المرونة النفسية كمدخل لفاعلية العلاج عند مرضى السرطان

[١٩]

جمال شفيق أحمد[١]– رشاد احمد عبد اللطيف[٢]– شريف بهاء الدين زايد[٣]
سها شريف محمد[٤]
١) معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس ٢) جامعة حلوان ٣) المعهد القومي للأورام ٤) مركز أورام أسوان

المستخلص

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة المرونة النفسية لمرضى السرطان التي تتأثر بالضغوط النفسية الناتجة عن المرض وتؤثر في سلوك المريض في مختلف جوانب حياته، وذلك بغرض تكيف المرضى مع المرض. الأمر الذي يدفعنا إلى دراسة كيفية تحسين مستوى المرونة النفسية لدى مرضى السرطان، ودراسة الآثار النفسية والاجتماعية المترتبة على علاج السرطان، ولتحقيق هذا الهدف استعان الباحثون بعينة الدراسة الفعلية من مرضى السرطان بمركز أورام أسوان والبالغ عددهم (١٤٠) مريض، ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٣٠ عاما فما فوق ٥٠ عاما، قامت الباحثة باستخدام المنهج الشبه تجريبى وتطبيق برنامج علاجي يتضمن مقياس المرونة النفسية عليهم وكانت العينة مسحية لثلاثة شهور متتالية. ومن ثم تم اختيار (٦٠) مريضاً ممن حصلوا على أقل الدرجات عند الإجابة على فقرات وأبعاد مقياس المرونة النفسية المستخدمة ليمثلوا العينة الحقيقية والنهائية للدراسة (عينة تجريبية)، بعد ذلك تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية طبق عليها البرنامج وعددها (٣٠) مريضاً، ومجموعة ضابطة عددها (٣٠) مريضاً، وقد عالجت البيانات التي حصلت عليها باستخدام الفروق الفردية بين المتوسطات واختبار T والانحراف المعياري.

وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج الهامة منها: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين القياس القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية لمقياس المرونة النفسية. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين القياس القبلي والبعدى للمجموعة الضابطة لمقياس المرونة النفسية. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين المجموعة التجريبية والضابطة على أبعاد المقياس المرونة النفسية في الأداء البعدي. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسط المجموعة التجريبية على مقياس المرونة النفسية في التطبيق البعدى والتتبعى للبرنامج.

المقدمة

يواجه الإنسان في حياته كثيراً من المواقف التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها أو مهددة له بحيث تتعرض رفاهيته وتكامله للخطر نتيجة لذلك، فالأمراض المزمنة لا تمثل مشكلة طبية فحسب، بل إنها تؤدى إلى مشكلات نفسية واجتماعية خطيرة والتي يكون أثرها على الفرد المصاب خطر جسيماً، حيث إن حدوث الإصابة يؤدى إلى شعوره بالألم من جراء الإصابة أو حاجته لدخول المستشفى فترة طويلة أو مراجعة الطبيب باستمرار، أو شعوره الدائم بالاعتماد على الآخرين في حركته وانتقالاته، وكذلك شعوره بأنه مهدد بالموت في أي وقت، ومنها مرض السرطان يعتبر أحد الأحداث الحياتية الضاغطة والذي له علاقة بالإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية.(Brennan, 2001, p: 1-18)

فالعديد من علاجات السرطان تسبب تغيرات جسدية دائمة أو مؤقتة تقود إلى تغير وتبدل في صورة الجسم وتدنٍّ في تقدير الذات لدى المصابين بالسرطان، أن فقدان عضو أو حدوث الندبات نتيجة الجراحة أو فقدان الشعر نتيجة العلاج الكيميائي إلى تكون خبرة مخيفة ومهددة لتقدير الذات، ولا يعمل عامل المظاهر الجسمية الشخصية دائما بصورة مباشرة، وإنما يعود إلى إدراك الإنسان لتقييم الآخرين لهذه المظاهر الجسدية، ولما يحب الآخرون وما يكرهون، وان رضا الفرد عن مظاهره الجسدية أمر مهم في توافقه، فثمة أمور لها قيم جمالية مثل صفات المرء الجسدية الخارجية، وقد يشعر بالنقص من لا تتناسب أوصافه مع معايير الثقافة في المجتمع، وكثيرا ما تؤثر المظاهر الجسدية في استجابة الآخرين نحو الفرد، وبالتالي في نظرته لنفسه. (فيصل مكي: ١٩٩٠، ص٧).

