

”دور طلب المساعدة الاجتماعية في التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من مريضات سرطان الثدي“

أ/ مروه محمد أحمد عبد القادر
اختصاصي نفسي إكلينيكي

أ.د سهير فهيم الغباشي
أستاذ علم نفس الإكلينيكي

(المخلص)

هدف البحث الحالي إلى تحديد أولويات اللجوء لمصادر المساعدة الاجتماعية لدى الناجيات من سرطان الثدي، والكشف عن مدى قدرة السعي لطلب المساعدة الاجتماعية على التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة، ويعرف نمو ما بعد الصدمة بأنه: خبرة ذاتية بحدوث تغير نفسي إيجابي يقره الفرد كنتيجة للصراع مع الصدمة، وذلك على عينة مكونة من ستين ناجية تراوح المدى العمري للعينة ٣٢ إلى ٥٩ عامًا، بمتوسط "٤٧,٢ عامًا"، وانحراف معياري "٦,٦ عامًا، ٦٩% منهم في مستوى اقتصادي اجتماعي متوسط، وتراوح مستوى التعليم بين ٩ سنوات و ١٦ سنة، ٨٠% منهن متزوجات، تم تشخيصهن بسرطان الثدي من المراحل الأولى والثانية والثالثة، تراوحت المدة منذ التشخيص بين سنة وخمس سنوات. استخدمت الدراسة الأدوات التالية من إعداد الباحثة: قائمة نمو ما بعد الصدمة، وقائمة طلب المساعدة الاجتماعية. توصلت النتائج إلى أن الأهل فالزوج والأبناء هم أولويات اللجوء كمصادر مساندة اجتماعية، كما أظهر تحليل الانحدار الخطي البسيط عدم إسهام درجة طلب المساعدة الاجتماعية في التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من سرطان الثدي، وتم تفسيره في ضوء العوامل الثقافية استرشادًا بنموذج كالهون وتيديسكي التفسيري لنمو ما بعد الصدمة.

الكلمات المفتاحية: نمو ما بعد الصدمة، السعي وطلب المساعدة الاجتماعية، الناجيات من سرطان الثدي، سرطان الثدي، مصادر المساعدة.

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

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

D/ Marwa Mohammad Ahmed
Clinical Psychologist

(Abstract)

The aim of the current research is to determine the priorities for seeking social support among a sample of breast cancer survivors, and to reveal the extent to which seeking social support can predict posttraumatic growth. The sample age ranged from 32 to 59 years, with a mean of "47.2 years" and a standard deviation of "6.6 years, 69% of the sample were in a medium socioeconomic level, and the number of educational years ranged from 9 to 16 years, 80% of them were married, they were diagnosed with breast cancer From the first, second and third stages, the time since diagnosis ranged from one to five years. The following tools prepared by the researcher: The posttraumatic growth list and the social support request list. The results concluded that parents, husband and kids are the priority of support seeking, the analysis of simple linear regression showed that the degree of seeking social support did not contribute to predict the posttraumatic growth, the result was interpreted in the light of Calhoun and Tedeschi's explanatory model of posttraumatic growth, and the cultural factors of the phenomenon of posttraumatic growth.

Keywords: Posttraumatic growth, Seeking social support, Breast cancer survivals, Breast cancer, Support Resources

مقدمة:

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن أولويات الناجيات من سرطان الثدي في اللجوء لمصادر المساندة الاجتماعية المختلفة، وإلى الكشف عن مدى قدرة السعي لطلب المساندة الاجتماعية^(١) على التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة^(٢) لدى عينة من الناجيات^(٣) من سرطان الثدي^(٤)، وذلك بالاعتماد على النموذج التفسيري لنمو ما بعد الصدمة لكالهن Callhoun وتيديسكي Tedeschi.

يُعد السرطان مرضاً مزمنًا يحدث نتيجة لحدوث خلل في عملية تجدد الخلايا؛ إذ تنمو خلايا جديدة غير سليمة ولا تموت هذه الخلايا، ولكن تنقسم وتتراكم لتكون كتلة من النسيج يُعد ورمًا. في أواخر القرن التاسع عشر تم اعتبار سرطان الثدي كمرض قاتل، وبدأ ذلك في التغيير في ثمانينات القرن التاسع عشر، وفي أواخر القرن التاسع عشر أُعْتَبِرَ سرطان الثدي مرضًا قاتلاً، وبدأ ذلك في التغيير في ثمانينات القرن التاسع عشر، عندما وصف ويليم هالستيد W.S Halsted الطريقة التقليدية في استئصال سرطان الثدي، وظلت هذه الطريقة العدوانية التي يزال فيها كُلية للثدي والغدد الليمفاوية وعضلات الثدي هي الطريقة العلاجية إلى سبعينيات القرن العشرين، حيث تم تعديل بسيط عليها للإبقاء على العضلات الأقل تشوهًا، إلى أن استُحدثت طريقة الحفاظ على الثدي واستئصال الورم والهوامش المحيطة فقط، في ثمانينات القرن الماضي (Ganz & Goodwin, 2015. P. 2; Hammer, Fanning & Crowe, 2008).

وفقًا لأحدث الإحصاءات؛ هناك ١٩.٣ مليون حالة إصابة جديدة بالسرطان (Sung, Ferlay, Siegel, Laversanne, Soerjomataram, Jemal & et al., 2021). عالميًا، يُعد سرطان الثدي أكثر أنواع السرطانات انتشارًا لدى النساء، ففي عام ٢٠١٢

(1) Seeking social support

(2) Posttraumatic growth

(3) Survivals

(4) Breast cancer

سُجِّلَ مليون وسبعمئة ألف حالة جديدة بسرطان الثدي، وهو يُعد الثاني بين أنواع السرطانات من حيث الانتشار بمعدل ١٢% من حالات الإصابة الجديدة بالسرطان، و٢٥% من نسب الإصابة بالسرطان لدى النساء، وهو الخامس بين الأسباب المؤدية للوفاة (Ferlay, Soerjomataram, Dikshit, Eser, Mathers, Rebelo, et al., 2015; National institutes of health, 2012).

في المسح الشامل التابع لمنظمة الصحة العالمية الذي تم خلال عام ٢٠١٨ داخل دول مختلفة من كل قارات العالم عن معدلات الإصابة والتعافي والوفاة، حول أنواع السرطانات المختلفة، كان سرطان الثدي هو الثاني -بعد سرطان الرئة- من حيث نسب الانتشار في حالات الإصابة الجديدة في عام ٢٠١٨ بواقع ١١,٦% من مجموع الإصابات الجديدة بالسرطان (World Health Organization, 2019)، وفي تحديث لهذا المسح قامت به الهيئة الدولية لأبحاث السرطان^(١) تجاوز سرطان الثدي الأنثوي سرطان الرئة باعتباره أكثر أنواع السرطان شيوعاً، بنحو يُقدر بـ ٢.٣ مليون حالة جديدة (١١.٧%)، يليه سرطان الرئة (١١.٤%) (Sung, Ferlay, Siegel, Laversanne, Soerjomataram, Jemal & et al., 2021).

وفي مصر وفقاً لمسح منظمة الصحة العالمية، كان سرطان الثدي هو الثاني بعد سرطان الكبد في معدلات الانتشار بين الحالات الجديدة، بنسبة ١٧.٩% من مجموع الحالات الجديدة المصابة بالسرطان خلال عام ٢٠١٨، وهو الأول في الانتشار بين حالات الإصابة الجديدة من النساء بواقع ٣٥.١% للعام نفسه. أما بالنسبة لمعدل انتشاره داخل جمهور النساء المصابات بالسرطان، كان ٥٢,٤%، وعلى الرغم من نسب الانتشار العالية، فإن نسب الوفيات الناتجة عنه تصل إلى ٢١,٣% فقط (World Health Organization, 2019).

^(١) International Agency for Research on Cancer

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

من ثم مصطلح النجاة من المرض يُقبَل على أنه عملية تبدأ منذ تشخيص المريض، وتعرف في ضوء ثلاث مراحل؛ حيث وصف مولان Mullan مراحل النجاة الثلاث من السرطان على النحو التالي؛ المرحلة الأولى: هي المرحلة الحادة، وتتضمن تقديم العلاج العنيف، عندها تواجه المريضة ضغوطاً وجدانية غامرة، والخوف من الموت المحتمل، المرحلة الثانية: تبدأ بانتهاء العلاج الأساسي، ويُعد الخوف من تكرار الورم هو ما يسيطر على أفكار المريضة، المرحلة الثالثة: توصف بمرحلة النجاة الدائمة، وهي ضاغطة بصورة أقل، حيث ينخفض الخوف من تكرار الورم (Parikh, Ieso, Garvey, Thachil, Ramamoorthi, Penniment,&et al., 2015).

وتتنوع العلاجات المقدمة إلى سرطان الثدي بين العلاج الكيميائي والإشعاعي والجراحي والهرموني، وغالباً ما تتوقف خطة العلاج -عدد وترتيب وكثافة العلاجات المختلفة- على تحديد المرحلة المرضية والحالة الصحية للمريضات بدقة، الذي بدوره يتوقف على عدد من العوامل، ومن ثم ضمان كفاءة الخطة العلاجية وتقليل احتمالية الانتكاسة، بالإضافة إلى ما سبق يعد التشخيص المبكر هو عامل الحماية الأول من سوء المآل ومستوى الخطورة التي يشكلها المرض (World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2006).

مدخل إلى مشكلة الدراسة

يُشير الحدث الصدمي إلى الخبرات الضاغطة التي تهدد الرفاه البدنية^(١) والنفسية للأفراد، كما أنها تؤدي إلى تعقيد قيام الفرد بوظائفه وقدرته على التوافق، وغالبًا ما تصاحب هذه الخبرات مشاعر العجز والضعف والغضب والقلق والخوف (Inan & Üstün, 2014). يُنظر إلى الإصابة بالسرطان على أنها أحد منيرت المشقة؛ وذلك لأسباب عديدة تتمثل في: أنه غالبًا ما يكون التشخيص مفاجئًا وغير متوقع، وبشكل العلاج تهديدًا لحياة الفرد، وأن الخبرة نفسها يمكن أن تحفز استجابات وجدانية شديدة بالخوف واليأس، بالإضافة إلى ذلك ممكن للتشخيص "الإصابة بالسرطان" أن يُهدد افتراضات الفرد عن التحكم، والشعور بالحصانة، والأمان، والقدرة على التنبؤ (Cordova, 2008, p.185-186).

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

ويرى آخرون أن التشخيص بالسرطان، يحتمل أن يكون حدثًا ضاغطًا، ويؤدي إلى مدى واسع من ردود الأفعال النفسية، إذ يضطر المريض للتعامل مع عدد من الخبرات السلبية التي تتضمن؛ العلاج الدوائي وآثاره الجانبية مثل الإعياء والألم وفقدان الشعر، والتغيرات المؤقتة والمستمرة في المظهر البدني، والتغير في خطط الحياة المستقبلية،

^(١) Physical wellbeing

والتهديدات بالعودة المستقبلية للمرض (Manne, Ostrofe, Winkel, Goldstein, Fox,&Grana,2004).

على الرغم من الاختلافات الموجودة حول تعريف الصدمة، وحول السرطان بوصفه حدثاً صادماً أو مثيراً للمشقة، وكذا حول طرق قياسه وتحفيزه، وعلى الرغم من تطور الأساليب العلاجية للسرطان؛ فيبدو أن هناك اتفاقاً عاماً على أن الإصابة بالسرطان، يصاحبها شعور طويل بالكرب ناتج عن آثار الأساليب العلاجية المختلفة، وعن استمرار الخوف من احتمالية تكرار الإصابة.

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

وعلى الرغم من اعتبار السرطان مثيراً للضغط الشديد والتشتيت والكرب، فإنه يحتمل في حالات أخرى أن يقود الأفراد لإعادة اختبار أولوياتهم، وعلاقاتهم، وأنفسهم، وأن يعيشوا الشعور بحدوث نمو ما بعد الصدمة والتغير الإيجابي، حيث يعد التشخيص بالسرطان تحدياً وجودياً من الممكن أن يُنتج نمو ما بعد الصدمة (Zsigmond, Vargay,Józsa&Bányai, 2019). وفي المراجعة البحثية^(١) حول اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى المريضات بسرطان الثدي، توصل دارشيت باريك Darshit Parikh وزملاؤه إلى أن نمو ما بعد الصدمة يعد أكثر شيوعاً من اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المتعافيات من سرطان الثدي (Parikh, Ieso, Garvey, Thachil, Ramamoorthi, Penniment,& et al., 2015).

^(١) Review study

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

لقد أظهرت نتائج الدراسات على عينات مختلفة من مرضى السرطان، ظهور نمو ما بعد الصدمة لديهم؛ فعلى سبيل المثال تُظهر الناجيات من سرطان الثدي من ٥٠% إلى ٩٠% فوائد مدركة من الخبرة (Cordova, 2008, p.188; Thornton, 2002; Shaefer & Moos, 1998, P.103). كذلك أوضحت الدراسات المقارنة بين الناجيات من السرطان والناجيات من أمراض أخرى أو الأصحاء، أن الناجيات من سرطان الثدي يكشفن عن نمو ما بعد الصدمة بدرجات أعلى من المجموعات المقارنة، وفي عدد أكبر من مجالات النمو (Sumalla, Ochoa & Blanco, 2009) اختلفت الدراسات في تحديد المدة بين المرض وظهور نمو ما بعد الصدمة، إذ يفترض بعض الباحثين ظهور النمو خلال مدة تتراوح من أسبوعين لأربعة أشهر بعد الصدمة، أو بعد سنوات من الحدث الصادم (Fioretti, Faggi & Caligiani, 2021).

في مراجعة بحثية حديثة أجراها مجموعة من الباحثين باستخدام التحليل البعدي^(١) للمقارنة بين نسب انتشار نمو ما بعد الصدمة لدى ثلاثة جماهير مختلفة هم المصابون في حوادث، والمصابون بأمراض، والعاملون بوظائف محددة، مثل: (رجال الإطفاء،

^(١) Meta analysis

المحاربون القدامى، العاملون في وحدات الرعاية المركزة)، سواء كانوا من المعرضين مباشرة للصدمات أم من مقدمي الرعاية لهم. ولقد توصلت نتائج المقارنة بين المجموعات إلى انتشار نمو ما بعد الصدمة لدى العاملين بوظائف محددة، يليها المصابون بمرض خطير أو مهدد مثل السرطان، بعدها المصابون في حوادث، وكانت نسب انتشار نمو ما بعد الصدمة عبر المجموعات بين ١٠% و ٧٧,٣% (Wu, Kaminga, Dai, Deng, Wang, Pan & et al., 2019).

وفي دراسة أرشيفية^(١) أجراها كو Kou وزملاؤه هدفت إلى سد الثغرات في المنشورات البحثية الموجودة حول نمو ما بعد الصدمة باستخدام تحليل أرشيفي تفسيري متعمق للدراسات التي تمت حول نمو ما بعد الصدمة خلال الفترة من ١٩٩٠ إلى ٢٠٢٠، خُصَّ البحث إلى ٢٥٩٦ دراسة أُجريت التحليلات عليها. وتُوصَّلَ إلى عدة نتائج تؤكد ارتباط البحث في موضوع نمو ما بعد الصدمة بالبحث في الإصابة بالأورام السرطانية، حيث كانت مجلة علم نفس الأورام الأولى بين المئة مجلة علمية الأكثر نشرًا في موضوع نمو ما بعد الصدمة، كما في محاولة استخلاص مجموعة الكلمات^(٢) التي يتزامن ظهورها مع نمو ما بعد الصدمة، كان سرطان الثدي في الترتيب الثالث بين العشر كلمات الأكثر ظهورًا مع نمو ما بعد الصدمة (Kou, Wang, Li, Ren, Sun, Lei, & et al., 2021).

يُعد "نمو ما بعد الصدمة" و"إيجاد الفوائد"، من المصطلحات الأكثر دراسة عند الإشارة إلى تغيرات الحياة الإيجابية بعد خبرة الإصابة بالسرطان، وعلى الرغم من أن الباحثين يستخدمون المصطلحين بشكل مترادف، فإن لكل منهما تعريفًا مختلفًا عن الآخر، حيث يُشير "نمو ما بعد الصدمة" إلى تحول الشخص بعد مرور فترة على الصدمة، لتحقيق تقدير أفضل للحياة، وتحسن في العلاقات مع الآخرين، وزيادة في القوة الشخصية، وتغيير وارتقاء روحاني، والحصول على فرص جديدة في الحياة بعد الخبرات

(1) Bibliometric research

(2) Clusters

السلبية. وفي المقابل يركز "إيجاد الفوائد" على إيجاد الفوائد من الشدة، وهو ما يمكن أن يؤدي في حد ذاته إلى علاقات أفضل، وقوى وجدانية أفضل، أو في الرغبة بأن يحيا الفرد الحياة بصورة كلية (Casellas-Grau, Vives, Font, & Ochoa, 2016).

وفي بحث كيفي حديث هدف إلى استكشاف ومقارنة روايات مرضى السرطان حول نمو ما بعد الصدمة في مرحلتين مختلفتين؛ مرحلة المرض النشطة^(١) (عندما يكون المرضى تحت ظروف التعرض للعلاجات المختلفة من أجل مواجهة وتحجيم الورم) ومرحلة المرض المستقرة^(٢) (مرحلة المتابعة الصحية المنتظمة والعودة التدريجية لممارسة الحياة اليومية بعيداً عن عالم المستشفى) توصلت النتائج إلى أن روايات المرضى في مجموعة مرحلة المرض المستقرة، أكثر قرباً من نمو ما بعد الصدمة، كما يُعرّف في التراث البحثي، في حين كانت روايات المرضى في المجموعة الأخرى حول نمو ما بعد الصدمة، أقرب إلى محاولة تضمين المرض داخل مسار حياتهم، للتعلم من المعركة مع السرطان (Fioretti, Faggi & Caligiani, 2021).

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

ذلك:

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

المَعْلَم الثاني؛ هو أن العلاج يؤدي إلى تغيير الحياة بصفة عامة، ومن ثم يواجه المرضى بتشكّل جوانب حياة طبيعية جديدة، ويحاولون اتخاذ قرارات حول أي من جوانب حياتهم يريدون استكمالها، وأيها يريدون التوقف عنه وأيها يُريدون تغييرها أو أن يرتبوا

(1) Active phase of disease

(2) Remission phase of disease

هذه الجوانب بطريقة مختلفة من حيث الأهمية، وهو ما يؤدي إلى شعور متزايد بالسيطرة والتقدير، ومعنى الحياة (Cordova, 2008, p.188).

