجالات جودة الحياة ومجالات التنظيم الانفعالي لدى العينة

التي مازالت تتلقى العلاج (ن=٢٥)

الدرجة الكلية لجودة الحياة	علاقات شخصية	البيئية	النفسية	الجسمية	المجالات الفرعية	المقياس
**٠,٦٩٤	*٠,٤٦٨	**٠,٦٥٥	**٠,٦٦٥	*٠,٤٦٦	الوعي الانفعالي	التنظيم الانفعالي
**٠,٦٠٥	٠,٣٢٤	*٠,٤٨٧	**٠,٥١٥	**٠,٥٩٠	الضبط الذاتي	
**٠,٧١٣	**٠,٥٣٨	**٠,٥٧٨	**٠,٦٦٩	**٠,٥٦٧	استراتيجيات التنظيم	
**٠,٧٤٦	*٠,٥٠٠	**٠,٦٣٢	**٠,٦٨٦	**٠,٦٠٤	الدرجة الكلية	

يتضح من الجدول السابق وجود معاملات ارتباط جوهرية بين الدرجة الكلية لجودة الحياة والدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي لدى عينة المرضى الذين مازالوا يتلقون العلاج.

جدول (٨)

معاملات ارتباط بيرسون بين مجالات جودة الحياة ومجالات التنظيم الانفعالي لدى العينة

الناجية التي أنهت العلاج (ن=٢٥)

مقاييس الدراسة	المجالات الفرعية	الجسمية	النفسية	البيئية	علاقات شخصية	الدرجة الكلية لجودة الحياة
التنظيم الانفعالي	الوعي الانفعالي	٠,٢٦٥	*٠,٤٠٤	٠,١٤٠	*٠,٤٧٠	*٠,٤١٥
	الضبط الذاتي	٠,٣٣٥	**٠,٤٩١	**٠,٥٨٣	*٠,٤١٤	**٠,٦٦٤
	استراتيجيات التنظيم	٠,١٣٩	**٠,٥٣٨	٠,٢٧٣	*٠,٤٠٤	*٠,٤٦٠
	الدرجة الكلية	٠,٢٧٩	**٠,٥٩٢	٠,٣٨٧	**٠,٥١٩	**٠,٦١١

يتضح من الجدول السابق وجود معاملات ارتباط جوهرية بين الدرجة الكلية لجودة الحياة والدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي لدى العينة الناجية التي أنهت العلاج.

جدول (٩)

معاملات ارتباط بيرسون بين مجالات جودة الحياة ومجالات التنظيم الانفعالي لدى عينة

المرضى غير المستجيبين للعلاج (ن=٢٥)

مقاييس الدراسة	المجالات الفرعية	الجسمية	النفسية	البيئية	علاقات شخصية	الدرجة الكلية لجودة الحياة
التنظيم الانفعالي	الوعي الانفعالي	٠,٣٢٧	*٠,٤٦٨	٠,٢١٤	٠,٢١٢	٠,٣٧٣
	الضبط الذاتي	٠,٣٣٤	**٠,٦٣٩	٠,٣٩٥	٠,٠٢٨	*٠,٤٥٩
	استراتيجيات التنظيم	*٠,٤٠٨	**٠,٦٣٩	*٠,٤٥٥	*٠,٤٤٩	**٠,٥٩٥
	الدرجة الكلية	*٠,٤٤٥	**٠,٧١٣	**٠,٥٢٥	٠,٣١٨	**٠,٥٨٠

