

مجلة بحوث ودراسات نفسية

يصدرها مركز البحوث النفسية
كلية الآداب - جامعة القاهرة

دورية علمية سيكولوجية ربع سنوية، محكمة

مجلة بحوث ودراسات نفسية (مج ١٧، ع ٤ أكتوبر ٢٠٢١)

المواجهة الدينية الروحانية بوصفه منبى بنمو ما بعد
الصدمة لدى الناجيات من سرطان الثدي
أ.د سهير فهيم الغباشي / أ/ مروه محمد أحمد عبد القادر

العلاقة بين الالتزام الزواجي والتسامح
لدى عينة من الأزواج وزوجاتهم
أ.د/ عبداللطيف خليفة / أ.د/الحسين عبد المنعم
أ/ سحر ربيع محمد

مكونات ارتقاء الحكمة في ضوء نموذج الخبرات الحياتية
وعلاقتها باستراتيجيات المواجهة لدى طلبة الجامعة
د. خالد عوض البلاج

أ.د عبير أنور
رئيس التحرير

Journal of Psychological Research and Studies

Issued by the Psychological Research Center
Faculty of Arts - Cairo University

Quarterly psychological scientific journal, refereed

Folder 17 No. 4 Oct. 2021

Spiritual Religious Coping as a Predictor of
Posttraumatic Growth among Breast cancer
survivors

Prof/ Soheir Fahim El-Ghabashy
D/ Marwa Mohammad Ahmed

The Relationship between Marital Commitment and
Forgiveness among Sample of Married Couples

Prof. Dr. Abd El-Latif Khalifa
Dr. Al-Hussain Abd El- Moneim
Dr. Sahar Rabie Mohammed

Components of Wisdom Development in the light
of life experiances Model and its Relationship to
Coping Strategies with University Students

Dr.Khaled Awad Elballah

Editor
Prof. Abeer Anwar .



مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center



كلية الآداب
Faculty of Arts

مجلة بحوث ودراسات نفسية

يصدرها مركز البحوث والدراسات النفسية

كلية الآداب – جامعة القاهرة

دورية علمية سيكولوجية محكمة – ربع سنوية

المواجهة الدينية الروحانية بوصفه منبئ بنمو ما بعد الصدمة
لدى الناجيات من سرطان الثدي

أ/ مروه محمد أحمد عبد القادر
اختصاصي نفسي إكلينيكي

أ.د سهير فهيم الغباشي
أستاذ علم نفس الإكلينيكي



مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center



كلية الآداب
Faculty of Arts

مجلة بحوث ودراسات نفسية

يصدرها مركز البحوث والدراسات النفسية
كلية الآداب - جامعة القاهرة
دورية علمية سيكولوجية محكمة - ربع سنوية

السنة : ٢٠٢١
رقم المجلة : ١٧
العنوان : مركز البحوث والدراسات النفسية - كلية الآداب - جامعة القاهرة
(١) شارع الشهيد عبد الهادي صلاح (أمام السفارة السعودية الجديدة) جمهورية مصر العربية.
الجيزة
المحافظة :
التليفون : ٣٣٣٥٣٧٨٥ - ٠١٠٦٥٨٣٣٨٨٦
صفحة الفيس : مركز البحوث والدراسات النفسية بجامعة القاهرة
الترقيم الدولي المطبوع : Issn 2735 -3680
الترقيم الإلكتروني : Issn 2735 - 3699



مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center



كلية الآداب
Faculty of Arts

رئيس مجلس الإدارة

أ.د. شريف شاهين

عميد كلية الآداب – جامعة القاهرة

نائب رئيس مجلس الإدارة

أ.د. رجاى أحمد على

وكيل الكلية لشئون خدمة المجتمع وتنمية البيئة ونائب رئيس مجلس الإدارة

رئيس التحرير

أ.د. عبير محمد أنور

أستاذ علم النفس ومدير مركز البحوث والدراسات النفسية

هيئة التحرير

أ.د. معتز سيد عبدالله

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة القاهرة

أ.د. طريف شوقي فرج

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة بني سويف

أ.د. بدرية كمال أحمد سرايية

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنصورة

أ.د. فريخ عويد العائزي

أستاذ علم النفس بكلية التربية – الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب – الكويت

أ.د. أحمد عبدالفتاح عياد

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة طنطا

أ.د. عبدالمنعم شحاتة محمود

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنوفية

مدير التحرير

د. وفاء إمام عبد الفتاح

دكتوراه علم النفس – مركز البحوث والدراسات النفسية بكلية الآداب – جامعة القاهرة

سكرتير تحرير المجلة

أ. أمل السيد الحسيني

اختصاصى أول تقنية معلومات

المنسق الإلكتروني

أ. أيمن أبو العلا

اختصاصى أول تكنولوجيا المعلومات



مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center



كلية الآداب
Faculty of Arts

الهيئة الاستشارية

أ.د. الحسين عبدالمنعم

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة القاهرة

أ.د. أحمد عبدالخالق

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة الإسكندرية

أ.د. أيمن عامر

أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية الآداب – جامعة القاهرة

أ.د. طارق عبدالوهاب

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة الفيوم

أ.د. طه المستكاوي

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة أسيوط

أ.د. عادل كمال خضر

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة بنها

أ.د. عويد سلطان المشعان

أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية العلوم الاجتماعية – جامعة الكويت

أ.د. محمد دسوقي

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنيا

أ.د. محمود خيال

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنوفية



مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center



كلية الآداب
Faculty of Arts

المحتويات

| الصفحة | الموضوع |
|---------|--|
| ٧٣١-٦٥٠ | المواجهة الدينية الروحانية بوصفه منبئ بنمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من سرطان الثدي أ.د سهير فهيم الغباشي / أ/ مروه أحمد عبد القادر |
| ٨٣٢-٧٣٣ | العلاقة بين الالتزام الزوجي والتسامح لدى عينة من الأزواج وزوجاتهم أ.د/ عبداللطيف خليفة أ.د/الحسين عبد المنعم أ. / سحر ربيع محمد |
| ٩٠٢-٨٣٤ | مكونات ارتقاء الحكمة في ضوء نموذج الخبرات الحياتية وعلاقتها باستراتيجيات المواجهة لدى طلبة الجامعة د. خالد عوض البلاح |

المواجهة الدينية الروحانية بوصفه منبئ بنمو ما بعد الصدمة

لدى الناجيات من سرطان الثدي

أ/ مروه محمد أحمد عبد القادر

اختصاصي نفسي إكلينيكي

أ. د سهير فهيم الغباشي

أستاذ علم نفس الإكلينيكي

(المخلص)

هدف البحث الحالي إلى اكتشاف مدى قدرة المواجهة الدينية الروحانية على التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة لدى عينة من الناجيات من سرطان الثدي، ويعرف نمو ما بعد الصدمة بأنه: خبرة ذاتية بحدوث تغير نفسي إيجابي يقدره الفرد كنتيجة للصراع مع الصدمة، وذلك على عينة مكونة من ستين ناجية، تراوح المدى العمري للعينة من ٣٢ إلى ٥٩ عامًا، بمتوسط "٤٧,٢ عامًا"، وانحراف معياري "٦,٦ عامًا"، ٦٩% منهم في مستوى اقتصادي اجتماعي متوسط، وتراوح مستوى التعليم بين ٩ سنوات و ١٦ سنة، ٨٠% منهن متزوجات، تم تشخيصهن بسرطان الثدي من المراحل الأولى والثانية والثالثة، تراوحت المدة منذ التشخيص بين سنة وخمس سنوات، استخدمت الدراسة الأدوات التالية من إعداد الباحثة: قائمة نمو ما بعد الصدمة، ومقياس المواجهة الدينية الروحانية. توصلت النتائج باستخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط إلى إسهام المواجهة الدينية الروحانية في التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من سرطان الثدي، وتحقق فرض الدراسة، وتم تفسير ذلك في ضوء نموذج كالهون وتيديسكي لتفسير نمو ما بعد الصدمة، وفي ضوء العوامل الثقافية الخاصة بظاهرة نمو ما بعد الصدمة.

الكلمات المفتاحية:

نمو ما بعد الصدمة، المواجهة الدينية الروحانية، الناجيات من سرطان الثدي، المواجهة الدينية، السرطان.

Spiritual Religious Coping as a Predictor of Posttraumatic Growth among Breast cancer survivors

Prof/ Soheir Fahim El-Ghabashy
Professor Clinical of Psychology,
Faculty of Arts, Cairo Univestity

D/ Marwa Mohammad Ahmed
Clinical Psychologist

(Abstract)

The aim of this research is to discover the ability of religious spiritual coping to predict posttraumatic growth among a sample of breast cancer survivors. The sample age ranged from 32 to 59 years, with a mean of "47.2 years" and a standard deviation of "6.6 years, 69% of the sample were in a medium socioeconomic level, and the number of educational years ranged from 9 to 16 years, 80% of them were married, they were diagnosed with breast cancer From the first, second and third stages, the time since diagnosis ranged from one to five years. The following tools prepared by the researcher: The posttraumatic growth list and the spiritual religious coping scale. The results, using simple linear regression analysis, showed that religious spiritual coping is predicting posttraumaic growth among breast cancer survivors, and achieving the hypothesis of the study, the result was interpreted in the light of Calhoun and Tedeschi's explanatory model of posttraumatic growth, and the cultural factors of the phenomenon of posttraumatic growth.

Keywords:

Posttraumatic Growth, Religious Spiritual Coping, Religious Coping, Breast Cancer Survivals, Breast Cancer.

مقدمة:

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن مدى قدرة المواجهة الدينية الروحانية^(١) على التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة^(٢) لدى عينة من الناجيات^(٣) من سرطان الثدي^(٤)، وذلك بالاعتماد على النموذج التفسيري لنمو ما بعد الصدمة لكالهنون Callhoun وتيديسكي Tedeschi.

يُعد السرطان مرضًا مزمنًا يحدث نتيجة لحدوث خلل في عملية تجدد الخلايا؛ إذ تنمو خلايا جديدة غير سليمة ولا تموت هذه الخلايا، ولكن تنقسم وتتراكم لتكون كتلة من النسيج يُعدُّ ورمًا (Hammer, Fanning & Crowe, 2008). وفقًا لأحدث الإحصاءات؛ هناك ١٩.٣ مليون حالة إصابة جديدة بالسرطان (Sung, Ferlay, Siegel, Laversanne, Soerjomataram, Jemal & et al., 2021). عالميًا، يُعد سرطان الثدي أكثر أنواع السرطانات انتشارًا لدى النساء، ففي عام ٢٠١٢ سُجِّلَ مليون وسبعمئة ألف حالة جديدة بسرطان الثدي، وهو يُعد الثاني بين أنواع السرطانات من حيث الانتشار بمعدل ١٢% من حالات الإصابة الجديدة بالسرطان، و ٢٥% من نسب الإصابة بالسرطان لدى النساء، وهو -أيضًا- الخامس بين الأسباب المؤدية للوفاة (Ferlay, Soerjomataram, Dikshit, Eser, Mathers, Rebelo, et al., 2015; National institutes of health, 2012).

في المسح الشامل التابع لمنظمة الصحة العالمية الذي تم خلال عام ٢٠١٨ داخل دول مختلفة من كل قارات العالم عن معدلات الإصابة والتعافي والوفاة، حول أنواع السرطانات المختلفة، كان سرطان الثدي هو الثاني -بعد سرطان الرئة- من حيث نسب الانتشار في حالات الإصابة الجديدة في عام ٢٠١٨ بواقع ١١,٦% من مجموع الإصابات الجديدة بالسرطان (World Health Organization, 2019)، وفي تحديث

(١) religious spiritual coping

(٢) posttraumatic growth

(٣) survivals

(٤) breast cancer

لهذا المسح قامت به الهيئة الدولية لأبحاث السرطان^(٥) تجاوز سرطان الثدي الأنتوي سرطان الرئة باعتباره أكثر أنواع السرطان شيوعاً، بنحو يُقدر بـ ٢.٣ مليون حالة جديدة (١١.٧٪)، يليه سرطان الرئة (١١.٤٪) (Sung, Ferlay, Siegel, Laversanne, Soerjomataram, Jemal & et al., 2021)

وفي مصر وفقاً لمسح منظمة الصحة العالمية، كان سرطان الثدي هو الثاني بعد سرطان الكبد في معدلات الانتشار بين الحالات الجديدة، بنسبة ١٧.٩% من مجموع الحالات الجديدة المصابة بالسرطان خلال عام ٢٠١٨، وهو الأول في الانتشار بين حالات الإصابة الجديدة من النساء بواقع ٣٥.١% للعام نفسه. أما بالنسبة لمعدل انتشاره داخل جمهور النساء المصابات بالسرطان، كان ٥٢.٤%، وعلى الرغم من نسب الانتشار العالية، فإن نسب الوفيات الناتجة عنه تصل إلى ٢١.٣% فقط (World Health Organization, 2019).

ومع تطور طرق العلاج وأساليب الكشف المبكر، قلّت معدلات الوفيات بين المريضات وزادت معدلات فرص النجاة من المرض؛ ومن ثمّ زاد عدد الناجيات من سرطان الثدي الباقيات على قيد الحياة، والنجاة من المرض طبيّاً تعني البقاء خالياً من المرض لمدة خمس سنوات على الأقل بعد تلقي العلاج، في حين يُعرّف المعهد القومي للسرطان مصطلح الناجي من السرطان على أنه يشمل الأفراد من وقت تشخيص السرطان حتى تحقيق التوازن في حياتهم (عبد الحميد، ٢٠١٦:٣٠؛ Moore, 2020; Ganz&Goodwin, 2015, P. 2; İnan & Üstün, 2014).

ومن ثمّ فمصطلح النجاة من المرض يُقبّل على أنه عملية تبدأ منذ تشخيص المريض، وتُعرف في ضوء ثلاث مراحل؛ حيث وصف مولان Mullan مراحل النجاة الثلاث من السرطان على النحو التالي؛ المرحلة الأولى: هي المرحلة الحادة، وتتضمن تقديم العلاج العنيف؛ عندها تواجه المريضة ضغوطاً وجدانية غامرة، والخوف من الموت المحتمل. المرحلة الثانية: تبدأ بانتهاء العلاج الأساسي، ويُعد الخوف من تكرار الورم هو ما

^(٥) international agency for research on cancer

يسيطر على أفكار المريضة. المرحلة الثالثة: تُوصَف بمرحلة النجاة الدائمة، وهي ضاغطة بصورة أقل، حيث ينخفض الخوف من تكرار الورم (Parikh, Ieso, Garvey, Thachil, Ramamoorthi, Penniment, & et al., 2015).

تتجه عناية الدراسة الحالية بالناجيات من سرطان الثدي في مرحلة ما بعد إنهاء العلاج الأساسي، واللائي شُخِّصن بسرطان الثدي في المراحل الأولى والثانية والثالثة، ويُعد نظام الورم والكتل الموضعية والأورام الثانوية^(٦) هو الطريقة الأكثر شيوعاً لتحديد المرحلة المرضية عند التشخيص، ويُعد مدى أو مرحلة السرطان وقت التشخيص عاملاً أساسياً في تحديد مآل الحالة، كما يُعد عنصراً محورياً في تحديد خطة العلاج الملائمة (Compton, Byrd, Garcia-Aguilar, Kurtzman, Olawaiye & Washington, 2012, P.3; World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2006).

وتتجه عناية الدراسة الحالية بالناجيات من سرطان الثدي في مرحلة ما بعد إنهاء العلاج الأساسي، واللائي تم تشخيصهن بسرطان الثدي في المراحل الأولى والثانية والثالثة، ويعتبر نظام الورم والكتل الموضعية والأورام الثانوية^(٧) هو الطريقة الأكثر شيوعاً لتحديد المرحلة المرضية عند التشخيص، ويُعد مدى أو مرحلة السرطان وقت التشخيص عاملاً أساسياً في تحديد مآل الحالة، كما يُعد عنصراً محورياً في تحديد خطة العلاج الملائمة (Compton, Byrd, Garcia-Aguilar, Kurtzman, Olawaiye & Washington, 2012, P.3; World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2006).

مدخل إلى مشكلة الدراسة

يُشير الحدث الصدمي إلى الخبرات الضاغطة التي تهدد الرفاه البدنية^(٨) والنفسية للأفراد، كما أنها تؤدي إلى تعقيد قيام الفرد بوظائفه وقدرته على التوافق، وغالباً ما

^(٦) the tumor node metastasis (TNM) system

^(٧) the tumor node metastasis (TNM) system

^(٨) physical wellbeing

تصاحب هذه الخبرات مشاعر العجز والضعف والغضب والقلق والخوف (İnan& Üstün, 2014). ويُنظر إلى الإصابة بالسرطان على أنها أحد مثيرات المشقة؛ وذلك لأسباب عديدة، تتمثل في: أنه غالبًا ما يكون التشخيص مفاجئًا وغير متوقع، ويُشكل العلاج تهديدًا لحياة الفرد، وأن الخبرة نفسها يمكن أن تُحفِّز استجابات وجدانية شديدة بالخوف واليأس، بالإضافة إلى ذلك ممكن للتشخيص "الإصابة بالسرطان" أن يُهدد افتراضات الفرد عن التحكم، والشعور بالحصانة، والأمان، والقدرة على التنبؤ (Cordova, 2008, P.185-186).

كما يُعد سرطان الثدي أزمة حياتية تُحدث مشقة شديدة خلال فترات التشخيص والعلاج، وما بعد العلاج، ويهدد السلامة النفسية والبدنية للنساء، ويُعد خبرة صدمية تؤثر على كل جوانب الحياة؛ وذلك من خلال إحداث اضطراب في التناغم الحادث في الحياة (İnan&Üstün, 2014; Simon&Robb, 2007, P.578) بالإضافة إلى ذلك، يُوصف السرطان على أنه مرض مُميت ومؤلّم ومُخيف، وفي الوقت نفسه يُسبب الوفاة، وسيطرة فكرة حتمية نهاية الفرد. ويُؤدي إدراك حقيقة الموت إلى التساؤل حول حياة الفرد الشخصية، مُصاحب بإدراك أن الروتين والعادات والقيم الشخصية قد فقدت أهميتها، ومن ثمَّ يتم تشكيل معنى جديد لحياة الفرد (İnan& Üstün, 2014).

ويرى آخرون أن التشخيص بالسرطان، يحتمل أن يكون حدثًا ضاغطًا، ويؤدي إلى مدى واسع من ردود الأفعال النفسية، إذ يضطر المريض للتعامل مع عدد من الخبرات السلبية التي تتضمن العلاج الدوائي وآثاره الجانبية، مثل: الإعياء، والألم، وفقدان الشعر، والتغيرات المؤقتة والمستمرة في المظهر البدني، والتغير في خطط الحياة المستقبلية، والتهديدات بالعودة المستقبلية للمرض (Manne,Ostrofe,Winkel,Goldstein, Fox,& Grana,2004).

ويميز العديد من العلماء بين الإصابة بالسرطان بصفته حدثاً صادماً والأحداث ذات الشدة الحادة^(٩)، في عدد من الجوانب، ويوضح جدول (١) نقاط الاختلاف .
جدول (١) الفروق بين السرطان كمثير مشقة والصدمات الحادة

| م | محك المقارنة | السرطان | الصدمات الحادة |
|---|----------------------|--|---|
| ١ | طبيعية مثيرات المشقة | ذو طبيعة مركبة لا يسهل في ضوئها تحديد مُثير المشقة أو مُثيرات المشقة | يسهل تحديد مُثير المشقة في حالة الصدمة الحادة |
| ٢ | مصدر مُثير المشقة | ذو مصادر داخلية وجينية في السرطان | مثيرات المشقة خارجية على الأغلب |
| ٣ | البُعد الزمني | ذو طبيعة مستقبلية ويؤثر على الرؤية المستقبلية للذات | ذو طبيعة استرجاعية |
| ٤ | المخطط الزمني | مُثير مشقة مستمر ومنطور، ولا يستطيع المصاب بالسرطان تحديد نقطة البداية والنهاية للحدث الصادم | بداية ونهاية واضحة |
| ٥ | التحكم المدرك | يكون هناك شعور كبير بالتحكم مرتبط بالعلاج والمتابعة العيادية وخطوات الوقاية | حكم مدرك محدود لطبيعة ومترتبات الخبرة الصادمة |

(Sumalla, Ochoa & Blanco, 2009).

يتطلب سرطان الثدي إجراءات طبية وجراحية ضاغطة جداً، كما أن احتمالية فقدان الثدي تزيد القلق حول المرض، وهذا الموقف يجعل إجراءات العلاج صادمة أكثر بالنسبة للنساء؛ ولذلك ممكن الإشارة إلى أن سرطان الثدي يُدرك على أنه مُهدد للهوية الأنثوية وللأمومة، ولصورة الجسم، والجنس، والثقة بالنفس، وتقدير الذات، وللحالة النفسية، والعلاقات مع البيئة (Baglama&Atak, 2015) .

⁽⁹⁾ acute adverse events

وعلى الرغم من اعتبار السرطان مثيراً للضغط الشديد والتشتيت والكرب، فإنه يُحتمل في حالات أخرى أن يقود الأفراد لإعادة اختبار أولوياتهم، وعلاقاتهم، وأنفسهم، وأن يعيشوا الشعور بحدوث نمو ما بعد الصدمة والتغير الإيجابي، حيث يُعد التشخيص بالسرطان تحدياً وجودياً من الممكن أن يُنتج نمو ما بعد الصدمة (Zsigmond, Vargay,Józsa&Bányai 2019). وفي المراجعة البحثية^(١٠) حول اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى المريضات بسرطان الثدي، توصل دارشيت باريك Darshit Parikh وزملاؤه إلى أن نمو ما بعد الصدمة يُعد أكثر شيوعاً من اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المتعافيات من سرطان الثدي (Parikh,Ieso,Garvey, Thachil,Ramamoorthi,Penniment,& et al., 2015).

يُنظر إلى السرطان على أنه من مثيرات المشقة القوية التي تؤدي إلى تحطيم المتعقدات الأساسية للمريض، وهو يُسبب مستويات مرتفعة من التجنب والأفكار الاقتحامية، ويثير استراتيجيات مواجهة مختلفة (Koutrouli, Anagnostopoulos & Potamianos, 2012). ولقد وجد كوردوفا Cordova وزملاؤه أن هذه الخاصية في السرطان تُعد عاملاً له دلالة في الارتباط بنمو ما بعد الصدمة، أكبر من العوامل المرتبطة بالمرض والعلاج، وهو ما يتفق مع فكرة أن أحداث الحياة الصادمة لها طبيعة مُزلزلة تُؤدِّد مستويات أكبر من الكرب الذي يتطلب معالجة معرفية أعمق وإعادة بناء للمعتقدات الأساسية (Cordova,et al., 2001; through Kolokotroni, Anagnostopoulos&Tsikkinis, 2014).