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

المعلم الرابع؛ أن السرطان يدفع الأفراد لمواجهة أقدارهم، وعند وضع الموت نصب أعينهم، يتم التفكير في انعكاسات معنى الحياة، والغرض من العالم، والإيمان بالله والحس الروحاني، وتظهر هذه الاعتبارات الوجودية في صورة تقدير متزايد للحياة وحس أقوى وأوضح من الروحانية (Cordova, 2008, p.188).

مما سبق يمكن استخلاص أن **المساندة الاجتماعية**، من العوامل التي تسهم في تحسين جودة الحياة لدى الأفراد وظهور النمو، إذ أظهرت نتائج الدراسات التي أجريت على عينات مختلفة من مرضى السرطان أن المساندة الاجتماعية تقلل أو تعزل الآثار السلبية للتشخيص بالسرطان وعلاجه، وأنها ترتبط بالرفاهة النفسية والاجتماعية للمرضى، وأن لها تأثيراً إيجابياً على نوعية الحياة، كما أنها تؤدي إلى خفض الأعراض الاكتئابية (Boehmer, Luszczynska, & Schwarzer, 2007)

بحثياً تم تناول المساندة من منظورين؛ الأول: يعد أن المساندة تحول دون حدوث التأثيرات السلبية للضغوط على الرفاه. ووفقاً لهذا المنظور تقوم المساندة بدورها عن طريقين؛ الأول: تدعيم الفرد بالمصادر بين الشخصية عند حدوث الحدث الصادم، والثاني: هو إدراك أن الآخرين سوف يكونون قادرين على تقديم الدعم، وهو ما له أثر إيجابي على الرفاهة حتى في ظل غياب الضغوط. ولقد ساد هذا المنظور لثلاثة عقود

من البحث للعلاقة بين الضغوط والمساندة الاجتماعية ومدى عريض من المخرجات، ولكنه يعد المساندة بناءً ثابتاً إلى حد ما (Rife, 2014, P.3).

والمنظور الثاني: يفترض أن الأفراد سوف يُحركون^(١) (يُحشدون) شبكات المساندة الاجتماعية الخاصة بهم، وأن هذه الشبكات يمكن أن تتدهور تحت ظروف محددة، خلال الاستجابة للضغوط. ويعد مصطلح حشد المساندة^(٢) مناسباً للتعبير عن كيفية تعبیر الأفراد عن احتياجاتهم لشبكة علاقتهم الاجتماعية، وعن العوامل المؤثرة على هذا النوع من طلب المساندة (Rife, 2014, P.4) وتتبنى الدراسة المُقترحة المنظور الثاني في تناول المساندة الاجتماعية.

ويُعد طلب المساندة الاجتماعية، أحد استراتيجيات المواجهة التي ترتبط بنتائج إيجابية، كذلك تعد المساندة الاجتماعية مصدراً بيئياً رئيسياً في نموذج شافير Shaefer وموس Moos المفهومي (التصوري) لفهم النتائج الإيجابية عن أزمات وتحولات الحياة. وفي النموذج المعدل لكاهون وتيديسكي ٢٠٠٤ لنمو ما بعد الصدمة تقوم المساندة الاجتماعية بدور منبئ بالتغير الإيجابي في الفترة بعد الأحداث الصادمة (Prati & Pietrantonì, 2009).

فالمساندة الاجتماعية تساعد الأفراد على تقييم الحدث على أنه أقل ضغطاً، ووفقاً لنموذج شافير وموس؛ يمكن للمساندة الاجتماعية أن تسبق النمو الشخصي من خلال التأثير على سلوك المواجهة، وتحفيز عملية التكيف الناجح لأزمات الحياة، بالإضافة إلى ذلك يمكن للآخرين الداعمين أن يساعدوا على حدوث النمو من خلال توفير طرق لتشكيل السرد (عمليات الرواية) حول التغيرات الحادثة، وللحديث عن الخبرات الصادمة، وهو ما يساعد في حصول الفرد على الدعم الوجداني والعائد المعلوماتي حول الحدث الصادم، ومن خلال توفير مناظير يمكن أن يتم دمجها في التغيير الحادث في المخططات (Swickert & Hittner, 2009; Prati & Pietrantonì, 2009).

(1) Mobilize

(2) Support mobilization

لقد تمت دراسة دور المساندة الاجتماعية في ظهور نمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من سرطان الثدي بصور عديدة في الأبحاث السابقة، بعض هذه الدراسات وجهت عنايتها نحو مدى وجود الدعم أو المساندة (المساندة الاجتماعية المدركة)، في حين تناولت دراسات أخرى طلب المساندة الاجتماعية. ولقد خرجت النتائج مؤكدة للدور الإيجابي للمساندة في ظهور نمو ما بعد الصدمة (Baglama & Atak, 2015; Danhauer, Russell, Case, Sohl, Tedeschi, Addington, et al., 2015; Kolokotroni, Anagnostopoulos & Tsikkinis, 2014; Danhauer, Case, Tedeschi, Russell, Vishnevsky, Triplett, et al., 2013)، وعلى الجانب الآخر أظهرت النتائج أيضاً وجود علاقة بين طلب المساندة الاجتماعية ونمو ما بعد الصدمة لدى نفس الجمهور (Casellas-Grau, Vives, Font, & Ochoa, 2016; Parikh, Ieso, Garvey, Thachil, Ramamoorthi, Penniment, & et al., 2015).

مشكلة الدراسة

تتمحور مشكلة الدراسة في سؤالين رئيسيين هما:

- هل توجد أولويات في لجوء الناجيات من سرطان الثدي إلى مصادر المساندة المختلفة؟
- هل تسهم درجة طلب المساندة الاجتماعية في التنبؤ بدرجة نمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من مريضات سرطان الثدي باختلاف المراحل المرضية؟

مببرات إجراء الدراسة:

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

المشكلة، وهو ما قد يساهم في تأسيس خدمات تساعد الناجيات على استخلاص مناحي إيجابية من صميم التعامل مع المشكلة وتخطيها بدرجة أكبر من الرفاه النفسي.

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

٣- توسيع نطاق البحث العربي على هذه العينة المستهدفة من عوامل خطر تهدد نوعية الحياة لديها.

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

أولاً: الأهمية النظرية للدراسة

وهي تتمثل في عدة أوجه:

- أ- المساهمة في تأصيل مفهوم نمو ما بعد الصدمة في الثقافة العربية.
- ب- إمكانية تقديم أدلة جديدة تسهم في تأييد الإطار النظري الذي انطلقت منه الدراسة الراهنة واستجلاء دور طلب المساندة فيه.

ثانياً: الأهمية التطبيقية للدراسة

وهي تتمثل في المعالم الآتية:

- أ- الوقوف على العوامل التي تسهم في تكوين خبرة الناجيات ما بعد الصدمة وتسهم في ظهور نمو ما بعد الصدمة، ومن ثم تصميم برامج علاجية تساعد الناجيات على تخطي الصدمة والوصول للنمو.
- ب- تطوير خدمات الدعم النفسي المقدمة للناجيات من سرطان الثدي في ضوء فهم العوامل التي تسهم في ظهور نمو ما بعد الصدمة.

ج- تطوير الخدمة الطبية التي يتم تقديمها للناجيات، من خلال الوقوف على الجوانب النفسية المهمة التي يجب الانتباه إليها عند التعامل معهن.

مفاهيم الدراسة والأطر النظرية المفسرة

أولاً: أورام الثدي السرطانية

يتم تشخيص نوع الأورام السرطانية وفقاً للجزء الذي يبدأ منه، لذلك فأورام الثدي السرطانية تعني أن مكان بدء الورم السرطاني في الثدي. ومرض السرطان في شكله العام هو نوع من الأمراض المزمنة، يحدث عندما لا تنمو خلايا جديدة سليمة، ويحتاج إليها الجسم بشكل دوري، ولا تموت الخلايا المتضررة أو التالفة، بل تنقسم وتتراكم لتكون كتلة في النسيج، وقد تكون ورمًا حميداً^(١)، أو ورمًا سرطانياً^(٢). وهذه الآلية هي الشكل غير الطبيعي لنمو خلايا جسم الإنسان، والشكل الطبيعي لها هو أن تنمو الخلايا وتنقسم لتنتج خلايا جديدة سليمة، وتتحلل الخلايا التي تتعرض للتلف أو الضرر وتموت ولا تنقسم (من خلال: عبد الحميد، ٢٠١٦، ص. ١٧، National institutes of health, 2012).

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

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

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

(1) Benign tumors

(2) Malignant tumors

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

ث- تغير موضع الحلمة.

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

هناك عدة أنواع من سرطان الثدي، ولكن هناك نوعان يُعدان الأكثر شيوعًا؛ هما: السرطان القنوي^(١) (سرطان قنوات الغدد الثديية) وهو يصيب ٧ من كل ١٠ سيدات مصابات بسرطان الثدي، والسرطان الفصيصى^(٢) (سرطان فُصَيصُ الثدي) الذي يصيب سيدة من كل ١٠ سيدات مصابات بسرطان الثدي (محمود، ٢٠٠٩؛ National Institutes of Health, 2012).

يعتمد الأطباء على تحديد مرحلة الورم السرطاني عند وضع التشخيص للحالة، فهناك أربعة مراحل للورم السرطاني بالثدي؛ المرحلة الأولى: وفيها يبدأ تكون ورم في منطقة محددة من الثدي، وهنا ينبغي قياس الورم إلى أقرب ١،٠ سم زيادة، المرحلة الثانية: يبدأ الورم السرطاني في الانتشار في حدود ٢ سم دون حدوث إصابة في الخلايا الليمفاوية أو العصبية، المرحلة الثالثة: وفيها يكبر الورم ليصبح أحمة، ولكنه لا يصل للمناطق البعيدة، المرحلة الرابعة: يكبر الورم ليصل إلى الغشاء المبطن للثدي والجلد، وقد ينتقل إلى أجزاء الأخرى من الجسم. وتجدر الإشارة إلى أن كلاً من المرحلة الأولى والثانية تنقسمان إلى مرحلتين (A,B)، في حين تنقسم المرحلة الثالثة إلى (A,B,C) (عبد الحميد، ٢٠١٦، ص. ١٨؛ NCCN guidelines for patients, 2017, p. 12, Compton, Byrd, Garcia-Aguilar, Kurtzman, Olawaiye & Washington, 2012, P.426).

(1) Ductal carcinoma

(2) Lobular carcinoma

يستخدم أطباء الأورام طرقاً مختلفة لتحديد المرحلة المرضية؛ وإحدى هذه الطرق تعتمد على تجميع ثلاث معلومات أساسية تسمى المرحلة التشريحية^(١) / أو مجموعات المآل^(٢) وعادةً ما يشار إليها على أنها مجموعة. الثلاث معلومات هي: معلومات حول الورم^(٣) (T)، والكتل الموضعية^(٤) (N)، والأورام الثانوية^(٥) (M)، وبناءً على استخدام هذه المعلومات، يمكن تحديد المرحلة الصفرية^(٦) والتي يوجد فيها ورم سرطاني في مكان محدد، دون وجود أورام ثانوية محتملة. وعليه فإن التشخيص الدقيق لطبيعة الورم والأنسجة والمرحلة، يساعد في تشكيل خطة العلاج التي تختلف في تكوين وترتيب العلاجات المقدمة (Compton,Byrd,Garcia-Aguilar,Kurtzman, Olawaiye& Washington, 2012, P.6, P.426).

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

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

(1) Anatomic stage
(2) Prognostic groups
(3) Tumor
(4) Regional nodes
(5) Metastases
(6) Ostage

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

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

ثانياً: نمو ما بعد الصدمة

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

ولا يُعبر مفهوم نمو ما بعد الصدمة عن حدث مُفرد، ولكنه يُعبر عن متغير متعدد الأبعاد، فهو يتكون من خمسة أبعاد للنمو-تُوصَل إليها عن طريق التحليل العاملي في عدد من الأبحاث وهي: زيادة في جوانب القوة الشخصية^(١)، وتكوين علاقات شخصية أكثر عدداً ودلالة، وإدراك فرص جديدة^(٢) في الحياة، وزيادة تقدير الحياة^(٣)، وحدوث تغيرات روحانية^(٤) (Calhoun & Tedeschi, 2006; Morris, Finch, Rieck & Newbery, 2005; Ciali, 2006).

وظلت أبعاد نمو ما بعد الصدمة موضوعاً للبحث لفترات طويلة، إذ إن التحليل الكيفي الأولي للبيانات- في إحدى الدراسات- أنتج ثلاثة أبعاد فقط يُعايشها الأشخاص الذين

(1) Personal strength

(2) New possibilities

(3) Appreciation of life

(4) Spiritual change

يظهرون نمو ما بعد الصدمة وهي؛ تغيرات في إدراك الذات، وتغير في خبرة العلاقات مع الآخرين، وتغير في الفلسفة العامة عن الحياة (Calhoun&Tedeschi, 2006)، بحيث يشتمل بعد التغير في إدراك الذات على عنصر "إدراك جوانب القوة الشخصية، وإدراك الفرص الجديدة في الحياة"، ويشتمل بعد التغير في فلسفة الحياة على عنصر "تغيرات روحانية، وزيادة تقدير الحياة"، ويبقى بعد التغير في العلاقات مع الآخرين كما هو (Calhoun&Tedeschi, 2006).

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

والجزء الأساسي لنمو ما بعد الصدمة هو المنظور البنائي، الذي يشير إلى أن الأفراد يخلقون رؤاهم الذاتية حول التصنيفات المعرفية الأساسية المستخدمة من أجل فهم الخبرة، وحول المعتقدات الأساسية عن النفس، ومستقبلهم، وعالمهم. وتقدم كل من نظرية البناء الشخصي^(١) لكيلي Kelly ١٩٥٥، ونظرية المخططات^(٢) لأيبستاين Epstein ١٩٩٠، ونماذج العالم الافتراضي^(٣) لجانوف بولمان Janoff-Bulman ١٩٩٢ طرقاً لفهم عملية النمو من هذا المنظور البنائي، بالإضافة إلى ذلك أفاد مفهوم نمو ما بعد الصدمة من التراث الوجودي الواسع في الفلسفة وعلم النفس، والذي قدم منظور حول مشكلة

(1) Personal construct theory

(2) Schema theory

(3) Assumptive world models

المعاناة وفلسفات الحياة العامة التي توجه المعنى المستخلص من الأحداث والمبادرات التي يتم اتخاذها (Tedeschi, Shakespeare-Finch, Taku, & Calhoun, 2018, p.3).

ولقد ظهر مفهوم نمو ما بعد الصدمة في التراث بمسميات عديدة استخدمت للتعبير عن نفس المضمون منها؛ النمو المرتبط بالضغط^(١)، والازدهار^(٢)، والفوائد المدركة، وتحول الصدمة^(٣)، والتفسير الإيجابي^(٤)، واكتشاف المعنى^(٥)، والتعايش بالتحول^(٦)، والنمو الشخصي^(٧)، وإيجاد الفوائد^(٨)، والتغيرات النفسية الإيجابية^(٩)، أو النمو العكسي^(١٠)، وعلى الرغم من التنوع الاصطلاحي لهذه المسميات، فهي تشترك كلها في الفكرة الأساسية، إذ إن القاسم المشترك لهذه التعريفات هو الاعتقاد بأن الشدة من الممكن أن تولد نموًا شخصيًا (أحمد، ٢٠١٥، ص ٢٦).

وتعد فكرة الطبيعة التحولية للتغير خاصية مهمة في نمو ما بعد الصدمة، فهو يتضمن تغيرات إيجابية في الحياة المعرفية والوجدانية والتي لها تطبيقات سلوكية؛ وهو ما قدمت الدراسات دلائل على حدوثه في هذه المجالات الثلاث منذ عام ١٩٩٥. الأمر الذي ساهم في تفضيل استخدام مصطلح "النمو" على مصطلح "إيجاد الفوائد" للتعبير عن نمو ما بعد الصدمة، وفي الدراسات الأولى حول المفهوم في الثمانينيات والتسعينيات استخدم الباحثون ومنهم كالهون وتيديسكي مصطلح الفوائد المدركة^(١١) لوصف النمو الذي يُقره الناجون من الصدمات، وإذ إن النمو الحادث قد لا يكون له قيمة نفعية، كما أن التغيرات الناتجة عن الصدمة قد تكون مفيدة ولكنها لا تمثل نموًا أو تحولًا، بالإضافة

-
- (1) Stress related growth
 - (2) Thriving
 - (3) The transformation of trauma
 - (4) Positive interpretation
 - (5) Discovery of meaning
 - (6) Transformational coping
 - (7) Personal growth
 - (8) Finding benefits
 - (9) Positive psychological changes
 - (10) Adversely growth
 - (11) Perceived benefits

إلى أن الأشخاص الذين يقررون حدوث النمو يعبرون عنه على أنه ارتقاء إيجابي ذو طبيعة تحويلية، لذلك يفضل كالهون وتيديسكي استخدام مصطلح النمو (Tedeschi, Shakespeare-Finch, Taku, & Calhoun, 2018, p.5-6).

النظريات المُفسرة لنمو ما بعد الصدمة

النموذج التفسيري لنمو ما بعد الصدمة لكالهون Calhoun وتيديسكي Tedeschi

طور كلٌّ من كالهون وتيديسكي هذا النموذج، اعتماداً على التراث البحثي للكرب التالي للصدمة الذي يُبرز أهمية عمليات التقييم^(١)، كما أفادا من خبراتهما الإكلينيكية، ومن الأعمال التطبيقية الأخرى المتاحة (Joseph & Linley, 2006). ولقد مرَّ النموذج بعدد من التعديلات إلى أن وصل للشكل النهائي، حيث قدّم كالهون وتيديسكي النموذج في صورته الأولى عام ٢٠٠٤ وأطلقوا عليه النموذج الوظيفي الوصفي^(٢) وفي هذا النموذج عرضوا لكيفية ظهور النمو والعوامل المعرفية والشخصية والاجتماعية التي تؤدي في ظل وجود شعور مستمر بالكرب إلى ظهور النمو (بأبعاده الخمس) والحكمة.

