



اضطراب كرب ما بعد الصدمة وعلاقته بالمناعة النفسية لدى عينة من مريضات السرطان خلف مبارك، وفاء بكر، إلهام هلال*

قسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة سوهاج، سوهاج 82524، مصر
 *المؤلف المختص: elamuhh@gmail.com

ملخص البحث

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى اضطراب كرب ما بعد الصدمة ومستوى المناعة النفسية، ومعرفة العلاقة بينهما لدى عينة من مريضات السرطان، وتحديد أثر متغير العمر بين مريضات السرطان في اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ولقد تكونت عينة الدراسة من (202) مريضة من مريضات السرطان، تراوحت أعمارهن ما بين (34-55) عامًا بمتوسط عمري (44,00) سنة، وانحرف معياري قدره (5,478)، وذلك باستخدام مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة (إعداد: الباحثة)، ومقياس المناعة النفسية (إعداد: الباحثة)، وأشارت النتائج إلى ارتفاع مستوى اضطراب كرب ما بعد الصدمة وانخفاض مستوى المناعة النفسية لدى مريضات السرطان، ووجود علاقة ارتباطية سالبة ودالة إحصائية بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة (الدرجة الكلية، والأبعاد الفرعية للمقياس) والمناعة النفسية (الدرجة الكلية، والأبعاد الفرعية للمقياس)، ووجود فروق دالة إحصائية بين مريضات السرطان الأصغر سنًا ومريضات السرطان الأكبر سنًا في اضطراب كرب ما بعد الصدمة (الدرجة الكلية، والأبعاد الفرعية للمقياس) في جانب الأصغر سنًا.

الكلمات الأساسية: اضطراب كرب ما بعد الصدمة، المناعة النفسية، مريضات السرطان

بيانات المقال

الاستشهاد المرجعي: خلف مبارك، وفاء بكر، إلهام هلال (2023). اضطراب كرب ما بعد الصدمة وعلاقته بالمناعة النفسية لدى عينة من مريضات السرطان، مجلة سوهاج لشباب الباحثين، مجلد 3 (2)، 16 - 47.

تاريخ استلام البحث: 2023/01/14

تاريخ قبول البحث: 2023/02/22

تاريخ نشر البحث: 2023/06/01

<https://doi.org/10.21608/sjyr.2023.297306>

Publisher's Note: SJYR stays neutral regarding jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

1. المقدمة

يمر الإنسان طوال حياته بضغوط ومشكلات عديدة تختلف باختلاف أنواعها، ودرجة شدتها، ومستواها، يستطيع الإنسان تجاوز الضغوط الحياتية اليومية؛ لأنه يألفها فهي متكررة، ويمكنه توقعها، ومن ثم يُصبح من السهل عليه التغلب عليها، واستعادة توازنه، ولكن هناك بعض الأحداث الفجائية التي تبلغ شدتها درجة قصوى؛ بحيث يُشكل وقوعها حدثًا صادمًا بالنسبة للفرد بشكل تعجز معه طرقه العادية عن مواجهتها، وعلى الرغم من هذه الشدة والفجائية فإن بعض الأفراد يتمكنون من العودة إلى حالتهم الطبيعية، واستعادة توازنهم إلا أن البعض الآخر لا يستطيعون مواجهة هذه النوعية من الأحداث، ولا العودة لحالتهم الطبيعية، وتُصبح حياتهم بعد وقوع الحدث مختلفة تمامًا عن قبل وقوعه، وبالطبع ينعكس ذلك على سلوكهم، وصحتهم النفسية، ومن بين تأثيرات الأحداث الصادمة على صحة الإنسان النفسية الإصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة.

ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5 الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي [1] ماهية الأحداث الصادمة التي قد تتسبب في إصابة الفرد بهذا الاضطراب في المعيار الأول للتشخيص؛ حيث حددها بأنها تلك الأحداث التي يتعرض الفرد من خلالها لاحتمالية الموت الفعلي، أو التهديد به، أو التعرض لإصابة خطيرة، ووفقًا لهذا المعيار فإن الأمراض الممثلة كالسرطان قد تشكل حدثًا صدميًا للفرد يترتب عليه الإصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة؛ لما ينطوي عليه هذا المرض من شدة، وفجائية عند التشخيص به، فالكثير من الأفراد يتلقون خبر إصابتهم به على أنها حكمٌ بالموت البطيء أو المؤجل، هذا بخلاف تعرض بعضهم لاستئصال أجزاء من جسد، الأمر الذي قد نعتبره إصابة دائمة، وخطيرة تختلف معها حتى الصورة الذاتية المدركة للفرد عن جسده، ودرجة رضائه عنه، وبالأخص النساء اللاتي يخضعن لاستئصال الثدي، أو الرحم، أو المبايض، أو أجزاء من القولون.

وتعد هذه الإصابة المحتملة لمرضى السرطان باضطراب كرب ما بعد الصدمة هي ناتج التفاعل والتأثير المتبادل بين الأمراض غير المعدية كأمراض القلب، والسرطان، والسكري، والربو، والأوعية الدموية والاضطرابات النفسية، فالاضطرابات النفسية قد تكون عاقبة من عواقب إصابة الفرد بمرض غير سار، أو قد تكون طريقًا مهيأًا للإصابة به، أو قد تكون نتيجة لهذا التأثير المتبادل

بينهما، فالإصابة بالفرد قد يمهّد لإصابة الفرد باحتشاء عضلة القلب، والعكس صحيح مع الإصابة بالاحتشاء تزيد فرصة إصابة الفرد بالاكْتئاب [2].

وهذا التأثير المتبادل لا يعده البعض مجرد عملية تأثير وتأثر بين جسد الإنسان وصحته النفسية بمعناها المتداول، ولكنه تأثير متبادل بين نظامين يشكّلان كيان الإنسان، وهما نظام المناعة البيولوجي، ونظام المناعة النفسي.

والمناعة النفسية هي نظام افتراضي مماثل لنظام المناعة البيولوجية، ويعمل معه بالتناظر، كما يتفاعلان معًا لحماية الجسم والنفس من الغزاة ومسببات الأمراض بشكل دفاعي، ويعززان الشفاء، فالمناعة النفسية هي نظام سابق ومتكامل للتعبئة والوقاية، ويتكون من أبعاد الشخصية السلوكية والمعرفية والتحفيزية التي توفر حماية ضد الإجهاد، وتعزز التنمية الصحية، وتعد بمثابة موارد مقاومة للضغوط، فهي نظام دائم السعي نحو السلامة والأمن، وتجنب التهديد؛ حيث يقوم بفحص علامات المرض أو التهديدات، وكفاءته هي التي تمكن الفرد من معالجة الإجهاد، وقد يُصبح جهاز المناعة النفسية أكثر يقظة في الفحص بحثًا عن مسببات الأمراض عندما يضعف جهاز المناعة البيولوجية [3، 4، 5].

وبالطبع كلا النظامين المناعيين البيولوجي والنفسي عرضة لعدم الفاعلية والضعف؛ مما قد يؤدي إلى المرض الجسدي أو قابلية الإصابة وضعف المناعة الانفعالية، بل إن جهاز المناعة النفسية وحده يرتبط بالأمراض النفسية، والأمراض الجسدية [6]، فعن علاقة المناعة النفسية بالإصابة بالأمراض والاضطرابات النفسية يمكن الإشارة إلى أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة ينتج عن ضعف المناعة وقابلية الإصابة، وتفكك الأنا لدى الفرد؛ لأنه يمثل تبدد داخل النفس والعالم [7]، وبالتالي فالمناعة النفسية يمكنها المساعدة في استيعاب حدوث أحداث نفسية صدمية، مثل: تكرار الأفكار والصور المزعجة، وانتشار الاضطرابات النفسية [8]، وهذا ما أكدته دراسة [9] حيث أشارت نتائجها إلى وجود علاقة عكسية بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة والمناعة النفسية.

أما عن علاقة المناعة النفسية بالأمراض الجسدية فيُشير [10] إلى أن هناك العديد من العوامل التي تساهم في انخفاض فاعلية جهاز المناعة النفسية، من بينها الإصابة الجسدية البليغة، والمرض أو الإنهاك، وهو ما أشارت إليه نتائج دراسة [11] عندما قارن بروفال جهاز المناعة النفسية لمرضى السرطان ببروفال عينة من الأفراد العاديين؛ حيث أظهرت البيانات أن الحالة المرضية الجسدية والنفسية ترتبط بضعف الأنظمة الفرعية لجهاز المناعة النفسية، والعوامل الصحية المقابلة، في حين أن الجهاز المناعي النفسي القوي المتكامل يرتبط بتواتر خبرات التدفق، ومستوى أعلى من السعادة والرضا عن الحياة، وحالات خالية من الأعراض المرضية.

وهذه العلاقة الارتباطية بين المرض الجسدي وضعف المناعة النفسية والإصابة بالاضطرابات النفسية هي ما وجهت انتباه بعض الباحثين لإمكانية خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة من خلال تدعيم المناعة النفسية، فمدخلات تعزيز نظام المناعة النفسية نجحت في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المراهقات اللاتي تضررت أسرهن من العدوان على غزة عام (2014)، ومنع اضطرابات كرب ما بعد الصدمة لدى أسر المصابين بالسرطان [12، 13].

1.1. مشكلة الدراسة

يُعد اضطراب كرب ما بعد الصدمة من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا بعد تعرض الفرد لحادث صادم، فوفقًا لدراسة [14]، تراوح معدل انتشاره بين المدنيين في الولايات المتحدة وفقًا للدراسات التي أُجريت في الفترة من (2015-2019) من (8.0%) إلى (56.7%)، وعلى مدار عام من (2.3%) إلى (9.1%)، ومدى الحياة من (3.4%) إلى (26.9%)، وفي منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط التابعة لمنظمة الصحة العالمية تشير دراسة [15]، التي أُجريت لجمع معدلات انتشار الأمراض النفسية في خمس عشرة دولة من بينها مصر في الفترة من (2001-2020) إلى أن نسبة انتشار اضطراب كرب ما بعد الصدمة الحالي بلغ (9.5%)، ومدى الحياة بلغ (3.3%)، أما الانتشار المجمع للتأثيرات العشوائية فبلغ (7.2%)؛ حيث جاء في المركز الثالث للاضطرابات الأكثر انتشارًا بعد الاكتئاب، واضطراب القلق العام، ولم تكن هناك فروق في معدل الانتشار بين الدول.

وفي دراسة مسحية للأدبيات الخاصة باضطراب كرب ما بعد الصدمة المتعلقة بالسرطان التي أُجريت في الفترة من (1989-2016)، وتم فيها تحديد (1637) دراسة، أشارت نتائجها إلى أنه فيما يتعلق باعتبار تشخيص وعلاج السرطان كحدث مهدد للحياة أو للسلامة الجسدية للفرد المعيار (A1)، والاستجابة له بالخوف، والعجز أو الرعب المعيار (A2)، وهما المعياران اللذان حددتهما الجمعية الأمريكية للطب النفسي [16] في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل من ضمن معايير تشخيص الإصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة، أشارت النتائج إلى أنه في عينات بلغت ما بين (34-46) مريضًا استوفى ما بين (50-60%) من المرضى المعيارين، وأن نسبة المريضات اللاتي أدركن تشخيص السرطان كعامل مجهد صدمي بلغت (54%) في عينة بلغت (127) مريضة من مريضات سرطان الثدي، وأن (37%) من (189) ناجي من سرطان الرئة أدركوا تشخيص وعلاج السرطان كعامل مجهد صدمي وفقًا لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، بينما بلغت النسبة (57%) وفقًا لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس [17].

وفيما يتعلق بنسب انتشار الاضطراب وفقًا لأداة التشخيص المستخدمة أشارت النتائج إلى أنه في عينات بلغت (4189) مريضًا تراوحت النسب في الدراسات التي اعتمدت على مقاييس التقرير الذاتي لمستويات الأعراض الدالة سريريًا ما بين (7.3%-13.8%)، أما التي اعتمدت على المقابلات التشخيصية الإكلينيكية المنظمة من قبل الطبيب فبلغت فيها نسبة الانتشار مدى

الحياة (12.6%)، وانتشار حالي بلغ (6.4%)، بينما تشير دراسات أخرى إلى أن ما بين (10-20%) من مرضى السرطان عانوا من مستويات المتلازمة الفرعية "subsyndromal" من أعراض الاضطراب [17].

وفي دراسة مسحية أخرى سعت إلى التوصل لتقدير شامل لمعدل انتشار اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى مريضات سرطان الثدي وفقاً لأدوات التشخيص المستخدمة حتى يناير (2015)، وقد تم التوصل فيها إلى (34) دراسة، أشارت نتائجها إلى أن معدل الانتشار المجمع للاضطراب بلغ (9.6%)؛ حيث بلغ معدل الانتشار في الدراسات التي استخدمت مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة الذي يديره الطبيب السريري (CAPS) (19.0%)، وهو أعلى من معدل الانتشار في الدراسات التي استخدمت الإصدار الثالث أو الرابع من المقابلة الإكلينيكية المنظمة للدليل التشخيصي والإحصائي (SCID)؛ حيث بلغ المعدل فيها (3.0%)، أما الدراسات التي استخدمت قائمة مراجعة اضطراب كرب ما بعد الصدمة النسخة المدنية (PCL-C) بطريقة (cut-off) فبلغ معدل الانتشار فيها (7.0%)، ووفقاً لمقياس (PCL-C) بطريقة (cluster) بلغ المعدل (11.5%)، أما باستخدام مقياس أثر الحدث (IES) بطريقة (cut-off) فبلغ المعدل (15.1%) [18].

وقد تستمر معاناة مرضى السرطان مع اضطراب كرب ما بعد الصدمة حتى بعد التعافي منه، ففي دراسة أجريت على (162) فرداً من البالغين الناجين من السرطان أظهرت النتائج أن ما بين (7-29%) من أفراد العينة كان لديهم أعراض الاضطراب، وكانت هناك علاقة دالة إحصائية بين درجات أفراد العينة على قائمة مراجعة اضطراب كرب ما بعد الصدمة ودرجاتهم على مقياس تأثير السرطان "التأثير السلبي" [19]، وفي دراسة أخرى أجريت على عدد من الناجين من سرطان الطفولة (223) مراهقاً ومراهقة) الذين توقفوا عن العلاج لمدة خمس سنوات على الأقل أظهرت نتائجها أنه ظل لديهم وجود متوسط لأعراض سريرية (9 أعراض أو أكثر 9.4%)، وأعراض كرب ما بعد الصدمة دون السريرية sub-clinical (6-8 أعراض 11.2%) مع أعراض التجنب في أغلب الأحيان، تليها أعراض فرط الاستثارة، وكان أقل المعايير شيوعاً هو إعادة التجربة [20].

وقد يكون منشأ الإصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، وبمعدلات الانتشار هذه ناجماً عن كون السرطان ليس مرضاً عرضياً أو هيئياً؛ حيث يُعد المرض الأكثر تهديداً لحياة الإنسان في العصر الحالي، فتُقدر الوكالة الدولية لبحوث السرطان التابعة لمنظمة الصحة العالمية حالات السرطان الجديدة التي سُخِصت عام (2020) في (185) دولة حول العالم من بينهم مصر بـ (19.3) مليون حالة، كما بلغ عدد الوفيات به في نفس العام حوالي (10.0) مليون حالة [21]، وفي مصر تحديداً بلغ عدد الإصابات به في (2020) وحدها (134,632) حالة، بواقع (66,542) حالة إصابة في الذكور و(68,090) في الإناث، وكانت أنواع السرطان الأكثر شيوعاً على الترتيب هي: الكبد، والثدي، والمثانة، والغدد الليمفاوية واللاهودجكن، والرئة، والدم، والبروستاتا [22].

وهذه الإصابة المحتملة لمرضى السرطان باضطراب كرب ما بعد الصدمة قد ترجع إلى عدة أسباب؛ فهناك عدة عوامل تتسبب في الإصابة بالاضطرابات النفسية، من بينها سوء التقييمات الخطيرة للأحداث النفسية المأساوية [6]، فمريض السرطان قد يترجم إصابته بهذا المرض على أنها حكمٌ بالموت، وقد يجعل هذا التقييم، وهذه النظرة السلبية البائسة الخوف والقلق من عودة السرطان، أو من تطوره في نفس العضو أو في عضو آخر من الجسد يسيطران عليه، وهذا عامل خطر إضافي آخر للإصابة بهذا الاضطراب [23].

وسوء التقييمات هذه، وما يترتب عليها من اضطرابات نفسية، وأعراض كالصور والأفكار المتطفلة غير المرغوب فيها المرتبطة تحديداً باضطراب كرب ما بعد الصدمة، أو حتى سرعة زوال أثر الأحداث المأساوية، واسترداد الفرد عافيته النفسية، كلها أمور تقع خارج نطاق أجهزة المناعة البيولوجية، والسلوكية، ولكنها من الممكن أن تكون متضمنة داخل جهاز المناعة النفسية، فالصحة النفسية بشكل عام متضمنة داخل جهاز المناعة النفسية [6]، وبالتالي فإن إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية كاضطراب كرب ما بعد الصدمة أو عدم إصابته به بعد الإصابة بالسرطان يمكن تناولها في إطار مستوى مناعته النفسية.

وهذه العلاقة المفترضة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة والمناعة النفسية تناولتها دراسة [9]، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة عكسية بين أبعاد اضطراب كرب ما بعد الصدمة وأبعاد المناعة النفسية، بينما أشارت نتائج دراسة [24] إلى ارتفاع درجات المفحوصين على مقياس المناعة النفسية ومقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وهذه النتيجة تتعارض مع نتيجة الدراسة الأولى التي ارتفعت فيها المناعة النفسية بالتزامن مع انخفاض مستوى اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة. وقد أشار [6] إلى أن إخفاق جهاز المناعة النفسية له عدة صور، منها: السلوكيات اللاكيفية، وتطور واستمرار الاضطرابات النفسية لدى الفرد، فغالبية الأفراد الذين يطورون بعض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة بعد التعرض لخبرات صدمية سرعان ما يعودون إلى مستوياتهم في الأداء ما قبل الإجهاد، وعمليات التعافي هذه والناتجة عن الحماية الذاتية الطبيعية تنسجم مع الأداء الدفاعي والوقائي لجهاز المناعة النفسية، وبالتالي فإن استمرار الأعراض هو دليل ضعف الجهاز المناعي النفسي، ومن ثمَّ فإن نتائج الدراسة الحالية قد ترجح نتائج إحدى هاتين الدراستين في تحديد طبيعة العلاقة بين المناعة النفسية واضطراب كرب ما بعد الصدمة.

وفي إطار خطر الإصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة المترتب على التشخيص بالسرطان بنسب الانتشار السابق عرضها، فإن لهذا التشخيص خطورة مستمرة؛ حيث إنه يزيد من خطر الإصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة مدى الحياة بعامل (1.66) مقارنة بغير المشخصين بالسرطان [23]، كما تضيف دراسة [25] أنه وفقاً للتجارب الميدانية للإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية فإن (22%) من الناجين من السرطان عانوا من مستوى ما من اضطراب كرب ما بعد الصدمة المرتبط بالسرطان مدى الحياة.

وتزداد هذه الخطورة لدى النساء؛ حيث يُعد اضطراب كرب ما بعد الصدمة مؤثرًا بشكل خاص لدى الإناث، كما أن المصابات بالسرطان يواجهن خطرًا متزايدًا للإصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة، وتأثيراته على الأداء والوظائف اليومية [23]، فمقارنة بالذكور المصابين بالسرطان كان انتشار أعراض الاضطراب أعلى لدى النساء [26]، كما كانت الأعراض لديهن أكثر شدة من الذكور [27]، وبالإضافة إلى دور النوع في الإصابة، ومستواها، تشير بعض الدراسات إلى دور العمر -أيضًا- حيث ارتبط اضطراب كرب ما بعد الصدمة بالعمر سلبًا كما أشارت دراسة [28]، بينما يشير البعض الآخر إلى عدم وجود ارتباط بالعمر كدراسة [29]؛ وبذلك فإن الدراسة الحالية بتناولها لفئة مريضات السرطان الأكثر عرضة للإصابة بالاضطراب ستساهم نتائجها في ترجيح إحدى النتائج المتعلقة بالعمر.

