Doi: 10.34120/0085-034-137-022

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وعلاقته بالاغتراب النفسي لدى مرضى السرطان بمدينة الرياض

د. عبد الله عبد العزيز المناحي

كلية العلوم والدراسات الإنسانية بحريملاء - جامعة شقراء

المملكة العربية السعودية

الملخص

هدفت الدارسة إلى الكشف عن مستوى اضطرابي ضغوط ما بعد الصدمة والاغتراب النفسي، وطبيعة العلاقة بينهما لدى مرضى السرطان من الجنسين، ومعرفة أثر الفروق لبعض المتغيرات (الجنس، العمر، نوع السرطان، العمر المرضي) على اضطراب ضغوط مابعد الصدمة لديهم، وإمكانية التنبؤ بهذا الاضطراب من خلال درجاتهم على مقياس الاغتراب النفسي، لدى عينة من مرضى السرطان (88) من الذكور، و(74) من الإناث، أعمارهم ما بين (19 – 54). وتوصلت النتائج إلى ارتفاع مستوى اضطرابي ضغوط مابعد الصدمة والاغتراب النفسي لدى المرضى من الجنسين، ووجود علاقة دالة طردية بينهما، ووجود فروق داله إحصائياً في مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لمتغيري العمر الزمني ونوع السرطان فقط. وإمكانية التنبؤ بهذا الاضطراب من خلال بُعدي الاغتراب عن الذات والاغتراب عن الآخرين.

الكلمات المفتاحية: مرضى السرطان، اضطراب ما بعد الصدمة، الاغتراب النفسي، الاضطرابات النفسية.

المقدمة

قد يصاب الفرد ببعض الأمراض المستعصية، وتختلف استجابته تجاه ما أصابه، فمنهم من قد يتعايش مع المواقف المؤلمة، ومنهم من يضطرب ويرفض تقبل الأمر والانسجام معه. ومن تلك الأمراض الخطيرة على المستوى العالمي مرض السرطان الذي يصيب جميع الفئات العمرية، خاصة ما بين من 15– 49 سنة (جابر والبناء، 2003).

ويحدث اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة Traumatic Stress Disorder (PTSD) بعد تعرض الفرد لصدمة نفسية، نتاج موقف صادم فتُنهك قواه الداخلية وتضعف سيطرته، فلا يستطيع تفسير كيفية حدوث الموقف وأسبابه، وإذا أصبح قادراً على هيكلة الحدث الصادم يعود إليه حال اتزانه، وبذلك عالج خبرته الصادمة بكفاءة لتصبح ماضياً محفّزاً، ولكن إذا لم يتعايش مع الموقف الصادم ستظهر عليه أعراض مستمرة توصف في مجملها بأنها اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

وأشار (Nijenhuis, 2014) إلى أن اضطراب ما بعد الصدمة من أكثر الاضطرابات شيوعاً، ينشأ بعد تعرض الفرد لحدث مؤلم كالعنف الجسدي أو النفسي، أو للكوارث الطبيعية، أو الاصابة بالأمراض المزمنة، فيعاني الفرد بسبب هذه الخبرة المؤلمة. ويؤيد ذلك (Mcloskey, 2013) الذي قدر نسبة انتشار هذا الاضطراب في العالم (7.8%) مما يجعله الرابع عالمياً ضمن قائمة الاضطرابات النفسية، فقد بلغت نسبته بين الإناث (10.4%) أما الذكور (5.0%)، ولكي يشخص هذا الاضطراب لابد أن تستمر الأعراض لأكثر من شهر.

وقد بيّن دليل التشخيص الإحصائي الخامس (DSM-5) Diagnostic Statistical Manual اضطراب ما بعد الصدمة بأنه مجموعة من ردود الأفعال النفسية والوجدانية والاجتماعية المستمرة لأكثر من شهر، تنشأ عند مشاهدة الفرد أو معايشته أو مواجهته لموقف صادم كالموت أو إصابة خطيرة أو تهديد لسلامته، مما يزيد من الضغوط النفسية لديه، واضطراب النوم كالأحلام المزعجة ونوبات الهلع الليلي، والتذكر اللاإرادي لتفاصيل الموقف بشكل مستمر وسريع، وتجنب المثيرات المرتبطة بالخبرة الصادمة، وتغيرات سلبية متكررة ومبالغ فيها للمعتقدات والعواطف عن الذات والآخرين كتأنيب الضمير وصعوبة التركيز، والإثارة الانفعالية السريعة والدائمة، والتهور أو الحذر الشديد، والاغتراب النفسي عن الآخرين وفقد المشاركة والاهتمامات، وعدم الشعور بالسعادة (American Psychiatric Association, 2013). وهذا يؤثر مباشرة على درجة التكيف النفسي والاجتماعي للفرد تبعاً لمستوى الاضطراب (Lambert, 2000؛ العدوان، 2015).

أما الاغتراب النفسي فيُعد أساساً لانخفاض مستوى التفاعل بين العوامل النفسية والاجتماعية للفرد، فيكابد لإيجاد حياة ذات معنى. فمريض السرطان يعاني من ظروف حياتيه شائكة ومعنويات منخفضة، وسوء الاتزان النفسي والاجتماعي يفرضها عليه مرضه كالقلق والتوتر والعزلة لحماية ذاته من مواجهة مشكلات في حال مشاركته واندماجه مع الآخرين كما أثبت ذلك كثير من الدراسات كدراسة (Meraviglia, 2001 Perry; Casey & Cotton, 2015)؛ العدوان، 2015؛ براهمية وبوشلالق، 2016). فالمغترب يعيش في مساحة ضيقة من العالم، ويشعر بأن هناك مسافة نفسية كبيرة في علاقاته مع الآخرين، وبالانهزامية أمام المجتمع الذي يعتبره مسؤولاً عن شقائه، وفي الوقت نفسه يتجه إلى لوم ذاته فيصبح متناقضاً بين ما هو مادي وما هو نفسي (زهران، 2004؛ الجماعي، 2010). كما يشعر بالعجز وفقدان القوة والأمن، الذي يكمن في شعوره بتقبل وحب الآخرين ومعاملتهم له بدفء ومودة وشعوره بالانتماء إلى جماعة، وأن له دوراً فيها وإحساسه بالسلامة وندرة شعوره بالخطر والقلق، مما يجعل اضطرابي ضغوط ما بعد الصدمة والاغتراب النفسي يشكلان عائقاً أمام التوافق النفسي والاجتماعي للفرد. ومن هنا تظهر الحاجة الملحّة إلى علاج هذين الاضطرابين لرفع مستوى الصحة النفسية والاجتماعية للفرد عموماً، ولمرضى السرطان على الأخص.

مشكلة الدراسة

باتت الأورام السرطانية تشكل خطراً يهدد حياة الانسان، وينطوي عليها أبعاد اجتماعية كنمو الاتجاهات السلبية نحو المرض والعلاج، وارتفاع معدلات الطلاق والفصل من العمل، وأبعاد نفسية كالإصابة بالاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب وغيرها (أبو الخير، 2009؛ أبو هدروس، 2013). وترتفع المعاناة بالاضطرابات النفسية بين مرضى السرطان، فقد ربطت الدراسات بين تشخيص الأمراض المزمنة كمرض السرطان واحتمالات الإصابة بالاضطرابات النفسية (Kyngas, Mikonen & Louisianan, 2001)، فقد أشارت دراستا (Black & White, 2005; Jadoon, 2010) إلى أن مرضى السرطان يواجهون ضغوطاً نفسية منها الانفعالية الزائدة والقلق وعدم القدرة على إنجاز العمل والعزلة، والاكتئاب، وتظهر هذه

الاضطرابات بصورة ملحوظة خاصة في وقت إجراء التحليل والفحوصات الطبية وعند الانتكاسة ورجوع الورم. فتشخيص الإصابة بمرض السرطان يشكل صدمة نفسية كبيرة على الفرد، فيشعر بالخوف والغضب ويتشتت تفكيره ويُهدد كيانه، مما يمنعه من التمتع بنعم الحياة، ويشعره بقرب الموت (السلعوس، 2012؛ العدوان، 2015).

ومما يُلفت نظرنا وبشدة إلى حجم معاناة المصابين بمرض السرطان، تشخيص بعض من الدراسات لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أسرهم، فدراسة (Weiss, 2004) فحصت تطور هذا النوع من الاضطراب لدى الأزواج بعد فترة وجيزة من إصابة زوجاتهم بالسرطان. أما دراسة زيدان (2013) فتوصلت إلى فاعلية برنامج في تخفيف هذا الاضطراب لدى أباء المصابين بالسرطان، في حين أن دراسة العدوان (2015) وجدت فروقاً في التكيف النفسي والحياة الهانئة؛ وهذا الاضطراب لدى أزواج وبنات المصابات بالسرطان. فماذا عن حال الصحة النفسية للمريض نفسه؟

كما أن ارتفاع وتيرة الضغوط النفسية من جراء الإصابة بالأورام السرطانية يُشعر المريض بالعجز والإحباط والانطواء والسلبية، وفقد الثقة بالنفس وعدم التمتع بمباهج الحياة وضعف الانتماء. وهذه في جملتها أعراض للاغتراب النفسي، وهو من الاضطرابات النفسية والاجتماعية التي تواجه المصابين بأمراض مزمنة وخطيرة، خاصة مع وجود احتمال كبير في حدوث الانتكاسات (زهران، 2004؛ الجماعي، 2010).

وسعت الكثير من الدراسات للكشف عن الآثار النفسية والاجتماعية السلبية للإصابة بمرض السرطان (أحمد، 1998؛ Meraviglia, 2001؛ Black & White, 2005؛ أبو الخير، 2009)؛ العدوان، 2015؛ براهمية وبوشلالق، 2016). يقودنا ذلك إلى وجود ارتباط وثيق بين الإصابة بالسرطان وتدني مستوى الصحة النفسية والاجتماعية، في مختلف البيئات على تنوعها. مما يؤكد حاجة المصابين به إلى الدعم النفسي والاجتماعي، للتقليل من نمو الأعراض النفسية والاجتماعية السلبية المصاحبة للإصابة بالسرطان. وعليه، فإن تقديم الخدمات النفسية والاجتماعية المناسبة للمصابين بمرض السرطان، من شأنه أن يعزز من كفاءتهم الذاتية في التعامل مع المرض وتقوية فعالية جهاز المناعة لديهم (Mehnert et al., 2010)؛ (Black &

(White, 2005؛ Mahmoud & Elaziz, 2015)؛ أما التقصير في تقديم تلك الخدمات فيجعلهم يعيشون في عزلة اجتماعية ويتعرضون للكثير من الأمراض نتيجة للخلل الهرموني وضعف جهاز المناعة لديهم (أبو هدروس، 2013؛ Perry et al., 2015). ولذا يمكن تحديد مشكلة الدراسة في تعرّف إذا ما كان هناك ارتباط بين اضطرابي ضغوط ما بعد الصدمة والاغتراب النفسي لدى مرضى السرطان.

أسئلة الدراسة

1 – ما مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المصابين بمرض السرطان من الجنسين؟

2 – ما مستوى الاغتراب النفسي لدى المصابين بمرض السرطان من الجنسين؟

3 – هل توجد علاقة داله إحصائياً بين اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والاغتراب النفسي لدى مرضى السرطان من الجنسين؟

4 – هل توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تُعزى إلى (الجنس، العمر الزمني، نوع السرطان، العمر المرضي)؟

5 – هل يمكن التنبؤ باضطراب ما بعد الصدمة من خلال درجات مرضى السرطان على مقياس الاغتراب النفسي بأبعاده المختلفة؟

أهداف الدراسة

تسعى الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستوى اضطرابي ضغوط ما بعد الصدمة والاغتراب النفسي ونوع العلاقة بينهما لدى المصابين والمصابات بمرض السرطان، وأثر الفروق إن وجدت- للمتغيرات (الجنس، العمر، نوع السرطان، العمر المرضي) على اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وإمكانية التنبؤ به من خلال درجاتهم على مقياس الاغتراب النفسي بأبعاده المختلفة.

