

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية



أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه LMD

الشعبة: علم النفس
التخصص: علم النفس الصحة

العنوان

التنظيم الانفعالي كوسيط لضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى
السرطان

من إعداد

فتحي حمادي

المناقشة بتاريخ 25/02/2024 من طرف اللجنة المكونة من:

رئيسا	جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف	أستاذ التعليم العالي	رحال سامية
مقررا	جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف	أستاذ محاضر أ	عايش صباح
ممتحنا	جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف	أستاذ محاضر أ	فؤاد شيحا
ممتحنا	جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف	أستاذ محاضر أ	جميلة بن عمور
ممتحنا	جامعة الجيلالي بونعامة خميس مليانة	أستاذ محاضر أ	نادية برزاوي
ممتحنا	جامعة أحمد زبانة غليزان	أستاذ محاضر أ	فايزة بلخير

إهداء

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ "قَالَ هَذَا مِنْ فَضْلِ رَبِّي لِيَبْلُؤَنِي أَأَشْكُرُ أَمْ أَكْفُرُ
وَمَنْ شَكَرَ فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِ وَمَنْ كَفَرَ فَإِنَّ رَبِّي غَنِيٌّ كَرِيمٌ" (النمل)،
الحمد لله واسع الفضل على نعمه وبعد:

إلى من سهر على تربيتي ورعايتي، والدي الكريمين.

إلى أستاذتي التي كانت نعم السند (عايش صباح)، وإلى جميع أستاذتي
وكل من علمني.

إلى إخوتي وكل الأعمام على قلبي.

أهدي هذا العمل

الشكر والتقدير

أحمد لله سبحانه وأشكره على جزيل فضله ومنه وكثير عطاياه والله الحمد من قبل

ومن بعد.

أتقدم بجزيل الشكر وأسمى عبارات العرفان ل:

أستاذتي المشرفة على هذا العمل التي قدمت لي كل الدعم اللازم لإنهاء هذا العمل.

إلى أعضاء لجنة المناقشة الذين تكرموا بمناقشة هذا العمل.

إلى كل الأساتذة الذين ساعدوني لإنجاح هذا العمل خصوصا الأساتذة المحكمين.

إلى العمال والمهنيين في مجال رعاية مرضى السرطان، خاصة المؤسسات

الاستشفائية الجامعية (بن زرجب وهران، أول نوفمبر (usto)، المؤسسة العمومية

الاستشفائية الإخوة باج (الشلف).

إلى كل مرضى السرطان.

إلى كل من ساندني وقدم لي يد المساعدة.

شكرا لكم على واسع فضلكم، وكرمكم لإنجاز هذا العمل.

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية لمعرفة دور التنظيم الانفعالي كوسيط بين متغير يضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، كما هدفت الى معرفة مستويات هذه المتغيرات (التنظيم الانفعالي، ضغط ما بعد الصدمة، نمو ما بعد الصدمة)، والعلاقة بين التنظيم الانفعالي وضغط ما بعد الصدمة، وبين التنظيم الانفعالي ونمو ما بعد الصدمة، وأخيرا العلاقة بين الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.

لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي، حيث شملت الدراسة عينة مكونة من 285 مريض ومريضة من مرضى السرطان المتواجدين بالمؤسسات الاستشفائية الجامعية لولاية وهران والشلف. بالنسبة لأدوات الدراسة، تم بناء مقياس التنظيم الانفعالي إعداد الباحث، واستخدام مقياس الضغط ما بعد الصدمة إعداد (Weathers, 2013) وترجمة (Ibrahim et al., 2018)، واستخدام مقياس النمو ما بعد الصدمة (Tedeschi & Calhoun, 1996)، والمقنن على فئة مرضى السرطان بواسطة (أبو عيشة، 2017). تمت المعالجة الإحصائية للدراسة من خلال برنامجي Amos26 و spss 28، وقد تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية: الانحراف المعياري، المتوسطات الحسابية، التحليل العاملي التوكيدي، نمذجة المعادلة الهيكلية SEM.

فيما يتعلق بنتائج الدراسة، فقد دلت النتائج على مستوى مرتفع من التنظيم الانفعالي، ومنخفض من ضغط ما بعد الصدمة، ومرتفع من نمو ما بعد الصدمة.

كما تم التوصل أيضا إلى وجود علاقة عكسية بين الضغط ما بعد الصدمة والتنظيم الانفعالي ووجود علاقة طردية بين التنظيم الانفعالي ونمو ما بعد الصدمة، إضافة إلى عدم وجود علاقة بين الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، كما دلت النتائج أيضا على وجود وساطة كلية للتنظيم الانفعالي في العلاقة بين الضغط ما بعد الصدمة والنمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، وقد تم تفسير نتائج هذه الدراسة اعتمادا على الإطار النظري والدراسات السابقة.

الكلمات المفتاحية: التنظيم الانفعالي؛ ضغط ما بعد الصدمة؛ نمو ما بعد الصدمة؛ مرضى السرطان.

Abstract:

The current study aimed to explore the role of Emotion Regulation (ER) as an intermediary between Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Post-Traumatic Growth (PTG) in cancer patients, along with the levels of these variables (ER, PTSD, PTG). The study also aimed to examine the relationship between ER and PTSD, as well as the connection between ER and PTG, and the association between PTSD and PTG.

To achieve the study's objectives, a prescriptive curriculum was employed. The sample consisted of 285 cancer patients from public hospital institutions in Oran State and Chlef.

The emotional regulation metric was constructed for researcher preparation, while the post-traumatic stress disorder meter utilized tools from Weathers (2013) and was translated by Ibrahim et al. (2018). Additionally, a post-traumatic growth measure (Tedeschi & Calhoun, 1996) was used, categorized for cancer patients by Abou Aisha (2017).

Statistic analysis was conducted using AMOS v26 and SPSS v28, employing methods such as standard deviation, computation averages, confirmatory factor analysis, variability analysis, and structural equation modeling (SEM).

Regarding the study results, they indicated a high level of emotional regulation, a low level of PTSD, and a high level of PTG. An inverse correlation was observed between PTSD and emotional regulation, and an isolated correlation between emotional regulation and PTG, in addition to the absence of a relationship between PTSD and PTG in cancer patients.

The results indicated a total mediation of ER in the relationship between PTSD and PTG in cancer. The results of this study were interpreted based on the theoretical framework and previous studies.

Keywords :emotional regulation ;post-traumatic stress disoredr ;post-traumatic growth ; cancer patient.

قائمة المحتويات

الصفحة	العناوين
أ	إهداء
ب	شكر
ج	ملخص الدراسة
د	Abstract
هـ	قائمة المحتويات
ز	قائمة الجداول
ح	قائمة الأشكال
ط	قائمة الملاحق
1	مقدمة
فصل الأول: مدخل إلى الدراسة	
4	إشكالية الدراسة
9	فرضيات الدراسة
10	أهداف الدراسة
10	أهمية الدراسة
12	التعريف الإجرائية
14	حدود الدراسة
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	
أولاً: التنظيم الانفعالي	
17	ثانياً: اضطراب الضغط ما بعد الصدمة
17	ثالثاً: نمو ما بعد الصدمة
20	رابعاً: الدراسات السابقة
الفصل الثالث: الإجراءات الميدانية للدراسة	
11	تمهيد
83	مجتمع الدراسة

83	عينة الدراسة الأساسية
91	مقياس التنظيم الانفعالي
98	مقياس ضغط ما بعد الصدمة
10	مقياس نمو ما بعد الصدمة
الفصل الرابع: عرض وتحليل نتائج الدراسة	
110	تمهيد
110	عرض وتحليل نتائج التساؤل الأول
112	عرض وتحليل نتائج التساؤل الثاني
114	عرض وتحليل نتائج التساؤل الثالث
116	عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى
118	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية
120	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة
122	عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة
الفصل الخامس: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة	
	مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الأول
128	مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الثاني
129	مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الثالث
130	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى
132	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية
134	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة
135	مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة
139	خاتمة
	قائمة المصادر والمراجع
	قائمة الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	العناوين	الصفحة
01	تكرارات العينة	83
02	صورة النموذج	95
03	صدق نموذج التنظيم الانفعالي	97
04	نتائج التحليل العاملي التوكيدي في الدراسة الحالية لمقياس ضغط ما بعد الصدمة	100
05	صدق وثبات مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة	102
06	مؤشرات المطابقة لنموذج نمو ما بعد الصدمة	105
07	صدق وثبات مقياس نمو ما بعد الصدمة	107
08	المتوسطات الحسابية والنظرية والانحراف المعياري واختبار "ت" لمستوى التنظيم الانفعالي	111
09	المتوسطات الحسابية والنظرية والانحراف المعياري واختبار "ت" للأبعاد والمجموع الكلي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة	113
10	مستوى نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان	115
11	مؤشرات المطابقة لنموذج العلاقة بين ضغط ما بعد الصدمة والتنظيم الانفعالي	117
12	القيم المعيارية وغير المعيارية للعلاقة بين التنظيم الانفعالي وضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان	118
13	قيم مؤشرات المطابقة لنموذج علاقة ضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان	119
14	القيم المعيارية وغير المعيارية لنموذج العلاقة بين ضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان	120
15	مؤشرات المطابقة لنموذج التنظيم الانفعالي والنمو ما بعد الصدمة	121
16	القيم المعيارية وغير المعيارية لعلاقة التنظيم الانفعالي والنمو ما بعد الصدمة	122
17	مؤشرات المطابقة لنموذج الوساطة	123
18	مخرجات نتائج bootstapp للتأثير الكلي المباشر وغير المباشر للوساطة النموذجية	124

قائمة الأشكال

الرقم	العناوين	الصفحة
01	آلية عمل amygdale وتأثيرها على الجهاز العصبي	42
02	شكل رقم (02) يمثل النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للصدمة	50
03	مخطط توضيحي للنموذج الوصفي الوظيفي	63
04	نموذج أزمات الحياة ونمو الشخصية حسب Schaefer & Moos	64
05	توزيع العينة حسب السن	86
06	توزيع أفراد العينة حسب مرحلة تقدم المرض	88
07	توزيع أفراد العينة حسب موقع الجراحة	89
08	دائرة نسبية لتوزيع أفراد العينة حسب الحالات المرضية في العائلة	91
09	تشبعات فقرات مقياس التنظيم الانفعالي	96
10	تشبعات مقياس الضغط ما بعد الصدمة	101
11	تشبعات مقياس نمو ما بعد الصدمة	106
12	التمثيل البياني لعلاقة ضغط ما بعد الصدمة بالتنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان	117
13	التمثيل البياني لعلاقة ضغط ما بعد الصدمة بنمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان	42
14	مخرجات علاقة التنظيم الانفعالي ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان	50
15	مخرجات نتائج علاقة التنظيم الانفعالي كوسيط لضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان	63

قائمة الملاحق

الصفحة	العناوين	الرقم
170	تحكيم المقياس	01
175	المقاييس في صورتها النهائية	02
178	طلب إجراء الدراسة	03
183	نتائج التساؤل الأول	04
184	نتائج التساؤل الثاني	05
186	نتائج التساؤل الثالث	06
188	نتائج الفرضية الأولى	07
190	نتائج الفرضية الثانية	08
194	نتائج الفرضية الثالثة	09
197	نتائج الفرضية الرئيسية	10

يُعتبر مرض السرطان من أكثر الأمراض الخطيرة انتشارا حول العالم، على الرغم من التطور الحاصل في ميدان إنتاج الأدوية وطرق علاج الأورام الخبيثة الحديثة، والجدير بالذكر أنّ للسرطان أنواع كثيرة؛ على سبيل المثال لا الحصر نذكر: أورام الفم والمعدة، سرطان القولون والمستقيم، سرطان الكبد والرئة إضافة إلى أنواع أخرى كسرطان الثدي والجلد والدم، والتي تُعد أحد الأنواع الأكثر انتشارا من بين الأمراض الأخرى، ولا يخفى على أحد أنّ الإصابة بهذا الداء أو المرض تنجر عنه إحباطات نفسية وتدهور اجتماعي واقتصادي للمرضى، بداية من التشخيص بالمرض وأثناء المرافقة العلاجية التي تظهر خلالها مجموعة من التغيرات، ويُعد اكتشاف المرض بحد ذاته صدمة نفسية للمصاب، إذ أنّ صدور قرار يُثبت الإصابة بالسرطان يؤدي بطبيعة الحال إلى تغيرات نفسية تبعث بالقلق حول الوضع النفسي وكذا الاجتماعي للفرد المصاب، مما ينبأ بالخطر والذي يمكن أن يتضمن صدمات تنتج عنها مجموعة من الاضطرابات.

إنّ خطورة المرض تجعل من الصعوبة استيعابه وفهمه لدى المرضى مما سيلقي حتما بظلاله على مرحلة العلاج، كما أنّ الصدمات النفسية الناجمة عن اكتشاف الفرد بأنّه مصاب قد تعرقل إلى حد كبير من عملية العلاج. كما أن العلاقة بين الصدمة والسرطان غير مفهومة نظرا لنقص الأدلة السريرية التي تؤكد حتمية الإصابة بأعراض الصدمات، إلّا أن النتائج الأولية تظهر تطور بعض الأعراض المرافقة للصدمة، لذلك تمّ بداية من الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية في إصداره الرابع تصنيف الأمراض السرطانية كأحداث مؤلمة وصادمة، مما يوحي بإمكانية تطور الأعراض الناتجة عن الصدمة والتي يمكن أن ينتج عنها اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

حيث أنّ الاضطراب يتطور نتيجة التعرض للتجارب المؤلمة، ويتميز باستجابات خوف غير مناسبة للمنبهات المرتبطة بتلك التجارب، إذ يحدث نتيجة تجربة الخوف والتهديد للحياة كحالات المرض الشديد أو التعرض لأزمات زلازل وغيرها، والذي ينبئ باستمرار ذكريات للحوادث المزعجة، مع وجود أحلام مزعجة ومخيفة، مع امتزاج وتداخل لتقلبات انفعالية وعاطفية، إذ أنّ المراحل المختلفة للمرض والعلاج قد تحمل في ثناياها بعض التقلبات المرفقة بتغيرات انفعالية، والتي تحدث في إطار استراتيجيات مختلفة للتنظيم الانفعالي.

هذا ويشمل التنظيم الانفعالي جميع العمليات المسؤولة عن مراقبة وتعديل ردود الفعل، إذ يضم القدرات الانفعالية التي تسمح بالاستجابة للمطالب المجتمعية بطرق مناسبة، ما يتيح استجابات انفعالية مرنة وضبط النفس الفعّال، بشكل يسمح بتوفير نمط حياة ونمو إيجابي لما بعد الصدمة. ويشمل النمو ما بعد الصدمة العمليات الإيجابية التي تحدث نتيجة للتفاعل مع ظروف الحياة المرضية، بما يحتوي عليه هذا النمو من جوانب مختلفة، مما يجعل التحولات النمائية الإيجابية تحتاج إلى المزيد من الاستبصار في العمليات التي تسهم في هذا التحول.

ومن هذا المنطلق فإنه من الأهمية تكثيف دراسة الجوانب المختلفة المتعلقة بمرضى السرطان وإظهار أهمية التغيرات التي يمكن أن تطرأ على مرضى السرطان والأعراض المتمثلة في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ومختلف الاستجابات الانفعالية المتعلقة بالمرض والتي تشمل التغيرات الانفعالية العامة التي يمكن أن يتعرض لها المرضى أثناء وبعد العلاج من نمو إيجابي لما بعد الصدمة، عليه رأى الباحث ضرورة القيام بالدراسة الحالية التي تتضمن البحث في إمكانية توسط التنظيم للضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.

حيث تناول الفصل الأول مدخل إلى الدراسة: والذي تمّ فيه تحديد الإشكالية، صياغة الفرضيات أهمية وأهداف الدراسة الحالية، إضافة إلى المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة، كما تناول البحث الحالي التعريف بمتغيرات الدراسة، حيث تم تقديم متغيراتها والتي تشتمل على عرض تفاصيل متعلقة بالتنظيم الانفعالي، من تعريف التنظيم الانفعالي، أهم استراتيجيات التنظيم الانفعالي، وآلية التنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان، ومن ثم التعرف على الصدمات النفسية واضطراب الضغط ما بعد الصدمة، التفسيرات النظرية لضغط ما بعد الصدمة، وتفاصيل اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، كما تم التطرق لنمو ما بعد الصدمة والنماذج النظرية المفسرة للنمو ما بعد الصدمة، والتعرف على الاستخدامات السريرية للنمو ما بعد الصدمة، وأخيرا تمّ التعرف على نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.

من ثم تم التعرف على الفصل الثالث، إذ تمّ فيه التطرق للإجراءات الميدانية للدراسة، حيث يضم الإطار المكاني والزمني للدراسة، والتعرف على أدوات الدراسة، وكذا التعرف على المنهج المستخدم في الدراسة.

مقدمة

في الفصل الرابع ثم التطرق لعرض نتائج الدراسة ومن ثم التعرف على الطرق والأساليب المستخدمة، وفي الفصل الخامس تمت مناقشة النتائج للتساؤلات العامة، وكذا مناقشة نتائج الفرضيات ومن ثم الوصول للاقتراحات العامّة للدراسة.

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

1. إشكالية الدراسة

2. فرضيات الدراسة

3. أهداف الدراسة

4. أهمية الدراسة

5. تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة

6. حدود الدراسة

1- إشكالية الدراسة:

يعدّ السرطان سبب من الأسباب المؤدية للوفاة وحوث الاضطرابات على مستوى العالم، سواءً في الدول النامية أو الدول المتقدمة حتى الآن، حيث أنّ التحدي الأساسي الذي تواجهه عيادات الأورام هو التشخيص المبكر للإصابة بالسرطان، هذا بالإضافة إلى الاختبارات المخبرية الروتينية التي يتم إجراؤها، كما أن السرطان متعدد العوامل، ينطوي على تعديلات مُعقّدة في الجينوم، تشمل السمات المميزة الرئيسية له تغييراً في أنماط انقسام الخلايا مع التكرار غير المنتظم والهروب من الموت للخلايا المُبرمج وتكوين الأوعية الدموية المُستمرّة (Qazi, 2023).

كما أنه يعد اضطراباً في تكاثر الخلايا، حيث تفقد قدرتها على التصرف كوحدة منسقة ما ينتج عنه تكوين الورم، وقد يختلف الاضطراب المحدد من نوع نسيج لآخر وقد يحتوي الورم الواحد على عمليات مختلفة منحرفة (Pizzetti, 1975)، كما وجدت العديد من عوامل الخطر البيئية للإصابة بالسرطان، التي تشمل مخاطر التعرض الداخلي للإشعاع المؤين، والخضوع للعلاج الكيميائي، والأدوية المثبطة للمناعة بعد عملية الزرع على سبيل المثال، والتعرض للمبيدات أو المواد الكيميائية، إضافة لعوامل أخرى كزيادة الوزن، ووجود متلازمات وراثية أو نقص المناعة، وقد يكون التعرض للتدخين والطلاء أيضاً عوامل خطر (Nabors, 2016)، كما قد تكون الشيخوخة عامل خطر للإصابة بالسرطان إذ أن 60% من جميع الحالات تحدث لدى الأشخاص الذين يبلغ أعمارهم 65 عاماً أو أكثر (Carlson, 2008)، كما نجد أن 10% من حالات السرطان لها خلفية وراثية (Schwab, 2001).

كما أن تحسن إجراءات الفحص والعلاج زادت من معدلات البقاء على قيد الحياة، والتي زاد بها الخوف من عودة المرض لدى كثير من المتعافين (Savard et al., 2022)، وهو ما يعطي للمرض معانٍ جماعية وشخصية لا يمكن تجاهلها أو حتى نكرانها عند تشخيص الإصابة بالسرطان، إذ أن التمثلات الاجتماعية والشخصية المرتبطة بكلمة "السرطان" تحدد بالفعل إطار التشخيص بنفس الطريقة التي يمكن بها للمرض تحديد المستقبل للمرضى (Clément-Hryniewicz & Paillaud, 2008). إضافة للضيق العاطفي، والقلق بشأن تحمل تكاليف العلاج، وهي من العواقب النفسية والاجتماعية للسرطان التي لم تحظ باهتمام كبير إلا في الآونة الأخيرة، حيث حقق علم الأورام، تحت قيادة جيمي

هولاند، تقدماً كبيراً في معالجة العوامل النفسية والاجتماعية والسلوكية التي تؤثر على مرضى السرطان وعائلاتهم (Mathew et al., 2023).

كما أنه يمكن اعتبار التشخيص بالسرطان عاملاً صدمياً (Kahn, 1988)، إذ يعتبر عامل ضغط لا يمكن السيطرة عليه ويشكل تهديداً بالموت والتشوه (Mulligan et al., 2014)، إذ يستقطب التشخيص بالسرطان وعلاجه سلسلة من الضغوط التي تؤدي للعديد من ردود الفعل السلبية، التي يعتبر "اضطراب الضغط ما بعد الصدمة" أحدها، باعتباره واحداً من الاضطرابات النفسية الشائعة بين المرضى إضافة لتصنيف السرطان كحدث يستوفي معايير التسبب في اضطراب ما بعد الصدمة، أي أنه يعتبر حدثاً صادماً يمكن أن يؤدي إلى اضطراب ما بعد الصدمة، والذي يزداد انتشاره بشكل كبير، حيث سجلت إحصائياته لدى مرضى السرطان الصينيين بما يعادل 15.4% من المرضى، وفي المرضى الأمريكيين وجد معدل الانتشار بـ 6.3% مما يشير إلى انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بشكل كبير بين مرضى السرطان (Zhou et al., 2019).

كما يعتبر التشخيص بالسرطان أحد أنواع الصدمات كما يورده الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية "DSM 5"، إذ يؤدي للعديد من التحديات المرتبطة بمواجهة السرطان (Romeo et al., 2019)، حيث يعد الضيق لدى مرضى السرطان أحد هذه التحديات المنتشرة ليصل إلى 32% من المرضى (E. Vaughan et al., 2019)، فالتشخيص بالسرطان يعرض المريض لأحداث مثيرة كجزء من التشخيص باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، نظراً لما يحتويه من تجربة التهديد الفعلي بالموت، بالإضافة إلى ما يعرضه الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المتمثلة في التطفل والتجنب والتناوب السلبي في الإدراك والمزاج، إضافة للتغير في الاستثارة والتفاعل وأعراض اللوم المستمر والمشوه للذات، والحالة العاطفية السلبية المستمرة، والسلوك المتهور (حمادي & عايش 2022).

أين يعتقد من يتعرض للصدمات أنه عرضة للتهديد الدائم، مع تزايد إدراكه لهذا التهديد مع الوقت، مع الرغبة في إيجاد أمل للنجاة، وهو ما يرسخ لديه فكرة الموت المؤجل، حيث يعتقد بقدرته على تجاوز الأخطار والتهديدات، إلا أن استمرار التعرض للصدمات كالعنف أو المرض مثلاً تزيل أفكار التأجيل مع الشعور بالتهديد (الناقلي، 1991)، وهو ما يعزز دوماً الوصول لإمكانية إثارة المرض

للصدمة، إذ أن استمرار تعرض الجسم للمواقف الشديدة والضاغطة مرتبط بالإصابة بأعراض مختلفة كنقص الخلايا الطبيعية في الجسم إثر التعرض للضغط المستمر، والضغط النفسي الذي يلعب دوراً سلبياً يصعب إيقافه على صحة الفرد عند إدراكه بشكل سلبي، والتعرض للتشخيص بالسرطان يشكل حالة خوف من الموت والقلق والحزن، مع الانشغال الدائم بالتفكير في المرض ونتائج المتوقعة عن العلاج الكيميائي أو حتى الجراحي، بالإضافة للألم الجسدي، الذي نجد له تبعات متعلقة بالألم النفسي (ريحاني، 2018).

كما تشكل الظروف الصحية الموجودة حتى قبل صدمة التشخيص بالسرطان وأثنائه، إضافة للحاجة إلى الأدوية وخاصة الدائمة منها، عبئاً إضافياً يزيد هموم ما بعد الصدمة (بركات، 2007)، مما يؤكد على صعوبة تجاوز اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان كما تشير إليه دراسات كل من (Hahn et al., 2015; Kangas et al., 2002; Moschopoulou et al., 2018; Rourke et al., 2007; Schumacher, 2001; Swartzman et al., 2017)، إذ أن طول مدة المرض والاستجابات المختلفة للمريض تثير مختلف الانفعالات والعواطف، التي تبقى استجابة مشاعره نشطة وممتلئة بالحيوية والحساسية، غير أنها تبقى مرهونة بمدى التعلم من ردود الفعل لكي يتقدم في تطوير استجاباته للأحسن، حيث أنّ الفعل ورد الفعل من الصدمات يرتبطان بمدى التحكم في مختلف الظروف وأقوى الضغوط التي ترتبط بمدى قدرته على التحمل، وعليه تعتبر القوة الداخلية للفرد هنا منعكسا لها، حيث تتفاعل مع الدرجات العالية من الإيجابية، ليتمكن من انجاز المهام المطلوبة منه.

حيث أنّها أحداث نفسية تنتج ما يشعر به المرضى، أي أن اختبار المشاعر والعواطف تحركه أحداث حقيقية تدفع الفرد عموماً لاستجابات انفعالية، إضافة للعوامل النفسية الكامنة خلف الانفعالات المسؤولة عن السلوك، وعادة ما تكون هذه الانفعالات مصحوبة بتغيرات فسيولوجية معينة كزيادة ضربات القلب أو التنفس، وغالبا ما تكون علنية كال بكاء أو الارتعاش (السيد عثمان 2001)، كونها تعد تجربة فسيولوجية معقدة، يتم التعبير عنها استجابة للمدخلات الحسية التي تؤدي إلى تغييرات سلوكية، حيث أنه من الناحية الفسيولوجية، يرتبط بهيكل محددة في الدماغ ويلعب دوراً حاسماً في التحفيز وصنع القرار والعلاقات، فيمكن أن يؤدي الفشل في التنظيم الانفعالي إلى مشاكل صحية طويلة الأمد، مثل الاضطرابات النفسية الجسدية والاضطرابات المرتبطة بنمط الحياة، وبالتالي فإن فهم وإدارة الانفعالات أمر ضروري لرفاهية الأفراد (Dadida et al., 2014).

مما يستدعي منا النظر في علاقة التنظيم الانفعالي في إحداث اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وهو ما نجده كتوجه لعدد من الدراسات كدراسة (Boden et al., 2012; Fine et al., 2023; Hosseinlu & Esmail'i, 2018; Ogińska-Bulik & Michalska, 2020; Perlick et al., 2012; Weiss et al., 2017) التي ترى بأن الانفعال وتنظيمه مهم لحدوث الاضطراب. غير أن الاختلاف على مفهوم الانفعال لدى الباحثين (Barooah, 2019) في تعقيدها لتفاعلية من عوامل ذاتية وموضوعية، التي تؤدي لتجارب انفعالية تتوسطها أنظمة عصبية أو هرمونية وتؤدي لظهور مشاعر (تجارب انفعالية)، وكذلك العمليات المعرفية التي يرجى منها تقييم التجربة، بهذا المعنى تؤدي لتعديلات فسيولوجية للظروف المثيرة للاستجابة، وفي كثير من الأحيان للسلوك التعبيري والتكيفي (Stearns & Stearns, 1985) حسب طبيعة التجربة أو الحدث الانفعالي والتي تتم وفقا لعملية التنظيم الانفعالي لذلك للحدث.

كما شهدت السنوات الأخيرة اهتماما كبيرا بأبحاث التنظيم الانفعالي في مجال الصحة النفسية والعلاج النفسي، حيث يعرفها Gross (1998). كما ورد في (عايش ومجاهدي، 2019) بأنها العمليات التي يؤثر بها الأفراد على العواطف التي لديهم، وكيف يختبرون هذه المشاعر ويعبرون عنها، والتي يمكن أن تكون عمليات تلقائية أو خاضعة للرقابة واعية أو غير واعية، لذلك فهو جانب أساسي من الصحة النفسية، في حين ترتبط الصعوبات في التنظيم الانفعالي لمزيد من الضيق والسلوكيات والاضطرابات العقلية، إذ أن المرضى بالسرطان الذين لا يستطيعون إدارة استجاباتهم الانفعالية بشكل فعال للأحداث، يعانون من الضيق لفترات طويلة (Lee, 2009).

وهو ما تجمع عليه عديد الدراسات التي ترى بأن فترة المرض بالسرطان تعد عامل ضغط وضيق كدراسة كل من (Bahrami et al., 2015; Baziliansky & Cohen, 2021; Brandão et al., 2016; Peh et al., 2017; Stearns & Stearns, 1985; Emma Vaughan et al., 2019; Wang et al., 2020)، هذا و يعد موضوع التنظيم الانفعالي في حالات الصدمات والاضطرابات المصاحبة لها مجالا واسعا يحث على مزيد من البحث فيه، إذ تزداد الانفعالات بعد وقوع الحدث الصادم مما يستدعي وقوع تغييرات مع مرور الفترة الزمنية مثلا والتي قد يكون أحد أنواعها النمو ما بعد الصدمة على غرار الطرق التي يحدث خلالها هذا النمو (Tuck & Patlamazoglou, 2019)، إذ أن صعوبة التنظيم الانفعالي كنوع من عدم التوافق، تمثل عامل خطر على الصحة، بينما تنفيذ التنظيم الانفعالي

بشكل مناسب قد لا يؤدي إلى منع السلوكيات الخطيرة وحسب، بل حتى إمكانية نمو الفرد وتطوره (Wang, 2021).

إضافة إلى أن عملية الفحص لعمليات النمو ما بعد الصدمة، تتطلب استخدام التدابير التي تلتقط آليات النمو الفعليّ للتجربة الفردية للأحداث كأمر بالغ الأهمية، مما يشيد بالدور الذي قد يسهم فيه التنظيم الانفعاليّ في حدوث هذا النمو (Arjeini et al., 2020)، باعتبار أنّ نمو ما بعد الصدمة عملية ونتيجة يتم فيها الاجترار للحدث وصنع المعنى للمرضى، مما يتطلب قدرة الشخص على دمج جدلية الحدث الصدميّ في رواياته الذاتية للواقع، والتي تتم بتقييمات ثانوية مع إعادة التقييم المعرفي (Mendonça & Jayawickreme, 2022) إضافة لما تنفق عليه عديد الدراسات حول جدلية التحول من الضغط ما بعد الصدمة إلى نمو ما بعد الصدمة كدراسة (Arjeini et al., 2020; Capaldi et al., 2023; Farnia et al., 2018; Jim & Jacobsen, 2008; Koutrouli et al., 2012; Parikh et al., 2015; Shand et al., 2015; Zebrack et al., 2015; Zeng et al., 2018) التي ترى بأن العلاقة بينهما مبهمّة وغير واضحة المعالم لتداخل العديد من العوامل في حدوثها.

والتي يمكن أن نحاول فهم بعض معالمها بالبحث عن العلاقة الوسيطة للتنظيم الانفعاليّ بتداخل مع التوجه العام لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة مثل ما ذهبت إليه دراسة كل من (Wang, 2021 ; Park, 2008 ; Hussain, 2011 ; Huang, 2019; Zhou, 2017) حيث أن هذه الدراسات اتفقت على وساطة التنظيم الانفعاليّ للعلاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مختلف الفئات مع قلة الاهتمام بالوساطة لدى مرضى السرطان تحديداً، وهو ما يزيد من إثارة الاهتمام بضرورة النظر في الكيفية التي يتوسط فيها التنظيم الانفعاليّ للخروج من الضغط ما بعد الصدمة وآلياته لدى مرضى السرطان، لمعرفة أمثل بطبيعة الاضطراب، وكيفية إسهام العوامل المختلفة في إمكانية تطوير الآليات الحديثة التي قد يتعامل بها المرضى للوصول لنمو ما بعد الصدمة الذي قد يكون رد فعل إيجابيّ تمنحه التجربة الصادمة، في تغيير نمط وأسلوب الحياة متمثل في نمو ما بعد الصدمة وهو محل النقاش في هذا البحث والذي سيتم صياغته في الإشكاليات التالية:

الإشكالية العامة: يمكن القول أنّ البحث الحالي يسعى لمعالجة مشكلة رئيسية تتمثل فيما يلي:

- هل يتوسط التنظيم الانفعاليّ العلاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان؟

التساؤلات الجزئية: تطلبت صياغة السؤال الرئيسي البحث عن تساؤلات جزئية يتم صياغتها فيما يلي:

- ما مستوى التنظيم الانفعاليّ لدى مرضى السرطان؟
- ما مستوى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان؟
- ما مستوى نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان؟
- هل توجد علاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والتنظيم الانفعاليّ لدى مرضى السرطان؟
- هل توجد علاقة بين التنظيم الانفعاليّ ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان؟
- هل توجد علاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان؟

2- فرضيات الدراسة:

2-1 الفرضية العامة:

- يتوسط للتنظيم الانفعاليّ العلاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان

2-2 الفرضيات الجزئية:

- يوجد مستوى مرتفع من التنظيم الانفعاليّ لدى مرضى السرطان.
- يوجد مستوى مرتفع من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.
- يوجد مستوى مرتفع من نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.
- توجد علاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والتنظيم الانفعاليّ لدى مرضى السرطان.

- توجد علاقة بين التنظيم الانفعالي ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.
- توجد علاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.

3- أهداف الدراسة:

يهدف البحث الحالي إلى ما يلي:

- معرفة طبيعة العلاقة الوسيطة للتنظيم الانفعالي بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.
- معرفة مستويات اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.
- معرفة مستويات نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.
- معرفة مستويات التنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان.
- معرفة طبيعة العلاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والتنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان.
- معرفة طبيعة العلاقة بين التنظيم الانفعالي ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.
- معرفة طبيعة العلاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.

4- أهمية الدراسة: تكمن أهمية الدراسة في كونها تتناول العناصر التالي ذكرها:

4-1 الأهمية النظرية:

يمكن القول أنّ الدراسة الحالية إضافة نوعية في مجال بحوث علم الأورام السرطانية، كونها تعد إضافة حقيقية للبحوث العلمية، بإعطاء تفاصيل عديدة تخص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، التنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان وكذا نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، حيث لُوحظ من خلال مراجعة الأدبيات العربية النقص الواضح في الأدبيات التي تحاول إعطاء صيغة مناسبة لطبيعة علاقة التنظيم الانفعالي كوسيط لضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى

مرضى السرطان، كما تعد إضافة من حيث اطلاعها على مختلف العناصر أو المتغيرات الحالية للدراسة، إذ أن الباحث حسب اطلاعه لم ير أن البحوث السابقة لم تبحث بما فيه الكفاية في إثراء الموضوع الحالي، خاصة المتعلقة بمرضى السرطان والصدمات وأعقابها من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة، إذ أن الفهم المعمق الذي تضيفه الورقة الحالية قد يسهل ويدعم البحوث الامبريقية الموالية لها.

4-2 الأهمية التطبيقية:

تحتوي الدراسة الحالية على أهمية تتبع من أهمية وقيمة معرفة تفاصيل التشخيص بمرض السرطان وتبعاته من علاج، وظروف نفسية تمنع أو تساعد تواصل وسير العلاج، والتزام المرضى بمواعيد العلاج إضافة إلى التعريف بتبعات المرض من ناحية التعرض للصدمة من التشخيص إلى غاية الانتهاء من العلاج، حرصا على أداء أفضل للمرضى خلال فترات العلاج المستمرة، طوال فترة المرض والتعريف لأهل الاختصاص ببعض التفاصيل الجزئية التي تمس الاضطرابات المصاحبة من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والصعوبات الانفعالية التي يقع فيها المرضى جراء المعاناة من المرض.

تزود الدراسة الحالية المحيطين بالعمل في مجال الأمراض السرطانية، وكذا القائمين على رعاية المريض، إضافة إلى أسر المرضى، وحتى المرضى أنفسهم، بمعلومات تثقيفية بخصوص الأعراض المختلفة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، وتسمح بمعرفة شاملة للطريقة التي يقع ضحيتها عديد من المرضى في تعاملاتهم مع مختلف الانفعالات، مما يسمح بتوضيح آفاق جديدة وطرح سبل جديدة للتعامل مع هذه الاضطرابات، سواء من طرف الأطباء أو المتعاملين معهم، بغية دعمهم، وتسهيل وكذا تسيير عملية علاجهم النفسي الجاد.

يسهم هذا العمل البحثي في إضفاء صبغة إيجابية، إزاء الرأي العام تجاه اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان بإعطاء لمحات عن تطوره وإمكانية الخروج نحو سيرورة تسهم في اندماج المرضى في فترات مرحلة العلاج، بتعريف عام لنمو ما بعد الصدمة الذي يسهل من تجاوب المرضى بتغيير معتقداتهم وأفكارهم، وبحث سبل وكيفية سير وتيرة النمو الإيجابي لما بعد الصدمة، مما يجعل المفهوم قريبا لدى كثير من الدارسين والعاملين على إعادة تهيئة المرضى من مختصين وعمال رعاية المرضى السرطان.

يسهم البحث الحالي في قدرة المرضى على تجاوز الصعوبات بفهم شامل يمس شريحة مرضى السرطان بدمج مجمل المعلومات المتعلقة بالمرض، إبان اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، ومعرفة مدى مساهمة التنظيم الانفعالي وكيفية عمل الآليات التي يتبعها المرضى في ظل التطورات والتصورات العامة للصدمة، وكيفية التعامل معها للخروج إلى منطقة الأمان النفسي، ومعرفة سير النمو لما بعد الصدمة مما يسهل تدارك المعالجين والمختصين في تسهيل تطوير طرق للتعامل مع الصدمات، كما يسمح فهم طبيعة سير العلاقة في التقليل من الجهد الذي يبذله المختصون في معرفة ما يمكن أن يعني الخروج من ضائقة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة إلى نمو ما بعد الصدمة وفق النموذج الذي يشمل التنظيم الانفعالي كعامل وسيط.

5- التعاريف الإجرائية:

5-1 التنظيم الانفعالي: يشمل الاستراتيجيات والآليات التكيفية المختلفة التي يواجه بها المرضى مختلف المواقف الانفعالية، والتي تضم التغيرات الفسيولوجية والسلوكية وكذا التجريبية وفقا لشدة أثر الانفعال. في دراستنا الحالية تم تبني أربع أبعاد للتنظيم الانفعالي فرزاتها العملية بناء المقياس من قبل الباحث، حيث تم افتراض أن هناك أربع أبعاد يتمكن من خلالها مرضى السرطان من التكيف والتأقلم مع مختلف الوضعيات وهي: تحديد الموقف، نشر الانتباه، التغير المعرفي، قمع الانفعال.

فالتنظيم الانفعالي إجرائيًا يشمل الدرجة التي يتحصل عليها المريض من خلال إجابته على مقياس التنظيم الانفعالي الذي تم بناؤه من قبل الباحث، والمكون من 25 فقرة موزعة على بعد تحديد المواقف ويشمل الفقرات رقم 1، 2، 6، 7، 12، و بعد نشر الانتباه على الفقرات رقم 3، 8، 13، 22 و بعد التغير المعرفي الفقرات رقم 4، 14، 19، وأخيرا بعد القمع الانفعالي ويشمل الفقرات رقم 5، 10، 15، 20، 23، 25، وتتوزع استجابات المرضى وفقا للبدائل المعطاة بين دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا، بدليل تصحيح من 5 إلى 1 مع القيام بالعملية عكسيا بالنسبة للفقرات رقم 5، 10، 15، 20، 23، 25 حيث تكون أعلى قيمة يمكن أن يتحصل عليها المستجيب 125 وأصغر قيمة مقدرة بـ25.

5-2 اضطراب الضغط ما بعد الصدمة: هو اضطراب يتطور نتيجة التعرض لحدث صادم، كحالة انفعالية ناتجة عن تجارب مخيفة أو مهددة للحياة، حيث تعاد من خلاله أعراض تجربة الحدث المؤلم مما يظهر بعض الأعراض المصنفة وفق الدليل الإحصائي الخامس، حيث يقاس بأنه الدرجة التي يحصل

عليها المريض من إجابته على مقياس الضغط ما بعد الصدمة 4 والمعد من قبل (Weathers, 2013)، والذي نقله للعربية (Ibrahim et al., 2018)، إذ يشمل أربع مجالات رئيسية: أعراض اقتحامية، تجنب للمحفزات، تعديلات في الإدراك والمزاج، وتغيرات في الاستثارة وردود الفعل، والذي تم إدراجها ضمن 20 فقرة موزعة على 4 أبعاد رئيسية، والتي تشمل بعد الأعراض الاقتحامية والذي يشتمل على الفقرات من 1 إلى 5 وبعد التجنب، والذي يشتمل على الفقرات 6 و7، وبعد تعديل المزاج، ويشمل الفقرات من 8 إلى 14، وأخيرا بعد تغيرات الاستثارة وردود الفعل، والذي يشمل على الفقرات من 15 إلى 20، حيث تتم الاستجابة على الفقرات من خلال 5 بدائل من إطلاقا بمعامل تصحيح 0، قليلا ب 1، متوسط ب 2، إلى حد كبير ب 3 وإلى حد كبير جدا ب 4 درجات، بذلك تكون أعلى درجة يتحصل عليها المريض 80 في حين تكون أقل درجة يمكن أن يتحصل عليها 0.

3-5 نمو ما بعد الصدمة: هو تغير نفسي إيجابي يحدث نتيجة للصراع مع الظروف الصعبة، ويشمل التغيرات في الإمكانيات الجديدة ويشمل الفقرات (3، 7، 11، 14، 17)، التواصل مع الآخرين (6، 8، 9، 15، 16، 20، 21)، قوة الشخصية (4، 10، 12، 19) التغير بالمجال الروحي (5، 18)، وأخيرا بعد تقدير الحياة والذي تمثله الفقرات (1، 2، 13) وهو الدرجة التي يحصل عليها المريض من خلال استجابته على فقرات المقياس من إعداد Tedeschi (1996)، والمترجم للعربية بواسطة ثابت والذي قام بتقنيه أبو عيشة (2017)، حيث يتم تقييم درجات المستجيبين وفقا للسلم (لا ب 0)، (قليلا جدا ب 1)، (قليلا ب 2)، (درجة متوسطة ب 3)، (درجة كبيرة ب 4)، (درجة كبيرة جدا ب 5)، حيث تكون اعلى درجة يمكن ان يتحصل عليها 105، في حين تكون أقل درجة يمكن ان يتحصل عليها 0.

6- الحدود الزمانية والمكانية:

1-8 الإطار المكاني للدراسة: تم اختيار مرضى السرطان بالمستشفى الجامعي أول نوفمبر وهران، المستشفى الجامعي بن زرجب (بلاطو) وهران والمؤسسة الاستشفائية الجامعة (الاحوة باج).

2-8 الإطار الزمني: خلال الفترة الممتدة من ماي 2022 إلى غاية نوفمبر.

الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: التنظيم الانفعالي

ثانياً: اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

ثالثاً: نمو ما بعد الصدمة

رابعاً: الدراسات السابقة

تمهيد:

التنظيم الانفعاليّ من المفاهيم المختلف عليها مفهوما وضبطا كونه تركيبا معقدا من مجموعة من العمليات النفسية والبيولوجية، إضافة إلى الاختلاف الشامل في إعطاء صياغة مناسبة يتفق عليها جموع المنظرين، لذلك عكف الباحث في هذا الفصل بداية بتشريح مفهوم الانفعال وإعطاء الصياغة المناسبة التي يراها تسمح بتقريب المفهوم، لإضفاء بعض المعنى على مفهوم عام للتنظيم الانفعاليّ، ومن ثم التعرف على الآليات والاستراتيجيات العامة للتنظيم الانفعاليّ، والتي تسمح بتقريب الصياغة المناسبة التي يعمل وفقها التنظيم الانفعاليّ مع أغلب الحالات، ومن ثم يتم التعرف على طبيعة الآليات العامة المستخدمة لدى مرضى السرطان، وكيفية سير العمليات الأساسية في أغلب حالات السرطان، وذلك لتقريب المفهوم وحصره ضمن مجال البحث الحالي على الأقل.

أولا: التنظيم الانفعالي

1- مفهوم الانفعال *émotion* :

شهدت دراسة الانفعال من حيث التعريف والفهم والتنظير عدة تطورات، نظرا لصعوبة فهم طبيعة مكونات الانفعال، وطبيعة التغير الإنسانيّ المستمر، لذلك فإنه من الضروري أن نتطلع إلى أهم الارهاصات الأولى لفهم آلية الانفعال ومدى مساهمة المنظرين في فهمه، فنجد نظرية (James & Lang)، التي يرى رائدها James (1948)، أنّ العامل الحاسم في إحداث الحالة الهيجانية هو الرجوع (Feedback) الناتج عن التغير الجسميّ الذي يحدث استجابة لموقف الخوف أو الإحباط، فيقول أنّ التغيرات الحتمية المباشرة هي إدراك الحقيقة المثيرة وأن شعورنا بهذه التغيرات التي تحدث هو الانفعال وأيده في رأيه هذا (Lang)، وقد أصبحت تعرف هذه النظرية بنظرية (James & Lang)، وبموجبها ترتب عناصر الانفعال على العناصر التالية (1) الفكرة، (2) الظواهر، (3) الفيزيولوجية، (4) الانفعال).

وفسرت نظريته العلاقة بين جوانب الانفعال بأن إدراك الفرد للمثيرات يجعل الجسم يضطرب فيسيولوجيا، ويكون الشعور بالانفعال هو الإحساس بتلك التغيرات الفسيولوجية والجسمية (النوايسة، 2015)، وعليه فإن الحالة الانفعالية تظهر كمجموعة ملائمة من الردود النفسية مثل الرجفة والعرق

وسرعة نبض القلب، إذ يتلقى الدماغ معلومات من العضلات، ومن أعضاء الحس التي تنتج على النحو الآتي: النشاط الفسيولوجي والسلوك التعبيري - يلي ذلك الخبرة الانفعالية (أبو طالب وآخرون، 2015).

إن هذه النظرية تؤكد أن خبراتنا الانفعالية تلي الوعي بالتغيرات الفسيولوجية الناتجة عن المثير الانفعالي والسلوك المعبر عن الحالة الانفعالية.

عارض هذه النظرية (Cannon Bird)، فذهب إلى القول بأن ردود الفعل للجسم الفسيولوجية لا تميز تمايزا كافيا لاستثارة الانفعالات المختلفة، بمعنى أن ضربات القلب المتسارعة لا تؤثر على الخوف والغضب أو الحب، كما ان التغير في سرعة ضربات القلب أو التنفس أو حرارة الجسم تبدو بطيئة جدا لتولد انفعالا مفاجئا، إذ ليس هناك فارق زمني بين الخبرة الانفعالية والتغيرات الفسيولوجية، ويمكننا أن نرتب الواحد منهما على الآخر كما فعل "Lang & James" (الريماوي، 2006)، حيث يعتبر الانفعال حسب "Cannon Bird" رد فعل طبيعي يصدر عن الفرد بأسره لمواجهة الطوارئ وإعداده للهروب أو القتال وينسب "Cannon" إلى هذه التغيرات الفسيولوجية تلك السلوكيات غير العادية التي يأتيها الفرد في حالة الطوارئ كالقفز فوق سور ارتفاعه 02 متر (راجع، 2009)

وقد تعرضت هذه النظرية بدورها للنقد من قبل علماء علم النفس التجريبي والفسيولوجي، فيما يتصل بإشراف Hypothalamus على الشعور بالانفعال ومع أن هذه النظرية هي وسابقتها لم تحل مشكله الانفعال، إلا أنهما ألقينا كثيرا من الضوء على العمليات الفسيولوجية المتضمنة في الانفعال (راجع، 2009).

بالنسبة لـ "Schachter & Singer" فإن الاستثارة الفسيولوجية التي كثيرا ما تصاحب الانفعالات أساسية لتحديد مدى شدة المشاعر الانفعالية، إلا أنها لا تعمل على تحديد الانفعال، وتفترض هذه النظرية أن كافة الانفعالات تثير استجابة فسيولوجية متشابهة للغاية، و لا يمكن للفرد التعرف على نوع الانفعال الذي يشعر به على أساس المعلومات التي تتوفر لديه حول موقف ما، أي أن الاختلاف بين انفعال وآخر هو التقييم المعرفي وليس المشاعر أو الأوجه الفسيولوجية (Tugade et al., 2014).

هذا ولا يمكن فهم التجربة الانفعالية فقط من معايير داخلية للفرد أو الدماغ، ولكنه يحدث عند إجراء تقييمات على التفاعل مع البيئة، إذ نجد أن "Lazarus" يسلط الضوء على حقيقة أن التقييم يتم

في غياب التفكير الواعي ويركز على الربط بين الانفعالات والمواقف في نظريته التقييم المعرفي للانفعالات.

الانفعال ينتج من التفاعل بين العوامل الذاتية والموضوعية التي تتحقق من قبل الأنظمة العصبية أو الغدد الصماء والتي يمكن ان تحفز مشاعر مثل الاثارة والسرور أو عدم الرضا، أو توليد عمليات معرفية كإعادة التوجيه لمستويات الادراك أو تعديل التفاعلات الفسيولوجية العامة التي ينشأ منها السلوك والتي يكون الغرض منها التكيف (Goutte & Ergis, 2011)

يرى (1995) Lazarus أن الانفعالات متعلمة وفطرية وترتبط بالخصائص الفيزيولوجية العصبية التي تدعمها التجارب الفردية والثقافية والمواقف الاجتماعية، وقد تكون أحداث منتظمة في حياة الفرد وهي نظام من المتغيرات المترابطة، التي تتكون من الأشخاص والسوايق البيئية وعمليات الوساطة كالتقييم والتألم التي تكون متعددة المستويات، إذ تشمل الفعل والأفكار والتغيرات الفيزيولوجية (Lazarus, 1995).

ويحدث الانفعال عندما يتوفر الحافز مع تحديد الموقف اتجاه المحفز، مع تحديد إذا كان هناك موقف معين لمقاومة التغيير أو الضعف، كالمحفزات العاطفية، ومدى اتاحة الفرص للتغيير مع طبيعة المحفزات والتداخلات بينها وبين ما نكتسبه من خبرات تسمح بالتفاعل مع مختلف المحفزات، كما تلعب الثقافة وشخصية الفرد مصدر للتوجه نحو الانفعال في مختلف الوضعيات (Ekman & Yamey, 2004).

الانفعال حالة نفسية وجدانية سارة وغير سارة، تحدث فجأة نتيجة لإدراك الفرد لبعض المواقف التي يتعرض لها في البيئة المحيطة به، وتصحب هذه الحالة تغيرات جسمية داخلية وخارجية، تنعكس على سلوك الفرد (سعاد النور، 2007)، كما أنه مفهوم يعبر عن مجموعة من السلوكيات والتصرفات التي يصدرها الفرد كالغضب أو الشعور بالحزن نتيجة تعرضه لموقف أو خبرة من شأنها أن تعمل على استثارة هذه السلوكيات لدى الفرد (حريان، 2013).

ويمكن وصفه كفيما من حيث التغيير الحاصل في واحد أو أكثر من المشاعر أو الحالة الجسدية أو السلوك، فتتطور الانفعالات لتعزيز النوع من خلال الاستجابة النمطية وبالتالي زيادة الاحتمالية للبقاء

بمواجهة مختلف أنواع الاثارة، وهو ما يدفع للقول بأنّ الانفعالات تعزز المعالجة المعرفية بتعزيز المرونة والتكامل الذي يحدث عن الارتباط في الإدراك والأفكار والعمل في نفس الوقت (Essau et al., 2017).

بذلك يكون التفاعل أساسيا في فهمنا للانفعالات سواء من ناحية الاستثارة الناتجة عن البيئة أو العوامل الثقافية أو الاجتماعية أو داخليا أو رد الفعل، كحالة عامة تعبيرية قد تكون سارة أو غير سارة نتاجا لسلوكيات وتصرفات تنتج انفعالات متعددة كالخوف والغضب والحزن ... يكون القصد منها الوصول لحالة من التوافق والتكيف الذي يضمن البقاء واستمرارية الجنس البشري، وتبقى قواعد الفهم لطبيعة الانفعالات مسايرة لما يحمله الانفعال من أهمية ودور.

2- أهمية ودور الانفعالات:

تعد الانفعالات رد فعل وظيفي لمحفز خارجي، تندمج ضمنه القنوات الفسيولوجية والمعرفية والسلوكية، لتشكيل استجابة جسدية تتوافق مع الوضعيات المختلفة (Kalat & Shiota, 2011). كما أنّ الانفعالات ظاهرة أساسية في الأداء البشري و ذات قيمة تكيفية تعزز فعاليتنا في السعي لتحقيق أهدافنا على أوسع نطاق، وتساعد في فهم الحالات الداخلية والنوايا السلوكية للفرد، فهي تثير تشكل الميول لعمل محدد بالدعم الفسيولوجي كزيادة معدل ضربات القلب وضغط الدم وتمدد القصبات الهوائية وزيادة تدفق الدم إلى العضلات وإعداد الجسم للعمل في الحالات العادية، على غرار بعض الحالات كالاكتئاب بحيث يكون الهدف منها الحفاظ على الطاقة مع ردود الفعل السلبية الذي يصحبه انخفاض النشاط العضلي بحيث تشكل حالات تكيفية (Nyklíček et al., 2011).

ويحدث الانفعال من خلال إثارة خارجية يستجيب لها الدماغ والجسم باستجابة انفعالية مما يتطلب التصرف، فهو يؤدي لتنظيم السلوك أو قد يؤدي لاضطراب السلوك الراهن، كما يؤدي لخلق صور جديدة من السلوك تكون موجهة نحو الأهداف فالمستويات الطفيفة من الانفعال تؤدي عادة إلى التسهيل بينما يؤدي الانفعال إلى الاضطراب (موراي، 1988).

ويحدد Lindzley (1951) وظائف عديدة يعمل بها الجسم في حالة الانفعال يذكر منها ازدياد التوصيل الكهربائي للجلد كلما ازدادت درجات الاستثارة الانفعالية للفرد، فتتناقص مقاومة التدفق للتيار الكهربائي بشكل ضعيف جدا وغير ملحوظ، كلما حدثت زيادة الاستثارة بما يعرف بالاستجابة الجلدية

الكهربائية *galvanique skin responsa*، كما تستخدم التغيرات في ضغط الدم وتكوينه ومعدل ضربات القلب كمؤشر للتغير الانفعالي الذي يقاس بجهاز تخطيط كهرباء القلب *électrocardiologie* إضافة للتغيرات في التنفس ودورته، والتغير في درجات حرارة الجسم، التغير في اختلاف حجم العين وإفرازات الغدة اللعابية، بواسطة الجهاز العصبي السمبثاوي والجهاز العصبي الباراسمبثاوي، التوتر العضلي، وكل هذه الحالات يمكن قياسها والتعرف عليها بطرق وأجهزة محكمة، وتحدد هذه التغيرات بنشاط الجهاز العصبي السمبثاوي بينما، يقوم الجهاز العصبي الباراسمبثاوي بالتحكم أثناء لحظات الهدوء والاحتفاظ بالطاقة (منصور وآخرون، 2003).

بالرغم من ذلك يكون فهم الانفعال من زاوية واحدة فهما ضيقا إذا ما اعتمدنا على تفسير الانفعال دون اللجوء لآلياته والطرق والأساليب التي تندرج ضمنها الاختلافات الفردية في مساهمة مختلف التغيرات والمتمثلة في التنظيم الانفعالي.

3- التنظيم الانفعالي:

في العادة تكون الانفعالات مفيدة بحيث تنبهنا للبيئة، وتحسن من الاستيعاب للبيئة، وتعديل صنعنا لقراراتنا، كما تعدل الاستجابة السلوكية، وتسهم في تسهيل التفاعلات الاجتماعية، وتحسين الذاكرة العرضية، رغم أنها قد تكون ضارة، خصوصا عندما تكون شديدة أو غير متناسقة مع مثير معين، هنا يمكننا ان نحاول تنظيم انفعالاتنا، وهذا هو جوهر تلك الفكرة لتلك الانفعالات التي يمكن تنظيمها في حالات معينة (عايش، 2019).

يعبر التنظيم الانفعالي عن القدرة على التعرف على الانفعال وتجريبه وتعديله والتعبير عنه مما يساهم في زيادة الأداء التكيفي، فهو العملية التي يؤثر بها الأفراد على الانفعالات التي لديهم ومتى يمتلكونها وكيف يختبرون هذه الانفعالات ويعبرون عنها، ويتم تجربة الانفعال سلوكيا فسيولوجيا وتجريبيا وبالتالي فهو يشير إلى استراتيجيات تغير هذه العمليات المذكورة أعلاه. (Saraiya & Walsh, 2015)

كما أن الانفعال عملية متعددة للتكيف تتكشف بمرور الوقت، تتضمن تغيرات في ديناميكية الانفعال، أو زمن الكمون ووقت الارتفاع والحجم والمدة، والتعويض عن الاستجابة في المجالات السلوكية

أو التجريبية والفسولوجية، عليه يتضمن التنظيم الانفعالي أيضا تغير في كيفية ترابط الاستجابة مع تطور الانفعال ، كما يحدث عند زيادة الاستجابة الفسيولوجية في غياب السلوك العنفي (Gross, 2002).

ويتضمن التنظيم الانفعالي تغيرا في كيفية ترابط مكونات الاستجابة مثلما يحدث عند حدوث زيادة كبيرة في الاستجابة الفسيولوجية، في غياب السلوك العنفي، الذي يتعامل معه الجهاز العصبي على أنه أنظمة غريبة متعددة ومتقلبة جزئيا لمعالجة المعلومات، وتعمل النظم الفرعية بمدخلات مختلفة، وغالبا ما توفر مخرجات مختلفة حتى لنفس المدخلات وتراقب الأنظمة الفرعية العصبية المترابطة بعضها ببعض بدرجات متفاوتة في تفاعل أو نشاط ثنائي الاتجاه ومستمر (Gross, 1998).

ويتكون التنظيم الانفعالي من العمليات الخارجية والداخلية المسؤولة عن مراقبة وتقييم وتعديل ردود الفعل الانفعالية، خاصة ميزاتها المكثفة لتحقيق أهداف الفرد، حيث يمكن أن يتضمن الحفاظ على الاثارة وتعزيزها وكذا تثبيطها أو إخضاعها، كما تتداخل مجموعة من التأثيرات المختلفة إضافة لإدارة الذات ممثلة في العوامل الخارجية من تدخلات الآخرين في مرحلة الطفولة وعلاقة الطفل مع الوالدين والمحيطين به، وتؤثر الانفعالات على السمات العامة التي تقلل أو تزيد من الخبرات التي ترافق الانفعالات (Thompson, 1994)

وتنظيم الانفعال تعديل لأي عملية في النظام الذي يولد الانفعال أو مظهره في السلوك، وتأتي العمليات التي تعدل الانفعال من نفس مجموعة الكماليات كتلك التي تشارك في الانفعال، عدا الحالات التي يتدخل فيها العامل الاجتماعي والذي يتم تهيئته بالمشاعر الخاصة لمعالجة مشكل خاص، والتنظيم واضح ودائم النشاط ويشمل كل مستويات عمليات الانفعال (Campos et al., 2004)، وقد يتضمن التنظيم الانفعالي أي استراتيجية للتكيف، كما يعتمد على الاختلاف في الاستخدام عند مواجهة مواقف انفعالية، حيث أنه يمكن ان يسمح بتعديل المشاعر وإبقائها ضمن نطاق يمكن للفرد التحكم فيه حتى يتمكن من التكيف والتأقلم وحتى التعديل، فهو أسلوب للتعامل يعتمد على السياق والمواقف التي لا تكون بالضرورة مشكلات.