لذلك تعتبر المرونة النفسية للمريض هي التوافق الذي يهدف إلى تماسك الشخصية ووحدتها، وتقبل الفرد لذاته، وتقبل الآخرين له، بحيث يترتب على هذا كله شعوره بالسعادة والراحة النفسية، وتتأثر التكيف والتوافق النفسي للتشخيص والعلاج من السرطان بعدة عوامل مثل: العائلة، الأصدقاء، المعتقدات الدينية، وهى جمعها مهمة في إعطاء الأمل للمريض. (Zabora, *et al* , 2001, p: 19-28)

مشكلة الدراسة

إن العيش مع السرطان يتسبب في ظهور ضغوط لها تأثير نفسي شديد وتشمل: صورة الجسم، والمشاكل الجنسية، وصعوبات العلاقات الشخصية، والقلق، والخوف، والقلق المتعلق بالبقاء على قيد الحياة، والخوف من رجوع السرطان، وإن أغلب المصابين بالسرطان تظهر عليهم أعراض خفيفة أو متقلبة من القلق والكآبة، وتتطور عند غيرهم لتصبح شديدة كالقلق المرضي والكآبة أو اضطرابات التوتر بعد الصدمة، ومن هنا تتبلور مشكلة الدراسة في التعرف على مستوى المرونة النفسية وتحسين فاعليتها في العلاج عند مرضى السرطان. (بطرس، ٢٠٠٨، ص: ١٢١).

فالسرطان مرض شائع، وهو احد المشكلات الصحية التي تتحدى الإنسان في العصر الحديث، حيث أوضحت الإحصائيات بمعهد الأورام القومي في عام ٢٠١٢م، حيث يتسبب سرطان الرئة بوفاة ١,٥٩ مليون حالة، سرطان الكبد ٧٤٥٠٠٠ حالة، سرطان المعدة ٩٢٣٠٠٠ حالة، سرطان القولون والمستقيم ٦٩٤٠٠٠ حالة، سرطان الثدي ٥٢١٠٠٠ حالة، وسرطان المريء ٤٠٠٠٠٠ حالة، ٣٠% من حالات الوفاة ناجمة عن الإصابة بالسرطان ومرتبطة في الوقت ذاته بخمس عادات سلوكية وتغذية شائعة كالسمنة، قلة تناول الخضار والفاكهة، قلة النشاط الفيزيائي وممارسة الرياضة، وبعد التدخين العامل الرئيسي للوفاة الناجمة عن السرطان بمعدل ٢٢% من الحالات و ٧٠% من حالات الإصابة بالرئة، ومن المتوقع أن ترتفع نسبة الوفيات الناجمة من السرطان لتصل إلى ١٣,١ مليون في عام ٢٠٣٠م.

وقد أثبتت بعض الدراسات منها دراسة" Naff,jl,coteml,*et,al*,2007"،إلى دور عوامل الشخصية مثل السن والتعليم ومرحلة المرض في التأثير على الضغوط النفسية الناتجة عن المرض وأساليب موجهته، وتعتبر المساندة النفسية والاجتماعية وسيلة لتخفيف ما يحدثه المرض من تأثير على التوافق النفسي والاجتماعي للمريض، مما يؤكد على دور الإرشاد العلاجي في التأثير على الحالة المزاجية للمريض واستجابته للعلاج وطرق مواجهته لضغوط المرض وتحدثت الدراسات التي تشير إلى الحاجة للبحث منها (Kantor,Debra,P,2013)،

فقد أشاروا إلى دور العوامل المؤثرة في حدوث القلق والاضطراب النفسي والشخصي عند مرضى السرطان اتضح وجود علاقة بين الاضطراب والشئون الشخصية ومرض السرطان.

كما أكدت دراسة "Grima,Emanuela,Maria,2016" أن مرضى السرطان الأقل مرونة والأكثر سلبية لإدراك المرض سيكون لديهم تدهور في نوعية الحياة والنتائج النفسية.

فروض الدراسة

١-يوجد تباين بين مستوى المرونة النفسية وتباين المتغيرات (العمر – النوع – مكان الإصابة – الحالة الاجتماعية – مستوى التعليم – مدة الإصابة – نوع العلاج).

٢-توجد فروق دلالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات القياس القبلي والقياس البعدى على مقياس المرونة النفسية للمجموعة التجريبية لتطبيق البرنامج العلاجي.

٣-توجد فروق دلالة إحصائيا بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس المرونة النفسية في القياس البعدى لتطبيق البرنامج العلاجي.

٤-توجد فروق دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس المرونة النفسية في التطبيق البعدي والتتبعي للبرنامج.

أهمية الدراسة

الأهمية النظرية:

- تفيد الأخصائيين والمرشدين النفسيين في معرفة مستوى وتحسين الأعراض النفسية لدى مريض السرطان.
- الضغوط النفسية مستمرة بالازدياد وان دراستها وفهم الظروف المحيطة بها تساعد المرضى على اكتساب المرونة النفسية وكيفية مواجهة المرض.
- توعية المحيطين بمريض السرطان إلى أن مرضى السرطان لا يحتاجون فقط للعلاج الدوائي وإنما يحتاجون لعوامل نفسية ايجابية تساعدهم على الاستمرار في التوافق مع المرض ومضاعفاته والتوافق مع أعراض العلاج.

- ندرة الدراسات العربية التي تناولت كيفية تحسين الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان لأكثر من نوع من مرض السرطان، فقد انصب الاهتمام الأكبر على دراسة الأطفال المصابين بالسرطان والسيدات المصابات بسرطان الثدي دون التركيز على أنواع الإصابات الأخرى من السرطانات.