أهمية الدراسة

تكمن أهميتها في جانبين هما:

أ – الأهمية النظرية:

1 – يعتبر الاغتراب النفسي، وضغوط ما بعد الصدمة نقطة بداية لكثير من الاضطرابات النفسية والاجتماعية، فإذا ما تم التعرف على مسبباتها، وأنسب الطرق لعلاجها فقد يتم الحد من كثير من هذه الاضطرابات.

2 – تتناول الدراسة الجانبين النفسي والاجتماعي لمرضى السرطان، اللذين لم يحظيا باهتمام كبير خاصة على المستوى المحلي.

3 – ركزت الدراسة على فئة الراشدين من مرضى السرطان تسليط الضوء على معاناتهم النفسية وانعكاسها السلبي على حياتهم الاجتماعية.

4 – قلة الدراسات – على حد علم الباحث – التي تناولت مرض السرطان مع المتغيرات النفسية في الوطن العربي بوجه عام والمجتمع السعودي بوجه خاص.

5 – الاسهام نظرياً في تناول اضطرابي ما بعد الصدمة والاغتراب النفسي لدى مرضى السرطان.

ب – الأهمية التطبيقية:

1 – معرفة نمط العلاقة بين اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والاغتراب النفسي عند مرضى السرطان من الجنسين.

2 – التعرف على الآثار النفسية والاجتماعية لمرض السرطان، مما يساعد على تنمية مجالات الدعم لصالح المصابين به.

3 – تصميم مقياسين ملائمين للبيئة المحلية لتشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والاغتراب النفسي، يمكن استخدامهما في دراسات مشابهة.

4 – الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية كأساس لبناء البرامج العلاجية والإرشادية المناسبة لمرضى السرطان.

حدود الدراسة

تتحدد الدراسة الحالية بالحدود التالية:

1 – **الحدود الموضوعية:** اقتصرت الدراسة على دراسة ضغوط ما بعد الصدمة وعلاقته بالاغتراب النفسي لدى مرضى السرطان من الجنسين،كما تتحدد الدراسة الحالية بالمقاييس النفسية المستخدمة.

2 – **الحدود المكانية:** تتمثل في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومدينتي الملك فهد وسعود الطبية، بمدينة الرياض حيث طُبقت الدراسة.

3 – الحدود الزمنية: طُبقت الأدوات خلال الفترة من تاريخ 1439/1/3هـ إلى تاريخ 1439/5/1هـ.

4 – صعوبة إجراءات الوصول إلى مرضى السرطان باختلاف نوع السرطان، والعمر المرضي، والجنس، ومدى صدق وجدية أفراد العينة في الاستجابة على أدوات الدراسة.

مصطلحات الدراسة

1 – **اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة** (PTSD): هو جملة من ردود الفعل النفسية والعاطفية والاجتماعية، تنشأ عند مواجهة حدث صادم يتضمن الخطر والتهديد أو الفقد. وتظهر الأعراض في الانفعال، والضغوط النفسية الشديدة والمستمرة، وإعادة الحدث الصادم من خلال الأحلام المزعجة، وتذكر تفاصيله بصورة سريعة ومفاجأة، (American Psychiatric Association, 2013). ويُعرف إجرائياً بأنه الدرجة الكلية التي يحصل عليها مريض السرطان (من الجنسين)، من خلال إجابته على فقرات مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المعُد في الدراسة الحالية.

2 – **الاغتراب النفسي** Psychological Alienation: تعريف وليم بأنه فقد الاحساس بالتواصل الاجتماعي متمثلا بالعادات والتقاليد، والميل إلى الانطواء، ومحدودية القدرة على التفسير الواضح والواقعي للمواقف، والشعور بأن الحياة لا معنى لها (William, 2000). ويُعرف إجرائياً بأنه الدرجة الكلية التي يحص عليها مريض السرطان من الجنسين، من خلال اجابته على بنود مقياس الاغتراب النفسي والمصمم في الدراسة الحالية،

بأبعاده الخمسة (اغتراب عن الذات، اغتراب عن الدور، اغتراب عن الآخرين، اغتراب عن النسق الاجتماعي واغتراب عن الواقع).

3 – **مرضى السرطان** Cancer Patients: تُعرف منظمة الصحة العالمية مريض السرطان بأنه: من يعاني من نمو الخلايا وانتشارها بدرجة لا يمكن السيطرة عليها، وغالباً ما تهاجم الخلايا المتنامية النسيج المحيط بها، ويمكنها أن تنتقل لتظهر في أنسجة بعيدة عنها. ومرض السرطان قد يصيب كل أعضاء الجسم تقريباً (World Health Organization, 2010)، ويُعرف إجرائياً بأنهم الذين تم تشخيص حالتهم بمرض السرطان في قسم الأورام في مستشفى الملك فيصل التخصصي، ومجمع الملك سعود الطبي، ومدينة الملك فهد الطبية بمدينة الرياض.

الإطار النظري

أولاً – اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة: هو من فئات اضطراب القلق، يصيب الأفراد بنسبة (8%) في مرحلة ما من حياتهم، ممن تعرضوا إلى حوادث خطيرة، وضغوط مختلفة مثل: العنف في الطفولة أو الاعتداءات الجسدية والجنسية (أدم، 2011). وتعرفه منظمة الصحة العالمية (WHO, 2010) فتعرفه بأنه ردة فعل متأخرة من الفرد الذي تعرض لحادثة أو موقف ضاغط جداً، ذات طبيعة تهديدية أو كارثية. وتسبب له ضيقاً نفسياً أو الكوارث التي من عمل البشر كالحوادث الخطيرة أو مشاهدة الموت، مثل الحرب أو التعذيب أو الارهاب أو الاغتصاب وغيرها من الجرائم. في حين يشير إليه (Kelly, 2010) بأنه اضطراب نفسي يعقب التعرض لخبرات صادمة تتخطى قدرات الفرد التوافقية وتهدد حياته وكرامته وقيمة ذاته، يتضمن إعادة اختبار أعراض الصدمة، والتجنب، والإثارة الانفعالية المرتفعة.

ويتم تشخيص هذا الاضطراب من خلال أعراض تظهر بعد الأسابيع الأولى من التعرض لخبرة صادمة أو أكثر وتدوم لأكثر من شهر، ويلخصها بلاك (Black, 2004) في إعادة تجسيد الصدمة بشكل مؤلم، وذلك بالذكريات أو الأحلام المزعجة، تجنب التفكير في الأحداث وكل ما له علاقة بالخبرة الصادمة، والمعاناة

من اضطرابات النوم كالأرق والشعور بالخوف والفزع عند تذكر الحدث الصادم، اللوم الدائم للذات، تعكر المزاج، تشويه الذات والآخرين، والشعور المستمر بالأحاسيس السلبية، الاستثارة الانفعالية والعدوان.

ومن الاتجاهات النظرية المفسرة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الاتجاه البيولوجي الذي يرى أن للعوامل البيولوجية خاصة الفسيولوجية والوراثية دوراً كبيراً في الاستجابة للصدمة، فقد لوحظ أن الأعراض الحادة للصدمة النفسية تكون أشد لدى الأشخاص الذين لديهم سجل تاريخ وراثي نفسي سلبي (بشارة، 2011). أما الاتجاه التحليلي فيرى أن التعرض لخبرة صادمة ينشط رجوع الصراعات الداخلية المكبوتة منذ الطفولة والتعايش معها، وبما أن ردود الفعل مؤلمة تظهر الحيل الدفاعية كالكبت، والإنكار، بواسطة الأنا لتخفيف القلق، والحصول على التعاطف والاهتمام، وإشباع الحاجات والاعتمادية. وبما أن الإنكار غير مجدي لأن معلومات الحادث الصادم لا تتكامل مع معلومات الفرد الأخرى، ولا تشكل جزءاً من الشعور بذاته يستمر الاضطراب (الرشيدي وآخرين، 2001؛ حسين، 2010). في حين أن الاتجاه السلوكي من خلال نظرية الاشتراط يرى أن مواقف الصدمات كالخوف والخطر تعتبر منبهات مطلقة غير مشروطة تؤدي إلى استجابة فسيولوجية سلبية مطلقة، وتُعمم تجاه المثيرات المشابهة للصدمة أو ترمز لها، وتم اكتسابها عن طريق الاشتراط. وبالنسبة للاتجاه المعرفي فإن الفرد يدرك الأحداث من خلال العمليات المعرفية التي تتكون في مرحلة الطفولة ويؤثر فيها علاقة الطفل مع أسرته، فإذا كانت سوية يحكم الطفل حكماً إيجابياً (التفكير العقلاني) على ذاته وعلى الآخرين. فإذا ما تعرض لخبرة صادمة قد يتجاوزها بإدراك معناها ومعايشتها (حسين، 2010). وبالنسبة للاتجاه المعرفي السلوكي، فقد أكد ألبرت إليس (Ellis, 1991) على أن التفاعل السلبي بين العوامل البيولوجية والمكانية ينتج عنه التفكير غير العقلاني للذات والمحيطين والعالم، ويظهر من خلال عجز الفرد البيولوجي أو من خلال أساليب التنشئة والمستوى الثقافي. إلا أن من أهم النماذج المفسرة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة اتجاه معالجة المعلومات (المثيرات) التي ترى أن الدماغ يستقبل ويعالج المعلومات الكاملة في حدود طاقة

الجهاز العصبي، أما إذا كانت المنبهات خلاف ذلك كالصدمات التي تتخطى خبرات وتجارب الشخص السوية، ونماذجه المعرفية، فهذا يؤدي إلى حدوث التشويه والاضطراب في معالجتها، فتبقى الخبرة الصادمة ناشطة وبشكلها الخام وهي تستمر في ضغطها المؤلم على الشخص الذي يحاول جاهداً أن يبعدها عن عتبة الوعي حتى يشعر بالأمان (الرشيدي وآخرون، 2001).

ثانياً – الاغتراب النفسي: يُعد من الاضطرابات النفسية والاجتماعية التي قد تواجه الفرد، خاصة ذوي الأمراض المزمنة لانخفاض الأمن النفسي لديهم، مما يؤدي إلى ضعف الاتصال بالآخرين، وبالتالي عزلتهم وشعورهم بالدونية، وسوء التوافق النفسي والاجتماعي ولو في محيط أسرته. ويُعرفه الحمداني (2011) بأنه إحساس الفرد بانعدام فاعليته وأهميته ووزنه في الحياة، لعدم تطابق قيمه ومعتقداته وأهدافه وطموحاته ورغباته مع الآخرين، ومع الواقع الذي يعيشه، وشعوره أن القيم التي يخضع لها أصبحت متناقضة وغامضة ومتغيرة باستمرار، مما يدفعه إلى سلوك يتسم باليأس والعزلة الاجتماعية والعجز واللامعنى وشعور بانعدام الأمن وفقدان الذات. ويرى الصنيع (2002) أنه حالة نفسية تعكس ضعف الإيمان، وعدم الالتزام بالمعايير الاجتماعية، وفقدان المعنى والشعور بالعجز والعزلة الاجتماعية. وعرفه زهران (2004) بأنه شعور الفرد بعدم الانتماء وفقدان الثقة، ورفض القيم والمعايير الاجتماعية، والمعاناة من الضغوط النفسية، وتعرض وحدة الشخصية للضعف والانهيار بتأثير العمليات الثقافية والاجتماعية التي تتم داخل المجتمع. ويتفق معه إبراهيم (2008) في أنه شعور الفرد بالعزلة والضياع والوحدة وعدم الانتماء، وفقدان الثقة، والقلق والعدوان. ورفض القيم والمعايير الاجتماعية، والاغتراب عن الحياة الأسرية، والمعاناة من الضغوط النفسية. أما باظة (2004) فتُعرفه بأنه شعور يشمل مشاعر سلبية ومتصارعة، ويتسع مفهومها ليشمل علاقة الفرد بذاته والآخرين.وعلى نفس السياق يُعرفه سيانج لو (Siang Low, 2014) بأنه حالة وجدانية وعاطفية سلبية تصيب الفرد لشعوره باللانتماء والنفور من واقعه الاجتماعي. ويُعرفه الباحث بأنه اضطراب نفسي يجعل الفرد فاقداً للاتصال مع ذاته ومع أسرته والآخرين، مما يدفعه إلى العزلة

والتمرد والرفض وتضمحل أهدافه الحياتية، ويشعر بالعجز وفقدان الانتماء النفسي والاجتماعي.

