وزارة التعليـــم العـــالي و البـــحث العـــلمي
جـــامعة الحـــاج لـــخضر- بـــاتنة
كليـــة الآداب والعلـــوم الإنسانيـــة
قسم عـــلم النفـس

مـركز ضبط الألـم وعـلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحة

إعداد الطالبة:
وليدة مرازقة

تحت إشـــراف :
د. نور الدين جبالي

لجنة المناقشة:

د.أمزيـــان الونـــاس	رئيســـــا	جامعة بـــــاتنة
د.علي لـــــونيـــس	عضوا مناقشا	جامعة سطيـــف
د.راجيـــة بن عـــلي	عضوا مناقشا	جامعة بـــــاتنة
د. جبـــالي نورالدين	مشرفـــــا	جامعة بـــــاتنة

السنـــة الجـــامعية: 2008 – 2009

شكر وعرفان

إذا كان الشكر هو الاعتراف بفضل كل من كان بمثابة يد العون التي جعلت هذا البحث يخرج إلى النور فالثناء والشكر والحمد لله أولا الذي وفقني لإنجاز هذا العمل المتواضع فحمدا لله على كل ما آتاني من فضل أنا فيه، فإن أصبت فمن الله وإن قصرت فمن نفسي.

وأتقدم بجزيل الشكر إلى الأستاذ المحترم **نور الدين جبالي**

كما أتوجه بالشكر لكل من ساعد في إنجاز هذا العمل وأخص بالذكر الزميلات

وافية- سعيدة- إسمهان- سارة- نزيهة- نادية

ولا يفوتني أن أتقدم بأسمى معاني الشكر إلى كل مرضى السرطان

وأتوجه بأسمى عبارات الشكر والامتنان

إلى الشخص الذي وقف بجانبي في كل خطوة من خطوات هذا العمل

الزوج : **عادل**

وليدة مرازقة

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى روح والدي الطاهرة
وإلى الإنسانة التي أمدتني برعايتها ومساندتها لي طوال
مشواري الدراسي والتي حرصت دوما على نجاحي
إلى الأم العزيزة : **غالية**
كما أهدي هذا العمل إلى الزوج العزيز الغالي: **عادل**
وإلى جميع أفراد عائلتي الكبيرة والصغيرة وأخص بالذكر
أخواتي : **ليلى- صليحة- سعاد**
دون أن أنسى الكتكوتة : **كوثر**

وليدة مرازقة

كرست الدراسة الحالية إهتمامها للكشف عن طبيعة العلاقة بين مركز ضبط الألم و إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان .و قد سعت إلى تحقيق جملة من الأهداف ، المتمثلة في :

- تحديد مركز الضبط و إستراتيجيات المواجهة السائدين لدى مرضى السرطان.
- إبراز الفروق في متوسطات أبعاد مركز ضبط الألم لدى مرضى السرطان التي تعزى لمتغير الجنس ، السن ، الحالة الإجتماعية .
- إبراز الفروق في متوسطات إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان التي تعزى لمتغير الجنس ، السن ، الحالة الإجتماعية .
- إبراز العلاقة بين أبعاد مركز ضبط الألم و إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان.

و تكونت عينة الدراسة من 52 مريضا، 27 ذكرا ، 25 أنثى ، يعانون أنواعا مختلفة من مرض السرطان . يتراوح سنهم بين 21 سنة ـــــ 56 سنة.

و لتحقيق الأهداف المسطرة في هذه الدراسة، تم استخدام المنهج الوصفي الإرتباطي. كما تم استخدام مقياسين :

الأول لقياس مركز ضبط الألم (مقياس مركز ضبط الصحة متعدد الأبعاد الخاص بالألم)

و الثاني لقاس إستراتيجيات المواجهة (مقياس إستراتيجيات المواجهة المعدل من طرف كوسون Cousson 1996)

و قد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية :

- ارتفاع درجات أفراد العينة في بعد ذوي النفوذ لمركز ضبط الألم، وإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل .
- عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مرضى السرطان في متوسطات أبعاد مركز ضبط الألم تعزى لمتغير الجنس ، السن ، الحالة الاجتماعية .
- عدم وجود فروق دالة إحصائيا بيين مرضى السرطان في متوسطات إستراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس ، السن ، الحالة الاجتماعية .

- وجد علاقة إرتباطية جزئية بـــين إستراتيجية المواجهـــة المتمركزة حول الانفعال و كل من البعد الداخلي، وبعد الحظ لمركز ضبط الألم .و عدم تحقق العلاقة بيـــن بعد ذوي النفوذ و أي من إستراتيجيات المواجهة.

و في نهاية هذه الدراسة، وانطلاقا من النتائج المتوصل إليها، تم إدراج مجموعة من التوصيات .

Summary of Study:

The study aimed to know the nature of relationship between pain locus of control and coping strategies among cancer patients.

It attempted to realize several purposes which are:

- determine the dominant type of locus of control and coping strategies among cancer patients.
- bring out the relationship between pain locus of control and gender, age , social statue variables among cancer patients
- bring out the relationship between coping strategies and gender, age, social statue variables among cancer patients
- bring out the relationship between pain locus of control dimensions and coping strategies among cancer patients.

The sample of the study consisted of 52 patients (27 male , 25 female) suffer from several kind of cancer . Their age range from 21 to 56 years old.

To realize the purposes of this study , the student uses the descriptive correlative way and uses two questionnaires one for measure pain locus of control (multidimensional health locus of control special with pain), and the other for measure coping strategies (coping strategies scale adapted altered by Cousson 1996).

The results revealed that :

- Cancer patients reported high scores on powerful others locus of control and coping strategy focused on problem.
- There were no statistically significant differences among cancer patients in pain locus of control due to gender, age, social statue variables.
- There were no statistically significant differences among cancer patients in coping strategies due to gender, age, social statue variables.
- There was a positive statistically significant correlation between coping strategy focused on emotion and internal, chance pain locus of control dimensions except powerful others dimension.

Finally, the study included some recommendations in accordance with the results were reached.

فهرس المحتويات

شكر وعرفان

ملخص

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

مقدمة

الفصل الأول: مشكلة البحث

1. الإشكالية 02

2. فرضيات الدراسة 08

3. أهداف الدراسة 08

4. أهمية الدراسة 09

5. تحديد مصطلحات الدراسة 10

6. الدراسات السابقة 12

الفصل الثاني: مركز ضبط الألم

I. ماهية الألم

I-1 تعريف الألم 23

I-2 فيزيولوجية الألم 26

I-3 تصنيف الألم 29

II. النظريات المفسرة للألم

II-1 نظرية بوابة التحكم 30

II-2 نموذج النظم الثلاثة 31

II-3 نموذج كارولي 31

II-4 نموذج فيليبس 31

III. سيكولوجية الألم

III-1 علاقة الألم ببعض المتغيرات النفسية 33

2-III المناحي النفسية لتدبر الألم 37

IV. مركز الضبط: تعريفه، أبعاده، صفات فئتي الضبط

1-IV مركز الضبط ونظرية التعلم الاجتماعي 41

2-IV تعريف مركز الضبط 44

3-IV أبعاد مركز الضبط 46

4-IV صفات فئتي الضبط 48

V. علاقة مركز الضبط ببعض المتغيرات

1-V مركز الضبط والجنس 50

2-V مركز الضبط والسن 51

3-V مركز الضبط والمعاملة الوالدية 53

4-V مركز الضبط والثقافة 54

VI. التطور النظري لمركز ضبط الألم 56

الفصل الثالث: إستراتيجيات المواجهة

I. تعريف المواجهة 61

II. النظريات المفسرة للمواجهة

1-II المقاربات التقليدية 63

2-II النموذج المعرفي للضغط والمواجهة 65

III. تصنيف المواجهة 70

IV. محددات المواجهة

1-IV الخصائص الشخصية 73

2-IV الخصائص المحيطية 74

V. فعالية المواجهة

1-V فعالية المواجهة على الضغط الانفعالي 75

2-V فعالية المواجهة على الصحة الجسمية 76

VI. المواجهة والسرطان 77

الفصل الرابع: السرطان

I. ماهية السرطان

I-1 تعريف السرطان 82

I-2 نشوء السرطان 82

I-3 تصنيف السرطان 84

II. أعراض السرطان

II-1 أعراض ناتجة على النمو السريع للخلايا 87

II-2 أعراض ناتجة عن فقدان وظيفة العضو المصاب 87

II-3 أعراض ناتجة عن الانتشار والتأثير على الأعضاء الأخرى 88

III. أسباب السرطان

III-1 العوامل الكيمائية 89

III-2 العوامل الإشعاعية 89

III-3 الأمراض المعدية 89

III-4 العوامل الهرمونية 90

III-5 العوامل الوارثية 90

IV. علاج السرطان

IV-1 العلاج الجراحي 91

IV-2 العلاج الكيميائي 91

IV-3 العلاج الإشعاعي 92

IV-4 العلاج المناعي 92

IV-5 علاجات أخرى 93

V. الآثار النفسية لمرض السرطان 94

الفصل الخامس: إجراءات الدراسة

1. منهج الدراسة 99

2. العينة 99

3. أدوات الدراسة 102
4. طريقة التطبيق 111
5. الأساليب الإحصائية 112

الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة

1. عرض نتائج الفرضية الأولى 114
2. عرض نتائج الفرضية الثانية 114
3. عرض نتائج الفرضية الثالثة 115
4. عرض نتائج الفرضية الرابعة 117
5. عرض نتائج الفرضية الخامسة 121

الفصل السابع: مناقشة نتائج الدراسة

1. مناقشة نتائج الفرضية الأولى 125
2. مناقشة نتائج الفرضية الثانية 125
3. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة 127
4. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة 128
5. مناقشة نتائج الفرضية الخامسة 130
6. مناقشة عامة 134

خـــــاتمة 136
التـــوصيات 137
المـــراجع
المـــــلاحق

الرقم	فهـــــــرس الجـــــداول	الصفحة
01	يوضح الفروق بين نشوء الورم الحميد والخبيث.	85
02	توزيع أفراد العينة حسب نوع السرطان.	100
03	توزيع أفراد العينة حسب السن والجنس.	100
04	توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية.	101
05	يوضح قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين البعد الداخلي لمركز ضبط الألـــم وبنوده.	103
06	يوضح قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بعد الحظ لمركـــز ضـــبط الألـــم وبنوده.	103
07	يوضح قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بعد الأطباء لمركز ضـــبط الألـــم وبنوده.	104
08	يوضح قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بعد الأشخاص الآخـــرين لمركـــز ضبط الألم وبنوده.	104
09	يوضح قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بعد المواجهة المتمركـــزة حـــول المشكل وبنوده.	107
10	يوضح قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بعد المواجهة المتمركـــزة حـــول الانفعال وبنوده.	107
11	يوضح قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بعد المواجهة المتمركـــزة حـــول الدعم الاجتماعي وبنوده.	108
12	يوضح قيم & ألفا كرومباخ لكل بعد من أبعاد المواجهة.	109
13	يوضح قيم معامل الارتباط سبيرمان براون لأبعاد المواجهة.	109
14	يمثل متوسطات درجات أفراد العينة في أبعاد مركز ضبط الألم.	114
15	يمثل متوسطات درجات أفراد العينة في أبعاد إستراتيجيات المواجهة.	114
16	يوضح الفروق في أبعاد مركز ضبط الألم لدى أفراد العينة تبعا لمتغير الجنس.	115
17	يوضح الفروق في أبعاد مركز ضبط الألم لدى أفراد العينة تبعا لمتغير السن.	116
18	يوضح الفروق في أبعاد مركز ضبط الألم لدى أفراد العينة تبعا لمتغير الحالـــة الاجتماعية.	117
19	يوضح الفروق في إستراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة تبعا لمتغير الجنس.	118
20	يوضح الفروق في إستراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة تبعا لمتغير السن.	119
21	يوضح الفروق في إستراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة تبعا لمتغير الحالـــة الاجتماعية.	120
22	يوضح قيم معامل الارتباط بين أبعاد مركز ضبط الألم وإستراتيجيات المواجهـــة لدى مرضى السرطان.	121

مقدمة

يعد مرض السرطان أحد أكثر الأمراض المزمنـــة شـــيوعا وخطـــورة، والـــذي يتميز بآثاره وتبيعاته الجسمية والنفسية الخطيرة المـــسؤولة عـــن الكثيـــر مـــن المعانـــاة والألم.

و ينجم عن مرض الـــسرطان العديـــد مـــن المـــشكلات فـــي التكيـــف النفـــسي للمريض، وذلك بسبب كونه مرضا مزمنا تدوم آثـــاره لفتـــرة طويلـــة، والتـــي تخلـــف بدورها متطلبـــات تـــستلزم علـــى المـــريض أن يتعامـــل معهـــا وان يواجههـــا بغيـــة التخفيف من حدة الضغط النـــاتج عـــن المـــرض والألـــم الـــذي يعـــاني منـــه ، وهـــذا باللجوء إلى استخدام أساليب وإســـتراتيجيات مواجهـــة متنوعـــة تعمـــل علـــى تحقيـــق التوازن والراحة النفسية، وذلك تبعا لمعتقداته حـــول قدرتـــه علـــى مـــسايرة المـــرض والتحكم في مساره. حيـــث تلعـــب معتقـــدات المـــريض عـــن مـــصدر صـــحته دورا أساسيا في الحفاظ على صحته ومواجهة أي مرض قد يصيبه.

وقد جاءت هـــذه الدراســـة والتـــي تـــسعى إلـــى تـــسليط الـــضوء علـــى هـــذه المتغيرات، لـــتعكس العلاقـــة الموجـــودة بينهـــا، وكـــذا علاقتهـــا بـــبعض المتغيـــرات الأخرى كالسن، الجنس، و الحالة الاجتماعية.وتـــضم هـــذه الدراســـة جـــانبين ،جانـــب نظري ،و آخر تطبيقي .

و يتضمن الجانب النظـــري، الفـــصل الأول الـــذي عنـــون بإشـــكالية الدراســـة وتعرضنا فيه لإشكالية وفروض الدراسة،الدراســـات الـــسابقة، وكـــذا توضـــيح أهـــداف وأهمية الدراسة، ثم تحديد مفاهيم الدراسة، و عرض لعـــدد مـــن الدراســـات الـــسابقة. والفصل الثاني يدور حول مركز ضـــبط الألـــم، والـــذي تناولنـــا فيـــه تعريـــف الألـــم وفيزيولوجيتـــه، تـــصنيفه، النظريـــات المفـــسرة لـــه، علاقتـــه بـــبعض المتغيـــرات السيكولوجية، المناحي النفسية لتدبره، ثم تناولنـــا مركـــز الـــضبط وذلـــك مـــن خـــلال التعرض لنشأته في إطار نظريـــة الـــتعلم الاجتمـــاعي لروتـــر، ثـــم تعريفـــه، تحديـــد صفات فئتي الضبط، علاقته بمتغيرات أخـــرى كالـــسن، الجـــنس، المعاملـــة الوالديـــة المستوى الثقافي ومن ثم التطور النظري لمركز ضبط الألم.

والفـــصل الثالـــث، خـــصص لاســـتراتيجيات المواجهـــة، حيـــث تناولنـــا، تعريفهـــا النظريات المفسرة لها، تـــصنيفها، محـــدداتها، فعاليتهـــا، المواجهـــة والـــسرطان، أمـــا الفصل الرابع فيعنى بمرض الـــسرطان حيـــث تعرضـــنا لتعريفـــه، نـــشوئه، أنواعـــه أسبابه، علاجه.

أما الجانب التطبيقـــي، فيتـــضمن الفـــصل الخـــامس الـــذي يعنـــى بـــإجراءات الدراسة والمتمثلة فـــي تحديـــد المـــنهج المتبـــع، والعينـــة، حـــدود الدراســـة، الأدوات القياسية وخصائصها الـــسيكومترية وكيفيـــة تطبيقهـــا، مختلـــف الأســـاليب الإحـــصائية المـــستخدمة. والفـــصل الـــسادس الـــذي يتنـــاول عـــرض النتـــائج المتوصـــل إليهـــا بالاستخدام أدوات القياس. ويـــدور محتـــوى الفـــصل الـــسابع حـــول مناقـــشة النتـــائج المتحصل عليها وتحليلها ثم تأتي الخاتمة، وقائمـــة المراجـــع المعتمـــدة فـــي الدراســـة وفي الأخير الملاحق.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة

1. الإشكالية

تعد الأمراض من أهم المـــشكلات التـــي تواجـــه المجتمعـــات الإنـــسانية، فقـــد أدى ظهور الأمراض المستعصية علـــى الـــشفاء، وكـــذا الأمـــراض المزمنـــة بـــشكل واسع ووبائي على لفت الانتباه إلى العوامـــل الـــسلوكية والنفـــسية والاجتماعيـــة التـــي تلعب دورا مهما في هذه الأمراض، وكذا في كيفية مواجهتها.

ويشير تعبير الأمراض المزمنة إلـــى أي حالـــة تتـــضمن قـــدرا مـــن الإعاقـــة التي تحدث نتيجة لتغيرات مرضـــية، والتـــي تتطلـــب تـــدريبا ودافعيـــة مـــن جانـــب المرضى للعناية بأنفسهم، ومـــن أكثـــر الأمـــراض أهميـــة، تلـــك الأمـــراض المهـــددة للحياة، والتي يقع الـــسرطان علـــى رأس قائمتهـــا. وقـــد أثبتـــت الدراســـات الحديثـــة انتشار هذا المرض في الـــبلاد الناميـــة، وتوقعـــت زيـــادة نـــسبة الإصـــابة بـــه.وأنـــه سيصبح من أكبر المشكلات الصحية فيها.

والسرطان مصطلح عام يشمل مجموعـــة مـــن الأمـــراض يمكنهـــا أن تـــصيب كل أجزاء الجسم، ويشار إلى تلك الأمراض أيضا بـــالأورام الخبيثـــة. ومـــن الـــسمات التي تطبع السرطان، التولد الـــسريع لخلايـــا شـــاذة، يمكنهـــا النمـــو خـــارج حـــدودها المعروفة، واقتحام أجزاء الجسد والانتشار إلى أعضاء أخرى.

ويعتبر السرطان من أهم أسباب الوفاة في جميـــع أنحـــاء العـــالم، فقـــد تـــسبب في وفاة 7.9 مليون نـــسمة أي نحـــو 13 % مـــن مجمـــوع الوفيـــات ســـنة 2007.

(Mieszkowski ,2007)

ويواجه السرطان المريض بمدى واسع مـــن التحـــديات، بحيـــث يـــؤدي هـــذا الأخيـــر إلى اضطرابات جسمية كثيرة ومتنوعـــة، كالالتهابـــات المختلفـــة، والـــشعور بالإجهـــاد والغثيان، وفقـــدان الـــشهية، والإســـهال، واضـــطرابات الجهـــاز العـــصبي المركـــزي وهبوط في قدرة جهاز المناعة على التنظـــيم، وهـــذا مـــا يجعـــل المـــريض عرضـــة لأمراض ومضاعفات أخرى. (تايلر، 2008 ، ص614)

هذا بالإضـــافة إلـــى أعـــراض نفـــسية، واجتماعيـــة مثـــل القلـــق، والاكتئـــاب والأرق، فقدان الدخل، والانعزال الاجتماعي، والوصمة الاجتماعية.

وزيادة على هذا، فقد يكون للأساليب الطبية لعـــلاج أعـــراض المـــرض مـــن تبيعـــات غير سارة، كما في العلاج الكيميائي، وما قد يـــصاحب هـــذا المـــرض مـــن تـــأثيرات نفسية وجسمية، قد تصل إلى درجة الألم. ويختلف الألـــم الـــذي يـــنجم عـــن الـــسرطان عن الآلام المتعلقة بأمراض أخـــرى، لأن مرضـــى الـــسرطان يعـــانون مـــن مـــرض حقيقي، كامن وقاتل، تلعب فيه العوامل النفسية أهمية كبيرة.

(Arrarras et al, 2002)

ويمثل الألم جانبا مهما من جوانب المرض، وهو واحـــد مـــن أهـــم الأعـــراض التي يتركز اهتمام المريض عليها، وتدفعه للعناية الطبية.

ويعتبر الألم من أكثر الظواهر التـــي يكتنفهـــا الغمـــوض. فهـــو فـــي الأســـاس خبرة سيكولوجية تعتمد درجة الإحساس بـــه، وبمـــا يـــسببه مـــن عجـــز بـــشكل كبيـــر على طريقة تفسيره. ويتميز الألم بدلالاته الجسمية والنفـــسية، فعنـــد ســـؤال المـــريض حول أكثر الأشياء التي تخيفه فيمـــا يتعلـــق بمـــرض الـــسرطان والعـــلاج، غالبـــا مـــا تكون إجابته الألم. كما أن خوفه من عدم التخفيـــف مـــن معاناتـــه يثيـــر لديـــه شـــعورا بالقلق، وربما أكثر مما تثيره الجراحة أو فقدان أحد الأطراف أو حتى الموت.

(تايلر، 2008، ص ص 580، 590)

ولقد تصدى البشر تاريخيا للألم مـــن خـــلال الأدويـــة والجراحـــة، ولكـــن مـــع تزايـــد أهمية الدور الذي تلعبه العوامل النفـــسية فـــي الإحـــساس بـــالألم ومعالجتـــه، أصـــبح لهذه الأخيرة مكانة مهمة في تدبر الألم والقدرة على التعامل معـــه، وهـــو مـــا يعـــرف باسم المواجهة Coping ، وقد تكـــون الاســـتراتيجيات المـــستخدمة للمواجهـــة بنـــاءة فيتغلب بها الفرد على ما يسببه المرض والألم مـــن صـــراعات وإحباطـــات. كمـــا قـــد تخفق هذه الاستراتيجيات، وهو ما يؤدي إلى تفاقم المترتبـــات الـــسلبية للمـــرض التـــي تواجه الفرد.

وفـــي هـــذا الـــصدد يـــرى كـــل مـــن لازاروس وفولكمـان Lazarus and Folkman، أن المواجهة تشير إلى الجهود المعرفيـــة والـــسلوكية التـــي تهـــدف إلـــى إدارة الأحداث التي ترهق قدرة الفرد على الضبط والتكيف.

(Nezu et al ,2003 ,p51)

وقد ميز لازاروس وفولكمـــان بـــين نـــوعين أساســـيين مـــن المواجهـــة، همـــا المواجهة المتمركزة حول المشكل، التي تتجه إلـــى حـــل المـــشكلة المعنيـــة، أو علـــى التأثير على الموقف الذي يعتقد بأنـــه مرهـــق، وبالتـــالي تعـــديل العلاقـــة المـــضطربة بين الشخص والمحـــيط. وإســـتراتيجية المواجهـــة المتمركـــزة حـــول الانفعـــال التـــي تسعى إلى تنظيم الانفعالات السلبية، بحيث تتم محاولـــة تخفـــيض حالـــة التـــوتر التـــي يعيشها الفرد على أنهـــا مرهقـــة لـــه، والتـــي تتميـــز بالانفعـــالات المرهقـــة كـــالقلق والغضب .

ويرى شفارتسر وآخرون 1989 أن المواجهـــة المتمركـــزة حـــول المـــشكل و المواجهة المتمركـــزة حـــول الإنفعـــال ، هـــي ميـــول أو خيـــارات مواجهـــة خاصـــة بالموقف.تتأثر بدرجة ما بسمات الشخصية ،ظروف المحـــيط بمـــا فـــي ذلـــك الفـــروق الثقافية ،الإجتماعية أيضا.و تتشكل مثـــل هـــذه التفـــضيلات لإســـتراتيجيات المواجهـــة بناءا على الخبرات في المحيط مع مواقف مطلبية مشابهة.

(رضوان، 2002 ،ص 171)

و قد تبدو بعض إستراتيجيات المواجهـــة مـــع المـــشكلات المرتبطـــة بـــالمرض وخاصة الألم فعالة، فقـــد وجـــدت الدراســـات أن إســـتراتيجيات المواجهـــة الايجابيـــة (جهود العمل رغم الألم، أو صرف الانتباه مـــن الألـــم مثـــل النـــشاط، إهمـــال الألـــم) مرتبطة بتكيف وظيفي. وأن إستراتيجيات المواجهة الـــسلبية (كالاعتمـــاد علـــى الغيـــر للمساعدة في التحكم في الألم، ونشاطات مقيدة) مرتبطة بألم اكبر واكتئاب.

(Nezu et al ,2003 ,p303)

كما وجد في دراســة قــام بهــا جيــل وآخــرون Gil et al ســنة (2000) أن التدريب المختصر على مهارات المواجهــة المعرفيــة، بمــا فيهــا التــشتيت، وإعــادة تفسير الألم استطاع أن يعزز إستراتيجيات المواجهة مع الألم.

(Nezu et al ,2003 ,p607)

وقد بين لازراوس وفولكمــان ســنة (1984)، أن المواجهــة المتمركــزة حــول المشكل لا تكون فعالة إلا إذا كانت الوضعية تحت الــضبط والــسيطرة. حيــث يعتبــر تقييم درجة القدرة على ضبط الموقــف عــاملا مهمــا لتحديــد إســتراتيجية المواجهــة المناسبة. فقد بينت نتائج بعض الدراســات أن الأفــراد الــذين لــديهم إحــساس عــالي بالضبط والقدرة على التــأثير علــى الأحــداث فــي حيــاتهم، وكــذا الــسيطرة علــى الضغوط التي يتعرضون لها، يــستخدمون إســتراتيجيات ســلوكية ومعرفيــة محكمــة لضمان نفوذهم وسيطرتهم على الأحداث.

ومن المعروف أن طبيعة الإنــسان وميولــه وشخــصيته تجعلــه يــسعى دائمــا إلى الضبط في مجريات حياته والسيطرة على بيئته، كمــا يحــاول جاهــدا أن يــضمن إحساسا بالضبط الــذاتي، وهــو بهــذا الإحــساس يــستطيع اتخــاذ قــرارات مناســبة والتصرف بالطريقة التي سوف تضمن له نتائج إيجابية.

ويعتبر مفهوم الضبط أحد المفاهيم الهامــة التــي انبثقــت عــن نظريــة الــتعلم الاجتماعي لجوليان روتر J.B.Rotter، وينظــر إليــه باعتبــاره متغيــرا مهمــا مــن متغيرات الشخصية. يتعلق بمعتقدات الفرد حــول أي العوامــل هــي الأكثــر مــساهمة في التحكم في النتائج الهامة في حياتــه، العوامــل الشخــصية مــن مهــارة، وقــدرة وكفاءة أو العوامل الخارجية من صدفة وحظ وأشخاص أقوياء.

وقد أشار روتر بهذا المفهوم إلى إحدى الطرق الهامة التي يــصنف بهــا الأفــراد فــي ضوء إدراكهم للمواقف الحياتية المختلفة. وبناءا علــى تــصنيفه للأفــراد، فهنــاك مــن يدرك أن تحقيق الأفعال يتوقف على ســلوكه الخــاص وســماته الشخــصية، وبالتــالي الاعتقاد في الضبط الداخلي، وهناك من يدرك أن تحقيق الأفعال لا يعتمد

على تصرفاته وسلوكه الشخصي كلية، بل علـــى الحـــظ أو القـــدر أو الآخـــرين الأقوياء، وهو ما يشير إلى الاعتقاد في الضبط الخارجي.

(عبد العزيز موسى ، 1998، ص 319)

وقد تبين مـــن الدراســـات التجريبيـــة لليفكـــورت وفـــين Lefcourt and Vine 1969، جونـــسون وكيلمـــان Johnson and Kilman(1975)، رايـــت وآخـــرون Wright et al (1980)، أن هنـــاك فروقـــا بـــين أفـــراد الـــضبط الـــداخلي، وأفـــراد الضبط الخارجي في أسلوب عمليـــاتهم المتبـــع فـــي حـــل المـــشكلات وفـــي مواجهـــة الأحداث في البيئة. (أبو ناهية ،1987، ص 185)

كما أدت الدراسات العديدة التي أجريـــت فـــي هـــذا المجـــال إلـــى اعتبـــار أن الفروق بين الأفراد في إدراكهم للضبط، تمثل فروقا في أســـاليب تعـــاملهم مـــع العـــالم الخارجي، من حيث معالجتهم للمشكلات وتكيفهم الشخـــصي والاجتمـــاعي، وهـــو مـــا يشير إلى إمكانية اعتبار مركـــز الـــضبط بمثابـــة أســـاس يعتمـــد عليـــه فـــي دراســـة الفروق بين الأفراد في أساليب تعاملهم مع المواقف الخارجية بمختلف أشكالها .

(أبو ناهية، 1987، ص 186)

فقد أشارت العديد من الدراسات، ومنهـــا دراســـة مـــاركس وآخـــرون Marks et al (1986) ودراســـة تـــايلر وآخـــرون Taylor et al (1984)، والتـــي تناولـــت موضوع مركز الضبط في سياق الأمراض المزمنة، بغيـــة تحديـــد مـــدى تـــأثيره فـــي أسلوب مواجهـــة المـــرض، إلـــى أن المرضـــى الـــذين يـــشعرون بإحـــساس الـــضبط والسيطرة على مرضهم حققوا أعلى مستويات التكيف، وكـــانوا مـــن أكثـــر المرضـــى نجاحا في مواجهة السرطان. (يخلف ،2001، ص97)

وعلى الرغم مـــن دعـــم أغلبيـــة الدراســـات الغربيـــة للعلاقـــة بـــين مركـــز الـــضبط والمواجهة، فإن احتمال تأثير الاختلاف الثقافي علـــى هـــذين المفهـــومين، قـــد يـــؤدي بدوره إلى اختلاف درجة تلازمهما بدرجـــة لا تـــسمح لنـــا بتعمـــيم نتـــائج الدراســـات الغربية على الثقافات الأخرى، وخاصة العربية.

ومن هذا المنطلق، تحـــاول الدراســـة الحاليـــة الكـــشف عـــن طبيعـــة العلاقـــة الموجودة بين مركز ضبط الألم وإســـتراتيجيات المواجهـــة لـــدى مرضـــى الـــسرطان وذلك من خلال سؤال عام مفـــاده، مـــا طبيعـــة العلاقـــة بـــين مركـــز ضـــبط الألـــم وإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان؟

ويتفرع عن هذا السؤال التساؤلات التالية:

- ما نوع الضبط السائد لدى مرضى السرطان؟
- ما نوع إستراتيجيات المواجهة السائد استخدامها لدى مرضى السرطان؟
- هل يختلف مركز ضبط الألم لدى مرضى السرطان:
  - أ. باختلاف السن؟
  - ب.باختلاف الجنس؟
  - جـــ. باختلاف الحالة الاجتماعية؟
- هل تختلف إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان:
  - أ. باختلاف الجنس؟
  - ب.باختلاف السن؟
  - جـــ. باختلاف الحالة الاجتماعية؟
- هل هناك علاقة ارتباطية دالة بين أبعـــاد مركـــز ضـــبط الألـــم وإســـتراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان؟

1. فرضيات الدراسة:

تقترح هذه الدراسة الفرضيات التالية للإجابة على التساؤلات المطروحة:

1- نتوقع ارتفاع درجات مرضى السرطان فـــي بعـــد ذوي النفـــوذ لمركـــز ضـــبط الألم.

2- نتوقع ارتفاع درجات مرضى الـــسرطان فـــي إســـتراتيجية المواجهـــة المتمركـــزة حول الانفعال

3 -1- يختلف مركز ضبط الألم لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس.

3 -2- يختلف مركز ضبط الألم لدى مرضى السرطان باختلاف السن.

3 -3- يختلف مركز ضـــبط الألـــم لـــدى مرضـــى الـــسرطان بـــاختلاف الحالـــة الاجتماعية.

4 -1- تختلف إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس.

4 -2- تختلف إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان باختلاف السن.

4 -3- تختلف إستراتيجيات المواجهة لـــدى مرضـــى الـــسرطان بـــاختلاف الحالـــة الاجتماعية.

5- توجـــد علاقـــة ارتباطيـــة دالـــة إحـــصائيا بـــين أبعـــاد مركـــز ضـــبط الألـــم واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان.

2. أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- تحديـــد نـــوع الـــضبط وإســـتراتيجيات المواجهـــة الـــسائدين لـــدى مرضـــى السرطان.
- التعرف على الفروق في متوسطات أبعاد مركز ضـــبط الألـــم لـــدى مرضـــى السرطان، التي يمكن أن تعـــزى للمتغيـــرات التاليـــة: الجـــنس، الـــسن، الحالـــة الاجتماعية.

– التعرف على الفروق في متوسطات إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، التي يمكن أن تعزى للمتغيرات التالية: الجنس، السن، الحالة الاجتماعية.

– إبراز العلاقة بين أبعاد مركز ضبط الألم وإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان.

3. أهمية الدراسة:

– تكمن الأهمية العلمية لهذه الدراسة في الموضوع الذي تتناوله وهو مرض السرطان، لاسيما انه أصبح مرض العصر. كما تكمن أهميتها في أنها تتخذ من المتغيرات السيكولوجية (مركز ضبط الألم، إستراتيجيات المواجهة) والمتغيرات الديمغرافية (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية)، التي تعتبر من بين العوامل المؤثرة في عملية التكيف مع مرض السرطان موضوعا لها.

– كما تستمد الدراسة أهميتها من خلال أنها الدراسة العربية الأولى – في حدود علم الطالبة– التي تناولت دراسة علاقة متغير مركز ضبط الألم ومتغير إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان.

– وتتمثل الأهمية العملية لهذه الدراسة، في أنها يمكن أن تفيد مرضى السرطان في التعرف على تأثير تبني وجهة الضبط في استخدام إستراتيجيات المواجهة المناسبة، وتحديد مدى تأثير هذه الأخيرة على تطور المرض. بحيث يدرك المرضى أنه من خلال استخدام وتبني إستراتيجيات المواجهة الفعالة والملائمة، يمكن لهم أن يعيشوا حياتهم بشكل أفضل حتى مع وجود المرض.

– كما و يمكن أن تقدم هذه الدراسة صورة علمية للمهتمين والعاملين في المجال النفسي والطبي، وذلك لتقديم برامج وخطط علاجية من شأنها مساعدة المرضى على التكيف الجيد مع المرض.

4.تحديد مصطلحات الدراسة:

1.5 مركز ضبط الألم:

يشير إلى الاعتقادات الخاصة التـــي يحملهـــا الفـــرد حـــول الـــتحكم فـــي الألـــم الذي يختبره. ويشمل مركز ضبط الألم ثلاثة أبعاد:

أ- **البعد الـــداخلي:** يشير إلى الاعتقاد أن سلوكات الفرد الخاصـــة هـــي التـــي تـــؤثر على التحكم في الألم.

ب- **بعـــد ذوي النفـــوذ:** يـــشير إلـــى الاعتقـــاد أن ســـلوكات وأفعـــال الأشـــخاص الآخرين (كالأطباء، ممرضين، عائلـــة، أصـــحاب الـــدين)، تـــؤثر علـــى الـــتحكم فـــي الألم.

جـــ- **بعد الحظ:** يشير إلى الاعتقاد أن التحكم في الألـــم يـــستند بـــشكل كبيـــر علـــى عامل الحظ . (keck ,2006)

ويعرف مركز ضبط الألم إجرائيا في هذه الدراســـة، علـــى أنـــه الدرجـــة التـــي يحصل عليها مريض الـــسرطان فـــي مقيـــاس مركـــز ضـــبط الألـــم المـــستعمل فـــي الدراسة (مقياس مركز ضبط الصحة متعدد الأبعـــاد الخـــاص بـــالألم)، والـــذي يـــشمل ثلاثة أبعاد، البعد الداخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد الحظ.

2.5 إستراتيجيات المواجهة:

هي مجموع الجهود المعرفية، والسلوكية، المتغيرة باستمرار، والتـــي تهـــدف إلـــى السيطرة أو التخفيض أو تحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية، التي تدرك على أنها تهدد أو تتجاوز قدرات الفرد. (Schweitzer ,Dantzer ,2003, p100)

وتعرف إجرائيا في هذه الدراسة بوصفها الدرجة التـــي يحـــصل عليهـــا مرضـــى السرطان فـــي مقيـــاس إســـتراتيجيات المواجهـــة المـــستخدم (مقيـــاس إســـتراتيجيات المواجهة المعدل من طرف كوســـون Cousson 1996)، والـــذي يتكـــون مـــن ثلاثـــة أبعاد: المواجهة المتمركـــزة حـــول المـــشكل، المواجهـــة المتمركـــزة حـــول الانفعـــال المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي.

3.5 مرض السرطان:

هو مجموعـــة مـــن الأمـــراض التـــي تتميـــز خلاياهـــا بالعدائيـــة، أي النمـــو والانقسام من غير حدود، وقدرة هذه الخلايا المنقـــسمة علـــى غـــزو أنـــسجة مجـــاورة وتدميرها، أو الانتقال إلى أنسجة بعيدة.

ويعرف **مرضى السرطان** في هذه الدراسة، بـــأنهم المرضـــى الـــذين شخـــصوا بمرض السرطان من قبل أطبـــاء متخصـــصين فـــي علـــم الأورام الـــسرطانية، وذلـــك بعد القيام بمجموعة مـــن الفحوصـــات الإكلينيكيـــة، والمخبريـــة اللازمـــة والمـــسجلون لدى قسم الأورام بالمستشفى.