الأهمية التطبيقية:

- تنمية الوعي العلاجي وتكوين الاتجاهات والممارسات النفسية تجاه مرض السرطان.
- إكساب المريض مهارات (معرفية، سلوكية، وجدانية) تمكنهم من التعامل مع المواقف المستقبلية المشابهة، وتمدهم بالصلابة التي تساعدهم على مواجهة المواقف الصعبة.
- المساهمة في حل المشكلات النفسية التي تواجه مرضى السرطان والعمل على الحد من معاناتهم النفسية وإعادة دمجها داخل المجتمع بصورة طبيعية مرة أخرى.
- توفير أداة سيكومترية تمثلت في مقياس للمرونة النفسية ويتكون من أبعاد (التوافق الذاتي، التوافق الأسرى، التوافق الاجتماعي، التوافق السيكولوجي، التوافق المهني، التوافق الانفعالي) على حد يتناسب مع مرضى السرطان.

أهداف الدراسة

- التعرف على مستوى النواحي النفسية من خلال تطبيق مقياس المرونة النفسية على مرضى السرطان.
- من خلال تصميم برنامج علاجي في خفض الأعراض النفسية وتحسين مستوى المرونة النفسية لدى المصابين بمرض السرطان (ذكور وإناث) من سن (٣٠: ٥٠ عام).
- تحديد مدى استمرارية تأثير البرنامج العلاجي في خفض الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان.

مفاهيم الدراسة

تعريف المرونة النفسية: تتناول صفاء الأعسر (٢٠١٠): بتحليل الترجمات التي طرحت لمفهوم Resilience، وتنتهي إلى تفصيل ترجمته إلى المقابل العربي "الصمود" وتعتبر الصمود أحد البناءات الكبرى في علم النفس الايجابي هو المنحى الذي يعظم القوى الإنسانية باعتبارها قوة أصيلة في الإنسان مقابل المناحي السائدة والشائعة والتي تعظم القصور وأوجه الضعف الإنساني، وهذا الاختلاف في الرؤى لا يتعارض مع وحدة الهدف وهو تحقيق جودة الحياة. (صفاء الأعسر: ٢٠١٠، ص٦).

السرطان: نمو غير طبيعي لخلايا الجسم هي:- وحدة تكوين الأجسام الحية والجسم البشرى، ولها وظيفتان:- التكاثر ووظيفة أخرى تخصصية تختلف باختلاف نوع الخلية قد تكون هذه الوظيفة التخصصية "حركة" كما في العضلات أو "إنزيمات"، أو "إفراز" عصارة، أو غير ذلك من الوظائف الحيوية، وفى الجسم البشرى المكتمل النمو تكون الوظيفة التخصصية هي الأساس بينما يقتصر التكاثر على عدد قليل من الخلايا. (بكمان و ويتاكر، ٢٠٠١، ص:١٠).

الإطار النظري للدراسة

تمثل المنطلق النظري لهذه الدراسة في عدد من النظريات على النحو التالي:

نظرية التقييم المعرفي للازاروس Cognitive Appraisal theory: أكد (لازاروس: ١٩٦٦ Lazarus)، أن طريقة تفكير الفرد بالمواقف التي يتعرض لها هي التي تسبب الضغط له، بمعنى انه حين يكون الموقف مجهداً، يجب أن ندرك أولا بأنه كذلك، أي يجب إدراكه بأنه مهدد لصحة الفرد وسلامته بمعنى أن الأساس في هذه النظرية أن الاستجابة للضغط تحدث فقط عندما يقوم الفرد موقفه الحالي بأنه مهدد، أي يحاول الفرد معرفياً بصورة أولية لتحديد الموقف ودلالته، وأن رد الفعل يظهر عندما يدرك الفرد أن بعض القيم أو المبادئ المهمة تبدو مهددة.

نظرية فعالية الذات لباندروا: Self – Efficacy theory: أشار باندروا (١٩٧٧) Bandura، إلى أن قدرة الفرد على التغلب على الأحداث الصدمية والخبرات الضاغطة تتوقف على درجة فاعلية الذات self – efficacy، لديه وان فاعلية الذات لدى الفرد تنمو من خلال إدراك الفرد لقدراته وإمكاناته الشخصية ومن خلال تعدد الخبرات التي يمر بها في حياته، حيث تعمل هذه الخبرات في مساعدة الفرد على التغلب على المواقف الضاغطة التي تواجهه، ويؤكد باندورا أيضا أن الشخص عندما يواجه بموقف معين فإنه يقيم الموقف من خلال نوعين من التوقعات، هما: أولا: توقع النتيجة، ويشير ذلك إلى تقويم الفرد لسلوكه الشخصي الذي يؤدى إلى نتيجة معنية، ثانياً: توقع الفاعلية يشير ذلك إلى اعتقاد الشخص وقناعته بأنه يستطيع تنفيذ السلوك الذي يتطلب حدوث النتيجة بشكل ناجح.

