

الدور الوسيط والمُعدل للصمود النفسي في العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة

د. سيد أحمد محمد الوكيل
أستاذ علم النفس الإكلينيكي المساعد
كلية الآداب جامعة الفيوم

مستخلص

هدفت الدراسة إلى التحقق من الدور الوسيط والمُعدل للصمود النفسي في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (كمتغير مُستقل) ونمو ما بعد الصدمة (كمتغير تابع) من خلال اكتشاف التأثيرات المباشرة وغير المباشرة بين متغيرات النموذجين المُفترضين، لدى عينة من مرضى الأمراض الصحية المزمنة، وتكونت عينة الدراسة الأساسية من (٢١٠) مريضاً من مرضى الأمراض الصحية المزمنة بواقع (٩٨) من الذكور بنسبة ٤٧% و(١١٢) من الإناث بنسبة ٥٣% وتراوحت أعمار العينة ما بين ٣٤ و٦٥ عاماً بمتوسط عمري قدره ٤٢,٢٧ عاماً وانحراف معياري قدره ٨,٥٥، وتضمنت الأدوات: استبانة جمع البيانات الأولية، ومقياس كرب ما بعد الصدمة المشتق من معايير ومحكات الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس إعداد (Weathers et al., 2015) تعريب الباحث، ومقياس كونور- دافيدسون للصمود النفسي إعداد (Connor & Davidson, 2003) تعريب سيد الوكيل ويسرا راضي (٢٠١٧)، وقائمة نمو ما بعد الصدمة إعداد (Tedeschi & Calhoun 1996) تعريب الباحث، وتوصلت النتائج إلى أن الصمود النفسي يتوسط جزئياً العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة من مرضى الأمراض الصحية المزمنة، كما أن الصمود النفسي يؤدي دوراً مُعدلاً في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة من مرضى الأمراض الصحية المزمنة؛ وقد أوصت الدراسة بعدد من التوصيات التي يمكن الأخذ بها من قبل الأطباء والمعالجين النفسيين للتخفيف من حدة آلام الأمراض الصحية المزمنة وتحقيق مستوى مناسب من التوافق النفسي والشعور بالصحة النفسية.

الكلمات المفتاحية:

الدور الوسيط- الدور المُعدل- الصمود النفسي- كرب ما بعد الصدمة- نمو ما بعد الصدمة - الأمراض المزمنة.

**الدور الوسيط والمعدل للصمود النفسي في العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد
الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة**

د. سيد أحمد محمد الوكيل
أستاذ علم النفس الإكلينيكي المساعد
كلية الآداب جامعة الفيوم

مقدمة:

تزايدت في الآونة الأخيرة - في ميدان علم النفس الإكلينيكي - البحوث والدراسات التي تُركز على تقبل الألم والتعايش معه خاصةً الآلام المزمنة؛ اعتماداً على عددٍ من أساليب العلاج النفسي الإيجابي مثل العلاج بالتقبل والالتزام Acceptance & Commitment Therapy الذي يهدف إلى تدريب المريض على التحلي بالصمود النفسي Psychological Resilience والتعقل Mindfulness، لأن هذه الأنواع من الأمراض الصحية تستمر مع المريض فترةً طويلةً من حياته وتحتاج إلى رعايةٍ مستمرةٍ، ويترتب عنها اضطراب أنشطة حياته اليومية وتؤثر على المحيطين به؛ ناهيك عن المُعاناة التي يتعرض لها ويمتد آثارها لمن حوله، ومن هنا تأتي خطورة الأمراض الصحية المزمنة Chronic Health Diseases.

وقد أشارت التقارير الصادرة عن منظمة الصحة العالمية عام ٢٠١٨ أن الأمراض المزمنة تتسبب في وفاة أكثر من ٦٠% من مجموع الوفيات حول العالم (In: Beyer et al., 2018)؛ وطبقاً لتقرير مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها والصادر عام ٢٠٢٠ والذي أشار إلى أن أكثر من ٥٠ مليون راشداً أمريكياً بنسبة ٢٠,٤% يُعانون من الآلام المزمنة، كما أن ١٩,٩ مليون يُعانون من الأمراض الصحية المزمنة عالية التأثير (Driscoll et al., 2021)؛ وأن ١ من كل ٤ راشدين يُعانون من الأمراض الصحية المزمنة، وهذه الأمراض هي السبب الرئيس الكامن وراء ارتفاع معدلات الوفاة في الولايات المتحدة الأمريكية، علاوة على أن الحصول على تشخيصٍ دقيقٍ لها يُعد أمراً مرهقاً للغاية نظراً لتأثيرها السلبي على غالبية مظاهر حياة المريض.

وأشارت التقارير العالمية الصادرة عام (٢٠٢١) إلى أن تليف الكبد Liver Cirrhosis كأحد الأمراض الصحية المزمنة يُعد بمثابة السبب الحادي عشر الأكثر شيوعاً للوفاة على مستوى العالم، ويقدر بنحو ٢ مليون حالة وفاة سنوياً، وهذه المعدلات تختلف من منطقة جغرافية لأخرى (Ginès et al., 2022, 219-222; Nanditha et al., 2022, 1-11)، ومرضى الأمراض المزمنة يُعانون من مشكلاتٍ وأزماتٍ نفسيةٍ تتمثل في زيادة معدلات المُعاناة من اضطرابات القلق خاصةً قلق المستقبل وقلق الموت والاكتئاب والشعور بالارتباك والإرهاق والكرب النفسي والانفعالي والانسحاب والانطواء والمُعاناة من اضطرابات الأكل والنوم وانخفاض مستوى التوافق النفسي والاجتماعي وانخفاض نوعية الحياة لديهم ولدى المحيطين بهم، لأن المرض المزمن يمثل حدثاً ضاعطاً في حد ذاته ويترتب عنه مُعاناة المريض من تغيراتٍ نفسيةٍ وانفعاليةٍ واجتماعيةٍ سلبية، ويظل المريض لفترةٍ طويلةٍ من حياته يُعاني من الشعور بالعزلة الاجتماعية وأنه يُمثل عبئاً على من حوله خاصةً الأسرة، بالإضافة إلى اضطراب حياته المهنية، كما أن طبيعة الأمراض المزمنة وما يصاحبها من مُعاناة قد يترتب عنها وجود محدودية في الأنشطة الترفيهية وقد تخلق أو توجد لديه صعوبة بالغة في الحفاظ على الوظيفة أو العلاقات الاجتماعية Otis et al., 2003; Breivik et al., 2006; Steel et al., 2008; Bluvstien et al., 2013; Bergerot et al., 2015; Dehnav et al., 2015; Benjet et al., 2016; Akerblom et al., 2017; Nicoloro-Santa Barbara, 2019; Magid et al., 2019; Dollenberg et al., 2021; (Ugur et al., 2021). وتوجد عديدٌ من الضغوط والمشكلات المرتبطة بالأمراض المزمنة لأن هذه الأمراض يستمر علاجها فترةً طويلةً جداً؛ فمثلاً مرض التهاب المفاصل الروماتويدي Rheumatoid Arthritis قد يستغرق علاجه ما بين ٩ إلى ١٧ شهراً وقد يستمر العلاج لسنواتٍ عديدةٍ (Albert et al., 2008)، وقد أظهرت نتائج دراسة كلٍّ من (Polsky et al., 2005) أن المرضى الذين تم تشخيصهم بالتهاب المفاصل (الروماتويدي) كانوا يعانون من الاكتئاب لسنواتٍ امتدت ما بين سنتين إلى ٤ سنوات بعد التشخيص، بينما من تم تشخيصهم بأمراض القلب عانوا من الاكتئاب لمدة ٦ سنوات بعد تشخيصهم؛ كما أن تقديرات معدلات انتشار الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب وغيره

من اضطرابات القلق العام لدى الأفراد الذين يُعانون من الأمراض المُزمنة يتراوح ما بين ١٣ إلى ٢٠% لدى مرضى الالتهاب الروماتويدي ومن ٢٠ إلى ٥٥% لدى مرضى الذئبة الحمراء Lupus (Palagini et al., 2013) وتبلغ نسبتها ٢٣% لدى مرضى التصلب المُتعدد Multiple Sclerosis (Marrie et al., 2015)؛ وأظهرت نتائج دراسة كلٍّ من (Marrie et al., 2015) و Bergerot et al., (2015) أن ٧٥% من مرضى الأمراض المزمنة يُعانون من القلق والاكتئاب وكرّب ما بعد الصدمة، وأن ٥٠% من مرضى الانسداد الرئوي المزمن Chronic Obstructive Pulmonary (COPD) يُعانون من القلق والاكتئاب، و ٢١,٩% من مرضى التصلب المُتعدد يُعانون من القلق، و ٤٩,٢% من مرضى السكر يُعانون من القلق والاكتئاب وكرّب ما بعد الصدمة، ومن الممكن أن يترتب على هذا الحدث الصدمي- المُتمثل في المُعاناة من الأمراض المزمنة- آثار وأعراض مرضية مثل أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأعراض تطفلية والتجنب وفرط التهيج والاثارة والتغير السلبي في المزاج والادراك وفي اضطراب التفكير والخلل في التنظيم الانفعالي والسلوكي (Dar & Iqbal, 2020)، فأحداث الحياة الضاغطة تؤثر على تطور المرض خاصة الأورام السرطانية، لأن أحداث الحياة الضاغطة يصاحبها العديد من الاضطرابات مثل تداخل الأفكار السلبية وسيطرتها على المريض وفرط الحساسية والميل للتجنب والشعور بالعزلة والانطواء عن المحيطين به (Langford et al., 2017).

والجدير بالإشارة أن العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأمراض المزمنة هي علاقة مُؤكدة؛ لأن مُعاناة المريض من هذه الأمراض يترتب عنها مُعاناته من ضغطٍ وكرّبٍ وأزماتٍ مستمرة لا تنتهي سوى بالشفاء منها (Edmondson & Cohen, 2013)، وهذا بدوره يُشير إلى أهمية دراسة اضطرابات كرب ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة نظراً للاعتلال المُشترك Comorbidity بينهما (Magid et al., 2019). وقد أظهرت نتائج عديد من الدراسات التي حاولت التعرف على العلاقة بين الأمراض المُزمنة وكرّب ما بعد الصدمة؛ أن كرب ما بعد الصدمة يرتفع مُعدلاته لدى جميع المرضى الذين يُعانون من الأمراض الصحية المُزمنة مثل أمراض القلب والعظام والحركة والمفاصل وأمراض الدم والجهاز التنفسي والالتهاب الرئوي

والأورام والسكري وغيرها من الأمراض المزمنة (Deng et al., 2016)؛ فقد تبين من نتائج دراسة كل من Hatcher et al., (2010) وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين شدة المُعاناة من اضطراب كرب ما بعد الصدمة وارتفاع مُعدلات المُعاناة من الاضطرابات النفسية مثل عمه المشاعر Alexithymia والعُصابية وعسر المزاج والقلق والاكتئاب لدى مرضى جراحات العمود الفقري؛ وتبين من نتائج دراسة Liu et al (2015) مُعاناة مرضى سرطان الدم من أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وهي ذات النتيجة التي توصلت إليها دراسة كل من Chung et al., (2016) والتي تبين منها مُعاناة مرضى الانسداد الرئوي من أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ودراسة كل من Akerblom et al., (2017) التي استهدفت التعرف على مُعدلات انتشار أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة، وتبين من نتائجها أن ٧١,٨% من العينة عانت من اضطراب كرب ما بعد الصدمة بسبب مرضهم، كما أن ٢٨,٩% من العينة استوفت المعايير التشخيصية لأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة الواردة في الدليل التشخيصي الخامس DSM-5، وأن المرضى الذين تعرضوا لاضطراب كرب ما بعد الصدمة قرروا بأنهم كانوا يعانون من القلق والاكتئاب وانخفاض مستوى نوعية الحياة؛ كما أن دراسة كل من Kokoszka et al., (2018) التي استهدفت تقييم معدلات انتشار اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى مرضى الأزمات القلبية الذين يستعدون لإجراء جراحات في القلب، وتبين من نتائجها ارتفاع مُعدلات اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى هؤلاء المرضى؛ كما تبين من نتائج دراسة كل من Wilson et al., (2019) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والمُعاناة من أمراض القلب والأوعية الدموية، وأظهرت نتائج دراسة كل من Dollenberg et al., (2021) ارتفاع مُعدلات المُعاناة من أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى المرضى الذين يُعانون من احتشاء عضلة القلب والصدمات الدماغية، وأن المريض بالأمراض الصحية المزمنة عندما يُعاني من كرب ما بعد الصدمة فإن فرص المُعاناة من القلق والاكتئاب وانخفاض نوعية الحياة تتضاعف بشدة لديهم وقد تصل إلى ٤٠ ضعفًا مقارنةً بمن يُعانون من مشكلاتٍ صحيةٍ غير مصحوبة بكرب ما بعد الصدمة.

والجدير بالإشارة أنه على مدار العقود الماضية ركز العلماء والباحثون لفترة طويلة على الآثار السلبية الناتجة عن التعرض للصدمة وتجاهلوا الأعراض الإيجابية التي يمكن أن تحدث للفرد عقب التعرض للصدمة؛ إلا أن الدراسات الحديثة أوضحت أن التعرض للصدمة لا يُصاحبه أعراض سلبية فقط؛ بل قد يُصاحبه الكثير من الأعراض الإيجابية وهذا ما يُسمى بنمو ما بعد الصدمة إشارةً إلى التغيرات النفسية الإيجابية التي يمكن أن تحدث للفرد عقب التعرض للصدمة (Shigemoto & Poyrazli, 2013).

والمعالجون النفسيون شغوفون بإمكانية التوصل إلى نتائج إيجابية تعقب التعرض لحوادثٍ أو صدماتٍ في حياة مرضاهم، وخاصةً المرضى الذي يعانون من كرب ما بعد الصدمة، وبالتالي فإنهم يتحمسون لتشجيع مرضاهم على إيجاد معنى لحياتهم وتوليد معانٍ جديدةٍ لهذه الحياة، وهذا هو المفهوم الذي قدمه لأول مرة عالم الاجتماع الطبي "أرون أنتونوفسكي" في كتابه (الصحة والاجتهاد والتوافق) وقد قوبل ذلك باهتمامٍ شديدٍ من قبل عديد من الباحثين وبدأوا التركيز على كيفية بقاء الفرد في صحةٍ جيدةٍ في مواجهة الكرب النفسي واستثارة الجوانب الإيجابية في حياته بدلاً من مجرد التركيز على علاج المرضى فقط، ومن هنا ظهرت اتجاهات إيجابية مرتبطة بخبرة الألم أو الصدمة أو ما يُطلق عليه نمو أو تطور ما بعد الصدمة، والذي يُعبر عن ميل الأفراد إلى إحداث نوع من التغيير الإيجابي بعد المرور بصدمةٍ أو حدثٍ صدمي (Tedeschi & Calhoun, 2004).

ونتيجةً للتطورات المُستمرة والملاحظة في علم النفس الإيجابي، قام الباحثون بتغيير وجهات نظرهم تدريجياً حول الأحداث الصدمية المُتمثلة في الأمراض الصحية المزمنة كالسرطان وغيره من الأمراض المزمنة، وأضحى لديهم اعتقاد بأنه ليس من البديهي المُعانة من الضغوط والمشكلات بسبب هذه الأحداث الصادمة ولكنها قد تولد لديهم تغيرات إيجابية في العلاقات الشخصية والامكانيات الجديدة والقوة الشخصية والتفكير الإيجابي والاستمتاع بالحياة (Tedeschi et al., 2017)؛ انطلاقاً من أن الخبرات الصدمية ربما تمكن الفرد من إدراك نقاط القوة في شخصيته وزيادة ثقته بنفسه ويصبح أكثر تعاطفاً وتراحماً ورضاً ووقاراً في علاقاته مع المحيطين به، بالإضافة إلى التغيير في فلسفة الحياة وتبني فقه الأولويات وزيادة التقدير والقيمة في الحياة (Calhoun &

(Tedeschi, 2014) إضافة إلى أن أحداث ما بعد الصدمة تُساعد الأفراد لأن يكون لديهم مُعتقدات دينية أقوى وتدفعهم للمشاركة في الفعاليات والمناسبات والأحداث الدينية، وقد تبين من نتائج الدراسات السابقة أن ٥٠% من الراشدين الذين يعانون من تجارب مؤلمة وأحداث صدمية تطور لديهم نمو ما بعد الصدمة (Elderton et al., 2017)؛ وقرر عدد من المرضى الذين عانوا من أزماتٍ وصدمةٍ ومشكلاتٍ صحيةٍ أنهم بالرغم من تلك الصدمات حدث لهم نمو ما بعد الصدمة (Mc Caslin et al., 2009)، وقد تبين من نتائج دراسات كلٍّ من (Magid et al., 2019; Kim et al., 2014) أن أعراض كرب ما بعد الصدمة أسهمت في التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المُزمنة؛ علاوة على وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة، وهذا ما أوضحتها نتائج دراسات (Garnefski et al., 2008; Kira et al; 2013; Phipps et al., 2014; Sleijpen et al, 2019; Magid et al., 2016)؛ كما أن الدراسات الإكلينيكية المُرتبطة أشارت إلى أن كثير من ضحايا الحدث الصدمي يُظهرون مرونةً عقب التعرض لأي حدث صدمي، وبالرغم من مُعاناتهم من بعض التغيرات السلبية في الحالة الصحية والنفسية وسوء التنظيم الانفعالي لفترةٍ وجيزةٍ عقب هذا الحدث مباشرةً فإنهم يوماً بعد يوم يتحسن أداؤهم بشكلٍ ملحوظٍ مقارنةً بالأفراد الذين لا يظهرون أية درجات من الصمود النفسي، فالخبرات المؤلمة قد تُزيد من مرونة وسمود الفرد الذي تعرض لهذا الحدث (Zaman & Munib, 2020)؛ وبالرغم من مُعاناة مرضى الأمراض المُزمنة من مشكلاتٍ وأزماتٍ تعكس مُعاناتهم من أعراض كرب ما بعد الصدمة (Nicoloro- Santa Brabara, 2019) فإن عديد من الدراسات أظهرت أن علاج الأورام الصحية يُصاحبه شعور بالنمو النفسي بسبب التخلص من المشاعر السلبية المُرتبطة بالمُعاناة؛ ويزداد هذا النمو الإيجابي كلما تقدم المريض في الشفاء، وهذا النمو النفسي يتطلب من المريض مواجهةً مُباشرةً مع مصدر المشكلة أو الاضطراب والتخلي بالصمود النفسي (Corman et al., 2021)، ومن هنا بدأ المعالجون النفسيون في التركيز على تنمية الصمود النفسي لدى الأفراد بوجه عام والمرضى بوجهٍ خاص، لأنه يسمح للفرد بالحفاظ على توازنه النفسي بعد التعرض لأحداث ضاغطة أو صدمية، لأن الشخص الذي يتسم بالصمود النفسي قادر على إظهار التوافق النفسي والاجتماعي والصحي

بالرغم من تعرضه لخبرة الشدائد والأزمات الناتجة عن الأحداث الصادمة، وهذا بدوره يمنع تطور الأعراض النفسية والمعرفية والوجدانية الناتجة عن التعرض للصدمة (Cloritre et al., 2005; Bonanno et al., 2007; Baker et al., 2021; Rhodes et al., 2021 Nishi et al., 2010; Oginska-Bulik & Kobylarczyk, 2015; Oginska-Bulik & Kobylarczyk; 2017; Cengiz et al., 2019, وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا بين الصمود النفسي ونمو ما بعد الصدمة؛ خاصة التغيرات في العلاقات بالآخرين والامكانيات الجديدة وقوى الشخصية لدى الأفراد الذين يعانون من أمراضٍ صحيةٍ مُزمنةٍ مثل سرطان الثدي واحتشاء عضلة القلب Myocardial Infarction وغيرها من الأمراض المزمنة، ولكي يحدث نمو ما بعد الصدمة؛ يجب على المريض إظهار مستوى مُناسب من الصمود النفسي (Greup et al., 2018)، لأن عدم التحلي بالصمود النفسي يترتب عنه زيادة المُعاناة من اضطراب كرب ما بعد الصدمة (Myer et al., 2019)؛ وقد أوضح كلٌّ من Tedeschi & Calhoun (1996) أن النتائج الإيجابية بعد أحداث الحياة الضاغطة تعتمد على الجمع بين عددٍ من المتغيرات النفسية الإيجابية في الشخصية، ويُعد الصمود النفسي واحدًا من أهم هذه المتغيرات، وبالتالي لكي ينمو الفرد ويتطور إيجابياً بعد تعرضه للحدث الصدمي فإنه لا يحتاج إلى أن يكون هادئاً أو متفائلاً أو متماسكاً أو مواجهًا لأزمة من أزمات حياته فحسب، ولكنه يحتاج أيضًا لدرجةٍ مرتفعةٍ من الصمود النفسي من أجل تحقيق مستوى جيد من التوافق النفسي والاجتماعي. والجدير بالإشارة أن نتائج الدراسات السابقة التي كشفت عن العلاقة بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة أظهرت وجود عوامل أخرى غير ظاهرة تتوسط هذه العلاقة أو تُعدل منها وبالتالي يجب علينا التعرف على الآثار غير المباشرة لهذه العوامل، وقد يؤدي الصمود النفسي هذا الدور أو التأثير غير المُباشر في العلاقة بين المُتغيرين، كما أنه قد يُعدل من مسار العلاقة بينهما، فالتعرض للأزمات والصدمة لا يترتب عنه النمو أو التطور الإيجابي بشكلٍ مباشرٍ أو بشكلٍ حتمي ولكن هذا التطور الإيجابي لما بعد الصدمة يقوي بشكلٍ أكبر من خلال تأثيراتٍ وعلاقاتٍ غير مباشرةٍ بعددٍ من المُتغيرات ومنها الصمود النفسي الذي يؤدي دورًا وسيطًا في العلاقة

بين كرب ما بعد الصدمة والتطور التالي للصدمة (Mattson et al., 2018)، فقد تبين من نتائج دراسة (2012) Bensimon أن الصمود النفسي يتوسط العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة، وهذا ما أوضحتها أيضًا نتائج دراسة كل من (2015) Wu et al.، حيث يؤدي الصمود النفسي دورًا وسيطًا في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان، وهي ذات النتيجة التي توصلت إليها دراسات كل من (2017; Greup et al., 2018; Lee et al., 2020) حيث يؤدي الصمود النفسي دورًا وسيطًا في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والتطور التالي للصدمة لدى الراشدين ضحايا الحوادث ومرضى الأمراض المزمنة، كما أنها ذات النتيجة التي توصلت إليها دراسة كل من (2021) Faulkner et al.، ودراسة (2021) Baker et al.، والتي تبين من أن الصمود النفسي يتوسط العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد والشعور بطيب الحال أو التمتع Wellbeing أو الشعور بنوعية الحياة لدى مرضى الأمراض الصحية المزمنة.

والجدير بالإشارة أن دور الصمود النفسي لا يقف عند حد الوساطة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة، ولكنه قد يمتد إلى التعديل من هذه العلاقة؛ وهذا ما أوضحتها نتائج عدد من الدراسات؛ فقد تبين من نتائج دراسة كل من (2014) Ying et al. أن الصمود النفسي ساهم في تعديل العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والاكتئاب، وتبين من نتائج دراسة كل من (2016) Ying et al. أن الصمود النفسي أسهم في تعديل العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى ضحايا الأحداث الصدمية، وهي ذات النتيجة التي توصلت إليها دراسة كل من (2021) Baker et al.، والتي تبين منها أن الصمود النفسي يؤدي دورًا مُعدلاً في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونوعية الحياة لدى مرضى الأمراض المزمنة.

وبناءً على ما تقدم تأتي الدراسة الحالية التي تهدف إلى التحقق من الدور الوسيط والمعدل للصمود النفسي في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (كمُتغير مُستقل) ونمو

ما بعد الصدمة (كمتغير تابع) من خلال اكتشاف التأثيرات المباشرة وغير المباشرة بين متغيرات النموذجين المفترضين، لدى عينة من مرضى الأمراض الصحية المزمنة، أملاً في استنباط أفضل التوصيات التي يمكن من خلالها تحقيق مستوى مناسب من التوافق والصحة النفسية.

مشكلة الدراسة:

انبثقت مشكلة الدراسة الحالية من عدة روافد بحثية ومبررات علمية يمكن إيجازها فيما يأتي:
أولاً: أهمية دراسة المتغيرات الإيجابية في الشخصية مثل: الصمود النفسي ونمو ما بعد الصدمة لما لها من دورٍ فاعلٍ في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة وتقوية المناعة النفسية والتخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن المعاناة من الأمراض والآلام المزمنة.

ثانياً: وجود فجوة بحثية في تناول متغيرات الدراسة في المجتمع المصري، نظراً لعدم وجود دراسات عربية -في حدود علم الباحث- تناولت دور الصمود النفسي في توسط وتعديل العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة وفقاً للتصميم البحثي المستخدم في هذه الدراسة.

ثالثاً: التعارض في نتائج بعض الدراسات التي تناولت العلاقة بين متغيرات الدراسة: وذلك كما يأتي:

١- تعارض نتائج الدراسات حول العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة:

حيث أظهرت نتائج الدراسات السابقة أن العلاقة بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة غير متناسقة، مما ترتب عنه عدم توافق في الآراء بشأن طبيعة واتجاه هذه العلاقة، فلم تتوصل الأبحاث السابقة للدور المُميز الذي يمكن أن تؤديه الصدمات الصحية والجسدية (كما يحدث في الأمراض المزمنة) في حدوث ونمو ما بعد الصدمة (Barskova & Oesterreich, 2009) وقد وُجدت علاقة خطية بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى نقص المناعة المكتسب (Taku et al, 2008) وتبين من نتائج دراسات كلٍّ من: (Bluvstien et al., 2013; Shand et al., 2015; Gunst et al., 2016; Aiena et al, 2016; Chen et al., 2018;

Marziliano et al., 2019; Magid et al., 2019; Andrades et al., (2020; Corman et al., 2021; Koutna et al., 2021) وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة؛ بينما أظهرت نتائج دراسة كلٍّ من (Frazier et al., 2001; Yi & Kim, 2014; Zhang et al, 2019) وجود علاقة سلبية بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة؛ وفي المقابل توصلت نتائج دراسات كلٍّ من (Cordova et al., 2001; Windows et al, 2005; Cordova et al, 2007; Grubaugh & (Resick, 2007; (Shakespeare- Finch & Lurie –Beck, 2014; Zebrack et al., 2015 إلى عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى الناجين من مرضى السرطان وغيره من الأمراض المزمنة؛ ومثل هذه النتائج المتعارضة حول طبيعة العلاقة بين المتغيرين تحتاج إلى مزيد من الدراسات والبحوث لحل هذا التعارض في النتائج.

٢- تعارض نتائج الدراسات حول العلاقة بين الصمود النفسي ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة: حيث وجدت نتائج بحثية متعارضة حول العلاقة بين الصمود النفسي ونمو ما بعد الصدمة؛ فعلى سبيل المثال تبين من نتائج دراسات كلٍّ من (Duan et al., 2015; Thabet et al., 2015; Dawas &) Thabet., 2017; Gao et al., 2018; Greup et al., 2018; Seiler & Jenewein, 2019) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الصمود النفسي ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة، وفي المقابل تبين من نتائج دراسة كلٍّ من (Levine et al., 2009) أن المستويات المرتفعة من الصمود ارتبطت بدرجاتٍ أقل من نمو ما بعد الصدمة، وقد أشار كلٌّ من (Tedeschi & Calhoun, 2004) إلى أن الأفراد الأكثر مرونةً وصمودًا يخبرون نمو ما بعد الصدمة بدرجاتٍ أقل لأن التجربة المؤلمة تكون أقل حدةً وتحدياً بالنسبة لهم، وبالتالي قد لا يكون الصمود النفسي محفزاً لإيجاد المعنى المطلوب (Bonanno, 2004) كما أظهرت نتائج دراسة كلٍّ من (Kumpfer & Summerhays, 2006) أن الأفراد الذين يتسمون بارتفاع مستوى الصمود النفسي كانت درجة نمو ما بعد الصدمة لديهم منخفضةً إلى حدٍ ما، لأن من يتسمون بالصمود أقل عُرضةً للمُعاناة من اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وهي ذات النتيجة

التي توصلت إليها دراسة كلٍّ من Seiler & Jenwein (2019) والتي تبين منها أن المُستويات المُرتفعة من الصمود النفسي ارتبطت بمستوياتٍ أقل من نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة، ومثل هذا التعارض في نتائج الدراسات السابقة حول العلاقة بين المتغيرين يؤكد على أننا نحتاج إلى مزيدٍ من الدراسات عن الأدلة التجريبية حول كيفية ارتباط الصمود بإدراك الفرد للنمو والتطور الإيجابي.

٣- تعارض نتائج الدراسات حول العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة والصمود النفسي لدى مرضى الأمراض المزمنة: فبعض الدراسات أظهرت وجود علاقة بين المتغيرين والبعض الآخر أظهر عدم وجود علاقة بينهما، والبعض أظهر وجود علاقة سلبية بين المتغيرين، والبعض الآخر أظهر وجود علاقة ايجابية بينهما (Shamia et al., 2015)، فقد أظهرت نتائج عدد من الدراسات مثل Scali et al., 2012; Ying et al., 2014; Zhai et al., 2015; Dawas & Thabet., 2017; Khu et al., 2019; Fenn & Jose (2020; Zaman & Munib, 2020 وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الصمود النفسي واضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة؛ وفي المقابل تبين من نتائج دراسة كلٍّ من Duan et al (2015) عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والصمود النفسي لدى مرضى الأمراض المزمنة، ومثل هذا التعارض في نتائج الدراسات السابقة يُبرز المنطق من مشكلة الدراسة الحالية، وعلى ذلك فإنه يمكن تحديد مشكلة الدراسة في محاولة الإجابة عن التساؤلين الآتيين:

- ١- هل يؤدي الصمود النفسي دورًا وسيطًا في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة من مرضى الأمراض الصحية المزمنة؟
- ٢- هل يؤدي الصمود النفسي دورًا مُعدلاً في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة من مرضى الأمراض الصحية المزمنة؟

مُبررات إجراء الدراسة:

١- ندرة الدراسات التي تناولت الدور الوسيط والمُعدل للصمود النفسي في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة في البيئة

العربية عامةً والمصرية خاصةً، حيث لم توجد دراسة عربية واحدة في - حدود علم الباحث- تناولت الدور الوسيط والمعدل للصمود النفسي في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والتطور التالي للصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة.