5. الدراسات السابقة

لقد حظي موضوع السرطان بحيز كبير مـــن الاهتمـــام فـــي البحـــوث العلميـــة خاصة منها الأجنبية. وتم تناوله في العديد مـــن الدراســـات التـــي هـــدفت إلـــى إبـــراز تأثيراته وعلاقته بـــبعض المتغيـــرات الـــسيكولوجية وفيمـــا يلـــي ذكـــر لـــبعض هـــذه الدراسات:

تناولـــت الدراســـة التـــي قـــام بهـــا **مـــاركس وآخـــرون** Marks et al ســـنة (1986) العلاقة بين مركـــز ضـــبط الـــصحة، والتكيـــف مـــع مـــرض الـــسرطـــان وجاءت مؤكدة لدور مركز الـــضبط الـــداخلي فـــي مواجهـــة هـــذا المـــرض مواجهـــة صحيحة، بمعنى أن المرضـــى الـــذين يـــشعرون بإحـــساس الـــتحكم والـــسيطرة علـــى حياتهم ومرضهم، حققوا أعلى مستويات من التكيف. (يخلف ،2001، ص97)

وتناولت دراســـة **بـــران وآخـــرون** Prun et al ســـنة (1988) العلاقـــة بـــين إدارك التحكم في المرض والتكيف النفسي، وقـــد بـــرهن البـــاحثون أن مـــا بـــين 118 امرأة مصابة بسرطان الثدي، واللـــواتي كـــان لـــديهن إحـــساس بـــالتحكم فـــي تطـــور المرض وتلقين دعم اجتماعي أكثـــر، كـــان لـــديهن تقـــدير ذات عـــالي وأبـــدين آلامـــا جسيمة، وقلق وأحاسيس سلبية أقل. (Cousson- Gelie ,2001)

أمـــا دراســـة **كريـــسون وكيفـــي** Crisson and Keefe سنة (1988)، فقـــد هدفت إلى معرفة العلاقة بين مركـــز الـــضبط، واســـتراتيجيات المواجهـــة، والـــضيف الانفعالي لدى مرضى الألم المزمن، وقـــد طبـــق فـــي هـــذه الدراســـة مقيـــاس مركـــز ضبط الصحة، مقياس استراتجيات المواجهـــة، وقائمـــة كـــشف الأعـــراض الجـــسدية على مجموعة تضمنت 62 مريـــضا مـــصابا بـــالألم المـــزمن وفـــي حالـــة استـــشفاء وكشفت النتائج أن المرضى الذين تحـــصلوا علـــى درجـــات عاليـــة فـــي بعـــد الحـــظ لمركز الضبط،بدوا أكثر عجزا للتعامل مـــع ألمهـــم، واســـتعملوا إســـتراتيجية تحويـــل الانتباه،وإستراتيجية المواجهة المعتمـــدة علـــى الـــصلاة والتمنـــي. بالإضـــافة إلـــى أن

هؤلاء المرضى كانوا أكثر احتمالية لتفجيع وتفادي نشاطهم في المواجهة مع الألم. (keck , 2006)

وأجرى **هيلتون** Hilton سنة (1989)، دراسة هدفت إلى بحث العلاقة بين التقييم الأولي و استراتيجيات المواجهة، وهذا لدى 277 مريضة سرطان وأشارت النتائج إلى أن المريضات اللواتي قيمن السرطان على أنه مرض مرعب، واللواتي خفن من تكرار المرض واستعملن استراتيجيات الهروب والتجنب، ولم تكن لديهن ميول إلى إعادة التقييم الايجابي للوضعية .كما أنهن لم يقبلن المسؤولية على هذه الموضوعية، وكان لديهن اعتقاد بعدم القدرة على التحكم في تطور المرض. (Cousson- Gelie ,2001)

وكانت دراسة **تايلور وآخرون** Taylor et al سنة (1992) تهدف إلى معرفة بعض استراتيجيات المواجهة الفعالة مع المشكلات المتعلقة بمرض السرطان. وتضمنت الدراسة 603 مريض مصاب بالسرطان واستخدم في هذه الدراسة قائمة أساليب المواجهة، كما سئل المرضى حول أكثر النواحي التي تشكل ضغطا نفسيا بالنسبة لهم. وتبين من النتائج أن الخوف وغموض المستقبل كان أكثر شيوعا (41 %) يتبعها ما يفرضه السرطان من قيود على القدرات الجسمية للمريض، وعلى مظهره وأسلوب حياته(24 %)،ثم إدارة الألم (12 %). بعد ذلك طلب من المرضى أن يذكروا استراتيجيات المواجهة التي استخدمت في مواجهة هذه المشكلات. وقد كشف الباحثون عن خمس استراتيجيات هي: السعي للمساندة الاجتماعية واستخدامها مثل: تحدثت مع احدهم كي أعرف أكثر حول الموضوع، الإقصاء، مثل: لم أدع المرض ينال مني، الهروب المعرفي/ التجنب مثل: تمنيت لو أختفي من الموقف كله، التركيز الايجابي مثل: خرجت من الموقف بأفضل مما دخلت فيه. الهروب السلوكي/ التجنب مثل: محاولة تجنب الموقف من خلال الطعام أو الشرب أو النوم.

ويعتبر التكيف مـــن خـــلال المـــساندة الاجتماعيـــة، والتركيـــز علـــى مـــا هـــو إيجابي، وإقصاء الذات، هي أنماط لها علاقـــة وطيـــدة بمـــستويات أقـــل مـــن الـــضيق الانفعالي الناجم عن السرطان ، أما المرضى الذين تعاملوا مع مشكلاتهم المتصلة بالسرطان من خلال استراتيجيات التجنـــب أو الهـــروب المعرفـــي والـــسلوكي، فقـــد أظهروا ضيقا انفعاليا أكبر. (Nezu et al ,2003,p56)

وهدفت دراسة **تـــومي وآخـــرون** Toomey et al ســـنة (1993) إلـــى البحـــث في الارتباطات بين الإجراءات العلاجيـــة وعـــزو ضـــبط الألـــم. وتـــضمنت الدراســـة 98 مريضا يعالج خارج العيادات، 48 مـــن مرضـــى عيـــادات الألـــم، و 50 مريـــضا الباقي من عيادة طبية عامة. 28 من مرضـــى العيـــادة الطبيـــة كـــان لـــديهم آلام و22 الباقي لديهم حالات طبية أخرى.

طلب من المرضى الذين ليس لديهم آلام، الإجابـــة علـــى مركـــز ضـــبط الألـــم من ناحية ردودهم المعتادة للألم. وقد سجل مرضـــى عيـــادات الألـــم نتـــائج منخفـــضة في مركز الضبط الداخلي، وكـــذلك بعـــد ذوي النفـــوذ مـــن مركـــز الـــضبط مقارنـــة بالمجموعتين الأخرتين. كما كان لمرضى عيادات الألـــم نتـــائج مرتفعـــة لبعـــد الحـــظ من مركز الضبط مقارنة بالمرضى الذين لا يعـــانون الألـــم، ولكـــن أقـــل مـــن نتـــائج مرضى العيادة الطبية والذين يعـــانون الألـــم. وقـــد خلـــص البـــاحثون إلـــى أن عـــزو التحكم في الألم يتفاوت عبر الإجراءات العلاجية. (keck , 2006)

أما الدراسة التي قام بهـــا **كلفنـــسن وبـــاين** Kelvinson and Payne ســـنة (1993)، فقد قارنت بحث المرضى عن العـــلاج مـــن الألـــم المـــزمن بـــين مجموعـــة من 30 مريضا من مركـــز المعالجـــة المكملـــة، ومجموعـــة مـــن 30 مريـــضا مـــن عيادتين من مصلحة الصحة العامة للألم بإنجلترا.

أجاب كل المشاركون علـــى مقيـــاس مركـــز ضـــبط الـــصحة متعـــدد الأبعـــاد ومقياس تقييم نموذج المعتقدات الصحية العام. لم تكـــن هنـــاك علاقـــة بـــين الملازمـــة والحضور في مركز المعالجة المكملـــة ومعتقـــدات الـــصحة العامـــة. وكانـــت هنـــاك اختلافات في كل المقاييس الفرعية لمركز الضبط والأماكن التي يتم فيها العلاج.

فقد سجلت نتائج عالية مــن مركــز الــضبط الــداخلي لــدى المجموعــة التــي تلقت عناية في مركــز العــلاج المكمــل. واقتــرح البــاحثون أن هــؤلاء المرضــى يتحملون مسؤولية كبيرة على حالتهم الــصحية الخاصــة. فــي حــين ســجل مرضــى عيادة الألم نتائج عالية في كل من بعد الحظ ، وبعد ذوي النفــوذ مــن مركــز الــضبط الصحي، والذي يشير إلى مركز الضبط الخارجي. (keck , 2006)

وأجرى **تيلــور وآخــرون** Taylor et al ســنة (1994) دراســة كــان هــدفها معرفــة العلاقــة بــين الــسرطان والمواجهــة. وقــد اســتخدم البــاحثون مقيــاس استراتيجيات المواجهة مع نساء مصابات بــسرطان الثــدي فــي المرحلــة المبكــرة. و سيطر على الأعراض الجسمية في هذه الدراسة لتحليــل الارتباطــات بــين المواجهــة والتأثير السلبي والايجابي.

كان للأعراض الجسمية تأثير كبيــر فــي العلاقــات بــين المواجهــة والأثــر الــسلبي مقارنة بعلاقــات المواجهــة والأثــر الايجــابي . وقــد ارتبطــت مواجهــة الهــروب التجنب، ومواجهة التحدي بتأثير سلبي أكبر. بينمــا المواجهــة مــن خــلال الإقــصاء والتقييم الايجابي والتحكم في الذات ارتبطت كلها بتأثير ايجابي أكبر.

(Nezu et al ,2003, p56)

وهــدفت الدراســة التــي أجراهــا **نــازو و آخــرون** A.Nezu et al ســنة (1995) إلى البحث فــي علاقــة أســلوب المواجهــة المتمثــل فــي حــل المــشكل و الضيق الانفعالي لدى مرضى السرطان.وقــد تــضمنت الدراســة 134 مريــضا بالغــا يعاني السرطان. وكشفت النتائج أن القدرة على حــل المــشكل كانــت لتعــديل وتهدئــة تأثيرات الضغوط المرتبطة بالسرطان خاصة تحت مستويات متماثلة من الضغط.

وسجل مرضى السرطان المتميزون بالقدرة الضعيفة علــى حــل المــشكل، مــستويات عالية من الأعراض الاكتئابية والقلــق، مقارنــة مــع مرضــى الــسرطان المتميــزون بالقدرة الفعالــة فــي حــل المــشكل. (Nezu et al ,2003, p277)

بحثت دراســة تــومي، ســفيل ومــان Toomey, Seville and Mann ســنة (1995) في العلاقات بين نتائج مركــز الــضبط الألــم ومهــارات الــضبط الــذاتي و

الضيق النفسي، لدى مرضى الألم المزمن. و استعمل الباحثون في هذه الدراسة مقياس مركز ضبط الألم، ومقياس ماك جيل للألم وأداة للألم الوصفي، وجدول الضبط الذاتي لقياس القدرة على تطبيق طرق حل المشكلات الضبط الذاتي ودليل يعكس عدد الأعراض النفسية المسجلة ودرجة الضيق.

وقد شملت الدراسة 87 مريضا خارجيا يعانون ألما مزمنا، عرضوا على عيادات الألم. وبينت النتائج أن بعد الحظ من مركز الضبط مرتبط بقوة بتقديرات ألم عالية. كما بينت النتائج نقص فعالية أسلوب المواجهة المتمثل في الضبط الذاتي (التحكم الذاتي) وانعدام التكيف النفسي، وأيضا عدم وجود علاقات بين مركز ضبط الألم الداخلي وتقديرات الألم والمواجهة، الضيق النفسي. (keck , 2006)

وفي سنة (1995) قام محمد رجب بدراسة الفروق الجنسية والعمرية في أساليب المواجهة مع المواقف الضاغطة على عينة مكونة من 684 فردا من الجنسين. وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة في استخدام أساليب المواجهة تعزي إلى الجنسين. كما أشارت إلى وجود تأثير لمتغير العمر في استخدام أساليب المواجهة، فقد كان الشباب أكثر ميلا لاستخدام أسلوب إعادة التقييم الايجابي للمواقف، وأسلوب التحليل المنطقي للموقف بغية فهمه، وأسلوب البحث عن المساندة الأسرية والاجتماعية بالمقارنة مع المراهقين.

(رجب ،1995)

وفي دراسة قام بها هيردي عادل (1996) بهدف معرفة العلاقة بين الضبط وأساليب مواجهة المشكلات، ومعرفة الفروق بين الجنسين في أساليب مواجهة المشكلات، على عينة مكونة من 235 طالبا وطالبة في المرحلة الجامعية. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن أصحاب وجهة الضبط الخارجية من الذكور أكثر لجوءا لأسلوب الهروب والتمركز على الانفعال. وأن ذوات الضبط الخارجي من الإناث أكثر لجوءا لأساليب (التقبل، الاستسلام، الهروب، التمركز على الانفعال) مقارنة بذوات الضبط الداخلي، حيث لجأن إلى أساليب مواجهة المشكلات وأساليب الدعم الاجتماعي. كما أشارت نتائج الدراسة إلى أنه لا

توجـــد فروق جوهرية بين الذكور والإنـــاث مـــن أصـــحاب وجهـــة الـــضبط الداخليـــة في أساليب مواجهة المشكلات. (هيردي، 1996)

وفي دراسة ألمانية قـــام بهـــا بوســـما وآخـــرون Bosma et al ســـنة (1998) على عينة بلغ عددها 2174 ألماني وألمانية، يتـــراوح ســـنهم مـــن 25 إلـــى 74 ســـنة. بهدف معرفة العلاقة بين المـــستوى الـــسوسيو اقتـــصادي ومركـــز الـــضبط. كـــشفت النتائج أن الأفراد ذوي المستوى العالي من الناحيـــة الـــسوسيو اقتـــصادية فـــي مرحلـــة الطفولة، كان لديهم مـــستويات عاليـــة مـــن الـــتحكم المـــدرك (مركـــز الـــضبط) فـــي مرحلة الشباب. بالإضافة إلـــى أن الـــضبط المـــدرك يظهـــر كوســـيط مهـــم لارتبـــاط المستوى السوسيو اقتصادي مـــع معـــدل الوفيـــات. كمـــا أن العلاقـــة بـــين المـــستوى السوسيو اقتصادي ومعدل الوفيات كانت منخفضة بقـــوة بعـــد الـــتحكم فـــي مـــستويات الضبط المدرك. (Job Stress Network)

وأجـرت كـل مـن لينـا سـان وسـانيتا مهتـاني سـتيوارت Lina.N. Sun and Sanita Mahtani Steuwart ســـنة (2000) دراســـة بهـــدف البحـــث فـــي الارتباطـات بـين الـدعم الاجتمـاعي، مركـز ضـبط الـصحة، العـصابية والتكيـف النفـسي لـــدى 152 مريـــضا يابانيـــا يعـــاني مـــن مـــرض الـــسرطان (ســـرطان القنـــاة الأنفيـــة البلعوميـــة) فـــي مدينـــة هونـــغ كونـــغ .(105 ذكـــور، 46 إنـــاث) يتـــراوح ســـنهم بـــين 15 ســـنة و78 ســـنة. وكـــان الهـــدف هـــو قيـــاس الفرضـــيات ذات العلاقـــة بالتركيـــب العـــائلي المتماسك، والاعتقاد في التحكم في الموارد المنتشر في هذه الثقافة.

وطبق على المرضى مقياس الـــدعم الاجتمـــاعي الـــذي يـــتم قياســـه بواســـطة حجم الشبكة الاجتماعيـــة، كميـــة المواجهـــة (مقيـــاس Carver at al 1989)،ومقيـــاس الصحة العامة، مقياس العـــصابية ومجـــالات وشـــدة الـــضغط المرتبطـــة بالـــسرطان. وقد بينت النتائج أن المرضى الذين ذكروا الـــدعم الاجتمـــاعي، ارتـــبط مركـــز ضـــبط الصحة الداخلي لديهم ايجابيـــا بـــالتكيف النفـــسي، وارتبطـــت العـــصابية ســـلبيا مـــع التكيف النفسي.

كما بينت النتائج أن استعمال المواجهة المتمركزة حول الـــدعم الاجتمـــاعي فـــي المواقف الضاغطة المتحكم فيها وغير المتحكم فيها غير مرتبط بالسن و الجنس، المستوى التعليمي، وعدد الأفراد المتواجدين بالعائلة. كما أن الأفـــراد المـــشاركين ذكـــروا أنهـــم استعملوا الدعم الاجتماعي أكثر عندما كانت الضغوط غير متحكم فيها ، مقارنة بالمواقف التي كانوا يرون فيها أن الضغوط متحكم فيها. وقد زودت هذه النتائج المعلومات المتعلقة بمواجهة الأمراض الخطيرة في الثقافة غير الغربية. وتبين أنه حتى في الثقافة التي تنشر فيها المعتقدات الخارقة، فإن مركز ضبط الصحة الداخلي يرتبط ايجابيـــا بـــالتكيف، وأن الاعتقاد في الحظ مرتبط سلبيا بالتكيف. (Sun ,Steuwart ,2007)

وفي دراسة إكلينيكيـــة قـــام بهـــا هـــالتن هـــوف وآخـــرون Halten Hof et al سنة (2000) في ألمانيا على عينة مـــن 45 مريـــضا يعـــانون مـــن مـــرض الرعـــاش العصبي، تناولت العلاقـــة بـــين ســـلوكيات المواجهـــة و مركـــز الـــضبط والاكتئـــاب ومتغيرات أخرى ذات صلة بالمرض. وقـــد أظهـــرت نتائجهـــا وجـــود ارتبـــاط وثيـــق بين مركز الضبط الداخلي وأســـلوب المواجهـــة الايجابيـــة التـــي يمارســـها المـــريض للتعامل مع حالته المرضية، والحفاظ على استقراره وصحته.

(يخلف ،2001، ص 97)

وقارنت دراســـة مـــاي لينـــغ شـــيولاي دنـــغ وآخـــرون Meiling Shui Lai Deng et al سنة (2001) ، مركـــز ضـــبط الـــصحة ومـــستوى الـــدعم الاجتمـــاعي المدرك بين 219 مريض سرطان (110 ذكـــور، 109 إنـــاث) و122 مـــريض ايـــدز (115 ذكور، 7 إناث) من مدينة تـــايوان. وقـــد تـــم اســـتخدام مقيـــاس مركـــز ضـــبط الصحة متعدد الأبعاد (الـــشكل B) واختبـــار المـــوارد الشخـــصية. وبينـــت النتـــائج أن مرضى الإيدز لديهم مركز ضبط صحي داخلي أعلى من مرضى السرطان،
وإدراك الدعم الاجتماعي لمرضى السرطان كان أعلـــى مـــن مرضـــى الإيـــدز. وقـــد ارتبط الدعم الاجتماعي إيجابيا مع مركز ضبط الصحة الـــداخلي وســـلبيا مـــع مركـــز ضبط الصحة الخارجي (بعـــد الحـــظ) لـــدى كلتـــا العينتـــين. ومـــن بـــين التفـــسيرات

المقدمة لتعليل هذا الاختلاف هــو اخــتلاف الــصفات الملازمــة للمرضــين، فمعظــم مرضى الإيــدز يمكــن أن يعــزوا إصــابتهم إلــى الــسلوك الشخــصي مثــل القيــام بسلوكات جنسية غير آمنة في حين نجد أن بعــض الــسلوكات مثــل التــدخين تعــرف على أنها تزيد من خطر السرطان. وقليل من يعزو مرضــه مــن مرضــى الــسرطان لسبب شخصي.

كما أن مرض الايدز هو مرض يمكــن الوقايــة منــه باعتبــار التحــذيرات الواســعة الانتشار، وأن تشخصيه لا يثير الرضــا، كمــا أن هــذا المــرض يــدرك علــى أنــه عقوبة وابتلاء ذاتي.(Chen et al ,2001)

وركزت دراسة اسبانية قام بهــا كــل مــن أراراس وآخــرون J.I.Arrarras, et al سنة (2002) على طرق إدارة الألــم مــن خــلال أســلوب المواجهــة، مركــز الــضبط. وإدراك فعاليــة هــذه الاســتراتيجيات، ومــستوى الــضيق والــسلوكات المرتبطة بالألم. وقــد درس البــاحثون العلاقــات بــين أســلوب المواجهــة ومــستوى الضيق، كما قاموا بتقييم أي المتغيرات الإكلينيكيــة يمكــن أن ينبــأ بمــستوى الــضيق، نتائج أسلوب المواجهة أم مركز الضبط.

ولقياس هذه المتغيرات، قام البــاحثون بمقارنــة اســتجابات مرضــى الــسرطان وغير السرطان على المقاييس التالية، قائمة اســتراتيجيات المواجهــة، مقيــاس مركــز ضبط الصحة، مقياس الاكتئــاب والقلــق المرتبطــان بالمستــشفى، مقيــاس واشــنطن لعرض الألم الإكلينيكي الــذي يقــوم علــى المقــابلات وتقيــيم المعطيــات الــسيوسيو ديمغرافية والسلوكات المرتبطة بالألم على عينــة شــملت 51 مريــضا مــن مرضــى السرطان يعانون الألم و 67 مريض ألم مزمن.

وأظهرت النتائج أن هناك فروق دالة بــين العينــات فــي المتغيــرات العياديــة والنفسية وسلوك الألم. وسجلت مجموعة المرضى غيــر المــصابين بالــسرطان قيمــة عالية

في مركز الضبط الداخلي مقارنــة بمرضــى الــسرطان. كمــا اعتبــرت إســتراتيجية التجنب منبأ بقلــق عــالي، فــي حــين اعتبــرت إســتراتيجية التجنــب والمعتقــدات

الضعيفة في مركز الضبط الـــداخلي، وإعاقـــة مدركـــة منخفـــضة كمنبئـــات الاكتئـــاب عالي. لذلك فإن الـــدور الـــسلبي للمـــريض مرتبـــط بتكـــيف مـــنخفض مقارنـــة بالـــدور الايجابي لـــــه.(Arrarras et al ,2002)

وقـــد حاولـــت دراســـة جـــودي جونـــسون وبالنـــسكي Jodie.Johnson, Palenskey Ph.D ســـنة (2004) فهـــم كيفيـــة مواجهـــة النـــساء لنبـــأ تشخيـــصهن بمرض سرطان الثدي وعلاجه. ولقد تـــم تمييـــز هاتـــه النـــساء مـــن خـــلال مكتـــب تسجيل السرطان بنبراسكا. وجمعت البيانات أوليا عـــن طريـــق اســـتخدام نـــسخة مـــن نموذج طرق مواجهـــة الـــسرطان لتـــايلر ودانكـــل 1992. والتـــي تفيـــد فـــي قيـــاس استراتيجيات المواجهة لـــدى مرضـــى الـــسرطان، وأيـــضا اســـتخدم مقيـــاس شـــيفر Scheiver (1989) للمواجهـــة وذلـــك لقيـــاس أســـاليب المواجهـــة. وبـــين تحليـــل البيانات الاستعمال المتكرر لإستراتيجية المواجهـــة الايجابيـــة. كمـــا كـــشفت البيانـــات النوعية التي تـــم جمعهـــا عـــن طريـــق المقـــابلات نـــصف الموجهـــة، عـــن بـــروز إستراتيجية مواجهة إعادة التقييم الايجابي في محاولة لكسب فهم أكثر.

(Palensky ,2004)

وقد بحثت الدراسة التي قام بها دركس و اخرون Derks et al سنة (2005) في الفروق في أسلوب المواجهة ومركز الضبط بين المسنين والشباب المصابين بسرطان العنق والرأس. وشملت العينة 51 مسنا و 70 شابا، طبق عليهم مقياس جودة الحياة ومقياس مركز ضبط السرطان، ومقياس الاكتئاب، والمواجهة. وأظهرت النتائج أن عدد الأعراض الاكتئابية وجودة الحياة قبل 12 شهرا من العلاج لم تختلف بين المجموعتين. كما أظهرت النتائج قبل 6 أشهر من العلاج ،أن المرضى الشباب استعملوا استراتيجيات مواجهة نشطة أكثر وكان لديهم إدراك ضبط داخلي أكثر على سبب مرضهم. في حين استعمل المرضى المسنون مواجهة دينية، وضبط ديني أكثر في كل المقاييس. ولقد ارتبطت مواجهة التجنب بأعراض اكتئابية أكثر وجودة حياة سيئة في كلا المجموعتين.

(Derks et al ,2005)

تعقيب على الدراسات السابقة :

بالرغم من الاهتمام المتزايـد بدراسـة متغيـر مركـز الـضبط واسـتراتيجيات المواجهة في علاقتهما ببعضهما مع مرض السرطان وفـي بعـض الأحيـان تناولهمـا بصورة منفصلة، فإنه لم يتوفر للطالبـة أي دراسـة عربيـة تناولـت العلاقـة بينهمـا بصورة مباشرة مع مرض السرطان. ولعل من بين الدراسـات العربيـة القريبـة إلـى موضوع الدراسة الحاليـة، دراسـة محمـد رجـب (1995) التـي تناولـت الفـروق الجنسية والعمرية في أساليب المواجهة مـع المواقـف الـضاغطة، ودراسـة هيـردي عادل (1996) التي تناولـت العلاقـة بـين الـضبط وأسـاليب مواجهـة المـشكلات وكذلك الفروق بين الجنسين في أساليب المواجهة.

ونظرا أن أغلب الدراسات كانـت فـي بيئـات أجنبيـة، وباعتبـار أن متغيـر مركز الـضبط واسـتراتيجيات المواجهـة متغيـرين محـددين ثقافيـا، فنتـائج هـذه الدراسات غير قابلة للتعمـيم بـسبب خـصوصية كـل مجتمـع، وخاصـة المجتمـع العربي المسلم.

ويتضح مما سـبق وجـود تـأثير سـلبي لمرضـى الـسرطان علـى الـصحة الجسدية والنفسية للمريض. كما يتضح أيضا تـأثير الـدعم الاجتمـاعي وأهميتـه فـي عملية المواجهة وكذلك في تبني وجهة الضبط.

ومن نتائج الدراسـات الـسابقة نجـد أيـضا، وجـود ارتبـاط بـين أسـاليب المواجهة، مركز الضبط والتكيف الجيـد. حيـث أشـارت معظـم الدراسـات إلـى أن الاعتقاد في الضبط الداخلي مـرتبط باسـتراتيجيات المواجهـة الايجابيـة مـا يـشير بدوره إلى التكيف الجيد مع السرطان. في حـين أن الاعتقـاد فـي الـضبط الخـارجي مرتبط باستعمال استراتيجيات سلبية ما يشير إلى سوء التكيف مع السرطان.

وتأتي هذه الدراسة لتضيف إلـى الدراسـات الـسابقة، دراسـة عربيـة علهـا تكون ذات فائدة للطلبة وللعاملين والمهتمين بمجال مرض السرطان.

الفصل الثاني

مركز ضبط الألم

I- ماهيـــــة الألـــــم

I-1- تعــريف الألـــم:

هناك عدة تعاريف للألم وفيما يلي بعض منها:

الألم هو إحساس غير سار، وهو معاناة في الجسم أو العقل، مرتبط بضررأو مرض. يمكن أن يسبب الألم حالة من الجمود للفرد وشعور بالضغط والإرهاق.

(Strong et al,1999, p216)

الألم هو ظاهرة معقدة، يشير إلى خبرة حسية وانفعالية غير سارة، مرتبطة بضرر نسيجي حقيقي أو كامن. و الألم هو خبرة ذاتية، أين تكون المكونات الحسية المرتبطة بصورة دقيقة بالمكونات الانفعالية معدلة من طرف العوامل المعرفية والمحيطية.

(Sieber ,2004)

الألم عبارة عن خبرة غير مقبولة من المشاعر والأحاسيس، مرتبطة بتضرر حاد أو كامن في النسيج الحي. (برويكر و آخرون)

إنطلاقا مما سبق نستخلص أن الألم هو عبارة عــن إحــساس مــصاحب بانفعــال مزعج، يرتبط بوجود ضرر حقيقــي أو كــامن . وهــو ظــاهرة معقــدة تلعــب فيهــا العوامل النفسية والفيزيولوجية دورا مهما . كما أن للألــم مكونــات ، تــشمل المكــون الحسي المكون الانفعالي، المكون المعرفي، و المكون السلوكي.

1- الألم هو إحساس:

للألم مظهر حسي، حيث يبدأ الإحساس بالألم من خــلال نظــام حــسي خــــاص الذي يعلم الفرد عــن محيطيــه وعــن حالــة جــسمه . يعطــي هــذا النظــام نــشأة لإحساسات التي من خلالها يسمح هذا المكون الحــسي بمعرفــة الطوبوغرافيــا، المــدة (مستمرة، متقطعة) ، شدة المثير الألمــي، نوعيــه الرســالة (حــرق، التــواء، طعنــة خنجر).الألم في هذا المستوى عبارة عن نظام إحساس- رد فعل.

2- الألم هو انفعال:

الألم أيضا هو انفعال مؤلم وغيـــر مـــستحب. أول حركـــة لنـــا هـــي قمـــع هـــذا الانفعال، رفضه حالما يظهـــر. مـــن خـــلال هـــذا الـــرفض أو القمـــع يحـــدث انتقـــال الإحساس الذي لا يتوافق مع أي تأثير إلـــى الإدراك . ويترافـــق هـــذا مـــع حكـــم قـــيم الذي يعتبر كل تجاربنا السابقة.

3- الألم هو خبرة:

تؤكد الجمعية الدولية لدراسة الألم (IASP) علـــى ســـمة معـــاش الألـــم. فحـــسب (IASP) الألم هو معاش وتجربة حسية ووجدانية مرتبطـــة بجـــرح حقيقـــي أو كـــامن أو وصف لكلمة جرح. هذا يعني أن الألم هو ألـــم إذا كـــان الموضـــوع المـــتكلم عنـــه يتعلق بمصطلح جرح، حتى ولو كان هذا الجرح مخفيا.

تستعمل هذه الظاهرة بنيات انفعالية ومعرفيـــة. المكـــون الانفعـــالي يمـــنح للألـــم سمته غير المحبوبة والمقلقة . والمكـــون المعرفـــي يتـــدخل فـــي الوظـــائف المتعلقـــة بالذاكرة والإحساس ، والانتباه المسؤولة عن المعرفة . إنهـــا تـــسمح بتبليـــغ وترجمـــة أو إدراك الألم وتعبيره.

و قـــد أظهـــرت تجـــارب مختلفـــة أن مـــدى الألـــم يختلـــف بـــاختلاف الانتبـــاه وانحرافه . فإذا ركز الفرد انتباهه علـــى خبـــرة مؤلمـــة بقـــوة ، فإنـــه ســـيدرك الألـــم بشدة أكبر من ما هو عليه طبيعيا.

و قد كشف هيل وستريد Hill, Stride أن وجودا بـــسيطا وعـــادي لكلمـــة ألـــم في التعليمات المقدمة ، قاد الأفراد القلقين إلـــى الإحـــساس بـــشدة كهربائيـــة بـــصورة مؤلمة . واختلف الإدراك عند غياب هذه الكلمة فـــي نفـــس شـــدة الـــصدمة الكهربائيـــة . إذا إن توقعا وحيدا للألـــم يكفـــي لرفـــع مـــستوى القلـــق ، وبنـــاء علـــى هـــذا يـــتم الإحساس بشدة الألم.

وهناك بعض الأمثلـــة التـــي تعـــرض الـــدور الـــذي يلعبـــه التقيـــيم الشخـــصي للإحساس. فيمكن أن يتحول الإحـــساس بتـــشنجات بطنيـــة تعـــزى لغـــازات وعمومـــا لأسباب غامضة إلى ألم شديد، إذا علمنـــا أن قريبـــا أو صـــديقا يعـــاني مـــن ســـرطان

المعدة.و يمكن أن يستمر هذا الألم ويـــزداد ســـوءا لحـــين حـــضور الطبيـــب، وبـــذبك يمكن أن يختفي الألم بغتة.

4- الألم هو سلوك:

يضم المكون السلوكي مجموعة من التظـــاهرات اللفظيـــة وغيـــر اللفظيـــة لـــدى الفرد الذي يعاني من أنين، شـــكوى، تأوهـــات، إيمـــاءات... تركـــز هـــذه التظـــاهرات الانعكاسية لمثير ألمي على وظيفة الاتـــصال مـــع المحـــيط. و تقـــوم وظيفـــة المحـــيط العائلي، والثقافي، وما تعلمه الفـــرد خـــلال تجاربـــه الـــسابقة، والمعـــايير الاجتماعيـــة المرتبطة بـــالجنس والـــسن بتعـــديل ردود فعـــل الفـــرد. وقـــد يلجـــأ المـــريض إلـــى المجتمـــــع، بحيث يعبر عن ألمه بقصد التعـــرف عـــن عجـــزه أو بقـــصد التعـــويض عن خسارته.

و في الألم يجعل الانزعاج والانفعال السلبي، الفـــرد فـــي حالـــة إنـــذار، ويعلمـــه بالخطر، إنه الانزعاج الحسي الذي يدفع الفـــرد لتفـــادي ســـبب الألـــم. و يكـــون هـــذا الإحساس المزعج الحد بين الإحساس الجـــسدي والألـــم الـــذي يعتبـــر انفعـــال. يعنـــي إحساس مليء بعاطفة سلبية. عنـــدما يـــصل الإحـــساس إلـــى درجـــة معينـــة يـــصبح مختلفا ويأخذ اسم انفعال الذي يعتبر حالة نافذة للإحساس الجسدي.

وعندما تصل درجة الإحساس إلى درجة الألم تنطلق ردود فعل حيوية (جـــسمية). حيث يجرب الجسم طبيعيا الاحتماء ، وهذا أول ميكانيزم دفاعي يظهر (مثل حـــذف اليـــد التي تحترق) . بمجرد ظهور الآلية الأولـــى، هذا يدل انه ليست هناك ضـــرورة لوجـــود الشعور، إنه رد فعل آلي يلاحظ أثناء النوم أيضا. (Salamagne ,1994,pp 60,66)

I-2- فيزيولوجية الألم:

تشتمل المنظومة العصبية لتمثل الألم عنـــد الإنـــسان علـــى تـــأثير معقـــد للبنـــى العصبية و الفيزيوعصبية و البيوكيميائيـــة. ففـــي كـــل أعـــضاء العـــضوية الإنـــسانية توجد ما تسمى بمستقبلات الألم Nociceptors بصورة مختلفـــة الكثافـــة والتـــي هـــي عبارة عن نهايات عصبية (مستقبلات محيطيـــة)، تـــستجيب إلـــى المـــؤثرات الآليـــة أو الحرارية أو الكيميائية التي تبلغ شدة عالية، وتتعدل قابليـــة هـــذه المـــستقبلات للإثـــارة Reagibility من قبل مـــواد بيوكيميائيـــة (وســـائط داخليـــة المنـــشأ كالـــسيروتونين) التي تتحرر عند إصـــابات بنـــى الخلايـــا. ويمكـــن لهـــذه المـــواد الألمية Elegatical substance أن تصدر المؤلمات Nociception بـــصورة مباشـــرة أو تخفـــض مـــن موجة المثير لمستقبلات الألم .

ويتم تحويل الدفقات الحسية للألم في الجهـــاز العـــصبي المحيطـــي مـــن خـــلال ألياف عـــصبية خاصـــة (أليـــاف دلتـــا A وأليـــاف C اللانخاعيـــة A- delta and unmyeline c- fibre) إلى القرون الخلفية للنخـــاع الـــشوكي. وهنـــا توصـــل أليـــاف دلتا A ما يسمى بالألم الأول المميز للألم الحاد (واضح، واخـــز، متمـــو ضـــع، يهـــدأ بصورة سريعة نسبيا).

في حين أن ألياف c تثير الألم الثـــاني المهـــم بالنـــسبة لحـــالات الألـــم المزمنـــة (عميق، صعب الموضعة، يهدأ بصورة بطيئـــة، وتنتقـــل دفعـــة الألـــم علـــى مـــستوى النخاع الشوكي) بمساعدة النواقـــل العـــصبية مـــن الجهـــاز العـــصبي المحيطـــي إلـــى الجهاز العصبي المركزي . وفي أثناء ذلـــك تثـــار اســـتجابات انعكاســـية حركيـــة فـــي الوقت نفسه.

ومن خلال مسارات ألم خاصة يتم التحويل إلـــى الـــدماغ ، حيـــث تـــصل دفعـــة الألم خلال بضع من جزء من مئة مـــن الثانيـــة بعـــد التـــأثير الخـــارجي إلـــى المهـــاد (الثلاموس) و هناك يتم تجميع كل مثيـــرات المحـــيط وتحويلهـــا إلـــى بـــاقي الـــدماغ . وفي حالة الضرورة استثارة استجابة هجوم أو هروب.

وهناك القليل من المعرفـــة حـــول التمثيـــل العـــصبي المركـــزي للألـــم، فعلـــى العكس من منظومات الحس الأخرى لا يوجد مركز ألـــم قـــشري، وإنمـــا هنـــاك بنـــى وظيفية عصبية وتشريحية عصبية مختلفة كليـــا تـــسهم فـــي هـــذه الـــسيرورة المعقـــدة منها:

- جذع الدماغ (تنظيم العمليات الإعاشية كالتنفس والدورة الدموية)
- منظومـــة الغـــدة النخاميـــة- الهيبوثلامـــوس (تنظـــيم المنظومـــة الغديـــة، طـــرح الهرمونات و الأندروفين).
- التشكل الشبكي (توجيه الانتباه- استجابات التوجه).
- الجهاز اللمبي (مركز المشاعر، المركبات الانفعالية لخبرة الألم، نوعية الألم)
- اللحاء الجديد Noecortex (وعي الألـــم، الموضـــعة، التفـــسير والتقيـــيم، توجيـــه التصرفات)

وعند إثارة الألم تبدأ في الدماغ سيرورة تنظيم معـــاكس ، تعـــدل تمثـــل مثيـــرات الألم من خلال آليات مسكنه داخليـــة المنـــشأ. وذلـــك مـــن خـــلال تخفـــيض تحريـــر المواد المثيرة في الجهاز العصبي المحيطي ، أو رفـــع المـــواد الكابحـــة علـــى ســـبيل المثـــــال، وعنـــد باحات دماغيـــــة محـــــددة (فـــي الـــدماغ الأوســـط) تتحـــــرر مـــواد بيو كيماوية (أندروفين Endrophin) .