فالتكيف بالتنظيم الانفعالي تنفيذ لاستراتيجيات مواجهة تعزز الاستجابات المفيدة التي تزداد في الأجل القصير أو الطويل (Leahy et al., 2011)، وعليه يمكن اعتبار التنظيم الانفعالي مجموعة من الاستراتيجيات والآليات التكيفية عند مواجهة مختلف المواقف الانفعالية الذي يضم التغيرات الفسيولوجية

والسلوكية والتجريبية وفقا لشدة أثر الانفعال ليتمكن الفرد من التكيف والتأقلم مع مختلف الوضعيات والمواقف.

4- استراتيجيات التنظيم الانفعالي:

على اختلاف البحوث قدمت عديد من التعاريف للتنظيم الانفعالي وأكثرها قبولا ما قدمه، الذي يرى بأنه العمليات التي يؤثر بها الأفراد على العواطف التي لديهم، وكيف يختبرون هذه المشاعر ويعبرون عنها، وقد قام (Gross, 1998) بتحليل هذه العمليات إلى خمس مراحل من عملية توليد الانفعالات التي يمكن للأفراد فيها تنظيم انفعالاتهم وهي: اختيار الموقف "situation selection"، تعديل الموقف "situation modification"، توزيع أو نشر الانتباه "attentional deployment"، التغيير المعرفي "cognitive change"، وإعادة التقييم المعرفي "response modulation"، تجدر الإشارة أن تعريف جروس يحصر التنظيم العاطفي "في الذات" (عايش، 2019) وأقدم فيما يلي شرحا مفصلا لهذه الاستراتيجيات.

4-1 اختيار الموقف (situation sélection): استراتيجية تطلعيه استباقية تتطلب من الناس توقع كيف يمكن ان يجعلهم الموقف يشعرون قبل اتخاذ القرار، بشأن اتخاذ الموقف أو تجنبها تشمل مفاهيم التنشيط السلوكي (أي الاقتراب من المواقف التي قد تكون مجزية، وهو استراتيجية تنظيمية تركز على السابق ويتم التحريض عليها قبل الاستجابة الانفعالية (Webb et al., 2018).

وهناك العديد من الأدلة التي تثبت أن اختيار الموقف طريقة فعالة لتنظيم الانفعال، إذ يختار الأفراد المواقف لتغيير مزاجهم وفقا لعمليتين على الأقل، فيتم في الحالة الأولى حسب الحالة المختارة عند التقييم النسبي للخيارات المتاحة، حيث يختار الناس في الغالب أكثر الخيارات فائدة والتي يواجهون فيها وضعيات أكثر إيجابية، اما في الحالة الثانية فيتم اختيار الموقف من خلال العمل التمكيني المتمثل في اتخاذ القرار بشأن الانفعالات الفردية، أي أن له إجراء تنظيمي على عمليتنا الانفعالية، ويفترض أنه و بغض النظر عن الخيارات المقدمة فإن الاستجابة الانفعالية لحالتين متطابقتين قد تختلف حسب ما إذا كان قد تم اختيار الحالة ام لا (Thuillard & Dan-Glauser, 2021)، حيث أنه عند التقييم النسبي للخيارات المتاحة فإن الناس عموما يختارون أكثر الخيارات متعة في نتائجها الانفعالية، فإذا أعطي الفرد خيارات كاختيار الاتصال بصديق او القيام بالتنظيف فمن المتوقع أن يرجح الناس الخيار الأول، وقد

تزداد الاستجابة الانفعالية لحالتين متطابقتين تبعا لكونها قد اختيرت من قبل أم لا، كالأضرار للبقاء على القائمة الروتينية لدفع الفواتير دون وجود بديل آخر في حالة عدم وجود أي وسيلة أخرى تسهل عليه الدفع مثلا، فهذا سيؤدي إلى مزيد من المشاعر السلبية، مما لو كان قد وجد خيارات أخرى متاحة نتيجة لاختيار الموقف نفسه وليس نتيجة للقيمة الانفعالية الجوهرية للحالة (Thuillard & Dan-Glauser, 2021)

ومن المرجح أن تنتج الانفعالات الإيجابية من المواقف التي تكون فيها التحديات المتصورة للموقف المطروح والمهارات المتصورة للشخص في توازن تام، فلا يحتاج الناس فقط لإجراء تنبؤات دقيقة قبل الحدث حول الموقف الذي يرجح ان يجلب لهم مشاعر إيجابية بل يتصرفون وفق هذه التنبؤات (اثناء الحدث) لدخول هذا الموقف فعل(Quoidbach et al., 2015). بذلك يكون اختيار الموقف حالة استباقية يتمكن فيها الفرد من الاختيار من وضعيتين أو موقفين بما يتوافق مع الخيارات المتاحة وتقليل الأضرار المتصورة الممكنة من الموقف عامة.

4-2 تعديل الموقف (Situation modification): يتضمن تعديل أحد عناصر الموقف من أجل تعزيز أو تقليل تأثيره العاطفي في ظل هذه الحالة (Werner et al., 2011)، ويمكن ان يحدث تعديل الموقف قبل وجود أي مشكلة يجب حلها أو انفعال للتعامل معه.

ف نجد أن الافراد الذين لا يجدون حولا متوفرة للاختيار في المواقف المتعددة ، يقومون بالتفكير في تعديل الوضع بطرق يمكن أن تبقيهم هادئين ومسيطرين على الوضعيات المختلفة، فنجد مثلا أن الطلاب الجامعيين الذين يطلب منهم إجراء تغييرات فسيولوجية صغيرة لبيئتهم لضبط النفس، إذ يستخدمون تعديلات تساعدهم في التحكم بهذه المواقف، كإيقاف تشغيل الهاتف أثناء الدراسة، او تنزيل تطبيقات لمنع الوصول لمواقع الانترنت خلال فترات المراجعة (katz, 2016)، ويقوم الفرد بتعديلات على البيئة لتغيير تأثيراتها الانفعالية، كالقيام بالانتقال من قناة إلى أخرى عند مشاهدة برامج تلفزيونية من البرامج التي تعطي انفعالات سلبية إلى قنوات أخرى تعطي انطباعا أقل سلبية (Purnamaningsih, 2017).

وعلى قلة الدراسات التي بحثت تعديل الموقف إلا أننا نذكر التي التجربة التي قام بها Vujovic وآخرون عند عرضهم للصور على المشاركين، حيث وجدوا أن المشاركين حاولوا محو الصور السلبية عالية الاثارة، أكثر من الصور المنخفضة الاثارة، كما قدم "Isaacowitz" وآخرون لمجموعة من

المشاركين مجموعة من المحفزات الإيجابية والسلبية والمحايدة التي يمكنهم التفاعل معها بحرية، فكان اختيار تخطي أقسام مقاطع الفيديو كإجراء لعرض الحافز المثير للانفعال وبالتالي يعد تجنباً وتعديلاً للموقف، ويكون تعديل الوضعية لتغيير تأثيرها الانفعالي، كما يتعلق أكثر بحل المشكلات أكثر وهو يساهم في التعلم والتكيف مع الوضعيات المختلفة (Van Bockstaele et al., 2020).

وتعديل الموقف إيجازاً يندرج ضمن القيام بمجهود من أجل التعديل على موقف معين لمسايرة الوضع الراهن للفرد، من أجل الوصول إلى أقل الأضرار الممكنة من الموقف الحالي الذي يندرج ضمنه موقف الفرد من الحالة.

3-4 نشر الانتباه: attention deployment يعد استراتيجية لتنظيم الانفعال، حيث يقوم الأفراد بتنظيم مشاعرهم، من خلال تغيير تركيز الاهتمام نحو الجوانب غير الانفعالية للموقف، ويمكن أن يظهر عدد مهم من المتلازمات النفسية والعصبية ضعف في نشر الانتباه بالمقارنة مع استراتيجيات التنظيم الانفعالي الأخرى كإعادة التقييم وتعديل الاستجابة (Nuñez et al., 2020) ويعد الانتباه انتقاءً لتكييف ما نراه مناسباً لاحتياجاتنا الحالية، إذ يمكن التركيز من خلاله بشكل ضيق على المشهد الذي يشرف على الانفعال (Treisman, 2006)، ويمكن أن يحدث نشر الانتباه لطبيعة الموقف الذي يمر به الأفراد بدون أن يقترن بمكافأة (Peake et al., 2002)، كما قد يتعلق أكثر بالأسلوب المعرفي في اختيار المواقف الانفعالية (Gardner, 1961) أو بدور الذاكرة المرئية الضمنية للمشاهدات السابقة، حيث تتفاعل استمرارية المعالجة من خلال آلية الانتباه بتوجيه حركة العين والادراك البصري، إما بتسهيل نشر الانتباه اتجاه الميزات والمواقع التي تمت مراقبتها مؤخراً، أو بتأثير الذاكرة الضمنية للسياقات المرئية المحددة التي تمت تجربتها في الماضي (Chun & Nakayama, 2000).

هذا ويتم تعديل نشر الانتباه من خلال العلاقات الاجتماعية المحددة من خلال التفاعل بين الأشخاص والأشياء الأخرى، بالإضافة للتحديق فإن أجزاء الجسم الأخرى تشارك في التفاعل الاجتماعي مثل اليدين، حيث تؤثر أيضاً على الانتباه، ومثلاً على ذلك الانتباه الأولي للمنبهات في الفضاء القريب أكثر من نظام الانتباه على الآخر البعيد كما يحدث عند الانتباه في حالة وضع اليدين فوق سطح فإن الانتباه لهما يكون أكثر من المقابل له (Shen et al., 2016)

ونشر الانتباه يندرج ضمنه تشتيت الانتباه عندما يثير الضيق وتركيزه ضمن إطار تكيفي يسمح بوضع أقل ضيقاً بالمقارنة مع الوضعيات الأخرى.

4-4 التغيير المعرفي: cognitive change يشير التغيير المعرفي إلى اختيار أي من المعانيّ العديدة الممكنة المرتبطة بحالة ما، والتي تؤدي لميول الاستجابة الانفعالية بما في ذلك الميول السلوكية والتجريبية والفيزيولوجية، كما يتكون من تعديل خطوات معرفية أو تقييمات والتي يندرج ضمنها الدفاعات النفسية الكلاسيكية كالإنكار والعزلة ويمكن إدراج الميل إلى تفسير الأحداث تفسيراً إيجابياً أكثر مما هو مبرر، كما يندرج ضمنها المقارنة الاجتماعية، الامتناع المعرفي، كشكل يعاني فيه الفرد من فشل لكنه يعيد صياغته كنجح، بالإضافة إلى إعادة التقييم المعرفي الذي ينطوي على الوضع إدراكياً لتغيير تأثيره الانفعالي، والتي تساهم في التقليل من الاستجابة في حالة التعامل مع الأشخاص حيث يتعرض المشاركون للمضايقة اللفظية (Gross, 1998) وعلى سبيل المثال يمكن أن يخبر المتقدم لوظيفة ما نفسه أن المحاورين تم تدريبهم على عدم إعطاء ردود تعليقات إيجابية علنية للمشاركين، بذلك يكون إعادة تفسير أو إعادة تقييم للموقف الانفعالي أو الأهداف الشخصية (McRae & Gross, 2020)

مما يعني إعادة عرض حدث مثير للذكريات عمداً من منظور مختلف وإعادة تفسير معناه، بالتالي إعادة تغيير تأثيره الانفعالي (Urry & Gross, 2010)، عليه يمكن القول انه إعادة عرض لحدث مثير للذكريات عمداً من منظور مختلف وإعادة تغيير تأثيرها الانفعالي (Papousek et al., 2017)، بانتقاء معنى معرفي للحدث أو الموقف وبذلك يكون استخلاص الانفعال المحتمل حدوثه من ذلك الموقف وخفض أثره (سلوم، 2017)، كما يحتمل أن يكون للتغيير المعرفي أسبابه الموجودة بالفعل في الحياة المبكرة (أثناء الطفولة المبكرة ومنتصف العمر) ومنها الأسباب الجينية، القدرات المعرفية، اللياقة البدنية، إذ يعتبر ضرورياً معرفة مسارات التغيير المعرفي خلال فترات مختلفة من العمر (Conte et al., 2022)، والذي قد يكون أثره في النشاط البدني بشكل أفضل مقارنة بالتدهور المعرفي (Song et al., 2022)، كما يمكن أن تؤدي التغيرات البيئية إلى تغيير في المخططات التفسيرية والنماذج المعرفية للمعالم العامة للمعرفة، وهو ما قد يؤدي لإعادة هيكلة في النظام (Barr et al., 1992).

يمكن القول أنّ التغير انتقاء معنى محدد للموقف الانفعاليّ والتصرف وفقاً لتأثيره الانفعاليّ بعرض مختلف جوانب الحدث معرفياً وانتقاء ما يتلاءم مع التفسيرات المناسبة التي يكون لها آثار انفعاليّة أقلّ مروراً بالقيام بعدد من التغيرات والتقييمات المعرفيّة للموقف عامّة.

4-5 قمع التعبير الانفعاليّ : suppression émotion يعني التركيز على الاستجابة بكبت التعبير بمعنى أنّ الفرد يكف عن المضي في سلوكه التعبيريّ لانفعالاته في ذلك الموقف، أو يخفي العلامات والاشارات المعبرة عن انفعالاته وهدفها، الخضوع والانصياع لأوامر الجماعة، وتستعمل أثناء الموقف لمنع التعبير عن العواطف أو إخفائها حتى لا تصل الانفعالات الداخلية للفرد الاخر، أي تغيير الاستجابة الانفعاليّة بعد أن تم انشاؤها من الموقف وتغيير الاستجابات السلوكيّة لتخفيض الحدة الانفعاليّة (الصبان، 2020) وذلك بتثبيط التعبير عن الانفعالات حتى لا يتواصل الفرد مع الآخرين حول حالته الانفعالية ، الأمر يتعلق بتغيير الاستجابة الانفعاليّة بعد ظهورها ، فهذه الاستراتيجية تتدخل في وقت متأخر نسبياً في التسلسل الانفعاليّ وتقوم أولاً بتغيير الجوانب السلوكيّة لاتجاه الحركة الانفعاليّة، تعمل هذه الاستراتيجية على خفض من التعبير السلوكيّ للانفعالات السلبية والايجابية على حد سواء (أيت أعراب & زناد، 2020).

تمكن الفرد من تعديل استجابته بوجود فكرتين متعارضتين نحو موقف من المواقف التي تجذب انتباه الفرد مما يؤدي لكبت إحدى الفكرتين وتبني الفكرة التي تؤدي إلى الانفعال الإيجابي، أو التركيز على عدم إظهار تعابير انفعاليّة (محمد، 2021)

كما أنّ القمع الانفعاليّ استراتيجية تركز على الاستجابة، التي تظهر بمجرد أن تبدأ الانفعالات في التكوين، وبعد أن تتكون الميول نحو الاستجابة، ومن المتوقع أن تتطلب جهداً متكرراً لإدارة الاستجابة الانفعاليّة عند ظهورها باستمرار (الجبيلي 2021) كما يختلف الأفراد في ميلهم لقمع مشاعرهم بحيث يقوم بعض الناس بقمع انفعالاتهم أكثر من غيرهم، ويختلف عبر السياقات الاجتماعيّة، حيث يكون الناس أكثر عرضة لقمع عواطفهم وانفعالاتهم في بعض المواقف أكثر من مواقف أخرى مع التركيز في الأولوية للعلاقات الوثيقة أكثر من غيرها (Solak et al., 2021)، حيث يحتمل أن يؤدي الانخراط في القمع الانفعالي إلى تقليل الجانب العاطفي مدعوماً بدراسات تثبت أن تثبيط تعابير الوجه يضعف الإدراك السلبى للانفعالات والارتباطات العصبية المرتبط بالانفعالات السلبية كعمل اللوزة (amygdale)،

(Anderson et al., 2021) intérieure insula، كما أن تنظيم الانفعالات من خلال قمعها وتجربتها، هما عمليّن لضبط النفس يتدخلان في وقت متأخر في توليد المشاعر.

يرتبط القمع الانفعاليّ أيضاً بعواقب ضارة للأفراد المشاركين ذوي قوة التنظيم الذاتي المنخفض والعواقب الاجتماعيّة المفيدة للمشاركين ذوي القوة العالية للتنظيم، مع ضرورة الأخذ بعين الاعتبار فحص وظيفة التنظيم الانفعاليّ عبر قمع التعبير الانفعالي (Geisler & Schröder-Abé, 2015)، كما قد يؤدي لانخفاض القدرة على الانخراط بشكل فعال في ضبط النفس، فالانبساطيون مثلاً يعانون من آثار تهديد الصدمة أكثر من غيرهم من ذوي قمع التعبير الانفعاليّ المنخفض (Lawyer & Jenks, 2020).

5- التنظيم الانفعاليّ لدى مرضى السرطان:

تتشترك المناهج النظرية الحالية لفهم أسباب الضيق المستمر بعد التشخيص بالسرطان في أساس مشترك ضمن النموذج المعرفيّ، أي الرأي القائل بأن الضيق يتم الحفاظ عليه من خلال التقييم السلبي للمرض منذ البداية، ولطالما كانت الأبحاث تهدف لتحديد استراتيجيات مواجهة محددة يعتقد أنها تتوسط هذه العلاقة، فنجد أنه كان لزاماً الابتعاد عن التركيز على التكيف وحده، والاتجاه لفهم التمثلات المعرفية للأفراد والتنظيم الذاتي في المرض فيلجأ البعض لاستجابات تتسم في حالاتها المرضية بالشعور بالعجز عند الاستجابة للمشاعر كالخوف والقلق (Cook et al., 2015)

قد يؤثر تثبيط الانفعالات - سواء كانت سمة ثقافية أو خاصية شخصية - على تطور السرطان، حيث أنّ تقليل مستويات التعبير عن المشاعر، إما بقمعها أو ممارسة درجة من ضبط النفس الانفعاليّ، الذي قد ينطوي على تكلفة من حيث زيادة الضيق، لأن القمع التعبيريّ باعتباره آلية دفاعية يدرك فيها الشخص التأثير السلبي لمشاعره لكنه لا يعبر عن ذلك، كما يعد عملية تمنعه من إظهار رد فعل طبيعيّ على أحداث الحياة (Cordella & Poiani, 2014) على الرغم من ان فائدة كل استراتيجية للتنظيم الانفعاليّ قد تعتمد على الموقف، فإنّ بعض الاستراتيجيات ترتبط عموماً بنتائج أقل فائدة على المدى الطويل، وتعد إعادة التقييم المعرفيّ واحدة من أكثر الفئات التي تساهم في مواجهة العواقب الصحية السلبية كاستراتيجية تركز على السوابق، كونها ترتبط بانخفاض عدم التنظيم الفسيولوجي (Mathur et al., 2022).

يسمح التعامل من خلال النهج الانفعالي المتضمن للتعبير معالجة المشاعر والتعبير عنها بنشاط تعزيزا للصحة البدنية والحيوية ، ويمكن من تقليل التوتر خلال الأشهر الأولى من بعد التشخيص بالسرطان مقارنة بأولئك الذين يعانون من انخفاض في التعبير الانفعالي مع التقدم في العمر، والتحكم في الآخرين، ليكون التأقلم التعبيري مرتبطا بتحسين نوعية الحياة للذين يدركون أن سياقاتهم الاجتماعية متقبلة (Nerenz et al., 1982).

في حين يمكن أن يرتبط القمع التعبيري بمساهمته في الالتهاب بزيادة الاجهاد المتصور من خلال الاستجابة الدائمة للألم، حيث يظهر لنا أن الاستراتيجيات المثلى لتنظيم الانفعال بما في ذلك التعبير الانفعالي الأقل تقيدا ترتبط بتكيف أفضل لدى المرضى (Conley et al., 2016).

كما توفر دراسة سرطان الثدي ميدانا فريدا لفحص الطوارئ، إذ توضح بعض الأدلة أن استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي قد يختلف في سياق السرطان، فأظهرت بعض النتائج أن المرضى الذين تم تشخيصهم حديثا يميلون لمستويات أعلى من التهويل والقبول مقارنة مع الأصحاء (Bahrami et al., 2015)، كما أظهر مستويات أعلى من إعادة التقييم الإيجابي، لوم الذات، الاجترار، إعادة التركيز الإيجابي ، إعادة التركيز على التخطيط والقاء اللوم على الآخرين ، كما ترتبط النتائج بالضيق الانفعالي Conley et al., 2016)، (Peh et al., 2017؛ Li et al., 2015؛ Bahrami et al., 2015)، كما قد تعاني نسبة من مرضى السرطان المشخصين حديثا من القلق والاكتئاب المرتبط بكبت وقمع التعبير عن المشاعر بنتائج نفسية وعاطفية أضعف (Peh et al., 2017)، وتشير النتائج إلى أن تنظيم الانفعالات وسط مهم في المرونة النفسية لدى مرضى السرطان وقد تكون الصعوبات في التنظيم الانفعالي محورا مفيدا لخطر الضيق في التنظيم الانفعالي.

هذا وتعد دراسة تحسين استراتيجيات تعزيز التأقلم لها الفضل في تحسين القدرة على استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي الغير قادرة على التكيف وتعزيز استراتيجيات التكيف لديهم (Hamama Raz et al., 2016) وقد تؤدي تدخلات تنظيم الانفعال الجماعية والكتابة التعبيرية لتحسين جسدي ونفسي واجتماعي للمرضى الذين يعانون من أمراض طبية أو نفسية (Smyth & Arigo, 2009).

ويعد التدخل المبكر في تقييم استراتيجيات التنظيم الانفعالي معززا يقيد التحكم لدى المرضى، حيث يمكن للتدخل في تنظيم المشاعر والانفعالات أن يؤثر بشكل مفيد على التجارب الانفعالية في التنظيم

الانفعاليّ خلال السنوات الأولى بعد التشخيص بالسرطان (Cameron et al., 2007)، ويؤثر التدخل العلاجيّ بشكل أفضل في انخفاض آثار القمع التعبيريّ مع زيادة ضبط النفس في السلوك العدوانيّ والمتهور والاندفاعيّ وغير المسؤول مما يساهم في مساعدة النساء المصابات بالسرطان على أن يصبحن أكثر تعبيراً، دون عدائيّة رغم أنّها في مجموعات الإصابة بالسرطان تبدأ كسمات عامة (Hamama-Raz et al., 2016).

تلعب استراتيجيات التنظيم الانفعاليّ دوراً مهماً في الرفاه النفسي لمرضى السرطان، ودور الاخصائيين النفسانيين في الرفاه النفسي لمرضى السرطان منصب في الرعاية الصحيّة على إبطاء المزيد من الاهتمام للتجارب الإيجابية في حياتهم اليومية، وفي إيجاد أهداف جديدة ذات مغزى، مع مساعدتهم على تركيز الانتباه (Schroevvers et al., 2008)، كما يسهم تعزيز الانتباه الداخلي وتوليد التقييمات المعرفية بتوسيط نطاق الإدراك لتسهيل إعادة تقييم الشدائد والاستمتاع بالتجربة الإيجابية (Garland et al., 2015).

نلاحظ أن دراسة استراتيجيات التنظيم الانفعاليّ قد أسفرت عن نتائج متقاربة حول آلية الوصول للتكيف والتي تكون محطة النقاء لأهداف معظم الباحثين في علم الأورام السرطاني وسبل تحقيق نوعية حياة شاملة، لذلك فإننا نلاحظ تشارك في مجالات البحث حول آلية استراتيجيات التنظيم الانفعاليّ الأكثر تكيفاً، حيث تشترك بالقول أن القمع التعبيري أكثر زيادة وقابلية للضيق والاجهاد المزمن، في حين أن إعادة التقييم المعرفي أكثر تقبلاً للوضع ومعايشة للأوضاع الراهنة بالنسبة لذوي الأمراض المزمنة، رغم أننا نجد قلة في الدراسات العامّة التي تشمل الفروق في مختلف جوانب مرضى السرطان، بذلك يبقى محل الاهتمام هو البحث في أهم استراتيجيات التنظيم الانفعاليّ تكيفاً متبوعاً بعدد من البحث في استراتيجيات التنظيم الانفعاليّ الأكثر موائمة لدى مرضى السرطان.

6- التنظيم الانفعاليّ والاجهاد والصدمات:

خلصت دراسة (Foa et al. (1986)، إلى أنّ التعرض للمثيرات المجهدة يسمح بعمل استجابة جديدة للإمكانيات المثيرة للانفعال، فبدلاً من الشعور بالقلق والانزعاج من المنبهات المرتبطة بالاعتداء (الاغتصاب مثلاً) يتعلم الضحايا مجموعة من الاستجابات الجسديّة اللاإرادية المشروطة كارتفاع ضغط الدم وضربات القلب أثناء جلسات العلاج، والتي تستغرق مدة طويلة (20 دقيقة في كل مرة) -على الرغم

من أن لا فائدة تذكر من الجلسات العلاجية إذا انسحب المرضى من الجلسات- ، حيث تشير إلى ضرورة إعادة صياغة الذكريات المرتبطة بالحدث أثناء جلسات العلاج، مع التركيز على تقليل القلق هذا على غرار التحليلات التي تجرى على روايات المواضيع المختلفة للأحداث الصادمة، إذ أن أولئك الذين استفادوا من إعادة النظر للصدمة يصبحوا أقل تشبثاً وأكثر تنظيمياً في قصصهم عن الأحداث الصدمية كما يصبح لديهم تقييم أكثر إيجابية للعالم ولأنفسهم، على عكس ذلك نجد أن الرضوخ والانكسار النفسي وغياب التخطيط تؤدي إلى فعالية أقل للمنسحبين من علاج التعرض للصدمة، كما تظهر دراسات علاج التعرض السلوكي لضحايا الصدمات أن نفس الآليات تفسر فعالية إعادة التقييم المعرفي في المشاعر المؤلمة، حيث يساعد التقييم المعرفي وإعطاء معنى، مع إعادة صياغة المشكلات للحدث في بناء بعض الاستجابات الفسيولوجية الجديدة للمواد المثيرة للذكريات، والذي قد يقلل من التوتر النفسي (Littrell, 2009).

هذا وتعتبر التعبيرات الانفعالية قواعد للتفاعل الاجتماعي، إذ ترتبط تعابير الوجه والأصوات وأنماط الحركة الجسدية والنظرات والإيماءات واللمس كتهديئة الطفل المنكوب، والمغازلة، والتفاعل الجنسي، ولعب الأشقاء الصغار، المواجهة العدوانية بين المنافسين، صراعات الوضعيات في المجموعات تؤدي إلى استنتاجات منبهة واستجابات سلوكية في الآخر، مما يتطلب تغيير مستويات التحليل، والنظر لتعبيرات الأفراد الانفعالية على مستوى الجماعة، كما يحدث في دراسات التقليد، حيث أن التفاعل مع ابتسامة الآخرين في غضون أجزاء من الثانية تطلق العمليات العصبية التي تدفع الإدراك إلى البحث عن المزيد من المعلومات حول المبتسم من خلال التواصل البصري والذي بدوره يستحضر مشاعر المتعة والسلوك المحاكي، وتجربة المشاعر الإيجابية ومقاربة السلوك، على النقيض من ذلك يؤدي التفاعل مع المثيرات السلبية كالابتسامات الفخورة المهيمنة إلى بحث معلومات أكثر تشدداً عن الابتسام، جنباً لجنب مع التنشيط العصبي الذي يؤدي للشعور بالتهديد التجنبي، هذا يعني أن التعبيرات الانفعالية تنسق التفاعل وفقاً لتوفر المعلومات المهمة ذات صلة بالإدراك، وتكون مفيدة في توجيه السلوك اللاحق، إضافة لدرجة القوة في الاستثارة، كما تشير التعبيرات الانفعالية أيضاً إلى جدارة ثقة العميل في المثيرات المختلفة (Keltner, 2016)، وعلى الرغم من استمرار الدراسات لمدة طويلة في مجال البحث عن طبيعة الانفعال في مختلف المجالات - انطلاقاً من دراسات داروين إلى الآن - إلا أن النتائج فيها متعلقة بالعديد من المشكلات والتي يعتمد فيها على دراسات الحالات المفردة والتي يتم اعتماد قدرة الأفراد فيها على ترميز

مشاعرهم ومحاولة تقريب بعض الحالات الانفعالية أثناء تأدية الاختبارات للعملاء واختبار أدائهم أثناء تلك المشاعر مما يسمح بتمييز ميثاق الانفعالات المختلفة، بالتالي يتم التعرف على حركات الجسم ومواقفها التي لا تعكس فقط كمية المشاعر ولكن أيضا نوعيتها بواسطة تشفير المعلومات المختلفة أثناء تطبيق الاختبارات والتي تدل على تمييز فئات مختلفة من الفئات الوظيفية للمتلاعبين بالذات وقدرة الأفراد التي يشاع فيها أنها فرحة يليها غضب ساخط، ثم نشاط حركي أقل إلى حد ما مما يحدث أثناء اليأس والاهتمام والعار والغضب بالنسبة لأنشطة الحركة المفعمة، ويبقى نشاط الحركة أقل كلما تعلق بالخوف والفخر والاشمئزاز (Wallbott,1998)

يمكن اعتبار فهم المعالجين النفسيين للمشاعر وطبيعة الانفعالات للمرضى ومصادرها، مقتصرًا في محاولة فهم كيفية استجابة الأفراد لمختلف الحوادث، مما يساعد في فعالية أعم للعلاج النفسي، والذي يمكن أن تتجر عنها آثار نفسية مفيدة من خلال هذا الفهم، سواء بتعليم المرضى وتغيير سلوكهم، وذلك بالتعمق في لا عقلانية المخاوف والأعراض، أو بتدريبهم على مواجهة مخاوفهم والتغلب عليها، والتي تكون مترافقة بمراقبة التغيرات الانفعالية في مختلف الوضعيات، كما يحدث في علاج الصدمات، إذ يعتبر مهما تقليل أعراض الصدمة من خلال التغلب على حالات الجمود التي ترافقها، وما تتضمنه من مخاوف المضي قدما، إضافة لتعزيز ثقتهم بمن حولهم، وهو ما يركز عليه المعالج سواء بالتعاطف أو التركيز على مشاعر المريض بالتفكير الذهني أو بإظهار المشاعر المرتبطة بالأحداث المختلفة التي ترتبط عموما بانفعالات مختلفة (Gersons, 2013)

ثانيا: اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

تمهيد:

يعاني مرض السرطان من أزمات نفسية كثيرة، قد يكون من بينها الصدمات النفسية، التي يترافق ظهورها مع عديد من الاضطرابات ومنها اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، نظرا لارتباطه الشديد بحيثياتها، مما يتطلب إعطاء لمحات عن هذا الاضطراب، وآثاره، وارتباطه بمرض السرطان، لذلك جاء الهدف من الفصل التالي توضيح أساسيات متعلقة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، حيث يقترن بالصدمة النفسية، وهو ما ندرجه ببداية هذا الفصل، ثم التطرق لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة بتعريفه والنظريات المفسرة للاضطراب، ثم التطرق لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، مما قد يسمح لنا بتشكيل صورة كاملة عن الاضطراب كما يتم إدراجه في هذا الفصل.

1- الصدمة النفسية:

لا يوجد تعريف موحد للصدمة النفسية إلا أننا نجد في الحقب الماضية تغير المصطلح على مدى سنوات، إذ نجد أنها تجمع على أنها مثل الصدمة الجسدية وتعني حدوث إصابة تؤذي الروح البشرية وتؤدي إلى جرح، إلى غاية سنة 1991م حيث قدمت منظمة الصحة العالمية تعريفا للصدمة: بأنها حدث قصير أو طويل الأجل، أو حدوث تهديد غير عادي بأبعاد كارثية من شأنها أن تسبب اليأس العميق لدى الجميع تقريبا. حيث تتمايز الحالة بالتباين بين الذات بتعرضه أو غيره للتهديد، فلا تقتصر فقط على تعرضه للتهديد بل حتى الخوف من الخطر على حياة الآخرين كمراقبة العنف، كما يمكن أن تحدث نتيجة للخسارة المفاجئة (Eibl-Eibesfeldt, 1970; Pausch & Matten).

كما تعرف في معجم أكسفورد 1989، بأنها هزة عاطفية ناتجة عن حادثة مؤلمة، تؤدي أحيانا إلى العصاب، وتنتج عن أسباب متعددة فقد تكون ناتجة عن أسباب متعلقة بالطبيعة كالبراكين والزلازل والفيضانات، أو تكون من صنع الانسان كالحروب والعنف والعمليات الجراحية والحروق والتشوهات والإعاقات، وتكون مباشرة عايشها الانسان بنفسه او غير مباشرة كالتى سمع بها على سبيل المثال (Dictionary, 1989)

ويعرف لابلانز ونونتاليس (2011) الصدمة على أنها : حدث في حياة الذات، يتحدد بشدته، وبالعجز الذي تجد الذات فيه نفسها عن الاستجابة الملائمة حياله، وبما يثير في التنظيم النفسي من اضطراب وآثار دائمة مولدة للمرض (بونتاليس & لابلانز, 2011)، تتصف الصدمة من الناحية الاقتصادية، بفيض من الاثار تكون مفرطة، بالنسبة إلى طاقة الذات على الاحتمال وبالنسبة إلى كفاءتها في السيطرة على هذه الاثار وإرصانها نفسيا، حيث يجربنا هذا التعريف لا محالة إلى مفهوم اقتصادي حيث يقول فرويد : نطلق تسمية صدمة إلى تجربة معاشة تحمل معها -الحياة النفسية- وخلال وقت قصير نسبيا ، زيادة كبيرة جدا في الاثارة لدرجة ان تصفيتها أو ارصانها بالوسائل السوية والمألوفة تنتهي بالفشل ، ، مما يحمل معه لا محالة اضطرابات دائمة في قيام الطاقة الحيوية بوظيفتها "والذي يؤدي إلى فيض الاثارة (Laplanche et al., 1997)

وتعرفها إدارة خدمات إساءة استخدام العقاقير والصحة العقلية (SAMHSA) بأنها حدث أو مجموعة من الظروف التي تم اعتبارها باعتبارها ضارة مع استمرار الآثار السلبية العاطفية والجسدية والروحية والاجتماعية والعقلية ، ويكون الحدث مزعجا ، كتجربة شخصية ذو تأثير سلبي على أداء الفرد (Rich & Garza, 2022)

و جدير بالذكر أن هناك أنواع من أسباب الصدمات منها صدمات الوضعيات (traumatic situation) وتعني حدوث ضغط مفاجئ غير متوقع محدود بالزمان والمكان ، و صدمة العمليات (process trauma) كالاتمرار بالتعرض لضغوط دائمة لمدة طويلة مثل الحروب والاعتداء الجسدي أو النفسي (Shaw, 2000). حيث تشمل صدمات العوامل النفسية على التأثيرات النفسية والاجتماعية والاقتصادية المتعددة الأبعاد، والتي تشمل عدة مجالات كالحالة المزاجية من قلق واكتئاب وعوامل اجتماعية واقتصادية تتمثل في التعليم، والعمل، والدين، والعرق، والأسرة، والسماوات الجسدية، والعلاقة مع الآخرين، والتغير في الأدوار الشخصية والحالة، والتي تختلف باختلاف الأفراد مع إمكانية إحداثها لتأثيرات واضطرابات نفسية وجسدية (Suzuki & Takei, 2013)، حيث نشير إليها بحدوث بعض التغيرات الفسيولوجية على مستوى اللوزة "amygdale" عند وجود مخاوف اشتراطية في التجارب على الفئران مع وجود حالات كالعجز في الذاكرة ، مما يدل على دلالة تأثيرات فسيولوجية للضغوط والصدمات (Goldstein & Stoller, 1981) حيث أنه يلاحظ وجود أثر للعوامل الخاصة بمختلف الأحداث على

مختلف الصدمات أكثر منه فيما يتعلق بكونها ناتجة عن فروق فردية كاختلاف الجنس وغيره (Freedman et al., 2002).

2- أنواع الصدمات: تختلف الصدمة النفسية باختلاف تصنيفاتها إلى:

1-2 صدمات الحياة: يقصد بصدمات الحياة كل تجارب الحياة التي يمر بها الفرد أو الأحداث التي يتعرض لها سواء كانت بسيطة أو عنيفة، وإن كانت كذلك فتسبب له صدمة نفسية وهي أنواع:

2-2 صدمات الطفولة حيث يتأثر ملايين الأطفال بالاعتداء الجسدي والجنسي والكوارث الطبيعية والتكنولوجية وحوادث النقل والإجراءات الطبية والتعرض للعنف المجتمعي والعنف في المنزل والاعتداء والإرهاب ، التي غالبا ما تكون آثارها الانفعالية والعاطفية غير مقدرة وبالتالي لا يتم علاجها عند غالبية الأطفال (Lubit et al., 2003)، كأن يشاهد الطفل أمامه أعمال العنف والقتل والدم، أو الانفصال عن الأبوين بسبب أعمال الحرب والعنف ، أو الإصابة الجسدية والاعاقة ، أو تعرضه للتهديد بالقتل أو خطفه أو اعتقاله وضربه، أو الاعتداء الجنسي قبل سن الخامسة عشر، أو التعرض لمواد خطيرة أو لمرض خبيث وما يترتب على ذلك من تدخلات جراحية وعلاجية معقدة (فرينه, 2011)

2-3 الصدمة الناتجة عن معاشة حدث : تكون ناتجة عن صدمات عنيفة طبيعية خارجة عن نطاق الفرد كالزلازل الحرائق الفيضانات... وقد تكون بفعل الانسان كالحروب وأعمال العنف وحوادث المرور (عبدلايدوم, 2016).

وقد بين (Organization, 1992)، معايير الصدمة فيما يلي : أنها حدث أو سلسلة من الأحداث ذات تهديد استثنائي أو أبعاد كارثية، أما (American Psychiatric Association, 2013) فيصفها بأنها المواجهة مع الموت الفعلي أو الوشيك أو الإصابة الخطيرة أو العنف الجنسي إضافة إلى التجارب الأخرى، التي يمكن وصفها بالعامّة ، كونها صدمة شخصية (التوقعات المخيبة للأمال ، تفكك العلاقة) إلا أنها لا تف بمعيار الصدمة الذي يركز على الموت أو الخطر (Maercker & Augsburger, 2022)

3- تطور دراسة الصدمة:

ابتداء من قصة المحارب الأثيني الذي ذكره هيرودوتس الذي أصيب بالعمى نتيجة مواجهته المفاجأة للعدو الذي جعله يحس بأنه عل وشك الموت ، وحتى دراسات ابن سينا دراسة العصاب الصدمي لدى المرضى لم تبدأ إلا مع "Oppenheim" إذ له الفضل في عزل وتمييز هذا العصاب بوصفه يخلف آثارا نفسية ناجمة عن الرعب المصاحب لحادثة من حوادث القطار ، وهو رأي لطالما عارضه "Charcot" الذي لم ير في تلك الأعراض إلا أنواعا للهستيريا ، في رأي يتفق عليه كل من "Janet" و "Freud" (النايلسي, 1991)، إذ تناول فرويد عصاب الحرب الذي قدمه Honigmann سنة 1907 للحديث عن الصدمات النفسية جراء الحروب ، على أنها انكسار واسع لصناد الاثارات ، وغياب عامل القلق كإنداز بالخطر بفعل الغيلة، مما يؤدي إلى فقدان النجدة في أجزاء الأنا، وهنا يستجيب المصدوم بالذعر بدل القلق، وفي سبيل تطوير البحث في مجال الصدمة قدم "Frenzy" مساهمة قيمة حيث أشار للصدمة الموضوعية ، كمحاولة منه للفت الانتباه نحو الصدمة الخارجية ، كما يرى أن الصدمة تكون نفسية أو جسدية (زقار & زقور, 2019).

واستمرت البحوث إلى غاية نهاية الحرب العالمية الثانية، حيث عمل الأطباء النفسيون العسكريون الأمريكيون، خاصة في فيتنام على تأسيس مراكز متقدمة للتدخل المبكر، وفي ماي 1972 دق الطبيب والمحلل النفسي Shatan ناقوس الخطر من خلال عمله على تعريف كل من المختصين في الصحة العقلية والجمهور العريض بالتواجد والتواتر الكبير ل (متلازمات ما بعد حرب الفيتنام) (مناني, 2016) كما عدل بواسطة الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض العقلية في طبعته الأولى، إذ وضع للاضطراب ترميز ب. CODE 000-X81.

4- اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

تم الاستدلال أن التجارب المدنية والعسكرية يمكن أن تسبب اضطراب ما بعد الصدمة ، حيث تم توصيفه على أنه رد فعل قصير وليس اضطرابا طويل الأمد ، حيث تجبر زملة الضغط الشديد الأشخاص على استخدام أنماط راسخة من ردود الفعل للتعامل مع الخوف الساحق والتي تختلف عن تلك الخاصة بالعصاب والذهان بشكل رئيس يتعلق بالتاريخ السريري ، وقابلية رد الفعل ، كما اعتبر المصطلح تشخيصا مؤقتا فقط حتى يتم انشاء تشخيص أكثر تحديدا (Association et al., 1952)، والذي تم

إدراج نوعين فرعيين من اضطراباته وفقا للنسخة الثانية من الدليل حيث تتمثل في الاضطراب الضغط ما بعد الصدمة الحاد في غضون أقل من 6 أشهر والمزمن متعلقة بمدة 6 أشهر وأكثر ، ويتم التعرف عليه على أنه يحدث لدى شخص يعاني من اضطراب عقلي موجود مسبقا كالاكتئاب من لهجة الاكتئاب والمتجلية في الشكاوى العدائية والايماءات الانتحارية ، إضافة إلى الخوف المرتبط بالقتال العسكري والذي يتجلى في الارتعاش والركض والاختباء ، كما تتعلق بالاستجابات الخاطئة والتي تكون تقريبية على الأسئلة،(American Psychiatric Associations Committee on & Statistics, 1968) تم إحداث تغييرات سارية في النسخة الثالثة بحيث تعد سمته الأساسية هي تطور الأعراض المميزة بعد حدث مؤلم نفسيا خارج نطاق التجربة البشرية المعتادة ، وتشمل الأعراض المميزة إعادة التجربة للحدث ومجموعة متنوعة من الأعراض اللاإرادية أو المضطربة أو المعرفية ، كما يثير الإجهاد الناتج الضيق الذي يكون في حالة حادة أو مزمنة ، ويمكن إحضار التجارب المؤلمة عن طريق الذكريات المتكررة أو الأحلام المزعجة ، كما يكون حالات للانفصال الاجتماعي ، مع انفصال عن العالم أين تتم استعادة الحادث بما يعرف بالتخدير النفسي، مع فقدان الرغبة بممارسة الأنشطة المعتادة ، إضافة لليقظة المفرطة والاستجابة المبالغ فيها(Association & DSM-IV., 1994) ، مع ضعف في الذاكرة أو صعوبة في تركيز المهام أو إنجازها ، والتي قد تترافق عن بعض الحالات مع الاكتئاب أو القلق ، وتشتمل التغير في نمط الحياة أو الإقامة ، وتظهر هذه الأعراض مباشرة بعد الحدث أو بعد فترة الكمون لأشهر أو سنوات بعد الصدمة ، كما تؤثر مضاعفاتها على كل جانب من جوانب الحياة

استمرت التعديلات التي أجريت على الدليل الرابع في نسخته المعدلة سنة (-Association & DSM-IV., 1994) لتضمن أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة فيه ما يلي :

A- تعرض الشخص لحادث رضخي بأنّ يخبر بنفسه التهديد أو تهديد سلامته مع وجود استجابة الخوف

B- استعادة خبرة الحدث بذكرات مزعجة، أو التصرف أو الشعور بأن الحدث يعاد، والشعور بضائقة نفسية عند التعرض لإشارات داخلية أو خارجية

C- التجنب المستديم للمثيرات المصاحبة numbing الاستجابة العامة، التي تشمل إما جهودا لتجنب الأفكار أو الأحاسيس المصاحبة للضغط، تجنب الأنشطة والأماكن والأشخاص، العجز

عن تذكر جوانب من الحدث، انخفاض الاهتمام أو المشاركة في أنشطته المهمة، الشعور بالانفصال، تضيق المجال الوجداني، الإحساس بقصر النظر في المستقبل.

D- أعراض مستديمة من ازدياد الإثارة واليقظة arousal، صعوبة الولوج في النوم، استثارة أو انفجارات غضب، صعوبة تركيز، فرط التيقظ واستجابة إجمال مبالغ فيها.

F- يسبب الاضطراب ضائقة مهمة سريريا أو اختلالا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات هامة أخرى من الأداء الوظيفي.

يذكر أنه يجب أن تكون مدة الاعراض لأكثر من شهر حيث يكون حادا إذا كانت مدة الأعراض أقل من 3 أشهر ومزمنًا إذا كانت مدة الأعراض أكثر من 3 أشهر.

تشير النتائج إلى أن ما يقارب ثلثي الشباب قد تعرضوا لحدث مؤلم واحد على الأقل في حوالي سن السادسة عشر من العمر، وهذا يعد أمرا محزنا، كون التعرض لحدث مؤلم قد يؤدي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

في كثير من الأحيان، لا يتم استخدام اضطراب ما بعد الصدمة كمصطلح، ولكن بالأحرى اضطراب الصدمة، رغم ان اضطراب الصدمة أوسع وأشمل بكثير، ويتضمن نطاقا بكثير من الأعراض والمتلازمات والاضطرابات وردود الفعل على الأحداث الصادمة، وعادة لا تكون هي السبب الوحيد، بل تكون عامل خطر، واضطراب الضغط ما بعد الصدمة شكل محدد من أشكالها، أي أنه رد فعل الاجهاد الحاد واضطراب في التكيف وتغيير الشخصية المستمر بعد الإجهاد الشديد.

أما الصدمات النفسية تحدث غالبا وعلى مدى فترة طويلة من الزمن، وتبدأ في وقت مبكر جدا من حياة الشخص المصاب، وتحتوي على مستوى عال من العنف، وغالبا تؤدي لعواقب تتجاوز اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والتي نذكر منها الاضطرابات الانفصالية، واضطراب الألم الجسدي، واضطراب الهوية الانفصامية، واضطرابات أخرى للشخصية، إضافة لاضطرابات الأكل والاضطرابات الانفعالية (Pausch & Matten, 2022).

اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يعد فئة من فئات اضطراب القلق ، حيث يعقب تعرض الفرد لحدث ضاغط نفسي أو جسدي ، غير عادي، في بعض الأحيان بعد التعرض له مباشرة، وفي أحيان أخرى ليس قبل ثلاثة أشهر أو أكثر بعد التعرض لتلك الضغوط (عزاز & لموشي, 2019)

وتم تصنيفه في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس (APA, 2013) على انه أحد الاضطرابات المرتبطة بالصددمات والتوتر، وتشمل معاييرها أن يشهد الشخص على الحدث المؤلم بالتعرض الفعلي كالتهديد بالقتل أو إصابة خطيرة، أو عنف جنسي أو جسدي، ويمكن أن يكون هذا التعرض مباشرا أو غير مباشر أي بالتعرض الفعلي أو مشاهدة حدث أو تعرض صديق مقرب للصدمة ، مع وجود أعراض تداخلية كالكوابيس المزعجة أو تذكر أحداث ماضية ، وتجنب التذكير بالحدث الصادم ، زيادة المخاطر والعدوانية والتأثر السلبي (Fournier & Verona, 2022).

وهو اضطراب يتطور نتيجة التعرض لتجارب مؤلمة للغاية، ويتميز باستجابات خوف غير مناسبة للمنبهات المرتبطة بتلك التجارب (Posttraumatic Stress Disorder," 2015)، فهذه حالة عاطفية أو مرض ناتج عن تجارب مخيفة أو مهددة للحياة، حيث تعاد باستمرار تجربة الأحداث المؤلمة بطريقة ما ويميلون إلى تجنب جميع الأماكن والأشخاص المرتبطين بتلك الأحداث ، كما يكونون حساسين جدا لتجارب الحياة الطبيعية (فرط النشاط) وقد تم تشخيصه الرسمي كاضطراب سنة 1983 وتختلف الإصابة به بين الأفراد، إذ يتراوح بين 7-8% من الناس في الولايات المتحدة الأمريكية ، في حين يزداد انتشاره بين القدامى المحاربين وضحايا الاغتصاب إذ يتراوح بين 10 - 30% كما أنه قد يكون أكثر شيوعا لدى النساء أكثر من الرجال وتتميز بثلاث مجموعات من الأعراض التي قد يعاني منها الأشخاص بعد التعرض لصدمة : إعادة التجربة على سبيل المثال (الكوابيس ، الأفكار المؤلمة) التجنب HyberArousel كعدم التحدث عن الصدمة أو تجنب الأماكن التي تشبه الحدث (وتعريف الحدث كاليقظة بشكل مفرط من المناطق المحيطة) كما يتضمن ضرورة للتشخيص وجود رد فعل للشخص تجاه الحدث بالخوف الشديد أو العجز أو الرعب

كما يدرج الدليل الخامس التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم ، الذي يشتمل على عدم القدرة على تذكر جانب من الحادث الصادم ، أو معتقدات سلبية ، إضافة للمدركات الثابتة والمشوهة ، الحالة العاطفية السلبية المستمرة ، تضائل بشكل ملحوظ للاهتمام في الأنشطة الهامة

، مشاعر النفور والانفصال عن الآخر ، عدم القدرة على اختبار المشاعر، كما يتضمنه محور خامسا يتضمن على تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث ، والذي يشمل على التهور أو السلوك العدواني تجاه الذات ، التيقظ المبالغ فيه ، استجابة الاجفال ، إضافة لمشاكل التركيز واضطرابات النوم ، هذا مع استمرارية الأعراض لأكثر من شهر وعدم التشخيص باضطراب آخر ترجع إليه الأعراض سألقة الذكر (Preedy & Watson, 2010).

5- التفسيرات النظرية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة

1-5 التفسير البيولوجي:

من خلال تبيان الأسباب التي تظهر على النماذج الحيوانية المعدة للتجارب ، سواء من خلال العلاجات النفسية الدوائية ، كاستعمالات مثبطات السيروتونين الانتقائية البيولوجية ، حيث تشير بعض الدلائل الناشئة إلى أن عددا من العوامل البيولوجية التي تورطت في تطور الاضطراب كإشارات الالتهابية المتغيرة أو زيادة تفاعل اللوزة ، وعلى الرغم من وجود عوامل ثابتة تميز سببية الاضطراب عن باقي المسببات الأخرى، كونه يتشارك في كثير من أعراضه مع الاكتئاب ، حيث يشتركان في ربط الاضطرابين بخلل في تنظيم محور تحت المهاد Hypothalamyc - الغدة النخامية-Petutary gland- الكظرية Adrenal، في حين أن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مرتبط بتركيز أقل من بلازما الكورتيزول ، لذلك يفترض أن يؤدي لتعزيز ردود فعل سلبية للقشريات السكرية ونقص القشرية (Schöner et al., 2017)، كما يعزز الاضطراب التداخلات المرضية الوراثية ، وسمات الشخصية ، إضافة للتحقيق في معالم نظام ما تحت المهاد والغدة النخامية - الغدة الكظرية ودراسات الاستفزاز ونظام الأفيون الداخلي (Bronisch, 1997)

ربما يكون الاكتشاف البيولوجي الأكثر تكرارا في اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بمعدل ضربات القلب ، إذ من المحتمل أن يعكس معدل ضربات القلب المرتفع للاستجابة للنگمات الصاخبة المفاجئة حساسية مكتسبة للجهاز العصبي ، كما تعد الأحجام المتضائلة للحصين والقشرة الحزامية الامامية أكثر نتائج التشريح العصبي تكرارا في المرضى الذين يعانون من الاضطراب ، كما أن الضعف الموجود مسبقا والسمية العصبية كأصول لانخفاض حجم الدماغ، على أنه من المبالغة القول بأن الاجهاد يضر الدماغ

ولكن يسهم في تغيير حجمه، مع احتساب دور عدد من الناقلات العصبية وعوامل الغدد الصماء العصبية للتأثير على مخاطر الاضطراب ولامحها وأعراضها (Pitman et al., 2012).

حيث بين (Davidson , Roth ,new Man1991) من خلال التجارب الصدمية على الحيوانات أن الخبرات الصدمية مؤداها استنفاد السيروتونين (Serotonergic Depletion) مما يزيد من سلوكيات الاندفاعية والغضب وكذا العنف والتهيج التي تعود على اختلال وظائف السيروتونين حيث يؤدي علاج اختلاله بعقار الفليوكسيتين (fluoxetine) إلى فاعلية العلاجات الطبية لأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (عرعار, 2015)،

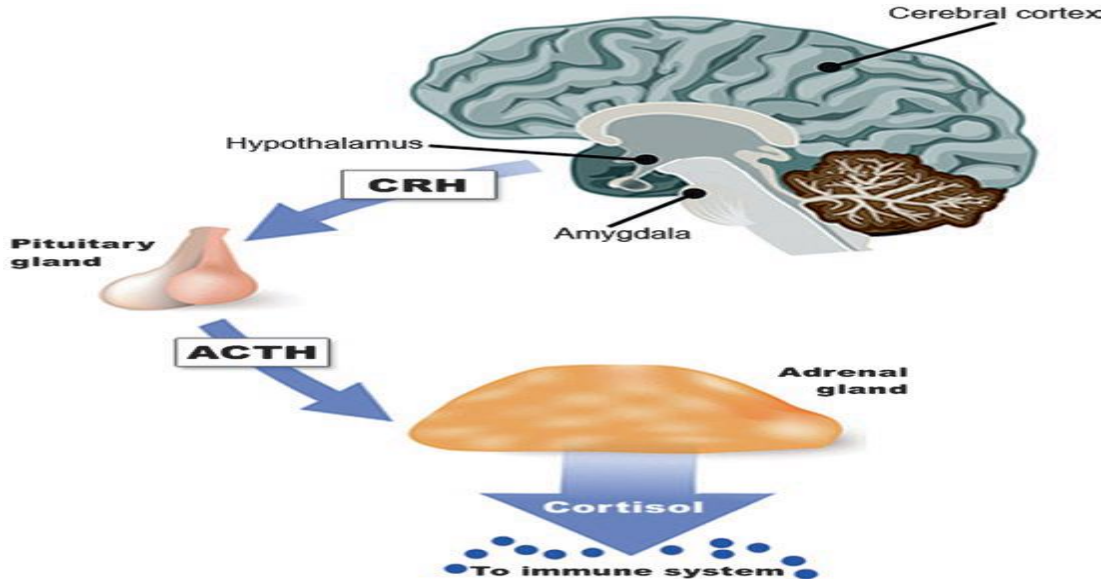
هذا ولا يزال علم الأدوية النفسية الفورية وما بعد الفورية، لم يتناول الكثير من الأبحاث عن دراسات الصدمة، في التخفيض أو التحكم في المستوى العالي والمطول من الظواهر المفرطة أو فرط الحساسية لمحور الغدة النخامية تحت المهاد ، من أجل أن يسهم في راحة الفرد ، ويشارك في الوقاية من اضطراب من بعد الصدمة ، كما أننا ننظر في الاحتمالات الدوائية الحالية بدور البنزوديازيبينات التي لها دور مهم، إضافة لاحتمالية فاعلية أدوية أخرى كمضادات الأدرينالية ومزيلات القلق إضافة ل هرمون السيروتونين أو مضادات الاختلاج أو عوامل NMDA أو مضادات NPY أو CRF الأخرى GABA في ضوء الاضطراب (Ducrocq & Vaiva, 2005).

يقدم علم الأعصاب السريري الآن مساهمة كبيرة ومفيدة لعلاج وتشخيص أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ، حيث أن الأعراض لها العديد من السمات المتداخلة سواء من ناحية عرضية أو بيولوجية ، حيث سلط الضوء على التقدم في فهم البيولوجيا الأساسية للاضطراب باستخدام أدوات الأعصاب وتصوير الأعصاب ، وهذا التقدم يوضح أن القطبية القديمة بين الأساس الجسدي والعاطفة، هي طريقة عتيقة في التفكير لم تعد مقيدة في القرن الحادي والعشرين، فاضطراب ضغط ما بعد الصدمة لا يمكن تقييمه على أنه نفسي بحث أو ملاذ للمتمرضين ، بل كما تم توضيحه بكونه ذو تأثيرات بيولوجية عصبية ، يمكن الآن تصور تأثيراتها وقياسها في الدماغ الحي لحد ما (Andreasen, 2022).

ويدرج استشعار حواسنا للخطر، تخصيص إشارات للوزة AMYGDALه للكشف عن التهديد غير الطوعي الذي ينتظر منه حدوث تفرقة عن التهديد الطوعي الذي يستثير القشرة الأمامية للدماغ، مع غياب الوعي

الشكل رقم 1

يمثل آلية عمل اللوزة amygdale وتأثيرها على الجهاز العصبي



يؤدي تنشيط اللوزة لتنشيط مجالات أخرى منها تحت المهاد الذي يتحكم في الجهاز العصبي اللاإرادي والوظائف الجسدية، الغدة النخامية، الغدة الكظرية، محور HPA وهو نظام استجابة تتأثر فيه مستويات الكورتيزول عبر الاستجابات العصبية للتوتر، يتم تعديل التنشيط تحت المهاد لمحور HPA من خلال مجموعة متنوعة من أنظمة إشارات الدماغ وخاصة الناقلات العصبية، والتي عادة ما تعد للاستجابة للإجهاد، وسرعان ما تعود لحالتها الطبيعية، وتحت المهاد يقوم بإرسال إشارات إلى الغدة الكظرية التي تطلق هرمونات الإجهاد كالألبينيفرين والنورأبينيفرين والكورتيزول مما يخلق تغذية راجعة لتحت المهاد، والذي يكون له عادة أثر في الحالة المزاجية والأداء المادي، حيث أن إطلاق هذه الإفرازات يفيد في إدارة المواقف المجهدة لمدى قصير فقط، كونه يسبب في إضعاف الجسم وحصول التهابات على المستويين الجسدي والنفسي. (Greenberg, 2020)

مع واسع النظر في القصور الذي تقع فيه علوم البيولوجيا والأعصاب، إذ لم يتمكن العلم الحديث من تطوير آليات تقيس بشكل دقيق آليات عمل الجهاز العصبي والبيولوجيا المتقدمة، لفهم طبيعة حدوث أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، كما ينم عن نقص في الفهم الكلي لطبيعة حدوث الاضطراب باختلاف مختلف المتغيرات الأخرى التي تسهم في تحديد أسباب الاضطراب الفعلية.