فلقد أظهرت نتائج الدراسات على عينات مختلفة من مرضى السرطان، ظهور نمو ما بعد الصدمة لديهم، فعلى سبيل المثال تُظهر الناجيات من سرطان الثدي من ٥٠% إلى ٩٠% فوائد مدركة من الخبرة (Cordova, 2008, p.188; Thornton, 2002; Shaefer& Moos, 1998, P. 103). كذلك أوضحت الدراسات المقارنة بين الناجيات من السرطان والناجيات من أمراض أخرى أو الأصحاء، أن الناجيات من سرطان الثدي

⁽¹⁰⁾ review study

يكشف عن نمو ما بعد الصدمة بدرجات أعلى من المجموعات المقارنة، وفي عدد أكبر من مجالات النمو (Sumalla,Ochoa&Blanco, 2009) اختلفت الدراسات في تحديد المدة بين المرض وظهور نمو ما بعد الصدمة، إذ يفترض بعض الباحثين ظهور النمو خلال مدة تتراوح من أسبوعين لأربعة أشهر بعد الصدمة، أو بعد سنوات من الحدث الصادم (Fioretti,Faggi&Caligiani, 2021).

وفي مراجعة بحثية حديثة أجراها مجموعة من الباحثين باستخدام التحليل البعدي^(١١) للمقارنة بين نسب انتشار نمو ما بعد الصدمة لدى ثلاثة جماهير مختلفة، هم: المصابون في حوادث، والمصابون بأمراض، والعاملون بوظائف محددة، مثل: (رجال الإطفاء، المحاربون القدامى، العاملون في وحدات الرعاية المركزة)، سواء كانوا من المعرضين مباشرة للصدمة أم من مقدمي الرعاية لهم. وتوصلت نتائج المقارنة بين المجموعات إلى انتشار نمو ما بعد الصدمة لدى العاملين بوظائف محددة، يليها المصابون بمرض خطير أو مهدد مثل السرطان، بعدها المصابون في حوادث، وكانت نسب انتشار نمو ما بعد الصدمة عبر المجموعات بين ١٠% و ٧٧,٣% (Wu,Kaminga,Dai,Deng, Wang,Pan&Liu, 2019).

وفي دراسة أرشيفية^(١٢) أجراها كو Kou وزملاؤه هدفت إلى سد الثغرات في المنشورات البحثية الموجودة حول نمو ما بعد الصدمة باستخدام تحليل أرشيفي تفسيري متعمق للدراسات التي تمت حول نمو ما بعد الصدمة خلال الفترة من ١٩٩٠ إلى ٢٠٢٠، خلصَ البحث إلى ٢٥٩٦ دراسة أُجريت التحليلات عليها. وتُوصِّلَ إلى عدة نتائج تؤكد ارتباط البحث في موضوع نمو ما بعد الصدمة بالبحث في الإصابة بالأورام السرطانية، حيث كانت مجلة علم نفس الأورام الأولى من بين المئة مجلة علمية الأكثر نشرًا في موضوع نمو ما بعد الصدمة، كما في محاولة استخلاص مجموعة الكلمات^(١٣) التي

(11) meta analysis

(12) bibliometric research

(13) clusters

يتزامن ظهورها مع نمو ما بعد الصدمة، وكان سرطان الثدي في الترتيب الثالث بين العشر كلمات الأكثر ظهوراً مع نمو ما بعد الصدمة (Kou,Wang,Li,Ren,Sun, Lei,liao,&Wang, 2021).

يعتبر "نمو ما بعد الصدمة" و"إيجاد الفوائد" من المصطلحات الأكثر دراسة عند الإشارة إلى تغيرات الحياة الإيجابية بعد خبرة الإصابة بالسرطان. وبالرغم من أن الباحثين يستخدمون المصطلحين بشكل مترادف إلا أن لكل منهما تعريف مختلف عن الآخر، حيث يُشير "نمو ما بعد الصدمة" إلى تحول الشخص بعد مرور فترة على الصدمة، لتحقيق تقدير أفضل للحياة، وتحسن في العلاقات مع الآخرين، وزيادة في القوة الشخصية، وتغير وارتقاء روحاني، والحصول على فرص جديدة في الحياة بعد الخبرات السلبية. وفي المقابل يركز "إيجاد الفوائد" على إيجاد الفوائد من الشدة، وهو ما يمكن أن يؤدي في حد ذاته إلى علاقات أفضل، وقوى وجدانية أفضل، أو في الرغبة بأن يحيا الفرد الحياة بصورة كلية (Casellas-Grau,Vives,Font,&Ochoa, 2016).

يُعد "نمو ما بعد الصدمة" و"إيجاد الفوائد"، من المصطلحات الأكثر دراسة عند الإشارة إلى تغيرات الحياة الإيجابية بعد خبرة الإصابة بالسرطان، وعلى الرغم من أن الباحثين يستخدمون المصطلحين بشكل مترادف، فإن لكل منهما تعريفاً مختلفاً عن الآخر، حيث يُشير "نمو ما بعد الصدمة" إلى تحول الشخص بعد مرور فترة على الصدمة، لتحقيق تقدير أفضل للحياة، وتحسن في العلاقات مع الآخرين، وزيادة في القوة الشخصية، وتغير وارتقاء روحاني، والحصول على فرص جديدة في الحياة بعد الخبرات السلبية. وفي المقابل يركز "إيجاد الفوائد" على إيجاد الفوائد من الشدة، وهو ما يمكن أن يؤدي في حد ذاته إلى علاقات أفضل، وقوى وجدانية أفضل، أو في الرغبة بأن يحيا الفرد الحياة بصورة كلية (Casellas-Grau,Vives,Font,&Ochoa, 2016).

وفي بحث كفي حديث هدف إلى استكشاف ومقارنة روايات مرضى السرطان حول نمو ما بعد الصدمة في مرحلتين مختلفتين؛ مرحلة المرض النشطة^(١٤) (عندما يكون المرضى تحت ظروف التعرض للعلاجات المختلفة من أجل مواجهة وتحجيم الورم) ومرحلة المرض المستقرة^(١٥) (مرحلة المتابعة الصحية المنتظمة، والعودة التدريجية لممارسة الحياة اليومية بعيداً عن عالم المستشفى) وتوصلت النتائج إلى أن روايات المرضى في مجموعة مرحلة المرض المستقرة، أكثر قرباً من نمو ما بعد الصدمة، كما يُعرّف في التراث البحثي، في حين كانت روايات المرضى في المجموعة الأخرى حول نمو ما بعد الصدمة، أقرب إلى محاولة تضمين المرض داخل مسار حياتهم، للتعلم من المعركة مع السرطان (Fioretti,Faggi&Caligiani, 2021).

وهناك بعض المعالم التي تميز خبرة السرطان التي قد تُيسر من حدوث

النمو من ذلك:

المَعْلَم الأول: هو البُعد المستقبلي للخطر، فالمرض يُنظر إليه -من قبل المرضى- على أنه يؤدي إلى تقصير المدى العمري لحياتهم؛ وهو ما يؤدي إلى إثارة أسئلة حول الهدف من العمر المتبقي مهما كان طوله؛ وهذا التساؤل يؤدي إلى تغيير في الأولويات والقيم، وإلى تقدير مختلف لجوانب الحياة اليومي (Cordova, 2008, p.188).

المَعْلَم الثاني: هو أن العلاج يؤدي إلى تغيير الحياة بصفة عامة، ومن ثم يواجه المرضى بتشكّل جوانب حياة طبيعية جديدة، ويحاولون اتخاذ قرارات حول أي من جوانب حياتهم يريدون استكمالها، وأيها يريدون التوقف عنه وأيها يُريدون تغييرها أو أن يرتبوا هذه الجوانب بطريقة مختلفة من حيث الأهمية، وهو ما يؤدي إلى شعور متزايد بالسيطرة والتقدير، ومعنى الحياة (Cordova, 2008, p.188).

⁽¹⁴⁾ active phase of disease

⁽¹⁵⁾ remission phase of disease

المعلم الثالث: هو أن مريض السرطان يكون في حاجة إلى رعاية بدنية ومساعدة عملية ومساندة وجدانية من العائلة والأصدقاء أكثر من المعتاد، ومن ثم فخبرات العلاقات بين الشخصية الإيجابية والسلبية، تدفع المصاب بالسرطان إلى إعادة تقييم علاقاتهم بالآخرين، ومن الممكن أن تُقوي من تقديرهم لبعض العلاقات، وتُحسن من رضاهم عنها (Cordova, 2008, p.188).

المعلم الرابع: هو أن السرطان يدفع الأفراد لمواجهة أقدارهم، وعند وضع الموت نُصب أعينهم، يتم التفكير في انعكاسات معنى الحياة، والغرض من العالم، والإيمان بالله والحس الروحاني، وتظهر هذه الاعتبارات الوجودية في صورة تقدير متزايد للحياة وحس أقوى وأوضح من الروحانية (Cordova, 2008, p.188). وعليه يُنظر إلى التشخيص بالسرطان على أنه يؤدي إلى إثارة أسئلة ذات طبيعة روحانية، واهتمامات وجودية ودينية؛ وذلك لأن هذا التشخيص يُغير حياة المريض إلى الأبد، ويثير أسئلة عميقة حول المعنى والهدف، ويحفز جوانب مرتبطة بالأمل والإنجاز خلال رحلة العلاج، كما أن الحاجة إلى اتخاذ قرارات عديدة وغير أكيدة (مبهمة) تُثير الجوانب ذات الطبيعة الروحانية لدى مرضى السرطان عنه لدى غيرهم من أصحاب الأمراض المزمنة (Puchalski, 2012).

كما تمت دراسة ما اصطلح عليه بـ "صنع المعنى" وأهميته في التوافق مع خبرة السرطان، وعلى الرغم من تعارض نتائج الدراسات الإمبريقية حول دور صنع المعنى في التوافق النفسي مع السرطان، أشار بعض المُنظرين إلى أن صنع المعنى من الممكن أن يؤدي إلى توافق نفسي ويقلل من الضغوط فقط عندما يتم إيجاد المعنى، حيث إنه بمجرد ما يتم تكوين معنى من الخبرة تنتهي الحاجة لصنع معنى وتنتهي الضغوط. ولكن قد يُصبح صنع المعنى أمراً غير تكيفي عندما يكون حاداً جداً، ويتم تحقيقه خلال فترة طويلة من الزمن دون أي نتائج. ويُعد البحث عن معنى جديد هو أساس نمو ما بعد الصدمة لدى معظم المرضى، فيمكن لصنع المعنى أن يكون أكثر تحقيقاً للتكيف، وأن يكون بناءً أكثر إذا أسهم في حل ترابط الاجترارات غير البناءة التي قد تكون على سبيل المثال حول

المخاوف من معاودة الورم أو أي تهديدات أخرى (أعراض كرب ما بعد الصدمة المعرفية) (Ochoa,Sánchez,Sumalla&Casellas-Grau, 2019).

وهو ما يتشابه مع التصور النظري الذي قدمه كالهون وتيدسكي لتفسير حدوث نمو ما بعد الصدمة، والذي يتضمن تفصيل لكيفية حدوث النمو والعوامل المرتبطة به، حيث يظهر الاجترار على (مرحلتين) : الأولى يكون فيها الاجترار اقتحامي وتلقائي، ولا يمكن استخلاص معنى للحدث منه، وفي ظل وجود موارد شخصية واجتماعية يتحول الاجترار بصورة أكثر قصدية ونظامية، ويمكنه استخلاص معنى من الحدث، ومن ثمَّ يظهر نمو ما بعد الصدمة (Calhoun,Cann,Tedeschi, 2010, p.7).

وفرقت كريستال بارك Crystal Park في مراجعتها للتراث حول صنع المعنى في المواقف الضاغطة، ما بين مكونين لعملية صنع المعنى، هما: (أ) عملية صنع المعنى بصفها عملية تتضمن جهود المواجهة لفهم مثير المشقة (المعنى المدرك)، وتضمن ذلك في النسق العام لمعتقدات الشخص. (ب) نتائج هذه العملية -صنع المعنى- التي تعد النتائج النهائية للبحث عن معنى، وتعد من أكثر النتائج أهمية لهذه المعاني، وهي: (١) إدراك حدوث نمو ما بعد الصدمة. (٢) شعور بوجود معنى أعمق حول الحياة. (٣) تقليل عدم الاتساق في المعتقدات حول العالم (Park, 2010).

بالإضافة إلى أهمية صنع المعنى في ظهور النمو، فهو أيضًا يُعد مكونًا أساسيًا في التدين، إذ تعد عملية البحث عن معنى عملية قديمة قدم الإنسانية، ورغم اختلاف نظرة الإنسان الحديث للعالم في عدة جوانب، فإنه ما زال الكثير من الأناس يفترضون أن العالم مرتب وواضح، وتتشترك كل الديانات في العالم في هذه الافتراضية، فعلى الرغم من اختلاف الرؤى لدى الأديان المختلفة، فإن لديهم جميعًا افتراض بأن العالم له معنى، ويشجعون أعضاءهم لإيجاد هذا المعنى والعيش على ضوئه، كما أن المعتقدات الروحانية يمكن أن تدعم الناس، وذلك عن طريق إمدادهم بالشعور بالتحكم من خلال الفهم، وتزويدهم بطرق لمواجهة وتفسير الأحداث والخبرات. وفي دراسة سُئل خلالها ألفا

فردٍ عن سبب تدينهم؟ كانت الإجابة الأكثر شيوعًا هي: أن الدين يُعطي معنى للحياة (Pargament, 1997, P.47-48; Saad& Medeiros, 2012. P. 132).

وجد باحثون آخرون أن الالتزام الديني ارتبط بإدراك أكبر لوجود هدف من الحياة، والاعتقاد بأن العالم عادل، فيؤكد جريتز Geertz أن إعطاء المعنى هو الوظيفة الأساسية للدين، (Geertz, 1966; through: Pargament, 1997, P.49) فالأحداث غير المُفسرة تُمثل التحدي الأكبر للأفراد من الثقافات المختلفة، إذ يمكن للأفراد أن يتعاملوا مع ظروف عديدة مُعاشه، ولكن لا يمكنهم التعامل مع الظروف التي لا يمكن تفسيرها، وتؤكد الديانات المتنوعة أن المشكلات المُحيرة، والمُتضمنة مُعاناة، وغير العادلة لا تعد غامضة تمامًا، فهي غالبًا ما تحمل معنى ما (Pargament, 1997, P.49).

ويرى بعض الباحثين أن الفهم الشامل للصدمة يجب أن يتضمن الجوانب الدينية والروحانية، لأن البشر كائنات مركبة بإمكانات جسمية ونفسية واجتماعية وروحية متداخلة (Harper&Pargament, 2015, P.352). وعلى الرغم من أن الدراسات الإمبريقية أظهرت أن الدين والروحانية عادة ما يمدان الأفراد بمصادر مهمة لتيسير المتانة النفسية^(١٦) في وجه الصدمات الكبرى التي من ضمنها المرض، أشارت الدراسات الإمبريقية -أيضًا- إلى أن الصدمة يُمكنها أن تُهز وتُحطم الجوانب الروحانية للأفراد (Bockrath, Pargament, & Ostwald, 2014, P.337).

غالبًا ما يُنظر إلى مصطلح الروحانية على أنه أوسع من التدين، ونظرًا لأهمية هذا الجانب في سياق الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، فإنه من المهم -عندما تُعرّف هذه الأمور للمرضى ذوي المرجعيات الدينية المختلفة- أن نستخدم لغة طبيعية يمكن لأي شخص أن يتمثلها، فلفظة "روحاني" تعني أي شيء يقصده المريض، وهو ما يمكن أن يكون مختلفًا عما يقصده مقدم الخدمة الصحية من اللفظة نفسها؛ ولذلك فعلى مقدم الخدمة الصحية أن يتعلم كيف يفهم المريض المصطلح، ومن ثم يحدد الاحتياجات

⁽¹⁶⁾ Resilience

الروحية للمريض من هذا المنظور (Saad&Medeiros, 2012. P.126; Koeing & Al Shohaib, 2014, P.325-326).

وفي دراسة مرجعية^(١٧) حديثة هدفت إلى فحص التراث البحثي حول دور الدين والروحانية في رعاية مرضى السرطان، وذلك خلال الفترة من ١٩٩٩ إلى ٢٠١٩، تُوصَل إلى ٤١ مراجعةً بحثيةً تتشغل بالتدين والروحانية والمتغيرات ذات الصلة لدى مجموعات من مرضى السرطان، وخلص البحث إلى أن هناك تنوعًا كبيرًا في التعامل مع المصطلحين على أنهما مستقلان عن بعضهما، أم أنهما مستقلان ولكن متداخلان، أم أن الدين يُعد جزءًا من الروحانية، أم أنهما متبادلان؛ وعلى ذلك، كان هناك تنوعٌ في الأساليب المنهجية التي تم من خلالها بحث الموضوعات، كذلك لوحظ اشتغال أدوات القياس على بنود تتعلق بالمساندة الاجتماعية والوجدانية. وتوصلت التحليلات إلى أن المواجهة الدينية والسلوك الديني يزدادان في الفترة ما قبل إجراء العملية، كما وجد تأثيرًا لكلٍ من الفترة التي يستغرقها العلاج والمُشعبة بشعور الكرب المتزايد، والعوامل الديموجرافية على دور الدين والروحانية في الرعاية الصحية لمرضى السرطان (Palmer Kelly,Paredes,Tsilimigras,Hyer&Pawlik, 2020).

وفي واحد من الأبحاث التي تمت على مشاركين من المسلمين حول التبريرات التي تقف خلف دمج الروحانية في خدمات المرضى، بصرف النظر عمّا إذا كانت طبيعة المرض جسمية أو نفسية، جاءت النتائج لتكشف عما يأتي:

- ١- الكثير من المرضى متدينون: معظم المرضى المسلمين متدينون، وغالبًا ما يرغبوا في أخذ معتقداتهم في الاعتبار عند وضع خطة الرعاية الصحية.
- ٢- يستخدم الدين في عملية التكيف: فعند الإصابة بالمرض أو التعرض للطمات القدر يلجأ معظم المسلمين إلى الدين من أجل التكيف مع الحدث.

⁽¹⁷⁾ Umbrella review

- ٣- يؤثر الدين على قرارات المرضى: أحياناً ما تؤثر المعتقدات الدينية على الخطة العلاجية الطبية، وأحياناً ما تتعارض هذه المعتقدات مع رؤى الفريق العلاجي.
- ٤- كذلك يمكن أن يؤثر الدين على قرارات الطبيب المعالج: فأحياناً ما تؤثر المعتقدات الدينية لدى الطبيب على نوع الرعاية الطبية التي يرغب في تقديمها للمريض.
- ٥- يمكن أن يؤثر الدين على الصحة: ترتبط المعتقدات والممارسات الإسلامية بمدى واسع من النتائج الصحية النفسية، والاجتماعية، والسلوكية، والجسمية، فإذا فشلنا في تحديد الجوانب الروحانية في الممارسات العلاجية، فإننا بذلك نتجاهل عامل رئيسي يؤثر على صحة المريض.
- ٦- يؤثر الدين على الدعم: تؤثر المعتقدات الدينية على مقدار ونوع الدعم الذي يتلقاه المسلمون من أفراد العائلة والمجتمع الأكبر.
- ٧- تحقيق معايير الرعاية الصحية: ففي الولايات المتحدة الأمريكية يتطلب اعتماد منظمات الخدمة الصحية أن يتم احترام وتقدير المعتقدات الثقافية والروحانية للمريض (Koenig,&Al Shohaib, 2014. P. 326-328).
- هناك دليل يُشير إلى أن التدين يساعد على التكيف مع الأحداث الضاغطة الشديدة أو الصادمة. فعلى سبيل المثال؛ يمكن للمعتقدات الدينية أن تساعد في إعادة تقييم المواقف الضاغطة على أنها: تهديد بسيط أو تحدي، أو أنها تساعد على استخلاص معنى منهم، وأن هذه الخبرات الضاغطة أو الصادمة تؤدي إلى تعميق الحس التديني (García, Páez,Reyes-Reyes&Álvarez, 2017)، بالإضافة إلى ذلك تُحفز المواجهة الدينية الروحانية أفضل ما في سلوك الفرد، وتدعم المواجهة المتمركزة على المشكلة، كما أن لها تأثير إيجابي على التوافق مع الحياة والصحة الوجدانية عن طريق تقليل مستوى الأعراض النفسية الذي يرتبط بتحسين نتائج الرعاية الصحية (Saad& Medeiros, 2012. P. 132).

تعليق ختامي:

بعد مراجعة التراث العلمي حول موضوع سرطان الثدي والمتغيرات والعوامل التي تشكل خبرة الناجيات وتمكنهن من تخطي الموقف والوصول للنمو، أمكن التوصل إلى عدد من النقاط:

- ١- أن سرطان الثدي يعد مشكلة حقيقية تواجه نسب كبيرة من السيدات حول العالم، وهو يعد حدثاً صادماً يؤدي إلى هدم المعتقدات الأساسية حول العالم.
- ٢- أن نمو ما بعد الصدمة هو أحد النتائج المتوقعة الوصول إليها نتيجة للصراع مع خبرة المرض.
- ٣- أن هناك ظواهر نفسية أخرى يمكن استنتاج مدى أهميتها في تشكيل نمو ما بعد الصدمة خلال رحلة المرض، منها المواجهة الدينية الروحانية.

مشكلة الدراسة

تتمحور مشكلة الدراسة في تساؤل رئيس هو: هل تسهم درجة المواجهة الدينية الروحانية في التنبؤ بدرجة نمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من مريضات سرطان الثدي؟

مبررات إجراء الدراسة:

١- على الرغم من أن سرطان الثدي هو الثاني بعد سرطان الكبد في معدلات الانتشار بين الحالات الجديدة بنسبة ١٧.٩% من مجموع الحالات الجديدة المصابة بالسرطان خلال عام ٢٠١٨ داخل مصر وفقاً للمسح الذي قامت به منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 2019)، فإن الدراسات التي تناولت الموضوع لم تهتم بدراسة منظور التعامل الإيجابي مع المشكلة، وهو ما قد يساهم في تأسيس خدمات تساعد الناجيات على استخلاص

مناحي إيجابية من صميم التعامل مع المشكلة وتخطيها بدرجة أكبر من الرفاه النفسي.

٢- المساهمة في بناء قاعدة عربية من البيانات حول موضوع نمو ما بعد الصدمة لدى جماهير مختلفة من أجل خلق برامج علاجية متوافقة ثقافياً، يمكنها المساهمة في مساعدتهم على تخطي الأزمات بفعالية.

٣- توسيع نطاق البحث العربي على هذه العينة المستهدفة من عوامل خطر تهدد نوعية الحياة لديها، وذلك من خلال العناية المكثفة بموضوعات مختلفة من المواجهة النشطة مثل: المواجهة الدينية الروحانية، التي أظهرت دوراً فعالاً في مساعدة المصابين بالسرطان على تخطي الكرب وبناء النمو النفسي.

