

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف - المسيلة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

2017/

الرقم التسلسلي:

المحتوى الصدمي لدى أمهات مصابات بالسرطان
دراسة عيادية مقارنة في ضوء متغير قوة التحمل
(La résilience)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر شعبة علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

إشراف الدكتور:

محمد روبي

إعداد الطالبة:

سهام سنوسي

السنة الجامعية: 2016-2017

المحتوى الصدمي لدى أمهات مصابات بالسرطان دراسة عيادية مقارنة في ضوء متغير قوة التحمل (La résilience).

TRAUMATIC CONTENT TO MOTHERS WITH CANCER COMPERATIVE CLINICAL STUDY IN THE LIGHT OF VARIABLE RESILIENCE

من إعداد الطالبة: سهام سنوسي.

الملخص:

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الصدمة النفسية ومستوى قوة التحمل (La résilience) لدى أمهات مصابات بالسرطان. ولاكتشاف وتحديد مستوى كل من الصدمة النفسية وقوة التحمل (La résilience) تم استخدام المقابلة العيادية النصف موجهة من إعداد الباحثة، واختبار قوة التحمل (La résilience) من إعداد "كونر ودافيدسون" (2003)، حيث تم تطبيقهما على (05) حالات. وأسفرت النتائج:

- ثلاث حالات لديها مستوى مرتفع من مستوى الصدمة النفسية ومستوى متوسط من قوة التحمل وحالتين لديهما مستوى أقل من الصدمة النفسية ومستوى مرتفع من قوة التحمل.
الكلمات المفتاحية: المحتوى الصدمي، السرطان، قوة التحمل.

Abstract:

The study aimed to find out the level of the psychological trauma and the level of resilience to mothers with cancer. To identify the level of each of the psychological shock and the strength of endurance, a clinical interview was conducted by the researcher. Also, to test the resilience of Connor and davidson (2003), which was applied in the present study to (05) cases. The findings revealed that:

- Three cases have a high level of psychological trauma level and an average level of resilience and two cases have a lower level of psychological trauma and a high level of resilience.

Key-words: SHOCK-CONTENT ,CANCER, RESILIENCE

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى
أ	ملخص الدراسة.
ب-هـ	فهرس المحتويات.
و	شكر وتقدير.
الفهارس	
ز	1- فهرس الجداول والأشكال.
ط	2- فهرس الرموز المختصرة.
3-1	مقدمة.
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
8-5	1-1- إشكالية الدراسة.
8	1-2- أهمية الدراسة.
9	1-3- أهداف الدراسة.
9	1-4- تحديد المفاهيم إجرائياً.
19-10	1-5- الدراسات السابقة.
الفصل الثاني: سيكولوجية الصدمة النفسية	
21	تمهيد.
23-21	2-1- مفهوم الصدمة النفسية.
25-23	2-2- أنواع الصدمة النفسية.
28-26	2-3- أعراض الصدمة النفسية.

29-28	4-2- مراحل الصدمة النفسية.
32-29	5-2- النظريات المفسرة للصدمة النفسية.
35-32	6-2- التناول التشخيصي DSM ₅ للصدمة النفسية.
35	خلاصة الفصل.
الفصل الثالث: ماهية السرطان	
37	تمهيد.
38-37	3-1- مفهوم السرطان.
40-38	3-2- أنواع السرطان.
43-40	3-3- مراحل نمو أو تشكل السرطان.
44-43	3-4- إنذارات وعلامات السرطان.
47-44	3-5- العوامل المؤثرة في ظهور السرطان.
49-47	3-6- تشخيص وعلاج السرطان.
49	3-7- الآثار النفسية للسرطان والتدخل السيكولوجي.
51	خلاصة الفصل.
الفصل الرابع: سيكولوجيا قوة التحمل (La résilience)	
53	تمهيد.
54-53	4-1- مفهوم قوة التحمل.
54	4-2- قوة التحمل وعلاقته ببعض المفاهيم السيكلوجية الأخرى.
56	4-3- العوامل المعززة لقوة التحمل.
59-57	4-4- مواصفات الشخصية المتسمة بقوة التحمل.
60	4-5- استراتيجيات بناء قوة التحمل.

65-61	4-6- النظريات المفسرة لقوة التحمل.
65	خلاصة الفصل.
الفصل الخامس: صدمة السرطان وأثر قوة التحمل	
67	تمهيد.
67	5-1- السرطان كصدمة نفسية.
69-68	5-2- نمط الحياة النفسية للمصدومين إثر مرض السرطان.
69	5-3- الميكانيزمات التي يستعملها المصدومون إثر مرض السرطان.
70	5-4- المراحل التي يمر بها المصدومون إثر مرض السرطان.
71	5-5- قوة التحمل لدى المصدومين إثر مرض السرطان.
71	خلاصة الفصل.
الجانب التطبيقي	
الفصل السادس: منهجية الدراسة وإجراءاتها	
73	تمهيد.
73	6-1- منهج الدراسة.
74-73	6-2- الدراسة الاستطلاعية.
75	6-3- حالات الدراسة.
76	6-4- مجالات الدراسة.
82-76	6-5- أدوات الدراسة.
82	خلاصة الفصل.
الفصل السابع: عرض وتحليل النتائج	
84	تمهيد.

111-84	7-1- عرض الحالات وتحليل مضمون المقابلات.
117-112	7-2- عرض نتائج اختبار قوة التحمل (La résilience) للحالات.
117	خلاصة الفصل
الفصل الثامن: مناقشة تساؤلات الدراسة	
119	تمهيد
119	8-1- مناقشة التساؤل الأول.
120	8-2- مناقشة التساؤل الثاني.
121	8-3- مناقشة التساؤل الثالث.
122	8-4- مناقشة التساؤل الرابع.
132-123	8-5- مناقشة التساؤل العام.
137-134	خاتمة.
	قائمة المصادر والمراجع.
	الملاحق.

شكر وتقدير

بداية أشكر الله تعالى الذي ألهمني الطموح وسدد خطاي وأعانني على إتمام هذا العمل

بعد أرفع آيات الشكر والامتنان للدكتور "محمد روبي" لتفضله بقبول الإشراف على هذا البحث فكان نورا له بتوجيهاته ونصائحه القيّمة وأنار لي الطريق في كل ما استصعب عليّ فجزاه الله خير جزاء .

كما يطيب لي أن أتقدم بوافي الشكر والتقدير إلى كل من ساهم في مساعدتي على إنجاز هذه المذكرة أخص بالذكر الأخصائي النفساني "عبد القادر" الذي كان محل الثقة والدعم والتوجيه من خلال المعلومات القيّمة.

وفي هذا المقام لا أنسى الأخصائية النفسانية "نعيمة" على كل جهد بذلته لإحاطتي بالتوجيهات والمعلومات القيّمة والمساندة فأتوجه لها بعظيم شكري لما قدمته لي.

كما أتقدم بخالص الشكر وفائق الاحترام إلى حالات الدراسة وأشكرهم على سعة صبرهم وتعاونهم معي رغم تعبهم.

أتقدم بالشكر والعرفان إلى كل أساتذتي اللذين نهلت من علمهم وفكرهم الكثير، وكذا أشكر أعضاء لجنة المناقشة الكرام على تفضلهم بمناقشة هذه الرسالة لتخرج أحسن حالا وإثرائها بآرائهم القيّمة.

وكما لا أنسى كل من مدّ لي يد العون في هذا العمل سواء بنصيحة أو انتقاد من قريب أو من بعيد، وكل من التمس لي العذر عن الأخطاء والهفوات والنقائص التي وردت دون قصد مني، فالشموّل أمر صعب والكمال لله وحده.

فهرس الجداول والأشكال:

الصفحة	العنوان	الرقم
الجدول		
76	وصف حالات الدراسة.	01
79	أبعاد اختبار قوة التحمل (La résilience).	02
82-81	علاقة العبارات بدرجة أبعاد اختبار قوة التحمل (La résilience)	03
82	علاقة الأبعاد بالدرجة الكلية لاختبار قوة التحمل (La résilience)	04
121	نتائج التساؤل الأول.	05
123	نتائج التساؤل الثاني.	06
124	نتائج التساؤل الثالث.	07
125	نتائج التساؤل الرابع.	08
الأشكال		
42	مراحل تسرطن الخلية.	01
57	علاقة قوة التحمل ببعض المفاهيم السيكلوجية الأخرى.	02
64	نموذج "بينر" لقوة التحمل	03
90	تكيم محاور المقابلة العيادية النصف موجهة للحالة الأولى.	04
91	مؤشرات ما بعد الصدمة للحالة الأولى.	05
95	تكيم محاور المقابلة العيادية النصف موجهة للحالة الثانية.	06
96	مؤشرات ما بعد الصدمة للحالة الثانية.	07
100	تكيم محاور المقابلة العيادية النصف موجهة للحالة الثالثة.	08
101	مؤشرات ما بعد الصدمة للحالة الثالثة.	09
105	تكيم محاور المقابلة العيادية النصف موجهة للحالة الرابعة.	10
106	مؤشرات ما بعد الصدمة للحالة الرابعة.	11
111	تكيم محاور المقابلة العيادية النصف موجهة للحالة الخامسة.	12

112	مؤشرات ما بعد الصدمة للحالة الخامسة.	13
113	مستوى قوة التحمّل (La résilience) للحالة الأولى.	14
114	مستوى قوة التحمّل (La résilience) للحالة الثانية.	15
115	مستوى قوة التحمّل (La résilience) للحالة الثالثة.	16
116	مستوى قوة التحمّل (La résilience) للحالة الرابعة.	17
117	مستوى قوة التحمّل (La résilience) للحالة الخامسة.	18
118	مستويات قوة التحمّل (La résilience) للحالات الخمسة.	19
139	النموذج الصحي للمرض	20

فهرس الرموز المختصرة:

الرمز	المصطلح
APA	الرابطة الامريكية للأطباء النفسانيين . American Psychiatric Assoiation.
DNA	الحمض النووي الريبوزي منقوص الأكسجين . Deoxyribo Nucleic Acid.
DSM	الدليل التشخيصي والاحصائي . Diagnostic and Statistical Manual.
EBV	فيروس ابثاشين-بار . Epstein-Barr Virus.
EMDR	الحركة الثنائية للعينين Eye Movemend Desensitization and Manual
HPV	فيروس الورم الحليمي البشري . Human Pappilloma Virus.
IRM	التصوير بالرنين المغناطيسي . Imagerie par Résonance Magenetigue.
OMS	منظمة الصحة العالمية . Organisation Mondiale de la Manté.
PTSD	اضطراب ضغط ما بعد الصدمة . Post Traumatic Stress Disorder.
TAT	اختبار تفهم الموضوع . Thematic Apperception Test.



مقدمة

مقدمة:

تُعدّ الأم رحم المجتمع الذي يجد فيه الأبناء المناخ الفطري الملائم الذي يترعرعون فيه، حيث قال رسول الله صلى الله عليه وسلم عن جبريل: «...أمك ثم أمك ثم أمك...» المؤسسة التربوية والاجتماعية الأهم والحضن الدافئ، فبدونها لا تكون أسرة وبغيابها تفتقد معاني الحب، الدفء والرعاية. وانطلاقاً من مقولة "جون بولين" (John bolin) «ليس هناك مكان مثل المنزل» والذي يقصد فيه الإشارة لدور الأسرة، وعلى وجه الخصوص "الأم" لما لها من دور فعّال. لذا فإنّ تعرّضها لأيّ نوع من الاضطرابات النفسية أو العصبية أو الجسدية يهزّ الكيان الأسري وبنائه بأكمله.

حيث في بعض الأحيان تتعرض الأم لصدمات نفسية ذات صدى كبير خاصة إذا ما أصيبت بمرض السرطان، فمثل هذا الحدث المفاجئ هو تهديد واختراق لجسدها فتستجيب بالخوف والذعر، حيث يجعلها تحت قيد مجموعة من الصراعات والاحباطات التي يتولد عنها احباط داخلي ممّا يزيد شعورها بالقلق والاكتئاب وبالتالي يؤثر على سلوكها سلبياً، في حين عملية التكيف مع الحالة الجديدة يتطلب من الأم طاقة نفسية كبيرة وعمل إرصادي مكثّف، فبمثل ما يُشكله حدث السرطان من اختراق في عضوية الأم تاركاً جسدها في وضعية ضعف وعجز في أداء وظائفها فهي تحمل المعنى نفسه في الجانب النفسي.

إلاّ أنّه وبمرور الوقت تستطيع الأم الرجوع إلى حالتها الطبيعية وتتجاوز تلك الصدمة مستخدمة بذلك قوتها في التحمّل.

وعلى هذا الأساس ارتأت الباحثة إلى ضرورة دراسة هذا الموضوع الهام والخطير في نفس الوقت إذا لم يتم أخذه بعين الاعتبار، وتمثل عنوان الدراسة في: المحتوى الصدمي لدى أمّهات مصابات بالسرطان دراسة عيادية مقارنة في ضوء متغيّر قوة التحمّل (La résilience).

حيث تتكون الدراسة الحالية من جانبين: جانب نظري وجانب تطبيقي، بعد التقديم للموضوع يتم عرض الجانب النظري في خمسة فصول كآتي:

تضمن الفصل الأول إشكالية الدراسة من خلال طرح مجموعة من الأسئلة، كما احتوى أهمية وأهداف الدراسة. بالإضافة إلى إعطاء تعريفات إجرائية لمتغيرات الدراسة، وكذا شمل هذا الفصل على بعض الدراسات السابقة التي تتعلق بأهم المفاهيم المتداولة في الدراسة.

الفصل الثاني: تم في هذا الفصل التطرق للخلفية النظرية للصدمة النفسية، حيث تناولت فيه الباحثة مفهوم الصدمة النفسية، ثم أنواعها وأعراضها وكذا مراحلها، بالإضافة إلى مختلف النظريات التي فسرتها وأخيرا تناول التشخيصي للصدمة النفسية حسب DSM₅.

الفصل الثالث: يدور حول السرطان، من حيث تعريفه وأنواعه والمراحل التي يتشكل من خلالها، كذلك العلامات والإنذارات الخاصة به وكذا العوامل المسببة له وعرض طرق تشخيصه وعلاجه وفي الأخير آثاره النفسية والتدخل النفسي.

الفصل الرابع: تناولت فيه الباحثة سيكولوجيا قوة التحمل (La résilience)، من حيث تعريفها وعلاقتها ببعض المفاهيم السيكولوجية الأخرى والعوامل المعززة له، وكذا مواصفات الشخصية المتمسمة بقوة التحمل، استراتيجيات بناء قوة التحمل وأخيرا النظريات المفسرة لقوة التحمل.

الفصل الخامس: تمحور حول صدمة السرطان وأثر قوة التحمل، وقد شمل العناصر التالية: السرطان كصدمة نفسية، نمط الحياة النفسية للمصدومين إثر مرض السرطان، الميكانيزمات التي يستعملها المصدومون إثر مرض السرطان والمراحل التي يمر بها المصدومون إثر مرض السرطان، بالإضافة إلى قوة التحمل لدى المصدومين إثر مرض السرطان.

أما الجانب التطبيقي فقد شمل ثلاثة فصول أساسية هي:

الفصل السادس: احتوى على منهجية الدراسة وإجراءاتها، حيث يضم منهج الدراسة والدراسة الاستطلاعية وكذا حالات الدراسة ومن ثم المجال الزمني والمكاني والبشري للدراسة كذلك أدوات الدراسة.

الفصل السابع: تضمن عرض وتحليل ومناقشة النتائج، بداية بعرض الحالات وتحليل مضمون المقابلات، ثم عرض نتائج اختبار قوة التحمل (La résilience).

الفصل الثامن: خصصته الباحثة لمناقشة تساؤلات الدراسة. وقد تضمن مناقشة التساؤل الثاني، مناقشة التساؤل الثالث، ثم مناقشة التساؤل الرابع ومناقشة التساؤل الخامس، وأخيرا مناقشة التساؤل الأول. بالإضافة إلى الاستنتاج العام وبعض الاقتراحات.



الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- 1-1- إشكالية الدراسة.
- 1-2- أهمية الدراسة.
- 1-3- أهداف الدراسة.
- 1-4- تحديد المفاهيم الأساسية.
- 1-5- الدراسات السابقة.

1-1- إشكالية الدراسة:

إنَّ المتتبع للتاريخ البشري يلاحظ ظهور مشاكل الصحة والمرض بظهور الإنسان، حيث أنّ هذا الأخير في العصور المظلمة كان يلجأ للسحر والشعوذة للتحكم في الظواهر المرضية التي تصيبه، كما استعمل طرق ووسائل علاجية بسيطة لعلاج مختلف الأمراض. وبتطور العلم والمعرفة الحسية ابتعد الفرد نوعاً ما عن هذه الممارسات واعتمد على التفكير العلمي للتحكم في الظواهر المرضية. إلاّ أنّه بعد الحرب العالمية الثانية نتيجة التطور الصناعي تعقدت الحياة الصحية للفرد ممّا أدى إلى نقشي الأمراض باختلاف تصنيفها: أمراض معدية، أمراض حادة، أمراض مزمنة. لعلّ أبرز هذه الأمراض مرض السرطان، حيث أنّ كلمة سرطان لها وقع كبير في نفوس الأفراد تشير إلى داء خطير لم يتمكن الأطباء منه، فهي مصدر قلق ورعب وكذا لها ارتباطات آلية بالمعاناة والألم والموت.

يُعدّ السرطان أحد أكبر مهددات حياة الإنسان في العصر الحديث، ليس فقط في خطورته وصعوبة الشفاء منه ولكن لزيادة معدلات المصابين به حيث يستطيع أن يصيب كل المراحل العمرية حتى الأجنة.

ففي عام (1976) عُقد في ألمانيا الغربية مؤتمر دولي حول السرطان حضره (53) طبيباً وقدموا حوالي (200) بحث حول السرطان. (قويدر، 2008: 09).

حيث تُشير الأبحاث حول السرطان أنّ (90%) من الإصابات السرطانية تُصيب خلايا الجسم والأنسجة المعرضة للعوامل الخارجية مثل (الجهاز الهضمي، الرئة والجلد) أو يُصيب الأجهزة التي تحيط بالغدد وتسمى هذه الإصابات في علم السرطان بالإصابات الكارسينوما (Carcinoma)، ونسبة (10%) من الإصابات السرطانية تظهر في الأنسجة العضوية الداعمة مثل (العظام، العضلات وخلايا الدم) وتسمى هذه الإصابات بالساركوما (Sarcoma) أي بالورم اللحمي. (قويدر، 2008: 10).

ومن الناحية النفسية عُقدت عدّة دراسات منها دراسة "علي حسين إبراهيم" (2003) حيث درس الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان على (150) مريضاً سعودياً ومثلهم أصحاب

باستخدام مقياس الحالة المزاجية لـ (Beak) واختبار (TAT)، فوجد أنّ مرضى السرطان أكثر اكتئابًا وقلقًا وخوفًا ووسواسًا قهريًا وعداوةً وذهانيةً من الأصحاء. كما وجد فروقًا بين أنواع السرطان المختلفة مما يدل على أنّ نوع السرطان يؤثر في الحالة النفسية.

وأجرى "سيك إيوم" وآخرون (Sick Eom et al) (2013) دراسة في كوريا الجنوبية، هدفت إلى معرفة كيفية ارتباط الدعم الاجتماعي المدرك بالاكتئاب ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان. تكونت عينة الدراسة من (1930) مريض بالسرطان. أظهرت نتائج الدراسة أنّ الأشخاص الذين لديهم دعم اجتماعي منخفض، لديهم نوعية حياة منخفضة وصحة عامة منخفضة. (الشقران والكركي، 2016: 96).

أيضا نجد دراسة "كاتز" وآخرون (Katz et al) (1995): كان الهدف منها التحقق من العلاقة بين تقدير الذات والاستجابة النفسية والاجتماعية للإصابة بالسرطان، وتبينت نتيجة الدراسة أنّ تقدير الذات هو متغير وسيط للنتائج النفسية الاجتماعية، ومصدر لتسهيل عملية التوافق من مرض السرطان وذلك نتيجة الآثار النفسية للمرض وعلاجه مثل: القلق والاكتئاب والعجز واليأس الذين يسببون الانتكاسة والموت ويقلل الاكتئاب من فرص البقاء على قيد الحياة وانخفاض تقدير الذات الذي له علاقة بصورة الجسد والشك بجدوى العلاج والمتابعة الطبية.

وفي نفس السياق نجد دراسة "ألتر كل" وآخرون (Alter CL. et al) (1996) تحت عنوان: التعرف على أعراض الانضغاط التابع لحادثة (PTSD) لدى مرضى السرطان، حيث هدفت الدراسة إلى معرفة مدى إصابة مرضى السرطان بأعراض الانضغاط التابع لحادثة مقارنة بأشخاص آخرين. وأظهرت النتائج أنّ نسبة إصابة مرضى السرطان بالانضغاط التابع لحادثة أعلى من مثيلتها لدى الأشخاص العاديين في المجتمع. (الحجار، د.ت: 73، 74).

الجدير بالذكر أنّ واقع المصابين بالسرطان يفيد أنّه إضافة إلى مرض العضال يعاني هؤلاء من اضطرابات نفسية أخرى، ويُلاحظ عليهم خاصة وجود صدمات نفسية جراء المرض.

فإذا كُنّا في مجال الحديث عن الصدمة النفسية فإنّ أكبر صدمة يمكن للإنسان أن يتلقاها هي تلك المواجهة المفاجئة مع الموت. فهذه المفاجأة تُزيل عن موته الشخصي فكرة التأجيل وتدفعه للتفكير باحتمال موته في أية لحظة أو ضمن فترة معينة من الزمن. (النابلسي، 1991: 15).

وبالنسبة لمرضى السرطان فإنهم يعيشون ضغط كبير عند تلقي خبر المرض، حيث لطريقة إعلام المريض بمرضه ليس بالأمر الهين فلها دور بالغ الأهمية في التخفيف من حدة الصدمة، على العكس إذا ما تم إخبارهم مباشرة بدون مراعاة ذلك الصدى لكلمة سرطان، مما يؤدي إلى ظهور صعوبات خطيرة وأمراض حادة وكذا عوارض زيادة محتملة في انتشار عوارض ما بعد الصدمة إذا لم يتم مراعاة ذلك.

إلا أنه من أجل مواجهة مثل تلك الصدمات، وكذا بغية التصدي والتقليل من آثارها يُظهر المصابون ما يسمى ب: «قوة التحمل» أو «المرونة النفسية» باختلاف درجاتها.

وبذلك تظهر المرونة النفسية كأحد المتغيرات الهامة في الشخصية من خلال القدرة العالية في التعامل مع المواقف الصعبة والمشكلات والضغوطات والصدمات التي يُواجهها الفرد بطريقة ناجحة، والقدرة على التعافي واستعادة الحيوية النفسية، والاحتفاظ بالسعادة والالتزان النفسي كل ذلك بهدف عملية التكيف. (الحمداني ومنوخ، 2013: 379).

حيث أشارت العديد من الدراسات كدراسة "لازاروس" (Lazarus) (1993)، ودراسة "بلوك" و"بلوك" (Blok et Blok) (1980)، ودراسة "بلوك" و"كريمين" (Blok et Kremen) (1996) إلى أنّ: المرونة النفسية تتميز بالقدرة على التعافي من الخبرات العاطفية السلبية والتكيف المرن مع المتطلبات المتغيرة والمستمرة للخبرات الضاغطة أو المرهقة، وأنّ الأفراد المرنين متفائلون ولديهم روح الدعابة وطريقة نشطة في الحياة، وحب الاستطلاع والانفتاح على الخبرات الجديدة، وتتميز بدرجة عالية من الانفعالات الإيجابية.

كما أظهرت دراسة "عبد الله" (2004) أنّ عدم مرونة الفرد سواءً في تعامله مع الآخرين أو في مواجهته لمواقف حياتية مختلفة تُشير إلى متاعب ومشكلات سواءً على صعيد الصحة النفسية أو العلاقات الاجتماعية، في حين أنّ المرونة في السلوك والتصرف يترك للشخصية حريتها ونموها السوي. (الحمداني ومنوخ، 2013: 379، 380).

مما تم طرحه سابقاً، فإنّ الدراسة الحالية تسلط الضوء فيها على شريحة الأمهات المصابات بالسرطان.

ومن خلال الدراسة الحالية ستحاول الباحثة الإجابة عن جميع التساؤلات التي طرحتها في إشكال بحثها والتي يمكن ذكرها فيما يلي:

التساؤل العام:

- ما مستوى الصدمة النفسية لدى الأمهات المصابات بالسرطان؟

التساؤلات الفرعية:

1- ما مستوى قوة التحمل (La résilience) لدى الأمهات المصابات بالسرطان؟

2- هل تختلف شدة الصدمة النفسية لدى الأمهات المصابات بالسرطان باختلاف مستوى قوة التحمل (La résilience)؟

3- هل تختلف شدة الذكريات الصادمة لدى الأمهات المصابات بالسرطان باختلاف مستوى قوة التحمل (La résilience)؟

4- هل تختلف القدرة على التحكم في السلوك ما بعد الصدمة لدى الأمهات المصابات بالسرطان يختلف باختلاف مستوى قوة التحمل (La résilience)؟

1-2- أهمية الدراسة:

تتضح أهمية الدراسة الحالية في تسليطها الضوء على موضوع حيوي وهام، يمس كل فرد وكل أسرة مُتمحورًا حول الأم لما لها من دور فعّال لا يستهان به في تقويم سلوك الأبناء، ويمكن عرضها في النقاط التالية:

- تتناول الدراسة الحالية أحد الموضوعات البحثية المهمة في ظل انتشار العديد من الضغوطات وأحداث الحياة المولدة للصدمة.

- كما تعتبر الدراسة الحالية من الدراسات الأوائل التي تناولت موضوع قوة التحمل (La résilience) لدى الأمهات المصابات بالسرطان (في حدود علم الباحثة).

- حيث ستفيد هذه الدراسة المتخصصين والمهتمين في هذا المجال سواءً في المراكز العلمية والجامعية والمستشفيات والمؤسسات ذات العلاقة من أجل الاستعادة وتقديم الخدمات النفسية لزيادة قوة التحمل (La résilience) لدى مرضى السرطان.

- من خلال ما سوف تخلص إليه الدراسة الحالية من نتائج وتوصيات من المؤهل أن تسهم في التغلب على التأثير السلبي للصدمة النفسية لهذه الشريحة.

1-3- أهداف الدراسة:

تتمثل أهداف الدراسة فيما يلي:

- معرفة مستوى الصدمة النفسية لدى الأمهات المصابات بالسرطان.
- معرفة مستوى قوة التحمل (La résilience) لدى الأمهات المصابات بالسرطان.
- الكشف عما إذا كان هناك اختلاف في شدة الصدمة النفسية لدى الأمهات المصابات بالسرطان باختلاف مستوى قوة التحمل (La résilience).
- الكشف عما إذا كان هناك اختلاف في شدة الذكريات الصادمة لدى الأمهات المصابات بالسرطان باختلاف مستوى قوة التحمل (La résilience).
- الكشف عما إذا كان هناك اختلاف في القدرة على التحكم في السلوك ما بعد الصدمة لدى الأمهات المصابات بالسرطان يختلف باختلاف قوة التحمل (La résilience).

1-4- تحديد المفاهيم الأساسية:

1-4-1- الصدمة النفسية:

هي حدث في حياة الشخص يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجد فيه الشخص نفسه غير قادر على الاستجابة الملائمة له بما يثيره في التنظيم النفسي من اضطراب وآثار دافعة ومولدة للمرض. (لابالانش وبونتاليس، 1985: 300).

وتعرفها الباحثة إجرائياً: هي كل حدث أو تجربة في حياة الأم المصابة بالسرطان تتسم بالفجائية، وتكون مهددة لحياتها تؤدي إلى إحداث عجز وعدم إيجاد استجابة ملائمة له.

1-4-2- قوة التحمل (La résilience):

حسب (APA) فإنّ قوة التحمل هي: عملية جيّدة التكيّف لمواجهة الشدائد والصدمات والمآسي والتهديدات أو حتى المصادر المهمة من الضغوط مثل المشكلات العائلية والاجتماعية والمشاكل الصحية الخطيرة أو الضغوط المالية وأماكن العمل، إنّها تعني الارتداد إلى الحالة السوية من الخبرات الصعبة. (الزهيري، 2012: 26).

وتعرفها الباحثة إجرائياً: هي استعداد الأم المصابة بالسرطان وقدرتها على التكيّف والتفاعل الإيجابي مع مرضها، التي تنعكس على استجاباتها السلوكية وعلاقاتها الاجتماعية والتي تتضمن التفاوض، الصلابة، تعدد المصادر والإرادة.

وللإشارة فإنّ مصطلح "قوة التحمل" نفسه مصطلح "المرونة النفسية" فهما يؤديان إلى نفس المعنى، إنّما يكمن الاختلاف فقط في ترجمة مصطلح (La résilience).

ولأغراض الدراسة هي: الدرجة التي تحصل عليها الأم المصابة بالسرطان (المستجيبة) من خلال إجابتها على فقرات اختبار قوة التحمل (La résilience) لكونر ودافيدسون (Connor and Davidson) (2003).

1-5- الدراسات السابقة:

فيما يلي عرض للأطر النظرية التي تناولت متغيرات الدراسة مرتبة من الأحدث إلى الأقدم، وكذا تم تصنيفها إلى:

- دراسات تناولت الصدمة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات.

- دراسات تناولت قوة التحمل (La résilience) وعلاقتها ببعض المتغيرات.

1-5-1- دراسات تناولت الصدمة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات:

- دراسة ناجي (2015)، بعنوان: مساهمة تقنية الـ EMDR في التخفيف من حدة الصدمات النفسية (دراسة حالة)، هدفت الدراسة إلى محاولة الكشف عن تقنية حديثة في علاج الصدمات النفسية، اعتمد الباحث على حالتين من كلا الجنسين تتراوح أعمارهم ما بين 32 و51 سنة، باستخدام المنهج العيادي، تمثلت أدوات الدراسة في: المقابلة، الملاحظة، اختبار دافيدسون للكشف عن الـ PTSD، وتطبيق تقنية الـ EMDR. كشفت نتائج الدراسة على:

- تحسن ملحوظ للحالتين، كما بينه سلم VOC وسلم SUD مما يوضح التخلص من آثار الحادث الصدمي ومعالجة الأهداف المرجوة.

- التنبؤ بنتائج أكثر إيجابية.

- دراسة مصطفى (2013)، بعنوان: إرسان التصورات الصدمية عند المعاقين حركيا من جراء حوادث المرور دراسة ميدانية إسقاطية لخمسة حالات من خلال اختبار T.A.T، هدفت الدراسة إلى محاولة التوصل إلى فهم نفسية المعاق من خلال معرفة السياقات الدفاعية التي يستعملها المعاق حركيا إعاقة مكتسبة والتي تحقق له الإرسان النفسي، تمثلت مجموعة البحث في (05) حالات، تم الاعتماد على المنهج العيادي باستخدام المقابلة العيادية واختبار T.A.T. دلت نتائج الدراسة:

- عدم تحقق الفرضية مع جميع الحالات والمتمثلة في: السياقات الدفاعية التي يستعملها أنا المعاق حركيا إعاقة مكتسبة والتي تمكنه من استرجاع عملية الإرسان النفسي وتسمح له بتقبل الإعاقة.

- دراسة الشيخ (2012)، بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي فردي في التخفيف من أعراض الصدمة النفسية الناتجة عن إساءة المعاملة الجنسية لدى الأطفال من خلال دراسة حالة، هدفت الدراسة إلى تعرف فاعلية البرنامج الإرشادي الفردي في التخفيف من أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة من النوع المتأخر عند طفلة تبلغ من العمر (10) سنوات تعرضت لاستغلال جنسي في سن السادسة، تمثلت مجموعة البحث في حالة واحدة، استخدمت الباحثة منهج دراسة الحالة

وكذا المنهج التجريبي، بالاعتماد على أدوات الدراسة المتمثلة في مقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة النفسية من إعداد الباحثة سابقا ومقياس PTSD من إعداد الباحثة وكذا البرنامج الإرشادي المتبع من إعداد الباحثة. خلصت الدراسة إلى:

- تبين أن أكثر الأعراض شدة التي ظهرت على الحالة موضوع الدراسة الأعراض الاقتحامية، أعراض الاستثارة، وهي من الأعراض الأساسية، أما مشاعر الذنب فتعد من الأعراض الثانوية المصاحبة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة.

- **دراسة سالمى (د.ت.)**، بعنوان: فقدان التوازن النفسي وعدم القدرة على إرسان الأحداث الصدمية دراسة عيادية لست حالات من خلال المقابلة ورائز تفهم الموضوع، هدفت الدراسة إلى معرفة كيفية تعامل الجهاز النفسي مع الأحداث الصدمية، تمثلت مجموعة البحث في (06) حالات يتراوح سنهم ما بين (25) سنة و (50) سنة، اعتمدت الباحثة على المنهج العيادي، واستخدمت المقابلة العيادية وكذا رايئر تفهم الموضوع TAT. من خلال نتائج الدراسة اتضح أن:

- خمس (05) حالات من ستة (06) يعانون من فقدان التوازن النفسي راجع لعدم القدرة على إرسان التصورات الصدمية. في حين الحالة السادسة تمكن المفحوص من الخروج من دائرة فقدان التوازن النفسي وبالتالي استرجع قدرته الإرصانية والدفاعية.

- **دراسة يوب (2011)**. بعنوان: الاستجابات الصدمية لدى الشباب المخفق في الهجرة السرية "الحرقة"، هدفت الدراسة إلى معرفة حدة الإجهاد ما بعد الصدمي للشباب الفاشلين في الهجرة السرية. تكونت مجموعة البحث من (06) حالات ذكور تتراوح أعمارهم ما بين (24) سنة و (34) سنة. اعتمد الباحث على منهج دراسة الحالة واستخدم الباحث المقابلة نصف موجهة، اختبار أو سلم Traumatic. توصلت الدراسة إلى:

- تحقق الفرضية: إخفاق الشباب في الهجرة السرية تولد لديهم جملة من الأعراض الصدمية لدى جميع حالات البحث.

- يعاني الشباب الفاشل (الأفراد الستة) في الهجرة السرية من آثار صدمية على المستوى النفسي.

- يعاني الشباب الفاشل (الأفراد الستة) في الهجرة السرية من آثار صدمية على المستوى الجسمي.

- يعاني الشباب الفاشل (الأفراد الستة) في الهجرة السرية من آثار صدمية على المستوى الاجتماعي.

- دراسة زكراوي (2011). بعنوان: البعد الثقافي للصدمة النفسية "صدمة اغتصاب المرأة في المجتمع الجزائري -نموذجاً-"، هدفت الدراسة إلى: تبيان ضرورة دراسة هذه الظاهرة "الاغتصاب" لارتباطها بمتغيرات مختلفة تتعلق بالضحية، الأسرة والمجتمع. يضم مجتمع الدراسة (03) حالات، بالاعتماد على المنهج الاكثينيكي، حيث تمثلت أداة الدراسة في المقابلة. توصلت الدراسة إلى:

- يؤدي اغتصاب المرأة إلى معاناتها من اضطراب الضغوط التالية للصدمة أو ما يعرف ب: PTSD.

- تعاني المرأة المغتصبة من إعادة معاشتها للحدث الصدمي "الاغتصاب" في شكل أحلام وكوابيس متكررة "تتأذر التكرار".

- تعاني المرأة المغتصبة من أعراض وسلوكات تجنبية لكل ما يذكرها بالحدث الصدمي "تتأذر التجنب".

- تعاني المرأة المغتصبة من أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبه (التتأذر العصبي الاعاشي).

- دراسة قويدر (2008). بعنوان: الخوف من سرطان الدم وعلاقته بالصدمة النفسية، هدفت الدراسة إلى تحديد إمكانية وجود علاقة بين الخوف من السرطان وشدة الصدمة النفسية. تألفت عينة البحث من (72) فرداً (36) فرداً مصاباً بسرطان الدم ((18) ذكور، (18) إناث) و (36) فرداً غير مصابين بالسرطان ((18) ذكور، (18) إناث). استخدمت الباحثة المنهج الوصفي تمثلت أدوات الدراسة في مقياس الخوف من السرطان لأحمد عبد الخالق واختبار لقياس شدة الصدمة النفسية من إعداد الباحثة. خلصت الدراسة إلى:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية ما بين الخوف من السرطان وشدة الصدمة النفسية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية الأشخاص غير المصابين بالسرطان والأشخاص المصابين بسرطان الدم في الخوف من السرطان.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية ما بين الذكور والإناث المصابين بمرض السرطان على مقياس الخوف من السرطان.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية ما بين الذكور والإناث غير المصابين بمرض السرطان على مقياس الخوف من السرطان.

- دراسة حسنين (2004). بعنوان: الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل، هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية ومعرفة دور المساندة الأسرية في حماية الطفل كي يتمتع بصحة نفسية جيدة، تكونت عينة الدراسة من (450) طفلا وطفلة من تلامذة الصف السادس الأساسي (وكالة وحكومة) ممن تتراوح أعمارهم بين (10-12) سنة باستخدام المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الباحثة مقياس الخبرات الصادمة ومقياس اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة PTSD لفريدريك باينوس ونادر 1992 ومقياس المساندة الأسرية للباحثة د. فيفان خميس وكذا اختبار العصاب بالإضافة إلى اختبار روتر للوالدين. أسفرت الدراسة:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة قليلة والأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة كثيرة بالنسبة لمستوى الصحة النفسية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة قليلة والأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة قليلة بالنسبة للعصاب.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الذين تلقوا مساندة ودعمًا أسريًا قليلًا والأطفال الذين تلقوا دعمًا أسريًا كبيرًا بالنسبة لمستوى الصحة النفسية.

1-5-2- دراسات تناولت قوة التحمل (La résilience) وعلاقتها ببعض المتغيرات:

- دراسة الحويان وداود (2015)، بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج باللعب في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية والمرونة النفسية لدى الأطفال المساء إليهم جسديًا. هدفت الدراسة إلى استقصاء فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج باللعب في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية والمرونة النفسية لدى الأطفال المساء إليهم جسديًا، تكون أفراد الدراسة من (06)

أطفال مساء إليهم جسدياً بمؤسسة الحسين الاجتماعية في مدينة عمان، تم استخدام منهج دراسة الحالة الفردية، بالاعتماد على مقياس المهارات الاجتماعية ومقياس المرونة، كما تم بناء برنامج إرشادي قائم على اللعب مكون من (10) جلسات لعب فردي و(05) جلسات إرشاد جمعي للأطفال الستة معاً. حيث أظهرت النتائج:

- أن هناك تحسناً ظهر على كل فرد من أفراد الدراسة في مستوى المهارات الاجتماعية والمرونة النفسية نتيجة المشاركة في البرنامج الإرشادي.

- دراسة علي (2014)، بعنوان: مستويات المنعة النفسية لدى خريجي دور الأيتام وعلاقتها بالتكيف الأكاديمي والتحصيل الأكاديمي. هدفت الدراسة إلى التحقق من مستويات المنعة النفسية وعلاقتها بالتكيف الأكاديمي والتحصيل الدراسي، تكونت عينة الدراسة من (195) طالباً جامعياً أو بمستوى الدبلوم أو التدريب المهني. تم الاعتماد على المنهج المقارن حيث استخدم الباحث مقياس المنعة النفسية لكونر ودافيدسون (2003) ومقياس التكيف الأكاديمي. خلصت الدراسة إلى:

- وجود مستويات مرتفعة من المنعة النفسية لدى عينة الأيتام، كما تبين أن منعتهم النفسية تتنبأ بالتكيف الأكاديمي والتحصيل.

- دراسة الحمداني ومنوخ (2013)، بعنوان: مستوى المرونة النفسية لدى طلبة المرحلة الإعدادية وعلاقتها بالجنس والتخصص. هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى المرونة النفسية وكذلك الكشف عن دلالة الفروق الإحصائية في مستوى المرونة النفسية وفقاً لمتغيري الجنس (ذكور، إناث) والتخصص (علمي، أدبي)، وقد بلغت عينة الدراسة (300) طالباً وطالبة من ثانويات محافظة صلاح الدين/قضاء تكريت، اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي وطبقت مقياس المرونة النفسية الذي أعده قداوي (2012). وقد أظهرت النتائج:

- أن طلبة المرحلة الإعدادية يعانون من ضعف في مستوى المرونة النفسية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من الذكور والإناث في مستوى المرونة.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين التخصصات (علمي-أدبي) ولصالح التخصص الأدبي.