وهذه تنشط مسارات عصبية هابطة تـــصل إشـــاراتها الكهربائيـــة إلـــى النخـــاع الشوكي. وهناك يتم تحرير مواد أخرى فـــي المـــشابك العـــصبية كالـــسيروتين، التـــي تكف من جهتها تحرير مواد ناقلة للألم (المادة P) ومن خـــلال ذلـــك يـــتم كـــبح نـــشاط عصبونات القرينات الخلفية المسؤولة عن توصـــيل الألـــم فـــي النخـــاع الـــشوكي . و في الوقت نفسه تتم مواصلة تحرير الأندروفينات في الـــدماغ التـــي تخفـــض بـــصورة إضافية من نقل الألم.

وتتـــضج المركبـــات التـــشريحية والوظيفيـــة والكيماويـــة العـــصبية المختلفـــة لمنظومة الألم في أثناء النشوء الإنساني ، وبسرعات مختلفـــة ، وتكـــون عنـــد الـــولادة مكتملة بصورة كافية من أجل الإدراك التفريقي للألم.

كما وتتطور القدرة على تذكر مثيرات الألم قبل الولادة على ما يبدو ، إذ أثبتت دراسات حديثة وجود ذاكرة ألم و وعي بدائي له عند المواليد الجدد والأجنة.

(برويكر و آخرون)

I-3- تصنيف الألم:

هناك نوعان من الألم الإكلينيكي: الألم الحاد والألم المزمن.

1- الألم الحاد:

ينتج هذا النوع من الألم عـــن إصـــابات معينـــة، تـــؤدي إلـــى حـــدوث تلـــق بالأنسجة كالجروح والكسور. وهو عادة يدوم لمدة قصيرة. ومـــن المعـــروف أنـــه قـــد يدوم لفترة مدتها ستة أشهر. يولد لدى الفرد إحساسا بالقلق، الـــذي يدفعـــه إلـــى طلـــب العلاج، وتناول الأودية وفي حالة شفاء الفرد يزول القلق ويخف الألم.

2- الألم المزمن:

وتكون بدايته عادة بنوبة حادة، ويختلف عن الألـــم الحـــاد، فـــي أنـــه لا يخـــف بالعلاج أو بمرور الزمن . وللألم المزمن أنواع منها:

2-1- الألم المزمن الحميد:

الذي يدوم في العادة مدة ستة أشهر أو أكثـــر. يمتـــاز بـــصعوبة علاجـــه و تباين شدته، ومن أمثلته آلام أسفل الظهر المزمنة.

2- 2– الألم الحاد المتكرر:

الذي يشمل سلسلة من نوبات الألـــم المتقطعـــة، والتـــي تكـــون ذات طبيعـــة حادة ومزمنة من حيث استمرارها لمـــدة تتجـــاوز ســـتة أشـــهر، ومـــن أمثلتـــه الصداع النصفي.

2-3- الألم المزمن المتقدم (المتوالي):

الذي يمتاز بطول مدته، وازدياد شـــدته مـــع مـــرور الوقـــت كمـــا يـــرتبط عادة بالأمراض الخبيثة، كالتهاب المفاصل أو السرطان.

(تايلر،2008،ص ص 590،591)

II- النظريات المفسرة للألم:

منذ فترة طويلة، سادت وجهات النظـــر الطبيـــة فـــي تفـــسير ومعالجـــة الألـــم غير أنها لم تلق النجاح الكبير وذلك بفعل تعقد ظاهرة الألـــم وتعـــدد جوانبـــه. وبـــذبك أخذت النماذج التي تراعي فـــي تفـــسيرها ومعالجتهـــا للألـــم عـــدة عوامـــل مختلفـــة اهتماما متزايدا، ومن بينها:

II-1- نظرية بوابة التحكم:

اقترحت نظرية بوابة الـــتحكم مـــن قبـــل ملـــزاك ووول Melzack and wall سنة 1965. وكان لهذه النظرية تأثير هام في فهـــم الألـــم الـــسريري، لأنهـــا حاولـــت سد الفجوات المختلفة، ووحدت كلا من الآليات النفسية والبيولوجية.

ولقد افترض ملزاك ووول، وجـــود آليـــة تبويـــب واقعـــة فـــي منطقـــة مـــادة Gelatinosa في القرن الخلفي للحبل الشوكي.التـــي تنتهـــي فيهـــا كـــل مـــن الأليـــاف العصبية الواردة الكبيرة والصغيرة القطر.

(Kazrian , Evans ,2001,p246)

وتقترح النظرية أن نقل الاندفاعات العـــصبية مـــن الأليـــاف العـــصبية الـــواردة إلى الخلايا الناقلة (T) في الحبل الشوكي منظمة بواسطة آليـــة التبويـــب. هـــذه الآليـــة تتأثر بالكمية النسبية لنشاط الألياف الكبيرة والصغيرة القطر.

حيث أن الألياف الكبيرة القطـــر تميـــل إلـــى منـــع الإرســـال (غلـــق البوابـــة) بينما الألياف الصغيرة القطر تميل إلـــى تـــسهيل النقـــل (فـــتح البوابـــة) كمـــا أن هـــذه الآلية تتأثر بالاندفاعات العصبية النازلة من الدماغ.

(Hadjstavropouls , Craig ,2004,p17)

بالإضافة إلى افتراض آلية التبويـــب الـــشوكية فـــي القـــرون الخلفيـــة، اقتـــرح ملزاك ووول مجموعة متخصصة من الأليـــاف واقعـــة فـــي جـــذع الـــدماغ، والبنيـــات اللحائية، التي تعمل علـــى تنـــشيط العمليـــات النفـــسية المختلفـــة المرتبطـــة بالعاطفـــة المعرفة ، الانتباه، وكمثال: العمليـــات المعرفيـــة المتـــأثرة بالـــذاكرة، تجـــارب الألـــم

السابقة، الثقافة، القلق، الانتباه، تتوسط آليـــة التبويـــب الـــشوكية مـــن خـــلال الأليـــاف الهرمية الواقعة على القرون الخلفية.

(Kazrian , Evans ,2001,p247)

II-2- نموذج النظم الثلاثة:

قدم هذا النموذج فـــورديس Fordyce ســـنة 1978. وهـــو يـــرى أن النـــشاط في النظـــام الفيزيولـــوجي يـــدرك علـــى مـــستوى ذاتـــي مـــن حيـــث هـــو إحـــساس (كالاحتراق، أو الوخز)، ومن حيـــث هـــو تـــأثير غيـــر ســـار (مثـــال الكـــدر، عـــدم الراحة).

وهو يرى بالإضافة إلى ذلك أن هـــذا التـــأثير الـــسلبي يمـــارس دورا واقعيـــا لسلوك الألم (تعاطي الأقراص مـــثلا)، والـــذي يهـــدف علـــى توصـــيل خبـــرة الألـــم لأولئك المحيطين بالشخص وإلى خفض شدة معاناة الألم.

وبقدر البعد عن مستوى الألم، بقدر احتمـــال زيـــادة نـــشاط العوامـــل الأخـــرى التي توجد إلى جانب مستوى النـــشاط الفيزيولـــوجي لأن تتـــضمن فـــي خبـــرة الألـــم مثل ذلك أن المتغيرات الاجتماعية والحضارية تميل للتأثير فـــي ســـلوك الألـــم، ربمـــا بالقدر نفسه من نشاط أنسجة الألم. ومن هنا فإن الانـــسجام بـــين هـــذه الـــنظم الثلاثـــة الفيزيولوجية والذاتية والسلوكية يمكن أن يتباين.

II-3- نموذج كارولي Karoly

قام كـــارولي ســـنة 1985، بتوســـيع نمـــوذج الـــنظم الثلاثـــة، لكـــي يتـــضمن عاملين إضافيين هما: تأثير نمـــط الحيـــاة (مثـــال ذلـــك الكـــدر الزواجـــي، التغيـــرات الوظيفية) وعمليات تـــداول المعلومـــات ، أو الـــتحكم المركـــزي (مثـــال ذلـــك نمـــط مواجهة المشكلات، مهارات حل المشكلات والمعتقدات الصحية...)

II-4- نموذج فيلبس philips

قدم فيلبس 1987 ، الخطـــوط العريـــضة لنمـــوذج يتعامـــل مـــع العلاقـــة بـــين مستويين للاستجابة في نموذج كارولي، حيث يصف التـــأثير المعرفـــي علـــى أســـلوب

الألم، مؤكدا توقعات المرضى حـــول تـــأثيرات أفعـــالهم، ومعتقـــداتهم عـــن إمكانـــاتهم على التحكم في نوبات الألم.

وعندما تكون الكفاءة الشخصية منخفضة، يـــستجيب المرضـــى للأنـــشطة التـــي تستثير زيادة الألم. وينظر إلى سلوك المرضى باعتبـــاره ســـلوكا تجنبيـــا ، لـــه تـــأثيره على استمرارية مشكلة الألم.

(بول ،ليندزاي ،2000، ص ص 222،226)

III-سيكولوجية الألم

III-1- علاقة الألم ببعض المتغيرات السيكولوجية:

للألم علاقات مع العديد من المتغيرات النفسية، والتـــي تـــم تناولهـــا فـــي كثيـــر من الدراسات نظرا لأهميتها في التأثير علـــى الألـــم . وفيمـــا يلـــي ذكـــر لأهـــم هـــذه العلاقات.

فعلاقة التوتر والقلق بالألم الحاد علاقة طيبة فـــي أولهـــا، وقـــد لا تكـــون كـــذلك فـــي نتائجها. فالقلق والخوف من الألـــم يعـــد الجـــسم للاســـتجابة الفوريـــة لحـــدوث الألـــم. وهذا الخوف والقلق يؤدي إلى سرعة الإحساس بـــالألم عنـــد حدوثـــه، وتكـــون شـــدته أكثر مما يجب أن يكون. وقد أثبتـــت الدراســـات انـــه كلمـــا زاد القلـــق والتـــوتر مـــن حدوث الألم كلما كان الألم أكثر إيلاما، ومدة حدوثه والشفاء منه أطول.

(محمود ، د س، ص 148)

كما انه يؤدي إلى ضعف في قوة تحمل المـــريض المـــضايقات البـــسيطة مثـــل الإزعاج وغيره من المثيرات الحسية، وعدم القدرة علـــى التركيـــز وإلـــى تـــوتر فـــي العلاقة مع الآخرين. (Nezu et al ,2003,p299)

ويتمثل الألم والقلق والتوتر في حالات الألم المزمن في نقطتـــين مهمتـــين فـــي دائـــرة مفرغة ،حيث أن الألم يزيد القلق والتـــوتر وبـــدوره يزيـــد القلـــق والتـــوتر الإحـــساس بالألم. (محمود ، د س، ص 148)

ويرتبط التوتر بالألم المزمن بعدد من الطرق. فقد أوضح الباحثون وجـــود علاقـــة جوهرية بين معاناة التوتر وكل من الأحداث ،والظروف المؤلمة، مثال ذلك معاناة الأفراد من الألم في مناطق مختلفة من الجسم (مثلا الألم أسفل الظهر) .وذلـــك باعتبـــاره أكثـــر الجوانب المثيرة للتوتر. وبالمثل فإن بعض أكثر المترتبات شيوعا للألم المزمن مثل فقد الدخل، والصعوبات الزواجية ، هي مما يمكن النظر إليه في حد ذاته باعتباره مصدر توتر جوهري. (بول ،ليندزاي ،2000، ص746)

كما يؤدي الألم المزمن إلى الانعـــزال عـــن الحيـــاة الاجتماعيـــة، ومزيـــد مـــن الانطوائية، هذا بالإضافة إلى أن بعض الأمـــراض ذات الألـــم المـــزمن تـــسبب إعاقـــة حركية ونوعا من العجز. فهي بـــذلك تقلـــل فـــرص المـــريض فـــي الاتـــصال بأهلـــه وأصدقائه، ومن ثم تظهر على المـــريض تغيـــرات ســـلوكية مـــن اهتمـــام زائـــد بمـــا يعانيه من أعـــراض وقلـــق دائـــم واكتئـــاب. (Nezu et al ,2003,p300)

وعلاقة الاكتئاب بـــالألم علاقـــة مـــشاركة. فالاكتئـــاب هـــو المـــرض النفـــسي الذي نجده غالبا لدى الفرد الذي يعاني من الألم المزمن.

والرابط بين الألم المزمن والإكتئاب معقد وأكثر تنـــاولا فـــي الدراســـات. غالبـــا الاكتئاب هو أحد مضاعفات الألم المزمن، كما انه يخفض درجة الألم واحتمالـــه ويـــؤدي إلى الإخلال بآليات التكيف (المواجهة). كما أن الألم المزمن هو عامل خطـــر للاكتئـــاب خاصة بالنسبة للأفراد الذين لديهم سوابق اكتئابية شخصية أو عائلية. وقد بينت الدراسات أن خطر الاكتئاب يزيد مع عدد الآلام. (Verrier ,2003,p56)

حيث يشكو مرضى الاكتئـــاب مـــن آلام الـــرأس وآلام العـــضلات، والـــضعف العام. ويؤدي الاكتئاب على زيادة الـــشعور بـــالألم وبـــطء التفاعـــل اتجاهـــه ،ويـــؤخر العلاج منه.

ويلازم الغضب دائما حـــالات الألـــم المـــزمن ،حيـــث يفقـــد المـــريض صـــبره. ويمثل الغضب عبئا جديـــدا علـــى المـــريض، يـــؤثر علـــى إحـــساسه بـــالألم وعلـــى علاجه.

كما و يمثل الشعور بالذنب إحـــدى الحـــالات النفـــسية التـــي يمـــر بهـــا مـــريض الألم المزمن. فيرى نفسه سببا لمعاناته وللآخرين مـــن حولـــه. وقـــد يـــشعر المـــريض بذنب من تسبب له في حدوث الألم أو في الطبيـــب الـــذي قـــام بعلاجـــه ولـــم يوقـــف الألم، أو في الأطباء الذين رفضوا علاجه من الألم. و تـــؤدي هـــذه الاعتقـــادات لـــدى المريض إلى زيادة الشعور بالألم والإحباط، وتعطـــل العـــلاج وعـــودة المـــريض إلـــى الحياة الطبيعية. (محمود ، د س ،ص ص ،152،148)

يمكن تلخيص العلاقة بين العوامل السيكولوجية والألم مـــن خـــلال نمـــوذج يبـــين ردود الفعل والمضاعفات المختلفة اتجاه الألم عبر عـــدة مراحـــل. فقـــد طـــور قاتـــشل Gatchel نموذجا من ثلاث مراحـــل، يـــسمح لنـــا بفهـــم أحـــسن للمرحلـــة الوســـيطة والانتقالية من ألم حاد إلى ألم مزمن ومستمر، وكـــذلك الـــضيق الانفعـــالي المـــصاحب لهذا الألم.

أثبت قاتـــشل انـــه حينمـــا يـــصبح الألـــم مزمنـــا، يواجـــه المرضـــى تغيـــرات سيكولوجية ينتج عنها مشاكل سلوكية ونفسية مختلفة أبعد مـــن التجربـــة المؤلمـــة فـــي حد ذاتها.

المراحل الأولى من هذا النموذج، مرتبطـــة بـــردود فعـــل انفعاليـــة عاديـــة مثـــل الخوف، القلق والانشغالات في مواجهة المـــستقبل، والتـــي هـــي أيـــضا نتـــائج للألـــم خلال المرحلة الحادة.

إذا دام الألم أطول من المـــدة العاديـــة (ســـواء مـــن شـــهرين إلـــى 04 أشـــهر) ينتقل المريض على المرحلـــة الثانيـــة.هـــذه المرحلـــة مرتبطـــة بـــردود فعـــل نفـــسية وسلوكية أكثر إشكالية، مثل فقد الأمل في إيجـــاد حـــل مـــريح، ضـــيق انفعـــالي أكثـــر غضب، والتي تعتبر كلها نتائج معاناة من ألم مزمن.

في هذا الوقت، وتبعا لقاتشل، يتعلق تعبيـــر الألـــم وانعكاســـاته النفـــسية بـــصورة واسعة بشخصية الفـــرد وبالـــسياق الاجتمـــاعي، الاقتـــصادي أو المحيطـــي، ويـــصبح الألم عبارة عن كاشف لأماكن الإنجراح لدى الفرد.

تستند هذه المرحلة على منظور، أن ضغط العـــيش مـــع الألـــم المـــزمن يـــؤدي إلى تفاقم وازدياد الصفات الموجودة مـــن قبـــل لـــدى الفـــرد، ويـــؤثر علـــى الجهـــاز النفسي الدفاعي. إذا استمرت المضاعفات المختلفة، فـــإن حيـــاة الفـــرد تتبلـــور حـــول المعاش المؤلم.

أيضا إذا كان الفرد في المرحلـــة الثالثـــة، فإنـــه يتبنـــى عـــددا مـــن الـــصفات مرتبطة بدور المـــريض. وإذا تـــم قبـــول هـــذا الـــدور، فـــإن المـــريض يعفـــى مـــن

مسؤولياته العادية والاجتماعية، كما انه يستقبل مكونـــات يمكـــن لهـــا أن تحثـــه علـــى الاستمرار في مرضه.

هذا النموذج يأخذ بعين الاعتبار فهم الطبيعـــة الطبيـــة للمـــشكل الـــذي يترافـــق مع الرغبة في فهم الاضـــطراب ،وكـــذلك الأخـــذ بعـــين الاعتبـــار الـــسوابق النفـــسية والاجتماعية للشخص. (Verrier ,2003,p55)

III-2- المناحي النفسية لتدبر الألم المزمن:

يقصد بمفهوم تدبر الألم، مراجعة الطبيب، تناول الأدوية، والإقامة في المستشفيات والمعالجة الفيزيائية الخارجية. وتهدف إدارة الألم إلى التخفيف من الألم.

(برويكر و آخرون)

ويعد تدبر الألم المزمن أحد أكبـر التحـديات الأكثـر صـعوبة التـي تواجـه المهنيين في مجال الرعاية الصحية، فينما تستجيب الكثيـر مـن نوبـات الألـم الحـاد للتدخلات الطبية النمطية، إلا أن الألم قد يصبح مزمنا وغيـر مـستجيب لأيـة وسـيلة من وسائل العلاج. ومع حالة مقاومة الألم يصبح المرضى يائسين من الشفاء.

وقد تطور تدبر الألـم المـزمن فـي ضـوء علاقتـه بنمـو الـوعي أن الألـم المزمن لا يستجيب للعلاقات أحاديـة البعـد ،وأنـه يـستمر نتيجـة لعوامـل متعـددة. واستجابة لهذا الوعي، نشأت مجموعـة متنوعـة مـن المنـاحي العلاجيـة، وسـنركز هنا على المناحي النفسية التي سيتم تصنيفها فـي فئـات تتعلـق بالمكونـات الـسلوكية والمعرفية والفسيولوجية للألم:

III-2-1- تعديل سلوكات الألم:

يعتبر سلوك الألم التعبير القابل للملاحظة للألم المعاش. ويدخل فـي عـداد ذلـك الإبلاغ اللفظي،و وضعية الجسد، والإيماءات، وتقييدات الوظائف والإعاقات. و يـستخدم الآن على نطاق واسع تعبير سلوكات الألم، للإشارة إلى كل مـن الاسـتجابات المتعلمـة وغير المتعلمة، والاستجابات الـشرطية الفعالـة والتـي تعـزي إلـى سـلوك الألـم. (برويكر و آخرون)

يرى " فورديس" أن سلوك الألم قد يستمر في بعـض الحـالات بدرجـة كبيـرة نتيجة لمترتباته التدعيمية، وليس نتيجـة للعمليـات الفـسيولوجية الكامنـة، أي النظـر إليه باعتباره مشكلة سلوكية.

وتهدف برامج التعلم الـشرطي الفعـال إلـى زيـادة تكـرار الـسلوك الحـسن والإقلال من سلوك الألم، ولا يعد خفض حـدة الألـم مـن الأهـداف. وبـصفة عامـة

يفسر للمريض أن البرنامج لا يهدف على إزالة الألـــم، ولكنـــه يهـــدف بـــالأحرى إلـــى المساعدة في التغلب عليه بصورة أفـــضل،وأن يواصـــل المرضـــى الأنـــشطة العاديـــة بالرغم منه. وهناك فرض كامن وراء ذلك هو انـــه مـــا أن يـــصبح المـــريض نـــشطا مرة أخرى ومنخرطا في أنشطة مشتتة للألـــم بقـــدر أكبـــر، حتـــى يتنـــاقض الانتبـــاه لإحساسات الألم وبالتالي تنقص شدته.

ويعد خفض مستويات تعاطي العقاقير هدفا هاما كذاك لبرامج الإشراط الفعال،وذلك من خلال وضع المريض على قائمة إشراط فعال حرة لأيام قليلة فور دخوله المستـــشفى. ويقدم مقدار العقاقير المطلوبة للمريض كل 04 ساعات، سواء كان يعاني من الألم أم لا. وعندما يرفضه عليه أن ينتظر حتى وقت الجرعة التالية. وبهذه الطريقة يتم كسر العلاقة بين الألم والدواء، وتنقص المكونات الفعالة في خليط الألم تدريجيا، حيث يصبح محتويـــا على العناصر غير الفعالة فقط أثناء وقت خروج المريض من المستشفى.

(بول ، ليندزاي ،2000، ص740)

III-2-2- الأساليب المعرفية:

لاستخدام استراتيجيات المواجهة المعرفية للتـــأثير علـــى معانـــاة الألـــم تـــاريخ طويل. ويشير تعبير معرفي إلى أنها أساليب تؤثر في الألـــم مـــن خـــلال وســـيط هـــو تفكير الشخص.وهي تتميز عن الأساليب السلوكية التـــي تـــؤدي إلـــى تعـــديل الـــسلوك الظاهر.وتتضمن الأحـــداث المعرفيـــة التـــي تعـــدل: عمليـــات الانتبـــاه لـــدى الفـــرد، والصور الذهنية أو التقـــارير الذاتيـــة، أو كليهمـــا معـــا. ولقـــد تـــم تطـــوير تـــصنيف الإستراتيجيات المعرفية كالتالي:

- **النشاط الإيقاعي المعرفـــي:** يتـــضمن أنـــشطة ذات طبيعـــة تكراريـــة ونظاميـــة مثال ذلك العد العكسي من 100 نزولا بثلاثة أرقام في كل مرة.

- **الصور الذهنية السارة:** وهي تلك الإســـتراتيجيات التـــي تتـــضمن تخيـــل بعـــض المـــشاهد أو الأحـــداث الـــسارة، مثـــل الجلـــوس بطريقـــة مريحـــة والإنـــصات إلـــى الموسيقى.

– **التركيز الخارجي للانتباه:** مثال ذلك النظـــر إلـــى مـــشاهد طبيعيـــة، أو مـــشاهد التلفزيون، وهي إستراتيجيات تتعلق بإعادة توجيه الانتباه بعيدا عن المنبهات.

– **تقدير الألم:** يتضمن إستراتيجيات إعادة تقيـــيم المنبـــه المـــؤلم بتعبيـــرات حـــسية موضوعية ، مثال ذلك التركيز على الإحساس بالتبلـــد المـــرتبط بـــالأذى الـــذي أحدثـــه الماء البارد.

– **التغلب الدرامي:** إستراتيجيات تتـــضمن أنـــساق دراميـــة الطـــابع للـــسياق الـــذي يحدث فيه الألم،مثال ذلك تخيل تزايد الألـــم مـــن جـــرح تعـــرض لـــه الـــشخص فـــي مباراة لكرة القدم.

– **التخيل المحايد:** إستراتيجيات تتـــضمن تخـــيلا لكيفيـــات ســـواء كانـــت ســـارة أو غير سارة، مثال ذلك الإستماع إلى محاضرة باعتبارها تخيلا محايدا.

ويتعين الإشارة هنا، إلـــى أن غالبيـــة الدراســـات التـــي اعتمـــدت عليهـــا هـــذه النتائج تتعلق بالألم الحاد المستحدث في المواقف المعمليـــة. لكـــن ذلـــك لا يقلـــل مـــن فائدة الاستراتيجيات المستخدمة مع مرضى الألم المزمن.

III-2-3- الأساليب التي تستهدف إحداث تغيير نفسي:

من بين الأساليب التـــي تـــستهدف إحـــداث تغييـــر نفـــسي الاســـترخاء .ولقـــد استخدم هذا الأسلوب في علاج الألم المزمن على نطـــاق واســـع. وهنـــاك عـــدد مـــن الأسباب تفسر تأثير الاسترخاء في خفض الألم:

– قد يكون التدريب على الاسترخاء تأثير عام علـــى مـــستويات التـــوتر العـــضلي للجسم كله.

– قد يرتبط الاسترخاء بخفض القلق، وذلـــك فـــي الحالـــة التـــي يمكـــن أن يـــدرك فيها الألم على أنه أقل حدة.

– تعمل إجراءات الاسترخاء في حد ذاتهـــا كمـــشتت للانتبـــاه.أي أن الانتبـــاه إلـــى تمرينات الاسترخاء و الصور العقلية المصاحبة لـــه يمكـــن أن يخفـــض مـــن الانتبـــاه الذي يتجه إلى المدخلات الحسية غير السارة.

– أنه بعمل علـــى زيـــادة الـــضبط الـــذاتي المـــدرك لـــدى المرضـــى لأنـــشطتهم الفيزيولوجية وألمهم. وطالما تبين أن الاعتقاد في ضبط الشخص في الأحداث

المؤلمة يزيد القدرة على تحمل الألم، يـــصبح للاســـترخاء تـــأثير غيـــر مباشـــر علـــى تغيير مستوى الضبط. (بول ، ليندزاي ،2000،ص ص747،745)

ومن المعروف أن شعور الفـــرد بالقـــدرة علـــى ضـــبط الأحـــداث التـــي تثيـــر الضغط بالنسبة له (باعتبار الألم حدثا ضاغطا فـــي هـــذه الحالـــة) مهـــم فـــي عمليـــة المواجهة.

فـــإدراك الفـــرد أن الأحـــداث قابلـــة للـــضبط وأن أســـاليب المواجهـــة التـــي يستخدمها في مواجهـــة هـــذه الأحـــداث هـــي ناجحـــة، مـــرتبط بالـــصحة الانفعاليـــة والجسمية، ويقلل الشعور بالضغط والمعانـــاة. ويـــشير مفهـــوم الـــضبط إلـــى اعتقـــاد الفرد بالقدرة على السيطرة والتحكم في الأحداث. وهو مـــا أطلـــق عليـــه لاحقـــا اســـم مركز الضبط. ولقد عرف هذا المفهوم تطورا وتنـــاولا واســـعا فـــي البحـــوث النفـــسية انطلاقا من المساهمات التي قدمها جوليان روتر J- Rotter بهذا الشأن.

IV - مركز الضبط:تعريفه،أبعاده، و صفات فئتي الضبط:

IV -1- مركز الضبط ونظرية التعلم الاجتماعي:

يعتبر مفهوم مركز الضبط أحد أهـم المفـاهيم التـي اقترحتهـا نظريـة الـتعلم الاجتماعي لروتر Rotter.والتي قامت بالبحـث فـي سـلوك الأفـراد فـي المواقـف الاجتماعية المختلفة. وقد قدمت هـذه النظريـة متغيـرات أساسـية تـساهم فـي فهـم أفضل للسلوكات التي يتم تعلمها. وتتمثل هذه المتغيرات في:

- **الطاقة السلوكية، Behavior Potential:**

يعرف روتر الطاقة السلوكية بأنها إمكانيـة حـدوث الـسلوك فـي موقـف أو مواقف معينة بأي تعزيز واحد أو مجموعة من التعزيـزات.الطاقـة الـسلوكية مفهـوم نسبي، حيث يحسب الفرد إمكانية حـدوث أي سـلوك بالإرتبـاط مـع بـدائل أخـرى متوفرة.

- **التوقع،Expectancy:**

هو المكون الرئيسي لهذه النظريـة، وهـو التوقـع بـأن أنواعـا معينـة مـن السلوك سوف تؤدي إلى اشباعات أوأهداف لها قيمتهـا لـدى الفـرد. ويعـرف التوقـع على أنه الاحتمالية الموجودة لدى الفرد بـأن تعزيـزا معينـا سـوف يحـدث كوظيفـة لسلوك معين يصدر عنه في موقف أو مواقف معينة.

- **قيمة التعزيز، Reinforcement value :**

يعرفها روتر على أنها درجة تفـضيل الفـرد لحـدوث أي تعزيـز معـين، إذا كانت إمكانات الحدوث لهذه التعزيزات متساوية جميعا.

- **الموقف السيكولوجي، Psychological situation:**

هو تلك البيئة أو ذلك الموقف، الذي يحفز الفرد أو يثيره لكي يتعلم كيف يمكن الوصول إلى أفضل التعزيزات في ظروف معينة.

(عبد العزيز موسى ، 1998، ص ص 323،326)

وتبعا لنظريـــة روتـــر التوقعـــات هـــي نتيجـــة للتعزيـــزات ،أي فعـــل مقارنـــة بالآخر يزيد أو ينقص توقعات أن السلوك الشخـــصي يـــؤدي إلـــى تعزيـــز. بالإضـــافة إلى أن تعميم التوقعات يحدث إذا كان مـــدى إدراك وضـــعية معينـــة مـــشابه لوضـــعية أخرى. لذلك فإن توقعات وضـــعية معينـــة، هـــي عمـــل سلـــسلة تعزيـــزات، وتعمـــيم التوقعات مرتبط بسياق من نوع سلوك– تعزيز. (Siori et al ,2007)

إن تأثير التعزيز الذي يتلو بعض الـــسلوكيات فيمـــا يتعلـــق بالكـــائن الإنـــساني لا يعدو أن يكون بسيطا، ولكنه يعتمد على ما إذا كان الفـــرد يـــدرك أن هنـــاك علاقـــة سببية بين سلوكه والتعزيز الذي يحصل عليه.

ويختلف هذا الإدراك مـــن فـــرد لآخـــــر، كمـــا يختـــــلف أيـــضا فـــي ذات الفـــرد باختلاف الوقـــت واختلاف المـــواقـــف.

(الذواد عبد الله ،2002، ص 120)

فالفرد يتلقى جراء سلوكاته المختلفة في المواقـــف والظـــروف المتباينـــة التـــي يتعرض لها تعزيزا، ويكـــون هـــذا التعزيـــز ايجابيـــا عنـــدما يعـــزو الفـــرد نجاحاتـــه وانجازاته، أو فـــشله وإحباطاتـــه إلـــى قدراتـــه المعرفيـــة وإلـــى مهاراتـــه وإمكاناتـــه الخاصة.

لكن التعزيز الذي يتلقاه الفرد يكون ســـلبيا عنـــدما يعـــزو ســـلوكاته ونـــشاطاته الناجحة منها أو غير الناجحة، إلى الصدفة والحـــظ والقـــدر وســـواها مـــن المتغيـــرات الأخرى.

وهكذا نكون أمـــام نـــوعين مـــن المواقـــف التـــي يـــتم مـــن خلالهـــا اكتـــساب السلـــوك أو تعلمه. فالمتعلم الذي يدرك العلاقـــة الـــسببية بـــين ســـلوكاته والتعزيـــزات الداعمة لها سواء كانت هذه التعزيزات ايجابيـــة أو ســـلبية، ينـــشأ لديـــه اعتقـــاد فـــي الضبط الداخلي. ويولي المهارة مكانة هامة في تعلمـــه مختلـــف أســـاليب الـــسلوك فـــي مختلف المواقف التي يمر بها إن لم يكن فيها كافة.

أما المـــتعلم الـــذي لا يـــدرك العلاقـــة الـــسببية بـــين ســـلوكاته والتعزيـــزات الداعمة لها، ينشأ لديه اعتقاد في الضبط الخـــارجي ويـــولي الـــصدفة الـــدور الأكبـــر في تعلمه أساليب السلوك المختلفة. (الأحمد،2001،ص 250)

ومن هنا يمكن القول أن الضبط بعد يميز الأفـــراد بنـــاءا علـــى الدرجـــة التـــي يقبلون فيها المسؤولية الشخصية لما يحدث لهم. لـــذا فـــإن الأفـــراد ذوي الاعتقـــاد فـــي الضبط الخارجي لديهم توقع معمم على كل التعزيـــزات التـــي ليـــست تحـــت هيمنـــتهم من خلال المواقف المختلفة بعكس الأفراد ذوي الاعتقاد فـــي الـــضبط الـــداخلي الـــذين لديهم تحكم وهيمنة على قدراتهم ومصائرهم.

(عبد العزيز موسى، 1998، ص 322)

IV -2- تعريف مركز الضبط:

يرى علماء النفس المهتمون بنظرية التعلم الاجتماعي، أن مركز الضبط، هو متغير أساسي من متغيرات الشخصية، يشير إلى كيفية إدراك الفرد للعوامل التي تتحكم بالأحداث والمواقف التي يختبرها، والشروط التي تضبط أحداث البيئة من حوله وتوجهها.

(الأحمد،2001،ص 209)

ويعرف **روتر Rotter** (1966)، مفهوم مركز الـضبط بأنـه عنـدما يـدرك الفرد التعزيز بعد أدائه العديد من الأفعال ويعتقـد أن هـذا التعزيـز ر يتوقـف علـى أدائه كلية، فإن هذا يدرك على أنـه نتيجـة للحـظ والـصدفة والقـدر وتحـت هيمنـة الآخرين الأقوياء، أو بشيء غير متوقع بسبب أن هنـاك تعقيـدات مـن القـوى التـي تحيطه.

وعندما يفسر الفرد الحدث بهذه الطريقـة ، فـنحن نـصف هـذا الفـرد بأنـه يعتقد في الضبط الخارجي. بينمـا إذا أدرك الفـرد أن وقـوع الحـدث يتوقـف علـى سلوكه وخصائصه، فنحن نصف هذا الفرد بأنه يعتقد في الضبط الداخلي.

(عبد العزيز موسى، 1998، ص 321)

كما أشـار **ليفكـورت Lefcourt** (1984) إلـى ان مركـز الـضبط يعتبـر بعدا من أبعاد الشخصية، ويؤثر في العديد مـن أنـواع الـسلوك. وأن الاعتقـاد لـدى الفرد بأنه يستطيع الـتحكم والـسيطرة فـي أمـوره الخاصـة والعامـة، يـسمح لـه بالاستمرار على قيد الحياة دون ضغط، ويتمتع بحياته ومـن ثـم يمكنـه التوافـق مـع البيئة التي يعيش فيها.

ويعرف **صفوت فرج** (1986)، مركز الضبط علـى أنـه متغيـر أساسـي مـن متغيرات الشخصية يتعلق بتفكير الفردن وأي العوامـل هـي الأقـوى والأكثـر تحكمـا في النتائج الهامة في حياته. العوامل الذاتيـة مـن مهـارة وقـدرة وكفـاءة أم عوامـل خارجة عن نطاق الفرد كالمصادفة والآخرين الأقوياء.

أما **رجـــاء الخطيـــب** (1990)، فقـــد ذكـــرت أن مركـــز الـــضبط هـــو إدراك لمصدر المسؤولية عن النتائج والأحداث. هـــل هـــي مـــسؤولية داخليـــة، يأخـــذ الفـــرد على عاتقـــه فيهـــا مـــسؤولية النجـــاح أو الفـــشل نتيجـــة جهـــوده الخاصـــة وقدراتـــه الشخصية، أم أنها مسؤولية خارجية عن نطاق الفرد.

(الذواد عبد الله ،2002، ص 127)

مما سبق نستخلص أن التعاريف قد أشارت إلى أن مركـــز الـــضبط، هـــو بعـــد من أبعاد الشخصية ينشأ انطلاقا من مصدر التعزيـــز فـــي المواقـــف، أي مـــن خـــلال كيفية إدراك الفرد للعلاقة بين سلوكه وما يتلوه من نتائج.

فقد يدرك الفرد العلاقة على أنها تتوقف على ســـلوكه ومميزاتـــه الشخـــصية وبالتـــالي الاعتقاد في الضبط الداخلي، أو أن يدرك على أنها نتيجة قـــوى خارجيـــة بعيـــدة عـــن قدراته وبالتالي الاعتقاد في الضبط الخارجي.

IV -3- أبعاد مركز الضبط:

يطور الأفراد توقعـــات معممـــة فـــي المواقـــف المختلفـــة تبعـــا لمـــا إذا كـــان التعزيز أو المكافأة يعتمد في هذه المواقف علـــى ســـلوكهم الخـــاص أم أنـــه مـــضبوط بقوى خارجية. وبما أن الخلفية النظرية لكـــل نـــشاط علمـــي لقيـــاس مركـــز الـــضبط تقوم أساسا على تعريف روتر للضبط الداخلي- الخارجي للتعزيز.

(أبو ناهية ،1989)

فإن التعرض لأبعاد مركز الضبط يعتمد على مـــا قدمـــه روتـــر أي أن مركـــز الضبط ذو بعد داخلي و أخر خارجي.