وإجمالًا لهذا العرض يمكن القول بأن مشكلة هذه الدراسة يمكن بلورتها في أنها تثير عددًا من الأسئلة البحثية، وتسعى للإجابة عنها، وهي

1. ما مستوى اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى مريضات السرطان من أفراد عينة الدراسة كما يقيسه مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة؟
2. ما مستوى المناعة النفسية لدى مريضات السرطان من أفراد عينة الدراسة كما يقيسها مقياس المناعة النفسية؟
3. ما العلاقة الارتباطية بين درجات مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة ودرجات مقياس المناعة النفسية لدى مريضات السرطان من أفراد عينة الدراسة؟
4. ما دلالة الفروق بين متوسطات درجات مريضات السرطان من أفراد العينة على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة تبعًا لاختلاف متغير العمر (الأصغر سنًا / الأكبر سنًا)؟

1.1. أهداف الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى

1. التعرف على مستوى اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى مريضات السرطان من أفراد العينة.
2. التعرف على مستوى المناعة النفسية لدى مريضات السرطان من أفراد العينة .
3. التعرف على طبيعة العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة وبين المناعة النفسية لدى مريضات السرطان من أفراد العينة.
4. الكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات مريضات السرطان من أفراد العينة على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة تبعًا لاختلاف متغير العمر (الأصغر سنًا / الأكبر سنًا).

1.3. أهمية الدراسة

1.3.1. الأهمية النظرية

1. المساهمة في إثراء الأدبيات التي تناولت اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى مريضات السرطان في البيئة العربية، ولكن في إطار علاقته بالمناعة النفسية، في ظل قلة الدراسات التي تناولت هذه العلاقة بشكل عام، وندرتها لدى هذه الفئة بشكل خاص، بالإضافة إلى تضارب نتائج دراسي [24،9] اللتين تناولتا هذين المتغيرين معًا، ما بين وجود علاقة عكسية بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة والمناعة النفسية، وبين ارتفاع مستوى المتغيرين معًا.
2. اختلاف عينة الدراسة الحالية وهي مريضات السرطان عن عينة دراسي [24،9]، وهي عينة ذات خصائص صدمية مختلفة؛ لطبيعة الصدمة المتواترة.
3. اختلاف النموذج النظري الذي اعتمدت عليه الدراسة الحالية في إعداد مقياس المناعة النفسية عن النموذج المتبنى في دراسي [24،9].
4. الدراسات المتوفرة -في حدود علم الباحثة- التي تناولت المناعة النفسية لدى مرضى السرطان تناولتها كمدخل إرشادي أو علاجي [30،12]، وبطبيعة الحال هذه الدراسات لا تسمح بتناول حجم كبير نسبيًا للعينات، ومن ثم لم تحدد مستوى المناعة النفسية لدى عدد أكبر من المرضى، بالإضافة إلى أن الدراسة الحالية تدرس المناعة النفسية وفقًا لنموذج نظري مختلف عما تناولته هاتان الدراستان.

1.3.2. الأهمية التطبيقية

- أ- اتضحت الأهمية التطبيقية للدراسة فيما أسفرت عنه من نتائج قد تفيد المعنيين بالصحة النفسية في تصميم برامج إرشادية، وعلاجية لتدعيم المناعة النفسية لدى مريضات السرطان من أجل التخفيف من حدة اضطراب كرب ما بعد الصدمة لديهن، وللمعالجة الاضطرابات الأخرى المصاحبة له كالقلق والاكتئاب.
- ب- قد تفيد النتائج -أيضًا- في تصميم برامج قائمة على المنظور المعرفي السلوكي من أجل التخفيف من حدة الأفكار اللاعقلانية، والتشوهات المعرفية لدى مريضات السرطان التي تساهم في استمرار هذه الاضطرابات.

1.4. مصطلحات الدراسة

1.4.1. اضطراب كرب ما بعد الصدمة

في ضوء محكات تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية تمت صياغة التعريف الإجرائي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة على النحو التالي: زملة الأعراض المرضية التي تعاني منها مريضة السرطان كرد فعل قد يكون فوراً أو متأخراً لتعرضها للإصابة بالسرطان، ويعبر عنه من خلال الدرجة التي تحصل عليها المريضة على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة المستخدم في الدراسة الحالية.

1.4.2. المناعة النفسية

تم تعريف المناعة النفسية إجرائياً بأنها: منظومة عقلية سيكو-فسيولوجية لها القدرة على إنتاج الأفكار المنطقية المقاومة لتلك المدمرة لمريضة السرطان، وتقاس من خلال الدرجة التي تحصل عليها المريضة على مقياس المناعة النفسية المستخدم في الدراسة الحالية.

1.5. محددات الدراسة: تم الالتزام بالمحددات الآتية

1. محددات بشرية: طبقت هذه الدراسة على عينة عشوائية من مريضات السرطان اللاتي تراوحت أعمارهن ما بين (34-55) عامًا.

2. محددات مكانية وزمانية: تم تطبيق هذه الدراسة بمعهد الأورام بمحافظة سوهاج خلال شهري يونيو، ويوليو من عام (2021).

1.6. الإطار النظري

1.6.1. اضطراب كرب ما بعد الصدمة

1.6.1.1. الصدمة النفسية

تُعرف الصدمة النفسية بأنها حدث فجائي غير عادي يتسم بالعنف، ويفجر كيان الفرد، ويهدد حياته؛ بحيث تعجز وسائل الدفاع المختلفة للفرد عن التكيف معه، فهو يخترق جهازه الدفاعي النفسي، وقد يترتب عليه مرض عضوي أو تغييرات في الشخصية إذا لم يتم التعامل معه بشكل سريع، وفعال [31].

1.6.1.2. نشأة المصطلح

على الرغم من شدة وخطورة الصدمات على نفسية الأفراد إلا أنه لطيلة عقود عديدة ظل الأطباء وعلماء النفس يعتبرون الصدمات النفسية مجرد عوامل تساعد في الإصابة بالاضطرابات النفسية، فلم يكن من المعترف به أن الأحداث المروعة مهما بلغت شدتها على الفرد قد تتسبب بمفردها في إصابته بأعراض نفسية طويلة الأمد أو إحداث تغييرات في شخصيته، وأرجعوا إصابة الفرد بالأعراض النفسية عقب الأحداث الصادمة لضعف الشخصية أو عوامل وراثية، وظلت هذه القناعة حتى مطلع القرن العشرين، حين أدرجت الجمعية الأمريكية للطب النفسي مصطلح "اضطراب كرب ما بعد الصدمة" في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية باعتباره تشخيصاً علمياً معترفاً به منشأه الأساسي وسببه المباشر هو أحداث الحياة الصادمة [32].

1.6.1.3. تعريف اضطراب كرب ما بعد الصدمة

عرّفته [33] في سياق معايير التشخيص الواردة بالدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية بأنه استجابة بالغة لمصادر المشقة (الصدمة)، وتتضمن الشعور بالقلق المتزايد، وتفادي المؤثرات المرتبطة بالصدمة، وأعراض استثارة انفعالية زائدة.

1.6.1.4. أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة

يوضح [7، 32، 34، 35، 36] أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة كما يلي

1. إعادة تجربة الصدمة: الأفكار المتطفلة المقتحمة لذهن الفرد، والومضات الاسترجاعية، والفيضانات المفاجئة من الانفعالات أو الصور المرتبطة بالحدث الصادم هي أكثر ما يميز هذا الاضطراب.
2. التجنب والخدر: يشعر الفرد بالحنة عندما يتعرض لبعض الأشياء التي تذكره بالصدمة؛ لذلك يلجأ إلى التجنب، وقد يلجأ إلى دفع الأفكار والمشاعر المؤلمة بعيداً، وهذا يمكن أن يؤدي إلى الشعور بالخدر الانفعالي.
3. فرط الاستثارة: تنبع الاستثارة المفرطة من ذكريات الصدمة، وتظهر في عدة صور، منها: الشعور بسرعة الاهتياج، والعصبية، والتوتر، واليقظة أو الحذر المفرط، وفرط الانتباه، والشعور بسهولة الفزع، والعدوانية.
4. الخوف والقلق والغضب: ينتج الخوف من تغير وجهات النظر حول العالم والشعور بالأمان، أما القلق فيحدث عند تذكر الحدث أو المنبهات المرتبطة به، بينما يحدث الغضب نتيجة شعور الفرد بأن العالم لم يعد مكاناً مناسباً وعادلاً.
5. اضطرابات النوم: يعاني الفرد المصاب بالصدمة من صعوبة في الخلود إلى النوم أو الاستمرار فيه لفترة زمنية معقولة نتيجة لفرط التيقظ، كما تُعد الكوابيس أمراً شائعاً، يشاهد فيها الفرد بشكل متكرر مشاهد دقيقة للصدمة.

6. الشعور بالذنب: غالبًا ما تؤدي الصدمة إلى الشعور بالذنب والخزي، والشعور بالذنب المرتبط بالصدمة يعني تحمل مسئولية ما حدث، واستحقاق العقاب.
7. الحزن والاكتئاب: هي ردود فعل متواترة تشمل مشاعر الإحباط، واليأس، واستنزاف الطاقة السريع، والشعور بالضآلة، والشعور بأن الحياة ليست جديرة بأن تُعاش؛ مما قد يقود الفرد إلى التفكير والرغبة في الموت أو التفكير في الانتحار.
8. اضطرابات الذاكرة والتركيز: يعاني المصاب بالصدمة من النسيان، وضعف وصعوبات في التركيز والذاكرة، وتدني القدرات المعرفية، وضعف القدرة على الإنجاز، والمثابرة، والعمل.
9. تقدير الذات المنخفض والرؤية السلبية للعالم: غالبًا ما يُصبح تقدير الذات، والثقة بالنفس، والصورة الذاتية، وكذلك رؤية الفرد للعالم سلبيين بعد تعرضه لحدث صادم، وهذه الأفكار السلبية تتم معالجتها مرارًا وتكرارًا.
10. ضعف الأداء في مجالات الحياة: يشعر المصاب بحساسية زائدة تجاه الآخرين، ويميل إلى الانسحاب الاجتماعي، وتتبدل مشاعره، فتظهر المشاكل في الأسرة، كما يؤثر الاضطراب على الحياة العملية للفرد بسبب اضطرابات النوم، والانتباه، والنسيان، ومشاكل التركيز؛ مما قد يؤدي إلى انخفاض مطرد في الإنجاز، ومن ثمّ مشاكل مالية.
11. تقلص أبعاد المستقبل: يشعر الفرد بأن المستقبل غامضٌ ومحجوب، ويتوقع الفشل مهنيًا أو اجتماعيًا في المستقبل، أو يتوقع عدم الإنجاب، أو تضعف في تصوره احتمالية بقاءه على قيد الحياة فترة زمنية معقولة.
- تفكك وأعراض ذهانية: تنحل الروابط بين الوعي بالذات من ناحية، والمشاعر، والذاكرة، والأفعال من ناحية أخرى؛ حيث يشعر الفرد بالانفصال عن نفسه، كما أنّ هناك أعراضًا ذهانية قد تظهر كالهوس التي غالبًا ما ترتبط بالصدمة.

1.6.1.5 محكات تشخيص اضطراب كرب ما بعد الصدمة

- يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي [1] مجموعة من معايير التشخيص التي يتم تطبيقها على البالغين، وفيما يلي عرض لهذه المعايير
- 1- تعرض الفرد لاحتمالية الموت بشكل فعلي أو التهديد به، أو تعرضه لإصابة خطيرة أو للعنف الجنسي كالاعتصاب، سواءً تعرّض لذلك بالخبرة المباشرة، أو شاهد وقوع أي من هذه الأحداث للآخرين، أو علّم بوقوعها لأحد أفراد أسرته أو أصدقائه المقربين (على أن يكون الحدث عنيفًا أو عرضيًا)، أو تعرضه الشديد أو المتكرر للأثار والتفاصيل المكروهة المتعلقة بالحدث الصادم، مثل الذين يتعرضون بشكل متكرر لرؤية البقايا البشرية كالعاملين بالإغاثة والطوارئ.
 - 2- وجود عرض أو أكثر من الأعراض الاقتحامية المتعلقة بالحدث الصادم، وتبدأ بعد وقوعه، وهي
 - أ- ذكريات متطفلة، ومتكررة، ومكروهة، ومؤلمة متعلقة بالحدث الصادم.
 - ب- أحلام متكررة، ومؤلمة، ومفزعة يرتبط محتواها بالحدث الصادم.
 - ج- ردود فعل انشقاقية (تفاعلات مفككة)، مثل: استرجاع الحدث الصادم، وومضات الذاكرة؛ حيث يشعر الفرد أو يتصرف وكأن الحدث الصادم يتكرر مرة أخرى (وقد يصل الأمر بالفرد لفقدان كامل للوعي بالمحيط).
 - د- ردود فعل فيزيولوجية مكثفة، ومفزعة استجابةً لمثيرات متعلقة بالحدث الصادم.
 - هـ- الشعور بإحباط نفسي شديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات متعلقة بالحدث الصادم.
 - 3- تجنب مستمر للمنبهات المتعلقة بالحدث الصادم، ويظهر ذلك في مظهر أو كلا المظهرين الآتيين
 1. تجنب أو بذل جهود لتجنب الذكريات، والأفكار، والمشاعر، وكل ما يتعلق بالحدث الصادم.
 2. تجنب أو بذل جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية كالأنشطة، والمواقف، والأشياء، والناس، والأماكن، والأحداث التي تثير الذكريات، والمشاعر، والأفكار المؤلمة المتعلقة بالحدث الصادم.
 - 4- وجود تغيرات سلبية في المزاج والمدرجات المتعلقة بالحدث الصادم، ويظهر ذلك في اثنين أو أكثر مما يلي
 - أ- عجز الفرد عن تذكر جانب مهم من جوانب الحدث الصادم، وهي نساوة تفارقية نفسية المنشأ.
 - ب- وجود معتقدات أو توقعات سلبية مبالغ فيها، وثابتة متعلقة بذات الفرد، والآخرين، أو العالم (كاعتقاد الفرد بأنه شخص سيئ، أو أن العالم من حوله خطير، أو أنه لا يمكنه الوثوق بأحد، أو تدمير جهازه العصبي بشكل دائم).
 - ج- وجود مدرجات مشوهة، وثابتة عن أسباب حدوث الحدث الصادم أو عواقبه؛ حيث تجعل الفرد يلقي اللوم على نفسه أو غيره لحدوث الحدث الصادم.
 - د- الشعور بعواطف سلبية مستمرة مثل الشعور بالذنب، والخوف، والغضب، أو بالعار، أو الرعب.
 - هـ- تضاؤل الاهتمامات أو المشاركة في الأنشطة الهامة.
 - و- الشعور بالانفصال والنفور من الآخرين.
 - ز- العجز المستمر عن الشعور بالمشاعر الإيجابية، مثل: عدم قدرة الفرد على الشعور بالمحبة أو السعادة.

- 5- حدوث تغييرات في ردود الأفعال والاستثارة المرتبطتين بالحدث الصادم، وتبدأ في الظهور أو تتفاقم بعد حدوثه، ويظهر ذلك في مظهرين أو أكثر مما يلي
- أ- سلوكيات متوترة، ونوبات غضب (بدون أسباب أو من أسباب بسيطة)، ويعبر عنها بالاعتداء البدني أو اللفظي تجاه الناس أو الأشياء.
- ب- السلوكيات المتهورة أو التدميرية للذات.
- ج- التيقظ المبالغ فيه.
- د- مشكلات في التركيز.
- هـ- استجابات مبالغ بها عند الجفل.
- و- وجود اضطرابات في النوم (كوجود صعوبة في النوم، أو البقاء نائمًا لفترة طويلة، أو النوم المتوتر).

- 6- استمرار الأعراض المذكورة في المعايير السابقة (ب، ج، د، هـ) لأكثر من شهر، مع ملاحظة أنه قد تظهر بعض الأعراض فوراً بعد التعرض للحدث الصادم، إلا أنه قد يتم استيفاء معايير التشخيص بعد ستة أشهر من وقوع الحدث الصادم.
- 7- يتسبب الاضطراب في ضعف أداء الفرد في المجالات المهنية، والاجتماعية أو غيرها من المجالات الهامة الأخرى، أو قد يحدث له إحباطًا سريريًا هامًا.
- 8- تفي الأعراض السابقة بمعايير تشخيص اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ولكن بالإضافة إلى ذلك قد تظهر على الفرد أعراض تفارقية مستمرة أو متكررة من تبدد الشخصية والواقع: وفيها يشعر الفرد بشكل دائم أو متكرر بأنه منفصل عن ذاته؛ حيث يشعر كما لو أنه مراقب خارجي للعمليات العقلية أو الجسم، كأن يشعر بأنه في حلم، أو أن الوقت يمر ببطء، أو يشعر بإحساس غير واقعي عن الجسم أو النفس، وقد يشعر بشكل دائم أو متكرر بأن العالم من حوله غير واقعي، يشبه الحلم، أو أنه بعيد، أو مشوه.

1.6.1.6. النماذج النظرية المفسرة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة

1. النموذج العصبي الوظيفي: تعمل الصدمات على تنشيط بعض الأنظمة العصبية الكيميائية، ويظهر ذلك في عدة استجابات وظيفية وسلوكية، وهي استجابات ضرورية للتكيف مع الصدمات، والنجاة منها، ولكن ما يحدث لدى المصابين بهذا الاضطراب هو أن هذه الاستجابات تتطور في اتجاه غير مرغوب فيه حتى يصل الأمر إلى سوء التكيف العصبي، فالأعراض الرئيسية (إعادة التجربة الصادمة، وتجنب المحفزات المرتبطة بها، وزيادة الاستثارة) ترتبط جميعها بآليات عصبية، وهي: الخوف الشرطي، والانطفاء التجريبي، والتحسس السلوكي، بالإضافة إلى حدوث تغير وظيفي في مناطق معينة من الدماغ، والأنظمة الكيميائية العصبية [37].
 2. النموذج السيكو دينامي: يرى هذا الاتجاه أن الصدمة تجعل الفرد في حالة فزع وإنهاك وارتباك؛ ولأن ردود الفعل هذه مؤلمة يبدأ الفرد في كبت الأفكار والذكريات الصدمية، ولكن لكي يتوافق الفرد مع الحدث الصادم لا بد من دمجها في نسقه المعرفي أو تطوير نسق جديد؛ ولذلك يبقى الحدث الصادم في الذاكرة النشطة بينما تظل المعلومات المتعلقة به في اللا شعور؛ لأن الفرد يستخدم التجنب أو الإنكار أو الخدر الانفعالي من أجل حماية نفسه، وبالتالي تتكرر الأحداث في الذاكرة النشطة كمحاولة للتكامل والتنسيق [34، 38].
 3. النموذج المعرفي السلوكي: ينصب تركيز النظرية المعرفية على معنى الحدث الصادم بالنسبة للفرد وكيف يعاني منه، ويتوقف هذا على نظرة الفرد لذاته وللعالم، وعلى قيمه، ومعتقداته، ونظمه المعرفية الخاصة، وما تفعله الصدمة هنا هي أنها تززع هذه البنى البنائية الشخصية [35]، فالحدث الصادم المسبب لهذا الاضطراب يتسم بخطورته الهائلة التي تعمل على انتهاك مفاهيم الأمان الأساسية للفرد، وتعمل على تحطيم آماله ومعتقداته، فتتحول من إيجابية إلى سلبية، ويترتب على ذلك أن يعيش الفرد في خوف مزمن؛ حيث تتشكل لديه بنية خوف هائلة في الذاكرة بعيدة المدى [39]، وهي بنية مرضية يتم فيها تنشيط وتثبيت محتويات ذاكرة ما بعد الصدمة من خلال عدد هائل من المثيرات التي تعمل على تطوير واستمرار الاضطراب [40].
- كما وضع [41] نموذجًا معرفيًا تفسيريًا لاستمرار اضطراب كرب ما بعد الصدمة أوضح فيه أن هذه الاستمرارية تنتج من أن الفرد يقوم بمعالجة الحدث الصادم بطريقة تجعله يشعر بتهديد حالي وخطير، وأن هذا التهديد يحدث كنتيجة للتقييمات السلبية المفرطة للحدث الصادم وعواقبه، واضطراب في ذاكرة السيرة الذاتية.