٢- الحاجة إلى إبراز دور المتغيرات الإيجابية مثل الصمود النفسي ونمو ما بعد الصدمة في التصدي للأزمات والصدمات والمشكلات اليومية التي يتعرض لها المرضى والأفراد بصفة عامة ومرضى الأمراض المزمنة بصفة خاصة، وهذا يتماشى مع ما أكده المتخصصون في علم النفس الإكلينيكي على أهمية تنمية الصمود النفسي لما له من دورٍ فاعلٍ في التقليل من التبعات السلبية الناتجة عن التعرض للأزمات والصدمات، والتخفيف من العواطف والانفعالات السلبية مثل الخوف والاكتئاب وزيادة الثقة بالنفس وتُحفيز الأمل والقدرة على مواجهة التحديات، وبالتالي التمتع بمستوياتٍ مرتفعةٍ من التطور والنمو الإيجابي لدى المرضى بصفة عامة ومرضى الأمراض المزمنة بصفة خاصة (Gao et al., 2018; Baker et al., 2021).

٣- استجابةً للنقص في الدراسات التي فحصت متغيرات الدراسة في البيئة العربية في إطار مرضى الأمراض المزمنة، ويهدف استثمار هذه النتائج مُستقبلاً في تحسين الخدمات المُقدمة لهم، لأنه بمجرد تحديد الدور الوسيط والمعدل للصمود النفسي فإنه يمكن تطوير عدد من التدخلات الإرشادية والتمويمية والعلاجية التي تتسم بالكفاءة والفاعلية لأن هذه التدخلات يمكن أن تركز على المتغيرات الوسيطة والمعدلة.

أهمية الدراسة: تبرز أهمية الدراسة الحالية في جانبين من الأهمية هما:

(أ) جانب نظري: ويتمثل في:

- التأصيل النظري وتبسيط الضوء على عدد من المتغيرات الإيجابية في الشخصية والمتمثلة في الصمود النفسي ونمو ما بعد الصدمة كونها من المتغيرات الحديثة نسبياً في علم النفس الإيجابي، وذات الأهمية النظرية والتطبيقية في علم النفس عامةً وعلم النفس الإكلينيكي خاصةً، وحظيت بالعديد من أوجه الاهتمام في المجتمعات الغربية، ولكنها لم تحقق الاهتمام ذاته في المجتمع المصري بالرغم من أهميتها وفعاليتها في تحسين مستوى الصحة النفسية والرضا عن الحياة.

- حاجة مرضى الأمراض المزمنة إلى محاولة البحث عن الأساليب الإيجابية التي تمكنهم من مواجهة ضغوط وأعباء الحياة، وتحقق لهم الرضا عن حياتهم بصفة عامة وحياتهم الصحية بصفة خاصة وتحسن من نوعيتها وتشعرهم بمستوى مناسب من التمتع بها.

- تعريب مجموعة من الأدوات والمقاييس الحديثة التي تتناول متغيرات الدراسة، والتحقق من كفاءتها النفسية القياسية مما يُعد إضافة لمكتبة المقاييس النفسية في البيئة المصرية.

- معالجة مُتغيرات لم تُعالج معاً من قبل في الدراسات المحلية.

(ب) **جانب تطبيقي:** ويتمثل في أن:

- نتائج الدراسة الحالية قد تُفيد في وضع برامج إرشادية أو علاجية أو توعوية أو تنمية لرفع مستوى الصمود النفسي ونمو ما بعد الصدمة والرضا عن الحياة لدى مرضى الأمراض الصحية المزمنة.

- نتائج الدراسة الحالية قد تُساعد المُعالجون النفسيون في وضع خطط وبرامج علاجية غير تقليدية للتغلب على المشكلات النفسية والحياتية التي تواجه مرضى الأمراض الصحية المزمنة.

التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

اضطراب كرب ما بعد الصدمة Post-Traumatic Stress Disorder يُعرف إجرائياً بأنه مجموعة من الأعراض التي تظهر عقب التعرض لصدمة نفسية أو حدث مؤلم؛ وتتمثل في أعراض تطفلية، وسلوكيات تجنبية، وخدر عاطفي، وتشويهات سلبية إدراكية ومعرفية ويمكن التعبير عنها من خلال الدرجة الكلية على مقياس كرب ما بعد الصدمة المُشتق من معايير ومحكات الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5(CAPS-5) إعداد (Weathers et al., 2015) وتعريب الباحث.

الصمود النفسي: Psychological Resilience مجموعة من السمات والمهارات الشخصية والاستراتيجيات الإيجابية التي تمكن الفرد من المواجهة والتصدي للمحن والشدائد والأزمات بالشكل الذي يعكس القدرة على التوافق والتعافي والتعايش مع الظروف الحياتية المتغيرة والتمتع بالسعادة

النفسية، ويمكن تقديرها بالدرجة على مقياس كونور ودافيدسون (Connor & Davidson, 2003)، للصمود النفسي تعريب الباحث

نمو ما بعد الصدمة: Post Traumatic Growth يتبنى الباحث تعريف كل من Tedeschi (2004) & Calhoun & للتطور التالي للصدمة بأنه نوع من التغيرات الإيجابية التي تحدث للفرد عقب التعرض لحدث صادم، ويتم تقديره بالدرجة على قائمة نمو ما بعد الصدمة-The Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI) إعداد (Tedeschi & Calhoun, 1996) تعريب الباحث.

الأمراض المزمنة: Chronic Diseases يتبنى الباحث تعريف (VandenBos, 2013) بأنها عبارة عن أمراض صحية خطيرة تستمر لفترة زمنية طويلة وتؤدي إلى إعاقة شديدة أو إلى الوفاة، كما أن علاجها علاج طويل الأمد ويترتب عنه تكلفة اقتصادية باهظة، ويصاحبها مضاعفات نفسية شديدة الخطورة الأمر الذي يتطلب من المريض القدرة على التعايش الآمن للتغلب والسيطرة على تلك المضاعفات، ويتم تشخيص هذه الأمراض اعتماداً على التشخيص الطبي وإقرار أفراد العينة بمعاناتهم من تلك الأمراض بالفعل.

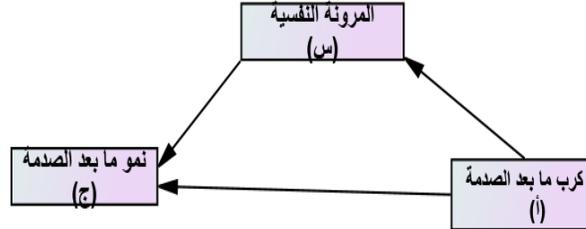
مفاهيم الدراسة وأطرها النظرية

الدور الوسيط: Mediating Role

المتغير الوسيط يعمل كآلية تُسهّم في نقل وتحديد تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع، فالوسيط مُتغير يُحدث مساراً سببياً بين المتغير المُستقل والتابع، فالدور الوسيط يُعبر عن وجود متغير يؤدي دوراً في العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع وكلما كان هذا الدور قوياً كانت الوساطة قوية (Namazi, 2016) (Namazi & Namazi, 2016)، فالدور الوسيط هو الدور الذي يتم بمقتضاه أن يتمكن المتغير المستقل من التأثير غير المباشر في المتغير التابع وعن طريقه يتم تشكيل النتيجة، بحيث إذا غاب هذا المتغير غابت النتيجة (Memon et al., 2018) فلو نظرنا إلى الشكل التالي يمكن لنا استنباط ما هو الدور الوسيط:

شكل (١)

نموذج للدور الوسيط



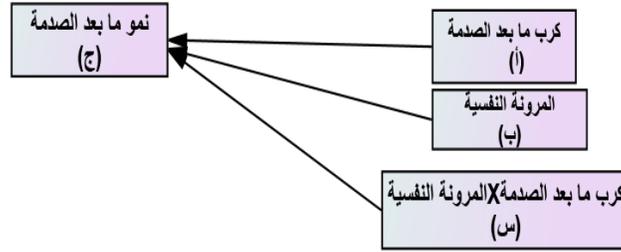
من الشكل السابق يتبين وجود ثلاثة متغيرات هي (أ) كرب ما بعد الصدمة (متغير مستقل)، (س) المرونة النفسية (متغير وسيط) و (ج) التطور التالي للصدمة (متغير تابع)، فإذا ما وجد تأثير مباشر للمتغير المستقل (أ) على المتغير التابع (ج) فإن تأثير المتغير الوسيط (س) يكون غير موجود، وإذا ما وجد تأثير غير مباشر بين (أ) و (ج) من خلال (س) فهذا يعني وجود دور وسيط للمتغير (س) على العلاقة بين المتغيرين (أ) و (ج).

الدور المعدل: Moderating Role

يُعرف الدور المعدل بأنه وسيلة للتحقق عما إذا كان هذا المتغير المعدل يؤثر على قوة أو اتجاه العلاقة بين المتغيرين المستقل والتابع من عدمه، فالمتغير المعدل يؤثر في قوة العلاقة بين المتغير المستقل والتابع بحيث إذا ما دخل المتغير المعدل على المتغير المستقل تأثرت العلاقة فتصبح أكثر قوة أو أقل قوة أو تختفي تمامًا، كما أن اتجاه العلاقة قد يتغير فتتحول من الاتجاه الإيجابي إلى السلبي والعكس صحيح (Helm & Mark, 2012) والشكل التالي يوضح تأثير المتغير المعدل:

شكل (٢)

نموذج للدور المعدل



من الشكل السابق نلاحظ أن المتغير (أ) هو المتغير المستقل الأول، والمتغير (ب) هو المتغير المعدل والمتغير (س) هو تأثير المتغير المعدل على المتغير المستقل، والمتغير (ج) هو المتغير التابع أو النتيجة، فإذا كانت العلاقة بين أ، ب= درجة صحيحة، وإذا كانت العلاقة بين المتغير س والمتغير ج أقوى أو أضعف فإن تأثير المتغير المعدل هنا يكون قد ظهر على المتغير المستقل في علاقته بالمتغير التابع (النتيجة).

اضطراب كرب ما بعد الصدمة: Posttraumatic Stress Disorder

يُمثل الحدث الصدمي تهديدًا يصل إلى حد الوفاة ويترتب عنه آثار صحية خطيرة يتبعها آثار نفسية سلبية على حياة الفرد الذي يُعاني منه، وتتمثل هذه الآثار في المُعاناة من الخوف والتجنب والتهيج، ولذا فإن تشخيص الفرد بأنه يُعاني من السرطان أو غيره من الأمراض المزمنة يمثل حدثًا صدميًا، والصدمة Trauma مصطلح يُستخدم للدلالة على حدوث خبراتٍ تحمل في طياتها الأزمات والشدائد والأحداث الكارثية، مثل التعرض للموت أو التهديد به أو التعرض لإصابة خطيرة بشكلٍ مباشرٍ أو غير مباشرٍ؛ مثل مشاهدة حدث صادم أو معرفة أن مكروه أصاب شخص ما عزيز علينا أو تكرار التعرض للأزمات والشدائد أو التحرش الجنسي وغيرها من الأزمات التي يتعرض لها الفرد في سياق حياته، أو المُعاناة من مرضٍ صحي مزمن (American Psychiatric Association, 2013a).

د. سيد أحمد محمد الوكيل

واضطراب كرب ما بعد الصدمة تم تقديمه لأول مرة في الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث من خلال جمعية الطب النفسي الأمريكية عام ١٩٨٠ كاستجابة لعددٍ كبيرٍ من قدامى المحاربين في فيتنام ممن كان لديهم أعراض نفسية لم تكن مُدرجة على خريطة الاضطرابات المزاجية بوضوح في الدليل التشخيصي الثاني، كما أن المعلومات حول اضطراب كرب ما بعد الصدمة لم يتم الحصول عليها من خلال المحاربين الفيتناميين القدامى فحسب؛ ولكن تم الحصول عليها من الناجين من الأحداث الصادمة الأخرى مثل الاعتصاب أو الاعتداء أو الكوارث الطبيعية أو أصحاب الأمراض المُزمنة أو الميؤوس من شفائها (Lukashek, 2013).

والجدير بالإشارة أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة كاضطراب نفسي يتصف بالتطور السلبي للأفكار المرتبطة بالخبرة الصادمة والتجنب وزيادة أعراض التهيج والاثارة بعد التعرض للحدث الصادم، وينتج عنه عدد من الاضطرابات التي تُمثل تهديدًا صريحًا للحياة الخاصة بالفرد وارتباطه بعددٍ من العواقب الصحية السلبية للمُصاب وللمحيطين به (Andereasen, 2011; Edmondson, 2014) وبالتالي يُعد اضطراب كرب ما بعد الصدمة مشكلةً نفسيةً تتطور لدى بعض الأشخاص الذين عانوا من مشكلاتٍ وأزماتٍ وأحداثٍ مُهددة لحياتهم (Cho & Kang, 2017)، وقد وُجد كثيرٌ من الجدل حول التعريف ومعايير التشخيص الخاصة باضطراب كرب ما بعد الصدمة، فالدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية أعطى نطاقًا واسعًا لهذا الاضطراب؛ شمل أسباب وأعراض متعددة، ولكن الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس اقتصر في تحديد الأحداث الضاغطة على مجموعة من الأحداث التي تمثل تهديدًا للفرد مثل الوفاة أو العجز أو الإصابة الخطيرة أو العنف الجنسي وغيرها (Pai et al, 2017)، وعرفه كلٌّ من Cordova et al., (2018) بأنه تدخلات وتعديلات سلبية في الإدراك والمزاج والنشاط الزائد أو الهياج الناتج عن التعرض للحدث الصدمي، وعرفه كلٌّ من Fenn & Jose (2020) بأنه اضطراب نفسي يحدث لدى الأشخاص الذين عانوا أو شهدوا حدثًا صادمًا وعرفه كلٌّ من (Brady et al., 2021) بأنه اضطراب نفسي يحدث بعد التعرض لخبرة مؤلمة للذات أو الآخرين، ويجب أن يتبع الأحداث الصادمة ما لا يقل عن شهر من حدوث عدد من الأعراض مثل الذكريات الإقترامية،

والخدر العاطفي، والإثارة المفرطة التي تتداخل مع قدرة الفرد على أداء وظائفه، وعند التعرض لحدث صدمي بشكل مباشر يحدث عدد من التغيرات النفسية والسيولوجية كاستجابة لهذه الخبرة التي تم التعرض لها رداً أيضاً على الرسائل التي تذكرنا بهذا الحدث الصدمي واستمرار هذا الحدث وأثاره السلبية الناتجة عنه قد يترتب عنه المعاناة من كرب ما بعد الصدمة (Mattson et al., 2018) وقد أشارت الدراسات العلمية إلى أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة يُعد من الاضطرابات الشائعة في علم النفس المرضي خاصةً بعد حدوث الأزمات والكوارث (Galea et al., 2005) ويُقدر معدلات انتشاره في المجتمع العام بنحو ٦,٨% مدى الحياة، ونحو ٥,٣% في أي شهر من شهور السنة (Kessler et al., 2005) إلا أن احصاءات حديثة أظهرت أن هذا الاضطراب يُصيب حوالي ٧% من الأشخاص خلال حياتهم، فالتجارب الحياتية التي يمر بها الفرد قد يترتب عنها حدوث صدمات يتبعها استغراقه في فتراتٍ طويلةٍ للتعافي منها (Shafer et al., 2019) وقد وُجدت فروق عبر حضارية في نسب ومعدلات انتشار هذا الاضطراب، ففيما يتعلق بمعدلات انتشاره لدى المراهقين الذين تراوحت أعمارهم ما بين ١٨ و ٢٤ عاماً بلغت في ألمانيا ١,٥% وفي أمريكا ٨,٠٨% (Zhai et al., 2015). وتم تصنيف اضطراب كرب ما بعد الصدمة كأحد اضطرابات القلق على المحور الأول من محاور الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (Pizziment & Lattal, 2015)، وقد أوضحت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association 2013a) في دليلها التصنيفي الخامس بأن اضطراب كرب ما بعد الصدمة يتضمن عدد من الأعراض تتمثل في:

- الأعراض التطفلية التي تؤدي إلى تجنب الأفكار والمشاعر التي تذكر الفرد بالصدمة أو بالحدث الصادم.

- التغيرات السلبية في الإدراك والمزاج مثل (فقدان الذاكرة غير الانفصالي، لوم الذات، الشعور بالخوف المبالغ فيه) .

- التغيرات في الإثارة أو التفاعل؛ وتشمل الأرق والتهييج وفرط الحركة والشعور بعدم الراحة أو الاستقرار النفسي.

كما أن هذا الاصدار الخامس أظهر وجود أعراض أخرى يمكن الاعتماد عليها في تشخيص اضطراب كرب ما بعد الصدمة مثل: التغيرات السلبية في الإدراك والمزاج، إعادة تنظيم العلاقات بالآخرين، السلوك العدواني، سلوكيات المخاطرة والاندفاعية، أعراض التفكك، تأخر التعبير؛ ويجب أن تستمر هذه الأعراض لأكثر من شهر وتسبب اضطراب كبير أو ضعف في الوظائف النفسية الحيوية وتتمثل في استدعاءٍ دائمٍ للذكريات والأحداث المرتبطة بالصدمة، بالإضافة إلى التجنب والتغيرات السلبية في المزاج والإدراك علاوة على الهياج وفرط الحركة (Daskalakis et al., 2016).

وعلى ذلك فإن اضطراب كرب ما بعد الصدمة يتضمن عددًا من الآثار السلبية الناتجة عنه مثل الضغط النفسي الملحوظ، وتناقص القدرة على التفريق وفهم العواطف والاعتماد على أشكال غير مواتية للتنظيم الانفعالي (Boden et al., 2012)، علاوة على المعاناة من اضطرابات النوم والاضطرابات الجسمية المزمنة وإساءة استخدام المواد المؤثرة نفسياً والمُعانة من الاكتئاب والعلاقات بين الشخصية المضطربة وانخفاض الإرادة، والتوظيف غير المناسب للمحفزات الوقائية وكثرة استخدام الحيل الدفاعية والحذر الفسيولوجي والعاطفي وفرط الحساسية (Fenn & Jose, 2020; Islam et al., 2021; Taha et al., 2021).

ويتمس الأفراد الذي يُعانون من كرب ما بعد الصدمة بارتقاع مستويات القلق والاكتئاب بشكلٍ متكررٍ، كما أن هذا الاضطراب يشمل المعاناة من الأعراض الآتية:

- 1- إعادة التعرض للحدث في شكل أفكار اقتحاميه وكوابيس وذكريات مُنفصلة من الماضي وغير مُرتبطة بالحدث الأصلي وهو عبارة عن التفاعل مع إشارات الحدث الصادم والانشغال به.
- 2- تجنب الأفكار والأشخاص والأماكن التي تُشبه وتذكر بالحدث الصادم، علاوة على المعاناة من الذهول العاطفي وغياب المشاعر الحانية وعدم القدرة على التحلي بالمشاعر الإيجابية.
- 3- أعراض الهياج الذي يتضمن زيادة الحساسية واضطرابات النوم وصعوبات في الانتباه وفرط اليقظة والتهيج والغضب والاندفاعية (Otis et al., 2003).

والمرضى عادةً ما يُعانون من حالاتٍ انفعاليةٍ سلبيةٍ تتميز بالغضب والشعور بالذنب والاستياء والخوف أو الحزن، وغالباً ما يمتنعون عن الاندماج أو الانخراط بشكلٍ متوالٍ في أنشطة

ممتعة بل يميلون إلى الانفصال ويظهرون عدم مقدرتهم على تجريد مشاعرهم وتجربة المشاعر والعواطف والانفعالات الإيجابية (Eriega et al., 2014)، وعقب التعرض للحدث الضاغط يحدث نوع من الخوف والقلق بشكل مؤقت مما يُساعد الأفراد على التعامل مع هذه الأوضاع المُهددة، ولكن استمرار الخوف والقلق والتوتر لفترةٍ طويلةٍ يترتب عنه عواقب وخيمة على الصحة النفسية والحالة المعرفية للفرد (2022; Zaman& Munib, 2020; Brea Larioset et al., 2022; Meeres & Hariz, 2022).

الصمود النفسي: Psychological Resilience

اجتذبت مفهوم الصمود النفسي- كأحد أهم المتغيرات الإيجابية- عديدًا من الباحثين والدارسين في مجال علم النفس الاكلينيكي في العقدين الأخيرين منذ بروز علم النفس الإيجابي وظهور تطبيقاته في الإرشاد والعلاج النفسي، وتساءل البعض هل الصمود النفسي يُعد من أهم استراتيجيات التعايش والتصدي للشدائد؟ وهل هذا المُصطلح يُعد نتاجاً لهذه الاستراتيجيات الخاصة بمواجهة أزمة من الأزمات الحياتية الكبرى أم لا؟ وفي التراث السيكولوجي تواجها فكرة أن الارتداد أو العودة للحدث الصدمي يسبقه توازن من الفرد كالصمود النفسي وغيره من التغيرات الإيجابية (Walsh,2002).

وجاءت كلمة الصمود في المعجم الوسيط لتُشتق من الفعل (ص م د) صَمَدْتُ، أَصْمُدُ، أَصْمُدُ، مصدر صَمَدٌ، صُمُودٌ، و"صَمَدٌ صَمْدًا، صُمُودًا: تعني ثَبَّتَ واستمر، صَمَدَ الْجُنْدِيُّ فِي الْجَبْهَةِ: قَاوَمَ، وَقَفَ ثَابِتًا: يَصْمُدُ فِي وَجْهِ الإِعْصَارِ، "صَمَدٌ لِلْعَذَابِ": ثَبَّتَ وَاسْتَمَرَّ مُتَحَمَلًا، ومنه قول الإمام علي رضي الله عنه: صَمْدًا صَمْدًا حتي يتجلى لكم عمودُ الحَقِّ: ثَبَاتًا ثَبَاتًا (مجمع اللغة العربية، ٢٠٠٨، ٥٢٢).

وخلال العقود الثلاثة الماضية وُضعت تعريفات متعددة للصمود النفسي وكانت معظمها تدور حول محورين أساسيين يمكن من خلالهما اعتبار الصمود إما سمة من سمات الشخصية أو عملية موقفية يقوم بها الفرد.

ويتضمن الصمود النفسي القدرة على التصدي والتوافق الإيجابي والتغلب على المواقف الصعبة في حياة الفرد، ومحافظة على نشاطه النفسي والصحي والاجتماعي خاصةً عندما يواجه

حدثاً صدمياً أو ضاغطاً في سياق حياته اليومية مما يُعبر عن التعافي من الآثار الضارة الناتجة عن هذا الحدث الصدمي، وبالتالي فإن الأفراد الذين يتسمون بالصمود النفسي لديهم قدرات اجتماعية جيدة، وقدرة على ضبط النفس والتحكم في دفعاتها واندفاعاتها والتغلب على عواطفهم وانفعالاتهم السلبية (Bonanno et al., 2011; Gu & Day, 2007; Letzring et al., 2005) كما أنه عملية ديناميكية تتغير عبر الزمن وتتأثر بالظروف الحياتية والبيئية الخاصة بالفرد وبالمواقف المحيطة كعوامل نسبية (Mancini & Bonanno, 2009).

وقامت صفاء الأعسر (٢٠١٠، ٩) بتحليل أحرف مصطلح الصمود مُشيئةً إلى أن حرف (الصاد) يُعبر عن الصلابة ومقاومة الانكسار أمام التحديات والمحن، وحرف (الميم) يُعبر عن المرونة والقدرة على تعديل المسار وإيجاد البدائل في مواجهة التحديات، وحرف (الواو) يُعبر عن الوقاية بمعناها الداخلي والخارجي حيث العوامل الشخصية والسلوكية والمعرفية والانفعالية والبيئية التي تقي الفرد من الوقوع في الخطر، وحرف (الدال) يُعبر الدافعية والمثابرة والاستمرار.

وعرفه كلٌّ من (Wong & Wong (2012 بأنه استخدام الفرد للموارد الداخلية والخارجية المتاحة عندما يواجه بأحداثٍ سلبيةٍ أو قاسيةٍ وصعبةٍ في حياته؛ وعرفه كلٌّ من Thabet et al., (2015) بأنه سمة من سمات الشخصية تُعبر عن قوة الوعي والاعتقاد بأن الفرد قادر على المثابرة والتحمل والمقاومة والتصدي وإنجاز المهام التي توكل إليه بالرغم من التحديات المختلفة والمواقف السلبية التي يتعرض لها في حياته؛ وعرفه كلٌّ من (Tillery et al., (2016 بأنه قدرة الفرد على المقاومة والتوافق الناجح ومواجهة الصعوبات الناتجة عن الأزمات، ويُعد من أهم المؤشرات التي يتم الاعتماد عليها في تقييم الظروف النفسية الإيجابية وحيث أن الصمود النفسي يعكس مساراً دينامياً ومُتغيراً فإنه يمكن أن يعكس مستوى الأمل والاتجاه الإيجابي لدى الفرد، ولذا فإن التدخلات العلاجية القائمة على استخدام الصمود النفسي ربما تعكس اختياراً مُفضلاً وفاعلاً لدى مرضى الأمراض المُزمنة وغيرها من الأمراض، وعرفه كلٌّ من (Aiena et al., (2016 بأنه القدرة على التوافق والتعايش مع الأحداث الضاغطة أو تحملها واستعادة التوازن في حياة الفرد بعد أن تم تكيلها بالضغوط.

وعرفته الجمعية الأمريكية لعلم النفس American Psychological Association (2018) بأنه عملية تتضمن القدرة على مواجهة الشدائد والصدمات والتهديدات والضغوط مثل الضغوط الأسرية أو المشكلات العائلية، والمشكلات الصحية الخطيرة، وضغوط العمل والضغوط الاقتصادية، كما أنه يتضمن أيضاً القدرة على النهوض أو التعافي من الآثار الناتجة عن تلك الضغوط والأزمات، وبالتالي فإن الصمود يُعبر عن قدرة الفرد على التوافق الإيجابي والتغلب على الأزمات والمواقف المُهددة لحياة الفرد.

وعرفه كلٌّ من Walsh et al., (2018) بأنه القدرة على إعادة تقييم وتوجيه نظرتك الشخصية للعالم فيما يتعلق بالإدراك والمعتقدات والسلوكيات وهذا بدوره يُسهل التوافق مع أية تجربة مؤلمة قد تتعرض لها.

وفي السياق نفسه عرفه كلٌّ من Horn & Feder (2018) بأنه القدرة الديناميكية على التوافق بنجاح في مواجهة الشدائد والصدمات النفسية أو التهديدات الدالة والمؤثرة، وأشار Nicoloro-Santa Barbara (2019) إلى أن الصمود النفسي يُعبر عن قدرة الفرد على التحمل والتوافق مع المطالب المُتكررة مع الحفاظ على الأداء الاجتماعي والعاطفي والمهني، وأوضح كلٌّ من Miller et al., (2020) أن مصادر الصمود تختلف من فردٍ لآخر ويبدو الصمود النفسي عندما يكون الفرد قادراً على التصدي والتوافق مع الظروف والأحداث المُتغيرة من حوله، وأشار كلٌّ من Darabos et al., (2021) إلى أن الصمود النفسي مفهوم مُعقد ويمكن تصويره بشكلٍ أفضل في سلسلة مُتصلة من الأحداث مع امكانية تغييره عبر حياة الفرد، وتوجد عديد من العوامل النفسية المُرتبطة بزيادة معدلاته مثل التنظيم الانفعالي والعواطف الإيجابية والقدرة على الاستفادة من الدعم والمساندة الاجتماعية، ومثل هذه العوامل تُسهم بشكلٍ كبيرٍ في زيادة التغلب على كرب ما بعد الصدمة والمشكلات المرتبطة به، كما أن العواطف الإيجابية تسهل من الشفاء الخاص بأمراض القلب والأوعية الدموية بعد التعرض للكرب النفسي والحماية من التأثيرات السلبية للضغط النفسي على الصحة العامة، كما عرفه كلٌّ من Liang et al., (2022) بأنه عملية تعكس قدرة الفرد على المواجهة والتحمل والمثابرة والتغلب والتوافق مع البيئات المُتغيرة، وبالتالي فإنه يمكن أن

د. سيد أحمد محمد الوكيل

يحمى الفرد من التأثيرات السلبية لأحداث الحياة اليومية، ويعمل كعامل وقائي ضد إصابة الفرد بالأزمات والاضطرابات والمشكلات المرتبطة بأحداث الحياة الضاغطة.

ويرى الباحث أن الصمود النفسي عملية نفسية تتضمن عددًا من الأساليب والاستراتيجيات الإيجابية التي يقوم بها الفرد وتعكس قدرته على المواجهة والتصدي والتغلب على الضغوط والأزمات والشدائد والسعي الدائم نحو التحلي بالتوافق مع أحداث الحياة الضاغطة وعدم الاستسلام للمحن والشدائد والأزمات وسعيه نحو مواصلة العمل والاجتهاد والنشاط بالرغم من التعرض للشدائد وقدرته على التعافي منها، وهو بذلك يعكس قدرة الفرد على الاستمرار في الحياة بعد التعرض لمشكلة أو محنة أو أزمة أو إصابة أو مُعاناة.