ويظهر نمو ما بعد الصدمة في هذا النموذج على مرحلتين (الاجترار الآلي، والاجترار القصدي)، إذ إن الاجترار - ويشير إلى تنوعات عديدة من التفكير المتكرر "حول الحدث" التي تتضمن إيجاد معنى^(٣)، وحل المشكلات، والتذكر^(٤)، والتوقع^(٥) - يتحول من الحدوث بصورة مقتحمة إلى اجترار مقصود وواعٍ، حيث يتضمن النموذج في بدايته شخصية الفرد قبل الصدمة، ثم وقوع الحدث الصدمي، فالانشغال بتحديات الحياة (تشمل تاريخ الحياة، والتصورات والمعتقدات والأهداف، ومعالجة مشاعر الكرب) التي قد تخلق شعوراً مستمراً

(1) Appraisal processes

(2) Functional-descriptive model

(3) Making sense

(4) Reminiscence

(5) Anticipation

بالكرب يساعد على ظهور المجالات الخمس لنمو ما بعد الصدمة كخطوة أخيرة
(Tedeschi & Calhoun, 2004).

ولقد أجريا تعديلاً على النموذج عام ٢٠٠٦ وأطلقوا عليه النموذج التفسيري لنمو ما بعد
الصدمة^(١) تمثل في تغيير مرحلة المساندة الاجتماعية وأساليب المواجهة (بوصفها مرحلة
ضرورية لظهور النمو)، لتصبح العوامل الثقافية الاجتماعية^(٢)، وتوضيح فكرة التأثير المتبادل
(معبرين عن ذلك بأسهم ثنائية الاتجاه) بين هذه العوامل والمراحل الأخرى المقابلة في
النموذج. ولقد قسما العوامل الثقافية الاجتماعية إلى نوعين العناصر الثقافية القريبة^(٣)،
والعناصر الثقافية البعيدة^(٤)؛ تُعبر العناصر الثقافية القريبة عن المجتمعات الصغيرة
والشبكات الاجتماعية من الأشخاص الذين يتفاعل معهم الفرد، في حين تعبر العناصر
الثقافية البعيدة عن الأطر الثقافية العامة السائدة في المجتمعات الكبيرة أو المناطق الجغرافية
الواسعة مثل الدول (Calhoun & Tedeschi, 2006, p.12).

وفي التعديل الأخير الذي أدخله على النموذج، اعتمد كالهون وتيديسكي على النتائج
الحديثة التي تشكل فهم العمليات المتضمنة، ويبدأ بالفرد قبل الصدمة، وينتهي بالتغيرات
الإيجابية التي يمكن أن تحدث نتيجة الصراع مع الأزمات، ويوضحان أنهما قد أشارا
كثيراً إلى أن تحطيم المعتقدات الافتراضية للفرد، وليس خصائص الحدث نفسها؛ وهو ما
يؤدي إلى ظهور نمو ما بعد الصدمة، ومن التعديلات الأخيرة للنموذج فكرة أن نفس
الحدث من الممكن أن يمثل تحدياً للعالم الافتراضي لدى بعض الأفراد، ومن ثم يحدث
تأثيراً صادمًا، في حين أن آخرين يمكنهم بسهولة دمج الحدث ضمن معتقداتهم
الافتراضية (Calhoun, Cann & Tedeschi, 2010, p.5).

(1) A comprehensive model of PTG

(2) Sociocultural

(3) Proximal

(4) Distal

وفي إطار الصورة الأخيرة من النموذج، من المهم أن نضع في أذهاننا أن هناك تنوعاً كبيراً من التأثيرات الثقافية التي يمكن أن تؤدي دوراً جوهرياً في تشكيل المعتقدات الافتراضية التي تُحدد الطرق التي يدرك بها الحدث. ومن أجل توفير فهم أفضل لدور التحديات للمعتقدات الافتراضية، طورنا مقياساً محدداً (بطارية المعتقدات الأساسية^(١)) يقيس بصورة مباشرة الدرجة التي يقوم الأفراد من خلالها باختبار معتقداتهم الافتراضية بعد مرورهم بمثير مشقة دال، ولقد خرجت ارتبطت النتائج المبدئية بصورة ضعيفة بالشعور بالكرب المدرك، ولكن كان الارتباط أكثر قوة بالنمو المدرك، كما أنه يُعد من المهم ملاحظة أن الكرب النفسي يستمر في الحدوث بعد التعرض لأحداث ضاغطة جداً، حتى عندما تكون الأحداث متسقة مع معتقدات الفرد الافتراضية، كما في حالة تقبل فكرة وفاة أحد الأشخاص المقربين بصفقتها طريقة تتكشف بها الحياة (Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2010, p.5-6).

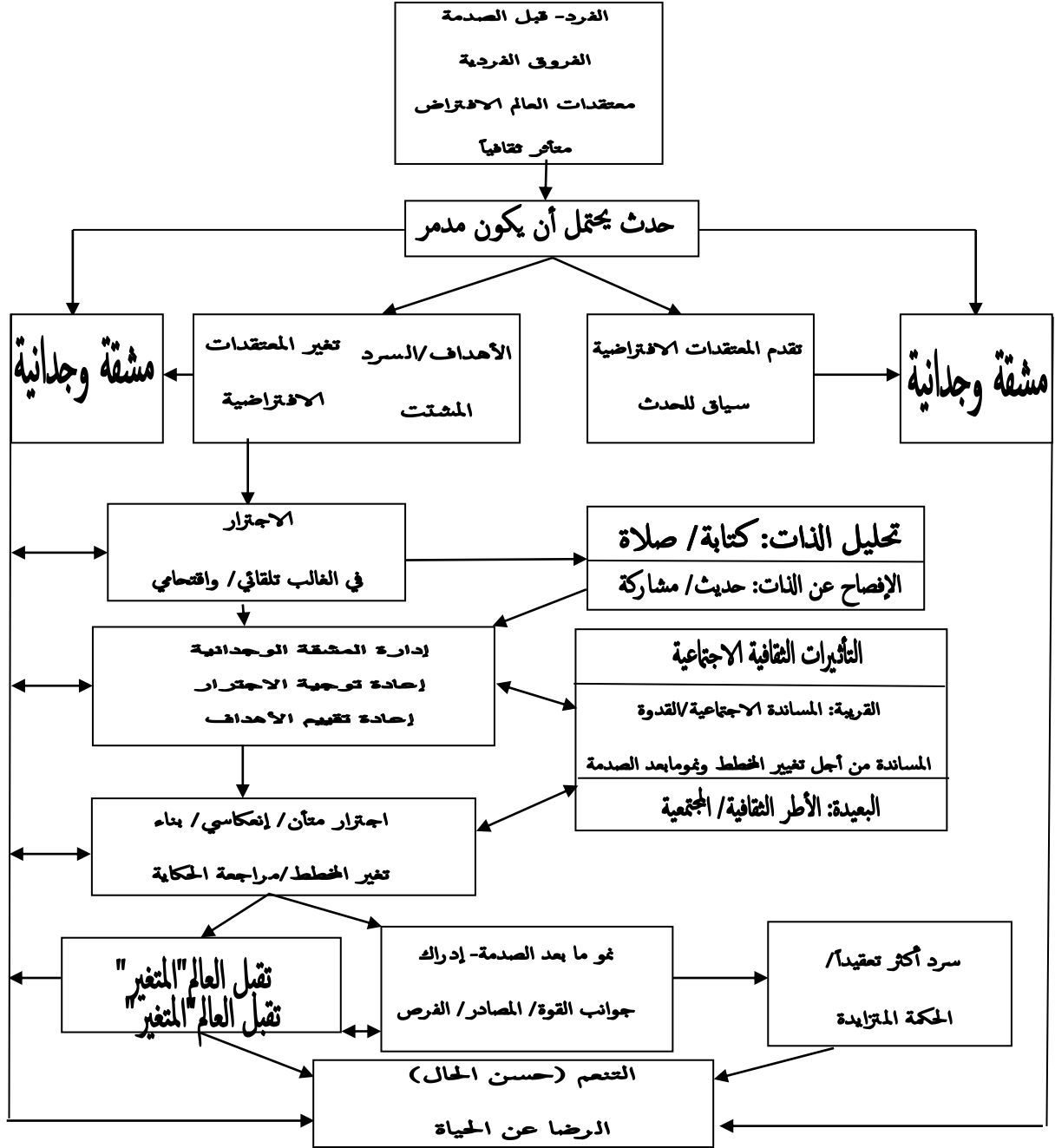
وهناك جانب آخر للعملية التي يشتمل عليها النموذج المعدل، هو طبيعة العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة ومؤشرات الرفاه (حسن الحال) أو الرضا عن الحياة، فمن المهم الإشارة إلى أن الأفراد من المحتمل أن يعيشوا النمو والكرب بصورة متزامنة، على الرغم من ذلك يسهل نمو ما بعد الصدمة لدى بعض الأفراد ارتقاء حكمة جديدة، وهو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

وأضاف المخطط المعدل للنموذج أيضاً توضيحات حول التفاعل بين الاجترار ومستوى الكرب؛ فالاجترار الحادث بصورة مباشرة بعد الحدث -في صورة أفكار اقتحامية- يميل للارتباط إيجابياً بكل من الكرب الوجداني، وتحطيم المعتقدات، وعندما يتحرك الاجترار نحو صور أكثر قصدية وأقل اقتحامية، وهو ما يمثل جهود خلق المعنى

(¹) Core beliefs Inventory

للحدث وإعادة بناء المعتقدات الافتراضية، يمكن لمستويات الكرب أن تحفز الشخص للعمل في اتجاه الفهم، الذي بدوره ربما يؤثر على الكرب المدرك (Calhoun, Cann, Tedeschi, 2010, p.7).

للاطلاع على الصورة المعدلة للنموذج التفسيري لنمو ما بعد الصدمة. انظر شكل (١) وفي ضوء ما سبق، تتجه الدراسة الحالية إلى تبني نموذج كالهون وتديسكي لتفسير عملية النمو الحادث لدى المتعافيات من سرطان الثدي، كونه نموذجًا يشتمل على تصور لشبكة العلاقات بين مختلف المتغيرات التي تشكّل نمو ما بعد الصدمة، ومن بينها المتغير المقصود بالدراسة، وهو: طلب المساندة الاجتماعية.



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

ثالثاً: طلب المساعدة الاجتماعية

تُعرف المساعدة الاجتماعية في تراث البحث السيكولوجي في ضوء منظورين؛ الأول: هو النظر للمساعدة الفعلية والدعم المُقدم للأفراد؛ وهنا تعرف المساعدة أنها عبارة عن وجود مصادر توفر الدعم للفرد ومساعدته على مواجهة الأحداث الضاغطة، الثاني: في ضوء إدراك الأفراد لمقدار الدعم المُقدم، مثال؛ تعريف كلٍّ من ساراسون Sarason (١٩٨٦) وليفلي Leavy (١٩٨٣)، إذ يوضحان أنها عبارة عن شعور الفرد بوجود أشخاص مقربين منه -يتمثلون في أفراد الأسرة ومجموعة من الأصدقاء- الذين يثق في وقوفهم بجانبه عند الحاجة، ويتسمون بالمشاركة الوجدانية والدعم المعنوي (علي، ١٩٩٧، (Tatylor, Sherman,.Kim, Jarcho, Takagi, et al, 2004)

اختلف العلماء في إطار محاولاتهم لتحديد وظائف المساعدة الاجتماعية المُقدمة أو أنواعها، ولكن هناك اتفاق عام على أن للمساعدة ثلاث وظائف أساسية؛ هي: المساعدة الوجدانية، وتعني توفر شخص للتحدث معه حول المشكلات وتلقي التعاطف والتفهم والتطمين، والمساعدة الوسيالية؛ وتعني توفر شخص يُمكنه أن يُقدم خدمات وأشياء ذات علاقة بالمشكلة، مثال: المساعدة في المهام المنزلية، أو في رعاية الطفل، أو في المواصلات، أو بإقراض المال، أو الأدوات وقت الحاجة، والمساعدة المعلوماتية، وأن يكون لدى الفرد أشخاص مُتاحين يمكنهم تقديم نصائح مُفيدة وإرشاد ومعلومات حول موارد المجتمع أو جهات الاتصال (رضوان، هريدي، ٢٠٠١، غانم، ٢٠٠٢، Wills & Ainette, 2007, p. 203).

منذ منتصف الثمانينيات أُعْتُبِرَت العلاقات الاجتماعية على أنها ذات طبيعة "واقية"^(١) من الآثار السلبية للكرب على الرفاه؛ وفقاً لهذا الافتراض تؤدي المساعدة الاجتماعية دورها بطريقتين؛ الأولى: أنها تمد الأفراد بمصادر بين شخصية (مثال: وجود شخص يوفر الراحة، والمعلومات، والمساعدة المادية) وقت وقوع الأحداث الضاغطة، الثانية: أن

^(١) Buffer

إدراك وجود أشخاص قادرين على توفير الدعم له أثر إيجابي على الرفاه، حتى في حالة غياب المشقة. وتم قبول هذا الافتراض (بأن للمساندة أثرًا واقياً) باعتباره الأساس النظري لمدة ثلاثة عقود للبحث في العلاقة بين المشقة والمساندة الاجتماعية ومدى واسع من المخرجات (Rife, 2014, p.3).

وعلى الرغم من انتشار فرضية المساندة بوصفه عاملاً واقياً، فإنها تنتظر للمساندة بصورة أو أخرى على أنها؛ ثابتة^(١)، وبنائية^(٢)، ومتعامدة^(٣) على أحداث الحياة الضاغطة. في المقابل، هناك أبحاث أخرى تفترض أن الأفراد في الغالب سيحركون شبكة الدعم الاجتماعي الخاصة بهم خلال الأوقات الضاغطة، وأن شبكات الدعم هذه ممكن أن تتدهور في ظروف معينة كاستجابة للمشقة، بمعنى أنه يمكن استخدام مصطلحي التوسط^(٤) والتعديل^(٥)، لتعريف الفرق بين النظريات المختلفة المُفسرة للمساندة الاجتماعية والضغوط (النظريات التي تعد المساندة عاملاً واقياً، عن تلك التي تنتظر لها كعملية) فافتراض المساندة بوصفها عاملاً واقياً، يقترح أن المساندة الاجتماعية تُعدل العلاقة بين المشقة والرفاه، في حين أن نظريات تحريك وتدهور المساندة تفترض أن المساندة الاجتماعية تتوسط العلاقة بين المشقة والرفاه (Rife, 2014, p.4).

بالمقارنة بكثافة التراث البحثي الموجود حول المساندة الاجتماعية بوجه عام، حظي موضوع السعي لطلب المساندة الاجتماعية الأكثر تحديداً باهتمام قليل نسبياً (Rife, 2014, p.5) على الرغم من أن لطلب المساندة الاجتماعية تأثيراً أساسياً على العمليات والمخرجات المرتبطة بتوفير واستقبال المساندة. ويُعد طلب المساندة الاجتماعية عملية مُعقدة يمكن أن يتم اختبارها من مناهير مختلفة؛ فيمكن اعتبار طلب المساندة استراتيجية مواجهة تستخدم خلال المواقف الصعبة والضاغطة، كما يمكن اعتبارها سلوكاً تواصلياً^(٦)

(1) Static

(2) Structural

(3) Orthogonal

(4) Mediation

(5) Moderation

(6) Communicative behavior

يقوم به شخص ما لديه الرغبة في استقبال بعض الدعم من طرف آخر (Moriizumi, 2012).

ويُعرف طلب المساندة الاجتماعية على أنه استراتيجية مواجهة تم تبنيها خلال الأحداث الضاغطة أو الصعبة، وعليه، يجب أن يتم تصنيف السعي للمساندة، كأحد عناصر أساليب المواجهة، وتتضمن المواجهة بُعدين؛ هما: المتمركز حول المشكلة، والمتمركز حول المشاعر، وعلى الرغم من أن فولكمان Folkman وزملائه يصنفون أسلوب السعي للمساندة الاجتماعية ضمن الأساليب المتمركزة حول المشاعر، فإنه لا يصنف على هذا النحو بصفة مستمرة، لأن المساندة الاجتماعية تتضمن كلتا الوظيفتين الوجدانية والوسيلية (Moriizumi, 2012).

اتخذت المناقشات البحثية والنظرية حول طلب المساعدة ثلاثة مناحي عريضة؛ الأول: هو البحث النفسي الاجتماعي، وهو منحى تجريبي، وينشغل بمواقف إشكالية محددة، وفي الدراسة التقليدية وفقاً لهذا المنحى يُطلب من المشارك أن يؤدي مهمة، وتوضع عوائق تمنعه من النجاح في أدائها، ويُعتبر سلوك طلب المساعدة الذي يظهر، بمثابة مقياس للاعتمادية. الثاني: هو المنحى الوبائي الذي يستخدم الأرشيف البحثي حول طلب المساعدة ووسائل قياسه، والكثير من هذه الدراسات تتم في سياق طبي أو في سياق الصحة النفسية لاختبار أسئلة مثل (ما عدد الزيارات الفعلية لوحدة الصحة النفسية؟) (Nadler, 1997, p. 380).

المنحى الثالث: مكون من التراث البحثي للمساندة الاجتماعية، الذي يفحص المواجهة بصفة عامة ويعتبر سلوك السعي لطلب المساندة أحد البدائل العديدة لأنماط المواجهة. ويعتمد هذا المنحى منهجياً بدرجة كبيرة على التقارير الذاتية للأفراد حول سلوكيات طلب المساندة السابقة خلال أوقات المشقة، ويركز على طلب المساندة من المقربين في الأوقات ذات الصعوبة الوجدانية (Nadler, 1997, p. 380).

ويتشابه السعي لطب المساندة في الرشد مع السعي للتقارب^(١) في الطفولة؛ لأن أحد أهداف سلوك التعلق في الطفولة هو ضبط الشعور بالأمان، إذ يتخفف الأطفال من الشعور بالقلق خلال أوقات الشدة والتهديد والمرض عن طريق سلوكيات تسعى إلى أو تحقق الاقتراب من مقدم الرعاية، ويُسمى ذلك بوظيفة الملاذ الآمن في علاقات التعلق. وبصورة مشابهة لدى الراشدين، يمكن أن يتحقق الشعور بالأمان من خلال استقبال سلوكيات المساندة من الأشخاص في شبكة العلاقات الاجتماعية حول الفرد، إذ يتم ظهور سلوك التعلق -السعي لطلب المساندة- عندما يُعايش الأفراد بعض التهديد لشعورهم بالأمن الشخصي والعاطفي بتأدية مقدم المساندة دور الملاذ الآمن في أوقات الشدة والقلق (Bartholomew, Cobb & Poole, 1997, p.361).