يتضح من الجدول السابق وجود معاملات ارتباط جوهريّة بين الدرجة الكلية لجودة الحياة والدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي لدى عينة المرضى غير المستجيبين للعلاج. تبينت نتائج الدراسة الراهنة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التنظيم الانفعالي وجودة الحياة لدى عينات الدراسة الثلاث، وهذه النتيجة اتفقت مع نتائج الدراسات السابقة مثل دراسات (Barberis, Cernaro & Costa, 2017; Nedaei, Paghoosh & Hosnijeh, 2021; Miraghaei & Azar, 2017; Moussa, 2021) التي استهدفت أهدافها معرفة العلاقة بين التنظيم الانفعالي وجودة الحياة، وأوضحت نتائجها وجود علاقة ارتباطية موجبة بينهم. وأشار عدد من الباحثين مثل (Cohen, 2017; Virtue, Manne, Criswell, 2018; Kissane, Heckman & Rotter, 2018) إلى أن الوعي الانفعالي مكون أساسي من مكونات التنظيم الانفعالي ويُسهل من عملية التكيف وجودة الحياة لدى مرضى السرطان، وأن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الوعي الانفعالي وجودة الحياة. واتضح أيضاً وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الضبط الذاتي الانفعالي وكل أبعاد جودة الحياة كما أشارت دراسة (Nikmanesh, Shirazi & Farazinezhad, 2018).

بالإضافة إلى أن هناك العديد من الدراسات التي أشارت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين جودة الحياة واستراتيجيات التنظيم الانفعالي غير التكيفية: الاجترار، لوم الذات، التفكير الكارثي، وعلاقة ارتباطية موجبة بين جودة الحياة واستراتيجيات التنظيم الانفعالي التكيفية: التقبل، وإعادة التركيز الإيجابي مثل دراستي (Li et al, 2015 ; Baziliansky & Cohen, 2020).

ويمكن تفسير هذا بأن مرضى السرطان يواجهوا العديد من المواقف اليومية التي يُمكن أن تؤثر على جودة الحياة لهم، الأمر الذي يستلزم منهم التعامل معها بشكل صحيح ومعرفة انفعالاتهم بشكل جيد والوعي بها والتعرف على تأثير انفعالاتهم على سلوكهم وكذلك ضبط انفعالاتهم والتحكم بها وبالتالي التحكم في تفكيرهم وسلوكياتهم وتكوين العديد من العادات والاستراتيجيات الانفعالية الصحيحة التي بمرور الوقت تصبح جزءًا من سلوكياتهم وحياتهم اليومية مثل استراتيجية التقبل وإعادة التركيز الإيجابي وإعادة التقييم، وبالتالي يُمكن القول أن التنظيم الانفعالي مرتبط إيجابيًا بجودة الحياة لدى مرضى السرطان.

الفرض الثاني، توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من لدى مرضى السرطان المراهقين الذين مازالوا يتلقون العلاج، والناجين، وغير المستجيبين للعلاج في متغيري جودة الحياة والتنظيم الانفعالي.

للتأكد من صحة الفرض استخدمت الباحثة تحليل التباين في اتجاه واحد لمعرفة الفروق بين عينات الدراسة الثلاث في متغيرات الدراسة.

جدول (١٠)

تحليل التباين في اتجاه واحد لمعرفة الفروق بين عينات الدراسة الثلاث في متغيرات الدراسة

متغيرات الدراسة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	p.valu e
جودة الحياة	بين المجموعات	٧٦,١٨٧	٢	٣٨,٠٩٣	٠,٢٦	٠,٧٩١
	داخل المجموعات	١١٦٣٨,٤٠	٧٢	١٦١,٦٤٤	٣	

متغيرات الدراسة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	p.valu e
	الكلي	١١٧١٤,٥٨ ٧	٧٤			
التنظيم الانفعالي	بين المجموعات	٤٨١,٣٠٧	٢	٢٤٠,٦٥٣	١,١٩	٠,٣٠٩
	داخل المجموعات	١٤٤٩٨,٠٨ ٠	٧٢	٢٠١,٣٦٢	٥	
	الكلي	١٤٩٧٩,٣٨ ٧	٧٤			

يتبين من الجدول السابق عدم وجود أي فروق ذات دلالة إحصائية بين عينات الدراسة الثلاث في كلٍّ من جودة الحياة والتنظيم الانفعالي. حيث جاءت جميع الفروق بين عينات الدراسة غير معنوية. بناءً على ذلك تم رفض الفرض الثاني كلياً، وقد ترجع هذه النتائج إلى صغر حجم أعداد المرضى في العينات الثلاث، حيث تكونت كل مجموعة من ٢٥ مريض فقط، في حين تحتاج دراسات الفروق إلى أعداد كبيرة من المشاركين، أيضاً لم تجد الباحثة -على حدود إطلاعها- دراسات سابقة مقارنة بين عينات الدراسة الثلاث في متغيرات الدراسة، ولهذا يوصى بإجراء المزيد من الدراسات المقارنة على عينات أكبر للكشف على الفروق بين هذه المتغيرات على مدى أوسع.

