



جامعة البليدة 2 - لونيسي علي
UNIVERSITE BLIDA 2 - LOUNICI ALI

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 2 لونيسي علي

كلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: العلوم الاجتماعية



جامعة البليدة 2 - لونيسي علي
UNIVERSITE BLIDA 2 - LOUNICI ALI

الشعور بالأمل وإدراك الضغط النفسي والمؤشر الورمي لدى المصابات
بسرطان الثدي

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في: ل م د

تخصص: علم النفس الصحي

إشراف:

أ. د فاضلي أحمد

إعداد الطالبة:

نقزال إيمان

السنة الجامعية: 2024/2023



جامعة البليدة 2 - لونيسي علي
UNIVERSITE BLIDA 2 - LOUNICI ALI

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة البليدة 2 لونيسي علي
كلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم: العلوم الاجتماعية



جامعة البليدة 2 - لونيسي علي
UNIVERSITE BLIDA 2 - LOUNICI ALI

الشعور بالأمل وإدراك الضغط النفسي والمؤثر الورمي لدى المصابات بسرطان الثدي

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في: ل م د
تخصص: علم النفس الصحي

إعداد الطالبة:

تقزال إيمان

أمام اللجنة المشكلة من:

رئيسا	جامعة البليدة 2	أستاذة التعليم العالي	حفظ الله رفيقة
مشرفا ومقررا	جامعة البليدة 2	أستاذ التعليم العالي	فاضلي أحمد
عضوا ومناقشا	جامعة البليدة 2	أستاذة التعليم العالي	عزاق رقية
عضوا ومناقشا	جامعة البليدة 2	أستاذة التعليم العالي	هدبيل يمينه
عضوا مناقشا	جامعة المدية	أستاذة محاضرة أ	دهية موفق
عضوا مناقشا	جامعة الأغواط	أستاذ التعليم العالي	داودي محمد

السنة الجامعية: 2024/2023

شكر وتقدير

نشكر الله تعالى على توفيقه أولاً

وكل الشكر والتقدير والاحترام إلى مشرفي الفاضل الأستاذ الدكتور أحمد فاضلي على كل ما

قدمه لي طيلة فترة إشرافه على هذا العمل المتواضع والذي ما كان ليكتمل دون توجيهاته

وتصويباته وتحفيزه ودعمه الدائم فزاده الله علماً وحفظه ورعاه

وأتقدم بالشكر أيضاً إلى جميع أساتذتي الأفاضل الذين درست وتكونت وتلقيت من عندهم أصول

وأخلاقيات البحث العلمي جزاهم الله كل خير

كما أشكر كل الذين ساهموا في إنجاز هذا العمل وأخص بالذكر الأستاذ بشير معمريّة، الأستاذ

نعموني مراد، الأستاذ مصطفى عشوي، الأستاذة عيشة علّة، والمؤلفة والطبيبة Susan

Levenstein والأطباء العامين والأخصائيين، والنفسانيين العياديين، كما أقدم خالص امتناني

للمريضات المشاركات في الدراسة مع تمنياتي لهن بالشفاء إن شاء الله

وأشكر أمي وأبي على دعمهم الدائم ومساندتهم لي حفظهما الله ورعاهما.

إيمان تقزال

ملخص الدراسة باللغة العربية

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى الفروق بين مرتفعات ومنخفضات الشعور بالأمل من المصابات بسرطان الثدي في كل من إدراك الضغط النفسي والمؤشر الورمي CA15-3، والفروق بين مرتفعات ومنخفضات إدراك الضغط النفسي من المصابات بسرطان الثدي في المؤشر الورمي CA15-3، والفروق بين الفئات العمرية من المصابات بسرطان الثدي في كل من الشعور بالأمل وأبعاده (السبل-الإرادة) وإدراك الضغط النفسي والمؤشر الورمي CA15-3، والفروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي وغير الخاضعات لأي علاج في كل من الشعور بالأمل وأبعاده (السبل-الإرادة) وإدراك الضغط النفسي والمؤشر الورمي CA15-3، وتم إجراء الدراسة على عينة قوامها (61) مصابة بسرطان الثدي، وقد تم اختيارهن بطريقة قصدية، وطبق عليهن مقياس الأمل لـ سنايدر وآخرون 1991 واستبيان إدراك الضغط النفسي لـ لوفينستون وآخرون 1993 واستخدمت الدراسة المنهج العليّ/المقارن وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. المصابات بسرطان الثدي ذوات الأمل المرتفع أقل إدراكا للضغط النفسي من المصابات ذوات الأمل المنخفض.
2. عدم وجود فروق بين مرتفعات ومنخفضات الشعور بالأمل من المصابات بسرطان الثدي في مستوى المؤشر الورمي CA15-3.
3. عدم وجود فروق بين مرتفعات ومنخفضات إدراك الضغط النفسي من المصابات بسرطان الثدي في مستوى المؤشر الورمي CA15-3.

4. عدم وجود فروق بين الفئات العمرية من المصابات بسرطان الثدي في كل من الشعور

بالأمل وأبعاده (السبل-الإرادة) وإدراك الضغط النفسي والمؤشر الورمي CA15-3.

5. عدم وجود فروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي وغير

الخاضعات لأي علاج في كل من الشعور بالأمل وأبعاده (السبل-الإرادة) وإدراك الضغط النفسي،

ووجود فروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي وغير الخاضعات لأي

علاج في المؤشر الورمي CA15-3 لصالح الخاضعات للعلاج الكيميائي.

الكلمات المفتاحية: الشعور بالأمل، إدراك الضغط النفسي، المؤشر الورمي CA15-3، سرطان

الثدي.

Abstract

The study aimed to identify the differences between high and low levels of hope among women with breast cancer both stress perceived and CA15-3 tumor marker, The differences between high and low levels of stress perceived among women with breast cancer in the tumor marker CA15-3, and the differences between the age groups of women with breast cancer in the feeling of hope and its dimensions (ways - will) and stress perceived and the tumor marker CA15-3, the differences between women with breast cancer who were undergo to chemotherapy and those who were not undergo to any treatment in each of the feelings of hope and its dimensions (ways - will), stress perceived, and the tumor marker CA15-3.

The study was conducted on a sample of (61) women with breast cancer, who were selected intentionally, They applied the Hope Scale by Snyder et al., 1991, and Stress perceived Questionnaire, by Levenstein et al., 1993. The study used the comparative method, and after statistical processing of the data, the study reached the following results :

- 1.** Breast cancer patients with high hope are less aware of stress perceived than those with low hope.
- 2.** There are no differences between high and low hope patients with breast cancer in the level of the tumor marker CA15-3.
- 3.** There are no differences between high and low levels of stress perceived among women with breast cancer in the level of the tumor marker CA15-3.
- 4.** There are no differences between the age groups of women with breast cancer in the feeling of hope and its dimensions (ways - will), stress perceived, and the tumor marker CA15-3.
- 5.** There are no differences between women with breast cancer who are andergo to chemotherapy and those who are not and to any treatment in

both the feeling of hope and its dimensions (ways - will) and stress perceived, and there are differences between women with breast cancer who are andergo to chemotherapy and those who are not andergo to any treatment in the tumor marker CA15-3. For the benefit of those undergoing chemotherapy.

Keywords: feeling of hope, stress perceived, tumor marker CA15-3, breast cancer.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
أ	شكر وتقدير
ب	ملخص الدراسة باللغة العربية
د	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
و	فهرس المحتويات
ي	فهرس الجداول
ك	فهرس الأشكال
ك	فهرس الملاحق
01	مقدمة
الإطار العام للدراسة	
05	1- إشكالية الدراسة
15	2- فرضيات الدراسة
16	3- أهداف الدراسة
17	4- أهمية الدراسة
18	5- مفاهيم الدراسة
20	6- الدراسات السابقة
37	7- التعليق على الدراسات السابقة
الجانب النظري للدراسة	
الفصل الأول: الشعور بالأمل	
42	- تمهيد
43	1- مفهوم الأمل
46	2- الأساس البيولوجي العصبي للأمل
48	3- الأمل كسمة
49	4- الأمل كحالة
50	5- مكونات الأمل
57	6- الأمل وبعض المتغيرات الإيجابية
57	6-1 التفاؤل

58	2-6 فعالية الذات
59	3-6 السعادة
60	4-6 الرضا عن الحياة
61	7-أهمية الأمل
63	8-النظريات والنماذج المفسرة للأمل
63	1-8 نظرية ستوتلاند
64	2-8 نظرية سنايدر
66	3-8 نظرية لازاروس
67	4-8 نموذج هيرث (الأمل الصحي)
68	5-8 نظرية تحديد النظم الاجتماعية والسلوكيات الفردية
69	6-8 نظرية سيليجمان
70	7-8 نظرية الاستعداد الشخصي
71	9-خصائص مرتفعي ومنخفضي الأمل
75	خلاصة الفصل
الفصل الثاني: الضغط النفسي	
77	تمهيد
78	1- تعريف الضغوط النفسية
83	2- عناصر الضغط النفسي
84	3- الضغط النفسي وإدراك الضغط
85	4- النماذج المفسرة للضغط النفسي
85	1-3 نموذج هوبفول المحافظة على المصادر
86	2-3 نموذج ليفينثال تمثيل المرض وتصوره
87	3-3 نموذج التقييم المعرفي لازاروس وفولكمان
89	4-3 نموذج ليفي
90	5-3 نظرية لورانس لهان
91	6-3 نموذج راه وآرثر

92	3-7 نموذج متلازمة التكيف العام هانز سيللي
94	3-8 نموذج تايلور الرعاية والمناصرة
95	3-9 نموذج هولمز وراهي
96	3-10 نموذج كوكس ومكاي
96	3-11 النموذج التكاملي المتعدد العوامل لعلم نفس الصحة
99	4-الضغط والأنظمة (العصبية، المناعية، الغددية)
101	5-تأثير الضغط النفسي على السرطان
103	6-الضغط النفسي والأمل
105	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: السرطان والمؤشرات الورمية	
107	تمهيد
108	1- السرطان
108	2- سرطان الثدي
110	3- الكشف عن سرطان الثدي
110	3-1 فحص الثدي الذاتي
110	3-2 الفحص السريري للثدي
110	3-3 التصوير بالأشعة السينية
111	3-4 التصوير بالموجات فوق الصوتية
111	3-5 التصوير بالرنين المغناطيسي
111	3-6 الخزعة
112	3-7 فحص المؤشرات الورمية
112	4-تعريف المؤشرات الورمية
115	5-خصائص المؤشر الورمي المثالي
117	6-الهدف من المؤشرات الورمية
117	7-أهمية المؤشرات الورمية
118	8-تصنيف المؤشرات الورمية
125	9-النظريات والنماذج المفسرة للسرطان
125	9-1 نظرية لورانس لهان
127	9-2 النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي لـ أنجل 1977

129	9-3 نموذج استراتيجيات المواجهة لـ تيموشيك 1990
131	9-4 نموذج الانفعالات لـ كونترادا وآخرون 1990
139	9-5 نموذج عدم القدرة على التحكم أو السيطرة لـ فيشر 1988
136	10- دور العوامل النفسية والاجتماعية في السرطان
139	خلاصة الفصل
الجانب الميداني للدراسة	
الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية	
142	1- الدراسة الاستطلاعية
142	2- أهداف الدراسة الاستطلاعية
143	3- حدود الدراسة الاستطلاعية
143	4- عينة الدراسة الاستطلاعية
144	5- إجراءات الدراسة الاستطلاعية
144	6- الخصائص السيكمترية للدراسة
144	6-1 الخصائص السيكمترية لمقياس الأمل لـ سنايدر وآخرون
148	6-2 الخصائص السيكمترية لاستبيان إدراك الضغط لـ لوفينستون وآخرون
156	7- نتائج الدراسة الاستطلاعية
158	ثانيا: الدراسة الأساسية
158	1- منهج الدراسة
159	2- حدود الدراسة
159	3- عينة الدراسة
160	4- أدوات الدراسة
164	5- إجراءات الدراسة
165	6- الأساليب الإحصائية المستخدمة
الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
168	عرض نتائج الدراسة
186	مناقشة نتائج الدراسة
202	الاستنتاج العام

204	اقتراحات
206	قائمة المراجع
223	الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	صدق الاتساق الداخلي للدرجة الكلية والأبعاد	145
02	صدق المقياس بطريقة الصدق التمييزي	146
03	يمثل نتائج معامل الثبات ألفا كرونباخ للمقياس	147
04	معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية	147
05	صدق الاتساق الداخلي لاستبيان إدراك الضغط	148
06	صدق الاستبيان بطريقة الصدق التمييزي	150
07	معامل الثبات ألفا -كرونباخ لمقياس إدراك الضغط	151
08	معامل ثبات استبيان إدراك الضغط بطريقة التجزئة النصفية	151
09	دلالة الفروق بين مرتفعات ومنخفضات الشعور بالأمل لدى المصابات بسرطان الثدي	153
10	دلالة الفروق بين مرتفعات ومنخفضات إدراك الضغط النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي	155
11	دلالة الفروق بين مرتفعات ومنخفضات الشعور بالأمل من المصابات بسرطان الثدي في إدراك الضغط النفسي	168
12	دلالة الفروق بين مرتفعات ومنخفضات الشعور بالأمل من المصابات بسرطان الثدي في المؤشر الورمي CA15-3	170
13	دلالة الفروق بين مرتفعات ومنخفضات إدراك الضغط النفسي من المصابات بسرطان الثدي في المؤشر الورمي CA15-3	171
14	دلالة الفروق بين الفئات العمرية من المصابات بسرطان الثدي في الشعور بالأمل وأبعاده (السبل-الإرادة)	173
15	دلالة الفروق بين الفئات العمرية من المصابات بسرطان الثدي في إدراك الضغط النفسي	178
16	دلالة الفروق بين الفئات العمرية من المصابات بسرطان الثدي في المؤشر الورمي CA15-3	179

17	دلالة الفروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي وغير الخاضعات لأي علاج في الشعور بالأمل وأبعاده (السبل-الإرادة)	181
18	دلالة الفروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي وغير الخاضعات لأي علاج في إدراك الضغط النفسي	181
19	دلالة الفروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي وغير الخاضعات لأي علاج في المؤشر الورمي CA15-3	181

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	وظيفة التغذية المتقدمة والتغذية الراجعة في نظرية الأمل	55
02	العلاقة بين مكونات الأمل حسب نموذج سنايدر	56
03	النموذج التكاملي متعدد العوامل لعلم نفس الصحة لـ Bruchon-Schweitzer	98
04	الترايط والاشارات بين الجانب النفسي والجهاز العصبي، جهاز الغدد الصماء، جهاز المناعة	100
05	النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي لـ أنجل 1977 Engel	129
06	نموذج استراتيجيات المواجهة لـ تيموشيك 1990 Temoshok	131
07	نموذج الانفعالات لـ كونترادا وآخرون 1990 Contrada et al	133
08	نموذج عدم القدرة على التحكم أو السيطرة لـ فيشر 1988 Fisher	135

فهرس الملاحق

الرقم	العنوان	الصفحة
01	مقياس الأمل لـ سنايدر وآخرون 1991	225
02	استبيان إدراك الضغط النفسي لـ لوفينستون وآخرون 1993	227
03	تسهيل مهمة لإجراء الدراسة الميدانية (الاستطلاعية)	230
04	تسهيل مهمة لإجراء الدراسة الميدانية (الأساسية)	232
05	توضيح دور المؤشر الورمي CA15-3	235

مقدمة

إن التطورات الراهنة في المجال النفسي والطبي أصبحت تنظر إلى الصحة والمرض من جوانب مختلفة فلم يعد ينظر إلى السرطان من الجانب العضوي فقط فقد تم الأخذ بعين الاعتبار كل من الجوانب النفسية والاجتماعية والمناعية والغددية والعصبية وأصبحت العديد من التخصصات تتناوله من مختلف الجوانب ونذكر منها علم النفس الصحي، علم الأورام النفسي، وعلم النفس المناعي العصبي وغيرها.

ومع هذه التطورات والتي تم من خلالها إنشاء قنوات اتصال جديدة بين مختلف التخصصات، وأصبح البحث في علم النفس الصحي ضرورة لا بد منها مع تزايد الأمراض المزمنة مثل السرطان وهنا نجد بأن هناك نماذج عديدة في علم النفس الصحي تدرس التفاعل بين الجوانب والمتغيرات النفسية سواء الإيجابية أو السلبية وتأثيرها على الصحة والمرض ونذكر من هذه المتغيرات التفاؤل، السعادة، الأمل الضغوط النفسية وغيرها وهذا ما يساهم أيضا في التفاعلات التي تحدث داخل الجهاز المناعي وتحث الجهاز المناعي على حدوث رد الفعل وكذا المقاومة.

وبالنظر إلى الدراسات التي تناولت موضوع السرطان نجد أنه تم تناول الضغط النفسي كأكثر العوامل المساهمة في ظهور وتفاقم الكثير من الأمراض كالأمراض القلبية، القرحة المعدية، السرطان وغيرها ويعود هذا لارتباط مختلف أنظمة الجسم بالضغوط كالجهاز المناعي، الجهاز العصبي، جهاز الغدد الصماء.

وقد تمت دراسة التفاعلات الإيجابية والسلبية التي تحدث أثناء الإصابة بالسرطان ضمن توجهات مختلفة، نظرا لما تسببه الضغوط من آثار على الصحة الجسدية وما يمكن أن تحدثه العوامل النفسية الإيجابية للحد أو مقاومة الضغوط، وبالإضافة لذلك إبراز دور العوامل النفسية الإيجابية

التي تساعد في التخفيف من حدة المرض وتطوره هذا من جهة ومن جهة أخرى والسلبية التي يمكن أن تساهم في تطوره.

وبهذا الصدد جاءت أهمية دراستنا للتطرق إلى الشعور بالأمل كمتغير نفسي إيجابي بحيث يتميز مرتفعو الأمل بخصائص تمكنهم من مواجهة المرض والتخفيف من الضغوط المصاحبة له، على عكس منخفضي الأمل، بالإضافة إلى أن الضغط النفسي كما يدركه المرضى المصابون بسرطان الثدي يمكن أن يحدث فرقا في الجانب البيولوجي والمناعي للاستجابة للمرض والتفاعل معه. وانطلاقا من هذا سنحاول أن ندرس بعضا من هذه الجوانب، وهذا من خلال هذه الدراسة الفارقة التي ستحاول الكشف على الفروق بين كل من الجانب النفسي الممثل بالشعور بالأمل وإدراك الضغط النفسي والجانب البيولوجي الممثل في المستضد الورمي القادر على توليد رد الفعل المناعي.

وفي هذا الإطار تم تقسيم الدراسة إلى جانبين جانب نظري وجانب ميداني بعد مقدمة الدراسة والإطار العام لها:

فأما الإطار العام للدراسة تناول إشكالية الدراسة واعتباراتها فرضيات الدراسة أهدافها وأهميتها ومفاهيم الدراسة الإجرائية والدراسات السابقة والتعليق عليها.

وأما الفصل الأول فقد شمل مفهوم الشعور بالأمل، والأساس البيولوجي العصبي للأمل، مكونات الأمل، الأمل وبعض المتغيرات الإيجابية، أهمية الأمل، والنظريات المفسرة للأمل، وخصائص مرتفعي ومنخفضي الأمل.

تتناول **الفصل الثاني** تعريف الضغوط النفسية، وعناصر الضغط النفسي، والفرق بين الضغط النفسي وإدراك الضغط والنماذج المفسرة للضغط النفسي، الضغط والأنظمة (العصبية، المناعية، الغددية)، وكذا تأثير الضغط النفسي على السرطان، والضغط النفسي والأمل.

أما **الفصل الثالث** تطرق إلى تعريف السرطان وسرطان الثدي، طرق الكشف عن سرطان الثدي، تعريف المؤشرات الورمية، تعريف المؤشر الورمي CA15-3، خصائص المؤشر الورمي المثالي، والهدف من المؤشر الورمي وأهميته، ومن ثم تصنيف المؤشرات الورمية، والنظريات والنماذج المفسرة للسرطان، وكذا دور العوامل النفسية والاجتماعية في السرطان. وبالنسبة للجانب الميداني فقد تم تخصيص فصلين له وتتناول **الفصل الرابع** إجراءات الدراسة الميدانية، وجاء **الفصل الخامس** لعرض ومناقشة نتائج الدراسة، وفي الأخير جاء الاستنتاج العام مع الاقتراحات وقائمة الملاحق.

الإطار العام للدراسة

تمهيد

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. مفاهيم الدراسة
6. الدراسات السابقة
7. التعليق على الدراسات السابقة

1. الإشكالية

يعد السرطان من المشكلات الصحية الراهنة التي كانت ولا زالت مركز اهتمام ودراسة للعديد من الباحثين في مجالات مختلفة منها الطبية والنفسية، والسرطان هو مرض يصيب الإنسان ويحدث تغير في خلايا جزء محدد من الجسم، وتسلك هذه الخلايا مسلك غير مماثل لخلايا الجسم الأصلية من حيث الشكل، الترتيب، والوضعية في نسيج المصاب بالسرطان وكذلك من حيث التكاثر وهذه الخلايا ليس لها وظيفة محددة ولا تتبع أي من قوانين البيولوجيا من حيث الوظيفة.¹ وتعرفه منظمة الصحة العالمية who بأنه مصطلح عام يشمل مجموعة من الأمراض التي يمكن أن تصيب أي جزء من الجسم، ومن السمات المميزة له التولد السريع لخلايا شاذة تنمو خارج نطاق حدودها المعتادة وبإمكانها أن تغزو بعض الأجزاء المجاورة من الجسم وتنتشر في أعضاء أخرى منه، وفي إحصائيات سنة 2020 المنشورة بتاريخ 2 مارس 2022 في موقع منظمة الصحة العالمية لحالات السرطان الجديدة والمسجلة لأكثر أنواع السرطان شيوعا في العالم جاء سرطان الثدي في المرتبة الأولى بـ 2.26 مليون حالة.²

فيما سجلت الجزائر حسب كل من Bounedjar et al 43,920 حالة إصابة جديدة بالسرطان في سنة 2017 بمعدل 112.2 حالة جديدة لكل 100.000 نسمة، وهذا بمعدل 93.7 حالة جديدة لكل 100.000 عند الرجال و 131.7 حالة جديدة لكل 100.000 عند النساء، وكان أكثر أنواع السرطانات شيوعا عند النساء هو سرطان الثدي بمعدل حدوث 43.9 حالة جديدة لكل 100.000 امرأة يليه سرطان القولون المستقيم 12.9 حالة جديدة لكل 100.000 امرأة، وسرطان الغدة

¹ العاسمي رياض نايل: علم نفس الصحة الكلينيكي. ط1. عمان: الإعصار العلمي للنشر

والتوزيع، 2016، ص 155-156.

² www.who.int

الدرقية 9.3 وسرطان عنق الرحم 7.2، وسرطان المعدة 5.9، وكان متوسط الأعمار هو 47، 65، 42، 62، و 65 على التوالي.³

وهذا ما يوضح لنا أن سرطان الثدي أكثر أنواع السرطانات انتشارا لدى النساء في الجزائر. وينتج سرطان الثدي عن اضطراب بعض الخلايا التي تتكاثر وتشكل في الغالب كتلة تسمى الورم، وهناك أنواع مختلفة لا تتطور بنفس الطريقة بحيث أن البعض يكون عدواني ويتطور بسرعة كبيرة والبعض الآخر يكون أبطأ، ويمكن أن تبقى الخلايا السرطانية في الثدي كما يمكن أن تنتشر إلى أعضاء أخرى.⁴ والثدي لا يعتبر محدد بيولوجي فقط بل يحمل بعد جمالي لانشغال المرأة بفكرة الجمال الخارجي وهذا راجع لارتباط مفهوم الأنوثة والجاذبية بمظهر الجمال الخارجي واعتباره من بين أهم المقاييس الجمالية الأنثوية ومن الجانب النفسي والاجتماعي يولد الثدي قلقا وألما نفسيا أكثر من جميع الأنحاء الأخرى في جسم المرأة، وهذا ما يتسبب بالإحراج وعدم الأمان والخجل، وبما أن الثدي أحد المعالم الأنثوية والجمالية والجاذبية فهو إذن أساس لتحقيق ذاتها والشعور بقيمتها.⁵

إذا ومما سبق ذكره فالإصابة بسرطان الثدي تعد مشكلة موجودة فعليا حسب الاحصائيات التي تطرقنا لها ولا تقتصر على الجانب البيولوجي فقط بل تشمل الجانب النفسي وهذا ما يدعو للنظر إلى المتغيرات النفسية الإيجابية التي تساهم في عدم تفاقم المرض، وكذا المتغيرات السلبية التي لها دور في نشوء وتطور المرض.

³ -Humaid O. Al-Shamsi, Ibrahim H. Abu-Gheida, Faryal Iqbal, Aydah Al-Awadhi. *Cancer in the Arab World*. springer. 2022. P 16-17

⁴ www.e-cancer.fr

⁵ خنفار سامرة: المقاربة بيو نفس اجتماعية لسرطان الثدي من منظور علم النفس الصحي. ط 1. الأغواط: دار نون للقلم والطباعة والنشر والتوزيع. 2014. ص 27-28.

وفي هذا الصدد يرى سنايدر ولوبز (2013) نقلا عن (السيد والصبوة، 2020) بأنه كلما تفاقمت المشكلات وأصبح الفرد يشعر بالعجز تزداد الحاجة للأمل، فالأمل يبعث على الثقة ويساعد على الإثراء النفسي والارتقاء كما أن للأمل دورا في تحقيق التكيف الإنساني فضلا عن أهمية الأمل في البدء بالتغير نتيجة العلاج والرغبة في التعلم والشعور بالسعادة وعلى العكس من ذلك فقد لوحظ أن انخفاض الأمل يؤدي إلى الشعور باليأس والإصابة بالاكتئاب.⁶

وطبقا لبعض التقارير فإن المرضى الذين يطبقون أساليب مواجهة إيجابية في حياتهم اليومية مثل التسامح والسخاء والسعي للتواصل الروحي مع الله، والأمل يشفون بشكل أسرع ولديهم صحة نفسية أفضل.⁷

ويمكن أن يكون لتشخيص السرطان تأثير ذو أهمية على نظرة المريض لمستقبله، وباعتبار أن للأمل تأثير إيجابي بشكل حدسي موجه نحو المستقبل، لهذا تمت دراسته على نطاق واسع في مرضى السرطان.⁸

⁶ السيد كريمة عبد الحليم والصبوة محمد نجيب: الفروق بين الذكور من الأطفال مرضى سرطان الدم والأصحاء في الأمل والتسامح واليأس والاكتئاب، العدد 8. المجلد 2. مصر: المجلة المصرية لعلم النفس الكلينيكي والارشادي. 2020. ص 682.

⁷ -الشناوي نجوى إبراهيم والدق أميرة محمد: الصمود النفسي كمتغير وسيط بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى عينة من المصابات بأورام الثدي السرطانية وأورام الدم السرطانية والسمنة، المجلد 9. العدد 1. مصر: المجلة المصرية لعلم النفس الكلينيكي والارشادي. 2021. ص 77.

⁸ Michael Sanatani. Gil Schreier. Larry Stitt. Level and direction of hope in cancer patients : an exploratory longitudinal study. support care cancer. Springer. 16. 2008. p 494

ويعتبر الأمل نظام تحفيزي معرفي ديناميكي ومفهومة لدى سنايدر وزملائه لا يشير إلى التفكير القائم على التمني، مثل الأمل في الفوز بورقة رابحة أو الأمل في أن يكون الطقس جيد وبشكل أدق، الأمل هو الثقة في أن الفرد سيجد طريقة للوصول إلى هدفه، على الرغم من أن تحقيق الهدف غير مؤكد والصعوبات على طول المسارات ممكنة.⁹

وعرفه سنايدر (1994) Snyder بأنه " التفكير الموجه نحو الهدف والذي يمتلك فيه الشخص القدرة المدركة لإيجاد طرق للوصول إلى الأهداف ويطلق عليه (تفكير المسارات)، إلى جانب الدافع لاستخدام هذه المسارات ويطلق عليه (التفكير الفاعل)".¹⁰

وفي نموذج سنايدر، يتم تصور الأمل حول ثلاثة مكونات رئيسية: الأهداف، والمسارات، والوكالة، وعلى هذا النحو يعرف الأمل على أنه "عملية التفكير في أهداف الفرد، إلى جانب الدافع للتحرك نحو تلك الأهداف (الوكالة أو الاقتدار)، وطرق تحقيق تلك الأهداف (المسارات)".

11

كما بين سنايدر سنة 1994 في دراسته أن الحياة وما يرافقها من أهداف إنما يعيشها الأفراد ذو الأمل المرتفع بأسلوب أكثر إيجابية وسعادة ورضا مقارنة بالأفراد ذو الأمل المنخفض، وأصحاب الأمل المرتفع يعتنون بصحتهم أكثر مما يفعله أصحاب الأمل المنخفض، وأنهم حريصون على

⁹ Wandeler, Christian A., Shane J. Lopez, and Franz J. Baeriswyl. Hope, mental health, and competency development in the workplace. Empirical research in vocational education and training 3, no. 2. 2011. p 130.

¹⁰ Abdel-Khalek, Ahmed, and C. R. Snyder. Correlates and predictors of an Arabic translation of the Snyder Hope Scale. The Journal of Positive Psychology 2, no. 4. 2007. p 228.

¹¹ Martin-Krumm, Charles, Yann Delas, Marc-André Lafrenière, Fabien Fenouillet, and Shane J. Lopez. The structure of the state hope scale. The Journal of Positive Psychology. taylor & francis. 2014. p 1.

أنفسهم وحينما يمرضون لا يستسلمون للمرض وإنما يسلكون شتى الطرق والفرص لاستعادة صحتهم وعافيتهم، كما لديهم تفاؤل حول الحياة واحترام الذات، ويكونون أكثر سعادة من غيرهم.¹² وقامت فولكمان (Folkman, 2010) بدراسة دور الأمل في سياق مواجهة الأمراض الخطيرة، وخاصة السرطان، ورأت بأنه يوجد مستويين من الأمل: مستوى عام، وآخر مخصص لعوامل ضغوط آنية مباشرة مثل مرض يهدد الحياة.¹³

وبوضح هذا أن للأمل دور في مواجهة الضغوط، ففي العديد من الدراسات النظرية والبحوث التطبيقية للأمراض الخطيرة خاصة السرطان نجد بأنه تمت دراسة دور وتأثير الضغط النفسي على المرض.

ويرى كل من Levenstein & Maunder (2008) بأن الضغط النفسي يؤثر على مسار وتطور المرض.¹⁴ وينشأ الضغط النفسي من عمليات التقييم التي يقوم بها الفرد أي تقييم ما إذا كانت إمكانياته الذاتية كافية لمواجهة مطالب البيئة، فالضغط يتقرر بمدى الانسجام ما بين الفرد وبيئته، فعندما تفوق إمكانيات الفرد ما هو مطلوب للتعامل مع الموقف الصعب فإنه قد يشعر بدرجة بسيطة من الضغط، ولكن إذا أدرك أن إمكانياته ستكون كافية للتعامل مع الحدث ولكن

¹² يوسف حمه صالح مصطفى ومها حسن بكر: فاعلية الذات والامل لدى المصابات بسرطان الثدي في اقليم كردستان العراق. مجلة الفتح للبحوث التربوية والنفسية. المجلد 10. العدد 60. 2014. ص 33.

¹³ Van den Heuvel, Steven C. Historical and multidisciplinary perspectives on hope. Springer Nature. 2020. P 149.

¹⁴ Maunder, Robert G., and Susan Levenstein. The role of stress in the development and clinical course of inflammatory bowel disease: epidemiological evidence. *Current molecular medicine* 8, no. 4. 2008.

ذلك يتطلب بذل الكثير من الجهد فإنه سيشعر بقدر متوسط من الضغط، أما إذا أدرك بأن ما لديه من إمكانيات لن تكون كافية ولن تمكنه من مواجهة المطالب البيئية فإنه سيتعرض لقدر كبير من الضغط.¹⁵ وإدراك الضغط هنا هو العلاقة بين الفرد والبيئة والتي تأخذ في الاعتبار خصائص الفرد من جهة وطبيعة الحدث البيئي من جهة أخرى، وتكون هذه علاقة تفاعلية يقيمها الفرد معرفياً بأنها نوع من الإرهاق أو تفوق إمكانياته أو بأنها تعرض رفاهيته للخطر.¹⁶ وهذا ما يعني أن إدراك الضغط عملية يتم تقييمها من قبل المريض.

وهذا ما أشار له كل من بولهان وبورجوى Paulhan. L & Bourgois. M, 1998 فمرض السرطان يمكن أن يسبب ضغوط نفسية وذلك من خلال إدراك المريض للضغوط والتي يكون لها تأثير على الصحة النفسية والجسدية والتي قد تؤدي من الناحية الجسمية لتطور مرض السرطان.¹⁷

وتوصلت نتائج كل من ماجس ومندلسوتون، Mages & Mendelsotton 1997 حول آثار السرطان على حياة المرضى إلى أن مسار المرض وعلاجه يتسم بالغموض مما يجعل التنبؤ حول قابلية العلاج أو فعاليته أو تطور المرض يشوبه دائماً الشك أو عدم التأكد وهذا ما يؤدي إلى مصدر جديد للضغط النفسي. كما أن العيش مع السرطان يتسبب في ظهور ضغوط لها تأثير نفسي شديد.¹⁸

¹⁵ تايلور شيلي: علم النفس الصحي. 1. عمان: دار حامد للنشر والتوزيع. 2008. ص 296.

¹⁶ Lazarus, Richard S., and Susan Folkman. Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company, 1984. P 21.

¹⁷ برزاون حسية: الضغوط النفسية والاضطرابات العضوية. الجزائر: مؤسسة كنوز الحكمة للنشر والتوزيع. 2018. ص 71.

¹⁸ العاسمي المرجع المذكور سابقاً، ص 177-178.

وفيما أسفرت دراسة (Ong, Edwards, Bergeman, 2006) إلى أن الأمل يوفر فوائد وقائية من خلال إبقاء الانفعالات السلبية منخفضة ويساهم أيضا في التعافي التكيفي من الضغط، بالإضافة إلى أن ذوي الأمل المنخفض لديهم مستويات مرتفعة من الضغط اليومي (Daily stress) وكذلك ارتبط الضغط المرتفع بانخفاض الأمل وارتفاع الانفعال السلبي وبالمقارنة مع الذين لديهم سمة الأمل منخفضة أظهر الأفراد مرتفعو الأمل تضاؤل في تفاعل الضغط وتعافي انفعالي أكثر فعالية.¹⁹

وترى فولكمان (Folkman, 2010) أن الأمل والضغط النفسي يشتركان في العديد من الخصائص فكلاهما سياقي، وقائم على المعنى، وديناميكي كما أن كلاهما يؤثر على رفاهية الفرد في الظروف الصعبة، بالإضافة إلى أن الأمل مثل الضغط النفسي يعتمد على التقييم فهو يزداد وينخفض، ومعقد.²⁰

ولهذا تشير نظرية الأمل إلى أنه عند الشعور بالضغط فإن الأفراد الذين يملكون مستوى مرتفع من الأمل سيفتعلون مساعي كبيرة تتعلق بتخفيف الضغط النفسي مثل محاولة التوجه إلى طلب المساعدة النفسية. وحسب Irving, Snyder, & Crowson (1998) فإن الأفراد مرتفعي

¹⁹ Ong, Anthony D., Lisa M. Edwards, and Cindy S. Bergeman. Hope as a source of resilience in later adulthood. *Personality and individual differences* 41, no. 7 .2006. p 1-17.

²⁰ Folkman, Susan. Stress, coping, and hope. *psycho-oncology*, john wiley & sons 1, no. 19 .2010. p 901-902.

الأمل لديهم قدرة فائقة على التكيف مع الضغط النفسي المزمن، ولديهم أيضاً قدرة يمكن تصورها من حيث التكيف على الأعراض التشخيصية للسرطان.²¹

ولهذا يحظى التبادل والتفاعل بين الضغط النفسي والأمل والنتائج المتعلقة بالصحة بأهمية خاصة، فقد تزايد الوعي بأهمية فهم العلاقة بين العوامل الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية التي يمكن أن تؤثر على تفشي الأمراض وطرق التعامل معها والوقاية منها.²²

وفي هذا الصدد يرى إنجل Engel أن الصحة والمرض هي نتاج التفاعل المعقد بين العوامل البيولوجية والعوامل النفسية.²³ ولهذا نجد العديد من النماذج والنظريات التي درست هاته العوامل لتفسر نشأة وتطور مسار السرطانات.

وبالنسبة للجانب البيولوجي لمسار السرطان وحتى نكتشف المرض فإنه يتم استخدام طرق عديدة من ضمنها فحص مؤشرات الأورام والتي يكون بعضها خاص بنوع محدد من السرطان مثل المستضد الورمي CA15-3 لسرطان الثدي، والبعض الآخر يكون شائع في أنواع مختلفة من السرطانات.

وتعرف مؤشرات الأورام بأنها مواد موجودة في الدم أو ربما في البول وهذا بمستوى غير طبيعي، وتشير بشكل أو بآخر إلى وجود السرطان، ولكن يمكن أيضاً أن يصنعها الجسم عندما

²¹ أبو الديار، مسعد نجاح: سيكولوجية الأمل. ط1. الكويت: مكتبة الكويت الوطنية. 2012. ص 58-60.

²² Rebecca Jacoby, Giora Keinan. between stress and hope. greenwood. 2003. P 15-16.

²³ سندرسون كاترين: علم نفس الصحة. ط 1. عمان: دار الفكر. 2019. ص 36.

ينمو الورم، أو بواسطة الخلايا السرطانية نفسها، ويمكن أن تكون مؤشرات الورم خاصة بأنواع معينة من السرطان، أو شائعة في أنواع مختلفة من السرطان. ولهذا يرافق الإصابة بالسرطان بصفة عامة زيادة في تراكيز المؤشرات الورمية.²⁴

ويستعمل فحص CA15-3 كمؤشر تنبؤي للكشف عن وجود سرطان الثدي كما يشكل قيمة مرجعية لمراقبة المصابين.²⁵ أي هو يعتبر مؤشر موجه في التشخيص وكذا المراقبة أثناء العلاج. ولهذا يعد المؤشر الورمي CA15-3 عامل محدد لسرطان الثدي ووسيلة تشخيص. (shnawa et al, 2009, p 339) كما يوفر هذا الفحص معلومات محسوبة لتقييم ووضع خطة علاجية وهذا بنسبة حساسية Sensibilité تصل إلى (44% و 54%) ونوعية Spécificité تصل إلى (77% و 100%).²⁶

وبالآخذ بعين الاعتبار تفاعل كل من العوامل النفسية والاجتماعية وتطور بعض السرطانات يرى كل من ماك كينا وزملاؤه (Mc Kenna et al (1999) أنه باستطاعة المناعة الخلوية أن تقوم بالقضاء على الخلايا السرطانية، في حين أن العوامل النفسية السلبية قادرة على إضعاف القدرة المناعية للدفاع ضد الأورام، وبالتالي فالعكس صحيح فيما يخص العوامل النفسية الإيجابية التي

²⁴ Hadjarab. F, bouzid. K. Marqueurs tumoraux : Utilité en cancérologie et en pratique clinique, revue médicale algérienne. Algérie: elhikma 3, no. 17. 2019. p 40-44.

²⁵ Liboko, Alexis Fortuné Bolenga, and Alexis Fortuné. Valeur Pronostique et Prédictive de la Valeur du CA15-3 Sanguin Initial dans le Cancer du Sein. health sciences and disease 20, no. 3 .2019. p 39.

²⁶ Shnawa, Ibrahim MS, Huda Daher Al-Mersomy, and Kasim FA al-Maliky. CD4/CD8 Ratio, CEA and Ca15-3 As A Battery for Diagnosis of Women Breast Cancer. Medical Journal of Babylon 6, no. 2. 2009. p 339.

هي بمثابة المحفز على تنشيط القدرة المناعية لدى الأفراد المصابين بأمراض مختلفة

كالسرطان.²⁷

وعلى اعتبار أن الشعور بالأمل من العوامل النفسية الإيجابية ترى دراسة كل من مكليمين وتشوتشينوف McClemen & chochinov أن الشعور بالأمل يؤدي دورا مهما لدى المرضى المصابين بالسرطان المتقدم بحيث يعد الأمل بمثابة حاجز أو عازل للضغط النفسي وهو عامل مهم في الرفاهية الجسدية والنفسية.²⁸ كما أشار عبد الخالق إلى أن الحالات الوجدانية الإيجابية عامة ترتبط بالمستويات المنخفضة من هرمونات الضغوط مثل الكورتيزول والمستويات المنخفضة من المؤشرات البيولوجية للالتهاب لدى النساء خاصة.²⁹

من خلال ما سبق نتساءل إذا كان الشعور بالأمل مرتفعا لدى المصابات بسرطان الثدي هل يؤدي إلى انخفاض إدراك الضغط النفسي وانخفاض المؤشر الورمي لديهن، وإذا كان إدراك الضغط النفسي مرتفع فهل نجد الشعور بالأمل والمؤشر الورمي CA15-3 منخفضين؟ وإذا كانت هناك فروق بين الأعمار من المصابات بسرطان الثدي، وفروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي وغير الخاضعات لأي علاج، وهذا في كل من الشعور بالأمل وأبعاده (السبل-الإرادة) وإدراك الضغط النفسي والمؤشر الورمي CA15-3.

²⁷ خلاف أسماء وعدوان يوسف: فعالية الذات المدركة وعلاقتها بالاستجابة المناعية (المتنيمات المناعية C3-C4) لدى النساء المصابات بسرطان الثدي. مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، المجلد 9. العدد 1. 2018. ص 179.

²⁸ McClement, Susan E., and Harvey Max Chochinov. Hope in advanced cancer patients. European Journal of Cancer 44, no. 8. 2008. P 1172.

²⁹ عبد الخالق أحمد محمد: الضغوط والأمراض مدخل في علم نفس الصحة. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية. 2016. ص 341.

وحتى نستطيع الإجابة على ما سبق تم طرح التساؤلات التالية:

1. هل توجد فروق بين مرتفعات ومنخفضات الشعور بالأمل من المصابات بسرطان الثدي في

إدراك الضغط النفسي؟

2. هل توجد فروق بين مرتفعات ومنخفضات الشعور بالأمل من المصابات بسرطان الثدي في

المؤشر الورمي CA15-3؟

3. هل توجد فروق بين مرتفعات ومنخفضات إدراك الضغط النفسي من المصابات بسرطان

الثدي في المؤشر الورمي CA15-3؟

4. هل توجد فروق بين الفئات العمرية من المصابات بسرطان الثدي في كل من الشعور بالأمل

وأبعاده (السبل-الإرادة) وإدراك الضغط النفسي والمؤشر الورمي CA15-3؟

5. هل توجد فروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي وغير الخاضعات

لأي علاج في كل من الشعور بالأمل وأبعاده (السبل-الإرادة) وإدراك الضغط النفسي والمؤشر

الورمي CA15-3؟

2. فرضيات الدراسة

1. المصابات بسرطان الثدي ذوات الأمل المرتفع أقل إدراكا للضغط النفسي من المصابات

ذوات الأمل المنخفض.

2. المصابات بسرطان الثدي ذوات الأمل المرتفع أقل في مستوى المؤشر الورمي CA15-3 من

ذوات الأمل المنخفض.

3. المصابات بسرطان الثدي ذوات الضغط المنخفض أقل في مستوى المؤشر الورمي CA15-3 من ذوات الضغط المرتفع.

4. لا توجد فروق بين الفئات العمرية من المصابات بسرطان الثدي في كل من الشعور بالأمل وأبعاده (السبل-الإرادة) وإدراك الضغط النفسي والمؤشر الورمي CA15-3.

5. توجد فروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي وغير الخاضعات لأي علاج في كل من الشعور بالأمل وأبعاده (السبل-الإرادة) وإدراك الضغط النفسي والمؤشر الورمي CA15-3.

3. أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى التركيز على ما يلي:

➤ تحديد إذا ما كانت المصابات بسرطان الثدي ذوات الأمل المرتفع أقل إدراكا للضغط النفسي من المصابات ذوات الأمل المنخفض.

➤ تحديد إذا ما كانت المصابات بسرطان الثدي ذوات الأمل المرتفع أقل في مستوى المؤشر الورمي CA15-3 من ذوات الأمل المنخفض.

➤ تحديد إذا ما كانت المصابات بسرطان الثدي ذوات الضغط المنخفض أقل في مستوى المؤشر الورمي CA15-3 من ذوات إدراك لضغط النفسي المرتفع.

➤ الكشف على الفروق بين الفئات العمرية من المصابات بسرطان الثدي في كل من الشعور بالأمل وأبعاده (السبل-الإرادة) وإدراك الضغط النفسي والمؤشر الورمي

CA15-3.

➤ الكشف على الفروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي والغير خاضعات لأي علاج في كل من الشعور بالأمل وأبعاده (السبل-الإرادة) وإدراك الضغط النفسي والمؤشر الورمي CA15-3.

4. أهمية الدراسة

تكمن الأهمية العلمية لهذه الدراسة في تناول موضوع سرطان الثدي والذي يعد من صميم موضوعات تخصص علم النفس الصحي والذي يعتبر من أكثر أنواع السرطان انتشارا في الجزائر حسب الإحصائيات الأخيرة المسجلة، وكذا ندرة الدراسات العربية التي تتناول تفاعل النواحي النفسية والبيولوجية ونتائجها على الصحة ولهذا جاءت هذه الدراسة لإبراز أهمية ودور المتغيرات النفسية، الشعور بالأمل، إدراك الضغط النفسي وتأثيرها على تطور سرطان الثدي من خلال الجانب الطبي الممثل بالمؤشر الورمي CA15-3 وهذا باعتبار أن العوامل النفسية تؤثر على نشاط الجهاز المناعي ومختلف أنظمة الجسم.

أما عمليا تفيد الدراسة المختصين في علم نفس الأورام والأخصائيين النفسيين في معرفة أهمية دور المتغيرات النفسية وتفاعلها مع السرطان والمساهمة في إعداد خطة تكفل علاجية موجهة للمصابين بالسرطان تتضمن العوامل النفسية التي تساعد على تحسين مسار وسير علاج المرض وكذا التقليل من الأعراض المصاحبة له، وزيادة فرص الشفاء، وكذا توعية القائمين والعاملين في المستشفيات وعائلات المرضى على أهمية أخذ هذه العوامل بعين الاعتبار.

5. مفاهيم الدراسة

5. 1. الأمل: يعرفه سنايدر (Snyder) بأنه " القدرة المدركة التي تمكن الفرد من اشتقاق

المسارات لتحقيق الأهداف المرغوبة، وتحفيز الذات من خلال التفكير الفاعل لاستخدام تلك

المسارات".³⁰

ونعرفه إجرائياً بأنه سمة تزداد وتنخفض يظهر فيها الفرد دافعية وسعي نحو أهدافه من خلال قدرته على إيجاد طرق للوصول إليها، وهو ما يقيسه مقياس الأمل لسنايدر وآخرون (1991).

5. 2. إدراك الضغط النفسي:

إن إدراك الفرد للمواقف والأحداث وتفسيره لها هو العامل الحاسم الذي تحدد من خلاله الضغوط

ويشمل هذا الإدراك الأضرار المتوقعة والتهديدات والتحديات، فضلاً عن إدراك الفرد لمدى

قدرته على التعامل مع هذه الأحداث.³¹ كما تؤكد لوفينستون على الجانب المعرفي وعلى أن

العوامل النفسية والاجتماعية تؤثر على مسار المرض، بالإضافة إلى أن إدراك الضغط النفسي

طويل المدى يزيد من خطر تفاقم المرض على عكس قصير المدى.³²

³⁰ Snyder, C. Richard. Hope theory: Rainbows in the mind. Psychological inquiry. Taylor & Francis 13, no. 4. 2002. P 249.

³¹ عبد الخالق المرجع المذكور سابقاً، ص 105.

³² Levenstein, Susan, Cosimo Prantera, Vilma Varvo et al. Stress exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients enrolled in remission. The american journal of gastroenetrology 95, no. 5 .2000. 1213.

ونعرفه إجرائيا بأنه التقييم المعرفي للمواقف أو الأحداث من طرف المصابات بسرطان الثدي والذي يقوم على أساس أن إدراك الضغط النفسي يرتفع وينخفض ويمكن أن يؤدي ارتفاعه دورا في تفاقم المرض، وانخفاضه لا يزيد من خطر التعرض لتفاقم المرض وهو ما يقيسه استبيان إدراك الضغط النفسي لـ لوفينستون وآخرون (1993).

5.3. المؤشر الورمي:

المؤشرات الورمية هي مواد موجودة في الخلايا السرطانية أو تفرز بواسطتها، أو عن طريق الأنسجة الطبيعية، وذلك استجابة لوجود الورم. وللكشف عنها عادة ما توجد في الدم والبول والأورام وأنسجة الجسم الأخرى وهذا أثناء الفحص المخبري³³. ويمثل المؤشر الورمي في هذه الدراسة (المؤشر CA15-3) وهو النتيجة التي نتحصل عليها من خلال فحص دم المصابة بسرطان الثدي لمعرفة مستوى مستضد سرطان الثدي (Cancer Antigén) والموجودة في الملف الطبي للمصابات بسرطان الثدي.

³³ Aissaoui, Arifa, Adel Gouri, Aoulia Dekaken, Nihad Laabed, Mehdi Belleili, and Sadek Benharkat. Place des marqueurs tumoraux sériques en cancérologie. journal of medical sciences 2, no. 2. 2015. p 168.

6. الدراسات السابقة

أولاً: الدراسات التي تطرقت إلى الشعور بالأمل

دراسة سنايدر (1994) Snyder

بين سنايدر سنة 1994 في دراسته أن الحياة وما يرافقها من أهداف إنما يعيشها الأفراد ذو الأمل المرتفع بأسلوب أكثر إيجابية وسعادة ورضا مقارنة بالأفراد ذو الأمل المنخفض وأصحاب الأمل المرتفع يعتنون بصحتهم أكثر مما يفعله أصحاب الأمل المنخفض، وأنهم حريصون على أنفسهم وحينما يمرضون لا يستسلمون للمرض وإنما يسلكون شتى الطرق والفرص لاستعادة صحتهم وعافيتهم، كما لديهم تفاؤل حول الحياة واحترام الذات، ويكونون أكثر سعادة من غيرهم.

دراسة سنايدر (1994) Snyder

تمت دراسة حالة السيد رايت (Mr Wright) مريض مصاب بالسرطان المنتشر والذي رغم مواجهته لهذا المرض واحتمالية علاجه قليلة كانت لديه رغبة في الحياة عندما علم بأن يوجد دواء جديد (Krebiozen) والذي كان يقدم لمرضى آخرين لديهم تشخيص أفضل من حالته، لهذا طلب من الأطباء إعطاءه هذا الدواء التجريبي، وبعد حقنة واحدة تحسنت حالته وباستمرار العلاج اختفت معظم أعراض السرطان، لكن بعد مدة تم نشر أدلة متضاربة حول فعالية دواء كريببوزين، ونظرا لقلق الطبيب المعالج من احتمالية انتكاسة المريض، قرر استخدام دواء وهمي وأخبره بأن الشحنات السابقة للدواء أصبحت غير فعالة بسبب مشكل في تقنيات التخزين، بعد ذلك تم إعطاء المريض الدواء الوهمي ولاحظ الطبيب تحسن واضح في إصابته بالسرطان

تم ملاحظتها من خلال طرق فحص موضوعية مثل التصوير الإشعاعي، وهذا مقارنة بالمرّة الأولى ولمدة شهرين كان خاليا من الأعراض. فيما بعد أعلنت الجمعية الطبية الأمريكية أن دواء كريببوزين غير فعال كبرتوكول علاجي للسرطان، وتوفي المريض بعد استنزاف إيمانه وأمله.