فيما يلي نشير إلى معالم الأهمية النظرية والتطبيقية المتوقعة للدراسة الحالية.

أولاً: الأهمية النظرية للدراسة

وهي تتمثل في عدة أوجه:

- أ- المساهمة في تأصيل مفهوم نمو ما بعد الصدمة في الثقافة العربية.
- ب- الوصول إلى شبكة المتغيرات التي تسهم في تشكيل نمو ما بعد الصدمة داخل المجتمع العربي، وهو ما يساهم في تكوين رؤية نظرية متوافقة مع الثقافة ومفسرة لها.
- ج- توسيع دائرة تناول متغير المواجهة بتناول موضوع المواجهة الدينية الروحانية لما لها من دور في حياة الأفراد في المجتمع العربي.
- د- إمكانية تقديم أدلة جديدة تسهم في تأييد الإطار النظري الذي انطلقت منه الدراسة الراهنة.

ثانياً: الأهمية التطبيقية للدراسة

وهي تتمثل في المعالم الآتية:

- أ- الوقوف على العوامل التي تسهم في تكوين خبرة الناجيات ما بعد الصدمة وتسهم في ظهور نمو ما بعد الصدمة، ومن ثم تصميم برامج علاجية تساعد الناجيات على تخطي الصدمة والوصول للنمو.
- ب- تطوير خدمات الدعم النفسي المقدمة للناجيات من سرطان الثدي في ضوء فهم العوامل التي تسهم في ظهور نمو ما بعد الصدمة.
- ج- تطوير الخدمة الطبية التي يتم تقديمها للناجيات، من خلال الوقوف على الجوانب النفسية المهمة التي يجب الانتباه إليها عند التعامل معهن.

مفاهيم الدراسة والأطر النظرية المفسرة

أولاً: أورام الثدي السرطانية

يتم تشخيص نوع الأورام السرطانية وفقاً للجزء الذي يبدأ منه، لذلك فأورام الثدي السرطانية تعني أن مكان بدء الورم السرطاني في الثدي. ومرض السرطان في شكله العام هو نوع من الأمراض المزمنة، يحدث عندما لا تنمو خلايا جديدة سليمة، ويحتاج إليها الجسم بشكل دوري، ولا تموت الخلايا المتضررة أو التالفة، بل تنقسم وتتراكم لتكون كتلة في النسيج، وقد تكون ورمًا حميداً^(١٨)، أو ورمًا سرطانياً^(١٩). وهذه الآلية هي الشكل غير الطبيعي لنمو خلايا جسم الإنسان، والشكل الطبيعي لها هو أن تنمو الخلايا وتنقسم لتنتج خلايا جديدة سليمة، وتحلل الخلايا التي تتعرض للتلف أو الضرر وتموت ولا تنقسم (من خلال: عبد الحميد، ٢٠١٦، ص ١٧. National institutes of health, 2012).

⁽¹⁸⁾ Benign tumors

⁽¹⁹⁾ Malignant tumors

ويتصف الورم الحميد بعدد من الخصائص هي: أنه لا يسبب ضررًا، ونادرًا ما ينتقل إلى أنسجة وأجزاء أخرى من الجسم، ويمكن إزالته بسهولة ولا ينمو مرةً أخرى. في حين يتصف الورم السرطاني بأنه يشكل تهديدًا للحياة، ويمتد للأنسجة والأعضاء القريبة كجدار الصدر، وقد ينتشر إلى أجزاء أخرى من الجسم، غالبًا ما يمكن إزالته، ولكن أحيانًا يعود للظهور مرةً أخرى (National institutes of health, 2012). وتتضمن أعراض سرطان الثدي ما يلي:

أ- ظهور كتل أو سماكة جديدة في الثدي أو الإبطن.

ب- تغيرات في حجم أو شكل أو طبيعة الثدي أو الحلمة.

ت- أي تجعد أو دمامل أو احمرار يظهر في بشرة الثدي.

ث- تغير موضع الحلمة.

ج- طفح أو إفرازات في الحلمة (من خلال: بيومي، ٢٠٠٩، ص. ٩٦، من خلال: محمود، ٢٠٠٩، من خلال: مصطفى، النجار، النجار، ٢٠٠٦، ص. ٥١، Simon & Robb, 2007).

هناك عدة أنواع من سرطان الثدي، ولكن هناك نوعان يُعدان الأكثر شيوعًا هما: السرطان القنوي^(٢٠) (سرطان قنوات الغدد الثديية)، وهو يصيب ٧ من كل ١٠ سيدات مصابات بسرطان الثدي، والسرطان الفصيصى^(٢١) (سرطان فصيص الثدي) الذي يصيب سيدة من كل ١٠ سيدات مصابات بسرطان الثدي (محمود، ٢٠٠٩؛ National institutes of health, 2012).

يعتمد الأطباء على تحديد مرحلة الورم السرطاني عند وضع التشخيص للحالة، فهناك أربعة مراحل للورم السرطاني بالثدي؛ المرحلة الأولى: وفيها يبدأ تكون ورم في منطقة محددة من الثدي، وهنا ينبغي قياس الورم إلى أقرب **١ سم** زيادة، المرحلة الثانية: يبدأ الورم السرطاني في الانتشار في حدود **٢ سم** دون حدوث إصابة في الخلايا الليمفاوية أو

⁽²⁰⁾ ductal carcinoma

⁽²¹⁾ lobular carcinoma

العصبية، المرحلة الثالثة: وفيها يكبر الورم ليصبح لحمية، ولكنه لا يصل للمناطق البعيدة، المرحلة الرابعة: يكبر الورم ليصل إلى الغشاء المبطن للثدي والجلد، وقد ينتقل إلى أجزاء الأخرى من الجسم. وتجدر الإشارة إلى أن كلاً من المرحلة الأولى والثانية تنقسمان إلى مرحلتين (A,B)، في حين تنقسم المرحلة الثالثة إلى (A,B,C) (عبد الحميد، ٢٠١٦، ص ١٨. Ozsaran& Alanyali, 2013, p.13-19; NCCN guidelines for patients, 2017, P. 12, Compton,Byrd,Garcia-Aguilar,Kurtzman, Olawaiye&Washington, 2012, P.426).

يستخدم أطباء الأورام طرقاً مختلفة لتحديد المرحلة المرضية؛ وإحدى هذه الطرق تعتمد على تجميع ثلاث معلومات أساسية تسمى المرحلة التشريحية^(٢٢) / أو مجموعات المآل^(٢٣)، وعادةً ما يشار إليها على أنها مجموعة الثلاث معلومات، وهي: معلومات حول الورم^(٢٤) (T)، والكتل الموضعية^(٢٥) (N)، والأورام الثانوية^(٢٦) (M)، وبناءً على استخدام هذه المعلومات، يمكن تحديد المرحلة الصفرية^(٢٧) والتي يوجد فيها ورم سرطاني في مكان محدد، دون وجود أورام ثانوية محتملة؛ وعليه فإن التشخيص الدقيق لطبيعة الورم والأنسجة والمرحلة، يساعد في تشكيل خطة العلاج التي تختلف في تكوين وترتيب العلاجات المقدمة (Compton,Byrd,Garcia-Aguilar,Kurtzman,Olawaiye &Washington, 2012, P.6, P.426).

وينقسم العلاج المُقدم لأورام الثدي السرطانية إلى خمسة أنواع رئيسية هي: العلاج بالجراحة، والعلاج الإشعاعي، والكيماوي، والهرموني، والعلاج الموجه. وتجدر الإشارة إلى أن خطة العلاج غالباً ما تتضمن أكثر من نوع علاجي، وقد تتطلب بعض الحالات استخدامهم جميعاً. وتختلف خطة العلاج المُقدمة لكل حالة من حيث أنواع العلاجات المستخدمة وتسلسلها وفقاً للاعتبارات الآتية:

(22) anatomic stage

(23) Prognostic groups

(24) Tumor

(25) Regional nodes

(26) Metastases

(27) 0 stage

- أ- مرحلة سرطان الثدي.
ب- إذا ما كان للورم مستقبلات هرمونية.
ت- إذا ما كان للورم مستقبلات*HER2 كثيرة.
ث- الصحة العامة للمريضة.

بالإضافة إلى: حجم الورم بالنسبة لحجم الثدي، إذا ما كانت المرأة في مرحلة انقطاع الطمث (سن اليأس) (عبد الحميد، ٢٠١٦، ١٨، بيومي، ٢٠٠٩، ص. ١٤٨-١٥٨، مصطفى، النجار، النجار، ٢٠٠٦، ص. ٥٢-٥٣، National institutes of health, 2012; Andersen&Simonelli, 2007).

ثانياً: نمو ما بعد الصدمة

يُعرف نمو ما بعد الصدمة بأنه القدرة على معايشة تغيرات إيجابية في الحياة، والارتقاء إلى ما يعلو على مستوى الأداء النفسي السابق، والوعي بالحياة نتيجة للصراع مع الحدث الصدمي ومعالجته (Wild&Paivio, 2003) كما يُعرف بأنه التغيرات الإيجابية التي يقررها الأشخاص بصورة تالية لمواجهة أحداث حياة صادمة أو ضاغطة أو المثيرة الناتجة عنها (Joseph, Linley&Harris, 2005; Tedeschi&Calhou- n, 2004). وفي تصور آخر يُعرف بأنه خبرة ذاتية بحدوث تغير نفسي إيجابي يقرره الفرد كنتيجة للصراع مع الصدمة (Zoellner& Maercker, 2006).

ولا يُعبر مفهوم نمو ما بعد الصدمة عن حدث مُفرد، ولكنه يُعبر عن متغير متعدد الأبعاد، فهو يتكون من خمسة أبعاد للنمو- تُوصَل إليها عن طريق التحليل العائلي في عدد من الأبحاث وهي: زيادة في جوانب القوة الشخصية^(٢٨)، وتكوين علاقات شخصية أكثر عدداً ودلالة، وإدراك فرص جديدة^(٢٩) في الحياة، وزيادة تقدير الحياة^(٣٠)، وحدث

(*) هو أحد مستقبلات عامل نمو البشرة لدى الإنسان (Andersen& Simonelli, 2007)

(28) Personal strength
(29) New possibilities
(30) Appreciation of life

تغيرات روحانية^(٣١) (Calhoun&Tedeschi, 2006;Morris,Finch,Rieck& Newbery, 2005;Ciali, 2006)

وظلت أبعاد نمو ما بعد الصدمة موضوعًا للبحث لفترات طويلة، إذ إن التحليل الكيفي الأولي للبيانات -في إحدى الدراسات- أنتج ثلاثة أبعاد فقط يُعاشها الأشخاص الذين يظهرون نمو ما بعد الصدمة، وهي: تغيرات في إدراك الذات، وتغير في خبرة العلاقات مع الآخرين، وتغير في الفلسفة العامة عن الحياة (Calhoun&Tedeschi, 2006)، بحيث يشتمل بعد التغير في إدراك الذات على عنصر "إدراك جوانب القوة الشخصية، وإدراك الفرص الجديدة في الحياة"، ويشتمل بعد التغير في فلسفة الحياة على عنصر "تغيرات روحانية، وزيادة تقدير الحياة"، ويبقى بعد التغير في العلاقات مع الآخرين كما هو (Calhoun&Tedeschi, 2006).

يمكن أن تؤثر التغيرات الإيجابية في الظروف الخارجية على ظهور النمو أو تحفزه، ولكنها في حد ذاتها لا تعد بديلاً للارتقاء الإيجابي، فالمساعدة المادية أو الاستجابات الأكثر رعاية وعاطفة من الآخرين تُعد إحدى هذه الفوائد، ولكن النمو يتضمن تغيرات داخلية -تحولاً داخل الفرد- أكثر من اشتماله على تغيرات في الظروف الخارجية. وعندما نتحدث عن النمو في العموم، فإننا غالباً ما نفكر في زيادة مادية في الحجم، ولكن عندما ننشغل بالحديث عن النمو خلال الفترة فيما بعد الصدمات فإننا في المقابل نهتم "بالزيادات" النفسية، والتمدد، والارتقاء الحادث في الفهم النفسي الاجتماعي لدى الناجي حول نفسه وعالمه (Janoff-bulman, 2006,p.82).

والجزء الأساسي لنمو ما بعد الصدمة هو المنظور البنائي، الذي يشير إلى أن الأفراد يخلقون رؤاهم الذاتية حول التصنيفات المعرفية الأساسية المستخدمة من أجل فهم الخبرة، وحول المعتقدات الأساسية عن النفس، ومستقبلهم، وعالمهم. وتقدم كل من نظرية البناء

(31) Spiritual change

الشخصي^(٣٢) لكيلي Kelly ١٩٥٥، ونظرية المخططات^(٣٣) لأيبستاين Epstein ١٩٩٠، ونماذج العالم الافتراضي^(٣٤) لجانوف بولمان Janoff-Bulman ١٩٩٢ طرقاً لفهم عملية النمو من هذا المنظور البنائي، وبالإضافة إلى ذلك أفاد مفهوم نمو ما بعد الصدمة من التراث الوجودي الواسع في الفلسفة وعلم النفس، والذي قدم منظور حول مشكلة المعاناة وفلسفات الحياة العامة التي توجه المعنى المستخلص من الأحداث والمبادرات التي يتم اتخاذها (Tedeschi,Shakespeare-Finch,Taku,&Calhou n, 2018, p.3).

لقد ظهر مفهوم نمو ما بعد الصدمة في التراث بمسميات عديدة استخدمت للتعبير عن نفس المضمون؛ منها: النمو المرتبط بالضغط^(٣٥)، والازدهار^(٣٦)، والفوائد المدركة، وتحول الصدمة^(٣٧)، والتفسير الإيجابي^(٣٨)، واكتشاف المعنى^(٣٩)، والتعايش بالتحول^(٤٠)، والنمو الشخصي^(٤١)، وإيجاد الفوائد^(٤٢)، والتغيرات النفسية الإيجابية^(٤٣)، أو النمو العكسي^(٤٤)، وعلى الرغم من التنوع الاصطلاحي لهذه المسميات، فهي تشترك كلها في الفكرة الأساسية، إذ إن القاسم المشترك لهذه التعريفات هو الاعتقاد بأن الشدة من الممكن أن تولد نمواً شخصياً (أحمد، ٢٠١٥، ص ٢٦).

تعد فكرة الطبيعة التحولية للتغير خاصية مهمة في نمو ما بعد الصدمة، فهو يتضمن تغيرات إيجابية في الحياة المعرفية والوجدانية والتي لها تطبيقات سلوكية؛ وهو ما قدمت

(32) Personal construct theory

(33) Schema theory

(34) Assumptive world models

(35) stress related growth

(36) thriving

(37) the transformation of trauma

(38) positive interpretation

(39) discovery of meaning

(40) transformational coping

(41) personal growth

(42) finding benefits

(43) positive psychological changes

(44) adversely growth

الدراسات دلائل على حدوثه في هذه المجالات الثلاث منذ عام ١٩٩٥. الأمر الذي ساهم في تفضيل استخدام مصطلح "النمو" على مصطلح "إيجاد الفوائد" للتعبير عن نمو ما بعد الصدمة، وفي الدراسات الأولى حول المفهوم في الثمانينيات والتسعينيات استخدم الباحثون ومنهم كالهون وتيديسكي مصطلح الفوائد المُدرّكة^(٤٥) لوصف النمو الذي يُقره الناجون من الصدمات، وإذ إن النمو الحادث قد لا يكون له قيمة نفعية، كما أن التغيرات الناتجة عن الصدمة قد تكون مفيدة ولكنها لا تمثل نموًا أو تحولًا، بالإضافة إلى أن الأشخاص الذين يقررون حدوث النمو يعبرون عنه على أنه ارتقاء إيجابي ذو طبيعة تحويلية، لذلك يفضل كالهون وتيديسكي استخدام مصطلح النمو (Tedeschi, 2018, p.5-6).Shakespeare-Finch, Taku, & Calhoun, 2018, p.5-6).

النظريات المُفسرة لنمو ما بعد الصدمة

النموذج التفسيري لنمو ما بعد الصدمة لكالهون Calhoun وتيديسكي Tedeschi

طور كلٌّ من كالهون وتيديسكي هذا النموذج، اعتمادًا على التراث البحثي للكرب التالي للصدمة الذي يُبرز أهمية عمليات التقييم^(٤٦)، كما أفادا من خبراتهما الإكلينيكية، ومن الأعمال التطبيقية الأخرى المتاحة (Joseph & Linley, 2006). ولقد مرَّ النموذج بعدد من التعديلات إلى أن وصل للشكل النهائي؛ حيث قدّم كالهون وتيديسكي النموذج في صورته الأولى عام ٢٠٠٤ وأطلقوا عليه النموذج الوظيفي الوصفي^(٤٧) وفي هذا النموذج عرضوا لكيفية ظهور النمو والعوامل المعرفية والشخصية والاجتماعية التي تؤدي في ظل وجود شعور مستمر بالكرب إلى ظهور النمو (بأبعاده الخمس) والحكمة.

ويظهر نمو ما بعد الصدمة في هذا النموذج على مرحلتين (الاجترار الآلي، والاجترار القصدي)، إذ إن الاجترار - ويشير إلى تنوعات عديدة من التفكير المتكرر "حول الحدث"

(45) perceived benefits

(46) appraisal processes

(47) functional-descriptive model

التي تتضمن إيجاد معنى^(٤٨)، وحل المشكلات، والتذكر^(٤٩)، والتوقع^(٥٠) - يتحول من الحدوث بصورة مفتحة إلى اجترار مقصود وواعٍ، حيث يتضمن النموذج في بدايته شخصية الفرد قبل الصدمة، ثم وقوع الحدث الصدمي، فالانشغال بتحديات الحياة (تشمل تاريخ الحياة، والتصورات والمعتقدات والأهداف، ومعالجة مشاعر الكرب) التي قد تخلق شعوراً مستمراً بالكرب يساعد على ظهور المجالات الخمس لنمو ما بعد الصدمة كخطوة أخيرة (Tedeschi&Calhoun, 2004).

ولقد أجريا تعديلاً على النموذج عام ٢٠٠٦ وأطلقوا عليه النموذج التفسيري لنمو ما بعد الصدمة^(٥١) تمثل في تغيير مرحلة المساندة الاجتماعية وأساليب المواجهة (بوصفها مرحلة ضرورية لظهور النمو)، لتصبح العوامل الثقافية الاجتماعية^(٥٢)، وتوضيح فكرة التأثير المتبادل (معبّر عن ذلك بأسهم ثنائية الاتجاه) بين هذه العوامل والمراحل الأخرى المقابلة في النموذج. ولقد قسما العوامل الثقافية الاجتماعية إلى نوعين العناصر الثقافية القريبة^(٥٣)، والعناصر الثقافية البعيدة^(٥٤)؛ تُعبر العناصر الثقافية القريبة عن المجتمعات الصغيرة والشبكات الاجتماعية من الأشخاص الذين يتفاعل معهم الفرد، في حين تعبر العناصر الثقافية البعيدة عن الأطر الثقافية العامة السائدة في المجتمعات الكبيرة أو المناطق الجغرافية الواسعة مثل الدول (Calhoun&Tedeschi, 2006, p.12).

وفي التعديل الأخير الذي أدخله على النموذج، اعتمد كالهون وتيديسكي على النتائج الحديثة التي تشكل فهم العمليات المتضمنة، ويبدأ بالفرد قبل الصدمة، وينتهي بالتغيرات الإيجابية التي يمكن أن تحدث نتيجة الصراع مع الأزمات، ويوضحان أنهما قد أشارا كثيراً إلى أن تحطيم المعتقدات الافتراضية للفرد وليس خصائص الحدث نفسها، هو ما يؤدي

(48) making sense

(49) reminiscence

(50) anticipation

(51) a comprehensive model of PTG

(52) sociocultural

(53) proximal

(54) distal

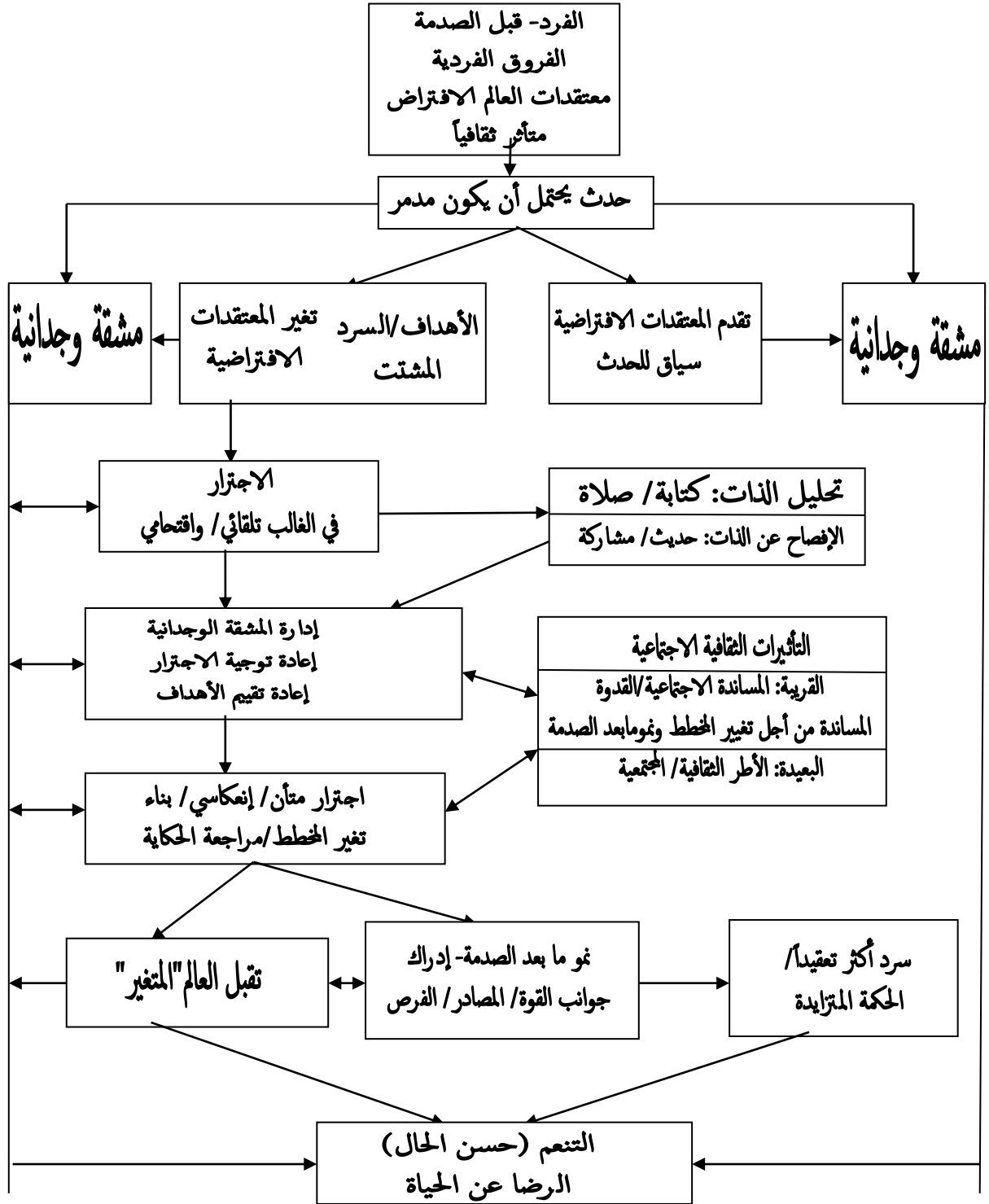
إلى ظهور نمو ما بعد الصدمة، ومن التعديلات الأخيرة للنموذج فكرة أن نفس الحدث من الممكن أن يمثل تحدياً للعالم الافتراضي لدى بعض الأفراد، ومن ثم يحدث تأثيراً صادمًا، في حين أن آخرين يمكنهم بسهولة دمج الحدث ضمن معتقداتهم الافتراضية (Calhoun, Cann&Tedeschi, 2010, p.5).