ولاحظت الباحثة من خلال عملها في مستشفى ٥٧٣٥٧ أن العديد من الناجين تتأثر جودة الحياة لديهم بالسلب لعدة أسباب منها ابتعادهم خلال المرض عن المدرسة أو الجامعة وبالتالي انخفاض مستواهم الدراسي، وانعزالهم الاجتماعي (لخوف المريض أو الأهل من انخفاض المناعة)، ووجود بعض الآثار الجانبية طويلة المدى للعلاج الكيماوي مثل مشاكل في عضلة القلب وهشاشة العظام والجلطات والتي تؤثر عليهم بالسلب في قدرتهم على أداء روتينهم اليومي. أما المرضى الذين مازالوا يتلقوا العلاج فتتأثر لديهم جودة الحياة بالسلب أيضاً نتيجة لكثرة الإجراءات العلاجية المؤلمة، وحجزهم بالمستشفى والذي يمكن أن يستمر

لعدة أشهر متواصلة وأحياناً يتم تعرضهم للعزل، وعدم قدرتهم على رؤية باقي أفراد الأسرة، وابتعادهم عن المدرسة وحياتهم الاجتماعية والروتين اليومي. وبالنسبة للمرضى غير المستجيبين للعلاج فمن المتوقع أن تتخفف جودة حياتهم نتيجة لتدهور حالتهم الصحية والألم الذي يصل أحياناً لمستوى لا يمكن السيطرة عليه.

أما بالنسبة للتنظيم الانفعالي فالأسرة هي التي تُنشأ الطفل فأوضح ثومبسون في نظريته للتنظيم الانفعالي أن التنظيم الانفعالي يتضمن تعزيز الاستثارة الانفعالية وكذلك منعها أو إضعافها، وأن المهارات المطلوبة لتنظيم الانفعالات تنمو من خلال تدخلات الآخرين في مرحلة الطفولة؛ فالآباء يراقبوا ويفسروا ويعدلوا الانفعالات الخاصة بأبنائهم أي أنهم ينظموا انفعالاتهم (مصطفى على، ٢٠١٧). ومن ثم تتفاوت مهارات التنظيم الانفعالي حسب التنشئة الأسرية، وغالبًا في البيئة المصرية نجد أن التوجهات التربوية للأسرة عند إصابة طفلهم بالسرطان هي اتباع أسلوب التدليل الزائد وتلبية احتياجات المريض بشكل مطلق، وفي المقابل هناك بعض الأسر تتبع أساليب القسوة مما يؤدي إلى نتائج سلبية على انفعالات المريض فيصبح أكثر كبحاً لمشاعره وانفعالاته وأقل قدرة في التعبير عنها لما يعانيه من الحرمان عن التعبير عن انفعالاته. وكل ما سبق سواء كانت أساليب إيجابية أو سلبية إلا أنها تمثل طرفي النقيض وكلاهما يؤثر سلبيًا على التنظيم الانفعالي في كافة المواقف الحياتية وبالتالي عند التعرض لخبرة صدمية طويلة المدى مثل الإصابة بالسرطان نجد أن المريض لا يستطيع تنظيم انفعالاته في التعامل مع هذه الخبرة أيًا كانت مرحلة المرض سواء مازال يتلقى العلاج أو عند عدم الاستجابة للعلاج أو بعد نهاية العلاج. وأخيرًا يتضح من هذا الفرض أن مرضى السرطان عامة سواء كانوا مازالوا في مرحلة العلاج أو انتهوا من هذه المرحلة أو لم يستجيبوا للعلاج يعانون من مشاكل في جودة الحياة والتنظيم الانفعالي.

الفرض الثالث، يُسهم التنظيم الانفعالي في التنبؤ بجودة الحياة لدى مرضى السرطان المراهقين الذين مازالوا يتلقون العلاج، والناجين، وغير المستجيبين للعلاج.