دراسة كوين (1995) Queen

تمت الدراسة في مركز السرطان في جامعة بنسلفانيا، والتي أظهرت أن تحسين نوعية الحياة للمصابات بسرطان الثدي وبث الأمل فيهن من جديد ساعد الكثير منهن على الامتثال للشفاء بسرعة وذلك من خلال شعورهن الدائم بالأمل في الحياة وزيادة النشاط لديهن.

دراسة فيلدر (2004) Felder

هدفت الدراسة إلى التعرف على الأمل والتكيف لدى المرضى الذين يعانون من مختلف تشخيصات السرطان، وتكونت عينة الدراسة 183 مريضا موزعة على أربع مجموعات من المرضى تمثلوا في أمراض الجهاز الهضمي/ الجهاز البولي التناسلي، الثدي، الرأس والعنق، أورام الدم الخبيثة، وتم تمثيل 15 نوعا من الأورام الخبيثة، تراوحت أعمارهم بين 18 سنة و65 سنة فأكثر ممثلة بـ 93 إناث و90 ذكور من بينهم 51 مصاب بسرطان الثدي، وتم إتباع المنهج الوصفي واستخدام كل من مقياس هيرث للأمل ومقياس جالويك للتكيف، والخصائص الديموغرافية الأساسية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى:

عدم وجود فروق في مستويات الأمل أو استخدام أسلوب المواجهة أو فعالية التأقلم حسب نوع السرطان.

كان مستوى الأمل مرتفعا نسبيا، حتى في المرضى الذين عرفوا أن مرضهم في مرحلة متقدمة وتم العثور على علاقة إيجابية بين الأمل وأسلوب التأقلم وفعالية التأقلم في جميع المجموعات.

وأظهرت النتائج أيضا أن مستوى الأمل كان مرتفعا ومرتبطا إيجابيا بالتعامل مع مرضى السرطان، بغض النظر عن الجنس أو العمر أو الحالة الاجتماعية أو التعليم أو موقع الورم الخبيث.

دراسة دي. أونج وإدواردز وبيرجمان (2006) Ong, Edwards, Bergeman

وهدفت الدراسة إلى معرفة كيف ترتبط الاختلافات في سمة وحالة الأمل بالتكيف الإيجابي مع الضغط النفسي في مرحلة البلوغ المتأخرة، وتكونت عينة الدراسة من 27 شخصا تتراوح أعمارهم بين 62 و 80 سنة تم اختيارهم بشكل عشوائي، وتم قياس سمة الأمل والعصابية وباستخدام مقياس سمة الأمل لسنايدر وآخرون 1991 وقائمة ايزنك للشخصية، وتم تقييم حالة الأمل والضغط النفسي والانفعالات السلبية بشكل يومي مدة 45 يوما باستخدام مقياس حالة الأمل لسنايدر 1996 ومقياس الضغط اليومي من إعداد من الباحثين ولائحة التأثير السلبي والايجابي لباناس وآخرون 1988 باتباع المنهج الوصفي، توصلت نتائج الدراسة إلى أن درجات الأمل مرتفعة وأن الأمل يوفر فوائد وقائية من خلال إبقاء الانفعالات السلبية منخفضة ويساهم أيضا في التعافي التكيفي من الضغط، بالإضافة إلى أن ذوي الأمل المنخفض لديهم مستويات مرتفعة من الضغط اليومي، كما ارتبط أيضا الضغط المرتفع بانخفاض الأمل وارتفاع الانفعال السلبي وبالمقارنة مع الذين لديهم سمة الأمل منخفضة أظهر الأفراد مرتفعو الأمل تضاؤل في تفاعل الضغط وتعافي عاطفي أكثر فعالية، وارتبطت سمة الأمل (Trait hope) والأمل اليومي كحالة (Daily hope) والضغط النفسي والعصابية ولكنها لم تجد علاقة بالانفعالات السلبية اليومية (Daily negative emotion).

دراسة الجماس وإبراهيم وعلي (2007) Al Jammmas, H Ibrahim, & H Ali

وهدفت الدراسة إلى تقييم مستوى الأمل في المرضى الذين يعانون من السرطان في مدينة الموصل، وإلى دراسة العلاقة بين مستوى الأمل والخصائص الديموغرافية للمريض، وتكونت عينة الدراسة من (400) مصاب بالسرطان من بينهم 178 امرأة مصابة بالسرطان وكان عدد المصابين بسرطان الثدي 124 مصاب، وتم استخدام مقياس هيرث للأمل (HHS) وذلك باتباع المنهج الوصفي وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى الأمل مرتفع لدى مرضى السرطان، وكذا بأنه لا توجد فروق في مستوى الأمل تعزى لمتغيري السن والجنس.

دراسة تشانج جينغ وآخرون (2010) Jing, Wei, Ping, & Zhong-hui

وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الأمل لدى النساء الصينيات المصابات بسرطان الثدي أثناء العلاج الكيميائي وكذا الكشف عن وجود علاقة بين كل من الأمل وأسلوب المواجهة والدعم الاجتماعي لديهن، وتكون عينة الدراسة من 159 مصابة بسرطان الثدي وخاضعة للعلاج الكيميائي في مستشفى جامعة هاربين Harbin الطبية، تراوحت أعمارهم بين 18 - 65 سنة وتم استخدام مقياس الأمل لهيرث، ومقياس جالويك لأساليب المواجهة ومقياس الدعم الاجتماعي بالإضافة إلى البيانات الديموغرافية العامة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود أن مستويات الأمل لدى المصابات بسرطان الثدي أثناء تلقي العلاج الكيميائي مرتفعة، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمل والعمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية وحالة العمل ومرحلة السرطان.

دراسة فولكمان (2010) folkman

قامت فولكمان بدراسة دور الأمل في سياق مواجهة الأمراض الخطيرة، وخاصة السرطان، وترى بأنه يوجد مستويين من الأمل: مستوى عام، وآخر مخصص لعوامل ضغوط مباشرة مثل مرض يهدد الحياة.

دراسة البكوش (2014)

وهدفت الدراسة إلى الكشف عن الأمل وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدى مريضات سرطان الثدي والكشف عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين درجات الأمل والمساندة الاجتماعية لدى مريضات سرطان الثدي وكذا التعرف على الفروق الدالة إحصائية في مقياس الأمل/مقياس المساندة الاجتماعية بين متوسطي درجات عينة الدراسة الأصغر سنا والأكبر سنا تكونت عينة الدراسة من 30 مريضة بسرطان الثدي تراوحت أعمارهم بين 30 و 74 سنة بالمعهد القومي لعلاج الأورام صبراته لبيبا، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي باستخدام مقياس الأمل من إعداد الباحثة ومقياس المساندة الاجتماعية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى:

- توجد علاقة ارتباطية بين الأمل والمساندة الاجتماعية لدى مريضات سرطان الثدي.
- لا توجد فروق بين المريضات الأصغر سنا والمريضات الأكبر سنا في متغير الأمل.

دراسة يوسف حمه صالح ومها حسن بكر (2014)

وهدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى فعالية الذات والأمل لدى المصابات بسرطان الثدي في إقليم كردستان العراق، وتكونت عينة الدراسة من 150 مصابة بسرطان الثدي، ولتحقيق أهداف الدراسة تم إعداد مقياس لقياس الأمل وتم اتباع المنهج الوصفي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى:

أن مستوى فعالية الذات والأمل لدى المصابات بسرطان الثدي مرتفع بصفة عامة.

انخفاض الفاعلية والأمل لدى المصابات اللواتي يتعالجن كيميائياً.

دراسة البكوش (2014)

وهدفت الدراسة إلى الكشف عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين درجات الأمل والشعور بالألم لدى مرضى السرطان، ولتحقيق هذا الهدف تكونت من 36 مريض مصاب بالسرطان وتم استخدام مقياس معد من طرف الباحثة بالاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين درجات الأمل والشعور بالألم لدى مرضى السرطان وفسرت هذه النتيجة إلى أن تقوية أمل المريض في الحياة يساعد على تدعيم عوامل الحياة وأن ارتفاع الأمل يعكس نظرة تفاؤلية تبدد اليأس الذي يزيد من حدة الألم وقسوته ويرفع الأمل في الشفاء.

دراسة حامد سنة (2015)

هدفت الدراسة إلى التعرف والكشف على الشعور بالألم والمساندة الاجتماعية وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي بالمركز القومي للسرطان بمدينة ودمدني، ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الباحثة المنهج الوصفي وبلغ حجم العينة 98 مصابة بسرطان الثدي تم اختيارهن بالصدفة تراوحت أعمارهم بين 20-70 سنة وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الشعور بالألم لـ سماح مصطفى (2011) ومقياس المساندة الاجتماعية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

يتسم الشعور بالألم والمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي بالارتفاع.

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الشعور بالأمل والمساندة الاجتماعية لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي تبعا لنوع العلاج.

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الشعور بالأمل والمساندة الاجتماعية لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي تبعا للعمر.

دراسة شدمي سنة (2015)

وهدفت الدراسة إلى الكشف على واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي بالمستشفى الجامعي دمرجي تلمسان بمصلحة أمراض النساء وتمثلت العينة من 61 امرأة مصابة بسرطان الثدي وتراوح أعمارهم بين 17 إلى 60 سنة، واتبعت المنهج الوصفي وباستخدام مقياس الصحة النفسية من إعداد الباحثة وكذا دراسة الحالة أما الأداة الثالثة فهي الدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية والعقلية وأهم ما توصلت إليه نتائج الدراسة:

لا توجد فروق بين الفئات العمرية من حيث الصحة النفسية عند المصابات بسرطان الثدي وتدل هذه النتيجة على أن المصابات من مختلف الفئات العمرية تعيش نفس المصير سواء من حيث الإصابة أو العلاج وحتى الانتكاسة والمعاودة، فالتشخيص والإعلان والعلاج المرتبط بالسرطان يمثل ضغطا انفعاليا وجسديا شديدا له تأثيرات نفسية وفيزيولوجية ونفس اجتماعية مهمة قد تمتد لسنوات طويلة وهذا راجع إلى عدة عوامل منها الانتكاسات أو المعاودة.

دراسة الضويلع (2018)

وهدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين التفاؤل والأمل وجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، وتكونت عينة الدراسة من 80 مريضة من مريضات سرطان الثدي في المعهد القومي لعلاج الأورام بـ صبراته ليبيا وتراوح أعمارهم بين أقل من 35 إلى 45 سنة فأكثر، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي واستخدمت الباحثة (مقياس الأمل من إعداد الباحثة ومقياس التفاؤل ومقياس جودة الحياة) وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين التفاؤل والأمل وجودة الحياة، وعدم وجود فروق بين مريضات سرطان الثدي في كل من التفاؤل والأمل وجودة الحياة وفقاً للعمر كما توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق في التفاؤل والأمل وجودة الحياة وفقاً للحالة الاجتماعية.

ثانياً: الدراسات التي تطرقت إلى الضغط النفسي

دراسة لودينسلاجر وآخرون (1983) Laudenslager et al

هدفت الدراسة إلى إبراز دور الضغوط النفسية في ظهور السرطان وهذا من خلال تعريض الفئران للإجهاد بواسطة هز القفص، واستطاعوا بعد فترة ملاحظة أعراض السرطان عليها، وفي تجربة أخرى لفئران مصابة بالسرطان هدفت إلى تخفيف أعراض السرطان من خلال الحد من الضغوط التي تتعرض لها بحيث كان هناك انخفاض في معدل تطور الورم وهذا ما يشير إلى وجود دور للضغط في بدء السرطان.

دراسة (1986) Nerenz et al

تناولت تناولت الدراسة مختلف الانعكاسات النفسية والاجتماعية للعلاج الكيميائي لسرطان الثدي عند مختلف الفئات العمرية وهدفت الدراسة إلى تحديد ما إذا كان كبار السن يتلقون علاجاً كيميائياً يعانون من ضغط عاطفي ونفسي، وصعوبة التعامل مع الأعراض الجانبية. وكذا الخلل في النشاطات عند المصابات الصغيرات سنا احتوت العينة على 217 مصابة تعالج كيميائياً سرطان الثدي والورم الليمفاوي تتراوح أعمارهن بين 19 إلى 83 سنة. أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق ذو قيمة بين كبار السن وصغار السن من حيث تأثيرهم النفسي والأعراض الجانبية عند تلقيهم العلاج الكيميائي لعلاج السرطان.

دراسة كوهن وآخرون Cohen, Tyrrell, and Smith (1993)

كانت الدراسة حول الإصابة بأمراض البرد العادية وتمت على 394 فرداً في حالة صحية جيدة وطلب من خلالها المشاركون ملء استبانة مصممة للحصول على معلومات موضوعية حول أحداث الحياة الضاغطة التي واجهوها وكذا استمارة حول الضغط المدرك، ثم قاموا بتعريض الأفراد المشاركين لفيروس أمراض البرد الشائعة، وتوصلت النتائج إلى أن كلا من التقييم الموضوعي لأحداث الحياة الضاغطة والضغط المدرك يتنبآن بحدوث المرض.

دراسة Levenstein & Mauder (2008)

هدفت الدراسة إلى معرفة دور الضغط في تطور المسار الكلينيكي لمرض التهاب الأمعاء وذلك من خلال مراجعة أدبيات الدراسات الوبائية المتعلقة لتأثير الضغط على المرض. وتوصلت نتائج الدراسة على أن هناك أدلة ثابتة على مساهمة العوامل النفسية في مسار مرض التهاب الأمعاء خاصة الضغط في القولون التقرحي وأعراض الاكتئاب في مرض كرون.

دراسة علي فاطمة الزهراء (2009)

وهدفت الدراسة إلى معرفة الضغوط النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية (العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، الحالة الإنجابية) بالخرطوم ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي وبلغ حجم عينة الدراسة 160 امرأة مصابة بسرطان الثدي، وتم اختيار العينة بالطريقة العشوائية البسيطة بمستشفى الذرة بالخرطوم، وطبق على العينة مقياس الضغوط النفسية من إعداد الباحثة ومن أهم ما أسفرت عليه نتائج الدراسة الآتية:

-الضغوط النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي مرتفعة.

-لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي ومتغير العمر. والأعمار كانت بين 20 و 51 سنة فأكثر.

دراسة العبيدي (2010)

ووجدت دراسة العبيدي أن مرحلة التشخيص لمرض السرطان والتجارب التي تتوالى بعد ذلك على المريض والتي تتضمن فترات العلاج بأنواعها (الكيميائي أو الإشعاعي) وفترة العزل لانخفاض المناعة وفترات طويلة قد تتجاوز الشهر أو أكثر تؤدي إلى تعرض المرضى لبعض الاضطرابات النفسية فلا يستطيع المريض التحكم بردود أفعاله، وقد لا يستطيع المريض النوم أو الأكل أو التوقف عن البكاء أو السكوت لأوقات طويلة. ويشير العبيدي (2010، ص 20) أن دراسة زامكة (2008) أكدت أن رحلة الكفاح مع مرض السرطان ستحمل الكثير من الضغوط النفسية والعصبية والجسدية وأهمها الشعور باليأس.

دراسة بامير وآخرون Bameer, Badheeb, Basaad, Alfadly (2015)

وهدفت الدراسة إلى التعرف على الضغوط النفسية التي يعاني منها مرضى السرطان في حضرموت وتكونت عينة الدراسة من 58 مريضاً بالسرطان بالمركز الوطني للأورام وتراوح أعمارهم من أقل من 20 سنة إلى 70 فأكثر وتم إتباع المنهج الوصفي واستخدام اختبار للضغط النفسي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك مستوى مرتفع من الضغط النفسي يعاني منه مرضى السرطان في حضرموت مرتبط بعدم وجود خدمة متخصصة لعلاج الأورام، كذلك مدة المعاناة الطويلة من السرطان وفئة العمر الإيجابي وضعف الحالة الاجتماعية والزوجية أدت إلى ضعف التكيف النفسي والاجتماعي.

دراسة السيد وآخرون (2018)

وهدفت الدراسة إلى وصف وتحليل الضغوط النفسية والبيئية لمريضات سرطان الرحم ذوات المستوى الاقتصادي المتوسط، وتكونت عينة الدراسة من 80 مريضة تتراوح أعمارهم من 20 سنة إلى 55 سنة ويتلقون العلاج سواء الهرموني أو العلاج الكيميائي أو العلاج الإشعاعي واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي باستخدام استبيان للبيانات الأولية ومقياس الضغوط النفسية والبيئية لمريضات سرطان الرحم من إعداد الباحثين وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن درجة الضغوط النفسية لدى المصابات بسرطان الرحم مرتفعة.

دراسة زايدي باية (2018)

هدفت الدراسة وجود علاقة بين بعض السمات المناعية (الصلابة والتوكيدية والتفاؤل) وأسلوب التعامل مع الضغط النفسي لدى الأستاذ الجامعي، وعن إمكانية التنبؤ بأسلوب التعامل مع الضغط النفسي لدى الأستاذ الجامعي انطلاقاً من درجاته في كل من هذه السمات المناعية، وتكونت عينة الدراسة من 200 أستاذ تم اختيارهم بطريقة عشوائية طبقية، وتم الاعتماد على المنهج

الارتباطي، وتمثلت أدوات الدراسة في قائمة أساليب التعامل مع الضغط النفسي لبولهان وآخرين، 1994 مقياس التفاؤل لبدر محمد الأنصاري، مقياس التوكيدية ومقياس الصلابة النفسية لـ حنصالي وتوصلت النتائج إلى ارتباط السمات المناخية (الصلابة والتوكيدية والتفاؤل) إيجاباً بالتعامل المتمركز حول المشكل وسلباً بالتعامل المتمركز حول الانفعال.

دراسة طالبي (2019)

وهدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الضغوط النفسية وكل من تقدير الذات والقلق الاجتماعي لدى المصابات بسرطان الثدي بالمركز الصحية المتخصصة بمدينة (سطين وباتنة) الجزائر، وتكونت عينة الدراسة من (79) مريضة مصابة بسرطان الثدي في مرحلة العلاج وتراوح أعمارهم من (أقل من 40 سنة إلى 50 سنة فأكثر) وتمثلت أدوات البحث في مقياس إدراك الضغط النفسي لوفينستون ومقياس أساليب المواجهة ومقياس تقدير الذات ومقياس القلق الاجتماعي بالاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، وكانت أهم نتائج الدراسة كالتالي:

- مستوى مؤشر إدراك الضغط النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي متوسط.

- عدم وجود فروق في جميع متغيرات الدراسة (مؤشر إدراك الضغط، أساليب المواجهة، تقدير الذات، القلق الاجتماعي) وفق السن ومدة العلاج.

دراسة بحري وخرموش (2019)

وهدفت الدراسة إلى محاولة معرفة أهم الاستراتيجيات التي يستخدمها مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي لمقاومة الضغوط النفسية التي تعترضهم، وهذا من خلال الكشف عن مستوى الضغط النفسي لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، وما هي استراتيجيات مقاومة الضغوط التي يستخدمونها، وتكونت عينة الدراسة من 10 حالات تراوحت أعمارهم من

20 إلى 52 سنة، وتم الاعتماد على المنهج الوصفي واستخدم الباحثان استبيانين من اعدادهما الأول خاص بالضغوط النفسية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي والثاني خاص باستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية التي يعتمدها مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المريض المصاب بالسرطان يتعرض لمجموعة من الضغوط النفسية تأتي على رأسها الجسمية، الاجتماعية والنافعالية وتقل لديه كل من الضغوط الاقتصادية والمعرفية.

ثالثاً: الدراسات التي تطرقت إلى المؤشر الورمي CA15-3

دراسة (2009) Al-Atrakchi & Al-Mudhaffar

هدفت الدراسة حول الدور الإكلينيكي لكل من المؤشرات الورمية وتم إجراء قياس منفرد لإثنين من المؤشرات الورمية (CA15-3) (CEA) من نماذج لمصول 40 شخصاً من الأصحاء، 22 من مرضى مصابين بورم الثدي الحميد، و122 من مصابين بسرطان الثدي وأظهرت النتائج بأن (CA15-3) أعطى نتائج أكثر حساسية وإيجابية من الثاني حيث كانت نسبة الحساسية (44% و 54%) على التوالي وكذلك أعطى المؤشر الورمي (CA15-3) أكثر خصوصية من (CEA) بقابلية الفحص لإعطاء نتائج سالبة عندما يكون الأشخاص فعلاً غير مصابين بالمرض بنسبة (100% و 77%) على التوالي، وبذلك بينت الدراسة بأن هذا الفحص يوفر معلومات محسوبة لتقييم ووضع خطة العلاج.

دراسة (2009) Shnawa, Maliky , Al- mersomy

هدفت الدراسة إلى إجراء اختبار على 35 مريضة بسرطان الثدي و15 أنثى سوية وخضعت كل من المريضات والسويات إلى تعداد خلايا البيض الكلي، تعداد الخلايا اللمفية الكلي، تعداد عنقود التمايز CD4 وعنقود التمايز CD8 في الخلايا اللمفية المحيطة وفحصت أمصالهم عن المؤشر الورمي CA15-3 وبناءا عليه أوصت الدراسة باستخدامه كوسيلة في تشخيص سرطان الثدي.

دراسة (2020) lyden kamil, Al-Timemy, Escudero

هدفت الدراسة حول تصنيف المؤشرات الحيوية لأورام الثدي لدى النساء العراقيات على مرحلتين أظهرت نتائج الدراسة أهمية البروتين CA15-3 في اللعب والدم وكذلك مستوى المستضد السرطاني في الدم للتنبؤ بأورام الثدي.

دراسة ماك كينا وآخرون Mc Kenna et al (1999)

توصلت إلى وجود ارتباط بين العوامل النفسية والاجتماعية وتطور بعض السرطانات، حيث باستطاعة المناعة الخلوية أن تقوم بالقضاء على الخلايا السرطانية في حين أن العوامل النفسية السلبية قادرة على إضعاف القدرة المناعية للدفاع ضد الأورام، وبالتالي فالعكس صحيح فيما يخص العوامل النفسية الإيجابية التي هي بمثابة المحفز على تنشيط القدرة المناعية لدى الأفراد المصابين بأمراض مختلفة كالسرطان.

دراسة قنون خميسة (2013)

هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة القائمة بين الاستجابة المناعية والممثلة بالغلوبيولينات المناعية (IgA, IgG, IgM) ومتغيري الدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان وتكونت عينة الدراسة من 60 مريض بالسرطان وتم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي واستخدام اختبار الدعم المدرك لـ Zimet واختبار الرضا عن الحياة للدسوقي إضافة إلى اختبار الغلوبيولينات المناعية IgA, IgG, IgM وتوصلت النتائج إلى أن قيم كل من الغلوبيولين IgA و IgM توزيعا ملتويا بينما تتوزع توزيع كل من الغلوبيولين المناعي IgG والدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة توزيعا اعتداليا، وبأنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين معدل كل من الغلوبيولين المناعي IgA والغلوبيولين IgM ودرجة كل من الدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة، بالإضافة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين معدل الغلوبيولين المناعي IgG ودرجة كل من الدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة.

دراسة نزار وآخرون (2014)

هدفت الدراسة إلى تحديد دور المؤشرات الورمية في الكشف المبكر عن سرطان الثدي وتأثير بعض المتغيرات عليها، وتكونت عينة الدراسة من (69) امرأة مصابة بسرطان الثدي وتمت مقارنتها بـ (30) امرأة سليمة كمجموعة ضابطة وتم الاعتماد على اختبار المؤشر الورمي CA27-29، والتحليل الإحصائي للبيانات، وتوصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود أي تأثير للفئات العمرية على المعدل العام للمؤشرات الورمية في حين وجدت فروق مرتفعة في المعدل العام للمؤشرات الورمية بين مجموعتي النساء (المصابات والسليمات).

دراسة Hasan (2015)

وهدفت الدراسة إلى تحديد الارتباط بين المؤشرات الخاصة بالأورام المستضد السرطاني المصغي (CEA) والبروتين (CA19-9) (CA15-3) ومؤشر تنخر الأروام نوع ألفا (TNF- α) ومراحل تطور المرض والنتائج المحتملة لهذه المؤشرات، بواسطة تقنية ELISA (فحص الالامتزاز المناعي المرتبط بالأنزيم) وتكونت عينة الدراسة من (40) امرأة مصابة بسرطان الثدي تراوحت أعمارهم بين (29-68 سنة)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود أي علاقة معنوية قد تساهم في تطور وانتشار سرطان الثدي وهذا للمؤشرات التالية CEA و CA19-9 و CA15-3 و السيتوكين TNF- α بعد إعطاء العلاج الكيميائي.

دراسة (2016) Abid Al-hussein, Mahmood & Ataimish

هدفت الدراسة إلى الكشف على مستوى المؤشر الورمي CA15-3 و CA125 باستخدام طريقة ELISA وتكونت عينة الدراسة من 100 امرأة (50) مصابة بسرطان الثدي و (50) أصحاء وتراوحت أعمارهم بين 25 – 68 سنة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المؤشر الورمي CA15-3 مرتفع لدى المصابات بسرطان الثدي في الفئة العمرية (47-57) مقارنة بالفئات العمرية (25-35)، (36-46)، (58-68).

دراسة (2017) Al-Hilaly, Rasool & Magid

وهدفت الدراسة إلى التحقق من دور بعض المؤشرات الورمية في عينات عشوائية للمرضى الوافدين إلى مستشفى الديوانية (العراق) وتمت الدراسة على عينة مقطرة بـ 100 امرأة، (50) أنثى مصابة بسرطان الثدي قبل إجراء العملية الجراحية، و(50) أنثى لا تعاني من أي نوع من أنواع السرطانات، وتراوحت أعمارهم بين 18-80 سنة وتوصلت نتائج الدراسة إلى ارتفاع تراكيز المؤشر الورمي CA15-3 و CEA وهذا بمستويات مرتفعة مقارنة مع المجموعة

الضابطة، وكذلك إلى عدم وجود تأثير قوي بين تركيز كل من المؤشر الورمي CA15-3 و

CEA والسن. (Al-Hilaly, Rasool & Magid, 2017)

دراسة خلاف وعدوان (2018)

هدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين فعالية الذات المدركة والاستجابة المناعية (المتنيمات المناعية C3-C4) لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي والتعرف عما إذا كانت فروق بينهم في مستوى فعالية الذات المدركة حسب متغيري نوع العلاج الذي يخضعن له وفترات تلقي العلاج وقد تكونت عينة الدراسة من (42) امرأة مصابة بالسرطان وتم الاعتماد على المنهج الوصفي وتمثلت الأدوات المستخدمة في مقياس فعالية الذات المدركة، وأخذ مستوى المتنيمات المناعية C3-C4 وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية في مستوى فعالية الذات المدركة والاستجابة المناعية، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى فعالية الذات المدركة حسب نوع العلاج المتبع وفترات تلقي الجرعات العلاجية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي.

دراسة خلاف (2019)

وهدفت الدراسة إلى محاولة الكشف عن دور العلاقة بين فعالية الذات المدركة والعزو السببي في بعض عناصر الاستجابة المناعية ممثلة بـ الغلوبولينات المناعية (IgA, IgG, IgM) لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي، وتكونت عينة الدراسة من 42 مصابة بسرطان الثدي وتم الاعتماد على المنهج الوصفي واستخدام الأدوات المتمثلة في مقياس فعالية الذات ومقياس العزو السببي، وتم التوصل إلى أن قيم متغير فعالية الذات المدركة وقيم الغلوبولينات المناعية المتمثلة في (IgA - IgG) تتوزع توزيعاً اعتدالياً لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، بينما لا تتوزع

قيم الغلوبولين (IgM) توزيعا اعتداليا، كما وجدت أن كل من فعالية الذات المدركة والعزو السببي الإيجابي تساهم في التنبؤ بمستوى بعض عناصر الاستجابة المناعية (الغلوبولينات المناعية) لدى المصابات بسرطان الثدي.

التعليق على الدراسات السابقة

التعليق على الدراسات التي تناولت الأمل:

تناولت أغلب الدراسات الكشف عن مستوى الأمل لدى المصابات بسرطان الثدي ومعرفة إذا كانت هناك فروق بين المصابات وفقا لمتغير السن كدراسة كل من (Felder, 2004) (Al Jammmas et al, 2007)، (Jing et al, 2010)، (البكوش، 2014)، (حامد، 2011)، (شدمي، 2015)، (الضويلع، 2018) وتراوحت الفئات العمرية في هذه الدراسات بين 18-74 سنة بعضها لم يحدد نوع العلاج والبعض الآخر حدد نوع العلاج الكيميائي. إلا أن دراسة (Snyder, 1994) كانت أكثر الدراسات قربا لموضوع الدراسة الحالية بحيث هدفت إلى توضيح أن فقدان الأمل يمكن أن يتفاعل مع المرض ويزيد من تفاقمه كما يمكن أن يحسن من الحالة الصحية للمصابين بالسرطان، وكذا دراسة (Ong et al., 2006) والتي توصلت إلى أن الأمل يساهم في التخفيف من الضغط النفسي كما أن الضغط المرتفع يرتبط بانخفاض الأمل، ودراسة (folkman, 2010) والذي ذكرت بأن الأمل يؤدي دورا في مواجهة الضغوط لدى مرضى السرطان، ودراسة سنايدر 1994 نقلًا عن (حمى وبكر، 2013) والتي جاءت بأن مرتفعي الأمل لديهم خصائص تساعد في الشفاء من المرض عكس منخفضي الأمل، وهذا ما تدعمه نتائج دراسة كوين (Queen, 1995) والتي جاءت بأن الشعور بالأمل يساعد في الامتثال للشفاء للمصابات بسرطان الثدي، وأيضا دراسة (البكوش، 2014) والتي

تطُرقت إلى أن الأمل يساهم في زيادة الشفاء وكذا تقليل خبرة المرور بالألم لدى مرضى السرطان.

التعليق على الدراسات التي تناولت الضغط النفسي:

أظهرت الدراسات السابقة أن الضغط النفسي وإدراكه يساهم في التنبؤ بالمرض وتطوره كما يوجد دور للضغوط في بدء السرطان وشملت دراسة كل من (لودينسلاجر وآخرون، 1983)، (Nerenz et al, 1986)، (كوهن وآخرون، 1993)، (Levenstein & maunder, 2008). بينما تناولت دراسات أخرى مستوى الضغط النفسي وإدراك الضغط وفقاً لمتغير السن دراسة (علي، 2009)، (Bameer, et al, 2015)، (السيد وآخرون، 2018)، (طالبي، 2019)، وتراوحت الفئات العمرية بين 19-83 سنة وأسفرت نتائج دراسة (العبيدي، 2010) على أن رحلة العلاج بأنواعه تحمل ضغوط نفسية، ودراسة (بحري وخرموش، 2019) التي وضحت بأن المرضى الخاضعين للعلاج الكيميائي يتعرضون لضغوط عديدة جسدية وانفعالية، أما دراسة (زايدي، 2018) ركزت على بعض السمات المناعية (الصلابة والتوكيدية والتفاؤل) يمكنها التنبؤ باستراتيجية مواجهة الضغوط.

التعليق على الدراسات التي تناولت المؤشر الورمي CA15-3:

كشفت بعض الدراسات دور المؤشر الورمي CA15-3 في سرطان الثدي وهذا بتوضيح قابلية استخدامه للفحص وأثناء العلاج وللمراقبة كدراسة كل من

(Al-atrakch & al- mudhaffar, 2009)، (Shnawa et al, 2009)، (Iyden kamil, 2020)، (Al-Timemy, Escudero, 2020)، كما تطرقت دراسات إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين العوامل النفسية والاستجابة المناعية باعتبار الجانب النفسي محفز للجهاز المناعي كدراسة (ماك

كينا وآخرون (Mc Kenna et al، 1999)، (قنون، 2013)، فيما توصلت دراسة (خلاف وعدوان، 2018) إلى عدم وجود علاقة في مستوى فعالية الذات المدركة والاستجابة المناعية، وغياب الفروق في فعالية الذات المدركة حسب نوع العلاج المتبع، بينما دراسة (خلاف، 2019) ترى بأن العوامل الإيجابية مثل فعالية الذات والعزو السببي الإيجابي تساهم في التنبؤ بالاستجابة المناعية. وتناولت دراسة كل من (Al-Hilaly, Rasool & Magid, 2017)، أن المؤشر للمؤشر الورمي CA15-3 لا يتأثر بالسن وتراوحت الفئات العمرية بين 18-80 وكذلك دراسة (نزار وآخرون، 2014) توصلت لعدم وجود تأثير للفئات العمرية في المؤشر الورمي CA27-29 للمصابات بسرطان الثدي. فيما جاءت مخالفة لما سبق ذكره دراسة كل من (Abid Al-husseini, Mahmoud & Ataimish, 2016) والتي توصلت إلى أن المؤشر الورمي CA15-3 مرتفع لدى الفئة العمرية (47-57)، وجاءت دراسة (Hasan, 2015) والتي درست لا يوجد ارتباط بين المؤشر الورمي CA15-3 والعلاج الكيميائي يمكن أن يساهم في تطور سرطان الثدي.

من خلال التعليق على الدراسات السابقة يمكن القول بأن أغلبها تناول موضوع الدراسة بمتغيراته (الشعور بالألم، إدراك الضغط، المؤشر الورمي CA15-3) بشكل جزئي ولم نجد دراسات عربية أو أجنبية في حدود اطلاعنا تتناول موضوع الدراسة بشكل مباشر، لكن كانت هناك بعض الجزئيات التي تم التطرق لها وتتعلق ببعض المتغيرات النفسية كالدعم الاجتماعي المدرك، فعالية الذات، التفاؤل وكل من الأمل وإدراك الضغط النفسي، وكذا عامل السن والخضوع للعلاج الكيميائي بالإضافة إلى المؤشر الورمي، لكن لم نجد دراسات تناولت أبعاد

الأمل أو الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الأمل لدى المصابات بسرطان الثدي وتفاعلها مع
العوامل البيولوجية.

الفصل الأول

الشعور بالأمل

تمهيد

1. مفهوم الأمل

2. الأساس البيولوجي العصبي للأمل

3. مكونات الأمل

4. الأمل كسمة

5. الأمل كحالة

6. الأمل وبعض المتغيرات الإيجابية (التفاؤل، فعالية الذات، السعادة، الرضا عن الحياة)

7. أهمية الأمل

8. النظريات والنماذج المفسرة للأمل

9. خصائص مرتفعي ومنخفضي الأمل

خلاصة الفصل

تمهيد

يعد الشعور بالأمل من المتغيرات الإيجابية المساهمة في الصحة والشفاء كما تعتبر مصدر مهما للمرضى لمساعدتهم على مواجهة الضغوط المرتبطة بالمرض سواء كسبب أو كنتيجة وهذا للتكيف مع الوضع الصحي والمساهمة في التحسن والشفاء، وفي هذا الفصل سنحاول التطرق لمجموعة من العناصر متمثلة في: تعريف الأمل، الأساس البيولوجي العصبي للأمل، الأمل كسمة والأمل كحالة، مكونات الأمل، الأمل وبعض المتغيرات الإيجابية، أهمية الأمل، النظريات والنماذج المفسرة للأمل، وأخيرا، خصائص مرتفعي ومنخفضي الأمل.

1. مفهوم الأمل

بدأ الاهتمام بالأمل منذ بداية الخمسينات من القرن العشرين، وخاصة في الدراسات التي اهتمت بمستوى التوافق والصحة العامة والمرضى، فقد لاحظ فرنش 1952 French وميننجر 1959 Menninger وجود علاقة بين الأمل وكل من الصحة العامة والسرعة في الشفاء والشعور بالهناء الشخصي والقدرة على التعلم، وفي الستينات من القرن العشرين بدأت الأبحاث في فحص الأمل بشكل إجرائي من خلال تناوله علميا.

قدم سنايدر وآخرون (C. R. Snyder et al, 1991) مفهوم الأمل بأنه "وجهة معرفية تقوم على أساس تبادلي مستمد من الشعور بالنجاح، والطاقة أي (الإرادة الموجه للهدف) والمسارات أي (التخطيط لطرق تحقيق الأهداف)".³⁴

ولهذا يعتبر عام 1991 تاريخ البداية الحقيقية لدراسة الأمل من خلال دراسات سنايدر Snyder الذي وضع تعريفين للأمل:

التعريف الأول يشير إلى أن الأمل عبارة عن "حالة من الدافعية الإيجابية تؤدي إلى النشاط الداخلي وتدعم الشعور بالنجاح" وقد تأسس هذا التعريف على مفهومين فرعيين هما:

أ) الطاقة Agency أو الإرادة Will وتعني مستوى الطاقة والقوة الموجهة للهدف.

ب) المسارات أو السبل Pathways وتعني القدرة على التخطيط لبلوغ الهدف.

³⁴ Snyder, C. R. "the psychology of hop. new york: the free press. 1994. P 570.

أم التعريف الثاني فقد وصف الأمل على أنه " التوجه المعرفي الإيجابي الذي يعطي الشعور بالدافع القوي للنجاح"³⁵

ويعرفه سنايدر وزملائه (snyder, irving, & anderson, 1991) الأمل بأنه " حالة دافعية إيجابية تقوم على أساس تفاعلي مستمد من الشعور بالنجاح، والوكالة أي الطاقة الموجهة نحو الهدف، والمسارات أي التخطيط لتحقيق الأهداف".³⁶

وأشار جوتشوك 1985 Gottschalk أن الأمل قوة حياتية دينامية متعددة الأبعاد، ويتميز بوجود الثقة ومن ثم التوقع غير المحدد بإنجاز أو تحقيق مستقبل جيد لدى الشخص الأمل، وهو في الحقيقة ذو دلالة شخصية.

ويذكر 1997 sumerlin أن الأمل هو السلوك الموجه لنجاح وتحقيق الأهداف، وهو الدافع وراء إنجاز الأشياء والموضوعات، والتوقع الإيجابي لها، فالأمل يعتمد عليه في تقييم الحافز لنجاح عملية إكمال الهدف، حيث أن الأفراد الذين يتمتعون بالأمل هم أصحاب القدرة على إيجاد حلول لصنع مستقبل أفضل.³⁷ وأشار شرانك وآخرون (schrack et al, 2008) إلى وجود سبعة أبعاد للأمل وهي:

³⁵ معمريّة البشير: دراسات في علم النفس الإيجابي. ج 1. الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع. 2012. ص 226-227.

³⁶ Snyder, C. Richard. Hope theory: Rainbows in the mind. Psychological inquiry. Taylor & Francis 13, no. 4. 2002. P 250.

³⁷ أبو طالب دعاء مسموع أحمد. مقياس الشعور بالأمل. مجلة القراءة والمعرفة. العدد 135. 2012. ص 277.

الوقت، نقطة البداية غير المرغوب فيها، الأهداف، احتمالية النجاح، مركز الضبط، العلاقات، والخصائص الشخصية.³⁸

ويرى كل من لازاروس وآخرون (Lazarus, 1991; Rustoen, 1995; Smith & Ellsworth, 1985) بأنه تم تصور مفهوم الأمل كإنفعال وعليه فإن الأمل يعتبر مصدر مهم للمواجهة والتكيف للأشخاص الذين يعانون من مواقف عصبية وصعبة بما في ذلك النساء اللواتي تستدعي حالتهم العلاج الطبي لسرطان الثدي.

وينظر إلى الأمل بشكل عام على أنه إنفعال مرغوب فيه، بسبب آثاره المفيدة. وأشار لازاروس Lazarus (1991) أن الأمل ينتج عن نمط فريد من الأفكار والتقييمات حول موقف ما وهو مهم للحفاظ على الالتزام بالأهداف المرجوة والتكيف. فعلى سبيل المثال، الأفكار والمعتقدات حول الأهمية الفعلية أو المحتملة للأضرار أو الخسائر المرتبطة بسرطان الثدي قد تثير الضغط أو التوتر الانفعالي، وبدوره يؤدي التوتر الانفعالي إلى استراتيجيات تأقلم مختلفة لتمكين التكيف، وبشكل محدد تم اقتراح الأمل عند كل من (Lazarus & Hinds & Martin, 1988؛ Lazarus & Folkman, 1989؛ Owen, 1995؛ Seligman, 1990) كمصدر يعزز استراتيجيات المواجهة التي تزيد من المشاركة في نظم العلاج وتقوي الاعتقاد بأنه يمكن إدارة الصعوبات.³⁹

³⁸ Van den Heuvel, Steven C. Historical and multidisciplinary perspectives on hope. Springer Nature. 2020. P 143.

³⁹ -Ebright Patricia R., Brenda Lyon. Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. oncology nursing forum 29, no. 3. 2002. p 561-562.

2. الأساس البيولوجي العصبي للأمل

رغم تأكيد سنايدر على أن الأمل هو تهيؤ عقلي مكتسب، لكن هذا لا يستثني فكرة أن عمليات التفكير الأمل لها أسس عصبية بيولوجية، وبخاصة فيما يتعلق بالسلوكيات الموجهة نحو الهدف ويقول نورمان كوزنز (Cousins, 1991) في وصف المخ والتفكير المرتبط بالأمل ما يأتي:

" يؤمن باحثو الدماغ الآن أن ما يحدث في الجسم يمكن أن يؤثر على الدماغ، وما يحدث في الدماغ يمكن أن يؤثر على الجسم. الأمل، والغاية، والعزيمة ليست مجرد حالات عقلية، إنها تمتلك روابط إلكترو كيميائية تؤدي دورا كبيرا في أعمال جهاز المناعة والاقتصاد الكلي للكائن البشري بأكمله".⁴⁰

ومن هذا الأساس أيضا يقوم الأمل على وجود نظامين عصبيين متضادين يحركان السلوك الموجه نحو الهدف (Carr, 2004):

1-النظام المنشط للسلوك (BAS) (Behaviour Activating System) ويطلق عليه أيضا

النظام الميسر للسلوك أو نظام التيسير السلوكي (BFS):

وهو الذي يدفع إلى السير والتقدم والإقدام، والتجريب والمحاولة (Go)، ونظام التوسع والنماء والبناء والانفتاح على الدنيا والناس وتجارب الحياة، والعلاقات والمكانة والسيطرة والبحث عن الإثابة والمكافأة، وهو على علاقة بالعواطف الإيجابية، ويكون فاعلا لدى المتفائلين والآمليين.

2-النظام الصاد للسلوك أو نظام الكف السلوكي (BIS) (Behaviour Inhibiting System):

ويتحرك هذا النظام لإيقاف السلوك المنفتح المبادر (NO)، متحولا إلى حالة الصد الدفاعي، ويتحرك

⁴⁰ لوبز شين وبدروتي جينيفر، سنايدر: علم النفس الإيجابي. ط1. عمان: دار الفكر. 2018.

في حالات التهديد والخطر والعقاب والتوبيخ والقمع، وتكون النتيجة الانكفاء الدفاعي والقصور الذاتي مع ما يميزهما من تشاؤم ويأس، وهذه الآلية قابلة للتحويل حين يترأى القهر والهدر وتتاح فرص التحرك.⁴¹

وقد تم حديثاً مناقشة فكرة خطوط التنقيب (Prospection pipeline) من قبل لوبز (Lopez, 2013) فقد ناقش لوبز عملية الأمل وكأنها تحدث عصبياً في الدماغ، حيث يستطيع علماء الأعصاب أن يتتبعوا عملية الفكرة الجيدة في الدماغ وبإمكانهم تتبع الخطة المستقبلية من خلال مراقبة أجزاء في الدماغ والتي تضيء أثناء تشكل الفكرة بحيث تصبح معروفة، وتحدث "لوبز" عن خلق الأفكار من الذكريات، ومن ثم تبدأ خطوط التنقيب في قرن آمون Hippocampus (الهيبيوكامبوس) حيث هناك يتم اختبار الذكريات واستخدامها كأساس لتخيلات جديدة، وربما يبدأ الأمل وهو جزء من التخيلات بطريقة أو بأخرى هنا، حيث نبدأ بتقييم ما حدث قبل ذلك، وما علينا فعله في المستقبل وفي حال تم اختبار الفكرة، ستكون الوقفة التالية على طول الخط على القشرة الحزامية الأمامية (rACC) والتي تعمل مع الجسم اللوزي (أميجدال) في تحديد هذه الصور العقلية والخطط، والصاق المعاني الانفعالية بها. والوقفة الأخيرة على الخط هي القشرة الجبهية، وهنا يبدأ مسار الأمل بالظهور كما عرفه سنايدر وزملاؤه.⁴²

ويرى الدواش وأبو حلاوة (2019) أن معظم التصورات والنماذج العلمية التي صيغت في محاولة وصفه وتفسيره، تتعامل مع الأمل على محورين:

3. الأمل كسمة Hope is a trait

⁴¹ حجازي مصطفى: إطلاقات طاقات الحياة قراءات في علم النفس الإيجابي. بيروت: التنوير للطباعة والنشر والتوزيع. 2012. ص 131-132.

⁴² لوبز شين وبدروتي جينيفر، سنايدر المرجع المذكور سابقاً، ص 167.

ينظر إلى الأمل كسمة تتضمن اعتقاد الفرد بقدرته على تحديد مسارات ومتطلبات إنجاز أهدافه (Snyder, 2000) ويعتقد الأشخاص ذوي المستويات المرتفعة من الأمل بأنهم قادرون على البدء والاستمرار في تحركاتهم صوب أهدافهم، ويعرف هذا التوجه باسم " التفكير الفاعل " Thinking agency ويعتقدون كذلك بقدرتهم على إنتاج مسارات معقولة لتحقيق أهدافهم ويعرف هذا التوجه باسم " تفكير المسارات " Thinking pathways، ويطلق على القدرة الاجمالية الخاصة بالتخطيط للأهداف وتحديد مسارات ومتطلبات تحقيقها " التتالي النفسي للفعل " Sequences action mental والتي تعد بدورها قوى حافزة رئيسية تعزز الانفعالات الإيجابية والرفاهية للفرد.⁴³ وتوصلت دراسة كل من بيلنجتون وآخرون (Billington et al, 2008) إلى أن سمة الأمل المرتفعة تتنبأ بشكل إيجابي بالصحة النفسية وجودة الحياة.⁴⁴ ويرى واندلر وآخرون (Wandeler, et al) 2011 بأنه ينظر إلى الأمل باعتباره سمة مستقرة وثابتة إلى حد ما مع مرور الوقت ولكنها لا تزال مرنة، لأن الأفراد يتعلمون من تجربتهم وظروفهم ويمكن أن تؤثر التغذية الراجعة على البنيات التحفيزية المعرفية.⁴⁵

⁴³ فؤاد محمد الدواش وأبو حلاوة محمد السعيد: الأمل وعلاقته بمكونات اعتقاد التحكم الشخصي والوعي العمدي اللّاني لدى طلاب الجامعة. مجلة الدراسات التربوية والإنسانية. المجلد 11. العدد 3. 2019. ص 46.

⁴⁴ Ong, Anthony D., Taylor Standiford, and Saarang Deshpande. Hope and stress resilience. *the oxford handbook of hope*. 2018. P 23.

⁴⁵ Wandeler Christian A., Shane J. Lopez, and Franz J. Baeriswyl. Hope, mental health, and competency development in the workplace. *Empirical research in vocational education and training* 3, no. 2. 2011. p 131.

4. الأمل كحالة Hope as a state

رأى فوس وشميتشيل (2004) اتفاقاً مع تصورات سنايدر للأمل أن الإنسان لا تسيطر عليه مشاعر الأمل في كل الأحوال وفي كل المواقف، بل هو خبرة موقفية بالأساس، وطرح سؤالاً عاماً مفاده ما الذي يجعل الإنسان يشعر بالأمل في بعض الظروف والسيئات؟ ورأى أن العامل الأساسي في توليد هذه الخبرة هو التفكير المفعم بالأمل والذي يعتمد في جزء كبير منه على نحو ما ذهب إليه سنايدر على التنظيم المناسب للذات appropriate self-regulation والذي يتضمن سعي الإنسان للنشاط للتغذية الراجعة الصادقة والأمانة، وتغيير سلوكياته تبعاً لها، وبالتالي التغيير أو التوقف عن مواصلة الاندفاع باتجاه الهدف إذ أقر في يقين الشخص استحالة تحقيقه أو إذا فقد الهدف قيمته وأهميته.⁴⁶

وفي دراستنا هذه ندرس الشعور بالأمل كسمة مستقرة نوعاً ما لدى الأفراد وبأنه القدرة التي يتم من خلالها إنتاج مسارات للسعي إلى تحقيق الأهداف المرغوبة، وهذا من خلال التفكير الفاعل.

5. مكونات الأمل

يمكن تحليل مكونات الأمل حسب نموذج سنايدر على ضوء ثلاث مفاهيم وهي كالتالي:

5. 1. الأهداف Goals:

⁴⁶ فؤاد محمد الدواش وأبو حلاوة محمد السعيد المرجع المذكور سابقاً، ص 47.

حسب سنايدر (snyder, 2002) الأهداف هي " الموضوعات والخبرات أو النتائج التي نرغب بها أو نتصورها بأذهاننا " وتعتبر الأهداف مكون معرفي يمثل صور ذهنية. كلمات. أفكار مرتبطة بالزمن.⁴⁷

وتختلف الأهداف من حيث إطارها الزمني بحيث تنتقل من المدى القصير على سبيل المثال " أريد الحصول على بعض الطعام " إلى المدى الطويل " أريد أن أفقد من الوزن 30 رطلا " وأيضا تختلف الأهداف في الدرجة التي يتم تحديدها بها، ومع الأهداف الغامضة نقل احتمالية حدوثها في التفكير بأمل مرتفع، فعلى سبيل المثال من الصعب تخيل وجود مسارات أو حوافز لمتابعة أهداف غامضة بالإضافة يجب أن تكون هذه الأهداف ذات قيمة كافية لتبرر التفكير الواعي المستمر عنها.⁴⁸

وللأهداف علاقة بمستوى الأمل فالأفراد ذوي مستوى الأمل المرتفع لهم أهداف كثيرة ومتنوعة وأكثر واقعية كما أن لهم القدرة على تقسيم هدف عام نوعا ما غامض إلى مجموعة من الأهداف الجزئية والمتسلسلة.⁴⁹

ويرى كل من (lopez, pedrotti, snyder, 2015) أنه ينطبق الأمل فقط على الأهداف ذات القيمة الكبيرة لدى الفرد، ولكن يمكن للأهداف أيضا أن تتباين مؤقتا، بحيث تتراوح من أهداف يتم تحقيقها في دقائق قليلة إلى تلك التي تستغرق شهورا أو حتى سنوات لتحقيقها، ويمكن أن تكون الأهداف المتضمنة في الأمل موجهة نحو الإقدام (تهدف للوصول إلى هدف مرغوب) أو

⁴⁷ الإمام سعيدة ورويم فائزة: الأمل بين المفهوم والعلاج. مجلة العلوم الاجتماعية. المجلد 7. العدد 29. 2018. ص 169.