5-2 النظريات النفسية:

وجدت العديد من النظريات المتعلقة بالفهم العام الذي يمكن أن يستمد منه فهم آلية حدوث اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المتعلقة بالتكيف والتعلم الكلاسيكية، بالإضافة إلى النظريات السابقة كالتحليلية، والمعرفية وحتى النظريات الاندماجية ويمكن أن يتم ايجاز تلك النظريات فيما يلي:

5-2-1 النظرية التحليلية: يقول JANET 1892 من حيث الجوهر: مهما كان أصل الحدث الذي ظهرت بعده المشاكل كفقْدان الحب والاعتصاب والحوادث هناك دور أساسي للمشاعر المرتبط بهذا الحدث ، والذكريات والمرتبطة به ، في توجه يسانده فرويد بتقريره ان محددات عصاب الحرب، تتجم عنها اضطرابات حركية، وهو نفس ما يذهب إليه FRIENZY كون عصابات الحرب محاكاة تسعى لترك القتال أو الحصول على معاش تقاعدي ، حيث يشير إلى المسببات الجنسية ، مع ملاحظة الأعراض الجسدية المعروفة بالفعل، واضطرابات الشخصية كالتهييج وعدم التسامح مع الذات والاستياء ونوبات الغضب، ويقول أن هذه الاضطرابات ترجع إلى فرط حساسية الذات ، فقْدان الموضوع ،أخذ الحدث اهتمامه ورغبته لإعادتها إلى الذات (Bertrand, 2002).

من هذا المنطلق ركزت النظرية التحليلية على الاضطراب من ناحية بدايته بوقوع حدث محدد يتم به بداية التعرف وظهور الأعراض النفسية ، السلوكية والفيزيولوجية ، التي تمثل هذه الزملة، حيث يقوم التحليليون بالتركيز على الخبرات الصادمة التي تقوم بإعادة تنشيط الصراعات الكامنة التي ترجع جذورها إلى الطفولة، ويرون أنها تتعلق بالفشل في أحداث تكامل بين الصدمة ومفهوم الفرد عن ذاته، ومعنى الحياة ، كما يعبر الصراع بين المعلومات الداخلية والخارجية عن نفسه من خلال الميكانزمات الدفاعية ، ومنها التجنب ، والأعراض الأخرى الاقْتِمامية (عواجة, 2016)

قد تحدث بدايات الاضطراب بعد أشهر أو سنوات من تعرض الفرد لحدث صدمي، وقد عد فرويد صدمة الميلاد وما يصاحبها من إحساس الوليد بالاختناق بأنها تجربة القلق الأولى في حياة الانسان، بذلك تنصب فكرة التحليليين على أن الصدمة تنجر عن أحداث صدمية تمتد لخبرات طفولة صادمة.

هذا وتعتبر النظرة التي قدمها التحليل النفسي لتفسير الاضطراب نظرة قاصرة، كونها لم تعطِ فعلا تفسيراً منطقياً لفهم الاضطراب لذلك وجدت كبديل لها نظريات أكثر دقة لمحاولة فهم وتفسير الاضطراب ، من زوايا مختلفة (مجيد, 2011).

حيث ركزت العديد من النظريات المبكرة المتعلقة بتطور اضطراب ما بعد الصدمة على نظرية التكيف والتعلم الكلاسيكي، وتطبيق نموذج متطابق قريباً مع الأخرى الأكثر استخداماً لوصف وتطوير وصيانة الرهاب ، وتبقى هذه النماذج ببساطتها مفيدة كونها تعبر عن تحفيز غير مشروط في حدوث الاضطراب، وهذه الاستجابة الملاحظة تؤدي إلى ذكريات مؤلمة ، وتصبح تحفيزات شرطية تثير استجابة خوف شرطي ، كالشخص الذي يتورط في حادث سيارة خطير بسيارة بيضاء ، قد يمثل اللون الأبيض لديه استجابة شرطية ممثلة بالخوف والفرع ، أي أنها تؤدي دوماً إلى تعزيز الحالة المرضية من خلال ضائقة شديدة عند تذكر أجزاء من الحدث (Bisson, 2009)

5-2-2 النمذج السلوكي:

يذهب السلوكيون إلى القول بأهمية التعلم بنوعيه (الاشراط الكلاسيكي والاشراط الإجرائي) من ناحية تحديد السواء واللاسواء بحيث يخضعونه للتعلم ، ويدرج الاشرط الكلاسيكي وجود حدث صادم للتسبب في استجابة خوف شرطية لتنبئه طبيعي غير مشروط ، ينجر عنه خوف ناجم عن تنبيه مرتبط بحادث صدمي ، يدفع الفرد إلى التعلم التجنبي الذي يفضي من ثم إلى خفض القلق ،ويرى الباحثون أن التوجه الإشرطي يصيب في تنبأه بالمستويات العالية من القلق الناجم عن تنبيه مرتبط بحادث صدمي يقود فعلاً لسلوك تجنبي لمثل هذا التنبئه لدى مرضى الاضطراب (الحواجري, 2003)

حيث أن تعرض الفرد لتأثيرات أو مشاهدته لها كالعنف والتهديد والسرقة أو الاغتصاب أو الاختطاف أو الأسر والاعتقال وغيرها من أعمال العنف والكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين، بالإضافة للحوادث التكنولوجية ، وأحياناً يكون مجرد معرفة تشخيص ما أو الاخبار بحدث مرهق أو مرض خطير العامل الذي يستثير هذا الاضطراب (بكر, 2017) ويمكننا اعتبار الصدمات مثير غير شرطي بالاقتران وقت حدوث الصدمة بإشارات مرتبطة بوقت ومكان وحتى أشخاص، بذلك تسمى تلك الاشارات على أنها مثيرات شرطية ، حيث أنه عندما يواجهها الفرد يظهر استجابات مرتبطة بالحدث الصادم نفسه كاليقظة الزائدة والاجفال، وارتفاع معدل ضربات القلب، والتي تسمى بالاستجابة الشرطية ، والتي يمكن أن يقال

عنها أنها لا تتطفي مما يؤدي لتكون استجابات تجنب معرفي تجعل الفرد غير قادر على التعرف على الإشارات المرتبطة بالموقف الصدمي مما يدعم استمرار ظهور أعراض الاضطراب (فرعون, 2020)

5-2-3 النموذج النفسي الدينامي:

قدم هورويتز Horowitz 1975 نموذج لتفسير حدوث اضطراب الضغط ما بعد الصدمة استنادا للخلفية المعرفية ، والذي يحتوي على مبدئين رئيسيين ، أولها أن ذكرى الحدث الصدمي تميل للتكرار بطريقة لإرادية ولا يمكن السيطرة عليها ، والثانية تتعلق بالتذكر الطوعي للحدث ، حيث أنه يتضائل بشكل كبير بواسطة الآليات الدفاعية كالقمع الانفعالي ، كما قد تمر بفترات تحتوي على صور تدخلية من فقدان الذاكرة الجزئي أو الكامل ، والتي تندمج مع إعادة معايشة الحدث ، بذلك يرى Horowitz أن المعالجة المعرفية للحدث الصادم ، إضافة لتنشيط الآليات الدفاعية (القمع والانكار) تعد من أسباب حدوث الاضطراب (Berntsen et al., 2008)

بحيث تعتبر هذه الذكريات من الماضي على أنها عودة الصور لفترات طويلة ، بعد أن يتلاشى التأثير الفوري للهلاوس، مع اعتبار أن الأعراض تنجم عن الاقترحات المتكررة للصور، التي تشكل تمثيلات الوعي ، بدون تحكم (Horowitz, 1969)، وتشمل إعادة التجربة الذكريات المتطفلة ، الكوابيس، الاستجابات الانفعالية والسيولوجية القوية للتذكير بوقوع الصدمة التي تحدثها الذكريات المتطفلة ، والتي عادة ما تأخذ شكل انطباعات حسية مزعجة من الصدمة ، التي يراعا فيها أنها مفاجأة ، وهو ما تشير إليها الملاحظات الإكلينيكية والمقابلات ، ذلك أن محفزات إعادة التجربة غالبا ما تكون متشابهة من الناحية الإدراكية مع المحتوى التطفلي، أو تكون متشابهة حسيا مع المحفزات التي تشير إلى تلك اللحظة (Ehlers et al., 2022) وقد بينت بعض الأبحاث أن المرضى الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ، يظهرون تحيزا معرفيا بشكل انتقائي لمعالجة مواد التهديد ، وتم اثبات هذا التهديد في معالجة المعلومات بشكل متكرر ، حيث أثبت المرضى أنهم يميلون لأخذ وقت أطول بكثير عند استجابتهم مع الأحداث التي تم اعتبارها كارثية أكثر من بقية الاستجابات الأخرى التي يتم اعتبارها عادة منخفضة أو عادية ، على الرغم من أن جميع المجموعات أظهرت زيادة في زمن انتقاء كلمات التهديد مقارنة بالكلمات المحايدة ، كما يتم أخذ الآثار السريرية بعين الاعتبار (Thrasher et al., 1994)

ويتم تناول الروابط المختلفة للانفعالات والذاكرة والتفاعل الفسيولوجي العصبي للاضطراب من خلال هذه النظرية، على الرغم من وجود قصر في تطوير نموذج كامل استدلالي لفهم الاضطراب من مختلف الجوانب، إلا أن نموذج معالجة المعلومات تأخذ في الاعتبار الاثارة ذات الصلة لفهم الظاهرة (vanOyen, 1997).

وينظر horowitz لاضطراب على أنه نتيجة لعدم قدرة الفرد على الاندماج مع حدث مؤلم ناجع في مخططة المعرفي ، بالتالي فالاضطراب انعكاس ميول الاستجابة للإجهاد المحرفة، ، كون الأحداث المجهدة تتطلب تغييرات تخطيطية هائلة وتكامل ، وتتطلب وقتا لحدوث معالجتها المعرفية ، لولا أن الذاكرة النشطة تميل لتكرار تمثلاتها للحدث ، والذي يطغى على آليات التأقلم لدى الفرد، كما يعزوا Horowitz أهمية كبرى لدور الناقلات العصبية ومنها النورابينفرين والدوبامين ، حيث تنتقل مشبكيا لهذه المواد الكيميائية الاستثارة المتغيرة لاستجابة للأحداث المؤلمة، والتي تتسبب في ظهور إنذارات كاذبة متكررة وأعراض أخرى مميزة لمرحلة التطفل ، كما يركز على دور الدعم الاجتماعي الإيجابي والتماسك ، الذي يخفض من تطور الاضطراب ، بزيادة القدرة على التحمل، غير أن Horowitz قد أهمل دمج التصورات للتحكم وطرق التعامل ، إذ يقترح ان المخططات المعرفية قد تكون محددات مهمة لميول التأقلم ، أو قد تعكس تقنيات التأقلم بدقة أكبر لتوجد بمحددات مهمة لميول التأقلم. (Jones & Barlow, 1990)

5-2-4 نموذج المعالجة المعرفية information processig model:

ترى Foa, 1996 (، Foa, 1998، Foa, 1986)، أن هناك شبكة للذاكرة قائمة على الخوف والتي يحدث أن تتطور بعد تعرض الشخص لصدمة ما ، وهي تتشكل من معلومات تتعلق بعدد من مكونات تشمل مثيرات متعلقة بالصدمة والاستجابة للصدمة (أفكار ، مشاعر ، سلوك) معنى منبهات الصدمة والاستجابة المتوالية للصدمة .

أي أن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يحدث عندما تصبح المواقف أو الأشخاص أو الأشياء مرتبطين بالخطر البالغ الشدة بعد أن كانت تتصف بالأمن والسلامة، حيث أن الخوف يكون مخزنا كشبكة في الذاكرة ، والشبكة تعمل كبرنامج للهروب من الخطر، وتحتوي منبهات متعلقة بالخوف واستجابة (لفظية سلوكية ونفسية) ، معنى للمعلومات الخاصة بالمنبهات والاستجابة (العطاب, 2011).

هذا ويستند النموذج على نظرية Lang في الانفعال ، الذي افترض شبكة من الذاكرة الدلالية لنقاط الاتصال البيئية للمعلومات ، بحيث أن الأحداث الصدمية تخلق شبكات خوف كبيرة ومعقدة تنشط سريعا بسبب العدد الهائل من الاتصالات البيئية المكونة من الاشرط والتعميم ، وبذلك تقترن المنبهات المحايدة بالخوف وهو ما يدلنا إلى أن الاحساس بالعجز عن التنبؤ والعجز عن التحكم ، حيث يعدان من أهم العوامل في تطور واستمرار اضطرابات الضغط الصدمي(عرعار, 2015).

يمكن العثور على نقاط الانطلاق في آليات علاج التعرض من خلال تصور Lang للمعلومات الحيويّة ، الذي يصيغ التمثلات الإجباريّة ، وبناء عليه يمكن التعبير عن كل المعارف في مدونة تجريبية تمثل المفاهيم ، تفسر الإدراك على أنه كيانات اجبارية ، وكما جاء به Lang تذهب Foa إلى القول بأنه يجب اتاحة المعلومات ذات الصلة بالخوف بطريقة من شأنها تنشيط ذاكرة الخوف ، في الواقع ، حيث أنه إذا بقي هيكل الخوف في الذاكرة دون وصول إليه ، يبقى غير متاح للتعديل ، كما يجب أن تتضمن المعلومات المتاحة عناصر غير توافقية مع تلك الموجودة في تخطيط الخوف ، بذلك يمكننا تكوين ذكريات جديدة ، والتي تكون معلومات معرفية وانفعالية في آن واحد ، وبذلك يمكن تصور التغيير المفترض في هيكل الخوف كما حدده Rahman بأنه عملية تستثار بها الاستجابات الانفعالية ، وتراه Foa أنه ينطوي على دمج معلومات جديدة بواسطة الهيكل الذي يسمح بزيادة أو انخفاض انفعالي بالتعرض للمعلومات المنسقة مع ذكريات الخوف ، وتحدث هذه المعالجة بشكل تلقائي طوال الحياة ، كما تزداد معها الاستجابات الانفعالية وتتنخفض ، ويتم الوصول لذاكرة الخوف أيضا عند تقديم معلومات للشخص البكاء ، تتطابق مع بعض معلومات بنية المعلومات في الذاكرة لديه ، والتي قد تكون حول الموقف المخيف ، أو استجابات شخص في الموقف أو معناه ، واقترح Lang في ذلك أنه يجب مطابقة عدد حرج من وحدات المعلومات حتى يتم تنشيط ذاكرة الخوف بأكملها ، وأن بعض عناصر المعلومات قد تكون مهمة بشكل خاص في إثارة بنية الخوف ، وأن الرهاب قد يتميز بهياكل متماسكة بقوة يمكن استحضارها بمعلومات متطابقة إلى الحد الأدنى(Foa & Kozak, 1986).

5-2-5 النموذج المعرفي:

وفقا للنظرية المعرفية فإن تجنب التفكير في الحدث الصادم ، وكذلك التقييمات الإشكالية للحدث الصادم عند مواجهة الذكريات ، مما يساهم في عدم التعافي ، حيث أن الأفراد الذين لم يتعافوا يحاولون استيعاب

الحدث الصادم في المعتقدات الأساسية السابقة التي تتكون من معتقدات إيجابية أو سلبية عن الذات والآخرين والعالم ، يعمل الاستيعاب كمحاولة لتفسير الحدث بطريقة مناسبة أو متوافقة مع هذه المعتقدات الموجودة سابقا ، كالتفكير في العالم العادل ، أو الاعتقاد بان الأشياء الجيدة تحدث للطيبين والسيئة تحدث للسيئين ، أي اعتقاده أنها عقاب لشيء قد فعله ، أو التحيز في الإدراك المتأخر، أو تقييم الحدث بناء على معلومات، والاستيعاب هنا محاولة لممارسة القدرة على التنبؤ والسيطرة والتي يتم تعريف المصاب بها بحقيقة ومفارقة مع مادة مؤلمة غير معالجة يتم تجربتها باستمرار، إضافة للتقييمات التاريخية الإشكالية حول الأحداث الصادمة التي تؤدي أو تؤكد على مخططات سوء التكيف المعممة والمعتقدات الأساسية عن الذات والآخرين والعالم بعد الصدمة، حيث يبالغ الأفراد في استيعاب معتقداتهم بناء على التجربة الصادمة (Galovski et al., 2022).

كما يدرك الفرد الحدث على أنه معلومة جديدة وغريبة عن مخططة الإدراكي فلا يعرف كيف يتعامل معها فتشكل له تهديدا ينجم عنه اضطراب في السلوك (الحواجري, 2003)، وقد ذكر كل من جانوف و بوليمان (Januoff- Boluman, 1985) فرضيات أساسية "basic assumptions" تتمثل في الاعتقاد بالمناعة الشخصية ، إدراك العالم على أنه ذو معنى يمكن فهمه ، النظرة إلى الذات من منظور إيجابي ، كما أورد أن المعتقدات الرئيسية التي جاء بها "Einstein" والمتمثلة في الغالب من:

1- العالم خير، ومصدر للبهجة.

2- العالم ذو معنى ويمكن ضبطه

وهذا يوضح لنا أن يبني لنفسه بشكل تلقائي وغير متقصد وجهات نظر شخصية عن الواقع تتضمن أقسام فرعية عن الذات والواقع (العطاب, 2011)

ومن بين استراتيجيات المواجهة المختلة الشائعة في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة نذكر التدني ، قمع الفكر ، الاجترار ، سلوكيات الأمن ، الكحوليات والمخدرات ، الانسحاب الاجتماعي ، اختلال النوم (Ehring, 2022)

5-2-6 النموذج المعرفي البنائي : يرتبط العجز الإدراكي ارتباطا وثيقا باضطراب الضغط ما بعد الصدمة ، بالنظر إلى الروابط ثنائية الاتجاه بين الإدراك والعواطف ، إذ قد يلعب العجز المعرفي دورا

رئيسيا في تطوير اضطراب ما بعد الصدمة أو صيانته أو شدته وبالتالي يؤثر سلبا على العلاج ، وتقدم الدراسات دليلا قويا على ضعف الذاكرة ، بينما اكتسبت أوجه القصور في الانتباه وسرعة المعالجة والوظيفة التنفيذية اهتماما تجريبيا أكثر حداثة ، يمكن أن يتم تمييزه بأنه ارتباط ثنائي الاتجاه ، حيث يمكن أن ينتج العجز المعرفي كجزء من الفيزيولوجيا المرضية للاضطراب ، أو يمكن أن يكون عامل خطر ، حيث يرتبط الالتهاب المتزايد بضعف الوظيفة الإدراكية ، كما يمكن أن نشير إلى ضعف القصور في الانتباه وسرعة المعالجة التي ترتبط ارتباطا وثيقا بتطور الاضطراب ، حيث أنه لطالما وجد ارتباط بين الالتهاب ونقص الانتباه وبطء سرعة المعالجة المعرفية (Quinones et al., 2020)، و نظرا لتشعب الفهم في الاضطراب معرفيا، ما يدلنا على الاستدلال بالهياكل المعرفية التي تختلف تفسيراتها ونظم فهمها حيث يعرفها Jonassen وزملاؤه أنها الطريقة التي يرتب بها الفرد الحقائق والمفاهيم والاقتراحات والنظريات والبيانات الأولية في أي وقت من الأوقات ، أو أنها بنية افتراضية تشير إلى تنظيم علاقات المفاهيم في الذاكرة ، حيث أنه من المفروض أن يكون ترتيب استرداد المعلومات من الذاكرة طويلة المدى عاكسا لجزئية البنى المعرفية للفرد داخل المفاهيم وفيما بينها ، من خلال تقييم الهيكل ولو جزئيا، ويتطلب التعليم به إعادة تنظيم الهياكل المعرفية، والتي تتكون من مجموعة من الأفكار في الذاكرة الدلالية ، والتي تعرف باسم المخططات schéma إذ أنها يمكن تكون كائن أو حدث أو اقتراح مع مجموعة من السمات التي يرى الفرد أنها مرتبطة بالفكرة على سبيل المثال ، بذلك نقول أن البنية المعرفية للفرد تتكون من مخططات ونماذج عقلية مختلفة يمكن دمجها داخل بعضها البعض ضمن التسلسل الهرمي، ويوفر المخطط إطار يستخدم لربط مختلف مكونات المعلومات حول موضوع ما في وحدة مفاهيمية واحدة، ويتكون من بيانات حول السمات المهمة للوحدة المفاهيمية والغرض منها وقواعد اختيارها واستخدامها (Ifenthaler, 2011)

بذلك افترض النموذج أنظمة تمثيلية متعددة في الذاكرة كالوجهات المألوفة بين الذاكرة القصيرة والطويلة الأمد ، والذاكرة الضمنية والصريحة، ونقاط التحديق، في رأي علم النفس المرضي، التي تأخذ منها هذا المنظور، بافتراض وجود نظامين أو أكثر وهما نظام الذاكرة القابلة للتشتت والامكانيات العلاجية التي توفر طاقة للتعبئة، ويبقى على عاتق المنظرين أن يحددوا مواضع الاهتمام كاضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD مثلا بتحديد خصائص النظام التمثيلي المختل وكيفية تفاعل الفرد مع الآخرين ، مع تفهم والتفاعل في التفسير مع بقية النظريات الأخرى ، بحيث من المهمان تكون هذه النظريات قادرة على

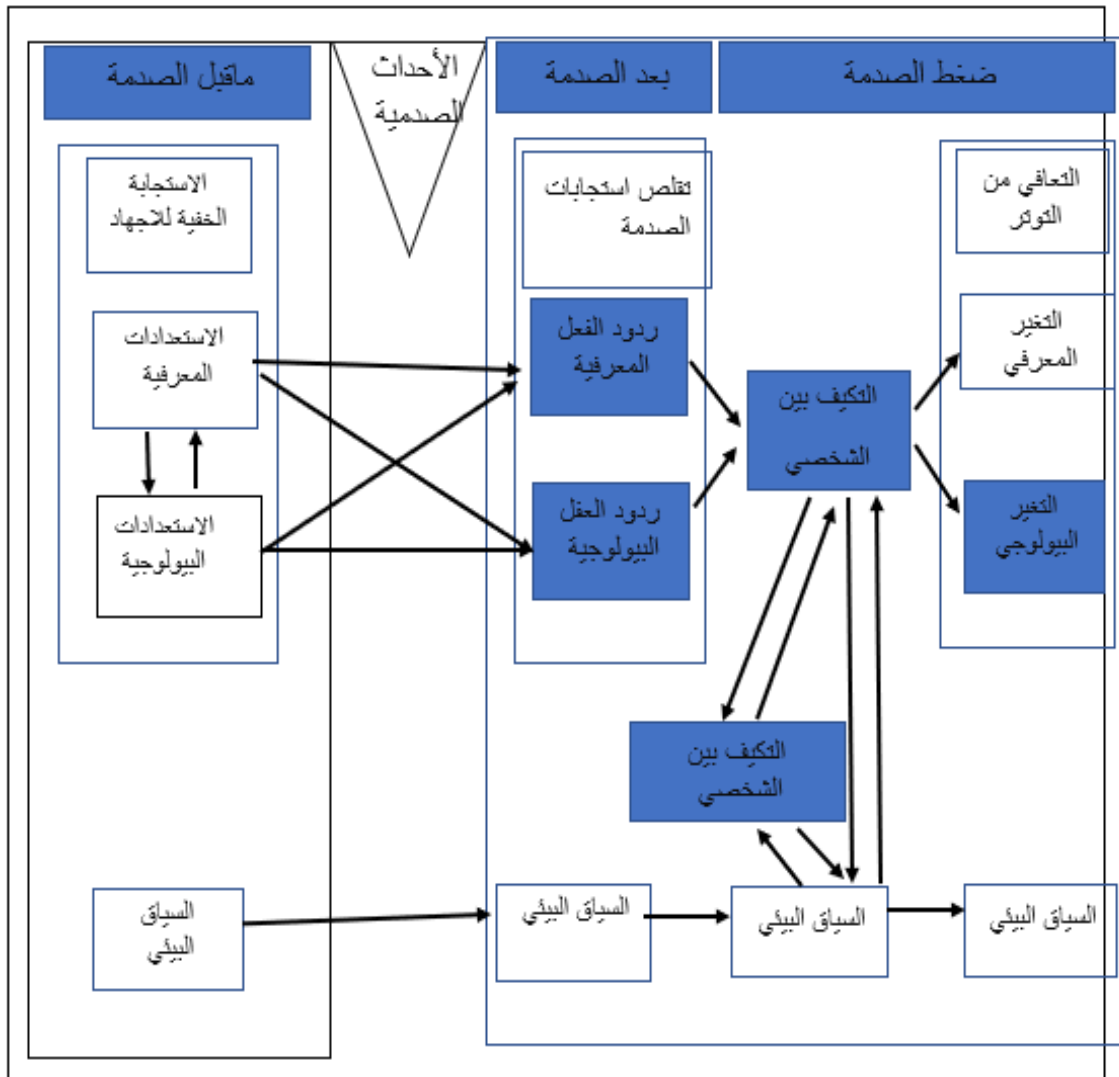
تفسير الظواهر المتصلة بفترة ما بعد الصدمة أكبر مما يمكن تفسيره بالنظريات القائمة. (Friedman, 2007)

3-5 النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي:

يتكون النموذج من إطار عمل موحد يلخص العمليات المحددة التي تسهم في استعادة الضغط اللاحق للصدمة ibm-psr ممثلاً في الشكل التالي

الشكل رقم (02)

يمثل النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للصدمة



وبدلاً من النظر إلى الصدمة كآلية منعزلة ، تؤكد أطر التأهب والتوتر أنّ الضغوط هي مجرد محفزات تحفز ردود الفعل النفسية ، والتي تحكمها عدة عوامل قابلية قبل الصدمة وأثناءها وبعدها ، وقد تمّ تقسيم هذه العوامل إلى عوامل بيئية وتشمل الذات والبيئة ، والبيولوجية ، كالمسلمات البيولوجية وعوامل التحفيز كالمغيرات المتعلقة بالصدمة ، الاجهاد المتبقي ، ضمن إطار عمل الأهبة والاجهاد حيث تتفاعل العوامل البيولوجية (الدوائر العصبية للاستجابة للتهديد) مع المحفزات المسببة للأمراض (الصدمة) لبدء تفاعل الإجهاد النفسي الذي يمكن أن يحفز التعافي أو المساهمة في خلل التنظيم وظهور المرض (Calhoun et al., 2022)

ويرى أنصاره من أتباع انجل وجرينكر أن فائدته في أنه يعمد على الشمولية مقابل الاختزالية ، وذلك باستخدام نظرية النظم العامة ، أي يتم الوصول لحقيقة اضطراب ما من خلال إضافة المزيد من وجهات النظر مع الابتعاد عن الاختزال والاكتفاء بوجهة نظر دون أخرى (Ghaemi, 2009)

كما يمكن أن يساعد الفهم الأفضل للآليات والمسارات البيولوجية التي تقترح بموجبها أن زيادة التعبير عن السيوتوكينات المؤيدة للالتهابات والتغيرات في الهياكل العصبية التي تساهم في تقليل حجم الدماغ بشكل عام ، إلا أن النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي رغم محدودية استخداماته يحظى بتوافق ممثلة لعلم الأمراض الجزيئي الكامن وراء اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وتحديداً أكبر للمرضى الذين يعانون من اضطرابات الصدمة لتوجيههم لمسارات علاج مخصصة، بالتالي تحسين الوصول لخدمات الدعم الأكثر ملائمة في وقت أقل (Maguire et al., 2021).

6- علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

6-1 العلاج المعرفي:

على الصعيد المعرفي قد وجد عدد من النماذج التي تسهم في علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ، ومنها نظريات المعالجة المعرفية ، التمثيل المزدوج ... وكل نموذج من النماذج يعالج بمناحيه عناصر الاضطراب ، منها ما يتعلق بالذاكرة من أداء وعناصر محددة أثناء الأحداث المؤلمة ، وكل نموذج منها لا يستبعد بالضرورة بقية النماذج الأخرى ، رغم أن لكل منها تأكيدات خاصة به ، نجد مثلاً Clark و Ethlers يقدمان إرشادات خاصة للعلاج تهدف لزيادة الدعم التجريبي في فعالية وفاعلية النموذج ، حيث يشير إلى ضرورة معالجة المعلومات المؤلمة بطريقة تؤدي للتخفيف من الشعور بالخطر، كما أن

العلاجات الموصى بها من طرف المركز الوطني للصحة العقلية NCCMH لا تغطي جميع أعراض الاضطراب ، لذلك يحتاج الأطباء والأخصائيون في حالات مختلفة إلى بعض العلاجات المعرفية بشكل مرن في التدخلات السريرية الموجهة التجريبية، قصد التقييم الدقيق للظاهرة، واستخدام ومواصلة تطوير الاستراتيجيات المستمدة من العلاجات المعرفية ذات الفعالية (Grey, 2009).

ويستند العلاج على ما مفاده أن الاضطراب يوفر توليفة فريدة ينشأ فيها التهديد نتيجة للتقييمات السلبية المفرطة للصدمة، أو عواقبها مع اضطراب ذاكرة السيرة الذاتية التي تتميز بسوء صياغة وسياق مع تهينة وتقوية الإدراك الحسي ، ومنع التغييرات في التقييم السلبي ، وذلك بواسطة مختلف الاستراتيجيات المعرفية ، حيث يهدف العلاج المعرفي لتعديل التقييمات السلبية المفرطة وتصحيح اضطراب الذاكرة الذاتية ، وإزالة المشكلات السلوكية والاستراتيجيات المعرفية (Ehlers et al., 2005).

6-2 تقنية emdr: شكل من أشكال التعرض الخيالي مصحوبا بحركات العين ، يتم تقديم حركات العين من خلال اتباع حركة الأصبع المتذبذب، وهي شكل من أشكال معالجة المهام المزدوجة للحمل العاطفي العالي، ويمكن أن تعزز من تقليل الحساسية للذاكرة المزعجة وإزالة التحسس (Mert et al., 2013) كما تعتبر علاج نفسي تكاملي، يرى أن الذكريات المختلة وظيفيا هي العنصر الأساسي في تطور المرض النفسي، ومن وجهة نظر الذاكرة فيتم دمج المعلومات مع الأحداث الحسية والمعرفية والعاطفية والجسدية، تماشيا مع المواقف الحالية للمشكلة ، واتباع نفس الطريقة ، يتعرف العميل على طرق التعامل مع التحديات المستقبلية ، بذلك يكون للتقنية تأثير كونها أحد أهم الطرق العلاجية ، بتأثيراتها الكبرى في مجال علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وعلى الصحة العقلية (Oren & Solomon, 2012).

6-3 المعالجة المعرفية: تبرهن مجموعة واسعة من الدراسات على فعالية المعالجة المعرفية، ومنها الدراسات على ضحايا الاغتصاب من الاناث والاعتداء الجنسي على الأطفال، مع وجود اختلافات إيجابية صغيرة في حجم التأثير لدى ذوي اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ، حيث كان له انخفاض كبير في الشدة بمرور الوقت مقارنة بالتحكم في قائمة الانتظار (Chard et al., 2012)، كما تعتمد على إكمال المريض لها ، مع الحرص على تقنين عدد الجلسات بحيث ينتهي إلى حقيقة تأثير أكبر في

الجلسات الأولى ويزداد بشكل أبطأ مما يقلل من فرص بقاء العميل وإكماله لجميع الجلسات (Holmes et al., 2019).

7- اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان

منذ إنشاء الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية 1994 أصبح من الممكن التعرف أكثر على أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى ذوي الأمراض المزمنة، وأصبح من الممكن تقييم الأحداث الصادمة بشكل كبير، ومنها الكشف عن تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وفقا للتشخيص بالإصابة بالسرطان، على الرغم من أن ارتفاع الاضطراب ليس مرتفعا حوالي 8% من الناجين من السرطان سجل لديهم إصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة المبلغ عنهم في أعقاب السرطان، حيث يعد وجود أعراض إعادة التجربة معيارا أساسيا لأعراض الاضطراب، والتي تتكون من استدعاء الصدمة النفسية بافتراض أنها مرتبطة ارتباط مباشر بوظيفة الحصين، على الرغم من أن وجود انتشار كبير لأعراض إعادة التجربة بين الناجين من السرطان مرتبط بحجم الحصين ووظيفة الذاكرة وأعراض إعادة التجربة لدى المرضى (Uchitomi & Nakano, 2001) وهو ما تظهره التجارب العملية حيث أظهر التصوير بالرنين المغناطيسي أن حجم الحصين الأيسر في الأشخاص الذين لديهم تاريخ من الذكريات المؤلمة المتعلقة بالسرطان أصغر بنسبة 5% من أولئك الذين لم يكن لديهم ذكريات مؤلمة عن السرطان ، أو أن حجم الحصين يكون أكبر من المعتاد لمن قد يمرون بذكريات مؤلمة متعلقة بالسرطان ، مع أنه لا يوجد دليل يؤكد على إمكانية ارتباطه بذكريات مبكرة أم مرتبطة ارتباطا وثيقا باللحظة الراهنة للإصابة بالسرطان (Nakano et al., 2002)، وتشير الدلائل المتعلقة بانتشار السرطان التي يقدمها DSM 4 الى وجود قواعد صارمة لاتخاذ القرارات التشخيصية التي تتجنب احتساب التوجه المستقبلي، والتي يمكن أن ينجر عنها حسب رأي المرضى مخاوف من إعادة التجربة (والتي يمكن أن تؤدي إلى تشخيص إيجابي خاطئ لتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة ، ويتم تشخيص غالبية مرضى السرطان وخاصة سرطان الثدي بوجود أفكار اقتحامية آنية مرتبطة ارتباطا كبيرا بالتشخيص بالإصابة بسرطان الثدي).

ولم يتفق الباحث ونعلى الأعراض النفسية المتوقعة بالضبط للناجين من السرطان، عدا عن تلك التي تصف زيادة المخاوف بشأن الحياة الجنسية والعلاقات الحميمة والرفاه النفسي، والمخاوف بشأن

المستقبل، كما لا نجد اتفاقاً عاماً على وجود قلق عام يصاحب التشخيص بالسرطان ، أو اضطرابات الاكتئاب، وتجدر الإشارة إلى وجود معايير كالتفكير التجنبي أو التطفلي، وزيادة الاثارة خاصة مع المحفزات المشروطة، هذا ويتم الإشارة إلى زيادة مستويات الضيق النفسي، والتي قد تتعلق بشدة المرض أو المؤشرات التنبؤية في وقت التشخيص، التي يكون لها وقعها بمزيد من التهديد المتصور لحياة المريض ، والتي قد يلعب فيها العلاج بالتاموكسيفين Tamoxifine عامل دعم يقلل من خطر الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة (Alter et al., 1996).

يمكن أن يكون التشخيص بالسرطان وعلاجه مرهقا للغاية لكل من المريض وأحبائه، وعلى غير ما هو شائع، فإنه لا يتم المرور باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بل يمكن إذا كان كحالة طبية منهكة ومستمرة، مع القلق الشديد والاجترار والخوف أثناء التشخيص وعلاجه، حيث نجد أن بعض المرضى يفوتون مواعيدهم للفحص بشكل غير متوقع ، ويواجهون صعوبة كبيرة في اتخاذ قرارات العلاج بينما يقضون مئات الساعات على الانترنت في محاولتهم حسب ما يعتقدون أن يصبحوا ربما أطباء أورام، كما أن قوة وشدة الإرهاق من السرطان تجعل الأفراد يخشون حتى نطق حرف (س) لذلك لا نستبعد أن تكون جوانب تشخيصه وعلاجه بمثابة أحداث مؤلمة تؤدي إلى اضطراب ما بعد الصدمة، نظرا للخوف المتزايد والمتكرر بعد الفحوصات الطبية، ليشكل السرطان ضغوطا مزمنة ومستمرة ، حيث تلعب الفحوصات الطبية كمحفز ومثير لتكرار معايشة، وقد لا تكون التجربة المؤلمة للسرطان في البداية واضحة كتجربة حادث سيارة يهدد الحياة ، لكنها مرتبطة بالطريقة التي يمكن أن يغير بها المريض حياته بشكل جذري وكيف ينظر المرء إلى نفسه عند التشخيص بمرض قاتل ، إذ يعاني معظم المرضى بالسرطان من فقدان اليقين وتغيير النظرة للحياة، والحزن على الفرص الضائعة، إضافة إلى تغيير صورتهم للذات كما يحدث مع النساء المصابات بسرطان الثدي ، أو انخفاض الأداء العام كما هو الحال مع ضعف التركيز والذاكرة مما قد يواجه الفرد والذي يؤثر على أنشطته اليومية. والتي تدفعهم إلى العزلة والاكتئاب في بعض الحالات.

قد يؤثر اضطراب ما بعد الصدمة على جميع جوانب حياة المريض ويشمل ذلك الصورة الذاتية والعلاقات مع العائلة والأصدقاء والقدرة على العمل، كما يمكن أن يؤدي عدم استقرار المريض العاطفي إلى الشك في قيمهم الدينية والشخصية ومعنى الحياة ، مما يؤدي لتوتر علاقات المرضى مع أحبائهم، كما قد يعتقد بانخفاض الشعور بالانتماء وضعف القواسم المشتركة مع أحبائه، وفي الغالب يبلغ عن مشاعر كالهجر

والتهميش وزيادة التوتر للعودة للعمل، كما قد يؤثر على نوعية حياة المرضى سلبا وعلى علاجهم ، والتي قد تظهر بوضوح في تقويت المرضى لمواعيد وجلسات علاجهم ، أو عدم إكمال العلاج أو الانسحاب من الأصدقاء لتجنب الحديث عن السرطان سواء مع الأصدقاء أو المقربين منهم، كما تتسبب الضائقة النفسية للاضطراب بانخفاض الامتثال العلاجيّ الاشعاعيّ، ويصعب اضطراب الضغط ما بعد الصدمة من عودة المرضى لحياتهم الطبيعيّة حتى بعد الشفاء من المرض، يظل الأفراد المصابون باضطراب ما بعد الصدمة منشغلين داخليا بخوفهم من الصدمة، ويمكن تحفيزهم نفسيا بأحداث تبدوا حتى عادية، أثناء نظهم للندوب من الجراحة عند ارتداء الملابس أو كالمرور بجانب مركز استشفائيّ لعلاج السرطان، كما يمنع الاضطراب المرضى من الانفتاح العاطفيّ والعلائقيّ أو أن يكونوا حاضرين بالكامل في المناسبات العادية أو أثناء تأدية النشاطات اليومية (Alyssa Leano et al., 2019)

يبقى ضروريا الإشارة إلى أن انتشار اضطراب الضغط ما بعد الصدمة تشير إليه الدراسات الحالية لدى مرضى السرطان مرتبط بجمع البيانات عن الأحداث المؤلمة المرتبطة بمرضى السرطان، حيث تتباين بين 5% في دراسات ، كان منها 2% معرضين دوما للإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة ممن تعرضوا لأمراض تهدد الحياة ، وتؤكد هذه الدراسات على أن تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة مرتبط بشكل كبير بمثل هذه الأمراض بما في ذلك السرطان، غير أنه منخفض مقارنة بانتشاره لدى المعنفين أو بين ضحايا العلاقات الجنسيّة، ووفقا لهذا المنظور لا يبدو أن الأمراض المزمنة ومنها السرطان مؤلمة ومهددة للحياة للغاية، مما يدع إغفال مثل هذه الصدمات في الدليل التشخيصيّ والاحصائيّ الخامس DSM5 (Dahl et al., 2016).

بالإضافة إلى اعتبارنا لدراسات اضطراب ما بعد الصدمة والسرطان الأكثر تعقيدا من بقية الأمراض الأخرى نظرا لندرة العديد من أنواع السرطان والجداول الزمنية لقياس تطور المرض، إذ تعد احتمالية عوامل الخطر المشتركة مصدر قلق لنتائج الصحة البدنيّة بشكل عام، لولا أنه لا تعد مشكلة بحد ذاتها في أبحاث السرطان، لأن الحدث الصادم قد يعرض المرضى أيضا لمواد مسرطنة على سبيل المثال زيادة استخدام التبغ والكحول، كما تتطلب الدراسات الوبائيّة تحديد المجموعات الضابطة ذات التعرض البيئي المتشابه دون اضطراب ما بعد الصدمة وتعديل عوامل الخطر السلوكيّة، لذلك نجد أن النتائج المستخلصة من دراسات المفردة الواحدة عن الصدمات ليست حاسمة، غير أننا نجد بعض اجتهادات البحوث

والجمعيات التي ترى زيادة لخطر الإصابة بالسرطان واحتمالية ترافقه مع اضطراب ما بعد الصدمة
(Ryder et al., 2018)

ثالثاً: نمو ما بعد الصدمة

تمهيد:

يحدث ان تتحول الاضطرابات الناجمة عن صدمات مؤلمة لتغيرات جذرية في حياة المريض بشكل خاص، وهو ما يتم تعريفه على انه نمو ما بعد الصدمة، حيث يمتاز المتعافون من مرض السرطان بأنماط معينة للتغيير الإيجابي، وهو ما سنحاول التعرف عليه في الفصل الحالي بتقديم تعريف شامل لنمو ما بعد الصدمة، وأبعاده، وطبيعته لدى مرضى السرطان.

1- نمو ما بعد الصدمة:

تقرض تحديات الحياة بطبيعتها المأساوية لدى ضحايا الحوادث الشاقة تأثيرات كارثية، يمكن أن تؤثر على بيئة الأفراد المادية بشكل لا يمكن التحكم فيه فتصبح مهددة بشكل لا رجعة فيه، كما يمكن أن تؤثر حتى على أسس الافتراضات الرئيسية لدى الناجين من الكوارث او الصدمات ، حول العالم ، ومكانهم فيه وكيف يفهمون حياتهم عند إعادة النظر في الافتراضات الأولية لهم، هذا ما يطلق العنان لافتراضات جديدة حول كل الأمور التي تحدث من خلال الشعور بتعلم دروس قيمة، رغم قسوة الأحداث ، نظرا لان بعض الأهداف يصبح جليا انها غير قابلة للتحقق وأن بعض الافتراضات لا يمكنها استيعاب حقيقة تداعيات صدماتها (Tedeschi & Calhoun, 2004) لتتضمن بعض التغييرات الإيجابية كالتغيرات في الإدراك الذاتي والعلاقات مع الآخرين وفلسفة الحياة مع التأكيد على ضرورة السمات الفردية الموجودة قبل الصدمة ووجود الدعم الاجتماعي الذي يؤثر على التطور المباشر وغير المباشر للإيجابية، وتتضمن تغييرات إيجابية لما بعد الصدمة، لتسهيل المعالجة المعرفية للصدمات (Ogińska-Bulik & Juczyński, 2022)، وعلى الرغم من وجود عدة تأثيرات جسدية ونفسية سلبية للصدمات إلا أن الكثير من الأدبيات أكدت على وجود بعض الجوانب الإيجابية للخروج من الكوارث والأحداث السلبية كالاغتصاب والسرطان والحروب التي تعتبر حافزا لتغيير العلاقات الشخصية وتغيير فلسفة الحياة (Tedeschi & Calhoun, 1996)، مما يجعلنا نقف أمام مواقف عديدة لفهم التحولات الإيجابية من آثار الصدمات وفق ما يتم تعريفه بنمو ما بعد الصدمة والذي سنحاول التعرف على خفاياه من خلال المضامين لتالية:

2- تعريف نمو ما بعد الصدمة:

يشير مصطلح النمو إلى حدوث تغير إيجابي جديد، كزيادة عدد مفردات اللغة عند الطفل، حيث يكون الحديث عن النمو اللغوي، واكتساب بعض المهارات عند الحديث عن النمو الحركي، وغير ذلك مما يشمل النمو الانفعالي والقدرة على ضبطها، أي أن يكون هناك تغيراً يطرأ في أحد اتجاهات النمو بشكل إيجابي

وتشمل إعادة البناء للعالم الذي يتصوره الفرد في مختلف المقومات والفرضيات التي يصدرها الأشخاص عن العالم على أنه عالم عادل ومنصف وأن لهم القدرة للحصول على ما يريدون منه، حيث يعتقد ان الصدمة لها القدرة على إحداث ذلك التغيير، بتحدي وتحطيم هذه الافتراضات وإمكانية السيطرة عليها، وهو عملية تصالح مع هذا الواقع الجديد وإعادة بناء واقع المخططات التي تسهل نمو ما بعد الصدمة، والتي تتطلب ان يفصل الفرد عن معتقداته السابقة لافتراضات وصياغة معتقدات وأهداف وهويات جديدة تتضمن الصدمة ، وتشبه في ذلك إعادة البناء الجسدي الذي يتطلبه الامر بعد وقوع زلزال، بحيث أنها حدث سلبي في الحياة يتحدى بشدة افتراضات الفرد حول العالم ، وتوفر فرصة لإعادة بناء المخططات المعرفية التي يمكنها ذلك ، بحيث تستوعب تحمله للصدمة المستقبلية (Jayawickreme&Blackie, 2014).

وفي أوائل الدراسات التي عرفت نمو ما بعد لصدمة نجد أن الجميع متفق على رأي (Tedeschi & Calhoun, 1996; Addington et al., 2016; Calhoun et al., 2000; Calhoun & Tedeschi, 2014)، حيث يعرفه بأنه تغير نفسي إيجابي يحدث نتيجة للصراع مع ظروف الحياة الصعبة ، حيث أشاروا للتغيرات الإيجابية بعد الصدمة بما في ذلك الشعور المتغير بالذات والعلاقات الشخصية والاختلاف في فلسفة الحياة ،على ان هذا النهج معروف منذ القدم والذي يتضح في الديانات البوذية والمسيحية والهندوسية والإسلام واليهودية، مما يقدم لنا أنّ تموضع نمو ما بعد الصدمة كواقع تمّ تجربته تاريخياً وعبر الثقافات، بتجارب طبيعية وشائعة.

رغم أن الأبحاث السابقة لكل من Tedeschi&Calhoun لم تركز إلا على الناجين من صدمات متعلقة بأحداث عامّة (Baker et al., 2008; Bhushan, 2018; Cann et al., 2010; Tedeschi & Tedeschi et al., 2015; Tedeschi et al., 2017; Calhoun, 1996)، دون أخذ اعتبار

لخصوصيات الصدمات الجسدية والصحية كالسرطان، حيث تتمتع تجربة الصدمة الجسدية بعناصر فريدة من نوعها عن الصدمات الأخرى بسبب طبيعتها الداخلية وتأثيرها المباشر على الجسم بالتالي قد يساهم في تجربة قد تختلف عن الأبعاد الخمسة التي يطرحها Tedeschi & Calhoun، حيث يحتاج المتعافون من الصدمات الجسدية لإقامة علاقة مع أجسادهم، تغيير السلوكيات الصحية القائمة واحتضاً، مبدأً نفسي جسديّ، إذ يساعد الجسم الأقوى على بناء عقل أقوى، علاوة على أن مفهوم النمو الجسديّ بعد الصدمة لم يشمل بعد كفايته من دراسة المرضى بالسرطان مثلاً على النمو الجسديّ بشكل أعمق مع الناجين من السرطان (Walsh et al., 2018).

والنمو الإيجابي ما بعد الصدمة لا يحدث نتيجة صدمة فراغ فقط، حيث لا يكون الحدث الصادم وحده كافياً، بل تحدث نتيجة عملية شفاء واقع عند تغيير الفرد لفهمه بشكل جذريّ بتفسير إيجابي لما يحدث من حوله، فمن غير المعقول أن يحدث النمو والفرد يحمل نظرة سلبية للعالم، أو أن الصدمة قد تقوده للاعتقاد بحدوث أشياء سيئة أو بتركيز انتباهه إليها مستخدماً آليات الاجترار للحوادث المختلفة من حياته (Raymond, 2023).

مع ذلك تلعب ردود أفعال الآخرين من الإفصاح عن الذات دوراً مهماً، حيث تلعب دوراً مهماً بعد أن تم تعطيلها خلال فترة الصدمة، كما قد تساعد مشاركة الخبرات مع الآخرين في بناء روايات حول الحدث وتقدم وجهات نظر جديدة يمكن دمجها في القصة بواسطة المخططات الأساسية للشخص، إضافة إلى أن هناك حاجة للحديث عن التجارب المؤلمة خلال فترة التعافي، والتي تتم بمساعدة الفرد على قيمة العلاقات الشخصية (Pietruch, 2010).

3- مجالات نمو ما بعد الصدمة:

يجمع كثير من الباحثين (Duan et al., 2015; Henson et al., 2021; Grace et al., 2013; Shakespeare-Finch et al., 2020; Marziliano et al., 2015)، وعلى رأسهم Tedeschi & Calhoun على أن نمو ما بعد الصدمة يتوافر على 5 مجالات رئيسية على الأقل تتمثل في:

3-1 الامكانات الجديدة: حيث يرى أنها حتمية على الفرد القيام بتغييرات في حيثيات يومياته الروتينية، إذ لا بد من استبدال بعض التوجهات السلبية في حياته لتوجهات إيجابية ، حيث أن موقع الإدراك للأمور الإيجابية والسلبية ضروري ليقوم بالمقارنة والترتيب بينها فيما يخص حيثيات الحياة المختلفة (فاتن & الشناوي, 2021) ، كما تعني القدرة على إدراك الفرص الجديدة ، والفوائد المتصورة التي قد تم إنتاجها من الصدمة (خطاب & ابراهيم, 2021)، ويوجه الفرد تغييراته للأولويات الروتينية ، بتغيير الأشياء في الحياة، من السلبية إلى الإيجابية ، مما يتطلب لديهم بشكل أولي ضرورة وضوح وبيان الأشياء السلبية والإيجابية ، ليتم المقارنة ويتم الترتيب فيما يتعلق بجوانب الحياة المختلفة ، ويكون التغيير حول الأشياء المهمة في الحياة، مع ضرورة اكتشاف إمكانيات وقدرات ومسارات جديدة لحياتهم والتي تسهل عليهم الاختيار في تغيير روتين حياتهم اليومية (معتوق, 2021)، كما يتحول الفرد لتصنيف بعض الاهداف المهمة بالنسبة له والتي تستحق فعلا السعي ورائها، وبعض الأهداف التي يجب أن يتركها أو يتخلى عنها ، ليتم توليد مسارات جديدة للفرد ذات أهمية فعلية، مع إيجاد أهداف جديدة ذات قابلية للتحقق تتسجم مع نماذجه المختارة ، وعليه نقول أن نمو ما بعد الصدمة يعطي إشارة لاستبدال ما كان غير ممكن تحقيقه بما هو ممكن وواقعي أكثر ، حيث يسمح ذلك بواقع تكيفي أكثر مما كان عليه لدى الفرد من أولويات روتينية غير ممكنة التحقق وسلبية أكثر بالمقارنة مع الأهداف الجدية التي يسطرها الفرد لنفسه في خضم نمو ما بعد الصدمة (عيشة, 2017)

3-2 تقدير الحياة: يعد العثور على معان مختلفة للحياة التي يعايشها الأفراد بعد وقوع الصدمات المختلفة أمر أساسي في المعالجة المعرفية والعاطفية، حيث يعتقد أن الاحداث المؤلمة تحطم الافتراضات حول الذات والعالم، وهو ما يؤدي إلى المعالجة المعرفية العاطفية ، بينما يبحث الناس عن معاني جديدة للحياة نحو تقدير أفضل لحياتهم، ومع العثور على هذه الآلية لتقدير حياة أفضل، وإعادة بناء رؤية الشخص لنفسه وللعالم ، يبدأ العالم الافتراضي الجديد في الظهور، من ثم يفترض أن يكون في خضم نمو ما بعد الصدمة فهم بتغيير إيجابي لتقدير الذات والتي ترتبط بشكل أو بآخر بطبيعة الرفاهية النفسية التي يحتاجها الأفراد في تعمقهم لفهم معنى الحياة (Linley & Joseph, 2011)، والمقصود بذلك إدراك مدى أهمية الحياة وعدم إهدارها ، والذي يشكل لدى الناجين من الصدمات أمرا غريزيا وليس فكريا وهو ما يرتبط بأن بعض الأشخاص يقدرون العائلة والأصدقاء... على أن التقدير يعني الاعتراف بالقيمة والمعنى لأي شيء والشعور بعلاقة عاطفية إيجابية نحوه (Fagley, 2018)، كما يستند فيها على التأملات لما

حدث وما الذي أدى بالفرد لإحداث تلك التغييرات في حياته، إذ يراه الغالبية على أنه نقطة تحول ، كما يؤدي به لاختيار حياته الخاصة كالصداقات السلبية وغيرها (Shakespeare-Finch & Copping, 2006).

3-3 العلاقات الشخصية: تشمل معرفة الفرد بقدرته في الاعتماد على الآخرين في أوقات الشدة ، والشعور بالقرب من الآخرين ، الرغبة في التعبير عن المشاعر، التعاطف مع الآخرين ، بذل جهد في العلاقات مع الآخرين، ومعرفة مدى روعة الآخرين وتقبل الآخرين على ما هم عليه (Keidar, 2013)، كما تؤدي الصدمة لزيادة التعاطف مع الآخرين ، بإظهار الاعمال الرحيمة على أنها مساعدة الأشخاص الذين يعانون من الكوارث أو مساعدة المجتمع الخيري، أظهر بعض المصابين بالسرطان تعاطفهم من خلال تقديم معلومات حول المرض والعلاج وآثاره لجانبية، تغيرات لدى بعض المصابين بأمراض مزمنة في تواصلهم مع الآخرين من جيران وزملاء ومهنيين صحيين، وإظهار عاطفة مع من يعانون من نفس المرض (Tehranineshat & Torabizadeh, 2021)، لذلك قد يظهر المتعافون من الصدمات في إطار النمو ما بعد الصدمة فهما للمواقف المؤلمة وتحسين علاقاتهم بهم مع فهم والتعامل مع التوتر بعقلانية أكثر ، قد يدرك هؤلاء الأفراد وجود ارتباط عاطفي أعلى مع الآخرين بالإضافة للشعور بالتقارب مع الآخرين في علاقاتهم الشخصية ، مع قبول المساعدة من الآخرين ويستفيدون أكثر من الشبكات الاجتماعية أو يبدأ في انشاء شبكات جديدة (Malhotra & Chebiyyam, 2006).

3-4 قوة الشخصية: وتشمل الشعور بالاعتماد على الذات ، المعرفة بإمكانية التعامل مع الصعوبات، القدرة على قبول الطريقة التي تسير بها الأمور، واكتشاف القوى والقدرات الجديدة في حياة الشخص (Keidar, 2013)، مع زيادة الوعي بالإمكانات الذاتية للفرد بقوة ذاتية أكبر، بحيث يكون المريض أكثر انفتاحا وأكثر تعاطفا وأكثر استتارة ، مع الشعور بالفخر وتنمية الثقة واحترام الذات ، لأن القدرة على التغلب على المعاناة الجسدية أدت لإظهار وتطوير هويتهم واستعدادها للمشاكل المستقبلية وزيادة المرونة، مع القدرة في التعامل مع التحديات والمتاعب المستقبلية، وتتأثر التغييرات في قوة الشخصية بإدراك الفرد لضعفه وفهمه الواضح للعواقب السلبية للأحداث الصادمة، ما يعطي المجال للفرص التي لم تكن متاحة من قبل في ظل ضعف الشخصية السابق قبل الصدمة أو تطويرها أكثر (Tehranineshat & Torabizadeh, 2021)، هذا وتشمل الشعور بأن يصبح الفرد أقوى ، وأكثر ثقة ووعي بشكل جديد للذات الحقيقية ، وأكثر انفتاحا وتعاطفا وابداعا ونضجا ، أكثر إنسانية وتواضعا

بعد تحمل الفرد للصدمة ، إذ يشعر بأنه أكثر قوة مع الإدراك بالقدرة على التعامل مع الشدائد المستقبلية بصورة أكثر وضوحاً من قبل الصدمة، إذ يقوم الفرد بإعادة بناء معرفي من مواجهته للصدمة ويطور تقدير أكبر للحياة ويختبر احساسه بالأولويات أكثر من قبل ، مع الإدراك بأنه لا يستطيع التنبؤ بأحداث معينة ولا السيطرة عليها وقد يشعر بالضعف، وبذلك يحول اهتمامه للأشياء التي كان يستصغرها وتبدوا له غير مهمة (Malhotra & Chebiyyam, 2006).

3-5 المجال الروحي: يشمل فهم أفضل للأمور الروحية، والشعور بالآيمان الديني القوي (Keidar, 2013)، إذ يمكن ان يعزز المعتقدات الدينية للفرد، ويعمل أيضا كآلية للتكيف في عملية العثور على المعنى، حتى الأفراد غير المتدينون وجد أنهم يواجهون انجذابا للمجال الروحي، بالتالي لا يقتصر نمو ما بعد الصدمة على الأفراد ذوي الخلفية الروحية القوية فحسب كما يختلف حسب طبيعة تدينهم السابقة، إذ يشهد معظم المرضى تطور روحي بعد معاناتهم من السرطان، ويقبلون بتوجيه امتنانهم بالتدين، وقد صرح بعضهم أنهم يفهمون السلوك الخاطئ السابق ويسعون جاهدين لتعويض، فيما ذكر البعض الآخر منهم أنهم يحاولون جاهدين العودة للإيمان ببحثهم الزائد عن المساعدات الروحية (Tehranineshat & Torabizadeh, 2021)، وباكتشاف الناجين طرقا جديدة للحياة يخلق الأفراد فلسفة جديدة للحياة تعمل على تغيير افتراضات ومعتقدات سابقة، مما يؤدي إلى إمكانات وفرص جديدة لم تكن قبل الصدمة ، وبتعزيز المعتقدات الروحية والزيادة في الصلاة والامتنان لله وتقوية الايمان مما يمكن الفرد من توفير إجابات عن بعض أسئلته "لماذا" بالتفسير تفسير دينيا (Malhotra & Chebiyyam, 2006).

