

جامعة قاصدي مرياح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس و علوم التربية



مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي

ميدان: علوم اجتماعية

التخصص: علم النفس العيادي

من إعداد الطالبة: زبيدة خياط

بعنوان

أعراض الكرب التالية للصدمة و علاقته باضطراب الذاكرة الذاتية لدى
مرضى السرطان

(دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف - ورقلة -)

لجنة المناقشة:

رئيسا	جامعة قاصدي مرياح ورقلة	الدكتورة: زاهية اكدوشن بعلي
مشرفا	جامعة قاصدي مرياح ورقلة	الدكتور: رمضان زعطوط
مناقشا	جامعة قاصدي مرياح ورقلة	الدكتور: سليم خميس

السنة الجامعية: 2015 / 2016

شكر وتقدير

وقل رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن أعمل صالحا ترضاه وأدخلني
برحمتك في عبادك الصالحين (النمل الآية 19)

الحمد لله الذي علم بالقلم علم الإنسان مالم يعلم الحمد لله الذي أنار لنا درب العلم ومنحنا الصبر على
مواصلة هذا العمل وأعاننا لإتمامه وما كان ليتم إلا بتوفيق من الله

فمن واجب الوفاء أن أتقدم بخالص الشكر وعظيم الإمتان لأستاذي الفاضل الدكتور رمضان زعطوط
الذي كان له عظيم الأثر في إنجاز هذا العمل بإشرافه وتوجيهاته المستمرة فلم يبخل علي بعلمه ولا بوقته
رغم كثرة أشغاله فنعم الأساتذة جزاه الله خير الجزاء

كما أخص بالشكر لجنة المناقشة الموقرة على قبولها مناقشة مذكرتي

الأستاذة الدكتورة زاهية أكردوشن بعلي رئيسا والأستاذ الدكتور سليم خميس مناقشا

كما لا يفوتني أن أتقدم بأسمى معاني الحب والعرفان بالجميل لكل مرضى السرطان بمستشفى محمد
بوضياف ورقلة أسأل الله العلي القدير لهم بالشفاء

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى محاولة الكشف عن علاقة الكرب التالي للصدمة باضطراب الذاكرة الذاتية (الأتوبيوغرافية) لدى مرضى السرطان، بمستشفى محمد بوضياف بمدينة ورقلة، وللتأكد من صحة فرضيات الدراسة، تكونت عينة الدراسة من 139 مريضاً مصاباً بالسرطان، وقد تمت هذه الدراسة بالإعتماد على المنهج الوصفي الإرتباطي، أما فيما يخص المقاييس المستعملة فكانت كما يلي:

1. مقياس كرب ما بعد الصدمة (Davedson) لدافيدسون.

2. مقياس الذاكرة الذاتية (William et levine) لويليام ولوفين.

ويعد تطبيقنا للمقياس توصلنا إلى النتائج التالية:

1 . أسفرت نتائج الفرضية الأولى على وجود مستوى مرتفع للكرب التالي للصدمة لدى مرضى السرطان.

2 . أسفرت نتائج الفرضية الثانية على وجود اختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف السن

لصالح كبار السن و المستوى الإجتماعي لصالح المتزوجين.

3 . أسفرت نتائج الفرضية الثالثة على وجود اضطراب الذاكرة الذاتية (الأتوبيوغرافية) لدى مرضى

السرطان.

4 . أسفرت نتائج الفرضية الثالثة على وجود اختلاف في مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى

السرطان باختلاف السن لصالح كبار السن.

5 . أسفرت نتائج الفرضية الثالثة على وجود علاقة ارتباطية بين مستوى الكرب التالي للصدمة و مستوى

اضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان.

6 . أسفرت نتائج الفرضية السادسة على وجود اختلاف في العلاقة بين مستوى الكرب التالي للصدمة ومستوى اضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس والسن والمستوى التعليمي والمستوى الإقتصادي والمستوى الإجتماعي ونوعية السرطان.

الكلمات المفتاحية:

الكرب التالي للصدمة، الذاكرة الذاتية، السرطان

Abstract:

The present study aims to explore relationship between level of post traumatic stress disorder (PTSD) and autobiographic memory (AM) disorders in cancer patients at Mohamed Boudiaf's hospital in Ouargla. Our sample consisted of 139 cancer patients; we have adopted a descriptive correlative approach

PTSD is assessed by Davidson Scale (1998), which was translated and adapted to Arabic by Abdul Aziz Thabet .AM is assessed by William and Levine autobiographic memory Scale (1999), which we translated for the purpose of this study.

Main results show:

- 1-Presence of a high level of PTSD in cancer patients as expected in the first hypothesis.
- 2-Significant difference in PTSD level according to social level
- 3-Presence of AM disorder in cancer patients
- 4- Significant differences in AM disorder in cancer patients according to age
- 5- Significant correlation between the level of PTSD and AM disorder in cancer patients.
- 6 - Significant differences in the relationship between the level of PTSD and the AM disorders **in** cancer patients according to sex, age, educational, economic and social level.

Key words:

Cancer, post traumatic stress disorder, autobiographic memory.

قائمة المحتويات

الصفحة	فهرس المحتويات
أ	شكر وتقدير
ب	ملخص الدراسة باللغة العربية
ج	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
هـ	قائمة المحتويات
ط	قائمة الجداول
1 تقديـم الدراسة	
1	مقدمة
5	2. إشكالية الدراسة
7	3. فرضيات الدراسة
8	4. أهداف الدراسة
8	5. أهمية الدراسة
9	6. التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة
10	7. حدود الدراسة
2 الجانب النظري	
12	تمهيد
14	1. تعريف السرطان

16	2. الكرب التالي للصدمة
30	3. الذاكرة الذاتية (البيوطوغرافية)
41	خلاصة الفصل
3 إجراء تطبيق الدراسة المنهجية	
43	تمهيد
44	1. الدراسة الإستطلاعية
44	2. أدوات الدراسة
47	3. الدراسة الاساسية
50	4. العينة و الأساليب الإحصائية المستخدمة
51	خلاصة الفصل
4 عرض النتائج	
53	تمهيد
53	عرض نتائج الفرضية الأولى
54	عرض نتائج الفرضية الثانية
58	عرض نتائج الفرضية الثالثة
59	عرض نتائج الفرضية الرابعة
63	عرض نتائج الفرضية الخامسة
65	عرض نتائج الفرضية السادسة
68	خلاصة الفصل

5 تفسير النتائج	
71	تمهيد
71	مناقشة نتائج الفرضية الأولى
72	مناقشة نتائج الفرضية الثانية
73	مناقشة نتائج الفرضية الثالثة
77	مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
79	مناقشة نتائج الفرضية الخامسة
80	مناقشة نتائج الفرضية السادسة
81	خلاصة الدراسة
81	التوصيات
84	قائمة مصادر المراجع
91	قائمة الملاحق

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجداول	الصفحة
1	جدول يوضح الخصائص الديمغرافية للعينة الأساسية	48
2	جدول يوضح الخصائص الإجتماعية للعينة الأساسية	48
3	جدول يوضح خصائص العينة الأساسية حسب متغير المستوى الإقتصادي	49
4	جدول يوضح خصائص العينة الأساسية حسب نوع السرطان	50
5	جدول يوضح مستوى الكرب التالي للصدمة لدى مرضى السرطان	53
6	جدول يوضح الفروق في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف الجنس	54
7	جدول يوضح الفروق في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف السن	55
8	جدول يوضح الفروق في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف المستوى التعليمي	55
9	جدول يوضح الفروق في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف المستوى الإقتصادي	56
10	جدول يوضح خصائص العينة الأساسية حسب متغير المستوى الاجتماعي	56
11	جدول يوضح الفروق في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف المستوى نوعية السرطان	57

58	جدول يوضح مستوى الاضطرابات في الدرجة الكلية للذاكرة الذاتية لدى أفراد العينة	12
59	جدول يوضح مستوى الاضطرابات في الدرجات الفرعية للذاكرة الذاتية لدى أفراد العينة	13
60	جدول يوضح مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس	14
60	جدول يوضح مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان باختلاف السن	15
61	جدول يوضح مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان باختلاف المستوى التعليمي	16
61	جدول يوضح مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان باختلاف المستوى الإقتصادي	17
62	جدول يوضح مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان باختلاف المستوى الإجتماعي	18
63	جدول يوضح مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان باختلاف نوعية السرطان	19

20	جدول يوضح العلاقة الارتباطية بين الكرب واضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان	64
21	جدول يوضح العلاقة الارتباطية بين الكرب واضطراب الأبعاد الفرعية للذاكرة الذاتية	64
22	جدول يوضح اختلاف العلاقة بين الكرب واضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف الجنس	65
23	جدول يوضح اختلاف العلاقة بين الكرب واضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف السن	66
24	جدول يوضح اختلاف العلاقة بين الكرب واضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف المستوى التعليمي	66
24	جدول يوضح اختلاف العلاقة بين الكرب واضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف المستوى الإقتصادي	67
25	جدول يوضح اختلاف العلاقة بين الكرب واضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف المستوى الإجتماعي	67
26	جدول يوضح اختلاف العلاقة بين الكرب واضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف نوعية السرطان	68

تقديم الدراسة

مقدمة

- 1 . إشكالية الدراسة
- 2 . فرضيات الدراسة
- 3 . أهداف الدراسة
- 4 . أهمية الدراسة
- 5 . التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة
- 6 . حدود الدراسة

مقدمة

يعد مرض السرطان من الأمراض المزمنة التي تشهد انتشارا كبيرا في هذا العصر بين كل الفئات العمرية وفي كل الدول دون استثناء، وتعزى الدراسات نسبة انتشاره إلى التحولات التي تجري على الغذاء من معالجات كيميائية سواء في فترة زراعها، أو تعليبها، أو حفظها، وذلك دون وعي حول ضرر هذه الإمكانيات على صحة الفرد، غير أن هذا المرض لا يرجع فقط لهذه المستجدات الغذائية بل يرتبط أيضا بالتحولات السريعة التي مست نمط حياة الفرد من الناحية النفسية والاجتماعية، إذ أصبحت الحياة تضع الفرد تحت الكثير من الضغوط التي لا مفر منها سواء من الناحية الاقتصادية أو الاجتماعية.

وقد ارتبط اسم السرطان مع الموت فصار يفزع كل من أصيب به أو سمع عنه، ففي الآونة الأخيرة كشفت الإحصائيات عن عدد كبير من المصابين به، وهذا ما يزيد من حدة قلق الناس وخوفهم من هذا المرض (تايلور، 2005).

ولعل أكثر ما يواجه الإنسان أينما كان هو تعرضه للضغوطات والمؤثرات المختلفة الخارجة عن نطاق سيطرته، ومدى اختياره وقراره وحجم ارادته، والتي غالبا ما تلقي بثقلها على كاهله بالتالي تترك آثارها الوخيمة وغير المتوقعة على حالته النفسية والعقلية والسلوكية والصحية والبدنية، بل الوظيفية المتعلقة بأدائه الفردي والأسري والجماعي.

ولعل الصدمات والأمراض الخطيرة المهددة للحياة مثل السرطان، والنكبات والأزمات، والجوع والكروب والحروب من أهم صور وأشكال تلك الضغوط والمؤثرات التي واجهت ومازالت تواجه الإنسان المعاصر.

فما يميز مرض السرطان عن غيره أنه يرتبط في ذهن الجميع بالموت المحتم، فسماع أي شخص بأنه مصاب بمرض السرطان لا يعني له ذلك الإصابة بمرض، بل يعني له الحكم عليه بالموت القريب وهذا ما يولد القلق الذي يراوده جراء خوفه المستمر من طبيعة مرضه ومستقبله.

وقد أثبتت الدراسات العلمية الحديثة أن التوتر النفسي يوال ضغوط، والغضب يعتبر من العوامل المدمرة لصحة الإنسان وقلبه وقد تؤدي إلى أمراض خطيرة مثل السرطان! ويعتقد الباحثون أنه على الرغم من أن ممارسة التمارين الرياضية وإتباع حمية غذائية جيدة وغيرها من العوامل ذات أهمية حيوية لصحة القلب، إلا أن للعوامل الاجتماعية والسعادة والإحساس بالرضا والكمال والعمل من أجل هدف في الحياة، تأثير بدوره

كشفت بحث أمريكي أن الإجهاد والضغوط النفسية التي يتعرض لها الأفراد بشكل يومي يمكن أن تسبب بعض أنواع السرطان، في حين وجدت دراسة أوروبية مشابهة أن الإجهاد مضر لصحة القلب، وأظهرت الدراسة التي نفذها باحثون من جامعة ييل الأمريكية، أن الضغوط النفسية اليومية قد تحفز نمو الأورام، وأن أي صدمة، عاطفية أو جسدية، يمكن أن تكون بمثابة "ممر" بين الطفرات السرطانية التي تؤدي في النهاية إلى الإصابة بأورام (خطيرة) (Acso, 1998).

وتبين نتائج الدراسة التي نشرت في دورية الطبيعة (nature)، أن الظروف اللازمة للإصابة بهذا المرض يمكن أن تتأثر بالبيئة العاطفية بما في ذلك كل المهام اليومية التي نقوم بها سواء في العمل أو في نطاق العائلة.

يقول "تيان اكسو" المختص في علم الوراثة من جامعة اييل "هناك الكثير من الظروف المختلفة يمكن أن تؤدي إلى الإجهاد، والحد منه أو تجنب الظروف المسببة له دائما نصيحة جيدة (نفس المرجع السابق).

حيث حدثت ارهاصات كبيرة مبكرة تؤكد العلاقة بين مرضى السرطان والعوامل النفسية والشخصية، حيث حاول بعض الباحثين إدراج السرطان ضمن الأمراض الجسمية التي تقوم الشخصية بدور مهم في إحداثها، وقد بدأت هذه المحاولات منذ أن أشار الطبيب الإغريقي جالينوس إلى أن احتمال إصابة المرأة الكئيبة بالسرطان يفوق احتمال إصابة المرأة المتفائلة بالمرض نفسه (لاشمان 1972).

إنه منذ القرنين الماضيين أثبتت الملاحظات الأولية على مرض السرطان أن هؤلاء المرضى كانت لديهم استجابات انفعالية سلبية من قلق اكتئاب وحزن ويأس في الفترة التي تسبق المرض.

وقد أشار باجيت إلى أن الشعور بالقلق وخيبة الأمل يزداد بزيادة انتشار الورم السرطاني وتبعه سنو sano 1839 بدراسته التي أجراها على مرضى سرطان الثدي، وتبين له أن ما عايشه هؤلاء المرضى من أحداث أليمة هو ما أدى إلى القلق والإكتئاب وفقدان الأمل وبالتالي اصابتهم بالسرطان (سوسن شاكرا مجيد، 2010).

كما يعتبر بيكون وزملاؤه Becon et al 1952 أول من قدموا مفهوم "الشخصية السرطانية، Cancer personality" وقاموا بدراسة أجريت على 40 امرأة مصابة بسرطان الثدي وتبين لهم أن أولئك المريضات يتصف سلوكهم بخصائص معينة منها عدم التعبير الإنفعالي أثناء الغضب، أو عند التعرض للعذاب والفشل في حل الصراعات النفسية (نفس المرجع السابق).

وفي دراسة تتبعية لكل من Persky وزملاؤه (1987) أجريت على عينة قوامها 2018 من المكتئبين الذين صنفوا اعتمادا على قائمة منيسوتا للشخصية MMPI تراوحت أعمارهم بين 40 - 60 عاما تمت تبعهم مدة ستة أعوام، أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة بين الإكتئاب وسرعة الإصابة بالسرطان نتيجة لإهمال المكتئبين العناية بأنفسهم والغذاء الجيد، فقد كانوا أكثر استهدافا للإصابة بالسرطان.

ويستنتج Eaves وزملاؤه (1987) أن السرطان يرتبط بدرجة عالية بالاكئاب واليأس والشعور بالعجز، والتي تحدث بدورها استجابة للضغوط النفسية. هذا بالنسبة للعوامل النفسية المسببة لمرض السرطان، أما بالنسبة للعلاج فعلى قدر خطورة المرض نجد العلاج يكون قوي وموجه لكافة الجسم دون استهداف المرض وحده أو عضو دون الآخر حيث أنه يخلف آثار على صحة المريض سواء من الناحية الجسمية أو النفسية أو العصبية التي تنتج عن إصابة في الجهاز المركزي ويندرج تحتها اضطراب الذاكرة، فهذا الكائن الذي تتداخل فيه الروح والجسد والعقل والنفوس بشكل يجعل من الضروري دراسته دراسة متكاملة في حالة الصحة والمرض (عبد القوي، 2006)

2 . إشكالية الدراسة:

ترتبط الصحة النفسية، بل والجسدية بالبيئة التي يعيش فيها الفرد، ويتشارك مع أبناء جنسه في تفاعلات إجتماعية بناءة ومحفزة، فالحياة الإنسانية عرضة دائما لتهديدات المحيط الذي يتواجد فيه، ومع الوقت يدرك الإنسان موضوعية هذه التهديدات وحقيقتها، ومع الوقت ترسخ لديه فكرة الموت المؤجل، مايكسبه إحساسا بالأمان على حياته وكيونته Intégrité، وتوازنه النفسي داخل المحيط الذي يعيش فيه.

فالاختلالات في التوازن الصحي قد تضع الفرد في مواجهة لا مفر منها مع مصائب وهزات(صددمات) في شكل أحداث عنيفة مهددة ومدمرة ومجهددة أو ضاغطة stressante بقدر كبير إن لم تكن صادمة Traumatisaite.

وإذا كنا في مجال الحديث عن الصدمة النفسية فإن أكبر صدمة يمكن للإنسان أن يتلقاها هي تلك المواجهة المفاجأة التي تدفع الشخص للتفكير باحتمال موته في أي لحظة، أو ضمن فترة معينة من الزمن، ذلك أن التهديد الحاد أو المزمن لبقاء الفرد يحرض استجابة الكرب، ويستفز جهازه المناعي والجسدي والنفسي، انطلاقا من غريزة المحافظة على الذات، وتؤدي إصابة الشخص بعدة أمراض سيكوسوماتية أهمها مرض السرطان حيث تظهر لديه أعراض جسدية ونفسية اصطلح على تسميتها بتناذر الكرب التالي للصدمة(النابلسي،1999).

قد تختلف الشدة بما فيها أعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة لدى مريض السرطان باختلاف عدة عوامل منها السن، المستوى الثقافي والإقتصادي والإجتماعي وبالإضافة إلى نوع السرطان. فالعضو المصاب ووظيفته يلعب تأثيرهما دورا كبيرا على الجانب النفسي والجسدي. فمثلا قد تكون شدة الصدمة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي مرتفعة مقارنة بامرأة مصابة بسرطان في عضو آخر، فالعضو المصاب هنا هو الثدي، والثدي بالنسبة للمرأة رمز أنوثة بالإضافة إلى دوره الجنسي والبيولوجي، ونفس

الشئ بالنسبة للرجل فشدة الصدمة لدى الرجل المصاب بسرطان البروستات، أكثر شدة من الرجل المصاب بسرطان في عضو آخر، إلا أن سرطان الدماغ والذي يحتل المرتبة الأولى في تصنيف أنواع السرطانات يأخذ أكبر شدة بالنسبة للجنسين.

وما يميز مرض السرطان هو أنه يخلف آثار على صحة المريض سواء من الناحية النفسية أو الجسمية أو العصبية، وهو الأمر الذي جعلنا نقوم بهذه الدراسة من أجل معرفة الاضطرابات النفسعصبية التي تظهر على مريض السرطان.

فقد توصلت عدة دراسات للآثار النفسعصبية للسرطان مثل دراسة Quensel (2009) في كندا التي انطلقت من فرضية أن المصابات بسرطان الثدي اللاتي يعالجن كيميائياً، وعددهن 41 يكون أدأهن في التقييم النفسي العصبي منخفضاً مقارنة باللاتي يعالجن بالأشعة وعددهن 23 مريضة والصحيحات عددهن 40 أظهرت النتائج اضطرابات في الانتباه والذاكرة اللفظية، كما وجدت علاقة بين نوعية الحياة وبين الوظائف المعرفية في بداية المتابعة لكنها تحسنت بعد ذلك مع ظهور نتيجة غير متوقعة وهي أن اللاتي يعالجن كيميائياً كن الأفضل في التقييم النفسي العصبي (زعطوط، 2014).