⁴⁸ Snyder, C. Richard, ibid, p 250.

⁴⁹ المرجع نفسه، ص 169.

قد تكون وقائية (تهدف إلى إيقاف أو منع حدث غير مرغوب) ويمكن أن تتباين الأهداف من حيث صعوبة تحقيقها، فبعضها يكون سهلاً جداً والأخرى قد تكون صعبة جداً، ومع ذلك حتى مع الأهداف التي يزعم بأنها مستحيلة، قد ينظم الناس معا وينجحون من خلال التخطيط الفائق والجهود المثابرة.⁵⁰

ويميز سنايدر (2002) بين نوعين أساسيين من الأهداف:

1-الأهداف الإيجابية أو أهداف الإقدام وتكون كالتالي:

- ✓ هدف مرغوب فيه لأول مرة.
- ✓ هدف يعزز تحقيق هدف تم إنجازه بالفعل قبل ذلك.
- ✓ هدف يدفع إلى تحقيق المزيد من التقدم المستمر عند إحراز بعض التقدم الفعلي (أي الذي تم بالفعل).

2-الأهداف السلبية وتكون كالتالي:

- ✓ توقف أو تردع شيء ما قبل حدوثه.
- ✓ لتأخير أو ردع حدوث شيء ما.⁵¹

5. 2. تفكير المسارات Pathways thinking:

⁵⁰ لوبز شين وبدروتي جينيفر، سنايدر: علم النفس الإيجابي. ط1. عمان: دار الفكر. 2018.

⁵¹ Alena Slezackova. Hope and well-being psychosocial correlates and benefit. Centre for resilience and socio-emotional health. university of malta. 2017. P 11-12.

يرى سنايدر أنه من أجل الوصول إلى أهدافهم يجب أن ينظر الأشخاص إلى أنفسهم على أنهم قادرون على توليد طرق عملية لتحقيق الأهداف وهذه العملية نسميها تفكير المسارات

⁵² .pathways thinking

ويرى سنايدر وآخرون أن تفكير المسارات يرتبط بتوليد الطرائق البديلة عندما تغلق الطرائق الأصلية، ويرتبط كذلك بامتلاك حديث ذاتي إيجابي حول إيجاد طرق تؤدي إلى الأهداف المرغوبة مثلًا "سأجد طريقة لحل ذلك".⁵³

وتعتبر المسارات البعد العملي في نموذج سنايدر وهي الاستراتيجيات المطبقة من طرف الفرد للوصول لأهدافه فالأمل الكبير يدفع إلى البحث الفعال على وسيلة ناجحة لتحقيق الأهداف.

وقد يواجه بعض الأفراد صعوبات كبيرة في تحقيق أهدافهم وهذا مرتبط بسمات الشخصية وقوة الإرادة، فذوي المستوى المرتفع من الأمل متأكدين من استراتيجياتهم لتحقيق أهدافهم حيث يمكنهم تطوير أفكار إيجابية للنجاح وبالعكس لذوي الأمل الضعيف فهم يواجهون صعوبات للحصول على وسائل لتحقيق أهدافهم، فامتلاك درجة مرتفعة من الأمل تؤدي إلى إدراك وتكييف للوسائل بشكل أسرع من أجل تحقيق الأهداف.⁵⁴

ويرى سنايدر وآخرون أنه يجب أن يكون الشخص ذو الأمل المرتفع جيدًا جدًا في إنتاج طرق بديلة ومعقولة، ويرى أيضًا أنه من غير المحتمل أن ينتج الشخص الذي لديه أمل منخفض طرقًا بديلة. ويصف الأفراد ذوي الأمل المرتفع أنفسهم بأنهم مفكرون يتمتعون بالمرونة ويسهل عليهم

⁵² Snyder Charles Richard, and Shane J. Lopez. Handbook of positive psychology. Oxford university press, 2002. P 258.

⁵³ لوبز شين وبدروتي جينيفر، سنايدر المرجع المذكور سابقا، ص 264.

⁵⁴ الإمام سعيدة ورويم فائزة المرجع المذكور سابقا، ص 169-170.

إيجاد طرق بديلة، في حين أن الأفراد ذوي الأمل المنخفض يقولون بأنهم أقل مرونة ولا ينتجون هذه المسارات الإضافية، بالإضافة فإن الأفراد ذوي الأمل المرتفع فعالون جدا في إنتاج طرق بديلة خاصة أثناء الظروف التي تعترض طريقهم.

ويجب أن يصبح التفكير في المسارات أكثر دقة مع تقدم ومتابعة السعي وراء الهدف وهذا ما يؤدي إلى تحقيق الهدف. وبالاعتماد على مستوى سمة الأمل لدى الفرد يعني هذا أن الأفراد ذوي الأمل المرتفع أكثر من الأفراد ذوي الأمل المنخفض يجب عليهم أن يصمموا طرقهم بشكل أسرع على نحو فعال حتى يصلوا إلى أهدافهم.⁵⁵

5. 3. التفكير الفاعل Agency thinking:

ويرى كل من Snyder, Lopez (2002, p258) أن التفكير الفاعل مهم في كل الأفكار الموجهة نحو الهدف، لكنه يأخذ أهمية خاصة عندما يواجه الناس معيقات.⁵⁶

ويعتبر سنايدر (snyder, 2002) أن التفكير الفاعل (قوة التفكير) عبارة عن مكون تحفيزي أي الطاقة الدافعة في نموذج الأمل وهي مقدرة لتوقع الفرد استخدام مسارات التفكير للوصول إلى الأهداف المرجوة كما يعكس تفكير الفرد وإطاره المرجعي الفكري للبدء بالتحرك على طول المسار.⁵⁷ ويستخدم مثل هؤلاء الأفراد الذين لديهم درجة عالية من الأمل حديث ذاتي محفز مثلا " سأستمر" وهم بصورة خاصة ينتجون ويستخدمون مثل هذا الحديث المحفز عند مواجهة المعوقات، ويمتلك ذوي الأمل المرتفع قواعد انفعالية إيجابية ويشعرون بانتعاش ينبع من تاريخ نجاحهم في السعي وراء الأهداف، بينما يمتلك ذوي الأمل المنخفض قواعد انفعالية سلبية

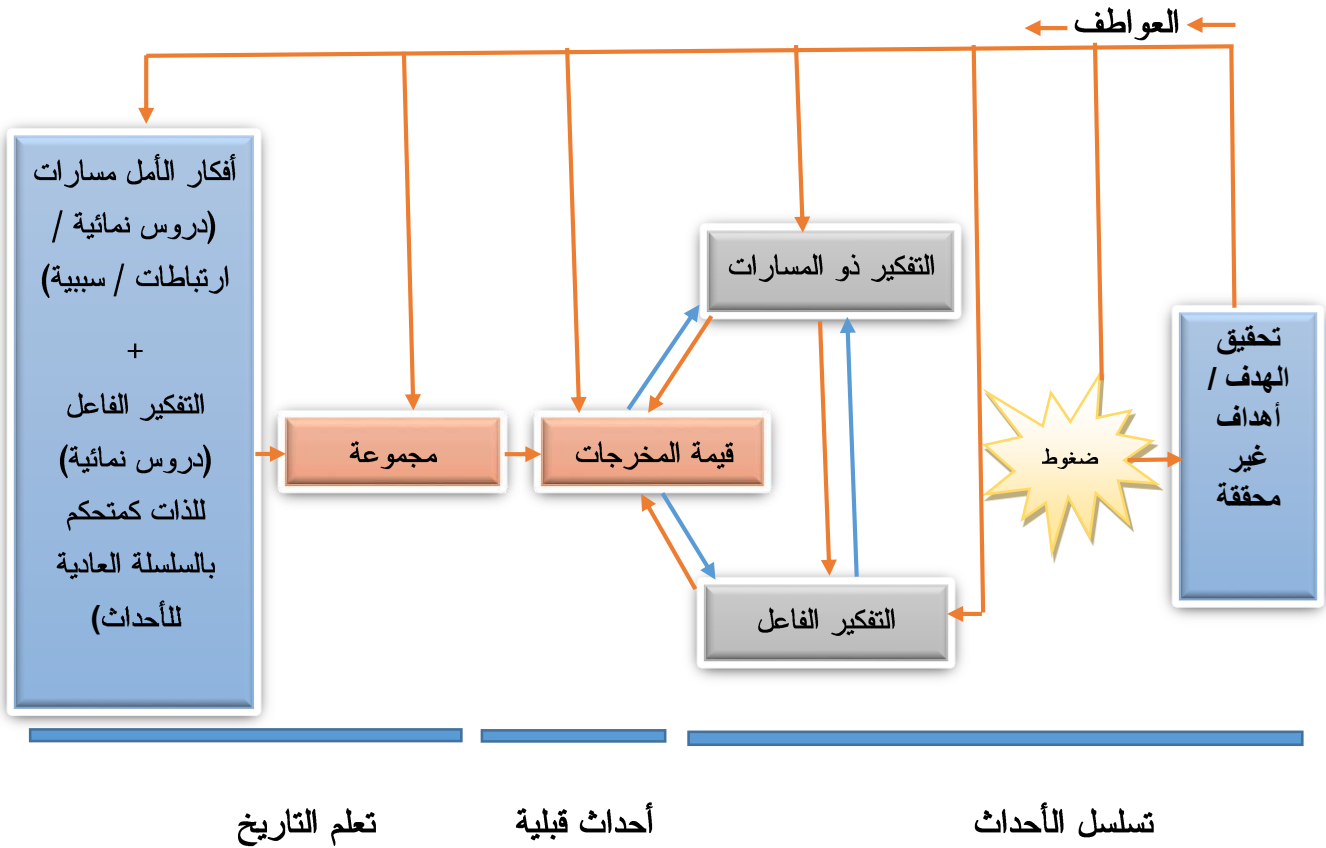
⁵⁵ Snyder, C. Richard, ibid, p 251.

⁵⁶ Snyder, C. Richard, and Shane J. Lopez, ibid, p 258.

⁵⁷ الإمام سعيدة ورويم فائزة المرجع المذكور سابقا، ص 170.

وشعورا بالرقابة الانفعالية والتي تتبع من تاريخ فشلهم في السعي وراء الأهداف والأشخاص مرتفعو ومنخفضو الأمل يجلبون هذه القواعد الانفعالية المهيمنة معهم أثناء خوضهم للأنشطة الخاصة بأهدافهم.⁵⁸

والشكل التالي يوضح المكونات المختلفة لنظرية الأمل عند سنايدر:⁵⁹



الشكل رقم (1): وظيفة التغذية المتقدمة والتغذية الراجعة في نظرية الأمل

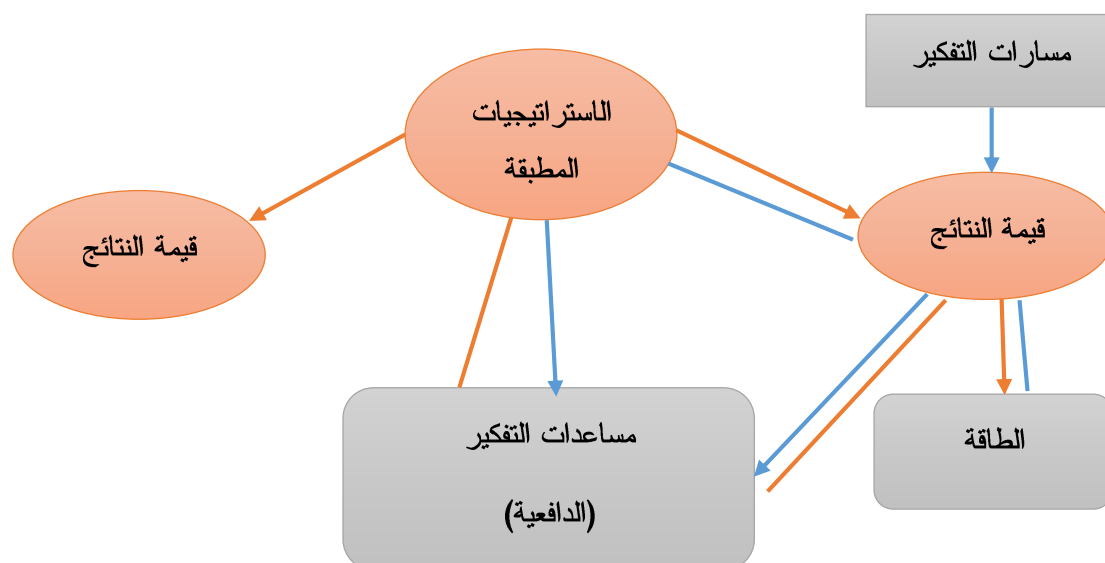
ويوضح الشكل (1) المكونات المختلفة لنظرية الأمل مع العلاقات المتشابكة بين تفكير المسارات والتفكير الفاعل، وكذا القواعد الانفعالية التي يتم اتخاذها لاتباع هدف معين من خلال الأنشطة، ويبين كذلك القيم المرتبطة بالسعي وراء هدف معين. ولابد من التصاق قيمة كافية بهدف ما قبل

⁵⁸ لوبز شين وبدروتي جينيفر، سنايدر المرجع المذكور سابقا، ص 264.

⁵⁹ المرجع نفسه، ص 265.

أن يستمر الفرد في عملية الأمل وعند هذه النقطة يتم تطبيق تفكير المسارات والتفكير الفاعل على الهدف المرغوب وهنا تستلزم التغذية الراجعة انفعالات إيجابية والتي تعزز بشكل فعال عملية السعي وراء الهدف أو انفعالات سلبية والتي تقطع هذه العملية، ويبين كذلك الشكل (1) أن الفرد قد يواجه أحد الضغوط على طول مسار الهدف والذي يحتمل أن يعيق السعي وراء الهدف الفعلي، وتفترض نظرية الأمل أن السعي الناجح وراء الأهداف المرغوبة، وبخاصة عند مراوغة المعوقات الضاغطة يتسبب في انفعالات إيجابية واستمرارية في جهود السعي وراء الهدف (التعزيز الإيجابي) ومن جهة أخرى إذا لم يكن سعي الشخص وراء الهدف ناجحاً فقد تنتج انفعالات سلبية وقد تتقوض عملية السعي وراء الهدف.⁶⁰

ويمكن توضيح العلاقة بين مكونات الأمل حسب نموذج سنايدر من خلال المخطط التالي:⁶¹



الشكل (2): مخطط يبين العلاقة بين مكونات الأمل حسب نموذج سنايدر

⁶⁰ لوبز شين، بدروتي جينيفر وسنايدر المرجع المذكور سابقاً، ص 264-266.

⁶¹ الإمام سعيدة ورويم فائزة المرجع المذكور سابقاً، ص 170.

6. الأمل وبعض المتغيرات الإيجابية

6. 1. التفاؤل:

يعرفه قاموس أكسفورد للغة الإنجليزية بأنه تلك النزعة التي تنظر إلى الجانب المشرق من الأوضاع وتوقع أفضل النتائج، والتفاؤل يشكل دافعية قوية كما يعتبر أحد أحجار زاوية النجاح.⁶²

ويعرفه دمير Dember 1989 بأنه " استعداد شخصي لدى الفرد يجعله يدرك الأشياء من حوله بطريقة إيجابية".

وتعرفه تايلور Taylor بأنه " نزعة تفاؤلية تشير إلى توقع عام للنتائج على أنها إيجابية أكثر من كونها سلبية على أن تكون سمة ثابتة نسبياً".⁶³

ويرى آلن Allen أنه ليس من السهل التفرقة بين الأمل والتفاؤل حيث يوجد تداخل في ثلاث نقاط وهي كالتالي:

1- كل من الأمل والتفاؤل يتضمن توقعات إيجابية عن المستقبل.

2- كل منهما قد يكون أكثر أو أقل واقعية.

⁶² حجازي مصطفى: إطلاقات طاقات الحياة قراءات في علم النفس الإيجابي. بيروت: التنوير للطباعة والنشر والتوزيع. 2012. ص 114.

⁶³ دودو صونيا وشلبي لينة: التفاؤل من منظور علم النفس الإيجابي. مجلة الفتح للدراسات النفسية والتربوية. المجلد 2. العدد 1. 2018. ص 116.

3-كل منهما قد يكون سمة وقد يكون حالة.⁶⁴

وكذا قد يتشابه الأمل مع التفاؤل من حيث كون لكل منهما نزعة استبشار وتوقع النتائج الإيجابية، إلا أن الأمل فيه سعي لتحقيق غاية، وذلك من خلال مسارات فإذا فشل المسار الأصلي تحول عنه بخطة جديدة كان قد تم توليدها دون أي ارتكاز على طريق واحد محقق للهدف كما هو الحال في التفاؤل الذي هو ربما العكاز الذي يستند إليه عند مواجهة العقبات التي تحول بين الفرد والهدف، في حين ذوي الأمل المرتفع ينتجون مسارات أخرى إذا ما فشل المسار الأصلي الذي تم اختياره في البداية.⁶⁵

6. 2. فعالية الذات

يعرف باندورا وآخرون Bandura et al, 1988 فعالية الذات على أنها قدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبة في موقف معين، والتحكم في الأحداث التي تؤثر على حياته، وإصدار التوقعات الذاتية عن كيفية أدائه للمهام والأنشطة التي يقوم بها، والتنبؤ بمدى الجهد والمثابرة المطلوبة لتحقيق ذلك النشاط أو العمل.

⁶⁴ عبد المعطي أزهار غيث: الشعور بالأمل كمتغير وسيط بين الصمود النفسي والضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين بعد العدوان على غزة. رسالة ماجستير الإرشاد النفسي. فلسطين. جامعة الأقصى. 2017. ص 17-18.

⁶⁵ يوسف حمه صالح مصطفى ومها حسن بكر: فاعلية الذات والامل لدى المصابات بسرطان الثدي في اقليم كردستان العراق. مجلة الفتح للبحوث التربوية والنفسية. المجلد 10. العدد 60. 2014. ص 33.

وتظهر فعالية الذات في قدرة الفرد على التحكم في سلوكه وفي مواقف البيئة التي يتعرض لها.⁶⁶

ويرى سنايدر وآخرون أن هناك فرق بين الأمل وفعالية الذات والتفاؤل، بحيث يشير التفاؤل إلى التوقعات المتعلقة بالنتائج فقط، بينما تشير فعالية الذات إلى المعتقدات حول الذات، في حين أن الأمل يشير إلى كل من الذات وتقييم النتائج.⁶⁷

6. 3. السعادة

يعرف فينهوفن السعادة بأنها الدرجة التي يحكم فيها الشخص إيجابيا على نوعية حياته الحاضرة عامة، وتشير السعادة إلى حب الشخص الحياة التي يعيشها، واستمتاعه بها وتقديره الذاتي لها كلها.

وبين لنا فينهوفن أن السعادة حالة شعورية يمكن أن تستج من الحالة المزاجية للفرد، وأن عملية تحقيق درجة أكبر من السعادة، أمر ممكن وفي متناول الفرد.⁶⁸

⁶⁶ معمريّة البشير: علم نفس الذات. الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع. 2012. ص 196-198.

⁶⁷ Van den Heuvel, Steven C. Historical and multidisciplinary perspectives on hope. Springer Nature. 2020. P 148.

⁶⁸ عبد الخالق أحمد محمد، حمودة سليمة وزين العابدين فارس. "السعادة وارتباطها بالحياة الطيبة لدى عينة من طلبة الجامعة في الجزائر". مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية. المجلد 9. العدد 31. 2017. ص 233-234.

في حين ينظر سنايدر وزملاؤه (Snyder et al, 1991) إلى الأمل على أنه وجهة معرفية موجهة نحو تحقيق هدف ويعرفون الأمل بأنه حالة دافعية موجبة تعتمد على الشعور بالنجاح، وطاقة موجهة نحو الهدف، وتخطيط لتحقيق هذا الهدف.⁶⁹

6. 4. الرضا عن الحياة

إن الرضا عن الحياة يعد سمة نفسية تتكون لدى الفرد من خلال تقويمه لنوعية الحياة التي يعيشها في ضوء ما لديه من مشاعر وأحاسيس واتجاهات، وقدرة على التعامل مع البيئة المحيطة به، وما يشعر به من حماية وتلبية لحاجاته بصورة مرضية له، وقناعاته بما يقدم إليه والإحساس بالتقدير والاعتراف.⁷⁰ كما يعرف (عبد الخالق، 2008) الرضا عن الحياة بأنه " التقدير الذي يضعه الفرد لنوعية حياته بوجه عام، اعتمادا على حكمه الشخصي".

وهناك من يذكر أن الرضا عن الحياة يعد أحد مكونات الرفاهية Well-being في حين يعد من ناحية أخرى واحدا من المكونات الأساسية للشعور بالسعادة.⁷¹

⁶⁹ عبد الخالق أحمد محمد: الصيغة العربية لمقياس سنايدر للأمل. دراسات نفسية. المجلد 14. العدد. 2. 2004. ص 184.

⁷⁰ اليحيا عائشة بنت فهد: الرضا عن الحياة وعلاقته بالأمل لدى نزيلات دار الرعاية الاجتماعية بمدينة الرياض. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية. المجلد 26. العدد 2. 2018. ص 196.

⁷¹ معمريّة البشير: علم النفس الإيجابي وقياس متغيراته في المجتمع الجزائري. ج3. جامعة باتنة. 2021. 90-91.

وتوصلت دراسة كل من وروبلسكي وسنايدر سنة 2005 إلى أنه ترتبط درجات الأمل المرتفعة بزيادة الرضا عن الحياة.⁷²

وتفسر دراسة اليحيا سنة 2018 وجود علاقة بين الرضا عن الحياة والشعور بالأمل إلى أن الرضا عن الحياة يعطي راحة نفسية للشخص مما يزيد من إقباله على الحياة، ويجعله أكثر تفاؤلاً، وأملًا نحو تحقيق أهدافه، وأضافت بأن الشعور بالأمل يفسر نسبة (36.3%) من العوامل المؤثرة على الرضا بالحياة.⁷³

7. أهمية الأمل

يذكر لازاروس أهمية الأمل للإنسان فيقول " أنه حالة عقلية يمر بها الفرد في المواقف الصعبة التي لا تكون المخرجات الإيجابية التي يريدها الفرد قد حدثت بالفعل ولكن من المتوقع حدوثها في المستقبل، ويحدث هذا غالبا في المواقف غير المحببة وهذا لا يمنع أن استثارة الأمل لدى الفرد تحدث في المواقف المهددة غير المحددة لديه.

ويرى كل من (Parker, vaitkus & Barko, 2005) الأمل بأنه المشاعر الإيجابية التي تتكون من خلال التوازن بين متطلبات الحياة العملية، ومتطلبات الحياة الأسرية، وتقلل من احتمال الإصابة من الأمراض النفسية والعضوية.⁷⁴ ويرى منصور والشربيني (2018) بأن الأمل يعمل

⁷² Wroblewski, Kristin Kahle, and C. R. Snyder. Hopeful thinking in older adults: Back to the future. *Experimental Aging Research* 31, no. 2. 2005. P 18.

⁷³ اليحيا عائشة بنت فهد المرجع المذكور سابقا، ص 205-206.

⁷⁴ أسماء عبد العظيم حامد سليمان: الفروق بين مستويات الأمل لدى الأطفال مرضى سرطان الدم والأطفال الأصحاء وأمهاتهم. دراسات تربوية ونفسية. المجلد 36. العدد 111. ج 1. 2021. ص 223-224.

على تخفيف معاناة المرضى والمصابين، وتكمن أهميته في أنه عبارة عن قوة تساعدنا على اكتشاف أو إعادة اكتشاف تلك القوى الداخلية التي تثري وجودنا، وتدفعنا نحو المستقبل.⁷⁵

بالإضافة إلى دور الأمل في تحقيق التكيف الإنساني، وأهميته في البدء بالتغيير نتيجة العلاج، والرغبة في التعلم والشعور بالسعادة، ويقوم الأمل بدور المعدل لتأثير الضغوط على الصحة الجسمية، وكذا على التطور النفسي والروحي، كما أن للأمل مزايا وفوائد لمن يواجهون المشكلات المرتبطة بالمرض، إذ يرتبط الأمل بالصحة الجيدة وبسرعة الشفاء في حال المرض ويعد الأمل عاملاً مهماً في التقييم الإيجابي للأحداث السيئة.⁷⁶

ويعتبر الأمل محور العلاج النفسي وقد برهن كل من تايلور وسنايدر (Snyder & Tylor, 2000) على صدق هذه الفكرة من خلال عرضهما لنظرية الأمل مطبقة على العلاج النفسي وقدمتا ما سميَّ بـ Hope Therapy "العلاج بالأمل".⁷⁷ (معمرية، 2002، ص 230) لكن تطورت فكرة العلاج بالأمل من خلال جيروم فرانك (Jerome Frank) فقد اهتم فرانك بالمقارنة بين النظريات والعلماء الذين اهتموا بتأثير مناحي علاجية مختلفة ومدى كفاءة هذه المناحي في تخفيض المشاعر السلبية والأعراض المرضية لدى عينات من المرضى.⁷⁸

⁷⁵ منصور محمد والشربيني عاطف: سيكولوجية الأمل بين النظرية والتطبيق. (ط1). القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب. 2018. ص 115.

⁷⁶ عبد الخالق أحمد محمد: الصيغة العربية لمقياس سنايدر للأمل. دراسات نفسية. المجلد 14. العدد. 2. 2004. ص 184-185.

⁷⁷ معمرية البشير: دراسات في علم النفس الإيجابي. ج 1. الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع. 2012. ص 230.

⁷⁸ ديعم عبد المحسن إبراهيم: "الأمل النظرية والعلاج". نسخة الكترونية. (د. س.).

وأوضح فرانك (Frank, 1975) مدى فاعلية وأهمية الأمل في العلاج النفسي، واقترح أن الأمل هو شرط لا غنى عنه في التدخلات العلاجية الناجحة، كما ذكر أن الأمل له علاقة كبيرة باستمرار التوقع الإيجابي لبلوغ الهدف، وأن التوقع الإيجابي مرتبط بالصحة النفسية الجيدة، وأن الاضطراب النفسي يعكس العجز في التوقعات الموجهة نحو تحقيق الهدف المنشود.⁷⁹

8 . النظريات والنماذج المفسرة للأمل

8. 1. نظرية ستوتلاند Stotlands:

في ستينات القرن العشرين ظهرت نظرية ستوتلاند في الأمل، وتؤكد هذه النظرية على أن توقع ما هو أكثر من الصفر في تحقيق رغبات الفرد وطموحاته أو الأمل المرتفع في هذا السياق يعكس إدراكا لاحتمالية مرتفعة لتحقيق رغبة ما ويفترض ستوتلاند 1993 أنه من الضروري وجود مستوى ولو بالحد الأدنى من أهمية الرغبة أو الطموح أو الغاية التي يريدها التي يريدها الفرد لكي يكون الأمل ذا فاعلية إلى إمكانية أن يتم سؤال الشخص عن مدى إمكانية تحقيق رغباته، وأوضح كذلك أن الأمل غالبا ما يستند إلى الاستنتاج الذي يقوم به الفرد حيال حالة لشخص آخر في موقف معين، ذلك أن الشخص عندما يستجيب لمجموعة من الأحداث السابقة بناتج سلوكي لاحق، فالفرد سيستنتج بأن مستوى فاعلية الأمل يكون مرتفعا إلى الحد الذي يسمح بتحقيق الناتج السلوكي، وعلى الرغم من أن الأمل يبدو أنه يحدث في سياقات موقفية معينة إلا

⁷⁹ أبو طالب دعاء مسموع أحمد: مقياس الشعور بالأمل، مجلة القراءة والمعرفة. العدد 135.

أن ستوتلاند يسمح باحتمالية أن بعض الأفراد لديهم مستويات مرتفعة من الأمل عبر مواقف الحياة المختلفة.⁸⁰

ويعرف ستوتلاند 1969 الأمل بأنه توجهات الفرد كونها هدفاً أو رغبة يستطيع من خلالها واشباع حاجاته.⁸¹

8. 2. نظرية سنايدر Snyder:

طور سنايدر وزملاؤه C. R. Snyder & others نظرية الأمل خلال العشرين عام الماضية وتلقى الكثير من الاهتمام داخل وخارج مجال علم النفس، ونشر سنة 1994 كتابه المعنون بـ علم نفس الأمل (The psychology of hope) ووضح فيه نظريته وجهوده البحثية المبكرة لفهم الأمل بشكل كامل، وعلى الرغم من أن تصوره لمفهوم الأمل كان مبني على المكون المعرفي، إلا أن النظرية تطورت لتشمل العواطف أيضاً، ووصف سنايدر وزملاؤه الأمل بأنه حالة تحفيزية تستند وترتكز إلى الأهداف، المسارات، والتفكير الموجه للأهداف.⁸²

⁸⁰ رديم هند صبيح وعبد الحافظ ثناء عبد الودود: بناء وتطبيق مقياس الأمل لدى طلبة الجامعة. مجلة الأستاذ. المجلد 2. العدد 212. 2015. ص 326-327.

⁸¹ يوسف حمه صالح مصطفى ومها حسن بكر: فاعلية الذات والامل لدى المصابات بسرطان الثدي في اقليم كردستان العراق. مجلة الفتح للبحوث التربوية والنفسية. المجلد 10. العدد 60. 2014. ص 34.

⁸² Lopez, Shane J. The encyclopedia of positive psychology. vol 1, John Wiley & Sons, 2009. P 487.

ويعكس نموذج الأمل القدرة على استنباط مسارات لتحقيق الأهداف المرغوبة وتحفيز الذات من خلال تفكير الوكالة على استخدام تلك المسارات.⁸³

وعلى الرغم من أن نظرية الأمل لسنايدر Snyder بنيت على المكون المعرفي فقط إلا أنها فجرت فيما بعد أهمية العواطف ودورها في تحقيق الأهداف وعادة فإن الأهداف كثيرا ما تتغير من أهداف قريبة المدى الى أهداف بعيدة المدى بل أكثر من ذلك فإنه من الضروري أن يكون هذا الهدف له قيمة كافية قبل أن يسعى الفرد إلى تحقيقه فإن الأهداف قد تكون في اتجاه الاقدام نحوها، مثل الأشياء الايجابية التي نرغب في حدوثها، أو قد تكون في اتجاه تجنبها والابتعاد عنها مثل الأشياء السلبية التي نرغب في منع حدوثها، فضلا عن كونها تختلف في درجة صعوبتها وإمكانية تحقيقها، وحتى تلك الأهداف التي تبدو مستحيلة التحقق ربما في وقت ما تتحقق عن طريق تخطيط ومجهود متميز، وتبعاً لذلك أكد سنايدر على ضرورة أن نكون حذرين في عملية نقدنا للأهداف التي تبدو أنها قائمة على "آمال خادعة" وتعكس فكرة (مسار التفكير) الانتاج الفعلي أو مسارات بديلة عندما تعجز المسارات الأصلية من تحقيق الهدف، كما تعكس أيضاً حديث الذات الايجابي عن إمكانية الوصول بطرائق متعددة الى تحقيق الأهداف المرجوة، مثال ذلك (سوف أجد طريقة لحل هذا). أما الطاقة الدافعة فهي تعبر عن المكون الدافعي لنظرية الأمل. وفي هذه النقطة، فإن الأفراد الذين يتميزون بمستوى عال من الآمال يمتلكون وسائل وعبارات

⁸³ Margalit, Malka, and Orly Idan. Resilience and hope theory: An expanded paradigm for learning disabilities research. Thalamus 22, no. 1. 2004. P 59.

ومصطلحات محفزة يستعملونها في حديث الذات، مثل (لن استسلم) مثل هذه الطاقة لها أهميتها

الخاصة في توظيف الدافعة إلى المسار أو الطريق البديل المناسب لمواجهة المقومات.⁸⁴

ويرجع سنايدر عدم مقدرة الأفراد على تحقيق أهدافهم إلى انخفاض وقلة مستوى الأمل لديهم، فهم يعانون من صعوبات في واحد أو أكثر من مكونات الأمل مثل وضع الأهداف والتفكير الذي يتعلق بإيجاد الطرق والمسالك العملية للوصول إلى الأهداف والقدرة على الفعل، ولذا فإن نظرية الأمل تهدف إلى مساعدة الأفراد على صياغة أهدافهم بصورة واضحة وتطوير استراتيجيات ووسائل خاصة تعمل على تحقيق الأهداف.⁸⁵

8. 3. نظرية لازاروس Lazarus:

يعرف لازاروس 1999 الأمل بأنه "حالة معرفية يوجه فيها الفرد تفكيره نحو الأهداف المستقبلية ويمكن الوصول إلى إيجاد الحلول المناسبة لها لتغيير السلوك غير المرغوب فيه بسلوك أفضل منه" (حمه وبكر، 2014، ص 34) ومن الشروط الأساسية في الأمل أن تكون ظروف حياة الفرد تتضمن الحرمان الضرر أو التهديد، ولذلك فإن الفرد يأمل أن يكون هناك تغيير نحو الأحسن، وأكد لازاروس على دور التقبل في الحياة والنافعالية حيث أن المرء لا يمكن له أن يقبل

⁸⁴ السرارتي كريم فخري هلال والزبيدي مها محسن صلال: الاستعداد للأمل وعلاقته بمعتقدات الكفاءة الذاتية والدافعية العقلية لدى الطلبة المتميزين وأقرانهم العاديين. مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية. المجلد 26. العدد 9. 2018. ص 103.

⁸⁵ عبد المعطي أزهار غيث: الشعور بالأمل كمتغير وسيط بين الصمود النفسي والضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين بعد العدوان على غزة. رسالة ماجستير الإرشاد النفسي. فلسطين. جامعة الأقصى. 2017. ص 17.

قدرا محتوما من دون بعض الأمل فيما يخص إمكانية الوصول إلى حياة إيجابية في وجه
الخسارة القادمة التي قد يتعرض لها، وأن التقبل والأمل متداخلان فيما بينهما، ويعتمد الأمل
على فهم لما يحصل من أحداث في الحياة ويتضمن أحكاما إيجابية وسلبية وإمكانية التوصل إلى
نتائج إيجابية حول أحداث الحياة الضاغطة والتعامل معها، وإن تصورنا لما يمكن أن يحدث
تحت وطأة الظروف الضاغطة يعني أن الأمل هو الاعتقاد الأمثل بإمكانية التوصل إلى نتيجة
إيجابية.⁸⁶

8. 4. نموذج هيرث (الأمل الصحي):

يرى هيرث (Hearth, 1990) أنه يصعب بل تستحيل الحياة بدون الأمل، فهو تعبير عن إرادة
العيش فلا يمكن أن يكون غائبا عن الحياة التي يحيها الفرد، وأكد هيرث على أن وجود الأمل
أمر حيوي بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من مرض العضال، بغض النظر عن قربهم من
الموت، كما أن لهم تأثيرا إيجابيا على تشجيع المرضى على التخطيط وصنع القرار والمسؤولية
نحو مستقبل أفضل.⁸⁷

وقدم هيرث (Herth, 2000) نموذجا مشابها لنظرية سنايدر في الأمل، والذي ركز فيه على
مواجهة المرض، وأمل المرضى في الشفاء والوقاية الصحية.⁸⁸

⁸⁶ رحيم هند صبيح وعبد الحافظ ثناء عبد الودود: بناء وتطبيق مقياس الأمل لدى طلبة الجامعة.
مجلة الأستاذ. المجلد 2. العدد 212. 2015. ص 328.

⁸⁷ أبو طالب دعاء مسموع أحمد: مقياس الشعور بالأمل، مجلة القراءة والمعرفة. العدد 135.
2012. ص 276-278.

⁸⁸ الإمام سعيدة: فعالية برنامج قائم على مهارات التفكير الإيجابي في تنمية الأمل لدى طلبة
الجامعة. أطروحة دكتوراه في علم النفس المدرسي. جامعة ورقلة. 2020. ص 110.

وبناء على عدة دراسات لمرضى السرطان البالغين والمسنين، وجد هيرث ثلاثة أبعاد للأمل ترتبط بسيرة المرضى من الناحية النفسية والاجتماعية:

البعد المعرفي: يشير إلى معتقدات الفرد في سعيه إلى تحقيق أهداف أو نتائج واقعية مرجوة.

البعد السلوكي والعاطفي: ويعكس هذا البعد ثقة الفرد بأن خطته أو إجراءاته سوف تؤدي إلى تحقيق الهدف.

البعد الاندماجي: وهنا يرى هيرث أنه لا يوجد أمل بدون عملية دمج ويشير هذا البعد إلى الدعم الاجتماعي والروحي والشعور بالانتماء.⁸⁹

8. 5. نظرية تحديد النظم الاجتماعية والسلوكيات الفردية:

ركز كل من أفيريل، وكاتلين، وتشون (Averill, Catlin & Chon, 1990) على بحث الأمل باستكشاف علاقته بالنظم الاجتماعية والسلوكيات الفردية، وركز على القواعد الاجتماعية التي تساعد على تشكيل الأمل.

وقد وضع أفيريل وآخرون (Averill et al, 1990) أربع قواعد أساسية في نظرية الأمل، يعتقد أنها معايير هامة في تصنيف الأشخاص وفقا لسمة الأمل وهي:

-القاعدة الأولى هي قاعدة التعقل والتدبر Prudential Rule وتشير إلى التوقعات المناسبة للفرد والتخمين الواقعي للأهداف.

⁸⁹ الإمام سعيدة ورويم فائزة: مستوى الأمل وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية لدى طلبة جامعة قاصدي مرباح ورقلة دراسة ميدانية بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. دراسات نفسية وتربوية. المجلد 13. العدد 3. 2020. ص 185.

-القاعدة الثانية هي القاعدة الأخلاقية Moralistic Rule وتشير إلى مناسبة الأهداف للسياق الاجتماعي والأخلاقي والمعايير الثقافية.

-القاعدة الثالثة هي قاعدة الأولوية Priority Rule وتشير إلى القدرة على تحديد الأسبقية للأهداف وأسلوب التعامل المناسب للوصول إلى الهدف.

-القاعدة الرابعة هي قاعدة الفعل Action Rule وتشير إلى الاستعداد لإنجاز الأهداف بطرق مناسبة ولائقة.⁹⁰

8. 6. نظرية سيلجمان Seligman:

يسكن الأمل عقول كثير من الناس على مختلف أعمارهم وجنسهم وجنسياتهم ووظائفهم، ويعتقد مارتن سيلجمان M. Seligman 2002 بما أن نقيض الأمل هو اليأس، فإن هناك عاملين يؤخذان معاً لتفسير وجود الأمل أو اليأس لدى فرد ما.

1- في حالة الأمل، يكون الاعتقاد في أسباب دائمة وشاملة للأحداث السعيدة، مع أسباب مؤقتة ومحددة للأحداث السيئة.

2- في حالة اليأس، يكون الاعتقاد في أسباب دائمة وشاملة للأحداث السيئة، وأسباب مؤقتة ومحددة للأحداث السعيدة.⁹¹

⁹⁰ أبو الديار مسعد نجاح: سيكولوجية الأمل. ط1. الكويت: مكتبة الكويت الوطنية. 2012. ص 35.

⁹¹ معمريّة بشير: تقنين استبيان لقياس الأمل (قياس الأهداف) على البيئة الجزائرية. مجلة التنمية البشرية. المجلد 1. العدد 3. 2011. ص 187.

ويرى سيلجمان أن الأفراد الذين يضعون تفسيرات دائمة وعامة للأحداث الجيدة وتفسيرات مؤقتة ومحددة للأحداث السيئة فإنهم يخرجون سريعا من المشكلات التي تعترضهم وينخرطون بسهولة في الحياة ويستمترون في التقدم نتيجة خبرة ناجحة واحدة. أما الأفراد الذين يقدمون تفسيرات مؤقتة ومحددة للنجاح وتفسيرات دائمة وعامة للأحداث السيئة يميلون بالشعور إلى الانهيار نتيجة تعرضهم للضغط لفترة طويلة وعبر المواقف المختلفة، ونادرا ما ينخرطون في مسيرة الحياة.⁹²

8. 7. نظرية الاستعداد الشخصي للأمل:

يرى أبرامسون (Abramson, 1980) أن هناك نوعان من الأفراد في سمة الأمل:

النوع الأول: هم الأفراد الفاقدين للأمل وهم لديهم مخططات معرفية مضطربة بشأن القدرة على تحقيق أهدافهم.

النوع الثاني: هم الأفراد ذوي الاستعداد الشخصي للأمل وهم يملكون مخططات معرفية إيجابية نحو قدرتهم في الوصول إلى أهدافهم.

لذا يرى أبرامسون أن الأمل عبارة عن استعداد شخصي يتوقف على ما لدى الشخص من مخططات معرفية نحو قدرته في تحقيق أهدافه، وتوقعات تفاؤلية نحو المستقبل والنظرة الإيجابية نحو إمكانيات الذات وقدرتها على تحقيق أهدافها. ويشير كذلك إلى أن هذا الاستعداد مهم للتوافق مع البيئة، حيث عندما يواجه الأفراد مواقف صعبة تقف في طريق أهدافهم فإن تفكيرهم يركز على المحتويات الإيجابية بشأن قدرة الذات على الفعل والمواصلة في العمل وهذا ما يعطيهم

⁹² مارتن سيلجمان: السعادة الحقيقية. ترجمة صفاء أعسر وآخرون. ط 1. القاهرة: دار العين للنشر. 2005. ص 130.

شحنة عاطفية قوية والصبر والتفاؤل نحو مواجهة الظروف والمحن، ويجعلهم يتوقعون بصورة إيجابية بأنهم سيحققون أهدافهم.

أما الأشخاص الذين لديهم استعدادات لفقدان الأمل فإنهم يركزون انتباههم على الأحداث السيئة، وضعف قدرتهم على مواصلة العمل من أجل تحقيق أهدافهم، وبذلك فهم سرعان ما يشعرون بالإحباط، ويفقدون فرص الحصول على ما يريدون.⁹³

9. خصائص مرتفعي ومنخفضي الأمل

إن الأفراد الأكثر أملاً هم أكثر قدرة على تحقيق أهدافهم، وزيادة دافعيتهم، ونظرتهم المتفائلة تجاه ذاتهم بل واتجاه الآخرين، ويمتازون بصحة نفسية وجسمية جيدة وأكثر قدرة على التعاون والمرونة في مواجهة مواقف الضغط والتناقض بدلاً من التجنب والهروب، مرتفعي الأمل يواجهون الكثير من المعوقات والعقبات في حياتهم ولكن لديهم معتقدات تمكنهم من التكيف مع المعوقات ومسايرة التباين والتنوع، ويظل لديهم حوار إيجابي داخليهم يذكرهم ببعض العبارات مثل: "أنا قادر على إتمام هذا الأمر" ومثل "لن أياس ولن أكف عن المحاولة" كما يمكنهم التركيز على النجاح لا على الفشل، وتقل الخبرة السلبية التي تواجههم عند محاولة تحقيق الهدف وقد يكون هذا الأمر مصدراً للإبداع وإيجاد طرائق بديلة لتحقيق الأهداف عند مواجهة مثل تلك المعوقات أو يقومون بمرونة باختبار أهداف أخرى يمكن تحقيقها، ويشير أصحاب النظرة

⁹³ الإمام سعيدة: فعالية برنامج قائم على مهارات التفكير الإيجابي في تنمية الأمل لدى طلبة الجامعة. أطروحة دكتوراه في علم النفس المدرسي. جامعة ورقلة. 2020. ص 108.

الوجودية إلى أن الأمل وليس اليأس هو ما يساعد على استمرار الحياة والنجاح فيها ومواجهة الضغوط.⁹⁴

بالإضافة إلى ذلك فإن تقوية الأمل لدى المريض يساعد على تدعيم عوامل الحياة، وتحسين جودة الحياة، وارتفاع الأمل يعكس نظرة تفاؤلية تبدد اليأس والاكتئاب الذي يزيد من حدة الألم وقسوته لدى المريض بالسرطان.⁹⁵

والأفراد الذين تكون لديهم آمال كبيرة يضعون نصب أعينهم أهدافا أكبر وأكثر من غيرهم، ويعرفون كيف يبذلون الجهد من أجل تحقيق هذه الأهداف، ووجد سنايدر أن أصحاب المستويات المرتفعة من الأمل يشتركون في سمات معينة من أهمها ارتفاع مستوى الدافعية والسعي نحو إيجاد الوسائل التي تجعلهم يحققون أهدافهم ويؤكدون ذواتهم وتكون لديهم أساليب مرنة تمكنهم من الوصول إلى الطرق والأساليب التي تساعد على تحقيق أهدافهم سواء بتعديل هذه الأهداف أو بتجزئتها أو بتغييرها إذا ما أصعب بعضها صعبا.⁹⁶

وفي دراسة إيرفينغ وآخرون Irving et al 1998 حول الأمل والتكيف مع السرطان لدى الطالبات وفي مقارنة بين مرتفعي ومنخفضي الأمل وجد أن ارتفاع الأمل كان مرتبط بالوصول

⁹⁴ أبو الديار مسعد نجاح: سيكولوجية الأمل. ط1. الكويت: مكتبة الكويت الوطنية. 2012. ص 60.

⁹⁵ الضويلع ابتسام علي محمد: التفاؤل والأمل وعلاقتها بجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي. مجلة البحث العلمي في التربية. العدد 19. 2018. ص 26.

⁹⁶ الفخراني خالد إبراهيم والوكيل سيد أحمد: علم النفس الإيجابي وتطبيقاته في المجالات الأكاديمية والاجتماعية والجنائية. المؤتمر الإقليمي العاشر لقسم علم النفس. جامعة طنطا. 2014. ص 373-374.

إلى عدد أكبر من أهداف الحياة ومزيديا من الثقة في بلوغ تلك الأهداف وتوليد عدد أكبر من الاستراتيجيات التي يمكن من خلالها تحقيق تلك الأهداف وتحقيق الأهداف الصعبة مقارنة بالطلاب منخفضي الأمل، وكما أن الطلاب مرتفعي الأمل يركزون على النجاح وليس الفشل في التكيف ومواجهة العقبات والصعوبات من أجل تحقيق أهدافهم.⁹⁷

وتفسر الضغوط بشكل مختلف اعتمادا على المستوى الكلي للأمل لدى الفرد، ويعني هذا أن مرتفعي الأمل يفسرون هذه العوائق (الضاغطة) كتحديات وسيقومون باستكشاف طرائق بديلة وتطبيق دافعيته في هذه الطرائق، وعادة المرور بخبرات النجاح في الالتفاف حول المعوقات تحت مرتفعي الأمل قدما من خلال المشاعر الإيجابية، بينما يصبح منخفضو الأمل عالقين لأنهم لا يستطيعون إيجاد طرائق بديلة وبدورها تقوم المشاعر السلبية بإحباط سعيهم نحو تحقيق الأهداف.⁹⁸

ويرى سنايدر وآخرون (1996) وايريفين وسنايدر وكرواسون (1998) بأن أهم ما يميز مرتفعي الأمل عن منخفضيه، أن مرتفعي الأمل لا يعانون الوهن في السعي لأهدافهم، فهم يواجهون العوائق المختلفة التي تقابلهم، وهم أيضا يطورون مسارات وبدائل لتلك المسارات حينما تحتوي تلك المسارات على انسدادات مختلفة، على عكس منخفضي الأمل نجدهم يعانون

⁹⁷ القاسم ماضي بنت محمد بن حمد: الذكاء الوجداني وعلاقته بكل من السعادة والأمل لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى. رسالة ماجستير نمو نفسي. المملكة العربية السعودية: جامعة أم القرى. 2011. ص 73-74.

⁹⁸ لوبز شين، بدروتي جينيفر وسنايدر: علم النفس الإيجابي. ط1. عمان: دار الفكر. 2018. ص 266.

سريا من الوهن حين يسعون لأهدافهم، وليس القدرة على مواجهة العوائق المختلفة وفي العادة يلتزمون بمسار واحد ولا ينمون بدائل لذلك المسار.

ويرى سنايدر (2000) بأنه يتسم مرتفعو الأمل بكونهم مرتفعي الطاقة الجسدية والنفسية، إضافة إلى كونهم يرفضون الانحباس في مسار معين يضيق عليهم فرص الحياة، على العكس من منخفضي الأمل فهم يفقدون الطاقة سريعا ومن الصعب عليهم إعادة شحن ذواتهم بالطاقة النفسية الجسدية، وغالبا ما يضعون مسارا واحدا يبنون عليه ما يريدونه، مما يعني أنهم يختارون تضيق الاختيارات الحياتية سواء كان ذلك بكيفية شعورية أو لاشعورية. ورأت كوليها (2008) إلى أن ذوي المستويات المرتفعة من الأمل لديهم أهداف واضحة يسعون لتحقيقها، ولديهم شغف وطموح ودافعية وتحمس للمثابرة في مسارات تحقيق هذه الأهداف، ويمتلكون في نفس الوقت المهارات التي تمكنهم من تحقيقها.⁹⁹

⁹⁹ فؤاد محمد الدواش وأبو حلاوة محمد السعيد: الأمل وعلاقته بمكونات اعتقاد التحكم الشخصي والوعي العمدي الآني لدى طلاب الجامعة. مجلة الدراسات التربوية والإنسانية. المجلد 11. العدد 3. 2019. ص 37-38.

خلاصة الفصل

يعد الشعور بالأمل سمة وحالة معرفية ويتكون الأمل من الطاقة أي الإرادة والمسارات أي الأهداف إلا أنه يوجد له أساس عصبي بيولوجي يؤدي دورا كبيرا في الجهاز المناعي، وباعتبار الشعور بالأمل من المتغيرات الإيجابية يتسم مرتفعو الأمل بالصحة النفسية والجسدية فمرتفعو الأمل يفسرون المرض كتحدي وهذا لمرونتهم في مواجهته على عكس منخفضي الأمل وبالتالي يساعدهم على التخطيط والوصول إلى الأهداف وصنع القرار، كما يعد الشعور بالأمل عامل معدل من تأثير الضغوط على الصحة الجسمية وأيضا يساهم بشكل إيجابي في مساعدة المرضى على الشفاء.

الفصل الثاني

الضغط النفسي

تمهيد

1. تعريف الضغوط النفسية

2. عناصر الضغط النفسي

3. الضغط النفسي وإدراك الضغط

4. النماذج المفسرة للضغط النفسي

5. الضغط والأنظمة (العصبية، المناعية، الغددية)

6. تأثير الضغط النفسي على السرطان

7. الضغط النفسي والأمل

خلاصة الفصل

تمهيد

سنتطرق في هذا الفصل إلى تعريف الضغوط النفسية، ووجهات النظر الثلاثة التي تطرقت إلى تعريف الضغط النفسي كمثير، استجابة، وكمثير واستجابة، وكذا إلى عناصر الضغط النفسي ومن ثم التطرق إلى الفرق بين الضغط النفسي وإدراك الضغط النفسي وأهم النماذج المفسرة للضغوط، والضغط وتفاعله مع مختلف الأنظمة (العصبية، المناعية، الغددية)، وتأثير الضغط النفسي على السرطان، وأخيرا الضغط النفسي ومتغير الأمل.