1.6.1.7. عوامل قابلية الاستهداف والإصابة

يمكن عرض هذه العوامل على النحو التالي

1. عوامل خطر قبل التعرض للصدمة: يوضح كل من [32، 33، 42، 43، 44، 45] هذه العوامل كآلي: الإناث والأطفال الأكبر سنًا، وتدني المستوى الاقتصادي، وسوء التنشئة الاجتماعية، والبيئة الأسرية التي تتصف بالكبت، والحياة الأسرية غير المستقرة في الطفولة المبكرة، والانفصال المبكر عن الوالدين، ووجود خبرات صدمية في الطفولة، وانخفاض القدرة العقلية العامة، وانخفاض المستوى التعليمي، ونقص الاستعداد النفسي والشخصي، وضعف الخبرات السابقة، وضعف الحصانة المكتسبة تجاه الصدمات والضغوط، وضعف الإرادة، وعدم نضج الشخصية، وسمات الشخصية القهرية والواهنة، والميل للاشتراك اختياريًا في أشكال التهديد، والانفصال أو الطلاق، ووجود مشكلات نفسية سابقة أو إصابة سابقة بأحد الاضطرابات النفسية كالقلق، والاضطرابات ذات الشكل الجسدي، والاضطرابات الوجدانية، أو وجود اضطراب عصبي وتاريخ سابق للعُصاب، والعجز في الوظيفة التنفيذية، والانتباه، والذاكرة التقريرية، والميل إلى الأخذ بالمسؤولية الشخصية عن الحدث الصدمي، ووجود تاريخ مرضي للإصابة بهذا الاضطراب أو اضطرابات القلق في الأسرة.
2. عوامل خطر محيطة بالصدمة وتنبأ بتطوير الاضطراب: يوضح كل من [32، 33، 40، 42، 44] أن هناك عوامل خطر ترتبط بالصدمة ذاتها، وتساهم في التنبؤ بتطوير الاضطراب، وهي: طبيعة الصدمة (نوعها، وشدةها)، وتواترها، وتأثيرها، ومستوى الخطر المدرك، والتهديد المدرك لحياة الفرد، وطول النوبة الصدمية، والتقييمات الذاتية لشدة الصدمة، والتعرض لحدث صادم بشري متعمد، واختصاص الحدث الصادم، ووجود اضطراب حدودي مرافق لاضطراب كرب ما بعد الصدمة يعمل على تطوره، وميل الفرد إلى تجنب مواجهة الصدمة أو التفكير فيها، وشعور الفرد بأنه على وشك الموت وقت التعرض للصدمة، والشعور بالهزيمة العقلية أثناء وقوع الصدمة.
3. عوامل خطر بعد التعرض للصدمة: وتتمثل في: انخفاض الدعم والمساندة الاجتماعية المقدمة، والمستويات المرتفعة من الحالات المرضية المشتركة، وخاصة الاكتئاب، والإدراك المختل وظيفيًا (مزيد من التقييمات السلبية، واستراتيجيات تحكم في التفكير مختلة وظيفيًا) [34، 44].

1.6.2.1. المناعة النفسية

انبثقت فكرة وجود جهاز مناعة نفسي لدى الإنسان من كونه كائنًا متكاملًا من عقل ونفس يعملان معًا بشكل متصل، فإذا ضعف أحدهما تأثر الآخر، وبالتالي كما للجسد جهاز مناعي بيولوجي معقد يحميه من مهاجمة الفيروسات، والأمراض العضوية، فلا بُد للنفس من وجود جهاز مناعي أيضًا يحميها، ويقاوم الضغوط، والصدمات، والأمراض النفسية، ويعد مفهوم المناعة النفسية من المفاهيم الحديث نسبيًا في مجال الصحة النفسية؛ حيث ظهر في نهاية التسعينيات من القرن العشرين.

1.6.2.1. نماذج المناعة النفسية

1- المناعة النفسية وفقًا لـ [46]: يرى [46] أن المناعة النفسية هي منظومة معنوية سيكوفسيولوجية وعقلية، تتشكل من مجموعة من الأفكار المنهجية التي لها القدرة على توليد أفكار مضادة لتلك المدمرة للفرد والمجتمع، وهذه المنظومة يكتسبها الفرد من خلال عمليات التنشئة والتطبيع الاجتماعي، وإشباع حاجاته الأولية والثانوية في مراحل العمرية المختلفة، وتتكون هذه المنظومة من أربعة مكونات، يمكن توضيحها كما يلي:

أ- وحدة تكوين وإنتاج الأفكار المنطقية: يمتلك الفرد هذه الوحدة من خلال التعلم والتدريب في مراحل عمره المختلفة، وتسمح له هذه الوحدة بمهاجمة الأفكار الهدامة أو الوسواسية أو المدمرة التي قد يتعرض لها، وذلك من خلال أفكار منطقية أخرى مبنية على أساس عقلي قوي.

ب- وحدة التحكم الذاتي: وتشمل هذه الوحدة ثلاث مكونات، هي: التدعيم الذاتي ومن خلالها يكافئ الفرد ذاته عند وصوله للهدف، والرؤية الانتقائية للذات self selective monitoring، والتقويم الذاتي الذي يتعلم الفرد من خلاله تقييم نفسه، واكتشاف نقاط الضعف لوضع حل للمشكلات.

ج- الحث الذاتي ومقاومة الفشل (Self Induction): وهي مهارة الفرد في استيعاب المواقف التي يفشل فيها، ودراستها، وجمع المعلومات عنها، وتحليلها تحليلًا منطقيًا؛ حتى يخرج من دوامة الحالة النفسية الخبيثة التي تسيطر عليه، وقد تعزله، دون أن ينتظر مساعدة الآخرين.

د- التعبير عن الذات: يتكون المضمون السيكولوجي للفرد من خلال تفاعل البيئة الفيزيائية، والبيئة الاجتماعية، ومكونات الوراثة، والزمن الذي يقضيه الفرد في التعلم مع خبراته الذاتية، وقدرته على الاستفادة من نتائج تصرفاته، وينتج عن ذلك طاقة نفسية هائلة داخل الفرد، ومنها مثلًا: الشعور بالمعاناة الشديدة، أو قلق نفسي من مرض شديد، وهذه الطاقة النفسية لا بد لها أن تخرج في أشكال وصور مختلفة تمامًا عما تكونت عليه داخل الفرد.

2- المناعة النفسية وفقًا لـ [47]: يرى [47] أنه عند تعرض الفرد لمصائب أو تجارب مؤلمة في الحياة، فإن جهاز المناعة النفسية بمرور الوقت يعمل بشكل لا واعٍ على التخفيف من تأثير هذه الأحداث السلبية، فذكريات السيرة الذاتية غير السارة تميل إلى التلاشي بشكل أسرع من الذكريات السارة؛ وذلك لأن استقرار وعينا الشديد بالحقائق البشعة قد يعوق قدرتنا على

مواجهة إحباطاتنا وخيبات آمالنا الأولية، والتعامل معها، ومن هنا ظهر رأي يدعم فكرة تبني الفرد لبعض الأوهام المريحة لتعزيزه من أجل العمل بفعالية.

3- المنة النفسية وفقاً لـ [10]: يشير [10] إلى أن جهاز المنة النفسية يوفر لنا الحماية من الضرر النفسي، كما يسمح لنا بالتحرك داخل أو الخروج من الحالات الانفعالية غير المريحة، وبالتالي يحميننا من الأذى الانفعالي الشديد، وهنا يشير إلى دور اللاوعي الذي لديه القدرة على المواجهة التلقائية من خلال حجب الانفعالات المؤلمة والأحداث الصادمة، خاصة تلك التي حدثت في مرحلة الطفولة المبكرة، وبذلك يتمكن الشخص المصدوم نفسياً من التماسك على الأقل مؤقتاً.

1.6.2.2. النظريات المفسرة للمنة النفسية

1. نموذج متلازمة التكيف العام (General adaptation Syndrome)

توضح [32، 48] أن متلازمة التكيف العام يقصد بها جملة ردود الفعل الدفاعية للجسم التي تحدث في وقت واحد لمساعدة الفرد على التكيف والتعامل مع التهديدات، والضغط، وتقع هذه المتلازمة في مراحل ثلاث متتاليات، هي

أ- مرحلة الإنذار "Alarm": تبدأ هذه المرحلة بالانتباه إلى وجود حدث ضاغط، وينتج عن هذا الانتباه تغيرات فسيولوجية؛ وبذلك يكون الجسم في حالة استعداد للدفاع والتكيف مع الحدث، ويكون رد الفعل إما استجابة المواجهة أو الهروب.

ب- مرحلة المقاومة "Resistance": في حالة استمرار الحدث الضاغط فإن مرحلة الإنذار تليها مرحلة المقاومة لهذا الحدث، فيبدأ الفرد بالمقاومة مستخدماً مصادره لمواجهة الحدث الضاغط أو التكيف معه، وعندما ينجح الفرد في

المقاومة فإن الجسم يعود لحالته الطبيعية، وفي حالة استمرار الحدث الضاغط لمدة طويلة فسيستمر معه الفرد في المقاومة، وبالتالي تصبح قدرة الجسم على التكيف منهكة ومجهدة، فتضعف وسائل مقاومته، ويصبح عاجزاً عن

التكيف بشكل عام، ومن ثم يدخل الفرد في المرحلة الثالثة.

ج- مرحلة الإنهاك "Exhaustion": تحدث هذه المرحلة بشكل غير متوقع؛ حيث إن طاقة الفرد، وقدرته، وموارده تكون قد استنفدت، ومن ثم يحدث الانهيار.

2. نظرية البناءات الشخصية لـ Kelly

تنظر هذه النظرية للضغط باعتباره مثيراً، وتركز على المعاني والمفاهيم الضمنية للتقييم المعرفي، الذي يتضمن تقييم الوضعية من جهة، والتقييمات المعرفية السابقة الناجمة عن خبرات الفرد من جهة أخرى، ويرى كيلي أن البناء الشخصي هو الذي يعطي التفسيرات، ويجري المقارنات للوضعيات المختلفة وفقاً للتشابه والاختلاف، مما يساعد الفرد على تطوير قدرته على الحدس والتوقع الناجم عن بناءات فكرية مرنة خاضعة للتعديلات المستمرة في ضوء النواتج التي يصل إليها الفرد [49].

3. نظرية التقدير المعرفي (نموذج الضغوط كتفاعل بين الفرد والبيئة).

توضح [48] أن هذا النموذج يركز على دور العوامل المعرفية في تفسير الأحداث الضاغطة التي يواجهها الفرد، فأساليب مواجهة الضغوط تتحدد من خلال تقييم الفرد للمواقف التي يواجهها، فإذا واجه الفرد موقفاً وقَّيَّمه على أنه مهدد أو ضارٌّ أو شكَّلَ تهديداً لتوافقه فسينشأ الضغط، ويتم ذلك من خلال ثلاث عمليات، هي

1. عملية التقييم الأولي: وهي العملية التي تشير إلى تقييم الفرد للموقف الضاغط، وطريقة إدراكه له، بمعنى هل هذا الموقف خطير ومهدد أم لا؟ ومن خلال هذا التقييم يتم تفسير الحدث هل هو إيجابي أم سلبي؟

2. عملية التقييم الثانوي: وتشير إلى تقييم ما يمتلكه الفرد من مصادر للتعامل مع الأحداث الضاغطة، فهي خيارات المواجهة الفعالة المتوفرة للفرد للتعامل مع الضغوط، وتتأثر هذه العملية بإمكانات الفرد، وقدراته النفسية، والجسمية، والاجتماعية، ولهذه العملية ثلاث مكونات هي: اللوم، والمواجهة، وتوقع الفرد للمستقبل.

3. عملية إعادة التقييم: وفيها يُعيد الفرد تقييم كيفية إدراكه، ومواجهته للأحداث الضاغطة، فوفقاً لإدراكه لمدى فعالية الأساليب التي يستخدمها للمواجهة أو نتيجة حصوله على معلومات جديدة يقوم بتطوير هذه الأساليب.

1.6.2.3. خصائص المنة النفسية

يوضح [50، 51، 52] أن للمنة النفسية عدة خصائص، منها: تعزيز الشعور بالكفاءة الذاتية في عملية المواجهة، وتعزيز فعالية التنظيم الذاتي في مواجهة ظروف التكيف الصعبة، وتوفير الأدوات المعرفية، وتوجيهها نحو إدراك وتوقع النتائج الإيجابية الممكنة، وتقوية الدافع لتحقيق الأهداف، وتعزيز توقع النجاح الممكن للسلوك، والمساهمة في إحداث التغييرات الإيجابية في حالة الفرد، والتأكيد على فرص التطور والتنمية، وضمان اختيار استراتيجيات المواجهة التي تناسب خصائص الموقف، وحالة الفرد الخاصة، واستعداده، وضمان مراقبة مصادر وموارد المواجهة لدى الفرد، وتعبئتها السريعة، والكافية.

1.6.2.4. وظائف المنة النفسية

تتمثل الوظائف الأولية للمناعة النفسية في إدراك المواقف الضاغطة والعصبية إدراكًا متوافقًا مع التفرد والأصالة الذاتية للفرد، وتقديرها، والتنبؤ بمآلها، وإدارتها مع الحفاظ على سلامة الشخصية أثناء التفاعل مع البيئة الخارجية، والمساعدة على تطوير السلوك المناسب، والفعال، ومن ثمّ تعزيز التكيف اللازم مع الظروف المتغيرة، كما تساعد الآليات الاستباقية، والوقائية، والتعزيزية للمناعة النفسية على تعزيز رفاهية الفرد [8، 53].

1.6.2.5. مؤشرات كفاءة عمل المناعة النفسية لدى الفرد

يرى كامل [46] أن الفرد حينما يفقد مناعته النفسية يصبح مرتعًا للإصابة بالأمراض النفسية والاجتماعية، ويتعرض للفيروسات الفكرية، وهي أفكار مدمرة له ولمجتمعه، وتؤدي إلى تعطيل عمله وتخفيض إنتاجيته، كما يكتسب عدة صفات سيئة، وهي: ارتفاع القابلية للإيحاء؛ مما يجعله مستعدًا لاكتساب الأفكار الخاطئة، وفقدان القدرة على التحكم الذاتي والسيطرة، والاستسلام للفشل، والانعزال، واللجوء للكذب الدفاعي بكثرة، وفقدان القدرة على الشعور بالسعادة والمتعة، كما يحدث له خلل في قدرته على الحكم على المواقف، ويصاب بالجمود الفكري والانغلاق، ويرتفع النضج الانفعالي لديه لدرجة حرجة، ويصاب ببعض الأمراض الاجتماعية كالنطرف أو الإدمان.

1.6.2.6. مكونات وأبعاد المناعة النفسية

يرى [50، 51، 52، 54] أن أبعاد المناعة النفسية تتمثل في التفكير الإيجابي، والإحساس بالسيطرة والتحكم، والإحساس بالتماسك، والتوجه نحو التغيير والتحدي، والإحساس بالنمو الذاتي، والقدرة على المراقبة الاجتماعية، ومفهوم الذات الإبداعي، والقدرة على الحشد الاجتماعي، وتوجيه الهدف، والقدرة على حل المشكلات، والفاعلية الذاتية، والقدرة على الإبداع الاجتماعي، وضبط الاندفاع، والتزامن، والضبط الانفعالي، وضبط التهيج، أما [55] فحددا أبعاد المناعة النفسية في: تقدير الذات، والتوافق، والنضج الانفعالي، والرفاهية النفسية، والذكريات الإيجابية من الماضي، بينما يرى [56] أن أبعاد المناعة النفسية تشمل: قوة وإرادة الحياة الهادفة، والشعور بالكفاءة في المواجهة، والدعم الاجتماعي والمشاركة الاستباقية، والأهداف الذاتية، كما حددت [57] أبعاد المناعة النفسية في: اليقظة العقلية، والمرونة، والمواجهة، والأمل، والاعتماد على الذات، أما [58] فحددها في: التفكير الإيجابي، والإبداع وحل المشكلات، والصمود والصلابة النفسية، وضبط النفس والاتزان، والثقة بالنفس، والتحدي والمثابرة، وفاعلية الذات، والتفاؤل، والمرونة النفسية والتكيف، أما أبعاد المناعة النفسية وفقًا [59] فهي: التحدي، والضبط والتحكم، والوعي بالذات، أما [60] فحددها في: التوافق العام، والنضج الانفعالي، والتفكير الإيجابي.

1.7. دراسات سابقة وفروض الدراسة

1.7.1. دراسات تناولت اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان

دراسة [61] التي هدفت إلى فحص اضطراب كرب ما بعد الصدمة في سياق عوامل الخطورة (الضيق النفسي، والعُصابية، والعجز المعرفي، والدعم الاجتماعي، وأحداث الحياة الضاغطة، ووجود اضطراب نفسي في التاريخ المرضي والتاريخ العائلي، ونوع العلاج، والوقت المنقضي منذ التشخيص بالسرطان) لدى عينة من مريضات السرطان، وقد شملت العينة (216) مريضة بالسرطان بمتوسط عمري 56 سنة، واستخدم الباحثون قائمة مراجعة اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PCL-5) (Weathers et al., 2013)، وأشارت النتائج إلى أن معدل انتشار الاضطراب لدى أفراد العينة بلغ (14.8%)، وكانت الأعراض الاقتحامية هي الأكثر انتشارًا، تليها الأعراض التجنبية، ثم التغيرات السلبية في الإدراك والمزاج، وأخيرًا التغيرات في الاستثارة والتفاعل.

ودراسة [27] التي هدفت إلى التعرف على الأنماط المحددة لأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس لدى مرضى السرطان، والتعرف على تأثير الخصائص الديمغرافية (النوع، والعمر، ودخل الأسرة، ومنطقة السكن)، والوقت المنقضي منذ التشخيص على أعراض الاضطراب المرتبطة بالسرطان، وقد تم استخدام قائمة مراجعة اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PCL-5) (Weathers, 2013)، وقد شملت العينة (191) مريضًا، (63) منهم ذكور، وتراوح أعمارهم ما بين (17-82) عامًا، وأشارت النتائج إلى وجود ثلاثة أنماط من أعراض كرب ما بعد الصدمة، هي: مجموعة لم تكن لديها أعراض (15.3%) من أفراد العينة، ومجموعة أعراض فرط الاستثارة والتيقظ (44.2%) من أفراد العينة، ومجموعة أعراض كرب ما بعد الصدمة الشديدة (40.5%) من أفراد العينة، كما ارتبط طول الوقت المنقضي منذ التشخيص سلبًا بأعراض الاضطراب، وبالأخص أعراض فرط الاستثارة وأعراض كرب ما بعد الصدمة الشديدة، وكان ارتباط العمر بالأنماط الثلاثة غير دال إحصائيًا.

ودراسة [29] التي هدفت إلى تحديد درجة اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وتحديد مستوى أعراضه لدى عينة من مريضات سرطان الثدي، وتحديد الفرق في درجة الاضطراب وفقًا لمتغيرات (السن، والحالة الاجتماعية، والحالة التعليمية، ومرحلة التشخيص، ومدة الإصابة)، وشملت عينة الدراسة (135) مريضة، تراوحت أعمارهن ما بين (25-50) عامًا فأكثر، واستخدمت الباحثة مقياس دافيدسون (Davidson, 1995) (ترجمة: ثابت، 2005) وأشارت نتائج الدراسة إلى أن درجة معاناة أفراد العينة من اضطراب كرب ما بعد الصدمة بلغت (83,82%)، وكانت درجة معاناتهن من عرض استعادة الخبرة الصادمة (82,87%)،

والتجنب (83,99%)، أما فرط الاستثارة فكانت (84,59%)، ولم توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس الاضطراب وفقاً لمتغير السن.