وفي إطار الصورة الأخيرة من النموذج، من المهم أن نضع في أذهاننا أن هناك تنوعاً كبيراً من التأثيرات الثقافية التي يمكن أن تؤدي دوراً جوهرياً في تشكيل المعتقدات الافتراضية التي تُحدد الطرق التي يدرك بها الحدث. ومن أجل توفير فهم أفضل لدور التحديات للمعتقدات الافتراضية، طوراً مقياساً محدداً (بطارية المعتقدات الأساسية^(٥٥)) يقيس بصورة مباشرة الدرجة التي يقوم الأفراد من خلالها باختبار معتقداتهم الافتراضية بعد مرورهم بمثير مشقة دال، ولقد خرجت ارتباطت النتائج المبدئية بصورة ضعيفة بالشعور بالكرب المدرك، ولكن كان الارتباط أكثر قوة بالنمو المدرك، كما أنه يُعد من المهم ملاحظة أن الكرب النفسي يستمر في الحدوث بعد التعرض لأحداث ضاغطة جداً، حتى عندما تكون الأحداث متسقة مع معتقدات الفرد الافتراضية، كما في حالة تقبل فكرة وفاة أحد الأشخاص المقربين بصفقتها طريقة تتكشف بها الحياة (Calhoun, Cann&Tedeschi, 2010, p.5-6).

وهناك جانب آخر للعملية التي يشتمل عليها النموذج المعدل، هو طبيعة العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة ومؤشرات الرفاه (حسن الحال) أو الرضا عن الحياة، فمن المهم الإشارة إلى أن الأفراد من المحتمل أن يعايشوا النمو والكرب بصورة متزامنة، على الرغم من ذلك يسهل نمو ما بعد الصدمة لدى بعض الأفراد ارتقاء حكمة جديدة، وهو ما يؤدي في النهاية إلى الرفاه، فيميل نمو ما بعد الصدمة إلى الارتباط بقوة بالشعور بالحكمة المنعكس في السرد الذي يُدرك تعقد العالم أكثر من ارتباطه بالمقاييس البسيطة للسعادة العامة أو الاكتئاب (Calhoun, Cann&Tedeschi, 2010, p.6-7).

وأضاف المخطط المعدل للنموذج أيضًا توضيحات حول التفاعل بين الاجترار ومستوى الكرب؛ فالاجترار الحادث بصورة مباشرة بعد الحدث -في صورة أفكار اقتحامية- يميل للارتباط إيجابيًا بكلّ من الكرب الوجداني، وتحطيم المعتقدات، وعندما يتحرك الاجترار نحو صور أكثر قصدية وأقل اقتحامية، وهو ما يمثل جهود خلق المعنى للحدث وإعادة بناء المعتقدات الافتراضية، يمكن لمستويات الكرب أن تحفز الشخص للعمل في اتجاه الفهم، الذي بدوره ربما يؤثر على الكرب المدرك (Calhoun, Cann, Tedeschi, 2010, p.7).

للاطلاع على الصورة المعدلة للنموذج التفسيري لنمو ما بعد الصدمة. انظر شكل (١) في ضوء ما سبق، تتجه الدراسة الحالية إلى تبني نموذج كالهون وتديسكي لتفسير عملية النمو الحادث لدى المتعافيات من سرطان الثدي، كونه نموذجًا يشتمل على تصور لشبكة العلاقات بين مختلف المتغيرات التي تشكّل نمو ما بعد الصدمة، ومن بينها المواجهة الدينية الروحانية.



شكل (١-٢) النموذج التفسيري لنمو ما بعد الصدمة (Calhoun, Cann & Tedeschi, 2010, p. 6).

ثالثاً: المواجهة الدينية الروحانية

شغل الاهتمام بالجوانب الروحانية علماء النفس الأوائل، وإن كان لهم وجهات نظر متعارضة حولها؛ فيرى علماء مثل ويليم جيمس William James ووير متشيل Weir Mithcell بأن الروحانية تُعد متداخلة مع الاهتمام بالصحة، ومع علم النفس، في حين أن الرموز الرئيسية في التحليل النفسي والسلوكية سكر Skinner وفرويد Freud يرفضون الدين على أنه وهم ينمو مع تطور البشرية (Bockrath,Pargament,& Ostwald, 2014, p.337;Kim-Prieto, 2014, P.2) كما تُعرف منظمة الصحة العالمية الصحة^(٥٦) بأنها حالة دينامية من الرفاه^(٥٧) الجسمي والنفسي والروحي المتكامل ولا تنحصر في غياب المرض أو العجز (Puckalski,2012).

قدّم بارجامنت Pargament تعريفا لكل من الدين^(٥٨) والروحانية^(٥٩)، حيث يُعرف الدين بأنه البحث عن مرجعية^(٦٠) الذي يحدث سياق المؤسسات الراسخة المُصممة من أجل تسهيل الروحانية. في حين يُعرف الروحانية بأنها البحث عما هو المُقدس^(٦١) (Harper,Pargament, 2015, p.350). وغالبًا ما يُشير "المُقدس" مباشرةً إلى الله أو القوة العليا، ويمكن أن يُنظر إلى أي جانب في الحياة على أنه مُقدس إذا ما أدرك على أن لديه خصائص شبه إلهية؛ مثل: سمو، واللا محدودية، والمعنى المطلق، والكمال (Harper,Pargament, 2015, p.351).

(56) wellness

(57) wellbeing

(58) religion

(59) spirituality

(60) significance

(61) scared

في حين يرى هيل Hill وزملاؤه أن الدين يتضمن وسائل وطرق منظمة للبحث عن المقدسات، بحيث إن هذه الطرق تم التحقق منها وتدعيمها عن طريق المجتمع، وكأن الدين يتكون من عنصرين (١) البحث عن المُقدس. (٢) الوسائل المُصدق عليها من المجموعة والمتضمنة في عملية البحث. وعلى الجانب الآخر تتضمن الروحانية العنصر الأول فقط (Hill, Pargament, Hood, McCullough, Swyers, Larson & Zinnbauer, 2000). ومن ثَمَّ تُعد الروحانية مكوناً مهماً للدين الذي غالباً ما يحدث في سياق الدين. وإذا ما كان هذا هو الوضع، فيمكن افتراض أنه لا يمكننا الإشارة إلى الدين دون عنصر الروحانية؛ وعليه فيجب أن يتكون الدين من: (١) لب روحاني^(٦٢). (٢) مساهمة في الأنشطة الدينية (Ivtzan, Chan, Gardner & Prashar, 2013).

بالإضافة إلى ذلك يمكن فهم الروحانية على أنها جوهر الشخص المتمثل في البحث عن المعنى والهدف من الحياة، في حين يمكن تعريف الدين على أنه تعبير جزئي عن الروحانية، يتم ممارسته من خلال عادات مقدسة تم تناقلها عبر الوراثة المجتمعية، مصحوبة بتعاليم وعقائد (Mesquita, Chaves, Avelino, Nogueira, Panzini & Carvalho, 2013). كما جمع سايمون دين Simon Dein في الورقة التي قدمها عام ٢٠٠٩ في اللقاء السنوي للجامعة الملكية للطب النفسي عدداً من النقاط المميزة بين المفهومين التي تُعرض في الجدول الآتي:

جدول (١-٢) الفروق بين مُصطلحي الدين والروحانية (Dein, 2009)

| الروحانية | الدين |
|--|--|
| -فردية | -ركز على المجتمع |
| -أقل وضوحاً، إمكانية القياس أقل، وذاتية أكثر | -قابل للقياس، والملاحظة، وموضوعي رسمي، وتقليدي ^(٦٣) ، ومنظم |
| -أقل رسمية، وأقل تقليدية، وأقل نظامية | -منشغل بالسلوك ^(٦٤) ، والممارسات |

⁽⁶²⁾ spiritual core

⁽⁶³⁾ orthodox

| الروحانية | الدين |
|--|--|
| -تنشغل بالمشاعر، ومتجهه نحو الداخل أقل تسلطية، ومسئولية ^(٦٥) | الخارجية -تسلطي من حيث السلوك -مذهب يفصل بين الخير والشر |

وتراثيًا لم يُتعامل مع مُصطلحي الروحانية والتدين على أنهما مصطلحان مُنفصلان، حتى ظهور العلمانية في منتصف العشرينيات من القرن العشرين؛ وعليه أصبح لمُصطلح الروحانية دلالة مختلفة عن الدين. يوضح إيلينز Ellens أن الروحانية تعبر عن الخبرات الشخصية الداخلية التي تجعلنا نشعر باهتمام شديد لفهم معنى أحداث الحياة (Ellens,2008, Trough: Ivtzan,Chan,Gardner&Prashar, 2013)، ونظرًا لأن الروحانية ترتبط بالخبرات الشخصية حول التسامي^(٦٦) أصبح يُنظر إليها بمزيد من الإيجابية، في حين يُنظر إلى الدين على أنه الجانب الظاهر من العبادة والعقيدة المتربط بالإطار الرسمي، واللاهوت المحدد^(٦٧) والشعائر؛ مما يحدد هذه الخبرات (Ivtzan, Chan,Gardner&Prashar, 2013).

ويوضح هيل وزملاؤه أن كلاً من الدين والروحانية يعدان ظاهرة مركبة ذات طبيعة متعددة الأبعاد، وأن أي تعريف أحادي النظرة يعكس قصورًا في الرؤية أو الاهتمام بهما (Hill,Pargament,Hood,McCullough,Swyers,Larson&Zinnbauer, 2000). وعليه فإن النظر إلى المفهومين باعتبار أنهما على بعدين مختلفين فردي - مؤسسي، أو جيد- سيئ لا يسطح مثل هذه المفاهيم المركبة فقط، ولكنه يُربك تعريفها وقياسها، ولا يساعد على فهم طبيعة حدوث الخبرة في حياة الأشخاص، ولا يؤدي إلى تراكم المعرفة حول المفاهيم (Hill,Pargament,Hood,McCullough,Swyers, Larson&Zinnbauer, 2000).

⁽⁶⁴⁾ behaviour orientated

⁽⁶⁵⁾ accountability

⁽⁶⁶⁾ transcendent

⁽⁶⁷⁾ prescribed Theology

تم إعطاء اهتمام كبير خلال العقد الأخير للروحانية ودورها بصفقتها استراتيجية مواجهة يستخدمها مرضى السرطان، حيث اتضح أن الروحانية والدين يُظهرا أهمية في مواجهة المرض، من خلال القيام بدور وقائي من الأمراض النفسية؛ وذلك نتيجة لتأثيرهما المهم على الكيفية التي يتعامل بها الشخص مع المرض (Mesquita,Chaves, Avelino,Nogueira,Panzini&Carvalho,2013,Pargament,1997,P. 459) وعليه تتبنى الدراسة الحالية التصور بأن الدين يتضمن البُعدين الروحاني والأدائي.

وتعرف المواجهة الدينية الروحانية في ضوء المحاولات أو الجهود لفهم المشكلات والتعامل معها من خلال الدين (Pargament,2003,p.44)، أشار بارجمنت إلى أن المواجهة الدينية هي الجهود لفهم مثيرات المشقة والتعامل معها بطرق مرتبطة بالمقدس، وأن المقدس لا يُشير فقط إلى الفكرة التقليدية عن الله، والإله أو القوى العليا، ولكن أيضاً إلى الجوانب الأخرى من الحياة المرتبطة بالإله، أو المُتشبعة بصفات شبيهة إلهية (Pargament,1997,through:Pargamnet,Feuille&Burdzy,2011) ويرى تيكس وفرانزير Tex& Fraser أن المواجهة الدينية هي استخدام الأساليب المعرفية والسلوكية، التي تنبثق من ديانة الفرد وروحانياته، لمواجهة أحداث الحياة الضاغطة (Tex&Fraser,1998;through:Thuné-Boyle,Stygall,Keshtager&Newman, 2006)

كما يمكن تعريف المواجهة الدينية الروحانية بأنها استخدام المعتقدات الدينية، والاتجاهات أو الممارسات من أجل تقليل الكرب النفسي الموجود الناتج عن أحداث الحياة الضاغطة مثل الخسارة أو التغيير، والذي يُعطي معنى للمعاناة ويجعلها محتملة أكثر. وتتضمن المواجهة الدينية جوانب مختلفة هي: الجوانب المعرفية: وهي الطريقة التي نستخدمها لخلق معنى للعالم من حولنا، وجوانب تجريبية لها علاقة بالتواصل والمتانة النفسية الداخلية، وجوانب سلوكية لها علاقة بالطرق التي تؤثر بها المعتقدات الروحية للفرد وحالته الروحية الداخلية على سلوكه واختياراته في الحياة (Saad&de Medeiros, 2012).

ولا يمكن فهم المواجهة الدينية الروحانية، دون فهم الوظائف التي يقوم بها الدين، فهناك خمس وظائف رئيسية يقوم بها الدين في حياة الأفراد هي:

١- إعطاء المعنى: حيث يقوم الدين في مواجهة المعاناة وخبرات الحياة المُحيرة بتوفير إطار للفهم والتفسير (Pargamenr, Koenig & Peres, 2000).

٢- التحكم: يوفر الدين العديد من السبل في مواجهة الأحداث التي تدفع الأفراد لتجاوز مواردهم الخاصة لتحقيق الشعور بالسيطرة والتحكم (Pargamenr, Koenig & Peres, 2000).

٣- الراحة/الروحانية^(٦٨): من المنظور الديني تُعد الروحانيات أو الرغبة في الاتصال بقوة أكبر من الفرد وظيفة أساسية للدين (Johnson, 1959; through: Pargamenr, Koenig & Peres, 2000) كما أنه لا يمكن فصل استراتيجيات المواجهة الدينية المتمركزة حوله الراحة من الأساليب التي لها وظيفة روحانية أصيلة.

٤- الحميمية/الروحانية^(٦٩): إن الحميمية مع الآخرين غالبًا ما تُشجع من خلال سبل روحانية، مثل تقديم الدعم الروحاني للآخرين، والمساندة الروحية من الرموز الدينية. ومن ثم فإنه من الصعب فصل السبل العديدة لتعزيز الحميمية عن طرق تعزيز التقرب للقوة العليا (Buber, 1970; through: Pargamenr, Koenig & Peres, 2000).

٥- تحول الحياة^(٧٠): يمكن للدين أيضًا أن يُساعد الناس على القيام بتحويلات حياتية كبرى، من خلال التخلي عن الأشياء القديمة ذات القيمة وإيجاد مصادر مرجعية جديدة (Pargament, 1997; through: Pargamenr, Koenig & Peres, 2000).

⁽⁶⁸⁾ comfort/Spirituality

⁽⁶⁹⁾ intimacy/Spirituality

⁽⁷⁰⁾ life Transformation

ويتم تعريف طرق المواجهة الدينية في ضوء كل وظيفة من هذه الوظائف الخمس، مثال: (خلق المعنى في المواقف الضاغطة، يمكن التفكير فيه بطرق دينية عدة؛ منها: إعادة تعريف مُثيرات المشقة على أنها فرصة للنمو الروحاني، أو تعريف الموقف على أنه عقاب من الله (Pargament, Koenig & Peres, 2000). وينقلنا ذلك لتعريف نوعي المواجهة الدينية الأساسيين، وهما المواجهة الدينية الإيجابية^(٧١) والمواجهة الدينية السلبية^(٧٢) (أحمد، علي، ٢٠١٤).

وتعكس المواجهة الإيجابية وجود علاقة آمنة مع القوة العُلَيَا، وشعور الارتباط الروحاني بالآخرين، ورؤية للعالم من منظور الخير. وتتضمن المواجهة الدينية الإيجابية: التسامح الديني، الاهتداء والتوجيه الديني، المساعدة الدينية، وطلب المساعدة من الرموز الدينية، ومواجهة دينية تكاملية، والتركيز الديني، والتسليم الديني النشط، وإعادة التفسير الديني الخيري^(٧٣)، والاتصال الروحاني، وإبراز الحدود الدينية، والاعتقاد في إله رحيم مساند (Saad, & de-Medeiros, 2012; Pargament, Feuille & Burdzy, 2011; Ano & Vasconcelles, 2005).

في حين تعكس المواجهة الدينية السلبية؛ التوتر الروحاني الضمني، والصراع مع النفس والآخرين والإله، وتتضمن المواجهة الدينية السلبية: الانفصال الروحاني، وإعادة التفسير الشيطانية، والتأجيل الديني السلبي، والانفصال بين الشخصي والديني، إعادة تقييم لقوة الله، التفسير في اتجاه عقاب الله (Saad & de-Medeiros, 2012; Pargament, Feuille, & Burdzy, 2011; Ano & Vasconcelles, 2005).

الدراسات السابقة:

في هذا الجزء تم عرض دراسات المراجعة البحثية للتراث أولاً، فالدراسات الإمبريقية ثانياً.

(71) positive religious coping

(72) negative religious coping

(73) benevolent religious reappraisal

أولاً: دراسات المراجعة البحثية

في مراجعة حديثة للتراث أجرتها زانيت ياستيش Cennet Yastibaş ويلماز كرمان Yilmaz Karaman هدفت إلى تحديد العوامل المؤثرة على نمو ما بعد الصدمة لدى المصابات بسرطان الثدي، وبعد مراجعة الدراسات المنشورة باللُّغة الإنجليزية والتركية منذ ١٩٩٠ إلى وقت إجراء البحث، حول مصطلحات؛ سرطان الثدي، نمو ما بعد الصدمة، والنمو المرتبط بالضغط، إيجاد الفوائد. وذلك بالاعتماد على خمس قواعد بيانات علمية، وتُوصَل إلى ١٢٤ دراسة، وباستخدام مزيد من شروط التضمن والاستبعاد، أُبقي على ٢٧ دراسة كمية تستهدف جمهور الناجيات من سرطان الثدي. قُسمت النتائج إلى مجموعات من المتغيرات وحُللت بصورة منفصلة، وفقاً لمدى تشابهها، إذ تم دراسة البيانات الاجتماعية الديموجرافية مثل العمر والحالة الاجتماعية ومستوى الدخل، والعوامل الإكلينيكية المرتبطة بسرطان الثدي، والعوامل المرتبطة بالسياق النفسي الاجتماعي، مثل: الصفات المرتبطة بالشخصية، والمعالجة المعرفية، والمواجهة، والمساندة الاجتماعية. وتوصلت نتائج التحليل إلى تأكيد النسخة الأولى لنموذج لكاهون وتيديسكي الوصفي الوظيفي.

توصلت النتائج إلى وجود علاقة بين العديد من متغيرات الخصال الشخصية، مثل: التفاؤل، والروحانية، والأمل وبين نمو ما بعد الصدمة، وإلى أن هناك عوامل أخرى عديدة تتوسط هذه العلاقة، وهي: المتغيرات الخاصة بالمواجهة الوظيفية أو المتمركزة على المشكلة مثل: إعادة الصياغة الإيجابية^(٧٤)، والتقبل، والمواجهة الدينية، والأفكار الاجترارية، فضلاً عن توسطها للعلاقة بين الخصال الشخصية ونمو ما بعد الصدمة. تساهم المتغيرات الخاصة بالمواجهة في التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة بصفته جزءاً من

⁽⁷⁴⁾ positive reframing

عملية المعالجة المعرفية. وأخيراً أظهرت النتائج أن للمساندة الاجتماعية دوراً مهماً في معاشة نمو ما بعد الصدمة (Yastibaş, Yilmaz&Karaman, 2021).

وفي مراجعة للتراث أجرتها أنا كاسيلاس جراو Anna Casellas-Grau وزملاؤها حول الأداء النفسي الإيجابي لدى الناجيات من سرطان الثدي، وعلاقته بالخصال الديموجرافية والطبية والنفسية. بافتراض أن بعض أنواع من الأداء السلبي يمكن له تأثير وسيط على الأداء الإيجابي فيما بعد، وذلك من خلال مراجعة قواعد البيانات العلمية باستخدام قائمة من الكلمات المرتبطة بعلم النفس الإيجابي وسرطان الثدي لتحديد الدراسات المرتبطة. وكانت محكات اختيار الدراسة هي أن تكون دراسة إمبريقية بالإنجليزية أو الإسبانية تركز على الأداء النفسي الإيجابي^(٧٥)، في حين تمثلت محكات طبيعة المشاركات بالدراسة، أن يكن مريضات أو ناجيات من سرطان الثدي، بحيث يكون ذلك واضحاً في العنوان أو ملخص البحث، ولم يكن هناك شروط خاصة بالعمر أو عدد المشاركين بالدراسة، أو مرحلة المرض، أو نوع العلاج.

وفقاً لمحكات التضمين والاستبعاد التي حُدِّت، اعتمدت الدراسة المذكورة على ١٣٤ دراسة، كان ٨٤% من تلك الدراسات يتبع المنهج الكمي، و ١١% يتبع المنهج الكيفي، و ٥% تستخدم مناهج مختلطة، كما كانت ٣٣% منها طولية، في حين ٦٦% استخدمت المنهج العرضي، وكان متوسط حجم العينة في الدراسات الكمية ٢٣٨,٣٥ مشارك بانحراف معياري ٣٤٨,٠٣، في حين كان متوسط حجم العينة في الدراسات الكيفية ١٠٦,٧ مشارك بانحراف معياري ٢٨,٠٨، أما متوسط حجم العينة في الدراسات ذات المنهج المختلط فكان ١٠٦,٧ بانحراف معياري ٤١,٧ مشارك.