كما ذهبت دراسة أمين مصمودي وآخرون 2009 بتونس كن عنوانها "جدوى تقديم نوعية الحياة في ممارسات طب الاورام السريري" على عينة تكونت من 30 مريضة مصابة بالسرطان وقد طبق استمارة C30 EORTCQLQ أو استبيان نوعية الحياة للمنظمة الأوروبية للأبحاث وعلاج السرطان بعد خضوعهن للمعالجة الكيميائية المساعدة اثر اكتشاف سرطان الثدي لديهن باكراً، وتابعن العلاج بالمنزل ثم أعيد توزيع المقياس عليهن بعد الدورة الثالثة للعلاج، وقد لاحظ الباحثون تدهوراً ملحوظاً في أداء الوظائف المعرفية والإجتماعية لدى المريضات خلال تلقي العلاج الكيميائي (المصمودي، 2009).

فحسب هذه الدراسات نجد أن لهذا المرض مخلفات على جسم الإنسان خصوصا في فترة العلاج التي يخضع لها المريض، ومن أهم هذه الآثار ما يتعلق بالجهاز العصبي المركزي للإنسان الذي يعد مركز قرارات الفرد وانفعالاته، وتتعكس على شكل اضطرابات نفسعصبية والتي يقصد الاضطرابات التي تمس الوظائف المعرفية مثل: الإنتباه ، الذاكرة ،الوظائف التنفيذية، هذه الوظائف التي ينعكس الخلل الذي يمسه على الحياة اليومية للفرد.

هذه الدراسة تهدف إلى الإجابة عن التساؤلات التالية:

- ما مستوى الكرب التالي للصدمة لدى مرضى السرطان؟
- هل يختلف مستوى الكرب التالي للصدمة لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس و السن والمستوى التعليمي والمستوى الإقتصادي والمستوى الإجتماعي ونوعية السرطان؟
- هل توجد اضطرابات في الذاكرة الذاتية (الأوتوبيوغرافية) لدى مرضى السرطان؟
- هل يختلف مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية (الأوتوبيوغرافية) لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس والسن والمستوى التعليمي والمستوى الإقتصادي والمستوى الإجتماعي ونوعية السرطان؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين مستوى الكرب التالي للصدمة ومستوى اضطراب الذاكرة الذاتية(الأوتوبيوغرافية) لدى مرضى السرطان؟
- هل يوجد اختلاف في العلاقة بين مستوى الكرب التالي للصدمة و مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية (الأوتوبيوغرافية) باختلاف الجنس والسن والمستوى التعليمي والمستوى الإقتصادي والمستوى الإجتماعي ونوعية السرطان؟

3 . فرضيات الدراسة

- نتوقع ارتفاع مستوى الكرب التالي للصدمة لدى مرضى السرطان؟
- نتوقع اختلاف مستوى الكرب التالي للصدمة لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس و السن والمستوى التعليمي والمستوى الإقتصادي والمستوى الإجتماعي ونوعية السرطان؟
- نتوقع وجود اضطرابات في الذاكرة الذاتية (الأوتوبيوغرافية) لدى مرضى السرطان؟
- نتوقع اختلاف مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية (الأوتوبيوغرافية) لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس والسن والمستوى التعليمي والمستوى الإقتصادي والمستوى الإجتماعي ونوعية السرطان؟
- توجد علاقة ارتباطية بين مستوى الكرب التالي للصدمة ومستوى اضطراب الذاكرة الذاتية(الأوتوبيوغرافية) لدى مرضى السرطان؟
- يوجد اختلاف في العلاقة بين مستوى الكرب التالي للصدمة ومستوى اضطراب الذاكرة الذاتية (الأوتوبيوغرافية) باختلاف الجنس والسن والمستوى التعليمي والمستوى الإقتصادي والمستوى الإجتماعي ونوعية السرطان؟

4 . أهداف الدراسة

ككل دراسة علمية تصبوا هذه الدراسة إلى أهداف تسعى لتحقيقها، والتي نعرضها فيمايلي:

- 1) الكشف عن العلاقة بين مستوى الكرب التالي للصدمة ومستوى اضطرابات الذاكرة الذاتية.
- 2) الكشف عن مستوى الكرب التالي للصدمة لدى مرضى السرطان.
- 3) الكشف عن مستوى اضطرابات الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان، باختلاف الجنس و اختلاف السن و المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي و المستوى الاجتماعي و نوعية السرطان .
- 4) الكشف عن الفروق في مستوى الكرب التالي للصدمة لدى مرضى السرطان حسب متغيرات الجنس، السن، والمستوى التعليمي والإقتصادي والإجتماعي، ونوعية السرطان .

5 . أهمية الدراسة

- 1) اعتمدت الطالبة في هذه الدراسة على خلفية الدراسات لاختيار المتغيرات من خلال الجمع بين علم النفس الصدمي وعلم النفس العيادي، وعلم النفس العصبي.
- 2) لفت الانتباه إلى أهمية تناول مرض السرطان من الجانب النفس عصبي من خلال متغير الذاكرة الذاتية، خاصة وأنها المستهدفة بالفحص والعلاج كما في مدرسة التحليل النفسي.
- 3) الإحتكاك بمرضى السرطان والتعرف على مدى إعاقة المرض لصحتهم النفس عصبية في الحياة اليومية.
- 4) تنبيه القائمين في الجانب الصحي مثل: الأطباء، الممرضين لضرورة الإهتمام بالجانب النفسي لمرضى السرطان.

6 . التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة

- 6 . 1 السرطان: يعرف السرطان بأنه مرض الكائنات الحية متعددة الخلايا، هذه الميزة تشير إلى أن هناك عامل متأصل في قدرة الخلايا على الإنتشار إلى الخلايا الأخرى والتحرك بسهولة في الجسم إلى المواقع الجينية لتكوين الأعضاء، هذا الأخير هو المفتاح في عمليات تكوين الأورام، وتحدث المشاكل عندما تصبح هذه العمليات غير منظمة (Rayand,2007).
- ونعتبر في دراستنا المصاب بالسرطان كل شخص تم التأكد من إصابته بالسرطان بتشخيص طبي من طرف طبيب مختص، ويتم متابعته في مصلحة علاج السرطان بمستشفى ورقلة. دون تحديد نوع السرطان في دراستنا الحالية.

6 . 2 الكرب التالي للصدمة:

هو اضطراب نفسي حسب التصنيف الطبي العالمي للأمراض النفسية ويعني تعرض الشخص لحوادث كارثية أو تهديدات استثنائية، ليس من الضروري أن يكون التهديد هذا موجهاً إلى الشخص ذاته، بل يمكن أن يكون موجهاً إلى أشخاص آخرين ويقاس في دراستنا بمقياس دافيدسون «Davidson».

6 . 3 الذاكرة الذاتية (الأتوبيوغرافية):

نظام ذاكرة يتألف من فترات زمنية مجمعة من حياة الفرد، أي تجارب شخصية وأشياء معينة، بالإضافة إلى أشخاص ووقائع عايشهم الفرد في وقت وزمان محددين، ويعبر عنها بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الذاكرة الذاتية ل ويليام «Wiliame».

7 . محددات الدراسة

7 . 1 المحددات الزمانية: أجريت الدراسة في الفترة الممتدة بين 2016/3/15 إلى 2016/4/12

7 . 2 المحددات المكانية: أجريت الدراسة بمركز مكافحة السرطان (Centre Anti – Cancer)

في مستشفى محمد بوضياف . ورقلة

7 . 3 المحددات البشرية: شملت الدراسة الإستطلاعية (40) مريضا بالسرطان، وشملت الدراسة

الأساسية على (139) مريضا بالسرطان دون تحديد نوع السرطان، والمتواجدين بمصلحة السرطان

بمستشفى ورقلة أثناء فترة الدراسة.

الإطار النظري

1 . تمهيد

2 . السرطان

3 . الكرب التالي للصدمة

4 . الذاكرة الذاتية

5 . خلاصة الفصل

تمهيد

نحدد في هذا الفصل المصطلحات الأساسية في الدراسة وهي السرطان، الكرب التالي للصدمة، الذاكرة الذاتية ثم نقوم بعرض بعض الدراسات السابقة لكل من هذه المتغيرات، وذلك للتعرف أكثر على كل من هذه المتغيرات وضبط المفاهيم.

1 . السرطان

يتكون جسم الإنسان من خلايا مختلفة في أشكالها ووظائفها بشكل مبسط، كل خلية تحتوي على غلاف خارجي، ونواة، وفي النواة تحفظ المعلومات الأساسية للخلية. هذه المعلومات في الحقيقة تكون موجودة في جزيء الحامض النووي DNA desoxyribonucleic.

تحتوي نواة الخلية على 46 صبغيا (Chromosome) أو 23 زوجا، والتي تتكون بدورها من ملايين الجينات، هذه الجينات هي التي تحدد نظام وطريقة عمل الخلية.

خلال حياتنا بعض خلايا الجسم تموت بشكل طبيعي، ويقوم الجسم بتعويض ذلك النقص في الخلايا عن طريق الإنقسام، عند الإنقسام تقوم الخلية بإنتاج نسخة أخرى من الحامض النووي ثم تنقسم إلى خليتين هذا ما يحدث في الخلية بشكل مبسط، حيث أن عملية الإنقسام أكثر تعقيدا من ذلك.

عادة يحدث انقسام الخلايا بشكل منتظم بحيث يمكن لأجسامنا النمو أو استبدال أو إصلاح الأنسجة التالفة، عندما تعمل الخلايا كما هو مخطط لها فإننا نتمتع بصحة جيدة، لكن عندما يختل ذلك النظام فإننا نمرض.

في حالة السرطان تنمو خلايا خلايا غير طبيعية، وبدلاً من تعويض الخلايا التالفة فقط، تتكاثر تلك الخلايا بشكل كبير ودون توقف فتطغى على العضو المصاب مشكلة ما يسمى بالورم (موسوعة السرطان، 2013).

الأورام التي تنتج عن هذا الخلل نوعان:

1. الأورام الحميدة (غير سرطانية Benign): وهي عادة تكون مغلقة بغشاء وغير قابلة للانتشار ولكن بعضها قد يسبب مشاكل للعضو المصاب خصوصاً إذا كانت كبيرة الحجم، وتأثيرها يكون بالضغط على العضو المصاب أو الأعضاء القريبة منها، مما يمنعها من العمل بشكل طبيعي، هذه الأورام من الممكن إزالتها بالجراحة، أو علاجها بالعقاقير أو الأشعة لتصغير حجمها، وذلك كافٍ للشفاء منها وغالباً لا تعود مرة ثانية (نفس المرجع السابق).

2. الأورام الخبيثة (سرطانية Malignant): وهي موضع الموقع، الأورام السرطانية تهاجم وتدمر الخلايا والأنسجة المحيطة بها، ولها قدرة عالية على الانتشار، وهي تنتشر بثلاث طرق:

. انتشار مباشر للأنسجة والأعضاء المحيطة بالعضو المصاب.

. عن طريق الجهاز اللمفاوي

. عن طريق الدم حيث تنفصل خلية (أو خلايا) من الورم السرطاني الأولي Primary وتنقل عن طريق الجهاز الجهاز اللمفاوي أو الدم إلى أعضاء أخرى بعيدة، حيث تستقر في مكان ما غالباً أعضاء غنية بالدم مثل الرئة، الكبد، أو العقد اللمفاوية، متسببة في نمو أورام سرطانية أخرى تسمى بالأورام الثانوية (Secondary) (نفس المرجع السابق).

1 . مفهوم السرطان

تعرف منظمة الصحة العالمية السرطان على أنه مصطلح عام يشمل مجموعة من الأمراض، يمكنها أن تصيب كل أجزاء الجسم، ويشار إلى تلك الأمراض أيضا بالأورام الخبيثة، ومن السمات التي تطبع السرطان التولد السريع لخلايا شاذة يمكنها النمو خارج حدودها المعروفة، وإقتحام أجزاء الجسد المتلاصقة والإنتشار إلى أعضاء أخرى، ويطلق على تلك الظاهرة اسم "النقيلة" وتمثل النقائل أهم أسباب الوفاة من جراء السرطان (منظمة الصحة العالمية، 2013).

السرطان هو مجموعة من الأمراض (أكثر من 100 مرض) تتشابه في بعض الخصائص فيما بينها، وقد سميت بالسرطان لأن الأوعية الدموية المنتفخة حول الورم تشبه أطراف سرطان البحر، وهذا المرض ينتج عن خروج الخلية عن السيطرة، يحدث تغير في خلية ما يجعلها تخرج عن نظام التحكم الذي يتحكم في عمل الخلية كما في الخلايا السليمة.

يوجد أكثر من نظرية يعزى إليها سبب بداية السرطان في الجسم، الأولى تقول أن خطأ ما حدث في الحامض النووي عند الإنقسام، وهو ما يسمى بحالة "التبدل" أو "Mutation" نسبة حدوث خطأ في الحامض النووي عند الإنقسام تزيد بتزايد التعرض لمسببات السرطان مثل (القطران في دخان السجائر) العديد من هذه باختلاف مسببات تحدث في جسم الإنسان، إلا أن جهاز المناعة في الجسم يتعرف عليها باختلافها عن بقية الخلايا ويقوم بتدميرها، أحيانا يفشل جهاز المناعة بالتعرف على هذه الخلايا لتشابهها مع بقية الخلايا فتقوم بالإنقسام وتسبب حدوث السرطان.

إحدى النظريات الحديثة تقول أن السبب هو وجود خلل جيني بسيط لا يمكنه لجهاز المناعة ملاحظته، وذلك الخلل مع الوقت يتسبب بخروج الخلية عن السيطرة، ومن ثم ظهور السرطان، هذه النظرية تفسر ظهور بعض أنواع الأورام في أكثر من فرد في عائلة واحدة (جيمس، 2012).

2.1 مراحل نمو السرطان

يمر السرطان بثلاث مراحل هي:

- البداية: وهذه هي الخطوة الأولى، حيث يبدأ على مستوى خلية بتغيير بسيط في عمل الخلية والمواد التي تسبب هذه البداية تسمى مواد مسرطنة.
- التطور: يتكون الورم عن طريق خلية واحدة، وينمو على حساب الخلايا الأخرى ويمكن رؤيته بالميكروسكوب.
- الورم الإكلينيكي: في هذه المرحلة يكون الورم كبير الحجم، وإذا لم يعالج فيستمر في النمو وتدمير الأنسجة المجاورة وربما الانتشار إلى أعضاء كثيرة وبعيدة (حسام محمد، 2003).

3. 1 كيفية انتقال السرطان

هناك طرق معروفة لانتقال السرطان بين الخلايا وهي:

- الانتشار المباشر للأنسجة والأعضاء المحيطة بالعضو المصاب
- عن طريق الجهاز اللمفاوي
- عن طريق الدم، حيث تتفصل الخلايا السرطانية وتنتقل عن طريق الليمف أو الدم إلى الأعضاء الأخرى، وتسوطن بها مثل الكبد، الرئة والعقد اللمفاوية، وتسبب أمراض ثانوية (نفس المرجع السابق).

4 . 1 العوامل المسببة للسرطان

- قد يؤدي التدخين إلى الإصابة بمرض سرطان الرئة
- قد يتسبب التعرض لأشعة الشمس لفترات طويلة بالإصابة بسرطان الجلد

- قد تسبب المواد المسرطنة المتواجدة في البيئة بالإصابة بالسرطان، مثل الألياف الأسبستية وبعض المواد الكيميائية المستخدمة في بعض أماكن العمل.
- عامل الوراثة له دور أيضا، فوجود تاريخ الإصابة بالمرض في العائلة، قد يعرض أفرادها بشكل أكبر للإصابة به
- الأشخاص الذين يعانون من ضعف في جهاز المناعة (تلك الأجزاء من الجسم التي تتخلص من الجراثيم وخلايا الجسم الغير طبيعية) يكونون عرضة للإصابة بالمرض (السرطان).
- الأشخاص المصابون بمرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) يكونون معرضين للإصابة ببعض أنواع السرطان (نفس المرجع السابق)

2 . اضطراب الكرب التالي للصدمة PTSD

تمهيد:

من بين أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا في بلدنا والبلدان المجاورة منذ ثورات الربيع العربي حتى الآن، هي اضطرابات ناتجة عن (الصدمة النفسية)، فأحداث العنف والدمار والحروب التي يعيشها الفرد، ومعايشة الفرد لهذه الأحداث في حياته اليومية، وهي أحداث خارجة عن الفرد، أو صعوبات ومشاكل تسبب له تهديدا لحياته، أو تشعره بعدم القدرة على الدفاع عن نفسه أو الآخرين، فتسبب توترا يفشل في السيطرة عليه، وينجم عنه اضطرابات نفسية متعددة أهمها اضطراب الكرب التالي للصدمة.

يحدث اضطراب الكرب التالي للصدمة عند أي سن بما في ذلك الطفولة، حيث يحدث بعد تعرض الشخص لحادث، وقد يتأخر الاضطراب لما بعد الحادث بأسبوع أو يمتد التأخير إلى ثلاثين عاماً، والأعراض متفاوتة (فترات من الاشداد وأخرى من الهوادة) بمرور الوقت وقد تزداد خلال فترات التعرض لضغوط، ولوحظ أن حوالي (30%) من المرضى يتم شفاؤهم بينما (40%) تظل لديهم أعراض خفيفة، و

(20%) تظل لديهم أعراض متوسطة الشدة و (10%) من المرضى تسوء حالتهم أو تظل كما هي دون تغير.. ويرتبط التنبؤ بمآل حسن لاضطراب كرب ما بعد الصدمة في الحالات ذات البداية السريعة والتي تقل مدة الأعراض فيها عن ستة شهور من خلال الأداء الوظيفي الجيد قبل المرض ، والمساندة الاجتماعية القوية ، وغياب الأمراض العضوية والنفسية الأخرى.. ومن مضاعفات هذا الاضطراب مع الآخرين بالإضافة إلى التقلب الانفعالي والشعور بالذنب الذي قد يؤدي إلى الانتحار، عند حوالي الثلث من المصابين بالصدمة تضاف هذه الأحداث إلى الذكريات المؤلمة مما يتشكل لديه أمراض نفسية أشهرها اضطراب الكرب التالي للصدمة(ألفت علام، 2015).

1 . مفهوم الصدمة النفسية "Trauma"

يطلق عليه الصدمة النفسية Trauma أو الجرح النفسي، هي حالة من الأذى وعدم التوازن والاضطراب في المشاعر التي غالباً ما تؤدي إلى تأثير عقلي وجسدي ناتج عن رد فعل طبيعي للحدث الصادم. وفي قاموس علم النفس تعني الهزة النفسية القوية الناتجة عن حادث مؤلم، قد يكون كوارث طبيعية، أو اختطاف، أو إغتصاب، أو أحداث أخرى، يمكن لهذه الأحداث أن تؤدي عند الشخص إلى ظهور حالات الشدة والتوتر والخوف والإجهاد.

يرى ماكنبوم أن الصدمة تشير إلى حوادث شديدة أو عنيفة، تعد قوية ومؤذية ومهددة للحياة، بحيث تحتاج هذه الحوادث إلى مجهود غير عادي لمواجهته أو التغلب عليها (Meichenbaum,1994,32).

أما الباحث العالمي جون بولمان . J.Boulmane يعرف الصدمة على أنها عبارة عن تفتيت وتحطيم للمفاهيم الأساسية عند الإنسان، حيث يكتسب الفرد هذه المفاهيم من خلال الإطار الحضاري

والإجتماعي، ومن خلال تنشئته وخبراته الذاتية وبالتالي تشكل الصدمة تهديدا حقيقيا لكيان الإنسان وحياته(ثابت، 1999).

أما "بيرون" فيعرف الصدمة على أنها حالة من العضوية تختص بفعل إثاري حيث يكون التفريغ مستحيلا والعضوية لا تستطيع تعديل هذه الإثارة، وهذا حسب النظرة التحليلية للصدمة(محمد النابلسي، 1991).

وتعرف الصدمة بأنها أي حادث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه، مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة. وقد ينتج عن هذا الحادث تغيراتٍ في الشخصية أو مرضٍ عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية، وتؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق والعجز أو الرعب .

أشار فرويد إلى أن تسمية الصدمة تنطبق على تجربة معاشة تحمل معها الحياة النفسية، وخلال وقت قصير نسبيا، زيادة كبيرة في الإثارة لدرجة أن تصفيتها أو إرسانها بالوسائل السوية والمألوفة ينتهي بالفشل، مما ينتج عنه اضطرابات دائمة في قيام الطاقة الحيوية بوظيفتها، ويصبح فيض الإثارة مفرطا بالنسبة لطاقة إحتمال الجهاز النفسي، بسبب حادث فريد بالغ العنف، أو بفعل تراكم إثارات تظل محتملة إذا ما أخذت كل منها بمعزل عما سواها، وهذا ما يؤدي إلى فشل مبدأ الثبات على اعتبار أن الجهاز قادر على تفريغ الإثارة. (Bergeret)

وبصفة عامة يعرف علماء التحليل النفسي الصدمة النفسية بأنها حالة تتميز بالإفراط في الإستثارة والإنفعال إلى حد يمتنع فيه تصريف الطاقة، فيبحث هذا الفرد في التوافق مع المواقف عن الاستثارة والإنفعال إلى حد يمتنع فيه تصريف الطاقة فيبحث هذا الفرد في التوافق مع الموقف فيبعد نفسه عن أي استثارة إضافية مستعينا في ذلك بدفاعات لا سوية(فرج عبد القادر، 1975).