للتحقق من صحة هذا الفرض أجرت الباحثة تحليل الانحدار الخطي البسيط للتنبؤ بالتنظيم الانفعالي كمتغير مستقل منبئ بجودة الحياة كمتغير تابع.

جدول (١١)

معامل الانحدار الخطي البسيط للنتبؤ بجودة الحياة لدى العينة الإجمالية (ن=٧٥)

المتغير ر المنبئ	ر	ر ^٢	الانحراف المعياري معاملات		معامل الانحدار المعياري Beta	ت	الدلالة	ف	الدلالة
			معام ل B	الخطأ المعياري					
التنظيم الانفعالي	٠,٦٢	٠,٣٨	٠,٠٨	٠,٥٤	٠,٦٢١	٦,٧٦	٠,٠٠١	٤٥,٧٨٨	٠,٠٠١

* دال عند مستوى ٠,٠٥

** دال عند مستوى ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق قدرة التنظيم الانفعالي على التنبؤ بجودة الحياة لدى مرضى السرطان. وقد تبين أن التنظيم الانفعالي يُسهم بنسبة (٦٢٪) في التنبؤ بجودة الحياة، وذلك عند مستوى دلالة ٠,٠٠١.

نتيجة هذا الفرض اتفق مع نتيجة دراسة (Bahramie et al., 2017)، والتي أوضحت أن التنظيم الانفعالي له قدرة تنبؤية بجودة الحياة لدى مرضى السرطان.

فيتضح من النتائج القدرة الجوهرية للتنظيم الانفعالي على التنبؤ بجودة الحياة وتشير مثل هذه النتائج إلى أن الجوانب الانفعالية أكثر تأثيراً في جودة الحياة للمريض، وأن قدرة المريض على الوعي بانفعالاته والتحكم فيها والقدرة على عمل استراتيجيات لتنظيمها يؤثر في جوانب جودة حياته النفسية والجسمية وجودة البيئة المحيطة والعلاقات الاجتماعية ويظهر ذلك جلياً في العلاقات الجوهرية والارتباطات بين جودة الحياة والتنظيم الانفعالي فإحدى الدراسات، فكانت العلاقة بين التنظيم وجودة الحياة علاقة ارتباطية موجبة بالتالي يصبح متغير التنظيم الانفعالي قادر على التنبؤ بجودة الحياة لدى عينة الدراسة، فعندما

يسيطر على المريض الانفعالات الإيجابية، يظهر مستوى مرتفع من التفاؤل والأمل يُمكنه من التعامل بإيجابية أمام الشدائد التي تواجهه في المرض، وبالتالي يمكن أن تتحسن جودة الحياة لديه بشكل عام. فيمكن القول أن التنظيم الانفعالي أول خطوة للتكيف، فإذا لم يتوفر لدى المريض القدرة على التنظيم الانفعالي فسوف يترتب على ذلك زيادة احتمالية تعرضه للاضطرابات النفسية والمزاجية كالاكتئاب والقلق والذي يؤثر بالطبع سلبيًا على جودة الحياة لدى المريض.

ومن مجمل نتائج الدراسة الراهنة يمكن التوصل إلى عدد من التوصيات التي قد تُسهم في التعرف أكثر على الجوانب النفسية لمرضى السرطان:

- تقديم الرعاية النفسية لمرضى السرطان وخاصة المراهقين لكونهم أكثر فئة تم تهيمشها في الدراسات السابقة.
- إجراء المزيد من الدراسات لفهم طبيعة علاقة التنظيم الانفعالي وجودة الحياة على عينات أكبر للدراسة بشكل أكثر تعمقًا.
- تقديم رعاية نفسية متخصصة لفئة المرضى غير المستجيبين للعلاج وذويهم لكونهم يمروا بمرحلة صعبة ومآل طبي سيء.
- إجراء دراسات مقارنة (تقارن بين عينات الدراسة الثلاث) على المتغيرات النفسية المؤثرة على جودة الحياة لهم.
- تدريب المرضى على استخدام الاستراتيجيات التكيفية للتنظيم الانفعالي في مرحلة مرض السرطان بشكل خاص وفي الحياة بشكل عام.
- عمل برامج لتحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان.
- كما يجب الإشارة في النهاية إلى أن متغيرات الدراسة الراهنة تحتاج إلى مزيد من البحث، ويمكن اقتراح بعض المقترحات البحثية مثل:
- برنامج مقترح قائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي لخفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من مرضى السرطان غير المستجيبين للعلاج.
- فاعلية برنامج إرشادي للدعم النفسي لأسر الأطفال المرضى بالسرطان.