IV -3-1- الضبط الداخلي:

يرى روتر أن الضبط الداخلي يصف الفرد الذي يعتقـــد فـــي موقـــف معـــين أو مجموعة من المواقف بأن ما حدث أو يحـــدث أو ســـيحدث مـــرتبط ارتباطـــا مباشـــرا بأفعاله. فهو يرجع الأحداث الجيدة لها بذله من جهد وما أظهـــره مـــن مهـــارة عاليـــة. وإذا حدثت أحداث سيئة فهو يـــشعر أيـــضا بالمـــسؤولية تجـــاه هـــذه الأحـــداث، وأنـــه مسؤول عن فشله وسوء حظه في الماضي والحاضر والمستقبل.

IV -3-2- الضبط الخارجي:

يصف الفرد الذي يعتقد أن ما حدث له في مواقـــف معينـــة لـــيس مرتبطـــا بمـــا يفعل في هذه المواقف، بل مرتبط بأنـــه محظـــوظ، أو لأن القـــدر بجانبـــه، أو بـــسبب تدخل أشخاص ذوي نفوذ وتأثير، أو لهذه الأشياء جميعها.

في حين يعزو الأحداث السيئة التي تحدث له إلـــى قـــوى خارجيـــة أبعـــد مـــن قدرته على الفهم أو الـــتحكم. وهـــولا يعـــزو الفـــشل أو العقـــاب لأفعالـــه أو لإفتقـــاره القدرة أو الكفاءة. ويرتبط الاعتقاد فـــي الـــضبط الخـــارجي بـــشدة بفكـــرة أنـــه لـــيس هناك فائدة، كما يرتبط بإفتقار الفرد للثقة في قدرته على ضـــبط مـــا يحـــدث لـــه فـــي مواقف معينة. (هدية محمد علي ،1994،ص 84)

بالرغم من هذا التـــصنيف إلا انـــه يـــصعب تـــصنيف الأفـــراد إلـــى نمطـــين متمايزين، إذ أن مركز الضبط بعد يمتد بين نهايـــة الـــضبط الـــداخلي ونهايـــة الـــضبط الخارجي. فقـــد أشـــار مـــاك كونيـــل Mc Connell (1977) إلـــى انـــه لا توجـــد أنماط نقية من الفئتين. ولا يجب أن نقع فـــي خطـــأ الإعتقـــاد بـــأن أي فـــرد يجـــب أن يكون إما من فئة الضبط الداخلي أو الضبط الخارجي، فلكل فـــرد درجتـــه علـــى خـــط يمتد بين النهايتين والاختلاف في الدرجة وليس في النوع.

(الذواد عبد الله ،2002، ص 128)

IV -4- صفات فئتي الضبط:

يرى روتر أن هناك مجموعـــة مـــن الخـــصائص التـــي تميـــز أفـــراد الـــضبط الداخلي عن الخارجي وذلك فيما يلي:

- يكونون أكثر حذرا أو انتباها لتلك النـــواحي المختلفـــة مـــن البيئـــة التـــي تـــزودهم بمعلومات مفيدة لسلوكهم المستقبلي.
- يأخذون خطوات تتسم بالفعالية والتمكن لتحسين حال بيئتهم.

(الذواد عبد الله ،2002، ص 127)

- البحث والاستكشاف للوصـــل إلـــى المعلومـــات. ثـــم باســـتخدام هـــذه المعلومـــات بفعالية في الوصول إلى حل المشكلات التي تعترض البيئـــة. فـــضلا عـــن قـــدرتهم على استرجاع هذه المعلومات ومعالجتها بشكل أو أشكال مختلفة.
- القدرة على تأجيل الإشباع ومقاومة المحاولات المغرية للتأثير عليهم.
- المودة والصداقة في علاقاتهم مع الآخرين. فهـــم أكثـــر حبـــا واحترامـــا مـــن قبـــل الآخرين وأكثر تعاونا ومشاركة للآخرين، وأكثر توكيدية تجاه الآخرين.
- العمل والأداء المهني، حيث تبين أن لـــديهم معرفـــة شـــاملة بعـــالم العمـــل الـــذي يعملون فيه والبيئة المحيطة بهم. كما أنهم أكثـــر إشـــباعا ورضـــا عـــن عملهـــم و أكثر انهماكا بهذا العمل.
- التحصيل والأداء الأكاديمي: حيـــث تبـــين ارتفـــاع مـــستوى تحـــصيلهم الدراســـي وأساليبهم في حل المشكلات، كما أنهم أكثر تفتحـــا ومرونـــة فـــي التفكيـــر، وأكثـــر تحملا للمسائل و المشكلات الغامضة، وأكثر توقعا للإجابات الصحيحة.
- الصحة النفسية والتوافق: فهم أكثر احترامـــا للـــذات، وأكثـــر قناعـــة ورضـــا عـــن الحياة، وأكثر اطمئنانا وهدوءا، وأكثر ثقـــة بـــالنفس وثباتـــا انفعاليـــا،و أقـــل قلقـــا وإكتئابا وإصابة بالأمراض النفسية. (أبو ناهية ،1989،ص59)

أما الأفراد **ذوو الضبط الخارجي:**

- يكون لديهم سلبية عامة وقلة في المشاركة والإنتاج.
- ينخفض لديهم الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعالهم الخاصة.

(هدية محمد علي ،1994)

- يكون لديهم افتقار إلى الاحساس بوجود سيطرة داخلية على الأحداث.
- لديهم فشل في التوقعات للأحداث.
- يتصرفون في المواقف بأسلوب غير ملائم وفعال.
- يفتقرون للثقة في القدرة على ضبط ما يحدث في مواقف معينة.

(أبو ناهية ،1987، ص 185)

V- مركز الضبط وعلاقته ببعض المتغيرات:

تناولـــت العديـــد مـــن الدراســـات مفهـــوم مركـــز الـــضبط وعلاقتـــه بـــبعض المتغيرات ومن بين هذه المتغيرات نذكر ما يلي:

V- 1- مركز الضبط والجنس:

طالما يمكن من خلال مفهوم الـــضبط الـــداخلي والخـــارجي تـــصنيف الأفـــراد وفقا لادراكاتهم للمواقـــف، فممـــا لا شـــك فيـــه أن إدراكـــات الـــذكور تختلـــف عـــن إدراكات الإناث لمواقف الحياة.

ولذا فمن يراجع الدراسات والبحوث الـــسابقة فـــي مجـــال الـــضبط الـــداخلي و الخارجي وعلاقة ذلـــك بـــالفروق بـــين الجنـــسين ، نجـــد انـــه توجـــد بعـــض نتـــائج الدراســـات مثـــل كاثوفـــسكي وآخـــرون Kathovsky et al (1967)، وجـــاد وفكـــا Gade and Fuqua(1983)، ورو ومـــــــورفي Rao and Murphy(1984) وفاليشا وآخرون Valecha et al(1980) ، وغيرهـــا مـــن الدراســـات التـــي انتهـــت إلى أن الإناث أكثر إعتقادا في الضبط الخارجي.

في حين توجد نتائج دراســـات أخـــرى مثـــل كـــوبر وآخـــرون Cooper et al (1981)،انتهت إلى أن الإناث أكثر اعتقادا في الضبط الداخلي.

وهذا ما يتفق مع الدراسة التي أجراها علاء الدين كفافي (1982) ، بعنوان الفروق الجنسية في وجهة الضبط. ولقد بينت النتائج أن الذكور أكثر ميلا إلى الوجهة الخارجيـــة في إدراكهم لمصادر التدعيمات أكثر من الإناث. بالإضافة إلـــى ذلـــك انتهـــت بعـــض الدراسات إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في الضبط الداخلي و الخارجي مثل دراسات بينك Penk (1969)، كروفيتش Krovetz (1974) ، وموسى Moussa (1985).

(عبد العزيز موسى، 1998، ص 320)

كما أجرى فـــارس Phares (1978) دراســـات عديـــدة حـــول علاقـــة مركـــز الضبط بمتغير الجـــنس ، إلا أن هـــــذه الدراســـات لـــم تجـــد ارتـــــباطا قويـــا بـــين المتغيرين. (الأحمد ،2001، ص 217)

V- 2- مركز الضبط والسن:

إن مركز الضبط ينمو مـــع تقـــدم العمـــر، وقـــد تبـــين مـــن دراســـة روهنـــر وآخرون Rohner at al (1980)،أن الضبط الداخلي يـــزداد بدلالـــة إحـــصائية مـــع الزيادة في عمر الأطفال.

واتسقت هـــذه النتـــائج مـــع نتـــائج دراســـة نـــوب Knoop (1981) فـــي أن الضبط الداخلي يزداد مع التقدم في العمـــر. كمـــا أوضـــحت نتـــائج دراســـة نـــوب أن الأفراد الراشدين كانوا أكثر داخلية.

وكشفت نتائج دراســـة لاو Lao (1974) باســـتخدام مقيـــاس روتـــر أن هنـــاك زيادة دالة إحصائيا في الإحساس بالضبط الداخلي مـــن مرحلـــة الـــشباب إلـــى مرحلـــة الرشد، وأن هذا الإحساس يستقر في مرحلة وسط العمر. واتـــسقت هـــذه النتـــائج مـــع نتـــائج الدراســـة التـــي قـــام بهـــا ريخمـــان ومالككيوســـكي Ryckman and malkikioski (1975) باســـتخدام مقيـــاس Levenson متعـــدد الأبعـــاد علـــى مجموعات من الأفراد في السن مـــن 12- 79 ســـنة، حيـــث تبـــين اســـتقرار الاعتقـــاد في الضبط في مرحلة وسط العمـــر فـــي الـــسن مـــن 30- 40 ســـنة، كمـــا تبـــين أن مجموعة الشباب أقل في الداخلية مـــن كـــل المجموعـــات المـــشاركة، علـــى الرغـــم من أن هـــذا الفرق لم يصل لمستوى الدلالة فـــي مجموعـــة الـــشيخوخة مـــن 70- 79 سنة. (أبو ناهية ،1987)

يمكن تفسير هذه النتائج على أســـاس أن الأطفـــال يميلـــون للإعتقـــاد بـــأن مـــا يحدث في بيئتهم يقرره الآخـــرون الأقويـــاء كالوالـــدين أو المعلمـــين أو الكبـــار.وفـــي نهاية مرحلة الطفولة وبداية مرحلـــة المراهقـــة يـــزداد نمـــو إدراك الإحتمـــالات بـــين الفعل والنتيجة عند الأفراد، نتيجـــة لتـــشجيع والـــديهم لهـــم وتـــدريبهم علـــى تحقيـــق مستويات متنوعة للانجاز.

ولعل نجاح الأفـــراد فـــي تحقيـــق هـــذه المـــستويات ومـــواجهتهم للمـــشكلات الأخرى يرفع من درجة إحـــساسهم بالكفـــاءة والثقـــة بـــالنفس والفعاليـــة الشخـــصية، وبالتالي نمو توجه الضبط الداخلي.

ومع بداية سنوات الشباب يزداد إحساس الشباب بالـــضبط علـــى بيئتـــه فتـــزداد قدرته على التكيف في مواجهـــة مـــشكلات الحيـــاة، وتـــزداد كفاءتـــه وفعاليتـــه فـــي المواقف المختلفة. وهذا الإحساس ينشأ مـــع نمـــو الإدراك أو الاعتقـــاد بـــأن الأشـــياء التي تحدث له في بيئته تكون نتيجـــة للعمـــل الـــذي يقـــوم بـــه. وأن المكافـــآت التـــي يحصل عليها ترتبط بالطريقة التي يؤدي بهـــا عملـــه. وأن الحـــصول علـــى الأشـــياء يتطلب العمل بجد واجتهاد. وتكون هذه المرحلة بدايـــة الإحـــساس بالجـــدارة والـــتمكن والاستقلال الذي ينعكس على سلوك الفرد عموما فتؤثر على قراراته وأفعاله.

وفي مرحلة وســـط العمـــر يميـــل الأفـــراد للإحـــساس بالـــضبط علـــى البيئـــة والسيطرة الكاملة على قدراتهم، لأنهم يعتقدون بـــأنهم يـــستطيعون أن يحـــددوا لدرجـــة كبيرة ما الذي سيحدث في حياتهم، وأنها تتقرر دائمـــا بأفعـــالهم وقدراتهـــم الخاصـــة وأن لديهم الحرية في الاختيار واتخاذ القرارات التي تهمهم.

وفي هذه المرحلة تكون القـــدرة علـــى رؤيـــة احتمـــالات أو توقعـــات حـــدوث الأشياء في أعلى مستوى لها مما يجعله بالتـــالي أكثـــر إحـــساسا بـــالتمكن والـــسيطرة على الأحداث في بيئته الخارجية.

وبالنسبة لفئة المسنين فإن الفرد في هـــذه المرحلـــة يتنـــاقص لديـــه الإحـــساس بالضبط الداخلي على الأحداث إلى أدنـــى معـــدل لـــه خـــلال دورة الحيـــاة. وبالتـــالي يرتفع الإحساس بالضبط الخارجي مع بداية الـــستينات ويـــستمر فـــي ارتفاعـــه حتـــى أخر العمر. ويميل الفرد للاعتقاد بأن ما يحدث في بيئتـــه الخاصـــة يقـــرره الآخـــرون الأقوياء، كالأبناء والأقارب والجيران. وأنه مـــن الـــصعب عليـــه تغييـــر رأيهـــم فـــي موضوع ما، وأن معظم الناس ضحايا لقـــوى لا يمكـــن فهمهـــا أو الـــتحكم فيهـــا، وأن الأشياء محكومة بالصدفة.

وتساهم ظروف عديدة في حياة الفرد المـــسن فـــي النمـــو المتزايـــد للإحـــساس بالضبط الخارجي، مثـــل التقاعـــد وتـــرك الوظيفـــة وانخفـــاض المكانـــة الاجتماعيـــة والضعف الجسمي العـــام، وانخفـــاض مظـــاهر النـــشاط العقلـــي المعرفـــي، وضـــعف القدرة على الانطلاق ومشاركة الآخرين ،والاضـــطرابات النفـــسية المختلفـــة. ويـــؤدي ذلك كله إلى تصاعد مشاعر العجز والإحباط لـــدى المـــسن. بالإضـــافة إلـــى الـــشعور بعدم الراحة و التهديد ممـــا يدفعـــه وبـــشكل متزايـــد إلـــى الاعتمـــاد علـــى الآخـــرين الأقوياء كالأبناء والأقارب والجيران. (أبو ناهية ،1987)

V- 3- مركز الضبط والمعاملة الوالدية:

عند مراجعة التراض السيكولوجي، نجـــد أن الدراســـات التـــي تناولـــت مركـــز الضبط وعلاقته بالمعاملة الوالدية قد تعارضت فيما بينها. فمـــن الدراســـات مـــا يؤيـــد وجود علاقة بين أســـاليب المعاملـــة الوالديـــة ومركـــز الـــضبط، بحيـــث وجـــدت أن المعاملة الوالدية الايجابية التي فيها علاقة الطفـــل- الوالـــدين تعتمـــد بـــصفة أساســـية على الدفء والتقبل والحماية المعقولة، والـــشعور بـــالأمن، والنقـــد القليـــل، والتفاعـــل الايجابي، تـــرتبط بالـــضبط الـــداخلي. فـــي حـــين أن أســـاليب الـــرفض، والعقـــاب، والسيطرة، والنقد والعدائية والتـــسلطية، تـــرتبط بالـــضبط الخـــارجي. أي أنهـــا تقـــرر أن وجهة مركز الضبط تكون متـــأثرة ببيئـــة الطفـــل الأولـــى، بحيـــث يكـــون الـــدور البارز في هـــذه البيئـــة لوالـــدي الطفـــل مثـــل دراســـة ديفـــز وفـــارس Davis and Phares (1969)، وتولـــور وجـــالويس Tolor and Jalowiec (1971)، ونـــويكي وســـترايكلاند Nawicki and strickland (1973)، ومـــن هـــذه الدراســـات مـــا يعارض في وجود هذه العلاقة.

وكأن أساليب المعاملة الوالديـــة لا تـــأثير لهـــا علـــى الإطـــلاق علـــى وجهـــة مركز الضبط، مثل دراسة تولـــور Tolor (1967)، ومنهـــا مـــا يؤيـــد هـــذه العلاقـــة ولكنه لا يتسق في النتائج مع الدراسات السابقة. فـــيعض هـــذه النتـــائج تـــشير إلـــى أن العدائية والضغط من جانـــب الآبـــاء تـــرتبط بالداخليـــة لـــدى الإنـــاث مثـــل دراســـة

ســولمون وآخــرون Soloman et al وكاتكوفــسكي وآخــرون Katkovsky et al (1967).

وبعضها يشير إلى أن الدفء والحمايــة الأمويــة لكــل مــن الــذكور والإنــاث ترتبط بالخارجية، مثل دراسة كروميل (1963)، ومن هــذه الدراســات مــا يــرى أن وجود هذه العلاقة يعتمد على جــنس الطفــل. فالــذكور الــذين قــدمت لهــم الرعايــة والتشجيع والمساعدة والتعلم من قبــل أمهــاتهم حــصلوا علــى درجــات عاليــة مــن الداخلية. بينما الإناث اللواتي حصلن على الرعايــة والحمايــة والمــساعدة مــن قبــل أمهاتهن، حــصلن علــى درجــات متدنيــة فــي الداخليــة مثــل دراســة ليفنــسون Levenson (1973) . (أبو ناهية ،1989)

V- 4- مركز الضبط والثقافة:

إذا كانت منظومة القيم والأفكار والمعتقدات لدى الأفــراد جــزءا مــن الثقافــة، بحيث تتمثل في أنماط معينة من الــسلوك والتفكيــر والمــشاعر التــي يــشترك فيهــا غالبية أفراد المجتمع، فإنها بهذا المعنى قد تــؤثر فــي تــشكيل مفهــوم الاعتقــاد فــي مركز الضبط الداخلي- الخارجي. و هذا مــا دفــع البــاحثين فــي الثقافــات المختلفــة إلى دراسة مفهوم الإعتقاد في مركز الضبط والاهتمام بــه. وفــي هــذا الــسياق يــشير Rupp and Nowicki (1978) ، إلــى أن الاعتقــاد فــي الــضبط الــداخلي- الخارجي يمكن أن يكون مؤشرا على القــيم والــسلوك الــشائع بــين الأفــراد حــسب ثقافتهم وبالتالي يعطي صورة واضحة عن طبيعة المجتمع.

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى وجــود علاقــة وثيقــة جــدا بــين مركــز الضبط والثقافة فوجهة الاعتقاد فــي الــضبط وثيقــة الارتبــاط بالبيئــة الثقافيــة التــي ينشأ فيها الفرد. ذلك أن الجماعات المختلفــة كالأســرة والمدرســة والمجتمــع تــدفع أبناءها من خلال عملية التنشئة الإجتماعية إلى تبنــي وجهــات للــضبط تختلــف فــي كل ثقافة عن الأخرى. وهــذا يرجــع إلــى أن كــل جماعــة أو شــعب تؤكــد علــى مجموعة مختلفة من القيم. وهو ما يعني أن الثقافة في مجتمع مــا تحــدد بنيــة تكــوين

الاعتقاد في الضبط الداخلي أو الخارجي داخـــل هـــذا المجتمـــع. كمـــا أن تلـــك البنيـــة تظهر أنماط واتجاهات السلوك أو العمل الـــسائدة فـــيهن وتعكـــس فـــي نفـــس الوقـــت القيم والمعايير المجتمعية داخله. (أبو ناهية ،1992)

يتوضح لنا مما سبق، أن هناك مجموعـــة مـــن العوامـــل التـــي تحـــدد وتوجـــه مركز الضبط، فمركز الضبط يتطور بتطور السن، ويختلف باختلاف الجنس.

كما أن إخـــتلاف الثقافـــات والأســـاليب التـــي تعتمـــدها الأســـر فـــي التنـــشئة الاجتماعية، لها دور فعال في دفـــع الأفـــراد إلـــى تبنـــي نـــوع معـــين مـــن الـــضبط. فالأسر والثقافات التـــي تـــشجع علـــى الاعتمـــاد علـــى الـــنفس، وتحمـــل المـــسؤولية والاستقلالية واتخاذ القـــرارات تعتبـــر مـــن العوامـــل المـــساهمة فـــي تبنـــي الـــضبط الداخلي. في حين ينمو الاعتقاد في الضبط الخـــارجي، لـــدى الأســـر والثقافـــات التـــي تشجع أفرادها على السلبية، والتبعية...إلخ.

VI - التطور النظري لمركز ضبط الألـــم:

لقد قام العديد من الباحثين بإنشاء نماذج لقيـــاس مركـــز الـــضبط إنطلاقـــا مـــن الأعمال التي قدمها روتر بهـــذا الـــشأن. فقـــد أعـــدت ليفنـــسون Levenson، نمـــوذج ثنائي البعد داخلي- خارجي، والذي يتكون بدوره من نوعين من المعتقدات.

يعتمد أحد نوعي المعتقدات علـــى فكـــرة أن العـــالم تحكمـــه الـــصدفة، والثـــاني يرتكز على فكرة أن العالم يوجهه ذوو النفوذ، والقوة.

وترى ليفنسون، أنه إذا أدرك الفـــرد الانتظـــام والـــضبط فـــي الأفعـــال، فـــإن بإمكانه التفكير في الحصول على ما يريـــد (تعزيـــزات) مـــن خـــلال أفعالـــه الخاصـــة في حين أن البعد الخـــارجي يبـــدو مرتبطـــا بالإحـــساس بـــالعجز. وميـــزت ليفنـــسون ثلاثة أنواع من التوقعات:

- توقعات في التحكم الذاتي (مركز ضبط داخلي).
- توقعات في التحكم ذوي النفوذ (مركز ضبط ذوي النفوذ).
- توقعات غياب التحكم (مركز ضبط الحظ).

وبذلك تجاوز نموذج ليفنسون التقسيم العـــادي بـــين نـــوعي الـــضبط الخـــارجي وافتـــرض أن بإمكان الفـــرد التمركـــز فـــي درجـــات مختلفـــة فـــي أي بعـــد مـــن الأبعاد. (Zdanowicz ,2001)

وهكذا عرف مفهوم الضبط تطورا ملحوظا، حيث قـــام العديـــد مـــن البـــاحثين والدارسين بتطبيقه في مجال الصحة، وتوصلت الدراســـات التـــي أجريـــت فـــي هـــذا الشأن إلى أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداتـــه حـــول مـــصدر صـــحته. ويرجـــع الفضل في جعل هذا المفهوم يحتل مصدر الـــصدارة فـــي التـــراث العلمـــي والـــصحي إلى باربرا وكنيث والستون. (يخلف،2001،ص ص 93،92)

حيث قاموا بنشر وتطوير مقياس مركز ضـــبط الـــصحة. وأظهـــرت دراســـتهم الأساسية سنة (1976) أن نتائج مقياس مركز ضـــبط الـــصحة كانـــت أفـــضل بكثيـــر مقارنة بنتائج مقياس الضبط الداخلي والخـــارجي لروتـــر، وذلـــك فيمـــا يخـــص توقـــع

البحث عن المعلومات المتعلقة بالـــصحة، فقـــدان الـــوزن، خاصـــة بالنـــسبة للأفـــراد الذين يقيمون الصحة الجيدة كتعزيز.

وتبعا لنموذج ليفنسون، قام كل من والستون ووالستون وديفلـــيس wallston and wallston and Devellis سنة (1978) بنشر الشكل (A)و (B) مـــن مقيـــاس مركـــز ضبط الصحة متعدد الأبعاد، اللذان لهما نفس أسس بناء مقياس ليفنسون.

(Stein et al ,1984)

أما الشكل (c) فقد حدد ليكـــون حالـــة خاصـــة.و يمكـــن إســـتعماله بـــدلا مـــن الشكل(A)و (B) و ذلك عند دراســـة الأشـــخاص الـــذين يعـــانون حـــالات مرضـــية. بحيث يتم إستبدال كلمة حالة« condition » في كـــل عبـــارة بـــأي حالـــة يتـــضمنها موضوع الدراسة (مثلا إلتهاب المفاصل ، السكري ، الألـــم .....).و قـــد تـــم وصـــف الشكل (C) من مقياس مركـــز ضـــبط الـــصحة متعـــدد الأبعـــاد فـــي جريـــدة تقيـــيم الشخـــصية Journal of personality assessment مـــن قبـــل والـــستون وســـتين وسميث Wallston, Stein and Smith سنة (1994) . (Wallston)

وبهذا استعمل مقياس مركز ضـــبط الـــصحة متعـــدد الأبعـــاد بـــصورة واســـعة وذلك لقياس معتقدات الفرد حول مركز ضبط حالته الصحية. كمـــا طبقـــت فيمـــا بعـــد مفاهيم مركز ضبط الـــصحة بـــشكل محـــدود وخـــاص علـــى الألـــم وتمـــت إحالتـــه للإشارة إلى مركز ضبط الألم.

فقـــد قـــام كـــل مـــن تـــومس، مـــان ، أبـــشيان، تومـــسون بـــوب Toomey,manns,aba shian, thompson-pope ســـنة (1991) بتعـــديل ومراجعة التصميم الأساســـي، والـــصيغة الخاصـــة بمركـــز ضـــبط الـــصحة متعـــدد الأبعاد، وهذا الاستعمال المقيـــاس مـــع المعتقـــدات المرتبطـــة بـــالألم بـــشكل محـــدد. وأصبحت الأداة الناتجة تعرف باسم: مركز ضـــبط الألـــم. الـــذي اســـتعمل فيمـــا بعـــد في عدد من الدراسات التي تضمنت مرضى آلام مزمنة.

ويشير مركز ضبط الألم إلى المعتقدات التـــي تتعلــق بالــسيطرة: علـــى الألـــم وتدبره. أي إلى درجة اعتقاد الأفراد بـــالتحكم فـــي الألـــم الـــذي يختبرونـــه. ويـــشمل مركز ضبط الألم ثلاثة أبعاد:البعد الداخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد الحظ.

يكون للفرد مركز ضبط ألم داخلـــي إذا اعتقـــد أن أفعالـــه وســـلوكاته الخاصـــة لها الأثر والتأثير الكبير على التحكم بالألم.

ويمثل بعد ذوي النفوذ: الاعتقاد فـــي أن الأفـــراد مثـــل الأطبـــاء، الممرضـــين العائلة، أصحاب الدين لهم التأثير الكبير في التحكم بالألم.

في حين يمثل بعد الحظ الاعتقاد أن التحكم بـــالألم يـــستند بـــشكل كبيـــر علـــى عامل الحظ.

وتتدرج الأبعاد الثانويـــة للمقيـــاس والمتعلقـــة ببعـــد ذوي النفـــوذ وبعـــد الحـــظ تحت البعد الواسع الذي يمثل مركز ضبط الألم الخارجي.

(keck , 2006)

وقد أمكن برهان تأثير العمليات المعرفية والـــسلوكية علـــى التعامـــل مـــع الألـــم من خلال الدراسات التي تناولـــت مفهـــوم مركـــز الـــضبط، والتـــي أشـــارت إلـــى أن الأفراد الذين يعتقدون أنهم لا يستطيعون الـــتحكم فـــي ظـــروف محـــيطهم، هـــم أكثـــر ميلا لسلوكات الألم وأقل إتباعا للتوصـــيات والنـــصائح العلاجيـــة لأنهـــم يعتقـــدون أن ألمهم يعود إلى عوامل تفوق تحكمهم. (Robinson)

فالأفراد الذين يعانون من الآلام المزمنة يميلـــون إلـــى نـــسب أعراضـــهم إلـــى أسباب عضوية وهو الشيء الذي يـــرتبط بالاعتقـــاد فـــي مركـــز الـــضبط الخـــارجي (الحظ، قدرة الآخرين). أما الذين لديهم مركز ضـــبط داخلـــي يظهـــرون اكتئابـــا أقـــل للألـــم مقـــارنة بـــذوي الضبط الخـــارجي الذيـــن يظهـــرون ضيـــق انفعـــالي أكثر. (Pupat ,2007)

وقد أظهرت الأبحاث أن مرضى الألم المزمن ذوي مركز الضبط الداخلي ســـجلوا إنخفاضا في تردد الألم، شدته، بعكس مرضى الألم المزمن الذين يعتمدون على الفرصـــة

القدر، الحظ (ذوي الضبط الخارجي) الذين أبدوا ضيقا نفسيا كبيرا وزيادة في الاكتئـــاب، وشعور كبير بالعجز، وقدرة أقل على السيطرة وخفض آلامهم.

(keck , 2006)

كما أظهـــرت بعـــض النتـــائج الأوليـــة، أن المرضـــى الـــذين يعتقـــدون أنهـــم يستطيعون التحكم في ألمهم والذين يتجنبون اعتبـــار حـــالتهم مفجعـــة، وأولئـــك الـــذين يعتقدون أنهم غير معاقين بدرجة حادة، يبـــدو أداؤهـــم أفـــضل مـــن أولئـــك الـــذين لا يفعلون شيئا من ذلك. (بول، ليندزاي، 2000، ص ص 747،746)

ومن خلال ما سبق يتبـــين لنـــا أن المعتقـــدات تلعـــب دورا مهمـــا. فمعتقـــدات الفرد حول التحكم وحول معنى الألم وكيفية تـــدبره، تعتبـــر عوامـــل مهمـــة فـــي فهـــم سلوك الألم.

الفصل الثالث

إستراتيجيات المواجهة

I- تعريف المواجهة:

يشير هذا المفهوم إلى الطريقة التي نواجه بها وضعية صعبة. ظهر سنة (1996)، وأشار به **لازاروس** Lazarus إلى مجموع الاستراتيجيات المستعملة لمواجهة الوضعيات الصعبة أو الأحداث الضاغطة.

(Fischer, Tarquinio ,2006, p117)

فيما بعد ارتبطت المواجهة بتصورات أكثر تحديدا، وهناك العديد من التعاريف التي تناولت هذا المفهوم، غير أنه عند التدقيق فيها، سنجد أن أغلبها متقارب وذلك لأنها استندت على تصورات لازاروس لمفهوم المواجهة.

فيعرف **راي وآخرون** Ray et al (1982) المواجهة على أنها استراتيجيات تشير إلى الطريقة المستعملة للتوافق مع الوضعيات الصعبة. ويتضمن هذا المفهوم تواجد مشكل حقيقي أو خيالي، ومن جهة أخرى الاستجابة لهذا الحدث الضاغط. (Schweitzer, Dantzer , 2003,p100)

ويعرف كل من **لازاروس وفولكمان** lazarus and Folkman (1984) استراتيجيات المواجهة، على أنها مجموعة الجهود المعرفية والسلوكية المتغيرة باستمرار. والتي تهدف إلى السيطرة، أو التخفيض، أو تحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تدرك على أنها تهدد أو تتجاوز قدرات الفرد.

(Fischer, Tarquinio ,2006, p117)

أما **ستيبتو** Steptoe (1991)، فيعرف استراتيجيات المواجهة على أنها استجابات يظهرها الفرد لمواجهة الوضعيات الضاغطة. وقد تكون ذات طبيعة معرفية أو انفعالية (مثلا اعتبار ورد سرطاني كدمل بسيط kyste)، أو تحويل في الخيال وضعية خطيرة إلى منفعة شخصية.كما يمكن أن تأخذ أشكالا سلوكية مباشرة أكثر (كالمواجهة الصريحة للمشكل، تبني سلوك التجنب، أو البحث عن المساندة الاجتماعية) .

(Schweitzer,Dantzer,2003,p100)

استراتيجيات المواجهة هي استراتيجيات تكيف فردية. تستعمل في وجه الضغوط، تبحث عن تغيير أو تفادي الصعوبات المواجهة في المحيط. والمواجهة هي استجابة يعبر عنها بأشكال متعددة، منها تظاهرات جسدية وسلوكية وانفعالية ومعرفية وقد تكون استراتيجيات المواجهة ايجابية أو سلبية. (Altman ,2000)

ويتركز مفهوم المواجهة على ما يدركه الفرد، وما يفعله في مواجهة الوضعية الضاغطة، وكيف يستطيع أو يعتقد أن بإمكانه تغييرها. وتعتبر المواجهة سيرورة وليس بعد ثابتا في الشخصية. (Cousson ,2001)

ويمكن أن تعبر استراتيجيات المواجهة عن الكيفية التي نفكر بها في الأحداث والطريقة التي نستجيب بها للأحداث المسببة للتوتر. وكل من الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية للمواجهة تكون فعالة في تعديل آثار التوتر.

(السيد عبد الرحمن،2000،ص 315)

ونستخلص مما سبق أن المواجهة هي:

هي مجموعة من الأساليب التي تعمل على إحداث توازن بين الفرد ومحيطه في حالة التعرض لموقف ضاغط. أي أنها تعمل على تحقيق الراحة النفسية والجسدية للفرد من خلال تخفيف حدة الحدث الضاغط أو القضاء عليه.

وتختلف طبيعة هذه الأساليب، فقد تكون سلوكية أو معرفية كما تتسم هذه الأساليب بالتغير وعدم الثبات.

II- نظريات المواجهة

II-1- المقاربات التقليدية:

II-1-1- النموذج الحيواني:

بالاستناد إلى هذا النموذج، حدد مفهوم المواجهة كاستجابة سلوكية فطرية أو مكتسبة مواجهة للخطر. مثال: الهرب أو التجنب ناجم عن الخوف. والمواجهة أو الهجوم ناجم عن الغضب .والمعيار الأساسي لنجاح المواجهة عند الحيوان يتمثل في بقائه حيا. (Paulhan ,1992,p546)

II-1-2- اتجاه سيكولوجية الأنا:

عمل التحليل النفسي منذ نشأته على تحديد وفهم أشكال المواجهة،وبشكل خاص الأشكال اللاشعورية منها وسميت وسائل الدفاع الأولية. وقد أدخل فرويد Freud مفهوم الدفاع للمرة الأولى سنة 1894. (رضوان،2002،ص 162)

ويرى فرويد أن العصاب والذهان ما هي إلا عبارة عن شكل من أشكال فشل أو سوء المواجهة. (محمد ،2006، ص 24)

وتتلخص الأفكار الأساسية لدراسة المواجهة من وجهة النظر التحليلية النفسية فيما يلي:

إن الدفاع وما يرتبط به من علاقات ، عبارة عن آليات تحمي الأنا من الصراعات. ويمكن لهذا الصراع أن يتكون من مطالب وطموحات غير محققة داخل الجهاز النفسي أو من تهديدات المحيط. ويفترض أن القلق هو المثير الذي يسبب تسخير هذه الآليات.

(رضوان،2002،ص 162)

وقد تم صهر مفهوم المواجهة مع دفاعات الأنا، وعرفت على أنها مجموع العمليات المعرفية اللاشعورية التي تهدف في الأخير إلى خفض أو حذف كل ما يمكن أن يحدث تطورا في القلق.

وتم التعرف على عدة سياقات معرفية مخصصة لخفض الحصر الناتج عن الحدث، مثل: النفي، العزلة، العقلنة. ويتعلق معيار نجاح المواجهة هنا بنوعية السياق (مرونتة، درجة تناسبه مع الواقع) ونوعية المآل النفسي.

في فرنسا، ذكرت الأبحاث المتعلقة بالمرضى المقيمين بالمستشفى دور ميكانيزمات المواجهة في التوافق مع المرض. كما ذكرت أن بعض الميكانيزمات مثل النفي، العزلة، المزاج المقاوم، يحمي الفرد من القلق بصورة فعالة أكبر من الميل إلى الإسقاط أو العدوانية ـــ غضب أو الاستسلام ـــ القدرية.

غير انه بالرغم من مساهمة هذا النموذج بشكل كبير في فهم أحسن لاستجابات الفرد عند مواجهته لحدث ضاغط، فإن هذا الخير يبقى غير كامل وناقص.

(Paulhan ,1992,p546)

II-1-3- سمات الشخصية:

تصور آخر يندرج تحت نظرية الدفاعات، يعتبر المواجهة كسمة شخصية، ويعتبر أن بعض الخصائص الثابتة للشخصية مثل القمع، الحساسية المرهفة، الحتمية أو التحمل، تعد الفرد لمواجهة الضغط بطريقة ما. غير أنه لم تثبت الفرضية القائلة أن الفرد يسلك دائما بطريقة مماثلة مهما كان الحدث. وفي الواقع أظهرت أبحاث عديدة أن مقاييس السمة هي منبئات ضعيفة لاستراتيجيات المواجهة وهناك عدد من الأدلة يمكن ذكرها لشرح ذلك.

*** الطبيعة المتعددة الأبعاد للسياق الحالي للمواجهة:**

مثلا:في حالة مرض جسمي، يتوجب على المريض مواجهة مختلف مصادر الضغط: ألم، عجز، ظروف الاستشفاء، في نفس الوقت، عليه أن يحافظ على توازنه الانفعالي وعلى صورة جيدة عن الذات، مع مراعاة مصادره المالية علاقات جيدة مع العائلة. هذه الاهتمامات المتعددة تتطلب استخدام إستراتيجيات مواجهة جد متنوعة، والتي لا يمكن التنبؤ بها بواسطة مقياس أحادي البعد مثل مقياس السمة.

*** الطابع المتحرك المتغير لسيرورة المواجهة:**

في الواقع، يؤثر السياق الوضعي بشكل كبير على المواجهة. كذلك يمكن لنفس الشخص أن يستعمل في عدد من الوضعيات إستراتيجيات مواجهة معرفية تهدف لخفض التوتر، وفي وضعيات أخرى يستعمل أكثر إستراتيجيات مواجهة سلوكية تهدف إلى حل المشكل.