وعلى الجانب الآخر، أوضح باربي Barbee وكونننجهام Cunningham عام ١٩٩٥ أن هناك اختلافات اجتماعية وشخصية عديدة تحكم قرار الأفراد لطلب المساعدة، والطريقة التي سوف يطلبونها بها. وهي خصائص اجتماعية تتضمن: العمل، والوضع الاجتماعي، والنوع الاجتماعي، والدور الخاص بالنوع، وكثافة شبكة العلاقات الاجتماعية، وعوامل خاصة بالفروق الفردية تتضمن: التوجه نحو الدور المرتبط بالجنس، المهارات الاجتماعية، مخرجات الدعم السابقة، والتوقع بأن الآخرين لديهم الرغبة في المساندة، وسوف يكونون متاحين لمساعدة الفرد وقت الحاجة (Barbee & Cunningham, 1995; through: Mortenson, 2009). في حين أوضح آخرون أن هناك عوامل موقفية، وشخصية هي التي تحكم اختيار الشخص للاعتماد على الآخرين من أجل تخفيف الكرب المُعاش (Nadler, 1997, p. 380).

عادةً ما يواجه الأشخاص في المواقف التي تتضمن مواجهة للضغوط أو تحديات الشخصية باختيار أساسي بين الاعتماد على الذات، والاستعانة أو الاعتماد على الآخرين من أجل تقليل المشقة؛ وهو ما يعكس الصراع الإنساني بين الحاجة للاستقلال

^(١) Proximity seeking

وبين الاحتياج إلى المساندة، بوصفه ضرورة اجتماعية لا يمكن تجنبها (Nadler, 1997, p. 380)، وحيث إن مُقدمي المساعدة المُحتملين لا يقوموا بذلك تطوعياً في كل الأوقات، ومن ثم وجب على الأفراد المكروبيين أن يُقدموا مؤشرات لاحتياجهم للعون، ويجب عليهم أن يطلبوا المساندة بصورة نشطة من الأشخاص الموثوقين، كما أن الأفراد طالبي المساعدة مرتفعي المهارة يستخدمون استراتيجيات تؤثر على مُقدم المساعدة المحتمل، بل وتؤثر على مدى ملاءمة الدعم المُقدم للمشكلة الموجودة (Mortenson, 2009).

تختلف طرق تصنيف طلب المساندة الاجتماعية؛ فيمكن تقسيم طلب المساعدة في ضوء الخصال الشخصية إلى طلب المساعدة المستقل^(١)، وطلب المساعدة المُعتمد^(٢)، حيث يمكن لطلب المساعدة الخارجية أن يكون مؤشراً للمواجهة النشطة، عندما لا يسعى الفرد إلى الاستسلام لفكرة "العيش مع المشكلة". وهنا يحاول طالب المساعدة أن يستخدمها من أجل أن يُصبح مستقلاً، وهذا النمط من طلب المساعدة يسمى طلب المساعدة المستقل (Nadler, 1997, P. 382).

وفي المقابل طلب المساندة من الممكن أن يعني الاعتماد على وضع اعتمادية سلبي، وهنا يُظهر طالب المساعدة احتمالين؛ إما اختبار جهوده/ها لحل المشكل، أو الاستسلام من خلال استشارة مُقدم مساعدة أكثر قوة ودراية لحل المشكلة، وهو ما يسمّى طلب المساعدة المُعتمد؛ ومن ثم يمكن القول بأن طلب المساعدة المستقل يوصل إلى مواجهة مستقبلية كفاء للمشكلة، في حين طلب المساعدة المُعتمد يرتبط بالتخلي عن التحكم الشخصي ووضع قدر الشخص في يد مقدم مساعدة ذي قوة (Nadler, 1997, P. 382).

(1) Autonomous help seeking

(2) Dependent help seeking

كما يمكن تقسيم طلب المساندة إلى طلب المساندة الظاهر^(١)، وطلب المساندة الضمني^(٢)، ويُعرف طلب المساندة الظاهر بأنه فعل التماس المساندة الوسيلية أو الوجدانية بصورة واضحة، في حين يُعرف طلب المساندة الضمني بأنه فعل الحصول على راحة وجدانية من روابط الفرد الاجتماعية، دون الإفصاح عن أو مناقشة مشكلاته أو أحداث ضاغطة محددة وجهًا لوجه، ويمكن أن تأخذ المساندة الاجتماعية الضمنية أشكالًا مختلفة؛ مثال: التفكير حول مجموعة اجتماعية ينتمي إليها الفرد، النظر إلى صورة شخص محبوب، أو تمضية وقت مع الأصدقاء دون الكشف عن مصدر المشقة المحدد، وتتداخل المساندة الاجتماعية الضمنية مع أنواع أخرى ذات صلة من المساندة الاجتماعية؛ مثل: تلقي المساندة، الدعم الخفي^(٣)، أو الرفقة البسيطة^(٤) ولكنها تختلف عنها في الوقت نفسه (Jiang, Drolet, & Kim, 2018).

وبناءً على ما سبق يمكن تعريف السعي لطلب المساندة الاجتماعية، بأنه كلٌّ من الانفتاح على تقبل الدعم والمساندة، والجهود النشطة التي يؤديها الأفراد في أوقات المحن لتحريك شبكة العلاقات الاجتماعية حولهم، من أجل الحصول على صور الدعم المختلفة؛ الوجداني، والمعلوماتي، والوسيلي، التي تمكنهم من التعامل مع الصور المختلفة من الضغوط والكرب التي يعايشونها.

الدراسات السابقة:

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

أولاً: دراسات المراجعة البحثية

في مراجعة حديثة للتراث أجرتها زانيت ياستيش Cennet Yastibaş ويلماز كرمان Yilmaz Karaman هدفت إلى تحديد العوامل المؤثرة على نمو ما بعد الصدمة لدى

(1) Explicit social support seeking

(2) Implicit social support seeking

(3) Invisible support

(4) Simple companionship

المصابات بسرطان الثدي، وبعد مراجعة الدراسات المنشورة باللُّغة الإنجليزية والتركية منذ ١٩٩٠ إلى وقت إجراء البحث، حول مصطلحات؛ سرطان الثدي، نمو ما بعد الصدمة، والنمو المرتبط بالضغط، إيجاد الفوائد. وذلك بالاعتماد على خمس قواعد بيانات علمية، وتُوصَل إلى ١٢٤ دراسة، وباستخدام مزيد من شروط التضمين الاستبعاد، أُبقيَ على ٢٧ دراسةً كمية تستهدف جمهور الناجيات من سرطان الثدي. قُسمت النتائج إلى مجموعات من المتغيرات وحُللت بصورة منفصلة، وفقاً لمدى تشابهها، إذ تم دراسة البيانات الاجتماعية الديموجرافية مثل العمر والحالة الاجتماعية ومستوى الدخل، والعوامل الإكلينيكية المرتبطة بسرطان الثدي، والعوامل المرتبطة بالسياق النفسي الاجتماعي، مثل الصفات المرتبطة بالشخصية والمعالجة المعرفية والمواجهة والمساندة الاجتماعية. وتوصلت نتائج التحليل إلى تأكيد النسخة الأولى لنموذج لكالهن وتيديسكي الوصفي الوظيفي.

توصلت النتائج إلى أن هناك تعارضاً خاصاً بالعلاقة بين المتغيرات الاجتماعية الديموجرافية مثل العمر، ومستوى التعليم، والحالة الاجتماعية، والمتغيرات المرتبطة بالمرض مثل: مرحلة الورم، والمدة منذ التشخيص، وطبيعة العلاج الذي تم التعرض إليه، ونمو ما بعد الصدمة. فيمكن أن يُختبر نمو ما بعد الصدمة بصورة مستقلة عن هذه المتغيرات (الاجتماعية الديموجرافية)، ويستنتج الباحثون أن لهذه المتغيرات تأثيراً بسيطاً على نمو ما بعد الصدمة.

بالإضافة إلى ذلك توصل التحليل إلى وجود علاقة بين العديد من متغيرات الخصال الشخصية مثل: التفاؤل، والروحانية، والأمل وبين نمو ما بعد الصدمة، وإلى أن هناك عوامل أخرى عديدة تتوسط هذه العلاقة، وهي المتغيرات الخاصة بالمواجهة الوظيفية أو المتمركزة على المشكلة مثل: إعادة الصياغة الإيجابية^(١)، والتقبل، والمواجهة الدينية، والأفكار الاجترارية، فضلاً عن توسطها للعلاقة بين الخصال الشخصية ونمو ما بعد

(^١) Positive reframing

الصدمة. تساهم المتغيرات الخاصة بالمواجهة في التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة بصفته جزءاً من عملية المعالجة المعرفية. وأخيراً أظهرت النتائج أن للمساندة الاجتماعية دوراً مهماً في معاشية نمو ما بعد الصدمة (Yastibaş&Yilmaz, Karaman, 2021).

وفي مراجعة للتراث أجرتها آنا كاسيلاس جراو Anna Casellas-Grau وزملاؤها حول الأداء النفسي الإيجابي لدى الناجيات من سرطان الثدي، وعلاقته بالخصال الديموجرافية والطبية والنفسية. بافتراض أن بعض أنواع من الأداء السلبي يمكن له تأثير وسيط على الأداء الإيجابي فيما بعد، وذلك من خلال مراجعة قواعد البيانات العلمية باستخدام قائمة من الكلمات المرتبطة بعلم النفس الإيجابي وسرطان الثدي لتحديد الدراسات المرتبطة. وكانت محكات اختيار الدراسة هي أن تكون دراسة إمبريقية بالإنجليزية أو الإسبانية تركز على الأداء النفسي الإيجابي^(١)، في حين تمثلت محكات طبيعة المشاركات بالدراسة، أن يكن مريضات أو ناجيات من سرطان الثدي، بحيث يكون ذلك واضحاً في العنوان أو ملخص البحث، ولم يكن هناك شروط خاصة بالعمر أو عدد المشاركين بالدراسة، أو مرحلة المرض، أو نوع العلاج.

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

اعتمد الباحثون على نظرية سليجمان Seligman لجودة الحياة، وقائمة بيترسون Peterson وسليجمان للقوى والفضائل في تحديد مكونات علم النفس الإيجابي المرتبطة

^(١)Positive psychological functioning

بالأداء النفسي الإيجابي. وصُنفت نتائج الأداء النفسي الإيجابي المرتبط بسرطان الثدي في ثلاث فئات: خصائص الميل الإيجابي^(١) (التفاؤل، الأمل، المرونة النفسية)، والحالات النفسية الإيجابية (الرفاه، السعادة)، تغيرات الحياة الإيجابية (نمو ما بعد الصدمة، وإيجاد الفوائد، والمعنى). وأُسْتُخْلِصَت العلاقة بين متغيرات الأداء النفسي الإيجابي وبين الخصائص الديموجرافية الاجتماعية^(٢)، والطبية، والنفسية كلٌّ في مجموعته التصنيفية.

كانت هناك ثمانٍ وثلاثون دراسةً اهتمت بدراسة نمو ما بعد الصدمة؛ ركزت بالأساس على علاقة استراتيجيات المواجهة بظهور نمو ما بعد الصدمة أو ظهور أحد العوامل الخمس الفرعية للنمو، وأظهرت النتائج حول للخصائص النفسية الاجتماعية؛ كانت هناك علاقة إيجابية بين النمو وكلٍ من المساندة الاجتماعية، والتدين، والروحانية، وأخيراً بالنسبة للخصال الشخصية؛ كانت هناك علاقة إيجابية بين النمو وكلاً من التفاؤل، وإعادة الصياغة المعرفية^(٣)، وإعادة التقييم الإيجابي^(٤)، والسعي لطلب المساندة، والروح القتالية (Casellas-Grau, Vives, Font, & Ochoa. 2016).

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

(1) Positive psychological characteristics

(2) Sociodemographic characteristics

(3) Cognitive reframing

(4) Positive reappraisal

أظهر المسح الأولي لقواعد البيانات ٧٦٨٣ دراسة، وبعد مقارنتهم بمحكات التضمين أُسْتُخْلِصَتْ ثمانِ وثمانين دراسةً، وبعد مراجعة الملخصات لهذه الأبحاث أُسْتُبْعِدَتْ الدراسات التي تتناول سرطان الثدي ذو الأساس الجيني، والإبقاء على سبع وأربعين دراسةً (١٦ منها كيفية، و ٢٨ دراسة كمية). ولقد صنف الباحثون الدراسات في خمس فئات نوعية هي: دراسات تناولت اضطراب كرب ما بعد الصدمة بين الناجيات من سرطان الثدي، ودراسات حول نمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات، ودراسات لكل من النمو واضطراب الكرب معاً، ودراسات حول اضطراب الكرب والكرب النفسي وتحديات التشخيص لدى نفس الجمهور، وأخيراً فئة الدراسات حول المناحي العلاجية.

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

في مراجعة للتراث أجرتها كولوكوتروني Kolokotroni وزملاؤها حول العوامل المرتبطة بنمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من سرطان الثدي، بهدف محاولة تحديد العوامل داخل الشخص وبين الأشخاص المرتبطة بنمو ما بعد الصدمة لدى مريضات سرطان الثدي، بالاعتماد على نظرية كالهون وتيديكسي، روجعت أربع قواعد بيانات أساسية هي: PsycInfo, Embase, Medline & Web of Knowledge للمدة بين ١٩٩٦ و ٢٠١٣، تُوصَلُ إلى ٩٠ دراسةً قريبة، ولكن تم الإبقاء على ٢٢ دراسةً

(منهم ١٥ عرضية، ٧ دراسات طولية)، وذلك وفقاً للمحكات الآتية: أن تكون دراسة كمية تهدف لاختبار العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة وعدد من العوامل النفسية الاجتماعية، بحيث تقيس عاملاً أو أكثر، وأن تكون معتمدة على بطارية كالهون وتيديسكي في قياس نمو ما بعد الصدمة، وأن تكون الدراسة منشورة بالإنجليزية.

أظهرت النتائج ارتباط كلٍّ من التفاؤل بصفته سمةً من سمات الشخصية، والمعالجة المعرفية والوجدانية، واستراتيجيات المواجهة خاصة المواجهة الدينية إيجابياً بالنمو، كما أظهرت النتائج أن جوانب متعددة من المساندة الاجتماعية لديها ارتباط دال بنمو ما بعد الصدمة، وهو ما دعم النموذج الوظيفي التفسيري لكالهون وتيديسكي. فنمو ما بعد الصدمة لا يتطور تلقائياً ولا يرتبط بصورة مباشرة بخبرة الإصابة بسرطان الثدي، فهناك عوامل نفسية اجتماعية عديدة يبدو أنها تقوم بأدوار مُعقدة خلال حدوث عملية النمو (Kolokotroni, Anagnostopoulos & Tesikkinis, 2014).

ثانياً: دراسات إمبريقية

في دراسة طولية أجرتها سوزان دانهاور Suzanne C. Danhauer وزملاؤها لتحديد مسارات نمو ما بعد الصدمة والخصائص المرتبطة به لدى المصابات بسرطان الثدي، وذلك من خلال متابعة عينة مكونة من ٦٥٣ سيدة في أربع مرات؛ أول مرة خلال ثمانية أشهر من التشخيص وبعدها بستة أشهر، ثم باثني عشر شهراً، ثم ثمانية عشر شهراً. تراوح المدى العمري للسيدات بين ٢٥ و ٩٦ عاماً بمتوسط ٥٤ عاماً، ٧٢% منهن متزوجات، و ٦٣% حصلن على تعليم جامعي على الأقل، ٥٢% مُصابات بسرطان من الدرجة الأولى، و ٤٠% من الدرجة الثانية، ٨% من الدرجة الثالثة.

أستُخدِم نموذج المسار المعتمد على المجموعة^(١) لتمييز المجموعات الفعلية من النساء اللاتي تتبعن مسارات متشابهة من الدرجات الكلية على بطارية نمو ما بعد الصدمة عبر الزمن، أظهر التحليل الإحصائي ست مجموعات ذات مسارات مختلفة،

^(١) The group-based trajectory model

بحيث إن المجموعتين الأولى والثانية تحتويان على السيدات اللاتي حصلن على أقل قيم لنمو ما بعد الصدمة على بطارية نمو ما بعد الصدمة، في حين أن المجموعتين الخامسة والسادسة هن المرتفعات في قيم النمو.

أظهرت النتائج أنه بمقارنة المجموعات في المسارات المرتفعة والمنخفضة على نمو ما بعد الصدمة، أن المجموعات المنخفضة تظهر استخدامًا أقل لاستراتيجيات المواجهة النشطة التكيفية^(١)، وشدة أقل للمرض، وأعراضًا اكتئابية أقل. أما بالنسبة للمجموعة في المسار الثالث اللاتي أظهرن زيادة ملحوظة في نمو ما بعد الصدمة من المستوى المنخفض للمتوسط خلال فترة ستة عشر شهرًا من التشخيص، أظهرن مستويات متوسطة في معظم منبئات النمو؛ حيث كان لهن ثاني أعلى درجات لأعراض الاكتئاب عند قياسات خط الأساس، وكان لديهن شدة أكبر للمرض ويستخدمن مواجهة نشطة تكيفية في القياسات الأولى عن مجموعتي المسار "٢، ١".

كما أوضحت النتائج أن السيدات اللاتي أظهرن مستويات متوسطة إلى مرتفعة، سواء بطريقة ثابتة أو بطريقة متتالية عبر الزمن، كنَّ أصغر سنًا وتمت معالجتهم بالعلاج الكيماوي، ولديهن درجات خط أساس أعلى على شدة المرض، والأعراض الاكتئابية، والواجهة النشطة التكيفية عن السيدات اللاتي يظهرن مستويات أقل لنمو ما بعد الصدمة. ونقترح هذه النتائج أن التواجد المشترك للمستويات المرتفعة من شدة المرض، والواجهة الفعالة من المحتمل أن يكون مهمًا لتحفيز مستويات أعلى من النمو.

وأخيرًا بالنسبة للمساندة الاجتماعية، كانت أعلى بين السيدات في المجموعات الطرفية من مستويات النمو (المنخفضات جدًّا، والمرتفعات جدًّا)، تمثل المساندة الاجتماعية للنساء في المستويات المنخفضة حائلًا يمنع النظر لسرطان الثدي باعتباره حدثًا مزلزلًا بشكل كافٍ ليحفز ظهور النمو، في حين أنه من الممكن أن يعمل كطريقة فعالة لمواجهة الضغوط المرتبطة بالسرطان من ثم يحفز النمو لدى السيدات في المجموعات المرتفعة

(1) Active-adaptive coping strategies

على النمو (Danhauer, Russell, Case, Sohl, Tedeschi, Addington, et .al., 2015).