ومن خلال هذه التعاريف نستنتج بأن الصدمة هي أي حادث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه، مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة. وقد ينتج عن هذا الحادث تغيراتٍ في الشخصية أو مرضٍ

عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية. وتؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق والعجز أو الرعب. إن الأشخاص الذين تعرضوا لأحداث صادمة مثل (الهزة الأرضية، زلزال، أو اصطدام طائرة، انفجار، عنف أسري، اغتصاب، حروب، أو كوارث طبيعية أو من صنع الإنسان)، هذه الأحداث قد تؤدي إلى حدوث الكرب التالي للصدمة Post Traumatic Stress Disorder (P T S D) واضطرابات نفسية ناتجة عن التعرض لأحداث صادمة .

2 . مفهوم الحدث الصادم Traumatic- Event

الأحداث الصدمية أحداث خطيرة ومربكة ومفاجئة، وتتسم بقوتها الشديدة أو المتطرفة، وتسبب الخوف والقلق والانسحاب والتجنب، والأحداث الصدمية كذلك ذات شدة مرتفعة، وغير متوقعة، وغير متكررة، وتختلف في دوامها من حادة إلى مزمنة (الحواجري، 2014).

3 . مفهوم العصاب الصدمي nevrose traumatique

حسب معجم التحليل النفسي للعالمين لابلانوش و بونتاليس La planche et Pontalis العصاب الصدمي هو اضطراب و نوع من العصاب يظهر نتيجة لصدمة وجدانية، يعيشها الفرد عموماً في لحظة يحس فيها أن حياته في خطر “ موت موقوف التنفيذ” و تبدو جلياً تظاهرات الشدة في شكل نوبة حصرية حادة من الممكن أن تتبعها حالة من الهيجان أو الخلط العقلي.

حسب فرويد يعتبر العصاب الصدمي عصاباً راهناً، فهو ناجم عن حدث صدمي معين ونتيجة له. وهو بالتالي لا يستند إلى بنية نفسية محددة لكنه في المقابل يحدث بسبب حدثه تغييراً في البنية النفسية الأساسية للمريض. وتتصف هذه التغيرات بعلامات الرهاب والتجنب والكف والنكوص والتبعية.

4 . نشأة و تطور مفهوم العصاب الصدمي *nevrose traumatique*

لقد كان ابن سينا أول من درس العصاب الصدمي و آثاره النفسية و الجسدية بطريقة علمية تجريبية، حيث قام بربط حمل وذئب في غرفة واحدة دون أن يستطيع احدهما مطاولة الآخر، فكانت النتيجة هزال الحمل ثم موته وذلك رغم إعطائه نفس كمية الغذاء التي كان يستهلكها حمل آخر يعيش في ظروف طبيعية(محمد النابلسي،1991).

و يرجع تسمية و ضعية الشعور بتهديد الحياة (اقتراب الموت) باسم العصاب الصدمي إلى OPPENHEIM أوبنهايم عام 1984 ، حيث وصف هذا العصاب بأنه يخلق أثارا نفسية ناجمة عن الرعب المصاحب لحادثة من حوادث القطارات(الحواجري،2014).

ولقد أثار هذا الطرح معارضة شاركو الذي لم يرى في هذه الآثار سوى نوع خاص من أنواع الهستيريا من نوع "الهستيريا النوراستانيا "، وفي هذا التيار أي تيار شاركو اهتم كل من Freud et Janet بدراسة الأسباب التي تسببها الصدمات والذكريات ذات الطابع الصدمي في الوعي، ثم جاءت الحرب العالمية الأولى لتهدد أعدادا كبيرة من الناس، ليشكل العصاب الصدمي أهمية قصوى واتسعت حقول الدراسة ثم جاءت الحرب العالمية الثانية لتعيد إحياء الإهتمام بهذه الدراسات التي لا تزال تنتعش بفضل الحروب هنا وهناك.

ثم عاد فرويد إلى تناول موضوع العصاب الصدمي في عدة مناسبات بعد الحرب العالمية الأولى في كتاب "ما وراء مبدأ اللذة" سنة 1920 وفرويد لا ينكر مبدأ العصاب الصدمي بل إنه يعترف قبل وفاته بهذه الأعصبة فيقول: "لقد شذت هذه الأعصبة دوما وتمردت على فرضية الصراع " النفسي الطفولي"(نفس المرجع السابق)

وتطور مفهوم العصاب الصدمي حتى كاد يتحول إلى اختصاص منفرد هو علم النفس الكارثة أو الطب النفسي للكارثة فالعصاب الصدمي هو مرض ذو ديمومة يتحول إلى مرض مزمن في حالة عدم علاجه لذلك يمكنه أن يصاحب المريض بقية حياته و لا تتجح محاولات المريض الذاتية للتخلص من عصابه. و في 1974 قام العالمان Hohnstrom و Bugess بنشرا مقالا حول " تناذر الصدمة التالي للاغتصاب " و trauma syndrome Rape موضحين الآثار النفسية و السيكوماتية عند التعرض لصدمة ما.

وحدد اللفظ لأول مرة في DSMIV5 و في 1980 أدخلت الجمعية الأمريكية للطب النفسي اسم جديد هو اضطرابات الشدة النفسية عقب التعرض للصدمة (Post traumatic stress disorders)(لنابلسي،1991).

5 . مفهوم الكرب التالي للصدمة Post Traumatic Stress Disorders

نتعرض لمفهوم اضطراب الضغوط التالية للصدمة post traumatic stress disorder استنادا إلى وثائق الرابطة الأمريكية للطب النفسي الخاصة بالدليل التشخيصي الرابع DSM-IV، ومنظمة الصحة العالمية APA والتصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية(1992،ICD10).

تتناول الجمعية الرابطة الأمريكية للطب النفسي مفهوم الكرب التالي للصدمة في الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية بأنه فئة من فئات (اضطراب القلق) حيث يعقب تعرض الفرد لحدث ضاغط Stressor ، نفسي أو جسمي، غير عادي، في بعض الأحيان بعد التعرض له مباشرة، وفي بعض الأحيان بعد التعرض له مباشرة(مكتب الإنماء الإجتماعي،2013).

عرف يعقوب (1999) اضطراب الضغوط التالية للصدمة بأنه مرض نفسي، قد تم تصنيفه من جانب جمعية الطب النفس الأمريكية(1980،1987) وينجم هذا الإضطراب عندما يتعرض شخص ما لحدث مؤلم جدا(صدمة) يتخطى حدود التجربة المألوفة مثل أهوال الحروب، رؤية العنف والقتل، التعرض

للتعذيب والإعتداء الجسدي الخطير والإغتصاب، كوارث طبيعية، بحيث تظهر لاحقا عدة عوارض جسدية ونفسية مثل التجنب و التبلد والأفكار والصور الدخيلة واضطراب النوم والتعرق وضعف الذاكرة والتركيز. ليس جميع الأشخاص الذين يتعرضون لصدمة أو كارثة يسقطون في الإضطرابات المذكورة، اذ أن هناك عوامل معينة تساعد على ظهور الاضطراب بما في ذلك طبيعة الصدمة، سن الضحية، طبيعة الشخصية واستعدادها المرضي ودور البيئة أن PTSD قد يكون حادا أي أنه يستمر لفترة محددة أو قد يطول ويصبح مزمنًا (غسان يعقوب، 1990)

ذكر ديفيد H. David (2002) ان مصطلح اضطراب الضغوط التالية للصدمة (Post traumatic stress disorder) ظهر في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي الإحصائي للإضطرابات العقلية، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وقد أشارت الطبقات السابقة لردود الفعل للضغوط بمصطلحات مثل: رد الفعل الواضح، الإضطراب الموقفي العابر، ولكن بدون معايير محددة.

وذكر نفس الكاتب أيضا بأن ظاهرة إعادة الخبرة مثل استرجاع الأحداث والكوابيس، من الأعراض المميزة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، وغالبا ماتكون الكوابيس تكرارا دقيقا لخبرة الصدمة، أو للصدمة السابقة أو للذكريات التي أثارها حادثة جديدة. ويتصف استرجاع الأحداث بالاستثارة الانفعالية والجسمية القوية، والتي قد يشعر الفرد من خلالها بعدم القدرة على الحركة وعدم الوعي بما يحيط به في لحظتها، ويمكن أن توصف بأنها(كوابيس يقظة) وغالبا ما يستطيع مثير مرتبط بالصدمة أن ينشط أو يثير استرجاع الأحداث حتى وإن كانت صلته بالخبرة الصادمة غير واضحة.

ذكر عكاشة(1992) بأن هذا الاضطراب يظهر كرد فعل متأخر أو ممتد زمنيا لحدث أو اجهاد ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية، وينتظر منه أن يحدث ضيقا عاما لأي شخص على سبيل المثال كارثة طبيعية أو تعذيب أو اعتقال أو حرب أو مشاهدة موت أشخاص آخرين موتا عنيفا، وأن وجدت

عوامل مرسبة للزملة مثل سمات الشخصية: القهرية أو تاريخ سابق للعصاب فقد يزيد ذلك من ظهور الأعراض أو تفاقم مسارها، ولكن تلك العوامل غير ضرورية وغير كافية لتفسير ظهورها، ويستطرد عكاشة بأنه تتضمن الأعراض النمطية نوبات من اجتزاز الحادث، من خلال ذكريات اقتحامية (ارتجاجات زمنية) مع أحلام أو كوابيس، والتي تحدث على خلفية مستمرة من الإحساس بالخدر والتبدل الانفعالي، والانفصال عن الآخرين، وعدم الاستجابة للعالم المحيط، وعدم التمتع مع تجنب النشاطات والمواقف التي قد تذكر بالحادث. ونادرا ما تكون هناك تفجرات عاطفية مفاجئة أو إعادة تمثيل مفاجئة للحادث أو الاستجابة الأصلية له، كما يكون هناك عادة حالة من فرط يقظة ونشاط بالجهاز العصبي اللارادي وتعزيز لرد فعل إفعال، ويشيع تزامن القلق والإكتئاب مع الأعراض والعلامات المذكورة أعلاه، كما أن التفكير بالإنحار ليس نادرا، وقد تزداد الحالة تعقيدا باللجوء إلى استخدام العقاقير أو الإفراط في تعاطي الكحول، تبدأ الحالة بعد فترة كمون قد تتراوح بين عدة أسابيع وشهور ولكنها نادرا ما تتجاوز ستة شهور المسار قد يكون متذبذبا (أحمد عكاشة، 1992).

5. 6 أعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة (PTSD)

1. 6. 5 معايير التشخيص لاضطراب ما بعد الصدمة وفقا للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10 :

أن تتواجد لدى المريض المعايير التالية:

أ . إن الشخص المعني يقدر يتعرض لحادث ذو بعد تهديد استثنائي أو كارثي على مدى مدة قصيرة أو طويلة. هذا الحادث كان من شأنه سبب عند أي شخص آخر تقريبا حالة من اليأس العميق.

عند توفر واحدة من الحالات التالية:

1. كون المصدوم يتذكر الحدث الصادم باستمرار، أو تتولد لديه مرارا حالة صدمة بسبب الأفكار الإقتحامية المتمثلة بتذكر حادث الصدمة الأولى (صدى الذكريات واجترار الذكريات، والأحلام أو الكوابيس)، أو الإحساس بالمحنة عند الولوج في الحالات التي تتصل أو التي تشبه ظروف الصدمة.

2. الشخص يتجنب الظروف (القائمة فعليا أوالمحتملة) التي تشبه ظروف الصدمة.

مع توفر واحدة على الأقل من المعايير التالية:

ب . عجز جزئي أو كامل فيتذكر بعض الجوانب الهامة من تجربة الصدمة المرهقة؛ أو وجودالأعراض المستمرة للإثارة ولزيادة الحساسية النفسية ولزيادة الحساسية النفسية، حيث فيها يجب أن تتحقق اثنين على الأقل من الميزات التالية:

1 . صعوبة الدخول في النوم، أوالأرق

2 . زيادة الإحساس بالمباغته

3 . التحفزو اليقظة المفرطة

4 . مصاعب التركيز

5 . الهيجان ونوبات الغضب

ج . يجب أن تظهر أعراض اضطراب مابعد الصدمة بغضون ستة أشهر بعد وقوع الحدث المجهد (أوبعد فترة الإجهاد، مثلا بعد مدة من السجن)

د . يرافق ذلك في كثير من الأحيان الإنسحاب والانعزال الإجتماعي، وتواجد شعور من الخدر والبلادة العاطفية، واللامبالاة إزاء الأشخاص الآخرين فضلاعن تعكر المزاج.

هـ . إذا استمرت الأعراض المزمنة لاضطراب ما بعد الصدمة لسنوات عديدة، يمكن تشخيص تغيير دائم في الشخصية بعد اجهادات استثنائية (Ishak et al 2006).

5 . 6 . 2 أعراض الكرب التالي للصدمة حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات النفسية DSM V:

اضطراب الكرب الحاد

الاستكشاف:

أ. التعرض للتهديد بالموت أو صدمة قوية أو التعدي الجنسي بطريقة أو بأخرى، كالاتي:

1 . معايشة مباشرة لحادثة الصدمة.

2 . مشاهدته للحادثة عندما يتعرض لها الآخرين.

3 . اكتساب خبرة من الحادثة عندما تحدث لأحد أفراد العائلة أو لصديق مقرب.

في حالات الموت أو التهديد بالموت لأحد أفراد العائلة أو الأصدقاء، لا بد أن تكون الحادثة على شكل بعنف أو بشكل صدمات.

أعراض التفكك:

4 . احساس متغير لحقيقة مايجري حوله (مثال: رؤية نفسه من وجهة نظر الآخرين، كونه في حالة دوار،

الإحساس بتباطؤ الوقت)

5 . عدم القدرة على استيعاب شئ من أزمة الحادثة (نتيجة فقدان الذاكرة المتفكك وليس لعوامل أخرى

مثل جرح في الرأس والكحول والمخدرات)

أعراض التجنب:

- 6 . المجهودات للتخلي عن الذكريات المحزنة أو الأفكار أو الاحاسيس حول حادثة الصدمة
 - 7 . المجهودات للتجنب المذكرات الخارجية(الأشخاص أو الأماكن أو المحادثات أو النشاطات أو الأشياء أو الوضعيات) التي توقظ الذكريات المحزنة، الأفكار أو الأحاسيس حول حادثة الصدمة.
- أعراض فرط التحسس أو الاستثارة:
- 8 . اضطرابات في النوم في النوم(مثل صعوبة النوم أو البقاء نائماً،النوم الغير كافي)
 - 9 . السلوك السريع الذي يمثل الغضب (مع أو بدون تحريض) يتمثل في العنف تجاه الناس أو الأشياء.
 - 10 . الاستثارة الأكثر من طبيعية (العالية)
 - 11 . مشاكل في التركيز.
 - 12 . الإستجابة المفرط فيها (يعني بداية الإستجابة بصورة سريعة دون التفكير).
- ج . مدة الإزعاج هي 3أيام إلى شهر بعد التعرض للصدمة.
- 1 . الأعراض تبدأ مباشرة بعد الصدمة، لكن التكرار على الأقل من 3 أيام إلى شهر هو مستلزم ليتلاقى مع مشكل الاضطراب.
 - د . الإزعاج يتسبب في محنة معتبرة عياديا أو ضعف إجتماعي، أو في الوظائف الحياتية.
 - س . الإضطراب ليس نتيجة لمرض عضوي أو تناول مادة مع التأثيرات الفيزيولوجية لمتغير(مثال: الدواء، الكحول أو حالة طبية معينة مثال(MIBI)(DSM5).

7 . النظريات التي فسرت اضطراب الكرب التالي للصدمة (PTSD)

1.7 نظرية معالجة المعلومات information processing:

إن معالجة المعلومات تعتبر من أهم النظريات التي حاولت أن تفسر اضطراب ما بعد الصدمة، فالمعلومات تغزونا كل حذب وصوب، قسم منها يستوعبه الدماغ وتتم معالجته وترميزه و حل الترميز السلوك (بينما لا تتم معالجة القسم الآخر بشكل صحيح لأن المعلومات تكون ناقصة أو فوق طاقة الجهاز العصبي جهاز الاستقبال) كما هي الحال مثلا في الكوارث والصددمات) بحيث لا تتلاءم المنبهات الخطيرة الطارئة مع خبرات الشخص ونماذجه المعرفية لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية.

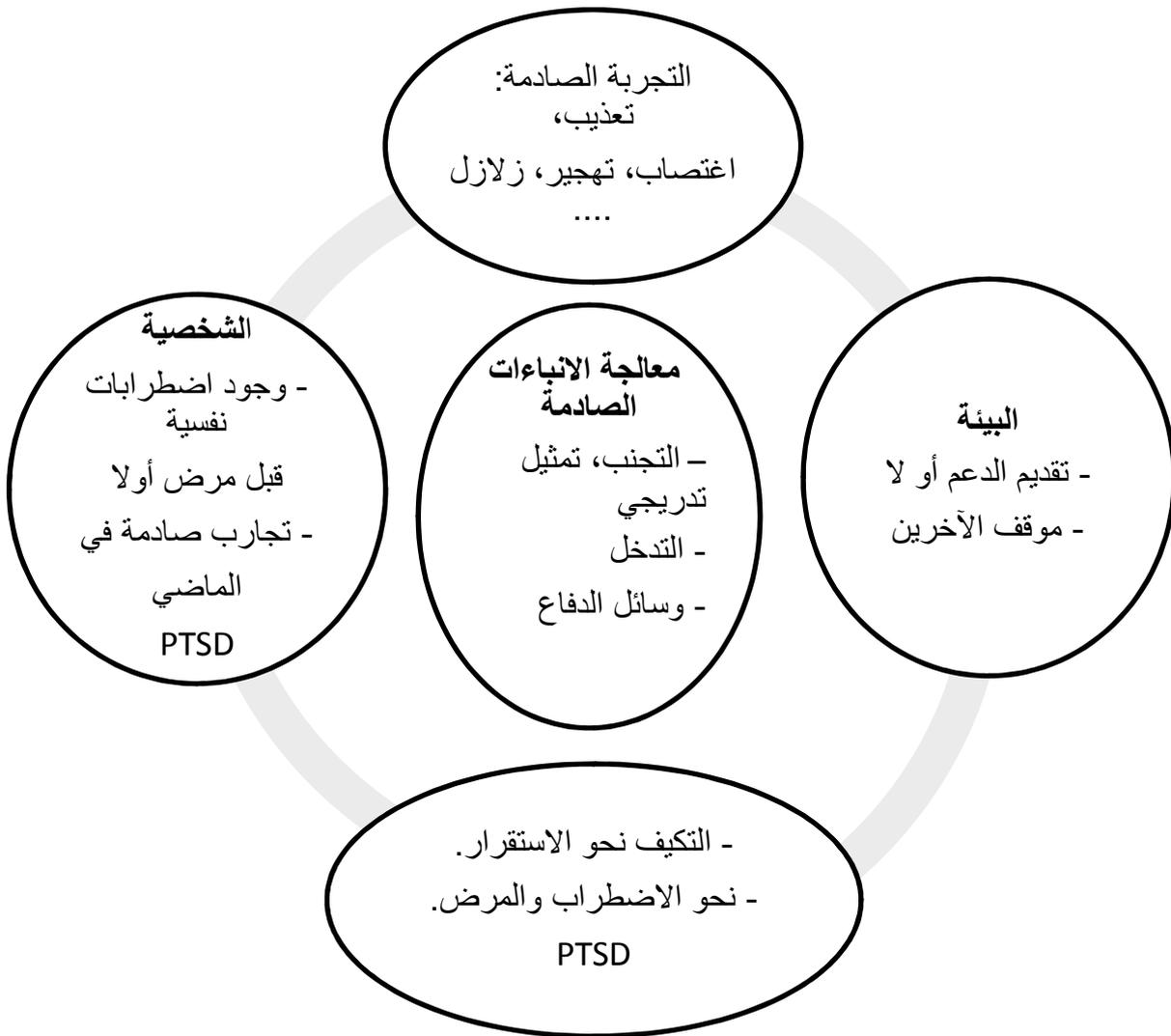
وهذا ما يؤدي إلى حدوث التشويه والاضطراب في معالجة المعلومات. وفي هذه الحالة تبقى المعلومات الصادمة ناشطة وبشكلها الخام وهي تستمر في ضغطها المؤلم على الشخص الذي يحاول عبثا أن يبعدها عن عتبة الوعي حتى يشعر بالراحة والأمان. غير أن الشخص المصدوم يلجأ عادة إلى استخدام بعض الوسائل الدفاعية السلبية مثل النكران والتبند والتجنب، وهذه الوسائل الدفاعية تشكل السمات البارزة لاضطراب ما بعد الصدمة. ويبدو أن المنبهات لا تغيب عن وعي الشخص، بل إنها تغزو ويعنف رأسه من حين لآخر وتؤدي إلى المشاعر المؤلمة والصور والأفكار المأسوية المرتبطة بالصدمة.