يبدو أن تبني الاستراتيجيات المعرفية يكون أكثر في الحالات التي يكون فيها الحدث غير قابل للتحكم (مرض خطير مثلا)، بينما تبني الاستراتيجيات السلوكية يكون في الحالات أين يمكن للجهد المبذول إحداث تغيير في الوضعية (مثلا فقدان العمل).

تبعا لهذه النتائج، يبدو انه من الصعب النظر إلى المواجهة من وجهة نظر ثابتة، فحسب لازاروس وفولكمان (1984)، ما تظهره سمات الشخصية غير كاف للتنبؤ بالطريقة التي يواجه بها الفرد الضغط. هذا يجعلنا إذا لا نهتم فقط " بمن يكون الشخص" ولكن أيضا" ماذا يفعل". (Paulhan ,1992,p547)

II-2- النموذج المعرفي للضغط والمواجهة:

مما لاشك فيه أن الاتجاه المعرفي هو المسيطر، والسائد في البحث العلمي في مجال الضغط النفسي. وهو الذي يتزعمه أرنولد لازاروس Arnold lazarus (1966)، لقد طور هذا الأخير نظرية معرفية في السنوات الأخيرة لتفسير بعض مظاهر الضغط، وللكشف عن أساليب المواجهة التي يوظفها الناس لدى تعرضهم لمواقف ضاغطة. وتتمثل فكرة لازاروس الأساسية، في أن استعمال الفرد لأساليب مواجهة غير فعالة هو الذي يترتب عنه معاناته من الضغط النفسي.

حسب نظرية الضغط والمواجهة Stress- coping model، لا يمكن فهم الضغط النفسي بدون الرجوع إلى المكون المعرفي الكامن وراء تفسير الفرد للموقف أو الحدث الذي يتعرض له. والعملية المعرفية هذه تمثل حجر الأساس لتحديد طبيعة استجابة هذا الفرد للضغوط المختلفة داخلية كانت أم خارجية.

وعملية إدارك الموقف وتقييمه هي الأساس في مسألة مواجهة الضغوط الحياتية والتغلب عليها. وعليه فإن العملية المعرفية المسؤولة عن تقييم الموقف وتحديد طبيعة استجابة الإنسان له هي التي تعرف بمفهوم المواجهة.

ونموذج لازاروس يبين المتغيرات المعرفية التي يتم على أساسها تقييم الحدث الضاغط ومواجهته للتغلب عليه. وعملية المواجهة تمر بمراحل معرفية مختلفة وأهمها ما يلي:

- **مرحلة الحدث الضاغط:**

مبنية على أن الإنسان يواجه في حياته مواقف وأحداث ضاغطة تستدعي الكثير من الجهد لمواجهتها والتغلب عليها. وقد تنطوي ع ليها صعوبات صحية إذا تم استعمال استراتيجيات معرفية سلوكية غير فعالة.

(يخلف ،2001،ص ص51،52)

- **مرحلة التقييم الأولى:**

قبل التطرق إلى هذه المرحلة، يجدر بنا الإشارة إلى مفهوم التقييم المعرفي: **التقييم المعرفي:** هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد. حيث أن تقدير كم التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف، ولكنه رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغوط، وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف. (السيد عثمان ،2001، ص 10)

ويلعب التقييم دورا في تحديد الآثار الانفعالية والفسيولوجية التي يسببها الحدث الضاغط، وهو ما يفسر لنا تباين استجابة الأفراد لحدث ضاغط واحد. وعادة ما يتم تقدير الحدث المثير حسب ثلاث اتجاهات.

- **الضرر أو الأذى:** تلف أو خسارة وقعت بالفعل.
- **التهديد:** نتائج متوقعة أو مستقبلية.
- **تحدي:** أحداث مستقبلية ربما تتضمن فوائد شخصية.

وليس بالضروري أن يكون التقدير المعرفي عقلاني أو شعوري، ولكن ربما يكون تلقائي (آلي) وغير عقلاني ولا شعوري.

(السيد عبد الرحمن ،2000، ص 312)

- **التقييم الأولي:**

فيه يقوم الفرد بمحاولة التعرف على الحدث الضاغط، ثم يقوم بمحاولة تحديد مستوى التهديد الذي يمثله هذا الحدث بالنسبة للفرد، ويعتمد الفرد في هذه العملية التقديرية على أسلوبه المعرفي وخبراته الشخصية. (يخلف ،2001،ص 52)

أي أن الفرد في هذه الحالة يقيم خصائص الوضعية الضاغطة المتعرض لها، ومدى اعتقاده في القدرة على التحكم. إذن التقييم الأولي هو السياق الذي تقيم من خلاله العوامل التي تتدخل في الوضعية.

ويمكن أن يتعلق الأمر بفقدان شيء ما (جسدي: مرض، علائقي، أصدقاء، أو مادي: مهنة ، تجارة)، أو تهديد أو تحدي.

(Schweitzer ,Dantzer ,2003,p106)

وقد يكون التقييم الأولي إيجابيا، وهو ما يشير إلى أن الوضعية الضاغطة لا تطغى ولا تزيد عن إمكانات الشخص. وقد يكون سلبيا وضاغطا، يسبب ضررا أو تهديدا أو تحدي يفوق إمكانات الفرد.

وعادة ما يصاحب التقييم السلبي، انفعالات سلبية كالغضب، والخوف والاستياء. أما تقديرات التحدي غالبا ما يصاحبها انفعالات سارة، كالاستشارة والتحفز أو التطلع.

- **مرحلة التقييم الثانوي:**

ويقصد بها تقويم إمكانات التعامل، أو مواجهة الضغط الحادث.

(السيد عبد الرحمن ،2000، ص 313)

وهكذا عندما يتلاءم كل من تقديرنا لمطالب الموقف، وإمكانياتنا على مواجهته لا نشعر بالضغط. وعندما يعكس تقييمنا فجوة بين إمكانياتنا ومطالب

الموقف أو المحيط، وخاصة عندما تفوق المطالب الإمكانيات المتوفرة لمواجهة الموقف الضاغط، نختبر مستوى كبير من الضغط.

كما تتضمن هذه المرحلة محاولة تحديد الآليات المناسبة لمواجهة الموقف والتغلب عليه معتمدا على مجموعة من العوامل بما فيها عوامل خارجية (كطبيعة الحدث)، وعوامل داخلية أي خاصة بالفرد نفسه (كذكائه وشخصيته، ثقافته، خبراته السابقة).

- مرحلة المواجهة:

فيها يلجأ الفرد إلى استعمال إستراتيجية معرفية أو سلوكية لمواجهة الموقف الضاغط. وصنفت استراتيجيات المواجهة إلى نوعين:

- **الأولى:** تسمى بالفعل المباشر، وتشمل اتخاذ إجراءات عملية مباشرة لتغيير الموقف الضاغط.
- **الثانية:** تتمثل في ما يسمى بالفعل المخفف، وهو فعل غير مباشر ذو طبيعة انفعالية.

- مرحلة نتائج المواجهة:

يتحدد فيها مدى تأثير أساليب المواجهة على كل من النشاط الانفعالي، والمعرفي والفسيولوجي، والسلوكي. وتتوقف استجابة الفرد التوافقية للموقف الضاغط على مدى نجاحه في استعمال إستراتيجية مناسبة للتغلب عليها.

(يخلف،2001،ص ص54،53)

تبعا لما تم تقديمه من نظريات مفسرة، نجد أن هناك اختلاف بين هذه النظريات من حيث تناولها لمفهوم المواجهة.

فقد اعتبرت المواجهة كنظام دفاعي، يتمثل في عمليات لا شعورية تسمح بتحقيق توازن انفعالي للفرد وذلك من خلال تخفيض حدة القلق الذي يسبب الحدث.

وتختلف المواجهة عن الدفاع في أنها إستراتيجية تكيفية ، تعتمد على الإدراك الصحيح للوضعية، والتخطيط للقيام بالفعل (أي حل المشكل). كما تتميز بأنها متغيرة تعتمد على طابع الحالية وليس على التاريخ الشخصي للفرد.

كما اعتبرت المواجهة كسمة ثابتة من سمات الشخصية، إلا أنها تختلف عن هذه الأخيرة، باعتبارها متغيرة وغير ثابتة، حيث تهتم المواجهة بأفعال الفرد أمام الأحداث الضاغطة وليس بسماته الشخصية للتنبؤ بالطريقة التي يستجيب بها لهذه الأحداث.

وتختلف المواجهة من وجهة النظرية المعرفية عن سابقاتها من حيث أنها تعتبر المواجهة سيرورة متحركة غير لا إرادية، تدريجية، تتضمن عدة مراحل مختلفة. ويتضح هذا من خلال قيام الفرد بالتشخيص والتقديرات المستمرة للوضعية الحالية، باذلا في ذلك مجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية.

III - تصنيف المواجهة:

هناك العديد من تصنيفات المواجهة، وأشارت معظمها إلى الانقسام بين المواجهة المتمركزة حول الانفعال والمواجهة المتمركزة حول المشكل كما اقترحها لازاروس وفولكمان 1984.

وقد قام آخرون أمثال بلينجس وموس Moos and Billings (1984) بتوسيع هذا التصنيف وذلك بإضافة مجموعة مثل: المواجهة المتمركزة حول التقييم. وقد كان لتقسيم سكولر وبيرلن Schooler and Pearlin (1978)، بعد مماثل أسموه المواجهة المتمركزة حول الإدراك.

وتركز تقريبا طريقة مختلفة على الميل للبحث أو تفادي المعلومات المتعلقة بالوضعيات الضاغطة، وهذا ما يبدو واضحا جدا في أسلوب المواجهة المسمى "المراقبة" و " التبلد" الذي وضعه ميلر Miller (1990).

وبنفس الطريقة تقريبا ميز موس وكرونكت Moos and Cronkite (1984) بين أسلوبين من المواجهة هما: " الاقتراب" و" التجنب".باركر وأندلر Parker and ENDLER(1990)، ميزا بين المواجهة المتمركزة حول المشكل ، المواجهة المتمركزة حول الإنفعال ، ومواجهة التجنب.

أما كارفر و آخرون Carver et al (1989)، ميزوا أربعة عوامل تتضمن مواجهة نشطة، إنكار وانفصال تقبل، وتركيبة من البحث عن الدعم الاجتماعي، والتركيز كتنفيس عن الانفعالات.

في حين ماك كرا و كوستا Mc Crae and Costa (1986)، ميزا عاملين رئيسيين فقط: مواجهة ناضجة، مواجهة عصابية.

وهناك تصنيف مماثل اقترحه كويسك وآخرون Koeske et al (1993)، حيث ميزوا بين مواجهة التحكم ومواجهة التجنب.

بينما ثواستس thoists (1986)، اقترح مصفوفتان، تتضمن مواجهة متمركزة حول المشكل مقابل مواجهة متمركزة على الانفعال في بعد واحد.

واستراتيجيات مواجهة سلوكية مقابل استراتيجيات مواجهة معرفية في بعد آخر. ثم أضاف ستيبتو Steptoe (1991)، إمكانية إستراتيجية الاقتراب مقابل إستراتيجية التجنب. (Schabracq et al ,2003,p101,102)

أما تقسيم سولز وفلتشر Suls and Fletcher (1985)، فقد تضمن مواجهة تجنبية، ومواجهة يقظة. (Paulhan,1992,p553)

ويصنف اتكنسون وآخرون Atkinson et al (1990)، المواجهة إلى استراتيجيات سلوكية وأخرى معرفية. ويصنفها هولهان وموس Holahan And Moos (1985)، إلى مواجهة إقدام ومواجهة تجنب.

(سيد يوسف،2000، ص 59)

هذه نظرة موجزة وليست شاملة، تبين انه لا يوجد إجماع على الإطلاق على عدد و نوع الأبعاد المستخدمة. ولهذا الاختلاف علاقة بمشكلة أن نفس المصطلحات لا تدل على نفس المفهوم، ومثال على هذا: استهلاك الكحول، الأكل، التدخين، أحيانا هي جزء من عامل التجنب أو الإنكار وذلك بالنسبة مثلا لـ أندلر وباركر ،لكنها أحيانا تعود إلى عامل مركز على العاطفة وهذا بالنسبة لـ موس وبلينجس.

ونظرا لكون تصنيف لازاروس وفولكمان هو أكثر التصنيفات تداولا، ولأن صنفي المواجهة في هذا التقسيم هما أكثر استعمالا في الوضعيات الضاغطة. جعلنا هذا نتعرض له بشكل مفصل كالتالي:

1- المواجهة المتمركزة حول المشكل:

يهدف هذا النوع من المواجهة إلى التعامل مع المشكلة التي تسبب الضغط.

(سيد يوسف،2000، ص 69)

وفيها يسعى الفرد إلى تغيير الموقف مباشرة بغرض تعديل أو استبعاد مصدر الضغط وكذلك التعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة. ويأخذ هذا النوع من المواجهة أشكالا تتمثل في:

أ - البحث عن معلومات أو طلب النصيحة: أي البحث عن معلومات أكثر حول الموقف، أو الحصول على توجيه من شخص مسؤول والتحدث مع شخص آخر وطلب المساعدة.

ب - اتخاذ إجراء حل المشكلة: وتشمل إعداد خطط بديلة واتخاذ تصرف محدد للتعامل مع الموقف، وتعلم مهارات موجهة نحو المشكلة والتفاوض للتوفيق لحل المشكلة.

ج - تطوير مكافأة أو إثابات بديلة: عن طريق تغيير أنشطة الفرد وإيجاد مصادر جديدة للرضا، كبناء علاقات اجتماعية، استقلالا ذاتيا، وتنمية وجهة ذاتية. (السيد عبد الرحمن ،2000، ص 315)

2- المواجهة المتمركزة حول الانفعال:

يهدف هذا الأسلوب إلى التعامل مع الانفعالات الناتجة عن مصادر والضغوط والاحتفاظ باتزان وجداني. وعادة ما يكون هذا النوع من المواجهة مفيد في المواقف التي تتجاوز قدرة الفرد على ضبطها والتحكم فيها. ومن ثم لا يمكن تغييرها من خلال أساليب مناسبة لحل المشكلة.

مثلا مواجهة مرض يفضي إلى الموت عادة ما تكون سلبية مركزة على العواطف المصاحبة كالرضا بالقضاء والقدر. ويأخذ هذا النوع من المواجهة أشكالا منها:

أ - التنظيم الوجداني: مثل الضبط الانفعالي، معايشة الانفعالات والتعامل معها وعدم الانشغال بالانفعالات المتصارعة.

ب - التقبل المذعن: كالانتظار بعض الوقت مع توقع الأسوء، وتقبل الموقف كما هو والإقرار بأن لا شيء يمكن عمله والاستسلام للقدر.

ج - التفريغ الانفعالي: يدخل فيه الأساليب المشتملة على التعبيرات الكلامية والبكاء ،والتدخين ، وزيادة الأكل، والانغماس في أنشطة اندفاعية موجهة إلى الخارج. (السيد عبد الرحمن ،2000، ص 316)

IV - محددات المواجهة:

تتأثر سيرورات التقييم للعلاقات فرد ـــــ محيط بالخصائص الشخصية (موارد شخصية)، و المتغيرات المحيطية (متغيرات الوضعية) ،هذا ما يفسر لماذا يقيم نفس الحدث كتهديد بالنسبة لفرد وكتحدي بالنسبة لآخر.

IV -1- وتتمثل **الخصائص الشخصية** في التالي.

(Paulhan ,1992,p 549)

IV 1- 1– المعتقدات: كالمعتقدات الدينية (يلبس الحدث معنى اختبار أو بلاء مفروض من الله وعلينا تقبله). أو أيضا معتقدات الفرد حول قدرته على التحكم في الأحداث والتي أطلق عليها روتر اسم مركز الضبط الداخلي، حيث نجد أن الأشخاص ذوي مركز الضبط الداخلي يستعملون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة بكثرة.

IV -1- 2- التحمل الشديد Hardiness: يشير إلى السيطرة الشخصية للأحداث الضاغطة في الحياة. والأشخاص الذين يتسمون بالتحمل الشديد " الصلابة" يعتقدون أن بإمكانهم التأثير أو معالجة المشكلات بدلا من الإحساس بالعجز أمامها. كما أنهم يدركون الأحداث المختلفة كفرصة للتطور الشخصي. ولديهم قدرة على تحمل الضغوط السيكواجتماعية أكثر من الغير.

IV -1- 3- القلق كسمة: وهي مركب ثابت في الشخصية. وهي ميل للقلق، أي ميل عام لإدارك الوضعيات كوضعيات مهددة. فالأشخاص الذين لديهم سمة قلق ضعيفة، يدركون الأحداث الضاغطة على أنها أقل تهديد، ولديهم تنبؤ كبير بالتحكم مقارنة بالأشخاص ذوي سمة قلق عالية.

(Schweitzer ,Dantzer ,2003,p107,108)

IV -2- أما **الخصائص المحيطية (خصائص الوضعية)** فهي:

IV -2- 1- مميزات الوضعية: وتشمل طبيعة الضرر أو التهديد، وإذا كان الحادث الذي يتعرض الشخص مألوفا له أو جديدا عليه، وما هي احتمالات حدوثه، والوقت المتوقع فيه، وإلى أي درجة من الوضوح والغموض تبدو النتيجة المتوقعة.

(السيد عبد الرحمن ،2000، ص 313)

وتستعمل استراتيجيات المواجهة المتمركزة على الانفعال في الوضعيات المقدرة على أنها غير قابلة للتحكم. في حين أن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل تستعمل في الوضعيات القابلة للتغيير والتطور.

(Schweitzer ,Dantzer ,2003,p108)

- **IV2- 1- الموارد الاجتماعية:** ويطلق عليها " المساندة الاجتماعية" وهي توفر المحيط العائلي، العملي والأصدقاء أمام الصعوبات التي يصادفها الفرد. وقد دلت الأعمال على أن مستوى ضعيف من المساندة في حياة الفرد هو عامل انجراح، في حين أن مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية يرفع من التحكم المدرك ويقلل أثار الضغط، ويجعل الفرد قادرا على المواجهة.

(Schweitzer ,Dantzer ,2003,p109)

V- فعالية المواجهة:

يشير مفهوم الفعالية إلى التأثير النفسي للمواجهة. يعني النتائج المترتبة عن الطريقة التي يتصرف بها الفرد في الوضعية، والآثار الناتجة على راحته الجسمية والنفسية. (Fischer , Tarquinio ,2006,p124)

ولبيان هذا، نعرض فيما يلي فعالية المواجهة على الضغط الانفعالي والصحة الجسمية للفرد .

V- 1- فعالية المواجهة على الضغط الانفعالي:

تسمح المواجهة المتمركزة حول المشكل بتخفيض الضغط المعاش.فقد أظهرت دراسة Schmidt (1988)، أنه قبل التدخل الجراحي، المرضى الذين بحثوا عن معلومات وطوروا استراتيجيات فعالة كانوا أقل قلقا، وكانت لديهم تعقيدات أقل بعد الجراحة من الذين لجأوا إلى استراتيجيات مواجهة سلبية مثل الاستسلام . غير أن فعالية إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل تعتمد عموما على عدد من العوامل مثل: التحكم في الوضعية. فإذا كانت الوضعية متحكم فيها، يصبح هذا النوع من المواجهة فعال، بينما في الوضعيات غير المتحكم فيها فإن تأثيرها يميل ليصبح سلبيا.

ولقد اكتشف كوهن وهابرت Cohen and Herbert (1996)، بعد ملاحظتهما لمرضى سرطان طوروا هذا النوع من المواجهة، أنه يمكن أن يكون لهذه المواجهة تأثير منعدم وغير مناسب خاصة بعد أوقات معينة، وذلك بسبب الميزة الدائمة، وغالبا ميزة عدم التحكم في هذه الأمراض.

تعتبر المواجهة المتمركزة حول الانفعال عموما أقل فعالية بفعل أشكالها التعبيرية المختلفة، مثل قمع الانفعالات، أو العجز مرتبطان بارتفاع الضيق النفسي. وبينت دراسات أن بعض مظاهر المواجهة المتمركزة حول الانفعال لها أثر ذو فائدة وواق لجودة الحياة على مدى قصير، حتى لو أن الكثير من أشكالها يبدو عموما لديه أثر سلبي: العجز، فقدان الأمل، اتهام الذات

الاستسلام....لوحظت هذه النتائج في أمراض مختلفة، وكشفت عن أثار غير وظيفية، التي يمكنها في حد ذاتها أن ترتبط بسلوكات تقريبا ملائمة مثل: عدم التقيد، عدم إدراك الأعراض، وعدم احترام آجال العلاج.

V- 2- فعالية المواجهة على الصحة الجسمية :

ظلت فعالية المواجهة صعبة التقييم من الناحية الصحية والمرضية، ولكن يمكنها أن تؤثر في الصحة من خلال طريقتين واضحتين.فقد أثبت لازراوس وفولكمان (1984) أن المواجهة يمكن أن يكون لها تأثير على الصحة الجسمية، في حالة ما إذا استطاعت التأثير على تواتر، شدة، مدة ردود الفعل الفيزيوعصية المتعلقة بالضغط، وهذا لا سيما إذا كان الفرد في مواجهة موقف غير متحكم فيه ولا يستطيع التصرف مع الوضعية الضاغطة. أو أن مواجهته غير ملائمة. يمكن للمواجهة عموما التأثير مباشرة وسلبا على الصحة ، حين يكون للفرد أسلوب حياة مرتبط بسلوكات خطر.(Fischer , Tarquinio ,2006,p124)

وأحسن مثال هو نمط الشخصية A (أ)، الذي لديه مجموعة الصفات التالية: المنافسة، عدم الصبر، العدوانية، إدراك الأحداث الضاغطة كتحديات. كما أن أشكال المواجهة المتمركزة حول الانفعال يمكن أن تهدد الصحة الجسمية للفرد، لأنها تعيق اتخاذ السلوكات التكيفية، وهذا في حالة الإنكار أو التجنب التي يمكن أن تقود الفرد لإدراك الأعراض أو الفحص في وقت متأخر.

(Schweitzer ,Dantzer ,2003,p117)

إذا فعالية المواجهة ليس لها أي ميزة آلية،و يجب أن تقدر بناءا على تعددية المعايير التي تصبح وظيفية في حالة وليس بالضرورة في حالات أخرى.الفعالية تبدوا إذا مرتبطة بشروط وبالكيفية التي تسمح فيها المواجهة للفرد أن يعدل أو ينقص من تأثير الوضعية الضاغطة على راحته الجسمية والنفسية. ومن هنا يتعين تفحص ومعاينة استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والمتمركزة حول الانفعال في كل حالة.

(Fischer , Tarquinio ,2006,p125)

VI- المواجهة والسرطان:

يصف مفهوم مواجهة المرض الطريقة التي يتلاءم بها المرضى مع مرضهم والكيفية التي يواجهون بها مرضهم. وتهدف جهود المواجهة إلى تخفيض الضغط النفسي الناجم عن المرض (شولتس ،هيلهامر) .

يواجه المرضى السرطان بطرق مختلفة، تعتبر بعض هذه الطرق ناجحة أكثر من غيرها في تطوير الراحة الانفعالية للفرد والتكيف النفسي. فقد عرقلت حياة المريض وربما تغيرت بسبب مرضه، فيمكن أن يواجه هذا الأخير العلاجات الطبية وآثارها الجانبية، كما يمكن أن يواجه أيضا عودة المرض أو الألم و العجز.

فخلال الخمسين سنة الماضية، عندما كان الشخص يصاب بمرض السرطان، كانت هناك تساؤلات صغيرة حول كيفية مواجهة هذا المرض (الشخص يتعامل معه فقط). وفي السنوات الخمس والعشرون الأخيرة، وباعتبار أن مرض السرطان أصبح مرضا مزمنا أكثر منه قاتلا، فقد أخذت الصورة التي يواجه بها المرضى السرطان انتباها كبيرا من قبل أخصائي الرعاية الصحية.

وتعكس استراتيجيات المواجهة، طرق مواجهة الأهداف والتحديات. حيث يواجه مريض السرطان العديد من الأهداف والتحديات، بعض منها طبي وجسمي وبعض آخر انفعالي، وآخر شخص وروحاني. بطريقة أو بأخرى على جميع هذه الأنواع أن تعمل مع جودة حياة المريض التي هددت و عرقلت بسبب السرطان. ويتبنى المريض بعض الاستراتيجيات لمتابعة الأهداف، ومواجهة التحديات الشخصية التي تعمل على تحسنه وتمكنه من البقاء سليما انفعاليا.ولكن هذه الاستراتيجيات ليست قابلة للتطبيق على كل المرضى، وهذا بسبب أن أسلوب المواجهة الذي يعمل جيدا بالنسبة لمريض، قد لا يعمل لدى آخر. علاوة على ذلك فإن الأهداف والتحديات التي يواجهها المريض هي خاصة و العديد منها فرض عن طريق طبيعة المرض و العلاجات الطبية.كما أن المواجهة مع

السرطان هي سيرورة مستمرة على مدى شهور أو حتى سنوات. ويستعمل المرضى استراتيجيات مختلفة في أوقات مختلفة، إعتمادا على درجة مرضهم.

(Kneier, et al)

و يتم التفريق بين إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال وبين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل. تؤثر استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال على الضغط النفسي بشكل مباشر، وذلك من خلال محاولاتها تخفيض المخاوف المرتبطة بالمرض، من خلال الإنكار على سبيل المثال.

بالمقابل تهدف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل إلى تخفيض الضغوط، من خلال الإبقاء على الآثار السلبية للمرض الكامنة خلف الضغوط الانفعالية ضئيلة. وهذا يمكن أن ينتج عندما يحتفظ المريض باتصاله و علاقاته الإجتماعية ،على الرغم من مرضه ، أو إذا عوض التغيرات في صورة جسده من خلال العضو الاصطناعي. (شولتس ،هيلهامر)

وبالتأكيد، المريض ليس حرا في الاختيار الاستراتيجيات الممكنة. ويعمل سن المريض، ونمط شخصيته، وخبرته المتعلقة بالمرض في تاريخ العائلة وطبيعة المرض لديه وأيضا أهمية الدعم الاجتماعي على التوجه إلى تلك الإستراتيجية أو تلك. (Pelicier ,1995,p32)

وفي دراسة حول مواجهة المرض لدى مرض السرطان، وجد أن هناك إستراتيجيتين يغلب استخدامها و وصفتا من قبل المرضى بأنهما مفيدتان جدا:

1 - جعل الموقف الذاتي نسبيا (أي التخفيف من أهميته المطلقة) والإعلاء من شأنه.

2 - الإلهاء الاستغراقي (المعرفي)

ويرتبط أحد أشكال المواجهة والمتمثل في التقليل من الأهمية، والمقصود هنا الأفكار المتعلقة بالمرض المخففة ذاتيا على نحو " سيعود كل شيء كما كان"

مع حالة المريض. فكلما كان التقليل من الأهمية أشد، كان وضع المرضى أفضل. (شولتس ،هيلهامر)

في حين ميز موس وشايفر Moos and Schaefer (1984) استراتيجيات مواجهة حسب الهدف السائد. الإستراتيجية الممتازة التي تشير إلى حل المشكل المطروح،و تتضمن البحث عن المعلومات والآراء القديرة المختصة، والتوجه إلى الحلول الممكنة. وأحيانا أخرى لا يمكن مواجهة المشكل سواء تعذر حله موضوعيا، أو أن المريض يراه كذلك إلا بواسطة إستراتيجية إعادة تقييم الوضعية، أو أن يضبط المريض الوضعية، خاصة المفاهيم الايجابية ويقلص الأخرى، أو أن يجعل الوضعية مخالفة للموقف من خلال نقل الاهتمام نحو مشاكل أخرى، أو من خلال نسب الوضعية إلى وضعية أخرى بواسطة ميكانيزم الإسقاط أو إلى نفسه من خلال الشعور بالذنب، أو من خلال الإنكار. (Pelicier ,1995,p32,33)

ويعد الإنكار أحد أكثر استراتيجيات المواجهة المدروسة في سياق الأمراض المزمنة، ويتعلق الأمر بردود الفعل البدئية على الأمراض المهددة للحياة. ويتضمن الإنكار، الانفصال النفسي (desengagement) عن المرض وبهذا يخفض الضغوط الناجمة عن المرض.

ويتم التفريق بين أشكال مختلفة من الإنكار، ويمتد المجال من التطرق الشديد، حيث ينكر المريض أنه مريض على الإطلاق إلى الأشكال الأقل تطرفا على نحو التقليل من خطورة المرض، وعدم إدراك تأثيرات المرض على الحياة اليومية، وسوء عزو الأعراض، وتجاهل المعلومات المتعلقة بالمرض، والتخلي عن الحصول على المعلومات المتعلقة بالمرض، وأمور أخرى كثيرة. أما العواقب السلبية لهذا السلوك فتتمثل في التباطؤ في استشارة الطبيب، وعدم إتباع التعليمات الطبية، وعدم تنفيذ السلوك الصحي المنصوح به.أما الجانب الايجابي للإنكار، فيتمثل في تخفيض الضغوط الناجمة عن المرض.

وتشير دراسات واسعة حول هذا الشكل من المواجهة، أن الإنكار في أثناء الطور الحاد لمرض ما مفيد وملائم، إلا انه يؤثر بعد ذلك على مجرى المرض بشكل غير مناسب إذا استمر لمدة طويلة، لأنه يبطئ من استشارة الطبيب ويقود إلى مشكلات في إتباع التعليمات الطبية. (شولتس ، هيلهامر)

كما بينت دراسات أخرى انه في حالة أمراض خطيرة مثل السرطان، فإن الإنكار أو إعادة التقييم الايجابي، هي استراتيجيات تسمح بالتوافق الجيد للمريض المصاب بالسرطان. (Schweitzer ,Dantzer ,2003,p115)

إنه واضح إذا أنه وحدها الإستراتيجية المتمركزة حول المشكل وحله هي واقعية وفعالة، أما الأخرى فليس لها سوى قيمة تهديئية، مسكنة. وبصفة عامة يتجه الفرد إلى تبني إستراتيجية واقعية عندما تبدو له الواقعية قابلة للتغيير فعلا . (Pelicier ,1995,p33)

ويمكن أن تحسن استراتيجيات المواجهة الايجابية (الفعالة)، الحالة الانفعالية عند التعامل مع السرطان وبذلك يتمكن المريض من الإحساس أكثر بالنشاط والمرونة. وقد تعزز هذه التأثيرات الجهاز المناعي للاستجابة ضد خلايا السرطان. (Kneier, et al)

كما يمكن لبعض الأشكال الايجابية للتكيف مع السرطان أن تعزز الشعور بالضبط، حيث نجد أن المرضى الذين يشعرون بالضبط والسيطرة على المرض ومعالجته، وعلى النشاطات اليومية، أكثر نجاحا في مواجهة السرطان. فالتحكم في ردود الأفعال الانفعالية، والأعراض الجسمية له أهمية مميزة في عملية التكيف. (تايلر ،2008، ص 824)

وعموما يمكننا القول أن مساعدة مريض السرطان، هي بالضرورة التفاوض معه، أحيانا تقبل انكاراته تقريبا الجزئية، وأحيانا الانفجارات العدوانية وأحيانا أخرى انسحاباته الوقتية. (Pelicier ,1995,p34)

الفصل الرابع

السرطان

I - ماهية السرطان :

I - 1- تعريف السرطان:

استعملت كلمة سـرطان فـي البدايـة لوصـف الأنـواع المختلفـة مـن الأورام. و بالرغم من أنه في أغلب الأحيـان يعتقـد أن الـسرطان هـو عبـارة عـن مرض واحد ، إلا أنه في الحقيقة تعبير يستعمل لوصف مـا يزيـد عـن 200 مـرض مختلف. (Nezu et al ,2003,p265)

و السرطان هو اسم يطلق على مجموعة من الأمـراض التـي تطـال أيـا مـن نسج الجسم ، و تتصف بسرعة تكاثر الخلايا على نحـو غيـر منـتظم ،يتبـدى علـى شكل ورم Tumor ،يغزو نسج العضو المصاب .و إذا لـم يوضـع حـد لتكـاثر هـذه الخلايا و نموها ، فإنها قد تغزو النسج المجاورة و تتلفها.

(بستاني ،1994، ص 1030)

كما يشير تعبير سرطان إلى مجموعة من الأمـراض الورميـة المتـشابهة فـي خواصها والمتماثلة في نمط سلوكها والتي تنشأ بخلايا الجسم.

(جمعية آدم لسرطان الطفولة)

I - 2 - نشوء السرطان:

ينشأ السرطان حين تنقلـب خلايـا نـسيج مـا بالجـسم لتـصبح شـاذة تنمـو وتتكاثر دون تحكم وتخرج عن خط النمو والتبـدل الطبيعـي، وبـدلا مـن أن تمـوت في طورها النهائي، تستمر في النمو والتكـاثر نتيجـة خلايـا شـاذة جديـدة وتتكـدس الخلايا السرطانية وتكون كتلة أو تـضخما يـسمى بـالورم، يقـوم عنـد تقـدم نمـوه بالضغط علـى الأنـسجة المجـاورة وإزاحتهـا، ويمكنـه أن يغـزو ويـدمر الخلايـا الطبيعية يستثنى من ذلك بعض الأنواع مثل خلايـا سـرطان ابيـضاض الـدم، التـي لا تكون كتلا ورميـة وإنما تنشأ فـي الأعـضاء المنتجـة للـدم (النخـاع العظمـي والجهـاز الليمفـاوي)، وتنتقـل عبـره إلـى بعـض الأنـسجة والأعـضاء الحيويـة الأخرى.

ويمكن لبعض من الخلايـــا الورميـــة أن تخـــرج مـــن محيطهـــا وتنتقـــل إلـــى أعضاء أخرى بالجسم لتواصل نموها الشاذ وغيـــر الطبيعـــي والخـــارج عـــن الـــتحكم حيث تستقر وتستنسخ نفسها لتكون أوراما مثيلة في الموضع الجديد.

ويسمى هـــذا الانتقـــال بالانتـــشار أو الانبثـــاث Métastasis وتـــسمى الأورام الناتجة عقب الانتقال عادة بـــالأورام المنتقلـــة أو الثانويـــة تمييـــزا لهـــا عـــن الأورام الأصلية.

تنشأ الخلايا السرطانية عنـــد حـــدوث اخـــتلال أو عطـــب بـــالحمض النـــووي الريبو نووي DNA للخلايا الطبيعية . وهـــذا الحمـــض هـــو المـــادة الكيميائيـــة التـــي تحمل التعليمات الموجهـــة لنظـــام ودورة حيـــاة الخلايـــا، ويقـــوم بـــالتحكم فـــي كـــل نشاطاتها بما في ذلك تكـــوين البروتينـــات والأنزيمـــات اللازمـــة للعمليـــات الحيويـــة مثل عمليات الأيض والتكاثر والنمو كما يحتوي على جميع الشفرات الوراثية.

وثمة أجزاء من الحمض النووي تعرف بالمورثات أو الجينات (Genes) والتي يحتوي بعض منها على التعليمات التي تتحكم في آلية النمو والانقسام وبالتالي التضاعف والتكاثر لإنتاج خلايا جديدة، ومنها مورثات معينة تحدث وتعدل عمليات انقسام الخلية

وتسمى اصطلاحا بطليعـــة المورثـــات الورميـــة، ومورثـــات أخـــرى تبطـــئ وتكبح الانقـــسام والتكـــاثر، أو تعطـــي التعليمـــات للإفنـــاء الـــذاتي للخليـــة وتـــسمى بالمورثات الكابحة للتورم.

وقد يحدث السرطان نتيجة اختلال أو عطب أو تغيـــر جـــذري ببنيـــة الحمـــض النووي، مما يدفع إلى تشغيل طليعـــة المـــورث الـــورمي دون ضـــوابط، ممـــا يفقـــده القدرة على التحكم فـــي نمـــو الخليـــة وتكاثرهـــا أو يبطـــل عمـــل الجينـــات الكابحـــة للتورم.

وبمعنى آخر، تقوم الخلايا بالتكاثر والانقسام والنمو بتوجيه مـــن برنـــامج مـــشفر بحمضها النووي، وتتلقى إشارة بالتوقف عند حد معين حيث يتوفر الكم المطلـــوب مـــن الخلايا، فيتوقف الانقسام والتكاثر، ويتم تشغيل برامج تالية توجه الخلايا لإنتاج البروتينات اللازمة لتصبح خلايا بالغة قادرة على القيام بالمهام المنوطة بها أي أن نظـــام الانقـــسام

والنمو والعمل يتوقف ويبدأ وينشط حسب نظام متسلسل تعاقبي وخال من الأخطاء لينـــتج خلايا طبيعية سليمة، وثمة عدة أوجه لعرقلة ومقاطعة تقدم هذا النظام المنهجي فمـــثلا أن حدث قصور في إشارة التوقف ولم تعمل لسبب ما تستمر الخلايا في الانقـــسام والتكـــاثر دون ضوابط وتكون كتلة شاذة متضخمة، أو عند حدوث قصور في عمـــل الموروثـــات الكابحة، التي تنتج بروتينا معينا يكون مسؤولا عن توقيف الخليـــة عنـــد وجـــود عطـــب بالحمـــض النـــووي ، سواء لإصلاح الخلل أو لإفنائها ذاتيا عند تعذر الاصطلاح. فحين لا يعمل هذا البروتين لسبب ما، تستمر الخلايا ذات الحمـــض النـــووي المعطـــوب فـــي الانقسام، وإنتاج خلايا جديدة، مسببة المزيد من العطب في الموروثات الأخرى التي يأتي دورها تاليا في العمليات الحيوية والتي تتحكم في نمو وتطور الخلايا وينتهي الأمر بنشوء السرطان. (جمعية آدم لسرطان الطفولة)

I - 3 - تصنيف السرطان :

قبل الإشارة إلى تصنيف السرطانات، لابد من التطـــرق إلـــى التـــسميات التـــي عادة تطلق على أي نمو غير طبيعي:

- **الورم Tumor**: هـــو أي نمـــو أو تـــضخم غيـــر طبيعـــي، أو ظهـــور كتلـــة غريبة في الجسم، ويعتبر الـــورم مـــرادف لكلمـــة تنـــشؤ Neoplasm، ولكـــن يقصد بالورم التنشؤ الصلب، وتوجد تنـــشؤات غيـــر طلبـــة مثـــل الليوكيميـــا لا تنتج أوراما.
- **التنشؤ Neoplasm**: وهي كلمة انجليزية، تعتبر أكثـــر دقـــة مـــن كلمـــة ورم. وتعني تكاثر الخلايا ذات الطفرات الجينية والخلايا المتنشئة نوعان:
- – **تنشؤ ورم حميـــد Begnin**: وهـــو تنـــشؤ يتـــصف بـــأن نمـــوه وتكـــاثره محدود وغيـــر غـــازي ولا يتميـــز بالانتـــشار،يمكن استئـــصاله دون أن يعـــود للنمو ثانية في أغلب الأحوال والأهم مـــن ذلـــك أنـــه نـــادرا مـــا يعـــد مهـــددا للحياة.