وكانت هناك ثماني وثلاثون دراسةً اهتمت بدراسة نمو ما بعد الصدمة؛ ركزت بالأساس على علاقة استراتيجيات المواجهة بظهور نمو ما بعد الصدمة أو ظهور أحد

⁽⁷⁵⁾ positive psychological functioning

العوامل الخمس الفرعية للنمو، خرجت النتائج الخاصة بالخصائص النفسية الاجتماعية لتوضح أن هناك علاقة إيجابية بين النمو وكلٍ من المساندة الاجتماعية، والتدين، والروحانية، وأخيراً بالنسبة للخصال الشخصية؛ كانت هناك علاقة إيجابية بين النمو وكلًا من التفاؤل، وإعادة الصياغة المعرفية^(٧٦)، وإعادة التقييم الإيجابي^(٧٧)، والسعي لطلب المساندة، والروح القتالية (Casellas-Grau, Vives, Font, & Ochoa, 2016).

في مراجعة للتراث أجراها دارشيت باريك Darshit parikh وزملاؤه لتحديد الموضوعات المحورية حول اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ونمو ما بعد الصدمة، والكرب النفسي المرتبطين بسرطان الثدي. تم البحث في التراث عن المقالات حول سرطان الثدي وكلٍ من اضطراب كرب ما بعد الصدمة، والكرب النفسي، ونمو ما بعد الصدمة، كانت محكات اختيار الأبحاث كالاتي: أن يكون تاريخ نشرها خلال الفترة من ١٩٨٥-٢٠١٤ وتركز على سرطان الثدي، وتأثيرات المتغيرات السابق ذكرها بعد التشخيص والعلاج، كما أنه ضُمَّت المقالات المنشورة بالإنجليزية فقط، في حين استُبعدت المقالات التي كانت تدرس سرطان الثدي المرتبط بطفرات جينية.

أظهر المسح الأولي لقواعد البيانات ٧٦٨٣ دراسةً، وبعد مقارنتهم بمحكات التضمين استُخلصت ثمانين دراسةً، وبعد مراجعة الملخصات لهذه الأبحاث أُستُبعدت الدراسات التي تتناول سرطان الثدي ذو الأساس الجيني، والإبقاء على سبعة وأربعين دراسةً (١٦ منها كيفية، و٢٨ دراسة كمية). ولقد صنف الباحثون الدراسات في خمس فئات نوعية، هي: دراسات تناولت اضطراب كرب ما بعد الصدمة بين الناجيات من سرطان الثدي، ودراسات حول نمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات، ودراسات لكلٍ من النمو واضطراب الكرب معاً، ودراسات حول اضطراب الكرب والكرب النفسي وتحديات التشخيص لدى نفس الجمهور، وأخيراً فئة الدراسات حول المناحي العلاجية.

⁽⁷⁶⁾ cognitive reframing

⁽⁷⁷⁾ positive reappraisal

أظهر تحليل نتائج الدراسات؛ تضارب النتائج حول الكرب النفسي ما بين اعتباره حالة نفسية مزمنة قد تستمر لفترات طويلة، في حين ترى دراسات أخرى أن الكرب النفسي يكون مرتفعاً في الفترات الأولى، وأنه قد ينخفض مع مرور الزمن، كما أن النتائج حول معدلات انتشار اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة. أظهرت أن الاضطراب ينتشر بمعدلات قليلة بين الناجيات (من الربع للثلث)، بينما وصلت نسبة من يختبرن حدوث نمو ما بعد الصدمة إلى ٨٠%. كما اتضح أن النمو لدى الناجيات يرتبط بالسن الأصغر، وطول الفترة منذ التشخيص، وزيادة الضغوط المرتبطة بالسرطان، والمواجهة الإيجابية التكيفية، والمواجهة الدينية، ومشاركة الخبرات الشخصية حول سرطان الثدي، والسعي لطلب المساندة الاجتماعية (Parikh,Ieso,Garvey,Thachil, Ramamoorthi,Penniment,& et al., 2015).

في مراجعة للتراث أجرتها كولوكوتروني Kolokotroni وزملاؤها حول العوامل المرتبطة بنمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من سرطان الثدي، بهدف محاولة تحديد العوامل داخل الشخص وبين الأشخاص المرتبطة بنمو ما بعد الصدمة لدى مريضات سرطان الثدي، بالاعتماد على نظرية كالهون وتيديسكي، روجعت أربع قواعد بيانات أساسية هي: PsycInfo,Embase,Medline&Web of Knowledge للمدة بين ١٩٩٦ و ٢٠١٣، تُوصَل إلى ٩٠ دراسةً قريبة، ولكن تم الإبقاء على ٢٢ دراسةً (منهم ١٥ عرضية، ٧ دراسات طولية)، وذلك وفقاً للمحكات الآتية: أن تكون دراسة كمية تهدف لاختبار العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة وعدد من العوامل النفسية الاجتماعية، بحيث تقيس عاملاً أو أكثر، وأن تكون معتمدة على بطارية كالهون وتيديسكي في قياس نمو ما بعد الصدمة، وأن تكون الدراسة منشورة بالإنجليزية.

أظهرت النتائج ارتباط كل من التفاؤل بصفته سمةً من سمات الشخصية، والمعالجة المعرفية والوجدانية، واستراتيجيات المواجهة خاصة المواجهة الدينية إيجابياً بالنمو، كما أظهرت النتائج أن جوانب متعددة من المساندة الاجتماعية لديها ارتباط دال بنمو ما بعد الصدمة، وهو ما دعم النموذج الوظيفي التفسيري لكالهون وتيديسكي. فنمو ما بعد

الصدمة لا يتطور تلقائيًا ولا يرتبط بصورة مباشرة بخبرة الإصابة بسرطان الثدي، فهناك عوامل نفسية اجتماعية عديدة يبدو أنها تقوم بأدوار مُعقدة خلال حدوث عملية النمو (Kolokotroni, Anagnostopoulos & Tesikkinis, 2014).

ثانياً: الدراسات الإمبريقية

في دراسة هدفت إلى اختبار مدى استخدام المواجهة الدينية/الروحانية بين الأفراد المصابين بالسرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي. أُجريت الدراسة على عينة مكونة من ١٠١ مشاركاً من المصابين بالسرطان ٥١% منهم نساء، ٥٠% تتراوح أعمارهن بين ٤٣ - ٦٤ عاماً، ١٧% من مريضات سرطان الثدي، تراوحت المدة منذ التشخيص بين شهر وسنتين، ٥٤% منهم يتلقين علاجاً كيميائياً فقط و ٢٤% يتلقين علاجاً كيميائياً وجراحي، ٥٨% منهم ملتحقات بمجموعات مساندة مرضى السرطان. استُخدمَ المقياس المختصر للمواجهة الدينية الروحانية^(٧٨) وهو النسخة البرازيلية المُقننة من الأداة الخاصة بأمريكا الشمالية التي تحتوي على ١٠٥ بنود، حيث تضمنت النسخة البرازيلية على ٤٩ بنوداً؛ ٣٤ تعبر عن المواجهة الدينية/الروحانية الإيجابية، ١٥ بنوداً تعبر عن المواجهة الدينية السلبية. توصلت الدراسة إلى أن المواجهة الدينية/الروحانية تعد استراتيجية مهمة لمواجهة السرطان، كما أشارت النتائج أيضاً إلى أن النساء أظهرن مواجهة دينية إيجابية أكبر من الرجال، كما أوضحت النتائج أن الأفراد خلال فترة العلاج الكيميائي يعدون المواجهة الدينية/الروحانية مهمة لحياتهم (Mesquita, Chaves, Avelino, Nogueira, Panzini & Carvalho, 2013).

وفي دراسة يونانية هدفت إلى مراجعة التراث البحثي حول اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ونمو ما بعد الصدمة لدى مريضات سرطان الثدي، وذلك من خلال مراجعة الأبحاث على قاعدتي PsychInfo & Heal-Link، التي أُجريت خلال الفترة من ١٩٩٠ إلى ٢٠١٠، تُوصَلُ البحث المبدئي إلى ٦٦ دراسة ذات صلة، ولكن بعد مراجعتهم وفقاً

لمحكات الإضافة والاستبعاد؛ انخفض عدد الدراسات ٢٤ دراسةً. وتمثلت المحكات في: أن تكون الدراسة مستهدفة للمريضات والناجيات من سرطان الثدي فقط، وألا تكون دراسة لمراجعة التراث أو تقتصر على التلخيص، وأن تختبر وجود اضطراب كرب ما بعد الصدمة وفقاً لمحكات DSM-IV بحيث تتناول المرض وليس الأعراض، كما أنها يجب أن تدرس مصطلح نمو ما بعد الصدمة وليس أي مصطلح آخر مُعبّرًا عن الظاهرة، وبناءً على تلك المحكات، فُحصت ٢٤ دراسةً. بحيث تناولت ١٢ دراسةً اضطراب كرب ما بعد الصدمة، و ١١ دراسةً تناولت نمو ما بعد الصدمة، ودراسة تناولت العلاقة بين المفهومين.

خرجت النتائج لتوضح عدم وجود علاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة، لم تكن النتائج متسقة حول العوامل المرتبطة بأي منهما، بالنسبة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة ارتبطت العوامل الآتية به بصورة متسقة نسبياً، وهي: العمر الأصغر، التعليم الأقل، الثراء، التشخيص كمصابة بدرجة متقدمة من المرض، أو الاعتقاد بأن مرحلة المرض ذات تهديد أكبر، الخضوع لعلاجات أكثر قسوة، وتلقي مساندة اجتماعية أقل، أو أن يكون للمريضة تاريخ من الإصابة بأورام سابقة.

على الجانب الآخر كانت العوامل الآتية هي الأكثر ارتباطاً بنمو ما بعد الصدمة، وهي: العمر الأصغر، التعليم الأقل، أن تكون المريضة أكثر ثراءً، أن تكون مُنظمة لواحدة من مجموعات الأقليات، أن تتلقى علاجات أكثر عنفاً، أن تشعر بتهديد أكبر من المرض، أن يكون لديها علاقات داعمة، أن تستخدم استراتيجيات مواجهة نشطة، أو دينية أو إيجابية. وأخيراً توصلت الدراسة التي تناولت المفهومين معاً إلى نتيجتين، هما: أن المتغيرين غير مرتبطين، وأنهما يميلان للحدوث معاً لدى المرضى الذين يدركون مرضهم على أنه مثير مشقة صادم (Koutrouli, Anagnostopoulos & Potamianos, 2012).

في دراسة أجريت بهدف اختبار مدى استخدام السيدات التشيليات المصابات بسرطان الثدي للدين والروحانية من أجل مواجهة مرضهن، وكيف أن المرض غير في أدوار الدين

والروحانية في حياتهن، ورؤاهن حول إذا ما كان الإيمان الروحاني يساعدهن في التعافي من سرطان الثدي وكيف تحقق ذلك، وتمت الدراسة باستخدام أسلوب المقابلة المُقننة، على عينة من ٢٧ سيدة. تراوح المدى العمري للعينة من ٣٩ إلى ٩٢ سنة بمتوسط ٥٨,٣ سنة، ٥١% منهن متزوجات، ٤٩% تخرجن في المدرسة الثانوية، ١٧% حصلن على تعليم جامعي، ٥٥% غير عاملات. تم تحليل النتائج بواسطة طريقة المقارنة الثابتة كأحدى طرق التحليل الكيفي.

توصلت النتائج إلى أن النساء أقررن أن الدين والروحانية مثلت لديهن مصادر أولية، مكنتهن من استخدامها في مواجهة سرطان الثدي. ظهرت المواجهة الدينية والروحانية في الصلاة، وفي إدراكهن للاعتماد على الإله من أجل هدايتهن خلال مرضهن، وفي الحصول على مساندة اجتماعية من أعضاء آخرين في مجتمعهن الإيماني. كما أن نحو ٥٠% من العينة أقررن بأن السرطان حفز تأكيد أكبر على الدين والروحانية من خلال تعميق الإيمان بالإله. وأخيراً أقرت ٢٦ منهن بأن الإيمان الروحاني من الممكن أن يساعد مرضى السرطان على التعافي (Choumanova, Wanat, Barrett & Koopman, 2006).

فروض الدراسة

تسعى الدراسة للتحقق من فرض رئيسي، هو: تسهم درجة المواجهة الدينية الروحانية في التنبؤ بدرجة نمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من مريضات سرطان الثدي.

منهج الدراسة:

سوف تتبع الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي للكشف عن قدرة المواجهة الدينية الروحانية، في التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من مريضات سرطان الثدي.

العينة

اشتملت العينة على ستين سيدة* من الناجيات من سرطان الثدي، أُخْتِرْنَ وفقاً للمحكات التالية:

- اللائي شُخِّصْنَ بسرطان الثدي منذ مدة تتراوح من سنة إلى ٥ سنوات.
- اللائي حصلن على تعليم إعدادي (٩ سنوات تعليم حدّاً أدنى).
- أن يَكُنَّ قد أتممن بروتوكول العلاج الأساسي للمرض.
- لم يحدث لهن تكرار للورم.
- ألا يَكُنَّ قد شُخِّصْنَ بأي نوع آخر من السرطان.

تراوح المدى العمري للعينة بين ٣٢ و ٥٩ عاماً، عُثِرَ على العينة من خلال "قسم طب الأورام مستشفى القصر العيني"، و"جمعية عطاء السماء لرعاية مرضى السرطان والتنمية الشاملة"، ومبادرة "هنسعدهم رغم الألم".

في إطار محاولة حساب المستوى الاقتصادي الاجتماعي للعينة استُرشِدَ باثنيْن من المقاييس، هما: المقياس الذي وضعه الباحثان العراقيان؛ عمر، والحديثي في البحوث الصحية (Omar&Al-Hadithi, 2017)؛ الذي تمثل في الاعتماد على ستة متغيرات، هي: التعليم والوظيفة والدخل والثروة والخبرة والوضع الوظيفي، ومقياس سلم قياس الوضع الاقتصادي الاجتماعي المستخدم في البحوث الصحية بمصر، الذي وضعه الجيلاني، والوهادي، والوصيفي وهو يتكون من سبعة عناصر أساسية هي: التعليم (الزوج، والزوجة)، والوظيفة (الزوج والزوجة)، ممتلكات الأسرة، بيانات عائلية، الصحة العامة

* تجدر الإشارة إلى أن الحصول على العينة الأساسية استغرق قرابة العام، فبدأ منذ فبراير ٢٠٢٠ إلى يناير ٢٠٢١ نظراً لظروف جائحة كورونا؛ ما أدى إلى توقف العيادة الخارجية بوحدة الأورام بمستشفى قصر العيني عن استقبال السيدات خلال الذروة الأولى للجائحة، كما أنه نظراً للمعدل الضعيف جداً للحالات التي تحقق معايير الاختيار بالقصر العيني، تم التنسيق مع مجموعات دعم الناجيات المستقلة للحصول لحالات مكملة للعينة. على أنه تم استبعاد سبع حالات لعدم استيفائهن جميع محكات الاختيار.

للأسرة، الوضع الاقتصادي، والرعاية الصحية (El-Gilany, El-Wehady, & El-Wasify, 2012).

بالنظر إلى دليل تقدير المستوى الاجتماعي والاقتصادي للمهن في المجتمع الذي وضعه خليفة المصري (خليفة، ٢٠٠٦)، وفي محاولة لاستخلاص العناصر المشتركة والمبسطة لتحديد المستوى الاقتصادي الاجتماعي، استخدمت الباحثة المعادلة التالية: (تعليم السيدة + تعليم الزوج + مستوى الدخل + وجود دخل إضافي + نوع السكن) / ٥ (*)؛ بحيث حُسِبَ كل عنصر على النحو التالي:

١- حُسِبَ التعليم بدرجات من ١ إلى ٦، على أن (١) تعني غير متعلم، و(٢) تعني ابتدائي ٦ (سنوات تعليم)، و(٣) تعني إعدادي ٩ سنوات تعليم، و(٤) تعني ثانوي (١٢ سنة تعليم)، و(٥) تعني فوق متوسط (١٤ سنة تعليم)، و(٦) تعني جامعي (١٦ سنة تعليم).

٢- حُسِبَ مستوى الدخل بدرجات من ١ إلى ٤، على أن (١) تعني الدخل لا يكفي الاحتياجات الأساسية (تحت المتوسط)، و(٢) تعني الدخل يكفي بالكاد الاحتياجات الأساسية (متوسط)، و(٣) تعني الدخل يكفي ويفيض القليل (فوق متوسط)، و(٤) تعني الدخل يكفي ويفيض الكثير (مرتفع).

٣- حُسِبَ وجود دخل إضافي بالدرجات ١ و ٢، على أن (١) تعني لا يوجد دخل إضافي، و(٢) يوجد دخل إضافي.

٤- حُسِبَ نوع السكن بالدرجات ١ و ٢، على أن (١) تعني سكن بالإيجار، و(٢) تعني سكن تملك.

* بالنسبة للسيدات المطلقات، أو غير المتزوجات، تم حذف تعليم الزوج من المعادلة لتصبح (تعليم السيدة + مستوى الدخل + وجود دخل إضافي + نوع السكن) / ٤

مجلة بحوث ودراسات نفسية (مج ١٧، ٤٤ أكتوبر ٢٠٢١، ص ٦٥٠ ص ٧٢١)

وعليه يتراوح مدى الدرجات الناتج عن المعادلة من (١) مؤشراً على انخفاض المستوى الاقتصادي الاجتماعي، و (٤) مؤشراً على ارتفاع المستوى الاقتصادي الاجتماعي. ولقد كان متوسط المستوى الاقتصادي الاجتماعي للعينة (٢,٣)، بانحراف معياري (٥,٥)، وتراوح مدى المجموعة بين (١,٨-٢,٨). يوضح جدول (٣) مواصفات عينة الدراسة.

جدول (٣) مواصفات العينة

| النسب والإحصاءات | | محور التصنيف | تصنيف البيانات | |
|---|---------------------------------|--|------------------------------|--|
| مبادرة هنسدهم رغم الألم %٥٨ | جمعية عطاء السماء %٩ | مستشفى القصر العيني %٣٣ | مكان الحصول على العينة | |
| انحراف معياري (٦,٦ عاماً) | المتوسط (٤٧,٢ عاماً) | المدى العمري (٣٢-٥٩ عاماً) | العمر | |
| ١٦ سنة (جامعي) %١٧ | ١٤ سنة (فوق متوسط) %٧ | ١٢ سنة (ثانوي) %٥٥ | ٩ سنوات (إعدادي) %٢١ | التعليم |
| أرملة ٣% ليس لديهن أطفال ٥% | مطلقة ١٩% غير عاملات ٨٣% | متزوجة ٨٠% مسلمات ٩٥% | غير متزوجة ٢% مسلّمات ٩٥% | الحالة الاجتماعية الأطفال العمل الديانة |
| فوق المتوسط (<٢,٨) %١٣ | متوسط (١,٨-٢,٨) %٦٩ | تحت المتوسط (≥١,٨) %١٨ | | المستوى الاقتصادي الاجتماعي |
| الثالثة ١٦% الثديين ٣% | الثانية ٤٣% الثدي الأيسر ٥٤% | الأولى ٣٨% الثدي الأيمن ٤٣% | | المرحلة المرضية مكان الإصابة |
| استئصال كلي للثدي ٥٣% | لا يوجد تاريخ عائلي للمرض ٤٧% | استئصال جزئي للثدي ٤٧% يوجد تاريخ عائلي للمرض ٥٣% | | نوع الجراحة التاريخ العائلي |
| الانحراف المعياري ١,٢ سنة لا يتناولون علاج ١٠% | المتوسط ٢,٨ سنة | المدى الزمني (١-٥ سنوات) يتناولون العلاج الهرموني ٩٠% | | المدة منذ التشخيص العلاج الحالي |
| لم يتعرض لعلاج أساسي ٥% | الكيميائي والإشعاعي والموجه ٥% | علاج واحد فقط الكيميائي ٣% الإشعاعي ١٧% | الكيميائي والإشعاعي %٧٠ | العلاجات الأساسية |

أدوات الدراسة

اشتملت الدراسة الحالية على مقياسين أساسيين، هما:

- قائمة نمو ما بعد الصدمة (إعداد الباحثة).
- مقياس المواجهة الدينية الروحانية (إعداد الباحثة).

وقد مرت عملية إعداد أدوات الدراسة بعدة مراحل حتى وصلت إلى صورتها النهائية؛ هذه المراحل هي:

أولاً: الاطلاع على تراث الأدوات وصياغة التعليمات والبنود.

ثانياً: إخضاع المقياس الجديد للدراسة الاستطلاعية.

ثالثاً: فحص المحكمين للمقياس الجديد.

رابعاً: التحقق من الكفاءة القياسية للأدوات

وفيما يلي إيضاح للإجراءات التي تمت عبر كل مرحلة من هذه المراحل، على أن يعقب ذلك وصف للأدوات في صورتها النهائية.

أولاً: الاطلاع على التراث البحثي السابق للأدوات ذات الصلة بمفاهيم الدراسة الراهنة

تم الرجوع إلى عدد من المقاييس الموجودة بالتراث حول مفاهيم الدراسة، من أجل الاختيار من بينها ما يناسب الدراسة الراهنة، أو تصميم أدوات جديدة، الفقرة التالية توضح نتائج الحصر الذي تم في هذا الإطار، وذلك وفقاً لكل مفهوم على النحو التالي:

١- نمو ما بعد الصدمة: أسفرت عملية حصر الأدوات المتعلقة بهذا المفهوم عن

المقياسين الآتيين:

- بطارية نمو ما بعد الصدمة^{٧٩} إعداد كالهون Calhoun وتيديسكي

Tedesch ١٩٩٦، ترجمة: أحمد ٢٠١٥، وتتكون من ٢١ بنداً تعكس

⁽⁷⁹⁾ Posttraumatic Growth Inventory

خمس عوامل أساسية هي: تقدير أكبر للحياة، إحساس مختلف بالأولويات، إقامة علاقات أكثر حميمية وأكثر دفئاً مع الآخرين، شعور أكبر بالقوة الشخصية، إدراك احتمالات أو مسارات جديدة لحياة الفرد، ارتقاء روحاني (Tedeschi&Calhoun, 1996).

• مقياس النمو المرتبط بالمشقة^{٨٠}

وهو استبيان أعده بارك Parck وكوهين Cohen ومارش Murch عام ١٩٩٦ لقياس الطرق الإيجابية التي يعتقد الأشخاص أنهم تطوروا أو تغيروا إليها بعد معايشة حدث ضاغط أو صادم، وحيث إن مصطلح النمو المرتبط بالصدمة له جوانب متعددة الأبعاد؛ لذلك تضمن المقياس قياس التغير الإيجابي في العلاقات الشخصية، والمصادر الشخصية التي تشمل كلاً من: فلسفة الحياة، ومهارات المواجهة.

ويتكون المقياس من خمسين بنداً يُجاب عنها، وفقاً لمقياس ليكرت الثلاثي (Park, Cohen,& Murch, 1996).