ودراسة [62] التي هدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة، وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء المصابات بالسرطان، وقد شملت العينة (253) مريضة، تراوحت أعمارهن ما بين (20-81) سنة، واستخدمت الباحثتان استبانة جودة الحياة للمنظمة الأوروبية لأبحاث وعلاج السرطان (QLQ-C30)، وقائمة مراجعة اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PCL-S) (Weathers et al., 1993)، وأظهرت النتائج انخفاض جودة الحياة الكلية، وانتشار اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى (3%) من أفراد العينة، وكان لدى (2%) أعراض شديدة، ولدى (23.3%) أعراض متوسطة، ولدى (68.8%) أعراض خفيفة، كما وجدت علاقة عكسية قوية ودالة إحصائية بين مجالات جودة الحياة واضطراب كرب ما بعد الصدمة.

1.7.2. دراسات تناولت المناعة النفسية

دراسة [63] التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين المناعة النفسية ونمو ما بعد الصدمة لدى مريضات السرطان، وتحديد إمكانية التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة وأبعاده من خلال المناعة النفسية وأبعادها، وشملت العينة (140) مريضة من مريضات السرطان بمتوسط عمري (37,5) سنة، واستخدم الباحث قائمة جهاز المناعة النفسية (Olah & Foveny, 2012)، ومقياس نمو ما بعد الصدمة من إعداده، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائية بين المناعة النفسية ونمو ما بعد الصدمة، وإمكانية التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة وأبعاده من خلال المناعة النفسية وأبعادها، ووجود اختلافات في ديناميات الشخصية بين مرتفعي ومنخفضي المناعة النفسية.

ودراسة [30] التي هدفت إلى استكشاف خصائص الكفاءة المناعية النفسية لدى مريضات سرطان الثدي خلال فترة العلاج الكيميائي والعام الأول بعد التشخيص، وتوضيح كيف يمكن للتدخل العلاجي النفسي أن يعزز كفاءة المناعة النفسية، وشملت العينة (61) امرأة تراوحت أعمارهن ما بين (25-72) سنة، تم تقسيمهن إلى ثلاث مجموعات: الموسيقى (23)، والتنويم المغناطيسي (21)، والرعاية الخاصة (17)، تم استخدام قائمة الكفاءة المناعية النفسية (Oláh, 2005a, b)، وأشارت النتائج إلى أنه أثناء فترة العلاج وجدت اختلافات في القدرة على المراقبة الاجتماعية، والقدرة على حل المشكلات، وضبط الاندفاع، والضبط الانفعالي، وبعد العلاج الكيميائي في الشعور بالسيطرة، والإحساس بالتماسك، والقدرة على حل المشكلات، كما أظهرت النتائج زيادة المناعة النفسية بمرور الوقت بناء على تراكمي قائمة الكفاءة المناعية النفسية.

1.7.3. تعقيب على الدراسات السابقة

تتفق الدراسة الحالية مع دراستي [29، 62] في سعيها نحو التعرف على مستوى اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى مريضات السرطان، كما تتفق مع دراستي [27، 61] في اعتمادها على معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس في قياس مستوى الاضطراب لدى أفراد العينة، كما تتفق مع دراستي [27، 29] في سعيها نحو التعرف على الفروق في مستوى الاضطراب تبعاً للعمر، ولكنها تختلف عنهم في تناولها لعلاقة هذا الاضطراب بالمناعة النفسية لدى مريضات السرطان، كما تختلف أيضاً مع دراستي [30، 63] في تناولهما للمناعة النفسية وفقاً لنموذج Oláh لدى مريضات السرطان.

1.7.4. فروض الدراسة

1. تظهر مريضات السرطان من أفراد عينة الدراسة مستوى مرتفعاً من اضطراب كرب ما بعد الصدمة وفقاً للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية للمقياس (الأعراض المقتحمة المرتبطة بالسرطان، وتجنب المحفزات المرتبطة بالسرطان، والتعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطتين بالسرطان، والتغيرات في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالسرطان، وضعف الأداء في مجالات الحياة، وتبدد الشخصية والواقع).
2. تظهر مريضات السرطان من أفراد عينة الدراسة مستوى منخفضاً من المناعة النفسية وفقاً للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية للمقياس (تكوين وإنتاج الأفكار المنطقية، والتعبير عن الذات، والتحكم الذاتي، والحث الذاتي ومقاومة الفشل).
3. توجد علاقة ارتباطية سالبة ودالة إحصائية بين درجات أفراد العينة من مريضات السرطان على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة بأبعاده الفرعية وبين درجاتهن على مقياس المناعة النفسية بأبعاده الفرعية.
4. يوجد فرق دال إحصائية بين متوسطات درجات مريضات السرطان الأصغر سناً ومتوسطات درجات مريضات السرطان الأكبر سناً من أفراد العينة على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة في جانب الأصغر سناً.

2. طرق العمل

2.1. منهج الدراسة

منهج الدراسة: قامت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي؛ لكونه يتناسب مع طبيعة وأهداف الدراسة، التي تتحدد في التعرف على طبيعة العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة والمناعة النفسية لدى مريضات السرطان، والكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأصغر سنًا والأكبر سنًا في اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

2.2. عينة الدراسة

عينة الدراسة: تكونت عينة الاستطلاعية من (100) مريضة سرطان، ممن تراوحت أعمارهن ما بين (37-55) عامًا، بمتوسط عمري (45,81) عامًا، وانحراف معياري قدره (5,548)، أما عينة الدراسة الأساسية فتكونت من (202) مريضة سرطان، تراوحت أعمارهن ما بين (34-55) عامًا، بمتوسط عمري (44) عامًا، وانحراف معياري قدره (5,478)، موزعة كالآتي: الأصغر سنًا (ن=129)، تراوحت أعمارهن ما بين (34-45) عامًا، بمتوسط عمري (40,55) عامًا، وانحراف معياري قدره (3,110)، والأكبر سنًا (ن=73)، تراوحت أعمارهن ما بين (46-55) عامًا، بمتوسط عمري (50,10) عامًا، وانحراف معياري قدره (2,755).

2.3. أدوات الدراسة

2.3.1. مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة

2.3.1.1. مصادر إعداد المقياس

تم إعداد مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة ليتناسب مع عينة الدراسة من مريضات السرطان، وذلك بعد الرجوع إلى الأطر النظرية والدراسات السابقة العربية والأجنبية، بالإضافة إلى الاطلاع على بعض المقاييس، ومنها مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة إعداد [64]، ومقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة إعداد [65]، وقائمة فحص اضطراب كرب ما بعد الصدمة [66]، ومقياس كامبريدج لتبدد الشخصية [67].

2.3.1.2. الصورة الأولية للمقياس

بعد الخطوة السابقة تم إعداد الصورة الأولية للمقياس، وقد شملت هذه الصورة (50) فقرة لمقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة موزعة على ستة أبعاد فرعية، هي:

1. الأعراض المقترحة المرتبطة بالسرطان: وهي ذكريات، وأفكار، وومضات استرجاعية مرتبطة بالإصابة بالسرطان تتطفل على عقل المريضة، ويصاحبها ردود فعل فيزيولوجية، ومشاعر محبطة.
2. تجنب المحفزات المرتبطة بالسرطان: بمعنى تجنب كل ما يتعلق بالإصابة بالسرطان من مثيرات.
3. التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبط بالسرطان: وهي تغييرات سلبية في إدراك، ومشاعر المريضة حدثت بعد الإصابة بالسرطان.
4. التغييرات في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالسرطان: وهي أعراض فرط استثارة، وردود فعل سلبية مبالغ فيها ظهرت بعد الإصابة بالسرطان.
5. ضعف الأداء في مجالات الحياة: بمعنى ضعف أداء المريضة في المجالات الاجتماعية، والمهنية، والشخصية.
6. تبدد الشخصية والواقع: بمعنى شعور المريضة بالانفصال عن ذاتها، وعدم واقعية عالمها المحيط.

2.3.1.3. عرض المقياس على الخبراء

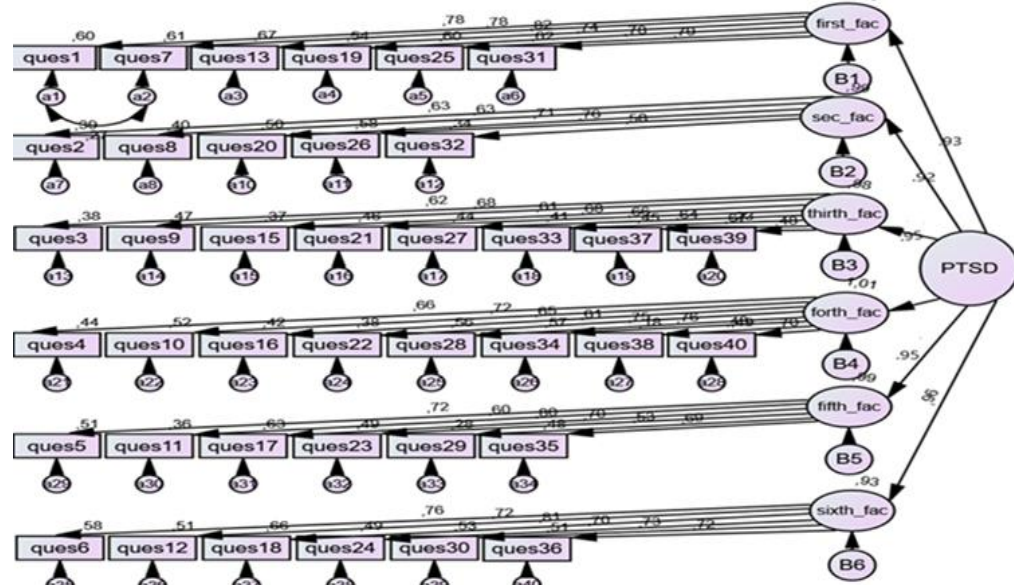
تم عرض مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة على (10) من المختصين في علم النفس والصحة النفسية؛ من أجل التحقق من الصدق الظاهري لفقرات المقياس، ثم تم تفريغ آراء السادة الخبراء مع أخذ ملاحظاتهم، واقتراحاتهم في الاعتبار، بإعادة صياغة الفقرة، وتعديلها، ودمج بعض الفقرات ذات المعنى المتشابه، ثم تم حساب النسبة المئوية للموافقة التحكيمية على كل فقرة من فقرات المقياس المقترحة، وفي ضوء ذلك تم اختيار الفقرات التي وافق عليها السادة الخبراء بحد أدنى (80%)، وفقًا لمعادلة (Coper)، وبذلك أصبح المقياس يتكون من (40) فقرة.

2.3.1.4. الخصائص السيكومترية للمقياس

أولاً: صدق المقياس: التحليل العاملي التوكيدي

تم التحقق من صدق المقياس باستخدام التحليل العاملي التوكيدي (C.F.A.) من الدرجة الثانية؛ حيث افترض أن مؤشرات المتغير الكامن (اضطراب كرب ما بعد الصدمة) هي متغيرات كامنة (الأبعاد الفرعية للاضطراب) من الدرجة الأولى، بمعنى أن المفردات تشبع مباشرة على عدة عوامل من الدرجة الأولى، وتشبع بتأثير غير مباشر على عامل عام من الدرجة الثانية عبر العوامل الفرعية، وقد تم اختبار النموذج العاملي التوكيدي من الدرجة الثانية المفترض لاضطراب كرب ما بعد الصدمة، ومدى جودة مطابقته للبيانات على عينة الدراسة الاستطلاعية (ن=100) باستخدام البرنامج الإحصائي (AMOS v23).

وبعد إجراء التحليل أظهرت النتائج عدم ملاءمة النموذج ملاءمة جيدة للبيانات، وعدم استيفاء بعض المؤشرات لمستويات جودة المطابقة، ولذلك راجعت الباحثة مؤشرات التعديل (modification indices) لتحسين جودة المطابقة، وبناء على ذلك تم حذف الفقرة رقم (14) الأقل تشبعا على البعد الثاني، وفيما يلي عرض للنموذج المفترض بعد التعديل في شكل رقم (1)، يليه مؤشرات جودة مطابقته في جدول رقم (1)



شكل رقم 1. يوضح التحليل العاملي التوكيدي لمقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

جدول رقم 1. يوضح مؤشرات جودة المطابقة للنموذج المفترض لبنية مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة (ن=100)

مؤشرات حسن المطابقة	قيمة المؤشر	المدى المثالي للمؤشر
نسبة مربع كاي/درجة الحرية (CMIN/DF)	1.301	من 1-3
مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي المعيارية (SRMR)	.043	تساوي أو أصغر من (0.08)
مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي (RMR)	.037	كلما كان أصغر كان أفضل
الجذر التربيعي لمتوسط مربعات خطأ الاقتراب (RMSEA)	.040	أقل من (0.06) إلى (0.08)
مؤشر المطابقة المقارن (CFI)	.951	من (0.90-1)
مؤشر المطابقة التزايدى (IFI)	.951	من (0.90-1)
مؤشر توكر-لويس (TLI)	.95	من (0.90-1)
Pclose	.987	أكبر من (0.05)

يتضح من جدول رقم (1) ملاءمة النموذج المفترض بعد التعديل ملاءمة جيدة للبيانات؛ حيث تحققت جميع مؤشرات جودة المطابقة للنموذج، وبذلك يكون التحليل العاملي التوكيدي قد قدم دليلاً جيداً على صدق البناء الكامن لهذا المقياس، وأن اضطراب كرب ما بعد الصدمة عبارة عن عامل عام كامن ينتظم حوله الأبعاد الفرعية الستة.

ثانياً: ثبات المقياس

تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام طريقتين: طريقة ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية، وقد تم حساب معاملات الثبات لمقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة وأبعاده موضع الدراسة على أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية البالغ عددهم (100) مريضة من مريضات السرطان.

وفيما يلي عرض لمعاملات ثبات مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة وأبعاده الفرعية بطريقتي ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية التي قد تم تحديد معادلة التصحيح فيها حسب تباين النتائج في كل بعد؛ لاختيار إما معادلة جتمان في حالة عدم تساوي التباين، وسييرمان-براون في حالة تساوي التباين، وقد جاءت النتائج على النحو الموضح في جدول رقم (2)

جدول رقم 2. يوضح معاملات الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لمقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة (ن=100)

م	الأبعاد	معامل ثبات ألفا كرونباخ	معامل التجزئة النصفية
1	الأعراض المقتحمة المرتبطة بالسرطان	0.804	0.782
2	تجنب المحفزات المرتبطة بالسرطان	0.725	0.709
3	التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبط بالسرطان	0.736	0.753
4	التغييرات في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالسرطان	0.760	0.759
5	ضعف الأداء في مجالات الحياة	0.724	0.722
6	تبدد الشخصية والواقع	0.777	0.794
	الدرجة الكلية	0.872	0.864

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات ثبات المقياس (الدرجة الكلية، والأبعاد الفرعية) بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية أكبر من (0,70)، وهي قيم دالة على ثبات المقياس، وبذلك يمكن القول بأن مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة يتمتع بمؤشرات ثبات تسمح بتطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

2.3.1.5. الصورة النهائية للمقياس

أصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من (39) فقرة موزعة كالآتي: فقرات البُعد الأول هي: (1، 7، 13، 19، 25، 31)، والبُعد الثاني هي: (2، 8، 14، 20، 26)، والبُعد الثالث هي: (3، 9، 15، 21، 27، 32، 36، 38)، والبُعد الرابع هي: (4، 10، 16، 22، 28، 33، 37، 39)، والبُعد الخامس هي: (5، 11، 17، 23، 29، 34)، والبُعد السادس هي: (6، 12، 18، 24، 30، 35)، وقد تم توزيع الفقرات بطريقة دائرية، كما تم تحديد بدائل الإجابة وفقاً للمدرج الخماسي ليكرت Likert (كثيراً جداً – كثيراً – إلى حد ما – قليلاً – نادراً)، وقد تم ترميز المقياس بـ (ك. م. ب. ص.) عند تطبيقه على العينة الأساسية.

2.3.2. مقياس المناعة النفسية

2.3.2.1. مصادر إعداد المقياس

تم إعداد مقياس المناعة النفسية ليتناسب مع عينة الدراسة من مريضات السرطان، وذلك بعد الاطلاع على عدد من الكتب والدراسات، وهي: [68، 69، 70، 71، 72]، وبعض المقاييس وهي: مقياس المناعة النفسية إعداد [58]، ومقياس الأفكار اللاعقلانية للشباب الجامعي [73]، ومقياس ضبط الذات وإدارة الذات [74]، ومقياس الأفكار اللاعقلانية [75].

2.3.2.2. الصورة الأولية للمقياس

اشتملت الصورة الأولية للمقياس على (50) فقرة موزعة على أربعة أبعاد فرعية، وهي:

1. وحدة تكوين وإنتاج الأفكار المنطقية: وهي قدرة المريضة على إنتاج أفكار منطقية لها القدرة على مقاومة الأفكار المدمرة لنفسها.

2. وحدة التعبير عن الذات: وهي قدرة المريضة على التعبير عما يدور بداخلها من أفكار، وانفعالات.

3. وحدة التحكم الذاتي: وهي استخدام المريضة لعمليات الرؤية الذاتية، والتقويم الذاتي، والتدعيم الذاتي في تعديل استجاباتها.

4. وحدة الحث الذاتي ومقاومة الفشل: وهي مهارة المريضة في استيعاب مواقف الفشل والإحباط، ودراساتها، وتحليلها منطقياً للخروج من دائرتها المحبطة.

2.3.2.3. عرض المقياس على الخبراء

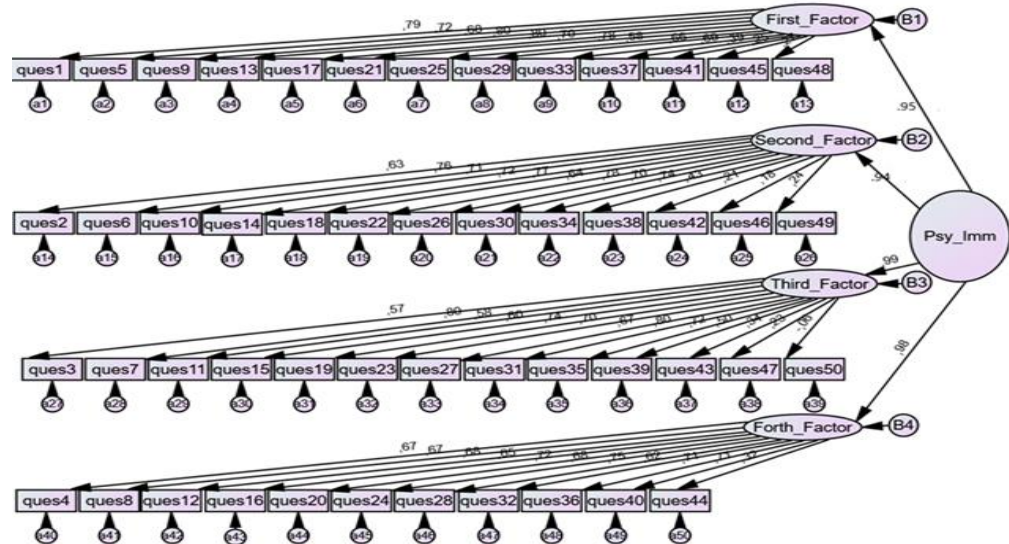
تم عرض الصورة الأولية لمقياس المناعة النفسية على (10) من المختصين في علم النفس والصحة النفسية؛ من أجل التحقق من الصدق الظاهري لفقرات المقياس، ثم تم تفريغ آراء السادة الخبراء مع أخذ ملاحظاتهم، واقتراحاتهم في الاعتبار، بإعادة صياغة بعض الفقرات، وقد تم حساب النسبة المئوية للموافقة التحكيمية على كل فقرة من فقرات المقياس المقترحة، وفي ضوء ذلك تم اختيار الفقرات التي وافق عليها السادة الخبراء بحد أدنى (80%)، وفقاً لمعادلة (Coper)، وبذلك أصبح المقياس يتكون من (50) فقرة.