الدراسات السابقة:

تناولت العديد من الدارسات السرطان والآثار الناتجة عنه. فقد أشارت دراسة (هناء احمد شويخ، ٢٠٠٤) حول التأثير التفاعلي بين التعايش والمساندة له دور فعال في التخفيف من أثار المشقة النفسية، هدفت الدراسة التعرف على استراتيجيات التعايش والمساندة النفسية والاجتماعية في علاقتها ببعض الاختلالات النفسية لدى بعض مرضى أورام المثانة السرطانية. على عينة عددها ٤٠ مريضا– ٢٥ ذكورا – ١٥ إناث، ومجموعة غير المرضى وتتكون من ٥٠ شخصا منهم ٢٥ ذكورا – ٢٥ إناث. أهم نتائج أن أنماط المساندة الاجتماعية تؤثر بشكل دال في التخفيف من حدة الاختلال النفسي وأن المساندة الأدائية لها دور بارز في التخفيف من تعلم المرضى العجز.

دراسة الشحرورى ٢٠٠٤: هدفت إلى التعرف على أثر نوع المعالجة الجراحية على التكيف النفسي وجودة الحياة لدى النساء الأردنيات المصابات بسرطان الثدي.على عينة عددها (١٢٠) مريضة بالسرطان أدوات الدراسة، أهم النتائج أظهرت أن متغير نوع العملية الجراحية له تأثير على مقياس المشاعر والعواطف ومقياس الوظائف لصالح اللواتي أجريت لهم عملية الاستئصال الجزئي إلا في مقياس الوظيفة الجنسية لصالح اللواتي أجريت لهن جراحة الاستئصال التام ولكن كان هناك تأثير في مقاييس الأعراض وجودة الحياة وصورة

الجسد عند جراحة الاستئصال التام.أما بالنسبة لمتغير العمر فظهر له تأثير في صورة الجسم ومستويات الإجهاد والوظيفة الجنسية لصالح المصابات اللواتي تقع أعمارهن في الفئة (٢٦-٤٠) عام.

دراسة نوربرج أنكا وآخرون 2005, Norberg,Annika Lindahi et al، هدفت الدراسة التغلب على الأزمة لدى أباء أطفال السرطان على عينة من (٣٩٥) من أباء أطفال السرطان، ومن أهم نتائجها لا توجد فروق في المتغيرات السبعة من حيث التماثل الاستراتيجي لمختلف الفئات الإكلينيكية لأطفال السرطان، وذلك في طرق مواجهة المشكلة واستخدام سلوكيات التجنب، وردود الفعل السلبية المتسمة بالقلق والاكتئاب.

دراسة جريما امانويلا 2016, Grima, Emanuela, هدفت الدراسة توضيح التصور المرضى على الصحة النفسية للمصابين بمرض السرطان من خلال العوامل النفسية والاجتماعية وتأثيرها على جودة الحياة والدعم الاجتماعي وتغيير الممارسات الصحية لمرضى السرطان على عينة قوامها (٢٩٢) مريضا ومريضة بالسرطان، ومن أهم نتائجها أن مرضى السرطان الأقل مرونة والأكثر سلبية لإدراك المرض سيكون لديهم تدهور في نوعية الحياة والنتائج النفسية.

دراسة روسيل Russell,street, 2016, هدفت الدراسة توضيح درجة المرونة النفسية لدى مرضى سرطان الرأس والرقبة تم تشخيصهم حديثا للمساعدة في التنبوء باحتمالية حدوث اكتئاب وقلق أو سوء في نوعية الحياة على عينة قوامها (٢٠٠) مريضاً بسرطان الرأس والرقبة، وتم استخدام مقياس للمرونة النفسية، ومن أهم نتائجها كلما زادت درجة المرونة النفسية لمرضى سرطان الرأس والرقبة كلما انخفضت درجة الاكتئاب والقلق وتحسنت نوعية الحياة لدى مريض السرطان.

الإجراءات المنهجية للدراسة

نوع الدراسة والمنهج: تنتمي هذه الدراسة إلى المنهج شبه التجريبي حددت الباحثة تصميم الدراسة الملائمة، والمتمثل في تصميم القياس المتكرر للمجموعة الواحدة بقياس قبلي، وقياس بعدى.

الأدوات:

- تصميم مقياس المرونة النفسية يتكون من ٦ أبعاد التوافق (الذاتي، الاجتماعي، الأسرى، المهني، السيكولوجي، الانفعالي) للكشف عن مدى توافق ومرونة المريض نفسياً.
- تصميم برنامج علاجي للتطبيق على ممن حصلوا على اقل درجات مقياس المرونة النفسية.