النماذج المُفسرة للصمود النفسي:

تعددت النماذج المُفسرة للصمود النفسي فقام كلٌّ من (Garnezy et al., 1984) بوضع ثلاثة نماذج من السلوك الذي يقوم به الفرد ليعبر به عن صموده في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، فهناك **النموذج التعويضي** The compensatory model ويعمل فيه الصمود على التخفيف من التعرض لعوامل الخطر، وتبدوا العوامل التعويضية في عدة صور منها اتباع الطرق الفعالة في حل مشاكل الحياة، وإدراك الخبرات والتجارب بشكلٍ إيجابي حتى ولو كانت تسبب ألم أو معاناة، والاعتماد على الروحانيات لأنها تجعل لحياة الإنسان قيمة ومعنى، وهناك **نموذج التحدي** The challenge model وخلالها يمكن اعتبار أن الضغوط النفسية تُسهم في تحقيق التوافق الناجح؛ لأنها توجد تحديًا لدى الفرد الذي يتعرض لأزماتٍ ومحنٍ وشدائدٍ وتُعزز من كفاءته ومهارته الشخصية على مواجهة تلك التحديات، وأخيراً **نموذج العامل الوقائي** The protective factor model وخلال هذا النموذج يحدث تفاعل بين عوامل الوقاية والخطر لتقليل حدوث النتائج السلبية، وتعزيز وتنمية النتائج الإيجابية بالرغم من التعرض للأزمة (In: Wald et al., 2006, 19- 20).

ووضع (Richardson (2002 نموذجاً يُفسر به عملية الصمود النفسي مؤكداً على أن الفرد يبدأ بحالة من الهدوء والسكون والتوازن الحيوي والجسدي والنفسي والعقلي والروحي، ثم يتعرض لحالة من الاضطراب إذا لم تكن لديه عدد من سمات الشخصية التي تعمل كعوامل وقائية

وكحائض صد ضد الضغوط والمحن ومُنغصات الحياة، وما يلبث أن يُحاول - في الوقت المناسب بالنسبة له- النهوض والتوافق ويدخل في عملية اندماج بالشكل الذي يُمكنه من التصدي والتغلب والتعايش الإيجابي مع تلك الأزمات، وهنا يبرز دور التوازن الذي يحدث بين الجوانب البيولوجية والنفسية والروحية لدى الفرد الذي يسعى لتحقيق مستوياتٍ مناسبةٍ من الصمود النفسي.

ووضع (Fredrickson, 2004) نظرية في الصمود النفسي أطلق عليها نظرية التوسع والبناء "broaden-and-build theory" مُشيراً إلى أن المشاعر الإيجابية المُخزنة مثل (التفاؤل- الأمل) يُمكن أن تؤدي بالفرد لاحقاً للمؤامة الناجحة مع الظروف السلبية المُرتبطة بالأزمات، كما أن العواطف الإيجابية لدى الفرد تُساعده على بناء للصمود النفسي، والانفعال الإيجابي يُزيد من الموائمة والتعدد لمصادر الأفراد من خلال توسيع انتباههم وادراكهم وزيادة المرونة النفسية والمعرفية لديهم علاوة على التحلي بالتفكير الناقد، كما أوضح (Fredrickson 2004) أن الصمود النفسي بنية مُتعددة الأوجه، يتضمن اصرار الفرد وقدرته على تحمل الشدائد والمحن والأزمات والتوافق مع الأحداث التي يتعرض لها والتعافي منها، وبالتالي فإن هناك أربعة أبعاد أساسية ينطوي عليها الصمود النفسي هي: الاصرار، التحمل والمقاومة، التعافي، التكيف؛ **فالعزيمة والاصرار والتصميم Determination** تُعبر عن قوة الإرادة لتحقيق النجاح، والتغلب على المحن والشدائد والأزمات التي يتعرض لها الفرد بالرغم من صعوبتها، **والمثابرة والتحمل Endurance** تُعبر عن قوة وثبات الفرد وقدرته على تحمل المُعاناة والصمود أمام المحن والأزمات، **والقدرة على التكيف Adaptability** تُعبر عن المرونة والقابلية للتعامل مع البيئات المُعاكسة أو المُتغيرة وتعديل سلوكه وتفكيره ليتناسب مع هذه الظروف، **والقابلية للتعافي Recoverability** تُعبر عن قدرة الفرد على التعافي جسدياً ومعرفياً من آثار الأنواع المختلفة من الصعوبات أو الضغوط الناتجة عن تعرضه للصدمات من أجل العودة إلى الحالة المُعتادة وإعادة تأسيسها، وربما يكون هذا الجانب هو الأكثر تخبلاً من الفرد عند التفكير في المرونة كأحد الأبعاد الأساسية للصمود النفسي.

وقام كلٌّ من (Kumpfer & Summerhays 2006) بوضع نظرية في الآثار الناتجة عن الصمود النفسي فأشار إلى أن مستوى الصمود له تأثير على الحالة النفسية الإيجابية للمريض،

فعندما يتفاعل مع البيئة فإنه سوف يقوم بشكلٍ غريزي باختيار من يمثلون فائدة بالنسبة له ولديهم استراتيجيات وقائية للتعامل مع البيئة، ومن هنا فإن الصمود النفسي يقي الفرد من النتائج السلبية الناتجة عن التعرض للأحداث الصادمة أو أحداث الحياة الصاعقة (Sleijpen et al., 2016; Liang et al., 2022)، ويمكنه من الازدهار وقت الشدائد وهذا يعني أن الصمود النفسي يزدهر وينمو وقت الشدائد، كما أنه يرتبط بنوعية الحياة الصحية، فالأفراد الذين يعانون من أزماتٍ أو مشكلاتٍ صحيةٍ عندما يتحلون بالصمود تتحسن ظروفهم الصحية (Connor et al., 2003).

وقام Ungar (2012) بوضع نموذجاً بيئياً يُعبر عن الصمود النفسي الذي يتمتع به الفرد، وأوضح أن الصمود يتكون من مجموعة من السلوكيات المرتبطة بالنتائج التوافقية التي يُحققها الفرد نتيجةً لتعرضه للمحن والأزمات في سياق البيئة التي يعيش فيها، وأن الصمود مُحصلة للتفاعل بين العوامل الشخصية والبيئية، وطبقاً لذلك فإن الصمود النفسي يظهر في ثلاث عمليات أساسية هي: التعرض للأزمات والمحن، سلوكيات التوافق والتأقلم التي يُقدم عليها الفرد، والعمليات مُتعددة المستويات التي تؤدي بالفرد للشعور بالتوافق.

وأشار VandenBos(2013) إلى أن الصمود النفسي عملية توافق ناجحة مع الصعوبات والتحديات والخبرات التي تواجه الفرد في حياته، مع تحلى هذا الفرد بالمرونة النفسية والانفعالية والسلوكية والقدرة على التوافق مع المُتطلبات الداخلية والخارجية، وأشار إلى أن هناك عدد من العوامل التي تؤثر في توافق الفرد مع المحن والشدائد التي يتعرض لها؛ من بينها الطرق التي ينظر بها إلى العالم من حوله وتفاعلاته مع هذا العالم، وتوافر المواد والموارد الاجتماعية ونوعية هذه الموارد، وجود استراتيجيات مُحددة للمواجهة والتصدي والتوافق.

وفي سياق آخر أشار Ungar (2018) إلى أن الصمود النفسي يركز على العمليات التي يقوم بها الفرد في مواجهة الشدائد والمحن، وتتطوي هذه العمليات على ما يأتي:

- ١- **المثابرة:** والتي يمكن من خلالها التحلي بالصبر والجلد مع إجراء بعض التغييرات والتعديلات للحفاظ على الأداء الفعال في مواجهة الضغوط والأزمات.
- ٢- **المقاومة والتصدي:** ويمكن بموجبها استخدام الموارد المُتاحة لمواصلة العمل والنشاط .

٣- الاسترداد (البناء): ويتم من خلالها إعادة بناء قوى الانسان للعودة إلى أدائه الطبيعي الذي كان عليه قبل التعرض للأزمة أو المحنة.

٤- التوافق: وخلالها يتعلم الفرد طرقاً جديدة للتعایش مع هذه الضغوط وتلك الأزمات والمحن والشدائد.

٥- التحويل: وخلالها يقوم الفرد بتحويل وجهته وأساليبه الحياتية لتكون أكثر قدرة على التوافق والتعايش الأمان مع المحيطين، وزيادة التركيز على المُحفزات المُتاحة من حوله.

دورة الصمود النفسي: Psychological Resilience Cycle

وضع (2003) Pearsall دورة تُعبر عن المراحل التي يمر بها الفرد عند التعرض للمحن والأزمات فيما يطلق عليه دورة الصمود النفسي وتتضمن هذه المراحل أربع مراحل أساسية هي:

١- مرحلة التدهور (التردي) Deterioration: وتبدأ بشعور الفرد ببعض من مشاعر الحزن والغضب والقلق والتوتر والإحباط، وتظهر هذه الأعراض لديه في إصراره على إتهام غيره وإلقاء اللوم على الآخرين والتقليل من ثقته في نفسه وتقديره لذاته، وسمات شخصية الفرد وقدراته وخبراته السابقة تؤدي دوراً مهماً في إطالة فترة هذه المشاعر السلبية من عدمها.

٢- مرحلة التأقلم (التعايش) Adaption: وفيها يتمكن الفرد من تحقيق درجة من التوافق والتعايش مع الأزمة أو الحدث الضاغط من خلال إقدامه على الاتيان ببعض السلوكيات التي تمكنه من التعامل بإيجابية مع هذا الحدث

٣- مرحلة الشفاء (التعافي) Recovering: وتُمثل استمراراً للمرحلة السابقة من التوافق والتأقلم والتعايش ويحاول الفرد خلالها أن يصل إلى مستوى مناسب من التوافق النفسي وفقاً لما كان عليه قبل تعرضه للأزمة أو الحدث الضاغط.

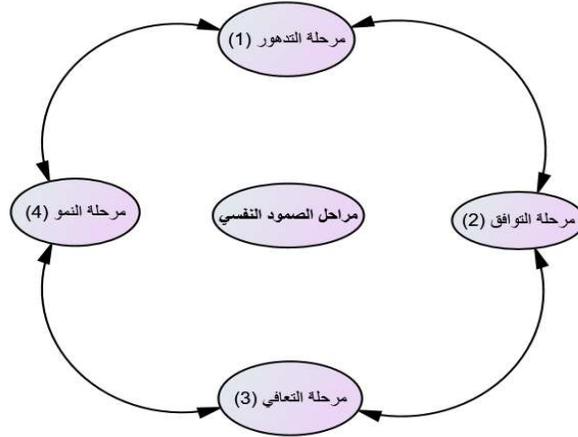
٤- مرحلة النمو (التطور) Growing: وفيها تُصقل خبرات الفرد بسبب مُحاولاته الإيجابية للتغلب على الأزمات والشدائد والمحن التي مر بها، وينمو ويتطور أدائه النفسي وقدراته ومهاراته الشخصية بالشكل الذي يسمح له أو يُمكنه من استعادة توازنه النفسي والاجتماعي الذي كان عليه قبل هذه

د. سيد أحمد محمد الوكيل

الخبرات الصادمة والتجارب المؤلمة التي تعرض لها. والشكل التالي يوضح دورة الصمود النفسي التي تتم في حالة تعرض الفرد لأزمة أو محنة أو صدمة من الصدمات:

شكل (٣)

دورة الصمود النفسي وفقاً لبيرسال



تنمية الصمود النفسي:

أوصت الجمعية الأمريكية لعلم النفس American Psychological Association (2018) بعددٍ من الاستراتيجيات التي يمكن اتباعها لزيادة مستوى الصمود النفسي لدى الفرد ومنها: تجنب رؤية الأزمات على أنها مُشكلات لا يمكن التغلب عليها، وعلى الفرد قبول أن التغيير هو جزء من الحياة فهو ضرورة حياتية، وعلى الفرد تحديد أهدافه الواقعية والعمل على تحقيق هذه الأهداف والاتجاه نحوها، عليك باتخاذ إجراءات حاسمة تجاه التغيير الإيجابي، وعليك البحث دائماً عن الفرص لاكتشاف ذاته، وعليك التحلي بنظرةٍ ايجابيةٍ تجاه ذاتك وتجاه المحيطين والعالم من حولك، وأخيراً فإن على الفرد الذي يسعى لتنمية الصمود النفسي لديه أن يعمل جاهداً على الاعتناء بنفسه والاهتمام بمشاعره ورغباته وأن يُحاول الاندماج في ممارسة الأنشطة والهوايات التي يستمتع بها وتزيد من شعوره بالراحة والاسترخاء والمحافظة على صحته الجسمية والنفسية والعقلية،

لأن هذه الإستراتيجيات هي التي تؤهل الفرد للتعامل مع المواقف التي تتطلب تحدياً وصموداً ومثابرة.

والجدير بالإشارة أن مستوى الصمود الذي يتمتع به الفرد ضحية الحدث الضاغط يمكن أن يؤدي دوراً مهماً في المعاناة من الحدث الصادم من عدمه، وعلى ذلك فإن الصمود النفسي أضحى هدفاً للتدخل أو الاعتماد عليه للحد من الآثار السلبية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة (Cho & Kang, 2017).

نمو ما بعد الصدمة: Post Traumatic Growth

مصطلح نمو ما بعد الصدمة أوجد عديد من التحديات بالنسبة للباحثين والمنظرين في مجال الصدمات النفسية، فالخبرات الصدمية تؤثر على الكائن البشري بأشكال متعددة، فالتأثيرات التالية للصدمة مثل التعرض للخطر والكوارث والخسارة والأمراض يُصاحبها تغيرات في العاطفة والسلوك والادراك وقد تم الإشارة لذلك من خلال عدد من الدراسات والأدلة العلمية، والاستجابات المتنوعة الناتجة عن الخبرات الصدمية يمكن رؤيتها على أنها استراتيجيات مواجهة تسعى لإحداث نوع من التوازن لموارد البيئة والمصادر المتاحة لدى الفرد (Pat-Horenzyk & Brom, 2007)، وقد عرف كلٌّ من (Tedeschi & Calhoun, 2004) نمو ما بعد الصدمة بأنه نوع من التغيرات الإيجابية التي تحدث للفرد عقب التعرض لحدث صادم، فخبرات الانسان تتكون نتيجة للكفاح مع الأحداث التي تمر بنا، ويتميز نمو ما بعد الصدمة بالقدرة على التوافق مع تلك الأحداث، وأشار كلٌّ من (Steel et al., 2008) إلى أن نمو ما بعد الصدمة يُعد عملية معرفية إيجابية تحدث للفرد لتمكنه من التعامل مع الأحداث الصدمية التي تُستخلص من علاقات أو أزمات عاطفية أو معرفية متطرفة أو أحداث وأمراضٍ صحيةٍ مُزمنةٍ حتى يستطيع التعايش والتغلب على هذه الأحداث الصدمية؛ وقد عرفه كلٌّ من (Pérez-San-Gregorio et al., 2018) بأنه مُنغير إيجابي في الشخصية يصف عدد من التغيرات الإيجابية التي تحدث للفرد بعد أو عقب التعرض لحدث صدمي، كما عرفه كلٌّ من (Walsh et al., 2018) بأنه مجموعة من التغيرات الإيجابية التي تحدث للفرد المصاب بمرضٍ مزمنٍ أو عقب تعرضه لحدث صادم، وهذه التغيرات الإيجابية تؤدي

دورًا مهمًا في إعادة تقييم الفرد لنظريته ورؤيته للعالم من حوله، ورغم أن الحدث الصدمي يؤثر سلباً في صاحبه إلا أنه على الجانب الآخر يُسهم في إحداث عدد من التغيرات الإيجابية لدى الفرد، كما عرفه كلٌّ من (Mattson et al., 2018)، بأنه خبرة تتضمن تغييراً نفسياً إيجابياً تحدث لدى الفرد بعد صراعٍ مع ظروفٍ حياتيةٍ صعبةٍ، ويتضمن هذا النمو الإيجابي زيادة التقدير للحياة، والشعور بالقوة الشخصية، ووجود علاقات جديدة ومُقدرة من قبل الآخرين، والتغيرات الروحانية الإيجابية؛ ونمو ما بعد الصدمة مفهومٌ مُتعدد الأبعاد فهو يتضمن التغيرات الإيجابية التي تتضمن التقدير الإيجابي للحياة، ووجود علاقات شخصية أكثر وضوحاً وذات قيمة ومعنى، والتغيرات الروحانية، وتعزيز المشاعر المرتبطة بقوة الشخصية Personal Strength والتعرف على الامكانيات الجديدة في حياة الفرد، فأية خبرة تتعلق بالتغير الإيجابي الذي يحدث عقب التعرض لحدث ضاغط أو صدمي أو أزمة حياتية يمكن أن نُطلق عليه نمو ما بعد الصدمة (Khu et al., 2019). وأشار كلٌّ من (Yazici et al., 2020) إلى أن نمو ما بعد الصدمة مفهوم تم استخدامه لوصف التأثيرات الإيجابية للأحداث الصادمة على الأفراد، ويُشير هذا المصطلح إلى التغيرات الإيجابية في إدراك الفرد لذاته وعلاقاته بين الشخصية وفي فلسفة حياته كنتيجة للتوافق والتعايش مع حدث صدمي تعرض له في سياق حياته اليومية.

ويرى الباحث أن نمو ما بعد الصدمة عملية معرفية وسلوكية تصف عدد من السمات المُعبّرة عن التغيرات النفسية الإيجابية التي تحدث للفرد عقب التعرض لحدث صدمي أو لخبرات حياتية مؤلمة على المُستوى النفسي أو العاطفي أو الاجتماعي أو الصحي بهدف تحقيق درجةٍ مناسبةٍ من التوافق التي تمكن الفرد من التغلب على هذا الحدث الصدمي والتغيرات السلبية الناتجة عنه.

والتغير النفسي الإيجابي الذي يحدث للشخص بعد تعرضه لمشاق الحياة وظروفها العصبية أو تحدياتها المختلفة يُعد دلالةً على تمتع هذا الفرد بدرجةٍ عاليةٍ من الصمود النفسي بما يتضمنه من تحمل ومثابرة وتصميم وإرادة وسرعة في التعافي من تأثيراتها السلبية وصولاً إلى مستوياتٍ مرتفعةٍ من الأداء النفسي الوظيفي الفعال في المستقبل، ويرتبط نمو ما بعد الصدمة بتمكن الفرد

◆ الدور الوسيط والمعدل للصمود النفسي في العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة ◆

من استخدام وتوظيف طاقته الإيجابية، والاعتماد على مصادر المُساندة الاجتماعية والنفسية المُتاحة من حوله لتحسين قدرته على التوافق والمواجهة الفعالة مع أزمات الحياة وظروفها العصبية واعتبارها فرصًا للتعلم والنمو والارتقاء، بالشكل الذي يترتب عنه حدوث تغيراتٍ نفسيةٍ إيجابيةٍ في سمات شخصيته تجعله أقوى مما كان عليه قبل تعرضه للصدمة أو الحدث الضاغط مع حدوث تحولٍ إيجابي في أساليب تفكيره ومعتقداته عن ذاته وعن المحيطين به والعالم من حوله.

وقد أوضح كلٌّ من (Tedeschi & Calhoun, 2004) أن بعض الأشخاص الذين تعرضوا لصدمةٍ أو آلامٍ قد حدثت لهم بعض التغيرات الإيجابية عقب تعرضهم للحدث الصدمي أو الحدث المؤلم، فحدث لهم تغير إيجابي في علاقاتهم بالمحيطين بهم وفي نظرتهم للحياة وفي تصورهم أو إدراكهم لأنفسهم وفي معتقداتهم الروحية وفي تقديرهم للحياة من حولهم، ومثل هذه التغيرات الإيجابية تجسد التطور الإيجابي التالي للصدمة.

ونظرية نمو ما بعد الصدمة اقترحت أن أحداث الحياة الضاغطة المُحتملة يجب أن يكون لها تأثير كبير بما فيه الكفاية بالشكل الذي يسمح بإجبار الأفراد على إعادة النظر في افتراضاتهم الأساسية والعمليات الكامنة وراء الأحداث التي يتعرضون لها في سياق حياتهم اليومية (Saccinto et al., 2013)؛ فليست كلُّ التغيرات المُصاحبة للحدث الصدمي تغيرات سلبية؛ بل إن هناك مجموعة من التغيرات الإيجابية التي قد تحدث عقب التعرض للحدث الصدمي بسبب ارتفاع مستوى النضال والكفاح مع الأحداث المُجهدة ويمكن أن تحدث هذه التغيرات الإيجابية في خمسة مجالات هي: التحسن في العلاقات مع الآخرين، قوى الشخصية، التغيرات الروحانية الإيجابية، تقدير أكبر وأفضل للحياة، اكتشاف امكانيات جديدة لدى الفرد (Dar & Iqbal., 2020)، ووفقاً لكل من (Tedeschi & Calhoun, 2004) فإن نمو ما بعد الصدمة يركز على خمسة جوانب أو مظاهر أساسية هي:

١- تحسين العلاقات مع الآخرين Improved relationships with others

٢- تعزيز القوة الشخصية Increased personal strength

٣- تحديد الامكانيات الجديدة Identification of new possibilities

٤- التغيير الروحي الإيجابي Positive spiritual change

٥- زيادة التقدير للحياة Increased appreciation of life

الأمراض المزمنة: Chronic Diseases

طبقاً للمركز الدولي للوقاية من الأمراض المزمنة وتعزيز الصحة (٢٠٢١)؛ يُعرف المرض المزمن على أنه حالة مرضية دائمة أو طويلة الأمد في آثارها، وغالباً ما تستمر لعام أو أكثر وتتطلب علاج طبي مستمر ويترتب عنها عجز أو خلل في أنشطة الحياة اليومية أو كليهما معاً، وهذه الأمراض غير قابلة للشفاء التام المرضى، وقد عرفها (VandenBos 2013) بأنها نوع من الأمراض المزمنة والخطيرة والتي تستمر لفترة زمنية طويلة وتؤدي إلى إعاقة أو خللٍ شديدٍ أو إلى الوفاة؛ كما أن علاجها علاج طويل الأمد ويترتب عنه تكلفة اقتصادية باهظة، ويُصاحبها مضاعفاتٍ نفسيةٍ شديدة الخطورة؛ الأمر الذي يتطلب من المريض القدرة على التعايش الآمن للتغلب والسيطرة على تلك المضاعفات.

والجدير بالإشارة أن هذه الأمراض لا تختفي أو لا يتم الشفاء منها بين عشية وضحاها، ولكنها أمراض طويلة الأمد ويستمر علاجها لفترةٍ طويلةٍ من الزمن قد تمتد لسنوات، وتتضمن هذه الأمراض أنواع متعددة من الأمراض مثل: التهاب المفاصل، أمراض الجهاز التنفسي، أمراض الجهاز الهضمي، أمراض القلب والأوعية الدموية، أمراض الجهاز العصبي، مرض السكر، أمراض ضغط الدم، أمراض الكلى، وأمراض الكبد، أمراض التصلب المتعدد وأمراض الأورام السرطانية وغيرها من الأمراض التي تُلازم المريض لفترةٍ طويلةٍ من حياته.

ويُعد المرض المزمن مسؤولاً عن ٦٠٪ من جميع الوفيات في جميع أنحاء العالم، ويحدث ٨٠٪ من وفيات الأمراض المزمنة في البلدان المنخفضة ومتوسطة الدخل، وتحدث حوالي نصف وفيات الأمراض المزمنة في الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن ٧٠ عام وتصيب الأمراض المزمنة الرجال والنساء بالتساوي تقريباً على مستوى العالم (Corman et al., 2021)، وقد أكدت الاحصاءات الصادرة عن المركز الدولي للوقاية من الأمراض المزمنة وتعزيز الصحة (٢٠٢١) NCCDPHP أن ستة من كلِّ عشرة راشدين يُعانون من مرضٍ مزمنٍ واحدٍ على الأقل في الولايات

المتحدة الأمريكية، مثل أمراض القلب والسكتة الدماغية والسرطان وأمراض السكري، وأن هذه الأمراض هي السبب الرئيس للوفاة في الولايات المتحدة الأمريكية، وأنها تُعد السبب الرئيس وراء ارتفاع معدلات النفقات الصحية في الولايات المتحدة؛ حيث تتكبد الخزنة العامة سنويًا ما يُقارب ٣,٨ تريليون دولار في علاج هذه الأمراض ورعاية المرضى ومتابعتهم، وتتعدد الأسباب الكامنة وراء الإصابة أو المعاناة من الأمراض المزمنة، وغالبية هذه الأسباب ناتجة عن الاتيان بعددٍ من السلوكيات السلبية مثل: التدخين الإيجابي أو السلبي، سوء التغذية وعدم تناول الخضروات والفواكه الطبيعية الطازجة، وكثرة استخدام الاغذية والمواد الغذائية المشبعة بالدهون والصوديوم، علاوة على الافراط في تناول الكحوليات والمواد المؤثرة نفسيًا، ونقص في معدلات النشاط البدني (NCCDPHP, 2021).

والأمراض المزمنة لا تُشكل تهديدًا صحيًا على حياة المريض فحسب ولكنها تُهدد شعوره بالرفاهية النفسية أو الراحة النفسية أو الشعور بطيب الحال، وتؤثر على نوعية حياته، وترتبط الآليات الإيجابية المُستخدمة من قبل الفرد- الذي يُعاني من أمراض صحية مزمنة- (مثل الصمود النفسي) بتعزيز الصحة النفسية لديه، لأن الصمود النفسي يمكن الفرد من التعامل مع صعوبات الحياة والحفاظ على الآثار الإيجابية فيها (Duan et al., 2014). كما أن الدراسات قد أثبتت أن الأمراض المزمنة تقلل من قدرة الفرد المُصاب في السيطرة على حياته، كما أن التغيرات التي تنال من مستوى أداء الفرد تؤدي إلى تضاؤل احترامه لذاته وفقدانه لثقته بنفسه وأنه أصبح عبئًا على عائلته وأصدقائه، كما أن الامتثال للعلاج ونمط الحياة الصحية لا يضمنان السيطرة على المريض كليةً، ولكن هناك عوامل أخرى تُسهم في السيطرة على المرض ومنها الصمود النفسي (Nicoloro- Santa Barbara, 2019) ومن المعروف أن مرضى الأمراض المزمنة يكونون أكثر عُرضة للمُعاناة من الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب واضطرابات المزاج علاوة على اضطرابات كرب ما بعد الصدمة، كون هذا المرض المزمن يُمثل صدمة وحدثًا ضاغطًا في حياة المريض (Akerblom et al., 2018).

العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة: ينتشر اضطراب كرب ما بعد الصدمة بكثرة بين أفراد المجتمع الأمريكي بنسبة ٧%، وقد أشارت الجمعية الأمريكية لأمراض القلب أن هذا الاضطراب يمثل خطورة بالغة على القلب والأوعية الدموية لدى المرضى، وأظهرت نتائج بعض الدراسات أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة يتنبأ بمستويات أعلى من الخطورة المرتبطة بأمراض التمثيل الغذائي للقلب خاصة أمراض القلب والأوعية الدموية Cardiovascular diseases ومرض السكر من النوع الثاني (Koenen et al., 2017) ويُعاني غالبية مرضى الأمراض المزمنة من اضطراب كرب ما بعد الصدمة بنسبة تتراوح ما بين ٩,٥% إلى ٤٥,٣% (Hauser et al., 2013) وهذه المُعاناة يترتب عنها مُعاناتهم من انخفاض القدرة على السيطرة والتحكم في أمور الحياة (Ruiz-Parraga & Lopez-Martinez, 2014 ; Morasco et al., 2013). وقد وثقت نتائج دراسة كلٍّ من Pat-Horenzyk & Brom, (2007) أن الأفراد الذين تعرضوا لصدمة أو أحداث كارثية يكون لديهم القدرة على التعايش مع هذه الأحداث، ورغم أنهم ينتابهم في كثيرٍ من الأحيان مشاعر الإنكار والتجاهل والرغبة في عدم تذكر هذه الأحداث الصادمة؛ إلا أنهم وبالرغم من ذلك فإن لدى كثير منهم القدرة على مواجهة الأزمات والتغلب عليها واستئناف حياتهم من جديد وإحداث نوع من التوازن مع البيئة من حولهم، فبالرغم من أن الحدث الصدمي يمثل تهديداً يصل إلى حد الوفاة ويترتب عنه آثار صحية خطيرة وشديدة يتبعها آثار نفسية سلبية على حياة الفرد الذي يُعاني منه، فإن الخبرات الصدمية يمكن أن يكون لها أثر إيجابي لدى المريض وهذا ما يُعرف بنمو ما بعد الصدمة، الذي يمثل تغيراً إيجابياً يحدث نتيجةً للكفاح الذي يأتي به الفرد لأزمات حياتية تمثل تحدياً كبيراً لديه (Chung et al., 2016)، وبالتالي فإن كرب ما بعد الصدمة لا يُعد العرض الوحيد المرتبط بوجود صدمة؛ ولكن كثير من ضحايا الأحداث الصادمة أبلغوا عن وجود عدد من التغيرات الإيجابية التي تبعت هذا الحدث الصدمي، وقد افترض النموذج النظري الذي اقترحه كلٌّ من Tedeschi & Calhoun (2004) أن التطور التالي للصدمة والكرب النفسي المرتبط بالصدمة

يحدث بينهما نوع من التعايش Co-exist، وفي الواقع يعتمد نمو ما بعد الصدمة على ما إذا كانت الظروف يتم تقييمها على أنها حدث ضاغط أو صدمي من عدمه.