2.3.2.4. الخصائص السيكومترية للمقياس

أولاً: صدق المقياس: التحليل العاملي التوكيدي

تم التحقق من صدق مقياس المنة النفسية باستخدام التحليل العاملي التوكيدي (C. F. A.) من الدرجة الثانية؛ حيث افترض أن مؤشرات المتغير الكامن (المنة النفسية) هي متغيرات كامنة من الدرجة الأولى (الأبعاد الفرعية للمنة النفسية)، بمعنى أن المفردات تشعب مباشرة على عدة عوامل من الدرجة الأولى، وتشعب بتأثير غير مباشر على عامل عام من الدرجة الثانية عبر العوامل الفرعية، وقد تم اختبار النموذج العاملي التوكيدي من الدرجة الثانية المفترض للمنة النفسية، ومدى جودة مطابقته للبيانات على أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية (ن=100) باستخدام البرنامج الإحصائي (AMOS v23).

وبعد إجراء التحليل أظهرت النتائج ملاءمة النموذج ملاءمة جيدة للبيانات، واستيفاء المؤشرات لمستويات جودة المطابقة، وفيما يلي عرض لنموذج المنة النفسية المفترض في شكل رقم (2)، يليه عرض لمؤشرات جودة مطابقته في جدول رقم (3)



شكل رقم 2. يوضح التحليل العاملي التوكيدي لمقياس المنة النفسية

جدول رقم 3. يوضح مؤشرات جودة المطابقة للنموذج المفترض لبنية مقياس المنة النفسية (ن=100)

مؤشرات حسن المطابقة	قيمة المؤشر	المدى المثالي للمؤشر
نسبة مربع كاي/درجة الحرية (CMIN/DF)	1.171	من 3-1
مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي المعيارية (SRMR)	.043	تساوي أو أصغر من (0.08)
مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي (RMR)	.039	كلما كان أصغر كان أفضل
الجذر التربيعي لمتوسط مربعات خطأ الاقتراب (RMSEA)	.030	أقل من (0.06) إلى (0.08)
مؤشر المطابقة المقارن (CFI)	.957	من (1-0.90)
مؤشر المطابقة التزايد (IFI)	.957	من (1-0.90)
مؤشر توكر-لويس (TLI)	.955	من (1-0.90)
Pclose	1.000	أكبر من (0.05)

يتضح من الجدول رقم (3) ملاءمة النموذج المفترض ملاءمة جيدة للبيانات؛ حيث تحققت جميع مؤشرات جودة المطابقة للنموذج، وبذلك يكون التحليل العاملي التوكيدي قد قدم دليلاً جيداً على صدق البناء الكامن لهذا المقياس، وأن المنة النفسية عبارة عن عامل عام كامن ينتظم حوله الأبعاد الفرعية الأربعة.

ثانياً: ثبات المقياس

تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام طريقتين: طريقة ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية، وقد تم حساب معاملات الثبات لمقياس المنة النفسية وأبعاده موضع الدراسة على أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية البالغ عددهم (100) مريضة من مريضات السرطان.

وفيما يلي عرض لمعاملات ثبات مقياس المناعة النفسية وأبعاده الفرعية بطريقتي ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية التي قد تم تحديد معادلة التصحيح فيها حسب تباين النتائج في كل بعد؛ لاختيار إما معادلة جتمان في حالة عدم تساوي التباين، وسيرمان-براون في حالة تساوي التباين، ويوضح جدول رم (4) نتائج هذا الإجراء

جدول رقم 4. يوضح معاملات الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لمقياس المناعة النفسية (ن=100)

م	الأبعاد	معامل ثبات ألفا كرونباخ	معامل التجزئة النصفية
1	تكوين وإنتاج الأفكار المنطقية	0.793	0.702
2	التعبير عن الذات	0.771	0.757
3	التحكم الذاتي	0.724	0.702
4	الحث الذاتي ومقاومة الفشل	0.787	0.766
	الدرجة الكلية	0.864	0.827

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات ثبات المقياس (الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية) بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية تساوي أو أكبر من (0,70)، وهي قيم دالة على ثبات المقياس، وبذلك يمكن القول بأن مقياس المناعة النفسية يتمتع بمؤشرات ثبات تسمح بتطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

2.3.2.5. الصورة النهائية للمقياس

تكون المقياس في صورته النهائية من (50) فقرة موزعة كالآتي: فقرات البعد الأول هي: (1، 5، 9، 13، 17، 21، 25، 29، 33، 37، 41، 45، 48)، وفقرات البعد الثاني هي: (2، 6، 10، 14، 18، 22، 26، 30، 34، 38، 42، 46، 49)، وفقرات البعد الثالث هي: (3، 7، 11، 15، 19، 23، 27، 31، 35، 39، 43، 47، 50)، وفقرات البعد الرابع هي: (4، 8، 12، 16، 20، 24، 28، 32، 36، 40، 44)، وقد تم توزيع الفقرات بطريقة دائرية، مع الأخذ في الاعتبار أن اتجاه التصحيح ينعكس تبعاً للعبارات السالبة والموجبة، وكانت الفقرات السالبة هي: (3، 9، 13، 17، 19، 21، 22، 24، 27، 29، 30، 33، 35، 41، 43، 44، 45، 48، 49، 50)، كما تم تحديد بدائل الإجابة وفقاً للمدرج الخماسي ليكرت Likert (كثيراً جداً - كثيراً - إلى حد ما - قليلاً - نادراً)، وقد تم ترميز المقياس ب (م. ن.) عند تطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

2.4. الأساليب الإحصائية

استخدمت هذه الدراسة الأساليب الآتية: المتوسطات الموزونة، والانحرافات المعيارية، معامل الارتباط البسيط لبيرسون.

3. النتائج

3.1. نتائج الفرض الأول

الذي نصه "تظهر مريضات السرطان من أفراد عينة الدراسة مستوى مرتفعاً من اضطراب كرب ما بعد الصدمة وفقاً للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية للمقياس (الأعراض المقتحمة المرتبطة بالسرطان، وتجنب المحفزات المرتبطة بالسرطان، والتعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطتين بالسرطان، والتغيرات في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالسرطان، وضعف الأداء في مجالات الحياة، وتبدد الشخصية والواقع)".

للتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات الموزونة والانحرافات المعيارية لكل بعد من أبعاد مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة والدرجة الكلية له لاستجابات أفراد عينة الدراسة من مريضات السرطان اللاتي بلغ عددهن (202) مريضة، ثم مقارنة المتوسط وفقاً لمعيار الحكم على متوسط الاستجابة على المقياس الذي سبقت الإشارة إليه في إجراءات الدراسة، والجدول رقم (5) يوضح هذه النتائج

جدول رقم 5. يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة (الأبعاد والدرجة الكلية) مرتبة تنازلياً حسب متوسطاتها الحسابية (ن=202)

رقم البعد	المقياس	المتوسط الموزون	الانحراف المعياري	مستوى الدرجة	الرتبة
1	الأعراض المقتحمة المرتبطة بالسرطان	4.0223	.35216	مرتفع	1
2	تجنب المحفزات المرتبطة بالسرطان	3.9099	.46787	مرتفع	2
3	التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطتين بالسرطان	3.6918	.26630	مرتفع	3
5	ضعف الأداء في مجالات الحياة	3.5850	.27076	مرتفع	4

5	متوسط	3.3045	3.7236	التغيرات في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالسرطان	4
6	منخفض مرتفع	2.5272	3.8805	تبدد الشخصية والواقع	6
		3.4956	2.7919	الدرجة الكلية	

اتَّضح من الجدول رقم (5) أن متوسط استجابات أفراد عينة الدراسة من مريضات السرطان على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة بلغ (3,49)، بانحراف معياري (27)؛ مما أشار إلى أن درجة اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة كانت مرتفعة.

أما على مستوى الأبعاد، فقد كان متوسط البعد الأول (الأعراض المقتحمة المرتبطة بالسرطان) هو الأعلى بين أبعاد المقياس؛ حيث بلغ قدره (4,02)، تلاه البعد الثاني (تجنب المحفزات المرتبطة بالسرطان) بمتوسط حسابي قدره (3,90)، ثم تبعه البعد الثالث (التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبط بالسرطان) بمتوسط حسابي قدره (3,69)، وبعده البعد الخامس (ضعف الأداء في مجالات الحياة) بمتوسط حسابي قدره (3,58)؛ مما أشار إلى ارتفاع مستوى هذه الأبعاد، تلا ذلك البعد الرابع (التغيرات في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالسرطان) بمتوسط حسابي بلغ (3,30)؛ مما أشار إلى أنه جاء في المستوى المتوسط، وفي الترتيب الأخير جاء البعد السادس (تبدد الشخصية والواقع) بمتوسط حسابي قدره (2,52)؛ مما أشار إلى انخفاض مستوى هذا البعد.

أيدت هذه النتائج جزئيًا صحة الفرض الأول فيما يتعلق بمستوى الدرجة الكلية، والأعراض المقتحمة المرتبطة بالسرطان، وتجنب المحفزات المرتبطة بالسرطان، والتعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبط بالسرطان، وضعف الأداء في مجالات الحياة، بينما دحضتها فيما يتعلق بالتغيرات في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالسرطان، وتبدد الشخصية والواقع.

3.2. نتائج الفرض الثاني

الذي نصه "تظهر مريضات السرطان من أفراد عينة الدراسة مستوى منخفضًا من المناعة النفسية وفقًا للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية للمقياس (تكوين وإنتاج الأفكار المنطقية، والتعبير عن الذات، والتحكم الذاتي، والحث الذاتي ومقاومة الفشل)". للتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات الموزونة والانحرافات المعيارية لكل بعد من أبعاد مقياس المناعة النفسية والدرجة الكلية له لاستجابات أفراد عينة الدراسة من مريضات السرطان اللاتي بلغ عددهن (202) مريضة، ثم مقارنة المتوسط وفقًا لمعيار الحكم على متوسط الاستجابة على المقياس الذي سبقت الإشارة إليه في إجراءات الدراسة، والجدول (6) يوضح هذه النتائج

جدول رقم 6. يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على مقياس المناعة النفسية (الأبعاد والدرجة الكلية) مرتبة تنازليًا حسب متوسطاتها الحسابية (ن = 202)

رقم البعد	المقياس	المتوسط الموزون	الانحراف المعياري	مستوى الدرجة	الرتبة
1	تكوين وإنتاج الأفكار المنطقية	2.3858	4.2636	منخفض	1
2	التعبير عن الذات	2.3728	4.9947	منخفض	2
4	الحث الذاتي ومقاومة الفشل	2.3627	2.6469	منخفض	3
3	التحكم الذاتي	2.0202	2.7533	منخفض	4
	الدرجة الكلية	2.2823	3.2697	منخفض	

تبيّن من الجدول رقم (6) أن متوسط استجابات أفراد عينة الدراسة من مريضات السرطان على الدرجة الكلية لمقياس المناعة النفسية بلغ (2,28)، بانحراف معياري (32)؛ مما أشار إلى أن درجة المناعة النفسية الكلية لدى عينة الدراسة كانت (منخفضة). أما على مستوى الأبعاد فقد كان مستوى درجات الأبعاد الأربعة (منخفضًا)، وكان متوسط البعد الأول (تكوين وإنتاج الأفكار المنطقية) هو الأعلى بين أبعاد المقياس الأربعة بمتوسط حسابي قدره (2,38)، تلاه البعد الثاني (التعبير عن الذات) بمتوسط حسابي قدره (2,37)، ثم تبعه البعد الرابع (الحث الذاتي ومقاومة الفشل) الذي بلغ متوسطه الحسابي (2,36)، وفي الترتيب الأخير جاء البعد الثالث (التحكم الذاتي) بمتوسط حسابي قدره (2,02)، وهذه النتائج تدعم وتؤكد صحة الفرض الثاني.

3.3. نتائج الفرض الثالث

الذي نصه "توجد علاقة ارتباطية سالبة ودالة إحصائيًا بين درجات أفراد العينة من مريضات السرطان على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة بأبعاده الفرعية وبين درجاتهن على مقياس المناعة النفسية بأبعاده الفرعية". تم التحقق من صحة هذا الفرض من خلال حساب مصفوفة معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة بأبعاده الفرعية والدرجة الكلية له ودرجاتهن على مقياس المناعة النفسية بأبعاده الفرعية والدرجة الكلية له، فجاءت النتائج كما هي مبينة بالجدول رقم (7):

جدول رقم 7. يوضح معاملات الارتباط بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة والمناعة النفسية (ن=202)

الأبعاد	تكوين وإنتاج الأفكار المنطقية	التعبير عن الذات	التحكم الذاتي	الحث الذاتي ومقاومة الفشل	الدرجة الكلية
الأعراض المفتوحة المرتبطة بالسرطان	**600	**581	**393	**265	**567
تجنب المحفزات المرتبطة بالسرطان	**660	**637	**500	**372	**652
التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبط بالسرطان	**621	**610	**439	**326	**607
التغيرات في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالسرطان	**659	**649	**447	**295	**632
ضعف الأداء في مجالات الحياة	**410	**408	**280	**209	**400
تبديد الشخصية والواقع	**577	**529	**307	**296	**526
الدرجة الكلية	**745	**720	**500	**370	**714

** دالة عند مستوى دلالة 0,01

اتضح من الجدول رقم (7) وجود علاقة ارتباطية سالبة ودالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,01) بين الدرجة الكلية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة والأبعاد الستة والدرجة الكلية للمناعة النفسية والأبعاد الأربعة. وهذه النتائج تدعم وتؤكد صحة الفرض الثالث.

3.4. نتائج الفرض الرابع

الذي نصه "يوجد فرق دال إحصائيًا بين متوسطات درجات مريضات السرطان الأصغر سنًا ومتوسطات درجات مريضات السرطان الأكبر سنًا من أفراد العينة على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة في جانب الأصغر سنًا".
 للتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أفراد عينة الدراسة الأكبر سنًا (ن=73)، والأصغر سنًا (ن=129) على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ومعالجة هذه البيانات باستخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات عيّنتين مستقلتين؛ للتحقق من دلالة الفروق بين المتوسطات، والجدول (8) يوضح ذلك
 جدول رقم 8. يوضح نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات الأصغر سنًا والأكبر سنًا من مريضات السرطان على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة

المتغير	الأصغر سنًا ن=129	الأكبر سنًا ن=73	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الأعراض المفتوحة المرتبطة بالسرطان	25.3643	21.9589	1.49479	0.000
تجنب المحفزات المرتبطة بالسرطان	20.9767	17.0274	1.25800	0.000
التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبط بالسرطان	30.6202	27.6164	1.43981	0.000
التغيرات في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالسرطان	28.0698	23.5479	2.11503	0.000
ضعف الأداء في مجالات الحياة	22.1628	20.3562	1.27334	0.000
تبديد الشخصية والواقع	16.4109	12.9589	1.79070	0.000

الدرجة الكلية 143.6047 4.66774 123.4658 5.44437 26.560 .000

أُتضح من بيانات الجدول رقم (8) أن متوسطات درجات مريضات السرطان الأصغر سنًا من أفراد العينة على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة (الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية) أعلى من متوسطات درجات مريضات السرطان الأكبر سنًا من أفراد العينة، وهذه الفروق دالة إحصائيًا؛ حيث إن قيمة (ت) للدرجة الكلية للمقياس وأبعاده الفرعية جاءت دالة بقيمة احتمالية (0,000)، أصغر من مستوى الدلالة (0,05)، وبناءً على ذلك نقرر وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0,05) بين متوسطات درجات مريضات السرطان الأصغر سنًا ومتوسطات درجات مريضات السرطان الأكبر سنًا في جانب الأصغر سنًا الأعلى في المتوسطات. وهذه النتائج تدعم وتؤكد صحة الفرض الرابع.

4. المناقشة

4.1. مناقشة نتائج الفرض الأول

اتفقت نتائج الدراسة الحالية فيما يتعلق بارتفاع مستوى اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة مع نتائج دراسة أحمد [76، 77]، كما اتفقت النتائج الحالية فيما يخص رتب مستويات الأعراض مع نتائج دراسة [61]؛ حيث بلغت نسبة انتشار التغيرات في الاستثارة ورد الفعل (26.4%)، وكانت الأقل انتشارًا بين محكات التشخيص الرئيسية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة (الأعراض المقترحة، وتجنب المحفزات، والتعديلات السلبية في المدركات والمزاج، والتغيرات في الاستثارة ورد الفعل)، كما اتفقت مع ما ذكره [34] بأن انفجار الغضب الحاد (أعراض الاستثارة الزائدة) يكون أكثر ظهورًا لدى الرجال الذين اشتركوا في المعارك الحربية من النساء اللاتي يعانين من اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

وقد اختلفت نتائج الدراسة الحالية جزئيًا مع نتائج دراسة [29]؛ حيث أشارت نتائجها إلى ارتفاع مستويات (الأعراض المقترحة، وأعراض التجنب، والتغيرات في الاستثارة ورد الفعل) لدى مريضات سرطان الثدي.

كما اتضح من نتائج الفرض الأول أن أفراد عينة الدراسة من مريضات السرطان تلقين إصابتهن بالسرطان كعامل مجهود صدمي؛ مما يعني أنهن أدركن هذه الإصابة كإصابة مهددة لحياتهن بالموت أو لسلامتهن الجسدية، وما تضمن ذلك من الشعور بالخوف والعجز، وهو ما اتفق مع نتائج دراستي [78، 79].

وقد أمكن تفسير هذا الارتفاع في مستوى اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة من مريضات السرطان في ضوء عوامل الخطورة المحيطة بالصدمة والمنبئة بتطوير الاضطراب، فالإصابة بالسرطان ليست حدثًا صادمًا انتهى وقت وقوعه كالتعرض للحوادث مثلًا، وإنما هي من الأحداث الصادمة الممتدة والمتواترة، فالمصابات به خضعن لعلاجات مختلفة كيميائية، وإشعاعية، وغيرها؛ مما عرضهن لفترة طويلة لهذه الصدمة والمثيرات المرتبطة بها، وخاصة أن هذه العلاجات ذاتها حملت نوعًا من التهديد لأجسادهن، كما أن التقييمات الذاتية لشدة المرض وخطورته -نظرًا لارتفاع نسبة الوفاة به ومستوى الخطر والتهديد المدركين لحياتهن- عملت على تطوير الأعراض واستمرارها [44]، ولم يقتصر التهديد أو الخطر المدرك هنا على الخوف من الموت فقط، وإنما أيضًا الخوف المستمر من عودة الإصابة في نفس المنطقة أو منطقة أخرى من الجسم أو الخوف من انتشار الورم [23].

كما أمكن تفسير المستوى المرتفع لاضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة من خلال المنظور المعرفي السلوكي المرتكز على معنى الحدث الصادم بالنسبة للفرد، وشدة وقوعه عليه، وإدراكه له، وبالتالي فإنه كلما كان المعنى ساحقًا وكارثيًا بالنسبة للمريضة زادت شدة الأعراض.