وصف مقياس المرونة النفسية:

مقياس المرونة النفسية مكون من (٩٠) عبارة موزعين على الأبعاد كالتالي:

- البعد الأول التوافق الذاتي وعباراته من (١ – ١٦).
- البعد الثاني التوافق الأسرى وعباراته من (١٧ – ٣٢).
- البعد الثالث التوافق السيكولوجي وعباراته من (٣٣ – ٥١).
- البعد الرابع التوافق الاجتماعي وعباراته من (٥٢ – ٦٧).
- البعد الخامس التوافق الانفعالي وعباراته من (٦٨ – ٧٩).
- البعد السادس التوافق المهني وعباراته من (٨٠ – ٩٠).

أوزان أبعاد المقياس: اعتمد هذا المقياس في صياغة الاستجابة على التدرج الثلاثي التالي: (نعم، أحيانا، نادرا) وقد أعطت الباحثة درجات وزنة للعبارات الموجبة كالتالي (٣،٢،١)، والعكس للعبارات السالبة وهى (١،٢،٣).

خصائص العينة: تم المساواة بين مرضى العينة الضابطة ومرضى العينة التجريبية في كل من:

العمر – النوع – مكان الإصابة – عامل الإصابة – الحالة الاجتماعية – مستوى التعليم – مدة الإصابة – نوع العلاج.

تكونت عينة الدراسة الفعلية من مرضى السرطان بمركز أورام أسوان والبالغ عددهم (١٤٠) مريض، ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٣٠ عاماً:٥٠ عاماً فأكثر)، حيث تم اختيار عينة قصدية من المرضى بلغ عددها (١٤٠) مريضاً قامت الباحثة بتطبيق برنامج علاجي يتضمن مقياس المرونة النفسية عليهم وكانت العينة مسحية لثلاثة شهور متتالية. ثم تم اختيار (٦٠) مريضاً ممن حصلوا على اقل الدرجات عند الإجابة على فقرات وأبعاد مقياس المرونة النفسية المستخدمة ليمثلوا العينة الحقيقية والنهائية للدراسة (عينة تجريبية)، بعد ذلك تم تقسيم

المرضى إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية طبق عليها البرنامج وعددها (٣٠) مريضاً، ومجموعة ضابطة عددها (٣٠) مريضاً.

مجالات الدراسة

المجال البشرى: مجموعة من المرضى الذين يعانون بمرض السرطان ويتلقون علاجهم بمعهد أورام أسوان (مجموعة تجريبية) وعددهم (٣٠ مريض).

مجموعة من المرضى الذين يعانون بمرض السرطان ويتلقون علاجهم بمعهد أورام أسوان (مجموعة ضابطة) وعددهم (٣٠ مريض).

المجال المكاني: تم تطبيق البرنامج داخل مركز أورام أسوان.

المجال الزمني: استغرقت هذه الدراسة مدة ٣ أعوام منذ عام ٢٠١٣م وخلال هذه الفترة تم فيها الآتي:

- مرحلة الدراسة الاستطلاعية وذلك للتعرف على مجتمع البحث (مرضى السرطان) ولمعرفة هل موضوع البحث من الممكن تطبيقه على مجتمع الدراسة أم لا.
- جمع المعلومات الخاصة بالمرونة النفسية ومرض السرطان وأنواعه.
- الدراسة الفعلية: وذلك من خلال وضع تساؤلات الدراسة والفروض والتعرف على مدى فاعلية المرونة النفسية على علاج مرضى السرطان، وتتم هذه عن طريق الملاحظة والمقابلة وإعداد برنامج علاجي يطبق من خلاله مقياس المرونة النفسية، ثم تفريغ البيانات وتحليلها ووضع التوصيات والمقترحات.

نتائج الدراسة

كشفت نتائج المقياس فيما تباين المرونة النفسية لدى مرضى السرطان بتباين المتغيرات بالنسبة لمتغير العمر (من ٣٠-٣٩عاما)،(من ٤٠-٤٩عاما)،(من ٥٠ فما فوق) يوضح نتائج اختبارات المقارنات البعيدة في مقياس المرونة النفسية وأبعادها بالنسبة للمراحل العمرية للمرضى