محمد السعيد. (٢٠١٤). *عقل الخوف رى لأ يتألى*. الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية، العدد ٣٤.

محمد جاسر. (٢٠١٨). *الخطوط البيضاء على هلاله من إي صند عك على تكب الفت ظر ككب*. *على تلعلع على كخص ككب نخب*. رسالة ماجستير، كلية تربية، الجامعة الإسلامية. غزة.

مريم شيخي. (٢٠١٤) *ص كبع بل كصف هلاله من إي صند عك على تكب*. رسالة ماجستير، كلية علوم إنسانية واجتماعية، جامعة ابن بكر. الجزائر.

منتهى مطشر ووسن ناصر. (٢٠١٩). *على ككب على ككب هلاله من إي صند عك على تكب*. *ص ككب على تلعلع*. المؤتمر العلمي الدولي العاشر، جامعة بغداد كلية تربية تركيا، ٥٦-٩٩.

نجوش نورس وحמידانى خرفيه. (٢٠١٦). *ح خ على تكب هلاله من إي صند عك على تكب*. *ص ككب على تلعلع*. رسالة ماجستير، كلية علوم إنسانية واجتماعية، جامعة زيان عاشور. الجزائر.

هناء أحمد شويخ، أمثال هادي، ناصر سعود. (٢٠١٢). استراتيجيات المواجهة وأنماط المساندة الاجتماعية لدى مرضى الأورام السرطانية. *لكب ككب على تكب*. جامعة الأزهر. ١٥٠ (٦١) ٦٥٥-٦٩٠.

Aitouma, A., Mrabti, H., Haddou, B., Rachid, R., & Hassan, on E. (2019). Quality of Life of Moroccan Patients the Palliative Phase of Advanced Cancer. *Oncology Nursing Journal*, 12(22), 22-40.

<https://doi.org/10.15739/irjpeh.21.003>

Angell, D.J. (2016). *Emotion Regulation in Depression, Anxiety and Stress: A focus on Catastrophising*. PhD thesis, Univeristy of reading.

Baghjari, F., Saadati, H., & Esmaeilinasab, M. (2017). The Relationship between Cognitive Emotion-Regulation Strategies and Resilience in Advanced Patients with Cancer. *Cancer Management Journal*, *10(10)*, 25-33.

[https://doi: 10.5812/ijcm.7443](https://doi.org/10.5812/ijcm.7443)

Bahrami, B., Mashhadi, A., & Kareshki, H. (2017). Role of Mediating Cognitive Emotion Regulation Strategies and Goal Adjustment in Relationship between Personality Characteristics and Quality of Life of Patients with Cancer.

Cancer Journal, *12(2)*, 1-8. [https://doi:](https://doi.org/10.5812/ijcm.9317)

[10.5812/ijcm.9317.](https://doi.org/10.5812/ijcm.9317)

Barberis, N., Cernaro, V., & Costa, S. (2017). The relationship between coping, emotion regulation, and quality of life of patients on dialysis. *Sagepub journal*, *52(2)*, 111-123.

[https://doi: 10.1177/0091217417720893.](https://doi.org/10.1177/0091217417720893)

Baziliansky, S., Cohen, M. (2020). Emotion regulation and psychological distress in cancer survivors. *Stress and Health Journal*, *42(5)*, 1-16. [https://doi:](https://doi.org/10.1002/smi.2972)

[10.1002/smi.2972.](https://doi.org/10.1002/smi.2972)

Belpame, N., Kars, M.C., Deslypere, E., Rober, P., Hecke, V., & Verhaeghe, S. (2019). Living as a Cancer Survivor: A Qualitative Study on the Experiences of Adolescents and Young Adults (AYAs) after Childhood Cancer. *Pediatric Nursing Journal*, *49(15)*, 29-35. [https:// doi:](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.07.015)

[10.1016/j.pedn.2019.07.015.](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.07.015)

Bernard, M., Berchtod, A., Strasser, F., Gimaon, C., & Borasio, G.D. (2020). Meaning in life and quality of life: palliative care patients versus the general population. *Supportive & Palliative Care Journal*, 22(3), 1-9.