فالأمر هنا تعلق باستقبال مريضات السرطان لإصابتهن بهذا المرض وتقييمهن الكارثي المفرط السلبي لهذه الإصابة باعتبارها تهديدًا للحياة، وبالتالي فهناك تغيير شامل حدث في نظامهن البنائي من معتقدات وأفكار، وآمال؛ مما أشعرهن بالتهديد المستمر، فالإصابة هنا انتهكت مفاهيم الأمان التي كانت لدى المصابات قبل تعرضهن للإصابة، فأفراد العينة أمهات كانت لهن معتقدات وآمال مستقبلية خاصة بهن، وبأبنائهن، وبالتالي صدمة الإصابة بمرض مهدد لحياتهن حطم هذه الآمال المستقبلية، كما حطم شعورهن بالأمان، وبالتالي أصبحن خائفات من الموت أو من تكرار الإصابة أو تطورها.

إن هذا الخوف جعلهن يشعرن بالهزيمة النفسية التي انخفض معها شعورهن بتقدير الذات، كما أفقدهن الشعور بالسيطرة على أحداث حياتهن، ومن ثم أصبح العالم في نظرهن غير قابل للتنبؤ أو التحكم به كما كان من ذي قبل، وبالتالي أصبحن يعشن في خوف مزمن؛ مما شكل لديهن بنية خوف عملت على تنشيط وتثبيت محتويات ذاكرة ما بعد الصدمة بشكل لا شعوري، وبالتالي فإن المثيرات العديدة المتضمنة داخل هذه البنية (كالشارع الذي به المستشفى، والأدوية، والأشعة، ورائحة البنج، والأشخاص وغيرها) عملت على تنشيط هذا الخوف، ومن ثم تكررت الأعراض المقترحة بنوعية "هنا والآن"؛ مما أعاق دمج الإصابة بالسرطان في ذاكرة السيرة الذاتية، وبالتالي حدثت السلوكيات التجنبية، والخدر الانفعالي، ثم فرط الاستثارة، ومن ثم انخفض الأداء في مجالات الحياة، وفي بعض الحالات تطورت الأعراض أكثر فوصلت إلى تبدد الشخصية والواقع، ونظرًا لاتباع المريضات سلوكيات

التجنب، والخدر الانفعالي لحماية أنفسهم، فإن ذاكرتهن النشطة التي حملت العديد من المثيرات عملت على تكرار الصور المقترحة، وبالتالي استدعت الأعراض الأخرى.

وقد أمكن عزو المستوى المتوسط لعرض (التغيرات في الاستثارة ورد الفعل) إلى أن المريضات كن يملن نحو قمع بعض انفعالاتهن، وإلى الانعزال هرباً من الحديث عن إصابتهن أو من مشاعر الشفقة من قبل المحيطين بهن؛ مما قلل من نوبات الغضب وأعراض العدوان تجاه الآخرين، كما أن مشكلات النوم والتركيز -كما صرحن- كانت تبرز أكثر في الأيام التي كانت تلي تلقي الجرعة الكيميائية، بمعنى أنها كانت ترتبط أكثر بتجديد التعرض للصدمة لديهن، وقد فسر ذلك أيضاً طول الوقت المنقضي منذ التشخيص؛ حيث إن (64,6%) من أفراد العينة قد مر على تشخيصهن أكثر من عام، وهو ما اتفق مع نتائج دراسة [23] التي أشارت إلى أن ارتفاع مستوى الأعراض كان في جانب الشخصيات منذ أقل من عام، واتفق أيضاً مع نتائج دراسة [27] التي أشارت إلى ارتباط طول الوقت المنقضي منذ التشخيص بالسرطان ارتباطاً سلبياً بأعراض فرط الاستثارة.

وفيما يخص انخفاض بُعد (تبديد الشخصية والواقع) لدى أفراد العينة، فأمكن تفسيره من خلال متوسط درجات الأبعاد الأخرى لاستجابات أفراد العينة على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة؛ حيث جاءت المستويات (فيما عدا بُعد التغيرات في الاستثارة ورد الفعل ذي المستوى المتوسط) في النطاق المرتفع، وليس شديد الارتفاع، وبذلك يكون هذا الانخفاض منطقياً نظراً لكون محك (تبديد الشخصية والواقع) ليس محكاً رئيساً في تشخيص الاضطراب، وإنما يشير ارتفاعه إلى درجة أكثر شدة في رد الفعل تجاه التعرض للشدائد؛ حيث يبدأ الفرد ليس فقط في الانفصال والانعزال عن الآخرين، وإنما الانفصال عن ذاته، وذاكراته، وجسده، وواقعه.

4.2. مناقشة نتائج الفرض الثاني

أتضح من هذه النتائج انخفاض مستوى المناعة النفسية ومكوناتها الفرعية لدى مريضات السرطان، وهو ما اتفق مع ما أشارت إليه نتائج دراسة [11] عندما قارن بروفایل جهاز المناعة النفسية لمرضى السرطان بروفایل عينة من الأفراد العاديين؛ حيث أظهرت البيانات أن الحالة المرضية الجسدية والنفسية ارتبطت بضعف الأنظمة الفرعية لجهاز المناعة النفسية والعوامل الصحية المقابلة، واتفقت هذه النتائج أيضاً مع ما ذكره [10] عندما أشار إلى أن الإصابة الجسدية البليغة، أو المرض، أو الإرهاق تعد من العوامل التي تساهم في انخفاض فاعلية جهاز المناعة النفسية.

وبالنظر إلى طبيعة مفهوم المناعة النفسية كمنظومة أفكار منهجية قادرة على إنتاج أفكار مضادة لتلك المدمرة للفرد، فإن هذه المنظومة تعتمد على التقييمات المعرفية للفرد للأحداث التي يواجهها، ومن ثمّ أمكن تفسير هذا الانخفاض في مستوى المناعة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة في ضوء نظرية التقدير المعرفي التي تشير إلى أن قدرة الفرد على مواجهة الأحداث الصادمة تتحدد من خلال عمليات التقييم التي يقوم بها، فمن خلال نتيجة الفرض الأول التي أشارت إلى ارتفاع مستوى اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى مريضات السرطان من أفراد العينة ندرك أنهن قimen إصابتهن بالسرطان باعتبارها حدثاً مهدداً وخطيراً لحياتهن، وبالتالي خلق هذا التقييم الأولي لديهن شعوراً بالضغط والتحدى الذي تجاوز قدراتهن وإمكاناتهن على المواجهة، وقد دعم شدة هذا التقييم المعتقدات السائدة مجتمعياً عن الطبيعة المميتة للسرطان؛ مما أضفى على هذا التقييم قوة أكبر من قوة التقييم الذاتي القائمة على العوامل الشخصية لكل مريضة.

كما أن تقييمهم الثانوي لمصادر وخيارات المواجهة لديهن كان سلبياً -أيضاً- ويرجع ذلك إلى أن هذا النوع من التقييم يتأثر بقدرات الفرد الجسمية، وبطبيعة الحال قدراتهن الجسمية كانت ضعيفة وفقاً لطبيعة مرض السرطان، كما يتأثر -أيضاً- بالقدرات النفسية، وقد يرجع ضعف هذه القدرات لديهن إلى ضعف ذاكرتهن المناعية، فوفقاً لما ذكره Bonnano فإن المناعة المكتسبة تكون فيما يخص نفس الأحداث الصادمة التي تعرض لها الفرد [4]، ونظراً لكون الإصابة بالسرطان هي حدث فريد مختلف عن الضغوط السابقة، فلم تتمكن المريضات من توظيف التعلم والخبرة المكتسبة سابقاً من مواجهة الضغوط العادية في مواجهة الإصابة بالسرطان، بالإضافة إلى ذلك فمن مكونات هذا التقييم الثانوي اللوم وتوقع المستقبل، وهنا نجد أن طبيعة الإصابة بالسرطان بالأساس مدركة على أنها مهددة للحياة، وبالتالي فتوقعهن للمستقبل كان سلبياً، كما أن ارتفاع مستوى التعديلات السلبية في المدركات والمزاج الذي أشارت إليه نتائج الفرض الأول تدلل على أن المريضات ألقين اللوم على أنفسهن لتعرضهن للإصابة، وبذلك نجد أن عمليات التقييم الأولية والثانوية كانت سلبية، وهذه التقييمات السلبية المتشائمة والخطيرة هي ما أضعفت أو أتلفت وظائف الحماية والشفاء لجهاز المناعة النفسية [6].

وقد أمكن تفسير منشأ هذه التقييمات السلبية التي أضعفت مناعتهم النفسية واكتسابها صفة الاستمرارية في ضوء ما أوضحه [80، 81] فيما أطلقوا عليه التجاهل أو الإهمال المناعي، فالناس عامة يفشلون في تقدير إلى أي مدى سيعمل الجهاز المناعي النفسي لديهم؛ ونظراً لأنّ جهاز المناعة النفسية يعمل على مستوى اللاوعي، وأن المريضات جهلن فعالية الآليات المعرفية لديهن، فإن هذه التقييمات المبنية على سوء التقييم الكارثي للإصابة بالسرطان اعتمدت المبالغة أيضاً في تقدير مدة وشدة استجاباتهن الانفعالية لهذه الإصابة، واكتسبت صفة الاستمرارية لأنهن قimen هذه الإصابة باعتبارها تهديداً دائماً، أو أنها

مميتة بشكل مؤجل، أو لأنهن تنبأن بعودة الإصابة مرة أخرى أو انتشار الورم، كل ذلك في معزل عن الظروف الأخرى المحيطة بهن، فتركيزهن انصب على الإصابة فقط، وأصبحت هي محور حياتهن، وبالتالي تلاشت لديهن الأحداث الأخرى التي كان من الممكن أن تساعدن على تجاوز الصدمة، أو تعطينهن أملاً وتساعدن على الاندماج مرة أخرى في الحياة، كما أن ميلهن لعدم تصحيح هذا التقييم نتيجة معتقداتهن الخاطئة، ومخاوفهن الشديدة جعل هذا التقييم الأولي العنيف والأكثر حدة هو المسيطر عليهن.

ووفقاً للنموذج المعرفي ل [82] فإن إحدى الآليات التي تساعد الفرد على سلك مسار المناعة النفسية هي قدرته على فهم وإدراك الحدث الضاغط أو الصادم، وتقبله، والتصالح معه، وهنا نجد أن مريضات السرطان لم يستطعن تقبل الإصابة أو التصالح معها؛ لأن التقييمات السلبية لهذه الإصابة قد دمرت افتراضاتهن الأساسية حول الأمان وكفاءتهن الذاتية، ومن ثم لم يعد المعنى والهدف من الحياة كما كان من ذي قبل، وبذلك لم يتم استيعاب ودمج إصابتهن بالسرطان في بنائهن المعرفي القائم، فأصبحت استجابتهن هشة، وسلكن مسار الضعف وقابلية الإصابة النفسية، واتسم جهازهن المناعي النفسي بالضعف وقابلية التأثر. كما يتوقف هذا المسار أيضاً على عدة عوامل، ومنها: طبيعة العوامل المجهدة، ومدتها، وشدها، والإصابة بالسرطان هنا إصابة شديدة، ومجهدة، ومتواترة نظراً لتلقي جلسات العلاج، والمتابعة لفترات طويلة، كما يتوقف أيضاً على العوامل الشخصية والبيئية، وقد كانت العوامل البيئية في بعض الأحيان غير داعمة لبعض المريضات، حيث أشار بعضهن لظروفهن البيئية غير الداعمة، ومنها تعرض بعضهن للانفصال العاطفي عن أزواجهن، أو الزواج مرة أخرى عليهن، وبعضهن أشرن لبيئة اجتماعية غير داعمة من المعارف والأقارب، ومن ثم ساعدت هذه الظروف في منع تكيفهن مع الإصابة بالسرطان.

أما عن الأبعاد الفرعية للمناعة النفسية فأمكن تفسيرها كما يلي:

1. تكوين وإنتاج الأفكار المنطقية. اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج دراسة [83] التي أشارت إلى وجود أفكار لا عقلانية لدى مريضات سرطان الثدي والرحم، وقد أمكن عزو شيوع الأفكار اللامنطقية واللاعقلانية لدى مريضات السرطان إلى أن التعرض لحدث صادم كالإصابة بالسرطان غالباً ما يخفف الشعور بالثقة بالنفس، وتقدير الذات، وتتشوه معه الصورة الذاتية [7]؛ مما يعني أن المريضات كن يرين أنفسهن كشخصيات نكرات؛ وهذا ما دفعهن إلى تبني معتقدات لاعقلانية، مثل: انخفاض القيمة، والقدرة المنخفضة على تحمل الإحباط، كما أن تغير رؤيتهن للعالم سلبياً بعد التعرض للصدمة دفعهن نحو الاستنتاج السلبي للأحداث بشكل عام.

وفي ظل وقع الإصابة الشديد عليهن والتقييمات السلبية التالية لذلك مع تغير معتقداتهن، ومدركاتهن، واعتقادهن في وجود الأمان في العالم من حولهن إلى الأسوأ أصبحن يملن نحو تبني معتقدات كارثية، وتعميم التجارب السلبية، فمثلاً بعض الحالات أثناء تطبيق المقاييس أشرن إلى تشخيصهن الخاطئ من قبل الأطباء في بداية ظهور الأعراض؛ مما أدى إلى تفاقم الحالة وانتشار الورم، هذه التجربة السلبية غيرت فكرة الأمان والثقة في العالم لديهن، فأصبحن يملن نحو تعميم هذه التجربة السلبية، وقد عمل شعورهن بالنقص أحياناً وتشوه الصورة الذاتية -بالأخص صورة الجسم- إلى تبني معتقدات المطالبة، وابتغاء الكمال الشخصي.

2. التعبير عن الذات: اتفقت نتيجة الدراسة الحالية فيما يخص انخفاض القدرة على التعبير عن الذات لدى مريضات السرطان من أفراد عينة الدراسة مع دراسة [84] التي أشارت نتائجها إلى ارتفاع مستوى الألكسثيميا لدى مرضى السرطان؛ حيث اتصفوا بعدم القدرة على التعبير عن انفعالاتهم لفظياً، وقد أمكن تفسير ذلك في ضوء انخفاض الثقة بالنفس وتقدير الذات بعد تلقي صدمة التشخيص بالسرطان [7]، والتغيرات التي طرأت على الجسم نتيجة العمليات الجراحية، وانخفاض الدعم الاجتماعي من قبل الأزواج تحديداً على النحو الذي ذكرته بعض المريضات نتيجة التشوه الحادث في الجسد جراء عمليات الاستئصال، فانخفاض الثقة بالذات وتقديرها يؤدي إلى عدم التعبير عن الانفعالات، وبالأخص في الأوقات الانفعالية الصعبة كالشعور بالغضب، والحزن، والخوف [85]، كما يؤدي إلى عدم التعبير عن الأفكار بشجاعة [86].

وقد رجع انخفاض التعبير عن الذات أيضاً إلى أن المريضات كن يملن نحو الانسحاب الاجتماعي، والانعزال، والنفور من الآخرين بعد تلقي صدمة التشخيص بالسرطان، فبعد الصدمة ينتاب الفرد شعور بحساسية زائدة تجاه الآخرين [7]، وقد فسر ذلك أيضاً أنهم فضلن عدم التعبير عن حالتهم الانفعالية أو أفكارهن عن حياتهن بعد المرض؛ حتى لا يشعرون بالشفقة من قبل الآخرين، وبالتالي ملن إلى قمع التعبير عما بداخلهن أو لأنهن اتجهن إلى الكبت هروباً من الألم.

3. التحكم الذاتي: يتضمن التحكم الذاتي استخدام الفرد للمراقبة أو الرؤية الذاتية، والتقويم الذاتي، والتدعيم الذاتي في تعديل استجاباته، وانخفاض وتشوه الرؤية الذاتية المتضمن في انخفاض التحكم الذاتي يعني الميل نحو انتقاء الأحداث ذات الصبغة الانفعالية السلبية [71]، وقد تم تفسير ذلك لدى أفراد العينة في ضوء انخفاض تكوين وإنتاج الأفكار المنطقية لديهن؛ حيث يقترن وجود الأفكار اللاعقلانية بالتشاؤم [87]، وهذا التشاؤم والتقييم الكارثي للإصابة بالسرطان مع تغير القناعة في وجود الأمان

في العالم، وتقلص أبعاد المستقبل الذي تلا صدمة التشخيص [7] أدى إلى انصباب تركيز المصابات على المرض وتبعاته السلبية فقط.

بالإضافة إلى ذلك فإن تعرض الفرد للصدمة ينتج عنه الشعور بالذنب، والخزي، والشعور بالذنب المرتبط بالصدمة يعني تحمل مسؤولية ما حدث [7]، فبعض المريضات أشرن إلى أنهن قد تجاهلن أعراضهن الأولية الدالة على الإصابة بالسرطان، وهذا ما أدى إلى لومهن المستمر لذواتهن على إصابتهن بالسرطان وعواقبها، ومن ثمَّ انخفض لديهن تعزيز الذات وحل بدلاً منه تأنيب الذات وعقابها، كما أن وقوع صدمة الإصابة وما تلاها من تقييم سلبي تدمرت معه الافتراضات والمعتقدات الأساسية لهن، خاصة تلك المتعلقة بمعنى العالم وكفاءة الذات التي تعطي المعنى والهدف من الحياة [82]، فإن فقدانهن لهذا المعنى والهدف من الحياة، وشعورهن بفقدان السيطرة والتحكم في مسار حياتهن أضعفا قدرتهن ورغبتهن في تقويم نقاط الضعف والقوة لديهن، وتلاشي هذا التقويم الداخلي جعل تصرفاتهن خاضعة للظروف الخارجية والتحكم الخارجي من قبل الأهل، وبالتالي لم يكن هناك مجال للتعزيز الذاتي أيضاً.

4. الحث الذاتي ومقاومة الفشل: أمكن تفسير انخفاض الحث الذاتي ومقاومة الفشل لدى أفراد العينة في ضوء ما ذكره [82] عن تدمير المعتقدات التي تعطي المعنى والهدف من الحياة عقب تلقي الصدمة، وما ذكره [80] عن أسباب المبالغة في تقدير مدة، وشدة الاستجابة الانفعالية للأحداث الصادمة، بأنه نتيجة للبورية في تقييم المريضات لإصابتهن، وما تلا هذه الإصابة من عواقب اجتماعية واقتصادية سلبية، وانتشار الأفكار المجتمعية السلبية حول مآل الإصابة بالسرطان، تم تدعيم التقييم السلبي لشدة، ومدة الاستجابة الانفعالية لهذه الصدمة، كما أن الميل نحو عدم تصحيح هذا التقييم في ظل فقدان المعنى، والهدف من الحياة كل ذلك جعل المريضات يعشن في دائرة إحباط مسيطرة، وبالتالي دفعهن الشعور بالعجز تجاه المرض، وتبعاته، والتقييم السلبي لقدراتهن على المواجهة نتيجة الشعور بفقدان السيطرة إلى الاستسلام وعدم المقاومة.

4.3. مناقشة نتائج الفرض الثالث

اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة [9].

وتعني هذه النتيجة أنه كلما ارتفع اضطراب كرب ما بعد الصدمة انخفضت المناعة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة، والعكس صحيح، وقد أمكن تفسير ذلك في ضوء نموذج [41] حيث إن سوء التقييم الكارثي للإصابة بالسرطان جعل هؤلاء المريضات يشعرن بأنهن واقعات تحت تهديد كبير حالياً، وبأنهن قد أصبحن مدمرات بشكل لا رجعة فيه، وهذا التقييم أدى إلى استمرار اضطراب كرب ما بعد الصدمة من جهة، وعطل أو أثلف وظائف الحماية والشفاء لجهاز المناعة النفسية، ومن ثمَّ تفاقمت الأعراض من جهة أخرى؛ حيث إن هذا التقييم قد عزز السلوكيات الضارة التي عملت على تفاقم الشعور بالألم، والضغط، والأفكار المزعجة [6].