4- النماذج المفسرة لنمو ما بعد الصدمة:

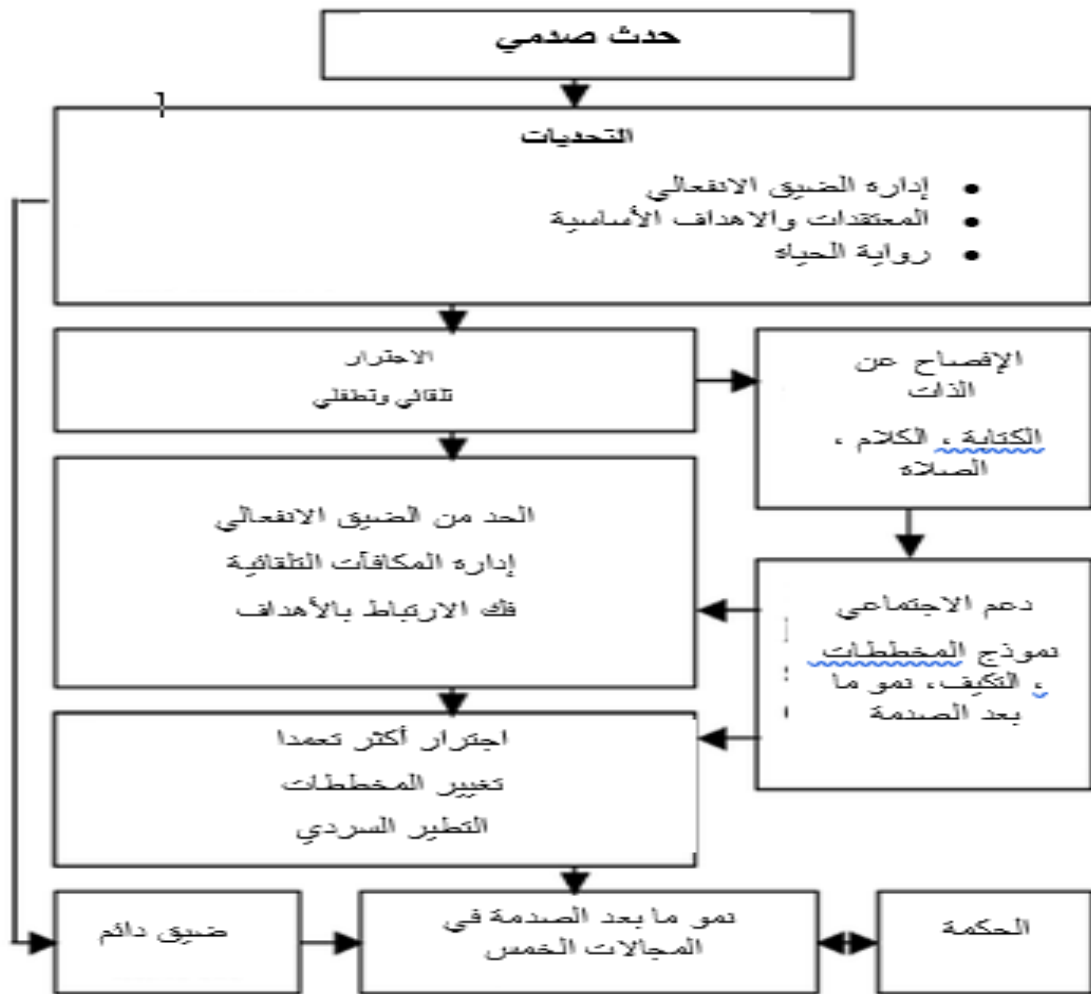
4-1 النموذج الوصفي الوظيفي:

يرى أن الصراع العاطفي الذي يلي الصدمة يوفر الحوافز من أجل التغيير، بحيث يظهر الفرد تطورا جوازا الإرهاق التام الناتج عن الصدمة، سواء في استراتيجيات التكيف أو الأداء النفسي والوعي بالحياة مع إظهاره لأولويات جديدة ، مع وجود خصائص فردية تساهم هي الأخرى في بناء النمو ما بعد الصدمة ومنها العمر والجنس والمستوى التعليمي، إضافة للخصائص الشخصية كما يكون من خلال تفاعل معاشته للصدمة بإدراك خبرته واستحضار المخططات المعرفية والمعتقدات، مما يساعد على ظهور وتنشيط المعالجة المعرفية للانتقال من مرحلة الاجترار الأولي للاجترار الإيجابي المقصود (بن جديدي،

(2022)، حيث توضح هذه النظرية أهمية الصفات الشخصية المتعلقة بالنمو فالانفتاح للتغيير والتفأول والثقة بالنفس تزيد في النمو النفسي، إضافة لأهمية التدين، كما تم اعتبار الحدث مهما في ظهور النمو بعد الصدمة، إذ أنه قد يعتبر البعض من الباحثين بناء النمو مباشرة بعد الحدث أما غير ممكن التحقق، حيث تفيد بعض التقارير عن وجود الإنكار والانطوائية، مما يدل على وجود تناقضات في تحديد الوقت اللازم لبناء النمو (الذهبي & النصراوي, 2016) وقد قدم Tedeschi&Calhoun النموذج التالي لتفسير نمو ما بعد الصدمة

الشكل رقم (03)

يمثل مخطط توضيحي للنموذج الوصفي الوظيفي



إذ يرى (Tedeschi & Calhoun, 2004) أنّ النّمّو يستقطب مجموعة من العناصر تتضمن الخصائص الفردية للفرد وأساليب إدارة المشاعر المؤلمة، التي قد تزيد من احتمالية النّمّو، إضافة للانخراط في الكشف عن الذات والعواطف والانفعالات وما تحمله اتجاه الازمات ، والذي قد يلعب دورا كبيرا في النّمّو ، إضافة إلى الكيفية التي يتوصل بها الافراد للمعالجة المعرفية للحدث الصادم ، وخاصة عمليات الاجترار ، ومنه الوصول لطريقة تعامل الافراد مع الازمات معرفيا ، مما يؤدي بشكل أو بآخر لتطور كبير في الحكمة والسرد القصصي للأفراد في حياتهم وهو ما يمكن أن يدعم توجه الأفراد للنّمّو ما بعد الصدمة.

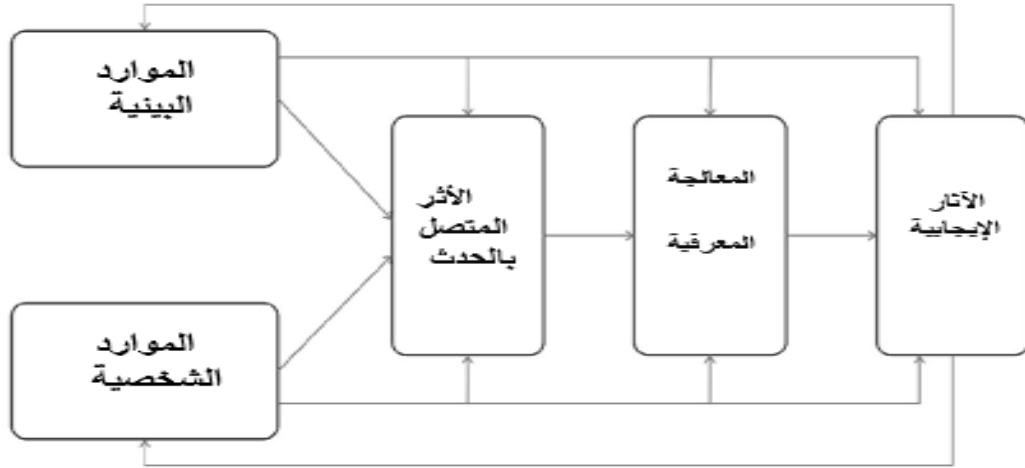
4-2 نموذج أزمات الحياة ونمو الشخصية:

تؤثر مكوناته على التقييم المعرفي واستجابات المواجهة التي تؤثر على الأزمة، ويتكون من العوامل الشخصية من عوامل كالسن والعمر، واجتماعية وسمات الشخصية من مرونة وثقة نفس وحالة صحية، وعوامل بيئية كالدعم من العائلة والرفاق، وعوامل تأثير الحدث من توقيت الحدث وأثاره(بن جديدي, 2022)، حيث قسم(Schaefer, 1998 ; Schaefer, 2001 ; Moos, 1986)، إعادة التقييم المعرفي لجزئين يشملان نهج التعامل بتحديد سبل حل الازمات والبحث عن الدعم الاجتماعي وتحليل الحدث بطريقة معقولة وإمكانية تحديد النتائج الإيجابية ، وتجاهل الفرد او تجنب المواجهة.

حيث أن تناسب هذه العوامل الشخصية مع النهج الصحيح للتأقلم يحصل ثلاث نتائج إيجابية تتمثل في علاقات مع الأصدقاء والمجتمع تسهم في الحصول على الموارد وزيادة مستوى احترام الذات والنضج والبصيرة وفي الأخير نجد المرونة والتكيف التي تساعد في تطوير تأثير التنظيم(الذهبي & النصراوي, 2016). وفقا لهذا النموذج فإن العوامل الديمغرافية والاجتماعية والدعم الاجتماعي والأسري يبنان بالاطار العام للاستجابة أثناء أزمات الحياة ، وفي المقابل يمكن للتنظيم الإيجابي تشكيل استجابات المعالجة المعرفية والتكيف للأفراد كمنتج نهائي، وقد تحدث نتائج إيجابية لأزمات الحياة خلال الفترة الانتقالية (Şenol-Durak & Belgin Ayvaşık, 2010).

شكل رقم 4

يمثل نموذج أزمات الحياة ونمو الشخصية حسب 1992 Schaefer & Moos



بينما يعاني الأفراد من أحداث صادمة يكون الافراد نموذجاً لازمات الحياة ونمو الشخصية من خلال، العوامل المتعلقة بالحدث ، العوامل البيئية، والعوامل الشخصية، وكذا الاستجابات المتعلقة بالحدث الصادم، بذلك يقدم كل عامل مساهمة فريدة لحدوث النمو، إضافة للمتغيرات الديمغرافية، كما يقدم Moos & Schaefer افتراضات تقوم على أنّ التأقلم النشط كمحاولة لإدارة المشكل يعزز النمو ، في حين ان التجنب يؤدي لتقليل لتكيف مع الوضع بالتالي صعوبة الوصول للنمو (Harding, 2017) بالتالي النمو حسب نموذج Moos & Schaefer يقترب من القول بأهمية العوامل الشخصية وقدرة الفرد على تسخير القدرات الشخصية لفهم ازمة الحياة او (الصدمة) للاقتراب من النمو بشكل سلس(Harding, 2017).

3-4 نموذج تقييم الكائنات : يوجه الاهتمام للنمو والميل الفطري في معرفة الطريقة الأمثل للرفاه الشخصي، والذي يحدث بطريقتين معلومات جديدة باحتواء معلومات الصدمة إلى افتراضات رئيسية، والإقامة الإيجابية التي تؤدي إلى نمو نفسي (بن جديدي, 2022).

ويحمل النموذج المعرفي الاجتماعي في طياته التوجه للنمو والميل الفطري في معرفة الطريقة الأمثل للرفاه ، ومنها أن الفرد لديه ادماج المعلومات المتعلقة بالصدمة في نظرتة للعالم الممزق ، وهي ما يقود

الفرد لاستيعاب الصدمة إضافة لعملية الإقامة ، حيث أن الأشخاص المعرضين للصدمة النفسية من لا يستطيعون هيكلة العالم ، حيث يعتمد إلى الاستيعاب (الصدمة) كحل أمثل للعودة لخط الأساس قبل الصدمة ، حيث أن البعض يدمج التغيرات السلبية في عالمهم بسبب المعالجة المعرفية سيئة التكيف، وهو ما نجد نقيضه لدى ذوي النمو ما بعد الصدمة حيث يعتمدون إلى عملية الإقامة الإيجابية والتي تشكل مصدراً للنمو النفسي (الذهبي & النصراوي, 2016).

5- استخدامات نمو بعد الصدمة في الممارسة العيادية:

تستعمل الحوارات التقديرية الأساس لتدخل التدريب بين الأقران، باعتماد التدخل الاستقصائي، بالتركيز على تغير المخطوطة العقلية، حيث يركز الاستفسار التقديري على اكتشاف والتحقيق وتقييم إيجابية الفرد في الآخرين، من خلال فن ممارسة طرح الأسئلة الإيجابية، بمشاركة الأفكار المتعلقة بأفضل ما في الناس، الذي باستخدامه يسعى العملاء للعثور على القوة والدعم الضروريين لإحداث عملية النمو، خاصة خلال الحلقات المجهدة من الحياة التنظيمية، وهو ما يشير إلى أن هذه المحادثات تسهل اللقاءات الهادفة والتواصل الاعمق بين الأقران خاصة، وذلك كون المحاور يعتمد لاستخدام قوة السؤال لإشراك الأقران في اتصال أعمق، ويتضمن التدريب القائم على التقدير سلسلة من الأسئلة الهادفة لاستخلاص أفضل ما في التعلم الشخصي ولعلائقي وروايات النمو، والتي يكون الهدف منها هو بناء العلاقات، بالتالي تمكين المشاركين من ترجمة تجارب الأمل أو الضعف أو الفضل أو الاجتهاد إلى تجارب التعلم والازدهار والنمو، إذ يطلب من المشاركين تذكر الروابط الإيجابية في مكان العمل أو مكان آخر حتى يتمكنوا من تقييم الودائع في حساب المرونة الشخصي الخاص بهم، مع ضرورة الانتباه إلى كيفية تواصلهم والتحدث مع زملائهم في المنظومة الواحدة -مرضى السرطان- مثلاً من أعضاء الفريق الواحد والنظر في المحادثات الإيجابية التي أجروها بمرور الوقت ، ويسأل المشاركون بعضهم عن المحادثات التي أجروها ويفكرون في الموارد التي يستخدمونها والعلاقات التي تمكنهم من التغلب على النكسات، حيث أن تقوية الروابط مع الآخرين في منظومة تشبه الودائع في حساب مصرفي جماعي يمكن للجميع لسحب منه (Powley et al., 2021).

وقد أوعز Tedeschi وآخرون بضرورة توشي الحذر بشأن فرض التغيير والتحدث عن نمو ما بعد الصدمة قبل تقديمه من قبل العميل، إذ يعد ضرورياً تقديم الفريق الخبير للعميل قبل استيفاء العمل، الذي لا

بد أن يكون مستمعا جيدا وباهتمام، مع تقديم التعاطف وتقديم الاحترام الذي يشكل أساس العلاجات النفسية، حيث يجب أن يكون على دراية بخطوات النمو ما بعد الصدمة لاكتشافها عندما تبدأ في الظهور في قصص العميل، حيث أن استخدام العميل لكلمات كـ "متى" بدلا من "إذا" تعد علامات تؤدي لظهور النمو اللاحق للصدمة، ويضاف إليها ضرورة التعلم من المحادثات بدل محاولة تغييرها، حيث تدعو نظرية استحداث العلاج بنمو ما بعد الصدمة إلى تسليط الضوء والاستكشاف بما يتعلق بالنهج الإنساني فيما يتشابه هاهنا بالنظرية الإنسانية لروجرز، حيث يضاف إليها تسليط الضوء على المبالغة في تأكيد العميل وخلق خطابات إيجابية للنمو والتعافي بعد الصدمة لتعزيز تقدير المعالج، مع اتباع لغة الانفتاح بما يتعلق بلغة العميل، كما يعد ضرورياً فهم العميل للتعافي وما يرغب في تحقيقه، حيث لا بد من ضرورة فهم مغالطة أن الهدف من التعافي هو العودة للذات قبل الصدمة، حيث لا يمكن التراجع عن الظروف المؤلمة (Kiyimba et al., 2022).

ومشاركة التجربة المؤلمة مع الآخرين شرط مسبق لاستعادة الإحساس بعالم ذي معنى وفي هذه العملية يطلب الناجون من الصدمات المساعدة في الغالب ليس فقط من المقربين منهم، بل حتى من المجتمع الأوسع، مما يرجح للمجتمع كفة اتخاذ إجراءات لازمة لتحديد مسؤولية عن الضرر واصلاحه، مع ضرورة الاعتراف والرد اللذان يعدان ضروريين لإعادة بناء إحساس الناجين من الصدمات (Fine, 1994) والجدير بالذكر أن تفسير الأحداث والسمات عملية مهمة للتأثير على ردود لأفراد، حيث تعد سمة أساسية لشرح كيفية تعامل الشخص مع المطالب والأعباء، وذلك بإعطاء معنى لما حدث، بغض النظر عن الأحداث كما يرتبط النمو اللاحق للصدمة بشكل كبير بالرفاهية الإيجابية، والتي تشير إلى أن التصورات الإيجابية قد تكون مؤشرا على الصحة العقلية الإيجابية لدى الناجين من الصدمات، حيث يعد ما معدله بين 50 و60% من الناجين لا يحتاجون تدخلا لأحداث عملية النمو ما بعد الصدمة إذ أنها عملية طبيعية قد تحدث في فترات مدعومة ببيئة اجتماعية ميسرة الظروف كالعلاقات الداعمة والتعاطف، وفي أعقاب الأزمة يتورط الاقتصاد النفسي في عملية الاستيعاب /التكيف مع المعلومات الجديدة المتعلقة بالصدمة، وفي الواقع يمكن تفسير التعافي من الصدمة على أنه مشتق من استيعاب الذاكرة المؤلمة في المخطط المعرفي للفرد أو باعتباره مستمدا من مراجعة المخطط الحالي من أجل استيعاب المعلومات الجديدة وغير المؤكدة، وفقا للنهج الذي يعتمده الشخص، وعملية النمو هذه جزء لا يتجزأ من آلية التكيف وليس الاستيعاب (Ruini et al., 2013)، والصدمة هي مقدمة للنمو بعد الصدمة وتجربة

تحويل الحياة، والتحرك نحو مستوى أداء أفضل من مستوى ما قبل الصدمة يجب أن ينظر إليه على أنه عملية مستمرة وليس هدفا ثابتا ، يمكن للأخصائيين والأطباء مساعدة الناجين من الصدمات من فهم أنّ الجوانب السلبية لتجربة ما بعد الصدمة فعلى الرغم من تحدياتها وصعوبة التنقل فيها ، تشكل أساسا ضروريا للنمو اللاحق للصدمة، كما يجب توفير التثقيف النفسي المتعلق بالاستجابات الفسيولوجية والنفسية الشائعة للمنبهات المؤلمة، ويجب أن يسعى الأطباء والمختصون إلى تطبيع ردود الفعل الفردية، مع تسليط الضوء على أن الاستجابات المؤلمة شائعة ومتوقعة، ولا تشير إلى عجز في شخصية الفرد أو هويته، كما أن التحول من أنواع الاجترار المتطفلة أو غير المرغوب فيها إلى شكل متعمد وبناء من الاجترار هو مفتاح نتائج نمو ما بعد الصدمة، لذلك يصب المسعى العام للعلاج لتعليم العملاء مهارات المساعدة في التقليل من ردود الفعل القلقة وإدارتها، مع تطبيع الاجترار التدخلي وعقابيل الصدمات عندما تظهر في العملاء، مع العمل على تعليمهم مهارات زيادة التنظيم الانفعالي وإعادة التقييم المعرفي، التي تسمح لها الاستجابات السقراطية والاكتشاف الموجه نحو العميل بالتفكير عمدا في دور الصدمة في حياتهم (Ruini, 2017).

وجدير بالذكر أنّ الصدمة ليست ضرورية للنمو في مطلق الأحوال على الأقل، حيث يمكن للناس أن ينضجوا ويطوروا الحكمة بطرق ذات مغزى دون التعرض لمأساة أو خسارة أو صدمة مع أنّه يجب الإشارة إلى دور الصدمات في التعلم والقدرة على التطور في مختلف حيثيات الحياة في ظل الصعوبات التي يواجهها المرضى والمعرضون للصدمة من مختلف الاطيف، بذلك يعد تقرير الأفراد في تطوير كفاءات للنمو بعد الصدمة يسمح في ظل العلاجات المختلفة بتوليف آليات معتبرة للتعامل مع مختلف الحواجز التي تعترض سبيلهم، وبذلك يعد ضروريا لتجاوز عديد من الاختبارات التي يقع ضحيتها.

6- نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان:

على الرغم من صعوبة تمييز نمو ما بعد الصدمة من حيث توافر الصدمة عن السرطان أو التعرض لصدمة أخرى عززت نمو ما بعد الصدمة، غير أنّنا نجد السيطرة ظاهرة في حالات السرطان ، وعلى نقيض باقي الصدمات التي تكون غير متوقعة ولا يمكن السيطرة عليها، غير أنّنا في حالات السرطان نجد الآليات المشاركة في التاريخ الطبيعي للسرطان تزود المرضى عادة بوسائل تغيير الطريقة التي يتصرف بها المرضى (النظام الغذائيّ الرياضة، العادات السامة...) حيث يعتمد كثير من المرضى إلى

محاولة السيطرة على حياتهم وفق ما يتماشى مع المرض، باعتماد الإدراك كسمة نموذجية للصددمات المرتبطة بالمرض ، ومنطقي جدا أن تتأثر عوامل ظاهرة نمو ما بعد الصدمة بهذا العامل، إضافة إلى طبيعة معايشة المريض للسرطان كعامل صدمي حاد كشرط ضروري لظهور النمو ما بعد الصدمة ، ومنها رسم الحدود الزمنية لضغوط السرطان ، حيث ليس سهلا إطلاقا رسم حدوده الزمنية لانتهاؤ الحدث الصادم، وهو ما يناقض الصدمات ذات البداية والنهاية المحددة، وعليه فإننا نقع في معضلة ما إذا كان النمو ناتجا عن حدث صادم أو عدة ضغوطات على فترات زمنية (Sumalla et al., 2009)، حيث سجل عدد من المصابين بالسرطان في كثير من الحالات أعراض الاجهاد ما بعد الصدمة الناتج عن التعرض للصددمات المختلفة في شكل أفكار تطفلية، وتجنب ما يذكرهم حول السرطان، في حين نجد اليقظة مبلغا عنها لدى الناجين من السرطان بعد الانتهاء من العلاج (Jim & Jacobsen, 2008)، حيث يرتبط ظهور الصدمة بظهور عواقب على المستوى الشخصي، باستخلاص الخير من السيء من هذه الاحداث ومحاولة إيجاد الفوائد منها، والتي تتحول إلى حالة من النمو في الغالب (Tomich & Helgeson, 2012)، ومع اعتبار الدليل التشخيصي الرابع DSM4 للسرطان كحدث مزلزل في حياة المريض بدءا من التشخيص ومع مسارات المرض وتنشيط الشعور بالضعف والوعي بالوفيات كأحداث مؤلمة وضاغطة، فقد كان (Tedeschi et al., 2017)، يشيران إلى طبيعة تحطيم الاحداث الضاغطة للافتراضات الأساسية في الحياة والوعي الذاتي، ونقاط الضعف التي يمكن أن تؤدي إلى عملية النضج الذاتي في ظل نمو ما بعد الصدمة ، مما يولد الصراع في تحسينات نقاط قوة الشخصية والروحانية للأفراد وحتى في علاقاتهم مع الآخرين وفي تقدير حياتهم الخاصة ، كما يؤدي المستوى المتوازن من الضيق إلى تحفيز النمو ما بعد الصدمة مما يعطي استثناءات للناجين من صدمات ذوي الامراض الطبية ومنها السرطانية (Casellas-Grau et al., 2017)، وعلى الرغم من عدم وضوح البيانات المتعلقة بالناجين من السرطان، إلا أن البيانات المتعلقة بهم عادة ترتبط بتكيف نفسي اجتماعي، حيث يرتبط في بعض الأحيان ببعض المحددات كالتعليم حيث يبلغ المرضى ذوي التعليم الأقل عن ارتفاع مستوى النمو ما بعد الصدمة في حالات الدراسة التي قام بها (Thornton & Perez, 2006)، كما يتصل بمقدار الدعم الأسري و الاجتماعي الذي يحظى به المرضى والأصدقاء الايجابيين فيما يتعلق بالمحيط الاجتماعي للمرضى وأهمية الدعم الاجتماعي، ومدى وعيهم بضرورة الدعم (Tanriverd et al., 2012)، كما يرتبط إضافة إلى الدعم الاجتماعي بأسلوب المواجهة والمدة الزمنية بعد العلاج، والأنشطة اليومية الممارسة كالرياضة،

ومؤشر كتلة الجسم وحالة لعمل، والدخل الاقتصادي، مما يتطلب استراتيجيات مصممة خصيصا للمصابين بالسرطان، وتحسين حالتهم الصحية والجسدية والنفسية لتعزيز نمو ما بعد الصدمة (Zhang et al., 2020).

إضافة إلى عوامل أخرى كالجنس ونوع المرض حيث يمكن ان يرتبط نمو ما بعد الصدمة لدى الذكور المصابين بسرطان المستقيم مثلا بالعوامل النفسية والاجتماعية كالدين والدعم الاجتماعي، بدلا من الوظائف البدنية كالإخراج والوظيفة الجنسية، إذ يمكن للتدخلات الرامية إلى تعزيز الدعم الاجتماعي أن تعزز نمو ما بعد الصدمة لدى هؤلاء المرضى (Kim et al., 2021)، كما تلعب العوامل النفسية كالمرونة آلية تكيف إيجابي تتغير بمرور الوقت وتحمي من الضائقة النفسية، إضافة إلى مسارها نحو تنظيم الانفعالات والتعامل مع الاجهاد الذي يتأثر بشدة سمات الشخصية، وسمات الانفتاح، والحاجة المستمرة لتجربة تجارب جديدة، ومدى قدرة المرضى على استمداد القوة من الشدائد، كون السرطان تجربة توقيح حميمة تدمر إحساس الفرد بالذات والرابطة الجسدية وبالتالي تتطلب تركيز استبطاني ووعي متزايد وصنع معنى لتجربة الفرد الخاصة لتسهيل التفاصيل الكاملة في فهم أعراض الصدمة والخروج إلى نمو ما بعد الصدمة (Gori et al., 2021).

بناء عليه فإن توضيح طريقة سير نمو ما بعد الصدمة ترتبط ارتباطا بعدد من المتغيرات التي يصعب حصرها في مجال دون الآخر، إذ ترتبط ارتباطا جذريا بطبيعة المرض ومدته ووقوع الصدمة التي يحدثها المرض، كما ترتبط بعوامل مصاحبة كالعوامل الشخصية للفرد من سمات شخصية ومرونة وقدرة على التكيف، إضافة إلى عوامل ديمغرافية أخرى كالعمر والسن والمستوى التعليمي والاقتصادي، وعوامل أخرى ترتبط ارتباطا ضمنا بجماعة الرفاق والدعم المدرك والمتصور من الأسرة والرفاق والمجتمع، مما يجعل نمو ما بعد الصدمة في تزايد للارتباط بين عوامل شخصية واجتماعية وعوامل أخرى مرتبطة بطبيعة المرض وسيور.

رابعاً: الدراسات السابقة

تمهيد:

على اعتبار أنّ السرطان مرض يمكن ان يؤدي لعدد من الاضطرابات، ومنها اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، والذي قد يترافق مع مختلف الانفعالات العامة، مما يستوجب تداخلاً انفعالياً يتضمنه التنظيم الانفعالي خلال الاضطراب، او حتى أثناء المرور لمرحلة نمو ما بعد الصدمة، وهو ما يتم حصره في تداخل لعدد من الآراء والاقتراحات التي نلتمسها في عديد من الدراسات، والتي رأى الباحث أنه يجدر ذكرها في هذا الفصل، حيث تم تقسيمها لعناوين رئيسية وفقاً لما تستجبه التأثيرات المباشرة والتأثيرات المباشرة لطبيعة الوساطة بين التنظيم الانفعالي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، مع تناول نقد عام للدراسات السابقة.

1- التأثيرات غير المباشرة لوساطة التنظيم الانفعالي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما

بعد الصدمة:

يمكن الإشارة للسرطان كمصدر رئيسي للصدمة كونه يشكل مصدراً للتجربة المؤلمة، مع عدم القدرة على التنبؤ في ظهوره لدى المرضى (Gieseler et al., 2018)، على الرغم من أن معظم المرضى في مصلحة الأورام لا يتم إحالتهم على الاستشارة، نظراً للمستويات العالية من الحزن والقلق والتي يشار إليها على أنها ردود فعل طبيعية لتشخيص السرطان وعلاجه، بالتالي عادة ما يكون الخلط بين المزاج والقلق والاضطرابات النفسية الأخرى على أنها حزن غير متوقع يمكن التحكم فيه (A. Leano et al., 2019)، حيث يرتبط بطبقات متعددة من الضيق، إضافة للعوامل التي ترتبط بخطر نمط الحياة حيث يعد نمودجا مثالاً لمرض حاد او مزمن يمكن ان يعجل من ظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (Cella et al., 1990; Palmer et al., 2004)، إذ يعد التشخيص بالسرطان معقداً إضافة للمعوقات التي تصادف الإرهاق من علاجه، مما يمكن الجزم بالقول به أنّ اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يمكن ان يشمل القائمة التشخيصية لاضطراب كما أوردها الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع (Association & DSM-IV., 1994)، وهو ما يذهب لتأكيد عديد الباحثين في دراساتهم حيث يرى (Cella et al., 1990)، أن مرضى السرطان يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حيث لا يريد المرضى

الاعتراف بمشاكلهم النفسية، لذلك لا يكون لدى المرضى تأثير علاجي مناسب في الوقت المناسب للقلق الذي يتحول عادة إلى معاناة مزمنة، إذ تشكل مرحلة الوعي بالإصابة بالسرطان لدى المرضى تهديدا مباشرا للحياة والموت المبكر، الذي يؤدي لضغوط قوية عالية الشدة تؤدي لرفع مستوى الضيق، مع استخدام سلسلة دفاعات تكيفية للحفاظ على التوازن النفسي (Pranjic et al., 2016; Smith et al., 1999)، والتي قد يكون منها التنظيم الانفعالي، كما ان اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يبدو نموذجا افضل لتصور الضيق الذي يمر به المرضى من نموذج الضيق المعمم الذي يمكن ان يضم عدة اعتبارات أخرى حسب ما تورده دراسة (Cordova et al., 2017; Rustad et al., 2012)، مع زيادة المخاوف بشأن العلاقات الحميمة والرفاهية الجسدية إضافة للاستجابات الأخرى كالتجنب وزيادة الاثارة مع الأفكار الاقترامية (Alter et al., 1996; Kangas et al., 2005; Swartzman et al., 2017)، حيث قد تقتضي إيجاد آليات للنمو من خلال التنظيم الانفعالي، مما يحيلنا لضرورة الإشارة إلى طبيعة علاقة مستويات التنظيم الانفعالي كوسائط للنمو ما بعد الصدمة، وضغط ما بعد الصدمة وهو ما تشير إليه جموع الدراسات المختلفة.

ما يدفع إلى إضافة الاختلافات في اضطراب الضغط ما بعد لصدمة حسب الورم الذي يعاني منه المرضى حيث يؤكد (Gradus et al., 2015; Alyssa Leano et al., 2019)، على صعوبة إمكانية الجزم بتعلق الإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بنوع دون الآخر، إذ أشارت دراسة (Bartlett et al., 2019) إلى وجود تأثيرات تبادلية للتنظيم الانفعالي مع مستويات اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مع ضرورة النظر للآليات المعرفية ذات الصلة بأغراض برامج الفحص والتدخل والوقاية الفعالة، والتي يمكن أن تؤدي لنمو ما بعد الصدمة.

كما أشارت دراسة (Kira et al., 2019)، إلى أن زيادة التقييم الإيجابي والهوية ترتبط بارتفاع نمو ما بعد الصدمة والخفض من ضغط ما بعد الصدمة، وهو ما أشارت إليه دراسة (Wang et al., 2020)، بتوسط -إعادة التقييم الإيجابي- استراتيجيات التنظيم الانفعالي للعلاقة بين الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة، وتأثيرها على المراضة النفسية، إضافة لإمكانية حدوث تغيرات إيجابية مع مرور الوقت، كأنماط التفكير بدل المفهوم عن الذات، إذ ترى دراسة (ZHOU Xiao, 2016)، أنه لا توجد ارتباطات بين التعرض للصدمة وإعادة التقييم المعرفي والقمع التعبيري، وكان للصدمة آثار إيجابية من

خلال التعرض للضغط ما بعد الصدمة في ظهور النمو ما بعد الصدمة في ظل مستوى عال من الدعم الاجتماعي، هذا وقد دلت نتائج دراسة (Huang et al., 2019)، على إمكانية توسط استراتيجيات التنظيم الانفعالي بشكل غير مباشر من خلال إعادة التقييم المعرفي وليس من خلال القمع المعرفي للعلاقة بين اليقظة ونمو ما بعد الصدمة مروراً باضطراب الضغط ما بعد الصدمة على رجال الإطفاء الصينيين، وتنبأت دراسة (Larsen & Berenbaum, 2015)، أن المعالجة الانفعالية لها تأثير غير مباشر بشكل كبير على نمو ما بعد الصدمة والضيق من خلال تأثيرها على صنع المعنى مع وجود علاقة وساطة بشكل إيجابي للنمو ما بعد الصدمة، وسلبى للضغط ما بعد الصدمة، مع ضرورة الاهتمام بالعمليات الانفعالية التي تتطوي عليها النماذج السببية للنمو ما بعد الصدمة، مما يعني إيلاء الاهتمام باستراتيجيات التنظيم الانفعالي لتسهيل حدوث نمو ما بعد الصدمة.

كما تشير دراسة كل من (Ho et al., 2011; Huang et al., 2019; Hussain & Bhushan, 2011)، إلى تدخل وساطة للتنظيم الانفعالي للعلاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة، إضافة لوجود عوامل تدخلية أخرى كالمدة الزمنية، أنماط التفكير، التقييم الإيجابي، الهوية، والتركيز على التقييمات الإيجابية للحدث بتطور أشكال العلاج والدعم الاجتماعي. كما يشار إلى أن هذه الدراسات قد تنوعت في البحث بين مهاجرين تبنيين ورجال الإطفاء عدا دراسة (Huang et al., 2019)، التي تناولت مرضى سرطان الثدي الصينيين.

وترى دراسة (Wild & Paivio, 2004)، أن التنظيم الانفعالي لا يساهم في الوساطة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة، في ضوء التكيف النشط والرفاهية الذاتية، الرغبة الاجتماعية وضيق الأعراض التي تعد وسائط أولية بديلة للتنظيم الانفعالي، بحيث تتطابق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (Spies et al., 2020)، التي ترى بارتباط مباشر لصعوبات التنظيم الانفعالي مع اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى أفراد الخدمة في القوات المسلحة الألمانية، عن طريق الاعتراف الاجتماعي والتجنب التجريبي وليس عن طريق الضرر الأخلاقي وعلاقة غير مباشرة للنمو ما بعد الصدمة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

هذا وتشير دراسة (Eze et al., 2022)، إلى أن برامج التدخل الأولية التي تتضمن تدريب الناجين من الهجمات المسلحة في استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي التي تركز على الحدث المؤلم، يمكن أن تكون

فعالة في السيطرة على اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ولكنها تكون أقل أهمية في توليد نمو ما بعد الصدمة، ونمو ما بعد الصدمة مترابط مع استراتيجيات التنظيم الانفعالي، ولكنها تتطوي على فروق دقيقة داخل اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، ولا تندرج ضمن نموذج janoff-bulmans "القوة من خلال المعاناة" لنمو ما بعد الصدمة فيما يخص مجموعة tev العرقية الذين نجو من هجوم مسلح والذين تم ايوائهم في مناطق النازحين داخليا في شمال وسط نيجيريا، وأكدت دراسة (Arikan et al., 2016)، على أهمية تأثير أنماط التعلق وإدراك النمو ما بعد الصدمة على تنظيم المشاعر لما بعد الصدمة والمعالجة المعرفية للصدمة لتحديد الصحة العقلية بعد الصدمة، حيث دلت على ارتباط إيجابي بين قلق التعلق والادراك الذاتي السلبي بعد الصدمة، وارتبط الإدراك الذاتي السلبي بشكل إيجابي مع اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، حيث تنبأ تجنب التعلق بالمزيد من الإدراك السلبي للعالم بعد الصدمة.

وقد جاءت نتائج دراسة (Benoit et al., 2010)، التي أجريت على المشاركين في غرف الطوارئ بالمستشفى بعد التعرض للصدمة في مرحلة البلوغ، بأن المستوى الأعلى من أمان التعلق مرتبط بعدد أقل من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، كما أشارت نتائجها على أن تعاطي المخدرات والاستراتيجيات التي تركز على الانفعال تتوسط الارتباط بين أعراض التعلق واضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

2- التأثيرات المباشرة لـ التنظيم الانفعالي، ضغط ما بعد الصدمة، نمو ما بعد الصدمة:

التنظيم الانفعالي - اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

دلت نتائج بعض الدراسات السابقة على وجود علاقة للتنظيم الانفعالي بضغط ما بعد الصدمة، حيث تشير دراسة (Teng et al., 2022) على وجود علاقة لصعوبات التنظيم الانفعالي بضغط ما بعد الصدمة، حيث يتوسط العلاقة بقمع المشاعر السلبية المرتبطة بالاكنتاب، وهو ما تدل عليه دراسة (Chan et al., 2011)، إذ ترى ان تحيز الانتباه السلبي المرتبط بالسرطان والاجترار مرتبطين بأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، إذ أنّ الأفراد الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة يفرطون في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي غير الفعالة نسبيا مثل القمع التعبيري بدل الاستراتيجيات الفعالة كإعادة التقييم المعرفي وهو ما تراه دراسة (Boden et al., 2012; Shepherd & Wild, 2014)، إضافة إلى كون المعرضين لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة أقل إبلاغا عن

انفعالاتهم، مع صعوبة بالتحكم في السلوكيات الاندفاعية في الحالات الاكتئابية حسب ما تشير إليه دراسة (Nagy et al., 2022; Weiss et al., 2012)، إذ إن عدم التحكم مرتبط سلباً بفرط اليقظة، كما أنّ الجانب الذهني الأكثر صلة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة قد لا يحكم على التجربة الداخلية كما جاء في دراسة (Reffi et al., 2019)، إضافة إلى ارتباط الصدمات لدى المجندين مثلاً بقدر كبير من خلل التنظيم الانفعاليّ، مما يسهم في الرفع من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وفق دراسة (Raudales et al., 2019)، إضافة لاستخدامات التنظيم الانفعاليّ في الحالات التعرضية للأعراض النفسيّة من استراتيجيات تقييم المشكلات ودلالاتها للتعامل مع الضغوط حسب ما تشير إليه دراسة (Greening & Stoppelbein, 2007)، إذ أنّ التناقض في التعبير الانفعاليّ يؤدي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى الناجيات من سرطان الثدي والذي قد يكون جزئياً بسبب قلة الفرص لمناقشة الأحداث الانفعالية، بالتالي الزيادة في الأفكار السلبية المتعلقة بالسرطان، مما يستوجب ضرورة التأكيد على تطوير استراتيجيات التنظيم الانفعاليّ التكيفية لتقليل الآثار الضارة للأفكار التدخلية المرتبطة بالسرطان حسب ما تراه دراسة (Lu et al., 2017)، كما يمكن ان تظهر في شكل تسرب وتجنب في بعض التمثلات العلاجية لبعض المرضى، إذ أن دراسة (Gilmore et al., 2020)، تعد التسرب من العلاجات لمن يعانون من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة واقعا انفعاليا يعبر عن سوء في التنظيم الانفعاليّ الذي يتخلل العلاقة بين المتعالجين من المتعرضات لصدمات جنسيّة.

علاقة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بنمو ما بعد الصدمة:

تشير الدراسات إلى وجود معايير تدخلية كتطور المدة المرتبط بالسرطان إضافة لعوامل الجنس والدخل والعمر الأكبر عند التشخيص باضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى المرضى السرطان كدراسة (Marziliano et al., 2020; Tremolada et al., 2016)، حيث ترى تحليلات التلوي لدراسة كل من (Casellas-Grau et al., 2017; Parikh et al., 2015; Shand et al., 2015) إلى وجود ارتباطات مدعومة بعوامل متغيرات ثانوية متعلقة بطول المدة مما يسمح بإعادة تفسير الأحداث، إيجاد معنى للنمو، مما يدعم القول بأنهما طرفي بنيات مستقلة.

كما تؤكد دراسة (Chen et al., 2019)، على وجود ارتباطات للضغط ما بعد الصدمة مع أعراض متعلقة بالاكتئاب والقلق، في حين يتخذ النمو ما بعد الصدمة الأشكال الإيجابية المتعلقة بالروحانية والدعم الاجتماعي.

تري دراسة (Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014)، بأنّ نوع الصدمة والعمر يمكن أن تحدد مسار العلاقة بين اضطراب الضغط ونمو ما بعد الصدمة، حيث يمكن ان تحدث نتائج إيجابية او سلبية بعد الصدمة، والتركيز فقط على اعراض الضغط ما بعد الصدمة قد يحد او يبطئ التعافي وإمكانية النمو، كما أشارت دراسة (Kleim & Ehlers, 2009)، لوجود ارتباط عكسي متعلق بأسلوب التفكير والاجترار للصدمة، وهو ما تراه دراسة (Zhou & Wu, 2016)، حيث أكدت على أن الاجترار التدخلي يعتمد إلى زيادة مستويات اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، في حين أن الاجترار المتعمد يمكن من زيادة النمو ما بعد الصدمة، إضافة لعوامل الخوف والشعور بالذنب التي تشير إليهما دراسة (Wang et al., 2014)، ضف عليه إسهامات التغيير المعرفي الذي تشير إليه دراسة (Zhang et al., 2018) وإعادة تقييم الحياة التي تشير إليه دراسة (Tiamiyu et al., 2016)، مما يشير إلى ان دراسة العلاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، تظل مقتصرة على تدخلات وسطية لمتغيرات عديدة، ضف إليها قلة الدراسات التي تناولت بالتفصيل العلاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.

العلاقة بين التنظيم الانفعالي ونمو ما بعد الصدمة

تظهر دراسات كل من (Gori et al., 2021; Karimzadeh et al., 2021; Liu et al., 2023;) إلى (Rahimzadegan et al., 2022; Soo & Sherman, 2015; Wild & Paivio, 2004)، إلى توسط استراتيجيات التنظيم الانفعالي للوصول لنمو ما بعد لصدمة، حيث تعد استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي والتجنب ضرورية لحدوث الرضا والمرونة والتماسك، إضافة للمرونة، وتغيير المخططات غير التكيفية، والتكيف النفسي والتأقلم.

كما أن تدريب المتعالجين على الاستراتيجيات المعرفية والانفعالية في التدخلات العلاجية وسيلة أساسية لتعزيز النمو لدى النساء المصابات بالسرطان حسب ما تشير إليه دراسة (Hamidian et al., 2019)، إضافة لارتبط النمو ما بعد الصدمة باستراتيجيات التكيف الإيجابية كما تشير إليه دراسة

(Hamama-Raz et al., 2019; Strack et al., 2010)، بحيث يتم اعتماد استراتيجية إعادة التقييم المعرفي للحدث من طرف المرضى حسب ما تشير إليه دراسة (Orejuela-Dávila et al., 2019).

وترى دراسة كل من (Larsen & Berenbaum, 2015; Tuck & Patlamazoglou, 2019)، إلى دور المعالجة والذكاء الانفعالي كمنبئات تسمح بالتحكم في التنظيم الانفعالي للوصول لنمو ما بعد الصدمة.

كما تشير دراسة (المجد, 2023) ، إلى النظر إلى لوم الذات والاجترار، إضافة إلى إعادة التقييم المعرفي كمنبئات رئيسية للوصول للنمو ما بعد الصدمة.

3- التعقيب على الدراسات السابقة:

يظهر جليا تباين الدراسات السابقة من خلال تناولها النظرية لكل من التنظيم الانفعالي، اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، ونمو ما بعد الصدمة، حيث ركزت الدراسات التي تناولت التنظيم الانفعالي كوسيط للضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة، إلى تبيان استراتيجيات او صعوبات التنظيم الانفعالي وآليات التحول من ضغط ما بعد الصدمة إلى نمو ما بعد الصدمة، حيث ترى دراسة كل من (Bartlett et al., 2019; Benoit et al., 2010; Ho et al., 2011; Huang et al., 2019; Hussain & Bhushan, 2011; Kira et al., 2019; Spies et al., 2020) إلى وساطة غير مباشرة للتنظيم الانفعالي في ضوء بعض المتغيرات، كتدخل الآليات المعرفية ، التقييم الإيجابي، أنماط التفكير والهوية ، الاعتراف الاجتماعي، التعلق كعرض للضغط ما بعد الصدمة، والجدير بالذكر أن هذه الدراسات قد أكدت على أهمية استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي للحدث، كعملية آلية لحدوث النمو، والقمع المعرفي الذي يلزم التحولات أثناء اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وضرورته لحدوث النمو، كما أشارت هذه الدراسات إلى ضرورة النظر في المتغيرات الديمغرافية كالعمر وطول المدة والدعم الاجتماعي، مما يجعل من الضروري إيلاء الاهتمام بالبرامج التي تركز على إعادة التقييم المعرفي للوصول لنمو ما بعد الصدمة، حسب ما أوردته دراسة (Eze et al., 2022) مما يجعل منها ذات قيمة في حدوث التأهيل النفسي للمرضى، غير أن دراسة (Wild & Paivio, 2004)، لا ترى بوجود وساطة للتنظيم الانفعالي في ضوء التكيف النشط الرفاه والرغبة ، يشار إلى ان هذه الدراسات لم تعالج في أي منها دراسة المرضى بالسرطان إذ تناولت العينات من المعرضين لصددمات مختلفة لرجال الإطفاء والمهاجرين ، والنازحين

والناجين من الزلازل ، يضاف إليها تعدد مناهج وطرق البحث المتبعة من دراسات طولية و مناهج تجريبية، ومناهج وصفية ، إضافة إلى دراسات التلوي، إضافة إلى عدم الإلمام الكامل بمختلف استراتيجيات التنظيم الانفعاليّ التي يشار إليها بالتنوع حسب المواقف.

بالنسبة للدراسات التي تناولت التأثيرات المباشرة يلاحظ أن الدراسات التي تناولت التنظيم الانفعاليّ واضطراب الضغط ما بعد الصدمة، قد اكدت على دلالة استراتيجية القمع الانفعاليّ والتجنب، كآلية لخفض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ومنها دراسة (Arikan et al., 2016; Benoit et al.,) ، (2010; Eze et al., 2022; Nagy et al., 2022; Spies et al., 2020; Weiss et al., 2012 ، كما ان الدراسات تناولت عينات مختلفة عن مرضى السرطان، حيث تضمنت رجال الإطفاء ، اللاجئين السوريين وتتنوع في اختياراتها المنهجية بين منهج وصفيّ ودراسات طولية إضافة إلى مخرجاتها التي ركزت على دور وسائط للنمو في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، كما ركزت دراسات كل من (Huang et al., 2019; Hussain & Bhushan, 2011; Larsen & Berenbaum, 2015;) (ZHOU Xiao, 2016) على وساطة متغيرات للضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة في النماذج المختلفة التي اقترحتها الدراسات من خلال تعدد النماذج للنمو ما بعد الصدمة، حيث جاءت باختلاف التقارير من اجترار تطفلي و قمع مشاعر وإعادة تركيز إيجابي وأساليب التفسير التي يمكن أن تؤدي لنمو ما بعد الصدمة، بإتباع منهج وصفيّ معتمد في غالب هذه الدراسات.

كما ركزت دراسة (Bartlett et al., 2019; Casellas-Grau et al., 2017; Marziliano et al.,) 2020; Parikh et al., 2015; Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014; Shand et al., 2016; Tremolada et al., 2015) من خلال تحليلات الدراسات السابقة او دراسات على مرضى السرطان بوجود وسائط للنمو تتمثل في التدخل العلاجي أو التركيز على الاعراض ، من خلال العلاقات الخطية للنماذج المختلفة مثل نموذج (Kleim & Ehlers, 2009; Tiamiyu et al., 2016;) (Wang et al., 2014; Zhang et al., 2018) يشار إلى ان هذه النماذج قد تناولت المتعرضين لمجموعة صدمات مختلفة حوادث زلزال ، إعصار يانتشنغ، والإصابة بالسرطان، وقد أوردت وجود علاقات تداخلية غير مباشرة في جميع الدراسات المعروضة.

اما بالنسبة للدراسات التي تناولت نمو ما بعد الصدمة والتنظيم الانفعاليّ (Gori et al., 2021;) Hamama-Raz et al., 2019; Karimzadeh et al., 2021; Rahimzadegan et al., 2022;

(Soo & Sherman, 2015; Strack et al., 2010) قد تناولت التنظيم الانفعاليّ وفقاً لنماذج يسهم فيها التنظيم الانفعاليّ كوسيط أو معدل للنمو، مع تمايز ودور الدعم الاجتماعي وخصائص أخرى كالتكيف والمرونة، إضافة إلى الحاجة إلى التكيف من قبل المعرضين للصدمات ، في حين ان دراسة (Orejuela-Dávila et al., 2019; المجد, 2023) تدعم القول بعلاقة التنظيم الانفعاليّ بنمو ما بعد الصدمة للمعرضين للصدمات .

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1. مجتمع الدراسة
2. عينة الدراسة الأساسية
3. مقياس التنظيم الانفعالي
4. مقياس ضغط ما بعد الصدمة
5. مقياس نمو ما بعد الصدمة

تمهيد:

بعد أن تعرفنا في الجانب النظري على أهم متغيرات الدراسة، ننطلق في التعريف بالجانب التطبيقي بإسقاط ما تم تناوله نظرياً على عينة الدراسة من مرضى السرطان، والذين نتعرف عليهم من خلال معاشتهم لمرض السرطان والمداومين على العلاج في المستشفيات العمومية أو الخاصة، نظراً لطبيعة المرض وخطورته على الصحة العامة.

هذا ونتطرق في هذا الفصل إلى وصف المنهج المتبع وكذا سبل معالجة البيانات، وتفسير نماذج القياس والنموذج العام للدراسة، وعرض أدوات الدراسة المتبعة، بغرض معرفة تصميماتها، وصدقها وثباتها وكذا التعرف على الطرق الإحصائية الملائمة لتحقيق أغراض الدراسة، وفي الأخير التعرف على أهم نتائج فرضيات الدراسة.

بعد التعرف على متغيرات الدراسة التي شملها الجانب النظري، يتم في هذا الفصل التطبيق الميداني عليها والتعرف على طبيعة عينة الدراسة (مرضى السرطان) الذين يتم الاتصال بهم في أماكن تواجدهم، مع مراعاة إمكانية التواصل السلس معهم، في المستشفيات العمومية، أين يتلقون علاجهم، حيث توفر المستشفيات العمومية جناح خاص بالأمراض السرطانية.

1- الإطار العام للدراسة:

1-1 الإطار المكاني للدراسة: تمّ اختيار مرضى السرطان بولايتي وهران "مستشفى أول نوفمبر" والمؤسسة الاستشفائية العمومية بن زرجب "بلاطو" والشلف المؤسسة الاستشفائية الجامعية "الآخوة باج".

1-2 الإطار الزمني: تمت الدراسة الحالية خلال المدة التي سمحت بها المؤسسات الاستشفائية الجامعية، لولايتي وهران والشلف، وبعد موافقة المؤسسات الاستشفائية على تطبيق الدراسة الحالية، شرع الباحث في تطبيق الدراسة على مرضى ولاية وهران، خلال المدة الزمنية من أفريل 2022 إلى جويلية 2023.

2- مجتمع الدراسة:

مكون من مجتمع مرضى السرطان الذين يباشرون علاجهم في حصص منتظمة لدى مصالح الأمراض السرطانية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بكل من ولايتي وهران والشلف
كما يتم فيما يأتي القيام بتعريف عينة الدراسة حسب ما يقتضيه البحث، بالتعرف على خصائص العينة الاستطلاعية والعينة الأساسية للدراسة.

3- عينة الدراسة: لتحقيق أغراض الدراسة الحالية فقد قمنا بالتواصل مع مجموعة من مرضى السرطان المكونة من 285 مريض ومريضة بالسرطان، حسب ما يقتضيه البحث، ونظرا لطبيعة العينة المستهدفة وخصائصها، وحسب طبيعة نوعية الدراسة، حيث قمنا بجمع البيانات من خلال توزيع استبيانات ثم جمعها، بعد استجابة المرضى عليها، إذ يتم التواصل مع المرضى في المستشفيات الجامعية العامة (وهران والشلف)، أين يباشرون علاجهم مع الأطباء المختصين في الأمراض السرطانية، نظرا لأن طبيعة عينة الدراسة تعتمد بشكل كبير على قراءة الاستبيانات وهو ما لم نجد فيه تجاوبا كبيرا، إذ أن المجتمع الأصلي للعينة يحتوي على كثير من المرضى الأميين ، ولتسهيل عملية الاستجابة فقد قررنا اعتماد عينة تجيد ولو بشكل قليل القراءة ، فكانت عينة الدراسة الحالية موزعة كما يبينه الجدول الحالي:

جدول رقم (01)

يمثل تكرارات العينة

المتغير	المجموعات	التكرارات	النسب المئوية
الجنس	ذكور	86	30.2%
	إناث	198	69.5%
السن	19-45	98	34.385
	45-55	80	28.07
	55-65	63	22.105
	أكثر 65	44	15.438
مستوى التعليم	ابتدائي	80	28.1
	متوسط	76	26.7
	ثانوي	89	31.2
	جامعي	36	12.6
	أخرى	4	1.4

21.4	61	ضعيف	المستوى الاقتصادي
70.9	202	متوسط	
7.7	22	جيد	
16.5	47	أعزب	الحالة العائلية
77.9	222	متزوج	
5.6	16	مطلق	
79.6	227	الأولى	الإصابة
17.9	51	الثانية	
2.5	7	الثالثة	
48.1	137	الأولى	مرحلة التقدم
40	114	الثانية	
9.8	28	الثالثة	
2.1	6	الرابعة	
63.9	182	نعم	الجراحة
36.1	103	لا	
11.9	34	المعدة	موقع الجراحة
50.9	145	الثدي	
7.4	21	القولون	
3.5	10	الدماغ	
7	20	الرحم	
2.5	7	المعي	
0.7	2	الغدد اللمفاوية	
0.4	1	الدم	
0.4	1	البلعوم الانفي	
6	17	الرئة	
1.4	4	الفم	
1.4	4	الكبد	
0.4	1	البنكرياس	
4.6	13	البروستات	
1.8	5	الحنجرة والحلق	
41.1	117	6 أشهر	العلاج الكيماوي
28.4	81	سنة	
13.7	39	سنتين	
16.8	48	3 وأكثر	
36.5	104	نعم	الحالات العائلية
63.5	181	لا	

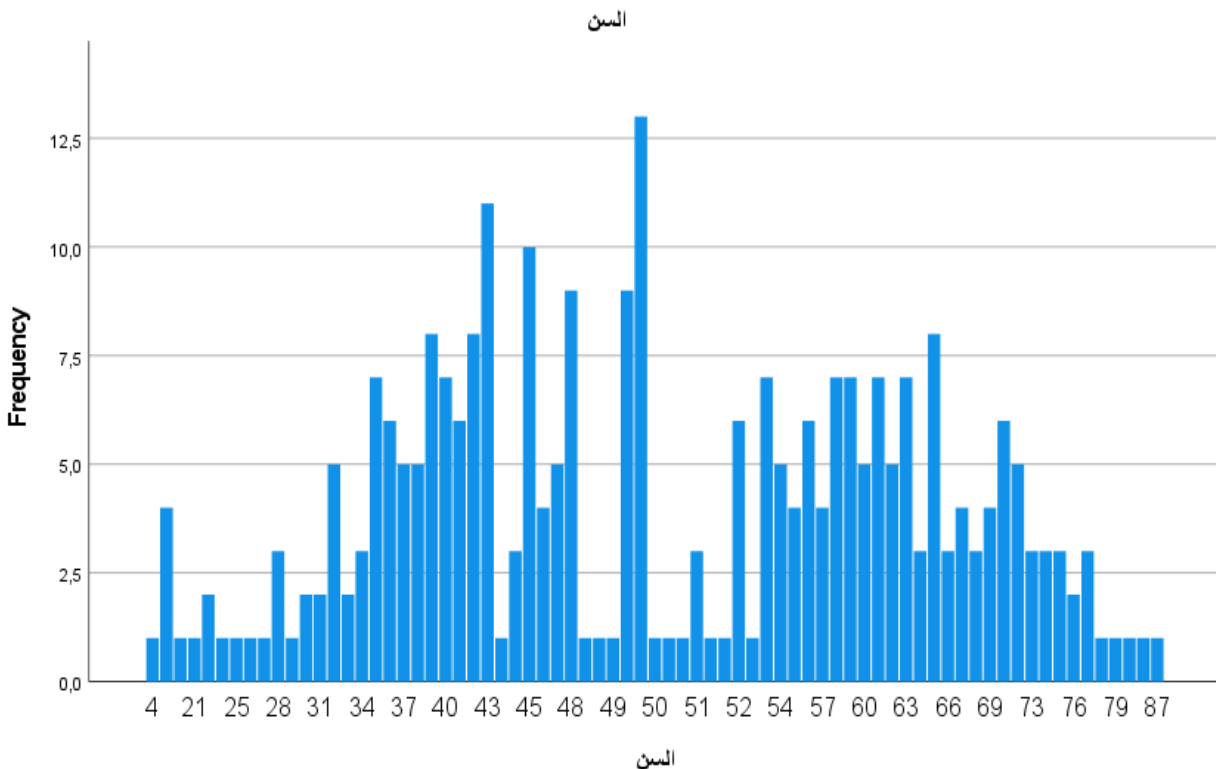
نلاحظ من خلال الجدول التالي أنّ عينة الدراسة الحالية، قد تباينت نتائج توزيع بياناتها على المتغيرات التالية الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة العائلية، المستوى الاقتصادي، الحالة العائلية، نوعية الإصابة، مرحلة تقدم المرض، الخضوع للجراحة، موقع الجراحة والعلاج الكيميائي، لنميز بذلك أن المتغيرات التي شملتها الدراسة الحالية تشمل معظم الجوانب المتعلقة بالمرض لدى مرضى السرطان وتداخلاتها مع المتغيرات الأخرى في سبيل تحقيق افتراضات دراستنا.

كانت نتائج متغير الجنس متباينة لصالح متغير الاناث حيث بلغت تكرارات العينة الحالية بنسب تشير إلى 69.5% من الاناث من المصابات بالسرطان بنسبة مئوية تقدر بـ198 وهي نسب تفوق بضعفين نسبة الذكور التي بلغت نسبتها 30.2% بمجموع تكرارات يبلغ 86 مريض بالسرطان.

أما بالنسبة للسن فقد قمت بتوضيح نتائجه في فئات عمرية نظرا لطبيعة الفئات العمرية المتتوالفة فتراوح بين 19 سنة إلى 87 سنة وفقا لما يوضحه المخطط التالي:

شكل رقم (05):

يمثل توزيع العينة حسب السن



نلاحظ من خلال المخطط رقم (03) أن توزيع العينة وفقا لمتغير السن قد تراوحت تكراراته بين 19 سنة إلى 87 سنة، حيث أننا نلاحظ أن التكرارات الأكثر تداولاً في المخطط الحالي هي 1 وهي الأقل في حين أن التكرارات 5 هي الأقل، حيث أننا نجد أن الفئات العمرية الأقل تكرارا لعينة المرضى بالسرطان هي الفئة بين 65 إلى 87 سنة، وذلك راجع لطبيعة البحث الحالي، حيث اعتمدنا على التقارير الذاتية، وقلما نجد في هذه الفئة من المرضى من يجيدون القراءة والكتابة، كما أننا نجد أن فئة بين 19 إلى 45 من المرضى الأكثر تداولاً حيث يبلغ تكرارهم 98 مريض ومريضة بنسبة مئوية تقدر ب 34.385 من المرضى، حيث تكرر توزيعهم بتكرارات استجابات فرد واحد لكل فرد من أفراد العينة التي قمنا بتوزيعها، وتراوحت قيم تكرارات المرضى ممن يتراوح سنهم بين 45 و 55 سنة لـ 80 مريض بنسبة مئوية تقدر ب 28.07 أين نجد أكثر استجابة للمرضى، مما يوضحه المخطط عن الفئة العمرية 43 سنة و 49 سنة، كما أن توزيع تكرارات الفئة العمرية بين 55 إلى 65 سنة، تم تمثيلها بنسبة مئوية تقدر ب 22.105 وبتكرارات تقدر بـ 63 مريض ومريضة حيث تم تقدير توزيعات تكراراتهم بين 5 و 7 لأغلب توزيعات فئات المستجيبين من هذه الفئة.