جدول رقم(١): يوضح نتائج اختبارات المقارنات البعدية حسب المراحل العمرية

أبعاد المرونة النفسية	المراحل العمرية	المتوسط	٣٠-٣٩ عاما	٤٠-٤٩ عاما	٥٠عاما فأكثر
التوافق الذاتي	٣٠-٣٩عاما	٢١,١	١	٠,٤٣	٠,٢٠
	٤٠-٤٩عاما	٢٣		١,٠٠	٠,٩٥
	٥٠عاما فأكثر	٢٢,٩			١,٠٠
التوافق السيكولوجي	٣٠-٣٩عاما	١٦,٤	١	٠,٠٣*	٠,٦٥
	٤٠-٤٩عاما	٢١,٠		١,٠٠	٠,٧٩
	٥٠عاما فأكثر	٢١,٣			١,٠٠
التوافق الاجتماعي	٣٠-٣٩عاما	٢٥,٠	١	٠,٢٤	٠,٠١**
	٤٠-٤٩عاما	٢٦,٣		١,٠٠	٠,٩٨
	٥٠عاما فأكثر	٢٨,٠			١,٠٠
التوافق الانفعالي	٣٠-٣٩عاما	٢٣,٢	١	٠,٠١**	٠,٠١**
	٤٠-٤٩عاما	٢٥,١		١,٠٠	٠,٩٦
	٥٠عاما فأكثر	٢٢,٤			١,٠٠
التوافق المهني	٣٠-٣٩عاما	٢١,٦	١	٠,٠٣*	٠,٦٠
	٤٠-٤٩عاما	٢٥,٢		١,٠٠	٠,٧٤
	٥٠عاما فأكثر	٢٨,٠			١,٠٠
المرونة النفسية	٣٠-٣٩عاما	٨٨,٤	١	٠,٠١**	٠,٠١**
	٤٠-٤٩عاما	٩٨,٠		١,٠٠	٠,٩٢
	٥٠عاما فأكثر	٩٩,٠			١,٠٠

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائيا بين المراحل العمرية المختلفة لمرضى السرطان (٤٠-٤٩عاماً، ٥٠عاماً فأكثر) بالنسبة للتوافق الذاتي، ولمعرفة دلالة الفروق بين المراحل العمرية تم إجراء اختبار Dunntt,sc للمقارنات البعدية لعدم تجانس

التباين، فقد تبين أن مرضى السرطان الذين أعمارهم (٥٠عاماً فأكثر) لديهم توافق ذاتي أكثر من المرضى الذين أعمارهم (٤٠-٤٩عاماً).

نتائج الفرض الثاني وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥)بين القياس القبلي والبعدى للمجموعة الضابطة لمقياس المرونة النفسية. ولاختبار هذا الفرض قامت الباحثة بإجراء المقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة (ن=١٥) في المقياسين القبلي والبعدى لمقياس المرونة النفسية

جدول رقم(٢): يوضح المتوسط الحسابي وقيمة (z) لاختبار ويلكوكسون

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
المجموعة الضابطة (قياس قبلي)	15	13.88	0.797	0.801
المجموعة الضابطة (قياس بعدى)	15	13.12		

يتضح من الجدول السابق: أن قيمة مستوى الدلالة تساوى 0.801 وهى اكبر من 0.05 مما يدل على قبول الصفرية أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة a<0.05 في المرونة النفسية بين القياس القبلي والقياس البعدى للمجموعة الضابطة، وهذا يشير إلى أن الدرجة المنخفضة للمرونة النفسية لدى المجموعة الضابطة بقيت كما هي وبنفس الدرجة بين القياس القبلي والقياس البعدى، حيث لم يطرأ أي تحسن عليها، وهذا يرجع إلى عدم تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة الضابطة.

نتائج الفرض الثالث: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على أبعاد مقياس المرونة النفسية في التطبيق البعدى للبرنامج.

ولاختبار هذا الفرض قامت الباحثة بحساب المتوسطات والأخطاء المعيارية المعدلة للأداء الكلى على مقياس المرونة النفسية/ الدرجة الكلية.

جدول رقم(٣): يوضح المتوسطات والأخطاء المعيارية المعدلة للأداء على مقياس المرونة النفسية/ الدرجة الكلية (القياس البعدى)

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعيارى
المجموعة التجريبية	١١٤,٥٤٧	٢,٤٠٩
المجموعة الضابطة	١٥٦,٧٤٠	٢,٤٠٩

يتضح من الجدول السابق: وجود فرق ظاهر بين متوسطي الأداء الكلى المعدل للمجموعتين التجريبية والضابطة (تشير الدرجات الأعلى إلى مستوى أعلى من المرونة النفسية)، وللتحقق من أن الفروق بين المتوسطات وفقا لمتغير نوع المجموعة، دالة إحصائياً، تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA) توضيح نتائج تحليل التباين للأداء على مقياس المرونة النفسية/الدرجة الكلية (القياس البعدى).

نتائج الفرض الرابع: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على أبعاد مقياس المرونة النفسية في التطبيق البعدى للبرنامج. ولاختبار هذا الفرض قامت الباحثة بحساب المتوسطات والأخطاء المعيارية المعدلة للأداء الكلى على مقياس المرونة النفسية/ الدرجة الكلية.

جدول رقم(٤): يوضح المتوسط المعدل والخطأ المعياري على مقياس المرونة النفسية

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعيارى
المجموعة التجريبية	١١٤,٥٤٧	٢,٤٠٩
المجموعة الضابطة	١٥٦,٧٤٠	٢,٤٠٩

يتضح من الجدول السابق: وجود فرق ظاهر بين متوسطي الأداء الكلى المعدل للمجموعتين التجريبية والضابطة (تشير الدرجات الأعلى إلى مستوى أعلى من المرونة النفسية)، وللتحقق من أن الفروق بين المتوسطات وفقا لمتغير نوع المجموعة.