وفي دراسة سابقة أجرتها سوزان دنهاور وزملاؤها من أجل متابعة التغير في الدرجة الكلية على نمو ما بعد الصدمة، خلال فترة أربعة وعشرين شهرًا تالية للتشخيص بسرطان الثدي، مع تحديد العوامل النفسية المرتبطة بالمرض والعلاج، والعوامل الاجتماعية الديموجرافية التي ترتبط بالدرجات على بطارية نمو ما بعد الصدمة عبر الزمن، وتحديد ما إذا كان هناك علاقات مختلفة بين المتغيرات وكل بعد من أبعاد نمو ما بعد الصدمة.

وذلك على عينة من ٦٥٣ سيدة، بمتوسط عمري ٥٤,٩ سنة، وانحراف معياري ١٢,٦ سنة، ٧٢% منهن متزوجة أو لديها شريك، ٤٢% منهن عاملات، ٥٢% منهن شُخصن بسرطان من الدرجة الأولى، و ٤٠% من الدرجة الثانية، و ٨% سرطان من الدرجة الثالثة، ٦٤% منهن أجرين استئصالًا جزئيًا، في حين ١٦% أجرين استئصالًا كليًا، و ٢٠% أجرين استئصالًا للثدي مع إعادة بناء الثدي، ٧٢% تعرضن للعلاج الإشعاعي، و ٦٧% تعرضن للعلاج الكيميائي.

أظهرت النتائج ارتباط نمو ما بعد الصدمة بكل من التعليم الجامعي والزمن منذ التشخيص، والقياسات الأولية لشدة المرض، والزيادة الأكبر في المساندة الاجتماعية والروحانية - المعنى والسلام^(١)، والروحانية - الإيمان^(٢)، واستخدام استراتيجيات مواجهة نشطة، والصحة النفسية. كما أظهرت النتائج أن نمو ما بعد الصدمة يتزايد بمرور الزمن - وكانت الزيادة أكثر خلال السنة الأولى - وهو ما يتوافق مع النموذج التفسيري لكالهنون وتيديسكي لنمو ما بعد الصدمة، في أن النمو يتطور عبر الزمن. كما أظهرت الدراسة ارتباط نمو ما بعد الصدمة بالزيادة في المساندة الاجتماعية، وبخاصة بعد العلاقة بالآخرين، وهو ما يتوافق مع النظرية في أن المساندة الاجتماعية تحفز نمو ما بعد

(1) Spirituality-meaning and peace

(2) Spirituality-faith

الصدمة، من خلال إتاحة الإفصاح عن الأحداث الضاغطة الشديدة (Danhauer, Case, Tedeschi, Russell, Vishnevsky, Triplett, et al., 2013).

تعليق نقدي عام على الدراسات السابقة

بالنظر في الدراسات السابقة التي أجريت على عينات من المريضات أو الناجيات من سرطان الثدي نجد:

١- أن نمو ما بعد الصدمة حظي باهتمام عبر حضاري لدى الناجيات من سرطان الثدي.

٢- أن المساندة الاجتماعية من المتغيرات التي بدت أكثر ارتباطاً بالنمو، في حين أن الاهتمام بالسعي لطلب المساندة لم يكن بارزاً في التراث البحثي.

٣- أنه لا توجد دراسات عربية أجريت لاختبار ظاهرة النمو النفسي الحادث لدى الناجيات من سرطان الثدي، وإن كان هناك اهتمام بدراسة بعض المتغيرات محل اهتمام الدراسة الراهنة في ارتباطها بمشكلات موجودة لدى هذا الجمهور، مثال؛ دراسة تقدير الذات وصورة الجسم والكرب والإفصاح عن الذات بصفتها مُنبئات باضطراب نقص الرغبة الجنسية لدى عينة من الناجيات من مريضات سرطان الثدي (عبد الحميد، ٢٠١٦)، ودراسة المساندة الاجتماعية وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية لدى مريضات سرطان الثدي ومريضات الفشل الكلوي (درويش، ٢٠١١)، ودراسة المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي (محمود، ٢٠٠٩).

فروض الدراسة

-توجد أولويات في لجوء الناجيات من سرطان الثدي لمصادر المساندة تختلف باختلاف هذه المصادر

- تسهم درجة طلب المساندة الاجتماعية في التنبؤ بدرجة نمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من مريضات سرطان الثدي.

منهج الدراسة

سوف تتبع الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي الفارقي للكشف عن قدرة السعي لطلب المساندة الاجتماعية، في التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من مريضات سرطان الثدي.

العينة

اشتملت العينة على ستين سيدة (*) من الناجيات من سرطان الثدي، أُخترن وفقاً للمحكات التالية:

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

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

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

في إطار محاولة حساب المستوى الاقتصادي الاجتماعي للعينة استُرشِدَ باثنتين من المقاييس هما: المقياس الذي وضعه الباحثان العراقيان عمر، والحديثي في البحوث الصحية (Omar&Al-Hadithi,2017)؛ الذي تمثل في الاعتماد على ستة متغيرات؛ هي: التعليم والوظيفة والدخل والثروة والخبرة والوضع الوظيفي، ومقياس سلم قياس الوضع الاقتصادي الاجتماعي المستخدم في البحوث الصحية بمصر، الذي وضعه الجيلاني، والوهادي، والوصيفي وهو يتكون من سبعة عناصر أساسية؛ هي: التعليم (الزوج، والزوجة)، والوظيفة (الزوج والزوجة)، ممتلكات الأسرة، بيانات عائلية، الصحة العامة للأسرة، الوضع الاقتصادي، والرعاية الصحية (El-Gilany, El-Wehady, & El-Wasify, 2012).

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

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

٢- حُسِبَ مستوى الدخل بدرجات من ١ إلى ٤، على أن (١) تعني الدخل لا يكفي الاحتياجات الأساسية (تحت المتوسط)، و(٢) تعني الدخل يكفي بالكاد الاحتياجات

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

الأساسية (متوسط)، و(٣) تعني الدخل يكفي وبفيض القليل (فوق متوسط)، و(٤) تعني الدخل يكفي وبفيض الكثير (مرتفع).

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

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

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

جدول (٣) مواصفات العينة

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

بيانات عامة

أدوات الدراسة

اشتملت الدراسة الحالية على مقياسين أساسيين؛ هما:

- قائمة نمو ما بعد الصدمة (إعداد الباحثة).
- قائمة السعي لطلب المساندة (إعداد الباحثة).

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

أولاً: الاطلاع على تراث الأدوات وصياغة التعليمات والبنود.

ثانياً: إخضاع المقياس الجديد للدراسة الاستطلاعية.

ثالثاً: فحص المحكمين للمقياس الجديد.

رابعاً: التحقق من الكفاءة القياسية للأدوات.

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

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

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

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

المقياسين الآتيين:

- بطارية نمو ما بعد الصدمة إعداد كالهون وتيديسكي Posttraumatic

Growth Inventory

أعد هذه البطارية كالهون Calhoun وتيديسكي Tedeschi ١٩٩٦، ترجمة أحمد، (٢٠١٥) وهي تتكون من ٢١ بنداً تعكس خمسة عوامل أساسية؛ هي: تقدير أكبر للحياة وإحساس مختلف بالأولويات، إقامة علاقات أكثر حميمية وأكثر دفئاً مع الآخرين، شعور أكبر بالقوة الشخصية، إدراك احتمالات أو مسارات جديدة لحياة الفرد، ارتقاء روحاني (Tedeschi&Calhoun, 1996).

• مقياس النمو المرتبط بالمشقة Stress-Related Growth Scale

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

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

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

٢- طلب المساندة الاجتماعية

• مقاييس برلين للمساندة الاجتماعية Berlin Social Support Scales

وهو مقياس متعدد الأبعاد، مصمم لقياس الجوانب السلوكية والمعرفية للمساندة الاجتماعية، وهو يتضمن ستة مقاييس نوعية للمساندة؛ هي: المساندة الاجتماعية المدركة، والمساندة الاجتماعية المستقبلية، والاحتياج للمساندة، وطلب المساندة، الحماية الوقائية^(١)، المساندة الاجتماعية المقدمة^(٢) (Schwarzer&Schulz, 2000).

• مقياس المواجهة COPE scale

وهو بطارية متعددة الأبعاد أعدها كارفر Carver وشاير Scheier وواينتروب Weintraub لقياس أساليب المواجهة المختلفة وهي تحدد أربعة عشر أسلوباً للمواجهة، كل أسلوب يتضمن أربعة بنود، ما عدا أسلوب الانفصال بالاعتماد على الكحول والمخدرات يتضمن بنداً واحداً، وتتم الإجابة باستخدام مقياس ليكرت رباعي. وتوزع الأربعة عشر مقياساً نوعياً تحت ثلاث فئات كبرى؛ هي: المواجهة المتمركزة حول المشكلة (يعبر عنها خمسة أساليب)، والمواجهة المتمركزة حول الانفعال، واستجابات المواجهة (Carver, Scheier,& Weintraub, 1989).

• مؤشر استراتيجية المواجهة The Coping Strategy Indicator

هو مقياس أعده جيمس أميركان James H. Amirkhan مكون من ٣٣ بنداً تقيس ثلاث استراتيجيات مواجهة؛ هي: حل المشكلات، وطلب المساندة الاجتماعية، والتجنب، وتتضمن كل استراتيجية ١١ بنداً، يُجاب عنها وفقاً لمقياس ليكرت ثلاثي (Amirkhan, 1990; Bijttebier& Vertommen, 1997).

وبالنظر في المقاييس المتاحة حول مفهوم طلب المساندة لوحظ أن قياس "طلب المساندة" بصفتها مفهوماً شاملاً لم يتجاوز وضع البعد الفرعي داخل تلك المقاييس، حتى أن عدد البنود المنوطة بالمفهوم داخل كل مقياس كانت تتراوح بين أربعة بنود وأحد عشر بنداً، وهو محتوى بدا غير كاف لتغطية أبعاد المفهوم على النحو الذي تتبناه الدراسة

(1) Protective Buffering

(2) Provided Social Support

الراهنة، وكان هذا هو واحد من مبررين أساسيين وراء عدم استخدام المقاييس المتاحة، والتقدم لوضع أداة جديدة لقياس المفهوم.

أما المبرر الثاني فقد تمثل في نوعية عينة الدراسة الراهنة، كإناث مررن بتجربة مرض سرطان الثدي وواجهن تواجها، وما تحمله هذه التجربة من خصوصية في تجربة المواجهة وطلب المساندة تحديداً؛ وعلى ذلك ظهرت أماننا ضرورة لوضع أداة جديد لقياس أبعاد المفهوم. جدير بالذكر أنه تمت الاستعانة والاسترشاد في إعدادنا للمقياس الجديد (طلب المساندة الاجتماعية) وصياغة بنوده بالمقياسين النوعيين -من مقياس المواجهة- "طلب المساندة الاجتماعية لأسباب وجدانية" الذي يدخل ضمن فئة المواجهة المتمركزة حول الانفعال، و"طلب المساندة الاجتماعية الأدائية"، وهو يقع ضمن فئة المواجهة المتمركزة حول المشكلة.

ثانياً: الدراسة الاستطلاعية لتصميم المقاييس

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

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

جدول (٤) عدد بنود المقياس في صورتها الأولى

م	الاختبار	عدد الأسئلة بالاستمارة المفتوحة	عدد البنود في الصورة الأولى للمقياس
١	قائمة نمو ما بعد الصدمة	٩	٣٩
٢	قائمة السعي لطلب المساندة	١١	٢٧

يتضح من الجدول السابق العدد الإجمالي لبنود كل من المقياسين في صورتها الأولى قبل عرضها على التحكيم، حيث تضمنت قائمة نمو ما بعد الصدمة على ٣٩ بنداً، وقائمة السعي لطلب المساندة على ٢٧ بنداً.

ثالثاً: فحص المحكمين لحتوى المقياس في صورتها الأولى

عُرِضَتْ استمارة المقياس في صورتها الأولى المكونة من: قائمة نمو ما بعد الصدمة ٣٩ بنداً، قائمة طلب المساندة الاجتماعية ٢٧ بنداً بالإضافة إلى مقياس تدريجي لترتيب مصادر المساندة المختلفة المتاحة (زوجي، أهلي، المعالجين، أبنائي، المريضات المتعافيات)، على خمسة محكمين^(*) من المتخصصين في المجال، مرفق بكل مقياس منها تعريف نظري لمفهوم المقاس وأبعاده، وتمثل المطلوب في تحديد مدى مناسبة صياغة البند، مدى ملائمة البند للبعد، يوضح جدول (٥) نسب الاتفاق بين المحكمين.

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

جدول (٥) نسب اتفاق المُحكِّمين

م	المقياس	الأبعاد	عدد البنود	عدد البنود التي حصلت على نسبة اتفاق ٨٠% فأكثر على ملاءمتها للمقياس	عدد البنود التي حصلت على ٨٠% فأكثر على ملاءمتها للبعد	الإجراء المتبع
١	قائمة نمو ما بعد الصدمة	تقدير الحياة	٧	٧	٦	تعديل الصياغة وفقاً للمقترحات مع الإبقاء على البنود
		فرص جديدة	٧	٧	٧	
		القوة الشخصية	٧	٧	٧	
		التغير الروحاني	٨	٧	٧	
		العلاقات الشخصية	١٠	١٠	١٠	
١	قائمة السعي لطلب المساعدة	المساندة الوجدانية	٩	٩	٩	تعديل الصياغة وفقاً للمقترحات
		المساندة المعلوماتية	٣	٣	٣	
		المساندة الوسيلية	٧	٧	٧	
		التهيؤ للمساندة	٨	٨	٨	

يتضح من الجدول السابق وجود نسب اتفاق كبيرة بين المحكِّمين حول البنود في المقاييس المختلفة، وعليه تم الإبقاء على بنود كلا القائمتين: قائمة نمو ما بعد الصدمة، وقائمة السعي لطلب المساعدة الاجتماعية.

رابعاً: التحقق من الكفاءة القياسية للأدوات

وصف عينة التحقق من الكفاءة القياسية للأدوات:

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

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

جدول (٦) مواصفات عينة التحقق من الكفاءة القياسية للأدوات

النسب والإحصاءات		محور التصنيف	تصنيف البيانات	
المؤسسة المصرية لمكافحة سرطان الثدي ٣%	مبادرة هنسدهم رغم الألم ٤٧%	مستشفى القصر العيني ٥٠%	مكان الحصول على العينة	
انحراف (٩,٢ عامًا)	المتوسط (٤٦,٣ عامًا)	المدى العمري (٢٧-٦٧ عامًا)	العمر	
١٤ سنة فوق متوسط ١٣%	١٢ سنة ثانوي ٦٧%	٩ سنوات إحصائي ١٠%	التعليم	
أرامل ١٧%	مطلقات ١٠%	متزوجات ٧٠%	غير متزوجات ٣%	الحالة الاجتماعية
ليس لديهم أطفال ٧%		لديهم أطفال ٩٣%	الأطفال	
غير عاملات ٧٧%		عاملات ٢٣%	العمل	
مسيحيات ٧%		مسلمات ٩٣%	الديانة	
فوق المتوسط (٣,١<)	متوسط (٣,١-١,٨) ٦٥%	تحت المتوسط (١,٧≥) ٢٥%	المستوى الاقتصادي الاجتماعي (**)	
الثالثة ٣٠%	الثانية ٣٧%	الأولى ٣٣%	المرحلة المرضية	
الثديين ٣%	الثدي الأيسر ٤٧%	الثدي الأيمن ٥٠%	مكان الإصابة	
استئصال جزئي لثدي ٣٣%		استئصال كلي للثدي ٦٧%	نوع الجراحة	
لا يوجد تاريخ مرضي ٥٠%		يوجد تاريخ مرضي ٥٠%	التاريخ العائلي	
	يتناولن العلاج الهرموني ٩٠%		العلاج الحالي	
الإشعاعي فقط ٧%	الكيميائي فقط ٣%	الكيميائي والإشعاعي ٧٣%	العلاجات الأساسية	

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

حساب ثبات الأدوات

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

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

وفيما يلي توضيح لنتائج هذه الإجراءات:

١- حساب الاتساق الداخلي للمقاييس

لتقييم الاتساق الداخلي في كل مقياس، تم الآتى: (أ) حساب معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية، ثم، (ب) حساب معامل إرتباط الدرجة على المقياس الفرعى بالدرجة الكلية (Anastasi, 1982, 144)، ويعرض الجدول التالي لنتائج ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقاييس المختلفة، حيث تم اتخاذ "٠,٣" كمحك لقبول البند.

١- حساب ارتباط البند بالدرجة الكلية

يوضح جدول (٧) نتائج حسابات ارتباط البند بالدرجة الكلية والعدد النهائي للبنود في كل مقياس.

جدول (٧) ارتباط البند بالدرجة الكلية

م	المقياس	الأبعاد	عدد البنود قبل الحذف	البنود الضعيفة	الإجراءات	عدد البنود النهائي
١	قائمة نمو ما بعد الصدمة	تقدير الحياة	٧	٢	تم حذف البنود الضعيفة	٥
٢		فرص جديدة	٧	١		٦
٣		القوة الشخصية	٧	٣		٤
٤		التغير الروحاني	٨	-		٨
٥		العلاقات الشخصية	١٠	٢		٨
		إجمالي عدد البنود بعد الحذف				٣١
١	قائمة السعي لطلب المساعدة	المساندة الوجدانية	٩	٥	تم حذف البنود الضعيفة	٤
٢		المساندة المعلوماتية	٣	-		٣
٣		المساندة الوسيلية	٧	٢		٥
٤		التهيؤ للمساندة	٨	١		٧
		إجمالي عدد البنود بعد الحذف				١٩

يوضح الجدول السابق نتائج حساب ارتباط البند بالدرجة الكلية لمقاييس الدراسة، حيث يتبين محافظة المقاييس على البنية التكوينية لها، وتجدر الإشارة إلى أنه تم حذف بندين من قائمة السعي لطلب المساعدة الاجتماعية لعدم الارتباط بالدرجة الكلية. وننتقل للخطوة الثانية في حساب الاتساق الداخلي.