<https://doi:10.1136/bmjspcare-2020-002211>.

Boss, T., Pontier, M., & Treur, J. (2012). A Computational Model Based on Gross' Emotion Regulation Theory. *Emotion Regulation Journal*, 4(20), 102-125. [https:// doi: 10.1016/j.cogsys.2009.10.001](https://doi:10.1016/j.cogsys.2009.10.001).

Brandão, T., Tavares, A., Schulz, B., & Matos, M. (2016). Measuring Emotion Regulation and Emotional Expression in Breast Cancer Patients. *Clinical Psychology Review Journal*, 43(11), 114-127. [https:// doi: 10.1016/j.cpr.2015.10.002](https://doi:10.1016/j.cpr.2015.10.002).

Cohen, J. (2017). The Role of Emotional Processing in Improving the Quality of Life of Breast Cancer Patients. *BMJ Journal*, 19;10(11), 56-70. [https://doi: 10.1136/bmjopen-2020-037521](https://doi:10.1136/bmjopen-2020-037521).

Denlinger, C.S., Carlson, R.W., Are, M., Baker, S., Davis, E., Edge, S.B. (2015). Survivorship: Introduction and Definition. *Cancer Journal*, 12(1), 34-45. [https:// doi: 10.6004/jnccn.2014.0005](https://doi:10.6004/jnccn.2014.0005).

(2016). *Theories of Emotion Regulation*. Oxford University Press US. [https:// doi:10.1002/9781118574003.wattso012](https://doi:10.1002/9781118574003.wattso012).

Gimond, A.J., Ivers, H., & Savard, J. (2019). Is Emotion Regulation Associated with Cancer-related Psychological Symptoms? *Psychology & Health Journal, 34(1)*, 44–63.

<https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1514462>.

Goswami, S., & Gupta, S.S. (2019). How Patients of Oral Cancer Cope up with Impact of the Disease? A Qualitative Study in Central India. *Palliative Care Journal, 25(1)*, 103–

109. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_118_18.

Götze, H., Ernst, J., Brähler, E., Romer, G., & Klitzing, K.V. (2015). Predictors of Quality of Life of Cancer Patients, their Children, and Partners. *Psycho-Oncology Journal,*

2(24), 787–795 . <https://doi.org/10.1002/pon.3725>

Ibrahim, A., Khaled, H.M., Mikhail, N.H., Baraka, H., & Kamel, H. (2014). Cancer Incidence in Egypt: Results of the National Population-Based Cancer Registry Program. *Cancer Epidemiology Journal, 2(2)*, 1–19. <https://doi.org/10.1155/2014/437971>.

Li, L., Zhu, X., Yang, Y., He, J., Yi, J., Wang, Y., & Zhang, J. (2015). Cognitive Emotion Regulation: Characteristics and Effect on Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Health and Quality of Life Outcomes journal, 51(3)*, 1–

10. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0242-4>

Mahdavi, A., Jayervand, H., Pahlevani, M., Ezhei, J., Madani, Y., & Ghorian, H. (2019). Predicting the Self-Efficacy and Life Quality of Women Suffering from Breast Cancer Rely on

Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Biochem Tech Journal*, (2), 99-104.

Marashi,F., & Nikmanesh,Z. (2018) The Effectiveness of Emotion Regulation Training with a Positive Thinking Approach in Quality of Life and Its Dimensions Among Children with Cancer. *Chronic Disease Care Journal*, 7(1), 1-8.
[https:// doi: 10.5812/jjcdc.61159.](https://doi.org/10.5812/jjcdc.61159)

Miraghaei, S.Z., & Azar, Z.A. (2017). Comparing Life Quality Strategies and Emotion Regulation. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 6(10), 105-110.