- دراسة شقورة (2012)، بعنوان: المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة. هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المرونة النفسية والرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة، تكونت عينة الدراسة من (600) طالب وطالبة من طلبة الجامعات الثلاث (الأزهر، الأقصى، الإسلامية). استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، تم الاعتماد على استبانة المرونة النفسية من إعداد الباحث، ومقياس الرضا عن الحياة من إعداد مجدي الدسوقي، وأهم ما خلصت إليه الدراسة:
- وجود مستوى فوق المتوسط لكل من المرونة النفسية والرضا عن الحياة، حيث بلغ الوزن النسبي للمرونة النفسية (77,17) والوزن النسبي للرضا عن الحياة (73,64).
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المرونة النفسية والرضا عن الحياة.
- بالنسبة للفروق في المرونة النفسية تبعاً للجنس أوضحت نتائج الدراسة وجود فروق جميع أبعاد المرونة النفسية لصالح الطلاب، بينما لم تكن الفروق دالة في البعد الاجتماعي.
- دراسة الزهيري (2012)، بعنوان: المرونة النفسية وعلاقتها بأهداف الحياة الضاغطة لدى طلبة الجامعة. هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين المرونة النفسية وأحداث الحياة الضاغطة لدى طلبة الجامعة، تمثلت عينة الدراسة في (476) طالب وطالبة من جامعة ديالي، اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي. حيث أعدت الباحثة مقياس المرونة النفسية وتبنت مقياس أحداث الحياة الضاغطة المعد من قبل السلطان (2008)، ومن بين ما توصلت إليه النتائج:
- تتصف عينة الدراسة بمستوى مرتفع من المرونة النفسية.
- لا توجد فروق في مستوى المرونة النفسية بحسب متغير الجنس (ذكور-إناث) والتخصص (علمي-إنساني) والصف (أول-ثاني-ثالث-رابع).
- توجد علاقة سالبة بين المرونة النفسية وأحداث الحياة الضاغطة لدى عينة البحث.
- دراسة التميمي (2012)، بعنوان: تأثير أسلوب النمذجة لتنمية المرونة النفسية لدى طالبات المرحلة الإعدادية. هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير أسلوب النمذجة لتنمية المرونة النفسية لدى طالبات الصف الخامس الإعدادي، بلغت عينة الدراسة (20) طالبة موزعة إلى مجموعتين:

المجموعة التجريبية (10) طالبات والمجموعة الضابطة (10) طالبات، استخدمت الباحثة على المنهج التجريبي، حيث اعتمدت على مقياس المرونة النفسية لآل غزال كما استخدمت برنامج إرشادي (أسلوب النمذجة) على المجموعة التجريبية فقط. وقد أظهرت النتائج:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,05) في تنمية المرونة النفسية بين مجموعتي الدراسة ولصالح المجموعة التجريبية.

- دراسة آل غزال (2008)، بعنوان: التشاؤم الدفاعي وعلاقته بالمرونة النفسية لدى طلبة الجامعة. هدفت الدراسة إلى إيجاد العلاقة الارتباطية بين التشاؤم الدفاعي والمرونة النفسية لدى طلبة الجامعة، بلغت عينة الدراسة (500) طالب وطالبة من جامعة بغداد والجامعة المستنصرية، اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي، حيث قامت ببناء مقياسين أحدهما لقياس التشاؤم الدفاعي والآخر لقياس المرونة النفسية. وقد أسفرت الدراسة إلى:

- تمتع طلبة الجامعة بمستوى عال من المرونة النفسية.

التعليق على الدراسات السابقة:

بعد التطرق لمجموعة من الدراسات السابقة يمكن إجمال الملاحظات التالية:

أولاً: أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

• من حيث نوع العينة:

أ/ الدراسات السابقة التي تناولت الصدمة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات:

هناك تباين من حيث نوع العينة، فهناك دراسات كانت مفردات عيبتها ذكور فقط كدراسة مصطفى (2013) ودراسة الشيخ (2012) وكذا دراسة سالمى (د.ت) بالإضافة إلى دراسة يوب (2011) إلا أن دراسة زكراوي (2011) فكانت حالاتها إناث وقد اتفقت مع الدراسة الحالية. أما بقية الدراسات فقد اعتمدت على كلا الجنسين كدراسة ناجي (2015) ودراسة قويدر (2008) بالإضافة إلى دراسة حسنين (2004).

من ناحية أخرى اختلفت الدراسات في تناول العيّنة من حيث الفئة العمرية (أطفال، شباب) مثل دراسة الشيخ (2012) ودراسة حسنين (2004) اللتين تناولتا فئة الأطفال، في حين باقى الدراسات تناولت فئة الشباب.

من حيث الصحة الجسدية والمرض في كل من دراسة مصطفى (2013) التي تناولت فئة المعاقين حركيا ودراسة قويدر (2008) التي تناولت فئة المصابين بالسرطان وغير المصابين وقد اشتركت مع الدراسة الحالية في فئة المصابين بالسرطان.

ب/ الدراسات التي تناولت قوة التحمل وعلاقتها ببعض المتغيرات:

عند مقارنة عيّنة الدراسات السابقة التي تم التطرق إليها يتبين أنّ كل الدراسات شملت الطلبة في كل من دراسة علي (2014)، دراسة الحمداني ومنوخ (2013)، دراسة شاقورة (2012)، دراسة الزهيري (2012)، دراسة التميمي (2012) ودراسة آل غزال (2008) ماعدا دراسة الحويان وداود (2015) فتناولت أطفالا. في حين أنّ الدراسة الحالية تناولت فئة الأمهات المصابات بالسرطان.

• فيما يتعلق بالمنهج:

أ/ الدراسات السابقة التي تناولت الصدمة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات:

اعتمدت معظم الدراسات السابقة على المنهج العيادي كدراسة ناجي (2015)، دراسة مصطفى (2013)، دراسة زكراوي (2011) وكذا دراسة سالمى (د.ت). في حين أنّ كل من دراسة الشيخ (2012) ودراسة يوب (2011) استعملتا منهج دراسة الحالة حيث اتفقتا مع الدراسة الحالية على نفس المنهج، بالإضافة إلى دراسة الشيخ (2012) التي اعتمدت على المنهج التجريبي مع منهج ودراسة الحالة دراسة قويدر (2008) التي استخدمت المنهج الوصفي كذلك دراسة حسنين (2004) التي اعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي.

ب/ الدراسات التي تناولت قوة التحمل وعلاقتها ببعض المتغيرات:

اختلفت الدراسات السابقة عن الدراسة الحالية في منهج الدراسة، حيث أنّ معظم الدراسات تناولت المنهج الوصفي كدراسة الحمداني ومنوخ (2013) ودراسة الزهيري (2012) كما استخدم المنهج الوصفي التحليلي في كل من دراسة شقورة (2012) ودراسة آل غزال (2008)، في حين

اتفقت دراسة الحويان وداود (2015) مع الدراسة الحالية في استخدام منهج دراسة الحالة. إلا أنّ دراسة علي (2014) فقد اعتمدت على المنهج المقارن.

• أما عن أدوات الدراسة:

أ/ الدراسات السابقة التي تناولت الصدمة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات:

اختلفت الدراسات من حيث أدوات البحث، هناك دراسات اعتمدت على مقاييس واختبارات كما هو الحال في دراسة الشيخ (2012) استخدم مقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ومقياس (PTSD) بالإضافة إلى البرنامج الإرشادي من إعداد الباحثة ودراسة حسنين (2004) تبنت مقياس ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، وكذا دراسة يوب (2011) اعتمدت اختبار أو سلم Traumac، بالإضافة إلى دراسة قويدر (2008) تناولت اختبار لقياس شدة الصدمة من إعداد الباحثة. في حين نجد كل من دراسة مصطفى (2013) ودراسة سالمى (د.ت) استخدمتا المقابلة واختبار (TAT) وكذا دراسة ناجي (2015) اعتمدت على المقابلة، الملاحظة، اختبار دافيدسون للكشف عن (PTSD) ودراسة زكراوي (2011) استخدمت المقابلة. أما الدراسة الحالية فقد تناولت الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية النصف موجهة.

ب/ الدراسات التي تناولت قوة التحمل وعلاقتها ببعض المتغيرات:

تباينت الدراسات في استخدام الأدوات المناسبة لجمع بياناتها، بعض الدراسات استخدمت مقاييس جاهزة كما في دراسة الحويان وداود (2014)، دراسة علي (2014) ودراسة الحمداني ومنوخ (2013) بالإضافة إلى دراسة التميمي (2012). بيد أنّ في دراسات أخرى قام الباحثون ببناء مقاييس تتناسب وأهداف بحثهم مثل دراسة الزهيري (2012) ودراسة شقورة (2012) كذلك بالنسبة لدراسة آل غزال (2008). وقد اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة علي (2014) في تبني نفس الاختبار إلا أنّ الترجمة والتكييف يختلفان.

ثانياً: أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

حيث استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في اختيار أدوات الدراسة. واختيار منهج الدراسة والمتمثل في منهج دراسة الحالة. وكذا الاطلاع على النتائج السابقة المتوصل إليها من خلال هذه الدراسات.

الفصل الثاني

سيكولوجية الصدمة النفسية

تمهيد.

2-1- مفهوم الصدمة النفسية.

2-2- أنواع الصدمة النفسية.

2-3- أعراض الصدمة النفسية.

2-4- مراحل الصدمة النفسية.

2-5- النظريات المفسرة للصدمة النفسية.

2-6- تناول التشخيصي DSM₅ للصدمة النفسية.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

لكل فرد في المجتمع قدرة خاصة على تحقيق التكيف وتحمل كل ما يطراً عليه من تغيرات وأحداث جديدة، بيد أنه في بعض الأحيان قد تستنفذ هذه الطاقة أو القدرة خاصة إذا واجه الشخص تهديداً بانتهاء حياته أو تعرّض لخطر أو ألمٍ بغيره أمام عينيه، بحيث ينزع الستار عن فكرة موته المؤجلة فيظهر لنا ما يسمى بـ: «الصدمة النفسية».

وفي هذا الفصل سنتناول الباحثة مفهوم الصدمة النفسية، ثم أنواعها وكذا تبيان أعراضها، وبعد ذلك تعرض مراحلها بالإضافة إلى طرح مختلف النظريات التي فسرت الصدمة النفسية، وفي الأخير تُعرّج على التناول التشخيصي للصدمة النفسية حسب (DSM5).

2-1- مفهوم الصدمة النفسية:

تشتق كلمة الصدمة في اللغة العربية من الفعل: صدم، يصدم، صدما: ضرب جسمه/ أصاب. والصدمة: الضربة. (فرحات، 2004: 326).

مصطلح "Trauma" بمعنى الصدمة النفسية أو الرضخ، جمع صدمات نفسية "Traumata" مأخوذ من اليونانية القديمة ويعني: "الجرح" أو "الإصابة". (سلمان، 2015: 06).

من مرادفاتها بالفرنسية "Traumatisme" المخصصة على الأدق للحديث على الآثار التي يتركها جرح ناتج عن عنف خارجي.

حسب فرويد "Freud": نطلق تسمية صدمة على تجربة معاشة تحمل معها للحياة النفسية، ومن خلال وقت قصير نسبياً زيادة كبيرة جداً في الإثارة، لدرجة أن تصفيتها أو إرصانها بالوسائل السوية والمألوفة تنتهي بالفشل، مما يجر معه لا محالة اضطرابات دائمة في قيام الطاقة الحيوية بوظيفتها. (لابالانش وبونتاليس، 1985: 300).

يرى فرانزي "Ferenczi" (1982) أنّ الصدمة تتضمن انهيار الشعور بالذات، والقدرة على المقاومة والسلوك والتفكير في الدفاع عن النفس، أو أنّ الأعضاء التي تضمن الحفاظ عن الذات تضحل أو تقلل من وظيفتها إلى أقصى حد ممكن.

يعتبر دياتكين "Diatkine" (1982) الصدمة النفسية أنّها: الأثر الناتج عن إثارة عنيفة، تظهر في ظرف لا تكون فيه النفس في مستوى القدرة على خفض التوتر الناتج، وذلك إما لرد فعل انفعالي مفاجئ أو لعدم قدرة النفس على القيام بإرصاد عقلي كاف.

تعريف بابازيان "Papazian" (1992): يتضمن مفهوم الصدمة النفسية حسبه فكرة وجود فجوة ناتجة عن صدمة خارجية، تؤدي إلى بتر التوازن النفسي الداخلي، سواء كان ذلك راجعا لقوة الصدمة، أو لضعف نفسي للفرد، وهو ما يسمى بالاستعداد حيث يستجيب الفرد بالذعر والفرع. (سي موسي وزقار، 2015: 48، 48).

في حين يرى "بيار مارتي" (P.Marty) أنّ الصدمة تكمن في الأثر العاطفي على الفرد لوضعية خارجية ممتدة نسبيا أو لحدث خارجي يمس التنظيم العملي في نقطة تطويرية-أثناء مرحلة النمو-أو في التنظيم الأكثر تطورا عند لحظة الصدمة. (مصطفاي، 2013: 17).

أما لاكان "Lacan" فهو يرى أنّ الصدمة النفسية هي مواجهة عنيفة بين الفرد والواقع الصدمي وترتكز حسب تفسيره على:

- الواقع: الحدث الصدمي.

- الخيال: مصير الصدمة في الخيال.

- الرمزية: تجمع بين البعدين السابقين من خلال اللغة والإخفاق في الفعل. (زكراوي، 2011: 95).

وكذا الصدمة النفسية في (DSM₄) تركز على استجابة الشخص لها: أن تكون استجابة الشخص قد تضمنت الخوف الشديد أو العجز أو الترويع. (جمعية الطب النفسي الأمريكية، 2004: 115).

وفي (DSM5) تحمل معنيين هما:

- التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، أو لإصابة خطيرة أو العنف الجسدي. (الحمادي، 2014: 112).
- أن يكون الشخص قد خبر أو شهد أو واجه حادث أو حوادث تضمنت موتاً فعلياً أو تهديداً بالموت أو أذى خطيراً، أو تهديد السلامة الجسدية للذات أو الآخرين. (الحمادي، 2014: 114).

من خلال عرض الباحثة للتعريف السابقة تلاحظ أنّ مدلول الصدمة النفسية يتشابه في مختلف التعاريف السابقة الذكر رغم اختلاف التوجهات وكذا التباين في التسميات، فتجد المنحى التحليلي يطلق عليها مصطلح: «العصاب الصدمي»، أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي فشير إليها ب: «اضطراب الضغط ما بعد الصدمة». وقد اتفقت التعاريف على أنّ الصدمة هي تلك الحادث المفاجئ أو التجربة المفاجئة الخارجة عن نطاق خبرات الإنسان المألوفة.

2-2- أنواع الصدمة النفسية:

يمكن تقسيم أنواع الصدمة إلى نوعين أساسيين كالتالي:

2-2-1- الصدمات الرئيسية:

تتمثل في الخبرات الجلية في حياة أي فرد تصادفه باكراً، وتكون لها آثار نفسية حاسمة لا يمكن أن تستحدثها أي صدمة أخرى وهي أنواع:

2-2-1-1- صدمة الميلاد:

تعتبر الولادة أول وضعية خطيرة يعيشها الإنسان والتي تصبح قاعدة لكل قلق فيما بعد، لذا تعتبر صدمة الميلاد صدمة، ولعل أشهر من تحدث عن صدمة الميلاد هو "أوتورانك" (Otto Rank) في كتابه «Le traumatism de la naissance» سنة (1923)

حيث اعتبر أنّ الميلاد حدث تهتز له نفس الطفل ويصيبها منه القلق الشديد الذي يكون أصل القلق لاحقاً.

واعتبرها النموذج الأولي أو نواة لكل عصاب، وأنّ الصدمة النفسية تُنشّط مباشرة القلق البدائي وتسبب العصاب الصدمي حيث يعمل خطر الموت الخارجي على إثارة التحقيق العاطفي لذكرى الميلاد التي لم تتحقق لحد الآن لا شعورياً. (Otto Rank , 1976: 10).

2-2-1-2- صدمة الفطام:

يتعاقب الإشباع والإحباط عند الطفل منذ ولادته، فعلاقة الرضيع بالثدي كموضوع جيّد تعقبها علاقته به كموضوع سيء وكرهه أثناء الفطام، وهكذا تتراوح مواقف الرضيع من المواضيع إذ يرسم صورة هوائية تجعل هذه المواضيع سيئة أو جيّدة، وقد لا ترتبط هذه الصورة فعلاً بحقيقتها ومن هنا ينبع القلق والعصاب.

كما ترى "ميلاني كلاين" أنّ الأم هي ميدان زراعة الطفل، فهي تُؤمّن له التغذية والعلاقة مع العالم الخارجي، وهي في نفس الوقت منبع كل أنواع الهجر، فهي تسهم في صدمة الولادة وصدمة الفطام. ومبدأ "ميلاني كلاين" هو الإنشطار بين الهوام والواقع وبين الموضوع الجيّد والسيء والقلق والعدوانية. (عبد القادر والنايلسي، 2002: 424).

2-2-1-3- صدمة البلوغ:

يذهب بعض العلماء إلى القول بأنّ صدمة البلوغ تضاهي صدمة الميلاد أثراً، فالمعروف أنّ الطفل في البلوغ يشهد تغيّرات في جسمه ويحس بمشاعر لم تكن من قبل، ويقوم بتصرفات يحس إزاءها بأنّه مختلف تماماً. وربما تكون له في هذه المرحلة من نموه استجابات تكون لها تأثيرات مهمّة على حياته النفسية وتظل معه بقية عمره. (Sillamy, 1996: 212).

2-2-2- صدمات الحياة:

وهي التجارب التي يمر بها الفرد أو الأحداث التي يتعرض لها سواءً كانت بسيطة أو عنيفة وإن كانت كذلك فتسبب له صدمة نفسية وهي أنواع:

2-2-2-1- صدمة الطفولة:

صدمة الطفولة قد تكون أحداث مؤلمة منفردة من النوع الذي يستغرق حدوثها وقتاً قصيراً، كالعلاقات الجراحية التي تجرى للطفل دون إعدادة نفسياً، أو الاعتداءات الجنسية على الطفل أو موت أحد الوالدين أو كليهما فجائياً أو اختفاؤه، وقد تكون أحداث طويلة الأمد استغرقت بعض الوقت ك انفصال الوالدين وشذوذ العلاقات الأسرية أو المعاملة القاسية التي يتلقاها الطفل من بيئته ويرى "فرويد" (Freud) أنّ كل الأمراض منشؤها صدمات طفولية.

2-2-2-2- صدمة ناتجة عن معايشة حدث صدمي:

وهي ناتجة عن أحداث عنيفة طبيعية خارجة عن نطاق الفرد كالفيضانات والزلازل ومختلف الكوارث الطبيعية، كما قد تكون بفعل الإنسان كالحروب وحوادث المرور وغيرها.

2-2-2-3- صدمة ناتجة عن سماع خبر مؤلم:

كسماع الفرد بموت أحد المقربين له ممّا يؤثر على نفسيته بالرغم من عدم حضوره أثناء الوفاة، وعموماً كل ما يعيشه الشخص من حادث يتخطى الإطار المألوف لتجربة إنسانية، مثل التهديد الخطير على الحياة الشخصية أو الجسد أو على الزوجة والأولاد، أو رؤية جريمة قتل أو اعتداء جنسي أو غيرها. (الحنفي، 1996: 924).

2-3-أعراض الصدمة النفسية:

تظهر جملة من الأعراض على الشخص المصدوم والتي يمكن تقسيمها إلى:

- أعراض نفسية.

- أعراض جسدية.

2-3-1- أعراض نفسية:

تعدّ الصدمة النفسية منعرجا خطيرا على الأفراد لما لها من آثار سلبية على الجوانب المعرفية للمعلومات وعلى الجوانب الوجدانية المتمثلة في الاضطرابات الانفعالية (القلق، الوسواس القهري، الاكتئاب) والمصاحبة للإصابة بالاضطراب، كما يؤثر مصدر الحدث الصدمي على شدة أعراض الاضطراب وما يؤدي إليه من أمراض نفسية تؤثر على الفرد وكذلك العوامل الوجدانية والانفعالية. (عشوي وخياطي، 2012: 95).

- التبدل الانفعالي:

ذكر "هورويتز" (Horowitz) (1980) أنّ هنالك حوالي (65%) من المصابين

بالصدمة يعانون من التبدل الانفعالي والخمود في ردّات الفعل إزاء المنبهات الخارجية ويظهر التبدل من خلال انخفاض الاهتمام بالأنشطة التي كانت في حياة المريض، وأيضا انحسار في مجال الحياة العاطفية والجنسية بحيث لا يعود المريض يشعر بأي رغبة أو قدرة على المشاركة الوجدانية والحب وهذا ما يعني أنّ المصابين ليس لديهم أي شعور بالحب والحنان ولقد ماتوا عاطفيا. (يعقوب، 1999: 47).

- الاكتئاب:

أسفرت دراسات متعددة عن ظهور الاكتئاب لدى ضحايا الصدمات على اختلاف الصدمات المتضمنة فيه والمسببة له، هناك دراسة بينت أنّ أكثر من (75%) تظهر لديهم الملامح الاكتئابية حيث يتميزون بالخصائص التالية:

- الشعور بالكآبة.
- الشعور بنضوب الطاقة وتناقصها.
- سهولة البكاء.
- الحزن.
- الشعور بعدم الاهتمام بالأشياء.
- الشعور باليأس بالنسبة للمستقبل. (عبد الخالق، 1998: 137، 138).
- كما تظهر أعراض نفسية أخرى من بينها:
- صعوبات في تركيز الانتباه وفي الذاكرة مع عدم القدرة على الاسترخاء.
- الميل إلى الانزعاج وسرعة القابلية للاستثارة واستجابة الجفول أي أنّ المصدوم يروع فجأة ويفزع بسهولة.
- فقدان التحكم في العدوان.
- الخدر أو فقدان الإحساس النفسي. (عبد الخالق، 1998: 144).

2-3-2- أعراض جسدية:

- تختلف شدة الآلام الجسمية من مريض لآخر وتستمر هذه الأعراض من عدة أيام إلى بضعة أسابيع بعد الحادث الصدمي، ومن بين هذه الأعراض ما يلي:
- الغثيان واضطراب المعدة.
 - أوجاع وآلام في العضلات.
 - الإغماء والدوار والدوخة.
 - الخدر أو فقد الإحساس في مختلف أعضاء الجسم.
 - الشعور بثقل الأطراف. (Horowitz, 1991: 92-94)

- توتر شديد وألم مزمن في العضلات.
- آلام في المفاصل.
- الصداع والدوار.
- قرحة المعدة والغثيان.
- التهاب القولون.
- مشكلات في الرئتين والقلب.
- هبات من الحر والبرد.
- آلام في الظهر والكتفين.
- آلام في الصدر والشعور بوجود كتلة في البلعوم وكأنها تؤدي إلى الاختناق. (يعقوب، 1999: 59).

- توتر العضلات الهيكلية.
- اضطرابات الجهاز البولي والتناسلي. (Peterson ,1991: 39).

2-4- مراحل الصدمة النفسية:

توصل "هورويتز" (Horowitz) (1986) إلى تحديد خمس مراحل يمر بها الشخص المصدوم وهي:

2-4-1- مرحلة الانفعال الشديد ويدخل فيه الصراخ والرفض والاحتجاج والنقمة مع فترات من التكك والذهان.

2-4-2- مرحلة النكران والتبدل وتجنب كل ما يتعلق بالحادث وقد تصل إلى درجة الهروب نحو الكحول والمخدرات كمحاولة للسيطرة على الخوف والقلق.

2-4-3- مرحلة التآرجح بين النكران والتبدل والأفكار الدخيلة مع حالة اليأس والاضطرابات الدخيلة. (يعقوب، 1999: 67).

2-4-4- مرحلة العمل من خلال الصدمة بحيث تصبح الأفكار والصور الدخيلة أخف وطأة ويصبح التعامل معها ممكناً بينما يشتد النكران والتباعد وتبرز استجابات القلق والاكتئاب والاضطرابات الفيزيولوجية.

2-4-5- وفي المرحلة الأخيرة يحدث التحسن النسبي في الاستجابة ولكن المريض لا يصل إلى هذا التحسن بشكل كامل إذ تستمر لديه بعض الاضطرابات المزاجية.

2-5- النظريات المفسرة للصدمة النفسية:

2-5-1- النظرية التحليلية:

يمكن التمييز بين نظريتين أساسيتين حسب وجهة النظر التحليلية وهما كالتالي:

2-5-1-1- التناول الديناميكي:

افترض "فرويد" في البداية أنّ الصدمة النفسية تكون دائماً جنسية (في نظرية الإغواء) وظهر هذا في كتاباته من (1892) إلى (1897). ويُعتبر الإغواء امتداداً لنظرية صدمة العصابات، فكان يرى "فرويد" أنّ الصدمة النفسية تنتج عن الإغواء أي حدث إغواء طفل من طرف شخص راشد، وكان يصفه "فرويد" بالشاذ وحدث الصدمة يتطلب أولاً: حدث إغواء فرد غير ناضج ويكون في وضعية سلبية ومن دون استعداد، ثانياً: العامل المفجر أو البعدي (L'après-coup) الذي يحيي وينشط الآثار الذكورية التي عمل الكبت على نسيانها. تأخذ الصدمة حسب "فرويد" معناها من هذا الحدث البعدي. (سعدوني، 2011: 62).

2-5-1-2- وجهة النظر الاقتصادية:

كانت الصدمة النفسية أول مفهوم فرويدي وقد بنيت انطلاقاً من دراساته حول الهستيريا، والذي يتمثل في صدمة جنسية ستعرض لها الفرد

دفع مشكل عصاب الحرب "فرويد" إلى أن يُوجّه انتباهه للصدمة النفسية من زاوية أخرى، إنّه التصور الاقتصادي لها وقد عرفها على أنّها انكسار واسع لصاد الإثارات، كإشارة إلى عدم قدرة الجهاز النفسي على تصريف فيض الإثارات الكبير. ذلك أنّ إجلاء هذه الكمية المعتبرة

من الإثارات هي مهمة مبدأ اللذة، والذي بسبب عنف ومفاجأة الصدمة يطرد مباشرة خارج دائرة التأثير، مُجبرا بذلك الجهاز النفسي على القيام بمهمة أكثر إلحاحا، وهي "ما فوق مبدأ اللذة".

وتعتبر الصدمة النفسية من خلال التناول الاقتصادي حدثا في حياة الشخص يتميز بعدم القدرة الظرفية أو الدائمة على الاستجابة بشكل مكيف، حيث أنّ أهمية الحدث ومدة استمراره نفسيا، لا ترجع فقط لخطورة الفعل المرتكب أو للهشاشة الداخلية للفرد، بل تتداخل فيها عوامل كثيرة ومتشعبة، منها الخارجية والمحيطية أو الداخلية المتعلقة ببنية الشخص وتنظيمه النفسي. (سعدوني، 2011: 64، 65).

الصدمة عند السيكوسوماتيين:

تُعرف الصدمة عند السيكوسوماتيين بمدى اختلال النظام الذي تحدته وليس بنوعية الحدث أو الموقف الذي تسبب في حدوثها، فهي تنتج عن العلاقة بين الإثارة والدفاع السيكوسوماتي للفرد، ففي البداية تمس الجهاز الذي يحاول إيجاد حلول لكي لاتصل حركة فساد التنظيم إلى المجال السوماتي لأنه إذا تمّ ذلك فستعمل على تدمير المجموعة الوظيفية بصفة تدريجية، خاصة إذا لم تجد نقطة تثبيت قوية تضع لها حل. فالحوادث التي تحيط بنا والمتمثلة في الإحباطات المختلفة، تجلب لنا منبهات داخلية وتكون بكثافة واستمرار حالات الضغط غير المحتملة من الأجهزة الوظيفية التي تصاب، مما يؤدي إلى عرقلة المسار الطبيعي فهذه التجاوزات لإمكانية التكيف هي التي نسميها الصدمة النفسية. (مصطفى، 2013: 23).

2-5-2- النظرية السلوكية:

إنّ نظريات التعلم تفسر الكثير من مظاهر الصدمة، فوفقا للتشريط الكلاسيكي إنّ تعرض شخص لحادث في شارع ما قد يخيفه من العبور من هذا الشارع. ويبدو أنّ الشخص المصدوم (حرب، تعذيب، اغتصاب) يحاول أن يهرب من المنبهات التي تذكره بالصدمة، وهذا ما يسمى بالإحجام، فهذه المنبهات أصبحت مؤلمة بالنسبة للشخص لأنها اقترنت بعمليات التعذيب مثلا أو تزامنت معها. ومن هنا فإنّ الماضي المؤلم (الحدث الصادم أو الخبرة الصادمة) تستمر عبر الحاضر والمستقبل، وكأنّ الصدمة تطغى على كلّ شيء بحيث لا يعود الفرد إلى تفكيره

المنطقي، أي أنّ الفرد يبدأ في الهروب أو التجنب لتلك المثيرات التي تذكره بخبرات سيئة، أنّ تذكر أو تكرار هذه الخبرات سوف يؤثر تأثيرا سلبيا على الفرد من الناحية النفسية.

ومن هنا يتضح أنّ النظرية السلوكية تساعدنا على فهم الصدمة النفسية من خلال نظرية التشريط، فالصدمات والنكبات والحروب وأعمال العنف تعد منبهات مطلقة غير مشروطة تؤدي إلى استجابة الخوف وردود أفعال فيزيولوجية متعددة ويجري التعميم في استجابة الخوف إزاء المواقف والمنبهات التي ترمز إلى الصدمة وتتشابه مع أدواتها. (حسنين، 2004: 17).

2-5-3- النظرية المعرفية:

إنّ العمليات المعرفية هي أساس فهم الخبرات الصادمة في رأي النظرية المعرفية وإنّ إدراك الفرد للأحداث والمواقف والأشخاص يعتمد بشكل جوهري على ما يشكله الفرد من صيغ وخطط معرفية يدرك بها ومن خلالها الأشياء والمواقف والأشخاص وهذه الخطط والصيغ تتكون في مرحلة الطفولة من خلال علاقة الطفل مع أسرته فإن كانت هذه العلاقة تتسم بالاهتمام والحب والتقبل والتقدير يحكم الطفل على نفسه وعلى الأسرة والمجتمع حكما إيجابيا فإذا تعرض لخبرة صادمة أو تجربة ضاغطة من الممكن أن يتجاوزها من خلال نظريته التفاوضية للأشياء. (حسنين، 2004: 18).

تركز هذه النظرية على الإدراك والمعنى الذي يعطيه الفرد عن الحدث الصادم، والذي يتوقف على نظرة الشخص إلى ذاته وعالمه، ونعني بهذا كل ما يمس القيم والمعتقدات والنماذج المعرفية التي يتبناها والتي تميّز الفرد عن غيره، ومما لا شك فيه أن الصدمة النفسية تززع هذه البنيات الشخصية.

ويرى "شنتول" (Chentoule) (1974) أنّ الدماغ عبارة عن تجمع من العقد التي تعالج المعلومات المرتبطة على شكل شبكة منظمة ومتسلسلة لجمع وتخزين المعلومات والمعارف والانفعالات والسلوكيات، وتتفاعل حسب نوع ودرجة وقوة المثير، ففي حالة تعرض الفرد لصدمة نفسية فإنّ الحذر واليقظة نشاط مستمر وكل معلومات جديدة ترفع ميكانيزم الدفاع المسؤول عن الكف الذي يكون في الاستثارة، وتكون نشيطة عند الأفراد المصدومين نفسيا

وتكثر تدفق استجابات الحذر والانتباه المفرط ومن ثم استعداد الفرد لوجود الخطر. (يعقوب، 1999: 76).

2-5-4- النظرية العصبية البيولوجية:

تركز هذه النظرية على العوامل البيوكيميائية، حيث افترض عدد من المنظرين من بينهم (Krystal) أنّ التعرض لحدث صدمي يؤدي إلى إلحاق الضرر بجهاز أو نظام إفراز الغدة الكظرية، وتحديدا إلى زيادة في مستويات النورأدرينالين (Noradrenaline) والدوبامين (Dopamine) وزيادة في مستوى الإثارة الفيزيولوجية فينجم عن هذه التغيرات استجابة مروعة من الخوف والقلق تظهر على الفرد بشكل واسع.

وتفيد الدراسات التي تدعم هذه النظرية حيث وجد (Kosten 1987) وزملاؤه أنّ مستوى النورأدرينالين والأدرينالين كان عاليا لدى الأفراد المصدومين، وكان (Kolk 1985) وزملاؤه قد وجدوا زيادة في مستويات الدوبامين والنورأدرينالين لدى الأفراد الذين تعرضوا لصدّات. وأشارت دراسات أخرى إلى زيادة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم وزيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي لديهم. (قاسم، 2002: 87).

2-6- التناول التشخيصي DSM₅ للصدمة النفسية:

حسب الدليل التشخيصي الخامس (DSM₅) فإنّ معايير التشخيص تظهر في الأعراض التالية:

- A- التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، أو لإصابة خطيرة، أو العنف الجسدي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:
- التعرض مباشرة للحدث الصادم.
 - المشاهدة الشخصية للحدث عند حدوثه للآخرين.

- المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين. في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، فالحدث يجب أن يكون عنيفا أو عرضيا.
 - التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم.
- B- وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث الصادم:
- الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.
 - أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.
 - ردود فعل تفارقية، حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحادث الصادم يتكرر. (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفا هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).
 - الإحباط النفسي الشديد لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم.
 - ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم.
- C- تجنب ثابت للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم، وتبدأ بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من واحد مما يلي أو كليهما:
- تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم.
 - تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، والأحداث، الأنشطة، والأشياء، والمواقف) والتي تثير الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

D- التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم، والتي بدأت أو تقامت بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:

- عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب النساقوة التفارقية ولا يعود لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس، والكحول، أو المخدرات).
- المعتقدات سلبية ثابتة ومبالغ بها أو توقعات سلبية ومبالغ بها حول الذات، والآخر، أو العالم.
- المدركات الثابتة، والمشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه/نفسها أو غيرها.
- الحالة العاطفية السلبية المستمرة.
- تضائل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة.
- مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين.
- عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية.

E- تغيرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:

- سلوك متوتر ونوبات من الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادة ما يعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.
- التهور أو سلوك تدميري للذات.
- التيقظ المبالغ فيه (Hyper vigilance).
- استجابة عند الجفل مبالغ بها.
- مشاكل في التركيز.
- اضطراب النوم.

F- مدة الاضطراب (معايير B، C، D، E) أكثر من شهر واحد.

G- يسبب الاضطراب إحباطا سريريا هاما أو ضعفا في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

H- لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، الأدوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى.

حدد فيما إذا كان:

مع أعراض تقارقية: أعراض الفرد تقي بمعايير اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وبالإضافة إلى ذلك، فردا على الشدائد، يختبر الفرد أعراضا مستمرة أو متكررة من أي مما يلي:

3- تبدد الشخصية: تجارب ثابتة أو متكررة بالشعور بالانفصال عن الذات، وكما لو كان الواحد مراقباً خارجياً، للجسم أو العمليات العقلية.

4- تبدد الواقع: تجارب ثابتة أو متكررة بلا واقعية البيئة المحيطة. (الحمادي، 2014: 112-114).

خلاصة الفصل:

يتضح مما تم طرحه سابقا أنّ الصدمة النفسية عبارة عن حدث مفاجئ وعنيف خارج إطار خبرة الإنسان المألوفة، وهذه الصدمة تأخذ نوعين أساسيين: الصدمات الرئيسية وصددمات الحياة، ومن خلالها تبدوا على الشخص أعراض نفسية من تبدل انفعالي، اكتئاب وغيرها وأعراض جسدية كاضطرابات على مستوى أجهزته الجسمية وحالات فقد الإحساس والغثيان... الخ. ومن خلال هذه الأعراض يمرّ الشخص بمراحل بداية من مرحلة الانفعال إلى مرحلة التحسن النسبي والقبول، وقد فسرت مختلف النظريات الصدمة النفسية، كما نجد الجمعية الأمريكية اهتمت بموضوع الصدمة النفسية فوضعت أسس ومعايير للاستدلال عليها.

الفصل الثالث

ماهية السرطان

تمهيد.

- 3-1- مفهوم السرطان.
- 3-2- أنواع السرطان.
- 3-3- مراحل تشكل السرطان.
- 3-4- إنذارات وعلامات السرطان.
- 3-5- العوامل المؤثرة في ظهور السرطان.
- 3-6- تشخيص وعلاج السرطان.
- 3-7- الآثار النفسية للسرطان والتدخل السيكولوجي.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

رغم التقدم الكبير في مجال الطب ونتائج البحوث والدراسات التي أجريت على مرض السرطان، بالإضافة إلى اكتشاف الأدوية والطرق العلاجية، إلا أنه لا يزال يشكل الخطورة في أذهان الناس ويثير مشاعر الخوف والقلق لدى الكثيرين وذلك إثر اكتشاف حالات موت جراء المرض، مما ينتاب المريض الاكتئاب واليأس بشكل يعوقه عن أداء وظائفه الحياتية والاستمتاع بحياته وكذا متابعة العلاج والتيقن بإمكانية الشفاء.

وفي هذا الفصل ستعرض الباحثة مفهوم عن السرطان ثم تتناول أنواعه وكذلك تفصيل المراحل التي يتشكل من خلالها مع تقديم العلامات والإنذارات الخاصة به، ثم تعرض العوامل المسببة له، وكذا تشخيصه وطرق علاجه ومن ثم آثاره النفسية وطرق التدخل السيكولوجي.

3-1- مفهوم السرطان (Le cancer):

أصل كلمة سرطان في اللغة الإنجليزية (Cancer) مشتقة من كلمة يونانية الأصل (Karkinos) لأنه يشبه الحيوان القشري السلطعون، وهذا الاسم اللاتيني أخذ دلالاته باللغة الفرنسية في القرن (17) بمعنى الورم الخبيث. (السيد، 2007: 14).

يسمى السرطان (أو الورم الخبيث) علمياً بالنيوبلازم (Neoplasm) وتعني باللاتينية النشوء الجديد. (الأرنأوط، 2016: 11).

تعريف الطب الحديث للسرطان (2005): السرطان ينتج عن خلل في الحامض النووي للخلية الحية يؤدي إلى "إشارات تشجع نمو الخلية" أو يؤدي إلى "وقف إشارات عدم النمو". تتم ترجمة رموز هذا الخلل عبر بروتينات تكون موجودة على سطح الخلايا وداخلها أو قد تكون ناقلة في الدم ولها علاقة في إشارات نمو الخلية وخضوعها للمراقبة السليمة من قبل الجسم وجهاز المناعة. الخلية المتحولة تنمو وتتكاثر بشكل غير منتظم وعشوائي وتكون كتلة ورم تغزوا محيطها وتستطيع الانتقال إلى الدم وعبره إلى أماكن متعددة في الجسم وقد تستقر في بعضها وتسبب ما نسميه انتشاراً. (الصغير، 2005: 17).

وتعرفه المنظمة العالمية للصحة (OMS) (2008) على أنه: مجموعة الأمراض التي تقوم على ميكانيزم الانقسام العشوائي، والتكاثر الفوضوي للخلايا، والتوسع الباثولوجي على حساب أنسجة وأجهزة سليمة. (قابلي، 2011: 14).

كما يعرفه "جون كينغ" بأنه: عبارة عن تجمع من الخلايا الشاذة، ومع نمو الخلايا فهي تتجمع في عقد صغيرة (أورام) من شأنها أن تضغط على الأعصاب أو أن تشد على الشرايين أو تنزف أو تشد الأمعاء أو تعيق عمل الأعضاء الأساسية.

وتتموا بعض السرطانات ببطء وتستغرق سنوات قبل أن تبدأ بتهديد حياة المريض أما الآخر فهو سريع النمو. (كينغ، 2001: 209).

فمن خلال التعريف سابقة الذكر نستنتج أنّ السرطان عبارة عن مرض عضوي، يتمثل في ورم يتشكل في مختلف أعضاء الجسم، يتكون من خلايا تنمو وتتكاثر بوتيرة غير منتظمة وسريعة فيزيد حجمها.