وهذا يعني أن المنبهات الصادمة تخضع لمبدأ التكرار القهري لذكرى الصدمة (كوابيس، أفكار وصور دخيلة...) و هكذا تبقى المنبهات الصادمة تضغط على الشخص حتى تتم معالجتها بشكل كامل، وليس من السهل أو الممكن أن تحدث هذه المعالجة نظرا لطبيعة الصدمة. لذا هناك تأرجح دائم بين عمليات التجنب والتكرار والتبند، وهذه العمليات تسبق كل محاولة لاحتواء الصدمة(غسان يعقوب،1990).

7 - 2 نظرية النموذج السيكولوجي:

حاول كل من green, wilson & lindey (1985) أن يضعوا نموذجا نفسيا واجتماعيا لتفسير اضطراب ما بعد الصدمة، وهم يعتقدون بأن مصير الصدمة يتوقف من جهة على حدتها وطبيعتها ومن جهة أخرى على شخصية المصدوم ودور البيئة.

إذا كلما كانت العوامل النفسية والبيئية ملائمة كلما كان المصدوم قادرا على تخطي آثار الصدمة واستعادة التكيف إلى حد معقول، ومن المؤسف أن نقول بأن ضحايا الكوارث الطبيعية خاصة هم الذين يلقون العون والاهتمام من جانب الأفراد والمنظمات والجمعيات الإنسانية، بعكس ضحايا التعذيب والحروب والاعتداء، وهذه الحالة تنطبق مثلا على الجنود الأمريكيين الذين قاتلوا في الفيتنام، فالمجتمع ينظر إليهم نظرة احتقار ويعتبرونهم جماعة من المنحرفين والمجرمين. ويوضح الرسم التالي صورة ملخصة عن النموذج السيكولوجي(نفس المرجع السابق).



النموذج السيكولوجي

7 - 3 نظرية التعلم والإشراف:

يعتقد Keane (1985) وزملاؤه بأن النموذج الأول الخاص بالإشراف الكلاسيكي والنموذج الثاني والخاص بالإشراف الفاعل.

يفسر لنا سكينر كيف يتشكل اضطراب ما بعد الصدمة بما في ذلك استجابة الإجهال وسلوك التجنب وتعميم المنبه المؤلم على منبهات أو أشياء أخرى غير مؤلمة أصلاً، بمعنى أن المنبهات الحيادية تصبح فيما بعد مشروطة.

إن الشخص المصدوم (حرب أو تعذيب أو اغتصاب) يحاول أن يهرب من المنبهات التي تذكره بالصدمة تذكره بالصدمة (التجنب) وهذه المنبهات قد أصبحت مؤلمة للشخص لأنها اقترنت مثلاً بعمليات التعذيب

أو تزامنت معها، من هنا يبدو أن الماضي المؤلم (التجربة الصادمة) يستمر عبر الحاضر والمستقبل، وكأن الصدمة تغطي على كل شيء بحيث لا يعود التفكير المنطقي يعمل بشكل سليم.

إن النموذج السلوكي يساعدنا إذن على فهم اضطراب ما بعد الصدمة من خلال نظرية التشريط ، فالصددمات والنكبات والحروب وأعمال العنف، تعتبر بمثابة منبهات مطلقة غير مشروطة تؤدي إلى استجابة الخوف وردات فعل فزيولوجية مطلقة، ويجري التعميم في استجابة الخوف إزاء المواقف والمنبهات التي ترمز إلى الصدمة أو تتشابه مع أدواتها.

يتحدث Barlow (1988) عن الإنذار المكتسب، أي أن تعميم الخوف والخطر يمكن أن ينظر إليه على أنه استجابة قد تم اكتسابها عن طريق الإشراف(نفس المرجع السابق).

8 . أثر السرطان كصدمة وشدة

يعتبر خبر الإصابة بالسرطان شكلا من أشكال الأزمة الكبرى التي تلم بالإنسان ويكون أثره يشبه الأثر الذي تتركه الصدمة حيث يمر الإنسان بنفس أطوار الصدمة الذي تتركه الصدمة، حيث يمر الإنسان بنفس أطوار الصدمة

1. طور الإنكار وعدم التصديق (أول أسبوع)

. الحسرة والحداد، طور الإنفعال الشديد (أسبوعين)

ويمكن ملائمة ثلاثة محاور رئيسية من المشاعر:

1 . طوّر القلق . الخوف : تمتد المشاعر هنا من التوتر والإنفعال لتصل إلى أقصى درجات الفزع

2 . طور الحزن: ويبدأ من مشاعر الحسرة والضيق ليصل إلى مستوى الإكتئاب الكامل

3 . طور الغضب: وقد يكون الغضب ضد الذات، أو الآخرين، أو الظروف

4 . طور المساومة والتقبل والتقبل (شهر): حيث تتحول المشاعر من العموميات إلى المسائل العملية من

قبيل الورم كبير أو صغير، منتشر أولا ومن قبيل البحث عن امكانية العلاج المتاحة، ومن ثم تبدأ الخطوات

العملية

2. طور التعايش والتكيف (شهرين): وهنا يبدأ الإنسان في إعادة حياته، مع مراعاة التغيرات الحاصلة على

نمط الحياة، وهناك نوعان من التكيف

أ . الإيجابي: بمعنى القدرة على المواجهة والتصدي للبحث عن الحلول والبدائل.

ب . السلبي: بمعنى الهروب.

9 . الدراسات التي تناولت العلاقة بين الكرب التالي للصدمة والذاكرة الذاتية (PTSD ET AM)

أثبتت كثير من الدراسات (Charney.2004.Mcnally.2003) أن PTSD يؤدي إلى أضرار جسيمة في حياة الفرد النفسية والاجتماعية والمعرفية والعصبية.

. من بين الاضطرابات المصاحبة لل PTSD اضطرابات الذاكرة و التي تلعب دورا مهما في اضطراب الكرب ذاته.

. إن تذكرنا للأحداث الماضية مرتبط بطريقة ادراكنا لها وتشفيرها وتخزينها زمن حدوثها.

. الذاكرة الذاتية (AM) تصاب في PTSD خصوصا لأنها مرتبطة بالطريقة التي تتفاعل فيها الأحداث والذكريات الخاصة بنا وطريقة تذكرها في الحاضر.

. إعادة التجميع هذه مؤشر هام على تكون الذات وديمومتها بمعنى هويتنا الذاتية (Loreuzzoui .et all 2014)

أهم الإضطرابات في ال PTSD المتعلقة بالذاكرة هي

- تجريد الذاكرة الصدمية من السياق De context tuqlity
- الارتجاع الذكري (Flash bachs)
- إعطاء أهمية قصوى للحادث الصدمي في تنظيم المعلومات والمعطيات الشخصية، وكذا الذات.
- الشحن الوجداني للأحداث خاصة المتعلقة بالصدمة
- تناسق وتماسك وتفكك الذاكرة
- تكرار الذكريات خاصة المقتحمة منها
- الانفصال
- التعميم المفرط للذاكرة الصدمية

الدراسات التي تناولت العلاقة بين الكرب التالي للصدمة (PTSD) والذاكرة الذاتية (AM)

- 1 . دراسة Havar وزملائه (2009) على عينة من 35 امرأة عانت من صدمة الولادة باستعمال مقياس AMT ومجموعة من المقاييس الأخرى مثل الاكتئاب، حيث وجدت الدراسة ارتباطا موجبا ($R=0,44$) $(P=0,008)$ ما بين استرجاع الأحداث وبين زيادة الكرب.
- 2 . دراسة Botzuug وزملائه (2010) على عينة من 15 مصابا ب PTSD مقارنة ب 14 من المصابين بالصدمة، باستعمال مقياس AMT ووجدت توجها خاصا للذكريات الصدمية لدى المصابين ب PTSD.
- 3 . دراسة Ehlers و Kleiun (2008) على عينة من 203 مصابا بالصدمة باستعمال AMT ووجدت علاقة دالة بين تراجع التعميم المفرط وبين PTSD.
- 4 . دراسة Robiuouglr و Menlly (2010) على عينة من 203 مصابا بالصدمة باستعمال AMQ و CES ، وجدت ازديادا مضطرا في مركزية الصدمة في الذاكرة ارتبط بالشعور بالعار والذنب، ورتبط هذان بالإكتئاب وبأعراض الكرب ($R=0,58$ $P=0,05$) .
- 5 . دراسة Rebin وزملائه (2011) على عينة من 50 مصابا ب PTSD مقارنة مع عينة ضابطة باستعمال AMT ووجدت أن الذاكرة الذاتية تتميز بشحن وجداني وعاطفي ومركزية مفرطة، وإعادة تجديد وبناء (Silva et al 2014).

3 . الذاكرة الذاتية (الأوتوبيوغرافية)

عرف الكثير من علماء النفس المعرفي الذاكرة على أساس ما تحمله من خصائص ووظائف في حياة الفرد، حيث يعرفها Solso (1988) على أنها "دراسة لمكونات عملية التذكر والعمليات المعرفية التي ترتبط بوظائف هذه المكونات"

. أما Baron (1992) Fildman (1996) فقد عرفها على أنها "دراسة القدرة على الإحتفاظ بالمعلومات".
 . كما يعرفها Stermberg (2003) على أنها " العملية التي يتم من خلالها استدعاء معلومات الماضي لاستخدامها في الحاضر"، كما يرى الشمولي أنها "الدراسة العلمية لعمليات استقبال المعلومات وترميزها و تخزينها واستعادتها وقت الحاجة" (العتوم، 2014).

3 . 1 الذاكرة الذاتية (الأوتوبيوغرافية):

هي عبارة عن نظام يتألف من فترات زمنية مجمعة من حياة الفرد، والذي يكون مبنيا على الذاكرة المرئية (وذلك بخصوص تجارب شخصية وأشياء معينة، بالإضافة إلى أشخاص ووقائع عايشهم المرء في وقت وزمنين محددين).

ويعرفها Tulvin (1972) على أنها العملية التي من خلالها نتذكر الأحداث التي عشناها (المكان، المكان، الحالة العاطفية)، وهي جزء فرعي من الذاكرة طويلة المدى.

3 . 2 علاقة الذاكرة الأتوبيوغرافية بالذات:

تم وصف اضطراب الذاكرة AM في أمراض مهددة مثل السرطان خاصة تذكر العموميات، أو فرط التعميم (Overgénérality) لذلك فإن نموذجا للذاكرة AB يتضمن أثر الذات على استرجاع الذكريات يعد هاما في حالة مرضى السكري.

3. 3 العلاقة المتبادلة بين الذاكرة AM وبين الذات:

تلعب الذاكرة AM دورا هاما في تشكيل هوية الذات، وفي نفس الوقت فإن إعادة تجميع الماضي يتأثر بنظرتنا لذواتنا ومعتقداتنا الحالية وأهدافنا.

فالنظرة الحديثة للذاكرة الذاتية تؤيد تشكلا من مكونات دلالية ومن حوادث، حيث تتضمن ذاكرة الأحداث الذاتية (الأوتوبيوغرافية) (EAM) Episootic Autobiographical memory الأحداث النوعية التي عايشناها أو خبرناها في الزمان والمكان ويمكننا تذكرها، مثل يوم حصولك على شهادة البكالوريا أو يوم سقوطك من السلم.

أما ذاكرة المعطيات (SAM) Senautic Autobiographical Memory فتخزن المعارف الماضية بغض النظر عن تحديد الزمان والمكان كتذكر أسماء زملائك في المدرسة.

3. 4 نموذج نظام الذاكرة الذاتية Self memory system:

يركز هذا النموذج على التفاعل بين الذاكرة والذات، ويقترح تسلسلا هرميا مستمرا بين مستويات التمثيل في الذاكرة الأوتوبيوغرافية وهي:

1. انطلاقا من فترات العمر الممتدة على فترة زمنية معينة مثل سنوات الجامعة.

2. انطلاقا من الأحداث العامة: وهي أحداث تكررت أو امتدت في الزمن.

3. معلومات مرتبطة بحوادث بعينها (نوعية) مرتبطة بمشاعر وانفعالات وصور كالיום الذي طردني فيه الأستاذ من القسم.

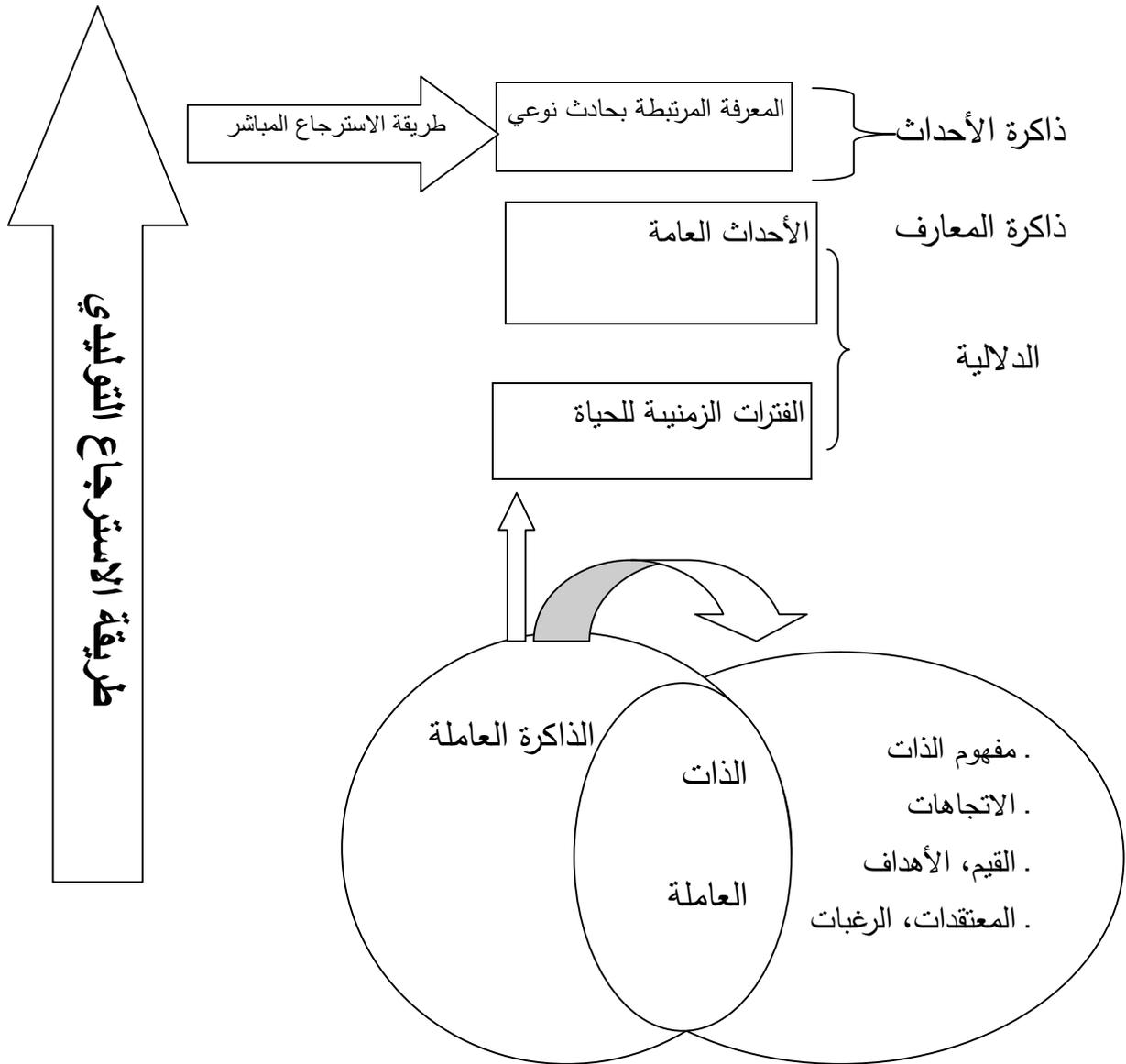
يمكن استرجاع محتويات الذاكرة الأوتوبيوغرافية بطريقتين

أ. تذكر مباشر

ب. الإسترجاع التوليدي

يحدث التذكير المباشر حين يتم تنشيط المعلومات المرتبطة بحادثة معينة من طرف منبهات لماحة في البيئة، ولا يتم استرجاعها بطريقة عفوية، يحدث الاسترجاع المباشر على شكل ذكريات تلقائية حية، حيث يكون عادة أكثر من الاسترجاع التوليدي لدى الأصحاء، هذه الطريقة مسؤولة عن الذكريات الإقحامية في الكرب التالي للصدمة (PTSD) لكنها قد تظهر أيضا في اضطرابات أخرى مثل الإكتئاب، أو بعد أحداث صادمة لا تصل إلى درجة PTSD أما الإسترجاع التوليدي فيوفر طريقا للوصول إلى المعلومات المرتبطة بالمستوى الأول والثاني في نموذج نظام الذاكرة الذاتي (SMS) وهي فترات الحياة أو العمر، والأحداث العامة.

إن الاسترجاع التوليدي يعتمد على الوظائف التنفيذية، وعلى النظرة للذات، يمتد تقييم (EAM) لدى مرضى السرطان عن طريق استبيانات (أنظر نموذج نظام الذاكرة الذاتية)



الشكل (2) نموذج الذاكرة الذاتية طريقة الاسترجاع (التذكر)، في نظام الذاكرة الذاتية

(Conway and Pleydell Pearce 2000)

3. 5 العلاقة بين الذاكرة الذاتية والكرب

حين يطلب من المصابين بالصدمات والكرب التالي للصدمة، تذكر أحداث حياتهم يعمدون إلى طريقة التعميم المفرط (Overgeneralization)، فعوض أنه يتذكر أنه ذهب إلى السينما يوم الجمعة مساء ورأى فلما جميلا يتذكر فقط على انه ذهب لوحده إلى السينما.

. عدم التحقيق في الأحداث المسترجعة يعتبر ميكانيكيا حمائيا يقي المصاب من تذكر واسترجاع الانفعالات المرتبطة بالأحداث.

. يعتبر (ويليام، Williams) 1969 أن التعرض للصدمات خاصة في الطفولة ينجح بالطفل إلى استعمال التعميم المفرط في تذكر الأحداث، ثم يصبح عادة في الرشد يستعمل أمام الأحداث والصدمات للوقاية من الذكريات المقترحة إحدى أهم أعراض الكرب التالي للصدمة (PTSD) وهي تلقائية ومؤلمة.

. أشارت دراسات Leganue وزملائه (2009) إلى لجوء المصدومين إلى التعميم لتفادي الذكريات الإقترامية، غير أن هناك دراسات لم تجد ارتباطا بين التعميم وبين الصدمات والكروب مثل دراسة (Willebraud).

وربما يكون تناقض بعض الدراسات بسبب المتغيرات الدخيلة مثل الإكتئاب الذي عادة ما يتصاحب مع ال PTSD.

حسب نموذج (SMS) فإن التعميم يحدث حين يتم إجهاض طريقة الاسترجاع التوليدي باكرا قبل بلوغها مستوى المعرفة المرتبطة بالحادث النوعي.

. هذه الظاهر قد تعود إلى التفاعل بين الوظائف التنفيذية (العجز فيها يؤدي إلى العجز في الاسترجاع).
وبين الذات الحالية داخل الذات العاملة.

. إحدى أهم نتائج الدراسات العصبية ل PTSD توضح ضمورا نسبيا في الحصين (حصان البحر) سواء في الإكتئاب أو بعد الصدمات المتكررة مما يفسر جزئيا اضطرابات الذاكرة لدى مرضى السرطان.

3 . 6 تأثير العلاج الكيميائي على الذاكرة

تمكن العلماء من معرفة كيفية تأثير السرطان في ذاكرة الإنسان، حيث درست الأخصائية بالأمراض السرطانية جانيت فاردي حالة مرضى السرطان الذين يتلقون العلاج في مركز (سدي للامراض السرطانية) في أستراليا، وخاصة تغيير وظائف الدماغ المعرفية عندهم.