ويشير الجدول إلى إظهار تكرارات العينة المتعلقة بالمستوى التعليمي، حيث تم ذكر أن المرضى ينقسمون لأربع فئات يبلغ فيها تكرارات الفئة من ذوي المستوى الثانوي الأعلى تكرارا حيث بلغت تكرارات هذه الفئة 89 مريض ومريضة بالسرطان بنسبة مئوية تقدر ب 31.2% تليها فئة المستوى الابتدائي، إذ بلغت نسبة مئوية تقدر ب 28.1% لمجموع التكرارات البالغ عددها 80 مريض ومريضة بالسرطان، أما بالنسبة للجامعيين فقد بلغت تكراراتهم 36 مريض بنسبة مئوية تقدر ب 12.6%، كما نجد أن تكرارات المرضى المصابين بالسرطان من ذوي المستوى المتوسط مقدرة ب 76 مريض ومريضة بنسبة مئوية تقدر ب 26.7% أما فئة المرضى الغير محددین والذين يجيدون القراءة والكتابة فقد بلغت تكراراتهم 4 فقط بنسبة مئوية 1.4% نظرا لصعوبة التقييم الجيد الذي ينجر عنه عدم اطلاع المرضى من هذه الفئة على الاستجابة لبيانات الاستبيان، وفقا لما توفر لدينا من عينة في حدود اطلاع الباحث.

كما نشير إلى متغيرات العينة من خلال المستوى الاقتصادي الذي تراوحت بياناته لصالح ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط، حيث بلغت تكرارات هذه الفئة 202 مريض بنسبة مئوية تقدر ب 70.9% وهي أكبر تكرار تم الحصول عليه بالموازاة مع كل من المستويات الأخرى، التي قدرت تواليها ب 61 مريض ومريضة بنسبة مئوية تقدر ب 21.4% للمرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف و 22

مرضى بنسبة مئوية تقدر ب 7.7% للمستوى الاقتصادي الجيد وهي أقل فئة تمت الاستجابة من طرفها على بيانات الاستبيان قيد الدراسة.

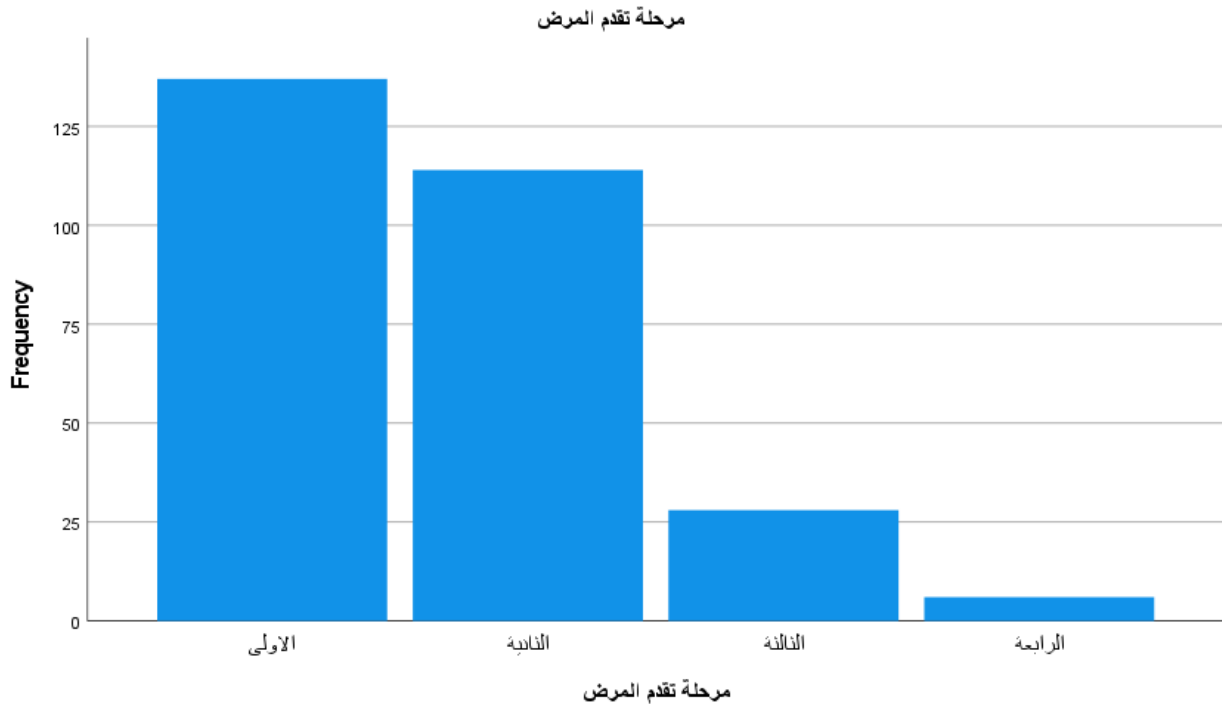
كما قد قمنا بتعريف عينة الدراسة وفقا للحالة العائلية فبلغت تكرارات العينة 222 مريض ومريضة متزوج بنسبة مئوية تقدر ب 77.9، ولفئة أعزب قد قدرت بتكرار 47 بنسبة مئوية قدرت ب 16.5% و16 مريض ومريضة مطلق بنسبة مئوية قدرت ب 5.6%.

أما من حيث الإصابة فقد تم ذكر نوعين من الاستجابات (الإصابة الأولى والاصابة الثانية)، فنشير إلى تكرارات المرضى بالسرطان، من النوع الإصابة لأول مرة ب 227 بنسب مؤوي تقدر ب79.6 %، أما من النوع الثاني أي الإصابة للمرة الثانية بالمرض من ناحية التشخيص فقد قدرت ب 51مريض ومريضة والتي قدرت بنسبة مئوية 17.9 %.

ومن حيث تقدم المرض وجد بعض الاختلاف في عينة البحث الحالي وفقا للمخطط التالي:

الشكل رقم (06)

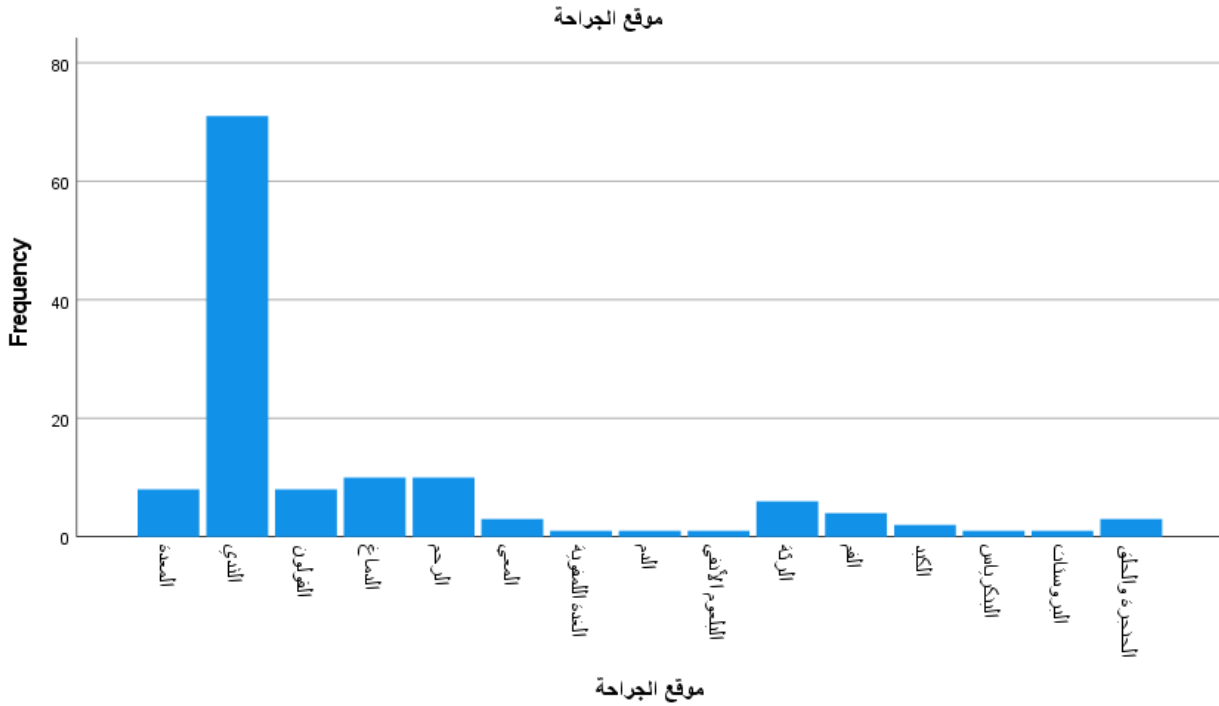
يوضح توزيع أفراد العينة حسب مرحلة تقدم المرض



نلاحظ من خلال المخطط أن تكرارات مراحل التقدم لدى المرضى في المرحلة الأولى يتصدر الترتيب كأعلى مستوى حيث بلغت تكراراته 137 مريض ومريضة بالسرطان، بنسب مئوية تقدر ب 48.1 %، تليها المرضى المشخصين بالسرطان في المرحلة الثانية بنسب مئوية تقدر ب 40% لعدد الأفراد المقدر عددهم ب 114 مريض ومريضة بالسرطان، كما يتضح لنا من خلال المخطط أن تكرارات المرضى من المرحلة الثالثة أقل بحيث بلغت 28 مريض بنسبة مئوية مقدر ب 9.8 % في حين تتذيل المرحلة الرابعة الترتيب بتكرارات 6 وبنسبة مئوية تقدر ب 2.1 % وذلك لطبيعة العينة وطبيعة الألم وصعوبة الوصول للعينة من الدرجات الخطيرة من المرض، إذ يعاني كثير من المرضى من صعوبة التواصل خاصة في حالات التعب النفسي من العلاج، وقد أوضحنا تكرارات المرضى الذين خضعوا للعلاج منها الجراحة حيث يبلغ عدد الذين خضعوا للجراحة في دراستنا الحالية 182 مريض ومريضة بالسرطان ومنهم من خضع لاستئصال كلي للورم ، بنسبة مئوية تقدر ب 63.9 % ، في حين نجد نسبة الذين لم يخضعوا للجراحة قد قدر عددهم ب 103 مريض ومريضة، بنسب مئوية تقدر ب 36.1 %، حيث أن النسبة الأكبر من المستجيبين كانت من طرف الذين خضعوا بالفعل للجراحة ويتابعون فحوصاتهم الطبية بعد إجراء العملية، مما سهل من إمكانية إجابة المرضى على الاستبيانات، كما يمكن أن نعرض استجابات المرضى من خلال نوعية الإصابة بالسرطان ، وفق تشخيص الأطباء للمرضى في العينة في ما يجسده المخطط الموالي :

الشكل رقم (07)

يوضح توزيع أفراد العينة حسب موقع الجراحة



يمثل المخطط رقم (07) توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير موقع الورم لدى مرضى السرطان، حيث أن مرضى سرطان الثدي يعدون الأغلبية من بين المرضى الآخرين، بمجموع تكراري يبلغ 145 مريض، بنسبة مئوية تبلغ 50.9% يليه مرضى سرطان المعدة بمجموع تكراري يقدر بـ 34 مريض بنسبة مئوية تقدر بـ 11.9%، والقولون بمجموع تكرارات 21 ونسبة مئوية 7.4%، الرحم بـ 20 مريض ومريضة بنسبة مئوية 7 يليها مرضى سرطان الرئة بتكرار 17 ونسبة مئوية 6%، وبلغ تكرار مرضى سرطان البروستات بـ 13 مريض ومريضة بنسبة مئوية 4.6%، والدماغ بمجموع تكرارات يقدر بـ 10 ونسبة مئوية تقدر بـ 3.5% و ثم يليه مرضى الرئة بمجموع تكراري يقدر بـ 17 مريض بنسبة مئوية تقدر بـ 6%، وسرطان الفم والكبد بـ 4 ونسبة مئوية تقدر بـ 1.4%، وبلغت قيم تكرارات مرضى سرطان المعى بـ 7 وبنسبة مئوية 2.5% وسرطان الحنجرة والحلق بـ 1.8%، ولمرضى سرطان الغدد اللمفاوية بـ 2 ونسبة مئوية 0.7% والدم والبلعوم الأنفي والبنكرياس بـ 0.4% على قلة الحالات من النوع الأخير وصعوبة الوصول إليها مع صعوبة الاستجابة التي يعاني منها كثير من المرضى في الحالات

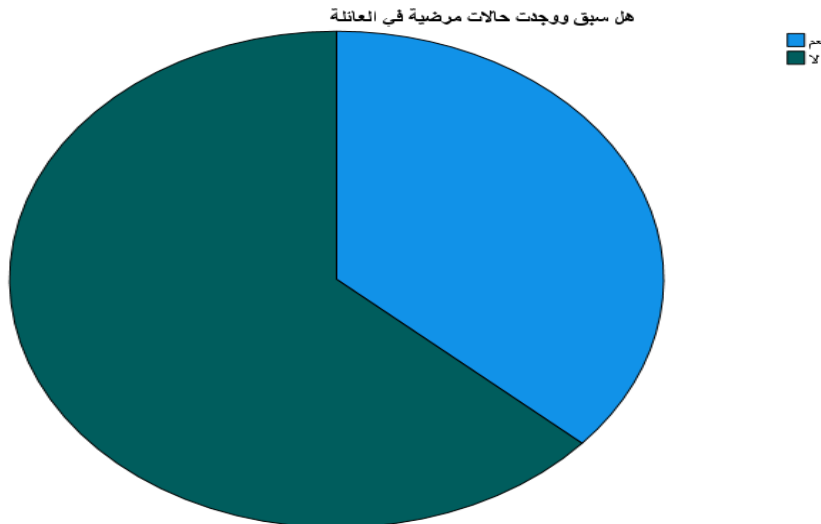
المتقدمة الأخرى ، كما يعد صعبا جدا التواصل مع المرضى من ذوي الحالات الحرجة كالتي تخضع لمراحل متقدمة من العلاج الكيماوي في بداياته.

وقد قمنا بتفصيل الحالات وفقا لمدة تلقيها العلاج الكيماوي وفقا لما يوضحه الجدول الأول، فكانت نتائجها متباينة في مجموع تكرارات للمرضى الذين يداومون العلاج الكيماوي لمدة 6 أشهر، بالتقريب على أننا نرسم للمدة سنة لكل المرضى الذين اتبعوا نظاما علاجيا كيميائيا لمدة تفوق الستة أشهر بثلاث أشهر على أقصى تقدير، حيث بلغت كأعلى قيمة مسجلة مجموع تكرار تقدر بـ 117 بنسبة مئوية تقدر بـ 41.1%، تليها الفترة التي يقضيها المرضى لسنة من العلاج الكيماوي، حيث يبلغ مجموع تكراراتها بـ 81 مريض ومريضة بنسبة مئوية تقدر بـ 28.4 % أما تقديرنا لمجموع تكرارات المرضى الذين يداومون العلاج الكيماوي لمدة تقترب من سنتين فقد بلغت تكراراتها 39 بنسبة مئوية 13.7%، والمرضى الذين يداومون العلاج الكيماوي لأكثر من 3 سنوات فقد بلغت تكراراتهم 48 مريض ومريضة بنسبة مئوية تقدر بـ 16.8%.

وقد بينت نتائج الجدول قيمة تكرارات الحالات العائلية من المرضى الذين سبق أن وجد لديهم حالات عائلية، بحيث يكونون قد تعاملوا بالقرب مع هذه الحالات فتباينت نتائج هذه الحالات وفقا لما تبينه نتائج الدائرة الحالية.

الشكل رقم (08)

يوضح دائرة نسبية لتوزيع أفراد العينة حسب الحالات المرضية في العائلة



نلاحظ من خلال الشكل رقم (08) أن نسبة الذين وجد أنه ليس لديهم حالات مرضية عائلية سابقة أكبر حيث يبلغ مجموع تكرارات العينة 181 مريض ومريضة، بنسبة مئوية قدرت ب 63.5%، أي أكبر من الذين لم توجد لديهم حالات مرضية عائلية سابقة في العائلة حيث يبلغ تكرارهم ب 104 مريض ومريضة بالسرطان، بنسبة مئوية تقدر ب 36.5 %، مما يشير إلى انتشار متلائم في أبعاد العينة الاستطلاعية.

أدوات الدراسة:

4- مقياس التنظيم الانفعالي: قام الباحث بإعداد المقياس الحالي انطلاقاً من خطوات نبينها في ما يلي :

يلي :

خطوات بناء المقياس: تمّ بناء المقياس مرورا بعدة مراحل تمثل أهمها فيما يلي:

- الاطلاع على عديد من الأبحاث والدراسات النظرية التي تناولت التنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان وكذا مختلف الأطر النظرية والنماذج التي تناولت توصيفا وفهما معمقا للتنظيم الانفعالي.

- كما تم الاطلاع على مختلف الأبحاث والدراسات التي تناولت التنظيم الانفعالي ومنها مقياس التنظيم الانفعالي إعداد James Gross & John (1996)، و تمّ الاستعانة بالنسخة المترجمة لمقياس التنظيم الانفعالي لنسرين البراهمة (2017) على البيئة الفلسطينية (مرعي، 2019)، التنظيم الانفعالي وعلاقته بالقلق لدى طلبة جامعتي الاستقلال والقدس). Gross كما تم الاعتماد على مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي ل (Garnefski & Kraaij, 2007) ترجمة محمد جاسر زكي عفانة (2018)

- وقد تم اعتماد نسختي مقياس التنظيم الانفعالي للأطفال إعداد (Gratz & Roemer, 2004) وكذا مقياس التنظيم الانفعالي للأطفال والمراهقين اعداد Philipe & power (2007) وكذا مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي ل-bjurberg (2016). وفقا للتطور الذي شهدته دراسات التنظيم الانفعالي ، فإن الباحث قد تبنى توجه نظرية James Gross حيث أنها تعتبر الأقرب لبناء مقياس يتضمن كافة عناصر التنظيم الانفعالي، وللتذكير فإن James Gross قد بنى المقياس انطلاقاً من نظريته لكنه يشتمل بعدين فقط هما القمع التعبيري وإعادة التقييم المعرفي، إلا أن هذا المقياس لم يتوفر على كامل عناصر ومراحل التنظيم الانفعالي التي أوردها James Gross، في نظريته وهي تحديد الموقف

cognitive ، situation selection ، نشر الانتباه attentional deployment ، تغيير المعرفة ، change ، القمع المعرفي suppression ، لذلك فقد تم بناء هذا المقياس ليشمل كافة عناصر التنظيم الانفعالي التي جاءت بها نظرية James Gross ، لرصد التنظيم الانفعالي، حيث تتضمن 4 أبعاد أساسية ذكرها Gross سنة 2003.

- بعد الاطلاع على أدبيات نظرية James ، المقاييس العربية والاجنبية حول التنظيم الانفعالي تم صياغة المقاس في صورته الأولية التي تكونت من 25 فقرة موزعة على 4 أبعاد كما سنوردها في الآتي:

البعد الأول: تحديد الموقف situation selection وهو استراتيجية تطلعيه استباقية تتطلب من الناس توقع كيف يمكن ان يجعلهم الموقف يشعرون قبل اتخاذ القرار، بشأن اتخاذ الموقف أو تجنبه، يحتوي على 4 فقرات تم الموافقة عليها كلها من طرف المحكمين بالتالي فقد تم اعتبارها، صحيحة ليكون المقياس مكونا في الأخير من الفقرات، تشمل الفقرات رقم (1 ، 2 ، 6 ، 7 ، 11 ، 12 ، 16 ، 17 ، 21)

البعد الثاني: توجيه الفرد لانتباهه ضمن موقف معين بهدف التأثير على انفعالاته وتوزيع استجابته، وهو أحد الأشكال الداخلية التي يتقصد بها الفرد الانفعالات الداخلية الانفعالات في أوقات معينة وتشمل الفقرات (3، 8 ، 13 ، 13 ، 18 ، 22 ، 24)

البعد الثالث اختيار معنى معرفي للحدث، بإدخال معنى على المدركات الحسية لتكون نتيجة نهائية ، ويقوم الفرد بتقييم قابليته لتنظيم مطالب الموقف ، بواسطة الخطوات المعرفية ، لتحويل مدرك حسي إلى شيء معين يؤثر على خبرته وحالته الانفعالية، كما أنه تغيير الكيفية التي يقوم بها الفرد لتقييم الموقف الذي يعيشه تبعا لأهمية والمغزى من الموقف الانفعالي ويتكون من الفقرات (4 ، 9 ، 14 ، 19)

البعد الرابع: تقليل سلوك التعبير عن الانفعالات الجارية أو إخفاء العلامات والاشارات للتعبير الانفعالي نتيجة للاتباع والمسايرة والخضوع لأوامر الانصياع للموقف الذي يمر به الفرد، ويشمل الفقرات (5، 10 ، 15 ، 20 ، 23 ، 25)

4-1 صدق المحكمين: تم عرض المقياس في صورته الأولى على 5 محكمين وذلك لمعرفة رأيهم في:

وضوح الفقرات، وضوح الأبعاد، لغة الفقرات، بدائل المقياس، أبعاد المقياس، علاقة الفقرات بالأبعاد، ملائمة فقرات المقياس لعينة البحث، وضوح فقرات المقياس وملائمتها لمجتمع البحث، تعلية المقياس، البدائل المتعلقة بالمقياس وتضمنها القائمة الاسمية.

حيث أبانت نتائج التقييم للمقياس ككل من خلال نتائج المحكمين على نتائج مرتفعة بنسب يمكن بها قبول المقياس في صورته المبدئية على

وقد تم إدراج اختيارات تدرج ليكرت الخماسي لمعرفة مستويات التنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان، وتتضمن تدرجات المقياس كما يتم إدراجه في ما يلي:

دائماً - 5 درجات، غالباً 4 درجات، أحياناً - 3 درجات، نادراً - 2 درجات، أبداً - 1 درجة

وذلك يتعلق بالفقرات بالترقيم (1 ، 2 ، 3 ، 4 ، 6 ، 7 ، 8 ، 9 ، ، 11 ، 12 ، 13 ، 14 ، 15 ، 16 ، 17 ، 18 ، 19 ، ، 21 ، 22 ، ، 24) ويعكس التدرج بالنسبة للفقرات ذات الترقيم (5 ، 10 ، 15 ، 20 ، 23 ، 25) فيصبح التدرج كما يلي :

1 - دائماً ، 2 - غالباً ، 3 أحياناً ، 4 - نادراً ، 5 - أبداً ، وبذلك فإن أقل قيمة لكل فقرة من الفقرات هي 1 في حين أن أعلى قيمة هي 5 ، أما المتوسط الحسابي لكل فقرة من الفقرات فتبلغ 3 درجات وفقاً للتدرج المقدم في تقييم استبيان التنظيم الانفعالي لمرضى السرطان.

لتكون أعلى درجة يمكن أن يتحصل عليها المريض على مقياس التنظيم الانفعالي 125 في حين أن متوسط درجات المقياس ككل 75، أما بالنسبة لأقل قيمة يمكن أن يتحصل عليها المستجيبون من المرضى هي 25 .

1-2 الخصائص السيكومترية للمقياس:

صدق المقياس Scale Validité: تم القيام بحساب الصدق انطلاقاً من

أولاً صدق المحكمين: عرض المقياس على 5 أستاذة من أستاذة علم النفس أستاذة بجامعة حسية بن بوعلي -الشلف- 3 أستاذة بجامعة ابن خلدون تيارت 1 أستاذة بجامعة العراق ، وبناء على آراء الأساتذة

المحكمين قد تم القيام بتعديلات تتماشى مع الاطار العام الذي وضع من أجله المقياس في صورته الأولية.

التحليل العاملي التوكيدي **Confirmatory factor analysis**: وهو اجراء احصائي متعدد المتغيرات يستخدم لاختبار جودة تمثيل مجموعة من المتغيرات المشاهدة ، وقد تم اعتماده نظرا لانطلاقي من بناء المقياس من نظرية James Gross، والمقياس في صورته الأولية مكون من 4 أبعاد ، الهدف منها الوصول لتوكيدات عامة، لمدى مطابقة ابعاد المقياس والمقياس ككل مع المتغير المراد قياسه ، لذلك فهو الأنسب لاختبار أبعاد النظرية.

وقد استعملنا التحليل العاملي من الدرجة الثانية نظرا لوجود عدد من المؤشرات للتنظيم الانفعالي بمثابة متغيرات كامنة (أبعاد مختلفة تحتوي على فقرات ووجود معنى للدرجة العامة للتنظيم الانفعالي بأبعاد مختلفة يضمها المقياس ككل.

كما قام الباحث بتطبيق الصدق البنائي لمقياس التنظيم الانفعالي بإتباع أسلوب التحليل العاملي التوكيدي، والذي قام الباحث بالاعتماد فيه على برنامج AMOS 26، مع اتباع طريقة الاحتمال الأقصى Maximum Likelihood ووقد تم توضيح نتائج المؤشرات المستخلصة من التحليل العاملي التوكيدي في الجدول الموالي والذي تم تطبيقه على عينة من مرضى السرطان من كلا الجنسين.

أولاً: صورة التنظيم الانفعالي: يتم توضيحها في الجدول الموالي

جدول رقم (02)

مؤشرات المطابقة للنموذج: صورة التنظيم الانفعالي

مؤشرات حسن المطابقة	قيمة المؤشر	التقدير
مربع كاي CMIN	194.730	يجب أن يكون غير دال
النسبة CMIN/DF	1.97	يجب أن يساوي أو يفوق 2.00 مقبول
مؤشر المطابقة المقارن CFI	0.903	تساوي أو أكبر من 0.90 لقبول المطابقة
مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي S RMR	0.075	أقل من 0.10
مؤشر الجذر التربيعي لخطأ الاقتراب RMSEA	0.041	أقل من 0.06

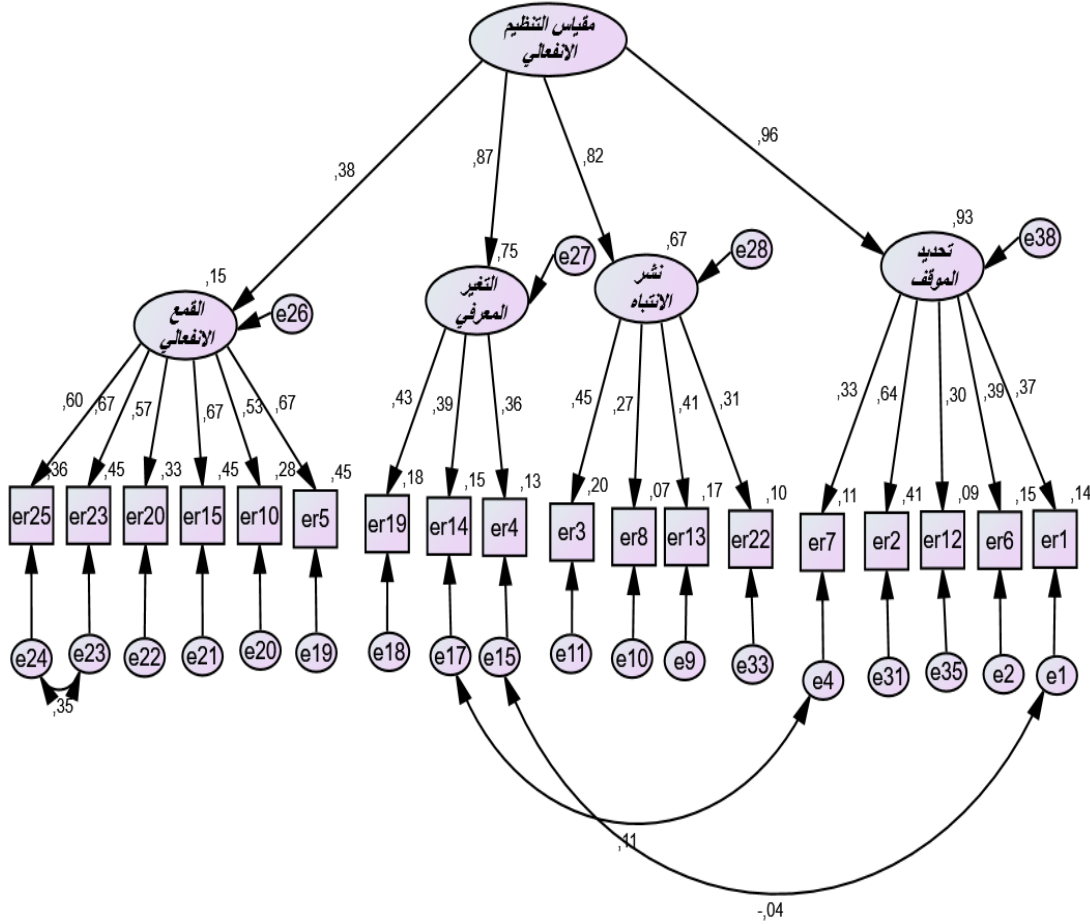
يمثل الجدول رقم (02) أن نتائج مؤشرات المطابقة لنموذج التنظيم الانفعالي المقترح من الباحث، حيث تشير نتائج قيمة مؤشرات المطابقة، إلى قيم مقبولة، حيث بلغ مربع كاي 194.730 كقيمة غير دالة، وبلغت قيمة مربع كاي / درجة الحرية، لتقديرات تبلغ 1.97 كقيم تقترب من 2.00، مما يقربنا من صورة أولية لقبولها حيث أن قيمة مؤشراتنا ليست بعيدة كثيرا عن المستوى المطلوب، كما بلغت قيمة مؤشر المطابقة المقارن $CFI0.903$ ، وهي قيمة مساوية للحد الأدنى المطلوب لقبول المؤشر، كما أشارت قيمة مربع متوسط جذر الخطأ التربيعي $STANDARDIZED\ RMR\ 0.0759$ وهي قيم مقبولة (أقل من 0.10)، و أشارت قيم مؤشر جذر متوسط مربع خطأ التقريب $0.041RMSEA$ وهي أقل من 0.041

وهي قيمة جيدة، تسمح بالقول بنجاح النموذج، هذا، و يبين النموذج الموالي تشبعات مقياس التنظيم الانفعالي وصورة مقياس

التنظيم الانفعالي في صورته النهائية بعد التعديل:

الشكل رقم (09):

تشبعات مقياس التنظيم الانفعالي



يمثل الشكل رقم (09) تشبعات الفقرات على الأبعاد الفرعية للمقياس، وكذلك تشبعات الفقرات على الأبعاد لمقياس التنظيم الانفعالي ككل، من خلال نموذج النهائي بواسطة التحليل العاملي التوكيدي، حيث يظهر لنا أن تشبعات الفقرات كلها مرتفعة وأكبر من 0.25 عدا الفقرات التي قد تم حذفها، وتشمل الفقرات رقم 11، تشبعها 0.16 والفقرة رقم 16 بتشبع (0.24) والفقرة رقم 17 بتشبع (0.26) والفقرة رقم 21 تشبعها (0.21) والتي تم افتراضها بالنموذج الأولي على أنها من فقرات بعد تحديد الموقف والفقرتين من بعد نشر الانتباه رقم 24 وتشبعها (0.05)، والفقرة رقم 9 وتشبعها (0.11)، وهي مؤشرات أقل من 0.25 يكون بذلك عدد فقرات المقياس في صورته النهائية بعد التحليل العاملي

التوكيدي مكونا من 18 فقرة، موزعة على أربع أبعاد كما قد قام الباحث بتعديلات على ضوء مؤشرات تحسين مطابقة النموذج حيث اشتملت على تغايرين بين أخطاء المؤشرات للفقرات بين الفقرة 1 والفقرة 4 وكذا الأخطاء بين الفقرتين 7 والفقرة 14، وعلى ضوء تلك التحسينات نورد صدق النموذج فيما يلي:

جدول رقم(03)

يمثل صدق نموذج مقياس التنظيم الانفعالي

أوميغا الموزونة MaxR(H)	التباين الأقصى MSV	التباين المستخلص AVE	الثبات المركب CR	ألفا كرونباخ
التنظيم الانفعالي 0.948	0.000	0.624	0.859	0.658

يمثل الجدول رقم (03) نتائج مؤشرات صدق مقياس التنظيم الانفعالي باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، والتي دلت نتائجها كما نلاحظه أن قيم الصدق للمقياس كلها مرتفعة حيث دلت على وجود قيمة 0.000 لأقصى تباين مشترك للمقياس، و 0.624 للتباين المستخلص وهي قيم جد مشجعة و مقبولة ، كما تم التأكد من ثبات المقياس بطريقة الثبات المركب حيث دلت نتيجته على 0.859 وهي قيم مرتفعة ومشجعة ، ودلت نتيجة قيمة الثبات الأقصى لقيم مشجعة 0.948 ، كما دلت قيمة ألفا كرونباخ على قيم مقبولة 0.658 وهي قيم جيدة ومقبولة تسمح بالقول بصدق وثبات المقياس وتشجع على تطبيقه في البيئة الحالية.

5- مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة: إعداد المركز الوطني لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة (Wortman et al., 2018; Blevins et al., 2015) وقد استعمله باللغة الألمانية (Krüger-Boysan et al., 2017) وفي لغته البرازيلية (Lima et al., 2016) ولغة التركية (Hoge et al., 2017) والذي تحقق كل من (Ashbaugh et al., 2016)، من نسخته الفرنسية والانجليزية (& Warner, 2014) والتي دلت على تقييمات مرتفعة للاضطراب مع مختلف النسخ وقد سبق تطبيقه

على مرضى السرطان من و (Jung et al., 2021; Smith et al., 2021) حيث أكدت على ملائمة المقياس للتطبيق على عينة مرضى السرطان، كما يعد واحدا من أهم موارد جمع المعلومات في الإصدار الخامس عن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ، حيث يتضمن مختلف التغيرات التي تضمنها ال DSM5 (الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الخامس) عن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، والذي يتكون في صورته الأصلية من 20 فقرة موزعة على أربع أبعاد أساسية، وفقا لما تتضمنه المحاور الأساسية للاضطراب في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس ليكون مواكبا لمختلف التعديلات التي أجريت على الاضطراب بالمقارنة مع مختلف الإصدارات السابقة.

قام المركز الوطني لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة بتعريف المقياس على أنه مقياس تقرير ذاتي يقوم بتقييم 20 من أعراض متنوعة تصاحب تغيرات الأعراض العامة للاضطراب، والذي يقوم على تشخيص بمقابلات سريرية ، كما يمكن أن يكمله المرضى قبل الجلسات أو أثناء الانتظار قبل الجلسات مع الأطباء، وقد قام (Blevins et al., 2015)، كأهم المشاركين في بناء المقياس بإعادة نشر تطبيقه، لتظهر درجات الاختبار اتساقا داخليا Consistence Interne قويا 0.94 إلى 0.96 وصلاحية تقاربية Retest Reliability 0.74 إلى 0.85 وتميزية Convergent and Discriminant Validité واقتراح البحث أن الدرجات من 31 إلى 33 كانت فعالة بشكل مثالي.

هذا وقام Mahmood (2019) بترجمة المقياس للغة العربية وتطبيقه على مجتمع من 494 من اللاجئين السوريين بإقليم كردستان العراق ، وتم التحقق من صحة النسخة المعربة من المقياس والتي دلت نتائج قياساتها على وجود قيم مرتفعة تسمح بقابلية تطبيق المقياس على البيئة العربية.

كما قد قام كل من (Ibrahim et al., 2018)، بتقنين المقياس على البيئة العراقية الأقرب للبيئة المحلية على الأزواج النازحين العراقيين واللاجئين السوريين الذين فروا إلى مخيمات إربد في محافظة السليمانية في إقليم كردستان العراق نتيجة الحرب الأهلية، حيث شمل على عينة كاملة وأخرى فرعية للتحقق من الصحة، شمل المشاركون في العينة الكاملة 108 عراقيا و 98 نازح سوري من خلفيات دينية مختلفة، حيث دلت نتائج الاتساق الداخلي ومعامل الثبات ألفا كرونباخ والتي دلت على قيم مرتفعة تسمح بالقول بصدق وثبات المقياس.

يحتوي المقياس في صورته الأولية على 4 أبعاد أساسية هي:

البعد الأول Intrusive الأعراض الاقتحامية: ويشمل وجود واحد أو أكثر من الأعراض الاقتحامية غير الإرادية للحادث الصادم، والتي يظهر حدوثها بعد وقوع الحادث كالذكريات المتكررة والأحلام المرعبة... والتي تم تقسيمها على 5 أبعاد موزعة كما يلي، بالفقرات (1،2،3،4،5).

البعد الثاني Persistent التجنب: ويشمل التجنب المستمر للمثيرات المرتبطة بالحادث الصادم، والتي عادة ما تظهر بعد الحادث الصادم، والتي تشمل واحدا أو أكثر من الوضعيات التي اقترحتها DSM-5 ، ويمكن حصرها في الفقرات (6،7).

البعد الثالث Negative Alteration in Cognition and Mood تعديلات المزاج والادراك: يضم التشوهات سلبية في المعارف والمزاج مرتبطة بالحادث الصدمي، تبدأ أو تتفاقم بعد حدوثه موزعة على الفقرات (8، 9، 10، 11، 12، 13، 14).

البعد الرابع Alteration in Arousal and Reactivity تغيرات الاستثارة وردود الفعل: يضم التشوهات الملحوظة في وظائف الحضور وكذا الاستجابة مرتبط بالحادث الصدمي، يبدأ أو يتفاقم بعده كما تم توزيع معظم تغيراته في الفقرات (15، 16، 17، 18، 19، 20).

يحتوي مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة على دليل قياس بتدرج خماسي من صفر إلى أربعة نقاط، أدنى درجة يمكن ان يتحصل عليها المريض هي صفر، مما يشير إلى عدم وجود أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، في حين أن أعلى درجة يمكن أن يتحصل عليها هي 80 درجة، مما يدل على وجود أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مرتفع، ذلك أن تنظيم فقرات المقياس تشمل تسجيل عناصر اضطراب الضغط ما بعد الصدمة كما جاء في المعيار الأخير لأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس، حيث تتضمن كما رأينا الأسئلة من 1 إلى 5 تتعلق بالمعيار التشخيصي B والأسئلة السادسة والسابعة بالمعيار C والأسئلة من 8 إلى 14 تتماشى مع المعيار D والأسئلة من 15 إلى 20 مرتبطة بالمعيار E.

صدق المقياس: من أجل التأكد من الصدق البنائي للمقياس تم استخدام التحليل العاملي التوكيدي

باستعمال الاحتمال الأقصى وجاءت نتائجها للمقياس خلال فترة الدراسة الاستطلاعية، باتباع نتائج في الجدول التالي:

5-1 صدق المقياس :

تم التأكد من الصدق البنائي للمقياس الحالي اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ، باستخدام التحليل العاملي التوكيدي (الاحتمال الأقصى) وجاءت نتائج المقياس الحالي موضحة كما نبينه في الجدول الموالي.

جدول رقم (04)

يمثل نتائج التحليل العاملي التوكيدي في الدراسة الحالية لمقياس ضغط ما بعد الصدمة

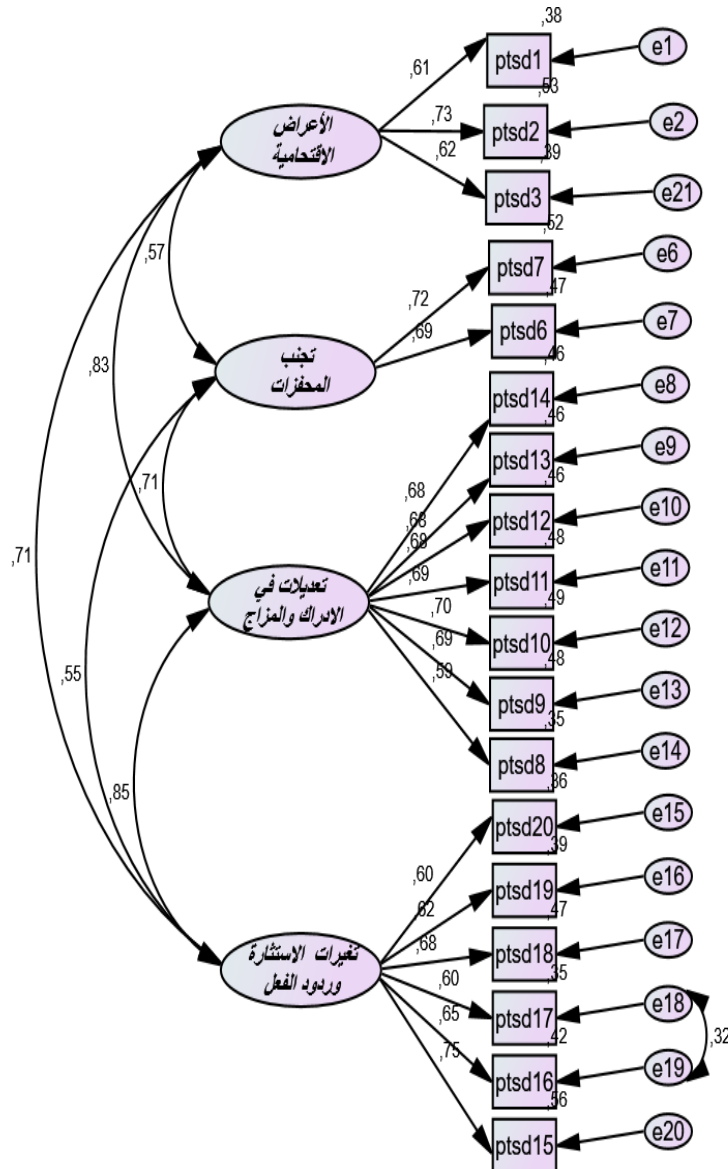
مؤشرات حسن المطابقة	قيمة المؤشر	التقدير
مربع كاي CMIN	243.305	يجب أن يكون غير دال
النسبة CMIN/DF	1.901	يجب أن يساوي أو يفوق 2.00 مقبول
مؤشر المطابقة المقارن CFI	0.940	تساوي أو أكبر من 0.90 لقبول المطابقة
مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي SRMR	0.0456	أقل من 0.10
مؤشر الجذر التربيعي لخطأ الاقتراب RMSEA	0.056	أقل من 0.06

يمثل الجدول رقم (04) نتائج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى عينة مرضى السرطان حيث دلت النتائج على وجود مطابقة جيدة لنموذج القياس المتبع ، حيث أشارت قيم المؤشرات لحسن مطابقة وفق ما تشير إليه النتائج التي أشارت لعدم وجود دلالة لمربع كاي حيث تشير قيمه إلى 243.305 ، قيم مربع كاي/درجة الحرية (مربع كاي المعياري) بدرجة مقبولة تقترب من 2 والتي جاءت نتائجها ب 1.901 في حين دلت قيم مؤشر المطابقة المقارن CFI إلى قيمة أكبر من 0.90 والتي بلغت 0.94 ، كما دلت نتائج مربع متوسط جذر الخطأ التربيعي STANDARIZED RMR إلى قيمة أقل من 0.10 وبالضبط نشير إليها ب 0.056 ، أما مؤشرات جذر متوسط مربع خطأ التقريب RMSEA فقد جاءت ب 0.045 وهي قيم أقل من 0.06 .

كما نورد قيم تشبع الفقرات على الأبعاد والأبعاد على بعضها كما يلي:

شكل رقم (10)

يمثل تشبعات فقرات مقياس الضغط ما بعد الصدمة



نلاحظ من خلال الجدول أن تشبعات القيم على الأبعاد من خلال التحليل العاملي التوكيدي كلها مرتفعة، حيث تراوحت بين 0.61 إلى 0.73 لبعد الأعراض الاقترامية ولفقرات بعد تجنب المحفزات (0.69،0.72) ولفقرات بعد تعديلات في الإدراك والمزاج (0.59 إلى 0.70)، ولفقرات بعد تغيرات الاستثارة وردود الفعل (0.60 إلى 0.75)، وبذلك يلاحظ أن قيم التشبعات المعيارية كانت جميعها مقبولة (أكبر من 0.05) وتراوحت تغيرات الارتباط بين الأبعاد وبعضها البعض (0.57 و 0.85)، حيث أن

قيمة تغاير الارتباط بين بعدي الأعراض الاقتحامية وتجنب المحفزات قد بلغ 0.57، كما بلغ تغاير الارتباط بين الأعراض الاقتحامية وتعديلات المزاج 0.83، أما تغاير الارتباط بين الأعراض الاقتحامية وتغيرات الاستثارة وردود الفعل قد بلغت 0.71، وبلغ تغاير الارتباط بين تجنب المحفزات وتعديلات في المزاج والادراك 0.71، وارتباط تجنب المحفزات وتغيرات الاستثارة وردود الفعل قد بلغت 0.55، أما تغاير ارتباط تعديلات في الادراك والمزاج ببعدي تغيرات الاستثارة وردود الفعل فقد بلغت 0.85، وهي قيم مقبولة (أكبر من 0.5 ، تسمح بقبول تشبعات تغايرات القيم ببعضها البعد.

كما تم التأكد من الصدق التمييزي، لتبيان مدى تميز ما يقيسه كل بعد عن باقي الأبعاد لتكون النتائج المتوصل إليها كما جاء في الجدول التالي:

جدول رقم (05):

يمثل صدق وثبات مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

الثبات المركب	أوميغا الموزونة	الفا كرونباخ	التباين المستخلص	التباين الأقصى
CR	MaxR(H)		AVE	MSV
0.694	0.704	0.526	0.432	0.690
0.662	0.663	0.661	0.495	0.500
0.852	0.854	0.850	0.452	0.714
0.815	0.822	0.824	0.426	0.714

نلاحظ من خلال الجدول رقم (05) أن قيم الصدق لمقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة كلها دالة ومرتفعة، حيث أشارت قيم التباين المستخلص لبعدي الأعراض الاقتحامية ب0.453، ولبعد تجنب المحفزات ب 0.495، ولبعد تعديلات في المزاج والادراك ب 0.452، ولبعد تغيرات في الاستثارة وردود الفعل ب 0.426 وهي قيم مقبولة ، كما تم التحقق من قيم أقصى تباين مشترك لكل بعد من أبعاد مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فأشارت نتائجه إلى قيم جد مشجعة لقبولها، حيث تراوحت بين 0.500 لبعدي تجنب المحفزات و 0.714 لكل من بعد تعديلات في المزاج والادراك، وبعدي تغيرات في الاستثارة وردود الفعل، أما بعد الاقتحامية فقد توسط القيمة بينهما ب 0.690 وهي قيم جد مشجعة تسمح بقبولها، هذا وقد تم التأكد من ثبات المقياس حيث أشارت قيم أوميغا الموزونة لقيم جد مشجعة

حيث تراوحت بين 0.663 لبعد الأعراض الاقترامية، و 0.854 لبعد تعديلات في المزاج والادراك باستخدام الثبات المركب فدلنت نتائج على قيم جد مرتفعة لبعدي تعديلات في المزاج والادراك، وتغيرات في الاستثارة وردود الفعل ، وقيم مقبولة للثبات المركب لبعد الأعراض الاقترامية ب 0.694 وتجنب المحفزات ب 0.662، كما دل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ على قيم مرتفعة للأبعاد تعديلات في الادراك والمزاج ب 0.850 وتغيرات في الاستثارة وردود الفعل ب 0.822 وهي قيم جد مقبولة ، تسمح بقبول تقديرات الصدق والثبات للمقياس ككل ، وعلى أساس ذلك يمكننا أن نقول أن جل نتائج الاختبارات للأبعاد ككل ، مقبولة وتتجاوز الحد الأدنى لقبولها وهو 0.6 وعليه يمكن أن نقول أن أداة الدراسة صادقة وثابتة.

6- مقياس نمو ما بعد الصدمة :

قام بإعداد هذا المقياس Richard G. Tedeschi I and Lawrence G. Calhoun بحيث قام بعرضه على عينة مكونة من 199 رجلا و405 من النساء، الذين تعرضوا لأحداث صدمية بالفعل خلال الـ5 سنوات الماضية وقد دلت نتائج الصدق للمقياس على نتائج مرتفعة 0.98 للاتساق الداخلي كما أشار معامل ألفا كرونباخ لمؤشرات جيدة ومرتفعة قدرت ب 0.89 وهي عوامل جيدة تسمح بتطبيق المقياس (Tedeschi , 1996)، وقامت كل من (Cordova et al., 2001) بتطبيقه على عينة من 70 من النساء المتعافين من سرطان الثدي فدلنت نتائج على قيم مرتفعة ، كما قامت (Ho et al., 2004)، بتطبيقه على عينة من 188 من النساء الصينيات المعافين من سرطان الثدي فدلنت نتائج على قيم مرتفعة وجيدة تسمح بتطبيق المقياس ، كما استعمله (Widows ; 2005) على عينة مكونة من 70 امرأة من المصابات بسرطان الثدي ودلت نتائج على قيم صدق وثبات مرتفعة تسمح بتطبيق المقياس، وفي البيئة العربية قام(السعدي & كنين, 2019)، بتقييم أداة البحث على طلبة الجامعة من أبناء شهداء ضحايا الإرهاب ، حيث دلت نتائج الصدق والثبات على قيم مرتفعة، وقام(القمصان, 2016)، بتقييم مدى مطابقة المقياس على البيئة الفلسطينية بتطبيقه على مبتوري الأطراف فدلنت نتائج على قيم صدق مرتفعة وقام (أبو عيشة، 2017)، بتطبيق المقياس في صورته الأولية على مجموعة من مرضى السرطان وهي العينة المستهدفة للدراسة، فدلنت نتائج على قيم مرتفعة للصدق والثبات ، وتؤكد النتائج الأولية للدراسات على قابلية استخدام المقياس ومدى تطابقه على البيئة المحلية ، وهي أداة تقييم النتائج الإيجابية التي يبلغ عنها الأشخاص الذين عانوا

من احداث المؤلمة، ويتكون المقياس في صورته الأولية من 21 فقرة موزعة على 5 أبعاد وهي :
الإمكانات الجديدة ، التواصل مع الآخرين ، قوة الشخصية ، المجال الروحي، تقدير الحياة.

قام Tedeshi & Calhoun (1996) ببناء المقياس استنادا إلى استعراض الأدبيات ، في 34 فقرة، والتي نتج عنها المقياس الحالي التي تشير إلى التغيرات الإيجابية المتصورة بعد المرور بحوادث ضاغطة، ويتم تصحيح المقياس وفقا للتدرج من 0 إلى 5 درجات بحيث يتحصل المستجيب على 0 درجة عند استجابته على الفقرة بـ لا و يتحصل على 1 عند استجابته على الفقرة بـ قليلا جدا ، 2 - قليلا ، 3 - بدرجة متوسطة ، 4 - بدرجة كبيرة ، ويتحصل على 5 عند استجابته على الفقرة بـ بدرجة كبيرة جدا.

وقد قام عبد العزيز ثابت بترجمة المقياس فتكونت بنوده من المجالات التالية :

الإمكانات الجديدة: ويقصد به تكيف وتعايش المريض مع مختلف الأوضاع الجديدة، وقيامه باتخاذ قرارات تناسب وضعه الراهن (3، 7، 11، 14، 17).

التواصل مع الآخرين امتلاك المريض لشخصيات قوية تمكنه من طلب المساعدة والاعتماد على الآخرين وتضم (6، 8، 9، 15، 16، 20، 21).

قوة الشخصية يقصد به أن يكون للمريض شخصية قوية تمكنه من مواجهة و تحمل الضغوط 4، 10، 12، 19).

التغير بالمجال الروحي: أن يلتزم المريض بالطقوس الدينية والروحية التي توجه مصيرهم إلى التمسك بطاقتهم الايمانية (5، 18).

تقدير الحياة: تقدير المريض للحياة وفهمه لها ومعرفة أهميتها بشكل إيجابي مع الشعور بامتلاك طاقة لتحقيق أهدافهم فيها (2، 1، 13).

جدول رقم (06)

مؤشرات المطابقة للنموذج: صورة نمو ما بعد الصدمة

التقدير	قيمة المؤشر	مؤشرات حسن المطابقة
يجب أن يكون غير دال	274.461	مربع كاي CMIN
يجب أن يساوي أو يفوق 2.00 مقبول	1.975	النسبة CMIN/DF
تساوي أو أكبر من 0.90 لقبول المطابقة	0.902	مؤشر المطابقة المقارن CFI
أقل من 0.10	0.606	مؤشر الجذر متوسط مربعات البواقي -RMRS
أقل من 0.06	0.059	مؤشر جذر الخطأ التربيعي لخطأ الاقتراب RMSEA

يمثل الجدول رقم (06) نتائج مؤشرات المطابقة لنموذج نمو ما بعد الصدمة حيث أشارت نتائج من ما نلاحظه مؤشرات المطابقة في الجدول إلى قيم مقبولة، حيث يبلغ مربع كاي 274.461، كقيمة غير دالة، وبلغت قيمة مربع كاي المعياري 1.975، وهي قيمة تقترب من 2، كما بلغت مؤشر المطابقة المقارن 0.902، في حين بلغت قيمة مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التربيعي 0.059، وبلغت قيم مربع متوسط جذر الخطأ التربيعي 0.606، وهي قيم مقبولة تسمح بالقول بحسن المطابقة، وعليه جاءت الصورة الأولية للنموذج كما نوضحه كما يلي:

رقم 7 والقيمة 0.70 للفقرة رقم 14، بذلك نلاحظ أن قيم التشبعات المعيارية كانت كلها مقبولة (أكبر من 0.05)، و هذا وتراوحت تغيرات الارتباطات للأبعاد بين القيمتين 0.35 للتغاير بين بعدي تقدير الحياة والتواصل مع الآخرين، والتغاير بين قيم بعدي قوة الشخصية وبعد الإمكانيات الجديدة ، حيث دلت على قيمة 0.89، حيث أشارت قيمة التغاير بين قيم بعد تقدير الحياة وبعد المجال الروحي لـ 0.59، وأشار التغاير بين بعد تقدير الحياة وقوة الشخصية لـ 0.48، كما أشارت قيمة التغاير بين بعد تقدير الحياة وبعد الإمكانيات الجديدة لـ 0.40، والتغاير بين بعدي المجال الروحي وقوة الشخصية لـ 0.74، والتغاير بين بعدي المجال الروحي والتواصل مع الآخرين لـ 0.74، وبعد المجال الروحي والإمكانيات الجديدة لـ 0.73، وللتغاير بين بعدي قوة الشخصية والتواصل مع الآخرين بـ 0.74 ، أما التغاير بين بعدي فقرات التواصل مع الآخرين والإمكانيات الجديدة أشارت نتائجه إلى 0.73، كما أدرجنا بعض التحسينات على النموذج والتي تتضمن التغيرات بين الأخطاء للفقرتين رقم 18 والفقرة 15، وكذا الفقرة رقم 18 و 19 والتي قد تتدرج ضمن أخطاء القياس أو تشابه توجهات الفقرات لما يراد بها قياسه، حيث أن كل الفقرات مرتبطة ببعضها إيجابا وتعطي انطبعا أوليا بعد فحصها لوجود ارتباط بينها، وبذلك فإن القيم المتحصل عليها من المقياس جد مشجعة ومقبولة (أكبر من 0.05)، تسمح بالقول بنجاح النموذج.

وعلى ضوء ذلك نعطي صدق النموذج كما نورده في الجدول الموالي:

جدول رقم (07)

يمثل صدق وثبات مقياس النمو ما بعد الصدمة

الثبات	التباين	التباين MSV	أوميغا الموزونة	الفا
المركب	المستخلص	الأقصى	MaxR(H)	كرونباخ
CR	AVE			
0.720	0.394	0.786	0.731	0.714
0.778	0.336	0.543	0.785	0.777
0.655	0.325	0.786	0.665	0.650
0.503	0.337	0.548	0.507	0.488
0.566	0.449	0.344	0.812	0.413

نلاحظ من خلال الجدول أن قيم الصدق لمقياس نمو ما بعد الصدمة كلها مرتفعة، حيث أشارت قيم التباين الأقصى المشترك لأغلب أبعاد المقياس ككل لقيم مرتفعة ودالة (أكبر من 0.40)، حيث تراوحت بين 0.344 لبعد تقدير الحياة وهي أقل قيمة غير دالة لتغيرات المقياس، في حين تراوحت بقية التغيرات بين 0.543 لبعد التواصل مع الآخرين و 0.786 لبعدي الإمكانيات الجديدة وقوة الشخصية، كما دلت قيم مؤشرات التباين المستخلص لقيم مقبولة، وقيمة جيدة لبعد تقدير الحياة بـ 0.449، وقد تم احتساب الثبات المركب لأبعاد المقياس فدلّت نتائجه على قيم جيدة ومقبولة حيث تراوحت بين 0.503، لبعد المجال الروحي و0.778 لبعد التواصل مع الآخرين، كما دلت نتائج قيم أوميغا الموزونة على قيم جد مشجعة حيث تراوحت بين القيمتين 0.507 لبعد المجال الروحي و 0.812، لبعد تقدير الحياة كما دلّ الثبات للأبعاد الإمكانيات الجديدة، التواصل مع الآخر قوة الشخصية لقيم مرتفعة، تسمح بتطبيق المقياس على عينة الدراسة الأساسية.

الفصل الرابع: عرض تحليل نتائج الدراسة

تمهيد

1. عرض وتحليل نتائج التساؤل الأول
2. عرض وتحليل نتائج التساؤل الثاني
3. عرض وتحليل نتائج التساؤل الثالث
4. عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى
5. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية
6. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة
7. عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة

تمهيد:

يتم في هذا الفصل عرض اهم نتائج الدراسة المتحصل عليها ، حيث قام الباحث بمباشرة إجراءات الدراسة الأساسية على مرضى السرطان، وبعد معالجة نتائج البيانات عن طريق برنامج الحزم الإحصائية للعلوم لاجتماعية spss28 وبرنامج v26amos، والتي يتم عرض نتائجها وفق ترتيب التساؤلات والفرضيات كما يلي:

1- عرض نتيجة التساؤل الأول: والذي ينص على ما يلي: ما مستوى التنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان؟

وللتأكد من صحة هذا التساؤل تم استخدام المتوسط الحسابي الانحراف المعياري وكذا المتوسط النظري، اختبار t لعينة واحدة وبغية تفسير نتائجه تم اعتماد طريقة التفسير الاتية:

- حساب المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لكل بعد
- حساب اختبار تلعيينة واحدة من أجل معرفة دلالة كل مستوى من مستويات الأبعاد
- مقارنة المتوسطات النظرية والحسابية لمعرفة مستويات كل بعد من الابعاد بحيث أنه إذا كان

المتوسط الحسابي اقل من المتوسط النظري فهذا يشير إلى مستوى منخفض، المتوسط الحسابي أكبر من المتوسط النظري فمعناه مستوى مرتفع من البعد أو المتغير، المتوسط النظري والمتوسط الحسابي متساويين معناه مستويات متوسطة، والجدول التالي يوضح نتائج المستويات المختلفة للأبعاد والمجموع الكلي للتنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان.