3-2- أنواع السرطان (Type de cancer):

من الأمور الغريبة في شأن هذا المرض أنه ليس مرضا واحدا بل هناك ما يزيد عن مائتي نوع من السرطان، ولكن تتحصر الأنواع الرئيسية في أربعة أنماط من السرطان وهي على النحو الآتي:

أ/ كارسينوما (Carcinoma): وهي عبارة عن أورام خبيثة تصيب خلايا الجلد، والخلايا التي تحيط بأعضاء الجسم مثل الممرات التنفسية والهضمية والتناسلية. وهذا النوع كثير الانتشار، حيث أنه يمثل حوالي (90%) من الأورام التي تصيب الإنسان.

ب/ ليمفوما (Lymphoma): وهي الأورام التي تصيب الجهاز الليمفاوي.

ج/ الساركوما (Sarcoma): وهي الأورام الخبيثة التي تصيب العضلات أو العظام أو النسيج الضام (Connective tissue).

د/ ليوكيميا (Leukemia): وهي الأورام التي تصيب الأعضاء المسؤولة عن تكوين أو إنتاج الدم، من ذلك نخاع العظام (Bone marrow) وتؤدي هذه الحالة إلى حدوث تكاثر زائد في خلايا الدم البيضاء. (العيسوي، 2008: 127).

يوجد تصنيف آخر لأنواع السرطان وتسميتها حسب موقع أو مكان الورم بالجسم يمكن ذكر من بينها:

• سرطان الثدي:

يبدأ سرطان الثدي بظهور كتلة صغيرة في الثدي، صلبة وقاسية وواضحة المعالم ويظهر انكماش في جلد الثدي، وبعدها يتضخم حجمه، ويحصل نزّ من الحلمة، وانكماش إلى الداخل أو إلى الانحراف. (الأرنأؤوط، 2016: 35).

• سرطان المبيض:

يصيب سرطان المبيض النساء عادة بعد سن اليأس وانقطاع الحيض مع أنه يمكن أن يحصل في سن أكبر من ذلك. ومن خصائص هذا النوع من السرطان، سرعة التطور والامتداد، وفي أدواره الأولى لا يحدث أي علامات أو عوارض. (الأرنأؤوط، 2016: 44).

• سرطان الجهاز الهضمي:

- سرطان البلعوم: يصيب الرجال أكثر مما يصيب النساء، وذلك في السنين بين الخامسة والخمسين من العمر. أولى العلامات هو الشعور بالضغط خلف عظمة القص (Sternum) وتلبك في المعدة.

- سرطان المعدة: يصيب سرطان المعدة الانسان بين سن الستين وسن التاسعة والتسعين من العمر. ويصيب الرجال أكثر مما يصيب النساء. يشعر المصاب بثقل في المعدة بعد الأكل وبسوء هضم، وبصورة خاصة بعد أكل اللحوم، ويخف وزن المصاب تدريجياً، ويشعر بألم في المعدة وقيء وعدم رغبة في الأكل، ويخف حامض الهايدروليك في سائل المعدة، وفحص الدم يشير إلى ما يشبه فقر الدم.

- الأمعاء الغليظة: يصيب سرطان الأمعاء الغليظة الرجال والنساء في جميع الأعمار وكثيرًا ما يكون مصحوبًا بـ (Polypes) تبدأ العلامات بنزيف من باب البدن (المخرج) وتغييرات في تحرك الأمعاء، إذ يحصل إمساك أو جريان، مع مغص وألم في البطن، ولعيان النفس. (الأرنأوط، 2016: 47).

3-3- مراحل تشكل السرطان:

إنّ تحول خواص الخلية الطبيعية إلى خواص سرطانية يحدث داخلها على ثلاث مراحل رئيسية هي: الابتدء (Initiation)، التحفيز (Promotion)، والاطراد (Progression).

3-3-1- الابتدء (Initiation):

تتعرض الخلايا الحية في أثناء حياتها إلى مختلف العوامل المتسرطنة السامة والمخدشة التي تتسبب إما في موتها أو تخذش الحامض النووي الحامل للمورثات (أو الجينات). تؤدي التخذشات إلى اختلال المادة الوراثية عند الانقسام فيضطرب انتظام المورثات على خيط الحامض النووي وتظهر الخلايا الجديدة تحمل مورثات في غير أماكنها الطبيعية وبدون تناسق... وتسمى هذه الاختلالات الجينية (بالطفرات الوراثية) وذلك لأن المورثات (تطفر) أحيانا من أماكنها إلى أماكن أخرى غير طبيعية.

يعتبر تلف المادة الوراثية والطفرات الناتجة في الخلايا الجديدة بداية المرحلة الأولى من مراحل التسرطن (الابتداء).

وقد تبقى التغيرات الوراثية الناتجة في هذه المرحلة مستقرة وصامته من دون مضاعفات لفترة طويلة من الزمن قد تمتد لعشرات السنين ما لم تتعرض الخلايا من جديد إلى عوامل محفزة ومسرطنة. كما أن مورثات الصيانة في الحامض النووي (DNA) قد تتحسس هذه التغيرات وتقوم بتصليحها وإعادة الأمور إلى نصابها. (الأرنأوط، 2016: 83، 84).

3-3-2- التحفيز (Promotion):

يؤدي التحفيز الإضافي إلى تفاقم التلف الجيني وحدث طفرات وراثية جديدة في نواة الخلية. وقد تكون هناك أنواع مختلفة من الطفرات على نفس الخيط الوراثي. ويتسبب هذا في ظهور خلايا تحمل مجاميع من الطفرات الوراثية المتغايرة في نوياتها بضمن الكتلة الخلوية الواحدة أو ما يسمى بالاختلاف (Heterogeneity).

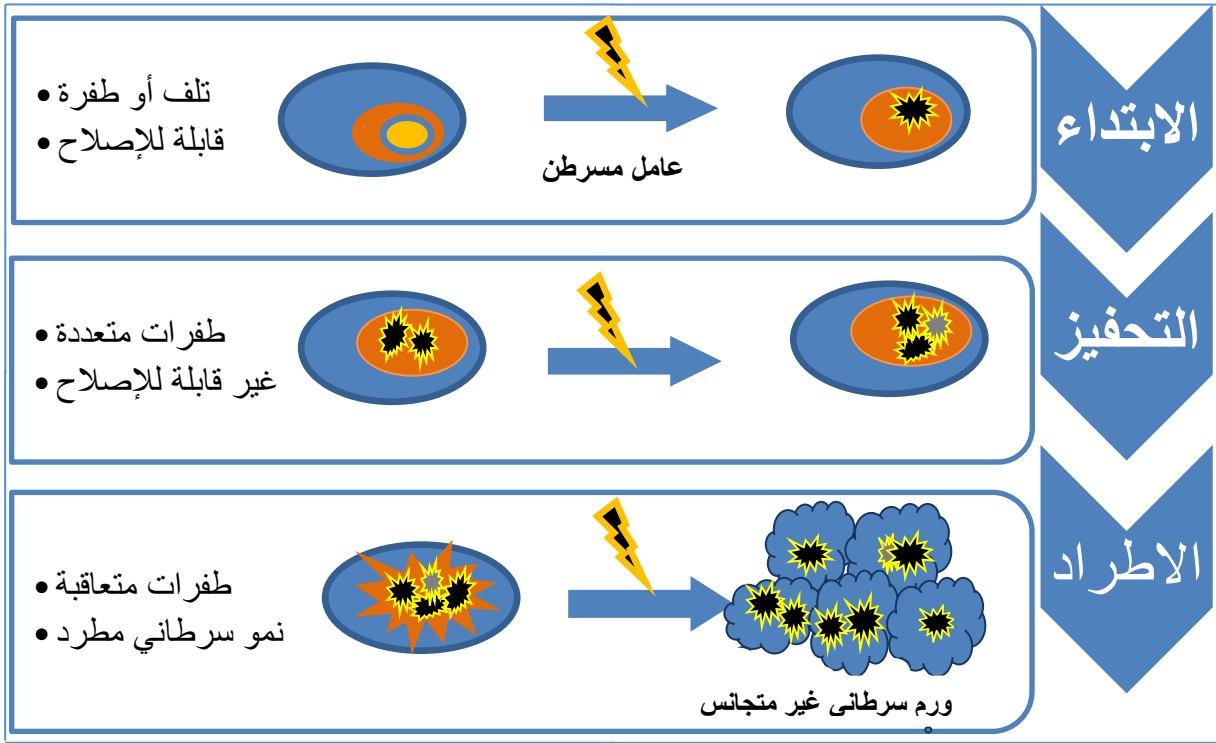
ومن نتائج هذه التغيرات الجديدة هي تثبيت التلف الجيني في المادة الوراثية بحيث لا يمكن بعدها تصليحه أو عكسه إلى الحالة الطبيعية كما هو الحال في مرحلة الابتداء. ويعزى هذا التثبيت إلى حدوث طفرات وراثية توقف عمل مورثات الصيانة في الخلية. (الأرنأوط، 2016: 85).

3-3-3- الاطراد (Progression):

يحدث الاطراد إما لتفعيل الأونكوجينات المحفزة للنمو السرطاني أو لتلف وفقدان السيطرة على الجينات المحبطة للنمو أو كلاهما كما يمكن أن يحدث التلف في الجينات المنظمة للانقسام الخلوي فيتحفز نمو الخلايا وتتفاقم الانقسامات بسرعة عالية وبصورة لا نهائية مما يؤدي إلى المزيد من الطفرات الوراثية وإلى تجميع سريع للخلايا التالفة لتكوّن ما يعرف بالكتلة أو الورم السرطاني.

ثم تكتسب الخلايا السرطانية وسائلًا لتلافي الموت الخلوي المبرمج وجهاز المناعة في الجسم فتستمر بالانقسام اللانهائي وتبدأ بصنع مواد حيوية تختلف عما هو في الخلايا الطبيعية لنفس النسيج فتكتسب بهذا خواصًا تميزها عن الخلايا الطبيعية سميت بـ: «معالم السرطان». (الأرنأوط، 2016: 86).

والشكل التالي يوضح هذه المراحل:



شكل رقم (01) يوضح مراحل تسرطن الخلية. (الأرناؤوط، 2016: 81).

بالإضافة إلى المراحل الثلاثة الأساسية السابقة الذكر نجد مرحلتين تليها وهي لا تتعلق بالتلف الجيني والطفرات الوراثية بقدر تعلقهما بقابلية وسرعة النمو وحجم الورم السرطاني وهما:

3-3-4- النقشي (Invaswn):

يقصد بالنقشي (أو الغزو) خروج الخلايا السرطانية من النسيج الأصلي لنشوء الورم إلى الأنسجة المحيطة به أولاً بعد أن تنجح في اختراق غشاء الخلية والحواجز النسيجية الأخرى ومن ثم امتدادها إلى المناطق المجاورة التي تحد حركتها لتقتحم أنسجة جديدة كأغشية الأوعية للمفاوية والأنسجة المحيطة بها.

ولكي يمكن للخلايا السرطانية أن تتحرك عبر الحدود النسيجية عليها أن تتغلب على الوسائل التي تُنظم إصاق الخلايا مع بعضها ومع الأنسجة الرابطة وتُذيب المركبات التي تساعد على ذلك ثم عليها أن تكتسب قابلية على التحرك وعلى إذابة الأنسجة الرابطة خارج الخلية. (الأرناؤوط، 2016: 87).

3-3-5- الانتشار (Metastasis):

يقصد بالانتشار خروج الخلايا السرطانية من موقعها الأصلي وانتقالها عبر الأوعية للمفاوية والدورة الدموية إلى مسافات بعيدة لتستقر في أنسجة وأعضاء أخرى وتتمو فيها مجدداً. ويسمى الورم في منشئه الأصلي بالورم الرئيسي (Primary Tumor)، بينما الورم المنتشر بالورم الثانوي (Secondary Tumor). (الأرنأوط، 2016: 90).

3-4- إشارات وعلامات السرطان:

- هنالك علامات وإشارات قد تكون مؤشراً رئيسياً للسرطان، ومن بين هذه العلامات ما يلي:
 - نتوء أو سماكة في الثدي أو الخصيتين دلائل ارشادية لمزيد من التحقق.
 - تغير في ثؤلول أو شامة قد يكون تعبيراً عن سرطان الجلد.
 - قرحة الجلد المستمرة التي لا تلتئم قد تكون مؤشراً على سرطان الجلد. (Michael Lam, 2003: 60).
 - وجود الدم مع الخروج وخاصة إذا كان داكن اللون أو إذا صاحبه صعوبة في التبرز أو ألم في البطن أو تغير في نظام الأمعاء أو فقر الدم.
 - وجود الدم في الإدرار خاصة إذا صاحبه صعوبة عند الإدرار وشعور بعدم الإفراغ الكامل. تزداد أهمية هذه العلامة في الرجال.
 - في النساء حدوث نزيف دموي خارج أوقات الدورة الشهرية أو بعد الاتصال. أو ظهور الدم بدون سبب واضح بعد توقف الدورة الشهرية في سن اليأس بما لا يقل عن سنة. (الأرنأوط، 2016: 122).
 - شعور مزمن بعدم الارتياح بعد تناول الطعام.
 - زيادة الوزن أو فقدانه دونما سبب.
 - شعور بالضعف أو التعب الشديد. (ج. س. خ لمكافحة السرطان، 2013: 29).

قد لا تعني هذه الأعراض المذكورة آنفا بالضرورة عن أعراض الإصابة بالسرطان، لكنّها في نفس الوقت قد تكون إنذارا ينبئ عن حدوث سرطان لذلك يجب أخذ الحيطة والتأكد.

3-5- العوامل المؤثرة في ظهور السرطان:

كثيرة هي أسباب حدوث السرطان ومتعددة نذكر منها ما يلي:

3-5-1- العوامل البيئية:

3-5-1-1- المواد المسرطنة:

تتمثل في:

- التدخين: إنّ التدخين يعرّض المريض إلى ما ينيف عن (400) مادة مسرطنة تتضمن النيكوتين والقطران... الخ. (جازية، د.ت: 11).

حيث تظهر الدراسات ارتفاع معدل السرطان لدى المدخنين، وكلما طالت فترة التدخين ازدادت كمية التبغ المستعملة وارتفع خطر الإصابة. (شقيير، 2002: 224).

ومن المثبت علميا أنّ التدخين يزيد نسبة الإصابة بسرطانات الرئة، الفم، الرأس، العنق، المريء، المثانة، البنكرياس.

فعلى سبيل المثال يكون المدخن عرضة للإصابة بسرطان الرئة بحوالي (11) ضعفا مقارنة بغير المدخن ولذلك يعتبر التدخين السبب الرئيسي في (85-90%) من سرطانات الرئة. (جازية، د.ت: 12).

-الكحول: إنّ الإدمان على الكحول يعرض الإنسان لأمراض عديدة منها تشمع الكبد والنزوف الهضمية وأمراض الدم وزيادة نسبة الإصابة بسرطان الفم والحنجرة والبلعوم والمريء والكبد. ويزداد خطر الإصابة بالسرطان بالكمية المشروبة وبمدة شرب الكحول. (جازية، د.ت: 14).

3-5-1-2- المواد الكيميائية:

حيث تشير التقديرات الأخيرة إلى أنّ (80%) على الأقل من جميع حالات السرطان يلعب فيها العامل البيئي دورا مهما حيث أنّ التعرض للمعادن الثقيلة مثل الزئبق أو الرصاص أو مركبات اصطناعية أخرى قد يخلق قابلية للإصابة بهذا المرض. (وهبة، د.ت: 172).

3-5-1-3- الأشعة والمواد المشعة:

فالتعرض للأشعة فوق البنفسجية الناجم عن التعرض الطويل للشمس يؤدي إلى زيادة كبيرة في سرطانات الجلد وخاصة إذا كان التعرض لفترات طويلة ومتصاحبا مع حروق شمسية وعدم استخدام العوازل الضوئية الواقية من الشمس (مراهم أو كريمات).

كما وإنّ التعرض للأشعة السينية (x-rays) المستخدمة في تشخيص الأمراض لفترات طويلة أو جرعات كبيرة يعرض الإنسان لزيادة الإصابة ببعض السرطانات. (جازية، د.ت: 14، 15).

3-5-2- العوامل البيولوجية:

هناك احتمال كبير في إمكانية حدوث السرطان نتيجة فيروس ما أو مجموعة من الفيروسات مثلا الفيروس الحليمي البشري (HPV) يمكن أن ينتقل من خلال العلاقات الجنسية ويسبب سرطان عنق الرحم، كما نجد فيروس التهاب الكبد "C" الذي يسبب سرطان الكبد، أما فيروس (EBV) فهو يسبب سرطان الجهاز اللمفاوي. (Beers,2008: 1035)

3-5-3- العوامل الجينية والوراثية:

هناك تغيّرات جينية، قد تكون وراثية أو تتسبب بها عوامل التلوث والمبيدات والكيميائيات، تخفف من مناعة الجسم ضد الخلايا السرطانية وقدرته على تصحيح الخلل في الحامض النووي والبروتينات الخلوية، فيصبح الإنسان أكثر استعدادا من غيره لنمو خلايا سرطانية. (الصغير، 2005: 32).

وتعتبر الأمراض السرطانية الوراثية قليلة إذ تشكل نسبة لا تتجاوز (10%) من حالات السرطان ككل (سرطانات الثدي، القولون، المبيض والرئة). (جازية، د.ت: 09).

3-5-4- العوامل النفسية :

وجد العالم "سيمونز" (Simons) في كتابه الشهير «المظاهر السيكوسوماتية للسرطان» وهو من أبرز العلماء والأطباء الذين درسوا (الجذور النفسية) الكامنة وراء السرطان وقد توصل إلى الاستنتاجات التالية:

1- يكون هناك من الصدمات النفسية ما يجعل بظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأول للمرض.

2- إنّ الاضطرابات في الوظائف الغددية تثيرها وتطلقها الضغوط الانفعالية وخاصة تلك المتعلقة بمشكلات الطفولة أو القلق العنيد.

وقد أثبتت دراسات معاصرة على عينات عديدة مصابة بالسرطان، وتمكن المحللون النفسانيون ملاحظة التالي:

أ/ معظم النساء المصابات بالسرطان كنّ يعانين صعوبة في تقبلهنّ لذاتهنّ كما هي على علاتها.

ب/معظم المصابات بالسرطان كنّ يعانين صعوبة في مشاعر سلبية نحو الحمل والولادة وغالبا ما يكون موضع الإصابة الثدي أو الحنجرة.

ج/معظم المصابين والمصابات يعانون (غيرة دفيئة) من الأمهات في مجال الجنس والإنجاب، وفي أغلب الأحيان كانت عداوتهنّ مكبوتة. (بطرس، 2008: 397، 398).

ويرى الدكتور "برنارد" (Bernard) أنّ هناك أثرا للعوامل النفسية وحالات القلق واليأس والخوف والتوتر، وهذه العوامل التي قد تكون نتاجا لأوضاع اجتماعية واقتصادية تزيد من أعباء الإنسان ومشكلاته، بما فيها ما يزيد من اضطرابات عصبية وهمونية تعتبر من أكبر العوامل المساعدة على حدوث السرطان ونموه أو تطوره. (خير الزراد، 2005: 280).

كما أنّ الضغط النفسي يمكن أن يحدّ من قدرة الخلايا القاتلة (N.K) في القضاء على الأورام السرطانية، حيث أنّ الكفاءة المناعية تتدنّى لدى مرضى السرطان، كما أنّ نجاح العلاج والشفاء يعتمد بدوره على نجاح أساليب تعزيز المناعة لديهم. (تايلور، 2008: 666).

3-6- تشخيص وعلاج السرطان:

3-6-1- تشخيص السرطان:

لتشخيص مرض السرطان مثل أي مرض آخر على الطبيب ملاحظة الأعراض واستعمال الوسائل المساعدة على التشخيص الدقيق، نذكر من بين هذه الوسائل:

3-6-1-1- أخذ عينات للفحص المخبري (Biopsy):

الفحص المخبري تحت المجهر المكبر، لعينات تؤخذ من أنسجة الجسم أو من الإفرازات هو من الإجراءات لتشخيص مرض السرطان، تؤخذ العينات بطرق مختلفة متعددة بما فيها الجراحة والشفط، بعض العينات تجمد بواسطة التبريد السريع، بغية الحصول على معلومات سريعة تساعد الجراح وهو يجري عملياته على المريض. (الدجاني، 1988: 73).

3-6-1-2- الإجراءات التصويرية:

تلتقط الإجراءات التصويرية (Imaging procedures) صوراً لمناطق بالجسم تساعد الطبيب على معرفة ما إذا كان هناك ورم أو لا. ويمكن إنتاج تلك الصور بعدة طرق:

- أشعة سينية: الأشعة السينية هي الطريقة الأشهر لرؤية الأعضاء والعظام داخل الجسم.
- الأشعة المقطعية (CT scan): هي آلة أشعة سينية موصلة بجهاز كمبيوتر، وتقوم بالتقاط مجموعة من الصور المفصلة لأعضاء جسم الشخص. وقد يوضع على جسمه إحدى مواد التباين (مثل الصبغة) كي تسهل قراءة هذه الصور.

- الأشعة النووية (radionuclide scan): يتم حقن الشخص بكمية صغيرة من المواد المشعة، التي تتدفق عبر أوردة الدم وتتجمع عند عظام أو أعضاء معينة. وتقوم آلة تسمى الماسح بالتقاط النشاط الإشعاعي وقياسه. (ج. س. خ لمكافحة السرطان، 2013: 31).

3-6-2- علاج السرطان:

إنّ علاج السرطان معتمد على الحالة الفردية للمريض، حيث يقوم الطبيب باختيار التقنية المناسبة لذلك سواء كانت الجراحة أو العلاج بالأشعة استنادا إلى نوع وحجم وموضع وامتداد الورم ومن بين هذه التقنيات:

3-6-2-1- الجراحة:

تعد جراحة استئصال الأورام إحدى الركيزتين اللتين يقوم عليهما علاج السرطان (بجانب العلاج الإشعاعي). وفي معظم الحالات، يقوم الجراح باستئصال الورم وبعض الأنسجة المحيطة به. فقد يساعد استئصال الأنسجة المحيطة على منع الورم من النمو مرة أخرى. ويمكن أيضا أن يقوم الجراح باستئصال بعض العقد اللمفية المحيطة بالورم. (جيمس، 2013: 65).

3-6-2-2- العلاج الإشعاعي:

العلاج الإشعاعي هو علاج باستخدام التطبيقات المختلفة للإشعاع المؤين (ionizing radiation) لتدمير الخلايا السرطانية وتقليص الأورام، سواء باستخدام العناصر والنظائر المشعة. ويعد العلاج الإشعاعي علاجا موضعيا، وهو ينقسم إلى نوعين: داخلي (Internal)، حيث تزرع العناصر المشعة مباشرة داخل أنسجة الورم، أو قريبا منها، سواء بشكل مؤقت أو بصفة دائمة. وخارجي (External)، حيث يبيث الإشعاع من آلة تسلط الأشعة على مواضع الأورام، وقد يستخدم كلا النوعين لدى بعض الحالات. (جمعية آدم لسرطان الطفولة، 2010: 19).

3-6-2-3- العلاج الكيميائي:

يستخدم العلاج الكيميائي عقاقير مضادة للسرطان للقضاء على الخلايا المسرطنة، وتدخل هذه العقاقير في مجرى الدم وتؤثر على الخلايا المسرطنة في جميع أجزاء الجسم.

وتعطى العقاقير المضادة للسرطان عادة من خلال الوريد، ولكن قد يعطى بعضها من خلال الفم. (ج. س. خ لمكافحة السرطان، 2013: 29).

3-6-2-4- العلاج المناعي:

يمكن تصنيف العلاج المناعي للسرطان إلى نوعين رئيسيين هما:

-العلاج المناعي المحدد: وهو بدوره نوعين: الفعّال (Active) والعاير (Passive). ويقصد بالعلاج المناعي (المحدد الفعّال) تحفيز الدفاع المناعي للجسم ضد نوع محدد من السرطانات.

أما العلاج المناعي (المحدد العاير) يتضمن حقن الأجسام المضادة لنوع معيّن من السرطانات بعد استخلاصها من أجسام الحيوانات التي تحقن بخلصة الورم نفسه كالخيول والمعز والغنم والأرانب.

-العلاج المناعي غير المحدد: وذلك باستعمال مركبات تحفز الدفاع المناعي للجسم بصورة عامة لترفع من دفاعاته ضد الخلايا السرطانية. (الأرنأوط، 2016: 192، 193).

3-7- الآثار النفسية للسرطان والتدخل السيكولوجي:

3-7-1- الآثار النفسية:

تشير بعض الإحصائيات الطبية أنّ نسبة تتراوح بين (40%) إلى (60%) من حالات الإعياء والتعب النفسي عند مرضى السرطان لا تتم عن حالات جسدية حيوية، وإنّما نابعة عن حالات وظروف نفسية وتصبح حالة المريض أكثر صعوبة عندما يعاني من القلق والرهاب والاكنتاب النفسي، إذ تبين الدراسات أنّ نسبة (15%) إلى (25%) من مرضى السرطان يعانون من أعراض الاكنتاب النفسي، ومن أهم الأعراض: فقدان الاهتمام، صعوبة التركيز الذهني والشعور باليأس واللامبالاة بالإضافة إلى أعراض القلق والخوف من الموت وكلّها عوامل تزيد من الضغوطات النفسية لدى المريض. (بركات، 2006: 913).

وعلى الجانب الآخر فإنّ الإنكار (Denial) واحد من أكثر الميكانيزمات وأساليب المواجهة شيوعاً بين مرضى السرطان والذي قد يكون ناجحاً في الفترة الأولى للمرض لأنّه يسهم في التقليل من الشعور بالخوف من الموت القادم، لكنّ مع تطور المرض يبدأ الإنكار في التسبب في خلق مشكلات للمرضى وأسرههم فيما يلي:

- المواجهة الفعّالة (Effective Coping).
- الامتثال للعلاج (Complying with Treatment).
- اتخاذ القرارات في الوقت المناسب (Making timely decisions).

وهنا يجب التفرقة بين الإنكار كميكانيزم يستخدم للمواجهة وبين حالة إنكار العاهة وهي ما يسمى "الأنوسوجنوزيا" وهي عبارة عن الإخفاق في إدراك وجود عجز أو مرض. (كفاي وعلاء الدين، 2006: 84، 85).

أما عن النتائج النفسية والاجتماعية المرتبطة بهذا المرض تكون أكثر صعوبة لدى المرضى من المراهقين الذين يظهرون اهتماماً كبيراً فيما يتعلق بالمظهر الجسمي علماً بأنّ التغيّر في المظهر الجسمي دائماً ما يحدث في هذا المرض قد يكون التغيّر أساسياً أو أولياً مثل حالة الشلل النصفي (Hemi plegia) أو يكون ثانوياً بسبب نظام العلاج الكيميائي مثل فقدان شعر الرأس والجسم بشكل عام. (كفاي وعلاء الدين، 2006: 87، 88).

3-7-2- التدخل السيكلوجي:

هنا يأتي دور الأخصائي النفسي الذي يقوم بتهيئة المريض لسماع التشخيص، فيتوجب على الأخصائي النفسي تهيئة الجو المليء بالأمن والطمأنينة والتقبل، ويحاول من خلاله التعرف على مشاعر وانفعالات المريض.

من بين مناهج العلاج والمساعدة التي تقدم لمرضى السرطان مساعدة المريض في تخفيف الشعور بالغثيان أو الميل للقيء والدوخة، تلك الحالة الناجمة من تلقي العلاج الكيميائي. ومن بين وسائل هذا التدخل:

- منهج الاسترخاء وتدريباته:

ويتم ذلك باستخدام الخيال قبل وأثناء تعاطي العلاج الكيماوي حيث يتدرب المريض على تخيل أنه يتناول العلاج دون أن تحدث له الانفعالات المصاحبة لذلك، ولقد تبين أن هذا المنهج يخفض بصورة واضحة الشعور بالقيء من الجلسة الأولى. (العيسوي، 2008: 142).

- العلاج الجمعي التعبيري الداعم:

حيث يتعين على كل مريض ضمن نطاق الجلسة الجماعية العلاجية أن يعبر عن متاعبه وانفعالاته المرتبطة بمرض السرطان، وفي دراسة لـ (G.Reed) على نساء مصابات بسرطان الثدي، توصل إلى نتائج شدت انتباه المجتمع الطبي، حيث تحسنت النساء اللاتي خضعن للعلاج النفسي الجمعي بمعدل الضعف موازنة مع النساء المريضات اللاتي لم يتلقين العلاج النفسي. (الحجار، 1998: 40، 41).

خلاصة الفصل:

تناولت الباحثة في هذا الفصل عرض موجز حول السرطان والذي هو عبارة عن مرض عضوي، يتمثل في ورم ينشأ في مختلف أعضاء الجسم ويتكون من خلايا تتكاثر وتتموا بطريقة عشوائية.

فبالرغم من التطورات الحديثة والنتائج الجيدة التي أصبح بالإمكان التحصل عليها من خلال العلاج، إلا أننا نشهد حالات يُعاود المرض بالظهور بعد عدد من السنوات، وقد تكون هذه العودة في أماكن أخرى من الجسم.

الفصل الرابع

سيكولوجيا قوة التحمّل

تمهيد

4-1- مفهوم قوة التحمّل.

4-2- قوة التحمّل وعلاقته ببعض المفاهيم السيكولوجية الأخرى.

4-3- العوامل المعززة لقوة التحمّل.

4-4- مواصفات الشخصية المتسمة بقوة التحمّل.

4-5- استراتيجيات بناء قوة التحمّل.

4-6- النظريات المفسرة لقوة التحمّل.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يتعرض الإنسان في حياته اليومية لمواقف ضاغطة ومشكلات عصبية مما تسبب له الضيق والاختناق لكن سرعان ما يتجاوزها ويتخطاها وذلك من خلال قوة تحمله التي تساعده على التكيف مع كل ما يطراً عليه من تغيرات وتقلبات.

وفي هذا الفصل تحاول الباحثة تناول مفهوم قوة التحمل وعلاقته ببعض المفاهيم السيكولوجية الأخرى، والعوامل المعززة لها وكذا سمات الشخصية المتسمة بقوة التحمل، بالإضافة إلى استراتيجيات بناء قوة التحمل وأخيرا النظريات المفسرة لها.

4-1- مفهوم قوة التحمل:

كلمة (La résilience) مشتقة من أصل لاتيني يعني «يقفز على أو يتجاوز أو يستعيد» (to jump (or bounce) bark). إذ أن المصطلح الإنجليزي الذي اشتقت منه كلمة (Resilience) هو (Resile) وتعني «يثب أو يقفز» أي الانتقال من الغرق إلى القفز والنجاة منه.

يشير "لويد سدرير" (Sederer) (2012) إلى أن مصطلح (La résilience) نشأ أصلا في مجال علوم الفيزياء ويعني قدرة المادة على العودة إلى الحالة الأصلية بعد تعرضها لحالة من الضغط الشديد أو أي قوى خارجية أخرى. ويرى أنه من المفاهيم الراقية التي يجب تبنيتها في التعامل مع الطبيعة البشرية، لكونه يدل على قدرة المرء على العودة إلى الحالة التي كان عليها قبل تعرضه لخبرة الصدمات أو الكوارث أو الأخطار المهددة. (أبو حلاوة، 2013: 18، 19).

يعرفها "نيومان" (Newman) (2002): القدرة على التكيف مع الأحداث الصادمة، المحن والمواقف الضاغطة المتواصلة. وهي عملية مستمرة يظهر من خلالها الفرد سلوكا تكيفيا إيجابيا في مواجهة المحن الصدمات ومصادر الضغط النفسي. (شقورة، 2012: 09).

تعريف "جروتبرج" (Grotberg) (2003): إنها قدرة إنسانية على التعامل والتغلب والتعلم أو حتى التحول من صعوبات الحياة التي يتعذر اجتنابها.

تعريف "سليجمان وآخرين" (Seligman et al): هي قدرة فطرية تطورية للحياة والنمو والحب ضد كل الصعوبات. (الزهيري، 2012: 26).

ويعرفها "أزلينا وشاهيرير" (Azilina et Shahrir) (2010): هي قدرة الفرد على التعافي من الأمراض، الاكتئاب والمصائب، وقيام الفرد بوظائفه بالرغم من التحديات والظروف الصعبة المحيطة به، وهذا يتطلب من الفرد القدرة على التكيف الفعال الذي يتضمن كل من الأفكار والأفعال. (شقورة، 2012: 10).

أما "قداوي" (2012) فيعرفها بأنها: السمات الشخصية الثابتة بصورة نسبية، التي تتميز بالقدرة على التعافي بسرعة من التجارب أو الخبرات السلبية، وبالتكيف المرن مع التغيرات المستمرة لمطالب الحياة. (الحمداني ومنوخ، 2013: 382).

يشير مفهوم قوة التحمل من وجهة نظر أنصار المدرسة الإنسانية في علم النفس إلى قدرة الفرد على العيش والازدهار وتحقيق ذاته بالرغم من التعرض للضغوط والأحداث الصادمة بل ربما بسبب هذه الضغوط والأحداث العصبية، إذا غالبا ما يعتبر الشخص الذي يتمتع بالمرونة النفسية الضغوط والمشكلات فرصا للنمو والارتقاء الشخصي، بمعنى آخر لا يبدو الأفراد ذوي المرونة النفسية قادرين على مواجهة الأحداث الضاغطة والمواقف العصبية بصورة إيجابية فقط، بل يعتبرونها تحديا وفرصا لا تعوض للتعلم والارتقاء الشخصي. (أبو حلاوة، 2013: 22).

من خلال التعاريف السابقة يمكن استخلاص أنّ قوة التحمل هي القدرة على مواجهة الضغوطات والمصاعب والتكيف معها إيجابيا دونما أن تتأثر الشخصية أو تؤثر على سلوكيات الفرد ومعاملاته.

4-2- قوة التحمل وعلاقته ببعض المفاهيم السيكولوجية الأخرى:

تتداخل قوة التحمل مع بعض المفاهيم السيكولوجية الأخرى وذلك بسبب تشابهها معهم في بعض الخصائص المميزة، وفي التأثير والنتائج التي تعود على الفرد بالإيجاب ومن بين هذه المفاهيم ما يلي:

4-2-1- مرونة الأنا:

تعرفها مكتبة ويلسون للتعلم (2005) بأنها: مهارة استخدام مهارة البصيرة وهي تبدأ بالعمل عندما يتم إدراك الاختلاف في العلاقة الإنسانية وعندما يتم التصرف بطريق مخالف لتحسين العلاقة وبهذا تكون المرونة هي الاستعداد والقدرة على إجراء التعديلات المؤقتة في الاستجابة السلوكية وعندما تصل إلى الحسم في بناء العلاقة مع الآخرين. (الخطيب، 2007: 1054).

4-2-2- قوة الأنا Ego strength:

هو قوة طاقة الأنا وهي التي تحدد مدى تحمله للظروف غير المواتية وبحسب قوة الأنا تكون مقاومة الفرد للانهيان أمام الظروف. (الحنفي، 1996: 258).

4-2-3- الصلابة أو الصمود النفسي (Hardiness):

حسب "كوبازا" هي مجموعة من السمات تتمثل في اعتقاد أو اتجاه عام لدى الفرد في فاعليته وقدرته على استغلال كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة كي يدرك بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة الشاقة إدراكاً غير محرف أو مشوه ويفسرها بواقعية وموضوعية ومنطقية ويتعايش معها على نحو إيجابي، وتتضمن ثلاثة أبعاد وهي الالتزام، التحكم، التحدي. (راضي، 2008: 21).

4-2-4- المناعة النفسية (Invulnerability):

يشير "وايندل" و"بينيت" و"نويز" (Windle, Bennert et Noyes) (2011) بأنّ المناعة عملية دينامية يستخدم الفرد خلالها مهارات تكيف إيجابية على الرغم من الأحداث الصادمة التي يختبرها إضافة إلى كونها عملية تعبر عن قدرة الفرد على التوافق مع الضغط من خلال استخدام مصادره الشخصية والبيئية بغرض العودة لحالة التوازن أثناء مواجهة المحن. (علي، 2014: 412، 413).

4-2-5- سرعة التعافي (Recovery):

وهي قدرة الفرد على التخلص من التأثيرات السلبية للمحن والظروف الضاغطة، واسترجاع حالته الطبيعية أو العادية في وقت قصير. (أبو حلاوة، 2013).

4-2-6- المواجهة الفعّالة أو التكيفية (Adaptive Coping):

هي تلك العملية الدينامية المستمرة التي يهدف بها الشخص إلى تغيير سلوكه، ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه وبين البيئة.

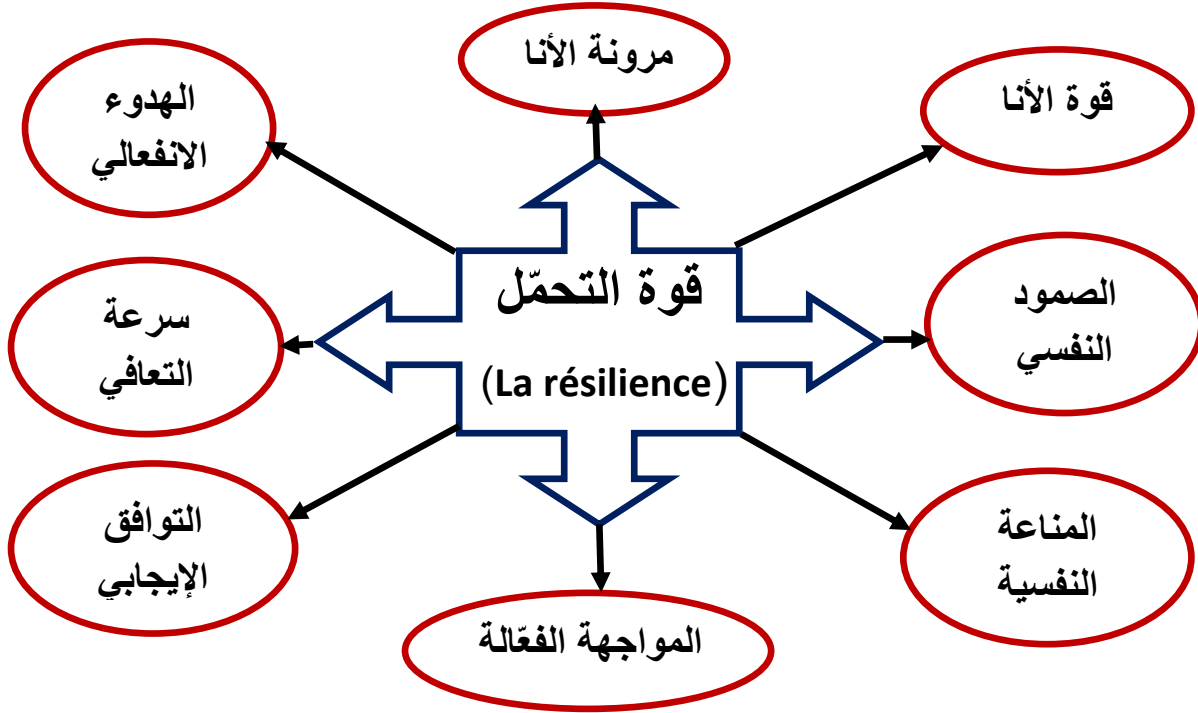
4-2-7- التوافق الإيجابي:

وهو قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا يؤدي إلى التمتع بحياة خالية من التأزم والاضطرابات، مليئة بالتحمس. (فهمي، 1995: 33).

4-2-8- الهدوء الانفعالي:

وهو القدرة على مواجهة الظروف المختلفة في الحياة الحسنة منها والسيئة بالشجاعة والحزم والانصراف والمساواة والرضا. (شقورة، 2012: 12).

والشكل التالي يوضّح علاقة قوة التحمّل بهذه المفاهيم السيكلوجية:



شكل رقم (02) يوضّح علاقة قوة التحمّل ببعض المفاهيم السيكلوجية الأخرى.

3-4- العوامل المعزّزة لقوة التحمّل:

هنالك عدة عوامل تقوم بتعزيز وزيادة قوة التحمّل لدى الفرد والتي يمكن ذكرها كالتالي:

أولاً: العوامل الشخصية: وتتمثل فيما يلي:

- التفكير الإيجابي:

وذلك بمعالجة المعلومات وتغيير الأفضليات من خلال إعادة الهيكلة وإعادة التأطير بشكل

إيجابي، ممّا يؤدي إلى إعادة تقييم والحصول على نتائج إيجابية وبذلك تكون النظرة إيجابية.