ومما سبق يذكر الباحث بعضاً من العوامل التي تؤدي إلى الاغتراب النفسي كضعف القيم الإيمانية خاصة الإيمان بالقضاء والقدر، أساليب المعاملة الوالدية السلبية، الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب، أو التعارض بين الدوافع والرغبات،الدونية وضعف الثقة بالنفس والانفعال والإحباط والتشاؤم، ضعف التواصل الأسري والاجتماعي، فقدان التكيف مع التغير السريع، فقدان القيم الجمالية في الحياة ومعناها.

ويُلخص كل من (عيد، 2002؛ زهران، 2004؛ الجماعي، 2010) أبعاد الاغتراب في:

العجز Powerlessness وفيه لا يقدر الفرد على عمل يعكس قدرته على التأثير في المواقف الأسرية والاجتماعية، ويفقد الشعور بأهميتها، ولا يتوقع ما سيحدث له مستقبلا. واللامعنى Meaninglessness ويتضمن عدم إدراك الفرد للأحداث الحياتية ومعانيها، وشعوره بعدم وضوح الأهداف المجتمعية ومعارضتها للقيم الانسانية والدينية، ويفقد الأهداف والطموحات وبالتالي يفقد المغترب واقعيته. واللامعيارية The non-normative الشعور في وجود قيم أو معايير أخلاقية متناقضة للموضوع نفسه. والاغتراب عن الذات The alienation of the self بالشعور في الانفصال عن الذات، لعدم القدرة على إنجاز شيء، ومحدودية الطموحات، والشعور باللانتماء واللامبالاة بالأحداث، وفقدان الدافعية للنجاح. والعزلة الاجتماعية Social Isolation عن المجتمع وقيمه وثقافته، والشعور بالغربة، والخوف والقلق وعدم الثقة بالآخرين، وتفرد الذات والتعالي والإحساس بالروتين.

وفي ضوء الإطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة للاغتراب النفسي، صنف الباحث أبعاداً للاغتراب النفسي في الدراسة الحالية تتحدد في: 1- اغتراب عن الذات بالشعور في غربة التواصل مع النفس، لفقدان الدافعية للإنجاز وضعف تحقيق الطموحات والأهداف، وما يرافقها من الشعور بالفراغ والضيق، وضعف الانتماء

وعدم الاهتمام بمجريات الأمور والمواقف الحياتية. 2- اغتراب الدور: بضعف السيطرة على الانفعالات، والسلوكيات، وعدم التأثير على المواقفه، والتخطيط للمستقبل. وما يرافق ذلك من الشعور بالإحباط، وعدم الاستقلالية، وضعف الإيجابية والثقة بالنفس، وسرعة الشعور بالإرهاق عند البدء بالعمل. 3- اغتراب عن الآخرين (اجتماعي): بالانفصال عن الأسرة، وعن أفراد المجتمع ورفض الإطار الاجتماعي والثقافي له. وما يصاحب ذلك من ضعف العلاقات الاجتماعية والانطواء، وفقد الثقة والتفكير المتشائم، والتقليدية، والتمركز حول الذات. 4- اغتراب عن النسق المجتمعي: بالانفصال عن التكامل العام المجتمعي، وعدم احترام القيم الأخلاقية وضعف الالتزام بها والتقليل من جدواها. وما يصاحبه من إمكانية استخدام وسائل غير مشروعة لتحقيق الأهداف، ليصبح السلوك مرفوضاً ومخالفاً لمنظومات المجتمع ومعاييره. 5- اغتراب عن الواقع: بالشعور في غموض الأهداف الاجتماعية، وعدم الوعي بدلالة الأحداث الحياتية مع الإيمان بمخالفتها للمبادئ الانسانية. وعليه لا يوجد شيء يثير الاهتمام، بحيث تسير الحياة بلا هدف ولا طموح.

ثالثاً – مرض السرطان: مرض يصيب الفرد في أي مرحلة عمرية، وهناك أنواع محددة منه، وقد تزداد نسبة الإصابة به في عمر معين أو أحد الجنسين أو بيئة معينة (جاد الله، 2008). وهناك الكثير من الدراسات كدراسة (Jadoon, 2010; Sellick & Edwardson, 2007) التي أوجزت بعضاً من المؤشرات المساهمة في الإصابة بمرض السرطان وتفاقمه ومقاومته والمتمثلة في العوامل الوراثية والفسيولوجية والمناعية والاضطرابات الهرمونية، والضغوط والاضطرابات النفسية التي تؤدي إلى ذلك الاختلال، بالإضافة إلى العوامل السلوكية كالتدخين ونمط الغذاء.

ويُعرف السرطان بأنه خلايا تنمو وتنتشر بشكل شاذ، مما يؤثر على قيام الخلايا السليمة بوظائفها. وقد يؤدي إلى وفاة الشخص المصاب (ريز، 2002). كما يُعرف بأنه مرض ينشأ من الخلايا، حيث تنقسم بدون نظام وتنتشر وتتغلغل في الأنسجة المجاورة لها، وقد تنتشر في خلايا بعيدة عن طريق الدم أو الجهاز الليمفاوي (عبدالحميد، 2005).

الدراسات السابقة

تم عرض بعض الدراسات التي ربطت اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مع مرضى السرطان دوناً عن الاغتراب النفسي لأنه -على حد علم الباحث - لاتوجد دراسات بهذا الشأن، ثم التعقيب عليها وذلك على النحو التالي:

بيّنت دراسة أحمد (1998) الفروق بين الأطفال المصابين بمرض سرطان الدم الحاد والأطفال الأسوياء في متغيرات الشخصية، لدى عينة من (120) طفلاً من الجنسين، تراوحت أعمارهم ما بين (9-12) سنة. حيث أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة في مستوى القلق والاكتئاب والقابلية للاستثارة الانفعالية، والعدوان، وارتفاع الاعتمادية، وانخفاض تقدير الذات لصالح المصابين.

كما فحصت دراسة (Hammond, 2000) أثر كل من العلاج الدوائي والكيميائي على مستوى تقدير الذات والثقة بالنفس، لدى عينة من (8) مريضات بسرطان الثدي أعمارهن مابين (30-80 سنة). وتوصلت النتائج إلى أن المريضات بالسرطان يشعرن بالخطر على حياتهن حتى مع العلاج بصرف النظر عن المرحلة العمرية، كما وجد لديهن انخفاض في مستوى تقدير الذات والثقة بالنفس مما أثر على تواصلهن مع الآخرين، والنظرة السلبية للمستقبل.

وبينما فحصت دراسة (Meraviglia, 2001) أثر معنى الحياة وردود الأفعال النفسية والجسدية لدى عينة (60) مصاباً بسرطان الرئة من الجنسين، أعمارهم ما بين (33–83) سنة. وتوصلت النتائج إلى أن ذوي الوظائف البسيطة والدخل المنخفض ويعانون من ضعف صحي كانت لديهم الضغوط النفسية كالقلق أعلى بينما كان مستوى معنى الحياة والرعاية النفسية أقل.

وهدفت دراسة (Weiss, 2004) إلى تشخيص ضغوط ما بعد الصدمة وتطوره لدى أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي، وتكونت العينة من (72) زوجاً، وقد أظهرت النتائج وجود اضطراب ما بعد الصدمة بعد إصابة الزوجات بفترة وجيزة، مما يدل على أن الأزواج يقاسمون زوجاتهم الصدمة.

وقام (Black & White, 2005) بدراسة هدفت إلى التعرف على العلاقة بين السرطان واضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من (36) مصاباً بسرطان. وكشفت النتائج عن وجود ارتباط دال بين أعراض ما بعد الصدمة والخوف من عودة السرطان، وأن العوامل الوجدانية تخفف من اضطراب ما بعد الصدمة لديهم.

كما هدفت دراسة كل من (Sellick & Edwardson, 2007) إلى معرفة درجة كل من القلق والاكتئاب لدى عينة من (607) مريضاً بالسرطان من الجنسين، وفحص أثر الرعاية النفسية المساندة لهم. وأشارت النتائج إلى أن الإناث والمرضى الأصغر سناً أكثر قلقاً واكتئاباً من الذكور والأكبر سناً تباعاً، وكان مرضى سرطان الرئة وسرطان الثدي أعلى قلقاً واكتئاباً يليهم مرضى سرطان القولون وسرطان البروستاتا، كما وجد تأثير إيجابي للدعم النفسي.

وأجرت فداء أبو الخير (2009) دراسة للتعرف على نسبة انتشار القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة، لدى عينة من (200) مريضاً بالسرطان من الأطفال والراشدين من الجنسين. ودلت النتائج على وجود فروق دالة في مستوى القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة بين الأطفال والراشدين لصالح الراشدين، وعدم وجود فروق تُعزى للجنس.

وقام (Mehnert et al., 2010) بدراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة والعلاقة بينها وبين الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة الصحية، لدى عينة من (115) مصاباً بسرطان البروستاتا. وأوضحت النتائج أن 76% من المصابين يعتقدون أن ما أصابهم محدود الخطر لتلقيهم دعماً اجتماعياً، وكشفت أيضاً عن ارتباط دال بين الدعم الاجتماعي وانخفاض مستوى القلق والاكتئاب واضطرابات ما بعد الصدمة.

وسعت دراسة العدوان (2015) إلى الكشف عن أثر التكيف النفسي وضغوط ما بعد الصدمة والحياة الهانئة، لدى عينة مقسمة بالتساوي لدي (150) امرأة منهم (75) مصابة بسرطان الثدي، (75) غير مصابات مع أزواجهن وبناتهن. وبّينت النتائج وجود فروق دالة في درجة التكيف النفسي والحياة الهانئة وضغوط ما بعد الصدمة لصالح غير المصابات.

أما دراسة (Perry et al., 2015) فهدفت إلى فحص تأثير التدخلات النسبية والصحة النفسية وفعالية الذات على جودة الحياة المدركة، لدى عينة من 70 رجلاً و13 امرأة من مرضى السرطان الذين تم استئصال الحنجرة لديهم، تتراوح أعمارهم بين 46 و88 سنة، يعانون من انخفاض في مستوى صحتهم الجسدية وفعالية الذات والتواصل الاجتماعي، ومستوى عال من الاكتئاب والقلق والضغوط. وتوصلت النتائج إلى وجود تأثير للصحة النفسية وضعف العلاقات الاجتماعية على جودة الحياة كما يدركها المرضى أقوى من تأثير الاعتلال الوظيفي للحنجرة، وظهر هذا التأثير بشكل أكبر لدى الإناث، كما أن التدخلات لإعادة وظيفة الحنجرة (الكلام والبلع) للمرضى يساعدهم على تحسين صحتهم النفسية وفعالية الذات، وبالتالي يتحسن رضاهم المدرك عن الحياة.

كما أجرى براهمية وبوشلالق (2016) دراسة لفحص مستوى الألم النفسي، ومعرفة الفروق في درجاته تبعاً للجنس، العمر، ونوع العلاج؛ لدى عينة من (230) مريضاً بالسرطان. وتوصلت النتائج إلى أن حوالي (69.68%) يعانون من اكتئاب، و(63.04%) يعانون من قلق منخفض، و(47.82%) لديهم ضغط نفسي متوسط، ووجود فروق دالة في مستوى الاكتئاب، القلق والضغط تُعزى للجنس لصالح الإناث، وعدم وجود فروق تعزي للعمر، ووجود فروق في مستوى الضغط لصالح المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي، في حين لم تسجل أي فروق في مستوى الألم النفسي وفقا للسن.