الجدول رقم (08)

يمثل المتوسطات الحسابية والنظرية والانحراف المعياري واختبار ت لمستوى التنظيم
الانفعالي وأبعاده

فقرات وأبعاد المقياس	المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	مستوى الدلالة	قيمة الفرق
الموقف	12.5	17.71	3.066	28.703	0.01	5.213
الانتباه	10	13.95	2.745	24.265	0.01	3.946
المعرفة	7.5	10.65	2.232	23.859	0.01	3.155
القمع	15	17.55	5.667	7.609	0.01	2.554
المجموع	45	59.87	8.468	26.640	0.01	14.867

نلاحظ من الجدول رقم (08) أن المستوى العام للتنظيم الانفعالي لمرضى السرطان، يدل على مستوى مرتفع حسب ما تشير إليه النتائج ، إذ بلغ المتوسط الحسابي 59.87 بانحراف معياري يقدر بـ 8.468 وهي قيمة أكبر من المتوسط النظري الذي يتم الإشارة لنتائجه بـ 45، حيث أن قيمة الفرق لمستوى التنظيم الانفعالي مرتفعة بقيمة فرق تقدر بـ 14.867، وهو ما نستدل عليه من قيمة t التي جاءت دالة عند مستوى دلالة 0.01 لقيمة t ، التي بلغت 26.640، كما تتم الإشارة إلى قيم مستويات أبعاد التنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان بقيم مرتفعة وهو ما نلاحظه من قيم مستويات الدلالة للأبعاد، إذ أننا نلاحظ أن بعد المواقف الانفعالية تشير نتائج متوسطه الحسابي إلى 17.71 بانحراف معياري يقدر بـ 3.066 وهي قيم أكبر من المتوسط النظري 12.5، حيث بلغت قيمة الفرق بين المتوسط النظري والمتوسط الحسابي 5.213 ، وهو ما تشير إليه قيمة t 28.703 عند مستوى الدلالة 0.01، مما يشير إلى وجود فروق في مستوى المواقف الانفعالية لدى مرضى السرطان، والتي تدل على ارتفاع مستوى بعد المواقف الانفعالية، وبالنسبة لبعد نشر الانتباه فإننا نلاحظ أن المتوسط الحسابي يقدر بـ 13.95 بانحراف معياري 2.745 ، وبمقارنة المتوسط الحسابي مع المتوسط النظري

الذي يقدر ب 10، نجد ان المتوسط الحسابي اكبر من المتوسط النظري بقيمة فرق تقدر ب 3.946، مما يدل على وجود فرق بين مستويي المتوسط النظري والمتوسط الحسابي وهو ما تشير إليه قيمة t التي قدرت ب 24.265، عند مستوى دلالة 0.01، كما أشارت قيم المتوسط الحسابي لبعده التقييم المعرفي ب 10.65 بانحراف معياري يقدر ب 2.232. وعند مقارنة المتوسط الحسابي بالمتوسط النظري لمستوى بعد التغيير المعرفي الذي يقدر ب 7.5 نجد ان قيمة الفرق تقدر ب 2.554 لصالح المتوسط الحسابي مما يدل على وجود فروق لصالح المتوسط الحسابي وهو ما تشير إليه قيمة t المقدرة ب 7.609 عند مستوى الدلالة 0.01، أخيراً أشارت قيم مستويات المتوسط الحسابي لبعده القمع الانفعالي 17.55 بانحراف معياري يقدر ب 5.667 وهي قيمة أكبر من المتوسط النظري، الذي يقدر ب 15 حيث تشير قيمة الفرق بين القيمتين إلى 2.554، مما يدل على وجود فرق حسب ما يشير إليه قيم t التي أشارت قيمه ل 7.609 عند مستوى الدلالة 0.01، وهي قيمة تسمح لنا بالقول بوجود فروق في مستويات المجموع الكلي وأبعاد المتوسطات الحسابية ما يشير لمستويات مرتفعة من التنظيم الانفعالي.

2- عرض نتيجة التساؤل الثاني: والذي ينص على ما يلي: ما مستوى اضطراب الضغط ما بعد

الصدمة لدى مرضى السرطان؟.

وللإجابة عن هذا التساؤل تم استخدام المتوسط الحسابي الانحراف المعياري وكذا المتوسط النظري، واختبارت لعينة واحدة، والجدول التالي يوضح نتائج المستويات المختلفة للأبعاد والمجموع الكلي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان

الجدول رقم (09) :

يمثل المتوسطات الحسابية والنظرية والانحراف المعياري واختبارت للأبعاد والمجموع الكلي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان .

البعده	المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	الدلالة	قيمة الفرق
الأعراض الاقترامية	6	5.98	3.072	0.087	0.931	0.01
تجنب المحفزات	4	3.92	2.273	- .575	0.566	0.077
الادراك والمزاج	14	12.72	7.031	3.071	0.02	1.27
الاستثارة وردود الفعل	12	10.81	5.995	3.358	0.001	1.19
ضغط ما بعد الصدمة	36	33.44	15.440	2.804	0.005	2.56

نلاحظ من خلال الجدول رقم (09) أن مستوى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان منخفض، حيث بلغ المتوسط الحسابي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة 33.44 بانحراف معياري يقدر بـ 15.440 وبمقارنة المتوسط الحسابي بالمتوسط النظري المقدر بـ 36، نلاحظ ان المتوسط الحسابي اكبر من المتوسط النظري بفرق يقدر بـ 2.56 وهو ما تأكده قيمة t المقدر بـ 2.804 عند مستوى الدلالة 0.001، مما يدل على وجود فروق بين المتوسطين النظري والحسابي نشير إليها بارتفاع مستوى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، كما نلاحظ ان مستويات أبعاد اضطراب الضغط ما بعد الصدمة تشير في مجملها إلى وجود مستوى متوسط او منخفض ، فنجد ان مستوى بعد الأعراض الاقتحامية لضغط ما بعد الصدمة متوسط ، حيث بلغ مستوى المتوسط الحسابي 5.98 بانحراف معياري يقدر بـ 3.072 وبمقارنة المتوسط الحسابي بالمتوسط النظري نلاحظ ان المتوسط الحسابي يقترب المتوسط النظري، بقيمة فرق تقدر بـ 0.01 هو ما يشير إليه قيمة t التي قدرت بـ 0.087 عند مستوى الدلالة 0.001 مما يدل على وجود قيم متوسطة في بعد الأعراض الاقتحامية لضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، اما البعد الثانيوالمترقب باضطرابات تجنب المحفزات فنلاحظ أن المتوسط الحسابي قدر بـ 3.92 بانحراف معياري يقدر بـ 2.273 وعند مقارنة المتوسط الحسابي بالمتوسط النظري المقدر بـ 4 نلاحظ عدم وجود فرق وهو ما يقدر بـ 0.077، مما يشير لانخفاض مستوى المتوسط الحسابي مقارنة مع المتوسط النظري للبعد ، وهو ما نستدل عليه بقيمة t التي أشارت إلى 0.575 - عند مستوى الدلالة أكبر من 0.05 ، مما يدل على عدم وجود فرق في المتوسطين (المتوسط الحسابي والمتوسط النظري) ، كما نلاحظ من الجدول أن بعد اضطرابات الادراك والمزاج ، قد أشارت مستوياته إلى 12.72 للمتوسط الحسابي بانحراف معياري يقدر بـ 7.031 وبمقارنة المتوسط الحسابي مع المتوسط النظري المقدر بـ 14 نلاحظ ان قيمة الفرق بين المتوسطين تقدر بـ 1.27 ، وعليه دلت قيمة t على قيمة 3.071 عند مستوى الدلالة 0.002، مما يشير إلى وجود فروق بين المتوسطين وانخفاض مستوى بعد الادراك والمزاج لدى مرضى السرطان، أما بالنسبة لمستوى بعد الاستثارة وردود الفعل فقد جاء المتوسط النظري له بـ 12 وعند مقارنتنا له مع المتوسط الحسابي والذي قدر بـ 10.81 بانحراف معياري يقدر بـ 5.995 ، نجد فرق بقيمة 1.192 مما يدل على وجود فروق وانخفاض مستويات اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.

3- عرض نتيجة التساؤل الثالث: والذي ينص على ما يلي:

ما مستوى نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان ؟ .

وللإجابة عن هذا التساؤل تم استخدام المتوسط الحسابي الانحراف المعياري وكذا المتوسط النظري، واختبار ت لعينة واحدة. يوضح الجدول التالي نتائج المستويات المختلفة للأبعاد والمجموع الكلي لنمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.

جدول رقم (10)

يمثل مستوى نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان

البعد	المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	الدلالة	الفرق
الإمكانات	10	13.356	4.302	13.170	0.01	6.810
التواصل	17.5	23.57	6.473	15.824	0.001	6.068
قوة الشخصية	10	13.86	3.717	17.548	0.001	3.864
المجال الروحي	5	7.80	2.161	21.853	0.001	2.797
تقدير الحياة	5	6.51	2.40	10.609	0.001	1.512
المجموع	47.5	65.09	14.47	20.52	0.001	17.597

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أن مستوى نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، قد قدرت قيم المتوسط الحسابي للمجموع الكلي بـ 65.09 بانحراف معياري يقدر بـ 14.47 وبمقارنتها بالمتوسط النظري المقدر بـ 47.5 نلاحظ ان المتوسط الحسابي أكبر من المتوسط النظري بقيمة فرق تقدر بـ 17.597، مما يرجح لدينا ان مستوى نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان مرتفع، وهو ما تشير إليه قيمة t بـ 20.52 عند مستوى دلالة 0.001، وهو ما يؤكد وجود مستوى مرتفع من نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، كما نلاحظ من الجدول رقم (10) أن المتوسط الحسابي لبعد الإمكانات

الجديدة مقدر بـ 16.81 بانحراف معياري 5.188 أكبر من المتوسط النظري المقدر بـ 10، مما يشير لوجود فرق بين المتوسطين النظري والحسابي بـ 6.810 وهو ما أشارت إليه قيمة t التي دلت نتائجها على وجود فروق عند مستوى الدلالة 0.001 لقيمة t 22.163، ما يؤكد لنا ارتفاع مستوى بعد الإمكانيات الجديدة لدى مرضى السرطان، كما نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة المتوسط الحسابي لبعده التواصل مع الآخرين قد بلغ 23.57 بانحراف معياري 6.473، حيث أن هذه القيمة "المتوسط الحسابي" أكبر من المتوسط النظري المقدر بـ 17.5 بقيمة فرق محددة بـ 6.068 عند مستوى الدلالة 0.001 لقيمة t 15.824، ما يدل على ارتفاع مستوى التواصل مع الآخرين لدى مرضى السرطان، أما البعد الثالث والمتعلق بـ قوة الشخصية فنلاحظ من الجدول أن قيم المتوسط الحسابي المقدر بـ 13.86 بانحراف معياري يقدر بـ 3.717 تعد قيمة أكبر إذا ما قارنا قيمة المتوسط الحسابي بقيمة المتوسط النظري إذ تقدر بـ 10 للمتوسط النظري بقيمة فرق محددة بـ 3.864 عند مستوى الدلالة 0.001 لقيمة t المقدر بـ 17.548، مما يعني ارتفاع مستوى بعد قوة الشخصية للنمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، كما نلاحظ من الجدول أن قيم المتوسط الحسابي لبعده المجال الروحي فيقدر المتوسط الحسابي بـ 7.80 بانحراف معياري يقدر بـ 2.161، وبمقارنته بالمتوسط النظري المقدر بـ 5، نلاحظ وجود فرق مقدر بـ 2.797 لصالح المتوسط الحسابي مما يعني ارتفاع مستوى بعد المجال الروحي وهو ما تأكده قيمة t المقدر بـ 21.853 عند مستوى الدلالة 0.001 وفي الأخير نجد أن البعد الأخير من متغير نمو ما بعد الصدمة والمعنون بـ تقدير الحياة لدى مرضى السرطان فإننا نلاحظ أن المتوسط الحسابي قدر بـ 10.11 بانحراف معياري يقدر بـ 2.915، وعند مقارنته بالمتوسط النظري الذي تبلغ قيمته 5 نجد قيمة فرق 5.111، تشير لارتفاع مستوى تقدير الحياة لدى مرضى السرطان يشار إليها من قيمة t بـ 29.596 عند مستوى الدلالة 0.001، ما يؤكد على أن قيم الأبعاد كلها والمجموع الكلي تشير إلى ارتفاع مستويات نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.

4- عرض نتائج الفرضية الأولى: والتي تنص على ما يلي:

توجد علاقة بين ضغط ما بعد الصدمة والتنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان .

ومن أجل الإجابة عن هذه الفرضية تم الاستعانة ببرنامج AMOS 25 لتحليل مخرجات نتائج الفرضية. حيث تم استخدام نموذج بنائي لتوضيح طبيعة تأثيرات اضطراب الضغط ما بعد الصدمة على التنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان.

الجدول رقم (11) والشكل رقم (12)، يبينان العلاقة بين المتغيرين. وقد جاءت مؤشرات المطابقة لهذا النموذج جيدة حيث بلغت قيمة مربع كاي 34.577، عند درجة حرية 14. فيما بلغ مربع كاي المعياري 2.470، وهي قيمة جيدة كونها أقل من 3. كما قدرت قيمة cfi ب 0.95 وهي قيمة تقترب من 1 وهي قيمة جيدة، وبلغت قيمة RMSEA 0.072 وهي قيمة أقل من 0,08 ما يعني أنها قيمة مقبولة تدل على تطابق النموذج، كما جاءت قيمة SRMR 0.0679 وهي قيمة أقل من 0.10 ما يسمح لنا بقبولها كونها قيمة مشجعة على قبول مطابقة النموذج.

هذا وأشارت النتائج الواردة في الجدول رقم (12) ان ضغط ما بعد الصدمة يرتبط ارتباطا عكسيا بالتنظيم الانفعالي إذ بلغت القيم غير المعيارية (الانحدار) -0.552 وقد بلغت t -2,382 بدلالة إحصائية قدرها 0.017. وقد بلغت القيمة المعيارية للعلاقة بين المتغيرين 0.18 -. تدل هذه النتائج على وجود علاقة دالة احصائيا بين المتغيرين، وقيمة هذه العلاقة هي -0.18 مما يدل على وجود علاقة عكسية.

الجدول رقم (11) :

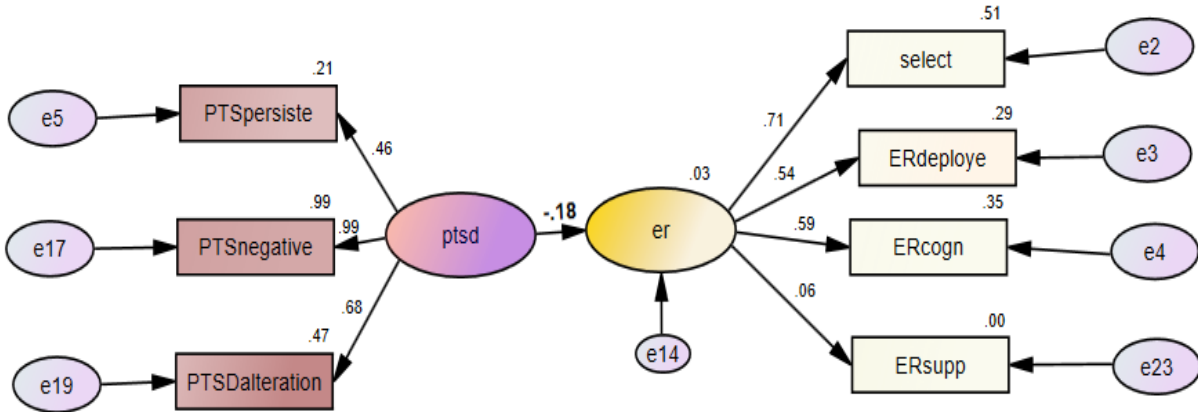
مؤشرات المطابقة لنموذج العلاقة بين ضغط ما بعد الصدمة والتنظيم الانفعالي.

المؤشرات	القيم
النسبة cmin /df	2.470
درجة الحرية df	14
CFI	0.950
Cmin مربع كاي	34.577
مؤشر الجذر التربيعي لخطأ الاقتراب RMSEA	0.072
SRMR مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي	0.0679

شكل رقم (12)

يوضح التمثيل البياني لعلاقة ضغط ما بعد الصدمة بالتنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان

مخطط يوضح التمثيل البياني لعلاقة ضغط ما بعد الصدمة بالتنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان



جدول رقم (12)

يمثل القيم المعيارية وغير المعيارية للعلاقة بين التنظيم الانفعالي وضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان

القيم المعيارية	القيم غير المعيارية			
	العلاقة بين المتغيرات	التقدير	الانحراف المعياري	قيمة t
	التنظيم الانفعالي	-0.552	0.232	-2.382
	ضغط ما بعد الصدمة			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أن القيم غير المعيارية لعلاقة التنظيم الانفعالي بضغط ما بعد الصدمة قد قدرت ب -0.552 بانحراف معياري يقدر ب 0.232 ، حيث قدرت قيمة T ب -2.382 عند مستوى الدلالة 0.017 مما يثبت لنا وجود علاقة عكسية ، كما أشارت قيمة القيم المعيارية لوجود

علاقة عكسية قدرت ب 0.18 - وهو ما قد يظهر لنا وجود علاقة عكسية بين التنظيم الانفعالي وضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان

5- عرض نتائج الفرضية الثانية: والتي تنص على ما يلي

توجد علاقة بين ضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان؟

تم استخدام نموذج المعادلة البنائية بالاستعانة ببرنامج amos25، لتوضيح طبيعة تأثير ضغط ما بعد الصدمة على نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.

حيث نلاحظ من خلال الجدول رقم (13) والشكل رقم (13) أن نتائج العلاقة بين المتغيرات وفق ما جاءت به مؤشرات المطابقة لهذا النموذج جيدة، حيث بلغت قيمة مربع كاي المعياري 2.87 عند درجة حرية 20، وقد بلغت قيمة مربع كاي 57.503، كما قدرت قيمة cfi ب 0.963، وهي قيمة تقترب من 1 وهي قيم جيدة ، كما أشارت قيمة SRMR إلى قيمة 0.679، وهي قيمة أقل من 1 ما يسمح لنا بقبولها كونها قيمة مشجعة على قبول نموذج المطابقة، هذا و أشارت النتائج الواردة في الجدول رقم (14) انه لا توجد علاقة لضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.

وفيما يلي نوضح مؤشرات المطابقة للقيم

جدول رقم (13)

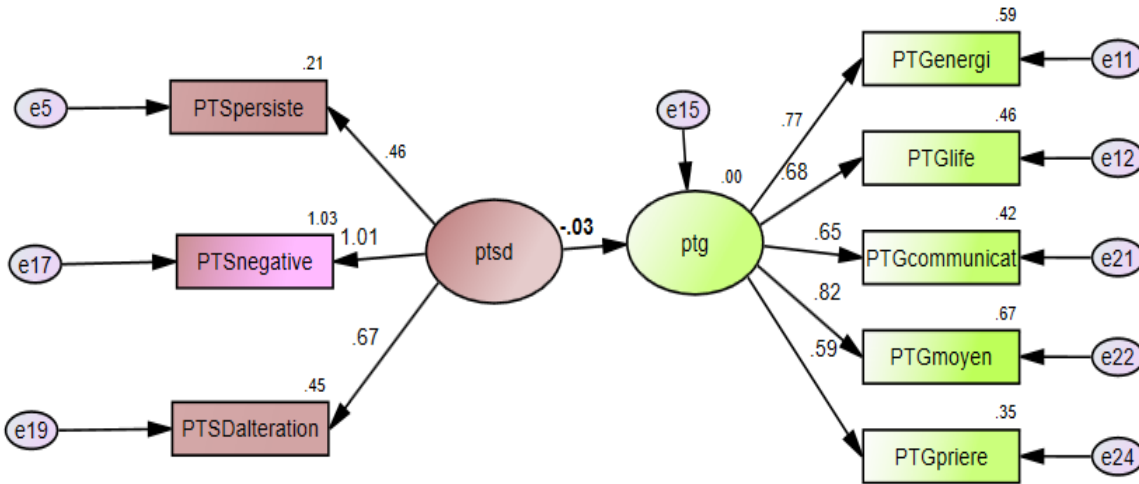
يوضح قيم مؤشرات المطابقة لنموذج المقترح

المؤشرات	القيم
النسبة cmin/df	2.87
Cmin مربع كاي	57.503
df درجة الحرية	20
CFI مؤشر المطابقة المقارن	0.963
RMSEA مؤشر الجذر التربيعي لخطأ الاقتراب	0.081
SRMR مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي	0.07

شكل رقم (13)

يوضح مخرجات النموذج لعلاقة ضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان

مخطط توضيحي يبين مخرجات نموذج علاقة ضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان



جدول رقم(14)

يمثل القيم المعيارية وغير المعيارية للعلاقة بين ضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان

القيم المعيارية		القيم غير المعيارية		العلاقة بين المتغيرات	
القيم	الدلالة	الانحراف المعياري	قيمة t	التقدير	
-0.03	0.617	-0.500	0.181	-0.091	ضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة

نلاحظ من خلال الجدول رقم (14)، أن القيم غير المعيارية لعلاقة ضغط ما بعد الصدمة بنمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، قد قدرت ب -0.091 بانحراف معياري يقدر ب 0.181، لقيمة T التي قدرت دلالتها ب 0.619، والتي تشير إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية تتجاوز 0.05، وقد

أشارت القيم المعيارية لـ 0.03- مما يظهر لنا عدم وجود تأثير لضغط ما بعد الصدمة على نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.

6- عرض نتائج الفرضية الثالثة : والتي تنص على ما يلي: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية

للتنظيم الانفعالي ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان

نلاحظ من خلال الجدول رقم (15) والشكل رقم (14) أن نتائج العلاقة بين المتغيرات وفق ما جاءت به مؤشرات المطابقة لهذا النموذج جيدة، حيث بلغت قيمة مربع كاي المعياري 2.643 عند درجة حرية 26 وقد بلغت قيمة مربع كاي 68.721، كما قدرت قيمة cfi بـ 0.933 ، هذا وأشارت قيمة معامل توكر لويس لقيمة 0.907، كما أشارت قيمة SRMR إلى قيمة 0.0528، وهو ما يسمح لنا بقبولها كونها قيم مشجعة على قبول نموذج المطابقة، حيث تراوحت مؤشرات المطابقة إلى قيم مقبولة ومشجعة لقبول نموذج الدراسة، هذا و أشارت النتائج الواردة في الجدول رقم (16)، ان ضغط ما بعد الصدمة يرتبط ارتباطا عكسيا بنمو ما بعد الصدمة، إذ بلغت القيم غير المعيارية 0.18 - حسب ما يورده الشكل رقم (14).

جدول رقم (15)

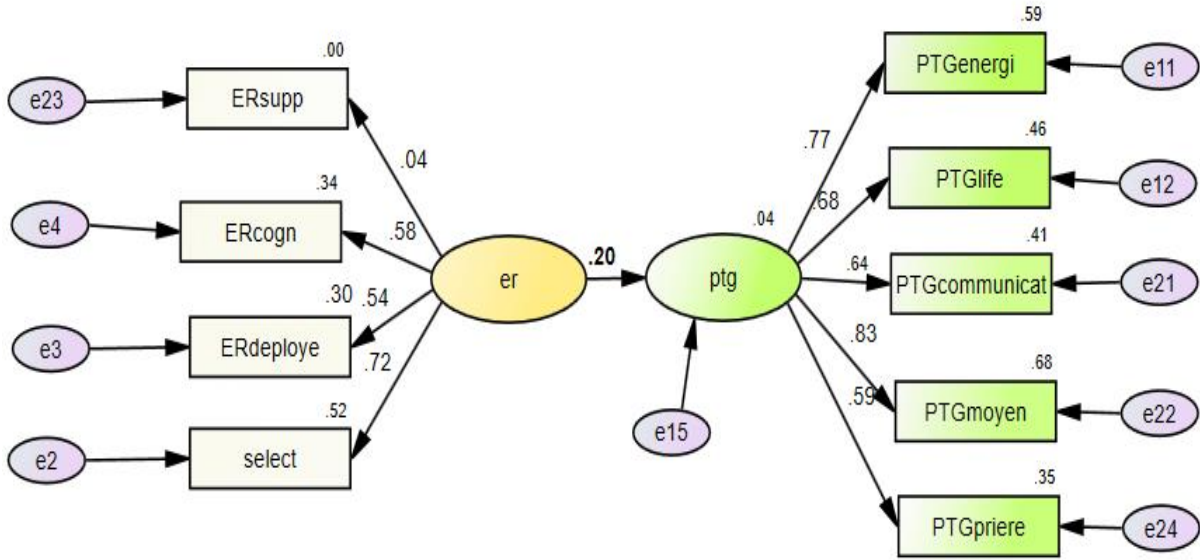
مؤشرات المطابقة للنموذج

المؤشرات	القيم
مربع كاي المعياري	2.643
درجة الحرية	26
مربع كاي	68.721
CFI	0.933
قيمة tli معامل توكر لويس	0.907
مؤشر الجذر التربيعي لخطأ الاقتراب RMSEA	0.076
مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي SRMR	0.0528

شكل رقم (14)

يوضح مخرجات علاقة التنظيم الانفعالي ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان

مخطط يوضح مخرجات نتائج علاقة التنظيم الانفعالي بنمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان



جدول رقم(16) يمثل القيم المعيارية وغير المعيارية للعلاقة بين التنظيم الانفعالي ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان

القيم المعيارية		القيم غير المعيارية			العلاقة بين المتغيرات
القيم	الدلالة	قيمة t	الانحراف المعياري	التقدير	
0.20	0.015	2.422	0.074	0.180	التنظيم الانفعالي
ضغط ما بعد الصدمة					

نلاحظ من خلال الجدول أن القيم غير المعيارية لعلاقة التنظيم الانفعالي بنمو ما بعد الصدمة، قد قدرت ب 0.180 بانحراف معياري يقدر ب 0.074، حيث قدرت قيمة T ب 2.422 عند مستوى الدلالة 0.015 مما يثبت لنا وجود علاقة ارتباطية للتنظيم الانفعالي ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان ، كما أشارت القيم المعيارية لوجود علاقة تقدر ب 0.20 لتأثير التنظيم الانفعالي على ضغط ما بعد

الصدمة لدى مرضى السرطان، وهو ما يظهر بشكل جلي في طبيعة علاقة التنظيم الانفعالي بنمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.

7- عرض نتائج الفرضية الرابعة: الذي ينص على

يتوسط التنظيم الانفعالي العلاقة بين ضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان

وللتأكد من نتائج الفرض الحالي تم اعتماد طريقة الاحتمال الأقصى MAXIMUM LIKELIHOOD ESTIMATE

حيث يمثل الجدول رقم (17) والشكل رقم (15) طبيعة العلاقة بين المتغيرات ، وتشير مخرجات مؤشرات المطابقة لهذا النموذج لنتائج جيدة، حيث بلغت قيمة مربع كاي ل 137.932 عند درجة الحرية 52 ، وقد أشارت لقيمة النسبة 2.653 عند مستوى الدلالة 0.000 كما أشارت RMSEA لقيمة 0.076 و أشارت قيمة CFI لقيمة 0.910 ، كما أشارت قيمة معامل توكر لويس لقيمة 0.886 كما أشارت قيمة SRMR لقيمة 0.072 مما يمكننا من القول بأن قيم مؤشرات المطابقة كلها جيدة ومشجعة على قبول النموذج

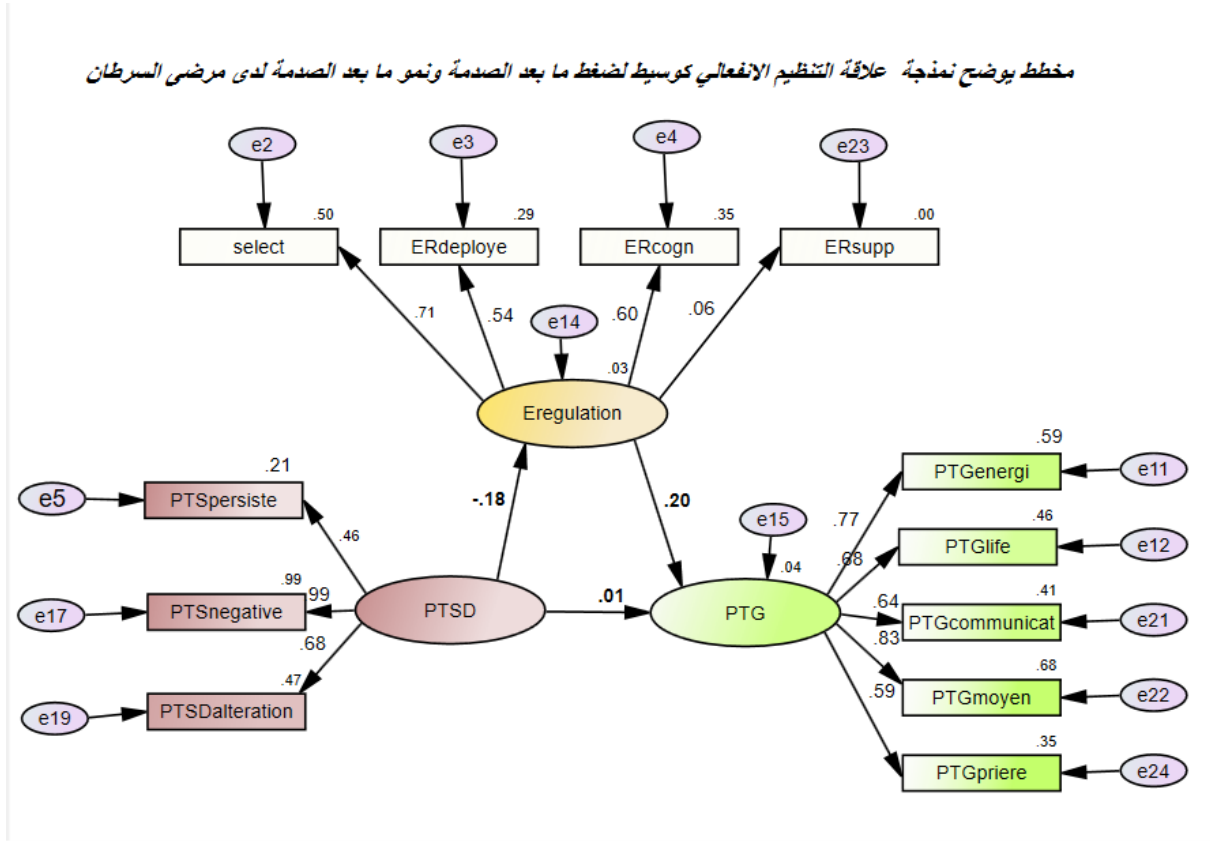
جدول رقم (17)

يمثل مؤشرات المطابقة للنموذج

المؤشرات	القيم
النسبة c_{min}/df	2.643
درجة الحرية df	26
CF مؤشر المطابقة المقارن	0.933
مربع كاي C_{min}	68.72
مؤشر الجذر التربيعي لخطأ الاقتراب RMSEA	0.076
مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي SRMR	0.0528

شكل رقم (15)

يوضح مخرجات علاقة التنظيم الانفعالي كوسيط لضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان



يمثل المخطط وساطة التنظيم الانفعالي لضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، حيث يعتبر ضغط ما بعد الصدمة متغير مستقل، ونمو ما بعد الصدمة متغير تابع، ومتغير التنظيم الانفعالي كمتغير وسيطي.

يمثل الجدول رقم (18) مخرجات النموذج ببرنامج الأموس، حيث نلاحظ من النتائج وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين ضغط ما بعد الصدمة والتنظيم الانفعالي، وجود علاقة بين التنظيم الانفعالي ونمو ما بعد الصدمة، عدم وجود علاقة بين ضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة، وذلك يظهر من خلال ملاحظتنا لمستويات الدلالة، وعلى أساس الانحدارات تم التأسيس للقول بوجود علاقات ذات دلالة إحصائية أو عدم وجودها.

كما تم اختبار الوساطة من خلال **bootstrapping** عبر الاموس، فكانت مخرجات نتائجها وفقا لما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم(18)

مخرجات نتائج *bootstrapp* للتأثيرات الكلية المباشرة والغير مباشرة للوساطة النموذجية

نوع التأثير	التقدير	فترة الثقة	
		القيم العليا	القيم الأدنى
التأثير الكلي	- 0.071	0.376	- 0.412
التأثير المباشر	0.031	0.47	-0.30
التأثير غير المباشر	- 0.103	- 0.030	- 0.339

أ) نلاحظ من خلال الجدول رقم (18) أن قيمة التأثير الكلي قدرت بقيمة -0.071 عند مستوى الدلالة 0.79 ، حيث قدرت القيمة العليا ب 0.376 و قدرت القيمة الدنيا ب 0.412 مما يشير إلى عدم وجود تأثير كلي مباشر.

ب) نلاحظ من الجدول (18) ان قيمة التأثير المباشر قدرت ب 0.031 عند مستوى الدلالة 0.807 ، حيث قدرت القيم العليا ب 0.47 و قدرت القيم الدنيا ب -0.30 مما يشير لعدم وجود تأثير مباشر لضغط ما بعد الصدمة على نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان

ج) نلاحظ من قيمة التأثير غير المباشر التي قدرت ب قيمة 0.103 - عند مستوى الدلالة 0.009 حيث قدرت القيمة العليا ب 0.030 - كما قدرت القيمة الأدنى ب - 0.339 .

الوساطة: نستنتج من الجدول رقم (18)، أن وساطة التنظيم الانفعالي لضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، تعتبر وساطة كلية، حيث أن قيمة التأثير المباشر لضغط ما بعد الصدمة على نمو ما بعد الصدمة، قد قدرت بقيمة إحصائية عند 0.031 بدلالة إحصائية أكبر من 0.05 وهو ما تشير إليه قيمة الدلالة 0.807، كما أشارت قيمة التأثير الكلي لعدم وجود تأثير لضغط ما بعد الصدمة على نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان حيث أشارت لقيمة -0.071 بدلالة إحصائية أكبر من 0.05، وهو ما أشارت إليه قيمة الدلالة المقدره ب 0.807، بينما أشارت قيمة التأثير

غير المباشر لقيمة تسمح بالقول بوجود تأثير للتنظيم الانفعالي في وساطة العلاقة بين الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، حيث أشارت قيمته لـ -0.103 بدلالة إحصائية أقل من 0.05 وهو ما أشارت إليه قيمة الدلالة المقدرة بـ 0.009 ، ومنه يمكن ان نقول أن وساطة التنظيم الانفعالي لضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان وساطة كلية، وقد لا يمكن أن ينتقل مرضى السرطان من الضغط ما بعد الصدمة إلى نمو ما بعد الصدمة إلا بالمرور بالتنظيم الانفعالي

الفصل الخامس: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

تمهيد

1. مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الأول
2. مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الثاني
3. مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الثالث
4. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى
5. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية
6. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة
7. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة

1- مناقشة نتائج التساؤل الأول: الذي ينص على: ما مستوى التنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان؟

حيث دلت النتائج على أن مستوى التنظيم الانفعالي مرتفع لدى أفراد العينة من مرضى السرطان، وفقا لما أشارت إليه نتائج الفروق بين المتوسطات الحسابية والنظرية لمستويات التنظيم الانفعالي وأبعاده المختلفة لدى مرضى السرطان.

هذه النتائج قد يتم تفسيرها إلى طبيعة الاستجابات الانفعالية والتقديرية الانفعالية المختلفة، لمرضى السرطان، بداية من فترة التشخيص بالمرض وما يحدثه من آثار انفعالية، إذ يميل بعض المرضى للتهويل من المرض او القبول مقارنة مع الأصحاء، إضافة إلى الاستراتيجيات المختلفة كلوم الذات والاجترار إعادة التركيز الإيجابي جراء الضيق الانفعالي الذي يعايشه المرضى أثناء فترات المرض والعلاج ودلالة مختلف الفترات الانتقالية من فترة المرض وهو ما تشير إليه دراسة كل من (Bahrami et al., 2015; Conley et al., 2016; Li et al., 2015; Peh et al., 2017) الذي قد يصادف ان يكون مقرونا بالاكثاب والقلق لدى كثير من المشخصين حديثا بالمرض.

إذ يسمح التنظيم الانفعالي بالتعبير لمعالجة المشاعر الانفعالية والتعبير عنها بنشاط لإضفاء صحة نفسية وبدنية على المرضى، على غير أولئك الذين لا يستطيعون التحكم في انفعالاتهم بحيث يصبحون عرضة لمزيد من الضيق النفسي (Nerenz et al., 1982).

كما يؤدي استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي إلى مزيد من التحكم والضبط، للقبول والاجترار الإيجابي، حسب ما يراه (المجدد, 2023)، في حين تؤدي صعوبة المعالجة الانفعالية وصعوبة التنظيم الانفعالي إلى عواقب تفاقم من الاضطرابات النفسية حسب ما تشير إليه دراسة (Ogińska-Bulik & Michalska, 2020)، لذلك يسمح لنا تقييم استراتيجيات التنظيم الانفعالي في مستوياتها المرتفعة من التأثير في التدخلات العلاجية في مساعدة المرضى، إضافة لعدم إمكانية الجزم بدقة الوصول للمستويات حقيقية من التنظيم الانفعالي نظرا لفلسفية المفهوم، وتداخلاته النفسية والبيولوجية والاجتماعية، التي لا تسمح التقارير الذاتية والاستبيانات في إعطاء مفاهيم شاملة عنها.

إضافة إلى طبيعة المرض وما يمر به المرضى من محددات ، كطول المدة في المرض التي لا تسمح بتقريب المفهوم الشامل عن طبيعة استراتيجية واحدة، يمكن حصرها لفهم عام بشأن اتخاذ المرضى

لآلية تمكننا من تعميم نتائج البحث الحالي في ما يتعلق بمستويات التنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان.

إضافة إلى ان مرحلة المرض والعلاج مرحلة طوارئ كما تشير إليه (Bahrami et al., 2015)، إذ تتوفر مختلف الأبعاد والمتغيرات الانفعالية، من لوم الذات وإجتراح وإعادة تقييم إيجابي وضيق انفعالي، الذي قد يرتبط بالكبت او القمع الانفعالي، مما يجعل الانفعال وسيطا مهما للتأقلم والتكيف مع مختلف التغيرات أثناء مرحلة المرض والعلاج وما بعدها.

2- مناقشة نتائج التساؤل الثاني: ينص التساؤل على : ما مستوى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان؟

أشارت نتائج الدراسة إلى مستوى منخفض من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، وفقا لما أشارت إليه نتائج المتوسط الحسابي وقيم الفروق بين المتوسطات النظرية والحسابية.

ويمكن إيعاز ذلك إلى الارتباطات البيولوجية بإعادة التجربة كعرض من أعراض الاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، والتي تتضمن في فحواها استدعاء صدمة التشخيص بالسرطان ووظيفة الذاكرة وإعادة التجربة (Uchitomi & Nakano, 2001)، والذي يتمثل في إعادة إعاشة حدث التشخيص بالإصابة بالسرطان، كما أن اختلاف فترات العلاج لدى المرض والذي يظهر من خلال عدم محدودية جلسات العلاج الكيميائي لدى مرضى السرطان من خلال إعادة إعاشة الحدث والمرور بفترات الجلسات، التي تستدعي وظيفة الذاكرة، مما يدفع بالمرضى لتجنب في كثير من الحالات إعادة التشخيص او التشخيص، بطرق مختلفة والتي تختلف باختلاف الجنس والعمر ومستوى الدخل او المستوى الاقتصادي كما أشارت إليه دراسة (Tremolada et al., 2016)

كما يمكن ان يكون للتشخيص والارهاق الذي يسببه كحالة طبية منهكة ومستمرة، مع فترات العلاج، الذي قد يترافق مع فترات الخوف الدائمة، مما يجعل الأفراد يخافون حتى من نطق اول حروفه ك "س" مثلا، لذلك قد يكون التشخيص بالمرض والعلاج أيضا أحداثا مؤلمة لكل المرضى، كما يشير إليه (Teng et al., 2022)، والتي قد يكون مرور المدة الزمنية عاملا مهما في انخفاضها لدى المرضى.

كما قد تؤدي احتمالية إعادة الإصابة بالمرض إضافة إلى تصاعد سلوكيات الخطر للإصابة بالمرض، مما قد يستدعي الأحداث الصادمة لدى المرضى، باختلاف أنواع الأمراض السرطانية، وندرة العديد من أنواع السرطان الأخرى والجداول الزمنية المختلفة لكل نوع، كعوامل خطر وتهديد دائم (Ryder et al.; 2018)، مما يستدعي التدخلات العلاجية المختلفة من طرف الأخصائيين والمهنيين الصحيين، وهو ما قد يترافق مع ما سلطت عليه الدراسة الحالية الضوء بتتبع مختلف الأنواع لمرض السرطان.

غير أن عدم كفاية بعض الأمراض السرطانية لتمثيل المجتمع العام للدراسة، يبقى الإشارات العامة لفهم طبيعة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بعيدة عن المتناول، إضافة إلى التعقيدات التي يتطلبها التشخيص والصعوبات التي يفترضها الاتصال الأنّي مع الاضطراب سواء بالكيفية التي يتم بها التشخيص (الاستبيانات) أو من خلال صعوبة معرفة الدقة في فهم حقيقة الاضطراب لدى مرضى السرطان بحكم تغير المحددات العامة والمؤشرات الفعلية لظهور الاضطراب كالتعليم، والدخل والمستوى الاجتماعي وحتى طبيعة المرض، إضافة إلى نوع التدخل في العلاج إضافة إلى طبيعة الدعم الذي يتلقاه المرضى كما ادلت به (Cordova et al. ; 2007).

3- مناقشة التساؤل الثالث: جاء نص التساؤل الثالث كما يلي: ما مستوى نمو ما بعد الصدمة

لدى مرضى السرطان؟ دلت نتائج التساؤل إلى ارتفاع مستويات نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.

ويمكن إيعاز هذه النتيجة، بتاريخ المرض حيث تم تسجيل عدة حالات قد مرت عليها فترة العلاج لأكثر من 5 سنوات، مما يدفع بالمرضى لإيجاد عوامل للنمو والارتقاء ومنها رسم الحدود للسرطان كعامل صادم، إضافة لتحطيم المرض للاعتقادات والافتراضات الأساسية التي كان يتبناها المرضى في الحياة والوعي الذاتي، وحدث النضج المعرفي، مما يتولد عنه تحسنا في قوة الشخصية والروحانية لدى كثير من المرضى، إضافة لتقدير الشخصية والقبول بوجود إمكانيات جديدة، إضافة لتحسن العلاقة مع الآخرين، وتحسن تقدير الأفراد لذواته (Casellas-Grau et al., 2017) والذي قد يتصل بطبيعة الدعم الاجتماعي (Tanriverd et al., 2012).

إضافة إلى إمكانية توفر محددات معرفية جديدة لدى المرضى (Chan et al., 2011)، من خلال التعرف على الإمكانيات التي قد يتوافر عليها اختلاف فئات المرضى كالجنس ونوع المرض، إذ يمكن ان

يرتبط النمو ما بعد الصدمة لدى الذكور (Kim et al., 2021)، إضافة للعوامل النفسية كالمرونة والقدرة على التكيف، وعوامل الشخصية من انفتاح وحاجة لتجارب الحياة المختلفة.

إضافة لتغير مختلف جوانب الحياة لدى المرضى مما يدعم استجاباتهم، إضافة لتوافر بعض الجوانب المميزة الخاصة لهم كالعمر مما يوفر لدى المرضى محددات عامة لسيرونة النمو ما بعد الصدمة حسب ما تراه (Tremolada et al., 2016).

كما قد يستدعي المرضى استراتيجيات جديدة مقابل الاستراتيجيات التي كان يستعملها المرضى، في بدايات العلاج، ومع تطور الحالة الصحية للمرضى يصبح التكيف وفقا للاستراتيجيات الجديدة المواكبة للنمو والتي تكون بديلة للسلبية بأخرى إيجابية كما يراه (المجد، 2023).

إلا أن مسار اتجاه نمو ما بعد الصدمة يبقى محكوما بعدة متغيرات كأنماط الشخصية، والقدرة على التكيف، إضافة للعوامل والمتغيرات المختلفة التي قد تصادف المرضى، باختلاف العمر، والجنس، والمستوى التعليمي، والخضوع للجراحة، وهو ما يتم تسجيل الاختلافات وفقا له، سواء من اختلاف مضامين النمو ما بعد الصدمة، أو صعوبة ضبط متغيراته، وحتى قياسه.

إضافة إلى تشعب مختلف المتغيرات المتعلقة بالمرضى كالمستوى الاقتصادي والاجتماعي، والحالة العائلية، ومضامين التدخلات وسهولة الوصول للعلاج، كالجراحة، والخوف من إمكانية تكرار المرض، بتسجيل حالات قد صرحت بتكرار المرض وفقا للبيانات التي تم تجميعها.

4- مناقشة نتائج الفرضية الأولى: التي تنص على توجد علاقة بين اضطراب الضغط ما بعد

الصدمة والتنظيم الانفعالي لدى مرضى السرطان.

حيث أشارت نتائج الدراسة الحالية لوجود علاقة عكسية للتنظيم الانفعالي وضغط ما بعد الصدمة، أي انه كلما زاد ضغط ما بعد الصدمة كلما انخفض مستوى التنظيم الانفعالي، وكلما انخفض مستوى الضغط ما بعد الصدمة كلما زاد انخفاض مستوى التنظيم الانفعالي.

حيث ينبى انخفاض الضغط ما بعد الصدمة، بالرفع من الاستجابات الانفعالية، إذ قد يؤثر على جوانب حياة المريض في حالاته المرتفعة، كما ان الاستقرار الانفعالي والعاطفي يدعم ثقة المريض في نفسه، ويضفي صفة اتخاذ القرارات، وصنع قرارات جديدة، مما قد يؤدي للفت الانتباه إلى قرارات أهم

بالتوجه للحياة ، إضافة إلى إحداث تغييرات معرفية ، وتجنب القمع الانفعالي، في شكل بعيد عن الحالات القلقة والمتخوفة من إعادة إعاشة الأحداث، إضافة لوجود محددات عديدة يمكن أن تضبط طبيعة العلاقة بين الضغط ما بعد الصدمة والتنظيم الانفعالي كالتكيف والرغبة والدعم الاجتماعي المتصور، وهو ما تراه دراسة (Teng et al., 2022)، التي ترى ان العلاقة بين ضغط ما بعد الصدمة والتنظيم الانفعالي تتطلب عديد من المحددات منها طبيعة المشاعر السلبية، والتي تقل في حالات الاضطراب الضغط ما بعد الصدمة المنخفض، ودراسة (Greening & Stoppelbein, 2007)، مما يستدعي ظهور أنواع مختلفة من المعالجة الانفعالية والسلبية ، في حالة الضغط المرتفع إضافة للاجترار السلبي ما يرفع من مستويات الانفعال وهو ما أشارت إليه دراسة(Ogińska-Bulik&Michalska, 2020).

أما حدوث الخلل والتناقض وتواجد صعوبات للتنظيم الانفعالي فإنه يؤدي لإيجاد آليات ترفع من ضغط ما بعد الصدمة وفق ما أشارت إليه وساطة التنظيم الانفعالي للأفكار المتطفلة مع الضغط ما بعد الصدمة في دراسة (Bartlett et al., 2019; Lu et al., 2017; Spies et al., 2020) أي أن حدوث الاستقرار والثبات في آليات التنظيم الانفعالي، يؤدي في بعض الحالات لانخفاض ضغط ما بعد الصدمة، كما أشارت دراسة كل من (Nagy et al., 2022; Raudales et al., 2019; Reffi et al.,) (Weiss et al., 2012; Weiss et al., 2019) إلى أن حدوث خلل التنظيم الانفعالي الذي قد يصاحب أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ، كعرض عام للاضطراب والذي قد يصاحبه سلوكيات اندفاعية وانفعال، عدم التحكم الانفعالي إضافة إلى صعوبات التنظيم الانفعالي وهو ما قد ينخفض مستواه من خلال انخفاض مستويات اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى المرضى، يضاف إليه الخصوصية التي يمتاز بها المعرضون لصدمة المرض المزمن (السرطان)، وهو ما لم تركز عليه الدراسات المذكورة آنفا.

بذلك يمكن القول أن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يمكن أن ينشأ عنه اختلالا لمعالجة المعرفية والوظائف التنفيذية بحيث يتم التحول إلى عجز معرفي، في حالات ضعف القصور في الانتباه وسرعة المعالجة المعرفية والانفعالية بما يستلزم تطور الاضطراب حسب ما تشير إليه دراسة (Quinones et al., 2020).

إضافة لنظرة بعض المرضى للتشخيص بالمرض، إذ يتم التحول إلى فقدان اليقين وتغير النظرة للحياة ، وحزن على الفرص الضائعة ، أين تتوالى التقييمات المعرفية للحياة وللذات، بما يتضمن زيادة عمل استراتيجيات التنظيم الانفعالي ، وعلى النقيض من ذلك إذ أن زيادة التنظيم الانفعالي تؤدي لخفض

الاستراتيجيات والدفع بالقمع التعبيري أين تحتل المخاوف من التهديد والعزلة والاكتئاب معظم أنشطة الفرد الحياتية حسب ما تشير إليه دراسة (Alyssa Leano et al., 2019;)

كما تبقى الإشارة إلى طبيعة العلاقة بين متغيري الضغط ما بعد الصدمة والتنظيم الانفعالي، منوطة باختلاف جمع العينة الكافية لتمثيل المجتمع عامة، إضافة إلى الحاجة إلى البيانات السريرية، التي تفيد أكثر في فهم تغير حالات المرض وفق الاضطراب، حيث أن سيرورة مرض السرطان وعلاجه ، قد تتأثر بعوامل عديدة، إضافة لطبيعة التقارير المعلن عنها، والتي لا تمثل في مطلق الأحوال الصفة الرئيسية لطبيعة العلاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والتنظيم الانفعالي، وحتى طبيعة اتجاه الاضطراب، وديناميته وفقا لعدد من المتغيرات، إذ لا بد من فهم أعمق لأنماط الشخصية، وطبيعة الصلابة والمرونة، والتي تشكل في معظمها آليات يمكن أن تغير من نظرة الفرد إلى المرض.

إضافة إلى الدور العاملي لدور المختصين والفرق الطبية، بما تستحضره من آليات يمكن أن توجه استراتيجيات التنظيم الانفعالي للتعامل مع اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، إذ ان الدراسة الحالية تستهدف المرضى الوافدين على العلاج في المستشفيات العمومية، بعيدا عن الحالات التي لم يستطع الباحث الوصول إليها، من المرضى المتعالجين في المستشفيات الخاصة، أو حتى الحالات الحرجة من المرض.

5- مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية على: توجد علاقة ذات دلالة لضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان. حيث دلت نتائج الدراسة الحالية لعدم وجود علاقة للضغط ما بعد الصدمة بنمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان ، إذ أن حدوث النمو ما بعد الصدمة يحتاج لمؤشرات تنبؤ بظهوره ، والتي يمكن ادراج منها إعادة التركيز الإيجابي ، وإعادة التركيز على التخطيط ، طول المدة ، العوامل الديمغرافية كالعمر ، الدخل ومستوى الدعم الاجتماعي ، وهو ما ارتأته دراسة كل من (Ho et al., 2021; gori et al. 2011;)، حيث تشير إلى أن تعزيز الأسلوب التفسيري للأحداث الجيدة من المرجح أن يحدث تغيير إيجابي مؤداه النمو ما بعد الصدمة ، مما يعزز الدور الرئيسي لعوامل الشخصية العامة في التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة، إضافة للدور الذي قد يلعبه الدعم الاجتماعي الذي يحظى به مرضى السرطان ، وأساليب العلاج المختلفة.

إذ يتضمن نمو ما بعد الصدمة تغييرات إيجابية تشمل الإدراك الذاتي مما يتطلب تطوير السمات الفردية ، إضافة لإدراك الفرد للفرص المتصورة من نمو ما بعد الصدمة، حيث يتم التحول من ما كان غير ممكن إلى البحث عن ما هو ممكن حسب ما يورده (عيشة, 2017)، تبعا لدور كل من التدخلات العلاجية الكافية، وتطوير إمكانيات إعادة التغيير الإيجابي (Marziliano et al., 2020; Parikh et al., 2015; Tremolada et al., 2016)، يضاف إليها اعتبارهما كقطبي بنيات مستقلة حسب ما أوردته تحليل دراسة (Casellas-Grau et al., 2017) مما يرجح الكفة للكيفية التي يركز بها المرضى على أحدي القطبين الذي ينحاز إليه المرضى من خلال التركيز على التغيير الحاصل حسب (-Shakespeare Finch & Copping, 2006)، هذا بالإضافة لدور المرونة والتكيف التي تساعد في تطوير النمو، زيادة على العوامل الديمغرافية والدعم الاجتماعي والأسري، حيث تعتبر متنبئات للاستجابة أثناء أزمات الحياة، بالتالي تشكيل استجابات المعالجة المعرفية والتكيف للأفراد.

هذا وقد لا يمكن المرور من ضغط ما بعد الصدمة إلى نمو ما بعد الصدمة ، إلا بعد عمليات التفسير للأحداث التي يمر بها الفرد ، إذ تشكل سمة أساسية لحدوث النمو الإيجابي لما بعد الصدمة، من حيث إمكانية إعطاء معنى للحدث ، وإضفاء صيغة إيجابية ، للتمكن من التأقلم مع الوضع (Ruini et al., 2013).

كما أن البيانات الحالية تسمح بالقول أن المدة كافية للقول بتكيف نفسي اجتماعي قد يحدث تحولا إيجابيا مما يشكل وساطة لدى المرضى حسب ما تسرده دراسة (Tanriverd et al., 2012)، مما قد يسمح بتكوين استراتيجيات للقبول كإعادة التقييم الإيجابي وإعادة التركيز الإيجابي إضافة إلى الدعم الذي تسمح به هذه المتغيرات من مدة، ووضع اقتصادي حسب ما تراه دراسة كل من (Tiamiyu et al., 2019; Wang et al., 2020; Zhou et al., 2016; Zhang et al., 2018)، مما يجعل من تطورات النمو للضغط ما بعد الصدمة في علاقة غير خطية تستوجب تدخلات عامة شخصية وبيئية واجتماعية كما تراها (Kleim & Ehlers, 2009).

غير أن التحفظ في مسألة عدم وجود علاقة لضغط ما بعد الصدمة بنمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، قد يكون له أسباب أخرى متمثلة في العلاج ذاته، إذ قد تسمح الفرص العلاجية المتاحة كالجراحة، إضافة لتغيير العادات السلوكية، بمناهج يمكن أن توفر أرقام مختلفة في حالات مشابهة، مما

يستلزم ضرورتا البحث في اختلافات هذه الطرق إضافة لاختلاف الكيفية التي يمكن أن يمر بها التشخيص، نظرا لتفاهم إشكالية حصر الاضطراب وتحولاته إلى نمو ما بعد الصدمة.

كما أن البيانات المتاحة من انخفاض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، قد يكون له تأثيرات جانبية في تحوير مسار طبيعة العلاقة بين المتغيرات، مما يستدعي ضرورة البحث عن عينات أكبر وفي فئة عمرية متناسبة تحمل خصائص ديمغرافية متجانسة.

5- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية على: توجد علاقة بين التنظيم الانفعالي ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان. دلت نتائج الدراسة الحالية لوجود علاقة بين التنظيم الانفعالي ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.

كما يمكن إيعاز هذه النتائج إلى طبيعة السيرة الإيجابية لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي في إحداث نمو ما بعد الصدمة مثلما ذهبت إليه دراسة (المجد، 2023)، حيث ترتبط بإعادة التقييم المعرفي والقبول، كما تشير إليه دراسة ((Wei et al., 2016)، إضافة لتوفر عوامل كالدعم الاجتماعي والأسري الممنوح لمرضى السرطان وهو ما يشير إليه (Liu et al., 2023) إضافة إلى اعتبار استراتيجيات التنظيم الانفعالي، كاستراتيجيات تكيفية تسهم في ضبط الضغط حسب ما يراه (Gori et al., 2021; Soo & Sherman, 2015) والتي ترى أن استراتيجيات كالاختار وإعادة التقييم يمكن ان تضيف إيجابية متمدة للنمو.

كما تؤدي الطوارئ لتقليل احتمالية التأثير السلبي باستخدام التنظيم الانفعالي، إذ أن إعادة التقييم الانفعالي ونشر الانتباه آليات قد تؤدي لاحتمال النمو الإيجابي بكثافة التحفيز الذاتي، إضافة لتقييم التحفيزات السلبية واختيار الإيجابي منها وهو ما يشير إليه (Karimzadeh et al., 2021; Ana I Orejuela-Dávila et al., 2019)، إذ تشير الدراسات الحالية لدور التنظيم الانفعالي في سيرة النمو بتغيير المفاهيم عن الذات، وهو ما يشمل قوة الشخصية، مما قد يشير لإمكانيات جديدة للنمو .

إضافة لما يشمله النمو ما بعد الصدمة، حيث أن النمو ما بعد الصدمة لا يحدث نتيجة صدمة و فراغ وحسب، بل أنه يكون ناتجا عن شفاء وتغيير في مفهوم الفرد عن ذاته بشكل إيجابي

(Hamama-Raz et al., 2019; Hamidian et al., 2019; Strack et al., 2010)، حيث ركزت هذه الدراسات على آليات إعادة التقييم المعرفي كمسببات أو نواتج للنمو ما بعد الصدمة، إضافة لدور الإفصاح الذي يكمن في آليات اتخاذ موقف من الحوادث المختلفة، والتي تكون وفقاً لتجربة الحياة التي اتخذ لها المريض بالسرطان واقعية، ذات معنى ومغزى، بالتالي يصبح الحدث مصدر لموقف انفعالي، باتخاذ جملة من استراتيجيات التنظيم الانفعالي، تؤدي إلى النمو الإيجابي لما بعد الصدمة، والتي قد تكون مورد من موارد الذكاء الانفعالي، أو ناتج عن زيادة التحفيز الذاتي مما ينتج بالنمو مع الاستعمال الواسع لإعادة التقييم في ضوء النمو حسب ما تراه دراسة كل من (Tuck & Patlamazoglou, 2019; Ana I. Orejuela-Dávila et al., 2019).

قد تكمن العلاقة بين التنظيم الانفعالي ونمو ما بعد الصدمة في الآثار الإيجابية التي يتجه لها كلا المفهومين من تغيير إيجابي، حيث قد يتأتى عن الاستراتيجيات الإيجابية في غالب الأحيان آثار إيجابية مدعومة من طرف المحيطين بالمريض، مما يستدعي الحاجة للتثقيف بخصوص دور المعاني الإيجابية للمرض، وعلاقتها بالخروج من أزمات صدمات المرض إلى النمو الإيجابي لما بعد الصدمة، كما أنه قد لا يكون مساهما في النمو لعدة اعتبارات تخص شخصية المرضى، مع الأخذ بعين الاعتبار فئة الطلبة حسب ما تشير إليه دراسة ((Wild & Paivio, 2004a)) حيث ترى أن التنظيم الانفعالي لا يسهم في نمو ما بعد الصدمة في ظل وجود الأداء والتكيف لدى الطلبة الجامعيين مما يستوجب البحث المعمق في طبيعة العلاقة.

كما تبقى الحاجة لضرورة فهم طبيعة العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة، خلال الدراسة الحالية مرهونة بطبيعة المتغيرات والعينة الحالية، التي قد يترافق في تقريرها إشكالية تطبيق التقارير الذاتية نفسها، إضافة إلى اقترانها بالعينة من المتعلمين، مما يستدعي ضرورة توسيع البحث الحالي إلى جوانب أخرى إضافة إلى عوامل خاصة بالمرض والعلاج، مع توسع الآفاق في الحصول على العلاج لدى المرضى، واختلاف الحالات في التحسن والشفاء من المرض.

6- مناقشة نتائج الفرضية العامة:

- نصت الفرضية الرابعة على: يتوسط التنظيم الانفعالي العلاقة بين ضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد لصدمة لدى مرضى السرطان: دلت نتائج الدراسة على وجود علاقة وسطية كلية للتنظيم

الانفعالي بين ضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة، كما قد لا يمكن أن ينتقل المرضى من ضغط ما بعد الصدمة إلى نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان إلا وفق التنظيم الانفعالي.