نتائج الفرض الخامس: ولاختبار هذا الفرض قامت الباحثة بإجراء المقارنة بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية (ن= ١٥) في كل من القياسين البعدى والتتبعي (بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج العلاجي) وذلك باستخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon signed rank test للفروق بين متوسطات رتب المجموعة.

جدول(٥): يوضح نتائج وقيمة اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجة القياس البعدى والتتبعى على مقاييس الدراسة لدى أفراد المجموعة التجريبية

أبعاد المقياس	الفرق فى المتوسط البعدى –التتبعى	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الذاتى	٩٩٠.-	١,٢١-	٩	٠,٢٥٦
الأسرى	٢,٠٨-	١,٨٧-	٩	٠,٠٩٣
السيكولوجى	٢,١٣-	١,٦٩-	٩	٠,١٢٤
الاجتماعى	١,٣٥-	١,٢٦-	٩	٠,٢٣٨
الانفعالى	٢,١١-	١,٩٥-	٩	٠,٠٨٣
المهنى	٢,٠٩-	١,٧٦-	٩	٠,١٥٣
الدرجة الكلية	٧,٠٩-	١,٩٥-	٩	٠,٥١

يتضح من الجدول السابق: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائياً للأداء على مقياس المرونة النفسية وأبعادها بين القياس البعدى والتتبعى مما يعنى استمرار تحسن أفراد المجموعة التجريبية الذي ظهر في القياس البعدى حتى بعد انتهاء شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي، لكن قيمة الفرق بين القياسين البعدى والتتبعى التي كانت لصالح التتبعي لم تصل إلى مستوى الدلالة عند (0.05).

النتائج النهائية للدراسة:

النتائج المرتبطة بخصائص العينة وتفسيرها:

- أوضحت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرحلة العمرية (٣٠-٣٩عاماً) وأبعاد المرونة النفسية التوافق (الذاتي، الأسرى، السيكولوجي، الاجتماعي، الانفعالي، المهني).
- كما أوضحت نتائج الدراسة توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مراحل العمر (من٤٠-٤٩عاماً) والتوافق الذاتي والاجتماعي والانفعالي والمهني، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق الأسرى والسيكولوجي.
- كما أوضحت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور المصابين بالسرطان ومتوسط درجات الإناث المصابين بالسرطان في التوافق (الذاتي،

الأسرى، السيكولوجي، الاجتماعي، الانفعالي، المهني) الفروق كانت لصالح الذكور، وهذا يدل على أن الذكور لديهم مرونة نفسية أكثر من الإناث في الإصابة بالسرطان.

- كما أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مكان الإصابة (ثدي، قولون، مثانة، رئة، الكبد، الكلى) والمرونة النفسية للمصابين بالسرطان.

مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة: ظهر أن النتائج اتفقت مع مضمون الدراسة ونبدأ بتفسير ذلك:

- تتفق دراسة محمد بيومي (١٩٩٦) مع الدراسة الحالية التي أكدت أن المساندة النفسية الاجتماعية تقلل من مستوى الألم للمريض، أي أن المساندة الاجتماعية والنفسية والمزيد من الدعم يساعد في الوقوف أمام تحديات مرض السرطان.
- وتأكيدا على نتائج البرنامج العلاجي تأتى دراسة حمدي زيدان (٢٠٠١) التي أثبتت أهمية البرنامج الإرشادي الجمعي مع مرضى السرطان وأسرهم غالبا ما تكون فعالة وان كفاءتها لا تقل عن فاعلية البرنامج الإرشادي الفردي، حيث تؤكد هذه النتيجة الايجابية على الدور الايجابي الذي تمثله العلاقة الإرشادية في حياة المسترشدين باتجاه التغير العلاجي، والتي تقوم على التقبل غير المشروط والتدريب على تحسين مهارات المواجهة للصعوبات الناجمة والمرتبطة بأعباء رعاية الأطفال ذوى المرض المزمن.
- بينما اختلفت نتيجة دراسة ميرفت نور الدين (٢٠٠٠) في عدم وجود فروق دالة بين التشخيص وبعد ١٠شهور من العلاج في الأبعاد النفسية (مفهوم الذات والصور الجسمية ودافعية الانجاز ومستوى الطموح)، بينما أثبتت الدراسة الحالية بوجود فروق بين أبعاد المرونة النفسية ومدة الإصابة سواء كانت من (٦شهور فأكثر أو سنة فأكثر أو سنتين فأكثر) أي أن المرضى المصابين بمدة (٦ شهور فأكثر) لديهم توافق سيكولوجي وانفعالي ومهني أكثر من المصابين بمدة (سنتين فأكثر).

التوصيات

١- ضرورة توفير الرعاية النفسية والاجتماعية للمصابين بمرض السرطان وخاصة صغار السن منهم.

٢-بناء وتقديم برامج علاجية تتعلق بتوجيه المصابين إلى كيفية التعامل مع أثار المرض وعلاجه.