- **تنشؤ ورم خبيث Malignant:** وهو ما يقصد به السرطـــان Cancer و هـــو النوع الخطر، الذي يتميز إضافة إلى البنية والنمو الشاذين بالمقدرة علـــى غـــزو الأنسجة أو الأعضاء الحيوية سواء المجاورة لموضع نشوئه أو البعيدة والتـــأثير عليها وأحيانا تدميرها وذلك لمقدرة خلاياه على اختـــراق الأنـــسجة والانتـــشار والانتقال من مواضع نشوئها إلى مواضع أخرى بالجسم وفي الأغلب يتم انتقالهـــا إلـــى المواضـــع البعيـــدة عبـــر الـــدورة الدمويـــة والجهـــاز الليمفـــاوي. (جمعية آدم لسرطان الطفولة)

والجدول التالي يوضح الفروق بين تنشؤ الورم الحميد والخبيث :

الجدول رقم (1): يوضح الفروق بين تنشؤ الورم الحميد والخبيث :

	الأورام الحميدة	الأورام الخبيثة
توضع الورم	يـــدفع بالنـــسيج الطبيعـــي جانبـــا يكون محاطـــا بمحفظـــة وواضـــح الحدود	يغزو النسيج الطبيعي المحـــيط بـــه لا يكون محاطا بمحفظة وتكـــون حـــدوده مختلطة مع النسيج الطبيعي.
مدى انتشاره	يقتـــصر علـــى الكتلـــة الورميـــة ونموها	قد يؤدي إلى حدوث التوضـــعات فـــي العقد اللمفيـــة القريبـــة والبعيـــدة كمـــا يصيب الورم أعضاء أخرى.
سرعة النمو	بطيئة	قد تكون سريعة أو بطيئة
النتيجة	عادة حميدة	قد تكون مميتة إذا لم يعالج الورم
العلاج	الجراحة شافية	قد لا تكون الجراحـــة وحـــدها شـــافية وتحتـــاج إلـــى عـــلاج كيميـــائي أو شعاعي داعم

(بستاني، 1994، ص 1031)

ويكون تصنيف السرطانات بنـــاءا علـــى التـــشابه بـــين الخليـــة الـــسرطانية، والخليـــة السليمة كما يلي:

- **ســـرطانة Carcinoma**: وهـــي ســـرطانات تتبـــع مـــن الخلايـــا الظهاريـــة Epithelial cells، وهي تـــشكل أكبـــر مجموعـــة مـــن الـــسرطانات عامـــة وخصوصا سرطان الثدي، والبروستاتا والرئة والبنكرياس
- **ســـاركومة Sarcoma**: وهـــي ســـرطانات تتبـــع مـــن النـــسيج الـــضام Connective Tissue، أو مـــن خلاياالـلحمـــة المتوســـطة Mesenchymal cells
- **ميلوما Myeloma** :وهو تنشؤ خبيـــث ، ينـــشأ فـــي خلايـــا البلازمـــا للنخـــاع العظمي.
- **ليمفوما lymphoma** :هو سرطان ينبع من الجهازاللمفاوي.
- **الليوكيميا leukemia** : و هو سرطان ينبع من الخلايا المكونة للدمhemapoietic

(Nezu et al ,2003,p268)

II- أعراض السرطانات:

هناك مجموعة من الأعراض المرتبطـــة بمـــرض الـــسرطان، يمكـــن تـــصنيفها على النحو التالي:

II-1- أعراض ناتجة عن النمو السريع وغير الطبيعي للخلايا:

تؤدي وتيرة النمو الـــسريع وغيـــر الطبيعـــي للخلايـــا الـــسرطانية إلـــى اســـتهلاك طاقة الجسم بشكل كبير واستنزاف مـــوارده لتغذيـــة هـــذه الوتـــائر المتـــسارعة للنمـــو على حساب احتياجات بقية أعضاء الجسم ووظائفها الحيوية وهذا قد يسبب:

- فقد الدم نتيجة الاستهلاك المتزايد.
- الإنهاك والتعب. (الخطيب)
- نقصان الوزن والنحول.
- فقدان الشهية.
- عسر الهضم.
- إمساك أو إسهال.
- حرارة غير عادية مع ضعف الحالة العامة للجـــسم، التـــي يـــصعب الـــتحكم فيهـــا بالعلاج بالمضادات الحيوية.
- آلام متناقلة، متواترة الحدوث دون أسباب معينة.

(Schveitzer et al ,2003,p3)

II-2- أعراض ناتجة عن فقدان وظيفة العضو المصاب

إن الخلايـــا الـــسرطانية لا تـــؤدي وظائفهـــا الطبيعيـــة، إنمـــا تؤديهـــا بـــشكل مضطرب على هيئة:

- زيادة غير طبيعية في معدلات العمل مثـــل: الإفـــراز الزائـــد لـــبعض الغـــدد مثـــل الغدة الدرقية أو البنكرياس

- نقص في الأداء أو توقفه بشكل كامل مثلمـــا يحـــدث بالفـــشل الكلـــوي أو الرئـــوي أو قصور الكبد، أو تحلل مكونات الدم.
- القي والسعال.
- قد تتجمع هذه الخلايا بسبب النمو السريع مـــشكلة كتلـــة تحتـــل حيـــزا لـــيس لهـــا فتعرقل عمل العضو المصاب، كأن تتشكل كتلة في الأمعـــاء فتحـــدث بهـــا انـــسدادا أو كتلة داخل الرأس تضغط على المناطق الأخرى فتعطلها. (الخطيب)

ظهور كتل ليفية على مستوى الثدي أو الغدة الدرقية.(Schveitzer et al ,2003,p3)

II-3- أعراض ناتجة عن الانتشار والتأثير على الأعضاء الأخرى.

- الغزو المباشر أي أن تنمو الخلايا مخترقة الأنسجة إلـــى أنـــسجة أخـــرى مجـــاورة وفي طريقها قد تصطدم بأي شيء يقف في طريقها.
- حدوث تمزقات في الأوعية الدموية ومن ثم نزيف.
- ضغط على المناطق العصبية وحدوث آلام شديدة. (الخطيب)
- نفث دم متكرر، نزيف رحمي، بيلة دموية، نزيف شرجي.
- تقرحات جلدية وتقرحات مخاطية. (Schveitzer et al ,2003,p3)

III- أسباب السرطان:

هناك مجموعة من العوامـــل المـــسببة والمـــسهلة لحـــدوث مـــرض الـــسرطان نذكر منها:

III-1- العوامل الكيميائية:

وهي مواد تحـــدث طفـــرات، تـــسمى بـــالمواد المطفـــرة، وعنـــد تـــراكم عـــدة طفرات في الخلية قـــد تـــصبح ســـرطانية وتـــسمى المـــواد التـــي تحـــدث ســـرطانات بالمواد المسرطنة، هناك مـــواد محـــددة مرتبطـــة بـــسرطانات محـــددة مثـــل التـــدخين المرتبط بسرطان الرئة والمثانة والتعرض لحجر الأســـبوتس قـــد يـــؤدي إلـــى حـــدوث أورام الميزوثيليوما Mesothelioma ، أمـــا الكحـــول فهـــو مـــن المـــواد المـــسرطنة وغير المطفرة، ويعتقد أن هذه المواد تـــؤثر علـــى الانقـــسام الميتـــوزي ولـــيس علـــى المادة المورثة، فهي تسرع من انقسام الخلايـــا الـــذي يمنـــع أي تـــدارك لإصـــلاح أي تلف في المادة المورثة.

III-1- العوامل الإشعاعية:

التعرض إلى الأشعة قد يـــسبب الـــسرطان ومثـــال ذلـــك الإشـــعاعات المنبعثـــة من الرادون أو التعرض إلى الأشعة فوق البنفسجية من الشمس.

(Nezu et al ,2003,270)

III-1- أمراض معدية:

قد تنبع بعـــض الـــسرطانات مـــن عـــدوى فيروســـية ومـــن أهـــم الفيروســـات المرتبطة بالسرطانات هي فيرس الـــورم الحليمـــي البـــشري والتهـــاب الكبـــد الوبـــائي ب والتهاب الكبد الوبائي سي،وفيروس اللمفومـــة وابيـــضاض الـــدم البـــشري، تنقـــسم السرطانات التي سببها عدوى فيروسية بحسب تغيير الفيـــروس الخليـــة الـــسليمة إلـــى خلية سرطانية إلـــى قـــسمين، أولهمـــا ســـرطانات فيروســـية حـــادة التغيـــر وثانيهـــا سرطانات فيروسية بطيئة التغير.

في السرطانات الفيروسية حـــادة التغيـــر، يحمـــل الفيـــروس جـــين يحفـــز مـــن إنتاج بروتـــيـــن من جين ورمـــي وعندهـــا تتحـــول الخليـــــة الـــسليمة إلـــى خليـــــة سرطانية.

وفي المقابل تتكـــون الـــسرطانات الفيروســـية بطيئـــة التغيـــر عنـــدما يلـــتحم جينوم الفيروس في مكان قريب من جين ورمي أولي فـــي الخليـــة الـــسليمة، وبمـــا أن الفيروس يقوم بتشفير جيناته، فبسبب تجاور الجـــين الفيروســـي والجـــين الـــورمي يـــتم أيضا تشفير الجين الورمي.

وقد تم مـــؤخرا اكتـــشاف ارتبـــاط بـــين ســـرطان المعـــدة وبكتيريـــة الملويـــة البوابية Helicobacter pylori والتي تحدث التهاب في جـــدار المعـــدة وقـــد تـــؤدي إلى إصابتها بالسرطان.

III-1- عوامل هرمونية:

قد يحدث الخلل الهرموني آثار تشبه آثـــار المـــسرطنات غيـــر المطفـــرة، فهـــي تزيد من سرعة نمو الخلايا وتعد زيادة الاســـتروجين التـــي تعـــزز حـــدوث ســـرطان بطانة الرحم من أحسن الأمثلة على ذلك.

III-1- العوامل الوراثية:

وهي انتقال جين يحمل طفرة مـــن أحـــد الأبـــوين إلـــى الابـــن، وتعـــد مـــن أهـــم المسببات لمعظم السرطانات من أمثلة السرطانات المرتبطة بطفرات مورثة:

- داء السلائل الغدي العـــائلي، وهـــو مـــرض وراثـــي، قـــد يـــؤدي إلـــى ســـرطان القولون.
- متلازمـــة داون، وهـــي حمـــل كرومـــوزوم 21 زائـــد، تتطـــور إلـــى ســـرطان الليوكيميا أو سرطان الخصية. (بستاني ،1994، ص 1040)

IV - علاج السرطان :

يعتبر مرض السرطان عبارة عن مجموعة مـــن الأمـــراض، ومـــن المؤكـــد أن العلاج من هذا المرض يتضمن مجموعـــة مـــن العلاجـــات، و التـــي تختلـــف حـــسب مكان السرطان ودرجته ومرحلته و حالـــة المـــريض، وفيمـــا يلـــي ذكـــر لأهـــم هـــذه العلاجات:

IV -1- العلاج الجراحي:

يستهدف العمل الجراحي الوصول إلى موضع الورم من أقصر الطـــرق، وأقلهـــا تأثيرا على أنسجة الجسم السليمة ومن ثم التحقق من تسرطن الـــورم، عبـــر اســـتخلاص خزعة من أنسجته وتحليلها، تمهيدا لاستئصال أكبر كم ممكن من النسيج السرطاني وبأقل أضرار ممكنة وباستخدام كافة التقنيات المتوفرة، مع مراعاة تأثير ذلك على الأعـــضاء الحيوية المجاورة، إضافة إلى إزالة مساحة معينة مـــن الأنـــسجة والأعـــضاء القريبـــة خصوصا الغدد الليمفاوية، أو أي مواضع من المعتاد انتقال خلايا الورم موضوع الجراحة إليها . (جمعية آدم لسرطان الطفولة)

IV -2- العلاج الكيميائي:

هو نوع من الأدوية التي تحـــبط نمـــو الخلايـــا، وتمنـــع انقـــسامها وانتـــشارها، وهو نوع من السمية للخلايا، حيث تصيب الخلايـــا الناميـــة بـــالتلف، ومـــشكلة العـــلاج الكيميائي أن سميته تطال الخلايـــا الـــسرطانية وغيـــر الـــسرطانية وبالـــذات الخلايـــا ذات النشاط الحيوي والمتجددة مثل: الشعر (يؤثر على نموه وتساقطه)

- الخلايا ذات النشاط الجنسي مثل البويضات والحيوانات المنوية.
- الخلايا الدورية مثل خلايا الدم، حيث يثـــبط العـــلاج نمـــو واســـتبدال الخلايـــا، مـــا يحدث نقص بالمناعة بسبب هبوط كريات الـــدم البيـــضاء، فقـــر الـــدم بـــسبب الأثـــر على الكريات الحمراء، النزيف بسبب الأثر على الصفائح الدموية.

وقد يستعمل العـــلاج الكيميـــائي تلطيفيـــا لتـــصغير الأورام ولتخفيـــف الألـــم وتقليـــل الأعراض كما قد يستعمل قبل الجراحة أو بعدها. (الخطيب)

IV -3- العلاج الإشعاعي:

يوظف العلاج الإشعاعي التطبيقات المختلفة للإشعاع في تدمير بنية الخلايا السرطانية ومعالجة الأورام سواء باستخدام العناصر والنظائر المشعة، أو توليد دفق إشعاعي عالي الطاقة وتسليطه على الأنسجة والخلايا الورمية، بغية القضاء عليها نهائيا أو تقليص كتلة الورم لتخفيف تأثيراته . (جمعية آدم لسرطان الطفولة)

وتكمن فعالية هذا العلاج في قدرته على تدمير جزيئات DNA في الخلايا السرطانية، ما يؤدي إلى موتهم وأثناء العلاج الإشعاعي تتأثر الخلايا السليمة بالإشعاع ما يؤدي إلى تدميرها والذي يؤدي بدوره إلى أعراض جانبية، لكن رغم هذا يمكن لهذه الخلايا أن تتجدد لأن لديها القدرة على تصليح نفسها يمكن أن يحدث العلاج الإشعاعي آثار جانبية مثل الغثيان، التقيؤ، إسهال، فقدان الشعر، فقر الدم، يمكن لهذه الآثار الجانبية أن تتبدد بعد أن تأخذ الخلايا وقتا لتجدد وتستأنف نشاطها الطبيعي.

(Nezu et al ,2003,269)

IV -4- العلاج المناعي :

يعرف أيضا بالعلاج الحيوي أو العلاج المعدل للاستجابة الحيوية، وهو علاج بتوظيف آليات عمل الجهاز المناعي المختلفة خصوصا الآليات المتعلقة بتمييز الخلايا الدخيلة، وإثارة ردود الفعل المناعي، وآليات رفع معدل إنتاج الخلايا المناعية وتعزيزها،بغية دعم وتحفيز جهاز المناعة، بشكل مباشر أو غير مباشر سواء لمقاومة الأمراض ومكافحة العدوى أو لمعاملة الخلايا السرطانية كخلايا عدوة وتدميرها، أو للمساعدة في إدارة التأثيرات الجانبية لعلاج الأورام، وذلك باستخدام مركبات حيوية تفرزها خلايا المنظومة المناعية طبيعيا.

IV -5- علاجات أخرى:

IV -5-1- العلاج بواسطة زراعة النخاع العظمي:

يستهدف هذا العلاج استبدال خلايا المنشأ بالنخاع المصاب بالسرطان أو المحـــبط بالعلاجات ، بخلايا سليمة ومعافاة قادرة على النمو والتكاثر وإنتاج خلايا الدم.

(جمعية آدم لسرطان الطفولة)

IV -5-2- العلاج الهرموني:

وذلك لبعض الأورام المتأثرة بالنشاط الهرموني مثل عـــلاج التـــامو كـــسفين لـــسرطان الثدي، علاج البروجسترون (هرمون أنثوي) لسرطان البروستات.

IV -5-3- العلاج الجيني:

ويستهدف هذا العلاج الجينات التي تؤدي طفرة التحول السرطاني. (الخطيب)

V- الآثار النفسية لمرض السرطان:

يحمل تعبير الآثار النفسية لمرض السرطان جانبين: من جهة الآثار النفسية للمرض لحظة اكتشافه، ومن جهة أخرى آثار العلاج، وطرق تكيف المرضى مع العلاجات الشاقة والطويلة المدى.

وفي هذين المستويين فإنه يمكن أن تؤدي الاضطرابات النفسية والتكيف غير المناسب إلى ارتفاع المعاناة التي يعبر عنها المريض عن طريق كلمة " ألم" وتقيد سيء بالعلاج الذي يعرض فرص شفاء المريض للخطر يمكن أن تجتمع التظاهرات المتتالية لتهديد مرض السرطان في مجموعات أساسية والمتمثلة في:

- **الخوف من الموت:**

يبدأ من خلال كلمة " سرطان" التي تدعى في ذهنيات بالمرض الخطير القاتل، وفي هذا السياق المعلومات المنقولة وغير المنقولة إلى المريض خلال مختلف مراحل مرضه لها شطرين، يمكن لها أن تساعده على العيش كما هو، أو أن تحمل له معاناة إضافية.

- **الخوف من المعاناة:**

يظهر مرتبطا بمفهوم أن مرض السرطان هو مرض قاتل " على نار هادئة" ويتدعم هذا الخوف من المعاناة من خلال حقيقة أن الآلام لا تزال غير هادئة كفاية، مما يولد صعوبات مع المحيط.

إن رؤية المريض لمعاناة أقربائه غير محتملة، وتولد عدة سلوكات دفاعية، ويعيش المعالجون من جهتهم شعور بالفشل والإخفاق، العجز، الذنب نتيجة عدم التحكم في آلام مرضاهم، حيث يظهرون شعورا بالإحباط في العلاقة مع المريض، الذي فقد الثقة في المعالج نتيجة ثبات واستمرار الآلام.

- **الخوف من البتر أو القطع:**

يتمثل أساسا أثناء القيام بعملية جراحية، تعتمد الآثار النفسية لفقدان عضو على تمثيلاته والاستثمار الوجداني الذي يكون فيه العضو هو الموضوع.

إن فكرة فقدان الطحال، الرئة، الخصية، الثـدي، الـرحم أو الأصـبع...، تولـد نفس صعوبات التكيف ولكن مهمـا كانـت التمـثلات المرتبطـة بالعـضو واسـتثمار المريض فيه، فإن كل البتـور تبـين نقـص قيمـة الـذات الـذي سـيواجهه مـريض السرطان.

- **الخوف من تغيير صورة الجسم:**

يتأثر المريض بالعبارات والكلمات التي توجه إليه، والمتعلقة بتأثير سمية العلاج لكيميائي والعلاج بالأشعة على جسمه، تدرك التغيرات الجسمية على الجسم بالنسبة للمعالجـين ظاهرة روتينية، في حين يعيش المحيط العائلي والاجتماعي هذه التغيرات كسمـة وأثـر لمرض السرطان، وككشف عن مرض خطير ومهدد.

يمكن أن تـضطرب شخـصية المـريض بـصورة خطيـرة بـسبب تغيـرات صورته الجسمية، وتؤدي إلى رفـض العـلاج الكيميـائي أو الانتحـار بـسبب فقـدان الشعر... **يمس السرطان الـدور الاجتمـاعي**، لا سـيما العـائلي والمهنـي للمـريض مثل كل الأمراض الخطيرة ويدرك المرضـى منـذ بدايـة مرضـهم النتـائج الأكثـر إثارة للقلـق والمتعلقـة بالـسرطان (Salamagne ,1994 , p17) ، مثـل التراجـع في الدور الحياتي الذي كان يؤديه المريض، كـأب، ابـن، أم.... كمـا يفقـد المـريض سيطرته على مقـدرات حياتـه، ويـصبح جـزءا كبيـرا منهـا خاضـع لمقتـضيات المرض والعلاج، ويتبع فقدان السيطرة، فقدان الاسـتقلالية بمـا يعنـي تزايـد اعتمـاد المرضى على الآخرين. (الخطيب)

وأيضا فقدان القدرة على ذواتهم وعلى محـيطهم، وفـي الواقـع يجـر مـرض السرطان غالبا انقطاع في الوضـعية الاجتماعيـة ومـشاكل ماليـة، ويـؤدي التوقـف عن العمل وفقدان الدور العائلي بالمريض إلى الإحساس بعدم الجدوى والنفع.

(Salamagne ,1994 , p17)

بالإضافة إلى ما يعيشه المريض من إحساس بالفقد، فقد ينتابه إحساس آخر وهـو **عدم الأمان** بسبب الخطر الداهم والمستقبل المجهول، فالعيش في أجواء غياب التيقن وعدم

الثقة في المستقبل من المشاعر التي تتولد بقوة لدى مرضى السرطان، كمـــا أن رد فعـــل المريض على التهديد، وغياب الأمان يتمثل في، (الخطيب)

الإحساس العام بالقلق المرتبط بالحيرة والارتياب في الحاضر والمستقبل، وغالبـــا مـــــا يترافق هذا الإحساس العام بالضيق والتوعك، مع صعوبة في إيجاد معلومات تسمح لـــــه بفهم مرضه ، والأسباب الشيء الذي سيتيح له إعطاء قاعدة أو أساس منطقي لصعوبـــات الحياة التي يواجهها.

يمكن أن تحمل محاولات المريض لإيجـــاد ســـببية منطقيـــة، **إحـــساسا بالـــذنب** وبالتالي يدرك المريض المرض كعقوبة لخطأ وغالبا مـــا تكـــون وجهـــة الإدراك هـــذه في السرطانات المرتبطة بالتدخين.

يفسر هذا الإحساس بالقلق، خضوع وانقياد الكثيـــر مـــن المرضـــى المـــستعدين لقبول أي شيء في أصل إيجاد منفذ أو مخـــرج للمـــأزق الـــذي يجـــدون أنفـــسهم فيـــه وكذلك لتهديد الموت الذي يطاردهم.

يترافق مرض الـــسرطان **بتغيـــر عميـــق فـــي الحيـــاة اليوميـــة**، حيـــث يفقـــد المريض الاهتمام بمـــا كـــان يجلـــب لـــه المتعـــة قبـــل المـــرض، أو يمثـــل أعمالـــه الاعتيادية. يظهر المريض **لا مبـــالاة نحـــو الغيـــر**، والتـــي يفهمهـــا المحـــيط الأكثـــر قرابة، فهو لا يهتم إلا بنفـــسه، مرضـــه، ألمـــه يـــصبح المـــريض عـــدوانيا بالنـــسبة للأقارب، المعالجين .

ومقابل ذلك تثير هذه العدوانية تناقضا وجدانيا في وســـط العائلـــة التـــي تلعـــب دورين في آن واحد، العائلة المستـــسلمة القـــادرة علـــى تحمـــل كـــل شـــيء، والعائلـــة القوية التي تدافع وتقـــاوم مـــن خـــلال إعطـــاء أحكـــام توعيظيـــة، والتـــي لا تـــساعد المرضى بشيء خاصة أولئك الذين كان لـــديهم غالبـــا ضـــيق مـــن قبـــل ومـــن هـــذه الأحكام " عليك أن تأكل عليك أن تكافح عليك أن تبذل جهد" من أجلنا".

هناك عدد من العوامل التي تفسر انخفـــاض أداء المرضـــى أو تعـــبهم ويخـــتلط عدم التكفل بسرعة مع تناذر اكتئاب الذي يتطور فيما بعد ويصبح لصالحه.

يمكن أن يفسر **التناذر العدواني** أيـضا مـن خـلال الـسلوك العـدواني نحـو العائلة، أو نحو المعـالجين أو مـن خـلال الـسلوك الـسلبي (اللامبـالاة) والـصمت ووضعيات الانسحاب.

النتائج الأكثر اعتيادا لتناذر **اكتئاب** هي: فقدان الاهتمام بالمحيط، وبالنفس ذاتـها، فقـدان الثقة في المستقبل، نقص قيمة الذات.

نـادرا، يمـس اكتئـاب مرضـى الـسرطان، مرحلـة تنـاذر نفـسي خطيـر ومستقل، غير أن هذا الاكتئاب يجـب أن يعـرف ويعـالج حالمـا أمكـن ذلـك، لأنـه يؤدي إلى ظهور نتائج محزنة مثل فشل العلاج، وعدم تقبله.

(Salamagne ,1994 , p17,18)

ويحدث **التشاؤم** بنسبة عاليـة لـدى مرضـى الـسرطان، وذلـك مـن خـلال تركيز اهتماماتهم وحصرها علـى الاحتمـالات الـسلبية للأحـداث القادمـة، وتخيـل الجانب السلبي في الـنص، وهـذا التـشاؤم أو التوقـع الـسلبي للأحـداث قـد يثـبط عزائمهم.

وفيما يخص **عدم القـدرة علـى التفكيـر**، يـصبح المـريض بعـد التـشخيص غير قادر على الفهم ولا يمكنـه اسـتيعاب المعلومـات التـي يـستقبلها ممـن حولـه سواء الطبيب المعالج أو أفراد العائلـة، وذلـك يـشمل الجميـع بـاختلاف أعمـارهم ومستوياتهم الثقافية والاجتماعية وهو شعور طبيعي جدا.

بالإضافة إلى هذا يتعامـل بعـض المرضـى مـع المـرض **بإنكـاره** أصـلا ويرفضون التحدث عنه مع الآخرين وبعـد التـشخيص مباشـرة ويـشعرون بـالرفض بشكل كبير للاعتقاد بأنه خطأ في التـشخيص، أو خطـأ فـي نتـائج الفحـص... وقـد يستمر هذا الإحساس بالرفض حتى أثناء بدء العلاج. (Mayou et al ,2003)

وعلى الـرغم مـن أثـار مـرض الـسرطان هاتـه علـى الحيـاة النفـسية والاجتماعية للمريض، والتي تؤثر عليه بصورة سلبية، فإن هـذا الأخيـر يجـد نفـسه أمام وضعيات تدفعه إلى التعامل مـع هـذه الآثـار وذلـك لتقبـل المـرض والتكيـف معه.

الفصل الخامس

إجراءات الدراسة

1- منهج الدراسة :

للإجابة على تساؤلات الدراسة، والتعرف علـــى طبيعـــة العلاقـــة بـــين مركـــز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة لـــدى عينـــة الدراســـة، قامـــت الطالبـــة باســـتخدام المنهج الوصفي الارتباطي، وذاك باعتبار أن طبيعـــة موضـــوع الدراســـة هـــي التـــي تحدد المنهج الملائم.

ويهدف المنهج الوصفي الإرتباطي إلى وصف ما هـــو كـــائن مـــن ظـــواهر أو أحداث معينة بعد جمع البيانات، كما يهدف إلـــى تفـــسير الظـــواهر وتحديـــد الظـــروف والعلاقات التي توجد بين المتغيرات كما هي في الواقع.

(منسي،2003، ص202)

ويعتمد هذا المنهج علـــى دراســـة العلاقـــة بـــين متغيـــرين أو أكثـــر، وكـــذلك معرفة اتجاه العلاقة هل هي ايجابية أم علاقة سلبية.

(الأزهري، باهي، 2000، ص 27)

2- العـــينـــــة:

تضم مجموعة البحـــث 52 مريـــضا مـــصابا بمـــرض الـــسرطان فـــي حالـــة استشفاء يتراوح سن أفراد العينة بـــين 21 ســـنة إلـــى 56 ســـنة، مـــا يـــشير إلـــى أن الإفراد بلغوا سن الرشد الذي يتميز بمستوى نضج عقلي معـــين يـــسمح للفـــرد باتخـــاذ القرار وتحمل مسؤولية الاختيار.

وتجدر الإشارة إلى أن الدراسة لم تقتـــصر علـــى المرضـــى المـــصابين بنـــوع محدد من السرطان، بل شملت أنواعا عديدة ومختلفة من السرطان.

والجداول التالية توضح خصائص توزيع أفراد العينة حـــسب نـــوع الـــسرطان، الـــسن الجنس ، والحالة الاجتماعية.

الجدول رقم (2) يوضح توزيع العينة حسب نوع السرطان

نوع السرطان	القولون	الرئة	الحنجرة	الدم	عظم	الدرقية	المعدة
العدد	07	01	02	13	06	03	03
نوع السرطان	البنكرياس	الخصية	الثدي	الرحم	الكبد	الكلية	/
العدد	01	01	10	01	03	01	/
المجموع	52 حالـــــــــــــــــة						

من خلال الجدول، نلاحـــظ أن توزيـــع العينـــة حـــسب نـــوع الـــسرطان غيـــر متساوي، فأكبر حالات المرضى، نجدها في ســـرطان الـــدم بمجمـــوع 13 حالـــة، ثـــم سرطان الثدي بمجموع 10 حـــالات، يليهـــا ســـرطان القولـــون بمجمـــوع 07 حـــالات أما بقية الحالات فهي موزعة كالتـــالي: ســـرطان ، معـــدة، درقيـــة، كبـــد: 3 حـــالات لكل نوع سرطان العظم: 6 حالات وسرطان الحنجـــرة ســـجل حـــالتين، أمـــا ســـرطان الرئة، بنكرياس، خصية رحم، كلية، فحالة واحدة لكل نوع.

الجدول رقم (3) يوضح توزيع العينة حسب السن والجنس:

الجنس / السن	ذكور	إناث	مجموع	النسبة
32-21	10	07	17	%32.69
44-33	11	13	24	%46.15
56-45	06	05	11	%21.15
المجموع	27	25	52	%100
النسبة	%51.92	%48.07	%100	

من خلال معطيات الجدول رقــم (3) الممثلــة لتوزيــع العينــة حــسب الــسن والجنس، فإننا نلاحظ أن عدد الذكور يفــوق عــدد الإنــاث بفــارق بــسيط، فقــد بلــغ عددهم 27 ذكرا وبنسبة 51.92 % مقابل 25 أنثى، بنسبة 48.07 %.

ولقد اشتملت الفترة العمريــة الممتــدة مــن 33 ـــ 44 ســنة ، علــى أعلــى عــدد مــن الحــالات بمجمــوع 24 حالــة (أي بمعــدل 11 ذكــرا و 13 أنثــى) وبنسبـــــــــــة 46.15 %، تليهــا الفتــرة العمريــة الممتــدة مــن 21 ـــ 32 ســنة بمجمــوع 17 حالــة (10 ذكورو07 إنــاث) وبنــسبة 32.69% . فــي حــين احتوت الفترة العمرية الممتدة من 45 ـــ 56 علــى 11 حالــة بنــسبة 21.15 % وذلك بمعدل 6 ذكور و5 إناث.

الجدول رقم (4) يوضح توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية:

الجنس / الحالة الاجتماعية	ذكور	النسبة	إناث	النسبة	المجموع	النسبة
متزوج	15	%28.24	18	%34.61	33	%63.46
أعزب	12	%23.07	07	%13.46	19	%36.53
المجموع	27	%51.92	25	%48.07	52	%100

حسب الجدول نلاحظ أن العينة كانت مــن العــازبين والمتــزوجين فقــط، كمــا نلاحظ أن عدد المتزوجين اكبر من عــدد العــازبين فقــد بلــغ عــدد المتــزوجين 33 حالــة بنــسبة63.46 %، وذلــك بمعــدل 15 ذكــرا بنــسبة 28.84 %، و 18 أنثــى بنسبة 34.61 % . في حــين كــان عــدد العــازبين 19 حالــة، أي بنــسبة 36.53 % وذلك بمعدل 12 ذكرا بنسبة23.07 % و 07 إناث بنسبة **13.46** %.

3- أدوات الدراسة :

لجمع المعلومات في هذه الدراسة، استخدمت الطالبـــة مقياســـين همـــا: مقيـــاس مركز ضبط الصحة الخاص بالألم، ومقياس استراتيجيات المواجهة.

3- 1- مقياس مركز ضبط الصحة الخاص بالألم :

أعد والستون سنة 1978 مقياس مركز ضـــبط الـــصحة متعـــدد الأبعـــاد، وتـــم تقديمه على شكل اختبار مكون من 18 بندا يشمل الشكل C.B.A.

ولقد استخدم في هذه الدراسة (الشكل C) الذي صمم لقياس معتقدات مركز الضبط في الحالات الطبية الخاصة باعتباره الأنسب لهذه الدراسة كونها تحوي على حالات مرضية، تتمثل في مرضى السرطان وليتماشى المقياس مع هدف دراستنا هاته، تم استبدال كلمة " حالة" "Condition" الموجودة في كل بند من بنود المقياس باسم الحالة الطبية المراد دراستها وهي الألم.

وكما أشرنا فإن المقياس يتكـــون مـــن 18 بنـــدا، ولـــه ثلاثـــة أبعـــاد أساســـية يحتوي كل بعد على ستة بنود باستثناء بعـــد ذوي النفـــوذ الـــذي ينقـــسم إلـــى بعـــدين جزئيين هما: بعد الأطباء، بعد الأشخاص الآخرون

- البعد الداخلي ويشمل البنود التالية: 1 - 6 - 8 - 12- 13-17.
- بعد الحظ، ويشمل البنود التالية :2- 4 - 9 -11 -15 - 16.
- بعد ذوي النفوذ: أ. بعد الأطباء ويشمل البنود التالية: 3 - 5 - 14 .

ب. بعد الأشخاص الآخرون ويشمل البنود التالية:7- 10- 18.

يجيب الأفراد على هذا المقياس حسب خمـــسة درجـــات انطلاقـــا مـــن موافـــق تماما إلى موافق إلى غير متأكد إلى غيـــر موافـــق إلـــى غيـــر موافـــق تمامـــا، ويـــتم تصحيح المقياس بوضـــع علامـــة 5 ← موافـــق تمامـــا، 4 ← موافـــق، 3 ← غيـــر متأكد، 2 ← غير موافق، 1 ← غير موافق تماما.

ولمعرفة اتجاه مركز الـــضبط يحـــسب مجمـــوع نتـــائج البنـــود المتعلقـــة بكـــل بعد.

وباعتبار أن المقياس متوفر باللغة الانجليزيـــة، فقـد قامـت الطالبـة بترجمتـه وعرضه على عدد من الأساتذة الجامعيين بقسم علـم الـنفس بجامعـة الحـاج لخـضر – باتنة– المتمكنين من اللغة الانجليزيـة وبنـاءا علـى آرائهـم، تـم تعـديل صـياغة بعض البنود والتأكد من سلامة ووضوح اللغة العربيـة فيهـا، ليـصبح المقيـاس فـي شكله الثاني والذي طبق في الدراسة.

كما قامت الطالبة بحساب صدق وثبات المقياس في البيئة الجزائرية على النحو التالي:

أ- الصدق:

تم حساب صدق المقياس من خلال حـساب معـاملات الارتبـاط بـين درجـة كل بند والدرجة الكلية للبعد وتعـرف هـذه الوسـيلة الإحـصائية بالاتـساق الـداخلي وتستخدم كمحك أو كمعيار داخلـي لقيـاس صـلاحية البنـود، وقياسـها لمـا يقيـسه المقياس ، وكانت معاملات الارتباط كلها دالة والجداول التالية توضح ذلك.

الجدول رقم (5) يبين قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين البعد الداخلي (لمركز ضبط الألم) وبنوده

البنود	البند 1	البند 6	البند 8	البند 12	البند 13	البند 17
قيمة معامل الارتباط	0.404*	0.757**	0.799**	0.803**	0.693**	0.611**

تدل العلامة (*) الموضوعة فوق قيمة معامل الارتباط في الجدول علـى وجـود دلالـة إحـصائية عنـد مـستوى 0.05.

تدل العلامة (**) الموضوعة فوق معامل الارتباط فـي الجـدول علـى وجـود دلالـة إحـصائية عنـد مـستوى 0.01.

الجدول رقم (6) : يبين قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين بعد الحظ (لمركز ضبط الألم) وبنوده :

البنود	البند 2	البند 4	البند 9	البند 11	البند 15	البند 16
قيمة معامل الارتباط	0.584**	0.597**	0.473**	0.607**	0.667**	0.558**

معامل الارتباط كارل بيرسون بين بعد ذوي النفوذ (لركز ضبط الألم) وبنوده.

الجدول رقم (7): يبين قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين بعد الأطباء وبنوده.