تعقيب على الدراسات السابقة:

1 – الدراسات السابقة التي قارنت بين المصابين وغير المصابين بمرض السرطان جاءت نتائجها متسقة، في أثره على بعض الاضطرابات النفسية والتكيف النفسي كالقلق والاكتئاب والضغط والعدوان وانخفاض تقدير الذات والانفعال والاعتمادية ومعنى الحياة كدراسة (أحمد، 1998؛ Mehnert et al., 2010؛ العدوان، 2015) وأيضاً على مستوى الصحة الجسدية والعلاقات الاجتماعية كدراسة (Perry et al., 2015).

2 – اتفقت نتائج الدراسات التي فحصت الأثر الإيجابي للدعم النفسي الاجتماعي على مرضى السرطان، في علاقته بنوعية الحياة وخفض درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب، وعلى تحسين الاستجابات النفسية والجسدية كدراسة (Meraviglia, 2001; Black & White, 2005; Sellick & Edwardson, 2007; Mehnert et al., 2010).

3 – ربط بعض الدراسات التي تناولت اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على مرضى السرطان وعلاقته بالتكيف النفسي والحياة الهانئة كدراسة (العدوان، 2015)، والقلق والاكتئاب كدراسة (Mehnert et al., 2010)؛ و(أبو الخير، 2009)، وبينه وبين الخوف من الانتكاس كدراسة (Black & White, 2005) مما يدل على تأثير هذا المتغير على الصحة النفسية، وأهمية تناوله في الدراسة الحالية.

4 – اقتصرت الدراسات السابقة على المنهج الأكثر مناسبة وهو المنهج الوصفي الارتباطي أو المقارن كما في الدراسة الحالية.

5 – اتسقت نتائج الدراسات السابقة التي تناولت اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، على أثر مرض السرطان على الإصابة بذلك الاضطراب سواء لمريض السرطان أو من تربطه علاقة قوية به.

6 – في الدراسات تنوعت خصائص العينة للمصابين بمرض السرطان وأسرهم، كالمرحلة العمرية أو الجنس أو مكان الإصابة بالمرض. إلا أن ما يميز الدراسة الحالية تناولها لعينة جمعت ما بين تلك المتغيرات بالإضافة إلى العمر المرضي.

7 – اتفقت جزئياً نتائج الدراسات التي تناولت مرض السرطان مع متغيري الجنس والعمر في أثره على مستوى الاكتئاب والقلق والضغط واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، إلا انها اختلفت في مصدر الفروق، فدراسة (أبو الخير، 2009) أرجعته إلى العمر بخلاف الجنس. وعلى النقيض من ذلك أظهرت نتائج دراستي (Hammond, 2000؛ براهمية وبوشلالق، 2016) أن المصابات بالسرطان أعلى

مستوى في الاضطرابات النفسية، ولا توجد فروق تُعزى للعمر، وهذا يتفق جزئياً مع دراسة (Perry et al., 2015)، أما دراسة (Sellick & Edwardson, 2007) فأرجعت الفروق للجنس وللعمر، بالإضافة إلى نوع السرطان.

8 – تقصي بعض الدراسات كدراسة (Weiss, 2004؛ العدوان، 2015) لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وتطوره لدى أسر مرضى السرطان، يقودنا إلى أهمية الدراسة الحالية في تناولها لذلك النوع من الاضطراب لدى مريض السرطان، الذي بات من المؤكد بما أنه شُخِّص لدى من له صلة وطيدة به، فمنطقياً نجد أن مريض السرطان يعاني من مستوى عالٍ من ذلك الاضطراب، خاصة أن هذا المرض مزمن وخطير وُمعرّض للانتكاس.

9 – لا يوجد دراسة -على حد علم الباحث- تناولت الاغتراب النفسي في علاقته بمرض السرطان، مما يميز الدراسة الحالية في تسليط الضوء على هذين المتغيرين.

منهج الدراسة وإجراءاتها

أولاً – منهج الدراسة: اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي الذي يقوم على وصف متغيري الدراسة، بالإضافة إلى دراسة العلاقة الارتباطية بين اضطراب ما بعد الصدمة والاغتراب النفسي لدى عينة من مرضى السرطان، ومعرفة الفروق في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة التي تعزى إلى (الجنس، العمر الزمني، نوع السرطان، العمر المرضي).

ثانياً – مجتمع وعينة الدراسة: يشمل مجتمع الدراسة جميع مرضى السرطان من الجنسين في مدينة الرياض لعام ñK ̃المراجعين لمستشفى الملك فيصل التخصصي، ومدينتي الملك فهد والملك سعود الطبية ويبلغ عددهم (3194) مريضاً من الجنسين، وتكونت العينة كما يلي:

أ – عينة التقنين: أُختيرت من (95) مريضاً ومريضة بمرض السرطان، للتحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة.

ب – العينة الأساسية: تكونت العينة من (162) مريضاً بالسرطان، (88) من الذكور، و(74) من الإناث، تراوحت أعمارهم ما بين (19 – 54) بمتوسط عمري (32.07) وانحراف معياري (1.41). واختيرت بطريقة قصدية لصعوبة الحصول على العينة والاستجابة لتطبيق أداوت الدراسة. والجدول رقم (1) يوضح خصائص أفراد العينة.

جدول رقم 1

يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة

المتغير	الفئة	ذكور	إناث
العمر الزمني	من 19 إلى أقل من 30 سنة	24	21
	من 30 إلى أقل من 41 سنة	33	27
	من 41 إلى أقل من 55 سنة	31	26
توع السرطان	سرطان الجهاز التنفسي	21	18
	سرطان الجهاز الهضمي	20	16
	سرطان الجهاز التناسلي	17	15
	سرطان الدم	16	12
	سرطان الجهاز البولي	14	13
العمر المرضي	أقل من سنة	41	33
	من سنة إلى أقل من سنين	33	31
	من سنتين فأكثر	14	10

ثالثاً – أدوات الدراسة:

1 – مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (من إعداد الباحث).

أ – خطوات بناء المقياس ووصفه:

1 – الاطلاع على بعض الأطر النظرية والدراسات السابقة والمقاييس التي تناولت ضغوط اضطراب ما بعد الصدمة؛ ومنها: (أبو الخير، 2009؛ محمد، 2010؛ بشارة، 2011؛ القضاة، 2016).

2 – في ضوء الخطوة السابقة تم تحديد عبارات المقياس في صورته الأولية المكونة من (29) عبارة.

3 – صيغت العبارات بشكل بسيط ومختصر، لتكون واضحة للمفحوصين، وأُعطى لكل عبارة (4) استجابات (دائماً، أحياناً، نادراً، وأبداً).

ب – صدق المقياس؛ تم حسابه من خلال:

1 – صدق المحُكمين: عُرض المقياس في صورته الأولية على عشرة مُحكمين متخصصين في علم النفس لاستطلاع آرائهم حيال بنوده وتعديلها تبعاً لملاحظاتهم، واُعتمدت نسبة اتفاق 80% كحد أدنى لقبول العبارات، وبعد التحكيم تم استبعاد (3) عبارات.

2 – الاتساق الداخلي: تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات الأفراد في العينة الاستطلاعية على كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس. وتراوحت معاملات الارتباط مابين (0.632) و(0.719) وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) وهذا يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

3 – الصدق التمييزي: من خلال المقارنة الطرفية للمقياس ككل، حيث تم أخذ (27%) من درجات المقياس أعلى التوزيع، و(27%) من درجات المقياس أدنى التوزيع، وتم حساب دلالة الفروق الإحصائية بين متوسطي المجموعتين، وبلغت قيمة (ت) (0.794) وهي دالة عند (0.001) وهذا يدل على تمتع المقياس بالصدق التمييزي.

وبعد حساب الصدق تكون المقياس من (26) عبارة في صورته النهائية.

ج – ثبات المقياس؛ تم حسابه بطريقتين:

1 – معادلة ألفا كرونباخ. 2 – إعادة التطبيق بعد مرور اسبوعين من التطبيق الأول. وكانت القيم دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم 2

يوضح قيم معاملات الثبات لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

مقياس ضغوط ما بعد الصدمة	معامل ألفا كرونباخ (ن=95)	إعادة التطبيق (ن=65)
الدرجة الكلية	0.82	0.69**

ويتضح مما سبق أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات مما يجعله صالحا للتطبيق في الدراسة الحالية.

د – طريقة التصحيح:

تكون المقياس في صورته النهائية من (26) عبارة، يختار المفحوص من أربعة بدائل (دائماً/ أحياناً/ نادراً/ أبداً) أمام كل عبارة، إذا كان البند سلبيا، كان التقدير الوزني (4/3/2/1)، أما إذا كان إيجابيا يصبح (1/2/3/4). وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس مابين (26 – 104)، والدرجة المتوسطة له هي (52-78) درجة ليتم الحكم نسبياً عن مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، فالدرجة المرتفعة تدل على ارتفاع ضغوط ما بعد الصدمة لدى المفحوص، بينما تدل الدرجة المنخفضة على عدم وجود اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

هـ – زمن تطبيق المقياس: يستغرق تطبيق المقياس مابين (15- 20) دقيقة.

2 – مقياس الاغتراب النفسي (من إعداد الباحث):

أ – خطوات بناء المقياس ووصفه:

1 – الاطلاع على بعض الأطر النظرية والدراسات السابقة والمقاييس التي تناولت الاغتراب النفسي، ومنها: مقياس الاغتراب النفسي (شقير، 2001)، مقياس الاغتراب (الصنيع، 2002)، مقياس الاغتراب لدى المراهقين والشباب (باظة، 2004)، مقياس الاغتراب (إبراهيم، 2008)، مقياس الاغتراب النفسي والاجتماعي (الجماعي، 2010)، مقياس الاغتراب النفسي (الزغبي، 2016).

2 – في ضوء الخطوة السابقة تم تحديد أبعاد مقياس الاغتراب النفسي في صورته الأولية المكونة من (85) عبارة.

ب – صدق المقياس؛ تم حسابه من خلال:

1 – صدق المحُكمين: عُرض المقياس في صورته الأولية على عشر مُحكمين متخصصين في علم النفس لاستطلاع آرائهم حيال بنوده وتعديلها تبعاً لملاحظاتهم، واُعتمدت نسبة اتفاق 80% كحد أدنى لقبول العبارات، وبعد التحكيم تم استبعاد (7) عبارات لعدم مناسبتها للبعد أو ملاءمتها للمقياس.

2 – الصدق العاملي: تم استخدام أسلوب التحليل العاملي بالتدوير المتعامد بطريقة فاريمكس (Varimax) لكايزر، وأسفر ذلك عن التوصل إلى خمسة عوامل أسهمت بتباين قدره (7.809) من التباين الكلي للمقياس، حيث بلغت القيمة المميزة للعامل الأول (5.407) وبلغ عدد الفقرات المتشبعة جوهرياً عليه (13) فقرة وتم تسميته ببعد (الاغتراب عن الذات)، أما العامل الثاني فبلغت القيمة المميزة له (5.201) وبلغ عدد الفقرات المتشبعة جوهرياً عليه (14) فقرة وتم تسميته ببعد (اغتراب الدور)، أما العامل الثالث فبلغت القيمة المميزة له (4.217) وبلغ عدد الفقرات المتشبعة جوهرياً عليه (15) فقرة وتم تسميته ببعد (الاغتراب عن الآخرين /الاجتماعي)، أما العامل الرابع فبلغت القيمة المميزة له (3.711) وبلغ عدد الفقرات المتشبعة جوهرياً عليه (14) فقرة وتم تسميته ببعد (الاغتراب عن النسق المجتمعي)، أما العامل الخامس فبلغت القيمة المميزة له (3.408) وبلغ عدد الفقرات المتشبعة جوهرياً عليه (14) فقرات وتم تسميته ببعد (الاغتراب عن الواقع)، وتم استبعاد (8) عبارات بسبب عدم تحقيقها تشبعاً مرضياً على أي من العوامل، أو لتشبعها المزدوج على أكثر من عامل، علماً بأنه تم اعتماد (0.3) كمعيار للتشبع.