والجدير بالإشارة أنه خلال العقود الأخيرة تم زيادة الدراسات والأدلة المنشورة التي تدعم فرضية أن أحداث الحياة الضاغطة والأمراض الصحية المُهددة ليست مُعرضة على المُعانة من الكرب النفسي فقط ولكنها يمكن أن تؤدي إلى إحداث عدد من التغيرات الإيجابية لدى هذا الفرد (Thornton & Perez, 2006) ومثل هذه النتائج والدراسات دعمت ما يُسمى بنمو ما بعد الصدمة، وهذا المتغير الإيجابي من مُتغيرات الشخصية ربما يكون له مسارات غير مباشرة مع الصمود النفسي؛ فكثير من الأفراد يُقررون بأن هناك عددٍ من التغيرات الإيجابية التي حدثت لهم بعد تعرضهم للأحداث الضاغطة والمواقف المُجهدة في حياتهم إما كنتيجة مُباشرة للحدث أو كنوع من التعلم الذي حدث لهم نتيجة للجهود المبذولة في التعامل والتعايش مع هذا الحدث الصدمي (Andreou et al., 2021) وقد أظهرت البحوث والدراسات التي أُجريت في علم النفس الإكلينيكي وجود علاقة موجبة بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة (Hobfoll et al., 2006)، وعلى الرغم من وجود عدد من الأبحاث والدراسات حول العلاقة بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة إلا أن العلاقة بين المتغيرين لا تزال غير واضحة أو غير حاسمة (Mattson et al., 2018) بالرغم من أن العلاقة بين المتغيرين علاقة بديهية إلا أن كثير من البحوث أشارت إلى وجود علاقة سالبة ودراسات أخرى أشارت إلى وجود علاقة موجبة، ومما يدعم هذا التعارض في النتائج ما أظهرته نتائج كثير من الدراسات السابقة والتي أوضحت أن العلاقة بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة علاقة غير متناقضة، مما ترتب عنه عدم توافق في الآراء بشأن طبيعة واتجاه هذه العلاقة، حيث أظهرت نتائج بعض الدراسات أن العلاقة بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة غير دالة إحصائياً، بينما أكدت دراسات أخرى على أن العلاقة بينهما موجبة ودراسات ثالثة أظهرت أن العلاقة بينهما سالبة (Chen et al., 2015) ودراسات أخرى أظهرت عدم وجود علاقة بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة (Ison & Andrykowski, 2001; Windows et al, 2005; Cordova et al., 2007; Grubaugh & Resick, 2007; Schroevers & Teo, 2008; Tsai et al., 2015) بينما

تبين من نتائج دراسات كل من (Kim et al.,2019; Shakespeare- Finch & Yi & (Lurie– Beck, 2014; Marziliano et al., 2019) وجود علاقة سلبية بين نمو ما بعد الصدمة وكرب ما بعد الصدمة لدى الناجين من مرض السرطان وذوي الأمراض الصحية. وتبين من نتائج الدراسات التي أجريت على ٢٩٤ من مرضى السرطان في ألمانيا (Jaarsma et al., 2006) و ١١٣ مريضاً بالسرطان في ماليزيا (Schroevers & Teo, 2008) و ٧٠ مريضاً من مرضى سرطان الثدي في كوريا (Yi & Kim,2014) وتبين من نتائج هذه الدراسات عدم وجود علاقة بين الانفعالات السلبية الناتجة عن الصدمة وبين نمو ما بعد الصدمة، وفي المقابل فإن النمو المتزايد والمتراكم في الأدب والتراث العلمي أشار إلى أن أحداث الحياة الضاغطة قد تكون حافزاً على نمو أو إحداث تغيرات إيجابية لدى الفرد في التفكير والإدراك وفي العلاقات الاجتماعية مع الأسرة والأصدقاء وفي ترتيب الأولويات وفي فلسفة الفرد في الحياة، وقد وجد كل من Sears (et al. 2003) أن ٨٣% من النساء مريضات سرطان الثدي حدث لديهن تغيرات وخبرات إيجابية ارتبطت بخبرة مرض السرطان أو الأمراض المزمنة اللاتي كن يُعانين منها وقد تمثلت هذه التغيرات الإيجابية في تغيير الأولويات، ووجود علاقات أفضل مع الآخرين، شعور أكبر بالهدف وترتيب الأولويات لدى الفرد ولحياته اليومية (In: Schroevers & Teo, 2008) وأظهرت نتائج دراسة كل من (Solomon & Dekel (2007) أنه كلما زادت معدلات الضغط والكرب النفسي فإن فرص ومعدلات النمو ترتفع، فالأفراد الذين ترتفع لديهم معدلات كرب ما بعد الصدمة كان لديهم أيضاً ارتفاع في مستويات نمو ما بعد الصدمة عبر فتراتٍ طويلةٍ من العمر، وتبين من نتائج دراسة كل من (Bluvstien et al., (2013 وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين نمو ما بعد الصدمة وكرب ما بعد الصدمة لدى مرضى أمراض القلب، وتبين من نتائج دراسة كل من (Shand et al., (2015 وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة نمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، كما أن نمو ما بعد الصدمة يُعد متغيراً إيجابياً شائعاً لدى عددٍ كبيرٍ من مرضى الأمراض المزمنة مثل مرضى الأورام بصفةٍ عامةٍ فحوالي ٨٠% من مرضى السرطان قادرين على إحداث تغيرات إيجابية في حياتهم بعد تشخيصهم بالإصابة أو

المُعانة من السرطان (Gunst et al., 2016)، كما تبين من نتائج دراسة كلٍّ من Chen et al., (2018) وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مريضات سرطان الثدي، وهي ذات النتيجة التي توصلت إليه دراسة كلٍّ من Marziliano et al., (2019) كما أن نتائج دراسة كلٍّ من Magid et al., (2019) تبين منها وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى ومريضات القلب Cardiac Patients، كما أن دراسة Lim (2019) تبين منها أن اضطرابات المزاج والقلق والاكتئاب والمشاعر السلبية التي يُعاني منها مرضى الأمراض الصحية المزمنة كان لها تأثير إيجابي ارتبط بتعديل الاتجاهات نحو التأهيل النفسي للمرضى، وتبين من نتائج دراسة Koutna et al., (2020) وجود علاقة موجبة بين نمو ما بعد الصدمة وكرب ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، وهي ذات النتيجة التي توصلت إليها دراسة كلٍّ من Corman et al., (2021) التي استهدفت التعرف على العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة والتطور التالي للصدمة لدى مرضى سرطان الدم الذين خضعوا للخلايا الجذعية Hematopoietic Stem Cell Transplantation، كما أنها ذات النتيجة التي توصلت إليها دراسة كلٍّ من Andrades et al., (2020).

وبالرغم من النمو الهائل في الدراسات والبحوث التي تناولت نمو ما بعد الصدمة فإن العلاقة بينه وبين كرب ما بعد الصدمة مازالت غير حاسمة (Magid et al., 2019). ومن هنا فإن بعض الأحداث الصادمة ينتج عنها المُعانة من اضطراب كرب ما بعد الصدمة وفي الوقت نفسه قد تؤدي إلى حدوث نمو ما بعد الصدمة. وقد اقترحت نظرية التنظيم الذاتي لكل من Benight et al (2018) أن كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لا يحدث بينهما ارتباط خطي ولكن يحدث بينهما ارتباط غير خطي؛ وعلى ذلك فإن وجود مستوى متوسط من كرب ما بعد الصدمة يُعد أكثر دلالة وفائدة ومساعدة على نمو ما بعد الصدمة لأن هذه المرحلة يبقى فيها الشخص يقظاً وقادراً على التعامل مع الموقف والتفكير بوضوح والانخراط فيه بما فيه الكفاية مع التحلي بالنواحي العاطفية والمعرفية والمعالجة اللازمة للعمل من خلالها (Dar & Iqbal, 2020).

(Andreou et al., 2021)، وعلى ذلك فإن الأحداث الصادمة ليس بالضرورة أن يترتب عنها آثار سلبية، ولكن من الممكن أن يترتب عنها آثار إيجابية، وقد لاحظ علماء النفس أن أحداث الحياة الضاغطة قد لا تؤدي بالضرورة إلى العزلة Isolation والاكنتاب بل إن بعض هذه الخبرات يمكن أن تحقق هدفاً ما وتعيد بناء الذات، وقد تؤدي إلى العديد من النتائج الإيجابية، فكثيراً ما تصنع المحن الرجال وتصل شخصياتهم، فيظهر معنى للحياة وتنمو لديهم مهارات جديدة للموائمة coping والتوافق والتعايش الآمن، وهذا ما أكدته نتائج الدراسات التي تم عرضها والتي أظهرت أن الأحداث الصادمة يمكن أن يترتب عنها نمو ما بعد الصدمة.

العلاقة بين الصمود النفسي ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض الصحية المزمنة:

الأمراض الصحية المزمنة لا تشكل تهديداً صحياً على حياة المريض فحسب ولكنها تُهدد شعوره بالرفاهية النفسية وتؤثر على نوعية حياته، وترتبط الآليات الإيجابية المُستخدمة من قبل الفرد- الذي يُعاني من أمراضٍ مزمنةٍ مثل الصمود النفسي- بتعزيز الصحة النفسية لديه، لأن الصمود النفسي يُمكن الفرد من التعامل مع صعوبات الحياة والحفاظ على الآثار الإيجابية فيها (Duan et al., 2014)، وأثبتت الدراسات أن الأمراض تُقلل من قدرة الفرد المصاب في السيطرة على حياته، كما أن التغييرات التي تتال من مستوى أداء الفرد تؤدي إلى تضائل احترامه لذاته وفقدانه لثقتة بنفسه وأنه أصبح عبئاً على عائلته وأصدقائه، كما أن الامتثال للعلاج ونمط الحياة الصحي لا يضمنان السيطرة على المريض كلياً، ولكن هناك عوامل أخرى تُسهم في السيطرة على المرض ومنها الصمود النفسي (Nicololoro- Santa Barbara, 2019) وإذا كانت نتائج بعض الدراسات السابقة أظهرت وجود علاقة موجبة بين نمو ما بعد الصدمة والمُعانة من الأمراض الصحية المزمنة، طبقاً لما أوضحتته نتائج دراسة (Shand et al., 2015) التي تبين منها أن نمو ما بعد الصدمة ارتبط بوجود حالات مزاجية إيجابية لدى مرضى الأورام Oncological Patients، كما أن عدد من الدراسات التي أُجريت حول علاقة نمو ما بعد الصدمة بالصمود النفسي لدى مرضى الأمراض المزمنة؛ تبين منها أن ارتفاع مستوى الصمود النفسي يترتب عنه ارتفاع مستوى نمو ما بعد الصدمة ، وهذا ما أوضحتته نتائج عدد من الدراسات مثل (McCarthy, 2005; Bensimon, 2012; Duan et al, 2015; Thabet et al, 2015; Dawwas) et

دراسة كلٍّ من (Gao et al., 2018) أن الصمود النفسي أسهم في التخفيف من الكرب النفسي والضيق المرتبط بالمُعاناة من السرطان، كما أنه يُسهم في التخفيف من العواطف والانفعالات السلبية مثل الخوف والاكتئاب وتُزيد من الثقة بالنفس ويُحفز من الأمل وقدرة الفرد على مواجهة التحديات. وفي المقابل أظهرت نتائج دراسة كلٍّ من (Kumpfer & Summerhays, 2006) أن الأفراد الذين يتسمون بارتفاع مستوى الصمود النفسي كانت درجة نمو ما بعد الصدمة لديهم مُنخفضة إلى حدٍّ ما والسبب في ذلك مرجعه إلى أن من يتسمون بالصمود أقل عُرضة للمُعاناة من اضطراب كرب ما بعد الصدمة؛ كما أن الارتباطات الجزئية بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة كشفت عن علاقة قوية بين كرب ما بعد الصدمة وعوامل نمو ما بعد الصدمة المُتمثلة في التغيرات الروحانية وتقدير الحياة، وسمات الشخصية الإيجابية مثل المفهوم الإيجابي عن الذات والشعور بالتماسك وتقدير الذات والتعاوُل والانفعالات الإيجابية والتحكم الشخصي وأنها تُعد من العوامل المُهمّة في بناء الصمود النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة، وفي المقابل تُلاحظ بأن المُعاناة من العُصابية والتوتر وغياب التعايش الإيجابي مع المرض تُعد من العوامل المُهددة للصمود النفسي، لأن الصمود النفسي يعمل كحائط صد ضد التعرض للضغط النفسي وبالتالي يُسهم في التعايش الإيجابي مع تلك الأمراض المُزمنة (Hamama-Raz, 2012). فسمات الشخصية الإيجابية تُعد عوامل حاسمة في مواجهة الأحداث الضاغطة التي قد يتعرض لها الفرد ومن هذه الأحداث الضاغطة خبرة المُعاناة من الأمراض الصحية الخطيرة أو المزمنة (Diehl & Hay, 2013; Seiler & Jenewein, 2018).

العلاقة بين كرب ما بعد الصدمة والصمود النفسي لدى مرضى الأمراض المزمنة:

الأشخاص الذين يتسمون بانخفاض مُستوى الصمود النفسي يكون لديهم قدرة أقل على التفاعل والتعامل مع المواقف المُؤلمة ويتطور لديهم القلق والاكتئاب وإساءة استعمال المواد المُؤثرة نفسياً علاوة على مُعاناتهم من اضطراب كرب ما بعد الصدمة (De Sousa, 2010)، وقد أشارت نتائج عدد من الدراسات والبحوث المُرتبطة إلى وجود اختلافات في العلاقة بين اضطراب كرب ما

بعد الصدمة والصدمة النفسي، فبعض الدراسات أظهرت وجود علاقة بين المتغيرين والبعض الآخر أظهر عدم وجود علاقة بينهما، والبعض أظهر وجود علاقة سلبية بين المتغيرين والبعض الآخر قد أظهر وجود علاقة ايجابية (Shamia et al, 2015) فقد تبين من نتائج دراسة Bensimon (2012) وجود علاقة سالبة بين الصمود النفسي وكرب ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض الصحية المزمنة، كما تبين من نتائج دراسة كلٌّ من Thabet et al., (2015) وجود علاقة بين الأحداث الصادمة والصدمة النفسي، بينما أوضحت دراسة كلٌّ من Jatchavala et al., (2018) عدم وجود علاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والصدمة النفسي لدى مرضى الأمراض المزمنة. وفي المقابل تبين من نتائج دراسة كلٌّ من Dawas & Thabet (2017) وجود علاقة سالبة بين الصمود النفسي وكرب ما بعد الصدمة، كما تبين من نتائج دراسة كلٌّ من Cho & Kang (2017) وجود علاقة سلبية بين المتغيرين لدى مرضى القلب والشريان التاجي، وهذا ما توصلت إليه أيضًا نتائج دراسة كلٌّ من Khu et al., (2019)، وبالتالي فإن العلاقة بين كرب ما بعد الصدمة والصدمة النفسية مازالت غير واضحة وتحتاج إلى مزيد من الدراسات في سياق المجتمع.

الصدمة النفسي كمتغير وسيط للعلاقة بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة:

إن التعرض للأزمات والصددمات لا يترتب عنه النمو الإيجابي بشكلٍ مباشرٍ أو بشكلٍ حتمي، ولكن هذا النمو الإيجابي يقوي بشكلٍ أكبر من خلال تأثيرات وعلاقات غير مُباشرة تكمن عدد من الوسائط أو العوامل خلفها، وهذا ما قد يؤديه الصمود النفسي، حيث يؤدي الصمود النفسي تأثيراً غير مباشراً أو دوراً وسيطاً في العلاقة بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى ضحايا الأحداث الصدمية ومنها الأمراض المزمنة (Mattson et al., 2018; Yazici et al., 2020)، وهذا ما أظهرته نتائج عدد من الدراسات؛ فتبين من نتائج دراسة Bensimon (2012) أن الصمود النفسي يتوسط العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة، وفي ذات السياق توصلت نتائج دراسة كلٌّ من Langford

(2017) et al., إلى أن الصمود النفسي يتوسط العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والمُعانة من الأورام السرطانية، كما تبين من نتائج دراسة كلٍّ من Cho & Kang (2017) أن الصمود النفسي يتوسط العلاقة جزئياً بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة وسمات الشخصية لدى مرضى القلب والشريان التاجي، كما تبين من نتائج دراسة كلٍّ من Wu et al., (2015) أن الصمود النفسي يتوسط كلياً العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان، كما أن الصمود النفسي ربما يؤدي دوراً مهماً في الحد من الآثار الضارة للأعراض المرتبطة بمرض السرطان، كما أظهرت نتائج دراسة كلٍّ من Oginiska-Bulik & Kobylarczyk (2017) أن الصمود النفسي يؤدي دوراً وسيطاً في العلاقة بين السمات المزاجية السلبية ونمو ما بعد الصدمة، وتبين من نتائج دراسة كلٍّ من Greup et al., (2018) أن الصمود النفسي يؤدي دوراً وسيطاً في العلاقة بين أعراض كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، وتبين من نتائج دراسة كلٍّ من Zhang et al (2019) أن الصمود النفسي يتوسط جزئياً العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة، وهي ذات النتيجة التي توصلت إليها نتائج دراسة كلٍّ من Lee et al., (2020) والتي تبين منها أن الصمود النفسي يؤدي دوراً وسيطاً في العلاقة بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة وضحايا الحوادث، كما تبين من نتائج دراسة كلٍّ من Li et al., (2020) أن الصمود النفسي يؤدي دوراً وسيطاً في العلاقة بين الاضطرابات النفسية ونمو ما بعد الصدمة لدى مريضات سرطان الثدي وكانت الوساطة كلية.

الصمود النفسي كمتغير مُعدل للعلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة:

تبين من نتائج دراسة كلٍّ من Ying et al., (2014) أن الصمود النفسي ساهم في تعديل العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والاكتئاب، وتبين من نتائج دراسة كلٍّ من Ying et al., (2016) أن الصمود النفسي أسهم في تعديل العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة، كما أظهرت نتائج دراسة كلٍّ من

Oginska- Bulik & Kobylarczyk (2017) أن الصمود النفسي يُعدل من التأثير المباشر للسماة المزاجية السلبية على التغيرات الإيجابية المرتبطة بنمو ما بعد الصدمة، وتبين من نتائج دراسة كلٍّ من Gao et al., (2018) أن الصمود النفسي أسهم في التخفيف من الكرب النفسي والضيق المرتبط بالمُعاناة من السرطان، كما أنه أسهم في التخفيف من العواطف والانفعالات السلبية مثل الخوف والاكتئاب ويُزيد من الثقة بالنفس ويُحفز من الأمل وقدرة الفرد على مواجهة التحديات.

وبناءً على ما تقدم يتبين ما يلي:

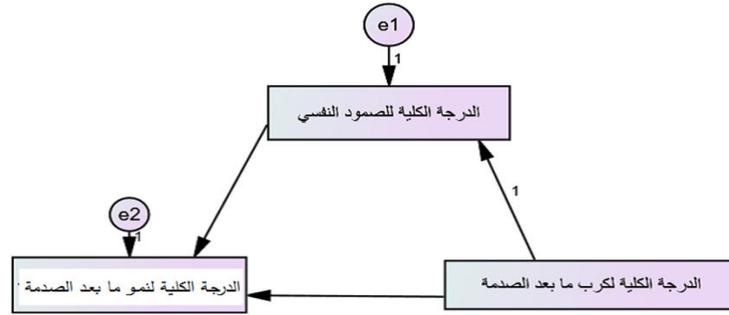
- ١- ارتفاع مُعدلات الأمراض المزمنة بين أفراد المجتمعات في السياقات المحلية والدولية.
 - ٢- البحوث التي أُجريت حول اضطرابات كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة مازالت قليلة في المجتمع المحلي.
 - ٣- الدراسات التي تناولت التأثيرات غير المُباشرة للصمود النفسي مازالت محدودة في المجتمع المحلي، وبالتالي فإننا بحاجة ماسةً إلى اكتشاف الدور الوسيط للصمود النفسي في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض الصحية المزمنة.
 - ٤- الأمراض المزمنة تُمثل حدثاً صدمياً لدى من يُعانون منها، وبالتالي فإنهم بحاجة ماسةً إلى التخفيف من حدتها من خلال استخدام عددٍ من المتغيرات الإيجابية مثل الصمود النفسي ونمو ما بعد الصدمة للتقليل من وتيرة المرض وتبعاته السلبية.
- النماذج البنائية المُفترضة في الدراسة الحالية:**
- افترض الباحث نموذجين بنائين أحدهما يُبرز الصمود النفسي كمتغير وسيط، والآخر يبرز الصمود النفسي كمتغير مُعدل للعلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة من مرضى الأمراض الصحية المزمنة:

الدور الوسيط والمعدل للصدمة النفسية في العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة

أولاً: الصمود النفسي كمتغير وسيط: وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

شكل (٤)

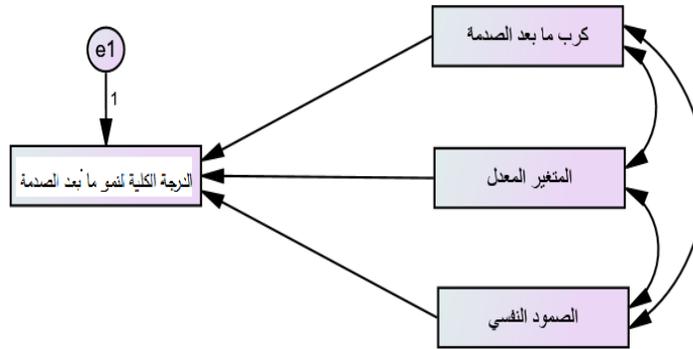
الصمود النفسي كمتغير وسيط في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة



ثانياً: الصمود النفسي كمتغير مُعدل: وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

شكل (٥)

الصمود النفسي كمتغير مُعدل للعلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والتطور التالي للصدمة



فرضية الدراسة:

- ١- يؤدي الصمود النفسي دورًا وسيطًا في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض الصحية المزمنة.

٢- يُسهم الصمود النفسي في تعديل العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض الصحية المزمنة.

المنهج والإجراءات:

المنهج: تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي؛ لمناسبته في تحقيق أهداف الدراسة والاجابة عن تساؤلاتها وفروضها؛ وفيما يلي شرح لمكونات المنهج المُستخدم:

أولاً: التصميم البحثي: اعتمدت الدراسة على التصميم الارتباطي الذي يُتيح الفرصة للكشف عن العلاقات الارتباطية والدور الوسيط الذي تؤديه الصمود النفسية من ناحية، وإسهام الصمود النفسية في تعديل العلاقة بين كرب ما بعد الصدمة والتطور التالي للصدمة لدى عينة الدراسة من مرضى الأمراض الصحية المزمنة من ناحيةٍ أخرى.

ثانياً: وصف العينات:

تكونت عينة الدراسة الحالية من عینتين هما العينة الاستطلاعية والعينة الأساسية ويمكن توضيح خصائص العينة على النحو التالي:

١- **العينة الاستطلاعية:** تكونت من ١٠٠ من مرضى الأمراض الصحية المزمنة، مُقسمين إلى (٣٨) من الذكور بنسبة ٣٨% و ٦٢ من الإناث بنسبة ٦٢% وتراوحت أعمار العينة ما بين ٣٢ و ٦٥ عاماً بمتوسط عمري قدره ٤٦,٦٠ عاماً وانحراف معياري قدره ٦,٦٩ وتم استخدام هذه العينة للتحقق من الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة وفيما يلي خصائص هذه العينة:

جدول (١)

خصائص عينة الكفاءة السيكومترية ن (١٠٠)

المتغيرات	الخصائص	ك	%
مستوى التعليم	يقرأ ويكتب	١	%١
	إعدادية	١	%١
	مؤهل متوسط	١٧	%١٧
	مؤهل جامعي	٦٦	%٦٦
	مؤهل فوق الجامعي	١٥	%١٥
المهنة	موظف	٥٨	%٥٨
	تاجر	١	%١
	طبيب	٣	%٣
	مهندس	٩	%٩
	طالب دراسات عليا	٢٥	%٢٥
الحالة الاجتماعية	بالمعاش	٤	%٤
	أعزب	٣١	%٣١
	متزوج	٦١	%٦١
	أرمل	٤	%٤
	مطلق	٤	%٤
الحالة الاقتصادية	فقير جداً	١	%١
	فقير	٤	%٤
	كاف	٨٣	%٨٣
	مرتفع	١٠	%١٠
	مرتفع جداً	٢	%٢
الأمراض الصحية التي يُعاني منها	أمراض الجهاز العصبي	٨	%٧,٤٣
	أمراض الصدر والجهاز التنفسي	١٩	%١٧,٤٣
	أمراض الكلى والمسالك البولية	١٢	%١١
	أمراض الجهاز العضلي والمفاصل	٣٣	%٣٠,٢٨
	أمراض الغدد والسكر والضغط	٢٢	%٢٠,١٨
	أورام (الكبد، المثانة، القولون، الثدي، المستقيم)	١٥	%١٣,٧٦

يتبين من الجدول السابق عدد من الخصائص الديموغرافية المتعلقة بعينة الكفاءة السيكومترية، ففيما يتعلق بمستوى التعليم يتبين أن ١٠٠% من العينة يُجيد القراءة والكتابة بغض النظر عن المستويات التعليمية، حيث بلغت نسبة الحاصلين على مؤهل عالٍ ومؤهل فوق عالٍ

حوالي ٨١% بينما نسبة الحاصلين على مؤهل متوسط أو أقل من المتوسط بلغت نسبتهم ١٩% مما يُعبر عن ارتفاع المستوى الثقافي لأفراد العينة، وبالتالي قدرتهم على فهم حقيقة الاضطرابات أو الأمراض الصحية التي يُعانون منها، وفيما يتعلق بالمهنة فإن ٧٠% من العينة من الموظفين، بينما ٣٠% من العينة يعملون إما في وظائف حرفية أو طلاب للدراسات العليا أو بالمعاش، وفيما يتعلق بالحالة الاجتماعية تُلاحظ من الجدول أن ٦٠% من العينة متزوجين بينما ٤٠% من غير المتزوجين أو المُطلقين أو الأرمال، وفيما يتعلق بالحالة الاقتصادية ومستوى الدخل تُلاحظ أن ٩٥% من العينة ذوي دخل يتراوح ما بين كافٍ ومرتفع جداً بينما ٥% من العينة يُعانون من الفقر وهذا يؤكد على مُناسبة المستوى الاقتصادي للعينة وعدم معاناة الغالبية العظمى من أية أعباء أو مشكلات اقتصادية، وفيما يتعلق بالأمراض الصحية المزمنة التي يُعاني منها أفراد العينة تُلاحظ أن ٣٠,٢٥% من العينة تُعاني من أمراض العظام والجهاز العضلي والتهابات المفاصل، كما أن ٢٠,١٨% من العينة تُعاني من السكر وضغط الدم وأمراض الأوعية الدموية، ويُعاني ١٧,٤٣% من أفراد العينة من أمراض الصدر والربو الجهاز التنفسي، كما أن ١١,١٢% من العينة تُعاني من مشكلات بالمسالك والجهاز التناسلي، بينما ٧,٤٣% من العينة تُعاني من مشكلات والتهابات بالأعصاب والجهاز العصبي، بينما ١٣,٧٦% من العينة تُعاني من أورام ومشكلات في (الكبد، المثانة، القولون، الثدي، والمستقيم)، ومثل هذه الاضطرابات تُعبر عن تنوع وتعدد الخصائص الديموجرافية والمشكلات والصحية التي تُعاني منها عينة الدراسة.

٢- عينة الدراسة الأساسية:

تكونت من ٢١٠ من مرضى الأمراض الصحية المزمنة، مُقسمين إلى (٩٨) من الذكور بنسبة ٤٧% و(١١٢) من الإناث بنسبة ٥٣% وتراوحت أعمار العينة ما بين ٣٤ و ٦٥ عاماً بمتوسط عمري قدره ٤٢,٢٧ عاماً وانحراف معياري قدره ٨,٥٥ وفيما يلي خصائص العينة الأساسية:

جدول (٢)

خصائص عينة الدراسة الأساسية ن (٢١٠)

المتغيرات	الخصائص	ك	%
مستوى التعليم	يقرأ ويكتب	٤	٢
	إعدادية	٥	٢,٤
	مؤهل متوسط	٣٥	١٦,٧
	مؤهل جامعي	١٤٣	٦٨,١
	مؤهل فوق الجامعي	٢٣	١١
المهنة	موظف	١٤٨	٧٠,٤٨
	تاجر	٦	٢,٩٠
	طبيب	٥	٢,٤٠
	مهندس	٢١	١٠
	طالب دراسات عليا	٢٣	١٠,٩٥
الحالة الاجتماعية	بالمعاش	٧	٣,٣٣
	أعزب	٥٤	٢٥,٢٧
	متزوج	١٣٥	٦٤,٣٠
	أرمل	٨	٣,٨
الحالة الاقتصادية	مطلق	١٣	٦,٢
	فقير جداً	٦	٢,٩
	فقير	١٠	٤,٨
	كاف	١٧٠	٨١
	مرتفع	٢٠	٩,٥
الأمراض الصحية التي يُعاني منها (ملحوظة) بعض المرضى يُعانون من أكثر من مرض	مرتفع جداً	٤	١,٩
	أمراض الجهاز العصبي	١٠	٤,٧٦
	أمراض القلب والأوعية الدموية والضغط	٦٥	٣٠,٩٥
	أمراض الصدر والجهاز التنفسي	٤٧	٢٢,٣٨
	أمراض الكلى والمسالك البولية	١٥	٧,١٤
	أمراض الجهاز العضلي والمفاصل	٧٨	٣٧,١٤
	أمراض الغدد والسكر	٤٥	٢١,٤٣
أورام (الكبد، المثانة، القولون، الثدي، المستقيم)	٥	٢,٣٨	

يتبين من الجدول السابق عدد من الخصائص الديموجرافية المتعلقة بعينة الدراسة الأساسية، ففيما يتعلق بمستوى التعليم يتبين أن ١٠٠% من العينة يُجيد القراءة والكتابة بغض النظر عن المستويات التعليمية، حيث بلغت نسبة الحاصلين على مؤهل عالٍ ومؤهل فوق عالٍ حوالي ٧٩,١% بينما نسبة الحاصلين على مؤهل متوسط أو أقل من المتوسط بلغت نسبتهم ٢٠,١% مما يُعبر

د. سيد أحمد محمد الوكيل

عن ارتفاع المستوى الثقافي لأفراد العينة وبالتالي قدرتهم على فهم الأمراض الصحية التي يُعانون منها، وفيما يتعلق بالمهنة فإن ٨٢,٨٨% من العينة من الموظفين، بينما ١٧,١٢% من العينة يعملون إما في وظائف حرفية أو طلاب للدراسات العليا، وفيما يتعلق بالحالة الاجتماعية تُلاحظ من الجدول أن ٦٤,٣٠% من العينة متزوجين بينما ٣٥,٧% من غير المتزوجين أو مطلقين أو أرامل، وفيما يتعلق بالحالة الاقتصادية ومستوى الدخل تُلاحظ أن ٩٢,٣٠% من العينة ذوي دخل يتراوح ما بين كافٍ ومرتفع جداً بينما ٧,٧% من العينة يُعانون من الفقر وهذا يؤكد على مناسبة المستوى الاقتصادي للعينة وعدم معاناة الغالبية العظمى من أية أعباء أو مشكلات اقتصادية، وفيما يتعلق بالأمراض الصحية المُزمنة التي يُعاني منها أفراد العينة تُلاحظ أن ٣٧,١٤% من العينة تُعاني من أمراض العظام والجهاز العضلي والتهابات المفاصل، كما أن ٣٠,٩٥% من العينة تُعاني من أمراض القلب وضغط الدم وأمراض الأوعية الدموية، ويُعاني ٢٢,٣٨% من أفراد العينة من أمراض الصدر والربو الجهاز التنفسي، كما أن ٢١,٤٣% من العينة تُعاني من أمراض السكر واضطرابات في الغدد، كما أن ٧,١٤% من العينة تُعاني من مشكلات بالمسالك والجهاز التناسلي، بينما ٤,٧٦% من العينة تُعاني من مشكلات والتهابات بالأعصاب والجهاز العصبي، بينما ٢,٣٨% من العينة تُعاني من أورام ومشكلات في (الكبد، المثانة، القولون، الثدي، المستقيم)، ومثل هذه الاضطرابات تُعبر عن تنوع وتعدد الخصائص الديموجرافية والمشكلات والصحية التي تُعاني منها عينة الدراسة.