فالتقييم الكارثي للإصابة بالسرطان دمر المعنى والهدف من الحياة، والمعتقدات الأساسية للمريضات، وبالأخص معتقدات الأمان، والكفاءة الذاتية، ومعنى العالم؛ مما أضعف دور الآليات المعرفية والدفاعية للمناعة النفسية في تقبل الإصابة بالسرطان والتصالح معها، وهذا أدى إلى صعوبة استيعاب ودمج هذه الإصابة في بنيتها المعرفية، وبالتالي لم تتمكن من الانفصال الصحي عنها، وبذلك سلكن مسار عدم التكيف والضعف المرتكز على الكرب بدلاً من مسار المناعة النفسية؛ ولأن العمليات في ذاكرة الصدمة تجري بشكل لا شعوري مع فرط الحضور لمثيراتها الصادمة، وفي ظل نقص المعلومات الصريحة عن الإصابة بالسرطان، فإن الاقتحامات والومضات الاستراتيجية التي اتصفت بالنوعية الآنية عززت عدم معالجة ودمج الإصابة بالسرطان في ذاكرة السيرة الذاتية الصريحة لهن؛ فاضطربت واتسمت بضعف التفاصيل في نفس الوقت الذي تقوت فيه استراتيجيات التحكم السلبية كالكتب، ومن ثمَّ سهل على منبهات الاستثارة الصدمية استدعاء صدمة التشخيص بالسرطان [40]، وبذلك استمرين في دائرة أعراض الاضطراب.

وفيما يخص الارتباط السلبي بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة وأبعاد المناعة النفسية فأمكن توضيحه كما يلي

1. بُعد تكوين وإنتاج الأفكار المنطقية: اتفقت النتائج الحالية مع نتائج دراسات [88، 89، 90].

في ضوء المنظور المعرفي السلوكي فإن نشأة الاضطراب، واستمراره ارتبطت بالأساس بالتفكير غير العقلاني المتعلق بالذات والعالم، وزيادة حدة التقييمات السلبية لإصابة المريضات بالسرطان، وهذه التقييمات عند انتهاكها لمفاهيم الأمان جعلتهن يعشن في خوف مزمن، ومن ثمَّ تحولت معتقدات المريضات إلى معتقدات كارثية، ومع عدم القدرة على التوقع، والشعور بفقدان السيطرة على سير الأحداث انخفضت ثقتهن في القدرة على تحمل الإحباط، وتدمرت ذواتهن، وشعرن بانخفاض القيمة، وجميعها أفكار غير منطقية عملت بدورها على إثارة المخاوف [91]، ومن ثمَّ تم تدعيم التغير الحادث في المدركات عقب الصدمة، فازداد الشعور بالعجز، وتعزز الشعور بالهزيمة العقلية التي جعلت المريضات يشعرن بأنهن ضحايا، فتم تشغيل جميع المعلومات المتعلقة بالسرطان سلبياً، وتكررت الأعراض، فاستسلم عقلمن، وكففن عن بذل الجهد لشعورهن بأن إصابتهن هذه

هي نهاية وجودهن؛ مما قد أفقدهن رغبتهن في البقاء نتيجة لذلك [32، 42]، فالمريضات هنا وقعن في دائرة مغلقة من الأفكار اللامنتطقية وأعراض الاضطراب، وزيادة إحداها أدت إلى زيادة الأخرى.

كما أن الأحداث المؤلمة قد تؤدي إلى فقدان الترابط الذهني الذي بدوره يؤدي إلى الانفصال بين التفكير، والحديث، والاستجابة المعبر عنها، في ظل غياب العقل المنطقي، وبالتالي تتأثر جودة التواصل [91]، وفقدان الترابط الذهني، وضعف التواصل لدى المريضات زاد من انفصالهن عن المحيطين، ومن ثم لم يتوفر لهن الدعم النفسي اللازم للتخفيف من حدة أعراض الاضطراب؛ مما قد زاد من شعورهن بالإحباط والوحدة، بالإضافة إلى أن ضعف جودة التواصل هذا قد يكون مسؤول عن ظهور أعراض فرط الاستثارة كنوبات الغضب وزيادة الانفعال، وعن ضعف الأداء سواء على المستوى الاجتماعي أو الأسري أو المهني، وقد يكون المتسبب في دفعهن أخيراً إلى الانعزال لعدم قدرتهن على التواصل الجيد.

2. بعد التعبير عن الذات: اتفقت النتائج الحالية مع دراساتي [92، 93]، وقد أمكن عزو هذه العلاقة السلبية إلى أن ضعف جودة التواصل بين المريضات والمحيطين نتيجة فقدان الترابط الذهني أو حتى نتيجة ميلهن إلى عدم التعبير عن أفكارهن، وانفعالاتهن المرتبطة بالصدمة أو غيرها، وبالأخص الانفعالات السلبية كالغضب لم يخفف من حدتها، وإنما زاد من حالة الضيق والكرب التي عاشتها المريضات، والتي أضعفت من آلياتهن الدفاعية النفسية، وزادت من تقييماتهن السلبية فأرهقتهن؛ مما أضعف من مقاومتهن، ومن ثم استمرت أعراض الاضطراب واشتدت.

كما أن الميل نحو قمع الانفعالات، والأفكار، ودفعها بعيداً عن مجال الوعي قد يؤدي إلى حالة من الخدر الانفعالي، الذي بدوره يؤدي إلى نشاط زائد للأحداث السلبية، كما يقترن أحياناً بالخوف من فقدان التحكم، الذي يعزز بدوره أعراض الاستثارة الزائدة كنفجارات الغضب الحادة [7، 34]، كما يعمل على تدعيم التقييمات السلبية التي تعمل بدورها على استمرار الاضطراب؛ ولذلك وجد أن أعراض الخدر الانفعالي تتنبأ بالتعبير عن الذات [92].

كما أن عدم التعبير عن الذات الذي زاد من حالة الانفصال عن المحيطين ترك المريضات مع أفكارهن غير المنطقية دون تنفيذها، ومع انفعالاتهن السلبية فزادت سيطرتها عليهن، وبالتالي أصبحن في دائرة إحباط وخوف زادت من حدة الأعراض لديهن، في حين أن التعبير عن الذات كان من الممكن أن يساعدهن على الاندماج في الحياة مرة أخرى؛ حيث كان سيوفر لهن سبل الدعم الاجتماعي التي كان من الممكن أن تساعدن على التعافي من اضطراب كرب ما بعد الصدمة [94].

3. بعد التحكم الذاتي: اتفقت النتائج الحالية فيما يتعلق بوجود ارتباط سلبي بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة والتحكم الذاتي مع نتائج دراسات [95، 96، 97].

وقد أمكن عزو هذه العلاقة السلبية إلى أن التحكم الذاتي يلعب دوراً هاماً في مواجهة أعراض الاضطراب، والتعامل مع الانفعالات السلبية المترتبة عليه، وكذلك التحكم في الأفكار السلبية، ولما كانت موارد التحكم الذاتي لدى الفرد واحدة، فإن استهلاك هذه الموارد في مجال واحد يؤدي إلى وجود موارد أقل للمساهمة في متطلبات التحكم الذاتي الأخرى [96].

ومريضات السرطان كانت لديهن أعباء كثيرة تطلبت جهوداً أكبر لتحكمهن الذاتي؛ لكونهن أمهات، وزوجات، كما أن طبيعية الإصابة بالسرطان احتاجت إلى متابعة جلسات العلاج الكيميائية وغيرها، وهي جلسات مرهقة نفسياً وجسدياً، وبالتالي فإن جهودهن التي بذلنها للتحكم الذاتي في مواجهة الانفعالات، والأفكار السلبية، ومتطلبات العلاج، والأسرة، والعمل أضعفت من قدرتهن على التحكم الذاتي في مواجهة أعراض الاضطراب، أو أن قيامهن بتوزيع هذه الموارد على مجالات الحياة المتطلبة للتحكم الذاتي بالطبع خفض من قدرتهن على التحكم في الأعراض، ومواجهتها، ومن ثم زادت حدة الاضطراب، لذلك كانت الزيادات النهارية في متطلبات التحكم الذاتي (الجهود المبذولة لتنظيم الذات استجابة لمتطلبات الحياة) وسيط في الارتباطات بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة أثناء النهار ومشكلات السلوك الليلي اللاحقة [98].

4. بعد الحث الذاتي ومقاومة الفشل: يُعد الارتباط السلبي بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة والحث الذاتي ومقاومة الفشل منطقياً، ففي ظل التقييمات السلبية لموارد المواجهة، وضعف القدرة على التحكم الذاتي وإنتاج الأفكار المنطقية، بالإضافة إلى المخاوف، ومشاعر اليأس التي سادت، ضعفت مقاومة المريضة لمواقف الإحباط المتعلقة بالمرض أو المترتبة عليه، كما ضعفت قدرتها على مواجهة أعراض الاضطراب، بالإضافة إلى أن ميلها إلى تجنب المواجهة والمقاومة، ولجوءها إلى كبت الأفكار والذكريات الصدمية، واستخدامها للتجنب أو الإنكار أو الخدر الانفعالي من أجل حماية نفسها عمل على إحالة المعلومات المتعلقة بصدمة الإصابة إلى اللاشعور بينما ظلت الإصابة في الذاكرة النشطة، فمُنعت معالجة هذه المعلومات ودمجها في بنائها المعرفي، وبالتالي تكررت الأحداث في الذاكرة النشطة، وصاحبته انفعالات حادة كمحاولة للتكامل مع المعارف، والخبرات السابقة لتُصبح جزءاً من شعورها بذاتها [34، 38].

وقد رجع هذا الارتباط السلبي إلى أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة يرتبط لدى مريضات السرطان بالاكئاب، والحزن، وارتفاع المزاج المتشائم، ونقص الطاقة، وضعف الإدراك الذاتي [99]، وهذه الارتباطات أضعفت من ثقتهم في قدراتهم على

مواجهة المرض وتبعاته، وبالتالي عملت على تثبيت الآليات الدفاعية لمناعاتهن النفسية، ومن ثمَّ أضعفت من مقاومتهن لأعراض الاضطراب.

4.4. مناقشة نتائج الفرض الرابع

اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسات كل من [28، 76، 77، 100]، ولكنها اختلفت مع نتائج دراسات [27، 29، 101]؛ حيث لم يكن هناك فرق دال إحصائيًا في اضطراب كرب ما بعد الصدمة وفقًا للعمر. في ظل ما ذكره [4] بأن كبار السن أكثر شعورًا بالرضا، أمكن تفسير الفروق في مستوى اضطراب كرب ما بعد الصدمة بين الأصغر والأكبر سنًا في ضوء التقييمات المعرفية لشدة الحدث الصادم، فالشعور بالرضا بالطبع خفف من حدة التقييم السلبي للإصابة بالسرطان، فلم يجعلها نهاية الحياة بالنسبة للمريضة، بينما عدم الشعور بالرضا ساعد في التقييم السلبي المفرط للإصابة؛ مما نتج عنه ضعف أكثر لآليات دفاع جهاز المناعة النفسية، وعدم دمج الإصابة بالسرطان في البناء المعرفي، وبالتالي أصبح الأداء النفسي للمريضة أكثر تدهورًا، وأصبح مستوى الاضطراب مرتفعًا لانتهاكه معتقدات الأمان والسلامة بشدة. كما أن تجربة الفرد الذاتية ومستوى المرونة لديه مؤثران يحددان له ما إذا كان الحدث صادمًا أم لا، وإذا كان صادمًا فلأي درجة [7]، وبالتالي أمكن تفسير هذه الفروق بأن هؤلاء الأمهات الأصغر سنًا بشكل عام كانت لديهن أحلام وطموحات أكبر من الأكبر سنًا تتعلق بهن، وبأبنائهن، كما أن خبراتهن في الحياة والمواجهة كانت أقل، وبالتالي فاستعدادهن النفسي، ومناعاتهن المكتسبة كانا أضعف، كما أن هؤلاء الأمهات الأصغر سنًا كان لديهن أبناء صغار في السن، وعاطفة الأمومة تجاه الأبناء وبالأخص الأصغر سنًا زادت من حدة مخاوفهن لتعلقهن بأبنائهن، وخوفهن عليهم، وبالتالي ازداد التقييم السلبي للإصابة بالسرطان شدة، ومن ثمَّ فإن تحطم آمالهن، ومعتقداتهن وتحولها من إيجابية إلى سلبية كان شديدًا أيضًا، كما أن تعرض الأصغر سنًا لعمليات الاستئصال وتشوه صورة الجسد كان أشد وطأة عليهن مقارنة بالأكبر سنًا؛ لما ترتب على ذلك من تعرض بعضهن للانفصال عن أزواجهن سواء فعليًا أو عاطفيًا؛ مما خفض من تقديرهن لذواتهن، وثقتن بأنفسهن، وكل ذلك زاد من تقييمهن البؤري السلبي للإصابة بالسرطان، وتوابعها، فتغيرت نظرتهم إلى العالم وأصبح مخيفًا؛ مما عمل على ترسيخ شدة تقييم الإصابة بالسرطان باعتبارها نهاية الحياة؛ ومن ثمَّ ارتفع مستوى الشعور بالتهديد المدرك والمستمر لهذه الإصابة، وتحطم معه مفاهيم الأمان السابقة؛ مما زاد من استمرارية وشدة الأعراض لديهن.

5. الاستنتاجات

وجود مستوى مرتفع من اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى مريضات السرطان فيما عدا بُعد التغييرات في الاستثارة ورد الفعل ذي المستوى المتوسط، وتبدد الشخصية والواقع ذي المستوى المنخفض، وانخفاض مستوى المناعة النفسية بأبعادها الفرعية لديهن، ووجود علاقة سلبية ودالة إحصائية بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة والمناعة النفسية، ووجود فروق دالة إحصائية في مستوى اضطراب كرب ما بعد الصدمة بين مريضات السرطان الأكبر سنًا والأصغر سنًا في جانب الأصغر سنًا.

6. التوصيات والدراسات المستقبلية

1. توفير فريق للدعم النفسي من المعالجين والأخصائيين النفسيين داخل معاهد الأورام للتكفل بتقديم الرعاية الصحية النفسية لمريضات السرطان، ومساعدتهن في تخطي الصدمة، والتخفيف من حدة اضطراب كرب ما بعد الصدمة والاضطرابات الأخرى المصاحبة له لديهن، ومعالجة المشكلات النفسية الأخرى المترتبة على إصابتهن بالسرطان، الأمر الذي طلبه بالفعل عدد من المريضات أثناء تطبيق مقاييس الدراسة عليهن .
2. إعداد فريق الدعم النفسي بشكل جيد، وتوفير ما يلزم من أجل تصميم برامج إرشادية وعلاجية تدعم المناعة النفسية لمريضات السرطان لمواجهة المشكلات والاضطرابات النفسية بشكل عام.
3. ضرورة التنسيق بين معاهد الأورام والجهات الاجتماعية المسؤولة أو الجهات الخيرية لدراسة الحالة الاجتماعية للمريضات من أجل توفير مزيدًا من الدعم الاجتماعي والمالي لبعضهن؛ نظرًا لضعف حالة بعضهن المادية مما يشعرهن بتعدد التبعات المرهقة للإصابة بالسرطان، وهو الأمر الذي طلبه بعضهن بالفعل .
4. ضرورة عقد ندوات توعوية، وبالأخص في القرى، حول أهمية الكشف الدوري والمبكر عن السرطان، وخاصة سرطان الثدي والقولون، وخطورة إهمال الأعراض الأولية، نظرًا لأن العديد من المريضات كن يلقين باللوم على أنفسهن؛ مما يطيل بقاء أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لديهن .
5. عقد ندوات توعوية لأسر المصابات بالسرطان حول كيفية تقديم الدعم النفسي والاجتماعي، والأسري لهن من خلال توعيتهم بطبيعة الأعراض الصدمية لدى المصابات؛ حتى يتاح لهم فهم أكثر لطبيعة حالتهم، ودعمهن لتجاوز صدماتهن، والتخفيف من حدة أعراض الاضطراب لديهن.
6. يمكن اقتراح إجراء البحوث والدراسات التالية

- 6.1. تصميم برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية المناعة النفسية لدى مريضات السرطان المصابات باضطراب كرب ما بعد الصدمة.
- 6.2. تصميم صميم برنامج إرشادي معرفي لخفض التشوهات المعرفية لدى مريضات السرطان المصابات باضطراب كرب ما بعد الصدمة.

قائمة المراجع

أولا المراجع العربية

- [1] الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2014). خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5. الدار العربية للعلوم ناشرون، بيروت، ص 112-116.
- [2] جمعية الصحة العالمية (2012). العبء العالمي للاضطرابات النفسية وضرورة الاستجابة الشاملة والمنسقة من جانب قطاع الصحة والقطاع الاجتماعي على المستوى القطري: تقرير من الأمانة (No. A65/10). منظمة الصحة العالمية.
- [9] شذى حسين لفوف (2021). أعراض كرب ما بعد الصدمة وعلاقته بالمناعة النفسية لدى أطفال الشهداء في مدينة حمص. مجلة جامعة البعث: سلسلة العلوم التربوية، مج 43، ع 26.
- [12] هبة صلاح حسن (2021). فاعلية برنامج إرشادي لتدعيم نظام المناعة النفسية ومنع اضطرابات ما بعد الصدمة لدى أسر المصابين بمرض السرطان. مجلة كلية التربية في العلوم النفسية، جامعة عين شمس، مج 45، ع 3.
- [13] رولا رمضان الشريف (2016). فعالية برنامج إرشادي لتدعيم نظام المناعة النفسية وخفض اضطرابات ما بعد الصدمة لدى مراهقي الأسر المتضررة بالعدوان الأخير على غزة (2014). رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية-غزة.
- [16] الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2004). المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية. دار الكتب الجامعية للطباعة والنشر، دمشق، ص 18.
- [24] صلاح محمد محمد (2021). إسهامات المناعة النفسية المنبئة بالتغلب على اضطراب ما بعد الصدمة لدى المتعافين من فيروس كورونا (COVID – 19). مجلة العلوم التربوية والدراسات الإنسانية، جامعة تعز- فرع التربة-اليمن، مج 8، ع 19.
- [29] حسناء جمال عوض (2020). درجة اضطرابات ما بعد الصدمة لدى مريضات سرطان الثدي كمؤشرات لوضع برنامج للتدخل المهني من منظور العلاج الجدلي السلوكي في (خدمة الفرد). رسالة ماجستير، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة أسيوط.
- [31] محمد الصغير شرفي (2006). رؤى تحليلية لمفهوم الصدمة. عالم التربية، المؤسسة العربية للاستشارات العلمية وتنمية الموارد البشرية، مج 7، ع 20.
- [32] بسمة عبد العزيز. (2014). ذاكرة القهر: دراسة حول منظومة التعذيب. دار التنوير، القاهرة، ص 113-152.
- [33] آن كرينج، شيري جونسون، جون نيل، جيرالد دافيسون (2016). علم النفس المرضي: استناداً على الدليل التشخيصي الخامس. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ص 420-429.
- [34] ديفيد هـ. بارلو (2015). مرجع الكينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاج تفصيلي (ط2). مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ص 117-127.
- [35] غسان يعقوب (1999). سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي (اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة). دار الفارابي، بيروت، ص 43-75.
- [36] ميرفين سموكر، كونراد ريشكه، بيتي كوجل، سامر رضوان، مطاع بركات (2013). إعادة رسم الصورة وعلاج الإعادة: دليل معالجة الصدمة من النوع الأول. دار الكتاب الجامعي، العين، ص 36-39.
- [38] قاسم حسين صالح (2015). الاضطرابات النفسية والعقلية، نظرياتها، أسبابها، طرائق علاجها. دار دجلة، الأردن، ص 340.
- [40] بيرند رولر، فرنس كاسبار، بيرتر شلوتكه (2016). التشخيص النفسي الإكلينيكي (2) التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية: الجزء الأول. دار الكتاب الجامعي، الإمارات، ص 316-319.
- [42] جراهام ديفي (2016). علم النفس المرضي: البحث، التقييم، والعلاج في علم النفس الإكلينيكي. دار الفكر، عمان، ص 373-374.
- [43] سوزان رو ستوخ (2019). أوجه عديدة من اضطراب ما بعد الصدمة: هل اضطراب ما بعد الصدمة أحكم السيطرة على حياتك؟ نيو بوك للنشر والتوزيع، القاهرة، ص 13.
- [45] أحمد محمود عكاشة (2018). الطب النفسي المعاصر. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ص 224.
- [46] عبد الوهاب محمد كامل (2002). اتجاهات معاصرة في علم النفس. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ص 158-170، 320-321.