البنود	البند 3	البند 5	البند 14
قيمة التعامل الارتباط	0.729**	0.718**	0.615**

الجدول رقم (8) : يبين قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين بعد الأشخاص الآخرين وبنوده.

البنود	البند7	البند10	البند18
قيمة معامل الارتباط	0.747**	0.756**	0.708**

تبين نتائج المتحصل عليهـــا لقـــيم معـــاملات الارتبـــاط بـــين الأبعـــاد والبنـــود الممثلة لها، أن كل معـــاملات الارتبـــاط دالـــة إحـــصائيا عنـــد مـــستوى الدلالـــة0.01 باستثناء البند (1) الخاص بالبعد الـــداخلي، والـــذي كـــان معامـــل ارتباطـــه دال عنـــد مستوى الدلالة 0.05.

أي أن عدد البنود الدالة هو 18 بندا من المجموع الكلـــي للبنـــود، وهـــذا يعنـــي أن البنود تتسق اتساقا داخليا مع الأبعاد التي تنتمـــي إليهـــا، ممـــا يـــدل علـــى صـــدق المقياس.

ب- الثبات:

تم التحقق من ثبات المقياس بواسطة الطرق التالية:

-**معامل∝ كرومبـــاخ:** تم حساب معامل ∝ كرومبـــاخ للمقيـــاس، وبلغـــت قيمتـــه 0.78 وهي قيمة تدل على الثبات.

-**طريقة التجزئة النصفية:** بعد تطبيق المقياس على عينة (ن = 30) تم استخدام طريقة التجزئة النصفية ، من خلال استخراج معامل ارتباط بيرسون بين نصفي المقياس ، وقـــد بلغت قيمته 0.69.

ولإجراء التصحيح الإحصائي، تم تطبيــق معادلـــة ســبيرمان بـــراون، وكانـــت النتيجة المتحصل عليها هي 0.81 وهي قيمة دالة على تمتع المقياس بالثبات.

كما تم تطبيق معادلـــة جوتمـــان Guttman وقـــد بلغـــت النتيجـــة 0.81 وهـــي قيمة دالة على ثبات المقياس وهكـــذا أصـــبح المقيـــاس يتمتـــع بمعامـــل ثبـــات يمكـــن الاعتماد عليه في دراستنا هاته.

3- 2- مقياس استراتيجيات المواجهة :

وضع لازاروس وفولكمان سنة 1980 مقيـــاس اســـتراتيجيات المواجهـــة الـــذي تم تطويره عدة مرات من قبل مصمميه، يحتوي علـــى 67 بنـــدا، تعمـــل علـــى تقريـــر سلوكات وأفكار الأفـــراد المـــستخدمة أمـــام الـــضغط الـــذي يواجهونـــه فـــي الحيـــاة اليومية.

ولقد تم تعديل هذا المقياس من قبـــل فيتاليـــانو Vitaliano ســـنة 1985 حيـــث قام بتقليص عدد البنود ليصبح 42 بندا.

ثـــم تـــم تكييـــف هـــذا المقيـــاس إلـــى اللغـــة الفرنـــسية مـــن قبـــل كوســـون وآخرونCousson et al سنة 1996، حيـــث عرضـــوا النـــسخة التـــي تحتـــوي 42 بندا على 468 فردا فرنسا راشدا، وقد سمح لهـــم هـــذا بـــإبراز ثلاثـــة عوامـــل هـــي: المواجهة المتمركزة حول المـــشكل بمعامـــل ∝= 0.79، وتـــشمل 10 بنـــود هـــي:1 - 4 – 7- 10- 13-16- 19- 22- 25- 27.

المواجهة المتمركزة حول الانفعـــال بمعامـــل ∝ = 0.72 وتـــشمل تـــسعة بنـــود هـــي: 2- 5- 8- 11- 14- 17- 20- 23- 26.

المواجهة المتمركزة حـــول الـــدعم الاجتمـــاعي بمعامـــل∝ = 0.73 وتـــشمل ثمانيـــة بنود هي: 3- 6- 9- 12- 15- 18- 21- 24.

كيفية الإجابة على هذا المقياس تكون حسب سلم من أربع درجات لا، بالأحـــــرى لا ، نعم، بالأحرى نعم أما فيما يخص التصحيح، فيفترض وضع العلامات مـــن 1ـــ 4

لكل عبارة تبعا لنوعيـــة الإجابـــة لا=1 ، بـــالأحرى لا=2، نعـــم =3، بـــالأحرى نعـــم =4، ويتم التحصل على نتائج المقياس مـــن خـــلال مجمـــوع نتـــائج البنـــود المتعلقـــة بكل بعد. (Verrier ,2003)

ولقد تم استعمال هذا المقيـــاس بـــدل المقـــاييس الأخـــرى لعـــدد مـــن الأســـباب منها، كونه يحتوي على عدد بنود أقـــل (29 بنـــدا) وكـــذلك لتـــسهيل عمليـــة الإجابـــة وتفادي تعرض المريض للملل من طول المقيـــاس وتـــشعبه وأيـــضا الـــسماح للطالبـــة بربح الوقت سواء في عرض المقياس أو تصحيحه.

وباعتبار أن المقيـــاس متـــوفر باللغـــة الفرنـــسية، فقـــد تـــم اســـتعمال النـــسخة المترجمة إلى العربية مـــن طـــرف الطالبـــة اســـمهان عـــزوز فـــي دراســـتها حـــول استراتيجيات المواجهة ومركز ضبط الصحة لـــدى مرضـــى القـــصور الكلـــوي حيـــث قامت بعرض المقياس على مجموعة من أساتذة علـــم الـــنفس بجامعـــة الحـــاج لخـــضر – باتنة– المتمكنين مـــن اللغـــة الفرنـــسية، الـــذين اجمعـــوا علـــى تناســـب العبـــارات وسلامتها مع الإشارة إلى ضـــرورة تعـــديل صـــياغة بعـــض البنـــود، وبعـــد التعـــديل الذي أجري على المقياس، قامـــت الطالبـــة بحـــساب صـــدقه وثباتـــه وكانـــت النتـــائج المتحصل عليها كالتالي:

أ– الصدق :

اعتمدت الطالبة في حسابها لصدق المقيـــاس علـــى طريقـــة الاتـــساق الـــداخلي وذلك بحساب معامل الارتباط بيرسون بين كل بعد وبنوده

والجداول التالية توضح قيم معاملات الارتبـــاط بـــين كـــل بعـــد مـــن أبعـــاد المقيـــاس وبنوده.

الجدول رقم (9): يبين قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين البعد الأول (المواجهة المتمركزة حول المشكل)وبنوده:

البنود	البند1	البند4	البند7	البند10	البند13	البند16	البند19	البند22	البند25	البند27
قيمة معامل الارتباط	0.57**	0.38*	0.41*	0.83**	0.70**	0.50**	0.56**	0.47**	0.56**	0.51**

العلامة (*) تدل على وجود دلالة عند مستوى 0.05

العلامة (**) تدل على وجود دلالة عند مستوى 0.01

من خلال الجدول نلاحظ أن كل قيم معـــاملات الارتبـــاط بـــين بعـــد المواجهـــة المتمركزة حول المشكل وبنوده دالة عنـــد مـــستوى الدلالـــة 0.01 باســـتثناء البنـــد 4 البند7 اللذين كانت قيمة معامل الارتباط لديهما دالة عند مستوى الدلالة 0.05.

هذا يعني أن عدد البنود الدالة هو $\frac{10}{10}$ من المجمـــوع الكلـــي للبنـــود التـــي تمثـــل هـــذا البعد، وهذا ما يشير إلى وجود اتساق داخلي.

الجدول رقم (10) : يبين قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين البعد الثاني (المواجهة المتمركزة حول الانفعال) وبنوده

البنود	البند2	البند5	البند8	البند11	البند14	البند17	البند20	البند23	البند26
قيمة معامل الارتباط	0.52**	0.56**	0.04	0.43*	0.57**	0.45*	0.42*	0.37*	0.55**

يتضح مـــن الجـــدول أن كـــل قـــيم معامـــل الارتبـــاط بـــين بعـــد المواجهـــة المتمركزة حول الانفعال دالة باستثناء البند رقـــم 8 فهـــو غيـــر دال، فقـــد كـــان عـــدد البنود الدالة عند مستوى الدلالة 0.01 هو 4 وعنـــد مـــستوى الدلالـــة 0.05 كـــان هـــو الآخر4.

أي أن عدد البنود الدالة هو $\frac{8}{9}$ مـــن المجمـــوع الكلـــي للبنـــود، مـــا يـــدل علـــى وجود نوع من الاتساق الداخلي

الجدول رقم(11) : يبين قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين البعد الثالث (المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي) وبنوده

البنود	البند 3	البند 6	البند 9	البند 12	البند 15	البند 18	البند 21	البند 24
قيمة معامل الارتباط	0.58**	0.09	0.87**	0.66**	0.73**	0.45*	0.75**	0.58**

يتبين من الجدول أن عدد قيم معامل الارتباط بين بعد المواجهة المتمركزة حـــول الدعم الاجتماعي وبنوده الدالة عند مستوى الدلالة 0.01 هو 6، وعند مستوى الدلالـــــة 0.05 هو 01.

بينما كانت قيمة معامل الارتباط للبند رقـــم 6 غيـــر دالـــة، أي أن عـــدد البنـــود الدالة هو $\frac{7}{8}$ من المجموع الكلي للبنود الممثلة لهـــذا البعـــد، وهـــذا يـــدل علـــى وجـــود نوع من الاتساق الداخلي.

يتضح من الجداول السابقة الممثلة لمعـــاملات الارتبـــاط بـــين أبعـــاد المواجهـــة والبنود الممثلة لكل بعد، أن عدد البنود الدالـــة عنـــد مـــستوى الدلالـــة 0.01 هـــو 18 بندا، في حين أن عدد البنود الدالة عنـــد مـــستوى الدلالـــة 0.05 بلـــغ 7، أمـــا البنـــود غير الدالة فقد كان عددها 2 .

أي أن عدد البنود الدالة هو $\frac{25}{27}$ من المجموع الكلـــي للبنـــود، وهـــذا يـــدل علـــى وجود نوع من الاتساق الـــداخلي للمقيـــاس، مـــا يـــشير بـــدوره إلـــى تمتـــع المقيـــاس بدرجة من الصدق يمكن الاعتماد عليها في هذه الدراسة.

ب- الثبات :

أعتمد على طريقتين في حساب ثبات مقيـــاس اســـتراتيجيات المواجهـــة وهمـــا: تطبيق معادلة ∝ كرومباخ وطريقة التجزئة النصفية.

- معادلة ∝ كرومباخ:

بعد تطبيق معادلـــة ∝ كرومبـــاخ، تحـــصلت الطالبـــة علـــى النتـــائج التاليـــة الموضحة في الجدول

الجدول رقم(12) : يوضح قيم ∝ كرومباخ لكل بعد من أبعاد المواجهة.

أبعاد المواجهة	المواجهة المتمركزة حول المشكل	المواجهة المتمركزة حول الانفعال	المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي
قيمة ∝ كرومباخ	0.75	0.45	0.56

- طريقة التجزئة النصفية

كانت النتـــائج المتحـــصل عليهـــا بعـــد التـــصحيح بواســـطة تطبيـــق معادلـــة سبيرمان براون كالتالي

الجدول رقم(13): يوضح قيم معامل الارتباط سبيرمان براون وأبعاد المواجهة.

أبعاد المواجهة	المواجهة المتمركزة حول المشكل	المواجهة المتمركزة حول الانفعال	المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي
قيمة معامل الارتباط	0.76	0.42	0.57

مـــن خـــلال النتـــائج المتحـــصل عليهـــا ســـابقا بواســـطة تطبيـــق معادلـــة ∝ كرومباخ والتجزئة النصفية، يتبين لنا أن كل قيم الارتبـــاط، هـــي قـــيم مقبولـــة وتـــدل على تمتع المقياس بالثبات الذي يسمح لنا باستعماله في هذه الدراسة.

وارتأت الطالبة الحالية إعادة حساب **صـــدق** المقيـــاس وثباتـــه وذلـــك بحـــساب صدقه الظاهري الذي يمثل المظهر العام للمقياس من حيـــث نـــوع المفـــردات وكيفيـــة صياغتها ومدى وضوحها، وكـــذلك تعليمـــات المقيـــاس ومـــدى المطابقـــة بـــين اســـم المقياس والموضوع الذي يقيسه.

فقد قامت الطالبة بتطبيقه على عينـــة بلـــغ عـــددها 30 مـــريض ســـرطان، لـــم يكن لديهم علم مسبق بطبيعة المقياس، ولقد تمـــت الإجابـــة عليـــه دون عراقيـــل، كمـــا

أجمع المرضى على وضوح وسهولة بنوده وتعليماتـــه وكـــذلك ســـلامة اللغـــة العربيـــة فيه،الشيء الذي جعل الطالبة تحتفظ بالمقياس فـــي صـــورته المترجمـــة إلـــى العربيـــة كما هو مع إجراء تعديل صغير عليه.و ذلك بحـــذف كلمـــة بـــالأحرى نعـــم ،بـــالأحرى لا لتسهيل عملية الإجابة.

ولحساب **الثبـــات** فقـــد أســـتخدمت معادلـــة α كرومبـــاخ، وكانـــت النتيجـــة 0.65 وهي قيمة دالة على ثبات المقياس.

كما تم استخدام طريقة التجزئة النصفية وكانت النتيجة بعد حساب معامل الارتباط بيرسون بين نصفي المقياس 0.59، وبعد التصحيح بواسطة معادلة سبيرمان براون بلغت النتيجة 0.74 وهي قيمة تدل على ثبات المقياس.

4- طريقة التطبيق

تم تطبيق مقياسي الدراسة على العينة بصورة فردية، وعلى مرحلتين:

4-1- أولا مقياس مركز ضبط الألم:

حيث يعطى للمريض نسخة من المقيـــاس، ثـــم يطلـــب منـــه قـــراءة التعليمـــات والإجابة عليه، وذلك بوضع علامـــة (x) أمـــام العبـــارة التـــي يـــرى أنهـــا صـــحيحة وتتطابق ومعتقداته الخاصة، دون ترك أي عبارة بدون إجابة.

4-2- المرحلة الثانية تم فيها تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة

و ذلك بعد مرور مـــدة وجيـــزة مـــن تطبيـــق المقيـــاس الأول (حـــوالي 15 د) بحيث يطلب من المريض قراءة التعليمات أيضا، ثـــم يطلـــب منـــه وصـــف مـــشكلة أو موقف ضاغط عايشه خلال الأشهر الأخيرة، بعـــدها تحديـــد درجـــة الانزعـــاج التـــي سببها ومن ثم اختيار استراتيجيات المواجهة التـــي اســـتخدمها أمـــام هـــذا الموقـــف أو المشكلة، وذلك بوضع علامة (x) أمام عبارة نعم أو لا.

وقد دامت مدة تطبيق المقياســـين مـــع كـــل حالـــة حـــوالي 40 دقيقـــة، إلا انـــه أحيانا كانت هذه المدة تمتد إلى أكثر مـــن ســـاعة وذلـــك بالنـــسبة للمرضـــى الـــذين لا يحسنون القراءة والكتابة، والـــذين اســـتدعت حـــالتهم تـــدخل الطالبـــة لتوضـــيح بنـــود وتعليمات المقياسين وأحيانا ترجمة بعض المفـــردات إلـــى اللغـــة العاميـــة (الدارجـــة) لتسهيل عملية الإجابة.

5- المعالجات والأساليب الإحصائية:

تمثلت المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة في:

- **برنامج (SPSS) البرنامج الإحصائي للعلــوم الاجتماعيــة**، وقــد تــم اختيــاره باعتباره برنامج يساعد على إدخال ومعالجــة المعلومــات بأســلوب دقيــق وجيــد وكذلك يساعد على اختصار الكثير من الجهد والوقت.

- **اختبار T.Test**: لتحديد الفروق في أبعــاد مركــز ضــبط الألــم وإســتراتيجيات المواجهة تبعا لمتغير الجنس والحالة الاجتماعية.

- **المتوسط الحسابي**، لتحديد متوسطات درجات أفراد العينة في أبعاد مركز ضبط الألم وإستراتيجيات المواجهة.

- **معامل الارتباط كارل بيرسون** لحساب صدق المقاييس.

- **تحليل التباين الأحــادي Anova**، لتحديــد الفــروق بــين متوســطات درجــات أفراد العينة في أبعاد مركز ضبط الألــم وإســتراتيجيات المواجهــة تبعــا لمتغيــر السن.

- **النسب المئوية.**

- ولحساب ثبات المقاييس تم استعمال – معادلة ألفا كرومباخ.

– طريقة التجزئة النصفية.

– معادلة جوتمان..

الفصل السادس

عرض نتائج الدراسة

عرض النتائج

1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

" نتوقع ارتفاع درجات مرضى السرطان في بعد ذوي النفوذ لمركز ضبط الألم "

الجدول (14) يمثل متوسطات درجات أفراد العينة في أبعاد مركز ضبط الألم.

أبعاد مركز ضبط الألم	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البعد الداخلي	**21.34**	**5.38**
بعد الحظ	**20.76**	**4.46**
بعد ذوي النفوذ	**25.36**	**3.89**

يوضح الجدول (14) أن البعد السائد من أبعاد مركـز ضـبط الألـم، هـو بعـد ذوي النفوذ . فقد بلغت قيمة المتوسط الحـسابي لـه م= 25.36 بـانحراف معيـاري ع= 3.89 في حين بلغت قيمة المتوسط الحسابي للبعـد الـداخلي لمركـز ضـبط الألـم م=21.34 بانحراف معياري ع=5.38. ثـم يلـي ذلـك بعـد الحـظ لمركـز ضـبط الألم بمتوسط حسابي قيمته م= 20.76 وانحراف معياري ع= 4.46.

2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

" نتوقع ارتفاع درجات مرضـى الـسرطان فـي إسـتراتيجية المواجهـة المتمركـزة حول الانفعال ".

الجدول (15) يوضح متوسطات درجات أفراد العينة في أبعاد استراتيجيات المواجهة.

استراتيجيات المواجهة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المواجهة المتمركزة حول المشكل	**17.53**	**2.08**
المواجهة المتمركزة حول الانفعال	**15.71**	**1.68**
المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي	**14.17**	**1.45**

يتبين من الجدول (15) أن إستراتيجية المواجهة الـسائدة لـدى مرضـى الـسرطان هي استراتيجيه المواجهة المتمركزة حول المـشكل، وذلـك بمتوسـط حـسابي قيمتـه م= 17.53 وبانحراف معيـاري ع= 2.08، ثـم تـأتي إسـتراتيجية المواجهـة المتمركـزة حـول الانفعـال، فقـد بلغـت قيمـة المتوسـط الحـسابـي م= 15.71

وبـانحراف معيـاري ع= 1.86. بعـدها إسـتراتيجية المواجهـة المتمركـزة حـول الـدعم الاجتماعي وذلك بمتوسط حسابي م=14.17 وانحراف معياري ع=1.45.

3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

- يختلف مركز ضبط الألم لدى مرضى السرطان باختلاف

1. الجنس.
2. السن
3. الحالة الإجتماعية.

3-1 " يختلف مركز ضبط الألم لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس."

الجدول (16) يوضح الفروق في الأبعاد مركز ضبط الألم لدى أفراد العينة تبعا لمتغير الجنس.

أبعاد مركز ضبط الألم	ذكور		إناث		قيمة ت	مستوى الدلالة
	متوسط حسابي	انحراف معياري	متوسط حسابي	انحراف معياري		
البعد الداخلي	20.33	5.18	22.44	5.47	1.42	غير دالة
بعد الحظ	20.62	4.20	20.92	4.80	0.23	غير دالة
بعد ذوي النفوذ	24.74	4.26	26.04	3.39	1.20	غير دالة

يتضح من الجدول (16) عدم وجود فروق دالـة إحـصائيا فـي أبعـاد مركـز ضبط الألم تعـزى لمتغير الجنس. فقد بلـغ متوسـط درجـات البعـد الـداخلي لـدى الـذكور م= 20.33 و بـانحراف معيـاري ع=5.18، ولـدى الإنـاث 22.44 وبانحراف معياري 5.47 ، وكانت قيمـة ت المحـسوبة تـساوي 1.42 وهـي قيمـة غير دالة.

وبلغ متوسط درجـات بعـد الحـظ لمركـز ضـبط الألـم لـدى الـذكور م= 20.62 بـانحراف معيـاري ع=4.20 ولـدى الإنـاث م= 20.92 ،

بانحـــراف معيـــاري ع= 4.80، وكانـــت قيمـــة المحـــسوبة تـــساوي 0.23، وهـــي قيمة غير دالة.

وكانت قـــيمة متوســـط درجـــات بعـــد ذوي النفـــوذ لمركـــز ضـــبط الألـــم لـــدى الذكـــور م= 24.74 بـــانحراف معيـــاري ع = 4.26، وبالنـــسبة للإنـــاث م= 26.04 بـــانحراف معيـــاري ع= 3.39 ، وبلغـــت قيمـــة ت المحسوبة 1.20 وهي قيمة غير دالة.

2-3 " يختلف مركز ضبط الألم لدى مرضى السرطان باختلاف السن".

الجدول (17) يوضح الفروق في أبعاد مركز ضبط اللم تبعا لمتغير السن.

		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
البعد الداخلي	بين المجموعات	0.72	2	0.36	0.12	0.98 غير دالة
	داخل المجموعات	1477.04	49	30.14		
	التباين الكلي	1477.76	51			
بعد الحظ	بين المجموعات	76.40	2	38.20	0.99	0.14 غير دالة
	داخل المجموعات	938.82	49	19.16		
	التباين الكلي	1015.23	51			
بعد ذوي النفوذ	بين المجموعات	18.84	2	9.42	0.61	0.54 غير دالة
	داخل المجموعات	753.21	49	15.37		
	التباين الكلي	772.05	51			

يتضح من الجدول (17) عدم وجود فروق دالـــة إحـــصائيا فـــي أبعـــاد مركـــز ضبط الألم بين مرضى السرطان تعزى لمتغيـــر الـــسن. فقـــد بلغـــت قيمـــة ف للبعـــد الداخلي لمركز ضبط الألم 1.12 وهي قيمة أقل مـــن قيمـــة ف الجدوليـــة ، وهـــو مـــا يشير إلى أنها غير دالة.

وبلغت قيمة ف لبعد الحظ لمركز ضبط الألـــم 1.99، وهـــي قيمـــة أقـــل مـــن قيمة ف الجدولية مما يدل على أنها غير دالة.

أما بالنسبة لبعـــد ذوي النفـــوذ لمركـــز ضـــبط الألـــم، فقـــد بلغـــت قيمـــة ف= 1.61، وهي قيمة غير دالة لأنها أقل من قيمة ف الجدولية.

3-3 " يختلــف مركــز ضــبط الألــم لــدى مرضـــى الــسرطان بــاختلاف الحالــة الإجتماعية ".

الجدول (18) يوضح الفروق في أبعاد مركز ضبط الألم تبعا لمتغير الحالة الإجتماعية.

أبعاد مركز ضبط الألم	متزوجون		عزاب		قيمة ت	الدلالة
	متوسط حسابي	انحراف معياري	متوسط حسابي	انحراف معياري		
البعد الداخلي	21.48	5.51	21.10	5.27	0.24	غير دالة
بعد الحظ	21.63	4.37	19.26	4.30	1.89	غير دالة
بعد ذوي النفوذ	25.45	4.03	25.21	3.73	0.21	غير دالة

يتبين من الجدول (18) عدم وجــود فــروق دالــة إحــصائيا بــين المتــزوجين والعزاب في أبعاد مركز ضبط الألــم. فقــد بلــغ متوســط درجــات البعــد الــداخلي لمركز ضبط الألم لــدى المتــزوجين 21.48 و العــزاب 21.10، وكانــت قيمــة ت المحسوبة تساوي 0.24، وهي قيمة غير دالة إحصائيا.

أما متوسط درجــات بعــد الحــظ لمركــز ضــبط الألــم، فقــد بلــغ بالنــسبة للمتزوجين 21.63، وبالنسبة للعــزاب 19.26 وكانــت قيمــة ت المحــسوبة تــساوي 1.89 ، وهي قيمة غير دالة إحــصائيا. وكانــت قيمــة متوســط درجــات بعــد ذوي النفوذ لمركز ضبط الألــم بالنــسبة للمتــزوجين 25.45 و للعــزاب 25.21، وبلغــت قيمة ت المحسوبة 0.21 وهي قيمة غير دالة إحصائيا.

4- عرض نتائج الفرضية الرابعة:

- تختلف إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان باختلاف

1- الجنس.

2- السن

3- الحالة الإجتماعية.

1-4 " تختلف استراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس".

الجدول (19): يوضح الفروق في استراتيجيات المواجهة تبعا لمتغير الجنس.

استراتيجيات المواجهة	ذكور		إناث		قيمة ت	الدلالة
	متوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
المتمركزة حول المشكل	17.88	1.96	17.16	2.17	1.26	غير دالة
المتمركزة حول الانفعال	15.48	1.74	15.96	1.61	1.02	غير دالة
المتمركزة حول الدعم الاجتماعي	14.40	1.62	13.92	1.22	1.21	غير دالة

يبين الجدول (19) أن متوسط درجات المواجهة المتمركزة حول المشكل بالنسبة للذكور بلغ م= 17.88 بانحراف معياري ع= 1.96، وبالنسبة للإناث فقد بلغ م = 17.16 بانحراف معياري ع= 2.17، وبلغت قيمة ت المحسوبة 1.26 وهي قيمة غير دالة، وهذا يدل على عدم وجود فروق بين الجنسين في إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل.

وبلغ متوسط درجات المواجهة المتمركزة حول الانفعال لدى الذكور م= 15.48 بانحراف معياري ع = 1.74، ولدى الإناث م= 15.96 بانحراف معياري ع = 1.61، وكانت قيمة ت المحسوبة تساوي 1.02 وهي قيمة غير دالة، ما يدل على عدم وجود فروق في إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال بين الجنسين.

أما متوسط درجات المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي فقد بلغ لدى الذكور م= 14.40 بانحراف معياري ع= 1.62، ولدى الإناث م= 13.92، بانحراف معياري ع=1.22، وبلغت قيمة ت المحسوبة 1.21 وهي قيمة غير دالة، ما يشير إلى عدم فروق بين الذكور والإناث في إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي.

2-4 " تختلف استراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان باختلاف السن ".

الجدول (20): يوضح الفروق في استراتيجيات المواجهة تبعا لمتغير السن.

		مجمـــــوع المربعات	درجـــــة الحرية	متوســـط المربعات	قيمة ف	الدلالة
المواجهـــــة المتمركـــــزة حول المشكل	بين المجموعات	0.44	2	0.22	0.50	0.95 غير دالة
	داخل المجموعات	220.47	49	4.49		
	التباين الكلي	220.92	51			
المواجهـــــة المتمركـــــزة حول الانفعال	بين المجموعات	4.94	2	2.47	0.86	0.42 غير دالة
	داخل المجموعات	139.72	49	2.85		
	التباين الكلي	144.67	51			
المواجهـــــة المتمركـــــزة حـــول الـــدعم الاجتماعي	بين المجموعات	8.03	2	4.01	1.97	0.14 غير دالة
	داخل المجموعات	99.41	49	2.02		
	التباين الكلي	107.44	51			

يبين الجدول (20) أن قيمة ف فـــي إســـتراتيجية المواجهـــة المتمركـــزة حـــول المشكل كانت 0.50، وكانت قيمة ف فـــي إســـتراتيجية المواجهـــة المتمركـــزة حـــول الانفعال 0.86، أما في إستراتيجية المواجهـــة المتمركـــزة حـــول الـــدعم الاجتمـــاعي فقد كانت 1.97.

وجميع قيم ف المحسوبة هاته، أقل من قيمـــة ف الجدوليـــة، وهـــذا يـــدل علـــى أنها غير دالة. ما يشير بدوره إلى عدم وجـــود فـــروق فـــي اســـتراتيجيات المواجهـــة بين مرضى السرطان تعزى لمتغير السن.

4- 3 "تختلف استراتيجيات المواجهة لـــدى مرضـــى الـــسرطان بـــاختلاف الحالـــة الاجتماعية".

الجدول (21): يوضح الفروق في استراتيجيات المواجهة تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.

	متزوجون		عزاب		قيمة ت	الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
المواجهة المتمركزة حول المشكل	17.57	2.07	17.47	2.14	0.16	0.6 غير دالة
المواجهة المتمركزة حول الانفعال	15.69	1.91	15.73	1.24	0.08	0.5 غير دالة
المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي	14.27	1.25	14	1.76	0.64	0.7 غير دالة

يتضح من الجدول (21) عدم وجود فروق دالـــة إحـــصائيا فـــي اســـتراتيجيات المواجهة الثلاثة تعزى لمتغيـــر الحالـــة الاجتماعيـــة (متـــزوج/ أعـــزب) بـــين أفـــراد العينة.

فقد كان متوسط درجات اســـتراتيجيات المواجهـــة المتمركـــزة حـــول المـــشكل لدى المتـــزوجين م= 17.57 بـــانحراف معيـــاري ع = 2.07، ولـــدى العـــزاب م= 17.47بانحراف معيـــاري ع= 2.14، وكانـــت قيمـــة ت المحـــسوبة تـــساوي 0.16 وهي قيمة غير دالة إحصائيا.

وكان متوســـط درجـــات إســـتراتيجية المواجهـــة المتمركـــزة حـــول الانفعـــال بالنـــــسبة للمتـــــزوجين م = 15.69 بـــــانحراف معيـــــاري ع = 1.91، وبالنـــسبـــة للعـــزاب م= 15.73 بـــانحراف معيـــاري ع= 1.24، وكانـــت قيمـــة ت المحسوبة تساوي 0.08 وهي قيمة غير دالة إحصائيا.

وبالنسبة لمتوســط درجــات اســتراتيجيه المواجهــة المتمركــزة حــول الــدعم الاجتمــاعي فقــد بلــغ بالنــسبة للمتــزوجين م= 14.27، بــانحراف معيــاري ع= 1.25، وبالنسبة للعــزاب م= 14 بــانحراف معيــاري ع= 1.76، وبلغــت قيمــة ت المحسوبة 0.64 وهي قيمة غير دالة إحصائيا.

5- عرض نتائج الفرضية الخامسة:

" توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين أبعــاد مركــز ضــبط الألــم وإســتراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان."

الجدول (22): يوضح قيم معامل الارتباط بين أبعاد مركز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان.

أبعاد مركز ضبط الألم	استراتيجيات المواجهة	قيمة معامل الارتباط	الدلالة
البعد الداخلي	المتمركزة حول المشكل	0.18	غير دالة
	المتركزة حول الانفعال	**0.42	دالة
	المتمركزة حول الدعم الاجتماعي	-0.26	غير دالة
بعد الحظ	المتمركزة حول المشكل	0.05	غير دالة
	المتركزة حول الانفعال	*0.34	دالة
	المتمركزة حول الدعم الاجتماعي	0.20	غير دالة
بعد ذوي النفوذ	المتمركزة حول المشكل	0.1	غير دالة
	المتركزة حول الانفعال	0.20	غير دالة
	المتمركزة حول الدعم الاجتماعي	0.20	غير دالة

: دالة عند مستوى الدلالة 0.01

*: دالة عند مستوى الدلالة 0.05**

يتضح مــن الجــدول (21) أن قيمــة معامــل الارتبــاط بــين البعــد الــداخلي لمركز ضبط الألم وإستراتيجية المواجهــة المتمركــزة حــول المــشكل يــساوي 0.18 وهي قيمة غير دالة إحصائيا، مما يشير إلى عدم وجود علاقــة ارتباطيــة بــين البعــد

الداخلي لمركز ضبط الألم وإستراتيجية المواجهـــة المتمركـــزة حـــول المـــشكل لـــدى مرضى السرطان.

وكانت قيمـــة معامـــل الارتبـــاط بـــين البعـــد الـــداخلي لمركـــز ضـــبط الألـــم وإستراتيجية المواجهة المتمركزة حـــول الانفعـــال تـــساوي 0.42، وهـــي قيمـــة دالـــة عند مستوى الدلالة 0.01، وهذا يدل علـــى وجـــود علاقـــة ارتباطيـــة دالـــة إحـــصائيا بين مركز ضبط الألم الـــداخلي وإســـتراتيجية المواجهـــة المتمركـــزة حـــول الانفعـــال لدى مرضى السرطان.

وكانت قيمة معامـــل الارتبـــاط بـــين البعـــد الـــداخلي وإســـتراتيجية المواجهـــة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي تساوي 0.26- وهـــي قيمـــة غيـــر دالـــة إحـــصائيا. ما يدل علـــى عـــدم وجـــود علاقـــة إرتباطيـــة بـــين مركـــز ضـــبط الألـــم الـــداخلي وإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي لدى مرضى السرطان.

وبلغت قيمة معامل الارتباط بـــين بعـــد الحـــظ لمركـــز ضـــبط الألـــم، وإســـتراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل 0.05، وهي قيمة غير دالـــة، مـــا يـــشير إلـــى عـــدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد الحـــظ لمركـــز ضـــبط الألـــم وإســـتراتيجية المواجهـــة المتمركزة حول المشكل لدى مرضى السرطان.

وكانـــت قيمـــة معامـــل الارتبـــاط بـــين بعـــد الحـــظ وإســـتراتيجية المواجهـــة المتمركزة حول الانفعال 0.34 وهي قيمة دالـــة عنـــد مـــستوى الدلالـــة 0.05، وهـــذا يدل على وجود علاقة ارتباطية بين بعـــد الحـــظ لمركـــز ضـــبط الألـــم وإســـتراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال لدى مرضى السرطان.

وبلغت قيمة معامل الارتباط بين بعـــد الحـــظ وإســـتراتيجية المتمركـــزة حـــول الدعم الاجتماعي 0.20 وهي قيمة غيـــر دالـــة، وتـــشير إلـــى عـــدم وجـــود علاقـــة ارتباطية بين بعد الحـــظ لمركـــز ضـــبط الألـــم و إســـتراتيجية المواجهـــة المتمركـــزة حول الدعم الاجتماعي لدى مرضى السرطان.

وكانـــت قيمـــة معامـــل الارتبـــاط بـــين بعـــد ذوي النفـــوذ وبـــين إســـتراتيجية المواجهة المتمركزة حول المـــشكل 0.1، وإســـتراتيجية المواجهـــة المتمركـــزة حـــول

الانفعـــال 0.20 ، وإســـتراتيجية المواجهـــة المتمركـــزة حـــول الـــدعم الاجتمـــاعي 0.20 ، وجميعها قيم غير دالة إحصائيا ما يشير إلـــى عـــدم وجـــود علاقـــة ارتباطيـــة بين بعد ذوي النفوذ لمركز ضـــبط الألـــم و إســـتراتيجيات المواجهـــة لـــدى مرضـــى السرطان.

الفصل السابع

مناقشة نتائج الدراسة

مناقشة نتائج الفرضيات:

مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

التي كان مضمونها توقع ارتفاع درجات أفراد العينة في بعد ذوي النفوذ لمركز ضبط الألم.

بعد عرض نتائج الفرضية تبين من الجدول (14) أن بعد ذوي النفوذ هو البعد السائد لدى مرضى السرطان. فقد بلغ المتوسط الحسابي له م= 25.26 وبذبك تتحقق الفرضية الأولى في هذه الدراسة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال تأثير عوامل مهمة كطبيعة التنشئة والثقافة السائدة في المجتمع، والتي تقوم على الخضوع، والطاعة، والاعتقاد بسيطرة الأشخاص الأقوياء بدل الإقدام والسيطرة على الأحداث. وكذلك من خلال تأثير الغموض الذي يتسم به مسار المرض والألم والعلاج الخاص به، الأمر الذي يجعل القابلية للتنبؤ بالسيطرة والتحكم الذاتي في تقدم العلاج أو نجاعه أمرا صعبا. وهو ما ينشأ عنه غياب الضبط الذاتي (الشخصي) والاعتقاد في الضبط الخارجي وخاصة ذوي النفوذ من أطباء ومختصين في مجال الصحة، باعتبارهم يملكون المعرفة والقدرة على السيطرة على الألم الذي ينتاب المريض. وهذه النتيجة تتطابق مع النتيجة التي توصلت إليها دراسة أراراس Arrarras (2002)، والتي بينت أن مرضى السرطان لديهم ميل أكثر للضبط الخارجي.

مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

التي كان مضمونها توقع ارتفـــاع درجـــات مرضـــى الـــسرطان فـــي إســـتراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

بينت نتائج الجدول (15) ارتفاع درجات أفراد العينة في إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل، وذلك بمتوسط حسابي قيمته م= 17.53وهو ما يشير إلى عدم تحقق الفرضية الثانية.

وهذه النتيجة لا تتسق مع ما توصلت إليه دراسة جودي Jodie (2004) والتي كشفت أن مرضى السرطان (إناث) لديهن ميل كبير لاستعمال إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعـــال وذلك بغية كسب فهم أكثر حول الموضوع.