1. تعريف الضغوط النفسية

اشتق مصطلح stress من الكلمة الفرنسية القديمة distress والتي تشير إلى معنى الاختناق والشعور بالضيق أو الظلم، وقد تحولت في الإنجليزية إلى distress إشارة إلى الشيء الغير المحبب أو الغير المرغوب، وقد استخدمت كلمة stress للتعبير عن معاناة وضيق واضطهاد، وهي حالة يعاني فيها الفرد من الإحساس بظلم ما، وفي السياق اللفظي للمصطلح يمكن التمييز بين المفاهيم التالية:

الضواغط stressors: وتشير إلى تلك القوى والمؤثرات التي توجد في المجال البيئي والتي يكون لها القدرة على إنشاء حالة ضغط ما.

الضغوط stress: تعبر عن الحادث ذاته، أي وقوع الضغط بفعل الضواغط، أي أن الفرد قد وقع تحت طائلة ضغط ما.

الانضغاط strian: يعبر عن الحالة التي يعانيها الفرد ويئن منها، والتي تتمثل في الشعور بالإعياء والانهاك والتوتر.¹⁰⁰

وتعرفه موسوعة علم النفس The Gale Encyclopedia of psychology في طبعتها الثانية بأنه " الاستجابات الفسيولوجية والنفسية للمواقف أو الأحداث التي تخل بتوازن الجسم، وتكون

¹⁰⁰ يوسفى حدة: التدريب التحصيني ضد الضغوط كأسلوب من أساليب العلاج السلوكي المعرفي عند ميكينبوم. دراسات نفسية. المجلد 2. العدد 6. 2011. ص 54.

هذه الاستجابات إيجابية وسلبية ولكن على الرغم من دلالاته السلبية، يعتقد العديد من الخبراء أن مستوى معين من الضغط النفسي ضروري للرفاهية والصحة النفسية.¹⁰¹

وأشار ميكانيك Mechanic (1978) إلى أن الضغط يمكن أن يؤدي إلى زيادة استخدام موارد الرعاية الصحية، ليس فقط لأن الضغط يسبب بالفعل اعتلال الصحة، ولكن أيضا لأن الأشخاص الذين يعانون من الضغط النفسي هم أكثر قلقا واهتماما بشأن صحتهم.¹⁰²

وتعددت تعريف العلماء والباحثين للضغط النفسي وفق ثلاث اتجاهات فالبعض يرى بأنها تقوم على أساس مثير، والبعض الآخر يرى بأنها تقوم على أساس استجابة، وآخرون يرون بأنها تقوم على التفاعل بين المثير والاستجابة.

أولاً: تعريفات تركز على المثيرات الضاغطة

وهي تشمل التعاريف التي ينظر أصحابها إلى الضغط على أنه أحد المثيرات أو المنبهات التي تتواجد في البيئة وتحدث تأثيرها على الفرد، أي أن الضغط هو القوة التي تحدث أثرها على الفرد وتسبب له مشقة أو إجهاد ويمكن إيجاز أهم التعريفات فيما يلي:

يعرف موراي (Murray, 1938) الضغط على أنه قوة بيئية تعمل في اتجاه مضاد للأفعال المتعلقة بحاجات نفسية.

¹⁰¹ Bonnie strickland executive editor. The Gale Encyclopedia of psychology, 2nd edition, gale group. 2001. P 633.

¹⁰² Forshaw, Mark. Essential health psychology. Oxford University Press, 2002. P 59-60.

ويرى شنايدر (Schneider) بأن الضغوط عبارة عن مثيرات تتطلب من الإنسان أن يتكيف معها.¹⁰³

ويعرف ريس Rees (1976) الضغط بأنه " أي مثيرات أو تغيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية يكون على درجة من الشدة والحدة والدوام بحيث يثقل القدرة التكيفية للكائن الحي إلى حده الأقصى، والتي في ظروف معينة يمكن أن تؤدي إلى اختلال disorganization السلوك أو عدم التوافق، أو الاختلال الوظيفي الذي يؤدي إلى المرض، وبقدر استمرار الضغط بقدر ما يتبعها من اضطراب جسمي ونفسي."

ويعرف بوج وكوبر Bogg & Cooper (1995) الضغط بأنه عدم تكافؤ إمكانيات الفرد مع المطالب البيئية الموضوعة على عاتقه، أو الظروف التي يواجهها، وقد تحدث المشكلة عندما تكون قدراته غير كافية لمواجهة المتطلبات الجسمية أو الاجتماعية.¹⁰⁴

ثانياً: تعريفات تركز على الاستجابة للمواقف الضاغطة:

وتتطوي على التعاريف التي ينظر أصحابها إلى الضغط على أساس أنه استجابة الفرد للمثيرات، أي أنه رد فعل نفسي أو فيزيولوجي اتجاه المثيرات الضاغطة وسنذكر أهم هذه التعاريف فيما يلي:

¹⁰³ أحمان لبنى: دور كل من المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي. أطروحة دكتوراه علم النفس العيادي. الجزائر: جامعة باتنة. 2012. ص 56.

¹⁰⁴ عبد المعطي حسن مصطفى: ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها. ط 1. مصر: مكتبة زهراء الشرق. 2006. ص 20.

يعرف هانز سيلبي H. Selye (1959) الضغوط بأنها تلك الاستجابة التي تحدث من الإنسان أو

الحيوان لمطالب بيئته.¹⁰⁵ وعرفها سنة 1982 بأنها استجابة جسدية عامة أو غير محددة، وهذه

الاستجابة تحدث عندما يعمل مطلب ما على الجسد سواء كانت حالة بيئية يجب تحملها، أو

مطلب تعمل على أنفسنا من أجل إنجازة كهدف شخصي.

ويعرف جال وآخرون Gall, et al (1996) الضغوط باعتبارها استجابات فيسيولوجية ونفسية

للمواقف والأحداث، والتي تفسد وتربك توازن الكائن الحي، وهي تتولد من مصادر متعددة

وتسبب استجابات متنوعة بدرجة كبيرة بعضها سلبي والبعض الآخر إيجابي، وبالرغم من

دلالاتها السلبية فإن الكثيرين يعتقدون أن مستويات الضغوط تعتبر ضرورية للحصول على

السعادة والصحة النفسية.¹⁰⁶

وتعرف شندلر Chundler (1981) الضغوط بأنها حالة من التوتر العاطفي تنشأ من الحالة

المرضية ومن مواقف تشخص كحالة مرضية.

ويشير بيليوسكا Bieliauskas (1982) إلى أن الضغط يمثل الاستجابة البيولوجية والنفسية

للمثيرات الضاغطة.¹⁰⁷

¹⁰⁵ أحمان لبنى: دور كل من المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي. أطروحة دكتوراه علم النفس العيادي. الجزائر: جامعة باتنة. 2012. ص 58.

¹⁰⁶ عبد المعطي حسن مصطفى المرجع المذكور سابقا، ص 20-21.

¹⁰⁷ أحمان لبنى المرجع نفسه، ص 58.

ويعرف كل من لونج ووليام Long & Williams (1982) الضغط بأنه استجابة عضوية أو سلوكية أو نفسية لمواقف حقيقية يدركها الفرد وتفرض عليه مطالب معينة.¹⁰⁸

ثالثاً: التعاريف التي تناولت الضغط على أساس أنه مثير واستجابة:

يعرف فاروق السيد عثمان (2001) الضغط النفسي بأنه مصطلح يستخدم للدلالة على نطاق واسع من حالات الانسان الناشئة كرد فعل لتأثيرات مختلفة بالغة القوة، وهي تلك الظروف المرتبطة بالضبط والتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات التي تستلزم نوعاً من إعادة توافق الفرد وما ينتج من ذلك من آثار جسمية ونفسية، وقد تنتج الضغوط كذلك من الصداق والإحباط والحرمان والقلق، وتفرض الضغوط على الفرد متطلبات قد تكون فيسيولوجية أو اجتماعية أو نفسية، أو تجمع بين هذه المتغيرات الثلاثة.¹⁰⁹ (السيد عثمان، 2001، ص 96)

ويعرف كابن Caplan (1981) الضغط بأنه التباين بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها الفرد وقدرته على الاستجابة.

ويشير جاكين رينو (1998) إلى أن الضغط قاموسياً هو مجموع الاضطرابات البيولوجية والنفسية يسببها عدوان ما على جهاز عضوي في الجسم البشري.¹¹⁰

ويعرف كليفورد وآخرون Glifford, et al الضغوط بأنها حالة داخلية تنتج عن مطالب جسدية كضغط على الجسد مثل حالات المرض، التمرين، الارتفاع الزائد في درجة الحرارة أو من خلال

¹⁰⁸ أحمان لبنى: مصادر الضغط النفسي لدى عينة من المصابات بسرطان الدم. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية. المجلد 12. العدد 24. 2011. ص 28.

¹⁰⁹ عثمان فاروق السيد: القلق وإدارة الضغوط النفسية. ط1. القاهرة: دار الفكر العربي. 2001. ص 96.

¹¹⁰ أحمان لبنى المرجع المذكور سابقاً، ص 59-60.

المواقف البيئية والاجتماعية والتي يتم تقديمها على أنها ضارة على حد كبير أو غير قابلة للتحكم فيها أو تزيد عن موارد المواجهة لدينا، وهي تتسبب في عدد من الاستجابات البدنية بالإضافة إلى عدد من الاستجابات النفسية كالقلق وفقدان الأمل والاكتئاب والتهيج وشعور عام بعدم القدرة على مواجهة العالم.¹¹¹

ويشير تيموثي ج. ترول (2007) إلى أن معظم أخصائيي علم النفس الصحي المعاصرين يستخدمون وجهة النظر التفاعلية، بحيث ينظرون إلى الضغط النفسي كعملية تشمل الحدث البيئي (الضاغط)، وتقييمه من قبل الفرد إما (مثير للتحدي أو التهديد)، وكذا مختلف الاستجابات الصادرة عن العضوية (الفيسيولوجية، الانفعالية، المعرفية، السلوكية) وإعادة التقييمات التي تحدث نتيجة لهذه الاستجابات والتغيرات في الموقف الضاغط ونسبي هذا بالنموذج التفاعلي للضغط النفسي، ويمكن أن تساهم هذه المثيرات النفسية الاجتماعية وغيرها في عملية الضغط النفسي، والتي يمكن أن تؤثر بدورها مباشرة على الجهاز الهرموني، والجهاز البدني المستقل، والجهاز المناعي.¹¹² وسنتطرق لاحقا إلى النموذج التفاعلي متعدد العوامل في علم نفس الصحة.

2. عناصر الضغط النفسي

يمكن تحديد عناصر الضغط النفسي من خلال ثلاث عناصر وهي كالتالي:

¹¹¹ مغزي أميمة: المقاربات النظرية المفسرة للضغوط النفسية. مجلة العلوم الإنسانية والمجتمع. المجلد 7. العدد 27. 2018. ص 654.

¹¹² تيموثي ج ترول: علم النفس الكلينيكي. ترجمة فوزي شاكّر طعيمة داود وحنان لطفي زين الدين. ط 1. عمان: دار الشروق. 2007. ص 770.

1-عنصر المثيرات: ويضم كل المثيرات التي يمكن أن تولّد موقفا ضاغطا سواء كانت هذه المثيرات داخلية (ذات الفرد نفسه)، أو خارجية (البيئة المحيطة به).

2-عنصر الإدراك: المثيرات التي يتلقاها الفرد لا تكتسب أي معنى إلا عن طريق الإدراك، والذي عن طريقه يتمكن الفرد من فهم البيئة المحيطة به والتكيف معها، فمن خلال عملية الإدراك يتم الحكم على المثيرات بأنها ضاغطة أم لا.

3-عنصر الاستجابات: وهي ردود الأفعال التي تصدر من الفرد إزاء المثيرات الضاغطة التي تجابهه، وتتباين استجابات الأفراد للمثيرات تبعا لتباين إدراكاتهم.¹¹³

3. الضغط النفسي وإدراك الضغط

يرى كل من (HJ Huh et al. 2021) بأن الضغط النفسي هو تجربة حياتية لا يمكن تجنبها والتي تتطور عندما يفشل الفرد في التعامل مع العوامل الفسيولوجية الخارجية والضيق المعرفي في الحياة اليومية. أما إدراك الضغط النفسي فيعرف بأنه كيفية فهم الفرد لمقدار الضغط الذي يتعرض له في فترة من الزمن، ويعتمد على الثقة في قدرة الفرد على مواجهة الصعوبات.¹¹⁴

وترى Anna Phillips (2015) أن إدراك الضغط هو المشاعر أو الأفكار التي لدى الفرد حول مقدار الضغط الذي يتعرض له في وقت معين أو خلال فترة زمنية معينة، ويشتمل إدراك

¹¹³ أحمان لبنى: علم المناعة النفسية العصبية. الجزائر: دار الخلدونية. 2019. ص 132-

¹¹⁴ Huh, Hyu Jung, Kyung Hee Kim, Hee-Kyung Lee, Bo Ram Jeong, Ji Hyun Hwang, and Jeong-Ho Chae. Perceived stress, positive resources and their interactions as possible related factors for depressive symptoms. Korean Neuropsychiatric Association 18, no. 1. 2021. P 59.

الضغط على مشاعر حول عدم القدرة على التحكم في حياة الفرد والتنبؤ بها، وعدد المرات التي يتعين على المرء أن يتعامل فيها مع متاعب مزعجة، ومدى التغيير الذي يحدث في حياة الفرد، وكذا الثقة في قدرة الفرد على التعامل مع المشاكل أو الصعوبات. فقد يعاني الأفراد من أحداث حياتية سلبية مماثلة ولكنهم يقيمون تأثيرها أو شدتها بدرجات مختلفة نتيجة لعوامل مثل الشخصية واستراتيجيات المواجهة والدعم. وبالتالي يعكس إدراك الضغط النفسي التفاعل بين الفرد وبيئته التي يقدرها على أنها تهدد أو ترقق إمكاناته بطريقة تؤثر على رفاهيته.¹¹⁵

4. النماذج المفسرة للضغط النفسي

4. 1. نموذج "هوبفول" المحافظة على المصادر

وضح هو بفل (Hobfoll) وجهة نظره عن خبرة الضغوط وهذا بفكرة مفادها أن الأشخاص لديهم تجمع للمصادر Resources ويحاولون حمايته والدفاع عنه، والمحافظة عليه، ويمكن أن تكون مصادر الشخص مادية (مثل منزل، وسيارة، وملابس) كما يمكن أن تكون أحوال الحياة كأن يكون له أصدقاء، وأقارب ومهنة ثابتة وزواج موفق، ويمكن أن تكون هذه المصادر خصالا شخصية (مثل نظرة إيجابية نحو العالم ومهارات العمل والبراعة الاجتماعية، كما يمكن أن تكون مصادر الطاقة كالمال، وبطاقة البنك، أو المعرفة، والمصادر هي أي شيء يقدره الشخص ويضع له قيمة.

¹¹⁵ Anna C Whittaker was Phillips. Perceived Stress, In book: Encyclopedia of Behavioral Medicine, 2015. p 1453.

ويوضح هذا النموذج أن الأفراد يحاولون المحافظة على المصادر التي يملكونها، ويكتسبون مصادر أخرى، واعتمادا على وجهة النظر هذه يمكن أن تحدث الضغوط، عندما تتهدد المصادر أو تفقد أو عندما يستثمر الأفراد المصادر في أمر ما، ويفشلون في تلقي عائد مناسب لهذا الاستثمار.

ويرى هوبفول أن فقد المصادر هو الخبرة الأساسية في الضغوط ويعد التهديد خسارة وشيكة الوقوع، كما يعد الفشل في تلقي عائد مناسب عند استثمار المصادر، فقدا أو خسارة لمصادر جديدة متوقعة¹¹⁶.

4. 2. نموذج ليفينثال تمثيل المرض أو تصورهِ

ركز ليفينثال (Leventhal) في نموذجهِ على الضغوط المرتبطة بالصحة، وتركز وجهة النظر هذه على كيفية تكوين الأشخاص لتمثيلات أو تصورات Representations عن خبرتهم بالمرض، وكيفية استجابتهم لهذه التمثيلات، وتتشارك هذه النظرة مع نظرة لازاروس وفولكمان والتي تفترض أن خبرات الناس وفهمهم يعتمد جزئيا على الموقف الموضوعي، وكذلك على ما يستحضره الناس من تصورات عن هذه المواقف، وأن إدراك المرض يبدأ عامة ببعض الخبرات الجسدية الراهنة والفرد هو الذي يحدد مدى ارتباطها بالمرض، ومن ثم مدى تهديدها له. ويتضمن هذا النموذج افتراضا مفاده أن إدراك المرض منظم تدرجيا أي بشكل هرمي وتتكون من:

¹¹⁶ عبد الخالق أحمد محمد: الضغوط والأمراض مدخل في علم نفس الصحة. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية. 2016. ص 112.

المستوى الأعلى: كالتمثيلات أو التصورات المجردة واستراتيجيات المواجهة المقابلة لها.

المستوى الأدنى: وهو التمثيلات العيانية الحسية، وخطط المواجهة المقابلة لها.

وعلى سبيل المثال تعد خبرة السرطان على المستوى المجرد مؤدية إلى مختلف التداعيات كافة، عن العلاج والمال (مستقبل المرض)، وأما على المستوى الحسي فقد يحدد عرض معين على أنه ألم فقط، وهو ما يقود إلى مختلف التداعيات عن العلاج المتعلق بهذا العرض¹¹⁷.

4. 3. نموذج التقييم المعرفي للazarوس وفولكمان

حسب لازاروس لا يمكن فهم الضغط النفسي بدون الرجوع إلى المكون المعرفي الكامن وراء تفسير الفرد للموقف أو الحدث الذي يتعرض له، والعملية المعرفية هذه تمثل حجر الأساس لتحديد طبيعة استجابة هذا الفرد للضغوط المختلفة داخلية كانت أم خارجية وعملية إدراك الموقف وتقييمه في الأساس هي مسألة مواجهة الضغوط الحياتية والتغلب عليها، وعليه فإن العملية المعرفية المسؤولة عن تقييم الموقف وتحديد طبيعة استجابة الإنسان له هي التي تعرف بمفهوم المواجهة¹¹⁸.

ويرى لازاروس وفولكمان أن مفهوم الضغط النفسي يؤكد على العلاقة بين الفرد والبيئة والتي تأخذ في الاعتبار خصائص الفرد من جهة وطبيعة الحدث البيئي من جهة أخرى. وتكون هذه

¹¹⁷ المرجع نفسه، ص 114-115.

¹¹⁸ برزاون حسبيّة: الضغوط النفسية والاضطرابات العضوية" الجزائر: مؤسسة كنوز الحكمة للنشر والتوزيع. 2019. ص14.

علاقة تفاعلية يقيمها الفرد معرفيا بأنها نوع من الإرهاق أو تفوق إمكانياته أو بأنها تعرض رفايته للخطر.¹¹⁹

ويؤكد نموذج لازاروس على العوامل النفسية وأهمية تفسير الأحداث وإدراكها، ورأى بأن الأفراد عندما يواجهون ضغوطا معينة فإنهم يقومون بتقييم إدراكي لهذه الضغوط، وميز بين نوعين من عمليات التقييم: الأولي والثانوي.¹²⁰

عمليات التقييم الأولية:

يؤكد لازاروس أن انخراط الأفراد لدى مواجهة تغيرات في بيئاتهم بعمليات تقييم أولية (Primary Appraisal) لكي يحددوا معنى الأحداث، فقد تدرك الأحداث بأنها تقود إلى نتائج إيجابية، أو محايدة، أو سلبية ويتم تقييم الأحداث بأنها سيئة أو يمكن أن تكون سيئة، بناء على ما يمكن أن تسببه من أذى، أو تهديد أو تحد.

ويختص الأذى (Harm) بتقييم للأضرار التي سببها الحدث.

أما التهديد (Threat) فهو تقييم لما يمكن حدوثه من أضرار في المستقبل بسبب الحدث.

وأخيرا تقييم الأحداث من منطلق ما تسببه من تحد (Challenge) وكذا من منطلق ما يمتلك الفرد من إمكانيات للتخفيف من المشكلة أو حتى الاستفادة من الحدث.

¹¹⁹ Richard Lazarus, and susan folkman. Stress appraisal and coping. springer. 1984. P 21.

¹²⁰ عبد الخالق أحمد محمد المرجع المذكور سابقا، ص 107-108.

عمليات التقييم الثانوي:

تبدأ عملية التقييم الثانوي للموقف في الوقت الذي يتم به التقييم الأولي للأحداث الضاغطة. وتتضمن عملية التقييم الثانوي (Secondary Appraisal) إجراءات تقييم للإمكانات والمصادر التي يمتلكها الفرد للتعامل مع الحدث، وما إذا كانت كافية لمواجهة الأذى والتهديد والتحدي الذي ينشأ عن الحدث. وتتشكل في نهاية الأمر، الخبرة الذاتية للضغط نتيجة التوازن ما بين التقييم الأولي والثانوي فعندما يكون الأذى أو التهديد كبيراً وتكون إمكانات التعامل مع المواقف متدنية، فإن الفرد يشعر بتهديد كبير أما عندما تكون إمكانات التعامل مع الموقف عالية، فإن الضغط يكون أقل ما يمكن وتتعدد الاستجابات التي يمكن القيام بها لمواجهة الضغط، وتتضمن تدخل الجوانب الفسيولوجية، والمعرفية، والانفعالية والسلوكية.¹²¹

4.4. نموذج ليفي (1971) Levi

صاغ ليفي هذا النموذج على أساس أن العوامل النفسية والاجتماعية تؤدي دوراً وسيطاً في العلاقة مع المرض العضوي وأن أي تغيرات نفسية اجتماعية يمكن أن تعمل كمصدر للتوتر أو كمثيرات لاستجابات بيولوجية غير محددة، والتي تشير إلى نزوع الفرد وميله للاستجابة العصبية الهرمونية، ويعتمد هذا النموذج أيضاً على العلاقة بين المنبهات النفسية والاجتماعية ومستويات الضغوط، ويصور ليفي شكل هذه العلاقة بالحرف (U) حيث إن الضغوط المنخفضة تمثل الإثارة الزائدة، بينما الضغوط العالية التي تواجد عند أطراف (U) تمثل الإثارة المستمرة التي تهيئ

¹²¹ تايلور شيلي: علم النفس الصحي. ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكراً طعيمة داود. 1.

عمان: دار حامد للنشر والتوزيع. 2008. ص 301.

الكائن العضوي الاستجابة لبعض أنماط النشاط الجسمي كالكر أو الفر (Fight or Flight) أي المواجهة أو الهرب في المواقف المختلفة، كما افترض ليفي أن وجود العوامل المتداخلة سواء أكانت جوهريّة أو عرضية يمكن أن تيسر أو تعسر ظهور المرض.¹²²

يرى (ليفي وكاجان Levi & kagan) بأن المثيرات الخارجية تتحدد بأنها مثيرات نفس اجتماعية وتتفاعل مع العوامل الوراثية والخبرات السابقة وتلك العوامل الشخصية يطلق عليها البرنامج النفس بيولوجي. والمثيرات النفس اجتماعية والبرنامج النفس بيولوجي يحددان معا ظهور استجابة الضغط النفسي والتي تستدعي أعراض المرض، ومن ثم المرض نفسه.¹²³

4. 5. نظرية لورانس لهان Lehan

يوضح لهان من خلال نظريته فكرة تأثير العوامل النفسية في التأثير على نمو الأورام السرطانية، وأن التحول الفجائي أو الطفرات التي تحدث في بعض الخلايا المخية قد تؤدي لتحويلها إلى خلايا سرطانية، وتحدث بطريقة منظمة بين وقت وآخر وفي فترات متعددة من حياة الفرد السليم المعافى والذي لا يمكنه أن يشعر أو يلاحظ أي تغير في حالته الصحية من جراء هذا التحويل الضار ذلك أن جهاز المناعة الطبيعي في الجسم يقوم بتدمير تلك الخلايا ذات التكوين الشاذ عند ظهورها وقبل أن تتكاثر ولكن الغريب كما يرى لهان أنه لسبب ما وتحت ظروف

¹²² عبد العزيز مفتاح محمد: علم نفس الصحة. ط1. عمان: دار وائل للنشر. 2010. ص

109-110.

¹²³ أحمان لبنى: علم المناعة النفسية العصبية. الجزائر: دار الخلدونية. 2019. ص 137.

معينة قد يحدث لبعض الأفراد اضطراب في الكفاءة الوظيفية للجهاز المناعي، حيث تضعف تلك القدرة المناعية أو تفضل تماما في القضاء على تلك الخلايا السرطانية.¹²⁴

4. 6. نموذج راه وآرثر Rahe & Arter

جاء نموذج راه وآرثر ردا على نموذج ليفي المعرفي مفترضا أن تأثير تغيرات الحياة الراهنة تتأثر بالجهاز الإدراكي للفرد، والذي يتأثر هو الآخر بالمستوى الراهن لدى الفرد من المساندة الاجتماعية، وإمكانية الذاتية ومعتقداته، والتي هي الأخرى دالة بخبراته الماضية، حيث يحتمل أن تكون الإمكانيات الذاتية نتيجة للمؤثرات الإيجابية ضمن خبرات الحياة المبكرة، أما المعوقات فقط تكون نتيجة للخبرات الحياتية السالبة وتمثل هذه الخطوة الأولى، أما الخطوة الثانية فتشمل الميكانيزمات الدفاعية للنا حيث افترض أن هناك ميكانيزمات دفاعية معينة ترتبط بخفض الاستشارة الفسيولوجية، وهي بذلك تقلل من احتمالية حدوث المرض وتشمل الخطوة الثالثة نمط الاستجابة السيكوفسيولوجية لأحداث الحياة، وقد قسما هذه الاستجابة إلى فئتين هما:

الاستجابة المرتبطة بالوعي مثل تصبب العرق والألم.

الاستجابة بدون وعي مثل ضغط الدم المرتفع أو المنخفض، ويمكن لهذه الاستجابة أن تؤجل أو تعجل أو تنشط والخطوة الرابعة ترتبط بالاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد في خفض نمط الاستجابة السيكوفسيولوجية كفنيات الاسترخاء والتمرينات الجسمية والرياضية وفنيات المواجهة

¹²⁴ رشاد علي عبد العزيز موسى وعرفة حسني عبد الحافظ حسن: علم نفس الأورام. القاهرة:

عالم الكتب. 2019. ص 21.

المعرفية وتظهر الخطوة الخامسة إذا فشلت الاستجابة في التخلص من الأعراض الجسمية، وفي هذه الأثناء يدير الفرد انتباهه إلى الأعراض الجسمية باحثاً عن الرعاية أو العلاج الطبي وربما يتطور لديه سلوك الدور المرضي Sick-role Behavior كالتغيب عن العمل والراحة في السرير والاعتماد على الأدوية أما الخطوة السادسة فتتمثل في التشخيص الطبي فعلياً. ويشير راه وآرثر أن اختبار هذا النموذج يحتاج إلى دراسة العلاقة الارتباطية بين الخطوات والمراحل.¹²⁵

4.7. متلازمة التكيف العام لهانز سيللي General adaptation syndrome

أشار سيللي سنة 1979 نقلاً عن (موسى وعبد الحافظ حسن، 2019، ص 22) إلى أن الانفعالات المصاحبة للضغوط مثل الخوف والقلق تنعكس على نشاط الجهاز الطرفي، والذي قد يؤدي إلى اضطراب عام في نشاط الغدد الهرموني ويرتبط ذلك مع الإصابة بالأمراض الخبيثة.

أولاً-مرحلة الإنذار Alarm Stage :

يتهيأ الجسم فيها لمواجهة التهديد عندما يدرك المرء أن هناك تهديداً فإن الهيبوثلاموس ينشط الجهاز العصبي الودي والجهاز الهرموني، يقوم الجهاز العصبي الودي بإعطاء الأوامر للغدد الأدرينالية لإطلاق الكاتيكولامين مثل الأدرينالين والنوربينفرين، واللدان يسريان في مجرى الدم، ويؤديان إلى عدد من التغيرات الفسيولوجية بينما في ذلك زيادات في ضربات القلب وضغط الدم ومعدل التنفس. كل هذه التغيرات تساعد في إعداد الجسم للاستجابة إلى التهديد، فيتم إحضار الأكسجين إلى العضلات لجعلك تجري أو تحارب، وتتسع حدقة العين مما يسمح بدخول المزيد من الضوء لترى بشكل واضح. هذه المرحلة تشبه استجابة الكر أو الفر

¹²⁵ عبد العزيز مفتاح محمد: علم نفس الصحة. ط1. عمان: دار وائل للنشر. 2010. ص 209.

لدى كانون وفي الوقت نفسه، تطلق الغدة النخامية هرمون الأدرينوكورتيكوتروبين (ACTH) الذي يجعل الغدد الأدرينالية لإنتاج الجلوكوكورتيكويد مثل الكورتيزول وهذا الأخير يزيد من إنتاج الطاقة من الجلوكوز ويمنع الانتفاخ حول الإصابات والعدوى، لذا فإن لدى الجسم المزيد من الطاقة للاستجابة للتهديد والحماية من الإصابات وفي هذه المرحلة يهيئ الجسم كل مصادره لعمل كل ما يلزم المحاربة أو الهروب من التهديد.¹²⁶

مرحلة المقاومة Resistance Stage :

وفيها يتكيف الجسم على العامل الضاغط ويتوقف مدى استمرار هذه المرحلة على شدة العامل الضاغط، وعلى قدرة الفرد في التكيف، وتستمر مرحلة المقاومة لفترة طويلة ويظهر فيها الفرد في صورة سوية من ناحية المظهر الخارجي إلا أن الوظائف الفسيولوجية الداخلية للجسم ليست في حالتها السوية، فاستمرار الضغط يتسبب في استمرار التغيرات العصبية والهرمونية وتعد هذه المرحلة مرحلة الإعداد للإصابة بالأمراض.¹²⁷

مرحلة الإنهاك Exhaustion Stage :

إن الضغوط المستمرة أو القوية تحدث موقفا من اللاتوازن يؤدي إلى اضطرابات في الجسم ففي هذه المرحلة يتم استنزاف مصادر الجسم ويصبح عرضة للمرض، إضافة إلى ذلك لو ظل الابينفرين والكورتيزول عند المستويات المرتفعة مع الوقت فقد يؤدي ذلك إلى إحداث ضرر في

¹²⁶ سندرسون كاترين: علم نفس الصحة. ترجمة مراد علي عيسى وتيسير الياس شواش. ط 1.

عمان: دار الفكر. 2019. ص 137.

¹²⁷ عبد الخالق أحمد محمد: الضغوط والأمراض. مدخل في علم نفس الصحة. مصر: مكتبة

الأنجلو المصرية. 2016. ص 102.

الأوعية الدموية، وكبح لجهاز المناعة، ويمكن أن تتشكل الضغوطات عبر الزمن وتؤدي إلى المزيد من النواتج المهمة. لذا، ربما تؤدي أحداث الحياة الصعبة إلى ضغوط مزمنة مؤثرة على الصحة الجسمية.¹²⁸

4. 8. نموذج تايلور الرعاية والمناصرة Tend and Defriend

قامت تايلور وزملاؤها (Taylor, Kein, et al 2000) بتطوير نظرية حول الاستجابات التي تصدر لمواجهة الضغط، أطلقت عليها "الرعاية والمناصرة" واعتبروا أن هذه الطريقة بالاستجابة هي من سمات الإناث بشكل خاص. وتبين النظرية بأن ظهور التعاطف الطبيعي الذي اعتقد بأن استجابة الكر أو الفر تستند إليه. قد ينتظم داخليا عند الإناث بطريقة تقود من إلى القيام بسلوك يتخذ طابع تقديم الرعاية. كما بينوا أيضا أن الذكور والإناث يواجهون في أوقات الضغط تحديات تكيفية مختلفة، وأن الاستجابات التي تظهر في أوقات الضغط عند الإناث لا تهدف لحماية الذات فحسب، وإنما لحماية النسل أيضا.

وتقترح نظرية الرعاية والمناصرة بأن المناصرة (Befriending) تتطلب التجمع مع الآخرين والتواصل الاجتماعي لدى التعرض للضغط وهذه قد تكون سمة تتميز بها النساء وتساعد في الحفاظ على الذات والنسل أيضا. وقد تستند استراتيجية الرعاية والمناصرة إلى أسس بيولوجية. وتحديدًا فقد يكون لهرمون الأوكسيتوسين (Oxytocin) أهمية في الاستجابات التي تصدر عن الإناث لدى تعرضهن للضغط فالأوكسيتوسين من هرمونات الضغط والتي يتم إفرازها بشكل سريع عند التعرض لأبسط الأحداث المسببة للضغط، ويتعدل تأثيره عن طريق هرمون

¹²⁸ سندرسون كاترين المرجع المذكور سابقا، ص 138.

الإستروجين، مما يوضح الدور المهم الذي يؤديه في الطريقة التي تستجيب بها الإناث

للضغط.¹²⁹

4. 9. نموذج هولمز وراهي (1967) Holmes & Rahe

يركز هذا النموذج على أهمية البيئة ودورها الرئيسي في صحة الفرد والمجتمع، ويسمى هذا النوع من الضغط بالضغط النفسي الاجتماعي، ويؤكد هولمز وراهي على أهمية تأثير الضواغط البيئية على الصحة الجسمية والنفسية، فالضواغط البيئية هي أحداث الحياة التي يتم تقديرها طبقاً لمقدار التغير الذي يحدثه الضاغط، وبناء على ذلك يمكن قياس الضغط من خلال شدة الأحداث الضاغطة التي يعانيها الفرد وينطوي النموذج على أمرين أساسيين وهما أن الضواغط يمكن اعتبارها أحداث الحياة الرئيسية وأن التكيف للتغير يكون مسؤولاً على استجابة الضغط، وأن هناك خصائص عدة للأحداث الضاغطة الرئيسية والتي تبدو مسؤولة عن العلاقة بين هذه الأحداث وظهور الأعراض النفسية، وتتمثل هذه الخصائص بوجه خاص في عدم المرغوبة الاجتماعية ودرجة التهديد ومقدار الضبط والقابلية للتنبؤ بها وشدة هذه الأحداث الضاغطة.¹³⁰

¹²⁹ تايلور شيلي: علم النفس الصحي. ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكراً طعيمة داود. 1. عمان: دار حامد للنشر والتوزيع. 2008. ص 299.

¹³⁰ زايدى باية: التعامل مع الضغط النفسية وعلاقته بعض السمات المناعية (الصلابة، التوكيدية، التفاؤل) لدى الأساتذة الجامعيين. أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر 2. 2018. ص 73-74.

4. 10. نموذج كوكس وماكاي (Cox & Mackay)

يعد هذا النموذج من النماذج التي تفسر الضغط كتفاعل بين الفرد والبيئة ويشمل خمس مراحل وهي كالتالي:

- 1- مصادر المطلب المرتبطة بالفرد والتي تعتبر جزء من بيئته، ويساهم عدم التوازن بين المطلب المدرك والمطلب الحقيقي دورا في حدوث الضغط.
- 2- إدراك الفرد للمطالب وقدرته على التعامل معها، المطلب المدرك وامكاناته وقدرته المدركة.
- 3- مرحلة الاستجابة الفيزيولوجية للضغط.
- 4- تهتم هذه المرحلة بنتائج الاستجابة الخاصة بالتعامل والمواجهة.
- 5- مرحلة التغذية الراجعة التي تحدث في كل المراحل إذ أنها تساهم في تشكيل النتيجة عند كل مرحلة.¹³¹

4. 11. النموذج التكاملي متعدد العوامل في علم نفس الصحة

إن النموذج التكاملي لـ Bruchon- Schweitzer يوضح العلاقة بين المتغيرات التنبؤية والتي تمثل العوامل المفجرة والسوابق وحالة الصحة تكون منظمة وموجهة عن طريق سياقات انتقالية معرفية سلوكية ووجدانية مثل الضغط المدرك، استراتيجيات المواجهة، الضبط المدرك، الدعم

¹³¹ أحمان لبنى: دور كل من المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي. أطروحة دكتوراه علم النفس العيادي. الجزائر: جامعة باتنة. 2012. ص 100.

الاجتماعي المدرك، وتؤدي الوسائط والمعدّلات دوراً مهماً في التكيف مع المرض والتقليل من

آثاره.¹³²

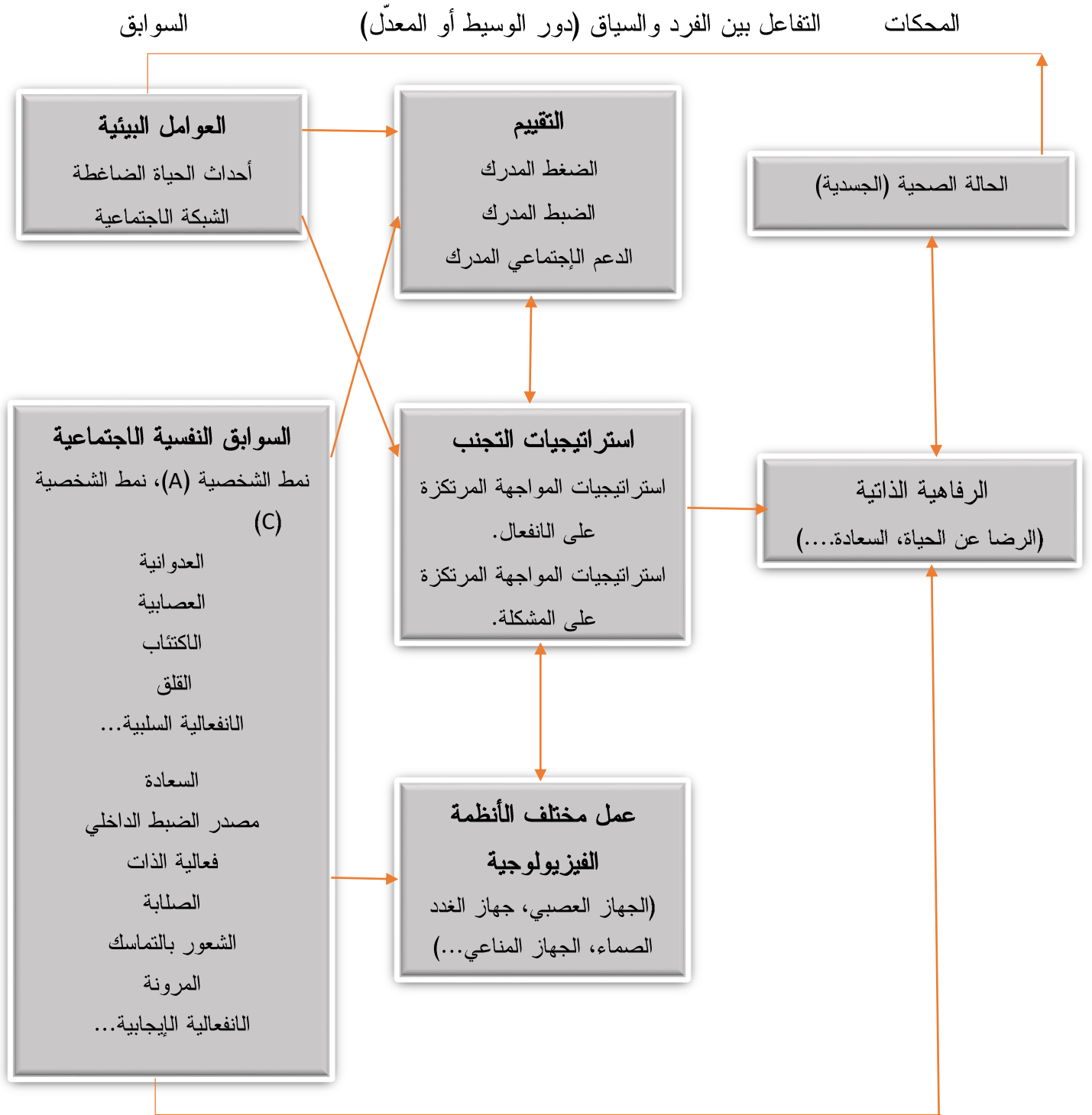
إن التأثير الفيزيولوجي للضغط النفسي على الجسم يتضمن سلسلة معقدة من الأحداث والعوامل، بحيث إن إدراك الفرد للضغط النفسي يثير الجهاز العصبي السمبثاوي والذي يعد الجهاز المسؤول على حشد المصادر الجسمية في المواقف الطارئة وإثارة اللب الأدريناليني للغدة الكظرية، وينجم عن ذلك إفراز هرموني كاتيكولامين، الأدرينالين والنورأدرنالين والذي بدوره يؤثران على الجسم من نواحي عديدة كزيادة معدلات ضربات القلب والتنفس وتدفق الدم، كما يؤدي الضغط النفسي بالغدة النخامية إلى إفراز هرمون (ACTH) والذي يثير القشرة الأدرينالية للغدة الكظرية لإفراز الكورتيزولات السكرية والذي يعد هرمون الكورتيزول أهمها في حالة الضغط النفسي.

بالإضافة إلى هذا يمكن للضغط أن يؤثر على جهاز المناعة والذي يضعف من فاعليته في

القضاء على الفيروسات والبكتيريا والأورام والخلايا الشاذة.¹³³

¹³² زناد دليّة. علم النفس الصحي. الجزائر: دار الخلدونية. 2013. ص 72.

¹³³ تيموثي ج ترول: علم النفس الكلينيكي. ترجمة فوزي شاكّر طعيمة داود وحنان لطفي زين الدين. ط 1. عمان: دار الشروق. 2007. ص 770.



الشكل رقم (03): يوضح النموذج التكاملية متعدد العوامل في علم نفس الصحة¹³⁴

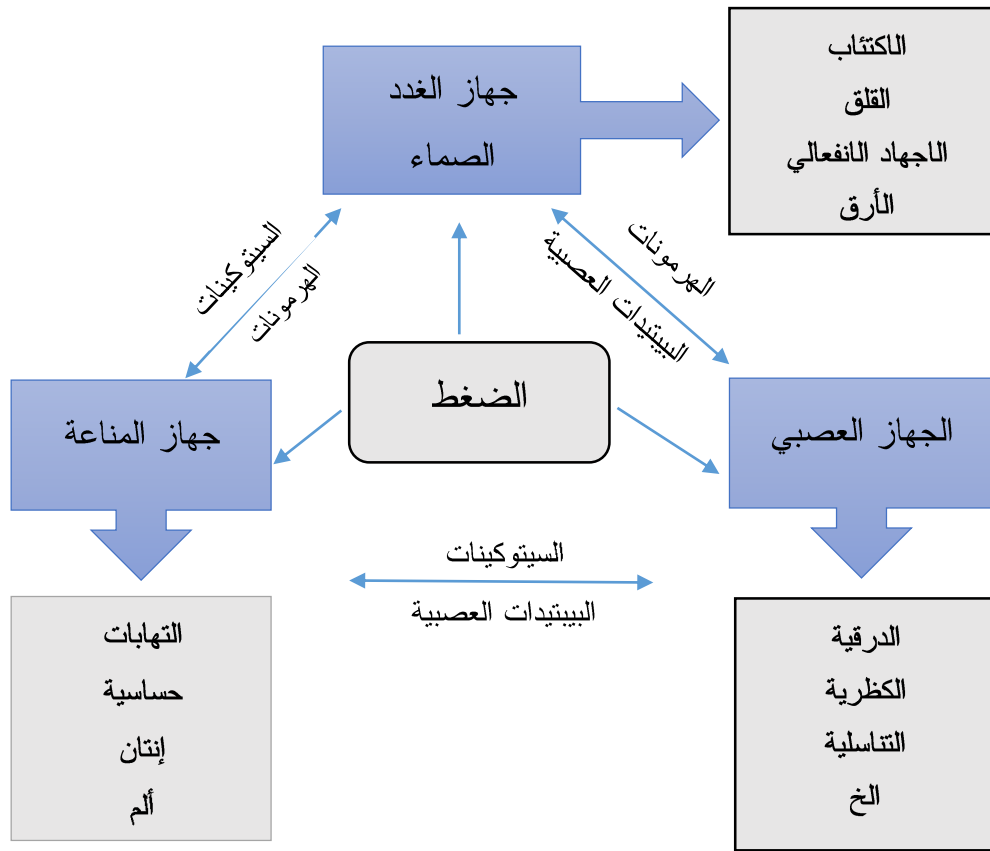
¹³⁴ Bruchon-schweitzer marilou. Psychologie de la santé modèles, concepts et méthodes. Paris: dunod. 2002. P 92.

5. الضغط والأنظمة (العصبية، المناعية، الغددية)

لفهم طبيعة التفاعل بين مختلف العوامل النفسية والعصبية والغددية والمناعية وجب التطرق إلى علم النفس العصبي المناعي الغددي (Psycho-neuro-endocrine-immunology) والذي يرمز له اختصاراً بـ PNEI.

وقد تم تطوير هذا المفهوم من خلال اكتشاف التفاعل بين الجهاز المناعي والجزيئات مع نشاط الغدد الصماء العصبية والذي يستهدف أعضاء متعددة، ومن تم توضيح الترابط بين الآليات المناعية والنفسية والغدد الصماء العصبية من خلال العديد من الدراسات ويعد PNEI عبارة عن شبكة ذاتية التنظيم تساهم في توازن العضوية، والحفاظ على التوازن الكيميائي والجسدي والعصبي النفسي وهذا كاستجابة للمثيرات ذات الطبيعة المختلفة.¹³⁵

¹³⁵ Attilio, Cavezzi, Ambrosini Lorenzo, Quinzi Valentina, Colucci Roberto, and Colucci Enza. Psychoneuroendocrineimmunology (PNEI) and longevity. Healthy Aging research 7, no. 12 .2018. p 1.



شكل رقم (04): يوضح الترابط والاشارات بين الجانب النفسي والجهاز العصبي وجهاز الغدد

الصفاء والجهاز المناعي.¹³⁶

إن فعالية الجهاز المناعي تتأثر بمدى فعالية التأثير غير المباشر لنشاط الجهاز العصبي الودي، والمحور التأثيري لنشاط الغدة النخامية-الغدة الكظرية، وكذا النظام الذي يقوم بدور في تكوين البيبتيد وهذه الأنظمة الثلاثة ترتبط بالانفعالات (الخوف، الغضب)، الضغط والألم.¹³⁷

¹³⁶ Attilio, Cavezzi, Ambrosini Lorenzo, Quinzi Valentina, Colucci Roberto, and Colucci Enza. Ibid, p 1.

¹³⁷ عدوان يوسف: السيتوكينات والمرض العضوي والنفسي، نحو نموذج نفسي عصبي مناعي غددي لفهم العلاقة بين الضغوط والأمراض. مجلة دراسات في علم نفس الصحة. المجلد 4. العدد. 4. 2019. ص 32.

وإن تجاوز العمليات العصبية والخلايا المناعية في النسجة المختلفة غير كاف لإثبات التفاعل الوظيفي، فقد تم التوصل إلى أن التواصل الكيميائي متعدد الاتجاه، وتشكيل الدوائر المحلية القادرة على التغيير الديناميكي مع مرور الوقت، وقد تم تحديد الناقلات العصبية الكلاسيكية والنوروببتيدات (على مستوى الجانب العصبي)، والسيبتوكينات (على مستوى الجانب المناعي) والنوروببتيدات لديها القدرة في التأثير على النشاط المناعي كونها تحتوي على قائمة طويلة من الببتيدات التي تعدل النشاط العصبي. وكذا تعتبر السيبتوكينات كهرمونات للنظام المناعي فهي تتدخل بين الخلايا للمفاوية، البالعات والخلايا الأخرى التي تتواجد أثناء الاستجابة الالتهابية والاستجابة المناعية فهي تحرض على النمو، التمايز، الانجذاب الكيميائي أو التنظيم المناعي.¹³⁸

6. تأثير الضغط النفسي على السرطان

الضغط النفسي هو استجابة الجسم لوجود مطالب خارجية أو أكثر ذاتية، وهذا كاستجابة لتقييم الفرد للطلبات اعتمادا على قدرات التأقلم. وتشتمل الآليات البيولوجية المقترحة لتأثير الضغط على تطور السرطان على تغييرات الغدد الصماء العصبية في محور ما تحت المهاد والغدة النخامية والكظرية الذي ينظم إطلاق الجلوكوكورتيكويد (glucocorticoid)، والجهاز العصبي الودي الذي ينظم مستويات الكاتيكولامين (catecholamine).

كما أنه من المعروف أن الضغط النفسي ينتج استجابات صماء عصبية يمكن أن تغير المسارات المناعية وتولد الأوعية والتهابات المسارات في تطور وتفاقم السرطان والسيطرة عليه.

¹³⁸ أحمان لبنى: علم المناعة النفسية العصبية. الجزائر: دار الخلدونية. 2019. ص 45-85.

وينظر إلى الضغط النفسي على أنه يحد من نمط الكورتيزول الطبيعي أثناء النهار، والذي تم اعتباره أحد عوامل الخطر لبدء الورم وتطوره، كما أن هرمونات الضغط النفسي تؤدي دوراً في تلف الحمض النووي (DNA) وإصلاح خلايا سرطان الثدي والتي لها آثار مترتبة على بدء سرطان الثدي وتفاقمه.¹³⁹

ويرى كل من Nelson & Simomons بأنه لكل استجابة للضغط، إيجابية وسلبية، مؤشرات تأثير مرتبطة بها، ويمكن توقع أن تنتج تأثيرات مختلفة على متغيرات الناتج مثل (الصحة). ويمكن أن تكون مؤشرات الاستجابة للضغط فسيولوجية وسلوكية ونفسية.

كما اقترح Edwards & Cooper (1988)، أن مؤشرات الاستجابة الإيجابية ستكون حالات نفسية إيجابية مثل (التأثير الإيجابي، المعنى، الأمل) وستكون مؤشرات الاستجابة السلبية حالات نفسية سلبية مثل (تأثير سلبي). ويمكن تعريف الضغط النفسي من الناحية العملية كما يلي:

1- Eustress: ونقصد به الضغط من النوع الجيد (Bon stress):

وهو "استجابة نفسية إيجابية للضغوط، ويدل على ذلك وجود حالات نفسية إيجابية".

2- Distress: ونقصد به الضغط من النوع السيء (Mauvais stress):

وهو "رد فعل نفسي سلبي على أحد الضغوطات، ويدل على ذلك وجود حالات نفسية سلبية".¹⁴⁰

¹³⁹ Al-Shatari, Sahar, Mahir Suhail, Iman A. Mohammed, and Iman Chalooob. "Psychological profile of breast cancer patients-sample from al-Resafa/Baghdad. The Medical Journal of Basrah University 40, no. 1. 2022. P 9.

¹⁴⁰ Tetrick, Lois E., James Campbell Quick. handbook of occupational health psychology. Washington. american psychological association. 2003. P 104.