3 – الاتساق الداخلي: طُبق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (95) مريضاً بالسرطان من الجنسين لحساب معامل ارتباط كل بند والدرجة الكلية للبعد، وتراوح ما بين (0.362) و(0.809) وهو دال عند (0.01) و(0.05)، أما معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية للمقياس فتراوحت

ما بين (0.709) و(0.926) وهي دالة عند (0.01) وتم قبول جميع العبارات، مما يشير إلى صدق المقياس، كما يتضح في الجدول التالي.

جدول رقم 3

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بُعد والدرجة الكلية للمقياس

أبعاد الاغتراب النفسي	الاغتراب عن الذات	اغتراب الدور	الاغتراب عن الآخرين	الاغتراب عن النسق المجتمعي	الاغتراب عن الواقع
الاغتراب عن الذات	_____	0.821**	0.672**	0.697**	0.104*
اغتراب الدور	_____	_____	0.721**	0.678**	0.598**
الاغتراب عن الآخرين	_____	_____	_____	0.589**	0.727**
الاغتراب عن النسق المجتمعي	_____	_____	_____	_____	0.609**
الاغتراب عن الواقع	_____	_____	_____	_____	_____
الدرجة الكلية للمقياس	0.722**	0.776**	0.926**	0.817**	0.709**

ويتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط مرتفعة ودالة إحصائياً عند مستوى (0.01)** مما يشير إلى اتساق المقياس وتماسك بنوده ومن ثم صدقه. وبعد حساب الصدق أصبح المقياس يتكون من (70) عبارة في صورته النهائية، موزعة على الأبعاد التالية:

أ – الاغتراب عن الذات: يتكون من (13) عبارة. ب – اغتراب الدور: يتكون من (14) عبارة. ج – الاغتراب عن الآخرين (اجتماعي): يتكون من (15) عبارة. د – الاغتراب عن النسق المجتمعي: يتكون من (14) عبارة. هـ – الاغتراب عن الواقع: يتكون من (14) عبارة.

3 – صيغت العبارات بشكل بسيط ومختصر، لتكون واضحة لأفراد العينة، وأُعطيَ لكل عبارة (4) استجابات (دائماً، أحياناً، نادراً، وأبداً).

ج – ثبات المقياس: تم حساب ثباته بطريقتين:

1 – **ألفا كرونباخ:** بلغت قيمتها (0.57) للاغتراب عن الذات، (0.93) لاغتراب الدور، (0.704) للاغتراب عن الآخرين (اجتماعي)، (0.81) للاغتراب عن

النسق المجتمعي، (0.66) للاغتراب عن الواقع، (0.89) للدرجة الكلية للمقياس وهي قيم مرتفعة تشير إلى ثبات المقياس.

2 – **التجزئة النصفية:** تم تقسيم بنود المقياس إلى قسمين متساويين (فردية وزوجية) وتم حساب معامل الارتباط بينهما، وبلغت القيمة (0.871) وهي دالة إحصائياً عند (0.01).

د – طريقة التصحيح:

تكون المقياس في صورته النهائية من (70) عبارة، يختار المفحوص من أربع بدائل (دائماً/ أحياناً/ نادراً/ أبداً) أمام كل عبارة، إذا كان البند سلبي كان التقدير الوزني (4/3/2/1)، أما إذا كان إيجابي يصبح (1/2/3/4). وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس مابين (70- 280)، والدرجة المتوسطة تتراوح مابين (140- 210) درجة ليتم الحكم نسبياً عن مستوى ظاهرة الاغتراب، فالدرجة المرتفعة تدل على ارتفاع الاغتراب النفسي لدى المفحوص، بينما تدل الدرجة المنخفضة على عدم وجود اضطراب الاغتراب النفسي.

هـ – زمن تطبيق المقياس: يستغرق تطبيق المقياس ما بين (35–40) دقيقة.

رابعاً – الأساليب الإحصائية:

1 – استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية. 2 – استخدام معامل الارتباط لبيرسون لحساب العلاقة بين المتغيرات. 3 – تحليل التباين المتعدد.

نتائج الدراسة

السؤال الأول: ما مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المصابين بمرض السرطان من الجنسين؟

وللإجابة عن السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، لفقرات مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان من الجنسين. والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم 4

يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ترتيب العبارة	المستوى
17	أتوقع مواجهة مصاعب أشد مما مضى.	4.38	0.954	1	مرتفع
13	يلازمني شعور بأني قريب من الموت.	4.18	1.049	2	مرتفع
15	يضيق تنفسي وارتجف إذا كنت قريباً من المستشفى.	4.15	1.042	3	مرتفع
6	تمنعني الأحلام المزعجة من الاستغراق في النوم.	4.12	0.994	4	مرتفع
23	لم أعد أحتمل مواجهة أي موقف ضاغط.	4.05	0.959	5	مرتفع
24	تُسيطر عليّ الخيالات المرعبة بعد إصابتي.	4.02	1.109	6	مرتفع
19	قل اهتمامي بأداء الأنشطة اليومية.	3.94	1.025	7	مرتفع
21	أعاني من الأرق عند البدء في النوم.	3.90	1.005	8	مرتفع
9	أتوتر عندما أسمع الأخبار الخاصة بوضعي الصحي.	3.85	1.045	9	مرتفع
10	أشعر بتشتت الانتباه وعدم التركيز.	3.83	1.086	10	مرتفع
20	أشعر بأن مستقبلي مظلم.	3.80	1.027	11	مرتفع
4	أنفعل بسرعة بخلاف ما كنت عليه سابقاً.	3.77	0.985	12	مرتفع
16	أحاول جاهداً نسيان ما أصابني.	3.37	0.900	13	متوسط
5	أصبحت تعيساً بعد مرضي.	3.35	0.934	14	متوسط
1	أتجنب المناسبات الاجتماعية.	3.33	0.973	15	متوسط
8	أستطيع التعايش مع ما أصبت به.	3.30	0.927	16	متوسط
12	فقدتُ الاحساس بطعم الحياة.	3.28	1.029	17	متوسط
2	أتهرب من مواجهة الأحداث المرتبطة بمرضي.	3.27	1.052	18	متوسط
11	إذا تذكرت المرض تزداد نبضات قلبي.	3.25	1.021	19	متوسط
7	من الصعب نسيان الأماكن المرتبطة بما أصابني.	3.22	0.977	20	متوسط
14	أفتقد لمشاعر الحب وتعاطف الآخرين معي.	3.19	0.982	21	متوسط
25	فقدُت الثقة بالآخرين.	2.97	1.015	22	متوسط
18	أمتنع عن الحديث فيما أصابني.	2.93	0.984	23	متوسط

جدول رقم 4

يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ترتيب العبارة	المستوى
3	أنزعج عند رؤية أي شخص يذكرني بالمرض.	2.57	0.997	24	منخفض
26	أنا شخص عديم الفائدة.	2.53	1.008	25	منخفض
22	ألوم الآخرين على ما أصابني.	2.49	1.025	26	منخفض
	متوسط المقياس	**3.50**	**0.922**		**مرتفع**
	متوسط الدرجة الكلية للمقياس	**70**	**13.790**		**مرتفع**

نلاحظ من الجدول السابق أن المتوسطات الحسابية في مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لمرضى السرطان تراوحت ما بين (2.49 – 4.38) بالمقارنة مع المتوسط الوزني للمقياس البالغة (3.50) وهو متوسط يشير إلى (دائماً) في المقياس ومستوى تقدير مرتفع في الدرجة الكلية (70). إذ جاءت العبارة التي تنص على "أتوقع مواجهة مصاعب أشد مما مضى" في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.38) ومستوى مرتفع، تليها العبارة التي تنص على "يلازمني شعور بأني قريب من الموت" ومتوسط حسابي (4.18) ومستوى مرتفع، أما العبارة التي نصها "ألوم الآخرين على ما أصابني" فحصلت على الترتيب الأخير، بمتوسط حسابي (2.49) ومستوى منخفض.

السؤال الثاني: ما مستوى الاغتراب النفسي لدى المصابين بمرض السرطان من الجنسين؟

للتعرف على مستوى الاغتراب النفسي لدى مرضى السرطان تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة (ت) للأبعاد الخمسة لمقياس الاغتراب النفسي، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم 5

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس الاغتراب النفسي بأبعاده المختلفة

أبعاد مقياس الاغتراب النفسي	عدد الفقرات	الدرجة الكلية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الاغتراب عن الذات	13	52	35.41	13.546	8.839	0.00
اغتراب الدور	14	56	38.43	14.532	9.132	0.00
الاغتراب عن الآخرين	15	60	40.26	15.820	8.254	0.00
الاغتراب عن النسق المجتمعي	14	56	24.17	14.763	1.495	0.167
الاغتراب عن الواقع	14	56	21.11	13.835	1.222	0.195
الدرجة الكلية للمقياس	70	280	189.38	72.299	8.693	0.00

من الجدول السابق يتضح أن مستوى الدلالة للدرجة الكلية للمقياس، وكل من (الاغتراب عن الذات، اغتراب الدور، والاغتراب عن الآخرين) قد بلغ (0.00) وهو أقل من (0.05)، مما يعني أن مرضى السرطان يعانون من مستوى عالٍ من الاغتراب عن الآخرين تم يليه الاغتراب عن الدور ثم الاغتراب عن الذات. بينما كانت غير دالة في بعدي الاغتراب عن النسق المجتمعي والاغتراب عن الواقع. مما يعني أن مرضى السرطان يعانون من مستوى منخفض من اضطراب الاغتراب النفسي في ذلك البعدين.

السؤال الثالث: هل توجد علاقة دالة إحصائياً بين اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والاغتراب النفسي لدى مرضى السرطان من الجنسين؟

للتعرف على طبيعة العلاقة بين اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والاغتراب النفسي لدى مرضى السرطان، استخدم الباحث معامل ارتباط بيرسون لحساب العلاقة بين المتغيرين، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي.

جدول رقم 6

معاملات ارتباط بيرسون لتوضيح العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والاغتراب النفسي.

أبعاد المقياس	اضطراب ما بعد الصدمة	
	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
الاغتراب عن الذات	0.979	0.000**
اغتراب الدور	0.982	0.000**
الاغتراب عن الآخرين	0.989	0.000**
الاغتراب عن النسق المجتمعي	0.321	0.097
الاغتراب عن الواقع	0.203	0.138
الدرجة الكلية للاغتراب النفسي	0.985	0.000**

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة ارتباطية طردية (إيجابية) دالة عند مستوى (0.01) بين اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والاغتراب النفسي للمقياس ككل وكل من الأبعاد التالية: الاغتراب عن الذات، اغتراب الدور والاغتراب عن الآخرين لدى مرضى السرطان. وهذا يعني أنه كلما ارتفع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ارتفع الاغتراب النفسي لديهم. بينما لا توجد دلالة لمعامل الارتباط؛ حيث إن قيم معاملات الارتباط موجودة ولكنها ضعيفة أو غير دالة إحصائيا عند مستوى (0.05) بينهما في بُعدي الاغتراب عن النسق المجتمعي والاغتراب عن الواقع.

السؤال الرابع: هل توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تُعزى إلى (الجنس، العمر الزمني، نوع السرطان، العمر المرضي)؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان حسب متغيرات الجنس، والعمر الزمني، نوع السرطان، والعمر المرضى كما في الجدول التالي.

جدول رقم 7

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى اضطراب ما بعد الصدمة تبعاً للمتغيرات

المتغير	الفئات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد
الجنس	ذكر	2.55	0.969	88
	أنثى	2.69	0.863	74
العمر الزمني	من 19 إلى 29 سنة	3.67	0.302	45
	من 30 إلى 40 سنة	2.81	0.349	60
	من 41 إلى 54 سنة	1.57	0.439	57
نوع السرطان	سرطان الجهاز التنفسي	2.88	0.940	39
	سرطان الجهاز الهضمي	2.90	0.812	36
	سرطان الجهاز التناسلي	1.27	0.317	32
	سرطان الدم	3.09	0.229	28
	سرطان الجهاز البولي	2.95	0.297	27
العمر المرضي	أقل من سنة	2.35	0.743	74
	من سنة إلى سنين	2.56	0.914	64
	من سنتين فأكثر	3.59	0.824	24

يتضح من الجدول السابق وجود تباين ظاهري في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تبعاً لمتغيرات الدراسة. ولبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام تحليل التباين الرباعي كما في الجدول التالي.