ويمكن أن نشير إلى طبيعة الوساطة المتمثلة في النموذج المقترح، لما قدمه كل من (Bartlett et al., 2019; Huang et al., 2019; Hussain & Bhushan, 2011; Kira et al., 2019)، حيث ترى ان إستراتيجية إعادة التركيز الإيجابي وإعادة التركيز على التخطيط إضافة إلى إعادة التقييم ووضع الأمور في نصابها، تمثل بعدا أساسيا لحدوث الانتقال من ضغط ما بعد الصدمة لنمو ما بعد الصدمة، وفق النموذج الذي تقترحه .

إذ ترى مجموعة الأبحاث المتداخلة كدراسة (Zhou et al., 2017 ; ZHOU Xiao, 2016) التي ترى أن للتنظيم الانفعالي وساطة في ضوء بعض التدخل لمتغيرات أخرى كالدعم الاجتماعي ، إضافة إلى عدم إمكانية المرور بالقمع التعبيري ، للتمكن من الوصول للنمو الإيجابي، كما ترى أبحاث أخرى مثل دراسة (Wang et al., 2020)، التي وجدت توسط العلاقة في ظل إمكانية حدوث تغيرات إيجابية مع مرور الوقت، إذ تلعب المدة الزمنية دورا حاسما في إمكانية الانتقال، إضافة لأنماط التفكير.

كما أشارت دراسة (Kira et al., 2019)، إلى ان التقييم الإيجابي يرتبط بارتفاع نمو ما بعد الصدمة ويخفض من ضغط ما بعد الصدمة، إضافة إلى ان دراسة (Huang et al., 2019)، التي تختلف نتائجها مع نتائج دراستنا الحالية ، حيث ترى أن التنظيم الانفعالي يتوسط العلاقة وساطة جزئية إضافة إلى دراسة (Hussain & Bhushan, 2011)، مما يعني إمكانية الانتقال من ضغط ما بعد الصدمة لنمو ما بعد الصدمة بصور مختلفة مع إمكانية إيجاد وسائط أخرى تعدل العلاقة في ضوء كل من التكيف النشط اليقظة صنع المعنى الذي ينجم عن الضيق (Larsen & Berenbaum, 2015; Wild & Paivio, 2004bHuang et al., 2019).

يضاف إلى ذلك إمكانية وجود صعوبات التنظيم الانفعالي خلال اضطراب الضغط ما بعد الصدمة إلى زيادة النمو حسب دراسة (Spies et al., 2020)، وهو ما يسمح بإمكانية إعادة صياغة النمو وفقا للتنظيم الانفعالي المربوط بالوضع الآني للفرد حسب ما تراه دراسة (Yu et al., 2014) إذ أن التشخيص بالمرض يسمح باستجابات انفعالية جديدة، حيث يستبدل القلق والانزعاج من المنبهات بتعلم استجابات جديدة، مرتبطة بإعادة صياغة الذكريات، مما يعني إعادة النظر في الانتباه وتنظيم القصص عن

الأحداث الصادمة، إضافة إلى دور التقييم المعرفي وإعطاء معنى، مع إعادة صياغة المشكلات المتعلقة بالمرض في بناء الاستجابات الفسيولوجية الجديدة للمواد المثيرة لذكريات المرض، وهذا ما يقلل من التوتر المرتبط بالسرطان كحدث عام.

كما يعتبر التنظيم الانفعالي قاعدة تفاعل عامة، إذ ترتبط إشارات التوافق بين الاضطراب والنمو، بتغيير التحليلات، والنظر لتعبير الأفراد على مستوى المرض ما يجعل من التنظيم الانفعالي وسيلة تنسيق للتفاعل العام، بتوفر المعلومات العامة عن المرض، والتي قد ترتبط بالإدراك العام للاضطراب، والتي قد تكون مفيدة في توجيه السلوك، إضافة إلى القدرة على الإفاضة الانفعالية، بترميز المشاعر المتعلقة بالمرض عامة والانتقال الآني لفهم أكثر تناسبا مع الحالات المختلفة لمرضى السرطان مما يفيد في التوافق والنمو الإيجابي لما بعد الصدمة.

كما أن التنظيم الانفعالي قد يعتمد إلى استجابة المرضى مع اضطراب الضغط وتوجيه آرائهم حوله، وما يتعلق بحياتهم، سواء بتقييم معرفي بحث أو بإلقاء الانتباه إلى معارف جديّة أكثر، والتي قد تتضمن في فحواها تحديدات فعلية للمواقف العامة، وهو ما قد يتناسب طرديا مع النمو الإيجابي بالانتقال من الخوف من الاحداث، والمشاعر السلبية، وتجنب المحفزات، إضافة للتعديلات العامة في الإدراك والمزاج، والتي قد يتم تحويلها إلى ثقة وقوة الشخصية بإعادة التقييم المعرفي، إضافة إلى تغييرات الاستثارة وردود الفعل، والتي قد يسمح اتخاذ الموقف بإعادة صياغة والنظر بالتوجه إلى الروحانية على مقدار ما يتمثل لدى كثير من المرضى في إبداء تفاعل عام في التحول من المرض، إلى الطقوس والشعائر الدينية العامة، إضافة للمواقف الانفعالية والاستجابة الانفعالية الإيجابية التي قد تسمح بإعادة صياغة الأفراد للشعور بقوة الشخصية لديهم.

يضاف إلى ذلك أن التحكم في التنظيم الانفعالي منوط بتغييرات عامة مصاحبة للضغط ما بعد الصدمة، إذ تمثل استراتيجيات التنظيم الانفعالي ملازمة للضغط ما بعد الصدمة، والتي قد تتمثل في قمع انفعالي، مما يسمح بالتمهيد لاستجابات أكثر تكيفا والتي تتحول مع الحاجة إلى النمو إلى استراتيجيات أكثر تكيفا بتغيير معرفي، وحاجة للانتباه وتحول نحو المواقف العامة، والتي قد يصادف أنها مناسبة للبحث عن إمكانيات جديدة، العلاقات الشخصية، التغييرات الروحية، تقدير الحياة وقوة الشخصية، مما قد يستلزم ضرورتا تغييرا في استراتيجيات التنظيم الانفعالي.

غير أن المضي في هذا الاتجاه من تفسير علاقة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، قد يكون محكوماً بعوامل عديدة، تتعلق بما يمتاز به المرضى من تغيرات وتقلبات عامة، إذ أن عوامل كالجراحة، والقدرة على التعافي، والدعم الاجتماعي الذي يحظى به المرضى، إضافة إلى معطيات الدراسة الحالية، والمتمثلة في عدم كفاية ووضوح نوع المرض، حيث تباينت عينات المرضى من مختلف الأنواع المرضية مما يشير إلى عدم كفاية القول بأحقية القول بغالبية الحالات المرضية.

كما تعتبر دراسة الانفعال والصدمات مصحوبة باختلافات عملية ، إذ ان تداخل العمليات البيولوجية والنفسية والاجتماعية ، قد يتطلب إجراء المزيد من البحث المعمق لفهم سيرورة التنظيم الانفعالي وضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة مما يتطلب المزيد من البحث والتعمق في دراسة الظاهرة، لفهم آليات عمل الانفعالات لدى المرضى ، بفهم استراتيجيات التنظيم الانفعالي، وفهم حدوث الاضطرابات المصاحبة للمرض ومنها الضغط ما بعد الصدمة ، وفهم القدرة على التكيف لدى كثير من الحالات بإيضاح أساليب النمو الإيجابي لما بعد الصدمات المختلفة لدى مرضى السرطان.

خاتمة:

قدمت الدراسة الحالية افتراضاً رئيسياً فحواه التنظيم الانفعالي كوسيط لضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، حيث يتم التعريف بالتنظيم الانفعالي على أنه آلية تكيفية، يتحول خلاله المرضى من شدة الضغط ما بعد الصدمة، الناجم عن مختلف الصدمات التي يعاني منها المرضى بداية من التشخيص بالمرض وحتى خلال فترات العلاج وما يحمله المريض من مشاعر خوف، إزاء عودة المرض وغيرها، والتي يفترض أن تتحول إلى تغيير إيجابي لنظرة المريض للمرض، وإعادة صياغته للمعتقدات والمفاهيم التي يأسس عليها المريض نظرتة للحياة قبل المرض، بإعادة صياغة إيجابية للنمو الإيجابي والذي تسهم فيه صدمات المرض بشكل كبير، وقد ينتقل المرضى من ضغط ما بعد الصدمة إلى نمو ما بعد الصدمة بوساطة للنمو ما بعد الصدمة، وهو ما استوجب من الباحث افتراضات فرعية تندرج ضمن البحث في هذا المسعى العام للدراسة، والتي تمثلت في:

وجود علاقة للتنظيم الانفعالي بضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، وجود علاقة للضغط ما بعد الصدمة بنمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، ووجود علاقة للتنظيم الانفعالي ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، وهو ما يتطلب للإجابة عنه، البحث عن تساؤلات أساسية متمثلة في معرفة مستويات المتغيرات (التنظيم الانفعالي، ضغط ما بعد الصدمة، نمو ما بعد الصدمة)، والتي أشارت في حدود بحثنا الحالي إلى مستوى مرتفع من التنظيم الانفعالي، مستوى منخفض من ضغط ما بعد الصدمة، مستوى مرتفع من نمو ما بعد الصدمة.

هذا وقد أفادت نتائج الدراسة الحالية على وجود علاقة عكسية للتنظيم الانفعالي وضغط ما بعد الصدمة إزاء تعامل المرضى مع الاضطراب، إذ قد يتعامل المرضى مع الضغوط بتنظيم انفعالي أقل، وتعابير انفعالية أقل، كلما ارتفع لديهم مستوى الضغط ما بعد الصدمة، كما دلت نتائج الدراسة الحالية على عدم وجود علاقة للضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة، والتي قد ترتبط بوجود عدة عوامل تسهم في حدوث عملية النمو للمرضى، كما دلت نتائج الفرضية الثالثة على وجود علاقة للتنظيم الانفعالي للتنبؤ بالنمو ما بعد الصدمة، حيث أن زيادة النمو ما بعد الصدمة مرهون بالتنظيم الانفعالي، والقدرة على التفاعل في الوضعيات العامة التي تتوافق مع النمو بتنظيم انفعالي فعال وتكفي مع مختلف الوضعيات العامة.

أما عن تأثيرات الوساطة فقد دلت على وجود تأثيرات غير مباشرة لوساطة التنظيم الانفعالي، الذي يعد عاملاً رئيسياً للخروج من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، والوصول لنمو ما بعد الصدمة حيث أن عملية الارتقاء والنمو، تحتاج عوامل تضم في جوانبها التنظيم الانفعالي، إذ أن الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان يجتاحه قمع تعبيرى وانفعالي ما يزيد من صعوبة التوافق النفسى لدى المرضى، والذي يتحول مع مرور الوقت إلى نمو إيجابى ما بعد الصدمة، حيث ان هذا التحول ذاته منوط بتغيير الفرد لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي ذاتها لحدوث نمو وارتقاء إيجابى لما بعد الصدمة، إذ يرتبط بتغيير فعلى لأساليب التنظيم الانفعالي، بتخطي عقبات معرفية عن طريق التغيير المعرفى والانتباه للمثيرات الضاغطة، للوصول لإمكانيات جديدة وتواصل فعال مع الآخرين وتقدير أفضل للحياة مما يدعم القول بان التنظيم الانفعالي يعتبر وسيطاً غير مباشر للضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.

هذا وتقدم الدراسة الحالية اعتبارات أخرى يتضمنها البحث في وساطة التنظيم الانفعالي للضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، ومنها بحث الوسائط الديمغرافية والدعم الاجتماعى وسبل الرعاية التي يحتاج إليها المرضى، إضافة لتقديم عديد من العوامل المساهمة في خفض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، من آليات التكيف والتوافق لدى مرضى السرطان، وفقاً لما يحتاج إليه مرضى السرطان من دعم ورعاية خاصة.

إسهامات الدراسة:

توصل البحث الحالى إلى نتائج مطمئنة لفرضيات الدراسة، حيث دلت النتائج على وجود علاقة للتنظيم الانفعالي بضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، إذ ان المرضى قد تفاعلوا مع الدراسة الحالية بالمشاركة باستجابتهم على مقاييس الدراسة الحالية، كما أفاد البحث الحالى في جمع معلومات ومعطيات بحثية مفيدة تسهم في زيادة الاهتمام بشريحة المرضى والاعراض التي يمكن ان تتصافد للأخصائيين والممارسين العياديين في مجال الأورام، من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. كما يفيد التعرف على اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في الإشارة إلى مآلات المرض، وكيفية التعرف على آليات تجاوز الاضطراب والطرق التي يمكن ان يتجاوز بها المرضى الاضطراب، والتي شملت في دراستنا الحالية النمو الإيجابى لما بعد الصدمة.

المساهمة العلمية للدراسة: قام الباحث بتحقيق عدة مساهمات علمية نذكر منها:

- بناء مقياس للتنظيم الانفعالي.

- تكييف مقياس الضغط ما بعد الصدمة على مرضى السرطان في البيئة المحلية.

- تكييف مقياس نمو ما بعد الصدمة على مرضى السرطان على البيئة المحلية.

- الوصول بتفسير علمي لآليات توسط التنظيم الانفعالي للعلاقة بين الضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، وفهم العلاقات الثانوية التي يمكن أن ترتبط بين المتغيرات الثلاث للدراسة

توصيات الدراسة:

- تطوير وتقنين أدوات لقياس التنظيم الانفعالي، الضغط ما بعد الصدمة، نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان في البيئة الجزائرية، لتقادي تأثيرات أخطاء القياس في الدراسة.

- توسيع البحث في أسباب اضطراب الضغط ما بعد الصدمة من تأثيرات جانبية أخرى يمكن أن يكون لها الأثر البالغ في زيادة تعرض المرضى لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، مع وجوب التشخيص المبكر والاهتمام أكثر بالمرضى لتقادي تقاوم أعراض الاضطراب لدى المرضى.

- أن يعمل الأخصائيون والعاملون على رعاية مرضى السرطان، على بناء برامج علاجية تأخذ بعين الاعتبار استراتيجيات التنظيم الانفعالي وعلاقته بنمو ما بعد الصدمة وضغط ما بعد الصدمة، من خلال التثقيف والبرامج العلاجية الناجعة.

- العمل على تنمية روح الإيجابية لدى مرضى السرطان وخلق مسارات تكيفية لتسهيل الوصول لنمو ما بعد الصدمة لدى المرضى، نظرا لضرورته التكيفية مما يساعد على تسهيل إعادة رسم خارطة طريق للمرضى والتعافي من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

- توسعة آفاق البحث الحالي للنظر في الأسباب الأخرى كالعوامل الديمغرافية، ونوعية المرض، الجنس، السن، وغيرها من الأسباب كالشخصية واستراتيجيات التكيف إضافة للمرونة التي قد توضح طرق أكثر

ﺧﺘﻤﺔ

ﻓﻌﺎﻟﯩﺔ ﻟﻔﻬﻢ ﺗﭙﺒﯩﻌﺔ ﻭﺳﺎﻃﺔ ﺗﺘﻨﺰﯾﻢ ﺍﻟﺌﻨﻔﻌﺎﻟﯩﺔ ﻟﺪﯾ ﻣﺮﯾﺰﯾ ﺍﻟﺴﺮﻃﺎﻥ ﻟﻼﺿﻐﻂ ﻣﺎ ﺑﻌﺪ ﺍﻟﺼﺪﻣﺔ ﻭﻧﻤﻮ ﻣﺎ ﺑﻌﺪ
ﺍﻟﺼﺪﻣﺔ ﻟﺪﯾ ﻣﺮﯾﺰﯾ ﺍﻟﺴﺮﻃﺎﻥ.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

- الحواجري, أ. م. (2003). مدى فاعلية برنامج ارشادي مقترح للتخفيف من آثار الصدمة النفسية لدى طلبة مرحلة التعليم الأساسي في محافظة غزة. In (pp. 29). كلية التربية الجامعة الإسلامية, غزة.
- الذهبي , ه. م., & النصراوي, ح. ك. (2016). الاسناد الاجتماعي وعلاقته بالنمو ما بعد لصدمة لدى المصابات بسرطان الثدي. مجلة العلوم النفسية, 22, 271 .
- السعدي , ف. ذ., & كنين, ف. ش. (2019). نمو ما بعد الصدمة لدى طلبة أبناء شهداء ضحايا الارهاب. مركز البحوث النفسية, 4. (30)
- السيد عثمان , ف. (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية. دار الفكر العربي, الطبعة الاولى, 163 .
- العطاب, ف. ع. ا. (2011). اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى الأطفال والمراهقين في مدينة صعدة. In (pp. 62). جامعةام درمان الإسلامية, اليمن.
- القمصان, آ. أ. (2016). نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بفعالية الذات لدى مبتوري الأطراف في الحرب الاخيرة على غزة "حرب عام 2014".
- المجد, ح. (2023). استراتيجيات التنظيم الانفعالي وعلاقتها بنمو ما بعد الصدمة لدى عينة من السيدات متكرري الإجهاض. مجلة كلية الآداب جامعة أسوان, 13, 595-667 .
- <https://doi.org/10.21608/mkasu.2023.189357.1118>
- النابلسي, م. أ. (1991a). الصدمة النفسية. دار النهضة العربية .
- النابلسي, م. أ. (1991b). الصدمة النفسية لعم نفس الحروب والكوارث دار النهضة العربية
- بدر, إ. ع. (2016). اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة وعلاقته ببعض المتغيرات "دراسة ميدانية لدى عينة من أبناء شهداء محافظة طرطوس في مرحلة المراهقة " دراسة أعدت لنيل درجة الماجستير في الارشاد النفسي. In (pp. 28). جامعة تشرين /كلية التربية, سوريا.
- بركات, م. (2007). الاسعاف النفسي الاولي لضحايا الصدمات والكوارث. نساء سورية, 1, 63 .
- بكر, س. ج. م. أ. (2017). أثر اضطراب ضغط ما بعد الصدمة في تقدير الذات والتكيف الاجتماعي لدى المقيمين في مستشفى بوابة منشة للأمراض النفسية والعقلية. In (pp. 19). كلية العلوم التربوية والنفسية, عمان.
- بن جديدي, س. (2022). الامتتان كمنبئ لنمو ما بعد الصدمة لدى مريضات سرطان الثدي. مجلة آفاق العلوم, 3(7), 582 .
- بونتاليس , ج. ب., & لابلانش, ج. (2011). معجم مصطلحات التحليل النفسي) م. حجازي , (Trans.) المنظمة العربية للترجمة .
- حمادي , ف., & عايش , ص. (2022). اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان. مجلة العلوم القانونية والاجتماعية, 7(4), 3 .

قائمة المصادر والمراجع

- خطاب , م. أ. م., & ابراهيم, ي. م. (2021). قائمة نمو ما بعد الصدمة الأسس النظرية والخصائص لسيكومترية. مجلة الارشاد النفسي . 337 ,
- ريحاني, ز. (2018). استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى المرضى المزمنين. مجلة علوم الانسان والمجتمع, 7. (27)
- زقار , ر., & زقور, ع. (2019). الصدمة النفسية في الدليل الاتشخيصي والاحصائي الخامس (dsm5) أبعاد وحدود. In (Vol. 03). المركز الجامعي تمنغست, الجزائر: مجلة آفاق علمية.
- عبدلايدوم, ح. (2016). اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى ضحايا الألغام. In (pp. 20). جامعة بسكرة, الجزائر.
- عرعار, س. (2015). النموذج البيونفس اجتماعي لتفسير الصدمة النفسية. In (Vol. 13). جامعة الأغواط, الجزائر مجلة أنسنة للبحوث والدراسات.
- عزاز , ر., & لموشي, ح. (2019). اضطراب ما بعد الصدمة لدى ضحايا حوادث المرور (Vol. 121). الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والانسانية .
- عواجة, ع. ص. ع. ا. (2016). اضطراب كرب ما بعد الصدمة وعلاقتها بالأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين المهدمة بيوتهم في العدوان الاسرائيلي على غزة 2014م. In. الجامعة الاسلامية, غزة.
- عيشة, م. س. م. أ. (2017). نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بأعراض الاضطراب النفسي لدى مرضى السرطان. الجامعة الاسلامية 62 .
- فاتن, & الشناوي, ح. ا. (2021). النمو الايجابي بعد الصدمة وعلاقته بالتوجه نحو الحياة والمساندة الاجتماعية لدى عينة من الأرامل. كلية الدراسات الانسانية, 1555 .
- فرعون, م. م. خ. (2020). مساهمة تمايز الذات والوجود النفسي الممتلئ في التنبؤ بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند اللاجئين في الأردن. In (pp. 18/19). قسم الارشاد والتربية الخاصة جامعة مؤتة, الأردن.
- فريته, أ. ع. (2011). القيمة التشخيصية لاختبار رسم الشخص في تمييز اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال. In (pp. 15). الجامعة الاسلامية, غزة.
- مجيد, س. ش. (2011). اضطرابات الضغوط ما بعد الصدمة التي يعماي منها أعضاء هيئة التدريس في الجامعات العراقية. In (Vol. 47). بغداد: مجلة الفتح.
- معتوق, ح. ح. ع. (2021). نمو ما بعد لصدمة جامعة بنغازي 82 .
- مناني, ن. (2016). الصدمة النفسية: تطور المفهوم ووجهات النظر المعاصرة. In (Vol. 44). جامعة محمد خيضر بسكرة, الجزائر: مجلة العلوم الانسانية.

- Addington, E. L., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2016). A Growth Perspective on Post-traumatic Stress. *The Wiley handbook of positive clinical psychology*, 223-231.
- Alter, C. L., Pelcovitz, D., Axelrod, A., Goldenberg, B., Harris, H., Meyers, B., Grobois, B., Mandel, F., Septimus, A., & Kaplan, S. (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*, 37(2), 137-143.
- American Psychiatric Associations Committee on, N., & Statistics. (1968). *DSM-II : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). American Psychiatric Association Washington, D.C.
- Anderson, S. R., Li, W., Han, S., & Reynolds Losin, E. A. (2021). Expressive suppression to pain in others reduces negative emotion but not vicarious pain in the observer. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 21(2), 292-310. <https://doi.org/10.3758/s13415-021-00873-1>
- Andreasen, N. C. (2022). What is post-traumatic stress disorder? In: Taylor & Francis.
- APA, A. P. A. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *The American Psychiatric Association*.
- Arikan, G., Stopa, L., Carnelley, K. B., & Karl, A. (2016). The associations between adult attachment, posttraumatic symptoms, and posttraumatic growth. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(1), 1-20. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1009833>
- Arjeini, Z., Zeabadi, S. M., Hefzabad, F. H., & Shahsavari, S. (2020). The relationship between posttraumatic growth and cognitive emotion regulation strategies in hemodialysis patients. *Journal of education and health promotion*, 9.
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *PloS one*, 11(10), e0161645.
- Association, A. P., & DSM-IV., A. P. A. T. F. o. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. American Psychiatric Association. <https://books.google.dz/books?id=RoNqAAAAMAAJ>
- Association, A. P., Nomenclature, C. o., & Statistics. (1952). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (*No Title*).
- Bahrami, B., Bahrami, A., Mashhadi, A., & Kareshki, H. (2015). The role of cognitive emotion-regulation strategies in the quality of life of cancer patients. *Medical journal of mashhad university of medical sciences*, 58(2), 96-105.
- Baker, J. M., Kelly, C., Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2008). An examination of posttraumatic growth and posttraumatic depreciation: Two exploratory studies. *Journal of Loss and Trauma*, 13(5), 450-465.

- Barooh, R. (2019). Physiology of Emotion. *Application of Biomedical Engineering in Neuroscience*.
- Barr, P. S., Stimpert, J. L., & Huff, A. S. (1992). Cognitive change, strategic action, and organizational renewal. *Strategic management journal*, 13(S1), 15-36.
- Bartlett, B. A., Gallagher, M. W., Tran, J. K., & Vujanovic, A. A. (2019). Military Veteran Status and Posttraumatic Stress Disorder Symptomatology Among Urban Firefighters: The Moderating Role of Emotion Regulation Difficulties. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(4), 224-231. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000958>
- Baziliansky, S., & Cohen, M. (2021). Emotion regulation and psychological distress in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Stress and health*, 37(1), 3-18.
- Benoit, M., Bouthillier, D., Moss, E., Rousseau, C., & Brunet, A. (2010). Emotion regulation strategies as mediators of the association between level of attachment security and PTSD symptoms following trauma in adulthood. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(1), 101-118. <https://doi.org/10.1080/10615800802638279>
- Berntsen, D., Rubin, D. C., & Johansen, M. K. (2008). Contrasting Models of Posttraumatic Stress Disorder: Reply to. *Psychol Rev*, 115(4), 1099-1106. <https://doi.org/10.1037/a0013730>
- Bertrand, M. (2002). Psychologie et psychanalyse devant les traumatismes de guerre. *Champ psychosomatique*, 28(4), 97-112. <https://doi.org/10.3917/cpsy.028.0097>
- Bhushan, B. (2018). Perspectives on Posttraumatic Growth. *Psychosocial Interventions for Health and Well-Being*, 83-107.
- Binder, M. D., Hirokawa, N., & Windhorst, U. (2009). *Encyclopedia of neuroscience* (Vol. 3166). Springer Berlin, Germany.
- Bisson, J. I. (2009). Psychological and social theories of post-traumatic stress disorder. *Psychiatry*, 8(8), 290-292.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-498.
- Blevins, C. L., & Tedeschi, R. G. (2022). Posttraumatic Growth & Wisdom: Processes and Clinical Applications. In M. Munroe & M. Ferrari (Eds.), *Post-Traumatic Growth to Psychological Well-Being : Coping Wisely with Adversity* (pp. 11-26). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-15290-0_2
- Boden, M. T., Bonn-Miller, M. O., Kashdan, T. B., Alvarez, J., & Gross, J. J. (2012). The interactive effects of emotional clarity and cognitive

- reappraisal in posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 233-238.
- Boysan, M., Guzel Ozdemir, P., Ozdemir, O., Selvi, Y., Yilmaz, E., & Kaya, N. (2017). Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (PCL-5). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(3), 300-310.
- Brandão, T., Tavares, R., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2016). Measuring emotion regulation and emotional expression in breast cancer patients: A systematic review. *Clinical psychology review*, 43, 114-127.
- Bronisch, T. (1997). [Post-traumatic stress disorder. New research findings]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 65(5), 195-207. <https://doi.org/10.1055/s-2007-996322>
- Calhoun, C. D., Stone, K. J., Cobb, A. R., Patterson, M. W., Danielson, C. K., & Bendejú, J. J. (2022). The Role of Social Support in Coping with Psychological Trauma: An Integrated Biopsychosocial Model for Posttraumatic Stress Recovery. *Psychiatric Quarterly*, 93(4), 949-970. <https://doi.org/10.1007/s11126-022-10003-w>
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 13(3), 521-527.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2014). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Routledge.
- Cameron, L. D., Booth, R. J., Schlatter, M., Ziginskas, D., & Harman, J. E. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(3), 171-180.
- Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Dev*, 75(2), 377-394. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00681.x>
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K. N., & Danhauer, S. C. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(2), 127-137.
- Capaldi, J. M., Shabanian, J., Finster, L. B., Asher, A., Wertheimer, J. C., Zebrack, B. J., & Shirazipour, C. H. (2023). Post-traumatic stress symptoms, post-traumatic stress disorder, and post-traumatic growth among cancer survivors: a systematic scoping review of interventions. *Health Psychology Review*, 1-34.

- Carlson, J. (2008). Cancer. In S. J. D. Loue & M. Sajatovic (Eds.), *Encyclopedia of Aging and Public Health* (pp. 183-186). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-33754-8_73
- Casellas-Grau, A., Ochoa, C., & Ruini, C. (2017). Psychological and clinical correlates of posttraumatic growth in cancer: A systematic and critical review. *Psycho-Oncology*, 26(12), 2007-2018.
- Cella, D. F., Mahon, S. M., & Donovan, M. I. (1990). Cancer Recurrence as a Traumatic Event. *Behavioral Medicine*, 16(1), 15-22. <https://doi.org/10.1080/08964289.1990.9934587>
- Chan, M. W., Ho, S. M., Tedeschi, R. G., & Leung, C. W. (2011). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20(5), 544-552.
- Chard, K. M., Ricksecker, E. G., Healy, E. T., Karlin, B. E., & Resick, P. A. (2012). Dissemination and experience with cognitive processing therapy. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 49(5).
- Chen, H.-m., Chen, V. C.-H., hsiao, h.-P., Weng, Y.-P., Hsu, Y.-T., Weng, J.-C., Su, J.-A., & Chen, Y.-L. (2019). Correlations And Correlates Of Post-Traumatic Growth And Post-Traumatic Stress Symptoms In Patients With Breast Cancer. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 3051 - 3060.
- Chun, M. M., & Nakayama, K. (2000). On the Functional Role of Implicit Visual Memory for the Adaptive Deployment of Attention Across Scenes. *Visual cognition*, 7(1-3), 65-81. <https://doi.org/10.1080/135062800394685>
- Clément-Hryniewicz, N., & Paillaud, E. (2008). Quand le mot cancer fait trauma Réflexions autour de l'annonce diagnostique de cancer. *Psycho-Oncologie*, 2(1), 44-48. <https://doi.org/10.1007/s11839-008-0067-z>
- Conley, C. C., Bishop, B. T., & Andersen, B. L. (2016). Emotions and Emotion Regulation in Breast Cancer Survivorship. *Healthcare*, 4(3), 56. <https://www.mdpi.com/2227-9032/4/3/56>
- Conte, F. P., Okely, J. A., Hamilton, O. K., Corley, J., Page, D., Redmond, P., Taylor, A. M., Russ, T. C., Deary, I. J., & Cox, S. R. (2022). Cognitive change before old age (11 to 70) predicts cognitive change during old age (70 to 82). *Psychological Science*, 09567976221100264.
- Cook, S. A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P., & Fisher, P. (2015). The association of metacognitive beliefs with emotional distress after diagnosis of cancer. *Health Psychology*, 34(3), 207.
- Cordella, M., & Poiani, A. (2014). Behavioural oncology. *Behavioural Oncology*.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176.

- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 308-319.
- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *Lancet Psychiatry*, 4(4), 330-338. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30014-7](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30014-7)
- Dadida, C., Sarker, K. K., Dhliwayo, P., & Sen, D. J. (2014). EMOTION+ICON=EMOTICON≡SMILEY.
- Dahl, A. A., Østby-Deglum, M., Oldenburg, J., Bremnes, R., Dahl, O., Klepp, O., Wist, E., & Fosså, S. D. (2016). Aspects of posttraumatic stress disorder in long-term testicular cancer survivors: cross-sectional and longitudinal findings. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(5), 842-849. <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0529-4>
- Dictionary, O. E. (1989). Oxford english dictionary. *Simpson, Ja & Weiner, Esc*, 3.
- Duan, W., Guo, P., & Gan, P. (2015). Relationships among trait resilience, virtues, post-traumatic stress disorder, and post-traumatic growth. *PLoS One*, 10(5), e0125707.
- Ducrocq, F., & Vaiva, G. (2005). De la biologie du trauma aux pistes pharmacologiques de prévention secondaire de l'état de stress post-traumatique. *L'Encéphale*, 31(2), 212-226. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(05\)82388-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0013-7006(05)82388-7)
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4), 413-431. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.006>
- Ehlers, A., Ehring, T., Wittekind, C. E., & Kleim, B. (2022). 15 Information Processing in Posttraumatic Stress Disorder. *The Oxford handbook of traumatic stress disorders*, 367.
- Ehring, T. (2022). Cognitive Behavioural Therapy. In A. Maercker (Ed.), *Trauma Sequelae* (pp. 235-259). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64057-9_13
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1970). *Liebe und Hass*. Piper München.
- Ekman, P., & Yamey, G. (2004). Emotions revealed: recognising facial expressions: in the first of two articles on how recognising faces and feelings can help you communicate, paul ekman discusses how recognising emotions can benefit you in your professional life. *Student BMJ*, 12, 140-142.
- Essau, C. A., LeBlanc, S. S., & Ollendick, T. H. (2017). *Emotion regulation and psychopathology in children and adolescents*. Oxford University Press.
- Eze, J. E., Ifeagwazi, C. M., & Chukwuorji, J. C. (2022). Locating event centrality in associations of emotion regulation with posttraumatic stress

- disorder symptoms and posttraumatic growth in emerging adults. *Journal of Migration and Health*, 6, 100139. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jmh.2022.100139>
- Fagley, N. S. (2018). Appreciation (Including Gratitude) and Affective Well-Being: Appreciation Predicts Positive and Negative Affect Above the Big Five Personality Factors and Demographics. *SAGE Open*, 8(4), 2158244018818621. <https://doi.org/10.1177/2158244018818621>
- Farnia, V., Naami, A., Zargar, Y., Davoodi, I., Salemi, S., Tatari, F., Kazemi, A., Basanj, B., Jouybari, T. A., & Alikhani, M. (2018). Comparison of trauma-focused cognitive behavioral therapy and theory of mind: Improvement of posttraumatic growth and emotion regulation strategies. *Journal of education and health promotion*, 7.
- Fine, C. G. (1994). Herman, Judith Lewis (1992). Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence. New York: Basic Books, ix, 268, \$27.00. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36(3), 211-213. <https://doi.org/10.1080/00029157.1994.10403071>
- Fine, N. B., Ben-Aharon, N., Armon, D. B., Seligman, Z., Helpman, L., Bloch, M., Hendler, T., & Sheppes, G. (2023). Reduced emotion regulatory selection flexibility in post-traumatic stress disorder: converging performance-based evidence from two PTSD populations. *Psychological Medicine*, 53(7), 2758-2767.
- Foa, E. B., & Hearst-Ikeda, D. (1996). Emotional dissociation in response to trauma: An information-processing approach. In *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 207-224). Springer.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, 99(1), 20.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1998). Clinical applications of bioinformational theory: Understanding anxiety and its treatment. *Behavior Therapy*, 29(4), 675-690.
- Fournier, L. F., & Verona, E. (2022). Psychopathy, Trauma, and PTSD Symptoms: Theory and Evidence. *The Complexity of Psychopathy*, 201-234.
- Freedman, S. A., Gluck, N., Tuval-Mashiach, R., Brandes, D., Peri, T., & Shalev, A. Y. (2002). Gender Differences in Responses to Traumatic Events: A Prospective Study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 407-413. <https://doi.org/10.1023/A:1020189425935>
- Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (2007). *Handbook of PTSD: Science and practice*. Guilford press.
- Galovski, T. E., Wachen, J. S., Chard, K. M., & Monson, C. M. (2022). Cognitive Processing Therapy. In U. Schnyder & M. Cloitre (Eds.), *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders: A Practical*

- Guide for Clinicians* (pp. 211-226). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97802-0_10
- Gardner, R. W. (1961). Cognitive controls of attention deployment as determinants of visual illusions. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62(1), 120.
- Garland, E. L., Farb, N. A., R. Goldin, P., & Fredrickson, B. L. (2015). Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. *Psychological inquiry*, 26(4), 293-314.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 141 - 149 (2007), 23. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>
- Geisler, F. C. M., & Schröder-Abé, M. (2015). Is emotion suppression beneficial or harmful? It depends on self-regulatory strength. *Motivation and Emotion*, 39(4), 553-562. <https://doi.org/10.1007/s11031-014-9467-5>
- Gerson, R., & Rappaport, N. (2013). Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: Recent research findings on clinical impact, assessment, and treatment. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 137-143.
- Ghaemi, S. N. (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. *The British Journal of Psychiatry*, 195(1), 3-4. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.063859>
- Gieseler, F., Gaertner, L., Thaden, E., & Theobald, W. (2018). Cancer Diagnosis: A Trauma for Patients and Doctors Alike. *The Oncologist*, 23(7), 752-754. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0478>
- Gilmore, A. K., Lopez, C., Muzzy, W., Brown, W. J., Grubaugh, A., Oesterle, D. W., & Acierno, R. (2020). Emotion Dysregulation Predicts Dropout from Prolonged Exposure Treatment among Women Veterans with Military Sexual Trauma-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Women's Health Issues*, 30(6), 462-469. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.07.004>
- Goldstein, M. L., & Stoller, W. L. (1981). Recovery of memory for a traumatic event after lesions in the amygdala and hippocampus. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 17(5), 240-240. <https://doi.org/10.3758/BF03333725>
- Gori, A., Topino, E., Sette, A., & Cramer, H. (2021). Pathways to post-traumatic growth in cancer patients: moderated mediation and single mediation analyses with resilience, personality, and coping strategies. *Journal of Affective Disorders*, 279, 692-700. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.044>

- Goutte, V., & Ergis, A.-M. (2011). Traitement des émotions dans les pathologies neurodégénératives: une revue de la littérature. *Revue de neuropsychologie*, 3(3), 161-175.
- Grace, J. J., Kinsella, E. L., Muldoon, O. T., & Fortune, D. G. (2015). Post-traumatic growth following acquired brain injury: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 6, 1162.
- Gradus, J. L., Farkas, D. K., Svensson, E., Ehrenstein, V., Lash, T. L., Milstein, A., Adler, N., & Sørensen, H. T. (2015). Posttraumatic stress disorder and cancer risk: a nationwide cohort study. *European Journal of Epidemiology*, 30(7), 563-568. <https://doi.org/10.1007/s10654-015-0032-7>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54.
- Greenberg, T. M. (2020). How Trauma Stokes Fear: Clinical and Neurobiological Considerations in Beginning of Therapy. In *Treating Complex Trauma: Combined Theories and Methods* (pp. 29-50). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-45285-8_2
- Greening, L., & Stoppelbein, L. (2007). Brief report: pediatric cancer, parental coping style, and risk for depressive, posttraumatic stress, and anxiety symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(10), 1272-1277.
- Grey, N. (2009). Cognitive therapy for traumatic stress reactions. *A Casebook of Cognitive Therapy for Traumatic Stress Reactions*, 1.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Hahn, E. E., Hays, R. D., Kahn, K. L., Litwin, M. S., & Ganz, P. A. (2015). Post-traumatic stress symptoms in cancer survivors: relationship to the impact of cancer scale and other associated risk factors. *Psycho-Oncology*, 24(6), 643-652.
- Hamama-Raz, Y., Pat-Horenczyk, R., Perry, S., Ziv, Y., Bar-Levav, R., & Stemmer, S. M. (2016). The Effectiveness of Group Intervention on Enhancing Cognitive Emotion Regulation Strategies in Breast Cancer Patients: A 2-Year Follow-up. *Integrative Cancer Therapies*, 15(2), 175-182. <https://doi.org/10.1177/1534735415607318>
- Hamama-Raz, Y., Pat-Horenczyk, R., Roziner, I., Perry, S., & Stemmer, S. M. (2019). Can posttraumatic growth after breast cancer promote positive coping?—A cross-lagged study. *Psycho-Oncology*, 28(4), 767-774.
- Hamidian, P., Rezaee, N., Shakiba, M., & Navidian, A. (2019). The effect of cognitive–emotional training on post-traumatic growth in women with

- breast cancer in Middle East. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26, 25-32.
- Harding, S. (2017). *Identification of longitudinal patterns of positive psychological change in people following treatment for Head and Neck Cancer*
- Henson, C., Truchot, D., & Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 100195.
- Ho, S. M., Chan, C. L., & Ho, R. T. (2004). Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 13(6), 377-389.
- Ho, S. M. Y., Chan, M. W. Y., Yau, T. K., & Yeung, R. M. W. (2011). Relationships between explanatory style, posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms among Chinese breast cancer patients. *Psychology & Health*, 26(3), 269-285. <https://doi.org/10.1080/08870440903287926>
- Hoge, C. W., & Warner, C. H. (2014). Estimating PTSD prevalence in US veterans: Considering combat exposure, PTSD checklist cutpoints, and DSM-5. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(12), 6657.
- Holmes, S. C., Johnson, C. M., Suvak, M. K., Sijercic, I., Monson, C. M., & Wiltsey Stirman, S. (2019). Examining patterns of dose response for clients who do and do not complete cognitive processing therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 68, 102120. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102120>
- Horowitz, M. J. (1969). Flashbacks: recurrent intrusive images after the use of LSD. *American Journal of Psychiatry*, 126(4), 565-569.
- Hosseini, A., & Esmail'i, M. (2018). The Role of Predicted Emotion Regulation in Posttraumatic Growth and Development of Blind Veterans. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*, 14, 33-39.
- Huang, Q., Zhang, Q., An, Y., & Xu, W. (2019). The relationship between dispositional mindfulness and PTSD/PTG among firefighters: The mediating role of emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 151, 109492. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.07.002>
- Hussain, D., & Bhushan, B. (2011). Posttraumatic stress and growth among Tibetan refugees: The mediating role of cognitive-emotional regulation strategies. *Journal of Clinical Psychology*, 67(7), 720-735.
- Ibrahim, H., Ertl, V., Catani, C., Ismail, A. A., & Neuner, F. (2018). The validity of Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) as screening instrument with Kurdish and Arab displaced populations living in the Kurdistan region of Iraq. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-8.
- James, W. (1948). What is emotion? 1884.

- Jayawickreme, E., & Blackie, L. E. R. (2014). Post-traumatic Growth as Positive Personality Change: Evidence, Controversies and Future Directions. *European Journal of Personality*, 28(4), 312-331. <https://doi.org/10.1002/per.1963>
- Jim, H. S., & Jacobsen, P. B. (2008). Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: a review. *The Cancer Journal*, 14(6), 414-419.
- Jones, J. C., & Barlow, D. H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 10(3), 299-328. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90064-H](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90064-H)
- Jung, A., Crandell, J. L., Nielsen, M. E., Mayer, D. K., & Smith, S. K. (2021). Post-traumatic stress disorder symptoms in non-muscle-invasive bladder cancer survivors: A population-based study. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*,
- Kahn, R. C. (1988). Shock as a Complication of Cancer. *Critical Care Clinics*, 4(1), 129-145. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0749-0704\(18\)30508-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0749-0704(18)30508-6)
- Kalat, J., & Shiota, M. (2011). *Emotion*. Nelson Education.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology review*, 22(4), 499-524.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2005). Predictors of posttraumatic stress disorder following cancer. *Health Psychology*, 24(6), 579.
- Karimzadeh, Y., Rahimi, M., Goodarzi, M. A., Tahmasebi, S., & Talei, A. (2021). Posttraumatic growth in women with breast cancer: emotional regulation mediates satisfaction with basic needs and maladaptive schemas. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1943871. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943871>
- katz, m. (2016). strategie for managing emotion. https://chadd.org/wp-content/uploads/2016/12/ATTN_12_16_ManagingEmotions.pdf
- Keltner, D., Tracy, J., Sauter, D. A., Cordaro, D. C., & McNeil, G. (2016). Expression of emotion. *Handbook of emotions*, 4, 467-482.
- Keidar, M. (2013). *Conceptualization of post traumatic growth in the work of expert trauma therapists*
- Kim, Y., Kim, Y., & Kwak, Y. (2021). Factors associated with post-traumatic growth in male patients with rectal cancer: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 54, 102028. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102028>
- Kira, I. A., Shuwiekh, H., Al Ibraheem, B., & Aljakoub, J. (2019). Appraisals and emotion regulation mediate the effects of identity salience and cumulative stressors and traumas, on PTG and mental health: The case of Syrian's IDPs and refugees. *Self and Identity*, 18(3), 284-305.

- Kiyimba, N., Buxton, C., Shuttleworth, J., & Pathe, E. (2022). Post-traumatic Growth and Recovery. In *Discourses of Psychological Trauma* (pp. 139-163). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-07711-1_6
- Kleim, B., & Ehlers, A. (2009). Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 45-52. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jts.20378>
- Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F., & Potamianos, G. (2012). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in breast cancer patients: a systematic review. *Women & health*, 52(5), 503-516.
- Krüger-Gottschalk, A., Knaevelsrud, C., Rau, H., Dyer, A., Schäfer, I., Schellong, J., & Ehring, T. (2017). The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): psychometric properties and diagnostic utility. *BMC psychiatry*, 17(1), 379. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1541-6>
- Laplanche, J., Pontalis, J., & Hijāzī, M. (1997). معجم مصطلحات التحليل النفسي. (No Title).
- Larsen, S. E., & Berenbaum, H. (2015a). Are Specific Emotion Regulation Strategies Differentially Associated with Posttraumatic Growth Versus Stress? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(7), 794-808. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1062451>
- Larsen, S. E., & Berenbaum, H. (2015b). Are Specific Emotion Regulation Strategies Differentially Associated with Posttraumatic Growth Versus Stress? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24, 794 - 808.
- Lawyer, S. R., & Jenks, C. W. (2020). Emotion Suppression Decreases Delay Discounting for Monetary Outcomes. *The Psychological Record*, 70(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s40732-019-00361-6>
- Lazarus, R. S. (1995). Cognition and emotion from the ret viewpoint. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 13(1), 29-54. <https://doi.org/10.1007/BF02354556>
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer publishing company.
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford press.
- Leano, A., Korman, M. B., Goldberg, L., & Ellis, J. (2019). Are we missing PTSD in our patients with cancer? Part I. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 29(2), 141.
- Leano, A., Korman, M. B., Goldberg, L., & Ellis, J. (2019). Are we missing PTSD in our patients with cancer? Part I. *Can Oncol Nurs J*, 29(2), 141-146.

- Lee, Y.-M. (2009). Emotion Space through the Viewpoint of Transaction-Centering on the Dewey's Theory of Experience. *Korean Institute of Interior Design Journal*, 18(5), 31-39.
- Li, L., Zhu, X., Yang, Y., He, J., Yi, J., Wang, Y., & Zhang, J. (2015). Cognitive emotion regulation: characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0242-4>
- Lima, E. d. P., Vasconcelos, A. G., Berger, W., Kristensen, C. H., Nascimento, E. d., Figueira, I., & Mendlowicz, M. V. (2016). Cross-cultural adaptation of the posttraumatic stress disorder checklist 5 (PCL-5) and life events checklist 5 (LEC-5) for the Brazilian context. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 38, 207-215.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2011). Meaning in Life and Posttraumatic Growth. *Journal of Loss and Trauma*, 16(2), 150-159. <https://doi.org/10.1080/15325024.2010.519287>
- Littrell, J. (2009). Expression of emotion: When it causes trauma and when it helps. *Journal of evidence-based social work*, 6(3), 300-320.
- Liu, N., Lixia, G., Fang, X., Li, Q., Li, M., Wang, L., Ma, K., Ding, X., & Zhang, X. (2023). Mediating roles of positive cognitive emotion regulation and sense of coherence in the relationship between family hardiness and post-traumatic growth among patients with lung cancer undergoing chemotherapy.
- Lu, Q., Yeung, N., Man, J., Gallagher, M. W., Chu, Q., & Deen, S. H. (2017). Ambivalence over emotional expression, intrusive thoughts, and posttraumatic stress symptoms among Chinese American breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 25(10), 3281-3287. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3744-2>
- Lubit, R., Rovine, D., DeFrancisci, L., & Eth, S. (2003). Impact of trauma on children. *J Psychiatr Pract*, 9(2), 128-138. <https://doi.org/10.1097/00131746-200303000-00004>
- Maercker, A., & Augsburger, M. (2022). Post-traumatic Stress Disorder. In A. Maercker (Ed.), *Trauma Sequelae* (pp. 13-44). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64057-9_2
- Maguire, D., Watt, J., Armour, C., Milanak, M., Lagdon, S., Lamont, J. V., Kurth, M. J., Fitzgerald, P., Moore, T., & Ruddock, M. W. (2021). Post-traumatic stress disorder: A biopsychosocial case-control study investigating peripheral blood protein biomarkers. *Biomarkers in Neuropsychiatry*, 5, 100042. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bionps.2021.100042>
- Malhotra, M., & Chebiyyam, S. (2006). Posttraumatic Growth: Positive Changes Following Adversity -An Overview. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 2016. <https://doi.org/10.5923/j.ijpbs.20160603.03>

- Mahmood, H. N., Ibrahim, H., Goessmann, K., Ismail, A. A., & Neuner, F. (2019). Post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees residing in the Kurdistan region of Iraq. *Conflict and Health*, 13(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0238-5>
- Marziliano, A., Tuman, M., & Moyer, A. (2020). The relationship between post-traumatic stress and post-traumatic growth in cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 29(4), 604-616.
- Mathew, L., Maier, J., & Kaba, A. A. (2023). Cancer and Oncology Social Work. In M. Hemphill & A. Nathanson (Eds.), *The Practice of Clinical Social Work in Healthcare* (pp. 17-35). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-31650-0_2
- Mathur, A., Li, J. C., Lipitz, S. R., & Graham-Engeland, J. E. (2022). Emotion Regulation as a Pathway Connecting Early Life Adversity and Inflammation in Adulthood: a Conceptual Framework. *Adversity and Resilience Science*, 3(1), 1-19. <https://doi.org/10.1007/s42844-022-00051-3>
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1.
- Mert, A., Buirma, R., van Luijk, J., Melkonian, G., Pels, J., & Vermetten, E. (2013). Development of a theory-based applied game for the treatment of Post-Traumatic Stress Disorder: proof of feasibility. Games for Health: Proceedings of the 3rd european conference on gaming and playful interaction in health care,
- Mendonça, S. E., & Jayawickreme, E. (2022). Perceived Growth and Wisdom: Unanswered Questions. In M. Munroe & M. Ferrari (Eds.), *Post-Traumatic Growth to Psychological Well-Being : Coping Wisely with Adversity* (pp. 27-29). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-15290-0_3
- Moschopoulou, E., Hutchison, I., Bhui, K., & Korszun, A. (2018). Post-traumatic stress in head and neck cancer survivors and their partners. *Supportive Care in Cancer*, 26(9), 3003-3011. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4146-9>
- Mulligan, E. A., Schuster Wachen, J., Naik, A. D., Gosian, J., & Moye, J. (2014). Cancer as a criterion a traumatic stressor for veterans: Prevalence and correlates. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(S1), S73.
- Nabors, L. (2016). Cancer. In L. Nabors (Ed.), *Medical and Mental Health During Childhood: Psychosocial Perspectives and Positive Outcomes* (pp. 71-92). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31117-3_5
- Nagy, S. M., Pickett, S. M., & Hunsanger, J. A. (2022). The relationship between mindfulness, PTSD-related sleep disturbance, and sleep quality: Contributions beyond emotion regulation difficulties. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(7), 1073.

- Nakano, T., Wenner, M., Inagaki, M., Kugaya, A., Akechi, T., Matsuoka, Y., Sugahara, Y., Imoto, S., Murakami, K., & Uchitomi, Y. (2002). Relationship between distressing cancer-related recollections and hippocampal volume in cancer survivors. *American Journal of Psychiatry*, 159(12), 2087-2093.
- Nerenz, D. R., Leventhal, H., & Love, R. R. (1982). Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer*, 50(5), 1020-1027.
- Nuñez, N., Rojas-Líbano, D., & Salas, C. (2020). *Exploring the Neuropsychology of Attention Deployment* International Neuropsychological Society Meeting Universidad Diego Portales.
- Nyklíček, I., Vingerhoets, A., & Zeelenberg, M. (2011). Emotion regulation and well-being: A view from different angles. In *Emotion regulation and well-being* (pp. 1-9). Springer.
- Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2022). Assessing Positive Posttraumatic Changes Among Professionals Working With Trauma Victims: The Secondary Posttraumatic Growth Inventory. *Roczniki Psychologiczne*, 25. <https://doi.org/10.18290/rpsych2022.0006>
- Ogińska-Bulik, N., & Michalska, P. (2020). The relationship between emotional processing deficits and posttraumatic stress disorder symptoms among breast cancer patients: The mediating role of rumination. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27, 11-21.
- Orejuela-Dávila, A. I., Levens, S. M., Sagui-Henson, S. J., Tedeschi, R. G., & Sheppes, G. (2019). The relation between emotion regulation choice and posttraumatic growth. *Cognition and Emotion*, 33, 1709 - 1717.
- Orejuela-Dávila, A. I., Levens, S. M., Sagui-Henson, S. J., Tedeschi, R. G., & Sheppes, G. (2019). The relation between emotion regulation choice and posttraumatic growth. *Cognition and Emotion*, 33(8), 1709-1717.
- Oren, E., & Solomon, R. (2012). EMDR therapy: An overview of its development and mechanisms of action. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 197-203. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.08.005>
- Palmer, S. C., Kagee, A., Coyne, J. C., & DeMichele, A. (2004). Experience of Trauma, Distress, and Posttraumatic Stress Disorder Among Breast Cancer Patients. *Psychosomatic Medicine*, 66(2). https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/fulltext/2004/03000/experience_of_trauma_distress_and_posttraumatic.14.aspx
- Papousek, I., Weiss, E. M., Perchtold, C. M., Weber, H., de Assunção, V. L., Schuster, G., Lackner, H. K., & Fink, A. (2017). The capacity for generating cognitive reappraisals is reflected in asymmetric activation of frontal brain regions. *Brain Imaging and Behavior*, 11(2), 577-590. <https://doi.org/10.1007/s11682-016-9537-2>

- Park, C. L., Aldwin, C. M., Fenster, J. R., & Snyder, L. B. (2008). Pathways to posttraumatic growth versus posttraumatic stress: Coping and emotional reactions following the September 11, 2001, terrorist attacks. *American journal of orthopsychiatry*, 78(3), 300-312
- Parikh, D., Ieso, P. D., Garvey, G., Thachil, T., Ramamoorthi, R., Penniment, M., & Jayaraj, R. (2015). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth in breast cancer patients-a systematic review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(2), 641-646.
- Pausch, M. J., & Matten, S. J. (2022). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)—Definition, Classification, Epidemiology and History. In M. J. Pausch & S. J. Matten (Eds.), *Trauma and Trauma Consequence Disorder: In Media, Management and Public* (pp. 3-12). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-38807-2_2
- Peake, P. K., Hebl, M., & Mischel, W. (2002). Strategic attention deployment for delay of gratification in working and waiting situations.
- Peh, C. X., Liu, J., Bishop, G. D., Chan, H. Y., Chua, S. M., Kua, E. H., & Mahendran, R. (2017). Emotion regulation and emotional distress: The mediating role of hope on reappraisal and anxiety/depression in newly diagnosed cancer patients. *Psycho-Oncology*, 26(8), 1191-1197.
- Perlick, D. A., Sautter, F. J., Becker-Cretu, J. J., Schultz, D., Grier, S. C., Libin, A. V., Schladen, M. M., & Glynn, S. M. (2017). The incorporation of emotion-regulation skills into couple-and family-based treatments for post-traumatic stress disorder. *Military Medical Research*, 4(1), 1-10.
- Pietruch, M. (2010). *Posttraumatic Growth and Recovery in People with First Episode Psychosis. An Investigation into the Role of Self-Disclosure, Rumination and Posttraumatic Symptoms* University of East Anglia].
- Pitman, R. K., Rasmusson, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., Milad, M. R., & Liberzon, I. (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(11), 769-787. <https://doi.org/10.1038/nrn3339>
- Pizzetti, F. (1975). Biology of Cancer. *Tumori Journal*, 61(6), 590-590. <https://doi.org/10.1177/030089167506100619>
- Posttraumatic Stress Disorder. (2015). In I. P. Stolerman & L. H. Price (Eds.), *Encyclopedia of Psychopharmacology* (pp. 1344-1345). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-36172-2_200507
- Powley, E. H., Amdurer, E. E., & Barrett, F. J. (2021). Coaching Interventions for Challenging Experiences and Post-traumatic Growth. In W.-A. Smith, I. Boniwell, & S. Green (Eds.), *Positive Psychology Coaching in the Workplace* (pp. 239-258). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79952-6_13
- Pranjic, N., Bajraktarevic, A., & Ramic, E. (2016). DISTRESS AND PTSD IN PATIENTS WITH CANCER: COHORT STUDY CASE. *Mater Sociomed*, 28(1), 12-16. <https://doi.org/10.5455/msm.2016.28.12-16>

- Preedy, V. R., & Watson, R. R. (2010). Posttraumatic Stress Disorder. In V. R. Preedy & R. R. Watson (Eds.), *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures* (pp. 4291-4291). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_6391
- Purnamaningsih, E. H. (2017). Personality and emotion regulation strategies. *International Journal of Psychological Research*, 10(1), 53-60.
- Qazi, A. S. (2023). Introduction and Overview of Cancer Therapeutics. In A. S. Qazi & K. Tariq (Eds.), *Therapeutic Approaches in Cancer Treatment* (pp. 1-13). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-27156-4_1
- Quinones, M. M., Gallegos, A. M., Lin, F. V., & Heffner, K. (2020). Dysregulation of inflammation, neurobiology, and cognitive function in PTSD: an integrative review. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 20(3), 455-480. <https://doi.org/10.3758/s13415-020-00782-9>
- Quoidbach, J., Mikolajczak, M., & Gross, J. J. (2015). Positive interventions: An emotion regulation perspective. *Psychological bulletin*, 141(3), 655.
- Rahimzadegan, S., Basharpour, S., Mikaeili, N., & Narimani, M. (2022). Relationship between post-traumatic growth and illness perception and emotion regulation in patients with cancer. *International Clinical Neuroscience Journal*, 9(1), e16-e16.
- Raudales, A. M., Short, N. A., & Schmidt, N. B. (2019). Emotion dysregulation mediates the relationship between trauma type and PTSD symptoms in a diverse trauma-exposed clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 139, 28-33. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.10.033>
- Raymond, R. (2023). *Cancer Survivorship, Mindfulness, Post-Traumatic Growth, and Death Anxiety Across Age Groups* (Publication Number 30422431) [M.A., Southern Illinois University at Edwardsville]. Publicly Available Content Database. United States -- Illinois. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/cancer-survivorship-mindfulness-post-traumatic/docview/2815158151/se-2?accountid=202267>
- Reffi, A. N., Pinciotti, C. M., Darnell, B. C., & Orcutt, H. K. (2019). Trait mindfulness and PTSD symptom clusters: Considering the influence of emotion dysregulation. *Personality and Individual Differences*, 137, 62-70. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.08.010>
- Rich, K., & Garza, M. R. (2022). Trauma-Informed Systems of Care. In R. Geffner, J. W. White, L. K. Hamberger, A. Rosenbaum, V. Vaughan-Eden, & V. I. Vieth (Eds.), *Handbook of Interpersonal Violence and Abuse Across the Lifespan: A project of the National Partnership to End Interpersonal Violence Across the Lifespan (NPEIV)* (pp. 121-150). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-89999-2_293

- Romeo, A., Di Tella, M., Ghiggia, A., Tesio, V., Gasparetto, E., Stanizzo, M. R., Torta, R., & Castelli, L. (2019). The traumatic experience of breast cancer: which factors can relate to the post-traumatic outcomes? *Frontiers in psychology, 10*, 891.
- Rourke, M. T., Hobbie, W. L., Schwartz, L., & Kazak, A. E. (2007). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in young adult survivors of childhood cancer. *Pediatric blood & cancer, 49*(2), 177-182.
- Ruini, C. (2017). Life Adversities, Traumatic Events and Positive Reactions. In C. Ruini (Ed.), *Positive Psychology in the Clinical Domains: Research and Practice* (pp. 129-153). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-52112-1_6
- Ruini, C., Vescovelli, F., & Albieri, E. (2013). Post-traumatic Growth in Breast Cancer Survivors: New Insights into its Relationships with Well-Being and Distress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 20*(3), 383-391. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9340-1>
- Rustad, J.K., David, D., & Currier, M. B. (2012). Cancer and post-traumatic stress disorder: diagnosis, pathogenesis and treatment considerations. *Palliative & supportive care, 10*(3), 213-223.
- Ryder, A. L., Azcarate, P. M., & Cohen, B. E. (2018). PTSD and Physical Health. *Current Psychiatry Reports, 20*(12), 116. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0977-9>
- Saraiya, T., & Walsh, K. (2015). A review of Laboratory-Based Emotion Regulation Tasks. *Handbook on Emotion Regulation Processes, Cognitive Effects and Social Consequences. United States of America: Nova Science Publishers*, 1-35.
- Savard, J., Caplette-Gingras, A., Casault, L., & Hains, J. (2022). *Treating Fear of Cancer Recurrence with Group Cognitive-Behavioural Therapy: A Step-by-Step Guide*. Springer Nature.
- Schöner, J., Heinz, A., Endres, M., Gertz, K., & Kronenberg, G. (2017). Post-traumatic stress disorder and beyond: an overview of rodent stress models. *Journal of cellular and molecular medicine, 21*(10), 2248-2256.
- Schroevers, M., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2008). How do cancer patients manage unattainable personal goals and regulate their emotions. *British journal of health psychology, 13*(3), 551-562.
- Schumacher, A. (2001). [Posttraumatic stress disorder in cancer patients]. *Medizinische Klinik (Munich, Germany : 1983), 96*(11), 655-660. <https://doi.org/10.1007/pl00002156>
- Schwab, M. (2001). Cancer. In M. Schwab (Ed.), *Encyclopedic Reference of Cancer* (pp. 150-152). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/3-540-30683-8_223
- Şenol-Durak, E., & Belgin Ayvaşık, H. (2010). Factors associated with posttraumatic growth among the spouses of myocardial infarction patients. *Journal of Health Psychology, 15*(1), 85-95.