٣-تقديم المعلومات الخاصة بالمرض والفحوصات الطبية والعلاجات اللازمة منذ لحظة تشخيص المرض وقبل إجراء العملية الجراحية، وذلك من قبل الفريق الطبي وعن طريق النشرات التثقيفية المطبوعة.

٤-توفير الدعم الروحي عن طريق الكتيبات المطبوعة، ووضع النشرات الجدارية في الأقسام، لترسيخ مفهوم الابتلاء والرضا والإيمان بالقدر خيره وشره.

٥-إرشاد الأسرة وكيفية التعامل مع المريض في هذه المرحلة وتقبل ما يبدو منه من عواطف وأعمال سلبية، وتشجيعه للتعبير عن مشاعره وأحاسيسه.

٦-تأهيل وتدريب الأخصائيين النفسيين في مجال الأورام السرطانية، وكذلك فهم دورهم في الوقاية والعلاج من الأورام السرطانية من قبل المتخصصين والمجتمع، هذا بالإضافة إلى ضرورة وجود الأخصائيين النفسيين في المراكز الطبية، ويتمثل دورهم في الإرشاد الصحي المتمثل في الوقاية.

٧-تصحيح الأفكار الاجتماعية الخاطئة الخاصة بالأورام السرطانية من خلال وسائل الإعلام "بأن السرطان مرض قاتل، وانه ينتقل من مكان إلى آخر" وهذه أفكار تفسيرية سلبية يعانى منها الكثير من أفراد المجتمع ونعتبرها احد الأسباب المساهمة في المعاناة النفسية لدى مرض السرطان.

المراجع

انس سليم الاحمدى (٢٠٠٩): المرونة، مؤسسة الامة للنشر والتوزيع، الرياض.

بطرس حافظ بطرس (٢٠٠٨): التكيف والصحة للطفل، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الأولى، عمان – الأردن.

بكمان روبرت و ويتاكر تيريزا(٢٠٠١): كيف تعالج نفسك؟ سرطان الثدي، أكاديميا إنترناشيونال للنشر والتوزيع، بيروت.

تهاني عبد الحميد الشحرورى(٢٠٠٤): أثر نوع المعالجة الجراحية على التكيف النفسي وجودة الحياة لدى النساء الأردنيات المصابات بسرطان الثدي، الجامعة الأردنية، رسالة ماجستير، عمان.

صفاء الاعسر(٢٠١٠): الصمود من منظور علم النفس الايجابى، النشرة الدورية للجمعية المصرية للدراسات النفسية، العدد(٧٧)، مارس ٢٠١٠.

فيصل محمد مكى(١٩٩٠): السرطان مرض العصرالحقيقة والوهم، الطبعة الاولى، منشورات معهد سكينة،لبنان.

هناء أحمد شويخ (٢٠٠٧): أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية (مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية): سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر، إيتراك للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، القاهرة.

Zabora, J. *et al*.,(2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. Psycho Oncology -; 10: pp.19- 28.

Brennan, J.(2001) . Adjustment to cancer coping or personal transition? Psycho oncology; 10. p.18.

Manne SL, Rubin, M,Rosenblum,N, Bergman, coping and communication enhancing inter vanto versus. Supportue counseling for woman diagniosis with gy necological cancer. p. 615 .

PSYCHOLOGICAL FLEXIBILITY AS AN INTRODUCTION TO THE EFFECTIVENESS OF THERAPY AT PATIENTS WITH CANCER

[19]

Shafik, G.[1]; Abdel-Latif, R.[2]; Zaied, Sh.[3] and Mohamed, Soha[4]
1) Institute of Post-graduate Childhood Studies, Ain Shams University
2) Helwan University 3) National Cancer Institute, Cairo University
4) Aswan Oncology Center

ABSTRACT

This study aims to identify the nature of the mental flexibility to cancer patients affected by psychological pressures resulting from the disease and affect the behavior of the patient in the various aspects of his life, in order to adapt to patients with the disease. Which leads us to study how to improve the level of mental flexibility in cancer patients, the study of the psychological and social consequences of cancer treatment. To achieve this goal, the researcher hired a sample of the actual study of cancer tumors Aswan center totaling patients (140) patients, aged between 30 years and over 50 years. The researcher apply a treatment program that includes psychological flexibility measure them and the sample survey for three consecutive months. They selected 60 patients who received the lowest scores when answering vertebrae and dimensions of psychological flexibility used measure to represent the true and final study sample (experimental sample), then patients were divided into two groups, experimental group applied by the program and the number (30) patients and a control group of (30) patients, has addressed the data obtained by using the individual differences between the averages and test T and standard deviation:

There are statistically significant differences at the level (0.05) between the measurement pre and post experimental group to gauge the psychological flexibility.

There were no statistically significant differences at the level (0.05) between the pre and post measurement of the control group to measure the psychological flexibility.

There are statistically significant differences at the level (0.05) between the experimental group and the control group on the scale of mental flexibility in posttest performance dimensions.

There were no statistically significant differences at the level (0.05) between the average of the experimental group on the psychological measure of flexibility in the post test and iterative program.