جدول رقم 8

تحليل التباين لأثر المتغيرات على مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى مرض السرطان

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة الاحصائية
الجنس	0.037	1	0.037	1.444	0.232

تابع/ جدول رقم 8

تحليل التباين لأثر المتغيرات على مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى مرض السرطان

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة الاحصائية
العمر الزمني	10.726	2	5.363	208.218	0.000
نوع السرطان	1.738	4	0.435	16.870	0.000
العمر المرضي	0.135	2	0.067	2.612	0.077
الخطأ	3.271	127	0.026		
الكلي	1244.157	162			

يتبين من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائياً تُعزى لمتغيري الجنس، والعمر المرضي، حيث بلغت قيمة ف (1.444) و(2.612) على التوالي وهي غير دالة إحصائياً. ووجود فروق دالة إحصائياً تعزى لمتغيري العمر الزمني، ونوع السرطان، حيث بلغت قيمة (ف) (208.218) و(16.870) على التوالي وهي دالة إحصائياً، ولبيان الفروق بين المتوسطات الحسابية تم استخدام المقارنات البعدية بطريقة شيفيه، وجاءت الفروق لصالح الفئة العمرية (من 19 إلى 29 سنة) وأما فئة (41- 54 سنة) أقلهم نسبياً. وبالنسبة لنوع السرطان كانت لصالح مرضى سرطان الدم، أما مرضى سرطان الجهاز التناسلي فأقلهم نسبياً.

السؤال الخامس:هل يمكن التنبؤ باضطراب ما بعد الصدمة من خلال درجات مرضى السرطان على مقياس الاغتراب النفسي بأبعاده المختلفة؟

وللإجابة عن السؤال تم حساب معامل الانحدار المتعدد باستخدام طريقة Stepwise، والجدول التالي يوضح نتائج تحليل الانحدار.

جدول رقم 9

نتائج تحليل الانحدار المتعدد بين اضطراب ما بعد الصدمة والاغتراب النفسي

المتغيرات	R	R2	معامل الارتباط المصحح	الخطأ المعياري	Durbin-Watson
1	0.989	0.978	0.978	0.137	0.673
	2	0.989	0.979	0.979	0.135

ويتضح من الجدول أن مربع معامل الارتباط المتعدد (R square) أو ما يسمى معامل التحديد يساوي (0.989) وذلك في حال النموذج الثاني وهو النموذج الذي يحتوي على متغيرين مستقلين هما (الاغتراب عن الذات، الاغتراب عن الآخرين)، وهذا يعني أن المتغيرين يفسران مجتمعين (98.9%) من التباين الكلي في درجات متغير اضطراب ما بعد الصدمة وهي كمية مقبولة من التباين المفسر بواسطة هذين المتغيرين المستقلين، والجدول التالي يوضح تحليل الانحدار المتعدد للنموذجين.

جدول رقم 10

نتائج تحليل الانحدار المتعدد للنموذجين

	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة
1	الانحدار	133.818	1	133.818	7078.770	0.00
	باقي الانحدار	3.025	160	0.019		
	الكل	136.843	161			
2	الانحدار	133.955	2	66.977	3687.196	0.00
	باقي الانحدار	2.888	159	0.018		
	الكل	136.843	161			

ويتضح من الجدول وجود تأثير دال إحصائياً (عند مستوى أقل من (0.001) للمتغيرين المستقلين (الاغتراب عن الذات، الاغتراب عن الآخرين) على المتغير التابع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. ويوضح الجدول التالي معاملات الانحدار والتي تتمثل في قيمة معامل بيتا (B) والخطأ المعياري.

جدول رقم 11

معاملات الانحدار المتعدد وتتمثل في قيمة (المعامل، الخطأ المعياري، معامل بيتا، ت ودلالتها الإحصائية)

	المتغيرات	معاملات الانحدار غير المعيارية		معاملات الانحدار المعيارية	قيمة (ت)	الدلالة
		β المعامل البائي	الخطأ المعياري	معامل بيتا		
1	(الثابت)	0.294	0.030	-----	9.940	0.000
	الاغتراب عن الآخرين	0.864	0.010	0.989	87.135	0.000
2	(الثابت)	0.316	0.030	-----	10.504	0.000
	الاغتراب عن الذات	1.108	0.090	1.268	12.377	0.000
	الاغتراب عن الآخرين	0.248-	0.091	0.281-	2.741-	0.007

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة معامل الارتباط بلغت 0.98، مما يعني أن المتغيرين المستقلين (الاغتراب عن الذات، والاغتراب عن الآخرين) من أبعاد الاغتراب النفسي قد فسرا نسبة تباين مقدارها (0.98) من متغير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، أما النسبة المتبقية فتعود لعوامل أخرى. والمتغيران لهما القدرة التنبؤية على متغير اضطراب ما بعد الصدمة حيث بلغت قيمة الدلالة (0.00).

مناقشة النتائج

1 – **مناقشة التساؤل الأول:** جاءت النتيجة في ارتفاع مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المصابين بمرض السرطان من الجنسين، وأيدت ذلك بعضاً من الدراسات كدراسة (Black & White, 2005)؛ (أبو الخير، 2009)؛ (Mehnert et al., 2010)؛ (العدوان، 2015) وذلك لمعاناة المصابين شخصياً وبصورة مباشرة لموقف صادم يهدد سلامتهم. فالاعتقاد بأن مريض السرطان لن يعيش طويلاً وأن مصيره للموت، لأنه مصاب بمرض خطير مزمن وقف أمامه الطب عاجزاً، فلا يوجد له علاج شافي بشكل كامل. وهذا ما أيدته دراستي (السلعوس، 2012)؛ (العدوان، 2015) في أن تشخيص الإصابة بمرض السرطان

يشكل صدمة نفسية كبيرة وإجهاداً على الفرد، فيشعر بالخوف والغضب ويتشتت تفكيره ويُهدد كيانه، مما يمنعه من التمتع بنعم الحياة، ويشعره بقرب الموت. كل ذلك من شأنه أن يرفع درجة الضغوط النفسية لديه فالسرطان لا يهدد حياة المريض فحسب بل يتعداه إلى التأثير على صحته النفسية والجسدية والاجتماعية، فيصاب باضطرابات النوم ويظل يتذكر تفاصيل مرضه، ويتجنب المنبهات المرتبطة به. مما يؤثر في البناء المعرفي للمصاب، وتواصله مع الآخرين، وترتفع المعاناة بالاضطرابات النفسية بين مرضى السرطان. فقد ربطت الدراسات بين تشخيص الأمراض المزمنة كمرض السرطان واحتمالات الإصابة بالاضطرابات النفسية (Kyngas et al., 2001), كما أشارت دراستا (Black & White, 2005) و(Jadoon, 2010) إلى أن مرضى السرطان يواجهون ضغوطاً نفسية منها الانفعالية الزائدة والقلق وعدم القدرة على إنجاز العمل والعزلة، والاكتئاب، وتظهر هذه الاضطرابات بصورة ملحوظة خاصة في وقت إجراء التحليل والفحوصات الطبية وعند الانتكاسة ورجوع الورم.

2 – **مناقشة التساؤل الثاني:** توصلت النتيجة إلى ارتفاع الدرجة الكلية للاغتراب النفسي، وكل من الأبعاد: الاغتراب عن الذات، اغتراب الدور والاغتراب عن الآخرين، وذلك للمصابين بمرض السرطان. وهذا ما عرضه الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية (DSM-5) من أن إصابة الفرد باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ينشأ عنه عدة أعراض من ضمنها: التغيرات السلبية والمتكررة والمبالغ فيها للمعتقدات والعواطف عن الذات والآخرين، والاغتراب النفسي عن الآخرين، وفقد المشاركة والاهتمامات، وعدم الشعور بالسعادة (American Psychiatric Association, 2013). مما يؤثر على درجة التكيف النفسي والاجتماعي للمصاب تبعاً لمستوى الاضطراب (Lambert, 2000)؛ (العدوان، 2015). فيعاني من جرّاء ذلك ظروفاً حياتية معقدة ومعنويات منخفضة، وقلقاً وتوتراً وعزلة لحماية ذاته من مواجهة مشكلات التفاعل الاجتماعي، كما أثبتت ذلك كثير من الدراسات كدراسة (Meraviglia, 2001)؛ (العدوان، 2015)؛ (Perry et al., 2015)؛ (براهمية وبوشلالق، 2016). فالمغترب يعيش في مساحة

ضيقة من العالم، ويشعر بأن هناك مسافة نفسية كبيرة بينه وبين الآخرين، وبالانهزامية أمام المجتمع الذي يعتبره مسؤولاً عن شقائه، وفي الوقت نفسه يتجه إلى لوم ذاته (زهران، 2004)؛ (الجماعي، 2010). كما أن ارتفاع وتيرة الضغوط النفسية من جراء الإصابة بالأورام السرطانية يُشعر المريض بالعجز والإحباط والانطواء والسلبية، وفقد الثقة بالنفس والتمتع بمباهج الحياة وضعف الانتماء.

وهذه في جملتها أعراض للاغتراب النفسي، وهو من الاضطرابات النفسية والاجتماعية التي تواجه المصابين بأمراض مزمنة وخطيرة، خاصة مع وجود احتمال كبير في حدوث الانتكاسات (زهران، 2004)؛ (الجماعي، 2010). فالإصابة بالسرطان يعني للمريض انخفاض جهده وطاقته وزيادة ضعفه تمهيداً لنهاية حياته، مما يولد لديه مشاعر الخوف من الموت والشعور بالعجز في جميع مناحي الحياة، ويعزز ذلك الغموض الذي يجابه المصاب بالسرطان فيما يخص نسبة شفائه وتطور مرضه، وتوقعاته نحو الدعم الأسري والمجتمعي للمصابين أمثاله، والجهل بقدرته على مواجهة المشكلات الجديدة كالمشاكل التي تتعلق بالعمل أو الشريك الآخر أو التحصيل العلمي. مما يشعره بالعجز وبأنه أصبح عبئاً ثقيلاً ومعتمداً بشكل كبير على المحيطين به فينخفض تقديره لذاته. فهذا المرض ينطوى عليه أبعاداً اجتماعية سلبية نحو المرض والعلاج وارتفاع معدل الطلاق والفصل من العمل وأبعاداً نفسية كالإصابة بالاضطرابات النفسية (أبو الخير، 2009)؛ (أبو هدروس، 2013).

أما فيما يتعلق بانخفاض مستوى الاغتراب النفسي في بُعدي الاغتراب عن النسق المجتمعي، والاغتراب عن الواقع. قد يرد ذلك إلى دور الدعم النفسي والاجتماعي لمرضى السرطان من قبل أقاربهم أو أصدقائهم والمؤسسات المجتمعية ذات العلاقة في تعزيز كفاءاتهم لمواجهة الآثار السلبية للمرض. كما أثبتت ذلك كثيراً من الدراسات كدراسة (Black & White, 2005)؛(Sellick & Edwardson, 2007)؛ (Mehnert et al., 2010)؛ (زيدان، 2013)؛ (Mahmoud & Elaziz, 2015) وهذا الدعم يمكن أن يقلل من وطأة المرض ويشعل وقود العزيمة

والتحدي والتحكم النوعي لإدارة المشكلات الناجمة عنه. كما لا ننس دور الإيمان بالقضاء والقدر والتسليم والرضا بما قسمه الله، الأمر الذي يزيد من درجة التعايش مع مرض السرطان وتقوية الدفاعات النفسية لدى المصابين به.