- Shakespeare-Finch, J., & Copping, A. (2006). A Grounded Theory Approach to Understanding Cultural Differences in Posttraumatic Growth. *Journal of Loss and Trauma*, 11(5), 355-371. <https://doi.org/10.1080/15325020600671949>
- Shakespeare-Finch, J., & Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 223-229. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005>
- Shakespeare-Finch, J., Martinek, E., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2013). A qualitative approach to assessing the validity of the posttraumatic growth inventory. *Journal of Loss and Trauma*, 18(6), 572-591.
- Shand, L. K., Cowlshaw, S., Brooker, J. E., Burney, S., & Ricciardelli, L. A. (2015). Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 24(6), 624-634.
- Shaw, J. A. (2000). Children, Adolescents and Trauma. *Psychiatric Quarterly*, 71(3), 227-243. <https://doi.org/10.1023/A:1004630127000>
- Shen, M., Yin, J., Ding, X., Shui, R., & Zhou, J. (2016). Deployment of attention on handshakes. *Frontiers in Psychology*, 7, 681.
- Shepherd, L., & Wild, J. (2014). Emotion regulation, physiological arousal and PTSD symptoms in trauma-exposed individuals. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3), 360-367. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.03.002>
- Smith, M. Y., Redd, W. H., Peyser, C., & Vogl, D. (1999). Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(6), 521-537.
- Smith, S. K., Somers, T. J., Kuhn, E., Laber, E., Sung, A. D., Syrjala, K. L., Feger, B., Kelleher, S. A., Majestic, C., & Gebert, R. (2021). A SMART approach to optimizing delivery of an mHealth intervention among cancer survivors with posttraumatic stress symptoms. *Contemporary clinical trials*, 110, 106569.
- Smyth, J. M., & Arigo, D. (2009). Recent evidence supports emotion-regulation interventions for improving health in at-risk and clinical populations. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(2), 205-210. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283252d6d>
- Solak, N., Tamir, M., Sümer, N., Jost, J. T., & Halperin, E. (2021). Expressive suppression as an obstacle to social change: Linking system justification, emotion regulation, and collective action. *Motivation and Emotion*, 45(5), 661-682. <https://doi.org/10.1007/s11031-021-09883-5>
- Song, S., Gaynor, A., Gazes, Y., Lee, S., Xu, Q., Habeck, C., Stern, Y., & Gu, Y. (2022). Physical activity moderates the association between white

- matter hyperintensity burden and cognitive change. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 14.
- Soo, H., & Sherman, K. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 24(1), 70-79.
- Spies, J. P., Cwik, J. C., Willmund, G. D., Knaevelsrud, C., Schumacher, S., Niemeyer, H., Engel, S., Kuester, A., Muschalla, B., & Koehler, K. (2020). Associations between difficulties in emotion regulation and post-traumatic stress disorder in deployed service members of the German Armed Forces. *Frontiers in psychiatry*, 11, 576553.
- Stearns, P. N., & Stearns, C. Z. (1985). Emotionology: clarifying the history of emotions and emotional standards. *The American historical review*, 90 4, 813-836.
- Strack, J., Lopes, P., & Gaspar, M. (2010). Reappraising cancer: life priorities and growth. *Oncology Research and Treatment*, 33(7), 369-374.
- Sumalla, E. C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion? *Clinical psychology review*, 29(1), 24-33.
- Suzuki, S.-i., & Takei, Y. (2013). Psychosocial Factors and Traumatic Events. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1582-1583). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_1716
- Swartzman, S., Booth, J. N., Munro, A., & Sani, F. (2017). Posttraumatic stress disorder after cancer diagnosis in adults: A meta-analysis. *Depression and anxiety*, 34(4), 327-339.
- Tanriverd, D., Savas, E., & Can, G. (2012). Posttraumatic growth and social support in Turkish patients with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(9), 4311-4314.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric times*, 21(4), 58-60.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Groleau, J. M. (2015). Clinical applications of posttraumatic growth. *Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life*, 503-518.
- Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., & Calhoun, L. G. (2017). The posttraumatic growth inventory: A revision integrating existential and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 11-18.

- Tehrani-neshat, B., & Torabizadeh, C. (2021). Posttraumatic growth: an analysis of the concept based on Rodgers' concept development. *Journal of religion and health*, 60, 2728-2744.
- Teng, S., Wang, M., Han, B., Ma, Y., Du, H., Ji, L., Sun, X., Liu, J., Lu, Q., Jia, L., & Lu, G. (2022). The relationship between post-traumatic stress and negative emotions in patients with breast cancer: the mediating role of emotion regulation. *Journal of Psychosocial Oncology*, 40(4), 506-518. <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1950885>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 25-52.
- Thornton, A. A., & Perez, M. A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(4), 285-296.
- Thrasher, S. M., Dalgleish, T., & Yule, W. (1994). Information processing in post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32(2), 247-254. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90119-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90119-8)
- Threader, J., & McCormack, L. (2016). Cancer-related trauma, stigma and growth: the 'lived' experience of head and neck cancer. *European journal of cancer care*, 25(1), 157-169.
- Thuillard, S., & Dan-Glauser, E. S. (2021). Situation selection for the regulation of emotion responses: Non-meaningful choice options retain partial physiological regulatory impact. *International Journal of Psychophysiology*, 162, 130-144.
- Tiamiyu, M. F., Gan, Y., Kwiatkowski, D., Foreman, K. C., Dietrich, A., Elliott, K., & Elhai, J. D. (2016). Relationships Between Latent Factors of Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Growth. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(5), 344-348. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000490>
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2012). Posttraumatic growth following cancer: Links to quality of life. *Journal of Traumatic Stress*, 25(5), 567-573.
- Treisman, A. (2006). How the deployment of attention determines what we see. *Visual cognition*, 14(4-8), 411-443.
- Tremolada, M., Bonichini, S., Basso, G., & Pillon, M. (2016). Post-traumatic stress symptoms and post-traumatic growth in 223 childhood cancer survivors: Predictive risk factors. *Frontiers in psychology*, 7, 287.
- Tuck, D., & Patlamazoglou, L. (2019). The Relationship Between Traumatic Stress, Emotional Intelligence, and Posttraumatic Growth. *Journal of Loss and Trauma*, 24, 721 - 735.
- Tugade, M. M., Shiota, M. N., & Kirby, L. D. (2014). *Handbook of positive emotions*. Guilford Publications.

- Uchitomi, Y., & Nakano, T. (2001). Hippocampal Volume, Memory Function, and Reexperience Symptoms of PTSD Among Cancer Survivors. *Contemporary Neuropsychiatry*,
- Urry, H. L., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation in older age. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 352-357.
- Van Bockstaele, B., Atticciati, L., Hiekkaranta, A. P., Larsen, H., & Verschuere, B. (2020). Choose change: Situation modification, distraction, and reappraisal in mild versus intense negative situations. *Motivation and Emotion*, 44(4), 583-596.
- vanOyen Witvliet, C. (1997). Traumatic intrusive imagery as an emotional memory phenomenon: A review of research and explanatory information processing theories. *Clinical Psychology Review*, 17(5), 509-536. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00025-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00025-1)
- Vaughan, E., Koczwara, B., Kemp, E., Freytag, C., Tan, W., & Beatty, L. (2019). Exploring emotion regulation as a mediator of the relationship between resilience and distress in cancer. *Psychooncology*, 28(7), 1506-1512. <https://doi.org/10.1002/pon.5107>
- Vaughan, E., Koczwara, B., Kemp, E., Freytag, C., Tan, W., & Beatty, L. (2019). Exploring emotion regulation as a mediator of the relationship between resilience and distress in cancer. *Psycho-Oncology*, 28(7), 1506-1512.
- Walsh, D. M. J., Groarke, A. M., Morrison, T. G., Durkan, G., Rogers, E., & Sullivan, F. J. (2018). Measuring a new facet of post traumatic growth: Development of a scale of physical post traumatic growth in men with prostate cancer. *PLoS One*, 13(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195992>
- Wallbott, H. G. (1998). Bodily expression of emotion. *European journal of social psychology*, 28(6), 879-896.
- Wang, N. (2021). *The Impact of Posttraumatic Stress Disorder on Psychological Well-Being and Posttraumatic Growth among Chinese Adolescents: The Role of Trauma Centrality, Emotion Regulation and Attachment* The Chinese University of Hong Kong (Hong Kong)].
- Wang, N., Chung, M. C., & Wang, Y. (2020). The relationship between posttraumatic stress disorder, trauma centrality, posttraumatic growth and psychiatric co-morbidity among Chinese adolescents. *Asian journal of psychiatry*, 49, 101940.
- Wang, Y., Yi, J., He, J., Chen, G., Li, L., Yang, Y., & Zhu, X. (2014). Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 23(1), 93-99.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The ptsd checklist for dsm-5 (pcl-5). *Scale*

available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov, 10(4), 206.

- Webb, T. L., Lindquist, K. A., Jones, K., Avishai, A., & Sheeran, P. (2018). Situation selection is a particularly effective emotion regulation strategy for people who need help regulating their emotions. *Cognition and Emotion*, 32(2), 231-248.
- Wei, W., Li, X., Tu, X., Zhao, J., & Zhao, G. (2016). Perceived social support, hopefulness, and emotional regulations as mediators of the relationship between enacted stigma and post-traumatic growth among children affected by parental HIV/AIDS in rural China. *AIDS care*, 28(sup1), 99-105.
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Davis, L. T., Dehon, E. E., Fulton, J. J., & Gratz, K. L. (2012). Examining the Association Between Emotion Regulation Difficulties and Probable Posttraumatic Stress Disorder Within a Sample of African Americans. *Cognitive behaviour therapy*, 41(1), 5-14. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.621970>
- Werner, K. H., Goldin, P. R., Ball, T. M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 33(3), 346-354.
- Wild, N. D., & Paivio, S. C. (2004a). Psychological Adjustment, Coping, and Emotion Regulation as Predictors of Posttraumatic Growth. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 8, 122 - 197.
- Wild, N. D., & Paivio, S. C. (2004b). Psychological Adjustment, Coping, and Emotion Regulation as Predictors of Posttraumatic Growth. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 8(4), 97-122. https://doi.org/10.1300/J146v08n04_05
- Wortman, R. A., Vallone, T., Karnes, M., Walawander, C., Daly, D., & Fox-Garrity, B. (2018). Pinnipeds and PTSD: an analysis of a human-animal interaction case study program for a veteran. *Occupational therapy international*, 2018.
- Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., Hobfoll, S. E., Koenen, K. C., Neylan, T. C., & Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1), 15057. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>
- Zebrack, B., Kwak, M., Salsman, J., Cousino, M., Meeske, K., Aguilar, C., Embry, L., Block, R., Hayes-Lattin, B., & Cole, S. (2015). The relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adolescent and young adult (AYA) cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24(2), 162-168.
- Zeng, B., Zhao, J., Zou, L., Yang, X., Zhang, X., Wang, W., Zhao, J., & Chen, J. (2018). Depressive symptoms, post-traumatic stress symptoms and

- suicide risk among graduate students: The mediating influence of emotional regulatory self-efficacy. *Psychiatry research*, 264, 224-230.
- Zhang, L., Lu, Y., Qin, Y., Xue, J., & Chen, Y. (2020). Post-traumatic growth and related factors among 1221 Chinese cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 29(2), 413-422.
- Zhang, Y., Xu, W., Yuan, G., & An, Y. (2018). The Relationship Between Posttraumatic Cognitive Change, Posttraumatic Stress Disorder, and Posttraumatic Growth Among Chinese Adolescents After the Yancheng Tornado: The Mediating Effect of Rumination [Original Research]. *Frontiers in psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00474>
- Zhou, X., Gao, M., Wang, W., & Wu, X. (2019). Patterns of posttraumatic stress disorder symptoms among cancer patients: A latent profile analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 125, 109788. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109788>
- Zhou, X., & Wu, X. (2016). The relationship between rumination, posttraumatic stress disorder, and posttraumatic growth among Chinese adolescents after earthquake: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 193, 242-248. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.076>
- Zhou, X., Wu, X., & Zhen, R. (2017). Understanding the relationship between social support and posttraumatic stress disorder/posttraumatic growth among adolescents after Ya'an earthquake: The role of emotion regulation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(2), 214.
- ZHOU Xiao, W. X., ZENG Min, TIAN Yuxin. (2016). The relationship between emotion regulation and PTSD/PTG among adolescents after the Ya'an earthquake: The moderating role of social support. *Acta Psychologica Sinica*, 48(8), 969-980. <https://doi.org/10.3724/sp.J.1041.2016.00969>

قائمة الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف (الجزائر)
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
تخصص: علم النفس الصحة

إعداد الطالب: فتحي حمادي

إشراف الدكتورة: عايش صباح

الموضوع: طلب تحكيم مقياس التنظيم الانفعالي

الأستاذ الفاضل، الأستاذة الفاضلة:

تحية طيبة وبعد:

في إطار تحضير أطروحة الدكتوراه في علم النفس الصحة الموسومة ب **التنظيم الانفعالي كوسيط لضغط ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان** ، والتي تطلبت منا بناء استبيان التنظيم الانفعالي ، والمكون من 04 أبعاد تم تحديدها استنادا لنظرية James Gross حيث تم تعديل المقياس الأصلي وإضافة أبعاد أخرى استنادا على مقاييس أخرى منها مقياس التنظيم الانفعالي gross&jhon مقياس التنظيم الانفعالي (2007)garnefki&kraaiji ونسخته المترجمة التي قام بإعدادها محمد جاسر زكي عفانة بعنوان التنظيم الانفعالي وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات ، مقياس التنظيم الانفعالي اعداد gratz&roemer (2004) ومقياس التنظيم الانفعالي للأطفال والمراهقين اعداد philipe & power (2007) ومقياس صعوبات التنظيم الانفعالي ل (2016) bjurberg ترجمة عادل سيد عبادي نبيل صالح سفيان ، عبد الناصر عبد الحليم أمين.

فأرجوا من سيادتكم المحترمة الاطلاع على الاستبيان وإبداء آرائكم وملاحظاتكم وحتى اقتراحاتكم حول:

ملائمة التعديلات التي قام بها الطالب

قائمة الملاحق

تعديل أي عبارة ترى أنها مناسبة للقياس
حذف أي عبارة ترى انها غير مناسبة من المقياس
بالإضافة إلى ملاحظات أخرى عن المقياس
بيانات خاصة بالأستاذ المحكم:

الاسم:

اللقب:

الدرجة العلمية:

التخصص:

مؤسسة الانتساب (الجامعة):

التعريف بالمقياس:

مقياس التنظيم الانفعالي يهدف لقياس الآليات المختلفة المتضمنة لإعادة صياغة الأفكار والسلوكيات التي تؤثر في مختلف الانفعالات التي يملكها الفرد وطرق التعامل معها وكيفية التعبير عنها لاحقا .

تعليمية الاستبيان:

سيدي سيدي :

بين يديك مجموعة من الفقرات أرجوا منكم قراءتها بعناية، وأرجوا منك الإجابة عنها حيث يقابل كل عبارة (05) بدائل، إذ يمثل كل منها إجابة من الإجابات التالية: (دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا) وذلك بوضع علامة أمام العبارة التي تنطبق على اجابتم ، مع العلم انه لا توجد أي إجابة صحيحة وأخرى خاطئة.

مع العلم أن المعلومات التي نتلقاها من هذا المقياس ستحاط بالأمانة والسرية التامة ، كما أنها ستستخدم لفائدة البحث العلمي لا غير.

البيانات الشخصية

الجنس

العمر

مدة التشخيص بالإصابة

قائمة الملاحق

الاستبيان

البعد الأول:

تحديد الموقف situation sélection: يختار الفرد من بين عدة اختيارات بالنظر للنتائج المستقبلية للأفعال والتصرف من أجل أن يكون في موقف يسمح بظهور الانفعالات المرغوبة التي نريد اظهارها، أو التقليل من إمكانات أن يكون في موقف يظهر انفعالات لا يريد أن تظهر.

بعد تحديد الموقف				
الرقم	الفقرة	تنطبق	لا تنطبق	حذف ملاحظات
	أتحكم في انفعالاتي من خلال تغيير الطريقة التي أفكر بها عن الموقف الذي أنا فيه.			
	عندما أواجه موقفا انفعاليا اجعل منه أمرا نسبيا			
	عندما أواجه موقفا غير واقعي أشعر بالغرابة تجاهه			
	عندما أواجه موقفا انفعاليا فإنني أحتاج لوقت لأعرف ما أشعر به			
	عند مواجهتي لمواقف انفعالية أفكر في الطريقة التي تجعلني هادئا			
	إذا أردت ان أشعر بانفعال أكثر إيجابية أغير الطريقة التي أفكر بها عن الموقف			
	عندما أواجه موقفا انفعاليا أبقى هادئا			
	أستطيع تكيف مشاعري حسب الموقف الذي يواجهني			
	إذا واجهني موقف انفعالي أعتقد أن الانهماك فيه كل ما يمكنني			
	عندما أواجه موقفا انفعاليا أعتقد أنني لا أستطيع تغيير أي شيء حول الموقف الذي أنا فيه.			

قائمة الملاحق

ملاحظات عامة عن البعد ككل:

نشر الانتباه **attentional deployment** : توجيه الفرد لانتباهه ضمن موقف معين بهدف التأثير على انفعالاته وتوزيع استجابته ، وهو أحد الأشكال الداخلية التي يتقصد بها الفرد الانفعالات الداخلية الفعالات في أوقات معينة.

نشر الانتباه				الرقم	الفقرة
ملاحظات	حذف	لا تنطبق	تنطبق		
					إذا أردت أشعر بانفعال أقل سلبية أغير الطريقة التي أفكر بها عن الموقف
					حين أواجه مواقف انفعالية أفكر في أشياء ليس لها علاقة بما حدث
					كلما واجهت مواقف انفعالية أميل إلى التفكير في أمور أكثر إيجابية بدلا من التفكير فيما حدث
					عندما أواجه مواقف ضاغطة أجد صعوبة في التركيز على أمور أخرى
					إذا حدثت وواجهت موقفا شاقا فإنني أجد أنه لا يزال بإمكانني إنجاز أموري
					عندما أواجه موقفا انفعاليا فأنا دوما ما أجد صعوبة في إنجاز أعمالي.

ملاحظات عامة عن البعد ككل:

التغير المعرفي **cognitive change** : إختيار معنى معرفي للحدث ، بإدخال معنى على المدركات الحسية لتكون نتيجة نهائية ، ويقوم الفرد بتقييم قابليته لتنظيم مطالب الموقف ، بواسطة الخطوات المعرفية ، لتحويل مدرك حسي إلى شيء معين يؤثر على خبرته وحالته

قائمة الملاحق

الانفعالية، كما أنه تغيير الكيفية التي يقوم بها الفرد لتقييم الموقف الذي يعيشه تبعاً لأهمية والمغزى من الموقف الانفعالي.

التغير المعرفي					
رقم	الفقرة	تتطبق	لا تتطبق	تحذف	ملاحظات
	عندما أريد أن أشعر بانفعالات إيجابية أقل سلبية (الحزن والغضب) أغير ما كنت أفكر فيه				
	عندما أواجه موقفاً انفعالياً أكون متقلب المزاج				
	إذا واجهت موقفاً ما فإنني أنتقل من نشاط لآخر دون اضطراب انفعالي				
	لو أنني أواجه موقفاً انفعالياً فإنني أرى أن له جوانب إيجابية				

ملاحظات عامة عن البعد ككل:

قمع التعبير الانفعالي suppression : تقليل سلوك التعبير عن الانفعالات الجارية أو إخفاء العلامات والاشارات للتعبير الانفعالي نتيجة للاتباع والمسايرة والخضوع لأوامر الانصياع للموقف الذي يمر به الفرد.

القمع الانفعالي					
رقم	الفقرة	تتطبق	لا تتطبق	حذف	ملاحظات
	عندما أريد أن أشعر بانفعال إيجابي أكون حريصاً على عدم التعبير عنه				
	أحتفظ بمشاعري لنفسى				
	أتحكم في انفعالاتي عن طريق عدم التعبير عنها				
	عندما أريد أن أشعر بانفعال سلبي أتأكد من عدم التعبير عنه				

قائمة الملاحق

ملحق رقم (02): المقاييس في صورتها النهائية

سيدي سيدي: بين يديك مجموعة من الفقرات أرجوا منكم قراءتها بعناية، وأرجوا منكم الإجابة عنها حيث يقابل كل عبارة (05) بدائل، إذ يمثل كل منها إجابة من الإجابات التالية: (دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا) وذلك بوضع علامة أمام العبارة التي تنطبق على اجابتك، مع العلم انه لا توجد أي إجابة صحيحة وأخرى خاطئة.

مع العلم أن المعلومات التي نتلقاها من هذا المقياس ستحاط بالأمانة والسرية التامة، كما أنها ستستخدم لفائدة البحث العلمي لا غير .

الجنس ذكر أنثى السن.....

المستوى التعليمي: ابتدائي متوسط ثانوي جامعي أخرى

المستوى الاقتصادي: ضعيف متوسط جيد

الحالة العائلية أعزب متزوج مطلق

نوعية الورم تاريخ الإصابة:.....

هل تعد هذه الإصابة هي: الأولى الثانية أكثر

مرحلة تقدم المرض حسب وصف الأطباء: الأولى الثانية الثالثة الرابعة

الجراحة: نعم لا تحديد موقع الجراحة:.....

مدة العلاج: ستة أشهر سنة سنتين ثلاث وأكثر

هل سبق ووجدت حالات مرضية في العائلة نعم أو لا يرجى تكررها

فيما يلي أرجوا أن يتم اختيار من بين الاختيارات التالية ما يناسب موقفكم من الفقرات التالية:

رقم	الفقرة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
1	أتحكم في انفعالاتي من خلال تغيير أسلوب تفكيري في الموقف الذي أنا فيه					
2	عند مواجهتي لمواقف انفعالية أفكر في الطريقة التي تجعلني هادئا					
3	إذا أردت أن أشعر بانفعال أقل سلبية أغير الطريقة التي أفكر بها عن الموقف					
4	عندما أريد أن أشعر بمشاعر أقل سلبية (الحزن والغضب) أغير ما كنت أفكر فيه					
5	عندما أريد أن أشعر بانفعال إيجابي أكون حريصا على عدم التعبير عنه					
6	عندما أواجه موقفا انفعاليا أجعل منه أمرا عاديا					
7	إذا أردت ان أشعر بانفعال أكثر إيجابية أغير الطريقة التي أفكر بها عن الموقف					
8	حين أواجه مواقف انفعالية أفكر في أشياء ليس لها علاقة بما حدث					
9	عندما أواجه موقفا انفعاليا أصبح متقلب المزاج					
10	أحتفظ بمشاعري لنفسى عندما أواجه مواقف انفعالية					
11	عندما أواجه موقفا غير واقعي أشعر بالغرابة تجاهه					
12	أستطيع تكييف مشاعري حسب الموقف الذي يواجهني					
13	كلما واجهت مواقف انفعالية أميل إلى التفكير في أمور أكثر إيجابية بدلا من التفكير فيما حدث					
14	إذا واجهت موقفا ما فإنني أنتقل من نشاط لآخر دون أي تغير في حالتي الانفعالية					
15	أتحكم في انفعالاتي عن طريق عدم التعبير عنها					

قائمة الملاحق

16	عندما أواجه موقفاً انفعالياً فإنني أحتاج وقتاً للتعرف على مشاعري اتجاهه
17	أعتمد إلى الانهماك والتركيز في المواقف التي تواجهني
18	عندما أواجه مواقف ضاغطة أجد صعوبة في التركيز على أمور أخرى
19	إذا واجهت موقفاً انفعالياً فإنني أنظر إلى جوانبه الإيجابية
20	عندما أشعر بانفعال سلبي أميل إلى عدم التعبير عنه
21	عندما أواجه موقفاً انفعالياً لا أستطيع تغيير أي شيء حول الموقف الذي أنا فيه.
22	إذا حدثت وواجهت موقفاً شاقاً فإنني أرى أنه لا يزال بإمكانني إنجاز أموري
23	أكتم مشاعري ولا أظهرها لغيري
24	أجد دائماً صعوبة في أداء عمالي عندما أواجه موقفاً انفعالياً
25	أميل لإخفاء ردات فعلي تجاه الحوادث الانفعالية التي تقع لي

فيما يلي نوجز فقرات متعلقة بأحداث متعددة يمكن أن تكون قد صادفتك أرجو الإجابة عنها بما يناسبك فيما يلي

في الفترة الماضية إلى أي مدى انزعجت ب		اطلاقاً	قليلاً	متوسط	إلى حد كبير	كثيراً جداً
1	تكريرات متكررة ومؤلمة ومزعجة حول التجربة الأليمة					
2	أحلام متكررة ومزعجة حول التجربة الأليمة					
3	الشعور الفجائي أو التصرف حول التجربة الأليمة بأن ما حدث سوف يحدث مرة أخرى (كأنك تتعايش) التجربة؟					
4	الشعور بالانزعاج، عندما يذكرك شيء بالحادثة الأليمة؟					
5	لديك رد فعل جسدي قوي عندما يذكرك شيء ما بالتجربة الأليمة (مثال: خفقان القلب، ضيق التنفس، التعرق)؟					
6	تجنب التكريرات، الأفكار، أو الأحاسيس المرتبطة بالتجربة الأليمة.					
7	تجنب الأشياء التي تذكرك بالتجربة الأليمة، مثال (الناس، الأماكن، النفاش، النشاطات، الظروف)؟					
8	صعوبة في تذكر أجزاء مهمة من التجربة الأليمة؟					
9	وجود شعور سلبي شديد حول نفسك أو الآخرين أو العالم (مثال: وجود أفكار أنا سيء، لدي مشكلة، لا أحد جدير بالثقة، العالم خطير جداً)؟					
10	إلقاء اللوم على نفسك أو الآخرين للتجربة الأليمة أو ما حدث بعدها؟					
11	وجود مشاعر سلبية قوية مثل الخوف، الفرع، الغضب، الذنب أو الخجل؟					
12	فقدان الرغبة في التمتع بالنشاطات السابقة التي كنت تتمتع بها؟					
13	الشعور بالعزلة والبعيد عن الآخرين.					
14	صعوبة الإحساس بمشاعر الايجابية (مثال: عدم الشعور بالسعادة، أو عدم الشعور بالحب نحو الناس القريبين منك)؟					
15	سلوك مضطرب، غضب صارخ، تصرفات عدوانية؟					

قائمة الملاحق

						16	المخاطرة كثيرا أو القيام بأشياء قد تؤذيكم؟
						17	التوجس والتيقظ
						18	الشعور بالإجفال وسرعة التهيج
						19	الصعوبة في التركيز
						20	الأرق أو صعوبة الاستمرار في النوم
أرجوا أن تواصل الإجابة على الفقرات التالية							

رقم	العبارة	لا	قليلًا جدا	قليلًا	درجة متوسطة	درجة كبيرة	درجة كبيرة جدا
1	تغيرت أهدافي في الحياة بعد الإصابة بالسرطان مقارنة لما هي عليه من قبل						
2	أقدر قيمة حياتي أكثر من الأول						
3	بدأت أهتم بأشياء جديدة في الحياة						
4	أصبحت ثقتي في نفسي أكثر من قبل						
5	أصبحت أهتمهم الأمور الروحية والدينية أفضل من قبل						
6	عرفت بأنني أستطيع الاعتماد على الآخرين حولي عندما أقع في مشكلة						
7	اخترت طريقا (مسارا) جديدا في حياتي						
8	أشعر بالقرب من الآخرين						
9	أصبحت قادرا على التعبير عن مشاعري أكثر من قبل الإصابة بالسرطان						
10	أصبحت قادرا بطريقة أفضل على التعامل مع مشكلتي						
11	أستطيع أن أفعل الأشياء في حياتي بطريقة جديدة بعد الإصابة بالسرطان						
12	أقبل بشكل أفضل ما انتهت عليه الأمور بعد الإصابة بالسرطان						
13	أقدر كل يوم جديد في حياتي أكثر من الأول						
14	أصبحت لدي فرص جديدة في الحياة لم تكن موجودة من قبل						
15	أصبحت لدي عاطفة وحب تجاه الآخرين						
16	أحاول أن أقيم أفضل العلاقات الاجتماعية مع الآخرين						
17	أحاول أن أغير الأشياء في الحياة التي تحتاج للتغيير						
18	أصبح إيماني أعمق بالله						
19	اكتشفت بأنني أكثر قوة مما كنت أعتقد						
20	تعلمت كثيرا كيف أن الناس حولي رائعون						
21	تقبلت أكثر من قبل بأنني أحتاج الناس من حولي						

شكرا على تعاونكم

قائمة الملاحق

ملحق رقم (03): طلب إجراء الدراسة :

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة

المسكن
المهين الصحية
تسبي: ssps31@yahoo.fr
أعرض من اعداد عرض/2022

3 - NAT 2022
وهران في:

إلى السيدة
المديرة العامة للمؤسسة الإستشفائية الجامعية
أول نوفمبر 1954
السيد الأمين العام للمركز الاستشفائي الجامعي
الدكتور بن زرجب، مدير عام بالنيابة
السيد مدير المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في أمراض السرطان
الأمير عبد القادر

تتوخى لاجراء بحث.
الإرسالية رقم 441/وت ع ب ع ك ع !! المؤرخة في 2022/05/15

لي الشرف أن أطلب منكم تسهيل السيد حمادي فتحي مختص في علم النفس
في إطار أعمال بحثه لإعداد أطروحة الدكتوراه، الحصول على المعلومات اللازمة و
الضرورية و مسموح بها قانونا من طرف مصالح أمراض السرطان.

تفضلوا بقبول تحياتنا الخالصة.

مدير الصحة والسكان
لولاية وهران

قائمة الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

العلوم الإنسانية والاجتماعية
دكتوراه في العلوم الإنسانية والاجتماعية
العلاقات الخارجية
الرقم: 2022/441

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique
Université Hassa Benbouali de Chlef
CULTURE DES SCIENCES
HUMANES ET SOCIALES

إلى السيد: مدير مديرية الصحة العمومية لولاية وهران

الموضوع: رخصة بحث ميداني
بإشراف طبيبة، وبعد:

نرجو من سيادتكم الموافقة استقبال وتقديم المساعدة للطالب: حمادي فتحي
موضوع: علم النفس الصحة، لإنجاز أطروحة دكتوراه ل م د الطور الثالث الموسومة بـ:
تأثير الاقتران كوسيط لضغط مابعد الصدمة ونمو مابعد الصدمة لدى مرضى السلطان.

تقبلوا منا أسى عبارات التقدير والاحترام

أولاد فارس في: 2022/05/15
نائب العميد

Pr. BOUSABRA A.
Chef de Service
Oncologie Médicale
Centre Hospitalier

قائمة الملاحق



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique Et Populaire
وزارة الصحة
Ministère De La Sante

Etablissement Hospitalier et Universitaire d'Oran
Direction Générale
Direction des Ressources Humaines
Service de Formation, Formation Continue et Documentation

AFFECTATION DE STAGE

- 1- Vu la demande de stage de l'intéressé(e).
- 2- Vu l'accord favorable du Directrice Générale.

Mr:

- HAMADI FETHI

Option: Doctorat En Psychologie.

Sont affectées à compter du : Du 20/06/2022 Au 21/07/2022.

Service : ONCOLOGIE

Fait le : 19/06/2022

Directrice des Ressources Humaines

realme Shot on realme C21Y

Ministère de la Santé
Centre Hospitalo-universitaire d'Oran
Direction des Activités Médicales et Paramédicales



المركز الإستشفائي الجامعي لولاية
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE ORAN

N° 234/2022/DAMP/

Oran, le 30 ماي 2022

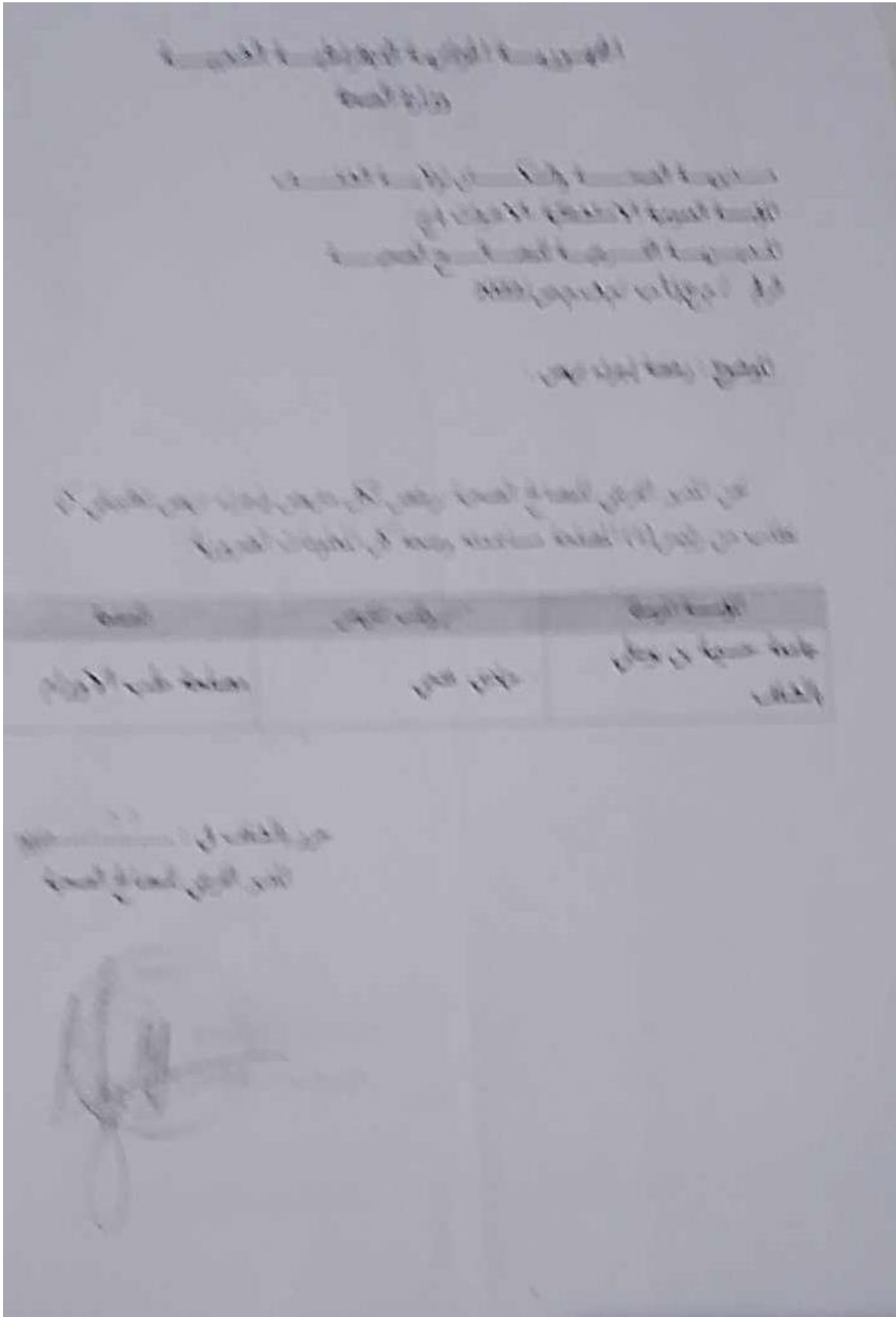
-oOo- AUTORISATION D'ACCES -oOo-

Nous soussignons, Directrice des Activités Médicales et Paramédicales du Centre Hospitalo-universitaire d'Oran, autorisons le stagiaire **HAMMADI Fethi**, étudiant à l'Université **Hassiba BENBOUALI** de la wilaya de **CHLEF** à effectuer un travail de recherche au niveau du service d'Oncologie Médicale dans le cadre de la préparation de son mémoire d'étude portant « **régulation émotionnelle post-traumatique chez les patients cancéreux** ».

Nous vous prions de bien vouloir l'aider dans sa recherche, dans le cadre du respect de la réglementation et du secret professionnel.

La Directrice des Activités
Médicales et Paramédicales
الاستشفائي الجامعي لولاية
المدبر
الدكتور: **حميدة بوشعرا**
وليد قروي

قائمة الملاحق



قائمة الملاحق

ملحق رقم (04): نتائج التساؤل الأول

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenn e	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
الموقف	285	17.7130	3.06603	.18162

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 12.5

	t	df	Signification		Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
			p unilatéral	p bilatéral		Inférieur	Supérieur
الموقف	28.703	284	<.001	<.001	5.21299	4.8555	5.5705

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenn e	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
الانتباه	285	13.9455	2.74502	.16260

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 10

	t	df	Signification		Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
			p unilatéral	p bilatéral		Inférieur	Supérieur
الانتباه	24.265	284	<.001	<.001	3.94553	3.6255	4.2656

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenn e	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
المعرفة	285	10.6547	2.23214	.13222

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 7.5

	t	df	Signification		Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
			p unilatéral	p bilatéral		Inférieur	Supérieur
المعرفة	23.859	284	<.001	<.001	3.15468	2.8944	3.4149

قائمة الملاحق

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenn e	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
القمع	285	17.5542	5.66729	.33570

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 15

	t	df	Signification p		Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
			unilatéral	bilatéral		Inférieur	Supérieur
القمع	7.609	284	<.001	<.001	2.55419	1.8934	3.2150

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenn e	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
er	285	59.8674	8.46808	.50161

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 45

	t	df	Signification p		Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
			unilatéral	bilatéral		Inférieur	Supérieur
er	29.640	284	<.001	<.001	14.86739	13.8801	15.8547

ملحق رقم (05) نتائج التساؤل الثاني

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenn e	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
ptsintr	285	5.9842	3.07182	.18196

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 6

	t	df	Signification p		Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
			unilatéral	bilatéral		Inférieur	Supérieur
ptsintr	-.087-	284	.465	.931	-.01583-	-.3740-	.3423

قائمة الملاحق

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenn e	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
PERSI S	285	3.9226	2.27298	.13464

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 4

	t	df	Signification p		Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
			unilatéral	bilatéral		Inférieur	Supérieur
PERSI S	-.575-	284	.283	.566	-.07740-	-.3424-	.1876

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenn e	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
NEGATIV E	285	12.7210	7.03107	.41648

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 14

	t	df	Signification p		Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
			unilatéral	bilatéral		Inférieur	Supérieur
NEGATIV E	-3.071-	284	.001	.002	-1.27904-	-2.0988-	-.4592-

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenn e	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
ALTER A	285	21.7297	5.48890	.32513

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 12

	t	df	Signification p		Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
			unilatéral	bilatéral		Inférieur	Supérieur
ALTER A	29.925	284	<.001	<.001	9.72968	9.0897	10.3697

قائمة الملاحق

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenn e	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
tspd	285	33.4353	15.4399 9	.91459

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 36

	t	df	Signification p		Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
			unilatéral	bilatéral		Inférieur	Supérieur
tspd	-2.804-	284	.003	.005	-2.56468-	-4.3649-	-.7645-

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenn e	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
moyenp g	285	13.3567	4.30278	.25487

الملحق رقم (06) نتائج التساؤل الثالث

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 10

	t	df	Signification p		Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
			unilatéral	bilatéral		Inférieur	Supérieur
moyenp g	13.170	284	<.001	<.001	3.35669	2.8550	3.8584

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenn e	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
comunp g	285	23.5679	6.47344	.38345

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 17.5

	t	df	Signification p		Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
			unilatéral	bilatéral		Inférieur	Supérieur

قائمة الملاحق

comung	15.824	284	<.001	<.001	6.06794	5.3132	6.8227
--------	--------	-----	-------	-------	---------	--------	--------

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
enrepg	285	13.8636	3.71703	.22018

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 10

	t	df	Signification p		Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
			unilatéral	bilatéral		Inférieur	Supérieur
enrepg	17.548	284	<.001	<.001	3.86358	3.4302	4.2970

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
prierpg	285	7.7971	2.16085	.12800

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 5

	t	df	Signification p		Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
			unilatéral	bilatéral		Inférieur	Supérieur
prierpg	21.853	284	<.001	<.001	2.79713	2.5452	3.0491

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 5

	t	df	Signification p		Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
			unilatéral	bilatéral		Inférieur	Supérieur
lifepg	10.609	284	<.001	<.001	1.51206	1.2315	1.7926

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
ttlpg	285	65.0974	14.47646	.85751

Test sur échantillon unique

قائمة الملاحق

Valeur de test = 47.5							
	t	df	Signification		Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
			p unilatéral	p bilatéral		Inférieur	Supérieur
ttlpg	20.521	284	<.001	<.001	17.59740	15.9095	19.2853

الملحق رقم (07) نتائج الفرضية الأولى
مؤشرات مطابقة النموذج

Model Fit Summary

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	14	34.577	14	.002	2.470
Saturated model	28	.000	0		
Independence model	7	429.079	21	.000	20.432

RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	2.254	.969	.938	.485
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	6.540	.693	.590	.519

Baseline Comparisons

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	.919	.879	.950	.924	.950
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.667	.613	.633
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	20.577	7.004	41.827
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	408.079	344.443	479.141

FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	.122	.072	.025	.147
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	1.511	1.437	1.213	1.687

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.072	.042	.103	.106
Independence model	.262	.240	.283	.000

Standardized Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	ptsd	er
er	-.177	.000
ERsupp	.000	.061
PTSDalteration	.683	.000
PTSnegative	.993	.000
PTSpersiste	.462	.000
ERcogn	.000	.588
ERdeploye	.000	.541
select	.000	.714

Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	ptsd	er
er	.000	.000
ERsupp	-.061	.000
PTSDalteration	.000	.000
PTSnegative	.000	.000
PTSpersiste	.000	.000

قائمة الملاحق

	ptsd	er
ERcogn	-.265	.000
ERdeploye	-.410	.000
select	-.552	.000

Standardized Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	ptsd	er
er	.000	.000
ERsupp	-.011	.000
PTSDalteration	.000	.000
PTSnegative	.000	.000
PTSpersiste	.000	.000
ERcogn	-.104	.000
ERdeploye	-.096	.000
select	-.127	.000

الملحق رقم (08) نتائج الفرضية الثانية

Model Fit Summary

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	16	57.503	20	.000	2.875
Saturated model	36	.000	0		
Independence model	8	820.496	28	.000	29.303

RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	1.800	.952	.914	.529
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	7.218	.531	.397	.413

Baseline Comparisons

قائمة الملاحق

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	.930	.902	.953	.934	.953
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.714	.664	.680
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	37.503	18.543	64.101
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	792.496	702.738	889.662

FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	.202	.132	.065	.226
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	2.889	2.790	2.474	3.133

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.081	.057	.106	.018
Independence model	.316	.297	.334	.000

علاقة الضغط ما بعد الصدمة بنمو ما بعد الصدمة

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
ptg	<--- ptsd	-.091	.181	-.500	.617	par_2
PTSpersiste	<--- ptsd	1.000				
PTGenergi	<--- ptg	1.000				
PTGlife	<--- ptg	.691	.064	10.826	***	par_1
PTSnegative	<--- ptsd	6.929	.503	13.762	***	par_3
PTSDalteration	<--- ptsd	3.966	.358	11.091	***	par_4
PTGcommunicat	<--- ptg	1.469	.142	10.347	***	par_5
PTGmoyen	<--- ptg	1.491	.116	12.815	***	par_6
PTGpriere	<--- ptg	.447	.048	9.408	***	par_7

قائمة الملاحق

StandardizedRegressionWeights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate
ptg	<--- ptsd	-.032
PTSpersiste	<--- ptsd	.460
PTGenergi	<--- ptg	.768
PTGlife	<--- ptg	.677
PTSnegative	<--- ptsd	1.013
PTSDalteration	<--- ptsd	.670
PTGcommunicat	<--- ptg	.648
PTGmoyen	<--- ptg	.821
PTGpriere	<--- ptg	.591

Variiances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
ptsd	1.000				
e15	8.123	1.144	7.101	***	par_8
e5	3.718	.331	11.227	***	par_9
e11	5.637	.651	8.662	***	par_10
e12	4.582	.456	10.053	***	par_11
e17	-1.197	5.270	-.227	.820	par_12
e19	19.285	2.362	8.166	***	par_13
e21	24.209	2.343	10.332	***	par_14
e22	8.752	1.195	7.322	***	par_15
e24	3.025	.281	10.751	***	par_16

Total Effects (Group number 1 - Default model)

	ptsd	ptg
ptg	-.091	.000
PTGpriere	-.041	.447
PTGmoyen	-.135	1.491
PTGcommunicat	-.133	1.469
PTSDalteration	3.966	.000
PTSnegative	6.929	.000
PTGlife	-.063	.691
PTGenergi	-.091	1.000
PTSpersiste	1.000	.000

Standardized Total Effects (Group number 1 - Default model)

	ptsd	ptg
ptg	-.032	.000
PTGpriere	-.019	.591
PTGmoyen	-.026	.821

قائمة الملاحق

	ptsd	ptg
PTGcommunicat	-.021	.648
PTSDalteration	.670	.000
PTSnegative	1.013	.000
PTGlif	-.022	.677
PTGenergi	-.024	.768
PTSpersiste	.460	.000

Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	ptsd	ptg
ptg	-.091	.000
PTGpriere	.000	.447
PTGmoyen	.000	1.491
PTGcommunicat	.000	1.469
PTSDalteration	3.966	.000
PTSnegative	6.929	.000
PTGlif	.000	.691
PTGenergi	.000	1.000
PTSpersiste	1.000	.000

Standardized Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	ptsd	ptg
ptg	-.032	.000
PTGpriere	.000	.591
PTGmoyen	.000	.821
PTGcommunicat	.000	.648
PTSDalteration	.670	.000
PTSnegative	1.013	.000
PTGlif	.000	.677
PTGenergi	.000	.768
PTSpersiste	.460	.000

Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	ptsd	ptg
ptg	.000	.000
PTGpriere	-.041	.000
PTGmoyen	-.135	.000
PTGcommunicat	-.133	.000
PTSDalteration	.000	.000
PTSnegative	.000	.000
PTGlif	-.063	.000
PTGenergi	-.091	.000

قائمة الملاحق

	ptsd	ptg
PTSpersiste	.000	.000

Standardized Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	ptsd	ptg
ptg	.000	.000
PTGpriere	-.019	.000
PTGmoyen	-.026	.000
PTGcommunicat	-.021	.000
PTSDalteration	.000	.000
PTSnegative	.000	.000
PTGlif	-.022	.000
PTGenergi	-.024	.000
PTSpersiste	.000	.000

المحلق رقم (09): نتائج الفرضية الثالثة
مؤشرات المطابقة

Model Fit Summary

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	19	68.721	26	.000	2.643
Saturated model	45	.000	0		
Independence model	9	673.608	36	.000	18.711

RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	1.106	.951	.915	.549
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	4.720	.592	.490	.473

قائمة الملاحق

Baseline Comparisons

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	.898	.859	.934	.907	.933
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.722	.649	.674
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	42.721	21.901	71.206
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	637.608	557.046	725.592

FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	.242	.150	.077	.251
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	2.372	2.245	1.961	2.555

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.076	.054	.098	.025
Independence model	.250	.233	.266	.000

العلاقة بين التنظيم الانفعالي ونمو ما بعد الصدمة

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
ptg	.039
PTGpriere	.347

قائمة الملاحق

	Estimate
ERsupp	.002
PTGmoyen	.681
PTGcommunicat	.414
PTGlif	.457
PTGenergi	.591
ERcogn	.340
ERdeploye	.296
select	.518

Total Effects (Group number 1 - Default model)

	er	ptg
ptg	.180	.000
PTGpriere	.080	.445
ERsupp	.076	.000
PTGmoyen	.270	1.498
PTGcommunicat	.262	1.457
PTGlif	.124	.690
PTGenergi	.180	1.000
ERcogn	.472	.000
ERdeploye	.739	.000
select	1.000	.000

Standardized Total Effects (Group number 1 - Default model)

	er	ptg
ptg	.198	.000
PTGpriere	.117	.589
ERsupp	.042	.000
PTGmoyen	.164	.825
PTGcommunicat	.128	.643
PTGlif	.134	.676
PTGenergi	.152	.769
ERcogn	.583	.000
ERdeploye	.544	.000
select	.719	.000

Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	er	ptg
ptg	.180	.000

قائمة الملاحق

	er	ptg
PTGpriere	.000	.445
ERsupp	.076	.000
PTGmoyen	.000	1.498
PTGcommunicat	.000	1.457
PTGlif	.000	.690
PTGenergi	.000	1.000
ERcogn	.472	.000
ERdeploye	.739	.000
select	1.000	.000

Standardized Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	er	Ptg
ptg	.198	.000
PTGpriere	.000	.589
ERsupp	.042	.000
PTGmoyen	.000	.825
PTGcommunicat	.000	.643
PTGlif	.000	.676
PTGenergi	.000	.769
ERcogn	.583	.000
ERdeploye	.544	.000
select	.719	.000

Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	er	Ptg
ptg	.000	.000
PTGpriere	.080	.000
ERsupp	.000	.000
PTGmoyen	.270	.000
PTGcommunicat	.262	.000
PTGlif	.124	.000
PTGenergi	.180	.000
ERcogn	.000	.000
ERdeploye	.000	.000
Select	.000	.000

Standardized Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

قائمة الملاحق

er ptg		
ptg	.000	.000
PTGpriere	.117	.000
ERsupp	.000	.000
PTGmoyen	.164	.000
PTGcommunicat	.128	.000
PTGlif	.134	.000
PTGenergi	.152	.000
ERcogn	.000	.000
ERdeploye	.000	.000
select	.000	.000

ملحق رقم (10) نتائج الفرضية الرئيسية

Total Effects (Group number 1 - Default model)

	PTSD	Eregulation	PTG
Eregulation	-.553	.000	.000
PTG	-.071	.186	.000
PTGpriere	-.032	.083	.446
ERsupp	-.060	.108	.000
PTGmoyen	-.107	.278	1.497
PTGcommunicat	-.104	.271	1.457
PTSDalteration	4.032	.000	.000
PTSnegative	6.791	.000	.000
PTGlif	-.049	.128	.690
PTGenergi	-.071	.186	1.000
PTSpersiste	1.000	.000	.000
ERcogn	-.270	.489	.000
ERdeploye	-.409	.740	.000
select	-.553	1.000	.000

Total Effects - TwoTailedSignificance (BC) (Group number 1 - Default model)

	PTSD	Eregulation	PTG
Eregulation	.030	...	...
PTG	.794	.011	...
PTGpriere	.814	.016	.012
ERsupp	.319	.505	...
PTGmoyen	.794	.011	.015
PTGcommunicat	.813	.014	.013
PTSDalteration	.007	...	...

قائمة الملاحق

	PTSD	Eregulation	PTG
PTSnegative	.020	...	...
PTGlif	.794	.012	.007
PTGenergi	.794	.011	...
PTSpersiste	...	...	...
ERcogn	.027	.006	...
ERdeploye	.025	.007	...
select	.030	...	...

Total Effects - LowerBounds (BC) (Group number 1 - Default model)

	PTSD	Eregulation	PTG
Eregulation	-1.021	.000	.000
PTG	-.412	.050	.000
PTGpriere	-.202	.017	.362
ERsupp	-.290	-.157	.000
PTGmoyen	-.608	.076	1.286
PTGcommunicat	-.631	.069	1.217
PTSDalteration	3.377	.000	.000
PTSnegative	5.757	.000	.000
PTGlif	-.262	.037	.597
PTGenergi	-.412	.050	1.000
PTSpersiste	1.000	.000	.000
ERcogn	-.590	.336	.000
ERdeploye	-.790	.548	.000
select	-1.021	1.000	.000

Total Effects - UpperBounds (BC) (Group number 1 - Default model)

	PTSD	Eregulation	PTG
Eregulation	-.102	.000	.000
PTG	.376	.350	.000
PTGpriere	.170	.153	.533
ERsupp	.041	.363	.000
PTGmoyen	.623	.538	1.735
PTGcommunicat	.583	.465	1.696
PTSDalteration	4.775	.000	.000
PTSnegative	7.584	.000	.000
PTGlif	.276	.232	.826
PTGenergi	.376	.350	1.000
PTSpersiste	1.000	.000	.000
ERcogn	-.057	.747	.000
ERdeploye	-.104	1.011	.000
select	-.102	1.000	.000

قائمة الملاحق

Total Effects (Group number 1 - Default model)

	PTSD	Eregulation	PTG
Eregulation	-.553	.000	.000
PTG	-.071	.186	.000
PTGpriere	-.032	.083	.446
ERsupp	-.060	.108	.000
PTGmoyen	-.107	.278	1.497
PTGcommunicat	-.104	.271	1.457
PTSDalteration	4.032	.000	.000
PTSnegative	6.791	.000	.000
PTGlife	-.049	.128	.690
PTGenergi	-.071	.186	1.000
PTSpersiste	1.000	.000	.000
ERcogn	-.270	.489	.000
ERdeploye	-.409	.740	.000
select	-.553	1.000	.000

Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	PTSD	Eregulation	PTG
Eregulation	-.553	.000	.000
PTG	.031	.186	.000
PTGpriere	.000	.000	.446
ERsupp	.000	.108	.000
PTGmoyen	.000	.000	1.497
PTGcommunicat	.000	.000	1.457
PTSDalteration	4.032	.000	.000
PTSnegative	6.791	.000	.000
PTGlife	.000	.000	.690
PTGenergi	.000	.000	1.000
PTSpersiste	1.000	.000	.000
ERcogn	.000	.489	.000
ERdeploye	.000	.740	.000
select	.000	1.000	.000

Direct Effects - TwoTailedSignificance (BC) (Group number 1 - Default model)

	PTSD	Eregulation	PTG
Eregulation	.030	...	...
PTG	.807	.011	...
PTGpriere	...	...	.012
ERsupp	...	.505	...
PTGmoyen	...	...	.015
PTGcommunicat	...	...	.013

قائمة الملاحق

	PTSD	Eregulation	PTG
PTSDalteration	.007	...	...
PTSnegative	.020	...	...
PTGlif	...	...	.007
PTGenergi	...	...	...
PTSpersiste	...	...	...
ERcogn	...	.006	...
ERdeploye	...	.007	...
select	...	...	...

Direct Effects - LowerBounds (BC) (Group number 1 - Default model)

	PTSD	Eregulation	PTG
Eregulation	-1.021	.000	.000
PTG	-.300	.050	.000
PTGpriere	.000	.000	.362
ERsupp	.000	-.157	.000
PTGmoyen	.000	.000	1.286
PTGcommunicat	.000	.000	1.217
PTSDalteration	3.377	.000	.000
PTSnegative	5.757	.000	.000
PTGlif	.000	.000	.597
PTGenergi	.000	.000	1.000
PTSpersiste	1.000	.000	.000
ERcogn	.000	.336	.000
ERdeploye	.000	.548	.000
select	.000	1.000	.000

Direct Effects - UpperBounds (BC) (Group number 1 - Default model)

	PTSD	Eregulation	PTG
Eregulation	-.102	.000	.000
PTG	.470	.350	.000
PTGpriere	.000	.000	.533
ERsupp	.000	.363	.000
PTGmoyen	.000	.000	1.735
PTGcommunicat	.000	.000	1.696
PTSDalteration	4.775	.000	.000
PTSnegative	7.584	.000	.000
PTGlif	.000	.000	.826
PTGenergi	.000	.000	1.000
PTSpersiste	1.000	.000	.000
ERcogn	.000	.747	.000
ERdeploye	.000	1.011	.000
select	.000	1.000	.000

قائمة الملاحق

Indirect Effects - TwoTailedSignificance (BC) (Group number 1 - Default model)

	PTSD	Eregulation	PTG
Eregulation	...	...	...
PTG	.009	...	...
PTGpriere	.814	.016	...
ERsupp	.319	...	...
PTGmoyen	.794	.011	...
PTGcommunicat	.813	.014	...
PTSDalteration	...	...	...
PTSnegative	...	...	...
PTGlif	.794	.012	...
PTGenergi	.794	.011	...
PTSpersiste	...	...	...
ERcogn	.027	...	...
ERdeploye	.025	...	...
select	.030	...	...

Indirect Effects - LowerBounds (BC) (Group number 1 - Default model)

	PTSD	Eregulation	PTG
Eregulation	.000	.000	.000
PTG	-.339	.000	.000
PTGpriere	-.202	.017	.000
ERsupp	-.290	.000	.000
PTGmoyen	-.608	.076	.000
PTGcommunicat	-.631	.069	.000
PTSDalteration	.000	.000	.000
PTSnegative	.000	.000	.000
PTGlif	-.262	.037	.000
PTGenergi	-.412	.050	.000
PTSpersiste	.000	.000	.000
ERcogn	-.590	.000	.000
ERdeploye	-.790	.000	.000
select	-1.021	.000	.000

Indirect Effects - UpperBounds (BC) (Group number 1 - Default model)

	PTSD	Eregulation	PTG
Eregulation	.000	.000	.000
PTG	-.030	.000	.000
PTGpriere	.170	.153	.000
ERsupp	.041	.000	.000
PTGmoyen	.623	.538	.000

قائمة الملاحق

	PTSD	Eregulation	PTG
PTGcommunicat	.583	.465	.000
PTSDalteration	.000	.000	.000
PTSnegative	.000	.000	.000
PTGlif	.276	.232	.000
PTGenergi	.376	.350	.000
PTSpersiste	.000	.000	.000
ERcogn	-.057	.000	.000
ERdeploye	-.104	.000	.000
select	-.102	.000	.000