وكما ترى لوفينستون وآخرون Levenstein et al بأن أحد الموضوعات الرئيسية في الأبحاث النفسية الجسدية الأخيرة هو تأثير الضغط على مسار المرض، وأن الجميع يواجه صعوبة في التمييز بين السبب والنتيجة فقد يكون سبب الضغط النفسي هو المرض والعكس صحيح، لذلك طورت استبيان جديد لقياس الضغط موجه خصيصا للبحوث النفسية الجسدية وهو استبيان إدراك الضغط.¹⁴¹

7. الضغط النفسي والأمل

يرى Jacopy & keinan (2003, p 11) أن لازاروس وفولكمان (1984) قدما مساهمة أساسية في تصور الضغط النفسي بحيث شددوا على أهمية التقييم كوسيط في عملية التعامل مع الضغط، وازدهرت الأبحاث حول الضغط وارتقت إلى مستوى التحدي الرئيسي والمتمثل في الكشف عن المتغيرات النفسية والفيسيولوجية الكامنة وراء الصلة بين الضغط والمرض. وتحظى العلاقات المتبادلة بين الضغط النفسي والأمل والنتائج المتعلقة بالصحة بأهمية خاصة.¹⁴² وعند مواجهة مشكلة كالضغط النفسي فإن لدى الأشخاص الذين يملكون معدلا عاليا من الأمل قدرة كبيرة على تكوين الاستراتيجيات المتعلقة بتخفيف الضغط النفسي مثل البحث عن مساعدة نفسية، وتشير نظرية الأمل إلى أنه عند الشعور بالضغط فإن الأشخاص الذين يملكون مستوى

¹⁴¹ Levenstein, Susan, Cosimo Prantera, Vilma Varvo, Maria L. Scribano, Eva Berto, Carlo Luzi, and Arnaldo Andreoli. Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research. Journal of psychosomatic research 37, no. 1. 1993. 19-20.

¹⁴² Rebecca Jacoby, Giora Keinan. between stress and hope, greenwood. 2003. P 15-16.

مرتفع من الأمل سيفتعلون مساعي كبيرة للتصرف كما لو أنهم سيخففون الضغط بما في ذلك محاولتهم للتوجه إلى طلب المساعدة النفسية.¹⁴³

وترى فولكمان (Folkman, 2010) أن الأمل والضغط النفسي يشتركان في العديد من الخصائص فكلاهما سياقي، وقائم على المعنى، وديناميكي كما أن كلاهما يؤثر على رفاهية الفرد في الظروف الصعبة، بالإضافة إلى أن الأمل مثل الضغط النفسي يعتمد على التقييم فهو يزداد وينخفض، ومعقد. وطرح فولكمان افتراضان:

الأول أن الأمل ضروري للأشخاص الذين يواجهون ضغوط نفسية شديدة وطويلة المدى، والثاني أن الأمل ليس مصدر متجدد ذاتيا دائما، فهو يرتفع وينخفض وأحيانا أخرى يغيب تماما.¹⁴⁴

والأمل متعلق بالعديد من السلوكيات القائمة على هدف محدد، كما أنه متعلق أيضا بالعمليات النفسية وبالنتائج المرتبطة بالصحة البدنية والعقلية، وارتفاع نسبة الأمل عند الأشخاص يعمل على تقليل مستويات ودرجات الإحباط كما نجد لدى هؤلاء قدرة فائقة على التكيف مع الضغط النفسي المزمن، ولديهم أفضل قدرة يمكن تصورها من حيث التكيف على الأعراض التشخيصية للسرطان.¹⁴⁵

¹⁴³ أبو الديار مسعد نجاح: سيكولوجية الأمل. ط1. الكويت: مكتبة الكويت الوطنية. 2012. ص 58.

¹⁴⁴ Folkman, Susan. Stress, coping, and hope. psycho-oncology, john wiley & sons 1, no. 19. 2010. p 901-902.

¹⁴⁵ المرجع نفسه، ص 60.

خلاصة الفصل

إن الضغط النفسي يتداخل بصورة مباشرة مع الجانب الفيزيولوجي للجسم لمساهمة في ظهور الأمراض، وطريقة إدراكنا للضغوط هي التي تحدد تقييمنا للمواقف والأحداث بما فيها المرض، وتم تناول الضغط من وجهات نظر مختلفة لكن ما يتفق عليه هو وجود عوامل سلوكية وانفعالية وفيزيولوجية تحدث نتيجة الضغوط وتتفاعل مع أنظمة الجسم المختلفة، كما يوجد نقاط مشتركة بين إدراك الضغط النفسي والشعور بالألم فكلاهما قابل للتقييم ويزداد وينخفض، كما أن الشعور بالألم يعد من المتغيرات النفسية الإيجابية المساعدة في التخفيف من الضغط النفسي.

الفصل الثالث

السرطان والمؤشرات الورمية

تمهيد

1. السرطان

2. سرطان الثدي

3. الكشف عن سرطان الثدي

4. تعريف المؤشرات الورمية

5. خصائص المؤشر الورمي المثالي

6. الهدف من المؤشرات الورمية

7. أهمية المؤشرات الورمية

8. تصنيف المؤشرات الورمية

9. النظريات والنماذج المفسرة للسرطان

10. دور العوامل النفسية والاجتماعية في السرطان

خلاصة الفصل

تمهيد

بعد التطرق إلى كل من الشعور بالأمل والضغط النفسي سنتناول في هذا الفصل تعريف السرطان وسرطان الثدي، وطرق الكشف على سرطان الثدي، ومن ثم التطرق إلى المؤشرات الورمية مفهومها، طرق الكشف عنها، خصائصها، فائدتها وأهمية جراتها، وتصنيفاتها، مع التطرق أيضا إلى المؤشر الورمي CA15-3 الخاص بسرطان الثدي. النظريات والنماذج النفسية المفسرة للسرطان وأخيرا دور العوامل النفسية والاجتماعية في التأثير على السرطان.

1. السرطان

ينتج السرطان تغييرات كيميائية حيوية كبيرة في استقلاب طاقة الخلية، وتغيير استخدام الجلوكوز والركائز الأخرى، وتوليف البروتين والتعبير عن المستقبلات والمستضدات. ويؤدي نمو الورم أيضا إلى نقص الأوكسجين في الدم مع عدم التجانس في تدفق الدم بسبب النخر البؤري وتولد الأوعية الدموية، وكذلك تعطيل آليات النقل للركائز عبر أغشية الخلايا والحدود الفيسيولوجية الأخرى، وتؤدي التغييرات الجزيئية إلى اختلال وظيفي في دورة الخلية، وتغيير موت الخلايا المبرمج وتمايز الخلايا، وتوليد أوعية دموية، وهجرة الخلايا السرطانية والغزو. وإن تحسن فهمنا للطبيعة الجزيئية للسرطان يتم تطوير طرق أفضل لمراقبة تطور السرطان وتراجع الاستجابة للعلاج.¹⁴⁶

2. سرطان الثدي

تم تعريف ماهية سرطان الثدي في الكتيب الصادر عن خدمات التنقيف الصحي قسم الأورام في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث (2015)، بأن الثدي يتكون من أنسجة كثيرة أهمها الفصوص التي يتكون فيها الحليب وقنوات دقيقة تنقل الحليب إلى قنوات أكبر حيث تصب ما يقارب 15-20 قناة في الحلمة، وهناك نسيج دهني وأوعية دموية ولمفاوية دقيقة تحيط بالقنوات والفصوص بالإضافة إلى العضلات الملساء، وهناك خلايا تبطن القنوات والفصوص وتكون هذه الخلايا الجدار الداخلي للقناة أو الفص، وتكون هذه الخلايا المبطنة هي المنشأ لأغلب

¹⁴⁶ Bombardieri, Emilio, G. Bonadonna, and L. Gianni. " Breast Cancer Nuclear Medicine in Diagnosis and Therapeutic Options." Springer. 2008. P 145.

أورام الثدي، بحيث أن التكاثر الغير المنضبط للخلايا المبطنة يشكل كتلة في الثدي ويؤدي إلى امتلاء القنوات والفصوص بهذه الخلايا غير الطبيعية وبالتالي خروجها وغزوها للأنسجة المحيطة بالقنوات والفصوص ومن ثم عن طريق الأوعية الدموية واللمفاوية إلى سائر أنحاء الجسم.¹⁴⁷

يشير مفهوم سرطان الثدي كتسمية عامة إلى التكاثر الورمي للغدة الثديية والتي تختلف من وجهة النظر النسيجية وهذا فيما يتعلق بسلوكها التطوري، ويشير مصطلح سرطان الثدي Cancer du sein فقط إلى الأورام الخبيثة، والتي من المحتمل أن تكون عدوانية، بينما يشير مصطلح ورم الثدي Tumeur du sein إلى كل من الأورام الخبيثة والحميدة.¹⁴⁸

ويعتبر سرطان الثدي من الأمراض المميتة عند النساء والذي يتسبب في الكثير من الوفيات، ولذا فإن التشخيص المبكر لسرطان الثدي باستخدام المؤشرات الحيوية المناسبة للورم، قد يسهل العلاج المبكر للمرض.¹⁴⁹

¹⁴⁷ سرطان الثدي. مستشفى الملك فيصل التخصصي سرطان الثدي. خدمات التقنيف الصحي قسم الأورام. ط 3. 2015. ص 7.

¹⁴⁸ Medjdoub asmahane. Facteurs de risque et étude de quelques marqueurs biologiques circulants dans le cancer du sein dans l'ouest algerien, thèse doctorat biologie moléculaire et oncogenèse, algérie: univ oran. 2012. P 18.

¹⁴⁹ Mohammed, Iyden Kamil, Ali Hussein Al-Timemy, and Javier Escudero. Two-Stage Classification of Breast Tumor Biomarkers for Iraqi Women. Al-Khwarizmi Engineering Journal 16, no. 3. 2020. P 1.

3. الكشف عن سرطان الثدي

3. 1. فحص الثدي الذاتي (Breast Self-Examination):

تقوم فيه المرأة بفحص ثدييها بصورة طبيعية وملاحظة التغيرات في الثديين، وتعد أهمية هذا الفحص في الكشف المبكر عن سرطان الثدي.¹⁵⁰

3. 2. الفحص السريري للثدي (Clinical Breast Examination):

يعتبر خطوة ضرورية للتشخيص المبكر بحيث يساهم في تشخيص السرطانات ويقوم بهذا الفحص الممارس كالطبيب ويجب إجراء الفحص بدقة، وغالبا ما تكون المريضة نفسها هي من تلاحظ تغييرات في الثدي كظهور عقد أو تشعر بالألم.¹⁵¹

3. 3. التصوير بالأشعة السينية (Mammography):

إن أشعة الماموجرافي لها القدرة على كشف التكتلات والكتل الموجودة في الثدي ويعمل هذا الفحص على الكشف فيما إذا كانت هناك أورام سرطانية أم لا، كما يعد من الفحوصات المقبولة لأكثر النساء وتبلغ حساسيته نسبة (95.77%)¹⁵².

¹⁵⁰ نزار جواد زينب: العلاقة بين الطفرات في جيني BRCA2 و BRCA1 وبعض عوامل الخطورة لدى مرضى سرطان الثدي في محافظة كربلاء. رسالة ماجستير في علوم الحياة. العراق: جامعة كربلاء. 2012. ص 24.

¹⁵¹ Brahimi, khadidja. Le cancer du sein, tome 1, algérie: office des publications universitaires. 2014. P 79.

¹⁵² المرجع نفسه، ص 24.

3. 4. التصوير بالموجات فوق الصوتية (Ultra Songography):

تعتبر أداة فحص مهمة جنباً إلى جنب مع التصوير الإشعاعي للثدي بالتالي هي مكمل له، وهي متخصصة وبدقة في التمييز بين الكتلة الصلبة والكتلة الكيسية وفي تشخيص العقد الباطنية المشتبه بها.¹⁵³

3. 5. التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI):

يعتبر من أكثر تقنيات الفحص حساسية للكشف عن سرطان الثدي، فهو فحص مكمل للتصوير الاشعاعي للثدي، ولا يعتمد أدائه على كثافة الثدي.¹⁵⁴

3. 6. الخزعة (Biopsy):

هي عينة تأخذ عن طريق إبرة خاصة أو بإزالة جزء من الورم أو بإزالة الورم بكامله، وهذه العينة يتم فحصها تحت المجهر بواسطة طبيب مختص وهي الطريقة الوحيدة للتأكد من التشخيص وتحديد نوع الورم.¹⁵⁵

¹⁵³ الحيدري تغريد خليل محمد علي، يسرى خلف حنون، حيدر باقر محمد علي الشماخ وآخرون: دليل عمل الكشف المبكر والفحص الدوري لسرطان الثدي وعنق الرحم في مراكز الرعاية الصحية الأولية في العراق. وزارة الصحة دائرة الصحة العامة. 2013. ص 26.

¹⁵⁴ Brahimi, khadidja. Ibid. p 86-87.

¹⁵⁵ سرطان الثدي. مستشفى الملك فيصل التخصصي سرطان الثدي. المرجع المذكور سابقاً، ص

3. 7. فحص المؤشرات الورمية (Tumor Marker):

تؤدي المؤشرات الورمية دوراً مهماً في الكشف المبكر للأمراض الشائعة حيث أوضحت عدد من الدراسات علاقة المؤشرات الورمية مع علاج وتقدم سرطان الثدي في مراحل مختلفة، ومن بين المؤشرات الورمية المعتمدة على المصل والتي وصفت لسرطان الثدي نجد CA15-3 و CA27.29 و Oncoprotein مثل HER-2 و P53.

وتستخدم المؤشرات الورمية في فحوصات مختلفة وكذا في تشخيص الأعراض المرضية المختلفة فضلاً عن ذلك يمكن أن تستخدم المؤشرات الورمية في تخمين حجم الورم وتقدير مدى الاستجابة للعلاج.¹⁵⁶

وبما أن المؤشر الورمي متغير يعيننا في دراستنا سنتطرق ببعض التفصيل للمؤشرات الورمية انطلاقاً من الموسوعة الطبية الخاصة بالسرطان.

4. تعريف المؤشرات الورمية

تعرفها الموسوعة الطبية الخاصة بالسرطان (The gale encyclopedia of cancer (2010) في طبعها الثالثة بأنها عبارة عن مواد كيميائية حيوية قابلة للقياس، وتكون مرتبطة بورم خبيث، وتنتج إما عن طريق الخلايا السرطانية أو عن طريق الجسم استجابة للخلايا السرطانية

¹⁵⁶ نزار جواد زينب: العلاقة بين الطفرات في جيني BRCA2 و BRCA1 وبعض عوامل الخطورة لدى مرضى سرطان الثدي في محافظة كربلاء. رسالة ماجستير في علوم الحياة. العراق: جامعة كربلاء. 2012. ص 25-26.

ويتم إطلاق هذه المواد في الدورة الدموية وبالتالي فهي تقاس في الدم، إلا أن هناك بعض الاستثناءات مثل المستقبلات المرتبطة بالأنسجة والتي يجب قياسها عن طريق فحص النسيج ما يسمى بأخذ خزعة من الورم الصلب، أو البروتينات التي تفرز في البول.¹⁵⁷

ويعرفها كل من Sh. Al-hussain et al بأنها مواد تتواجد في الجسم عند حدوث السرطان، وهي عبارة عن مواد بروتينية تتواجد في دم الشخص المصاب بالسرطان.¹⁵⁸

وهي مواد موجودة في الدم أو ربما في البول لمرضى السرطان بشكل غير طبيعي، والتي تشير بشكل أو بآخر إلى وجود السرطان، ولكن يمكن أيضا أن يصنعها الجسم عندما ينمو الورم، أو بواسطة الخلايا السرطانية نفسها. ويمكن أن تكون مؤشرات الورم خاصة بأنواع معينة من السرطان، أو شائعة في أنواع مختلفة من السرطان. وتجدر الإشارة إلى أن جرعة من بعض مؤشرات الورم يمكن أن تكون عالية دون الكشف عن حالة سرطانية أساسية.

وغالبا ما يتم استكمال هذه التحليلات بفحوصات مختلفة لتأكيد تشخيص السرطان مثل الموجات فوق الصوتية والأشعة المقطعية وIRM والتصوير الومضاني والأشعة السينية، وفي بعض الأحيان التنظير والخزعة اللازمة.

¹⁵⁷ Jacqueline L. Longe. The gale encyclopedia of cancer. A guide to cancer and its treatments. 3rd ed, new yourk, gale group. 2010. P 1508.

¹⁵⁸ Al-Hussain, Ryaidh Sh, et al. Early detection of Breast Cancer by Tumor Marker CA15. 3, CA27. 29 and relationship with P53 and Vitamin D. Journal of Biotechnology Research Center 8. no. 1. 2014. P 59.

ويمكن أن يكون فحص مؤشرات الورم مفيدا في مراحل مختلفة من إدارة المرض وذلك من تشخيص السرطان إلى تقييم فعالية العلاج، أو حتى أثناء متابعة المريض، وبالتالي هذا ما يجعل من الممكن تقدير مخاطر التكرار.¹⁵⁹

ويرى zendjabil أن مؤشرات الورم هي بروتينات سكرية يتم إطلاقها في سوائل الجسم مثل الدم من أنسجة الورم أو استجابة من العائل للورم، وتكون التحولات التي تحدث أثناء عملية الورم مصحوبة بتغيرات جينية قد تكون سببا لتغيرات في تعبير البروتينات مع تعطيل بنيتها أو وظيفتها ويمكن فحص هذه البروتينات التي توجد غالبا بكميات صغيرة، في المختبر من عينة دم بسيطة ولها مؤشرات عديدة في سياق استكشاف الأمراض السرطانية مثل الفحص والتشخيص والتنبؤ أو المراقبة العلاجية.¹⁶⁰

وفي الكيمياء الحيوية السريرية، تتوافق مؤشرات الورم مع المواد (البروتين، الهرمون أو غيره) التي تفرزها الخلايا في السوائل البيولوجية، وبالتالي يمكن اكتشافها ومعايرتها بالطرق التحليلية الكيميائية الحيوية فهذه المواد موجودة بشكل طبيعي في الجسم ولكن في حالة الجرعات العالية، قد يشير ذلك إلى وجود سرطان.¹⁶¹

¹⁵⁹ Hadjarab. F, bouzid. K. Marqueurs tumoraux : Utilité en cancérologie et en pratique clinique, revue médicale algérienne, elhikma 3, no. 17. 2019. P 40.

¹⁶⁰ Zendjabil mustapha. Identification d'un Profil de Marqueurs Tumoraux Sériques pour le diagnostic du Cancer du Sein Métastatique. algerian journal of health sciences 2, no. 3. 2020. p 24.

¹⁶¹ Aissaoui Arifa, Adel Gouri, Aoulia Dekaken, Nihad Laabed, Mehdi Belleili, and Sadek Benharkat. Place des marqueurs tumoraux sériques en cancérologie, journal of medical sciences 2, no. 2. 2015. P 167.

وإن غالبية مؤشرات الورم المعروفة حتى الآن ليست نوعية وحساسة بما فيه الكفاية، فهي لا تتبع بشكل متناسب تطور حجم الورم، بل إن العديد من السرطانات المتقدمة لا يصاحبها زيادة في المؤشرات والعكس صحيح، ويمكن زيادة مستوى هذه المؤشرات لدى المريض، بسبب وجود أمراض غير ورمية مثل العدوى، التهابات، قصور الكبد الكحولي... وغيرها.

مؤشرات الورم هي مواد موجودة في الخلايا السرطانية أو تفرز بواسطتها، أو عن طريق الأنسجة الطبيعية، وذلك استجابة لوجود الورم.¹⁶²

وللكشف عنها عادة ما توجد في الدم والبول والأورام وأنسجة الجسم الأخرى وهذا أثناء الفحص المخبري.¹⁶³

5. خصائص المؤشر الورمي المثالي

حتى نستطيع القول بأن هذا المؤشر الورمي هو مثالي وجب أن يتميز بمجموعة من الخصائص نلخصها كالتالي:

➤ يجب أن يتمتع المؤشر المثالي على القدرة الكاملة على التمييز بفضل خصوصيات وحساسيات ممتازة، مما يسمح بالحد الأقصى من القيم التنبؤية الإيجابية والسلبية.

¹⁶² Boukhrissa merouane. Cancers et concertations nouvelle approches et stratégies de prise en charge du cancer. alger: office des publications universitaires, 2014. P 43.

¹⁶³ Hadjarab. F, bouzid. K. Marqueurs tumoraux : Utilité en cancérologie et en pratique clinique, revue médicale algérienne, elhikma 3, no. 17. 2019. P 40.

➤ يجب أن يكون أيضا منخفض التكلفة، ويجب أن يكون الإجراء بسيطا وموحدا وقابلا للتكرار بحدود مرجعية محددة بوضوح، بالإضافة إلى ذلك، لا ينبغي أن يكون مقيدا جدا للمواضيع التي يتم فحصها.

➤ يجب التحقق من فائدتها السريرية من خلال دراسات مستقبلية كبيرة وعلى الرغم من هذه النتيجة، فإن العديد من المؤشرات مفيدة في التكفل بمرضى السرطان.¹⁶⁴

ويجب أن يكون المؤشر المثالي محددا لنوع الورم ولا يمكن اكتشافه في الناس العاديين أو لدى الأفراد الحاملين لورم حميد ويتم تعريف النوعية (Spécificité) بالنسبة للأفراد الأصحاء الذين لديهم قيمة عادية للمؤشر ويجب أن تكون حساسة (Sensibilité) بدرجة كافية وأن تكون في مستوى غير طبيعي عندما يكون حجم الورم صغيرا جدا، إما في بداية المرض أو بعد العلاج ويتم تعريف الحساسية من خلال نسبة المرضى الحاملين للورم والمتحصلين على أعلى مستوى في المؤشر.

ولا تصل حساسية وخصوصية المؤشرات المتوفرة حاليا إلى 100% ومعظم الأورام الخبيثة في بداية تطورها لا تصاحبها تغييرات معدل المؤشرات، ومع ذلك بالنسبة لبعض الفئات المستهدفة التي تحمل خطر معين، الجرعة النظامية لمؤشر الورم مفيدة، والمؤشرات الورمية ليست دليلا آمنا على التشخيص، وبالتالي لا يمكن بأي حال من الأحوال أن تحل محل التشخيص التشريحي، ففي الواقع يمكن اكتشاف العديد من المؤشرات في الدم في حالة عدم وجود أي سرطان، وقد

¹⁶⁴ Aissaoui Arifa, Adel Gouri, Aoulia Dekaken, Nihad Laabed, Mehdi Belleili, and Sadek Benharkat. ibid, p 168.

يزداد إنتاج مؤشرات الورم من قبل الخلايا غير السرطانية وتكون مستويات المؤشرات الملاحظة في الدم، دائما في حالة عدم وجود سرطان تكون أعلى من ذلك.¹⁶⁵

6. الهدف من فحص المؤشرات الورمية

ويمكن أن يكون لفحص جرعة مؤشرات الورم عدة أهداف بحيث تمكننا من الكشف عن السرطان، وتشخيصه ومتابعته وكذا علاجه وتقييم فعالية العلاج والكشف المبكر عن الانتكاسات والأورام الخبيثة. لكن من بين جميع المؤشرات المستخدمة حاليا في المجال الطبي، لا يمكن لأي منها تحقيق كل هذه الأهداف.¹⁶⁶

7. أهمية المؤشرات الورمية

يمكن أن يكون فحص مؤشرات الورم مفيدا في مراحل مختلفة من إدارة السرطان وذلك لفحصه وتشخيصه وتحديد مرحلته ومدى انتشاره أو تشخيص شدة الورم، كما أنه مفيد في اختيار العلاج ومراقبته وتقييم فعاليته واستجابته أو لتقدير مخاطر التكرار.¹⁶⁷

إن إمكانية استخدام علامات الورم البيولوجية للمساعدة في الكشف عن السرطان المبكر أو السرطان المتكرر قيد الدراسة باستمرار. العديد من علامات الورم مفيدة الآن في تحديد وجود السرطان. بعضها قيد الاستخدام السريري المنتظم بدرجات متفاوتة من الموثوقية. الأكثر استخداما تستخدم علامات الورم أيضا لتقدير نجاح أو عدم نجاح علاج السرطان.¹⁶⁸

¹⁶⁵ Boukhrissa merouane. Ibid, p 43-44.

¹⁶⁶ Aissaoui Arifa, Adel Gouri, Aoulia Dekaken, Nihad Laabed, Mehdi Belleili, and Sadek Benharkat. ibid, p 168.

¹⁶⁷ Hadjarab. F, bouzid. K. ibid, p 40.

¹⁶⁸ Frederick o. stephens. Karl r. aigner. Basics of oncology. Springer, 2009. P 83.

وللمؤشرات دور مهم في متابعة ومراقبة المريض وتشكل عامل مفيد لتقدير الفعالية العلاجية عندما كانوا في البداية مرتفعة. الجرعة الأولى ويتم إجراؤها قبل بدء العلاج من أجل الحصول على قيمة مرجعية للجرعات الأخرى التي يتم أخذها أثناء العلاج من أجل تقييم الاستجابة العلاجية، وأخيرا، يتم تكرارها على مسافة من العلاج كجزء من المتابعة، كوسيلة للبحث في حدوث الانتكاس.¹⁶⁹

7. تصنيف المؤشرات الورمية

7. 1. المستضدات الجنينية (les antigènes oncofoetaux):

تتمثل في البروتين الجنيني ألفا (AFP) لفحص سرطان الكبد، والمستضدات السرطانية المضغية المستخدمة في مراقبة سرطان القولون المستقيم (ACE).¹⁷⁰ وهي عبارة عن بروتينات موجودة في الحالة الطبيعية للجنين وتختفي بعد الولادة لكنها قد تزداد بشكل غير طبيعي لدى البالغين أثناء بعض الأورام وهي نوعان: مستضد سرطاني مضغي (ACE) والبروتين الجنيني ألفا (AFP). ونعرفها بدقة كالتالي:

7. 2. المستضد السرطاني المضغي (Antigène carcino-embryonnaire): هو بروتين

سكري يتم إنتاجه بشكل طبيعي خلال الحياة داخل الرحم عن طريق الكبد والقولون. ومع ذلك هناك مستوى متبقي من لدى البالغين، ويستخدم هذا المؤشر في مراقبة سرطانات الثدي

¹⁶⁹ Boukhrissa merouane. Cancers et concertations nouvelle approches et stratégies de prise en charge du cancer. alger: office des publications universitaires, 2014. P 45.

¹⁷⁰ Boukhrissa merouane. Ibid. p 43.

والقولون والمبيض. ولكن يمكن لبعض الأمراض الحميدة أن تكون مصحوبة بمستويات عالية من إنزيم (ACE) مثل التدخين، تليف الكبد الكحولي، التهاب البنكرياس والتهاب الكبد.

7. 3. البروتين الجنيني ألفا (l' α -foetoprotéine): هو بروتين سكري ينتج في الحالة الفسيولوجية بالجنين والطفل حتى سن سنة، عن طريق الكبد كيس الصفار والجهاز الهضمي، وجرعته مهمة في أورام الكبد وأورام الأنسجة الجنينية مثل بعض أنواع سرطانات الخصية والمبيض. كما يفيد في متابعة سرطانات البنكرياس والمعدة. ولكن مع ذلك، قد ترتفع مستويات AFP أثناء الحمل وفي بعض الأمراض الحميدة، مثل التهاب الكبد الفيروسي أو تليف الكبد.

7. 4. مستضدات الأورام (les antigènes tumoraux):

كل ما يشار إليه باسم CA هم مستضدات تتعرف عليها الأجسام المضادة وحيدة النسيلة (Monoclonal Antibodies) وهي:¹⁷¹

CA 19-9 ، CA 125 ، CA 15-3، CA 50 ، CA 242 ، CA 72-4

ممثلة بـ CA. 19-9 لمراقبة سرطان البنكرياس، CA.125 لسرطان المبيض، CA15-3 يستخدم لمراقبة سرطان الثدي)، PSA (بروتينات تفرزها الخلايا السرطانية، يتعرف عليها الجسم المضاد الذي يحدد الرقم، لسرطان البروستات).¹⁷²

ومما سبق ذكره سنركز على المستضد **CA15-3** باعتباره ممثلاً للمؤشر الورمي في دراستنا

¹⁷¹ Aissaoui Arifa, Adel Gouri, Aoulia Dekaken, Nihad Laabed, Mehdi Belleili, and Sadek Benharkat. Place des marqueurs tumoraux sériques en cancérologie, journal of medical sciences 2, no. 2. 2015. P 168.

¹⁷² Boukhrissa merouane. Ibid. p 43.

ويعرف هذا الأخير بأنه مستضد تمايز لنسيج الغدة الثديية، وتسمح جرعته بتقييم الفعالية العلاجية وكذلك الكشف عن تكرار الإصابة بسرطان الثدي.¹⁷³

وهو مؤشر محدد إلى حد ما لسرطان الثدي ومع ذلك يمكن زيادة معدله في حالة وجود سرطانات أخرى مثل سرطان المبيض والكبد وأحيانا سرطان الرئة، وعادة ما يتم إجراء اختبار CA15-3 في الدم للتحقق من الفعالية العلاجية لعلاج سرطان الثدي، أو للتحقق من تكرار الإصابة بعد تطبيق العلاج.

وهو عبارة عن بروتين يستخدم بشكل أساسي لفحص سرطان الثدي ومراقبته ولكن قد تكون الزيادة في مستواه ناتجة عن حالات حميدة مثل التهاب بطانة الرحم، وكيس في الثدي أو المبايض، ومشاكل في الكبد.

ويستخدم CA15-3 لتشخيص ومتابعة سرطان الثدي ومع هذا قد يستخدم كذلك لسرطان المبيض وسرطان الرئة وسرطان الجهاز الهضمي (البنكرياس. المعدة. الكبد). ويجب أن يكون مستواه أقل من 30 وحدة دولية في المليتر كأعلى معدل.¹⁷⁴ ويرمز لها بـ ui/ml اختصارا لـ
unité internationale par millilitre

وتذكر الموسوعة الطبية الخاصة بالسرطان (The gale encyclopedia of cancer. 2010) في طبعتها الثالثة بأنه يتم إنتاج CA15-3 بواسطة خلايا الثدي ويمكن أن ترتبط المستويات المرتفعة مع الإصابة بسرطان الثدي، ونادرا ما تزداد مستوياته عند النساء المصابات بسرطان

¹⁷³ Aissaoui Arifa, Adel Gouri, Aoulia Dekaken, Nihad Laabed, Mehdi Belleili, and Sadek Benharkat. Ibid. p 168.

¹⁷⁴ Hadjarab. F, bouzid. K. Marqueurs tumoraux : Utilité en cancérologie et en pratique clinique, revue médicale algérienne, elhikma 3, no. 17. 2019. P 44.

الثدي المبكر كما يمكن استخدامه للكشف عن تكرار الإصابة بالسرطان لدى النساء بعد العلاج أو استئصال الثدي وكذا لمتابعة العلاج لدى النساء المصابات بسرطان الثدي المتقدم.

ومع ذلك. فإن الأورام الغدية في المبيض والرئة والقولون والبنكرياس تعبر أيضا عن مستويات مرتفعة من CA 15-3 وتشمل الحالات غير السرطانية المرتبطة أحيانا بارتفاع مستوى CA 15

3 أمراض الثدي الحميدة أو المبيض وانتباز بطانة الرحم ومرض التهاب الحوض والتهاب

الكبد، وكذا يرتبط الحمل والرضاعة أيضا بمستويات عالية من CA15-3.¹⁷⁵

7. 5 الإنزيمات (les enzymes):

الفوسفاتاز الحمضي البروستاتي (ACP)، الفوسفاتاز القلوية (ALP)، LDH.¹⁷⁶

كما يوجد انزيم NSE و PSA وهما ما سنتطرق لهما:

الايونولاز الخاص بالخلايا العصبية (Neuron specific énoIase): ويرمز له بـ NSE وهو

عبارة عن انزيم استقلاب السكر ونجده بتركيز عالية لدى المرضى الذين يعانون من سرطان

الرئة ذو الخلايا الصغيرة وأورام الغدد الصماء العصبية.¹⁷⁷

¹⁷⁵ Jacqueline L. Longe The gale encyclopedia of cancer. A guide to cancer and its treatments. 3rd ed, new yourk, gale group. 2010. P 1510.

¹⁷⁶ Boukhrissa merouane. Cancers et concertations nouvelle approches et stratégies de prise en charge du cancer. alger: office des publications universitaires, 2014. P 43.

¹⁷⁷ www.chu.ulg.ac.be/jcms/c_351711/fr/neuron-specific-enolase.

المستضد البروستاتي النوعي (Prostate specific antigen): يرمز له بـ PSA تعرفه

(Fulla, 2010) بأنه عبارة عن بروتين سكري مكون من 237 حمضا أمينيا، ويعتبر هذا

المؤشر أنزيم تنتجه خلايا البروستات.

ويرى كل من Villers et al أن القيمة المرتفعة لـ PSA لا تعني بالضرورة وجود سرطان

البروستات فقد تدل على الإصابة بالتهاب البروستات أو تضخم البروستات، كما أن القيمة

الطبيعية ليست مؤكدة لعدم وجود السرطان فقد يكون هناك سرطان بحجم صغير جدا، ولذا

وجب أن يكون التشخيص عن طريق فحص المستقيم بالإضافة إلى تحليل PSA.¹⁷⁸

7. 6. الغلوبولينات المناعية (Les immunoglobulines):

الغلوبولينات المناعية هي بروتينات سكرية تنتجها الخلايا الليمفاوية البائية أو خلايا البلازما،

وبشكل عام يتم إنتاجها بعد تحفيز مستضد معين، وتسمى الغلوبولينات المناعية التي يتم إنتاجها

بعد تحفيز المستضد أو تلك التي تحتوي على مستضدات متناظرة بالأجسام المضادة.

وتتكون من 5 فئات: IgG ، IgM ، IgA ، IgE ، IgD.¹⁷⁹

¹⁷⁸ Villers, Arnauld, Xavier Rébillard, Michel Soulié, Jean-Louis Davin, Patrick Coloby, Jean-Luc Moreau, Arnaud Mejean, Jacques Irani, Christian Coulange, and Philippe Mangin. Dépistage du cancer de la prostate. Progrès en Urologie 13, no. 3. 2003. P 211-212.

¹⁷⁹ Bouali youcef. immunoglobulines, cours d'immunologie. laboratoire d'immunologie. faculté de medecine. algérie: université oran. P 1.

ويعد الورم النقوي المتعدد أحد أنواع السرطان التي يسمح تحليل الغلوبولينات المناعية

بتشخيصه.¹⁸⁰

7. 7. هرمونات الببتيد (les hormones peptidiques):

(ACTH، BHCG لسرطانات الخصية)، هرمونات الستيرويد.¹⁸¹

7. 8. السيتوكيراتين (Cytokératines):

السيتوكيراتين عبارة عن بروتينات تصنعها خلايا متخصصة تسمى الخلايا الظهارية، ويتم العثور

على هذه الخلايا على سطح الأنسجة بحيث يمكن أن يكون سطحاً خارجياً مثل الجلد أو سطحاً

داخلياً مثل داخل القولون، وتتصل الخلايا الظهارية ببعضها البعض لتشكل قنوات تسمى القنوات

الناقلة والهياكل المستديرة التي تسمى الغدد.¹⁸²

ونذكر منها مايلي:

Cyfra 21-1: هو مؤشر للمراقبة العلاجية وللكشف المبكر عن انتكاسات سرطان الرئة

(سرطان القصبات الرئوية ذو الخلايا غير الصغيرة) خاصة سرطان الخلايا الحرشفية، ويمكن

استخدامه كذلك كمؤشر بيولوجي لسرطان المثانة.

¹⁸⁰ Aissaoui Arifa, Adel Gouri, Aoulia Dekaken, Nihad Laabed, Mehdi Belleili, and Sadek Benharkat. Place des marqueurs tumoraux sériques en cancérologie, journal of medical sciences 2, no. 2. 2015. P 169.

¹⁸¹ Boukhrissa merouane. Ibid. p 43.

¹⁸² www.mypathologyreport.ca/fr/pathology-dictionary

TPA: هو عبارة عن مستضد الأنسجة متعدد الببتيد، ويتم اقتراحه في متابعة سرطان المثانة

(فعالية العلاج ، الانتكاسات)، لكن في الوقت الحاضر يفضل جرعة BTA البولية.¹⁸³

7. 9. الهرمونات ومستقلباتها (Les hormones et leurs métabolites):

هرمون الغدد التناسلية المشيمية HCG: هو هرمون تفرزه المشيمة عندما تكون المرأة حاملا،

وهو عبارة عن بروتين سكري تفرزه الأرومة الغاذية، ويمكن أن يكون مستوى هذا الهرمون

مرتفعا في الدم في بعض أمراض الأمعاء أو قرحة المعدة أو تليف الكبد، كما يساعدنا أيضا في

تشخيص مرض ورم الأرومة الغاذية الحلمي.¹⁸⁴

وقد يعني الانخفاض أو العودة إلى المستوى الطبيعي في مستوى هرمون HCG أن العلاج يعمل،

كما قد يعني عدم تغيير أو ارتفاع مستوى هذا الهرمون أن السرطان لا يستجيب للعلاج، أو لا

يزال ينمو، أو قد عاد من جديد.¹⁸⁵

ثيروغلوبولين Thyroglobuline: هو عبارة عن بروتين سكري معالج باليود تفرزه الخلايا

الدرقية، ويعد مؤشر لمراقبة سرطان الغدة الدرقية المتميزة، لكن يمكن ملاحظة مستويات

مرتفعة من ثيروغلوبولين thyroglobuline: في بعض الحالات مثل: القيلة الدموية، التهاب

الغدة الدرقية الحاد، تضخم الغدة الدرقية البسيط.

¹⁸³ www.eurofins-biomnis.com/fr-int/services/referentiel-des-examens/page/TPA/

¹⁸⁴ Aissaoui Arifa, Adel Gouri, Aoulia Dekaken, Nihad Laabed, Mehdi Belleili, and Sadek Benharkat. Ibid. p 168.

¹⁸⁵ www.cancer.ca/fr/treatments/tests-and-procedures/human-chorionic-gonadotropin-hcg-or-b.

ثيروكالسيتونين **Thyrocalcitonine**: وهو عبارة عن بيتيد متعدد تفرزه الخلايا C بواسطة

الغدة الدرقية، ويعمل هذا الهرمون على تسهيل تثبيت الكالسيوم على العظام وتنشيط عمل

ناقضات العظم ويزداد هذا الهرمون عند الإصابة بسرطان الغدة الدرقية النخاعي.¹⁸⁶

8. النظريات والنماذج المفسرة للسرطان

سنتطرق إلى أهم النظريات والنماذج النفسية التي فسرت السرطان فيما يلي:

8. 1. نظرية لورانس لهان Lehan:

لقد بدأ الاهتمام بالمظاهر النفسية للسرطان منذ (1950) عندما اكتشف لورانس لهان من معهد

الحياة التطبيقي في نيويورك صفات مشتركة بين مرضى السرطان الذين كان يعالجهم وهي

فقدان أحد الأقارب كأخ أو زوج أو عزيز أو الحصول على عمل ممتاز ثم فقده فجأة، وقد برهن

على دور الفقر واليأس وفقدان الأمل كعوامل نفسية لها تأثيرها في إحداث السرطان فأجرى

بعض تجاربه على (45) مريضا بالسرطان فوجد منهم (43) مريضا مصابا باليأس الكامل بينما

لم يجد إلا مريضا واحدا يائسا من بين (30) مريضا بغير السرطان.¹⁸⁷

ووضح لهان من خلال نظريته فكرة تأثير العوامل النفسية على نمو الأورام السرطانية، وأن

التحول الفجائي أو الطفرات التي تحدث في بعض الخلايا المخية الطبيعية قد تؤدي إلى تحويلها

إلى خلايا سرطانية، وتحدث بطريقة منظمة بين وقت وآخر وفي فترات متعددة من حياة الإنسان

السليم المعافى، والذي لا يمكنه أن يشعر أو يلاحظ أي تغير في حالته الصحية من جراء هذا

التحويل الضار، ذلك أن جهاز المناعة الطبيعي في الجسم يقوم بتدمير تلك الخلايا ذات التكوين

¹⁸⁶ Ibid. p 168.

¹⁸⁷ elearn.univ-oran2.dz

الشاذ عند ظهورها وقبل أن تتكاثر، ولكن الغريب كما يرى لهان أنه لسبب ما وتحت ظروف معينة قد يحدث لبعض الأفراد اضطراب في الكفاءة الوظيفية للجهاز المناعي، حيث تضعف تلك القدرة المناعية أو تفشل تماما في القضاء على تلك الخلايا السرطانية.¹⁸⁸

وقد قام آرثر شمالي (Arthur Schmale) من جامعة روتشستر بإجراء دراسة على (51) سيدة مصابة بسرطان عنق الرحم، وكن على وشك إجراء العمليات لأخذ عينات بهدف معرفة فيما إذا كانت التغييرات الخلوية من النوع الحميد أو الخبيث، وكان شمالي قد لاحظ أن مرضى السرطان يعانون من مشاعر التشاؤم واليأس لبعض الوقت قبل ظهور الأعراض، وأراد شمالي التعرف على المريضات اللاتي كن فعلا مصابات بسرطان عنق الرحم دون معرفة ما سيأتي به فحص العينات من نتائج معتمدا في ذلك على سمات الشخصية. وفعلا نجح شمالي في عمله وتوصل أن تلك المريضات لديهن إحساس شديد باليأس، وأنهن محكوم عليهن بالمرض، ويعتبرن أنفسهن قد انتهين من الحياة، وأنه ليس هناك ما يمكن عمله وأنه لا يوجد من يمكنه تقديم يد العون، ومن أبرز السمات التي توصل إليها أنهن تركن المدرسة في سن مبكر من أجل مساعدة الأسرة ووفاة أحد الوالدين، والزواج ممن هو أكبر منهن، وهن مرهفات الضمير، متدينات ومضحيات. وباعتماده على هذه السمات فقد أصاب شمالي ورفاقه في تحديد (36) مصابة بسرطان عنق الرحم من بين (51) مريضة.¹⁸⁹

¹⁸⁸ رشاد علي عبد العزيز موسى وعرفة حسني عبد الحافظ حسن: علم نفس الأورام. القاهرة: عالم الكتب. 2019. ص 21.

8. 2. النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي لـ أنجل 1977 Engel

استحدث النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي على اعتبار أن النموذج الطبي الحيوي لا يمكنه تفسير الصحة الجسمية وحده، ولقد تطور هذا النموذج في أواخر السبعينات ويرى أن الصحة تتأثر بالعوامل البيولوجية والاجتماعية، وطور النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي إنجل George Engel ويرى الصحة والمرض نتيجة للتفاعل المعقد بين العوامل البيولوجية مثل الجينات والفيزيولوجيا والعوامل النفسية مثل الشخصية والمعرفة.¹⁹⁰

وفي المقال الذي نشره إنجل (Engel, 1977) بعنوان: (the need for a new medical model a challenge for biomedicine) رأى ضرورة الحاجة إلى نموذج طبي جديد تحديا للطب الحيوي لأن النموذج الطبي الحيوي لا يكفي لتقديم أساس لفهم محددات المرض والوصول إلى علاجات وأنماط منطقية من الرعاية الصحية، كما أنه يجب أن يأخذ النموذج الطبي في الاعتبار المريض والسياق الاجتماعي الذي يعيش فيه، وهذا ما يتطلب نموذجا بيولوجيا نفسيا اجتماعيا.¹⁹¹

ويرى النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي (Biopsychosocial) أن بعض الخصائص الشخصية كالعدوانية، العجز والاكئاب، والمشاعر السلبية، إذا تزامنت مع حالات سلبية مستمرة في الزمن فإنها سوف تقوم بتنشيط محور الكورتيكوتروب (L' axe corticotrope) ويزيد من

¹⁹⁰ سندرسون كاترين: علم نفس الصحة. ترجمة مراد علي عيسى وتيسير الياس شواش. ط 1.

عمان: دار الفكر. 2019. ص 36.

¹⁹¹ Engel George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 196, no. 4286. 1977. P 132.

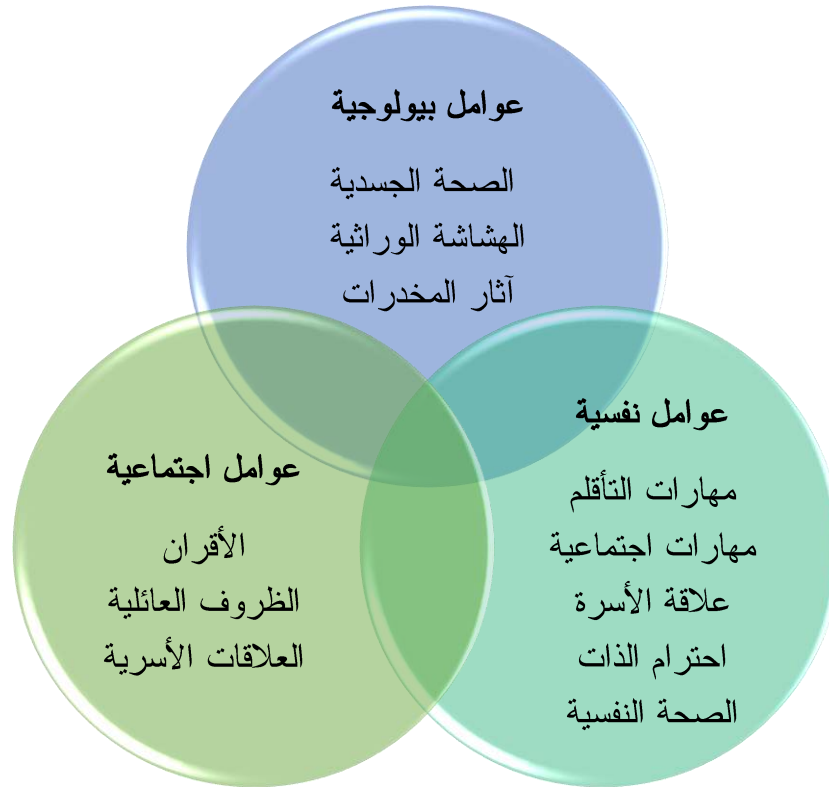
مستوى إفراز هرمونات الضغط (Catécholamines, Cortisol) في الجسم محدثا بدوره آثار رجعية على تحفيز منحدر جهاز الغدد الصماء ومختلف الوظائف العصبية-الغددية-المناعية التي تسبب هي الأخرى ردود أفعال جسمية كالتلتهابات والمشكلات الحشوية-المزاجية (altérations endothéliales) كالسرعة الاستثارة والاكنتاب، وهذه التفاعلات من شأنها أن تعجل الإصابة بالأورام السرطانية (نمط C) أو تحد من مقاومة التعفنات والتلتهابات في حضور المشاعر السلبية.

العديد من العوامل الاجتماعية كأحداث وظروف الحياة تتفاعل مع العوامل النفسية (الضغط الحاد، غياب الدعم الاجتماعي، الاكنتاب، العجز وغيرها) فينتج عنها فرط في النشاط الغددي والافرازات الهرمونية وإنهاك جهاز المناعة وهذا ما يجعل الظهور أو التطور السريع لبعض الأمراض بأنواعها.¹⁹²

وترى A. Berquin أن النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي هو النموذج النظري والسريري للصحة والمرض الأكثر نجاحا لدينا حاليا. ويتطلب تعزيز نشره تكييف التدريس والبحث وكذا تمويل هذه النشاطات السريرية.¹⁹³

¹⁹² زناد دليلة وبرجي شاكر أمير الدين: علم نفس الصحة: النماذج والمفاهيم والتطبيقات. مجلة دراسات في علم نفس الصحة. المجلد 2. العدد 1. 2017. ص 3.

¹⁹³ Berquin Anne. Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Revue Médicale suisse 6, no. 258. 2010. P 1513.



الشكل رقم (05): يوضح النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي¹⁹⁴

8. 4. نموذج استراتيجيات المواجهة لـ تيموشيك 1990 Temoshok

أكدت تيموشيك على الطبيعة الديناميكية لنموذجها، فالسرطان حسب هذا النموذج هو عبارة عن مرض يتطور خلال الوقت عن طريق التفاعل المستمر بين الجهازين النفسي والفيزيولوجي لذا فالأخذ بالحسبان هذه المظاهر التطورية والمتفاعلة يسمح حسب ما تراه Temoshok بتفسير أغلبية التناقضات لدى مرضى السرطان، وكما يعتقد أن أسلوب المواجهة التجنبية (le coping évitant) الذي يميز الشخصية نمط C فالفرد هنا سيتصرف أمام الأحداث الضاغطة بمستوى

¹⁹⁴ Taukeni, Simon George. Biopsychosocial model of health Psychology and Psychiatry 4, no. 1. 2020. P 1.

منخفض من الانفعال من أجل المحافظة على علاقته بالآخرين، ولكنه في خضم سيرورة التوازن الاجتماعي هذه سيفقد هذا الفرد اتزانه النفسي أو البيولوجي.¹⁹⁵

وقد يكون هذا الأسلوب ملائماً أمام الأحداث اليومية، لكنه يبدو غير فعال أمام الضغوطات المتكررة أو الحادة وفي حالة فشل أسلوب المواجهة المتبنى قد تتجم إحدى النتائج التالية:

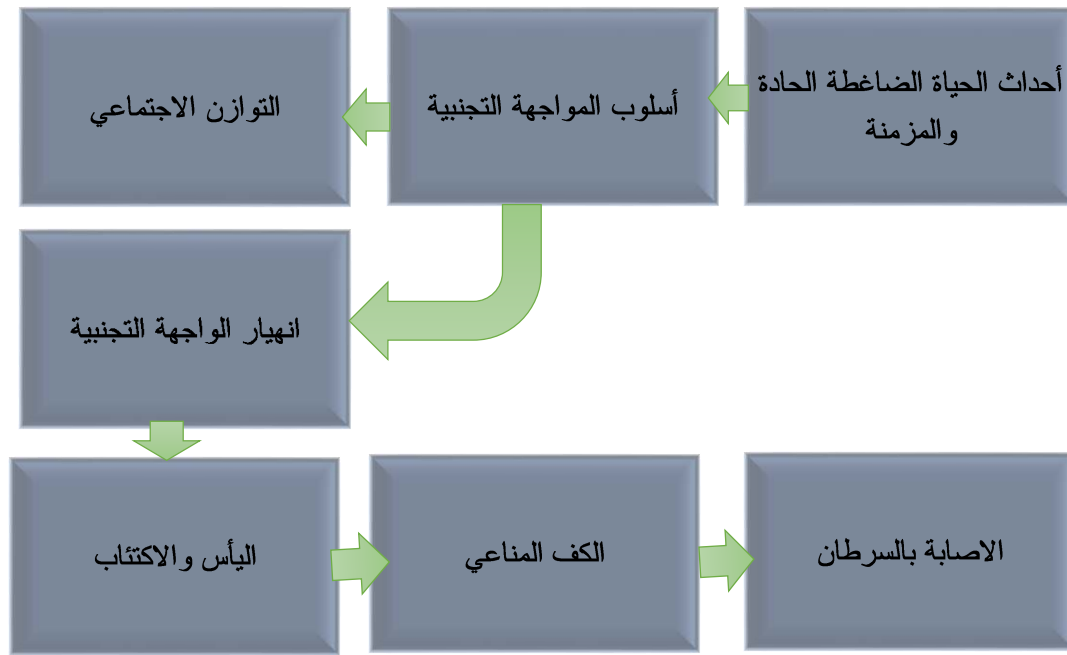
أولاً: تبني أسلوب مواجهة أكثر فعالية وهو ما يحسن النشاط الفيزيولوجي.

ثانياً: الجمود أو المواظبة على تبني استراتيجيات مواجهة غير فعالة.

ثالثاً: انهيار واجهة المواجهة التجنبية مما يؤدي إلى ظهور اليأس (فقدان الأمل) أو الاكتئاب.¹⁹⁶

¹⁹⁵ خلاف أسماء: دور العلاقة بين فعالية الذات المدركة والعزو السببي في بعض عناصر الاستجابة المناعية لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي. أطروحة دكتوراه في علم نفس الصحة. جامعة سطيف 2. 2019. ص 74.

¹⁹⁶ رحاحلية سمية. الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي. رسالة ماجستير في علم نفس الصحة. جامعة باتنة. 2010. ص 108.



الشكل رقم (06): يوضح نموذج استراتيجيات المواجهة لـ 1990 Temoshok¹⁹⁷

8. 5. نموذج الانفعالات لـ كونترادا وآخرون 1990 Contrada et al

يرى كونترادا وزملاؤه 1990 contrada et al من خلال هذا النموذج أن سلسلة الأحداث التي تربط بين العوامل البيو-نفسو-اجتماعية من جهة وبين الهشاشة الدفاعية المناعية هي التي تؤدي إلى احتمال حدوث خطر الإصابة بالسرطان وتطوره أو معاودة الإصابة به أي الانتكاسة.

وفي هذا الشأن يعتقد كل من 2001 Cousson-gélie و 2001 Tastet أن بعض أحداث فقدان (الانفصال، الحداد... الخ) وما قد يرتبط بها من اكتئاب وقمع للانفعالات السلبية يرتبط بالتطور

¹⁹⁷ رحاحلية سمية المرجع المذكور سابقا، ص 108.

الداخلي لبعض الأورام السرطانية، وهذا من خلال العلاقة القائمة بين العوامل النفسو اجتماعية والمناعة النفسية العصبية الغددية.¹⁹⁸

الحالة الأولى: الموقف أو الوضعية الاكتئابية: يؤدي الموقف الاكتئابي إلى سلوكات خطيرة مثل الاستهلاك المتزايد للكحول أو السجائر أو السلوكات الجنسية غير الآمنة، وهذه السلوكات تعرض الفرد إلى العوامل المسببة للسرطان أو الاعتداءات المحيطة التي قد تؤثر في عمل النظام المناعي، إضافة إلى أن الاكتئاب مرتبط بارتفاع نشاط محور الكورتيكوتروب الذي يؤدي إلى إضعاف عمل الخلايا الطبيعية القاتلة (NK).

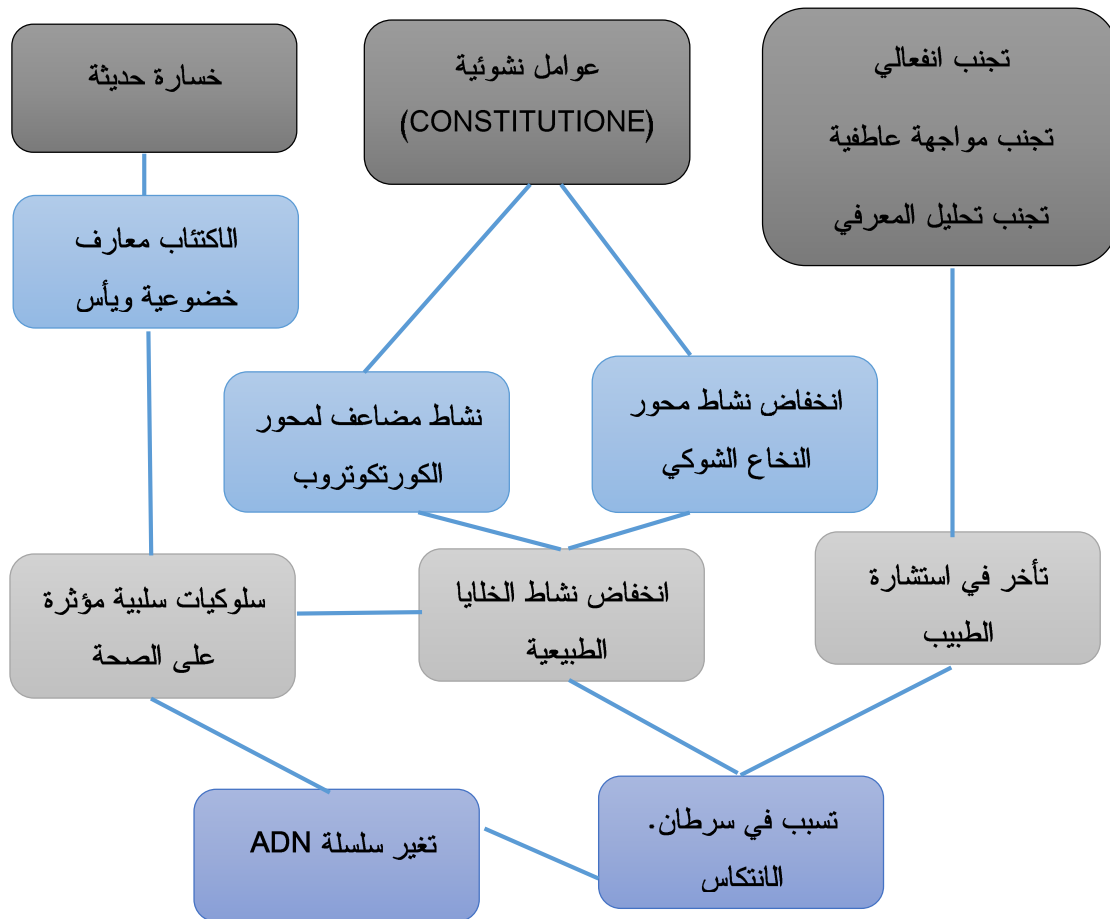
الحالة الثانية: التجنب الانفعالي: والذي يشبه ما يسميه فرويد بالقمع La répression ويكون له أثر سلبي مضاعف على السرطان (أثر سلوكي، أثر فيزيولوجي). وإن صعوبة مواجهة العوامل الضاغطة والناقلات الناجمة عنها يمكن تفسيرها بالتأخر في استشارة الطبيب أو القدرة غير الكافية على إدراك الأعراض وهو ما يؤدي إلى تفاقم المرض قبل اللجوء إلى أي تدخل طبي، كما أن التجنب الانفعالي مرتبط أيضا بانخفاض في نشاط النظام السمباتي وبالتالي انخفاض في النشاط التفاعلي للخلايا الطبيعية القاتلة (NK).¹⁹⁹

واقترح كونترادا 1990 Contrada العديد من السبل الإضافية السلوكية والفيزيولوجية والتي تربط بين الخصائص النفسية للشخصية نمط C والخطر المرتفع للإصابة بالسرطان.²⁰⁰

¹⁹⁸ خلاف أسماء المرجع المذكور سابقا، ص 75.

¹⁹⁹ خنفار سامرة: المقاربة بيو نفس اجتماعية لسرطان الثدي من منظور علم النفس الصحي. ط 1. الأغواط: دار نون للقلم والطباعة والنشر والتوزيع. 2014. ص 63.

²⁰⁰ رحاحلية سمية. الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي. رسالة ماجستير في علم نفس الصحة. جامعة باتنة. 2010. ص 109.



الشكل رقم (07): يوضح نموذج الانفعالات لـ كونترادا وآخرون

2011990 Contrada et al

وخلال البحث على هذا النموذج تم التوصل إلى نموذجين يوجد بينهما اختلاف من حيث إحداها يذكر أن السلوكيات السلبية التي تؤثر على الصحة تحدث تغيير في سلسلة DNA ومن ثم تتسبب في السرطان أو الانتكاسة مثل المخطط الموضح أعلاه، في حين في مراجع أخرى لا نجد سلسلة DNA المذكورة وكمثال في الكتاب المعنون بـ

Psychologie de la santé Modèles, concepts et méthodes.

²⁰¹ خنفر سامرة المرجع المذكور سابقاً، ص 64.

لـ (Marilou Bruchon-schweitzer)²⁰² والذي استمد معلوماته من كتاب

(Handbook of personality theory and research) لكل من

Contrada, Leventhal, & O'Leary. (1990). Personality and health.

ولهذا تم التواصل مع المؤلف كونترادا (Contrada) والاستفسار على الأمر والذي أخبرنا بأن هذه النماذج لا تعود له بل للمؤلف المشترك معه آن أوليري Ann O'Leary ولم يتواصل معها منذ فترة طويلة وآخر معلوماته أنها كانت تعمل في المركز الأمريكي للمكافحة والوقاية من الأمراض. ولهذا تم الاعتماد على النموذج أعلاه والذي يوضح الربط بين السلوكات السلبية والتسبب في الإصابة بالسرطان أو الانتكاسة.

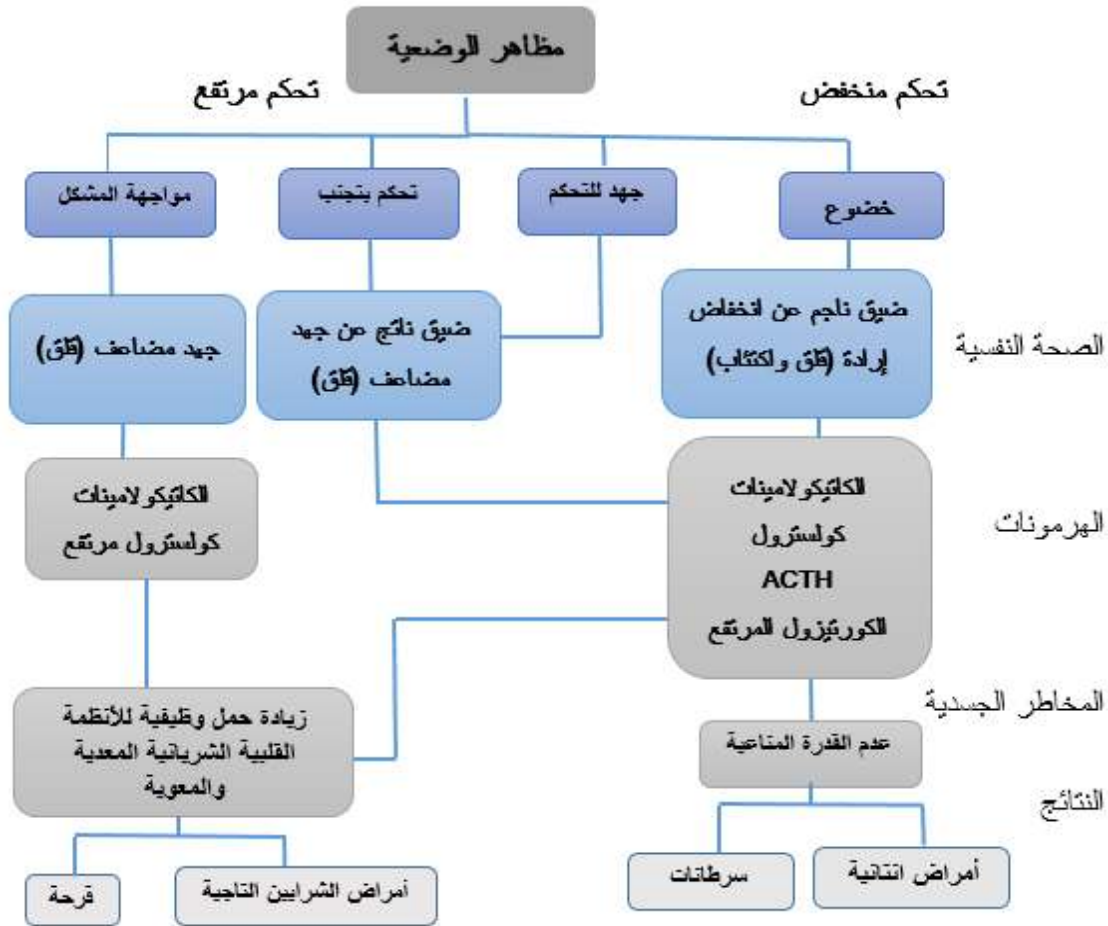
8. 6. نموذج عدم القدرة على التحكم أو السيطرة — 1988 Fisher

طور فيشر هذا النموذج البيونفسي اجتماعي سنة 1988 والذي يحاول شرح كيف أن الشخص الذي يتمتع بمستوى ضعيف من التحكم المدرك على الأحداث الضاغطة يميل إلى الإصابة بالسرطان أو الأمراض المعدية. ويصعب أحيانا السيطرة على ضغوطات الحياة اليومية فهي تحث المريض على بذل جهد متزايد للتحكم أو على العكس من ذلك تؤدي إلى الاستسلام. وفي جميع الحالات يؤدي القلق الذي يحدث إلى نشاط هرموني (corticotropes) وبالتالي كنتيجة يحدث زيادة في تركيز الكورتيزول، وضعف وظائف جهاز المناعة مما يعزز ظهور الأورام أو نموها، وأدخل فيشر عنصر المراقبة فعندما تقوم بمهمة المراقبة، يكون التحكم في الكورتيزون أعلى منه في الأفراد الذين لا يقومون بمهام المراقبة. كما يرى بأن التغيرات

²⁰² Bruchon-schweitzer marilou. psychologie de la santé modèles, concepts et méthodes. Paris: dunod. 2002. P 395.

الهرمونية الناجمة عن عدم القدرة على التحكم تؤدي إلى تغيرات مناعية وبالتالي إلى نشأة

الأورام السرطانية.²⁰³ (Verlhiac, p 15)



الشكل رقم (08): يوضح نموذج عدم القدرة على التحكم أو السيطرة لـ Fisher 1988²⁰⁴

²⁰³ Verlhiac Jean-François: La psychologie de la santé et la psychologie sociale de la santé. *Cours psychologie Sociale et Santé*. université paris nanterre. 2015/2016. P 15.

²⁰⁴ Ibid. p 14.

9. دور العوامل النفسية والاجتماعية في السرطان

توجد بعض الفرضيات أو النماذج النظرية التي حاولت الربط بين العمليات النفسية والبيولوجية والتي من الممكن أن تتمكن من تطوير السرطان وصاغها بليكر وزملاؤه (Bleiker et al, 2004) في ثلاثة فرضيات:

الفرضية الأولى: وهي الفرضية البيولوجية والتي تركز على الضغط الذي يؤثر على الجهاز العصبي المركزي ونظام الغدد الصماء والذي قد يكون له تأثير على الجهاز المناعي، وربما على تطور مرض السرطان.

الفرضية الثانية: وتفترض أن التغيرات النفسية الاجتماعية قد تكون ذات صلة بنمط الحياة كتناول الكحول أو التعرض لأشكال مختلفة من عوامل المخاطرة لتطوير سرطان الثدي.

الفرضية الثالثة: وتفترض أن عاملاً غير معروف (وراثي أو هرموني) قد يكون مسؤول عن زيادة خطر سرطان الثدي وكذلك عن زيادة فرص وجود سمات شخصية معينة.²⁰⁵

وفي دراسة دانكل شيتير وزملاؤه (Dunkel-shetter et al, 1992) على 603 من المرضى المصابين بالسرطان استطاع التعرف على خمسة أنماط من التعامل مع هذه المشكلات وهي السعي للمساعدة الاجتماعية واستخدامها، التركيز على ما هو إيجابي، إقصاء الذات، التجنب المعرفي، التجنب السلوكي. ووجدوا أن التكيف من خلال المساعدة الاجتماعية والتركيز على كل ما هو إيجابي وإقصاء الذات هي أنماط لها علاقة وطيدة بمستويات أقل من الضيق الانفعالي

²⁰⁵ بن قويدر أمينة وكركوش فتيحة. دراسة عوامل الخطورة النفسية للإصابة بالسرطان إشكاليات وصعوبات. مجلة الفكر المتوسطي للبحوث والدراسات في حوار الديانات والحضارات. المجلد 7. العدد 2. 2018. ص 175-176.

الناجم عن السرطان، وهذا ينطبق على المرضى الذين كانوا يظهرون مستويات عالية من التفاؤل، كما توصلوا بأن هناك جوانب كثيرة تغيرت في حياة بعض المرضى نحو الأفضل، بحيث سمحت لهم خبرة السرطان بالنمو والشعور بالرضا، وتحقيق علاقات شخصية لا يتسنى لهم تحقيقها في الأحوال العادية، وقد تبين أن هذه الخبرة قد تقلل من هرمونات الضغط مثل الكورتيزول، مما ينعكس إيجاباً على عمل الجهاز المناعي.²⁰⁶

ويمكن للعوامل النفسية والاجتماعية التأثير على السرطان بطرق عدة بشكل غير مباشر مقارنة بالعوامل الابدائية والمعززة بحيث يمكن أن يتسبب التعرض للضغط في حدوث وتطور السرطان، كما يثبت ذلك علم المناعة النفسي عصبي.²⁰⁷

كما أكد الباحثون أن العوامل النفسية قد تؤثر على تقدم حالة السرطان مثل الزيادة في الورم أو حجم انتشار السرطان في الجسم في المرضى المصابين بالسرطان، وأشارت بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين الضغط وأنواع معينة من فيروس الأورام ذات الصلة. ووجدت أدلة كثيرة من الحيوان والانسان عبر نتائج دراسات تشير إلى أن الضغط المزمن يضعف الجهاز المناعي للشخص، والتي بدورها قد تؤثر على معدل من الفيروسات المرتبطة بالسرطانات مثل ساركوما وبعض الأورام الليمفاوية.²⁰⁸

²⁰⁶ تايلور شيلي. علم النفس الصحي. ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكراً طعيمة داود. 1. عمان: دار حامد للنشر والتوزيع. 2008. ص 669-670.

²⁰⁷ بخوش سارة وأحمان لبنى. النموذج البيو نفسي اجتماعي للألم المرتبط بالسرطان (من أسبابه إلى إدارته). مجلة العلوم الانسانية لجامعة أم البواقي. المجلد 8. العدد 2. 2021. 606.

²⁰⁸ الحديبي مصطفى عبد المحسن وسيد علي أحمد: علم النفس الصحي المفاهيم الأساسية. ط 1. الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع. 2013. ص 102.

كما أشار كل من (Dalton et al, 2002) نقلا عن الحديبي وسيد، إلى أن الضغوط يمكن أن تؤثر على نمو الورم وانتشاره، ولكن لا يفهم أن الآليات البيولوجية الدقيقة الكامنة وراء هذه الآثار يمكن أن تؤثر على استفحال السرطان، وقد اقترح العلماء أن آثار الضغوط تؤثر على نظام المناعة، والذي بدوره يمكن أن يؤثر في نمو بعض الأورام. لكن البحوث الحديثة باستخدام عينات حيوانية تشير إلى أن إطلاق الجسم لهرمونات الضغط يمكن أن يؤثر على وظائف الخلايا السرطانية مباشرة.

وكما أشارت الدراسات التي قيمت العوامل النفسية والنتائج في مرضى السرطان، إلى وجود علاقات قوية بين العوامل النفسية ونمو وانتشار وتطور السرطان مثل الشعور بالعجز أو قمع المشاعر السلبية.²⁰⁹

ويرى كل من Stephens & Aigner أن هناك نسبة مرتفعة من مرضى السرطان كانوا قد مروا بشكل من الأشكال بخبرة الضغط الشديد وهذا في الفترة الممتدة من 6 أشهر إلى سنتين قبل ظهور مرضهم. وأن معظم الأخصائيين في علم النفس لا يقولون بأن الضغط يعد سبب مباشر للسرطان، ولكن البعض يعتبر أنه قد يؤدي دورا بجانب المواد الكيميائية، الجينية، الحمية الغذائية، أو الجغرافية أو الفيروسية أو الإشعاعية المعروفة.²¹⁰

²⁰⁹ الحديبي مصطفى عبد المحسن وسيد علي أحمد المرجع المذكور سابقا، ص 103.

²¹⁰ Frederick o. stephens, Karl r. aigner. Basics of oncology. Springer. 2009. P 38.

خلاصة الفصل

إن السرطان من بين أكثر الأمراض التي تمت دراستها على نطاق واسع وشملت جميع التخصصات، ويعد سرطان الثدي إحدى أنواعه وتوجد طرق عديدة للكشف عليه من ضمنها فحص المؤشرات الورمية والتي تتميز بأنها بعضها خاص بنوع محدد مثل CA15-3 الخاص بسرطان الثدي وتكمن أهميتها في الكشف عن وجود المرض، والمتابعة أثناء العلاج، والمراقبة بعد العلاج إذا كانت هناك انتكاسة واحتمالية عودة المرض، واستطاعت بعض النماذج النفسية تفسير الإصابة بالسرطان كالنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي لأنجل 1977، استراتيجيات المواجهة لتيموشوك 1990، الانفعالات لكونترادا 1990 وآخرون وعدم القدرة على التحكم ليفشر 1988 والتي هي في الأساس تدرس موضوع السرطان من الجانب البيولوجي النفسي والاجتماعي ودور العوامل النفسية كالضغط النفسي في تعزيز نمو وزيادة السرطان والتي تنعكس على بيولوجيا الجسم، ضف إلى ذلك أن العوامل الإيجابية كالتفاؤل والرضا على الحياة تؤدي دورا في التقليل من الآثار المصاحبة.

الجانِب المِيداني

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة الميدانية

أولاً: الدراسة الاستطلاعية

1. الدراسة الاستطلاعية:

يعرف كريس باركر وآخرون الدراسة الاستطلاعية بأنها الدراسات أو المبادئ المحدودة والمبدئية وصغيرة الحجم ولها أهداف معينة، وتخرج عن أهداف المشروع الأساسي للدراسة. وربما يتم إجراء بعض التجارب الاستطلاعية مع بعض الزملاء أو الأصدقاء الذين يؤدون أدوار المشاركين في العينات الأساسية، أو مع أفراد شديدي الشبه بالأفراد الذين تنوي إجراء دراستك عليهم، لأن ذلك سيساعد في الحصول على أفضل الإجراءات الميدانية ومعرفة أفضل الطرق الصحيحة في التطبيق، وكذا يكشف عن الأخطاء في القياس والتصميم، وبالتالي ترجمة الفكرة النظرية إلى نتائج عملية.²¹¹

2. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

جاءت دراستنا الاستطلاعية للمساعدة على فهم ما يلي:

-التحقق من وجود المشكلة في الميدان.

-عمل خطة أولية للدراسة.

-التعرف على طبيعة وخصائص عينة الدراسة.

²¹¹ باركر كريس، نانسي بيسترانج وروبرت إليوت. مناهج البحث في علم النفس الكلينيكي والارشادي. ترجمة محمد نجيب الصبوة، ميرفت أحمد شوقي، عائشة السيد رشدي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية. 1999. ص 80.

-محاولة تقدير الوقت والتكلفة المالية للدراسة.

-التأكد من الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة.

-التحقق من قابلية المرضى لفهم المقاييس.

-اختبار بعض التساؤلات الأولية لاستنباط الفرضيات.

-اختيار الأساليب الإحصائية المناسبة.

3. حدود الدراسة الاستطلاعية:

الحدود المكانية: أنجزت هذه الدراسة على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمستشفى

العسكري/ المدني، المستشفى المختلط هتهات عامر بمصلحة الأورام ولاية الجلفة.

الحدود الزمانية: أجريت هذه الدراسة في الفترة الممتدة من 31 مارس إلى غاية نهاية جويلية

2019.

4. عينة الدراسة الاستطلاعية:

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية لسهولة الوصول إلى أفرادها، فقط يجب أن تتوفر فيهم

شروط معينة والتي حددناها في دراستنا هذه بأن يكونوا مصابات بسرطان الثدي، وشملت

المصابات بسرطان الثدي المتواجدين في مصلحة الأورام خلال فترة التطبيق، وتكونت عينة

دراستنا الاستطلاعية من (68) مصابة بسرطان الثدي.

5. إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

بعد الحصول على رخصة تسهيل المهمة لإجراء البحث الميداني المقدمة من طرف الجامعة تمت المقابلة مع مدير مستشفى المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمستشفى العسكري/ المدني، والمسمى بالمستشفى المختلط هتهات عامر بولاية الجلفة، وتمت مناقشته في موضوع الدراسة المراد إجرائها على عينة من المصابات بسرطان الثدي المتواجدات بمصلحة الأورام، وبكونه طبيباً أيضاً ذكر بأن تحليل الدم والذي كان ممثلاً في دراستنا وهذا في بداية البحث — الاستجابة المناعية (IgA, IgG, IgM) غير متوفر على مستوى المؤسسة الاستشفائية، لكن سمح بإجراء الجانب الميداني داخل المستشفى بخصوص المقاييس، وبعد أخذ الموافقة تم التوجه إلى مصلحة الأورام:

- أولاً تم التعرف على العاملين في مصلحة الأورام (أطباء، ممرضين، سكرتيرة).
- ثانياً تم التعرف على طريقة الاستقبال والتكفل بالمرضى المصابين بالسرطان بصفة عامة وسرطان الثدي بصفة خاصة.
- ثالثاً بعد أخذ موافقة الممرضات على المشاركة في الدراسة تم تطبيق مقاييس الدراسة على العينة الممثلة للدراسة.

6. الخصائص السيكومترية للدراسة الحالية: للتأكد من صدق وثبات مقياس واستبيان

الدراسة قمنا بحساب خصائصهما السيكومترية على عينة الدراسة الاستطلاعية.

الخصائص السيكومترية لمقياس الأمل — سنايدر وآخرون:

تم حساب الخصائص السيكومترية للمقياس على عينة قوامها (68) من النساء المصابات بسرطان الثدي.

صدق المقياس: تم حساب الصدق بطريقتين: صدق الاتساق الداخلي والصدق التمييزي.

صدق الاتساق الداخلي: للتحقق من صدق الاتساق الداخلي تم حساب ارتباط درجة كل محور

بالدرجة الكلية للاستبيان.

جدول رقم (1): يمثل نتائج صدق الاتساق الداخلي للدرجة الكلية والأبعاد.

البند	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ر)	مستوى الدلالة
1	68	2.14	0.93	0.484**	0.01
4	68	1.98	0.90	0.564**	0.01
6	68	2.44	0.81	0.459**	0.01
8	68	1.89	0.83	0.702**	0.01
السبل	68	0.63	2.50	0.844**	0.01
2	68	2.29	0.88	0.605**	0.01
9	68	2.38	0.86	0.703**	0.01
10	68	2.11	0.98	0.555**	0.01
12	68	2.02	0.84	0.299*	0.05
الإرادة	68	8.63	2.50	0.792**	0.01
الدرجة الكلية	68	17.29	3.86	1	///

من خلال الجدول يتضح أن هناك ارتباط بين كل البنود وكل الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس حيث

أن ارتباط البنود بالدرجة الكلية صادق عند مستوى الدلالة (0.01) إلا البند رقم 7 كان صادق

عند مستوى الدلالة (0.05) وأبعاد مقياس الأمل كلها صادقة عند مستوى الدلالة (0.01)

وبالتالي المقياس صادق.

الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية): لحساب هذا النوع من الصدق تم استعمال طريقة المقارنة الطرفية، بحيث تم ترتيب الدرجات من الأدنى إلى الأعلى بحيث تم أخذ 27% من أعلى التوزيع و27% من درجات أدنى التوزيع فكان عدد الأفراد (18) فردا، وبعد ذلك تم حساب (ت) لمعرفة الفروق بين المجموعتين.

جدول (2): يمثل نتائج صدق المقياس بطريقة الصدق التمييزي.

المتغير	مجموعات المقارنة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المقياس	المجموعة العليا	18	21.61	1.14	15.42	34	دال عند 0.000
	المجموعة الدنيا	18	12.16	2.33			

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة ت بلغت (15.42) عند درجة الحرية (34) بمستوى الدلالة الإحصائية (0.000) أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المقياس بين المجموعتين، وذلك لصالح المجموعة العليا أي المقياس يميز بين مرتفعي ومنخفضي الأمل، حيث بلغ متوسط المجموعة العليا (21.61) بينما متوسط المجموعة الدنيا بلغ (12.16) وهذا ما يؤكد أن المقياس صادق.

الثبات: تم الاعتماد في حساب ثبات المقياس على طريقتين: ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية.

الثبات بطريقة ألفا-كرونباخ: تم التأكد من ثبات المقياس بحساب ألفا كرونباخ حسب ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (3): يمثل نتائج معامل الثبات ألفا كرونباخ للمقياس

معامل الثبات ألفا كرونباخ	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	عدد البنود	المقياس
0.787	3.86	17.29	68	8	المقياس

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن معامل الثبات بلغ قيمة (0.787) وهذا ما يدل على الثبات المرتفع للمقياس.

الثبات بطريقة التجزئة النصفية: تم تقسيم المقياس إلى نصفين، بنود فردية وبنود زوجية وثم حساب معامل الارتباط بين درجات النصفين وتصحيح الطول، والجدول التالي يوضح لنا نتائج الحساب بطريقة التجزئة النصفية كما يلي:

جدول (4): يمثل نتائج معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية

معامل الثبات			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	البنود	المقياس
طريقة التصحيح	بعد التصحيح	قبل التصحيح					
جوتمان	0.820	0.821	4.67	8.67	4	الفردية	
			5.22	8.61	4	الزوجية	
			14.92	17.29	8	الكلية	

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية بلغت (0.821)

قبل التصحيح وبعد التصحيح بطريقة جوتمان وصلت القيمة إلى (0.820) وهي قيمة مرتفعة وبالتالي المقياس ثابت.

وتبين من معاملات الصدق والثبات التي تحصلنا عليها، أن مقياس الأمل يتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينة من الأفراد المرضى بالبيئة الجزائرية، مما يجعله صالح للاستعمال على هذه الفئة بكل اطمئنان.

الخصائص السيكومترية لاستبيان إدراك الضغط:

صدق استبيان إدراك الضغط:

صدق الاتساق الداخلي: وللتحقق من صدق الاتساق الداخلي تم حساب الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للاستبيان والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم (5): يمثل نتائج صدق الاتساق الداخلي لاستبيان إدراك الضغط.

البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ر"	مستوى الدلالة
1	2.28	0.79	0.471**	0.01
2	2.57	0.78	0.407**	0.01
3	2.63	0.83	0.325**	0.01
4	2.74	0.96	0.248*	0.05
5	2.06	0.91	0.633**	0.01
6	2.38	0.96	0.437**	0.01
7	2.38	0.77	0.512**	0.01
8	2.56	0.80	0.401**	0.01
9	2.34	0.84	0.595**	0.01
10	2.51	0.89	0.558**	0.01
11	2.47	0.80	0.243*	0.05
12	2.40	0.88	0.483**	0.01
13	2.25	0.92	0.320**	0.01
14	2.43	0.83	0.406**	0.01
15	2.15	0.97	0.667**	0.01
16	2.46	0.95	0.459**	0.01
17	2.34	0.87	0.363**	0.01
18	2.21	0.82	0.551**	0.01
19	2.13	0.90	0.538**	0.01

0.01	0.623**	0.71	1.87	20
0.01	0.372**	0.91	2.50	21
0.01	0.475**	0.90	1.90	22
0.05	0.246*	0.99	2.21	23
0.01	0.444**	0.86	2.00	24
0.05	0.283*	1.06	2.72	25
0.01	0.671**	0.87	2.53	26
0.05	0.307*	0.88	2.28	27
0.05	0.279*	0.85	2.44	28
0.01	0.571**	0.93	2.71	29
0.01	0.632**	0.95	1.96	30
///	01	11.92	70.38	الدرجة الكلية

من خلال الجدول يتضح أن معاملات الارتباط المحسوبة لبنود إدراك الضغط متفاوتة حيث بلغت

قيم معاملات الارتباط في البنود (20، 19، 18، 16، 15، 14، 12، 9، 8، 6، 5، 3، 2،

24، 22، 29، 21، 17، 13، 10، 7، 1، 30، 26) من 0.320-0.671 عند مستوى

الدلالة (0.01) بينما البنود (11، 4، 23، 25، 27، 28) حسب قيم الارتباط من -0.243-

0.307 دالة عند مستوى (0.05) مما يدل على الاتساق الداخلي للاستبيان.

الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية): تم الاعتماد لحساب صدق الاستبيان على الصدق التمييزي،

حيث تم ترتيب الدرجات من الأدنى إلى الأعلى بحيث أخذنا 27% من أعلى التوزيع و 27% من

درجات أدنى التوزيع فكان عدد الأفراد (18) أفراد، وبعد ذلك تم حساب (ت) لمعرفة الفروق

بين المجموعتين، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (6): يمثل نتائج صدق الاستبيان بطريقة الصدق التمييزي.

متغير الاستبيان	مجموعات المقارنة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
إدراك الضغط	المجموعة العليا	18	83.38	3.56	16.77	34	دال عند 0.000
	المجموعة الدنيا	18	55.11	6.20			

من الجدول أعلاه يتضح أن قيمة (ت) بلغت القيمة (16.77) عند درجة الحرية (34) بمستوى الدلالة الإحصائية (0.000) أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استبيان إدراك الضغط بين المجموعتين، وذلك لصالح المجموعة العليا أي الاستبيان يميز بين مرتفعي ومنخفضي إدراك الضغط النفسي، حيث بلغ متوسط المجموعة العليا (83.38) بينما متوسط المجموعة الدنيا بلغ (55.11) وهذا ما يدل على صدق الاستبيان.

ثبات استبيان إدراك الضغط:

تم الاعتماد في حساب ثبات استبيان على طريقتين: ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية.

الثبات بطريقة ألفا كرونباخ: تمت عملية الحساب بطريقة ألفا كرونباخ استبيان إدراك الضغط

والجدول الموالي يوضح نتائج اختبار ألفا كرونباخ.

جدول رقم (7): يمثل نتائج معامل الثبات ألفا -كرونباخ لاستبيان إدراك الضغط.

عدد البنود	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الثبات ألفا-كرونباخ	
30	68	70.38	11.92	0.864	إدراك الضغط

نلاحظ من خلال نتائج الجدول المتحصل عليها أن قيمة معامل الثبات بلغت (0.864) وهي قيمة مرتفعة وهذا ما يدل على ثبات استبيان إدراك الضغط.

حساب ثبات الاستبيان بطريقة التجزئة النصفية:

تم تقسيم الاستبيان إلى نصفين، بنود فردية وبنود زوجية وتم حساب معامل الارتباط بين درجات النصفين وتصحيح الطول، والجدول التالي يوضح لنا نتائج الحساب بطريقة التجزئة النصفية كما يلي:

جدول رقم (8): يمثل نتائج معامل ثبات استبيان إدراك الضغط بطريقة التجزئة النصفية

البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة	معامل الثبات		
الفردية	35.38	6.73	15	قبل التصحيح	بعد التصحيح	طريقة التصحيح
الزوجية	35.00	6.52	15	0.605	0.754	جوتمان
الكلية	70.38	11.92	30			

من خلال نتائج الجدول المحصل عليها نلاحظ أن قيمة معامل ثبات استبيان بطريقة التجزئة النصفية بلغت (0.605) قبل التصحيح وبعد التصحيح بطريقة جوتمان بلغت القيمة إلى (0.754) وهذا ما يدل على أن استبيان إدراك الضغط ثابت.

7. تساؤلات الدراسة الاستطلاعية:

- 1- هل توجد فروق بين مرتفعات ومنخفضات الشعور بالأمل لدى المصابات بسرطان الثدي؟
- 2- هل توجد فروق بين مرتفعات ومنخفضات إدراك الضغط النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي؟

8. عرض نتائج تساؤلات الدراسة الاستطلاعية:

عرض نتائج التساؤل الأول

ينص التساؤل الأول على:

هل توجد فروق بين مرتفعات ومنخفضات الشعور بالأمل لدى المصابات بسرطان الثدي؟

للإجابة عن التساؤل التالي تم استخدام T-test لحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري

في مستوى الأمل حسب (مرتفعات-منخفضات) الشعور بالأمل ثم حساب اختبار (ت) كما هو

موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (9): يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار (T)

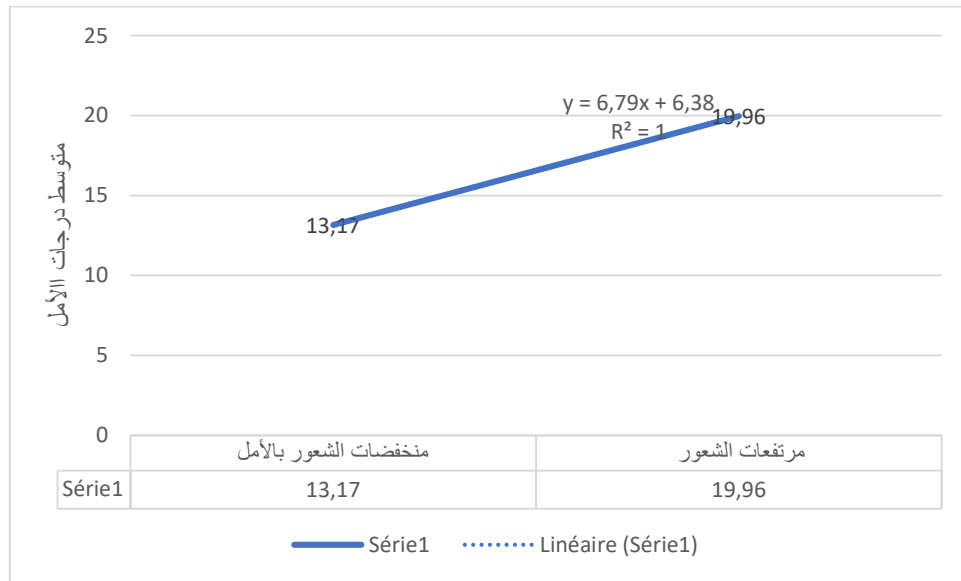
المتغيرات	مستويات الأمل	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الأمل	منخفضات الشعور بالأمل	32	13.17	2.26	11.95	66	0.000 دال إحصائياً
	مرتفعات الشعور بالأمل	45	19.96	2.18			
قيمة (F) = 0.052 وقيمة sig= 0.820							

يتضح من الجدول أن:

- قيمة (f) المحسوبة حسب مستويات الأمل بلغت 0.052 عند درجة حرية 66 ومستوى دلالة 0.820 وهو غير دال إحصائياً مما يعني عدم وجود تجانس.

- قيمة (t) المحسوبة في مستوى الأمل حسب مستويات الأمل بلغت 11.95 عند درجة حرية 66 ومستوى دلالة 0.000 وهو دال إحصائياً وبالتالي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعات ومنخفضات الشعور بالأمل لدى المصابات بسرطان الثدي في مستوى الأمل حيث بلغ المتوسط الحسابي عند منخفضات الشعور بالأمل 13.17 وانحراف معياري 2.26 وهي قيم أقل من قيم المتوسط الحسابي عند مرتفعات الشعور بالأمل 19.96 وانحراف معياري 2.18. وبالتالي "توجد فروق بين مرتفعات ومنخفضات الشعور بالأمل لدى المصابات بسرطان الثدي لصالح مرتفعات الشعور بالأمل".

ويمكن إنشاء رسم بياني باستخدام الأمر Scatter/Dot لتوضيح ما تم إثباته إحصائياً كالتالي:



عرض نتائج التساؤل الثاني

ينص التساؤل الثاني على:

هل توجد فروق بين مرتفعات ومنخفضات إدراك الضغط النفسي لدى المصابات بسرطان

الثدي؟".

وللإجابة عن التساؤل التالي تم استخدام T-test لحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري

لمستوى إدراك الضغط النفسي حسب (مرتفعات-منخفضات) إدراك الضغط النفسي ثم حساب

اختبار (ت) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (10): يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار (T)

المتغيرات	مستويات إدراك الضغط	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
إدراك الضغط النفسي	منخفضات إدراك الضغط النفسي	32	0.34	0.09	10.62	66	0.000 دال إحصائياً
	مرتفعات إدراك الضغط النفسي	36	0.56	0.07			
قيمة (F) = 4.57 وقيمة sig= 0.036							

من الجدول أعلاه يتضح أن:

- قيمة (f) المحسوبة في مستوى إدراك الضغط النفسي حسب مستويات إدراك الضغط بلغت

4.57 عند درجة حرية 66 ومستوى دلالة 0.036 وهو دال إحصائياً.

- قيمة (t) المحسوبة في مستوى إدراك الضغط النفسي حسب مستويات إدراك الضغط النفسي

بلغت 9.95 عند درجة حرية 66 ومستوى دلالة 0.000 وهو دال إحصائياً وبالتالي وجود

فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعات ومنخفضات إدراك الضغط النفسي لدى

المصابات بسرطان الثدي حيث بلغ المتوسط الحسابي عند منخفضات إدراك الضغط النفسي

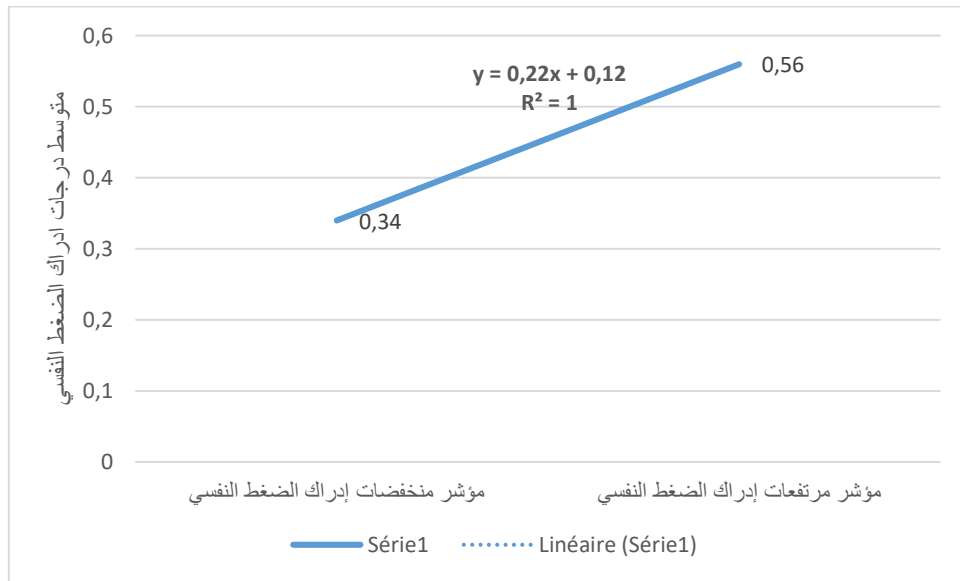
0.34 وانحراف معياري 0.09 وهي قيم أقل من قيم المتوسط الحسابي عند مرتفعات إدراك

الضغط النفسي 0.56 وقيم الانحراف المعياري 0.07.

من النتائج أعلاه نجد بأنه "توجد فروق بين مرتفعات ومنخفضات إدراك الضغط النفسي لدى

المصابات بسرطان الثدي لصالح مرتفعات إدراك الضغط النفسي".

ويمكن إنشاء رسم بياني باستخدام الأمر Scatter/Dot لتوضيح ما تم إثباته إحصائيا كالتالي:



9. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

توصلت الدراسة الاستطلاعية إلى النتائج الآتية:

- صعوبة في الوصول إلى عينة الدراسة الممثلة بالمصابات بسرطان الثدي اللواتي لم يتلقين أي علاج.
- بعض المرضى لم يفرقوا بين عبارة أحيانا وعادة في البدائل المقدمة لهم في استبيان إدراك الضغط لـ لوفينستون وآخرون وهي كالتالي: تقريبا أبدا، أحيانا، كثيرا، عادة.
- عدم توفر تحاليل الدم المطلوبة والممثلة للجانب البيولوجي في الدراسة.
- من خلال ما سبق ذكره تم تغيير البدائل رقم 1 ورقم 4 إلى العبارات التالية: قليلا جدا، أحيانا، كثيرا، كثيرا جدا.

➤ وجود فروق بين مرتفعات ومنخفضات الشعور بالألم لدى المصابات بسرطان الثدي، وكذلك وجود فروق بين مرتفعات ومنخفضات إدراك الضغط النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي.

وخلال مناقشتنا للأطباء المختصين في الأورام والمتواجدين على مستوى مصلحة الأورام بالمستشفى، وبالأخص الطبية المختصة في الأورام المتواجدة في المصلحة ومن خلال اطلاعنا على البروتوكولات العلاجية المطبقة على المصابات بسرطان الثدي تم النقاش حول دور المؤشرات الورمية الموجودة في بروتوكول الفحص والعلاج والمتابعة الخاصة بسرطان الثدي وبالتحديد (CA15-3) وكيف أن النتائج المتعلقة بهذه البحوث تهمهم كمختصين في الأورام ولكن نبهتنا بأنها لا تتواجد على مستوى المستشفى بل يقوم المرضى بإجراءها خارجيا، وكذا يوجد العديد من المرضى الذي وضعهم المادي لا يسمح بإجراء العديد من التحاليل المطلوبة. وبعد البحث حول الموضوع من خلال الأطباء الأخصائيين والعامين وكذا مراجعة التراث النظري تم اعتماد المؤشر الورمي الممثل بـ (CA15-3) في دراستنا وهذا تماشيا مع ما هو معمول به في البروتوكول العلاجي في الميدان.

وهنا سيتم دراسته من خلال أن المستضدات مواد ذات طبيعة كيميائية مختلفة لها القدرة على تنبيه الجهاز المناعي في الجسم لإعطاء استجابة مناعية نوعية نحوها حيث أنها تحفز الجسم عند دخولها (أو إنتاجها من طرف الجسم) لإنتاج أضداد (Antibodies) التي تعمل على مقاومة هذا المستضد (Antigen).²¹² إذن هناك تفاعلات مناعية تحدث داخل النظام المناعي وكما هو

²¹² العبد الرحمن غسان، بلاج صباح: أساسيات علم المناعة. منشورات جامعة حلب كلية العلوم. مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية. 2005. ص 56.

معلوم بأن الجهاز المناعي يتأثر بعوامل عديدة منها النفسية وهنا يمكننا دراستها من خلال المؤشر الورمي CA15-3.

وتم توثيق ذلك من طرف الطيبة المختصة في الأورام والملحق رقم (5) يوضح ذلك. وتم تغيير مكان إجراء الدراسة الأساسية إلى مستشفى فرانس فانون بمركز مكافحة السرطان لولاية البليدة، للحصول على العينة الكافية والتحليل المطلوبة وبالتالي تسهيل العمل.

الدراسة الأساسية:

1. منهج الدراسة:

اعتمدنا في دراستنا على المنهج العليّ/المقارن باعتباره الملائم لموضوع الدراسة، وهو البحث الذي يقارن فيه الباحث بين من يتصف بخاصية معينة، أو يوجد في ظرف معين، وبين من لا يتصف بتلك الخاصية، ولا يوجد في ذلك الظرف وهو الذي يسعى فيه الباحث إلى التعرف على علل الفروق التي تظهر في سلوك المجموعات المختلفة من الأفراد، وهذا من أجل التعرف والكشف على علل حدوث السلوك.²¹³

²¹³ معمريّة بشير. المرجع في منهاج البحث النفسي وإجراءاته الميدانية. باتنة: طباعة وتجليد الأندلس للخدمات الجامعية. 2022. ص 343.

2. حدود الدراسة:

الحدود المكانية:

تمت اجراء هذه الدراسة في مركز مكافحة السرطان فرانس فانون البلدية وذلك في كل من
مصلحة الجراحة ومصلحة العلاج الكيميائي التابعين للمركز وهذا لتواجد عينة
الدراسة والمتمثلة في المصابات بسرطان الثدي.

الحدود الزمانية:

أجريت الدراسة خلال الفترة الممتدة ما بين 6 فيفري و5 مارس 2020 وتم التوقف بسبب
جائحة كورونا والحجر الصحي المفروض آنذاك، ثم تمت مواصلة الدراسة بتاريخ 11 فيفري
إلى غاية 22 أبريل 2021.

3. عينة الدراسة:

تم اختيار العينة بطريقة قصدية وشملت المصابات بسرطان الثدي المتواجدات بمركز مكافحة
السرطان في فترة التطبيق واللواتي توفرت فيهن الشروط المحددة كالتالي:

- أن تكون المريضة مصابة بسرطان الثدي فقط، دون تداخل أمراض أخرى.
- تواجد تحليل الدم CA15-3 حديثا في الملف.
- وجودهم بحالة نفسية تسمح بالتطبيق (بعد فحصهم من قبل النفسانيات العياديات المتواجدات
بالمصلحة)
- التطبيق شمل فقط المصابات اللواتي وضعهم الصحي يسمح بإجراء التطبيق.

-موافقة المريضات على المشاركة في البحث.

-موافقة الأطباء والعاملين في المصالح على الاطلاع على الملفات الخاصة بالمرضى بناء على رخصة السماح بإجراء الدراسة والذي وافق عليها البروفيسور المسؤول على المركز.

في مصلحة الجراحة تم التطبيق على المصابات بسرطان الثدي غير الخاضعات لأي تدخل دوائي أو كيميائي أو إشعاعي أو جراحي من قبل، وقد تم تطبيق أدوات الدراسة أثناء أخذ المريضة موعد للعملية الجراحية أو قبل اجراء العملية على الأقل بيوم أو يومين.

وفي مصلحة العلاج الكيميائي تم التطبيق على المصابات بسرطان الثدي اللاتي يأتينا لأخذ موعد لجلسات العلاج الكيميائي في مكتب الأخصائية النفسانية وكذا على المتواجدات داخل القاعات المخصصة للعلاج أثناء وضع المحلول المصلي (sérum) لأخذ جرعة الكيميائي.

وبهذا تكونت الدراسة من (61) مصابة بسرطان الثدي تراوحت أعمارهم بين 24 سنة إلى 75 سنة.

4. أدوات الدراسة:

أولاً: مقياس الأمل — سنايدر وآخرون:

وصف المقياس

وضع سنايدر وزملاؤه Snyder et al (1991) استبياناً لقياس الأمل، يتضمن 12 بنداً، ثمانية منها لقياس الأمل، وأربعة بنود إضافية عبارة عن مشتتات لا تصحح، وقد تم تصميم بنود الأمل لقياس مدى وجود أفكار مرتبطة بالتوجه نحو الهدف لدى الفرد، وتحتوي البنود على بعدين فرعيين هما: الطاقة أو الإرادة، السبل أو المسارات.

تقنين مقياس الأمل:

تم اعداد هذا المقياس إلى البيئة العربية من قبل أحمد محمد عبد الخالق جامعة الكويت 2004، وتم فحص الترجمة العكسية من قبل مؤلفه الأصلي (Snyder) وقرر أن الترجمة دقيقة، ووافق مؤلف المقياس على نشره باللغة العربية، وأقر بأنه لا حاجة للحصول على الموافقة عند استخدام المقياس في أي دراسة عربية.²¹⁴ ونشرت أيضا هذه الموافقة على الصيغة العربية لهذا المقياس في مقال مشترك باللغة الإنجليزية لـ Abdel-Khalek & Snyder.²¹⁵

وتم تقنين مقياس الأمل على البيئة الجزائرية من قبل بشير معمريّة، ويتكون المقياس من 12 بند تقريبا، أربعة منها تقيس السبل أو المسارات وتحمل أرقام 1، 4، 6، 8 وأربعة بنود الأخرى تقيس الطاقة أو الإرادة وأرقامها هي 2، 9، 10، 12 أما البنود التي تحمل أرقام 3، 5، 7، 11 فهي مشتتات أو حشو لا تصحح، ويتكون المقياس من أربعة بدائل للإجابة وهي: لا، قليلا، متوسطا، كثيرا، وتنال أربع درجات كما يلي صفر، 1، 2، 3. وتجمع الدرجات على البنود الثمانية لتمثل الدرجة الكلية على مقياس الأمل.²¹⁶

²¹⁴ عبد الخالق أحمد محمد: الصيغة العربية لمقياس سنايدر للأمل. مجلة دراسات نفسية. المجلد 14. العدد 2. ص 287-288.

²¹⁵ Abdel-Khalek, Ahmed, and C. R. Snyder. "Correlates and predictors of an Arabic translation of the Snyder Hope Scale. The Journal of Positive Psychology 2, no. 4. 2007. P 230-234.

²¹⁶ معمريّة البشير: دراسات في علم النفس الإيجابي. ج 1. الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع. 2012. ص 234.

ثانيا: استبيان إدراك الضغط لـ لوفينستون وآخرون:

وصف الاستبيان:

أعد هذا الاستبيان من طرف " لوفينستون وآخرين levenstein et al سنة 1993 بهدف قياس مؤشر الضغط، ويتكون هذا الاختبار من 30 عبارة نميز منها بنود مباشرة وبنود غير مباشرة.

البنود المباشرة: تمثل 22 عبارة وتتمثل في العبارات رقم:

(2، 3، 4، 5، 6، 8، 9، 11، 12، 14، 15، 16، 18، 19، 20، 22، 23، 24، 26،

27، 28، 30) وتدل هذه العبارات على وجود مؤشرات الضغط المرتفع عندما يجيب عليها المفحوص بالقبول اتجاه الموقف، وعلى مؤشر الضغط المنخفض عندما يجيب عليها بالرفض.

البنود غير المباشرة: وتشمل 08 عبارات والمتمثلة في الأرقام التالية:

(1، 7، 10، 13، 17، 21، 25، 29) وتدل على وجود مؤشر الضغط المرتفع عندما يجيب

عليها بالرفض وعلى مؤشر الضغط المنخفض عندما يجيب عليها بالقبول.

وتم أخذ موافقة مؤلفة الاستبيان Susan Levenstein على استخدامه في هذه الدراسة، وتم

الاعتماد على الاستبيان بصيغته العربية لـ آيت حمودة حكيمة (2005).²¹⁷

²¹⁷ آيت حمودة حكيمة: دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية. أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر. 2005.

كيفية تطبيق الاستبيان:

يقوم الفاحص بشرح التعليمات للفرد المعرض لوضعية القياس النفسي وتتمثل التعليمات في:

ضع علامة (X) أمام كل عبارة وبالدرجة التي تناسبك لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة صف فقط ما ينطبق عليك عموماً.

كيفية تنقيط الاستبيان:

إن كيفية تنقيط عبارات الاختبار يتم التدرج فيها من 1 إلى 4 نقاط، وهذه الدرجات تتغير حسب

نوع البنود، فالبنود المباشرة تنقط من 1 إلى 4 من اليمين (تقريباً أبدأ) إلى اليسار (عادة).

أما البنود غير المباشرة فتتقط من 4 إلى 1 من اليمين (تقريباً أبدأ) إلى اليسار (عادة)، إذ بعد

تنقيط كل بند نقوم بجمع الدرجات المحصل عليها لإيجاد الدرجة الكلية للاستبيان.

الأساليب الإحصائية الخاصة بالاستبيان:

يتغير التنقيط حسب نوع البنود مباشرة أو غير مباشرة، ويستنتج مؤشر الضغط في هذا الاستبيان

وفق المعادلة التالية:

$$\text{مؤشر إدراك الضغط} = \frac{\text{قيم المجموع الخام} - 30}{90}$$

يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الاستبيان من البنود المباشرة

وغير المباشرة، وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر الضغط من الصفر (0) ويدل على أدنى

مستوى من الضغط إلى واحد (1) ويدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط.²¹⁸

²¹⁸ آيت حمودة حكيمة المرجع المذكور سابقاً، ص 225.

ثالثا: تحليل الدم CA15-3

من أجل معرفة مستوى المؤشر الورمي والمتمثل في تحليل الدم CA15-3 لدى المصابات بسرطان الثدي، تم الاطلاع أولا على ملفات المرضى للحصول على مستوى المؤشر الورمي CA15-3 لدى أفراد عينة الدراسة. وأغلب المتواجدات في المركز يطلب منهم هذا التحليل في الملف الطبي ويتم التأكد من وجوده في الملف أولا ومن تاريخ إجرائه ثانيا، وتكون المعدلات الطبيعية لمستوى المؤشر الورمي CA15-3 كالتالي:

يجب أن يكون مستواه أقل من 30 وحدة دولية / مل كأعلى معدل، أي $30 \text{ ui/ml} <^{219}$

5. إجراءات الدراسة:

بعد الحصول على رخصة لإجراء دراسة ميدانية من الجامعة تم التوجه إلى مستشفى فرانس فانون بالبلدية والحصول على موافقة رئيس مركز مكافحة السرطان ومن ثم موافقة مدير المستشفى، وهذا ما أخذ وقتا معتبرا نوعا ما وتمت إجراءات الدراسة كالتالي:

-التوجه إلى مركز مكافحة السرطان والتعرف على النفسانيين العياديين المتواجدين هناك والأطباء ومعرفة خصوصية كل مصلحة وما يتواجد بها ومعرفة أوقات تواجد المرضى ومواعيد الفحص الأول بالنسبة للمصابات بسرطان الثدي حديثا.

²¹⁹ Hadjarab. F, bouzid. K. Marqueurs tumoraux : Utilité en cancérologie et en pratique clinique, revue médicale algérienne, elhikma 3, no. 17. 2019. P 44.

-التوجه إلى مكان تواجد المصابات حديثا لأخذ مواعيد للعلاج الدوائي أو الكيميائي أو الإشعاعي أو الجراحة، ومن خلال الملاحظة للمكان العديد من المرات تم استنتاج ما يلي:

-أعداد كبيرة جدا من المرضى من مختلف ولايات الوطن رفقة أهلهم في قاعة كبيرة وكان هناك من بعض المرضى علامات التعب والمرض والارهاق بادية على وجوههم فقد كان هناك من لا يستطيع الكلام وهناك من لا يستطيع الحركة، وحتى بعد انتهاء فحص الطبيب وأخذ موعد للعلاج لا يوجد قاعة أو مكان لإجراء التطبيق، وكذا ارتباط أغلب المرضى بالوقت وضرورة السفر للرجوع إلى أماكن إقامتهم، وهذا ما يجعل ظروف وشروط التطبيق منعدمة أثناء الفحص الطبي لأخذ موعد للعلاج.

-وبعد النقاش مع الأطباء والنفسانيين العياديين ورؤساء بعض المصالح، حول العينة والشروط التي يجب توفرها لإجراء الدراسة الميدانية تم التوصل إلى إجراء الدراسة في مصلحة الجراحة التابعة لمركز مكافحة السرطان لتواجد أفراد العينة هناك ولعدم كفاية العدد تم التوجه إلى المصلحة التي يتم فيها العلاج الكيميائي.

06. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تمت معالجة البيانات باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) وتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- المتوسط الحسابي
- الانحراف المعياري
- اختبار "ت"
- اختبار التباين الأحادي

الفصل الخامس

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

07. عرض نتائج الدراسة

عرض نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية على أن " المصابات بسرطان الثدي ذوات الأمل المرتفع أقل إدراكا للضغط النفسي من المصابات ذوات الأمل المنخفض".

وللتأكد من صحة الفرضية تم استخدام T-test لحساب المتوسط والانحراف المعياري لدرجة إدراك الضغط النفسي حسب مستويات الشعور بالأمل (المرتفعات-المنخفضات) ثم حساب اختبار T للمتغير كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (11): يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار (T)

المتغيرات	المجموعة	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة " ت "	درجة الحرية	مستوى الدلالة
إدراك الضغط النفسي	منخفضات الشعور بالأمل	28	0.25	0.20	2.17	59	0.034 دال إحصائيا
	مرتفعات الشعور بالأمل	33	0.42	0.14			
قيمة (F) = 4.328 وقيمة sig= 0.042							

يتضح من الجدول أن قيمة (f) المحسوبة في مستوى إدراك الضغط النفسي حسب مستويات

الأمل بلغت 4.328 عند درجة حرية 59 ومستوى دلالة 0.042 وهو دال إحصائيا مما يعني وجود تجانس.

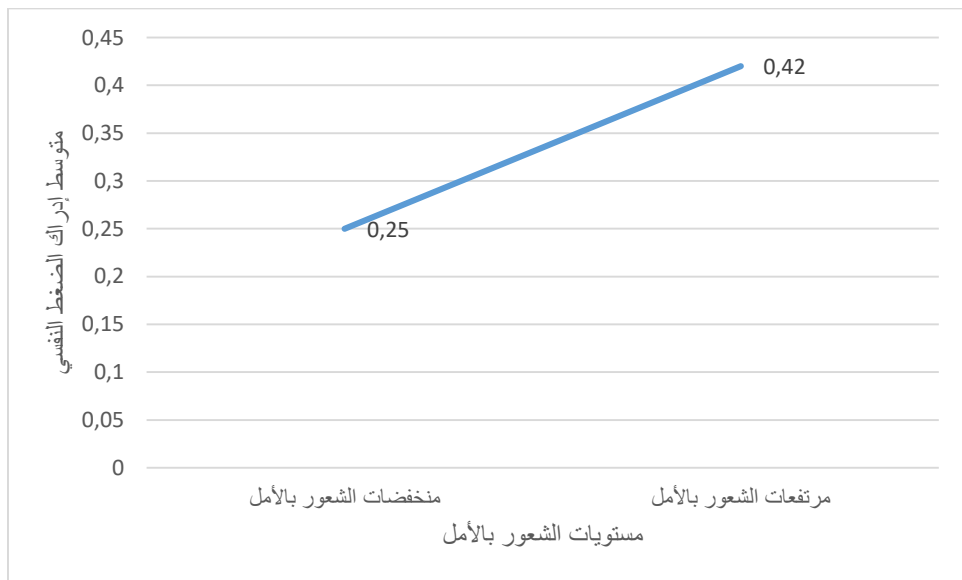
- قيمة (t) المحسوبة في مستوى إدراك الضغط النفسي حسب مستويات الأمل بلغت 2.17 عند

درجة حرية 59 ومستوى دلالة 0.034 وهو دال إحصائيا بالتالي وجود فروق ذات دلالة

إحصائية بين مرتفعات ومنخفضات الشعور بالأمل لدى المصابات بسرطان الثدي في إدراك الضغط النفسي لصالح مرتفعات الشعور بالأمل، حيث بلغ المتوسط الحسابي لمنخفضات الشعور بالأمل 0.25 والانحراف المعياري 0.20 وبلغ المتوسط الحسابي لدى مرتفعات الشعور بالأمل 0.42 والانحراف المعياري 0.14.

وبالتالي تحققت الفرضية القائلة أن "المصابات بسرطان الثدي ذوات الأمل المرتفع أقل إدراكا للضغط النفسي من المصابات ذوات الأمل المنخفض".

ويمكن إنشاء رسم بياني باستخدام الأمر Scatter/Dot لتوضيح ما تم إثباته إحصائياً كالتالي:



عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية على أن "المصابات بسرطان الثدي ذوات الأمل المرتفع أقل في مستوى المؤشر الورمي CA15-3 من ذوات الأمل المنخفض".

وللتأكد من صحة الفرضية تم استخدام اختبار T-test لحساب المتوسط والانحراف المعياري

لدرجة المؤشر الورمي CA15-3 حسب متغير مستويات الشعور بالأمل (المرتفعات-

المنخفضات) ثم حساب اختبار T للمتغير والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (12): يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار (T)

المتغيرات	المجموعة	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المؤشر الورمي CA15-3	منخفضات الشعور بالأمل	28	40.67	40.90	0.63	59	0.529 غير دال إحصائياً
	مرتفعات الشعور بالأمل	33	33.00	51.78			
قيمة (F) = 0.010 وقيمة sig= 0.923							

يتبين من الجدول أعلاه توضح أن قيمة (f) المحسوبة في المؤشر الورمي CA15-3 حسب

مستويات الشعور بالأمل بلغت 0.010 عند درجة حرية 59 ومستوى دلالة 0.923 وهو غير

دال إحصائياً مما يعني عدم وجود تجانس.

- قيمة (t) المحسوبة في المؤشر الورمي CA15-3 حسب مستويات الشعور بالأمل بلغت

0.63 عند درجة حرية 59 ومستوى دلالة 0.529 وهو غير دال إحصائياً بالتالي لا توجد

فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعات ومنخفضات الشعور بالأمل لدى المصابات بسرطان

الثدي في المؤشر الورمي CA15-3 حيث بلغ المتوسط الحسابي لدى منخفضات الشعور بالأمل

40.67 والانحراف المعياري 40.90 وبلغ المتوسط الحسابي لدى مرتفعات الشعور بالأمل

33.00 والانحراف المعياري 51.78.

وبالتالي يمكن القول بعدم تحقق نص الفرضية أن "المصابات بسرطان الثدي ذوات

الأمل المرتفع أقل في مستوى المؤشر الورمي CA15-3 من ذوات الأمل المنخفض "

عرض نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية على أن " المصابات بسرطان الثدي ذوات الضغط المنخفض أقل في مستوى

المؤشر الورمي CA15-3 من ذوات الضغط المرتفع".

للتأكد من صحة الفرضية تم استخدام T-test لحساب المتوسط والانحراف المعياري لدرجة

المؤشر الورمي CA15-3 حسب متغير مستويات (مرتفعات-منخفضات) إدراك الضغط

النفسي ثم حساب اختبار T للمتغير كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (13): يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار (ت)

المتغيرات	المجموعة	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	الدلالة الاحصائية
المؤشر الورمي CA15-3	منخفضات إدراك الضغط النفسي	37	32.62	49.22	0.80	59	0.424 غير دال
	مرتفعات إدراك الضغط النفسي	24	42.53	43.33			
قيمة (F) = 0.128 وقيمة sig= 0.722							

يتبين من الجدول أن:

- قيمة (f) المحسوبة في المؤشر الورمي CA15-3 حسب مستويات إدراك الضغط النفسي

بلغت 0.128 عند درجة حرية 59 ومستوى دلالة 0.722 وهو غير دال إحصائياً مما يعني

عدم وجود تجانس.

- قيمة (t) المحسوبة في المؤشر الورمي CA15-3 حسب مستويات إدراك الضغط النفسي بلغت 0.80 عند درجة حرية 59 ومستوى دلالة 0.424 وهو غير دال إحصائياً وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعات ومنخفضات إدراك الضغط النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي في المؤشر الورمي CA15-3 حيث بلغ المتوسط الحسابي لدى منخفضات إدراك الضغط النفسي 32.62 والانحراف المعياري 49.22 وبلغ المتوسط الحسابي لدى مرتفعات إدراك الضغط النفسي 42.53 والانحراف المعياري 43.33.

وبالتالي عدم تحقق الفرضية القائلة أن " المصابات بسرطان الثدي ذوات الضغط

المنخفض أقل في مستوى المؤشر الورمي CA15-3 من ذوات الضغط المرتفع"

عرض نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية على أنه " لا توجد فروق بين فئات الأعمار من المصابات بسرطان الثدي في كل من الشعور بالأمل وأبعاده وإدراك الضغط النفسي والمؤشر الورمي CA15-3".

للتأكد من صحة الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي one way Anova

لحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري حسب متغير السن في أربع فئات عمرية ثم

حساب تحليل التباين الأحادي لكل من الشعور بالأمل وأبعاده وإدراك الضغط النفسي والمؤشر

الورمي CA15-3 لدى الفئات العمرية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (14): يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري تبعا لمتغير السن

المتغير	فئات السن	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الشعور بالأمل	أقل من 35 سنة	11	17.27	3.28
	من 36 سنة - 45 سنة	18	17.33	4.60
	من 46 سنة - 55 سنة	20	18.40	2.98
	أكبر من 56 سنة	12	16.58	5.05
	الكل	61	17.52	3.96

يتبين من الجدول أعلاه مايلي:

- هناك تباين واضح بين الفئات العمرية حسب المتوسط الحسابي حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية "أقل من 35 سنة" 17.27 وانحراف معياري 3.28، بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية "من 36 سنة إلى 45 سنة" 17.33 وانحراف معياري 4.60، وبلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية "من 46 سنة إلى 55 سنة" 18.40 وانحراف معياري 2.98، وفي الأخير بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية "أكبر من 56 سنة" 16.58 وانحراف معياري 5.05 هذا الاختلاف في المتوسطات والانحرافات المعيارية يؤكد وجود فروق حسب متغير السن وللتأكد من صحة هذه النتائج لاحظ الجدول الموالي:

جدول رقم (15): يمثل نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمتغيرات البحث حسب السن

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
الشعور بالأمل	داخل المجموعات	3	9.105	0.565	0.640 غير دال إحصائياً
	بين المجموعات	57	16.103		
	المجموع	06			

يتبين من الجدول أعلاه أن:

أ- غياب الفروق بين فئات الأعمار من المصابات بسرطان الثدي في كل من الشعور بالأمل:

يتضح بأنه لا توجد فروق في مستوى الشعور بالأمل لدى المصابات بسرطان الثدي، حيث

بلغت قيمة (ف) 0.565 عند مستوى دلالة 0.640 أي تحقق الفرضية وبالتالي لا توجد

فروق بين الفئات العمرية في مستوى الشعور بالأمل لدى المصابات بسرطان الثدي.

ب- غياب الفروق بين فئات الأعمار من المصابات بسرطان الثدي في كل من أبعاد الشعور

بالأمل (السبل - الإرادة).

جدول رقم (16): يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري تبعاً لمتغير السن

المتغير	فئات السن	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
بعد الإرادة	أقل من 35 سنة	11	9.82	2.089
	من 36 سنة - 45 سنة	18	8.72	2.270
	من 46 سنة - 55 سنة	20	9.00	1.974
	أكبر من 56 سنة	12	7.50	2.111
	الكل	61	8.77	2.186

2.252	7.45	11	أقل من 35 سنة	بعد السبل
2.913	8.61	18	من 36 سنة - 45 سنة	
1.847	9.40	20	من 46 سنة - 55 سنة	
2.968	9.08	12	أكبر من 56 سنة	
2.534	8.75	61	الكل	

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن:

في بعد الإرادة: هناك تباين واضح بين الفئات العمرية حسب المتوسط الحسابي حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية "أقل من 35 سنة" 9.82 وانحراف معياري 2.089، بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية "من 36 سنة إلى 45 سنة" 8.72 وانحراف معياري 2.270، وبلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية "من 46 سنة إلى 55 سنة" 9.00 وانحراف معياري 1.974، وفي الأخير بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية "أكبر من 56 سنة" 7.50 وانحراف معياري 2.111 هذا الاختلاف في المتوسطات والانحرافات المعيارية يؤكد وجود فروق حسب متغير السن.

في بعد السبل: هناك تباين واضح بين الفئات العمرية حسب المتوسط الحسابي حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية "أقل من 35 سنة" 7.45 وانحراف معياري 2.252، بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية "من 36 سنة إلى 45 سنة" 8.61 وانحراف معياري 2.913، وبلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية "من 46 سنة إلى 55 سنة" 9.40 وانحراف معياري 1.847، وفي الأخير بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية "أكبر من 56 سنة" 9.08 وانحراف معياري 2.968 هذا الاختلاف في المتوسطات والانحرافات المعيارية يؤكد وجود فروق حسب متغير السن وللتأكد من صحة هذه النتائج لاحظ الجدول الموالي:

جدول رقم (17): يمثل نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي حسب السن

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى دلالة
بعد الإرادة	داخل المجموعات	3	10.846	2.432	0.074 غير دال إحصائياً
	بين المجموعات	57	4.460		
	المجموع	06			
بعد السبل	داخل المجموعات	3	9.530	1.523	0.218 غير دال إحصائياً
	بين المجموعات	57	6.258		
	المجموع	06			

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن:

- لا توجد فروق في بعد الإرادة لدى المصابات بسرطان الثدي، حيث بلغت قيمة (ف) 2.432 عند مستوى دلالة 0.074 أي تحقق الفرضية وبالتالي لا توجد فروق بين الفئات العمرية في بعد الإرادة لدى المصابات بسرطان الثدي.

- لا توجد فروق في بعد السبل لدى المصابات بسرطان الثدي، حيث بلغت قيمة (ف) 1.523 عند مستوى دلالة 0.218 أي تحقق الفرضية وبالتالي لا توجد فروق بين الفئات العمرية في بعد السبل لدى المصابات بسرطان الثدي.

من خلال النتائج أعلاه نتأكد من تحقق الفرضية ككل أي " لا توجد فروق بين فئات الأعمار لدى المصابات بسرطان الثدي في كل من الشعور بالأمل وأبعاده (الإرادة-السبل)".

ج- غياب الفروق بين فئات الأعمار لدى المصابات بسرطان الثدي في إدراك الضغط النفسي.

للإجابة عن التساؤل التالي تم استخدام one way Anova وتم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري حسب متغير السن في أربع فئات عمرية ثم حساب تحليل التباين الأحادي للمتغير والنتائج توضحها الجداول الموالية.

جدول رقم (18): يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغير حسب السن

المتغيرات	الفئات العمرية	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
إدراك الضغط النفسي	أقل من 35 سنة	11	0.48	0.22
	من 36 سنة - 45 سنة	18	0.48	0.19
	من 46 سنة - 55 سنة	20	0.48	0.17
	أكبر من 56 سنة	12	0.41	0.15
	الكل	61	0.47	0.18

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن:

- هناك تقارب واضح بين الفئات العمرية حسب المتوسط الحسابي حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية "أقل من 35 سنة" 0.48 وانحراف معياري 0.22، بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية "من 36 سنة إلى 45 سنة" 0.48 وانحراف معياري 0.19، وبلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية "من 46 سنة إلى 55 سنة" 0.48 وانحراف معياري 0.17، وفي الأخير بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية أكبر من 56 سنة 0.41 وانحراف معياري 0.15 هذا الاختلاف البسيط في المتوسطات والانحرافات المعيارية يؤكد عدم وجود فروق بين الفئات العمرية في إدراك الضغط النفسي وللتأكد من صحة هذه النتائج لاحظ الجدول الموالي:

جدول رقم (19): يمثل نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمتغيرات الدراسة حسب السن

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
0.706 غير دال إحصائياً	0.467	0.016	3	0.048	داخل المجموعات	إدراك الضغط النفسي
		0.034	57	1.950	بين المجموعات	
			60	1.998	المجموع	

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن:

- لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى إدراك الضغط النفسي لدى المصابات بسرطان

الثدي، حيث بلغت قيمة (ف) 0.467 عند مستوى دلالة 0.706 أي تحقق الفرضية وبالتالي لا

توجد فروق بين الفئات العمرية لدى المصابات بسرطان الثدي في إدراك الضغط النفسي.

د- غياب فروق بين بين الفئات العمرية لدى المصابات بسرطان في المؤشر الورمي -CA15

3.

للإجابة عن التساؤل التالي تم استخدام one way Anova تم حساب المتوسط الحسابي

والانحراف المعياري حسب متغير السن في أربع فئات عمرية ثم حساب تحليل التباين الأحادي

للمتغير والنتائج يوضحها الجدول الموالي:

جدول رقم (20): يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغير حسب السن

المتغيرات المدروسة	فئات السن	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المؤشر الورمي CA15-3	أقل من 35 سنة	11	30.11	23.44
	من 36 سنة - 45 سنة	18	28.81	38.31
	من 46 سنة - 55 سنة	20	47.54	66.07
	أكبر من 56 سنة	12	35.57	36.31
	الكل	61	36.52	46.88

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن:

- هناك تباين واضح بين الفئات العمرية حسب المتوسط الحسابي حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية "أقل من 35 سنة" 30.11 وانحراف معياري 23.44، بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية "من 36 سنة إلى 45 سنة" 28.81 وانحراف معياري 38.31، وبلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية "من 46 سنة إلى 55 سنة" 47.54 وانحراف معياري 66.07، وفي الأخير بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الفئة العمرية أكبر من 56 سنة 35.57 وانحراف معياري 36.31، هذا الاختلاف في المتوسطات والانحرافات المعيارية يؤكد وجود فروق بين الفئات العمرية وللتأكد من صحة هذه النتائج

لاحظ الجدول الموالي:

جدول رقم (21): يمثل نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمتغيرات البحث حسب السن

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
0.625 غير دال إحصائياً	0.589	1320.972	3	3962.915	داخل المجموعات	المؤشر الورمي CA15-3
		2244.076	57	127912.359	بين المجموعات	
			60	131875.274	المجموع	

من خلال الجدول أعلاه يتضح أنه:

- لا توجد فروق بين الفئات العمرية في مستوى المؤشر الورمي CA 15-3 لدى المصابات

بسرطان الثدي، حيث بلغت قيمة (ف) 0.589 عند مستوى دلالة 0.625 أي تحقق الفرضية

وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المؤشر الورمي CA 15-3 لدى

المصابات بسرطان الثدي.

عرض نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية على أنه " توجد فروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج

الكيميائي وغير الخاضعات لأي علاج في كل من الشعور بالأمل وأبعاده وإدراك الضغط النفسي

والمؤشر الورمي CA15-3".

وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام T-test لحساب المتوسط والانحراف المعياري لدرجة

الشعور بالأمل وإدراك الضغط النفسي والمؤشر الورمي CA15-3 حسب متغير (تلقى العلاج -

عدم تلقي العلاج) ثم حساب اختبار T للمتغيرات كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (22): يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار (T)

المتغيرات	طبيعة العلاج	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الشعور بالأمل	تلقي العلاج الكيميائي	39	17.92	4.06	1.04	59	0.300 غير دال
	عدم تلقي العلاج	22	16.82	3.77			
قيمة (F) = 0.185 وقيمة sig= 0.669							
إدراك الضغط النفسي	تلقي العلاج الكيميائي	39	0.47	0.19	0.22	59	0.829 غير دال
	عدم تلقي العلاج	22	0.46	0.15			
قيمة (F) = 3.05 وقيمة sig= 0.086							
المؤشر الورمي CA15-3	تلقي العلاج الكيميائي	39	47.34	55.03	2.50	59	0.015 دال
	عدم تلقي العلاج	22	17.33	13.97			
قيمة (F) = 14.98 وقيمة sig= 0.000							

يتضح من الجدول أعلاه النتائج التالية:

أ- غياب الفروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي وغير الخاضعات لأي

علاج في الشعور بالأمل.

- قيمة (f) المحسوبة في مستوى الشعور بالأمل حسب (تلقي العلاج - عدم تلقي العلاج) بلغت 0.185 عند درجة حرية 59 ومستوى دلالة 0.669 وهو غير دال إحصائياً مما يعني عدم وجود تجانس.

- قيمة (t) المحسوبة في مستوى الشعور بالأمل حسب (تلقي العلاج الكيميائي - عدم تلقي العلاج) بلغت 1.04 عند درجة حرية 59 ومستوى دلالة 0.300 وهو غير دال إحصائياً بالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابات بسرطان الثدي في (تلقي العلاج الكيميائي - عدم تلقي العلاج) مستوى الشعور بالأمل لدى المصابات بسرطان الثدي حيث بلغ المتوسط الحسابي عند من تلقين العلاج الكيميائي في مستوى الشعور بالأمل 17.92 وانحراف معياري 4.06 وبلغ المتوسط الحسابي عند من لم يتلقين العلاج في مستوى الشعور بالأمل 16.82 وانحراف معياري 3.77. وبالتالي لا توجد فروق في مستوى الشعور بالأمل لدى المصابات بسرطان الثدي حسب تلقي العلاج الكيميائي وعدم تلقي العلاج.

ب- غياب الفروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي وغير الخاضعات لأي علاج في أبعاد الشعور بالأمل (السبل - الإرادة).

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام T-test لحساب المتوسط والانحراف المعياري لدرجة الشعور بالأمل وإدراك الضغط النفسي والمؤشر الورمي CA15-3 حسب متغير (تلقي العلاج - عدم تلقي العلاج) ثم حساب اختبار T للمتغيرات كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (23): يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار (T)

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	تلقى العلاج		تلقى العلاج		العينة المتغيرات
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.850 غير دال	1.47	2.06	8.23	2.21	9.08	بعد السبل
0.113 غير دال	0.16	2.43	8.68	2.61	8.79	بعد الإرادة

من الجدول أعلاه نلاحظ أن:

- قيمة (t) المحسوبة في بعد السبل حسب (تلقى العلاج - عدم تلقي العلاج) بلغت 1.47 عند مستوى دلالة 0.850 وهو غير دال وبالتالي عدم وجود فروق بين (تلقى العلاج - عدم تلقي العلاج) بعد السبل لدى المصابات بسرطان الثدي حيث بلغ المتوسط الحسابي عند من تلقين العلاج في بعد السبل 9.08 وانحراف معياري 2.21 وبلغ المتوسط الحسابي عند من لم يتلقين العلاج في مستوى بعد السبل 8.23 وانحراف معياري 2.06.

- قيمة (t) المحسوبة في مستوى بعد الإرادة حسب (تلقى العلاج - عدم تلقي العلاج) بلغت 0.16 عند مستوى دلالة 0.113 وهو غير دال بالتالي عدم وجود فروق بين (تلقى العلاج - عدم تلقي العلاج) في بعد الإرادة لدى المصابات بسرطان الثدي حيث بلغ المتوسط الحسابي عند من تلقين العلاج في بعد الإرادة 8.79 وانحراف معياري 2.61 وبلغ المتوسط الحسابي عند من لم يتلقين العلاج في مستوى بعد الإرادة 8.68 وانحراف معياري 2.43.

ج- غياب الفروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي وغير الخاضعات لأي علاج في إدراك الضغط النفسي.

- قيمة (f) المحسوبة في مستوى إدراك الضغط النفسي حسب (تلقي العلاج الكيميائي - عدم تلقي العلاج) بلغت 3.05 عند درجة حرية 59 ومستوى دلالة 0.086 وهو غير دال مما يعني عدم وجود تجانس.

- قيمة (t) المحسوبة في مستوى إدراك الضغط النفسي حسب (تلقي العلاج الكيميائي - عدم تلقي العلاج) بلغت 0.22 عند درجة حرية 59 ومستوى دلالة 0.826 وهو غير دال وبالتالي عدم وجود فروق في إدراك الضغط النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي في (تلقي العلاج الكيميائي - عدم تلقي العلاج) حيث بلغ المتوسط الحسابي عند من تلقين العلاج لإدراك الضغط النفسي 0.47 وانحراف معياري 0.19 وبلغ المتوسط الحسابي عند من لم يتلقين العلاج لإدراك الضغط النفسي 0.46 وانحراف معياري 0.15.

بالتالي لا توجد فروق في إدراك الضغط النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي حسب تلقي وعدم تلقي العلاج.

د- وجود فروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي وغير الخاضعات لأي علاج في المؤشر الورمي CA15-3 لصالح من تلقين العلاج الكيميائي.

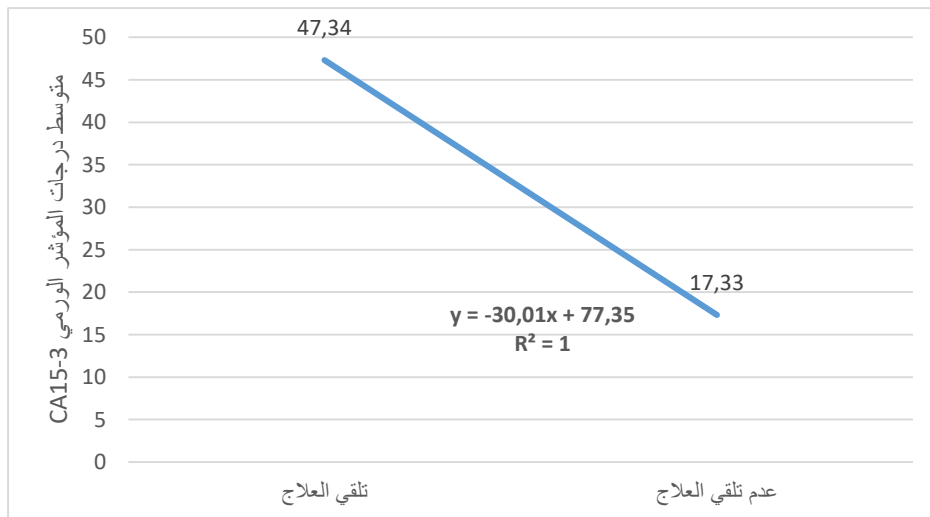
- قيمة (f) المحسوبة في مستوى المؤشر الورمي CA15-3 حسب (تلقي العلاج - عدم تلقي العلاج) بلغت 14.98 عند درجة حرية 59 ومستوى دلالة 0.000 وهو دال مما يعني وجود تجانس.

- قيمة (t) المحسوبة في المؤشر الورمي CA15-3 حسب (تلقي العلاج - عدم تلقي العلاج) بلغت 2.50 عند درجة حرية 59 ومستوى دلالة 0.015 وهو دال وبالتالي وجود فروق لدى المصابات بسرطان الثدي حسب طبيعة العلاج (تلقي العلاج - عدم تلقي العلاج) في المؤشر الورمي

CA15-3 حيث بلغ المتوسط الحسابي عند من تلقين العلاج في المؤشر الورمي CA15-3 47.34 وانحراف معياري 55.03 وبلغ المتوسط الحسابي وعند من لم يتلقين العلاج في المؤشر الورمي CA15-3 17.33 وانحراف معياري 13.97.

وبالتالي توجد فروق في المؤشر الورمي CA15-3 لدى المصابات بسرطان الثدي حسب طبيعة العلاج لصالح من تلقين العلاج في المؤشر الورمي CA15-3.

ويمكن إنشاء رسم بياني باستخدام الأمر Scatter/Dot لتوضيح ما تم إثباته إحصائياً كالتالي:



08. مناقشة نتائج الدراسة:

1. مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تشير نتائج الفرضية الأولى إلى أن " المصابات بسرطان الثدي ذوات الأمل المرتفع أقل إدراكا للضغط النفسي من المصابات ذوات الأمل المنخفض".

من خلال عرض نتائج الفرضية الأولى توصلنا إلى وجود فروق بين مرتفعات ومنخفضات الشعور بالأمل لدى المصابات بسرطان الثدي في إدراك الضغط النفسي، مما يعني وجود تأثير دال إحصائيا لمستوى الشعور بالأمل على إدراك الضغط النفسي عند المصابات بسرطان الثدي وهذا لصالح مرتفعات الشعور بالأمل.

وهذه النتيجة تتوافق مع ما توصل إليه كل من Ong, Edwards, Bergeman (2006) إلى أن درجات الأمل مرتفعة وأن الأمل يوفر فوائد وقائية من خلال إبقاء الانفعالات السلبية منخفضة كما أنه يساهم أيضا في التعافي التكيفي من الضغط، بالإضافة إلى أن ذوي الأمل المنخفض لديهم مستويات مرتفعة من الضغط اليومي، كما ارتبط الضغط المرتفع بانخفاض الأمل وارتفاع الانفعال السلبي وبالمقارنة مع الذين لديهم سمة الأمل منخفضة أظهر الأفراد مرتفعو الأمل تضاؤل في تفاعل الضغط وتعافي عاطفي أكثر فعالية.

كما أشار (Van den heuvel, 2020)²²⁰ أن فولكمان folkman (2010) قامت بدراسة دور الأمل في سياق مواجهة الأمراض الخطيرة، وخاصة السرطان، ورأت بأنه يوجد

²²⁰ Van den Heuvel, Steven C. Historical and multidisciplinary perspectives on hope. Springer Nature, 2020. P 149.

مستويين من الأمل: مستوى عام، وآخر مخصص لعوامل ضغوط مباشرة مثل مرض يهدد الحياة.

وترى دراسة كل من مكليمين وتشوتشينوف (McClemen & chochinov, 2008) أن الشعور بالأمل يؤدي دورا مهما لدى المرضى المصابين بالسرطان المتقدم وكذا أفراد أسرهم بحيث يعد الأمل بمثابة حاجز أو عازل للضغط النفسي وهو عامل مهم في الرفاهية الجسدية والعقلية.

كما توصلت دراسة حامد (2015) إلى أن الشعور بالأمل مرتفع لدى النساء المصابات بسرطان الثدي. وتؤكد دراسة الجماس وإبراهيم وعلي (Al Jammmas, H Ibrahim, & H Ali, 2007) أن مستوى الأمل مرتفع لدى المصابين بالسرطان، وتوصلت دراسة يوسف حمه صالح ومها حسن بكر (2014) أن المصابات بسرطان الثدي لديهن أمل مرتفع.

ويضيف عبد الخالق (2004) أن الأمل يقوم بدور المعدل لتأثير الضغوط على الصحة الجسمية، كما أن له مزايا وفوائد لمن يواجهون المشكلات المرتبطة بالمرض، إذ يرتبط الأمل بالصحة الجيدة وبسرعة الشفاء في حال المرض ويعد الأمل عاملا مهما في التقييم الإيجابي للأحداث السيئة.²²¹ ويوضح كل من لوبز شين، بدروتي جينيفر وسنايدر²²² أن نظرية الأمل تفترض أن الفرد قد يواجه أحد الضغوط على طول مسار الهدف والذي يحتمل أن يعيق السعي وراء الهدف

²²¹ عبد الخالق أحمد محمد: الصيغة العربية لمقياس سنايدر للأمل. دراسات نفسية. المجلد 14. العدد. 2. 2004. ص 185.

²²² لوبز شين، بدروتي جينيفر وسنايدر: علم النفس الإيجابي. ترجمة ثائر أحمد غباري. ط1. عمان: دار الفكر. 2018. ص 266.

الفعلية، وأن السعي الناجح وراء الأهداف المرغوبة، وبخاصة عند مراوغة المعوقات الضاغطة يتسبب في انفعالات إيجابية واستمرارية في جهود السعي وراء الهدف (التعزيز الإيجابي).

وبالرجوع إلى خصائص مرتفعي ومنخفضي الأمل يمكننا تفسير هذه النتيجة بحيث نجد أن مرتفعي الأمل يمتازون بصحة نفسية وجسمية جيدة وأكثر قدرة على التعاون والمرونة في مواجهة مواقف الضغط والتناقض بدلا من التجنب والهروب، وأن الأمل يساعد على استمرار الحياة والنجاح فيها ومواجهة الضغوط.²²³

ويرى كل من لوبز شين، بدروتي جينيفر وسنايدر بأن الضغوط تفسر بشكل مختلف اعتمادا على المستوى الكلي للأمل لدى الفرد، ويعني هذا أن مرتفعي الأمل يفسرون هذه العوائق (الضاغطة) كتحديات وسيقومون باستكشاف طرائق بديلة وتطبيق دافعتهم في هذه الطرائق، وعادة المرور بخبرات النجاح في الالتفاف حول المعوقات تحت مرتفعي الأمل قدما من خلال المشاعر الإيجابية، بينما يصبح منخفضو الأمل عالقين لأنهم لا يستطيعون إيجاد طرائق بديلة وبدورها تقوم المشاعر السلبية بإحباط سعيهم نحو تحقيق الأهداف.²²⁴

وتشير نظرية الأمل إلى أنه عند الشعور بالضغط فإن الأشخاص الذين يملكون مستوى مرتفع من الأمل سيفتعلون مساعي كبيرة للتصرف كما لو أنهم سيخففون الضغط بما في ذلك محاولتهم للتوجه إلى طلب المساعدة النفسية. ويتميز مرتفعي الأمل بقدرة فائقة على التكيف مع الضغط

²²³ أبو الديار مسعد نجاح: سيكولوجية الأمل. ط1. الكويت: مكتبة الكويت الوطنية. 2012. ص 60.

²²⁴ لوبز شين، بدروتي جينيفر وسنايدر: علم النفس الإيجابي. ترجمة ثائر أحمد غباري. ط1. عمان: دار الفكر. 2018. ص 266.

النفسي المزمن، ولديهم أفضل قدرة يمكن تصورهما من حيث التكيف على الأعراض التشخيصية للسرطان.²²⁵

2. مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

وتتص الفرضية على أن "المصابات بسرطان الثدي ذوات الأمل المرتفع أقل في مستوى المؤشر الورمي CA15-3 من ذوات الأمل المنخفض".

وتوصلت النتائج إلى أنه لا توجد فروق بين مرتفعات ومنخفضات الشعور بالأمل لدى المصابات بسرطان الثدي في المؤشر الورمي CA15-3، وبالتالي لا يوجد تأثير دال إحصائياً لمستوى الشعور بالأمل على المؤشر الورمي CA15-3 وهذا ما يدل على عدم تحقق الفرضية. وقد تم افتراض أن المصابات بسرطان الثدي ذوي الأمل المرتفع أقل في مستوى المؤشر الورمي CA15-3 من ذوي الأمل المنخفض على ضوء الأسس النظرية والدراسات السابقة فقد أشار (عبد الخالق، 2016) أن الحالات الوجدانية الإيجابية عامة ترتبط بالمستويات المنخفضة من هرمونات الضغط مثل الكورتيزول والمستويات المنخفضة من المؤشرات البيولوجية للالتهاب لدى النساء خاصة.

وكان هذا انطلاقاً من مبدأ أن للأمل أسس عصبية بيولوجية خاصة فيما يتعلق بالسلوكيات الموجهة نحو الهدف بحيث يقول نورمان كوزنز (Cousins, 1991) بأن الباحثين في الدماغ الآن يؤمنون أن ما يحدث في الجسم يمكن أن يؤثر على الدماغ، وما يحدث في الدماغ يمكن أن

²²⁵ أبو الديار مسعد نجاح المرجع المذكور سابقاً، ص 58.

يؤثر على الجسم. وأن الأمل ليس مجرد حالة عقلية، إنما يمتلك روابط إلكترو كيميائية تؤدي دورا كبيرا في أعمال جهاز المناعة والاقتصاد الكلي للكائن البشري بأكمله".²²⁶

كما تعارضت هذه النتيجة مع دراسة كل من ماك كينا وزملاؤه (Mc Kenna et al (1999)

نقلا عن (خلاف وعدوان، 2018) والتي توصلت إلى وجود ارتباط بين العوامل النفسية والاجتماعية وتطور بعض السرطانات، حيث باستطاعة المناعة الخلوية أن تقوم بالقضاء على الخلايا السرطانية في حين أن العوامل النفسية السلبية قادرة على إضعاف القدرة المناعية للدفاع ضد الأورام، وبالتالي فالعكس صحيح فيما يخص العوامل النفسية الإيجابية التي هي بمثابة المحفز على تنشيط القدرة المناعية لدى الأفراد المصابين بأمراض مختلفة كالسرطان.

وجاءت مخالفة لدراسة (Snyder, 1994) والتي رأت بأن الأمل يؤدي دورا في تحسين الحالة الصحية لمريض السرطان. ونظرية لورانس لهان الذي يرى أن فقدان الأمل عامل نفسي له تأثيرها في إحداث السرطان.

ويمكننا تفسير هذه النتيجة اعتمادا على النموذج التكاملي متعدد العوامل في علم نفس الصحة والذي يوضح أن هناك تفاعل بين العديد من العوامل والمتغيرات بحيث تتأثر كل من السوابق او العوامل المفجرة وهي تعد عوامل تنبؤية مثل العوامل البيئية كأحداث الحياة والسوابق النفسية والاجتماعية كنمط الشخصية (C) والسعادة والتي تخضع للتقييم من طرف الفرد وهذا عن طريق العديد من السياقات مثل الضغط المدرك والضبط المدرك والدعم الاجتماعي المدرك وكذلك حسب استراتيجيات المواجهة المستخدمة والتي تتفاعل هذه الأخيرة فيما بينها مع مختلف الأنظمة كالجهاز العصبي، جهاز الغدد الصماء وكذا جهاز المناعة باعتبارها معدلات تسمح

²²⁶ لوبز شين، بدروتي جينيفر وسنايدر المرجع المذكور سابقا، ص 267.

بالتكيف مع المرض بالإضافة إلى هذا نجد تداخل هذه الجوانب مع الحالة الجسدية والمتغيرات الإيجابية، وهذا ما يمكن أن يوضح تداخل المتغيرات النفسية مع العديد من الجوانب والتي سمحت بعدم ظهور فروق واضحة.

3. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية على أن " المصابات بسرطان الثدي ذوات الضغط المنخفض أقل في مستوى المؤشر الورمي CA15-3 من ذوات الضغط المرتفع".

وتوصلت نتائج الفرضية إلى غياب الفروق بين مرتفعات ومنخفضات إدراك الضغط النفسي في مستوى المؤشر الورمي CA15-3.

ويختلف هذا مع التراث النظري الذي يرى محاولة بعض الفرضيات الربط بين العمليات النفسية والبيولوجية والتي من الممكن أن تتمكن من تطوير السرطان وصاغ بليكر وزملاؤه (Bleiker et al, 2004) في إحدى فرضياته وهي الفرضية البيولوجية وتركز هذه الأخيرة على أن الضغط يؤثر على الجهاز العصبي المركزي ونظام الغدد الصماء والذي قد يكون له تأثير على الجهاز المناعي، وربما على تطور مرض السرطان.

ويختلف أيضا مع الدراسات السابقة التي انطلقنا منها كدراسة لودينسلاجر وآخرون et al (1983) Laudenslager والتي توصلت إلى انخفاض في معدل تطور الورم نتيجة للحد من الضغوط وهذا ما يدل على أن الضغط يؤدي إلى ظهور السرطان. ودراسة Levenstein & Mauder (2008) التي توصلت إلى أن هناك أدلة ثابتة على مساهمة العوامل النفسية في مسار مرض التهاب الأمعاء خاصة الضغط في القولون التقرحي.

وقد أشار كل من بولهان وبورجوى Paulhan. L & Bourgois. M, 1998 إلى أنه من خلال إدراك المريض للضغوط النفسية والتي تؤثر على الصحة النفسية والجسدية قد تؤدي من الناحية الجسمية إلى تطور مرض السرطان.²²⁷

وكما يرى كل من (Al-Shatari et al., 2022) بأن النساء المصابات بسرطان الثدي كثيرا ما ينسبون أصل سرطان الثدي لديهم لعوامل نفسية مثل الضغط النفسي على الرغم من أن الأدلة العلمية على ذلك غير حاسمة في ذلك. وينظر إلى الضغط النفسي على أنه يحد من نمط الكورتيزول الطبيعي أثناء النهار، والذي تم اعتباره أحد عوامل الخطر لبدء الورم وتطوره، كما أن هرمونات الضغط النفسي تؤدي دورا في تلف الحمض النووي (DNA) وإصلاح خلايا سرطان الثدي والتي لها آثار مترتبة على بدء سرطان الثدي وتفاقمه.

وأكد الباحثون أن العوامل النفسية قد تؤثر على تقدم حالة السرطان مثل الزيادة في الورم أو حجم انتشار السرطان في الجسم في المرضى المصابين بالسرطان، وأشارت بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين الضغط وأنواع معينة من فيروس الأورام ذات الصلة. ووجدت أدلة كثيرة من الحيوان والانسان عبر نتائج دراسات تشير إلى أن الضغط المزمن يضعف الجهاز المناعي للفرد، والتي بدورها قد تؤثر على معدل من الفيروسات المرتبطة بالسرطانات مثل ساركوما وبعض الأورام الليمفاوية.²²⁸

²²⁷ برزاون حسية: الضغوط النفسية والاضطرابات العضوية. الجزائر: مؤسسة كنوز الحكمة للنشر والتوزيع. 2018. ص 71.

²²⁸ الحديبي مصطفى عبد المحسن وسيد علي أحمد: علم النفس الصحي المفاهيم الأساسية. ط 1. الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع. 2013. ص 102.

كما أشار كل من (Dalton et al, 2002) نقلًا عن الحديدي وسيد (2013) إلى أن الضغوط يمكن أن تؤثر على نمو الورم وانتشاره، ولكن لا يفهم أن الآليات البيولوجية الدقيقة الكامنة وراء هذه الآثار يمكن أن تؤثر على استئصال السرطان، وقد اقترح العلماء أن آثار الضغوط تؤثر على نظام المناعة، والذي بدوره يمكن أن يؤثر في نمو بعض الأورام. لكن البحوث الحديثة باستخدام عينات حيوانية تشير إلى أن إطلاق الجسم لهرمونات الضغط يمكن أن يؤثر على وظائف الخلايا السرطانية مباشرة.

وجاءت هذه النتيجة متفقة مع ما جاء به تيموثي (2016) حول الضغط النفسي وآثاره الفيزيولوجية فيرى بأنه يمكن للضغط أن يؤثر على جهاز المناعة فيضعف من فاعليته في القضاء على الفيروسات والبكتيريا والأورام والخلايا الشاذة، لكن وبالرغم من تأثير الضغط الهام إلا أنه ليس العامل الوحيد المؤثر على الصحة والمرض.

كما ترى كل من لوفينستون وآخرون (1993) Levenstein et al بأن أحد الموضوعات الرئيسية في الأبحاث النفسية الجسدية الأخيرة هو تأثير الضغط على مسار المرض، ولكن لا يوجد إجماع حول كيفية قياسه، فالجميع يواجه صعوبة في التمييز بين السبب والنتيجة فقد يكون سبب الضغط النفسي هو المرض والعكس صحيح. كما لا يمكن اغفال دور عوامل أخرى كإعلان عن الشخيص فالمصابات بسرطان الثدي كلهن يواجهن مصدر ضغط واضح بالنسبة لهن وهو المرض بحيث تم اعلامهن من طرف الأطباء، فهن يواجهن مصدرا معلوما للضغط يستطعن تقييمه، وهذا ما قد يساهم في غياب الفروق في إدراك الضغط النفسي للمصابات والذي يمكن أن تؤثر في الجانب البيولوجي لمرض السرطان.

4. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

والتي تنص الفرضية على أنه " لا توجد فروق بين فئات الأعمار من المصابات بسرطان الثدي في كل من الشعور بالأمل وأبعاده (السبل-الإرادة) وإدراك الضغط النفسي والمؤشر الورمي CA15-3".

وتوصلت النتائج إلى مايلي:

أ- غياب الفروق بين فئات الأعمار من المصابات بسرطان الثدي في كل من الشعور بالأمل. وانفقت نتائج ما توصلت إليه الفرضية مع دراسة (البكوش، 2014) والتي وجدت بأنه لا توجد فروق بين المريضات الأصغر سنا والمريضات الأكبر سنا والتي تراوحت أعمارهم بين 30 و74 سنة في متغير الأمل لدى المصابات بسرطان الثدي.

و دراسة حامد (2015) والتي توصلت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الشعور بالأمل لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي تبعا للعمر (20-70 سنة).

وكذا دراسة الضويلع (2018) والتي توصلت نتائجها إلى عدم وجود فروق بين مريضات سرطان الثدي في الأمل وفقا للعمر وتراوحت أعمارهم بين أقل من 35 إلى 45 سنة فأكثر.

و دراسة الجماس وإبراهيم وعلي Al Jammmas, H Ibrahim, & H Ali (2007)

التي توصلت إلى أنه لا توجد فروق في مستوى الأمل تعزى لمتغير السن.

وأيضا دراسة تشانج جينغ وآخرون Jing, Wei, Ping, & Zhong-hui (2010) والتي

توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمل والعمر لدى المصابات بسرطان

الثدي أثناء العلاج الكيميائي وتراوحت أعمارهم بين 18 - 65 سنة.

ومن خلال هذه النتيجة نستخلص بأن غياب الفروق راجع إلى أن سمة الأمل لدى المصابات بسرطان الثدي ثابتة نوعاً ما لكنها تتأثر بالتغذية الراجعة التي يمكن أن تحفز استراتيجيات تكيف مختلفة حول المرض تمكنها من تقليص الفروق بينهن وفقاً لمتغير السن. بالإضافة إلى أنهن يشتركن في موضوع المرض (سرطان الثدي) وهذا ما يعبر عنه سنايدر بالأهداف وبالتالي فهذا التصور الذهني للهدف الغير غامض يسهل على المصابات توليد طرق ومسارات للوصول إلى الشفاء وكذا تقوية الاعتقاد بمواجهة الصعوبات التي تعترض طريقهن.

ب- غياب الفروق بين فئات الأعمار من المصابات بسرطان الثدي في كل من أبعاد الشعور بالأمل (السبل - الإرادة).

يقصد ببعد السبل لدى سنايدر القدرة على التخطيط لبلوغ الهدف، ويرى (الدواش وأبو حلاوة، 2019) أن سمة الأمل تتضمن اعتقاد الفرد ويطلق على هذه القدرة الاجمالية الخاصة بالتخطيط للأهداف وتحديد مسارات ومتطلبات تحقيقها " التتالي النفسي للفعل " والتي تعد حافز رئيسي وقوي يعزز الانفعالات الإيجابية ورفاهية الفرد.

ويرى واندلر وآخرون (Wandeler, et al, 2011) بأن سمة الأمل مستقرة وثابتة إلى حد ما مع مرور الوقت ولكنها لا تزال مرنة، وبالرجوع إلى الدراسات السابقة كدراسة كل من (البكوش 2014، حامد 2015، Al Jammmas, H Ibrahim, & H Ali 2007) نجد أنه لا توجد فروق تعزى لمتغير السن لدى المصابات بسرطان الثدي وهذا في مستوى الشعور بالأمل ككل، ولم نجد دراسة تتكلم على أبعاد الأمل لدى المصابات بسرطان الثدي في حدود علمنا، لكن يمكن أن نستدل لتفسير غياب الفروق بين الأعمار في بعدي الأمل (السبل - الإرادة) استناداً إلى الأساس الذي تم به تصميم بنود مقياس الأمل والتي تقيس مدى وجود أفكار مرتبطة بالتوجه نحو

الهدف وبالتالي يمكن القول بأنه لا توجد فروق بين دافعية المصابات بسرطان الثدي اتجاه المرض وإدراكهن له وبين قدرتهن على إيجاد طرق ومسارات فعالة للوصول إلى الهدف رغم الصعوبات التي قد تواجههن في الطريق، وهذا لأن نظرية الأمل لسنايدر ترى بأن الأمل يقوم على أساس تفاعلي بين البعدين كما يمكن أن تتداخل كل من عوامل الشخصية ومصدر الضبط. إلا أن هذا يختلف مع ما جاء به كل من واندلر وآخرون (Wandeler, et al, 2011) بحيث رأوا بأن سمة الأمل مرنة نوعاً ما لأن الأفراد يتعلمون من تجربتهم وظروفهم. وهذا ما يفسر عكس النتيجة التي تم توصلنا إليها، فعلى اعتبار أن المصابات الأكبر في السن مروا بتجارب حياة ومواقف أكثر من الأصغر سناً والخبرات التي تم اكتسابها ستساعدن بشكل إيجابي على تعزيز وإنتاج سبل فعالة وهذا ما يتميز به مرتفعو الأمل.

ج- غياب الفروق بين فئات الأعمار لدى المصابات بسرطان الثدي في إدراك الضغط النفسي. وهذا يتفق مع ما جاءت به دراسة Nerenz et al (1986) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق بين كبار السن وصغار السن من حيث تأثرهم النفسي والأعراض الجانبية عند تلقيهم العلاج الكيميائي لعلاج السرطان.

ودراسة طالبي (2019) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق في مؤشر إدراك الضغط وفق السن.

ويمكن تفسير ما تم التوصل إليه وفقاً لنظرية لازاروس وفولكمان بطريقة إدراك الضغوط تتم وفق لتقييمها إذا ما كانت تسبب أذى أو تهديد أو تحد ومن ثم يتم تقييم الإمكانيات والمصادر التي يمتلكها الفرد للتعامل مع المرض، وهذا ما يشكل لنا الخبرة الذاتية للضغط والتي تكون نتيجة للتوازن ما بين التقييمين (الأولي والثانوي).

د-غياب الفروق بين الفئات العمرية لدى المصابات بسرطان الثدي في المؤشر الورمي

CA15-3.

ويتفق هذا مع دراسة كل من (Al-hilaly, Rasool & Magid, 2017) والتي طبقت على مجموعة عددها (50) من المصابات بسرطان الثدي في مرحلة ما بعد العملية الجراحية كمجموعة تجريبية و (50) امرأة لا تعاني من أي نوع من أنواع السرطان كمجموعة ضابطة والذي تراوحت أعمارهن بين 18 إلى 80 سنة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى كل من المؤشر الورمي CA15-3 و CEA لم يتأثر لدى المصابات بسرطان الثدي وفقا لمتغير السن.

ويتفق هذا أيضا مع دراسة نزار وآخرون 2014 وتوصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود أي تأثير معنوي للفئات العمرية التالية (أقل من 30)، (30-40)، (40-50)، (50-60)، (أكثر من 60) على المعدل العام للمؤشر الورمي CA27-29 لسرطان الثدي.

ولكن تختلف هذه النتيجة مع دراسة (Abid Al- hussein, Mahmood & Hamed, 2016) والتي توصلت إلى أن المؤشر الورمي CA15-3 مرتفع لدى المصابات بسرطان الثدي في الفئة العمرية (47-57) مقارنة بالفئات العمرية (25-35)، (36-46)، (58-68).

5. مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية على أنه "توجد فروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي وغير الخاضعات لأي علاج في كل من الشعور بالأمل وأبعاده (السبل-الإرادة) وإدراك الضغط النفسي والمؤشر الورمي CA15-3".

وتوصلت النتائج إلى مايلي:

أ- غياب الفروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي وغير الخاضعات لأي علاج في الشعور بالأمل.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة فيلدر Felder (2004) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق في مستويات الأمل لدى المرضى المصابين بالسرطان بمختلف أنواع التشخيص، بحيث كان مستوى الأمل مرتفعاً نسبياً، حتى في المرضى الذين عرفوا أن مرضهم في مرحلة متقدمة.

وتتفق كذلك مع ما توصلت إليه نتائج دراسة تشانج جينغ وآخرون (Jing et al, 2010) والتي وجدت أن مستويات الأمل لدى المصابات بسرطان الثدي أثناء تلقي العلاج الكيميائي مرتفعة، ولم تجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمل ومرحلة السرطان.

كما اتسقت أيضاً ودراسة (حامد، 2011) التي توصلت نتائجها إلى غياب الفروق في الشعور بالأمل لدى النساء المصابات بسرطان الثدي تبعاً لنوع العلاج.

إلا أنها جاءت مخالفة لدراسة يوسف صالح ومها بكر (2014) التي وجدت بأن مستوى الأمل منخفض لدى المصابات بسرطان الثدي اللواتي يتعالجن كيميائياً وتم تفسير هذا على اعتبار أنها المرحلة الأكثر صعوبة وآثار العلاج لديها أثر قوي على مقاومة الجسم.

ب- غياب الفروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي وغير الخاضعات لأي علاج في أبعاد الشعور بالأمل (السبل - الإرادة).

تم صياغة هذه الفرضية على اعتبار أن المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي مروا بموقف وتجربة العلاج عكس اللواتي لم يخضعن لأي علاج وبما أن سمة الأمل حسب كل من واندلر وآخرون (2011) تتم عن طريق التعلم من التجارب والظروف. فهذه الخبرة المتعلقة

بالمرض والتي تم اكتسابها ستساعدهن بشكل إيجابي على تعزيز وإنتاج سبل فعالة وهذا ما يتميز به مرتفعو الأمل.

لكن هذا جاء مخالف للنتيجة ويمكننا تفسيرها من منطلق سيكولوجية المرأة بحيث الاعتقاد بالقدرات وطريقة الإدراك قد تحدث تؤثر على النتيجة ومثال ذلك بعض العوامل مثل الصلابة النفسية ومصدر الضبط الداخلي. وحسب سندرسون (2019) فإن أصحاب وجهة الضبط الداخلي يعتقدون بأن قراراتهم وسلوكياتهم تؤثر على نواتجهم كما أنهم يمرون بخبرة سعادة نفسية أفضل لاعتقادهم بالسيطرة على الأحداث. وبالتالي القدرة على توقع الشفاء من المرض والاحساس بالسيطرة عليه. ج- غياب الفروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي وغير الخاضعات لأي علاج في إدراك الضغط النفسي.

واختلفت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة العبيدي (2010) والتي رأت بأن مرحلة التشخيص لمرض السرطان والتجارب التي تتوالى بعد ذلك على المريض والتي تتضمن فترات العلاج بأنواعها (الكيميائي أو الإشعاعي) تؤدي إلى تعرضه لبعض الاضطرابات النفسية، كما أشار إلى دراسة زامكة (2008) والتي أكدت أن رحلة الكفاح مع مرض السرطان ستحمل الكثير من الضغوط النفسية والعصبية والجسدية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بتشابه مصدر الضغط والمتمثل في الإصابة بسرطان الثدي بحيث أن الفئة التي لم تتلقى أي علاج هي مقبلة على إجراء العملية الجراحية وفي كثير من الأحيان تشتركن في الغرفة مع من كانت لهم تجربة في العلاج الكيميائي في المصلحة المتواجدة بالمستشفى وأغلب المريضات يتبادلن الخبرات المتعلقة بالمرض وتجربة العلاج، وبالرجوع إلى التعريف الجائز المتبنى لإدراك الضغط النفسي نجد بأنه التقييم المعرفي للأحداث والمواقف

والذي يحددها تفسير المشاركات في الدراسة لها وبالتالي من خلال المواقف والأحداث يقمن بتقييم مدى قدرتهن على التعامل مع المواقف المسببة للضغط النفسي.

د-وجود فروق بين المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي وغير الخاضعات لأي علاج في المؤشر الورمي CA15-3 لصالح من تلقين العلاج الكيميائي.

اختلفت نتائج دراستنا مع دراسة (Hasan, 2015) والتي توصلت إلى عدم وجود أي علاقة معنوية قد تساهم في تطور وانتشار سرطان الثدي وهذا للمؤشرات التالية CEA و CA19-9 و CA15-3 و السيتوكين TNF- α بعد إعطاء العلاج الكيميائي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال ما تم التطرق له في الجانب النظري للدراسة بأنه في المؤشر الورمي تكون هناك تحولات تحدث أثناء عملية الورم وتكون مصحوبة بتغيرات جينية قد تكون سببا لتغيرات في البروتينات مع تعطيل بنيتها أو وظيفتها، وبالاستناد إلى عوامل الخطورة المرتبطة بالسرطان ترى (سندرسون، 2019) بأن الجينات تؤثر على قيمة العلاج الكيميائي فقد طور باحثون اختبارا يقيس 21 جينا من الورم السرطاني ويقيس مدى نشاط الجينات (أي انتشار السرطان)، وبناء على هذا الاختبار فإن الخضوع للعلاج الكيميائي لا يزيد من معدل البقاء على قيد الحياة، كما أنه يمكن للمرضى تجنب الآثار الجانبية غير السارة للعلاج الكيميائي، وبالتالي فإن جينات معينة تؤثر على فعالية العديد من علاجات السرطان. ويرى (خليل حازم، 2020)²²⁹ أخصائي الجراحة العامة وجراحة الثدي والأورام أن أخذ العلاج الكيميائي أولا أو الجراحة أولا لا يفرق في العلاج، فهو يستخدم للأسباب التالية: إذا كان حجم الورم كبير مقارنة بحجم الثدي يتم اللجوء إلى العلاج الكيميائي لتصغير حجم الورم ولكن هذه الاستجابة للعلاج قد

تختلف من مصابة إلى أخرى فأحيانا يختفي الورم وأحيانا أخرى يقل حجمه ويمكن أيضا ألا يستجيب للعلاج اطلاقا، فاستجابة الورم للكيماوي غير متوقعة.

9. استنتاج عام

من خلال عرض ومناقشة نتائج الفرضيات وهذا وفقا للدراسات السابقة والجانب النظري للدراسة بالإضافة إلى وجهة نظر الباحثة، أسفرت النتائج إلى تحقق بعض الفرضيات ووجود اتساق بين الدراسات السابقة والتراث النظري للدراسة، فيما لم تتحقق البعض منها وكشفت عن وجود اختلافات مع الجانب النظري والدراسات السابقة التي تم تناولها وجاءت كالتالي:

-المصابات بسرطان الثدي ذوات الأمل المرتفع أقل إدراكا للضغط النفسي من المصابات ذوات الأمل المنخفض.

- ارتفاع أو انخفاض الشعور بالأمل لدى المصابات بسرطان الثدي لا يؤثر في مستوى المؤشر الورمي CA15-3.

- ارتفاع أو انخفاض إدراك الضغط النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي لا يؤثر في مستوى المؤشر الورمي CA15-3.

- لا يؤدي اختلاف الفئات العمرية بين المصابات بسرطان الثدي إلى إحداث فروق في كل من الشعور بالأمل وأبعاده (السبل-الإرادة) وإدراك الضغط النفسي والمؤشر الورمي CA15-3.

- تلقي العلاج الكيميائي وعدم تلقي أي علاج لا يؤثران في كل من مستوى الشعور بالأمل وأبعاده (السبل-الإرادة)، وإدراك الضغط النفسي.

- المؤشر الورمي CA15-3 لدى المصابات بسرطان الثدي الخاضعات للعلاج الكيميائي مرتفع مقارنة بمن لم يتلقين أي علاج.

ويمكن إرجاع هذه النتيجة إلى تفاعل كل من المكونات المعرفية في سمة الأمل وفقا لنموذج سنايدر والذي يرى (Snyder, 1994) بأن الأمل هو قوة الإرادة النفسية مع قوة إدراك الفرد لسبل تحقيق الأهداف ($Hope = Mental Willpower + Waypower for Goals$).

والتي تتداخل مع طريقة إدراك وتقييم المصابات بسرطان الثدي للضغط النفسي وبالرجوع إلى وظيفة التغذية المتقدمة والتغذية الراجعة نجد أن الفرد قد يواجه الضغوط التي يحتمل أن تعيقه على طول مسار سعيه لتحقيق الهدف والتي تتسبب في انفعالات إيجابية أو سلبية وهذا ما يمكن أن يؤثر في الحالة الجسدية للمريض واستجابته للمرض، وهذا لوجود ترابط بين الجانب النفسي والجهاز العصبي والمناعي وجهاز الغدد الصماء كما أن إدراك الضغط النفسي يؤدي دور الوسيط والمعدل في عملية التقييم وهذا مع عوامل عديدة من ضمنها المتغيرات النفسية الإيجابية مثل ما يراه الاتجاه التكاملي في علم نفس الصحة.

10. اقتراحات

في الختام نستطيع القول بأن هذه الدراسة جاءت لتوضيح دور بعض العوامل النفسية مع الجانب البيولوجي لدى المصابات بسرطان الثدي وهذا من منظور علم نفس الصحة.

ومن خلال النتائج التي تم التوصل لها في هذه الدراسة يمكننا طرح بعض الاقتراحات التالية:

➤ توسيع مجال البحث في نفس موضوع الأطروحة وهذا بالقيام بدراسات مستقبلية قد تأتي بنتائج في نفس سياق هذه الأطروحة لتدعمها أو مخالفة لها وهذا لتسهيل عملية البحث للباحثين الآخرين.

➤ الحث على إجراء دراسات وبائية تجريبية لتوضيح التفاعل بين العوامل النفسية والجوانب البيولوجية بشكل أوضح.

➤ اعتماد المختصين في المجال النفسي والطبي المتكفلين بمرضى السرطان على الخطط العلاجية المبنية على رفع الشعور بالأمل وتخفيف الضغوط النفسية المدركة من قبل المرضى خاصة في المستشفيات بالجزائر.

المراجع

أولاً: قائمة المراجع باللغة العربية

1. أبو الديار مسعد نجاح. سيكولوجية الأمل. ط1. الكويت: مكتبة الكويت الوطنية. 2012.
2. أبو طالب دعاء مسموع أحمد. "مقياس الشعور بالأمل". مجلة القراءة والمعرفة. العدد 135. (2012): 275-295.
3. أحمان لبنى. "مصادر الضغط النفسي لدى عينة من المصابات بسرطان الدم". مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية. المجلد 12. العدد 24. (2011): 21-48.
4. أحمان لبنى. دور كل من المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي. أطروحة دكتوراه علم النفس العيادي. الجزائر: جامعة باتنة. 2012.
5. أحمان لبنى. علم المناعة النفسية العصبية. الجزائر: دار الخلدونية. 2019.
6. الإمام سعيدة ورويم فائزة. "مستوى الأمل وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية لدى طلبة جامعة قاصدي مرباح ورقلة دراسة ميدانية بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية". دراسات نفسية وتربوية. المجلد 13. العدد 3. (2020): 180-200.
6. الإمام سعيدة ورويم فائزة. "الأمل بين المفهوم والعلاج". مجلة العلوم الاجتماعية. المجلد 7. العدد 29. (2018): 167-174.
7. الإمام سعيدة. فعالية برنامج قائم على مهارات التفكير الإيجابي في تنمية الأمل لدى طلبة الجامعة. أطروحة دكتوراه في علم النفس المدرسي. جامعة ورقلة. 2020.
8. آيت حمودة حكيمة. دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية. أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر. 2005.

9. باركر كريس، نانسي بيسترانج وروبرت إليوت. مناهج البحث في علم النفس الكلينيكي والارشادي. ترجمة محمد نجيب الصبوة، ميرفت أحمد شوقي، عائشة السيد رشدي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية. 1999.

10. بحري صابر وخرموش منى. " استراتيجيات مقاومة الضغوط النفسية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي". مجلة دراسات في علم نفس الصحة. المجلد 4. العدد 1. (2019): 75-88.

11. بخوش سارة وأحمان لبنى. "النموذج البيو نفسي اجتماعي للألم المرتبط بالسرطان (من أسبابه إلى إدارته)". مجلة العلوم الانسانية لجامعة أم البواقي. المجلد 8. العدد 2. (2021): 603-619.

12. برزاون حسية. الضغوط النفسية والاضطرابات العضوية. الجزائر: مؤسسة كنوز الحكمة للنشر والتوزيع. 2019.

13. البكوش خيرية عبد الله. " الأمل وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدى عينة من مريضات سرطان الثدي". مجلة رواق المعرفة. العدد 1 و 2. (2014): 143-162.

14. البكوش خيرية عبد الله. "العلاقة بين الأمل والشعور بالألم لدى عينة من مرضى السرطان". المجلة الجامعة. المجلد 2. العدد 16. (2014): 133-152.

15. بن قويدر أمينة وكركوش فتيحة. "دراسة عوامل الخطورة النفسية للإصابة بالسرطان إشكاليات وصعوبات". مجلة الفكر المتوسطي للبحوث والدراسات في حوار الديانات والحضارات. المجلد 7. العدد 2. (2018): 174-185.

16. تايلور شيلي. علم النفس الصحي. ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكرا طعيمة داود. 1. عمان: دار حامد للنشر والتوزيع. 2008.

17. تيموثي ج ترول. علم النفس الكلينيكي. ترجمة فوزي شاكرا طعيمة داود وحنان لطفي زين الدين. ط 1. عمان: دار الشروق. 2007.

18. حامد سليمان أسماء عبد العظيم. "الفروق بين مستويات الأمل لدى الأطفال مرضى سرطان الدم والأطفال الأصحاء وأمهاتهم". دراسات تربوية ونفسية. المجلد 36. العدد 111. ج 1 (2021): 209-228.
19. حامد ومضة حسن العوض. الشعور بالأمل والمساندة الاجتماعية وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى المصابات بسرطان الثدي بالمركز القومي لسرطان بمدينة ودمدني. رسالة ماجستير. الخرطوم. جامعة النيلين. 2015.
20. حجازي مصطفى. إطلاق طاقات الحياة قراءات في علم النفس الإيجابي. بيروت: التنوير للطباعة والنشر والتوزيع. 2012.
21. الحديبي مصطفى عبد المحسن وسيد علي أحمد. علم النفس الصحي المفاهيم الأساسية. ط 1. الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع. 2013.
22. الحيدري تغريد خليل محمد علي، يسرى خلف حنون، حيدر باقر محمد علي الشماع، مناهل محمود عباس، ميسون جابر الموسوي، منى عطا الله خليفة، ندى عبد الصاحب العلوان، لجين كاظم محمد، علاء شاكر فاضل وبرق جعفر. دليل عمل الكشف المبكر والفحص الدوري لسرطان الثدي وعنق الرحم في مراكز الرعاية الصحية الأولية في العراق. وزارة الصحة دائرة الصحة العامة. 2013.
23. خلاف أسماء وعدوان يوسف. "فعالية الذات المدركة وعلاقتها بالاستجابة المناعية (المتنيمات المناعية C3-C4) لدى النساء المصابات بسرطان الثدي". مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، المجلد 9. العدد 1 (2018): 159-186.
24. خلاف أسماء. دور العلاقة بين فعالية الذات المدركة والعزو السببي في بعض عناصر الاستجابة المناعية لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي. أطروحة دكتوراه في علم نفس الصحة. جامعة سطيف 2. 2019.
25. خنفار سامرة. المقاربة بيو نفس اجتماعية لسرطان الثدي من منظور علم النفس الصحي. ط 1. الأغواط: دار نون للقلم والطباعة والنشر والتوزيع. 2014.

- 26.الداهري صالح حسن أحمد. أساسيات علم النفس الصحي والعصبي والعلاج السلوكي الأسس والنظريات. ط1. عمان: درا صفاء للنشر والتوزيع. 2018.
- 27.ديغم عبد المحسن إبراهيم: الأمل النظرية والعلاج. نسخة الكترونية. (د. س).
- 28.رحاحلية سمية. الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي. رسالة ماجستير في علم نفس الصحة. جامعة باتنة. 2010.
- 29.رحيم هند صبيح وعبد الحافظ ثناء عبد الودود. "بناء وتطبيق مقياس الأمل لدى طلبة الجامعة". مجلة الأستاذ. المجلد 2. العدد 212. (2015): 321-350.
- 30.رشاد علي عبد العزيز موسى وعرفة حسني عبد الحافظ حسن. علم نفس الأورام. القاهرة: عالم الكتب. 2019.
- 31.زايدي باية. التعامل مع الضغط النفسية وعلاقته بعض السمات المناعية (الصلابة، التوكيدية، التفاؤل) لدى الأساتذة الجامعيين. أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر 2. 2018. زناد دليلة وبرجي شاكرا أمير الدين. "علم نفس الصحة: النماذج والمفاهيم والتطبيقات". مجلة دراسات في علم نفس الصحة. المجلد 2. العدد 1. (2017): 23-8.
- 32.زناد دليلة. علم النفس الصحي. الجزائر: دار الخلدونية. 2013.
- 33.السرارتي كريم فخري هلال والزبيدي مها محسن صلال. " الاستعداد للأمل وعلاقته بمعتقدات الكفاءة الذاتية والدافعية العقلية لدى الطلبة المتميزين وأقرانهم العاديين". مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية. المجلد 26. العدد 9. (2018): 97-116.
- 34.سرطان الندي. مستشفى الملك فيصل التخصصي سرطان الثدي. خدمات التنقيف الصحي قسم الأورام. ط 3. 2015.
- 35.سندرسون كاترين. علم نفس الصحة. ترجمة مراد علي عيسى وتيسير الياس شواش. ط 1. عمان: دار الفكر. 2019.

36. شدمي رشيدة. واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي. أطروحة دكتوراه علم النفس العيادي. الجزائر: جامعة تلمسان. 2015.
37. صونيا دودو ولينة شلبي. "التفاؤل من منظور علم النفس الإيجابي". مجلة الفتح للدراسات النفسية والتربوية. المجلد 2، العدد 1. (2018): 113-120.
38. الضويلع ابتسام علي محمد. "التفاؤل والأمل وعلاقتهما بجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي". مجلة البحث العلمي في التربية. العدد 19. (2018): 23-48.
39. الضويلع ابتسام علي محمد. "التفاؤل والأمل وعلاقتهما بجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي". مجلة البحث العلمي في التربية. العدد 19. (2018): 23-48.
40. طالبي الصادة. الضغوط النفسية وعلاقتها بكل من القلق الاجتماعي وتقدير الذات لدى النساء المصابات بسرطان الثدي. أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة باتنة. 2019.
41. عائشة بنت فهد اليحيا. "الرضا عن الحياة وعلاقته بالأمل لدى نزيلات دار الرعاية الاجتماعية بمدينة الرياض". مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية. المجلد 26. العدد 2. (2018): 188-213.
42. عبد الخالق أحمد محمد. "الصيغة العربية لمقياس سنايدر للأمل". دراسات نفسية. المجلد 14. العدد 2. (2004): 183-192.
43. عبد الخالق أحمد محمد. "الصيغة العربية لمقياس سنايدر للأمل". مجلة دراسات نفسية. المجلد 14. العدد 2. (2004): 183-192.
44. عبد الخالق أحمد محمد. الضغوط والأمراض مدخل في علم نفس الصحة. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية. 2016.

45. عبد الخالق أحمد محمد، حمودة سليمة وزين العابدين فارس. "السعادة وارتباطها بالحياة الطبية لدى عينة من طلبة الجامعة في الجزائر". مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية. المجلد 9. العدد 31. (2017): 244-233.
46. عبد الرحمن غسان، بلال صباح. أساسيات علم المناعة. منشورات جامعة حلب كلية العلوم. مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية. 2005.
47. عبد العزيز مفتاح محمد. علم نفس الصحة. ط1. عمان: دار وائل للنشر. 2010.
48. عبد المعطي أزهار غيث. "الشعور بالأمل كمتغير وسيط بين الصمود النفسي والضغط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين بعد العدوان على غزة". رسالة ماجستير الإرشاد النفسي. فلسطين. جامعة الأقصى. 2017.
49. عبد المعطي حسن مصطفى. ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها. ط 1. مصر: مكتبة زهراء الشرق. 2006.
50. العبيدي خمائل خليل إسماعيل. "الشعور باليأس لدى مرضى السرطان". مجلة آداب المستنصرية. المجلد 2011. العدد 54. (2011): 33-1.
51. عدوان يوسف. "السيتوكينات والمرض العضوي والنفسي، نحو نموذج نفسي عصبي مناعي غددى لفهم العلاقة بين الضغوط والأمراض". مجلة دراسات في علم نفس الصحة. المجلد 4. العدد 4. (2019): 53-31.
52. علي فاطمة الزهراء. الضغوط النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير. الخرطوم. جامعة النيلين. 2009.
53. فاروق السيد عثمان. القلق وإدارة الضغوط النفسية. ط1. القاهرة: دار الفكر العربي. 2001.

الفخراي خالد إبراهيم والوكيل سيد أحمد. "علم النفس الإيجابي وتطبيقاته في المجالات
الكلينيكية والاجتماعية والجنائية". المؤتمر الإقليمي العاشر لقسم علم النفس. جامعة طنطا.
(2014): 341-386.

54. فؤاد محمد الدواش وأبو حلاوة محمد السعيد. "الأمل وعلاقته بمكونات اعتقاد التحكم
الشخصي والوعي العمدي الآني لدى طلاب الجامعة". مجلة الدراسات التربوية والإنسانية.
المجلد 11. العدد 3. (2019): 20-116.

55. القاسم ماضي بنت محمد بن حمد. الذكاء الوجداني وعلاقته بكل من السعادة والأمل لدى
عينة من طالبات جامعة أم القرى. رسالة ماجستير نمو نفسي. المملكة العربية السعودية:
جامعة أم القرى. 2011.

56. فنون خميسة. الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة
لدى مرضى السرطان. أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة باتنة. 2013.
57. لوبز شين وبدروتي جينيفر، سنايدر. علم النفس الإيجابي. ترجمة تائر أحمد غباري.
ط1. عمان: دار الفكر. 2018.

58. ليلي أحمد السيد كرم الدين. إيهاب محمد عيد. هبة صالح بشير حسن. (2018).
"دراسة تحليلية للضغوط النفسية والبيئية لمريضات سرطان الرحم ذوات المستوى
الاقتصادي المتوسط". مجلة العلوم البيئية. جامعة عين الشمس. المجلد 42، الجزء 1.
(2018): 247-271.

59. مارتن سيلجمان. السعادة الحقيقية. ترجمة صفاء أعسر وآخرون. ط 1. القاهرة: دار
العين للنشر. 2005.

60. معمريّة البشير. دراسات في علم النفس الإيجابي. ج 1. الجزائر: دار الخلدونية للنشر
والتوزيع. 2012.

61. معمرية البشير. علم النفس الإيجابي وقياس متغيراته في المجتمع الجزائري. ج3. جامعة باتنة. 2021.
62. معمرية البشير. علم نفس الذات. الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع. 2012.
63. معمرية بشير. "تقنين استبيان لقياس الأمل (قياس الأهداف) على البيئة الجزائرية." مجلة التنمية البشرية. المجلد 1. العدد 3. (2011): 181-204.
64. معمرية بشير. المرجع في منهاج البحث النفسي وإجراءاته الميدانية. باتنة: طباعة وتجليد الأندلس للخدمات الجامعية. 2022.
65. مغزي أميمة. "المقاربات النظرية المفسرة للضغوط النفسية." مجلة العلوم الإنسانية والمجتمع. المجلد 7. العدد 27. (2018): 647-667.
66. منصور محمد والشربيني عاطف. سيكولوجية الأمل بين النظرية والتطبيق. (ط1). القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب. 2018.
67. نزار جواد زينب. العلاقة بين الطفرات في جيني BRCA2 و BRCA1 وبعض عوامل الخطورة لدى مرضى سرطان الثدي في محافظة كربلاء. رسالة ماجستير في علوم الحياة. العراق: جامعة كربلاء. 2012.
68. نزار زينب جواد. زهير محمد علي جدوع. مها الفتلاوي. "دور المعلومات الورمية في الكشف المبكر عن سرطان الثدي في محافظة كربلاء." مجلة جامعة كربلاء العلمية. المجلد 12. العدد 2. (2014): 293-298.
69. يوسف حمه صالح مصطفى ومها حسن بكر. "فاعلية الذات والامل لدى المصابات بسرطان الثدي في اقليم كردستان العراق." مجلة الفتح للبحوث التربوية والنفسية. المجلد 10. العدد 60 (2014): 28-56.

70. يوسفى حدة. "التدريب التحصيني ضد الضغوط كأسلوب من أساليب العلاج السلوكي المعرفي عند ميكينبوم." دراسات نفسية. المجلد 2. العدد 6. (2011): 49-74.

ثانيا: قائمة المراجع باللغة الأجنبية

1. Abdel-Khalek, Ahmed, and C. R. Snyder. "Correlates and predictors of an Arabic translation of the Snyder Hope Scale." *The Journal of Positive Psychology* 2, no. 4 (2007): 228-235.
2. Abdel-Khalek, Ahmed, and C. R. Snyder. "Correlates and predictors of an Arabic translation of the Snyder Hope Scale." *The Journal of Positive Psychology* 2, no. 4 (2007): 228-235.
3. Aissaoui Arifa, Adel Gouri, Aoulia Dekaken, Nihad Laabed, Mehdi Belleili, and Sadek Benharkat. (2015). "Place des marqueurs tumoraux sériques en cancérologie", *journal of medical sciences* 2, no. 2 (2015): 167-171.
4. Aissaoui, Arifa, Adel Gouri, Aoulia Dekaken, Nihad Laabed, Mehdi Belleili, and Sadek Benharkat. "Place des marqueurs tumoraux sériques en cancérologie." *journal of medical sciences* 2, no. 2 (2015): 167-171.
5. Al Jammass, Elham Kh, Radhwan H. Ibrahim, and Ahmad H. Ali. "Assessment of Hope in Patient With Cancer in Mosul City." *The Medical Journal of Tikrit* 13, no. 2 (2007): 99-102.
6. Al-Atrakchi, Sahib A., and Sami A. Al-Mudhaffar. "Clinical role of CEA in human mammary carcinoma." *National Journal of Chemistry* 9, no. 34 (2009): 315-329.
7. Alena Slezackova. "hope and well-being psychosocial correlates and benefits." *Centre for resilience and socio-emotional health*. university of malta. 2017.

8. Al-Hilaly Hammadi, Aws Rasool, and Rawaa Magid.
"Immunological study of CA-15.3 and CEA tumor markers among post-operative breast cancer patients." *Al-Qadisiyah Medical Journal* 13, no. 24 (2017): 94-102.
9. Al-Hussain, Ryaidh Sh, et al. "Early detection of Breast Cancer by Tumor Marker CA15. 3, CA27. 29 and relationship with P53 and Vitamin D." *Journal of Biotechnology Research Center* 8. no. 1 (2014): 59-65.
10. Al-Shatari, Sahar, Mahir Suhail, Iman A. Mohammed, and Iman Chalooob. "Psychological profile of breast cancer patients-sample from al-Resafa/Baghdad." *The Medical Journal of Basrah University* 40, no. 1 (2022): 8-19.
11. Anna C Whittaker was Phillips,. Perceived Stress, In book: *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, (2015): 1453–1454.
12. Attilio, Cavezzi, Ambrosini Lorenzo, Quinzi Valentina, Colucci Roberto, and Colucci Enza. "Psychoneuroendocrineimmunology (PNEI) and longevity. " *Healthy Aging research* 7, no. 12 (2018): 1-9.
13. Bameer, Omer M., Ahmed M. Badheeb, Omer O. Basaad, and Saeed O. Alfadly. "Psychological Stresses among cancer patients in Hadramout (Yemen)" *.Hadhramout Journal of Medical Sciences*, 4, no. 1-2 (2015): 357-362.
14. Berquin Anne. "Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie." *Revue Médicale suisse* 6, no. 258 (2010): 1511-1513.
15. Bombardieri, Emilio, G. Bonadonna, and L. Gianni. *Breast Cancer Nuclear Medicine in Diagnosis and Therapeutic Options*. Springer. 2008

16. Bonnie Strickland executive editor. *The Gale Encyclopedia of psychology*, 2nd edition, Gale Group. 2001.
17. Bouali Youcef, immunoglobulines, *cours d'immunologie*, laboratoire d'immunologie, faculté de médecine, Algérie: Université Oran.
18. Boukhrissa Merouane. "*Cancers et concertations nouvelles approches et stratégies de prise en charge du cancer*". Alger: Office des publications universitaires, 2014.
19. Brahimi, Khadidja. *Le cancer du sein*, tome 1, Algérie: Office des publications universitaires. 2014.
20. Bruchon-Schweitzer Marilou. *Psychologie de la santé modèles, concepts et méthodes*. Paris. Dunod. 2002.
21. Ebright Patricia R., Brenda Lyon. "Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer." *oncology nursing forum* 29, no. 3 (2002): 561-568.
22. Engel George L. "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine." *Science* 196, no. 4286 (1977): 129-136.
23. Felder, Barbara E. "Hope and coping in patients with cancer diagnoses." *Cancer nursing* Lippincott 27, no. 4 Williams & Wilkins (2004): 320-324.
24. Folkman, Susan. "Stress, coping, and hope". *psycho-oncology, John Wiley & Sons* 1, no. 19. (2010): 901-908.
25. Forshaw, Mark. *Essential health psychology*. Oxford University Press, 2002.
26. Frederick O. Stephens, Karl R. Aigner. *Basics of oncology*. Springer. 2009.
27. Hadjarab. F, Bouzid. K. "Marqueurs tumoraux : Utilité en cancérologie et en pratique clinique", *revue médicale algérienne, elhikma* 3, no. 17 (2019): 40-48.

- 28.Hadjarab. F, bouzid. K. "Marqueurs tumoraux" : Utilité en
oncologie et en pratique clinique, revue médicale algérienne.
Algérie: elhikma 3, no. 17. (2019): 40-48.
- 29.Hasan Ahmed Abbas. "Clinical Investigation of The Role of Tumor
Necrosis Factor- α and Other Risk Factors In The Evolution of Breast
Cancer in Kerbala City." *Journal of Babylon University/Pure and
Applied Sciences* 23, no. 2 (2015): 853-861.
- 30.Hassan Hiba Abid Al-Hussein, Amani Mahmood Tauma, and Shatha
Hamed Ataimish. "Determination of Some Biochemical Markers for
Breast Cancer Women in Baghdad." *Journal of Al-Ma'moon College*
28, (2016): 317-327.
- 31.Huh, Hyu Jung, Kyung Hee Kim, Hee-Kyung Lee, Bo Ram Jeong, Ji
Hyun Hwang, and Jeong-Ho Chae. "Perceived stress, positive
resources and their interactions as possible related factors for
depressive symptoms." *Korean Neuropsychiatric Association* 18,
no. 1 (2021): 59-68.
- 32.Jacqueline L. Longe. The gale encyclopedia of cancer. *A guide to
cancer and its treatments*. 3rd ed, new yourk, gale group. 2010.
- 33.Lazarus, Richard S., and Susan Folkman. Stress, appraisal, and
coping. Springer publishing company, 1984.
- 34.Levenstein, Susan, Cosimo Prantera, Vilma Varvo, Maria L.
Scribano, Eva Berto, Carlo Luzi, and Arnaldo Andreoli.
"Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for
psychosomatic research." *Journal of psychosomatic research* 37, no.
1 (1993): 19-32.
- 35.Levenstein, Susan, Cosimo Prantera, Vilma Varvo, Maria Lia
Scribano, Arnaldo Andreoli, Carlo Luzi, Massimo Arca, Eva Berto,
Giustina Milite, and Adriana Marcheggiano. "Stress and
exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients

- enrolled in remission." *The american journal of gastroenetrology* 95, no. 5 (2000): 1213-1220.
- 36.Liboko, Alexis Fortuné Bolenga, and Alexis Fortuné. "Valeur Pronostique et Prédictive de la Valeur du CA15-3 Sanguin Initial dans le Cancer du Sein." *health sciences and disease* 20, no. 3 (2019): 39-41.
- 37.Lopez, Shane J. *The encyclopedia of positive psychology*. vol 1, John Wiley & Sons, 2009.
- 38.Margalit, Malka, and Orly Idan. "Resilience and hope theory: An expanded paradigm for learning disabilities research." *Thalamus* 22, no. 1 (2004): 58-64.
- 39.Martin-Krumm, Charles, Yann Delas, Marc-André Lafrenière, Fabien Fenouillet, and Shane J. Lopez. "The structure of the state hope scale." *The Journal of Positive Psychology* 10, no. 3 (2014): 1-10.
- 40.Maunder, Robert G., and Susan Levenstein. "The role of stress in the development and clinical course of inflammatory bowel disease: epidemiological evidence." *Current molecular medicine* 8, no. 4 (2008): 247-252.
- 41.McClement, Susan E., and Harvey Max Chochinov. "Hope in advanced cancer patients." *European Journal of Cancer* 44, no. 8 (2008): 1169-1174.
- 42.Medjdoub asmahane. "*Facteurs de risque et étude de quelques marqueurs biologiques circulants dans le cancer du sein dans l'ouest algerien*", thèse doctorat biologie moléculaire et oncogénèse, algérie: univ oran. 2012.
- 43.Mohammed, Iyden Kamil, Ali Hussein Al-Timemy, and Javier Escudero. "Two-Stage Classification of Breast Tumor Biomarkers

- for Iraqi Women." *Al-Khwarizmi Engineering Journal* 16, no. 3 (2020): 1-10.
- 44.Mohammed, Iyden Kamil, Ali Hussein Al-Timemy, and Javier Escudero. "Two-Stage Classification of Breast Tumor Biomarkers for Iraqi Women." *Al-Khwarizmi Engineering Journal* 16, no. 3 (2020): 1-10.
 - 45.Ong, Anthony D., Lisa M. Edwards, and Cindy S. Bergeman. "Hope as a source of resilience in later adulthood." *Personality and individual differences* 41, no. 7 (2006): 1-17.
 - 46.Ong, Anthony D., Lisa M. Edwards, and Cindy S. Bergeman. "Hope as a source of resilience in later adulthood." *Personality and individual differences* 41, no. 7 (2006): 1-17.
 - 47.Ong, Anthony D., Taylor Standiford, and Saarang Deshpande. "Hope and stress resilience." *the oxford handbook of hope*, 2018.
 - 48.Rebecca Jacoby, Giora Keinan. *between stress and hope*, greenwood. 2003.
 - 49.Rebecca Jacoby, Giora Keinan. *between stress and hope*. greenwood. 2003.
 - 50.Richard Lazarus, and susan folkman. *Stress appraisal and coping*. springer. 1984.
 - 51.Sanatani, Michael, Gil Schreier, and Larry Stitt. "Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study." *Supportive Care in Cancer* 16 (2008): 493-499.
 - 52.Shnawa, Ibrahim MS, Huda Daher Al-Mersomy, and Kasim FA al-Maliky. "CD4/CD8 Ratio, CEA and Ca15-3 As A Battery for Diagnosis of Women Breast Cancer." *Medical Journal of Babylon* 6, no. 2 (2009): 339-347.
 - 53.Snyder Charles Richard, and Shane J. Lopez, eds. *Handbook of positive psychology*. Oxford university press, 2002.

54. Snyder, C. R. "the psychology of hope. " new york: the free press.
1994
55. Snyder, C. Richard. "Hope theory: Rainbows in the
mind." *Psychological inquiry*. Taylor & Francis 13, no. 4 (2002):
249-275.
56. Taukeni, Simon George. "Biopsychosocial model of health"
Psychology and Psychiatry 4, no. 1 (2020): 1-2.
57. Tetrick, Lois E., James Campbell Quick. *handbook of occupational
health psychology*. Washington. american psychological association.
2003.
58. Van den Heuvel, Steven C. *Historical and multidisciplinary
perspectives on hope*. Springer Nature, 2020.
59. Van den Heuvel, Steven C. *Historical and multidisciplinary
perspectives on hope*. Springer Nature. 2020.
60. Verhiac Jean-François. La psychologie de la santé et la psychologie
sociale de la santé. *Cours psychologie Sociale et Santé*. Université
paris nanterre. 2015/2016. 1-76.
61. Villers, Arnauld, Xavier Rébillard, Michel Soulié, Jean-Louis Davin,
Patrick Coloby, Jean-Luc Moreau, Arnaud MEJEAN, Jacques Irani,
Christian Coulange, and Philippe Mangin. "Dépistage du cancer de
la prostate." *Progrès en Urologie* 13, no. 3. (2003): 209-214.
62. Wandeler Christian A., Shane J. Lopez, and Franz J. Baeriswyl.
"Hope, mental health, and competency development in the
workplace." *Empirical research in vocational education and
training* 3, no. 2 (2011): 129-146.
63. Wroblewski, Kristin Kahle, and C. R. Snyder. "Hopeful thinking in
older adults: Back to the future." *Experimental Aging Research* 31,
no. 2 (2005): 217-233.

- 64.Zendjabil mustapha. "Identification d'un Profil de Marqueurs Tumoraux Sériques pour le diagnostic du Cancer du Sein Métastatique." *algerian journal of health sciences* 2, no. 3 (2020): 23-27.
- 65.Zhang Jing, Gao Wei, Wang Ping, and Zhong-hui Wu. "Relationships among hope, coping style and social support for breast cancer patients." *Chinese Medical Journal* 123, no. 17 (2010): 2331-2335.

المواقع الإلكترونية

<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cancer> تم الاسترداد 2022/04/03 سا 21:20

<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-points-cles>. 11:00 تم الاسترداد 2021 /03/02 سا 11:00

https://www.chu.ulg.ac.be/jcms/c_351711/fr/neuron-specific-enolase تم الاسترداد 2022/02/21 على الساعة 21:00

<https://www.mypathologyreport.ca/fr/pathology-dictionary> تم الاسترداد 2022/02/19 على الساعة 18:31

https://www.eurofins-biomnis.com/referentiel/liendoc/precis/CYFRA_21-1.pdf تم الاسترداد 2022/02/19 على الساعة 19:27

<https://www.eurofins-biomnis.com/fr-int/services/referentiel-des-examens/page/TPA/> تم الاسترداد 2022/02/19 على الساعة 21:00

<https://cancer.ca/fr/treatments/tests-and-procedures/human-chorionic-gonadotropin-hcg-or-b>

hcg#:~:text=La%20gonadotrophine%20chorionique%20humaine%20(HC
G,canc%C3%A9reuses%20peuvent%20aussi%20la%20fabriquer.

تم الاسترداد 2022/02/21 على الساعة 20:50

<https://youtu.be/SwT154Ih4yg>

تم الاسترداد 2023/05/20 على الساعة 23:00

<https://elearn.univ-oran2.dz/course/search.php?search=%D8%A7%D9%84%D8%B3%D8%B1%D8%B7%D8%A7%D9%86&perpage=10&page=1>

الملاحق

ملحق رقم (01)

مقياس الأمل لـ سنايدر وآخرون 1991

سيدي سيدتي

التعليمة: فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف تفكيرك وكيف تحقق أهدافك في الحياة. اقرأها جيدا، ثم بين مدى انطباقها عليك وذلك بوضع علامة x تحت كلمة لا أو قليلا أو متوسطا أو كثيرا. أجب عن كل العبارات.

المعلومات الشخصية:

رقم الملف..... الرقم..... السن.....
الحالة الاجتماعية..... المهنة.....
المستوى التعليمي..... التخصص العلمي.....
نوع الإصابة..... مدة الإصابة.....
نوع العلاج..... مدة العلاج.....
علاجات أخرى.....

الرقم	العبارة	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا
1	أستطيع أن أفكر في عدة طرق للتخلص من مأزق أو من مشكلة				
2	أسعى بكل اهتمام وجدية لتحقيق أهدافي				
3	أشعر بالتعب في معظم الوقت				
4	لكل مشكلة أكثر من طريقة لحلها				
5	أنهزم بسهولة في أي جدال				
6	هناك أكثر من طريقة عندي للحصول على الأشياء المهمة لي في الحياة				
7	أشعر بالقلق على صحتي				
8	بإمكاني أن أجد وسيلة لحل المشاكل حتى عندما تحبط الآخرين				
9	لقد حسنت تجاربي السابقة إعدادي للمستقبل				
10	أنا ناجح جدا في حياتي				
11	عادة ما يصيبني القلق حول بعض الأمور				
12	عادة ما أحقق الأهداف التي وضعتها لنفسني				

ملحق رقم (02)

استبيان إدراك الضغط النفسي لـ لوفينستون وآخرون 1993

سيدي سيدتي

التعليمة: ضع علامة (x) أمام كل عبارة وبالدرجة التي تناسبك لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة
صف فقط ما ينطبق عليك عموماً.

الرقم	العبارات	قليلاً جداً	أحياناً	كثيراً	كثيراً جداً
1	تشعر بالراحة				
2	تشعر بوجود متطلبات كثيرة لديك				
3	أنت سريع الغضب				
4	لديك أشياء كثيرة للقيام بها				
5	تشعر بالوحدة أو العزلة				
6	تجد نفسك في مواقف صراعية				
7	تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلاً				
8	تشعر بالتعب				
9	تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك				
10	تشعر بالهدوء				
11	لديك عدة قرارات لاتخاذها				
12	تشعر بالإحباط				
13	أنت ملئ بالحيوية				
14	تشعر بالتوتر				
15	تبدو مشاكلك أنها ستتراكم				
16	تشعر أنك في عجلة من أمرك				
17	تشعر بالأمن والحماية				
18	لديك عدة مخاوف				
19	أنت تحت ضغط مقارنة بأشخاص آخرين				
20	تشعر بفقدان العزيمة				
21	تمتع بنفسك				
22	أنت خائف من المستقبل				
23	تشعر بأنك قمت بأشياء ملزم بها				
24	تشعر بأنك موضع انتقاد وحكم				
25	أنت شخص خال من الهموم				
26	تشعر بالإرهاك أو التعب الفكري				
27	لديك صعوبة الاسترخاء				
28	تشعر بعبء المسؤولية				
29	لديك الوقت الكافي لنفسك				
30	تشعر أنك تحت ضغط مميت				

ملحق رقم (03)

ترخيص بإجراء الدراسة الميدانية (الاستطلاعية)



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
 REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
 Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
 جامعة البليدة 2
 كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
 قسم العلوم الاجتماعية



الى السيد: عبد بوعزيز كزعل ومكان فرقة السرحان
 البليدة 2
 ترخيص بإجراء بحث ميداني

يشهد رئيس قسم العلوم الاجتماعية بأن الطالب (ة):

اللقب: شقرال الاسم: اليمان

تاريخ ومكان الميلاد: 1988 / 12 / 18 تيارت

الشعبة: علم النفس التخصص: علم النفس المرضي تاريخ أول تسجيل: 1437 / 1 / 2018
 بعد بحث تحت عنوان:

الاعمال والامتجالية المناعية لدى مرضى السرطان

بجامعة البليدة 2 وعليه يرجى من سيادتكم تسهيل مهمته وذلك لتمكينه من الإطلاع على مختلف الوثائق والمراجع والمعلومات وتطبيق الروايز التي يتطلبها بحثه.

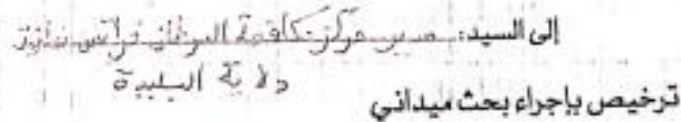
البليدة في: 2018 / 12 / 18

رئيس القسم: 12



ملحق رقم (04)

ترخيص بإجراء الدراسة الميدانية (الأساسية)



اللقب: نقزال الاسم: إيمان

تاریخ و مکان المیلا: ۲۵ / ۱۲ / ۱۹۹۹ نیارت

الشعبة: علم - التنقيح - التخصص: علم التنقيح النحوي تاريخ اول تسجيل: 31/12/2012

بعد بحث تحت عنوان:

القصور بالأصل في ادراك النقط السقي والمؤشر الورقي
لدى المصنفين فيس طان المصنفين

بجامعة البليدة 2 وعلية يرجى من سيادتكم تسهيل مهمته وذلك لتمكينه من الإطلاع على مختلف الوثائق والمراجع والمعلومات وتطبيق الروايز التي يتطلبها بحثه.

البلدية في: 2020/09/02

٤ / رئيس القسم:

*Centre Anti-Intoxication de l'Ontario
PO BOX 10000, 1000
St. Joseph St. Toronto, Ontario
M5T 1C5*

ملحق رقم (05)

وثيقة توضح دور المؤشر الورمي CA15-3

Dr Abdelli Fatima Zahra .

Médecin spécialiste
en oncologie Médicale

Le cancer du sein est un cancer très fréquent
chez la femme dont le traitement dépend
du stade de la maladie.

Le suivi et l'évaluation du traitement
se font par l'examen clinique, radiologiques
et les marqueurs tumoraux CA₁₅₃, ACB.

L'interprétation des marqueurs tumoraux dépend
du contexte clinique : maladie en guérison
ou stade métastatique

Dr F. Z. ABDELLI
Assistante en
Oncologie Médicale

Dr F. Z. ABDELLI
Assistante en
Oncologie Médicale