ثالثاً: أدوات الدراسة: تضمنت الدراسة الحالية عدد من الأدوات والتي يمكن توضيحها على النحو التالي:

١- استبانة جمع البيانات الأولية إعداد الباحث

تهتم هذه الاستبانة بجمع عدد من البيانات الأساسية حول النوع والسن والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والمهنة والمستوى الاقتصادي ومستوى الدخل السنوي والحالة الصحية والمشكلات الصحية التي تُعاني منها الحالة ومدى تأثيرها على العلاقات الاجتماعية والمهنية،

وهذه الاستبانة ليس لها درجة كلية ويتم تحليلها بناءً على التكرارات والنسب المئوية لكل متغير من متغيراتها.

٢- مقياس كرب ما بعد الصدمة المشتق من معايير ومحكات الدليل التشخيصي والإحصائي

الخامس:

Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) Past Month
Version (Weathers et al., 2015) تعريب الباحث

أعد هذا المقياس كلٌّ من (Weathers et al., 2015) استنادًا إلى المحكات التشخيصية لأعراض كرب ما بعد الصدمة الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) ويتكون هذا المقياس من ٢٧ بندًا من بنود التقرير الذاتي التي تهتم بتقدير أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ويُستخدم في تقدير الأعراض الحالية لكرب ما بعد الصدمة أو الأعراض التي كان يُعاني منها الفرد منذ شهر، علاوة على إمكانية استخدامه في تشخيص الأعراض التي يُعاني منها الفرد لفترةٍ طويلةٍ من حياته، وتستهدف بنود الاختبار تقدير بداية وحدة أعراض الكرب الذاتي وتأثيرها على الوظائف المهنية والاجتماعية ومدى تحسن الأعراض منذ آخر تقدير للاضطرابات أو للشعور بالكرب، وتحديد عما إذا كانت الأعراض الانفصالية موجودة من عدمه، وتم صياغة عدد من البنود أو العبارات التي تقيس كل عرض من أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، كما أن قائمة أحداث الحياة الضاغطة المُستتبطة من الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس تُعد مهمة جدًا في تحديد أعراض كرب ما بعد الصدمة، وبالتالي يُعد هذا المقياس أداةً مهمةً ومُفيدةً للباحثين الإكلينكيين الذين يهتمون بتقدير وتشخيص أعراض كرب ما بعد الصدمة، وتتراوح فئات الإجابة عن بنوده ما بين صفر و٤ درجات، والدرجة (صفر) تُعبر عن عدم وجود العرض أو الاضطراب، أما الدرجة (٤) فتُعبر عن وجود مُعانة شديدة من العرض أو الاضطراب وبذلك تتراوح الدرجة الكلية ما بين (صفر) و(١٠٨)، وتُعبر الدرجة المُرتفعة عن المُعانة من اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وتتوزع بنود هذا المقياس على ستة من المحكات الدالة على كرب ما بعد الصدمة وذلك على النحو التالي:

د. سيد أحمد محمد الوكيل

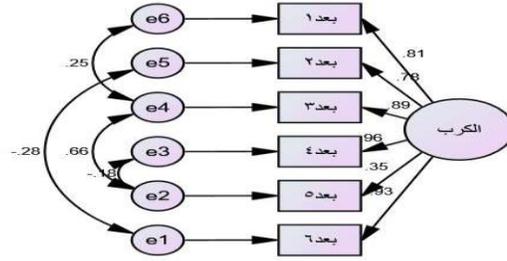
- وجود واحد أو أكثر من الأعراض التدخلية أو التطفلية المرتبطة بالأحداث الصادمة والتي تبدأ بعد الحدث المؤلم، ويتضمن هذا المحك البنود أرقام (١،٢،٣،٤،٥).
 - التجنب: وينطوي على استمرار تجنب المحفزات والمثيرات المرتبطة بالأحداث المؤلمة، ويتضمن البندين (٦، ٧).
 - التغيرات المعرفية والمزاجية السلبية المرتبطة بالأحداث السلبية التي حدثت أو تزداد سوءاً بعد الصدمة أو بعد التعرض للأحداث المؤلمة، ويتضمن البنود أرقام (٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٤).
 - التغيرات في النشاط والإثارة أو التفاعل مع الأشياء المرتبطة بالأحداث المؤلمة، وتُعبّر في الوقت ذاته عن تفاقم الأحداث المؤلمة بعد التعرض للصدمة ويشمل البنود (١٥، ١٦، ١٧، ١٨، ١٩، ٢٠).
 - استمرارية الأعراض المرتبطة بالصدمة وتشمل البنود (٢١، ٢٢).
 - العجز الناتج عن الحدث الصدمي ويبدو في عدد من المجالات مثل المجالات الاجتماعية، والمهنية، وفي الوظائف والأحداث المهمة لدى الفرد ويتضمن البنود أرقام (٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦، ٢٧)، وقد قام كلٌّ من Kira et al., (2020) بحساب ثبات المقياس باستخدام مُعامل ثبات ألفا وتبين أن قيمة هذا المُعامل بلغت ٠,٩٤٥ وهو معامل ثبات مرتفع.
- الكفاءة القياسية النفسية للمقياس في الدراسة الحالية:
- قام الباحث بترجمة المقياس للعربية وتم عرض الترجمة على أحد المتخصصين في اللغة الانجليزية ثم أعيد ترجمة البنود العربية ترجمة عكسية إلى الانجليزية لبيان التطابق والتشابه بين النسختين الأصلية والمترجمة وهي خطوة مهمة أمكن للباحث من خلالها الاطمئنان على دقة الترجمة ومناسبتها، وبعد ذلك تم الحصول على الكفاءة القياسية النفسية للمقياس من خلال الحصول على صدقه وثباته وذلك على النحو التالي:
- الصدق:** حصل الباحث على صدق المقياس باستخدام الصدق العملي التوكيدي، اعتماداً على التحليل العملي التوكيدي من الدرجة الثانية بافتراض أن العوامل المُشاهدة (البنود) لكل محك من

الدور الوسيط والمعدل للصدمة النفسية في العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة

محكات أو الأبعاد الفرعية للمقياس تنتسب على عامل كامن عام من الدرجة الثانية وهو كرب ما بعد الصدمة، وقبل البدء بالتحليل العاملي التوكيدي تم تصميم نموذج لمقياس كرب ما بعد الصدمة وفقاً للنسخة الأجنبية المعدة والمُستخدمة من قبل واضعي المقياس أنفسهم وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

شكل (٦)

النموذج المفترض لأبعاد مقياس أعراض كرب ما بعد الصدمة وتشعبات مكوناته باستخدام برنامج آموس ٢٤



(كا^٢ = ٨,٢٠٨ ، درجات الحرية=٥ ، مستوى الدلالة = ٠,١٤٥)

وأجري التحليل العاملي التوكيدي على ذات العينة الاستطلاعية، وحُسب من خلال برنامج آموس AMOS ٢٤، وتبين منه ارتفاع مؤشرات حسن المطابقة وبالتالي تحقق الصدق التوكيدي للمقياس وهذا ما يوضحه الجدول الآتي:

جدول (٣)

مؤشرات حسن المطابقة للنموذج الخاص بمقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة

المدى المثالي للمؤشر	قيمة المؤشر	مؤشرات حسن المطابقة
(٠ إلى ٥)	١,٦٤٢	النسبة بين مربع كاي ودرجات الحرية X^2/df
اقترب القيمة من ١ صحيح	٠,٩٨٧	مؤشر حسن المطابقة GFI
اقترب القيمة من ١ صحيح	٠,٩٤٧	مؤشر حسن المطابقة المصحح بدرجة الحرية AGFI
اقترب القيمة من ١ صحيح	٠,٩٩٣	مؤشر المطابقة المعياري NFI
اقترب القيمة من ١ صحيح	٠,٩٩٧	مؤشر المطابقة المقارن CFI
اقترب القيمة من ١ صحيح	٠,٩٩٢	مؤشر المطابقة التزايد IFI
اقترب القيمة من ١ صحيح	٠,٩٩٢	مؤشر توكر لويس TLI
(٠ إلى ٠,٠٨)	٠,٠٥٥	مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي RMSEA

د. سيد أحمد محمد الوكيل

يتضح من الجدول السابق أن النموذج المُفترض لمقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة يؤكد على عديد من المؤشرات الدالة على جودة هذه المطابقة، وجاءت في المدى المثالي واقتربت من الواحد الصحيح في معظمها، فالنسبة بين χ^2 ودرجات الحرية كانت (1,683) وهي نسبة أقل من (5) وبالتالي تدل على قبول النموذج، كما أن قيمة χ^2 غير دالة إحصائياً وهي شرط يُفضل وجوده لقبول النموذج، بالإضافة إلى مؤشر حسن المطابقة GFI، ومؤشر حسن المطابقة المُصحح بدرجات الحرية أو المعدل AGFI، ومؤشر المطابقة المعياري NFI، ومؤشر المطابقة المقارن CFI، مؤشر المطابقة التزايدية IFI، مؤشر توكر لوبيس TLI وجميعها قيم مُرتفعة تصل إلى حد تساويها مع الحد الأقصى لهذه المؤشرات (واحد صحيح)، وبالتالي فإن هذه المؤشرات المُتحصل عليها في النموذج الحالي تدل على ارتفاع مؤشرات جودة المطابقة للنموذج المُفترض، بالإضافة إلى مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي RMSEA وهو من أهم مؤشرات جودة المطابقة في التحليل العاملي التوكيدي، وبلغت قيمته (0,055) وهو مُعدل جيد ويدل على أن النموذج يطابق تماماً بيانات العينة في البيئة المحلية، وهو ما يؤكد الصدق البنائي لمقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، والجدول التالي يوضح الأوزان الانحدارية للامعيارية لنموذج الصدق العاملي التوكيدي الخاص بمقياس تقدير أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة:

جدول (4)

الأوزان الانحدارية للامعيارية لنموذج الصدق العاملي التوكيدي الخاص بمقياس تقدير أعراض اضطراب

كرب ما بعد الصدمة

رقم البعد	البعد	التقدير	الخطأ المعياري	النسبة الحرجة	الدلالة
الأول	الأعراض التطفلية	1,201	0,071	16,866	0,001
الثاني	التجنب	0,498	0,036	13,965	0,001
الثالث	التغيرات المعرفية	1,026	0,071	21,026	0,001
الرابع	الإثارة	1,397	0,051	27,142	0,001
الخامس	الاستمرارية	0,074	0,014	5,230	0,001
السادس	العجز	1,000	تم تثبيت وزنه الانحداري		

◆ الدور الوسيط والمعدل للصمود النفسي في العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة ◆

يتبين من الجدول ارتفاع النسبة الحرجة لجميع بنود المقياس، كما وصلت هذه النسب لمستويات الدلالة المقبولة إحصائيًا مما يُعبر عن الصدق البنائي للمقياس، والجدول التالي يوضح الوزن الانحداري المعياري للبنود على عوامل المقياس والتي تُعبر عن التأثيرات المباشرة المعيارية:

جدول (٥)

الأوزان الانحدارية المعيارية للنموذج المفترض لمقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة في ضوء الصدق العاملي

رقم البُعد	التقدير	رقم البُعد	التقدير	رقم البُعد	التقدير
١	٠,٨٠٩	٣	٠,٨٩٢	٥	٠,٣٥٤
٢	٠,٧٧٦	٤	٠,٩٦٤	٦	٠,٩٢٦

يتضح من الجدول السابق أن جميع تشبعات الأبعاد على الدرجة الكلية لمقياس أعراض كرب ما بعد الصدمة مرتفعة، مما يدل على أن البيانات التي حصل عليها الباحث من عينة التحقق من الكفاءة القياسية النفسية مُلائمة للنموذج البنائي للمقياس؛ مما يُحقق الصدق البنائي للمقياس. **النتائج:** تم الحصول على ثبات المقياس من خلال حساب معامل ثبات ألفا وثبات التجزئة النصفية مع تصحيح طول المقياس باستخدام معادلتني سبيرمان براون (في حالة تساوي تباين نصفي المقياس) وجتمان (في حالة عدم تساوي تباين نصفي المقياس) وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (٦)

مُعاملات ثبات مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (ألفا وماكدونالد أوميغا والتجزئة النصفية) ن = ١٠٠

الأبعاد	معامل ألفا	ماكدونالد أوميغا	معامل الثبات	طريقة تصحيح طول الاختبار
الأعراض التطفلية	٠,٨٣٥	٠,٨٤١	٠,٧٢٤	جتمان
التجنب	٠,٧٤٥	٠,٧٥٥	٠,٧٦٥	سبيرمان براون
التغيرات المعرفية	٠,٧٩٢	٠,٧٨٦	٠,٦٨١	جتمان
الإثارة	٠,٨٠٣	٠,٨٠٦	٠,٧٩٠	سبيرمان براون
الاستمرارية	٠,٧٤٥	٠,٧٤٨	٠,٧٥٦	سبيرمان براون
العجز	٠,٨٠٥	٠,٨٠١	٠,٧١٧	جتمان
الدرجة الكلية	٠,٩٤٥	٠,٩٥٠	٠,٩٢٨	جتمان

د. سيد أحمد محمد الوكيل

يتبين من الجدول السابق ارتفاع مُعاملات الثبات لمقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة سواء بطريقة ألفا أو ماكدونالد أوميغا أو التجزئة النصفية بعد تصحيح طول الاختبار بمعادلتى سبيرمان براون وجتمان مما يُعبر عن ثبات المقياس.

٣- مقياس كونور- دافيدسون للصمود النفسي: Connor-Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003): تعريف الباحث

يتكون هذا المقياس من (٢٥) بنداً من بنود التقرير الذاتي، واعتمد تصميم هذا المقياس على التعريف الاجرائي للصمود النفسي الذي وضعه دافيدسون بنفسه حيث عرفه على أنه القدرة على التصدي ومواجهة الشدائد والأزمات مع التحلي بشيءٍ من النمو الازدهار والنجاح في مواجهة والتغلب على الشدائد والأزمات، وهذا المقياس أحد مقاييس التقرير الذاتي التي يتم الاجابة عنها وفقاً لمقياس ليكرت خماسي الاستجابة والتي تتضمن (ليس صحيحاً على الاطلاق، نادراً، أحياناً، غالباً، دائماً) وتتراوح فئات الدرجات المقابلة ما بين صفر و ٤ درجات وبذلك يتراوح مدى الدرجات ما بين صفر و ١٠٠ درجة خام، والدرجة المُرتفعة على المقياس تعكس ارتفاع مستوى الصمود النفسي؛ وقد كشف التحليل العاملي الاستكشافي لوضعي المقياس في صورته الأصلية عن تشبع بنوده على خمسة عوامل أساسية هي: الكفاءة الشخصية والتماسك، الثقة في الذات والتسامح، التقبل الإيجابي للتغيير والعلاقات الآمنة، الضبط، التأثيرات الروحية والدينية، ويتمتع المقياس بثباتٍ وصدق جيدين، كما أن لديه قدرة عالية على التمييز بين مرتفعي ومنخفضي الصمود النفسي، وقد تم تطبيق المقياس على عينة من العاديين، والمرضى في المجتمع الأمريكي، وتبين من نتائج التطبيق تمتع هذا المقياس بدرجةٍ عاليةٍ من الصدق والثبات، فبالنسبة للصدق بلغ الصدق التقاربي بين مقياس "كونور- دافيدسون" ومقياس (Kobasa et al, 1979)، للصلابة النفسية (+٠,٨٧)، في حين بلغ الصدق التباعدي بين مقياس الصمود النفسي ومقياس كوهين (Cohen, et. al, 1983) للإحساس بالضغط (-٠,٧٦)، وبلغ مُعامل ثبات ألفا ما بين (٠,٨٩)، و٠,٩٤)، ومُعامل الثبات عن طريق إعادة الاختبار (٠,٨٧)، وتراوحت مُعاملات الاتساق الداخلي ما بين (٠,٧٠-٠,٣٠) كما أن درجة القطع التي تُعبر عن المُعانة من الاضطرابات النفسية

النتيجة عن كرب ما بعد الصدمة بلغت ٤٧,٧ درجة (Connor & Davidson, 2003)، وقد تم استخدام هذا المقياس في عددٍ من البيئات والمجتمعات البحثية في كثيرٍ من دول العالم، وتم التحقق من كفاءته السيكمترية باستخدام الصدق العاملي التوكيدي في ضوء النموذج الأصلي لوضاعا المقياس حيث تم التحقق من تشبع بنوده على العوامل الخمسة التي توصل إليها كلٌّ من Connor & Davidson (2003) وتوصلت نتائج هذه الدراسات إلى تأكيد النموذج الخاص بالمقياس وهو تشبع بنوده على خمسة عوامل، وهذا ما أوضحتها نتائج دراسة كلٌّ من Jung et al (2012) التي أجريت في كوريا، ونتائج دراسة كلٌّ من Mazano- Garcia & Calvo (2013) التي أجريت في إسبانيا، ونتائج دراسة كلٌّ من Gonzalez et al (2016) التي أجريت في بريطانيا، ونتائج دراسة كلٌّ من Papini et al (2021) التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية، وفي البيئة المصرية قام كلٌّ من سيد الوكيل ويسرا راضي (٢٠١٧) بالتحقق من صدق المقياس وثباته من خلال تطبيقه على (١٠٠) من أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتم التحقق من صدقه باستخدام الصدق العاملي التوكيدي وتبين من نتائجه أن النموذج المُفترض لأبعاد مقياس الصمود النفسي يُطابق تمامًا بيانات العينة المصرية، ويؤكد على تشبع أبعاده على خمسة عوامل من خلال مؤشرات جودة المُطابقة، حيث كانت النسبة بين كافيًا ودرجات الحرية في المدى المثالي وهي (١,٨٨٦) بالإضافة إلى مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي RMSEA بلغت قيمته (٠,٠٧٥) وهو معدل مقبول ويدل ذلك على أن النموذج يطابق تمامًا البيانات، وهو ما يؤكد على الصدق البنائي لأبعاد المقياس، وأنه يتمتع بالصدق العاملي التوكيدي على البيئة المصرية، كما تم الحصول على ثباته باستخدام ثبات ألفا وتبين من نتائجه أن جميع معاملات الثبات للأبعاد مرتفعة حيث تراوحت ما بين (٠,٧٧ - ٠,٩٤) ومعامل ثبات المقياس ككل دالة بلغ (٠,٩٧) وهذه معاملات ثبات مُرتفعة مما يُعبر عن ثبات المقياس.

وحيث أن الباحث في دراسته الحالية سيعتمد على التحليل العاملي التوكيدي كطريقة أساسية للتحقق من الصدق التوكيدي للنموذج المُقترح من قبل واضع المقياس في ضوء العوامل الخمسة المُقترحة من قبلهما بصرف النظر عن عدد البنود في كلِّ بُعد من أبعاده، كما أن الباحث سيتعامل

د. سيد أحمد محمد الوكيل

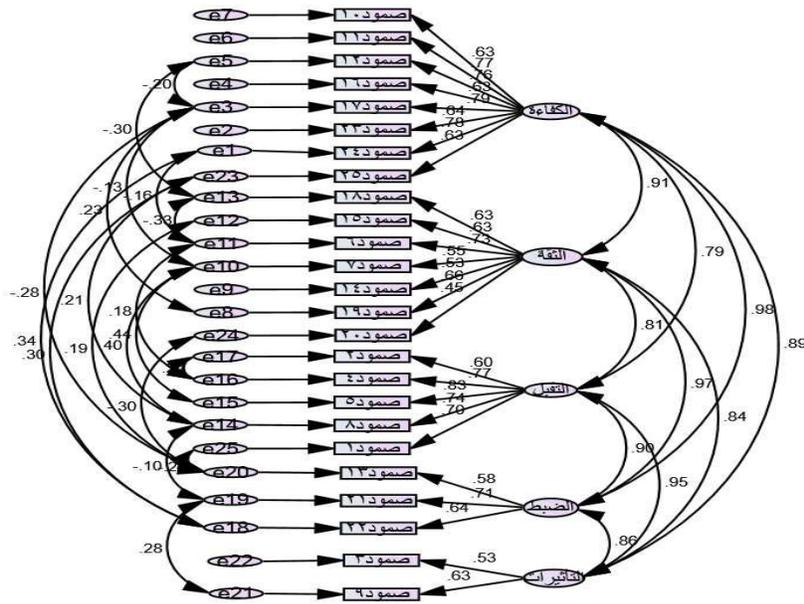
في نتائجه مع الدرجة الكلية للصدود النفسي وليس درجة الأبعاد الفرعية، وبالتالي قام الباحث بالتحقق من تشبع بنود المقياس على الأبعاد الخمسة المقترحة من قبل واضع المقياس في البيئة المحلية.

الكفاءة القياسية النفسية للمقياس في الدراسة الحالية:

الصدق: حصل الباحث على صدق المقياس باستخدام الصدق العاملي التوكيدي من خلال تطبيقه على العينة الاستطلاعية وبلغ عددها ١٠٠ من مرضى الأمراض المزمنة، وقبل البدء بالتحليل العاملي التوكيدي تم تصميم نموذج لمقياس الصدود النفسي وفقاً للنسخة الأجنبية المعدة والمُستخدمة من واضعي المقياس أنفسهم وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

شكل (٧)

النموذج المفترض لأبعاد مقياس الصدود النفسي وتشعباته مكوناته باستخدام برنامج أموس ٢٤



وأجري التحليل العاملي التوكيدي على ذات العينة الاستطلاعية وحُسب من خلال برنامج أموس ٢٤ وتبين منه ارتفاع مؤشرات حسن المُطابقة، وبالتالي تحقق الصدق التوكيدي للمقياس وهذا ما أوضحه الجدول الآتي:

جدول (٧)

مؤشرات حسن المطابقة للنموذج الخاص بمقياس الصدوم النفسي (ن=١٠٠)

المدى المثالي للمؤشر	قيمة المؤشر	مؤشرات حسن المطابقة
(٠ إلى ٥)	١,٥٨١	النسبة بين مربع كاي ودرجات الحرية X^2/df
اقتراب القيمة من ١ صحيح	٠,٩٣٣	مؤشر حسن المطابقة GFI
اقتراب القيمة من ١ صحيح	٠,٨٩٠	مؤشر حسن المطابقة المصحح بدرجات الحرية AGFI
اقتراب القيمة من ١ صحيح	٠,٨٨٦	مؤشر المطابقة المعياري NFI
اقتراب القيمة من ١ صحيح	٠,٩٥٣	مؤشر المطابقة المقارن CFI
اقتراب القيمة من ١ صحيح	٠,٩٥٥	مؤشر المطابقة التزايدى IFI
اقتراب القيمة من ١ صحيح	٠,٩٣٣	مؤشر توكر لويس TLI
(٠ إلى ٠,٠٨)	٠,٠٥٤	مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي RMSEA

يتضح من الجدول السابق أن النموذج المُفترض لمقياس الصدوم النفسي يُطابق تمامًا بيانات العينة الحالية، ويؤكد تشبع بنود المقياس على خمسة عوامل من خلال عديد من المؤشرات الدالة على جودة هذه المطابقة، حيث وقعت النسبة بين كاي ودرجات الحرية في المدى المثالي وهو (١,٥٨١)؛ وهي أقل من (٢) وتدل على أن النموذج المُقترح مُطابق تمامًا للنموذج المُفترض لبيانات العينة، بالإضافة إلى أن مؤشر حسن المطابقة GFI، ومؤشر حسن المطابقة المصحح بدرجات الحرية أو المعدل AGFI، ومؤشر المطابقة المعياري NFI، ومؤشر المطابقة المقارن CFI، ومؤشر المطابقة التزايدى IFI، ومؤشر توكر لويس TLI، وجميعها قيم مُرتفعة تصل إلى حد اقتراب تساويها مع الحد الأقصى لهذه المؤشرات (واحد صحيح)، وتشير القيمة المرتفعة في هذه المؤشرات إلى تطابق أفضل للنموذج مع بيانات العينة، بالإضافة إلى أن مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي RMSEA وبلغت قيمته في هذا المقياس (٠,٠٥٤) وهو مُعدل يؤكد جودة النموذج، وأن

د. سيد أحمد محمد الوكيل

النموذج يُطابق البيانات، وهو ما يؤكد الصدق البنائي لمقياس الصمود النفسي وأنه يتمتع بدلالات الصدق العاملي التوكيدي على البيئة المصرية، والجدول التالي يوضح الأوزان الانحدارية اللامعيارية لنموذج الصدق العاملي التوكيدي للمقياس:

جدول (٨)

الأوزان الانحدارية اللامعيارية للنموذج الصدق العاملي التوكيدي الخاص بمقياس الصمود النفسي

المتغير	البند	التقدير	الخطأ المعياري	النسبة الحرجة	الدلالة
الكفاءة الشخصية	صمود ٢٤	١,٠٠٠			
	صمود ١٠	٠,٩٠٧	٠,٠٨٥	١٠,٦٩٩	٠,٠٠١
	صمود ١١	٠,٨٨٢	٠,٠٧٩	١١,٢٠٩	٠,٠٠١
	صمود ١٢	١,٠٩٠	٠,٠٨٣	١٣,١٠٤	٠,٠٠١
	صمود ١٦	١,٠٤٩	٠,٠٨٤	١٢,٤٣٨	٠,٠٠١
	صمود ١٧	٠,٧٧١	٠,٠٨٧	٨,٨٢٢	٠,٠٠١
	صمود ٢٣	٠,٨٣٠	٠,١٠٢	٨,١٦٩	٠,٠٠١
	صمود ٢٥	٠,٩١٦	٠,٠٨٢	١١,١٢٣	٠,٠٠١
	صمود ١٩	١,٠٠٠			
التسامح	صمود ٦	٠,٧٥٦	٠,١١٢	٦,٧٣٨	٠,٠٠١
	صمود ٧	٠,٩٥٥	٠,١٢٢	٧,٨١٩	٠,٠٠١
	صمود ١٤	١,٢٠٢	٠,١٢٤	٩,٦٨٤	٠,٠٠١
	صمود ١٥	١,٢٢٦	٠,١٢٧	٩,٩٤٣	٠,٠٠١
	صمود ١٨	١,٠٧٧	٠,١٢٥	٨,٦١٢	٠,٠٠١
	صمود ٢٠	١,٠٩١	٠,١٢٩	٨,٤٨١	٠,٠٠١
	صمود ٨	١,٠٠٠			
التقبل	صمود ١	١,٧٦٢	٠,٢٩٩	٥,٨٩٦	٠,٠٠١
	صمود ٢	١,٥٣٩	٠,٢٧٠	٥,٦٩٣	٠,٠٠١
	صمود ٤	٢,٠٣٠	٠,٣٣٢	٦,١١٥	٠,٠٠١
	صمود ٥	١,٦٥٠	٠,٢٨٤	٥,٨٠٠	٠,٠٠١
الضبط	صمود ٢٢	١,٠٠٠			
	صمود ١٣	١,٠٥٠	٠,١٠٥	٩,٩٩١	٠,٠٠١
	صمود ٢١	٠,٩٨٧	٠,١٠٦	٩,٢٧٧	٠,٠٠١

الدور الوسيط والمعدل للصمود النفسي في العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة

الروحانية	صمود ٩	١,٠٠٠	تم تثبيت وزنه الانحداري	
	صمود ٣	١,١٤٨	٠,١٠٧	١٠,٧٠٧

يتبين من الجدول السابق ارتفاع النسبة الحرجة لجميع بنود المقياس، كما وصلت هذه النسب لمستويات الدلالة المقبولة إحصائيًا مما يُعبر عن الصدق البنائي للمقياس، والجدول التالي يوضح الوزن الانحداري المعياري للبنود على عوامل المقياس والتي تُعبر عن التأثيرات المباشرة المعيارية:

جدول (٩)

الأوزان الانحدارية المعيارية للنموذج المفترض لمقياس الصمود النفسي في ضوء الصدق العملي التوكيدي

رقم التقدير	رقم البند								
٠,٧١٠	٢١	٠,٦٣٠	١٦	٠,٧٧٣	١١	٠,٧٣٣	٦	٠,٧٠٢	١
٠,٦٤٠	٢٢	٠,٧٩٠	١٧	٠,٧٦٢	١٢	٠,٥٥٢	٧	٠,٦٠٣	٢
٠,٦٤١	٢٣	٠,٦٣١	١٨	٠,٥٨٠	١٣	٠,٧٤٠	٨	٠,٥٣٢	٣
٠,٧٩٠	٢٤	٠,٦٦٣	١٩	٠,٥٣٠	١٤	٠,٦٣٠	٩	٠,٧٧٠	٤
٠,٦٣٠	٢٥	٠,٤٦٠	٢٠	٠,٦٣٠	١٥	٠,٦٣٠	١٠	٠,٨٣٠	٥

يتضح من الجدول (٩) أن جميع تشبعات البنود على الدرجة الكلية لمقياس الصمود النفسي مرتفعة، مما يدل على أن البيانات التي حصل عليها الباحث من عينة التحقق من الكفاءة القياسية النفسية مُلائمة للنموذج البنائي للمقياس؛ مما يُحقق الصدق البنائي للمقياس وهذه المؤشرات تؤيد تجانس بنود وأبعاد المقياس مما يُعبر عن الصدق البنائي للمقياس.