اتضح من الدراسة احتمال ضعف ذاكرة المرضى المصابين بالسرطان بمقدار الثلث مقارنة بالأصحاء. (koumandir.2007).

كما أن هناك دراسة أجريت على مرضى يعانون سرطان القولون، ويخضعون للعلاج الكيميائي الذي يسبب الوهن، وضعف الجسم فبعد أن أخذ بالاعتبار كافة العوامل المؤثرة في حالة المريض: الوهن، نوعية الحياة، التحاليل الكيميائية للدم والهرمونات (289) مريضا استذكروا في الدراسة لتحديد مستوى قوة ذاكرتهم قبل وبعد خضوعهم للعلاج الكيميائي، وقد تبيننت نتائج الدراسة أن ذاكرة اللواتي يخضعن للعلاج الكيميائي أكثر تأثرا خلال فترة العلاج، في حين لوحظ هذه الحالة عند الرجال بعد مضي على انتهاء العلاج الكيميائي

لذلك يقترح الأطباء إعلام المرض بباحتمال حدوث تغيرات في الوظائف المعرفية للدماغ، ومن ضمنها ضعف الذاكرة نتيجة العلاج الكيميائي، كما أن القلق والإكتئاب هي أيضا أعراض جانبية للعلاج الكيميائي.

تقول جانيت فاردي "تتضمن برامج رد الإعتبار بعد العلاج استشارات من قبل خبراء في علم النفس بهدف إعادة الذاكرة وتحسين الوظائف المعرفية للدماغ مجددا" (نفس المرجع السابق).

فمن خلال هذه الدراسات نستنتج أن العلاج الكيميائي يؤثر على الدماغ فيما سمي "بالدماغ الكيميائي"، حيث لوحظت اضطرابات الذاكرة، والتركيز، والقدرات المعرفية لدى مرضى السرطان.

3 . 7 أثر العلاج الكيميائي على الحصين (حصان البحر)

تم توثيق في كثير الدراسات في هذا المجال (Mustapha et al,2008)، كذلك فإن التأثير الدوائي على الفص الصدغي والجبهى يمتد حتى بعد انتهاء العلاج لمدة، أما دراسات (Ingolci et al,2007) أثبتت تلف المادة البيضاء بسبب العلاج الكيميائي.

3 . 8 الذاكرة الأتوبيوغرافية لدى مرضى السرطان:

تتبع أهمية دراسة الذاكرة الأوتوبيوغرافية من علاقتها بالمتغيرات النفسية خاصة تفاعلها مع الذات (Self) في خبرة المريض مع السرطان، ومن خلال المراجعة النظرية لم نعثر إلا على أربع دراسات تناولت اضطرابات الذاكرة الذاتية في السرطان وهي:

1 . دراسة (Brewin et al 1998) على 130 مريضا من سرطانات مختلفة 50% منهم يعانون من

اكتئاب، تم استعمال AMT ، لتقييم الذاكرة الذاتية.

2 . دراسة (Nilsson/Ihrfelt et al 2004) على عينة من 24 مريضة سرطان الثدي، وتم استعمال AMT

في نفس الذاكرة.

3 . دراسة (Kaugas et al 2005) على 40 مريضا وجد فيها أن 50% يعانون من الإكتئاب، واستعمل

مقياس Robinson لتقييم الذاكرة الذاتية.

4 . وأخيرا دراسة (Bergouignou et al 2005) على 16 من مريضات سرطان الثدي، وتم استعمال

مقياس TEM لتقييم الذاكرة الذاتية، وكذا التصوير بالرنين المغناطيسي (IRM).

دللت هذه الدراسات على اضطرابات ذاكرة الأحداث لدى المصابين بالسرطان خاصة المكتئبين منهم و

على وجود الأفكار الاقحامية وآليات التجنب أيضا مستعملة بكثرة، كذلك آلية التعميم المفرط

(Overgénérality): غير أن هذه النتائج لدى المكتئبين من المصابين بالسرطان تشبه تلك التي وجدت

لدى المكتئبين دون إصابة بالسرطان، مما يضعنا أمام المتغيرات المتداخلة مثل الاضطرابات النفسية في السرطان.

هناك إشكال آخر ظهر في دراسة kongas et al (2005) وهي التفريق بين الكرب الحاد والكرب التالي للصدمة (PTSD) لدى مرضى السرطان وعلاقته باضطرابات الذاكرة الذاتية، حيث يركز المرض في المراحل الأولى على المرضى وعلى خبرة مواجهة التهديد بالموت أو بالألم، أو بتشوّهات الجسد (ASD)، مما تؤثر على أداء الذاكرة.

الدراسة التصويرية الوحيدة Bergouignou وزملائه (2011) أظهرت ضمورا في الحصين الخلفي الذي يلعب دورا هاما في استرجاع الذكريات الزمانية المكانية، أما دراسات Lopez Zinini وزملائه (2012) فقد أظهرت تلفا في المناطق قبل الجبهية.

خلاصة :

تطرقنا في هذا الفصل إلى أهم التعاريف المتعلقة بالدراسة الحالية وهي: السرطان، الكرب التالي للصدمة و الذاكرة الذاتية كما تطرقنا إلى دراسات لها علاقة بمتغيرات الدراسة .

المناهج

تمهيد

1 . الدراسة الإستطلاعية

2 . أدوات الدراسة

3 . الدراسة الأساسية

4 . الأساليب الإحصائية المستخدمة

خلاصة الفصل

تمهيد

نتناول في هذا الفصل اجراءات الدراسة التي قامت بها الباحثة لتحقيق أهداف الدراسة، وذلك من خلال محاولة الإجابة على تساؤلات الدراسة والتحقق من فروضها.

بحيث قمنا باختيار المنهج الملائم للدراسة الحالية، والتعريف بعينة الدراسة وتحديد خصائصها كما قمنا بالتأكد من الخصائص السيكومترية للمقياسين (الكرب التالي للصدمة ل"دافيدسون"، ومقياس الذاكرة الذاتية SAM ل"لوفين وويليام").

1 . الدراسة الإستطلاعية

كما هو معهود في الدراسات العلمية فإنه من أهم الخطوات المتبعة في إجراء الدراسة الميدانية، القيام بدراسة استطلاعية والتي نسعى من خلالها الإحتكاك وكذا معرفة خصوصيات العينة في تطبيق الادوات المعتمدة في الدراسة، كذلك نسعى للتحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات المطبقة في الدراسة.

1 . 1 أهداف الدراسة الإستطلاعية

لكل خطوة من خطوات البحث العلمي أهداف تخدمها، وأهداف الدراسة الإستطلاعية تكمن فيمايلي:

- التعرف على حجم المجتمع الأصلي للعينة وخصائصه، ومميزاته
- التأكد من صلاحية المقياسين (الكرب التالي للصدمة ل"دافيدسون"، والذاكرة الذاتية SAM ل"لوفين وويليام")
- التأكد من الخصائص السيكومترية (الصدق، الثبات) للمقياسين (مقياس الكرب التالي للصدمة ل"دافيدسون"، ومقياس الذاكرة الذاتية SAM ل"لوفين، وويليام")

- الإطلاع المسبق على أجواء إجراء الدراسة الأساسية والصعوبات الموجودة في الحصول على أفراد عينة الدراسة، وتطبيق المقاييس المستعملة في الدراسة الحالية.

1. 2 عينة الدراسة الإستطلاعية

قمنا بتطبيق الدراسة الإستطلاعية بمركز مكافحة السرطان CAC التابع للمؤسسة الإستشفائية "محمد بوضياف . ورقلة" على قدرها 40 مريضا بالسرطان حيث تنوعت خصائص العينة الإستطلاعية في الجنس و السن و المستوى التعليمي و المستوى الإقتصادي و المستوى الإجتماعي و وكذا نوعية السرطان وبلغ متوسط العمر بالنسبة للعينة الاستطلاعية 50 سنة.

2 . أدوات الدراسة

اعتمدنا في الدراسة الحالية للكشف عن مستوى الكرب التالي للصدمة "دافيدسون"، كما اعتمدنا في الكشف عن اضطرابات الذاكرة الذاتية على مقياس SAM ل"لوفين و ويليام"، بعد إذن خاص من صاحب المقياس باستخدامه.

2 . 1 وصف مقياس الكرب التالي للصدمة لدافيدسون

مقياس الكرب التالي للصدمة لدافيدسون، عربه عبد العزيز ثابت، يتعلق المقياس بالخبرة الصادمة التي تعرض لها المفحوص خلال الفترة الماضية، كل سؤال يصف التغيرات التي حدثت في صحته ومشاعره خلال الفترة السابقة، حيث يتكون المقياس من 17 بند يجاب عليها بطريقة "ليكرت" من أبد(0) إلى دائما(4).

2.2 الخصائص السيكومترية لمقياس الكرب التالي للصدمة

1.2.2 الصدق: تم تحديد الصدق بطريقتين:

أ. صدق الإتساق الداخلي: حيث كانت معاملات الارتباط دالة

ب. صدق المقارنة الطرفية: حيث حسبت الفروق بين درجات 27% من العينة في الطرفين الأعلى

والأدنى للسمة المقاسة، ووصلت قيمة $t=19,6$ وهي دالة عند 0,01 مما يدل على الصدق التمييزي

للإختبار.

2.2.2 الثبات: تم تحديد الثبات بطريقتين:

أ. طريقة التجزئة النصفية: حيث بلغ معامل الارتباط $-0,66$ وبلغ معامل سبيرمان براون بعد

التصحيح 0,80 وهو مقبول كقيمة دنيا للثبات.

ب. طريقة معامل ألفا كرونباخ للتجانس: حيث بلغ 0,84 وهو دال على ثبات الإختبار.

2.3 وصف مقياس الذاكرة الذاتية (الأوتوبيوغرافية) SAM ل"لوفين وويليام":

مقياس الذاكرة الذاتية للوفين و ويليام في البداية كان مكون من 102 بند، ثم عدل ليصبح مكونا من 26

بندا مقسما إلى أربعة مقاييس فرعية لقياس أبعاد الذاكرة الذاتية، يجاب عليها بصيغة "ليكرت" من أعراض

بشدة (1) إلى أوافق بشدة (5)، ويكمن تقدير الأداء بالدرجة الكلية ما بين 26 إلى 104 درجة. (ترجم

من طرف اربع اساتذة دكاترة مزدوجي اللغة) وفيما يلي المقاييس الفرعية للمقياس الذاكرة الذاتية:

1. ذاكرة الحدث: في هذه يطلب من المفحوص أن يتذكر الأحداث الخاصة به في الزمان والمكان، والتي

تتعلق به شخصيا. (تتعلق البنود بالأحداث التي وقعت في الأسابيع الثلاثة أو الأربعة الماضية، وليست

في الأيام القليلة السابقة).

2 . ذاكرة الوقائع: إذ يطلب من المفحوص تذكر الوقائع عموماً وليست حدثاً خاصاً، ولكنها مرتبطة بالذات.

3 . ذاكرة المكان: يشرح للمفحوص بأن هذه البنود تتعلق بذاكرته المكانية، أو قدرته على توجيه نفسه في بيئته الماضية أو الحالية.

4 . ذاكرة المستقبل: يشرح للمفحوص بأن هذه البنود تتعلق بتخيله لأحداث مستقبلية في الزمان والمكان التي تتعلق به شخصياً، كما يطلب منه أن يتخيل حدثاً لم يقع بعد، كأن يتخيل يوم على الشاطئ في عطلة القادمة.

2. 4 الخصائص السيكومترية لمقياس الذاكرة الذاتية (الأوتوبيوغرافية)

2. 4. 1 الصدق: تم تحديد الصدق بطريقتين:

أ . صدق الإتساق الداخلي: حيث كانت معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية ما بين 0,4 أو أكبر وكلها دالة ماعدا SEM00 و SPAT3 ولم نعد إلى حذفهما لعدم تحقق بعض الشروط في العينة الإستطلاعية مثل العشوائية والتجانس.

ب . صدق المقارنة الطرفية: حيث حسبت الفروق بين درجات 27% من أفراد العينة في الطرفين الأعلى والأدنى للسمة، ووصلت قيمة $t = -16,73$ وهي دالة عند 0,01 مما يشير إلى الصدق التمييزي.

2. 4. 2 الثبات: تم تحديد الثبات بطريقتين:

أ . طريقة التجزئة النصفية: حيث بلغ معامل الارتباط $r = 0,75$ ومعامل سبيرمان براون بعد التصحيح 0,85 وهي قيمة دالة في الثبات.

ب . طريقة معامل ألفا كرونباخ للتجانس: حيث بلغ معامل ألفا 0,73 وهو أيضاً قيمة مقبولة للدلالة على الثبات، وإن كانت منخفضة.

3 . الدراسة الأساسية

3 . 1 منهج الدراسة

يختلف المنهج المتبع في كل دراسة بحسب اختلاف موضوع الدراسة وطبيعتها، وموضوع دراستنا الحالية يسعى للتعرف على أعراض الكرب التالي للصدمة وعلاقته باضطرابات الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان، لهذا فإن المنهج الملائم هو المنهج الوصفي العلائقي (الإرتباطي) إذ يهدف هذا المنهج إلى وصف دقيق تفصيلي لظاهرة أو موضوع محدد على صورة نوعية أو كمية رقمية، ويعد المنهج الوصفي الإرتباطي أكثر مناهج البحث ملائمة للواقع الإجتماعي كسبيل لفهم ظواهره وتفسيرها، لذلك تم الإعتماد عليه في هذه الدراسة (محمد، 1999).

3 . 2 عينة الدراسة الأساسية

لتعذر تناول كل أفراد المجتمع الأصلي (كل المرضى المصابين بالسرطان بمدينة ورقلة بالجزائر) يلجأ الباحث دوماً إلى اختيار جزء صغير من المجتمع الأصلي بحيث يراعى أن تكون العينة ممثلة للمجتمع الأصلي تمثيلاً صادقاً بالإعتماد على الطرق المنهجية لإختبارها، وعليه تم اختيار العينة بطريقة قصدية تشخيصية، إذ تم قصد مرضى السرطان المقيمين أو الزائرين لمركز مكافحة السرطان بمستشفى "محمد بوضياف . ورقلة" بقصد العلاج في فترة الدراسة بعد التأكد من إصابتهم بأخذ أنواع السرطان إعتقاداً على الملف الطبي في المصلحة.

1.2.3 خصائص العينة الأساسية

الجدول (2): الخصائص الديمغرافية للعينة الأساسية

السن		الجنس		خصائص
50<	50>	إناث	ذكور	العينة
64	75	69	70	التكرار
% 46.04	%53.96	% 49.64	%36.36	النسبة المئوية

نلاحظ من خلال الجدول وجود تجانس في التمثيل بين الجنسين، حيث أن عدد الذكور بلغ 70 مصاب بالسرطان، بينما عدد الإناث 69 مصابة بالسرطان.

أما للسن فقد قمنا بحساب المتوسط الحسابي لأفراد العينة وقد بلغ 50 سنة، لذلك قمنا بتقسيم العينة على أساسه إلى منخفضي ومرتفعي السن.

جدول (3): الخصائص الإجتماعية للعينة الأساسية

المستوى التعليمي					الحالة الإجتماعية		خصائص
مرتفع		منخفض			أعزب	متزوج	العينة
جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي			
50		89			22	117	التكرار
% 35.97		% 64.02			% 15.83	% 84.17	النسبة المئوية

قامت الباحثة في المرحلة الأولى بتقسيم المستوى التعليمي إلى مستويين :

. منخفض: أمي، ابتدائي، متوسط

. مرتفع: ثانوي، جامعي.

نلاحظ من خلال الجدول أن المستوى التعليمي بين أفراد العينة غير متجانس، بين أمي، ابتدائي، متوسط 64.02% ، بينما بلغ المستوى بين ثانوي وجامعي 35.97%. أما بالنسبة للحالة الإجتماعية، فقد تم تقسيمه إلى فئتين عازب أو متزوج، و نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق في التمثيل بين الفئتين، كما نلاحظ أن نسبة 84.17% من أفراد العينة متزوجون، و 15.83% منهم غير متزوجون، ويمكن أن نرجع السبب إلى السن فجل المرضى بلغوا أو تجاوزوا سن الرشد و الزواج.

جدول(4): خصائص العينة الأساسية حسب المستوى الإقتصادي

المستوى الإقتصادي		خصائص العينة
مرتفع	منخفض	
إطار	متوسط	بسيط
75		64
53,97%		46,04%
		التكرارات
		النسبة المئوية

من خلال الجدول نلاحظ أن المستوى الإقتصادي لدى أفراد العينة متجانس بين منخفض 46,04% و

مرتفع 53,97%

جدول رقم (5) خصائص العينة الأساسية حسب نوعية السرطان

النسبة المئوية	التكرارات	نوع السرطان
7,91 %	11	سرطان الأنف
16,57 %	23	سرطان الحنجرة
27,33 %	38	سرطان الثدي
7,19 %	10	سرطان المعدة
13,67 %	19	سرطان القولون
10,79 %	15	سرطان الرحم
16,55 %	23	سرطان البروستات
100 %	139	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن أفراد العينة يختلفون في نوع السرطان، ما نلاحظ أن سرطان الثدي احتل الصدارة بنسبة 27.33 % ، ثم يليه بقية السرطانات بشكل متفاوت.

4 . الأساليب الإحصائية المستخدمة

نعتمد في الدراسة الحالية على الأساليب التالية:

- بالنسبة للفرضية الأولى والثالثة على النسب المئوية
- بالنسبة للفرضية الثانية والرابعة على تحليل التباين Anova أحادي
- بالنسبة للفرضية الخامسة و السادسة على معامل الارتباط بيرسون

وذلك بالإعتماد على البرنامج الإحصائي SPSS .v.20

خلاصة

تم التعرض في هذا الفصل إلى ركائز العمل الميداني وإجراءاته بدءا بتحديد المنهج المتبع في دراستنا، وكذا وصف العينة وحدودها، ثم تطرقنا إلى أدوات القياس المستخدمة بالإضافة إلى الخصائص السيكومترية وإجراءات الدراسة الأساسية، كما قمنا بعرض خصائص العينة الأساس ثم تطرقنا أخيرا للأساليب الإحصائية المستخدمة والمتبناة في الموضوع مل الدراسة التي لا يكاد يخلوا منها أي بث علمي موضوعي قابل للتطبيق والتجريب.

النتائج

1 . نتائج الفرضية الأولى

2 . نتائج الفرضية الثانية

3 . نتائج الفرضية الثالثة

4 . نتائج الفرضية الرابعة

5 . نتائج الفرضية الخامسة

تمهيد

يتضمن هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، وذلك من خلال عرضها في جداول ومحاولة تحليل هذه الجداول وإعطائها دلالة حسب ما جاءت به المقاييس المستعملة في الدراسة.

1 . نتائج الفرضية الأولى

1 . 1 مستوى الكرب التالي للصدمة لدى مرضى السرطان

توقعنا في الفرضية الأولى للدراسة ارتفاع مستوى الكرب التالي للصدمة لدى مرضى السرطان، وفي الجدول التالي نعرض مستوى الكرب التالي للصدمة.

الجدول(6): نسبة الكرب التالي للصدمة لدى أفراد العينة

المتغيرات	منخفضي الكرب	مرتفعي الكرب
النسبة المئوية اعتمادا على متوسط العينة الفعلي	%42	%58
النسبة المئوية اعتمادا على المتوسط النظري للمقياس	%25	%75

نلاحظ من خلال الجدول الذي وضع نسبة الكرب التالي للصدمة لدى عينة مرضى السرطان أن %42 من مرضى السرطان لديهم مستوى منخفض في الكرب، و%58 منهم لديهم مستوى مرتفع في الكرب هذا بالنسبة لمتوسط العينة، أما بالنسبة لمتوسط المقياس %25 لديهم مستوى منخفض في الكرب، %75 أي أكثر من ثلثي العينة لديهم مستوى مرتفع في الكرب.

2. نتائج الفرضية الثانية

1.2 الإختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف الجنس، السن، المستوى التعليمي،

الإقتصادي، الإجتماعي، ونوعية السرطان

الجنس، السن، المستوى، التعليمي، الإقتصادي، الإجتماعي، ونوعية السرطان:

توقعنا في الفرضية الثانية وجود اختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف الجنس و السن و

المستوى التعليمي و المستوى الإقتصادي و المستوى الإجتماعي و نوعية السرطان.