- [48] ماجدة بهاء الدين عبيد (2008). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية. دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ص128-131.
- [49] أميمة مغزي (2018). المقاربات النظرية المفسرة للضغوط النفسية. مجلة علوم الإنسان والمجتمع، جامعة محمد خيضر بسكرة، مج 7، ع 27.
- [58] عصام محمد زيدان (2013). المناعة النفسية مفهوما وأبعادها وقياسها. مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، مج 51، ع 3.
- [59] مروة عبد الحميد توفيق (2021). المناعة النفسية والتعافي النفسي كمنبئين بالشعور بالتماسك والأمل لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة ذوي الإصابة بفيروس كورونا (كوفيد-19). المجلة المصرية للدراسات النفسية، مج 31، ع 113.
- [60] محمود رامز يوسف (2021). المناعة النفسية وعلاقتها بالتوجه الإيجابي نحو الحياة وأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى عينة من شباب جامعة عين شمس. المجلة المصرية للدراسات النفسية، مج 31، ع 113.
- [63] عبد الستار محمد محمد (2019). المناعة النفسية وعلاقتها بنمو ما بعد الصدمة لدى المصابات بمرض السرطان. مجلة الدراسات التربوية والإنسانية، كلية التربية، جامعة دمنهور، مج 11، ع 4.
- [64] عبد الفتاح محمد الخواجة (2011). الوحدة النفسية وعلاقتها باضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من طلبة كلية التربية بجامعة السلطان قابوس. مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، مج 8، ع 1.
- [69] أحمد كمال البهنساوي (2020). الغضب والتعبير عن الذات كمنبئين بالأفكار الآلية المرتبطة بالاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة البحث العلمي في الآداب (العلوم الإنسانية والاجتماعية)، كلية البنات للآداب والعلوم التربوية، جامعة عين شمس، مج 8، ع 21.
- [70] يحيى مبارك خطاطبة، موقفه قسم العتيبي (2018). مهارات التعبير عن الذات وعلاقتها بأعراض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المعنفات في مدينة الرياض. المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، مج 3، ع 1.
- [71] عبد الوهاب محمد كامل (1989). التحكم الذاتي وبعض الاضطرابات السلوكية دراسة سيكومترية. مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، مج 7.
- [72] عادل مصطفى (2007). شيء من المنطق: المغالطات المنطقية: طبيعتنا الثانية وخبزنا اليومي (فصول في المنطق غير الصوري). المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة.
- [73] سيد محمد صبحي، صلاح الدين عبد القادر، ولاء عبد الصبور حسين (2019). الخصائص السيكو مترية لمقياس الأفكار اللاعقلانية للشباب الجامعي. مجلة الإرشاد النفسي، مج 58.
- [75] سليمان طعمة الريحاني (1985). اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية. دراسات تربوية، مج 12، ع 11.
- [76] سارة عبد الله أحمد (2017). اضطراب ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان وعلاقته بنوعية الحياة بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة النيلين.
- [77] عبد الله عبد العزيز المناعي (2020). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وعلاقته بالاغتراب النفسي لدى مرضى السرطان بمدينة الرياض. المجلة التربوية، مج 34، ع 137.
- [83] آية بولحبال، سامية شينار (2022). تقبل المرض وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى مريضات السرطان دراسة مقارنة بين مريضات سرطان الرحم وسرطان الثدي. مجلة المحترف لعلوم الرياضة والعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة زيان عاشور- الجلفة، مج 9، ع 2.
- [84] فتحية فلقير، محمد بودوح (2020). الألكستيميا لدى مرضى السرطان: دراسة ميدانية بمستشفى العفرون. مجلة دراسات وأبحاث، جامعة زيان عاشور-الجلفة، مج 12، ع 1.
- [85] إم، جيه رايان (2005). الثقة بنفسك: كيف تكف عن الشعور بالعجز وتعيش أكثر سعادة بجهد أقل. مكتبة جرير، الرياض.
- [86] علاء الدين أحمد كفاي، سميرة علي أبو غزالة، إبراهيم محمد عبده (2015). كفاءة المواجهة وعلاقتها بتقدير الذات لدى طلاب الجامعة. العلوم التربوية، مج 23، ع 2.
- [87] محمد أسامة الشرياتي، يوسف عبد الوهاب أبو حميدان (2019). الأفكار العقلانية واللاعقلانية وعلاقتها بالتفاؤل والتشاؤم لدى مرضى السرطان في الأردن. مجلة المشكاة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، مج 8، ع 1.
- [88] لينا بطيخ، كنان هزيم (2018). اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية دراسة تشخيصية على عينة من طلبة جامعة البعث. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية-سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، مج 40، ع 2.

- [3] Bredács, A. (2016). Psychological Immunity Research to the Improvement of the Professional Teacher Training's National Methodological and Training Development. *Practice and Theory in Systems of Education*, 11(2), 118-141. <https://doi.org/10.1515/PTSE-2016-0014>
- [4] Kroth, J. (2016). *The Psychic Immune System: A Hidden Epiphenomenon of the Body's Own Defenses*. Lexington Books.
- [5] Voitkāne, S. (2004). Goal directedness in relation to life satisfaction, psychological immune system and depression in first-semester university students in Latvia. *Baltic journal of psychology*, 5(2), 19-30. <https://dspace.lu.lv/dspace/handle/7/1312>
- [6] Rachman, S. (2016). Invited essay: Cognitive influences on the psychological immune system. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 100 (53), 2-8. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.03.015>
- [7] Alayarian, A. (2011). *Trauma, torture, and dissociation a psychoanalytic view*. Karnac Books Ltd.
- [8] Kaur, T., & Som, R. R. (2020). The predictive role of resilience in psychological immunity: A theoretical review. *International Journal of Current Research and Review*, 12(22), 139-143. <http://dx.doi.org/10.31782/IJCRR.2020.122231>
- [10] Barbanell, L. (2009). *Breaking the addiction to please: goodbye guilt*. Rowman & Littlefield.
- [11] Oláh A. (2005). *Anxiety, Coping, and Flow: Empirical Studies in Interactional Perspective*. Treffort Press.
- [14] Schein, J., Houle, C., Urganus, A., Cloutier, M., Patterson-Lomba, O., Wang, Y., King, S., Levinson, W., Guérin, A., Lefebvre, P., & Davis, L. L. (2021). Prevalence of post-traumatic stress disorder in the United States: a systematic literature review. *Current medical research and opinion*, 37(12), 2151–2161. <https://doi.org/10.1080/03007995.2021.1978417>
- [15] Zuberi, A., Waqas, A., Naveed, S., Hossain, M. M., Rahman, A., Saeed, K., & Fuhr, D. C. (2021). Prevalence of mental disorders in the WHO Eastern Mediterranean Region: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, (665019), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.66501>
- [17] Cordova, M., Riba, M., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *Lancet Psychiatry*, 4(4), 330-338. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30014-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30014-7)
- [18] Wu, X., Wang, J., Cofie, R., Kaminga, A., & Liu, A. (2016). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder among Breast Cancer Patients: A Meta-analysis. *Iran J Public Health*, 45(12), 1533-1544.
- [19] Hahn, E., Hays, R., Kahn, K., Litwin, M., & Ganz, P. (2015). Post-traumatic stress symptoms in cancer survivors: relationship to the impact of cancer scale and other associated risk factors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 24(6), 643–652. <https://doi.org/10.1002/pon.3623>
- [20] Tremolada, M., Bonichini, S., Basso, G., & Pillon, M. (2016). Post-traumatic Stress Symptoms and Post-traumatic Growth in 223 Childhood Cancer Survivors: Predictive Risk Factors. *Frontiers in Psychology*, 7(287), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00287>
- [21] Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: *a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- [22] Al-Shamsi, H. O., Abu-Gheida, I. H., Iqbal, F., & Al-Awadhi, A. (Eds.). (2022). *Cancer in the Arab World*. Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-981-16-7945-2>

- [23] Brown, L. C., Murphy, A. R., Lalonde, C. S., Subhedar, P. D., Miller, A. H., & Stevens, J. S. (2020). Posttraumatic stress disorder and breast cancer: Risk factors and the role of inflammation and endocrine function. *Cancer*, 126(14), 3181-3191. <https://doi.org/10.1002/cncr.32934>
- [25] Leano, A., Korman, M. B., Goldberg, L., & Ellis, J. (2019). Are we missing PTSD in our patients with cancer? Part I. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 29(2), 141-146.
- [26] Unseld, M., Krammer, K., Lubowitzki, S., Jachs, M., Baumann, L., Vyssocki, B., Riedel, J., Pühr, H., Zehentgruber, S., Prager, G., Masel, E. K., Preusser, M., Jaeger, U., & Gaiger, A. (2019). Screening for post-traumatic stress disorders in 1017 cancer patients and correlation with anxiety, depression, and distress. *Psycho-oncology*, 28(12), 2382-2388. <https://doi.org/10.1002/pon.5239>
- [27] Zhou, X., Gao, M., Wang, W., & Wu, X. (2019). Patterns of posttraumatic stress disorder symptoms among cancer patients: A latent profile analysis. *Journal of psychosomatic research*, 125, (109788). <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109788>
- [28] Assimakopoulos, K., Iconomou, G., Karaivazoglou, K., Koutras, A., Georgila, E., Hyphantis, T., & Kalofonos, H. P. (2018). The presence of Post-Traumatic Stress Disorder in cancer survivors and its impact on health-related quality of life: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 109, 87-88. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.03.016>
- [30] Vargay, A., Józsa, E., Pájer, A., & Bányai, É. (2019). The characteristics and changes of psychological immune competence of breast cancer patients receiving hypnosis, music or special attention. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 20(2), 139-158. <https://doi.org/10.1556/0406.20.2019.009>
- [37] Charney, D.S., Deutch, A.Y., Krystal, J.H., Southwick, S.M., & Davis M. (1993). Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 50(4), 295-305. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820160064008>.
- [39] Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20(2), 155-176. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80067-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80067-X)
- [41] Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- [44] Lauth-Lebens, M., & Lauth, G. W. (2016). Risk and resilience factors of post-traumatic stress disorder: A review of current research. *Clinical and Experimental Psychology, Special Issues*, 1-6. <https://doi.org/10.4172/2471-2701.1000120>
- [47] Abelson, R. P., Frey, K. P., & Gregg, A. P. (2004). *Experiments With People: Revelations From Social Psychology*. Lawrence Erlbaum Associates.
- [50] Oláh A. (2006). Az egészséges személyiségfejlődés és a pszichológiai immunitás szociális kontextusa: longitudinális elemzés [Social context of the healthy personality development and psychological immunity: a longitudinal approach]. *OTKA Kutatási Jelentések/ OTKA Research Reports*. <http://real.mtak.hu/34/>
- [51] Oláh A. (2009, October 3-6). *Psychological immunity: A new concept of coping and resilience* [Conference session]. Coping and Resilience International Conference, Dubrovnik-Cavtat, Croatia. https://www.youtube.com/watch?v=_YarOI1e_KA
- [52] Oláh, A., Nagy, H., & Tóth, K. (2010). Life expectancy and psychological immune competence in different cultures. *Empirical Text and Culture Research*, 4, 102-108.
- [53] Pasichnyk, I., Handzilevska, H., & Nikitchuk, U. (2017). Psychological immunity of Ukrainian migrants depending on childhood scenario sets. *Psychological Prospects Journal*, 30, 145-156. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2017-30-145-156>

- [54] Oláh, A. (2005). *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény [Emotions, coping and optimal experience]*. Trefort Kiadó.
- [55] Bhardwaj, A., & Agrawal, G. (2015). Concept and Applications of Psycho-Immunity (Defense against Mental Illness): Importance in Mental Health Scenario. *Online Journal of Multidisciplinary Research*, 1(3), 6-15. https://www.academia.edu/17940185/Concept_and_Applications_of_Psycho_Immunity_Defense_Against_Mental_Illness_Importance_in_Mental_Health_Scenario
- [56] Biela, A., Špajdel, M., Śliwak, J., Bartczuk, R. P., Wiechetek, M., & Zarzycka, B. (2015). The scale of psycho-immunological structure: assessing factorial invariance in Poland and Slovakia. *Studia Psychologica*, 57(3), 163-176. <https://doi.org/10.21909/sp.2015.03.691>
- [57] Choochom, O. (2013). The development of a self-immunity scale. *Journal of Psychology Kasem Bandit University*, 3(3), 52-61.
- [61] Banik, G., Drgona, L., Malec, V., Rosenberg, V., & Vasilkova, L. (2019). Cancer as a trauma? Predictors of development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in patients with cancer. *Annals of Oncology*, 30(6), 146-171. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz343.131>
- [62] Maraqa, B. N., & Ahmead, M. (2021). Quality of life and post-traumatic stress disorder among adult females with cancer in Palestine: a cross-sectional study. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1904699>
- [65] Davidson, J. R., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R. D., Davidson, R. M., Katz, R., & Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological medicine*, 27(1), 153-160. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004229>
- [66] Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment*, 28(11), 1379–1391. <https://doi.org/10.1037/pas0000254>
- [67] Sierra, M., & Berrios, G. E. (2000). The Cambridge Depersonalization Scale: a new instrument for the measurement of depersonalization. *Psychiatry research*, 93(2), 153–164. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(00\)00100-1](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(00)00100-1)
- [68] Kim, H. S., & Sherman, D. K. (2007). "Express yourself": culture and the effect of self-expression on choice. *Journal of personality and social psychology*, 92(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.1.1>
- [74] Mezo, P. G. (2005). The Self-Control and Self-Management Scale (SCMS): A *general measure of self-control and self-management skills* (Publication No. 3171061) [Doctoral dissertation, University of Hawai'i at Manoa]. ProQuest Dissertations Publishing.
- [78] Esser, P., Glaesmer, H., Faller, H., Koch, U., Härter, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., & Mehnert, A. (2019). Posttraumatic stress disorder among cancer patients—Findings from a large and representative interview-based study in Germany. *Psycho-Oncology*, 28(6), 1278-1285. <https://doi.org/10.1002/pon.5079>
- [79] Mulligan, E., Wachen, J., Naik, A., Gosian, J., & Moye, J. (2014). Cancer as a Criterion A Traumatic Stressor for Veterans: Prevalence and Correlates. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(S1), 73–81. <https://doi.org/10.1037/a0033721>
- [80] Gilbert, D. T., Pinel, E. C., Wilson, T. D., Blumberg, S. J., & Wheatley, T. P. (1998). Immune neglect: A source of durability bias in affective forecasting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 617–638. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.3.617>

-
- [81] Wilson, T. D., & Gilbert, D. T. (2005). Affective forecasting: Knowing what to want. *Current directions in psychological science*, 14(3), 131-134. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00355.x>
- [82] Ilntema, R. C., Schaufeli, W. B., & Burger, Y. D. (2021). Resilience mechanisms at work: The psychological immunity-psychological elasticity (PI-PE) model of psychological resilience. *Current psychology (New Brunswick, N.J.)*, 1–13. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01813-5>
- [89] Hyland, P., Shevlin, M., Adamson, G., & Boduszek, D. (2015). Irrational beliefs in posttraumatic stress responses: A rational emotive behavior therapy approach. *Journal of Loss and Trauma*, 20(2), 171-188. <https://doi.org/10.1080/15325024.2013.839772>
- [90] Rutkowski, L., Vasterling, J. J., Proctor, S. P., & Anderson, C. J. (2010). Posttraumatic stress disorder and standardized test-taking ability. *Journal of Educational Psychology*, 102(1), 223-233. <https://doi.org/10.1037/a0017287>
- [91] Mustikasari, S.Kp., Pratiwi, A. Hamid, A.Y.S., & Fadhilah, H. (2018). Effectiveness of Psychological Adaptation Model of Mental Health Nursing for nurse survivors experiencing post-earthquake disaster post-traumatic stress syndrome. *Enfermeria Clinica*, 28(1), 289–294. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30172-4](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30172-4)
- [92] Lunney, C. A., & Schnurr, P. P. (2007). Domains of quality of life and symptoms in male veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(6), 955-964. <https://doi.org/10.1002/jts.20269>
- [93] Nightingale, J., & Williams, R. M. (2000). Attitudes to emotional expression and personality in predicting post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(3), 243–254. <https://doi.org/10.1348/014466500163266>
- [94] Dai, W., Chen, L., Tan, H., Wang, J., Lai, Z., Kaminga, A. C., Li, Y., & Liu, A. (2016). Association between social support and recovery from post-traumatic stress disorder after flood: a 13–14-year follow-up study in Hunan, China. *BMC public health*, 16(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2871-x>
- [95] Al Jadili, M., & Thabet, AA. (2017). The Relationship Between Post-Traumatic Stress Disorder and Coping Strategies among Patients with Cancer in Gaza Strip. *Journal of Nursing and Health Studies*, 2(1:4), 1-10.
- [96] Walter, K. H., Gunstad, J., & Hobfoll, S. E. (2010). Self-control predicts later symptoms of post-traumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(2), 97–101. <https://doi.org/10.1037/a0018958>
- [97] Brosowsky, N. P., Smith, A. C., Smilek, D., & Seli, P. (2022). On the relation between mind wandering, PTSD symptomology, and self-control. *Consciousness and Cognition*, 99(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2022.103288>
- [98] Simons, R. M., Walters, K. J., Keith, J. A., & Simons, J. S. (2021). Posttraumatic Stress Disorder and Conduct Problems: The Role of Self-Control Demands. *Journal of Traumatic Stress*, 34(2), 298–308. <https://doi.org/10.1002/jts.22601>
- [99] Bulotienė, G., & Matuizienė, J. (2014). Posttraumatic stress in breast cancer patients. *Acta Medica Lituanica*, 21(2), 43–50. <https://doi.org/10.6001/actamedica.v21i2.2940>
- [100] Ni, J., Feng, J., Denehy, L., Wu, Y., Xu, L., & Granger, C. (2018). Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder and Associated Risk Factors in Patients With Lung Cancer: A Longitudinal Observational Study. *Integrative Cancer Therapies*, 17(4), 1195–1203. <https://doi.org/10.1177/1534735418807970>

-
- [101] Posluszny, D., Dougall, A., Johnson, J., Argiris, A., Ferris, R., Baum, A., Bovbjerg, D., & Dew, M. (2015). Posttraumatic stress disorder symptoms in newly diagnosed patients with head and neck cancer and their partners. *Head & Neck*, 37(9), 1282- 1289. <https://doi.org/10.1002/hed.23760>

English abstract

*Article***Post-Traumatic Stress Disorder and its Relationship to Psychological Immunity in a Sample of Women with Cancer**

Mubarak Khalaf, Bakr Wafa, and Helal Elham*

Mental Hygiene Department, Faculty of Education, Sohag University, Sohag 82524, Egypt

*Corresponding author: elamuhh@gmail.com**Abstract**

The study aimed to identify the level of post-traumatic stress disorder and the level of psychological immunity, and to know the relationship between them in a sample of women with cancer, as well as to determine the effect of the age variable in women with cancer in post-traumatic stress disorder, and the study sample consisted of (202) women with cancer, whose ages ranged between (34-55) years, with an average age of (44,00) and a standard deviation (5,478), by using the post-traumatic stress disorder scale (prepared by: the researcher), and the psychological immunity scale (prepared by: the researcher), the results indicated a high level of PTSD and a low level of psychological immunity among women with cancer, a negative and statistically significant correlation between PTSD (the total score and the sub-dimensions) and psychological immunity (the total score and the sub-dimensions), and there were statistically significant differences between younger women with cancer and older women with cancer in post-traumatic stress disorder (the total score and the sub-dimensions) on the younger side.

Keywords: Post-traumatic stress disorder, psychological immunity, women with cancer.