الثبات: تم الحصول على ثبات المقياس من خلال حساب معامل ثبات ألفا وثبات مكرونالد أوميغا وثبات التجزئة النصفية مع تصحيح طول المقياس باستخدام معادلتني سبيرمان براون (في حالة تساوي تباين نصفي المقياس) وجتمان (في حالة عدم تساوي تباين نصفي المقياس) وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (١٠)

معاملات ثبات مقياس الصمود النفسي (ألفا وماكدونالد أوميغا والتجزئة النصفية) ن = ١٠٠

المقياس	معامل ألفا	مكدونالد أوميغا	التجزئة النصفية	طريقة تصحيح طول الاختبار
---------	------------	-----------------	-----------------	--------------------------

د. سيد أحمد محمد الوكيل

الكفاءة والتماصك	٠,٨٨٣	٠,٨٨٨	٠,٨٦٥	سيبرمان براون
الثقة والتسامح	٠,٧٩٥	٠,٨٠٥	٠,٧٣٥	جتمان
التقبل الإيجابي	٠,٨٦٦	٠,٨٧٥	٠,٨١٩	جتمان
الضبط	٠,٧٠٦	٠,٧٢٧	٠,٧١٢	جتمان
التأثيرات الروحية	٠,٦٧١	٠,٧٠١	٠,٦٧٠	سيبرمان براون
الدرجة الكلية	٠,٩٤٠	٠,٩٥١	٠,٨٦٢	جتمان

يتبين من الجدول السابق ارتفاع معاملات الثبات لمقياس الصمود النفسي سواء بطريقة ألفا أو ماك دونالد أوميغا أو بالتجزئة النصفية بعد تصحيح طول الاختبار بمعادلتى سيبرمان براون، وجتمان مما يُعبر عن ثبات المقياس.

٤- قائمة نمو ما بعد الصدمة: (PTGI) The Post-Traumatic Growth Inventory إعداد (Tedeschi & Calhoun, 1996) تعريب الباحث

ويهتم هذا المقياس بتقدير وتقييم التغيرات والتطورات الإيجابية المُدركة التي تحدث عقب التعرض لصدّات أو أزمات، وتتمثل هذه التغيرات في تعزيز العلاقات، وزيادة التقدير الإيجابي للحياة وغيرها من مظاهر التغيرات الإيجابية لدى الأفراد الذين تعرضوا لأزمات أو حوادث أو صدمات أو تجارب مُجهدة في حياتهم، وتكون هذا المقياس في صورته النهائية من ٢١ بنداً يتم الاجابة عنها وفقاً لمقياس ليكرت سداسي الاستجابة، حيث تضمنت فئات الاستجابة (لم أواجه أي تغيير نتيجة لأزميتي، واجهت هذا التغيير بدرجةٍ صغيرةٍ جداً، واجهت هذا التغيير بدرجةٍ صغيرةٍ، واجهت هذا التغيير بدرجةٍ متوسطةٍ، واجهت هذا التغيير بدرجةٍ شديدةٍ، واجهت هذا التغيير بدرجةٍ شديدةٍ جداً) وتتراوح الدرجات المُقابلة لهذ الاستجابات ما بين صفر و ٥ درجات، وبذلك يتراوح مدى الدرجات ما بين صفر و ١٠٥ درجة، وقد قام واضع المقياس بالتحقق من كفاءته السيكمترية من خلال الحصول على صدقه وثباته، حيث أظهر التحليل العملي الاستكشافي لبنود المقياس تشبع هذه البنود على خمسة عوامل هي:

١- التعلق بالآخرين: ويتضمن سبعة بنود (٧) وبلغت نسبة تباين هذا العامل ١٧% من التباين الكلي للمقياس.

٢- الامكانات أو الاحتمالات الجديدة: وتشبع عليه خمسة بنود (٥) وبلغت نسبة تباينه ١٦% من التباين الكلي للمقياس.

٣- القوة الشخصية: وتشبع عليه أربعة بنود (٤) وبلغت نسبة تباينه ١١% من التباين الكلي للمقياس.

٤- التغيرات الروحية: وتشبع عليه بندان وبلغت نسبة التباين ٩% من التباين الكلي للمقياس.

٥- التقدير الإيجابي للحياة: وتشبع عليه ثلاثة بنود (٣) وبلغت نسبة التباين ٩% من التباين الكلي للمقياس.

وعلى ذلك فإن نسبة التباين المُفسر للتغيرات الكلية للمقياس بلغت ٦٢% وهي نسبة مرتفعة جداً وتؤكد على صدق المقياس صدقاً عاملياً؛ كما تم الحصول على ثبات المقياس من خلال حساب ثبات الاتساق الداخلي (ألفا) حيث بلغ معامل ثبات الدرجة الكلية للمقياس ٠,٩٠، وهو معامل ثبات مرتفع، كما تم حساب الثبات أيضاً باستخدام طريقة إعادة التطبيق، وبلغت قيمة معامل الارتباط بين التطبيقين ٠,٧١، وهو معامل مرتفع.

وقد أُجريت عديد من الدراسات على هذا المقياس في البيئة العربية والأجنبية وتبين من نتائجها تمتع هذا المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات، مثل دراسة كلٌّ من (Kira et al., 2013) والتي تبين منها أن معامل ثبات ألفا للمقياس ككل بلغ ٠,٩٦، كما أن معاملات ألف للمقاييس الفرعية الخمسة تراوحت ما بين ٠,٧٠، ٠,٨٣، وهي معاملات ثبات مرتفعة تكشف عن تمتع هذا المقياس بكفاءة سيكومترية جيدة.

الكفاءة القياسية النفسية للمقياس في الدراسة الحالية:

قام الباحث بترجمة المقياس للعربية، ثم عرض الترجمة على أحد زملائه المتخصصين في اللغة الإنجليزية لبيان دقة الترجمة ثم أعاد ترجمة البنود ترجمة عكسية من العربية إلى الإنجليزية

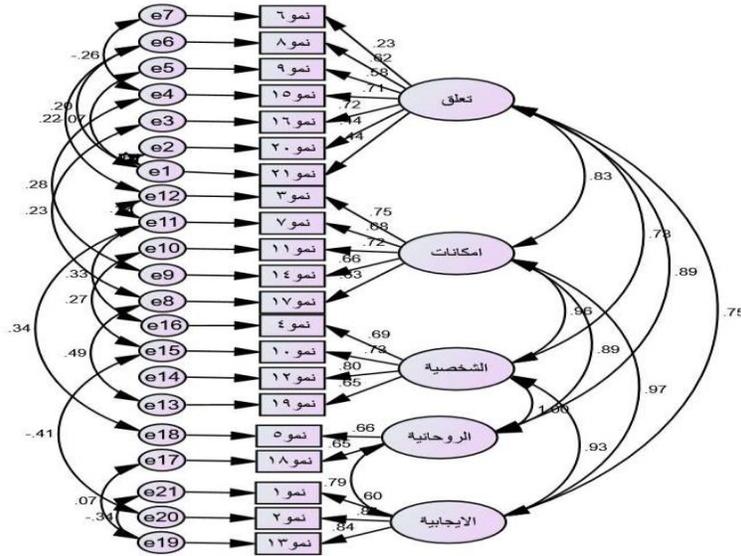
د. سيد أحمد محمد الوكيل

لتحقيق درجة من التطابق بين الترجمتين، وبعد ذلك تم الحصول على الكفاءة القياسية النفسية له من خلال الحصول على صدقه وثباته وذلك على النحو التالي:
الصدق:

حصل الباحث على صدق المقياس باستخدام الصدق العملي التوكيدي وقبل البدء بالتحليل العملي التوكيدي تم تصميم نموذج للمقياس وأبعاده الفرعية وفقاً للنسخة الأجنبية المعدة من قبل واضعاً المقياس أنفسهما وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

شكل (٨)

النموذج المفترض لأبعاد مقياس نمو ما بعد الصدمة وتشعبات مكوناته باستخدام برنامج آموس ٢٤



◆ الدور الوسيط والمعدل للصدمة النفسية في العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة ◆

وأجرى التحليل العاملي التوكيدي على ذات العينة الاستطلاعية وحُسب من خلال برنامج أموس ٢٤ وتبين منه ارتفاع مؤشرات حسن المطابقة، وبالتالي تحقق الصدق التوكيدي للمقياس وهذا ما أوضحه الجدول الآتي:

جدول (١١)

مؤشرات جودة المطابقة للنموذج الخاص بمقياس نمو ما بعد الصدمة (ن=١٠٠)

المدى المثالي للمؤشر	قيمة المؤشر	مؤشرات حسن المطابقة
أن تكون (كا ^٢) غير دالة	كا ^٢ = ٨٨,٢١ الدلالة = ٠,١٢٣	قيمة مربع كاي (كا ^٢) (الفروق بين النموذج المقترح والنموذج الحالي)
(٠ إلى ٥)	٢,٧٦١	النسبة بين مربع كاي ودرجات الحرية X^2/df
اقترب القيمة من ١ صحيح	٠,٨٩٥	مؤشر حسن المطابقة GFI
اقترب القيمة من ١ صحيح	٠,٩١١	مؤشر حسن المطابقة المصحح بدرجات الحرية AGFI
اقترب القيمة من ١ صحيح	٠,٩٨٨	مؤشر المطابقة المعياري NFI
اقترب القيمة من ١ صحيح	٠,٩٣٤	مؤشر المطابقة المقارن CFI
اقترب القيمة من ١ صحيح	٠,٩٣٧	مؤشر المطابقة التزايدية IFI
اقترب القيمة من ١ صحيح	٠,٩٨٨	مؤشر توكر لويس TLI
(٠ إلى ٠,٠٨)	٠,٠٦	مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي RMSEA

يتضح من الجدول السابق أن النموذج المُفترض لمقياس نمو ما بعد الصدمة يُطابق تمامًا بيانات العينة الحالية، ويؤكد تشبع بنوده على خمسة أبعاد من خلال عديد من المؤشرات الدالة على جودة هذه المطابقة، حيث وقعت النسبة بين كاي^٢ ودرجات الحرية في المدى المثالي وهو (٢,٧٦١)؛ كما أن قيمة كاي^٢ كانت غير دالة، بالإضافة إلى مؤشر حسن المطابقة GFI، ومؤشر

د. سيد أحمد محمد الوكيل

حسن المطابقة المُصحح بدرجات الحرية أو المعدل AGFI، ومؤشر المطابقة المعياري NFI، ومؤشر المطابقة المقارن CFI، ومؤشر المطابقة التزايدِي IFI، ومؤشر توكّر لويس TLI، وجميعها قيم مُرتفعة تصل إلى حد اقتراب تساويها مع الحد الأقصى لهذه المؤشرات (واحد صحيح). بالإضافة إلى أن مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي RMSEA وبلغت قيمته (0,06) وهو مُعدل يؤكد جودة النموذج، وأن النموذج يُطابق البيانات، وهو ما يؤكد الصدق البنائي لمقياس نمو ما بعد الصدمة في الدراسة الحالية، وأنه يتمتع بدلالات الصدق العاملي التوكيدي على البيئة المصرية، وعلى الرغم من اتفاق عدد من المُتخصصين في القياس النفسي على أن قيمة مؤشر جودة المطابقة GFI يجب أن تكون 0,9 فأكثر فإنهم قد قرروا أيضًا بأن وصول هذه القيمة إلى 0,8 يُعد أمرًا مقبولاً في مؤشرات جودة المُطابقة (Karakaya-Ozyer & Aksu-(Dunya, 2018 والجدول التالي يوضح الأوزان الانحدارية للامعيارية لمقياس نمو ما بعد الصدمة:

جدول (١٢)

الأوزان الانحدارية للامعيارية للنموذج الصدق العاملي التوكيدي الخاص بمقياس نمو ما بعد الصدمة

المتغير	البند	التقدير	الخطأ المعياري	النسبة الحرجة	الدلالة
التعلق بالآخرين	نمو ٢١	١,٧٤٥	٠,٦٣٢	٢,٧٦٢	٠,٠٠٦
	نمو ٢٠	١,٩٠٦	٠,٦٨٨	٢,٧٧٢	٠,٠٠٦
	نمو ١٦	٣,١١٣	١,٠٤٥	٢,٩٧٩	٠,٠٠٣
	نمو ١٥	٣,١٣٦	١,١٠٩	٢,٨٢٦	٠,٠٠٥
	نمو ٩	٢,٣٤٨	٠,٨٠٩	٢,٩٠٣	٠,٠٠٤
	نمو ٨	٢,٤٩١	٠,٨٤٩	٢,٩٣٥	٠,٠٠٣
	نمو ٦	١,٠٠٠			
نمو ١٧	١,٠٠٠				تم تثبيت وزنه الانحداري
الامكانيات الجديدة	نمو ١٤	١,٠٢٨	٠,١٢٣	٨,٣٧٦	٠,٠٠١
	نمو ١١	١,١٩٨	٠,١٣٣	٩,٠٣٦	٠,٠٠١
	نمو ٧	١,١٣٣	٠,١٣١	.٨	٠,٠٠١
	نمو ٣	١,٢٠٥	٠,١٣٠	٩,٢٧٨	٠,٠٠١
	نمو ١٩	١,٠٠٠			
القوة الشخصية	نمو ١٢	١,١٢١	٠,١١١	١٠,٠٨٦	٠,٠٠١
	نمو ١٠	١,٠٣٨	٠,١١١	٩,٣٥٤	٠,٠٠١
	نمو ٤	٠,٩٤٦	٠,١٠٦	٨,٩٢٧	٠,٠٠١

الدور الوسيط والمعدل للصمود النفسي في العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة

المتغير	البند	التقدير	الخطأ المعياري	النسبة الحرجة	الدلالة
التغيرات الروحية	نمو ١٨	١,٠٠٠	تم تثبيت وزنه الانحداري		
	نمو ٥	١,٠٣٦	٠,١٢١	٨,٥٧١	٠,٠٠١
التغيرات الإيجابية	نمو ١٣	١,٠٠٠	تم تثبيت وزنه الانحداري		
	نمو ٢	٠,٩٢٧	٠,٠٦٨	١٣,٥٨٠	٠,٠٠١
	نمو ١	٠,٧٧٩	٠,٠٩٥	٨,١٧٣	٠,٠٠١

يتبين من الجدول السابق ارتفاع النسبة الحرجة لجميع بنود المقياس، كما وصلت هذه النسب لمستويات الدلالة المقبولة إحصائياً مما يُعبر عن صدق المقياس، والجدول التالي يوضح الوزن الانحداري المعياري للبنود على عوامل المقياس والتي تُعبر عن التأثيرات المباشرة المعيارية:

جدول (١٣)

الأوزان الانحدارية المعيارية للنموذج المفترض لمقياس نمو ما بعد الصدمة

التقدير	البن												
٠,٨٣	١٩	٠,٦٩	١٦	٠,٦٥	١٣	٠,٧٢	١٠	٠,٣٣	٧	٠,٧١	٤	٠,٤٤	١
٨	١	١	١	١	١	٥	٠	٠	١	١	٤	٢	
٠,٨١	٢٠	٠,٦٤	١٧	٠,٨٠	١٤	٠,٦٨	١١	٠,٦٣	٨	٠,٥٧	٥	٠,٤٤	٢
٠	٦	٦	٢	٢	٣	٥	٥	٥	٦	٦	٤	٤	
٠,٦٠	٢١	٠,٦٦	١٨	٠,٧٣	١٥	٠,٧٤	١٢	٠,٦٥	٩	٠,٦٢	٦	٠,٧١	٣
٣	٢	٢	٣	٣	٣	٩	٧	٧	٣	٣	٥	٥	

يتضح من الجدول السابق أن جميع تشبعات البنود على الدرجة الكلية لمقياس نمو ما بعد الصدمة مرتفعة، مما يدل على أن البيانات التي حصل عليها الباحث من عينة الكفاءة القياسية النفسية ملائمة للنموذج البنائي للمقياس؛ كما أن هذه المؤشرات تؤيد جودة أو تجانس بنود وأبعاد المقياس مما يُعبر عن الصدق البنائي للمقياس.

د. سيد أحمد محمد الوكيل

ثبات المقياس: تم الحصول على ثبات المقياس من خلال حساب معامل ثبات ألفا وماكدونالد أوميغا وثبات التجزئة النصفية مع تصحيح طول المقياس باستخدام معادلتني سييرمان براون (في حالة تساوي تباين نصفي المقياس) وجتمان (في حالة عدم تساوي تباين نصفي المقياس) وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (١٤)

معاملات ثبات مقياس نمو ما بعد الصدمة (ألفا وماكدونالد أوميغا والتجزئة النصفية) $n = 100$

المقياس	معامل ألفا	ماكدونالد أوميغا	معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية	طريقة تصحيح طول الاختبار في حالة التجزئة النصفية
التعلق بالآخرين	٠,٧٦١	٠,٧٨٠	٠,٦٧٤	جتمان
الامكانيات الجديدة	٠,٨٢٥	٠,٨١٥	٠,٧٣٨	جتمان
القوة الشخصية	٠,٨١٣	٠,٨١٠	٠,٨٢٥	سييرمان براون
التغيرات الروحية	٠,٧٤٠	٠,٧٦٧	٠,٧٣٥	سييرمان براون
التغيرات الإيجابية	٠,٧٤١	٠,٧٣١	٠,٦٨٥	جتمان
الدرجة الكلية	٠,٩٢٦	٠,٩٣١	٠,٨٤٠	جتمان

يتبين من الجدول السابق ارتفاع معاملات الثبات لمقياس نمو ما بعد الصدمة سواء بطريقة ألفا أو ماكدونالد أوميغا أو بالتجزئة النصفية بعد تصحيح طول الاختبار بمعادلتني سييرمان براون وجتمان مما يُعبر عن ثبات المقياس.

نتائج الدراسة ومناقشتها

نتائج الفرض الأول ومناقشته:

ينص هذا الفرض على أنه " يؤدي الصمود النفسي دورًا وسيطًا في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة من مرضى الأمراض الصحية المزمنة " وقد تم التحقق من هذا الفرض باستخدام نمذجة المعادلة البنائية لمتغيرات الدراسة بأسلوب تحليل المسار اعتماداً على برنامج أموس ٢٤، نظرًا لأن هذا الفرض يسعى للوصول إلى التأثيرات المباشرة وغير المباشرة بين كرب ما بعد الصدمة (كمتغير مستقل) ونمو ما بعد

◆ الدور الوسيط والمعدل للصمود النفسي في العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة ◆

الصدمة (كمتغير تابع)، وقد حسب معامل الالتواء لمتغيرات الدراسة للتأكد من التوزيع الطبيعي للبيانات، ويوضح جدول (١٥) نتيجة هذا الإجراء:

جدول (١٥)

التوزيع الاعتمالي لمتغيرات الدراسة

الالتواء	البعد
٠,٥٨٥	كرب ما بعد الصدمة
٠,٢٦٨-	الصمود النفسية
٠,٢٢٩-	نمو ما بعد الصدمة

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الالتواء لمقاييس الدراسة قد قلت عن $+ 1,96$ وهذا يؤكد التوزيع الطبيعي للبيانات، كما تم حساب مصفوفة الارتباطات البينية بين متغيرات الدراسة، ويوضح جدول (١٦) نتيجة هذا الإجراء:

جدول (١٦)

مصفوفة الارتباطات البينية بين متغيرات الدراسة لدى العينة $n = 210$

معامل الارتباط	المتغيرات
٠,١٣١	كرب ما بعد الصدمة - نمو ما بعد الصدمة
٠,٢١٩**	كرب ما بعد الصدمة - الصمود النفسي
٠,٤٦٣**	الصمود النفسية - نمو ما بعد الصدمة

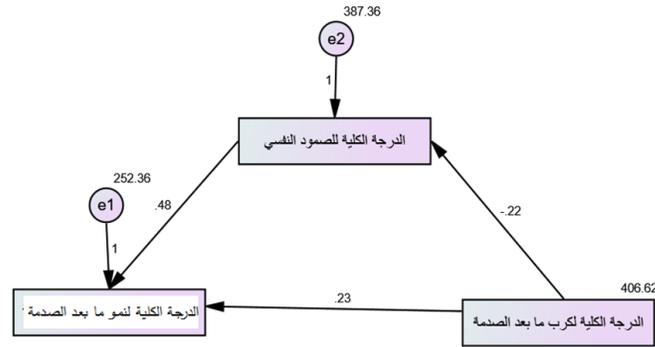
يتضح من الجدول السابق أن مصفوفة الارتباطات البينية لمتغيرات الدراسة تُشير إلى أن جميع معاملات الارتباط لم تتجاوز قيمة (٠,٨٠)، ومن ثم يمكن الانتقال إلى الخطوة التالية وهي اختبار فرض الدراسة باستخدام مدخل النمذجة البنائية باستخدام برنامج أموس، ويوضح شكل (٩) النموذج البنائي لمتغيرات الدراسة.

شكل (٩)

د. سيد أحمد محمد الوكيل

النموذج المقترح للصدود النفسي كمتغير وسيط في العلاقة بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى

عينة الدراسة.



(A;g)

وقد تم التأكد من صحة هذا النموذج المفترض من خلال مؤشرات جودة المطابقة والتي يُلخصها الجدول الآتي:

جدول (١٧)

مؤشرات جودة المطابقة للنموذج المفترض للعلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والصدود النفسي ونمو ما بعد

الصدمة لدى عينة الدراسة من مرضى الأمراض المزمنة ن = ٢١٠

مؤشرات حسن المطابقة	قيمة المؤشر	المدى المثالي للمؤشر
قيمة مربع كاي (كا ^٢) (الفروق بين النموذج المقترح والنموذج الحالي)	كا ^٢ = ٣٥,٢١ الدلالة = ٠,٢٧	أن تكون (كا ^٢) غير دالة
النسبة بين مربع كاي ودرجات الحرية DF	٢,٢٢٨	أن تكون القيمة أقل من ٥
مؤشر حسن المطابقة GFI	٠,٩٨٩	إقتراب القيمة من ١
مؤشر حسن المطابقة المصحح بدرجات الحرية AGFI	٠,٩٩٦	إقتراب القيمة من ١
مؤشر المطابقة المعياري NFI	٠,٩٦٠	إقتراب القيمة من ١
مؤشر المطابقة المقارن CFI	٠,٩٦١	إقتراب القيمة من ١
مؤشر المطابقة الترايدي IFI	٠,٩٦٢	إقتراب القيمة من ١
مؤشر توكر لويس TLI	٠,٩٧٤	إقتراب القيمة من ١
مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي RMSEA	٠,٠٧٢	(٠ إلى ٠,٠٨)

يتضح من الجدول السابق أن النموذج المفترض للعلاقات السببية بين كرب ما بعد الصدمة (كمتغير مستقل) الصمود النفسي (كمتغير وسيط) ونمو ما بعد الصدمة (كمتغير تابع) يُطابق بيانات عينة الدراسة الحالية، ويؤكد هذه المطابقة عديد من المؤشرات التي يتم قبول النموذج أو رفضه في ضوءها؛ حيث لم يصل مربع كاي (كا^٢) إلى مستوى الدلالة المعنوية فبلغت قيمته ٣٥,٢١ بدرجات حرية (٤٧) وبلغت النسبة بين كاي^٢ ودرجات الحرية DF (٢,٢٢٨) وهي قيمة جيدة ووقعت في المدى المثالي لها، ومؤشر جودة المطابقة للنموذج Goodness of Fit Index (GFI) وهو مربع مُعامل الارتباط المُتعدد في تحليل الانحدار وبلغت قيمته في النموذج الحالي ٠,٩٨٩، كما أن مؤشر حسن المطابقة المُصحح بدرجات الحرية أو المعدل Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) وبلغت قيمته في النموذج الحالي ٠,٩٩٦، وهذه الدرجة تقع في المؤشر المثالي، ومؤشر المطابقة المعياري Normed Fit Index (NFI) وبلغت قيمته في النموذج الحالي ٠,٩٦٠، ومؤشر المطابقة المقارن Comparative Fit Index (CFI) وبلغت قيمته في النموذج الحالي ٠,٩٦١، ومؤشر المطابقة التزايدية Incremental Fit Index (IFI) وبلغت قيمته في النموذج الحالي ٠,٩٦٩، مؤشر توكر لويس Tucker-Lewis Index (TLI) وبلغت قيمته في النموذج الحالي ٠,٩٧٤، وجميع مؤشرات حسن المطابقة السابقة حصلت على مُعاملات مرتفعة وصلت إلى حد اقتراب تساويها مع الحد الأقصى لهذه المؤشرات (واحد صحيح) وتُشير القيمة المُرتفعة في هذه المؤشرات إلى تطابق أفضل للنموذج مع بيانات العينة، بالإضافة إلى أن مؤشر جذر متوسط خطأ التقريب إلى متوسط المربعات Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) وبلغت قيمته ٠,٠٧٢، وهي قيمة جيدة لهذا المؤشر، ونخلص مما سبق إلى جودة النموذج المُقترح للعلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة (كمتغير مستقل) ونمو ما بعد الصدمة (كمتغير تابع) من خلال الصمود النفسي (كمتغير وسيط)، ومما يدعم هذه النتيجة أن قيمة كاي^٢ للفرق بين النموذج المُقترح والنموذج المثالي غير دالة مما يُعبر عن مُطابقة مثالية للنموذج المُقترح لبيانات عينة الدراسة، ومثل هذه النتائج تُعبر عن دور الصمود النفسي في توسط العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة.

د. سيد أحمد محمد الوكيل

وبناءً على ما تقدم قام الباحث بالتعرف على التأثيرات المباشرة وغير المباشرة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والصدمة والصدمة النفسي ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة، باستخدام أسلوب تحليل المسار Path analysis ببرنامج Amos24 للوصول إلى قيم معاملات الانحدار المعيارية (بيتا) واللامعيارية للمسارات المتضمنة في الشكل (٩) للنموذج المقترح، والقيمة الحرجة والخطأ المعياري والدلالة المعنوية لهذه القيم، وهذا ما يوضحه الجدول الآتي:

جدول (١٨)

معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية للمسارات للعلاقات بين كرب ما بعد الصدمة والصدمة والصدمة النفسي ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة ن = ٢١٠

التأثير	معامل الانحدار المعيارية	معامل الانحدار اللامعيارية	الخطأ المعياري	القيمة الحرجة	الدلالة المعنوية
كرب ما بعد الصدمة - نمو ما بعد الصدمة	٠,٢٤٤	٠,٢٢٥	٠,٠٥٦	٤,٠٣٣	٠,٠٠١
كرب ما بعد الصدمة - الصمود النفسي	-٠,٢١٩	-٠,٢١٩	٠,٠٦٨	-٣,٢٤٩	٠,٠٠١
الصدمة النفسي - نمو ما بعد الصدمة	٠,٥١٧	٠,٤٧٧	٠,٠٥٦	٨,٥٣٩	٠,٠٠١

يتبين من نتائج الجدول السابق وجود تأثير مباشر كلي موجب دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١ من كرب ما بعد الصدمة لنمو ما بعد الصدمة، بينما وجد تأثير مباشر كلي سالب دال إحصائياً عن مستوى ٠,٠٠١ من كرب ما بعد الصدمة للصدمة النفسي، وأخيراً وجد تأثير مباشر كلي موجب دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١ من الصمود النفسي لنمو ما بعد الصدمة، ويبين جدول (١٩) و جدول (٢٠) التقديرات البارامترية للنموذج البنائي باستخدام منهجية "إعادة المعاينة" Bootstrapping لتقدير دلالة التأثيرات المباشرة وغير المباشرة للعلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (كمتغير مُستقل) والصدمة النفسي (كمتغير وسيط) ونمو ما بعد الصدمة (كمتغير تابع) لدى عينة الدراسة من مرضى الأمراض المزمنة.

جدول (١٩)

التأثير المباشر لكرب ما بعد الصدمة على نمو ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة ن (٢١٠)

المسار	التأثير المباشر		
	الانحدار المعيارية	الخطأ المعياري	الدلالة
كرب ما بعد الصدمة ← نمو ما بعد الصدمة	٠,٢٢٥	٠,٠٥٦	٠,٠٠١

◆ الدور الوسيط والمعدل للصمود النفسي في العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة ◆

من الجدول السابق يتبين وجود تأثير مباشر دال معنوياً لأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (كمتغير مستقل) على نمو ما بعد الصدمة (كمتغير تابع) وكانت قيمته ٠,٢٤٤ وهو دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١.