3 – **مناقشة التساؤلين الثالث والخامس:** أسفرت النتيجة عن وجود علاقة طردية دالة بين اضطرابي ضغوط ما بعد الصدمة والاغتراب النفسي، للمقياس ككل وللأبعاد الثلاثة الاغتراب عن: الذات، الدور، الآخرين. ولعل ذلك يرجع إلى أن المعاناة النفسية والاجتماعية تولد كرد فعل مباشر على تشخيص الإصابة بمرض السرطان الذي يُعد حدثاً صادماً، وهذه المعاناة تنمو وقد تزداد سوءاً وتستمر لتشكل عبئاً إضافياً على المرضى مع الآمهم الجسمية. مما يثقل كاهل المصابين والمصابات بالسرطان. كما توصلت إلى ذلك نتائج كثير من الدراسات كدراسة (Black & White, 2005)؛ (أبو الخير، 2009)؛ (Mehnert et al., 2010)؛ (العدوان، 2015)؛ (براهمية وبوشلالق، 2016).

فالمصاب يتملكه شعور بدنو أجله وبانخفاض فعاليته وقيمته تجاه أسرته ومجتمعة وحياته، إلى حد أنه يصبح ضعيفاً واعتمادياً أكثر من كونه مستقلاً باحتياجاته عن الآخرين. فتتغير أهدافه الحياتية لتناسب الواقع الذي عليه أن يعيشه، كما يطرأ تغيراً في سلوكه في ظل شعوره بالإحباط واليأس، ويبدأ تدريجياً بالانطواء والعزلة عن الآخرين، مع الشعور بالقلق واللاإنتماء والتشاؤم وضعف الدافعية والثقة بالنفس وبالآخرين وبالصراعات العاطفية تجاههم وهذا يدخل في دائرة الاغتراب النفسي، فالمغترب يشعر بالعجز وفقدان القوة والأمن، الذي يكمن في شعوره بالانتماء إلى جماعة، وأن له دوراً فيها وإحساسه بالسلامة وندرة شعوره بالخطر والقلق (الجماعي، 2010). إلا أن حالتي فقدان طعم الحياة والنظرة السوداوية للمستقبل، بحكم الآم مرضى السرطان النفسية والجسدية وتدهورها كما أثبتتها الدراسات كدراسة (Meraviglia, 2001)؛ (Perry et al., 2015) التي تُضيّق الخناق على مرضى السرطان وتؤثر على استجاباتهم للمواقف الحياتية، يمكن مجابهة بعضاً من آثارها العنيفة على توافقهم النفسي والمجتمعي، بقوة

الإيمان والتمسك بالقيم الدينية لمواجهة الصدمات. وكذلك بتقديم الخدمات المناسبة لوضعهم على المستوى الأسري والمجتمعي.

وعلى ذلك يمكن تفسير قدرة بعدين من أبعاد الاغتراب النفسي هما: الاغتراب عن الذات والاغتراب عن الآخرين على التنبؤ باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المصابين بمرض السرطان، أما بُعد الاغتراب عن الدور فهو مرتبط بصورة أكبر مع المرحلة المرضية للمرض وتقدمها، وكذلك مع نوع السرطان والسيطرة عليه.

4 – **مناقشة التساؤل الرابع:** أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لمتغير العمر الزمني لصالح الفئة العمرية (من 19 إلى 29 سنة) أما أقلهم نسبياً فكانت للفئة العمرية (41- 54 سنة)، وهذا يؤيد ما توصلت إليه دراسة (أبو الخير، 2009) ويتنافى مع ما توصلت إليه دراستا (Hammond, 2000)؛ و(براهمية وبوشلالق، 2016) التي لم تجد فروقاً تعزى للعمر. ومما لا شك فيه أن مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مرتفع بشكل عام لدى جميع الفئات، لمعايشتهم موقفاُ يتخطى حدود خبراتهم الإنسانية، ويهدد مباشرة حياتهم، ويقف حائلاً دون تحقيق طموحاتهم في الحياة.

إلا أنه يمكن تفسير تلك النتيجة في أن الفئة العمرية الأصغر تكون أكثر إقبالاً على الحياة، وأكثر أحلاماً وأمنيات ويتقبلون مرضهم بدرجة أقل، ويبدون وضعاً أسوأ وتفاوتاً في درجة التأثر بالاضطرابات النفسية والاجتماعية التي تواجه مرضى السرطان. ويتفق هذا مع ما أسفرت عنه دراسة (Sellick & Edwardson, 2007)، أما الأكبر سناً فيمتازون بأنهم أكثر حكمة ودراية بمواجهة المواقف العصيبة، وكذلك فإن الدفاعات الدينية لتجاوز المحن قد تحولها إلى منح إلهية للتخفيف من صعاب الأحداث المحبطة، ولا ننس نظرتهم الواقعية لماهية الحياة ودورهم فيها وتلعب دوراً في التقليل النسبي من الخبرة الصادمة.

كما بدت مظاهر ارتفاع مستوى ذلك الاضطراب مرتبطة بنوع السرطان لصالح مرضى سرطان الدم، وأقلهم نسبياً مرضى سرطان الجهاز التناسلي. وهذا

يتفق مع ماتوصلت إليه دراستا (Sellick & Edwardson, 2007)؛ (Mehnert et al., 2010)، وكذلك مع ما كشفت عنه دراسة (Black & White, 2005) التي وجدت علاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والخوف من عودة المرض لدى مرضى سرطان الدم.

ويُفسر ذلك بأن الوعي الصحي للمريض والمحيطين به بمضاعفات المرض وطبيعته ومدى خطورته والضغوطات النفسية والاجتماعية والمهنية الناجمة عنه، كذلك الغموض الذي يكتنف المريض بشأن مآله وتطور مرضه وانعكاساتها المباشرة على استجاباته تجاه جوانب حياته وجودتها، على سبيل المثال لا الحصر المشاكل المهنية ومنها فقد الوظيفة وما يترتب عليها من عجز مادي وغيرها. وقد أظهرت دراسة (Meraviglia, 2001) تأثير الإصابة بسرطان الرئة على معنى الحياة والاستجابات النفسية والجسدية، لفئات عمرية مختلفة من الجنسين.

وبالنسبة لمتغيري الجنس والعمر المرضي لم تسفر النتائج عن وجود فروق دالة بينهما وبين مستوى ذلك الاضطراب. وهذا يتفق مع ماتوصلت إليه دراسة (أبو الخير، 2009) ويعارض جزئياً مع ما توصلت إليه دراستا (Sellick & Edwardson, 2007؛ (Perry et al., 2015 التي وجدت أن الإناث المصابات أكثر تعرضاً للاضطرابات النفسية، وكذلك مع ما أشارت إليه دراسة (براهمية وبوشلالق، 2016)، ومع ما ذكره (Mcloskey, 2013) في أن هذا الاضطراب يظهر بشكل أكبر لدى الإناث. ولعل ذلك يرجع إلى أن المصابين بالسرطان يشعرون بأن السرطان يهدد حياتهم، ويؤكد إحساسهم بالقلق والنظرة السلبية للمستقبل، وبانخفاض تقدير الذات والثقة بالنفس والتواصل مع الآخرين، بصرف النظر عن نوع الجنس؛ فكلا الجنسين تظهر لديهم الأعراض بنفس المستوى تقريباً.

أما بالنسبة للعمر المرضي فيمكن تفسير ذلك في أن العلاج الطبي قد يُؤخر تقدم المرض نوعاً ما ولكنه لا يُنهيه، وهذا يعني استمرار المعاناة، فيشعر المريض بالألم وعدم الأمن. وللمرض مراحل متدرجة من حيث خطورة تقدمه إلى أن يصل إلى المرحلة الأخيرة، التي يصل فيها المريض من الجنسين إلى ذروة الضعف

والاعتمادية، بعد أن كان قوياً مستقلاً، ومن بعد القدرة أصبح عاجزاً. كما أن طول فترة المرض وخطورته على صحة الفرد بكافة صورها، وحياته الأسرية والمجتمعية والمهنية، تبدأ منذ تشخيص المرض وحتى نهاية المطاف وفراق الأهل. هذه النهاية التي تُشكل هاجساً يقلق المريض ويقض مضجعه، حيث ترسم الصراعات الفكرية حول حب الحياة والموت المنتظر ومآل المرض والمريض نفسه، المزيد من الاضطرابات النفسية في هيئة منامات وخيالات مفزعة، لا تنفك عن المريض. فيمر المريض بعدد من الأزمات النفسية التي تتجاوز طاقاته وتجاربه، فتُنهك إرادته ومقاومته بانخفاض صحته الجسدية والنفسية وتشكل عائقاً أمامه لتحقيق رغباته.

التوصيات

1 – زيادة الاهتمام بالدراسات النفسية والاجتماعية المرتبطة بمرضى السرطان بشكل خاص، وذوي الأمراض المزمنة بشكل عام.

2 – تصميم وتطوير البرامج الإرشادية والعلاجية التي تستهدف مرضى السرطان وأسرهم.

3 – رفع مستوى تأهيل الأخصائيين النفسين والاجتماعين المعنيين بمرضى السرطان من خلال إلحاقهم بالدورات المتخصصة في ذلك.

4 – زيادة توعية المجتمع بشكل عام بأمراض السرطان وتوابعه النفسية، وإمكانية الشفاء منه.

5 – التبصير بأهمية تقديم الدعم والمساندة بكافة أوجهها لمرضى السرطان وأسرهم.

6 – توفير عيادات نفسية في الأقسام المتخصصة لعلاج مرضى السرطان.

البحوث المقترحة:

1 – فاعلية برنامج إرشادي لتنمية التفاؤل وتحقيق الأمن النفسي لدى مرضى السرطان.

2 – أثر المساندة الاجتماعية والنفسية والاقتصادية لمرضى السرطان وأسرهم.

3 – أهم المشكلات الاجتماعية، التعليمية، والاقتصادية التي يعاني منها مريض السرطان.

4 – الآثار النفسية التي قد تنتج من الإصابة بمرض السرطان.

5 – أثر التداخلات النفسية في تخفيف الألم الجسدي الذي يعاني منه مريض السرطان.

Post- Traumatic Stress Disorder and its Relation to Psychological Alienation for Cancer Patients in Riyadh City

Dr. Abdullah A. Almunahi
College of Science and Humanities Studies- Hrmla - Shaqra University
K.S.A

Abstract

The aim of the study is to detect the level of post-traumatic stress disorder and psychological alienation, the nature of the relationship between cancer patients of both sexes, and the differences that can be attributed to the variables (sex, age, type of cancer, disease age) on post-traumatic stress disorder. (88) male and (74) female patients, aged between 19 and 54 years. The results showed a high level of post-traumatic stress disorder and psychological alienation among patients of both sexes, a positive relationship between them, and statistically significant differences in post-traumatic stress disorder (PTSD) for age and cancer type factors only, as well as the possibility of predicting this disorder through the alienation of self and alienation from others.

Key words: Post-traumatic stress disorder, Psychological alienation, Cancer patients - Mental disorders.

المراجع

إبراهيم، علا (2008). *الاغتراب النفسي وعلاقته بمستوى ونوعية الطموح ومستوى الأداء المهاري لبعض المواد العملية لطالبات الفرقة الثانية بكلية التربية الرياضية للبنات بالقاهرة* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة حلوان، مصر.

أبو الخير، فداء محمود (2009). *علاقة الجنس والعمر بنسبة انتشار القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى السرطان في مركز الحسين للسرطان* [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الأردنية. عمان، الأردن.

أبو هدروس، ياسرة محمد (2013). المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالكفاءة الذاتية في مواجهة المرض والتوجه نحو الحياة لدى مرضى السرطان بقطاع غزة. *المجلة العلمية لجامعة الملك فيصل، العلوم الإنسانية والإدارية*، 14 (2)، 179-237.

أحمد، جمال شفيق (1998). سرطان الدم الحاد لدى الأطفال، وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية. *المؤتمر العلمي السنوي لمعهد الدراسات العليا للطفولة*، جامعة عين شمس، مصر، 1-16.