1.1.2 اختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف الجنس

جدول(7): الفروق في مستوى الكرب باختلاف الجنس حسب تحليل التباين Anova

المتغيرات	العدد في العينة	المتوسط الحسابي	قيمة F	الدلالة
ذكور	70	43.40	0,024	غير دالة
اناث	69	43.64		

نلاحظ من الجدول أنه لا يوجد اختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة يعزى لمتغير الجنس، حيث أن

43.40 المتوسط الحسابي لدى عينة الذكور المصابون بالسرطان، و 43.64 المتوسط الحسابي لدى

عينة الإناث المصابات بالسرطان.

2.1.2 اختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف السن

جدول(8): الفروق في مستوى الكرب باختلاف السن حسب تحليل التباين Anova

المتغيرات	العدد في العينة	المتوسط الحسابي	القيمة F	الدلالة
أقل أو يساوي 50 سنة	75	40.45	21,64	دالة عند 0,000
أكبر من 50 سنة	64	47.11		

نلاحظ من الجدول أنه يوجد اختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة يعزى لمتغير السن لصالح الأكبر سنا الذين هم أكثر كربا، حيث أن المتوسط الحسابي لعينة مرضى السرطان منخفضي السن، و 47.11 المتوسط الحسابي لعينة مرضى السرطان مرتفعي السن.

3.1.2 اختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف المستوى التعليمي

جدول(9): الفروق في مستوى الكرب باختلاف المستوى التعليمي حسب تحليل التباين Anova

المتغيرات	العدد في العينة	المتوسط الحسابي	القيمة F	الدلالة
مستوى تعليمي منخفض	89	43.66	0,064	غير دالة
مستوى تعليمي مرتفع	50	43.26		

نلاحظ من الجدول أنه لا يوجد اختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة يعزى لمتغير المستوى التعليمي، حيث أن 43.66 المتوسط الحسابي لعينة مرضى السرطان منخفضي المستوى التعليمي، و 43.26 المتوسط الحسابي لعينة مرضى السرطان مرتفعي المستوى التعليمي.

4.1.2 اختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف المستوى الإقتصادي

جدول(10): الفروق في مستوى الكرب باختلاف المستوى الإقتصادي حسب تحليل التباين Anova

المتغيرات	العدد في العينة	المتوسط الحسابي	قيمة F	الدلالة
مستوى إقتصادي منخفض	64	42.86	0,43	غير دالة
مستوى إقتصادي متوسط	58	44.36		
مستوى إقتصادي مرتفع	17	43.12		

نلاحظ من الجدول أنه لا يوجد اختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة يعزى لمتغير المستوى الإقتصادي، حيث أن المتوسط الحسابي لعينة مرضى السرطان منخفضي المستوى الإقتصادي، و 44.36 المتوسط الحسابي لعينة مرضى السرطان متوسطي المستوى الإقتصادي، و 43.12 المتوسط الحسابي لعينة مرضى السرطان مرتفعي المستوى الإقتصادي.

5.1.2 اختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف المستوى الإجتماعي

جدول(11): الفروق في مستوى الكرب باختلاف المستوى الإجتماعي حسب تحليل التباين Anova

المتغيرات	العدد في العينة	المتوسط الحسابي	قيمة F	الدلالة
متزوجين	117	44.32	6,14	دالة عند
غير متزوجين	22	39.23		

نلاحظ من الجدول أنه يوجد اختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة يعزى لمتغير المستوى الإجتماعي حيث أن المتوسط الحسابي لعينة مرضى السرطان المتزوجين، و39.23 المتوسط الحسابي لعينة مرضى السرطان غير المتزوجين.

6 . 1 . 2 اختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف نوعية السرطان

جدول(12): الفروق في مستوى الكرب باختلاف نوعية السرطان حسب تحليل التباين Anova

المتغيرات	العدد في العينة	المتوسط الحسابي	النتيجة	الدلالة
سرطان الأنف	11	42.09	0,888	غير دالة
سرطان الحنجرة	23	43.26		
سرطان الثدي	38	42.89		
سرطان المعدة	10	44.20		
سرطان القولون	19	42.95		
سرطان الرحم	15	46.60		
سرطان البروستات	23	43.65		

نلاحظ من الجدول أنه لا يوجد اختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف نوعية السرطان لدى أفراد العينة، حيث أن 42.09 المتوسط الحسابي لعينة مرضى سرطان الأنف، و43.26 المتوسط الحسابي لعينة مرضى سرطان الحنجرة، و42.89 المتوسط الحسابي لعينة مرضى سرطان المعدة، و 42.95 المتوسط الحسابي لعينة مرضى سرطان القولون، و 46.60 المتوسط الحسابي لعينة مرضى سرطان الرحم، و43.65 المتوسط الحسابي لعينة مرضى سرطان البروستات.

3 . نتائج الفرضية الثالثة

3 . 1 اضطرابات الذاكرة الذاتية (الأوتوبيوغرافية) لدى مرضى السرطان

توقعنا في الفرضية الثالثة للدراسة وجود اضطرابات في الدرجة الكلية للذاكرة الذاتية (الأوتوبيوغرافية) لدى عينة مرضى السرطان، وفي الجدول التالي نعرض نسبة الاضطرابات في الدرجة الكلية للذاكرة الذاتية.

الجدول(13): مستوى الاضطرابات في الدرجة الكلية للذاكرة الذاتية لدى أفراد العينة

مرتفعي الاضطراب	منخفضي الاضطراب	
62 %	48 %	النسبة المئوية اعتمادا على متوسط العينة الفعلي
51 %	49 %	النسبة المئوية اعتمادا على متوسط المقياس النظري

نلاحظ من خلال الجدول الذي وضح مستوى الدرجة الكلية للذاكرة الذاتية لدى عينة مرضى السرطان أن 48 % من مرضى السرطان لديهم نسبة منخفضة في درجة اضطراب الذاكرة الذاتية ، و 62 % منهم لديهم نسبة مرتفعة في درجة اضطراب الذاكرة الذاتية لمتوسط العينة، أما بالنسبة لمتوسط المقياس 49 % لديهم نسبة منخفضة في اضطراب الذاكرة الذاتية، 51% لديهم نسبة مرتفعة في درجة اضطراب الذاكرة الذاتية .

3 . 1 . 2 اضطرابات في ذاكرة الحدث، الوقائع، المكان، المستقبل، لدى مرضى السرطان

توقعنا في الفرضية الثالثة للدراسة وجود اضطرابات في الدرجات الفرعية للذاكرة الذاتية (البيوطوغرافية) لدى عينة مرضى السرطان، وفي الجدول التالي نعرض نسبة الاضطرابات في الدرجات الفرعية للذاكرة الذاتية.

الجدول(14):مستوى الاضطرابات في الدرجات الفرعية للذاكرة الذاتية لدى أفراد العينة

مرتفعي الاضطراب	منخفضي الاضطراب		
% 83	%17	النسبة المئوية من العينة	ذاكرة
% 82	% 18	النسبة المئوية من المقياس	الحدث
% 59	% 41	النسبة المئوية من العينة	ذاكرة
% 87	% 13	النسبة المئوية من المقياس	الوقائع
% 59	% 41	النسبة المئوية من العينة	ذاكرة
% 87	% 13	النسبة المئوية من المقياس	المكان
% 59	% 41	النسبة المئوية من العينة	ذاكرة
% 87	% 13	النسبة المئوية من المقياس	المستقبل

نلاحظ من خلال النسب المئوية ارتفاع نسبة ذاكرة الأحداث (83% و 82%) وكذا ذاكرة الوقائع وذاكرة المكان وذاكرة المستقبل، خاصة مقارنة بالمتوسط النظري للمقياس.

4 . نتائج الفرضية الرابعة

4 . 1 اختلاف مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية (الأوتوبيوغرافية) باختلاف الجنس، السن، المستوى التعليمي، المستوى الإقتصادي، المستوى الإجتماعي، ونوعية السرطان.

توقعنا في الفرضية الرابعة وجود اختلاف في مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف الجنس و السن و المستوى التعليمي و المستوى الإقتصادي و المستوى الإجتماعي ونوعية السرطان.

1.1.4 اختلاف في اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف الجنس

جدول(15):مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف الجنس حسب تحليل التباين Anova

المتغيرات	العدد في العينة	المتوسط الحسابي	قيمة F	الدلالة
ذكور	70	86.60	0,312	غير دالة
إناث	69	85.67		

نلاحظ من الجدول أنه لا يوجد اختلاف في مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية يعزى لمتغير الجنس، حيث أن 86.60 المتوسط الحسابي لدى عينة الذكور المصابون بالسرطان، و 85.67 المتوسط الحسابي لدى عينة الإناث المصابات بالسرطان.

2.1.4 اختلاف في مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف السن

جدول(16): مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف السن حسب تحليل التباين Anova

المتغيرات	العدد في العينة	المتوسط الحسابي	قيمة F	الدلالة
أقل أو يساوي 50	75	40.45	10,419	دالة عند 0,002
أكبر من 50	64	47.11		

نلاحظ من الجدول أنه يوجد اختلاف في مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف السن، حيث أن 40.45 المتوسط الحسابي لعينة مرضى السرطان منخفضي السن، و 47.11 المتوسط الحسابي لعينة مرضى السرطان مرتفعي السن.

3.1.4 اختلاف في مستوياضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف المستوى التعليمي

جدول(17): مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف المستوى التعليمي حسب تحليل التباين Anova

المتغيرات	العدد في العينة	المتوسط الحسابي	قيمة F	الدلالة
مستوى تعليمي منخفض	89	85.29	1.841	غير دالة
مستوى تعليمي مرتفع	50	87.64		

نلاحظ من الجدول أنه لا يوجد اختلاف في مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف المستوى التعليمي،

حيث أن 85.29 المتوسط الحسابي لعينة مرضى السرطان منخفضي المستوى التعليمي، و 87.64

المتوسط الحسابي لعينة مرضى السرطان مرتفعي المستوى التعليمي.

4.1.4 اختلاف في مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف المستوى الإقتصادي

جدول(18): مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف المستوى الإقتصادي حسب تحليل التباين

Anova

المتغيرات	العدد في العينة	المتوسط الحسابي	قيمة F	الدلالة
مستوى إقتصادي منخفض	64	85.36	1.262	غير دالة
مستوى إقتصادي متوسط	58	85.98		
مستوى إقتصادي مرتفع	17	89.59		

نلاحظ من الجدول أنه لا يوجد اختلاف في مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف المستوى الإقتصادي، حيث أن المتوسط الحسابي لعينة مرضى السرطان منخفضي المستوى الإقتصادي، و 85.98 المتوسط الحسابي لعينة مرضى السرطان متوسطي المستوى الإقتصادي، و 89.59 المتوسط الحسابي لعينة مرضى السرطان مرتفعي المستوى الإقتصادي.

5 . 1 . 4 اختلاف في مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف المستوى الإجتماعي

جدول(19): مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف المستوى الإجتماعي حسب تحليل التباين

Anova

المتغيرات	العدد في العينة	المتوسط الحسابي	قيمة F	الدلالة
متزوج	117	86.56	1.348	غير دالة
أعزب	22	83.91		

نلاحظ من الجدول أنه لا يوجد اختلاف في مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف متغير المستوى الإجتماعي حيث أن المتوسط الحسابي لعينة مرضى السرطان المتزوجون، و 83.91 المتوسط الحسابي لعينة مرضى السرطان غير المتزوجون.

4. 1. 6 اختلاف في مستوى اضطراب الذاكرة باختلاف نوعية السرطان

جدول (20): مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف نوعية السرطان حسب تحليل التباين Anova

المتغيرات	العدد في العينة	المتوسط الحسابي	قيمة F	الدلالة
سرطان الأنف	11	83.91	0,414	غير دالة
سرطان الحنجرة	23	85.65		
سرطان الثدي	38	85.58		
سرطان المعدة	10	89.60		
سرطان القولون	19	85.89		
سرطان الرحم	15	85.67		
سرطان البروستات	23	87.61		

نلاحظ نلاحظ من الجدول أنه لا يوجد اختلاف في مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف نوعية السرطان حيث أن 83.91 المتوسط الحسابي لعينة مرضى سرطان الأنف، و85.65 المتوسط الحسابي لعينة مرضى سرطان الحنجرة، و85.58 المتوسط الحسابي لعينة مرضى سرطان المعدة، و85.89 المتوسط الحسابي لعينة مرضى سرطان القولون، و85.67 المتوسط الحسابي لعينة مرضى سرطان الرحم، و87.61 المتوسط الحسابي لعينة مرضى سرطان البروستات.

5 . نتائج الفرضية الخامسة

1 . 5 العلاقة الارتباطية بين مستوى الكرب التالي للصدمة ومستوى اضطراب الذاكرة الذاتية

توقعنا في الفرضية الخامسة وجود علاقة ارتباطية بين مستوى الكرب التالي للصدمة واضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان.

جدول(21) العلاقة الارتباطية بين الكرب واضطراب الذاكرة الذاتية

المتغيرات	قيمة معامل الارتباط "ر"	الدلالة
الكرب التالي للصدمة	0,287 **	دالة عند 0,01
الذاكرة الذاتية		

نلاحظ من خلال الجدول الذي وضح العلاقة الارتباطية بين متغيري الدراسة أن قيمة "ر" $0,287^{**}$ بين مستوى الكرب واضطراب الذاكرة الذاتية عند مستوى الدلالة 0,01، ومنه توجد علاقة بين مستوى الكرب التالي للصدمة واضطراب الذاكرة الذاتية، وبالتالي تحقق فرضية الدراسة.

1 . 1 . 2 العلاقة الارتباطية بين مستوى الكرب التالي للصدمة ومستوى الأبعاد الفرعية للذاكرة الذاتية

جدول(22):العلاقة الارتباطية بين الكرب واضطراب الأبعاد الفرعية للذاكرة الذاتية

المتغيرات	قيمة معامل الارتباط "ر"	الدلالة
الكره التالي للصدمة	0,08	غير دالة إحصائيا
ذاكره الحدث	0,30 **	دالة إحصائيا عند 0.01
ذاكره الوقائع	0,36 **	دالة إحصائيا عند 0.01
ذاكره المكان	0,198 *	دالة إحصائيا عند 0.05
ذاكره المستقبل		

من خلال الجدول الذي وضح العلاقة الارتباطية بين مستوى الكرب واضطراب ذاكرة الحدث أن قيمة "ر" المحسوبة 0,08 ومنه لا توجد علاقة بين مستوى الكرب واضطراب ذاكرة الحدث، وبالتالي عدم تحقق

فرضية الدراسة، أما بالنسبة للعلاقة الارتباطية بين مستوى الكرب واضطرابات ذاكرة الوقائع، قيمة "ر" المحسوبة 0,30 عند مستوى الدلالة 0,01، ومنه توجد علاقة بين مستوى الكرب واضطراب ذاكرة الوقائع، وبالتالي تحقق فرضية الدراسة، أما بالنسبة للعلاقة الارتباطية بين مستوى الكرب واضطراب ذاكرة المكان، قيمة "ر" المحسوبة 0,36 عند مستوى الدلالة 0,01، ومنه توجد علاقة بين مستوى الكرب واضطراب ذاكرة المكان، وبالتالي تحقق فرضية الدراسة، أما بالنسبة للعلاقة الارتباطية بين مستوى الكرب واضطرابات ذاكرة المستقبل، قيمة "ر" المحسوبة 0,198 عند مستوى الدلالة 0,01، ومنه توجد علاقة بين مستوى الكرب واضطراب ذاكرة المستقبل، وبالتالي تحقق فرضية.

6 . نتائج الفرضية السادسة

6 . 1 الاختلاف في العلاقة بين الكرب التالي للصدمة واضطرابات الذاكرة الذاتية باختلاف الجنس و

السن و المستوى التعليمي و المستوى الإقتصادي والمستوى الإجتماعي ونوعية السرطان

نتوقع في الفرضية السادسة وجود اختلاف في العلاقة بين مستوى الكرب واضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس و السن والمستوى التعليمي و الإقتصادي و الإجتماعي ونوعية السرطان.

6 . 1 . 1 اختلاف في العلاقة بين الكرب التالي للصدمة واضطرابات الذاكرة الذاتية باختلاف الجنس

جدول(23): اختلاف العلاقة بين الكرب واضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف الجنس

المتغيرات	المتغير التصنيفي	قيمة معامل الارتباط "ر"	الدلالة
الكرب التالي للصدمة	الذكور	0,51**	دال عند 0.01
الذاكرة الذاتية	الإناث	0,08	غير دال

من خلال الجدول اختلاف قيمة معامل الارتباط باختلاف الجنس، حيث بلغ $r=0,51$ وهو دال عند 0,01 لدى الذكور، وقيمة $r=0,08$ غير دال عند الإناث.

2.1.6 اختلاف في العلاقة بين الكرب التالي للصدمة واضطرابات الذاكرة الذاتية باختلاف السن

جدول (24): اختلاف العلاقة بين الكرب واضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف السن

المتغيرات	المتغير التصنيفي	قيمة معامل الارتباط "r"	الدلالة
الكرب التالي للصدمة	منخفضي السن	- 0,01	غير دال
الذاكرة الذاتية	مرتفعي السن	0,38	دال عند 0,01

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة معامل الارتباط "r" بين كل من الكرب التالي للصدمة وبين الذاكرة الذاتية لدى منخفضي السن بلغ $r=0,01$ - وهو غير دال، بينما بلغت قيمة $r=0,38$ وهو دال عند 0,01 لدى كبار السن.

3.1.6 اختلاف في العلاقة بين الكرب التالي للصدمة واضطرابات الذاكرة الذاتية باختلاف المستوى التعليمي

التعليمي

جدول (25): اختلاف العلاقة بين الكرب واضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف المستوى التعليمي

المتغيرات	المتغير التصنيفي	قيمة معامل الارتباط "r"	الدلالة
الكرب التالي للصدمة	مستوى تعليمي منخفض	0,27**	دال عند 0,01
الذاكرة الذاتية	مستوى تعليمي مرتفع	0,33*	دال عند 0,05

نلاحظ من خلال الجدول اختلاف قيمة معامل الارتباط باختلاف المستوى التعليمي، حيث بلغ $r=0,27^{***}$ وهو دال عند $0,01$ لدى منخفضي السن، وقيمة $r=0,33^*$ وهو دال عند $0,05$ لدى مرتفعي السن.

4.1.6 اختلاف في العلاقة بين الكرب التالي للصدمة واضطرابات الذاكرة الذاتية باختلاف المستوى الاقتصادي

جدول (26): اختلاف العلاقة بين الكرب واضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف المستوى الاقتصادي

المتغيرات	المتغير التصنيفي	قيمة معامل الارتباط "ر"	الدلالة
الكرب التالي للصدمة	مستوى إقتصادي منخفض	0,15	غير دال
الذاكرة الذاتية	مستوى إقتصادي متوسط	*0,29	دال عند 0,05
	مستوى إقتصادي مرتفع	0,79**	دال عند 0,01

نلاحظ من خلال الجدول اختلاف قيمة معامل الارتباط باختلاف المستوى الاقتصادي حيث بلغ $r=0,15$ وهو غير دال لدى منخفضي المستوى الاقتصادي، وقيمة $r=0,29^*$ وهو دال عند $0,05$ لدى متوسطي المستوى الاقتصادي، وقيمة $r=0,79^{**}$ وهو دال عند $0,01$ لدى مرتفعي المستوى الاقتصادي.

5 . 1 . 6 اختلاف في العلاقة بين الكرب التالي للصدمة واضطرابات الذاكرة الذاتية باختلاف المستوى الاجتماعي

جدول(27): اختلاف العلاقة بين الكرب واضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف المستوى الاجتماعي

المتغيرات	المتغير التصنيفي	قيمة معامل الارتباط "ر"	الدلالة
الكرب التالي للصدمة	متزوجين	0,35**	دال عند 0,01
الذاكرة الذاتية	غير متزوجين	- 0,26	غير دال

نلاحظ من خلال الجدول إختلاف قيمة معامل الارتباط باختلاف المستوى الاجتماعي حيث بلغ ر =

0,35** وهو دال عند 0,01 لدى المتزوجون، وقيمة ر = - 0,26 غير دال لدى غير المتزوجين.