جدول (٢٠)

التأثير غير المباشر لكرب ما بعد الصدمة على نمو ما بعد الصدمة من خلال الصمود النفسي لدى عينة الدراسة ن (٢١٠)

التأثير غير المباشر			المسار
الاتحدار المعياري	الخطأ المعياري	الاتحدار اللامعاري	
٠,٠١	٠,١١٣-	٠,٦٩٠	كرب ما بعد الصدمة ← نمو ما بعد الصدمة

يتبين من الجدول السابق وجود تأثير غير مباشر دال معنوياً لكرب ما بعد الصدمة (كمتغير مستقل) على نمو ما بعد الصدمة (كمتغير تابع) من خلال الصمود النفسي (كمتغير وسيط) وكانت قيمته -٠,١١٣، وهو دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١، وبملاحظة قيم التأثيرات المباشرة وغير المباشرة للصمود النفسي كمتغير وسيط؛ نجد أن قيمة التأثيرات المباشرة أكبر من قيمة التأثير غير المباشر لكرب ما بعد الصدمة على نمو ما بعد الصدمة، مما يؤكد وجود وساطة جزئية للصمود النفسي في تفسير العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة، وهو ما يعني أن جزءاً من التغيير في نمو ما بعد الصدمة يرجع إلى الدور الوسيط للصمود النفسي، وبالتالي يمكننا القول بأن الصمود النفسي يؤدي دوراً وسيطاً في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة من مرضى الأمراض الصحية المزمنة؛ فالصمود النفسي يعكس اتحاداً دينامياً من العوامل التي تُشجع التكيف أو التوافق الإيجابي على الرغم من التعرض لتجارب الحياة المُعاكسة (Shastri, 2013)، وعلى ذلك فإن التعرض للأزمات والصدمات لا يترتب عنه النمو أو التطور الإيجابي بشكلٍ مباشرٍ أو بشكلٍ حتمي ولكن هذا التطور الإيجابي لما بعد الصدمة يقوي بشكلٍ أكبر من خلال تأثيراتٍ وعلاقاتٍ غير مُباشرة تكمن عدد من الوسائط خلفها وهذا ما يؤديه الصمود النفسي التي تؤدي دوراً وسيطاً في العلاقة بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة (Mattson et al., 2018)، وغالبية الأشخاص الذين تعرضوا لأحداثٍ صادمةٍ يُحتمل أن يكون لديهم مستوى مرتفع من الصمود النفسي

(Bonanno et al, 2007) لأن الصمود النفسي يُعبر عن القدرة على التعامل مع المشاعر السلبية التي تنشأ عن تجربة مرهقة من خلال تطوير المصادر المرتبطة بهذه الوظيفة، ولكي يحدث نمو ما بعد الصدمة يجب على الشخص إظهار الصمود والعودة إلى مستوى الأداء الصحي قبل الوصول إلى مستويات أعلى من الأداء والكفاءة (Greup et al., 2018)، فمع تحلي الأفراد بالصدمة بالرغم من التعرض للأزمات، فإنهم يُصبحون أكثر قدرة على التوافق والتعايش مع البيئات الداخلية والخارجية المتغيرة باستمرار مما يعكس القدرة على التعايش والتطور الإيجابي مع التأثيرات والتغيرات الحياتية (Rhodes et al., 2021)؛ وقد اتفقت نتائج هذا الفرض مع نتائج عددٍ من الدراسات السابقة التي حاولت التحقق من الدور الوسيط للصدمة النفسية في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة، وكشفت نتائج هذه الدراسات عن أن الصمود النفسي قد يتوسط كلياً أو جزئياً العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى الأفراد ذوي الأمراض المزمنة أو من يتعرضون لمشكلاتٍ حياتية، ويبدو هذا التوسط من خلال التأثيرات غير المباشرة التي يؤديها الصمود النفسي في هذه العلاقة؛ حيث تبين من نتائج دراسة (Bensimon 2012) أن الصمود النفسي يتوسط جزئياً العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض الصحية المزمنة، وهذه النتيجة تتفق كلياً مع ما توصلت إليه نتائج الفرض الحالي؛ كما تبين من نتائج دراسة كلٍ من (Wu et al., 2015) أن التأثير غير المباشر للعلاقة بين الكرب النفسي ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة من خلال الصمود النفسي بلغ -0.189، بينما بلغ التأثير المباشر -0.024، وكليهما دال عند مستوى 0.005، وبالتالي يكون التأثير غير المباشر أكبر من التأثير المباشر وبالتالي تكون الوساطة هنا وساطة كلية، وهذا يُشير إلى دور الصمود النفسي في توسط العلاقة بين الكرب النفسي ونوعية الحياة، وتبين من نتائج دراسة كلٍ من (Langford et al., 2017) أن الصمود النفسي تتوسط العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والمُعانة من الأورام السرطانية، كما تبين من نتائج دراسة كلٍ من (Cho & Kang 2017) أن الصمود النفسي يتوسط جزئياً العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة وسمات الشخصية لدى مرضى القلب والشريان التاجي،

كما أظهرت نتائج دراسة كل من (Oginska- ulik & Kobylarczyk, 2017) أن الصمود النفسي يؤدي دوراً وسيطاً في العلاقة بين السمات المزاجية السلبية ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة، وهي ذات النتيجة التي توصلت إليها دراسة كل من (Greup et al., 2018) والتي تبين منها أن الصمود النفسي يؤدي دوراً وسيطاً في العلاقة بين أعراض كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان، كما أن نتائج دراسة كل من (Akerblom et al., 2018) أوضحت أن الصمود النفسي يؤدي دوراً وسيطاً في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة وشدة الألم، حيث توسط الصمود النفسي جزئياً العلاقة بين أعراض كرب ما بعد الصدمة وشدة الألم لدى مرضى الأمراض الصحية، كما أن نتائج دراسة كل من (Lee et al., 2019) أظهرت أن الصمود النفسي يؤدي دوراً وسيطاً في العلاقة بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض الصحية المزمنة، وهي ذات النتائج التي توصلت إليها دراسة كل من (Zhang et al, 2019) حيث أن الصمود النفسي يتوسط جزئياً العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض المزمنة، واتفقت نتائج الفرض الحالي أيضاً مع ما توصلت إليه نتائج دراسة كل من (Li et al., 2020) والتي تبين منها أن الصمود النفسي يؤدي دوراً وسيطاً في العلاقة بين الاضطرابات النفسية ونمو ما بعد الصدمة لدى مريضات سرطان الثدي، كما اتفقت نتائج هذا الفرض مع نتائج دراسة كل من (Faulkner et al, 2021) والتي تبين منها أن الصمود النفسي يؤدي دوراً وسيطاً في العلاقة بين المعاناة من الكرب النفسي والمهام الوظيفية لدى مرضى الصدمات والجراحات المخية ومرضى السكر من النوع الثاني، وهذه النتائج تُشير إلى أن الصمود النفسي قد يكون آلية نفسية جديدة تُسهم في إعادة تأهيل المرضى الذين يعانون من مرض السكر؛ كما اتفقت هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة كل من (Baker et al., 2021) والتي تبين منها أن الصمود النفسي يتوسط العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والشعور بنوعية الحياة أو طيب الحال أو التمتع؛ وهي ذات النتيجة التي توصلت إليه دراسة كل من (Rhodes et al., 2021) والتي تبين منها أن الصمود النفسي يتوسط العلاقة بين الأعراض النفسية السلبية التالية للصدمة ونوعية الحياة لدى مرضى الأمراض الصحية المزمنة.

د. سيد أحمد محمد الوكيل

ومثل هذه النتائج تبرز دور الصمود النفسي في تحديد مسار العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض الصحية المزمنة، وتلقي الضوء على أهمية التحلي بالصمود النفسي كسمة إيجابية من سمات الشخصية كونها تعمل كحائط صد ضد تعرض الفرد للأزمات التالية للصدمة وفي الوقت نفسه تُعزز من النمو والتطور الإيجابي التالي للصدمة.

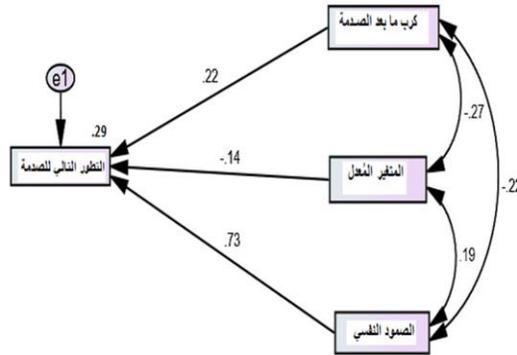
نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

ينص الفرض على أنه يُسهّم الصمود النفسي في تعديل العلاقة بين كرب ما بعد الصدمة كمتغير مستقل ونمو ما بعد الصدمة كمتغير تابع لدى عينة الدراسة من مرضى الأمراض الصحية المزمنة " وللتحقق من هذا الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل المسار Path analysis باستخدام برنامج Amos 24 والذي يعتمد على نظرية نمذجة المعادلات البنائية والمُتضمن فيها اختبار العلاقات السببية وتحليلات المسار لتأثير الصمود النفسي كمتغير مُعدل على العلاقة بين كرب ما بعد الصدمة (كمتغير مستقل) ونمو ما بعد الصدمة (كمتغير تابع)، ويوضح الشكل (١٠) النموذج السببي المقترح:

شكل (١٠)

النموذج المقترح للصمود النفسي كمتغير معدل للعلاقة بين كرب ما بعد الصدمة والتطور التالي للصدمة لدى عينة الدراسة ن=٢١٠

الدور الوسيط والمعدل للصدمة النفسية في العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة



وتم التحقق من مؤشرات جودة مطابقة النموذج المُفترض وتبين منه ارتفاع تلك المؤشرات، وهذا ما أوضحه الجدول الآتي:

جدول (٢١)

مؤشرات جودة مطابقة النموذج المقترح لدور الصمود النفسي في تعديل العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة من مرضى الأمراض الصحية المزمنة ن = ٢١٠

المدى المثالي للمؤشر	قيمة المؤشر	مؤشرات حسن المطابقة
قيمة مربع كاي (٢١٥) (الفروق بين النموذج المقترح والنموذج الحالي)	٥١,١١ = ٢١٥ الدلالة = ٠,١٧	
من صفر إلى ٥	٢,١١	النسبة بين مربع كاي ودرجات الحرية X^2/df
أقرب إلى ١	٠,٩٣٠	مؤشر حسن المطابقة GFI
أقرب إلى ١	٠,٩١٧	مؤشر حسن المطابقة المصحح بدرجات الحرية AGFI
أقرب إلى ١	٠,٩٢٢	مؤشر المطابقة المعياري NFI
أقرب إلى ١	٠,٩٤٧	مؤشر المطابقة المقارن CFI
أقرب إلى ١	٠,٩٤٨	مؤشر المطابقة التزايدى IFI
أقرب إلى ١	٠,٩٢٤	مؤشر توكر لويس TLI
(٠ إلى ٠,٠٨)	٠,٠٤١	مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي RMSEA

يتضح من الجدول السابق أن النموذج المُفترض لدور الصمود النفسي في تعديل العلاقة بين كلٍّ من أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (كمُتغير مستقل) ونمو ما بعد الصدمة (كمُتغير تابع) يتمتع بمستوى مرتفع من مؤشرات جودة المُطابقة، فجاءت النسبة بين كاي^٢ ودرجات الحرية

د. سيد أحمد محمد الوكيل

في المدى المثالي وهو (٢,١١)؛ وهي قيمة أقل من (٥)، بالإضافة إلى مؤشر حسن المطابقة GFI، ومؤشر حسن المطابقة المُصحح بدرجات الحرية أو المعدل AGFI، ومؤشر المطابقة المعياري NFI، ومؤشر المطابقة المقارن CFI، ومؤشر المُطابقة التزايدِي IFI، ومؤشر توكر لويس TLI، وجميعها قيم مُرتفعة تصل إلى حد اقتراب تساويها مع الحد الأقصى لهذه المؤشرات (واحد صحيح)، وتشير القيمة المرتفعة في هذه المؤشرات إلى تطابق أفضل للنموذج مع بيانات العينة، وبالتالي دل ذلك على جودة النموذج كما في نتائج النموذج الحالي، بالإضافة إلى أن مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي RMSEA بلغت قيمته في البحث الحالي (٠,٠٤١) وهو مُعدل يؤكد جودة النموذج، كما أن المؤشرات السابقة أكدت على دور الصمود النفسي في تعديل العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة، والجدول الآتي يعرض لمعاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية والقيمة الحرجة والخطأ المعياري والدلالة المعنوية وفقاً لما أظهره النموذج المُفترض.

جدول (٢٢)

معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية للعلاقات بين أعراض كرب ما بعد الصدمة والصمود النفسي والتطور التالي للصدمة.

العلاقة الانحدارية	معامل الانحدار المعيارية	معامل الانحدار اللامعيارية	الخطأ المعياري	القيمة الحرجة	الدلالة
كرب ما بعد الصدمة(مستقل) ← نمو ما بعد الصدمة	٠,٢١٨	٠,٢٩٨	٠,٠٦٢	٨,٨١٥	٠,٠٠١
المتغير المُعدل ← نمو ما بعد الصدمة (تابع)	-٠,١٣٨	-٠,١٧٩	٠,٠٥٨	-٢,٧٣	٠,٠١

يتضح من الجدول السابق، وجود دلالة معنوية لمُعامل انحدار متغير كرب ما بعد الصدمة على متغير نمو ما بعد الصدمة بمقدار ٠,٢١٨ وهو دال معنوياً عند مستوى ٠,٠٠١، ووجود دلالة معنوية لانحدار المُتغير المُعدل والمُتمثل في الصمود النفسي على التطور التالي للصدمة بمقدار -٠,١٣٨ وهو دال معنوياً عند مستوى ٠,٠١، وبملاحظة قيمة معامل الانحدار المعياري للصمود النفسي على العلاقة بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة؛ نجد أن معامل الانحدار للكرب على نمو ما بعد الصدمة كان ٠,٢١٨ ويتدخل الصمود النفسي قد تغير مُعامل الانحدار إلى -٠,١٣٨، وهذا يعني أن العلاقة بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة تختلف

باختلاف درجات الصمود النفسي لدى عينة الدراسة؛ وهو ما يُشير إلى تحقق هذا الفرض حيث أسهم الصمود النفسي في تعديل العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة من مرضى الأمراض الصحية المزمنة.

فالصمود النفسي يعمل على مواجهة الجوانب السلبية الناتجة عن المُعاناة من كرب ما بعد الصدمة عن طريق العمل كحاجز أو كقوة حاجزة إيجابية تُخفف من بعض مظاهر المُعاناة الناتجة عن هذا الكرب والتخلي بالسماوات الإيجابية في الشخصية والمُتمثلة في نمو ما بعد الصدمة لديهم، فعندما يرتفع مستوى الصمود النفسي لدى الفرد الذي يُعاني من أزماتٍ وصدمةٍ فإن العلاقة بين المُعاناة من كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة تتعدل بالشكل الذي يوحي بالقدرة على التوافق الإيجابي مع هذه المُعاناة والتغلب عليها؛ فالعلاقة بين كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة قد يتم تعديلها من خلال عددٍ من العوامل التي يُمكن التعرف عليها من خلال الآثار غير المُباشرة لهذه العوامل، وبالتالي يجب علينا التعرف على الآثار غير المُباشرة، وقد يُفترض أن الصمود النفسي يؤدي هذا الدور وهذا التأثير غير المباشر في العلاقة بين المتغيرين، كما أنه قد يُعدل من مسار العلاقة بين المتغيرين، ومن هنا فإن الصمود النفسي يُعد عاملاً مهماً من عوامل الصمود النفسي والتغلب على القلق لدى المرضى الذين يُعانون من الأمراض الصحية المزمنة (Gentili et al, 2019) وهو يُسهم بشكلٍ كبيرٍ في التخفيف من المشاعر السلبية المُرتبطة بأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، كما أنه يُسهم في إضعاف العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والمُعاناة من الأعراض النفسية أو الاضطرابات النفسية خاصةً لدى الأفراد الذين أظهروا مستوياتٍ مرتفعةٍ منها (Rodes et al., 2021)، وهذه النتائج تُشير إلى أن الصمود النفسي قد يكون آلية نفسية جيدة تُسهم في إعادة تأهيل المرضى الذين يُعانون من أمراض مزمنة وما يُصاحبها من اضطراباتٍ نفسيةٍ (Faulkner et al., 2021)؛ وقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة كلٍّ من Baker et al., (2021) والتي تبين أنها أن الصمود النفسي يُؤدي دوراً مُعدلاً في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والشعور بنوعية الحياة أو طيب الحال أو التمتع لدى ضباط الشرطة الذين يعانون من ضغوطٍ وأزماتٍ نفسيةٍ، وهي ذات النتائج التي توصلت

إليها دراسة كل من Boykin et al., (2020)، كما أن هذه النتائج قد أظهرتها دراسة كل من Gao et al., (2018) والتي تبين منها أن الصمود النفسي أسهم في التخفيف من الكرب النفسي والضيق المرتبط بالمُعاناة من السرطان، كما أنه أسهم في التخفيف من العواطف والانفعالات السلبية مثل الخوف والاكتئاب، علاوة على دوره في زيادة الثقة بالنفس والتحفيز من الأمل والقدرة على مواجهة التحديات، وهي ذات النتيجة التي توصلت إليها دراسة كل من Berghoff et al., (2018) والتي تبين منها أن الصمود النفسي أسهم في تعديل العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والشعور بالألام اليومية لدى مرضى الأمراض المزمنة، واتفقت أيضًا مع نتائج دراسة كل من Oginska- Bulik & Kobylarczyk (2017) والتي تبين منها أن الصمود النفسي يُعدل من التأثير المباشر للسمات المزاجية السلبية المرتبطة بالمُعاناة من الضيق والتوتر والاضطراب على التغيرات الإيجابية المرتبطة بنمو ما بعد الصدمة؛ وهي ذات النتيجة التي توصلت إليها دراسة كل من Ochoa et al., (2017) والتي تبين منها أن الصمود النفسي أسهم في خفض الأعراض المرتبطة بكرب ما بعد الصدمة وتحسين الأداء النفسي والاجتماعي للأفراد الذين تعرضوا لأحداثٍ صادمةٍ في حياتهم، كما أن نتائج دراسة كل من Ying et al., (2016) أظهرت أن الصمود النفسي ساهم في تعديل العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض الصحية المزمنة، وهو ما أظهرته أيضًا نتائج دراسة كل من Ying et al., (2014) والتي تبين منها أن الصمود النفسي ساهم في تعديل العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والمُعاناة من الاكتئاب، وقد تبين من نتائج دراسة كل من Bluvstein et al., (2013) أن مستوى الصمود النفسي عندما يرتفع فإن العلاقة بين أعراض كرب ما بعد الصدمة والشعور بالكرب النفسي يتم تعديلها واطعافها، وهذا ما أوضحته نتائج هذا الفرض حيث ساهم الصمود النفسي في تعديل العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة وكرب ما بعد الصدمة.

توصيات الدراسة:

١- كشفت نتائج الدراسة الحالية عن أن الصمود النفسي يؤدي دورًا وسيطًا ومُعدلاً في العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الأمراض الصحية

◆ الدور الوسيط والمعدل للصمود النفسي في العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة ونمو ما بعد الصدمة ◆

المزمنة، وهذه النتائج تؤكد على أننا كمختصين في علم النفس الاكلينيكي يجب علينا أن نأخذ في الاعتبار أهمية تنمية الصمود النفسي لما له من دورٍ فاعلٍ في التقليل من التبعات النفسية السلبية الناتجة عن التعرض للصدمات.

٢- يجب علينا كمتخصصون في علم النفس الإكلينيكي أن نُركز على تنمية الجوانب الإيجابية في الشخصية باعتبارها مدخلاً مهماً من مداخل الوقاية والعلاج.

٣- يجب علينا التعظيم من دور الصمود النفسي في العلاج النفسي كونه الأساس الذي تقوم عليه الموجة الثالثة من تيارات العلاج النفسي الحديث مثل العلاج بالتعلق والعلاج بالتقبل والالتزام.

المراجع:

سيد أحمد الوكيل، ويسرا راضي (٢٠١٧) الكفاءة السيكومترية لمقياس كونور- دافيدسون للصمود النفسي. مجلة كلية الآداب جامعة الفيوم. ١٦، ٢٩-٧٣.

صفاء الأعسر (٢٠٢١٠) الصمود النفسي من منظور علم النفس الإيجابي. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*. ١٤ (٦٦). ٢٥-٢٩.

مجمع اللغة العربية (٢٠٠٨) *المعجم الوسيط*. (ط٤). القاهرة: مكتبة الشروق الدولية.

Åkerblom, S., Perrin, S., Fischer, M. R., & McCracken, L.M. (2017). The impact of PTSD on functioning in patients seeking treatment for chronic pain and validation of the posttraumatic diagnostic scale. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(2), 249-259. [DOI10.1007/s12529-017-9641-8](https://doi.org/10.1007/s12529-017-9641-8)

Åkerblom, S., Perrin, S., Rivano Fischer, M., & McCracken, L. M. (2018). The relationship between posttraumatic stress disorder and chronic pain in people seeking treatment for chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 34(6), 487-496. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000561>

Albert, J. G., Kotsch, J., Köstler, W., Behl, S., Kaltz, B., Bokemeyer, B., & Fleig, W. E. (2008). Course of Crohn's disease prior to establishment of the diagnosis. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 46(02), 187-192. [doi:10.1055/s-2007-963524](https://doi.org/10.1055/s-2007-963524)

Aiena, B. J., Buchanan, E. M., Smith, C. V., & Schulenberg, S. E. (2016). Meaning, resilience, and traumatic stress after the Deepwater Horizon oil spill: A study of Mississippi coastal residents seeking mental health services. *Journal of Clinical Psychology*, 72(12), 1264-1278. [DOI: 10.1002/jclp.22232](https://doi.org/10.1002/jclp.22232)

American Psychiatric Association. (2013 a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.) Washington, DC: American Psychological Association.

American Psychological Association. (2013 b). The road to resilience: What is resilience. *American Psychological Association, Washington, DC, USA*. [online] [URL:http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx](http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx).

American Psychological Association (APA). (2018). 10 ways to build resilience. In *The road to resilience*. Retrieved from <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>

- Andrades, M., García, F. E., & Kilmer, R. P. (2020). Post-traumatic stress symptoms and post-traumatic growth in children and adolescents 12 months and 24 months after the earthquake and tsunamis in Chile in 2010: A longitudinal study. *International Journal of Psychology*, 56, (1), 48–55, DOI: [10.1002/ijop.12718](https://doi.org/10.1002/ijop.12718)
- Andreasen, N. C. (2011). What is post-traumatic stress disorder?. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(3):240–243 doi: [10.31887/DCNS.2011.13.2/nandreasen](https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.2/nandreasen)
- Andreou, E., Tsermentseli, S., Anastasiou, O., & Kouklari, E. C. (2021). Retrospective accounts of bullying victimization at school: Associations with post-traumatic stress disorder symptoms and post-traumatic growth among university students. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 14(1), 9-18. <https://doi.org/10.1007/s40653-020-00302-4>
- Baker, L. D., Stroman, J. C., Kalantar, E. A., Bock, R. C., & Berghoff, C. R. (2021). Indirect Associations Between Posttraumatic Stress Symptoms and Other Psychiatric Symptoms, Alcohol Use, and Well-being via Psychological Flexibility Among Police Officers. *Journal of Traumatic Stress*, 1–11 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/jts.22677>
- Barskova, T., & Oesterreich, R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. *Disability and rehabilitation*, 31(21), 1709-1733 <https://doi.org/10.1080/09638280902738441>
- Benight, C. C., Harwell, A., & Shoji, K. (2018). Self-regulation shift theory: A dynamic personal agency approach to recovery capital and methodological suggestions. *Frontiers in Psychology*, 9, 1738. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01738>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Russo, A. M., Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46, 327–343. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.011>

- Bensimon, M. (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 782-787. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.011>
- Bergerot CD, Clark KL, Nonino A, Waliany S, Buso MM. & Loscalzo M. (2015) Course of distress, anxiety, and depression in hematological cancer patients: association between gender and grade of neoplasm. *Palliat Support Care*, 13(2):115–23. [doi:10.1017/S1478951513000849](https://doi.org/10.1017/S1478951513000849)
- Berghoff, C. R., McDermott, M. J., & Dixon-Gordon, K. L. (2018). Psychological flexibility moderates the relation between PTSD symptoms and daily pain interference. *Personality and Individual Differences*, 124, 130-134. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.12.012>
- Beyer, K. M., Szabo, A., Hoormann, K., & Stolley, M. (2018). Time spent outdoors, activity levels, and chronic disease among American adults. *Journal of behavioral medicine*, 41(4), 494-503. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9911-1>
- Bluvstein, I., Moravchick, L., Sheps, D., Schreiber, S., & Bloch, M. (2013). Posttraumatic growth, posttraumatic stress symptoms and mental health among coronary heart disease survivors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(2), 164-172. [DOI 10.1007/s10880-012-9318-z](https://doi.org/10.1007/s10880-012-9318-z)
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist*, 59(1), 8-20 <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucchiarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671–682. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.671>

- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual review of clinical psychology*, 7, 511-53. [doi:10.1146/annurev-clinpsy-03.2210-104526](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-03.2210-104526).
- Boykin, D. M., Anyanwu, J., Calvin, K., & Orcutt, H. K. (2020). The moderating effect of psychological flexibility on event centrality in determining trauma outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(2), 193–199. <https://doi.org/10.1037/tra0000490>
- Brady, K. T., McCauley, J. L., & Back, S. E. (2021). The comorbidity of post-traumatic stress disorder (PTSD) and substance use disorders. *Textbook of Addiction Treatment*, 1327-1339.
- Brea Larios, D., Sandal, G. M., Guribye, E., Markova, V., & Sam, D. L. (2022). Explanatory models of post-traumatic stress disorder (PTSD) and depression among Afghan refugees in Norway. *BMC psychology*, 10(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00709-0>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain*, 10(4), 287-333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Eds.). (2014). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Routledge.
- Cengiz, I., Ergün, D., & Cakici, E. (2019). Posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth and psychological resilience in Syrian refugees: Hatay, Turkey. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(3), 269-276. <http://dx.doi.org/10.5455/apd.4862>
- Chen, L., Zhang, G., Hu, M., and Liang, X. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 203, 443–451. [doi:10.1097/NMD.0000000000000306](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000306)
- Chen, F., Ke, J., Qi, R., Xu, Q., Zhong, Y., Liu, T., ... & Lu, G. (2018). Increased inhibition of the amygdala by the mPFC may reflect a resilience factor in post-traumatic stress disorder: a resting-state

- fMRI granger causality analysis. *Frontiers in psychiatry*, 9, 516. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00516>
- Cho, G. J., & Kang, J. (2017). Type D personality and post-traumatic stress disorder symptoms among intensive care unit nurses: The mediating effect of resilience. *PloS one*, 12(4), e0175067. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175067>
- Chung, M. C., Jones, R. C., Harding, S. A., & Campbell, J. (2016). Posttraumatic stress disorder among older patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychiatric Quarterly* 87(4), 605-618. [doi 10.1007/s11126-015-9413-z](https://doi.org/10.1007/s11126-015-9413-z)
- Cloitre, M., Morin, N. A., & Linares, O. (2005). *Children's resilience in the face of trauma*. NY, New York: University Child Study Center.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression & anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Connor, K. M., Davidson, J. R., & Lee, L. C. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of traumatic stress*, 16(5), 487-494. <https://doi.org/10.1023/A:1025762512279>
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.176>
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Car Cooper, R. (2018). *Diagnosing the diagnostic and statistical manual of mental disorders*. New York. Routledge. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.176>
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 308-319. [DOI 10.1007/s10880-007-9083-6](https://doi.org/10.1007/s10880-007-9083-6)
- Corman, M., Rubio, M. T., Cabrespine, A., Brindel, I., Bay, J. O., De La Tour, R. P., & Dambrun, M. (2021). Retrospective and prospective measures of post-traumatic growth reflect different processes:

- longitudinal evidence of greater decline than growth following a hematopoietic stem-cell transplantation. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03007-y>
- Darabos, K., Renna, M. E., Wang, A. W., Zimmermann, C. F., & Hoyt, M. A. (2021). Emotional Approach Coping among Young Adults with Cancer: Relationships with Psychological Distress, Posttraumatic Growth, and Resilience. *Psycho-Oncology*, 1-8 <https://doi.org/10.1002/pon.5621>
- Dar, I. A., & Iqbal, N. (2020). Beyond linear evidence: The curvilinear relationship between secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth among healthcare professionals. *Stress and Health*, 36(2), 203-212. DOI:10.1002/smi. 2932
- Daskalakis, N. P., McGill, M. A., Lehrner, A., & Yehuda, R. (2016). Endocrine aspects of PTSD: Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) axis and beyond. *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorders*, 245-260. DOI 10.1007/978-3-319-08613-2130-1
- Dawas, M., & Thabet, A. A. (2017). The relationship between traumatic experience, post-traumatic stress disorder, resilience, and posttraumatic growth among adolescents in Gaza Strip. *JOJ Nurse Health Care*, 5(1), 386-395 DOI:10.19080/JOJNHC.2017.05.555652.
- Deng, L. X., Khan, A. M., Drajpuch, D., Fuller, S., Ludmir, J., Mascio, C. E., & Kim, Y. Y. (2016). Prevalence and correlates of posttraumatic stress disorder in adults with congenital heart disease. *The American Journal of Cardiology*, 117, 853–857. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2015.11.065>
- De Sousa, A. (2010). Psychological issues in acquired facial trauma. *Indian journal of plastic surgery: official publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 43(2), 200-205 doi: 10.4103/0970-0358.73452
- Dehnavi, S. R., Heidarian, F., Ashtari, F., & Shaygannejad, V. (2015). Psychological well-being in people with multiple sclerosis in an