(ب) حساب ارتباط الدرجة على المقاييس الفرعية بالدرجة الكلية

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

جدول (٨) معاملات ارتباط المقاييس الفرعية بالدرجة الكلية للمقياس

م	المقياس	الأبعاد	معامل ارتباط المقياس الفرعي بالدرجة الكلية للمقياس
١	قائمة نمو ما بعد الصدمة	تقدير الحياة	**،٦٥
٢		فرص جديدة	**،٦٩
٣		القوة الشخصية	**،٧١
٤		التغير الروحاني	**،٧٠
٥		العلاقات الشخصية	**،٧٨
١	المساندة السعي لطلب	المساندة الوجدانية	**،٨٢
٢		المساندة المعلوماتية	**،٧٠
٣		المساندة الوسيطة	**،٧٣
٤		التهيؤ للمساندة	**،٧٨

يتضح من نتائج الإجراء السابق بالجدول (٦) أن المقاييس تكشف عن درجة جيدة إلى مرتفعة من الاتساق الداخلي، حيث تراوحت معاملات ارتباط المقاييس الفرعية بالدرجة الكلية عبر هذه المقاييس بين (**،٦٥) و(**،٨٢).

٢- تقدير الثبات عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ

بلغ معامل ألفا لقائمة نمو ما بعد الصدمة (٨٩،) في حين بلغ معامل ألفا لقائمة السعي لطلب المساندة الاجتماعية (٨٤،) وهو ما يُشير إلى ظهور معاملات اتساق داخلي مرتفعة للمقاييس، فوفقاً لجيلفورد إن معامل الثبات المقبول لا يجوز أن يقل عن (٠،٥) (من خلال: فاروق، أبو المكارم، صبري، ٢٠١٧).

٣- تقدير الثبات بطريقة القسمة النصفية

تم حساب معامل القسمة النصفية للمقاييس عن طريق حساب معامل الارتباط بين البنود الفردية والزوجية على كل مقياس، وكان الارتباط بين نصفي الاختبار لقائمة نمو

ما بعد الصدمة (٩٢)، في حين بلغ معامل الارتباط بين نصفي الاختبار لقائمة السعي لطلب المساندة الاجتماعية (٨٥)، وهو ما يُشير إلى ارتفاع معاملات القسمة النصفية للمقاييس.

تقدير صدق الأدوات

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

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

أولاً: صدق التكوين

تم الاعتماد على طريقتين لحساب صدق التكوين هما: أ- النسب المئوية للاتفاق بين المحكمين، ب- الصدق بطريقة التمييز بين المجموعات الطرفية، فوفقاً لكرونباخ Cronbach وميهل Meehle تعتبر القدرة التمييزية -هذه- مؤشراً على صدق التكوين (أبو المكارم، ٢٠٠٧). وسوف يتم عرض كل منها على حدة على النحو التالي:

أ- نسب الاتفاق بين المحكمين

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

ب- الصدق بطريقة التمييز بين المجموعات الطرفية

يعتمد حساب الصدق في هذه الطريقة على المقارنة بين مجموعتين متعارضتين اعتماداً على الدرجة الكلية للأفراد على كل اختبار على حدة، وذلك بترتيب درجات الأفراد الكلية على الاختبار ترتيباً تصاعدياً ثم اختيار أدنى ٢٥% من الدرجات ليمثلوا إحدى المجموعتين الطرفيتين (الربع الأدنى)، وفي المقابل اختيار أعلى ٢٥% من الدرجات ليمثلوا المجموعة الثانية (الربع الأعلى) ثم يتم حساب الفروق بين المجموعتين ودلالاتها (الغباشي، شويخ، ٢٠١١). ويوضح جدول (٩) نتائج حساب معامل مان-وتني Mann-Whitney لحساب الفروق بين المجموعات.

جدول (٩) قيمة Z ودلالاتها للفروق بين الربع الأدنى والأعلى لمقاييس الدراسة

م	المقياس	قيمة Z للفروق بين الربع الأدنى والربع الأعلى	مستوى الدلالة
١	قائمة نمو ما بعد الصدمة	-٢,٦١	٠,٠٠٩
٢	قائمة السعي لطلب المساندة الاجتماعية	-٢,٧٦	٠,٠٠٦

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة بين المجموعات عند مستوى دلالة تراوح بين (٠,٠٠١) و(٠,٠٠٥) وهو مؤشر على صدق المقاييس نتيجة لقدرتها التمييزية بين

المجموعات الطرفية المختلفة؛ وذلك انطلاقاً من فرضية أن كل مفهوم من المفاهيم الأربعة ينطوي على توزيع الأفراد عبر متصل ذي طرفين، يقع على أحدهما الدرجات العليا من السمة/ السلوك، ويقع على الآخر الدرجات الدنيا من السمة/ السلوك؛ وإذا لم ينجح المقياس في التمييز بين المجموعتين تمييزاً جوهرياً، فإن ذلك يعد أحد مؤشرات تدني صدق المفهوم/ التكوين الذي صُمم المقياس على أساسه.

ثانياً: حساب الصدق التلازمي

تم حساب الصدق التلازمي (الارتباط بمحك) لقائمة نمو ما بعد الصدمة من خلال حساب معامل الارتباط بين قائمة نمو ما بعد الصدمة وبطارية نمو ما بعد الصدمة إعداد كالهون وتيدسكي (٢١ بنداً) -كمقياس محكى-، (والذي حصل على معامل ألفا كرونباخ بقيمة "٨٠"، -في الدراسة الحالية- بعد حذف ثلاثة بنود لضعف ارتباطها بالدرجة الكلية)، ذلك باستخدام معامل ارتباط سبيرمان براون للارتباط الخطي بين المقياسين بعد تنقيتهما، وكانت نتيجة حساب معامل الارتباط بين بطارية نمو ما بعد الصدمة (٨ بنداً) ، وقائمة نمو ما بعد الصدمة (٣١ بنداً) هي "٧٣١،*" ، ودلالته "٠.٠٠٠"، وهو ما يعني وجود ارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين بطارية نمو ما بعد الصدمة التي أعدها كالهون وتيدسكي وبين القائمة التي أعدها الباحثة؛ وهو ما يدعم صدق الأداة.

وصف الأدوات في صورتها النهائية

تضمنت قائمة أدوات الدراسة في صورتها النهائية ما يأتي:

١- استمارة البيانات الأساسية

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

٢- قائمة نمو ما بعد الصدمة

تتكون من ٣١ بنداً يتم الإجابة عليها في ضوء مقياس ليكرت رباعي يتراوح بين (صفر و٣)، حيث إن "صفر" تعني (مش يعيش التغيير ده بسبب المرض)، و"١" تعني (يعيش التغيير ده بدرجة بسيطة بسبب المرض)، و"٢" تعني (يعيش التغيير ده بدرجة متوسطة بسبب المرض)، و"٣" تعني (يعيش التغيير ده بدرجة كبيرة بسبب المرض). وتتوزع البنود على خمسة أبعاد؛ هي:

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

تتراوح الدرجة على المقياس ما بين ٣١ و ١٢٤^(*)، بحيث تشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى معيشة تغيرات إيجابية في العلاقات والشخصية والروحانيات وإدراك الحياة، وهي تغيرات تمثل زيادة حقيقية ونموًا لما يعلو فوق الأداء النفسي السابق قبل الإصابة بالمرض.

٣- قائمة طلب المساندة الاجتماعية

وتتكون من جزئين؛ الأول: مقياس ترتيبي لمصادر المساندة المتاحة: الزوج، الأهل، الأبناء، الأصدقاء، الجيران، المعالجين، مريضات متعافيات، زملاء العمل، بحيث تعطي المشاركة رقم ترتيبي بين "١" و"٨" لكل مصدر من المصادر المذكورة في ضوء أولوية

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

اللجوء إليه عند الحاجة، ولا يشترط اختيار كل المصادر، ولكن وفقاً لما يوجد بالفعل على أرض الواقع، فيمكن أن تختار مصدرًا واحدًا فقط أو أكثر من المصادر الثمانية المذكورة، على أن تقوم بترتيبهم وفقاً لأولوية اللجوء إلى كل منهم عند الحاجة للمساعدة أيًا كان نوعها.

الثاني: أسئلة المقياس؛ وهي تقيس مدى التهيو أو السعي لطلب المساعدة باختلاف أنواعها، وتتكون من ١٩ بنداً يتم الإجابة عليها عن طريق اختيار بديل من أربعة (مابعملش كدة خالص، ساعات بعمل كدة، ساعات كثير بعمل كدة، على طول بعمل كدة)، بحيث تتوزع البنود على أربعة أبعاد؛ هي:

- التهيو للمساعدة: ويعبر عنه بسبعة بنود هي (١-٢-٩-١٣-١٧-١٨-١٩).
- السعي لطلب المساعدة الوسيلية: ويعبر عنه بخمسة بنود هي (٣-٧-٨-١١-١٤).
- السعي لطلب المساعدة الوجدانية: ويعبر عنه بأربعة بنود هي (٤-١٢-١٥-١٦).
- السعي لطلب المساعدة المعلوماتية: ويعبر عنه بثلاثة بنود هي (٥-٦-١٠).

تتراوح الدرجة على المقياس بين ١٩ و ٧٦ حيث إن (مابعملش كدة خالص) تقدر ب"١"، و(ساعات بعمل كدة) تقدر ب"٢"، و(ساعات كثير بعمل كدة) تقدر ب"٣"، و(على طول بعمل كدة) تقدر ب"٤". وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس، إلى زيادة لجوء الشخص لمصادر الدعم المتاحة من أجل مواجهة خبرة المرض والكره الناتج عنها.

الإجراءات

تمت إجراءات التطبيق على عينة البحث في الفترة ما بين فبراير ٢٠٢٠ ويناير ٢٠٢١ نظراً للظروف الطارئة الخاصة بجائحة كورونا؛ وهو ما أدى إلى توقف التطبيق فترة ستة أشهر خلال المدة المذكورة. تمثلت إجراءات البحث في مقابلة الباحثة للسيدات بصورة فردية، وبعد تقديم الباحثة لنفسها والترحيب بالمشاركة يتم التحقق من انطباق

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

تم الحصول على العينة من ثلاث جهات مختلفة؛ الجهة الأولى هي: وحدة الطب النووي وعلاج الأورام بقصر العيني، حيث كان يتم التنسيق مع الأطباء المسؤولين عن العيادة الخارجية بالوحدة لتحويل الحالات من خلال بيان بمحكات الاختيار يتم تزويدهم به، وهم بدورهم كانوا يقومون بتحويل الحالات التي ينطبق عليها شروط الاختيار إلى الباحثة، وكان يتم إجراء المقابلة والتطبيق في منطقة الاستراحة الخلفية للأطباء داخل الوحدة. الجهة الثانية التي استمدت منها الباحثة الحالات هي: جمعية "عطاء السماء لرعاية مرضى السرطان"، حيث تمت مقابلة السيدات بالمتحف القبلي خلال أحد الأنشطة الترفيهية للجمعية. أما الجهة الثالثة للحصول على الحالات فكانت: "مبادرة سنسدهم رغم الألم"، حيث تمت مقابلة المشاركات في أحد أماكن التدريب الخاص بعد انتهاء أنشطة الدعم النفسى التي تُقدم لهن.

وبعد أخذ الموافقة بالمشاركة، يتم تقديم المقاييس متتابعة لكل مشاركة على حدة. استغرقت جلسة التطبيق مع كل مشاركة بين ثلاثين وأربعين دقيقة، والتي كانت تبدأ بملء بيانات الاستمارة بالبيانات الأساسية الشخصية وبيانات عن المرض، فقائمة نمو ما بعد الصدمة، فقائمة السعي لطلب المساندة الاجتماعية.

خطة التحليل الإحصائية

- النسب المئوية.
- تحليل الانحدار.

نتائج الدراسة

في هذا الجزء يتم عرض النتائج في ضوء فروض الدراسة، نبدأ بالأولويات لجوء الناجيات من سرطان الثدي إلى مصادر المساندة الاجتماعية المختلفة ثم ننقل إلى التحقق من الفرض الخاص بإمكانية التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة بالاعتماد على درجة السعي لطلب المساندة الاجتماعية.

أولاً: أولويات لجوء الناجيات من سرطان الثدي إلى مصادر المساندة المختلفة

في هذا الجزء سوف تُعرض نتائج الفرض الأول القائل توجد أولويات في لجوء الناجيات من سرطان الثدي لمصادر المساندة تختلف باختلاف هذه المصادر. وتم استخدام بعض أساليب الإحصاءات الوصفية، ويعرض جدول (١٠) للنسب المئوية لترتيب كل مصدر من مصادر المساندة.

جدول (١٠) النسب المئوية لترتيب مصادر المساندة

النسبة المئوية لترتيب المصادر	الأول	الثاني	الثالث	الرابع	الخامس	السادس	السابع	الثامن	لم يتم اختياره
الزوج	٣٣%	١٠%	١٠%	٣%	٢%	٢%	٣%	٢%	٣٥%
الأهل	٣٥%	١٧%	١٨%	٢%	٢%	٣%	٢%	-	٢١%
الأبناء	٢٠%	٢٨%	١٣%	٥%	-	-	-	-	٣٤%
الأصدقاء	١٠%	١٢%	١٨%	١٣%	٢%	٣%	-	-	٤٢%
الجيران	-	٥%	٢%	٢%	٢%	٣%	٨%	-	٧٨%
زملائي في العمل	-	٢%	٣%	٥%	٢%	-	٣%	٢%	٨٣%
المريضات المتعافيات	-	٧%	٢%	١٥%	٨%	٢%	١%	-	٦٥%
المعالجين	٢%	٧%	١%	٢%	٨%	٨%	-	٢%	٧٠%

يمكن تجميع عدد من الملاحظات من الجدول السابق:

- إن أولويات اللجوء تمركزت داخل العائلة، فتم تحديد الأهل (٣٥%) فالزوج (٣٣%) فالأبناء (٢٠%) على أنهم المصدر الأول الذي يمكن للناجيات من سرطان الثدي اللجوء إليه.
 - كما استحوذ الأبناء على أعلى نسبة، باعتبارهم ثاني مصدر للمساعدة تلجأ إليه الناجيات من سرطان الثدي بنسبة (٢٨%)، وتراوح المدى العمري للأبناء بين سنة و ٣٤ سنة، وهو ما قد يُشير إلى أن الأبناء في حد ذاتهم يعتبرون مصدرًا مهمًا للدعم بصرف النظر عن عمرهم.
 - إن الأصدقاء تساوا مع الأهل في الحصول على الترتيب الثالث من حيث أولوية اللجوء بنسبة (١٨%)، وهنا نؤكد على أن ظهور الأهل ثانية في الترتيب الثالث مصدرًا مهمًا للدعم.
 - على الرغم من أن زملاء العمل هم الفئة الأكثر استبعادًا من الاختيار نسبة (٨٣%)، فإنه باسترجاع معلومة أن ٨٣% من العينة غير عاملات، وهي النسبة نفسها التي لم تختار زملاء العمل مصدرًا يمكن اللجوء إليه، يتضح لنا أن الناجيات العاملات اخترن زملاء العمل بنسبة ٥% بالحساب للمجموعة الكلية، وهي تعد ٣٠% من نسبة العاملات داخل المجموعة.
 - بعد زملاء العمل كان الجيران والمعالجون هم الفئة الأكثر استبعادًا من الاختيار، بوصفهم مصدرًا يمكن اللجوء إليه.
 - رغم أن الخبرة الطويلة قد تُتيح فرصًا للمقابلة مع المريضات المتعافيات، كانت فئة المتعافيات من سرطان الثدي هي الرابعة من حيث الاستبعاد من الاختيار بنسبة وصلت ٦٥%.
- مما سبق يمكننا استخلاص نتيجة مفادها تحقق الفرض الأول القائل بوجود فروق في اللجوء لمصادر الدعم الاجتماعي المختلفة.

ننتقل بعد عرض أولويات اللجوء إلى عرض بيانات حول النسب المئوية لعدد مصادر المساندة الاجتماعية التي تلجأ لها الناجيات من سرطان الثدي داخل هذه العينة، ويعرض الجدول التالي للنسب المئوية لعدد مصادر المساندة المرصودة.

جدول (١١) النسب المئوية لعدد مصادر المساندة المرصودة

عدد مصادر المساندة المرصودة	النسبة المئوية لعدد المصادر
شخص	١٣%
شخصان	١٨%
ثلاثة أشخاص	٢٤%
أربعة أشخاص	٢٠%
خمسة أشخاص	٥%
ستة أشخاص	٨%
سبعة أشخاص	٢%
ثمانية أشخاص	١٠%

يتضح من الجدول السابق أن ٤٤% من العينة يلجئون إلى ثلاثة لأربعة أشخاص في الأوقات الصعبة من أجل الحصول على الدعم أو الراحة خلال رحلة المرض، وبمعاودة التدقيق في الجدول بإضافة البيانات الخاصة باللجوء إلى شخص أو شخصين إلى النسبة السابقة، نجد أن ٧٥% من الناجيات يلجأن إلى مصدر لأربعة أشخاص خلال رحلة المرض، وهو ما يُعطينا مؤشراً على طبيعة لجوء هذه المجموعة من الناجيات من سرطان الثدي لمصادر المساندة المتاحة في بيئة حولهن.

ثانياً: إسهام المساندة الاجتماعية في التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة

وننتقل هنا لعرض نتائج الفرض الثاني القائل: تسهم درجة السعي لطلب المساندة الاجتماعي في التنبؤ بدرجة نمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من مريضات سرطان الثدي. وللتحقق من الفرض تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط، وسوف يعرض الجدول (١٢) التالي لنتائج تحليل الانحدار.

جدول (١٢): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لنمو ما بعد الصدمة على السعي لطلب المساعدة الاجتماعية لدى الناجيات من سرطان الثدي (ن=٦٠)

المتغير المفسر	المتغير التابع	الارتباط ر	مربع الارتباط ر ^٢	الإسهام في الارتباط	قيمة ف	دلالة ف	معامل الانحدار	قيمة ت	دلالة ت	القيمة الثابتة
طلب المساعدة الاجتماعية	نمو ما بعد الصدمة	٠,٢٢٩	٠,٠٥٢	٠,٠٣٦	٣,٢١	٠,٠٧٨	٠,٢٢٩	١,٧٩	٠,٠٧٨	٨٢,١٧

يتضح من الجدول السابق أن إسهام طلب المساعدة الاجتماعية في التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من سرطان الثدي، وإن كان لم يصل إلى حد الدلالة المقبول إحصائياً (٠.٠٥) إلا أنه اقترب منه (٠.٠٧)؛ وبلغت قيمة إسهامه "٥,٢" في التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة، وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

وعليه؛ وفي حدود هذه النتائج يمكن القول بأنه لم يتحقق الفرض الثاني القائل بإمكانية التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة بمعلومية طلب المساعدة الاجتماعية.