6 . 1 . 6 اختلاف في العلاقة بين الكرب التالي للصدمة واضطرابات الذاكرة الذاتية باختلاف نوعية

السرطان

جدول(28): اختلاف العلاقة بين الكرب واضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف نوعية السرطان

المتغيرات	المتغير التصنيفي	قيمة الارتباط "ر"	الدلالة
الكرب التالي للصدمة	سرطان الأنف	0,80**	دال عند 0,01
	سرطان الحنجرة	0,68**	دال عند 0,01
	سرطان الثدي	- 0,029	غير دال
	سرطان المعدة	0,12	غير دال
الذاكرة الذاتية	سرطان القولون	0,063	غير دال
	سرطان الرحم	0,23	غير دال
	سرطان البروستات	0,47*	دال عند 0,05

نلاحظ من خلال الجدول إختلاف قيمة معامل الارتباط باختلاف نوعية السرطان حيث بلغ $r = 0,80^{**}$ وهو دال عند $0,01$ لدى مرضى سرطان الأنف، وقيمة $r = 0,68^{**}$ وهو دال عند $0,01$ لدى مرضى الحنجرة، وقيمة $r = 0,47^{*}$ وهو دال عند $0,05$ أما بالنسبة لبقية السرطانات فكانت كلها غير دالة.

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى عرض النتائج المتوصل إليها والتي قمنا بتحليلها من خلال الجداول الإحصائية.

مناقشة النتائج

1 . تمهيد

2 . مناقشة الفرضية الأولى

3 . مناقشة الفرضية الثانية

4 . مناقشة الفرضية الثالثة

5 . مناقشة الفرضية الرابعة

6 . مناقشة الفرضية الخامسة

7 . مناقشة الفرضية السادسة

8 . خلاصة الفصل

تمهيد

يتضمن هذا الفصل مناقشة وتفسير النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية ومناقشة نتائجها مع الدراسات السابقة كما اعتمدنا في مناقشتها على التفسير من الواقع.

1 . تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

حيث أن نتائج الفرضية الأولى تقول: نتوقع ارتفاع مستوى الكرب التالي للصدمة لدى مرضى السرطان.

أسفرت نتائج الفرضية الأولى على ارتفاع مستوى الكرب التالي للصدمة لدى مرضى السرطان،

وهذا ما يتوافق و نظرية معالجة المعلومات إذ أن المعلومات الهائلة التي نتعرض لها في حالة الصدمات يتم معالجة قسم منها، فيما لا يمكن معالجة القسم الآخر بالشكل المطلوب لأنها إما أن تكون فوق طاقة الجهاز العصبي وإما ناقصة، كما في الكوارث والحروب مثلاً إذ لا تتوافق المنبهات المفاجئة مع النماذج المعرفية للفرد وخبراته فهي تتجاوز التجربة الإنسانية السوية، مما يؤدي إلى الاضطراب والتشويه في معالجة المعلومات، وهذه المعلومات الصادمة تبقى نشطة وتشكل ضغطاً مؤلماً على الفرد الذي يسعى لإبعادها عن عتبة الوعي بحثاً عن الشعور بالأمن، ويلجأ المصدوم عادة إلى استخدام أوليات دفاعية سلبية كالتبدل والنكران والتجنب والتي بدورها تعتبر من أهم السمات لاضطراب الضغوط التالية للصدمة. (Horowitz,1986)

إذ أن سرطان الثدي يصنف من الأمراض المزمنة والخطيرة، والمهددة بالموت، و خبر الإصابة بالمرض يعد صدمة كبيرة بالنسبة للمصاب، مما ينتج عنها تأثير عقلي ونفسي وجسدي، يولد لديه أعراض الكرب التالي للصدمة حيث لا حظت من خلال احتكاكي بمرضى السرطان، ومن خلال تطبيقي لمقياس الكرب التالي للصدمة توفر أعراض الكرب لدى العينة أهمها القلق، الأرق، الإجهاد، تجنب الحديث عن

المرض، الأفكار السلبية، سرعة الغضب، كما أن معظمهم يعاني صعوبات في النوم مع تكرار الكوابيس، وهذا ما يدل على تحقق فرضية الدراسة.

2. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تقول الفرضية الثانية: نتوقع اختلاف مستوى الكرب التالي للصدمة لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس و السن و المستوى التعليمي والمستوى الإقتصادي والمستوى الإجتماعي، ونوعية السرطان.

أسفرت نتائج الفرضية الثانية على اختلاف مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف السن لصالح مرتفعي السن، و المستوى الإجتماعي لصالح المتزوجين، حيث استنتجت من خلال تطبيقي لمقياس الكرب التالي للصدمة على عينة مرضى السرطان أن مستوى الكرب التالي للصدمة مرتفع بالنسبة للعينة التي تبلغ او تجاوزت 50 سنة، مقارنة بصغار السن، كأخصائيين عياديين يمكن أن نعزي هذه الأسباب إلى نقص أساليب المواجهة لدى كبار السن أو ربما لكيفية تلقيهم خبر الإصابة بالسرطان، أو أنهم لم يتعرضوا لاستثارة قوية سابقا كما قد نتوقع العكس قد تكون خبرات صدمية ترجع إلى مرحلة الطفولة، أو تعلمات غير مناسبة حدثت على وفق قوانين الاشرط الكلاسيكي، أو عوامل وراثية، أو أفكار غير عقلانية ناجمة عن خطأ في إدراك ومعالجة معلومة غريبة ، وما إلى ذلك من عوامل، كما استنتجت أيضا ارتفاع مستوى الكرب لدى الفئة المتزوجة مقارنة بنظيرها، وربما يعود ذلك لعوامل أسرية فالمرأة المتزوجة المصابة بالسرطان تكون لديها مسؤوليات وأولويات تجاه زوجها وأبنائها مما يزيد لديها الشعور بالخوف من الموت ومستقبل عائلتها وهذا ما يوافق دراسة فهود وآخرون (Farhood, Dimassi, Lehtinen, 2006) حول التعرض للأحداث الصدمية المرتبطة بالحرب ومعدلات اضطرابات الضغوط التالية للصدمة والاضطرابات النفسية العامة لدى المدنيين في جنوب لبنان، كما درست عدداً من المتغيرات كالعمر والمستوى الإجتماعي، وكانت معدلات اضطرابات الضغوط التالية للصدمة أعلى لدى الأفراد الذين تبلغ

أعمارهم ما فوق 40 عاماً، ولدى المتزوجين مقابل العازبين. كما أظهرت الدراسة ارتباطاً وثيقاً ما بين اضطرابات الضغوط التالية للصدمة والقلق والاكتئاب، وهذا يدل على تحقق جزئي للفرضية الثانية، في حين عدم تحقق الجزء الآخر من الفرضية التي أسفرت نتائجها على غياب الاختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف الجنس و المستوى التعليمي و الإقتصادي ونوعية السرطان، وهذا ما يتعارض مع نفس الدراسة السابقة لفرهود وآخرون التي ربطها بمتغيري الجنس والمستوى التعليمي، وأشارت نتائج الدراسة إلى معدلات اضطرابات الضغوط التالية للصدمة كانت أعلى لدى النساء مقارنة بالرجال، ولدى منخفضي المستوى التعليمي مقارنة بمرتفعي المستوى التعليمي، أما بالنسبة لنوعية السرطان فهذا ما يتعارض والواقع لأنه من الطبيعي أن يكون هناك اختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف نوعية السرطان، كون المصاب بسرطان المخ أو الدم أو البروستات قد تكون شدة الصدمة لديه أقوى مقارنة بالمصاب بسرطان الحنجرة أو القولون مثلاً (و يبقى للعامل الثقافي دوراً هنا)، ويمكن أن نرجع السبب إلى حدوث خطأ أثناء تطبيقنا للمقياس مما منعنا من تحقيق نتائج موجبة للفرضية الجزئية الثانية.

3 . تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

أسفرت نتائج الفرضية الثالثة على وجود اضطرابات في الذاكرة الذاتية (الأوتوبيوغرافية) لدى مرضى السرطان، وهو ما يتوافق والدراسات التالية:

توافقت هذه الدراسة مع دراسة علمية حديثة أن حوالي 40 % من الناجين من مرض السرطان يعانون مشاكل مع الذاكرة والتركيز، وأعرب ناجون من المرض عن شعورهم بـ"غموض في الذهن" نتيجة العلاج الكيميائي على الرغم من أن هذا التشويش الذهني قد يحدث بعد علاجات أخرى للسرطان بل يحدث لبعض المرضى قبل تناول أي علاج، وأوضحت الدراسة أن الأشخاص الذين لديهم تاريخ مرضي بالسرطان معرضون أكثر لمشاكل في الذاكرة والتركيز، إذا ما قورنوا بأناس لم يعانون من هذا المرض في

حياتهم. وقد تكون مشاكل الذاكرة عند بعض مرضى السرطان السابقين بسيطة أو متوسطة ولكنها قد تكون حادة عند الآخرين بدرجة تؤثر على وظائف العقل كما يقول الباحث الأمريكي باسكال جين بيير أستاذ طب الأطفال المساعد بكلية طب ميلر بجامعة ميامي، وأضاف أن الناس يشكون من مشاكل في التركيز والانتباه والتذكر وهي الأمور التي تظهر بوضوح عند القيام بأكثر من مهمة في آن واحد. والشيء المقلق كما أكد الباحث أن مشاكل الذاكرة تلك قد تستمر وتدوم، ولا يزال بعض الناس يسجلون مشاكل في الذاكرة بعد مرور 10 سنوات من العلاج من مرض السرطان، ولكن هل ترجع تلك المشاكل في الذاكرة لمرض السرطان نفسه أم للعلاج المتبع أم لحالة القلق التي تنتاب المريض عند تناول جرعات العلاج؟ هذا ما لم يكشف عنه بعد.

وذكر بيير أن هناك عدة أدلة عن مسؤولية الورم نفسه وكذلك نوعية العلاج المتبع، عن تلك المشاكل في الذاكرة التي يعاني منها بعض المرضى بعد شفائهم. وقد اعتمدت تلك النتائج على بيانات من تقرير اختبار الصحة والتغذية والتي جرت على عينة من 9800 شخص تزيد أعمارهم عن أربعين سنة. وقد أوضحت النتائج أن 1305 من هذه العينة يعانون حالياً أو سابقاً من مرض السرطان، وأن 40 % ممن عانوا من السرطان لديهم مشاكل في الذاكرة مقارنة ب 8% فقط ممن ليس لديهم تاريخ مرضي مع السرطان.

وأوضحت أندريا ماريان -45 عاماً- باحثة في سياتل ومريضة سابقة بسرطان الثدي والعظام بأنها لم تكن تنسى الكثير من الأمور إلا أنها كانت تعاني أحياناً من ضبابية في الذاكرة ولا تستطيع التركيز بوضوح. إلا أنها ليست متأكدة كم استمرت هذه الحالة لديها وإن كانت تعتقد أنها ظلت تعاني منها لعامين بعد خضوعها للعلاج الكيميائي من سرطان الثدي.

وتقول ماريان "لقد كنت أحاول أن أستجمع ذاكرتي وأكون منظمة كي أستطيع التركيز وقد ساعدتني كثرة

التمارين على ذلك" لقد لفتت هذه الدراسة انتباه المختصين لمشكلة هامة جداً تواجه الناجين من السرطان. هذا ما يقوله د.جيفري ويفل أستاذ مساعد طب الأورام العصبي بجامعة تكساس ومركز أندرسون لعلاج السرطان بهيوستن. وأضاف "إذا ما شعر مريض السرطان بهذه الأعراض فعليه أن يخبر طبيبه في الحال فقد يساعد العلاج المبكر في حل المشكلة أو منع تطورها." وقال ويفل إن كثيراً من الدراسات التي تمت على هذه الظاهرة ركزت على مرضى سرطان الثدي السابقين. وقد أظهرت أن عدداً من المريضات يعانين من مشاكل في الذاكرة عند تناول الجرعات الكيميائية بل وقبل بدء العلاج أحياناً وهذا ما يجعل البعض يرى أن السرطان نفسه يتسبب في تغيرات في الوسط البيولوجي ويتسبب في مشاكل في الإدراك إلا أن الأمر لم يحسم بعد لأن أحداً لم يعرف بعد سبب حدوث ذلك.

كما توافقت نتائج هذه الفرضية مع التقارير النظرية التي أشارت إلى وجود شكاوى معرفية ذاتية لدى مرضى السرطان وذلك بنسبة 70% منهم، وقد عزت هذه التقارير سبب ظهور هذه الاضطرابات إلى التأثير العصبي للعلاج La neurotoxicité des traitements وكما تم تحديد أثر مرض السرطان بحد ذاته، وأثر الإعلان عن المرض فقد أصبح اليوم كعامل محتمل لظهور هذه الاضطرابات المعرفية. وعوامل أخرى مثل الاضطراب العاطفي، والذي يبدو أكثر ظهوراً في بداية الشكاوى التي ترتبط عادة بجودة الحياة المنخفضة للمرضى، وفي هذا السياق قام غوستاف روسي بتقديم الاستشارات للمرضى الذين يعانون من الضعف المعرفي وتقييم نفسي وعصبي، وفي دراسة وصفية لسجلات المرضى وردت في مذكرته خلال سنة تقويمية كاملة لدى عينة قدرت ب 108 مريض سرطان اجتمع % 75 من المرضى في مرحلة ما بعد العلاج 66. % منهم وجد أنه ليست هناك علاقة بين الشكاوى المعرفية والأداء في اختبارات الذاكرة والانتباه. أما عن الشكاوى الذاكرة فقد وجد 72 % من أفراد العينة يعانون من الاضطراب العاطفي(المرضى) كما تم تقييم الضعف الإدراكي لدى هؤلاء المرضى (Dauch, Batz, 2013)

كذلك توافقت نتائج هذه الفرضية مع دراسة كريستين Chreistine وآخرون سنة 2000 التي ارتكزت على دراسة حول الوظيفة الإدراكية لدى مرضى سرطان الثدي المعالجون بالعلاج الكيميائي التدايمي، قارنت فيها 107 امرأة 31 منهن يخضعن للعلاج الكيميائي التدايمي (أ)، و 40 امرأة اكملت العلاج الكيميائي التدايمي منذ سنتين (ب)، 36 امرأة في مرحلة السيطرة التامة (ج)، خلصت الدراسة بنتيجة أن هناك اختلافا واضح في الوظائف الإدراكية بين (أ) و(ج)، وكذلك ظهور اضطرابات مزاجية لدى المجموعة (ب) (Christine وآخرون، 2000)

كما توافقت نتيجة الفرضية مع دراسة، (Quesnel 2009) وزملائه في كندا التي انطلقت من فرضية أن المصابات بسرطان الثدي اللاتي يعالجن كيميائيا، وعددهن (41) يكون أداؤهن أسوء في التقييم النفسي العصبي مقارنة باللاتي يعالجن بالأشعة وعددهن (23) مريضة، والصحيحات عددهن (40) اظهرت النتائج اضطرابات في الانتباه والذاكرة اللفظية، والطلاقة اللفظية كما وجدت علاقة بين نوعية الحياة وبين الوظائف المعرفية في بداية المتابعة، لكنها تحسنت بعد ذلك مع ظهور نتيجة غير متوقعة وهي أن اللاتي يعالجن كيميائيا كن الأفضل في التقييم النفسي العصبي(زعطوط، 2014).

كما وجدنا دراسات عن أثر العلاج الإشعاعي على مريض السرطان بحث وجد أن له دور في ظهور الضعف المعرفي من خلال اضطراب الوظائف التنفيذية حيث أشار Tang وزملائه (2012) على عينة من 46 مصابا بسرطان الأنف والحنجرة تعرضوا لآثار دراسة العلاج الإشعاعي على الدماغ مقارنة بعينة غير متضررة، وتم قياس الاضطرابات الوجدانية ، التقييم النفسي المؤشرات السلوكية مثل WHOQOLBREF الاضطرابات الوجدانية، التقييم النفسي العصبي وكذا نوعية الحياة باستعمال ودلت النتائج على ان المرضى الذين اصيبت أدمغتهم جراء العلاج الإشعاعي، ظهرت لديهم مشاعر سلبية واضطراب الوظائف التنفيذية وانخفاض نوعية الحياة كما ارتفعت لديهم درجة القلق والاضطرابات المعرفية، وعليه نستنتج أن للعلاج الكيميائي والإشعاعي أثر بالغ على الوظائف العصبية وطبيعي أن نجد

مرضى السرطان يعانون من اضطرابات معرفية كنواتج وآثار جانبية للعلاج وبالتالي فقد تحققت الفرضية الثالثة للدراسة.

4 . تفسير ومناقشة نظرية الفرضية الرابعة:

حيث تقول الفرضية الرابعة: نتوقع اختلاف مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس والسن والمستوى التعليمي والمستوى الإقتصادي والمستوى الإجتماعي ونوعية السرطان. أسفرت نتائج الدراسة على وجود اختلاف في مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف السن لصالح مرتفعي السن، وكأخصائيين عياديين يمكن أن نعزي هذه الدراسة إلى الوظائف التنفيذية و المعرفية للمريض، فبعد الإحتكاك بهذه الفئة والإطلاع على التراث النظري الذي يفسر لنا بعض السلوكيات التي يمكن أن نلمسها عند المريض المزمّن خاصة مرضى السرطان وهي عينة ذات خصائص مميزة عن الأمراض الأخرى، وبالتالي فإن تفسيرنا يتعلق بالدرجة الأولى بما لاحظناه مباشرة خلال التطبيق أولاً، وذلك نسأل المريض عن حياته عامة حيث لاحظنا أن كبار السن غالباً ما يسترجعون أحداث تعود إلى زمن بعيد في حين ينسون الأحداث القريبة مقارنة بصغار السن، ويمكن أن يعود السبب إلى تشوش في الذاكرة قريبة المدى نتيجة التقدم في السن أو نتيجة العمليات الجراحية، حيث يعتبر التشوش العقلي لدى المسنين شائعاً للغاية بعد التخدير العام، وتقدر بعض الدراسات بأن نسبة هذا الإختلاط الذهني تصل إلى 60% من الحالات.

وفي دراسة للدكتور محمد فراس الصفي عن تأثير العملية الجراحية على مرضى السرطان المسنين استنتج أن التخدير العام للمرضى المسنين يترافق مع نسبة مرتفعة مع التشوشات الذهنية، حيث يعاني معظم المسنين من أمراض سابقة في أجهزة مختلفة من الجسم (الجهاز القلبي الوعائي، الجهاز التنفسي، الجهاز العصبي، الجهاز الكلوي، وغيرها) مما يؤدي إلى اضطراب في وظائف هذه الأجهزة، حيث تتميز الشرايين لدى المتقدمين في السن بالتصلب نتيجة ترسب المواد الدهنية المختلفة على جدران الشرايين مما

يجعلها قاسية. وهذا ما يحقق نتيجة الفرضية الجزئية الرابعة إلا أن هناك من يعارض هذه الدراسة حيث يقول الطبيب الكندي جون أن هناك مرضى مسنين يخضعون لعمليات جراحية، إلا أنهم يعودون لنشاطاتهم بشكل أفضل، كما يبدوون بصحة جيدة،

لقد حاولنا أن نعطي تفسيراً لعدم تحقق الجزء الآخر من الفرضية الجزئية التي أسفرت نتائجها على غياب الاختلاف في مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف الجنس و المستوى التعليمي و الإقتصادي و المستوى الإجتماعي ونوعية السرطان وهذا ما يتناقض مع الدراسة الحديثة التي قامت بها روسبيد روبرتز وزملائها (2015) التي جمعت فيها بين اضطراب الذاكرة وهذه المتغيرات حيث طبقتها على 1450 شخصاً تراوحت أعمارهم بين 70 و 89 شخصاً، وبعد ثلاث سنوات من الدراسة وتوصلت النتائج إلى أن اضطراب الذاكرة كانت بنسبة عالية لدى الرجال مقارنة بالنساء بنسبة تصل إلى 40% وفسرت الباحثة سبب الاختلاف بين الجنسين بأن الأمراض المزمنة غالباً ما تصيب الرجال في مراحل متقدمة عن السيدات، كما ربطت الدراسة بين مستوى التعليم واضطراب الذاكرة حيث توصلت الباحثة إلى أن المتعلمون يعانون من اضطرابات في الذاكرة بنسبة أقل من ذوي المستوى التعليمي المنخفض، وصرحت روبرتز أن المتزوجين يواجهون مخاطر أقل للإصابة بالخلل المعرفي مقارنة بالأرامل والمطلقين والعزاب، أما بالنسبة لنوعية السرطان فمن خلال تطبيقنا للدراسة لاحظنا أن المرضى الذين يعانون من سرطان الثدي وسرطان الرحم، وسرطان البروستات ومن خلال احتكاكنا بهم لاحظنا أن هؤلاء يعانون تشوشاً عقلياً مقارنة بمرض السرطانات الأخرى ويمكن أن نعلل ذلك بشدة خطورة نوع السرطان والعمليات الجراحية، إلا أننا لم نجد هذا الاختلاف عند تفسيرنا لنتائج الدراسة، بعد تطبيقنا لمقياس الذاكرة الذاتية، وهذا ما يدل على عدم تحقق الفرضية الجزئية الرابعة من الدراسة، ويمكن أن يعود السبب إلى المدة التي طبقنا فيها الدراسة.