- Iranian population. *Journal of Research in Medical Sciences*, 20(6), 535. [doi: 10.4103/1735-1995.165942](https://doi.org/10.4103/1735-1995.165942)
- Dollenberg, A., Moeller, S., Lücke, C., Wang, R., Lam, A. P., Philipsen, A., & Müller, H. H. (2021). Prevalence and influencing factors of chronic post-traumatic stress disorder in patients with myocardial infarction, transient ischemic attack (TIA) and stroke—an exploratory, descriptive study. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-10.
- Driscoll, M. A., Edwards, R. R., Becker, W. C., Kaptchuk, T. J., & Kerns, R. D. (2021). Psychological interventions for the treatment of chronic pain in adults. *Psychological Science in the Public Interest*, 22(2), 52-95. [DOI:10.1177/ 15291006211008157](https://doi.org/10.1177/15291006211008157)
- Diehl, M & Hay, E.L. (2013). Personality-related risk and resilience factors in coping with daily stress among adult cancer patients. *Res Hum Dev*, 10(1):47–69. [doi:10.1080/15427609.2013.760259](https://doi.org/10.1080/15427609.2013.760259)
- Duan, W., Guo, P., & Gan, P. (2015). Relationships among trait resilience, virtues, post-traumatic stress disorder, and post-traumatic growth. *PLOS ONE*, 10(5), e0125707. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125707>
- Duan, W., Ho, S. M., Tang, X., Li, T., & Zhang, Y. (2014). Character strength-based intervention to promote satisfaction with life in the Chinese university context. *Journal of Happiness Studies*, 15(6), 1347-1361. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9479-y>.
- Edmondson, D. (2014). An enduring somatic threat model of posttraumatic stress disorder due to acute life-threatening medical events. *Social and Personality Psychology Compass*, 8, 118–134. <https://doi.org/10.1111/spc3.12089>
- Edmondson, D., & Cohen, B. E. (2013). Posttraumatic stress disorder and cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 55, 548–556. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.03.004>
- Elderton, A., Berry, A., & Chan, C. (2017). A systematic review of posttraumatic growth in survivors of interpersonal violence in adulthood. *Trauma, Violence, & Abuse*, 18(2), 223-236. <https://doi.org/10.1177/1524838015611672>

- Eriega, E. G., Chidozie, I. G., Tunde, O. T., & Adebunmi, W. A. (2014). Personality and demographic factors as correlates of post-traumatic stress disorder (ptsd) among flood victims. *Br J Educ*, 2, 82-88.
- Faulkner, J. W., Snell, D. L., Theadom, A., Mahon, S., & Barker-Collo, S. (2021). The role of psychological flexibility in recovery following mild traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 66(4), 479–490. <https://doi.org/10.1037/rep0000406>
- Fenn, J., & Jose, M. (2020). Resilience and post-traumatic stress disorder among flood affected farmers of Kerala, India. *Indian Journal of Positive Psychology*, 11(4), 300-303.
- Frazier, P., Conlon, A., & Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(6), 1048.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 359(1449), 1367-1377. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1512>
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic reviews*, 27(1), 78-91. <http://dx.doi.org/10.1093/epirev/mxi003>
- Gao, W., Zhu, S., Bai, H., & Gao, L. (2018). Quality of life and its related factors in caregivers of patients with breast cancer. *Chinese Journal of Practical Nursing*, 34(22), 1686-1691. [doi10.3760/cma.j.issn.1672-7088.2018.22.002](https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.1672-7088.2018.22.002)
- Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M. J., & Somsen, G. A. (2008). Post-traumatic growth after a myocardial infarction: A matter of personality, psychological health, or cognitive coping? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15, 270–277. <https://doi.org/10.1007/s10880-008-9136-5>.
- Gentili, C., Rickardsson, J., Zetterqvist, V., Simons, L. E., Lekander, M., & Wicksell, R. K. (2019). Psychological flexibility as a resilience factor in individuals with chronic pain. *Frontiers in psychology*, 10, 2016. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02016>

- Ginès, P., Castera, L., Lammert, F., Graupera, I., Serra-Burriel, M., Allen, A. M., ... & LiverScreen Consortium Investigators. (2022). Population screening for liver fibrosis: Toward early diagnosis and intervention for chronic liver diseases. *Hepatology*, 75(1), 219-228. DOI: [10.1002/hep.32163](https://doi.org/10.1002/hep.32163)
- Gonzalez, S. P., Moore, E. W. G., Newton, M., & Galli, N. A. (2016). Validity and reliability of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in competitive sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 23, 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2015.10.005>
- Greup, S. R., Kaal, S. E., Jansen, R., Manten-Horst, E., Thong, M. S., van der Graaf, W. T., & Husson, O. (2018). Post-traumatic growth and resilience in adolescent and young adult cancer patients: An overview. *Journal of adolescent and young adult oncology*, 7(1), 1-14. <https://doi.org/10.1089/jayao.2017.0040>
- Grubaugh, A. L., & Resick, P. A. (2007). Posttraumatic growth in treatment-seeking female assault victims. *Psychiatric Quarterly*, 78, 145–155. DOI: [10.1007/s11126-006-9034-7](https://doi.org/10.1007/s11126-006-9034-7)
- Gu, Q., & Day, C. (2007). Teachers resilience: A necessary condition for effectiveness. *Teaching and Teacher education*, 23(8), 1302-1316. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2006.06.006>
- Gunst, D. C. M., Kaatsch, P., & Goldbeck, L. (2016). Seeing the good in the bad: which factors are associated with posttraumatic growth in long-term survivors of adolescent cancer?. *Supportive Care in Cancer*, 24(11), 4607-4615. DOI: [10.1007/s00520-016-3303-2](https://doi.org/10.1007/s00520-016-3303-2)
- Hamama-Raz, Y. (2012) Does psychological adjustment of melanoma survivors differs between genders? *Psychooncology*, 21(3):255–63. doi: [10.1002/pon.1889](https://doi.org/10.1002/pon.1889)
- Hatcher, M. B., Whitaker, C., & Karl, A. (2009). What predicts post-traumatic stress following spinal cord injury. *British journal of health psychology*, 14(3), 541-561. <https://doi.org/10.1348/135910708X373445>
- Häuser, W., Galek, A., Erbslöh-Möller, B., Köllner, V., Kühn-Becker, H., Langhorst, J., & Glaesmer, H. (2013). Posttraumatic stress disorder in

- fibromyalgia syndrome: prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. *PAIN*®, 154(8),1216-1223.<http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2013.03.034>
- Helm, R., & Mark, A. (2012). Analysis and evaluation of moderator effects in regression models: state of art, alternatives and empirical example. *Review of Managerial Science*, 6(4), 307-332. DOI [10.1007/s11846-010-0057-y](https://doi.org/10.1007/s11846-010-0057-y)
- Hobfoll, S. E., Canetti-Nisim, D., & Johnson, R. J. (2006). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and defensive coping among Jews and Arabs in Israel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 207–218 DOI: [10.1037/0022-006X.74.2.207](https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.207)
- Horn, S. R., & Feder, A. (2018). Understanding resilience and preventing and treating PTSD. *Harvard review of psychiatry*, 26(3), 158-174.[doi:10.1097/HRP.00000000000000194](https://doi.org/10.1097/HRP.00000000000000194)
- Islam, M. S., Ferdous, M. Z., Sujana, M. S. H., Tasnim, R., Masud, J. H. B., Kundu, S., ... & Gozal, D. (2021). The Psychometric Properties of the Bangla Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): A Large-scale Validation Study. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-210877/v1>
- Jaarsma, T. A., Pool, G., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2006). Psychometric properties of the Dutch version of the posttraumatic growth inventory among cancer patients . *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(10), 911- 920. [https:// doi.org/10.1002/ pon.1026](https://doi.org/10.1002/pon.1026)
- Jatchavala, C., Vittayanont, A., & Ngamkajornviwat, A. (2018). Post-Traumatic Stress Disorder and Resilience In Substance-Related Disorders For Patients In The South Thailand Insurgency. *Asian Journal of Psychiatry*, 19(2). 2231-7805
- Jung, Y. E., Min, J. A., Shin, A. Y., Han, S. Y., Lee, K. U., Kim, T. S., ... & Positiveness Research Team of Korea. (2012). The Korean version of the Connor–Davidson Resilience Scale: an extended validation. *Stress and Health*, 28(4), 319-326.

- Karakaya-Ozyer, K. & Aksu-Dunya, B. (2018). A review of structural equation modeling applications in Turkish educational science literature, 2010-2015. *International Journal of Research in Education and Science (IJRES)*, 4(1), 279-291. [DOI:10.21890/ijres.383177](https://doi.org/10.21890/ijres.383177)
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602. [doi:10.1001/archpsyc.62.6.593](https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593)
- Khu, M., Soltani, S., Neville, A., Schulte, F., & Noel, M. (2019). Posttraumatic stress and resilience in parents of youth with chronic pain. *Children's Health Care*, 48(2), 142-163. <https://doi.org/10.1080/02739615.2018.1514606>
- kim, A., Tuman, M. & Moyer, A. (2019). The relationship between post-traumatic stress and post-traumatic growth in cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis <https://doi.org/10.1002/pon.5314>
- Kira, I. A., Aboumediene, S., Ashby, J. S., Odenat, L., Mohanesh, J., & Alamia, H. (2013). The dynamics of posttraumatic growth across different trauma types in a Palestinian sample. *Journal of Loss and Trauma*, 18(2), 120-139. <https://doi.org/10.1080/15325024.2013.679129>
- Kira, I. A., Shuweikh, H., Al-Huwailiah, A., El-Wakeel, S. A., Waheep, N. N., Ebada, E. E., & Ibrahim, E. S. R. (2020). The direct and indirect impact of trauma types and cumulative stressors and traumas on executive functions. *Applied Neuropsychology: Adult*, 1-17. [DOI: 10.1080/23279095.2020.1848835](https://doi.org/10.1080/23279095.2020.1848835)
- Koenen, K. C., Sumner, J. A., Gilsanz, P., Glymour, M. M., Ratanatharathorn, A., Rimm, E. B., ... & Kubzansky, L. D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cardiometabolic disease: improving causal inference to inform practice. *Psychological Medicine*, 47(2), 209-225. [doi: 10.1017/S0033291716002294](https://doi.org/10.1017/S0033291716002294)
- Kokoszka, A., Bohaterewicz, B., Jelenska, K., Matuszewska, A., & Szymanski, P. (2018). Post-traumatic stress disorder among patients

- waiting for cardiac surgery. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy*, 2, 20-25. DOI: [10.12740/APP/91001](https://doi.org/10.12740/APP/91001)
- Koutná, V., Blatný, M., & Jelínek, M. (2021). Posttraumatic stress and growth in childhood cancer survivors: Considering the pathways for relationship. *Journal of psychosocial oncology*, 39(1), 105-117. <https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1789907>
- Kumpfer, K. L., & Summerhays, J. F. (2006). Prevention approaches to enhance resilience among high-risk youth: Comments on the papers of Dishion & Connell and Greenberg. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 151-163. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.014>
- Langford, D. J., Cooper, B., Paul, S., Humphreys, J., Keagy, C., Conley, Y. P., Hammer, M. J., Levine, J. D., Wright, F., Melisko, M., Miaskowski, C., & Dunn, L. B. (2017). Evaluation of coping as a mediator of the relationship between stressful life events and cancer-related distress. *Health Psychology*, 36(12), 1147-1160. <https://doi.org/10.1037/hea0000524>
- Lee, D., Yu, E. S., & Kim, N. H. (2020). Resilience as a mediator in the relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adult accident or crime victims: the moderated mediating effect of childhood trauma. *European Journal of Psych Traumatology*, 11(1), 1704563. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1704563>
- Letzring, T. D., Block, J., & Funder, D. C. (2005). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of research in personality*, 39(4), 395-422. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.06.003>
- Levine, S. Z., Laufer, A., Hamama-Raz, Y., Stein, E., & Solomon, Z. (2008). Posttraumatic growth in adolescence: Examining its components and relationship with PTSD. *Journal of traumatic stress*, 21(5), 492-496. DOI: [10.1002/jts.20361](https://doi.org/10.1002/jts.20361)
- Liang, S., Dong, M., Zhao, H., Song, Y., & Yang, A. (2022). Mindfulness and life satisfaction: The moderating effect of self-control and the

- moderated moderating effect of resilience . *Personality and Individual Differences*, 185,111241. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111241>
- Li, L., Hou, Y., Li, L., Hou, Y., Kang, F., & Wei, X. (2020). The mediating and moderating roles of resilience in the relationship between anxiety, depression, and post-traumatic growth among breast cancer patients based on structural equation modeling: An observational study. *Medicine*, 99(50). e23273. doi: 10.1097/MD.00000000000023273
- Lim, J. W. (2019). The role of post-traumatic growth in promoting healthy behavior for couples coping with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 27(3), 829-838. doi:10.1007/s00520-018-4359-y.
- Liu L, Yang Y-L, Wang Z-Y, Wu H, Wang Y, & Wang L (2015) Prevalence and Positive Correlates of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms among Chinese Patients with Hematological Malignancies: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE* 10(12):e0145103 .<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145103>
- Lukaschek, K., Kruse, J., Emeny, R. T., Lacruz, M. E., von Eisenhart Rothe, A., & Ladwig, K. H. (2013). Lifetime Traumatic Experiences and Their Impact on PTSD: A General Population Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(4), 525-532. <http://dx.doi.org/10.1007/S00127-012-0585-7>
- Magid, K., El-Gabalawy, R., Maran, A., & Serber, E. R. (2019). An examination of the association between post-traumatic growth and stress symptomatology in cardiac outpatients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(3), 271-281. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9585-4>
- Mancini AD& Bonanno GA. (2009) Predictors and parameters of resilience to loss: toward an individual differences model. *J Pers* , 77(6):1805–32. doi:10.1111/j.1467-6494 .2009. 00601.x
- Manzano-García, G., & Calvo, J. C. A. (2013). Psychometric properties of Connor-Davidson Resilience Scale in a Spanish sample of entrepreneurs. *Psicothema*, 25(2), 245-251.

- Marrie, R. A., Cohen, J., Stuve, O., Trojano, M., Sørensen, P. S., Reingold, S., ... & Reider, N. (2015). A systematic review of the incidence and prevalence of comorbidity in multiple sclerosis: overview. *Multiple Sclerosis Journal*, 21(3), 263-281. <https://doi.org/10.1177/1352458514564491>
- Mattson, E., James, L., & Engdahl, B. (2018). Personality factors and their impact on PTSD and post-traumatic growth is mediated by coping style among OIF/OEF veterans. *Military Medicine*, 183(9-10), e475-e480. <https://doi.org/10.1093/milmed/usx201>
- McCarthy, H. (2005). *Predictive Factors Associated with Resilience in Adolescents with Severe Chronic Illnesses* (Doctoral dissertation, Teachers College, Columbia University).
- McCaslin, S. E., De Zoysa, P., Butler, L. D., Hart, S., Marmar, C. R., Metzler, T. J., & Koopman, C. (2009). The relationship of posttraumatic growth to per traumatic reactions and posttraumatic stress symptoms among Sri Lankan University students. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 334–339. <https://doi.org/10.1002/jts.20426>
- Memon, M. A., Jun, H. C., Ting, H., & Francis, C. W. (2018). Mediation analysis issues and recommendations. *Journal of applied structural equation modeling*, 2(1), i-ix.
- Meeres, J., & Hariz, M. (2022). Deep Brain Stimulation for Post-Traumatic Stress Disorder: A Review of the Experimental and Clinical Literature. *Stereotactic and Functional Neurosurgery*, 1-13. <https://doi.org/10.1159/000521130>
- Meyer, E. C., La Bash, H., DeBeer, B. B., Kimbrel, N. A., Gulliver, S. B., & Morissette, S. B. (2019). Psychological inflexibility predicts PTSD symptom severity in war veterans after accounting for established PTSD risk factors and personality. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(4), 383–390. <https://doi.org/10.1037/tra0000358>
- Miller, O., Shakespeare-Finch, J., Bruenig, D., & Mehta, D. (2020). DNA methylation of NR3C1 and FKBP5 is associated with posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth, and resilience. *Psychological*

- Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 12(7), 750–755. <https://doi.org/10.1037/tra0000574>
- Morasco, B. J., Lovejoy, T. I., Lu, M., Turk, D. C., Lewis, L., & Dobscha, S. K. (2013). The Relationship Between PTSD and Chronic Pain: Mediating Role Of Coping Strategies and Depression. *Pain*, 154(4),609-616.<https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.01.001>.
- Nanditha, N. G. A., Dong, X., McLinden, T., Sereda, P., Kopec, J., Hogg, R. S., ... & Lima, V. D. (2022). The impact of lookback windows on the prevalence and incidence of chronic diseases among people living with HIV: an exploration in administrative health data in Canada. *BMC Medical Research Methodology*, 22(1),1-11. <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01448-x>
- Namazi, M., & Namazi, N. R. (2016). Conceptual analysis of moderator and mediator variables in business research. *Procedia Economics and Finance*, 36, 540-554.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2021) About Chronic Diseases. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>
- Nicoloro-Santa Barbara, J. (2019). *Emotional Distress, Resilience, and Physical Health in People with Rare and Non-rare Chronic Disease* (Doctoral dissertation, State University of New York at Stony Brook).
- Nishi, D., Matsuoka, Y., & Kim, Y. (2010). Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors . *Biopsychosocial medicine*, 4(1), 1-6.
- Ochoa, C., Casellas- Grau, A., Vives, J., Font, A., & Borràs, J. M. (2017). Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1), 28-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.09.002>
- Ogińska-Bulik, N. (2015). The relationship between resiliency and posttraumatic growth following death of someone close. *Journal of*

- Phipps, S., Klosky, J. L., Long, A., Hudson, M. M., Huang, Q., Zhang, H., & Noll, R. B. (2014). Posttraumatic stress and psychological growth in children with cancer: Has the traumatic impact of cancer been overestimated? *Journal of Clinical Oncology*, 32(7), 641–646. [doi:10.1200/jco.2013.49.8212](https://doi.org/10.1200/jco.2013.49.8212)
- Pizzimenti, C. L., & Lattal, K. M. (2015). Epigenetics and memory: causes, consequences and treatments for post-traumatic stress disorder and addiction. *Genes, Brain and Behavior*, 14(1), 73-84. [doi: 10.1111/gbb.12187](https://doi.org/10.1111/gbb.12187).
- Polsky, D., Doshi, J. A., Marcus, S., Oslin, D., Rothbard, A., Thomas, N., & Thompson, C. L. (2005). Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis. *Archives of internal medicine*, 165(11), 1260-1266. [doi:10. 1001/archinte.165.11.1260](https://doi.org/10.1001/archinte.165.11.1260)
- Rhodes, A., Marks, D., Block-Lerner, J., & Lomauro, T. (2021). Psychological flexibility, pain characteristics and risk of opioid misuse in noncancerous chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(2), 405-417. <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09729-1>
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321. [DOI: 10.1002/jclp.10020](https://doi.org/10.1002/jclp.10020)
- Ruiz-Párraga GT, López-Martínez AE.(2014). The Contribution of Posttraumatic Stress Symptoms to Chronic Pain Adjustment. *Health Psychol.* 33(9):958–67.[doi:10. 1037/hea0000040](https://doi.org/10.1037/hea0000040)
- Saccinto, E., Prati, G., Pietrantonio, L., & Pérez-Testor, C. (2013). Posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth among Italian survivors of emergency situations. *Journal of Loss and Trauma*, 18(3), 210-226.[DOI:10.1080/15325024. 2012.687321](https://doi.org/10.1080/15325024.2012.687321)
- Scali, J., Gandubert, C., Ritchie, K., Soulier, M., Ancelin, M. L., & Chaudieu, I. (2012). Measuring resilience in adult women using the 10-items Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Role of trauma exposure and anxiety disorders. *PloS one*, 7(6), e39879. [https://doi.org/ 10.1371/journal.pone.0039879](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039879)

- Schroevers, M. J., & Teo, I. (2008). The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: relationships with psychological distress and coping strategies. *Psycho-oncology*, 17(12), 1239-1246. DOI: [10.1002/pon.1366](https://doi.org/10.1002/pon.1366)
- Seiler A and Jenewein J (2019) Resilience in Cancer Patients . *Front. Psychiatry* 10:208. doi: [10.3389/fpsyt.2019.00208](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00208)
- Schäfer, S. K., Becker, N., King, L., Horsch, A., & Michael, T. (2019). The relationship between sense of coherence and post-traumatic stress: a meta-analysis. *European Journal of Psych Traumatology*, 10(1), 1562839. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562839>
- Shakespeare-Finch, J., & Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of anxiety disorders*, 28(2), 223-229. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005>
- Shamia, N. A., Thabet, A. A. M., & Vostanis, P. (2015). Exposure to War Traumatic Experiences, Post-Traumatic Stress Disorder and Post-Traumatic Growth among Nurses in Gaza. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(10), 749-755. <https://doi.org/10.1111/jpm.12264>
- Shand, L. K., Cowlshaw, S., Brooker, J. E., Burney, S., & Ricciardelli, L. A. (2015). Correlates of Post-Traumatic Stress Symptoms and Growth in Cancer Patients: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, 24(6), 624-634. doi: [10.1002/pon.3719](https://doi.org/10.1002/pon.3719)
- Shigemoto, Y., & Poyrazli, S. (2013). Factors related to posttraumatic growth in US and Japanese college students. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(2), 128–134. <https://doi.org/10.1037/a0026647>
- Shastri, P. C. (2013). Resilience: Building immunity in psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(3), 224–234. doi: [10.4103/0019-5545.117134](https://doi.org/10.4103/0019-5545.117134)
- Sleijpen, M., Haagen, J., Mooren, T., & Kleber, R. J. (2016). Growing from experience: An exploratory study of posttraumatic growth in

- adolescent refugees. *European Journal of Psych traumatology*, 7(1),28698. [DOI:10.3402 /ejp t.v7.28698](https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.28698)
- Solomon, Z., & Dekel, R. (2007). Posttraumatic Stress disorder and Posttraumatic Growth among Israeli Ex-Pows. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(3),303-312.<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20216>.
- Steel, J. L., Gamblin, T. C., & Carr, B. I. (2008). Measuring Post-Traumatic Growth in People Diagnosed with Hepatobiliary Cancer: *directions for future research*. In *Oncology nursing forum*. 35(4). 643-650. [DOI: 10.1188/08.ONF.643-650](https://doi.org/10.1188/08.ONF.643-650).
- Taha, P. H., Taib, N.I., & Sulaiman, H. M. (2021). Posttraumatic stress disorder correlates among Iraqi internally displaced persons in Duhok, Iraqi Kurdistan. Research Square.[https:// orcid.org/ 0000-0002-3416-6717](https://orcid.org/0000-0002-3416-6717)
- Taku, K., Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2008). The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese university students. *Death studies*, 32(5), 428-444. <https://doi.org/10.1080/07481180801974745>.
- Tedeschi, R. G., and Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J. Trauma Stress* 9, 455–471.[doi:10. 1007/B F02103658](https://doi.org/10.1007/BF02103658)
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations & empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1),1-18. [http://dx.doi.org/10.1207/ s1532 7965 pli1501_01](http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01).
- Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., & Calhoun, L. G. (2017). The posttraumatic growth inventory: A revision integrating existential and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 11-18. [https://doi.org /10.1002/jts.22 155](https://doi.org/10.1002/jts.22155)
- Thabet, A., Elheloub, M., & Vostanisc, P. (2015). Exposure to war traumatic experiences, post traumatic growth and resilience among university students in Gaza. *American Journal of Advanced*

- Medical Sciences (AJAMS)*.1(1): 1-8 <https://doi.org/10.1111/jpm.12264>
- Thornton AA, Perez MA. Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psych- oncology* (2006) 15(4):285–96. [doi:10.1002/pon.953](https://doi.org/10.1002/pon.953)
- Tsai, J., El-Gabalawy, R., Sledge, W. H., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2015). Post-traumatic growth among veterans in the USA: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Psychological Medicine*, 45, 165–179. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001202>
- Tillery, K. M. Howard Sharp, Y. Okado, A. Long, and S. Phipps.(2016). Profiles of Resilience and Growth in Youth with Cancer and Healthy Comparisons. *Journal of Pediatric Psychology*. 41(3). 290–297. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv091>
- Uğur, E., Kaya, Ç., & Tanhan, A. (2021). Psychological inflexibility mediates the relationship between fear of negative evaluation and psychological vulnerability. *Current Psychology*, 40(9), 4265-4277. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01074-8>
- Ungar, M. (2012). *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice*. New York, NY: Springer. [doi:10.1007/978-1-4614-0586-3](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0586-3)
- Ungar, M. (2018). Systemic resilience: Principles and processes for a science of change in contexts of adversity. *Ecology and Society*, 23(4), 34. [doi:10.5751/ES-10385-230434](https://doi.org/10.5751/ES-10385-230434)
- VandenBos, G. R. (Ed.). (2013). *APA dictionary of Clinical Psychology*. Washington, DC 20002. American Psychological Association.
- Wald, J., Taylor, S., Asmundson, G. J., Jang, K. L., & Stapleton, J. (2006). *Literature review of concepts: Psychological resiliency*. Final Report W7711-057959/A, DRDC Toronto CR 2006-073, Defence R&D Canada – Toronto

- Walsh, F. (2002). Bouncing forward: Resilience in the aftermath of September 11. *Family Processes* 41, 34–36. [DOI:10.1111/j.1545-5300.2002.40102000034.x](https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.40102000034.x)
- Walsh, D. M., Morrison, T. G., Conway, R. J., Rogers, E., Sullivan, F. J., & Groarke, A. (2018). A model to predict psychological-and health-related adjustment in men with prostate cancer: The role of post traumatic growth, physical post traumatic growth, resilience and mindfulness. *Frontiers in Psychology*, 9, 136. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00136>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2015). *The clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5)-past month. [Measurement instrument]*. USA: National Center for PTSD. Available from <https://www.ptsd.va.gov/>
- Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M., & Fields, K. K. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health psychology*, 24(3), 266-273 [DOI: 10.1037/0278-6133.24.3.266](https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.3.266)
- Wilson, M. A., Liberzon, I., Lindsey, M. L., Lokshina, Y., Risbrough, V. B., Sah, R., & Spinale, F. G. (2019). Common pathways and communication between the brain and heart: connecting post-traumatic stress disorder and heart failure. *Stress*, 22(5), 530-547. [DOI:10.1080/ 10253890.2019.1621283](https://doi.org/10.1080/10253890.2019.1621283)
- Wong, P. T. P., & Wong, L. C. J. (2012). *A meaning-centered approach to building youth resilience*. In P. T. P. Wong (Ed.), *The human quest for meaning: Theories, research, and applications* (2nd ed., pp. 585–617). New York: Routledge.
- Wu, W. W., Tsai, S. Y., Liang, S. Y., Liu, C. Y., Jou, S. T., & Berry, D. L. (2015). The mediating role of resilience on quality of life and cancer symptom distress in adolescent patients with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 32(5), 304-313. <https://doi.org/10.1177/1043454214563758>
- Yazici, H., Ozdemir, M., & Koca, F. (2020). Impact of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms on Posttraumatic Growth. *Journal of Loss and Trauma*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1801240>

- Ying, L., Wu, X., Lin, C., & Jiang, L. (2014). Traumatic severity and trait resilience as predictors of posttraumatic stress disorder and depressive symptoms among adolescent survivors of the Wenchuan earthquake. *PloS one*, 9(2), e89401. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089401>
- Ying, L., Wang, Y., Lin, C., & Chen, C. (2016). Trait resilience moderates the longitudinal linkage between adolescent posttraumatic stress disorder symptoms and posttraumatic growth. *School Psychology International*, 37(3), 207-222. <https://doi.org/10.1177/0143034316632868>
- Yi, J., & Kim, M. A. (2014). Post cancer experiences of childhood cancer survivors: how is posttraumatic stress related to posttraumatic growth?. *Journal of traumatic stress*, 27(4), 461-467. <https://doi.org/10.1002/jts.21941>
- Zaman, N. I., & Munib, P. M. (2020). Post-traumatic stress disorder and resilience: an exploratory study among survivors of Bacha Khan University Charsadda, Pakistan. *FWU Journal of Social Sciences*, 14(2).25-35.
- Zebrack, B., Kwak, M., Salsman, J., Cousino, M., Meeske, K., Aguilar, C., & Cole, S. (2015). The relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adolescent and young adult (AYA) Cancer Patients. *Psycho-Oncology*, 24(2), 162-168. <https://doi.org/10.1002/pon.3585>
- Zhai, Y., Liu, K., Zhang, L., Gao, H., Chen, Z., Du, S., & Guo, Y. (2015). The relationship between post-traumatic symptoms, parenting style, and resilience among adolescents in Liaoning, China: a cross-sectional study. *PloS one*, 10 (10), e0141102. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141102>

The Mediator and Moderator Role of Psychological Resilience in the relationship between Post-traumatic Stress Disorder and Post-Traumatic Growth in Chronic Diseases Patients
By

Dr. Sayed Ahmad M. Elwakeel
Assist. Prof of Clinical Psychology
Faculty of Arts – Fayoum University

Abstract:

The current study aimed to verify the Mediator and Moderator Role of Psychological Resilience in the relationship between Post-traumatic Stress Disorder as (Independent variable) and Post-Traumatic Growth as (a dependent variable) in among a sample suffer from Chronic Health Diseases by discovering the direct and indirect effects of the presumed models. The sample consisted of (210) suffer chronic health Diseases; they divided into (98 males & 112 females) there ages ranged from 34 and 65 years. the mean age was 42.27 years and a standard deviation 8,55 years. The tools included: Initial Data Collection, Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) Past Month Version (Weathers et al., 2015), Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC): (Connor & Davidson, 2003) & The Post –Traumatic Growth Inventory (PTGI) (Tedeschi & Calhoun, 1996). The results indicated the following:

- Psychological Resilience is Partially mediated the relationship between post-traumatic disorder symptoms & post-traumatic growth among the sample .
- Psychological Resilience has a moderator role in the relationship between post-traumatic disorder symptoms and post-traumatic growth among the sample of chronic health diseases.

The study recommended some recommendations that can help Psychotherapists in dealing with chronic health patients and achieving an appropriate level of psychological adjustment.

Key Words:

The Mediator Role –The Moderator Role- Psychological Resilience-Post traumatic Stress Disorder- Post traumatic Growth- Chronic Health Diseases.