قد يُنظر إلى هذه النتائج على أنها لم تؤيد الفرض إحصائياً، لكن مع ذلك لا نستطيع أن نتجاهل القدر من الإسهام الذي يقدمه طلب المساعدة الاجتماعية في التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة، مهما بدا ضئيلاً في نتائجنا؛ ولعل ما يعزز هذه الرؤية هو نتائج الدراسات السابقة المتعددة التي أوضحت وجود علاقة إيجابية بين نمو ما بعد الصدمة وطلب المساعدة الاجتماعية (Parikh,Ieso,Garvey,Thachil,Ramamoorthi, Penniment,& et al., 2015) وهو ما أكدته إحدى دراسات التحليل البعدي (Casellas-Grau, Vives, Font,& Ochoa, 2016)، ودراسات أخرى كشفت عن ارتباط جوانب متعددة من المساعدة الاجتماعية بنمو ما بعد الصدمة (Kolokotroni, Anagnostopoulos&Tesikkinis, 2014; Danhauer,Case,Tedeschi, Russell,Vishnevsky, Triplett, et al., 2013).

كما أنه بالاستعانة بما ورد في الفقرة السابقة فإنه بالرغم من أنه ما يقرب من نصف العينة يلجأ إلى ثلاثة لأربعة أشخاص، لم يكن لطلب المساندة الاجتماعية قدرة على التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة، فقد يُشير ذلك إلى عدم اتساق بين اللجوء لهذه المصادر وقدرتها على تقديم دعم حقيقي يمكن الناجيات من إعادة حكي القصة الشخصية واستخلاص نمو ما بعد الصدمة. وهو ما افترضه "النموذج التفسيري لنمو ما بعد الصدمة لكالهنون وتيديسكي" الذي تتبناه الدراسة الحالية، والذي يبين أهمية المساندة الاجتماعية في ظهور النمو، وذلك من خلال إتاحة الفرصة للإفصاح عن الذات، والحصول على الدعم، ومن ثمّ المساهمة في تغيير المخططات؛ مما يسهم في ظهور نمو ما بعد الصدمة (Calhoun, Cann & Tedeschi, 2010, p. 6).

وفي سياق الإطار النظري لنمو ما بعد الصدمة نجد أن النتائج لدينا تبدو غير مؤيدة؛ فبتأمل ما قدمه النموذج لتفسير نمو ما بعد الصدمة كما تمثل في "الحصول على المساندة الاجتماعية" وهو ما نجد أنه يبدو مختلفاً عن "طلب المساندة الاجتماعية" الذي عنيت به دراستنا، الأمر الذي قد يقدم تفسيراً إضافياً لعدم تأييد نتائجنا للنموذج، وكذا اختلافها مع نتائج الدراسات الأخرى.

وبالإضافة إلى ما سبق، أوضحت ماتسوي Matsui وتاكو Taku في مراجعتهما للتراث حول نمو ما بعد الصدمة وسلوك طلب المساندة (*) لدى الناجين من السرطان، أن وجود نتائج غير متسقة في التراث بين نمو ما بعد الصدمة وسلوك طلب المساندة قد يرجع إلى أن النماذج الموجودة حول كلتا الظاهرتين تهدف إلى حصر الظاهرة الثابتة ثقافياً، وهي بذلك تفترض أن الناجين من السرطان بصرف النظر عن خلفياتهم الثقافية أو شخصيتهم سوف يجنون فوائد مدركة من التواصل الفعال مع الآخرين (Matsui & Taku, 2016).

(*) عرّف الباحثون سلوك طلب المساندة في البحث المذكور، بأنه سلوك مخطط متمركز حول المشكلة، يتضمن تفاعلات بين شخصية مع متخصصين بعينهم من بين أفراد الرعاية الصحية (Cornally & McCarthy, 2011: trough, Matsui & Taku, 2016).

بالعودة ثانية إلى النموذج النظري الذي تتبناه الدراسة الراهنة (النموذج التفسيري لكالمون وتيديسكي) للبحث عن متغيرات أخرى يمكن في ضوءها رؤية باقي الملامح المفسرة لصورة النتائج نجد أنه فيما أسماه النموذج بالعوامل الثقافية البعيدة والقريبة ما قد يساعد على التفسير. إذ يعرف النموذج التأثيرات القريبة^(١): بأنها هي تلك التأثيرات التي تأتي من الأشخاص الواقعيين الذين يتعامل معهم الشخص، أما التأثيرات البعيدة^(٢): فهي تلك التي تأتي عبر الجغرافيا المكانية أو التي تنتقل عبر الإعلام غير الشخصي (أفلام - كتب - برامج تلفزيونية- أو إعلانات) (Calhoun, Cann & Tedeschi, 2010, p.2, through; مروة، ٢٠١٥، ص ١٣٢)

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

كذلك تُحدد الثقافة ماهية المشكلة الصحية، وكيف يتم التعبير عن الأعراض ومناقشتها، وكيفية تلقي المعلومات من مُقدِّم الخدمة الصحية، وعلاقتهم به، وما هو نوع الخدمة التي يجب الحصول عليها، وكيف تتم ممارسة الحقوق وجوانب الحماية (Surbone, 2008; Colón, 2007). ويُعد الطب أحد أمثلة الثقافة التي تتضمن لغة

(1) Proximate Influences

(2) Distal Cultural Influences

محددة وترتبط بأوضاع محددة للقوى في معظم المجتمعات (Surbone,2008). وبالنسبة للسرطان فإن المعاني السابقة للثقافة هي ما تؤدي إلى اعتبار المعتقدات والقيم الثقافية ذات أهمية في تشكيل النتائج السلوكية والنفسية بعد التشخيص وعلاج السرطان، بالإضافة إلى أهميتها في الوقاية من السرطان (Daher, 2012).

وفي إطار الأبحاث المهنية يتناول الجوانب الثقافية في خبرة السرطان، عادةً ما يتم التركيز على فحص المحددات الثقافية المرتبطة بالمعتقدات حول أصل المرض، وحول المعتقدات الدينية المتعلقة بالتحكم الإلهي في الحياة والموت، وحول العلاقات الأسرية الداعمة نظراً لدورها في التفاوتات في الرعاية الطبية المقدمة لمرضى السرطان (Hamilton, 2017). وعلى الرغم من تطور أساليب اكتشاف وعلاج السرطان التي حولت السرطان من مرض قاتل إلى مرض مزمن، لا تزال خبرة علاجه شاقة، وتتسبب في استمرار التوتر لدى المرضى وأسرهم، كما أن السرطان مازال مرضاً يسبب رهبة في كل من المجتمعات الغربية وغير الغربية، كما أن الوصمة المرتبطة بالمرض لم تتناقص قط (Moore & Butow, 2004, p.23).

تجدر الإشارة إلى أن هناك تمييزاً بين مفهوم المرض^(١) والسقم أو الاعتلال^(٢) في التراث البحثي، حيث يشير المرض إلى العملية الفسيولوجية المرضية^(٣) في حين أن الاعتلال يعرف بواسطة الفرد، ويمثل الخبرة البيولوجية النفسية الاجتماعية^(٤) الخاصة بالفرد حول كونه سقيماً أو معتلاً (Moore&Butow,2004,p.17). وتختلف تفسيرات المريض للاعتلال والعلاج عن تفسيرات فريق الرعاية الصحية، حيث تعتقد بعض الثقافات أن الاعتلال هو شيء روحاني أكثر منه جسمي، أو أن السرطان يعد في حد ذاته عقاباً على خطايا سابقة (Hamilton, 2017; Colón, 2007).

(1) Disease

(2) Illness

(3) Pathophysiological

(4) Biopsychosocial

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

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

ومن الفقرات السابقة التي تناولنا فيها معنى الثقافة بصورة عامة ودورها في علم الأورام بصفة خاصة يمكننا مناقشة عدد من العناصر المهمة التي تشكل دور الثقافة في التعامل مع المشكلة الطبية، ومن ثم إمكانية تدخلها في تشكيل خبرة نمو ما بعد الصدمة، وهو ما سوف نقدمه بصورة مفصلة في الفقرات التالية:

• استقلالية المريض

من المقبول الآن تصور أن فكرة استقلالية المريض تمتد لما وراء حقوق الفرد في إدارة ذاته لتتضمن بُعداً آخر مرتبطاً بالعلاقات، فالمنظور الغربي يتبنى فكرة استقلالية الفرد على أنها تعبر عن فرضية منطقية مؤداها أن الأفراد لديهم القدرة على اتخاذ القرارات الأفضل لحياتهم وصحتهم وأنهم أحرار في ذلك، إلا أن المنظور الغربي هذا يبدو مختلفاً

مع التصور الحالي، إذ إنه يتجاهل فكرة أن الأفراد مغمورون في شبكة من العلاقات والروابط بأفراد آخرين، وأن هذه الروابط هي التي تحافظ على فردية الشخص، وتولد مسئوليات اتجاه الآخرين، الأمر الذي بدوره يفرض قيودًا بصورة مجردة على فكرة تقرير المصير (Surbone, 2008).

ويختلف التعامل مع المريض وفقًا للثقافة؛ ففي أمريكا الشمالية يتم التأكيد على استقلالية المريض، وفورية الفعل^(١)، ووجود نموذج صحة تشاركي لاتخاذ القرار، في حين أنه في فرنسا وفي العديد من المجتمعات الأوروبية الأخرى واليابان والشرق الأوسط وإفريقيا تكون العلاقة بالمريض أكثر رتيبة^(٢)، وتتسم بطابع الحماية، والأبوية (Moore & Butow, 2004, p.23).

ينشابه الوضع في المجتمع المصري مع ما توصلت إليه النتائج في المجتمعات الأوروبية واليابان والشرق الأوسط وإفريقيا؛ إذ العلاقة بين الطبيب والمريض هي علاقة رتيبة وأبوية؛ فمن خلال المقابلة الإكلينيكية -التي أجرتها الباحثة- مع أعضاء العينة، أمكن استخلاص بعض الملاحظات حول الممارسات الطبية التي تلقتها المريضات، التي تحكم طريقة التعامل مع المرض وإدارة رحلة العلاج والتعافي، وهي طريقة يتم فيها تحديد خطة العلاج وترتيب التدخلات العلاجية من العلاج الجراحي أو الكيماوي أو الإشعاعي عن طريق الطبيب المسئول عن الحالة، وما على المريضات إلا السير وفق خطة علاج محددة سلفًا لا يكون لهن فيها يد في الاختيار أو التحديد.

• وفي ظل تلك الحالة من تنحي الإرادة الشخصية عن الإرادة العلاجية في مجتمعاتنا تتشكل الضغوط التي يعانيها الأفراد بصورة مختلفة عن تلك التي يعانيها أفراد المجتمعات الغربية، التي يتم فيها وضع الخطة العلاجية في ضوء الاختيارات الطبية والاختيارات الشخصية للمريض وأولوياته، كما يتم إشراك المريض في كل جوانب الخطة

(1) Immediacy of Action

(2) Hierarchy

العلاجية، وبالإضافة إلى ذلك يتم إعطاء المريض معلومات دقيقة حول طبيعة حالته الصحية (Daher, 2012; Surbone, 2008; Moore & Butow, 2004, p.23). وكان المريض في هذه الحالة ورغم مواجهته موقفًا مهددًا للحياة ومربكًا، يتم منحه بعض الشعور بالسيطرة والتحكم في الموقف، وهي حالة تسهم في تشكيل خبرة المرض بصورة مختلفة عما يتم داخل مجتمعنا، إذ إن اكتشاف المرض يصاحبه فقدان السيطرة على مجريات الأمور الشخصية في مواجهة المرض، وإخضاع الإرادة الذاتية للإرادة العلاجية والتسليم لكل جوانبها، وهو أيضًا ما يشكل خبرة المرض بصورة مغايرة. وترتبط هذه النقطة بالنقطة التالية من عناصر الثقافة؛ هي: التواصل بين الطبيب والمريض.

• التواصل بين الطبيب والمريض

تؤدي القيم والأطر الثقافية دورًا رئيسًا في تحديد الأدوار التي يؤديها المرضى والأطباء، فوفقًا لنموذج بارسونز Parsons الذي يفترض أن المرضى والأطباء يتلاقون معًا من خلال القيم المشتركة والوجدان ومحددات الدور، نجده يراهم مختلفين من ناحية أخرى من منظور الإطار الثقافي الاجتماعي. ويُعد التواصل بين المريض ومقدم الرعاية الصحية، عنصرًا مهمًا في تأثيره على جودة رعاية مرضى السرطان، حيث يؤثر فهم المريض لتشخيصه بالسرطان، ولخطة العلاج على فعالية البرنامج العلاجي، من ثمَّ يلزم أن يكون مقدم الرعاية الصحية على دراية باختلاف الثقافات النوعية في اللغة والتواصل اللفظي وغير اللفظي وفي التعبيرات عن الكرب (Colón, 2007).

كذلك تختلف التوقعات عن أدوار المرضى والأطباء من ثقافة لأخرى؛ فالمرضى الصينيون غالبًا ما يكون لديهم احترام كبير لخبرة الأطباء؛ ولذلك فإن أي غموض أو عدم تأكد يلحق بالتشخيص أو بترشحات العلاج، يُنظر إليه على أنه نقص في الخبرة الطبية (Moore & Butow, 2004, p.21). وتُظهر الدراسات الإمبريقية والتقارير السردية فروقًا ثقافية جوهرية في الطرق والممارسات المتبعة حول استراتيجية الإخبار

بالحقيقة لمرضى السرطان عبر دول العالم المختلفة، ولقد بدأ النشر في هذا الموضوع منذ أوائل الثمانينيات، ومع بداية التسعينيات حدث تحول في كل أنحاء العالم في طرق وممارسات الإدلاء بالحقيقة في اتجاه المزيد من الإفصاح عن حقيقة التشخيص بالسرطان، وعلى الرغم من ذلك ما زال الإفصاح الجزئي أو عدم الإفصاح من الممارسات الشائعة في الثقافات المتمركزة على قيم الأسرة والمجتمع (Surbone, 2008).

في هذا السياق أمكن للبحث الراهن أن يجمع عددًا من الملاحظات عن واقع التواصل بين الأطباء والمريضات في المجتمع المصري، وذلك من خلال المقابلة الإكلينيكية التي أجريت للمشاركات في عينة الدراسة الراهنة، ومن أبرز هذه الملاحظات: أفصحت الناجيات -في إطار حديثهن عن تجربة المرض خلال مرحلة جمع البيانات الأساسية- عن خبرات متفاوتة في التواصل مع الأطباء، وكأنه لم تكن هناك طريقة واضحة محددة يمكن استخلاصها من تلك التعليقات.

- نسبة الناجيات اللاتي لديهن بيانات كاملة عن حالتهم الصحية وطبيعة مرحلة الورم الذي تم تشخيص السرطان بها أقل، ممن يفتقدن لتلك البيانات، وإن كنَّ جميعًا على علم بطبيعة المشكلة الصحية التي يعانين منها بشكل عام.

- بحساب إحصاءات اللجوء للمعالجين بوصفها مصدرًا اتضح أن ٧٠% من العينة لم تذكر المعالج كمصدر يمكن اللجوء له، و ٧% وضعن المعالج في الترتيب الثاني من حيث اللجوء، ٨% اخترنه في الترتيب الرابع، ٨% في الترتيب الخامس.

مما سبق يمكن استخلاص أبرز ما يميز ملامح التواصل بين الطبيب والمريض في نطاق عينة دراستنا، أنه على الرغم من أن التواصل كان يتم فيه مراعاة إخبار المريضة بطبيعة المشكلة، لكنه لم يتم فيه التعامل مع المريض بصفته فردًا مكافئًا مستقل له دور في العملية العلاجية، بل على أنه مريض مطيع، كل ما عليه أن يلتزم بالخطة التي

يضعها له معالج خبير، وهو تواصل محدد سلفاً بأولويات طبية تحكم جميع الأطراف وتلزمهم باتباعها.

بالإضافة إلى العوامل الثقافية السابقة التي تضي على موقف الإصابة بسرطان الثدي خصائص ثقافية خاصة، وهو ما يترتب عليه تشكيل ظاهرة النمو لدى هذا الجمهور بصفات محددة، فإن ظاهرة النمو عند النظر إليها من منظور عبر ثقافي نجد أن لها بعدين، أحدهما حضاري عام^(١)، والآخر ثقافي خاص^(٢)، والبعد الحضاري يتمثل في المعالم التي تصف الظاهرة عبر المجتمعات المختلفة، في حين أن البعد الثقافي الخاص هو تلك الصفات الإضافية المميزة للظاهرة داخل مجتمع محدد، مثال؛ ما الأبعاد العاملة للظاهرة؟ أو ما هو مدى تمثيل كل بُعد؟ (Wong, Wong & Scott, 2006, p.4). فإن عدم وجود بيانات عن طبيعة ظاهرة نمو ما بعد الصدمة في المجتمع المصري، نظراً لحدائثة البحث في الموضوع داخل المجتمع، ولعدم وجود بحوث علمية عامة تستخلص أبعاد الظاهرة داخل المجتمع، فقد استُشيدَ بالتراث البحثي السابق، وبالنموذج النظري خلال بناء الدراسة ووضع الفروض.

حدود تعميم نتائج الدراسة

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

إن عينة الدراسة هي عينة قصدية غير احتمالية، وتكونت العينة من ٦٠ ناجيةً من الناجيات من سرطان الثدي في فترة المتابعة، إذ تراوحت المدة منذ التشخيص بين سنة وخمس سنوات، وتراوح المدى العمري للعينة بين ٣٢ و ٥٩ عامًا، كما تراوح مستوى تعليمهن بين الإعدادي والجامعي، ٦٩% منهن يقعن في فئة المتوسط للمستوى الاقتصادي الاجتماعي (وفقاً للمعادلة المستخدمة في الدراسة)، وبالنسبة لمرحلة الورم

(1) Etic (universalist)

(2) Emic (culture-specific)

عند التشخيص؛ توزعت العينة كالتالي: ٣٨% شُخِّنَ بسرطان الثدي في المرحلة الأولى، ٤٣% منهن في المرحلة الثانية، ١٩% في المرحلة الثالثة، كما أن ٥٣% منهن تعرضن لاستئصال جزئي للثدي، في حين ٤٧% منهن أُجْرِنَ جراحة استئصال كلي للثدي، ولذلك يلزم اعتبار هذه المواصفات عند استخدام نتائج الدراسة.