وقد تعود النتيجة المتحصل عليها في هذه الدراسة ربما إلى أن المدة التي مضت على إصابة الفرد بالسرطان هي مدة قصيرة ،وبالتالي فهو يظن أن بإمكانه مواجهة هذا المرض والحصول على حلول بديلة للمشكلة. وقد بينت دراسة كوهن وهابرت Cohnen and Harbert (1996) لمرضى السرطان الذين طوروا إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل، انه يمكن أن يكون لهذه الإستراتيجية تأثير منعدم وغير مناسب، خاصة بعد أوقات معينة وذلك بسبب الميزة الدائمة، وغالبا ميزة عدم التحكم في هذا المرض. كما يمكن تفسير هذه النتيجة، على أن الفرد يولي اهتماما كبيرا لقدراته الشخصية على حل المشكل، ويقلل من شأن التركيز على ضبط الحالة الانفعالية، وعلى استخدام الدعم الاجتماعي لمواجهة الألم والمرض. وتعتقد الطالبة أن هذه النتيجة تشير إلى اعتقادات ورغبات الأفراد في التحكم بالمشكل وحله أكثر من الاستسلام. فشعور الفرد بأن الألم موقف ضاغط وعليه تقبله كحدث مفروض يهدد حياته يجعله يحاول تحليله وذلك لتحديد الاستجابة المناسبة التي يعتقد أنها تساعده على حل وتعديل الضغوط المرتبطة بالمرض و الألم. أي أن الأفراد أجابوا بناءا على ما يعتقدون أنه يجب ويرغبون في أن يكون، أكثر مما هو موجود في الحقيقة.

ويلاحظ من هذه النتيجة أنها لا تتفق مع الجانب النظري من الدراسة حيث ذكر أن الأفراد يلجأون إلى إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل في المواقف التي يمكن التحكم فيها، ولمواجهة المتمركزة حول الانفعال في المواقف التي يصعب التحكم فيها مثل الأمراض الخطيرة والمزمنة كالسرطان والتي يركز الفرد فيها مواجهته على التخفيف من حدة الضغوط التي يسببها المرض بدل مواجهة المرض في حد ذاته.

مناقشة نتائج الفرضيةالثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أن مركز ضبط الألم لدى مرضى السرطان يختلف باختلاف:

1. الجنس.
2. السن
3. الحالة الاجتماعية

3 – 1 - يختلف مركز ضبط الألم باختلاف الجنس.

أوضحت نتائج الجدول (16) عن عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الإناث والذكور من أفراد العينة في مركز ضبط الألم، حيث كانت قيم ت المحسوبة غير دالة.

وهذه النتيجة تختلف مع ما تم افتراضه، ومع ما توصلت إليه نتائج بعض الدراسات إلى أنه توجد فروق بين الجنسين في تبني وجهة الضبط، مثل دراسة ماك جنس وآخرون (1974)، داركس وآخرون Derks et al(2005) ودراسة صلاح الدين محمد أبو ناهية (1987). إلا أنها تتفق مع نتائج دراسة كل من روتر (1966)، فارس (1978) أبو ناهية (1984) في أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في وجهة الضبط.

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال تأثير عامل تجانس طبيعة ودرجة الألم والعلاج الذي يخضع له المرضى. كما يمكن تفسيرها في كون أن الفروق المرتبطة بوجهة(مركز) الضبط ترتبط بالفرد بغض النظر عن ما إذا كان ذكرا أو أنثى. بالإضافة إلى اعتبار أن الفروق تعود لسمات الأفراد ،وقدراتهم، و خصائصهم الشخصية، وخلفياتهم الثقافية حول التحكم في المرض أكثر مما تعود إلى متغير جنسهم.

3– 2 - يختلف مركز ضبط الألم باختلاف السن.

يتبين من الجدول (17) أنه لا توجد فروق في أبعاد مركز ضبط الألم تعزى لمتغير السن بين أفراد العينة .حيث كانت قيمة " ف" المحسوبة أقل من قيمة " ف" الجدولية في جميع أبعاد مركز ضبط الألم، وهذا يشير إلى عدم التطابق بين الفرضية والنتيجة المتحصل عليها.

ويلاحظ أن هذه النتيجة لا تتفق مع نتائج دراسة كل من لاو Lao (1974)، نوب Knoop(1981) وداركس وآخرون (2005)، والتي كشفت عن أن توجه الضبط الداخلي يتأثر بتقدم السن. ولعل التفسير الذي يقدم لنتيجة هذه الدراسة، يعود إلى كون المرضى يعانون نفس المرض والألم الذي يخلق لديهم مستويات متقاربة ومتماثلة تقريبا من الاهتمامات والاعتقادات و الاتجاهات. وهذا ما جعل مركز الضبط لديهم لا يختلف ولا يتأثر بمتغير السن.

3 – 3 - يختلف مركز ضبط الألم باختلاف الحالة الاجتماعية.

أوضحت نتائج الجدول (18) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مركز ضبط الألم بين أفراد العينة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية(متزوج/ أعزب). فقد كانت قيم " ت" المحسوبة غير دالة، وهذا ما يتناقض مع ما تم افتراضه.

وتجدر الإشارة إلى أن الطالبة لم تجد ما يؤيد نتيجة هذه الدراسة أو يختلف معها في علاقة الحالة الاجتماعية بمركز ضبط الألم لدى مرضى السرطان.

مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أن إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان تختلف باختلاف :

1. الجنـــس.
2. السن.
3. الحالة الاجتماعية.

4 - 1- تختلف إستراتيجيات المواجهة باختلاف الجنس.

بينت نتائج الجدول (19) عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الإناث والذكور من أفراد العينة في إستراتيجيات المواجهة المستخدمة، حيث كانت قيم " ت" غير دالة.

وهذه النتيجة لا تتطابق مع الفرضية، ولكن بالاستناد إلى نتائج الدراسات السابقة نجد أن هذه النتيجة تتفق مع دراسة كل من هيردي عادل (1996)،ومحمد رجب

(1995) والتي أشارت نتائجها إلى عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في إستراتيجيات المواجهة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال تأثير الخصائص المرتبطة بالمرض والمعتقدات السائدة حوله في الوسط العائلي والاجتماعي، بالإضافة إلى تشابه الموقف الذي الأفراد هم بصدد مواجهته.

كما يمكن أن تفسر على أن الفروق تعود إلى القدرات الشخصية، والمميزات الإدراكية والمعرفية للفرد، أكثر من اعتبار نوع الفرد مؤشرا لكيفية استخدامه لإستراتيجيات المواجهة. فالمرض لا يفرق بين أنثى وذكر وخاصة إذا ما تعرضوا لنفس الشروط الضاغطة.

2 – 2 - تختلف إستراتيجيات المواجهة باختلاف السن.

يتضح من الجدول (20) أن جميع قيم " ف" المحسوبة أقل من قيمة " ف" الجدولية وهذا ما يدل على عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الفئات العمرية الثلاثة في إستراتيجيات المواجهة وهو ما لا يتطابق مع الفرضية، ومع ما توصلت إليه نتائج بعض الدراسات مثل دراسة محمد رجب (1995) والتي أشارت إلى وجود تأثير لمتغير السن في استخدام إستراتيجيات المواجهة. فقد كانت فئة الشباب أكثر ميلا لاستخدام إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل والدعم الاجتماعي مقارنة بالمراهقين. ودراسة داركس وآخرون (2005) التي بينت أن الشباب يستعملون إستراتيجية مواجهة نشطة أكثر مقارنة بالأشخاص المسنين، الذين يلجأون إلى استعمال المواجهة الدينية.

إلا أن نتيجة هذه الدراسة تتسق ونتيجة دراسة لينا، سانيتا Lina and Sanita (2000) والتي وجدت أن إستراتيجية المواجهة لا ترتبط بمتغير السن لدى مرضى السرطان. ويمكن تفسير النتيجة المتحصل عليها في هذه الدراسة إلى التشابه الكبير في طبيعة الظروف المرضية والعلاجية لكلا الجنسين والمعتقدات الثقافية السائدة حول المرض في المجتمع، وتأثير المستوى التعليمي والثقافي للفرد ، وكذلك نمط الاستجابات السابقة التي يستخدمها أمام الظروف الضاغطة.

كما يمكن أن تفسر النتيجة على اعتبار أن الفروق هي فروق فردية أكثر من اعتبار سن الفرد عاملا لاستخدام إستراتيجية مواجهة معينة.

4 - 3 - تختلف إستراتيجيات المواجهة باختلاف الحالة الاجتماعية.

أوضحت نتائج الجدول (21) أن إستراتيجيات المواجهة لا تختلف باختلاف الحالة الاجتماعية لدى مرضى السرطان . أي أنها لا تتأثر بحالة الفرد إذا ما كان عازبا أو متزوجا.

وهذه النتيجة تتعارض مع الفرضية. ويمكن أن تعزى الفروق إلى فعالية المواجهة في التخفيف من حدة المرض وضغط الألم الذي ينجم عنه، أكثر مما تعزى إلى الحالة الاجتماعية للمريض. أي أن استخدام إستراتيجيات المواجهة يكون بناءا على اعتقادات الفرد المتعلقة بنجاح وفعالية الإستراتيجيات بغض النظر عما إذا كان عازبا أو متزوجا. وتجدر الإشارة إلى أن الطالبة لم تجد من الدراسات ما يؤيد أو يعارض النتيجة التي توصلت إليها هذه الدراسة.

مناقشة نتائج الفرضية الخامسة :

بعد عرض نتائج الفرضية الخامسة والتي تنص على أنه **توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد مركز ضبط الألم وإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان** اتضح ما يلي:

أنه لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مركز ضبط الألم الداخلي وإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل لدى مرض السرطان. فقد بلغ

معامل الارتباط 0.18، وهي قيمة غير دالة. وبناءا على هذه النتيجة ونتائج الدراسات السابقة، فإننا نلاحظ عدم وجود تطابق. حيث أشارت نتائج دراسة هالتن هوف (2000) دراسة لينا، سانيتا (2000)، دراسة داركس وآخرون (2005) إلى أنه توجد علاقة ارتباطية بين مركز الضبط الداخلي وإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل.

واتضح أيضا عدم وجود علاقة ارتباطيـــة ذات دلالـــة إحـــصائية بـــين مركـــز ضبط الألم الداخلي وإستراتيجية المواجهة المتمركـــزة حـــول الـــدعم الاجتمـــاعي، فقـــد بلغت قيمة معامل الارتباط 0.26- وهي قيمة غير دالة.

وهذه النتيجة تتسق مع ما تم عرضه في الجانب النظري بحيث تبين أن الأفراد ذوي الضبط الداخلي لا يلجاون كثيرا إلى هذه الإستراتيجية. وهو ما يتفق أيضا مع ما توصلت إليه دراسة تومي وآخرون (1995) إلى أنه لا توجد علاقة بين مركز ضبط الداخلي وإستراتيجيات المواجهة.

أما فيما يخص علاقة مركز ضبط الألم الداخلي وإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال، فقد بينت النتائج أن قيمة معامل الارتباط بلغت 0.42 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0.01، وهو ما يشير إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين البعد الداخلي لمركز ضبط الألم وإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال. ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أنه بالرغم من اعتقاد الفرد في الضبط الداخلي وإمكانياته في السيطرة على الألم الذي يعاني منه، إلا أن طبيعة المرض والعلاجات الطبية، والشعور بحالة من التهديد والخطر تتميز بولادة (وجود) انفعالات سلبية. وبالتالي فالفرد إذا أدرك أن الوضعية تهدد استقراره، وأدرك أنه لا يستطيع حلها، فإنه يلجأ إلى التخفيف من حدة التوتر والضغط الذي تسببه وذلك بالاعتماد على إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الإنفعال. ذلك أنه يدرك أن هذه الإستراتيجية هي الفعالة في مثل هذه الحالات، وهذا لأن مشكلته وهي الألم الناجم عن المرض غير قابلة للحل بصورة نهائية، نظرا لطبيعة الصفات الملازمة للمرض مثل الأزمان، الألم، عدم التنبؤ بمضاعفات المرض والعلاج. وبالتالي فهو يلجأ إلى هذه الإستراتيجية من خلال تبني أحد أشكالها ، بغية المحافظة على التوازن النفسي وكذلك التخفيف من حدة التوتر الانفعالي الذي يسببه الألم، ولتعديل وضبط ردود الأفعال الانفعالية الناجمة عن التفاعل مع المرض . الشيء الذي يمكنه من إعطاء تصور ذاتي عن الوضعية، وإعادة تقييمها، وكذلك تحقيق الهدوء والراحة الانفعاليين ولو بصورة مؤقتة وهذا لمواصلة مواجهة التحديات الشخصية والبيئية الأخرى.

واتضح من النتائج السابقة عدم وجود علاقـــة ارتباطيـــة ذات دلالـــة إحـــصائية بين بعد الحظ لمركز ضبط الألم وإســـتراتيجية المواجهـــة المتمركـــزة حـــول المـــشكل. حيث كانت قيمة معامل الارتباط 0.05، وهي قيمـــة غيـــر دالـــة. كمـــا بلغـــت قيمـــة معامل الارتبـــاط بـــين بعـــد الحـــظ لمركـــز ضـــبط الألـــم وإســـتراتيجية المواجهـــة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي 0.20، وهي قيمـــة غيـــر دالـــة أيـــضا، مـــا يـــشير إلى عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بينهما.

وبلغت قيمة معامل الارتباط بين بعد الحظ وإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال 0.34 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0.05، ما يدل على وجود علاقة ارتباطية موجبة بينهما.

وهذه النتيجة تتسق مع ما أشار إليه لازراوس وفولكمان إلى أن استراتيجيات المواجهة غير النشطة (المتمركزة حول الانفعال، المتمركزة حول الدعم الاجتماعي) تكون أكثر ملائمة في حالة ما إذا كان الحدث غير قابل للتحكم. وهناك من الدراسات ما تتفق نتائجها مع ما تم التوصل إليه مثل دراسة كريسون (1988) والتي كشفت أن المرضى الذين تحصلوا على درجات عالية في بعد الحظ لمركز الضبط، استعملوا إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال (تحويل الإنتباه، المواجهة المعتمدة على الصلاة والتمني) ودراسة هلتون (1989)، والتي بينت أن للضبط الخارجي علاقة باستعمال إستراتيجية المواجهـــة المتمركزة حول الانفعال من خلال أسلوب التحاشي والاجتناب.

وأيضا دراسة دركس (2005) التي بينت أن المواجهة الدينية ارتبطت بالضبط الديني (الخارجي)

ويمكن تفسير النتيجة المتحصل عليها في هذه الدراسة إلى أن الاعتقاد بتحكم الحظ في الألم يجعل الفرد يعتقد بصعوبة وعدم إمكانية تغيير الوضعية التي هو بصدد مواجهتها. وبالتالي فهو يلجأ إلى التركيز على التخفيض من حدة الآثار الانفعالية التي تنجم عن المرض بدل المرض (الألم) نفسه. وهذا ما يرتبط مع القيم الثقافية والدينية الشائعة في البيئية، والتي تؤكد على أن المرض والألم هو ابتلاء من الله ونتيجة للقدر أو الحظ. وبالتالي على الفرد أن يتقبله ويتقبل ما قدر له. وأن مواجهة الألم لا تكون إلا

بالرضوخ للأمرالواقع، ما يجعله يعتقد أنه لا يقدم ولا يؤخر شيئا فيما قدر له. وان عليه ألا يعارض مشيئة القدر (أو الحظ)، بان يحاول تغيير حالته وذلك بالبحث عن حلول للمشكلة. إلا أنه يلجأ إلى الاعتماد على إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال والتي تمثل سلسلة واسعة من سلوكيات المواجهة، كالتفريغ الانفعالي اللجوء إلى الصلاة وتلاوة القرآن، التمني، الإنكار القيام بنشاطات وسلوكات متنوعة بغية التجنب والهروب من الألم.... وهذا النوع من استراتيجيات المواجهة يرتكز على الانفعال ويؤثر فيه بطرق مختلفة. كما يؤدي بالفرد إلى القيام بإعادة تقييم الوضعية المهددة، وتغيير المعنى الذي تأخذه بإعطائها سمة القدرية والحظ. ما يجعل الفرد يصل إلى درجة تسمح له بالتقبل والتخفيف من حدة التهديد والخطورة.

وتبين من النتائج السابقة أيضا عـــدم وجـــود علاقـــة ارتباطيـــة بـــين بعـــد ذوي النفوذ لمركز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة الـــثلاث المتمركـــزة حـــول المـــشكل المتمركزة حول الانفعال ،والمتمركـــزة حـــول الـــدعم الاجتمـــاعي. فقـــد كانـــت قـــيم معامل الارتباط غير دالة.

وهذه النتيجة لا تتسق مع ما تم عرضه في الجانب النظري، حيث وجد أن للضبط الخارجي علاقة باستراتيجيات المواجهة، وخاصة منها المتمركزة حول الانفعال، أو الدعم الاجتماعي. كما أنها لا تتطابق والنتيجة التي توصلت إليها دراسة لينا، سانيتا (2000) والتي وجدت أن استعمال إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي كانت بالنسبة للأفراد الذين يعتقدون أن الضغوط غير متحكم فيها (الاعتقاد في الضبط الخارجي).ودراسة هلتون (1989) التي أوضحت عن وجود علاقة بين الضبط الخارجي، وإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

منـــاقشة عـــــامة

سعت هذه الدراسة إلى تحقيق عدد من الأهداف، وتمثل الهدف الأول في تحديد نوع الضبط وإستراتيجية المواجهة السائدين لدى مرضى السرطان. وقد أشارت النتائج إلى ميل كبير لدى أفراد العينة نحو بعد ذوي النفوذ لمركز ضبط الألم، وإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل. وبذبك تحققت الفرضية الأولى في حين أن الثانية لم تتحقق.

وتعلق الهدف الثاني والثالث بتناول علاقة كل من مركز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة بمتغير الجنس، السن، الحالة الاجتماعية. وقد دلت النتائج على أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في أبعاد مركز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة تعزى لهذه المتغيرات، وهو ما يشير إلى عدم تحقق الفرضية الثالثة و الرابعة.

وفيما يخص الهدف الرابع، فقد تعلق بإبراز العلاقة الارتباطية بين أبعاد مركز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. إلا أن هذا الهدف تحقق جزئيا، حيث تبين من النتائج أن معامل ارتباط دل على صدق العلاقة بين البعد الداخلي لمركز ضبط الألم وإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال، وبين بعد الحظ لمركز ضبط الألم وإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال، في حين أن بعد ذوي النفوذ لم تكن لديه أي علاقة ارتباطية باستراتيجيات المواجهة.

وقد تم تفسير النتائج في ضوء تساؤلات وفروض الدراسة، ونتائج الدراسات السابقة والمعلومات المتضمنة في الجانب النظري.

وبالرغم من عدم تحقق كل فرضيات الدراسة، إلا أنه يمكن الاعتماد على هذه النتائج الأولية المتوصل إليها، والتي قد تأتي متسقة مع نتائج بعض الدراسات ومتعارضة مع أخرى.

ويمكن أن يعزى ذلك إلى تأثير جملة من العوامل التي لم تولي الدراسة اهتماما بها كعامل عدم تجانس العينة، درجة ومدة الإصابة بالمرض، المستوى التعليمي والثقافي، الاقتصادي.... إلخ والتي تمثل أحد النقائص التي اشتملت عليها هذه الدراسة، خاصة إذا علمنا أن لهذه الأخيرة (العوامل) علاقة بمتغيرات الدراسة وذلك من خلال تأثيرها على تبني وجهة ضبط وإستراتيجية مواجهة معينين.

خاتمة

تناولت الدراسة موضوع مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. وقد سمحت لنا النتائج المتحصل عليها بالإجابة على التساؤلات المطروحة، حيث تبين انه يغلب على مرضى السرطان الاعتقاد في الضبط الخارجي (بعد ذوي النفوذ لمركز ضبط الألم)، كما يغلب لديهم استعمال استراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل.

وتبين أيضا عدم وجود فروق بين متوسطات أبعاد مركز ضبط الألم وإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير الجنس، السن، الحالة الاجتماعية.

وتوضح من النتائج كذلك وجود علاقة ارتباطية جزئية بين إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال وكل من البعد الداخلي وبعد الحظ لمركز ضبط الألم في حين لم تتحقق العلاقة بين بعد ذوي النفوذ واستراتيجيات المواجهة.

وقد يرجع هذا لتأثير عدد من العوامل التي حالت دون تحقق كل فروض هذه الدراسة، وهذا ما يفتح المجال للمزيد من الاهتمام والدراسات المرتبطة بهذا الموضوع. حيث تمثل هذه الدراسة انطلاقة للعديد من الدراسات التي تولي الجانب النفسي من المرض المزمن أهمية كبيرة، وذلك لأنه قد لا تكون نتائج كل الدراسات متشابهة. ولسد الثغرات التي وقعت فيها هذه الدراسة لابد من إجراء دراسات أخرى تتناول متغيرات أخرى ذات صلة بمتغيرات الدراسة وبالموضوع السرطان، والتي قد يكون لها التأثير البالغ في النتائج المتحصل عليها.

انطلاقا من نتائج هذه الدراسة، يمكننا الخروج بالتوصيات التالية:

- توسيع مجال علاج الأمراض السرطانية، وذلك من خلال دمج الرعاية النفسية لمرضى السرطان في مجال الخدمة الصحية وجعلها عنصرا مهما ومكملا للعلاجات الطبية. وهذا بغية التخفيف من حدة التوترات الانفعالية والمشاكل النفسية التي قد يتعرض لها المرضى نتيجة الإصابة بالسرطان.
- تصميم برامج إرشادية لمرضى السرطان تعمل على تنمية مهارات المواجهة ومساعدة المريض على تنمية قدراته في مواجهة المرض والمترتبات الناتجة عنه.
- عقد دورات خاصة بموضوع السرطان لجميع الطلبة والمختصين النفسانيين العاملين في المؤسسات الصحية، وذلك للاطلاع أكثر على واقع مريض السرطان.
- توسيع إنشاء مراكز علاج الأورام السرطانية في العديد من مناطق الوطن. وذلك لتفادي مشاق السفر والأعباء المادية والجسمية التي قد يتعرض لها مريض السرطان، والتي قد تؤثر في مسار العلاج.
- فتح فرع في مجال علم النفس بالجامعات الجزائرية خاص بالأورام السرطانية، وهو ما يسمى علم نفس الأورام psycho-oncology ، والذي يهتم بالتعامل مع هذه الأورام السرطانية خاصة من الناحية النفسية.
- القيام بالعديد من الدراسات والبحوث النفسية في مجال الأورام السرطانية، وذلك لزيادة الوعي بدور العوامل النفسية في هذه الأمراض.

قائمة المراجع

المراجع العربية

1. أبو ناهية ،صلاح الدين (1987) : الفروق في الضبط الـداخلي –الخـارجي لـدى الأطفال و المراهقين و الشباب و المسنين من الجنسين بقطاع غزة ، دراسات تربوية، مجلد 2،العدد 9 ، مصر .
2. أبو ناهية، صلاح الدين (1989) : تقنين مقياس الضبط الداخلي –الخارجي للأطفـال و المراهقين في الصفوف العليا بالمرحلة الابتدائية في البيئة الفلسطينية بقطاع غـزة ، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 9.
3. أبو ناهية، صلاح الدين (1989) : العلاقة بين الضبط الداخلي – الخارجي و بعـض أساليب المعاملة الوالدية في الأسرة الفلسطينية بقطاع غزة ، مجلة علم النفس ، الهيئة المصريـة العامـة للكتاب ، العدد 10.
4. أبو ناهية، صلاح الدين (1992) : البنية العاملية لمفهوم الاعتقاد في الضبط الداخلي – الخارجي ، دراسة ثقافية مقارنة بين الطلبة الفلسطينيين و المـصريين ، دراسـات تربوية ، رابطـة التربيـة

الحديثة ، مجلد 7، الجزء 41 ، القاهرة.

5. الأحمد، أمل (2001) : بحوث و دراسات في علم النفس ، مؤسسة الرسالة للطباعـة والنشر، ط1 بيروت ، لبنان.
6. الخطيب، جمال : الدليل العلمي للعاملين النفسيين و الاجتماعيين مع مرضى السرطان

(http://www.hayatnafs.com/specialtopics/guidlines-workers-cancerpatients.htm)

7. الذواد،عبد الله الجوهرة (2002) :وجهة الضبط و علاقتها بمستوى الطمـوح لـدى بعض طالبتات الجامعة السعوديات و المصريات ، دراسة عبر ثقافية، دراسات عربية في علم النفس، دار غربي للطباعة ، مجلد 1 ، العدد3.
8. الأزهري أحمد، منى و باهي، حسين مصطفى (2000) : أصول البحث العلمي فـي البحوث التربوية ، النفسية ،الاجتماعية و الرياضية ، مركز الكتاب للنشر ، مصر.

9. السيد عبد الرحمن، محمود (2000) : علم الأمراض النفسية و العقلية (الأسباب – الأعراض – التشخيص و العلاج) ، دار قباء للطباعة و النشر ، الجزء 2 ، القاهرة ، مصر

10. السيد عثمان ، فاروق (2001) : القلق و إدارة الضغوط النفسية ، دار الفكر العربي، ط1 القاهرة .

11. برويكر، داغمار و آخرون : الألم ، ترجمة سامر جميل رضوان . (http://de.geocities.com/psychoarab/043)

12. بستاني، رئيف (1994) : الموسوعة الطبية ، الشركة الشرقية للمطبوعات ، المجلد 6.

13. بول .ج. ليندزاي. س (2000) : مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين ، ترجمة صفوت فرج ، مكتبة الأنجلو المصرية ، ط1.

14. تايلر، شيلي (2008) : علم النفس الصحي ، ترجمة وسام درويش بريك ،فوزي شاكر داود ، دار حامد للنشر ، ط 1 ، عمان ، الأردن.

15. جمعية آدم لسرطان الطفولة: علاجات السرطان ، منشورات جمعية آدم لسرطان الطفولة. http://www.adams.org/pediacancer.htm

16. رجب، محمد (1995) : الفروق الجنسية و العمرية في أساليب التكيف مع المواقف الضاغطة، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية للكتاب ، العدد 35 ، القاهرة .

17. رضوان، سامر جميل (2002) : الصحة النفسية ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، ط1 ، عمان ،الأردن.

18. سيد يوسف، جمعة (2000): دراسات في علم النفس الإكلينيكي، دار غريب للنشر ،القاهرة مصر.

19. شولتس بيتر و هيلهامر ديك: وجوه نفسية للأمراض المزمنة ، ترجمة سامر جميل رضوان. (http://de.geocities.com/psychoarab/044)

20. عبد العزيز موسى، رشاد علي (1998) : سيكولوجية الفروق بين الجنسين ،دراسات في علم النفس الاجتماعي ، مؤسسة مختار للنشر و التوزيع ، القاهرة .

21. محمد ، محمد جاسم (2006) : مشكلات الصحة النفسية ، أمرضها و علاجها ، دار الثقافة ، ط 1 ، الأردن.

22. محمود ،ماهر فوزي (بدون سنة) : الألم أسبابه و كيف نتخلص منه ، دار الهلال، القاهرة مصر .

23. منسي، عبد الحليم محمود (2003) : مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية و النفسية ، دار المعرفة ، إسكندرية ، مصر.

24. هدية، محمد علي فؤادة (1994) : دراسة لمصدر الضبط الداخلي و الخارجي لدى المراهقين من الجنسين ، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، العدد 32 .

25. هيردي، عادل (1996) : علاقة وجهة الضبط بأساليب مواجهة المشكلات ، دراسة في ضوء الفروق بين الجنسين ، مجلة البحوث الإكلينيكية ، جامعة المنوفية ، العدد26.

26. يخلف، عثمان (2001) : علم النفس الصحة ، الأسس النفسية و السلوكية للصحة، دار الثقافة للطباعة و النشر ، ط1 ، الدوحة ، قطر.

المراجع الأجنبية

27. Altman, Laurence (2000) : évaluation du stress chez le personnel de l'anpe , thèse présentée pour le diplôme de docteur en médicine du travail , université Louis Pasteur , Strasbourg .

28. Arrarras J .I. et al (2002) : coping style , locus of control , psychological distress and pain related behaviours in cancer and others diseases , psychology health and medicine , Vol 7 ,N °2, Spain .

29. Chen, Mei Ling et al (2001) : a comparison of health locus of control and perceived social support between cancer and aids patient , original article , scand j caring sci , 15 , Taiwan.

30. Cousson- Gelie, Florence (2001) : concepts, stress, coping , stratégies de coping élaborées pour faire face à une maladie grave , l'exemple des cancers , recherche en soins infermiers , N°67 .

31. Derks.W et al (2005) : differences in coping style and locus of control between older and younger patents with head and neck cancer ,clinical otolaryngol and allied sciences , Blackwell publishing , Vol 30 , N° 2.

32. Fischer, Gustove Nicolas , Tarquinio ,Cyril (2006) : concepts fondamentaux de la psychologie de la santé , DUNOD , Paris .

33. Hadjstavropouls, Thomas , Craig, K. (2004) : pain psychological perspectives , lawrence erlbawn associates publishers , mahwah , New Jersey , London.

34. Hartman, Anne (2007) : étude longitudinale de la qualité de vie et de stratégies d'ajustement des patient avec un cancer du sein et de leur accompagnant referent, thèse présentée en vue de l'obtention du grade de doctorat en psychologie , université de Haute- Bretagne Rennes II.

35. Job Stress Network: locus of control and cardiovascular health , http://www.workhealth.org/risk/rfblocus.html

36. Kazrian, Shahé S. and Evans, David R (2001) : handbook of cultural health psychology , academic press ,U.S.A.

37. keck, Sherry D. A. (2006) : pain locus of control and quality of life , index scores in chronic pain patient , a thesis for the degree master of science in nursing , university of north Carolina , Greensboro.

38. Kneier, Andrew et al , coping with cancer , 10 steps toward emotional well being , http://www.cancersupportivecare.com/cope.html.

39. Mayou, Richard et al (2003) :ABC psychological medecine , BMJ publishing group ,U.K.

40. Mieszkowski, Marek Roland (2007) : cancer - a biophysicists point of view , advanced research and development in acoustics , digital recordings.

41. Nezu, Arthur M et al (2003) : handbook of psychology , John Wiley and sons Inc, Vol 9, New Jersey.

42. Palensky, J. J. Ph.D (2004) : understanding coping strategies utilized by women with breast cancer , a mixed methods study , college of education and human sciences , university of Nebraska Lincoln.

43. Paulhan I . (1992) : le concepts de coping , l'année psychologique , Vol 92 , N°4.

44. Pelicier, Yves (1995) : psychologie, cancers et société, l'esprit du temps.

45. Pupat, Adeline (2007) : la perception de la maladie et le coping chez les personnes fibromyalgiques , thèse présentée en vue de l'obtention du grade de master en psychologie de la santé , université de Toulouse –le Mirail.

46. Robinson,Charles,pain psychological paradigms and practice http://www.forensic-psychologist.com/pub/pain.html.

47. Salamagne, M.H. (1994) : la douleur cancereuse et son traitement , aproche globale et soins palliatifs , ed frisonnoche , Paris.

48. Schabracq ,Marc J . et al (2003) : handbook of work and health psychology , 2 **nd** ed , John Wiley and sons ltd , England.

49. Schveitzer, N. Daly et al (2003) : cancerologie clinique , 2**éme** ed , masson , Paris.

50. Schweitzer, M. B. et Dantzer, Robert (2003) : introduction à la psychologie de la santé, presse universitaires de France, 4 **éme** ed , Paris .

51. Sieber, Laure (2004) : mon éxpérience à la consultation de la douleur , association suisse de psychothérapie cognitive , info N° 16 , numéro libre, Genéve , Suisse .

52. Siori Unsal et al (2007) : a comparative analysis of internal- external locus of control among hospital personnel in Turkey and its managerial implication on health sector , humanity and social science journal , I d o s I publications , Vol 2 , N° 1 , Istanbul, Turkey .

53. Stein, Mitchell J. et al (1984) : cross-cultural issues of health locus of control beliefs , psychological studies, Vanderbilt university , Nashville , Tennessee.

54. Strong , Jenny et al (1999) : assessing pain , manual therapy , Vol 4 .54

55. Sun, Lina N.N , Stewart ,Sanita M. (2007) : psychological adjustement to cancer in collective culture , international journal of psychology , Vol 35 , N °5 , Hong Kong , China.

56. Verrier, Pierre (2003) : la douleure chronique , le médecin du Québec , Vol 38 , N° 6.

57. Wallston, Kenneth A . Ph.D : multidimensional health locus of control scales , greeting fellow health researches.
http://www.vanderbilt.edu/nursing/kwallston/mhlcscales.html

58. Zdanowicz, Nicolas (2001) : la santé à l'adolescence , un processus d'internalisation lié à la dynamique familliale , thèse de doctorat en sciences biomedicales , université Catholique , Louvain.

الملاحق

مقياس مركز ضبط الصحة
متعدد الأبعاد الخاص بالألم

التعليمات:

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن إعتقداتك حول الصحة و المرض.

اقرأ كل عبارة على حدا جيدا ، و المطلوب منك تحديد الإجابة التي تتفق مع اعتقادك و تصرفاتك بوضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسب سلوكك.

أرجو أن تجيب على كل العبارات و لا تترك عبارة بدون إجابة ، أجب عن كل عبارة بمفردها و اعلم أنه ليس هناك إجابات صحيحة أو خاطئة.

أجب بصراحة و صدق لأن هذا يخدم البحث العلمي، و تأكد أن إجاباتك تبقى موضع سرية.

	العبـــــــــــــــــــــــــــــــارة	موافق تماما	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق تماما
01	سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة تحسن ألمي إذا ساء.					
02	إن المقدر أن يحدث بالنسبة لألمي سيحدث و لا أحد يمكنه أن يغير من الوضع.					
03	من المحتمل أن لا تواجهني مشاكل بخصوص ألمي ، إذا داومت على زيارة الطبيب و اتبعت نصائحه.					
04	أغلب الأشياء التي تؤثر على ألمي ، تحدث في كثير من الأحيان بالصدفة.					
05	عندما يسوء ألمي ، أستشير فورا طبيبا مختصا .					
06	أنا المسؤول المباشر عن الألم الذي ينتابني ،في حالة ما إذا تحسن أو ساء.					
07	يلعب الأشخاص الآخرون دورا كبيرا في تحسن ألمي ،أو التأثير عليه سلبيا أو بقائه مستقرا .					
08	ما يحدث من سوء لألمي ، يعتبر مسؤوليتي.					
09	يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة تحسن ألمي.					
10	يعتمد تحسن ألمي ، على مدى تطبيقي للأشياء الصحيحة التي يراها الآخرون أنها تساعد على تحسني.					
11	حظي السعيد هو الذي جعل ألمي يتحسن.					
12	تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن ألمي.					
13	أستحق الشكر و التقدير عندما يتحسن ألمي ، و اللوم و العتاب حينما يسوء.					
14	إتباع نصائح الطبيب و تطبيقها حرفيا هي أفضل وسيلة للسيطرة على ألمي ومنع تعرضه لأي سوء.					
15	إذا ساء ألمي، فإنها مسألة قدر.					
16	إذا كنت محظوظا، سوف يتحسن ألمي.					
17	عدم اعتنائي بنفسي بشكل صحيح هو سبب سوء ألمي.					
18	نوع العناية التي أتلقاها من الآخرين هي التي تحدد سرعة تحسن ألمي.					

صفحـــة البيـــانـــات

الاسم(اختياري):.....

السن:.....

الجنس: **أنثى (...)** **ذكر(...)**

الحالة الاجتماعية:

متزوج **(.....)**

أعزب **(.....)**

مطلق **(.....)**

أرمـــل **(.....)**

مقياس إستراتيجيات المواجهة

التعليمة :

من فضلك صف لنا وضعية ضاغطة (مشكلة)عايشتها خلال الأشهر الأخيرة:

.....

.....

.....

.....

.....

- **حدد شدة الإزعاج و التوتر التي سببتها المشكلة :**

منخفض ( ) متوسط ( ) مرتفع ( )

- **من بين هذه الإستراتجيات بين أي إستراتجية مواجهة لجأت إليها لمواجهة المشكلة :**

	الإستراتجيات المستعملة في مواجهة المشكلة	لا	نعم
01	وضعت خطة عمل و اتبعتها.		
02	تمنيت لو أن الوضعية اختفت أو انتهت.		
03	حدثت شخصا عما أحسست به.		
04	كافحت للحصول على ما أريد.		
05	تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث .		
06	التمست مساعدة اختصاصي ، و قمت بما نصحني به .		
07	تغيرت بشكل إيجابي (إلى الأحسن).		
08	تضايقت عندما عجزت عن تجنب المشكلة .		
09	طلبت نصائح من شخص جدير بالاحترام و اتبعتها.		
10	عالجت الأمور واحدة بواحدة .		
11	تمنيت لو أن معجزة تحدث.		
12	تكلمت مع شخص لأستعلم أكثر عن الموضوع .		
13	ركزت على جانب ايجابي قد يظهر فيما بعد.		
14	شعرت بالذنب .		
15	احتفظت بمشاعري لنفسي .		
16	خرجت أقوى من هذه الوضعية .		
17	فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أشعر بتحسن.		
18	تكلمت مع أحد يستطيع التصرف بواقعية فيما يتعلق بالمشكلة.		
19	غيرت أمورا لتكون النهاية حسنة.		
20	حاولت نسيان كل شيء .		
21	حاولت أن لا أنعزل.		
22	حاولت عدم التصرف بطريقة متسرعة أو أن أتبع الفكرة الأولى.		
23	تمنيت لو أستطيع تغيير موقفي.		
24	لقد تقبلت تعاطف أحدهم و تفهمه .		
25	وجدت حلا أو اثنين للمشكلة .		
26	وبخت وانتقدت نفسي .		
27	عرفت ما ينبغي القيام به ، لذا ضاعفت جهودي لتحقيق ذلك		