آدم، حليمة محمد (2011). *فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي لخفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الاطفال الذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة أم درمان الاسلامية، السودان.

الجماعي، صلاح الدين (2010). *الاغتراب النفسي الاجتماعي وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي*. عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.

الحمداني، اقبال محمد (2011). *الاغتراب – التمرد قلق المستقبل*. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

الرشيدي، بشير ومنصور، طلعت والنابلسي، محمد والخليفي، إبراهيم والناصر، فهد وبورسلي، بدر (2001). *سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية: اضطراب الضغوط التالية للصدمة*. الكويت: مكتب الانماء الاجتماعي.

الزغبي، هدى محمد (2016). *الأمن العاطفي وعلاقته بالاغتراب لدى الطلبة في قضاء الناصرة* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة عمان العربية، الأردن.

السلعوس، أنسام سميح (2012). *مستوى القلق والاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان* [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الهاشمية، الأردن.

الصنيع صالح إبراهيم (2002). الاغتراب لدى طلاب الجامعة: دراسة مقارنة بين الطلاب السعوديين والعمانيين. *مجلة رسالة الخليج العربي، 22*(82)، 13–61.

العدوان، فاطمة (2015). التكيف النفسي وضغط ما بعد الصدمة والحياة الهانئة لدى النساء المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي وأزواجهن وبناتهن. *مجلة دراسات*، جامعة الأغواط، الجزائر، (35)، 173–189.

القضاة، آيات علي (2016). *مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من اللاجئين السوريين المقيمين في محافظة عجلون* [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية التربية، جامعة اليرموك.

باظة، آمال عبد السميع (2004). *مقياس الاغتراب لدى المراهقين والشباب، كراسة التعليمات*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

براهمية، جهاد وبوشلالق نادية (2016). الألم النفسي لدى مرضى السرطان: دراسة ميدانية. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*، جامعة قاصدي مرباح، الجزائر، (27)، 309-317.

بشارة، إيمان عبد الرسول(2011). *اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة وعلاقته ببعض سمات الشخصية للنساء النازحات بمعسكرات ولاية جنوب دارفور* [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة أم درمان الاسلامية، السودان.

جابر، محمد والبنا، فاتن (2003). *دراسات في الجغرافية الصحية*. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

جاد الله، محسن (2008). *كيف نواجه السرطان*، ط. دمشق: الوكالة العربية السورية للأنباء.

حسين، طه عبد العظيم (2010). *الصحة النفسية ومشكلاتها لدى الاطفال*. مصر: دار الجامعة الجديدة.

ريز، غاريت (2002). *الدليل الطبي للأسرة – السرطان*. ترجمة: هيئة التحرير في أكاديميا. بيروت: أكاديميا انترناشيونال للنشر والطباعة.

زهران، سناء حامد (2004). *إرشاد الصحة النفسية لتصحيح مشاعر الاغتراب ومعتقدات الاغتراب*. القاهرة: عالم الكتب.

زيدان، عصام محمد (2013). فعالية برنامج إرشادي انتقائي تكاملي في تخفيف اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة لدى آباء وأمهات الأطفال مرضي السرطان. *مجلة كلية التربية*، جامعة طنطا، مصر، (51)، 740–811.

شقير، زينب محمود (2001). *كراسة التعليمات لمقياس الاغتراب النفسي مكوناته ومظاهره*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

عبدالحميد، عزة خضيري (2005). *الاضطرابات النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى عينة من التلاميذ المصابين بالسرطان، دراسة مقارنة* [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية التربية، جامعة حلوان، مصر.

عيد، محمد (2002). *الاغتراب النفسي*. القاهرة: الرسالة الدولية للأعلام والنشر.

محمد، أسماء عبدالحسين (2010). *أثر برنامج علاجي في خفض أعراض ضغط ما بعد الصدمة وتحسين التكيف النفسي لدى عينة من المراهقين العراقيين المقيمين في الأردن* [رسالة دكتوراه غير منشورة]. الجامعة الأردنية، الأردن.

Abdelhamid, A. (2005). Psychiatric disorders and their relationship to some variables for a sample of students with cancer, a comparative study. Unpublished master's thesis, Faculty of Education (in Arabic). Helwan University, Egypt.

Abu Al Khair, F. (2009). The relationship of gender and age to the prevalence of anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder among a sample of cancer patients at King Hussein Cancer Center. Unpublished Master Thesis (in Arabic). University of Jordan, Amman, Jordan.

Abu Hadros, Y. (2013). Perceived social support and its relationship to self-efficacy in facing disease and orientation towards life among cancer patients in the Gaza Strip (in Arabic). King Faisal University Scientific Journal, Human and Administrative Sciences, 14(2), 179-237.

Adam, H. (2011). The effectiveness of a cognitive-behavioral therapy program for reducing PTSD in children who have been raped in Khartoum State. Unpublished master's thesis (in Arabic). Om durman Islamic University, Sudan.

Ahmad, J. (1998). Acute leukemia in children, and its relationship to some personality variables. *Annual Scientific Conference of the Institute of Higher Studies of Childhood* (in Arabic). Ain Shams University, Egypt, 1-16.

Aladwan, F. (2015). Psychological adjustment, post-traumatic stress, and a comfortable life for women with and without breast cancer and their husbands and daughters (in Arabic). *Dirasat Journal*, Laghouat University, Algeria, (35), 173-189.

Alhamdani, I. (2011). *Alienation - rebellion is the anxiety of the future* (in Arabic). Amman: Safaa House for Publishing and Distribution.

Aljamaay, S. (2010). *Psychosocial alienation and its relationship to psychological and social harmony* (in Arabic). Amman: Zahran House for Publishing and Distribution.

Alqothat, A. (2016). *Level of PTSD among a sample of Syrian refugees residing in Ajloun Governorate. Unpublished master's thesis* (in Arabic). College of Education, Yarmouk University.

Alrashidi, B. and Talat, M. and Al-Nabulsi, M. and Al Khalifi, I. and Al-Nasser, F. and Borsli, B. (2001). *Psychiatric Diagnosis Series: Post-traumatic stress disorder* (in Arabic). Kuwait: Social Developing Office.

Alsanea, S. (2002). Alienation among university students: a comparative study

between Saudi and Omani students (in Arabic). *Journal of the Arabian Gulf Message, 22*(82), 13-61.

Alselous, A. (2012). *Level of anxiety and depression among patients with cancer* (in Arabic). Unpublished master's thesis. The Hashemite University, Jordan.

Alzoghbi, H. (2016). *Emotional Security and its Relationship with Alienation among Students in the District of Nazareth* (in Arabic). Unpublished MA Thesis Amman Arab University, Jordan.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.), Washington: DC.

Batha, A. (2004). *Scale of Alienation for Adolescents and Young People, Instruction Booklet* (in Arabic). Cairo: The Anglo-Egyptian Library.

Black, T. (2004). Psychotherapy and Outcome Research in PTSD: Understanding the Challenges and Complexities in the Literature. *Canadian Journal of Counseling / Revue Canadienne de Counseling,* 34(8), 227-228.

Black, E. & White, C. (2005). Fear of recurrence,senseof coherence andpost-traumatic stress disorder in hematological cancer survivors. *Journal of Psycho-Oncology*, 14, 510-515.

Bosharh, E. (2011). *Post-traumatic stress disorder and its relationship to some personality traits of displaced women in South Darfur state camps* (in Arabic). Unpublished PhD Dissertation Om durman Islamic University, Sudan.

Brahmia, J. and Bushelaq N. (2016). *Psychological pain in cancer patients: a field study* (in Arabic). Journal of Human and Social Sciences Qassidi Merbah University, Algeria, (27), 309-317.

Eid, M. (2002). *Psychological Alienation* (in Arabic). Cairo: The International Message for Media and Publishing.

Ellis, A. (1991). *A brief introduction to Rational Emotive Behavior Therapy (REBT).* New York: Carol Publishing group.

Hammond, L. (2000). A qualitative study of Treatment issues of Women with breast cancer (DA1). *Journal of Health Psychology*, (6), 20-58.

Hussein, T. (2010). Mental health and its problems in children (in Arabic). Egypt: The New University House.

Ibrahim, O. (2008). *Psychological alienation and its relationship to the level and quality of ambition and the level of skill performance of some practical subjects for female students of the second year at the Faculty of Physical Education for Girls in Cairo* (in Arabic). Unpublished master's thesis Helwan University, Egypt.

Jaber, M. and Al-Banna, F. (2003). *Studies in Sanitary Geography*, (in Arabic). Cairo: The Anglo-Egyptian Library.

Jadallah, M. (2008). *How to face cancer*? (in Arabic). Syria, Damascus: Syrian Arab News Agency.

Jadoon, N (2010). Assessment of depression and anxiety in adult cancer patients. *Oncology Journal*, (20), 928- 934.

Kelly, U. (2010). Symptoms of PTSD and Major Depression in Latinas who Have Experienced Intimate Partner Violence. *Issues in Mental Health Nursing, 31*, 119-127.

Kyngas, H., Mikonen, R., & Louisianan, E. (2001). Strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care, 10*(1), 6-12.

Lambert, J. (2000). Attributions of Responsibility and Adjustment after a Traumatic Burn Injury. Unpublished Doctoral Dissertation, University of New Jersey.

Mahmoud, S. &Elaziz, N. (2015). Effect of Psycho-Educational Training Program for Parent's Having Child with Leukemia on Their Experience and Psychological Wellbeing. *Journal of Education and Practice, 6*(12), 13-29.

Mccloskey, W.J. (2013). Relationship Relationship among schizoid and schizotypal personality traits and social support on PTSD symptom severity. Unpublished Doctoral Dissertation, United States: Eastern Michigan University.

Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen, M., Huland, H.& Koch, U. (2010). Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related

quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *European Journal of Cancer, 19*(6), 736-45.

Meraviglia, M. (2001). The Mediating Effects of Meaning in life and Prayer on the physical and Psychological Responses of people experiencing lung cancer. *Diss Abst, Inter*, (16), 213-228.

Muhammad, A. (2010). *The effect of a treatment program in reducing symptoms of post-traumatic stress and improving psychological adjustment among a sample of Iraqi adolescents residing in Jordan* (in Arabic). Unpublished PhD thesis University of Jordan, Jordan.

Nijenhuis, S. (2014). Ten reasons for conceiving and classifying posttraumatic stress disorder as a dissociative disorder. *Psichiatria e Psicoterapia, 33*(1), 74-106.

Perry, A.; Casey, E.& Cotton, S. (2015). Quality of Life after Total Laryngectomy: Functioning, Psychological Well-Being and Self-Efficacy. *International Journal of Language& Communication Disorders, 50*(4), 467-475.

Riz, G. (2002). *Family Medical Guide - Cancer*, translation: Editorial Board of Academia (in Arabic), Lebanon Beirut: Academia International Publishing and Printing.

Sellick, S. & Edwardson, A. (2007). Screening new cancer patients for psychosocial distress using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psycho-Oncology, 16(*6), 534-542.

Shoquir, Z. (2001). *Instructions Brochure for the Psychological Alienation Scale, its components and demonstration* (in Arabic). Cairo: The Egyptian Renaissance Bookstore.

Siang Low, R. (2014). *Experiences of Alienation at University*. Australia, Mount Druitt University Hub Press.

Weiss, T. (2004). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands. *Journal of Psychology Oncology*, (20) 2, 65-80.

William, C. (2000). Gilt and Alienation: The role of religious Strain in Depression and Sociality. *Journal of Clinical Psychology*, (56), 1481-1496.

World Health Organization (WHO) (2010). *International Statistical*

Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Centers for Medicare& Medicaid Services, Geneva. Switzerland.

Zahran, S. (2004). *Counseling mental health to correct feelings of alienation and beliefs of alienation* (in Arabic). Cairo: The World of Books.

Zidan, E. (2013). The effectiveness of an integrative selective counseling program in alleviating post-traumatic stress disorder among parents of children with cancer (in Arabic). *Journal of the Faculty of Education, Tanta University, Egypt*, (51), 740-811.