دلالات النتائج وإمكانات الإفادة التطبيقية منها

- إمكانية تطوير الخدمة الطبية المُقدمة للناجيات بإقرانها بالخدمة النفسية المرتكزة على ظروف الحالة الفردية.
- توجيه الناجيات إلي طلب المساندة من الأهل والعائلة، ودمج الأهل في بعض البرامج العلاجية.
- تنفيذ خطط عامة لمساعدة الناجيات على الاستفادة من مصادر الدعم المتاحة لديهن.
- تطوير العلاقة بين الطبيب والمريض لدعم تلك العلاقة وجعلها أكثر فائدة وثناءً، وداعمة للمريضات خلال مشوار التعافي والنجاة الذي يمتد إلي حوالي ٥ سنوات.
- إعادة هيكلة طبيعة العلاقة بين الطبيب والمريضات خلال رحلة المرض والتعافي من أجل دعم مزيد من استقلالية المريضات، وإعطائهم فرصة للمشاركة في الخيارات العلاجية.

مقترحات الدراسة:

١- من منطلق أن ظاهرة النمو مثل أي ظاهرة نفسية لها جانبين جانب ثقافي وجانب عام، ووفقاً لنموذج كالهون وتيديسكي التفسيري لنمو ما بعد الصدمة والذي يوضح أن نمو ما بعد الصدمة يتضمن الأبعاد الثقافية البعيدة والقريبة كأجزاء هامة في عملية صنع المعنى واستخلاص النمو، ووفقاً لخروج نتائج البحث الحالي على هذا النحو، تقترح الدراسة القيام ببحث عملي لاستخلاص العوامل الثقافية في ظاهرة النمو داخل المجتمع

المصري، وهو الأجراء الذي تم في العديد من المجتمعات للتحقق من الأبعاد العاملة للمقياس (Taku, Calhoun, Tedeschi, Gil-Rivas, Kilmer & Cann, 2007; Shakespear- Finch & Copping, 2006; Jaarsma, pool, Sanderman & Ranchor, 2006; Morris, Shakespear-Finch, Rieck & Newbery, 2005).

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

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

ما تُثيره الدراسة من تساؤلات:

- ما هي الأبعاد العاملة التي تشكل ظاهرة نمو ما بعد الصدمة داخل المجتمع المصري؟
- ما هي مصفوفة العوامل النفسية الاجتماعية والشخصية التي ترتبط بظاهرة نمو ما بعد الصدمة داخل المجتمع المصري؟
- ما هي العوامل التي تنتبأ بنمو ما بعد الصدمة لدى الناجيات من سرطان الثدي؟

المراجع

أحمد (محمد شلبي). (٢٠١١). المساندة الاجتماعية وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية لدى مريضات سرطان الثدي ومريضات الفشل الكلوي المزمن. *حواليات مركز البحوث والدراسات النفسية*، أكتوبر، ٧ (١٠)، .

سهير (فهيم الغباشي)، هناء (أحمد شويخ). (٢٠١١). الرضا عن صورة الجسم، ومقدار المعرفة، ومعامل كتلة الجسم، والنوع، وموطن الإقامة كمنبئات بسلوك الأكل المرتبط بالصحة لدي طلاب الجامعة. *دراسات نفسية*، ٢١ (٢)، ١٦١-٢٠٥.

شعبان (جاء الله رضوان)، عادل (محمد هريدي). (٢٠٠١). العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة. *مجلة علم النفس*، (٥٨)، ٧٢-١٠٩.

شيرين (فاروق)، فؤاد (محمد أبوالمكارم)، إيمان (صبري). (٢٠١٧). مهارات تركيز الانتباه في ممارسة بعض الرياضات الجماعية. *دراسات نفسية*، ٢٧ (٤)، ٦٧٥-٧١١.

عائشة (طارق عبد الحميد). (٢٠١٦). تقدير الذات وصورة الجسم والإفصاح عن الذات كمنبئات باضطراب نقص الرغبة الجنسية لدى عينة من الناجيات من مريضات سرطان الثدي، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

عبد اللطيف (محمد خليفة). (٢٠٠٦). دليل تقدير المستوى الاجتماعي والاقتصادي للمهن في المجتمع المصري. دار غريب للنشر، القاهرة.

علي (عبد السلام علي). (١٩٩٧). المساندة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العائلات المتزوجات. دراسات نفسية، ٧(٢)، ٢٠٣-٢٣٢.

فاتن (سيد بيومي). (٢٠٠٩). السرطان بين الصفات الوراثية والمخاطر البيئية. ط ١. نهضة مصر، القاهرة.

فؤاد (محمد أبو المكارم). (٢٠٠٧). بعض المحددات النفسية الاجتماعية لأساليب الانتباه لدى طلاب الجامعة. مجلة دراسات عربية، ٦، (٣)، ١-٥٠.

ماجدة (حسين محمود). (٢٠٠٩). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي. دراسات نفسية، ١٩(٢)، ٢٦١-٣١١.

محمد (حسن غانم). (٢٠٠٢). المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء وأسر طبيعية. دراسات نفسية، ١(٣)، ٣٥-٤١.

محمد (مصطفى)، عبد الرحمن (النجار)، عبد الناصر (النجار). (٢٠٠٦). الوقاية والعلاج من أمراض السرطان. دار الأمل للنشر، القاهرة.

مروة (محمد احمد). (٢٠١٥). نمو ما بعد الصدمة لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي وعلاقته بكل من المواجهة التهيؤية وعدد من المتغيرات النفسية الاجتماعية والإكلينيكية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

Amirkhan, J.H. (1990). A Factor Analytically Derived Measure of Coping: The Coping Strategy Indicator. **Journal of Personality and Social Psychology**, 59(5):1066-1074.

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

Anastasi, A. (1985). **Psychological testing: Basic concepts and common misconceptions**. In: A. M. Rogers & C. J. Scheirer

- (Eds.), **The G. Stanley Hall Lecture Series. The G. Stanley Hall lecture series**, 5 (p. 87–120). American Psychological Association.
- Anastasi, A. (1986). Evolving concepts of test validation. **Annual Review of Psychology**, 37, 1–15.
- Andersen, B., & Simonelli, L. (2007). Cancer: general. In: S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman & R. West (Eds.). **Cambridge Handbook of Psychology, Health & Medicine**, 2nd (pp. 584-591), Cambridge University Press.
- Baglama, B., & Atak, I. E. (2015). Posttraumatic Growth and Related Factors among Postoperative Breast Cancer Patients. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, 190, 448–454.
- Bartholomew, K., Cobb, R., & Poole, J. (1997). Adult attachment patterns and social support processes. In: G. Pierce, B. Lakey, I. Sarason, & B. Sarason (Eds.). **Sourcebook of Social Support and Personality** (359-378), Springer Science +Business Media, New York.
- Boehmer, S., Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2007). Coping and quality of life after tumor surgery: personal and social resources promote different domains of quality of life. **Anxiety, stress, and coping**, 20(1), 61–75.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006) The Foundation of posttraumatic growth: an expanded framework. In: Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Eds.) **Handbook of posttraumatic growth: Research & practice**. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Calhoun, L., Cann, A., & Tedeschi, R. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural consideration. In: T. Weiss & R. Berber (Eds.), **Posttraumatic growth and culturally**

competent practice: Lessons learned from around the globe (pp.1-14).New Jersey: John Wiley & Sons.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, 56, 267-283

Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., & Ochoa, C. (2016). Positive psychological functioning in breast cancer: An integrative review. **The Breast**, 27, 136–168.

Ciali, P. C. (2006). **A two-part investigation: Examining the relationship between spirituality and posttraumatic growth, and the multidimensionality of posttraumatic growth** (Doctoral dissertation, Oklahoma State University, 2006) (pp. 11-43). Stillwater, Oklahoma: Oklahoma State University.

Colón, Y. (2007). Ethnic diversity and Cultural competency in cancer care. **Oncology Issues**, 22(5), 28–31.

Compton, C. C., Byrd, D. R., Garcia-Aguilar, J., Kurtzman, S. H., Olawaiye, A., & Washington, M. K. (2012). **AJCC cancer staging atlas: A companion to the seventh editions of the AJCC cancer staging manual and handbook**. (2nd Ed.). New York: Springer.

Cordova, M. J. (2008). Facilitating posttraumatic growth following cancer. In S. Joseph, & A. Linley (Eds). **Trauma, Recovery, and Growth: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress**. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, NJ, USA.

Daher, M. (2012). Cultural beliefs and values in cancer patients. **Annals of Oncology**, 23 (3), iii66-ii69.

Danhauer, S. C., Case, L. D., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., Ip, E. H., & Avis, N. E. (2013). Predictors of

- posttraumatic growth in women with breast cancer. **Psycho-Oncology**, 22(12), 2676-2683.
- Danhauer, S. C., Russell, G., Case, L. D., Sohl, S. J., Tedeschi, R. G., Addington, E. L., Triplett, K., Van Zee, K. J., Naftalis, E. Z., Levine, B., & Avis, N. E. (2015). Trajectories of Posttraumatic Growth and Associated Characteristics in Women with Breast Cancer. **Annals of Behavioral Medicine**, 49(5), 650-659.
- El-Gilany, A., El-Wehady, A., & El-Wasify, M. (2012). Updating and validation of the socioeconomic status scale for health research in Egypt. **Eastern Mediterranean health journal**, 18(9), 962–968.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International journal of cancer**, 136(5).
- Fioretti, C., Faggi, D., & Caligiani, I. (2021). Exploring narratives on PTG in cancer patients in active vs remission phases of disease: what about a peritraumatic growth?. **European Journal of cancer care**. 30 (1), e13338.
- Ganz, P. A., & Goodwin, P. J. (2015). Breast Cancer Survivorship: Where Are We Today? In Ganz, P. A (Eds). **Improving Outcomes for Breast Cancer Survivors, Perspectives on Research Challenges and Opportunities**. (862). Springer.
- Hamilton, J. B. (2017). Cultural beliefs and cancer care: Are we doing everything we can?. **Cancer Nursing**, 40(1), 84–85.
- Hammer, C., Fanning, A., & Crowe, J. (2008). Overview of breast cancer staging and surgical treatment options. **Cleveland Clinic journal of medicine**, 75 Suppl 1, S10-6.
- İnan, F. Ş., & Üstün, B. (2014). Breast Cancer and Posttraumatic Growth. **The Journal of Breast Health**, 10(2), 75-78.

- Jaarsma, T. A., Pool, G., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2006). Psychometric properties of the Dutch version of the posttraumatic growth inventory among cancer patients. **Psycho-oncology**, 15(10), 911–920.
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspective on posttraumatic growth .In L. Calhoun & R. Tedeschi (Eds.). **Handbook of Posttraumatic Growth Research & practice** (pp.81-99). U.S: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Jiang, L., Drolet, A., & Kim, H. S. (2018). Age and Social Support Seeking: Understanding the Role of Perceived Social Costs to Others. **Personality & social psychology bulletin**, 44(7), 1104–1116.
- Joseph, S., & Linley, P. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspective and implication for clinical practice. **Clinical Psychological Review**, 26(8), 1041-1053.
- Joseph, S., Linley, P., & Harris, G. (2005). Understanding positive change following trauma and adversity: structural clarification. **Journal of loss and Trauma**, 10, 83-96.
- Kolokoroni, P., Anagnostopoulos, F.,& Tsikkinis, A. (2014). Psychosocial factors related to posttraumatic growth in breast cancer survivors: a review. **Women& Health**, (54), 569-592.
- Kou, W., Wang, X., Li, Y., Ren, X., Sun, J., Lei, S., Liao, C., & Wang, M. (2021). Research trends of posttraumatic growth from 1996 to 2020: A bibliometric analysis based on Web of Science and CiteSpace. **Journal of Affective Disorder Reports**, 3, (2021), 100052.
- Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F., & Potamianos, G. (2012). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in breast cancer patients: A Systemic Review. **Women & Health**, (52), 503-516.

- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, Partner, and Couple Perspectives. **Psychosomatic Medicine**, (66), 442- 454.
- Matsui, T., & Taku, K. (2016). A review of posttraumatic growth and help- seeking behavior in cancer survivors: Effects of distal and proximate culture. **Japanese Psychological Research**, 58(1), 142–162.
- Moore, H. C (2020). **Breast cancer survivorship**. *Seminars in Oncology*, 47(4), 222-228.
- Moore, R. J., & Butow, P. (2004). Culture and Oncology Impact of Context Effects. In R. J. Moore & D. Spiegel (Eds.), **Cancer, culture, and communication** (pp. 15–25), Springer Science +Business Media, New York.
- Moriizumi, S. (2012). **Social Support Seeking Processes in Japan and the United States: A Multi-layered Approach** (Unpublished doctoral dissertation). The University of New Mexico Albuquerque, New Mexico.
- Morris, B., Finch, J., Rieck, M. & Newbery, J. (2005). Multidimensional Nature of Posttraumatic Growth in an Australian Population. **Journal of Traumatic Stress**, 18(5), 575-585.
- Mortenson, S. (2009). Interpersonal trust and social skill in seeking social support among Chinese and Americans. **Communication Research**, 36 (1), 32-53.
- Nadler, A. (1997). Personality and help seeking autonomous dependent seeking of help. In G. Pierce, B. Lakey, I. Sarason, & B. Sarason (Eds.). **Sourcebook of Social Support and Personality**, (379-408), Springer Science +Business Media, New York.

- National Institutes of Health (NIH) (2012). **What you need to Know About Breast Cancer**: U.S Department of Health and Human Services.
- NCCN Guidelines for Patients breast cancer locally advanced stage III.** (2017). National Comprehensive Cancer Network, Inc.
- Ochoa, C., Sánchez, N., Sumalla, E. C., & Casellas-Grau, A. (2019). Stress and Growth in Cancer: Mechanisms and Psychotherapeutic Interventions to Facilitate a Constructive Balance. **Frontiers in Psychology**, 10.
- Omar, W., & Al-Hadithi, T. (2017). Developing a socioeconomic index for health research in Iraq. **Eastern Mediterranean Health Journal**.23 (10), 670-677.
- Ozsaran Z., Alanyalı S.D. (2013) Metastatic Breast Cancer. In: Haydaroglu A., Ozyigit G. (Eds.) **Principles and Practice of Modern Radiotherapy Techniques** in Breast Cancer. (pp.13-19), Springer, New York, NY
- Parikh, D., Ieso, P. D., Garvey, G., Thachil, T., Ramamoorthi, R., Penniment, M., & Jayaraj, R. (2015). Post-traumatic Stress Disorder and Post-traumatic Growth in Breast Cancer Patients - a Systematic Review. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, 16(2), 641–646.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. **Journal of Personality**, 64, 71–105.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, Social support, and Coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A Meta-Analysis. **Journal of Loss and Trauma**, (14), 364-388.
- Rife, S. (2014). **Social support seeking in persons to stress: Person-level moderators, contextual factors, and the role of**

- online venues, Doctoral Dissertation, Kent State University, USA.
- Shaefer, J., & Moos, R. (1998). The context for posttraumatic growth: life Crises, individual and social resource, and coping. In R. Tedeschi, C. Park & L. Calhoun (Eds). **Posttraumatic growth: positive change in the aftermath of crisis** (pp. 99-126). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Shakespeare-Finch, J., & Copping, A. (2006). A grounded theory approach to understanding cultural differences in posttraumatic growth. **Journal of Loss and Trauma**, 11(5), 353-371.
- Shaw, S.J, Huebner, C., Armin, J., Orzech, K., & Vivian, J. (2009). The Role of Culture in Health Literacy and Chronic Disease Screening and Management. **Journal of Immigrant Minority Health**, 11(6):460-467.
- Simon, A., & Robb, K. (2007). Cancer: Breast. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. wallston, J. Weinman & R. West (Eds). **Cambridge Handbook of Psychology, Health & Medicine**, 1st (pp. 577-580), Cambridge University Press.
- Sumalla, E., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion? **Clinical psychology Review**, (29), 24-33.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, 71(3), 209-249.
- Surbone, A. (2008). Cultural aspects of communication in cancer care. **Supportive Care in Cancer**, 16(3), 235–240.

- Swickert, R., & Hittner, J. (2009). Social support coping meditates the relationship between gender and posttraumatic growth. **Journal of Health Psychology**, 14 (3), 387-393.
- Taku, K., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. P., & Cann, A. (2007). Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety, stress, and coping*, 20(4), 353–367.
- Taylor, S., Sherman, D., Kim, H., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M. (2004). Culture and social support: Who seeks it and why?. **Journal of Personality and Social Psychology**, 87(3), 354-362.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. **Journal of Traumatic Stress**, 9(3), 455–472.
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). **Posttraumatic growth: Theory, research and applications**. New York, NY: Routledge.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. **Psychological Inquiry**, 15(1), 1-18.
- Thornton, A. (2002). Perceiving benefits in the cancer Experience. **Journal of Clinical Psychology in Medical setting**, 9 (2), 153-165.
- Wild, N., & Paivio, S. (2003). Psychological adjustment, coping, and emotional regulation as predictors of posttraumatic growth. **Journal of Aggression Maltreatment and Trauma**, 8(4), 97-122.
- Wills, T., & Ainette, M. (2007). Social support and health. In: S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K., Wallston, J. Weinman & R. West (Eds.). **Cambridge Handbook of**

Psychology, Health & Medicine, 2nd (pp. 202-207), Cambridge University Press.

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

Web References

- Schwarzer & Schulz. (2000). Berlin Social Support scales. Retrieved 2-2-2021 <https://www.midss.org/content/berlin-social-support-scales-bsss>
- World Health Organization. (May 2019). The Global Cancer Observatory. Retrieved April 30, 2020, from <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf>
- World Health Organization. (May 2019). The Global Cancer Observatory. Retrieved April 30, 2020, <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/818-egypt-fact-sheets.pdf>

- World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2006). Guidelines for management of breast cancer. EMRO Technical Publications Series (31). Retrieved Jun 12, 2021, [https:// apps. Who . int / iris/ handle/ 10665/ 119806](https://apps.who.int/iris/handle/10665/119806)
- Zsigmond, O., Vargay, A., Józsa, E., & Bányai, É. (2019). Factors contributing to post-traumatic growth following breast cancer: Results from a randomized longitudinal clinical trial containing psychological interventions. *Developments in Health Sciences DHS*, 2(2), 29-35. Retrieved Jun 12, 2021, from <https://akjournals.com/view/journals/2066/2/2/article-p29.xml>.