- الواقعية:

وهي إمكانية توقع الفرد أو أنّ لديه توقعات نتائج واقعية وذلك باحترام الذات وتقديرها

والثقة والكفاءة الذاتية من خلال القبول.

- السيطرة السلوكية:

وتتمثل في عملية رصد وتقييم وتعديل ردود الفعل العاطفية للفرد وذلك من خلال تحكمه وتنظيمه الذاتي لسلوكاته خاصة في المواقف والظروف غير المواتية.

- ضبط النفس والانفتاح على الخبرة.

- الابتعاد عن الأفكار التلقائية والتشويهاات المعرفية.

- التحلي بالقيم الدينية والايمانية فهي المساعد الأساسي لتكوّن قوة التحمل.

ثانيا: المساندة الخارجية:

- الأسرة:

وما يتواجد فيها من روابط قائمة على دفء العلاقات والتقبل الإيجابي غير المشروط ومنح الحب دون شروط.

- المجتمع:

وما يتوافر فيها من مصادر الدعم والمساندة، فضلا عن علاقات التواصل الإيجابي مع الأقران. (أبو حلاوة، 2013: 28).

4-4- مواصفات الشخصية المتمسمة بقوة التحمل:

تتصف الشخصية المتمسمة بقوة التحمل بعدة صفات تميّزها عن غيرها والمتمثلة في:

- الصحة النفسية: تعرّف بأنها حالة دائمة نسبيا، يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا، (شخصيا وانفعاليا واجتماعيا أي مع نفسه وبيئته) ويشعر بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستقلال قدراته إلى أقصى حد ممكن. (زهرا، 2005: 09).

وترتبط سمة قوة التحمل بالصحة النفسية إذ أنّ هناك بعض المؤشرات للصحة النفسية السليمة أو التوافق، ومنها أن يتصف بقوة التحمل حيث يكون متوازنا في أمور حياته وبيئته عن التطرف في الحكم على الأمور واتخاذ القرارات. (شقورة، 2012: 25).

- الاستبصار: هي قدرة الفرد على قراءة وترجمة المواقف والأشخاص، وتشمل القدرة على التواصل البينشخصي علاوةً على معرفة كيفية تكيف سلوك الفرد ليكون متناسبا مع المواقف المختلفة، مما يجعله يفهم نفسه ويفهم الآخرين.

- الاستقلال: يشمل بعد الاستقلال عمل توازن بين الشخص والأفراد الآخرين المحيطين به، كما يشمل كيفية تكيفه مع نفسه بحيث يعرف ما له وما عليه، وأن الشخص المستقل هو الذي يقول بوضوح: (لا) عندما يكون مناسباً أكثر مما يكون عليه من كونه متساهلاً وبسيطاً في حالة مواجهة الحدث، وأن الاتجاه الإيجابي والمتفائل للشخص المستقل يكون حاضراً دائماً، ويكون مرتبطاً بالفروق الفردية فيما بين الأشخاص والقدرة على مواجهة تلك الأحداث. (الخطيب، 2010: 556، 557).

- النظرة الإيجابية للحياة: كلما كان الإنسان مُتحملاً بخاصية المرونة، كان أكثر إيجابية في تعامله مع ما يدور حوله من موجودات، فالنظرة الإيجابية في الحياة هي التي تحدد أيضاً مكانته وقيمه الاجتماعية في الحياة، لأنها سبب في العمل والحركة، وعامل في الفاعلية والعزم، فالنظرة إلى الأشياء عند الفرد المسلم ينبغي أن تتسم بالإيجابية التي لا تعرف إفراطاً ولا تقريظاً، مثل هذه النظرة المعتدلة ستمكنه من التفاعل مع الواقع بثقة وحزم. (شقورة، 2012: 26).

- روح الدعابة: تعتبر روح الدعابة الجانب المضيء من الحياة لدى الشخص المرن، حيث تمثل القدرة على إدخال السرور على النفس، وإيجاد المرح اللازم للبيئة المحيطة به، وهذا ما يعتبر خاصية أو سمة مميزة للأشخاص المرنين الذين يجيدون فن التعامل في الحياة لمواجهة مواقفها المختلفة. إنَّ روح الدعابة تُدعم تكون وجهة نظر جديدة تكون أقل مخاطرة في مواجهة تحديات الحياة والتأقلم مع الظروف القاسية والأكثر صعوبة.

- المبادأة: وتتضمن قدرة الشخص على البدء في تحدي ومواجهة الأحداث، وذلك بعد دراسة سريعة وصحيحة تمثل قدرة الفرد على الحدس، أي الإحساس بإدراك النتائج الإيجابية الصحيحة والسريعة. (الخطيب، 2010: 557).

4-5- استراتيجيات بناء قوة التحمل:

قدمت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) (10) خطوات أساسية لبناء قوة التحمل والتي يمكن ذكرها كالتالي:

-العلاقات الاجتماعية الإيجابية مع الآخرين بصفة عامة وأعضاء الأسرة والأصدقاء بصفة خاصة.

- تجنب الاعتقاد بأن الأزمات أو الأحداث الضاغطة مشكلات لا يمكن تجنبها.

- تقبل الظروف التي لا يمكن تغييرها.

- وضع أهداف واقعية والاندفاع الإيجابي باتجاه تحقيقها.

- اتخاذ أفعال حاسمة في المواقف العصيبة.

- التطلع لفرص استكشاف الذات بعض الصراع مع الخسارة.

- تنمية الثقة في الذات.

- الحفاظ على تصور طويل الأجل وفهم الحدث الضاغط في إطار السياق الواسع المخلق له.

- الحفاظ على روح التفاؤل والاستبشار وتوقع الأفضل.

- رعاية المرء لعقله وجسده، وممارسة تدريبات منتظمة، مع الانتباه لحاجاته ومشاعره،

فضلا عن الاندماج في أنشطة الترفيه والاسترخاء وإمتاع الذات، التعلم من الخبرات السابقة،

والتأسيس لحياة مرنة ومتوازنة. (أبو حلاوة، 2013: 31).

4-6- النظرية المفسرة لقوة التحمل:

4-6-1- نظرية التحليل النفسي:

يرى "فرويد" بأنّ النمو السليم يؤدي إلى نشوء الأنا القوية، التي تظهر كأحد المتغيرات المهمة في الشخصية في ضوء القابلية على مواجهة المشكلات التي يتعرض لها الفرد في حياته لتحقيق عملية التوافق. وإنّ النمو الطبيعي يحدث في حالة توازن بين مكونات (الهو والأنا والأنا الأعلى)، عندما يستبدل بأساليب أكثر نضجا وفعالية في التعامل مع المشكلة وعلى نحو ثابت. (الحمداني ومنوخ، 2013: 387).

حيث أنّ:

-الهو (ID) تشير إلى الدوافع الفطرية، التي يولد الفرد مزودا بها، وتتضمن غريزتين الجنس والعدوان.

- الأنا (Ego) الجانب الواعي من الشخصية والذي يوجه الإنسان نحو السلوك السليم القائم على المنطق والعقل ومبدأ الواقع.

- الأنا الأعلى (Super Ego) وهي وظيفة الرقابة والردع، وهي تشير إلى المثل العليا والقيم الخلقية السائدة في المجتمع.

وعليه يرى "فرويد" أنّ قدرة الفرد على مواجهة الشدائد والظروف الصعبة والمحن مرهون بقوة «الأنا» وقدرتها ونجاحها على احداث التوازن والتوفيق بين متطلبات «الهو» و«الأنا الأعلى» لأنها تخضع لمبدأ الواقع، وتفكر تفكيراً موضوعياً ومعتدلاً ومتماشياً مع الأوضاع الاجتماعية المتعارف عليها، ووظيفتها الدفاع عن الشخصية والعمل على توافقها مع البيئة وحل الصراع بين الحاجات المتعارضة للفرد. (الزهيري، 2012: 52).

4-6-2- المنظور الإنساني:

يركز هذا المنظور على أهمية الخبرة الذاتية للفرد، ومشكلاته وفاعليته وحرية في اتخاذ قراراته لحل مشكلاته، ويركز بصفة عامة إلى كشف السبل التي تؤدي بالفرد إلى التكيف وتحقيق أقصى فاعلية لذاته.

إذ يرى "روجرز" (Rogers) أنّ السلوك مدفوع بقوة واحدة هي النزعة لتحقيق، المتمثلة بالرغبة في المحافظة على النفس وتطويرها.

إنّ الشخصية السليمة المرنة بنظر "روجرز" دالة على الانسجام بين الذات والخبرات، فالأشخاص الأصحاء نفسياً قادرين على إدراك أنفسهم وبيئاتهم كما هي في الواقع وهم منفتحون بحرية لكل التجارب لأنّ أية واحدة من هذه الخبرات لا تشكل تهديداً للذات لديهم، وأنّهم أحرار ليحققوا ذاتهم في السير قدماً ليكونوا أشخاصاً متكاملين في أداء مهامهم، ليس بالضرورة أن يغيروا وجه العالم بل يكفي أن يكون مبدعاً حتى في شيء صغير يشعر بالتلقائية وبمرونة كبيرة في التكيف مع الحياة والبحث عن خبرات جديدة نحو الإحساس بالرضا وتحقيق الأهداف التي يسعى إليها. (الزهيري، 2012: 54).

4-6-3- نظرية التعلم الاجتماعي:

تعد نظرية التعلم الاجتماعي لجوليان روتر (Julian B. Rutter) محاولة تجمع بين اتجاهين مختلفين في علم النفس، هما نظرية (المثير-الاستجابة) من ناحية والنظريات المعرفية من ناحية أخرى. (الزهيري، 2012: 57).

نظرية "روتر" في التعلم الاجتماعي المعرفي تعتمد على أساسيات يمكن إجمالها بما يأتي:

- أنّ تفاعل الناس مع بيئتهم يعتمد على خبراتهم الماضية من ناحية وتوقعهم للمستقبل من ناحية أخرى بناءً على حاجاتهم.

- أنّ السلوك لا يعتمد على البيئة بمعزل عن الفرد أو العكس، فقيمة التعزيزات لا تعتمد على المثير الخارجي المعزز وخصائصه بل على معناه ودلالاته التي يدركها بسعته المعرفية.

- أنّ نمو وتطور وتغيّر الشخصية الإنسانية يرتبط مرورها بخبرات جديدة من خلال تفاعلها مع البيئة حتى يمكن معه الوصول إلى صيغة للتنبؤ بالسلوك.

فمفهوم مركز الضبط اشتقه "روتر" يقصد به مدى شعور الفرد أنّ باستطاعته السيطرة على الأحداث التي يمكن ان تؤثر فيه، حيث يتوزع الأفراد تبعاً لهذا المفهوم على فئتين هما:

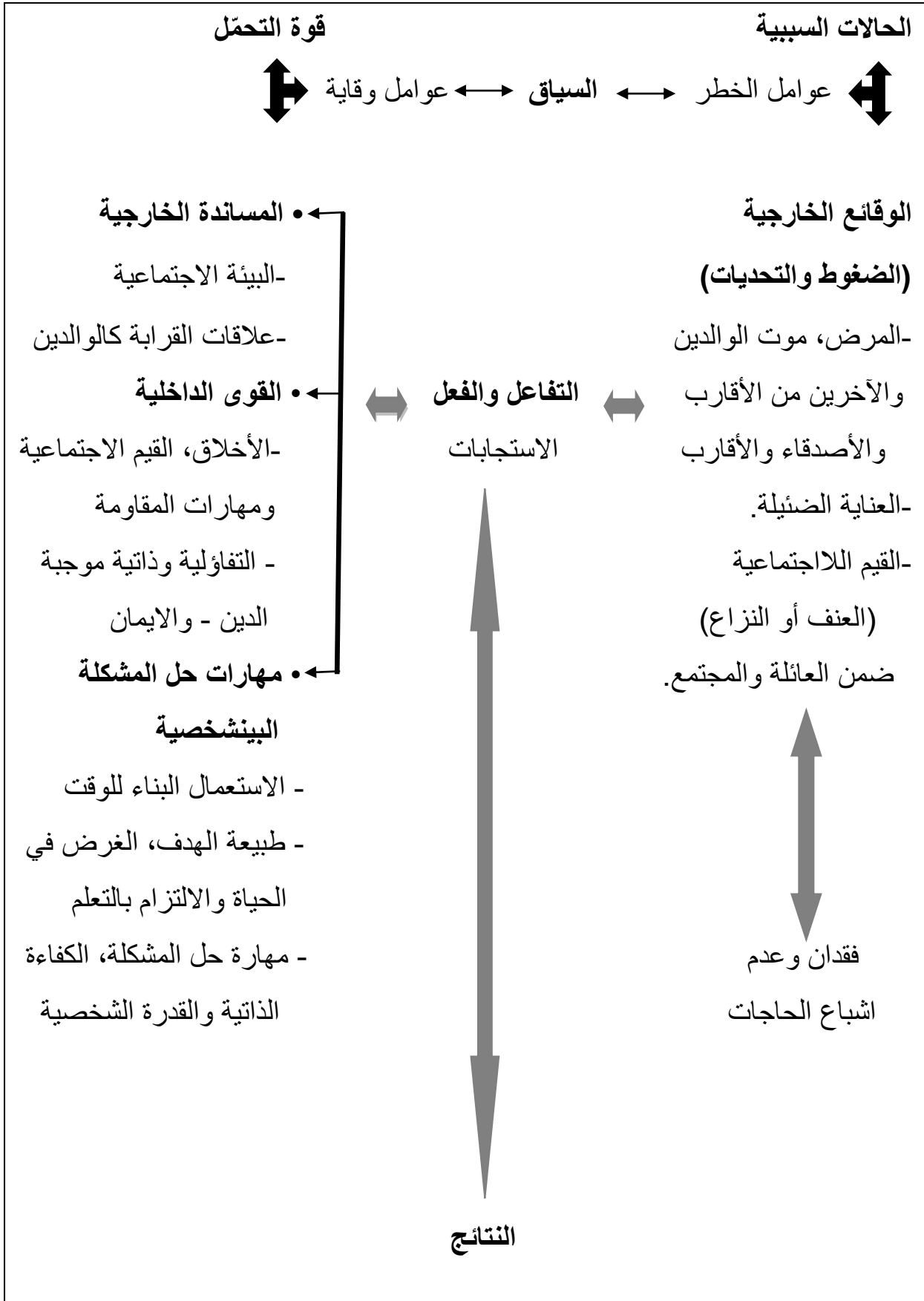
- فئة مركز الضبط الداخلي (Internalizes) وهم الأفراد الذين يعتقدون أنّهم مسؤولون عمّا يحدث لهم، ومن ثم فهم قادرين على التأثير في الأحداث المحيطة بهم.

- فئة مركز الضبط الخارجي (Externalizes) وهم الأفراد الذين يعتقدون أنّ الأحداث يتم التحكم فيها من الخارج ولا سيطرة لهم على هذه الأحداث أو التأثير فيها، حيث تعود بدرجة أكبر إلى الحظ والصدفة والقدر.

وطبقاً لنظرية "روتر" أنّ أصحاب الضبط الخارجي يخضعون لضغوطات الحياة فهم أقل مرونة قياساً إلى أصحاب الضبط الداخلي. (الزهيري، 2012: 58، 59).

4-6-4- نموذج "بينر" (Pinar) (2007):

تؤكد "بينر" أنّ قوة التحمّل تتحدد بوجود عوامل الوقاية التي تخفف تأثير التعرض للمخاطر، وبمثابة عامل محفّز عن طريق تعديل الاستجابة للمخاطر وتقلل احتمالية النتائج السلبية وبالتالي مرونة الأفراد محددة ومتوقعة بحسب الموارد (resources) الداخلية والخارجية لهم هي التي تحدد وتشكل قوة التحمّل لديهم.



شكل رقم (03) نموذج "بينر" في قوة التحمل

تذكر "بينر" أنّ الحالات السببية (Causal condition) تكون أعمق بكثير من التهديدات والتجربة المؤلمة نفسها وترتبط بشكل خاص بتجربة فقدان الأفراد لاحتياجاتهم، فالطفل الذي لا يجد بيئة تحويه وتسانده ستكون مشاعره أكثر حدة وأكثر تهديدا مما لدى البالغ، وإنّ سلوك الإنسان يكون ذا غرض وموجه نحو الهدف وبطريقة ما أو بأخرى يكافح الأفراد باستمرار ليحفظوا اتزانهم الحيوي وحالة التوازن صحتهم أثناء التفاعل مع البيئة ويواصلون الكفاح من أجل الحصول على طاقة كامنة فعلية من خلال محاولة تحقيق حاجاتهم وكلما تحقق اشباع الحاجات تحققت الأهداف لذلك فالحاجات الإنسانية تشكل العامل الرئيس في مجموعة الأهداف. (الزهيري، 2012: 68-70).

خلاصة الفصل:

وفي الأخير ممّا تم عرضه خلال هذا الفصل المتمركز حول قوة التحمل، فيمكن استنتاج أنّ هذا الأخير يُعد من الخصائص والسمات المهمة في شخصية الإنسان لمواجهة الضغوط، وبفضلها يمتلك القدرة على التصدي وتجاوز المشكلات والصدمات التي تعترض طريقه، فبامتلاكه لها يستطيع التخفيف من تأثير الأحداث الضاغطة والتكيف معها بطريقة إيجابية.

الفصل الخامس

صدمة السرطان وأثر قوة التحمل.

تمهيد.

5-1- السرطان كصدمة نفسية.

5-2- نمط الحياة النفسية للمصدومين إثر مرض السرطان.

5-3- الميكانيزمات التي يستعملها المصدومون إثر مرض السرطان.

5-4- المراحل التي يمر بها المصدومون إثر مرض السرطان.

5-5- قوة التحمل لدى لمصدومين إثر مرض السرطان.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يمر الإنسان خلال حياته اليومية بمواقف وأحداث مختلفة. وبتكرارها تصبح عبارة خبرات اعتيادية ومألوفة. في حين توجد في الطرف الثاني خبرات تتسم بطابع الفجائية تكون غير اعتيادية، وبذلك تحدث ما يسمى بـ: «الصدمة النفسية»، فهذه الأخيرة تكون نتيجة عدّة أحداث لعل أهمها معرفة الشخص بأنه مصاب بمرض وأي مرض «السرطان»، وهذا الحدث فجائي بالنسبة له ممّا يؤثر عليه سلبيا. إلا أنّ هذا الشخص تكون لديه طاقة تحمّل ومواجهة والتّصدي لمثل هذه الأحداث. وهذا ما يصطلح عليه بـ: «قوة التحمل» (La résilience).

وفي هذا الفصل تحاول الباحثة التعرّيج على العناصر التالية بداية بعنصر السرطان كصدمة نفسية، ثم الكشف عن نمط الحياة النفسية للمصدومين إثر مرض السرطان، مروراً بالميكانيزمات التي يستعملونها والمراحل التي يمرون بها، ووصولاً إلى قوة التحمّل لدى هذه الفئة.

5-1- السرطان كصدمة نفسية:

يُعد تلقي خبر الإصابة بمرض السرطان حدث مفاجئ، حيث يعيش المصابون به صدمة نفسية، فيكون خبر الإصابة قوي وعنيف لأنّه يمثل حدث خارج نطاق الخبرة اليومية للشخص، كما أنّه تهديد بانتهاء حياته فيستقبله الشخص برعب وذعر، ممّا ينجر عنه آثار سلبية تؤثر على حياته في مختلف المجالات.

حيث يبقى الأنا لديه عاجزاً على صد كل هذه الإثارات السلبية والمفاجئة وغير قادر على إرصانها وحفظ اتزان الشخص مما يؤدي إلى استنزاف طاقته النفسية.

5-2- نمط الحياة النفسية للمصدومين إثر مرض السرطان:

حيث يعاني هؤلاء من مشاكل نفسية خطيرة، والتي تتمثل في الأعراض التالية:

5-2-1- على المستوى الشخصي:

- الانهيار: ويتمثل ذلك في عدم تقبل التغير في التصور الذاتي للجسم.
 - القلق: خاصة ما يتعلق بحالتهم الصحية مستقبلا.
 - الغضب: يكون الغضب اتجاه الذات أو الآخرين. وأهم ما يتبادر في أذهانهم سؤال: لماذا أنا بالذات؟
 - الحزن: ويتمثل في الحسرة والضيق الدائمين، خاصة عند معاودة المرض ليصل إلى الاكتئاب واليأس.
 - فقدان الثقة بالنفس وصعوبة في التعبير عن العواطف.
 - الخوف من معاودة المرض ومن أن يصبح المريض عبئا على غيره.
 - الخوف من فقدان الحياة الجنسية وعدم إنجاب الأطفال مرة أخرى.
 - اضطرابات في النوم، الأكل... الخ.
 - أفكار انهيارية ولوم الذات الدائم واعتبار المرض عقوبة.
- بالإضافة إلى كل هذه الأعراض نجد أيضا ما يسمى بـ: «الجرح النرجسي» حيث نجده عندما يكون هنالك رفض للصورة الجسمية، والتي تكون المسبب الرئيسي في المعاش النفسي المؤلم للفرد لأنه مصاب بالسرطان لاسيما إذا حدث البتر لأحد أعضاء الجسم جراء المرض الذي من نتائجه تغير صورة الجسم، مما يجعل المريض يعيش بألمين: ألم المرض وألم تغير صورة الجسم. وهو السبب في الجرح النرجسي، فتقف هذه الآلام حيال الاستقرار النفسي لدى الفرد.

5-2-2- على المستوى العلائقي:

- فشل الاتصال الشخصي: فيكون المريض أكثر حساسية ضد الآخرين.
- عدم القدرة على الاهتمام بالأولاد والزوج.
- فقد والتخلي عن الحياة الجنسية.
- العزلة والانطواء: يتمثل ذلك في الابتعاد عن الآخرين.

5-3- الميكانيزمات التي يستعملها المصدومون إثر مرض السرطان:

يلجأ المصدومون إلى الميكانيزمات الدفاعية كحل بديل للتخفيف من حدة الصدمة النفسية ومن أبرز هذه الميكانيزمات:

-الكبت: يستعمل الكبت كآلية دفاعية أولية لحماية الجهاز النفسي من فجائية خبر المرض، حيث يستعمل للتخفيف من حدة القلق والتوتر والهدف منه توفير الراحة والاتزان للشخص المصدوم.

-الإنكار: وهذه الآلية الدفاعية أكثر ما يبرز من خلال حديث المصدومين، وذلك برفضهم لما حدث وعدم تقبله.

- الانسحاب والهروب: تستعمل هذه الآلية بتجنب الآخرين وعدم التحدث معهم بغرض نسيان الواقع المفاجئ والأليم.

- العزل: كثيرا ما يستخدم المصدومون هذا الميكانيزم، وذلك بالانطواء على الذات والعزلة والذي يدل على الاكتئاب.

- الرفض: يستعمل هذا الميكانيزم للتعبير عن رفض الواقع الأليم والمتمثل في مرض السرطان مما يولد الشعور بالألم والقلق والاكتئاب.

- النشاط المفرط: يبرز هذا الميكانيزم عند أغلب المصدومين، حيث يقومون بعدة نشاطات وبوتيرة كبيرة أكثر من السابق بغرض تبيان قدرة الشخص وأنه غير عاجز.

4-5-4- المراحل التي يمر بها المصدومون إثر مرض السرطان:

يمر هؤلاء الأشخاص بخمسة مراحل أساسية هي:

4-5-1- المرحلة الأولى:

تُعرف بمرحلة تبدل المشاعر وفيها يتعرّف المريض على إصابته بالسرطان، فحين تلقيه الخبر يُصاب بالصعق والذهول، أما عن الردود النفسية فتتمثل في الصراخ، البكاء أو الصمت لفترة طويلة، وقد تصاحبها أعراض الإغماء والدوار، الدوخة وفقدان الوعي أو اصفرار الوجه، التشنجات... الخ. وتدوم من ثواني إلى دقائق إلى ساعة.

4-5-2- المرحلة الثانية:

وفي هذه المرحلة يكون فيها الإنكار وعدم التصديق، فبعد علم المريض بمرضه ينكر ذلك الخبر ولا يصدقه، وتستمر هذه الحالة من ساعات إلى أسبوع. قد تصاحبها صعوبات في تركيز الانتباه وفي الذاكرة وغيرها.

4-5-3- المرحلة الثالثة:

تتمثل هذه المرحلة في مرحلة الاحتجاج وأهم ما يظهر جليا على المصدومين الخوف والقلق ممّا سيأتي لاحقا خاصة ما يتعلق بصحتهم الجسدية وما ستؤول إليه مستقبلا أو أنّ صحتهم ستقنى قريبا.

4-5-4- المرحلة الرابعة:

تعد هذه المرحلة مرحلة الاكتئاب أو الكآبة، وفيها يُخيم عليهم اليأس. ويصبحون أكثر بلادة وغير مباليين بمجريات الحياة منطوين على أنفسهم.

4-5-5- المرحلة الخامسة:

وهي مرحلة القبول أو المرحلة الواقعية يتم فيها الاقتناع بالواقع الجديد من خلال تعايش المريض مع مرضه وتقبله.

5-4- قوة التحمل لدى المصدومين إثر مرض السرطان:

من خلال المرحلة الأخيرة من مراحل الصدمة أي المرحلة الواقعية تظهر لدى هذه الفئة قوة التحمل ويبرز دورها في تجاوز هذه الصدمة وتخطيها بسلام، حيث تساعد المصدومين في مواجهة الجدية للظروف الضاغطة من خلال عملية التوافق الجيد في مواجهة صدمتهم وتحقيق التكيف الإيجابي مع المرض.

ويمكن تفسير قوة التحمل لدى هؤلاء المصدومين بناءً على النظريات المتناولة في الفصل السابق كالتالي:

- حسب نظرية التحليل النفسي فإن قوة التحمل لدى المصابين بالسرطان تظهر من خلال قدرتهم على مواجهة الحدث الصادم (مرض السرطان) وذلك مرهون بقوة الأنا لديهم وقدرتها على إحداث التوازن، وذلك من خلال تجاوز الصدمة وقبول المرض والتعايش معه.

- في المنظور الإنساني فيتميّزون بإدراك أنفسهم وبيئتهم كما هي في الواقع وذلك بتقبل مرضهم في الواقع، بحيث يفتحون على المرض ولا يعتبرونه مهددا لذواتهم. وبالتالي فيحسون بأنهم أحرار ويحققون ذواتهم وأداء مهامهم والإحساس بالرضا.

- في حين نجد نظرية التعلم الاجتماعي تسميهم بفتة مركز الضبط الداخلي وذلك باستطاعتهم السيطرة على حدث المرض من خلال ضبط داخلي يعكس قدرتهم في التأثير على حدث المرض بشكل إيجابي وأنهم هم المسؤولون على ذلك.

- أما حسب نموذج "بينر" فتتحدد قوة تحملهم بمدى امتلاكهم لعوامل الوقاية ضد حدث الإصابة بالمرض من مساندة أسرية والقوى الداخلية لهم من أخلاق وقيم اجتماعية ومهارات حل المشكلة.

خلاصة الفصل:

تم في هذا الفصل استخلاص مدى تأثير خبر الإصابة بالسرطان واعتباره كصدمة نفسية ونمط الحياة النفسية لدى تلك الشريحة وكذا الميكانيزمات التي يستعملونها والمراحل التي يمرون بها من مراحل الصدمة وأخيرا كيف يمتلكون ويتميّزون بقوة التحمل.

وبعد عرض الجانب النظري في الفصول النظرية السابقة الذكر يتم التطرق إلى الجانب الميداني من الدراسة في الفصول الموالية.

الفصل السادس

منهجية الدراسة وإجراءاتها

تمهيد.

6-1- منهج الدراسة.

6-2- الدراسة الاستطلاعية.

6-3- حالات الدراسة.

6-4- مجالات الدراسة.

6-5- أدوات الدراسة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يُعتبر الجانب التطبيقي بمثابة المحور الأساسي لكل بحث علمي، فهو من أهم خطوات البحث العلمي وذلك من خلال ما يتوصل إليه من نتائج موضوعية ودقيقة.

وستحاول الباحثة من خلال هذا الفصل الخاص بالإجراءات الممهدة للجانب التطبيقي عرض منهج الدراسة والدراسة الاستطلاعية وكذا حالات الدراسة ومن ثم المجال المكاني والزمني والبشري للدراسة، بالإضافة إلى أدوات الدراسة.

6-1- منهج الدراسة:

إن طبيعة المشكلة هي التي تحدد نوع المنهج المتبع في الدراسة، ونظرا للدراسة الحالية التي تبحث في المحتوى الصدمي لدى أمهات مصابات بالسرطان، فقد ارتأت الباحثة إتباع منهج "دراسة الحالة" باعتباره المنهج المناسب للدراسة الحالية.

حيث تتضمن دراسة الحالة (Case Study) الفحص المتعمق والمفصل لحالة فردية أو أسرة أو أي وحدة اجتماعية أخرى كالمجتمع أو الثقافة. ويقوم الباحث في هذا المنهج بجمع كل أنواع البيانات: النفسية والفيزيولوجية والسيرة الذاتية والبيئية، وذلك حتى يُلقى الضوء على خلفية الشخص (تجاربه وثقافته وبيئته) وسلوكه وتوافقه. (دويدار، 1999: 100).

وعليه يتضح أنّ منهج دراسة الحالة هو: دراسة لحالة فردية بشكل مُعمّق ومُفصّل من خلال تجميع معلومات عديدة، وذلك بغية فهم الحالة بشكل واضح وإعطاء تقييم وحكم على الحالة.

6-2- الدراسة الاستطلاعية:

تُعَدّ الدراسة الاستطلاعية مرحلة أساسية من مراحل البحث العلمي، فمن خلالها يستطيع الباحث اكتشاف الظاهرة المراد دراستها على أرض الواقع، قصد الوصول إلى أكبر كم من المعلومات حول جوانب الموضوع وجميع البيانات اللازمة عن حالات الدراسة.

وقد كانت أهداف الدراسة الاستطلاعية متمثلة في:

- التعرف على حالات الدراسة.

- التعرف على الظروف التي ستجري فيها المقابلة.

- تجريب الأداة التي سيتم إتباعها.

وقد قامت الباحثة بإتباع الخطوات التالية في إجراء الدراسة الاستطلاعية:

1/ بعد أخذ التصريح من إدارة القسم وقبوله من طرف مدير مستشفى لحضر بوزيدي اتصلت الباحثة بمصلحة طب الأورام.

2/ وجهت الباحثة إلى مكتب رئيسة المصلحة وعرضت عليها الهدف من الزيارة وهو التعرف على الحالات وكذلك على الأخصائية النفسانية التي استقبلتها بكل رحابة صدر، ثم دخلت في حوار مطول ومفصل نوعا ما حول سبب الزيارة والهدف الذي تصبو إليه، بالإضافة إلى الموافقة مدّت لها يد العون من خلال العديد من المعلومات القيّمة والمفيدة ثم اتفقت معها على الوقت الذي يبدأ به عملها. وكانت الزيارة يوم 2016/11/24 إلّا أنّ العمل الفعلي انطلق في 2017/02/06.

3/ طبقة الباحثة اختبار قوة التحمّل (La résilience) للتأكد من صلاحيته، حيث تكونت عيّنة الدراسة الاستكشافية من (30) أم مصابة بالسرطان بمصلحة طب الأورام، تم اختيارهنّ بالطريقة القصدية.

مما توصلت إليه الدراسة الاستطلاعية:

- بروز عدة مشكلات تعاني منها الأمهات المصابات بالسرطان.

- وجود مستوى منخفض من تقبل المرض لدى الأمهات المصابات بالسرطان في كثير من الأحيان.

- وجود مستويات متفاوتة من قوة التحمّل لدى الأمهات المصابات بالسرطان.

3-6- حالات الدراسة:

اعتمدت الباحثة في اختيارها للمبحوثات الطريقة القصدية تبعًا لطبيعة الدراسة وكذا المنهج المتبع. وقد تضمنت حالات البحث (05) أمهات مصابات بالسرطان الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (01) يبين وصف حالات الدراسة

الحالات	العمر	المستوى الدراسي	نوع المرض	تاريخ الإصابة
رشيدة	40 سنة	ثالثة ثانوي	سرطان الثدي	2013
سامية	44 سنة	ثالثة ثانوي	سرطان الغدة الدرقية + سرطان الثدي	2002
ياسينة	41 سنة	ابتدائي	سرطان القولون + سرطان العظام	2014
صورية	33 سنة	متوسط	سرطان الرحم + سرطان الرئة	2015
فضيلة	60 سنة	ابتدائي	سرطان البنكرياس	2016

6-4-4- مجلات الدراسة:

تمثلت مجالات الدراسة في:

6-4-1- المجال المكاني:

تمثل المجال المكاني للدراسة الحالية في مصلحة طب الأورام بمستشفى لخضر بوزيدي ببرج بوعريريج. وهو مكان داخل المستشفى لكن منعزل عنه يقع في الجهة الشمالية منه وراء الإدارة.

6-4-2- المجال الزمني:

أجريت الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة من شهر فيفري إلى شهر مارس من السنة الجارية (2017)، وقد بدأت من (12) فيفري ودامت إلى غاية (20) مارس، وذلك بناءً على المواعيد الطبية للحالات.

6-4-3- المجال البشري:

تضمن المجال البشري في هذه الدراسة (05) أمهات مصابات بالسرطان يتابعن العلاج بمصلحة طب الأورام بمستشفى لخضر بوزيدي خلال العام 2016/2017. تراوحت أعمارهن ما بين (33) سنة و(60) سنة.

6-5- أدوات الدراسة:

تم الاعتماد في دراستنا الحالية على مجموعة من الأدوات تمثلت في:

6-5-1- الملاحظة العيادية:

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة الملاحظة العيادية المباشرة والمقصودة أثناء إجراء المقابلات مع الحالة موضوع الدراسة. وذلك بغرض الحصول على معلومات غير لفظية تكون مرافقة لاستجابات الحالة أثناء كلامها عن المرض، والتي قد تعبر عن أعراض الصدمة مثل: الإيماءات، الحركات، ملامح الوجه، تغيير نبيرة

الصوت...الخ. قصد تحليلها وتفسيرها وإعطائها وزنا عياديا والمتمثل في تحديد وتشخيص أعراض المحتوى الصدمي.

6-5-2- المقابلة العيادية:

اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على المقابلة العيادية النصف موجهة. والتي هي مقابلة مفتوحة إذ أنّ للباحث شبكة أسئلة توجيه مرنة، تمكن من الحصول على المعلومات الخاصة بالحالة موضوع الدراسة، وتتيح الراحة للحالة للتحدث بكل حرية عمّا بداخلها بهدف الوصول إلى حصر الأعراض العيادية التي تعاني منها الحالة موضوع الدراسة جراء المرض.

وقد قسمت المقابلة العيادية النصف موجهة التي اعتمدها الباحثة إلى ثلاثة محاور أساسية وهي:

✓ المحور الأول: شدة الصدمة.

✓ المحور الثاني: الذكريات الصادمة.

✓ المحور الثالث: السلوك ما بعد الصدمة.

6-5-3- إختبار قوة التحمل:

6-5-3-1- وصف الاختبار:

أعدّه كونر ودافيدسون (Connor and Davidson) (2003)، يتكون هذا الاختبار من (25) عبارة.

تتم الاستجابة على الاختبار بخمسة بدائل للإجابة من (0): ليس صحيحا على الإطلاق إلى (4): صحيح تقريبا في كل الأوقات. ويتراوح مجموع الاستجابات من (0) إلى (100) والدرجة العالية تؤدي إلى قوة تحمل عالية.

يحتوي الاختبار على (04) أبعاد فرعية تذكرها الباحثة كالتالي:

جدول رقم (02) يبيّن أبعاد اختبار قوة التحمّل (La résilience)

رقم البعد	اسم البعد	رقم العبارات	عدد العبارات
01	التفاؤل	04، 07، 11، 16، 17، 18، 19	07
02	الصلابة	06، 08، 10، 12، 14، 15، 20	07
03	تعدد المصادر	01، 02، 03، 05، 09، 13	06
04	الإرادة	21، 22، 23، 24، 25	05

6-5-3-2- صدق وثبات الاختبار في صورته الأصلية:

تم حساب الصدق في النسخة الأصلية للاختبار بطريقة صدق الاتساق الداخلي بمعامل الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للاختبار فكانت قيمة البعد الأول (0,80) والبعد الثاني (0,75) والبعد الثالث (0,74) وأخيرا البعد الرابع (0,69).

أما عن ثبات الاختبار في صورته الأصلية تم حسابها بمعامل ألفا كرونباخ وكانت النتيجة (0,89).

6-5-3-3- صدق وثبات الاختبار في الدراسة الحالية:

قامت الباحثة بترجمة هذا الاختبار من لغته الأصلية (الإنجليزية) إلى اللغة العربية، كما تمت أيضا ترجمته من العربية إلى الإنجليزية بمساعدة مختصين في اللغة الإنجليزية للتأكد من سلامة المحتوى.

كما قامت بتعديل الاختبار، حيث يحتوي في صورته المعدلة على عبارات موجبة عددها (19) عبارة (عبارات تحمل الأرقام التالية: 01، 04، 05، 06، 07، 08، 10، 11، 13، 14، 15، 17، 18، 19، 21، 22، 23، 24، 25)، وعبارات

سالبة عددها (06) عبارات (عبارات تحمل الأرقام التالية: 02، 03، 09، 12، 16، 20).

أما طريقة الاستجابة على الاختبار تحتوي على ثلاث بدائل هي: (أبدأ، أحيانا، دائما) حيث يعطى لها التدرجات التالية: (01، 02، 03) على نفس الترتيب بالنسبة للعبارات الموجبة، وبخصوص العبارات السالبة فتكون على العكس (03، 02، 01).
علما أنّ أعلى درجة يُمكن أن تحصل عليها المفحوصة هي (75) إذا أجابت على كل العبارات بدرجة (03). وأدنى درجة يمكن الحصول عليها هي (25) إذا أجابت المفحوصة على عبارات هذا الاختبار بالبديل الذي يأخذ التدرجة (01).

وبالتالي يمكن تحديد الحدود الفعلية للاختبار بـ:

$$-25 \times 3 = 75.$$

$$-25 \times 2 = 50.$$

$$-25 \times 1 = 25.$$

وعليه يمكن الحصول على المجالات التالية في تحديد مستويات قوة التحمل

(La résilience) وهي:

[0-25] منخفضة.

[26-50] متوسطة.

[51-75] مرتفعة.

لحساب صدق اختبار قوة التحمل (La résilience) في الدراسة الحالية تم الاعتماد على صدق الاتساق الداخلي، باستخدام معامل ارتباط درجة كل عبارة بدرجة البعد الذي تنتمي إليه، وكل درجة بعد بالدرجة الكلية للاختبار كما يظهر في الجدولين التاليين:

جدول رقم (03) يبيّن علاقة العبارات بدرجة أبعاد اختبار قوة التحمّل
(La résilience)

البعد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الدلالة
البعد الأول: التفاؤل	04	0,397	*	دال
	07	0,559	**	دال
	11	0,487	**	دال
	16	0,453	*	دال
	17	0,521	**	دال
	18	0,621	**	دال
	19	0,544	**	دال
	06	0,488	**	دال
البعد الثاني: الصلابة	08	0,417	*	دال
	10	-0,484	**	دال
	12	0,417	*	دال
	14	0,407	*	دال
	15	0,451	*	دال
	20	0,403	*	دال
	01	0,461	*	دال
البعد الثالث: تعدد المصادر	02	0,471	**	دال
	03	0,433	*	دال
	05	0,416	*	دال

دال	**	0,535	09	البعد الرابع: الإرادة
دال	*	0,408	13	
دال	**	0,689	21	
دال	**	0,806	22	
دال	**	0,560	23	
دال	*	0,397	24	
دال	*	0,450	25	

جدول رقم (04) يبيّن علاقة الأبعاد بالدرجة الكلية للاختبار قوة التحمّل (La résilience)

البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الدلالة
التقاؤل (Hardiness)	0,764	**	دال
الصلابة (Optimism)	0,676	**	دال
تعدد المصادر (Resourcefulness)	0,679	**	دال
الإرادة (Purpose)	0,759	**	دال

(**) تعني أنّ العبارة دالة إحصائية عند مستوى 0,01.

(*) تعني أنّ العبارة دالة إحصائية عند مستوى 0,05.

يتضح من الجدولين رقم (03) ورقم (04) أعلاه أنّ جميع معاملات الارتباط بين درجة العبارات ودرجة الأبعاد دالة عند مستوى (0,01) و(0,05) حيث تراوحت بين (-0,484) و (0,806)، كما أنّ جميع معاملات الارتباط بين درجة الأبعاد والدرجة الكلية للاختبار دالة عند مستوى (0,01) تراوحت بين (0,676)

و(0,764). وذلك يؤكد صدق اتساق محتوى العبارات مع الأبعاد وصدق اتساق محتوى الأبعاد مع الدرجة الكلية للاختبار.

في حين تم حساب ثبات اختبار قوة التحمل في الدراسة الحالية بطريقة معامل ألفا كرونباخ، ووجدته الباحثة (0,68) وهو معامل مقبول.

وبهذا يمكن القول أنّ اختبار قوة التحمل (La résilience) صادق وثابت بالطرق التي تم استخدامها، ويمكن الاعتماد عليه في الدراسة الحالية.

خلاصة الفصل:

تضمن هذا الفصل الخطوات المنهجية التي اتخذتها الباحثة للدراسة الميدانية، حيث اعتمدت على منهج دراسة الحالة لدراستها الحالية وذلك تماشياً مع موضوع الدراسة، وقد تمثلت حالات الدراسة في (05) أمهات مصابات بالسرطان. وللإمام بمعطيات الدراسة استخدمت الملاحظة العيادية وكذا المقابلة العيادية النصف موجهة، بالإضافة إلى اختبار قوة التحمل (La résilience).



الفصل السابع

عرض وتحليل النتائج

تمهيد

1-7- عرض الحالات وتحليل مضمون المقابلات.

2-7- عرض نتائج اختبار قوة التحمل (La résilience) للحالات.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

بعد أن تطرقت الباحثة في الفصل السابق إلى الخطوات المنهجية الممهدة للدراسة الميدانية، وقد تأكدت من صلاحية الأدوات لاستخدامها مع حالات الدراسة.

وفي هذا الفصل تتناول الباحثة العناصر التالية: بداية بعرض الحالات وتحليل مضمون المقابلات، ثم عرض نتائج اختبار قوة التحمل (La résilience) للحالات، وصولاً إلى تفسير مقابلات واختبار قوة التحمل (La résilience) للحالات.

7-1- عرض الحالات وتحليل مضمون المقابلات:

ملخص الحصص بشكل عام:

أجريت الحصص مع الحالات أثناء تواجدهنّ بالمستشفى في الغرف التي يجري فيها العلاج الكيميائي بالمستشفى، بما فيها من مقابلة عيادية نصف موجهة واختبار "قوة التحمل" (La résilience).

وقد تمثل العدد الإجمالي للمقابلات (04) مقابلات للحالة الواحدة، حيث تراوحت المدة الزمنية للمقابلات ما بين (30-40) دقيقة.

7-1-1- الحالة الأولى:

أولاً: البيانات الأولية:

الاسم: رشيدة. العمر: (40) سنة.

المستوى التعليمي: ثانوي.

نوع المرض: سرطان الثدي.

سن حدوث المرض: (36) سنة.

عدد الاخوة: (05). الرتبة بين الاخوة: (01).

المستوى الاجتماعي والاقتصادي: متوسط. عدد الأولاد: (04) (02 ذ، 02 إ).

السوابق المرضية للحالة: لا توجد.

ثانيا: الملاحظة العيادية:

من خلال المقابلات مع الحالة "رشيدة" لوحظ عليها التوتر الشديد مع الانفعال ناتج عن العلاج الكيميائي، كما لوحظ عليها حالة من الفوضى في كلامها وأفكار مشتتة طوال المقابلات. بالإضافة إلى أنها كانت تبدي بعض الانفعالات أثناء الحديث عن المرض وقد جسدتها بإيماءات وجهها.

ثالثا: عرض محتوى المقابلات:

1-المقابلة الأولى (المقابلة التمهيديّة):

تحدثت الباحثة عن طبيعة عملها، فطرحته على الحالة وأنّ الغرض منه علمي محض، فبعد كسب ثقة الحالة وافقت بالعمل مع الباحثة وقالت: «مرضنا من أصعب الأمراض نكذبوا على رواحنا باه نصدقوا».

2- المقابلة الثانية:

في هذه المقابلة طبقت الباحثة اختبار قوة التحمل (La résilience) مع الحالة "رشيدة" فكانت تطرح عليها العبارات الواحدة تلو الأخرى وتدوّن إجاباتها.

3- المقابلة الثالثة (المقابلة العيادية):

تم طرح أسئلة دليل المقابلة النصف موجهة بداية بالأسئلة التي تخصّ الوضعية الاجتماعية للحالة قبل المرض، ثم بعد ذلك تمّ التحدث قليلا عن تاريخ الحالة، فصرحت "رشيدة": «أنا لكبيرة في دارنا. كنت الأم في دارنا (صمت) دور الأم صعب باه تنقمصيه (رفع الحاجبين) دور "مّا" مكانش وأنا لي قمت بيه لأتي لكبيرة (صمت) وبسبب الظروف كاين لعجوز فالدار هاكي تعرفي بكري (صمت) جوزت الباك ومجبوتوش (تغيّر نبرة الصوت) كنت أم لخاوتي وخواتاتي (صمت) كنت حابة نعاود الباك لكن مخلاونيش (بكاء) ما زالت غايظتني قرايتي (حزن وتحسر) بعد (06) أشهر تزوجت عجوزي كانت واعرة (تغيّر نبرة الصوت) حاولت طلقني لكن مقدرتش جبت ولادي عادي».

أما بخصوص المرض فقالت: «بداية مرضي ماهوش عضوي (صمت) (10) سنين وأنا في دوامة (بكاء) كنت كي نطيب منقدرش ناكل (صمت) علاه ما سقسائيش؟ حوايج ما عدتش نعيها (حزن وصمت) رحلت للطبيب قالي راكي صافية جا عرس خويا ومن بعد العرس شديت السرير (صمت) رجعت للطبيب ورحت لواحد آخر قالولي راكي صافية (تغير نبرة الصوت) كنت على retme ناكل لاباس عليا ومن بعد ديري régime قاسي (حزن) تقلبت الهرمونات رحلت للطبيب وغيّرت الهرمونات (صمت) بعدها وليت نرقي ولقيت روحي هو لي دار هو مشعوذ هاذا الناس ما فيهمش الرحمة (صمت وحزن) نهار حاولت نزيد نجيب لولاد (تغير نبرة الصوت) لقيت روحي ملغمة (بكاء) كي كشتلي الطيبة على الثدي نتاعي قالتلي لازم ديري تحاليل وبعثتني لطبيب مختص شافلي التحاليل ودرت Biopsiées قالي على المرض (تغير نبرة الصوت) قالي نحولك ولسيس من الثدي (صمت) كي درت العملية جحدوا عليا وما قالوليش بلي نحاولي الثدي (الجهة اليمنى) كامل (بكاء) والفترة الحالية مشالي للجهة الأخرى من الثدي (صمت) كي رجعلي خافت الطيبة.

4- المقابلة الرابعة:

تمحورت هذه المقابلة حول أسئلة دليل المقابلة بداية بالسؤال الأول: هل شعرتي بصدمة نفسية لحظة علمك بالمرض؟ فصرحت الحالة "رشيدة": «كي قالي الطبيب مصدقوش خلاص (تغير نبرة الصوت) معالباليش إذا راني في حقيقة ولا وهم (بكاء) تخلعت (صمت) وجهي سفار (تغير ملامح الوجه) دخلت في دوامة (صمت) غير نبكي ومنحكيش دخلت في اكتئاب (صمت) بعد ما درت العملية رحلت ندير radio thérapie ثما عرفت بلي نحاولي الثدي (الجهة اليمنى) كامل (تغير نبرة الصوت) كي عرفت تزعزعت الدم نشف من وجهي (بكاء) وتغير ملامح الوجه) وطحت دخت ما جبنتش خبر لروحي حتى لقيت الطوبا دايرين بيا قالي الطبيب: لو لقيت فيها أمل منحيتهاالكش (صمت) كي رجعت للدار عدت نجري ونكسر (تغير نبرة الصوت) دخلت في régime عدواني وديما نبكي حتى دخلت في اكتئاب حاد (تغير ملامح الوجه) نهرت خلاص علاه ما فاقوش بيه؟ (بكاء)».

ثم سألتها الباحثة عما إذا كانت لديها ذكريات صادمة؟ فكانت إجابتها: «حياتي كلها صدمات فالأول كي ما خلونيش نكمل قرائتي وزوجوني (حزن) والثاني كي دارولي هذا المرض (صمت) نقولهم علاه شفتوني مريضة علاه مجريتوش بيا؟ (حزن وتحسر) ناس عالجت كشفوا (بكاء وصمت) كل وحدة واش دارلها ربي (تغيّر ملامح الوجه) ما واسيتش من المرض واسيت من الناس (صمت) هاذ الناس ما فيهمش رحمة كايين مرض غير المرض (بكاء وصمت) ومن بعد ميصدقوكش (تغيّر نبرة الصوت) ومن بعد يقولوك أنساي (صمت) يقولوك راكي تمشي لاباس عليك يصدقوك وميصدقوكش (بكاء) الناس هاذو مفيهمش رحمة لكن ربي هو لي سمح (تغيّر ملامح الوجه) بلاك ربي مكرهنيش (صمت).

بعد ذلك طرحت عليها السؤال المتعلق بالسلوك ما بعد الصدمة فيما إذا تغيّر فقالت الحالة: «لحوايج لي كنت نديرهم وليت منديرهمش (صمت) لا مع راجلي ولا ولادي (حزن) في حالة ماشي مليحة (تغيّر نبرة الصوت) منعزلة ما نحكي مع حتى واحد (بكاء) ما علابالي لا بولادي ولا براجلي (تغيّر ملامح الوجه) كرهت كل حاجة (صمت) وكرهت روحي (بكاء) وكرهت "مّا" هي لي دارتلي السحور (تغيّر ملامح الوجه) كلش سامط (صمت) ديما مقلقة ونبكي (بكاء) وكي تحرقت من radio thérapie مداويتوش لبست روبة وحدها وكان مزال البرد وخرجت (تغيّر نبرة الصوت) مفطنتش لروحي عاودوا جابوني للسبيطار (صمت) نلقى روحي طحت مرة أخرى كالغريق لي رجعوه للبحر (بكاء) معاناتنا نتاع صمت».

أما عن سلوكها بحياتها اليومية فتحدثت: «عدت ما ندير والو (صمت) كي الآلة منيش حاسة بوالو (تغيّر نبرة الصوت) والماكلة ما ناكلش (بكاء) كانوا ولادي يلوحولي الماكلة بالسيف (تغيّر نبرة الصوت) والرقاد منقدرش نرقد (صمت).

5- التقييم:

يبدو من خلال المقابلات أنّ الحالة "رشيدة" عاشت صدمة نفسية عنيفة إثر علمها بالمرض خاصة عملية البتر التي أخلّت بتنظيمها النفسي.

حيث من بين الأعراض التي ظهرت عليها حسب (DSM₅) ما يلي:

- الإحباط النفسي الشديد لفترات طويلة وذلك من خلال الحرمان الذي تعرضت له والصراع العائلي ثم بعد ذلك الصراع الأسري تلاه المرض.

- تجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأحاديث...) التي تثير الذكريات المؤلمة المرتبطة بالحدث الصادم، حيث كانت "رشيدة" عندما تأتي للمستشفى تخضع للعلاج الكيميائي وتذهب من دون التحدث مع أحد.

- المعتقدات السلبية ثابتة ومبالغ بها حول الآخرين، وذلك حسب قولها: «هو دار هو مشعوذ»، «هاذ الناس مفيهمش رحمة» فهي تعتقد أنّ المرض بسبب السحر.

- الحالة العاطفية السلبية المستمرة «غير نبكي ومنحكيش دخلت في اكتاب».

- مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين بقولها: «منعزلة ما نحكي مع حتى واحد».

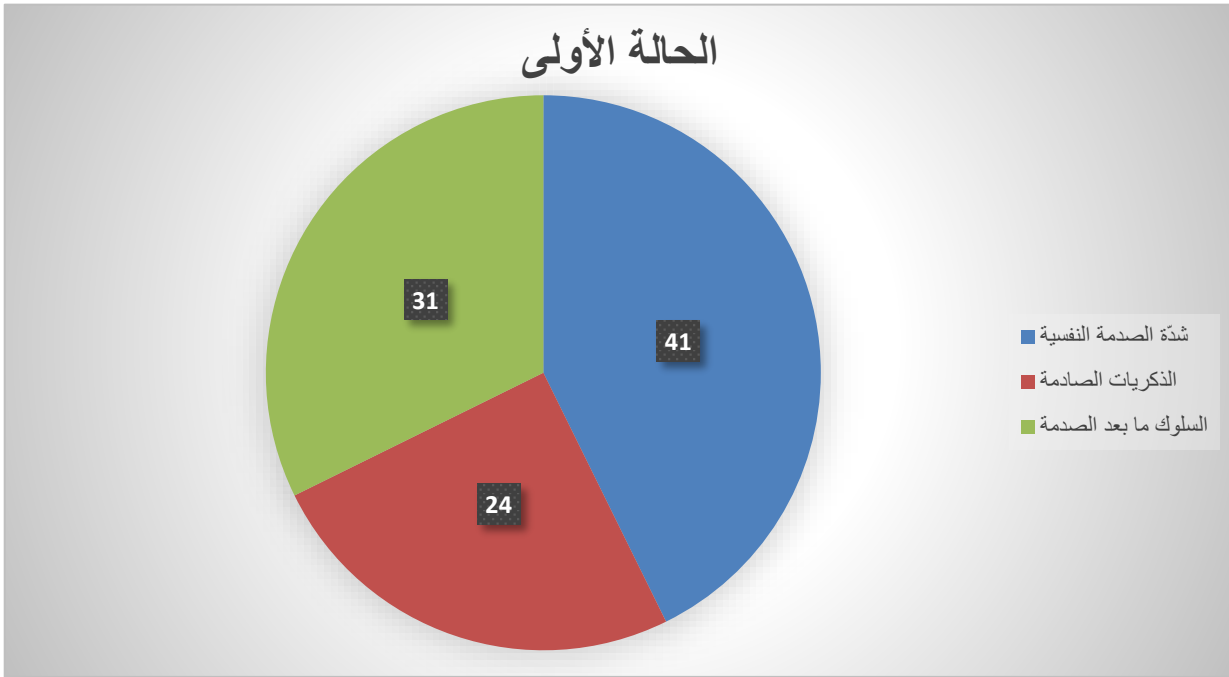
- سلوك متوتر ونوبات من الغضب في قولها: «عدت نجري ونكسر».

- اضطراب في النوم «الرقاد منقدرش نرقد».

6- تكميم محاور المقابلة العيادية النصف موجهة:

من خلال تكرار الاستجابات السلبية للحالة "رشيدة" على محاور المقابلة العيادية النصف موجهة استطاعت الباحثة تكميم محاور المقابلة، فقد كان تكرار الاستجابات السلبية في المحور الأول (41) أما المحور الثاني فكان (24) في حين المحور الثالث بلغ (31).

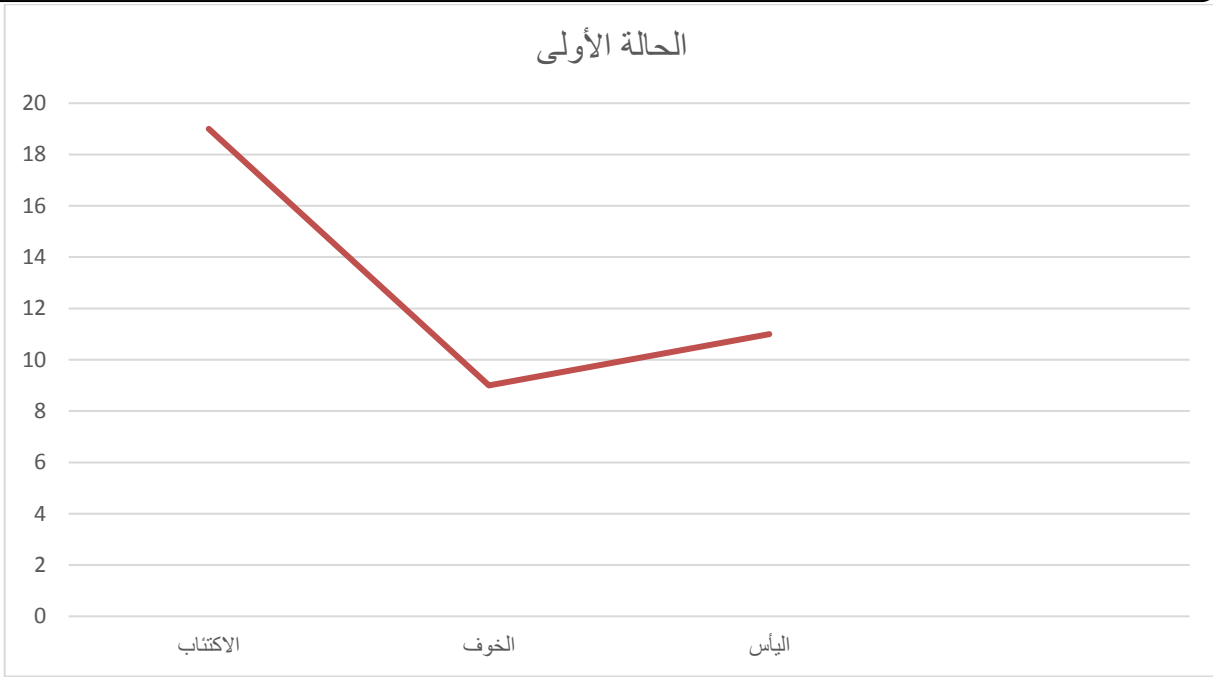
ويمكن توضيح درجات المحاور الثلاثة معا في الشكل التالي:



شكل رقم (04) يوضح تكميم محاور المقابلة العيادية النصف موجهة للحالة الأولى

يتبين من الشكل رقم (04) الموضّح أعلاه للحالة "رشيدة" أنّ أعلى درجة من الاستجابات السلبية كانت في المحور الأول (شدة الصدمة النفسية) ب: (41) مرة، ثم بعد ذلك المحور الثالث (السلوك ما بعد الصدمة) ب: (31) مرة وفي الأخير نجد المحور الثاني (الذكريات الصادمة) ب: (24) مرة.

كما نكتشف من خلال حديث الحالة "رشيدة" بروز مؤشرات ما بعد الصدمة خلال حديثها في المقابلات التي أجريت معها الموضحة كالتالي:



منحنى بياني رقم (05) يوضح مؤشرات ما بعد الصدمة للحالة الأولى

من خلال المنحنى البياني رقم (05) يتبيّن أنّ الحالة "رشيدة" تعاني من ارتفاع في مؤشرات ما بعد الصدمة خاصة مؤشر الاكتئاب الذي برز بشكل كبير بـ: (19) ثم يليه مؤشر اليأس بـ: (11) وبعد ذلك مؤشر الخوف بـ: (09).

7-1-2- الحالة الثانية:

أولاً: البيانات الأولية:

الاسم: سامية. العمر: (44) سنة.

المستوى التعليمي: الثالثة ثانوي.

نوع المرض: سرطان الغدة الدرقية + سرطان الثدي.

سن حدوث المرض: 30 سنة.

عدد الإخوة: (05). الرتبة بين الإخوة: (03).

المستوى الاجتماعي والاقتصادي: متوسط. عدد الأولاد: (04) (02 ذكور، 02 إناث).

السوابق المرضية للحالة: لا توجد.

ثانياً: الملاحظة العيادية:

من خلال ملاحظة الباحثة للحالة "سامية" أثناء المقابلة تظهر عليها الراحة في الكلام والهدوء وكذلك ابتسامة خفيفة، لوحظ كذلك تقطيب الحاجبين وكذا تغيّر في ملامح الوجه عند حديثها عن المرض. وكان يبدو عليها الحزن في بعض الأحيان وخاصة عند حديثها على أخيها الصغير المتوفى.

ثالثاً: عرض محتوى المقابلات:

1- المقابلة الأولى (المقابلة التمهيديّة):

هدفت هذه المقابلة التعرف على الحالة وشرح لها طبيعة العمل الذي ستقوم به الباحثة معها من أجل كسب ثقتها وتعاونها.

2- المقابلة الثانية:

خصّصت هذه المقابلة لتطبيق اختبار قوة التحمّل (La résilience). حيث كانت الباحثة تطرح عبارات الاختبار على الحالة وتدوّن إجاباتها.

3- المقابلة الثالثة (المقابلة العيادية):

تطرت الباحثة في هذه المقابلة إلى الوضعية الاجتماعية للحالة قبل المرض، بداية بتاريخها فصرت بـ: «حياتي كانت مليحة ما شاء الله عشت طفولتي هائلة كيفها كيما المراهقة نتاعي ما عندي حتى مشاكل حتى بعد ما تزوجت الحمد لله حياتي عادية».

بعد ذلك سألت الباحثة الحالة متى بدأها المرض؟ وكذا التحدث عن الأعراض التي كانت تبدا عليها فقالت: «جات فترة عدت منقدرش نبلع الماكلة gouter يوجعوا فيا نحس حاجة فيهم» وهذا ما جعلها تزور الطبيب للفحص والكشف «قالي الطبيب كاين لحمات لازم نحوهم. درت العملية ونحاولي اللحمات كي عيروهم لقاو فيهم المرض وبعد (15) يوم نحاولي الغدة الدرقية كامل» تم تحدثت عن رجوع المرض بنبرة حزينة «بعد ثلاث سنين في (2005) كتاشفوا بلي رجعلي المرض عاودوا دارولي عملية kurtiage وفي (2006) دارولي اليود (صمت وتغيّر نبرة الصوت) لكن في (2011) عاود رجعلي المرض قالولي بسبب القلق مات خويا الصغير وكنت بالحمل (بكاء بشدة) درت العملية الرابعة في أبريل (2011) وعاودت درت اليود في (2012)» ثم سألتها الباحثة كيف اكتشفت المرض في الثدي فكانت إجابتها «قعدت ندير Control وفي أبريل (2016) بدا يوجع فيا الثدي نتاعي الجهة اليسرى وفيها بلاصة حمرة رحت للطبيب... واكتشفت جاني فالثدي».

4- المقابلة الرابعة:

خصت الباحثة المقابلة الأخيرة لتكملة أسئلة دليل المقابلة وكان السؤال: هل شعرتي بصدمة نفسية لحظة علمك بالمرض؟ كان جوابها: نعم بالتأكيد «جاتني صدمة كبيرة حسيت حاجة زعزعتني من الداخل (صمت) متقبلتهاش حسيت بالخوف نهار كامل وأنا نبكي»، أما بخصوص معرفتها بارجوع المرض «نضريت بزاف (بكاء) دخلت في اکتئاب وثاني مناكش بزاف ديما نبكي» وارجوع المرض في المرة الثانية «جاتني كي الصاعقة رفضت ندير العملية كل مرة يذبجوا فيا كي الخروف والمرض يعاود يرجع كرهت» ولما علمت بأن المرض أصاب

ثديها فقالت: «حسيت حاجة حامية وكببتيها عني العرق والدمعة محبوش (بكاء شديد) الدنيا أكل سكرت عاود رجعلي المرض أصلا المرض هذا يخوف»

ثم تم التطرق للمحور الثاني المُتمحور حول الذكريات الصادمة فتحدثت الحالة عن ذكرياتها الصادمة بنبرة حزينة وكانت الدموع لا تفارق عينيها «المرض كي عاد كل مرة يرجع وموت خويا الصغير هو ما لي صدموني وبقاولي كي الخلعة» وعن أخيها فقالت: «كي نتفكروا نحس نار شاعلة في قلبي».

بعد ذلك تناولت الباحثة المحور الثالث فسألت الحالة عما إذا تغير سلوكها بعد الصدمة فأجابت: «كلش تبدل كرهت داري كرهت كلش ودخلت في اكتئاب وبعد ما زدت عرفت المرض رجعلي ومات خويا الصغير عاودت دخلت في اكتئاب قعدت عام وأنا في ذيك الحالة منخرجش لحتى بلاصة ولا كلش سامط غير نبكي ولادي عدت معلاباليش بيهم واحد هكذا ويحشولوا ذرعيه» أما عن سؤال هل تستطيع التحكم في سلوكك في حياتك اليومية؟ فكانت إجابتها: «ماعدتش نقدر ولاو ذرعيا باردين ما نقدر ندير والو حتى ولادي تأثروا بحالتي».

5- التقييم:

من خلال المقابلات مع الحالة "سامية" وتطبيق دليل المقابلة العيادية النصف موجهة، تبيّن أنّ الحالة تعرضت للحدث الصادم مباشرة تمثل في علمها بإصابتها بمرض السرطان وهذا الأخير كسر فكرة موتها المؤجلة. ممّا جعلها تعيش واقع المرض كصدمة نفسية عنيفة.

وما بدا عليها من أعراض الحدث الصادم حسب (DSM5) ما يلي:

- الحالة العاطفية السلبية المستمرة «ديما نبكي».

- مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين «قعدت عام وأنا في ذيك الحالة منخرجش لحتى بلاصة لا عرس لا واجب».

- إحباط نفسي لفترات طويلة وذلك من خلال تكرار معاودة المرض لفترات متعاقبة فقد تكررت كلمة «كرهت» كثيرا.

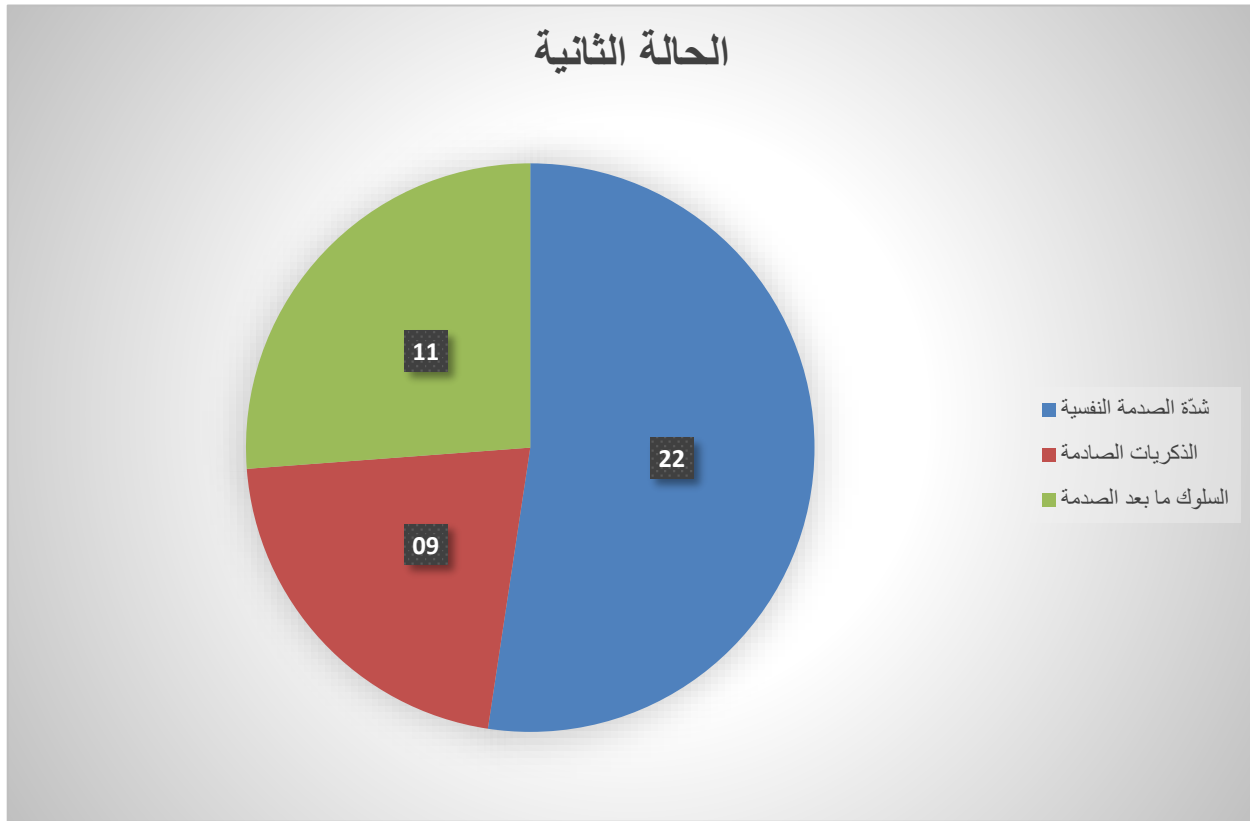
- تضاءل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة «ولاو ذرعيا باردين».

كما تلمس الباحثة من كلام الحالة المعاناة جراء تكرار المرض رغم العلاج، وكذا سيطرة الحزن والاكتئاب عليها.

6- تكميم محاور المقابلة العيادية النصف موجهة:

تمثلت الاستجابات السلبية للحالة "سامية" على محاور المقابلة العيادية النصف موجهة بداية بالمحور الأول الذي تكررت فيه (22) مرة، والمحور الثاني (09) مرات، والمحور الثالث (11) مرة.

والشكل الموالي يوضح درجات المحاور معا:

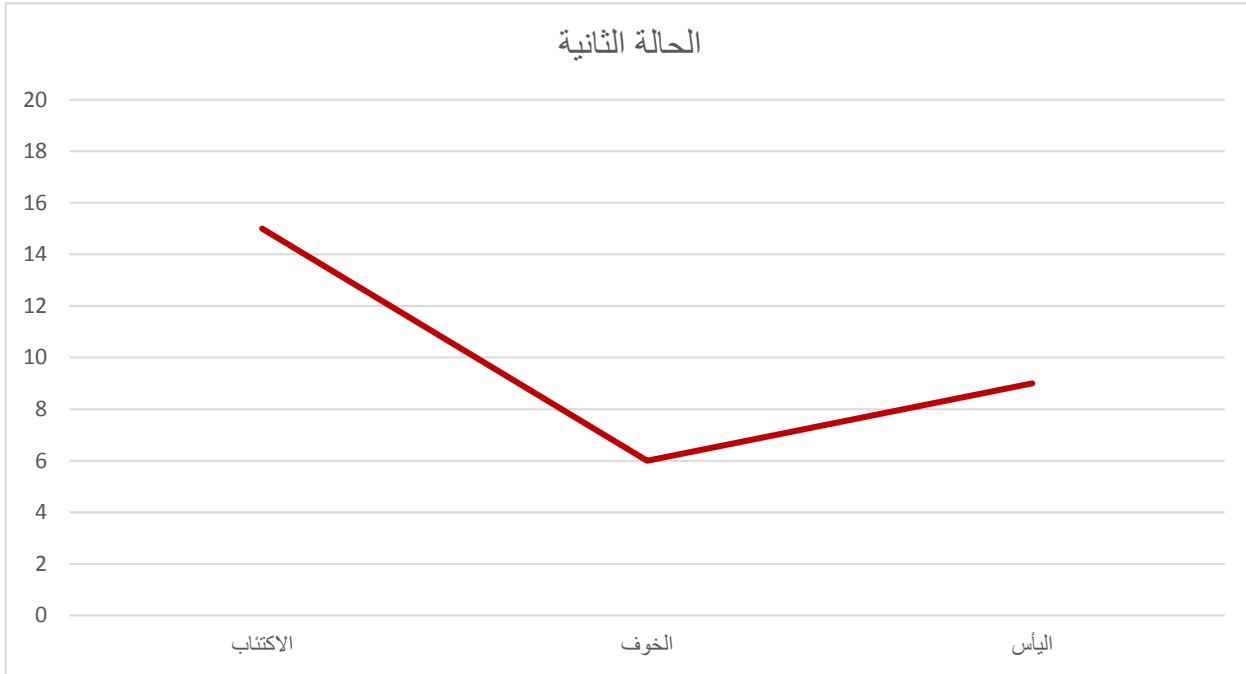


شكل رقم (06) يوضح تكميم محاور المقابلة العيادية النصف موجهة للحالة الثانية

انطلاقاً من الشكل رقم (06) الموضح أعلاه للحالة الأولى "سامية" يتبين أن المحور الأول (شدة الصدمة النفسية) كانت له الحصة الكبرى من خلال كلام الحالة والتي قدرت بـ (22) يليه

المحور الثالث (السلوك بعد الصدمة) بدرجة أقل تعادل (11)، ثم أخيرا يأتي المحور الثاني (الذكريات الصادمة) بلغ (09) درجات.

أما عن مؤشرات ما بعد الصدمة فيمكن توضيحها في الشكل التالي:



منحنى بياني رقم (07) يوضح مؤشرات ما بعد الصدمة للحالة الثانية

من خلال المنحنى البياني رقم (07) يتبين أنّ الحالة "سامية" تعاني من ارتفاع في مؤشرات ما بعد الصدمة، يمس هذا الارتفاع بشكل كبير مؤشر الاكتئاب ب: (15) ثم يأتي مؤشر اليأس ب: (09) وأخيرا مؤشر الخوف ب: (06).

7-1-3- الحالة الثالثة:

أولاً: البيانات الأولية:

الاسم: ياسينة. العمر: (41) سنة.

المستوى التعليمي: متوسط.

نوع المرض: سرطان القولون + سرطان العظام.

سن حدوث المرض: (39) سنة.

عدد الإخوة: (06). الرتبة بين الإخوة: (04).

المستوى الاجتماعي والاقتصادي: متوسط. عدد الأولاد: (04). (03 ذكور، 01 إناث).

السوابق المرضية للحالة: لا توجد.

ثانياً: الملاحظة العيادية:

من خلال المقابلة كانت الحالة "ياسينة" تبدو متعبة ومتوترة إلا أنها كانت محافظة على هدوئها، ولوحظ في نظرات عينيها حزن ويأس. كان كلام الحالة بطيء، كما كانت عيناها تمتلئ بالدموع عندما تتحدث عن حالتها الصحية. بالإضافة إلى انخفاض صوتها عندما تتكلم عن زوجها.

ثالثاً: عرض محتوى المقابلات:

1- المقابلة الأولى (المقابلة التمهيديّة):

تعرفت الباحثة على الحالة وتحدثت معها عن طبيعة عملها وكيفية سيره وذلك من أجل كسب ثقتها من خلال تعاونها معها ولم ترفض الحالة بل وافقت مباشرة.

2- المقابلة الثانية:

في هذه المقابلة تم تطبيق اختبار قوة التحمل (La résilience)، فكانت الباحثة من يقوم بطرح العبارات على الحالة "ياسينة" وتسجل إجابتها.

3- المقابلة الثالثة (المقابلة العيادية):

هدفت الباحثة في هذه المقابلة إلى معرفة تاريخ الحالة وكذا وضعيتها الاجتماعية قبل المرض. تحدثت الحالة "ياسينة" عن تاريخها فقالت «كنت عايشة حياتي Normal عشت حياة طبيعية مفيهاش مشاكل تعرفت على راجلي (03) سنين قبل الخطبة كان فامي لراجل ختي (صمت) كان مليح فالأول ومن بعد تبدل معادش مسؤول وموش مهتم (حزن) وليت نخدم منظمة باه نعيش ولادي (تغيّر نبرة الصوت) قالولي ولادي طلقه لكن أنا محبيتش». ثم سألتها الباحثة عن مرضها وماهي الأعراض التي ظهرت عليها فصرحت «كانت توجعني كرشني (20) يوم حشاك منوسخش وليت نخرج من فمي الريحة». أما عن الإجراءات التي قامت بها إلى أن اكتشفت المرض «رحت للطبيب ما فهملي والو عاودت رحت لطبيب آخر دارلي radio قاللي نديرلك عملية بلاك نلقاو كاش حاجة وبلاك منلقاوش (صمت) ومن بعد دارلي العملية (بكاء) لقي حبة فالقولون ودارولي La poche مدة عام ونحيتها ومن بعد حشاك جاني البعج عاودت opérit دارولي بلاكة وبعد (06) أشهر درت Les analys و radio لقيتو عاودت تشطلي فالدم (تغيّر نبرة الصوت ودموع) وفي المدة الأخيرة عندي (03) أشهر يوجعني ظهري بزاف ورجلي ليسر (صمت) ومن بعد حبست عدت ما نمشيش عندي (20) يوم ما نقدرش نمشي (تغيّر ملامح الوجه) ظهري لقاو فيه Les taches كي درت IRM قالولي راه تشطلك فالعظم».

4- المقابلة الرابعة:

خصصت هذه المقابلة لمتابعة طرح أسئلة دليل المقابلة وكان السؤال الأول: هل شعرتي بصدمة لحظة علمك بالمرض؟ فأجابت بنعم «كي عرفت جاتني صدمة (تغيّر ملامح الوجه مع صمت) بكيت متقبلتهاش خلاص (بكاء) كي عاود رجعلي المرض ما حبتش تدخل في راسي (صمت) كفاه رجعلي! (رفع الحاجبين وتغيّر نبرة الصوت) وكي زاد رجعلي هاذ المرة خلاص (بكاء وتغيّر ملامح الوجه) كان عندي أمل لكن ضرك خلاص ولا عندي يأس (صمت+ دموع بالعينين) حياتي خلاص (بكاء بشدة) كل مرة تسوء حالتني. وكي قالتلي الطبيبة قادرة تمشي

وقادرة تحبسي تعودي ما تمشيش الدنيا سوادت في وجهي (صمت) حياتي شفتها رايحة تتعدم (صمت) صحي خاننتي (بكاء) قوتي نهارت.

وبخصوص الذكريات الصادمة فكانت «لما نفكر ما زالني وراه نتلق (دموع بالعينين) بعد ما تمرضي تشوفي كفاه كنتي وكفاه وليتي (صمت) كفاش لحقت لهاذي الحالة؟ (بكاء) كي نتفكر تغيضني روعي مازلت صغيرة (تغيّر نبرة الصوت) حسيت خليت ولادي في نص الطريق (صمت) منحش نرقد فالفراش بن ادم ثقيل يخدموك نهار نهارين (صمت) واعرة الدنيا (تغيّر ملامح الوجه) إذا خاننتك ركبتك خلاص».

وعن سلوكها ما بعد الصدمة فصرحت "ياسينة": «تبدل كلش ما قعدتش محافظة على روعي (تغيّر نبرة الصوت) شيء ما كاين يدخل الفرحة ليا (صمت وحزن) فالفترة هادي كون نصيب المري منشوفش فيه (صمت) راحتلي الفرحة لي كنت فيها (تحسر) لحالة لي وصلتلها (حزن) نسيت كل شيء فيه فرحة (تغيّر نبرة الصوت) هربت على الناس كون نصيب نقعد ديما مغمضة عينيا نحب نرقد (صمت) كون نصيب روعي راقدة على طول (تغيّر نبرة الصوت) نكي على روعي بزاف (دموع بالعينين). حياتي تبدلت بزاف ميش كيما كنت».

وبخصوص سلوكها في حياتها اليومية فتحدثت: «عدت ما نقدر ندير والوا (تغيّر نبرة الصوت) تكوني تقضي كلش ومن بعد تعودي تتفرجي برك (صمت) تستتاي فالموت برك (بكاء) ديما نكي ونقول ياربي راني بين يديك».

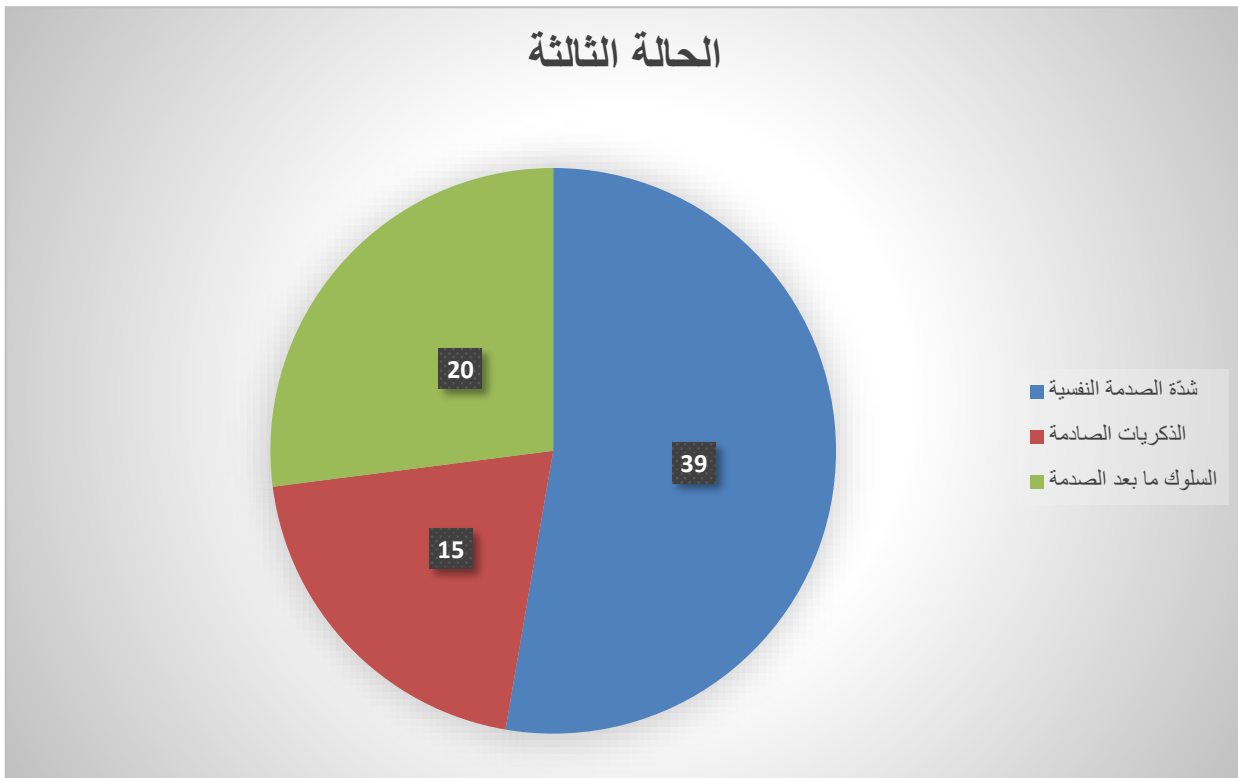
5- التقييم:

من خلال المقابلات مع الحالة "ياسينة" يمكن اعتبار المرض صدمة نفسية عنيفة اخترقت حياة "ياسينة" وجعلت منها إنسانة أخرى مختلفة عما كانت عليه في السابق. حيث تعاني "ياسينة" من ارهاق نفسي أكثر منه جسدي، يعد سببه الأول الحالة الصحية التي آلت إليها.

وقد برزت على الحالة "ياسينة" عدة أعراض للحدث الصادم طبقا لما ورد في (DSM₅) وهي:

- الإحباط النفسي لفترات طويلة وذلك راجع لارتداد المرض عدة مرات.
 - الحالة العاطفية السلبية بقولها: «نبكي على روحي بزاف».
 - تضائل بشكل ملحوظ للاهتمام أو المشاركة في الأنشطة الهامة.
 - مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين في قولها: «هربت على الناس».
 - عدم القدرة على اختبار المشاعر الإيجابية من خلال قولها: «نسيت كل حاجة فيها فرحة».
- 6- تكميم المقابلة العيادية النصف موجهة:

تمثلت الاستجابات السلبية للحالة "ياسينة" على محاور المقابلة العيادية النصف موجهة في الشكل التالي:



شكل رقم (08) يوضح تكميم محاور المقابلة العيادية النصف موجهة للحالة الثالثة

يتضح من الشكل رقم (08) أعلاه للحالة "ياسينة" أنّ أكبر درجة من الاستجابات السلبية كانت على مستوى المحور الأول (شدة الصدمة النفسية) قدرت بـ (39)، ثم تلاه المحور الثالث (السلوك ما بعد الصدمة) بلغ (20)، بعد ذلك المحور الثاني (15).

في حين بدت مؤشرات ما بعد بارزة على "ياسينة" والتي يمكن توضيحها في الشكل التالي:



منحنى بياني رقم (09) يوضح مؤشرات ما بعد الصدمة للحالة الثالثة

يبدو من خلال المنحنى البياني رقم (09) أنّ الحالة "ياسينة" لديها ارتفاع كبير نوعا ما لمؤشرات ما بعد الصدمة، حيث كانت أعلى درجة في مؤشر الاكتئاب (19) ثم يليه مؤشر اليأس (17) وأخيرا مؤشر الخوف (07).

7-1-4- الحالة الرابعة:

أولاً: البيانات الأولية:

الاسم: سورية. العمر: (33) سنة.

المستوى التعليمي: متوسط.

نوع المرض: سرطان الرحم + سرطان الرئة.

سن حدوث المرض: (32) سنة.

عدد الإخوة: (07). الرتبة بين الإخوة: (03).

المستوى الاجتماعي والاقتصادي: جيد. عدد الأولاد: (03) (ذكور).

السوابق المرضية للحالة: لا توجد.

ثانياً: الملاحظة العيادية:

من خلال ملاحظة الباحثة للحالة "سورية" خلال المقابلات كانت تبدو هادئة، وعلى وجهها ابتسامة خفيفة في بعض الأوقات، إلا أنّها كانت حزينة خاصة عند تحدثها عن المرض وعن أولادها مع تغيير ملامح الوجه ونبرة الصوت. كما كان يبدو عليها التوتر والخوف ممّا سيأتي لاحقاً.

ثالثاً: عرض محتوى المقابلات:

1- المقابلة الأولى (المقابلة التمهيديّة):

كان الهدف من هذه المقابلة التعرّف على الحالة، حيث عرضت عليها الباحثة التعاون معها وأخبرتها عن طبيعة عملها فلم تمنع الحالة "سورية" وقبلت التعاون مع الباحثة.

2- المقابلة الثانية:

في هذه المقابلة شرعت الباحثة في تطبيق اختبار قوة التحمّل (La résilience)، وكانت الباحثة تدوّن إجابات الحالة.

3- المقابلة الثالثة:

استهدفت الباحثة في هذه المقابلة التعرّف على الوضعية الاجتماعية للحالة قبل المرض وكذا الأعراض التي بدت عليها والإجراءات التي قامت بها، قبل ذلك تمّ التحدث عن تاريخ الحالة فقالت: «كنت تلميذة مجتهدة (صمت) لكن حبست لقراءة فالسنة التاسعة متوسط فالفصل الأول (تغيّر ملامح الوجه) مرضت أُمّي بالسرطان فالمعدة (بكاء) كانوا خواتاتي زوج (02) أكثر مني متزوجين وأنا لي كنت لكبيرة فالدار (صمت) بعد (08) أشهر ماتت أُمّي (بكاء بشدة) تزوجت كان في عمري (22) سنة».

وعن الأعراض التي بدت عليها فصرحت الحالة "صورية": «هزيت الحمل وفسد في كرشي ثلاث مرات (بكاء) كل مرة كنت ندير فيها Kurtiage (صمت وتغيّر ملامح الوجه) المرة الثالثة كي خدروني مفطنتش (بكاء) طولت باه فطنت وكي فطنت لقيت روعي منقدرش نتنفس (صمت) ومن بعد قالي الطبيب ديري radio الصدر كي درت radio وخرجلي قالتلي الطبيبة ديري Scanar (تغيّر نبرة الصوت) كي خرجلي لقاو حبة في الرحم و (54) حبة فالرئة (بكاء) وكي عيروهم لقاو فيهم المرض. درت العملية في سبتمبر (2015) نحاولي الحبة من الرحم بعد ما درت العملية كان الجسد نتاعي ضعيف ومحبوش يديرولي La chimi خافوا نموت لكن راجلي أسر عليهم باه ندير (صمت) ودرت La chimi وضرك بقاولي (05) حبات فالرئة»

4- المقابلة الرابعة (المقابلة العيادية):

تناولت الباحثة في هذه المقابلة أسئلة محاور دليل المقابلة بداية بالسؤال الأول: هل شعرتي بصدمة نفسية لحظة علمك بالمرض؟ فكانت إجابة الحالة: بالطبع وقالت: «كي قالتلي الطبيبة جاتني صدمة قوية تخلعت ومصدقتهاش، حسيت بعجز وخفت بصرالي كيما أُمّي ربي يرحمها (بكاء) حسيت رايحة نموت ونخلي ولادي (تغيّر ملامح الوجه) بكيت حتى قُلت غدوة ما نصبحش (صمت) ومحببتش ندير العملية (بكاء) خفت ينحولي الرحم نتاعي كامل ما زالني

صغيرة حابة نجيب طفلة (بكاء) بعد ما درت العملية كنت ما نيش مليحة (تغيّر نبرة الصوت) ونفسي تي تعبانة ديما نبكي (بكاء) متقلقة نخلي ولادي صغار وحدهم».

ثم طرحت الباحثة السؤال الثاني الخاص بالذكريات الصادمة، فتحدثت الحالة: «كي نتفكر واش صرا فينا (تغيّر نبرة الصوت) نتقلق ونبكي عشنا مناش ملاح أنا تيتمت (بكاء) كفاه صرالي (صمت) كون يصرا لولادي هكذا شكون يقوم بيهم؟ حتى معندهمش ختهم لي تقوم بيهم (تغيّر نبرة الصوت) ديما نتفكر اللقطة لي قالتلي فيها الطبيبة على المرض نبكي ونفكر في ولادي (بكاء) نفكر في حالتي وين تعود».

بعدها تطرقت الباحثة إلى السؤال المتعلق بالسلوك ما بعد الصدمة، فصرحت الحالة: «ديما مقلقة وخايفة (تغيّر ملامح الوجه) أحلام نتاعك يحبسوا عدت ما علابالي بوالو وما نيش مهتمة بحتى حاجة (صمت) وما نقدر ندير حتى حاجة (تغيّر نبرة الصوت) ديما نبكي كلش سماط الواحد يكون فوق ومن بعد يهبط لتحت خلاص (بكاء) ماشي مليح كي تخونك الصحة ديما نفكر رايحة نموت ونخلي ولادي».

أمّا عن سلوكياتها في حياتها اليومية، فقالت: «وليت مناكلش كيما قبل والرقاد ثاني منقدرش نرقد (تغيّر نبرة الصوت) ديما نبكي وما نقدر ندير والوا».

5- التقييم:

من خلال المقابلات مع الحالة "صورية" يبدو أنّها تعرضت للحدث الصادم مباشرة وذلك من خلال معرفتها بإصابتها بمرض السرطان، ممّا جعلها تعيش صدمة نفسية قوية، فاستجابت حيالها بالذعر والخوف والعجز.

وقد ظهرت عليها أعراض الحدث الصادم حسب ما ورد في (DSM5) والمتمثلة في:

- الإحباط النفسي الشديد وذلك بتعرضها سابقاً لحدث مشابه للحدث الصادم الحالي وهو إصابة والدتها بالسرطان، تجلى في قولها: «خفت يصرالي كيما أمي ربي يرحمها».

- الحالة العاطفية السلبية المستمرة بقولها: «ديما نبكي».

- تضائل بشكل ملحوظ للاهتمام أو المشاركة في الأنشطة الهامة، من خلال قولها: «منيش مهمة بحتى حاجة».

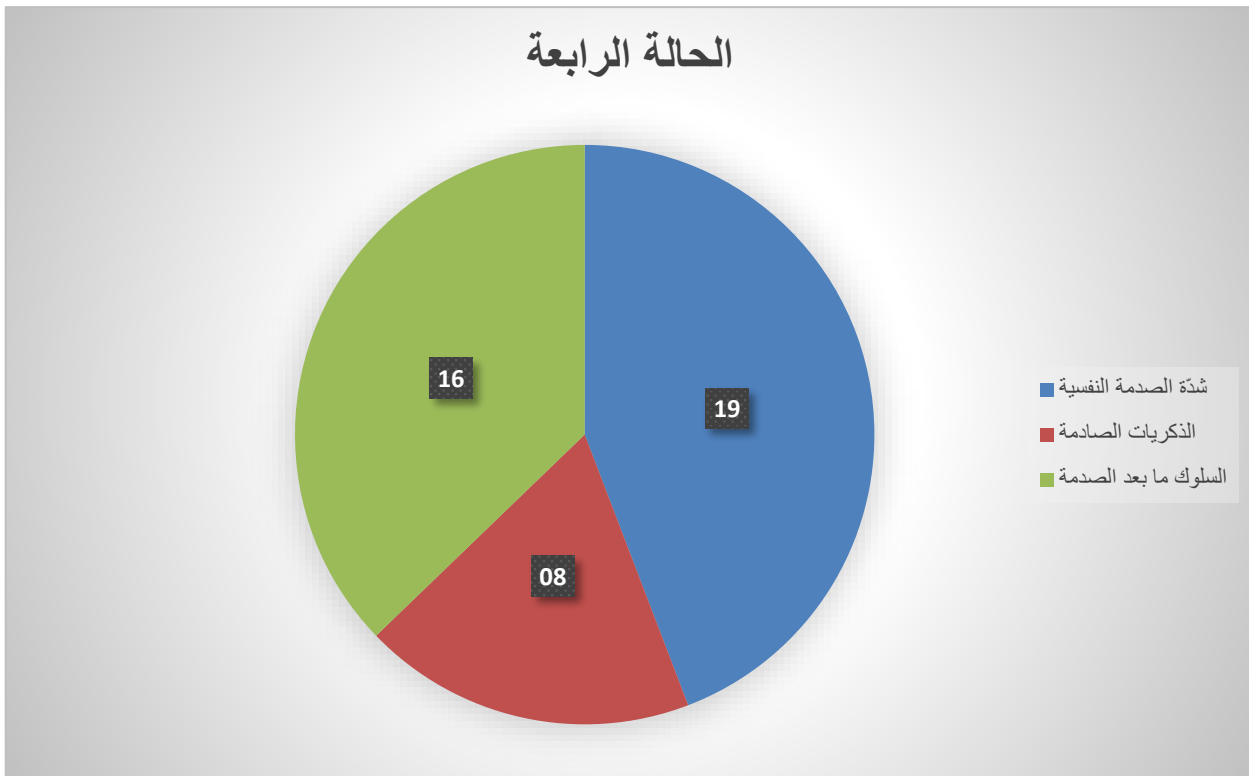
- عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية، من خلال قولها: «كلش سامط».

- اضطراب في النوم بقولها: «وليت منقدرش نرقد».

6- تكميم محاور المقابلة العيادية النصف موجهة:

من خلال الاستجابات السلبية للحالة "صورية" على محاور المقابلة استطاعت الباحثة

تكميمها كالتالي:



شكل رقم (10) يوضح تكميم محاور المقابلة العيادية النصف موجهة للحالة الرابعة.

يبدو من خلال الشكل رقم (10) الموضح أعلاه للحالة "صورية" أنّ المحور الأول (شدة الصدمة النفسية) كان له أعلى تكرار من الاستجابات السلبية من خلال حديث "صورية" (19) مرة يليه المحور الثالث (السلوك ما بعد الصدمة) بتكرار أقل (16) مرة، وأخيرا المحور الثاني (الذكريات الصادمة) بلغ (08) مرات.

كما ظهرت على الحالة "صورية" من خلال حديثها مؤشرات ما بعد الصدمة يمكن توضيحها في الشكل التالي:



منحنى بياني رقم (11) يوضح مؤشرات ما بعد الصدمة للحالة الرابعة

من خلال المنحنى رقم (11) يتبين أنّ الحالة "صورية" لديها انخفاض طفيف في مؤشرات ما بعد الصدمة، حيث كان أكبر ارتفاع على مستوى مؤشر الاكتئاب (10)، ثم يأتي مؤشر الخوف (07)، وأخيراً مؤشر اليأس (05).

7-1-5- الحالة الخامسة:

أولاً: البيانات الأولية:

الاسم: فضيلة. العمر: (60) سنة.

المستوى التعليمي: ابتدائي.

نوع المرض: سرطان البنكرياس.

سن حدوث المرض: (59) سنة.

عدد الإخوة: (05). الرتبة بين الإخوة: (02).

المستوى الاجتماعي والاقتصادي: متوسط. عدد الأولاد: (04) (01 ذكور، 03 إناث).

السوابق المرضية للحالة: لا توجد.

ثانياً: الملاحظة العيادية:

كانت "فضيلة" من خلال المقابلات تبدو متوترة، قلقة، حزينة ومكتئبة للوضع الصحي الذي آلت إليه، كما أنّ صوتها كان يعلو من حين لآخر معبرة عن غضبها، وكذا لاحظت الباحثة ايماءات على وجهها تدل على التحسّر والألم.

ثالثاً: عرض محتوى المقابلات:

1-المقابلة الأولى (المقابلة التمهيديّة):

لفتت الحالة "فضيلة" انتباه الباحثة ممّا دفعها للذهاب والتعرف إليها عن قرب، فشرحت لها الباحثة ما تريد القيام به معها، حيث وافقت "فضيلة" وصرّحت بأنّها كانت تتمنى أن تلتقي بأخصائي نفسي من قبل. وقد أبدت استعدادها لمساعدة الباحثة في دراستها من خلال الحديث بصراحة عن كل ما حصل لها.

2- المقابلة الثانية:

تمحورت هذه المقابلة في تطبيق اختبار قوة التحمل (La résilience) فكانت الباحثة تطرح العبارات على الحالة وتشرحها لها نظرا لمستواها التعليمي، وتدوّن إجابتها وكانت "فضيلة" تجيب على قدر السؤال.

3- المقابلة الثالثة (المقابلة العيادية):

حاولت الباحثة في هذه المقابلة الكشف عن تاريخ الحالة ووضعيتها الاجتماعية قبل المرض، فصرحت الحالة «عشت تعيسة في دارنا (صمت) ثاني كي تزوجت لقيت راجلي ما كان ما كان معالبالوش بيا ما هوش مهتم (صمت وحزن)».

أما عن الأعراض وكيفية اكتشاف المرض تحدثت الحالة "فضيلة" «عندي (10) شهر وأنا مريضة راقدة فراش (صمت) ما نقدر ندير والو. فالعطة نتاع الربيع نتاع لعام لي فات بداني المرض كل يوم نزيد نشيان (صمت وتحسر) عدت الماكلة مناكلش رحت للطبيب قالي L'estomac نتاعك راهي طايبة عطاني الدوا ضرني والسطر ديما عندي وبقيت مناكلش (صمت) وحد السمانة هكذا دخلت للسبيطار (05) أيام دارولي radio شافولي L'estomac ودارولي scanar (صمت وتغيّر ملامح الوجه) قالولي عندك ولسيس فالبنكرياس والكبد فيه شلافت (صمت) عاودت رحت لطبيب آخر دارلي التعيارات وقالي ديري Biopsiées كي خرجوا كتبلي برية قالي ديري La chimi (تغيّر نبرة الصوت) ثما قالي على المرض.

4- المقابلة الرابعة:

تناولت الباحثة في هذه المقابلة أسئلة محاور دليل المقابلة وبدأت بالسؤال الأول: جاتك صدمة لحظة علمك بالمرض؟ فكانت إجابة الحالة «جاتني صدمة عنيفة كي عرفت (تغيّر نبرة الصوت وحزن) قعدت مصدومة ما نيش جايبة لخبر (صمت) من النهار مرضت هاذ المرض الدمعة نشفتلي (صمت وتغيّر ملامح الوجه) كفاه راني متقبلة؟ (رفع الحاجبين) الطيببة ثما قالتلي راه مرض عادي (صمت) منيش مريضة بال Cancer علاه راهم يديرولي

في chimi (صمت) منيش متقبلة ينسل شعري (تتهد مع لمس الرأس) يروحوا حواجبي (صمت) ما نيش حابة نتقبل يشوفوني الناس هكذاك (صمت وتغير نبرة الصوت) الشيونة علاه شينت؟ غاضتني شيونتي (صمت وحزن) منيش متقبلتها (تحسر) كفاه كنت وكفاه وليت (صمت) ماعدتش أنا (صمت) ماعدتش نعرف روعي ساعات نقول هذي أنا ولا وحدة أخرى (صمت مع سرعان وحزن).

ثم طرحت عليها الباحثة السؤال الخاص بالذكريات الصادمة فتحدثت الحالة: «حياتي هي هي (صمت) نقول يا درى نقدر ندور في داري؟ يا درى نقدر نعيش فيها ولا لالا؟ نروح للجنزة يبكوا عليا (حزن وصمت) وين نروح يبكوا عليا (صمت) وليت منخرجش باه ميشوفونيش الناس (حزن) مقلقتني الدنيا كامل (صمت) نخم في حالتي وفي هذا المرض (صمت) وين رايحة توصل حالتي؟ وصحتي كفاه تعود (صمت وحزن) متفكرة لحياة لي عايشتها كفاه كنت؟ ضرك كفاه راني (تحسر) دايم راجعة للماضي الحاضر معالبايش بيه خلاص (صمت وحزن)».

وبخصوص سؤال هل تغير سلوكك بعد الصدمة صرحت الحالة «تغير سلوكي (صمت) علاه الواحد كي يمرض بهذا المرض ميتبدلش؟ عدت نتقلق من السطر كرهت لحياة (صمت) عدت منحش نقعد مع لعباد (صمت) كون نصيب نقعد فالظلمة (صمت وحزن) ساعات نطلب فالموت عييت كلش سامط من المرض (حزن) كي نعود جاية للسبيطار نقول راني جاية للكومة (صمت) كي يجيني السطر نحس الموت بين راسي ورجليا (صمت) ولادي معالبايش بيهم حتى راجلي معالبايش بيه خلاص. عدت ما نقدرش نرقد خلاص نبات قاعدة السطر وثاني نخم بزاف».

أما عن تحكمها في سلوكها في حياتها اليومية فقالت: «ماعدتش نقدر (صمت) من السطر ماعدتش نقدر خلاص (حزن) من القلقة نعيط على بناتي».

5-التقييم:

من خلال المقابلات مع الحالة "فضيلة" تبين أنها تعرضت للحدث الصادم مباشرة، والمتمثل في علمها بأنها مصابة بالسرطان مما خلف لديها صدمة نفسية قوية.

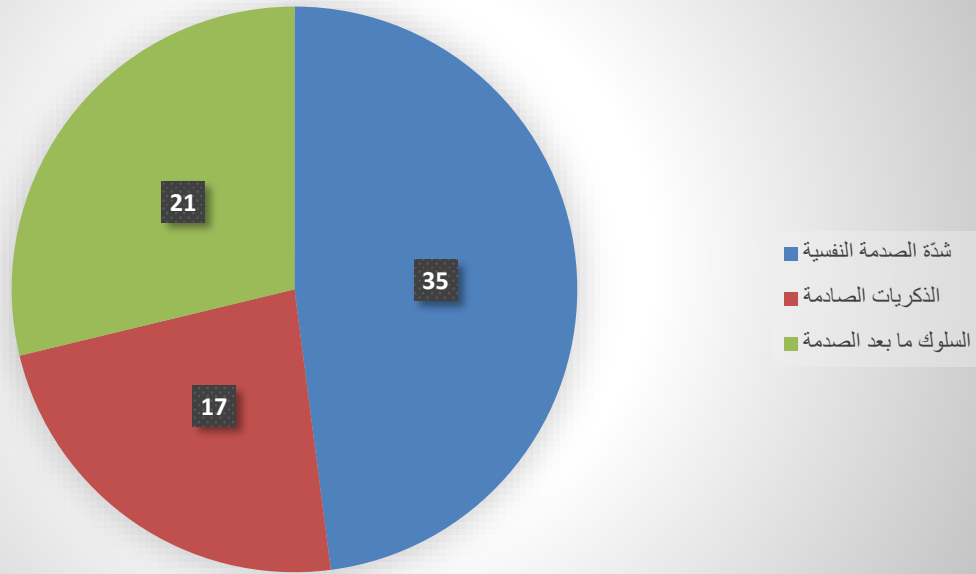
وقد بدت على "فضيلة" بعض الأعراض الناتجة عن الحدث الصادم طبقا لما جاء في (DSM₅):

- الإحباط النفسي الشديد لفترات طويلة، تجلى بقولها: «حياتي هي هي».
- تجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأحاديث...) تمثل بقولها: «وين نروح يبكوا عليا وليت منخرجش».
- الحالة العاطفية السلبية المستمرة من خلال قولها: «كرهت لحياة».
- مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين، بقولها: «عدت منحبش نقعد مع لعباد».
- عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية تمثل بقولها: «ملي مرضت بهاذ المرض الدمعة نشفتلي».
- سلوك متوتر ونوبات من الغضب، في قولها: «نعيط على بناتي».
- اضطراب في النوم بقولها: «عدت ما نقدرش نرقد خلاص نبات قاعده».

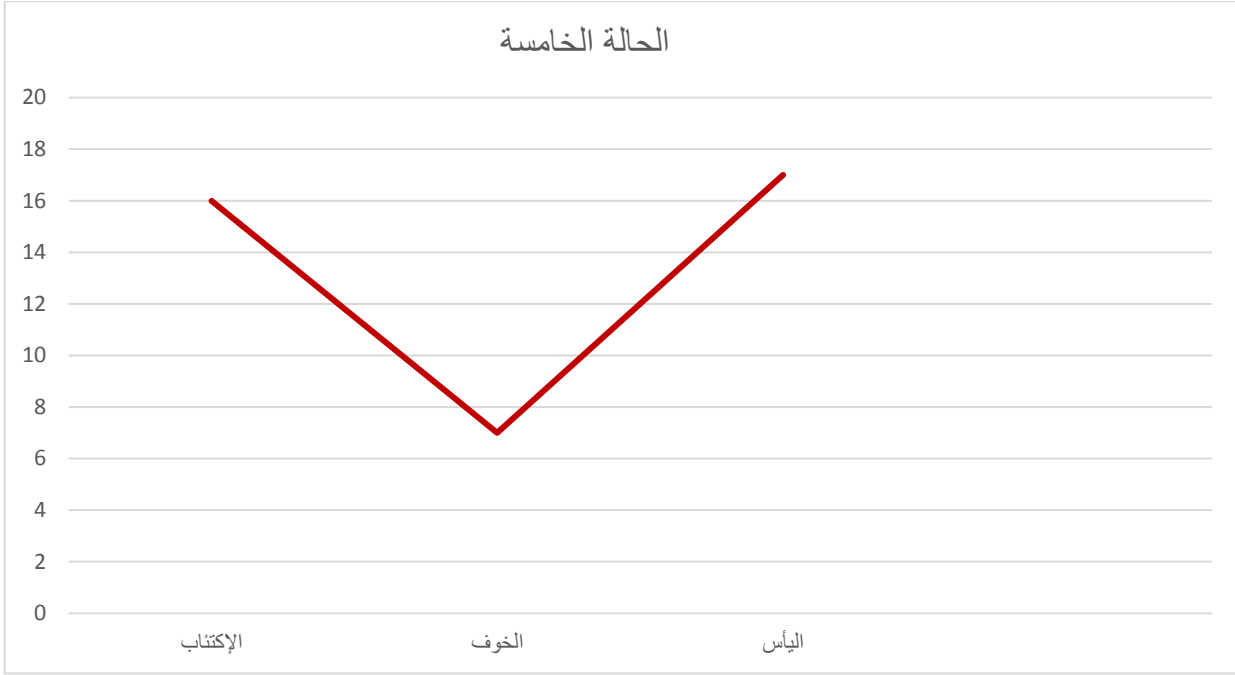
6- تكميم محاور المقابلة العيادية النصف موجهة:

ظهرت على "فضيلة" استجابات سلبية على مستوى محاور المقابلة والتي يمكن توضيحها في الشكل التالي:

الحالة الخامسة



شكل رقم (12) يوضح تكميم محاور المقابلة العيادية النصف موجهة للحالة الخامسة يبدو من خلال الشكل رقم (12) الموضّح أعلاه للحالة "فضيلة" أنّ المحور الأول (شدة الصدمة) كانت له الحصة الكبرى من الاستجابات السلبية (35) مرة، يليه المحور الثالث (السلوك ما بعد الصدمة) بـ: (21) مرة، وأخيرا المحور الثاني (17) مرة. وبخصوص مؤشرات ما بعد الصدمة التي ظهرت على الحالة "فضيلة" من خلال حديثها فتمثلت فيما يلي:

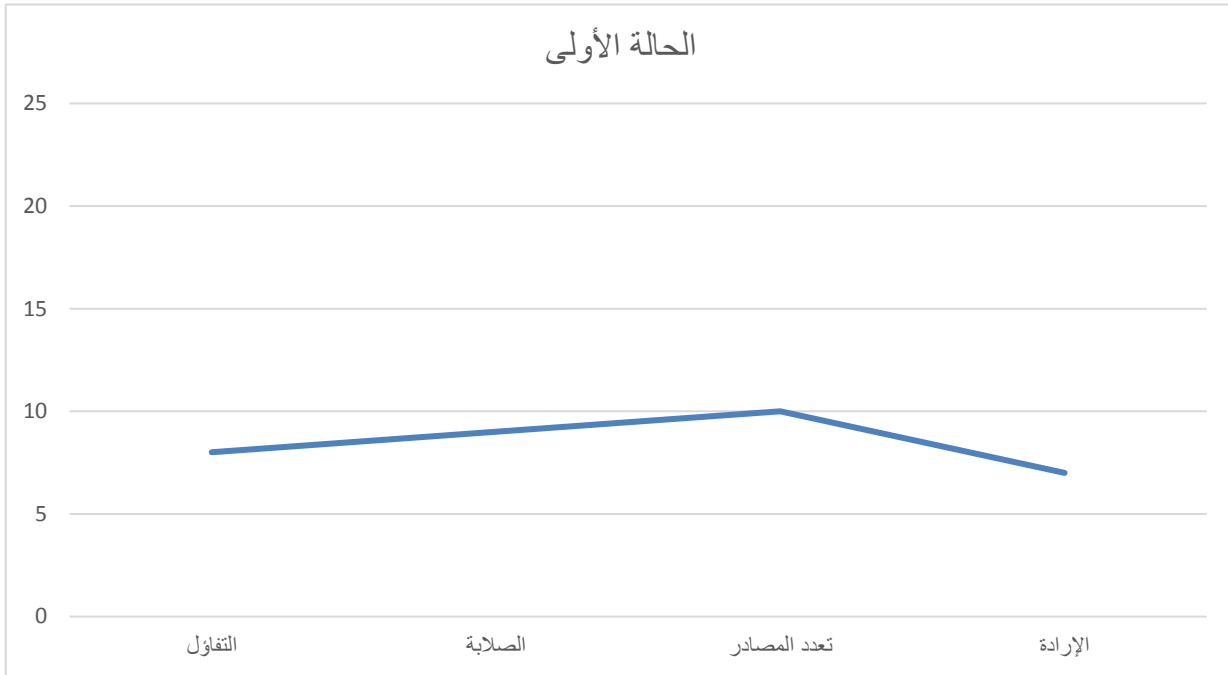


منحنى بياني رقم (13) يوضح مؤشرات ما بعد الصدمة للحالة الخامسة

يظهر من خلال المنحنى البياني رقم (13) أنّ الحالة "فضيلة" لديها ارتفاع في مؤشرات ما بعد الصدمة، فكانت أعلى درجة في مؤشر اليأس (17) بعد ذلك مؤشر الاكتئاب (16)، وأخيرا مؤشر الخوف (07).

2-7- عرض نتائج اختبار قوة التحمل (La résilience) للحالات:

1-2-7- الحالة الأولى:



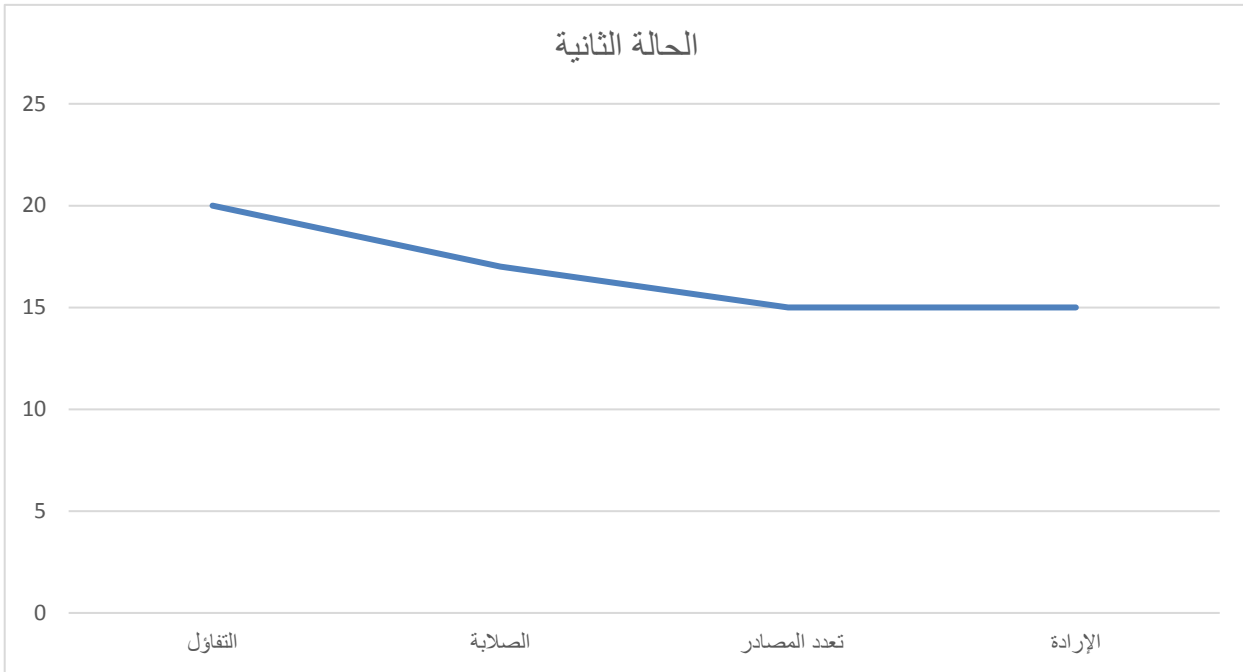
منحنى بياني رقم (14) يوضح مستوى قوة التحمل للحالة الأولى

من خلال المنحنى البياني رقم (14) الموضح أعلاه للحالة "رشيدة" يتبين أن أعلى درجة كانت في بعد تعدد المصادر بـ (10) درجات، ثم بعد الصلابة (09) درجات، بعد ذلك بعد التفاؤل (08) درجات، وأخيرا بعد الإرادة (07) درجات. وقد بلغت الدرجة الكلية للاختبار (34) درجة.

التقييم:

على ضوء النتائج الموضحة في المنحنى البياني رقم (14) تستنتج الباحثة أن الحالة "رشيدة" لديها قوة التحمل متوسطة بدرجة (34) لأن الدرجة المتحصل عليها في المجال [50-26].

7-2-2- الحالة الثانية:



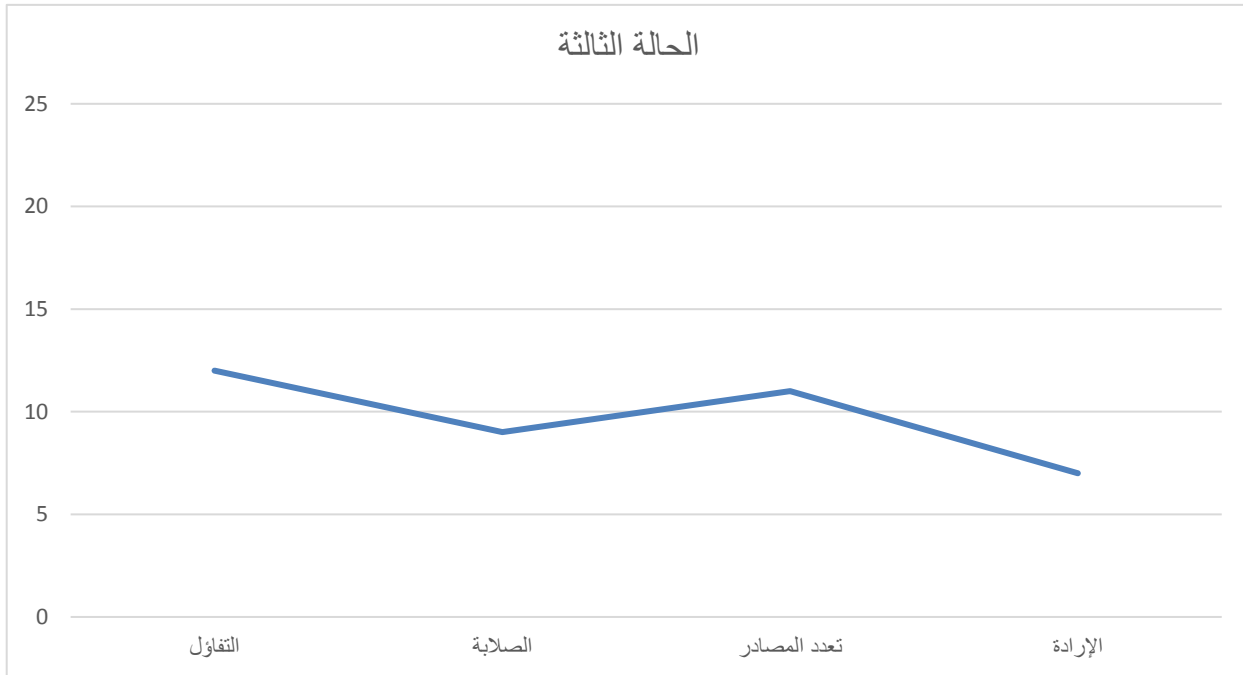
منحنى بياني رقم (15) يوضح مستوى قوة التحمّل (La résilience) للحالة الثانية

من خلال المنحنى البياني رقم (15) يتبيّن أنّ الحالة "سامية" لديها ارتفاع في اختبار قوة التحمّل، ويمس هذا الارتفاع كل أبعاد الاختبار، غير أنّ بعد التفاؤل هو الأكثر ارتفاعاً بـ: (20) درجة، ثم يليه بعد الصلابة (17) درجة، وفي الأخير يتبعه كل من بعد تعدد المصادر وبعد الإرادة قدراً بـ (15) درجة. أما عن الدرجة الكلية للاختبار التي تحصلت عليها "سامية" فقد بلغت (67).

التقييم:

بناءً على المنحنى البياني رقم (15) الموضّح أعلاه يتضح أنّ الحالة "سامية" لديها مستوى مرتفع من قوة التحمّل بدرجة (67)، والتي تنتمي للمجال [51-75].

7-2-3- الحالة الثالثة:



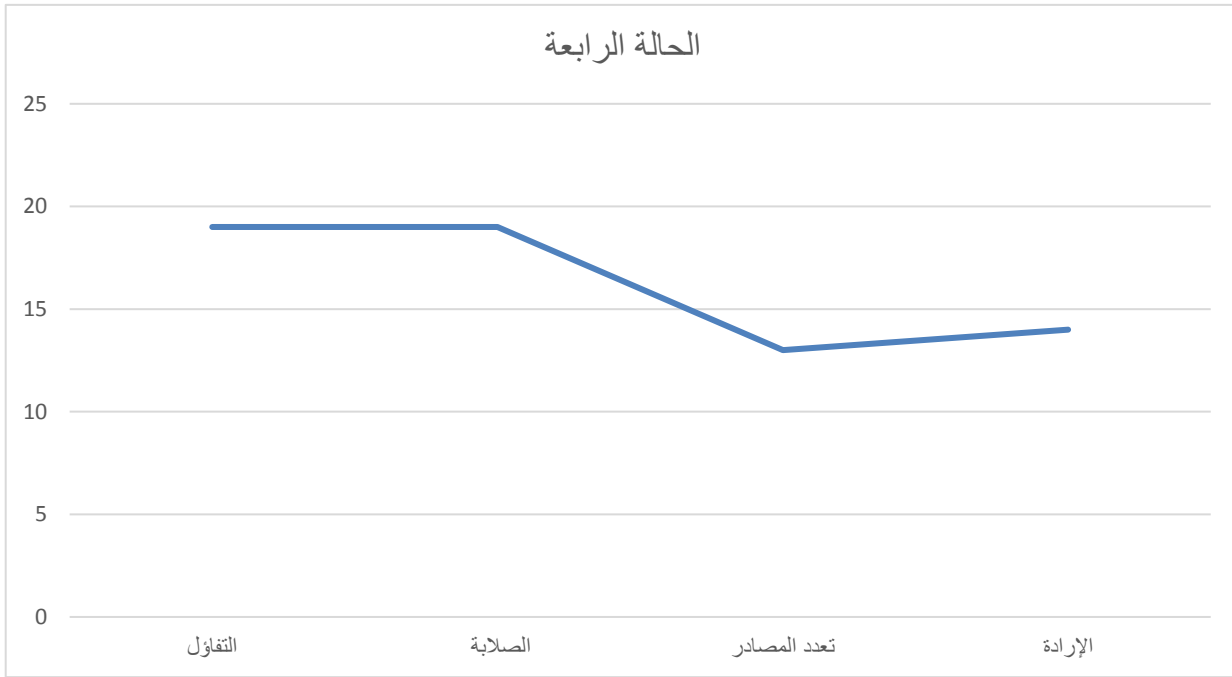
منحنى بياني رقم (16) يوضح مستوى قوة التحمل (La résilience) للحالة الثالثة

من خلال المنحنى البياني رقم (16) يبرز تذبذب في مستوى قوة التحمل بين كل بعد وآخر، بحيث يرتفع نوعاً ما في بعد التفاؤل (12) درجة وبعد تعدد المصادر (11) درجة، ثم ينخفض قليلاً في كل من بعد الصلابة (09) درجات وبعد الإرادة (07) درجات. وقد بلغت الدرجة الكلية على الاختبار (39) درجة.

التقييم:

تستنتج الباحثة من خلال المنحنى البياني رقم (16) أنّ الحالة "ياسينة" لديها مستوى متوسط من قوة التحمل بدرجة 39. حيث تنتمي للمجال [26-50].

4-2-7- الحالة الرابعة:



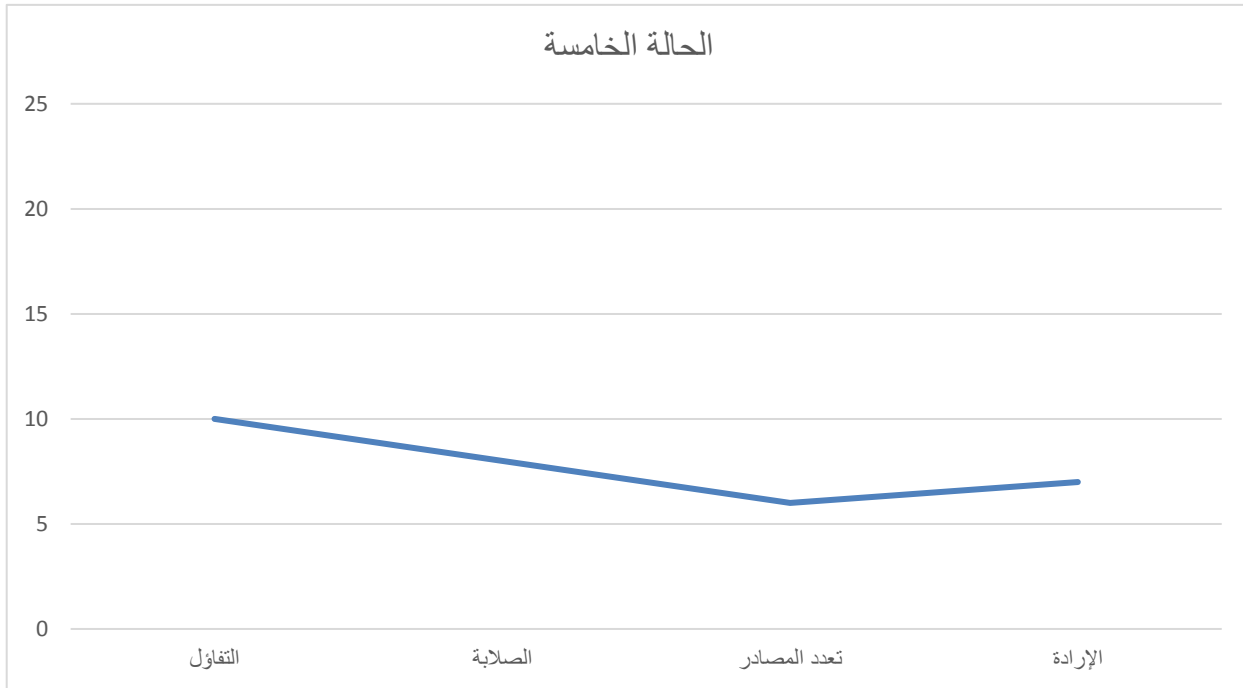
منحنى بياني رقم (17) يوضح مستوى قوة التحمل (La résilience) للحالة الرابعة

يتضح من خلال المنحنى البياني رقم (17) أنّ الحالة "صورية" لديها مستوى مرتفع نوعاً ما حيث حصلت على أعلى درجة على مستوى كل من بعد التفاوض وبعد الصلابة بـ (19) درجة، ثم بعد الإرادة (14) درجة، وأخيراً بعد تعدد المصادر (13) درجة، وقد بلغت الدرجة الكلية للاختبار (65) درجة.

التقييم:

من خلال المنحنى البياني رقم (17) أعلاه تخلص الباحثة أنّ الحالة "صورية" تتمتع بمستوى عالٍ من قوة التحمل بدرجة (65). وهي تنتمي للمجال [51-75].

7-2-5- الحالة الخامسة:



منحنى بياني رقم (18) يوضح مستوى قوة التحمّل (La résilience) للحالة الخامسة

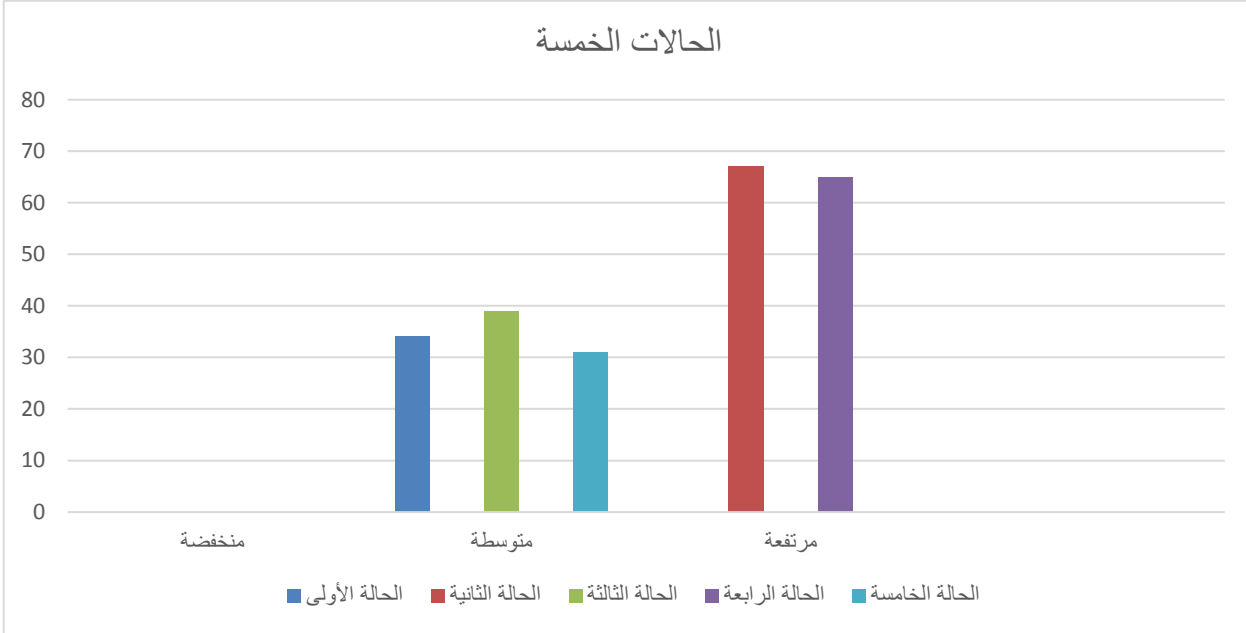
يتبيّن من خلال المنحنى البياني رقم (18) أنّ الحالة "فضيلة" لديها انخفاض نوعاً ما على أبعاد اختبار قوة التحمّل، وكانت أعلى درجة على بعد التفاؤل (10) درجات، ثم يليه بعد الصلابة (08) درجات، بعد ذلك بعد الإرادة (07). وأخيراً بعد تعدد المصادر (06) درجات. وقد بلغت الدرجة الكلية للاختبار (31) درجة.

التقييم:

يتضح من خلال المنحنى البياني رقم (18) أعلاه أنّ الحالة "فضيلة" لديها مستوى متوسط من قوة التحمّل بدرجة (31)، حيث تنتمي للمجال [26-51].

التحليل العام للحالات الخمسة على اختبار قوة التحمل (La résilience):

من خلال تطبيق اختبار قوة التحمل (La résilience) على حالات الدراسة والمتمثلات في (05) أمهات مصابات بالسرطان، والتي يمكن عرضها فيما يلي:



مخطط بالأعمدة رقم (19) يوضح مستويات قوة التحمل (La résilience) للحالات الخمسة

من خلال مخطط بالأعمدة رقم (19) يتبين أنّ الحالة الثانية "سامية" حصلت على أعلى مستوى من قوة التحمل بـ (67) درجة، ثم تليها الحالة الرابعة "صورية" (65) درجة، ثم الحالة الثالثة "ياسينة" (39) درجة، بعد ذلك الحالة الأولى (34) درجة وأخيرا الحالة الخامسة "فضيلة" (31) درجة.

التقييم:

من خلال مخطط بالأعمدة رقم (19) الموضح أعلاه يتبين أن (03) حالات تحصلن على مستوى قوة التحمل متوسطة وهنّ: الحالة الأولى "رشيدة" والحالة الثالثة "ياسينة" والحالة الخامسة "فضيلة"، في حين الحالة الثانية "سامية" والحالة الرابعة "صورية" تحصلتا على مستوى قوة التحمل مرتفعة.

خلاصة الفصل:

بعد التطرق في هذا الفصل لعرض وتحليل محتوى المقابلات العيادية النصف موجهة واختبار قوة التحمل (La résilience) للحالات الخمسة، سيتم التطرق في الفصل الموالي لمناقشة تساؤلات الدراسة.



الفصل الثامن

مناقشة تساؤلات الدراسة

تمهيد.

8-1- مناقشة التساؤل الثاني.

8-2- مناقشة التساؤل الثالث.

8-3- مناقشة التساؤل الرابع.

8-4- مناقشة التساؤل الخامس.

8-5- مناقشة التساؤل العام.

الاستنتاج العام.

تمهيد:

بعد تطرق الباحثة لعرض وتحليل مقابلات الحالات الخمسة واختبار قوة التحمل (La résilience) في الفصل السابق، ستقوم في هذا الفصل بمناقشة تساؤلات الدراسة. بداية بمناقشة التساؤل الأول، ثم مناقشة التساؤل الثاني، بعد ذلك مناقشة التساؤل الثالث وكذا مناقشة التساؤل الرابع، ووصولاً إلى مناقشة التساؤل الأول. وأخيراً الاستنتاج العام.

8-1- مناقشة التساؤل الأول:

ينص التساؤل الأول: ما مستوى قوة التحمل (La résilience) لدى الأمهات المصابات بالسرطان؟

الجدول التالي يوضح مستوى قوة التحمل (La résilience) للحالات الخمسة:

جدول رقم (05) يبين نتائج التساؤل الأول.

الحالات	مستوى قوة التحمل (La résilience)
الحالة الأولى "رشيدة".	مستوى متوسط (34 درجة).
الحالة الثانية "سامية".	مستوى مرتفع (65 درجة).
الحالة الثالثة "ياسينة".	مستوى متوسط (39 درجة).
الحالة الرابعة "صورية".	مستوى مرتفع (67 درجة).
الحالة الخامسة "فضيلة".	مستوى متوسط (31 درجة).

يتضح من الجدول رقم (05) أنّ أعلى درجة تحصلت عليها الحالة الرابعة "صورية" (67) درجة، تليها الحالة الثانية "سامية" بـ: (65) درجة، ثم الحالة الثالثة "ياسينة" (39) درجة، بعد ذلك الحالة الأولى "رشيدة" (34) درجة، وأخيراً الحالة الخامسة "فضيلة" (31) درجة.

من خلال النتائج المتحصّل عليها بعد تطبيق اختبار قوة التحمل (La résilience) وجدت الباحثة حالتين (الحالة الثانية "سامية" والحالة "صورية") تحصّلتا على مستوى مرتفع من قوة التحمل (La résilience)، بينما ثلاث حالات (الحالة الأولى "رشيدة" والحالة الثالثة "ياسينة" والحالة الخامسة "فضيلة") فتحصّلتن على مستوى متوسط من قوة التحمل (La résilience).

8-2- مناقشة التساؤل الثاني:

تمثل التساؤل الثاني في: هل تختلف شدة الصدمة لدى الأمهات المصابات بالسرطان باختلاف مستوى قوة التحمل (La résilience)؟

وللإجابة على التساؤل تدرج الباحثة الجدول التالي:

جدول رقم (06) يبين نتائج التساؤل الثاني.

الحالات	شدة الصدمة النفسية	مستوى قوة التحمل (La résilience)
الحالة الأولى "رشيدة".	(41) مرة.	مستوى متوسط (34 درجة).
الحالة الثانية "سامية".	(22) مرة.	مستوى مرتفع (65 درجة).
الحالة الثالثة "ياسينة".	(39) مرة.	مستوى مرتفع (65 درجة).
الحالة الرابعة "صورية".	(19) مرة.	مستوى مرتفع (67 درجة).
الحالة الخامسة "فضيلة".	(35) مرة.	مستوى متوسط (31 درجة).

من خلال الجدول رقم (06) أعلاه يتبين أن الحالة الأولى "رشيدة" كانت لديها شدة الصدمة أكبر وفي المرتبة الثانية الحالة الثالثة "ياسينة"، وفي المرتبة الثالثة الحالة الخامسة "فضيلة"، وبعد ذلك الحالة الثانية "سامية" في المرتبة الرابعة، وأخيرا في المرتبة الخامسة الحالة الرابعة "صورية".

وجدت الباحثة أن الحالات الثلاث: (الحالة الأولى "رشيدة" والحالة الثالثة "ياسينة" والحالة الخامسة "فضيلة") كانت لديهن شدة الصدمة النفسية كبيرة، وذلك راجع إلى أن مستوى قوة التحمل (La résilience) لديهن كانت متوسطة، مقارنة بالحالتين: (الحالة الثانية "سامية" والحالة الرابعة "صورية") فكانت شدة الصدمة النفسية لديهن أقل، وسبب ذلك أن كلتا الحالتين كان مستوى قوة التحمل (La résilience) لديهما مرتفعا.

نستنتج أنه: تختلف شدة الصدمة النفسية لدى الأمهات المصابات بالسرطان باختلاف قوة التحمل (La résilience).

8-3- مناقشة التساؤل الثالث:

يشير التساؤل الثالث إلى: هل تختلف الذكريات الصادمة لدى الأمهات المصابات بالسرطان باختلاف مستوى قوة التحمل (La résilience)؟

استعانت الباحثة بالجدول التالي للإجابة على التساؤل:

جدول رقم (07) يبيّن نتائج التساؤل الثالث.

الحالات	الذكريات الصادمة	مستوى قوة التحمل (La résilience)
الحالة الأولى "رشيدة".	(24) مرة.	مستوى متوسط (34 درجة).
الحالة الثانية "سامية".	(09) مرات.	مستوى مرتفع (65 درجة).
الحالة الثالثة "ياسينة".	(15) مرة.	مستوى متوسط (39 درجة).
الحالة الرابعة "صورية".	(08) مرات.	مستوى مرتفع (67 درجة).
الحالة الخامسة "فضيلة".	(17) مرة.	مستوى متوسط (31 درجة).

تستنتج الباحثة من الجدول رقم (07) أعلاه يتبيّن أن الحالة الأولى "رشيدة" كانت لديها شدة الصدمة أكبر وفي المرتبة الثانية الحالة الثالثة "ياسينة"، وفي المرتبة الثالثة الحالة الخامسة "فضيلة"، وبعد ذلك الحالة الثانية "سامية" في المرتبة الرابعة، وأخيراً في المرتبة الخامسة الحالة "الرابعة" "صورية".

توصلت الباحثة من خلال النتائج المتحصّل عليها أنّ ثلاث حالات (الحالة الأولى "رشيدة" والحالة الثالثة "ياسينة" والحالة الخامسة "فضيلة") كانت لديهنّ ذكريات صادمة أكبر بسبب مستوى قوة التحمل (La résilience) المتوسطة لديهنّ، مقارنةً بالحالتين (الحالة الثانية "سامية" والحالة "صورية") اللتان كانت لديهما ذكريات صادمة أقل، وذلك راجع لتمتعهما بمستوى مرتفع من قوة التحمل (La résilience).

نستنتج أنّه: تختلف الذكريات الصادمة لدى الأمهات المصابات بالسرطان باختلاف مستوى قوة التحمل (La résilience).

8-4- مناقشة التساؤل الرابع:

محتوى التساؤل الرابع: هل يختلف السلوك ما بعد الصدمة لدى الأمهات المصابات بالسرطان باختلاف مستوى قوة التحمل (La résilience)؟

للإجابة على التساؤل اعتمدت الباحثة على الجدول التالي:

جدول رقم (08) يبيّن نتائج التساؤل الرابع.

الحالات	السلوك ما بعد الصدمة	مستوى قوة التحمل (La résilience)
الحالة الأولى "رشيدة".	(31) مرة.	مستوى متوسط (34 درجة).
الحالة الثانية "سامية".	(11) مرة.	مستوى مرتفع (65 درجة).
الحالة الثالثة "ياسينة".	(20) مرة.	مستوى متوسط (39 درجة).
الحالة الرابعة "صورية".	(16) مرة.	مستوى مرتفع (67 درجة).
الحالة الخامسة "فضيلة".	(21) مرة.	مستوى متوسط (31 درجة).

يتبيّن من خلال الجدول رقم (08) الموضح أعلاه أن الحالة الأولى "رشيدة" كان سلوكها ما بعد الصدمة أكبر حدة، ثم في المرتبة الثانية الحالة الخامسة "فضيلة"، وفي المرتبة الثالثة الحالة "ياسينة"، بعد ذلك الحالة الرابعة "صورية" في المرتبة الرابعة، وأخيراً في المرتبة الخامسة الحالة الثانية "سامية".

حسب النتائج المتوصّل إليها بالنسبة للسلوك ما بعد الصدمة للحالات، وجدت الباحثة أنّ ثلاث حالات (الحالة الأولى "رشيدة" والحالة الثالثة "ياسينة" والحالة الخامسة "فضيلة") كان سلوكهنّ ما بعد الصدمة أكثر حدة وذلك راجع لمستوى قوة التحمل المتوسط لديهنّ، مقارنة بالحالتين (الحالة الثانية "سامية" والحالة الرابعة "صورية")، وسبب ذلك أنّ كلتا الحالتين كان مستوى قوة التحمل (La résilience) لديهما مرتفعاً.

نستنتج أنّه: يختلف السلوك ما بعد الصدمة لدى الأمهات المصابات بالسرطان باختلاف مستوى قوة التحمل (La résilience).

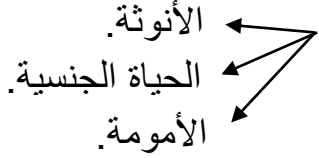
8-5- مناقشة التساؤل العام:

تمحور التساؤل الأول حول: ما مستوى الصدمة النفسية لدى الأمهات المصابات بالسرطان؟

انطلاقاً مما تم عرضه من مقابلات ونتائج خاصة باختبار قوة التحمل (La résilience) سيتم عرض ومناقشة الحالات الخمسة في كل من الصدمة النفسية وقوة التحمل (La résilience) فيما يلي:

أولاً: مناقشة الحالة الأولى:

بعد علم الحالة "رشيدة" بالمرض أصبحت تشعر بنوع من الذهول وعدم التصديق لما وقع لها، فتولدت لديها أحاسيس الرفض، مما جعلها توظف الإنكار أي إنكار الحدث، حيث تقول بأنها لم تصدق. كما استخدمت الرفض وذلك بقولها: «لقيت روعي ملغمة» أيضاً بعلمها بعملية البتر. وهذا ناتج عن تأثير سلبي كون الثدي يرمز



والعدوانية معبرة بذلك عن رفضها لهذا الواقع الأليم وقد وُلد لديها مشاعر القلق.

والحالة "رشيدة" لديها تقمص لشخص والدتها من خلال الحلول محلّها في الاعتناء بإخوتها وأخواتها مما انجرّ عنه خلل في عقدة أوديب.

كما أنّ الحالة لديها كبت داخلي ناتج عن استبعاد الصدمة أو الواقعة المؤلمة من حيّز الشعور إلى حيّز اللاشعور، حيث ترجع إلى الحياة التي مرت بها من الطفولة إلى المراهقة وهذا ما سبب لديها إحباط عاطفي من خلال اضطراب العلاقة (طفل-أم) فتولدت لديها عدوانية داخلية نتيجة معاملة الأم القاسية وأدى هذا إلى اختلال الجهاز النفسي لديها وذلك راجع لسلطة الأنا الأعلى ورغباته اللامتناهية وعدم تحقيق رغبات الهو الشرعية، مما جعل الأنا لدى الحالة "رشيدة" عاجزا عن الموازنة بينهما.

ولابد من الإشارة إلى أنّ حدث المرض لم يكن إلاّ نتيجة لمعاناة عاطفية وعلائقية عاشتها "رشيدة" من قبل، ونتيجة المعاملة القاسية من طرف الأم كان رد فعل الحالة "رشيدة" أفكار هذيانية متعلقة بالأم، تجلّى ذلك في قولها: «منحسهاش Normale وهي لي تسحرنا». وهذا ما خلص إليه العالم "سيمونز" (Simons) حيث يكون هنالك من الصدمات النفسية ما يعجّل بظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأول للمرض. (بطرس، 2008: 397).

فتوالت صدماتها بدءًا من فقدان مكانة الأم الاجتماعية (صورة الأم المثالية) في سن مبكرة، بمعنى فقدان الرعاية الاجتماعية وعاطفة الأمومة، ثم الحرمان من الدراسة بسبب القيام بدور الأم، مرورًا بمعاناة الألم والقسوة إلى جانب الزوج الذي كان لديه مزاج خاص به، كما أنّه يفرض عليها وعلى الأولاد آراء ولو خاطئة، خاصة أنّه ضدّ فكرة تكلمة البنات تعليمهنّ، فالبنات الكبرى مقبلة على امتحانات شهادة البكالوريا، وهذا ما أثر عليها كثيرًا.

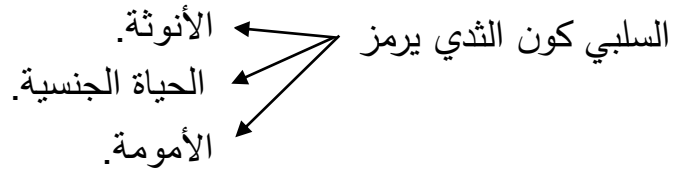
وجاء المرض ليفجّر ما سبق من الصدمات، فجهاز "رشيدة" النفسي أصبح غير مستعد بعد تلك المعاناة العاطفية والعلائقية، ممّا تولّد لديها قلق واكتئاب مباشرة بعد الصدمة الأخيرة. وتضيف الباحثة بالقول أنّ الصدمة التي كانت تعاني منها "رشيدة" جعلتها ترفض الحديث مع الأخصائية النفسانية، وهذا ناتج عن فقدانها الثقة فيمن حولها. وعلى حد قول الأخصائية النفسانية لم تتحدث معها "رشيدة" إلاّ بعد عامين من المرض.

وحسب النظرية المعرفية فما شكلته "رشيدة" من صيغ وخطط معرفية في مرحلة طفولتها خلال علاقتها بأسرتها خاصة والدتها كانت تتسم بالحرمان والصراع، وبالتالي فهي تحكم على أي شيء يعترض طريقها حكما سلبيا. وهذا ما جعلها غير قادرة على تجاوز صدماتها وذلك من خلال نظرتها التشاؤمية، فالإدراك والمعنى الذي أعطته "رشيدة" للحدث الصادم كان بناء على نظرتها للعالم المشوهة.

في حين أنّ الحالة "رشيدة" مازالت لم تتجاوز صدماتها وهذا راجع حسب نظرية التحليل النفسي إلى النمو غير السليم لها أدى إلى نشوء الأنا الضعيفة لديها، وهذا راجع إلى حالة اللاتوازن بين متطلبات الهو وطغيان الأنا الأعلى، ممّا أدى عجز الأنا وعدم قدرته على إحداث التوازن والتوفيق بينهما وحل الصراع، وهذا ما انجر عنه قوة التحمّل المتوسطة لها وبالتالي عدم قدرتها على مواجهة صدمة المرض لتحقيق عملية التوافق والتكيف الإيجابي.

ثانياً: مناقشة الحالة الثانية:

من خلال المقابلات مع الحالة "سامية" لمست الباحثة تعرضها لصدمة نفسية قوية إثر علمها بالمرض. وهذا ما خلف لديها عجزاً على مستوى جهازها النفسي، مما جعل الأنا عاجزاً على القيام بإرصانها خاصة بعد موت أخيها مما انجر عنه رجوع المرض مرة أخرى. فكانت ردة فعلها الإنكار وعدم التصديق لهذا الواقع الأليم والمفاجئ وكذا الرفض من خلال رفضها لإجراء العملية مرة أخرى. وفي المرة الأخيرة سيطر عليها الذعر واليأس وهذا ناتج عن التأثير



كما أنها فضّلت الهروب والانطواء من خلال تجنب الآخرين للتخفيف من حدة الصدمة وكذا بغرض نسيانها. بالإضافة إلى ذلك فالحالة "سامية" لديها كبت داخلي حيث قامت باستبعاد صدماتها من حيز الشعور إلى حيز اللاشعور.

أما عن أحاسيسها فلمست الباحثة الخوف الدائم مما سيأتي جراء المرض وكيف ستكون حالتها الصحية مستقبلاً، كما ظهر في قولها: «أصلاً المرض هذا يخوف».

وما عانته "سامية" من إحباط مستمر جراء تكرار المرض أثر كثيراً عليها مما جعلها في حالة سلبية دائمة وكثرة البكاء الدائم، وهذا ما أدى بها إلى الدخول في حالة اكتئاب.

وعليه يمكن تفسير حالة "سامية" بناءً على ما قدمته النظرية السلوكية، فتعرض "سامية" لحدث المرض أصبح يخيفها من أي شيء قادم، وقد حاولت الهروب من الأحداث التي تذكرها بالحدث الصادم من خلال تجنب الآخرين وكل ما يذكرها به وهذا ما يسمى بـ: «الإحجام».

حيث أنّ تكرار حدث المرض جراء معاودة رجوعه أثر عليها سلباً من الناحية النفسية، وبالتالي أدت إلى استجابات الخوف لديها وردود أفعال فيزيولوجية متعددة مثل: كثرة التعرق... الخ.

غير أنّ الحالة "سامية" مع مرور الوقت بدأت تتجاوز تلك الصدمات المتوالية عليها إثر المرض، وكذا موت أخيها وذلك راجع لمساندة زوجها لها وبفضل قوة التحمّل المرتفعة لديها.

ويمكن تفسير هذه الأخيرة حسب نموذج "بينر" (Pinar) فالحالة "سامية" قد تعرضت لعامل الخطر والمتمثل في إصابتها بمرض السرطان الذي يهدد حالتها الصحية وحياتها على العموم مما أخلّ بتوازنها النفسي وأثر عليها سلبيا، إلا أنّها وبفضل عوامل الوقاية والمتمثلة في المساندة الأسرية التي تلقتها من زوجها وأقاربها، وكذا قواها الداخلية من قيم وتنشئة اجتماعية سليمة وتحليها بالقيم الدينية والإيمانية ومن مهارات حل المشكلة كلها ساعدتها على تجاوز صدمتها والتكيف معها.

ثالثا: مناقشة الحالة الثالثة:

توصلت الباحثة إلى أن الحالة "ياسينة" عاشت صدمة نفسية كبيرة إثر المرض، حيث أنها تعيش نوعا من الصراع بين استسلامها للمرض يتجلى في قولها: «كان عندي أمل لكن ضرك ولا عندي يأس»، وبين تمسكها بالحياة بقولها: «مازلت صغيرة».

وهذا ما خلف لديها عجز عن استثمار طاقتها النفسية وذلك بعجز الأنا على قيامه بعملية إرسان الصدمة فوقف عاجزا دون ذلك، والجسدية في نشاطات اجتماعية.

فالحالة "ياسينة" فضّلت الهروب والانعزال والانطواء بقولها: «هربت على الناس» للتخفيف من حدة صدمتها، وكذا نسيان الواقع القاسي الذي آلت إليه، فقد كانت ردة فعلها جراء المرض وخاصة بمعاودة ظهوره وانتشاره بأماكن أخرى بجسدها الرفض من خلال قولها: «متقبلتهاش خلاص»، «حياتي شفتها رايحة تتعدم». والإنكار بقولها: «ما حبتش تدخل راسي».

كما أنها لجأت إلى الكبت وذلك باستبعادها للصدمة من حيزها الشعوري إلى الحيز اللاشعوري وذلك بغرض التخفيف من تلك الصدمة.

وهذا الحدث الصادم أدى إلى اضطراب صورة الذات لدى "ياسينة" بعد خيانة جسدها لها بقولها: «صحتي خانتني»، فتصادمت نفسها مع الواقع الأليم غير المتوقع مما أدى إلى فقدان ثقتها بنفسها، وبالتالي إحساسها بالنقص والدونية وخاصة بعد تغيير صورة جسدها تجلى بقولها: «كون نصيب لمري منشوفش فيه».

كذلك استشعرت الباحثة أن "ياسينة" كانت تستحضر ذكريات طفولتها ومرحلة شبابها بحنين، خاصة الفترة التي تعرّفت فيها على زوجها، إلا أن تلك السعادة التي عاشتها إلى جانب الزوج لم تدم طويلا، فبمرور الوقت أصبح الزوج لا مبالي وغير مسؤول، فتخلّى عن واجباته ما جعلها تعيش في اضطراب وصراع عاطفي. وما انجرّ عنه صراع على مستوى الجهاز النفسي لها بين الأنا الأعلى والممثل في أولادها ووالدها الذين طلبوا منها تطليقه وبين الهو والممثل في رغبتها البقاء إلى جانبه. ومما زاد ألمها وعمق صدمتها أنها رغم الحالة الصحية التي آلت

إليها فلم تجده سندا لها، ووجدت والدها بدل زوجها. فأصبحت الصدمة صدمتين: صدمة المرض وصدمة خيبة ظنّها بلا مبالاة زوجها.

ويمكن تفسير حالة "ياسينة" بناء على النظرية السلوكية فبتعرضها لحدث المرض أصبح يخيفها ممّا هو آت، فقد حاولت الهروب من الأحداث التي تذكرها بالصدمة من تجنب الآخرين وكذا تجنب الحديث عنه وهذا ما يسمى ب: «الإحجام»، حيث أنّ تكرار حدث المرض من خلال رجوعه عدة مرات وفي أماكن مختلفة من جسدها أثّر عليها سلبيا خاصة من الناحية النفسية ممّا أدى إلى استجابات الخوف والقلق ثم بعد ذلك اليأس الذي حلّ عليها.

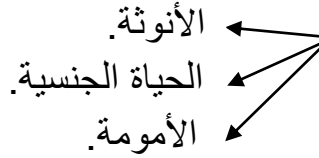
في حين أنّ الحالة "ياسينة" وحسب نموذج "بينر" (Pinar) لقوة التحمّل قد تعرضت لعامل الخطر والمتمثل في إصابتها بمرض السرطان الذي يهدد حالتها الصحية ممّا أخلّ بتوازنها النفسي وأثّر عليها سلبيا خاصة مع غياب عوامل الوقاية المتمثلة في المساندة الأسرية المتمركزة حول الزوج وعدم اكترائه لحالتها ممّا أدّى إلى انخفاض قوة التحمّل لديها.

رابعاً: مناقشة الحالة الرابعة:

انطلاقاً من المقابلات مع الحالة "صورية" وجدت الباحثة أنّها تعرضت لصدمة نفسية كبيرة إثر تلقيها خبر الإصابة بالمرض، فكانت استجابتها العجز والخوف ممّا أخل بتوازنها النفسي، وقد خلف لديها عجز عن استثمار طاقتها النفسية وذلك بعجز الأنا على قيامه بعملية إرسان الصدمة فوقف عاجزاً دون ذلك، والجسدية في نشاطات اجتماعية.

حيث استخدمت الإنكار فهي لم تصدق الواقع الأليم والمفاجئ، وكذا الرفض من خلال رفضها لإجراء العملية بقولها: «محببتش ندير العملية (بكاء) خفت ينحولي الرحم نتاعي»

وهذا ناتج عن التأثير السلبي كون الرحم يرمز



الأنوثة.
الحياة الجنسية.
الأمومة.

فقد وُلد لديها الرعب خاصة أنّها عاشت حدث المرض في السابق بمرض والدتها التي توفيت وهذا ما زاد من حدته.

كما أنّ الحالة "صورية" لديها كبت داخلي من خلال استبعادها للواقع الأليم والمتمثل في مرض السرطان من حيزها الشعوري إلى الحيز اللاشعوري.

أما عن أحاسيسها فتمثلت في الخوف الدائم والقلق ممّا سيأتي لاحقاً وما ستؤول إليه حالتها الصحية لاحقاً، وهذا ما وُلد لديها قلق الموت كانت تتوقعه في كل وقت.

وما عانته "صورية" في السابق من إحباط بمرض والدتها فقد تكرر حدث المرض لديها وهذا ما أثر كثيراً عليها ممّا جعلها في حالة سلبية دائمة وكثرة البكاء الدائم، وهذا ما أدى بها إلى الدخول في حالة اكتئاب.

وعليه يمكن تفسير حالة "صورية" بناءً على ما قدمته النظرية السلوكية، فتعرض "سامية" لحدث المرض أصبح يخيفها من أي شيء قادم، وقد حاولت الهروب من الأحداث التي تذكرها بالحدث الصادم من خلال تجنب الآخرين وكل ما يذكرها به وهذا ما يسمى بـ: «الإحجام».

حيث أنّ تكرار حدث المرض أثر عليها سلبيا من الناحية النفسية، وبالتالي أدت إلى استجابات الخوف لديها وردود أفعال فيزيولوجية متعددة مثل: كثرة التعرق... الخ.

غير أنّ الحالة "صورية" مع مرور الوقت بدأت تتجاوز تلك الصدمات المتوالية عليها إثر المرض، وذلك راجع لمساندة زوجها لها وبفضل قوة التحمّل المرتفعة لديها.

ويمكن تفسير هذه الأخيرة حسب نموذج "بينر" (Pinar) فالحالة "صورية" قد تعرضت لعامل الخطر والمتمثل في إصابتها بمرض السرطان الذي يهدد حالتها الصحية وحياتها على العموم مما أخلّ بتوازنها النفسي وأثر عليها سلبيا، إلا أنّها وبفضل عوامل الوقاية والمتمثلة في المساندة الأسرية التي تلقتها من زوجها وأقاربها، وكذا قواها الداخلية من قيم وتنشئة اجتماعية سليمة وتحليها بالقيم الدينية والإيمانية ومن مهارات حل المشكلة كلها ساعدتها على تجاوز صدمتها والتكيف معها.

خامسا: مناقشة الحالة الخامسة:

لمست الباحثة من خلال المقابلات مع الحالة "فضيلة" تعرّضها لصدمة نفسية قوية إثر علمها بالمرض، حيث لم تتمكن من تخطي الصدمة بعد، بالرغم أنّ حدث المرض مرّ عليه (10) أشهر إلاّ أنّها مازالت غير مصدقة لذلك الواقع المفاجئ والأليم، مستخدمة بذلك الإنكار تجلى بكلامها: «منيش مريضة بال Cancer» إلى حد الآن مازالت منكورة، وفي هذا الصدد يجب التفرقة بين الإنكار كميكانيزم يستخدم للمواجهة وبين حالة إنكار العاهة وهي ما يسمى ب: «الأنوسوجنوزيا» وهي عبارة عن الإخفاق في إدراك وجود عجز أو مرض. (كفاي وعلاء الدين، 2006: 85). وإن صح القول فالحالة "فضيلة" تعاني من حالة إنكار العاهة (مرض السرطان) فقد ألغت المرض من واقعها، ممّا وُلد لديها رفض داخلي وعدم تقبّل المرض فجهاز "فضيلة" النفسي يرفض استدخال هذا الواقع الصادم فالأنا لديها عجز على تحقيق التوازن النفسي لها من خلال عدم قدرته على إرسان الصدمة. وهذا راجع إلى ما مرت به "فضيلة" في حياتها سابقا سواءً في طفولتها أو بجانب زوجها غير المسؤول والذي كان يتناول الكحول، بالإضافة إلى الحياة البدائية التي عاشتها معه، فكانت تتلقى مساعدات على المستوى الاجتماعي بسبب عدم عمل الزوج.

كما أنّ "فضيلة" لديها كبت داخلي من خلال استبعاد الصدمة أو الواقعة المؤلمة من حيز الشعور إلى حيز اللاشعور.

وكذلك إحساس "فضيلة" بالنقص والدونية لتغيّر صورة جسدها جراء المرض، فلجأت للعزلة والانطواء والهروب للتخفيف من حدة هذا الشعور ظهر في قولها: «وليت ما نخرجش باه ميشوفونيش الناس»، فتطور هذا الإحساس بالنقص والدونية إلى أعراض الكآبة وقد كانت بادية عليها طوال المقابلات.

في حين أصبحت "فضيلة" في صراع دائم بين رفضها للمرض وبين تغيّر صورة جسدها (خيانة الجسد) ممّا وُلد لديها عدوانية داخلية اتجاه الذات، وذلك برفضها لتناول الطعام واضطرابات في النوم، وعدوانية خارجية اتجاه بناتها رغم تحقيقهم لمرجسية الأم في وصولهنّ

علميا (كلهنّ متخرجات جامعيًا) وكذا عدم مخالفتهنّ لها. وهذا ما يؤكد أنّ "فضيلة" غير متكيفة إلى درجة كبيرة مع المرض ولم تعد تسير بنمط حياة عادية.

بالإضافة إلى الشعور الدائم بالخوف (خوف الموت) بقولها: «كي يجيني السطر نحس الموت بين راسي ورجلياً» فهي تتوقع أنّها ستموت في أي لحظة ممّا جعل هذا الخوف ملازماً لها دائماً.

وعليه يمكن تفسير حالة "فضيلة" انطلاقاً ممّا جاء في النظرية المعرفية حيث أنّ ما شكلته من صيغ وخطط معرفية في مرحلة طفولتها كانت تتسم بالحرمان، وبالتالي فهي تحكم على أي شيء يعترض طريقها حكماً سلبياً. وهذا ما جعلها غير قادرة على تجاوز صدمتها وذلك من خلال نظرتها التشاؤمية، فالإدراك والمعنى الذي أعطته "فضيلة" للحدث الصادم كان بناءً على نظرتها المشوهة للعالم. إضافة إلى ذلك وبسبب مستواها التعليمي المتدني فهي لم تفهم مرضها جيداً ممّا زاد من حدة صدمتها.

فالحالة "فضيلة" مازالت لم تتجاوز صدمتها وهذا راجع حسب نظرية التحليل النفسي إلى النمو غير السليم لها أدى إلى نشوء الأنا الضعيفة لديها، وهذا راجع إلى حالة اللاتوازن بين متطلبات الهو وطغيان الأنا الأعلى، ممّا أدّى إلى عجز الأنا وعدم قدرته على إحداث التوازن والتوفيق بينهما وحل الصراع، وكذا غياب مساندة زوجها لها وهذا ما انجر عنه قوة التحمل المتوسطة لها وبالتالي عدم قدرتها على مواجهة صدمة المرض لتحقيق عملية التوافق والتكيف الإيجابي.

وعليه فمن خلال ما تم مناقشته يتبيّن أنّ ثلاث حالات (الحالة الأولى "رشيدة" والحالة الثالثة "ياسينة" والحالة الخامسة "فضيلة") أنّ لديهنّ مستوى مرتفع من الصدمة النفسية، في حين أنّ الحالتين (الحالة الثانية "سامية" والحالة الرابعة "صورية") فكان لديهما مستوى صدمة أقل من الحالات الثلاث. فكّماً كانت البنية النفسية هشّة وغياب أو نقص في مستوى قوة التحمل (La résilience) كلما كان مؤشراً قوياً لعدم القدرة للتصدي للصدمة النفسية وتجاوزها وبالتالي يكون لها الأثر البالغ الخطورة.



خاتمة

نظرا لما مرّت به الحالة "رشيدة" من ضغوطات ومشاكل وتوالي الصدمات عليها، فقد رصدت الباحثة من خلال المقابلات معها ثلاث صدمات: الصدمة الأولى الأساسية والتي تتمثل في الحرمان العاطفي والعائقي من مكانة الأم الاجتماعية، الصدمة الثانية تمثلت في الحرمان من الدراسة أما الصدمة الثالثة فكانت في معاناتها الألم والقسوة من طرف الزوج. فأصبحت بنية "رشيدة" النفسية ضعيفة وهشة، حيث أنّ جهازها النفسي لم يعد قادرا على صدّ كل هذا الكم من الاستثارات السلبية، وكحل لهذه الصراعات والصدمات القديمة أدّى إلى انفجار مرض السرطان لديها، ممّا خلفّ لديها صدمة كبرى وأعمق. ولم يعد باستطاعة جسدها الصمود وذلك بعدم استجابته للدواء، فالحالة "رشيدة" في المرحلة الأخيرة من المرض.