5 . تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

أسفرت نتائج الفرضية الخامسة على وجود علاقة ارتباطية بين مستوى الكرب التالي للصدمة واضطراب الذاكرة الذاتية، وهو ما يتوافق والدراسات التالية:

دراسة Havar وزملائه (2009) على عينة من 35 امرأة عانت من صدمة الولادة باستعمال مقياس AMT ومجموعة من المقاييس الأخرى مثل الاكتئاب، حيث وجدت الدراسة ارتباطا موجبا ($R=0,44$) $P=0,008$ ما بين استرجاع الأحداث وبين زيادة الكرب، بالإضافة إلى دراسة Botzuug وزملائه (2010) التي أجراها على عينة من 15 مصابا ب PTSD مقارنة ب 14 من المصابين بالصدمة، باستعمال مقياس AMT ووجدت توجها خاصا للذكريات الصدمية لدى المصابين ب PTSD.

وحسب Kleiun و Ehlers (2008) فإن هناك علاقة بين الكرب التالي للصدمة واضطراب الذاكرة الذاتية، حيث أجرى دراسته على عينة من 203 مصابا بالصدمة باستعمال AMT ووجدت علاقة دالة بين تراجع التعميم المفرط وبين PTSD.

وفي دراسة أخرى قام بها Robiuouglr و Menlly (2010) على عينة من 203 مصابا بالصدمة باستعمال AMQ و CES ، وجدت ازديادا مضطرا في مركزية الصدمة في الذاكرة ارتبط بالشعور بالعار والذنب، ورتبط هذان بالإكتئاب وبأعراض الكرب ($R=0,58$ $P=0,05$) .

كما أظهرت نتائج دراسة Rebin وزملائه (2011) التي أجراها على عينة من 50 مصابا ب PTSD مقارنة مع عينة ضابطة باستعمال AMT بأن الذاكرة الذاتية تتميز بشحن وجداني وعاطفي ومركزية مفرطة، وإعادة تجديد وبناء.

لقد أثبتت الدراسات أنه من بين الاضطرابات المصاحبة لل PTSD اضطرابات الذاكرة و التي تلعب دورا مهما في اضطراب الكرب ذاته إذ أن هناك دراسات أظهرت أهم اضطرابات الكرب التالي للصدمة والمتعلقة بالذاكرة حيث تمثلت في: تجريد الذاكرة الصدمية من السياق De context tuilisaty، الارتجاع الذكروي (Flash bachs)، إعطاء أهمية قصوى للحادث الصدمي في تنظيم المعلومات والمعطيات الشخصية، وكذا الذات، الشحن الوجداني للأحداث خاصة المتعلقة بالصدمة، تناسق وتماسك وتفكك الذاكرة، تكرار الذكريات خاصة المقترحة منها، الانفصال، التعميم الفرط للذاكرة الصدمية.

وهذا ما يدل على تحقق الفرضية الأولى للدراسة بوجود نسبة مرتفعة من الكرب لدى مرضى السرطان.

6 . تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

حيث تقول الفرضية السادسة: يوجد اختلاف في العلاقة بين مستوى الكرب التالي للصدمة ومستوى اضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس والسن والمستوى التعليمي والمستوى الإقتصادي والمستوى الإجتماعي ونوعية السرطان.

أسفرت نتائج الدراسة إلى وجود اختلاف في العلاقة بين مستوى الكرب التالي للصدمة ومستوى اضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس لصالح كبار السن، والمستوى التعليمي والمستوى الإقتصادي لصالح متوسطي ومرتفعي المستوى الإقتصادي، والمستوى الإجتماعي لصالح المتزوجين، ونوعية السرطان عند مرضى سرطان الأنف والحنجرة والبروستات وهذا ما يتناقض مع الفرضية الخامسة للدراسة، التي حققت لنا وجود علاقة ارتباطية بين مستوى الكرب التالي للصدمة ومستوى اضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان، إلا أننا توصلنا من خلال تفسيرنا للفرضيات السابقة أن هناك اختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف بعض متغيرات الدراسة، كما أن هناك اختلافا أيضا في مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف بعض متغيرات الدراسة، وهذا ما يمكن أن نفسر به اختلاف العلاقة بين

مستوى الكرب ومستوى اضطراب الذاكرة، أي أن كل من الجنس والسن والمستوى التعليمي والمستوى الإقتصادي والإجتماعي ونوعية السرطان أحدث اختلافا في العلاقة بين متغيري الدراسة.

خلاصة الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في أنها جمعت بين عدة مقاربات لفهم الإنسان ككل متكامل، وذلكم خلال دراسة الموضوع من الناحية النفسية والعصبية من خلال معرفة العلاقة بين الكرب التالي للصدمة واضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان ومن خلال دراستنا توصلنا إلى النتائج التالية:

- يعاني مرضى السرطان من مستوى مرتفع للكرب التالي للصدمة بنسبة 58%
- هناك اختلاف في مستوى الكرب التالي للصدمة باختلاف السن لصالح كبار السن والمستوى الإجتماعي لصالح المتزوجين.
- يعاني مرضى السرطان باضطراب الذاكرة الذاتية بنسبة 62%
- هناك اختلاف في مستوى اضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان باختلاف السن لصالح كبار السن.
- توجد علاقة دالة احصائيا بين مستوى الكرب التالي التالي للصدمة واضطراب الذاكرة الذاتية لدى مرضى السرطان.
- يوجد اختلاف في العلاقة بين مستوى الكرب التالي للصدمة ومستوى اضطراب الذاكرة الذاتية باختلاف الجنس لصالح الذكور والمستوى الإقتصادي لصالح متوسطي ومرتفعي المستوى الإقتصادي والمستوى الإجتماعي ونوعية السرطان لصالح سرطان الأنف والثدي والبروستات.

التوصيات:

تأمل الطالبة أن يجد هذا الموضوع الإهتمام بالدراسة، ويمكن ان نعتبر النتائج المتوصل إليها كنقطة بداية لأبحاث و دراسات أخرى مدعمة واكثر تفسيريا وعمقا.

المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية:

- 1 . أمين مسمودي وآخرون، جدوى تقييم نوعية الحياة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، دراسة منشورة في موقع منظمة الصحة العالمية، تم زيارة الموقع بتاريخ 2016/2/4. WWW.WHO.ORG.
- 2 . ألفت علام، الصدمة النفسية الناتجة عن الإغتصاب والعنف، تعريف أعراض، 2015.
- 3 . أحمان لبنى، أحمد بن سعد، دور المساندة الإجتماعية في التخفيف من اضطراب الكرب التالي للصدمة، دراسة ميدانية على ضحايا فيضان غرداية، 2008، مجلة العلوم الإجتماعية سطيف.
- 4 . أحمد عكاشة(1992). الطب النفسي المعاصر. القاهرة، الأنجلو المصرية.
- 5 . السيد، محمد ابو هشام حسن، الخصائص السيكومترية لأدوات القياس في البحوث النفسية والتربوية، كلية التربية، جامعة الملك سعود، 2006.
- 6 . الصابوني، بثينة بنت محمد، القرآن الكريم ودوره الوقائي على الصحة النفسية، بحث مقدم لمؤتمر العلاج بالقرآن أبوظبي، 2007.
- 7 . الحجار، بشير إبراهيم محمد، التوافق النفسي والإجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الإسلامية، قسم علم النفس، كلية التربية، 2003، غزة.
- 8 . رمضان زعطوط، نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2014.

- 9 . ساسان إلهام، تأثير الصدمة الجمجمية على الذاكرة وكيفية إعادة تأهيلها، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2007.
- 10 . سامي، عبد القوى، الإتجاهات الحديثة في العلاقة بين العقل والبدن وتطبيقاتها، بحث مرجعي مقدم كجزء من متطلبات الحصول على درجة أستاذ في علم النفس، كلية الأدب، جامعة عين الشمس، مصر، 2002.
- 11 . سوسن شاكر مجيد، العلاقة بين مرضى السرطان وبعض العوامل النفسية والشخصية، الحوار المتمدن، المحور: الصحة النفسية والملائمة الجسدية والنفسية، 2012، العدد 3708. 2016/04/09.
- 12 . سوسن شاكر مجيد، الإعجاز في النفس، الضغوط النفسية وأثرها على القلب والجسد.
- 13 . عبد القادر، موفق بن عبد الله، منهج البحث العلمي وكتابة الرسائل العلمية، ط1 ، الرياض، 2011.
- 14 . هدى عمر، اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى النساء بمعسكري عطاش ودرج بجنوب دارفور وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة مقدمة لنيل درجة ماجستير الآداب في علم النفس، 2006.
- 15 . محمد أحمد النابلسي وآخرون، علم نفس الحروب والكوارث، دار النهضة العربية، 1991، بيروت.
- 16 . محمد ابو هشام حسن، الخصائص السيكومترية لأدوات القياس في البحوث النفسية والتربوية، كلية التربية، جامعة الملك سعود، 2006.
- 17 . نجوى يحفاوي، الأحداث الصدمية وعلاقتها باضطراب الضغوط التالية للصدمة والإكتئاب والتدين لدى طلاب الجامعات اللبنانية، الكويت، 2003.

18 . نيكولاس جيمس، ترجمة أسامة فاروق حسن، مقدمة قصيرة جدا في السرطان، ط1، 2012، القاهرة.

19 . اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة نتيجة العدوان العراقي، مجلة كلية التربية جامعة لمنصورة، 42:

260 - 308.

20 . الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات النفسية والعقلية.

21 . مكتب الإنماء الإجتماعي، سلسلة تشخيص الإضطرابات النفسية، 2013.

22 . منظمة الصحة العالمية (2013)، تم التحميل بتاريخ 2016/3/12 على الساعة 00:20 من

<http://www.who.int/ar> العنوان

23 . موسوعة السرطان (2013)، تم التحميل بتاريخ 2015/12/9 على الساعة (21:32)

24 . محمود شاهين الحلول وآخرون، موقع الصحة، سرطان الثدي، 2012 تم التحميل بتاريخ

2016/2/12 على الساعة 23:02 من العنوان <http://www.sehha.com>

25 <http://Koumandir.Arabic.rt.com>.2007

26 [http://www.cancer.net/navigation.cancer_care/side-effects/attention-](http://www.cancer.net/navigation.cancer_care/side-effects/attention-thinking.or-memory_problemes)

thinking.or-memory_problemes تم زيارة الموقع يوم 2016/4/5 على الساعة 01:44

المراجع الأجنبية:

1 Meichenbaum, D. (1994). A Clinical Handbook: Practical Therapist Manual for Assessing and Treating Adults with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Waterloo, Ontario: Institute Press.

2 Ingleton, D.C.: American Psychiatric Association. Bekinschtein, P., Cammarota, M., Izquierdo, L., & Medina J.H. (2002).

3 Izquierdo, L., & Medina J.H. (2007). Persistence of Long-Term Memory Storage Requires a Late Protein Synthesis- and BDNF Dependent Phase in the Hippocampus. *Neuron*, 53, 261-277. doi: 10.1016/j.neuron.2006.11.025

4 Berntsen, D., Willert, M., & Rubin, D. C. (2003). Splintered Memories or Vivid and Marks? Qualities and Organization of Traumatic Memories with and Without PTSD. *Applied Cognitive Psychology*, 17, 675-693. doi: 10.1002/acp.894

5 Rebind D.C and all, when a trauma becomes a key to Identity Enhanced Integration of Trauma Memories Predicts Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Applied Cognitive Psychology*, 21, 417-431. doi: 10.1002/acp.1290.

6 Mitchell, J.L., & Everly, G.S. (1995). Critical incident stress debriefing CISM: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency service and disaster workers. Ellicott city :Chevron publishing corporation, 2nd ed.

- 7 Diagnostic and statistical manual of mental disorders.
- 8 Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 44, 219–231. doi:10.1016/j. brat.2005.01.009
- 9 Berntsen, D., Rubin D. C., & Siegler, I. C. (2011). Two versions of life: emotionally negative and positive life events have different roles in the organization of life story and identity. *Emotion* 11 (5), 1190-201. doi: 10.1037/a0024940
- 10 Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review* 103(4), 670-686. doi: 10.1037/0033-295X.103.4.670
- 11 *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75–90 doi: 10.1007/BF02105408
- 12 Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., ... Charney, D.S., (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale.
- 13 Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2008). The Reappearance Hypothesis Revisited: Recurrent Involuntary Life. *Memory & Cognition*, 36 (2), 449-460. doi: 10.3758/MC.36.2.449

14 Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2007). When a Trauma Becomes a Key to Identity: Enhanced Integration of Trauma Memories Predicts Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Cognitive Psychology*, 21, 417–431. doi: 10.1002/acp.1290.

15 Berntsen, D., & Bohn, A. (2010). Remembering and forecasting: The relation between autobiographical memory and episodic future thinking. *Memory & Cognition* 38, 265-278. doi:10.3758/MC.38.3.265

16 Lorenzoni, P.L, Silva, G.L.T, Poletto, P.M, Kristensen, H.C, & Gauer. (2014). Auto biographical Memory for Stressful Event, Traumatic Memory and Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Avances en Psicologia Latinoamericana*, 32(3), 361–376. doi:dx.doi.org/10.12804/apl32.03.2014.08

17 Raymond w .Ruddon, *Cancerbiology*–(Four edition), Oxford University press. 2007

18 Bénédicte Giffard & Armelle Viard & Jacques Dayan & Nastassja Morel & (2013). *Autobiographical Memory, Self, Florence Joly & Francis Eustache and Stress-Related Psychiatric Disorders: Which Implications in Cancer Patients?* Volume 23 Number 1. *Neuropsychol Rev*. DOI 10.1007/s11065-013-9233-6

الملاحق

الملحق رقم 1: يوضح بطاقة المعلومات الشخصية

1. الجنس : ذكر أنثى

2- السن:

3- المستوى التعليمي :

لاشئ ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

4 - المستوى الإقتصادي للمريض أو من يرعاه: عامل

بسيط

متوسط

5 -المستوى الإجتماعي: أعزب متزوج

6 - نوع السرطان والأمراض المصاحبة:

.....

.....

7 - تاريخ المرض:

الملحق رقم 2: مقياس الذاكرة الذاتية (الأوتوبيوغرافية)

• ذاكرة الحدث

تتعلق البنود التالية بتذكرك للأحداث الخاصة بك في الزمان والمكان، والتي تتعلق بك شخصيا ويقصد بالحدث ما يقع في يوم أو أقل.

تتعلق البنود بالأحداث التي وقعت في الأسابيع الثلاثة أو الأربعة الماضية وليست في الأيام القليلة السابقة

الرقم	أعارض بشدة	أعارض نوعا ما	لا أعارض ولا أوافق	أوافق نوعا ما	أوافق بشدة
1					لدي صعوبة في تذكر أحداث معينة
2					عندما أتذكر الأحداث، أجد صعوبة في ترتيب تفاصيل الحدث
3					عندما أتذكر الأحداث، أستطيع عموما تذكر الأشياء الموجودة في المحيط
4					عندما أتذكر الأحداث، أستطيع تذكر ما كنت أرثدي
5					لدي قدرة كبيرة على تذكر أحداث الماضي
6					عندما أتذكر الأحداث، أتذكر تفاصيل كثيرة
7					عندما أتذكر الأحداث، أستطيع بشكل عام تذكر اليوم الذي حدثت فيه
8					عندما أتذكر الأحداث، بشكل عام أستطيع تذكر الأشخاص وكيف كانوا يبدون، وماذا كانوا يرتدون

• ذاكرة الوقائع

تتعلق البنود التالية بقدرتك على تذكر الوقائع عموما وليست حدثا خاصا.

أوافق بشدة	أوافق نوعاً ما	لا أعارض ولا أوافق	أعارض نوعاً ما	أعارض بشدة	الرقم
					1 أستطيع تعلم وتكرار الوقائع بسهولة،حتى وإن لم أتذكر أين تعلمتها
					2 عندما أقرأ شيئاً ما،أنسى الوقائع بعد بضعة أيام
					3 بمجرد لقاء واحد مع شخص ما،أستطيع تذكر اسمه بسهولة
					4 يمكنني بسهولة تذكر أسماء المشاهير من الشخصيات الرياضية أو السياسية أو النجوم
					5 لدي صعوبة في تذكر المعلومات التي تعلمتها في المدرسة أو العمل
					6 أنا جيدة في تذكر معلومات عن الأشخاص الذين أعرفهم (مثلاً أسامي أبناء زملاء في العمل شخصيتهم، والأماكن التي زارها الأصدقاء.. إلخ)

• ذاكرة المكان

تتعلق البنود التالية بذاكرتك المكانية، أو قدرتك على توجيه نفسك في بيئتك الماضية أو الحالية.

الرقم	أعارض بشدة	أعارض نوعا ما	لا أعارض ولا أوافق	أوافق نوعا ما	أوافق بشدة
1					بشكل عام قدرتي على التجول أفضل من أصدقائي وأفراد أسرتي
2					بشكل عام أستطيع التعرف بسهولة على المكان عندما أزوره مرة ثانية
3					لدي صعوبة في تقدير المسافة (مثلا بالمتر أو الكيلومتر) بالنسبة للمعالم المألوفة لدي
4					أتوه بسهولة حتى في الأماكن المألوفة لدي
5					إذا كان طريقي إلى العمل أو المدرسة مقطوع، يمكنني بسهولة إيجاد أسرع طريقة للوصول إلى وجهتي
6					يمكنني استعمال علامات خاصة للتجول

• أحداث المستقبل

تتعلق البنود التالية بتخيلك لأحداث مستقبلية في الزمان والمكان التي تتعلق بك شخصيا، وهو حدث لم يقع بعد، وإنما تتخيله مثل يوم على الشاطئ في عطلتك القادمة.

الرقم	أعارض بشدة	أعارض نوعا ما	لا أعارض ولا أوافق	أوافق نوعا ما	أوافق بشدة
1					عندما أتخيل حدثا في المستقبل، يولد لدي صورة ذهنية حية محددة بالزمان والمكان
2					عندما أتخيل حدثا في المستقبل، أستطيع تصور التخطيط المكاني
3					عندما أتخيل حدثا في المستقبل، أستطيع تصور الأشخاص وكيف يبدون
4					عندما أتخيل حدثا في المستقبل، أستطيع تصور كيف سيكون شعوري
5					عندما أتخيل حدثا في المستقبل، أستطيع رسم صور (مثلا الناس، الأشياء.. إلخ)
6					لدي صعوبة في تخيل أحداث معينة في المستقبل

الملحق رقم : 03 مقياس الكرب التالي للصدمة

الاسم:..... العمر :..... الجنس(ذكر - أنثى)

العنوان :.....

عزيزي/عزيزتي

الأسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها خلال الفترة الماضية. كل سؤال يصف التغييرات التي حدثت في صحتك ومشاعرك خلال الفترة السابقة من فضلك أجب على كل الأسئلة. علما بأن الإجابات تأخذ أحد الاحتمالات
0= أبدا، 1= نادرا، 2= أحيانا، 3= غالبا، 4= دائما

4	3	2	1	0	الرقم	الخبرة الصادمة
دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا		
					1-	هل تفعل صور، وتكرهات، وأفكار عن الخبرة الصادمة؟
					2-	هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة ؟
					3-	هل تشعر بمشاعر فجائية أو خيرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى؟
					4-	هل تتصلق من الأشياء التي تفكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟
					5-	هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تفكرك بالحدث الصادم؟
					6-	هل تتجنب المواقف و الأشياء التي تفكرك بالحدث الصادم؟
					7-	هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها (فقدان ذاكرة نفسي محدد)
					8-	هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها؟
					9-	هل تشعر بالعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب تجاه الآخرين أو التماسط؟
					10-	هل فقدت الشعور بالحزن و الحب (أنتك مفقد الإحساس)
					11-	هل تجد صعوبة في تحيل بقلبك على عهد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك فسي العمل، والزواج، و إنجاب الأطفال ؟
					12-	هل لديك صعوبة في النوم أو اليقظة دائما؟
					13-	هل تتألمك نوبات من التوتر و الغضب؟
					14-	هل تعاني من صعوبات في التركيز؟
					15-	هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلة معاك على الأخر) ، ومن السهل تشتيت انتباهك؟
					16-	هل تستقل لأنفك الأسهات وتشر دائما بأنك متحفز و متوقع الأسوأ؟
					17-	هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق التنفس، والرعدة، والعرق الغزير وسرعة في ضربات قلبك؟

مقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة