دار المنظومة
DAR ALMANDUMAH
الرواد في قواعد المعلومات العربية

العنوان:	الإضطرابات المصاحبة للصدمة لدي السيدات المصابات بسرطان الثدي وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية
المصدر:	المجلة المصرية للدراسات النفسية
الناشر:	الجمعية المصرية للدراسات النفسية
المؤلف الرئيسي:	ميهوب، سهير إبراهيم عيد
المجلد/العدد:	مج19, ع63
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2009
الشهر:	أبريل
الصفحات:	187 - 225
رقم MD:	1009807
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	الاضطرابات النفسية، العلاج النفسي، سرطان الثدي
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/1009807

© 2020 دار المنظومة. جميع الحقوق محفوظة.
هذه المادة متاحة بناء على الإتفاق الموقع مع أصحاب حقوق النشر، علما أن جميع حقوق النشر محفوظة. يمكنك تحميل أو طباعة هذه المادة للاستخدام الشخصي فقط، ويمنع النسخ أو التحويل أو النشر عبر أي وسيلة (مثل مواقع الانترنت أو البريد الالكتروني) دون تصريح خطي من أصحاب حقوق النشر أو دار المنظومة.

الإضطرابات المصاحبة للصدمة لدى السيدات المصابات بسرطان الثدي وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية

د. / سهير إبراهيم عيد ميهوب

مدرس علم النفس بقسم العلوم الاجتماعية

جامعة الفيوم

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى بحث الاضطرابات المصاحبة للصدمة لدى السيدات المصابات بسرطان الثدي ، و علاقتها بأعراض القلق و الإكتئاب ، و بعض المتغيرات الشخصية . وقد طبقت الدراسة على عينة مكونة من مجموعتين ، المجموعة الأولى من السيدات المصابات بسرطان الثدي (ن = ٤٤ مفردة) بمتوسط عمري قدره (٣٦،٨٠) و إنحراف معياري ٢،٨٤) والمجموعة الثانية من السيدات الأصحاء كمجموعة ضابطة (ن=٤٤ مفردة) بمتوسط عمري قدره (٣٦,٨٠.) وإنحراف معياري قدره (٢،٨٤) و قداستخدمت الباحثة مجموعة أدوات مناسبة للهدف من البحث وهي مقياس تيلور للقلق الصريح ومقياس بيك للاكتئاب وإختبار نتائج القلق إختبار ايزنك للشخصية و توصلت الدرسة إلى عدة نتائج ابرزها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض القلق والإكتاب ، بين عينة المرضى و الأصحاء ،وقد قامت الباحثة بتفسير النتائج التي توصلت إليها الدراسة في ضوء التراث النظري و الدراسات السابقة .

الإضطرابات المصاحبة للصدمة لدى السيدات المصابات بسرطان الثدي وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية

د. / سهير إبراهيم عيد ميهوب

مدرس علم النفس بقسم العلوم الاجتماعية

جامعة الفيوم

مقدمة:

ظهرت الأحداث الصدمية أو الصادمة بظهور الإنسان، وهذه الاحداث ينتج عنها الاضطرابات المصاحبة للصدمة ***Post – Traumatic Disorder*** ا و اضطرابات ما بعد الصدمة وهو اضطراب يحدث للشخص ويتبع تعرضه لحدث مؤلم جداً يكون بمثابة صدمة- تتخطى حدود الاحتمال، لأنها تجعل الإنسان يعايش الصدمة نفسها من أمراض وعاهات وحروب واغتصاب...إلخ. ***(Meichenbaum,J,1994 p.329)***

وكلمة صدمة ***trauma*** هى كلمة يونانية الأصل تعني جُرح أو ضرر يلحق بالجسم وينتج عنه حالة مؤقتة من عدم التوازن النفسي، تؤدي إلى حالة من التوتر والاضطراب والانفعال. ***(Mitchell .J& Everly,G 1995, p.6)***

ولا ترجع الصدمة إلى خطورة الحدث الصدمي فحسب بل إلى الكيفية التى يتعايش بها الفرد مع الصدمة، مما يجعل منها صدمة نفسية عابرة أو دائمة.

ويرى ستيل ***(Steele,1998)*** أن الفرق بين الصدمة ***trauma*** والكارثة ***Disaster*** أن الأولى تتضمن رد فعل عنيف يتمثل في الرعب والفزع والتى تكون بمثابة حالة من الخوف المستمر بشكل مزمن وتشكل تهديداً بالموت. أما الثانية فتبدو في مجموعة مظاهر منها الحزن والأسى وتكون بمثابة حالة من التعاسة والألم والبؤس، ونظرة سوداوية متشائمة للحياة. (محمد مجدي، ٢٠٠٣، ص٥)

تشخيص اضطرابات ما بعد الصدمة:

شخص الدليل التشخيصى الاحصائى للاضطرابات العقلية-فى طبعته الرابعة-(١٩٩٤) ***DSM IV*** الاضطرابات المصاحبة للصدمة في ضوء المعايير التالية:

١- أن يخبر الفرد موقفاً صدمياً يتضمن تهديداً بالموت أو إصابة شديدة للذات والآخرين، كما تتضمن استجابة الشخص تجاه هذا الموقف الصدمي بالخوف والفزع الشديد.

٢- تذكر مزعج للحادث بشكل اقتحامي أو تطفلي، والذي يكون بمثابة عملية دينامية تكمن وراء

هذا الاضطراب، ثم يعقبها محاولات كبت للذكريات والمشاعر المرتبطة بالصدمة والتى يتولد عنها أفكار باعثة على الضيق والهلع والخوف بحيث لا يقوى الشخص على مقاومتها.

طبيعة الحادث الصادم:

يكون الحادث صادماً إذا توفر قبله أي من السببين التاليين أو كلاهما

أ – تهديد حياة الفرد بالموت أو إصابة خطيرة تلحق به الأذى.

ب – شعور قوى بالخوف والعجز.

وتكمن خطورة الأحداث الصادمة في كونها تهدد إحساسنا بالأمن وتتركنا فريسة للاضطرابات التى تهدد حياتنا. و تتفاوت الأحداث الصادمة من شخص لآخر من حيث الآثار التى تتركها على الأفراد ومن حيث قدرة كل منهم على مقاومة هذه الأحداث الصادمة والتعامل معها, فقد تبين أن ٣٠% من الحالات التى تعرضت لأحداث صادمة تم شفاؤها تماماً، و ٤٠% من الحالات يستمرون في المعاناة من بعض الأعراض البسيطة، ٢٠% يعانون من أعراضاً متوسطة و ١٠% يتدهورون بشكل تدريجي. ويتوقف كل ذلك على قدرة الشخص على مجابهة المواقف الصادمة، وعلى المساعدات التدعيمية التى يتيحها المناخ الاجتماعي المحيط بالفرد.

(Kaplan H. & Sadock B. 1994)

أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة:

للاضطرابات المصاحبة للصدمة عدة أعراض كلينيكية يمكن تصنيفها على النحو التالي:

المجموعة الأولى:

معايشة خبرة الصدمة وظهور الذكريات المؤلمة ووجود المخاوف والفزع والكوابيس والأحلام المزعجة. ***(Frveh , 2000)***

المجموعة الثانية:

حالة من التجنب والأرق والألم النفسي وهي ترتبط بالمجموعة الأولى وينطوي هذا التجنب على الرغبة في عدم استرجاع الأفكار المتعلقة بموضوع الصدمة، مع تضاؤل الاهتمام بالأنشطة وقلة المشاركة فيها. فضلاً عن الظن بأن اليوم ليس أفضل من الأمس. (كارو كالهون، ٢٠٠٢، ص١١٨)

المجموعة الثالثة:

وتظهر فيها الاستثارة المفرطة والترقب، وتبدو واضحة في القلق المفرط المصاحب للصدمة وأبرز أعراضه صعوبة النوم، والغضب وضعف التركيز وسهولة الاستثارة وردود الفعل المبالغ فيها(المفرطة) بالغضب. ***(Frveh, 2000)***

أشكال اضطرابات ما بعد الصدمة:

تقسم(شارلوت (٢٠٠٦ :١٥٧) اشكال اضطرابات ما بعد الصدمة الى ثلاثة على النحو التالى.

١. الشكل الحاد: حيث تبدأ الأعراض النفسية في الظهور بعد الصدمة مباشرة وتستمر لفترة تتراوح ما بين(٥-٧) أشهر مع إمكانية الشفاء.
٢. الشكل المزمن: حيث تستمر الأعراض المصاحبة للحدث الصدمي بعد مرور ستة أشهر من الصدمة، وتحتاج لفترة علاج أطول.
٣. الشكل المتأخر: حيث تبدأ الأعراض في الظهور بعد فترة من وقوع الحدث الصدمي، وربما النتائج المترتبة على الحدث الصدمي هي التى تجعل هذا النوع يظهر متأخراً، ولذلك فهو يحتاج لعلاج نفسي يمتد لفترات طويلة.

العلاقة بين اضطرابات ما بعد الصدمة ومتغيرات الدراسة:

حدد الدليل التشخيصي الاحصائى للاضطرابات العقلية فى طبعته الرابعة الصادرة عن الجمعية الامريكية للطب النفسى (١٩٩٤) اضطرابات ما بعد الصدمة ***Post-Traumatic Disorder*** على أنها اضطراب للقلق والاكتئاب بسبب معاناة الفرد والمحيطين به بعد التعرض لحادث صدمي شديد وهو يشخص بعد حدوث خبرة قاسية ومؤلمة تهدد الفرد بالموت أو الإصابة بأذى جسمي شديد سواء كان له أو للمحيطين وأن يتضمن هذا الحدث شعور الفرد بالخوف والقلق والعجز والاكتئاب والتهديد بالموت

مشكلة الدراسة:

لقد لوحظ في السنوات الأخيرة ارتفاع معدلات الإصابة بمرض السرطان بصفة عامة وسرطان الثدي بصفة خاصة في أنحاء متفرقة من العالم، سواء كان ذلك في المجتمعات المتقدمة أو النامية، فعلى المستوى العالمي تبين أن أورام الثدي، تعد ثاني أنواع الأورام السرطانية انتشاراً بين الإناث بعد سرطان عنق الرحم، حيث تشير الإحصاءات أنه في عام ٢٠٠١ شخصت حوالي ٢٠٠ ألف حالة مصابة بهذا المرض بين الإناث في الولايات المتحدة الأمريكية.

(Burish , T.G. , Snyder ,S.L & Jenkins , R.A. 2007, p518-52o)

فضلاً عن ارتفاع معدلات الإصابة بالسرطانات الأخرى منها سرطان الرئة والقولون والغدد اللمفاوية مما أدى إلى ارتفاع نسب الوفاة في هذه الحقبة ومن المتوقع أن ترتفع وفيات السرطان العالمية بنسبة ٤٥% فى الفترة ما بين عامي٢٠٠٣ ، ٢٠٠٧ (من٧ ,٩ مليون الى١١,٥ مليون حالة وفاة) وذلك بسبب عدد من العوامل منها ارتفاع عدد السكان ونسبة التشيخ على الصعيد العالمي. وتأخذ تلك الزيادة المتوقعة في الحسبان الانخفاض الطفيف المرتقب الذي ستشهده معدلات

الوفيات الناجمة عن بعض أنواع السرطان في البلدان الموسرة. (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٧، ص١٧)

كما وُجد تباين في معدل الإصابة بمرض سرطان الثدي، تبعاً للمناطق الجغرافية، فعلى المستوى المحلي، تبين أن هناك ارتفاعاً ملحوظاً في معدلات الإصابة بهذا المرض في مصر،ورغم تباين الإحصاءات، فقد أشارت إحصاءات معهد الأورام القومي التابع لجامعة القاهرة إلى أن هناك ما يقرب من مائة ألف حالة سنوياً تفد إلى أقسام الأورام المنتشرة في كل المحافظات، إلا أن هناك تزايداً مستمراً في هذه الحقبة بالذات فقد أوضحت الدراسة، التي أعدها المشروع القومي للتسجيل اليومي للأورام بالمجالس الطبية المتخصصة، أن معدل الإصابة بسرطان الثدى لدى السيدات المصريات في ازدياد مستمر مشيرة إلى أن المشكلة تتمثل في الاكتشاف المتاخر للإصابة بالمرض مما يصعب عملية الشفاء منه. (إحصاءات معهد الأورام القومي التابع لجامعة القاهرة ٢٠٠٨)

وعلى هذا تعد الإصابة بمرض السرطان من الأزمات الجسمية التى تؤدي إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية وخاصة اضطراب القلق والاكتئاب والضغوط والكرب المصاحب والتالي للصدمة، وهي اضطرابات تحدث أثناء وعقب التعرض للصدمات والأزمات الشديدة ورغم تعرض الإنسان منذ القدم للعديد من الصدمات والأزمات إلا أن أثار هذه الصدمات والأزمات وما تسببه من اضطرابات نفسية وجسدية أصبح موضع اهتمام كبير في الوقت الحالي.

ويتضح ذلك في اهتمام الجمعية الأمريكية للسرطان من خلال تشجيع الباحثين على القيام بالأبحاث وتطبيقها في مجال الأورام السرطانية وصولاً إلى تحقيق هدفين: الأول اكتشاف المتغيرات النفسية المترتبة على الصدمة والتعامل معها بشكل إيجابي، والثاني إعداد وتدريب الكوادر المهنية للتعامل مع المرضى بشكل أفضل بما ينعكس على صحة المرضى النفسية والجسمية. ***(Carver , C.S. & Scheiever , Mf .2005, p.184)***

وتأتي الدراسة الراهنة كأحدى الدراسات التى تسير في هذا الاتجاه، حيث يعد اضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن الإصابة بسرطان الثدي لدى السيدات من الاضطرابات الخطيرة الذي يُظهر رد فعل عنيف ممثل في القلق والاكتئاب و الإحباط و الخوف.....إلخ.

وفي هذا الصدد يؤكد شوينتز (٢٠٠٧ :***Shontz. F***) على أن التشوه البدني الناتج عن استئصال الثدي له آثار نفسية بالغة الآثر على المرأة.

ويؤكد هيد (٢٠٠٦: ***Head***) نفس المعنى حيث يرى أن صورة الجسم أساسية في البناء النفسي ولاسيما الثدي عند الأنثى لما يمثله من شكل جمالي ووظيفة بيولوجية للأطفال الرضع، وأن أي تشوه يطرأ على هذا الجزء، يترك أثاراً سلبية على البناء النفسي للمرأة ، فتصاب بالاضطراب

المصاحب للصدمة والذي يأخذ أشكالاً عديدة أبرزها (القلق، الاكتئاب) والذي يكون بمثابة رد فعل للعمليات النفسية من ناحية واستجابة لضغوط البيئة الاجتماعية من ناحية أخرى.وبناء على ما تقدم تتحدد مشكلة الدراسة في التساؤلين التاليين:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض القلق والاكتئاب بين السيدات المصابات بسرطان الثدي والسيدات غير المصابات؟ولصالح من تعزى هذه الفروق؟
- هل توجد علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائياً بين متغيرات الشخصية (الذهانية- العصابية- الانبساطية) وكل من القلق والاكتئاب لدى السيدات المصابات بسرطان الثدي، وغير المصابات؟

أهمية الدراسة:

تؤكد نتائج البحوث و الدراسات أن الاضطرابات المصاحبة للصدمة وما بعدها تخترق- التكوين النفسي للأفراد ملحقة بهم بالغ الضرر الذي قد يستمر لسنوات عديدة، والذي يكون مصحوباً بالحزن واليأس، والخوف من المجهول وتوقع الموت في كل لحظة. (سامر جميل، ٢٠٠٦)

ولقد ذكر "رني لفبر" أن من أبرز الاضطرابات المصاحبة للصدمة ما يلي:

- الاضطرابات الذهانية: حيث لوحظ أن الأفراد المصابين بهذا النوع من الاضطرابات يعانون هذيانات وبارانويا لموضوعات مسبقة الحكم وإحباط شديد مصحوب بتوهم المرض وتوقع الموت.
- ظهور بعض الأعصبة ومنها الرهاب والوساوس.
- توقف الوظائف الإدراكية الوجدانية.
- التفريغ الانفعالي وأعراض التكرار الذي يظهر في أحلام اليقظة، والأحلام الليلية.
- ظهور حالات القلق.
- ظهور حالات الاكتئاب في شكل إنهاك وأرق وتوتر وخوف من فقد المقربين.

(عبد العزيز الغازي، ٢٠٠٧)

وفي هذا الصدد يذكر "ألبرت جيوز" أن اكتئاب الاضطرابات المصاحبة للصدمة ***(PTSD)*** قد يغير في آليات تنظيم الإحساس بالألم.(ألبرت جيوز، ٢٠٠٧)

كما أن الصدمة الناتجة عن سماع اسم المرض ونوعه ومكانه تملأ النفس رعباً بما يشكله المرض من خطر يهدد بقاء المرأة وكيانها، فينتابها الإحساس بقرب الموت وفقد الأسرة لها، وبذلك تعيش المرأة اضطرابات نفسية وجسدية تعرف باسم اضطرابات الشدة عقب الصدمة، ومن خلال ما سبق، تتضح أهمية الدراسة في النقاط التالية:

١- التعرف على أعراض الاضطرابات المصاحبة للصدمة بهدف الوقوف على تقديم الخدمات

النفسية الملائمة للسيدات المصابات بهذا المرض، لاسيما وأن الثدي يمثل للمرأة أهمية جمالية وأنثوية وهو الأمر الذي يهدد توازنها النفسي، والاجتماعي، وأدائها الوظيفي.

٢- يستمد البحث أهميته من أهمية الشريحة العمرية التى يطبق عليها، وهي السيدات المصابات بسرطان الثدي في المرحلة العمرية من (٥٠-٣٠) سنة فهذه مرحلة عطاء حيث تكون المرأة زوجة وأم مسئولة عن أسرة بأكملها، وبالتالي فإن الإصابة بالمرض تشكل تهديداً واضحاً لكيانها النفسي والجسدي.

٣- النسبة الكبيرة والمتزايدة للإصابة بسرطان الثدي بين السيدات وهو الأمر الذي أتى مدعماً بالإحصاءات، مما يقتضي ضرورة التعامل معهن بشكل إيجابي لمساعدتهن على استعادة توازنهن النفسي.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى الوقوف على اضطرابات ما بعد الصدمة وإلقاء الضوء على أعراض القلق والاكتئاب لدى السيدات المصابات بسرطان الثدي، وذلك مقارنة بالمجموعة الضابطة، وكذلك الكشف عن بعض المتغيرات النفسية والشخصية (الذهانية، والعصابية، والانبساطية) في ضوء معاناتهن من القلق والاكتئاب.

وقد عرضت الباحثة الموضوع على بعض أساتذة علم النفس- بجامعات (القاهرة- حلوان- عين شمس) وقد اتفقوا على أن إصابة السيدة بسرطان الثدي وما يترتب عليه من بتر يدخل ضمن الأحداث الصدمية الكبيرة التى من شأنها أن تلحق الضرر النفسي والجسدي بالمرأة.

<u>الإطار النظري والمفاهيم الأساسية للدراسة</u>

سوف نحاول فى الصفحات التالية القاء المزيد من التوضيح على اضطرابات ما بعد الصدمة

تقول استشاري الطب النفسي شارلوت كامل إن هذا الاضطراب هو اضطراب نفسي خاص يتبع تعرض الشخص لحدث مؤلم جداً (صدمة) ويتخطى حدود التجربة الإنسانية المألوفة، مشيرة إلى أن ذلك يشمل الاصابة بالامراض المستعصية، الاغتصاب، رؤية أعمال العنف، القتل، الاعتداء، أهوال الحروب، الفيضانات والزلازل والكوارث المختلفة. وهناك أعراضا عدة تظهر على الشخص المصاب، منها أعراض أولية اوأساسية وأخرى ثانوية.

أولاً: الأعراض الأولية وتمتد لسنوات عقب حدوث الصدمة.

وتتم هذه الأعراض بصورة تلقائية مراراً وتكراراً من خلال استعادة الحدث، وقد تمتد إلى سنوات عقب حدوث الحادث الصدمى إذ إن ذكريات الحادث بما فيها من صور ومشاعر وأفكار مؤلمة تغزو رأس الشخص بحيث لا يقوى على مقاومتها، الأمر الذي يدفع به إلى الشعور بالذنب والحزن والعدوانية. ويتم عادة استعادة الحادث بصورة سريعة ومفاجئة، وكذلك طغيانه على تفكير

المريض وقد تظهر حالة من التفكك في التفكير والشخصية وتشمل هلوسة الاضطهاد والملاحقة، وهلوسة الماضي، إضافة على الأرق واضطراب النوم والإحساس بالذنب. وتشير كامل إلى أن "الشخص المصاب يعاني من ضعف في الرغبة والاهتمام بما يدور حوله ومن تدني القدرة على التركيز، ومن ثم الابتعاد عن كل ما يذكره بالصدمة." وقد تظهر على المصاب أعراض انفعالية كالتهيج ونوبات الغضب أو الاحتراز الزائد والتبلد الانفعالي عموما والخمول في ردات الفعل للمنبهات الخارجية . الأعراض الثانوية يعتبر الاكتئاب النفسي شائعاً لدى الاشخاص الذين تعرضوا للصدمات، وكذلك القلق والخوف والتوتر العصبي والرجفة وخفقان القلب وزيادة حدة العرق والهلع من دون سبب ظاهر، فضلا عن الشعور بالخوف من الموت .

ويعتقد الكثير من الناجين من الاحداث الصدمية أن حياتهم في خطر دائم ولن يعيشوا طويلاً، وهذه صورة الموت التي تلاحقهم وتنغص عليهم حياتهم،وهكذا فهم يعيشون في حالة من الرعب الداخلي المستمر، ويظهر على الشخص اضطرابات جسدية، ومنها ألم في العضلات وآلام المفاصل والصداع والدوار، قرحة المعدة والغثيان والتهاب القولون ومشكلات في الرئتين والقلب،ويشعر المصاب بهبات الحرارة والبرودة وآلام في الظهر والكتفين والصدر والشعور بالاختناق. كما قد يؤدي ذلك إلى أن يقوم بعضهم ممن لا يجد الدعم النفسي والاجتماعي بتعاطي الكحول أو المهدئات والسجائر، عندما يشتد عليهم الاكتئاب والأرق والتوتر .

والواقع أن هذه المواد تعمل على التخفيف المؤقت من أعراض الأرق والاكتئاب والقلق، ولكن تعود الأعراض مرة أخرى وتسوء حالة المريض وتصبح المشكلة أكثر تعقيداً،وقد يلاحظ الأهل تغيرا في شخصية المصاب وقد يشمل ذلك فقدان الاهتمام بمن حوله، عدم الثقة بالآخرين والتخوف والاحتراز الشديد والشعور بالاضطهاد والملاحقة، فقدان الرجاء بالمستقبل، الصلابة والتطرف في المواقف والآراء، اتخاذ الموقف الدفاعي والهجوم، الهروب والانسحاب، عدم تحمل المسؤوليات، وارتفاع نسبة الغياب عن العمل، الصور السلبية للذات.

مصير اضطراب ما بعد الصدمة

يرى فريق من الباحثين ان هذا الاضطراب قد يستمر أشهرا أو سنوات عدة، ويتوقف ذلك على طبيعة الصدمة من جهة وشخصية المصاب من جهة أخرى،وقد لوحظ من خلال الدراسات والبحوث أن هذا الاضطراب يختفي تدريجياً في ٢٥ % من الأشخاص، وتزداد حدته ويتحول إلى حالةٍ مزمنة إذا كان هناك عامل مرضي سابق في الشخصية .

لذلك استنتج الباحثون عوامل مخاطرة تزيد من نسبة الإصابة بالاضطرابات عقب الصدمة وكذلك تساهم في تفاقمها وتحولها إلى أمراض مزمنة مثل وجود أمراض نفسية في العائلة، سوء

معاملة الشخص منذ الطفولة وتعرضه للأذى الجسدي والاعتداء الجنسي قبل سن ١٥ سنة كما قد يساهم انفصال الأبوين أو طلاقهما قبل بلوغ الطفل سن العاشرة وعلى الأخص عند الفتيات في تفاقم الحالة، إضافة إلى أن الحالة قد تتفاقم مع وجود اضطراب السلوك عند الشخص منذ الطفولة أو فقدانه الثقة بالنفس في مرحلة المراهقة أو أن يكون الشخص ذا شخصية عصبية وانطوائية مع وجود أمراض جسدية تبعث على القلق.

أشكال اضطراب ما بعد الصدمة.

تتخذ هذه الحالة ٣ أشكال بحسب فترة الإصابة:

- الشكل الحاد
- الشكل المزمن
- الشكل المتأخر

أولاً : الشكل الحاد: الأعراض النفسية تبدأ مباشرة بعد حدوث الصدمة وتستمر لفترة تصل إلى ٦ أشهر، وتكون إمكانات الشفاء أفضل.

ثانياً: الشكل المزمن: الأعراض تستمر بعد انقضاء ٦ أشهر من بداية الصدمة، وتحتاج إلى فترة أطول من العلاج.

ثالثاً: الشكل المتأخر: تبدأ الأعراض في الظهور بعد فترة طويلة من الركود قد تصل إلى أشهر أو سنوات عدة، وتحتاج إلى علاج نفسي يمتد فترات أطول.ويبقى تطور الاضطراب في المراحل الأولى التي تعقب الصدمة، وهو مهم جداً حيث أن فهم ذلك يساعدنا في التعرف على ردود فعل الشخص المصدوم، وكذلك التقويم ورسم الخطة العلاجية .

والواقع أن اضطراب ما بعد الصدمة يمر بالمراحل التالية: مرحلة الانفعال الشديد، ويدخل فيه الصراخ والرفض والاحتجاج والنقمة والخوف الشديد والنكران والتبلد وعمليات التجنب لكل ما يذكر بالحدث، إضافة إلى الانسحاب كوسيلة للسيطرة على الخوف والقلق.

العلاج : (أ) العلاج الدوائي :

هناك بعض الأدوية التي ثبتت فاعليتها في علاج هذا الاضطراب ومنها مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات مثل الإميبرامين (تفرانيل) والأميتريبتيلين (تريبتزول) ، وهناك مجموعة من الأدوية الأحدث وهي مانعات استرداد السيروتونين الانتقائية (ماسا) (*SSRIS*) مثل الفلوكستين والسيتالوبرام والسيرترالين والباروكستين والفلوفوكسامين وغيرهما، وهذه المجموعة تتميز بأن أعراضها الجانبية أقل وتقبلها أفضل وتوجد بعض الأدوية المساعدة نذكر منها مضادات القلق مثل ألبرازولام (زاناكس) ومضادات الصرع مثل كاربامازيبين (تيجريتول) وفالبروات الصوديوم

(ديباكين) (*Sadock 1994 & Kaplan*)، ويمكن استخدام البروبرانولول (إندرال) بجرعات بسيطة في حالة زيادة ضربات القلب أو وجود المظاهر الجسمانية للقلق (التعرق والرعشة وعدم الاستقرار.

(ب) العلاج النفسي.

الفكرة الأساسية في العلاج النفسي تتلخص في إزالة الضغط النفسي الواقع على المصاب (وذلك بإبعاده عن مصادر الخطر والتهديد بقدر الإمكان) ثم مساعدته على التنفيس عما تراكم بداخله من مشاعر وذكريات ترتبت على وقوع الحادث، ويتم هذا بشكل تدريجي في جو آمن ومدعم حتى يستطيع استيعاب آثار الصدمة وتجاوزها ويمكن أن يتم ذلك من خلال جلسات علاج فردي أو علاج أسري يضم أفراد الأسرة أو علاج جمعي يضم المصاب مع آخرين واجهوا أحداثا مشابهة .والعلاج النفسي (الفردي أو العائلي أو الجمعي) غالباً ما يأخذ الوجهة التدعيمية للمصاب ولأسرته ويقوم على أساس العلاج المعرفي السلوكي الذي يساعد على استيعاب الحدث في البناء المعرفي من خلال إعطائه معنى لما حدث ثم التغلب على الآثار السلوكية الناتجة من خلال تمارين الاسترخاء أو التعرض التدريجي لمثيرات القلق مع تقليل الحساسية أو التعرض الفيضاني في وجود دعم ومساندة.

ج) العلاج الاجتماعي والديني :

١- استعادة الأمان: وذلك بنقل الشخص الذى تعرض الصدمة إلى مكان يشعر فيه بالأمان والطمأنينة ٢ – استعادة القدرة على التعامل مع عواقب الحدث الصادم: من خلال مساعدته على معرفة ما حدث له ولأسرته بشكل يحتمله مع إيجاد بدائل مناسبة لإقامته ورعايته ٣- استعادة شبكة الدعم والمساندة: من خلال إحاطته بافراد أسرته وأقاربه، وجمعيات الدعم والمساندة في المجتمع.

٣- إمكانية استيعاب الخبرة الصادمة: في البناء المعرفي البسيط للمصاب من خلال إعطاء تفسير ومعنى لما حدث،وذلك بتنشيط شبكة الدعم الاجتماعي (أو ما تبقى منها) بدءً بالأسرة (أو بعض أفرادها الموجودين) ثم المسجد أو الكنيسة ثم جمعيات المساندة الأهلية. وقد ثبت من الأحداث دور الرموز والقيادات الدينية في مساعدة الصغار والكبار على استيعاب الأحداث الدامية والتعامل معها بشكل تكيفي من خلال إعطاء المعنى الإيجابي لها من وجهة النظر الدينية الأعمق إضافة إلى أثر المفاهيم والأخلاقيات والممارسات الدينية على تماسك الأسرة والعائلة والمجتمع تحت مظلة التكافل الاجتماعي والتراحم والتلاحم.

تفسير إضطرابات ما بعد الصدمة في ضوء نظريتي التحليل النفسي و النظرية المعرفية:

لقد تم اختيار هاتين النظريتن على وجه التحديد لما لهما من دور بارز فى تفسير الاضطرابات

المصاحبة والتالية للصدمة ،فقد لاحظت الباحثة من خلال اطلاعها على التراث النظـرى المتـاح حول هذا الموضوع تفسير الباحثين لهذا النوع من الاضطراب فى ضوء خبرات الطفولة،وهذا ما ركزت عليه مدرسة التحليل النفسى،بالاضافه الكيفية التى يتعامل بها البناء المعرفى للمصاب مـع هذه الاحداث الصدمية.

١- نظرية التحليل النفسي

تناول فرويد هذا النوع من الاضطرابات في كتابه مقدمة في سـيكولوجية أعـصبة الحـرب (١٩٦٤)، وغيرها من الدراسات حول (العصاب الصدمي) وهو يفسر هذا النوع من الاضطرابات في ضوء خبرات الطفولة، فيفترض أن الصدمة نشطت صراع نفسي قـديم، وانبعـاث الـصدمة الطفولي يترتب عليه نكوص واستخدام للآليات الدفاعية المناسبة مثل: الكبت، الإنكـار، الإلغـاء، ويحدث الصراع من جديد حين يحدث الموقف الصدمي، حيث تحاول الأنا السيطرة على الموقـف بالحد من القلق المترتب على الموقف، ويؤكد هذا النموذج على أن رد الفعل من جانب المحيطـين من شانه أن يعزز الاضطراب ويدعمه حيث ان الفرد يلقي المزيـد مـن التعـاطف، والاهتمـام والتعويضات المادية والمعنوية وقد انتقد الباحثون نظرية التحليل النفسي في هذا التفسير لهذا النوع من الاضطرابات في أنها ركزت على الشخصية قبل حدوث الصدمة على اعتبـار أنهـا العامـل الأساسي في تطور الاضطرابات المصاحبة للصدمة ولم تركز على الموقف الذي تسبب في حدوث الاضطراباتا الصدمية. (مكتب الأنماء الاجتماعي، ٢٠٠٦، ص١١)

٢- النظرية المعرفية:

تقوم هذه النظرية علىَ فكرة أساسية مؤداها أن المعلومات والأفكار التىَ يتلقاها الإنسان تنقسم إلى قسمين، قسم يستوعبه العقل البشري ويتعامل معه بمجموعة من العمليات منها (الترميز- حـل الترميز- السلوك) والقسم الثاني لا يستوعبه العقل ولا يستطيع التعامل معه بـشكل صـحيح لأن المنبهات أو الأحداث الخارجية مثل الصدمات والأزمات، عادة تكون فوق طاقة الجهاز العـصبي ولا تتلاءم مع خبرات الفرد ومعارفه مما يؤدي إلى حدوث التشويه المعرفي أو الاضطرابات فـي معالجة المنبهات الخارجية والتعامل معها، وبالتالي تشكل هذه المنبهات مصدر ضـغط وإزعـاج للفرد، مما يدفعه إلى استخدام الأساليب الدفاعية مثل التجنب والتبلد للتعايش مع أحداث الـصدمة. (المرجع السابق، ص١١٧).

يؤكد بيك مؤسس هذه النظرية على ان افكار الفرد تؤثر سلبياً اوايجابياً فى سـلوكه ، وهـذا يؤدى الى حدوث ما يسمى بالتشويه المعرفى ، ويعد هذا العامل هو المسئول الأول عن عجز الفرد عن مواجهة الاحداث الصدمية وحدوث الاكتئاب ، وتنطلق هذه النظرية من خلال ثلاث مفـاهيم أساسية وهى :

١- الأحداث المعرفية *Cognitive events*

وهى عبارة عن الأفكار والتخيلات التى لدى الفرد وترتبط بمجموعة الإنفعالات التى تؤثر بالتالى فى السلوك تأثيراً سلبياً لأنها أفكار خاطئة تجعله ينظر للاحداث الصدمية على أنها فوق طاقتة وباليالى يصاب بالاكتئاب وأنه إنسان فاشل وعاجز دون البحث عن عوامل الفشل .

٢- العمليات المعرفية *Cognitive Processes*

وتعنى كيفية التفكير فى معالجة المعلومات ، فإذا ما عولجت المعلومات بطريقة سيئة فإن ذلك يؤدى إلى حدوث التشوية المعرفى ، الذى يؤدى إلى حدوث الاضطراب الإنفعالى الذى يجعل الشخص المكتئب يبالغ فى نظرته للأمور ، فهو يرى الأحداث المزعجة على أنها كوارث .

٣- التركيبات المعرفية *Cognitive Statures* :

هى مجموعة المخططات التى تؤثر فى طريقة تأويل وتفسير الفرد للاحداث ، ويميل الفرد وفق هذه النظرية إلى معارضة المعلومات التى لاتتفق مع مخططاته الذاتية ، حيث أن الفرد المكتئب يتسلح ببعض الموضوعات مثل : لوم الذات – التشائم – العجز الذاتى – توقع الكوارث .

وعلى هذا يرى بيك ان الاكتئاب الصاحب للاحداث الصدمية وفق هذه النظرية يختلف عن الاضطرابات الاخرى فى النقاط التالية :

- أن له اعراضاً تميزه عن الاضطرابات الأخرى .
- أنه الحاد .
- أنه يكون مصحوباً بميول انتحارية فى بعض الأحيان .
- له أعراض جسمية محددة .

وبعبارة اخرى فان النموذج المعرفى عند بيك يركزعلى ثلاث مفاهيم أساسية وهى :

اولاً : الثالوث المعرفى *Cognitive thiad* :

وهو عبارة عن نظره سلبية للذات وللعالم المحيط وللمستقبل .

ثانياً : المخططات المعرفية *Cognitive schemas* :

وهى عبارة عن مصفوفة إرتباطية تؤدى إلى التشويه المعرفى الذى يؤدى إلى حدوث الاكتئاب .

ثالثاً : المعالجة المعرفية الخاطئة *Faulty Information Processing*:

وهى عبارة عن إدخال معلومات ويكون هذا الإدخال ناقصاً او غير صحيح ويعتقد الشخص المكتئب فى صحة هذه المعلومات ***(Beek sperkins,2005)*** .

وقد سعى بعض الباحثين إلى تطبيق منحنى المعالجة المعرفية للمعلومات وفق نظرية بيك فتوصلوا إلى النتائج التالية :

أن الأشخاص المكتئبين يتصفون بان لديهم شبكات ترابطية قوية ***Associative networks***

تعمل على ربط الذكريات المتعلقة بالاكتئاب مع بعضها البعض مع إحتمالية ان تكـون أعـرض الاكتئاب لدى الفرد قد تكونت حينما تعرض لخبرات اكتئابية مبكرة أدت بدورها إلى حفـظ هـذه الشبكة فى الذاكرة .

٢- من المحتمل أن الأشخاص المكتئبون بسبب وجود مشكلة اكتئابية لديهم يصبح عنـدهم وعـى شديد بالعوامل الباعثة على الاكتئاب فيعمدون إلى إستخدام آليات الإنتباه الانتقائى ويركـزون على العوامل التى تثير لديهم الاكتئاب ***(Rice,Harold ,thapar,2002,980)***

مصطلحات الدراسة

١. <u>اضطرابات ما بعدالصدمة</u> ***Post. Traumatic DSisorder***

يعرفها الدليل التشخيصي الإحصائي (***DSM-III-R-1987***) على أنها حدث يتعدى الخبرة المعتادة، ويسبب الكرب النفسي وتكون استجابة الشخصية مصحوبة بـالخوف الـشديد والرعـب والعجز والكرب النفسي الشديد.

ويعرفها الدليل التشخيصي والاحصائىالرابع للاضطرابات٢٠٠٠ ***DSM- IV*** علـى أنهـا اضطراب نتيجة تعرض الشخصية أو الفرد لحدث يواجه فيه الموت الفعلي أو التهديد به أو جرحاً يهدد الجسم والذات، وتتضمن استجابة الفرد إذاء الحدث الشعور بالخوف، والعجز والفزع، وتجنب الآخرين، وعجز واضح في المجالات الاجتماعية والمهنية. ***(Poli & Sbrana, 2003)***

ويعرفها "فرانك باركيسون" ***(Parkison, 1993)*** على أنها ردود فعل طبيعيـة مـن النـاس للأحداث غير العادية (في ماهر محمود، ٢٠٠٧، ص٤٢)

وسوف تتبنى الباحثة تعريف الـدليل التشخيـصي الرابـع لاضـطرابات مـا بعـد ا لـصدمة ***(DSM- IV -1994)***

٢. <u>القلق</u> ***<u>Anxiety</u>***

يعرف "سبيلبرجر ***Spielberger*** " القلق على أنه انفعال غير سار وشعور بالكدر يهدد الفرد، وهم وإحساس بالتوتر والخوف الدائم الذي لا مبرر له. (في أحمد عبد الخالق، ١٩٩٢، ص٣)

ويُنظر للقلق على أنه عرض مشترك في العديد من الاضطرابات النفسية، ومن حيث نـشأته، يرى التحليليون أنه طفلي المنشأ وإن اختلفوا على مرحلة نشوئه- بينما يرى السلوكيين أنه ينشأ من خبرة تعليمية خاطئة، على حين يرى علم النفس الإنساني أن القلق ينشأ خوفاً من المـستقبل بمـا يحمله من مخاطر وتهديد، بينما تتفق كل النماذج السابقة على أن للقلـق مـصاحبات فـسيولوجية يفرقون بها بين نوعين من القلق، أولهما خارجي المنشأ ***Exogenous*** وهو قلق وجودي مـستثار وهو ما يسمى بحالة القلق ***Anxiety State*** وهي حالة انفعالية مؤقتة، وثانيهمـا داخلـي المنـشأ ***Endogenous*** أي ذاتي وهو ما يسمى بسمة القلق ***Anxiety Tait*** وهي حالة مرضية.

وتعرف الباحثة القلق بأنه:

حالة نفسية مكدرة تصاحبها أعراض فسيولوجية ونفسية تنتج عن صدمة الإصابة بمرض السرطان ولا تقوى المرأة على تحملها مما يؤثر على توازنها على المستويين النفسي والاجتماعي.

٣. الاكتئاب: ***Depression***

يعرف "بيك" ***Beck*** الاكتئاب على أنه اضطراب في التفكير أكثر من كونه اضطراباً في الوجدان، حيث يرجع إلى تشوه البنية المعرفية مما يؤدي إلى تكوين اتجاه سالب نحو الذات والعالم والمستقبل ويصاحبه ظهور ما يسمى بالأعراض الاكتئابية من تشاؤم وحزن وانسحاب ***(Beck, 1984).***

في حين يعرفه ***"Dropkin" M,*** على أنه خبرة وجدانية ذاتية مصحوبة بمجموعة من الأعراض منها الحزن، التشاؤم، الشعور بالفشل وعدم الرضا وفقدان الشهية والانسحاب الاجتماعي وعدم القدرة على بذل الجهد.***(Dropkin:M.J.et all. 2002)***

ويرى أنصار التحليل النفسي أن الاكتئاب يحدث نتيجة فقدان موضوع الحب منذ الصغر، بينما يرى السلوكيين أنه كباقي الاضطرابات يحدث نتيجة خبرة تعليمية خاطئة، ويفرق الباحثون بين نوعين من الاكتئاب: أولهما خارجي المنشأ ويسمى بالاكتئاب التفاعلي لأنه رد فعل انفعالي لصدمة بعينها كما في حالة الإصابة بسرطان الثدي.

وثانيهما داخلي المنشأ، لا يُعرف له سبب واضح وتصاحبه أعراض ذهانية ويسمى بالاكتئاب الذهاني.

وتعرف الباحثة الاكتئاب بأنه:

حالة نفسية تتسم بالحزن المصحوب بالتشاؤم واليأس نتيجة الإصابة بالمرض.

٤. المتغيرات الشخصية:

٤- الذهانية:

يشير هذا المصطلح إلى سمة كامنة في الشخصية إذا توافرت بشكل مرتفع تعني أن الفرد لديه قابلية للمرض العقلي. وتتضمن الذهانية بعض السمات الفرعية مثل التبلد الوجداني والشعور بالعداء تجاه الآخرين والتمركز حول الذات.

- العصابية:

تشير إلى جوانب النشاط الوجداني من حيث تحقيق الفرد لمستويات الشعور بالاستقرار والرضا او بعدم الشعور بهما وتكون مصحوبة بضعف القدرة على ضبط النفس وسرعة التقلب وعدم الاتزان الانفعالي.

٥- الانبساطية:

يشير هذا المصطلح إلى الميل لمخالطة الآخرين، واتساع شبكة العلاقات الاجتماعية واللامبالاة وكثرة النشاط والحركة.

(أحمد عبد الخالق، ١٩٨٠، ص٣٨٦)

٦- المصابات باضطرابا ت ما بعدالصدمة:

هن مجموعة النساء المصابات بسرطان الثدي وتم إجراء عملية بتر كلي أو جزئي للثدي وهن من محافظات مختلفة ويخضعن للعلاج بمعهد الأورام القومي التابع لجامعة القاهرة.

٧- سرطان الثدي: ***Breast Cancer***

يعرفه ***Dunkel*** بأنه نماء ذاتي نسبي للنسيج، ويؤكد على مصطلح النماء لأنه يقتصر على الأورام السرطانية الخبيثة ***(Dunkel:2005)***.

وتعرفه الباحثة بأنه:

تغير في خلايا الجسم، يكون مصحوباً بنمو غير منتظم على هيئة كتلة من الأنسجة، الناتجة عن نمو غير طبيعي في ثدي السيدة المصابة به وله صفة الانتشار.

وسوف نلقى الضوء على هذا النوع من المرض من حيث الاعراض ،والاسباب وطرق العلاج.

يعد مفهوم السرطان من المفاهيم التى نالت اهتماماً كبيراً وآثار جدلاً واضحاً من قبل الباحثين ولم يتم وضع تعريف محدد لهذا المرض إلا في العشرينيات من القرن الماضي ولكن مع تقدم العلم، أصبحت تعريفات المرض واضحة وأن اختلفت من باحث لآخرحيث يعد سرطان الثدي ***Breast Cancer***شكل من أشكال الأمراض السرطانية التي تصيب أنسجة الثدي، و عادة ما يظهر في قنوات (الأنابيب التي تحمل الحليب إلى الحلمة) وغدد الحليب. ويصيب الرجال والنساء على السواء، ولكن الإصابة لدى الذكور نادرة الحدوث، فمقابل كل إصابة للرجال يوجد ٢٠٠ إصابة للنساء ( )

حيث ان الخلايا المصابة به تنمو وتتغيير، وتتضاعف بصورة خارجة عن نطاق السيطرة. وتشكل قطعة أو كتلة من الانسجة الاضافية. إما أن تكون سرطانية (خبيثة) أو غير سرطانية (حميدة). الأورام الخبيثة تتكاثر وتدمر أنسجة الجسم السليمة.

يتالف الثدي من نوعين رئيسيين من الأنسجة : أنسجة غدّية وأنسجة داعمة. والأنسجة الغدية تغلف الغدد المنتجة للحليب وقنوات الحليب. بينما الأنسجة الداعمة تتكون من الأنسجة الدهنية والأنسجة الرابطة الليفية في الثدي. والثدي أيضاً يحوي نسيج ليمفاوي (أنسجة جهاز مناعي تزيل النفايات والسوائل الخلويه).

سرطان الثدي إحصائياً

سرطان الثدي هو ثاني سبب رئيسي لوفيات السرطان في النساء بعد سرطان عنق الرحم، وهو السرطان الأكثر شيوعاً بين النساء ، وفقا لتقديرات منظمة الصحة العالمية ، يتم تشخيص أكثر من ١،٢ مليون إصابة بسرطان الثدي في جميع انحاء العالم كل سنة واكثر من ٥٠٠٠٠٠ يموتون من هذا المرض.

عوامل المخاطرة

ان اي عامل يزيد من فرص انتشار المرض يسمى عامل مخاطرة/خطر. عوامل الخطر لسرطان الثدي تشمل ما يلي:

- العمر:

خطر تطوير سرطان الثدي يزداد مع العمر. الغالبيه العظمى من الاصابات بسرطان الثدي تحدث لدى النساء الأكبر من ٥٠ عام. معظم انواع السرطان تتطور ببطء على مر الزمن ولهذا السبب ، فسرطان الثدي هو الأكثر شيوعا بين النساء المسنات.

- العمر عند بدء الحيض

مستويات هورمون الاستروجين لدى الاناث تتغير مع دورة الطمث، النساء اللواتي بدأن أول دورة حيض لهن في سن مبكره جدا قبل سن ١٢ سنة قد يكن معرضات لزيادة طفيفة في مخاطر الاصابة بسرطان الثدي بسبب تعرضهن للاستروجين بصورة أطول من غيرهن.

- العمر عند أول مولود حي

معامل الخطر يزداد مع تقدم العمرواذا كانت اول ولادة لها بعد سن الثلاثين بالاضافة لتاريخ الأسرة مع سرطان الثدي.حيث تلعب الوراثة دورا واضحا فى الاصابة بالمرض.|خاصة اقارب الدرجة الاولى(الام ، الاخوات ، والبنات) اللاتي أصبن بسرطان الثدى

إن وجود إصابة أو أكثر لدى اقارب الدرجة الاولى (الام ، الاخوات ، والبنات) يزيد من فرص المرأه ليتطور لديها حالة سرطان الثدي.

قد تزداد مخاطر الاصابة بسرطان الثدي لدى النساء اللواتي إجري لهن خزعات للثدي، وخصوصا اذا ما اظهر التحليل نماذج تضخم كمي شاذة. فالمراه التي لها تاريخ طويل لخزعات ثدي هي في خطر أكبر ليس بسبب الخزعات بل بسبب الداعي الأصلي الذي فرض إجراء الخزعة. الخزعة بحد ذاتها لا تسبب السرطان.

عوامل الخطر الاخرى ، مثل العمر عند الوصول إلى سن اليأس ، كثافه نسيج الثدي على الماموجرام ***mammogram*** ، استخدام حبوب منع الحمل او علاجات الهورمونات البديلة ، الأنظمة الغذائية عالية الدهون، الاشعاعات المؤينه، ، انخفاض النشاط البدني ، والسمنة ، جميعها

عوامل مهمة و لكن لا تدرج في العادة لدى تقيم مخاطر سرطان الثدي لعدة أسباب منها عدم وجود ادله قاطعة على كيفية تأثير هذه العوامل ، و عدم تمكن الباحثين من تحديد مدى مساهمة هذه العوامل في حساب المخاطر بالنسبة للمرأة.

يمكن ايضا للطفرات الجينية ان تكون السبب في الإصابة بسرطان الثدي. سرطانات الثدي الوراثية تشكل ما نسبته ٥ ٪ إلى ١٠ ٪ من جميع سرطانات الثدي. وان كان يصعب أخذ الميول الوراثيه لمحددات سرطان الثدى ، مثل الطفرات في جينات ***brca1*** او ***brca2*** في الاعتبار لدى تقدير مخاطر سرطان الثدي. إذا أنه ليس من الشائع فحص الطفرات في الجينات ***brca1*** او ***brca2***، خاصة قبل الإصابة بالمرض.

الوقاية من سرطان الثدي

عن طريق أساليب الوقاية يمكن تقليل عدد الحالات الجديدة من إصابات السرطان مما يعني خفض عدد الوفيات الناجمة عن مرض السرطان لمنع تطور حالات سرطانية

عوامل تساعد على تقليل فرص الإصابة بسرطان الثدي:

- التمارين: ممارسة النشاط الرياضي لاكثر من ٤ ساعات أسبوعياً يؤدي إلى انخفاض خطر الاصابة بسرطان الثدي.
- الحمل المبكر : النساء اللاتي يكون حملهن الأول قبل سن ٢٠ عاماً تنخفض لديهن نسبة الاصابة بسرطان الثدي.
- الرضاعة الطبيعة: النساء اللاتي يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية من الثدي لديهن فرصة أعلى بالبقاء سليمات وتنعدم الإصابة لديهن بسرطان الثدي.

انواع سرطان الثدي

يقسم سرطان الثدي بداية إلى نوعين ، سرطان غازي ***(invasive)*** ، و سرطان مقيم ***(noninvasive - in situ)*** ثابت). السرطان المقيم لا ينتقل إلى الأنسجة المحيطة به. تقريبا واحد من كل سبعة سرطانات ثدي هو سرطان مقيم.

الأعراض الدالة على المرض

- ورم في موضع معين من الثدى.
- تغير في شكل أو حجم الثدي
- انخفاض أو نتوآت بالجلد(يصبح ملمس الحلمة محرفش مثل قشرة البرتقالة)
- تغير في لون الجلد.
- خروج إفرازات خاصة الافرازات الدموية من الحلمة خلال الضغط عليها.

الصورة الإشعاعية للثدي

يجرى التصوير الإشعاعي لمعاينة الأجزاء الداخلية غير الظاهرة للثدي وتؤخذ أول صورة للمرأة عند سن يتراوح بين ٣٥ و٣٩ سنة على فترات تتروح بين مرة كل سنة أو سنتين.

العلاج

يتم علاج سرطان الثدي – أغلب الأحيان– بعدة طرق في نفس الوقت، فاذا ما تم الاكتشاف المبكر للورم وكان حجمه في حدود ٣ سم ، يمكن استئصال الورم ذاته وعلاج باقي الثدي بالأشعة للقضاء على بقية الخلايا التي قد تكون نشطة. أما إذا كان الورم أكبر من ذلك أو كان قد انتشر إلى الغدد الليمفاوية فيضاف العلاج الكيميائي والاشعاعى والهرموني إلى سياق العلاج. ومن الأساليب العلاجية لسرطان الثدي ما يلى:

التدخل الجراحي:

يعتمد على حجم الورم ومدى انتشار المرض. حيث يتم استئصال الورم فقط (إذا كان صغيرا) أو استئصال الثدي ككل

العلاج الإشعاعي:

هو علاج موضعي يتم بواسطة استخدام أشعة قوية تقوم بتدمير الخلايا السرطانية لايقاف نشاطها.

العلاج الكيميائي:

وهو علاج شامل يعطى بشكل دوري ويتم بتعاطي عقاقير عن طريق الفم لقتل الخلايا السرطانية اوحقن فى الوريد.

العلاج الهرموني:

يعمل هذا الأسلوب العلاجي على منع الخلايا السرطانية من تلقي واستقبال الهرمونات وهو يتم عن طريق تعاطي عقاقير تغير عمل الهرمونات أو عن طريق إجراء جراحة لاستئصال الأعضاء المنتجة لهذه الهرمونات مثل المبايض.

دراسات سابقة:

استطاعت الباحثة من خلال الإطلاع علي الدراسات الأجنبية والعربية التي ترتبط بموضوع البحث الحالي أن تصنف هذه الدراسات الى قسمين من الدراسات .

الأول : –

دراسات تناولت الأضطرابات الانفعاليه لدي مرضي الأورام السرطانية .

الثاني : –

دراسات اهتمت بعمل برامج علاجية لتحسين المستويات النفسية لدي مرضي الأورام السرطانية .

وفيما يلي عرض موجز لهذه الدراسات ثم التعقيب عليها .

أولا" : دراسات تناولت حصر الاضطرابات الانفعالية لدي مرضي الأورام السرطانية .

فقد أجرى لويس واخرون ***(Lewis, et al:2003)*** دراسة استهدفت معرفة الاستجابات النفسية لعينة من مرضي الأورام السرطانية الخاضعين للعلاج الجراحي , وقد طبقت الدراسة علي عينة مكونة من (٥٠٠) مفردة , مستخدمين عدة أدوات منها مقياس تقدير الذات , العجز , الأكتئاب , القلق , وقد استمرت الدراسة ثمانية أشهر , وأسفرت النتائج عن ارتفاع ملحوظ في درجات المرضي علي مقاييس القلق والشعور بالعجز بالإضافة إلي انخفاض درجاتهم علي مقياس تقدير الذات المرتبط بالاكتئاب.(***Lweis,et al,2003***)

- كما أجرى جوتسمان ***(Gottesman ;et al:2003)*** وآخرون ***2003*** دراسة هدفت الى المقارنة بين ثلاث مجموعات من السيدات, بحيث بلغ عدد النساء في كل مجموعة (٢٢) سيدة مثلت المجموعة الأولي عينة من مريضات الأورام السرطانية , بينما مثلت المجموعة الثانية عينة من المريضات اللاتي أجريت لهن جراحة غير سرطانية , أما المجموعة الثالثة فكانت من الأصحاء , وأسفرت النتائج عن أن مجموعة مرضي الأورام السرطانية كانت أكثر المجموعات شعورا" بالعجز والاكتئاب وذلك بالمقارنة بالمجموعتين الأخريين ***(Gottesman, D.&tewls,M.s,2003).***

- اما الدراسة التى أجراها ديان (***Diane:et al 2004***) علي عينة من السيدات المصابات بسرطان الثدي بلغ قوامها (٤٠٠) مفردة مستخدما" في ذلك عدة أدوات منها مقياس تقدير الذات ومقياس الشعور بالمشقة وقلق الموت , وقد توصلت الدراسة إلي أن هناك نسبة تتروح بين ٢٥% و٣٠% من النساء اللواتي أجريت لهن عملية استئصال الثدي يواجهن مشكلات نفسية شديدة وان المرض هو السبب الأول للمشقة بعد الصدمة ***(Diane ,L.B& Joni,A,M.2004).***

كما درس ليدر بيرج ***(Lederberg :et al:2004)*** نوعية الأضطرابات النفسية التي يعاني منها مرضي الأورام السرطانية , وقد طبقت الدراسة علي عينة قوامها ٣٠٠ مفردة من المترددين علي المراكز الطبية , وأسفرت النتائج عن أن ٤٧ %من أفراد العينة يعانون الاضطرابات النفسية , من أبرزها القلق والأعراض الاكتئابية ***(Lederberg, M, Holland,J&Massie,M,2004).***

- وفي دراسة "روبن ***(Robin :et al:2005)*** التى طبقت علي (٥٠٠) مفردة من المصابين بأورام سرطانية متعددة , (المثانة , الثدي, الكبد) . وقد توصل إلي نتائج عديدة أبرزها إصابة المرضي بالعديد من الاضطرابات النفسية أهمها قلق الموت والاكتئاب والانطواء ,

ويرجع ذلك إلي شعور المرضي بأن المرض يهدده بفقدان أدواره الاجتماعية بالإضافة إلي صعوبة الأعراض الجانبية للعلاج الكيميائي والمتمثل في:

- (الغثيان , القئ , سقوط الشعر) والتي تؤدي إلي شعور المريض بعدم جدوى العلاج وبالتالي تتفاقم حالته سوءاً،كما ان معاناة السيدات المصابات بسرطان كانت واضحة اكثر من غيرهن. ***(Robin, A& et al, 2005)***
- وقد قام" كومباس" ***(Comas :et al:2006)*** بدراسة علي عينة من السيدات المصابات بأورام في الثدي بلغت العينة (١١٧) مفردة من المترددات علي العلاج الإشعاعي , وقد استخدم الباحث مقياس الاكتئاب والقلق والمشقة , وتوصلت الدراسة إلي ارتفاع درجة القلق والشعور بالاكتئاب والمشقة عن غيرهن ,لخوفهن من الآثار المترتبة علي الإصابة بالمرض وفقدان المظهر الجسمي , وقصور الوظائف الجسمية ***(Compas, .B.E,worsham, N.L,Epping.2006)***
- في حين درس سكولز ***(Schukz et al:2066)*** ما إذا كان هناك علاقة بين الإصابة بالمرض في ظل الظروف الاقتصادية المتدنية والإصابة بالاضطرابات النفسية أم لا. وقد طبقت الدراسة علي عينة مكونة من (٢٤٠) مفردة من مستويات اقتصادية مختلفة وتوصلت الدراسة إلي أن المستوي الاقتصادي المنخفض يؤثر بالسلب في تكوين مرضي الأورام السرطانية اتجاهات سلبية نحو ذواتهم . ***(Schukz, R, Williamson, G.M,Knapp.JE. 2006)***
- اما دراسة "ليما" ***(Lima et al:2007)*** فقد استهدفت معرفة ماذا كانت الأضطرابات النفسية تختلف باختلاف مكان الورم السرطاني أم لا ؟, وقد طبقت الدراسة علي عينة من المصابين بأورام مختلفة وبلغت العينة (٥٠٠) مفردة , وقد أسفرت النتائج عن اختلاف الأضطرابات النفسية باختلاف موضع الورم السرطاني فمرضي أورام المستقيم كانوا أكثر تعرضا" للهوس الاكتئابي , بينما أصيب مرضي أورام المثانة بالفصام أما أورام المعدة فكانوا أكثر عرضة لاضطراب العتة المبكر. ***(Lima, J& Cohen,MA,2007)***
- في حين استهدفت دراسة كل من "سينها" و"تيجان" تأثير المشقة الانفعالية وعلاقتها بالاضطرابات النفسية وقد طبقت الدراسة علي عينة قوامها (١٢٥) مفردة تتراوح أعمارهم من (٣٥إلي٤٥) عاما وتوصلت النتائج إلي أن المشقة الانفعالية المرتفعة لدي مرضي الأورام السرطانية تعد منبئا فعالا بارتفاع قلق الموت لديهم. ***(Sinha.s.p& Nigam,M,2007)***

كما فحصت دراسة "روس" ***(Roos I:A:2007)*** الاضطرابات الانفعالية ومرض أورام عنق الرحم, وقد طبقت هذة الدراسة علي عينة من (١٠٠) مفردة ممن تم إستئصال عنق الرحم لديهن. وتوصلت النتائج إلي أن من أبرز الاضطرابات الانفعالية قلق الموت, وانخفاض

جـــودة الحيـــاة لـــديهن بـــسبب شـــعورهم بعـــدم الجاذبيـــة الجنـــسية . (Roos, I.A,2007)

يتضح من نتائج الدراسات السابقة مدي معاناة المرضي من المشكلات النفسية الناجمـة عـن الإصابة بالأورام السرطانية , بالإضافة إلي المعاناة من شدة المرض ذاته مما يوحي أن للمـرض المزمن أثارا" قد تفوق في شدتها وطأه المرض ذاته لما يترتب علي التـشخيص بمـرض الأورام السرطانية العديد من المشكلات منها ماهو نفسي, ومنها ما هو اقتصادي نظرا" لارتفـاع تكـاليف العلاج , ومنها ما هو اجتماعي متمثل في علاقة المـريض بأسـرته وزملائـه , كمـا تختلـف الاضطرابات التي تترتب علي المرض باختلاف مكان الإصابة , ومن الملاحظ علـي الدراسـات السابق عرضها ، وغيرها من الدراسات التي تمت في هذا السياق أنها لم تتناول بالتحديد نوعيـة الاضطرابات النفسية التي يعاني منها مرضي سرطان الثـدي ، فيمـا عـدا دراسـة " ديـان " (Daine 2004) التي توصلت إلي وجود مشكلات نفسية مترتبة علي استئصال الثـدي لـدي النساء , ولكن" ديان" لم يوضح طبيعة هذه المشكلات , سوي أنه أكد علي وجود متغيرات مـسببة للمشقة خاصة فيما بعد الصدمة.

ثانيا" : دراسات اهتمت بعمل برامج علاجية لتحسين المستويات النفسية لـدي مرضـي الأورام السرطانية :-

فقد درس (Engng;M .gargain٢٠٠٥.) إمكانية التخفيف من الاضطرابات النفسية خاصة بعد الجراحة لدي السيدات المصابات بسرطان الثدي , وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها (٨٠) سيدة مصابة بأورام الثدي ، بمتوسط عمري قدرة ٣٤,٨ ، وانحـراف معيـاري قـدره ١٠,٣ ، مستخدماً في ذلك بعد المساندة الاجتماعية ونموذج حل المشكلة ، وقد توصلت الدراسة إلى عـدة نتائج أهمها ، اختلاف أسلوب التدخل باختلاف مرحلة المرض ، ففي بداية اكتشاف المرض تكون الانفعالات قوية ، وتقاوم التدخل ، ويقل تدريجياً خاصة إذا كان مصحوباً بتحسن في نتائج العلاج كما توصلت إلى أن المساندة غير الرسمية من قبل الأهل والزوج لها دور في التخفيف من حـدة المرض . (Egng, M., Garjain, K, .2005)

واما دراسة لاجتون (Lagton E,2005) فقد استهدفت فحص فاعلية العلاج المعرفي في التخفيف من الأعراض الاكتئابية المترتبة على عملية البتر وطبقت الدراسة على عينة من مرضى سرطان الثدى والمثانة ، من خلال مجموعتين تجريبيتين من الذكور والإناث وقد توصلت الدراسة إلى تقبل الآثار السلبية للمرض بعد البرنامج كما أن الإناث كن أكثر تعرضاً للإصابة بـالأعراض الإكتئابية من المرضى الذكور ، وأقل منهم في الاستفادة من البرنامج ، مما يشير إلى أن الجنس له تأثير واضح في نتائج البرنامج لصالح الذكور . (Lagton ,e, 2005)

في حين قام مانى بلوم (*Bloom,M.,et al,.2006*) بدراسة للوقوف على دور المساندة الوجدانية في الحد من استخدام التعايش التجنبي , وتخفيض المشقة الانفعالية وتحسين صورة المريضات بالسرطان عن ذواتهن بعد عملية البتر بالمقارنة بالمريضات اللاتي تلقين العلاج الطبي فقط وقد طبقت الدراسة علي عينتين من المريضات إحداهن استخدمت العلاج الطبي فقط والثانية طبقت عليها البرنامج بجانب العلاج الطبي, وقد أسفرت النتائج عن أهمية المساندة الوجدانية في تقليل التعايش التجنبي , وتخفيض المشقة الانفعالية. *(Bloom,M.,et al,.2006)*

وفي دراسة أخري قام بها "مين" *(Manne ,et al,2006)* علي عينة قوامها (١٩١) مفردة من مريضات السرطان المتزوجات و في مرحلة متأخرة من المرض , وهدفت الدراسة إلي معرفة إمكانية تخفيض قلق الموت لدي السيدات وقد قسمت العينة إلي عده مجموعات حسب العمر ومرحلة المرض ، وتوصلت الدراسة إلي نتائج مهمة لعل من أبرزها أن البرنامج كان مجديا" في تخفيف قلق الموت مع المرضي في مراحل مبكرة وسجلن استجابات مرتفعة للشفاء بعد العلاج الكيميائي , أما المراحل المتأخرة من المرض فقد أفاد معها البرنامج في تقبل الأمر , والتحلي بالصبر , إلا انه لم يخفف من حدة قلق الموت. *(Manne, A,et,al, 2006)*

وقد بحث ألفيري " *(Alferi et al,2007)* دورالمساندة الاجتماعية في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية , وايهما أفضل المساندة الاجتماعية أم المساندة الأدائية والمعلوماتية , طبقت الدراسة علي (٥١) مريضة بأورام الثدي ,وتوصلت الدراسة إلي أهمية دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من الاضطرابات النفسية ولا سيما إذا أتت هذه المساندة من الأهل والأصدقاء , في حين ان المريضات فضلن المساندة المعلوماتية من الأطباء المتخصصين أو من مرضي سبق شفائهن من هذا المرض . *(Alferi, S.M, weiss,S & Duran,F.2007)*

تعقيب على الدراسات السابقة :

من خلال مجموعة الدراسات التى تم عرضها يتضح ما يلي:

١- ندرة الدراسات التى تناولت الاضطرابات المصاحبة للصدمة لدى السيدات المصابات بسرطان الثدي باستثناء دراسة ٢٠٠٤ ***Diane*** ودراسة ***Lederbrg*** ٢٠٠٤.

٢- تنوعت أهداف الدراسات التى ركزت على تشخيص الحالات المصابة بالسرطان سواء كان سرطان مثانة أو ثدي أو رحم... إلخ. او تلك التى تناولت الاضطرابات مباشرة أو التى ارتبطت فيها الاضطرابات مع أعصبة أخرى حددتها أدوات الدراسة مثل دراسة (كومباس ٢٠٠٦ ***Combas 2006***) و (ليما ***Lima 2007***)

٣- لم تهتم الدراسات فقط برصد الاضطرابات الانفعاليه بل ركز بعضها على عمل برامج

علاجيـــة لخفـــض حـــدة هـــذه الاضـــطرابات الانفعاليـــه مثـــل دراســـة (Egng, M 2005) و (دراسة Lagton 2005) و (دراسة Alferi 2007)

٤- تنوعت المناهج التى قامت عليها الدراسات السابق عرضها ما بين المنهج الوصفي المقـارن والمنهج التجريبي.

٥- لا توجد دراسات تناولت الاضطرابات المصاحبة للصدمة في ضوء بعض متغيرات الشخصية وذلك في حدود علم وإطلاع الباحثة.

ومما سبق يتضح لنا مدى أهمية تناول البحث الراهن للتعرف على الاضطرابات المـصاحبة والتالية للصدمة في ضوء بعض متغيرات الشخصية لدى السيدات المصابات بسرطان الثـدي وتم عمل بتر جزئي أو كلي لهن.

فروض الدراسة:

من خلال استعراض الباحثة للدراسات السابقة وفي ضوء الأهداف التى تسعى الدراسـة إلـى تحقيقها فإنه أمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض القلـق والاكتئـاب بـين مجموعـة الـسيدات المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات في اتجاه مجموعة السيدات المصابات بالمرض.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من متغيرات الشخـصية (الذهانيـة- العـصابية- الإنبساطية) بين مجموعة السيدات المصابات وغير المصابات في اتجاه عينة المصابات.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض القلـق والاكتئـاب والمتغيـرات الشخـصية (الذهانية- العصابية- الانبساطية) بين عينة المريضات صغيرات السن (أقل من ٣٥) سـنة وبين عينة المريضات الأكبر سناً (أكثر من ٣٥) في اتجاه عينة المريضات صغيرات السن.

٤- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائيا بين متغيرات الشخصية (الذهانية – العـصابية – الانبساطية) وكل من القلق والاكتئاب لدى عينة المريضات.

إجراءات الدراسة:

أولاً: وصف عينة الدراسة:

أ- تم اختيار عينة قوامها (٤٤) مفردة بشكل عشوائي منتظم من السجلات المدونة بالمركز القومي للأورام التابع لجامعة القاهرة، وتنوه الباحثة إلى أنه تم اختيار عينة البحث التجريبية من معهد الأورام القومي للاعتبارات التالية:

* أنه يتردد عليه أعداد كبيرة من المرضى، ومن كل المحافظات، كما أنه يشتمل علـى كـل المستويات الاجتماعية والاقتصادية نظراً لأنه يقدم خدمة العلاج المجاني والاقتصادي.

ب- و قد تم إختيار عينة الدراسة وفق الخطوات التالية :-

- تم اختيار العينة من السيدات المصابات بسرطان الثدي، واللاتي تتراوح أعمارهن ما بين (٣٠: ٥٠) سنة وذلك بمتوسط عمري (٣٦,٨٠) وانحراف معياري (٢,٨٤) وبلغ حجم العينة (٤٤) مفردة للمجموعة التجريبية و (٤٤) مفردة للمجموعة الضابطة من السيدات غير المصابات بالمرض. وقد روعي في المجموعتين التجانس في كل المتغيرات ما عدا الإصابة بالمرض (السن- التعليم- المهنة).
- روعي في العينة التجريبية الشروط التالية:

١- وجود بتر كامل للثدي (الأيمن – أو الأيسر) .

٢- أن تكون متزوجة ولديها أبناء.

٣- أن تكون في المرحلة العمرية من (٣٠-٥٠) سنة.

٤- أن تكون من الخاضعين للعلاج المجاني.

ج – أما من حيث المرحلة العمرية فقد تم اختيارها للاعتبارات التالية:

- أن السيدات في هذه السن تكون لهن علاقات نشيطة بالمحيطين ولاسيما الزوج والأبناء.
- أن لديهن رغبة قوية في الحياة بحكم ارتباطها بالأبناء والأسرة.
- أن هذه السن فترة خصوبة وعطاء بالنسبة للمرأة وأن الإصابة بالمرض في هذه السن وما يترتب عليها من آثار جسمية ونفسية سوف يؤثر على حالتها النفسية والجسمية وعلى علاقتها بالمحيطين خاصة الزوج.

جدول (١) توزيع عينة البحث وفق متغير السن

متغير السن	أقل من ٣٥ سنة	أكثر من ٣٥سنة	المجموع
المرضى	٢١	٢٣	٤٤
الأصحاء	٢٠	٢٤	٤٤
المجموع	٤١	٤٧	٨٨

وقد تم التحليل الإحصائي من خلال اختبار (كا٢) "(٢×٢) وكانت النتيجة (٠,١٨٦) وبالكشف عند درجة الحرية = ٠,١ وجد أن هذه القيمة غير دالة، وعلى هذا يمكن القول أنه لا توجد فروق دالة بين العينتين في متغير السن يمكن أن تؤثر في نتائج الدراسة.

د- متغير التعليم:

اشترطت الباحثة في عينة الدراسة أن تخلو من الامية لذلك تم اختيار العينة من مستوى تعليمي أقل من المتوسط، وأعلى من المتوسط، وذلك بالنسبة للعينتين كما هو موضح في الجدول التالى.

توزيع عينتي الدراسة وفق متغير السن

متغير التعليم	أقل من المتوسط	أعلى من المتوسط	المجموع
المرضى	٢٦	١٨	٤٤
الأصحاء	٢١	٢٣	٤٤
المجموع	٤٧	٤١	٨٨

تم حساب (كا٢) "(٢×٢) حيث كانت النتيجة (٠,٤١) ودرجة الحرية = ٠,١ وهذه القيمة غير دالة عند أي مستوى للدلالة، وعلى هذا لا توجد فروق دالة بين العينتين يمكن أن تؤثر في نتائج الدراسة.

ج- متغير المهنة:

تراوح متغير المهنة ما بين موظفات- وعاملات وربات بيوت، وذلك بالنسبة للعينيتين وللتأكد من عدم وجود فروق على متغير المهنة تم حساب (كا٢) على النحو التالي.

جدول (٣) توزيع عينتي الدراسة وفق متغير المهنة

متغير المهنة	موظفات	عاملات	ربات بيوت	المجموع
المرضى	٢٥	٩	١٠	٤٤
الأصحاء	٢٣	١١	١٠	٤٤
المجموع	٤٨	٢٠	٢٠	٨٨

وفي ضوء التحليل الإحصائي باستخدام (كا٢) ٢ × ٢ حيث كانت النتيجة (٠,١٨٤) ودرجة الحرية = ٠,١ وهذه القيمة غير دالة، وبالتالي يمكن القول أنه لا توجد فروق في متغير المهنة يمكن أن تؤثر في نتائج الدراسة.

ثانياً: أدوات الدراسة:

جمعت الباحثة بيانات هذه الدراسة بإستخدام مجموعة من الأدوات و المقاييس و هي على النحو التالي :-

أ – مقياس القلق ل "تيلور" ترجمة مصطفى فهمي ومحمد أحمد غالي .

وصف المقياس: هذا المقياس يتكون من (٥٠) عبارة وتتراوح الدرجة بين (صفر: ٥٠) وينقسم إلى (١: ١٦) بند تشير إلى عدم وجود القلق، ومن (١٦: ٢٥) يوجد قلق بدرجة بسيطة، ومن (٢٥: ٣٥) يوجد قلق متوسط ومن (٣٥) فصاعداً يوجد قلق مرتفع (لويس مليكة١٩٨٠).

وللتأكد من صلاحية المقياس لموضوع الدراسة الحالي قامت الباحثة بعمل اختبار ثبات وصدق للمقياس على النحو التالي .

ثبات المقياس:

تم إجراء التطبيق لحساب الثبات على عينة مكونة من (٤٠) مفردة من المرضى بهذا النوع من السرطان من مستشفى قصر العيني القديم. وذلك باستخدام طريقة إعادة الاختبار وبفارق زمني قدره ١٤ يوماً بين التطبيق الأول والثاني .

جدول رقم (٤) يوضح ثبات مقياس تيلور للقلق الصريح

باستخدام إعادة التطبيق بواسطة معامل ارتباط بيرسون

العينة / البيان	ن	معامل الارتباط	الدلالة
السيدات المصابات بسرطان الثدي	٤٠	٠,٨٨	٠,٠١

ويتضح من الجدول السابق أن معامل الارتباط مقبول ويمكن القول أن المقياس على قدر مرتفع من الثبات.

٣- صدق المقياس:

تم استخدام طريقة الصدق التلازمي لحساب العلاقة بين مقياس تيلور ومقياس قائمة حالة سمة القلق والتى أعدها سبيلبرجر وكورسوتش ولشن "ترجمة" أمينة.عبد الله سنة١٩٨٩.

وتم ذلك على عينة لها نفس خصائص عينة الدراسة الحالية كما هو موضح بالجدول التالي.

جدول (٥) صدق مقياس تيلور للقلق من خلال

حساب معامل الارتباط بينه وبين مقياس سبيلبرجر للقلق

ن	معامل الارتباط	الدلالة
٤٠	٠,٨٦	٠,٠١

ويتضح من الجدول السابق أن معامل الارتباط دال عند مستوى (٠,٠١) وبهذا يكون مقياس تيلور للقلق له درجة جيدة من الصدق.

ب – مقياس بيك للاكتئاب:

١- وصف المقياس:

صمم هذا المقياس "اورن بيك" وهو يتكون من (٢١) بنداً تغطى معظم الأعراض المختلفة للاكتئاب وكل بند من البنود الـ (٢١) له أربعة اختيارات تتدرج من (صفر: ٣) وبهذا تتراوح الدرجة التى يحصل عليها المفحوص من (صفر: ٦٣).

(ترجمة غريب عبد الفتاح، ٢٠٠٠، ص٧)

٢- ثبات المقياس:

قامت الباحثة بحساب الثبات على عينة مماثلة لعينة الدراسة باستخدام طريقة إعادة الاختبار بفارق زمني قدره (١٤) يوماً بين التطبيقين.

كما هو موضح بالجدول التالي.

جدول (٦) ثبات مقياس بيك للاكتئاب باستخدام إعادة التطبيق بواسطة معامل ارتباط بيرسون

ن	معامل الارتباط	الدلالة
٤٠	٠,٨٦	٠,٠١

يتضح من جدول (٦) أن معامل الارتباط مقبول،وهذا يشير إلى أن مقياس بيك للاكتئاب يتمتع بقدر جيد من الثبات.

٣- صدق المقياس:

تم حساب صدق المقياس باستخدام طريقة الصدق التلازمي، وذلك عن طريق حساب العلاقة بين مقياس بيك ومقياس جيلفورد للاكتئاب (ترجمة مصطفى سويف) وذلك على نفس العينة السابقة كما هو موضح بالجدول التالي.

جدول (٧) صدق مقياس بيك للاكتئاب من خلال

حساب معامل الارتباط بينه وبين مقياس جيلفورد للاكتئاب

ن	معامل الارتباط	الدلالة
٤٠	٠,٨٧	٠,٠١

ويتضح من جدول (٧) أن معامل الارتباط بين مقياسي بيك وجيلفورد للاكتئاب معامل دال.

ج- استخبار أيزنك للشخصية *EPQ* أعده أحمد عبد الخالق.

نبذة عن الاستخبار:

ظهر في عام ١٩٧٥ وهو امتداد لقائمة "مودسلي للشخصية ***MPI*** وقائمة إيزنك ووصولاً إلى قائمة ايزنك للشخصية ولعل أهم ما يميزه هو إضافة مقياس للذهانية ***Psychoticism*** (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٣، ص٤١٧)

ويهدف هذا المقياس إلى الكشف عن درجة الاستعداد للأبعاد التي يقيسها المقياس وهي (الذهانية- العصابية- الانبساطية) ولقد تم إجراء الثبات والصدق لهذا المقياس أكثر من مرة.

وتراوح معامل الثبات بين (٠,٧٨ : ٠,٩٠) (المرجع السابق، ص٤١٩)

قد عربه (أحمد عبد الخالق) وحسب له الثبات وكان يتراوح ما بين (٥٩: ٠,٨٠) على المقياس الفرعي كما حسب له الصدق العاملي وأظهر تشبعات مقبولة. (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٣، ص٣١)

وصف المقياس:

يتكون المقياس من ثلاثة أبعاد على النحو التالي:

- بعد الذهانية (٢٥) بنداً.
- بعد الإنبساطية (٢٠) بنداً
- بعد العصابية (٢٣) بنداً.

ويشتمل كل بند على إجابتين بوضع دائرة على الإجابة المناسبة (نعم – لا) ولا يرتبط بزمن محدد وكل بعد من أبعاد المقياس له مفتاح تصحيح خاص به ونظراً لأن الاستخبار على درجة عالية من الشيوع عالمياً وعربياً كما اثبت خواصه السيكومترية على عينات مصرية. (المرجع السابق ,ص٩١)

فإن الباحثة فضلت عدم تطبيقه مرتين على عينة الدراسة نظراً للظروف الحرجة التى تمر بها العينة ولأن المقياس طويل حيث يشتمل على (٦٨) بنداً.

ثالثاً: المعالجة الإحصائية:

تم استخدام التصميم العاملي (٢ × ٢)

- حساب المتوسط والانحراف المعياري.
- معامل ارتباط بيرسون.
- حساب قيمة (ت) للكشف عن دلالة اتجاه الفروق.
- حساب (كا٢) للتجانس بين عينة الدراسة.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الاول على انه : "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض القلق والاكتئاب بين مجموعة المرضى والأصحاء في اتجاه عينة المرضى.

وللتحقق من صحة الفرض استخدمت الباحثة التصميم العاملي (٢×٢) لدلالة الفروق بين (المرضى والأصحاء) فى القلق.كما هو موضح بالجدول (٨)

جدول (٨) يوضح التصميم العاملي (٢×٢) لدلالة الفروق بين (المرضى والأصحاء) على المتغير التابع درجة الحرية (٨٤) (ن = ٨٨)

مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ح	متوسط المربعات	ف
المرضى/ الأصحاء	٩١٦,٥٥	١	٩١٦,٥٥	١١,٨

يتضح من الجدول السابق ان نسبة (ف) الخاصة بتأثر عينة المرضى/ الأصحاء والتى بلغت

١١,٨ هي دالة عند ٠,٠١ وتدل على تأثر عينة المرضى وظهور أعراض القلق عليهم أكثر من الأصحاء. وهذا ما يوضحه الجدول (٩).

جدول (٩) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لدلالة الفروق على مقياس القلق

العينة\البيان	ن	م	ع	قيمة ت
المرضى	٤٤	٢٩,٧٥	١,٦	٥,٧
الأصحاء	٤٤	٢٣,٣	٧٢,٢	

يتضح من الجدول (٩) وجود فروق ذات دلا له احصائية بين المرضى والاصحاء فى القلق لصالح عينة المرضى.

كما تمت المقارنة بين عينتى الاصحاء والمرضى فى الاكتئاب والجدول (١٠) يبين نتائج هذه المقارنة :

جدول (١٠) التصميم العاملي (٢×٢) لدلالة الفروق بين (المرضى والأصحاء) على المتغير التابع درجة الحرية (٨٤) (ن = ٨٨)

مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ح	متوسط المربعات	ف
المرضى/ الأصحاء	١١٤١,٩	١	١١٤١٠٩	٢٢,٨

بالرجوع إلى الجدول نلاحظ أن قيمة (ف) الخاصة بتأثير الاكتئاب على المرضى/ الأصحاء = ٢٢,٨ وهي دالة عند مستوى (٠,٠١).

جدول (١١) يوضح الفروق بين عينة المرضى / الأصحاء على مقياس الاكتئاب

العينة\البيان	ن	م	ع	قيمة ت
المرضى	٤٤	١٦,٩٨	٩,٤	٤٠٦
الأصحاء	٤٤	٩,٨	٤,٥	

يتضح من الجدول(١١) أن اتجاه الفروق كان لصالح عينة المرضى.

وبناء على ما تقدم نستطيع تفسير نتائج الفرض الأول على النحو التالي.

نلاحظ أن اتجاه الفروق بين عينة المريضات والأصحاء في ظهور أعراض القلق والاكتئاب كان لصالح عينة المريضات، وهو أمر منطقي للغاية، حيث أن الإصابة بمرض السرطان يعد أزمة خطيرة تهدد بالموت و فقد الأحبه، وبالتالي تصبح حياة المريضة بعد سماع تشخيصها على انها مصابة بهذا المرض والآثار النفسية المترتبة على الاصابة به وبتر الثدي عامل مؤثر في

نظرة المريضة للحياة، كما كانت السيدات صغيرات السن أكثر تأثراً بأعراض القلق والاكتئاب نظراً للتشوه الذي يتركه البتر في هذا المكان، وخوفها من فقد الزوج والأولاد.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة *(Gottesman, 2003)* التى توصلت إلى أن مريضات السرطان يعانين من ارتفاع ملحوظ في الشعور بالقلق والاكتئاب مقارنة بالمرضى المصابين بأمراض أخرى.

نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثانى على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل متغيرات الشخصية (الذهانية- العصابية- الانبساطية) بين عينة المريضات وعينة الأصحاء كما هو موضح في الجدول التالي

جدول (١٢) التصميم العاملي (٢×٢) لدلالة الفروق بين (المرضى والأصحاء) على مقياس الذهانية درجة الحرية (٨٤) (ن = ٨٨)

مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ح	متوسط المربعات	ف
المرضى/ الأصحاء	١٠٠٩,٤	١	٣٠٩,٤	٢٠,٢

وبالنظر إلى الجدول(١٢) نلاحظ أن نسبة (ف) الخاصة بتأثير المرضى/ الأصحاء كانت = ٢٠,٢ وهي دالة عند مستوى (٠,٠١) والجدول السابق يوضح أن هناك فروق بين العينتين.

جدول (١٣) الفروق بين العينتين المرضى / الأصحاء على بعد الذهانية المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لدلالة الفروق على مقياس الذهانية

العينة\البيان	ن	م	ع	قيمة ت
المرضى	٤٤	١٢	٤,٨	٤,٤
الأصحاء	٤٤	٨,٢٥	٣,٠٠	

تفسير النتائج الخاصة بمتغير الذهانية:

يتضح من النتائج السابقة الخاصة بمتغير الذهانية أن الفرق كان لصالح عينة المريضات مقارنة بعينة الأصحاء، وتبدو الذهانية في الميل إلى كل ما هو غير عادي، والعداء تجاه الآخرين، وكراهيتهم، وهذا ينطبق لحد ما على عينة المريضات حيث ان المرض يجعلهن في مقارنة مع الآخريات ويتفق ذلك مع نتائج دراسة *(Levine & Ziuler, 2003)* حيث تشير إلى أن المريضة تميل إلى الإنكار والعزلة وتردد كلمة (لماذا أنا) التى أصاب بالمرض وبالتالي تتجه إلى معاداة الآخرين وكراهيتهم.

وتفسر الباحثة ارتفاع متغير الذهانية لدى المصابات بالمرض الى ان المرض يحمل في طياته

خبرة الموت وخبرة القسوة ومعاناة التداوي بالعلاج الكيميائي والإشعاعي كل ذلك يُسهم في زيـــادة الذهانية لديهن.

٢- نتائج مقياس العصابية:

جدول (١٤) التصميم العاملي (٢×٢) لدلالة الفروق بين (المرضى والأصحاء) على المتغير التابع لمقياس العصابية درجة الحرية (٨٤) (ن = ٨٨)

مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ح	متوسط المربعات	ف
المرضى/ الأصحاء	٢٢٢,٧٢	١	٢٢٢,٧٢	١٤,٠٣

ونلاحظ أن نسبة (ف) الخاصة بتأثير عينة المرضى/ الأصحاء على متغير العـــصابية كانـــت ١٤,٠٣ وهي دالة عند مستوى (٠,٠١) وفيما يلي جدول (١٥).

جدول (١٥) يوضح الفروق بين العينتين المرضى / الأصحاء المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لدلالة الفروق على مقياس العصابية

	ن	م	ع	قيمة ت
المرضى	٤٤	١٠,٧٣	٤,٦	٣,٧
الأصحاء	٤٤	٧,٥٥	٣,٤	

وبالنظر للجدول (١٥) نلاحظ أن اتجاه الفروق كان لصالح عينة المرضى.

تفسير متغير العصابية:

بالنظر إلى الجدول(١٥) نلاحظ أن عينة المرضى أعلى من عينة الأصحاء في متغير العصابية ويظهر ذلك في الحدة الشديدة في ردود الأفعال، والشعور بالكرب، والتقلب المزاجي والحـــساسية المبالغ فيها ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه دراسة ***Roos,*** (روس ***2007***) ودراسة سينها وميجان ***(Sinha. S & Migan, M, 2007)*** من أن مرضى الأورام الـــسرطانية لا يـــشعرون بجـــودة الحياة، وتكثر لديهم مواقف الكرب والأزمات.

٣- نتائج مقياس الانبساطية:

جدول (١٦) التصميم العاملي (٢×٢) لدلالة الفروق بين (المرضى والأصحاء) على المتغير التابع لمقياس الانبساطية درجة الحرية (٨٤) (ن = ٨٨)

مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ح	متوسط المربعات	ف
المرضى/ الأصحاء	٢٥٩,٩	١	٢٥٩,٩	١١,٧

وبالنظر إلى الجدول (١٦) نجد أن نسبة (ف) التى تعبر عن درجة تأثر المرضى/ الأصـــحاء

بمتغير الانبساطية = ١١,٧ وهي دالة عند مستوى (٠,٠١) وتدل على وجود فروق بين عينة المرضى والأصحاء ولمعرفة دلالة اتجاه الفروق بين المرضى/ الأصحاء كان لابد من حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية و حساب قيمة (ت) لدلالة الفروق على مقياس الانبساطية كما هو مبين بالجدول التالي

جدول (١٧) يوضح الفروق بين العينتين المرضى / الأصحاء المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لدلالة الفروق على مقياس الانبساطية

	ن	م	ع	قيمة ت
المرضى	٤٤	٨,٣	٣,٧	٣,٢٥
الأصحاء	٤٤	١١,٧٦	٥,٩٦	

ويتضح من الجدول (١٧) وجود فروق ذات دلالة احصائية فى الانبساطية بين المرضى والاصحاء وان اتجاه الفروق كان لصالح عينة الأصحاء.

تفسير نتائج متغير الانبساطية:

يتسم الشخص الانبساطي بأنه شخص اجتماعي ومتفائل وميال إلى الاستثارة والتغيير كما أنه سهل الاستثارة ويميل إلى الثرثرة ومن الصعب أن توكل إليه مهام شاقة. (محي الدين حسين، ١٩٩٤، ص٣٤٧)

والصفات السابق عرضها لم تنطبق على عينة المريضات اللاتي تعرضن لبتر جزء من الثدي ويعانين من آلام العلاج ومضاعفاته فهن قد فقدن روح المرح والدعابة بل ويشعرن بقرب أجلهن.

نتائج الفرض الثالث:

الذي مؤداه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض القلق والاكتئاب والمتغيرات الشخصية (الذهانية – العصابية – الانبساطية) بين مجموعة المرضى الأصغر سناً أقل من (٣٥) سنة، وبين مجموعة المرضى الأكبر سناً (أكثر من ٣٥) سنة، في اتجاه مجموعة المرضى الأقل سناً.

ولمعرفة دلالة اتجاه الفروق بين مجموعة المرضى الأصغر سناً والأكبر سناً، استخدمت الباحثة اختبار "ت" ***T. Test*** كما هو مبين بالجدول رقم (١٨).

جدول (١٨) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لدلالة الفروق على متغيرات الدراسة لمجموعة المريضات الأصغر والأكبر سناً

متغيرات الدراسة	المصابات الأصغر سناً ن = (٢١)		المصابات الأكبر سناً ن = (٢٣)		قيمة (ت)
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
القلق	٣٦,١	٧,٦	٢٧,٤	١٠,٦	٢,٥
الاكتئاب	١٢,٤٢	٤,٣٧	١٨,٧	٩,٧٦	٢,١
الذهانية	٩,٥	١,٦	١٢,٩٤	٥,٣١	٢,١٧
العصابية	١١,٨٣	٤,٠٣	١٠,٣٠	٤,٩	٠,٩٦
الانبساطية	٨,٣	٣,٧	٨,٥	٣,٩	٠,٠٥

وبالنظر إلى الجدول (١٨) نلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة المصابات الأصغر سناً اقل من (٣٥) وعينة المصابات الاكبر سناً (فوق ٣٥) سنة في القلق وفي الاكتئاب والذهانية في اتجاه المريضات الاصغر سناً وجميعهن عند مستوى دلالة (٠,٠٥) أما متغير (العصابية- الانبساطية) فلم تظهر فروق دالة بينهما.

تفسير نتيجة الفرض الثالث:

نلاحظ ارتفاع القلق والاكتئاب والذهانية لدى المصابات الأصغر سناً (أقل من ٣٥) سنة وهذا أمر طبيعي، حيث أنهن صغيرات السن ومازلن في مرحلة الشباب ولديهن أطفال رضع كما أن السيدة في هذه السن تحرص على أن تبدو جميلة ومتزينة إلا أن عملية بتر الثدي سواء الأيمن أو الأيسر ومضاعفات العلاج تؤثر على شكلها الجسمي وعلى أدائها الحيوي كأنثى مما يجعلها تبدو أكثر قلقاً من عينة المصابات الأكبر سناً وهذا ما أكدته دراسة ***(Dlane, 2004)*** من أن الإصابة بهذا المرض وما يترتب عليه من جراحة ومضاعفات علاجية تجعلهن يواجهن مشكلات نفسية شديدة وخاصة قلق الموت، والمشقة وقد تساوت كل مفردات العينة في متغير الاكتئاب والعصابية والانبساطية والذهانية.

نتائج الفرض الرابع:

والذي ينص على انه" توجد علاقة ارتباطية موجبة داله احصائيا بين متغيرات الشخصية (الذهانية- العصابية- الانبساطية) وكل من القلق والاكتئاب لدى عينةالمرضى وهذا ما سوف يوضحه الجدول التالي.

جدول (١٩) العلاقة بين متغيرات الدراسة عند عينة الدراسة

م	المتغيرات	الذهانية	العصابية	الانبساطية	الاكتئاب	القلق
١	الذهانية	–				
٢	العصابية	٠,٢٢٠	---			
٣	الانبساطية	٠,١٣٦	-٠,١٢	--		
٤	الاكتئاب	٠,٣٦٤	٠,١١٥	-٠,٣٧١	---	
٥	القلق	-٠,٣٥٣	٠,١٤٢	-٠,٣٧٥	-٠,٠١	–

بالنظر إلى الجدول (١٩) نلاحظ وجود علاقة ارتباطية موجبة بين متغير الذهانية والاكتئاب وعلاقة سالبة مع متغير الانبساطية أما القلق فوجد علاقة سالبة بينه وبين الذهانية والانبساطية بدلالة عند (٠,٠٥) أما بقية العلاقات فلم تصل إلى مستوى الدلالة.

التعقيب على نتائج الدراسة:

أوضحت نتائج الفرض الأول الذي يتناول ظهور أعراض القلق والاكتئاب، أن اتجاه الفروق بين عينة المصابات والأصحاء كان في اتجاه عينة الصابات اللائى عايشن خبرة المرض، وهذا أمر طبيعي خاصة بعد عملية البتر وأخذ العلاج الكيميائي وأوضحت نتائج الفرض الثاني الذي يشير إلى الفرق في متغير الذهانية والعصابية ،انه لصالح عينة المصابات مقارنة بعينة الأصحاء أما بعد الإنبساطية فكان في اتجاه عينة الأصحاء .

وأشارت نتائج الفرض الثالث إلى ارتفاع مستوى القلق لدى عينة المصابات فى حال مقارنتهن بعينة الأصحاء.

وأوضحت نتائج الفرض الرابع وجود علاقات ارتباطية بين بعض المتغيرات وليس كلها.

فعلى سبيل المثال وجدت علاقة موجبة بين الاكتئاب ومتغير الذهانية فى حين وجدت علاقة سالبة بين الاكتئاب ومتغير الانبساطية ووجد ارتباط سالب بين القلق ومتغيري الذهانية والانبساطية.

توصيات الدراسة:

من خلال إطلاع الباحثة على الدراسات التى تمت في هذا الموضوع ومن خلال ما توصلت إليه من نتائج في البحث الحالي توصي بالآتي:

١- ضرورة عمل برامج علاجية منوعة عقب الصدمة مباشرة لما لهذا المرض من آثار سلبية على البناء النفسي للسيدات.

٢- يجب تقديم العون والدعم النفسي والمؤازرة لهؤلاء المصابات ولأسرهن لاجتياز المحنة بسلام.

٣- تنشيط الدور الأهلي للجمعيات الخيرية حتى تلعب دوراً في هذا المجال لمساعدتهن على تخطي الصدمة.

٤- عمل برامج توعية مجتمعية للسيدات تحثهن على الفحص الدوري لتجنب المرض ومضاعفاته.

٥- التوسع في إنشاء مراكز رعاية الأمهات المصابات بسرطان الثدي ومتابعتهن بصفة دورية.

٦- تدريب الأخصائيين النفسيين العاملين في المجال الطبي لاكتساب المهارات اللازمة للتعامل مع مثل هذه الحالات لما لهم من دور مهم في هذا المجال.

المراجـــع

١- إحصاء معهد الأورام التابع لجامعة القاهر التقرير السنوى(٢٠٠٨).

٢- أحمد عبد الخالق, (١٩٨٠). الأبعاد الأساسية للشخصية. القاهرة: دار المعارف

٣- أحمد عبد الخالق (١٩٩٣). استخبارات الشخصية.،الطبعةالثانية،الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

٤- أحمد عبد الخالق (١٩٩٢). قائمة القلق (الحالة و السمة): دليل التعليمات (ط٢), تأليف سبيلبيرجر, الإسكندرية : دار الثقافة للنشر.

٥- تقرير منظمة الصحة العالمية .(٢٠٠٨)التقرير الدورى حول منطقة الشرق الاوسط.*www.gov.couses.com.*

٦- البرت جيوز(٢٠٠٧). اكتئاب ما بعد الصدمة. مجلة طريق الشعب. مجلة الحزب الشيوعى العراقى , العدد ٢٠٧٥بغداد ص ص -٣٥٤ ٢٣٩

٧- سبيلبرجر وجورستش و لشن (١٩٨٨). قائمة حالة- سمة القلق, ترجمة أمينة كاظم, الكويت: دار القلم.

٨- سامر جميل رضوان, (٢٠٠٦). الآثار النفسية للخبرات الصادمة. مجلة العلوم النفسية العربية ,٣ (١٢)سوريا ص ٤٥٦..

٩- شارلوت كامل (٢٠٠٦) . أضطرابات ما بعد الصدمة بين الأعراض الاولية و الثانوية . مجلة الوقت.العراق،(٣٢) ص ص٣٢٤-٣٦٥.

١٠- عبد العزيز الغازى (٢٠٠٧) الاثار النفسية الناتجة عن الاحتلال والاعتداء على المدنيين.مجلة العلوم الاجتماعية(٤٥) ص ص٣٥٤ ٣٥٦.

١١- كارو كالهون (٢٠٠٢)اضطرابات الضغوط التالية للصدمة.في:مرجع كلينيكي في الاضطرابات النفسية.ترجمة صفوت فرج واخرون : مكتبة الانجلو المصرية.١١٣-٢٢٦.

١٢- لويس كامل مليكة(١٩٩٠)العلاج النفسى وتعديل السلوك،الكويت ،دار العلم.

١٣- ماهر محمود عمر (٢٠٠٧). التعامل مع الصدمات النفسية. القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.

١٤- محمد مجدى (٢٠٠٣) اثر برنامج إرشادي في التغلب على الاضطرابات السلوكية الناجمة عن التعرض لكارثة السيول لدى طلاب المرحلة الثانوية . رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية البنات - جامعة عين شمس.

١٥- مكتب الانماء الاجتماعى (٢٠٠٦) تشخيص الاضطرابات النفسية (الاضطرابات التالية للصدمة).الكويت: الديوان الاميرى.

١٦- نبيل حنا (١٩٩٠) مرض السرطان من منظور اجتماعى.القاهرة: الأنجلوالمصرية.

17- *Alferi, S.M.; Carver, C.S; Antoni, M.; Weiss, S. & Duran7 R.E.(2003) "An Exploratory Study of Social Support, Distress, and Life Disruption Among Low- Income Hispanic Woman Under Treatment for Early Stage Breast Cancer"Health Psychology, 20(1),41-46.*

18- *American Cancer Society,(1999):Understanding Chemotherapy:A Guide for Patients and Families.1-41.*

19- *Beck, A. (1984). Cognitive therapy of depression . New York: The Guilford Press.*

20- *Bloom , M, et al (2006). "Stusy will look at religions effect on breast cancer patients". Women's health weakly, November 1-3*

21- *Burish, T.G.; Snyder, S.L & Jenkins, R.A., (2007): "Preparing Patients for Cancer.Encupedia of psychology, Vo1.6 (pp.249-251 New York: Oxford University Press.*

22- *Arver, G, S &Scheiuer (2005). a study of woman with l Letly stage breast cancer" journal of personality and social psychology ,6 (2)375-390*

23- *Compass , B,E, Worch (2005) "high social desirability in patients being treated for breast cancer :eventual impact on the assessment of quality of life ". Journal of psychosocial oncology 5(1), 19-29*

24- *Dropkin. (2002) " breast cancer and emotional functioning: effects of mental adjustment, optimism and appraisal functioning(٣٢)743.*

25- *Engng. M. gargain (2005)"how coping mediates the effects of optimism on distress : a study of woman with early stage breast cancer" journal of personality and social psychology ,6 (2)375-390*

26- *Frveh, B.C. (2000). Posttraumatic stress disorder. In Akazdin (Ed.) Journal of personality and social psychology, 644), 395-406.*

27- *breast cancer and emotional functioning: effects of mental adjustment, optimism and aKaplan, H&Sadock, B. (1994). PTSD, in sunopsis of psychiatry . Seventh Edition, William and Wilkins, Middle East Edition, Cairo.*

28- *Lederberg,et al(2004) ton, j. (2005) "coping with Onset of cancer : coping strategies and resources of young people with cancer " European journal of cancer care,10 (1),6-12.*

29- *j &Cohen e,American Cancer Society, (2000): After Diagnosis: A Guide for Parients and Families. 3-29.*

30- *Lwis , et al (2003)"the relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer "psychology &Health*

31- *Manne, et al (2006). A test of the social support deterioration model in the context of natural disaster". Journal of personality and social psychology, 64(3), 395-408*

32- *Meichenbaum, D. (1994). A clinical handbook practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorders (PTSD) Waterloo, Ontario: Institute Press.*

33- *Mitchell, J.& Eberly, G. (1995). Critical incident stress debriefing CISD: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency service and disaster workers(2nd ed) Elicot City: chevron Publishing corporation.*

34- *Poli P.,& Sbrana, B. (2003) Self-reported in a school sample of Italian children and adolescents: Psychiatry and human development, 33 (3). 209-226.*

35- *Robin.et al'(2005) " Effect of perceived social support on adjustment of patients suffering from breast cancer " health and social work" 23(3),169-1175.*

36- *Roos I. (2007) "psychological Aspects of patients with cancer" on: pekcham , M. & pinendo , H. , (eds.) oxford textbook of oncology, vol.1,oxford :university press*

37- *Seligman,M.E.,P.;(1981) helplessness; on Depression, Development and death.San Francisco;W.h;freman and company.*

38- *Sinha ,J. & Migan , M.(2007)"social support , coping and depressive syptomps in a late – middle – aged sample of patient with breast cancer ; Health psychology , 14(2),152.*

The Traumatic Disorders Of Women With Breast Cancer And Its Relationship With Some Personality Variables.

Dr: Sohair Mayhoub

Summary of the study

The current study aimed to examine the traumatic disorders of women with breast cancer and its relationship with some personality variables. The study was applied on a sample composed of two groups, the first group was of women with breast cancer (n = 44 single) at an average age of (36.8.) and a standard deviation (2.2.84) and the second group was of healthy women (n = 44 single) at an average age of (36.8.) and a standard deviation of (2.84). The researcher used a set of tools that are appropriate to the aim of the study, which are Taylor's measure of frank concern, Beck depression scale and Eisenk Personality Quiz (EPQ). The study have reached a group of conclusions, one of the most prominent conclusions is the presence of statistically significant differences in the symptoms of anxiety and depression between the two sample groups of healthy and diseased women, the researcher has interpreted the findings of the study under a background of theoretical heritage and previous studies on this subject.