وبعد مراجعة المقاييس المتاحة في التراث حول نمو ما بعد الصدمة، اتجه الرأي نحو تكوين مقياس جديد بدلاً من الاعتماد على أي منهما لسببين؛ أولهما: أنه على الرغم من اعتبار بطارية نمو ما بعد الصدمة أداة ذات مقبولية ومصداقية كبيرة، فهي تقتصر على واحد وعشرين بنداً تمثل أبعاداً خمسة للنمو، علماً بأنه لا يوجد تمثيل متعادل للأبعاد على بنود المقياس، السبب الثاني: أن مقياس النمو المرتبط بالضغط يقدم تصوراً نظرياً مختلفاً للمفهوم عما تتبناه الدراسة الحالية، وهو ما بدا منعكساً في صياغة بنود المقياس؛ ولذلك اتجه الرأي نحو تصميم مقياس جديد يغطي كل أبعاد النمو بصورة تلائم التصور النظري الذي تبنته الدراسة الراهنة، ويكون أكثر ملائمة للبيئة العربية. وفي هذا السياق، تجدر الإشارة إلى أنه استُشيدَ بالمقاييس السابق ذكرها في صياغة وتكوين الأداة الجديدة.

⁽⁸⁰⁾ Stress-related Growth Scale

١- المواجهة الدينية الروحانية

٢- مقياس المواجهة الدينية RCOPE

أعدّه بارجمانت Pargament، وكوينج Koenig، وبيريز Perez لقياس أساليب المواجهة الدينية، وله صورتان: صورة طويلة، وصورة مختصرة.

اعتمد الباحثون في تصميمهم للمقياس على الأساس النظري الخاص بوظائف الدين، ولذلك خرج المقياس يتكون من ٢١ مقياساً فرعياً مقسمة على خمسة أبعاد، هي الوظائف الأساسية للدين، وهي: البحث عن معنى الراحة/ والروحانية، والتحكم، الحميمة/ الروحانية، تحول الحياة، كل مقياس فرعي يتضمن خمسة بنود، كل بند يُجاب عنها وفقاً لمقياس ليكرت رباعي من ١-٤ (Pargament, Koenig, & Perez, 2000; Pargament, 2003).

٣- مقياس المواجهة^{٨١}

وهو بطارية متعددة الأبعاد أعدّها كارفر وشيبر وونتروب السابق الإشارة إليها، في معرض حصر أدوات مفهوم "طلب المساندة"، حيث تضمنت من بين أساليب المواجهة "التوجه نحو الدين" وهو مقياس فرعي اشتمل على أربعة بنود. وكان هذا المقياس من ضمن ما اعتمدنا عليه في إعدادنا لمقياس جديد للمواجهة الدينية الروحانية (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

٤- مقياس أساليب المواجهة الدينية^{٨٢}

أعد هذا المقياس أحمد محمد وماجدة خميس، وهو يركز على المنظور الإسلامي، ويتكون من ٦٨ بنداً يُجاب عنه وفقاً لمقياس ليكرت خماسي، وانقسم المقياس إلى خمسة أساليب رئيسية، كل أسلوب ينقسم إلى عدد من الأبعاد الفرعية (أحمد، علي، ٢٠١٤).

(81) Cope Scale

(82) Religious Coping Scale

وبالنظر في المقاييس المتاحة ومدى إمكانية الاعتماد عليها في الدراسة الراهنة، نجد أن مقياس RCOPE شديد التعقيد؛ فهو يتسم بنوع من الصعوبة في استخدامه والإجابة عنه، وهذا يتعارض مع مطلب تيسير تطبيق الأداة لا سيما مع المرضى أو ذوي خبرة المعاناة، أما المقياس المصري المتاح، فهو يقيس المواجهة الدينية من منظور إسلامي، وهو ما يبدو نوعاً من التحيز العقائدي الذي لا يتفق مع مطلب البعد عن التحيز بأنماطه كافة في المقاييس النفسية؛ ولذلك كانت الحاجة لتكوين مقياس أكثر قابلية للتطبيق الياسير ويعبر عن الأبعاد المختلفة للمفهوم، ولا يكون فيه شبهة التحيز الديني.

ثانياً: الدراسة الاستطلاعية لتصميم المقاييس

تم خلال هذه الخطوة مقابلة سبع ناجيات من سرطان الثدي، تراوح المدى العمري للعينة بين ٣٧ و ٦٨ عامًا، والمستوى التعليمي من الإعدادي إلى الجامعي، والفترة منذ اكتشاف المرض بين سنة وسنة وسبعة أشهر، ٥ منهن متزوجات، و ٢ أرامل، جميعهن غير عاملات، أُجريت مقابلة باستخدام استمارة أسئلة مفتوحة أداة أولية تساعد الباحثة على صياغة بنود جديدة للمقاييس المستهدفة تكوينها لمتغيرات الدراسة، وذلك من واقع الخبرات الشخصية والتقرير الذاتي المفتوح لهؤلاء الناجيات.

يوضح جدول (٤) عدد الأسئلة المتضمنة في الاستمارة المبدئية المفتوحة المخصصة لكل مقياس من المقاييس الدراسة، وأمام كل منها عدد البنود التي أمكن صياغتها في الصورة الأولى للمقاييس والتي تم التوصل إليها من خلال من مصدرين: الأول هو فحص محتوى المقاييس المتاحة بتراث الأدوات السابق الإشارة إليها، والمصدر الثاني هو نتائج إجابات العينة الاستطلاعية على الأسئلة المفتوحة.

جدول (٤) عدد بنود المقاييس في صورتها الأولى

| الاختبار | عدد الأسئلة بالاستمارة المفتوحة | عدد البنود في الصورة الأولى للمقياس |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| قائمة نمو ما بعد الصدمة | ٩ | ٣٩ |
| مقياس المواجهة الدينية الروحانية | ٨ | ٢٩ |

يتضح من الجدول السابق العدد النهائي للبنود للمقاييس في صورتها الأولى قبل عرضها على التحكيم، حيث تضمنت قائمة نمو ما بعد الصدمة على ٣٩ بنداً، ومقياس المواجهة الدينية الروحانية على ٢٩ بنداً.

ثالثاً: فحص المحكمين لمحتوى المقاييس في صورتها الأولى

تم عرض استمارة المقاييس في صورتها الأولى المكونة من: قائمة نمو ما بعد الصدمة ٣٩ بنداً، مقياس المواجهة الدينية الروحانية ٣١ بنداً، على خمسة محكمين^(*) من المتخصصين في المجال، مرفق بكل مقياس منها تعريف نظري للمفهوم المقاس وأبعاده، وتمثل المطلوب في تحديد مدى مناسبة صياغة البند، مدى ملائمة البند للبعد، يوضح جدول (٥) نسب الاتفاق بين المحكمين

(*) تفضل السادة الأساتذة الآتية أسماؤهم مشكورين بتحكيم أدوات الدراسة الراهنة: أ.د: عزة عبد الكريم، أ.د/ صفاء إسماعيل، د. نصره منصور، د. عماد محجوب، د. إيمان عبد الحليم.

جدول (٥) نسب اتفاق المُحكِّمين

| م | المقياس | الأبعاد | عدد البنود | عدد البنود التي حصلت على نسبة اتفاق ٨٠% فأكثر على ملاءمتها للمقياس | عدد البنود التي حصلت على ٨٠% فأكثر على ملاءمتها للإجراء المتبع |
|---|----------------------------------|--------------------|------------|--|--|
| ١ | قائمة نمو ما بعد الصدمة | تقدير الحياة | ٧ | ٧ | ٦ |
| | | فرص جديدة | ٧ | ٧ | ٧ |
| | | القوة الشخصية | ٧ | ٧ | ٧ |
| | | التغير الروحاني | ٨ | ٧ | ٧ |
| | | العلاقات الشخصية | ١٠ | ١٠ | ١٠ |
| ٢ | مقياس المواجهة الدينية الروحانية | إعطاء معنى | ٧ | ٧ | ٧ |
| | | التحكم | ٦ | ٦ | ٦ |
| | | الراحة/الروحانية | ٦ | ٤ | ٤ |
| | | الحميمية/الروحانية | ٥ | ٥ | ٥ |
| | | تحول الحياة | ٧ | ٦ | ٦ |
| ٣ | مقياس المواجهة الدينية الروحانية | تقدير الحياة | ٧ | ٧ | ٦ |
| | | فرص جديدة | ٧ | ٧ | ٧ |
| | | القوة الشخصية | ٧ | ٧ | ٧ |
| | | التغير الروحاني | ٨ | ٧ | ٧ |
| | | العلاقات الشخصية | ١٠ | ١٠ | ١٠ |
| ٤ | مقياس المواجهة الدينية الروحانية | إعطاء معنى | ٧ | ٧ | ٧ |
| | | التحكم | ٦ | ٦ | ٦ |
| | | الراحة/الروحانية | ٦ | ٤ | ٤ |
| | | الحميمية/الروحانية | ٥ | ٥ | ٥ |
| | | تحول الحياة | ٧ | ٦ | ٦ |
| ٥ | مقياس المواجهة الدينية الروحانية | إعطاء معنى | ٧ | ٧ | ٧ |
| | | التحكم | ٦ | ٦ | ٦ |
| | | الراحة/الروحانية | ٦ | ٤ | ٤ |
| | | الحميمية/الروحانية | ٥ | ٥ | ٥ |
| | | تحول الحياة | ٧ | ٦ | ٦ |

يتضح من الجدول السابق وجود نسب اتفاق كبيرة بين المحكمين حول البنود في المقاييس المختلفة، وعليه تم الإبقاء على بنود قائمة نمو ما بعد الصدمة، في حين تم حذف بندين من مقياس المواجهة الدينية الروحانية (بند من بعد الراحة الروحانية، وبند من تحول الحياة) لحصولهم على نسب اتفاق أقل من ٨٠%، وبذلك أصبح ٢٩ بنداً.

رابعاً: التحقق من الكفاءة القياسية للأدوات

وصف عينة التحقق من الكفاءة القياسية للأدوات:

تكونت العينة من ٣٠ ناجية^(*)، تراوحت المدة المنقضية منذ إجراء العملية الجراحية ما بين سنة و٦ سنوات. فيما يلي وصف لخصائص هذه العينة بجدول (٦).

جدول (٦) مواصفات عينة التحقق من الكفاءة القياسية للأدوات

| النسب والإحصاءات | | محور التصنيف | تصنيف البيانات |
|---|--------------------------------|-------------------------------|---|
| المؤسسة المصرية لمكافحة سرطان الثدي ٣% | مبادرة هنسدهم رغم الألم ٤٧% | مستشفى القصر العيني ٥٠% | مكان الحصول على العينة |
| انحراف معياري (٩,٢ عامًا) | المتوسط (٤٦,٣ عامًا) | المدى العمري (٢٧-٦٧ عامًا) | العمر |
| ١٤ سنة فوق متوسط ١٣% | ١٢ سنة ثانوي ٦٧% | ٩ سنوات إحصائي ١٠% | التعليم |
| أرامل ١٧% | مطلقات ١٠% | متزوجات ٧٠% | الحالة الاجتماعية |
| ليس لديهن أطفال ٧% | لديهن أطفال ٩٣% | غير متزوجات ٣% | الأطفال |
| غير عاملات ٧٧% | عاملات ٢٣% | | العمل |
| مسيحيات ٧% | مسلمات ٩٣% | | الديانة |
| فوق المتوسط (<٣,١) ٢٠% | متوسط (١,٨-٣,١) ٦٥% | تحت المتوسط (≥١,٧) ٢٥% | المستوى الاقتصادي والاجتماعي ^(*) |

(*) تجدر الإشارة إلى أنه تم التحصل على تلك العينة خلال الفترة من سبتمبر ٢٠١٩ إلى فبراير ٢٠٢٠، ونظرًا لهذه الصعوبة في التوصل للحالات المستهدفة كان العزم قد اتجه في البداية نحو الاكتفاء بعينة من ٢٠ ناجية، ولكن نظرًا إلى صعوبة استخلاص تحليلات معبرة في ضوء صغر حجم العينة، لجأت الباحثة للسعي نحو التحصل على ١٠ حالات أخرى من أجل الوصول لمؤشرات دقيقة عن الكفاءة السيكومترية للأدوات، علمًا بأنه تم استبعاد ٧ حالات أخرى لم تستوف شروط الاختيار والاستبعاد.

(*) تم حساب المستوى الاقتصادي الاجتماعي وفقًا للمعادلة السابق ذكرها عند وصف العينة الأساسية.

| النسب والإحصاءات | | محور التصنيف | تصنيف البيانات |
|-----------------------------|-----------------------|------------------|--------------------|
| الثالثة ٣٠% | الثانية ٣٧% | الأولى ٣٣% | بيانات خاصة بالمرض |
| الثديين ٣% | الثدي الايسر ٤٧% | الثدي الأيمن ٥٠% | |
| استئصال جزئي لثدي ٣٣% | استئصال كلي للثدي ٦٧% | | |
| لا يوجد تاريخ مرضي ٥٠% | يوجد تاريخ مرضي ٥٠% | | |
| يتناولن العلاج الهرموني ٩٠% | | العلاج الحالي | |
| علاج واحد فقط | الكيميائي والإشعاعي | | |
| الإشعاعي ٧% | الكيميائي ٣% | ٧٣% | |

حساب ثبات الأدوات

من أجل القيام بتتقية الأدوات والتحقق من كفاءتها السيكومترية استخدمنا ثلاث طرق في ذلك، هي:

١- حساب الاتساق الداخلي. ٢- حساب معامل ألفا. ٣- القسمة النصفية.

وفيما يلي توضيح لنتائج هذه الإجراءات:

١- حساب الاتساق الداخلي للمقاييس

لتقييم الاتساق الداخلي في كل مقياس، تم الآتي:

(أ) حساب معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية.

(ب) حساب معامل ارتباط الدرجة على المقياس الفرعي بالدرجة الكلية (Anastasi, 1982, 144)، ويعرض الجدول التالي لنتائج ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقاييس المختلفة، فقد تم اتخاذ "٠,٣" كمحك لقبول للبند.

(أ) حساب ارتباط البند بالدرجة الكلية

يوضح الجدول التالي (٧) نتائج حسابات ارتباط البنود بالدرجة الكلية، والعدد النهائي للبنود في كل مقياس.

جدول (٧) ارتباط البنود بالدرجة الكلية

| م | المقياس | الأبعاد | عدد البنود قبل الحذف | البنود الضعيفة | الإجراءات | عدد البنود النهائي |
|---|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------|---------------|--------------------|
| ١ | قائمة نمو ما بعد الصدمة | تقدير الحياة | ٧ | ٢ | تم حذف البنود | ٥ |
| ٢ | | فرص جديدة | ٧ | ١ | الضعيفة | ٦ |
| ٣ | | القوة الشخصية | ٧ | ٣ | | ٤ |
| ٤ | | التغير الروحاني | ٨ | - | | ٨ |
| ٥ | | العلاقات الشخصية | ١٠ | ٢ | | ٨ |
| | | إجمالي عدد البنود بعد الحذف | | | | ٣١ |
| ١ | مقياس المواجهة الدينية الروحانية | إعطاء معنى | ٧ | ٤ | تم حذف البنود | ٣ |
| ٢ | | التحكم | ٦ | ٥ | الضعيفة | ١ |
| ٣ | | الراحة/الروحانية | ٥ | ٢ | | ٣ |
| ٤ | | الحميمية/الروحانية | ٥ | - | | ٥ |
| ٥ | | تحول الحياة | ٦ | ١ | | ٥ |
| | | إجمالي عدد البنود بعد الحذف | | | | ١٧ |

يوضح الجدول السابق نتائج حساب ارتباط البنود بالدرجة الكلية لمقاييس الدراسة، حيث يتبين محافظة المقاييس على البنية التكوينية لها، وتجدر الإشارة إلى احتواء مقياس المواجهة الدينية الروحانية على ٥ بنود معكوسة تم حذف اثنين منهما لضعف ارتباطهما بالدرجة الكلية، ومنتقل للخطوة الثانية في حساب الاتساق الداخلي.

(ب) حساب ارتباط الدرجة على المقاييس الفرعية بالدرجة الكلية

الجدول التالي (٨) يعرض لمعاملات ارتباط الدرجة على المقاييس الفرعية بالدرجة الكلية للمقياس.

جدول (٨) معاملات ارتباط المقاييس الفرعية بالدرجة الكلية للمقياس

| م | المقياس | الأبعاد | معامل ارتباط المقاييس الفرعية بالدرجة الكلية للمقياس |
|---|----------------------------------|--------------------|--|
| ١ | قائمة نمو ما بعد الصدمة | تقدير الحياة | **،٦٥ |
| ٢ | | فرص جديدة | **،٦٩ |
| ٣ | | القوة الشخصية | **،٧١ |
| ٤ | | التغير الروحاني | **،٧٠ |
| ٥ | | العلاقات الشخصية | **،٧٨ |
| ١ | مقياس المواجهة الدينية الروحانية | إعطاء معنى | **،٥٤ |
| ٢ | | التحكم | - |
| ٣ | | الراحة/الروحانية | **،٣٧ |
| ٤ | | الحميمية/الروحانية | **،٨٦ |
| ٥ | | تحول الحياة | **،٧٩ |

يتضح من نتائج الإجراء السابق بالجدول (٦) أن المقاييس تكشف عن درجة جيدة إلى مرتفعة من الاتساق الداخلي، حيث تراوحت معاملات ارتباط المقاييس الفرعية بالدرجة الكلية عبر هذه المقاييس بين (**،٣٧) و (**،٨٦).

تجدر الإشارة إلى أنه لم يتسن لنا حساب معامل الارتباط للمقياس الفرعي "التحكم" بالدرجة الكلية على مقياس المواجهة الدينية الروحانية نظراً لاحتوائه على بند واحد فقط نتيجة تعرض هذا المقياس الفرعي للتنقية في الإجراء السابق بحذف ٥ بنود من ٦.

٢- تقدير الثبات عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ

بلغ معامل ألفا لقائمة نمو ما بعد الصدمة (٨٩)، في حين بلغ معامل ألفا لمقياس المواجهة الدينية الروحانية (٨٥)، وهو ما يُشير إلى ظهور معاملات اتساق داخلي مرتفعة

للمقاييس، فوفقاً لجيلفورد لا يجوز أن يقل معامل الثبات المقبول عن (٠,٥) (من خلال: فاروق، أبو المكارم، صبري، ٢٠١٧).

٣- تقدير الثبات بطريقة القسمة النصفية

حُسِبَ معامل القسمة النصفية للمقاييس المختلفة عن طريق حساب معامل الارتباط بين البنود الفردية والزوجية على كل مقياس، وكان الارتباط بين نصفي الاختبار لقائمة نمو ما بعد الصدمة (٩٢)، في حين بلغ معامل الارتباط بين نصفي الاختبار لمقياس المواجهة الدينية الروحانية (٨٨)، وهو ما يُشير إلى ارتفاع معاملات القسمة النصفية للمقاييس.

تقدير صدق الأدوات

أوضحت أنستازي أن استخدام طرق ثابتة ومحددة لقياس الصدق يعد شكلاً من أشكال التصلب الفكري، إذ يجب أن نضع في الاعتبار الهدف من المقياس وطبيعته عند تحديد طريقة الصدق المناسبة، كما أوضحت أن الصدق لا يعد خطوة نهائية في عملية تطوير المقياس كما هو الأمر في تحديد صدق الارتباط بمحك، ولكن عملية صدق المقياس تبدأ من تشكيل سمة مفصلة، أو مفاهيم بنائية نابعة من نظرية نفسية، ومن أبحاث سابقة وملاحظات وتحليلات منظمة لمجال السلوك ذي الصلة بالسمة أو المفهوم (Anastasi, 1985, P.100; Anastasi, 1986).

اعتمدت الباحثة على حساب نوعين من الصدق للتحقق من الصلاحية القياسية للأدوات هما: أولاً: صدق التكوين، وذلك لكلا المقياسين (قائمة نمو ما بعد الصدمة، مقياس المواجهة الدينية الروحانية)، ثانياً: حساب الصدق التلازمي، وذلك لقائمة نمو ما بعد الصدمة، وسوف يتم عرض نتائج إجراءات التحقق من الصدق في الفقرات التالية.

أولاً: صدق التكوين

تم الاعتماد على طريقتين لحساب صدق التكوين، هما:

أ- النسب المئوية لاتفاق بين المحكمين.

ب- الصدق بطريقة التمييز بين المجموعات الطرفية، فوفقاً لكرونباخ Cronbach وميهل Meehle تعتبر القدرة التمييزية هذه مؤشراً على صدق التكوين (أبو المكارم، ٢٠٠٧). وسوف تُعرض كل منها على حدة على النحو التالي:

أ- نسب الاتفاق بين المحكمين

تعتمد هذه الطريقة في حساب الصدق على الرجوع للمتخصصين للإجابة على التساؤل، هل بنود المقياس تقيس ما يسعى المقياس لقياسه في ضوء التعريف النظري المتبنى في الدراسة، وتم الرجوع لخمسة من الأساتذة المتخصصين في علم النفس للقيام بعملية الفحص والتقييم للبنود، وهو ما سبق عرضه بالتفصيل في خطوة تحكيم الأدوات، وبالنظر لجدول (٣) المفصل لنتائج التحكيم كان هناك اتفاق يصل إلى ٨٠% حول ملائمة البنود من حيث الصياغة ومن حيث الملائمة للبعد.

ب- الصدق بطريقة التمييز بين المجموعات الطرفية

يعتمد حساب الصدق في هذه الطريقة على المقارنة بين مجموعتين متعارضتين اعتماداً على الدرجة الكلية للأفراد على كل اختبار على حدة، وذلك بترتيب درجات الأفراد الكلية على الاختبار ترتيباً تصاعدياً ثم اختيار أدنى ٢٥% من الدرجات ليمثلوا إحدى المجموعتين الطرفيتين (الربيع الأدنى)، وفي المقابل اختيار أعلى ٢٥% من الدرجات ليمثلوا المجموعة الثانية (الربيع الأعلى) ثم تُحسب الفروق بين المجموعتين ودلالاتها (الغباشي، شويخ، ٢٠١١).

ويوضح جدول (٩) نتائج حساب معامل مان-وتني Mann -Whitney لحساب الفروق بين المجموعات.

جدول (٩) قيمة Z ودلالاتها للفروق بين الربيع الأدنى والأعلى للمقاييس الدراسة

| م | المقياس | قيمة Z للفروق بين الربيع الأدنى والربيع الأعلى | مستوى الدلالة |
|---|----------------------------------|--|---------------|
| ١ | قائمة نمو ما بعد الصدمة | -٢,٦١ | ٠,٠٠٩ |
| ٣ | مقياس المواجهة الدينية الروحانية | -٢,٤٧ | ٠,٠١٤ |

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة بين المجموعات عند مستوى دلالة تراوح بين (٠.٠٠١) و(٠,٠٠٥) وهو مؤشر على صدق المقاييس نتيجة لقدرتها التمييزية بين المجموعات الطرفية المختلفة؛ وذلك انطلاقاً من فرضية أن كل مفهوم من المفاهيم الأربعة ينطوي على توزيع الأفراد عبر متصل نو طرفين، يقع على أحدهما الدرجات العليا من السمة/ السلوك، ويقع على الآخر الدرجات الدنيا من السمة/ السلوك؛ وإذا لم ينجح المقياس في التمييز بين المجموعتين تمييزاً جوهرياً، فإن ذلك يعد أحد مؤشرات تدني صدق المفهوم/ التكوين الذي صُمم المقياس على أساسه.

ثانياً: حساب الصدق التلازمي

حُسِبَ الصدق التلازمي (الارتباط بمحك) لقائمة نمو ما بعد الصدمة من خلال حساب معامل الارتباط بين قائمة نمو ما بعد الصدمة وبطارية نمو ما بعد الصدمة، إعداد كالهون وتيدسكي (٢١ بنداً) -مقياساً محكياً- (الذي حصل على معامل ألفا كرونباخ بقيمة "٨٠"، -في الدراسة الحالية- بعد حذف ثلاثة بنود لضعف ارتباطها بالدرجة الكلية)، ذلك باستخدام معامل ارتباط سبيرمان براون للارتباط الخطي بين المقياسين بعد تنقيتهما، وكانت نتيجة حساب معامل الارتباط بين بطارية نمو ما بعد الصدمة (١٨ بنداً)، وقائمة نمو ما بعد الصدمة (٣١ بنداً) هي "٧٣١**"، ودلالته "٠.٠٠٠"، وهو ما يعني وجود ارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين بطارية نمو ما بعد الصدمة التي أعدها كالهون وتيدسكي وبين القائمة التي أعدها الباحثة، وهو ما يدعم صدق الأداة.

وصف الأدوات في صورتها النهائية

تضمنت قائمة أدوات الدراسة في صورتها النهائية ما يأتي:

١- استمارة البيانات الأساسية

تشتمل استمارة البيانات على نوعين من البيانات: بيانات شخصية، وبيانات خاصة بالمرض (للاطلاع على محتويات الاستمارة يمكن الرجوع إلى ملاحق الدراسة).

٢- قائمة نمو ما بعد الصدمة

تتكون من ٣١ بنداً يُجاب عنها في ضوء مقياس ليكرت رباعي يتراوح بين (صفر و٣)، حيث إن "صفر" تعني (مش يعيش التغير ده بسبب المرض)، و"١" تعني (يعيش التغير ده بدرجة بسيطة بسبب المرض)، و"٢" تعني (يعيش التغير ده بدرجة متوسطة بسبب المرض)، و"٣" تعني (يعيش التغير ده بدرجة كبيرة بسبب المرض)، وتوزع البنود على خمسة أبعاد هي:

- تقدير الحياة: ويُعبّر عنه بخمسة بنود هي: (١-٢-١٣-٣٠-٣١).
- الفرص الجديدة: ويعبر عنه بستة بنود هي: (٣-٧-١١-١٤-١٧-٢٢).
- القوة الشخصية: ويعبر عنه بأربعة بنود هي: (٤-١٠-١٢-٢٦).
- التغير الروحاني: ويعبر عنه بثمانية بنود هي: (٥-١٨-٢٣-٢٤-٢٥-٢٧-٢٨-٢٩).
- العلاقات الشخصية: ويعبر عنه بثمانية بنود هي: (٦-٨-٩-١٥-١٦-١٩-٢٠-٢١).

تتراوح الدرجة على المقياس ما بين ٣١ و١٢٤^(*)، بحيث تشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى معيشة تغيرات إيجابية في العلاقات والشخصية والروحانيات وإدراك الحياة،

(*) تم تحويل الصفر إلى واحد عند إدخال البيانات على حزمة البحث الإحصائي SPSS، على أنه كان يستخدم كما هو عند التطبيق لما له من معنى نفسي.

وهي تغيرات تمثل زيادة حقيقية ونموًا لما يعلو فوق الأداء النفسي السابق قبل الإصابة بالمرض.

٣- مقياس المواجهة الدينية الروحانية

يتكون من ١٧ بندًا يُجاب عنها عن طريق اختيار بديل من أربعة (ما يعملش كده خالص، ساعات بعمل كده، ساعات كثير بعمل كده، على طول بعمل كده)، منها ثلاثة بنود عكسية هي: (١، ١٤، ١٥)، بحيث تتوزع البنود على خمسة أبعاد، هي:

- المعنى: ويعبر عنه ثلاثة بنود هي: (١-٢-٣).
- التحكم: يعبر عنه ببند واحد هو: (٤).
- الراحة الروحانية: ويعبر عن بثلاثة بنود هي: (٥-٦-٧).
- الحميمية: ويعبر عن بخمسة بنود هي: (٨-٩-١٠-١١-١٢).
- تحول الحياة: ويعبر عنه بخمسة بنود هي: (١٣-١٤-١٥-١٦-١٧).

تتراوح الدرجة على المقياس ما بين ١٧ و ٦٨، حيث إن (ما يعملش كده خالص) تقدّر بـ"١"، و(ساعات بعمل كده) تقدّر بـ"٢"، و(ساعات كثير بعمل كده) تقدّر بـ"٣"، و(على طول بعمل كده) تقدّر بـ"٤". وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس، إلى تبني الشخص أساليب مواجهة معتمدة على الدين والروحانيات في مواجهة المرض.

الإجراءات

تمت إجراءات التطبيق على عينة البحث في الفترة ما بين فبراير ٢٠٢٠ ويناير ٢٠٢١، نظرًا للظروف الطارئة الخاصة بجائحة كورونا؛ وهو ما أدى إلى توقف التطبيق فترة ستة أشهر خلال المدة المذكورة.

تمثلت إجراءات البحث في مقابلة الباحثة للسيدات بصورة فردية، وبعد تقديم الباحثة لنفسها والترحيب بالمشاركة يتم التحقق من انطباق معايير الاختيار الأساسية عليها، ثم

تبدأ الباحثة في تقديم فكرة مبسطة عن موضوع البحث والهدف منه، وبعد هذا التقديم يعرض على المشاركة الاختيار بين الموافقة بالمشاركة التطوعية أو الاعتذار عن ذلك.

تم الحصول على العينة من ثلاث جهات مختلفة:

الجهة الأولى: هي وحدة الطب النووي وعلاج الأورام بقصر العيني؛ إذ كان يتم التنسيق مع الأطباء المسؤولين عن العيادة الخارجية بالوحدة لتحويل الحالات من خلال بيان بمحكات الاختيار يتم تزويدهم به، وهم بدورهم كانوا يحولون الحالات التي ينطبق عليها شروط الاختيار إلى الباحثة، وكانت تجرى المقابلة والتطبيق في منطقة الاستراحة الخلفية للأطباء داخل الوحدة.

الجهة الثانية: التي استمدت منها الباحثة الحالات: هي جمعية "عطاء السماء لرعاية مرضى السرطان"، إذ تمت مقابلة السيدات بالمتحف القبطي خلال أحد الأنشطة الترفيهية للجمعية.

أما الجهة الثالثة: للحصول على الحالات فكانت: "مبادرة سنسعدهم رغم الألم"، إذ تمت مقابلة المشاركات في أحد أماكن التدريب الخاص بعد انتهاء أنشطة الدعم النفسي التي تُقدم لهن.

وبعد أخذ الموافقة بالمشاركة، يتم تقديم المقاييس متتابعة لكل مشاركة على حدة. استغرقت جلسة التطبيق مع كل مشاركة بين ثلاثين وأربعين دقيقة، والتي كانت تبدأ بملاً بيانات الاستمارة بالبيانات الأساسية الشخصية وبيانات عن المرض، فقائمة نمو ما بعد الصدمة، فمقياس المواجهة الدينية الروحانية.

أساليب التحليل الإحصائية

- تحليل الانحدار.

نتائج الدراسة

في هذا الجزء نعرض نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط للتحقق من فرض الدراسة القائل: تسهم درجة المواجهة الدينية الروحانية في التنبؤ بدرجة نمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من مريضات سرطان الثدي. وسوف يعرض جدول (١٠) لنتائج تحليل الانحدار.

جدول (١٠): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لنمو ما بعد الصدمة على المواجهة الدينية الروحانية لدى الناجيات من سرطان الثدي (ن=٦٠)

| المتغير المفسر | المتغير التابع | الارتباط | مربع الارتباط ^٢ | الإسهام في الارتباط | قيمة ف | دلالة ف | معامل الانحدار | قيمة ت | دلالة ت | القيمة الثابتة |
|----------------------------|-------------------|----------|----------------------------|---------------------|--------|---------|----------------|--------|---------|----------------|
| المواجهة الدينية الروحانية | نمو ما بعد الصدمة | ٤٥٧ | ٢٠٩ | ١٩٥ | ١٥,٠٧ | ٠,٠٠ | ١,٠٠٨ | ٣,٨٨ | ٠,٠٠ | ٣٦,٥١ |

يتضح من الجدول السابق أن المواجهة الدينية الروحانية تسهم في التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من سرطان الثدي، حيث تسهم بنسبة "٢٠,٩" في التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة، ما يشير إلى تحقق الفرض الثالث القائل بأن المواجهة الدينية يمكنها التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من سرطان الثدي.

تتفق النتائج الحالية مع العديد من نتائج الدراسات السابقة، إذ خرجت بعض المراجعات البحثية بنتيجة مفادها أن هناك علاقةً إيجابيةً بين نمو ما بعد الصدمة والمواجهة الدينية أو بالتدين والروحانية. (Casellas-Grau, Vives, Font, & Ochoa, 2016; Parikh, Ieso, Garvey, Thachil, Ramamoorthi, Penniment, & et al., 2015; Kolokotroni, Anagnostopoulos & Tesikkinis, 2014; Koutrouli, Anagnostopoulos & Potamianos, 2012)، كما أوضحت دراسات أخرى أن المواجهة الدينية الروحانية تعتبر استراتيجية مهمة لمواجهة السرطان، وأن النساء يُظهرن مواجهة دينية أكبر من الرجال (Mesquita, Chaves, Avelino, Nogueira, Panzi-

(ni&Carvalho, 2013)، بالإضافة إلى ذلك توصلت دراسة أخرى أن النساء أقررن بأن المواجهة الدينية الروحانية مثلت لديهن مصادر أولية مكنتهن من استخدامها في مواجهة السرطان (Choumanova, Wanat, Barrett&Koopman, 2006).

وعلى الرغم من ذلك، اختلف دور المواجهة الدينية الروحانية باختلاف الثقافة؛ ففي إحدى الدراسات التي تناولت دور المواجهة الدينية في التوافق مع السرطان، خرجت النتائج الأوروبية توضح أن المواجهة الدينية غير مفيدة، في حين تنوعت النتائج داخل المجتمع الأمريكي ما بين تأكيد الدور الإيجابي للمواجهة الدينية الروحانية، والتأثير الضار لها (Thuné-Boyle, Stygall, Keshtager&Newman, 2006). أما بالنسبة للنتائج الحالية فأوضحت أنه أمكن للمواجهة الدينية الروحانية التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة، وهو ما يدعم دورها في التعامل الإيجابي مع خبرة السرطان داخل المجتمع المصري.

دور الدين

يعد التحكم الإلهي في الحياة والموت هو أحد المعتقدات الدينية والمحددات الثقافية لسلوك الأفراد في بعض المجتمعات، وهو يؤثر على مدى التزام الناجين بالعلاج؛ فالناجون الذين يأخذون العلاج أو يتوقفون عنه من الممكن أن يعبروا عن أن موعد وفاتهم محدد سلفاً وليس لبشر إرادة في ذلك، ولكن قد يكمل آخرون العلاج لاعتقادهم أن الله التحكم النهائي في توقيت الوفاة، وأن التوقف عن العلاج يشبه استبعاد هذا التحكم من الله وهو ما يؤدي إلى الصراع مع معتقداتهم الدينية، أو أن يكون دليلاً على ضعف الإيمان بالله، أو مظهرًا للضعف (Hamilton, 2017).

وعلى ذلك يرى الباحثون ضرورة وعي المعالج بالخلفية الثقافية للمريض التي تحكم تفسيره للمرض، وقد تحكم قبوله أو رفضه لبعض الإجراءات العلاجية، وهو ما يدخل تحت مفهوم الكفاءة الثقافية^(٨٣)، وهي العملية التي من خلالها يستجيب الأفراد والنظم الاجتماعية باحترام واعتراف بالآخرين من مختلف الثقافات، واللغات، والطبقات

⁽⁸³⁾ Cultural competence

الاجتماعية، والسلالات والخلفيات العرقية، والديانات، وعوامل الاختلاف الأخرى بطريقة تتضمن إدراك، وتأكيد، وتقدير آراء الأفراد والأسر والمجتمعات، ويحمي ويحفظ كرامة بعضهم البعض (Surbone, 2008; Colón, 2007). ومن ثم، تعتبر الكفاءة الثقافية عنصرًا مهمًا في الممارسة العلاجية الخاصة بالأورام لأنها تساعد المعالجين على فهم المرضى واتجاهاتهم نحو أنماط علاجية محددة، وإدراك احتياجاتهم المختلفة من العلاج.

هناك عدد من الأسباب تقف خلف رؤية الأطباء لاحتياجات المريض الروحانية وللمعتقدات الدينية، منها أن كثيرًا من المرضى لديهم ارتباط بالدين، وأن المعتقدات الدينية تساعدهم على التعايش، كما أن المعتقدات الدينية تؤثر على القرارات الطبية، وبخاصة عندما يكون المرضى مصابين بمرض خطير، وفضلاً عن هذا وذاك، فالمعتقدات والأنشطة الدينية ترتبط بصحة وجودة حياة أفضل (Daher, 2012).

وبالنظر لدلالة النواحي الدينية في المجتمعات العربية، يعتمد الكثير من الأفراد في هذه المجتمعات على إيمانهم والجوانب الروحانية عند مواجهتهم لتجربة المرض، وأنهم من المحتمل أن يعايشوا نتائج إيجابية بناءً على ذلك ومنها، درجة أقل من الاكتئاب، ومدة أطول للنجاة، ودرجة أقل من المشكلات بعد الجراحة، وتأخر في بدء الأعراض، وتطور أبطأ للإعاقات الجسمية، كما تؤثر على مسارات السيروتونين في المخ، وهو ما ينظم المزاج والألم المحتمل (Daher, 2012).

وبالنسبة للجوانب الدينية والروحانية داخل العينة، وبالنظر إلى استجابات العينة على مقياس المواجهة الدينية الروحانية، تراوح مدى الاستجابة بين ٣٨ و ٦٧ بمتوسط (٥٥،٩) وبتباين معياري (٦،٧)، علمًا بأن مدى الدرجة على المقياس يتراوح بين ١٧ و ٦٨، الأمر الذي يعطي لنا مؤشرًا على ارتفاع استجابات العينة على هذا الجانب، وهو ما يوضح أهمية هذا الجانب لمجتمع العينة، ويؤكد على ما ذكره مايكل داهر Michel Daher في بحثه من اعتماد الأفراد في الدول العربية على إيمانهم في مواجهة المرض (Daher, 2012).

من جهة أخرى نجد فى تلك النتائج الحالية تأييداً لنموذج كالهون وتيديسكي التفسيري للنمو والذي يوضح دور الجوانب الدينية فى ظهور النمو؛ حيث تساعد على تحول الاجترار التلقائي إلى اجترار انعكاسي والذي بدوره يؤدي إلى ظهور النمو.

نموذج كالهون وتيديسكي والعوامل الثقافية

بالعودة إلى النموذج النظري الذي تتبناه الدراسة الراهنة (النموذج التفسيري لكالهون وتيديسكي)، ننبين أن متغيراً واحداً من بين المتغيرات الثلاثة هو ما أمكن التحقق من قدرته على التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من مريضات سرطان الثدي المصريات خلال التعامل مع الخبرات الصادمة (سرطان الثدي)، وهو متغير المواجهة الدينية الروحانية، وبالبحث فى النموذج عن متغيرات أخرى يمكن فى ضوءها رؤية باقى الملامح المفسرة لصورة النتائج، نجد أنه فيما أسماه النموذج بالعوامل الثقافية البعيدة والقريبة ما قد يساعد على التفسير. إذ يعرف النموذج التأثيرات القريبة^(٨٤): بأنها هي تلك التأثيرات التي تأتي من الأشخاص الواقعيين الذين يتعامل معهم الشخص، أما التأثيرات البعيدة^(٨٥): فهي تلك التي تأتي عبر الجغرافيا المكانية أو التي تنتقل عبر الإعلام غير الشخصي (أفلام - كتب- برامج تلفزيونية- أو إعلانات) (أحمد، ٢٠١٥، ص ١٣٢ . (Calhoun,Cann&Tedeschi, 2010, P.2

وتعرف الثقافة بأنها: الكيان المنقول اجتماعياً، والمشمول على القيم والمعتقدات والسلوكيات والتوجهات السياسية والاجتماعية والفنون والعلم الذي يتم مشاركته بين مجموعة من الناس (Moore&Butow, 2004,P.15). وتعتبر الثقافة ظاهرة موروثية اجتماعياً تحمل فى طياتها فكرة أن الأفراد الذين يتفاعلون بصورة منتظمة غالباً ما يعرفون نفس القواعد والمعايير غير المكتوبة للحياة الاجتماعية، وعند تطبيق هذه الفكرة على خبرة الاعتلال، يتبدى تأثير المعتقدات والقيم التي يشملها النموذج الثقافي لدى المرضى على إدراكاتهم حول معنى الاعتلال، وأنواع العلاجات المفيدة، واستجاباتهم لها، والنتائج

⁽⁸⁴⁾ proximate influences

⁽⁸⁵⁾ distal cultural influences

المتوقعة من السلوكيات الصحية المرتبطة بالوقاية والتحكم في المرض (Daher, 2012; Surbone, 2008).

وتُعرف الثقافة بأنها: الكيان المنقول اجتماعياً والمشمول على القيم والمعتقدات والسلوكيات والتوجهات السياسية والاجتماعية والفنون والعلم الذي يتم مشاركته بين مجموعة من الناس (Moore&Butow,2004,P.15). وتُعد الثقافة ظاهرة موروثية اجتماعياً تحمل في طياتها فكرة أن الأفراد الذين يتفاعلون بصورة منتظمة غالباً ما يعرفون نفس القواعد والمعايير غير المكتوبة للحياة الاجتماعية، وعند تطبيق هذه الفكرة على خبرة الاعتلال، يتبدى تأثير المعتقدات والقيم التي يشملها النموذج الثقافي لدى المرضى على إدراكاتهم حول معنى الاعتلال، وأنواع العلاجات المفيدة، واستجاباتهم لها، والنتائج المتوقعة من السلوكيات الصحية المرتبطة بالوقاية والتحكم في المرض (Daher, 2012; Surbone, 2008).

كذلك تُحدد الثقافة ماهية المشكلة الصحية، وكيف يتم التعبير عن الأعراض ومناقشتها، وكيفية تلقي المعلومات من مُقدّم الخدمة الصحية، وعلاقتهم به، وما هو نوع الخدمة التي يجب الحصول عليها، وكيف تتم ممارسة الحقوق وجوانب الحماية (Surbone,2008;Colón,2007). ويعد الطب أحد أمثلة الثقافة التي تتضمن لغة محددة وترتبط بأوضاع محددة للقوى في معظم المجتمعات (Surbone,2008). وبالنسبة للسرطان فإن المعاني السابقة للثقافة هي ما تؤدي إلى اعتبار المعتقدات والقيم الثقافية ذات أهمية في تشكيل النتائج السلوكية والنفسية بعد التشخيص وعلاج السرطان، بالإضافة إلى أهميتها في الوقاية من السرطان (Daher, 2012).

وفي إطار الأبحاث المهمة يتناول الجوانب الثقافية في خبرة السرطان، عادةً ما يتم التركيز على فحص المحددات الثقافية المرتبطة بالمعتقدات حول أصل المرض، وحول المعتقدات الدينية المتعلقة بالتحكم الإلهي في الحياة والموت، وحول العلاقات الأسرية الداعمة نظراً لدورها في التفاوتات في الرعاية الطبية المقدمة لمرضى السرطان

(Hamilton, 2017). وعلى الرغم من تطور أساليب اكتشاف وعلاج السرطان التي حولت السرطان من مرض قاتل إلى مرض مزمن، لا تزال خبرة علاجه شاقة، وتتسبب في استمرار التوتر لدى المرضى وأسرتهم، كما أن السرطان مازال مرضاً يسبب رهبة في كل من المجتمعات الغربية وغير الغربية، كما أن الوصمة المرتبطة بالمرض لم تتناقص قط (Moore&Butow, 2004, P.23).

وتجدر الإشارة إلى أن هناك تمييزاً بين مفهوم المرض^(٨٦) والسقم أو الاعتلال^(٨٧) في التراث البحثي، حيث يشير المرض إلى العملية الفسيولوجية المرضية^(٨٨) في حين أن الاعتلال يعرف بواسطة الفرد، ويمثل الخبرة البيولوجية النفسية الاجتماعية^(٨٩) الخاصة بالفرد حول كونه سقيماً أو معتلاً (Moore&Butow, 2004,p.17). وتختلف تفسيرات المريض للاعتلال والعلاج عن تفسيرات فريق الرعاية الصحية، حيث تعتقد بعض الثقافات أن الاعتلال هو شيء روحاني أكثر منه جسمي، أو أن السرطان يعد في حد ذاته عقاباً على خطايا سابقة (Hamilton, 2017; Colón, 2007).

وتظهر الفروق عبر الثقافية في علم الأورام في مسألتي تبادل المعلومات واتخاذ القرار (Surbone, 2008). ويمكن ملاحظة التنوع الثقافي في المعتقدات حول سبب المرض، والعلاج المناسب، وشكل رعاية الذات وأساليب الوقاية المناسبة، والطريقة الملائمة لتصرف الطبيب، كما تؤثر الفروق الثقافية في إدراك الأعراض والحالات الوجدانية (Shaw,Huebner,Armir,Orzech&Vivian, 2009). فعلى سبيل المثال نلاحظ أن التركيز في النموذج الغربي الطبي الحيوي يكون حول الفرد، واحترام استقلالية المريض (فيطلب منه موافقة مسبقة)، ومشاركته في صنع القرار، بينما يتجه التركيز في الدول العربية نحو العائلة، وذلك بالنسبة للجماعات المنتمية لجماهير مختلفة، حيث تعد تحقيق الرفاه للعائلة، أولوية في الخطة العلاجية (Daher, 2012).

⁽⁸⁶⁾ disease

⁽⁸⁷⁾ illness

⁽⁸⁸⁾ pathophysiologic

⁽⁸⁹⁾ biopsychosocial

وإذا كان للمعتقدات الثقافية دور مهم في تشكيل استجابة الأفراد لخبرة الإصابة بالسرطان، فمن الممكن التفكير في احتمال وجود دور وسيط لهذه المتغيرات الثقافية في العلاقة بين كل من الكرب النفسي وطلب المساندة من ناحية ونمو ما بعد الصدمة من ناحية أخرى، بحيث تساعد هذه المتغيرات الثقافية في الكشف عن الواقع الحقيقي لتلك العلاقات، وهذا ما يؤمل أن تنهض به دراسات جديدة قادمة.

خاتمة:

يمكن تلخيص العوامل التي يمكن أن تكون قد أسهمت في خروج النتائج على هذا النحو في النقاط التالية:

١- عدم وجود بيانات عن الجوانب الثقافية الخاصة لظاهرة نمو ما بعد الصدمة داخل المجتمع المصري.

٢- وجود خصوصية ثقافية للمشكلة (الإصابة بسرطان الثدي)، تتمثل في نظام الرعاية الصحية المتبع للتواصل مع المريضات، وحدود مشاركتهن في اختيار الإجراءات الطبية المتبعة، وهو ما يُغير من طبيعة المشكلة ودرجة الكرب النفسي المعاش

٣- إمكانية التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة بمعلومية الدرجة على المواجهة الدينية الروحانية، وتم تفسير ذلك في ضوء النموذج النظري لكالهن وتيديسكي، بالإضافة إلى ارتفاع درجات العينة على مقياس المواجهة الدينية الروحانية، وهو ما يُشير إلى طبيعة ثقافية مميزة للعينة، توجهها نحو الاعتماد على المواجهة الدينية الروحانية.

حدود تعميم نتائج الدراسة

يجب أن تُراعى حدود تعميم الدراسة الآتية عند استخدام نتائج الدراسة على عينات أخرى من الناجيات من سرطان الثدي، أو عند المقارنة مع دراسات أخرى:

إن عينة الدراسة هي عينة قصدية غير احتمالية، وتكونت العينة من ٦٠ ناجيةً من الناجيات من سرطان الثدي في فترة المتابعة، إذ تراوحت المدة منذ التشخيص بين سنة وخمس سنوات، وتراوح المدى العمري للعينة بين ٣٢ و ٥٩ عامًا، كما تراوح مستوى تعليمهن بين الإعدادي والجامعي، ٦٩% منهن يقعن في فئة المتوسط للمستوى الاقتصادي الاجتماعي (وفقًا للمعادلة المستخدمة في الدراسة) ، وبالنسبة لمرحلة الورم عند التشخيص؛ توزعت العينة كالاتي: ٣٨% شُخَّصن بسرطان الثدي في المرحلة الأولى، ٤٣% منهن في المرحلة الثانية، ١٩% في المرحلة الثالثة، كما أن ٥٣% منهن تعرضن لاستئصال جزئي للثدي، في حين ٤٧% منهن أجرين جراحة استئصال كلي للثدي؛ ولذلك يلزم اعتبار هذه المواصفات عند استخدام نتائج الدراسة.

دلالات النتائج وإمكانات الإفادة التطبيقية منها

- عند تصميم برامج للدعم النفسي للناجيات من سرطان الثدي، من أجل تحفيز نمو ما بعد الصدمة، يجب الانتباه لتضمين جوانب المواجهة الدينية الروحانية، وذلك بناءً على تحقق الفروض الدراسية.
- إمكانية تطوير الخدمة الطبية المقدمة للناجيات بإقرانها بالخدمة النفسية المرتكزة على ظروف الحالة الفردية.

مقترحات الدراسة:

١- من منطلق أن ظاهرة النمو مثل أي ظاهرة نفسية لها جانبان؛ جانب ثقافي وجانب عام، ووفقًا لنموذج كالهون وتيديسكي التفسيري لنمو ما بعد الصدمة الذي يوضح أن نمو ما بعد الصدمة يتضمن الأبعاد الثقافية البعيدة والقريبة كأجزاء مهمة في عملية صنع المعنى واستخلاص النمو، ووفقًا لخروج نتائج البحث الحالي على هذا النحو، تقترح الدراسة القيام ببحث عملي لاستخلاص العوامل الثقافية في ظاهرة النمو داخل المجتمع المصري، وهو الإجراء الذي تم في العديد من المجتمعات للتحقق من الأبعاد العاملة للمقياس

(Taku, Calhoun, Tedeschi, Gil-Rivas, Kilmer & Cann, 2007; Shakespear-Finch & Copping, 2006; Jaarsma, pool, Sanderman & Ranchor, 2006; Morris, Shakespear-Finch, Rieck & Newbery, 2005)

٢- تقترح الدراسة الاهتمام بتحديد خط الأساس لعدد من المتغيرات النفسية المهمة في التعامل مع الصدمة، مثال (نمو ما بعد الصدمة والمواجهة الدينية الروحانية)، وذلك من خلال تصميم استبيان نفسي لمسح تلك المتغيرات يتم تقديمه للمريضات بالمستشفى خلال المراحل الأولى من استكشاف المشكلة. وهو ما ييسر تجميع بيانات للمرضى تكشف عن الدرجة الموجودة بها تلك المتغيرات عند الشخص قبل التعامل مع مشكلة الإصابة بالسرطان، مما يمكن البحوث النفسية التي تتم على هذا الجمهور الوصول لنتائج أكثر دقة ووضوحاً، وينظم الخروج ببرامج علاجية أكثر دقة وفاعلية لهم.

٣- أن تهتم الدراسات التالية المنشغلة بموضوع نمو ما بعد الصدمة داخل المجتمع المصري القيام باختبار بعض المتغيرات الشخصية، بالإضافة إلى لمتغيرات النفسية الاجتماعية.

ما تُثيره الدراسة من تساؤلات:

- ما الأبعاد العاملة التي تشكل ظاهرة نمو ما بعد الصدمة داخل المجتمع المصري؟
- ما مصفوفة العوامل النفسية الاجتماعية والشخصية التي ترتبط بظاهرة نمو ما بعد الصدمة داخل المجتمع المصري؟
- ما العوامل الأخرى (بالإضافة إلى المواجهة الدينية الروحانية) التي تنتبأ بنمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من سرطان الثدي؟

المراجع:

- أبو المكارم. ف. (٢٠٠٧). بعض المحددات النفسية الاجتماعية لأساليب الانتباه لدى طلاب الجامعة. مجلة دراسات عربية، ٦، (٣)، ١-٥٠.
- أحمد. م. م. (٢٠١٥). نمو ما بعد الصدمة لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي وعلاقته بكل من المواجهة التهيؤية وعدد من المتغيرات النفسية الاجتماعية والإكلينيكية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- أحمد. أ. م. ، على. م. خ. (٢٠١٤). أساليب المواجهة الدينية كمتغيرات مُعدلة للعلاقة بين الضغط النفسي، وبعض متغيرات الصحة النفسية والديموجرافية في نموذج توسط بنائي. مجلة علم النفس، (١٠٠)، ٥٤-١٠٤.
- الغباشي. س، شويخ. ه. (٢٠١١). الرضا عن صورة الجسم، ومقدار المعرفة، ومعامل كتلة الجسم، والنوع، وموطن الإقامة كمنبئات بسلوك الأكل المرتبط بالصحة لدى طلاب الجامعة. دراسات نفسية، ٢١(٢)، ١٦١-٢٠٥.
- بيومي. ف. س. (٢٠٠٩). السرطان بين الصفات الوراثية والمخاطر البيئية. ط ١. نهضة مصر، القاهرة.
- خليفة. ع. م. (٢٠٠٦). دليل تقدير المستوى الاجتماعي والاقتصادي للمهن في المجتمع المصري. دار غريب للنشر، القاهرة.
- عبد الحميد. ع. ط. (٢٠١٦). تقدير الذات وصورة الجسم والإفصاح عن الذات كمنبئات باضطراب نقص الرغبة الجنسية لدى عينة من الناجيات من مريضات سرطان الثدي، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- فاروق. ش، أبوالمكارم. ف، صبري. إ. (٢٠١٧). مهارات تركيز الانتباه في ممارسة بعض الرياضات الجماعية. دراسات نفسية، ٢٧ (٤)، ٦٧٥-٧١١.

محمود. م. ح. (٢٠٠٩). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي. *دراسات نفسية*، ١٩ (٢)، ٢٦١ - ٣١١.

مصطفى.م.، النجار.ع.، النجار.ع. (٢٠٠٦). *الوقاية والعلاج من أمراض السرطان*. دار الأمل للنشر، القاهرة.

Anastasi, A. (1982). *Psychological testing* (5th Ed). New York: Macmilan.

Anastasi, A. (1985). *Psychological testing: Basic concepts and common misconceptions*. In A. M. Rogers & C. J. Scheirer (Eds.), *The G. Stanley Hall Lecture Series. The G. Stanley Hall lecture series, Vol. 5* (p. 87–120). American Psychological Association.

Anastasi, A. (1986). Evolving concepts of test validation. *Annual Review of Psychology*, 37, 1–15.

Andersen, B., & Simonelli, L. (2007). Cancer: general. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, & et al (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health & Medicine*, 2nd (pp. 584-591), Cambridge University Press.

Ano, G., & Vasconcelles, E. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (4), 461-480.

Baglama, B., & Atak, I. E. (2015). Posttraumatic Growth and Related Factors among Postoperative Breast Cancer Patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 190, 448–454.

Bockrath, M., Pargamanet, K., & Ostwald, S. (2014). Spiritual resilience and struggle following the experience of a stroke. In C. Kim-Prieto (Ed). *Religion and Spirituality across Cultures* (pp. 337-353), Springer Science +Business Media, New York.

- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006) The Foundation of posttraumatic growth: an expanded framework. In Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Eds.) *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Calhoun, L., Cann, A., & Tedeschi, R. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural consideration. In T. Weiss & R. Berber (Eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (pp.1-14). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283
- Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., & Ochoa, C. (2016). Positive psychological functioning in breast cancer: An integrative review. *The Breast*, 27, 136–168. doi: 10.1016/j.breast.2016.04.001
- Choumanova, I., Wanat, S., Barrett, R., & Koopman, C. (2006). Religion and spirituality in coping with breast cancer: Perspectives of Chilean Women. *The Breast Cancer*, 12 (4), 349-352.
- Ciali, P. C. (2006). *A two-part investigation: Examining the relationship between spirituality and posttraumatic growth, and the multidimensionality of posttraumatic growth* (Doctoral dissertation, Oklahoma State University, 2006) (pp. 11-43). Stillwater, Oklahoma: Oklahoma State University.
- Colón, Y. (2007). Ethnic diversity and Cultural competency in cancer care. *Oncology Issues*, 22(5), 28–31. <https://doi.org/10.1080/10463356.2007.11883357>
- Compton, C. C., Byrd, D. R., Garcia-Aguilar, J., Kurtzman, S. H., Olawaiye, A., & Washington, M. K. (2012). *AJCC cancer staging atlas: A companion to the seventh editions of the AJCC*

- cancer staging manual and handbook*. (2nd Ed.). New York: Springer.
- Cordova, M. J. (2008). Facilitating posttraumatic growth following cancer. In s. Joseph, & A. Linley (Eds). *Trauma, Recovery, and Growth: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, NJ, USA. doi: 10.1002/9781118269718.ch10
- Daher, M. (2012). Cultural beliefs and values in cancer patients. *Annals of Oncology*, 23 (3), iii66-ii69.
- Dein S.(2009). The Faith of Patients. *Presentation given at the Annual Meeting of the Royal College of Psychiatrists*, Liverpool, June 2009
- El-Gilany, A., El-Wehady, A., & El-Wasify, M. (2012). Updating and validation of the socioeconomic status scale for health research in Egypt. *Eastern Mediterranean health journal*, 18(9), 962–968. <https://doi.org/10.26719/2012.18.9.962>
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*, 136(5).
- Fioretti, C., Faggi, D., & Caligiani, I. (2021). Exploring narratives on PTG in cancer patients in active vs remission phases of disease: what about a peritraumatic growth?. *European Journal of cancer care*. 30 (1), e13338. <https://doi.org/10.1111/ecc.13338>
- Ganz, P. A., & Goodwin, P. J. (2015). Breast Cancer Survivorship: Where Are We Today? In Ganz, P. A (Ed). *Improving Outcomes for Breast Cancer Survivors, Perspectives on Research Challenges and Opportunities*. (Vol. 862). Springer.
- García, F. E., Páez, D., Reyes-Reyes, A., & Álvarez, R. (2017). Religious Coping as Moderator of Psychological Responses to

- Stressful Events: A Longitudinal Study. *Religions*, 8(4), 62–74.
doi: 10.3390/rel8040062
- Hamilton, J. B. (2017). Cultural beliefs and cancer care: Are we doing everything we can?. *Cancer Nursing*, 40(1), 84–85.
<https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000421>
- Hammer, C., Fanning, A., & Crowe, J. (2008). Overview of breast cancer staging and surgical treatment options. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 75 Suppl 1, S10-6.
- Haper, A., & Pargament, K. (2015). Trauma, Religion, and Spirituality: Pathways to Healing. In K. Cherry (Ed). *Traumatic stress and Long-Term Recovery Coping with Disasters and Other Negative Life Events*. (pp.349-367), Springer International Publishing, New York.
- Hill, P., Pargament, K., Hood, P., Mccullough, M., Swyers, J., Larson, D., & Zinnbauer, B. (2000). Conceptualizing religion and spirituality points of commonality, points of departure. *Journal of the Theory of Social Behaviour*, 30 (1), 52-77.
- Inan, F. Ş., & Üstün, B. (2014). Breast Cancer and Posttraumatic Growth. *The Journal of Breast Health*, 10(2), 75-78.
- Ivtzan, I., Chaan, A., Gardner, H., & Prasher, K. (2013). Linking religion and spirituality with psychological well-being: Examining self-actualisation, Meaning in life, and Personal Growth initiative. *J Relig Health*, (52), 915-929.
- Jaarsma, T. A., Pool, G., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2006). Psychometric properties of the Dutch version of the posttraumatic growth inventory among cancer patients. *Psycho-oncology*, 15(10), 911–920.
<https://doi.org/10.1002/pon.1026>
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspective on posttraumatic growth .In L. Calhoun & R. Tedeschi (Eds.).

Handbook of Posttraumatic Growth Research & practice (pp.81-99). U.S: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Joseph, S., & Linley, P. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspective and implication for clinical practice. *Clinical Psychological Review*, 26(8), 1041-1053.

Joseph, S., Linley, P., & Harris, G. (2005). Understanding positive change following trauma and adversity: structural clarification. *Journal of loss and Trauma*, 10, 83-96.

Kim-Prieto, C. (Ed.). (2014). *Religion and spirituality across cultures*. Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-8950-9>

Koenig, H. G., & Shohaib, S. A. (2014). *Health and Well-Being in Islamic Societies Background, Research, and Applications*. Cham: Springer International Publishing

Kolokoroni, P., Anagnostopoulos, F., & Tsikkinis, A. (2014). Psychosocial factors related to posttraumatic growth in breast cancer survivors: a review. *Women & Health*, (54), 569-592.

Kou, W., Wang, X., Li, Y., Ren, X., Sun, J., Lei, S., Liao, C., & Wang, M. (2021). Research trends of posttraumatic growth from 1996 to 2020: A bibliometric analysis based on Web of Science and CiteSpace. *Journal of Affective Disorder Reports*, 3, (2021), 100052. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100052>

Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F., & Potamianos, G. (2012). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in breast cancer patients: A Systemic Review. *Women & Health*, (52), 503-516.

Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, Partner, and Couple Perspectives. *Psychosomatic Medicine*, (66), 442- 454.

- Mesquita, A., Chaves, É., Avelino, C., Nogueira, D., Panzini, R., & Carvalho, E. (2013). The use of religious/ Spiritual coping among Patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. *Rev. Latino- Am. Enfermagem*, 21 (2), 539-545.
- Moore, H. C (2020). Breast cancer survivorship. *Seminars in Oncology*, 47(4), 222-228.
- Moore, R. J., & Butow, P. (2004). Culture and Oncology Impact of Context Effects. In R. J. Moore & D. Spiegel (Eds.), *Cancer, culture, and communication* (pp. 15–25), Springer Science +Business Media, New York.
- Morris, B., Finch, J., Rieck, M. & Newbery, J. (2005). Multidimensional Nature of Posttraumatic Growth in an Australian Population. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 575-585.
- National Institutes of Health (NIH) (2012). *What you need to Know About Breast Cancer: U.S Department of Health and Human Services*.
- NCCN Guidelines for Patients breast cancer locally advanced stage III. (2017). *National Comprehensive Cancer Network, Inc*.
- Ochoa, C., Sánchez, N., Sumalla, E. C., & Casellas-Grau, A. (2019). Stress and Growth in Cancer: Mechanisms and Psychotherapeutic Interventions to Facilitate a Constructive Balance. *Frontiers in Psychology*, 10. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00177
- Omar, W., & Al-Hadithi, T. (2017). Developing a socioeconomic index for health research in Iraq. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 23 (10), 670-677. <https://doi.org/10.26719/2017.23.10.670>
- Ozsaran Z., Alanyalı S.D. (2013) Metastatic Breast Cancer. In: Haydaroglu A., Ozyigit G. (Eds.) *Principles and Practice of Modern Radiotherapy Techniques in Breast Cancer*. (pp.13-

- 19), Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5116-7_11
- Palmer Kelly, E., Paredes, A. Z., Tsilimigras, D. I., Hyer, J. M., & Pawlik, T. M. (2020). The role of religion and spirituality in cancer care: An umbrella review of the literature. *Surgical Oncology*, 101389–101389. <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2020.05.004>
- Pargament, K. (1997). *The Psychology of Religion and Coping Theory, Research, Practice*. The Guilford Press, New York.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519–543.
- Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current Psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, (2), 51-76.
- Pargament, K. (2003). Religious/Spiritual coping. In The Fetzer Institute National Institute on Aging Working Group. (Eds.), *Multidimensional measurement of religiousness/Spirituality for use in health research* (pp.43-56). Kalamazoo, MI: Fetzer Institute.
- 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. doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.2.641
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological bulletin*, 136(2), 257–301. doi.org/10.1037/a0018301

- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71–105.
- Puchalski C. M. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*, 23 Suppl 3, 49–55.
- Saad, M., & de Medeiros, R. (2012). Spiritual-Religious Coping - Health Services Empowering Patients' Resources. In Saad, M. (Ed.), *Complementary Therapies for the Contemporary Healthcare* (127-144), London: INTECH Open Access Publisher
- Shaefer, J., & Moos, R. (1998). The context for posttraumatic growth: life Crises, individual and social resource, and coping. In R. Tedeschi, C. Park & L. Calhoun (Eds). *Posttraumatic growth: positive change in the aftermath of crisis* (pp. 99-126). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Shakespeare-Finch, J., & Copping, A. (2006). A grounded theory approach to understanding cultural differences in posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma*, 11(5), 353-371.
- Shaw, S.J, Huebner, C., Armin, J., Orzech, K., & Vivian, J. (2009). The Role of Culture in Health Literacy and Chronic Disease Screening and Management. *Journal of Immigrant Minority Health*, 11(6):460-467. doi: 10.1007/s10903-008-9135-5.
- Simon, A., & Robb, K. (2007). Cancer: Breast. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. wallston, & et al (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health & Medicine*, 1st (pp. 577-580), Cambridge University Press.
- Sumalla, E., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion? *Clinical psychology Review*, (29), 24-33.

- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. doi:10.3322/caac.21660
- Surbone, A. (2008). Cultural aspects of communication in cancer care. *Supportive Care in Cancer*, 16(3), 235–240. <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0366-0>
- Taku, K., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. P., & Cann, A. (2007). Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety, stress, and coping*, 20(4), 353–367. <https://doi.org/10.1080/10615800701295007>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–472.
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research and applications*. New York, NY: Routledge.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Thornton, A. (2002). Perceiving benefits in the cancer Experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical setting*, 9 (2), 153-165.
- Thuné-Boyle, I, Stygall, J., Keshtgar, M., & Newman, s. (2006). Do religious/Spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with Cancer? A Systematic review of the literature. *Social science & Medicine*, (63), 151-164.
- Wild, N., & Paivio, S. (2003). Psychological adjustment, coping, and emotional regulation as predictors of posttraumatic growth.

Journal of Aggression Maltreatment and Trauma, 8(4), 97-122.

- Wong, P. T. P., Wong, L. C. J., & Scott, C. (2006). The positive psychology of transformation: Beyond stress and coping. In Wong, P. T. P., & Wong, L. C. J. (Eds.), *Handbook of Multicultural perspectives on stress and coping*. New York, NY: Springer.
- Wu, X., Kaminga, A. C., Dai, W., Deng, J., Wang, Z., Pan, X., & Liu, A. (2019). The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 243, 408–415. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.023>
- Yastibaş, C., & Yilmaz (Karaman), İ. G. (2021). Breast Cancer and Post-traumatic Growth: A Systematic Review. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*, 13(3), 490–510. <https://doi.org/10.18863/pgy.817760>
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology- a critical review and introduction of a two model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626-653.

Web References

- World Health Organization. (May 2019). *The Global Cancer Observatory*. Retrieved April 30, 2020, <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/818-egypt-fact-sheets.pdf>
- World Health Organization. (May 2019). *The Global Cancer Observatory*. Retrieved April 30, 2020, <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf>
- World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2006). *Guidelines for management of breast*

cancer. EMRO Technical Publications Series (31). Retrieved April 30, 2020, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/119806>

Zsigmond, O., Vargay, A., Józsa, E., & Bányai, É. (2019). Factors contributing to post-traumatic growth following breast cancer: Results from a randomized longitudinal clinical trial containing psychological interventions. *Developments in Health Sciences DHS*, 2(2), 29-35. Retrieved Jun 12, 2021, from <https://akjournals.com/view/journals/2066/2/2/article-p29.xml>



مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center



كلية الآداب
Faculty of Arts

Journal

The Psychological Research Center
Faculty of Arts - Cairo University

The Role of Seeking Social Support in Predicting Posttraumatic
Growth among Breast Cancer Survivors

Prof/ Soheir Fahim El-Ghabashy
Professor Clinical of Psychology,
Faculty of Arts, Cairo University

D/ Marwa Mohammad Ahmed
Clinical Psychologist

The Psychological Research Center (Folder (17) No. (4) October (2021)



مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center



كلية الآداب
Faculty of Arts

Content

| Subject | NO. |
|--|---------|
| Spiritual Religious Coping as a Predictor of Posttraumatic Growth among Breast cancer survivors Prof/ Soheir Fahim El-Ghabashy D/ Marwa Mohammad Ahmed | 650-731 |
| The Relationship between Marital Commitment and Forgiveness among Sample of Married Couples Prof. Dr. Abd El-Latif KhalifaProf Dr. Al-Hussain Abd El- Moneim Dr. Sahar Rabie Mohammed | 733-832 |
| Components of Wisdom Development in the light of life experiances Model and its Relationship to Coping Strategies with University Students Dr.Khaled Awad Elballah | 834-902 |