رصدت الباحثة من خلال المقابلات مع الحالة "سامية" صدمتين: الصدمة الأولى متمثلة بإصابتها بمرض السرطان والثانية متمثلة في وفاة أخيها الصغير إثر حادث مرور، فأصبحت بنيتها النفسية هشة وضعيفة ممّا خلفّ عجزا في جهازها النفسي عن صد ومقاومة هذه الصدمة، إلّا أنّها بعد فترة بدأت تتجاوز تلك الصدمة بفضل دعم ومساندة زوجها لها وكذا مستوى قوة تحملها المرتفعة التي أدّت إلى التخفيف من مستوى الصدمة النفسية.

من خلال ما مرت به الحالة "ياسينة" من احباطات إلى جانب الزوج، فقد رصدت الباحثة من خلال المقابلات معها بروز صدمتين لديها: الأولى متمثلة في خيبة ظنّها بزوجها الذي أصبح مهملا ولا مبالي لها ولأولادها إهمال والثانية في مرض السرطان الذي لم يكن بحسبانها، فأصبحت بنية "ياسينة" النفسية ضعيفة وهشة وذلك أنّ جهازها النفسي أصبح عاجزا عن مقاومة وصدّ الصدمات، واستسلام جدها للمرض مما خلفّ لديها صدمة نفسية كبيرة لم تتخطاها بعد.

رصدت الباحثة من خلال المقابلات مع الحالة "صورية" بروز صدمتين لها: الصدمة الأولى تمثلت في إصابة والدتها بمرض السرطان ووفاتها والصدمة الثانية متمثلة في اصابتها

بمرض السرطان، فأصبحت بنيتها النفسية هشة وضعيفة إلا أنه بفضل دعم زوجها لها وكذا مستوى قوة تحملها المرتفعة استطاع جهاز "صورية" النفسي القيام بعمله من خلال التخفيف من حدة الصدمة النفسية ومقاومة المرض.

نظرا لما مرّت به الحالة "فضيلة" من ضغوطات ومشاكل، فقد رصدت الباحثة من خلال المقابلات معها ثلاث صدمات: الصدمة الأولى تتمثل في سوء المعاملة الوالدية لها في الصغر، الصدمة الثانية كانت متمثلة في معاناتها من زوجها غير المسؤول وتلقيها الإعانة على المستوى الاجتماعي والصدمة الثالثة تمثلت في مرض السرطان الذي كان انفجارا لما عاشته من صراعات واحباطات، فأصبحت بنية "فضيلة" النفسية هشة وضعيفة جدا، حيث أنّ جهازها النفسي لم يعد قادرا على صد الصدمات وخاصة الصدمة الأخيرة التي كان مستواها كبيرا جدا على جهازها النفسي وحياتها بشكل عام.

ومن خلال ما تم التوصل إليه يمكن اقتراح ما يلي:

أولا: اقتراحات علاجية:

نقترح للحالة الأولى "رشيدة" والحالة الثالثة "ياسينة" والحالة الخامسة "فضيلة" اللواتي كانت نتائجهم متوسطة على اختبار قوة التحمل (La résilience) ونتائجهم المرتفعة في شدة صدمة المرض عدة تقنيات علاجية وهي:

- تقنية النمذجة: من خلال تدريب الحالات الثلاثة اللواتي يعانون من صدمة المرض، وذلك بإطلاعهم على العديد من القصص الناجحة التي تخص النجاح أو الشفاء من المرض.

- العلاج السلوكي: من خلال تغيير ارتباطات الأحداث بالأفكار السلبية.

- العلاج الأسري والزواجي: من خلال المساندة من طرف أزواجهم وعائلاتهن.

- تقنية التدريب على حل المشكلة: وذلك من خلال كيفية التعامل مع المرض بطريقة ناجحة.

- العلاج المعرفي: من خلال تدريبهن على تقنية إعادة البناء المعرفي من خلال تعديل أفكارهن عن المرض، وكذا تعريف المريضات بمعارف صحيحة عنه.

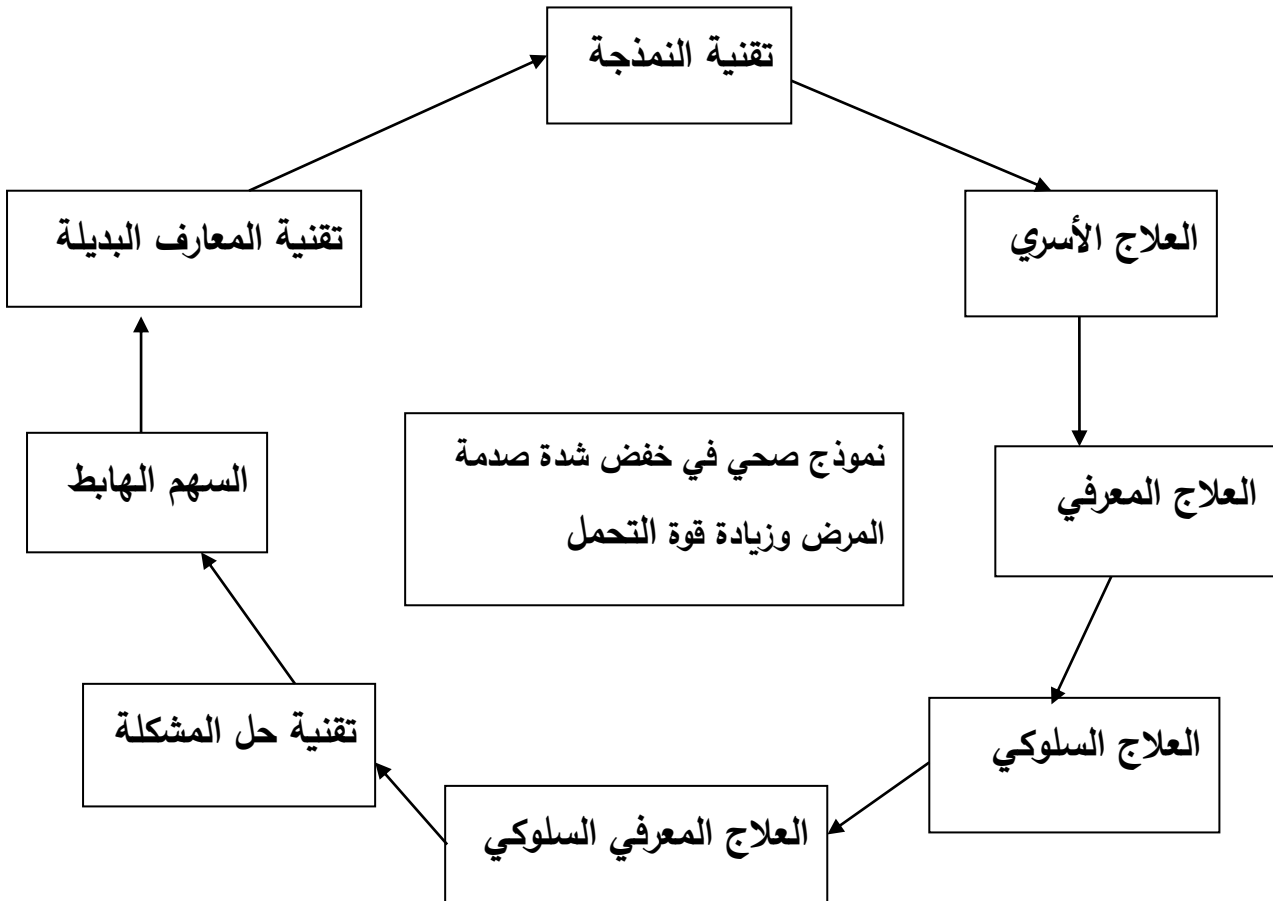
نقترح للحالة الثانية "سامية" والحالة الرابعة "صورية" اللواتي كانت نتائجهن مرتفعة على اختبار قوة التحمل (La résilience) ونتائجهن المتوسطة في شدة صدمة المرض عدة تقنيات علاجية وهي:

- العلاج المعرفي السلوكي: وذلك من خلال خفض قلق الموت وكذا قلق المستقبل بتعديل الأفكار السلبية عن المرض.

- السهم الهابط.

- تقنية المعارف البديلة: وذلك من خلال استبدال المعارف الخاطئة والسلبية عن المرض بمعارف جديدة وصحيحة.

وعليه يمكن إدراج الشكل التالي المتمثل في النموذج العلاجي الصحي لمرض السرطان:



الشكل رقم (20): يوضح النموذج الصحي للمرض

ثانياً: آفاق بحثية:

نقترح مجموعة من الفروض البحثية:

- فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض شدة الصدمات لدى مرضى السرطان.
- انعكاسات العلاج الكيميائي (T.C) على الصحة النفسية لدى مرضى السرطان.
- المعاملة الوالدية وتأثيرها على قوة التحمل (La résilience) لدى الأبناء المصابين بالسرطان.
- دور المساندة العائلية في خفض صدمة الأمراض المزمنة لدى المصابين.



قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

أولاً: الكتب:

- 1- الأرنأوط، مي رمزي. (2016) حقائق عن السرطان مقدمة في علم السرطانات الحديث، ط₁، دار الريان للنشر، [د.م].
- 2- بطرس، حافظ بطرس. (2008) التكيف والصحة النفسية للطفل، ط₁، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 3- تاييلور، شيلي. (2008) علم النفس الصحي، ترجمة: بريك، وسام درويش وداود، فوزي شاکر طعيمة، ط₁، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 4- جازية، عبد الرحمان. [د.ت] كيف تحمي نفسك من السرطان.
- 5- جمعية الطب النفسي الأمريكية. (2004) مرجع سريع إلى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي والإحصائي المعدل للأمراض العقلية-4، ترجمة: حسون، تيسير، دمشق، سوريا.
- 6- جيمس، نيكولاس. (2013) السرطان مقدمة قصيرة جداً، ترجمة: حسن، أسامة فاروق، ط₁، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة، القاهرة، مصر.
- 7- خير الزراد، فيصل. (2000) الأمراض النفس جسدية، ط₁، دار النفائس، بيروت، لبنان.
- 8- الدجاني، سعيد. (1988) تمريض المصابين بالسرطان والعناية بهم، ط₁، دار الأندلس للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
- 9- دويدار، عبد الفتاح محمد. (1999) مناهج البحث في علم النفس، ط₂، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

10- زهران، حامد عبد السلام. (2005) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط₄، عالم الكتب، القاهرة، مصر.

11- سلمان، رمضان. (2015) الاضطرابات الناتجة عن الصدمة النفسية والاضطراب المجهد بعد الصدمة النفسية (PTSD)، الأسباب والتداعيات والمساعدات.

12- السيد، عبد الباسط محمد. (2007) السرطان أسبابه وعلاجه من القديم والحديث، ط₁، دار الوفاء للنشر والتوزيع، [د.م].

13- سي موسي، عبد الرحمان وزقار، رضوان. (2015) الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر.

14- شقير، زينب محمد. (2002) الأمراض السيكوسوماتية، ط₁، مكتبة النهضة المصرية، مصر.

15- الصغير، ناجي. (2005) ألف باء أمراض الثدي من الوقاية إلى العلاج، ط₁، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.

16- كينغ، جون. (2001) صحة الجهاز الهضمي، ترجمة: إدريس، زينة جابر، ط₁، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.

17- النابلسي، محمد أحمد. (1991) الصدمة النفسية علم نفس الكوارث والحروب، ط₁، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

18- عبد الخالق، أحمد محمد. (1998) الصدمة النفسية مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي على دولة الكويت، ط₁، لجنة التأليف والتعريب والنشر العلمي، مجلس النشر العلمي، الكويت.

19- عبد القادر، حسين والنابلسي، أحمد. (2002): التحليل النفسي ماضيه ومستقبله، ط₁، دار الفكر المعاصر، القاهرة، مصر.

20- عشوي، مصطفى وخياطي مصطفى. (2012) الصدّامات النفسية في الجزائر، دار الأمة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.

21- العيسوي، عبد الرحمان محمد. (2008) سيكولوجية الأمراض الخطيرة، ط1، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان.

22- فهمي، مصطفى. (1995) الصحة النفسية ودراسات في سيكولوجية التكيف، ط3، مكتبة الخاجي، القاهرة، مصر.

23- قاسم، صالح حسن. (2002) علم النفس الشواذ، [د.ط.]، دار وائل للنشر والتوزيع، بغداد، العراق.

24- وهبة، حسن فاروق. [د.ت.]: سر علاج السرطان، ط2، [د.دار]، مصر.

25- يعقوب، غسان. (1999) سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي، ط1، دار الفرابي، بيروت، لبنان.

ثانياً: المجالات والدوريات:

1- بركات، زياد. (2006) سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان، دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض، مجلة جامعة النجاح بأبحاث.

2- الخطيب، محمد جواد محمد. (2007) تقييم عوامل مرونة الأنا لدى الشباب الفلسطيني في مواجهة الأحداث الصادمة، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، المجلد الخامس عشر، ع 02.

3- الخطيب، محمد جواد. (2010) دور التربية في تنمية مرونة الأنا في الشخصية الفلسطينية، مجلة جامعة الأزهر بغزة (سلسلة العلوم الإنسانية)، المجلد 12، ع 02.

- 4- الحمداني، مانع زيدان ومنوخ، صباح مرشود. (2013) مستوى المرونة النفسية لدى طلبة المرحلة الإعدادية وعلاقتها بالجنس والتخصص، مجلة جامعة تكريت، المجلد 20، العدد 06.
- 6- الشقران، حنان والكركي، رافع. (2016) الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 12، ع 01.
- 7- علي، أحمد الشيخ. (2014): مستويات المنعة النفسية لدى خريجي دور الأيتام وعلاقتها بالتكيف الأكاديمي والتحصيل الدراسي، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 10، عدد 04.

ثالثاً: الموسوعات والمعاجم المتخصصة:

- 1- جمعية آدم لسرطان الطفولة. (2010) إبيضاض الدم النخاعي الحاد، منشورات جمعية آدم لسرطان الطفولة.
- 2- الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان. (2010) كل ما تريد أن تعرفه عن السرطان، ط1.
- 3- الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان. (2013) كل ما تريد أن تعرفه عن سرطان القولون والمستقيم، ط1.
- 4- الحجار، محمد حمدي. (1998) العلاج السلوكي للسرطان (لغز الميدان الجديد في الطب النفسي السلوكي)، موسوعة الثقافة النفسية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- 5- الحمادي، أنور. (2014) معايير DSM-5، PDF.
- 6- الحنفي، عبد المنعم. (1996) موسوعة علم النفس، المجلد الثالث، ط4، مكتبة مدبولي القاهرة، مصر.

7- فرحات، يوسف شكري. (2004) معجم الطلاب عربي-عربي، ط6، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان.

8- كفاي، علاء الدين وعلاء الدين، جهاد. (2006) موسوعة علم النفس التأهيلي، المجلد الرابع، الأمراض المزمنة، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.

9- لابالانش، ج وبونتاليس، ج.ب. (1987) معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة: حجازي، مصطفى، ط2، المؤسسة الجامعية للنشر والدراسات والتوزيع،

رابعاً: الرسائل الجامعية والمذكرات:

1- الحجار، بشير إبراهيم محمد. [د.ت.] التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

2- حسنين، عائدة عبد الهادي. (2004) الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل، رسالة ماجستير غير منشورة، غزة، فلسطين.

3- راضي، زينب نوفل أحمد. (2004) الصلابة النفسية لدى الأمهات شهداء إنتفاضة الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات، دار وائل، الأردن.

4- زكراوي، حسينة. (2011) البعد الثقافي للصدمة النفسية صدمة اغتصاب المرأة في المجتمع الجزائري نموذجاً، دراسة ماجستير غير منشورة، قسنطينة، الجزائر.

5- الزهيري، لمياء قيس سعدون محمود. (2012) المرونة النفسية وعلاقتها بأحداث الحياة الضاغطة لدى طلبة الجامعة، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة دايلي.

6- سعدوني، مسعودة غديري. (2011) مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف ماذا بعد التكفل النفسي؟ مذكرة دكتوراه، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، عين ميله، الجزائر.

7- شقورة، يحيى عمر شعبان. (2012) المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة، مذكرة ماجستير غير منشورة، غزة، فلسطين.

8- قابلي، حنان. (2011) الدينامية الإبداعية لدى الطفل المصاب بالسرطان دراسة عيادية، رسالة ماجستير غير منشورة، تيزي وزو، الجزائر.

9- قويدر، دلال موسى. (2008) الخوف من سرطان الدم وعلاقته بالصدمة النفسية، دراسة لنيل درجة الإجازة في الإرشاد النفسي غير منشورة، جامعة دمشق، سوريا.

10- مصطفى، فريد. (2013) إرسان التصورات الصدمية عند المراهقين حركيا من جراء حوادث المرور دراسة عيادية لخمس حالات من خلال اختبار TAT، مذكرة ماستر غير منشورة، البويرة، الجزائر.

خامسا: الروابط الإلكترونية:

1- أبو حلاوة، محمد السعيد عبد الجواد. (2013) المرونة النفسية ماهيتها ومحدداتها وقيمتها الوقائية، إصدارات شبكة العلوم النفسية.

سادسا: المراجع الأجنبية:

1- Beers, M.H. (2008) Encéclopedie médicale, Edition tipographica varese.

2– Horowitz, M.J and Weler,N and Kaltre,L. (1980) **Signs and symptoms of post traumatic stress disorders**, Archives of General psychiatry.

3– Michael Lam,MD. (2003) **Beating Cancer with Natural Medicine**, Printed in the United states of America Bloomington,IN.

4– Peterson, K.C (1991) **Post traumatic stress disorder, Aclinicians guile**, New York, pium.

5–Sillamy, N. (1996) **Dictionnair encylopédique de psychologie**, Paris.



الملاحق

الملحق رقم (01)

اختبار قوة التحمل (La r sili nce) لكونر ودافيدسون
(Connor and Davidson) (2003) في صورته الأصلية
باللغة الإنجليزية

- 1–Able to adapt to change.
- 2–Close and secure relationships.
- 3–Sometimes fate and God can help.
- 4–Can deal with whatever comes.
- 5–Past success gives confidence for new challenge.
- 6–See the humorous side of things
- 7–Coping with stress make stronger.
- 8–Tend to bounce back after illness, injury or hardship.
- 9–Things happen for a reason.
- 10–Best effort no matter what.
- 11–One can achieve one’s goals.
- 12–When things look hopeless, I don’t give up.
- 13–Know where to get help.
- 14–Under pressure, focus and think clearly.
- 15–Prefer to take the lead in problem solving.
- 16–Not easily discouraged by failure.
- 17–Think of self as strong person.
- 18–Make unpopular or difficult decisions.
- 19–Can handle unpleasant feelings.
- 20–Have to act on a hunch, without knowing why.
- 21–Strong sense of purpose in life.
- 22–In control of my life.

23-I like challenge.

24-One works to attain one's goals.

25-Pride in my achievements.

Table 1: Descriptive statistics [Means and standard deviations (SD)] and Item-total correlation for the CD-RISC items in the current study

<i>Item no.</i>	<i>Abbreviated item</i>	<i>Mean*</i>	<i>SD</i>	<i>Item-total correlation</i>
1	Able to adapt to change	2.38	0.89	0.65
2	Close and secure relationships	2.26	1.08	0.42
3	Sometimes fate and God can help	2.25	1.09	0.37
4	Can deal with whatever comes	2.32	0.88	0.60
5	Past success gives confidence for new challenge	2.63	0.96	0.59
6	See the humorous side of things	2.30	1.03	0.43
7	Coping with stress make stronger	2.31	0.93	0.63
8	Tend to bounce back after illness, injury or hardship	2.32	0.90	0.54
9	Things happen for a reason	2.70	0.99	0.52
10	Best effort no matter what	2.50	0.97	0.47
11	One can achieve one's goals	2.64	0.99	0.63
12	When things look hopeless, I don't give up	2.43	0.93	0.49
13	Know where to get help	2.20	0.98	0.29
14	Under pressure, focus and think clearly	2.24	0.86	0.43
15	Prefer to take the lead in problem solving	2.41	0.95	0.54
16	Not easily discouraged by failure	2.22	0.88	0.52
17	Think of self as strong person	2.50	0.81	0.58
18	Make unpopular or difficult decisions	2.18	1.10	0.37
19	Can handle unpleasant feelings	2.35	0.86	0.34
20	Have to act on a hunch, without knowing why	2.34	0.85	0.33
21	Strong sense of purpose in life	2.50	0.90	0.38
22	In control of my life	2.54	0.83	0.38
23	I like challenge	2.52	0.90	0.38
24	One works to attain one's goals	2.47	0.83	0.50
25	Pride in my achievements	2.73	0.86	0.44

Table 2: Exploratory factor analysis of CD-RISC in Indian students' sample

<i>Item no.</i>	<i>Abbreviated item</i>	<i>Component*</i>			
		<i>Factor 1 hardiness</i>	<i>Factor 2 optimism</i>	<i>Factor 3- resource- fulness</i>	<i>Factor 4 purpose fulness</i>
19	Can handle unpleasant feelings	.74			
4	Can deal with whatever comes	.64			
16	Not easily discouraged by failure	.59			
7	Coping with stress strengthens	.58			
11	One can achieve one's goals	.52			
18	Make unpopular or difficult decisions	.51			
17	Think of self as strong person	.50			
12	When things look hopeless, I don't give up		.65		
14	Under pressure, focus and think clearly		.64		
20	Have to act on a hunch, without knowing why		.58		
8	Tend to bounce back after illness, injury or hardship		.57		
6	See the humorous side of things		.53		
10	Best effort no matter what the outcome may be		.52		
15	Prefer to take the lead in problem solving		.42		
3	Sometimes fate and God can help			.67	
9	Things happen for a reason			.65	
2	Close and secure relationships			.60	
5	Past success gives confidence for new challenge			.53	
1	Able to adapt to change	.48**		.52	
13	During times of stress know where to get help			.49	
21	Strong sense of purpose in life				.70
24	One works to attain one's goals				.62
22	In control of my life				.61
23	I like challenge				.59
25	Pride in my achievements				.52
Eigen Value		7.30	1.57	1.55	1.43
Variance Explained		29.20	6.28	6.20	5.70

الملحق رقم (02)

اختبار قوة التحمل (La r sili nce) مترجم من الإنجليزية إلى
العربية

دائماً	أحياناً	أبداً	العبارة
			1- لدي القدرة على التكيف مع التغيرات.
			2- أميل للعلاقات الآمنة.
			3- أحياناً أجا إلى الدعاء.
			4- لدي القدرة للتعامل مع الظروف التي تطرأ عليا
			5- نجاحي يصنع لي الثقة في التحديات الجديدة.
			6- أتعامل بروح الدعابة للأشياء.
			7- مقاومة الضغوط تجعلني أقوى
			8- أستطيع استعادة توازني بعد إصابتي ببلاء.
			9- تحدث الأشياء لسبب ما.
			10- أعمل بكل ما في وسعي بأية طريقة.
			11- يستطيع الفرد تحقيق أهدافه.
			12- لا أستسلم عندما تبدو الأشياء صعبة.
			13- أعرف من أين أحصل على المساندة.
			14- أفكر بوضوح وتركيز تحت الضغوطات.
			15- أفضل إدارة حل المشكلات.
			16- لا أهزم بسهولة عندما أفضل.
			17- أعتقد أنني شخص قوي.
			18- أستطيع أن أتخذ قرارات مصيرية أو هامشية.
			19- أستطيع أن أتعامل مع المشاعر المزعجة.
			20- يمتلكني شعور قبل معرفة السبب.
			21- أشعر بمعنى للحياة
			22- أستطيع التحكم في حياتي.
			23- أفضل التحدي. / أو: أنا أحب التحدي.
			24- أحقق أهدافي الشخصية بعلمي.
			25- فخور بإنجازاتي.

الملحق رقم (03)

اختبار قوة التحمّل (La résilience) مترجم من العربية
إلى الإنجليزية

Notes	Never	Some times	Always
<i>1- I have the ability to adapt with the changes.</i>			
<i>2- I prefer to have safe relationships.</i>			
<i>3- Sometimes I compel to invocation.</i>			
<i>4- I am able to deal with the circumstances that I face.</i>			
<i>5- My success makes me confident in the new challenge.</i>			
<i>6- I take things easy in dealing with it.</i>			
<i>7- Stress resistance makes me stronger.</i>			
<i>8- I get myself back after having troubles.</i>			
<i>9- Things happen for a reason.</i>			
<i>10- I work as possible as I can by anyway.</i>			
<i>11- The person can achieve his goals.</i>			
<i>12- Do not surrender when it seems difficult things.</i>			
<i>13- I know where to get help.</i>			
<i>14- I think clearly and focus under pressure.</i>			
<i>15- I prefer problem solving management.</i>			
<i>16- I don't give up easily when I fail.</i>			
<i>17- I think that I am strong person.</i>			
<i>18- I am able to take decisions fateful or marginal.</i>			
<i>19- I can deal with the annoying feelings.</i>			
<i>20- I have a certain feeling before I know the reason.</i>			
<i>21- I feel the meaning of life.</i>			
<i>22- I am able to control my life.</i>			
<i>23- I prefer challenge.</i>			
<i>24- I achieve my personal goals by my own work.</i>			
<i>25- I am proud of my own accomplishments.</i>			

الملحق رقم (04)

تعلیمة اختبار قوة التحمل (La résilience)

التعليمات:

فيما يلي مجموعة من العبارات نود أن تجيبي عليها بصراحة بما تشعرين أنت بالفعل، مع ملاحظة أن هذه العبارات ليس بها إجابة صحيحة أو إجابة خاطئة.

والمطلوب منك أختي:

قراءة كل عبارة بدقة، ووضع علامة (x) أمامها وتحت مستوى التقدير الذي يتناسب مع مشاعرك (أبدأ، أحيانا، دائما).

تأكدي أختي أن:

- مراعاة الدقة والمصداقية أمر مهم.
- إجابتك محاطة بسرية تامة ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

ملاحظة:

- لا تتركي عبارة دون الإجابة عليها.
- لا تضعي أكثر من علامة أمام عبارة واحدة.
- لا تتوقفي كثيرا أثناء الإجابة على العبارات.

نشكركم على تعاونكم الصادق

البيانات الشخصية:

العمر:

نوع المرض:

عدد الأولاد:

الملحق رقم (05)

اختبار قوة التحمل (La résilience) في صورته النهائية

الرقم	العبارة	أبدا	أحيانا	دائما
1	لدي القدرة على التكيف مع التغيرات.			
2	أميل للعلاقات الآمنة.			
3	ألجا إلى الدعاء.			
4	لدي القدرة للتعامل مع الظروف التي تطرأ عليا			
5	نجاحي يصنع لي الثقة في التحديات الجديدة.			
6	أتعامل بروح الداعبة للأشياء.			
7	مقاومة الضغوط تجعلني أقوى			
8	أستطيع استعادة توازني بعد إصابتي ببلاء.			
9	تحدث الأشياء لسبب ما.			
10	أعمل بكل ما في وسعي بأية طريقة.			
11	يستطيع الفرد تحقيق أهدافه.			
12	أستسلم عندما تبدوا الأشياء صعبة.			
13	أعرف من أين أحصل على المساندة.			
14	أفكر بوضوح وتركيز تحت الضغوطات.			
15	أفضل إدارة حل المشكلات.			
16	أهزم بسهولة عندما أ فشل.			
17	أعتقد أنني شخص قوي.			
18	أستطيع أن أتخذ قرارات مصيرية أو هامشية			
19	أستطيع أن أتعامل مع المشاعر المزعجة.			
20	يملكني شعور قبل معرفة السبب.			
21	أشعر بمعنى للحياة			
22	أستطيع التحكم في حياتي.			
23	أفضل التحدي.			
24	أحقق أهدافي الشخصية بعلمي.			
25	فخور بإنجازاتي.			

الملحق رقم (06)

دليل المقابلة العيادية النصف موجهة

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
تخصص: علم النفس العيادي

دليل المقابلة العيادية النصف موجهة
Guid to the half-diracted clinical
interview

ميدان الدراسة: مستشفى لخضر بوزيدي برج بوعريريج

إشراف الدكتور:

محمد روبي

إعداد الطالبة:

سهام سنوسي

السنة الجامعية: 2017/2016

التعليمات:

دعينا الآن نجمع بعض المعلومات والبيانات المهمة التي تخص مشكلاتك في الفترة الماضية والفترة الحالية.

البيانات الديمغرافية:

اسم المفحوصة:..... تاريخ التطبيق...../...../.....

تاريخ الميلاد:..... العمر(.....)

الحالة الاجتماعية:.....

نوع المرض:.....

هل لديك أي سؤال قبل طرح عدة أسئلة عليك؟

المحور الاول: شدة الصدمة النفسية:

1- هل شعرت بصدمة لحظة علمك بالمرض؟ إذا كان (نعم) ماهي شدة الصدمة؟

.....

المحور الثانية: ذكريات الصادمة:

1- هل تتذكر ذكريات صادمة؟ إذا كان (نعم) ماهي هذه الذكريات؟

.....

المحور الثالث: السلوك بعد الصدمة:

1- هل تغير سلوكك بعد الصدمة؟ إذا كان (نعم) لماذا؟

.....

2- هل تستطيع التحكم في سلوكك في حياتك اليومية؟ إذا كان (لا) لماذا؟

.....

الملحق رقم (07)

الدرجات الخام للدراسة الاستطلاعية

Q4	Q7	Q11	Q16	Q17	Q18	Q19	Hardiness	Q6	Q8	Q10	Q12	Q14	Q15	Q20	Optimism	Q1	Q2	Q3	Q5	Q9	Q13	Resource	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Purpose	Total
3	2	3	1	2	2	3	17	2	2	3	2	3	3	2	16	3	1	1	3	1	3	12	3	3	2	3	3	14	59
3	3	3	3	3	3	2	20	3	3	3	3	3	3	1	19	3	3	1	3	1	3	14	3	3	3	3	3	15	68
3	3	3	3	3	1	3	19	3	2	3	3	2	3	2	18	3	3	1	2	1	2	12	3	3	2	3	3	14	63
3	3	3	3	3	3	3	21	3	3	3	3	1	3	1	17	2	2	1	3	1	3	12	3	3	3	3	3	15	65
3	1	3	3	3	2	1	16	3	2	3	3	2	2	1	16	1	3	1	2	1	1	9	3	3	1	3	3	13	54
3	3	2	3	3	3	3	20	2	3	3	3	2	3	2	18	3	3	1	3	1	3	14	3	3	3	3	3	15	67
3	3	3	3	3	3	2	20	3	3	3	3	3	2	2	19	3	3	1	3	1	3	14	3	3	2	3	3	14	67
3	3	3	3	3	3	2	20	3	2	3	3	3	3	2	19	3	3	1	3	1	3	14	3	3	3	3	3	15	69
3	2	3	3	3	3	2	19	2	3	3	3	2	3	2	18	3	1	1	3	1	3	12	3	3	3	2	3	14	63
3	3	3	3	2	3	2	19	2	3	3	3	3	2	1	17	3	3	1	3	1	2	13	3	2	2	2	3	12	61
3	2	2	2	1	1	1	12	3	3	3	3	1	3	2	18	1	3	3	1	3	3	14	3	1	3	3	1	11	55
3	3	2	3	2	2	3	18	3	2	3	3	2	2	2	17	3	1	1	2	1	2	10	2	1	1	3	2	9	54
3	1	3	3	3	1	2	16	2	3	3	3	3	2	1	17	3	1	1	3	2	3	13	3	3	3	3	3	15	61
2	3	2	3	3	2	3	18	3	1	3	3	3	2	1	16	3	3	1	3	2	3	15	3	2	3	3	3	14	63
2	2	2	3	3	2	2	16	3	3	3	2	1	3	2	17	2	1	1	2	1	3	10	1	1	2	3	3	10	53
3	3	3	3	3	2	1	18	1	3	3	3	1	2	2	15	3	1	1	3	1	3	12	3	2	3	3	3	14	59
3	3	3	1	2	2	2	16	2	3	3	3	3	3	2	19	3	3	1	2	1	3	13	3	3	1	3	3	13	61
3	3	3	3	3	3	3	21	3	3	3	3	2	3	2	19	3	3	1	3	2	3	15	3	3	3	3	3	15	70
3	3	2	2	3	2	2	17	2	3	3	2	2	3	3	18	3	3	3	3	1	3	15	3	2	1	3	3	12	63
3	3	3	2	3	3	3	20	3	3	3	3	3	3	1	19	3	3	1	3	1	3	14	3	3	2	3	3	14	67
3	3	3	3	3	2	2	19	3	3	2	3	3	3	3	20	3	3	1	3	2	3	15	3	3	3	3	3	15	69
3	3	3	3	3	3	3	21	3	3	2	3	3	3	3	20	3	3	1	2	1	3	13	3	3	3	3	3	15	69
3	2	2	2	2	2	1	14	2	3	3	2	3	2	2	17	2	3	1	3	1	2	12	2	3	3	3	2	13	56
3	3	2	3	3	2	3	19	2	3	3	3	2	3	2	18	3	3	3	3	3	3	17	3	2	3	3	3	14	68
3	3	3	3	3	3	2	20	3	3	3	3	2	3	2	19	2	3	1	3	1	3	13	3	2	1	3	3	12	64
1	2	2	3	3	2	3	14	2	3	3	3	2	3	2	18	2	3	1	3	1	3	13	2	2	3	2	3	12	57
2	3	3	2	3	3	2	17	2	1	3	1	2	3	2	16	2	3	2	1	2	2	12	2	2	2	1	3	10	53
1	3	2	2	3	3	1	15	1	3	3	2	1	3	1	16	3	3	3	2	2	1	14	3	3	3	3	3	15	60
3	2	2	3	3	2	2	17	3	3	3	1	2	3	2	17	3	3	1	2	1	3	13	3	3	2	3	3	14	63
2	2	2	3	3	3	3	19	3	3	3	3	2	3	1	18	2	3	1	1	1	3	11	3	2	3	3	3	14	62

الملحق رقم (08)

جداول SPSS (الصدق والثبات)

Correlations

		Hardiness	Total
Hardiness	Pearson Correlation	1	,764**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	30	30
Total	Pearson Correlation	,764**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		Optimism	Total
Optimism	Pearson Correlation	1	,676**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	30	30
Total	Pearson Correlation	,676**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		Total	Resourcefulness
Total	Pearson Correlation	1	,679**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	30	30
Resourcefulness	Pearson Correlation	,679**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		Purpose	Total
Purpose	Pearson Correlation	1	,759**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	30	30
Total	Pearson Correlation	,759**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,683	25

Correlations

		Q4	Hardiness
Q4	Pearson Correlation	1	,397*
	Sig. (2-tailed)		,030
	N	30	30
Hardiness	Pearson Correlation	,397*	1
	Sig. (2-tailed)	,030	
	N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		Q7	Hardiness
Q7	Pearson Correlation	1	,559**
	Sig. (2-tailed)		,001
	N	30	30
Hardiness	Pearson Correlation	,559**	1
	Sig. (2-tailed)	,001	
	N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		Q11	Hardiness
Q11	Pearson Correlation	1	,487**
	Sig. (2-tailed)		,006
	N	30	30
Hardiness	Pearson Correlation	,487**	1
	Sig. (2-tailed)	,006	
	N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		Q16	Hardiness
Q16	Pearson Correlation	1	,453*
	Sig. (2-tailed)		,012
	N	30	30
Hardiness	Pearson Correlation	,453*	1
	Sig. (2-tailed)	,012	
	N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		Q17	Hardiness
Q17	Pearson Correlation	1	,521**
	Sig. (2-tailed)		,003
	N	30	30
Hardiness	Pearson Correlation	,521**	1
	Sig. (2-tailed)	,003	
	N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		Q18	Hardiness
Q18	Pearson Correlation	1	,621**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	30	30
Hardiness	Pearson Correlation	,621**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		Q19	Hardiness
Q19	Pearson Correlation	1	,544**
	Sig. (2-tailed)		,002
	N	30	30
Hardiness	Pearson Correlation	,544**	1
	Sig. (2-tailed)	,002	
	N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		Q6	Optimism
Q6	Pearson Correlation	1	,488**
	Sig. (2-tailed)		,006
	N	30	30
Optimism	Pearson Correlation	,488**	1
	Sig. (2-tailed)	,006	
	N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

	Q8	Optimism
Q8 Pearson Correlation	1	,417*
Sig. (2-tailed)		,022
N	30	30
Optimism Pearson Correlation	,417*	1
Sig. (2-tailed)	,022	
N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

	Q10	Optimism
Q10 Pearson Correlation	1	-,484**
Sig. (2-tailed)		,007
N	30	30
Optimism Pearson Correlation	-,484**	1
Sig. (2-tailed)	,007	
N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

	Q12	Optimism
Q12 Pearson Correlation	1	,417*
Sig. (2-tailed)		,022
N	30	30
Optimism Pearson Correlation	,417*	1
Sig. (2-tailed)	,022	
N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

	Q14	Optimism
Q14 Pearson Correlation	1	,407*
Sig. (2-tailed)		,025
N	30	30
Optimism Pearson Correlation	,407*	1
Sig. (2-tailed)	,025	
N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

	Q15	Optimism
Q15 Pearson Correlation	1	,451*
Sig. (2-tailed)		,012
N	30	30
Optimism Pearson Correlation	,451*	1
Sig. (2-tailed)	,012	
N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

	Q20	Optimism
Q20 Pearson Correlation	1	,403*
Sig. (2-tailed)		,027
N	30	30
Optimism Pearson Correlation	,403*	1
Sig. (2-tailed)	,027	
N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

	Q1	Resourcefulness
Q1 Pearson Correlation	1	,461*
Sig. (2-tailed)		,010
N	30	30
Resourcefulness Pearson Correlation	,461*	1
Sig. (2-tailed)	,010	
N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

	Q2	Resourcefulness
Q2 Pearson Correlation	1	,471**
Sig. (2-tailed)		,009
N	30	30
Resourcefulness Pearson Correlation	,471**	1
Sig. (2-tailed)	,009	
N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

	Q3	Resourcefulness
Q3 Pearson Correlation	1	,433*
Sig. (2-tailed)		,017
N	30	30
Resourcefulness Pearson Correlation	,433*	1
Sig. (2-tailed)	,017	
N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		Q5	Resourcefulness
Q5	Pearson Correlation	1	,416*
	Sig. (2-tailed)		,022
	N	30	30
Resourcefulness	Pearson Correlation	,416*	1
	Sig. (2-tailed)	,022	
	N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		Q9	Resourcefulness
Q9	Pearson Correlation	1	,535**
	Sig. (2-tailed)		,002
	N	30	30
Resourcefulness	Pearson Correlation	,535**	1
	Sig. (2-tailed)	,002	
	N	30	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		Q13	Resourcefulness
Q13	Pearson Correlation	1	,408*
	Sig. (2-tailed)		,025
	N	30	30
Resourcefulness	Pearson Correlation	,408*	1
	Sig. (2-tailed)	,025	
	N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

	Q21	Purpose
Q21 Pearson Correlation	1	,689**
Sig. (2-tailed)		,000
N	30	30
Purpose Pearson Correlation	,689**	1
Sig. (2-tailed)	,000	
N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

	Q22	Purpose
Q22 Pearson Correlation	1	,806**
Sig. (2-tailed)		,000
N	30	30
Purpose Pearson Correlation	,806**	1
Sig. (2-tailed)	,000	
N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

	Q23	Purpose
Q23 Pearson Correlation	1	,560**
Sig. (2-tailed)		,001
N	30	30
Purpose Pearson Correlation	,560**	1
Sig. (2-tailed)	,001	
N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

	Q24	Purpose
Q24 Pearson Correlation	1	,397*
Sig. (2-tailed)		,030
N	30	30
Purpose Pearson Correlation	,397*	1
Sig. (2-tailed)	,030	
N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

	Q25	Purpose
Q25 Pearson Correlation	1	,450*
Sig. (2-tailed)		,013
N	30	30
Purpose Pearson Correlation	,450*	1
Sig. (2-tailed)	,013	
N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).