(2021). *The Longitudinal Relationship between Emotion Regulation and Quality of Life in Children with Cancer*. Master thesis, Faculty of Social and Behavioral Sciences .

Namayandeh, S.M, Khazaei, Z., Najafi, M.L., Goodarzi, E., & Moslem, A. (2020). GLOBAL Leukemia in Children 0-14 Statistics 2018, Incidence and Mortality and Human Development Index (HDI): GLOBOCAN Sources and Methods. *Asian Cancer journal*, 21 (5), 1487-1494.
[https://doi :10.31557/APJCP.2020.21.5.1487.](https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.5.1487)

Nayak, M.G., George, A., Vidyasagar, M., & Mathew, S. (2017). Quality of Life among Cancer Patients. *Indian Palliative Care Journal*, 23(4), 445-450. [https://doi: 10.4103/IJPC.IJPC_82_17.](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_82_17)

Nedaei, A., Paghoosh, M., & Hosnijeh, H. (2017). Relationship between Coping Strategies and Quality of Life: Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Skills. *Journal of Clinical Psychology, 4 (32)*, 112–123.

Nikmanesh, Z., Shirazi, M., & Farazinezhad, F. (2018). Examining the Predictive Role of Emotional Self-Regulation in Quality of Life and Perception of Suffering among Patients with Breast Cancer. *Middle East Journal of Cancer, 8(2)*, 93–101.

Reine, G., Lanconci, Tucci, S., & Spain, C. (2003). Depression and Quality of Life in Chronic Schizophrenic Patients. *Psychiatric Journal, 18 (4)*, 297–303. <https://doi:10.1034/j.1600-0447.2003.00132.x>.

Ryff, C.D., Love, G.D., Urry, H.L., Muller, D.A., Rosenkranz, M.A., Friedman, E.M., Davidson, R.G., & Singer, B. (2006). Psychological Well-Being and Ill-Being: Do They Have Distinct or Mirrored Biological Correlates? *Psychother Psychosom, 3(12)*, 75–95. <https://doi:10.1159/000090892>.

Shin, H., Bartlett, R., & Gagne, J.C. (2019). Health-Related Quality of Life among Survivors of Cancer in Adolescence: An Integrative Literature Review. *Pediatric Nursing Journal, 44 (11)*, 97–106. <http://doi:10.1016/j.pedn.2018.11.009>.

Sung, H., Ferlay, H., Siegel, R., Laversanne, M., Soerjomataram, L. & Jemal, A. (2021). Global Cancer Statistics 2020. *Cacancer journal*, 71, (3), 209–249.

<https://doi: 10.3322/caac.21660>

The World Health Organization. (2012) *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. <https://www.who.int/tools/whoqol>.

Thompson, R.A. (2011). Emotion and Emotion Regulation: Two Sides of the Developing Coin. *Emotion Review Journal*, 3(1), 53–61.

<http://doi:10.1177/1754073910380969>.

Vaziri, Z.S., Mashhadi, A., Shamloo, Z.S., & Shahidsales, S. (2017). Mindfulness–Based Cognitive Therapy, Cognitive Emotion Regulation and Clinical Symptoms in Femals with Breast Cancer. *Iran Psychiatry Journal*, 11(4), 4158–4255. <https://doi:10.17795/ijpbs-4158>.

Ventegodt, S., Merrick, M., & Anderson, N.A. (2003). Quality of Life Theory I. The IQOL Theory: An Integrative Theory of the Global Quality of Life Concept. *The Scientific World Journal*, 10(3), 1030–1040. <https://doi: 10.1100/tsw.2003.82>.

Virtue, S.M., Manne, S.L., Criswell, K., Kissane, D., Heckman ,C.D., & Rotter, J. (2018). Levels of emotional awareness during psychotherapy among gynecologic cancer patients. *Palliative & Supportive Care Journal*, 17 (1), 87 – 94. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000263>.

التنظيم الانفعالي كمنبى بجودة الحياة لدى مرضى السرطان
المراهقين الذين مازالوا يتلقون العلاج، والناجين من السرطان، وغير
المستجيبين للعلاج

كوثر حسين حسن